

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى عينة من المشخصين باضطراب الهلع

د. إسلام رمضان إبراهيم

مدرس الصحة النفسية والإرشاد النفسي

كلية التربية- جامعة عين شمس

ملخص الدراسة.

استهدفت الدراسة الحالية الكشف عن طبيعة العلاقة الارتباطية بين جودة الحياة المرتبطة بالصحة والحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض لدى عينة من المشخصين باضطراب الهلع. والاسهام النسبي لكل من الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض في التنبؤ بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى عينة الدراسة، وكذا الكشف عن الفروق في متغيرات الدراسة وفقاً للنوع (ذكور-إناث). وتكونت عينة الدراسة من (111) من المشخصين باضطراب الهلع من المترددين علي مركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس لتلقي العلاج المعرفي السلوكي للاضطراب، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس شدة أعراض اضطراب الهلع إعداد (Houck et al., 2002)، ومقياس الحساسية للقلق إعداد (Taylor et al., 2007)، ومقياس عدم تحمل الغموض إعداد (Carleton et al., 2007)، ومقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة إعداد (Ware & Sherbourne, 1992) وكلاهما من ترجمة الباحث. والتحقق من صدقهما وثباتهما علي البيئة المصرية. وتوصلت نتائج الدراسة إلي أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة ودالة عند مستوى 0,01 بين أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (الأداء البدني، والأداء الاجتماعي، والصحة النفسية، والطاقة والحيوية، الصحة العامة المدركة) وأبعاد مقياس الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض لدى عينة الدراسة، وتوجد علاقة ارتباطية موجبة ودالة عند مستوى 0,01 بين أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (قصور الأداء بسبب المشاكل الجسدية، وقصور الأداء بسبب المشاكل الانفعالية، والألم الجسدي) وأبعاد مقياس الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض لدى عينة الدراسة. ولا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد العينة وفقاً للنوع (ذكور- إناث) في جميع أبعاد الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى عينة الدراسة، حيث كانت جميع قيم "ت"

غير دالة إحصائياً. وامكانية التنبؤ بأبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة من خلال أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض لدى عينة الدراسة.

الكلمات المفتاحية.

- الحساسية للقلق The anxiety sensitivity.
- عدم تحمل الغموض Intolerance of uncertainty.
- جودة الحياة المرتبطة بالصحة Health-Related Quality of Life
- اضطراب الهلع Panic disorder.

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى عينة من المشخصين باضطراب الهلع

د. إسلام رمضان إبراهيم

مدرس الصحة النفسية والإرشاد النفسي

كلية التربية- جامعة عين شمس

مقدمة.

يختلف الناس بشكل كبير في استعدادهم لتجربة القلق. ويظهر ذلك في أن البعض يعاني من أعراض القلق حتي عندما يتعرضون لأقل قدر من الانزعاج، في حين يصاب آخرون بالقلق فقط في ظل أكثر الظروف إجهادًا. وبالمثل كما يختلف الناس في استعدادهم لتجربة أعراض القلق، فإنهم يختلفون أيضًا في خوفهم من هذه الأعراض (Taylor, 2014). ويطلق علي هذه الظاهرة الحساسية للقلق (AS) Anxiety sensitivity، المعروفة عمومًا باسم الخوف من القلق أو من الأحاسيس النفسية والجسدية المرتبطة بالقلق، وهي عامل خطر يؤدي إلى زيادة مستويات القلق الموجود مسبقًا (Johnson et al., 2019). وتعتبر الحساسية للقلق بنية معرفية حظيت باهتمام بحثي متزايد في السنوات الأخيرة، وتشير إلى الاعتقاد بأن أعراض القلق لدى الفرد قد تؤدي إلى عواقب سلبية خطيرة، يمكن أن تكون جسدية أو نفسية أو اجتماعية (Nichols-Lopez, 2010,1). ويتساوي مع مفهوم الحساسية للقلق في الأهمية مفهوم عدم تحمل الغموض (IU) intolerance of uncertainty والذي ظهر في أوائل تسعينيات القرن العشرين، وتطور إلى عامل خطر مهم أيضًا في أشكال متعددة من اضطرابات القلق (Gu et al., 2020). كما ازدهر الاهتمام المتزايد به في فهم الأمراض النفسية في العقود الأخيرة. ويُنظر إلى حالة الغموض أو عدم اليقين تلك على أنها إدراك لعجز معتقداتنا وتمثيلاتنا للعالم علي التنبؤ بدقة بالأحداث المستقبلية في بيئتنا. وعلى الرغم من حالة عدم اليقين الطبيعية (أي أن الحياة مليئة بالغموض)، فإن الأدلة التجريبية تدعم أن عدم اليقين يشكل عامل ضغط كبير ينطوي على عواقب فسيولوجية ونفسية للأفراد (Vander Haegen & Etienne, 2016).

د. إسلام رمضان إبراهيم

وغالبا ما يحاول الأفراد الذين يعانون من عدم تحمل الغموض تجنب عدم اليقين، والاستجابة له بطرق غير تكيفية، مثل القلق والسلوكيات المفرطة في البحث عن اليقين والتحقق والبحث عن الطمأنينة. وقد أشار إلي ذلك "لوفكرافت" في عام ١٩٢٧ عندما تحدث عن الصعوبات التي تصاحب عدم تحمل الغموض، حيث قال: "أن أقدم وأقوى عاطفة لدى البشر هي الخوف، وأقدم وأقوى أنواع الخوف هو الخوف من المجهول (Carleton, 2012). ونتيجة لعدم تحمل الغموض، قد يعاني الأفراد من مجموعة متنوعة من ردود الفعل، بما في ذلك القلق والغضب والذعر والعجز (Shapiro et al., 2020). وتم استخدام عدم تحمل الغموض في البداية للتمييز بين الأفراد المصابين باضطراب القلق العام والأفراد الأصحاء، ولكن تم إجراء أبحاث لاحقاً حول ارتباطه باضطرابات القلق الأخرى، مثل اضطراب القلق الاجتماعي، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، واضطراب الوسواس القهري واضطراب الهلع (Ahn et al., 2023).

ونظراً للزيادة الأخيرة المتمثلة في زيادة الأمراض المزمنة والأمراض النفسية، فقد بدأت الحاجة إلى مؤشرات صحية تشمل جودة الحياة. وفي مجال الصحة النفسية، هناك اتجاه لتعريف الصحة النفسية بشكل فعال ليس فقط على أنها غياب المرض النفسي ولكن أيضاً كحالة تتحسن فيها جودة حياة كل فرد. وفي ضوء ذلك تم تقسيم جودة الحياة إلى جودة الحياة المرتبطة بالصحة "المشار إليها بـ HRQOL" وجودة الحياة غير المرتبطة بالصحة "المشار إليها بـ NHRQOL" (Son et al., 2012). وتهتم الدراسة الحالية بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضي اضطراب الهلع.

واضطراب الهلع Panic disorder (PD) هو اضطراب يتسم بنوبات ذعر متكررة وغير متوقعة ترتبط بخوف مستمر من التعرض لنوبات هلع في المستقبل، وقلق مستمر بشأن عواقب نوبات الهلع (على سبيل المثال، أن هناك خطأ ما في قلب المرء) و/أو تغيير في السلوك (تجنب المواقف بسبب الخوف من التعرض لنوبة هلع). واقترحت المفاهيم النظرية لاضطراب الهلع أن التفسيرات الخاطئة الكارثية للأحاسيس الجسدية الحميدة (على سبيل المثال، تفسير معدل ضربات القلب المتزايد على أنه يشير إلى أن المرء يعاني من نوبة قلبية) تغذي تطور اضطراب الهلع والحفاظ عليه. والأفراد المصابين باضطراب الهلع على وجه التحديد أكثر حساسية للتغيرات في أحاسيسهم الجسدية وأكثر عرضة لتفسير الأحاسيس

الجسدية على أنها كارثية وتشير إلى أن هناك خطأ جسيماً، مما يؤدي بدوره إلى ظهور أعراض القلق وتفاقم الأعراض الجسدية وتؤثر جودة حياتهم الصحية (Nowakowski et al., 2016).

وارتبطت اضطرابات القلق بصفة عامة واضطراب الهلع بصفة خاصة بضعف جودة الحياة المرتبطة بالصحة (HRQOL)، كضعف الأداء البدني والوظيفي، والمزيد من الأيام في الفراش بسبب المرض، والمزيد من أيام العمل الضائعة، أو ضعف الأداء في العمل وزيادة في استخدام الخدمات الصحية. وعلاوة على ذلك، يمكن لاضطرابات القلق أن تؤثر سلباً على مسار المرض من خلال تبني سلوكيات مواجهة غير صحية (Strine et al., 2005). وفي ضوء ذلك سعت الدراسة الحالية إلى التعرف على المتغيرات التي تلعب دوراً هاماً في التأثير على جودة الحياة المرتبطة بالصحة. وبحث دور كلا من الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض في التنبؤ بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى عينة من المشخصين باضطراب الهلع.

مشكلة الدراسة.

الذعر هو رد فعل شائع جداً لدى جميع الناس في العالم. حيث يرتفع مستوى الأدرينالين وتظهر الأعراض الجسدية. ويشعر الأشخاص بأنهم على وشك فقدان السيطرة أو الموت وأن ضعفهم يزداد ولا يستطيعون التعامل مع الموقف (Rakitzki, 2023, 57). ويعتبر اضطراب الهلع (PD) هو اضطراب القلق الأكثر تشخيصاً المرتبط بالمشاكل الصحية (Feldman et al., 2005). ومن هذا المنطلق جاءت أهمية متغير الدراسة المتنبئ به وهو جودة الحياة المرتبطة بالصحة (HRQOL Health-Related Quality of Life) والذي يتم تعريفه على أنه تأثير الحالة الصحية على أداء الشخص ورفاهيته. حيث يعد مؤشراً يمكن أن يؤثر على المرضى وعلى النتيجة الإجمالية لجودة حياتهم. حيث غالباً ما يواجه المرضى اعباء جسدية ونفسية واجتماعية تؤثر عليهم خلال صراعهم مع المرض. وتؤثر هذه الأعراض سلباً على جودة حياتهم الإجمالية بسبب التأثيرات طويلة المدى للعلاج (Semir, 2024, 4).

واضطراب الهلع غالباً ما يكون حالة مزمنة ومعوقة. وقد أفاد باحثين مثل Davidoff et al., (2012) بانخفاض جودة الحياة المرتبطة بالصحة (HRQOL) وضعف كبير لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع.

بالإضافة إلى ذلك، أفاد (Sherbourne et al., 1996) أن مرضى الهلع لديهم مستوى أقل من جودة الحياة المرتبطة بالصحة أكثر من المرضى الذين يعانون من أمراض طبية مزمنة أخرى مثل داء السكري وأمراض القلب ومشاكل الرئة المزمنة. ومع ذلك، حتى وقت قريب، لم يتم إيلاء سوى القليل من الاهتمام لمسألة العوامل التنبؤية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة في اضطراب الهلع. ومن المدهش والمثير للاهتمام أن العديد من الباحثين وجدوا مرارًا وتكرارًا دورًا تفسيريًا محدودًا للأعراض المرتبطة بالهلع في حد ذاتها كمؤشر لجودة الحياة المرتبطة بالصحة (Kang et al., 2015).

وتعتبر الحساسية للقلق (AS) عامل خطر في تطور العديد من مشاكل الصحة النفسية والجسدية واستمرارها على نطاق واسع (Jurin & Biglbauer, 2018). حيث يميل أولئك الذين لديهم حساسية منخفضة للقلق إلى إدراك تجارب القلق وأحاسيس الجسم على أنها غير سارة ولكنها غير ضارة بينما يرى أولئك الذين لديهم حساسية عالية للقلق هذه التجارب والأحاسيس نفسها على أنها علامات على الكارثة (Olthuis et al., 2024).

ولقد ثبت في دراسات (Tsaio et al., 2007; Chalhub et al., 2021;) أن الحساسية للقلق تتنبأ بشكل مستقل بانخفاض جودة الحياة المرتبطة بالصحة (HRQOL)، وأثبتت دراسات (Johnson et al., 2014; Kroenke et al., 2013; Anderson et al., 2014) بأن الحساسية للقلق منبأة بضعف جودة الحياة بشكل عام.

كما أشارت العديد من الدراسات (Cox, Taylor, Clara, Roberts, & Enns,) إلى علاقة ارتباطية قوية بين الحساسية للقلق ونوبات الهلع. وأن المستويات الأعلى من الحساسية للقلق ترتبط بكثافة وعدد أكبر من نوبات الهلع. وأظهرت الدراسات الطولية (Hayward, Killen, Kraemer, & Taylor, 2000; Schmidt et al., 2010; Weems, Hayward, Killen, & Taylor, 2002) أن الحساسية للقلق هو منبئ بنوبات الهلع لدى البالغين والمراهقين. كما تشير نتائج دراسة (Gallagher et al., 2013) أيضًا إلى أن الانخفاض في الحساسية للقلق الذي يتم تحقيقه من خلال العلاج المعرفي السلوكي (CBT) يتنبأ بانخفاض في أعراض اضطراب الهلع.

وبالمثل فإن عدم تحمل الغموض (IU) هو أيضًا عامل خطر مهم من الدرجة الأولى. وأدى الاهتمام المتزايد بدراسته في فهم الأمراض النفسية إلى زيادة كبيرة في الأبحاث مؤخرًا (Carleton, 2012). ويعتبر أن عدم تحمل الغموض سمة من سمات الأفراد التي تؤثر على النتائج المختلفة المتعلقة بالصحة والرعاية الصحية (Strout et al., 2018). وخاصة فيما يتعلق باضطراب الهلع، حيث وجدت دراسات (Carleton et al., 2013; Lieberman et al., 2016; Smith et al., 2019; Zemestani et al., 2023) أن عدم تحمل الغموض منبئ باضطراب الهلع.

وبصفتنا بشرًا نستخدم المعلومات حول التجارب السابقة والمعطيات الحالية لتوليد استنتاجات حول المستقبل. وتوفر هذه العملية الفرصة لملاحقة المكافآت وتجنب المخاطر. وعندما تكون المعلومات ناقصة أو غامضة، تصبح النتائج غير مؤكدة وتقل القدرة على الاستعداد للأحداث المستقبلية، مما يؤدي إلى زيادة القلق. وتُظهر الدراسات أنه كلما قل توفر المعلومات، زاد تقييم الموقف على أنه مؤلم. ومع ذلك، فإن الأفراد يختلفون في كيفية تحملهم واستجاباتهم لعدم اليقين مع إظهار البعض استجابات معرفية وسلوكية غير تكيفية في مواجهة العديد من السياقات غير المؤكدة أو كلها (Allan et al., 2023).

وأظهرت الدراسات التجريبية (Dugas et al., 2004; Nelson & Shankman, 2011) أن الأفراد الذين لا يتحملون عدم اليقين سوف يدركون المزيد من مصادر الخطر في حياتهم اليومية ويكون لديهم المزيد من ردود الفعل من اليقظة المفرطة عندما يواجهون مواقف غير مؤكدة أو غامضة. وأنها قد تعمل على زيادة التجنب في وجود المنبهات المخيفة.

كما توصلت دراسة (Tabar et al., 2021) إلى أن عدم تحمل الغموض مرتبط بانخفاض جودة الحياة المرتبطة بالصحة، وتوصلت دراسات (Tarhani et al., 2019; Eraslan & İlhan, 2023; Shoychet et al., 2023) بأن هناك علاقة ارتباطية قوية بين عدم تحمل الغموض وضعف جودة الحياة بشكل عام.

وبناءً على ذلك فإن مشكلة الدراسة الحالية تتلخص في الإجابة على السؤال الرئيس التالي: هل يمكن التنبؤ بالحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض بجودة الحياة

د. إسلام رمضان إبراهيم

المرتبطة بالصحة لدى عينة من المشخصين باضطراب الهلع. وفي ضوء ذلك تسعى الدراسة الحالية إلى الإجابة عن الأسئلة التالية:-

١. ما العلاقة بين الحساسية للقلق وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى عينة من المشخصين باضطراب الهلع؟
٢. ما العلاقة بين عدم تحمل الغموض وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى عينة من المشخصين باضطراب الهلع؟
٣. هل توجد فروق جوهرية تعزي لمتغير النوع (ذكور / إناث) علي مقياس الحساسية للقلق لدى عينة الدراسة.
٤. هل توجد فروق جوهرية تعزي لمتغير النوع (ذكور / إناث) علي مقياس عدم تحمل الغموض لدى عينة الدراسة
٥. هل توجد فروق جوهرية تعزي لمتغير النوع (ذكور / إناث) علي مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى عينة الدراسة.
٦. هل يمكن التنبؤ بجودة الحياة المرتبطة بالصحة من خلال الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض لدى عينة من المشخصين باضطراب الهلع؟

أهداف الدراسة.

تهدف الدراسة الحالية إلي التعرف علي طبيعة العلاقة الارتباطية بين الحساسية للقلق وجودة الحياة المرتبطة بالصحة وعدم تحمل الغموض وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى عينة الدراسة، والإسهام النسبي للحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض في التنبؤ بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى عينة الدراسة. وكذلك الكشف عن الفروق التي ترجع لاختلاف النوع (ذكور وإناث)، علي مقياس الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى عينة الدراسة.

أهمية الدراسة.

تتمثل الأهمية النظرية للدراسة الحالية فيما يلي:-

- قد تسهم الدراسة في فهم المشكلات المرتبطة باضطرابات القلق بصفة عامة واضطراب الهلع بصفة خاصة، من أجل التمهيد للتركيز على هذه المتغيرات في

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة

خفض حدتها أثناء العلاج مما يسهم في حدوث تحسن جوهري لدى الحالات وتقليل الانتكاسات بعد فترة العلاج.

• توجيه الانظار البحثية العربية نحو مجال أبحاث جودة الحياة المرتبطة بالصحة والعوامل الاجتماعية والبدنية والنفسية المؤثرة فيها والمرتبطة بالمرض النفسي المشخص به الفرد.

• إيضاح الخطورة المرتبطة بكل من الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض علي جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى عينة من المشخصين باضطراب الهلع.

تتمثل الأهمية التطبيقية للدراسة الحالية فيما يلي:-

• قد تمهد الدراسة الحالية لدراسات تالية تهدف إلي وضع برامج إرشادية لخفض الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض مما سيترك أثر بالغ الأهمية علي اضطرابات القلق بصفة عامة واضطراب الهلع بصفة خاصة.

• تواصل هذه الدراسة الجهود العملية لرسم صورة كاملة عن اضطراب الهلع حيث من الممكن أن تفتح طريقاً أكثر سهولة للأطباء، والإكلينكيين، والأخصائيين لمزيد من التدخلات العلاجية والإرشادية والوقائية.

• ما سوف تعتمد عليه الدراسة من مقاييس لها كفاءة سيكومترية مقبولة يمكن استخدامها في دراسات تالية.

مصطلحات الدراسة.

الحساسية للقلق *Anxiety sensitivity*

تُعرّف الحساسية للقلق بأنها الخوف من أعراض القلق بناءً على معتقدات الفرد حول العواقب الخطيرة لثلاث مجموعات من الأعراض: الجسدية والنفسية والاجتماعية. حيث يخشى الأشخاص الذين يعانون من الحساسية للقلق المرتفعة أن تؤدي أعراض القلق إلى عواقب جسدية غير مرغوب فيها "مثل النوبة القلبية" ونفسية "مثل الجنون" واجتماعية "مثل الإحراج" (Reiss & McNally, 1985).

عدم تحمل الغموض *Intolerance of uncertainty*

يُعرّف بأنه عدم قدرة الفرد على تحمل الاستجابة السلبية الناجمة عن الغياب المدرك للمعلومات البارزة أو الأساسية أو الكافية التي يحتاجها، والتي تدعمها الإدراكات المرتبطة بعدم اليقين (Carleton, 2016).

جودة الحياة المرتبطة بالصحة *Health-Related Quality of Life*

مدى أداء الشخص لوظائفه في حياته ورفاهته الملموسة في المجالات البدنية والنفسية والاجتماعية المرتبطة بالصحة فضلاً عن التأثيرات السلبية للمرض والعلاج والضعف الناتج عنه (Killewo & Heggenhougen, 2010,195).

اضطراب الهلع *Panic disorder*

نوبات ذعر متكررة وغير المتوقعة وتأتي في شكل زيادة مفاجئة في الشعور بالخوف أو الانزعاج الشديد والذي يصل إلى ذروته في غضون دقائق (APA, 2013, 208).

الإطار النظري للدراسة.

تتضمن الدراسة الحالية مجموعة من المتغيرات البحثية المستهدفة من دراستها الكشف عن طبيعة العلاقة بين المتغيرات المستقلة وهي (الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض) والمتغير التابع وهو جودة الحياة المرتبطة بالصحة، وكذلك مدى الإسهام النسبي للمتغيرات المستقلة في التنبؤ بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضي اضطراب الهلع، وتتطلب مقننات البحث لتحقيق أهدافه مراجعة الأدبيات النفسية التي تناولت هذه المتغيرات، والتي يمكن تناولها علي النحو التالي:-

المحور الأول: الحساسية للقلق *Anxiety sensitivity*

يُعرّف القلق بأنه حالة مزاجية عامة يمكن أن تؤدي إلى حالة من الخوف الشديد أو الهَم مصحوبة غالبًا بأعراض جسدية مثل الارتعاش والتعرق ومشاعر فسيولوجية شديدة في الجسم (Barlow, 2004, 3). ويمكن أن يكون القلق تجربة مرهقة للغاية ويمكن أن يحدث غالبًا دون وجود محفز يمكن تحديده. وعندما يصبح القلق مفرطاً ويبدأ في التدخل في أداء الفرد اليومي، فإنه يُعتبر اضطراب. ولتحديد ما إذا كان القلق رد فعل طبيعي أم غير طبيعي، يجب تقييم شدته والمنطق وراءه.

وتمثل اضطرابات القلق مصدر قلق كبير فيما يتعلق بالصحة العامة. ويمثل انتشار اضطرابات القلق واستمرارها وتكرارها عبئًا اجتماعيًا واقتصاديًا لا يؤثر فقط على المصابين بها بل على المجتمع ككل. حيث يمكن أن تصبح الأعراض الجسدية شديدة وتمنع الفرد من العمل. كما أن لها آثار نفسية عميقة على الفرد من توتر وقلق مستمرين، وانخفاض الثقة، والتهيج، والأرق، وعدم القدرة على التركيز (Lewis, 2011, 1).

وقد نشأ مفهوم الحساسية للقلق من خلال شرح (Reiss & McNally (1985) لمفهوم جولدشتاين وشامبليس (1978) للخوف من الخوف The fear of fear في مقالهما، واقترحا أن الخوف من الخوف يمكن فصله إلى عمليتين تسمى توقع القلق والحساسية للقلق. ويُنظر إلى الحساسية للقلق على أنه ميل مسبق للخوف من ردود أفعال المرء تجاه حافز مثير للقلق و العواقب الضارة المحتملة. ويشار إلي الحساسية للقلق أيضًا بأنها الخوف من الأحاسيس المرتبطة بالقلق بسبب الاعتقاد الشخصي بأن هذه الأعراض ستؤدي إلى عواقب ضارة مثل فقدان السيطرة المعرفية والأعراض الجسدية السلبية والخوف من الأعراض التي يمكن ملاحظتها علنًا (Reiss, 1991).

وأظهرت الدراسات أن الحساسية للقلق مرتفعة لدى المرضى الذين يعانون من مجموعة متنوعة من اضطرابات القلق، مما قد يؤدي إلى تضخيم استجابة القلق. حيث يركز الأفراد ليس فقط على المحفز المخيف ولكن أيضًا على أحاسيسهم الجسدية المخيفة (Nowakowski et al., 2016). على سبيل المثال، قد يفسر الشخص الذي يعاني من الحساسية للقلق المرتفعة خفقان القلب كعلامة على أنه يعاني من نوبة قلبية، بينما قد يرى الشخص الذي يعاني من مستويات منخفضة من الحساسية للقلق نفس الأعراض الجسدية على أنها مجرد تجربة غير مريحة (Urbaniak, 2019).

وفي ضوء ما سبق يعرف الباحث الحساسية للقلق بأنها ميل مسبق بالخوف من أي أحداث مثيرة للقلق، وإساءة تفسير الأعراض الجسدية المرتبطة بالقلق على أنها إشارة لمشكلة صحية خطيرة، وخوف مما قد تسببه تلك الأعراض من احراج أو خجل في التفاعلات، وتفسير كل هذه العلامات على أنها إشارات لخطر وشيك الحدوث أو اضطراب عقلي خطير، فيتجنب الفرد هذه المواقف والمهام من البداية.

الفرق بين سمة القلق وحساسية القلق.

القلق المرتبط بالسماوات من الناحية التجريبية والمفاهيمية هو بناء يشير إلى ميل عام للاستجابة بخوف للعوامل المسببة للتوتر، في حين أن الحساسية للقلق هو بناء يشير إلى ميل محدد للاستجابة بخوف لأعراض القلق التي يعاني منها الشخص (Taylor, 2014). ويقدم McNally (2002) شرحاً جيداً يوضح الاختلافات بين الحساسية للقلق وسمة القلق من خلال شرحه بأنه "لا يختلف الناس فقط في طريقتهم واستعدادهم للتعامل مع أعراض القلق ولكنهم يختلفون أيضاً في ميلهم للاستجابة لها بخوف (أي الخوف من الخوف)". حيث يرتبط الأول بالقلق كسمة بينما يرتبط الأخير بالحساسية للقلق. كما يختلفان في أن الحساسية للقلق ترتبط ارتباطاً وثيقاً بنوبة الهلع واضطراب الهلع بينما يرتبط القلق كسمة بعوامل عامة وغير محددة (Taylor et al., 1992).

مكونات بنية الحساسية للقلق.

حدد ريتشارد Zinbarg et al., (1997) ثلاثة أبعاد أو أنواع أساسية من المخاوف

المرتبطة بحساسية القلق:

- **المخاوف الجسدية.** حيث يشعر بعض الناس بالخوف بشأن الأعراض الجسدية الناتجة عن القلق، بسبب اعتقادهم بأن هذه الأحاسيس هي علامات على المرض الجسدي. على سبيل المثال، قد يخاف الشخص من ضيق التنفس، معتقداً أنه قد يؤدي إلى الاختناق أو الإغماء. ويخاف من تسارع ضربات القلب باعتباره أنه يشير إلى كارثة جسدية (مثل النوبة القلبية).
- **المخاوف المعرفية.** تصف المخاوف المعرفية المرتفعة الخوف من كارثة (مثل فقدان السيطرة) عند مواجهة أعراض الإثارة النفسية (مثل صعوبات التركيز) ويميل أشخاص آخرون إلى الخوف من الأعراض المعرفية، معتقدين أن أحاسيس القلق مثل فقدان الوعي (الشعور بالانفصال عن محيطك المباشر) هي علامات على المرض العقلي.
- **المخاوف الاجتماعية.** قد يخشى آخرون ظهور أعراض القلق علناً بسبب اعتقادهم بأن إظهار القلق سيؤدي إلى الإحراج والسخرية العامة والتوبيخ الاجتماعي. ومن ثم يشعر هؤلاء الأشخاص بالحرج إذا لاحظ الآخرون قلقهم أو توترهم.

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة

وبالإضافة إلى ذلك تمت الإشارة إلى H أن نموذج العوامل الأربعة للحساسية للقلق يتشابه مع النموذج الثلاثي السابق ذكره مع وجود اختلاف وحيد يتمثل في أن العامل الأول وهو المخاوف الجسدية ينقسم إلى قسمين وهما مخاوف المرض Disease Concerns "على سبيل المثال، ارتعب عندما ينبض قلبي بسرعة" والمخاوف غير المستقرة Unsteady Concerns "على سبيل المثال، ارتعب عندما أشعر أنني سيغمي علي" (Nichols-Lopez, 2010, 2). ويميل أولئك الذين لديهم حساسية عالية للقلق إلى إدراك القلق على أنه ضار، ويميلون إلى تجربة العديد من المشاعر السلبية بما في ذلك الاستجابة لمشاعر القلق بشكل مبالغ فيه (French, 2024, 9-10). وقد تنشأ هذه المخاوف والمعتقدات المرتبطة بها من تفاعل العوامل الوراثية المهيئة وخبرات التعلم، مما يؤدي إلى حلقة مفرغة غير تكيفية من الخوف وردود الفعل والتجنب (Harrison, 2021, 11).
الحساسية للقلق وعلاقتها بجودة الحياة المرتبطة بالصحة.

إن أحد المكونات الرئيسية لعلاج حساسية القلق هو التعرض الانفعالي الذي ينطوي على إثارة الأحاسيس الفسيولوجية دون العواقب المخيفة. وهذا يسمح للفرد بتعلم أن الأحاسيس أقل ضرراً مما توقعه وأن بإمكانه التعامل مع هذه الأحاسيس. وأحد أشكال التعرض لحساسية القلق هو النشاط البدني. حيث يؤدي النشاط البدني إلى ظهور العديد من الأحاسيس التي يخشاها أولئك الذين يعانون من حساسية عالية للقلق (مثل الدوخة) دون العواقب المخيفة (مثل الإغماء). وفي الواقع، أظهرت نتائج التحليل التلوي أن النشاط البدني يقلل من حساسية القلق. ومن الواضح أن العلاقة بين النشاط البدني وحساسية القلق لها آثار حاسمة على الصحة العقلية (Dewolfe et al., 2023).

وتقدم الأبحاث الحديثة (Paulus et al., 2020; Hovenkamp-Hermelink et al., 2019) دعماً أولياً للحساسية للقلق في علاقتها بجودة الحياة في اضطرابات القلق، وتكشف أن التغييرات في الحساسية للقلق أثناء العلاج المعرفي السلوكي للقلق تنبأت بتحسينات في جودة الحياة بين الأفراد. على الرغم من عدم استخدامه بشكل كافٍ للتدخل السريري، وبالتالي قد تلعب الحساسية للقلق دوراً أكثر أهمية في ضعف الوظائف وجودة الحياة المرتبطة بالصحة أكثر مما هو موثق حالياً.

وأشارت دراسة (Horenstein et al., 2018) إلى أن هناك أربعة مسارات يمكن أن تزيد حساسية القلق من خلالها من خطر الإصابة بالحالات الطبية المزمنة: (أ) زيادة الخوف من الأعراض الخاصة بالحالة الطبية، (ب) إدامة تجنب الأنشطة الصحية، (ج) تعزيز المشاركة في السلوكيات غير الصحية، و(د) زيادة خطر التغيرات المرضية الفسيولوجية. الحساسية للقلق وعلاقتها باضطراب الهلع.

يعتبر اضطراب الهلع هو اضطراب القلق الأكثر ارتباطاً بحساسية القلق. ووفقاً (Schmidt et al., 1999) فإن الحساسية للقلق تسبق تطور أعراض اضطراب الهلع، ولا يرجع هذا الارتباط إلى متغير ثالث. ووجد (Taylor et al., 1992) أن الأفراد الذين تم تشخيصهم باضطراب الهلع أظهروا حساسية قلق أكبر مقارنة بالأفراد الذين تم تشخيصهم باضطراب قلق آخر. بالإضافة إلى ذلك، أفاد (Schmidt et al., 2006) أن الحساسية للقلق المتزايدة تنبئ بزيادة أعراض الهلع.

وكشفت العديد من الدراسات (Roppongi et al., 2010, Park et al., 2012,) أن الحساسية للقلق وسمة القلق تلعبان دوراً مهماً في شدة الأعراض والاضطرابات النفسية ومسار المرض والتشخيص. واقترحت الأبحاث السابقة (Austin & Richards, 2006, Clark et al., 1997, Khawaja and Oei, 1998) أن مرضى اضطراب الهلع هم أكثر الأشخاص عرضة من بين من يعانون من اضطرابات القلق الأخرى لتفسير الأحاسيس الجسدية على أنها كوارث جسدية أو نفسية.

