307
المجلد 13 العدد 3 سبتمبر 2012

تقنين القائمة المعدلة للأعراض المرضية (R-09-LCS) للبيئة الأردنية

د. نضال كمال الشريفين
قسم علم النفس الإرشادي والتربوي
كلية التربية-جامعة اليرموك

د. أحمد عبد الله الشريفين
قسم علم النفس الإرشادي والتربوي
كلية التربية-جامعة اليرموك

تقنين القائمة المعدلة للأعراض المرضية (SCL-90-R) للبيئة الأردنية

د. نضال كمال الشريفين
قسم علم النفس الإرشادي والتربوي
كلية التربية-جامعة اليرموك

د.أحمد عبد الله الشريفين
قسم علم النفس الإرشادي والتربوي
كلية التربية-جامعة اليرموك

الملخص

هدفت الدراسة تقنين القائمة المعدلة للأعراض المرضية (SCL-٩٠-R) للبيئة الأردنية، ولتحقيق هدف الدراسة تم ترجمة فقرات القائمة المعدلة إلى اللغة العربية والبالغة (٩٠) فقرة بما يتواءم والبيئة الأردنية، وقد طبقت القائمة على عينة مكونة من (٧١٢) فرداً (٦٣٠ فردا من الأسوياء، و٨٢ من غير الأسوياء). وأشارت نتائج التحليل العاملي إلى وجود تسعة عوامل ذات معنى، تشبعت عليها (٨٤) فقرة من أصل (٩٠) فقرة، وكانت هذه العوامل مترابطة مع بعضها بعضا، كما تمتعت الصورة النهائية للقائمة (٨٤ فقرة) بخصائص سيكومترية مقبولة؛ إذ بلغت قيمة معامل ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (٠,٩٠)، كما تمتعت القائمة بدلالات صدق مقبولة؛ فقد استطاعت أن تميز بين الأفراد الأسوياء من غير الأسوياء من الجنسين، وحصل الذكور على درجات أعلى ذات دلالة إحصائية في بعد العداوة، في حين حصلت الإناث على درجات أعلى ذات دلالة إحصائية في بقية الأبعاد وكذلك في الدرجة الكلية للقائمة.

الكلمات المفتاحية: القائمة المعدلة للأعراض، الأعراض المرضية، الصحة النفسية، الاضطرابات النفسية، الأعراض العصابية، قوائم الأعراض.

* تاريخ تسلم البحث: ٢٠١٠/٢/١٣م
* تاريخ قبوله للنشر: ٢٠١١/٢/١٠م

Standardization of the Symptom Checklist-90-Revised Instrument for the Jordanian Environment

Dr. Nedal k. Shraifin
Faculty of Education
Yarmouk University

Dr. Ahmad A. Shraifin
Faculty of Education
Yarmouk University

Abstract

This study aimed at standardizing symptom checklist 90-Revised (SCL-90-R) for Jordanian environment. To achieve this aim, the (90) items of the checklist were translated into Arabic in accordance with the Jordanian environment. The checklist was administered to (712) individuals (630 normal individuals, 82 abnormal individuals). The results of the factor analysis indicated that there were nine meaningful factors. Eighty four items out of the 90 items were loaded on there factors, which were correlated with each other. The Psychometric properties of the final form of the checklist (84 items) were acceptable. The internal consistency (Cronbach alpha) for the Jordanian version was (0.90). Also, all of the validity indicators were satisfactory, where the checklist could discriminate between normal and abnormal individuals of both genders. Males showed significantly higher scores on the hostility subscale then females, whereas results showed significantly higher scores on the other subscales as well as on the total score.

Key words: symptoms checklist 90-revised, symptoms, mental health. scl-90, psychological disorders, psychosomatic.

تقنين القائمة المعدلة للأعراض المرضية (SCL-90-R) للبيئة الأردنية

د. نضال كمال الشريفين
قسم علم النفس الإرشادي والتربوي
كلية التربية-جامعة اليرموك

د.أحمد عبد الله الشريفين
قسم علم النفس الإرشادي والتربوي
كلية التربية-جامعة اليرموك

المقدمة

يعيش الإنسان في مناخ نفسي لا يخلو من التوترات والضغوطات، ومع استمرار هذه الضغوطات وزيادة شدتها تتحول إلى أعراض عضوية تصيب أجهزة الجسم المختلفة بدرجات متفاوتة، هي ما يسميها بعض الباحثين أمراض الشدة. بينما تعرف في الطب النفسي بالاضطرابات النفسجسمية (غانم، ٢٠٠٦). ومما تجدر الإشارة إليه أن العديد من الدراسات الطبية والنفسية أكدت الارتفاع في معدل الإصابة بالاضطرابات النفسجسمية في عصرنا الحالي، بل إن بعض التقارير ربطت الإصابة بهذه الاضطرابات بتعقيدات هذا العصر ومظاهره، إذْ تشير التقارير الطبية إلى أن حوالي (٤٠-٦٠٪) من غير الأسوياء الذين يترددون على الأطباء يعانون من اضطرابات نفسجسمية (إبراهيم وعسكر، ٢٠٠٥).

ويرى العديد من الأطباء أن الألم الذي يعاني منه الأفراد هو مجرد علامة على المرض، وقد يكون الألم هو الشكوى الأساسية في عدد من الاضطرابات النفسية، كما أنه قد يؤدي إلى عدد من الأعراض النفسية، فأعراض الاكتئاب قد تظهر لدى مرضى السرطان والإيدز مثلاً (Davies, Strauss & Schmitz, 1996) ويرى توملين (Tumlin) المشار إليه في اولتمان وايمري، (Oltmann & Emery, 2002) أن مرضى الألم المزمن يظهرون مستويات من المرض النفسي مساوية لمرضى العيادات النفسية الخارجية.لذلك يركز الأطباء على عملية التشخيص بوصفها محاولة منظمة للتعرف على أبعاد مشكلة ما ومظاهرها أو اضطراب ما، والصورة التي يبدو عليها، والجوانب التي تعبر عن الاضطراب، وذلك للكشف عن أعراضه المتعارف عليها بهدف تصنيفها، ووضع الخطة العلاجية لها. وتعد عملية الكشف عن الأعراض الخاصة بكل اضطراب من أهم المحاور الأساسية في عملية التشخيص لأن الأعراض هي التي تقود المتخصص لفهم طبيعة الاضطراب وتصنيفه، وفهم أسبابه ومن ثمَّ القدرة على وضع الخطة العلاجية المناسبة للاضطراب، ومن هنا تبرز الحاجة إلى أدوات ذات خصائص سيكومترية مقبولة للكشف عن تلك الأعراض المرضية، ذلك لأن الدراسات تشير إلى أن أكثر من ثلث مجموع السكان في العالم يعانون من أشكال مختلفة من الاضطرابات

النفسية (أحمد،٢٠٠٤؛ Klussmann, 1992; Kass, Oldham & Pardes, 1992).

وتعرف الأعراض (Symptoms) بأنها مؤشر أو علامة معينة تعبر عن وجود خلل أو اضطراب وقد تكون هذه المؤشرات مباشرة: نلمسها دون أن يتحدث عنها المريض نعتمدها من خلال المظهر الخارجي للشخص، وغير مباشرة: يتحدث عنها الفرد ونحتاج إلى مساهمة من صاحبها للتحدث عنها، ومن الصعب الكشف عنها لأي شخص لأنها غير ظاهرة لديه (عبد الرحمن، ٢٠٠٠؛ Croft, 1999). وعادة ما تكون لهذه الأعراض وظيفة التعبير عن خلل أو مشكلة بحيث يعبر عن هذا الخلل بجوانب معينة من الشخصية لكي يتم البحث عن الحلول، ووضع العلاج فهي بمنزلة منبه يعمل على تنبيه المختص لوجود خلل أو شيء ما، إضافة إلى أنها لغة التواصل مع العالم الخارجي، كذلك يجب أن نستثمر هذا العرض ليساعدنا في تسهيل عملية التشخيص (Alloy, Riskind & Manos, 2005)، وينظر إلى العرض على أنه يعمل على تحقيق العديد من الأهداف، فظهور العرض هو بمنزلة عملية تكيف لهذا الفرد مع هذا الاضطراب وتحقق له الراحة نوعا ما، في حين ينظر إلى الاضطراب النفسي على أنه اضطراب وظيفي في جانب من جوانب الشخصية غير ناجم عن علة عضوية، وقد يفقد صاحبه الشعور بالمتعة مع نفسه ومع الآخرين، وقلما يؤثر على البعد العقلي من الشخصية، فكثير من المصابين بالاضطرابات النفسية يباشرون أعمالهم بشكل طبيعي، ولكن لا يشعرون بالسعادة (عبد الرحمن، ٢٠٠٠). وقد أجريت عدة دراسات هدفت إلى تصنيف الاستجابات النفسية الناتجة عن الأمراض النفسية والجسدية فقد أجرى كوربنكلر (Kornbichler, 1998) دراسة شملت (٢٦٠٠٠) فرد من المراجعين للعيادات العامة، ووجد أن (٣١٪) من أفراد عينة الدراسة لديهم أعراض متفرقة من أعراض الاضطرابات النفسية، و(٢٥٪) من غير الأسوياء يعانون من اضطرابات نفسية، و(٩٪) يقعون على الحدود بين الاضطرابات النفسية والاضطرابات الجسدية.

ويرى ستاندرد وبوث وايسلستون وبرايتون (Stannard, Booth, Eccleston & Britton, 1998) أنه وبغض النظر عن طبيعة العلاقة بين المرض الجسدي والاضطرابات النفسية فإن مرضى الاضطرابات الجسدية غير المصابين بالاضطرابات النفسية يفيدون من علاج الألم أسرع من غير الأسوياء المصابين بالاضطرابات النفسية .في حين كشفت دراسة أيفرلي ونوري ونيلسون وبيري (Averill, Nory, Nelson & Berry, 1996) العلاقة بين المرض الجسدي والاضطرابات النفسية ووجد أن الاضطراب النفسي يمثل نتيجة أو رد فعل للعجز الناتج عن الألم ويعد الاكتئاب أكثر الاستجابات الانفعالية الشائعة للألم.

ونظراً لأهمية كشف الأعراض المرضية الجسدية والنفسية وتشخيصها كان لابد من وجود أداة قياس، لذلك بدأت البحوث التجريبية لقياس الأعراض المرضية عند الإنسان بالظهور منذ بداية السبعينيات من القرن الماضي عندما صمم ديروجيتس وليمان وكوفي (Derogatis, Liman & Covi, 1976) قائمة الأعراض المرضية (Symptom) (SCL heckList)، وهي من القوائم واسعة الانتشار والاستخدام في كثير من الدراسات العالمية، وفي عام (١٩٨٦) طور ديروجيتس (Derogatis) قائمة الأعراض في قائمة معدلة تحتوي على (٩٠) فقرة تعتمد على التقدير الذاتي. ويستغرق تطبيقها في الحالات السوية ما بين(١٢ -١٥) دقيقة، هذا مع مراعاة أهمية بناء علاقة جيدة بين الفاحص والمفحوص قبل البدء بعملية التطبيق، ذلك لأن هذه العلاقة تساعد كثيراً في استخدام القائمة بسهولة وفي وقت أقل، ويمكن كذلك أن يستغرق زمن إعطاء التعليمات للمفحوص حوالي الدقيقتين.

وينظر إلى هذه القائمة على أنها قائمة مكملة للاختبارات النفسية التي تقيس البنية النفسية للشخصية عبر مدة زمنية طويلة ،وتعد قائمة الأعراض المعدلة مقياساً للحالة النفسية الحالية، ولا تعد مقياساً للشخصية إلا بطريقة غير مباشرة، وقد صممت قائمة الأعراض كمقياس عام يستخدم مع بداية فترة المراهقة (١٣) سنة فأكثر. كما يستخدمها الأطباء بصفة عامة والأطباء النفسيون بصفة خاصة، كما تستخدم أيضاً من قبل المتخصصين في علم النفس وذلك في المجالين الإكلينيكي والبحث العلمي، وقد راعى ديروجيتس عند تصميم القائمة مجال استخدامها والذي يتمثل في إلقاء الضوء على الحالة النفسية عند الأفراد على نطاق واسع متدرجاً من الأفراد الأسوياء ،مروراً بغير الأسوياء ذوي المرض المعنوي بأنماطه المختلفة إلى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية، ونظراً لما تحتاجه القائمة من تمكن المفحوص من القراءة، لذا فهذه القائمة يصعب تطبيقها على الذهانيين والأميين، وذوي صعوبات التعلم، ومن يعانون من العسر القرائي، وقد يلجأ الفاحص في مثل هذه الحالات إلى قراءة الفقرة، والطلب من المفحوص الإجابة عليها.

وتكمن أهمية هذه القائمة أيضاً في المجال الإكلينيكي، إذْ تعد أداة واسعة الانتشار في تقدير الأعراض النفسية، والعقلية لدى غير الأسوياء المترددين على العيادات النفسية، وبالنسبة لاستخدامها في مجال البحث العلمي فإن سهولة تطبيقها يسمح بالانتفاع بها بفاعلية كبيرة في دراسات العلاج المقارن. فقد أشار سكيمتز وكروس وهيكراث والبيرت وتريز (Schmitz, Kruse, Heckrath, Alberti & Tress, 1999) بعد إجراء دراسة على المجتمع الألماني بهدف الكشف عن الحالات النفسية للأفراد، أن القائمة المعدلة للأعراض

(SCL-90-R) تمتلك قدرة عالية على التمييز بين الأفراد المصابين بالاضطرابات النفسية، وغير المصابين.

ونظراً لما تتمتع به القائمة المعدلة للأعراض من خصائص سيكومترية فإنها تستخدم في محاولات العلاج بالأدوية إذْ يتم التشخيص بناءً على نتائج المقياس، ويوصف العلاج للمريض، وبعد استعمال العلاج مدة من الزمن يعاد تطبيق المقياس مرة أخرى، وبناءً على نتائج المقياس يعزز الدواء أو يحظر استخدامه أي يمكن بهذه الطريقة تحديد الفاعلية النسبية لهذا الدواء كونه علاجاً. إضافة إلى الاستخدام الواسع للقائمة في جميع دول العالم، فقد أجرى بجوركلي (Bjokly, 2002) دراسة حول فاعلية القائمة المعدلة للأعراض (SCL-٩٠-R) في الكشف عن الحالات النفسية للمرضى النفسيين المقيمين في العيادات النفسية والمعروفين بعنفهم الشديد بلغ عدد أفراد العينة (٣٠) مريضا سبق وأن مارسوا العنف تجاه أنفسهم أو الآخرين، إذْ طلب منهم تعبئة القائمة كذلك طلب من الممرضات المسؤولات تعبئة القائمة المعدلة للأعراض (SCL-90-R) عن هؤلاء غير الأسوياء، وأشارت نتائج الدراسة إلى إنكار غير الأسوياء لكثير من السلوكيات التي يرتكبونها بشكل يومي، إضافة إلى أن الإناث كنَّ أكثر انفتاحا بالحديث عن مشكلاتهن، كما ظهر اختلاف ما بين تقييم الممرضات للمرضى وتقييم غير الأسوياء لأنفسهم.

