# القائمة السورية للأعراض

## «دراسة ميدانية»

سامر جميل رضوان*

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

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

* أستاذ مشارك (Associate Prof.) بقسم الصحة النفسية – كلية التربية – جامعة دمشق.

## الإطار النظري وخلفية الدراسة

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

ومع ازدياد انتشار الأعراض النفسية داخل إطار الاضطرابات العصابية والجسدية Neurotic and somatoform disorders يحتاج المتخصصون النفسيون والأطباء في تخصصاتهم المختلفة أدوات سهلة التطبيق وثابتة وصادقة تتيح لهم تحديد مدى انتشار الأعراض المرضية وتفاقمها أو تراجعها.

وتشير دراسات «معهد ماكس بلانك للطب النفسي» في ألمانيا إلى أن أكثر من ثلث مجموع السكان يعانون مرة على الأقل في حياتهم من أشكال مختلفة من الاضطرابات أو المشكلات النفسية (Kass, Oldham & Pardes, 1992: 8). كما تشير دراسات منظمة الصحة العالمية إلى أن واحداً من كل أربعة من المرضى الذين يراجعون عيادات الطب العام يعاني من اضطراب نفسي، ويحتاج – من ثم – إلى علاج نفسي. ففي دراسة شاركت فيها أربع عشرة دولة واشتملت على نحو 26,000 مشارك، وجد أن 25% من المرضى يعانون من اضطرابات نفسية، و9% يقعون على الحدود بين الاضطراب النفسي والجسدي، و31% لوحظت لديهم أعراض متفرقة تشير إلى اضطرابات نفسية ممكنة. وهذا في مجموعه يشكل ما نسبته زهاء 65% من مراجعي العيادات العامة (Kornbichler, 1998: 9-10).

أما انتشار الاضطرابات المختلفة فيقع بين (1,5 و3,5%) بالنسبة لاضطرابات القلق، وبين (10 و 11,3%) للرهابات النوعية، وبين (3 و 13%) للرهابات الاجتماعية، و(2,5%) لاضطرابات الوسواس القهري، و5% لاضطرابات القلق المعمم، وبين (0.2 و2%) للاضطرابات ذات الشكل الجسدي، وتوهم المرض بين (4 و 9%)، واضطرابات الأرق بين (30–40%) من السكان ككل (Sass, Wittchen, Zaudig, 1996: 460 ff.). وهذه المعدلات محسوبة وفق نسب الانتشار مدى الحياة. أما نسب انتشار الاضطرابات الاكتئابية فتتراوح بين (2,7 و6,5% خلال ستة أشهر) (Hautzinger & de Jong-Meyer, 1994: 183) وتزداد نسبة انتشار الاضطرابات النفسية عند النساء أكثر منها عند الرجال بشكل عام (De Silva *et al*, 1977; Rapee *et al*, 1986; Stuart, *et al*, 1984).

كما يحتل تحديد الأعراض في المجال العيادي مركزاً مهماً، ذلك أن المرضى بأشكال مختلفة من الاضطرابات ذات الشكل العصابي يعانون إلى جانب أعراض أخرى من كثرة الأعراض الجسدية الوظيفية والشكاوى النفسية والأعراض الجسدية ذات المنشأ النفسي (Klussmann, 1992: 1-4 ; Kasielke & Haensgen, 1987: 6).

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

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

1 – قائمة مراجعة الأعراض Symptom-Check-List-90 (SCL-90): صمم هذه القائمة ديروجيتس وليبمان وكوفي (Derogatis, Lipman & Covi, 1976)، وصدرت لها طبعة معدلة في عام (1986) (Derogatis 1986). وهي من القوائم واسعة الانتشار والاستخدام في كثير من الدراسات العالمية (Maragraf & Schneider, 1994 b: 33). وتتوافر القائمة باللغة الإنجليزية والألمانية والعربية. وتحتوي القائمة المعدلة SCL-90-R مثل سابقتها على (90) بنداً تقيس مجالاً واسعاً من أعراض الاضطرابات النفسية والأضرار المعاشة ذاتياً ضمن فترة تبلغ سبعة أيام. ومن ثم تعد القائمة مكملة بطريقة مثالية جداً للاختبارات التي تقيس بنية الشخصية عبر فترة زمنية طويلة ومتغيرات الأعراض المرضية المتطرفة أو المستمرة فترة زمنية طويلة. وتتيح القائمة إجراء تقييم متعدد الأبعاد وإمكانية إعادة الاختبار في دراسات سيرورة العلاج Therapy process. وتقيس القائمة تسعة مجالات فرعية هي: أعراض التجسيد (تحول الصراعات النفسية إلى أعراض جسدية) Somatization والوسواس القهري والقلق الاجتماعي والاكتئاب والقلق والعدوانية/العداوة والقلق الرهابي والتفكير الزَوَري (البارانويا) والذهانية. ويمكن استخلاص الدرجة الكلية وقياس درجة الضغوط النفسية وعدد الأعراض الضاغطة. وتعد القائمة مفيدة من أجل الحصول على

معلومات من المرضى والتحديد المتعدد الأبعاد للمنشأ المرضي (Maragraf & Schneider, 1994 a: 70) واستخدمت القائمة في عدد كبير من الدراسات المتعلقة بالعلاج والمتابعة. أما مجالات الاستخدام فتقع في مجال المرضى المراجعين للعيادات في المجال الطبي النفسي وغير النفسي، وفي مجال علم النفس الطبي والعلاج النفسي، والنفسي – الاجتماعي. وتتمتع القائمة باتساق داخلي Internal consistency بين (0.79 و 0.89) بالنسبة لعينات عيادية. كما أن ثبات إعادة الاختبار مقبول والصدق الظاهري محقق. ويبلغ معامل الارتباط بين بعض المقاييس الفرعية وبعضها الآخر (0.45) بالنسبة لعينات غير عيادية (Test catalog, 1996/1997: 199, 244).

وفي عام (1984) أصدر عبدالرقيب البحيري الترجمة العربية للقائمة عن النص الأصلي عارضاً لشرح أشكال الاضطرابات التي تقيسها القائمة والبنود وكيفية التصحيح، ولا تتوافر حول هذه القائمة باللغة العربية أي معلومات حول تطبيقها في دراسات عيادية وغير عيادية.

2 – قائمة الأعراض والشكاوى الجسمية من إعداد: أحمد عبدالخالق (غير منشورة). وتحتوي هذه القائمة على (40) بنداً تقيس مجموعة من الأعراض الجسدية فقط، يجاب عنها وفق مقياس تقدير رباعي. وقد تم استخدام هذه القائمة في دراسة عاملية عن التفاؤل والتشاؤم وصحة الجسم. وللقائمة ثبات مرتفع قيمته (0,91). وتتراوح ارتباطات البنود بالدرجة الكلية بين (0,14 و 0,69) (أحمد عبدالخالق، 1998). وتوجد نسخة منقحة للقائمة تتألف من (60) بنداً (أحمد عبدالخالق، رسالة للباحث 30/1/2000).

