

تقنين اختبار الصحة العامة في دولة الكويت

هدى جعفر حسن*

ملخص: اهتمت الدراسة الحالية بفحص الخصائص السيكومترية لاختبار الصحة العامة على عينة من الأسوياء (ن = 648) وعينة من المترددين ونزلاء مستشفى الطب النفسي (ن = 188) في دولة الكويت. وأظهرت النتائج أن الاختبار له معاملات ثبات وصدق مرتفعة، وكشف التحليل العاملي عن سبعة عوامل: القلق/التوتر، والأفكار الانتحارية، والمرض العام، واضطراب النوم، واضطراب الوظيفة الاجتماعية، وانخفاض الثقة بالنفس، والاكتئاب. إن عوامل القلق، واضطراب النوم، واضطراب الوظيفة الاجتماعية، والاكتئاب ظهرت في معظم الدراسات السابقة وفي دليل التعليمات بوصفها أبعاداً مستقلة، أما بقية الأبعاد النفسية فقد كانت مدمجة مع أبعاد أخرى وهذا يختلف عما توصلت له هذه الدراسة. كما بينت النتائج أن الاختبار قادر على التمييز بين الحالات المرضية والسوية، فهو مقياس صالح لفرز الحالات النفسية التي يحتل أن تطور الاضطرابات النفسية في المستقبل واكتشافها. وكانت حساسية الاختبار وقدرته التمييزية متقاربة عند العتبة (7 درجات). وخلصت الدراسة كذلك إلى أنه يفضل تقليص عدد البنود والاكتفاء بالبنود التي أثبتت قدرتها التمييزية بين المرضى والأسوياء عند استخدام الاختبار بوصفه أداة لفرز الحالات المرضية في المستقبل.

في مجال الصحة النفسية يعتبر اختبار الصحة العامة (General Health Questionnaire) من تأليف «غولديرج، ووليامز» (Goldberg & Williams, 1991) من المقاييس المعروفة والمشهورة التي تستخدم بوصفها أداة سهلة وسريعة، لتمييز الأفراد الذين يحتمل أن يعانون من اضطرابات نفسية غير ذهانية عن غيرهم من

* مدرسة (Assistant Prof.) قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت.
تم تمويل هذا البحث من إدارة الأبحاث في جامعة الكويت - مشروع رقم AP0023 وتتوجه الباحثة لها بالشكر.

الأسوياء، ومن ثم تحديد من يحتاج منهم إلى مراجعة طبيب مختص أو تطبيق مقاييس أخرى أكثر تخصصاً لتشخيص الاضطراب. وقد صُمم هذا الاستخبار ليستخدم في المستشفيات العامة (Banks, 1983; Benjamin et al., 1982; Burvill & Knuiman, 1983; Surtees, 1987) وفي عيادات الأطباء العامة (Cavanaugh, 1983; Hobbs et al., 1983; Boardman, 1987; Cleary et al., 1982; Skuse & Williams, 1984) لأنه يركز على التغيير في الأداء النمطي للفرد، كما أنه يهتم باكتشاف العجز عن الاستمرار في أداء الوظائف العادية للفرد، وبرز ظواهر جديدة ذات طبيعة مقلقة أو كربية للفرد. ويهتم الاستخبار باكتشاف الاضطرابات التي تستمر أقل من أسبوعين والتي لا يمكن اعتبارها حالات مرضية حسب التصنيفات التشخيصية المختلفة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM IV) وقائمة المقابلة الإكلينيكية (Clinical Interview Schedule, CIS)، والتي تشترط وجود الأعراض لمدة أسبوعين على الأقل حتى تعتبر اضطراباً يحتاج للمعالجة. لقد وضع استخبار الصحة العامة ليكون حساساً تجاه الاضطرابات العابرة التي يمكن أن تهدأ من دون معالجة، أو التي يمكن أن تتحول إلى اضطراب نفسي في ما بعد. فهو لا يستخدم لتشخيص الحالات المرضية وإنما لاكتشافها وفرزها حتى تقدم لها المساعدة المناسبة في فترة مبكرة (Graetz, 1991).

يتألف الاستخبار الكامل من 60 بنداً، وتوجد له صيغ عدة مختصرة، منها الصيغ 30، و28، و12، (وتعني عدد البنود المستخدمة في هذه الصيغة) (Goldberg, 1972; Goldberg & Hillier, 1979) ويستفسر كل بند في الاستخبار عما إذا كان المستجيب قد عانى مؤخراً من عرض معين، ويختار الاستجابة على سلم من أربعة بدائل تتراوح من «إطلاقاً» حتى «أكثر من المعتاد بكثير».

صُمم الاستخبار ليقاس خمسة مجالات من الاضطرابات النفسية هي: الاكتئاب، والقلق، وخلل الوظيفة الاجتماعية، والاضطرابات النفسية الجسمية، واضطراب النوم (Goldberg & Williams, 1991). وقد استخرجت معظم الدراسات - سواء التي استخدمت الصيغة الكاملة أو المختصرة (28 بنداً) - هذه الأبعاد، فمثلاً أظهر التحليل العاملي في دراسة «شان» (Chan, 1993)، والذي استخدم الصيغة الكاملة على عينة صينية أن هناك خمسة مقاييس فرعية هي: القلق، والاهتمام بالصحة، والتكيف / القلق، ومشاكل النوم، والأفكار الانتحارية. كما استخرج «تاكيشي وكيتامورا» (Takeuchi & Kitamura, 1991) على عينة يابانية خمسة عوامل هي: اختلال الوظيفة الاجتماعية، والقلق والتوتر، والأعراض النفسية الجسمية والتعب، والاكتئاب الحاد، والأرق. في حين استخرجت دراسة «ستورت وزملائه» (Stuart et al., 1993) والتي أجريت على عينة تركية مهاجرة

إلى أستراليا أربعة عوامل هي: القلق / التوتر، واختلال الوظيفة الاجتماعية، والاكتئاب الحاد، والأعراض النفسية الجسمية. وحتى الدراسات التي استخدمت الصيغة المختصرة من الاختبار (28 بنداً) خلصت إلى وجود عوامل مشابهة للدراسات التي استخدمت الصيغة الكاملة، فدراسة «بوجل وبراكاش» (Bhogle & Prakash, 1994) على عينة هندية كشفت عن أربعة عوامل هي: القلق، والاكتئاب، والمرض العام، وسوء التكيف، كما أظهرت أن الاكتئاب يقوم بدور مهم في استجابة الهنود.

من جانب آخر، خلصت دراسة «كوك وزملائه» (Cook et al. 1996) إلى أنه وعلى الرغم من أن اختبار الصحة العامة (بصيغته المختصرة والمتكونة من 12 بنداً) مصمم لتقييم الاضطرابات النفسية إلا أنه يقيس نطاقاً واسعاً من سوء التكيف، بما في ذلك عناصر ذهانية، بمعنى أنه يقيس الاضطرابات العصبية وجزء من الذهانية.

تُرجم الاختبار إلى 36 لغة بجانب اللغة الأصلية له وهي اللغة الإنكليزية (Goldberg & Williams, 1991)، وأثبت كثير من الدراسات فعالية الاختبار في البيئات الثقافية المختلفة غير الناطقة باللغة الإنكليزية والتي صمم فيها أصلاً، وهذا يدعم الفكرة القائلة أن هناك لغة مشتركة للاضطرابات النفسية تتخطى الحواجز الحضارية والثقافية وتتغلب عليها (Goldberg & Williams, 1991; Grayfallos et al., 1991). فقد ترجم الاختبار إلى الإيطالية، والأسبانية، والمكسيكية، واليابانية، واليوغسلافية، والهندية، واليونانية، والصينية، والتركية، والهولندية، والتشيكية، والنيجيرية، والتشيلية، والنرويجية، والكمبودية وغيرها... ولكن الباحث لم يعثر على دراسة عربية تناولت هذا الاختبار قبل الشروع في إجراء هذه الدراسة.

كشفت الدراسة الأصلية التي هدفت إلى تطوير اختبار الصحة العامة أن حساسية المقياس وقدرته التمييزية على اكتشاف الحالات المرضية وتمييزها كان مقبولاً بشكل كبير، كما أثبتت كثير من الدراسات أن المقياس قادر على تمييز الحالات المرضية في المجتمعات المختلفة⁽¹⁾. فقد خلصت دراسة «روز وغلاسر» (Ross & Glaser, 1989) إلى أن الاختبار أداة فعالة في الكشف (الروتيني) عن الاضطرابات النفسية، وليس عن الإدمان على الكحول أو المخدرات، وإذا أُريد استخدامه مع المدمنين فيجب رفع العتبة القصوى المميزة للحالات، لأن مشكلة الإدمان هي التي أظهرت الاضطرابات الجسدية، والقلق، وخلل الوظيفة الاجتماعية، والاكتئاب. كما بينت دراسة «فازكويث وزملائه» (Vazquez et al. 1985) أن الاختبار فعال في الاستخدام في الفحص الروتيني لمرضى القلب، وأن ظهور آلام القلب العضوية ارتبطت بالحصول على درجة مرتفعة على الاختبار، ولكن مع انخفاض في القدرة التمييزية ونسبة

مرتفعة من الحالات الإيجابية الكاذبة (أي الحالات التي شخصت على أنها مرضية في حين أنها ليست كذلك). في حين أن «فارمر وزملاءه» (Farmer et al., 1996) لم يجدوا دلائل على أن المقياس قادر على تمييز واكتشاف زملة التعب المزمن (Chronic Fatigue Syndrome) على الرغم من أن معظم من يعانون من هذه الزملة يعانون من أعراض القلق والاكتئاب، كما أن دراسة «فازكويز وزملائه» (Vazquez et al., 1985) خلصت إلى أن الاستخبار أقل فعالية في تحديد شدة الاضطراب النفسي في المستشفيات العامة. ولكن هذه القدرة التمييزية تختلف من مجتمع إلى آخر لذلك اقترح كل من «غولديبرغ» (Goldberg, 1986) و«تاكيشي، وكيتامورا» (Takeuchi & Kitamura, 1991) فحص البناء العاملي للمقياس في البيئة الثقافية المراد استخدامه فيها للتحقق من قدرته على اكتشاف الأفراد الذين يحتمل بشدة أن يظهروا أي نوع من الاضطرابات النفسية.

