

العصابية وعلاقتها بالأعراض الجسدية لدى الراشدين في المجتمع السعودي

د. لطيفة الشعلان

أستاذ علم النفس

قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن
المملكة العربية السعودية، الرياض

TU

جامعة الطائف
TAIF UNIVERSITY



الملخص

هدف البحث إلى التعرف على مستوى العصابية ومستوى الأعراض الجسدية لدى الراشدين السعوديين، والكشف عن الفروق فيهما، تبعاً لمتغيرات النوع الاجتماعي والعمر ومستوى التعليم. كما هدف إلى الكشف عن الأعراض الجسدية الأكثر انتشاراً لدى السعوديين، والتعرف على العلاقة بين العصابية والأعراض الجسدية، وإمكانية التنبؤ بالأعراض الجسدية من خلال العصابية.

تكونت العينة من (٢٢٤٣) فرداً من الراشدين السعوديين: (٩، ٥٧٪) من العينة إناث و(١، ٤٢٪) ذكور. وقد بلغ متوسط أعمار العينة (٣٨، ٠١) سنة للذكور، (٣٣، ٠٤) سنة للإناث، (١٣، ٣٥) سنة للعينة ككل). أما الانحراف المعياري لأعمار العينة فقد بلغ (١٢، ٢٩) سنة للذكور، (١١، ٥٧) سنة للإناث، (١٣، ١٢) سنة للعينة ككل).

وأظهرت النتائج أن مستوى كل من العصابية والأعراض الجسدية لدى الراشدين السعوديين متوسط الشدة، وأن الإناث والأصغر عمراً والأدنى تعليماً، أعلى في مستوى العصابية وفي مستوى الأعراض الجسدية مقارنة بالذكور والأكبر عمراً والأعلى تعليماً.

وأظهرت النتائج أن الأعراض الجسدية الأكثر شيوعاً بين السعوديين، التي احتلت المراتب الخمس الأولى على الترتيب، كانت على النحو التالي: الشعور بالتعب أو انخفاض الطاقة، مشكلات النوم، الغثيان أو الغازات أو عسر الهضم، ألم الظهر، الصداع. كما بينت النتائج وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً بين العصابية والأعراض الجسدية، وأنه يمكن التنبؤ بالأعراض الجسدية من خلال العصابية.

وتمت مناقشة النتائج وتفسيرها في ضوء نتائج الأبحاث السابقة، والإطار الثقافي الاجتماعي لعينة البحث. واختتمت الباحثة بمجموعة من التوصيات والدراسات المقترحة.

الكلمات المفتاحية:

العصابية، الأعراض الجسدية، الراشدين، المجتمع السعودي.

Neuroticism and its relationship with somatic symptoms among Saudi adults

Latifah Ashaalan

Abstract:

The aim of this research is to: (1) identify the levels of neuroticism and somatic symptoms among Saudi adults, (2) identify the differences in neuroticism and somatic symptoms based on gender, age, and education, (3) identify the most common somatic symptoms, and (4) identify the relationship between neuroticism and somatic symptoms, and determine the predictability of somatic symptoms from neuroticism.

The sample consisted of 3243 Saudi adults (57.9% females and 42.1% males). The results show that the level of neuroticism and somatic symptoms among Saudi adults is moderate, and that females, the youngest, and the less-educated are more likely to have higher levels of neuroticism and somatic symptoms compared to males, the oldest, and the more-educated. The five most common somatic symptoms, respectively, were: feeling tired or having low energy, sleep troubles, nausea, bloating or indigestion, back pain, and headache. The results also show that there is a positive, statistically significant relationship between the neuroticism and somatic symptoms, and that neuroticism is a predictor of the somatic symptoms.

The results were discussed and interpreted in the light of previous research and socio-cultural context of the research sample. The researcher concluded this research with a set of recommendations and proposed studies.

Key Words:

Neuroticism, Somatic Symptoms, Saudi, Adults.

مقدمة البحث:

تعود الجذور الأولى لمصطلح العصابية Neuroticism إلى كتابات فرويد وبعض الأدبيات النفسية القديمة، إلا أن استخدام علم النفس الحديث للعصابية يتم في ضوء محددات نفسية واضحة، جعلها أحد القواسم المشتركة في نماذج سمات الشخصية الرئيسة، كنموذج العوامل الثلاثة لأيزنك Eysenck الذي ظهر في الأربعينيات، ونموذج العوامل الخمسة لكوستا وماك ري Costa & McCrae الذي ظهر في التسعينيات من القرن الماضي.

فالعصابية تشير إلى الفروق الفردية في الاستجابة العاطفية السلبية للتهديد أو الإحباط أو الفقد، فالأفراد الذين ترتفع لديهم العصابية، تكون استجاباتهم العاطفية السلبية متكررة وغير متلائمة مع الظروف (Costa & McCrae, 1992).

وتُصنّف العصابية في النسخة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية كعامل خطر مستقل Risk Factor لكثير من الأعراض الجسدية (DSM-5, 2013, P 309).

وبشكل عام أظهرت الدراسات التي استخدمت عينات كبيرة ممثلة، أن العصابية تتنبأ بشكل دالّ بمعدل الوفيات. ففي دراسة على مرضى القصور الكلوي المزمّن على مدى (٤) سنوات تبين أن المرضى الذين لديهم درجات عالية من العصابية لديهم كذلك معدل وفاة أعلى بنسبة (٢٨٪) من غيرهم (Christensen et al., 2002). وفي دراسة طويلة على مدى (٥) سنوات تبين أن الأفراد ذوي العصابية العالية تضاعف لديهم معدل الوفاة مقارنة بذوي العصابية المنخفضة (Wilson, Mendes de Leon, Bienias, Evans, & Bennett, 2004). كذلك كانت النتيجة في دراسة طويلة أخرى على الناجين من السرطان على مدى (٢٥) سنة، إذ كشفت النتائج أن ذوي المستوى العالي في العصابية زاد معدلهم في الوفاة بنسبة (١٢٠٪) مقارنة بذوي المعدل المنخفض في العصابية. (Nakaya et al., 2006).

وفي دراسة طويلة رابعة ظهر أن العصابية المقاسة في بدء الدراسة، ارتبطت بعد عقدين من الزمن، بزيادة دالة إحصائية مقدارها (١٠٪) في الوفيات من أمراض القلب، مع تحييد كافة العوامل الأخرى كالعمر والجنس والتدخين وتعاطي الكحول والنشاط البدني (Shiple, Weiss, Der, Taylor, & Deary 2007). كما ظهر من دراسة طويلة خامسة أن المستوى العالي من العصابية في القياس الأول، تنبأ بزيادة قدرها (٣٣٪) في الوفيات من كافة المسببات، مقارنة بالمستوى المنخفض من العصابية، حتى عندما تم تحييد كافة العوامل الأخرى كالجنس والعمر والعرق والمستوى التعليمي والحالة الطبية (Wilson et al., 2005).

على صعيد آخر، فإن المتغيرات الديموجرافية كالعمر ومستوى التعليم والنوع الاجتماعي تؤثر في العصائية. ففيما يتعلق بمتغير العمر، تبين أن العصائية تكون أخفض لدى الفئات الأكبر عمراً مقارنة بالأصغر (Loehlin & Martin, 2001, Terracciano, McCrae, Brant, Costa, 2005). لكن في الدراسات عبر الثقافية ظهرت نتائج متباينة، مثل أن العصائية أخفض لدى الأكبر سناً في بعض المجتمعات كألمانيا والبرتغال وكوريا، في حين لم يظهر ذلك في مجتمعات أخرى كإيطاليا وكرواتيا، ومثل أن العلاقة السلبية بين العمر والعصائية أكثر وضوحاً لدى الرجال منها لدى النساء (McCrae et al., 1999).

أما بالنسبة لمستوى التعليم، فقد أظهرت الدراسات أن ذوي التعليم الأدنى يحصلون غالباً على درجات أعلى في العصائية من ذوي التعليم الأعلى، وأن هناك ارتباطاً سالباً دالاً إحصائياً بين العصائية ومستوى التعليم (Monden & Kraaykamp, 2006, Ahadi & Narimani, 2010).

وبخصوص النوع الاجتماعي، فقد سجلت الإناث درجات أعلى من الذكور في العصائية في جميع الدراسات. ففي دراسة مرجعية ضخمة أجريت في تسعينيات القرن الماضي، وشملت (٢٧) دولة في أمريكا الشمالية وأمريكا الجنوبية وأوروبا وآسيا وإفريقيا والشرق الأوسط، سجلت الإناث درجات أعلى في قياس العصائية من الذكور في جميع الدول (Lynn & Martin, 1997). وفي دراسة ممثلة أخرى وصلت عينتها إلى أكثر من (٢٢٠٠٠) فرداً مثلوا (٢٦) بلداً كهنونج كونج وتايوان والفلبين واليابان وروسيا وفرنسا وإيطاليا وبلجيكا، سجلت الإناث دائماً درجات أعلى في العصائية (Costa, Terracciano & McCrae, 2001) وكذلك أوضحت دراسة شابمان وآخرون (Chapman, Duberstein, Sörensen & Lyness, 2007) أن الإناث أعلى من الذكور في العصائية خلال مراحل الحياة كافة. وهي ذات النتيجة التي توصل لها شمت وآخرون (Schmitt, Realo, Voracek & Allik, 2008) حيث أظهرت الإناث مستويات أعلى من الذكور في العصائية في (٥٥) دولة على مستوى العالم بما في ذلك دول عربية كالمغرب ولبنان والأردن. والنتيجة ذاتها أيضاً ظهرت في دراسة استخدمت عينة أمريكية ضخمة بلغت (٢٢٠١٢٨)، وتبين من خلالها أن الإناث في جميع الفئات العمرية الممتدة بين (١٩ - ٦٩) سنة، حصلن على مستويات أعلى في العصائية من الذكور (Kajoniusa & Johnsond, 2018). ولا بد في هذا السياق من الإشارة إلى نتيجة لافتة، وهي أن فروق النوع الاجتماعي في العصائية كأحد عوامل الشخصية، تظهر أكثر وضوحاً في الثقافات الأوروبية والأمريكية، حيث يتم التقليل من الأدوار الجنسية التقليدية، وحيث توجد المستويات الأعلى من الرفاه والتقدم الاجتماعي والوصول المتكافئ إلى مصادر المعرفة والثروة الاقتصادية (Costa et al., 2001).

مشكلة البحث:

على الرغم من وفرة الدراسات الأجنبية في مجال الأعراض الجسدية، إلا أن الباحثة لم تجد - في حدود اطلاعها- دراسات محلية أو حتى عربية، تناولت ذلك الموضوع. ونتائج البيئات الأخرى من أمريكية وأوروبية وأسيوية لا يمكن تعميمها، لأن الأعراض الجسدية حتى وإن كانت مظاهر فيزيولوجية، إلا أنها تتأثر بقوة بالسياق الثقافي لكل مجتمع. والسياس الثقافي يعني -في رأي الباحثة- جوانب عدة، من بينها سلوك البحث عن الرعاية الصحية، واللغة التي يستخدمها الفرد، والاصطلاحات الشائعة في ثقافته المحلية، لتقديم ووصف أحاسيسه البدنية، والقبولة أو الصورة النمطية stereotype، التي تجعل الشكوى من الأعراض الجسدية أكثر قبولاً وأقل وصمة من الشكاوى ذات الطابع الشخصي أو النفسي. فضلاً عن اختلاف التنشئة الاجتماعية القائمة على النوع الاجتماعي منذ الطفولة، التي تجعل الذكور والإناث يتعلمون التفكير والشعور والسلوك بطرق غير متشابهة.

الأعراض الجسدية تؤثر سلباً في جودة الحياة. وهي سبب مراجعة أكثر من نصف حالات المرضى للعيادات الخارجية. وثلت هذه الأعراض الجسدية على الأقل سواء كانت محددة بألم موضعي، أو غير محددة كالإرهاق العام، ليس لها تفسيراً طبيياً (Steinbrecher, Koerber, Frieser, & Hiller, 2011). وتمثل الأعراض الجسدية إلى جانب الاكتئاب والقلق، المشكلات الثلاث الأكثر شيوعاً في عيادات الرعاية الصحية الأولية. وتظهر هذه الأعراض لدى (١٠-١٥٪) من عموم المراجعين لهذه العيادات (Zuithoff et al., 2010, Lowe et al., 2008). مما يجعلها مشكلة تستنزف الموارد وتؤدي إلى الاستخدام المكلف للخدمات والمرافق الصحية، من خلال كثرة التردد على أطباء وعيادات مختلفة للشكوى من الأعراض ذاتها، وطلب فحوص ومعالجات غير ضرورية فضلاً عن تأثيرها السلبي في جودة الحياة عامة (Lynn & Steel, 2006, Lowe et al., 2008).