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

4 – قائمة الشكاوى Beschwerden-List (B-L) من إعداد تسيرسن (1976 Zcrsscn مقتبس عن: Test catalog, 1996/1997)[1]. صممت هذه القائمة لقياس

[1] Test catalog دليل سنوي للاختبارات النفسية يصدر عن مركز الاختبارات التابع للرابطة النفسية الألمانية والنمساوية، عضو مجموعة ناشري الاختبارات الأوروبية.

الأعراض الجسدية والنفسية، واستخدمت في دراسات وبائية Epidemiological وميدانية وعيادية واسعة. ويتراوح معامل ثبات ألفا بين (0.85 و 0.95) ووصل إلى (0.90) بطريقة التجزئة النصفية (Test catalog, 1996/1997: 177, 199, 244).

5 – استبيان قياس الشكاوى Beschwerdenerfassungsbogen (BEB) من إعداد كاسيلكة وهينسيغن (Kassielke & Haensgen, 1987). يتألف الاستبيان من 60 بنداً وضعت لقياس الأعراض الجسدية والنفسية في الأسابيع الثلاثة الأخيرة ودرجة الضيق الذي تسببه للشخص. كما يمكن اشتقاق مقاييس فرعية لقياس الأعراض النفسية والجسدية مستقلة وأعراض القلق والرهابات والوهن والاضطرابات المعدية وأعراض اضطرابات القلب والدورة الدموية. وقد صمم الاستبيان في الأصل لقياس درجة العصابية بهدف اختيار طريقة العلاج الملائمة وفاعليتها. ويعد مكملاً لبطاريات الاختبارات الأخرى، ويرتبط الاستبيان بدرجة عالية مع مقاييس أخرى مثل مقياس فرايبورغ للشخصية[2]. وتتراوح معاملات الثبات بين (0.80 و 0.56) (Kassielke & Haensgen, 1987: 5-10).

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

7 – استبيان غيسين للشكاوى Giessener Beschwerdenbogen (GBB). وهو من إعداد بريلر وشير (Breler & Scheer, 1995 مقتبس عن Test catalog, 1996/1997: 177, 199, 244). وقد صمم هذا الاستبيان مثل سابقيه لقياس صورة الأعراض الجسدية للمرضى العصابيين والمرضى بأمراض نفسية جسدية. ويساعد على التفريق بين الأعراض الجسدية الموضوعية القابلة للقياس والإحساس الذاتي، حيث يوجد عادة تباعد

[2] اختبار فرايبورغ للشخصية (FPI): اختبار ألماني واسع الانتشار، مبني على أساس من اختبار مينيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية (MMPI) ومنظومات اختبارات لآيزينك وكاتل، ويقيس 9 أبعاد من الشخصية بالإضافة إلى أبعاد العصابية والانطوائية والذكورية Masculinity.

كبير بين هذه المجالات. ويتراوح معامل ثبات الاستبيان بطريقة التجزئة النصفية بين (0.69 و 0.85)، ويتمتع الاستبيان بقدرة تنبؤية مرتفعة (Test catalog, 1996/1997: 243).

## مشكلة الدراسة وأهدافها

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

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

## أهمية الدراسة

تنبع أهمية هذه الدراسة من كونها الدراسة الأولى التي تبحث في الأعراض المرضية في سورية، حيث لا توجد قائمة مقننة على المجتمع السوري يمكن بوساطتها تحديد الأعراض المرضية. ومن ثم فهي تشكل إسهاماً في توفير أداة في القياس تساعد – إلى جانب أدوات القياس الأخرى – المتخصصين الإكلينيكيين والأطباء النفسيين في التشخيص الفردي والمتابعة العلاجية وبيان مدى تأثير الأساليب العلاجية المستخدمة من خلال تناقص درجة الأعراض. من ناحية أخرى يمكن أن تمد الباحثين في الميدان النفسي والطبي بأداة دقيقة بهدف إجراء أبحاث مسحية ومقارنة في مجال انتشار الأعراض. إذ تعد دراسة الانتشار الأساس الذي

تقوم عليه برامج الوقاية والتدخل Intervention وتخطيط العلاج واستقصاء فاعليته (Hellmeier, Brand & Lasser, 1993: 91).

## حدود الدراسة

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

## المنهج والإجراءات

### عينة الدراسة:

جرى سحب عينة الدراسة من أربعة مصادر:

1 – عينة عرضية من طلاب كليات جامعة دمشق المختلفة بلغ عددها (504) طلاب وطالبات.

2 – عينة عرضية من طلاب معهد إعداد المعلمين الكائن في منطقة المزة بمدينة دمشق بلغ عددها (153)، وجميع طلابها من سكان ريف دمشق حصرا.

3 – عينة عرضية مقصودة من المتزوجين جرى سحبها من موظفين في دوائر رسمية مختلفة في مدينة دمشق بلغ عددها (231). وكان الهدف الأساسي من سحب هذه العينة تغطية بنود القائمة المتعلقة بأعراض المشكلات الجنسية بشكل أكثر دقة وتمثيلاً. فقد ظهر أن عدد المتزوجين في عينتي الطلاب كان قليلاً إلى حد كبير وبخاصة بين الذكور. ومن ثم افتُرِضَ أن الطلاب غير المتزوجين لا يمتلكون الخبرات الجنسية الكافية بعد والتي تمكنهم من تقدير مدى حدة المشكلة. وبناء على ذلك جرى اختيار هذه العينة المقصودة من المتزوجين حصراً.

4 – عينة من المرضى النفسيين المراجعين لقسم الأمراض النفسية والعصبية في مشفى تشرين بدمشق. بلغ عدد أفراد العينة (62) مريضاً. يعانون من أعراض اضطرابات مختلفة جرى تشخيصهم من قبل الأطباء النفسيين العاملين في المشفى. ويقدم جدول (1) عرضاً لأنواع الاضطرابات النفسية المشخصة.

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

| نوع الاضطراب | العدد |
|---|---|
| اضطرابات شخصية مختلفة | 14 |
| اضطرابات قلق مختلفة | 10 |
| اكتئاب | 9 |
| إدمانات مختلفة | 8 |
| وسواس قهري | 6 |
| اضطرابات هستيرية | 4 |
| اضطراب الضغوط التالية للصدمة | 3 |
| تبدد الشخصية Depersonalization | 2 |
| توهم المرض | 2 |
| اضطراب تكيف | 2 |
| شذوذ جنسي | 1 |
| سيكوباتية | 1 |
| المجموع | 62 |

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

ويقدم جدول (2) عرضاً مفصلاً لخصائص العينات المسحوبة.

