

Assessing the prevalence of anxiety among a Sample of Students at Faculty of Medical Technology, Azzaytuna University, Libya

Dr. Salama Al-Sharif Salem Alabani *

Department of Education and Psychology, Faculty of Education, Azzaytuna University, Tarhuna, Libya

*Email (for reference researcher): s.alabani@azu.edu.ly

ORCID: 0009-0008-8120-6823

تقييم انتشار القلق لدى عينة من طلبة كلية التقنية الطبية بجامعة الزيتونة- ليبيا

د. سلامة الشارف سالم العياني *

قسم التربية وعلم النفس، كلية التربية، جامعة الزيتونة، ترهونة، ليبيا

Received: 26-03-2026; Accepted: 03-06-2026; Published: 24-06-2026

Abstract:

This study aimed to Assessing anxiety prevalence among a sample of students at Faculty of Medical Technology, Azzaytuna University, Tarhuna, Libya. A sample consisted of 80 second-year students (5 males and 75 females), aged 19-20 years, with a mean age of 19.7 years and a standard deviation of 0.42. The Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) scale, developed by Spitzer et al. (2006), was used in its Arabic version, which the researcher translated after validating it for high reliability within the local context. The results clearly showed that the prevalence of anxiety among the sample of students at the Faculty of Medical Technology, Azzaytuna University, Tarhuna, Libya, was high. Furthermore, the results indicated significant differences attributable to gender, favoring females over their male peers across all academic departments. The researcher recommends focusing on a sound scientific approach to developing psychological diagnostic tools for anxiety and promoting experimental psychological, genetic, social, and economic research in order to achieve in-depth and accurate results for a more comprehensive understanding of how biological, psychological, and hereditary factors interact to shape the causes and symptoms of anxiety among university students, which will contribute positively in the future to developing their personal and academic abilities and skills, and to facing the challenges of anxiety-provoking life situations, as well as their ability to participate in the development of the society around them.

Keywords: Anxiety, mental health disorders, medical psychology, faculty of Medical Technology, university students.

المخلص

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم انتشار القلق لدى عينة من طلاب كلية التقنية الطبية بجامعة الزيتونة ترهونة، ليبيا. وتكونت عينة الدراسة من (78) طالب وطالبة من السنة الثانية بكلية التقنية الطبية، مقسمين (5 ذكوراً، 73 إناثاً). وممن تراوحت أعمارهم ما بين (19-20) سنة، وبمتوسط عمري (19.7) سنة، وبانحراف معياري (0.40). واستخدم مقياس مقياس اضطراب القلق المعمم ذو السبعة بنود GAD-7 الذي صمّمه اسبيتز وزملاؤه (Spitzer et al., 2006) في نسخته العربية التي ترجمها الباحث بعد تقنيته بموثوقية مرتفعة على البيئة المحلية. وأظهرت نتائج الدراسة بوضوح أن معدلات انتشار القلق بين أفراد العينة من طلاب كلية التقنية الطبية بجامعة الزيتونة ترهونة- ليبيا كان مرتفعاً، إضافة إلى ذلك، جاءت نتائج الفروق التي تعزى لمتغير الجنس مرتفعاً لصالح الإناث مقارنة بزملائهن الذكور على كل الأقسام العلمية. ويوصي الباحث بضرورة التركيز على اتباع نهج علمي رصين في تطوير أدوات التشخيص النفسي للقلق وتعزيز البحوث التجريبية النفسية والاجتماعية والاقتصادية لأجل تحقيق نتائج معمقة ودقيقة لفهم أشمل لكيفية تفاعل العوامل البيولوجية، النفسية، والوراثة لتشكيل أسباب وأعراض القلق لدى طلاب المرحلة الجامعية، مما يسهم بشكل إيجابي مستقبلاً في تنمية قدراتهم ومهاراتهم الشخصية والأكاديمية، ومواجهة تحديات مواقف الحياة المقلقة، فضلاً عن قدرتهم على المشاركة في تطوير المجتمع من حولهم.

الكلمات المفتاحية: القلق، اختلالات الصحة النفسية، علم النفس الطبي، كلية التقنية الطبية، طلاب الجامعة.

مقدمة:

يعدّ القلق من مشاكل الصحة النفسية التي تثير أبرز مخاوف الصحة العالمية (World Health Organization, 2015; Javid et al., 2023). وتظهر هذه الاضطرابات عادةً في سن مبكرة، وتتشابه مع اضطرابات نفسية أخرى في تطورها المزمن المتعمد وتأثيرها الوظيفي القوي، ومع تزايد الاضطرابات النفسية الشائعة في جميع أنحاء العالم؛ يمثل ازدياد انتشار القلق عالمياً تهديداً كبيراً لرفاهية السكان وجودة

حياتهم، وقد بينت البيانات الوبائية بين عامي 1990 و2013، ارتفاع عدد المصابين بالقلق بنسبة تقارب 50%، من 416 مليوناً إلى 615 مليوناً، ويتأثر حوالي 10% من سكان العالم بهذه المشكلة، وكما تمثل الاضطرابات النفسية 30% من الأمراض غير المميتة على مستوى العالم (Hernández et al., 2020; Racine et al., 2021).

ومما تجدر الإشارة إليه، أن القلق يعد مشكلة شائعة في مجال الصحة النفسية بين طلاب المرحلة الجامعية الأولى؛ حيث يؤثر سلباً على الأداء الأكاديمي والتفاعل الاجتماعي والرفاهية العاطفية، وتتعدد أسبابه واستراتيجيات التكيف معه (Rastogi et al., 2025). وخلال السنوات القليلة الماضية؛ ازداد التركيز على مختلف أنواع الضغوط النفسية بين طلاب الجامعات، لأن المرحلة الجامعية تعتبر مرحلة محورية في النمو، تقع بين المراهقة والرشد، حيث يتعين على الطلاب التعامل مع الضغوط الأكاديمية، والتكيف الاجتماعي، وتغيرات الأدوار في آن واحد، مما يجعلهم عرضةً بشكل خاص للضغوط النفسية المطوّلة (Stokoe et al., 2024). فضلاً عن ذلك، يضيف بروتا (Perrotta, 2019) أن هذا الاضطراب يتميز بأفكار ومخاوف متطفلة ومستمرة تؤدي إلى قلق وتوتر دائمين، ووصفه أيضاً بأنه ينطوي على قدر غير متناسب من القلق والخوف مقارنةً بالمواقف اليومية، مما يؤدي إلى أفكار وتوقعات سلبية حول الأحداث المستقبلية.

وقد أظهرت نتائج استطلاع التقييم الصحي الوطني لطلاب الجامعات الذي أجرته الجمعية الأمريكية لصحة طلاب الجامعات "ACHA" The American College Health Association في عام 2018م، والذي شمل أكثر من 88000 طالب جامعي في أمريكا، أن أكثر من نصف الطلاب (63.40%) عانوا من قلق شديد في مرحلة ما خلال الأشهر الاثني عشر الماضية؛ علاوة على ذلك، وبعد مرور أربع سنوات أفادت الجمعية الأمريكية للصحة الجامعية في نتائج استطلاعها لربيع 2022م الذي أجرته على الطلاب الأمريكيين هذه الفئة، أن أكثر من ثلث الطلاب (34.60%) تم تشخيص إصابتهم باضطراب قلق مثل: القلق المعمم generalized anxiety، القلق الاجتماعي social anxiety، الهلع panic، والرهاب المحدد and specific phobia، بينما أفاد 35.10% من الطلاب بأن القلق يمثل عائقاً أمام أدائهم الأكاديمي academic performance (ACHA, 2018; ACHA, 2022).

وفي سياق مماثل، أظهر تقرير لمشروع منظمة الصحة العالمية العالمي لمسح الصحة النفسية لطلاب الجامعات الدوليين عام 2018م، أن 35.5% من طلاب الجامعات قد عانوا من شكل من أشكال الاضطرابات النفسية، وكان اضطراب القلق العام من أكثرها شيوعاً، بالإضافة إلى ذلك، أفاد 20.4% من بين الحالات أنهم أخبروا بالقلق وبتأثير كبير على حياتهم الأكاديمية والاجتماعية والشخصية (Auerbach et al., 2018; ACHA, 2022). ويؤكد أجمال وأحمد (Ajmal & Ahmad, 2019) أن القلق شعور إنساني يمر به الجميع لا سيما الطلاب الذين يواجهون مشاكل أثناء دراستهم ويشعرون به في فترة الامتحانات أو اتخاذ قرارات مصيرية في حياتهم.

ويرى الباحث أن هناك حاجة ملحة إلى دراسة تشخيصية ووبائية شاملة للعبء العالمي لاضطرابات القلق، فضلاً عن ارتباطاتها الاجتماعية والديموغرافية على فئات عمرية متنوعة لتقييم عوامل الخطر المحتملة المرتبطة بالقلق، وكذلك لتعزيز وتوجيه جهود تعزيز الصحة النفسية بشكل أكثر فعالية للحد من العبء الاقتصادي والاجتماعي المرتبط بهذا الاختلال الصحي النفسي عالمياً.

مشكلة الدراسة:

يُعدّ القلق الذي يتسم بمشاعر التوتر والخوف حالة شائعة بين طلاب الجامعات، وتواجه مؤسسات التعليم العالي Higher education institutions أزمة متفاقمة ومنتامية في الصحة النفسية بين طلابها (Vishalakshi et al., 2024)، وتجدر الإشارة إلى أن طلاب الجامعات لا يؤثر فقط على صحتهم النفسية وتكيفهم العاطفي، بل قد يمارس أيضاً آثاراً سلبية مستمرة على أدائهم الأكاديمي، وضبط النفس، وعمليات التعلم (Zhang et al., 2024)، وقد يواجه طلاب الجامعات العديد من التحديات التي تؤثر على صحتهم النفسية، بالإضافة إلى الضغوط المتوقعة المرتبطة بالتعليم العالي، ويمثل الانتقال إلى الجامعة فترة حاسمة من النمو الشخصي والأكاديمي لدى الطلاب، ولكنه يفرض أيضاً متطلبات مثل الضغط الأكاديمي،

والمخاوف المالية، والتكيف الاجتماعي، وعدم اليقين بشأن فرص العمل المستقبلية (Frazier et al, 2019; House et al, 2020; Sheldon et al, 2021).