وبالنظر في الاختلافات في الأعراض الجسدية تبعاً للنوع الاجتماعي، فإن كون الشخص (أنثى) هو أحد عوامل الخطورة للأعراض الجسدية (DSM-5, 2013, P 309). وقد دلت نتائج عدد من الدراسات أن النساء أعلى من الرجال في المعاناة من الأعراض الجسدية، وفي حجم استخدام المرافق الصحية تبعاً لذلك (Ladwig, Mittag, Formanek, & Damman, 2000, Steinbrech-er et al., 2011). وكشفت النساء المراجعات للعيادات الخارجية عن (٩) أعراض بتكرار أعلى من الرجال، وهي: التعب، والأرق، والصداع، وألم الظهر، وألم المفاصل، والإمساك، والغثيان، وتسارع ضربات القلب، والدوخة (Nakao et al., 2001). وارتبطت الذكورة بشكل عام بانخفاض عامل الخطورة للأعراض الجسدية (Stankunas et al., 2013). وفي مراجعة ضخمة قام بها بارسكي وآخرون (Barsky, Peekna & Borus, 2001) شملت جميع الدراسات المنشورة باللغة الإنجليزية بين الأعوام (١٩٦٦-١٩٩٩) ظهر أن النساء أكثر معاناة وأكثر تكراراً وشدة في الأعراض الجسدية من

الرجال. وأن هذا الفرق بين النساء والرجال ثابت في كافة المراحل العمرية من المراهقة إلى الشيخوخة، وفي مختلف العينات المدروسة من مرضى طبيين أو أفراد مجتمع. وفي تفسير شيوع الأعراض الجسدية بين النساء، يذكر بارسكي وآخرون (Barsky, et al., 2001) ثلاثة عوامل رئيسة، هي: العامل العصبي الذي يؤدي إلى الاختلاف في إدراك وتشكيل المثيرات الجسدية والحشوية. بمعنى وجود اختلافات بين الجنسين في المسارات العصبية التي تعالج المعلومات الحسية مما ينتهي بالاختلاف في الاستجابات الذاتية الفسيولوجية وإدراك الألم. والعامل الثاني هو التنشئة الاجتماعية التي تبدأ من أوائل الطفولة، وتؤثر بشكل عميق في التجربة الجسدية وكم ونوع الإفصاح عنها. بمعنى أن الأولاد يتم تنشئتهم على أن يكونوا أقل إفصاحاً عن الألم والضغط الجسدي. أما النساء فتم تنشئتهن على قبول الإفصاح عن الألم، وطلب المساعدة. والعامل الثالث هو الإساءة والعنف المنزلي الذي غالباً ماتكون ضحاياه من النساء، والذي يحفز الأعراض الجسدية غير المفهومة طبياً، مثل: الصداع، واضطرابات النوم، والألم المزمن، وأعراض الجهاز الهضمي، والمسالك البولية.

مع كل ماسبق، لا يمكن إغفال الدراسات المعارضة لهذه النتائج، وعلى رأسها دراسة مرجعية أجريت في التسعينيات من القرن الماضي، وجمعت بياناتها من (١٥) مركزاً للرعاية الأولية في (١٤) دولة مختلفة، وشملت عينة عشوائية طبقية من المراجعين، ممن تتراوح أعمارهم بين (١٥-٦٥) سنة. ولم تثبت نتائجها الاعتقاد السائد بأن النساء يعانين من الأعراض الجسدية بنسبة أكبر من الرجال، كما لم تثبت وجهة النظر التقليدية القائلة إن الأعراض الجسدية تنتشر في الدول النامية أكثر من الدول المتقدمة (Piccinelli & Simon, 1997).

وإذا انتقلنا إلى الاختلافات العائدة إلى العمر في الأعراض الجسدية، فقد كانت النتائج متضاربة. فبعض الدراسات أوضحت أن نسبة الانتشار تبلغ ذروتها في منتصف العمر، أي في الفئة الممتدة من (٥٩-٥٥) سنة (Ladwig et al., 2000) ولدى الأكبر عمراً بشكل عام (Stankunas et al., 2014) (Wongpakaran, 2014) (Wongpakaran & Schneider, 2013) لكن شنايدر وهوفت (Schneider & Heuft, 2011) خلاصاً بعد فحص لـ (٢٤٨) دراسة أنه لا يوجد دليل قاطع أن الأعراض الجسدية تنتشر بشكل أكبر لدى كبار السن.

بل إن مراجعة للأبحاث المنشورة في عدد من قواعد البيانات، على مدى الفترة الممتدة من ١٩٦٥-٢٠١١، قام بها هيلدرنك وآخرون (Hilderink, Collard, Rosmalen, & Oude Voshaar, 2013) أظهرت أن معدل انتشار الأعراض الجسدية في عموم السكان لدى الفئات العمرية الأصغر من (٥٠) سنة، ولدى الفئات في منتصف العمر، يتراوح بين (١٠-٢١)٪، بينما ينخفض في الفئات الأكبر من الـ (٦٥) من العمر إلى نسبة تتراوح بين (١٠,٥-١٢)٪.

وبالنسبة لتأثير مستوى التعليم في الأعراض الجسدية، فقد تبين أن انخفاض مستوى التعليم أحد عوامل الخطورة لظهور واستمرار الأعراض الجسدية (Creed et al., 2012, DSM-5, 2013, P 309). وفي دراسة عرضية طبقت على عينات المجتمع في (٧) دول أوروبية ظهر أن هناك فروقاً دالة إحصائياً في الأعراض الجسدية بين الحاصلين على مستوى تعليمي منخفض والحاصلين على مستوى جامعي، إذ كانت المعاناة أعلى لدى منخفضي التعليم (Stankunas et al., 2013).

على صعيد العلاقة بين المتغيرين، أي العصابية والأعراض الجسدية، أظهرت نتائج دراسات عديدة حول العالم ارتباط العصابية بشكل دال مع الأعراض الجسدية كألم المفاصل والظهر ومشكلات المعدة والقرحة وزملة الأمعاء المتهيجة والصداع وطنين الأذن ومشكلات الحواس عامة والأكزيما والربو وغيرها من أعراض تشي بانخفاض الوظائف الفيزيولوجية (Wongpakaran & Wongpakaran, 2014, Grove et al., 2009, Charles et al., 2008, Vassend et al., 2016).

على الجانب الآخر، أظهرت نتائج دراسات أخرى أن العصابية لا ترتبط سوى مع الأعراض الجسدية وثيقة الصلة بالحالة المزاجية والتوتر، مثل: ضغط الدم، وحرقة المعدة، وألم الظهر، والرقبة، والصداع النصفي (Johnson, 2003). بينما لا ترتبط إلا بشكل ضعيف مع أعراض أخرى؛ كالسعال، والرشح، والتهاب الحلق (Van Diest et al., 2005)، أو لا ترتبط البتة مع بعضها الآخر؛ كالسرطان، وأمراض الجهاز التنفسي، والسكتة الدماغية، (Shipley, Weiss, Der, Taylor & Deary, 2007, Goodwin, Cox & Clara, 2006).

ولا بد من الإشارة إلى أن دليل ارتباط العصابية بالأعراض الجسدية، أو ببعضها، أتى من طريق مباشر ومن طريق غير مباشر. الطريق غير المباشر لهذا الارتباط، وفرته البحوث والدراسات المتعلقة بالقلق والاكتئاب، التي دلت على ارتباطهما بجملة من الأعراض والشكاوى الجسدية، كألم الظهر على سبيل المثال أو عدم انتظام ضربات القلب، وهما في نفس الوقت -أي القلق والاكتئاب- يرتبطان بقوة مع العصابية (Currie & Wang, 2005, Watkins et al., 2006). أما الارتباط المباشر بين العصابية ونطاق واسع من الأعراض الجسدية كالربو وزملة الأمعاء المتهيجة على سبيل المثال، فقد أثبتته دراسات عديدة، حتى عندما تم تحييد عوامل الخطورة المتمثلة في القلق والاكتئاب (Huovinen, 2006, Kaprio & Koskenvuo, 2001, Smith & MacKenzie, 2006).

بناءً على ما سبق، وكون جميع الدراسات ذات الصلة بمشكلة البحث، تمت في مجتمعات أجنبية وغربية على نحو خاص، فمن الضروري في رأي الباحثة الحالية، إجراء دراسات مناظرة لها في المجتمع السعودي، للوصول إلى نتائج يمكن الركون إليها. وعلى ذلك جاءت أسئلة البحث على النحو التالي:

١. ما مستوى العصائية لدى الراشدين السعوديين؟
٢. هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى العصائية تُعزى إلى النوع الاجتماعي، أو العمر، أو مستوى التعليم؟
٣. ما مستوى الأعراض الجسدية لدى الراشدين السعوديين؟
٤. هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض الجسدية تُعزى إلى النوع الاجتماعي، أو العمر، أو مستوى التعليم؟
٥. ما الأعراض الجسدية الأكثر انتشاراً لدى الراشدين السعوديين؟
٦. هل توجد علاقة بين العصائية والأعراض الجسدية؟ ويتفرع منه الأسئلة الثلاثة التالية:
(أ) ما الأعراض الجسدية الأكثر ارتباطاً، وما الأعراض الأقل ارتباطاً بالعصائية؟
(ب) هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين العصائية والأعراض الجسدية تُعزى إلى النوع الاجتماعي، أو العمر، أو مستوى التعليم؟
(ج) هل يمكن التنبؤ بالأعراض الجسدية الشائعة من خلال العصائية؟

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى:

١. التعرف على مستوى العصائية لدى الراشدين السعوديين.
٢. الكشف عن الفروق الدالة إحصائياً في مستوى العصائية، العائدة إلى النوع الاجتماعي، أو العمر، أو مستوى التعليم.
٣. التعرف على مستوى الأعراض الجسدية لدى الراشدين السعوديين.
٤. الكشف عن الفروق الدالة إحصائياً في مستوى الأعراض الجسدية، العائدة إلى النوع الاجتماعي، أو العمر، أو مستوى التعليم.
٥. التعرف على الأعراض الجسدية الأكثر انتشاراً لدى الراشدين السعوديين.
٦. التعرف على العلاقة بين العصائية والأعراض الجسدية، ويتفرع منه الأهداف الثلاثة التالية:
(أ) التعرف على الأعراض الجسدية الأكثر ارتباطاً، والأعراض الأقل ارتباطاً بالعصائية.
(ب) الكشف عن الفروق الدالة إحصائياً في العلاقة بين العصائية والأعراض الجسدية، العائدة إلى النوع الاجتماعي، أو العمر، أو مستوى التعليم.
(ج) دراسة إمكانية التنبؤ بالأعراض الجسدية من خلال العصائية.

أهمية البحث:

يستمد البحث أهميته من دراسته للأعراض الجسدية غير المفهومة طبيياً، التي تُعدّ إحدى المشكلات الرئيسية والشائعة التي تُشكل ضغطاً على موازنات الحكومات والأفراد، وتواجه الأنظمة الصحية حول العالم، ومن بينها النظام الصحي في المملكة العربية السعودية، بنوعيه الحكومي والخاص. كما يستمد البحث أهميته من كونه يقع في مجال علم النفس الصحي Health Psychology الذي يُعدّ من الفروع المهمة والأحدث في علم النفس، التي لا زال الاهتمام بها في البحوث المكتوبة باللغة العربية دون المستوى المطلوب، مقارنة بالاهتمام الواسع والمتزايد بهذا الفرع في البحوث الغربية. ويكتسب البحث أهميته كذلك من عينته الكبيرة نسبياً مقارنة بالبحوث المشابهة، وقد تجاوزت ٢٢٠٠ فرداً، أجابوا على أداتي البحث، وإحداهما استبيان صحة المريض (PHQ-15)، الذي يُعدّ تقديم الباحثة له من خلال ما قامت به من مواءمة وتحقق من الصدق والثبات، هو الأول من نوعه - حسب علمها - في البيئة العربية، الذي ربما يساهم في إثراء التوجه البحثي في مجال دراسة الأعراض الجسدية من زوايا ورؤى مختلفة.