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

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

ويتضح من جدول (2) أن حجم العينة ككل (950) مفحوصاً ومفحوصة، استثني منها عينة المرضى لعدم تجانسها وصغر حجمها والبالغ عددها (62)، فاستقر العدد النهائي للعينة التي أجريت عليها التحليلات الإحصائية على (888) مفحوصاً ومفحوصة. تراوح المدى العمري لهذه العينة بين (18 و50) سنة بمتوسط مقداره 25.69 سنة وانحراف معياري قيمته (8.13) سنة. وكان عدد الذكور (471) بنسبة مقدارها (49.6%) من العينة ككل وعدد الإناث (479) بنسبة مقدارها (50.4%) من العينة ككل، بينهم (632) فرداً عزباً و(318) متزوجاً بنسبة مقدارها(66.5%) للعزب مقابل (33.5%) للمتزوجين، في حين بلغت نسبة المرضى 6.5% من العينة ككل وهي نسبة منخفضة.

## قائمة الأعراض

بعد مراجعة لعدد من القوائم والاستبانات التي تهتم بقياس الأعراض الجسدية والنفسية، والتي تمت الإشارة إليها في فقرة الإطار النظري وخلفية الدراسة، تبين وجود تشابه كبير في أبنيتها التي تستند إلى منظومات التشخيص العالمية السارية وقت إعدادها، ويختلف بعضها عن بعض قليلاً أو كثيراً من ناحية عدد الأعراض والمتلازمات المرضية التي تغطيها والأسلوب الذي تسأل به عن وجود العرض أو عدمه، والهدف الذي تم بناء القائمة أو الاستبانة على أساسه (قياس أعراض

اضطرابات معينة أم طائفة أكبر منها، والسؤال عن وجود الأعراض ضمن مدة معينة... إلخ). واستناداً إلى هذه القوائم والاستبانات وكل من التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية WHO والدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي APA (Sass, Wittchen, Zaudig, 1996; Dilling Mombour & Schmidt, 1991) والافتراض النظري المتمثل في تجمع الأعراض المتفرقة في زمل أو متلازمات Syndromes مرضية محددة وقابلة للتمييز عن غيرها من الزمل أو المتلازمات الأخرى، فقد تم تحديد مجموعة كبيرة من الأعراض المرضية الجسدية منها والنفسية، التي تظهر في مجموعات متنوعة من الاضطرابات، مثل أعراض القلق والرهابات والقلق الاجتماعي ومشاعر النقص وعدم الثقة بالنفس وأعراض السلوك القهري والأعراض الاكتئابية وأعراض الاضطرابات الجنسية الوظيفية والأعراض الجسدية التي يمكن أن تكون ذات منشأ نفسي أو التي تصاحب الأعراض النفسية. أخضعت الأعراض التي تم تحديدها لمراجعات عدة من أجل حذف الأعراض المتشابهة، وطبقت على مجموعة تجريبية من الطلاب لبيان وضوح العبارات، واستقر الرأي في النهاية على أن تكون القائمة مختصرة قدر الإمكان، وتراعي الأعراض النفسية العصابية والجسدية الأكثر ملاحظة وانتشاراً من غيرها واستبعاد الأعراض المرضية التي يمكن أن تشير إلى أعراض اضطرابات ذهانية واضحة، على أن يتم في دراسات أخرى توسيع بنود القائمة وتعديلها وتنقيحها إذا حققت هذه الدراسة الأهداف المرجوة منها. وقد تألفت الصورة النهائية للقائمة من (64) بنداً، يطلب فيها من المفحوص تقدير مدى وجود هذه الأعراض في الأسابيع القليلة الماضية على مقياس مكون من أربع درجات من أبداً (0) وحتى غالباً (3). وتتمتع القائمة بصدق ظاهري face validity جيد، وتعد سهلة التطبيق لوضوح عباراتها وبساطتها، ولا يتطلب تطبقيها أكثر من 10 دقائق.

## نتائج الدراسة

### أولاً: نتائج حساب معاملات الثبات

**1 – ثبات إعادة الاختبار:** طبقت القائمة في فترتين مختلفتين بفاصل قصير نسبياً تراوح بين 7 و10 أيام على عينة مكونة من (52) مفحوصاً ومفحوصة (26 أنثى و26 ذكراً)، جرى اختيارها بطريقة عرضية. وكان معامل الارتباط (بيرسون) بين درجات التطبيقين للذكور والإناث معاً قدره (0.90)، في حين بلغ معامل الارتباط

بين كل من الذكور والإناث على حدة (0,89) للذكور و(0,91 للإناث) وجميعها ارتباطات مرتفعة.

2- **صدق المحك:** حُسبت ارتباطات قائمة الأعراض بالأبعاد الأساسية للشخصية (العصابية والانبساطية والذهانية) المقاسة بوساطة الصورة السورية لاستخبار آيزينك للشخصية، تعريب أحمد عبدالخالق (1991)، وتقنين سامر رضوان (غير منشور)، ومقياس القلق الاجتماعي (سامر رضوان، تحت النشر) وقائمة بيك للاكتئاب (أحمد عبدالخالق، 1996)، ومقياس التشاؤم (بدر الأنصاري، 1998)، وقائمة ويلوبي للميول العصابية (أحمد عبدالخالق، 1995)، ويبين جدول (3) هذه النتيجة.

**جدول (3)**
**ارتباط قائمة الأعراض ببعض المقاييس**

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

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

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

**الاتساق الداخلي**

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

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

| البند | معامل الارتباط | البند | معامل الارتباط | البند | معامل الارتباط | البند | معامل الارتباط |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| .1 | *0.28 | .17 | 0.46 | .33 | 0.39 | .49 | 0.47 |
| .2 | 0.32 | .18 | 0.46 | .34 | 0.54 | .50 | 0.45 |
| .3 | 0.32 | .19 | 0.43 | .35 | 0.41 | .51 | 0.44 |
| .4 | *0.25 | .20 | 0.45 | .36 | 0.47 | .52 | 0.57 |
| .5 | 0.43 | .21 | 0.30 | .37 | 0.48 | .53 | 0.56 |
| .6 | 0.38 | .22 | *0.26 | .38 | 0.60 | .54 | 0.59 |
| .7 | 0.31 | .23 | 0.53 | .39 | 0.34 | .55 | 0.30 |
| .8 | 0.47 | .24 | 0.51 | .40 | 0.51 | .56 | 0.49 |
| .9 | 0.40 | .25 | 0.57 | .41 | 0.50 | .57 | 0.47 |
| .10 | 0.46 | .26 | 0.51 | .42 | 0.52 | .58 | 0.40 |
| .11 | 0.50 | .27 | 0.46 | .43 | 0.61 | .59 | *0.08 |
| .12 | 0.50 | .28 | 0.51 | .44 | 0.38 | .60 | 0.57 |
| .13 | 0.53 | .29 | 0.39 | .45 | 0.34 | .61 | 0.53 |
| .14 | 0.50 | .30 | 0.45 | .46 | 0.48 | .62 | 0.54 |
| .15 | 0.36 | .31 | 0.53 | .47 | 0.53 | .63 | 0.53 |
| .16 | 0.34 | .32 | *0.29 | .48 | 0.35 | .64 | 0.41 |

* البنود ذات الارتباط الضعيف.