وتتجلى مخاطر وشدة اضطرابات القلق النفسي المؤلمة من خلال التوتر المفرط excessive worry والخوف fear والاستجابات الفسيولوجية physiological responses التي تُعيق بشكل كبير الأداء اليومي ونوعية الحياة للفرد (Karunarathna et al, 2026). وفي هذا الصدد، يؤكد كل من جورمان وزملاؤه (Gorman et al., 2023) أن القلق شعور عاطفي غامض، يُختبر كرد فعل بعد تهديدات أو مخاطر حقيقية تؤثر على وظائفنا. ولهذا السبب يعدّ القلق من أكثر اختلالات الصحة النفسية شيوعًا في الرعاية الصحية الأولية، وهو منتشر بكثرة بين طلاب المرحلة الجامعية الأولى بغض النظر عن تخصصهم الدراسي، وغالبًا ما تُسمى هذه الاضطراب بالأمراض الخفية لصعوبة تحديده وتشخيصه خاصةً بين الطلاب (Malebari et al., 2024). ودعما لما سبق يعتبر القلق، على وجه الخصوص، شائعًا بشكل خاص بين طلاب الجامعات والكليات (Chang, et al., 2021). وقد أظهرت نتائج دراسة أجرتها الجمعية الأمريكية لصحة الطلاب الجامعيين وبذلك بهدف تقييم الصحة النفسية لديهم في أمريكا ربيع 2022م، أن أكثر من ثلث الطلاب (34.60%) تم تشخيصهم باضطرابات القلق مثل: (اضطراب القلق العام، واضطراب القلق الاجتماعي، واضطراب الهلع، والرهاب المحدد)، وفي الوقت نفسه، ذكر 35.10% من الطلاب أن القلق يُعيق أدائهم الأكاديمي (ACHA, 2022).

وبتتبع الدراسات الوبائية في مجال الصحة النفسية وعلم النفس الطبي التي أشارت إلى تزايد نسب انتشار لهذا الاضطراب تبين أن في تشيلي، عام 2022، أبلغ الطلاب عن ارتفاع معدل انتشار أعراض القلق (69.0%) ومع تأثير أكبر بين الإناث مقارنة بالذكور (Martínez-Líbano et al, 2023). أما إسبانيا، ففي عام 2020، أبلغ الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و25 عامًا - وخاصة طلاب الجامعات - عن المزيد من أعراض القلق (Ozimiz-Etxebarria et al, 2020). وهو ما أظهرت مؤخرًا نتائج دراسة أجريت في مدينة جدة، المملكة العربية السعودية لتقييم مدى انتشار أعراض الاكتئاب والقلق بين طلاب الجامعات، وعوامل الخطر المحتملة المرتبطة بها، أن الاختلافات في انتشار القلق بين الطلاب والطالبات جاءت لصالح الإناث أعلى درجات القلق الشديد (18.1% مقابل 12.5% لدى الذكور) ($p < 0.001$) (Malebari et al., 2024). إضافة إلى ذلك، أفاد 40% من طلاب جامعة فرانسيسكان في أوهايو بالولايات المتحدة الأمريكية بمعاناتهم من القلق (Beiter et al., 2015).

وتتحدد مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس الذي ينص على: ما مستوى انتشار اضطراب القلق بين طلاب كلية التقنية الطبية بجامعة الزيتونة -ليبيا. ويندرج تحته التساؤلات الفرعية التالية:

- ما مستوى انتشار معدلات القلق بين المشاركين بكلية التقنية الطبية بجامعة الزيتونة، ترهونة
- ما مستوى انتشار معدلات القلق بين أفراد العينة الكلية وفقا لمتغير الجنس (ذكور، إناث).

أهمية الدراسة:

1. تسعى هذه الدراسة إلى فهم القلق واضطراباته باعتباره أهم العوائق التي تواجه الأداء الأكاديمي وجودة الصحة النفسية لدى لطلاب الجامعات، لا سيما طلاب جامعة الزيتونة ترهونة.
2. يُعدّ فهم العلمي الدقيق لأنواع، مسببات وأعراض القلق ومآله أمرًا بالغ الأهمية لوضع لتعزيز وتطوير برامج وقائية وعلاجية لمواجهة عوامل الخطر المرتبطة بهذه الاختلالات النفسية.
3. يسهم التشخيص المبكر لهذه الاضطرابات القلق النفسي المعقدة في التقليل من تفاقم الصياغة الاكلينيكية لهذه الاختلالات، وتتيح التدخل السريع والمبكر في مراحله الأولية.

أهداف الدراسة:

1. تهدف الدراسة إلى تقييم مستوى انتشار معدلات القلق لدى كلية التقنية الطبية بجامعة الزيتونة، ترهونة.
2. التعرف على الفروق بين متوسطات القلق وفقا لمتغير الجنس (الذكور - الإناث) أفراد مجتمع الدراسة.

مصطلحات الدراسة:

- القلق: Anxiety

يعرف عيسو وآخرون (Essau et al., 2026, p.87) القلق بأنه: «حالة مزاجية mood state تتسم بمشاعر سلبية negative emotions كرد فعل لأحداث أو مواقف threatening or situations events مهددة للحياة، سواء كانت حقيقية أو متخيلة imagined، وتتجلى مظهره من خلال استجابة ثلاثة أنظمة متداخلة و مترابطة interrelated هي: المعرفية، الجسدية، والسلوكية». وإجرائياً: يعرف القلق بأنه: «الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص في مقياس اضطراب القلق المعمم ذو السبعة بنود الذي صممه اسبيتز وزملاؤه 2006م».

حدود الدراسة:

اقتصرت حدود هذه الدراسة على الآتي:

- 1- الحدود البشرية: حددت عينة الدراسة بـ (78) طالبا وطالبة من طلاب السنة الثانية تخصص (التغذية العلاجية، التخدير، المختبرات، تقنية الأسنان) والذين تراوحت أعمارهم بين (19-20) سنة، بكلية التقنية الطبية - جامعة الزيتونة.
- 2- الحدود الزمنية: أجريت الدراسة من تاريخ يوم الأحد الموافق (08) فبراير (2026م) إلى غاية يوم الأحد الموافق (22) فبراير (2026م).
- الحدود المكانية: أجريت الدراسة بمبنى مجمع الكليات الطبية (مدرج ابن سينا)، كلية التقنية الطبية بجامعة الزيتونة، ترونة.

الإطار النظري للدراسة:

فيما يلي يتناول الباحث الأدبيات النظرية للقلق النفسي موضع اهتمام الدراسة الحالية وفقا لما يلي: يشير مصطلح "اضطراب القلق" إلى اضطرابات نفسية محددة تنطوي على خوف شديد أو قلق، ويشمل اضطرابات القلق العام، واضطرابات الهلع ونوبات الهلع، رهاب الأماكن المفتوحة agoraphobia، واضطراب القلق الاجتماعي، والصمت الانتقائي selective mutism، وقلق الانفصال separation anxiety، وأنواع محددة من الرهاب

(Anxiety & Depression Association of America, ADAA, 2019)

والقلق هو نتاج بيولوجي تلقائي automatic biological للتوتر غير المُفرغ discharged tension، وهو شعور مختلط بالخوف والرغبة من المستقبل دون سبب محدد لهذا الخوف، وقد تشمل آثاره الجسدية خفقان palpitations، وتسارع ضربات القلب heart tachycardia، وضعف العضلات وتوترها muscle weakness and tension، والتعب fatigue، والغثيان nausea، وألم الصدر chest pain، وضيق التنفس shortness of breath، والصداع headache، وآلام المعدة stomach aches، أو صداع التوتر tension headaches (Ghosh, 2013).

وفي الوقت نفسه، إن القلق رد فعل طبيعي للتوتر، ويؤثر على جميع الأفراد بطرق مختلفة؛ ووفقاً للجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين (2013)، فإن العديد من الاضطرابات النفسية كالقلق المعمم GAD، الهلع panic، القلق الاجتماعي social anxiety، والرهاب phobias، واضطراب القلق الاجتماعي social anxiety disorder، والرهاب phobias، تترافق مع مستويات عالية من القلق، وتشمل الأعراض الشائعة لمن يعانون من القلق: عدم الارتياح restlessness، والتعب fatigue، وصعوبة التركيز difficulty concentrating، سرعة الانفعال irritability، وصعوبة النوم difficulty sleeping، وتوتر العضلات muscle tension، والارتعاش أو الارتجاف trembling or shaking، وألم الصدر chest pain (American Psychiatric Association, 2013).

وبعبارة أخرى، تتفاوت البيانات الوبائية Epidemiological data المتعلقة باضطرابات القلق بشكل عام، وتُشير جديلاً واسعاً، وذلك بسبب الاختلافات في أساليب الفحص والأدوات المستخدمة، وعندما تتجاوز مستويات القلق الحدود الطبيعية وتكون الاستجابة غير مناسبة، يتوقف القلق عن كونه وظيفياً، وتصبح شدة القلق أو مدته أو تكراره مفرطة، وتؤثر سلباً على أداء الفرد يتم الاعتراف به كاضطراب عقلي

Mental disorder (Bandelow & Michaelis, 2015). ولهذا السبب؛ يعتبر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي 2013، أن السلوكيات التالية لتشخيص اضطرابات القلق هي: القلق المفرط والمستمر، وصعوبة السيطرة على مختلف أحداث أو أنشطة الحياة اليومية، بالإضافة إلى ثلاثة أعراض أو أكثر من أعراض فرط النشاط الفسيولوجي، وعلاوة على ذلك، يجب أن يستمر هذا القلق أو التوتر معظم الأيام لمدة ستة أشهر على الأقل (Hernández et al., 2020).

