القائمة السورية للأعراض "دراسة ميدانية"¹

الدكتور سامر جميل رضوان
Dr. Samer J. Rudwan

<https://orcid.org/0000-0002-8844-1307>

¹ القائمة السورية للأعراض – دراسة ميدانية: مجلة العلوم الاجتماعية مجلس النشر العلمي – الكويت، 113-138، شتاء 2000، 4، المجلد 28

القائمة السورية للأعراض

ملخص

مع ازدياد انتشار الأعراض النفسية والجسدية يحتاج المتخصصون النفسيون والأطباء بتخصصاتهم المختلفة إلى أدوات سهلة التطبيق وصادقة تتيح لهم تحديد مدى انتشار الأعراض المرضية وتفاقمها أو تراجعها. وقد هدفت هذه الدراسة إلى إعداد قائمة لتحديد الأعراض والشكاوى المرضية التي يعاني منها المرضى أو الذين يعانون من شكاوى نفسية نظراً لأهمية هذا التحديد في لتشخيص الطبي والنفسي على حد سواء. حيث يساعد ذلك المشخص في تشكيل تصور أولي يتيح له اختيار أسلوب العلاج واتجاهه وقياس مدى فاعلية العلاج المستخدم. اشتملت العينة الكلية على 950 مفحوصاً من طلاب وطالبات جامعة دمشق وموظفون ومرضى بأمراض نفسية مختلفة. واعتمد الباحث في إعداده للمقياس على ما يتوفر في المراجع العالمية من قوائم واختار أكثر الأعراض المرضية انتشاراً، حيث اشتمل المقياس على 64 بنداً. أخضعت البنود للتحليل العاملي الذي قاد إلى استخلاص اثنا عشر عاملاً جذرها الكامن أكثر من 1 تتضمن 53 بنداً وتعكس مقداراً كبيراً إلى حد ما من التجانس، وإلى استخراج معاملات ثبات مقبولة للمقياس وتحديد انتشار الأعراض لدى عينة الدراسة.

المصطلحات الأساسية: الاضطرابات النفسية، الأعراض العصبية، الاضطرابات النفسية الجسدية، التشخيص النفسي، قوائم الأعراض.

The Syrian Symptom Check List

Summary

With the prevalence of psycho- and psychosomatically symptoms, doctors and Psychotherapists in their fields of specialization need valid and easily applied means of diagnosing the extent of symptoms and their increase or decrease in the field of psychotherapy.

This study goal at preparing a questionnaire to define complaints and symptoms suffer by Patients who suffer psychological troubles in view of the suffer importance of this definition in both medical and psychological diagnoses.

This would enable the diagnosing physician to form a preliminary image that would allow the choice of the treatment method, its direction and effectiveness of treatment used. The total sample population contained 950 members consisting of male and female students at Damascus University, employers and various psychological complaint sufferers.

The researcher in his designing of the questionnaire made use of international references available and selected the most wide-spread symptoms, thus the questionnaire contained 53 Items. The Items were subjected to Factor analysis, which led to the deducing of 12 Factors with Eigenvalue more than (1). These Items contain and reflect acceptable reliability coefficient factors for the scale, and delimit the spread span of Symptoms within the sample studied and produces preliminary ratios for them.

Keywords: Psychological Disorders, Neurotic Symptoms, Psychosomatically Symptoms, Psychodiagnostic, Symptom Check Lists

الإطار النظري وخلفية الدراسة

يعتبر تحديد الأعراض والشكاوى التي يعاني منها المرضى إحدى الخطوات المهمة في التشخيص الطبي والنفسي على حد سواء، وعن طريق هذا التحديد يمكن للقائم بالتشخيص أن يكون تصويراً أولياً يساعده في اختيار أسلوب العلاج واتجاهه وقياس مدى فاعليته.

ومع ازدياد انتشار الأعراض النفسية داخل إطار الاضطرابات العصبية والجسدية neurotically and somatoform Disorders يحتاج المتخصصون النفسيون والأطباء بتخصصاتهم المختلفة أدوات سريعة و سهلة التطبيق وموثوقة تتيح لهم تحديد مدى انتشار الأعراض المرضية وتفاقمها أو تراجعها.

وتشير دراسات "معهد ماكس بلانك للطب النفسي" في ألمانيا أن أكثر من ثلث السكان ككل يعانون مرة على الأقل في حياتهم من أشكال مختلفة من الاضطرابات أو المشكلات النفسية (Kass, Oldham & Pardes, 1992 P. 8). كما وتشير دراسات منظمة الصحة العالمية إلى أن واحداً من كل أربعة من المرضى الذين يراجعون عيادات الطب العام يعاني من اضطراب نفسي ويحتاج من ثم إلى علاج نفسي. ففي دراسة شاركت فيها أربع عشرة دولة واشتملت على حوالي 26,000 مشارك وجد أن 25% من المرضى يعانون من اضطرابات نفسية، و 9% يقعون على الحدود بين النفسي والجسدي، و 31% لوحظ لديهم أعراض متفرقة تشير إلى اضطرابات نفسية ممكنة. وهذا بمجموعه يشكل ما نسبته حوالي 65% من مراجعي العيادات العامة (Kornbichler, 1998 Pp.9-10).

أما انتشار الاضطرابات المختلفة فيقع بين (1.5 و 3.5%) بالنسبة لاضطرابات القلق، و بين (10 و 11.3%) للرهابات النوعية، و بين (3 و 13%) للرهابات الاجتماعية، و (2.5%) لاضطرابات الوسواس القهري، و 5% لاضطرابات القلق المعمم، و بين (0.2 و 2%) للاضطرابات ذات الشكل الجسدي، وتوهم المرض بين (4 و 9%)، واضطرابات الأرق بين (30-40%) من السكان ككل (Sass, Wittchen, Zaudig, 1996 Pp. 460 ff.). وهذه المعدلات محسوبة وفق نسب الانتشار مدى الحياة. أما نسب انتشار الاضطرابات الاكتئابية فتتراوح بين (2.7 حتى 6.5% خلال ستة أشهر) (Hautzinger & de Jong-Meyer, 1994 P. 183). وتزداد نسبة انتشار الاضطرابات النفسية عند النساء أكثر منها عند الرجال بشكل عام (DeSilvia et al, 1977; Rapee, et al, 1986; Stuart, et. al, 1984). كما يحتل تحديد الأعراض في المجال العيادي مركزاً مهماً، ذلك أن المرضى بأشكال مختلفة من الاضطرابات ذات الشكل العصبي يعانون إلى جانب أعراض أخرى من كثرة الأعراض الجسدية الوظيفية

والشكاوى النفسية والأعراض الجسدية ذات المنشأ النفسي (Klussmann, 1992 Pp.1-4; Kasielke & Haensgen, 1987 P.6).

وقد شهدت سبعينيات القرن العشرين بداية تطوير قوائم الأعراض التي تهدف - من خلال التقويم الذاتي للمفحوص- إلى تحقيق أكبر درجة ممكنة من التشخيص الدقيق قدر الإمكان -إلى جانب أدوات تشخيصية أخرى كالمقابلات المقننة ونصف المقننة (Maragraf & Schneider, 1994b Pp.61-62).

ويتوفر عدد كبير من القوائم التي تهدف إلى تحديد الأعراض الجسدية والنفسية. وتتشابه جميعها إلى حد ما في أنها تحدد مجموعة أو مجموعات من الأعراض تطلب من المفحوص تقدير مدى وجود كل منها لديه إما بالإجابة بنعم و لا أو بالإجابة على مقياس متدرج. وبعضها يطلب من المفحوص أن يقدر - بشكل إضافي - شدة الإرهاق الشخصي الذي تسببه له هذه الأعراض. ومن هذه القوائم نذكر على سبيل المثال القوائم التالية.