أما تشانغ يانغ وبيونغ وبايتي وجونغ وجين (Chang-kook, Byeong, Baity, Jeong & Jin, 2005) فقد قاموا بدراسة الأعراض النفسية والخصائص الشخصية للكوريين من طلاب المدارس الثانوية العليا ومن يقضون أوقاتا طويلة في استخدام الانترنت وقد تم الاعتماد على القائمة للأعراض (SCL-90-R) في تشخيص الأعراض النفسية لدى عينة مكونة من (٣٢٨) طالبا وطالبة وقد استطاعت الكشف عن الأعراض النفسية لدى المدمنين على استخدام الانترنت بشكل دقيق. كما قام مارتنز وستيلرمان ووالدو (Martiez, Stillerman & Waldo, 2005) بإجراء دراسة للتحقق من صدق القائمة المعدلة للأعراض وثباتها (SCL-90-R) على عينة مكونة من (٢٠٥) طلاب ذكور وإناث، إذْ أشارت نتائج الدراسة إلى أن القائمة المعدلة للأعراض (SCL-90-R) تتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات وأنها تمتلك قدرة تشخيصية لعدد من الاضطرابات النفسية.

كما أجريت دراسات عديدة استخدمت فيها قائمة الأعراض المرضية بصورتها الأجنبية ففي دراسة أجراها ساندر وجوكس (Sander & Jux 2006) حول تقييم العلاج النفسي للمرضى باستخدام القائمة المعدلة للأعراض (SCL-٩٠-R) على عينة مكونة من (٣١٤)

مريضا، إذْ أشارت النتائج إلى فعالية القائمة المعدلة للأعراض (SCL-٩٠-R) في قياس مدى تقدم العلاج، ووجدت فروقاً ذات دلالة إحصائية في القياسات المتباعدة مما يشير إلى وجود تقدم في العلاج. أما آريندل وبارلدس وجانسن وبيوالد، وفاندراند (Arrindell, Bareld, Janssen, Buwalda & Vander, 2006) فقد قاموا بإجراء دراسة هدفت التحقق من صدق القائمة المعدلة للأعراض وثباتها (SCL-90-R) لدى عينة من مرضى متلازمة ألم الحوض وأشارت النتائج إلى أن القائمة تتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات بصفه عامة وعلى الأبعاد التسعة الفرعية.

كذلك قام كل من ريكلتس وليشت وفورد واوفنقر وديلر (Recklitis, Licht, Ford, Oeffinger & Diller, 2007) بإجراء دراسة للكشف عن مدى فاعلية القائمة المعدلة للأعراض (SCL-90-R) في تشخيص الأعراض النفسية لدى عينة مكونة من (١١٩) فردا من الناجين من الإصابة بالسرطان في مرحلة الطفولة، إذ أشارت نتائج الدراسة إلى فعالية قائمة (SCL-90-R) في متابعة تقدم الأفراد من الناحية النفسية.

كما أجرى نويلي (Noelle, 2008) دراسة للتحقق من صدق القائمة المعدلة للأعراض وثباتها في تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Post Traumatic (PTSD) Stress Disorder) لدى عينة من طلبة جامعة إنديانا (Indian University) لتحديد ما إذا كانت القائمة المعدلة للأعراض (SCL-90-R) تعطي مؤشرات تشخيصية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود دلالات صدق وثبات عالية للمقياس لدى أفراد العينة وأنه بالإمكان الاعتماد على القائمة المعدلة للأعراض (SCL-٩٠-R) في تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لما يعطيه من مؤشرات إكلينيكية موثوق بها، إضافة إلى قدرتها على التمييز بين الأفراد المصابين وغير المصابين باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

يلاحظ مما سبق أن هناك العديد من الدراسات التي حاولت التعرف إلى فاعلية القائمة المعدلة للأعراض المرضية بأكثر من بيئة، وأنّ لهذه القائمة العديد من الفوائد التي قد يوظفها العاملون في مجال الإرشاد والعلاج النفسي في عملهم، فقد أشار سكيمتز وآخرون (Schmitz, et al., 1999) إلى أن القائمة المعدلة للأعراض (SCL-90-R) تمتلك قدرة عالية على التمييز بين الأفراد المصابين بالاضطرابات النفسية، وغير المصابين. كما أشارت نتائج دراسة بجوركلي (Bjokly, 2002) إلى فاعلية القائمة في تشخيص الحالات المرضية بين حالات العنف الشديد، في حين أشارت نتائج دراسة تشانغ يانغ وبيو وآخرون (Chang-

kook, et al., 2005) إلى قدرة القائمة للكشف عن الأعراض النفسية لدى المدمنين على استخدام الانترنت بشكل دقيق، كما أشارت نتائج دراسة مارتنز وآخرون (Martiez, et al., 2005) ونتائج دراسة آريندل وآخرون (Arrindell, et al., 2006)، إلى تمتع القائمة بدرجة عالية من الصدق والثبات وأنها تمتلك قدرة تشخيصية لعدد من الاضطرابات النفسية، في حين أشارت نتائج دراسة ساندر وجوكس (Sander & Jux 2006) ونتائج دراسة ريكلتس وآخرون (Recklitis, et al., 2007) إلى فعالية القائمة المعدلة للأعراض (SCL-90-R) في قياس مدى تقدم العلاج والحالة النفسية للمرضى، وأخيراً أشارت نتائج دراسة نويلي (Noelle, 2008) إلى وجود دلالات صدق وثبات عالية لقائمة، وأنه بالإمكان الاعتماد عليها في تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لما يعطيه من مؤشرات إكلينيكية موثوق بها، إضافة إلى قدرتها على التمييز بين الأفراد المصابين وغير المصابين باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

وتتكون القائمة المعدلة للأعراض من تسعة أبعاد تم استنتاجها من خلال الربط بين الإجراءات الإكلينيكية والتجريبية التحليلية. وملحق بها أيضا فقرات إضافية وثلاث مؤشرات عامة منذرة بالخطر وفيما يلي وصف مكونات القائمة (Schmitz, et al, 1999).

• **أعراض التجسد/الجسمية (Somatization):** وتعني تحول الصراعات النفسية إلى أعراض جسدية ويقيس المجال مشاكل الجهاز الهضمي، والقلب، والمشاكل الجسمية والتنفس أو أي خلل في وظائف الجسم، وتعكس الفقرات التي يتضمنها هذا البعد الألم والضيق الذي ينتج من مشاعر الاختلال الوظيفي للجسم، حيث تصف هذه الفقرات ما يحدث في أعضاء الجسم التي تستثار بواسطة الجهاز العصبي اللاإرادي.

• **الوسواس القهري (Compulsive-Obsessive):** ويرتكز على الأفكار، والدوافع القهرية، والأفعال التي يعاني منها الفرد بطريقة لا يستطيع مقاومتها رغم أنها غريبة، وغير مرغوب فيها و يشير إلى وجود صعوبات معرفية واضطرابات في التذكر وخلو الذهن من أي أفكار منطقية مع صعوبة في التركيز، وتعكس الفقرات لهذا البعد السلوك الذي يتماثل بدرجة كبيرة مع التشخيص الإكلينيكي تحت هذا الاسم، ويركز هذا المقياس على الأفكار والدوافع القهرية والأفعال التي يعاني منها الفرد بطريقة لا تقاوم وتبدو غريبة بالنسبة إليه أو غير مرغوب فيها. كما أن هذا البعد يشمل السلوك الذي يشير إلى صعوبات معرفية.

• **الاكتئاب (Depression):** إذ تتمثل في أعراض المزاج المتصف باليأس، ويتصف بالسلوك الانسحابي، وعدم الاهتمام بالنشاط، ونقص الدافعية، وفقدان الحيوية وميل للأفكار الانتحارية.

• **الحساسية التفاعلية (Sensitivity Interpersonal):** وهي أعراض مرضية خاصة بقصور في المشاعر، وإحساس بالنقص عند المقارنة بالآخرين. والدرجات المرتفعة تشير إلى الأفراد الذين يتصفون ببخس الذات (depreciation-Self) والانزعاج والضيق أثناء التفاعل مع الآخرين، وتتصف بتوقعاتها السلبية في الاتصال بالآخرين.

• **القلق (Anxiety):** ويظهر الفرد هنا نمطاً من السلوك الذي يصاحبه قلق ظاهر، ومرتفع مع ميل للضيق، والتململ، والعصبية، والتوتر مع مصاحبة أعراض جسمانية مثل نوبات الرعب، والارتجاف ومشاعر التشكيك.

• **العداوة (Hostility):** يرى الأطباء النفسيون أن وجود الغضب، وسلوك العداء يعدَّان محددات مهمة في القرارات الإكلينيكية المختلفة التي يتخذها أطباء العيادات النفسية بصدد غير الأسوياء المترددين على تلك العيادات، وهذه الحقيقة تقود إلى استخلاص بعد العداوة بعداً أساسياً في مقياس (R-90-SCL)، ويشمل بعد العداوة ثلاث فئات من سلوك الاعتداء هي: الأفكار، المشاعر، والأفعال.

• **قلق الخوف (Anxiety Phobic):** تعكس فقرات هذا البعد الأعراض التي قد تلاحظ على مدى بعيد في الحالات التي أطلق عليها قلق المخاوف أو خوف الأماكن المتسعة (Agoraphobia) وفي هذا البعد نجد أن الخوف ذا الطبيعة المرضية يوجه إلى السفر أو الأماكن المفتوحة، أو الازدحام أو إلى الأماكن العامة ووسائل النقل هذا بالإضافة إلى وجود بعض الفقرات التي تمثل سلوك الخوف الاجتماعي.

• **البارانويا التخيلية (Ideation Paranoia):** صيغت فقرات هذا البعد على أساس المميزات الأساسية للتفكير الهذائي، ولقد وضع التفكير الإسقاطي، والعداء، والارتياب، والشك، والضلالات، وفقدان الاستقلال الذاتي، والشعور بالعظمة في قائمة أساسية لصفات البارانويا وقد صممت الفقرات في هذا البعد لتعكس هذه الصفات.

• **الذهان (Psychoticism):** اشتقت فقرات هذه الفئة من خلال ملاحظة الأفراد المتصفين بالذهان، إذْ يظهر الأفراد هنا هلاوس سمعية وأفكاراً تخاطبيه وتحكم مسيطر على أفكار الفرد من الخارج، واهتمام أفكار عن طريق قوى غير منظورة، وبالإضافة إلى ذلك هناك علامات أخرى مماثلة في القياس ولكنها تعد أقل تحديداً للسلوك الذهاني كنمط الحياة الخاص بالفصاميين.

• **الفقرات الإضافية (Items Additional):** تحتوي قائمة الأعراض المعدلة (٧) فقرات لا تصنف تحت أي من الأبعاد السابقة، وقد توضع هذه الفقرات تحت العديد من الأبعاد لكن

هذه الفقرات ليست خاصة ببعد دون غيره. وتسهم هذه الفقرات في الدرجة الكلية لأعراض كل بعد في المقياس وهذه الفقرات تستخدم بطريقة شكلية (Configurally) فالدرجة العالية على بعد الاكتئاب مثلاً مع بعض الفقرات الإضافية مثل فقرة (ضعف الشهية للطعام) قد تعني شيئاً مختلفاً تماماً إذا ما تم الحصول على نفس الدرجة، وقد تعد بعض الفقرات مؤشراً إكلينيكياً مهماً يمد الأخصائي أو الطبيب النفسي بمعلومات مهمة جداً. هذا مع الإشارة إلى أن الفقرات الإضافية لا تجمع كبقية الأبعاد ولكنها تجمع على الدرجة الكلية.

أشار ديروجيتس (Derogatis, 1986) إلى وجود ثلاثة مؤشرات عامة منذرة بالخطر ملحقة بقائمة الأعراض المعدلة هي:

- مؤشر الشدة العام (Global Severity Index (GSI)).
- مؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (Positive Symptoms Distress Index (PSDI).
- المجموع الكلي للأعراض الإيجابية (Positive Symptoms Total (PST)).

تعمل هذه المؤشرات على إيضاح مستوى أو عمق الاضطراب النفسي لدى الفرد عن طريق درجة واحدة. ويقوم كل مقياس أو مؤشر بذلك بطريقة مختلفة نوعاً ما كما يعكس جوانب مختلفة من الاضطراب النفسي. وينظر إلى مؤشر الشدة العام (GSI) على أنه أفضل مؤشر فردي على المستوى الحالي للاضطراب ويجب أن يستخدم هذا المؤشر في معظم الحالات التي تتطلب قياساً موجزاً واحداً. إضافة إلى أنه يضم معلومات عن عدد الأعراض وشدة الخطر المدرك من قبل المفحوص.

في حين يعمل مؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) كمقياس لنوعية الاستجابة وأسلوبها الاستجابة أثناء الاتصال مع الآخرين سواء كان لدى المريض أعراض زائدة أو بسيطة منذرة بالخطر.

أما مؤشر المجموع الكلي للأعراض المرضية (PSI) فهو حصر للأعراض التي يبديها المريض كونها أعراضاً إيجابية، أي التي يعاني منها المريض بأي درجة. وعندما يستخدم (PSI) بطريقة شكلية مع (GSI) فإن المعلومات الخاصة بأسلوب الاستجابة وعدد الأعراض المصدق عليها يمكن أن تصبح مهمة جداً في تقدير الصورة الإكلينيكية.

لذا وفي ضوء ما تقدم حول القائمة المعدلة للأعراض المرضية وما تتمتع به من خصائص سيكومترية مقبولة وقدرتها على تشخيص الأعراض المرضية فإن هناك حاجة إلى توفير أداة

مناسبة للإفادة منها وترشيحها للاستخدام من قبل المتخصصين بعد إخضاعها للدراسة السيكومترية والتحقق من واصفاتها الفنية.

مشكلة الدراسة

من خلال خبرة أحد الباحثين في بعض المراكز النفسية الخاصة بعلاج غير الأسوياء النفسيين واستخدام المقاييس النفسية مع العديد من الحالات المرضية وغير المرضية وما تحتاجه بعضها من وقت طويل وإجراءات معقدة ونتائج غير دقيقة في معظم الأحيان حول الحالات المرضية برزت الحاجة إلى تقنين مثل هذه الأداة لتناسب البيئة الأردنية، وتنبثق مشكلة الدراسة من عدم توافر أداة سهلة التطبيق خاصة لتشخيص حالة المريض في الوقت الحاضر ومتابعة مدى تقدمه من الناحية النفسية، وما هو متوقع حدوثه معه مستقبلاً، ونظرا لما تتمتع به القائمة من خصائص سيكومترية مقبولة، جعلت منها أداة ذات قدرة عالية على التشخيص وفق ما أشارت إليه العديد من الدراسات السالفة الذكر. لذا فقد سعى الباحثان إلى تقنين هذه الأداة (القائمة المعدلة للأعراض (SCL-90-R) والمطورة من قبل ديروجيتس (Derogatis, 1986) لتناسب البيئة الأردنية، وتتمثل مشكلة الدراسة في تكييف هذه الأداة والتحقق من الخصائص السيكومترية للقائمة المعدلة للأعراض في البيئة الأردنية، كي تكون هذه الأداة صالحة للاستخدام وذلك بعد توفير مؤشرات عن دلالات صدق الأداء وثباته لهذه القائمة في البيئة الأردنية.

