

البنية العاملية لمقياس الصحة النفسية على المجتمع الأردني

مروان سلامة^{1*}، محمد مرشود²

¹جامعة عمان الأهلية، كلية الآداب والعلوم، قسم علم النفس السريري
²جامعة بوليتكنك فلسطين، كلية العلوم الإنسانية والتربوية، دائرة التربية وعلم النفس

الملخص

خلفية الدراسة ومشكلتها: تُعدّ الصحة النفسية مؤشراً مهماً لدى معظم سكان العالم، فكانت اضطرابات القلق والاكتئاب الأكثر شيوعاً، ومن أكثر وسائل تقييم الصحة النفسية هو مقياس الصحة العامة، والذي يقيس (الصحة النفسجسمية، والقلق والأرق، والاكتئاب الشديد، وفاعلية الوظائف الاجتماعية).
الأهداف: الكشف عن البنية العاملية والتحقق من صدق مقياس الصحة النفسية وثباته، وذلك باستخدام مقياس الصحة العامة (GHQ-28) والذي يتكون من (28) فقرة.

الطرق المستخدمة: استخدام المنهج الوصفي الارتباطي التحليلي، وطبّق المقياس على عيّنة من 800 مستجيب (327 ذكراً و473 أنثى) و(644 من الأردنيين و156 من غير الأردنيين) من السكان والمقيمين في الأردن، وتم التحقق من الصدق البنائي للأداة، فتراوحت معاملات الارتباط بين الفقرة والدرجة الكلية على المقياس (0.355 – 0.713)، فيما بلغت قيمة معامل ثبات كرونباخ ألفا (0.913).

النتائج: توصلت نتائج (EFA) لقياس المقياس أحادي البعد، وتوزّعت فقراته في أربعة عوامل (الاكتئاب الشديد، والأرق والقلق، والصحة النفس جسدية، وفاعلية الوظائف الاجتماعية). وتوصلت نتائج (CFA) لمطابقة جميع المؤشرات (الدلالة الإحصائية، AIC، RMSEA، CFI، TLI، IFI، NFI، χ^2/df ، BCC)، كما فسرت فقرات عامل الاكتئاب الشديد من التباين (59.889 %)، وفقرات عامل الأرق والقلق (42.128 %)، وفقرات عامل الصحة النفس جسدية (46.934 %)، وفقرات عامل فاعلية الوظائف الاجتماعية (49.324 %)، توصلت النتائج لوجود علاقة طردية بين فاعلية الوظائف الاجتماعية و(الاكتئاب الشديد، والأرق والقلق، والصحة النفس جسدية)، وبين الصحة النفس جسدية و(الاكتئاب الشديد والأرق والقلق)، وبين الاكتئاب الشديد والأرق والقلق.
الاستنتاجات (التوصيات والمساهمة): توصي الدراسة بإجراء دراسات باستخدام المقياس وربطها بعدة متغيرات مختلفة، واستكشاف الفروق بين فئات المجتمع المختلفة.

الكلمات المفتاحية

البنية العاملية، المجتمع الأردني، الصحة النفسية، جائحة كورونا، التحليل العاملي الاستكشافي (EFA)، التحليل العاملي التوكيدي (CFA).

The Factorial Structure of the Mental Health Scale on Jordanian Society

Marwan Salame^{1*}, Mohammed Marshoud²

¹Al- Ahliyya Amman University, Faculty of Art and Sciences, Department of Clinical Psychology

²Palestine Polytechnic University, College of Humanities and Educational Sciences

Abstract

Background & Statement of the problem: A widely used instrument for assessing MH is the General Health Questionnaire (GHQ), which evaluates four key dimensions: psychosomatic symptoms, anxiety and insomnia, social functioning, and severe depression.

Objectives: The objective of this study is to examine the factorial structure of the General Health Questionnaire (GHQ-28) and assess its validity and reliability. The GHQ-28, developed by Goldberg and Williams (1970), consists of 28 items and is used to evaluate mental health across these four dimensions.