والجدير بالذكر أن من بين اضطرابات القلق، يتميز اضطراب القلق العام (GAD) بالقلق المستمر الذي يصعب السيطرة عليه، مصحوبًا باضطرابات النوم، وضعف التركيز، والتهيج، وتوتر العضلات (American Psychiatric Association, 2013)، ويعرف راستوجي وآخرون (Rastogi et al., 2025, pp1) مصطلح القلق بأنه كلمة مشتقة من الكلمة اللاتينية "anxietas" بمعنى (الاختناق، والمتاعب trouble، والانزعاج upset)، وتشمل الاستجابات السلوكية والعاطفية والمعرفية لإدراك الخطر. في حين يُعرّفه أنيس وزملائه (Anies et al., 2025, p 595) بأنه اضطراب القلق بأنه حالة نفسية تتسم بمشاعر الانزعاج discomfort، والتوتر، والخوف، والضيق أو عدم الراحة uneasiness.

ومن منحنى آخر، يمكن أن يكون القلق إشارة تحذيرية لضرر محتمل في الأمراض الجسدية، مثل احتشاء عضلة القلب myocardial infarction أو نقص سكر الدم hypoglycemia لدى مريض السكري؛ ولذا بالنسبة لأي مريض يعاني من قلق مفرط بشكل مرضي، يلزم إجراء تقييم نفسي وجسدي شامل لاستبعاد وجود مرض كامن في الرئة أو الجهاز التنفسي (e1) an underlying pulmonary، أو القلب والأوعية الدموية (e2) cardiovascular، أو الجهاز العصبي (e3) neurological، أو الغدد الصماء (e4) endocrine disease (مثل الغدة الدرقية thyroid gland) (Ströhle et al., 2018).

أنواع القلق: Types of anxiety disorders

وفقًا لأحدث التصنيفات العالمية للاضطرابات النفسية (DSM-5-TR, 2022; ICD- 11, 2018)

تُقسم اضطرابات القلق إلى عدة فئات رئيسية هي:

- 1- اضطراب القلق المعمم (Generalized Anxiety Disorder (GAD): قلق وتوتر مفرط Excessive ومستمر يتعلق بالحياة اليومية.
- 2- اضطراب الهلع Panic disorder: نوبات مفاجئة ومتكررة Sudden and repeated attacks من القلق الشديد مصحوبة بأعراض جسدية مثل: خفقان القلب وضيق التنفس.
- 3- اضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي) Social Anxiety Disorder (Social Phobia): خوف شديد من المواقف الاجتماعية التي قد تُسبب التعرض للخلج.
- 4- الرهاب المحدد Specific Phobias: خوف غير منطقي وشديد Irrational and intense fear من أشياء أو مواقف محددة.
- 5- اضطراب ما بعد الصدمة Post-traumatic stress disorder (PTSD): القلق والتوتر الشديد بعد التعرض لأحداث صادمة.
- 6- اضطراب قلق الانفصال Separation Anxiety Disorder (SAD): الخوف من الانفصال عن الأشخاص الذين يرتبط بهم الشخص عاطفياً.
- 7- الصمت الانتقائي Selective Mutism: عدم القدرة على الكلام بشكل مستمر في مواقف اجتماعية محددة.
- 8- رهاب الأماكن المفتوحة Agoraphobia: الخوف من الأماكن المفتوحة أو المزدحمة. (APA, 2022; LeDoux, & Pine, 2016; WHO, 2018)

أعراض القلق: Symptoms of anxiety:

أولاً: الأعراض المعرفية Cognitive: وتتضمن أفكار قلقة anxious thoughts مثل: ("أفقد السيطرة I'm losing control")، وتوقعات قلقة anxious predictions مثل: ("سأتلعثم في الكلام وأحرج نفسي I'm going to fumble my words and humiliate myself")، ومعتقدات قلقة anxious beliefs مثل: ("الضعفاء فقط هم من يشعرون بالقلق").

ثانياً: الأعراض الفسيولوجية Physical: وتشمل ردود فعل جسدية مفرطة مقارنة بالسياق الطبيعي مثل: تسارع ضربات القلب heart racing والشعور بضيق التنفس feeling short of breath أثناء التواجد بين حشود في مركز تجاري) والتي قد تُشخص خطأً على أنها أعراض مرض جسدي، مثل النوبة القلبية heart attack.

ثالثاً: الأعراض السلوكية Behavioural: وتتسم بتجنب المواقف المخيفة feared situations (مثل القيادة driving)، وتجنب الأنشطة التي تثير أحاسيس مشابهة لتلك التي يشعر بها الشخص عند الشعور بالقلق مثل: ممارسة الرياضة)، والتجنبات الخفية subtle avoidances مثل: السلوكيات التي تهدف إلى تشتيت انتباه الفرد، مثل التحدث فترات طويلة خلال الشعور بالقلق، وسلوكيات السلامة safety behaviors مثل: العادات التي تقلل من القلق والشعور "بالأمان"، مثل حمل هاتف محمول دائماً لطلب المساعدة (Rector et al., 2024).

ويضيف أنيس وآخرون (Anies et al., 2025) أن أعراض اضطراب القلق تشمل: استجابات فسيولوجية مثل: التعرق المفرط excessive sweating، والارتعاش trembling، والدوار dizziness، وزيادة معدل ضربات القلب an increased heart rate. وفي سياق مماثل يتفق الباحث مع كاروناراتنا وآخرون (Karunaratna et al., 2026) حول أن تشخيص أعراض القلق يمكن أن تتشابه العديد من الحالات الطبية medical conditions؛ بما في ذلك ورم القواتم أو ورم الخلايا أليفة الكروم - وهو ورم نادر يصيب الغدة الكظرية adrenal gland (غالباً)- والرجفان الأذيني atrial fibrillation وفرط نشاط الغدة الدرقية hyperthyroidism، الأمر الذي يجعل التقييم السريري الشامل أمراً ضرورياً.

أسباب القلق: Causes of anxiety:

تُعدّ بيولوجيا القلق biology of anxiety التي تستند على النظريات البيولوجية القائمة على دراسات تجريبية وأبحاث سريرية مقارنة قد أسهمت بوضوح في التراكم غير المسبوق للمعرفة في مجالات الكيمياء العصبية neurochemistry، علم الأدوية pharmacology، علم الوراثة genetics، وعلم الغدد الصماء العصبية neuroendocrinology، في مساعدة الباحثين على توضيح جوانب القلق الناتجة عن تحفيز الجهاز العصبي اللاإرادي المسبب الرئيس في ظهور أعراض قلبية وعائية cardiovascular، وتنفسية respiratory، وعضلية muscular، وهضمية gastrointestinal مثل: الدوخة dizziness، والرعشة tremor، والإسهال diarrhea، وارتفاع ضغط الدم hypertension، خفقان القلب palpitations، وتسارع دقات القلب tachycardia، وتوسع حدقة العين mydriasis، واضطرابات المعدة gastric discomfort (Podea, & Ratoi, 2011).

و تتسم اضطرابات القلق بأسباب متعددة، تتضمن تفاعلاً معقداً بين العوامل الوراثية والبيئية والنفسية، وقد حددت الدراسات الوراثية متغيرات جينية محددة مرتبطة بزيادة القابلية للإصابة باضطرابات القلق، كما يمكن أن تساهم العوامل البيئية مثل: الأحداث الصادمة والضغط النفسي المزمن ومشاكل الطفولة في تطور هذه الاضطرابات، بالإضافة إلى ذلك، تلعب سمات الشخصية personality traits، التحيزات المعرفية cognitive biases والنشوات العصبية البيولوجية neurobiological abnormalities دوراً حاسماً في ظهور اضطرابات القلق واستمرارها (Xiong, 2023).

ومن المسلم به عمومًا أن الناقلات العصبية الرئيسية المشاركة في الإصابة بالقلق هي النورأدرينالين nor-epinephrine والسيروتونين serotonin وحمض غاما-أمينوبوتيريك gamma-aminobutyric acid (GABA)، فالأدرينالين والنورأدرينالين من أوائل العوامل المسببة للقلق المعروفة، وكلاهما يُفرز استجابةً للضغط النفسي، ويحفز الإبينفرين epinephrine مستقبلات بيتا الأدرينالية beta-adrenergic receptors، بينما يُعد النورإبينفرين norepinephrine منبهًا لمستقبلات ألفا الأدرينالية alpha-

adrenergic، مما يُسبب ضيق في الأوعية الدموية الطرفية peripheral vasoconstriction، وارتفاع ضغط الدم، وانخفاض معدل ضربات القلب، ولا يُعبرُ كل من الإبينفرين والنورإبينفرين الحاجز الدموي الدماغي (Podea & Ratoi, 2011) blood-brain barrier.