بحثت دراسات كثيرة العلاقة بين درجات الأفراد على اختبار الصحة العامة وبعض المقاييس الأخرى المستخدمة في التشخيص. فقد وجدت دراسة «فازكويز وزملائه» (Vazquez et al. 1985) أن معامل الارتباط بين اختبار الصحة العامة وقائمة المقابلة الإكلينيكية (Clinical Interview Schedule, CIS) وصل إلى (0,72)، في حين وصل إلى (0,78) مع مقياس الحالة النفسية الحاضرة (Present State of Examination, PSE) (Garyfallos et al., 1991). ووجدت دراسة «كايند، وجوديكس» و (Kind & Gudex 1994) أن الاستخبار له قدرة على تمييز الحالات المرضية عن الحالات السوية عندما استخدم بجانب اختبار قياس الصحة (Health Measurement Questionnaire, HMO) ومبيان نوتنغهام للصحة (Nottingham Health Profile, NHP). أضف إلى ذلك أن دراسة «كوزيني» (Kozeny, 1986) استخرجت ارتباطاً مرتفعاً بين الدرجة الكلية على اختبار الصحة العامة واستخبار أيزنك للشخصية (EPQ) وبخاصة مع بعدي العصابية والانبساط في حين لم تظهر علاقة مع بُعدي الكذب (L) والذهانية (P).

قارنت دراسات عدة بين اختبار الصحة العامة ومقياس الحالة النفسية الحاضرة (Present State Examination, PSE)، وخلصت إلى أن اختبار الصحة العامة له قدرة على تمييز الحالات المرضية التي اكتشفها مقياس الحالة النفسية الحاضرة (Vazquez et al., 1988; Garyfallos et al., 1991; Van Hement et al., 1995). ومن جانب آخر وجد «فازكويز وزملاءه» (Vazquez et al., 1986) أن اختبار الصحة العامة يعتبر أداة فعالة للاستخدام في المرحلة الأولى من أي بحث ذي مرحلتين لاكتشاف الحالات التي يحتمل أن تعاني من اضطرابات نفسية، ما يضمن أن المقياس لا يغفل أي حالات

محتملة للمرض النفسي في المرحلة الثانية من البحث والذي تستخدم فيه المقابلة الإكلينيكية، إلا أن المقياس لا يميز تماماً بين الأشخاص الذين يعانون من حالات مؤقتة من الاضطراب النفسي وبين حالات المرض الحقيقي والتي تكتشف عادة بواسطة مقياس الحالة النفسية الحاضرة.

إن حساسية⁽²⁾ الاختبار وقدرته التمييزية⁽³⁾ تختلف من دراسة إلى أخرى، ومن مجتمع إلى آخر. لذلك فمن الضروري تحديد كل من الحساسية والقدرة التمييزية للاختبار في كل بيئة ثقافية يراد استخدامه فيها للكشف عن الحالات المرضية (Goldberg, 1986). ففي دراسة «فان هاميرت وزملائه» (Van Hemert et al., 1995) وصلت حساسية الاختبار إلى (0,90) في حين كانت القدرة التمييزية أقل، وقد وصلت إلى (0,54)، وفي دراسة «فازكويث وزملائه» (Vazquez et al., 1986) وصلت حساسية الاختبار إلى أكثر من (0,80)، وفي دراسة «غاريفالوس وزملائه» (Garyfallos et al., 1991) كانت حساسية الاختبار (87%)، في حين وصلت القدرة التمييزية إلى (85%).

أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى توفير أداة يمكن أن يستخدمها الاختصاصيون النفسيون في التعرف على الحالات التي يحتمل أن تتعرض للاضطرابات النفسية، ومن ثم فإن الاختبار يمكن أن يستخدم بوصفه أداة للفرز في المرحلة الأولى للتعرف على حالات الاضطرابات النفسية التي تحتاج إلى تشخيص في مرحلة لاحقة، مع العلم أن هذه الخطوة تساعد في تخفيض عدد المرضى الذين ستقدم لهم الخدمة النفسية المتخصصة، ومن ثم تخفض نفقات الخدمة النفسية. ولكن تجدر ملاحظة أن الاختبار لا يحل محل التشخيص الإكلينيكي، بل يشير إلى أن الدرجة العالية عليه تعني أن هناك احتمال أن المريض يعاني من الاضطراب النفسي. لذلك تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق ثلاثة أهداف: (1) التحقق من الخصائص السيكومترية والبناء العامي لاختبار الصحة العامة في دولة الكويت. (2) التحقق من فعالية الاختبار في تمييز الحالات المرضية وفرزها عن الحالات السوية في المجتمع الكويتي. (3) تحديد الدرجة التي تكون عندها حساسية الاختبار وقدرته التمييزية مناسبة للمجتمع الكويتي.

العينة:

طُبق⁽⁴⁾ اختبار الصحة العامة على عينتين، الأولى قوامها 648 (450 من طلبة الجامعة 69,4%، 198 من طلبة كلية التربية الأساسية 30,6%) على اعتبار أنها عينة الأسوياء. وكانت نسبة الذكور 53,7% (ن = 348) والإناث 46,3% (ن = 300). وبلغ متوسط عمر أفراد هذه العينة 21 عاماً والانحراف المعياري قدره 2,9 عام. وكانت

نسبة الكويتيين 92,7% (ن = 601) وغير الكويتيين 7,1% (ن = 46) وحالة واحدة (0,2%) غير محددة الجنسية. وكانت هناك نسبة قدرها 16,7% من أفراد هذه العينة يعملون بجانب كونهم طلبة. أما العينة الثانية فقوامها 188 من المترددين على مستشفى الطب النفسي ونزلائه. استبعد المتخلفون عقلياً والذين يعانون من صعوبات الكلام، وتنوعت الاضطرابات النفسية التي كان يعاني منها المرضى. فقد شُخصت (47) حالة اكتئاب، (46) حالة قلق، (3) اضطراب النوم، (12) مشاكل اجتماعية، (4) هستيريا، (1) انخفاض الثقة بالنفس، (1) انسحاب، (6) اضطرابات الأكل، (1) نشاط زائد، (17) مخاوف مرضية، (3) صداع، (1) مشاعر الذنب، (7) اضطرابات شخصية، (3) أمراض نفسية جسمية، (2) سلوك عنف، (8) وسواس قهري، (1) توهم مرضي، (3) سيكوباتية، (3) صرع، (2) اضطراب الضغوط التالية للصدمة، (1) فقدان التركيز، (1) ضغوط الحياة، (1) مشاكل جنسية، (1) تبول لا إرادي، (13) حالة لم تشخص بعد حيث كانت تحت الملاحظة.

إن اختيار فئات مرضية متنوعة هو أمر مقصود في هذه الدراسة لأن الاستخبار المستخدم لا يهدف إلى تشخيص الحالات المرضية وتصنيفها وإنما إلى اكتشافها، فهو كما سبق القول أداة للكشف السريع عن الحالات المرضية العصابية وتمييزها عن الحالات السوية. كما أن البحوث الحديثة تركز على التشابهات بين الفئات الفرعية للعصاب أكثر من الفروق بينها، وخاصة البحوث التي ترى أن هناك عاملاً عاماً للعصابية بين معظم الأمراض النفسية. وبلغت نسبة الذكور في هذه العينة (الثانية) 55,3% (ن = 104)، في حين بلغت نسبة الإناث 44,7% (ن = 84). وكان متوسط عمر أفراد العينة 32,6 عاماً وانحراف معياري قدره 9,6 عاماً. ونسبة الكويتيين كانت 64,4% (ن = 121) وغير الكويتيين 35,1% (ن = 66) وحالة واحدة غير محددة الجنسية (0,5%). اختلف أفراد هذه العينة في المستوى الوظيفي فبلغت نسبة الطلبة 11,2%، والموظفين (59%)، والذين يعملون في المهن الحرة 2,7%. في حين كانت نسبة ربات البيوت 14,9%، والعاطلين والمتقاعدين 7,4%، أما فئة غير محدد الوظيفة فكانت نسبتها (4,8%). وتراوح المستوى التعليمي لأفراد العينة بين أُمي إلى حملة المؤهل الجامعي. فقد بلغت نسبة الأميين 8,0%، والذين يحملون المؤهل الأقل من الثانوي كانت نسبتهم 28,7%، و23,4% يحملون المؤهل الثانوي، و10,6% دبلوم، و25,0% من المؤهل الجامعي و4,3% غير معروف المؤهل. يلاحظ أن العينة المرضية تختلف عن العينة السوية في خصائصها الديموغرافية وهذا يعود إلى صعوبة الحصول على عينة مرضية مناسبة مماثلة للعينة السوية في العمر والمستوى التعليمي... إلخ.