1. قائمة مراجعة الأعراض (SCL-90) Symptom-Check-List-90: صمم هذه القائمة ديروجيتس و ليبمان و كوفي (Derogatis, Lipman & Covi, 1976)، وصدرت لها طبعة معدلة في عام (1986) (Derogatis, 1986). وهي من القوائم واسعة الانتشار والاستخدام في كثير من الدراسات العالمية (Maragraf & Schneider, 1994b P.33). وتتوفر القائمة باللغة الإنجليزية و الألمانية والعربية. وتحتوي القائمة المعدلة SCL-90-R كسابقتها على (90) بنداً تقيس مجالاً واسعاً من أعراض الاضطرابات النفسية والأضرار المعاشة ذاتياً ضمن فترة تبلغ سبعة أيام. ومن ثم تعتبر القائمة مكملية بطريقة مثالية جداً للاختبارات التي تقيس بنية الشخصية عبر فترة زمنية طويلة و متغيرات الأعراض المرضية المتطرفة، أو المستمرة لفترة زمنية طويلة. وتتيح القائمة إجراء تقييم متعدد الأبعاد وإمكانية إعادة الاختبار في دراسات سيرورة العلاج Therapy process. وتقيس القائمة تسعة مجالات فرعية هي: أعراض التجسيد (تحول الصراعات النفسية إلى أعراض جسدية) Somatization و الوسواس القسري و القلق الاجتماعي والاكتئاب و القلق والعُدوانية/العداوة والقلق الرهابي والتفكير الزوّري (البارانويا) والذهانية. ويمكن استخلاص الدرجة الكلية وقياس درجة الضغوط النفسية وعدد الأعراض الضاغطة. وتعتبر القائمة مفيدة من أجل الحصول على معلومات من المرضى والتحديد المتعدد الأبعاد للمنشأ المرضي (Maragraf & Schneider, 1994a, P.70). واستخدمت القائمة في عدد كبير من

الدراسات المتعلقة بالعلاج والمتابعة. أما مجالات الاستخدام فتقع في مجال المرضى المراجعين للعيادات في المجال الطبي النفسي وغير النفسي وفي مجال علم النفس الطبي والعلاج النفسي والنفسي- الاجتماعي. وتتمتع القائمة باتساق داخلي Internal Consistency بين (0.79 و 0.89) بالنسبة لعينات عيادية. كما أن ثبات إعادة الاختبار مقبول، والصدق الظاهري محقق. ويبلغ معامل الارتباط بين المقاييس الفرعية مع بعضها (0.45) بالنسبة لعينات غير عيادية (P. 1997\1996 Test catalog, 199,244).

في عام (1984) أصدر عبد الرقيب البحيري الترجمة العربية للقائمة عن النص الأصلي عارضاً لشرح أشكال الاضطرابات التي تقيسها القائمة والبنود وكيفية التصحيح. ولا تتوفر حول هذه القائمة باللغة العربية أية معلومات حول تطبيقها في دراسات عيادية وغير عيادية.

2. قائمة الأعراض والشكاوى الجسمية من إعداد أحمد عبد الخالق (غير منشورة). تحتوي هذه القائمة على (40) بنداً تقيس مجموعة من الأعراض الجسدية فقط، يجاب عنها وفق مقياس تقدير رباعي. وقد تم استخدام هذه القائمة في دراسة عاملية موضوعها التفاعل والتشاور وصحة الجسم (أحمد عبد الخالق، 1998). وللقائمة ثبات مرتفع قيمته (0,91). وتتراوح ارتباطات البنود بالدرجة الكلية بين (0,14 و 0,69) (أحمد عبد الخالق، 1998، 51-52). وتوجد نسخة منقحة للقائمة تتألف من (60) بنداً (أحمد عبد الخالق، رسالة للباحث 2000\1\30).

3. مقياس الأعراض الناجمة عن معالجة الفرد (Subject's Treatment (STESS) Emergent Symptom Scale. صدر هذا المقياس عن المعهد القومي للصحة النفسية في أمريكا بهدف قياس الأعراض الجسدية التي تظهر مصاحبة للمعالجة الدوائية. ويستند المقياس إلى تحديد الأعراض في الوقت الراهن أو في الأسبوع الماضي (Test catalog, 1996\1997 P. 177,199,244).

4. قائمة الشكاوى (Beschwerden-Liste (B-L) من إعداد تسيرسن Zerssen, (1976 مقتبس عن 1997\1996 Test catalog). صممت القائمة لقياس الأعراض الجسدية والنفسية واستخدمت في دراسات وبائية Epidemiological وميدانية و عيادية

واسعة. ويتراوح معامل ثبات ألفا بين (0.85 و 0.95) و (0.90) بطريقة التجزئة النصفية (Test catalog,1996\1997 P. 177,199, 244)

5. استبيان قياس الشكاوى (BEB) Beschwerdenerfassungsbogen من إعداد كاسيلكة وهينسينغ (Kassielke & Haensgen, 1987). يتألف الاستبيان من 60 بنداً وضعت لقياس الأعراض الجسدية والنفسية في الأسابيع الثلاثة الأخيرة ودرجة الإرهاق الذي تسببه للشخص. كما ويمكن اشتقاق مقاييس فرعية لقياس الأعراض النفسية والجسدية مستقلة وأعراض القلق والرهابات والوهن والاضطرابات المعدية وأعراض اضطرابات القلب والدورة الدموية. وقد صمم الاستبيان بالأصل لقياس درجة العصابية بهدف اختيار طريقة العلاج الملائمة وفعاليتها. ويعتبر مكملاً لبطاريات الاختبارات الأخرى (Kassielke & Haensgen, 1987 Pp. 5-7). ويرتبط الاستبيان بدرجة عالية مع مقاييس أخرى كمقياس فرايبورغ للشخصية². وتتراوح معاملات الثبات بين (0.80 و 0.56) (Kassielke & Haensgen, 1987 P.10).

6. استبيان الشكاوى (BFB) Beschwerdenfragebogen من إعداد هوك وهيس (Hoeck & Hess, 1974). يحتوي الاستبيان على 100 عبارة تقيس مجموعة مختلفة من الشكاوى الجسدية والنفسية، بعض العبارات خاصة بالنساء وبعضها الآخر خاص بالرجال والقسم الآخر مشترك بينهما. ويقيس هذا الاستبيان الشكاوى الكلية بطريقة نعم و لا ويقدم دلالة على وجود اضطراب عصابي. ويتمتع الاستبيان بدرجة جيدة من الصدق الظاهري والثبات (Hoeck & Hess, 1974 Pp. 1-10).

7. استبيان غيسين للشكاوى (GBB) Giessener Beschwerdenbogen . وهو من إعداد بريلر وشير (Breler & Scheer, 1995) مقتبس عن (Test catalog,1996\1997 P. 177,199,244). وقد صمم هذا الاستبيان كسابقه لقياس صورة الأعراض الجسدية للمرضى العصابين والمرضى بأمراض نفسية جسدية. ويساعد على التفريق بين الأعراض الجسدية الموضوعية القابلة للقياس والإحساس الذاتي، حيث يوجد عادة تباعد كبير بين هذه المجالات. ويتراوح معامل ثبات الاستبيان بطريقة التجزئة النصفية بين (0.69 و 0.85)، ويتمتع الاستبيان بقدرة تنبؤية مرتفعة (Test catalog,1996\1997 P.,243).

مشكلة الدراسة وأهدافها

تهتم هذه الدراسة بتوفير مقياس له مواصفات سيكومترية جيدة باللغة العربية لقياس متلازمات الأعراض المرضية وتحديد مكوناته العاملية وتحديد نسبة انتشار أعراض الاضطرابات الجسدية الوظيفية والنفسية والفروق بين الجنسين في درجة انتشار الأعراض. ومن هنا فإن توفير أداة مناسبة للقياس يشكل إحدى الخطوات الأساسية في تحديد مدى انتشار الأعراض المرضية. ومن خلال ذلك تتحدد أهداف هذه الدراسة فيما يلي:

- إعداد قائمة للأعراض.
- اختبار صدق وثبات هذه القائمة على عينة من المفحوصين السوريين.
- فحص البنية العاملية للقائمة.
- تحديد الفروق بين الجنسين في انتشار الأعراض.
- قياس قدرة القائمة على التفريق بين المرضى المشخصين وغير المرضى.
- تحديد معدلات انتشار الأعراض المرضية لدى عينة الدراسة من غير المرضى المشخصين.

أهمية الدراسة

تتبع أهمية هذه الدراسة من كونها الدراسة الأولى التي تبحث في الأعراض المرضية في سورية، حيث لا توجد قائمة مقننة على المجتمع السوري يمكن بمساعدتها تحديد الأعراض المرضية. ومن ثم فهي تشكل إسهاماً في توفير أداة في القياس تساعد -إلى جانب أدوات القياس الأخرى- المتخصصين الإكلينيكين والأطباء النفسيين في التشخيص الفردي والمتابعة العلاجية وبيان مدى تأثير الأساليب العلاجية المستخدمة من خلال تناقص درجة الأعراض. من ناحية أخرى يمكن أن تمد الباحثين في الميدان النفسي والطبي بأداة موثوقة لهدف إجراء أبحاث مسحية ومقارنة في مجال انتشار الأعراض. إذ تعتبر دراسة الانتشار الأساس الذي تقوم عليه برامج الوقاية والتدخل Intervention وتخطيط العلاج واستقصاء فاعليته. (Hellmeier, Brand & Lasser, 1993 P.91).