من جهة ثانية يركز هذا البحث بشكل خاص على متغير النوع الاجتماعي كأحد المتغيرات الديموجرافية، وبذلك من المأمول أن توفر نتائجه بعض المعلومات التي تعزز حقل تقاطع الدراسات النفسية مع دراسات النوع الاجتماعي.

كذلك فإن دراسة عامل العصائية تضيف قيمة على البحث، خاصة وعوامل الشخصية تؤدي دوراً كبيراً ومعتداً في الصحة الجسمية للأفراد، وما زالت العناية بهذه العوامل وبالنواحي النفسية عموماً ضعيفة، إن لم تكن معدومة في روتين الممارسة الطبية بالمملكة العربية السعودية كحال بقية الدول النامية. بالتالي قد تساهم نتائج البحث الحالي مع البحوث المشابهة، في مساعدة الجهات الصحية في اقتراح الخطط والسياسات الهادفة إلى رفع الصحة العامة لأفراد المجتمع وخفض التكاليف في نظام الرعاية الطبية.

مصطلحات البحث:

العصائية Neuroticism

العصائية هي سمة شخصية تشمل على خصائص مترابطة بشكل كبير لكنها متميزة جزئياً كالغضب، والحزن، والقلق، والعدائية (Weiss & Costa, 2005). وهي أحد العوامل الخمسة الكبرى للشخصية الذي يتضمن السمات التالية: القلق، والغضب، والعدائية، والاكتئاب، والشعور بالذات، والاندفاع، والإجهاد، والقابلية للانجراف. (McCrae & Costa, 2003:4)، وتعرفها الباحثة - إجرائياً - على أنها: الدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب على مقياس العصائية من قائمة (NEO-FFI) المستخدم في البحث الحالي.

Somatic Symptoms الأعراض الجسدية

مفهوم ثلاثي الأبعاد، يجمع بين الأعراض الجسدية غير المفسرة طبياً، ومشاعر الانزعاج والضييق النفسي، وسلوك البحث عن الرعاية الصحية (Kroenke, Spitzer & William, 2002)، وتُعرفها الباحثة على أنها مجموعة الأعراض الجسدية الشائعة، كآلم الظهر، والصداع، والغثيان، وآلم المعدة، والقولون، وآلم المفاصل، والأكزيما، وضيق التنفس، وتسارع ضربات القلب، والشعور بالتعب العام، وانخفاض الطاقة، وما شابهها من أعراض فيزيولوجية تثير الضيق والانزعاج، دون أن تعكس حالة مرضية محددة أو جادة، وقد تدعو الفرد إلى تكرار البحث عن الرعاية الطبية. وتُعرفها الباحثة -إجرائياً- على أنها: الدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب على استبيان صحة المريض (PHQ-15) (15) المستخدم في البحث الحالي.

حدود البحث:

تحدد البحث مكانياً بمدينة الرياض. وتحدد البحث زمانياً بفترة تطبيق البحث الواقعة بين ١٨/ مايو/ ٢٠١٨ وحتى ٢٠/ يوليو/ ٢٠١٨. كما تحدد البحث بشرياً بالعينة التي أتيت للباحثة من السعوديين الراشدين ذكوراً وإناثاً. وأخيراً تحدد البحث بالأداتين المتمثلتين في استبيان (PHQ-15) ومقياس العصابية من قائمة (NEO-FFI) وبالمتغيرات موضع الدراسة.

منهج البحث:

أخذت الباحثة بالمنهج الوصفي الذي يُعد أكثر المناهج اتساقاً مع مشكلة البحث وأهدافه.

مجتمع البحث:

تشكّل المجتمع الأصلي للبحث من السعوديين الراشدين ذكوراً وإناثاً من المقيمين داخل المملكة العربية السعودية من الفئات العمرية كافة، ابتداءً من سن الـ (١٨) فما فوق، وباختلاف الحالة الزوجية والمستوى التعليمي والمستوى الاجتماعي الاقتصادي.

عينة البحث:

تكونت عينة البحث من (٢٢٤٣) فرداً من الراشدين السعوديين من كلا الجنسين، من المقيمين في مدينة الرياض. وبلغت نسبة الإناث (٩، ٥٧٪) من العينة، والذكور (١، ٤٢٪). وكانت نسبة غير المتزوجين (٥، ٤٥٪)، أما المتزوجين فتمثلوا (٥، ٥٤٪) من العينة. امتدت أعمار العينة من (١٨) سنة

إلى أكثر من (٦٨) سنة، وكانت النسبة الأعلى من نصيب الفئة العمرية (من ١٨ إلى أقل من ٢٨ سنة) إذ بلغت (٢٢,٦٪) من حجم العينة، يلي ذلك من تمتد أعمارهم (من ٢٨ إلى أقل من ٣٨ سنة) إذ بلغوا (٢١,٤٪) من العينة، ثم من تمتد أعمارهم (من ٣٨ إلى أقل من ٤٨ سنة) بنسبة قدرها (١٨,٩٪)، بينما النسبة الأقل البالغة (٥,٠٪) كانت من نصيب ذوي الأعمار من (٦٨) سنة فأكثر.

وقد بلغ متوسط أعمار العينة (٣٨,٠١ سنة للذكور، ٣٣,٠٤ سنة للإناث، ١٣,٣٥ سنة للعينة ككل). أما الانحراف المعياري لأعمار العينة فقد بلغ (١٢,٢٩ سنة للذكور، ١١,٥٧ سنة للإناث، ١٣,١٢ سنة للعينة ككل).

وبالنسبة لمستوى تعليم العينة، فقد جاءت أعلى نسبة من الحاصلين على الدرجة الجامعية (٦٠,٩٪)، تلتها نسبة الحاصلين على درجة الثانوية العامة (٢٠,١٪)، ثم نسبة الحاصلين على تعليم أعلى من الجامعي (١٦,٣٪)، وأخيراً نسبة الحاصلين على تعليم أقل من الثانوية العامة (٢,٧٪).

أدوات البحث:

أولاً: استبيان صحة المريض (PHQ-15): The Patient Health Questionnaire

استبيان صحة المريض (PHQ-15) الذي تم إعداده من قبل كرونكي وآخرون (Kroenke et al., 2002) هو مقياس فرعي لشدة الأعراض الجسدية الشائعة، مشتق من الأداة التشخيصية الكاملة (PRIME-MD) للاضطرابات الشائعة. الاستبيان يشتمل على (١٥) عرض جسدي مسؤولة عن أكثر من (٩٠٪) من الشكاوى الجسدية التي يُفصح عنها المراجعون في العيادات الخارجية. الأعراض التي يشملها الاستبيان تغطي (١٤) من أكثر (١٥) عرض شائع لاضطراب الجسدية في (DSM-IV). والاستجابة تتم باختيار واحد من بين (٣) بدائل هي: لم انزعج إطلاقاً، انزعجت قليلاً، انزعجت كثيراً، وتأخذ الدرجات التالية على التوالي: (صفر، ١، ٢). كلما ارتفعت الدرجة على الاستبيان كلما أشار ذلك إلى شدة الأعراض الجسدية. والدرجة الكلية على الاستبيان تتراوح بين (صفر) و (٣٠)، حيث الصفر هو أدنى درجة يمكن الحصول عليها، بينما أعلى درجة يمكن الحصول عليها هي (٣٠). وتمثل الدرجات الكلية (٥، ١٠، ١٥) ثلاثة مستويات لشدة الأعراض هي على التوالي: منخفض، متوسط، شديد. وبناء عليه يكون تفسير الدرجة الكلية على النحو التالي:

من (٠-٤) درجات: الأعراض الجسدية غير موجودة أو في حدها الأدنى، من (٥-٩) درجات: الأعراض الجسدية منخفضة الشدة، من (١٠-١٤) درجة: الأعراض الجسدية متوسطة الشدة، من (١٥-٢٠) درجة: الأعراض الجسدية مرتفعة أو شديدة.

طُبِق الاستبيان في نسخته الأصلية على (٦٠٠٠) مراجع في (٨) عيادات للطب الباطني وطب الأسرة، و (٧) عيادات لطب النساء والولادة. وحقق المقياس صدقاً وثباتاً عاليين، وأظهرت النتائج أن (PHQ-15) أداة موثوقة في بحث وتوثيق شدة الأعراض الجسدية الشائعة في الممارسة السريرية والبحوث.

قامت الباحثة بترجمة الاستبيان إلى اللغة العربية، ثم عرضته على (١٢) محكماً يمثلون أطباء وطبيبات في مراكز الرعاية الأولية وعيادات طب الأسرة في بعض المستشفيات بمدينة الرياض يمارسون الخدمة من فترة لاتقل عن (٢) سنوات. كما عرضته على (٢) محكمين آخرين من الأكاديميين المختصين في علم النفس الصحي بالجامعات السعودية. بلغ إجمالي بطاقات التحكيم المستردة (١٢). لم تكن هناك ملاحظات ذات بال من قبل الأكاديميين، أما الأطباء فقد أجمع الغالبية منهم على أن عرضين من الأعراض الـ (١٥) في الاستبيان نادرة المشاهدة ورأوا حذفها، وهما: (تشنجات الحيض أو غيرها من المشكلات المرافقة للدورة الشهرية (للنساء)، ألم أو مشكلات خلال العلاقة الجنسية) مما حدا بالباحثة إلى حذفهما من الاستبيان. واقترح أحد المحكمين إضافة (٢) أعراض إلى الاستبيان قال إنها مشاهدة بتكرار من واقع خبرته. وعرضت الباحثة هذه الأعراض الثلاثة المقترحة على محكمين آخرين، فأجمع الغالبية منهم على إضافة عرضين منهما فقط دون الثالث وهما: (طنين الأذن، الأكزيما والطفح الجلدي).

بالتالي أصبح الاستبيان المطبق في البحث يتشكل من (١٥) عرضاً جسدياً: (١٣) من هذه الأعراض واردة في الاستبيان الأصلي، و (٢) تمت إضافتهما في النسخة السعودية بناء على نتائج التحكيم.

حساب ثبات وصدق استبيان (PHQ-15) :

تم حساب معاملات ثبات وصدق استبيان (PHQ-15) بعد تطبيقه على عينة استطلاعية بلغت (٢١٠) من الراشدين السعوديين، حيث تم:

(١) حساب ثبات بنود استبيان (PHQ-15) بطريقتين هما: معامل Alpha-Cronbach (بعدد عبارات الاستبيان)، وفي كل مرة يتم حذف درجات أحد البنود من الدرجة الكلية للاستبيان، وحساب معاملات الارتباط بين درجات العبارة والدرجات الكلية للاستبيان.

(٢) حساب صدق بنود استبيان (PHQ-15) عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للاستبيان. فكانت النتائج كما بالجدول (١):

جدول (١): معاملات ثبات وصدق بنود استبيان (PHQ-15) (ن = ٢١٠)

السؤال	معامل Alpha-Cronbach	معامل ارتباط درجة البند بالدرجة الكلية للاستبيان (ثبات)	معامل الارتباط درجة البند بالدرجة الكلية للاستبيان عند حذف درجة البند (صدق)
١	٠,٨٢٢	**٠,٦٢	**٠,٥٣
٢	٠,٨٢٢	**٠,٦٣	**٠,٥٤
٣	٠,٨٢٣	**٠,٦١	**٠,٥١
٤	٠,٨٣٥	**٠,٤١	**٠,٣١
٥	٠,٨٣٧	**٠,٤٠	**٠,٢٩
٦	٠,٨٣٠	**٠,٥٠	**٠,٤١
٧	٠,٨٢٦	**٠,٥٦	**٠,٤٨
٨	٠,٨٢٨	**٠,٢٧	**٠,٢٢
٩	٠,٨٢٠	**٠,٦٦	**٠,٦٠
١٠	٠,٨٢٥	**٠,٥٧	**٠,٤٨
١١	٠,٨٣٣	**٠,٤٥	**٠,٣٥
١٢	٠,٨٢٢	**٠,٦٣	**٠,٥٣
١٣	٠,٨٢٢	**٠,٦٣	**٠,٥٤
١٤	٠,٨١٤	**٠,٧٢	**٠,٦٥
١٥	٠,٨٣١	**٠,٥٣	**٠,٤١
معامل Alpha-Cronbach العام للكلية للاستبيان = ٠,٨٣٧			
معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية لـ Spearman-Brown = 0.857			

** دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من جدول (١) ما يلي:

إن جميع معاملات Alpha-Cronbach في حالة غياب البند أقل من أو يساوي معامل Al-pha-Cronbach العام للاستبيان في حالة وجوده، أي أن تدخل أي بند لا يؤدي إلى انخفاض معامل الثبات الكلي للاستبيان، وهذا يشير إلى أن كل بند يسهم بدرجة معقولة في الثبات الكلي للاستبيان.