أهداف الدراسة

فقد هدفت الدراسة تعرف:

١. البناء العاملي للقائمة المطورة للبيئة الأردنية دلالةً على صدق البناء.

٢. الفروق بين الأسوياء وغير الأسوياء في أدائهما على القائمة الكلية والأبعاد الفرعية للقائمة.

٣. دلالات ثبات القائمة الكلية وأبعادها الفرعية.

٤. فاعلية فقرات القائمة.

أهمية الدراسة

تنبثق أهمية هذه الدراسة من جانبين الأول نظري، والثاني عملي فمن حيث الأهمية

النظرية فإن الدراسة حاولت:

- توفير إطار نظري لفهم القائمة المعدلة للأعراض المرضية حال تطبيقها في المجتمع الأردني.

أما من حيث الأهمية العملية فإن الدراسة حاولت:

- تقنين مقياس لقياس الأعراض المرضية يتمتع بدرجة مقبولة من الصدق والثبات لاستخدامه في دراسات لاحقة ولأغراض تطبيقية في مجال الإرشاد والعلاج النفسي.
- تساعد القائمة المقننة على التمييز بين المصابين بأمراض جسدية وأمراض نفسجسدية (نفسجسمية).
- توفير مقياس ذي خصائص سيكومترية مقبولة يستخدم في العديد من المستشفيات والمراكز النفسية سواء للأطباء النفسيين أو الأطباء العاملين وقد يستخدم في المؤسسات التعليمية المختلفة.

أسئلة الدراسة

حاولت الدراسة الإجابة عن الأسئلة الآتية :

١) ما دلالات الثبات التي تتمتع بها القائمة؟ ولكل بعد من أبعادها؟

٢) ما دلالات الصدق التي تتمتع بها القائمة؟ ولكل بعد من أبعادها؟

٣) هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية (α=٠,٠٥) بين متوسطات الاستجابات على القائمة المعدلة للأعراض تعزى لحالة الفرد(سوي، مريض)؟

منهجية الدراسة وإجراءاتها

تعريف القائمة المعدلة للأعراض المرضية (R-90-SCL) بصورتها الأصلية

تعدّ القائمة المعدلة للأعراض ذاتية التقدير لتشخيص الأعراض السلوكية. فقد تكونت القائمة المعدلة للأعراض المعدلة (R-90-SCL) الأصلية التي طورت من قبل ديروجيتس (Derogetis, 1986) للبيئة الأمريكية من ٩٠ فقرة تقع في تسعة أبعاد رئيسية للقائمة هي: الأعراض الجسمية (١٢ فقرة)، الوسواس القهري (١٠ فقرات)، الحساسية التفاعلية (٩ فقرات)، الاكتئاب (١٣ فقرة)، والقلق (١٠ فقرات)، والعداوة (٦فقرات)، وقلق الخوف (٧ فقرات)، والبرانويا (٦ فقرات)، والذهان (١٠ فقرات)، و(٧ فقرات) كعناوين إضافية تغير الدقة في الإجابة وتعطي مرونة للاختبار. وقد اعتمد ديروجيتس في تطوير هذه القائمة على قائمة الأعراض

المرضية (SCL-90) التي تعدّ من أكثر القوائم شيوعاً في قياس الأعراض المرضية.
وأورد ديروجيتس (Derogetis, 1986) مؤشرات تدلل على ثبات المقياس وصدقه، إذ أشار إلى تمتع القائمة بدلالات اتساق داخلي (Internal-Consistency) إذْ تراوحت قيم معاملات ثبات كرونباخ ألفا بين (٠,٧٩-٠,٨٩) بالنسبة للعينات العيادية. كما أن مؤشر ثبات الاستقرار (Test-Retest) مقبول، والصدق الظاهري محقق.

تعريب القائمة وتقنينها

اختار الباحثان لهذه الدراسة جميع فقرات قائمة ديروجيتس لمراجعة الأعراض (SCL-R-90) وجرت ترجمة تلك الفقرات إلى اللغة العربية بصورة مستقلة من قبل عدد من المتخصصين في الإرشاد النفسي، والطب النفسي، والقياس من حملة درجة الدكتوراه. وبعد مراجعة الترجمات المختلفة تبين للباحثين وجود تطابق كبير في المعنى بين هذه الترجمات ولجميع الفقرات، وبذلك تم الإبقاء على الصورة الأولية لمقياس القائمة المعدلة للأعراض المعدلة (R-90-SCL) والمكونة من (٩٠) فقرة كما هو في القائمة الأصلية.

وبالانتهاء من عملية تحكيم الأداة بصورتها العربية المقترحة والاقتناع بملاءمتها للاستخدام عمد الباحثان إلى تطبيق الأداة على عينة استطلاعية من الطلبة الأسوياء بلغ عدد أفرادها (٤٠) فردا، وقد استهدف هذا التطبيق توفير المزيد من الأدلة حول ملاءمة هذه الأداة وصلاحيتها للاستخدام على المستوى المحلي وذلك من خلال رصد استجابات العينة الاستطلاعية وردود أفعالهم وتعليقاتهم على فقرات القائمة وتعليماتها. بالإضافة إلى التأكد من وضوح الفقرات والتعليمات التي تتصدرها، وخلوها من أي فقرات غامضة أو غير ملائمة. وبالفعل أتاح هذا التطبيق توفير بعض الأدلة الإضافية حول مصداقية هذه الأداة وملاءمتها للاستعمال المحلي هذا على الرغم من انه لم يسفر عن إجراء أي تعديلات جوهرية عليها واكتفي بإجراء تعديلات طفيفة على تعليمات الإجابة والصيغ التعبيرية الخاصة بعدد ضئيل من الفقرات بهدف تبسيطها وجعلها أكثر وضوحا.

وقد عرضت هذه الفقرات على تسع محكمين من أعضاء هيئة التدريس في أقسام علم النفس الإرشادي في جامعتي اليرموك والأردنية، وذلك من أجل مراجعتها لغوياً والتحقق من مدى ارتباطها وملاءمتها للبيئة الأردنية، وعدلت بعض الفقرات، وصيغت لغوياً بحيث حافظت على الوظيفة المتوقعة منها بناءَ على اقتراحات المحكمين.وكان أبرز هذه التعديلات حذف فقرة (أشعر بفقدان الاهتمام الجنسي) وأضيفت فقرة (أشعر بالخوف عند الدخول

إلى الحدائق والبساتين) لبعد قلق الخوف، إضافة إلى استبدال كلمة القطارات بالسيارات والباصات. ويعدّ ذلك دلالة على تحقق الصدق الظاهري لجميع الأبعاد الفرعية والقائمة الكلية، وبذلك بقيت القائمة بصورتها النهائية مكونة من (٩٠) فقرة.

تصحيح القائمة المعدلة للأعراض

يتم تصحيح فقرات المقياس بحيث تعطى الاستجابة دائما الدرجة (٥) وتعني أن هناك معاناة دائمة، وغالبا الدرجة (٤) وتعني أن هناك معاناة أكثر من الوسط، وأحيانا الدرجة (٣) وتعني أن هناك معاناة متوسطة، ونادرا الدرجة (٢) وتعني أن هناك معاناة قليلة، ومطلقا الدرجة (١) وتعني أنه لا يوجد معاناة إطلاقا.

ويتضمن تصحيح مقياس القائمة المعدلة للأعراض (R-90-SCL) مجموعة من الخطوات الحسابية يتم خلالها التقريب لأقرب منزلتين عشريتين، وفيما يلي خطوات التصحيح:

- نقل درجات المفحوص إلى نموذج التصحيح الخاص بالمقياس.

– الحصول على مجموع درجات كل بعد من الأبعاد التسعة وأيضاً الفقرات الإضافية كل على حدة.

– قسمة مجموع درجات البعد على عدد فقرات البعد ولا يقسم مجموع الفقرات الإضافية على عددها. وتتم هذه الخطوة من أجل الحصول على الدرجة الخام للبعد (Raw Scores) مع مراعاة التقريب لأقرب منزلتين عشريتين وتمثل الدرجة هنا درجة معاناة المفحوص من المرض الخاص بالبعد.

وبهدف حساب المؤشرات العامة الثلاثة المنذرة بالخطر (Global Indices) لا بد من إجراء الخطوات الآتية:

– للحصول على الدرجة الكلية على المقياس Grand Total (GT) لا بد من جمع مجموع درجات فقرات كل بعد من الأبعاد التسعة وكذلك جمع درجات الفقرات الإضافية.

– للحصول على مؤشر الشدة العام (Global Severity Index) (GSI) يتم قسمة الدرجة الإجمالية (GT) على عدد الفقرات الكلية (89) (GSI = GT/(89).

– عد الاستجابات التي لا تأخذ الدرجة واحد وذلك للحصول على المجموع الكلي للأعراض الإيجابية Positive Symptom Total (PST).

– تتم قسمة الدرجة الإجمالية (GT) على المجموع الكلي للأعراض الإيجابية (PST) وذلك بهدف الحصول على الدرجة العامة النهائية (Score Global Final) أو مؤشر الأعراض

الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) (Positive Symptom Distress (PSDI = GT/PST).
بعد حساب الدرجات الخام للأبعاد كما تم في الخطوة الثالثة وحساب المؤشرات الثلاثة العامة (GSI) (PSDI) (PSI)، يمكن الحصول على المعايير المناسبة.

وفي حال وجد بعض الفقرات غير المجاب عنها يتم حذف عدد هذه الفقرات من العدد الكلي للبعد، ويتم بعد ذلك تقييم الدرجة من خلال عدد فقرات البعد باستثناء تلك غير المجاب عليها. وعند حساب (GSI) يتم إنقاص عدد الفقرات غير المجاب عليها من الـ (٩٠) فقرة الخاص بالمقياس ككل. في حين أن (PSI) و(PSDI) لا يتأثران مباشرة بالبيانات المفقودة. وفي حال فقدان أكثر من (٢٠٪) من الفقرات التي يحتوي عليها المقياس ككل أي أكثر من (١٨) فقرة، أو فقدان أكثر من (٤٠٪) من فقرات أي بعد من الأبعاد، عند ذلك يعدّ المقياس غير صالح وغير صادق بالنسبة للاختبار ككل أو البعد الواحد، كما سبق وأن تمت الإشارة إليه بأن هذه الاستبيانات قد تم حذفها مسبقا.

تطبيق القائمة المعدلة على العينة الاستطلاعية

ثبات القائمة

تم التحقق من ثبات القائمة المعدلة للأعراض بصورتها الأولية بطريقتين هما: ثبات الاستقرار عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق مرة أخرى بعد مرور مدة زمنية مناسبة (نفترض استقرار السمة خلالها)، وبطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، وقد تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية من (٤٠) فرداً من الأسوياء ومن خارج عينة الدراسة، ثم أعيد تطبيقها مرة أخرى بعد مرور حوالي أسبوعين من التطبيق الأول. وبحساب معامل ارتباط بيرسون بين التطبيق الأول والثاني بلغت قيمة معامل ثبات الاستقرار بصفه عامة (٠,٨٩) وتراوحت قيم معاملات الثبات للأبعاد بين (٠,٨٠-٠,٨٧). وقد عد ذلك مؤشراً جيداً لمناسبة القائمة لغرض الدراسة. كما تم تقدير ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معامل ألفا كرونباخ، وبلغت قيمته للمقياس بصفة عامة (٠,٨٧) وتراوحت قيمها للأبعاد بين (٠,٨٠-٠,٨٥) ويعد ذلك مؤشراً جيداً على الاتساق الداخلي للمقياس.

أفراد الدراسة

تطلبت دراسة الخصائص السيكومترية لقائمة الأعراض المرضية بصورتها المعربة تطبيق هذه الأداة على عدة عينات فقد جرى تطبيقها بصورتها الأولية (٩٠ فقرة) على مجموعتين: الأولى من الأسوياء، والثانية من غير الأسوياء وقد تكونت المجموعة الأولى من طلبة الجامعات

وطلبة المرحلة الثانوية في مديرية التربية والتعليم لمنطقة إربد الأولى في الفصل الثاني للعام الدراسي (٢٠٠٨/٢٠٠٩م) تراوحت أعمارهم بين (١٥-٢٥). والمجموعة الثانية تكونت من بعض غير الأسوياء المراجعين لعيادات الاختصاص في كل من مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي ومستشفى الأميرة بسمه التعليمي ومستشفى الجامعة الأردنية من الفئة العمرية نفسها، وكانت شكواهم من أمراض جسدية. ومن بعض غير الأسوياء النفسيين في عدد من المستشفيات والمراكز النفسية من الفئة العمرية نفسها. وقد تكونت عينة الدراسة بمجملها من (٧٥٢) فرداً (٤٣٨ للذكور، ٣١٤ للإناث). وبعد مراجعة الإجابات وتفريغها تم إسقاط (٤٠) استبانه من المجموعتين وذلك بسبب النمطية في الإجابة أو بسبب ترك عدد كبير من الفقرات بدون إجابة، بحيث كان إما (٢٠٪) من الفقرات غير مجاب عنها (أكثر من ١٨ فقرة) أو حوالي (٤٠٪) من فقرات أحد الأبعاد. وتبقى لأغراض التحليل الإحصائي (٧١٢) استبانه، (٤٠٨) للذكور و(٣٠٤) للإناث إذْ كان منهم (٦٣٠) فرداً في المجموعة الأولى و(٨٢) فرداً في المجموعة الثانية. والجدول رقم (١) يبين توزيع أفراد العينة وفق متغيرات النوع الاجتماعي والفئة العمرية والمجموعة التي ينتمي إليها(سوي، مريض).

الجدول رقم (١)
توزيع أفراد المجموعتين الأولى (الأسوياء) والثانية (غير الأسوياء) وفق متغيرات النوع الاجتماعي والفئة العمرية

المجموعة		النوع الاجتماعي				المجموع
		ذكور		إناث		
		(١٥-١٨) سنة	أكثر من ١٨ سنة	(١٥-١٨) سنة	أكثر من ١٨ سنة	
	الأولى (الأسوياء)	٢١٠	١٥٠	١٥٠	١٢٠	٦٣٠
	الثانية (غير الأسوياء)	٢٠	٢٨	١٤	٢٠	٨٢
المجموع		٢٣٠	١٧٨	١٦٤	١٤٠	٧١٢

يلاحظ من خلال الجدول رقم (١) أن حجم العينة ككل (٧١٢) فردا، وعند إجراء بعض التحليلات الإحصائية استثنيت أحيانا عينة غير الأسوياء لعدم تجانسها وصغر حجمها، والبالغ عددهم (٨٢) فردا مع عينة الأسوياء والبالغ عددهم (٦٣٠) تراوح المدى العمري لهذه العينة بين (١٥-٢٥) سنة بمتوسط حسابي قدره (١٩,٨) سنة، وانحراف معياري قدره (٧,٨٩). وكان عدد الذكور (٣٦٠) بنسبة قدرها (٥٧٪) من عينة التحليل وعدد الإناث (٢٧٠) بنسبة قدرها (٤٣٪) من العينة بصفة عامة.