حدود الدراسة

تتمثل حدود الدراسة في الإطار الزمني لتنفيذها الذي كان في النصف الأول من عام 1999، ومكان إجرائها المحدد في إطار طلاب جامعيين من سنوات دراسية مختلفة وطلاب معهد إعداد المعلمين و موظفين و مرضى، وبالقدرة التنبؤية لبنود القائمة المختارة لقياس الأعراض وبمدى فاعلية الأساليب الإحصائية المستخدمة للإجابة عن التساؤلات المطروحة.

المنهج والإجراءات

عينة الدراسة : جرى سحب عينة الدراسة من أربعة مصادر:

- 1- عينة عرضية من طلاب كليات جامعة دمشق المختلفة بلغ عددها (504) طالباً وطالبة.
- 2- عينة عرضية من طلاب معهد إعداد المعلمين الكائن في منطقة المزرة بمدينة دمشق بلغ عددها (153). وجميع طلابه من سكان ريف دمشق حصراً.
- 3- عينة عرضية مقصودة من المتزوجين جرى سحبها من موظفين في دوائر رسمية مختلفة في مدينة دمشق بلغ عددها (231). وكان الهدف الأساسي من سحب هذه العينة تغطية بنود القائمة المتعلقة بأعراض المشكلات الجنسية بشكل أكثر دقة وتمثيلاً. فقد ظهر أن عدد المتزوجين في عيني الطلاب كان قليلاً إلى حد كبير -بين الذكور خاصة. ومن ثم افترض أن الطلاب غير المتزوجين لا يمتلكون الخبرات الجنسية الكافية بعد والتي تمكنهم من تقدير مدى حدة المشكلة. وبناء على ذلك جرى اختيار هذه العينة المقصودة من المتزوجين حصراً.
- 4- عينة من المرضى نفسياً المراجعين لقسم الأمراض النفسية والعصبية في مشفى تشرين بدمشق. بلغ عدد أفراد العينة (62) مريضاً. يعانون من أعراض اضطرابات نفسية مختلفة جرى تشخيصهم من قبل الأطباء العاملين في المشفى. ويقدم جدول (1) عرضاً لأنواع الاضطرابات النفسية المشخصة.

جدول (1): عرض للاضطرابات النفسية المشخصة وعدد المصابين بها في عينة المرضى (ن=62)

العدد	نوع الاضطراب
14	اضطرابات شخصية مختلفة
10	اضطرابات قلق مختلفة
9	اكتئاب
8	إدمانات مختلفة
6	وسواس قهري
4	اضطرابات هستيرية
3	اضطراب الضغوط التالية للصدمة
2	تبديد الشخصية Depersonalization
2	توهم المرض
2	اضطراب تكيف

1	شذوذ جنسي
1	سيكوباتية
62	المجموع

ويلاحظ من جدول (1) أن عينة المرضى غير متجانسة من حيث التشخيص. كما ولم يمكن الحصول على عينة أكبر تتيح إجراء مقارنات بين الفئات المرضية المختلفة، ومن ثم لم يكن من المناسب إجراء تحليلات إحصائية موثوقة Reliable بالنسبة لهذه العينة، ومن ثم كان الهدف من هذه العينة إجراء مقارنة بين المرضى وغير المرضى لاختبار قدرة القائمة على التمييز بين هاتين الفئتين.

ويقدم جدول (2) عرضاً مفصلاً لخصائص العينات المسحوبة:

جدول (2): توزع العينات المسحوبة تبعاً للسن والجنس والحالة الاجتماعية

العينة	العدد	الجنس		متوسط السن	الانحراف المعياري	الحالة الاجتماعية	
		ذكور	إناث			متزوج	أعزب
طلاب جامعة	504	252	252	22.08	2.63	68	436
طلاب معهد إعداد معلمين	153	60	93	19.29	0.90	2	151
موظفون	231	106	125	37.10	7.36	231	-
مرضى	62	53	9	28.38	7.34	17	45
العدد الكلي	950	471	475	25.69	8.13	318	632

ويتضح من جدول (2) أن حجم العينة ككل (950) مفحوصاً ومفحوصة. استثنى منها عينة المرضى لعدم تجانسها وصغر حجمها والبالغ عددها (62)، فاستقر العدد النهائي للعينة التي أجريت عليها التحليلات الإحصائية على (888) مفحوصاً ومفحوصة. تراوح المدى العمري لهذه العينة بين (18 و 50) سنة بمتوسط مقداره 25.69 سنة وانحراف معياري قيمته (8.13) سنة. وكان عدد الذكور (471) بنسبة مقدارها (49.6%) من العينة ككل وعدد الإناث (479) بنسبة مقدارها (50.4%) من العينة ككل، بينهم (632) فرداً أعزباً و (318) متزوجاً بنسبة مقدارها (66.5%) للعزاب مقابل (33.5%) للمتزوجين، في حين بلغت نسبة المرضى 6.5% من العينة ككل وهي نسبة منخفضة.

أدوات الدراسة :

- قائمة الأعراض

بعد مراجعة لعدد من القوائم والاستبيانات التي تهتم بقياس الأعراض الجسدية والنفسية والتي تمت الإشارة إليها في فقرة الإطار النظري وخلفية الدراسة تبين وجود تشابه كبير في بناءاتها التي تستند إلى منظومات التشخيص العالمية السارية وقت إعدادها، وتختلف عن بعضها قليلاً أو كثيراً من ناحية عدد الأعراض والمتلازمات المرضية التي تغطيها والأسلوب الذي تسأل فيه عن وجود العرض أو عدمه والهدف الذي تم بناء القائمة أو الاستبانة على أساسه (قياس أعراض اضطرابات معينة أم طائفة أكبر منها، والسؤال عن وجود الأعراض ضمن مدة معينة... الخ). واستناداً إلى هذه القوائم والاستبانات وكل من التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية WHO والدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي APA (Sass, Wittchen, Zaudig, 1996 ; Dilling, Mombour & Schmidt, 1991) والافتراض النظري المتمثل في تجمع الأعراض متفرقة في زمل أو متلازمات Syndromes مرضية محددة وقابلة للتمييز عن غيرها من الزمل أو المتلازمات الأخرى، تم تحديد مجموعة كبيرة من الأعراض المرضية الجسدية منها والنفسية، التي تظهر في مجموعات متنوعة من الاضطرابات. كأعراض القلق والرهابات والقلق الاجتماعي ومشاعر النقص وعدم الثقة بالنفس وأعراض السلوك القهري والأعراض الاكتئابية، أعراض الاضطرابات الجنسية الوظيفية والأعراض الجسدية التي يمكن أن تكون ذات منشأ نفسي أو التي تترافق مع الأعراض النفسية. أخضعت الأعراض التي تم تحديدها لمراجعات عدة من أجل حذف الأعراض المتشابهة، وطبقت على مجموعة تجريبية من الطلاب لبيان وضوح العبارات و استقرار الرأي في النهاية على أن تكون القائمة مختصرة قدر الإمكان وتراعي الأعراض النفسية العصائية والجسدية الأكثر ملاحظة وانتشاراً من غيرها واستبعاد الأعراض المرضية التي يمكن أن تشير إلى أعراض اضطرابات ذهانية واضحة، على أن يتم في دراسات أخرى توسيع بنود القائمة وتعديلها وتنقيحها إذا حققت هذه الدراسة الأهداف المرجوة منها. تألفت الصورة النهائية للقائمة من (64) بنداً يطلب فيها من المفحوص تقدير مدى وجود هذه الأعراض في الأسابيع القليلة الماضية على مقياس مكون من أربع درجات من أبدأ (0) وحتى غالباً (3). وتتمتع القائمة بصدق ظاهري face Validity جيد وتعتبر سهلة التطبيق لوضوح عباراتها وبساطتها، ولا تستهلك أكثر من 10 دقائق.

نتائج الدراسة

أولاً: نتائج حساب معاملات الثبات

1. ثبات إعادة الاختبار: طبقت القائمة في فترتين مختلفتين بفاصل قصير نسبياً تراوح بين 7-10 أيام على عينة مكونة من (52) مفحوصاً ومفحوصة (26 أنثى و26 ذكراً) جرى اختيارها بطريقة عرضية. وكان معامل الارتباط (بيرسون) بين درجات التطبيقين للذكور

والإناث معاً قدره (0.90) في حين بلغ معامل الارتباط بين كل من الذكور والإناث على حدة (0,89) للذكور و (0,91 للإناث) وجميعها ارتباطات مرتفعة.