إن جميع معاملات ارتباط درجة البند بالدرجة الكلية للاستبيان دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، مما يشير إلى الاتساق الداخلي وثبات جميع بنود استبيان (PHQ-15).

إن معاملات الثبات الكلي بطريقتي Alpha-Cronbach والتجزئة النصفية لـ Spearman-Brown مرتفعة مما يدل على الثبات الكلي للاستبيان.

إن جميع معاملات ارتباط درجة البند بالدرجة الكلية لاستبيان (PHQ-15) (في حالة حذف درجة البند من الدرجة الكلية للاستبيان) دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، مما يشير إلى صدق جميع بنود استبيان (PHQ-15).

ثانياً: مقياس العصابية من قائمة (NEO-FFI) :

المقياس الفرعي للعصابية من القائمة الأساسية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية (NEO-FFI) التي أعدّها كوستا وماك ري (Costa & McCrae, 1992) وتعد أول أداة موضوعية تهدف إلى قياس العوامل الأساسية الكبرى للشخصية بواسطة (٦٠) عبارة، تم استخراجها عن طريق التحليل العاملي لوعاء عبارات مشتقة من استخبارات شخصية عديدة. وتشتمل القائمة الأساسية على خمسة مقاييس فرعية، هي: العصابية، والانبساطية، والانفتاح على الخبرة والطيبة، ويقظة الضمير. وكانت البلوي (٢٠٠٩) قد قامت بتعديل طفيف على بعض عبارات قائمة (NEO-FFI) بما يتناسب مع ثقافة المجتمع السعودي، وتحققت من ثبات وصدق القائمة لدى عينة من السعوديات العاملات بقطاعات مختلفة، واستخدمت التحليل العاملي للتحقق من الصدق العاملي للقائمة، وتوصلت إلى نتائج مقبولة فيما يتعلق بالثبات والصدق.

كما تحققت الشعلان (٢٠١٠) من خلال تطبيق قائمة (NEO-FFI) على عينة من ذوي الاضطرابات العصابية المراجعين للعيادات الخارجية، من صدق جميع عبارات القائمة وثباتها، وكذلك تحققت من ثبات المقاييس الفرعية الخمسة بما فيها مقياس العصابية، بطريقتين هما: معامل ألفا لـ Cronbach، ومعامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية لـ Spearman-Brown، وكانت معاملات الثبات بالطريقتين مرتفعة.

ويشتمل مقياس العصابية من قائمة (NEO-FFI) المستخدم في البحث الحالي على (١٢) عبارة تتم الإجابة عنها باختيار واحد من بين (٥) بدائل هي: موافق جداً، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق على الإطلاق. وتشير الدرجة العالية على مقياس العصابية من قائمة (NEO-FFI) إلى ارتفاع السمة التي يقيسها لدى المستجيب، أما الدرجة المنخفضة فتشير إلى انخفاضها، وأقصى درجة يمكن أن يحصل عليها المستجيب على مقياس العصابية من قائمة (NEO-FFI) (٦٠) درجة، أما (١٢) فهي أقل درجة يمكن أن يحصل عليها.

وقد تم حساب ثبات وصدق مقياس العصابية من قائمة (NEO-FFI) باتباع نفس الخطوات السابق اتباعها، فكانت النتائج كما بالجدول (٢):

جدول (٢): معاملات ثبات وصدق بنود مقياس العصابية من قائمة (NEO-FFI) (ن = ٢١٠)

السؤال	معامل Alpha-Cronbach	معامل ارتباط درجة البند بالدرجة الكلية للاستبيان (ثبات)	معامل الارتباط درجة البند بالدرجة الكلية للاستبيان عند حذف درجة البند (صدق)
١	٠,٨٥٥	**٠,٦٦	**٠,٥٧
٢	٠,٨٥٢	**٠,٧٠	**٠,٦٣
٣	٠,٨٤٩	**٠,٧٤	**٠,٦٧
٤	٠,٨٦٧	**٠,٤٤	**٠,٣٢
٥	٠,٨٥٥	**٠,٦٦	**٠,٥٨
٦	٠,٨٤٦	**٠,٧٧	**٠,٧٠
٧	٠,٨٦٧	**٠,٤٩	**٠,٢٨
٨	٠,٨٥٤	**٠,٦٧	**٠,٥٩
٩	٠,٨٥٥	**٠,٦٦	**٠,٥٩
١٠	٠,٨٦٢	**٠,٥٦	**٠,٤٦
١١	٠,٨٥٣	**٠,٦٩	**٠,٦١
١٢	٠,٨٥٨	**٠,٦٢	**٠,٥٣
معامل Alpha-Cronbach العام الكلي للمقياس = ٠,٨٦٧			
معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية لـ Spearman-Brown = 0.914			

** دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من جدول (٢) ما يأتي:

إن جميع معاملات Alpha-Cronbach في حالة غياب البند أقل من أو يساوي معامل Al-pha-Cronbach العام للمقياس في حالة وجوده، أي أن تدخل أي بند لا يؤدي إلى انخفاض معامل الثبات الكلي للمقياس، وهذا يشير إلى أن كل بند يسهم بدرجة معقولة في الثبات الكلي للمقياس.

إن جميع معاملات ارتباط درجة البند بالدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، مما يشير إلى الاتساق الداخلي وثبات جميع بنود مقياس العصابية من قائمة (NEO-FFI).

إن معاملات الثبات الكلي بطريقتي Alpha-Cronbach والتجزئة النصفية لـ Spearman-Brown مرتفعة مما يدل على الثبات الكلي للمقياس.

إن جميع معاملات ارتباط درجة البند بالدرجة الكلية للمقياس (في حالة حذف درجة البند من الدرجة الكلية للمقياس) دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، مما يشير إلى صدق جميع بنود مقياس العصائية من قائمة (NEO-FFI).

الأساليب الإحصائية:

تم استخدام مجموعة الأساليب الإحصائية التالية للإجابة عن أسئلة البحث: المتوسط الحسابي والنسبة المئوية، ومعامل الارتباط ل بيرسون، واختبار (ت) T-test للعينتين المستقلتين، وتحليل التباين في اتجاه واحد One-Way ANOVA، متبوعاً باختبار أقل فرق دالّ LSD، وتحليل الانحدار البسيط Simple Regression Analysis، وتحليل المجموعات المتعددة Multi-Group Analysis.

نتائج البحث:

السؤال الأول:

للإجابة عن السؤال الأول الذي ينص على: «ما مستوى العصائية لدى الراشدين السعوديين؟» تم استخدام المتوسط الحسابي والنسبة المئوية، حيث بلغ المتوسط الحسابي للعصائية لدى العينة (٣٦,٠٤) من الدرجة العظمى للمقياس التي تبلغ (٦٠) درجة، أي أن نسبة المتوسط من الدرجة الكلية تبلغ (٦٠,٠٧٪)، مما يشير إلى أن مستوى العصائية لدى عينة البحث مستوى متوسط. أي أن أفراد العينة يعانون بدرجة متوسطة من العصائية.

السؤال الثاني:

للإجابة عن السؤال الثاني الذي ينص على: «هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى العصائية تعزى إلى النوع الاجتماعي، أو العمر، أو مستوى التعليم؟»، تم استخدام: اختبار (ت) T-test للعينتين المستقلتين، وتحليل التباين في اتجاه واحد One-Way ANOVA، متبوعاً باختبار أقل فرق دالّ LSD. والجداول (٣) و(٤) و(٥) توضح نتائج هذا السؤال:

جدول (٣): نتائج اختبار (ت) للفروق بين الجنسين في العصائية

الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
ذكور	١٣٦٥	٣٤,٣١	٩,٢٢	٨,٩٩	٠,٠١
إناث	١٨٧٨	٣٧,٢٩	٩,٣٩		

يتضح من جدول (٣) وجود فرق دالّ إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي درجات الذكور والإناث في العصائية، لصالح متوسط درجات الإناث. أي أن الإناث بعينة البحث أكثر عصائية من الذكور.

جدول (٤): نتائج تحليل التباين في اتجاه واحد عند دراسة اختلاف مستوى العصابية باختلاف العمر، ونتائج اختبار أقل فرق دال LSD للمقارنات المتعددة لتحديد اتجاه الفروق الدالة إحصائياً

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة			
بين المجموعات	٢٤٨٤١,٧٢	٥	٤٩٦٨,٣٤	٦٠,٩٩	٠,٠١			
داخل المجموعات	٢٦٣٦٩٨,١٣	٢٢٢٧	٨١,٤٦					
العمر								
م	العمر	العدد	المتوسط	١	٢	٣	٤	٥
١	من ١٨ إلى أقل من ٢٨	١٠٥٧	٣٩,١٧	-				
٢	من ٢٨ إلى أقل من ٣٨	١٠١٨	٣٦,٣٣	**٢,٨٣	-			
٣	من ٣٨ إلى أقل من ٤٨	٦١٢	٣٤,٣١	**٤,٨٥	**٢,٠٢	-		
٤	من ٤٨ إلى أقل من ٥٨	٣٩٢	٣٢,٢٢	**٦,٩٤	**٤,١١	**٢,٠٩	-	
٥	من ٥٨ إلى أقل من ٦٨	١٤٩	٢٩,٥٥	**٩,٦٢	**٦,٧٨	**٤,٧٦	**٢,٦٧	-
٦	من ٦٨ فما فوق	١٥	٢٩,٦٧	**٩,٥٠	**٦,٦٧	**٤,٦٥	٢,٥٦	٠,١٢

* دال عند مستوى ٠,٠٥ ** دال عند مستوى ٠,٠١

يتضح من جدول (٤) ما يلي:

- وجود اختلاف دال إحصائياً (عند مستوى ٠,٠١) في مستوى العصابية وفقاً لاختلاف العمر.
- إن متوسط درجات ذوي العمر (من ١٨ إلى أقل من ٢٨) في العصابية، أعلى بدلالة إحصائية (عند مستوى ٠,٠١) من متوسط درجات ذوي جميع الأعمار الأخرى (من ٢٨ سنة فأكثر). كما أن متوسط درجات ذوي العمر (من ٢٨ إلى أقل من ٣٨) في العصابية، أعلى بدلالة إحصائية من متوسط درجات ذوي الأعمار (من ٣٨ سنة فأكثر). وكذلك فإن متوسط درجات ذوي العمر (من ٣٨ إلى أقل من ٤٨) في العصابية، أعلى بدلالة إحصائية من متوسط درجات ذوي الأعمار (من ٤٨ سنة فأكثر)، وهكذا.
- إن نتائج السؤال الثاني تشير بوجه عام، إلى أنه كلما ارتفع العمر انخفض مستوى العصابية، والعكس صحيح، أي أنه كلما انخفض العمر ارتفع مستوى العصابية لدى الراشدين.

جدول (٥): نتائج تحليل التباين في اتجاه واحد عند دراسة اختلاف مستوى العصائية باختلاف مستوى التعليم، ونتائج اختبار أقل فرق دال LSD للمقارنات المتعددة لتحديد اتجاه الفروق الدالة إحصائياً

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٨٠٨٢,١٢	٢	٢٦٩٤,٠٤	٣١,١١	٠,٠١
داخل المجموعات	٢٨٠٤٥٧,٧٢	٢٢٢٩	٨٦,٥٩		
مستوى التعليم					
م	مستوى التعليم	العدد	المتوسط	مستوى التعليم	
١	أقل من الثانوية العامة	٨٧	٢٥,٦٠	١	٢
٢	الثانوية العامة	٦٥٣	٢٨,٢٥	*٢,٦٥	-
٣	الدرجة الجامعية	١٩٧٦	٣٦,١٣	٠,٥٤	*٢,١١
٤	تعليم أعلى من الجامعي	٥٢٧	٢٣,٠٠	*٢,٦٠	**٥,٢٥
				**٢,١٣	-

* دال عند مستوى ٠,٠٥ ** دال عند مستوى ٠,٠١

يتضح من جدول (٥) مايلي:

- وجود اختلاف دال إحصائياً (عند مستوى ٠,٠١) في مستوى العصائية وفقاً لاختلاف مستوى التعليم.
- إن متوسط درجات ذوي مستوى التعليم (أقل من الثانوية العامة) في العصائية، أعلى بدلالة إحصائية (عند مستوى ٠,٠٥) من متوسط درجات ذوي مستوى التعليم (الثانوية العامة، تعليم أعلى من الجامعي)، كما أن متوسط درجات ذوي مستوى التعليم (الثانوية العامة) في العصائية أعلى بدلالة إحصائية من متوسط درجات ذوي مستوى التعليم (الدرجة الجامعية، تعليم أعلى من الجامعي)، وكذلك متوسط درجات ذوي مستوى التعليم (الدرجة الجامعية) في العصائية أعلى بدلالة إحصائية من متوسط درجات ذوي مستوى التعليم (تعليم أعلى من الجامعي).
- إن نتائج السؤال الثاني تشير بوجه عام إلى أنه كلما ارتفع مستوى التعليم انخفض مستوى العصائية، والعكس صحيح، أي أنه كلما انخفض مستوى التعليم ارتفع مستوى العصائية لدى الراشدين.