تطبيق المقياس واشتقاق دلالات ثباته وصدقه على عينة التقنين

دلالات الصدق

إن أكثر ما يهم مطوري المقاييس النفسية هو صدق بنائها (Construct Validity) ومع تعدد الطرق والإجراءات المستخدمة في دراسات صدق هذه المقاييس، إلا انه يمكن تصنيفها في ثلاث مجموعات رئيسية هي: التحليل المنطقي (Logical Analays)، والطرق الإرتباطية (Correlational Techniques) والطرق التجريبية (Experimental Tech) (Cronbach, 1971). وان أكثرها استخداما هي الطرق الإرتباطية وتشمل الطرق الإرتباطية المستخدمة في دراسة صدق المقاييس النفسية طريقة التحليل العاملي (Factor Analysis)، ومصفوفة السمات والطرق المتعددة (Multitraite-Multimethod) وتحليل الانحدار (Regression Analyses). ومن الإجراءات المستخدمة للتدليل على صدق هذه القائمة، فقد تم ذلك من خلال الصدق المنطقي حيث تم التحقق منه اعتمادا على التحليل النظري من خلال تحديد السمة المرغوب قياسها وهي الأعراض المرضية ومكوناتها (أبعادها)، ومن خلال صياغة الفقرات وتحكيمها. أما للتعرّف على البناء العاملي للقائمة المعدلة للأعراض وللتحقق من صحة الافتراض النظري الذي بنيت على أساسه فقرات القائمة، تم استخدام التحليل العاملي لمصفوفة الارتباطات الخاصة بفقرات القائمة والبالغ عددها (٩٠) فقرة على أفراد العينة الكلية وكذلك عينة الأسوياء أما عينة غير الأسوياء فإنه يتعذر إجراء التحليل العاملي نظرا لصغر حجم العينة ككل وكذلك في كل فئة من فئات غير الأسوياء وفق تصنيفهم باستخدام قائمة الأعراض المعدلة.

وتم استخدام التدوير المائل (Oblique Rotation) باستخدام طريقة (Oblimin) لأنه من المتوقع أن ترتبط مكونات قائمة الأعراض بعضها ببعض. وقد تم تكرار التدوير تحت ظروف مختلفة من حيث عدد العوامل المطلوب تدويرها بهدف استخدام عدد اقل من العوامل يمكن خلالها التعرف بصورة أفضل على السمة المراد قياسها وهي الأعراض المرضية بحيث تفسر هذه العوامل اكبر قدر من التباين، فقد تم استخلاص تسعة عوامل قيمة الجذر الكامن (Eigen Value) لكل منها يزيد عن واحد صحيح. فسرت بمجموعها (٧٨,٤٪) من التباين. في العينة الكلية و(٨١٪) من التباين في عينة الأسوياء.

وقد استخدمت ثلاثة محكات في انتقاء الفقرات وفي تصنيفها على العوامل وهي: أن يكون تشبع الفقرة على العامل الذي تنتمي له أكثر من (٠,٣٠)، وأن يكون تشبع الفقرة على أي عامل أخر أقل من (٠,٣٠) وأن تتحقق هذه المواصفات للفقرات في العينتين. ويشير الجدول

رقم (٢) إلى مصفوفة البناء العاملي والجذر الكامن ونسبة التباين لكل عامل ونسبة التباين التراكمية مرتبة تنازليا في العينتين.

الجدول رقم (٢)
مصفوفة البناء العاملي والجذر الكامن ونسبة التباين لكل عامل ونسبة التباين التراكمية مرتبه تنازليا في العينتين (ن=٧١٢)

العامل	العينة الكلية			عينة الأسوياء		
	الجذر الكامن	النسبة المئوية للتباين المفسر	النسبة التراكمية للتباين	الجذر الكامن	النسبة المئوية للتباين المفسر	النسبة التراكمية للتباين
الاكتئاب	١٦,٣٨	٠,١٧	٠,١٧	١٦,٧	٠,١٨٦	٠,١٨٦
القلق	١٣,٤	٠,١٥	٠,٣٢	١٣,٦	٠,١٥١	٠,٣٣٧
الأعراض الجسمية	١١,٧	٠,١٣	٠,٤٥	١٢,١	٠,١٣٤	٠,٤٧
الحساسية التفاعلية	٩,٤	٠,١٠	٠,٥٥	٩,٣	٠,١٠٣	٠,٥٧٣
الوسواس القهري	٧,٨	٠,٠٨٧	٠,٦٣٧	٧,٩	٠,٠٨٨	٠,٦٦
العداوة	٥,٦	٠,٠٦٢	٠,٦٩٩	٥,٥	٠,٠٦١	٠,٧٢
قلق الخوف	٣,٤	٠,٠٣٨	٠,٧٣٧	٣,٦	٠,٠٤	٠,٧٦
البارانويا	٢,٥	٠,٠٢٨	٠,٧٦٦	٢,٦	٠,٠٢٩	٠,٧٩
الذهان	١,٦	٠,٠١٨	٠,٧٨٤	١,٥	٠,١٧	٠,٨١

يلاحظ من الجدول رقم (٢) أن عدد العوامل التي أفرزها التحليل بلغ تسعة عوامل، وهو متطابق تماما مع الافتراض النظري الذي بنيت على أساسه فقرات القائمة، ومع الحقائق الإكلينيكية، مما يؤكد تحقق الصدق الظاهري الذي بنيت على أساسه القائمة، وأن هذه العوامل قد زادت قيمة الجذر الكامن لها عن واحد، وفسرت ما نسبته (٧٨٪) من التباين في العينة الكلية و(٨١٪) من التباين لعينة الأسوياء.

كما أن معظم الفقرات قد صمدت وتشكل بمجموعها قائمة الأعراض المعدلة للبيئة الأردنية بصورتها النهائية وبأبعادها التسعة. وبالنظر إلى محتوى فقرات كل عامل أمكن تسمية العوامل وهي: الأعراض الجسمية (١٢فقرة)، الوسواس القهري (١٠ فقرات)، الاكتئاب (١٤ فقرة)، الحساسية التفاعلية (١٠ فقرات)، القلق (٩ فقرات)، العداوة (٦ فقرات)، قلق الخوف (٧ فقرات)، البارنويا (٦ فقرات)، الذهان (١٠ فقرات).

ويلاحظ من نتائج التحليل العاملي بأنها تفرز تسعة عوامل كامنة تقيس استجابات الأفراد في المجموعتين لفقرات قائمة الأعراض المعدلة، والعوامل التسعة تقابل العوامل التسعة في قائمة الأعراض المعدلة (R-90-SCL) التي اعتمدت فقراتها في أداة الدراسة، باستثناء بعض الفقرات. وبالمحصلة النهائية صمدت (٨٤) فقرة من فقراته. وتم حذف أي

فقرة لم تحقق المحكات المعتمدة في انتقاء الفقرات. كفقرة (أشعر برعشة في الجسم) في بعد القلق، أما الفقرات الإضافية فقد وجد أن هناك فقرتين قد أشبعت على بعد الاكتئاب وهما (نومي مضطرب وغير مريح، أعاني من ضعف الشهية للطعام) ولم تكن بقية الفقرات في الفقرات الإضافية مشبعة على أي بعد من الأبعاد وكانت قيم التشبع متساوية تقريبا على الأبعاد واقل من (٠,٣٠).

أما الطرق الإرتباطية التي استخدمت في إجراءات التعديل على صدق القائمة المعدلة للأعراض المرضية فقد تمت بحساب معامل الارتباط بيرسون بين الدرجات المتحققة على الأداء ككل وأبعادها ومعاملات ارتباط الأبعاد بعضها البعض وعلى الصورة النهائية للقائمة والتي أفرزتها نتائج التحليل العاملي (٨٤ فقرة). كون أن كل بعد من هذه الأبعاد يقيس بعداً من أبعاد القائمة. والجدول رقم (٣) يبين معاملات الارتباط بين أداة الدراسة (قائمة الأعراض) بصورتها النهائية لدى أفراد كل من العينتين: عينة الأسوياء، وعينة غير الأسوياء.

الجدول رقم (٣)
معاملات الارتباط بين المقاييس الفرعية للقائمة المعدلة للأعراض بصورته الأردنية ن= ٧١٢

المقياس	العينة	الأعراض الجسمية	الوسواس القهري	الحساسية التفاعلية	الاكتئاب	القلق	العداوة	قلق الخوف	البارانويا	الذهان	الأداة ككل
الأعراض الجسمية	أسوياء	_	*٠,٤٨	*٠,٥٢	*٠,٤٩	*٠,٥٠	*٠,٤٦	*٠,٣٨	*٠,٣٩	*٠,٤٠	*٠,٥٢
	غير أسوياء		*٠,٥١	*٠,٥٦	*٠,٥٣	*٠,٥٥	*٠,٥٠	*٠,٤٣	*٠,٤٣	*٠,٤٣	*٠,٥٨
الوسواس القهري	أسوياء		_	*٠,٥٦	*٠,٤٥	*٠,٥٢	*٠,٣٧	*٠,٣٦	*٠,٤٠	*٠,٢٩	*٠,٤٩
	غير أسوياء			*٠,٥٨	*٠,٤٨	*٠,٥٨	*٠,٤١	*٠,٤١	*٠,٤٣	*٠,٣٣	*٠,٥٥
الحساسية التفاعلية	أسوياء			_	*٠,٦٢	*٠,٦٨	*٠,٣٢	*٠,٣٩	*٠,٥٧	*٠,٤٩	*٠,٥٢
	غير أسوياء				*٠,٦٦	*٠,٧١	*٠,٣٧	*٠,٤٤	*٠,٦٣	*٠,٥٤	*٠,٥٧
الاكتئاب	أسوياء				_	*٠,٦٨	×٠,٤٢	*٠,٤٠	*٠,٥٢	*٠,٦٣	*٠,٥٩
	غير أسوياء					*٠,٧٣	*٠,٤٨	*٠,٤٦	*٠,٥٤	*٠,٦٦	*٠,٦٣
القلق	أسوياء					_	×٠,٤٥	*٠,٥٩	*٠,٥٥	*٠,٥١	*٠,٥٨
	غير أسوياء						*٠,٥١	*٠,٦٤	*٠,٦٠	*٠,٥٤	*٠,٦٣
العداوة	أسوياء						_	*٠,٥٠	*٠,٤٦	*٠,٦٣	*٠,٤٦
	غير أسوياء							*٠,٥٥	*٠,٥١	*٠,٦٧	*٠,٤٩
قلق الخوف	أسوياء							_	*٠,٣٧	*٠,٤٥	*٠,٤٢
	غير أسوياء								*٠,٤٢	*٠,٤٩	*٠,٤٩
البارانويا	أسوياء								_	*٠,٥٠	*٠,٤٦
	غير أسوياء									*٠,٥٣	*٠,٤٩
الذهان	أسوياء									_	*٠,٣٩
	غير أسوياء										*٠,٤٧

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية $\alpha \geq$ ٠,٠١

يلاحظ من الجدول رقم (٣) أن الأبعاد جميعها ارتبطت بعضها ببعض وبالقائمة بصورة عامة ارتباطا قويا، وكانت قيم معاملات الارتباط البينية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \geq$٠,٠١). ومعنى ذلك أنه لا يمكن أن تكون هذه الارتباطات نتيجة

للصدفة، وتدل هذه الارتباطات بين الدرجات على أن أبعاد المقياس (الأعراض المرضية) غير مستقلة بعضها عن بعض، مما يدل على أن أشكال الأعراض تتداخل فيما بينها، أو أنها تظهر بشكل أو بآخر مترافقة بعضها مع بعض. كما يلاحظ بأن جميع قيم معاملات الارتباط لعينة غير الأسوياء كانت أعلى منها لعينة الأسوياء.

ومن الإجراءات التي اتبعت في إيجاد دلالات الصدق للقائمة تعرف دلالة الفرق بين متوسطات الاستجابات بين الأسوياء وغير الأسوياء على قائمة الأعراض المرضية. إذْ يُعَدُّ ذلك مؤشراً على ما يسمى بالصدق التمييزي لأداة القياس؛ أي أن الأداة صادقة في التمييز بين مجموعة الأسوياء ومجموعة غير الأسوياء، إذ لابد للأداة الصادقة أن تميز بين هاتين الفئتين.

وبهدف التعرف إلى الصدق التمييزي (Differential Validity) تم حساب الأوساط الحسابية لاستجابات أفراد عينتي الدراسة: الأسوياء وغير الأسوياء، بالإضافة إلى استجابات عينة الذكور الأسوياء وعينة الذكور غير الأسوياء، ولاستجابات عينة الإناث السويات وعينة الإناث غير السويات، على كل بعد من قائمة الأعراض المرضية المعدلة (R-90-SCL)، ومؤشر الشدة العام (GSI)، ومؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI)، والمجموع الكلي للأعراض المرضية الايجابية (PST)، تبعا لمجموعتي الدراسة: الأسوياء (ذكور، إناث)، وغير الأسوياء (ذكور، إناث)، والجدول رقم (٤) يبين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية.