وأشارت دراسة (Harrison 2021,11) إلى أن الدرجات على مؤشر الحساسية للقلق تتبأت بكل من تواتر وشدة نوبات الهلع بعد ثلاث سنوات، بحيث أن الأفراد الذين حصلوا على درجات عالية في مؤشر الحساسية للقلق عند خط الأساس أكثر عرضة بشكل كبير للإصابة بنوبات الهلع. كما أن أولئك الذين حصلوا على درجات عالية في مؤشر الحساسية للقلق كانوا أكثر عرضة بخمس مرات للتشخيص باضطراب القلق في مرحلة ما خلال فترة الدراسة التي استمرت ثلاث سنوات. وأكد آخرون وجود ارتباطات عصبية محددة للحساسية للقلق في أدمغة الأفراد الذين يعانون من الهلع (Poletti et al., 2015).

وعلى وجه التحديد، تتفاعل العوامل الموقفية (مثل القلق) والذاتية (مثل تفسير الأحاسيس الجسدية) مع المخاوف المهيئة للأحاسيس الجسدية والحساسية للتغيرات الجسدية

للسماح بتفسيرات خاطئة كارثية للأعراض. وتتوج هذه التفسيرات الخاطئة الكارثية باستجابات جسدية وانفعالية وسلوكية، والتي تزداد بشكل أكبر أثناء الإجهاد، مما يؤدي إلى دورة ذاتية التكرار من نوبات الهلع المتكررة. والأشخاص الذين يعانون من مستويات عالية من الحساسية للقلق هم أكثر عرضة لتفسير الأحاسيس الجسدية بشكل خاطئ باعتبارها مؤشرات على التهديد الوشيك، الأمر الذي يسهل التعرض لنوبات الهلع اللاحقة واستمرار اضطراب الهلع (Carleton et al., 2013).

المحور الثاني: عدم تحمل الغموض (IU) Intolerance of uncertainty

نحن نعيش في عالم مليء بالغموض، كما أن الكثير من جوانب الحياة غير معروفة ولا يمكن التنبؤ بها. وغالبًا ما تشير توقعات الطقس إلى أن هناك فرصة بنسبة ٨٠٪ لهطول الأمطار؛ لكن الاحتمال لا يصل أبدًا إلى ١٠٠٪، لأننا لا يمكننا التأكد مما سيحدث بعد ذلك. ما يهم حقًا هو كيف يؤثر علينا وكيف نعيش ونتعامل معه. وينظر إلي عدم اليقين علي أنه "تجربة المجهول" ويرتبط ارتباطًا وثيقًا بعدم القدرة على التنبؤ وعدم اليقين وعدم الإلمام بجميع جوانب الأمور (Grupe & Nitschke, 2013).

ويعتبر عدم اليقين بشأن الأحداث المستقبلية موجود بطبيعته في القلق والهم بسبب تأثيره على حالتنا الانفعالية. حيث ينشأ القلق من الإفراط في تعميم الخوف والذي "من المرجح جدًا أن يكون مجموع تكرار وشدة استجابات الخوف لتهديد جسدي أو نفسي واضح ووشيك، والعدد الهائل من التمثيلات الذهنية القلقة "ماذا لو...". للأحداث المستقبلية المحتملة الشائعة في الحياة اليومية" (Rosen & Schulkin, 1998).

وفي عام ١٩٩٤، عرّف فريستون وآخرون عدم تحمل الغموض على أنه "ردود أفعال معرفية وانفعالية وسلوكية لعدم اليقين في مواقف الحياة اليومية فضلاً عن الصعوبات المرتبطة بالغموض والتغيرات غير المتوقعة". وبناءً على ذلك، قام الباحثون بمراجعة التعريف لتوضيح طبيعته، مثل إضافة عملية الإدراك، وخصائص المواقف الغامضة للتعريف (2000 Ladouceur et al.,).

وعرفها (2001) Dugas et al. بأنها الميل المفرط لدى الفرد إلى اعتبار حدوث حدث سلبي أمرًا غير مقبول، مهما كان احتمال حدوثه صغيرًا. وأشار (Ladouceur et al., 2000) علي أنه الاستعداد للتفاعل سلبيًا مع حدث أو موقف غير مؤكد والعواقب المرتبطة

به، بغض النظر عن احتمالية حدوثه. وتماشياً مع نفس المفهوم عرفها del Valle et al., (2022, 2) بأنها حالة سلبية ذاتية تتميز بوجود مشاعر سلبية يتم اختبارها استجابةً لظروف غير متوقعة والشعور بعدم وجود معلومات كافية للتعامل معها.

وأضاف بعد ذلك (Buhr & Dugas, 2002) أنه تحيز معرفي يؤثر على الإدراك والتفسير والسلوكيات المرتبطة بعدم اليقين. وأوضح (Dugas et al., 2004) مرة أخرى أن عدم تحمل الغموض ينتج عن الميل المفرط في إيجاد عدم اليقين، والاعتقاد بأن المفاجآت سلبية ويجب تجنبها، والاعتقاد بأن الغموض بشأن المستقبل أمر غير عادل. وأكد علي ذلك Carleton et al., (2007) بالإشارة إلى أن الأفراد الذين لديهم مستوى مرتفع من عدم تحمل الغموض سيجدون الأحداث السلبية المستقبلية المحتملة غير مقبولة ومهددة بغض النظر عن احتمالية حدوثها. وبذلك يشير عدم تحمل الغموض باختصار إلى الميل إلى إدراك المواقف الغامضة كمصدر للتهديد.

وتشير النماذج المعرفية السلوكية إلى أن الأفراد الذين يعانون من عدم تحمل الغموض المرتفع لديهم معتقدات أساسية سلبية حول عدم اليقين، ولديهم معالجة متحيزة للمعلومات في سياق الغموض، ويقدمون تفسيرات تهديدية لعدم اليقين. وفي محاولات منهم لإدارة الضيق الناتج عن ذلك، يقوم هؤلاء الأفراد بسلوكيات غير ضرورية ومجهدة شخصياً تسعى إلى اليقين والتي يتم تعزيزها بشكل سلبي، لأنها لا توفر سوى راحة مؤقتة لأن الضمان المطلق للسلامة غير ممكن (Jacoby, 2020).

ومن خلال ما سبق عرضه يمكن النظر إلى مفهوم عدم تحمل الغموض على أنه بناء واحد يتكون من أربعة أبعاد وهما: (١) يرى الفرد أن عدم اليقين مزعج وضاعط، (٢) يعتبره موقفاً لا يطاق ويجب تجنبه، (٣) يعتقد بأنه غير عادل و(٤) ويؤدي إلى عدم القدرة على التصرف (Robichaud, 2013).

من الغموض إلى عدم تحمل الغموض From Uncertainty to IU

لقد أثبتت العديد من الدراسات (Shapiro et al., 2020) أن الغموض كسمة مشتركة في سياق التهديد قد تثير الخوف والقلق. وتتشأ فكرة "عدم تحمل الغموض" من الدراسات المتعلقة بالقلق؛ والتي تم تحديد المكون الرئيسي لها في الأصل على أنه الخوف من المجهول. وعرف علماء النفس الخوف من المجهول بأنه "ميل الفرد إلى تجربة الخوف الناجم

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة

عن الغياب المدرك للمعلومات في أي مستوى من الوعي أو نقاط المعالجة". وهذا الخوف هو العملية المعرفية الأساسية التي تكمن وراء جميع اضطرابات القلق، ولكنها تختلف عن التجربة الانفعالية الناجمة عن القلق. فالخوف موجه نحو الحاضر ومؤكد نسبيًا بينما القلق موجه نحو المستقبل وغير مؤكد نسبيًا. ويتضح من ذلك أن الغموض هو سمة مركزية في النموذج المفاهيمي للخوف، مما يؤدي إلى القلق والهم (Gu et al., 2020).

عدم القدرة علي الاستفادة من الاحداث السلبية الماضية وعلاقتها بالغموض.

الكثير من الاشخاص القلقين والمكتئبين يتنبأون بأن النتائج ستكون سلبية وفي مرات كثيرة يكونون علي خطأ وأحياناً يكونوا علي صواب. ويفشلون في التعلم من عدم تحقق تنبؤاتهم الماضية وذلك لعدة أسباب :-

- يشعرون بارتياح شديد عندما تسير الأمور بشكل جيد لدرجة أنهم لا يريدون فحص التشوه الموجود في تفكيرهم.
- يقومون بتكوين استثناءات للقواعد التي وضعوها مثل الصدفة.
- يتجاهلون الأدلة التي تثبت عدم صحة تنبؤاتهم.
- أنهم يعتقدون أن معتقدهم السلبي يحميهم بطريقة ما.
- يستطيع الناس تذكر الأحداث التي وقعت بالفعل أفضل بكثير من الأحداث التي لم تقع (روبرت ليهي، ٢٠٢٠، ٣٦٩).

عدم تحمل الغموض وعلاقته بجودة الحياة.

أشارت دراسات سابقة (Bernstein et al.,2011; Keough et al.,2010) إلي ارتباط عدم القدرة علي تحمل الغموض بأعراض قلق أعلي وجودة حياة أقل. وبالتالي يمكن أن يلعب دورًا جوهريًا في التأثير علي جودة حياة للأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق. وأسفرت الأبحاث الحديثة عن بيانات داعمة أولية ذلك، حيث أظهرت أن عدم تحمل الغموض تتوسط العلاقة بين الإهمال في مرحلة الطفولة المبكرة وجودة الحياة في مرحلة البلوغ للبالغين الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي أو اضطراب القلق العام (Rosencrans et al.,2017).

عدم تحمل الغموض وعلاقته باضطرابات القلق.

تصف النماذج الرئيسية لعلم النفس المرضي المرتبطة بالقلق والخوف على أنهما يتألفان من ثلاثة مكونات رئيسية. الفسيولوجية (أي تنشيط الجهاز العصبي اللاإرادي)، والمعرفية (أي تفسير المحفزات البيئية والفسيولوجية) والسلوكية (أي الاستجابة المختارة للمحفزات). كما ميز المنظرون بين القلق والخوف في محاولة لتسهيل تفسير التفاعلات بين الخبرة والسلوك. باعتبار أن الخوف هو استجابة وقائية لتهديد حالي يمكن تحديده (مثل التعرض لهجوم من حيوان ضار) وعادة ما يكون مصحوبًا باستجابة كر أو فر ذات رد فعل فسيولوجي قوي (مثل ارتفاع ضغط الدم، وتوتر العضلات، استجابة الفزع). على النقيض من ذلك، فإن القلق هو استجابة لتهديد محتمل قد يحدث أو لا يحدث في وقت ما في المستقبل (مثال قد يهاجمني حيوان ضار في مكان ما، في وقت ما) وعادة ما يكون مصحوبًا بنسخة مخففة من رد الفعل الفسيولوجي للقلق (Carleton, 2012).

و يمكن تفسير القلق على أنه تفكير متأمل في احتمالية وقوع حدث سلبي (مثل نوبة هلع أخرى)، وبالتالي الحفاظ على مستوى مرتفع من القلق. ويتم التحقق من صحة هذه التفكيريات ودعمها لأن احتمالية إعادة التعرض للمحفز المخيف ليست صفرًا (على سبيل المثال، يستمر الحيوان الضار، أو الحيوانات المماثلة، في الوجود في نفس البيئة التي يعيش فيها الفرد). لذلك، فإن مدى تسامح الشخص مع الغموض المحيط به وهو إمكانية إعادة التعرض سيؤثر على مدى تكرار قلقه وبالتالي هلعه. ومن المرجح أن يفسر الأشخاص الذين لا يتحملون الغموض جميع المعلومات الغامضة على أنها تهديد مما يساهم في حدوث ردود فعل جسدية ضاغطة كبيرة (مثل، زيادة معدل ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم). وعلاوة على ذلك، قد يؤدي إلى ضعف في مهارات حل المشكلات، مما يؤدي إلى التقاعس عن العمل وتجنب المواقف الغامضة (Carleton et al., 2007).

المحور الثالث: جودة الحياة المرتبطة بالصحة Health-Related Quality of Life (HRQOL).

ارتبط التطور الحادث في أبحاث جودة الحياة المرتبطة بالصحة بالتغيرات التي طرأت خلال العقود الأخيرة على مفهوم الصحة، والذي تحول من نموذج طبي حيوي إلى نموذج نفسي اجتماعي حيوي. وبدأ استخدام هذا المؤشر على نطاق واسع منذ الثمانينيات،

وخاصة فيما يتعلق برعاية المرضى المصابين بأمراض مزمنة. حيث تعتمد صحة المريض وقدرته على العمل على العديد من المكونات: منها الجسدية والنفسية والاجتماعية. لذلك يجب تقييم المرضى وأخذ المكونات الثلاثة في الاعتبار لكي يتقدم المريض كشخص وكفرد في المجتمع (Mullings et al., 2022, 4).

وتم تقديم جودة الحياة (QoL) لأول مرة كمفهوم في الطب في سبعينيات القرن العشرين. وفي السنوات الخمس والثلاثين التي تلت ذلك، شهدت نمواً غير مسبوق، وأكدته العديد من الدراسات والمنشورات العلمية المخصصة لقياس جودة الحياة في مجموعات مختلفة من المرضى الذين خضعوا لتدخلات طبية محددة. وفي هذا السياق تم تطوير مصطلح "جودة الحياة المرتبطة بالصحة" (HRQOL) للإشارة إلى جودة حياة الفرد الناتجة عن حالته الصحية، وخبرته بالمرض، وعملية نموه الطبيعية. ومع توسع الطب إلى ما هو أبعد من الأساليب التقليدية البحتة، أصبحت نتائج العلاج المستندة إلى المعايير البيولوجية فقط غير كافية. وفي الوقت الحاضر، غالباً ما تتجاوز الدراسات السريرية القياسات البيولوجية للصحة. وتتبع الدراسات السريرية نهجاً متعدد الأبعاد يركز على مؤشرات الصحة التي تعكس قدرة المريض على العمل في مجالات مختلفة من الحياة (Karimi & Brazier, 2016).

مفهوم جودة الحياة المرتبطة بالصحة والمفاهيم المرتبطة به.

تُعرّف منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها "حالة من الرفاهة البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة، وليس مجرد غياب أو خلو من المرض والضعف" (Who, 2014). وتم تعريف جودة الحياة على أنها "رفاهة عامة شاملة تتضمن أوصافاً موضوعية وتقييمات ذاتية للرفاهة البدنية والمادية والاجتماعية والانفعالية جنباً إلى جنب مع مدى التطور الشخصي والنشاط الهادف، وكلها مرتبطة بمجموعة من القيم الشخصية" (Felce & Perry, 1995). وفي السنوات الأخيرة، اكتسبت جودة الحياة المرتبطة بالصحة أهمية كبيرة، باعتبارها بنية متعددة الأبعاد تتضمن عوامل جسدية وعقلية ووظيفية واجتماعية (Huber et al., 2017). واستخدم Guyatt (1993) مصطلح جودة الحياة المرتبطة بالصحة لقياس "تجربة المرض" في مقابل "قياس شدة المرض". حيث يصور جودة الحياة المرتبطة بالصحة واقع المريض - وجهة نظره - بدلاً من الواقع الذي تحدده عملية المرض.

ويتم تعريف جودة الحياة المرتبطة بالصحة بأنها "مدى أداء الشخص لوظائفه في حياته ورفاهته الملموسة في المجالات البدنية والنفسية والاجتماعية المرتبطة بالصحة فضلاً عن التأثيرات السلبية للمرض والعلاج والضعف الناتج عنه. ويشير الأداء إلى قدرة الفرد على القيام ببعض الأنشطة المحددة مسبقاً، بينما تشير الرفاهة إلى تقييمات الأشخاص لمستوى أدائهم الحالي ورضاهم عنه مقارنة بما يعتبرونه "مثاليًا" (Killewo & Heggenhougen, 2010, 195; Kawecka-Jaszcz et al., 2012, 9).

ويتم تسليط الضوء على الاختلافات بين المصطلحات الثلاثة. ومن السهل التمييز بين الصحة وجودة الحياة. فمن المسلم به أن "جودة الحياة هي أكثر من مجرد الحالة الصحية أو الأعراض السريرية أو القدرة الوظيفية، أما الصحة فليست سوى بُعد واحد من جودة الحياة". وللتمييز بين مفهومي جودة الحياة وجودة الحياة المرتبط بالصحة، فإن جودة الحياة المرتبطة بالصحة لا تشمل سوى تلك العوامل التي تشكل جزءاً من صحة الفرد". ولا تتضمن الجوانب غير الصحية مثل الظروف الاقتصادية والسياسية (Karimi & Brazier, 2016). وفي حين أن مستوى الدخل ومدى الاستقلالية وجودة البيئة قد تلعب جميعها دوراً في تحديد جودة الحياة المتعلقة بالصحة، إلا أنها لا تؤثر بشكل مباشر على صحة الأشخاص أو مخاوفهم الطبية (Mullings et al., 2022, 72).

جودة الحياة المرتبطة بالصحة كمفهوم متعدد الأبعاد.

يرى العديد من المؤلفين أن الدراسات القيمة حول جودة الحياة المرتبطة بالصحة يجب أن تتضمن الفئات التالية:

- الرفاهة العامة "الشعور بالسعادة والرضا عن الحياة والانفعالات الإيجابية والسلبية والقدرة على الاسترخاء".
- المتغيرات المرتبطة بالصحة البدنية "النشاط البدني والحيوية ونوع وتطور أعراض مرض معين والحالة الصحية وجودة النوم والوظيفة الجنسية".
- المتغيرات النفسية "القلق والاكتئاب، وكذلك الوظيفة المعرفية والنفس حركية والفكرية".
- الأنشطة اليومية "العمل والراحة والهوايات".
- الاتصال الاجتماعي "الأسرة والأصدقاء والمجموعات الاجتماعية الأخرى".
- الظروف الخارجية "العمل والوضع المادي وظروف المعيشة والوضع الاجتماعي".

ومن المنظور السريري، بعد ظهور المرض و/أو تشخيصه، فإن كل هذه الأبعاد قد تتأثر بـ "الحالة الصحية" للفرد. وبالتالي، فإن هذه العلاقة متعددة الأبعاد. وهذا يعني أن الصحة الجيدة هي نتيجة للرفاهة البيولوجية والنفسية والاجتماعية؛ ويؤدي الاضطراب في أي من هذه المجالات إلى المرض، ويؤثر على المجالات الأخرى للرفاهة، وعلى جودة الحياة المرتبطة بالصحة (Kawecka-Jaszcz et al., 2012, 9-12; McClain & Suresh, 2011, 72).

جودة الحياة المرتبطة بالصحة وعلاقتها باضطرابات القلق.

فيما يتعلق باضطرابات القلق، فقد تم استخدام جودة الحياة لتقدير تأثير القلق على الأداء اليومي والتنبؤ بالعواقب طويلة المدى للاضطراب وتقييم فعالية العلاج. تركز الغالبية العظمى من الأبحاث على جودة الحياة المتعلقة بالصحة، والتي تمثل تأثير القلق على صحة الفرد والرعاية الصحية المقدمة، وتستند إلى التقرير الذاتي للفرد. ويندرج ضعف جودة الحياة بين اضطرابات القلق عمومًا في الفئات التالية: الصحة البدنية، والصحة الانفعالية (أو العقلية)، والأداء المهني أو التعليمي، والأداء الاجتماعي، والأداء المنزلي والعائلي، والاستقلال المالي (Wilmer et al., 2021).

ولقد ركزت المراجعات السابقة (Koury & Rapaport, 2007; Olatunji et al., 2007) والتي فحصت جودة الحياة بين اضطرابات القلق بشكل عام على التأثيرات والاختلافات الخاصة بالاضطراب بين الأفراد المصابين باضطرابات القلق وغير المصابين بها. وثبت أن الأفراد المصابين باضطرابات القلق يبلغون عن جودة حياة أضعف مقارنة بأولئك الذين لا يعانون من اضطراب القلق، بغض النظر عن نوع القلق الذي يعانون منه. كما وجد Carrera et al., (2006) أن أعراض القلق والاكتئاب والعمر وتكرار نوبات الهلع وتجنب الأماكن المفتوحة كانت مسؤولة عن 18-42% من التباين في جودة الحياة. ويرتبط اضطراب الهلع بإعاقة اجتماعية ومهنية وجسدية كبيرة، بالإضافة إلى شكاوى صحية عامة مستمرة وصحة بدنية ضعيفة. ويُظهر الأفراد المصابون باضطراب الهلع استخدامًا عاليًا مقارنة بالجمهور والأشخاص المصابين باضطرابات نفسية أخرى (Gros et al., 2023).

المحور الرابع: اضطراب الهلع (Panic disorder) (PD).

يُعرّف اضطراب الهلع بأنه نوبات فزع متكررة وغير متوقعة مصحوبة بقلق متوقع بشأن النوبات المستقبلية وعواقبها. ويتضمن هذا عموماً تجنب المواقف والسلوكيات التي يمكن أن تنتج أعراضاً جسدية مماثلة لتلك التي يواجهها الشخص أثناء نوبة الهلع، مما قد يؤدي إلى قيود كبيرة في جودة الحياة (Oussi & Bouvet, 2024).

المحكات التشخيصية لاضطراب الهلع.

تحدد APA (2013, 208-209) المحكات التشخيصية لاضطراب الهلع فيما يلي:-

- أ. نوبات هلع متكررة وغير متوقعة. ونوبة الهلع هي زيادة مفاجئة في الشعور بالخوف أو الانزعاج الشديد والذي يصل إلى ذروته في غضون دقائق، وخلال هذه الفترة تحدث أربعة (أو أكثر) من الأعراض التالية: خفقان، دقات القلب السريعة أو تسارع في ضربات القلب، التعرق، ارتعاش أو ارتجاف، الإحساس بضيق في التنفس أو قصر النفس، الشعور بالاختناق أو بالغصص، ألم أو انزعاج في الصدر، غثيان أو تلبك في البطن، الشعور بالدوار، وعدم الاستقرار، وخفة الرأس، أو الإغماء، قشعريرة أو الإحساس بالحرارة، احساس بالتنميل أو بالوخز أو الخدر، الغربة عن الواقع (الشعور بعدم الواقعية) أو تبدد الشخصية (الانفصال عن الذات)، الخوف من فقدان السيطرة أو "الجنون"، الخوف من الموت.
 - ب. بعد أن تحدث نوبة هلع واحدة علي الأقل، يعقبها الشعور خلال شهر واحد أو أكثر بواحد أو أكثر من الأعراض التالية: هم مقيم أو قلق مستمر بشأن الإصابة بمزيد من نوبات الهلع أو عواقبها (على سبيل المثال، فقدان السيطرة، أو الإصابة بنوبة قلبية، أو "الجنون"). وتغيير كبير في السلوك (غير متكيف وغير متوافق ومؤثر) المرتبط بالنوبات (على سبيل المثال، السلوكيات المصممة لتجنب نوبات الهلع، مثل تجنب ممارسة الرياضة أو المواقف غير المألوفة أو قيادة السيارة).
- وهذا يعني أن الشخص غير قادر على العمل. وأن اضطراب الهلع ليس نتيجة لحالة طبية أو اضطراب عقلي آخر.

التشخيص الفارق لاضطراب الهلع وارتباطه بالمشاكل الجسدية.

غالبًا ما لا يكون تشخيص الهلع واضحًا لجميع الأطباء، حيث يمكن أن يحدث الهلع أيضًا بشكل مصاحب لأمراض القلب الجسدية. وبشكل أكثر تحديدًا، غالبًا ما يتضمن قلق الهلع شعورًا مفاجئًا بالخوف مصحوبًا بأعراض مثل ضيق التنفس، وخفقان القلب، وألم في الصدر، وبالتالي خوف المريض من الإصابة بنوبة قلبية. لذلك فإن التشخيص الدقيق أمر بالغ الأهمية (Nardi & Freire, 2016, 7).

وغالبًا ما تختبئ نوبات الهلع تحت مظاهر جسدية خالصة، لهذا فإن غالبًا ما يتم تشخيصها وعلاجها بصورة خطأ. وتقول الفرضية الأساسية لنموذج التفسير المعرفي السلوكي لنوبات الهلع أن هذه النوبات تنشأ خلال الإرجاع الإيجابي بين الأعراض الجسدية وارتباطها بالخطر وما ينجم عن ذلك من استجابة قلق. وهذا يعني أن سبر تفسير الأعراض والمخاوف المرتبطة بها يمثل إلى جانب قياس الشكاوي الجسدية جوهر التشخيص (بيرتر شلوتكه وآخرون، ٢٠١٦، ٢٤٩).

واضطراب الهلع له عَرَضَانِ أساسيان وهما، السلوكيات غير التكيفية المرتبطة بنوبات الهلع، والقلق المتكرر بشأنها، والمعروف باسم القلق التوقعي. وترتبط نوبات الذعر المتكررة وغير المتوقعة بالقلق التوقعي المستمر، حيث تلعب القدرة على التنبؤ بالمواقف وتوقعها دورًا مهمًا في تطور الاضطراب (Ahn et al., 2023).

كما أن التمييز بين رد فعل الخوف استجابةً للتهديد الفعلي ونوبة الهلع مهم. توضح ICD-11 أنه في سياق اضطراب الهلع، لا تقتصر نوبات الهلع على مواقف معينة؛ ومع ذلك، يصف DSM-5 كذلك أن نوبات الهلع يمكن أن تنشأ من حالات الهدوء والقلق وأن نقطة التغيير المفاجئ في القلق تحدد بداية الذعر (Jurin & Biglbauer, 2018).

فقد يتطور القلق نتيجة لتوقع حدوث المزيد من النوبات. وقد يتطور الخوف من النوبات المتكررة إلى مجموعة من التجنبات، والتي يشار إليها عادة باسم "رهاب الخلاء"، حيث يتجنب الشخص الأماكن التي حدثت فيها نوبات الهلع أو يحتاج أن يكون برفقة شخص موثوق به لمغادرة المنزل أو الأمان عند الدخول إلى مكان حيث يكون الهروب السريع أثناء نوبة الهلع صعبًا أو محرجًا. وغالبًا ما تكون الفترة الفاصلة بين ظهور الاضطراب والتشخيص

الدقيق والعلاج الفعال سنوات، ويتسبب ذلك في ضعف كبير في جودة الحياة في هذه الأثناء (Ollendick et al., 2013, 243).

نسب انتشار اضطراب الهلع والأمراض المرتبطة به.

يبلغ معدل انتشار اضطراب الهلع على مدى ١٢ شهرًا حوالي ٢-٣٪ لدى البالغين والمراهقين. ومعدل انتشار نوبات الهلع مدى الحياة ١٣,٢٪ واضطراب الهلع ١٢,٨٪. ويتراوح العمر عند بداية الاضطراب بين ٢٠ و ٢٤ عامًا، وهو نادر الحدوث في مرحلة الطفولة وبعد سن ٤٥ عامًا. ويصاحب اضطراب الهلع اضطرابات أخرى، مثل اضطرابات القلق الأخرى، وعادةً رهاب الخلاء، والاكتئاب الشديد، والاضطراب الوجداني ثنائي القطب، واضطراب تعاطي الكحول. كما أن خطر الانتحار مرتفع. ويصاحب أيضًا أمراض عضوية أخرى، مثل الدوخة، وعدم انتظام ضربات القلب، وفرط نشاط الغدة الدرقية، والربو، ومتلازمة القولون العصبي (Rakitzki, 2023, 58).

النماذج النفسية والפיولوجية لاضطراب الهلع.

١. نموذج جولدشتاين وشامبليس (Goldstein & Chambless, 1978).

اقترحا أن الخوف من القلق ينشأ من خلال ربط الإشارات الداخلية بنوبات الهلع. بعبارة أخرى، يُعتقد أن الأشخاص المصابين باضطراب الهلع يتعلمون الخوف من تكرار نوبات الهلع المزعجة وبالتالي يطورون خوفًا من الأعراض المرتبطة بالهلع.

٢. نموذج كلارك (Clark, 1986).

كان نموذج كلارك بشكل عام هو النموذج المعرفي السائد لاضطراب الهلع. والسمة الأساسية لهذا النموذج هي حدوث سوء تفسير كارثي للأحاسيس الجسدية وليس الأحاسيس نفسها التي تحدث في سياق القلق غير المرضي (مثل المرض الجسدي، وممارسة الرياضة، وتناول مواد معينة)، (وفي هذا السياق، تصور كلارك أن ذوي الاضطراب يفسرون هذه آيس علي أن هناك كارثة علي وشك الحدوث). ويؤدي هذا التقييم إلى سلوكيات التجنب والسلامة، من أجل تجنب نوبات الهلع. ويكون الشخص في حلقة مفرغة. وكانت لهذه النظرية قيمة في تفسير الطبيعة المتكررة لنوبات الهلع من خلال آلية دائرية للمعرفة والإدراك.

٣. نموذج إيلرز ومارغراف (Ehlers & Margraf, 1989).

تؤدي المنبهات الضاغطة الداخلية أو الخارجية إلى أعراض عضوية ومعرفية، والتي يتم تفسيرها على أنها خطيرة. وهذا يؤدي إلى نوبة هلع، مما ينتج عنه المزيد من الأعراض، مما يزيد من القلق والضعف العام، وحلقة مفرغة لا تنتهي.

٤. نموذج رايس (Reiss, 1991).

ضم مكونات من نموذجي جولدشتاين وشامبليس (١٩٧٨) وكلاارك (١٩٨٦)، واقترح أن نوبات الهلع تنشأ نتيجة لـ:

- ميل مسبق إلى تفسير خاطئ كارثي والاستجابة بالخوف لأحاسيس الإثارة الحميدة.
- خوف مكتسب من القلق يتم الحفاظ عليه من خلال تجربة نوبات الهلع.

تعقيب عام علي الإطار النظري.

من خلال عرض الاطار النظري يتضح للباحث أن الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض تلعب دورًا محوريًا في بدء واستمرار اضطراب الهلع مما يؤثر علي جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى هؤلاء المرضى وعلي طول مدة العلاج حيث تؤدي الحساسية للقلق إلي زيادة التأهب للأعراض الجسدية، فالأشخاص الذين يعانون من حساسية عالية للقلق يكونون أكثر عرضة لتفسير الأعراض الجسدية للقلق بشكل سلبي أو كارثي، مما يجعلهم أكثر عرضة لنوبات الهلع. والاستمرار في دورة التغذية الراجعة السلبية، فعندما يبدأ شخص حساس للقلق في الشعور بأعراض القلق الجسدية (مثل خفقان القلب)، قد يؤدي تفسيره الخاطئ لهذه الأعراض إلى زيادة خوفه، مما يؤدي إلى تقاوم الأعراض الجسدية. هذا التصعيد يمكن أن يؤدي في النهاية إلى نوبة هلع. بالإضافة إلى توقع الكارثة، فالأفراد ذوو الحساسية العالية للقلق غالبًا ما يتوقعون حدوث كوارث نتيجة هذه الأعراض (مثل "سأصاب بنوبة قلبية" أو "سأفقد عقلي")، مما يزيد من شدة نوبات الهلع وتكرارها.

ويؤدي عدم تحمل الغموض إلي تجنب الأشخاص المواقف غير المؤكدة، فالأشخاص الذين يعانون من عدم تحمل الغموض غالبًا ما يتجنبون المواقف التي لا يمكنهم التحكم بها أو التنبؤ بنتائجها. وهذا التجنب قد يؤدي إلى تقاوم اضطراب الهلع عن طريق الحد من التعرض للمواقف التي تساعد على كسر دائرة الخوف والتعلم بأن هذه المواقف ليست بالضرورة خطيرة.