Methods: This research employed a descriptive, correlational, and analytical approach. A sample of 800 participants was drawn, including 327 males and 473 females, and comprised of 644 Jordanians and 156 non-Jordanians living in Jordan.

Results: Exploratory Factor Analysis (EFA) indicated that the GHQ-28 measures one overarching dimension comprising four factors: severe depression, anxiety and insomnia, psychosomatic symptoms, and social functioning. Confirmatory Factor Analysis (CFA) showed that all model fit indices. Specifically, severe depression accounted for 59.889% of the variance, anxiety and insomnia for 42.128%, psychosomatic symptoms for 46.934%, and social functioning for 49.324%. Additionally, the findings revealed positive correlations between social functioning and the other three factors (severe depression, anxiety and insomnia, and psychosomatic symptoms), as well as between psychosomatic symptoms and severe depression, anxiety and insomnia.

Conclusions (Recommendations and contributions): It is recommended that further research utilizing the GHQ-28 be conducted to better understand mental health in the Jordanian population. Future studies should consider additional variables and explore differences across various demographic groups.

Key words

Factorial Structure, Jordanian Society, Mental health, (Covid-19), Exploratory Factor Analysis (EFA) and Confirmatory Factor Analysis (CFA).

المقدمة

ارتأت الدول المتقدمة بذل الجهد وتوفير المال لتحقيق مستوى عالٍ من الصحة النفسية لأفرادها، وذلك لدورها الهام في توفير فرص أكبر لأفراد المجتمع لتحقيق الإنجاز الأفضل والوصول إلى تقدم أعظم. ولأن تعزيز الصحة النفسية مشابه لتعزيز الصحة العامة، فالفرد المتمتع بالصحة النفسية يكتنف أفعالاً لدعم الأفراد لتبني نمط الحياة الصحية والمحافظة عليها مما يخلق الظروف المعيشية والبيئة الداعمة للصحة (فاتح، 2017). فوفقاً لتقارير منظمة الصحة العالمية لعام (2019)، لوحظ أن هناك (970) مليون شخص في جمع أنحاء العالم يعانون من اضطرابات نفسية؛ أي بمعدل شخص من بين كل (8) أشخاص، حيث كانت اضطرابات القلق والاكتئاب هي الأكثر شيوعاً (Institute of Health Metrics and Evaluation, 2022)، وفي عام (2020) أدت جائحة (Covid-19) إلى زيادة عدد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية بشكل ملحوظ وخاصة القلق والاكتئاب، حيث أظهرت التقديرات الأولية زيادة بنسبة (26 - 28 %) في اضطرابات القلق (Anxiety Disorder) واضطراب الاكتئاب الجسيم (Major Depression Disorder) في عام واحد فحسب، ومن المتوقع أن يكون الاكتئاب هو السبب الرئيس للعجز على مستوى العالم بحلول عام (2030) (World Health Organization (WHO), 2022). كما خلصت دراسة مسحية بإنجلترا (2014)، إلى أن (26 %) من المشاركين تم تشخيصهم باضطراب نفسي واحد على الأقل في حياتهم، في حين أفاد (18 %) آخرون أنهم عانوا من اضطرابات نفسية لم يتم تشخيصها (McManus, 2016).

وهناك العديد من عوامل الخطر للإصابة بالاضطرابات النفسية، حيث أظهرت العديد من الدراسات أنها أعلى انتشاراً لدى الفئات العمرية الأصغر سناً (Hu et al., 2007)، كما أن الوضع الاقتصادي والبطالة أيضاً مرتبطة بها (Molarius et al., 2009)، فيما أشارت دراسة (Hend et al., 2019) أن العبء الملقى على عاهل أرباب الأسر الشابة لتقديم الرعاية لأقاربهم الأكبر عمراً هم أكثر شيوعاً بين الشباب من كبار السن؛ لأنّ تحمل دور المسؤولية في الأسرة يجعل من رب الأسرة أكثر عرضة للإصابة بها (McLanahan, 1983). وعدم العمل أيضاً مرتبط بها (McManus et al., 2016)، كذلك ضغوطات العمل مرتبطة بها (Lindfors et al., 2006)، كما خلصت دراسة (Delgadillo et al., 2018) إلى أن أكثر العوامل خطورة للإصابة بها هو وجود تاريخ من الإصابة بها، حيث ذكرت

دراسة (Ali et al., 2017) في المملكة المتحدة أن أكثر من نصف مرضى الاضطرابات النفسية قد تعرضوا لانتكاسة.