وتتضمن الآليات العصبية البيولوجية الكامنة وراء اضطرابات القلق تفاعلات معقدة بين أنظمة النواقل العصبية neurotransmitter systems، ودوائر الدماغ brain circuits، والاستجابات اللاإرادية autonomic responses، وتشمل النواقل العصبية الرئيسية المتورطة في الفيزيولوجيا المرضية للقلق النورأدرينالين norepinephrine، والسيروتونين (5-HT) serotonin، والدوبامين dopamine، وحمض غاما-أمينوبيوتيريك (GABA) gamma-aminobutyric acid، وعلى سبيل المثال يُساهم خلل تنظيم نظام النورأدرينالين في فرط اليقظة، وزيادة معدل ضربات القلب، أما السيروتونين فيعمل تغيير انتقال السيروتونين دورًا حاسمًا في تنظيم المزاج وتعديل القلق، وكذلك تشارك مسارات الدوبامين في نظام المكافأة والاستجابة للضغط النفسي، حيث يُساهم خلل وظيفة الدوبامين في ظهور أعراض القلق، وعلاوة على ذلك يعتبر حمض غاما-أمينوبيوتيريك الناقل العصبي المثبط الرئيسي في الدماغ ويلعب دورًا محوريًا في تقليل النشاط العصبي (Karunarathna et al., 2025).

ونظرًا للتأثير الكبير للقلق على الصحة النفسية والجسدية يرى الباحث إن فهم أسسه العصبية البيولوجية، وأعراضه السريرية، ومعايير تشخيصه، وطرائق علاجه أمر ضروري لتحقيق معايير الرعاية الصحية النفسية لمرضى اضطراب القلق النفسي المراكز الخدمة الصحية النفسية.

المعايير التشخيصية لاضطراب القلق: Diagnostic criteria for anxiety disorder

شهد اضطراب القلق الذي تم وصفه باضطرابات القلق المعمم Generalized anxiety disorder (GAD) عدة تغييرات في الطبقات الأخيرة من الدليل التشخيصي (DSM) 1980، (APA, 1980, 1987, 1994)؛ وظهر مصطلح GAD لأول مرة مع نشر DSM-III (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 1980)، وفي ذلك الوقت، وُصف GAD بأنه "قلق مستمر"، مصحوبًا بأعراض التوتر الحركي، وفرط نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، والتوقع المقلق، ويصف التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة (ICD-10) منظمة الصحة العالمية، (1992) اضطراب القلق العام بطريقة مشابهة جدًا لـ DSM-III، حيث يُعد القلق العام والمستمر من السمات الرئيسية. ومع ذلك، لوحظ ضعف موثوقية تشخيص DSM-III لاضطراب القلق العام باستخدام هذه السمات (Marker & Aylward, 2012).

وقد انصبَّ التركيز في تشخيص القلق على التصوير العصبي neuroimaging والبحوث الجينية genetic research، ويستند هذا النهج جزئيًا إلى الحاجة إلى فهم أشمل لكيفية تفاعل العوامل البيولوجية والضغط النفسي والوراثة لتشكيل أعراض القلق (Bystritsky et al., 2013)، إضافة إلى ذلك، تشمل معايير التشخيص القلق والتوتر المفرطين لمدة ستة أشهر على الأقل، وصعوبة السيطرة على هذا القلق، خاصة عندما يرتبط القلق بثلاثة أعراض أو أكثر من الأعراض التالية لمدة ستة أشهر على الأقل: الأرق، والشعور بالتوتر أو العصبية، والشعور بالتعب، وصعوبة التركيز أو فقدان التركيز، والتهدج، وتوتر العضلات، واضطراب النوم (Munir & Takov, 2022).

ووفقًا للتصنيف الدولي الخامس للاضطرابات النفسية المعدل DSM-5-TR والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي تحت ترميز F41.1 تتضمن هذه المعايير ما يلي:

- أ. القلق والتوتر المفرط (توقع توجسي apprehensive expectation) يحدث أغلب الوقت لمدة 6 أشهر على الأقل، حول عدد من الأحداث أو الأنشطة (مثل الأداء في العمل أو المدرسة).
- ب. يجد الفرد صعوبة في السيطرة على القلق.
- ج. يرتبط القلق والتوتر بثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الستة التالية: (مع وجود بعض الأعراض على الأقل في معظم الوقت خلال الستة أشهر الأخيرة):
ملاحظة: يُطلب بند واحد فقط للأطفال.
1. الأرق أو الشعور بالتوتر أو أنه على أعصابه.

2. سهولة التعب.

3. صعوبة التركيز أو فراغ العقل mind going blank

4. سرعة الانفعال Irritability.

5. توتر العضلات Muscle tension.

6. اضطراب النوم (صعوبة الدخول في النوم أو البقاء نائماً، أو النوم المضطرب واللامرضي).

د. يُسبب القلق أو التوتر أو الأعراض الجسدية ضيقاً أو ضعفاً ذو دلالة سريرية clinically

significant في الجوانب الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة.

هـ. لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة ما (مثل: تعاطي المخدرات drug of

abuse والأدوية medication) أو حالة طبية أخرى (مثل: فرط نشاط الغدة الدرقية

(hyperthyroidism).

و. لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر " مثل: القلق أو الخوف من حدوث نوبات الهلع في اضطراب الهلع، أو التقييم السلبي في اضطراب القلق الاجتماعي، أو الوسواس المتعلقة بالتلوث contamination أو غيرها في اضطراب الوسواس القهري OCD، أو الانفصال عن الأشخاص المرتبطين، كما في اضطراب قلق الانفصال SAD، أو ذكريات الأحداث الصادمة والمؤلمة في اضطراب ما بعد الصدمة PTSD، أو زيادة الوزن weight في فقدان الشهية العصبي anorexia nervosa، أو الشكاوى الجسدية في اضطراب الأعراض الجسدية، أو عيوب المظهر المدرك كما في اضطراب تشوه صورة الجسم body dysmorphic disorder، أو الإصابة بمرض خطير في اضطراب قلق المرض illness anxiety disorder، أو محتوى المعتقدات الوهمية delusional beliefs كما يحدث في الفصام schizophrenia أو اضطراب الأوهام الضلالات (APA, 2022, PP. "delusional disorder 251-252).

ويرى الباحث أن أبرز أنظمة التصنيفات النفسية العالمية والمتمثلة في (DSM-S-IV, 2022;

ICD-11, 2018) كلاهما يميز بوضوح بين القلق "الطبيعي normal" والقلق "السريري clinical"

بناءً على عدد الأعراض وشدتها واستمرارها وتأثيرها على الأداء. وفي الوقت نفسه يؤكد على أن التشخيص

الدقيق وفي الوقت المناسب لاضطرابات القلق يُعد خطوة حاسمة في عملية العلاج، ويتطلب استخدام أدوات

تقييم موحدة، ومقايير سريرية شاملة، ومراعاة السياق الثقافي والشخصي للمريض. كما أن التمييز بين

أنواع القلق المختلفة والاضطرابات النفسية والجسدية الأخرى يُسهم بشكل كبير في وضع خطة علاجية

فعّالة وموجهة.

إن فهم كيفية تفاعل الاستجابة العاطفية والمعتقدات الأساسية واستراتيجيات التكيف مع مرور الوقت

من شأنه أن يؤدي إلى تشخيصات أكثر دقة وإدارة أفضل لاضطرابات القلق. وقد طبق النموذج الذي نسميه،

تبسيطاً، "نموذج ABC للقلق" على أنه تفاعل مكاني وزماني بين الإنذارات والمعتقدات واستراتيجيات

التكيف (انظر: الشكل 1)، فالإنذارات ("A Alarms") هي أحاسيس عاطفية أو ردود فعل فسيولوجية تجاه

موقف أو إحساس أو فكرة محفزة، وتقوم مجموعة محددة من دوائر الدماغ بمعالجة المعلومات المتعلقة

بالإنذار بسرعة، مدفوعة بتنشيط شبكات الإنذار في الدماغ، ويُنشط هذا الحدث دوائر تعالج المعلومات حول

الخطر، وعندما يقترن بالمعتقدات الشخصية حول الحدث، يؤدي إلى زيادة القلق بشأن الصحة والسلامة

الشخصية، ثم يتم اتخاذ قرار التعامل مع هذا الموقف بناءً على المعتقدات ("B beliefs") التي تعتمد بشكل