2. **صدق المحك:** قاد تحليل معامل ارتباط قائمة الأعراض بالأبعاد الأساسية للشخصية (العصابية والانبساطية والذهانية) المقاسة بواسطة الصورة السورية لاستخبار آيزينك للشخصية تعريب أحمد عبد الخالق (1991) وتقنين سامر رضوان (غير منشور) و مقياس القلق الاجتماعي (سامر رضوان، تحت النشر) و قائمة بيك للاكتئاب (أحمد عبد الخالق، 1996) و مقياس التشاؤم (بدر الأنصاري، 1999) وقائمة ويلوبي للميول العصابية (أحمد عبد الخالق، 1995) إلى النتيجة المعروضة في جدول (3).

جدول (3): ارتباط قائمة الأعراض ببعض المقاييس

أبعاد استخبار آيزينك للشخصية	الانقباضية	الانبساطية	الذهانية	القلق الاجتماعي	الميول العصابية (قائمة "بيك")	الاكتئاب (قائمة "بيك")	التشاؤم
قائمة الأعراض	**0.69	-0.48**	0.09	**0.63	**0.82	**0.42	**0.67

** مستوى الدلالة 0.01 (ن = 52: 26 ذكور، 26 إناث)

ويلاحظ من جدول (3) وجود ارتباطات إيجابية مرتفعة بين قائمة الأعراض وأبعاد العصابية والقلق الاجتماعي والميول العصابية والاكتئاب والتشاؤم. في حين ترتبط زيادة الأعراض بشكل سالب ودال مع بعد الانبساطية. كما يلاحظ عدم وجود ارتباط دال بين الذهانية و الأعراض المرضية.

نتائج حساب الاتساق الداخلي

تمثلت الخطوة الأولى في التحليل بحساب الاتساق الداخلي Consistency Internal وذلك بحساب معامل الارتباط كل بند من بنود القائمة مع الدرجة الكلية للعينة ككل (عينة المرضى مع عينة غير المرضى). وقاد التحليل إلى النتيجة المعروضة في جدول (4).

جدول (4): الارتباط بين البند والدرجة الكلية على بنود القائمة للعينة ككل (ن=950)

البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
1.	0.28*	1.	0.46	3.	0.39	4.	0.47
2.	0.32	1.	0.46	3.	0.54	5.	0.45
3.	0.32	1.	0.43	3.	0.41	5.	0.44

0.57	.5 0.47	.3 0.45	.2 *0.25	.4
0.56	.5 0.48	.3 0.30	.2 0.43	.4
0.59	.5 0.60	.3 *0.26	.2 0.38	.6
0.30	.5 0.34	.3 0.53	.2 0.31	.7
0.49	.5 0.51	.4 0.51	.2 0.47	.8
0.47	.5 0.50	.4 0.57	.2 0.40	.9
0.40	.5 0.52	.4 0.51	.2 0.46	.1
*0.08	.5 0.61	.4 0.46	.2 0.50	.1
0.57	.6 0.38	.4 0.51	.2 0.50	.1
0.53	.6 0.34	.4 0.39	.2 0.53	.1
0.54	.6 0.48	.4 0.45	.3 0.50	.1
0.53	.6 0.53	.4 0.53	.3 0.36	.1
0.41	.6 0.35	.4 *0.29	.3 0.34	.1

*: البنود ذات الارتباط الضعيف

ويتضح من جدول (4) أن ارتباط البنود (59-32-22-4-1) بالدرجة الكلية ارتباط ضعيف، ومن ثم ينبغي حذفها من القائمة.

نتائج التحليل العاملي

أخضعت البنود المتبقية بنتيجة حساب الاتساق الداخلي (عددها 59 بنداً) للتحليل العاملي بهدف تحديد التركيب العاملي لهذه البنود أو تحديد الأبعاد الأساسية لها والتحقق من صحة الافتراض النظري الذي بذيت على أساسه البنود المتمثل في تجمع الأعراض المتفرقة في زمل أو متلازمات محددة. أجري التحليل العاملي بطريقة المحاور الأساسية والتدوير المتعامد varimax-rotation. وقد تم اختيار محك كايزر المتمثل أن يكون تباين العامل أو جذره الكامن Eigenvalue أكبر أو يساوي الواحد الصحيح (أحمد عبد الخالق، 1994 ص 114). وقد قاد التحليل العاملي إلى الحصول على 12 عاملاً تفسر نسبة مرتفعة إلى حد ما مقدارها (56,22%) من التباين الكلي للبنود وتحتوي على (53) بنداً من أصل (59) بند. حيث كان تشبع البنود الستة الباقية أقل من (0.30) ومن ثم فقد تم استبعادها. ويقدم جدول (5) عرضاً للبنود وتشبعاتها ودرجة الشبوع.

جدول (5): العوامل والبنود المتشعبة فيها				اسم العامل ونصبيه من التفسير	أعراض نفسية
الشيوع	التشبع	رقم البند	البند		
0.68	0.73	54	أشعر بالحزن والتكدر بدون سبب واضح.	(1)	أعراض نفسية
0.65	0.72	53	أفرح وأحزن بدون سبب واضح.	الأعراض	
0.51	0.64	51	مزاجي متقلب باستمرار.	الاكتئابية	
0.49	0.64	52	إنني متجهم ومتضايق.	23.43%	
0.53	0.58	43	أشعر بالقلق بدون سبب واضح.		
0.45	0.51	50	تأتيني نوبات من الضحك أو البكاء بدون إرادتي.		
0.46	0.51	37	أشعر أنه لا يفهمني أحد.		
0.46	0.46	31	أعاني من شعور بالذنب بدون سبب واضح.		
0.75	0.72	63	أشعر بأني عديم الأهمية.	(2)	
0.74	0.71	62	أشعر بأني أقل قيمة من الآخرين.	مشاعر	
0.59	0.61	40	ثقتي بنفسي قليلة.	النقص وعدم	
0.55	0.57	41	أشعر بأني لا أستطيع إثبات وجهة نظري.	الثقة بالنفس	
0.50	0.48	42	أفشل في مواقف الامتحان الحياتية.	3.54%	
0.70	0.77	35	أشعر بالخجل من الجنس الآخر.	(3)	
0.68	0.73	34	أشعر بالخجل من الناس الآخرين.	القلق	
0.59	0.67	36	أشعر بالخجل من رؤسائي.	الاجتماعي	أعراض نفسية
0.57	0.44	38	أعاني من عدم القدرة على الحديث في مواقف معينة	2.86%	
0.71	0.80	58	أشعر بالانزعاج من الاتصال الجنسي.	(4)	
0.65	0.75	57	أشعر بعدم الرضى عن علاقتي الجنسية.		
0.55	0.67	55	أشكو من البرودة الجنسية (من ضعف القدرة الجنسية).	الاضطرابات الجنسية	
0.61	0.65	56	أشعر بالخوف من الاتصال الجنسي.	الوظيفية	
				2.59%	
0.60	0.67	46	أخاف عند وجودي وحدي في مكان مغلق (في المصعد مثلا).	(5)	
0.54	0.56	47	أفزع (أنقز) بسهولة حتى دون سبب معقول.	الأعراض	
0.44	0.55	44	أخاف من الوحدة.	الرهابية	
0.45	0.49	45	أشعر بالضيق عند ركوبي في وسائل النقل العامة.	2.54%	
0.61	0.66	64	أشعر بالوحدة.	(6)	
0.62	0.62	60	أشعر بأني غريب عن الناس والأشياء من حولي.	مشاعر	
0.47	0.59	39	أشعر بأني غريب عن نفسي.	الوحدة	
0.68	0.57	61	أشعر بضعف شهيتي للطعام	والاغتراب	
0.52	0.44	17	أشكو من الصداع	3.11%	
0.68	0.70	19	أشكو من صعوبة الدخول في النوم	(7)	أعراض نفسية
0.55	0.64	20	أستيقظ في الليل بعد أن أكون قد دخلت في النوم	اضطرابات النوم	
				1.81%	
0.71	0.77	29	أخاف من الأمراض غير القابلة للشفاء		