كما أن الصحة النفسية لمرضى الاضطرابات النفسية هي أيضاً موضوعاً هاماً، حيث أشارت نتائج الدراسات أن الإصابة باضطراب نفسي معين، كالاكتئاب مثلاً، يمكن أن يكون له تأثير سلبي على العلاقات الأسرية (Burke, 2003)، كما أظهرت نتائج الدراسات أن العيش مع أشخاص مصابين بالاضطرابات النفسية، قد يؤدي لفرض ضغوطات مالية على الأسرة (Schofeld et al., 2011). ومن ناحية أخرى، فإن الأشخاص الذين يحصلون على الدعم الاجتماعي من الأشخاص المقربين منهم هم أقل عرضة للإصابة باضطرابات الصحة العقلية (Sajjadi et al., 2020)، حيث تُعدّ العلاقات الاجتماعية الداعمة من العوامل المهمة كعامل حماية خاصة في حالات الأزمات النفسية والاجتماعية التي قد يتعرض لها الفرد في حياته (Cooper et al., 1999).

أما عن وضع الصحة النفسية في الأردن، فيقدر معدل انتشار الاضطرابات النفسية في الأردن بحوالي (26.1 %)، لذلك يُعدّ الأردن من بين أعلى معدلات انتشار الاضطرابات النفسية على المستوى العالمي، حيث يتراوح معدل الانتشار العالمي للاضطرابات النفسية بين (5 - 27 %) (Karnouk et al., 2019)، ومن المعروف أيضاً أن الأردن يستضيف حوالي (3) ملايين لاجئ من دول الجوار بسبب الحروب والصراعات. ومنذ بداية الأزمة السورية في عام (2011) دخل حوالي (600) ألف لاجئ سوري إلى الأردن، مما أجبره على بناء ثاني أكبر مخيم للاجئين في العالم (Al-Soleiti et al., 2021)، وقد أدى ذلك إلى وضع عبء كبير على النظام الصحي وزاد من عبء اضطرابات الصحة النفسية.

وعلى الرغم من أن الاضطرابات النفسية في البلدان متوسطة ومنخفضة الدخل تفرض العبء الكبير على النظام الصحي (Votruba et al., 2020)، إلا أن الدراسات المسحية حول الصحة النفسية خارج البلدان المتقدمة ما زالت قليلة، حيث تعطي الحكومات والمنظمات الدولية الأولوية لقياس الصحة الجسدية، وذلك بسبب ارتفاع معدل الوفيات وانتشار الأمراض الجسدية في البلدان الفقيرة. إلا أنه هناك فرص جديدة لقياس الصحة النفسية السيئة وفهمها ومعالجتها في البلدان المتوسطة والفقيرة من خلال تقليل كلفة جمع البيانات

(phy, 1979)، كما أظهرت العديد من نتائج الدراسات على المقياس أنّ مكونات المقياس تتأثر بشدة ببنية المجتمعات وثقافتهم المختلفة (Shayan et al., 2015).