وهناك أمثلة على ذلك:

١. إذا شعر الشخص بضيق في التنفس (عرض جسدي طبيعي)، فإن القلق التوقعي يجعله يفكر: "ماذا لو كان هذا بداية نوبة هلع؟"، بينما القلق المثبط يدفعه لتجنب الأنشطة أو الأماكن التي قد تزيد من هذا الإحساس، مثل التمارين الرياضية أو الأعمال المنزلية.
 ٢. في حالة الحصول علي دعوة لحضور اجتماع مهم، فإن القلق التوقعي قد يثير أفكارًا كارثية مثل: "ماذا لو أصبت بنوبة هلع هناك؟"، والقلق المثبط قد يؤدي إلى محاولة عدم الحضور و الاعتذار خوفًا من الإحراج أو الفشل.
- ويتضح من العرض السابق مدى غزارة التراث النفسي الموضح لطبيعة العلاقة الهامة لكل من الحساسية للقلق ومدى ارتباطه بمعتقدات سلبية كارثية حول القلق، وكذلك عدم تحمل الغموض، ونقص القدرة علي الاستفادة من الخبرات السابقة والاستعانة بها في مواجهة نقص المعلومات المرتبط بالمواقف المستقبلية ومدى ارتباطهما باضطراب الهلع وشدة الأعراض. وتأثيرهما بالغ الأهمية علي جودة الحياة المرتبطة بالصحة والتسبب في تعطيل الوظائف الحياتية المهمة للفرد سواء علي مستوى الأنشطة الفردية التي يقوم بها بداية من الأعمال المنزلية وصولاً للأنشطة الممتعة، أو علي مستوى الأنشطة الدراسية أو المهنية. وكذلك التأثير علي الحالة الانفعالية وعلى الأداء الاجتماعي والبدني والصحة النفسية والطاقة والحيوية والصحة العامة المدركة.

دراسات سابقة.

- من خلال فحص محركات البحث المختلفة المختصة بالجوانب النفسية، وجد الباحث مجموعة من الدراسات ذات الصلة بمتغيرات البحث الحالي، حيث أمكن الاستفادة منها في بلورة الإطار النظري للبحث الحالي، وصياغة فروضه وإعداد أدوات الدراسة والاستفادة منها في تفسير النتائج، والتي يمكن عرضها علي النحو التالي:-
- المحور الأول: دراسات تناولت العلاقة بين الحساسية للقلق وجودة الحياة المرتبطة بالصحة.**
١. دراسة بعنوان (Kroenke et al., (2013) العلاقة بين القلق وجودة الحياة المرتبطة بالصحة والضعف الوظيفي لدى مرضى الرعاية الأولية الذين يعانون من آلام مزمنة.

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة

تم استخلاص البيانات من المقابلات الأساسية لـ ٢٥٠ مريضاً في الرعاية الأولية. وتم استخدام مقاييس معتمدة لتحديد نسبة المرضى الذين تم تشخيصهم بخمسة اضطرابات قلق شائعة: القلق العام، والهلع، والقلق الاجتماعي، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب الوسواس القهري. وفحصت التحليلات ثنائية المتغيرات الارتباطات بين نوع وعدد اضطرابات القلق التي تم فحص المرضى لها بشكل إيجابي ونتائج الألم التمثيلية والنفسية وغيرها من نتائج جودة الحياة المرتبطة بالصحة. وكانت نتائج فحص مائة وأربعة عشر مريضاً (٤٥%) إيجابية لاضطراب قلق واحد على الأقل، وبالمقارنة مع ١٣٦ مريضاً سلبية للفحص، كانت درجاتهم أسوأ بشكل ملحوظ في مجالات الألم والنفسية وغيرها من مجالات جودة حياة الإنسان. ٢. دراسة Anderson et al., (2014) بعنوان الضعف الوظيفي وجودة الحياة المرتبطة بالصحة وأعراض الاكتئاب والحساسية للقلق لدى المرضى المصابين بمتلازمة تسرع القلب الانتصابي الوضعي (POTS).

قامت الدراسة بتقييم الأفراد المصابين بمتلازمة تسرع القلب الانتصابي فيما يتعلق بالاضطرابات النفسية المصاحبة والحساسية للقلق وجودة الحياة المرتبطة بالصحة وفحصت القدرة المعرفية العامة. تم الحصول على البيانات من المرضى (n = 15، n = 12 أنثى، تتراوح أعمارهن بين ٣٠ ± ٣ سنوات) وأفراد أصحاء من نفس الفئة العمرية (n = 30، n = 21 أنثى، تتراوح أعمارهن بين ٣٢ ± ٢ سنة). وتوصلت الدراسة إلي أن المرضى المصابون بمتلازمة عدم انتظام دقات القلب الوضعي العام يعانون عادةً من أعراض الاكتئاب والقلق والحساسية المتزايدة للقلق، وخاصة فيما يتعلق بأعراض القلب، وكان لديهم نوعية حياة صحية أسوأ في كل من مجالات الصحة البدنية والعقلية.

٣. دراسة Johnson et al., (2019) بعنوان الحساسية للقلق كمنبئ لجودة الحياة المرتبطة بالصرع وشدة المرض بين مرضى الصرع البالغين.

كان الغرض من الدراسة هو فحص دور الحساسية للقلق في التنبؤ باحتمالية حدوث النوبات وجودة الحياة بين ٤٩ شخصاً مصاباً بالصرع (PWE؛ ٦٣,٣% من الإناث؛ Mage = 48.53، انحراف معياري = 1٥,٩١). ووفقاً للفرضيات، وبعد التحكم في تأثيرات الانفعال السلبي ووجود النوبات في العام الماضي، تنبأت مستويات أعلى من الحساسية للقلق بشكل كبير بجودة حياة أضعف بشكل عام بالإضافة إلى مجالات جودة الحياة المتعلقة بالقلق من

النوبات وتأثيرات الأدوية والقيود الاجتماعية المرتبطة بالقيادة في العمل والأداء المعرفي (تباين فريد ٨,٨-٢٢,٩%) . وتشير هذه النتائج إلى أن مرضى الصرع الذين يخافون من الأحاسيس المرتبطة بالإثارة يعانون من ضعف وظيفي أكبر، ولكن ليس بالضرورة صرعاً أكثر حدة.

٤. دراسة (Chalhub et al., 2021) بعنوان القلق وجودة الحياة المرتبطة بالصحة

وأعراض الاحتراق لدى الأطباء العاملين في الخطوط الأمامية أثناء جائحة كوفيد-١٩.

أجريت الدراسة خلال مرحلة الموجة الأولى من كوفيد-١٩، من سبتمبر إلى أكتوبر

٢٠٢٠. وتم إرسال الاستبيانات إلكترونياً إلى ٤٥٠ طبيباً من ولاية باهيا، لتقييم أعراض القلق

وجودة الحياة المرتبطة بالصحة ومتلازمة الاحتراق. وتوصلت الدراسة إلى أن من بين ٤٥٠

طبيباً، أجاب ٢٢٣ (٤٩,٦%) على الاستبيان بشكل كامل وأظهر ٣٨ (١٧%) منهم أعراض

القلق. حصل الأطباء المصابون بالقلق على درجات أعلى في مجالات الاحتراق الانفعالي،

و درجات أقل في الإنجاز الشخصي (PA) ($٣٢,١ \pm ٨,٢$ مقابل $٣٦,٣ \pm ٧,٦$ ؛ $p = 0.004$)،

من أولئك الذين لا يعانون من القلق. وأظهر الأطباء المصابون بالقلق المزيد من

الاحتراق العاطفي وإنجاز شخصي أقل وجودة حياة مرتبطة بالصحة أقل.

٥. دراسة (Cetingok et al., 2022) بعنوان العلاقة بين مرض الفيبروميالجيا

والاكتئاب والقلق والحساسية للقلق ومعتقدات تجنب الخوف وجودة الحياة لدى مريضات

الفيبروميالجيا.

تم متابعة ٣٧ مريضة مصابات بالمرض في عيادة طب الألم وتم تضمين مجموعة

مراقبة مكونة من ٣٧ امرأة سليمة في الدراسة. تم تطبيق نموذج بيانات الخصائص الاجتماعية

والديموغرافية والسريية، ونموذج جودة الحياة، واستبيان معتقدات تجنب الخوف، ومؤشر

الحساسية للقلق، ومقياس بيك للقلق، ومقياس بيك للاكتئاب. عند مقارنة المرضى في

الفيبروميالجيا بالمجموعة الضابطة؛ درجات أقل إحصائياً في جميع المقاييس الفرعية لشكل

جودة الحياة باستثناء صعوبة الدور العاطفي ودرجات الوظائف الاجتماعية؛ درجات أعلى

إحصائياً في كل من المقاييس الفرعية لاستبيان معتقدات تجنب الخوف؛ تم العثور على درجات

أعلى إحصائياً في مقياس الأعراض المعرفية الفرعي في مؤشر الحساسية للقلق -٣، ومقياس

بيك للقلق، ومقياس بيك للاكتئاب.

المحور الثاني: دراسات تناولت العلاقة بين عدم تحمل الغموض وجودة الحياة المرتبطة بالصحة.

١. دراسة (Tabar et al., 2021) بعنوان جودة الحياة المرتبطة بالصحة وعدم اليقين والقلق بين مرضى الانسداد الرئوي المزمن.

هدفت الدراسة إلى تقييم مستوى القلق وعدم اليقين وجودة الحياة المرتبطة بالصحة بين مرضى الانسداد الرئوي المزمن في الأردن. تم استخدام تصميم المسح المقطعي الارتباطي لجمع البيانات من ١٥٣ مريضاً بالمرض. أجريت الدراسة في عيادات الرئة في ثلاث مستشفيات إحالة رئيسية في الأردن تقدم الرعاية لهؤلاء المرضى من أجزاء مختلفة من البلاد. لتقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة، تم استكمال استبيان HRQoL. تم قياس مستوى عدم اليقين والقلق من خلال مقياس Mishel's uncertainty of illness scale ومقياس قلق الحالة على التوالي. كان متوسط عمر المشاركين ٦٦,٨ (الانحراف المعياري = ١٠,٣) وكان معظم المشاركين من الذكور (٩٤,١%). كان متوسط درجة جودة الحياة المرتبطة بالصحة ٥٧,٩ (الانحراف المعياري = ٢٠,٥). وكان متوسط درجة مستوى القلق لدى المشاركين ٣٨,١ (الانحراف المعياري = ١١,١). وكان متوسط درجة عدم اليقين ٦٦,١ (الانحراف المعياري = ١١,١). وتوصلت الدراسة إلى ارتباط القلق وعدم اليقين المتزايد بين مرضى الانسداد الرئوي المزمن بانخفاض جودة الحياة المرتبطة بالصحة.

٢. دراسة (Tarhani et al., 2019) بعنوان عدم اليقين والقلق والاكتئاب وجودة الحياة لدى مرضى السرطان.

هدفت الدراسة إلى تقييم العلاقة بين عدم اليقين والقلق والاكتئاب وجودة الحياة بين مرضى السرطان. تكونت عينة الدراسة من ١٦٣ مريضاً يعانون من السرطان، تم إحالتهم إلى مركز العلاج الكيميائي بمستشفى شهيد رحيمي التعليمي. من خلال مراعاة الاعتبارات الأخلاقية بما في ذلك عدم الكشف عن هوية المشاركين وسرية المعلومات وأخذ موافقة المخبر، تتكون البيانات التي تم جمعها من خلال استيفاء بعض الاستبيانات من المعلومات الديموغرافية ومقياس Michel's uncertainty in illness واستبيان WHOQOL-BREF ومقياس HADS. وتوصلت الدراسة إلى أن المرضى لديهم مستوى عالٍ من عدم اليقين في المرض وكانت جودة حياتهم بمستوى متوسط. أيضاً، كان هناك عدد محدود من يعانون من قلق شديد

واكتئاب ولكن الغالبية منهم كان لديهم قلق واكتئاب متوسط وخفيف على التوالي. إلى جانب ذلك، كانت هناك علاقة إيجابية مهمة بين عدم اليقين في المرض والقلق وعلاقة عكسية مهمة بين عدم اليقين في المرض وجودة الحياة.

٣. دراسة (Eraslan & İlhan, 2023) بعنوان العلاقة بين قلق الصحة وعدم تحمل الغموض فيما يتعلق بجودة الحياة لدى مقدمي الرعاية لمرضى السرطان.

هدفت الدراسة إلى التحقق من العلاقة بين قلق الصحة وعدم تحمل الغموض فيما يتعلق بجودة الحياة لدى مقدمي الرعاية لمرضى السرطان. تكونت العينة من ٨٣ مقدم رعاية لمرضى السرطان في الدراسة. تم إعطاء استمارة معلومات اجتماعية ديموغرافية ومقياس قلق الصحي (HAS) ومقياس جودة الحياة (QoL-FV) ومقياس عدم تحمل الغموض (IUS-12) للمشاركين للاستجابة. تم تقييم الارتباطات بين مقياس الدراسة ودرجات المقياس الفرعي. وتوصلت الدراسة إلى وجود ارتباط إيجابي كبير بين درجات قلق الصحة وعدم تحمل الغموض وارتباط سلبي كبير بين درجات جودة الحياة.

٤. دراسة (Shoychet et al., 2023) تأثير قلق كوفيد-١٩ على جودة الحياة لدى البالغين الكنديين: الدور الوسيط لعدم تحمل الغموض ووجهة ضبط الصحة.

بحثت الدراسة في العوامل الوسيطة المحتملة للعلاقة بين قلق كوفيد-١٩ (أ) والأداء اليومي و(ب) جودة الحياة، لتحديد الأفراد الأكثر عرضة لهذه النتائج السلبية. تم فحص عدم تحمل الغموض ووجهة ضبط الصحة كعوامل وسيطة محتملة. وتكونت الدراسة من ١٩٣ بالغًا كنديًا. وأكمل المشاركون استبيانات عبر الإنترنت. ووجدت تحليلات الانحدار أن عدم تحمل الغموض أو وجهة ضبط الصحة لم يخفف بشكل كبير من العلاقات بين قلق كوفيد-١٩ والأداء اليومي. ومع ذلك، كان كل من عدم تحمل الغموض ووجهة ضبط الصحة من العوامل المؤثرة بشكل كبير بين قلق كوفيد-١٩ وجودة الحياة.

المحور الثالث: دراسات تناولت العلاقة بين الحساسية للقلق واضطراب الهلع.

١. دراسة (Hoge, 2011) دور الحساسية للقلق في اضطراب النوم لدى مرضى الهلع. أظهرت الأبحاث السابقة أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع (PD) يبلغون عن اضطرابات كبيرة في النوم. يميل مرضى اضطراب الهلع إلى الإبلاغ عن مستويات عالية بشكل غير طبيعي من الحساسية للقلق (AS). ولأن ارتفاع الحساسية للقلق ينطوي على زيادة

في الانتباه والخوف من القلق والأحاسيس الجسدية المرتبطة به، والتي قد تسبب بدورها إثارة نفسية وفسبولوجية مفرطة، فقد تم افتراض أنه بين الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع، فإن ارتفاع الحساسية للقلق (AS) قد يكون مرتبطاً باضطراب النوم، وخاصة في شكل زيادة زمن النوم. وكما هو متوقع، ارتبط اضطراب الهلع (PD) بنوم أسوأ كما تم قياسه بواسطة مؤشر جودة النوم العالمي بيتسبرغ (PSQI) وارتبط اضطراب الهلع (AS) بشكل كبير بزمن نوم أطول. تشير بياناتنا إلى أن اضطراب النوم، وخاصة زمن النوم، في اضطراب الهلع (PD) قد يكون راجعاً جزئياً إلى مستويات عالية من الحساسية للقلق (AS).

٢. دراسة (Lewis, 2011) بعنوان الحساسية للقلق وعلاقتها الفريدة باضطراب الهلع واضطراب القلق العام واضطراب القلق الاجتماعي والاكتئاب.

هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين الحساسية للقلق واضطرابات القلق والاكتئاب. وقد فحصت الدراسة ثلاث مجموعات محددة من أعراض القلق (الذعر والقلق العام والقلق الاجتماعي) وأعراض الاكتئاب وعلاقتها بالجوانب الثلاثة للحساسية للقلق (الخوف من الأعراض الجسدية والمخاوف الاجتماعية والخوف من خلل التحكم المعرفي). وقد وجد أن الخوف من الأعراض الجسدية للحساسية للقلق كان مرتبطاً بالذعر، كما افترض، ولكنه ارتبط أيضاً بأعراض القلق الاجتماعي وأعراض القلق العام. وتماشياً مع الفرضيات، فإن الخوف من الأعراض التي يمكن ملاحظتها علناً، أو مكون المخاوف الاجتماعية للحساسية للقلق، كان مرتبطاً بمجموعة واحدة فقط من الأعراض، وهي القلق الاجتماعي. وأخيراً، وجد بشكل غير متوقع أن الخوف من خلل التحكم المعرفي يرتبط بالذعر وأعراض القلق الاجتماعي؛ ومع ذلك، فإنه لم يرتبط بالقلق العام أو أعراض الاكتئاب كما تنبأت الفرضية.

٣. دراسة (Bentley et al., 2013) بعنوان المساهمات التفاعلية للتحكم المتصور والحساسية للقلق في اضطراب الهلع: منظور نقاط الضعف الثلاثية

هدفت الدراسة من التحقق من التأثيرات المباشرة والتفاعلية للسيطرة المدركة والحساسية للقلق على شدة أعراض اضطراب الهلع. تم إجراء نماذج المعادلات البنوية (SEM) في البيانات المستمدة من عينة من ٣٧٩ بالغاً يعانون من اضطراب الهلع. وأشارت النتائج إلى أن كل من السيطرة المدركة والحساسية للقلق يتنبأ بشكل فريد بأعراض اضطراب الهلع. وأن تأثير الحساسية للقلق على أعراض الهلع يزداد مع تزايد العجز في السيطرة المدركة. وأن العجز في

السيطرة المدركة والمستويات المرتفعة من الحساسية للقلق تمارس تأثيرات فريدة ومشاركة على أعراض اضطراب الهلع.

٤. دراسة (Talkovsky & Norton, 2015) بعنوان التأثير غير المباشر للحساسية للقلق في العلاقة بين أعراض الهلع وشدة الهلع

هدفت الدراسة إلى تحديد ما إذا كانت الحساسية للقلق، لها تأثير غير مباشر على الارتباط بين أعراض الذعر المبلغ عنها ذاتيًا وشدة الذعر، سواء المبلغ عنها ذاتيًا أو التي تم تقييمها سريريًا، بمن ين ٦٧ فردًا يسعون إلى العلاج مع تشخيص أولي لاضطراب الهلع مع أو بدون رهاب الخلاء. وأشارت النتائج إلى أن التأثير الوسيط الكلي على مقياس شدة اضطراب الهلع (PDSS) كان مهمًا مع وجود دليل على الوساطة الجزئية. وأظهرت النتائج علاقة مماثلة عندما كان تصنيف شدة الطبيب هو النتيجة. لم تكن تحليلات الاعتدال مهمة. لذلك، كانت الحساسية للقلق وسيطًا جزئيًا مهمًا للعلاقة بين شدة الأعراض وشدة الذعر، سواء تم تقييمها من قبل الطبيب أو تم الإبلاغ عنها ذاتيًا.

٥. دراسة (Sandin et al., 2015) بعنوان الحساسية للقلق والتفسيرات الخاطئة الكارثية والكفاءة الذاتية في التعامل مع الذعر في التنبؤ بشدة اضطراب الهلع: نحو نموذج معرفي ثلاثي لاضطراب الهلع.

فحصت الدراسة مساهمة ثلاثة عوامل معرفية رئيسية (أي الحساسية للقلق، والتفسيرات الخاطئة الكارثية للأعراض الجسدية، والكفاءة الذاتية في التعامل مع الذعر) في التنبؤ بشدة اضطراب الهلع في عينة من المرضى الذين تم تشخيصهم بشكل أساسي باضطراب الهلع. أكمل مائة وثمانية وستون مشاركًا مقياس الحساسية للقلق، والتفسير الخاطئ الكارثي للأحاسيس الشبيهة بالذعر، والكفاءة الذاتية في التعامل مع الذعر قبل تلقي العلاج. وأشارت نتائج تحليلات الانحدار الخطي المتعدد إلى أن الحساسية للقلق، والتفسير الخاطئ الكارثي والكفاءة الذاتية في التعامل مع الذعر تنبأت بشكل مستقل بشدة اضطراب الهلع. وأشارت نتائج تحليلات المسار إلى أن الحساسية للقلق كانت مرتبطة بشكل مباشر وغير مباشر (بوساطة التفسيرات الخاطئة الكارثية) بشدة الذعر.

٦. دراسة (Jurin & Biglbauer (2018) الحساسية للقلق كمنبئ بأعراض اضطراب الهلع: دراسة مستقبلية لمدة ثلاث سنوات.

هدفت الدراسة إلي فحص ما إذا كانت الحساسية للقلق (وكذلك عواملها) تتنبأ ببداية أعراض اضطراب الهلع عند التحكم في مساهمة القلق كسمة. وأكمل المشاركون، وهم طلاب في العلوم الإنسانية والاجتماعية في زغرب (ن = 1087)، مؤشر الحساسية للقلق ومقياس القلق حسب الحالة والسمة (نموذج السمة)، وبعد فترة ثلاث سنوات، طُلب منهم تقييم معايير اضطراب الهلع (وفقًا لـ DSM-5). وتوصلت الدراسة إلي أن الحساسية للقلق منبئة ببداية أعراض اضطراب الهلع، بغض النظر عن القلق كحالة.

المحور الرابع: دراسات تناولت العلاقة بين عدم تحمل الغموض واضطراب الهلع.

١. دراسة (Carleton et al., (2013 بعنوان عدم تحمل الغموض كعامل مساهم في أعراض الخوف والتجنب لنوبات الهلع.

هدفت الدراسة إلي تقييم العلاقة بين أبعاد عدم تحمل الغموض (أي عدم تحمل الغموض المحتمل وعدم تحمل الغموض المُثَبِّط) وأعراض الخوف والتجنب المرتبطة باضطراب الهلع. شمل المشاركون ١٢٢ عضوًا من المجتمع (٨١% من النساء) لديهم تاريخ من نوبة هلع واحدة على الأقل. أكمل المشاركون مقاييس عدم تحمل الغموض وأعراض اضطراب الهلع. ودعمت تحليلات الارتباط والانحدار وجود علاقة مهمة وجوهريّة بين عدم تحمل الغموض وأعراض اضطراب الهلع. وقد كان للتفاعلات المُثَبِّطَة للذعر تأثير أكبر نسبيًا في تباين أعراض التجنب المرتبطة باضطراب الهلع.

٢. دراسة (Lieberman et al., (2016 بعنوان المرونة المعرفية كوسيط في العلاقة بين عدم تحمل الغموض والاستجابة لإشارات الأمان لدى المصابين باضطراب الهلع.

هناك أدبيات متزايدة تربط بين اضطرابات القلق وعدم القدرة على تثبيط الاستجابة الدفاعية. ومع ذلك، أسفرت الدراسات حول العلاقة بين اضطراب الهلع والاستجابة الدفاعية عن نتائج متباينة. حيث كشفت أن عدم تحمل الغموض يحد من هذا الارتباط، بحيث لا يُظهر سوى الأفراد المصابين باضطراب الهلع درجة عالية من عدم تحمل الغموض. الآلية التي تكمن وراء هذه العلاقة غير معروفة. ونظرًا لأن ظروف الأمان تتناوب عادةً مع فترات التهديد، فقد تشارك المرونة المعرفية (أي القدرة على تعديل الاستجابة المعتادة للموقف، نظرًا لإدخال

د. إسلام رمضان إبراهيم

معلومات جديدة) في إعادة التقييم المستمرة للخطر وتعديل الاستجابة الدفاعية. وبالتالي، سعت الدراسة إلى التحقق فيما إذا كانت القصور في المرونة المعرفية يتوسط العلاقة بين عدم تحمل الغموض والاستجابة الدفاعية بين عينة من ٧١ بالغاً تم تشخيصهم باضطراب الهلع. وتوصلت الدراسة إلي أن المرونة المعرفية كانت الوسيط للعلاقة بين عدم تحمل الغموض والزيادة المفاجئة من الخوف.

٣. دراسة **Smith et al., (2019)** بعنوان **عدم تحمل الغموض والمسؤولية عن الضرر**

كمنبتان بنوبات الهلع الليلية.

يتضمن الذعر الليلي الاستيقاظ فجأة من النوم في حالة من الذعر، دون سبب واضح، ويؤثر على أكثر من نصف المرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع. **نظرية الخوف من فقدان اليقظة** هي النموذج الوحيد المقترح للذعر الليلي، مما يشير إلى أن المصابين بالذعر الليلي يخافون من الحالات التي لا يستطيعون فيها الاستجابة للخطر أو حماية أنفسهم من التهديدات. أكملت عينة مجتمعية متنوعة (ن = ٢١٨) مقاييس تقرير ذاتي تتعلق بنوبات الهلع، وعدم تحمل الغموض، والمسؤولية عن الضرر. ولقد أيد مرضى الهلع الليلي عدم تحمل أكبر لعدم اليقين والمسؤولية عن الضرر. وتقدم الدراسة الدعم لنظرية الخوف من فقدان اليقظة وتقدم استهداف عدم تحمل الغموض والمسؤولية عن الضرر في علاج نوبات الهلع الليلية.

٤. دراسة **Clarke & Kiropoulos, (2021)** بعنوان **دور عدم تحمل الغموض**

والمرونة المعرفية كوسيط في العلاقة بين العصابية وأعراض الاكتئاب والقلق

واضطرابات الأكل.

قامت الدراسة بتقييم التأثير الوسيط لكل من عدم تحمل الغموض والمرونة المعرفية على العلاقة بين العصابية وأعراض الاكتئاب والقلق واضطرابات الأكل. وافترضت أن عدم تحمل الغموض والمرونة المعرفية عند فحصهما معاً سيتوسطان بشكل كبير العلاقة بين أعراض اضطراب الاكتئاب والقلق العام واضطراب الهلع والرهاب الاجتماعي واضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الأكل. وشمل المشاركون ما ٧١٧ من عيادة قسم علم النفس بجامعة أمارزون ميكانيكال. وتوصلت نتائج الدراسة إلي صحة افتراضها.

٥. دراسة Zemestani et al., (2023) بعنوان عدم تحمل الغموض كعامل مهيبٍ للتشخيص باضطرابات القلق لدى الشباب.

تم فحص العلاقات بين عدم تحمل الغموض وأعراض اضطراب القلق بين الشباب إن = ٦٨٣، تتراوح أعمارهم بين ٨ و ١٨ عامًا، متوسط الانحراف المعياري للعمر = ١٤,٠٢ (٢,٤٣)؛ (٥٨,٠٧% فتيات) مع أو بدون اضطرابات القلق، وآبائهم إن = ٦٧٦، تتراوح أعمارهم بين ٢٧ و ٥٨ عامًا، متوسط الانحراف المعياري للعمر = ٤٠,٦٣ (٥,٧٢)؛ (٦١,٨% إناث). تم العثور على ارتباطات مهمة بين عدم تحمل الغموض لدى الشباب وآبائهم وأعراض اضطراب القلق. كان لدى الشباب الذين حصلوا على درجات أعلى في أبعاد عدم تحمل الغموض الكلية التوقعية/المتنبئة مستويات أعلى بشكل ملحوظ من أعراض اضطراب القلق. وعلاوة على ذلك، كان عدم تحمل الغموض التوقعية/المتنبئة التي أبلغ عنها الشباب مرتبطة بشكل كبير بالقلق بشكل خاص وأعراض الاضطراب ذات الصلة بما في ذلك القلق العام وقلق الانفصال ومخاوف الإصابة الجسدية والوسواس القهري والقلق الاجتماعي وأعراض اضطراب الهلع/الخوف من الأماكن المفتوحة.

٦. دراسة Ahn et al., (2023) بعنوان تأثير عدم تحمل الغموض على التغيرات البنيوية في الدماغ لدى مرضى اضطراب الهلع.

شملت هذه الدراسة ٩٠ مشاركًا تم تشخيصهم باضطراب الهلع. وتم استخدام مقياس عدم تحمل الغموض ، ومقياس شدة اضطراب الهلع (PDSS)، ومقياس بيك للاكتئاب - II (BDI-II)، واستبيان القلق بجامعة ولاية بنسلفانيا (PSWQ)، ومقياس العفو عن الذات (SFS)، واستبيان الصحة المختصر ٣٦ (SF). وتم إجراء تحليل ارتباط فوكسل لبيان الاختلافات البنيوية في المادة الرمادية. وتوصلت الدراسة إلى أنه مع زيادة عدم تحمل الغموض ، انخفض سمك القشرة في التلفيف اللساني الأيمن بشكل ملحوظ، بينما زاد حجم المادة الرمادية في الجزء المثلث الأيمن. وأظهر سمك القشرة في التلفيف اللساني الأيمن ارتباطًا سلبيًا كبيرًا بدرجة BDI-II وارتباطًا إيجابيًا بدرجة SFS. بالإضافة إلى ذلك، ارتبط حجم المادة الرمادية في الجزء المثلث الأيمن بشكل إيجابي بدرجات PDSS و PSWQ و BDI-II وارتبط بشكل سلبي ببعد الصحة العقلية في الجزء المثلث. وارتبط ارتفاع عدم تحمل الغموض لدى المشاركين المصابين باضطراب الهلع بترقق القشرة في التلفيف اللساني وزيادة حجم المادة الرمادية في

الجزء المثلث. وقد يكون لهذه التغيرات البنوية أيضًا تأثير على جودة الحياة المدركة، فضلاً عن ارتفاع مستويات الاكتئاب والقلق.

المحور الخامس: دراسات تناولت العلاقة جودة الحياة المرتبطة بالصحة واضطراب الهلع.

١. دراسة (Son et al., 2012) بعنوان تقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة بين المرضى المصابين باضطراب الهلع في كوريا.

هدفت الدراسة إلى تقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة (HRQoL) للمرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع، وفحص العلاقة بين جودة الحياة المرتبطة بالصحة والنتائج السريرية بعد العلاج. تكونت العينة من ٢٩ مريضاً يعانون من اضطراب الهلع من منطقة العاصمة سيول وتم متابعة ٢٠ مريضاً بعد شهرين من العلاج في العيادات الخارجية. تم استخدام مقياس شدة اضطراب الهلع (PDSS) لتقييم شدة الاضطراب والتغيرات في الأعراض. تم تقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة في البداية وبعد شهرين من العلاج. وأظهرت النتائج أن جميع مرضى اضطراب الهلع أظهروا ضعفاً كبيراً في جودة الحياة المرتبطة بالصحة في ضوء المقاييس الفرعية. ارتبطت شدة اضطراب الهلع بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الهلع. وبعد العلاج، أظهروا تحسناً سريريًا واستعادة جودة الحياة المرتبطة بالصحة مع العلاج.

٢. دراسة (Kang et al., 2015) بعنوان اضطراب الهلع وجودة الحياة المرتبطة بالصحة: الأدوار التنبؤية للحساسية للقلق وسمة القلق.

استكشفت الدراسة ما إذا كانت السمات الفردية المرتبطة بالقلق بما في ذلك الحساسية للقلق وقلق السمة يمكنها التنبؤ بشكل مستقل بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الهلع. تكونت عينة الدراسة من المرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع مع أو بدون الخوف من الأماكن المفتوحة (ن = ٢٣٠) والذين استوفوا المعايير التشخيصية في المقابلة السريرية المنظمة لـ DSM-IV. تم إجراء تحليل الانحدار التدريجي لتحديد العوامل التي تتنبأ بجودة الحياة المرتبطة بالصحة في اضطراب الهلع. تم تقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة من خلال استبيان صحي قصير مكون من ٣٦ بنداً (SF-36). كانت الحساسية للقلق مؤشراً مستقلاً للألم الجسدي والأداء الاجتماعي، في حين تنبأ قلق السمة بشكل مستقل بجميع المجالات

الثمانية في SF-36. وتشير النتائج إلى أنه يجب تضمين تقييم الأعراض بالإضافة إلى السمات الفردية المرتبطة بالقلق في تقييم جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى الهلع. ٣. دراسة Kim et al., (2017) بعنوان الاختلافات بين الجنسين في الأحداث الحياتية الضاغطة وأساليب المواجهة وشدة الأعراض وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى المرضى المصابين باضطراب الهلع.