أداة البحث:

استخدمت الصيغة الكاملة لاختبار الصحة العامة تأليف «غولديبرغ، ووليامز» (Goldberg & Williams, 1991)، وتتكون من 60 بنداً تدور حول التغيرات في الحالة الصحية والنفسية للفرد خلال الأسابيع القليلة السابقة لتطبيق الاختبار. أمام كل بند هناك أربعة بدائل للإجابة، وهذه البدائل كانت على صيغتين الأولى كانت كالاتي: «إطلاقاً»، و«ليس أكثر من المعتاد»، و«أكثر من المعتاد بقليل»، و«أكثر من المعتاد بكثير». أما الصيغة الأخرى للبدائل فكانت كالاتي: «أحسن من المعتاد»، و«كالمعتاد»، و«أقل من المعتاد»، و«أقل من المعتاد بكثير»، واختلفت صياغة هذه البدائل حسب صيغة كل بند. وتم تصحيح الاختبار بالطريقة التقليدية والتي اقترحها «غولديبرغ، ووليامز» (Goldberg & Williams, 1991) وهي إعطاء «صفر» للبديل الأول والثاني، ودرجة «واحد» للبديل الثالث والرابع.

ترجم الاختبار إلى اللغة العربية من قبل الباحثة، ومر تنقيح الترجمة بعدة مراحل. فأولاً عرضت الترجمة على مدرس لغة إنكليزية في مركز اللغات في جامعة الكويت لمراجعة الترجمة من الناحية اللغوية. ثانياً، عرضت الترجمة بعد التعديل على اثنين من الأساتذة في قسم علم النفس - جامعة الكويت يتقنان اللغة العربية والإنكليزية لإبداء الرأي في الترجمة من الجانب النفسي، وهل تحمل الترجمة المعنى النفسي المقصود في الاختبار الأصلي الأجنبي. ثالثاً، أجريت دراسة أولية وذلك بتطبيق الاختبار على عينة من طلبة الصف الرابع الثانوي وطلبة الجامعة، قامت بها الباحثة بنفسها للتحقق من وضوح بنود الاختبار وسهولة فهمها. وعُدلت صياغة بعض البنود الغامضة بناء على تعليقات أفراد العينة. رابعاً، روجعت التعديلات في صياغة بعض البنود من قبل أحد أساتذة علم النفس والذين شاركوا في مراجعة الترجمة الأولية.

أضيفت ثمانية أسئلة في نهاية الاختبار، وأرفقت مع الاستمارات التي وزعت على عينة الأسوياء، وقد أخذت هذه الأسئلة من دليل تعليمات الاختبار، وكانت بدائل الإجابة عن هذه الأسئلة هي «نعم / لا»، وكان الهدف منها تحديد أي فرد يُحتمل أن يكون قد عانى من مشكلات صحية أو نفسية أو راجع الطبيب في الأسابيع السابقة لتطبيق الاختبار، وذلك للتحقق من أن جميع أفراد هذه العينة حالات سوية فعلاً. والأسئلة هي كالاتي: (1) هل تتمتع بصحة جيدة؟ (2) هل راجعت الطبيب لأكثر من مرة خلال الأشهر الثلاثة الماضية؟ (3) هل تتعاطى أي أقراص مهدئة أو تتبع أي علاج منظم وصفه لك طبيبك؟ (4) هل تغيبت عن عملك أو دراستك لأكثر من أسبوعين خلال الأشهر

الثلاثة الماضية؟ (5) هل تمنعك صحتك من عمل أي شيء؟ (6) هل تعاني من أرق مستمر أو أي نوع من المشاكل العصبية؟ (7) هل تتناول شراباً أو حبوباً لأعصابك؟ (8) هل تعتقد أنك تعاني من مرض نفسي أو عصبي؟

استغرقت الفترة الزمنية لتطبيق الاستخبار بكامله بين 15-30 دقيقة، سواء لعينة الأسوياء أو المرضى.

الإجراءات:

بعد التحقق من وضوح بنود الاستخبار، طبق على عيني الأسوياء والمرضى، وقد طُبق الاستخبار بشكل جماعي في الفصول الدراسية لعينة الأسوياء وهم الذين أبدوا تعاوناً في إجراء الدراسة، في حين طُبق الاستخبار بشكل فردي على عينة المرضى، وقد قامت اثنتان من الأخصائيات النفسيات العاملات في مستشفى الطب النفسي بتطبيق الاستخبار على عينة المرضى بعد تدريبهم على طريقة التطبيق، وطلب منهما وضع ملاحظتهما عن أداء أفراد العينة على استمارات الاستخبار، كما طلب منهما وضع التشخيص لكل حالة بناء على تشخيص الطبيب المختص بالحالة وكما ورد في ملف المريض. وقد قامت الأخصائيتان النفسيتان بقراءة بنود الاستخبار على الحالات التي لا تستطيع القراءة لأي سبب خاص، وهذا لا يتعارض مع إجراءات التطبيق، فقد ذكر «غولديبرغ، ووليامز» (Goldberg & Williams, 1991: 63) أنه يمكن قراءة بنود الاستخبار للحالات غير القادرة على القراءة لأي عذر كان.

النتائج

كما سبق ذكره فإن هدف هذه الدراسة هو فحص الخصائص السيكمترية «لاستخبار الصحة العامة»، وبيان مدى تحقق الخصائص السيكمترية فيه، وذلك حتى يمكن استخدامه في دولة الكويت للكشف السريع عن الحالات النفسية غير السوية أو التي يحتمل أن تظهر اضطرابات نفسية في المستقبل، لذلك بدأت النتائج بحساب صدق الاستخبار وثباته.

صدق الاستخبار وثباته:

الصدق: تم تحليل بنود الاستخبار للعينة السوية والتي بلغ عددها 648 فرداً، وبناء عليه حذفت البنود التي كانت ارتباطاتها مع الدرجة الكلية أقل من (0,40) وعددها عشرة بنود هي (9، 10، 11، 24، 25، 26، 29، 33، 43، 48). والبنود المحذوفة تتعلق بمظاهر نفسية مختلفة منها: الصحة البدنية، واضطرابات النوم، والاهتمام بالمظهر الخارجي، والعلاقة مع الآخرين، ولكن هذه المظاهر النفسية قيست بالبنود الأخرى المتبقية في الاستخبار، ويبين جدول (1) هذه الارتباطات.

جدول (1)

معاملات الارتباط بين بنود الاختبار والدرجة الكلية (ن = 648)

معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند
0,52	41	0,40	21	0,47	1
0,58	42	0,46	22	0,44	2
+0,32	43	0,49	23	0,48	3
0,53	44	+0,39	24	0,41	4
0,57	45	+0,01	25	0,42	5
0,62	46	+0,26	26	0,45	6
0,63	47	0,46	27	0,49	7
+0,37	48	0,56	28	0,49	8
0,64	49	+0,34	29	+0,39	9
0,53	50	0,46	30	+0,31	10
0,49	51	0,47	31	+0,37	11
0,53	52	0,48	32	0,43	12
0,53	53	+0,32	33	0,47	13
0,61	54	0,41	34	0,54	14
0,57	55	0,48	35	0,60	15
0,49	56	0,49	36	0,62	16
0,42	57	0,46	37	0,46	17
0,63	58	0,50	38	0,45	18
0,48	59	0,62	39	0,44	19
0,41	60	0,56	40	0,61	20

+ هذه الإشارة تدل على البنود ذات الارتباط الضعيف.

ولحساب صدق اختبار الصحة العامة أجري التحليل العاملي للبنود المتبقية من الخطوة السابقة (عددها 50 بنداً) باستخدام طريقة المكونات الأساسية، وأسفر التحليل عن تسعة عوامل دورت تدويراً مائلاً بطريقة (Oblimin). واستبقيت سبعة من هذه العوامل تبعاً للمحكين الآتين: (1) العوامل التي وصل الجذر الكامن لها إلى ما يزيد عن الواحد الصحيح، (2) التي تشبعت بها على الأقل ثلاثة بنود دالة (تحدد التشعب الدال بأنه ما يصل إلى 0,45). وقد استوعبت العوامل المستخلصة (47,1%) من التباين الكلي، وقد سميت كما يلي: القلق والتوتر، والأفكار الانتحارية، والمرض العام، واضطراب النوم، واضطراب الوظيفة الاجتماعية، وانخفاض الثقة بالنفس، والاكتئاب، ولم يكن هناك أي بند له تشعب دال على أكثر من عامل. والجدول (2) يبين هذه العوامل. كذلك استخدم التدوير المتعامد بطريقة (Varimax)، وتم استخلاص سبعة عوامل لها

المسميات نفسها ولكن مع اختلاف التباين وعدد البنود والتشبعات لكل عامل، وعرضت هذه العوامل في جدول مستقل في ملحق رقم (1).