0.70	0.74	أشعر بالقلق حول صحتي الشخصية	30	(8) القلق حول الصحة %1.95
0.69	0.78	أشكو من التعب.	24	(9) أعراض التعب
0.70	0.67	أشعر بأني مرهق.	25	والإرهاق
0.61	0.66	أشعر بالإرهاك (أني خائر القوى)	23	%3.97
0.54	0.66	أشعر بالخمول.	26	(10) أعراض متصلة بالمعدة %2.00
0.55	0.55	أشعر بأنه ليس لي رغبة بعمل أي شيء.	27	
0.50	0.40	أشكو من صعوبات في التركيز.	28	
0.59	0.69	أشعر بالألم في البطن.	03	
0.45	0.61	أشعر بالتخمة حتى لو تناولت كمية قليلة من الطعام.	02	
0.45	0.49	أشعر بالدوار (بالدوخة)	05	
0.72	0.81	أشعر بضيق في منطقة الصدر.	12	
0.70	0.79	أشعر بضيق في التنفس.	10	
0.65	0.76	أشعر بنقص في الهواء.	11	
0.48	0.59	أشعر بوخز في الصدر.	9	
0.46	0.59	أشكو من الخفقان الشديد في القلب.	8	(11) أعراض متصلة بالقلب %6.21
0.48	0.57	أشعر بانقطاع تنفسي في المواقف المسببة للتوتر.	13	
0.70	0.79	أشكو من التعرق الشديد (حتى في الأيام الباردة).	15	(12)
0.56	0.75	أشكو من تعرق اليدين والقدمين.	16	أعراض
0.59	0.65	أشكو من نوبات تعرق.	18	الخلل إفراز
0.43	0.40	أشعر بالجفاف في فمي.	14	العرق %2.21

تم ترتيب العوامل وفق تدرجها من الجسدي إلى النفسي وليس وفق الترتيب الذي وردت فيه نتيجة التحليل العاملي

ويلاحظ من جدول (5) أن العوامل جميعها تقريباً تنتشع بينود متنسقة مع بعضها، وتعبير عن أعراض متجانسة يمكن تصنيفها بوضوح ضمن زمالات جسدية ونفسية محددة.

بعد ذلك حسب معامل الثبات لبنود كل عامل من العوامل بالنسبة لعينة غير المرضى. ويقدم جدول (6) عرضاً لمتوسطات كل عامل من العوامل وانحرافات المعيارية وقيم ألفا.

جدول (6): متوسطات العوامل وانحرافات المعيارية (ع) ومعامل ألفا (ن=888)

العامل	م	ع	معامل ألفا	العامل	م	ع	معامل ألفا
1	9.66	6.10	0.85	7	2.84	2.02	0.68
2	3.98	3.60	0.84	8	2.55	1.90	0.67
3	5.26	3.44	0.80	9	8.86	4.23	0.83
4	1.85	2.70	0.73	10	2.83	2.12	0.56
5	4.02	3.25	0.70	11	5.53	4.25	0.85
6	4.50	2.27	0.79	12	2.85	2.72	0.74

ويلاحظ من جدول (6) أن معامل ألفا يتراوح بين (0,56 و 0,85). وكانت جميع الارتباطات بين البند والدرجة الكلية للبند المتضمنة في كل عامل من العوامل على حدة واقعة بين (0.31 و 0.72) (غير معروضة في جدول). كما وأعيد حساب الاتساق الداخلي للبند (49) الناتجة عن التحليل العاملي ككل باستخدام العينة الكلية (ن=950) وعينة غير المرضى (ن=888)، وتراوح الارتباط بين البند والدرجة الكلية بالنسبة للعينتين بين (0.31 و 0.61)، وهي درجات ارتباط لا تشير إلى ضرورة حذف أي بند من البنود. في حين بلغ معامل ألفا (0.94) بالنسبة للعينة الكلية و (0.93) بالنسبة لعينة غير المرضى.

ويوضح جدول (7) معاملات ارتباط بنود العوامل ببعضها وبالدرجة الكلية (مجموع درجات البنود).

جدول (7) معاملات الارتباط بين درجات البنود المكونة للعوامل والدرجة الكلية على القائمة (ن=888)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2	0.54											
3	0.46	0.57										
4	0.23	0.11	0.16									
5	0.50	0.54	0.46	0.18								
6	0.54	0.57	0.46	0.11	0.37							
7	0.73	0.29	0.36	0.21	0.36	0.25						
8	0.40	0.24	0.20	0.13	0.20	0.34	0.20					
9	0.51	0.39	0.37	0.18	0.34	0.36	0.37	0.39				
10	0.33	0.21	0.18	0.17	0.26	0.27	0.29	0.32	0.40			
11	0.43	0.25	0.22	0.23	0.27	0.30	0.30	0.38	0.44	0.44		
12	0.38	0.33	0.28	0.21	0.27	0.35	0.35	0.35	0.32	0.33	0.41	
الدرجة الكلية	0.82	0.69	0.66	0.38	0.65	0.69	0.53	0.52	0.71	0.55	0.61	0.5

1-الأعراض الاكتئابية-2مشاعر النقص وعدم الثقة بالنفس،3-القلق الاجتماعي،4-الاضطرابات الجنسية الوظيفية،5-الأعراض الرهابية،6- مشاعر الوحدة والاعترا،7-القلق حول الصحة،8-اضطرابات النوم،9-أعراض التعب والإرهاق،10-أعراض متصلة بالمعدة،11-أعراض متصلة بالقلب،12-أعراض متصلة بالخلل في إفراز العرق. جميع الارتباطات دالة عند مستوى 0.01

ويلاحظ من جدول (7) أن جميع الارتباطات دالة إحصائياً، الأمر الذي يشير إلى ارتباط العوامل مع بعضها وعدم استقلاليتها. كما يلاحظ أن ارتباط بنود العوامل مع الدرجة الكلية كانت مرتفعة

وأن أعلى الارتباطات في بين العوامل كانت بين الأعراض الاكتئابية من جهة واضطرابات النوم، يليها الارتباط بين القلق الاجتماعي و عدم الثقة بالنفس، في حين أن أخفض الارتباطات كانت بين الاضطرابات الجنسية الوظيفية من جهة و مشاعر النقص و عدم الثقة بالنفس و مشاعر الوحدة والاغتراب من جهة أخرى.

الفروق بين الجنسين

تتيح مقارنة متوسطات الذكور والإناث الإجابة عن السؤال المتعلق بوجود فروق ذات دلالة بين الجنسين فيما يتعلق بزمالات الأعراض المرضية على العوامل المختلفة وعلى الدرجة الكلية. ومن أجل تحقيق هذا الغرض تم حساب قيمة "ت". ويعرض جدول (8) لنتائج هذا التحليل. ويبين جدول (8) وجود فروق في متلازمات الأعراض بين الجنسين في جميع العوامل وفي الدرجة الكلية وهي فروق دالة باستثناء العامل الثاني عشر (أعراض الخلل في إفراز العرق) حيث الفرق غير دال.

جدول (8): الفروق بين الذكور (ن=481) والإناث (ن=470)