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

## نتائج التحليل العاملي

أخضعت البنود المتبقاة في نتيجة حساب الاتساق الداخلي (عددها 59 بندا) للتحليل العاملي بهدف تحديد التركيب العاملي لهذه البنود أو تحديد الأبعاد الأساسية لها، والتحقق من صحة الافتراض النظري الذي بنيت على أساسه البنود المتمثلة في تجمع الأعراض المتفرقة في زمل أو متلازمات محددة. وقد أجري

التحليل العاملي بطريقة المحاور الأساسية والتدوير المتعامد Varimax rotation. وقد تم اختيار محك كايزر المتمثل في أن يكون تباين العامل أو جذره الكامن Eigenvalue أكبر أو يساوي الواحد الصحيح (أحمد عبدالخالق، 1994: 114). وقد نتج عن التحليل العاملي 12 عاملاً تفسر نسبة مرتفعة إلى حد ما، مقدارها (56.22%) من التباين الكلي للبنود، وتحتوي على (53) بنداً من أصل (59) بنداً. حيث كان تشبع البنود الستة الباقية أقل من (0.30)، ومن ثم فقد تم استبعادها. ويقدم جدول (5) عرضاً للبنود وتشبعاتها ودرجة الشيوع.

**جدول (5)**
**العوامل والبنود المشبعة بها**

| اسم العامل ونسبة تباينه | | رقم البند | البند | التشبع | الشيوع |
|---|---|---|---|---|---|
| أعراض نفسية | (1) الأعراض الاكتئابية 23.43% | 54 | أشعر بالحزن والتكدر من دون سبب واضح. | 0.73 | 0.68 |
| | | 53 | أفرح وأحزن من دون سبب واضح. | 0.72 | 0.65 |
| | | 51 | مزاجي متقلب باستمرار. | 0.64 | 0.51 |
| | | 52 | إني متجهم ومتضايق. | 0.64 | 0.49 |
| | | 43 | أشعر بالقلق من دون سبب واضح. | 0.58 | 0.53 |
| | | 50 | تأتيني نوبات من الضحك أو البكاء من دون إرادتي. | 0.51 | 0.45 |
| | | 37 | أشعر أنه لا يفهمني أحد. | 0.51 | 0.46 |
| | | 31 | أعاني من شعور بالذنب من دون سبب واضح. | 0.46 | 0.46 |
| | (2) مشاعر النقص وعدم الثقة بالنفس 3.54% | 63 | أشعر بأني عديم الأهمية. | 0.72 | 0.75 |
| | | 62 | أشعر بأني أقل قيمة من الآخرين. | 0.71 | 0.74 |
| | | 40 | ثقتي بنفسي قليلة. | 0.61 | 0.59 |
| | | 41 | أشعر بأني لا أستطيع إثبات وجهة نظري. | 0.57 | 0.55 |
| | | 42 | أفشل في مواقف الامتحان الحياتية. | 0.48 | 0.50 |
| | (3) القلق الاجتماعي 2.86% | 35 | أشعر بالخجل من الجنس الآخر. | 0.77 | 0.70 |
| | | 34 | أشعر بالخجل من الناس الآخرين. | 0.73 | 0.68 |
| | | 36 | أشعر بالخجل من رؤسائي. | 0.67 | 0.59 |
| | | 38 | أعاني من عدم القدرة على الحديث في مواقف معينة. | 0.44 | 0.57 |

## تابع/ جدول (5)
## العوامل والبنود المشبعة بها

| اسم العامل ونسبة تباينه | | رقم البند | البند | التشبع | الشيوع |
|---|---|---|---|---|---|
| أعراض نفسية | (4) الاضطرابات الجنسية الوظيفية %2.59 | 58 | أشعر بالانزعاج من الاتصال الجنسي. | 0.80 | 0.71 |
| | | 57 | أشعر بعدم الرضا عن علاقتي الجنسية. | 0.75 | 0.65 |
| | | 55 | أشكو من البرودة الجنسية (من ضعف القدرة الجنسية) | 0.67 | 0.55 |
| | | 56 | أشعر بالخوف من الاتصال الجنسي. | 0.65 | 0.61 |
| | (5) الأعراض الرهابية %2.54 | 46 | أخاف عند وجودي وحدي في مكان مغلق (في المصعد مثلاً). | 0.67 | 0.60 |
| | | 47 | أفزع (أنقز) بسهولة حتى دون سبب معقول. | 0.56 | 0.54 |
| | | 44 | أخاف من الوحدة. | 0.55 | 0.44 |
| | | 45 | أشعر بالضيق عند ركوبي في وسائط النقل العامة. | 0.49 | 0.45 |
| | (6) مشاعر الوحدة والاغتراب %3.11 | 64 | أشعر بالوحدة. | 0.66 | 0.61 |
| | | 60 | أشعر بأني غريب عن الناس والأشياء من حولي. | 0.62 | 0.62 |
| | | 39 | أشعر بأني غريب عن نفسي. | 0.59 | 0.47 |
| | | 61 | أشعر بضعف شهيتي للطعام. | 0.57 | 0.68 |
| | | 17 | أشكو من الصداع. | 0.44 | 0.52 |
| | (7) اضطرابات النوم 1.81% | 19 | أشكو من صعوبة الدخول في النوم. | 0.70 | 0.68 |
| | | 20 | أستيقظ في الليل بعد أن أكون قد دخلت في النوم. | 0.64 | 0.55 |
| | (8) القلق حول الصحة 1.95% | 29 | أخاف من الأمراض غير القابلة للشفاء. | 0.77 | 0.71 |
| | | 30 | أشعر بالقلق حول صحتي الشخصية. | 0.74 | 0.70 |
| أعراض جسدية | (9) أعراض التعب والإرهاق 3.97% | 24 | أشكو من التعب. | 0.78 | 0.69 |
| | | 25 | أشعر بأني مرهق. | 0.67 | 0.70 |
| | | 23 | أشعر بالإنهاك (أني خائر القوى). | 0.66 | 0.61 |
| | | 26 | أشعر بالخمول. | 0.66 | 0.54 |
| | | 27 | أشعر بأنه ليس لي رغبة بعمل أي شيء. | 0.55 | 0.55 |
| | | 28 | أشكو من صعوبات في التركيز. | 0.40 | 0.50 |