السؤال الثالث:

للإجابة عن السؤال الثالث الذي ينص على: «ما مستوى الأعراض الجسدية لدى الراشدين السعوديين؟» تم استخدام المتوسط الحسابي، حيث بلغ المتوسط الحسابي للأعراض الجسدية لدى العينة (١٠,٣٠) وهذا المتوسط يقع في المدى الذي يمتد من (١٠-١٤) درجة، والذي يشير إلى أن الأعراض الجسدية متوسطة الشدة حسب معيار استبيان (PHQ-15)، لدى عينة البحث.

السؤال الرابع:

للإجابة عن السؤال الرابع الذي ينص على: «هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض الجسدية تُعزى إلى النوع الاجتماعي، أو العمر، أو مستوى التعليم؟»، تم استخدام اختبار (ت) T-test للعينتين المستقلتين، وتحليل التباين في اتجاه واحد One-Way ANOVA، متبوعاً باختبار أقل فرق دال LSD. والجدول (٦) و(٧) و(٨) توضح نتائج هذا السؤال:

جدول (٦): نتائج اختبار (ت) للفروق بين الجنسين في الأعراض الجسدية

الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
ذكور	١٣٦٥	٨,٨٧	٤,٩٢	١٣,٦٢	٠,٠١
إناث	١٨٧٨	١١,٣٤	٥,٢٤		

يتضح من جدول (٦) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي درجات الذكور والإناث في الأعراض الجسدية، لصالح متوسط درجات الإناث. أي أن الإناث يعانين بدرجة أكبر من الأعراض الجسدية مقارنة بالذكور.

جدول (٧): نتائج تحليل التباين في اتجاه واحد عند دراسة اختلاف مستوى الأعراض الجسدية باختلاف العمر، ونتائج اختبار أقل فرق دال LSD للمقارنات المتعددة لتحديد اتجاه الفروق الدالة إحصائياً

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة			
بين المجموعات	٢٣٦٨,٩٢	٥	٤٧٣,٧٨	١٧,٦٠	٠,٠١			
داخل المجموعات	٨٧١٢٤,١٥	٢٢٣٧	٣٦,٩٢					
العمر								
م	العمر	العدد	المتوسط	١	٢	٣	٤	٥
١	من ١٨ إلى أقل من ٢٨	١٠٥٧	١١,٢٤	-				
٢	من ٢٨ إلى أقل من ٣٨	١٠١٨	١٠,١٠	**١,١٤	-			
٣	من ٣٨ إلى أقل من ٤٨	٦١٢	١٠,٣٧	**٠,٨٧	٠,٢٧	-		
٤	من ٤٨ إلى أقل من ٥٨	٣٩٢	٨,٨٤	**٢,٤٠	**١,٣٦	**١,٥٢	-	
٥	من ٥٨ إلى أقل من ٦٨	١٤٩	٩,٠٣	**٢,٢١	*١,٠٧	**١,٣٤	٠,١٩	-
٦	من ٦٨ فما فوق	١٥	٥,٧٣	**٥,٥١	**٤,٣٦	**٤,٦٣	**٣,١١	**٣,٢٩

* دال عند مستوى ٠,٠٥ ** دال عند مستوى ٠,٠١

يتضح من جدول (٧) ما يلي:

- وجود اختلاف دال إحصائياً (عند مستوى ٠,٠١) في مستوى الأعراض الجسدية وفقاً لاختلاف العمر.
- إن متوسط درجات ذوي العمر (من ١٨ إلى أقل من ٢٨) في الأعراض الجسدية أعلى بدلالة إحصائية (عند مستوى ٠,٠١) من متوسط درجات ذوي جميع الأعمار الأخرى (من ٢٨ سنة فأكثر). كما أن متوسط درجات ذوي العمر (من ٢٨ إلى أقل من ٣٨) في الأعراض الجسدية أعلى بدلالة إحصائية من متوسط درجات ذوي الأعمار (من ٤٨ سنة فأكثر). وكذلك فإن متوسط درجات ذوي العمر (من ٢٨ إلى أقل من ٤٨) في الأعراض الجسدية أعلى بدلالة إحصائية من متوسط درجات ذوي الأعمار (من ٤٨ سنة فأكثر) وهكذا.
- إن نتائج السؤال الرابع تشير بوجه عام إلى أنه كلما ارتفع العمر انخفض مستوى الأعراض الجسدية، والعكس صحيح، أي أنه كلما انخفض العمر ارتفع مستوى الأعراض الجسدية لدى الراشدين.

جدول (٨): نتائج تحليل التباين في اتجاه واحد عند دراسة اختلاف مستوى الأعراض الجسدية باختلاف مستوى التعليم، ونتائج اختبار أقل فرق دال LSD للمقارنات المتعددة لتحديد اتجاه الفروق الدالة إحصائياً

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٤٩١,١٨	٣	١٦٣,٧٢	٥,٩٦	٠,٠١
داخل المجموعات	٨٩٠٠١,٨٩	٣٢٣٩	٢٧,٤٨		

م	مستوى التعليم	العدد	المتوسط	مستوى التعليم			
				١	٢	٣	٤
١	أقل من الثانوية العامة	٨٧	١٠,١٨	-			
٢	الثانوية العامة	٦٥٣	١٠,٨٧	٠,٦٨	-		
٣	الدرجة الجامعية	١٩٧٦	١٠,٣١	٠,١٣	*٠,٥٥	-	
٤	تعليم أعلى من الجامعي	٥٢٧	٩,٥٧	٠,٦١	**١,٣٠	*٠,٧٤	-

* دال عند مستوى ٠,٠٥ * * دال عند مستوى ٠,٠١

يتضح من جدول (٨) ما يلي:

- وجود اختلاف دال إحصائياً (عند مستوى ٠,٠١) في مستوى الأعراض الجسدية وفقاً لاختلاف مستوى التعليم.
- إن متوسط درجات ذوي مستوى التعليم (الثانوية العامة) في الأعراض الجسدية أعلى بدلالة إحصائية (عند مستوى ٠,٠١ أو ٠,٠٥) من متوسط درجات ذوي مستوى التعليم (الدرجة الجامعية، تعليم أعلى من الجامعي)، كما أن متوسط درجات ذوي مستوى التعليم (الدرجة الجامعية) في الأعراض الجسدية أعلى بدلالة إحصائية من متوسط درجات ذوي مستوى التعليم (تعليم أعلى من الجامعي).
- وتشير نتائج السؤال الرابع بوجه عام إلى أنه كلما ارتفع مستوى التعليم انخفض مستوى الأعراض الجسدية، والعكس صحيح، أي أنه كلما انخفض مستوى التعليم ارتفع مستوى الأعراض الجسدية لدى الراشدين.

السؤال الخامس:

للإجابة عن السؤال الخامس الذي ينص على: «ما الأعراض الجسدية الأكثر انتشاراً لدى الراشدين السعوديين؟» تم استخدام: المتوسط الحسابي لدى العينة، كما في جدول (٩):

جدول (٩): متوسطات الأعراض الجسدية لدى العينة الكلية (ن = ٢٢٤٣)

الترتيب	الأعراض الجسدية	المتوسط	الترتيب	الأعراض الجسدية	المتوسط
١	الشعور بالتعب أو انخفاض الطاقة	١,١٨	٩	دوخة	٠,٦٢
٢	مشكلات في النوم	١,٠١	١٠	تسارع ضربات القلب	٠,٤٥
٣	الغثيان أو الغازات أو عسر الهضم	٠,٩٩	١١	ألم في الصدر	٠,٤٥
٤	ألم الظهر	٠,٩٦	١٢	ضيق في التنفس	٠,٤٤
٥	الصداع	٠,٩٣	١٣	طنين الأذن	٠,٣٦
٦	ألم في الذراعين أو الساقين أو المفاصل (الركبتين والوركين وما إلى ذلك)	٠,٨٧	١٤	الأكزيما أو الطفح الجلدي	٠,٣١
٧	الإمساك أو الإسهال	٠,٨٤	١٥	نوبات الإغماء	٠,٠٧
٨	ألم المعدة	٠,٨١			

يتضح من جدول (٩) ما يلي:

- إن العرض الجسدي الأكثر انتشاراً الذي احتل المرتبة الأولى لدى العينة هو (الشعور بالتعب أو انخفاض الطاقة) حيث بلغ متوسطه (١,١٨)، يليه في المرتبة الثانية (مشكلات في النوم) بمتوسط (١,٠١)، ثم في المرتبة الثالثة (الغثيان أو الغازات أو عسر الهضم) بمتوسط (٠,٩٩). وجاء في المرتبة الرابعة (ألم الظهر) بمتوسط (٠,٩٦)، وفي المرتبة الخامسة جاء (الصداع) بمتوسط (٠,٩٣).
- إن العرض الجسدي الذي يكاد يكون منعدماً واحتل المرتبة الخامسة عشرة والأخيرة هو (نوبات الإغماء) بمتوسط ضعيف بلغ (٠,٠٧).

السؤال السادس:

للإجابة عن السؤال السادس الذي ينص على: «هل توجد علاقة بين العصابية والأعراض الجسدية؟» ويتفرع منه الأسئلة الثلاثة التالية:

- (أ) «ما الأعراض الجسدية الأكثر ارتباطاً، وما الأعراض الأقل ارتباطاً بالعصابية؟»
- (ب) «هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين العصابية والأعراض الجسدية، تُعزى إلى النوع الاجتماعي، أو العمر، أو مستوى التعليم؟»

(ج) «هل يمكن التنبؤ بالأعراض الجسدية من خلال العصائية؟» تم استخدام: معامل الارتباط لبيرسون، وتحليل الانحدار البسيط Simple Regression Analysis، وتحليل المجموعات المتعددة Multi-Group Analysis عن طريق استخدام برنامج LISREL8.8، فكانت النتائج كما في الجداول (١٠) و(١١) و(١٢):

جدول (١٠): معامل ارتباط بين العصائية والأعراض الجسدية لدى العينة الكلية (ن = ٣٢٤٣)

معامل الارتباط	الأعراض الجسدية	معامل الارتباط	الأعراض الجسدية
**٠,١٨	ألم المعدة	**٠,٢٨	الشعور بالتعب أو انخفاض الطاقة
**٠,١٨	الإمساك أو الإسهال	**٠,٣٤	مشكلات في النوم
**٠,١٥	ألم الظهر	**٠,٢٤	تسارع ضربات القلب
**٠,١٣	ألم في الذراعين أو الساقين أو المفاصل (الركبتين والوركين وما إلى ذلك)	**٠,٢٤	ضيق في التنفس
**٠,١٣	طنين الأذن	**٠,٢٣	الغثيان أو الغازات أو عسر الهضم
**٠,٠٩	الأكزيما أو الطفح الجلدي	**٠,٢٢	الصداع
**٠,٠٥	نوبات الإغماء	**٠,٢٢	دوخة
		**٠,٢١	ألم في الصدر

** دال عند مستوى ٠,٠١

يتضح من جدول (١٠) مايلي:

- إن جميع معاملات الارتباط بين العصائية والأعراض الجسدية دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).
- إن الأعراض الجسدية الأكثر ارتباطاً بالعصائية هي على الترتيب: (الشعور بالتعب أو انخفاض الطاقة، مشكلات في النوم، تسارع ضربات القلب، ضيق في التنفس).
- إن الأعراض الجسدية الأقل ارتباطاً بالعصائية هي: (ألم في الذراعين أو الساقين أو المفاصل، طنين الأذن، الأكزيما أو الطفح الجلدي، نوبات الإغماء)

جدول (١١): نتائج تحليل المجموعات المتعددة عند دراسة الفروق في العلاقة بين العصابية والأعراض الجسدية التي تُعزى إلى النوع الاجتماعي، أو العمر، أو مستوى التعليم