جدول (2)

العوامل المستخلصة من التحليل العاملي بعد التدوير المائل ومضمونها وتشبعاتها مرتبة تنازلياً (ن = 648)

العامل الأول: القلق والتوتر، استوعب 29,2% من التباين الكلي		
رقم البند	محتوى البند	التشبع
55	أنت عصبي ومتوتر طوال الوقت	0,66
45	أنت خائف أو في حالة ذعر دون سبب معقول	0,64
44	أنت منفعل وعصبي المزاج	0,62
49	أنت مكتئب وغير سعيد	0,55
40	أنت لا تستطيع التغلب على المشكلات التي تواجهك	0,49
العامل الثاني: أفكار انتحارية، استوعب 5,6% من التباين الكلي		
رقم البند	محتوى البند	التشبع
57	بأنك قد تقتل نفسك	0,86-
60	بفكرة الانتحار تترد على ذهنك باستمرار	0,83-
59	أنت تتمنى لو كنت ميتاً وبعيداً عن كل شيء	0,68-
العامل الثالث: المرض العام، استوعب 3,2% من التباين الكلي		
رقم البند	محتوى البند	التشبع
1	أنت بصحة جيدة وأن كل شيء على ما يرام	0,79
4	أنت مريض	0,79
2	أنت في حاجة إلى دواء مقوي	0,70
العامل الرابع: اضطراب النوم، استوعب 2,6% من التباين الكلي		
رقم البند	محتوى البند	التشبع
18	أنه من الصعب عليك أن تعود إلى النوم إذا حدث واستيقظت	0,79
17	أنه يصعب عليك بدء النوم	0,73
14	أن نومك قل نتيجة للهموم	0,58
12	أن ساعات نومك غير كافية	0,57

تقنين اختبار الصحة العامة في دولة الكويت ■ 123

العامل الخامس: اضطراب الوظيفة الاجتماعية، استوعب 2,3% من التباين الكلي		
رقم البند	محتوى البند	التشبع
31	أنت قادر على أن تشعر بالدفء والحب نحو الأفراد المحيطين بك	0,62
32	أنت تجد من السهولة التعامل مع الآخرين	0,56
15	أنت متيقظ ذهنياً	0,48
7	أنت قادر على تركيز انتباهك في أي شيء تؤديه	0,47
العامل السادس: انخفاض الثقة بالنفس (عدم الكفاية)، استوعب 2,2% من التباين الكلي		
رقم البند	محتوى البند	التشبع
27	أنت تستطيع تدبير الأمور كما يفعل معظم الأفراد الذين هم في ظروفك	0,53-
30	أنت راضٍ عن الطريقة التي تؤدي بها مهامك اليومية	0,53-
28	أنت تقوم بمهامك بشكل جيد	0,51-
23	أنت تميل إلى أن تفقد الاهتمام بأنشطتك العادية	0,46-
العامل السابع: الاكتئاب، استوعب 2,0% من التباين الكلي		
رقم البند	محتوى البند	التشبع
52	أن الحياة ميؤوس منها تماماً	0,56-
53	بالأمل في مستقبلك الشخصي	0,48-
51	أنت تفكر في نفسك على أنك شخص عديم الفائدة	0,47-
56	أن الحياة لا تستحق أن تعيشها	0,47-

استوعب العامل الأول الجزء الأكبر من التباين الكلي، وهو يقيس التوتر والخوف من دون سبب ظاهر والانفعالية، كما يشمل عنصراً اكتئابياً. أما العامل الثاني فهو متصل بالأفكار الانتحارية والرغبة في الموت والتخلص من الحياة. ومن جانب آخر فإن البنود المكونة للعامل الثالث تعد مؤشرات للصحة البدنية العامة، ويلاحظ أن البندين (1، 4) في هذا العامل على الرغم من أن مضمونهما متناقض إلا أن تشبعاتهما لهما الاتجاه نفسه (إيجابي) وهذا يعود إلى اختلاف اتجاه بدائل الإجابة بين هذين السؤالين. أما العامل الرابع فقد تألف من بنود مرتبطة بصعوبة البدء والاستمرار في النوم، في حين أن العامل الخامس ارتبط بعلاقة الفرد بالآخرين وصعوبة التركيز، أما العامل السادس فقد ارتبط بعدم الرضى عن الأداء وانخفاض الثقة بالنفس، في حين أن العامل الأخير (السابع) تكون من بنود ذات علاقة بالاكتئاب وفقدان الأمل.

أظهرت النتائج أن الاختبار يقيس أربعة من الجوانب النفسية التي وردت في دليل تعليمات الاختبار وهي: القلق، واضطراب النوم، واضطراب الوظيفة الاجتماعية،

والاكتئاب، مع بعض الاختلاف في عدد البنود التي تشكل كل مقياس فرعي، ما يثبت صدق هذا المقياس في البيئة العربية. لكن هذه الدراسة وجدت ثلاثة مقاييس فرعية أخرى لم ترد في دليل التعليمات وهي: الأفكار الانتحارية، والمرض العام، وانخفاض الثقة بالنفس. ومع ذلك يمكن القول بأن الاستخبار صادق في قياس الجوانب النفسية التي صمم لقياسها، كما أن البنود المكونة للعوامل غير الموجودة في دليل التعليمات متسقة بوجه عام مع ما يقيسه الاستخبار.

أظهر التحليل العاملي أن 27 بنوداً من بين بنود الاستخبار الكلي (والتي عددها 60 بنوداً) هي المناسبة فقط لعينة الدراسة وهي البنود التي شكلت المقاييس الفرعية، لذلك سيتم التعامل مع هذه البنود في النتائج التالية أما بقية البنود فسيتم الاستغناء عنها. **الثبات:** حسب ثبات البنود المتبقية باستخدام معامل ثبات ألفا لكرونباخ - ثبات الاتساق الداخلي - وقد وصلت قيمة المعامل إلى (0,90)، ثم حسب معامل الثبات لكل مقياس فرعي (العوامل المستخلصة من التحليل العاملي) باستخدام معامل ثبات ألفا لكرونباخ، وكانت معاملات الثبات للمقاييس الفرعية كالآتي: القلق والتوتر (0,79)، أفكار انتحارية (0,81)، المرض العام (0,72)، اضطراب النوم (0,71)، اضطراب الوظيفة الاجتماعية (0,69)، انخفاض الثقة بالنفس (0,68)، الاكتئاب (0,80).

جدول (3)

معاملات الارتباط بين المقاييس الفرعية والدرجة الكلية على المقياس

(ن = 648)

الاكتئاب	انخفاض الثقة بالنفس	اضطراب الوظيفة الاجتماعية	اضطراب النوم	المرض العام	أفكار انتحارية	القلق والتوتر	
						-	القلق والتوتر
					-	0,45	أفكار انتحارية
				-	0,24	0,40	المرض العام
			-	0,37	0,26	0,47	اضطراب النوم
		-	0,42	0,42	0,34	0,57	الوظيفة الاجتماعية
	-	0,54	0,41	0,37	0,29	0,53	انخفاض الثقة بالنفس
-	0,44	0,46	0,32	0,34	0,58	0,54	الاكتئاب
0,72	0,73	0,76	0,68	0,61	0,59	0,83	الدرجة الكلية

جميع الارتباطات دالة عند مستوى 0,001

يوضح الجدول (3) معاملات الارتباط بين المقاييس الفرعية والدرجة الكلية (وهي مجموع درجات المقاييس الفرعية معاً) وجميعها ارتباطات دالة إحصائية، ما يعني أن هذه المقاييس غير مستقلة عن بعضها بعضاً وأن هناك عاملاً عاماً يربط بينها. ويلاحظ أن الارتباطات بين المقاييس الفرعية والدرجة الكلية أعلى منها بين المقاييس الفرعية بعضها بعضاً، فهي تتراوح بين (0,59 و 0,83) بين المقاييس الفرعية والدرجة الكلية، في حين أنها تتراوح بين (0,24 و 0,58) بين المقاييس الفرعية بعضها بعضاً، مما يدل على أنه بالرغم من أن هذه المقاييس ذات استقلال نسبي، فإنها تشترك في ما بينها في عامل عام. وكان أعلى ارتباط بين الدرجة الكلية ومقياس القلق والتوتر، وهذا يدل على أنه البعد الأساسي الذي يقيسه اختبار الصحة العامة، وأن القلق والتوتر هما العنصران المشتركان في معظم الاضطرابات النفسية. ويتضح ذلك عند فحص معاملات الارتباط بين المقاييس الفرعية بعضها بعضاً، فيلاحظ أن مقياس القلق ارتبط مع جميع المقاييس الفرعية الأخرى ارتباطات أعلى من ارتباطات المقاييس الفرعية بعضها ببعض. وبذلك تكون هذه النتائج قد حققت الهدف الأول من الدراسة.

في الخطوة التالية حُسب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية على الاختبار (27 بنداً) والدرجة الكلية على البنود الثمانية الإضافية. وقد وصل هذا المعامل إلى (0,60) وهو دال عند 0,001 ما يعني أن الأشخاص الذين حصلوا على درجة عالية على اختبار الصحة العامة ذكروا أنهم لا يتمتعون بصحة جيدة، وأنهم ربما يعانون من مرض نفسي أو عصبي. مع العلم أن معامل ثبات ألفا كرونباخ للبنود الثمانية الإضافية وصل إلى (0,66). بينت النتائج أن الاختبار له قدرة تمييزية بين الحالات المرضية والسوية. فقد أظهر اختبار (ت) أن هناك فروقاً دالة إحصائية بين الحالات المرضية والسوية في الدرجة الكلية على الاختبار حيث كان متوسط الدرجة الكلية لعينة الأسوياء (6,99) ولعينة المرضى (9,82) وهذا الفرق دال عند مستوى (0,001)، إذ بلغت قيمة ت (4,52) ودرجة الحرية (256).

في الخطوة التالية تمت مقارنة درجات الأسوياء مع درجات المرضى على المقاييس الفرعية السبعة التي تم استخلاصها، وقد أظهر اختبار (ت) أن هناك فروقاً بين المجموعتين في خمسة من المقاييس الفرعية هي: القلق، والمرض العام، واضطراب الوظيفة الاجتماعية، وانخفاض الثقة بالنفس، والاكتئاب، في حين أنه لم تظهر فروق بين المرضى والأسوياء على مقياسي الأفكار الانتحارية، واضطراب النوم. والنتائج موضحة في جدول (4).