## تابع/ جدول (5)
## العوامل والبنود المشبعة بها

| اسم العامل ونسبة تباينه | | رقم البند | البند | التشبع | الشيوع |
|---|---|---|---|---|---|
| أعراض جسدية | (10) أعراض متصلة بالمعدة %2.00 | 03 | أشعر بألم في البطن. | 0.69 | 0.59 |
| | | 02 | أشعر بالتخمة حتى لو تناولت كمية قليلة من الطعام. | 0.61 | 0.45 |
| | | 05 | أشعر بالدوار (بالدوخة). | 0.49 | 0.45 |
| | (11) أعراض متصلة بالقلب %6.21 | 12 | أشعر بضيق في منطقة الصدر. | 0.81 | 0.72 |
| | | 10 | أشعر بضيق في التنفس. | 0.79 | 0.70 |
| | | 11 | أشعر بنقص في الهواء. | 0.76 | 0.65 |
| | | 9 | أشعر بوخز في الصدر. | 0.59 | 0.48 |
| | | 8 | أشكو من الخفقان الشديد في القلب. | 0.59 | 0.46 |
| | | 13 | أشعر بانقطاع تنفسي في المواقف المسببة للتوتر. | 0.57 | 0.48 |
| | (12) أعراض الخلل في إفراز العرق 2.21% | 15 | أشكو من التعرق الشديد (حتى في الأيام الباردة). | 0.79 | 0.70 |
| | | 16 | أشكو من تعرق اليدين والقدمين. | 0.75 | 0.56 |
| | | 18 | أشكو من نوبات تعرق. | 0.65 | 0.59 |
| | | 14 | أشعر بالجفاف في فمي. | 0.40 | 0.43 |

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

ويلاحظ من جدول (5) أن العوامل جميعها تقريباً تتشبع ببنود متسقة بعضها مع بعض، وتعبر عن أعراض متجانسة يمكن تصنيفها بوضوح ضمن زملات جسدية ونفسية محددة.

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

**جدول (6)**
**متوسطات العوامل وانحرافاتها المعيارية (ع) ومعامل ألفا (ن = 888)**

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

ويلاحظ من جدول (6) أن معامل ألفا يتراوح بين (0.56 و 0.85). وكانت جميع الارتباطات بين البند والدرجة الكلية للبنود المتضمنة في كل عامل من العوامل على حدة واقعة بين (0.31 و0.72) (غير معروضة في جدول). كما أعيد حساب الاتساق الداخلي للبنود (49) الناتجة عن التحليل العاملي ككل باستخدام العينة الكلية (ن=950) وعينة غير المرضى (ن=888)، وتراوح الارتباط بين البند والدرجة الكلية بالنسبة للعينتين بين (0.31 و 0.61)، وهي معاملات ارتباط لا تشير إلى ضرورة حذف أي بند من البنود. في حين بلغ معامل ألفا (0.94) بالنسبة للعينة الكلية و(0.93) بالنسبة لعينة غير المرضى.

ويوضح جدول (7) معاملات الارتباط المتبادلة بين العوامل والدرجة الكلية (مجموع درجات البنود).

ويلاحظ من جدول (7) أن جميع الارتباطات دالة إحصائياً، الأمر الذي يشير إلى ارتباط العوامل بعضها ببعض وعدم استقلاليتها. كما يلاحظ أن ارتباط بنود العوامل مع الدرجة الكلية كانت مرتفعة وأن أعلى الارتباطات بين العوامل كانت بين الأعراض الاكتئابية من جهة واضطرابات النوم، يليها الارتباط بين القلق الاجتماعي وعدم الثقة بالنفس، في حين أن أدنى الارتباطات كانت بين الاضطرابات الجنسية الوظيفية من جهة ومشاعر النقص وعدم الثقة بالنفس ومشاعر الوحدة والاغتراب من جهة أخرى.

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

| العوامل | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 0.54 | | | | | | | | | | | |
| 3 | 0.46 | 0.57 | | | | | | | | | | |
| 4 | 0.23 | 0.11 | 0.16 | | | | | | | | | |
| 5 | 0.50 | 0.54 | 0.46 | 0.18 | | | | | | | | |
| 6 | 0.54 | 0.57 | 0.46 | 0.11 | 0.37 | | | | | | | |
| 7 | 0.73 | 0.29 | 0.36 | 0.21 | 0.36 | 0.25 | | | | | | |
| 8 | 0.40 | 0.24 | 0.20 | 0.13 | 0.20 | 0.34 | 0.20 | | | | | |
| 9 | 0.51 | 0.39 | .037 | 0.18 | 0.34 | 0.36 | 0.37 | 0.39 | | | | |
| 10 | 0.33 | 0.21 | 0.18 | 0.17 | 0.26 | 0.27 | 0.29 | 0.32 | 0.40 | | | |
| 11 | 0.43 | 0.25 | 0.22 | 0.23 | 0.27 | 0.30 | 0.30 | 0.38 | 0.44 | 0.44 | | |
| 12 | 0.38 | 0.33 | 0.28 | 0.21 | 0.27 | 0.35 | 0.25 | 0.35 | 0.32 | 0.33 | 0.41 | |
| **الدرجة الكلية** | 0.82 | 0.69 | 0.66 | 0.38 | 0.65 | 0.69 | 0.53 | 0.52 | 0.71 | 0.55 | 0.61 | 0.57 |

* جميع الارتباطات دالة عند مستوى 0.01.

** العوامل هي: 1 – الأعراض الاكتئابية، 2 – مشاعر النقص وعدم الثقة بالنفس، 3 – القلق الاجتماعي، 4 – الاضطرابات الجنسية الوظيفية، 5 – الأعراض الرهابية، 6 – مشاعر الوحدة والاغتراب، 7 – القلق حول الصحة، 8 – اضطرابات النوم، 9 – أعراض التعب والإرهاق، 10 – أعراض متصلة بالمعدة، 11 – أعراض متصلة بالقلب، 12 – أعراض متصلة بالخلل في إفراز العرق.