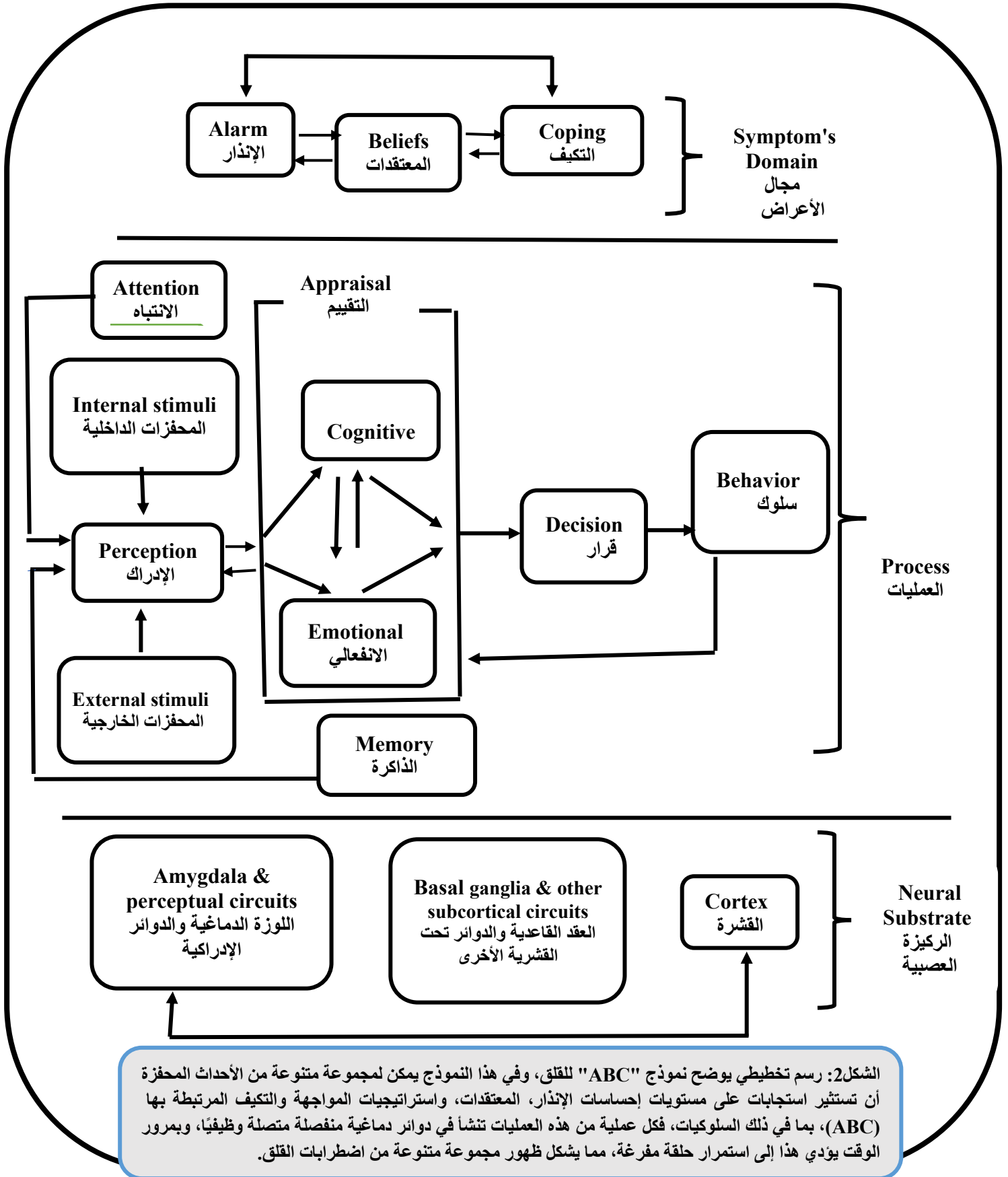
كبير على التجارب السابقة والخلفية الشخصية والثقافية والمعلومات التي تستقبلها الحواس، ومع ذلك، يبدو

أن المرضى الذين يعانون من اضطرابات القلق يعالجون المعلومات المتعلقة بموقف يُفترض أنه خطير

بتركيز أكبر مقارنةً بالأفراد غير المصابين بهذا الاضطراب، وعليه يُحجب اتخاذ القرارات الدقيقة بشأن

المعتقدات بسبب من التفاصيل، مما يؤدي إلى التفكير الكارثي والتردد. وهذا بدوره يؤدي إلى استراتيجيات

التكيف ("C coping strategies").



الشكل 2: رسم تخطيطي يوضح نموذج "ABC" للقلق، وفي هذا النموذج يمكن لمجموعة متنوعة من الأحداث المحفزة أن تستثير استجابات على مستويات إحساسات الإندار، والمعتقدات، واستراتيجيات المواجهة والتكيف المرتبطة بها (ABC)، بما في ذلك السلوكيات، فكل عملية من هذه العمليات تنشأ في دوائر دماغية منفصلة متصلة وظيفياً، وبمرور الوقت يؤدي هذا إلى استمرار حلقة مفرغة، مما يشكل ظهور مجموعة متنوعة من اضطرابات القلق.

الشكل 1: رسم تخطيطي يوضح نموذج "ABC" للقلق

(Feusner et al, 2007 as cited in Bystritsky et al ,2013, pp.32)

مآل اضطرابات القلق: Prognosis of anxiety disorders

يمكن أن تؤثر اضطرابات القلق بشكل كبير على جودة الحياة في حال عدم علاجها، تزيد مستويات القلق المزمن من خطر تعاطي المواد المخدرة (العلاج الذاتي بالكحول أو المخدرات self-medication with alcohol or drugs)، والاكتئاب الرئيسي Major depression "مرض مصاحب شائع"، ومضاعفات القلب والأوعية الدموية (ارتفاع خطر الإصابة بارتفاع ضغط الدم hypertension، واضطراب النظم القلبي arrhythmias، وأمراض الشريان التاجي coronary artery disease، وضعف الأداء الاجتماعي والمهني، وزيادة خطر الانتحار suicide risk، لا سيما في اضطراب القلق العام واضطراب الهلع panic disorder، وكما أن معدلات الانتكاس relapse على المدى الطويل مرتفعة، مما يستدعي المتابعة مدى الحياة في كثير من الحالات (Karunarathna et al., 2025). وأخيراً، يؤكد الباحث على أن القلق هو شعور إنساني طبيعي في مستوياته الأولية، لكنه يُعتبر مفرداً أو مرضياً عندما تكون مستوياته حادة وغير متناسب مع التحديات أو الضغط الذي يواجهه، أو من حيث استمراره على هذا النحو إلى فترة زمنية طويلة، مما يؤدي إلى تفاقم اضطراباته النفسية والعقلية، وتصبح أعراضه الاجتماعية والمهنية والبيولوجية ذات أثر مؤلم وسلبى يهدد الحياة الفرد ومحيطه.

دراسات سابقة:

يتناول الباحث الإنتاج البحثي والدراسات السابقة حول موضوع دراسته على النحو التالي: هدفت دراسة تان وآخرون (Tan et al., 2023) إلى مراجعة شاملة للدراسات المنهجية والتحليلات التلوية لتلخيص البيانات المنشورة حول الانتشار العام للقلق بين طلاب الكليات والجامعات. وأجري بحث منهجي في مصادر متنوعة، شملت خمس قواعد بيانات، وخمس مجلات، ومحرك بحث جوجل سكولار، وقاعدة بيانات ProQuest Dissertations & Theses Global، وأسفر عن 25 دراسة استوفت معايير الإدراج. وتراوحت أحجام العينات بين 1122 و1264132 (الوسيط = 22171)، وشملت بعض البلدان في المحيط الهادئ، أفريقيا، الشرق الأوسط، الدول العربية، آسيا، وأوروبا، وأمريكا الشمالية والجنوبية. وتم لاحقاً تجميع نتائج هذه المراجعات الخمس والعشرين في سردٍ تحليلي. بلغ متوسط انتشار القلق بين طلاب الجامعات والكليات 32.00%، وتراوح بين 7.40% و55.00%. وكشفت تحليلات المجموعات الفرعية أن تحديداً الإناث خاصة المقيمت في آسيا بدلاً من أوروبا يرتبطن بمستويات أعلى من القلق. بالإضافة إلى ذلك، لوحظ ازدياد في القلق فيما يتعلق بتداعيات جائحة كوفيد-19. تُبرز نتائجنا مدى تأثير طلاب الجامعات والكليات بالقلق، وتؤكد على الحاجة إلى استراتيجيات وتطبيقات وتدخلات أكثر شمولاً لمكافحة هذا الاتجاه المتزايد.

وسعت دراسة مالبياري وزملاؤه (Malebari et al., 2024) التي أجريت على عينة مكونة من 728 طالباً، قاموا بتعبئة ثلاث مجموعات من الاستبيانات بشكل مجهول: استبيان معلومات اجتماعية وديموغرافية ونمط الحياة، واستبيان صحة المريض (PHQ-9) للكشف عن أعراض الاكتئاب، ومقياس اضطراب القلق العام (GAD-7) للكشف عن أعراض القلق. وأظهرت النتائج أن 81.5% أفادوا بالاكتئاب و63.6% بالقلق، دون وجود فرق بين طلاب التخصصات الطبية وغير الطبية، وممارسة الرياضة بانتظام، وتاريخ الإصابة باضطرابات نفسية، وتشخيص الإصابة بمرض مزمن، واستخدام مضادات الاكتئاب. علاوة على ذلك شملت مؤشرات القلق الهامة: الإناث، وتشخيص الإصابة بمرض مزمن، وتاريخ الإصابة باضطرابات نفسية، والتدخين. ومن المثير للدهشة أننا لم نلاحظ أي فروق ذات دلالة إحصائية بين انتشار أعراض الاكتئاب أو القلق وعوامل الخطر الشائعة، مثل ضعف الأداء الأكاديمي، وانخفاض دخل الأسرة، وسنة الدراسة.

وفي الاتجاه نفسه بحث كانداسامي وزملائه (Kandasamy et al., 2025) في دراستهم الحديثة نسبياً تحديد أعراض القلق والاكتئاب لدى طلاب جامعة الملك خالد في المنطقة الجنوبية من المملكة العربية السعودية، وأجريت عبر الإنترنت على طلاب جامعة الملك خالد لمدة ثلاثة أشهر، من 20 ديسمبر 2023 إلى 29 فبراير 2024، لتقييم القلق والاكتئاب لديهم. واستخدمت مقياس اضطراب القلق العام (GAD-7) واستبيان صحة المريض-9 (PHQ-9) لتقييم القلق والاكتئاب على التوالي. وكما أُجري تحليل الانحدار اللوجستي متعدد المتغيرات واختبار مربع كاي لتحديد الارتباطات الهامة بين المتغيرات. من بين 323