الدراسات السابقة

وقد أجريت العديد من الدراسات التي فحصت البنية العاملية ومستوى الصحة النفسية، ففي دراسة كاديغلو وآخريين (Kadioglu et al., 2013) والتي هدفت دراسة مشكلات الصحة العقلية والعوامل التي تؤثر على صحتهم العقلية في عينة الرعاية الأولية التركية، حيث شملت (972) شخصاً من سكان المجتمع غير النفسيين، وقد تم جمع البيانات عن طريق إجراء المقابلات في نوفمبر من عام 2007. من خلال استخدام استبانة الصحة العامة (GHQ-28) المكونة من (28) فقرة كأداة فحص للكشف عن الاضطرابات النفسية، وكان معظم المشاركين من الإناث (82.5 %)، وربات البيوت (72.9 %)، والمتزوجات (86.1 %). وقد تم اكتشاف اثنين وثلاثين بالمائة من الأشخاص المشاركين في الدراسة (34 % من النساء و22 % من الرجال) كحالات محتملة. وقد وجد أنّ معدل الانتشار أعلى إحصائياً لدى الإناث اللاتي لديهن أي أمراض مزمنة وليس لديهن تأمين صحي. وكانت الإناث أكثر عرضة لخطر الاضطرابات النفسية بمقدار (1.64) مرة مقارنة بالذكور.

وهدف دراسة شيان وآخريين (Shayan et al., 2015) لتحديد البناء العاملي لاستبانة الصحة العامة (28)، وذلك لاكتشاف الاضطرابات النفسية لدى النساء المصابات بالعقم، حيث تم اختيار (220) امرأة تعاني من العقم وتخضع لعلاج العقم من مركز يزد للأبحاث والسريرية للعقم مع أخذ عينات ملائمة في عام (2011). وبعد استكمال تطبيق استبانة الصحة العامة، تم التحقق من الصلاحية والموثوقية من خلال بنية العامل التوكيدي وألفا كرونباخ، على التوالي، حيث تم استخراج أربعة عوامل، بما في ذلك القلق والأرق، والخلل الاجتماعي، والاكتئاب والأعراض الجسدية من بنية العامل. حيث تم تفسير (50.12 %) من التباين الكلي بأربعة عوامل. وتم الحصول على معامل ثبات الاستبانة (0.90)، حيث أظهر تحليل بنية العوامل وموثوقية استبانة الصحة العامة 28 أنّه مناسب كأداة فحص لتقييم الصحة العامة للنساء المصابات بالعقم.

وهدف دراسة اللين وآخريين (Ellen et al., 2019) لاستكشاف

(Coffey et al., 2021). ويمكن تسهيل ذلك من خلال استخدام الدراسات الاستطلاعية من خلال الهاتف المحمول والإنترنت، فهي أقل كلفة من الدراسات الاستقصائية التي تقوم على المقابلة وجهاً لوجه (Pinto-Meza et al., 2005)، كما أدت جائحة (Covid-19) إلى زيادة استخدام الهواتف المحمولة (Himelein, et al., 2020).

وفي هذا المجال تعتقد منظمة الصحة العالمية (WHO) أنّ استخدام المقاييس أو الاستبانات ذات التقرير الذاتي (Self-Reporting Questionnaire (SRQ)) أثبتت فعاليتها في مجال جمع المعلومات حول الصحة النفسية (Harpham et al., 2003). وبعد استعراض هذه الحقائق تأتي أهمية استخدام أداة الاستبانة التقرير الذاتي (Ques-tionnaire) في عملية المسح والكشف المبكر (Screening Test) من العاملين في قطاع الصحة النفسية في الأردن. كما تحت جمعية علم النفس الأمريكية (American Psychological Association) ((APA), 2014 على استخدام عملية المسح والكشف المبكر لتحديد الأفراد المعرضين لخطر الإصابة باضطرابات معيّنة في وقت مبكر، ومن شأنها أيضاً المساهمة في تحديد الحاجة إلى مزيد من التقييم أو التدخل الأولي.

ومن أكثر المقاييس شيوعاً تقييم الصحة النفسية هو مقياس الصحة العامة (The General Health Questionnaire (GHQ))، الذي أسسه كلّ من (Goldberg, 1972)، والذي يُعدّ اليوم من أكثر المقاييس انتشاراً حيث تم ترجمته إلى (38) لغة حول العالم (Ster-ling, 2011). ويتوفر لهذا المقياس أربع صور هي (12, 28, 30, GHQ 60). وقد تم اختيار الصورة التي تضم (28) بنداً أو فقرة (GHQ-28)، والتي نشرها (Goldberg & Hillier, 1979)، حيث تقيس أربعة أبعاد هي: الصحة النفسجسمية، والتحرر من القلق والأرق، وفاعلية الوظائف الاجتماعية، والاكتئاب الشديد.