## الفروق بين الجنسين

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

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

| الأعراض | ذكور | | إناث | | قيمة «ت» ودلالتها | | الأعراض | ذكور | | إناث | | قيمة «ت» ودلالتها | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | م | ع | م | ع | | | | م | ع | م | ع | | |
| 1 | 8.32 | 5.75 | 10.85 | 6.16 | 6.29 | 0.001 | 7 | 2.55 | 2.04 | 3.09 | 1.97 | 3.79 | 0.001 |
| 2 | 3.54 | 3.54 | 4.38 | 3.60 | 3.48 | 0.001 | 8 | 2.33 | 1.89 | 2.75 | 1.89 | 3.37 | 0.001 |
| 3 | 4.72 | 3.53 | 5.74 | 3.29 | 4.41 | 0.001 | 9 | 7.96 | 4.39 | 9.65 | 3.92 | 6.08 | 0.001 |
| 4 | 1.55 | 2.44 | 2.11 | 2.88 | 3.09 | 0.002 | 10 | 2.35 | 1.98 | 3.26 | 2.15 | 6.49 | 0.001 |
| 5 | 2.85 | 2.92 | 5.06 | 3.19 | 10.67 | 0.001 | 11 | 4.82 | 4.31 | 6.16 | 4.61 | 4.45 | 0.001 |
| 6 | 4.07 | 3.63 | 4.88 | 3.77 | 3.23 | 0.001 | 12 | 2.84 | 2.83 | 2.86 | 2.83 | 0.06 | – |
| الدرجة الكلية | 47.97 | 26.41 | 60.84 | 24.90 | 7.74 | 0.001 | | | | | | | |

* انظر أسماء زملات الأعراض أسفل جدول (7).

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

## الفرق بين المرضى وغير المرضى

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

التثبت المبدئي من قدرة القائمة على التمييز بين المرضى وغير المرضى، على أمل أن يتاح في المستقبل الحصول على عينات أكبر وأكثر تجانساً.

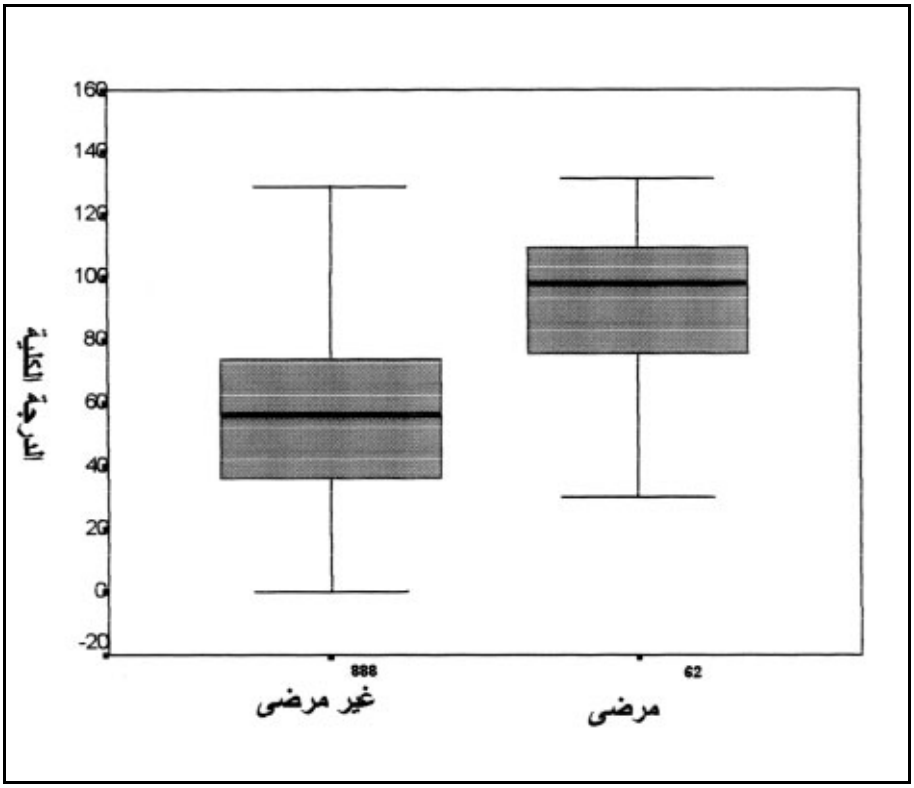
**جدول (9)**
**الفرق بين عينتي المرضى المشخصين (ن=62)**
**وغير المرضى (ن = 888) في الأعراض***

| الأعراض | غير المرضى | | المرضى | | قيمة «ت» ودلالتها | | الأعراض | غير المرضى | | المرضى | | قيمة «ت» ودلالتها | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | م | ع | م | ع | | | | م | ع | م | ع | | |
| 1 | 9.66 | 6.10 | 15.88 | 4.58 | 7.86 | 0.001 | 7 | 2.84 | 2.02 | 4.27 | 1.91 | 5.38 | 0.001 |
| 2 | 3.98 | 3.60 | 9.24 | 3.86 | 11.05 | 0.001 | 8 | 2.55 | 1.90 | 4.66 | 1.77 | 8.45 | 0.001 |
| 3 | 5.26 | 3.44 | 7.48 | 3.30 | 4.91 | 0.001 | 9 | 8.86 | 4.23 | 12.38 | 4.50 | 6.31 | 0.001 |
| 4 | 1.85 | 2.70 | 2.19 | 3.13 | 0.94 | غير دال | 10 | 2.83 | 2.12 | 3.09 | 2.62 | 0.92 | غير دال |
| 5 | 4.02 | 3.25 | 5.62 | 3.85 | 3.69 | 0.001 | 11 | 5.53 | 4.52 | 9.74 | 5.20 | 7.01 | 0.001 |
| 6 | 4.50 | 3.72 | 9.85 | 3.52 | 10.96 | 0.001 | 12 | 2.85 | 2.72 | 6.90 | 3.50 | 11.06 | 0.001 |
| الدرجة الكلية | 56.01 | 26.73 | 90.70 | 25.69 | 9.90 | 0.001 | | | | | | | |

* انظر أسماء زملات الأعراض أسفل جدول (7).

ويُستنتج من جدول (9) أن الفرق بين المرضى المشخصين وغير المرضى دال في جميع العوامل والدرجة الكلية عدا العامل الرابع (الاضطرابات الجنسية الوظيفية) والعامل العاشر (أعراض متصلة بالمعدة). مما يشير إلى قدرة جيدة للقائمة على التمييز بين المرضى وغير المرضى. ويتضح من مقارنة متوسط الدرجة الكلية أن متوسط المرضى أعلى بكثير من متوسط غير المرضى.

ويعرض الشكل التخطيطي (1) للفرق بين درجات عينة كل من المرضى وغير المرضى في الدرجة الكلية.




**الشكل التخطيطي (1): الفرق بين عينة المرضى وغير المرضى في الدرجة الكلية لقائمة الأعراض**

وعند مقارنة الفرق بين المرضى وغير المرضى في البنود منفردة، لم تظهر فروق بين المرضى وغير المرضى في البنود (2–3–21–45–46–55–56–58).

## مناقشة النتائج

هدفت هذه الدراسة إلى إعداد قائمة لقياس الأعراض المرضية وتقنينها مبدئياً، واختبار مدى صلاحيتها. وقد حققت الأهداف المرجوة منها والمتمثلة في إعداد قائمة للأعراض المرضية التي تتسم بخصائص سيكومترية جيدة ومعاملات ثبات وصدق مرتفعة.