طالبًا، كانت 176 طالبة (54.49%) و147 طالبًا (45.51%). إجمالاً، كان هناك 43 طالبًا (13%) يعانون من أعراض الاكتئاب، و32 طالبًا (9.9%) يعانون من أعراض القلق. وفقًا لمقياس PHQ، أفاد 11 طالبًا (3.4%) بمعاناتهم من اكتئاب حاد (بدرجات تتراوح بين 20 و27). أما وفقًا لمقياس GAD7، فقد تبين أن 15 طالبًا (4.6%) (بدرجات تتراوح بين 15 و21) يعانون من قلق حاد أو شديد للغاية. في مجموعة الاكتئاب، وُجد ارتباط دال إحصائيًا مع سنة الدراسة ($\chi^2=10.158$, $df=4$, $p=0.038$) ومع عادة التدخين ($\chi^2=3.614$, $df=1$, $p=0.057$). في مجموعة القلق، وُجد ارتباط ذو دلالة إحصائية مع سنة الدراسة ($\chi^2=18.920$, $df=4$, $p=0.001$)، ومدة النوم خلال اليوم بلغت بدائلها من 6 فأقل، من 6 - 8 ساعات، (8 ساعات فأكثر)، ($\chi^2=10.816$, $df=2$, $p=0.004$)، وعادة التدخين ($\chi^2=4.253$, $df=1$, $p=0.039$). أما الارتباط بين الاكتئاب وسلوكيات التدخين [OR=0.355، CI=0.114-1.105، 95%؛ $p=0.074$] ومصدر الطعام (الطعام المنزلي) [OR=0.418، CI=0.174-1.002، 95%؛ $p=0.051$] فكان أقل بقليل من الدلالة الإحصائية. وفيما يتعلق بالقلق، كانت سلوكيات التدخين [OR=0.230؛ أظهرت دراسة أخرى (95%، CI=0.049-1.084، $p=0.063$) وجود ارتباط اقتراب من الدلالة الإحصائية ولكنه لم يبلغها. ورغم أن هذه الدراسة تشير إلى انخفاض معدل انتشار القلق والاكتئاب، وأن معدل الإصابة بالقلق بين الطلاب ليس مرتفعًا كما هو الحال في دراسات أخرى، إلا أنه يبقى أمرًا مثيرًا للقلق. لذا، ينبغي على الجامعات ومؤسسات التعليم العالي الأخرى إيلاء أولوية قصوى لتعزيز الصحة النفسية للطلاب.

وفي دراسة مماثلة قام بها فاجيري وزملائه (Vagiri et al., 2025) لفحص وتقييم مدى انتشار القلق والاكتئاب، بالإضافة إلى ارتباطهما بالخصائص الاجتماعية والديموغرافية، والأكاديمية، والسريرية بين طلاب الصيدلة الجامعيين في إحدى جامعات جنوب إفريقيا، وشارك 229 طالبًا من أصل 304 طلاب مؤهلين (معدل استجابة 75.3%). جُمعت البيانات في أكتوبر 2024 باستخدام ثلاث استبيانات ذاتية التعبئة: استبيان اجتماعي ديموغرافي، استبيان أكاديمي، واستبيان سريري؛ ومقياس GAD-7 للقلق؛ ومقياس PHQ-9 للاكتئاب. وشملت الدراسة الطلاب الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا فأكثر والذين قدموا موافقة مستنيرة. وأشارت النتائج إلى أن أكثر من نصف المشاركات من الإناث (62.0%؛ $n=142$)، وينتمين إلى المجموعة الثقافية "بيدي" (57.6%؛ $n=132$)، وعازبات (69.0%؛ $n=158$)، ويتلقون راتبًا شهريًا يتراوح بين 501 و2000 راند جنوب أفريقي (69.9%؛ $n=160$). فضلًا عن تحديد انتشاراً بنسبة 41.0% ($n=94$) للقلق الشديد و32.7% ($n=71$) لمستويات شديدة من الاكتئاب. وكان لمتغير الجنس تأثير كبير على إجمالي درجات مقياس القلق العام (GAD-7) (قيمة الاحتمال > 0.013) ومقياس صحة المريض (PHQ-9) (قيمة الاحتمال > 0.024)، حيث أشارت الإناث إلى مستويات أعلى من القلق والاكتئاب مقارنةً بالذكور.

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

بعد عرض أدبيات التراث في علم النفس الطبي المتعلقة بالقلق اتضح للباحث ما يلي:

1. أشارت نتائج الدراسات السابقة أن انتشار القلق بين طلاب الجامعات ومؤسسات التعليم العالي يمثل تهديدًا كبيرًا لرفاهيتهم وهو مشكلة صحية نفسية معقدة عالميًا.
2. من خلال تتبع ومراجعة الدراسات السابقة في حدود علم الباحث -هناك ندرة وقلة في البحوث والدراسات بالمتصلة بمصطلح القلق في البيئة المحلية بين فئة طلاب المرحلة الجامعية الأولى.
3. من خلال تتبع الأدوات القياسية المعتمدة في الدراسات التي عرضها سابقًا، استخدمت معظم الدراسات مقياس اضطراب القلق العام (GAD-7) لمقياس القلق بموثوقية وفعالية تشخيصية عالية.

فروض الدراسة:

- في إطار ما تم عرضه في الأطر النظرية والدراسات السابقة يطرح الباحث فروض دراسته ووفقا لما يلي:
1. يوجد انتشار للقلق ذات دلالة إحصائية (0.05)، بين طلبة كلية التقنية الطبية بجامعة الزيتونة، ترهونة - ليبيا.

2. توجد فروق على درجات مقياس القلق الذي صمّمه (Spitzer et al., 2006) ذات دلالة إحصائية عند (0,01) تعزى لمتغير الجنس (ذكور- إناث).

إجراءات الدراسة:

أولاً: منهج الدراسة:

وفقاً لملائمته لطبيعة متغيرات الدراسة الحالية وتحقيق أهدافها وفروضها، اعتمد الباحث على المنهج الوصفي في تحليل نتائجه.

ثانياً: عينة الدراسة:

(أ) عينة الدراسة الاستطلاعية:

قام الباحث بحساب الكفاءة السيكمترية لمقياس القلق المعتمد في الدراسة الحالية بواسطة اختيار عينة عشوائية متاحة لدراسته الاستطلاعية تألفت من (32) طالباً وطالبة من كلية التقنية الطبية بجامعة الزيتونة، ترهونة.

(ب) عينة الدراسة الأساسية:

تم اختيار العينة الأساسية لهذه الدراسة بطريقة عمدية، وتكونت من (78) طالباً وطالبة بكلية التقنية الطبية بجامعة الزيتونة، ترهونة وهو يدرسون في السنة الثانية من الأقسام العلمية (التغذية العلاجية، التخدير، المختبرات، تقنية الأسنان)، وتراوح أعمارهم ما بين (19- 20) سنة من الجنسين، وبمتوسط عمري بين أفراد العينة الكلية بلغ (19.7) سنة، وبانحراف معياري (0.40).

ثالثاً: أدوات الدراسة:

مقياس اضطراب القلق المعمم ذو السبعة بنود The generalized anxiety disorder 7-item scale (GAD-7).

يُعدّ هذا المقياس التشخيصي لاضطراب القلق ذو 7 بنود، والذي صمّمه اسبيتز وزملاؤه (Spitzer et al., 2006) أداة موجزة وموثوقة ومعتمدة تُستخدم للكشف عن اضطرابات القلق وتحديد وجودها لتصبح أداة فحص تشخيصية واسعة الاستخدام عالمياً؛ وتقيّم شدة الأعراض خلال الأسبوعين الماضيين، وهو مقياس أحادي البعد، ويتكون من سبعة بنود، يُقيّم كل بند من البنود السبعة على مقياس ليكرت رباعي النقاط، حيث يُمثل 0 (5) "أبداً"، و1 (5) "عدة أيام"، و2 (5) "أكثر من نصف الأيام"، و3 (5) "كل يوم تقريباً". يُعطي مقياس GAD-7 درجة إجمالية تتراوح بين 0 و21. وصمم هذا مقياس ليناسب البيئات السريرية للمساعدة في التشخيص ومتابعة النتائج، كما يُناسب البيئات غير السريرية كأداة فحص للصحة النفسية، وقد تحقق الباحث من صحة وموثوقية مقياس GAD-7 بعد ترجمته إلى اللغة العربية في الدراسة الحالية، وقد ضمن ذلك ملاءمته لغوياً وسياقياً للطلاب الليبيين، وقد بلغ صدق المحكمين للمقياس 0.87، بينما بلغ معامل ألفا لكرونباخ 0.78 و0.68 بطريقة التجزئة النصفية. علاوة على ذلك، أظهرت نتائج الخصائص السيكمترية للأداة اتساقاً داخلياً عالياً وقدرة على التمييز بين الحالات بدقة، ولذا فهي تُلبي احتياجات الباحثين والمعالجين النفسيين على حدٍ سواء في البيئة المحلية (ليبيا)، والذين يرغبون في قياس الحالة الراهنة للمفحوص أو التغيرات التي تطرأ عليها بمرور الوقت (مثلاً، أثناء التشخيص والعلاج).

نتائج الدراسة (العرض والمناقشة):

أولاً- عرض نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

وينص على أنه " يوجد انتشار للقلق ذات دلالة إحصائية، بين طلبة كلية التقنية الطبية بجامعة الزيتونة، ترهونة - ليبيا. "

وللتحقق من الفرض الأول وصحته تم حساب المتوسط الحسابي، والمتوسط الفرضي، والانحراف المعياري، لدلالة الفروق في المجموعات المستقلة تم احتساب اختبار " ت "، والجدول (1) يوضح ذلك:

جدول (1) يبين نتائج المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي والانحراف المعياري للقلق واختبار دلالة الفروقه بين المتوسطين بـ "ت"

المتغير	العينة N	المتوسط الحسابي M	الانحراف المعياري SD	الوسط الفرضي	النسبة النسوية %	درجة الحرية Df	قيمة ت T.	مستوى الدلالة Sig
القلق Anxiety	80	58.640	14.687	78	68.32%	77	3.746*	دالة عند 0.05

* قيمة دالة إحصائية عند $\alpha = 0.05$

الجدول رقم (1) يوضح أن قيمة المتوسط لمعدلات انتشار اضطرابات القلق بين العينة الكلية قد بلغت (58.640)، وانحراف معياري (14.687)، وبحساب دلالة الفروق بلغت قيمة ت (3.746)، وهي ذات دلالة معنوية عند ($\alpha = 0.05$)، ويفسر الباحث أن معدلات انتشار القلق في العينة الكلية كانت مرتفعة، وتتجلى أعراضه على المستويين النفسي والجسدي من خلال التوتر المفرط excessive worry، الخوف fear، والاستجابات الفسيولوجية physiological responses التي تُعيق بشكل كبير الأداء اليومي الأكاديمي والعملية ونوعية الحياة الطلاب الجامعيين، وفي الوقت نفسه، أظهرت النتائج بوضوح أن الأسباب الكامنة للقلق لدى مجتمع الدراسة هي التوتر، الصدمات النفسية، العوامل البيئية، والوراثة، مما تسبب في حدوث ضيقاً شديداً للطلاب المصابين ذوي الدرجات المرتفعة على مقياس القلق المستخدم. وهذا ما أكدته كاروناراثنا وآخرون (Karunarathna et al., 2026) بأن اضطرابات القلق من أكثر اضطرابات الصحة النفسية الشائعة (CMDs) Common mental health disorders شيوعاً في العالم، والذي يُعتقد أنها أهم الأسباب لزيارة مراكز الرعاية الصحية.