الجدول رقم (٤)
الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات العينة على القائمة المعدلة للأعراض تبعا لمجموعتي الدراسة

أبعاد القائمة	الأسوياء						غير الأسوياء					
	ذكور		الإناث		الكلية		ذكور		إناث		الكلية	
	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الأعراض الجسمية	١,٣٢	٠,٦٨	١,٥٥	٠,٧١	١,٤٢	٠,٧١	١,٩٩	١	٢,٤٤	٠,٩٥	٢,١٨	١
الوساوس القهرية	١,٨٤	٠,٧٣	١,٩	٠,٦٨	١,٨٧	٠,٧٣	٢,١٧	٠,٨١	٢,١٨	٠,٧٣	٢,١٧	٠,٧٨
الحساسية التفاعلية	١,٧٩	٠,٨١	٢,٠٤	٠,٨١	١,٩	٠,٨٣	٢,٢٩	٠,٨٥	٢,٥٤	٠,٩٠	٢,٣٩	٠,٨٨
الاكتئاب	١,٦١	٠,٧٦	١,٩٥	٠,٨٠	١,٧٦	٠,٨٢	٢,٢	٠,٨٩	٢,٦٠	٠,٨٩	٢,٣٧	٠,٩٠
القلق	١,٣٨	٠,٧١	١,٦٤	٠,٧٣	١,٤٩	١,٢٣	٢,٠٥	٠,٩٨	٢,٥٦	٠,٨٦	٢,٢٦	٠,٩٦
العداوة	١,٤٦	٠,٧٦	١,٤٩	٠,٧٦	١,٤٧	٠,٧٧	٢,٠١	١,١٤	٢,٣٥	٠,٩٦	٢,١٥	١,٠٨
قلق الخوف	١,١	٠,٧٠	١,٧	٠,٨٩	١,٣٦	٠,٨٥	١,٦١	٠,٩٩	٢,١٥	١,٠١	١,٨٣	١,٠٣
البارانويا	١,٦٦	٠,٧٦	١,٧١	٠,٨٣	١,٦٨	٠,٨٠	٢,١٥	٠,٩٥	٢,٢٤	١,٠٥	٢,١٩	٠,٩٩
الذهان	١,٣١	٠,٧٤	١,٤٤	٠,٨٠	١,٣٧	٠,٧٨	١,٨٣	٠,٩٩	٢,٠٤	٠,٨٩	١,٩٢	٠,٩٥
GSI	١,٥٤	٠,٥٦	١,٧٥	٠,٦٠	١,٦٣	٠,٦٠	٢,٠٦	٠,٧١	٢,٣٥	٠,٦٣	٢,١٨	٠,٦٩

تابع الجدول رقم (٤)

أبعاد القائمة	الأسوياء						غير الأسوياء					
	ذكور		الإناث		الكلية		ذكور		إناث		الكلية	
	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
PSDI	٢,٢٥	٠,٦٦	٢,٣٨	٠,٦٥	٢,٣١	٠,٦٦	٢,٩٧	٠,٧	٣,٠٨	٠,٦٨	٣,٠٢	٠,٧٠
PST	٧٧,٢٦	٢٠,٤٣	٨٣,١	١٧,٤٥	٧٩,٧٦	١٩,٢٠	٨٠,٢٦	٢٣,٥٤	٨٧,٩٩	٢٠,٤٨	٨٣,٤٧	٢٢,٥٧

يلاحظ من خلال الجدول رقم (٤) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على المقياس ككل و أبعاده الفرعية تبعا لاختلاف مستويات كل من متغير المجموعة (الأسوياء، وغير الأسوياء)، وفئتي الذكور (الأسوياء، وغير الأسوياء)، و فئتي الإناث (السويات، وغير السويات). وللكشف عن دلالة الفروق بين هذه الأوساط على الأبعاد المختلفة للقائمة المعدلة للأعراض المرضية تبعا لاختلاف مستويات كل من: متغير المجموعة (الأسوياء، غير الأسوياء)، وفئتي الذكور (الأسوياء، غير الأسوياء)، وفئتي الإناث (السويات، غير السويات) تم استخدام تحليل التباين الأحادي المتعدد (MANOVA)، كما هو موضح في الجدول رقم (٥).

الجدول رقم (٥)
نتائج تحليل التباين المتعدد لاستجابات أفراد عينة الدراسة على المقياس ككل وأبعاده الفرعية تبعا لمتغيرات الدراسة

مستويات/ فئات المتغير موضع المقارنة	مصدر التباين	المجال	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
الأسوياء وغير الأسوياء	المجموعة. قيمة اختبار هوتلنج = (٠,٠٤٧٩)	الأعراض الجسمية	١,٩٤	١	١,٩٤	٥,٤٠٣	٠,٠٣٥
		الوسواس القهري	١,٨٤	١	١,٨٤	٥,٠٩٧	٠,٠١٣
		الحساسية التفاعلية	١,٧٢	١	١,٧٢	٤,٧٩١	٠,٠٤٠
		الاكتئاب	١,٦٦	١	١,٦٦	٤,٦٢٣	٠,٠٢٦
		القلق	١,٨٦	١	١,٨٦	٥,١٨١	٠,٠٠٩٨
		العداوة	١,٧٧	١	١,٧٧	٤,٩٣	٠,٠٤٩
		قلق الخوف	١,٩٠	١	١,٩٠	٥,٢٩	٠,٠١٢
		البارانويا	١,٨٦	١	١,٨٦	٥,١٨١	٠,٠٠٩٨
		الذهان	١,٨٢	١	١,٨٢	٥,٠٩٧	٠,٠١٣
		GSI	١,٧١	١	١,٧١	٤,٧٦٣	٠٢٩٠.
		PSDI	٢,٧٩	١	٢,٧٩	٧,٧٧١	٠,٠٠١٨
		PST	٩,٧٨	١	٩,٧٨	٢٧,٢٤	٠,٠٠
الذكور الأسوياء والذكور غير الأسوياء.	الذكور. قيمة اختبار هوتلنج = (٠,٠٣٩٨)	الأعراض الجسمية	١,٦٥١	١	١,٦٥١	٣,٧٠١	٠,٠١١
		الوسواس القهري	١,٠٩٧	١	١,٠٩٧	٢,٤٥٩	٠,٠٤٥
		الحساسية التفاعلية	١,٢٧٧	١	١,٢٧٧	٢,٨٦٣	٠,٠٣٦
		الاكتئاب	١,٠٩٦	١	١,٠٩٦	٢,٤٥٧	٠,٠٣٩
		القلق	١,٢٧٥	١	١,٢٧٥	٢,٨٥٧	٠,٠٢٨

تابع الجدول رقم (٥)

مستويات/ فئات المتغير موضع المقارنة	مصدر التباين	المجال	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
الذكور الأسوياء والذكور غير الأسوياء.	الذكور. قيمة اختبار هوتلنج = (٠,٠٣٩٨)	العداوة	١,١٢٠	١	١,١٢٠	٢,٥١١	٠,٠٤٥
		قلق الخوف	١,٣٥٦	١	١,٣٥٦	٣,٠٤	٠,٠٢٨
		البارانويا	١,٣١٠	١	١,٣١٠	٢,٩٣٧	٠,٠٣٢
		الذهان	١,١٤٣	١	١,١٤٣	٢,٥٦٢	٠,٠٤٣
		GSI	١,٤٨٢	١	١,٤٨٢	٣,٣٢٢	٠,٠٢٣
		PSDI	١,٥٩٦	١	١,٥٩٦	٣,٥٧٨	٠,٠٢٢
		PST	١,٦٧١	١	١,٦٧١	١٢,٧١٥	٠,٠٠٣٢
الإناث السويات والإناث غير السويات.	الاناث. قيمة اختبار هوتلنج = (٠,٠٤١٧)	الأعراض الجسمية	١,٦٩٥	١	١,٦٩٥	٢,٩٣٢	٠,٠٠٩٧
		الوسواس القهري	١,٢٦٦	١	١,٢٦٦	٢,١٩٠	٠,٠٣٢١
		الحساسية التفاعلية	١,٣١١	١	١,٣١١	٢,٢٦٨	٠,٠٢٧
		الاكتئاب	١,٢٤٩	١	١,٢٤٩	٢,١٦٠	٠,٠٣٢
		القلق	١,٣٧٥	١	١,٣٧٥	٢,٣٧٨	٠,٠١٩٥
		العداوة	١,١٨٩	١	١,١٨٩	٢,٠٥٧	٠,٠٢٧
		قلق الخوف	١,٦٨١	١	١,٦٨١	٢,٩٠٨	٠,٠٠٩٩
		البارانويا	١,٣٩٨	١	١,٣٩٨	٣,٥٩٩	٠,٠١٩٠
		الذهان	١,٢٠٠	١	١,٢٠٠	٢,٠٧٦	٠,٠٣٣
		GSI	١,٤٩٧	١	١,٤٩٧	٢,٥٨٩	٠,٠١٥
		PSDI	١,٣٤٤	١	١,٣٤٤	٢,٣٢٥	٠,٠١٨٧
		PST	٤,٨٧٢	١	٤,٨٧٢	٨,٤٢٩	٠,٠٠٢١

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq$ ٠,٠٥)

يلاحظ من الجدول رقم (٥) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq$ ٠,٠٥) في جميع الأبعاد وكذلك الدرجة الكلية ولصالح غير الأسوياء إذْ إنّ الوسط الحسابي على جميع أبعاد القائمة وكذلك القائمة الكلية كان أعلى منه للأسوياء، وهذا يدل على القدرة التمييزية الجيدة للقائمة المعدلة للأعراض بين الأفراد الأسوياء وغير الأسوياء وهذه النتيجة تتفق مع معظم نتائج الدراسات في هذا المجال مثل دراسة كورنبكلر (Kornbichler, 1998) ودراسة ستاندرد وبوث وايسلستون وبرايتون (Stannard, Booth, Eccleston & Britton, 1998) وفي دراسة نويلي (Noelle, 2008) التي أشارت إلى قدرة القائمة على التمييز بين الأشخاص المصابين باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وغير المصابين. كذلك يلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq$ ٠,٠٥) في جميع الأبعاد وكذلك الدرجة الكلية ولصالح الذكور غير الأسوياء إذْ إنّ الوسط الحسابي على جميع أبعاد القائمة وكذلك القائمة الكلية كان أعلى منه للذكور الأسوياء، وهذا يدل على القدرة التمييزية الجيدة للقائمة المعدلة للأعراض بين الذكور الأسوياء وغير الأسوياء وهذه النتيجة تتفق مع نتائج الدراسات في هذا المجال مثل دراسة كورنبكلر (Kornbichler, 1998) ودراسة ستاندرد وبوث

وايسلستون وبرايتون (Stannard, Booth, Eccleston & Britton, 1998).

كما أشارت النتائج في الجدول رقم ٥ إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α≥٠,٠٥) في جميع الأبعاد وكذلك الدرجة الكلية على قائمة الأعراض المرضية ولصالح الإناث غير السويات إذْ إنّ الوسط الحسابي على جميع أبعاد القائمة وكذلك القائمة الكلية كان أعلى منه للإناث السويات، وهذا يدل على القدرة التمييزية الجيدة للقائمة المعدلة للأعراض بين الإناث السويات وغير السويات وهذه النتيجة تتفق مع معظم نتائج الدراسات العلمية في هذا المجال مثل دراسة ديروجيتس (Derogatis, 1986).

الصدق المرتبط بمحك

للتحقق من دلالة الصدق المرتبط بمحك خارجي فقد تم تطبيق مقياسي سمة القلق لسبيلبيرجر (Spielberger) والمكيف للبيئة الأردنية من قبل سوالمة وحداد (والمشار إليه في حداد، ١٩٩٥) ومقياس تقدير الذات لروزنبرغ (Rosenberg) والمكيف للبيئة الأردنية من قبل جرادات (٢٠٠٦)، على عينة مكونة من (١٥٠) فرداً من أفراد عينة الدراسة الأسوياء نظرا لتعذر إمكانية التطبيق على غير الأسوياء منهم (١٢٠) من الذكور، و(٣٠) من الإناث، وتتراوح أعمارهم بين (١٦-٢٢) سنة بمتوسط (١٩,٤) وانحراف معياري (١,١٩). وتم إيجاد معاملات الارتباط بين الدرجة على كل بعد من أبعاد القائمة المعدلة للأعراض المرضية والدرجة على كل من المقياسين. والجدول رقم (٦) يبين معاملات الارتباط بين الدرجات على أبعاد القائمة والدرجات على مقياسي القلق وتقدير الذات.

الجدول رقم (٦)
معاملات الارتباط بين الدرجات على أبعاد قائمة الأعراض المرضية المعدلة ومقياسي القلق وتقدير الذات

أبعاد القائمة المعدلة للأعراض	مقياس القلق	مقياس تقدير الذات
الأعراض الجسمية	٠,٤٢*	٠,٢٨*
الوسواس القهري	٠,٤١*	٠,٤٢*
الحساسية التفاعلية	٠,٣٩*	٠,٤٤*
الاكتئاب	٠,٥١*	٠,٢١*
القلق	٠,٦١*	٠,٢٦*
العداوة	٠,٤٦*	٠,٣٩*
قلق الخوف	٠,٣٤*	٠,٢٩*
البارانويا	٠,٤٨*	٠,٤٢*
الذهان	٠,٥٤*	٠,٣٠*

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = ٠,٠٥)

يلاحظ من خلال الجدول رقم (٦) أن معاملات الارتباط بين أبعاد القائمة المعدلة للأعراض (R-90-SCL) والمعدلة للبيئة الأردنية ومقياس القلق هي إجمالا كبيرة وأن معاملات الارتباط بين أبعاد القائمة المعدلة للأعراض ومقياس تقدير الذات هي إجمالا متوسطة، وعند فحص الدلالة الإحصائية لهذه المعاملات تبين أنها جميعاً ذات دلالة إحصائية (α=٠,٠٥). ويرى الباحثان أن تقدير الذات والقلق جانبان متضادان في تكوين الشخصية فالفرد الذي لديه مفهوم إيجابي عن ذاته يتوقع أن يكون مستوى القلق لديه منخفض، وكلما ارتفع مستوى القلق لدى الفرد قل تقديره لذاته والعكس صحيح إذْ إنّ العلاقة بينهما عكسية، كذلك كلما انخفض تقدير الذات زادت الأعراض الاكتئابية.

وللاضطرابات النفسية تأثير كبير على تقدير الذات، وهذا ما أوضحه روجرز (Rogers) فالقلق يشكل تهديداً للذات فكلما كان هناك عدم تطابق بين الذات وبين الخبرة، يصبح الفرد عرضة للقلق وللاضطرابات الشخصية، وعندما تكون حالة القلق عالية لدى الفرد يصبح عرضة للاضطرابات النفسية وعدم التوافق؛ لأنه أصبح ينظر إلى البيئة من خلال خبراته المؤلمة وينظر إلى نفسه من خلال عجزه السابق في مواجهة التهديدات والأخطار التي تعرض لها في المرحلة السابقة، ويتأثر تقدير الفرد لذاته بعوامل عديدة منها ما يتعلق بالفرد نفسه وبظروفه الأسرية واستعداداته وقدراته وبيئته الخارجية وبالأفراد المحيطين به، فإذا كانت البيئة المحيطة به مهيأة من عطف وحنان وأمان نفسي وثقة بالنفس فإن تقديره لذاته يزداد، أما إذا كانت البيئة محبطة وتضع العوائق أمامه بحيث لا يستطيع أن يستغل قدراته واستعداداته عندئذ يقل تقديره لذاته ويزداد توتره وقلقه ويكون أكثر عرضة للإصابة بالأعراض المرضية.

لذا فإن العلاقة ربما تكون متبادلة بين تقدير الذات والأعراض المرضية لدى العينة بمعنى أن تقدير الذات المنخفض لدى أفراد العينة له أثر بالغ على سلوكياتهم وانفعالاتهم وفي الوقت نفسه قد تؤدي بعض الاضطرابات إلى شعور الفرد بانخفاض تقديره لذاته.

كما تم إيجاد الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة تبعا لمتغير النوع الاجتماعي (ذكر، أنثى) على كل بعد من القائمة المعدلة للأعراض المرضية (SCL-R-90) والجدول رقم (٧) يبين الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لكل من الأعراض المرضية والأوساط الحسابية لكل من الدرجة الكلية (GT)، ومؤشر الشدة العام (GSI)، والمجموع الكلي للأعراض المرضية الإيجابية (PSI) ومؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI).