المتغير	مجموعات المتغير	العدد	معامل الارتباط	مربع كاي (X^2)	درجات الحرية	مستوى دلالة (X^2)
الجنس	ذكور	١٣٦٥	**٠,٣٦٣	٠,٠٠٣	١	٠,٩٦ غير دالة
	إناث	١٨٧٨	**٠,٣٦٦			
العمر	من ١٨ إلى أقل من ٢٨	١٠٥٧	**٠,٣٤	٠,٨٢	٥	٠,٩٨ غير دالة
	من ٢٨ إلى أقل من ٣٨	١٠١٨	**٠,٣٨			
	من ٣٨ إلى أقل من ٤٨	٦١٢	**٠,٣٥			
	من ٤٨ إلى أقل من ٥٨	٣٩٢	**٠,٤٠			
	من ٥٨ إلى أقل من ٦٨	١٤٩	**٠,٤٢			
	من ٦٨ فما فوق	١٥	٠,٤٠			
مستوى التعليم	أقل من الثانوية العامة	٨٧	*٠,٢٧	٢,٠٥	٥	٠,٥٦ غير دالة
	الثانوية العامة	٦٥٣	**٠,٤٣			
	الدرجة الجامعية	١٩٧٦	**٠,٣٥			
	تعليم أعلى من الجامعي	٥٢٧	**٠,٤٣			

* دال عند مستوى ٠,٠٥ ** دال عند مستوى ٠,٠١

يتضح من جدول (١١) مايلي:

- إن جميع قيم مربع كاي (X^2) غير دالة إحصائياً، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين العصابية والأعراض الجسدية تُعزى إلى متغيرات: النوع الاجتماعي، أو العمر، أو مستوى التعليم. حيث عدم دلالة (X^2) يعني وجود تقارب بين معاملات الارتباط وعدم اختلاف معاملات الارتباط باختلاف كل من النوع الاجتماعي (الجنس)، والعمر، ومستوى التعليم.

جدول (١٢): نتائج تحليل الانحدار البسيط عند التنبؤ بالدرجة الكلية للأعراض الجسدية من خلال العصابية

معامل التحديد R^2	قيمة (ف)	قيمة (ت)	بيتا β	الخطأ المعياري للمعامل البائي	المعامل البائي B	المتغير المستقل	المتغير التابع
٠,١٥٠	**٥٦٩,٨٠	**٢٣,٨٧	٠,٣٩	٠,٠١	٠,٢٢	العصابية	الأعراض الجسدية الشائعة
		**٧,٥٦	-	٠,٣٤	٢,٥٤	الثابت	

* دال عند مستوى ٠,٠١

يتضح من جدول (١٢) ما يلي:

- وجود تأثير موجب دال إحصائياً للعصابية على الدرجة الكلية للأعراض الجسدية. وتشير قيمة معامل التحديد R^2 إلى أن العصابية تفسر ما نسبته ١٥٪ من التباين في درجات الأعراض الجسدية لدى الراشدين، وهي كمية معقولة من التباين المُفسر بواسطة العصابية. ومن الجدول السابق يمكن صياغة المعادلة التي تعين على التنبؤ بالدرجة الكلية للأعراض الجسدية من خلال العصابية، وذلك في الصورة الآتية: الأعراض الجسدية = ٠,٢٢ (العصابية) + ٢,٥٤
- أي أنه كلما ارتفعت درجات العصابية ارتفعت درجات الأعراض الجسدية لدى الراشدين.

وهكذا تشير نتائج السؤال السادس بوجه عام إلى:

- وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً بين العصابية وجميع الأعراض الجسدية.
- أن الأعراض الجسدية الأكثر ارتباطاً بالعصابية هي على الترتيب: (الشعور بالتعب أو انخفاض الطاقة، مشكلات في النوم، تسارع ضربات القلب، ضيق في التنفس). بينما الأعراض الجسدية الأقل ارتباطاً بالعصابية هي: (ألم في الذراعين، أو الساقين، أو المفاصل، طنين الأذن، الأكتيزما، أو الطفح الجلدي، نوبات الإغماء).
- عدم اختلاف العلاقة بين العصابية والأعراض الجسدية باختلاف كل من النوع الاجتماعي، والعمر، ومستوى التعليم.
- يمكن التنبؤ بالأعراض الجسدية من خلال العصابية، وأن العصابية تفسر ما نسبته ١٥٪ من التباين في درجات الأعراض الجسدية لدى الراشدين.

مناقشة النتائج وتفسيرها:

دلت النتائج في السؤلين الأول والثاني على أن العينة تعاني من العصابية بدرجة متوسطة، وأن الإناث والأصغر عمراً والأقل تعليماً، أكثر عصابية من غيرهم، أي من الذكور والأكبر عمراً والأعلى تعليماً.

ونتيجة الدراسة الحالية فيما يتعلق بارتفاع مستوى العصابية لدى الإناث مقارنة بالذكور، تتفق مع نتائج جميع الدراسات السابقة التي أجريت في مناطق واسعة من العالم امتدت من الأمريكتين إلى أوروبا، ومن إفريقيا إلى آسيا، وتراوحت عيناتها ما بين الكبيرة والضخمة، مثل نتائج الدراسة المرجعية للين ومارتن (Lynn & Martin, 1997) ودراسة كوستا وآخرون (Costa et al., 2001) ودراسة شابمان وآخرون (Chapman et al., 2007) ودراسة شميت وآخرون (Schmitt et al., 2008) ودراسة كاجونيوسا وجونسون (Kajoniusa & Johnson, 2018).

لكن هذه النتيجة الحالية لا يبدو أنها تتفق مع الخلاصة التي توصل إليها كوستا وآخرون (Costa et al., 2001)، من أن فروق النوع الاجتماعي في العصابية، تظهر أكثر وضوحاً في الثقافات الأوربية والأمريكية التي تمتاز بالمستويات الأعلى من المساواة بين الجنسين، والوصول المتكافئ إلى مصادر المعرفة والثروة الاقتصادية. فنتيجة دراسة كوستا وآخرون (Costa et al., 2001) تختلف معها نتيجة الدراسة الحالية، كما تختلف معها أيضاً نتيجة دراسة شميت وآخرون (Schmitt et al., 2008) التي بينت ارتفاع العصابية لدى النساء في (٥٥) دولة على مستوى العالم، بما في ذلك بعض الدول العربية التي خضعت للدراسة كالمغرب ولبنان والأردن، وهي المجتمعات التي تنتمي إلى منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، ولا يمكن وصفها بأنها من الثقافات التي تقلل من فجوة النوع الاجتماعي، أو تهين للمساواة بين الجنسين.

وترى الباحثة الحالية على العكس من كوستا وآخرون (Costa et al., 2001)، أن السمات التي تشتمل عليها العصابية ومنها: القلق، والفضب، والعدائية، والاكئاب، والانفعال، والاجهاد، والقابلية للانجراح، ربما تكون أكثر تمظهراً في ثقافات الدول العربية والنامية وثقافات العالم الثالث عموماً، التي تعاني فيها المرأة من المكانة الأدنى ومن مشكلات التمييز الجنسوي. فتنغذى لديها مشاعر العصابية بمستويات مختلفة، طالما كان عليها دائماً عبء الكفاح الموصول للحصول على حقوقها الأساسية، ومواجهة شتى صنوف المعاناة في الحياة الأسرية، والعمل، والنضال الاجتماعي العام.

أما فيما يتصل بنتيجة الدراسة الحالية، الخاصة بأن مستوى العصابية أعلى لدى الأصغر عمراً مقارنةً بالأكبر، فإنها تتفق مع نتيجة الدراسات السابقة لكل من لولن ومارتن (Loehlin & Martin, 2001) وتيرشيانو وآخرون (Terracciano et al., 2005). لكنها لا تتفق بالكامل مع نتيجة دراسة

سابقة أخرى، ربطت ذلك بالعامل الثقافي الاجتماعي، إذ ظهرت نتائج متباينة حتى على السياق الأوروبي الواحد. فقد بينت دراسة ماك ري وآخرون (McCrae et al., 1999) أن العصابية من جهة أدنى لدى الأكبر سناً في المجتمعين الألماني والبرتغالي، في حين لم يتبدى ذلك في المجتمعين الإيطالي والكرواتي من جهة أخرى.

وعلى صعيد النتيجة الأخرى للدراسة الحالية، المتعلقة بأن مستوى العصابية أعلى لدى الأقل تعليماً، فإنها تتفق مع نتائج الدراسة السابقة لموندين وكريكامب (Monden & Kraaykamp, 2006) والدراسة السابقة لأهادي ونريماني. (Ahadi & Narimani, 2010)

وهاتان النتيجتان الخاصتان بالعمر ومستوى التعليم في سياق العصابية، تفسرهما الباحثة في ضوء أن سمات العصابية ربما تميل نحو الانخفاض مع التقدم في العمر وارتفاع التحصيل الأكاديمي، اللذين يعنيان تراكم الخبرات الحياتية، وارتفاع مستوى المعرفة، والمزيد من النضج الانفعالي والعقلي. وهذه الخصائص في مجملها تُسهّل على الفرد التعامل والتفاعل مع شتى الظروف والتحديات، بقدر أكبر من العقلانية والواقعية، وتجعله أكثر جنوحاً لسمات التوازن والصبر والهدوء والتقبل، عوضاً عن السمات العصابية من اندفاع وغضب وعدائية.

وكون نتيجة السؤال الأول كشفت أن مستوى العصابية كان متوسطاً لدى الراشدين السعوديين، فهذه النتيجة يمكن فهمها في ضوء بعض نتائج السؤال الثاني خاصة (أن الأصغر عمراً، والأقل تعليماً أكثر عصابية)، وكذلك يمكن فهمها في ضوء المتغيرات الديمغرافية للعينة. فأغلب عينة البحث (٦٠٪) كانوا من الحاصلين على الدرجة الجامعية، ولم تتجاوز نسبة الحاصلين على مؤهل أدنى من الثانوية العامة (٢٠،٧٪)، وهذا طبعاً عائد لارتفاع مستوى تعليم الفرد في المملكة العربية السعودية بشكل عام. كما أن نصف العينة هم ممن تراوحت أعمارهم ما بين (٢٨ سنة إلى أقل من ٤٧ سنة). وهذا يعني أن نصف المدرسين في مرحلة عمرية يميزها النضج والثقة.

من جهة ثانية، برهنت نتائج السؤالين الثالث والرابع، أن مستوى الأعراض الجسدية الشائعة لدى الراشدين السعوديين متوسطة الشدة، وأن الإناث والأصغر عمراً والأقل تعليماً أكثر معاناة من الأعراض الجسدية مقارنة بسواهم، أي من الذكور والأكبر عمراً والأعلى تعليماً.

والنتيجة الحالية الخاصة بارتفاع مستوى الأعراض الجسدية لدى الإناث مقارنة بالذكور، تتفق مع نتائج عدد من الدراسات السابقة التي توصلت إلى أن الذكورة عامل وقاية من الأعراض الجسدية (Stankunas et al., 2013) بينما الأنوثة عامل خطورة مستقل (DSM-5, 2013, P 309)، وذلك مثل المراجعة التتبعية المعمقة للدراسات المنشورة على مدى ثلاثة عقود، التي دلت على معاناة النساء بشكل أكثر وأشد من الأعراض الجسدية (Barsky, et al., 2001). كما تتفق النتيجة الحالية

مع نتائج لادون وآخرون (Ladwing et al., 2000) وستاينبركر وآخرون (Steinbrecher et al., 2011)، وناكو وآخرون (Nakao et al., 2001).

لكن النتيجة الحالية تختلف بالمقابل مع نتيجة الدراسة المرجعية الضخمة التي أجراها بيتشنتلي وسايمون (Piccinelli & Simon, 1997) في دول مختلفة، ولم تتوصل إلى كون النساء يعانين أكثر من الرجال من الأعراض الجسدية.

وفي تفسير هذه النتيجة، ترى الباحثة الحالية، أنه لا بد من استرجاع عاملين من العوامل الثلاثة التي ذكرها بارسكي وآخرون (Barsky, et al., 2001)، والنظر إليهما في ضوء المجتمع السعودي كأحد المجتمعات العربية ذات الثقافة الاجتماعية التقليدية. العاملان هما: التنشئة الاجتماعية من جهة، والإساءة والعنف المنزلي من جهة أخرى. فالتنشئة الاجتماعية تساهم في شيوع الأعراض الجسدية لدى النساء السعوديات، لأنها تشجعهن منذ نعومة أظفارهن على تقبل إشارات الضعف والمرض، واستخدام اللغة في التعبير عن هذه الإشارات والمشاعر. هذا بعكس ما يحدث في تنشئة الرجال، الذين تغرس فيهم الثقافة منذ سنوات الطفولة الأولى، أن الذكورة هي المعادل للقوة والتحمل وكبت المشاعر.