فقد دلت النتائج على أن القائمة تتصف بثبات مرتفع عبر فترة زمنية معينة، كما أن الارتباط بين الأعراض المرضية وكل من أبعاد العصابية والانبساطية والقلق

الاجتماعي والميول العصابية والاكتئاب والتشاؤم مرتفعة جدا، مما يشير إلى إمكانية استخدام القائمة في تشخيص الاضطرابات العصابية.

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

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

وظهرت فروق بين الذكور والإناث في بنود القائمة ككل باستثناء البنود: (15–16–18)، وهي البنود التي تقيس اضطرابات إفراز العرق، والبند (61) المتعلق بضعف الشهية للطعام، والبند (62) المتعلق بمشاعر بالنقص أمام الآخرين، والبند (63) المتعلق بمشاعر عدم الأهمية. بالإضافة إلى أن الفروق كانت دالة بين الجنسين سواء أكانت الدرجة الكلية أم درجات العوامل، باستثناء عامل أعراض الخلل في إفراز السوائل، فكانت الإناث أكثر ميلاً للشكاوى العصابية أو يعبرن عن وجود عدد من الشكاوى أكثر مما هو الأمر عند الذكور. وهي نتيجة تتفق مع نتائج معظم الدراسات العالمية في هذا المجال (Sass, Wittchen, Zaudig, 1996; De Silva *et al*, 1977; Rapee, *et al*, 1986; Stuart, *et al*, 1984). أما فيما يتعلق بقدرة القائمة على التمييز بين المرضى وغير المرضى – وهو الهدف الأساس من استخدام عينة المرضى – فيمكن الاستنتاج بشكل عام أن للقائمة قدرة تمييزية بين المرضى المشخصين وغير المرضى. فقد ظهرت فروق دالة في معظم العوامل وكذلك الدرجة الكلية للقائمة، عدا عاملي الاضطرابات الجنسية الوظيفية والأعراض المتصلة بالمعدة. وعادت هذه النتيجة للتأكد من خلال اختبار الفرق بين المرضى وغير المرضى في البنود منفردة، حيث ظهرت فروق في بندين يقيسان الاضطرابات المتعلقة بالمعدة

(أشعر بالتخمة حتى لو تناولت كمية قليلة من الطعام، وأشعر بألم في البطن) وفي البنود الأربعة التي تقيس الاضطرابات الجنسية الوظيفية. كما لم تظهر فروق في البند (45) (أشعر بالضيق عند ركوبي وسائط النقل العامة) والبند (46) (أخاف عند وجودي وحدي في مكان مغلق)، فإذا أخذنا بعين الاعتبار أن اختيار عينة غير المرضى كان عرضياً وليس مقصوداً، أي لم يتم استبعاد الأشخاص الذين يحصلون على درجات عالية على بنود القائمة، ومن ثم فإن بين أفراد عينة غير المرضى نسبة معينة ممن يعانون من درجة مرتفعة من الشكاوى، الأمر الذي قد يقود إلى عدم ظهور الفروق بين المرضى المشخصين وغير المرضى، بالإضافة إلى أن عدد المتزوجين في عينة المرضى قليل جداً، ومن ثم فإن تقدير وجود مشكلات جنسية ربما لا يكون تقديراً يعكس الواقع بمقدار ما يكون تقديراً نسبياً. وهو أمر يحتاج إلى دراسات استقصائية أخرى مصممة لهذا الغرض. ومع ذلك فقد احتفظت القائمة بقدرتها التمييزية بين المرضى المشخصين وغير المرضى. وهي نتيجة جيدة تثبت صلاحية القائمة للغرض الذي وضعت من أجله.

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

ويلاحظ من جدول (10) أن نسب الانتشار بالنسبة للدرجة الكلية عند الإناث أعلى منها عند الذكور. وهذه النسبة قريبة من نسب الانتشار العالمية إلى حد ما وتتفق مع معظم الدراسات النفسية التي تشير إلى وجود نسب انتشار في الأعراض المرضية لدى الإناث أكثر من الذكور (De Silva *et al*, 1977; Rapee, *et al*, 1986; Stuart, *et al*, 1984)، كما تنتشر الأعراض المرضية بين العزاب أكثر منها بين المتزوجين. كما يلاحظ أن نسبة انتشار الأعراض الاكتئابية مرتفعة لدى الإناث والعزب بشكل ملحوظ، وتكاد تقترب من نسبة انتشارها لدى المرضى البالغة (9.9، غير معروضة في جدول) وتتفق النسبة العامة لانتشار أعراض الاكتئاب مع النسب التي يذكرها «هاوتسنغر، ودي يونغ ماير» (Hautzinger & de Jong-Mayer, 1994) في العينة ككل، مع الأخذ بعين الاعتبار أن النسب التي يذكرها «هاوتسنغر وديونغ

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

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

* انظر في أسماء زملات الأعراض أسفل جدول (7).

ماير» هي نسب انتشار خلال ستة أشهر 6-Month prevalence. وبشكل عام فإن نسب انتشار الأعراض مختلفة عند الإناث، وهي أعلى منها عند الذكور عدا أعراض التعب والأعراض المتصلة بالمعدة والأعراض المتصلة بالقلب. وهي أعراض جسدية. كما ترتفع نسبة أعراض الاضطرابات الجنسية الوظيفية لدى الإناث والعزب أكثر مما هو الأمر لدى الذكور والمتزوجين من أفراد العينة. وقد يعكس ارتفاع نسبة العزب الذين يعانون من اضطرابات جنسية وظيفية حقيقة وجود ثغرة معرفية فيما يتعلق بموضوع التربية الجنسية، فالعزب في بيئتنا لا يمتلكون بعد الخبرات الجنسية الكافية التي تتيح لهم تقدير مدى وجود مشكلة جنسية ما بصورة

واقعية. والافتراض هنا أن العزب قدروا المشكلة بناء على تصوراتهم الخاصة حول أنفسهم وبناء على معارفهم التي قد لا تكون واقعية بالضرورة، مما يشير إلى ثغرة معرفية هنا يمكن سدها من خلال التربية الجنسية والإرشاد النفسي الهادف إلى تقديم معلومات ومعارف علمية تتيح للفرد بناء تصور واقعي حول نفسه فيما يتعلق بالمسائل الجنسية. ويلاحظ أن نسبة انتشار القلق الاجتماعي لدى الإناث أعلى منها لدى الذكور، ولدى العزب أعلى منها لدى المتزوجين. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات أخرى (انظر: Reinecker, 1993, 1994; Maragraf & Rudolf, 1999)، وتختلف عن نتائج دراسة سامر رضوان (تحت النشر) حول القلق الاجتماعي التي وجدت تقارباً في نسبة الانتشار بين الذكور والإناث في عينة من طلاب الجامعة، والنتائج التي يشير إليها كل من (Sass, Wittchen & Zaudig, 1996) التي وجدت غلبة للذكور، وتتفق معها في غلبة نسبة العزب. كما أنه من اللافت للنظر ارتفاع نسبة الأعراض الرهابية لدى الإناث والعزب مقارنة بالذكور والمتزوجين.