فحصت الدراسة الاختلافات بين الجنسين في أنواع مختلفة من أحداث الحياة الضاغطة (SLES)، وأساليب المواجهة، وشدة الأعراض، وجودة الحياة المرتبطة بالصحة (HRQOL) لدى مرضى اضطراب الهلع (PD). تم تحليل البيانات من ٢٩١ أنثى و ٢٥٤ ذكراً تم تشخيصهم باضطراب الهلع (PD) باستخدام مقابلة سريرية منظمة وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الرابعة. وأفادت الإناث المصابات باضطراب الهلع (PD) بمزيد من أحداث الحياة الضاغطة (SLES) بما في ذلك مشاكل الانفصال، والمرض الجسدي أو الإعاقة، والمشاكل المتعلقة بالحمل مقارنة بالذكور. كما أبلغن عن مستويات أقل من المواجهة واستراتيجيات التأقلم ومستويات أعلى من الخوف من الأماكن المفتوحة في شدة الأعراض مقارنة بالذكور. كانت جودة الحياة المرتبطة بالصحة (HRQOL) لدى الإناث المصابات باضطراب الهلع (PD) أقل بكثير من الذكور في الأداء البدني. ٤. دراسة Srivastava et al., (2017) جودة الحياة لدى المرضى المصابين بمرض الشريان التاجي واضطراب الهلع: دراسة مقارنة.

لقد هدفت الدراسة إلى تقييم الاعتلال النفسي وجودة الحياة للمرضى الذين تم تشخيصهم حديثاً بمرض الشريان التاجي ($n = 40$) في البداية وستة أسابيع بعد العلاج ومقارنة جودة حياتهم مع مرضى اضطراب الهلع ($n = 57$). وتم تقييم الاعتلال النفسي باستخدام عنصر استبيان الصحة العامة (GHQ12) ودرجات القلق هاملتون (HAM-A) ودرجات الاكتئاب هاملتون (HAMD). وتوصلت الدراسة إلى أن مرضى اضطراب الهلع كانت لديهم جودة حياة أسوأ من مرضى الشريان التاجي في المجال البدني والمجال النفسي.

٥. دراسة (Fidry et al., 2020) بعنوان جودة الحياة في اضطراب الهلع: تأثير السمات السريرية وسمات الشخصية.

هدفت الدراسة إلي تحديد السمات السريرية وسمات الشخصية المرتبطة بجودة الحياة لدى مرضى اضطراب الهلع. باستخدام النسخة المختصرة من استبيان جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (WHOQOL-BREF) ومقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (BFI) لتقييم جودة الحياة وسمات الشخصية على التوالي مع الأخذ في الاعتبار البيانات الاجتماعية والديموغرافية والنتائج من المقاييس السريرية كمتغيرات مستقلة ودرجات جودة الحياة كمتغيرات تابعة. وتم تقييم ٩٨ مريضاً في المجموع. وكانت للأعراض الاكتئابية ارتباط سلبي قوي بجودة الحياة، وبدرجة أقل، كانت أعراض الذعر والقلق مرتبطة سلباً أيضاً بجودة الحياة. في حين أن الوعي الانفتاح علي الخبرة والمقبولية ويقظة الضمير كانت لها ارتباطات إيجابية طفيفة مع جودة الحياة، في حين كانت للعصابية ارتباط سلبي قوي. وأظهرت الدراسة أن أعراض الاكتئاب والقلق والذعر لها تأثير سلبي على جودة حياة مرضى اضطراب الهلع. وأن سمات الشخصية، وخاصة العصابية، أيضاً لها تأثير على جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى.

تعقيب عام علي الدراسات السابقة.

أكدت نتائج الدراسات السابقة التي تم عرضها علي ما يلي: -

- وجود اتفاق في دراسات (Tsao et al., 2007; Chalhub et al., 2021; Kroenke et al., 2013; Anderson et al., 2014) علي أن الحساسية للقلق تتنبأ بشكل مستقل بانخفاض جودة الحياة المرتبطة بالصحة (HRQOL)، وكذلك دراسات (Johnson et al., 2019; Cetingok et al., 2022; Kang et al., 2015) بأن الحساسية للقلق منبأة بضعف جودة الحياة بشكل عام.
- وجود اتفاق بين معظم الدراسات (Hoge, 2011; Lewis, 2011) علي وجود علاقة ارتباطية قوية بين الحساسية للقلق واضطراب الهلع. وأن الحساسية للقلق منبأة بشكل كبير باضطراب الهلع كما جاء في دراسات (Bentley et al., 2013; Sandin et al., 2015; Jurin & Biglbauer, 2018; Kang et al., 2015).
- وجود اتفاق في معظم الدراسات (Tarhani et al., 2019; Eraslan & İlhan, 2023; Shoychet et al., 2023) بأن هناك علاقة ارتباطية قوية بين

عدم تحمل الغموض وضعف جودة الحياة بشكل عام، وتوصلت دراسة (Tabar et al.,2021) إلي أن عدم تحمل الغموض مرتبط بانخفاض جودة الحياة المرتبطة بالصحة.

- وجود اتفاق في معظم الدراسات (Carleton et al.,2013; Lieberman et al.,2016; Smith et al.,2019; Zemestani et al., 2023) علي أن عدم تحمل الغموض منبئ باضطراب الهلع.
- يتضح من الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين جودة الحياة المرتبطة بالصحة واضطراب الهلع (Kim et al.,2017; Fidry et al.,2020; Srivastava et al.,2017) أن جودة الحياة لدى مرضى اضطراب الهلع تتأثر سلبًا بعدة عوامل، منها شدة الأعراض، السمات الشخصية، والأحداث الحياتية الضاغطة. كما أشارت الدراسات إلى تحسن في جودة الحياة بعد العلاج السريري في بعض الحالات، وإلى أهمية دمج تقييم الأعراض السريرية مع السمات الفردية للقلق عند دراسة جودة الحياة.
- ندرة الدراسات التي تقيس مدى الاسهام النسبي للحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض في التنبؤ بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى اضطراب الهلع في حدود علم الباحث.

فروض الدراسة.

١. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات أفراد العينة على أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة ودرجاتهم على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الحساسية للقلق.
٢. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات أفراد العينة على أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة ودرجاتهم على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس عدم تحمل الغموض .
٣. توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد العينة وفقاً للنوع (ذكور - إناث) علي الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الحساسية للقلق.
٤. توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد العينة وفقاً للنوع (ذكور - إناث) علي الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس عدم تحمل الغموض .

٥. توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد العينة وفقاً للنوع (ذكور - إناث) علي الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة.
٦. يمكن التنبؤ بأبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة من خلال أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض لدى عينة الدراسة.

إجراءات الدراسة:

تتضمن الدراسة الحالية العديد من الاجراءات التي تستهدف التحقق من صحة الفروض والتي يمكن عرضها علي النحو التالي.

أولاً: منهج الدراسة.

استخدم الباحث المنهج الوصفي باعتباره المنهج الملائم لطبيعة الدراسة، وذلك للتحقق من طبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة، وكذلك لمعرفة مدى الإسهام النسبي للحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض في التنبؤ بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى عينة من المشخصين باضطراب الهلع. وتمثل الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض المتغيرات المستقلة المتنبئ من خلالها، وجودة الحياة المرتبطة بالصحة وهو المتغير التابع المنبئ به. حيث ترتبط هذه المتغيرات فيما بينها بأوزان ذات حد أمثل. وبالطبع فإن الارتباط المتعدد يرتبط بالعلاقات بين المتغيرات المستقلة ببعضها البعض من ناحية، وكذلك علاقتها بالمتغير التابع من ناحية أخرى.

ثانياً: عينة الدراسة.

تكونت عينة الدراسة من (١١١) فرداً (٢٨ ذكر ، ٨٣ إناث) من مرضي اضطراب الهلع من المترددين علي عيادات مركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس لتلقي العلاج المعرفي السلوكي الخاص بهذا الاضطراب، وقد تم تطبيق مقياس شدة اضطراب الهلع (PDSS) عليهم لقياس شدة الاضطراب، وبلغ المتوسط الحسابي للعينة على مقياس شدة اضطراب الهلع = ٢٠,٨٢ ، بانحراف معياري = ٦,١٥ مما يدل على أنهم من مصابي اضطراب الهلع، ومتوسط عمري قدره ٢٤,٢٦ وانحراف معياري قدره ٥,٤٣، وكان الهدف من هذه العينة هو التحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات وكذلك فروض الدراسة نظراً لطبيعة عينة الدراسة وصعوبة الوصول إلي عدد أكبر منها. وتم تطبيق أدوات الدراسة علي أفراد العينة في الفترة من (يناير ٢٠٢٤ وحتى يونيو ٢٠٢٤). وتم استخدام مقياس شدة اضطراب الهلع (PDSS)

لتقييم شدة الاضطراب والتغيرات في الأعراض بالإضافة إلي المقاييس الأخرى الخاصة بمتغيرات الدراسة للتحقق من فروض الدراسة.

ثالثاً: الأدوات المستخدمة في الدراسة.

قام الباحث بترجمة مقياس الحساسية للقلق (Anxiety Sensitivity Index—3) إعداد (Taylor et al., 2007)، وترجمة مقياس الخوف من المجهول "النسخة المختصرة من مقياس عدم تحمل الغموض إعداد (Carleton et al., 2007)، وترجمة استبيان مختصر لقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (SF-36) إعداد (Ware & Sherbourne, 1992)، وترجمة نموذج تقرير ذاتي لقياس شدة أعراض اضطراب الهلع (PDSS-SR) إعداد (Houck et al., 2002). وفيما يلي عرض تفصيلي لخطوات إعداد أدوات الدراسة.

١- مقياس الحساسية للقلق متعدد الأبعاد (Anxiety Sensitivity Index—3) إعداد (Taylor et al., 2007) / ترجمة الباحث مع التحقق من الصدق والثبات).

وأعد هذا المقياس في صورته الأصلية (Taylor et al., 2007) وهو المقياس الأكثر استخداماً لقياس حساسية القلق، ويتكون من ثلاث أبعاد هم المخاوف الجسدية والمخاوف المعرفية والمخاوف الاجتماعية ويتكون من (١٨) بنداً.

- **البعد الاول: المخاوف الجسدية Physical Concerns** ويشير إلى الخوف من الأعراض الجسدية المرتبطة بالقلق، وترتبط الدرجات العالية في المخاوف الجسدية بالاعتقاد بأن الخفقان يؤدي إلى السكتة القلبية، أو علامة علي وجود مرض صحي خطير.
- **البعد الثاني: المخاوف المعرفية Cognitive Concerns** تتعلق بالخوف من المعتقدات المعرفية المرتبطة بالقلق، وترتبط الدرجات العالية في المخاوف المعرفية بالاعتقاد بأن صعوبات التركيز تؤدي إلى الجنون، أو فقدان السيطرة علي العقل.
- **البعد الثالث: المخاوف الاجتماعية Social Concerns** يشير إلى الخوف من أعراض القلق التي يمكن ملاحظتها علناً، وترتبط الدرجات العالية في المخاوف الاجتماعية بالاعتقاد بأن ردود الفعل القلقة التي يمكن ملاحظتها علناً (مثل الارتعاش) ستثير الرفض الاجتماعي أو السخرية أو الإحراج أو فقدان احترام الآخرين.

وفيما يلي جدول (١) يوضح توزيع عبارات مقياس الحساسية للقلق والمستخدم في الدراسة الحالية لتصبح كما يلي:

جدول (١) توزيع عبارات مقياس الحساسية للقلق

م	العامل	العبارات
١	المخاوف الجسدية	١٥-١٢-٨-٧-٤-٣
٢	المخاوف المعرفية	١٨-١٦-١٤-١٠-٥-٢
٣	المخاوف الاجتماعية	١٧-١٣-١١-٩-٦-١

تصحيح المقياس: يتم تصحيح المقياس وفق مدرج خماسي الاستجابات وفق طريقة ليكرت، يبدأ من: ١ وهو القليل جدًا و ٥ هو الكثير جدًا.

الخصائص السيكومترية لمقياس الحساسية للقلق (في الدراسة الحالية):

أجرى الباحث عمليات التحقق من كفاءة مقياس الحساسية للقلق على (١١١) فردًا من أفراد العينة وتم حساب معاملات الصدق والثبات للمقياس بالطرق الآتية:

أولاً: صدق مقياس الحساسية للقلق.

(أ). الصدق العاملي التوكيدي للمقياس.

قام الباحث بحساب مؤشرات صدق البنية لمقياس الحساسية للقلق باستخدام التحليل العاملي التوكيدي عن طريق برنامج AMOS20 ، ويوضح جدول (٢) معاملات الانحدار المعيارية وغير المعيارية وأخطاء القياس و النسبة الحرجة و مستوى الدلالة لتشبع كل مفردة على أبعاد مقياس الحساسية للقلق:

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة

جدول (٢) تشبعات مفردات أبعاد مقياس الحساسية للقلق باستخدام التحليل العاملي التوكيدي

البعد	المفردة	الوزن الانحداري المعياري	الوزن الانحداري	خطأ القياس	النسبة المئوية الدرجة	مستوى الدلالة
المخاوف الجسدية	١٥	٠,٦٦	٠,٩٩	٠,١٥	٦,٦٦	٠,٠١
	١٢	٠,٨٦	١,٢٦	٠,١٤	٨,٨٣	٠,٠١
	٨	٠,٧٨	١,١٦	٠,١٥	٧,٩٨	٠,٠١
	٧	٠,٦٤	٠,٨٢	٠,١٣	٦,٤٥	٠,٠١
	٤	٠,٧٣	١,١٤	٠,١٥	٧,٤	٠,٠١
	٣	٠,٧٤	١	-	-	-
المخاوف المعرفية	١٨	٠,٦٦	٠,٨٩	٠,١٤	٦,٤	٠,٠١
	١٦	٠,٧٦	٠,٩٨	٠,١٣	٧,٣٢	٠,٠١
	١٤	٠,٦٩	٠,٩١	٠,١٤	٦,٦٧	٠,٠١
	١٠	٠,٦٤	٠,٨٨	٠,١٤	٦,٢١	٠,٠١
	٥	٠,٦٦	٠,٧٥	٠,١٢	٦,٤١	٠,٠١
	٢	٠,٧٢	١	-	-	-
المخاوف الاجتماعية	١٧	٠,٥٥	١,٢١	٠,٢٨	٤,٣١	٠,٠١
	١٣	٠,٦٨	١,٧	٠,٣٥	٤,٨٧	٠,٠١
	١١	٠,٦١	١,٥١	٠,٣٣	٤,٥٨	٠,٠١
	٩	٠,٦٩	١,٥	٠,٣١	٤,٩٢	٠,٠١
	٦	٠,٧٥	١,٧٩	٠,٣٥	٥,١٢	٠,٠١
	١	٠,٥٢	١	-	-	-

ويتضح من جدول (٢) أن جميع مفردات مقياس الحساسية للقلق كانت دالة عند مستوى ٠,٠١، وقام الباحث بحساب مؤشرات صدق البنية لأبعاد مقياس الحساسية للقلق. ويوضح جدول (٣) مؤشرات صدق البنية لمقياس الحساسية للقلق:

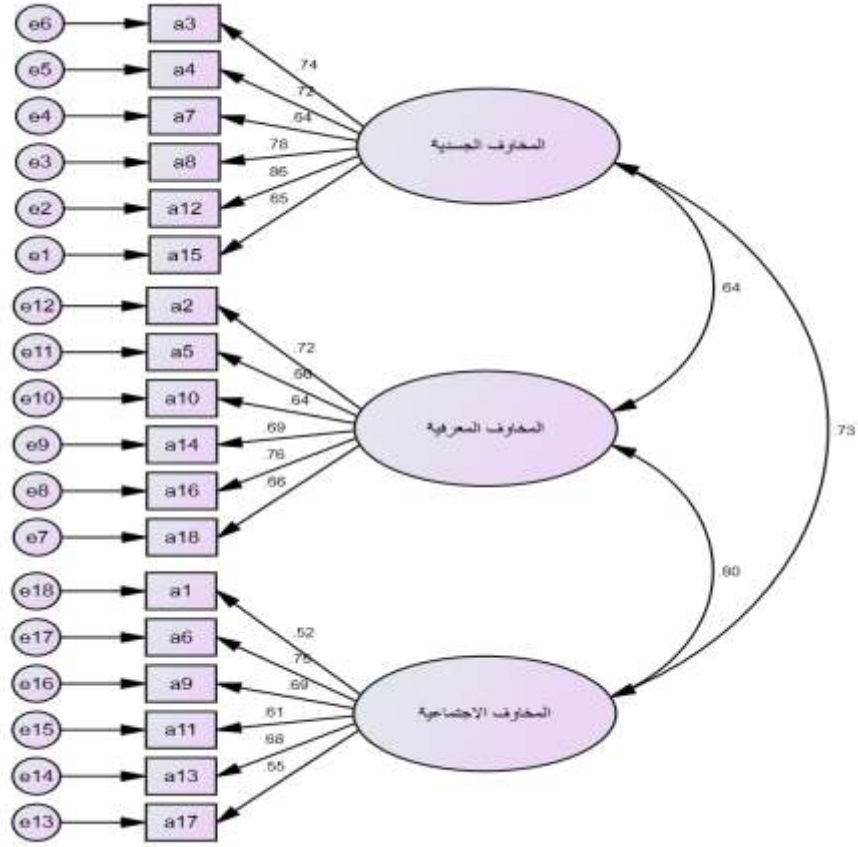
د. إسلام رمضان إبراهيم

جدول (٣) مؤشرات صدق البنية لمقياس الحساسية للقلق

المؤشر	القيمة	المدى المثالي
Chi-square(CMIN)	٢٤٠,٨٢	
مستوى الدلالة	٠,٠٠ (دالة عند ٠,٠١)	
DF	١٣٢	
CMIN/DF	١,٨٢	أقل من ٥
GFI	٠,٩٢	من (صفر) إلى (١): القيمة المرتفعة (التي تقترب أو تساوى ١ صحيح) تشير إلى مطابقة أفضل للنموذج.
NFI	٠,٩١	من (صفر) إلى (١): القيمة المرتفعة (أى التي تقترب أو تساوى ١ صحيح) تشير إلى مطابقة أفضل للنموذج.
IFI	٠,٩٢	من (صفر) إلى (١): القيمة المرتفعة (أى التي تقترب أو تساوى ١ صحيح) تشير إلى مطابقة أفضل للنموذج.
CFI	٠,٩٣	من (صفر) إلى (١): القيمة المرتفعة (أى التي تقترب أو تساوى ١ صحيح) تشير إلى مطابقة أفضل للنموذج.
RMSEA	٠,٠٨	من (صفر) إلى (٠,١): القيمة القريبة من الصفر تشير إلى مطابقة جيدة للنموذج.

يتضح من جدول (٣) أن مؤشرات النموذج جيدة حيث كانت قيمة χ^2 للنموذج = ٢٤٠,٨٢ بدرجات حرية = ١٣٢ وهى دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ ، وكانت النسبة بين قيمة χ^2 إلى درجات الحرية = ١,٨٢ ، ومؤشرات حسن المطابقة (GFI= 0.92، NFI= 0.91، IFI= 0.92، CFI= 0.93، RMSEA= 0.08) ، مما يدل على وجود مطابقة جيدة لنموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس الحساسية للقلق. ويمكن توضيح نتائج التحليل العاملي التوكيدي لبنية الحساسية للقلق من خلال الشكل التالى :

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة



شكل (١) البناء العامل لمقياس الحساسية للقلق

(ب). الاتساق الداخلي للمقياس.

تم حساب الإتساق الداخلي للمقياس، وذلك بإيجاد معامل الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الفرعي الذي تنتمي إليه، والجدول التالي يوضح هذه المعاملات:

د. إسلام رمضان إبراهيم

جدول (٤) معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه المفردة لمقياس الحساسية للقلق

المخاوف الاجتماعية		المخاوف المعرفية		المخاوف الجسدية	
معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة
**٠,٤٥	١	**٠,٧٥	٢	**٠,٧٩	٣
**٠,٦٤	٦	**٠,٦٦	٥	**٠,٦٤	٤
**٠,٧٥	٩	**٠,٦٦	١٠	**٠,٧٤	٧
**٠,٧٣	١١	**٠,٦١	١٤	**٠,٥٥	٨
**٠,٥٧	١٣	**٠,٥٥	١٦	**٠,٦٠	١٢
**٠,٧٣	١٧	**٠,٥٧	١٨	**٠,٦٧	١٥

** دال عند ٠,٠١

يتضح من جدول (٤) أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠١ وهذا يوضح الاتساق الداخلي للمقياس. وتم حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية للمقياس والدرجة الكلية للمقياس وكانت النتائج كما بالجدول التالي :

جدول (٥) معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الحساسية للقلق والدرجة الكلية

الدرجة الكلية للمقياس	البعد
**٠,٨٦	المخاوف الجسدية
**٠,٨٣	المخاوف المعرفية
**٠,٨٨	المخاوف الاجتماعية

** دال عند ٠,٠١

ويتضح من جدول (٥) أن الأبعاد تتسق مع المقياس ككل حيث تتراوح معاملات الارتباط بين: (٨٣.٠ - ٨٨.٠) وجميعها دالة عند مستوى (٠,٠١) مما يشير إلى أن هناك اتساقاً بين جميع أبعاد المقياس، وأنه بوجه عام صادق في قياس ما وضع لقياسه. ثانياً: ثبات المقياس.

حسبت قيمة الثبات للأبعاد الفرعية باستخدام معامل ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية والمقياس ككل، والجدول التالي يوضح هذه المعاملات :

جدول (٦) معاملات الثبات لأبعاد مقياس الحساسية للقلق والمقياس ككل

العامل	معامل ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية (سبيرمان براون)
المخاوف الجسدية	٠,٨٤	٠,٨٤
المخاوف المعرفية	٠,٨١	٠,٨٠
المخاوف الاجتماعية	٠,٨٠	٠,٧٩
المقياس ككل	٠,٨٨	٠,٨٧

يتضح من الجدول السابق (٦) أن جميع معاملات الثبات مرتفعة والذي يؤكد ثبات مقياس الحساسية للقلق، وبذلك فإن الأداة المستخدمة تتميز بالصدق والثبات ويمكن استخدامها علمياً.

٢ - مقياس الخوف من المجهول

النسخة المختصرة من مقياس عدم تحمل الغموض إعداد (Carleton et al., 2007) / ترجمة الباحث مع التحقق من الصدق والثبات).

إن أحد الانتقادات الرئيسية لمقياس IUS الأصلي المكون من ٢٧ عنصراً من إعداد (Freeston et al., 1994) في الأدبيات الموجودة هو أن دراسات التحليل العاملي لم تسفر عن إجماع كبير حول الطبيعة العاملية للبناء، والتي احتوى العديد منها على عوامل يصعب تفسيرها وتتكون من عناصر محملة بشكل متقاطع على عوامل متعددة. وعلى هذا النحو، سعى (Carleton et al., 2007) إلى إنتاج نسخة مختصرة من المقياس أظهرت استقراراً عاملياً متفوقاً مع الحفاظ على موثوقية المقياس الأصلي العالية وصلاحية البناء.

وتتكون النسخة المختصرة من المقياس من عاملين موزعة علي (١٢) بند وهما:-

- العامل الأول: **القلق التوقعي أو الترقبي prospective anxiety**. ويعكس الاستجابات الموجهة نحو نهج عدم اليقين؛ وتقييم بنوده السبعة رغبة الأفراد في القدرة على التنبؤ، والميل إلى المعلومات النشطة التي تسعى إلى تقليل عدم اليقين، والتفضيل لمعرفة ما تتطوي عليه الأحداث المستقبلية.
- العامل الثاني: **القلق المثبط inhibitory anxiety**. ويعكس الاستجابات الموجهة نحو التجنب في حالات عدم اليقين؛ وتقييم بنوده الخمسة الدرجة التي يعاني بها الأفراد من التحفظ والشلل عند مواجهة عدم اليقين.

د. إسلام رمضان إبراهيم

وفيما يلي جدول (٧) يوضح توزيع عبارات مقياس عدم تحمل الغموض والمستخدم في الدراسة الحالية لتصبح كما يلي:

العبارات	العامل	
١١-٩-٨-٥-٤-٢-١	القلق التوقعي أو التربوي	١
١٢-١٠-٧-٦-٣	القلق المُثَبِّط	٢

تصحيح المقياس: يتم تصنيف كل عنصر على مقياس ليكرت من ١ (ليس من سماتي على الإطلاق) إلى ٥ (من سماتي بالكامل).

الخصائص السيكومترية لمقياس الخوف من المجهول (في الدراسة الحالية):-

أجرى الباحث عمليات التحقق من كفاءة المقياس على (١١١) فرداً من أفراد العينة

وتم حساب معاملات الصدق والثبات للمقياس بالطرق الآتية:

أولاً: صدق المقياس:

(أ). الصدق العملي التوكيدي للمقياس.

قام الباحث بحساب مؤشرات صدق البنية لمقياس عدم تحمل الغموض باستخدام التحليل العملي التوكيدي عن طريق برنامج AMOS20 ، ويوضح جدول (٨) معاملات الانحدار المعيارية وغير المعيارية وأخطاء القياس والنسبة الحرجة ومستوى الدلالة لتشبع كل مفردة على أبعاد مقياس عدم تحمل الغموض :

جدول (٨) تشبعات مفردات أبعاد مقياس عدم تحمل الغموض باستخدام التحليل العملي التوكيدي

البيد	المفردة	الوزن الانحداري المعيارية	الوزن الانحداري	خطأ القياس	النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
القلق التوقعي	١١	٠,٦٣	٠,٨٧	٠,١٤	٦,٣٨	٠,٠١
	٩	٠,٨	١,١٦	٠,١٤	٨,٢٢	٠,٠١
	٨	٠,٦٩	٠,٩٧	٠,١٤	٧,٠٨	٠,٠١
	٥	٠,٥٨	٠,٧٤	٠,١٣	٥,٩١	٠,٠١
	٤	٠,٥٤	٠,٧٤	٠,١٤	٥,٤٤	٠,٠١
	٢	٠,٦٢	٠,٧٦	٠,١٢	٦,٣٤	٠,٠١
	١	٠,٧٦	١	-	-	-
القلق المُثَبِّط	١٢	٠,٦٤	١,٠٥	٠,٢	٥,٢٩	٠,٠١
	١٠	٠,٧٥	١,١٣	٠,١٩	٥,٨٩	٠,٠١
	٧	٠,٧٣	١,١	٠,١٩	٥,٧٩	٠,٠١
	٦	٠,٧٦	١,٢٩	٠,٢٢	٥,٩٤	٠,٠١
	٣	٠,٥٩	١	-	-	-

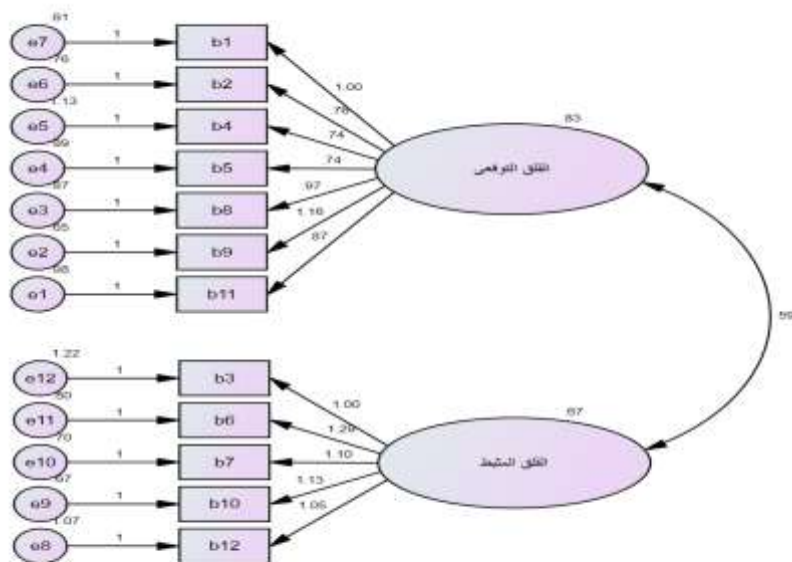
الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة

ويتضح من جدول (٨) أن جميع مفردات مقياس عدم تحمل الغموض كانت دالة عند مستوى ٠,٠١، و قام الباحث بحساب مؤشرات صدق البنية لأبعاد مقياس عدم تحمل الغموض . ويوضح جدول (٩) مؤشرات صدق البنية لمقياس عدم تحمل الغموض :

جدول (٩) مؤشرات صدق البنية لمقياس عدم تحمل الغموض

المؤشر	القيمة	المدى المثالي
Chi-square(CMIN)	١٤٢,٩١	
مستوى الدلالة	داله عند ٠,٠١	
DF	٥٣	
CMIN/DF	٢,٦٩	أقل من ٥
GFI	٠,٩٥	من (صفر) إلى (١): القيمة المرتفعة (أى التى تقترب أو تساوى ١ صحيح) تشير إلى مطابقة أفضل للنموذج.
NFI	٠,٩٣	من (صفر) إلى (١): القيمة المرتفعة (أى التى تقترب أو تساوى ١ صحيح) تشير إلى مطابقة أفضل للنموذج.
IFI	٠,٩١	من (صفر) إلى (١): القيمة المرتفعة (أى التى تقترب أو تساوى ١ صحيح) تشير إلى مطابقة أفضل للنموذج.
CFI	٠,٩٤	من (صفر) إلى (١): القيمة المرتفعة (أى التى تقترب أو تساوى ١ صحيح) تشير إلى مطابقة أفضل للنموذج.
RMSEA	٠,٠٨	من (صفر) إلى (٠,١): القيمة القريبة من الصفر تشير إلى مطابقة جيدة للنموذج.

ويتضح من جدول (٩) أن مؤشرات النموذج جيدة حيث كانت قيمة χ^2 للنموذج = ١٤٢,٩١ بدرجات حرية = ٥٣ وهى دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١، وكانت النسبة بين قيمة χ^2 إلى درجات الحرية = ٢,٦٩، ومؤشرات حسن المطابقة (GFI= 0.95، NFI= 0.93، IFI= 0.91، CFI= 0.94، RMSEA= 0.08)، مما يدل على وجود مطابقة جيدة لنموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس عدم تحمل الغموض . ومما سبق يمكن القول أن نتائج التحليل العاملي التوكيدي قدمت دليلاً قوياً على صدق البناء لمقياس عدم تحمل الغموض . ويمكن توضيح نتائج التحليل العاملي التوكيدي لبنية أبعاد عدم تحمل الغموض من خلال الشكل التالى:



شكل (٢) البناء العاملي لأبعاد مقياس عدم تحمل الغموض (ب). الاتساق الداخلي للمقياس.

تم حسابه عن طريق إيجاد معامل الارتباط بين العبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه والجدول التالي يوضح هذه المعاملات:

جدول (١٠) الاتساق الداخلي لعبارة مقياس عدم تحمل الغموض

القلق المثبط		القلق التوقعي	
معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
**،٠٦٦	٣	**،٠٦٤	١
**،٠٧٧	٦	**،٠٦٩	٢
**،٠٥٩	٧	**،٠٦١	٤
**،٠٧٠	١٠	**،٠٦٥	٥
**،٠٤٩	١٢	**،٠٥٧	٨
		**،٠٦٧	٩
		**،٠٥٦	١١

** دالة عند ٠,٠١

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة

يتضح من جدول (١٠) أن جميع مفردات أبعاد المقياس كانت دالة عند مستوى ٠,٠١ ، والذي يؤكد الاتساق الداخلي للمقياس، كما تم حساب الارتباط بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس وكانت النتائج كما بالجدول التالي:

جدول (١١) معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس عدم تحمل الغموض

البعاد	معامل الارتباط بالدرجة الكلية
القلق التوقعي	**٠,٨٦
القلق المثبط	**٠,٨٣

** دال عند ٠,٠١

يتضح من جدول (١١) أن الأبعاد تتسق مع المقياس ككل حيث تتراوح معاملات الارتباط بين: (٨٣.٠ - ٨٦.٠) وجميعها دالة عند مستوى (٠,٠١) مما يشير إلى أن هناك اتساقاً بين جميع أبعاد المقياس ، وأنه بوجه عام صادق في قياس ما وضع لقياسه.
ثانياً: ثبات المقياس:

حسبت قيمة الثبات للعوامل الفرعية باستخدام طريقة ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية والجدول التالي يوضح هذه المعاملات :

جدول (١٢) معاملات الثبات لأبعاد مقياس عدم تحمل الغموض والمقياس ككل

العامل	معامل ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية (سبيرمان براون)
القلق التوقعي	٠,٨٣	٠,٨٢
القلق المثبط	٠,٨٠	٠,٧٩
المقياس ككل	٠,٨٥	٠,٨٤

يتضح من الجدول السابق (١٢) أن جميع معاملات الثبات مرتفعة والذي يؤكد ثبات المقياس وذلك من خلال أن قيم معاملات ألفا كرونباخ و التجزئة النصفية كانت مرتفعة، وبذلك فإن الأداة المستخدمة تتميز بالصدق والثبات ويمكن استخدامها علمياً.