وينسجم ذلك مع ما ذكره فاجيري وآخرون (Vagiri et al., 2025) في دراسته سابقاً ومع ما أفاد به طلاب المرحلة الجامعية الأولى من كلية التقنية الطبية بجامعة الزيتونة، والذين أخبروا القلق في وقت سابق أنه غالباً عاشوا بعد تشخيصهم بهذا الاضطراب في حالة ترقب دائم لحدوث شيء سيء لهم يتعلق بالمال أو الصحة أو العمل أو التقييم الاجتماعي، أيضاً عادةً ما يصاحبه ظهور أعراض جسدية مثل: التعرق والترنح والإغماء، أو تسارع ضربات القلب. وقد أظهرت دراسة أجريت في جنوب أفريقيا أن معدل انتشاره كان أعلى من معدل انتشارا اضطرابات أخرى مثل الاكتئاب.

ومع إبلاغ ما يقرب من ثلث طلاب كلية التقنية الطبية عن أعراض تتوافق مع اضطراب القلق في مرحلة ما من مسيرتهم الأكاديمية؛ أصبحت الصحة النفسية قضية صحية عامة محلياً وعالمياً، وتعد آثار هذه البيانات الوبائية المتعلقة بالصحة النفسية وخيمة، إذ يؤثر القلق على رفاهية وجودة حياة الطلاب ويرتبطان ارتباطاً وثيقاً بتدني الأداء والانجاز الأكاديمي، ومما يُظهرون انخفاضاً في مستوى مشاركتهم وفعاليتهم في تحصيلهم، علاوة على ذلك، تزيد من احتمالية ارتفاع معدلات التسرب، مما يُشكل تحديات للجامعات المحلية، والتي تهدف إلى دعم فرص نجاح الطلاب وتطورهم في تنمية قدراتهم المعرفية واتخاذ القرارات.

ويرى الباحث أنه ينبغي على اختصاصيو العلاج النفسي إيلاء الأولوية في الممارسات الاكلينيكية للرعاية الصحية النفسية الحالية للتقييم النفسي العصبي وإدارة حالات القلق بين طلاب مؤسسات التعليم العالي مبكراً، وكما ينبغي علينا العمل على توعية وتنقيف الفئات الأكثر عرضة للخطر وفقاً لمتغير الجنس وتوجيهها بشأن ممارسات الرعاية الذاتية بهدف تقليل مخاطر تفاقم اختلالات الصحة النفسية المتعلقة بالقلق. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسات ذات الصلة عالمياً (Tan et al., 2023; Malebari et al., 2024)، والتي أظهرت نتائجها أن معدلات انتشار القلق لدى طلاب الجامعات لا سيما الطبية منها كانت مرتفعة.

ثانيا- عرض نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

وينص على " توجد فروق على درجات مقياس القلق الذي صمّمه (Spitzer et al., 2006) ذات دلالة إحصائية عند (0,01) تعزى لمتغير الجنس (ذكور- إناث)."

جدول (2): يبين نتائج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري واختبار ويلش في مقياس القلق

المتغير	متغير الجنس G	العينة N =78	متوسط حسابي M	انحراف معياري Sd	اختبار ويلش Welch's t-test	مستوى الدلالة Sig
القلق Anxiety	الذكور M	05	36.90	12.35	*-7.924	دالة عند 0.01
	الإناث F	73	62.04	6.28		

* قيمة دالة إحصائية عند $\alpha = 0.01$.

تشير بيانات الجدول (2) إلى وجود فروق معنوية في معدلات نسب انتشار أعراض القلق تعزى لمتغير الجنس بين المشاركين؛ حيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور (36.90)، وانحراف معياري (12.35)، وبمقارنة الإناث جاءت قيم متوسط حسابهن (62.04) وانحراف معياري (6.28)، أما قيمة اختبار ويلش Welch's t للعينات غير المتساوية وغير متجانسة التباين هي (-7.924) وهي ذات دلالة إحصائية عند ($\alpha = 0.01$). ويفسر الباحث أن ارتفاع معدلات انتشار القلق وفقا لمتغير الجنس بين الإناث مقارنة بزملائهن الذكور بكلية التقنية الطبية بجامعة الزيتونة ترهونة - ليبيا نتيجة طبيعية - إذا ما اعتبرنا أنها مشكلة متعددة الأوجه تتأثر بنسب متفاوتة الإناث في مقابل الذكور بالعوامل الاجتماعية والديموغرافية والأكاديمية والسريرية، ودعما لما سبق، فإن اضطرابات القلق أكثر شيوعاً بمرتين بين الإناث مقارنة بالذكور، وتُعزى أسباب ذلك إلى تعرض الإناث لتجارب حياتية أكثر إرهاقاً وصدمة (Maeng & Vagiri et al., 2016) وهو ما أكدته أيضا نتائج دراسة (Milad, 2015 ; Remes et al., 2016) واللاتي أشارت إلى أن الإناث يعانون من مستويات أعلى من القلق والاكنتاب مقارنة بالذكور. ويمكن أن قراءة وتحليل هذه النتائج بأن تقام معدلات انتشار القلق واضطراباته لدى الطالبات إلى أنه يُعزى ذلك جزئياً إلى موقفهم السلبي تجاه قد يعود ذلك إلى عدم إدراكهم لحاجتهم للمساعدة، أو الانفتاح العاطفي، وخدمات الإرشاد الأكاديمي داخل الحرم الجامعي، مما يعني أنهم قد يترددون في الاستفادة من خدمات الصحة النفسية خلال فترة الدراسة الجامعية، ولهذا السبب فإن فهم هذه التجارب والأحداث، وتحديد الآثار لهذه المعتقدات التلقائية السلبية، والعمل على توفير كافة التسهيلات لأبنائنا الطلاب الذين تم تشخيص إصابتهم باضطرابات القلق، أمر بالغ الأهمية للقادة الأكاديميين والمختصين في العلاج النفسي في الكليات والجامعات.

وينسجم ذلك أيضا مع نتائج دراسة ماليباري وآخرون (Malebari et al., 2024) والتي أشارت إلى أن القلق من أكثر الحالات شيوعاً في الرعاية الصحية الأولية، وهو منتشر بنسب أعلى بين طالبات المرحلة الجامعية الأولى بغض النظر عن تخصصاتهم مقارنة بالذكور، وغالباً ما تُسمى هذه الاضطرابات بالأمراض الخفية لصعوبة تحديدها وتشخيصها خاصة بين الطلاب في المرحلة الجامعية، إلا أن نتائج دراسة كانداسامي وزملائه (Kandasamy et al., 2025) كانت مختلفة، حيث أظهرت أن معدل انتشار القلق بين طلاب جامعة الملك خالد بالمملكة العربية السعودية ليس مرتفعاً كما هو الحال في الدراسة الراهنة، ولم يكن متغير نوع الجنس حاسماً في اتجاه هذه النتائج لأي من الذكور والإناث.

استنادا على ما توصلت إليه نتائج هذه الدراسة يطرح الباحث مجموعة من التوصيات والمقترحات على النحو التالي:

أولاً: التوصيات:

- 1 العمل على تفعيل مراكز الارشاد النفسي والأكاديمي في مؤسسات التعليم العالي للحد من تفاقم الاختلالات النفسية داخل الحرم الجامعي.
- 2 العمل على تصميم وإعداد برامج تشخيصية مبكرة ، ووقائية، إرشادية وعلاجية في مراكز الرعاية الصحية النفسية الخاصة بطلاب الجامعات والمعاهد العليا.
- 3 تدريب الطلاب على أساليب مواجهة القلق وتوفير بيئة آمنة تساعدهم على حل المشكلات والتكيف المستمر مع المواقف الصعبة التي تواجههم في مسيرتهم الأكاديمية.

ثانياً المقترحات :

1. إجراء دراسات اكلينيكية معقمة على عينات مماثلة ومختلفة التخصصات بمؤسسات التعليم العالي الليبي.
2. دراسة الأسباب وعوامل الخطر والأسس البيولوجية والوراثية والاجتماعية والنفسية الكامنة وراء تفاقم اضطرابات القلق لدى عينات من مراحل تعليمية مختلفة لا سيما طلبة الجامعات والمعاهد العليا.

Compliance with ethical standards

Disclosure of conflict of interest

The author(s) declare that they have no conflict of interest.