الجدول رقم (٧)
الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على القائمة المعدلة للأعراض وفق متغير النوع الاجتماعي

المقياس	ذكور		إناث	
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري
الأعراض الجسمية	١,٤٢٥	٠,٦٨٧	١,٥٦	٠,٦٣٧
الوسواس القهري	١,٩	٠,٧٢٥	١,٩١	٠,٦١٢
الحساسية التفاعلية	١,٩١	٠,٧٨٧	٢,٠٥	٠,٧٩
الاكتئاب	١,٨	٠,٧	١,٩٢	٠,٧١٢
القلق	١,٥	٠,٧٢٥	١,٥٦	٠,٦٨
العداوة	١,٥١	٠,٧٣٧	١,٤	٠,٦٢٥
قلق الخوف	١,٢٤	٠,٧٥	١,٥٦	٠,٨
البارانويا	١,٦٥	٠,٧٦٢	١,٥٣	٠,٧
الذهان	١,٣٥	٠,٧٥	١,٢٧	٠,٦١
GSI	١,٦٦	٠,٥٨٧	١,٧٤	٠,٥١
PSDI	٢,٣٢	٠,٨٨٧	٢,٣٧	٠,٧٢٥
PST	٨١,٧٩	١٧,٤٧٥	٨٣,٦٥	١٥,٧٦

يلاحظ من خلال الجدول رقم (٧) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على المقياس بصفة عامة و أبعاده الفرعية تبعا لاختلاف مستويات متغير النوع الاجتماعي (ذكر، أنثى) وللكشف عن دلالة الفروق بين الأوساط الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة بحسب النوع الاجتماعي على الأبعاد المختلفة للقائمة المعدلة للأعراض المرضية تم استخدام تحليل التباين الأحادي المتعدد والجدول رقم (٨) يبين نتائج تحليل التباين الأحادي المتعدد.

الجدول رقم (٨)
نتائج تحليل التباين المتعدد لاستجابات أفراد عينة الدراسة على المقياس ككل وأبعاده الفرعية وفق متغير النوع الاجتماعي (ذكر، أنثى)

مصدر التباين	المجال	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
النوع الاجتماعي. قيمة اختبار هوتلنج = (٠,٠٣٦٥)	الأعراض الجسمية	١,٢٣٦	١	١,٢٣٦	٢,٤٨٦	٠,٠٤١
	الوسواس القهري	١,٤٩٨	١	١,٤٩٨	٣,٠١٤	٠,٠١١
	الحساسية التفاعلية	١,٤٦٢	١	١,٤٦٢	٢,٩٤١	٠,٠١
	الاكتئاب	١,٢٠١	١	١,٢٠١	٢,٤١٦	٠,٠٤٩
	القلق	١,١٩٧	١	١,١٩٧	٢,٤٠٨	٠,٠٣٩
	العداوة	٠,٦٧١	١	٠,٦٧١	١,٣٥٠	٠,٠٣٢
	قلق الخوف	١,١٦٣	١	١,١٦٣	٢,٣٤٠	٠,٠٤٤

تابع الجدول رقم (٨)

مصدر التباين	المجال	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
النوع الاجتماعي. قيمة اختبار هوتلنج = (٠,٠٣٦٥)	البارانويا	١,٢٧٦	١	١,٢٧٦	٢,٥٦٧	٠,٠٢٣
	الذهان	١,٢٢٢	١	١,٢٢٢	٢,٤٥٨	٠,٠٤١
	GSI	٠,٤٢٠	١	٠,٤٢٠	٠,٨٤٥	٠,٠١١
	PSDI	٠,٣٧٦	١	٠,٣٧٦	٠,٧٥٦	٠,٠٤٣
	PST	٥,٩١٢	١	٥,٩١٢	١١,٨٩٥	٠,٠٠

يلاحظ من خلال الجدولين رقم (٧) و(٨) وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الذكور في بعد العداوة ولصالح الإناث في بقية الأبعاد والدرجة الكلية وهذه النتيجة تتفق مع معظم الدراسات العالمية في هذا المجال. وتتفق هذه النتيجة أيضا مع معدلات انتشار الأعراض المرضية الواردة في الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية (DSM-IV) مثل دراسة (Sass, Wittchen, Zaudig, 1996) ودراسة (De Silva, Rachman & Seligman, 1977) ودراسة (Rapee, Mattick & Murrel, 1986) ودراسة (Stuart, Kkumakura & Der, 1984). وتبدو هذه النتيجة منطقية من وجهة نظر الباحثين إذ تم تفسيرها في ضوء اختلاف أنماط المعاملة الوالدية لكل من الذكور والإناث في الثقافة العربية، حيث تؤكد هذه الثقافة تدعيم عدم إظهار الذكور للأعراض العصابية التي يعانون منها وإخفاء جوانب النقص وإظهار درجة أعلى من التحمل والقوة، أما الإناث فلا مانع من إظهار الشكوى لديهن، وإظهار النقص بما فيها الأعراض المرضية، حيث يتفق ذلك مع توقعات الدور الأنثوي(Role Expectation) من رقة وضعف وحاجة إلى الحماية ومزيد من الاهتمام والرعاية.

ويبدو الأمر وكأن هناك تنميطا جنسيا في ثقافتنا العربية تجعل الإناث يقدرن أنفسهن بصورة تتسم بالدونية بالمقارنة مع الذكور مما يؤدي إلى أن يكن أكثر سلبية وأكثر شعورا بالخوف وفقدان الحب، وأكثر اعتمادية على الآخرين مما يجعلهن أكثر عرضة للاكتئاب.

وترى ليوايز (Lewis, 1985) أن الأنثى أكثر حساسية لأي علاقة قائمة على النبذ وعدم الاجتماعية وأكثر خضوعا للآخرين، مما يعلل إصابتها بالاكتئاب أكثر من الذكور وكأن الاضطراب النفسي مظهر من مظاهر الأنوثة بينما لا يعد الاضطراب النفسي من خصائص الذكورة. فضلا عن ذلك فإن كثرة الضغوط والإحباطات التي تتعرض لها الإناث في الأسرة والمؤسسات التربوية المختلفة مقارنة بالذكور يجعلهن أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات وأقل تقديرا لذواتهن بالمقارنة مع الذكور، وقد يعود ذلك إلى أن مخارج التنفيس الانفعالي هي أقل عند الإناث مقارنة بالذكور.

دلالات الثبات

للإجابة عن السؤال الأول في الدراسة ما دلالات الثبات التي تتمتع بها القائمة؟ وكل بعد من أبعادها؟

الاتساق الداخلي

جرى تقدير ثبات الاتساق الداخلي للدرجات الكلية للمقياس بصورته النهائية (٨٤) فقرة وللأبعاد التسعة باستخدام معادلة كرونباخ ألفا وباستخدام كل أفراد الدراسة البالغ عددهم (٧١٢) فرداً، وقد كانت قيم ألفا كما يأتي: الأعراض الجسمية (٠,٨٣)، والوسواس القهري (٠,٨١)، والحساسية التفاعلية (٠,٨٤)، والاكتئاب (٠,٨٥)، والقلق (٠,٨٣)، والعداوة (٠,٨٣)، وقلق الخوف (٠,٧٥)، والبارانويا (٠,٨١)، والذهان (٠,٨٣). وللمقياس الكلي بجميع فقراته (٠,٩٠) وتشير قيمة ألفا للعلامة الكلية إلى أن هناك درجة عالية من التجانس الداخلي. وقيم ألفا للأبعاد (الأعراض) الفرعية أقل منها للعلامة الكلية.

كما تم التحقق من دلالات ثبات الاتساق الداخلي لقائمة الأعراض المرضية المعدلة بإيجاد معاملات الارتباط بين الدرجات على الفقرات والبعد الذي تنتمي له، وبالدرجة الكلية على المقياس لأداء عينة الدراسة الكلية (ن=٧١٢)، وذلك من أجل معرفة مدى مساهمة كل فقرة من فقرات المقياس بما يقيسه المقياس الفرعي الذي تنتمي إليه، وبالمقياس ككل وذلك باستخدام معامل الارتباط بين الأداء على الفقرة، والأداء على المقياس الكلي، بعد حذف الفقرة نفسها من المقياس (Correlation Total Item Corrected)، وتراوحت قيم معاملات الارتباط بين الدرجة على الفقرة والدرجة على البعد بين (٠,٤٠ – ٠,٥٦) في حين تراوحت قيم معاملات الارتباط بين الدرجة على الفقرة والدرجة على المقياس بين (٠,٣٨ – ٠,٥٥)، وكانت القيم جميعها ذات دلالة إحصائية (α≥٠,٠١)، كما تبين بأن معاملات الارتباط بين الفقرة وبعدها اكبر باستمرار من معامل ارتباطها بالأداة بصفة عامة. ويوفر ذلك دليلا على مدى فاعلية فقرات القائمة المعدلة للأعراض في قياس الفقرات ما يقيسه البعد مؤشرا على الاتساق الداخلي للفقرات المكونة للمقياس، ذلك أنّ الارتباط العالي بين الفقرات والمقياس يقدم دليلا على أن السمة تقيسها الفقرة هو ما يقيسه المقياس الكلي بشكل عام.

ثبات الإعادة

لقد أعيد تطبيق مقياس القائمة المعدلة للأعراض على عينة تتكون من (٤٠) فرداً من

أفراد عينة الأسوياء، وبعد مضي حوالي أسبوعين على التطبيق الأول تمت إعادة التطبيق مرة أخرى. وقد حسبت قيم معامل ارتباط بيرسون بين درجات العينة في مرتي التطبيق فكانت كما يلي: الأعراض الجسمية (٠,٨٥)، والوسواس القهري (٠,٨٤)، والحساسية التفاعلية (٠,٨١)، والاكتئاب (٠,٨٣)، والقلق (٠,٨١)، والعداوة (٠,٨٤)، وقلق الخوف (٠,٨٤)، والبارانويا (٠,٨٠)، والذهان (٠,٨٢)، والعلامة الكلية (٠,٨٩). وتعدّ هذه القيم مقبولة، وعليه فإن مقياس القائمة المعدلة للأعراض وأبعاده يتمتع بدرجة مقبولة من الاستقرار مع مرور الزمن، ويعد ذلك مؤشراً على دلالات الثبات.

معايير الأداء

اهتم الباحثان في هذه الدراسة بتوفير معايير الأداء على القائمة المعدلة للأعراض المرضية والمقننة للبيئة الأردنية، وذلك بحساب الدرجة المعيارية التائية (T score)، وهذه الدرجة لها توزيع وسط يساوي (٥٠) وانحراف معياري يساوي (١٠)، وتكتب على الصيغة الرياضية=(T 10 z + 50) ويمكن اعتبار الدرجة التي تنحرف انحرافاً معيارياً واحداً فوق الوسط بمنزلة الدرجة التي تحتاج التدخل العلاجي، فمن يحصل على درجة تزيد عن ٦٠ يحتاج إلى تدخل علاجي، ويبين الجدولان رقم (٩ و ١٠) الدرجة المعيارية التائية (T) المقابلة للدرجة الخام للأداء على القائمة المعدلة للأعراض والمقننة للبيئة الأردنية وللعينتين الأسوياء، وغير الأسوياء.

الجدول رقم (٩)
الدرجات التائية للقائمة المعدلة للأعراض المرضية للبيئة الأردنية والخاصة بعينة الأسوياء

درجة الخام	الدرجات التائية												
	أعراض جسمية	وسواس قهري	حساسية تفاعلية	الاكتئاب	القلق	العداوة	قلق الخوف	البارانويا	الذهان	GSI	PSDI	درجة خام PST	درجة تائية pst
٠,١	٣١,١	٢٥,٩	٢٨,٢	٢٩,٤	٣٨,٥	٣٢,١	٣٤,٧	٣٠,١	٣٣,٦	٢٤,٢	١٦,٥	٢	٩,٣
٠,٢	٣٢,٥	٢٧,٣	٢٩,٤	٣٠,٦	٣٩,٣	٣٣,٤	٣٥,٩	٣١,٤	٣٤,٩	٢٥,٨	١٨,٠	٤	١٠,٣
٠,٣	٣٣,٩	٢٨,٦	٣٠,٦	٣١,٨	٤٠,١	٣٤,٧	٣٧,١	٣٢,٦	٣٦,٢	٢٧,٥	١٩,٥	٦	١١,٤
٠,٤	٣٥,٤	٣٠,٠	٣١,٨	٣٣,٠	٤٠,٩	٣٦,٠	٣٨,٢	٣٣,٩	٣٧,٤	٢٩,٢	٢١,١	٨	١٢,٤
٠,٥	٣٦,٨	٣١,٤	٣٣,٠	٣٤,٣	٤١,٧	٣٧,٣	٣٩,٤	٣٥,١	٣٨,٧	٣٠,٨	٢٢,٦	١٠	١٣,٤
٠,٦	٣٨,٢	٣٢,٧	٣٤,٢	٣٥,٥	٤٢,٥	٣٨,٦	٤٠,٦	٣٦,٤	٤٠,٠	٣٢,٥	٢٤,١	١٢	١٤,٥
٠,٧	٣٩,٦	٣٤,١	٣٥,٤	٣٦,٧	٤٣,٣	٣٩,٩	٤١,٨	٣٧,٦	٤١,٣	٣٤,٢	٢٥,٦	١٤	١٥,٥
٠,٨	٤١,٠	٣٥,٥	٣٦,٦	٣٧,٩	٤٤,١	٤١,٢	٤٢,٩	٣٨,٩	٤٢,٦	٣٥,٨	٢٧,١	١٦	١٦,٦
٠,٩	٤٢,٤	٣٦,٨	٣٧,٨	٣٩,١	٤٥,٠	٤٢,٥	٤٤,١	٤٠,١	٤٣,٨	٣٧,٥	٢٨,٦	١٨	١٧,٦

تابع الجدول رقم (٩)