٣-مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة استبيان مختصر لقياس الصحة (SF-36) إعداد (Ware & Sherbourne, 1992)، ترجمة الباحث مع التحقق من الصدق والثبات.

ويتكون الاستبيان من (٣٦) عبارة موزعة علي سبعة أبعاد وهما

• الأداء البدني **Physical functioning**. ويعبر هذا البعد عن الأنشطة التي قد يقوم

بها الفرد خلال يوم عادي ويضم العبارات (٣/٤/٥/٦/٧/٨/٩/١٠/١١/١٢)

- **الأداء الاجتماعي Social functioning**. ويعبر هذا البعد عن إلى أي مدى أثرت الصحة الجسدية أو المشاكل الانفعالية خلال الأسابيع الأربعة الماضية علي الأنشطة الاجتماعية العادية مع العائلة أو الأصدقاء أو الجيران أو أي مجموعات أخرى ويضم العبارات (٣٢/٢٠)
- **Role limitations due to physical problems** قصور الأداء بسبب المشاكل الجسدية. ويعبر هذا البعد عن المشكلات التي تحدث بسبب الصحة البدنية خلال الأسابيع الأربعة الماضية سواء في العمل أو أثناء ممارسة الأنشطة اليومية العادية الأخرى ويضم العبارات (١٦/١٥/١٤/١٣).
- **Role limitations due to emotional problems** قصور الاداء بسبب المشاكل الانفعالية. ويعبر هذا البعد عن المشكلات التي تحدث نتيجة لأي مشاكل انفعالية (مثل الشعور بالاكئاب أو القلق) خلال الأسابيع الأربعة الماضية سواء في العمل أو أثناء ممارسة الأنشطة اليومية العادية الأخرى ويضم العبارات (١٩/١٨/١٧)
- **Mental health** الصحة النفسية. ويعبر هذا البعد عن إدراك الفرد لحالته النفسية وكيف كانت الأمور تسير معه خلال الأسابيع الأربعة الماضية ويضم العبارات (٣٠/٢٨/٢٦/٢٥/٢٤).
- **Energy/vitality** الطاقة والحيوية. ويعبر هذا البعد عن كيفية شعور الفرد بحيويته وطاقته وكيف كانت الأمور تسير معه خلال الأسابيع الأربعة الماضية ويضم العبارات (٣١/٢٩/٢٧/٢٣).
- **Bodily pain** الألم الجسدي. ويعبر هذا البعد عن مدى تأثير الألم الجسدي الذي يشعر به الفرد علي عمله العادي بما في ذلك العمل خارج المنزل أو الأعمال المنزلية ويضم العبارات (٢٢/٢١).
- **General health perception** الصحة العامة المدركة. ويعبر هذا البعد عن إدراك الفرد لحالته الصحية الحالية مقارنة بالعام الماضي واصابته بالأمراض ويضم العبارات (٣٦/٣٥/٣٤/٣٣/٢/١).

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة

الخصائص السيكومترية لاستبيان جودة الحياة المرتبطة بالصحة:-

أجرى الباحث عمليات التحقق من كفاءة المقياس على (١١١) فردًا من أفراد العينة

وتم حساب معاملات الصدق والثبات للمقياس بالطرق الآتية:

أولاً: صدق المقياس:

(أ). الصدق العاملي التوكيدي.

قام الباحث بحساب مؤشرات صدق البنية لمقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة باستخدام

التحليل العاملي التوكيدي عن طريق برنامج AMOS20 ، ويوضح جدول (١٣) معاملات

الانحدار المعيارية وغير المعيارية وأخطاء القياس و النسبة الحرجة و مستوى الدلالة لتشعب

كل مفردة على أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة:

جدول (١٣) تشيعات مفردات أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة باستخدام التحليل العاملي

التوكيدي

مستوى الدلالة	النسبة الحرجة	خطأ القياس	الوزن الانحداري	الوزن الانحداري المعياري	المفردة	البعد
٠,٠١	٥,٢٦	٠,٣٩	٢,٠٤	٠,٨٥	١٢	الأداء البدني
٠,٠١	٤,١٧	٠,٢	٠,٨٣	٠,٥٣	١١	
٠,٠١	٤,٣٢	٠,٢٥	١,٠٩	٠,٥٦	١٠	
٠,٠١	٤,٣٩	٠,٢٦	١,١٣	٠,٥٨	٩	
٠,٠١	٤,٨١	٠,٢٧	١,٣١	٠,٦٩	٨	
٠,٠١	٤,٩٧	٠,٢٤	١,١٩	٠,٧٤	٧	
٠,٠١	٤,٦٨	٠,٢٦	١,٢١	٠,٦٥	٦	
٠,٠١	٤,٨٦	٠,٢٧	١,٢٩	٠,٧١	٥	
٠,٠١	٤,٤٧	٠,٢٥	١,١٣	٠,٦	٤	
-	-	-	١	٠,٤٩	٣	
٠,٠١	٦,٠٧	٠,١٤	٠,٨٨	٠,٧٢	٣٢	الأداء الاجتماعي
-	-	-	١	٠,٧٣	٢٠	
٠,٠١	٥,٨٥	٠,١٨	١,٠٤	٠,٧٢	١٦	قصور الأداء بسبب المشاكل الجسدية
٠,٠١	٥,٩٤	٠,٢	١,١٨	٠,٧٣	١٥	
٠,٠١	٥,١١	٠,١٦	٠,٨	٠,٦	١٤	
-	-	-	١	٠,٦٦	١٣	
٠,٠١	٧,٥٣	٠,٠٩	٠,٦٨	٠,٧٢	١٩	قصور الأداء بسبب المشاكل الانفعالية
٠,٠١	٧,٨٢	٠,٠٩	٠,٦٨	٠,٧٥	١٨	

د. إسلام رمضان إبراهيم

البعد	المفردة	الوزن الانحداري المعياري	الوزن الانحداري	خطأ القياس	النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
	١٧	٠,٨٧	١	-	-	-
الصحة النفسية	٣٠	٠,٦٢	٠,٧٧	٠,١٢	٦,٣١	٠,٠١
	٢٨	٠,٧٧	٠,٧٨	٠,١	٧,٩٩	٠,٠١
	٢٦	٠,٧٣	١,٠١	٠,١٣	٧,٥٨	٠,٠١
	٢٥	٠,٧٧	٠,٨	٠,١	٧,٩٧	٠,٠١
	٢٤	٠,٧٧	١	-	-	-
الطاقة والحيوية	٣١	٠,٩٣	٣,٠٦	٠,٥	٦,١٤	٠,٠١
	٢٩	٠,٩	٣,٠١	٠,٥	٦,٠٨	٠,٠١
	٢٧	٠,٦٨	٢,٠٢	٠,٣٨	٥,٣	٠,٠١
	٢٣	٠,٥٤	١	-	-	-
الألم الجسدي	٢٢	٠,٨١	٠,٨٧	٠,١١	٨,٢١	٠,٠١
	٢١	٠,٨٨	١	-	-	-
الصحة العامة المدركة	٣٦	٠,٧٩	١,٢١	٠,١٣	٩,٤٥	٠,٠١
	٣٥	٠,٥٩	١,٠٦	٠,١٦	٦,٤٣	٠,٠١
	٣٤	٠,٧٤	١,١٢	٠,١٣	٨,٦٥	٠,٠١
	٣٣	٠,٥٤	٠,٩٦	٠,١٧	٥,٧٦	٠,٠١
	٢	٠,٧٥	١,١٨	٠,١٣	٨,٨٥	٠,٠١
	١	٠,٨٥	١	-	-	-

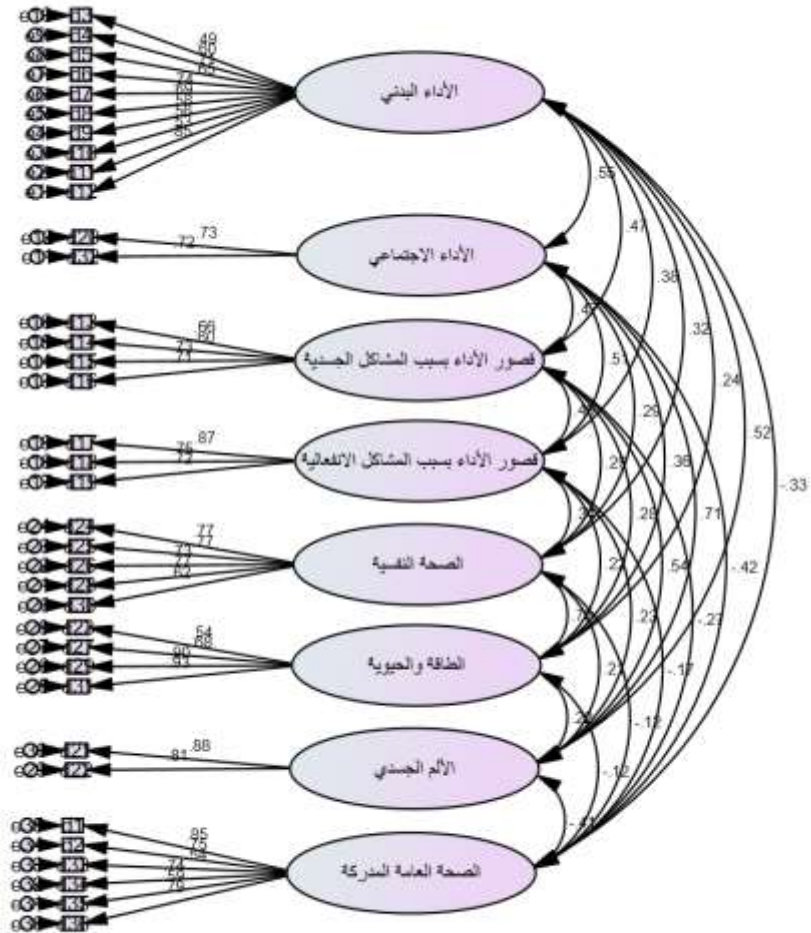
يتضح من جدول (١٣) أن جميع مفردات مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة كانت دالة عند مستوى ٠,٠١، وقام الباحث بحساب مؤشرات صدق البنية لأبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة. ويوضح جدول (١٤) مؤشرات صدق البنية لمقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة:

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة

جدول (١٤) مؤشرات صدق البنية لمقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة

المؤشر	القيمة	المدى المثالي
Chi-square(CMIN)	١٠٠٤,٨٦	
مستوى الدلالة	٠,٠٠ (دالة عند ٠,٠١)	
DF	٥٦٦	
CMIN/DF	١,٧٧	أقل من ٥
GFI	٠,٩٢	من (صفر) إلى (١): القيمة المرتفعة (أنا التي تقترب أو تساوي ١ صحيح) تشير إلى مطابقة أفضل للنموذج.
NFI	٠,٩١	من (صفر) إلى (١): القيمة المرتفعة (أنا التي تقترب أو تساوي ١ صحيح) تشير إلى مطابقة أفضل للنموذج.
IFI	٠,٩٢	من (صفر) إلى (١): القيمة المرتفعة (أنا التي تقترب أو تساوي ١ صحيح) تشير إلى مطابقة أفضل للنموذج.
CFI	٠,٩٣	من (صفر) إلى (١): القيمة المرتفعة (أنا التي تقترب أو تساوي ١ صحيح) تشير إلى مطابقة أفضل للنموذج.
RMSEA	٠,٠٨	من (صفر) إلى (٠,١): القيمة القريبة من الصفر تشير إلى مطابقة جيدة للنموذج.

ويتضح من جدول (١٤) أن مؤشرات النموذج جيدة حيث كانت قيمة χ^2 للنموذج = ١٠٠٤,٨٦ بدرجات حرية = ٥٦٦ وهي دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١، وكانت النسبة بين قيمة χ^2 إلى درجات الحرية = ١,٧٧، ومؤشرات حسن المطابقة (NFI= 0.92، GFI= 0.92، IFI= 0.92، CFI= 0.93، RMSEA= 0.08)، مما يدل على وجود مطابقة جيدة لنموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة. ويمكن توضيح نتائج التحليل العاملي التوكيدي لبنية جودة الحياة المرتبطة بالصحة من خلال الشكل التالي:



شكل (٣) البناء العامل لمقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة

(ب). الاتساق الداخلي.

تم حساب الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة عن طريق إيجاد معامل الارتباط بين كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، ويوضح الجدول التالي الاتساق الداخلي لأبعاد وعبارات مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة.

جدول (١٥) يوضح الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة

الأداء البدني		الأداء الاجتماعي		قصور الأداء بسبب المشاكل الجسدية		قصور الأداء بسبب المشاكل الانفعالية	
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
٣	**٠,٦٥	٢٠	**٠,٥٧	١٣	**٠,٥٠	١٧	**٠,٥٣
٤	**٠,٥٢	٣٢	**٠,٦٧	١٤	**٠,٦٢	١٨	**٠,٥٥
٥	**٠,٧٣			١٥	**٠,٧١	٢٤	**٠,٥٩
٦	**٠,٧٨			١٦	**٠,٧٨	١٩	**٠,٦١
٧	**٠,٦٣						
٨	**٠,٥٩						
٩	**٠,٦٨						
١٠	**٠,٥٨						
١١	**٠,٤٦						
١٢	**٠,٥٩						
الصحة النفسية		الطاقة والحيوية		الألم الجسدي		الصحة العامة المدركة	
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
٢٤	**٠,٥٧	٢٣	**٠,٥٢	٢١	**٠,٦٣	١	**٠,٥٨
٢٥	**٠,٥٩	٢٧	**٠,٦٣	٢٢	**٠,٥١	٢	**٠,٥٦
٢٦	**٠,٦٤	٢٩	**٠,٥٨			٣٣	**٠,٤٣
٢٨	**٠,٦٢	٣١	**٠,٤٨			٣٤	**٠,٦٣
٣٠	**٠,٦٨					٣٥	**٠,٦٠
						٣٦	**٠,٥٨

** دال عند مستوى دلالة ٠,٠١

يتضح من جدول (١٥) أن جميع معاملات ارتباط العبارة بالبعد الذي تنتمي

إليه، دالة عند مستوي ٠,٠١، مما يؤكد على الاتساق الداخلي لعبارات المقياس .

د. إسلام رمضان إبراهيم

ثانياً: ثبات المقياس:

قام الباحث بحساب ثبات المقياس بطريقتين هما: ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية، وذلك بالنسبة لأبعاد المقياس، وكذلك بالنسبة للمقياس الكلي، والجدول التالي يوضح معاملات الثبات.

جدول (١٦) يوضح معاملات الثبات لأبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة

البعاد	معامل ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية (سبيرمان براون)
الأداء البدني	٠,٧٧	٠,٧٣
الأداء الاجتماعي	٠,٦٨	٠,٦٧
قصور الأداء بسبب المشاكل الجسدية	٠,٨٥	٠,٨٣
قصور الأداء بسبب المشاكل الانفعالية	٠,٨٤	٠,٨١
الصحة النفسية	٠,٧٦	٠,٧١
الطاقة والحيوية	٠,٦٦	٠,٦٥
الألم الجسدي	٠,٨٠	٠,٧٩
الصحة العامة المدركة	٠,٧١	٠,٧٠

يتضح من جدول (١٦) أن جميع معاملات الثبات مرتفعة، مما يؤكد تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

٤- نموذج تقرير ذاتي لقياس شدة أعراض اضطراب الهلع (PDSS-SR) (Houck et al., 2002)، ترجمة الباحث مع التحقق من الصدق والثبات.

الهدف هو قياس شدة أعراض اضطراب الهلع وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV). وعلي الرغم من أن نموذج التقرير تم إعداده بناءً على النسخة (DSM-IV)، إلا أنه مازال قابل للاستخدام والتطبيق، ويتضح ذلك من تطبيقه على عينات حديثة من بلدان مختلفة مع التحقق من صدقه وثباته في دراسات (Liu et al.,2020; Svensson et al.,2019; Roberge et al.,2022).

ويتكون التقرير الذاتي من سبع مؤشرات وهما:-

١. تكرار نوبات الهلع Panic attack frequency.
٢. الضيق أثناء نوبات الهلع Distress during panic attacks.
٣. شدة القلق المتوقع المتوقع Severity of anticipatory anxiety.
٤. الخوف/التجنب الرهابي للأماكن العامة Agoraphobic fear/avoidance.

٥. الخوف والتجنب للاحاسيس المرتبطة بالهلع / Panic related sensation fear/ avoidance.

٦. ضعف/الإعاقة في العمل بسبب اضطراب الهلع Impairment/ interference .in work function due to panic disorder

٧. ضعف/الإعاقة في الأداء الاجتماعي بسبب اضطراب الهلع Impairment/ interference in social functioning due to panic disorder

ويتم تسجيل النقاط للشهر الماضي لضمان قياس مستمر لتكرار وشدة نوبات الهلع. يتم تسجيل كل سؤال من ٠ إلى ٤، بحيث تكون ٠ = لا يوجد أو غائب، ١ = أعراض بسيطة ونادرة وضعف خفيف؛ ٢ = أعراض متوسطة ومتكررة، ضعف بسيط في الأداء ولكن لا يزال من الممكن التحكم فيه، ٣ = أعراض شديدة، فرط الإجهاد، ضعف كبير في الأداء، و ٤ = أعراض شديدة، منتشرة، ثابتة تقريباً، معيقة. وإذا كان القائم بإجراء المقابلة لا يعرف ما إذا كان المريض يعاني من أعراض كاملة أو محدودة لنوبات الهلع، فيجب عليه أن يسأل هذا أولاً. إذا لم يكن هناك ذعر، فيجب تسجيل السؤالين الثاني والثالث بـ ٠ ويجب أن تبدأ المقابلة من السؤال الرابع. إذا تم أيضاً تسجيل السؤالين الرابع والخامس بصفر، فسيتم تسجيل السؤالين السادس والسابع بصفر دون طرحهما.

الخصائص السيكومترية للتقرير الذاتي لقياس شدة اضطراب الهلع:-

أجرى الباحث عمليات التحقق من كفاءة المقياس على (١١١) فرداً من أفراد العينة

وتم حساب معاملات الصدق والثبات للمقياس بالطرق الآتية:

أولاً: صدق المقياس:

(أ). الصدق العاملي التوكيدي للمقياس.

قام الباحث بحساب مؤشرات صدق البنية لمقياس شدة اضطراب الهلع باستخدام التحليل العاملي التوكيدي عن طريق برنامج AMOS20، ويوضح جدول (١٧) معاملات الانحدار المعيارية وغير المعيارية وأخطاء القياس و النسبة الحرجة و مستوى الدلالة لتشبع كل مفردة على أبعاد مقياس اضطراب الهلع :

د. إسلام رمضان إبراهيم

جدول (١٧) تشبعات مفردات مقياس شدة اضطراب الهلع باستخدام التحليل العائلي التوكيدي

المفردة	الوزن الاتحادي المعياري	الوزن الانحداري	خطأ القياس	النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
٧	٠,٦٨	١,١٦	٠,٢٣	٤,٩٨	٠,٠١
٦	٠,٦٨	١,٣	٠,٢٦	٤,٩٧	٠,٠١
٥	٠,٧	١,٤٥	٠,٢٩	٥,٠٣	٠,٠١
٤	٠,٧٦	٢,٠٧	٠,٣٩	٥,٢٧	٠,٠١
٣	٠,٧٢	١,٤٤	٠,٢٨	٥,١٣	٠,٠١
٢	٠,٥٢	٠,٨٩	٠,٢١	٤,١٩	٠,٠١
١	٠,٥٣	١	-	-	-

يتضح من جدول (١٧) أن جميع مفردات مقياس اضطراب الهلع كانت دالة عند مستوى ٠,٠١، وقام الباحث بحساب مؤشرات صدق البنية لمقياس اضطراب الهلع. ويوضح جدول (١٨) مؤشرات صدق البنية لمقياس اضطراب الهلع:

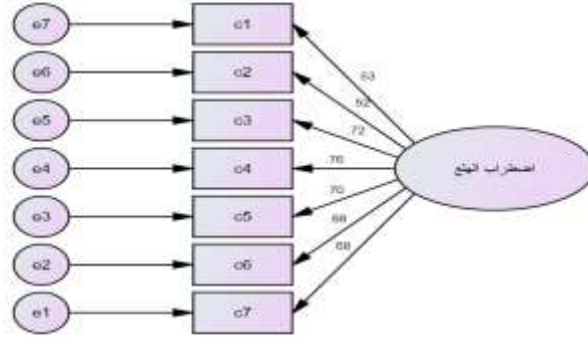
جدول (١٨) مؤشرات صدق البنية لمقياس شدة اضطراب الهلع

المؤشر	القيمة	المدى المثالي
Chi-square(CMIN)	٢٨,٩٧	
مستوى الدلالة	دالة إحصائية عند ٠,٠١	
DF	١٤	
CMIN/DF	٠,٧٢	أقل من ٥
GFI	٠,٩١	من (صفر) إلى (١): القيمة المرتفعة (أى التي تقترب أو تساوى ١ صحيح) تشير إلى مطابقة أفضل للنموذج.
NFI	٠,٩٤	من (صفر) إلى (١): القيمة المرتفعة (أى التي تقترب أو تساوى ١ صحيح) تشير إلى مطابقة أفضل للنموذج.
IFI	٠,٩٢	من (صفر) إلى (١): القيمة المرتفعة (أى التي تقترب أو تساوى ١ صحيح) تشير إلى مطابقة أفضل للنموذج.
CFI	٠,٩٤	من (صفر) إلى (١): القيمة المرتفعة (أى التي تقترب أو تساوى ١ صحيح) تشير إلى مطابقة أفضل للنموذج.
RMSEA	٠,٠٨	من (صفر) إلى (٠,١): القيمة القريبة من الصفر تشير إلى مطابقة جيدة للنموذج.

يتضح من جدول (١٨) أن مؤشرات النموذج جيدة حيث كانت قيمة χ^2 للنموذج = ٢٨,٩٧ بدرجات حرية = ١٤ وهى دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١، وكانت النسبة بين

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة

قيمة χ^2 إلى درجات الحرية = ٢,٠٧ ، ومؤشرات حسن المطابقة (NFI= 0.94 ، GFI= 0.91) ،
التحليل العامل التوكيدي لمقياس اضطراب الهلع. ، مما يدل على وجود مطابقة جيدة لنموذج
العامل التوكيدي قدمت دليلا قويا على صدق البناء لمقياس اضطراب الهلع . ويمكن توضيح
نتائج التحليل العامل التوكيدي لبنية مقياس اضطراب الهلع من خلال الشكل التالي :



شكل (٤) البناء العامل لمقياس اضطراب الهلع

(ب). الاتساق الداخلي.

تم حسابه عن طريق إيجاد معامل الارتباط بين العبارة والدرجة الكلية للمقياس
والجدول التالي يوضح هذه المعاملات:

جدول (١٩) الاتساق الداخلي لعبارات مقياس اضطراب الهلع

رقم العبارة	معامل الارتباط
١	**٠,٥٨
٢	**٠,٥١
٣	**٠,٤٨
٤	**٠,٤٦
٥	**٠,٥٦
٦	**٠,٥١
٧	**٠,٦٨

** دالة عند ٠,٠١

يتضح من جدول (١٩) أن جميع مفردات المقياس كانت دالة عند مستوى ٠,٠١، والذي يؤكد الاتساق الداخلي للمقياس..

ثبات المقياس:

قام الباحث بحساب ثبات المقياس بطريقتين هما: طريقة ألفا كرونباخ و التجزئة النصفية للمقياس والجدول التالي يوضح معاملات الثبات:

جدول (٢٠) يوضح ثبات مقياس اضطراب الهلع

المقياس	معامل ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية (سبيرمان براون)
اضطراب الهلع	٠,٨٥	٠,٨٤

يتضح من الجدول السابق (٢٠) أن جميع معاملات الثبات مرتفعة والذي يؤكد ثبات مقياس اضطراب الهلع.

الأساليب الإحصائية:

اعتمد الباحث في الدراسة الحالية على بعض من الأساليب الإحصائية الملائمة لمتغيرات الدراسة، وذلك من خلال استخدام المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة حيث تم إدخال البيانات، عن طريق استخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) من أجل تحليلها والحصول على النتائج وقد استعملت الأساليب الإحصائية التالية:

- معامل ارتباط بيرسون .
- التحليل العاملي التوكيدي.

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة

- معامل التجزئة النصفية لحساب الثبات.
- معامل الفا - كرونباخ لحساب الثبات.
- تحليل الانحدار المتعدد.
- اختبار " ت " للعينات المستقلة.

نتائج الدراسة ومناقشتها.

بعد الانتهاء من التحليل الإحصائي وعرض البيانات في القسم السابق يمكن تناول النتائج التي أسفرت عنها التحليلات الاحصائية علي النحو التالي: -

١. نتائج الفرض الاول.

ينص الفرض على "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين درجات أفراد العينة على أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة ودرجاتهم على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الحساسية للقلق.

للتحقق من هذا الفرض قام الباحث بحساب معامل ارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس الحساسية للقلق والدرجة الكلية وأبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة وكانت النتائج كما بالجدول التالي:

جدول (٢١) معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة وأبعاد

مقياس الحساسية للقلق و الدرجة الكلية

الدرجة الكلية	المخاوف الاجتماعية	المخاوف المعرفية	المخاوف الجسدية	الحساسية للقلق جودة الحياة المرتبطة بالصحة
**٠,٧٦-	**٠,٦٨-	**٠,٦٥-	**٠,٦٥-	الأداء البدني
**٠,٧٣-	**٠,٧-	**٠,٦٢-	**٠,٥٨-	الأداء الاجتماعي
**٠,٧٨	**٠,٦٨	**٠,٦٤	**٠,٧	قصور الأداء بسبب المشاكل الجسدية
**٠,٧	**٠,٦٢	**٠,٦١	**٠,٥٨	قصور الاداء بسبب المشاكل الانفعالية
**٠,٦٨-	**٠,٥٧-	**٠,٦٦-	**٠,٥٣-	الصحة النفسية
**٠,٦٧-	**٠,٦-	**٠,٥٨-	**٠,٥٦-	الطاقة والحيوية
**٠,٥٢	**٠,٤٨	**٠,٤٧	**٠,٣٩	الألم الجسدي
**٠,٥٤-	**٠,٤٦-	**٠,٤٣-	**٠,٥-	الصحة العامة المدركة

** دال عند ٠,٠١

د. إسلام رمضان إبراهيم

ويتضح من جدول (٢١) أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة ودالة عند مستوى ٠,٠١ بين أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (الأداء البدني، والأداء الاجتماعي، والصحة النفسية، والطاقة والحيوية، الصحة العامة المدركة) وأبعاد مقياس الحساسية للقلق والدرجة الكلية لدى عينة الدراسة وكانت جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠١، وتوجد علاقة ارتباطية موجبة ودالة عند مستوى ٠,٠١ بين أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (قصور الأداء بسبب المشاكل الجسدية، وقصور الأداء بسبب المشاكل الانفعالية، والألم الجسدي) وأبعاد مقياس الحساسية للقلق والدرجة الكلية لدى عينة من مرضي اضطراب الهلع وكانت جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠١.

٢. نتائج الفرض الثاني.

ينص الفرض على "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات أفراد العينة على أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة ودرجاتهم على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس عدم تحمل الغموض .

للتحقق من هذا الفرض قام الباحث بحساب معامل ارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس عدم تحمل الغموض والدرجة الكلية وأبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة والدرجة الكلية وكانت النتائج كما بالجدول التالي:

جدول (٢٢) معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة وأبعاد مقياس عدم تحمل الغموض و الدرجة الكلية

الدرجة الكلية	القلق المنط	القلق الوقيمي	عدم تحمل الغموض جودة الحياة المرتبطة بالصحة
**٠,٦٥-	**٠,٦-	**٠,٦-	الأداء البدني
**٠,٦٤-	**٠,٦١-	**٠,٥٨-	الأداء الاجتماعي
**٠,٦	**٠,٥٢	**٠,٥٩	قصور الأداء بسبب المشاكل الجسدية
**٠,٦٥	**٠,٦٢	**٠,٥٩	قصور الأداء بسبب المشاكل الانفعالية
**٠,٥٩-	**٠,٥٤-	**٠,٥٦-	الصحة النفسية
**٠,٧١-	**٠,٦٥-	**٠,٦٧-	الطاقة والحيوية
**٠,٤٨	**٠,٤٦	**٠,٤٢	الألم الجسدي
**٠,٤٨-	**٠,٤٨-	**٠,٤٢-	الصحة العامة المدركة

** دال عند ٠,٠١

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة

يتضح من جدول (٢٢) أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة ودالة عند مستوى ٠,٠١ بين أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (الأداء البدني، والأداء الاجتماعي، والصحة النفسية، والطاقة والحيوية، الصحة العامة المدركة) وأبعاد مقياس عدم تحمل الغموض والدرجة الكلية لدى عينة الدراسة وكانت جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠٠١، وتوجد علاقة ارتباطية موجبة ودالة عند مستوى ٠,٠١ بين أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (قصور الأداء بسبب المشاكل الجسدية، وقصور الأداء بسبب المشاكل الانفعالية، والألم الجسدي) وأبعاد مقياس عدم تحمل الغموض والدرجة الكلية لدى عينة من مرضي اضطراب الهلع وكانت جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠,٠١.

٣. نتائج التحقق من الفرض الثالث.

نص الفرض الثالث على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد العينة وفقاً للنوع (ذكور - إناث) على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الحساسية للقلق". للتحقق من هذا الفرض قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس الحساسية للقلق لكل من الذكور والإناث، وكذلك حساب قيم "ت" و كانت النتائج كما بالجدول التالي:

جدول (٢٣) يوضح الفروق بين الذكور والإناث في الحساسية للقلق

البعد	النوع	ن	م	ع	قيمة ت	مستوى الدلالة
المخاوف الجسدية	ذكور	٢٨	١٩,٧٩	٧,٠٥	٠,٠٧	غير دالة
	إناث	٨٣	١٩,٦٩	٦,٢٤		
المخاوف المعرفية	ذكور	٢٨	١٧,٦٤	٧,٥٣	٠,٧٥	غير دالة
	إناث	٨٣	١٦,٦٠	٥,٩٠		
المخاوف الاجتماعية	ذكور	٢٨	١٩,٩٦	٦,٠٨	٠,٤٢	غير دالة
	إناث	٨٣	١٩,٤٢	٥,٦٩		
الدرجة الكلية	ذكور	٢٨	٥٧,٣٩	١٨,٤٠	٠,٤٨	غير دالة
	إناث	٨٣	٥٥,٧١	١٥,١٨		

ويتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد العينة وفقاً للنوع (ذكور - إناث) بين درجات أفراد عينة الدراسة في جميع أبعاد الحساسية للقلق والدرجة الكلية حيث كانت جميع قيم "ت" غير دالة إحصائياً.

٤. نتائج التحقق من الفرض الرابع:

نص الفرض الرابع على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد العينة وفقاً للنوع (ذكور - إناث) بين درجات أفراد عينة الدراسة علي مقياس عدم تحمل الغموض".