رقم المتغير	ذكور ع	إناث ع	قيمة "ت" ودلالاتها	رقم المتغير	ذكور ع	إناث ع	قيمة "ت" ودلالاتها
1	8.32	5.75	10.85	7	2.55	2.04	3.09
2	3.54	3.54	4.38	8	2.33	1.89	2.75
3	4.72	3.53	5.74	9	7.96	4.39	9.65
4	1.55	2.44	2.11	10	2.35	1.98	3.26
5	2.85	2.92	5.06	11	4.82	4.31	6.16
6	4.07	3.63	4.88	12	2.84	2.83	2.86
7	47.97	26.41	60.84	13	7.74	0.000	7.74
8	24.90	24.90	60.84	14	24.90	24.90	60.84
9	26.41	26.41	60.84	15	26.41	26.41	60.84
10	26.41	26.41	60.84	16	26.41	26.41	60.84
11	26.41	26.41	60.84	17	26.41	26.41	60.84
12	26.41	26.41	60.84	18	26.41	26.41	60.84
13	26.41	26.41	60.84	19	26.41	26.41	60.84
14	26.41	26.41	60.84	20	26.41	26.41	60.84
15	26.41	26.41	60.84	21	26.41	26.41	60.84
16	26.41	26.41	60.84	22	26.41	26.41	60.84
17	26.41	26.41	60.84	23	26.41	26.41	60.84
18	26.41	26.41	60.84	24	26.41	26.41	60.84
19	26.41	26.41	60.84	25	26.41	26.41	60.84
20	26.41	26.41	60.84	26	26.41	26.41	60.84
21	26.41	26.41	60.84	27	26.41	26.41	60.84
22	26.41	26.41	60.84	28	26.41	26.41	60.84
23	26.41	26.41	60.84	29	26.41	26.41	60.84
24	26.41	26.41	60.84	30	26.41	26.41	60.84
25	26.41	26.41	60.84	31	26.41	26.41	60.84
26	26.41	26.41	60.84	32	26.41	26.41	60.84
27	26.41	26.41	60.84	33	26.41	26.41	60.84
28	26.41	26.41	60.84	34	26.41	26.41	60.84
29	26.41	26.41	60.84	35	26.41	26.41	60.84
30	26.41	26.41	60.84	36	26.41	26.41	60.84
31	26.41	26.41	60.84	37	26.41	26.41	60.84
32	26.41	26.41	60.84	38	26.41	26.41	60.84
33	26.41	26.41	60.84	39	26.41	26.41	60.84
34	26.41	26.41	60.84	40	26.41	26.41	60.84
35	26.41	26.41	60.84	41	26.41	26.41	60.84
36	26.41	26.41	60.84	42	26.41	26.41	60.84
37	26.41	26.41	60.84	43	26.41	26.41	60.84
38	26.41	26.41	60.84	44	26.41	26.41	60.84
39	26.41	26.41	60.84	45	26.41	26.41	60.84
40	26.41	26.41	60.84	46	26.41	26.41	60.84
41	26.41	26.41	60.84	47	26.41	26.41	60.84
42	26.41	26.41	60.84	48	26.41	26.41	60.84
43	26.41	26.41	60.84	49	26.41	26.41	60.84
44	26.41	26.41	60.84	50	26.41	26.41	60.84
45	26.41	26.41	60.84	51	26.41	26.41	60.84
46	26.41	26.41	60.84	52	26.41	26.41	60.84
47	26.41	26.41	60.84	53	26.41	26.41	60.84
48	26.41	26.41	60.84	54	26.41	26.41	60.84
49	26.41	26.41	60.84	55	26.41	26.41	60.84
50	26.41	26.41	60.84	56	26.41	26.41	60.84
51	26.41	26.41	60.84	57	26.41	26.41	60.84
52	26.41	26.41	60.84	58	26.41	26.41	60.84
53	26.41	26.41	60.84	59	26.41	26.41	60.84
54	26.41	26.41	60.84	60	26.41	26.41	60.84
55	26.41	26.41	60.84	61	26.41	26.41	60.84
56	26.41	26.41	60.84	62	26.41	26.41	60.84
57	26.41	26.41	60.84	63	26.41	26.41	60.84
58	26.41	26.41	60.84	64	26.41	26.41	60.84
59	26.41	26.41	60.84	65	26.41	26.41	60.84
60	26.41	26.41	60.84	66	26.41	26.41	60.84
61	26.41	26.41	60.84	67	26.41	26.41	60.84
62	26.41	26.41	60.84	68	26.41	26.41	60.84
63	26.41	26.41	60.84	69	26.41	26.41	60.84
64	26.41	26.41	60.84	70	26.41	26.41	60.84
65	26.41	26.41	60.84	71	26.41	26.41	60.84
66	26.41	26.41	60.84	72	26.41	26.41	60.84
67	26.41	26.41	60.84	73	26.41	26.41	60.84
68	26.41	26.41	60.84	74	26.41	26.41	60.84
69	26.41	26.41	60.84	75	26.41	26.41	60.84
70	26.41	26.41	60.84	76	26.41	26.41	60.84
71	26.41	26.41	60.84	77	26.41	26.41	60.84
72	26.41	26.41	60.84	78	26.41	26.41	60.84
73	26.41	26.41	60.84	79	26.41	26.41	60.84
74	26.41	26.41	60.84	80	26.41	26.41	60.84
75	26.41	26.41	60.84	81	26.41	26.41	60.84
76	26.41	26.41	60.84	82	26.41	26.41	60.84
77	26.41	26.41	60.84	83	26.41	26.41	60.84
78	26.41	26.41	60.84	84	26.41	26.41	60.84
79	26.41	26.41	60.84	85	26.41	26.41	60.84
80	26.41	26.41	60.84	86	26.41	26.41	60.84
81	26.41	26.41	60.84	87	26.41	26.41	60.84
82	26.41	26.41	60.84	88	26.41	26.41	60.84
83	26.41	26.41	60.84	89	26.41	26.41	60.84
84	26.41	26.41	60.84	90	26.41	26.41	60.84
85	26.41	26.41	60.84	91	26.41	26.41	60.84
86	26.41	26.41	60.84	92	26.41	26.41	60.84
87	26.41	26.41	60.84	93	26.41	26.41	60.84
88	26.41	26.41	60.84	94	26.41	26.41	60.84
89	26.41	26.41	60.84	95	26.41	26.41	60.84
90	26.41	26.41	60.84	96	26.41	26.41	60.84
91	26.41	26.41	60.84	97	26.41	26.41	60.84
92	26.41	26.41	60.84	98	26.41	26.41	60.84
93	26.41	26.41	60.84	99	26.41	26.41	60.84
94	26.41	26.41	60.84	100	26.41	26.41	60.84

أما فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين (عينة غير المرضى) في بنود القائمة فقد ظهرت فروق دالة بين الجنسين في جميع البنود باستثناء البنود رقم (63-62-61-18-16-15) فلم تكن هناك فروق دالة بين الجنسين.

الفرق بين المرضى وغير المرضى

على الرغم من صغر حجم عينة المرضى التي أمكن الحصول عليها وعدم تجانسها فيما يتعلق بالتشخيص، فإن إجراء مقارنة بين المرضى والأصحاء يتيح التثبيت المبدئي لقدرة القائمة على

التمييز بين المرضى وغير المرضى، على أمل أن يتاح في المستقبل الحصول على عينات أكبر وأكثر تجانساً.

جدول (9): الفرق بين عينة المرضى المشخصين وغير المرضى في الأعراض. (ن=888 غير المرضى و62 مرضى مشخصين)

الأعراض	غير المرضى		المرضى		قيمة "ت" ودلالاتها		غير المرضى		المرضى		قيمة "ت" ودلالاتها		الأعراض
	ع	س	ع	س	ع	س	ع	س	ع	س	ع	س	
1	9.66	6.10	15.88	4.58	7.86	0.000	2.84	2.02	4.27	1.91	5.38	0.000	1-الأعراض الاكتئابية، 2-مشاعر النقص وعدم الثقة بالنفس، 3-القلق الاجتماعي، 4-الاضطرابات الجنسية الوظيفية، 5-الأعراض الرهابية، 6-مشاعر الوحدة والاغتراب، 7-أعراض التعب والإرهاق، 8-أعراض متصلة بالمعدة، 9-أعراض متصلة بالقلب، 10-أعراض متصلة بالمعدة
2	3.98	3.60	9.24	3.86	11.05	0.000	2.55	1.90	4.66	1.77	8.45	0.000	
3	5.26	3.44	7.48	3.30	4.91	0.000	8.86	4.23	12.38	4.50	6.31	0.000	
4	1.85	2.70	2.19	3.13	0.94	غير دال	2.83	2.12	3.09	2.62	0.92	غير دال	
5	4.02	3.25	5.62	3.85	3.69	0.000	5.53	4.52	9.74	5.20	7.01	0.000	
6	4.50	3.72	9.85	3.52	10.96	0.000	2.85	2.72	6.90	3.50	11.06	0.000	
7	56.01	26.73	90.70	25.69	9.90	0.000							

ويُستنتج من جدول (9) أن الفرق بين المرضى المشخصين وغير المرضى دال على جميع العوامل والدرجة الكلية عدا العامل الرابع (الاضطرابات الجنسية الوظيفية) والعامل العاشر (أعراض متصلة بالمعدة). مما يشير إلى قدرة جيدة للقائمة على التمييز بين المرضى وغير المرضى. ويتضح من مقارنة متوسط الدرجة الكلية متوسط المرضى أعلى بكثير من متوسط غير المرضى على الرغم من الفارق الكبير بين العينتين من حيث الحجم. ويعرض الشكل التخطيطي (1) للفرق بين درجات عينة كل من المرضى وغير المرضى على الدرجة الكلية.

وعند مقارنة الفرق بين المرضى وغير المرضى في البنود منفردة ظهر عدم وجود فروق بين المرضى وغير المرضى في البنود (2-3-21-45-46-55-56-58).

الشكل التخطيطي (1): يوضح الفرق بين عينة المرضى وغير المرضى على الدرجة الكلية لقائمة الأعراض

مناقشة النتائج

هدفت هذه الدراسة إلى إعداد قائمة لقياس لأعراض المرضية وتقنينها مبدئياً، واختبار مدى صلاحيتها. وقد حققت الأهداف المرجوة منها والمتمثلة في إعداد قائمة للأعراض المرضية تتسم بخصائص سيكومترية جيدة ومعاملات ثبات وصدق مرتفعة. فقد دلت النتائج على أن القائمة تتصف بثبات مرتفع عبر فترة زمنية معينة. كما أن الارتباط بين الأعراض المرضية وكل من أبعاد العصابية والانبساطية والقلق الاجتماعي والميول العصابية والاكتئاب والتشاؤم مرتفعة جداً، مما يشير إلى إمكانية استخدام القائمة في تشخيص الاضطرابات العصابية.