References

1. Ajmal, A & Ahmad S. (2019). Exploration of anxiety factors among students of distance learning: A case study of Allama Iqbal Open University. *Bull Educ Res*,41(2),67–78.
2. American College Health Association, ACHA. (2018). *American College Health Association National College Health Assessment II: Reference Group Executive Summary Spring*. American College Health Association. American College Health Association, ACHA. (2022). *American College Health Association National College Health Assessment III: Reference Group Executive Summary Spring*. American College Health Association.
3. American Psychiatric Association. (2013). *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
4. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical of mental disorders*. (5th ed.-text revised) Washington, DC: Author.
5. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5-TR* (5th ed., text revision). Washington, DC: Author.
6. Anies, N., Junizar, J., & Wiguna, R. (2025). Factors affecting student anxiety in completing the final project. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 7(2), 595-602.
7. Anxiety & depression association of America "ADAA"(2019). *Understanding the facts: Anxiety and depression*. Anxiety & depression association of America. Available online at 16-02-2026. <https://adaa.org/understanding-anxiety>.
8. Auerbach P, Mortier P, Bruffaerts R, Alonso J, Benjet C, Cuijpers P, Demyttenaere K, Ebert D, Green G, Hasking P, Murray E, Nock K, Pinder-Amaker S, Sampson A, Stein J, Vilagut G, Zaslavsky M, Kessler RC; WHO WMH-ICS Collaborators. (2018). WHO world mental health surveys international college student project: prevalence and distribution of mental disorders. *J Abnorm Psychol*,127(7),623–638.
9. Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327–335.
10. Beiter R, Nash R, McCrady M, Rhoades D, Linscomb M, Clarahan M, & Sammut S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *J Affect Disord*1(173),90-96.
11. Bystritsky A, Khalsa S, Cameron E, & Schiffman J. (2013). Current diagnosis and treatment of anxiety disorders. *P T*, 38(1),30-57.
12. Chang, J., Ji, Y., Li, Y.-H., Pan, H.-F., Su, P.-Y., (2021). Prevalence of anxiety symptom and depressive symptom among college students during COVID-19 pandemic: a meta-analysis. *J. Affect. Disord*. 292, 242–254.
13. Essau, C., Sahin, H., & Au, T. (2026). Anxiety disorders and co-occurrence with depression. In J. Pettit, T. Olinio, R. Boyd, B. Chu, E. Hayden, & D. A. Pizzagalli (Eds.), *APA handbook of depression*:

Classification, co-occurring conditions, and etiological processes (pp. 87–102). American Psychological Association.

14. Frazier, P., Gabriel, A., Merians, A., & Lust, K., (2019). Understanding stress as an impediment to academic performance, *Journal of American College Health*,67(6)562–570.
15. Gorman, D., Linda, M., & Anwar, F. (2023). *Mental Health Nursing*. Philadelphia, Pa, F.A. Davis publisher.
16. Ghosh, S. (2013). Anxiety Among University Students. *IJSR - International Journal of Scientific Research*,2 (2), 380-381.
17. Hernández, E., Ortega, M., & Briceño, V. (2020). Anxiety and academic performance in university students. *American International Journal of Contemporary Research*,10(2), 8-12.
18. House, L., Neal, C., & Kolb, J. (2020). Supporting the mental health needs of first-generation college students, *Journal of College Student Psychotherapy* 34, (2)157–167.
19. Javaid F, Hashim J, Stip E, Samad MA, & Ahbab A. (2023). Epidemiology of anxiety disorders: Global burden and sociodemographic associations. *Middle East Curr Psychiatry*,30(1),44.
20. Kandasamy, G., Almanasef, M., Almeleebia, T. Orayj, K., Shorog, E., Alshahrani, A., Khaled, A., Prabahar, K., Alqifari, S., Mani, V., Ghaida Yahya, G., Alsuhim, A., Muteb, W., .Alahmari5, Ahmed, R., & Balsamy, P. (2025). Prevalence of anxiety and depression among university students in Southern Saudi Arabia based on a cross sectional survey. *Sci Rep* 15, 15482. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-00695-y>.
21. Karunarathna, I., Fernando, C., Ekanayake, U., Hapuarachchi, T., Gunasena, P., Laughter, P., Perera, N., Gunathilake, S., De Alvis, K., & Kap Gunawardana K. (2025). Anxiety Disorders in Primary Care Challenges and Solutions. *Psychology*,1-23.
22. Karunarathna, I., Jayawardana, A., Vidanagama U., Fernando, C., Ekanayake, U., Hapuarachchi, T., Gunasena, P, et al. (2026) Personalized Medicine in Anxiety Treatment Future Directions and Innovations. *Uva Clinical Anaesthesia and Intensive Care*,1-23.https://www.researchgate.net/publication/389494206_Personalized_Medicine_in_Anxiety_Treatment_Future_Directions_and_Innovation.
23. LeDoux, E., & Pine, S. (2016). Using neuroscience to help understand fear and anxiety: A two-system framework. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1083–1093.
24. Maeng L., Y, & Milad M., R. (2015). Sex differences in anxiety disorders: interactions between fear, stress, and gonadal hormones. *Hormones and Behavior*, 76, 106-117.
25. Malebari M, Alamoudi O, AL-Alawi I, Alkhateeb A, Albuqayli S & Alothmany N. (2024). Prevalence of depression and anxiety among university students in Jeddah, Saudi Arabia: Exploring sociodemographic and associated factors. *Front. Public Health*,12,1441695.
26. Martínez-Líbano J, Torres-Vallejos J, Oyanedel C, González-Campusano N, Calderón-Herrera G, & Yeomans Cabrera M. (2023). Prevalence and variables associated with depression, anxiety, and stress among Chilean higher education students, post-pandemic. *Front Psychiatry* 14, 1139946.
27. Marker, C. & Aylward, A. (2012). *Generalized anxiety disorder*. USA: Hogrefe Publishing.
28. Munir S, & Takov V. (2022). *Generalized Anxiety Disorder*. [Updated 2022 oct 17]. In: Stat Pearls [Internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2026 May-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441870/>.
29. Ozamiz- outbreak Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. (2020). Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 in a population sample in the northern Spain. *Cad Saude Publica*. 36(4) e00054020.
30. Perrotta, G. (2019). Anxiety disorders: definitions, contexts, neural correlates and strategic therapy. *Jacobs Journal of Neurology and Neuroscience*,6(1), 1-15.
31. Podesa, D., & Ratio, F. (2011). Anxiety Disorders. In Á. Szirmai (Ed), *Anxiety and Related Disorders*. (pp.1-34). Croatia: National and University Library in Zagreb.
32. Racine N, McArthur A, Cooke E, Eirich R, Zhu J, & Madigan S. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: A meta-analysis. *JAMA Pediatr* 175,1142. Doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.2482.
33. Rastogi, S., Gupta, S., Deepak, D., Mishra, B., Gore, R., & Singh, V. (2025). A Systematic Literature Review on Anxiety Among Undergraduate Students: Causes and Coping Strategies. *Annals of Neurosciences*, 1–16. Doi: 10.1177/09727531251366078
34. Rector, N., Bourdeau, D., Kitchen, K., Joseph-Massiah, L, & Laposia, J. (2024). *Anxiety disorders: An information guide*. Canada, Centre for addiction and Mental Health Publishing.
35. Remes O, Brayne, C., Rianne van der Linde & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior*, 6, 7, e00497, 2-33. Doi: 10.1002/brb3.497.
36. Sheldon, E, Simmonds-Buckley, M, Bone, C, Mascarenhas T, Chan N, Wincott M, Gleeson H, Sow K, Hind D, & Barkham M. (2021). Prevalence and risk factors for mental health problems in university

undergraduate students: A systematic review with meta-analysis, *Journal of Affective Disorders* 287, 282–292.

37. Spitzer L, Kroenke K, Williams B, & Löwe B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med*.166(10),1092-7. Doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.
38. Stokoe, M., Nordstokke, D., & Wilcox, G. (2024). First year students' perceptions of the transition to university: the role of informational, instrumental, and emotional support. *Int. J. Res. Educ. Sci.* 10, 377–393. Doi: 10.46328/ijres.3392.
39. Ströhle, A., Gensichen, J., & Domschke, K. (2018) The Diagnosis and Treatment of Anxiety. *Dtsch Arztebl Int* 115, 611–620. Doi: 10.3238/arztebl.2018.0611Disorders.
40. Tan, G., Soh, X., Hartanto, A., Goh, A., & Majeed, N. (2023). Prevalence of anxiety in college and university students: An umbrella review. *Journal of Affective Disorders Reports* 14 ,100658. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100658>.
41. Vagiri, R., Mohlabe, K., Mailula, L., Nhubunga, F., Maepa, M., Mphasha, M., Mayimele, N., Bangalee, V., Grootboom, W., Makhele, L., Padayachee, N.(2025). Prevalence of anxiety and depression among pharmacy students at a University in South Africa: A cross-sectional survey, *Acta Psychologica* 259, 105323. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.105323>.
42. Vishalakshi, C., Verma, H., Hajong, C., & Purohit, A. (2024). Anxiety in Higher Education: A Comprehensive Review. *Archives of Current Research International* 24 (12),282-291.
43. World Health Organization. (2015). The European Mental Health Action Plan 2013–2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/175672>.
44. World Health Organization. (2018). *The ICD-11 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva, Switzerland: Author.
45. Xiong, L. (2023). A comprehensive review of anxiety disorders: Understanding, diagnosis and treatment. *Clin Neuropsychol*, 6, (4). 185.e 1000185. Doi: 10.4172/cnoa.1000185.
- Zhang, J., Peng, C., & Chen, C. (2024). Mental health and academic performance of college students: knowledge in the field of mental health, self-control, and learning in college. *Acta Psychol.* 248,104351. Doi: 10.1016/j.actpsy.2024.104351.

Disclaimer/Publisher's Note: The statements, opinions, and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of LJCAS and/or the editor(s). LJCAS and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions, or products referred to in the content.