وللتحقق من هذا الفرض قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس عدم تحمل الغموض لكل من الذكور والإناث، وكذلك حساب قيم "ت" و كانت النتائج كما بالجدول التالي:

جدول (٢٤) يوضح الفروق بين الذكور والإناث في عدم تحمل الغموض

البيد	النوع	ن	م	ع	قيمة ت	مستوى الدلالة
القلق الوقي	ذكور	٢٨	٢٥,٣٦	٦,٨٧	٠,١٨	غير دالة
	إناث	٨٣	٢٥,٦٠	٦,٠٢		
القلق المنط	ذكور	٢٨	١٦,٦٨	٥,٠٠	٠,٠٩	غير دالة
	إناث	٨٣	١٦,٧٨	٥,٠٥		
الدرجة الكلية	ذكور	٢٨	٤٢,٠٤	١١,٤٥	٠,١٥	غير دالة
	إناث	٨٣	٤٢,٣٩	١٠,١١		

ويتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد العينة وفقاً للنوع (ذكور - إناث) بين درجات أفراد عينة الدراسة في جميع أبعاد عدم تحمل الغموض والدرجة الكلية حيث كانت جميع قيم "ت" غير دالة إحصائياً.

٥. نتائج التحقق من الفرض الخامس:

نص الفرض الخامس على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد العينة وفقاً للنوع (ذكور - إناث) بين درجات أفراد عينة الدراسة علي مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة".

وللتحقق من هذا الفرض قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لكل من الذكور والإناث ، وكذلك حساب قيم "ت" وكانت النتائج كما بالجدول التالي:

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة

جدول (٢٥) يوضح الفروق بين الذكور والإناث في جودة الحياة المرتبطة بالصحة

البيد	النوع	ن	م	ع	قيمة ت	مستوى الدلالة
الأداء البدني	ذكور	٢٨	٢١,٥٧	٦,٤٥	٠,٣٢	غير دالة
	إناث	٨٣	٢٠,٥٧	٦,٠٨		
الأداء الاجتماعي	ذكور	٢٨	١٤,١٤	٥,٣٥	٠,١٠	غير دالة
	إناث	٨٣	١٤,٥١	٥,٠٤		
قصور الأداء بسبب المشاكل الجسدية	ذكور	٢٨	٦,٧١	٢,٥٥	١,٦٢	غير دالة
	إناث	٨٣	٦,٧٧	٢,٤٩		
قصور الاداء بسبب المشاكل الانفعالية	ذكور	٢٨	٦,١١	١,٩٥	٠,١٨	غير دالة
	إناث	٨٣	٦,٧٣	١,٧٠		
الصحة النفسية	ذكور	٢٨	٥,٠٠	١,٢٥	٠,٧٦	غير دالة
	إناث	٨٣	٥,٠٥	١,٢٠		
الطاقة والحيوية	ذكور	٢٨	١٦,٧٩	٧,٢٥	١,١٠	غير دالة
	إناث	٨٣	١٧,٨٩	٦,٤٥		
الألم الجسدي	ذكور	٢٨	٩,٨٦	٦,١٧	٠,٧٩	غير دالة
	إناث	٨٣	١١,٣٠	٥,٩٢		
الصحة العامة المدركة	ذكور	٢٨	٨,٢٥	٢,٣٢	٠,٩١	غير دالة
	إناث	٨٣	٧,٨٧	٢,١٦		

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد العينة وفقاً للنوع (ذكور - إناث) بين درجات أفراد عينة الدراسة في جميع أبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة حيث كانت جميع قيم " ت " غير دالة إحصائياً.

٦. نتائج التحقق من الفرض السادس :

الذي ينص على: يمكن التنبؤ بأبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة من خلال أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض لدى عينة من مرضي اضطراب الهلع. و ينقسم هذا الفرض إلى ثمان فروض فرعية على النحو التالي :

(أ) يمكن التنبؤ بالأداء البدني من خلال أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض لدى عينة من مرضي اضطراب الهلع.

وللتحقق من هذا الفرض استخدم الباحث الانحدار المتعدد بطريقة stepwise و الجداول التالية توضح ما توصل إليه الباحث من نتائج :

يوضح الجدول التالي تحليل التباين لمدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض) على بعد الأداء البدني:

د. إسلام رمضان إبراهيم

جدول (٢٦) تحليل التباين لمدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد

عدم تحمل الغموض) على بعد الأداء البدني

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	R2	نسبة التباين
الانحدار	١٧٢٦,٩٧	٤	٤٣١,٧٤	٤٠,٢٨	دالة عند ٠,٠١	٠,٦٠	٦٠%
البواقي	١١٣٥,٩٦	١٠٦	١٠,٧٢				
الكلي	٢٨٦٢,٩٤	١١٠					

يتضح من الجدول السابق أن النسبة الفائية لتحليل التباين للمتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض) على بعد الأداء البدني كانت دالة عند ٠,٠١. بإسهام نسبي لهذه المتغيرات بلغ ٦٠%، ويوضح الجدول التالي مدى تأثير المتغيرات المستقلة على بعد الأداء البدني.

جدول (٢٧) يبين مدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم

تحمل الغموض) على بعد الأداء البدني

المتغيرات	معاملات الانحدار B	الخطأ المعياري	معاملات الانحدار المعيارية	قيمة ت	مستوى الدلالة
الثابت	٢٩,٣٢	١,٢٥	.	٢٣,٣٧	دالة عند ٠,٠١
المخاوف الاجتماعية	٠,١٩-	٠,٠٩	٠,٢١-	٢,١٧-	دالة عند ٠,٠١
المخاوف الجسدية	٠,٢٤-	٠,٠٧	٠,٣-	٣,٦٨-	دالة عند ٠,٠١
القلق المشبط	٠,٢٢-	٠,٠٨	٠,٢٢-	٢,٦-	دالة عند ٠,٠١
المخاوف المعرفية	٠,١٧-	٠,٠٧	٠,٢١-	٢,٣٩-	دالة عند ٠,٠١

يتضح من الجدول السابق أن أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض التي يمكن أن تتنبأ ببعد الأداء البدني كانت (المخاوف الاجتماعية، والمخاوف الجسدية، والقلق المشبط، والمخاوف المعرفية)، ويمكن صياغة معادلة الانحدار على النحو التالي: الأداء البدني = ٠,١٩ × (المخاوف الاجتماعية) - ٠,٢٤ × (المخاوف الجسدية) - ٠,٢٢ × (القلق المشبط) - ٠,١٧ × (المخاوف المعرفية) + ٢٩,٣٢.

ب) يمكن التنبؤ بالأداء الاجتماعي من خلال أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل

الغموض لدى عينة من مرضي اضطراب الهلع.

وللتحقق من هذا الفرض استخدم الباحث الانحدار المتعدد بطريقة stepwise و الجداول

التالية توضح ما توصل إليه الباحث من نتائج:

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة

ويوضح الجدول التالي تحليل التباين لمدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض) على بعد الأداء الاجتماعي:

جدول (٢٨) تحليل التباين لمدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض)

على بعد الأداء الاجتماعي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	R2	نسبة التباين
الانحدار	٣٩٢,٤٢	٤	٩٨,١١	٣٥,٨٥	دالة عند ٠,٠١	٠,٥٧	٥٧%
البواقي	٢٩٠,٠١	١٠٦	٢,٧٤				
الكلي	٦٨٢,٤٣	١١٠					

ويتضح من الجدول السابق أن النسبة الفائية لتحليل التباين للمتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض) على بعد الأداء الاجتماعي كانت دالة عند ٠,٠١. بإسهام نسبي لهذه المتغيرات بلغ ٥٧%، ويوضح الجدول التالي مدى تأثير المتغيرات المستقلة على بعد الأداء الاجتماعي.

جدول (٢٩) يبين مدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل

الغموض) على بعد الأداء الاجتماعي

المتغيرات	معاملات الانحدار B	الخطأ المعياري	معاملات الانحدار المعيارية	قيمة ت	مستوى الدلالة
الثابت	١٣,٩	٠,٦٣	.	٢١,٩٢	دالة عند ٠,٠١
المخاوف الاجتماعية	-٠,١٤	٠,٠٤	-٠,٣٢	-٣,١٩	دالة عند ٠,٠١
المخاوف المعرفية	-٠,٠٧	٠,٠٤	-٠,١٨	-١,٩٤	دالة عند ٠,٠١
القلق المثبط	-٠,١١	٠,٠٤	-٠,٢٢	-٢,٥٧	دالة عند ٠,٠١
المخاوف الجسدية	-٠,٠٧	٠,٠٣	-٠,١٩	-٢,١٩	دالة عند ٠,٠٥

ويتضح من الجدول السابق أن أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض التي يمكن أن تتنبأ ببعد الأداء الاجتماعي كانت (المخاوف الاجتماعية، والمخاوف المعرفية، والقلق المثبط، والمخاوف الجسدية)، ويمكن صياغة معادلة الانحدار على النحو التالي: الأداء الاجتماعي = -٠,١٤ × (المخاوف الاجتماعية) - ٠,٠٧ × (المخاوف المعرفية) - ٠,١١ × (القلق المثبط) - ٠,٠٧ × (المخاوف الجسدية) + ١٣,٩.

د. إسلام رمضان إبراهيم

ج) يمكن التنبؤ بقصور الأداء بسبب المشاكل الجسدية من خلال أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض لدى عينة من مرضي اضطراب الهلع. وللتحقق من هذا الفرض استخدم الباحث الانحدار المتعدد بطريقة stepwise والجدول التالية توضح ما توصل إليه الباحث من نتائج:

ويوضح الجدول التالي تحليل التباين لمدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض) على بعد قصور الأداء بسبب المشاكل الجسدية:

جدول (٣٠) تحليل التباين لمدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض) على بعد قصور الأداء بسبب المشاكل الجسدية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	R2	نسبة التباين
الانحدار	٢١٨,٢٨	٤	٥٤,٥٧	٤٤,٢١	دالة عند ٠,٠١	٠,٦٢	%٦٢
البواقي	١٣٠,٨٢	١٠٦	١,٢٣				
الكلي	٣٤٩,١٠	١١٠					

ويتضح من الجدول السابق أن النسبة الفائية لتحليل التباين للمتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض) على بعد قصور الأداء بسبب المشاكل الجسدية كانت دالة عند ٠,٠١ . بإسهام نسبي لهذه المتغيرات بلغ ٦٢% ، ويوضح الجدول التالي مدى تأثير المتغيرات المستقلة على بعد قصور الأداء بسبب المشاكل الجسدية.

جدول (٣١) يبين مدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض) على بعد قصور الأداء بسبب المشاكل الجسدية

المتغيرات	معاملات الانحدار B	الخطأ المعياري	معاملات الانحدار المعيارية	قيمة ت	مستوى الدلالة
الثابت	١,١٣	٠,٤٧	.	٢,٤	دالة عند ٠,٠١
المخاوف الجسدية	٠,١	٠,٠٢	٠,٣٧	٤,٦	دالة عند ٠,٠١
المخاوف الاجتماعية	٠,٠٧	٠,٠٣	٠,٢١	٢,٢٥	دالة عند ٠,٠١
المخاوف المعرفية	٠,٠٦	٠,٠٢	٠,٢	٢,٤٣	دالة عند ٠,٠١
القلق التوقعي	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,١٧	٢,٠٧	دالة عند ٠,٠٥

ويتضح من الجدول السابق أن أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض التي يمكن أن تتنبأ ببعد قصور الأداء بسبب المشاكل الجسدية كانت (المخاوف الجسدية ، والمخاوف الاجتماعية ، والمخاوف المعرفية ، والقلق التوقعي) ، ويمكن صياغة معادلة الانحدار على النحو التالي: قصور الأداء بسبب المشاكل الجسدية = ٠,١ × (المخاوف الجسدية) + ٠,٧٠

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة

$$\times (\text{المخاوف الاجتماعية}) + 0.6 \times (\text{المخاوف المعرفية}) + 0.5 \times (\text{القلق التوقعي}) + 1.13$$

(د) يمكن التنبؤ بقصور الأداء بسبب المشاكل الانفعالية من خلال أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض لدى عينة من مرضي اضطراب الهلع.

وللتحقق من هذا الفرض استخدم الباحث الانحدار المتعدد بطريقة stepwise والجدول التالية توضح ما توصل إليه الباحث من نتائج:

ويوضح الجدول التالي تحليل التباين لمدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض) على بعد قصور الأداء بسبب المشاكل الانفعالية:

جدول (٣٢) تحليل التباين لمدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض) على بعد قصور الأداء بسبب المشاكل الانفعالية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	R2	نسبة التباين
الانحدار	٨٥,٨	٣	٢٨,٦	٤١,٣٢	دالة عند ٠,٠١	٠,٥٣	%٥٣
البواقي	٧٤,٠٥	١٠٧	٠,٦٩				
الكل	١٥٩,٨٦	١١٠					

ويتضح من الجدول السابق أن النسبة الفائية لتحليل التباين للمتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض) على بعد قصور الأداء بسبب المشاكل الانفعالية كانت دالة عند ٠,٠١ . بإسهام نسبي لهذه المتغيرات بلغ ٥٣% ، ويوضح الجدول التالي مدى تأثير المتغيرات المستقلة على بعد قصور الأداء بسبب المشاكل الانفعالية.

جدول (٣٣) يبين مدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض) على بعد قصور الأداء بسبب المشاكل الانفعالية

المتغيرات	معاملات الانحدار B	الخطأ المعياري	معاملات الانحدار المعيارية	قيمة ت	مستوى الدلالة
الثابت	١,٧٤	٠,٣١	.	٥,٥٧	دالة عند ٠,٠١
القلق المثبط	٠,٠٩	٠,٠٢	٠,٣٦	٤,٤٣	دالة عند ٠,٠١
المخاوف الجسدية	٠,٠٦	٠,٠٢	٠,٣	٣,٧٨	دالة عند ٠,٠١
المخاوف المعرفية	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٢٢	٢,٤٥	دالة عند ٠,٠١

يتضح من الجدول السابق أن أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض التي يمكن أن تتنبأ ببعد قصور الأداء بسبب المشاكل الانفعالية كانت (القلق المثبط، والمخاوف الجسدية،

د. إسلام رمضان إبراهيم

والمخاوف المعرفية) ، ويمكن صياغة معادلة الانحدار على النحو التالي: قصور الأداء بسبب المشاكل الانفعالية = $0,09 \times (\text{القلق المثبط}) + 0,60 \times (\text{المخاوف الجسدية}) + 0,40 \times (\text{المخاوف المعرفية}) + 1,74$.

هـ) يمكن التنبؤ بالصحة النفسية من خلال أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض لدى عينة من مرضي اضطراب الهلع.

وللتحقق من هذا الفرض استخدم الباحث الانحدار المتعدد بطريقة stepwise والجدول التالية توضح ما توصل إليه الباحث من نتائج: ويوضح الجدول التالي تحليل التباين لمدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض) على الصحة النفسية:

جدول (٣٤) تحليل التباين لمدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض) على الصحة النفسية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	R2	نسبة التباين
الانحدار	٢٤٥٨,٥٢	٣	٨١٩,٥١	٣٦,٦٠	دالة عند ٠,٠١	٠,٥٠	%٥٠
البواقي	٢٣٩٥,٨٣	١٠٧	٢٢,٣٩				
الكل	٤٨٥٤,٣٤	١١٠					

ويتضح من الجدول السابق أن النسبة الفائية لتحليل التباين للمتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض) على الصحة النفسية كانت دالة عند ٠,٠١ . بإسهام نسبي لهذه المتغيرات بلغ ٥٠% ، ويوضح الجدول التالي مدى تأثير المتغيرات المستقلة على الصحة النفسية .

جدول (٣٥) يبين مدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض)

على الصحة النفسية

المتغيرات	معاملات الانحدار B	الخطأ المعياري	معاملات الانحدار المعيارية	قيمة ت	مستوى الدلالة
الثابت	٣٥,١٣	١,٩٩	.	١٧,٦٨	دالة عند ٠,٠١
المخاوف المعرفية	٠,٤٥-	٠,٠٩	٠,٤٣-	٤,٨٢-	دالة عند ٠,٠١
القلق التوقعي	٠,٢٤-	٠,٠٩	٠,٢٣-	٢,٧-	دالة عند ٠,٠١
المخاوف الجسدية	٠,١٩-	٠,٠٩	٠,١٨-	٢,١٣-	دالة عند ٠,٠٥

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة

يتضح من الجدول السابق أن أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض التي يمكن أن تنتبأ بالصحة النفسية كانت (المخاوف المعرفية ، والقلق التوقعي ، والمخاوف الجسدية) ، ويمكن صياغة معادلة الانحدار على النحو التالي: الصحة النفسية = $0.45 \times (\text{المخاوف المعرفية}) - 0.24 \times (\text{القلق التوقعي}) + 0.19 \times (\text{المخاوف الجسدية}) + 13.9$.

(و) يمكن التنبؤ بالطاقة والحيوية من خلال أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض لدى عينة من مرضي اضطراب الهلع.

وللتحقق من هذا الفرض استخدم الباحث الانحدار المتعدد بطريقة stepwise والجدول التالية توضح ما توصل إليه الباحث من نتائج:

ويوضح الجدول التالي تحليل التباين لمدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض) على بعد الطاقة والحيوية:

جدول (٣٦) تحليل التباين لمدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل

الغموض) على بعد الطاقة والحيوية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	R2	نسبة التباين
الانحدار	٢٢٢٨,٩٨	٣	٧٤٢,٩٩	٤٦,١٨	دالة عند ٠,٠١	٠,٥٦	%٥٦
البواقي	١٧٢١,٥٨	١٠٧	١٦,٠٩				
الكل	٣٩٥٠,٥٦	١١٠					

ويتضح من الجدول السابق أن النسبة الفائية لتحليل التباين للمتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض) على بعد الطاقة والحيوية كانت دالة عند ٠,٠١. بإسهام نسبي لهذه المتغيرات بلغ %٥٦ ، ويوضح الجدول التالي مدى تأثير المتغيرات المستقلة على بعد الطاقة والحيوية.

جدول (٣٧) يبين مدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل

الغموض) على بعد الطاقة والحيوية

المتغيرات	معاملات الانحدار B	الخطأ المعياري	معاملات الانحدار المعيارية	قيمة ت	مستوى الدلالة
الثابت	٢٩,٩٥	١,٦٩	.	١٧,٧	دالة عند ٠,٠١
القلق التوقعي	-٠,٣١	٠,٠٩	-٠,٣٢	-٣,٣٨	دالة عند ٠,٠١
المخاوف الجسدية	-٠,٢٦	٠,٠٧	-٠,٢٧	-٣,٧٢	دالة عند ٠,٠١
القلق المثبط	-٠,٣٦	٠,١١	-٠,٣	-٣,٢٨	دالة عند ٠,٠١

د. إسلام رمضان إبراهيم

يتضح من الجدول السابق أن أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض التي يمكن أن تتنبأ ببعد الطاقة والحيوية كانت (القلق التوقعي ، والمخاوف الجسدية ، والقلق المثبط) ، ويمكن صياغة معادلة الانحدار على النحو التالي: الطاقة والحيوية = $0.31 \times (\text{القلق التوقعي}) - 0.26 \times (\text{المخاوف الجسدية}) - 0.36 \times (\text{القلق المثبط}) + 29.95$.

(ز) يمكن التنبؤ بالألم الجسدي من خلال أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض لدى عينة من مرضي اضطراب الهلع.

وللتحقق من هذا الفرض استخدم الباحث الانحدار المتعدد بطريقة stepwise والجدول التالية توضح ما توصل إليه الباحث من نتائج :

يوضح الجدول التالي تحليل التباين لمدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض) على الألم الجسدي:

جدول (٣٨) تحليل التباين لمدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم

تحمل الغموض) على الألم الجسدي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	R2	نسبة التباين
الانحدار	١٤٥,٠٩	٢	٧٢,٥٥	٢٠,٢٥	دالة عند ٠,٠١	٠,٢٧	%٢٧
البواقي	٣٨٦,٧٦	١٠٨	٣,٥٨				
الكل	٥٣١,٨٦	١١٠					

يتضح من الجدول السابق أن النسبة الفائية لتحليل التباين للمتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض) على الألم الجسدي كانت دالة عند ٠,٠١ . بإسهام نسبي لهذه المتغيرات بلغ ٣١% ، ويوضح الجدول التالي مدى تأثير المتغيرات المستقلة على الألم الجسدي .

جدول (٣٩) يبين مدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل

الغموض) على الألم الجسدي

المتغيرات	معاملات الانحدار B	الخطأ المعياري	معاملات الانحدار المعيارية	قيمة ت	مستوى الدلالة
الثابت	٤,١٢	٠,٦٥	.	٦,٣٧	دالة عند ٠,٠١
المخاوف الاجتماعية	٠,١٢	٠,٠٤	٠,٣١	٢,٨	دالة عند ٠,٠١
المخاوف المعرفية	٠,٠٩	٠,٠٤	٠,٢٧	٢,٤٨	دالة عند ٠,٠١

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة

يتضح من الجدول السابق أن أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض التي يمكن أن تتنبأ بالألم الجسدي كانت (الإنجاز، وتحمل المسؤولية)، ويمكن صياغة معادلة الانحدار على النحو التالي: الألم الجسدي = $0,12 \times (\text{المخاوف الاجتماعية}) + 0,90 \times (\text{المخاوف المعرفية}) + 4,12$.

ح) يمكن التنبؤ بالصحة العامة المدركة من خلال أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض لدى عينة من مرضي اضطراب الهلع.

وللتحقق من هذا الفرض استخدم الباحث الانحدار المتعدد بطريقة stepwise والجدول التالية توضح ما توصل إليه الباحث من نتائج:

يوضح الجدول التالي تحليل التباين لمدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض) على الصحة العامة المدركة:

جدول (٤٠) تحليل التباين لمدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم

تحمل الغموض) على الصحة العامة المدركة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	R2	نسبة التباين
الانحدار	١٨٧٧,٣٠	٢	٩٣٨,٦٥	٢٧,٦٩	دالة عند ٠,٠١	٠,٣٤	%٣٤
البواقي	٣٦٦٠,٥٦	١٠٨	٣٣,٨٩				
الكلية	٥٥٣٧,٨٦	١١٠					

ويتضح من الجدول السابق أن النسبة الفائية لتحليل التباين للمتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض) على الصحة العامة المدركة كانت دالة عند ٠,٠١. بإسهام نسبي لهذه المتغيرات بلغ ٣٤%، ويوضح الجدول التالي مدى تأثير المتغيرات المستقلة على الصحة العامة المدركة.

جدول (٤١) يبين مدى تأثير المتغيرات المستقلة (أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل

الغموض) على الصحة العامة المدركة

المتغيرات	معاملات الانحدار B	الخطأ المعياري	معاملات الانحدار المعيارية	قيمة ت	مستوى الدلالة
الثابت	٣٠,٢٨	٢,١٩		١٣,٨٦	دالة عند ٠,٠١
المخاوف الجسدية	-٠,٤	٠,١	-٠,٣٦	٤,٢١	دالة عند ٠,٠١
القلق المثبط	-٠,٤٦	٠,١٢	-٠,٣٣	٣,٧٨	دالة عند ٠,٠١

ويتضح من الجدول السابق أن أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض التي يمكن أن تتنبأ بالصحة العامة المدركة كانت (المخاوف الجسدية، والقلق المثبط)، ويمكن صياغة معادلة الانحدار على النحو التالي: الصحة العامة المدركة = $0.40 \times$ (المخاوف الجسدية)

$$- 30.28 + 0.66 \times (\text{القلق المثبط})$$

مناقشة وتفسير النتائج.

ويمكن تفسير النتائج السابقة كما يلي -

الفرض الأول.

فيما يتعلق بالفرض الأول فقد أشارت النتائج إلي أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات أفراد العينة على أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة ودرجاتهم على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الحساسية للقلق.

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة حيث أشارت دراسة (Warren et al., 2021) إلي وجود علاقة ارتباطية بين الحساسية للقلق وجودة الحياة المرتبطة بالصحة علي بعد قصور الاداء بسبب المشاكل الانفعالية المرتبطة بالقلق والاكتئاب، وأشارت دراسة (Norman & Lang, 2005) إلي وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الحساسية للقلق وجودة الحياة المرتبطة بالصحة علي بُعدي الطاقة والحيوية والأداء الاجتماعي. وأشارت دراسة (Horenstein et al., 2018) إلي وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الحساسية للقلق وجودة الحياة المرتبطة بالصحة علي بعد الألم الجسدي. وأشارت دراسة (Dewolfe et al., 2023) بأن حساسية القلق والنشاط البدني مرتبطان عكسياً، وكانت العلاقة مهمة للمخاوف الجسدية والمعرفية، ولكن ليس للمخاوف الاجتماعية. وأشارت دراسة (Osuji et al., 2022) بأن الحساسية للقلق مرتبطة سلباً بالمشاركة في التمارين الرياضية. كما أشارت العديد من الدراسات (Cox, Taylor, Clara, Roberts, & Enns, 2008; Schmidt, Lerew, & Jackson, 1997) أن هناك علاقة ارتباطية قوية بين الحساسية للقلق ونوبات الهلع.

ويري الباحث في ضوء نتائج الدراسة أن الأفراد الذين يعانون من مستويات مرتفعة من الحساسية للقلق يميلون إلى تفسير الأعراض الجسدية لنوبات القلق (مثل خفقان القلب وضيق التنفس) بشكل سلبي للغاية، مما يزيد من شدة نوبات الهلع. وتساهم الحساسية للقلق

في خلق دوامة من الخوف والتجنب، مما يقلل من جودة الحياة بصفة عامة، ويضعف من جودة الحياة المرتبطة بالصحة بصفة خاصة. حيث تتأثر الصحة النفسية نتيجة المستويات العالية من القلق والاكتئاب الناتجة عن الخوف المستمر من الأعراض الجسدية. حيث تعمل حساسية القلق على تضخيم إدراك الأعراض الجسدية والانزعاج منها، ويتسبب ذلك في قصور في الأداء علي المستوى البدني والانفعالي، كما يتأثر الأداء الاجتماعي والتفاعلات الاجتماعية والوظائف العادية اليومية، والأداء البدني نتيجة انخفاض النشاط البدني وزيادة الإبلاغ عن المشكلات الجسدية (مثل الإرهاق المستمر أو آلام عضلية) نتيجة الإفراط في مراقبة الجسم، وانخفاض الطاقة والحيوية.

وبالإضافة إلي ذلك يمكن توضيح تلك العلاقة بشكل أكثر تفصيلاً من خلال الأبعاد الثلاثة للحساسية للقلق:-

١. المخاوف الجسدية (Physical Concerns). الأشخاص الذين يعانون من

حساسية قلق جسدية عالية يركزون على الأعراض الجسدية للقلق (مثل تسارع ضربات القلب، ضيق التنفس، أو الشعور بالدوار). وسوء تفسير هذه الأعراض يؤدي إلى تصعيد الخوف، مما يساهم في تصاعد الأعراض إلى نوبة هلع. على سبيل المثال: إذا شعر الشخص بتسارع ضربات قلبه، قد يعتقد أنه يعاني من نوبة قلبية، مما يزيد من الخوف ويؤدي إلى تفاقم الأعراض والتأثير السلبي لجودة الحياة المرتبطة بالصحة علي بعد الأداء البدني والألم الجسدي والطاقة والحيوية وقصور الأداء بسبب المشاكل الجسدية.

٢. المخاوف المعرفية (Cognitive Concerns). الأشخاص الذين لديهم حساسية

قلق معرفية عالية يخشون من أن الأعراض المعرفية (مثل التشتت، الشعور بالانفصال عن الواقع، أو التفكير المتسارع) لأنها تعني بالنسبة لهم أنهم سيفقدون عقولهم أو السيطرة على أنفسهم. وهذا الخوف يؤدي إلى قلق إضافي، مما يعزز استمرار نوبات الهلع. علي سبيل المثال الشعور بالانفصال عن الواقع أثناء نوبة القلق قد يجعل الشخص يعتقد أنه "يقترّب من الجنون"، مما يزيد من شدة النوبة، والتأثير السلبي لجودة الحياة المرتبطة بالصحة علي بعد الصحة النفسية وقصور الأداء بسبب المشاكل الانفعالية والإدراك العام للصحة

٣. **المخاوف الاجتماعية (Social Concerns).** الأشخاص الذين يعانون من حساسية قلق اجتماعية عالية يخشون من أن يلاحظ الآخرون أعراض القلق عليهم (مثل التعرق، الرجفة، أو صعوبة التنفس). هذا الخوف يؤدي إلى تصاعد التوتر في المواقف الاجتماعية، مما يجعلهم أكثر عرضة لنوبات الهلع. مثال: إذا بدأ الشخص يشعر بالتوتر أثناء اجتماع عمل، فقد يركز على فكرة أن زملاءه يلاحظون تعرقه، مما يؤدي إلى زيادة القلق وانفجار نوبة الهلع، والتأثير السلبي لجودة الحياة المرتبطة بالصحة علي بعد الاداء الاجتماعي.

الفرض الثاني.

فيما يتعلق بالفرض الثاني فقد أشارت النتائج إلي أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات أفراد العينة على أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة ودرجاتهم على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس عدم تحمل الغموض ". وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة، حيث توصلت دراسات (Tarhani et al.,2019; Eraslan & İlhan,2023; Shoychet et al.,2023) بأن هناك علاقة ارتباطية قوية بين عدم تحمل الغموض وضعف جودة الحياة بشكل عام. وتوصلت دراسة (Tabar et al.,2021) إلي أن عدم تحمل الغموض مرتبط بانخفاض جودة الحياة المرتبطة بالصحة، وخاصة في أبعاد الاداء الاجتماعي والصحة النفسية وقصور الاداء بسبب المشاكل الانفعالية كما جاء في دراسة (Strout et al.,2018). كما وجدت دراسات (Carleton et al.,2013; Lieberman et al.,2016; Smith et al.,2019; Zemestani et al., 2023) علي أن عدم تحمل الغموض منبئاً باضطراب الهلع.

ويري الباحث في ضوء نتائج الدراسة أن عدم تحمل الغموض يرتبط بزيادة القلق التوقعي لدى مرضى اضطراب الهلع، مما يؤدي إلى التركيز على أسوأ السيناريوهات المستقبلية، حتى في غياب أدلة واضحة على الخطر. ويؤدي إلى تجنب القرارات أو المواقف التي تتطلب قبول الغموض، مما يضعف من أداءهم الوظيفي والاجتماعي. ويؤثر علي جودة الحياة بصفة عامة، ويضعف من جودة الحياة المرتبطة بالصحة بصفة خاصة. حيث تتأثر الصحة النفسية نتيجة القلق المستمر والشعور بعدم الأمان والذي يؤثر سلباً على الرفاهة العامة، ويتأثر الاداء الاجتماعي نتيجة انخفاض الثقة بالنفس وصعوبة بناء علاقات صحية

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة

بسبب الاعتماد على الآخرين لتخفيف الغموض أو نتيجة تجنب المواقف الاجتماعية أو الأنشطة المهنية التي تتضمن أي مؤشر من مؤشرات عدم اليقين. وبالإضافة إلى ذلك يمكن توضيح تلك العلاقة بشكل أكثر تفصيلاً من خلال بعدي عدم تحمل الغموض .

١. **القلق التوقعي:** - حيث يعمل القلق التوقعي كأحد أبعاد عدم تحمل الغموض في اضطراب الهلع علي استباق الكارثة، فالشخص الذي مر بنوبة هلع قد يقلق بشكل مفرط من احتمالية حدوث نوبة هلع أخرى في المستقبل أو في موقف معين، مما يضاعف التوتر ويؤدي إلى حلقة مفرغة من الخوف، ويؤثر ذلك علي جودة الحياة المرتبطة بالصحة، ويظهر في قصور الأداء بسبب المشاكل الانفعالية. كما يكون هناك أيضاً حالة من التأهب الدائم، فالقلق التوقعي يجعل الشخص في حالة استعداد دائم لمواجهة "كارثة محتملة"، مما يزيد من إدراكه المفرط للأعراض الجسدية، مثل تسارع دقات القلب أو الدوخة، والتي قد تُفسّر بشكل خاطئ كعلامات على خطر وشيك، فتؤدي إلى نوبة هلع، ويؤثر ذلك علي جودة الحياة المرتبطة بالصحة، ويظهر في شدة الالم الجسدي، وقصور الأداء بسبب المشاكل الجسدية.