ومما يجدر ذكره أنّ الأبعاد الفرعية سميت تسميات تدل على الاتجاه الإيجابي للدرجة العالية والاتجاه السلبي للدرجة المنخفضة بحيث تدل الدرجة العالية منها على مستوى إيجابياً من الصحة النفسية. وأيضاً أنّ مقياس الصحة العامة (GHQ-28) مناسب لجميع الفئات العمرية بدءاً من المراهقين (12) عاماً فما فوق (Trait, et al., 2002). والانتقاد الوحيد الذي تم توجيهه للمقياس أنّه في بعض الأحيان قد يفشل في اكتشاف الأمراض العصبية المزمنة (Finlay-Jones & Mur-

أجريت على مقياس الصحة العامة (GHQ-28)، أما بالنسبة للساحة الأردنية، فتوجد دراسة على عينة من طلبة الجامعة الأردنية (بني يونس، 2007) وقد اعتمد في الخصائص السيكومترية على صدق البناء وثبات (ألفا كرونباخ) فحسب. ودراسة كل من الجعافرة وحلمي (2005) حيث تم حساب ثبات المقياس من خلال التجزئة النصفية والاتساق الداخلي، فقد تراوحت معدلات الصدق لأبعاد المقياس بطريقة التجزئة النصفية بين (0.66 – 0.86) و (0.66)، وتراوحت معدلات الثبات للمقياس بطريقة الاتساق الداخلي بين (0.71 – 0.91)، أما صدق المقياس تم حسابه من خلال صدق البناء وكانت نتائج تراوحت معدلات الصدق لهذه الأبعاد بين (0.47 – 0.73)، والصدق العملي فقد تم إجراء تحليل عاملي للمكونات الأساسية تجاوزت فيه القيمة النسبية لكل عامل من هذه العوامل الواحد الصحيح، وفُسرَت هذه العوامل معاً ما قيمته (0.35) من التباين الكلي، وأُفرز هذا التحليل ثلاثة أبعاد، حيث تجمعت فقرات الصحة (النفسيجسمية)، والتحرر من القلق والأرق حول العامل الأول. ويُفسر تجمع هذين البعدين أنّ القلق قد يكون مصحوباً بالاضطرابات (السيكوسوماتية)؛ فمن أعراض القلق ارتفاع ضغط الدم، وارتفاع دقات القلب، وغيرهما من الاضطرابات الفسيولوجية. كما تجمعت فقرات التحرر من الاكتئاب حول العامل الثاني، بينما تجمعت فقرات فعالية الوظائف الاجتماعية حول العامل الثالث (الجعافرة وحلمي، 2005).

وقد تم التحقق في الدراستين السابقتين من الصدق العملي لمقياس الصحة العامة (GHQ-28) باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي باستخدام طريقة المكونات الأساسية، والمشكلة الرئيسية في هذه الطريقة إلى أنّها تميل إلى تقدير تشبعات بصورة أكبر من قيمتها الحقيقية، وأنّ هذه الزيادة تصل في بعض الأحيان إلى (0.20) وتؤثر على الكيفية التي تفسر بها العوامل (حبشي، 2005).

إنّ الهدف من التحليل العاملي التوكيدي هو اختبار مدى مطابقة نموذج اشتق من نظرية ما لمجموعة من البيانات، ويتطلب ذلك وجود أساس نظري يساعد الباحث على تحديد الطريقة التي تنتشع بها المتغيرات على العوامل. وتضيف (Byrne, 1998) أنّ التحليل العاملي التوكيدي لاختبار الفرض حول وجود صلة معينة بين المتغيرات الكامنة استناداً إلى نظرية معينة أو الدراسات السابقة، ثم يختبر الباحث النموذج الذي افترضه إحصائياً. وبناءً عليه، فإنّ التحليل العاملي التوكيدي يسمح للمتغيرات بحرية التشبع على عوامل محددة

الخصائص السيكمترية لمقياس (GHQ-28)، وذلك من خلال تطبيقه على عينة من الأفراد المصابين بالسكتة الدماغية، حيث تم تقييم الاتساق الداخلي، واستكشاف بنية العوامل، والصدق البنائي وثبات القياس، وذلك من خلال تطبيق المقياس على عينة من (322) فرداً، كما تم التحقق من اختبار كاي-سكوير ماير أولكين (KMO).