جدول (4)

الفروق بين المرضى والأسوياء على المقاييس الفرعية
والدرجة الكلية لاستخبار الصحة العامة

المقاييس الفرعية	المتوسط	قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
القلق مرضى أسوياء	2,26 1,44	5,28	271	0,001
أفكار انتحارية مرضى أسوياء	0,48 0,41	1,01	296	غير دال
المرض العام مرضى أسوياء	1,11 0,57	6,01	264	0,001
اضطراب النوم مرضى أسوياء	1,77 1,67	0,77	288	غير دال
اضطراب الوظيفة الاجتماعية مرضى أسوياء	1,49 1,04	3,9	279	0,001
انخفاض الثقة بالنفس (عدم الكفاية) مرضى أسوياء	1,52 1,20	2,51	265	0,01
الاكتئاب مرضى أسوياء	1,18 0,64	4,70	260	0,001
الدرجة الكلية مرضى أسوياء	9,82 6,99	4,52	256	0,001

لمعرفة قدرة كل بند على التمييز، أي فرز الحالات السوية عن المرضية استخدم الباحث اختبار (كا²) وظهر أن هناك سبعة بنود فقط غير مميزة وهي البنود التي تحمل أرقام (12، 14، 17، 30، 57، 59، 60)⁽⁵⁾، أما بقية البنود فكانت مميزة والجدول (5) يبين هذه الفروق. ويلاحظ من الجدول أن ثلاثة من البنود غير المميزة وهي (12، 14، 17) هي البنود التي شكلت مقياس اضطراب النوم، في حين أن البنود (57، 59، 60) شكلت مقياس الأفكار الانتحارية، وهذان المقياسان كما ظهر من الجدول (4) لم يميزا بين الأسوياء والمرضى. والنتائج السابقة حققت الهدف الثاني من الدراسة.

جدول (5):

قيم كا² لتحديد القدرة التمييزية لكل بند بين الحالات المرضية
(ن = 188) والسوية (ن = 836)

رقم البند	قيمة كا 2	مستوى الدلالة	رقم البند	قيمة كا 2	مستوى الدلالة
1	40,4	0,001	32	8,3	0,01
2	18,9	0,001	40	16,3	0,001
4	24,8	0,001	44	6,0	0,01
7	11,5	0,001	45	36,3	0,001
12	3,0	غير دال	49	15,9	0,001
14	0,3	غير دال	51	18,6	0,001
15	5,6	0,01	52	15,9	0,001
17	2,1	غير دال	53	27,2	0,001
18	4,8	0,05	55	24,4	0,001
23	6,3	0,01	56	9,0	0,01
27	11,4	0,001	57	1,3	غير دال
28	9,9	0,001	59	2,0	غير دال
30	0,21	غير دال	60	0,002	غير دال
31	10,9	0,001			

لتحديد الدرجة المناسبة التي عندها يمكن اعتبار المفحوص حالة مرضية يجب حساب حساسية الاختبار وقدرته التمييزية، والقيمة التنبئية الموجبة والسالبة، ومعدل خطأ التصنيف، وذلك بمقارنة الدرجة الكلية التي حصل عليها الأفراد الأسوياء مع الدرجة الكلية التي حصل عليها أفراد العينة المرضية عند عتبات مختلفة (threshold). وهذه الطريقة في حساب الحساسية والقدرة التمييزية للاختبار قد استخدمها «شان» (Chan 1993) في دراسته.

يبين جدول (6) حساسية الاختبار وقدرته التمييزية ومعدل خطأ التصنيف⁽⁶⁾ والقيمة التنبئية الموجبة⁽⁷⁾ والسالبة⁽⁸⁾ عند (23) عتبة⁽⁹⁾ مختلفة (threshold)، وقد ظهر أن أفضل عتبة أو درجة لتمييز الحالات المرضية من الحالات السوية هي (7 درجات) بمعنى أن من يحصل على سبع درجات فأكثر على الاختبار يحتمل أن يكون حالة مرضية تحتاج إما إلى تدخل من الطبيب المختص أو استخدام طرق تشخيصية أخرى للتحقق من التشخيص. وقد اختيرت هذه الدرجة لأن الحساسية والقدرة التمييزية عندها كانت متقاربة. فقد بلغت الحساسية (56,4%)، والقدرة التمييزية (56,2%) ومعدل خطأ التصنيف

جدول (6)

حساسية المقياس وقدرته التمييزية ومعدل خطأ التصنيف
والقيم التنبئية عند عتبات مختلفة

العتبة	الحساسية %	القدرة التمييزية %	معدل خطأ التصنيف %	القيمة التنبئية الموجبة %	القيمة التنبئية السالبة %
3	76,6	29,3	60,0	23,9	81,2
4	71,3	35,3	56,6	24,2	80,9
5	68,1	42,1	52,0	25,4	82,0
6	62,2	48,3	48,6	25,9	81,5
7	56,4	56,2	43,7	27,2	81,7
8	52,7	61,9	40,2	28,6	81,8
9	47,3	67,3	37,2	29,6	81,5
10	46,3	71,6	34,1	32,1	82,1
11	43,6	75,5	31,7	34,0	82,2
12	38,8	78,7	30,3	34,6	81,6
13	36,2	82,1	28,2	37,0	81,6
14	34,0	84,4	26,9	38,8	81,5
15	31,4	87,0	25,5	41,3	81,4
16	26,6	90,1	24,2	43,9	80,9
17	22,9	91,4	24,0	43,4	80,3
18	21,8	92,3	23,6	45,1	80,3
19	17,6	93,8	23,3	45,2	79,7
20	16,0	94,6	23,1	46,2	79,5
21	12,8	95,7	23,0	46,2	79,1
22	11,2	96,1	23,0	45,7	78,9
23	11,2	97,5	21,9	56,8	79,1
24	6,4	98,0	22,6	48,0	78,3
25	2,1	98,6	23,1	30,8	77,6

(43,7%)، والقيمة التنبئية الموجبة (27,2%)، والقيمة التنبئية السالبة (81,7%). إن رفع العتبة المميزة يقلل من معدل خطأ التصنيف ويزيد من القدرة التمييزية والقيمة التنبئية الموجبة، ولكن ذلك يكون على حساب انخفاض الحساسية، فقد ذكر «فازكويز وزملاؤه» (Vazquez et al., 1986) أن القيمة التنبئية السالبة والموجبة للاستخبار تتحسن برفع درجة العتبة، ولكن ذلك على حساب انخفاض كبير في الحساسية. إن الارتفاع النسبي في معدل خطأ التصنيف في هذه النتائج لا يعتبر ذا أهمية. فقد ذكر «غولديبيرغ، ووليامز» (Goldberg & Williams, 1991: 45) أن معدل خطأ التصنيف ليس

مقياساً مفيداً لأنه عبارة عن اندماج نوعين من خطأ التصنيف هما «الموجب الكاذب»⁽¹⁰⁾ و«السالب الكاذب»⁽¹¹⁾.

تم اختيار الدرجة (7) كعتبة لتحديد الحالات المرضية في هذه الدراسة وذلك لتقارب حساسية الاختبار وقدرته التمييزية عند هذه الدرجة، وحتى نقلل من احتمال فقدان حالات مرضية قد تحتاج إلى علاج، كما نقلل من عدد الحالات التي يقدم لها علاج نفسي قد لا تحتاجه.

إن حساسية الاختبار في التعرف على الحالات المرضية يجب أن تكون لها الأولوية في الأهمية على القدرة التمييزية ومعدل خطأ التصنيف والقيم التنبؤية السالبة والموجبة لأن الفشل في اكتشاف الحالات المرضية ينطوي على مخاطرة عدم اكتشاف الأفراد الذين يحتاجون إلى تدخل أو مساعدة علاجية، فارتفاع نسبة الأفراد الذين يصنفون خطأ على أنهم حالات مرضية أفضل من ارتفاع نسبة الأفراد الذين يصنفون خطأ على أنهم أسوياء في حين أنهم ليسوا كذلك⁽¹²⁾.

المناقشة:

سعت هذه الدراسة إلى التحقق من صدق اختبار الصحة العامة وثباته ومدى فعاليته في اكتشاف الحالات المرضية - في دولة الكويت - في مراحل مبكرة بحيث تقدم لها الخدمات النفسية المناسبة في وقت مناسب. وقد أظهرت النتائج أن الاختبار صادق وقياس ما وضع لقياسه، إذ أظهر التحليل العملي أنه يحتوي على سبعة عوامل (مقاييس فرعية) هي: القلق، والأفكار الانتحارية، والمرض العام، واضطراب النوم، واضطراب الوظيفة الاجتماعية، وانخفاض الثقة بالنفس، والاكتئاب. أربعة من هذه المقاييس وهي: القلق، واضطراب النوم، واضطراب الوظيفة الاجتماعية، والاكتئاب وردت في دليل تعليمات الاختبار وكذلك في معظم الدراسات التي اهتمت بدراسة التركيب العملي للاختبار بصيغته الكاملة (60 بنداً) ولكن مع بعض الاختلاف في البنود المكونة لكل عامل وعدد العوامل التي تم استخلاصها، وهذا أمر متوقع. فقد ذكر «غولديريغ، ووليامز» (Goldberg & Williams, 1991) أن العوامل التي استخلصتها الدراسات المختلفة التي فحصت التركيب العملي لاختبار الصحة العامة تراوحت بين 7-19 عاملاً. فعلى سبيل المثال، بينت دراسة «هوبز وزملائه» (Hobbs et al., 1983) أن مقياس الاكتئاب تكون من البنود التي أرقامها من (40 إلى 59)، في حين حددت دراسة «ميدينا - مورا» (Medina - Mora, 1983) البنود التي تشكل هذا المقياس على أنها البنود من (50 إلى 59)، بينما أضافت دراسة «شان» (Chan, 1985) إلى هذا المقياس (الاكتئاب) البندين (10، 17)، في حين أظهرت الدراسة الحالية أن البنود المكونة لمقياس

الاكتئاب هي من بين البنود ((51-56)، أما دراسة «ورسلي وزملائه» (Worsley et al., 1978) فقد كشفت أن بُعدي القلق واضطراب النوم كانت متضمنة في بُعد الاكتئاب.

تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة «ستورت وزملائه» (Stuart et al., 1993)، وبخاصة في ما يتعلق بمقاييس القلق/ التوتر، واضطراب الوظيفة الاجتماعية، والاكتئاب، حيث إن البنود التي شكلت هذه المقاييس لها تشبعات دالة في الدراستين، ولكن دراسة «ستورت وزملائه» (Stuart et al., 1993) لم تكشف عن عوامل مستقلة لكل من الأفكار الانتحارية، واضطراب النوم، وانخفاض الثقة بالنفس، وإنما كانت هذه العوامل مندمجة في مقاييس أخرى، حيث البنود التي شكلت الأفكار الانتحارية كانت ضمن مقياس الاكتئاب، وبنود اضطراب النوم كانت ضمن مقياس القلق، في حين أن مقياس الثقة بالنفس كان ضمن مقياس الوظيفة الاجتماعية. إن مقياس اضطراب الوظيفة الاجتماعية ظهر في أغلب نتائج التحليل العاملي بوصفه بُعداً مستقلاً، وأحياناً كان هناك أكثر من عامل يختص بالوظيفة الاجتماعية (Chan & Chan, 1983). أما بُعد اضطراب النوم فلم يظهر في كل الدراسات وإنما في بعضها (ومثال هذه الدراسات: Benjamin et al., 1982; Burvill & Knuiman, 1983).

كان هناك تشابه بين نتائج الدراسة الحالية ودراسة «فازكويز وزملائه» (Vazquez et al., 1988) التي استخرجت ستة عوامل هي: الوظيفة الاجتماعية/ التفاؤل. والتوتر العام، والمرض العام، والسلبية، واضطراب النوم، والأفكار الاكتئابية. وهي العوامل التي استخلصتها الدراسة الحالية مع اختلاف عدد البنود المكونة لكل عامل، إلا أن معظم البنود المكونة لهذه العوامل مشتركة بين الدراستين عدا مقياس الوظيفة الاجتماعية/ التفاؤل، ويلاحظ أن «فازكويز وزملائه» (Vazquez et al., 1988) أطلق مسمى «السلبية» على عامل الاكتئاب، و«الأفكار الاكتئابية» على عامل الأفكار الانتحارية.

من جانب آخر، فإن بُعد الاضطرابات النفسية الجسمية، بوصفه بُعداً مستقلاً، ظهر في عدد محدود من الدراسات (انظر: Benjamin et al., 1982; Worsley et al., 1978) ولكنه لم يظهر في الدراسة الحالية إلا إذا اعتبرنا أن المرض العام هو أحد مظاهر الاضطرابات النفسية والجسمية. وكما ذكر «ستورت وزملائه» (Stuart et al., 1993) فإن عدم ارتباط البنود التي تقيس الحالة البدنية العامة – مثل «أشعر بصحة جيدة» (البند الأول) أو «أنا في حاجة إلى دواء منشط» (البند الثاني) – مع مقياس الاضطرابات النفسية والجسمية يرجع إلى أن المفحوصين لم يستطيعوا التمييز بين المرض النفسي والجسدي عند الإجابة عن الأسئلة العامة، وهذا يرجع إلى زيادة الميل إلى تجسيد الأعراض النفسية. إن

هذه الظاهرة غير شائعة في المجتمعات الغربية، ليس لأن المستجيبين غير الغربيين غير قادرين على التمييز بين الأعراض الجسدية والنفسية بل لأنها تعكس الاعتقاد عن العلاقة بين الأعراض الجسدية والنفسية وبخاصة تلك التي تكون مقبولة بوصفها تعبيراً عن الضغوط النفسية (Kleimman, 1977).

إن اختلاف النتائج بين الدراسات المختلفة أمر متوقع لأن ذلك يعتمد على خصائص عينة البحث وعلى الطريقة المستخدمة في التحليل (Goldberg & Williams, 1991)، ولكن التشابه بين الدراسات المختلفة أكثر من الاختلاف بينها، ما يعني أن لغة الاضطرابات النفسية شائعة وتتخطى الحواجز الثقافية. ومثل تلك النتائج توصلت إليها دراسات أخرى منها: (Aderibigbe & Gureje, 1992; Bhogle & Prakash, 1994; Chan, 1985, 1993; Lobo et al., 1986; Stuart et al., 1993; Takeuchi & Kitamura, 1991; Vazquez et al., 1988) مع بعض الاختلاف في ظهور كل هذه الأبعاد في جميع الدراسات. ويلاحظ عموماً أن المقاييس التالية: القلق، والاكتئاب، والأعراض النفسية الجسمية ظهرت في معظم الدراسات.

إن الارتباطات بين المقاييس الفرعية تدل على أنها مقاييس غير مستقلة عن بعضها بعضاً، فمقياس القلق له ارتباط عال مع الدرجة الكلية وبقية المقاييس الفرعية حيث استوعب الجزء الأكبر من التباين الكلي، ما يعني أن القلق هو القاسم المشترك بين معظم الاضطرابات النفسية (Aderibigbe & Gureje, 1992; Bhogle Peakash, 1994) وأنه البعد الأساسي الذي يقيسه اختبار الصحة العامة، على الرغم من أن «غولدبيرغ ووليامز» (Goldberg & Williams, 1991) ذكروا أن مقياس القلق لم يحتل الصدارة والأولية في معظم الدراسات التي قاما بمراجعتها. في حين أن أقل المقاييس ارتباطاً بالدرجة الكلية كان مقياس الأفكار الانتحارية، وهذا يشير إلى تأثير عينة الدراسة بالعوامل الدينية والاجتماعية، والتي تستنكر التفكير في الانتحار بوصفه وسيلة للتعامل مع المصاعب التي تواجه الفرد، إلا أن هذا المقياس كان أكثر ارتباطاً مع مقياس الاكتئاب، ما يدل على أن التفكير في الانتحار هو أحد مظاهر الاكتئاب، ويتفق ذلك مع الدراسات السابقة. فقد ذكر عبد الخالق (1996) أن بعض التقديرات تورد أن نسبة تتراوح بين 7-15% ممن يعانون من الاكتئاب سوف ينتحرون في مقابل نسبة 1% من غير المكتئبين. كما وجد عبد الخالق عند فحصه للبناء العاملي لقائمة «بيك» للاكتئاب في صيغته العربية أن الأفكار الانتحارية ومشاعر الذنب كانت أحد العوامل المكونة للاكتئاب (عبد الخالق 1996: 39).

إن الارتباط بين المقاييس الفرعية والدرجة الكلية كما ذكر «جاكوبسون وزملاؤه»

(Jacobsen et al., 1995) يدل على أن الاضطرابات النفسية المختلفة والشائعة، مثل الاكتئاب، لها تأثير مماثل على نوعية الحياة وعلى الأنشطة اليومية، وبما أن اختبار الصحة العامة يركز على هذه الأنشطة فمن المحتمل أن بنوده تكون حساسة جداً لعدد من الاضطرابات النفسية، لذلك فإن بنود الاختبار ترتبط في ما بينها إيجابياً.

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن معامل الثبات مناسب جداً، سواء للمقياس الكلي أو المقاييس الفرعية. وعلى الرغم من أن «غولديرغ ووليامز» (Goldberg & Williams, 1991) ذكروا أن أفضل صيغة لاختبار الصحة العامة يمكن أن تستخدم هي النسخة الكاملة، إلا أن الدراسة الحالية وجدت ضرورة حذف بعض بنود الاختبار لارتباطاتها الضعيفة مع الدرجة الكلية، كما حذفت مجموعة أخرى من البنود لأن ليس لها تشبعات دالة على أي من المقاييس الفرعية المستخلصة من التحليل العاملي، مما يعني أن تقليص بنود الاختبار الكلية والاكتفاء بالبنود التي تحقق درجة مناسبة من الصدق والثبات قد يكون أمراً مناسباً أكثر نظراً لاختصار وقت التطبيق. إن ضعف ارتباط بعض البنود مع الدرجة الكلية قد يرجع إما إلى عدم مناسبتها لبيئة التطبيق أو لعدم دقة الترجمة.

إن الارتباط المرتفع بين الدرجة الكلية على الاختبار والدرجة الكلية على البنود الإضافية، والتي شملت أسئلة مباشرة عن تقييم الفرد لحالته الصحية وهل يعتقد أنه يعاني من مرض نفسي أو عصبي، يدل على أن الأفراد الذين يحصلون على درجة عالية على اختبار الصحة العامة على وعي وإدراك باضطرابهم النفسي، ومن ثم فإنهم يحتاجون إلى طلب المساعدة النفسية، كما أنه يعني أن الاختبار يصلح للتعرف على الأفراد الذين قد يتعرضون لأي اضطراب نفسي في المستقبل وحتى لو أنكروا أنهم يعانون من أي مشاكل نفسية عند سؤالهم مباشرة.