وهكذا يبدو أن تنشئة النساء بطريقة معينة، تساهم في زيادة معدل ترددهن على المراكز العلاجية. وكثرة التواصل مع الأطباء يساهم بدوره في زيادة اليقظة والحساسية الجسدية، التي تزيد من معدل الشعور بالأعراض الجسدية. وهكذا يبدو الأمر كدائرة تغذية مرتدة. وتشير الباحثة الحالية في هذا الخصوص إلى الدعم الذي ربما تكسبه النساء من الأعراض الجسدية. إن هذه الأعراض تؤدي لهن عائداً وظيفياً يتمثل في كسب التعاطف والمساندة النفسية في المحيط العائلي والاجتماعي.

أما العامل الآخر وهو الإساءة والعنف المنزلي، فهو ينبه الأعراض الجسدية الكامنة بحسب بارسكي وآخرون (Barsky, et al., 2001). وهنا لا بد من الإشارة إلى أن العنف المنزلي الواقع على المعنفات في المجتمع السعودي، يشمل كافة أشكال العنف البدني والنفسي والجنسي واللفظي والاقتصادي أسوة بما يحدث في المجتمعات الأخرى، بحسب دراسة (بدوي، ٢٠١٧) على المعنفات اللاتي لجأن إلى دور الحماية في منطقة الرياض، وبحسب دراسة (إسماعيل، ٢٠١٦) على المعنفات اللاتي لجأن إلى دور الحماية الاجتماعية في المنطقة الغربية. وأن من يقوم بتعنيف النساء هم الذكور في الأسرة من آباء وأزواج وأخوة (الحربي، ٢٠١٥، الرديعان، ٢٠٠٨). فضلاً عن الأعراض الجسدية التي يسببها العنف البدني المباشر، فإن الإساءة بكافة أنواعها، تغذي في رأي الباحثة الضغوط والمشكلات النفسية لدى المرأة، التي تنعكس بدورها في صورة شكاوى وأعراض وجسدية غير مفسرة طبيياً.

وبالنظر في النتيجة الحالية الخاصة بارتفاع مستوى الأعراض الجسدية لدى الأصغر عمراً، فإنها تتفق مع بعض الدراسات السابقة، وتختلف مع بعضها الآخر. فهي من جهة تتفق مع نتيجة المراجعة

التي تتبعت الدراسات المنشورة في فترة زمنية طويلة تربو على العقود الأربعة، قام بها هيلدرنك وآخرون (Hilderink, et al., 2013). ومن جهة أخرى، فإن النتيجة الحالية ذاتها، تختلف مع نتائج دراسات سابقة، بينت أن الأعراض الجسدية أكثر انتشاراً بين الفئات الأكبر سناً (DSM-5, 2013, P 309) (Stankunas et al., 2013).

وبالنسبة للنتيجة الحالية المتعلقة بأن الأعراض الجسدية أكثر شيوعاً لدى الأقل تعليماً، فإنها تتفق مع نتائج الدراسات السابقة التي اتفقت أن انخفاض مستوى التعليم، هو أحد عوامل الخطورة لظهور واستمرار الأعراض الجسدية (Creed et al., 2012, DSM-5, 2013, P 309)، وأن الحاصلين على تعليم منخفض يعانون من الأعراض الجسدية بنسبة أكبر من ذوي التعليم الجامعي (Stankunas et al., 2013).

وهاتان النتيجتان الخاصتان بالعمر ومستوى التعليم في سياق الأعراض الجسدية، تفسرهما الباحثة في ضوء أن الأعراض الجسدية تميل إلى الارتفاع كلما كان الفرد أصغر عمراً أو أقل تعليماً، لارتباط ذلك ربما بتدني القدرة على فهم واستيعاب الأحاسيس الجسدية المختلفة، ولأخطاء البنية المعرفية، كال تفكير السلبي، والميل إلى تضخيم الأعراض والخطأ في تفسيرها، أو الإفراط في تعميمها، مما يؤدي إلى تعزيزها.

وعامل آخر لا يمكن اغفاله في رأي الباحثة، يشيع بين ذوي التعليم الأدنى، وهو دور المعتقدات الشعبية، التي ربما تنجح بهم إلى تفسير أعراض جسدية عادية في ضوء اختلالات بدنية مفترضة، والاستعانة بالرقاة والمعالجين الشعبيين ومواقع الإنترنت في توفير خلطات وأدوية غير مرخصة، مما يفاقم من حدة هذه الأعراض ويزيد من مقدار التركيز عليها.

كما ترى الباحثة أن القولية أو الصورة النمطية تؤثر في الفئات الأصغر عمراً، والأقل تعليماً أكثر من غيرها، بحيث يجعل هذه الفئات لاشعورياً تعكس مشكلاتها الشخصية ومشاعرها النفسية التي لا يمكنها البوح بها، في صورة أعراض جسدية لاتجد حرجاً كبيراً في الإفصاح عنها. إضافة إلى أن أسلوب الحياة غير الصحي المرتبط بعادات الأكل والنوم والرياضة من المرجح أن يسود بشكل أكبر لدى الأفراد الأقل تعليماً، مما يعزز لديهم من وتيرة الأعراض الجسدية المختلفة.

وعلى صعيد السؤالين الأخيرين، الخامس والسادس، فقد بينت النتائج أن الأعراض الخمسة الأكثر انتشاراً لدى الراشدين السعوديين هي على التوالي: الشعور بالتعب، أو انخفاض الطاقة، مشكلات النوم، الغثيان، أو الغازات، أو عسر الهضم، ألم الظهر، الصداع. كما بينت النتائج وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً بين العصابية والأعراض الجسدية، وأنه يمكن التنبؤ بالأعراض الجسدية من العصابية، وأن بعض الأعراض الجسدية أكثر ارتباطاً بالعصابية من بعضها الآخر.

ويبدو جلياً بأن النتيجة الحالية عن العلاقة الموجبة الدالة بين المتغيرين، تتفق مع عديد من الدراسات السابقة، مثل، (Wongpakaran & Wongpakaran, 2014, Grove et al., 2009, Charles et al., 2008, Vassend et al., 2016). كما أن النتيجة الحالية بأن بعض الأعراض الجسدية أكثر ارتباطاً بالعصائية من بعضها الآخر، تبدو متفقة مع الخلاصة التي توصل إليها جونسون (Johnson, 2003) من أن العصائية ترتبط مع الأعراض الجسدية ذات الصلة الوثيقة بالضغط والتوتر والحالة المزاجية. وهذا ما عكسته نتائج البحث الحالي، حيث ظهر أن الأعراض الجسدية الأكثر ارتباطاً مع العصائية هي: الشعور بالتعب، أو انخفاض الطاقة، مشكلات النوم، تسارع ضربات القلب، وضيق التنفس. وتلك الأعراض كما يتضح ترتبط أكثر من غيرها بوتيرة الإجهاد والتوتر في الحياة اليومية.

وترى الباحثة الحالية بأن نتيجة السؤال الخامس عموماً، قد دلت على أن الأعراض الجسدية الشائعة لدى الراشدين السعوديين، هي تلك الأكثر تمثيلاً لإيقاع الحياة المعاصر، المشبع بأجواء المنافسة وضغوط العمل والالتزامات الاقتصادية، الذي تجعل طبيعة الإجهاد اليومي للأفراد في المجتمعات التقليدية يقترب مع التغيرات الحضارية شيئاً فشيئاً من مثيلة في المجتمعات الصناعية.

وفي تفسير ما انتهت إليه نتائج البحث الحالي من العلاقة الموجبة الدالة بين العصائية والأعراض الجسدية، لا بد في رأي الباحثة من الاستئارة ببعض الفرضيات النظرية المهمة التي حاولت سبر أو تفسير العلاقة بين المتغيرين. فالفرضية النفسية الجسدية (السيكوسوماتية) -The psychosomatics hypothesis ستقترح أن العصائية تتسبب في أعراض جسدية فعلية لدى الراشدين السعوديين، فالفرد العصابي يملك خصائص معينة متعلقة بالجهاز العصبي اللاإرادي -Autonomic nervous system تجعله أكثر عرضة للمشكلات الصحية الفعلية. والمستوى المرتفع من العصائية يرتبط باستجابات تفاعلية أكبر لجهاز القلب والأوعية الدموية (Muth, Koch & Stern, 2000)، وبمستويات أعلى من هرمون الكورتيزول، الذي تفرزه الغدة الكظرية، والمسؤول عن التوتر في الجسم. واستمرار ارتفاع مستوى الكورتيزول يؤدي إلى اختلال جهاز المناعة، وارتفاع كريات الدم البيضاء، وأعراض جسدية مختلفة (Portella, Harmer, Flint, Cowen & Goodwin, 2005). ولا تغفل هذه الفرضية كذلك دور العوامل الجينية الوراثية والتاريخ العائلي (Charles, Gatz, Kato, & Pedersen, 2008, Vassend, Orvik, Czajkowski & Røysamb, 2016).

أما فرضية إدراك الأعراض The symptom perception hypothesis فإنها ستقترح أن الاختلافات الفيزيولوجية الفعلية بين الراشدين السعوديين مرتفعي ومنخفضي العصائية ليست موجودة بالضرورة. وعضواً من ذلك، فإن الراشدين الذين ترتفع لديهم العصائية هم أكثر عرضة لإدراك الأعراض الجسدية ولإبداء شكاوى وردود أفعال مبالغ بها، تجاه هذه الأعراض مهما كانت بسيطة

(Aronson, Barrett & Quigley, 2006). المعنى أن لدى هؤلاء الراشدين زيادة في الاهتمام بالأحاسيس الجسدية وإسنادها إلى مرض بدني محتمل، بدلاً من الاعتراف بها كظاهرة طبيعية أو تعبير عن الإجهاد. وحسب هذه الفرضية فإن العلاقة بين العصائية والأعراض الجسدية لدى الراشدين السعوديين، تتوسطها بعض المتغيرات المعرفية، مثل: الانتباه الانتقائي، والتحيز السلبي في الإبلاغ والكشف عن الأعراض الجسدية، ونمط التفكير الكارثي Catastrophizing الذي يفسر صاحبه الأعراض باعتبارها تهديداً ويذهب تفكيره إلى الأسوأ مما يقوده، بالتالي إلى الاستخدام المفرط للخدمات الصحية (Pedersen, Frosthalm, Oernboel, Jensen & Søndergaard, 2015).

في حين أن فرضية السلوك الصحي الخطر The health risk behavior hypothesis ستذهب إلى أن الرابطة بين العصائية والأعراض الجسدية لدى الراشدين السعوديين تتوسطها أشكالاً من السلوك تزيد من المخاطر الصحية. فالراشد الذي ترتفع لديه العصائية ينخرط في أنواع من السلوك الصحي الخطر كاستراتيجيات تعايش مع الضغوط أو المشكلات الشخصية أو الحالة المزاجية المتكررة أو الاندفاع الانفعالي أو نقص تأكيد الذات (Trobst et al., 2000, Malouff, Thorsteinsson & Schutte, 2006).

وعلى هذا فإن الفرد الذي ترتفع لديه العصائية أكثر احتمالية من غيره للتدخين، أو الإفراط في الأكل، أو الاعتماد على الكحول أو العقاقير، أو السلوك الجنسي المحضوف بالمخاطر (Malouff et al., 2006, Malouff, Thorsteinsson, Rooke, & Schutte, 2007) ومثل هذه الأشكال من السلوك تزيد من خطر المعاناة من الأعراض الجسدية المختلفة.

التوصيات المقترحة:

توصي الباحثة بأن يكون قياس عوامل الشخصية عامة، وعامل العصابية تحديداً، من ضمن الإجراءات المتبعة في عيادات الطب العام، وطب الأسرة والمجتمع، ومراكز الرعاية الصحية، في الحالات المرضية التي تعاني من أعراض جسدية متكررة، كمشكلات النوم، والتعب والإرهاق العام، وتسارع ضربات القلب، والصداع، وضيق التنفس، وغيرها من أعراض تكون غير مفسرة طبياً.