وأدى التحليل العاملي إلى استخراج اثنا عشرة عاملاً تتصف بدرجة مرتفعة من الاتساق في محتوياتها واتفاقها مع الحقائق الإكلينيكية، مما يؤكد الصدق الظاهري الذي تم على أساسه بناء القائمة. ويبرز اتساق العوامل مع بعضها من خلال حساب معاملات الثبات وارتباط البند بالدرجة الكلية لبنود كل عامل على حدة. فقد تراوحت الارتباطات بين (0.31-0.74) وهي معاملات دالة.

ودلت الارتباطات بين درجات البنود المكونة للعوامل أن هذه العوامل أن الأعراض المختلفة التي تقيسها غير مستقلة عن بعضها، مما يدل على أن صور الأعراض المختلفة قد تتداخل فيما بينها، أو تظهر بشكل أو بآخر مترافقة مع بعضها.

وظهرت فروق بين الذكور والإناث في بنود القائمة ككل باستثناء البنود (15-16-18) وهي البنود التي تقيس اضطرابات إفراز العرق والبند (61) المتعلق بضعف الشهية للطعام والبند (62) المتعلق بمشاعر بالنقص أمام الآخرين والبند (63) المتعلق بمشاعر عدم الأهمية. بالإضافة إلى أن الفروق كانت دالة بين الجنسين سواء الدرجة الكلية أم في درجات العوامل باستثناء عامل أعراض الخلل في إفراز السوائل، فكانت الإناث أكثر ميلاً للشكاوى العصابية أو يعبرن عن وجود عدد من الشكاوى أكثر مما هو الأمر عند الذكور. وهي نتيجة تتفق مع نتائج غالبية الدراسات العالمية في هذا المجال (Sass, Wittchen, Zaudig, 1996; DeSilvia, et al, 1977; Rapee, et.al, 1986; Stuart, et. al, 1984). أما فيما يتعلق بقدرة القائمة على التمييز بين المرضى وغير المرضى —وهو الهدف الأساسي من استخدام عينة المرضى—

فيمكن الاستنتاج بشكل عام أن للقائمة قدرة تمييزية بين المرضى المشخصين وغير المرضى. فقد ظهرت فروق دالة في غالبية العوامل وعلى الدرجة الكلية للقائمة، عدا عاملي الاضطرابات الجنسية الوظيفية والأعراض المتصلة بالمعدة. وعادت هذه النتيجة للتأكد من خلال اختبار الفرق بين المرضى وغير المرضى في البنود منفردة، حيث ظهرت فروق في بندين يقيسان الاضطرابات المتعلقة بالمعدة (أشعر بالتخمة حتى لو تناولت كمية قليلة من الطعام و أشعر بألم في البطن) وفي البنود الأربعة التي تقيس الاضطرابات الجنسية الوظيفية). كما لم تظهر فروق في البند (45) (أشعر بالضيق عند ركوبي وسائط النقل العامة) والبند (46) (أخاف عند وجودي وحدي في مكان مغلق)، فإذا أخذنا بعين الاعتبار أن اختيار عينة غير المرضى كان عرضياً وليس مقصوداً، أي لم يتم استبعاد الأشخاص الذين يحصلون على درجات عالية على بنود القائمة، ومن ثم فإن بين أفراد عينة غير المرضى نسبة معينة ممن يعانون من درجة مرتفعة من الشكاوى، الأمر الذي قد يقود إلى عدم ظهور الفروق بين المرضى المشخصين وغير المرضى، بالإضافة إلى أن عدد المتزوجين في عينة المرضى قليل جداً ومن ثم فإن تقدير وجود مشكلات جنسية قد لا يكون تقديراً يعكس الواقع، بمقدار ما يكون تقديراً نسبياً. وهو أمر يحتاج إلى دراسات استقصائية أخرى مصممة لهذا الغرض. ومع ذلك فقد احتفظت القائمة بقدرتها التمييزية بين المرضى المشخصين وغير المرضى. وهي نتيجة جيدة تثبت صلاحية القائمة للغرض الذي وضعت لأجله.

وبهدف تحديد معدلات انتشار الأعراض عند عينة الدراسة تم استخدام المئين (95) معياراً لتحديد درجة الانتشار عند أفراد العينة ككل وعند الذكور والإناث والمتزوجين والعزاب بالنسبة لبنود العوامل المختلفة والدرجة الكلية. ويعرض جدول (10) نسب الانتشار المختلفة و الدرجات الخام المقابلة للمئين (95).

جدول (10): نسب انتشار الأعراض المختلفة في عينة الدراسة (ن=888) والدرجات الخام المقابلة لها (عند المئينين 95)

غير المرضى (ن=888)		الذكور (418)		الإناث (470)		متزوجون (ن=301)		عزاب (ن=587)		
الدرجة	%	الدرجة	%	الدرجة	%	الدرجة	%	الدرجة	%	
1	5.1	21	4.9	24	7.9	21	5.3	20	9.6	
2	5.6	11	5.0	11	5.7	12	5.8	12	6.1	
3	6.7	11	5.1	11	8.1	11	6.7	11	7.3	
4	5.9	8	6.0	7	7.2	8	5.4	8	7.2	
5	5.9	10	5.7	9	9.3	10	5.4	10	7.7	
6	6.3	11	5.0	11	7.0	12	6.4	12	8.0	
7	14.0	6	11.5	6	16.2	6	12.3	6	14.9	
8	7.9	6	5.5	6	10.0	6	8.6	6	7.5	
9	8.4	15	6.5	15	5.7	16	5.6	15	9.0	
10	12.5	6	8.3	6	6.8	7	5.3	6	12.7	
11	5.6	14	6.0	13	5.5	15	7.0	13	7.4	
12	7.5	8	6.0	9	6.6	8	3.6	9	6.3	
الدرجة الكلية	5.2	100	4.7	96	5.1	106	4.8	87	5.4	103

1-الأعراض الاكتئابية، 2-مشاعر النقص وعدم الثقة بالنفس، 3-القلق الاجتماعي، 4-الاضطرابات الجنسية الوظيفية، 5-الأعراض الرهابية، 6-مشاعر الوحدة والاغتراب، 7-أعراض التعب والإرهاق، 8-أعراض متصلة بالمعدة، 9-أعراض متصلة بالقلب، 10-أعراض متصلة بالمعدة

ويلاحظ من جدول (10) أن نسب الانتشار بالنسبة للدرجة الكلية عند الإناث أعلى منها عند

الذكور. وهذه النسبة قريبة من نسب الانتشار العالمية إلى حد ما و تتفق مع غالبية الدراسات النفسية التي تشير إلى وجود نسب انتشار في الأعراض المرضية لدى الإناث أكثر من الذكور (DeSilvia et al, 1977; Rapee, et al, 1986; Stuart, et. al, 1984). كما وتنتشر

الأعراض المرضية بين العزاب أكثر منها بين المتزوجين. كما ويلاحظ أن نسبة انتشار الأعراض الاكتئابية مرتفعة لدى الإناث والعزاب بشكل ملحوظ وتكاد تقترب من نسبة انتشارها لدى المرضى البالغة (9.9 ، غير معروضة في جدول) وتتفق النسبة العامة لانتشار أعراض الاكتئاب مع النسب التي يذكرها هاوتسنغر ودي يونغ ماير (Hautzinger & de Jong- Meyer, 1994) في العينة ككل مع الأخذ بعين الاعتبار أن النسب التي يذكرها هاوتسنغر

و ديونج ماير هي نسب انتشار خلال ستة أشهر 6-Month-Prevalence. وبشكل عام فإن نسب انتشار الأعراض مختلفة عند الإناث هي أعلى منها عند الذكور عدا أعراض التعب والأعراض المتصلة بالمعدة والأعراض المتصلة بالقلب. وهي أعراض جسدية. كما وترتفع نسبة أعراض الاضطرابات الجنسية الوظيفية لدى الإناث والعزاب أكثر مما هو الأمر لدى الذكور والمتزوجين من أفراد العينة. وقد يعكس ارتفاع نسبة العزاب الذين يعانون من

اضطرابات جنسية وظيفية حقيقة وجود ثغرة معرفية فيما يتعلق بموضوع التربية الجنسية، فالعزاب في بيئتنا لا يمتلكون بعد الخبرات الجنسية الكافية لتتيح لهم تقدير مدى وجود مشكلة جنسية ما بصورة واقعية. والافتراض هنا أن العزاب قدروا المشكلة بناء على تصوراتهم الخاصة حول أنفسهم وبناء على معارفهم، التي قد لا تكون واقعية بالضرورة، مما يشير إلى ثغرة معرفية هنا يمكن سدها من خلال التربية الجنسية والإرشاد النفسي الهادف إلى تقديم معلومات ومعارف علمية تتيح للفرد بناء تصور واقعي حول نفسه فيما يتعلق بالمسائل الجنسية. ويلاحظ أن نسبة انتشار القلق الاجتماعي لدى الإناث أعلى منها لدى الذكور، ولدى العزاب أعلى منها لدى المتزوجين. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات مثل دراسات (Reinecker, 1993; Reinecker, 1994 ; Maragraf & Rudolf, 1999) ، وتختلف عن نتائج دراسة سامر رضوان (تحت النشر) حول القلق الاجتماعي التي وجدت تقارباً في نسبة الانتشار بين الذكور والإناث في عينة من طلاب الجامعة، والنتائج التي يشير إليها كل من (Sass, 1996) Wittchen & Zaudig التي وجدت غلبة للذكور، وتتفق معها في غلبة نسبة العزاب. كما ومن الملفت للنظر ارتفاع نسبة الأعراض الرهابية لدى الإناث والعزاب مقارنة بالذكور والمتزوجين.