درجة الخام	الدرجات التائية												
	أعراض جسمية	وسواس قهري	حساسية تفاعلية	الاكتئاب	القلق	العداوة	قلق الخوف	البارانويا	الذهان	GSI	PSDI	درجة خام PST	درجة تائية pst
١	٤٣,٨	٣٨,٢	٣٩,٠	٤٠,٤	٤٥,٨	٤٣,٨	٤٥,٣	٤١,٤	٤٥,١	٣٩,٢	٣٠,٢	٢٠	١٨,٧
١,١	٤٥,٢	٣٩,٦	٤٠,٢	٤١,٦	٤٦,٦	٤٥,١	٤٦,٥	٤٢,٦	٤٦,٤	٤٠,٨	٣١,٧	٢٢	١٩,٧
١,٢	٤٦,٦	٤١,٠	٤١,٤	٤٢,٨	٤٧,٤	٤٦,٤	٤٧,٦	٤٣,٩	٤٧,٧	٤٢,٥	٣٣,٢	٢٤	٢٠,٧
١,٣	٤٨,٠	٤٢,٣	٤٢,٧	٤٤,٠	٤٨,٢	٤٧,٧	٤٨,٨	٤٥,١	٤٩,٠	٤٤,٢	٣٤,٧	٢٦	٢١,٨
١,٤	٤٩,٤	٤٣,٧	٤٣,٩	٤٥,٢	٤٩,٠	٤٩,٠	٥٠,٠	٤٦,٤	٥٠,٣	٤٥,٨	٣٦,٢	٢٨	٢٢,٨
١,٥	٥٠,٨	٤٥,١	٤٥,١	٤٦,٥	٤٩,٨	٥٠,٣	٥١,٢	٤٧,٦	٥١,٥	٤٧,٥	٣٧,٧	٣٠	٢٣,٩
١,٦	٥٢,٣	٤٦,٤	٤٦,٣	٤٧,٧	٥٠,٧	٥١,٦	٥٢,٤	٤٨,٩	٥٢,٨	٤٩,٢	٣٩,٢	٣٢	٢٤,٩
١,٧	٥٣,٧	٤٧,٨	٤٧,٥	٤٨,٩	٥١,٥	٥٢,٩	٥٣,٥	٥٠,١	٥٤,١	٥٠,٨	٤٠,٨	٣٤	٢٥,٩
١,٨	٥٥,١	٤٩,٢	٤٨,٧	٥٠,١	٥٢,٣	٥٤,٢	٥٤,٧	٥١,٤	٥٥,٤	٥٢,٥	٤٢,٣	٣٦	٢٧,٠
١,٩	٥٦,٥	٥٠,٥	٤٩,٩	٥١,٣	٥٣,١	٥٥,٥	٥٥,٩	٥٢,٦	٥٦,٧	٥٤,٢	٤٣,٨	٣٨	٢٨,٠
٢	٥٧,٩	٥١,٩	٥١,١	٥٢,٦	٥٣,٩	٥٦,٨	٥٧,١	٥٣,٩	٥٧,٩	٥٥,٨	٤٥,٣	٤٠	٢٩,١
٢,١	٥٩,٣	٥٣,٣	٥٢,٣	٥٣,٨	٥٤,٧	٥٨,١	٥٨,٢	٥٥,١	٥٩,٢	٥٧,٥	٤٦,٨	٤٢	٣٠,١
٢,٢	٦٠,٧	٥٤,٧	٥٣,٥	٥٥,٠	٥٥,٥	٥٩,٤	٥٩,٤	٥٦,٤	٦٠,٥	٥٩,٢	٤٨,٣	٤٤	٣١,٢
٢,٣	٦٢,١	٥٦,٠	٥٤,٧	٥٦,٢	٥٦,٣	٦٠,٦	٦٠,٦	٥٧,٦	٦١,٨	٦٠,٨	٤٩,٨	٤٦	٣٢,٢
٢,٤	٦٣,٥	٥٧,٤	٥٥,٩	٥٧,٤	٥٧,٢	٦١,٩	٦١,٨	٥٨,٩	٦٣,١	٦٢,٥	٥١,٤	٤٨	٣٣,٢
٢,٥	٦٤,٩	٥٨,٨	٥٧,١	٥٨,٧	٥٨,٠	٦٣,٢	٦٢,٩	٦٠,١	٦٤,٤	٦٤,٢	٥٢,٩	٥٠	٣٤,٣
٢,٦	٦٦,٣	٦٠,١	٥٨,٣	٥٩,٩	٥٨,٨	٦٤,٥	٦٤,١	٦١,٤	٦٥,٦	٦٥,٨	٥٤,٤	٥٢	٣٥,٣
٢,٧	٦٧,٧	٦١,٥	٥٩,٥	٦١,١	٥٩,٦	٦٥,٨	٦٥,٣	٦٢,٦	٦٦,٩	٦٧,٥	٥٥,٩	٥٤	٣٦,٤
٢,٨	٦٩,٢	٦٢,٩	٦٠,٧	٦٢,٣	٦٠,٤	٦٧,١	٦٦,٥	٦٣,٩	٦٨,٢	٦٩,٢	٥٧,٤	٥٦	٣٧,٤
٢,٩	٧٠,٦	٦٤,٢	٦١,٩	٦٣,٥	٦١,٢	٦٨,٤	٦٧,٦	٦٥,١	٦٩,٥	٧٠,٨	٥٨,٩	٥٨	٣٨,٤
٣	٧٢,٠	٦٥,٦	٦٣,١	٦٤,٨	٦٢,٠	٦٩,٧	٦٨,٨	٦٦,٤	٧٠,٨	٧٢,٥	٦٠,٥	٦٠	٣٩,٥
٣,١	٧٣,٤	٦٧,٠	٦٤,٣	٦٦,٠	٦٢,٨	٧١,٠	٧٠,٠	٦٧,٦	٧٢,١	٧٤,٢	٦٢,٠	٦٢	٤٠,٥
٣,٢	٧٤,٨	٦٨,٤	٦٥,٥	٦٧,٢	٦٣,٧	٧٢,٣	٧١,٢	٦٨,٩	٧٣,٣	٧٥,٨	٦٣,٥	٦٤	٤١,٦
٣,٣	٧٦,٢	٦٩,٧	٦٦,٧	٦٨,٤	٦٤,٥	٧٣,٦	٧٢,٤	٧٠,١	٧٤,٦	٧٧,٥	٦٥,٠	٦٦	٤٢,٦
٣,٤	٧٧,٦	٧١,١	٦٨,٠	٦٩,٦	٦٥,٣	٧٤,٩	٧٣,٥	٧١,٤	٧٥,٩	٧٩,٢	٦٦,٥	٦٨	٤٣,٧
٣,٥	٧٩,٠	٧٢,٥	٦٩,٢	٧٠,٩	٦٦,١	٧٦,٢	٧٤,٧	٧٢,٦	٧٧,٢	٨٠,٨	٦٨,٠	٧٠	٤٤,٧
٣,٦	٨٠,٤	٧٣,٨	٧٠,٤	٧٢,١	٦٦,٩	٧٧,٥	٧٥,٩	٧٣,٩	٧٨,٥	٨٢,٥	٦٩,٥	٧٢	٤٥,٧
٣,٧	٨١,٨	٧٥,٢	٧١,٦	٧٣,٣	٦٧,٧	٧٨,٨	٧٧,١	٧٥,١	٧٩,٧	٨٤,٢	٧١,١	٧٤	٤٦,٨
٣,٨	٨٣,٢	٧٦,٦	٧٢,٨	٧٤,٥	٦٨,٥	٨٠,١	٧٨,٢	٧٦,٤	٨١,٠	٨٥,٨	٧٢,٦	٧٦	٤٧,٨
٣,٩	٨٤,٦	٧٧,٩	٧٤,٠	٧٥,٧	٦٩,٣	٨١,٤	٧٩,٤	٧٧,٦	٨٢,٣	٨٧,٥	٧٤,١	٧٨	٤٨,٩
٤	٨٦,١	٧٩,٣	٧٥,٢	٧٧,٠	٧٠,٢	٨٢,٧	٨٠,٦	٧٨,٩	٨٣,٦	٨٩,٢	٧٥,٦	٨٠	٤٩,٩
٤,١	٨٧,٥	٨٠,٧	٧٦,٤	٧٨,٢	٧١,٠	٨٤,٠	٨١,٨	٨٠,١	٨٤,٩	٩٠,٨	٧٧,١	٨٢	٥٠,٩
٤,٢	٨٨,٩	٨٢,١	٧٧,٦	٧٩,٤	٧١,٨	٨٥,٣	٨٢,٩	٨١,٤	٨٦,٢	٩٢,٥	٧٨,٦	٨٤	٥٢,٠

تابع الجدول رقم (٩)

درجة الخام	الدرجات التائية												
	أعراض جسمية	وسواس قهري	حساسية تفاعلية	الاكتئاب	القلق	العداوة	قلق الخوف	البارانويا	الذهان	GSI	PSDI	درجة خام PST	درجة تائية pst
٤,٣	٩٠,٣	٨٣,٤	٧٨,٨	٨٠,٦	٧٢,٦	٨٦,٦	٨٤,١	٨٢,٦	٨٧,٤	٩٤,٢	٨٠,٢	٨٦	٥٣,٠
٤,٤	٩١,٧	٨٤,٨	٨٠,٠	٨١,٨	٧٣,٤	٨٧,٩	٨٥,٣	٨٣,٩	٨٨,٧	٩٥,٨	٨١,٧	٨٨	٥٤,١
٤,٥	٩٣,١	٨٦,٢	٨١,٢	٨٣,٠	٧٤,٢	٨٩,٢	٨٦,٥	٨٥,١	٩٠,٠	٩٧,٥	٨٣,٢	٩٠	٥٥,١
٤,٦	٩٤,٥	٨٧,٥	٨٢,٤	٨٤,٣	٧٥,٠	٩٠,٥	٨٧,٦	٨٦,٤	٩١,٣	٩٩,٢	٨٤,٧	٩٢	٥٦,٢
٤,٧	٩٥,٩	٨٨,٩	٨٣,٦	٨٥,٥	٧٥,٩	٩١,٨	٨٨,٨	٨٧,٦	٩٢,٦	١٠٠,٨	٨٦,٢	٩٤	٥٧,٢
٤,٨	٩٧,٣	٩٠,٣	٨٤,٨	٨٦,٧	٧٦,٧	٩٣,١	٩٠,٠	٨٨,٩	٩٣,٨	١٠٢,٥	٨٧,٧	٩٦	٥٨,٢
٤,٩	٩٨,٧	٩١,٦	٨٦,٠	٨٧,٩	٧٧,٥	٩٤,٤	٩١,٢	٩٠,١	٩٥,١	١٠٤,٢	٨٩,٢	٩٨	٥٩,٣
٥	١٠٠,١	٩٣,٠	٨٧,٢	٨٩,١	٧٨,٣	٩٥,٧	٩٢,٤	٩١,٤	٩٦,٤	١٠٥,٨	٩٠,٨	١٠٠	٦٠,٣

الجدول رقم (١٠)
الدرجات التائبة للقائمة المعدلة للأعراض المرضية للبيئة الأردنية والخاصة بعينة غير الأسوياء

درجة الخام	الدرجات التائية												
	أعراض جسمية	وسواس قهري	حساسية تفاعلية	الاكتئاب	القلق	العداوة	قلق الخوف	البارانويا	الذهان	GSI	PSDI	درجة خام PST	درجة تائية pst
٠,١	٢٩,٠	٢٣,١	٢٣,٩	٢٤,٧	٢٧,٥	٣١,٠	٣٤,١	٢٨,٩	٣٠,٩	١٩,٧	٨,٤	٢	١٣,٩
٠,٢	٣٠,٠	٢٤,٤	٢٥,٠	٢٥,٨	٢٨,٥	٣١,٩	٣٥,٠	٢٩,٩	٣٢,٠	٢١,٢	٩,٩	٤	١٤,٨
٠,٣	٣١,٠	٢٥,٦	٢٦,١	٢٦,٩	٢٩,٦	٣٢,٩	٣٦,٠	٣٠,٩	٣٣,١	٢٢,٦	١١,٣	٦	١٥,٧
٠,٤	٣٢,٠	٢٦,٩	٢٧,٣	٢٨,٠	٣٠,٦	٣٣,٨	٣٧,٠	٣١,٩	٣٤,١	٢٤,١	١٢,٧	٨	١٦,٦
٠,٥	٣٣,٠	٢٨,٢	٢٨,٤	٢٩,١	٣١,٧	٣٤,٧	٣٨,٠	٣٢,٩	٣٥,٢	٢٥,٥	١٤,١	١٠	١٧,٤
٠,٦	٣٤,٠	٢٩,٥	٢٩,٥	٣٠,٢	٣٢,٧	٣٥,٦	٣٨,٩	٣٣,٩	٣٦,٢	٢٧,٠	١٥,٦	١٢	١٨,٣
٠,٧	٣٥,٠	٣٠,٨	٣٠,٧	٣١,٣	٣٣,٨	٣٦,٦	٣٩,٩	٣٤,٩	٣٧,٣	٢٨,٤	١٧,٠	١٤	١٩,٢
٠,٨	٣٦,٠	٣٢,١	٣١,٨	٣٢,٤	٣٤,٨	٣٧,٥	٤٠,٩	٣٦,٠	٣٨,٣	٢٩,٩	١٨,٤	١٦	٢٠,١
٠,٩	٣٧,٠	٣٣,٣	٣٣,٠	٣٣,٦	٣٥,٨	٣٨,٤	٤١,٨	٣٧,٠	٣٩,٤	٣١,٣	١٩,٩	١٨	٢١,٠
١	٣٨,٠	٣٤,٦	٣٤,١	٣٤,٧	٣٦,٩	٣٩,٤	٤٢,٨	٣٨,٠	٤٠,٤	٣٢,٨	٢١,٣	٢٠	٢١,٩
١,١	٣٩,٠	٣٥,٩	٣٥,٢	٣٥,٨	٣٧,٩	٤٠,٣	٤٣,٨	٣٩,٠	٤١,٥	٣٤,٢	٢٢,٧	٢٢	٢٢,٨
١,٢	٤٠,٠	٣٧,٢	٣٦,٤	٣٦,٩	٣٩,٠	٤١,٢	٤٤,٨	٤٠,٠	٤٢,٥	٣٥,٧	٢٤,١	٢٤	٢٣,٦
١,٣	٤١,٠	٣٨,٥	٣٧,٥	٣٨,٠	٤٠,٠	٤٢,١	٤٥,٧	٤١,٠	٤٣,٦	٣٧,١	٢٥,٦	٢٦	٢٤,٥
١,٤	٤٢,٠	٣٩,٧	٣٨,٦	٣٩,١	٤١,٠	٤٣,١	٤٦,٧	٤٢,٠	٤٤,٦	٣٨,٦	٢٧,٠	٢٨	٢٥,٤
١,٥	٤٣,٠	٤١,٠	٣٩,٨	٤٠,٢	٤٢,١	٤٤,٠	٤٧,٧	٤٣,٠	٤٥,٧	٤٠,٠	٢٨,٤	٣٠	٢٦,٣
١,٦	٤٤,٠	٤٢,٣	٤٠,٩	٤١,٣	٤٣,١	٤٤,٩	٤٨,٦	٤٤,٠	٤٦,٧	٤١,٤	٢٩,٩	٣٢	٢٧,٢
١,٧	٤٥,٠	٤٣,٦	٤٢,٠	٤٢,٤	٤٤,٢	٤٥,٨	٤٩,٦	٤٥,١	٤٧,٨	٤٢,٩	٣١,٣	٣٤	٢٨,١
١,٨	٤٦,٠	٤٤,٩	٤٣,٢	٤٣,٦	٤٥,٢	٤٦,٨	٥٠,٦	٤٦,١	٤٨,٨	٤٤,٣	٣٢,٧	٣٦	٢٩,٠

تابع الجدول رقم (١٠)