وهدفت دراسة عصام وصبرينة (2022) محاولة التحقق من البنية العاملية لمقياس الصحة النفسية المصمم من قبل لماسي وزملائه (1998)، وذلك باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي بطريقة المكونات الرئيسية، مع التدوير المتعامد للمحاور، من خلال تطبيق المقياس على عينة مكونة من (256) من أساتذة المؤسسات التربوية بمدينة الجلفة، وتوصلت النتائج إلى نفس البنية العاملية للمقياس الأصلي والمتعلق بالرّفاء النفسي والمكوّن من بنية عاملية سداسية، فيما توصلت النتائج إلى أنّ المقياس لم يحافظ على بنيته العاملية الأصلية المتعلقة بمقياس الضيق النفسي ذي البنية الثلاثية، وذلك وفق محك كاي-سكوير، واختبار منحنى المنحدر مع تغيير طفيف في توزيع الفقرات حول العوامل.

أهمية البحث

تكمن أهمية هذه الدراسة في توجيهها نحو استقصاء البنية العاملية لمقياس الصحة العامة (GHQ-28) على المجتمع الأردني، حيث لم يجد الباحثان أي دراسة أردنية تناولت ذلك، فضلاً عن ذلك تكمن في توفير مقياس لقياس الصحة النفسية، تتحقق فيه دلالات صدق وثبات مناسبة. وبالتالي، يمكن أن تمد الباحثين في ميدان الصحة النفسية بأداة موثوقة بهدف إجراء دراسات مسحية ومقارنة أوسع للصحة النفسية. كما تساعد هذه الدراسة العاملين في مجال الصحة النفسية في الأردن في معرفة مستويات الصحة النفسية لدى المجتمع الأردني، كذلك من خلال توفير مقياس كأداة تشخيصية مقننة على البيئة الأردنية يمكن الاستفادة منها مستقبلاً، كما سيوفّر الفرصة لاختبار مدى صلاحيته للتطبيق على ثقافات جديدة مختلفة عن الثقافة الأصلية التي صممت له، وهذا ما سيمكن من إجراء مقارنات عبر الثقافات في إطار الصحة النفسية.

مشكلة البحث

بالرغم من الطفرة الكبيرة التي شهدتها الدراسات السيكمترية على مقياس الصحة العامة (GHQ-28)، إلا أنّها كما يبدو كانت مقتصرة على الدراسات الأجنبية، ولم يمتد أثرها على البيئة العلمية العربية، إذ يظهر ذلك من خلال الندرة النسبية في الدراسات السيكمترية التي

4. ما العلاقة الارتباطية بين أبعاد مقياس الصحة النفسية ؟

مصطلحات الدراسة

الصحة النفسية (Mental Health): الصحة النفسية هي أكثر من مجرد الخلو من الاضطرابات النفسية، بل يتم التأكيد على البعد الإيجابي للصحة النفسية في منظّمة الصحة العالمية. حيث تعرف الصحة النفسية بأنها حالة كاملة من الصحة البدنية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد غياب المرض أو العجز". وتشمل مفاهيم الصحة النفسية الرفاه الذاتي، والكفاءة الذاتية المتصورة، والاستقلالية، والكفاءة، والاعتماد بين الأجيال، والاعتراف بالقدرة على تحقيق الإمكانات الفكرية والانفعالية (WHO, 2022).