من النتائج المهمة التي أظهرتها هذه الدراسة، هي قدرة الاختبار على تمييز الحالات المرضية عن السوية على ثلاثة مستويات هي: الدرجة الكلية، والمقاييس الفرعية، والبنود، وهذا يدل على أن الاختبار مناسب لاكتشاف الحالات المرضية، ولكن بعد استبعاد مقياسي الأفكار الانتحارية واضطراب النوم لأنهما غير قادرين على التمييز بين الحالات المرضية والسوية، وهذا يتعارض مع دراسة «شان» (Chan, 1993) التي وجدت أن مقياسي اضطراب النوم والأفكار الانتحارية هما أكثر المقاييس المميزة بين الأسوياء والمرضى. إن عدم تمييز مقياس اضطراب النوم لعينة المرضى عن عينة الأسوياء ربما يكون سببه أن عينة الأسوياء هي عينة من طلاب الجامعة، وبالتالي فإن الضغوط الدراسية التي يواجهونها هي التي سببت لهم اضطراب النوم، وبخاصة إذا لاحظنا أن متوسط درجة الأسوياء والمرضى على هذا المقياس مرتفعة مقارنة

بالمقاييس الفرعية الأخرى. كما أن عدم دلالة الفرق بين عينتي الدراسة في مقياس الأفكار الانتحارية يشير إلى أن كلا العينتين متأثرة بالتساوي بالعوامل الاجتماعية، وبخاصة إذا عرفنا أن عينة المرضى هي عينة تعاني من اضطرابات عصابية وليست ذهانية، ومن ثم فهي على وعي بقيم المجتمع ومفاهيمه، ويدلل على ذلك انخفاض متوسط الدرجة على هذا المقياس لكلا العينتين مقارنة بالمقاييس الفرعية الأخرى.

تأكدت النتيجة السابقة عند مقارنة عينة المرضى مع عينة الأسوياء على مستوى البنود، حيث ظهر أن هناك بعض البنود غير مميزة، وهذه البنود تشكل مقياسي الأفكار الانتحارية واضطراب النوم، وهما المقياسان غير المميزين كما سبق ذكره. إن عدم ظهور فروق بين عينة المرضى والعينة السوية في الأفكار الانتحارية واضطراب النوم قد يعود في جزء منه إلى عدم تجانس عينة المرضى، إذ إنها تشمل فئات مرضية مختلفة قد لا تكون الأفكار الانتحارية واضطراب النوم أعراضاً مشتركة في ما بينها. كما نوه «فان هاميرت، وزملاؤه» (Van Hemert et al., 1995) بأنه عند استخدام الاختبار مع مرضى العيادات الطبية العامة يجب استبعاد مقياس الاضطرابات النفسية الجسمية، لأن هؤلاء المرضى سيحصلون على درجة عالية على هذا المقياس بسبب حالتهم الصحية والتي استدعت مراجعتهم للطبيب، وليس بالضرورة بسبب أن الاضطراب النفسي هو الذي أظهر هذه الأعراض النفسية الجسمية. إن ظهور الشكوى من الأمراض الجسدية هو مصدر مهم لارتفاع معدل سوء التصنيف (Kirk & Saunders, 1979; Vazquez et al., 1985).

إن الدرجة المناسبة التي عندها يمكن اعتبار الحالة حالة مرضية هي سبع درجات فأكثر، لأنه عند هذه الدرجة تكون حساسية الاختبار وقدرته التمييزية عالية في اكتشاف الحالات التي يحتمل أن تكون حالات مرضية.

يلاحظ من النتائج الحالية أن حساسية الاختبار تقارب قدرته التمييزية، وهذا أمر مناسب، لأن الاختبار كما سبق ذكره هو أداة أولية سريعة لفرز الأفراد الذين يحتمل أن يكونوا مرضى، وبالتالي يحتاجون إلى وسائل تشخيصية أخرى للتأكد من حالتهم المرضية، فكلما ارتفعت حساسية الاختبار عنى ذلك أنه قادر على فرز عدد أكبر من الأفراد المحتمل أن يتعرضوا لاضطرابات نفسية في المستقبل، مما يتطلب استخدام وسائل تشخيصية أكثر تخصصاً لاكتشاف هذه الحالات وتمييزها عن الحالات التي يمكن أن تكون قد صنفت خطأ على أنها حالات مرضية واستبعادها، لأن الفشل في اكتشاف هذه الحالات ينطوي على مخاطرة حرمان حالات مرضية من المساعدة النفسية.

خلاصة القول، فإن نتائج هذه الدراسة بينت أن اختبار الصحة العامة قادر على

تميز الحالات المرضية من الحالات السوية في دولة الكويت، ومع أنه لا يقوم بالتشخيص فإنه قادر على التعرف على قطاع عريض من الاضطرابات النفسية. وترى الباحثة أنه من المهم التوسع في إجراء بحوث مستقبلية باستخدام أداة البحث «استخبار الصحة العامة» للمقارنة بين الجنسين، أو للمقارنة بين المستويات التعليمية أو الوظيفية المختلفة في مدى انتشار الأمراض النفسية، كما يمكن القيام بدراسة لمعرفة إمكانية استخدام الاستخبار في اكتشاف الحالات الذهانية في مقابل الحالات العصبية.

الهوامش

- (1) هدفت كثير من الدراسات إلى التحقق من صدق الاستخبار وثباته بصيغه المختلفة، ولكن تركيز معظم الدراسات كان منصباً على الصيغ المختصرة من الاستخبار.
- (2) الحساسية: هي معدل الحالات المرضية التي يتم التعرف عليها بشكل صحيح.
- (3) القدرة التمييزية: هي معدل الحالات السوية التي يتم التعرف عليها بشكل صحيح.
- (4) تشكر الباحثة كل من أسهم في المساعدة في ترجمة المقياس وتنقيحه وتطبيقه وهم (إلهام السليمي من مركز اللغات بجامعة الكويت على مراجعة الترجمة، وأحمد عبد الخالق وصفوت فرج من قسم علم النفس بجامعة الكويت على مراجعة وتنقيح الترجمة، والاختصاصيتان النفسيتان أمانة الربيعي ومحاسن الشريف من مستشفى الطب النفسي في دولة الكويت على المشاركة في تطبيق المقياس).
- (5) تشير هذه الأرقام إلى أرقام البنود الأصلية في الاستخبار.
- (6) معدل خطأ التصنيف: هو معدل المستجيبين الذين تم تشخيصهم بشكل غير صحيح.
- (7) القيمة التنبؤية الموجبة: هي معدل من حصلوا على درجات عالية وتم تشخيصهم على أنهم حالات مرضية.
- (8) القيمة التنبؤية السالبة: هي معدل من حصلوا على درجات منخفضة وتم تشخيصهم على أنهم أسوأ.
- (9) العتبة: هي الدرجة الكلية على الاستخبار والتي عندها يحتمل أن تكون الحالة هي حالة مرضية.
- (10) الموجب الكاذب: هي الحالات التي شخّصت خطأً على أنها حالات مرضية.
- (11) السالب الكاذب: هي الحالات التي شخّصت خطأً على أنها حالات سوية.
- (12) طرق حساب الحساسية والقدرة التمييزية... إلخ مدرجة بالتفصيل في الملحق (2).

المصادر

أحمد عبد الخالق (1996). دليل تعليمات قائمة «بيك» للاكتئاب، تأليف آرون بيك، وروبرت ستير. تعريب وإعداد أحمد عبد الخالق. دار المعرفة الجامعية - الإسكندرية.

Aderibigbe, Y., Gureje, O. (1992). "The validity of the 28-items General Health Questionnaire in a Nigerian antenatal clinic". Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 27 (6): 280-283.

Banks, M.H. (1983). "Validation of the General Health Questionnaire in a young community sample". Psychological Medicine. 13 (2): 349-353.

Benjamin, J., Decalmer, P., & Haran, D. (1982). "Community screening for mental illness: A validity study of the General Health Questionnaire". British Journal of Psychiatry. 140: 174-180.

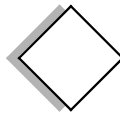
Bhogle, S., & Prakash, I. (1994). "Factor structure of the scaled GHQ on Indian population". Psychological Studies. 39 (2&3): 107-112.

Boardman, A. P. (1987). "The General Health Questionnaire and the detection

- of emotional disorder by general practitioners: A replication study". *British Journal of Psychiatry*. 151: 373-381.
- Burvill, P., & Knuiman, M. (1983). "Which version of the General Health Questionnaire should be used in community studies?". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 17 (3): 237-242.
- Cavanaugh, S. (1983). "The prevalence of emotional and cognitive dysfunction in a general medical population: using the MMSE, GHQ, and BDI". *General Hospital Psychiatry*. 5 (1): 15-24.
- Chan, D.W. (1985). "The Chinese version of the General Health Questionnaire: Does language make a difference?". *Psychological Medicine*. 15 (1): 147-155.
- Chan, D.W. (1993). "The Chinese General Health Questionnaire in a psychiatric setting: The development of the Chinese scaled version". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 28 (3): 124-129.
- Chan, D.W., & Chan, T.S.C. (1983). "Reliability, validity and the structure of the General Health Questionnaire in a Chinese context". *Psychological Medicine*. 13 (2): 363-371.
- Cleary, P., Goldberg, I., Kessler, L., & Nycz, G. (1982). "Screening for mental disorder among primary care patients". *Archives of General Psychiatry*. 39 (7): 827-840.
- Cook, M., Alison, Y., Taylor, D., & Bedford, A. (1996). "Personality correlates of psychological distress". *Personality and Individual Differences*, 20 (3): 313-319.
- Farmer, A., Chubb, H., Jones, I., Hillier, J., Smith, A. & Borysiewicz, L. (1996). "Screening for psychiatric morbidity in subjects presenting with Chronic Fatigue Syndrome". *British Journal of Psychiatry*, 168 (3): 354-358.
- Garyfallos, G., Karastergiou, A., Moutzoukis, C., Alagiozidou, E., Mala, D., & Garyfallos, A., (1991). "Greek version of the General Health Questionnaire: Accuracy of translation and validity". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 84 (4): 371-378.
- Goldberg, D. (1972). *The Detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Goldberg, D. (1986). "Use of the General Health Questionnaire in clinical work". *British Medical Journal*, 293: 1188-1189.
- Goldberg, D., & Hillier V.F. (1979). "A scaled version of the General Health Questionnaire". *Psychological Medicine*, 9 (1): 139-145.
- Goldberg, D.P., & Williams, P. (1991). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. London: NFER.
- Graetz, B. (1991). "Multidimensional properties of the General Health
-