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

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

## المصادر:


أحمد محمد عبدالخالق (تعريب وإعداد) (1991). **استخبار آيزنك للشخصية: دليل تعليمات الصيغة العربية (للأطفال والراشدين).** تأليف آيزنك. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

أحمد محمد عبدالخالق (1994). **الأبعاد الأساسية للشخصية.** الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ط 6.

أحمد محمد عبدالخالق (1995). **دليل تعليمات قائمة ويلوبي للميل العصابي** – الصيغة المعدلة. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، ط2.

أحمد محمد عبدالخالق (1996). **دليل تعليمات قائمة «بيك» للاكتئاب.** الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

أحمد محمد عبدالخالق (1998). التفاؤل والتشاؤم وصحة الجسم – دراسة عاملية. **مجلة العلوم الاجتماعية**، 26 (2)، 45–62.

بدر محمد الأنصاري (1998). **التفاؤل والتشاؤم: المفهوم والقياس والمتعلقات.** جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي: لجنة التأليف والتعريب والنشر.

سامر جميل رضوان (1999). القلق الاجتماعي: دراسة ميدانية لتقنين مقياس للقلق الاجتماعي على عينات سورية. مقبول للنشر في **مجلة مركز البحوث التربوية** بجامعة قطر.

سامر جميل رضوان (غير منشور). **الصورة السورية لاستخبار آيزنك للشخصية.**

عبدالرقيب البحيري (1984). **قائمة مراجعة الأعراض SCL-90.** القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

Derogatis, L. R. (1986). Symptom Chickliste 90 revidiert. (Deutsche Uebersetzung). In Collegium Internationale Psychiatriae Scalrarum (Hrsg). *Internationale Skalen fuer Psychiatrie* (3. Auflage). Weinheim, Beltz.

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

De Silva, P., Rachman, S, J., & Seligman, M.E.P. (1977). Prepared phobias and obsession: Therapeutic outcome. *Behavior Research and Therapy,* 15, 54-77.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1991). *Internationale Klassifikation psychischer stoerungen*. ICD-10-Kapitel V (F). Bern Goettingen: Hans Huber Verlag.

Hautzinger M., & de Jong-Meyer (1994). Depression. In Reinecker, H. (Hrsg.): *Lehrbuch der klinischen Psychologie - Modelle psychischer Stoerungen*. Goettingen: Hogrefe. Verlag fuer Psychologie. pp. 177-218.

Hellmeier, W., Brand, H., & Lasser, U. (1993). Epidemiologische methoden der Gesundheitswissenschften. In K. Hurrelmann, & U. Lasser, (Hrsg). *Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: beltz. Verlag. pp. 91-110.

Hoeck, K., & Hess, H. (1974). *Der beschwerdenfragebogen (BFB) ein siebtestverfahren der neurosendiagnostik fuer aerzte und psychologen*. Handbuch. Berlin: Deutscche Verlag der Wissenschaften.

Kass, F.L., Oldham. J. M., & Pardes, H. (1992). *Handbuch psychische stoerungen*. Weiheim: Psychologie Verlag Union.

Kasielke, E., & Haensgen, K. D. (1987). *Beschwerden erfassundsbogen* (BEB). Berlin: Psychodiagnostisches Zentrum.

Klussmann, R. (1992). *Psychosomatische medizin*. Berlin: Springer Verlage. 2 Auflage. pp.3-24.

Kornbichler, T. (1998). *Wann hilft eine psychotherapie? Symptome. Mathoden. Kosten. Qualitaetskontrolle*. Berlin: Urania Verlag.

Margraf, J., & Rudolf, K. (1999). Angst in Sozialen Situationen: Das Konzept der Sozialphobie. In J. Margraf, & K. Rudolf, (Hrsg). *Soziale Kompetenz Soziale Phobie*. Hohengehren. Germany: Schneider Verlag., pp. 3-24.

Maragraf, J. & Schneider S. (1994a). Klassifikatorische Diagnostik, Struktuierte Interviews und Therapicindikation. In H. Rcinccker. (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Psychologie*. Goettingen: Hogrefe Verlag, pp. 45-83.

Maragraf, J., & Schneider, S. (1994b). Entwicklung und Guetekriterien des DIPS. In J. Maragraf, S. Schneider, & A Ehlers, (Hrsg). *Diagnostisches interview bei psychischen Stoerungen. DIPS.,* Berlin: Springer Verlag. 2 Auflage.

Rapee, R., Mattick, R., & Murrel, E. (1986). Cognitive mediation in the affective component of spontaneous panic attacks. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry,* 17, 245-253.

Reinecker, H. (1993). *Phobien*. Goettingen: Hogrefe Veralg fuer Psychologie.

Reinecker, H. (1994). Soziale und spezifische phobien, In H. Reinecker, (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Psychologie - Modelle psychischer Stoerungen*. Goettingen: Hogrefe: Verlag fuer Psychologie, pp. 117-156.

Sass, H., Wittchen, H., & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches manual psychischer stoerungen, DSM-IV*. Goettingen, Bern & Torento: Hogrefe Verlag fuer Psychologie.

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

Test Catalog (1996/1997). *Testzentrale* - European Test Publishers Group. Goettingen: Hogrefe Verlag.

مقدم في: ديسمبر 1999.

أجيز في: مايو 2000.

# Psychology

## The Syrian Symptom Check List

***Samer J. Rudwan****

With the prevalence of psycho-and psychosomatic symptoms, psychiatrists and clinical psychologists need valid and easily means of diagnosing the existence of symptoms and their increase or decrease in the field of psychotherapy. This would enable the diagnosing clinician to form a preliminary image that would allow the choice of the treatment method, its direction and effectiveness. The total sample in the present study contained 950 male and female students at Damascus University, employers and various psychological complaing sufferers. In designing the questionnaire, the researcher made use of the international references available and selected the most wide-spread symptoms, thus the questionnaire contained 53 Items. The Items were subjected to factor analysis, which led to the deducing of 12 factors with eigenvalues more than 1.0. These factors have acceptable relaibility coefficients, as well as good factorial validity.

**Keywords**: Psychological Disorders, Neurotic Symptoms, Psychosomatic, Symptom Check Lists.

* Associate Professor, Dept. of Mental Health, Faculty of Education, University of Damascus, Syria.

Journal of the Social Sciences
Vol. 28, No. 4 - Winter 2000, pp 113 - 138.