كما توصي الباحثة تبعاً لذلك، بأن تكون جلسات وبرامج التدخل الإرشادي المناسبة على الصعيدين الفردي والجماعي من ضمن الخيارات الطبية في مثل هذه الحالات.

وتوصي الباحثة أيضاً، بإجراء دراسات أخرى، تبحث العلاقة بين الأعراض الجسدية وبقية سمات وعوامل الشخصية، في سبيل الوصول إلى فهم أكثر اتساعاً وشمولية لهذه المشكلة الشائعة، التي تؤثر بشكل سلبي في جودة الحياة عامة، وتقف خلف تردد أعداد كبيرة من الناس سنوياً على العيادات والمراكز الصحية.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- إسماعيل، يسرا محمد. (٢٠١٦). أشكال وأثار العنف ضد المرأة: دراسة ميدانية مطبقة بدور الحماية الاجتماعية في المنطقة الغربية بالمملكة العربية السعودية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، كلية الآداب، قسم الدراسات الاجتماعية.
- البلوي، خولة. (٢٠٠٩). سلوك المخاطرة وفاعلية الذات في ضوء العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى المرأة العاملة. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الرياض للبنات، كلية التربية، قسم التربية وعلم النفس.
- الحربي، سارة فواز. (٢٠١٥). عنف الرجل ضد المرأة في المجتمع السعودي: دراسة ميدانية مطبقة على عينة من المعنفات في مدينة الرياض. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الملك سعود، كلية الآداب، قسم الدراسات الاجتماعية.
- الرديعان، خالد عمر. (٢٠٠٨). العنف الأسري ضد المرأة: دراسة وصفية على عينة من النساء في مدينة الرياض. مجلة البحوث الأمنية، كلية الملك فهد الأمنية، ٣٩، ٨٢-١٤٤.
- الشعلان، لطيفة. (٢٠١٠). الإفصاح عن الذات لدى ذوي الاضطرابات العصابية في ضوء نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية: دراسة على المراجعين للعيادات الخارجية لمجمع الأمل للصحة النفسية ومستشفى القوات المسلحة بالرياض. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ٢٠ (٦٦)، ٣١١-٣٧٠.
- بدوي، عبدالرحمن عبدالله علي. (٢٠١٧). العنف ضد المرأة في المجتمع السعودي: دراسة ميدانية على النساء المعنفات في مدينة الرياض. مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، ١ (١٧٣)، ٤٤٧-٤٩٩.

ثانياً: المراجع الإنجليزية:

- Ahadi, B & Narimani, M. (2010). Study of relationships between personality traits and education. *Trakia Journal of Sciences*, 8(3), 53-60.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, P 309.
- Aronson K,R, Barrett L,F & Quigley K. (2006). Emotional reactivity and the overreport of somatic symptoms: somatic sensitivity or negative reporting style? *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 521– 530.
- Barsky, A, J, Peekna, H, M & Borus, J, F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine*, 16,266-275.
- Chapman, B, P, Duberstein, P, R, Sörensen, S & Lyness, J, M. (2007). Gender differences in five factor model personality traits in an elderly cohort: Extension of robust and surprising findings to an older generation. *Personality & Individual Differences*, 43(6), 1594–1603.
- Charles, S, T, Gatz, M, Kato, K & Pedersen, N, L. (2008). Physical health 25 years later: The predictive ability of neuroticism. *Health Psychology*, 27(3), 369-378.
- Christensen, A, J, Ehlers, S, L, Wiebe, J, ., Moran, P, J, Raichle, K, Fernyhough, K, & Loughton, W, J. (2002). Patient personality and mortality: A 4-year prospective examination of chronic renal insufficiency. *Health Psychology*, 21, 315–320.
- Costa, P, T, & McCrae, R, R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality & Individual Differences*, 13, 653–665.
- Costa, P, T, Terracciano, A & McCrae, R, R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2), 322-333.

- Creed, F, H, Davies, I, Jackson, J, Littlewood, A, Chew-Graham, C, Tomenson, B, Macfarlane, G, Barsky, A, Katon, W & McBeth, J. (2012). The epidemiology of multiple somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(4), 311-317.
- Currie, S, R, & Wang, J. (2005). More data on major depression as an antecedent risk factor for first onset of chronic back pain. *Psychological Medicine*, 35, 1275–1282.
- Goodwin, R, D, Cox, B, J, Clara, I. (2006). Neuroticism and Physical Disorders Among Adults in the Community: Results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (3), 229-238.
- Grov, E, Fosså, S, Bremnes, R, Dahl, O, Klepp, O, Wist, E, Dahl, A. (2009). The personality trait of neuroticism is strongly associated with long-term morbidity in testicular cancer survivors. *Acta Oncologica*, 48 (6), 842-849.
- Hilderink, P, H, Collard, R, Rosmalen, J,G,M & Oude Voshaar, R,C. (2013). Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(1),151-156.
- Huovinen, E, Kaprio, J, & Koskenvuo, M. (2001). Asthma in relation to personality traits, life satisfaction, and stress: A prospective study among 11,000 adults. *Allergy*, 56, 971–977.
- Johnson, M. (2003). The vulnerability status of neuroticism: over-reporting or genuine complaints? *Personality and Individual Differences*, 35(4), 877-887.
- Kajoniusa, P, J & Johnsond, J. (2018). Sex differences in 30 facets of the five factor model of personality in the large public (N = 320,128).

Personality and Individual Difference, 129, 126-130.

- Kroenke, K, Spitzer, R,L & Williams, J, B, W. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic medicine*, 64 (2), 258-266.
- Ladwig, K, H, Mittag, B, M, Formanek, B & Damman, G. (2000). Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population. *European Journal of Epidemiology*, 16(6), 511-518.
- Loehlin, J,C & Martin, N,G. (2001). Age changes in personality traits and their heritabilities during the adult years: evidence from Australian twin registry samples. *Personality and Individual Differences*,30,1147-1160.
- Löwe, B, Spitzer, R, Williams, J, Mussell, M, Schellberg, D, Kroenke, K. (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*, 30 (3), 191-199.
- Lynn, M & Steel, P. (2006). National differences in subjective wellbeing: The interactive effects of extraversion and neuroticism. *Journal of Happiness Studies*, 7, 155–165.
- Lynn, R & Martin, T. (1997). Gender differences in extraversion, neuroticism, and psychoticism in 37 nations. *The Journal of Social Psychology*, 137 (3), 369-373.
- Malouff, J, M, Thorsteinsson, E & Schutte, N, S. (2006). The five-factor model of personality and smoking: A meta-analysis. *Journal of Drug Education*, 36, 47–58.
- Malouff, J, M, Thorsteinsson, E, Rooke, S, E, & Schutte, N, S. (2007). Alcohol involvement and the five-factor model of personality: A meta-analysis. *Journal of Drug Education*, 37, 277–294.

- McCrae, R. R & Costa, P. T. (2003). Personality in adulthood: A five-factor theory perspective. Guilford Press.
- McCrae, R. R., Costa, P. T., Jr., Pedroso de Lima, M., Simões, A., Ostendorf, F., Angleitner, A., et al. (1999). Age differences in personality across the adult life span: Parallels in five cultures. *Developmental Psychology*, 35, 466–477.
- Monden, C & Kraaykamp, G. (2006). Neuroticism, education and self-assessed health in the general population of the United States. Can smoking behaviour explain the associations? *Social Indicators Research*, 78, 271–285.
- Muth, E, R, Koch, K, L & Stern, R, M. (2000). Significance of autonomic nervous system activity in functional dyspepsia. *Digestive Diseases and Sciences*, 45, 854–863.
- Nakao, M, Fricchione, G, Zuttermeister, P, C, Myers, P, Barsky, A, J & Benson, H. (2001). Effects of gender and marital status on somatic symptoms of patients attending a mind/body medicine clinic. *Behavioral Medicine*, 26(4), 159-168.
- Nakaya, N, Hansen, P, Schapiro, I, R, Eplov, L, F, Saito-Nakaya, K, Uchitomi, Y, & Johansen, C. (2006). Personality traits and cancer survival: A Danish cohort study. *British Journal of Cancer*, 95, 146–152.
- Pedersen, H,F, Frostholm, L,B, Oernboel, E, Jensen, J & Søndergaard, S, A. (2015). Neuroticism and maladaptive coping among patients with functional somatic syndromes. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6),617-618.
- Piccinelli, M & Simon, G. (1997). Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress. An international study in primary care. *Psychological Medicine*, 27(2), 433-444.

- Portella, M, J, Harmer, C, J, Flint, J, Cowen, P, & Goodwin, G, M. (2005). Enhanced early morning salivary cortisol in neuroticism. *American Journal of Psychiatry*, 162, 807–809.
- Schmitt, D, P, Realo, A, Voracek, M & Allik, J. (2008). Why can't a man be more like a woman? sex differences in big five personality traits across 55 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(1), 168-182.
- Schneider, G, Heuft, G. (2011). Medically unexplained and somatoform complaints and disorders in the elderly: a systematic review of the literature. *Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 57, 115–140.
- Shipley, B, A, Weiss, A, Der, G, Taylor, M, D & Deary, I, J. (2007). Neuroticism, extraversion, and mortality in the UK Health and Lifestyle Survey: a 21-year prospective cohort study. *Psychosomatic medicine*, 69(9), 923-931.
- Shipley, B, A, Weiss, A, Der, G, Taylor, M, D, & Deary, I, J. (2007). Neuroticism, extraversion, and mortality in the UK Health and Lifestyle Survey: A 21-year prospective cohort study. *Psychosomatic Medicine*, 69, 923–931.
- Smith, T, W, & MacKenzie, J. (2006). Personality and risk of physical illness. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 435–467.
- Stankunas, M, Soares, J, F,J, Stankuniene, A, Melchiorre, M, G, Torres-Gonzales, F, Ioannidi-Kapolou, E, Barros, H & Lindert, J. (2013). Differences in reporting somatic complaints in elderly by education level. *Central European Journal of Medicine*, 8(1), 125-131.
- Steinbrecher, N, Koerber, S, Frieser, D & Hiller, W. (2011). The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*, 52(3), 263-271.

- Terracciano, A, McCrae, R, R, Brant, L, J, & Costa, P, T, Jr. (2005). Hierarchical linear modeling analyses of the NEO-PI-R scales in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Psychology and Aging*, 20,493–506.
- Trobst, K, K, Wiggins, J, S, Costa, P, T, Jr, Herbst, J, H, McCrae, R, R & Masters, H, L. (2000). Personality psychology and problem behaviors: HIV risk and the five-factor model. *Journal of Personality*, 68, 1233–1252.
- Van Diest I, de Peuter S, Eertmans A, Bogaerts K, Victoir A & Van den Bergh O. (2005). Negative affectivity and enhanced symptom reports: differentiating between symptoms in men and women. *Social Science & Medicine*, 61,1835– 1845.
- Vassend, O, V, Orvik, B, H, Czajkowski, N, O & Røysamb, E. (2016). Facets of neuroticism and musculoskeletal symptoms. A study of middle-aged twins. *Norsk Epidemiologi*, 26 (1-2), 47-56.
- Watkins, L, L, Blumenthal, J, A, Davidson, J, R, T, Babyak, M, A, McCants, C, B & Sketch, M. H. (2006). Phobic anxiety, depression, and risk of ventricular arrhythmias in patients with coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 68, 651–656.
- Weiss, A, & Costa, P, T. (2005). Domain and facet personality predictors of all-cause mortality among Medicare patients aged 65 to 100. *Psychosomatic Medicine*, 67, 724–733.
- Wilson, R, S, Krueger, K, R, Gu, L, Bienias, J, L, Mendes de Leon, C, F, & Evans, D, A. (2005). Neuroticism, extraversion, and mortality in a defined population of older persons. *Psychosomatic Medicine*, 67,841–845.
- Wilson, R, S, Mendes de Leon, C, F, Bienias, J, L, Evans, D, A, & Bennett, D, A. (2004). Personality and mortality in old age. *Journals of*

Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 59,P110–P116.

- Wongpakaran, T& Wongpakaran, N. (2014). Personality traits influencing somatization symptoms and social inhibition in the elderly. Clinical interventions in aging, 9, 157- 164.
- Zuithoff, N, Vergouwe, Y, King, M, Nazareth, I, van W, Manja J, Moons, K, Geerlings, M. (2010). The Patient Health Questionnaire-9 for detection of major depressive disorder in primary care: consequences of current thresholds in a crosssectional study. BMC family practice, 11 (1), 98-104.