٢. **القلق المثبّط:** - ويؤدي القلق المثبّط كأحد أبعاد عدم تحمل الغموض في اضطراب الهلع إلي سلوك تجنبني فيتجنب الشخص الأماكن أو المواقف التي يعتقد أنها قد تُسبب نوبة هلع (مثل الأماكن المزدحمة أو السفر). وهذا التجنب يعزز الخوف بدلاً من تقليله، ويؤثر ذلك علي جودة الحياة المرتبطة بالصحة، ويظهر في قصور الأداء الاجتماعي. كما يؤدي إلي انخفاض الثقة بالنفس، حيث يشعر الشخص بعدم الكفاءة في مواجهة المواقف غير المؤكدة، مما يرسخ الشعور بالعجز ويُضعف محاولاته في التغلب على الهلع. ويؤثر ذلك علي جودة الحياة المرتبطة بالصحة، ويظهر في نقص الطاقة والحيوية، وانخفاض الصحة النفسية.

وفيما يتعلق بالفرض الثالث والرابع والخامس فقد أشارت النتائج إلي أنه " توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد العينة وفقاً للنوع (ذكور - إناث) علي الأبعاد والدرجة الكلية علي مقياس الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى عينة الدراسة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الدراسات السابقة (DeWolfe et al.,2020; Medina et al., 2014;)، في أن اضطراب الهلع له أبعاد بيولوجية ونفسية مشتركة تؤثر على الأفراد بغض النظر عن جنسهم، مما قد يُفسر غياب الفروق. كما أن حساسية القلق وعدم تحمل الغموض هما من السمات النفسية التي يمكن أن تكون مستقلة عن النوع، لأنهما يعكسان استجابات معرفية وانفعالية عامة للضغوط. كما أن جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضي الهلع تعتمد بشكل كبير على شدة الأعراض وطبيعتها أكثر من ارتباطها بالجنس. فالذكور والإناث قد يواجهون تحديات مماثلة فيما يخص قصور الاداء بسبب المشاكل الجسدية والانفعالية وشدة الألم الجسدي الناتج عن اضطراب الهلع، مثل تجنب الأنشطة اليومية أو الخوف من النوبات. ومع ذلك هناك دراسات توصلت إلي وجود فروق بين الجنسين في الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض مثل (Allan et al., 2019; Zhang et al.,2022; Cherepanov et al., 2010) وارجعوا السبب في ذلك إلي وجود فروق ثقافية مثل توقعات المجتمع من الإناث بالتعبير عن القلق والخوف مما يجعل الحساسية للقلق أكثر وضوحًا. أما الذكور قد يظهرون قلقًا أقل تجاه الأعراض نفسها، لكنهم يميلون أكثر للقلق بشأن التأثير الاجتماعي للقلق، مثل فقدان السيطرة أمام الآخرين. فالرجال يكونون أكثر تحفظًا بسبب التوقعات الاجتماعية التي تعتبر القلق ضعفًا. كما أن الإناث يقومون باعطاء اهتمام أكبر للتفاصيل العاطفية والاجتماعية، مما يجعلهن أكثر حساسية للغموض وعدم الوضوح في هذه المجالات. ما يزيد من قلقهن تجاه الأمور المجهولة أو الغامضة. ويظهرن قلقًا متزايدًا بشأن النتائج غير المؤكدة في حياتهن الشخصية (مثل العلاقات أو الصحة). أما الذكور، على الرغم من أنهم قد يواجهون صعوبة في التعامل مع عدم اليقين، إلا أنهم يميلون إلى التركيز على القضايا العملية أو المادية. أما فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في جودة الحياة المرتبطة بالصحة فأرجعت دراسات (Hajian-Tilaki et al., 2017; Gijssberts et al., 2015; Laghousi et al., 2019) الفروق بين الجنسين إلي نوع الإعاقة، حيث كان تأثير الإعاقة على جودة الحياة المرتبطة بالصحة أعلى بالنسبة للرجال منه بالنسبة للنساء فيما يتعلق بالأداء البدني والحيوية والأداء الاجتماعي والرفاهة الانفعالية والصحة النفسية.

الفرض السادس

وفيما يتعلق بالفرض السادس فقد أشارت النتائج إلي أنه " يمكن التنبؤ بأبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة من خلال أبعاد الحساسية للقلق وأبعاد عدم تحمل الغموض لدى عينة الدراسة.

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة (Tsao et al., 2007;)
(Chalhub et al., 2021; Kroenke et al.,2013; Anderson et al., 2014
علي أن الحساسية للقلق تتنبأ بشكل مستقل بانخفاض جودة الحياة المرتبطة بالصحة
(HRQOL)، وأثبتت دراسات (Johnson et al.,2019; Cetingok et al., 2022)
بأن الحساسية للقلق منبأه بضعف جودة الحياة بشكل عام. وأشارت دراسات (Strout
et al.,2018;) بأن عدم تحمل الغموض منبئ بانخفاض جودة الحياة المرتبطة بالصحة،
وخاصة فيما يتعلق بمخاوف الصحة الجسدية كما جاء في دراسة (Gibson et
al.,2023).

ويري الباحث في ضوء نتائج الدراسة الحالية أن الحساسية للقلق وعدم تحمل
الغموض عاملان نفسيان رئيسيان يمكن أن يؤثر على جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى
مرضى الهلع بشكل كبير. وتتأثر جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضي اضطراب الهلع
وخاصة في أبعاد الصحة النفسية وقصور الاداء بسبب المشاكل الانفعالية والطاقة والحيوية.
حيث أن مرضي اضطراب الهلع الذين يعانون من مستويات مرتفعة من الحساسية للقلق وعدم
تحمل الغموض ، يبلغون عن مستويات أعلى من التوتر والقلق المزمن، وانخفاض القدرة على
التمتع بالحياة اليومية، وانخفاض الشعور بالرضا العام عن الحياة. وأيضًا تتأثر جودة الحياة
المرتبطة بالصحة في أبعاد الاداء البدني وقصور الأداء بسبب المشاكل الجسدية والالام
الجسدي والإدراك العام للصحة، حيث يبلغ هؤلاء المرضى عن مشاكل صحية متكررة أو مبالغ
فيها نتيجة تركيزهم على الأعراض الجسدية. بالإضافة إلي تراجع في النشاط البدني والوظيفي
بسبب مخاوفهم والسلوكيات التجنبية غير التكيفية.

وبالإضافة إلي ذلك فإن الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض يلعبان دورًا محوريًا
في بدء واستمرار اضطراب الهلع مما يؤثر علي جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى هؤلاء
المرضي وعلي طول مدة العلاج ويتضح تأثير كل منهما فيما يلي:-

١. الحساسية للقلق (Anxiety Sensitivity). تُزيد من شدة نوبات الهلع لأن الشخص يفسر الأعراض بشكل مبالغ فيه. وتؤدي إلى تجنب المواقف التي قد تُحفز هذه الأعراض، مما يحد من المشاركة الاجتماعية والمهنية. وتساهم في زيادة الشعور بالعجز والخوف المستمر، مما يقلل من الشعور بالرفاهة العامة.

٢. عدم تحمل الغموض (Intolerance of Uncertainty). حيث يشغل المريض بأفكار سلبية وسيناريوهات كارثية حول الأحداث المستقبلية. ويُقاوم ذلك من التوتر والانفعال بالمخاوف، مما يعوق القدرة على التمتع باللحظة الحالية. ويؤدي إلى سلوكيات تجنبية وهو ما يعرف بالقلق المُنبِط والاعتماد المفرط على الآخرين، مما يحد من الاستقلالية ويضعف من العلاقات الاجتماعية.

ويؤدي التأثير المشترك لكل من الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض لدى مرضي اضطراب الهلع علي جودة الحياة المرتبطة بالصحة إلي زيادة شدة الأعراض والتكرار المرتفع للنوبات. والانحصار في دائرة القلق والانغماس في حلقة مفرغة لا تنتهي وصعوبة كسرها. وانخفاض جودة الحياة المرتبطة بالصحة نتيجة للشعور المستمر بالتوتر، والانخفاض في الأداء اليومي، وعدم الرضا عن الحياة.

وفي النهاية يمكن توضيح العلاقة بين جودة الحياة المرتبطة بالصحة والحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض لدى مرضي اضطراب الهلع. حيث تتجسد تلك العلاقة التنبؤية علي مختلف الأبعاد الثمانية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة. ويمكن تحليل هذه العلاقة في ضوء نتائج الدراسة عبر الأبعاد المختلفة على النحو التالي:

١. الأداء البدني (Physical Functioning). الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الهلع قد يواجهون صعوبة في القيام بالأنشطة اليومية بسبب الأعراض الجسدية مثل الدوار، والتسارع في ضربات القلب، والشعور بالضيق في التنفس. هؤلاء المرضى قد يطورون حساسية تجاه القلق، مما يزيد من تقييد قدرتهم على ممارسة الأنشطة البدنية.

٢. الأداء الاجتماعي (Social Functioning). القلق المستمر وعدم تحمل الغموض يمكن أن يؤدي إلى تجنب الأنشطة الاجتماعية خوفاً من حدوث نوبة هلع.

- هذا يتسبب في انخفاض في الأداء الاجتماعي، حيث ينعزل المرضى أو يقل تفاعلهم مع الآخرين نتيجة لتوقعهم لحدوث نوبات هلع في السياقات الاجتماعية.
٣. قصور الأداء بسبب المشاكل الجسدية (Role Limitations due to Physical Problems) اضطراب الهلع يؤدي إلى تقليص قدرة المريض على أداء دوره الاجتماعي أو المهني بسبب الخوف من حدوث نوبات هلع غير متوقعة. هذا القصور يمكن أن يزيد من الحساسية للقلق وعدم القدرة على التكيف مع الظروف غير المتوقعة.
٤. قصور الأداء بسبب المشاكل الانفعالية (Role Limitations due to Emotional Problems) القلق المستمر وعدم تحمل الغموض قد يعيقان قدرة الشخص على أداء المهام اليومية بسبب التأثيرات العاطفية المترتبة على نوبات الهلع مثل الشعور بالاكنتاب، الإحباط، أو العجز. هذه التأثيرات النفسية تزيد من القصور في الأداء الانفعالي.
٥. الصحة النفسية (Mental Health). حساسية الشخص للقلق وعدم تحمله لعدم اليقين يؤثر بشكل مباشر على صحته النفسية. اضطراب الهلع يعزز الشعور بالخوف المستمر، مما يؤدي إلى زيادة في مستويات التوتر والقلق النفسي، وقد يساهم في تطور مشكلات نفسية أخرى مثل الاكتئاب.
٦. الطاقة والحيوية (Energy/Vitality). بسبب القلق المستمر والتوقعات المفرطة حول حدوث نوبات هلع، قد يعاني المرضى من انخفاض في مستوى الطاقة والحيوية. القلق المفرط وعدم تحمل الغموض يعطل القدرة على الاسترخاء ويستهلك الطاقة العقلية والجسدية، مما يؤدي إلى شعور عام بالإرهاق.
٧. الألم الجسدي (Bodily Pain). اضطراب الهلع قد يرتبط بزيادة في مستويات الألم الجسدي، مثل آلام الصدر، الصداع، وآلام العضلات بسبب القلق المزمن والتوتر المستمر. القلق من الألم الجسدي قد يزيد من الحساسية تجاه الألم، مما يؤدي إلى تقاوم الأعراض الجسدية.
٨. الصحة العامة المدركة (General Health Perception). المرضى الذين يعانون من اضطراب الهلع قد يكون لديهم تصور سلبي للصحة العامة نتيجة للقلق

المستمر والتأثيرات النفسية والجسدية للأعراض. هذه النظرة السلبية للصحة قد تزيد من مشاعر القلق وعدم الأمان، مما يعزز دائرة مفرغة من القلق والأعراض المرتبطة بالهلع.

تعقيب عام علي مناقشة النتائج وتفسيرها.

توصلت الدراسة الحالية أن ارتفاع الحساسية للقلق يزيد من تأثير نوبات الهلع على الأنشطة اليومية، مما يؤدي إلى انخفاض جودة الحياة المرتبطة بالصحة بشكل ملحوظ في جميع المجالات (الجسدية، المعرفية، والاجتماعية). كما بينت الدراسة الحالية أن انخفاض القدرة على تحمل عدم اليقين يرتبط بشكل وثيق مع تدهور الصحة النفسية وزيادة القلق التوقعي، مما يقلل من جودة الحياة المرتبطة بالصحة. وتعمل أبعاد الحساسية للقلق معاً في اضطراب الهلع، فعند بدء الأعراض الجسدية للقلق (مثل تسارع ضربات القلب)، فإن الشخص الذي يعاني من حساسية عالية في أي من الأبعاد الثلاثة: جسدياً يخاف من الموت أو المرض. ومعرفياً يخشى الفرد من فقدان السيطرة علي عقله. واجتماعياً يخاف من التعرض للإحراج أمام الآخرين. وهذا التفاعل يوّد حلقة مفرغة من الخوف والتفسير الكارثي للأعراض، مما يؤدي إلى تصعيد النوبة. كما تعمل أبعاد عدم تحمل الغموض معاً في اضطراب الهلع: فالقلق التوقعي يحفز الشخص على التفكير في أسوأ السيناريوهات المتعلقة بالمستقبل والمواقف المجهولة، مما يؤدي إلى تضخم الأعراض المعرفية والجسدية للقلق. أما القلق المتبّط يمنع الشخص من التعامل بفعالية مع هذه المخاوف المستقبلية، ويعزز التجنب والسلوكيات غير التكيفية. وبالتالي، يمكن القول إن حساسية القلق وعدم تحمل الغموض لدى مرضى اضطراب الهلع تؤثر سلباً على جميع الأبعاد السبعة لجودة الحياة المرتبطة بالصحة. هؤلاء المرضى يعانون من تدهور في الأداء البدني والاجتماعي والانفعالي، كما يعانون من تأثيرات نفسية وجسدية تزيد من معاناتهم اليومية.

التوصيات:

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية، وفي ضوء التأصيل النظري لمتغيرات الدراسة، يمكن تقديم مجموعة من التوصيات والمقترحات التالية: -

في ضوء ما سبق يمكن للباحث استنباط مجموعة من التوصيات كالتالي:-

١. استخدام التثقيف النفسي لتوضيح العلاقة بين الحساسية للقلق واضطراب الهلع للمريض يساعده على تقليل القلق المفرط الناتج عن سوء التفسير. وفهم العلاقة بين عدم تحمل الغموض واضطراب الهلع يساعده على كسر دائرة القلق والتجنب. وتوضيح كيف يؤثر كلا المتغيرين على جودة الحياة المرتبطة بالصحة.
٢. استخدام العلاج المعرفي السلوكي لتعديل الأفكار الخاطئة المرتبطة بالحساسية للقلق والمعتقدات السلبية المرتبطة بها، وتحدي وتغيير الأفكار الكارثية المرتبطة بالأحاسيس الجسدية، وتحدي الأفكار الخاطئة المتعلقة بفقدان السيطرة العقلية، وتقليل الخوف من التقييم الاجتماعي السلبي. وتحسين تحمل عدم اليقين من خلال تعديل ومواجهة المعتقدات الإيجابية المرتبطة به يساعد على تحسين جودة الحياة بالصحة لدى مرضي اضطراب الهلع.
- ج) استخدام التعرض ومنع الاستجابة في العلاج من خلال تعريض المريض بشكل تدريجي وموجه للأحاسيس الجسدية المرتبطة بالقلق لتقليل الخوف منها وهو ما يطلق عليه التعرض التفاعلي (مثل جعل الشخص يركض لزيادة معدل ضربات القلب ثم مساعدته على فهم أن هذه الأعراض ليست خطيرة)، مما يقلل من التجنب ويعزز الثقة بالنفس. ويحد من التجنب للأنشطة خوفاً منها، وتعديل الأفكار الكارثية المرتبطة بها. والتعرض التدريجي للأوضاع غير المؤكدة لتعزيز التكيف مع عدم اليقين من خلال التعرض التخيلي للمخاوف ومتربباتها.
- خ) تعليم مرضي اضطراب الهلع مهارات التعامل مع الغموض: من خلال تعلم التعامل مع الأوضاع غير المؤكدة لتعزيز التكيف مع عدم اليقين.
- د) استخدام فنيات الاسترخاء: مثل التأمل والتنفس العميق لتخفيف الأعراض الجسدية المصاحبة للقلق، واليقظة العقلية للتركيز على اللحظة الحالية.

د. إسلام رمضان إبراهيم

(ذ) تعمل الأبعاد الثلاثة للحساسية للقلق كعوامل تضخم نوبات الهلع من خلال تعزيز الخوف من الأعراض الجسدية، المعرفية، والاجتماعية. وفهم هذه الأبعاد يساعد في تصميم استراتيجيات علاجية فعالة لتقليل تأثير الحساسية للقلق على حياة الفرد.

(ر) من خلال التعامل مع العاملين المرتبطين بعدم تحمل الغموض بشكل منهجي في ضوء هذه التدخلات، يمكن لمرضى الهلع تحقيق تحسين كبير في جودة الحياة بشكل عام وجودة الحياة المرتبطة بالصحة بشكل خاص.

المراجع.

- ١.بيرتر شلوتكه، فرنس كاسبار، بيرند رولر (ترجمة) سامر جميل رضوان (٢٠١٦).
التشخيص النفسي الإكلينيكي (٢) التشخيص النفسي للاضطرابات النفسية- الجزء
الاول. لبنان: دار الكتاب الجامعي.
٢. روبرت ليهي (ترجمة) تيسير الياس شواش، سامي بن صالح العرجان، أحمد إسماعيل هاشم
(٢٠٢٠). فنيات العلاج المعرفي: دليل الممارسين. عمان: دار الفكر.
- 3.Ahn, S., Lee, S. H., & Lee, K. S. (2023). Impact of Intolerance of
Uncertainty on Brain Structural Changes in Panic
Disorder. *Psychiatry Investigation*, 20(11), 1069.
- 4.Allan, N. P., Gorka, S. M., Saulnier, K. G., & Bryan, C. J. (2023).
Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Transdiagnostic
risk factors for anxiety as targets to reduce risk of suicide. *Current
psychiatry reports*, 25(4), 139-147.
- 5.Allan, N. P., Judah, M. R., Albanese, B. J., Macatee, R. J., Sutton, C.
A., Bachman, M. D., ... & Schmidt, N. B. (2019). Gender
differences in the relation between the late positive potential in
response to anxiety sensitivity images and self-reported anxiety
sensitivity. *Emotion*, 19(1), 70.
- 6.American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical
manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- 7.Anderson, J. W., Lambert, E. A., Sari, C. I., Dawood, T., Esler, M.
D., Vaddadi, G., & Lambert, G. W. (2014). Cognitive function,
health-related quality of life, and symptoms of depression and
anxiety sensitivity are impaired in patients with the postural
orthostatic tachycardia syndrome (POTS). *Frontiers in
physiology*, 5, 230.
- 8.Austin, D. W., & Richards, J. C. (2006). A test of core assumptions
of the catastrophic misinterpretation model of panic
disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 53-68.
- 9.Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its
disorders from the perspective of emotion theory. *American
Psychologist*, 55(11), 1247-1263.
- 10.Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and
treatment of anxiety and panic*. Guilford press.

11. Bernstein, A., Marshall, E. C., & Zvolensky, M. J. (2011). Multi-method evaluation of distress tolerance measures and construct (s): Concurrent relations to mood and anxiety psychopathology and quality of life. *Journal of Experimental Psychopathology*, 2(3), 386-399.
12. Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour research and therapy*, 40(8), 931-945.
13. Carleton, R. N. (2012). The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: Theoretical and practical perspectives. *Expert review of neurotherapeutics*, 12(8), 937-947.
14. Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of anxiety disorders*, 39, 30-43.
15. Carleton, R. N., Fetzner, M. G., Hackl, J. L., & McEvoy, P. (2013). Intolerance of uncertainty as a contributor to fear and avoidance symptoms of panic attacks. *Cognitive behaviour therapy*, 42(4), 328-341.
16. Carleton, R. N., Norton, M. P. J., & Asmundson, G. J. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of anxiety disorders*, 21(1), 105-117.
17. Carleton, R. N., Sharpe, D., & Asmundson, G. J. (2007). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Requisites of the fundamental fears?. *Behaviour research and therapy*, 45(10), 2307-2316.
18. Cetingok, S., Seker, O., & Cetingok, H. (2022). The relationship between fibromyalgia and depression, anxiety, anxiety sensitivity, fear avoidance beliefs, and quality of life in female patients. *Medicine*, 101(39), e30868.
19. Chalhub, R. Á., Menezes, M. S., Aguiar, C. V. N., Santos-Lins, L. S., Martins Netto, E., Brites, C., & Lins-Kusterer, L. (2021). Anxiety, health-related quality of life, and symptoms of burnout in frontline physicians during the COVID-19 pandemic. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 25, 101618.
20. Cherepanov, D., Palta, M., Fryback, D. G., & Robert, S. A. (2010). Gender differences in health-related quality-of-life are partly explained by sociodemographic and socioeconomic variation between adult men and women in the US: evidence from four US

- nationally representative data sets. *Quality of life research*, 19, 1115-1124.
21. Cherepanov, D., Palta, M., Fryback, D. G., & Robert, S. A. (2010). Gender differences in health-related quality-of-life are partly explained by sociodemographic and socioeconomic variation between adult men and women in the US: evidence from four US nationally representative data sets. *Quality of life research*, 19, 1115-1124.
22. Clark, D. A., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.
23. Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour research and therapy*, 24(4), 461-470.
24. Clark, D. M. (1999). Anxiety disorders: Why they persist and how to treat them. *Behaviour research and therapy*, 37, S5-S27.
25. Clarke, E., & Kiropoulos, L. A. (2021). Mediating the relationship between neuroticism and depressive, anxiety and eating disorder symptoms: The role of intolerance of uncertainty and cognitive flexibility. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 100101.
26. Conway, C. C., Rutter, L. A., & Brown, T. A. (2016). Chronic environmental stress and the temporal course of depression and panic disorder: A trait-state-occasion modeling approach. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(1), 53.
27. Cox, B. J., Taylor, S., Clara, I. P., Roberts, L., & Enns, M. W. (2008). Anxiety Sensitivity and Panic-Related Symptomatology in a Representative Community-Based Sample: A 1-Year Longitudinal Analysis. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(1), 48-56.
28. Davidoff, J., Christensen, S., Khalili, D. N., Nguyen, J., & IsHak, W. W. (2012). Quality of life in panic disorder: looking beyond symptom remission. *Quality of Life Research*, 21, 945-959.
29. Del-Valle, M. V., López-Morales, H., Andrés, M. L., Yerro-Avincetto, M., Trudo, R. G., Urquijo, S., & Canet-Juric, L. (2022). Intolerance of COVID-19-related uncertainty and depressive and anxiety symptoms during the pandemic: A longitudinal study in Argentina. *Journal of Anxiety Disorders*, 86, 102531.
30. Dewolfe, C. E., Galbraith, M. K., Smith, M. M., Watt, M. C., Olthuis, J. V., Sherry, S. B., & Stewart, S. H. (2023). Anxiety

- sensitivity and physical activity are inversely related: A meta-analytic review. *Mental Health and Physical Activity*, 25, 100548.
31. DeWolfe, C. E., Watt, M. C., Romero-Sanchiz, P., & Stewart, S. H. (2020). Gender differences in physical activity are partially explained by anxiety sensitivity in post-secondary students. *Journal of American college health*, 68(3), 219-222.
32. Dugas, M. J., Burh, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. In R. H. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 143-163). New York, NY: Guilford Press.
33. Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive therapy and Research*, 25, 551-558.
34. Dugas, M. J., Schwartz, A., & Francis, K. (2004). Brief report: Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive therapy and research*, 28, 835-842.
35. Ehlers, A., & Margraf, J. (1989). The psychophysiological model of panic attacks. *Fresh perspectives on anxiety disorders*, 1-29.
36. Eraslan, P., & İlhan, A. (2023). The relationships between health anxiety and intolerance of uncertainty with quality of life in caregivers of cancer patients. *Family Practice and Palliative Care*, 8(1), 10-15.
37. Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in developmental disabilities*, 16(1), 51-74.
38. Feldman, J. M., Lehrer, P. M., Borson, S., Hallstrand, T. S., & Siddique, M. I. (2005). Health care use and quality of life among patients with asthma and panic disorder. *Journal of Asthma*, 42(3), 179-184.
39. Fidry, M., Zugliani, M. M., do Valle, C. R., Martins, R. M., Cabo, M. C. D., Nardi, A. E., & Freire, R. C. (2020). Quality of life in panic disorder: the influence of clinical features and personality traits. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 41, 387-393.
40. Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry?. *Personality and individual differences*, 17(6), 791-802.

41. French, C. R. (2024). *Resilience as a Moderator between Anxiety Sensitivity and Health Anxiety during the COVID-19 Pandemic* (Doctoral dissertation, Spalding University).
42. Gallagher, M. W., Bentley, K. H., & Barlow, D. H. (2014). Perceived control and vulnerability to anxiety disorders: A meta-analytic review. *Cognitive therapy and research*, 38, 571-584.
43. Gallagher, M. W., Payne, L. A., White, K. S., Shear, K. M., Woods, S. W., Gorman, J. M., & Barlow, D. H. (2013). Mechanisms of change in cognitive behavioral therapy for panic disorder: The unique effects of self-efficacy and anxiety sensitivity. *Behaviour research and therapy*, 51(11), 767-777.
44. Gibson, B., Rosser, B. A., Schneider, J., & Forshaw, M. J. (2023). The role of uncertainty intolerance in adjusting to long-term physical health conditions: A systematic review. *PLoS One*, 18(6), e0286198.
45. Gijssberts, C. M., Agostoni, P., Hofer, I. E., Asselbergs, F. W., Pasterkamp, G., Nathoe, H., ... & den Ruijter, H. M. (2015). Gender differences in health-related quality of life in patients undergoing coronary angiography. *Open heart*, 2(1), e000231.
46. Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, 47-59.
47. Gros, D. F., Pavlacic, J. M., Wray, J. M., & Szafranski, D. D. (2023). Investigating Relations Between the Symptoms of Panic, Agoraphobia, and Suicidal Ideation: The Significance of Comorbid Depressive Symptoms in Veterans with Panic Disorder. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 45(4), 1154-1162.
48. Gros, D. F., Pavlacic, J. M., Wray, J. M., & Szafranski, D. D. (2023). Investigating Relations Between the Symptoms of Panic, Agoraphobia, and Suicidal Ideation: The Significance of Comorbid Depressive Symptoms in Veterans with Panic Disorder. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 45(4), 1154-1162.
49. Grupe, D. W., & Nitschke, J. B. (2013). Uncertainty and anticipation in anxiety: an integrated neurobiological and psychological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(7), 488-501.
50. Gu, Y., Gu, S., Lei, Y., & Li, H. (2020). From uncertainty to anxiety: How uncertainty fuels anxiety in a process mediated by intolerance of uncertainty. *Neural Plasticity*, 2020(1), 8866386.

51. Guyatt, G. H. (1993). Measurement of health-related quality of life in heart failure. *Journal of the American college of cardiology*, 22(4), A185-A191.
52. Hajian-Tilaki, K., Heidari, B., & Hajian-Tilaki, A. (2017). Are gender differences in health-related quality of life attributable to sociodemographic characteristics and chronic disease conditions in elderly people?. *International journal of preventive medicine*, 8(1), 95.
53. Hallion, L. S., & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the effect of cognitive bias modification on anxiety and depression. *Psychological bulletin*, 137(6), 940-958.
54. Harrison, A. R. (2024). *The Role of Anxiety Sensitivity in Treatment Outcomes for Patients with Post-Traumatic Stress Disorder in a Collaborative Care Intervention* (Doctoral dissertation, Fordham university psychology).
55. Hayward, C., Killen, J. D., Kraemer, H. C., & Taylor, C. B. (2000). Predictors of panic attacks in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(2), 207-214.
56. Hoge, E. A., Marques, L., Wechsler, R. S., Lasky, A. K., Delong, H. R., Jacoby, R. J., ... & Simon, N. M. (2011). The role of anxiety sensitivity in sleep disturbance in panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 536-538.
57. Horenstein, A., Potter, C. M., & Heimberg, R. G. (2018). How does anxiety sensitivity increase risk of chronic medical conditions?. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(3), e12248.
58. Houck, P. R., Spiegel, D. A., Shear, M. K., & Rucci, P. (2002). Reliability of the self-report version of the panic disorder severity scale. *Depression and anxiety*, 15(4), 183-185.
59. Hovenkamp-Hermelink, J. H., van der Veen, D. C., Oude Voshaar, R. C., Batelaan, N. M., Penninx, B. W., Jeronimus, B. F., ... & Riese, H. (2019). Anxiety sensitivity, its stability and longitudinal association with severity of anxiety symptoms. *Scientific reports*, 9(1), 4314.
60. Huber, M. B., Felix, J., Vogelmann, M., & Leidl, R. (2017). Health-related quality of life of the general German population in 2015: results from the EQ-5D-5L. *International journal of environmental research and public health*, 14(4), 426.

61. Jacoby, R. J. (2020). Intolerance of uncertainty. In J. S. Abramowitz & S. M. Blakey (Eds.), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms* (pp. 45–63). American Psychological Association.
62. Johnson, A. L., McLeish, A. C., Alsaïd-Habia, T., Shear, P. K., & Privitera, M. (2019). Anxiety sensitivity as a predictor of epilepsy-related quality of life and illness severity among adult epilepsy. *Cognitive Therapy and Research*, 43, 6-13.
63. Jurin, T., & Biglbauer, S. (2018). Anxiety sensitivity as a predictor of panic disorder symptoms: a prospective 3-year study. *Anxiety, Stress, & Coping*, 31(4), 365-374.
64. Jurin, T., & Biglbauer, S. (2018). Anxiety sensitivity as a predictor of panic disorder symptoms: a prospective 3-year study. *Anxiety, Stress, & Coping*, 31(4), 365-374.
65. Kang, E. H., Kim, B., Choe, A. Y., Lee, J. Y., Choi, T. K., & Lee, S. H. (2015). Panic disorder and health-related quality of life: the predictive roles of anxiety sensitivity and trait anxiety. *Psychiatry research*, 225(1-2), 157-163.
66. Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference?. *Pharmacoeconomics*, 34, 645-649.
67. Kawecka-Jaszcz, K., Klocek, M., Tobiasz-Adamczyk, B., & Bulpitt, C. J. (Eds.). (2012). *Health-related quality of life in cardiovascular patients*. Springer Science & Business Media.
68. Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior therapy*, 41(4), 567-574.
69. Khawaja, N. G., & Oei, T. P. (1998). Catastrophic cognitions in panic disorder with and without agoraphobia. *Clinical Psychology Review*, 18(3), 341-365.
70. Killewo, J., Heggenhougen, K., & Quah, S. R. (Eds.). (2010). *Epidemiology and demography in public health*. Academic Press.
71. Kim, J. E., Song, I. H., & Lee, S. H. (2017). Gender differences of stressful life events, coping style, symptom severity, and health-related quality of life in patients with panic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(9), 714-719.