درجة الخام	الدرجات التائية													درجة تائية pst
	أعراض جسمية	وسواس قهري	حساسية تفاعلية	الاكتئاب	القلق	العداوة	قلق الخوف	البارانويا	الذهان	GSI	PSDI	درجة خام PST		
١,٩	٤٧,٠	٤٦,٢	٤٤,٣	٤٤,٧	٤٦,٣	٤٧,٧	٥١,٦	٤٧,١	٤٩,٩	٤٥,٨	٣٤,١	٣٨		٢٩,٨
٢	٤٨,٠	٤٧,٤	٤٥,٥	٤٥,٨	٤٧,٣	٤٨,٦	٥٢,٥	٤٨,١	٥٠,٩	٤٧,٢	٣٥,٦	٤٠		٣٠,٧
٢,١	٤٩,٠	٤٨,٧	٤٦,٦	٤٦,٩	٤٨,٣	٤٩,٥	٥٣,٥	٤٩,١	٥٢,٠	٤٨,٧	٣٧,٠	٤٢		٣١,٦
٢,٢	٥٠,٠	٥٠,٠	٤٧,٧	٤٨,٠	٤٩,٤	٥٠,٥	٥٤,٥	٥٠,١	٥٣,١	٥٠,١	٣٨,٤	٤٤		٣٢,٥
٢,٣	٥١,٠	٥١,٣	٤٨,٩	٤٩,١	٥٠,٤	٥١,٤	٥٥,٤	٥١,١	٥٤,١	٥١,٦	٣٩,٩	٤٦		٣٣,٤
٢,٤	٥٢,٠	٥٢,٦	٥٠,٠	٥٠,٢	٥١,٥	٥٢,٣	٥٦,٤	٥٢,١	٥٥,٢	٥٣,٠	٤١,٣	٤٨		٣٤,٣
٢,٥	٥٣,٠	٥٣,٨	٥١,١	٥١,٣	٥٢,٥	٥٣,٢	٥٧,٤	٥٣,١	٥٦,٢	٥٤,٥	٤٢,٧	٥٠		٣٥,٢
٢,٦	٥٤,٠	٥٥,١	٥٢,٣	٥٢,٤	٥٣,٥	٥٤,٢	٥٨,٣	٥٤,١	٥٧,٣	٥٥,٩	٤٤,١	٥٢		٣٦,٠
٢,٧	٥٥,٠	٥٦,٤	٥٣,٤	٥٣,٦	٥٤,٦	٥٥,١	٥٩,٣	٥٥,٢	٥٨,٣	٥٧,٤	٤٥,٦	٥٤		٣٦,٩
٢,٨	٥٦,٠	٥٧,٧	٥٤,٥	٥٤,٧	٥٥,٦	٥٦,٠	٦٠,٣	٥٦,٢	٥٩,٤	٥٨,٨	٤٧,٠	٥٦		٣٧,٨
٢,٩	٥٧,٠	٥٩,٠	٥٥,٧	٥٥,٨	٥٦,٧	٥٦,٩	٦١,٣	٥٧,٢	٦٠,٤	٦٠,٣	٤٨,٤	٥٨		٣٨,٧
٣	٥٨,٠	٦٠,٣	٥٦,٨	٥٦,٩	٥٧,٧	٥٧,٩	٦٢,٢	٥٨,٢	٦١,٥	٦١,٧	٤٩,٩	٦٠		٣٩,٦
٣,١	٥٩,٠	٦١,٥	٥٨,٠	٥٨,٠	٥٨,٨	٥٨,٨	٦٣,٢	٥٩,٢	٦٢,٥	٦٣,٢	٥١,٣	٦٢		٤٠,٥
٣,٢	٦٠,٠	٦٢,٨	٥٩,١	٥٩,١	٥٩,٨	٥٩,٧	٦٤,٢	٦٠,٢	٦٣,٦	٦٤,٦	٥٢,٧	٦٤		٤١,٤
٣,٣	٦١,٠	٦٤,١	٦٠,٢	٦٠,٢	٦٠,٨	٦٠,٦	٦٥,١	٦١,٢	٦٤,٦	٦٦,١	٥٤,١	٦٦		٤٢,٣
٣,٤	٦٢,٠	٦٥,٤	٦١,٤	٦١,٣	٦١,٩	٦١,٦	٦٦,١	٦٢,٢	٦٥,٧	٦٧,٥	٥٥,٦	٦٨		٤٣,١
٣,٥	٦٣,٠	٦٦,٧	٦٢,٥	٦٢,٤	٦٢,٩	٦٢,٥	٦٧,١	٦٣,٢	٦٦,٧	٦٩,٠	٥٧,٠	٧٠		٤٤,٠
٣,٦	٦٤,٠	٦٧,٩	٦٣,٦	٦٣,٦	٦٤,٠	٦٣,٤	٦٨,١	٦٤,٢	٦٧,٨	٧٠,٤	٥٨,٤	٧٢		٤٤,٩
٣,٧	٦٥,٠	٦٩,٢	٦٤,٨	٦٤,٧	٦٥,٠	٦٤,٤	٦٩,٠	٦٥,٣	٦٨,٨	٧١,٩	٥٩,٩	٧٤		٤٥,٨
٣,٨	٦٦,٠	٧٠,٥	٦٥,٩	٦٥,٨	٦٦,٠	٦٥,٣	٧٠,٠	٦٦,٣	٦٩,٩	٧٣,٣	٦١,٣	٧٦		٤٦,٧
٣,٩	٦٧,٠	٧١,٨	٦٧,٠	٦٦,٩	٦٧,١	٦٦,٢	٧١,٠	٦٧,٣	٧٠,٩	٧٤,٨	٦٢,٧	٧٨		٤٧,٦
٤	٦٨,٠	٧٣,١	٦٨,٢	٦٨,٠	٦٨,١	٦٧,١	٧١,٩	٦٨,٣	٧٢,٠	٧٦,٢	٦٤,١	٨٠		٤٨,٥
٤,١	٦٩,٠	٧٤,٤	٦٩,٣	٦٩,١	٦٩,٢	٦٨,١	٧٢,٩	٦٩,٣	٧٣,١	٧٧,٧	٦٥,٦	٨٢		٤٩,٣
٤,٢	٧٠,٠	٧٥,٦	٧٠,٥	٧٠,٢	٧٠,٢	٦٩,٠	٧٣,٩	٧٠,٣	٧٤,١	٧٩,١	٦٧,٠	٨٤		٥٠,٣
٤,٣	٧١,٠	٧٦,٩	٧١,٦	٧١,٣	٧١,٣	٦٩,٩	٧٤,٩	٧١,٣	٧٥,٢	٨٠,٦	٦٨,٤	٨٦		٥١,١
٤,٤	٧٢,٠	٧٨,٢	٧٢,٧	٧٢,٤	٧٢,٣	٧٠,٨	٧٥,٨	٧٢,٣	٧٦,٢	٨٢,٠	٦٩,٩	٨٨		٥٢,٠
٤,٥	٧٣,٠	٧٩,٥	٧٣,٩	٧٣,٦	٧٣,٣	٧١,٨	٧٦,٨	٧٣,٣	٧٧,٣	٨٣,٥	٧١,٣	٩٠		٥٢,٩
٤,٦	٧٤,٠	٨٠,٨	٧٥,٠	٧٤,٧	٧٤,٤	٧٢,٧	٧٧,٨	٧٤,٣	٧٨,٣	٨٤,٩	٧٢,٧	٩٢		٥٣,٨
٤,٧	٧٥,٠	٨٢,١	٧٦,١	٧٥,٨	٧٥,٤	٧٣,٦	٧٨,٧	٧٥,٤	٧٩,٤	٨٦,٤	٧٤,١	٩٤		٥٤,٧
٤,٨	٧٦,٠	٨٣,٣	٧٧,٣	٧٦,٩	٧٦,٥	٧٤,٥	٧٩,٧	٧٦,٤	٨٠,٤	٨٧,٨	٧٥,٦	٩٦		٥٥,٥
٤,٩	٧٧,٠	٨٤,٦	٧٨,٤	٧٨,٠	٧٧,٥	٧٥,٥	٨٠,٧	٧٧,٤	٨١,٥	٨٩,٣	٧٧,٠	٩٨		٥٦,٤
٥	٧٨,٠	٨٥,٩	٧٩,٥	٧٩,١	٧٨,٥	٧٦,٤	٨١,٧	٧٨,٤	٨٢,٥	٩٠,٧	٧٨,٤	١٠٠		٥٧,٣

الخاتمة والتوصيات

في ضوء النتائج التي أفضت إليها الدراسة، فقد تمتعت القائمة المعدلة للأعراض المرضية (SCL-90-R) والمقننة للبيئة الأردنية بخصائص سيكومترية مقبولة، إضافة إلى قدرتها التمييزية بين الأفراد الأسوياء وغير الأسوياء، وبناءا على ذلك فإن الباحثين يوصيان باستخدام القائمة بصورتها الحالية في تشخيص الحالات المرضية في المستشفيات والمراكز المتخصصة في علاج الحالات النفسية للكشف عن الأعراض المرضية، كما يمكن استخدامهما في الأبحاث والدراسات التي تتطلب تشخيص مثل تلك الحالات لتقديم الخدمات الإرشادية والعلاجية من قبل الأخصائيين والمرشدين النفسيين في القطاعات المختلفة. إضافة إلى ضرورة إجراء المزيد من الدراسات استناداً إلى القائمة المقننة للبيئة الأردنية للكشف عن فاعليتها في التطبيق العملي وقدرتها على تشخيص الحالات المرضية.

المراجع

إبراهيم، عبد الستار، عبد الله، عسكر (٢٠٠٥). **علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي**. مصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

أحمد، بشرى (٢٠٠٤). **ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية**. مصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

جرادات، عبد الكريم (٢٠٠٦). العلاقة بين تقدم الدراسات والاتجاهات اللاعقلانية لدى طلبة الجامعيين. **المجلة الأردنية في العلوم التربوية، ٢**(٣)، ١٤٣-١٥٣.

حداد، عفاف (١٩٩٥). سمة القلق وعلاقتها بمستوى الدعم الاجتماعي. **دراسات العلوم الإنسانية، ٢٢أ**(٢)، ٩٢٩-٩٥٠.

عبد الرحمن، محمد السيد (٢٠٠٠). **علم الأمراض النفسية والعقلية الأسباب، الأعراض، التشخيص- العلاج** (ط١). القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

غانم، محمد (٢٠٠٥). **الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية**. مصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

Alloy, B., Riskind, H. & Manos, M. (2005). **Abnormal psychology.** New York: Mc Grow-Hill.

Arrindell, W., Barelds J., M., Buwald, Z. & Van D. (2006). Invariance of SCL-90-R dimensions of symptom distress in patients with pier partum pelvic pain (PPPP) syndrome. **British Journal of Clinical Psychology. 45**(3), 377-391.

Averill, P., Novy, D., Nelson, D. & Berry, L. (1996). Correlates of depression in chronic pain patievits: **A comprehensive examination. Pain, 65**(1), 93-100.

Bjorkly, S. (2002). SCL-90 –R Profiles in a sample of severely violent psychiatry inpatients. **Aggressive Behavior, 28**(1), 446-457.

Chang- kook. Y., Byeong, M. , Batity, M., jeong L, & jin- Seok. C. (2005). SCL-90-R and 16PF profiles of senior high school students with excessive internet use. **Canadian Journal of Psychiatry, 50**(7), 407-414.

Croft, A. (1999). The scl-90- R in clinical Application. **Dynamic Chiropractic, 17** (10), 1-23.

Cronbach, L. (1971). Review of on the theory of achievement test items. **Psychometrika. 35,** 509–511.

Davies- osterkamp, S., Strauss, BM, & Schmitz, N. (1996). Interpersonal problems as predictors of symptom related treatment outcome in long-term psychotherapy. **Psycho Her Rees, 6**(1), 164-176.

Derogatis,L.,Lipman,R.&Covi,L.(1976).SCL-90.self-reportsymptominventory. In W Guy. (ED). ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rock Ville, **National In statute of Mental Health, 3**(2), 13-33.

Derogatis, L.R. (1986). Symptom chickliste 90 revidiert. (Deutsche uebersetzung). In collegium International Psychiatriae scalrarum (Hrsg). **International skalen fuer psychiatrie (3. Aufloge).** Weinheim, Beltz.

Kass, F., Oldham. J., & pardes, H. (1992). Handbuch psyehische stoerungen Weiheim. **Psychologie Verlag Union. 5**(2), 65- 79.

Klussmann, R. (1992). **Psychosomatics medizin.** Berlin: Springer Verlage. 2 Auflage.

Kornbichler, T. (1998). Wannhilft eine psychotherapie? symptom. mathoden. kosten. **Qualitaetskontrolle.** Berlin: Urania Verlag

Lewis, H. (1985). Depression Vs. Paranoia: Why ane thane sex Differences in mantel ill ness?. **Journal of personality, 53**(2), 151-178.

Martinez, S., Stillerman, L. & Waldo, M. (2005). Reliability and validity of the scl-90-r with his panic college students. **Hispanic Journal of Behavioral Sciences. 27**(2), 254-264.

Martinez, S., Stillerman, L. & Waldo, M.(2005). The name assigned to the document by the author. This field may also contain subtitles, series names, and report numbers. Reliability and validity of the SCL-90-R with Hispanic college students. **Hispanic Journal of Behavioral Sciences. 27**(2), 254-264.

Noelle, E. (2008). Reliability and validity of the SCL-90-R PTSD subscale. **Journal of Interpersonal Violence. 23**(9), 1162-1176.

Oltmanns, F. & Emery, F. (2002). **Abnormal psychology.** (2nd ed.). NJ: Prentice-Hall

Rapee, R., Mattick, R., & Murrel, E. (1986). Cognitive mediation in the effective component of spontaneous panic attacks. **Journal of behavior therapy & Experimental psychiatry, 17,** 245- 253.

Recklitis, J. , Licht,. F. Oeffmger, K. & Diller, L. (2007). Screening adult survivors of childhood cancer with the distress thermometer: a comparison with the SCL-90-R Image. **Psycho-Oncology. 16**(11), 1046-1049.

Rosenberg, M. (1965). **Society and the adolescent self-image.** Princeton, NJ: Princeton university press.

Sander. W. & Jux. M.(2006). Psychological distress in alcohol-dependent patients. Evaluating inpatient treatment with the symptom checklist (SCL-90-R). **European Addiction Research, 12**(2), 61-6.

Sass, H., Wittchen, H, zaudig, M. (1996). **Diagnostisches and statistis ches manual psycher her stoerungen, Dsm-IV.** Goettingen, Bern Torento: Hogrete Verlag Fuer Psychologie.

Schmitz, W., kruse, J., Heckrath, C., Alberti, L. & Tress, W. (1999). Diagnosing mental disorders in primary core: The General Health Questionnaire (GHQ) and the symptom check list (SCL-90-R) as screening instruments. **So psychiatry psychiatry Epidemiology, 34,** 360-366

Stannard, C., Booth, S., Eccleston, C. & Brition. R. (1998). **Churchill's pocket of pain.** London: Churchill Livingstone.

Stuart, E., Kumakura, n., & Der, G. (1984). How depressing life is 2 lift long morbidity risk in the general population. **Journal of Affective Disorder, 7**, 109-122.