ومما يلفت النظر كذلك ارتفاع نسبة اضطرابات النوم لدى أفراد العينة من الذكور والإناث (11.5 مقابل 16.2%). وتظهر النتائج كذلك ارتفاع نسبة القلق على الصحة عند الإناث أكثر مقارنة بالذكور، مما يعني وجود انشغال أكبر حول الصحة لدى الإناث، ربما يعزى إلى معاناتهن بشكل أكبر من الشكاوى والأعراض. وعلى سبيل المقارنة فقد تم حساب النسبة المئوية عند الميئين (95) في عينة المرضى المُشخصين فكانت نسبة الانتشار (34.8%)، الأمر الذي يؤكد من جهة ثانية قدرة القائمة على التمييز بين المرضى وغير المرضى.

وبناء على ما تقدم يمكننا اعتبار أن القائمة بصورتها الحالية صالحة للاستخدام المبدئي للإسهام في التشخيص الفردي وفي الأبحاث مع ضرورة توسيع القائمة لتشمل طائفة أخرى من الأعراض واختبار مدى ثباتها في التطبيق العملي.

المراجع

- أحمد محمد عبد الخالق (1998). التفاؤل والتشاؤم وصحة الجسم- دراسة
عامة. مجلة العلوم الاجتماعية، مجلد 26 (2)، 45-62.
- أحمد محمد عبد الخالق (1996). دليل تعليمات قائمة "بك" للاكتئاب.
الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- أحمد محمد عبد الخالق (1995). دليل تعليمات قائمة ويلوبي للمل
العصبي - الصيغة المعدلة- ط 2، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- أحمد محمد عبد الخالق (1994). الأبعاد الأساسية للشخصية. الإسكندرية: دار
المعرفة الجامعية، ط 6.
- أحمد محمد عبد الخالق (تعريب وإعداد) (1991). استخبار آيزنيك للشخصية
دليل تعليمات الصيغة العربية (للأطفال والراشدين). تأليف آيزنيك و
آيزنيك. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- بدر محمد الأنصاري (1998). التفاؤل والتشاؤم: المفهوم والقياس
والمتعلقات. جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي: لجنة التأليف والتعريب والنشر.
- سامر جميل رضوان (غير منشور). الصورة السورية لاستخبار آيزنيك
للشخصية.
- سامر جميل رضوان (1999). القلق الاجتماعي: دراسة ميدانية لتقنين
مقياس للقلق الاجتماعي على عينات سورية. مقبول للنشر في مجلة مركز
البحوث التربوية بجامعة قطر.
- عبد الرقيب البحيري (1984). قائمة مراجعة الأعراض SCL-90. القاهرة: مكتبة
النهضة المصرية.
- **Derogatis, L. R. (1986). Symptom Checklist 90 revidiert.**
(Deutsche Uebersetzung). In Collegium Internationale Psychiatriae
Scalrarum (Hrsg.), Internationale Skalen fuer Psychiatrie
(3.Auflage). Weinheim. Beltz.

- **Derogatis, L. R., Lipman, R. S. & Covi, L. (1976).** SCL-90. Self-Report Symptom Inventory. In Guy, W. (ed.) ECDEU assessment Manual for psychopharmacology. National Institute of Mental Health. Rockville, 3, 13-33.

- **DeSilva, P., Rachman, S.J. & Seligman, M.E.P. (1977).** Prepared phobias and obsession: Therapeutic outcome. Behavior research and therapy. 15, 54-77.

- **Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1991).** Internationale Klassifikation psychischer Stoerungen. ICD-10 – Kapitel V (F) Bern Goettingen. Hans Huber Verlag.
- **Hautzinger, M. & de Jong-Meyer (1994).** Depression. PP. 177-218. In Reinecker, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Psychologie- Modelle psychischer Stoerungen. Goettingen. Hogrefe. Verlag fuer Psychologie.

- **Hellmeier, W., Brand, H. und Lasser U. (1993).** Epidemiologische Methoden der Gesundheitswissenschaften. PP. 91-110 In Hurrelmann, K. & Lasser, U. (Hrsg). Gesundheitswissenschaften. Weinheim. Beltz Verlag
- **Hoeck, K. & Hess, H. (1974).** Der Beschwerdenfragebogen (BFB)-Ein Siebtestverfahren der Neurosendiagnostik fuer Aerzte und Psychologen. Handbuch. Berlin. Deutsche Verlag der Wissenschaften.

- **Kass, F.I., Oldham, J. M. & Pardes, H. (1992).** Handbuch Psychische Stoerungen. Weiheim. Psychologie Verlag Union.

- **Kasielke, E. & Haensgen, K.-D. (1987).** Beschwerden Erfassungsbogen (BEB). Berlin. Psychodiagnostisches Zentrum.
- **Klussmann, R. (1992).** Psychosomatische Medizin. Berlin. Springer Verlag. 2. Auflage.

- **Kornbichler, Th. (1998).** Wann hilft eine Psychotherapie? Symptome. Methoden. Kosten. Qualitätskontrolle. Berlin. Urania Verlag.
- **Margraf, J. & Rudolf, K. (1999).** Angst in sozialen Situationen: Das Konzept der Sozialphobie. . Pp. 3-24 in Margraf, J. & Rudolf, K. (Hrsg.). Soziale Kompetenz Soziale Phobie.Hohengehren. Germany. Schneider Verlag.
- **Maragraf, J. & Schneider, Silvia (1994a).** Klassifikatorische Diagnostik, Struktuierte Interviews und Therapieindikation. Pp. 45-83 in Reinecker, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Goettingen. Hogrefe Verlag.
- **Maragraf, J. & Schneider, Silvia (1994b).** Entwicklung und Gütekriterien des DIPS. In Maragraf, J., Schneider, S., Ehlers, A. (Hrsg.). Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. DIPS. Berlin. Springer Verlag. 2.Auflage.
- **Rapee, R. Mattick, R. & Murrell, E. (1986).** Cognitive mediation in the affective component of spontaneous panic attacks. Journal of experimental psychiatry and Behavior therapy. 17, 245-253.
- **Reinecker, H. (1993).** Phobien. Goettingen. Hogrefe Verlag fuer Psychologie.
- **Reinecker, H. (1994).** Soziale und spezifische Phobien. PP. 117-156. In Reinecker, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Psychologie- Modelle psychischer Störungen. Goettingen. Hogrefe. Verlag fuer Psychologie.
- **Sass, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (1996).** Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV. Goettingen. Bern.Toronto. Hogrefe. Verlag fuer Psychologie.

- **Stuart, E., Kumakura, N. & Der, G. (1984).** How depressing life is. Life long morbidity risk in the general population. Journal of Affective Disorder. 7,109-122.
- **Test Catalog (1996\1997). Testzentrale - European Test Publishers Group.** Goettingen. Hogrefe Verlag.

¹ (هوامش): Test catalog دليل سنوي للاختبارات النفسية يصدر عن مركز الاختبارات التابع للرابطة النفسية الألمانية والنمساوية، عضو مجموعة ناشري الاختبارات الأوروبية.

² اختبار فرايبورغ للشخصية (FPI): اختبار ألماني واسع الانتشار. مبني على أساس من اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية (MMPI) و منظومات اختبارات لايزرنك وكاتل ويقيس 9 أبعاد من الشخصية بالإضافة إلى أبعاد العصابية والانطوائية والذكورية . Masculinity