- 72.Koury, M. A., & Rapaport, M. H. (2007). Quality of life impairment in anxiety disorders. *Quality of life impairment in schizophrenia, mood and anxiety disorders: New perspectives on research and treatment*, 275-291.
- 73.Kroenke, K., Outcalt, S., Krebs, E., Bair, M. J., Wu, J., Chumbler, N., & Yu, Z. (2013). Association between anxiety, health-related quality of life and functional impairment in primary care patients with chronic pain. *General hospital psychiatry*, 35(4), 359-365.
- 74.Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour research and therapy*, 38(9), 933-941.
- 75.Laghousi, D., Jafari, E., Nikbakht, H., Nasiri, B., Shamshirgaran, M., & Aminisani, N. (2019). Gender differences in health-related quality of life among patients with colorectal cancer. *Journal of gastrointestinal oncology*, 10(3), 453.
- 76.LaPolla, M. (2024). An Examination of Intolerance of Uncertainty, Anxiety, and Spirituality in College Undergraduates. (Doctoral dissertation, Auburn University).
- 77.Leal, A. S. A. (2018). Measuring the Association of Perceived Service Quality and Health-Related Quality of Life: the Case of a Portuguese Long-Term Care Unit (Master's thesis, ISCTE-Instituto Universitario de Lisboa (Portugal)).
- 78.Lewis, K. M. (2011). *Anxiety sensitivity and its unique relationship with panic disorder, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and depression* (Doctoral dissertation, Memorial University of Newfoundland).
- 79.Lieberman, L., Gorka, S. M., Sarapas, C., & Shankman, S. A. (2016). Cognitive flexibility mediates the relation between intolerance of uncertainty and safety signal responding in those with panic disorder. *Cognition and Emotion*, 30(8), 1495-1503.
- 80.Liu, X., Xu, T., Chen, D., Yang, C., Wang, P., Huang, X., ... & Wang, Z. (2020). Reliability, validity and cut-off score of the Chinese version of the panic disorder severity scale self-report form in patients with panic disorder. *BMC psychiatry*, 20, 1-6.
- 81.McClain, B. C., & Suresh, S. (Eds.). (2011). *Handbook of pediatric chronic pain: Current science and integrative practice*. Springer.
- 82.Medina, J. L., DeBoer, L. B., Davis, M. L., Rosenfield, D., Powers, M. B., Otto, M. W., & Smits, J. A. (2014). Gender moderates the

- effect of exercise on anxiety sensitivity. *Mental health and physical activity*, 7(3), 147-151.
83. Mullings, J., Cumbay, M., McPherson, A., & Ho, M. S. (Eds.). (2022). *Health-Related Quality of Life: Measurement Tools, Predictors and Modifiers*. BoD–Books on Demand.
84. Nardi, A. E., & Freire, R. C. (2016). *Panic Disorder: Neurobiological and Treatment Aspects*. Springer
85. Nelson, B. D., & Shankman, S. A. (2011). Does intolerance of uncertainty predict anticipatory startle responses to uncertain threat? *International Journal of Psychophysiology*, 81, 107–115.
86. Nichols-Lopez, K. A. (2010). Anxiety Sensitivity's Facets in Relation to Anxious and Depressive Symptoms in Youth. (Doctoral dissertation, Florida International University).
87. Norman, S. B., & Lang, A. J. (2005). The functional impact of anxiety sensitivity in the chronically physically ill. *Depression and Anxiety*, 21(4), 154-160.
88. Nowakowski, M. E., Rowa, K., Antony, M. M., & McCabe, R. (2016). Changes in anxiety sensitivity following group cognitive-behavior therapy for social anxiety disorder and panic disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 40, 468-478.
89. Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 27(5), 572-581.
90. Ollendick, T. H., King, N. J., & Yule, W. (Eds.). (2013). *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. Springer Science & Business Media.
91. Olthuis, J. V., Connell, E. M., Watt, M. C., & Stewart, S. H. (2024). What does 'high anxiety sensitivity' look like? Using cluster analysis to identify distinct profiles of high anxiety sensitive treatment-seekers. *Cognitive Therapy and Research*, 48(2), 337-349.
92. Osuji, E., Prior, P. L., Suskin, N., Frisbee, J. C., & Frisbee, S. J. (2022). The relationship between anxiety sensitivity and clinical outcomes in cardiac rehabilitation: a scoping review. *American Journal of Preventive Cardiology*, 12, 100376.
93. Oussi, A., & Bouvet, C. (2024). Cognitive and emotional vulnerability to panic disorder: presenting an integrative model. *Current Psychology*, 43(11), 10316-10329.

94. Park, H. J., Kim, E. J., Ku, J. I., Woo, J. M., Lee, S. H., Chung, S. K., ... & Yu, B. H. (2012). Psychological characteristics of early remitters in patients with panic disorder. *Psychiatry research*, 197(3), 237-241.
95. Paulus, D. J., Brandt, C. P., Lemaire, C., & Zvolensky, M. J. (2020). Trajectory of change in anxiety sensitivity in relation to anxiety, depression, and quality of life among persons living with HIV/AIDS following transdiagnostic cognitive-behavioral therapy. *Cognitive behaviour therapy*, 49(2), 149-163.
96. Poletti, S., Radaelli, D., Cucchi, M., Ricci, L., Vai, B., Smeraldi, E., & Benedetti, F. (2015). Neural correlates of anxiety sensitivity in panic disorder: a functional magnetic resonance imaging study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 233(2), 95-101.
97. Rakitzi, S. (2023). *Clinical Psychology and Cognitive Behavioral Psychotherapy*. Springer International Publishing.
98. Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical psychology review*, 11(2), 141-153.
99. Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). The expectancy model of fear. In S. Reiss & R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107–121). London: Academic Press.
100. Roberge, P., Marx, P., Couture, J., Carrier, N., Benoît, A., Provencher, M. D., ... & Norton, P. J. (2022). French adaptation and validation of the Panic Disorder Severity Scale—self-report. *BMC psychiatry*, 22(1), 434.
101. Robichaud, M. (2013). Cognitive behavior therapy targeting intolerance of uncertainty: Application to a clinical case of generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(3), 251-263.
102. Roppongi, T., Nakamura, M., Asami, T., Hayano, F., Otsuka, T., Uehara, K., ... & Hirayasu, Y. (2010). Posterior orbitofrontal sulcogyral pattern associated with orbitofrontal cortex volume reduction and anxiety trait in panic disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64(3), 318-326.
103. Rosen, J. B., & Schulkin, J. (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychological review*, 105(2), 325-350.
104. Rosencrans, P. L., Bui, E., Rogers, A. H., Simon, N. M., & Baker, A. W. (2017). Disentangling distress tolerance, emotion regulation, and quality of life in childhood trauma and adult

- anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*, 10(4), 283-303.
105. Sandin, B., Sánchez-Arribas, C., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2015). Anxiety sensitivity, catastrophic misinterpretations and panic self-efficacy in the prediction of panic disorder severity: Towards a tripartite cognitive model of panic disorder. *Behaviour research and therapy*, 67, 30-40.
106. Schmidt, N. B., Eggleston, A. M., Woolaway-Bickel, K., Fitzpatrick, K. K., Vasey, M. W., & Richey, J. A. (2007). Anxiety Sensitivity Amelioration Training (ASAT): A longitudinal primary prevention program targeting cognitive vulnerability. *Journal of anxiety disorders*, 21(3), 302-319.
107. Schmidt, N. B., Keough, M. E., Mitchell, M. A., Reynolds, E. K., MacPherson, L., Zvolensky, M. J., & Lejuez, C. W. (2010). Anxiety sensitivity: Prospective prediction of anxiety among early adolescents. *Journal of anxiety disorders*, 24(5), 503-508.
108. Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & Jackson, R. J. (1997). The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *Journal of abnormal psychology*, 106(3), 355-364.
109. Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & Jackson, R. J. (1999). Prospective evaluation of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: replication and extension. *Journal of abnormal psychology*, 108(3), 532-537.
110. Schmidt, N. B., Zvolensky, M. J., & Maner, J. K. (2006). Anxiety sensitivity: Prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology. *Journal of psychiatric research*, 40(8), 691-699.
111. Semir, M. (2024). *Association Between Breast Cancer Treatment Type and Health Related Quality of Life* (Master's thesis, Georgetown University).
112. Shapiro, M. O., Short, N. A., Morabito, D., & Schmidt, N. B. (2020). Prospective associations between intolerance of uncertainty and psychopathology. *Personality and individual differences*, 166, 110210.
113. Sherbourne, C. D., Wells, K. B., & Judd, L. L. (1996). Functioning and well-being of patients with panic disorder. *The American journal of psychiatry*, 153(2), 213-218.

114. Shoychet, G., Lenton-Brym, A. P., & Antony, M. M. (2023). The impact of COVID-19 anxiety on quality of life in Canadian adults: The moderating role of intolerance of uncertainty and health locus of control. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 55(4), 300-312.
115. Smith, N. S., Albanese, B. J., Schmidt, N. B., & Capron, D. W. (2019). Intolerance of uncertainty and responsibility for harm predict nocturnal panic attacks. *Psychiatry research*, 273, 82-88.
116. Son, M. H., Byun, K. R., Choi, B. H., & Woo, J. M. (2012). Assessment of health-related quality of life among patients with panic disorder using EuroQol in Korea. *Anxiety and mood*, 8(1), 9-15.
117. Srivastava, S., Shekhar, S., Bhatia, M. S., & Dwivedi, S. (2017). Quality of life in patients with coronary artery disease and panic disorder: a comparative study. *Oman medical journal*, 32(1), 20-26.
118. Strine, T. W., Chapman, D. P., Kobau, R., & Balluz, L. (2005). Associations of self-reported anxiety symptoms with health-related quality of life and health behaviors. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40, 432-438.
119. Strout, T. D., Hillen, M., Gutheil, C., Anderson, E., Hutchinson, R., Ward, H., ... & Han, P. K. (2018). Tolerance of uncertainty: A systematic review of health and healthcare-related outcomes. *Patient education and counseling*, 101(9), 1518-1537.
120. Svensson, M., Nilsson, T., Johansson, H., Viborg, G., Perrin, S., & Sandell, R. (2019). Psychometric analysis of the Swedish panic disorder severity scale and its self-report version. *Nordic journal of psychiatry*, 73(1), 58-63.
121. Tabar, N. A., Al Qadire, M., Thultheen, I., & Alshraideh, J. (2021). Health-related quality of life, uncertainty, and anxiety among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *F1000Research*, 10.
122. Talkovsky, A. M., & Norton, P. J. (2015). The Indirect Effect of Anxiety Sensitivity in the Relationship Between Panic Symptoms and Panic Severity. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 29(2).
123. Tanaka, Y., Ishitobi, Y., Maruyama, Y., Kawano, A., Ando, T., Imanaga, J., ... & Akiyoshi, J. (2012). Salivary alpha-amylase and cortisol responsiveness following electrical stimulation stress in panic disorder patients. *Neuroscience research*, 73(1), 80-84.

124. Tarhani, M., Goudarzi, F., Hasanvand, S., Ebrahimzadeh, F., & Rassouli, M. (2019). Uncertainty, anxiety, depression and the quality of life in patients with cancer. *Onkologia i Radioterapia*, (4).
125. Taylor, S. (2014). *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Routledge.
126. Taylor, S., & Cox, B. J. (1998). An expanded anxiety sensitivity index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of anxiety disorders*, 12(5), 463-483.
127. Taylor, S., Koch, W. J., & McNally, R. J. (1992). How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders?. *Journal of anxiety disorders*, 6(3), 249-259.
128. Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., ... & Cardenas, S. J. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological assessment*, 19(2), 176-188.
129. Tsao, J. C., Meldrum, M., Kim, S. C., & Zeltzer, L. K. (2007). Anxiety sensitivity and health-related quality of life in children with chronic pain. *The Journal of Pain*, 8(10), 814-823.
130. Urbaniak, A. (2019). *The Relationship between Sleep Dysfunction and Anxiety Sensitivity in College Students* (Doctoral dissertation, Fairleigh Dickinson University).
131. Vander Haegen, M., & Etienne, A. M. (2016). Cognitive processes across anxiety disorders related to intolerance of uncertainty: Clinical review. *Cogent Psychology*, 3(1), 1215773.
132. Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6), 473-483.
133. Warren, A. M., Zolfaghari, K., Fresnedo, M., Bennett, M., Pogue, J., Waddimba, A., ... & Powers, M. B. (2021). Anxiety sensitivity, COVID-19 fear, and mental health: results from a United States population sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 50(3), 204-216.
134. Weems, C. F., Hayward, C., Killen, J., & Taylor, C. B. (2002). A longitudinal investigation of anxiety sensitivity in adolescence. *Journal of abnormal psychology*, 111(3), 471-477.

135. Wilmer, M. T., Anderson, K., & Reynolds, M. (2021). Correlates of quality of life in anxiety disorders: review of recent research. *Current psychiatry reports*, 23, 1-9.
136. World Health Organization. (2014). *Constitution of the World Health Organization*. 48th ed. Basic documents of the World Health Organization. Geneva.
137. Zemestani, M., Heshmati, R., Comer, J. S., & Kendall, P. C. (2023). Intolerance of uncertainty as a transdiagnostic vulnerability to anxiety disorders in youth. *Current Psychology*, 42(31), 26966-26978.
138. Zhang, Z., Lin, Y., Liu, J., Zhang, G., Hou, X., Pan, Z., & Dai, B. (2022). Relationship between behavioral inhibition/activation system and Internet addiction among Chinese college students: The mediating effects of intolerance of uncertainty and self-control and gender differences. *Frontiers in Public Health*, 10, 1047036.
139. Zinbarg, R. E., Barlow, D. H., & Brown, T. A. (1997). Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Psychological assessment*, 9(3), 277.

ملحق (١)

مقياس الحساسية للقلق إعداد (Taylor et al., 2007)

ترجمة الباحث

م	العبارات	لا تنطبق علي تماماً	تنطبق بنسبة قليلة	بنسبة متوسطة	بنسبة كبيرة	بنسبة كبيرة جداً
١.	من المهم بالنسبة لي ألا أبدو متوتراً.					
٢.	عندما لا أستطيع التركيز علي مهمة ما، أشعر بالقلق من أن أكون قد جننت.					
٣.	ارتعب عندما ينبض قلبي بسرعة.					
٤.	عندما تضرب معدتي، فإنني أشعر بالقلق من أنني قد أكون مريضاً بشكل خطير.					
٥.	يخيفني عدم قدرتي على التركيز علي مهمة ما.					
٦.	عندما أرتجف وأنا وسط مجموعة من الناس، فإنني أخشي مما قد يفكرون فيه عني.					
٧.	عندما أشعر بضيق في صدري، فإنني أشعر بخوف شديد من كوني لن أستطيع التنفس بشكل جيد.					
٨.	عندما أشعر بألم في صدري، ينتابني قلق بأنني قد أصاب ببنوية قلبية.					
٩.	أشعر بالقلق من أن يلاحظ الآخرون قلقي.					
١٠.	عندما أكون "مشوش الذهن"، فإنني أشعر بالقلق من أنني قد أكون مريضاً عقلياً.					
١١.	أشعر بالاحراج عندما يحمر وجهي أمام الناس.					

د. إسلام رمضان إبراهيم

م	العبارات	لا تنطبق علي تماما	تنطبق بنسبة قليلة	بنسبة متوسطة	بنسبة كبيرة	بنسبة كبيرة جدًا
١٢ .	عندما ألاحظ أن قلبي ينبض بسرعة، فإنني أخشى أن يكون هناك شيء ما خطير فيّ.					
١٣ .	عندما أبدأ في التعرق وأنا وسط مجموعة من الناس، فإنني أخشى من أن يفكروا فيّ بشكل سلبي.					
١٤ .	عندما تكون الأفكار في رأسي متسارعة، فإنني أشعر بالقلق من أنني قد أكون جننت.					
١٥ .	عندما أشعر بضيق في حلقي، فإنني أشعر بالقلق من أنني سأختنق حتى الموت.					
١٦ .	عندما أواجه صعوبة في التفكير بوضوح، فإنني أشعر بالقلق من أن يكون هناك خطأ ما فيّ.					
١٧ .	أعتقد أنه سيكون من المروع بالنسبة لي أن يغمي عليّ في مكان عام.					
١٨ .	عندما يصبح ذهني فارغاً، فإنني أشعر بالقلق من حدوث شيء ما فظيع بيّ.					

ملحق (٢)

مقياس الخوف من المجهول "النسخة المختصرة من مقياس عدم تحمل الغموض"

إعداد (Carleton et al., 2007) ترجمة الباحث

م	العبارات	لا تنطبق علي تماما	تنطبق بنسبة قليلة	بنسبة متوسطة	بنسبة كبيرة	بنسبة كبيرة جدًا
١.	تزعجني كثيرًا الأحداث غير المتوقعة.					
٢.	أشعر بالإحباط عندما لا توجد جميع المعلومات التي أحتاجها.					
٣.	عدم اليقين يمنعني من عيش حياتي بشكل طبيعي.					
٤.	يجب على المرء دائمًا أن ينظر إلى الأمام لتجنب المفاجآت.					
٥.	يمكن لحدث صغير غير متوقع أن يفسد كل شيء، حتى مع أفضل تخطيط.					
٦.	عندما يحين وقت التصرف، فإن شكوكي تشلني ولا أقوم بشيء.					
٧.	عندما أشعر بعدم اليقين بنتيجة عمل ما، فلا أستطيع العمل عليه بشكل جيد.					
٨.	أريد دائمًا أن أعرف ما يخبئه لي المستقبل					
٩.	لا أستطيع تحمل المفاجآت.					
١٠.	يمكن لأصغر شك أن يمنعني من القيام بالأمر التي أريد القيام بها.					
١١.	يجب أن أكون قادرًا على تنظيم كل شيء مسبقًا.					
١٢.	يجب أن أبتعد عن جميع المواقف الغامضة.					

ملحق (٣)

استبيان مختصر لقياس الصحة (SF-36)

إعداد (Ware & Sherbourne, 1992) (ترجمة الباحث)

١. بشكل عام، توصف صحتك بأنها:

✓ ضعيفة

✓ مقبولة

✓ جيدة

✓ جيدة جداً

✓ ممتازة

٢. مقارنة بالعام الماضي، كيف تقيم صحتك بشكل عام الآن؟

✓ أسوأ بكثير من العام الماضي

✓ أسوأ إلى حد ما من العام الماضي

✓ تقريباً نفس العام الماضي

✓ أفضل إلى حد ما من العام الماضي

✓ أفضل بكثير الآن من العام الماضي

العناصر التالية تتعلق بالأنشطة التي قد تقوم بها خلال يوم عادي. هل تؤثر صحتك الآن

علي أي من هذه الأنشطة؟ إذا كان الأمر كذلك، فإلى أي مدى؟

م	العبارة	نعم تؤثر كثيراً	نعم تؤثر قليلاً	لا تؤثر عليها على الإطلاق
٣.	الأنشطة القوية، مثل الجري، ورفع الأشياء الثقيلة، والمشاركة في الرياضات الشاقة.			
٤.	الأنشطة متوسطة القوة مثل تحريك الطاولة، أو دفع مكنسة كهربائية، أو لعب البولينج، أو الجولف.			
٥.	رفع أو حمل الأشياء التي اشتريتها من السوق.			
٦.	صعود عدة طوابق علي السلالم.			
٧.	صعود طابق واحد علي السلالم.			
٨.	الانحناء أو الركوع أو الميلان.			
٩.	المشي لأكثر من كيلو.			
١٠.	رفع القدم أكثر من مرة لتخطي عدة حواجز.			
١١.	رفع القدم لتخطي حاجز واحد.			
١٢.	الاستحمام أو ارتداء الملابس بنفسك.			

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة

هل واجهت أيًا من المشكلات التالية بسبب صحتك الجسدية خلال الأسابيع الأربعة الماضية سواء في عملك أو أثناء ممارسة الأنشطة اليومية العادية الأخرى؟

م	العبارة	نعم	لا
١٣	قللت أو أثرت علي مقدار الوقت الذي تقضيه في العمل أو أي نشاط آخر تقوم به.		
١٤	أنجزت أشياء أقل مما ترغب.		
١٥	كنت محددًا بأعمال معينة وأنشطة معينة حتي لا تتأثر صحتك		
١٦	واجهت صعوبة في أداء العمل أو الأنشطة الأخرى (على سبيل المثال، لقد تطلب الأمر جهدًا إضافيًا).		

هل واجهت أيًا من المشكلات التالية نتيجة لأي مشاكل انفعالية (مثل الشعور بالاكتئاب أو القلق) خلال الأسابيع الأربعة الماضية سواء في عملك أو أثناء ممارسة الأنشطة اليومية العادية الأخرى؟

م	العبارة	نعم	لا
١٧	قللت أو أثرت علي مقدار الوقت الذي تقضيه في العمل أو أي نشاط آخر تقوم به.		
١٨	أنجزت أشياء أقل مما ترغب.		
١٩	لم تقم بعملك أو بأنشطتك الأخرى بعناية كالمعتاد		

٢٠. إلى أي مدى أثرت صحتك الجسدية أو مشاكلك الانفعالية خلال الأسابيع الأربعة الماضية علي أنشطتك الاجتماعية العادية مع العائلة أو الأصدقاء أو الجيران أو أي مجموعات أخرى؟

- ✓ أثرت بشكل كبير جدًا
- ✓ أثرت بشكل كبير
- ✓ أثرت إلى حد ما
- ✓ أثرت قليلاً
- ✓ لم تؤثر على الإطلاق

٢١. ما مقدار الألم الجسدي الذي عانيت منه خلال الأسابيع الأربعة الماضية؟

- ✓ ألم شديد جدًا
- ✓ ألم شديد
- ✓ ألم متوسط
- ✓ ألم خفيف
- ✓ ألم خفيف جدًا

د. إسلام رمضان إبراهيم

✓ لا يوجد

٢٢. خلال الأسابيع الأربعة الماضية، إلى أي مدى أثر الألم الجسدي الذي تشعر به

علي عملك العادي (بما في ذلك العمل خارج المنزل أو الأعمال المنزلية)؟

✓ أثر بشكل كبير جدًا

✓ أثر إلى بشكل كبير

✓ أثر إلى حد ما

✓ أثر قليلاً

✓ لم يؤثر على الإطلاق

هذه الأسئلة تتعلق بكيفية شعورك وكيف كانت الأمور معك. لذلك لكل سؤال، يرجى إعطاء الإجابة الأقرب إلى الطريقة التي كنت تشعر بها خلال الأسابيع الأربعة الماضية.

م	العبرة	أبداً	وقت قليل جداً	بعض الوقت	جزء كبير من الوقت	معظم الوقت	طوال الوقت
٢٣.	هل شعرت بالحيوية؟						
٢٤.	هل كنت شخصاً متوتراً للغاية؟						
٢٥.	هل شعرت بالإحباط الشديد لدرجة أن لا شيء يمكن أن يبهجك؟						
٢٦.	هل شعرت بالهدوء والسلام؟						
٢٧.	هل كان لديك الكثير من الطاقة؟						
٢٨.	هل شعرت بالكآبة وبأن قلبك مكسور؟						
٢٩.	هل شعرت بالاحترق؟						
٣٠.	هل كنت شخصاً سعيداً؟						
٣١.	هل شعرت بالتعب؟						

٣٢. خلال الأسابيع الأربعة الماضية، إلى أي مدى أثرت صحتك الجسدية أو مشاكلك

الانفعالية علي أنشطتك الاجتماعية (مثل زيارة الأصدقاء والأقارب وما إلى ذلك)؟

✓ أثرت طوال الوقت

✓ أثرت معظم الوقت

✓ أثرت بعض الوقت

✓ أثرت قليلاً من الوقت

✓ لم تؤثر أبداً

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة

٣٣. ما مدى صحة أو خطأ كل من العبارات التالية بالنسبة لك؟

العبرة	صحيح بالتأكيد	صحيح الأغلب	لا أعرف	خاطئ الأغلب	خاطئ بالتأكيد
٣٣. يبدو أنني أمرض بسهولة أكثر من الآخرين.					
٣٤. أنا بصحة جيدة مثل أي شخص أعرفه.					
٣٥. أتوقع أن تتدهور صحتي.					
٣٦. صحتي ممتازة.					

ملحق (٤)

تقرير ذاتي لقياس شدة أعراض اضطراب الهلع (PDSS-SR)

إعداد (Houck et al., 2002) ترجمة الباحث

١. مدي تكرار نوبات الهلع خلال الأسبوع، بما في ذلك. النوبات غير الكاملة.

صفر	لا توجد أي نوبات هلع أو نوبات غير كاملة
١	خفيفة (عدد النوبات الكاملة التي تتعرض لها أقل من واحدة في الأسبوع).
٢	متوسطة (تتعرض لواحدة أو إثنين من نوبات الهلع خلال الأسبوع الواحد).
٣	شديدة (تتعرض لأكثر من نوبتين هلع خلال الأسبوع الواحد).
٤	شديدة جداً (تتعرض لأكثر من نوبة هلع كاملة خلال اليوم).

٢. الشعور بالضيق والانزعاج أثناء نوبة الهلع، بما في ذلك النوبات غير الكاملة.

صفر	لا يوجد شعور بالضيق أو الانزعاج أثناء النوبات.
١	ضيق وانزعاج بسيط، ولكنك مازلت قادر على الحفاظ على نشاطك مع انقطاع بسيط أو لا يوجد انقطاع.
٢	ضيق وانزعاج متوسط، ولكنك لا تزال لديك القدرة على التحكم فيها، وقادر على الحفاظ على نشاطك وتركيزك ولكنك تفعل ذلك بصعوبة.
٣	ضيق وانزعاج شديد وملحوظ، حيث تفقد القدرة على التركيز و/أو تضطر إلى التوقف عن النشاط الذي تقوم به، ولكنك قادر على البقاء في الغرفة أو الموقف.
٤	الضيق والانزعاج المفرط والمعيق الذي يرغمك على أن توقف نشاطك، وتضطر إلى الخروج من الموقف أو الغرفة.

٣. الخوف أو القلق بشأن حدوث نوبات هلع في أي وقت

صفر	لا يوجد خوف أو قلق بشأن حدوث نوبة هلع.
١	خوف أو قلق بسيط، من حين لآخر بشأن حدوث نوبة الهلع.
٢	قلق متوسط، وغالباً ما تكون خائفاً أو مترقباً لحدوث نوبة هلع، ولكن القلق لا يزال تحت السيطرة والأداء العام سليم. وتمر عليك فترات دون قلق.
٣	قلق شديد، مع خوف وترقب بشأن نوبة الهلع لما تسببه من ضعف كبير في قدرتك على التركيز والعمل بشكل منتج.
٤	قلق مفرط ومستمر ومنهك بسبب الخوف والترقب بشأن نوبة الهلع ويؤثر ذلك الخوف على نمط الحياة.

الحساسية للقلق وعدم تحمل الغموض كمنبئين بجودة الحياة المرتبطة بالصحة

٤. الخوف أو التجنب الرهابي من الأماكن العامة.

صفر	لا يوجد خوف أو تجنب.
١	خوف و/أو تجنب بسيط، ولكن عادة ما تكون قادرًا على مواجهة الموقف والتعامل معه.
٢	خوف و/أو تجنب متوسط وملحوظ، ولكن لا يزال بإمكانك إدارته؛ حيث تتجنب المواقف التي تخشاها ولكن يمكنك مواجهتها مع أحد الرفاق.
٣	تجنب شديد؛ حيث يتطلب الأمر تغييرًا كبيرًا في نمط الحياة للتكيف مع الرهاب، مما يجعل من الصعب القيام بالأنشطة المعتادة.
٤	خوف و/أو تجنب شديد ومتفشي ومُعيق بحيث لا يمكنك أداء المهام المهمة. ويتطلب الأمر تغييرات شديدة في نمط حياتك.

٥. الخوف من الأحاسيس المرتبطة بنوبة الهلع أو تجنبها.

صفر	لا يوجد خوف أو تجنب للمواقف أو الأنشطة التي تحفز الأحاسيس الجسدية المشابهة لنوبة الهلع.
١	خوف و/أو تجنب بسيط، ولكن عادة ما تكون قادرًا على مواجهة الموقف والتعامل معه.
٢	خوف و/أو تجنب متوسط وملحوظ، ولكن لا يزال بإمكانك التحكم في هذه الاحساسات المزعجة والسيطرة عليها.
٣	خوف شديد؛ حيث يتطلب الأمر تغييرًا كبيرًا في نمط حياتك لتجنب هذه الأحاسيس.
٤	الخوف المفرط والمنتشر والمعيق، بحيث لا تستطيع القيام بالمهام والأنشطة المهمة المطلوبة ويتطلب ذلك إحداث تغيير كبير في نمط الحياة لتجنبها تمامًا.

٦. الانقطاع عن العمل أو الذهاب إلي الجامعة بسبب اضطراب الهلع.

صفر	لا يوجد
١	ضعف بسيط، حيث تشعر بأن العمل أصبح أكثر صعوبة، ولكن أداءك لا يزال جيدًا.
٢	متوسط، تسبب الأعراض ضعفًا، ولكن لا يزال يمكنك التحكم في الأمر. حيث يتأثر أداءك الوظيفي، ولكن يري الآخرون بأنك ما زلت تعمل بشكل جيد.
٣	شديد، حيث يحدث ضعفًا كبيرًا في الأداء المهني أو الدراسي، بحيث يلاحظه الآخرون، وهناك أيام لا تستطيع فيها الذهاب إلى العمل أو القيام بأي عمل على الإطلاق.
٤	أعراض شديدة ومعيقة، تتسبب في عدم القدرة على العمل أو الذهاب إلى الجامعة أو القيام بالمسؤوليات المنزلية.

د. إسلام رمضان إبراهيم

٧. ضعف أو اضطراب في الأداء الاجتماعي بسبب اضطراب الهلع.

صفر	لا يوجد
١	ضعف خفيف، حيث تشعر بتغير طفيف في أسلوبك وطريقتك مع الآخرين، ولكن الأداء الاجتماعي لا يزال كافياً.
٢	اضطراب بدرجة متوسطة في الحياة الاجتماعية، ولكن لا يزال بإمكانك التحكم فيه. زيادة في التردد و/أو هناك بعض الانخفاض في جودة التفاعلات مع الأشخاص، لكنك لا تزال قادراً على المشاركة في معظم الأنشطة الاجتماعية المعتادة.
٣	اضطراب شديد يسبب ضعفاً كبيراً في الأداء الاجتماعي. وضعف ملحوظ في الأنشطة الاجتماعية وانخفاض القدرة على التفاعل مع الآخرين ؛ ولكنك لا تزال قادراً على بذل الجهد ولكنك لا تستمتع أو تعمل بشكل جيد في معظم المواقف الاجتماعية أو الشخصية.
٤	أعراض شديدة ومعيقة، ونادراً ما تخرج أو تتفاعل مع الآخرين.

Anxiety Sensitivity and Intolerance of Uncertainty as Predictors of Health-Related Quality of Life in a Sample of Individuals Diagnosed with Panic Disorder

Abstract.

The study aimed to explore the nature of the correlational relationship between health-related quality of life, anxiety sensitivity, and intolerance of uncertainty in a sample diagnosed with panic disorder. Additionally, it sought to identify the relative contribution of anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty in predicting health-related quality of life among the study sample, as well as to investigate differences in the study variables based on gender (male vs. female).

The sample consisted of 111 individuals diagnosed with panic disorder, who were attending the Psychological Counseling Center at Ain Shams University for cognitive-behavioral therapy. The study tools included the Panic Disorder Severity Scale (Houck et al., 2002), the Anxiety Sensitivity Index (Taylor et al., 2007), the Intolerance of Uncertainty Scale (Carleton et al., 2007), and the Health-Related Quality of Life Scale (Ware & Sherbourne, 1992). The researcher translated and validated these tools for use in the Egyptian context.

The results revealed a significant negative correlation (at the 0.01 level) between the dimensions of the health-related quality of life scale (physical functioning, social functioning, mental health, vitality, and perceived general health) and the dimensions of the anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty scales. Conversely, there was a significant positive correlation (at the 0.01 level) between the health-related quality of life dimensions related to physical role limitations, emotional role limitations, and physical pain, and the dimensions of anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty.

No statistically significant differences were found between males and females in the study sample regarding the means of anxiety sensitivity, intolerance of uncertainty, and health-related quality of life dimensions, as all "t" values were non-significant. Furthermore, it was found that the dimensions of health-related quality of life could be predicted based on the dimensions of anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty in the study sample.