- Questionnaire". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26 (3): 132-138.
- Hobbs, P., Ballinger, C., & Smith, A. (1983). "Factor analysis and validation of the General Health Questionnaire in women: A general practice survey". *British Journal of Psychiatry*, 142: 257-264.
- Jacobsen, B.K., Hasvold, T., Hoyer, G., & Hansen, V. (1995). "The General Health Questionnaire: How many items are really necessary in population surveys?". *Psychological Medicine*. 25 (5): 957-961.
- Kind, P., & Gudex, C. (1994). "Measuring health status in the community: A comparison of methods". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48 (1): 86-91.
- Kirk, C.A., & Saunders, M. (1979). "Psychiatric illness in a neurological out-patient department in North East England: Use of the General Health Questionnaire in the prospective study of the neurological out-patient", *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 60 (5): 427-438.
- Kleinman, A.M. (1977). "Depression, somatization and the new cross-cultural psychiatry". *Social Science and Medicine*, 11 (1): 3-10.
- Kozeny, J. (1986) "The GHQ-60 and the EPQ: the content validity". *Activitas Nervosa Superior*, 28 (3): 231-233.
- Lobo, A., Perez-Echeverria, M., & Artal, J. (1986). "Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population". *Psychological Medicine*, 16 (1): 135-140.
- Medina-Mora, M.E., Padilla, G.P., Campillo-Cerano, E. (1983). "The factor structure of the GHQ: A scaled version for a hospital's general practice service in Mexico". *Psychological Medicine*, 13 (2): 355-362.
- Ross, H., & Glaser, F. (1989). "Psychiatric screening of alcohol and drug patients: The validity of the GHQ-60". *American Journal of Drug and Alcohol*, 15 (4): 429-442.
- Skuse, D., & Williams, P. (1984). "Screening for psychiatric disorder in general practice". *Psychological Medicine*. 14 (2): 365-377.
- Stuart, G.W., Klimidis, S., Minas, I.H., & Tuncer, C. (1993). "The factor structure of the Turkish version of General Health Questionnaire". *The International Journal of Social psychiatry*. 39 (4): 274-284.
- Surtees, P. (1987). "Psychiatric disorder in the community and the General Health Questionnaire". *British Journal of Psychiatry*. 150: 828-835.
- Takeuchi, M., & Kitamura, T. (1991). "The factor structure of the General Health Questionnaire in a Japanese high school and university student sample". *The International Journal of Social Psychiatry*, 37 (2): 99-106.
- Van Hemert, A., Den Heijer, M., Vorstenbosch, M., & Bolk, J.L. (1995).

- "Detecting psychiatric disorders in medical practice using the General Health Questionnaire, Why do cut-off scores vary?". *Psychological Medicine*. 25 (1): 165-170.
- Vazquez-Barquero, J., Acero, J., Martin, C., & Ochoteco, A. (1985). "The psychiatric correlates of coronary pathology: Validity of the GHQ-60 as a screening instrument". *Psychological Medicine*, 15 (3): 589-596.
- Vazquez-Barquero, J., Deiz-Manrique, J., Pena, C., Quintanal, R., & Lopez, M. (1986). "Two stage design in a communtiy survey". *British Journal of Psychiatry*. 149: 88-97.
- Vazquez-Barquero, J., Williams, P., Diez-Manrique, J., Lequerica, J., & Arenal, A. (1988). "The factor structure of the GHQ-60 in a community sample". *Psychological Medicine*. 18 (1): 211-218.
- Worsley, A., Walters, W.A., & Wood, E.C. (1978). "Responses to Australian patients with gynaecological disorders to the General Health Questionnaire: A factor analytic study". *Psychological Medicine*, 8 (4): 131-138.



ملحق (1)

نتائج التحليل العاملي باستخدام التدوير المتعامد بطريقة (Varimax)، مرتبة تنازلياً.
نسبة التباين الكلي = 53,7%

العامل الأول: القلق والتوتر، استوعب 29,2% من التباين الكلي. ألفا = 0,87		
رقم البند	محتوى البند	التشيع
39	أنت تعاني من ضغوط مستمرة	0,49
40	أنت لا تستطيع التغلب على المشكلات التي تواجهك	0,51
44	أنت منفعل وعصبي المزاج	0,62
45	أنت خائف أو في حالة ذعر دون سبب معقول	0,64
47	أن كل شيء أصبح فوق طاقتك	0,46
49	أنت مكتئب وغير سعيد	0,60
54	أنت سعيد بدرجة معقولة	0,50
55	أنت عصبي ومتوتر طوال الوقت	0,69
58	أنت غير قادر على أي شيء لأن أعصابك متوترة جداً	0,49
العامل الثاني: الثقة بالنفس استوعب 5,6% من التباين الكلي. ألفا = 0,86		
23	أنت تميل إلى أن تفقد الاهتمام بأنشطتك العادية	0,51
27	أنت تستطيع تدبير الأمور كما يفعل معظم الأفراد الذين هم في ظروفك	0,56
28	أنت تقوم بمهامك بشكل جيد	0,58
30	أنت راضٍ عن الطريقة التي تؤدي بها مهامك اليومية	0,57
العامل الثالث: اضطراب النوم، استوعب 3,8% من التباين الكلي. ألفا = 0,78		
12	أن ساعات نومك غير كافية	0,56
13	بالتعب والإرهاق الشديد لدرجة أنك لا تستطيع أن تأكل	0,47
14	أن نومك قل نتيجة للهموم	0,60
17	أنه يصعب عليك بدء النوم	0,70
18	أنه من الصعب عليك أن تعود إلى النوم إذا حدث واستيقظت	0,74
20	أنت تقضي ليالي قلق ولا راحة فيها	0,48
العامل الرابع: اكتئاب، استوعب 3,2% من التباين الكلي. ألفا = 0,80		
51	أنت تفكر في نفسك على أنك شخص عديم الفائدة	0,58
52	أن الحياة ميؤوس منها تماماً	0,65
53	بالأمل في مستقبلك الشخصي	0,58
56	أن الحياة لا تستحق أن تعيشها	0,58

تابع/ملحق (1)

العامل الخامس: أفكار انتحارية، استوعب 2,8% من التباين الكلي. ألفا = 0,81		
رقم البند	محتوى البند	التشبع
57	بأنك قد تقتل نفسك	0,81
59	أنت تتمنى لو كنت ميتاً وبعيداً عن كل شيء	0,66
60	بفكرة الانتحار تتردد على ذهنك باستمرار	0,79
العامل السادس: المرض العام، استوعب 2,6% من التباين الكلي. ألفا = 0,72		
1	أنت بصحة جيدة وأن كل شيء على ما يرام	0,74
2	أنت في حاجة إلى دواء مقوي	0,66
4	أنت مريض	0,74
العامل السابع: اضطراب الوظيفة الاجتماعية، استوعب 2,0% من التباين الكلي. ألفا = 0,69		
7	أنت قادر على تركيز انتباهك في أي شيء تؤديه	0,50
15	أنت متيقظ ذهنياً	0,52
31	أنت قادر على أن تشعر بالدفء والحب نحو الأفراد المحيطين بك	0,60
32	أنت تجد من السهولة التعامل مع الآخرين	0,55

ملحق (2)

طريقة حساب الحساسية، والقدرة التمييزية، ومعدل خطأ التصنيف، والقيمة التنبؤية الموجبة، والقيمة التنبؤية السالبة

الحساسية = $\frac{ب}{ب + د}$ ؛ القدرة التمييزية = $\frac{ج}{ج + (أ + د)}$ ؛

معدل خطأ التصنيف = $\frac{أ + د}{أ + د + ب + ج}$ ؛

القيمة التنبؤية الموجبة = $\frac{ب}{ب + (أ + د)}$ ؛

القيمة التنبؤية السالبة = $\frac{ج}{ج + (أ + د)}$.

حيث:

أ = الموجب الكاذب، ب = الموجب الصحيح، ج = السالب الصحيح، د = السالب الكاذب.

Psychology

The General Health Questionnaire in Kuwait

Huda J. Hasan^{*}

This study aims to test the psychometric characteristics of the General Health Questionnaire in a normal sample (N=648) as well as a sample of psychiatric patients (N=188) from the psychiatric hospital in Kuwait. The results show that the questionnaire has high validity and reliability and it measures seven psychological dimensions: anxiety/insomnia, suicidal thought, general illness, sleep disturbance, social dysfunction, low self confidence and depression. The anxiety/insomnia, sleep problem, social dysfunction, low self confidence, and depression factors appeared as independent dimensions in most studies and in the questionnaire manual, while the other dimensions were merged with other dimensions. The results show that the questionnaire can successfully discriminate between normal and abnormal cases. The questionnaire can has similar sensitivity and specificity on a threshold (7). The study suggests reduction in the questionnaire items when used in the future to detect psychiatric cases in Kuwaiti samples.

^{*} Assistant Professor, Dept. of Psychology, College of Social Sciences, Kuwait University.