كما تم تعريفها على أنها حالة من الرفاهية حيث الأفراد يمكنهم التعرف على قدراتهم، والقدرة على التأقلم مع ضغوط الحياة العادية، والعمل بشكل منتج ومثمر، والمساهمة في المجتمع (WHO, 2003). وتعرف الصحة النفسية إجرائياً بأنها الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس الصحة النفسية المكوّن من (28) فقرة، والموزعة في (4) أبعاد (فاعلية الوظائف الاجتماعية، والاكتئاب الشديد، والصحة النفسجسمية، والقلق والأرق).

البنية العاملية (Factorial Structure): هو شكل من أشكال صدق البناء (Construct Validity) يتم الوصول إليه من خلال التحليل العاملي (Factor Analysis)، والتحليل العاملي أسلوب إحصائي يتضمن عددًا كبيرًا من العمليات والمعالجات الرياضية في تحليل الارتباطات بين المتغيرات (بنود المقياس) ومن ثم تفسير هذه الارتباطات واختزالها في عدد أقل من المتغيرات تسمى العوامل (السيد، 2008).

حدود الدراسة

تتمثل حدود الدراسة فيما يأتي:

1. الحدود المكانية: اقتصرَت الدراسة الحالية على المجتمع الأردني أو من يقيم في الأردن.
2. الحدود الزمانية: طبقت هذه الدراسة خلال فترة الحجر الشامل في الفترة بين شهري آذار ونيسان 2020.
3. الحدود البشرية: تم استخدام الاستبانات الإلكترونية عبر الإنترنت وذلك بسبب الحجر الشامل الذي طبق في الأردن.

دون غيرها. لذا فإذا استخدم الباحث التحليل العاملي التوكيدي للتحقق من صحة فرضيته وليس للكشف عن العوامل، فإنّه يطلق عليه في هذه الحالة التحليل العاملي التوكيدي (علام، 2000).

فالتحليل العاملي التوكيدي هو الأسلوب الإحصائي المناسب لدراسة البناء العاملي للمقياس، وليس التحليل العاملي فحسب. الأمر الذي يجعل من الضروري في الأردن لهذا النوع من الدراسات، حيث يعاني الكثير من الناس من أشكال مختلفة من المشكلات النفسية في حياتهم اليومية الحياة وهي تتزايد يومًا بعد يوم. ونتيجة لذلك، يعتقد الباحثان بضرورة وجود تقييم متعدد الأنواع للصحة النفسية من خلال أداة واحدة مثل مقياس الصحة العامة، بعد أن تحقق الأداة الشروط والموصفات السيكومترية المطلوبة، لذلك سعت الدراسة الحالية لاستكشاف البنية العاملية لمقياس الصحة النفسية من خلال استخدام التحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي، بهدف الوصول إلى أداة على درجة عالية من الصدق والثبات وتشبع فقراتها على العوامل الخاصة بها، كذلك استكشاف مدى قدرة الفقرات على التنبؤ بالعوامل، إضافة إلى الكشف عن مدى ارتباط العوامل مع بعضها بعضًا، وهذا ما لم تتناوله أي دراسة استخدمت المقياس.

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية الكشف عن البنية العاملية والتحقق من صدق مقياس الصحة العامة وثباته (GHQ-28) بعد الاطلاع على العديد من الدراسات، من خلال تطبيقه على عيّنة من المجتمع الأردني، وذلك من خلال حساب الثبات للمقياس ككل والمقاييس الفرعية التي يتألف المقياس منها، والتحقق من الصدق العاملي الاستكشافي والتوكيدي، للتحقق من مستوى جودة المقياس المقترح في الدراسة الأصلية، التي قسّمت المقياس إلى أربعة مقاييس فرعية.

أسئلة الدراسة

إنّ أسئلة الدراسة هي:

1. ما مدى تحقق أحادية البعد في مقياس الصحة النفسية باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي ؟
2. ما مدى تحقق مؤشرات مطابقة مقياس الصحة النفسية باستخدام التحليل العاملي التوكيدي ؟
3. ما القدرة التنبؤية لفقرات مقياس الصحة النفسية بأبعاد مقياس الصحة النفسية ؟

الطريقة والإجراءات

منهج الدراسة

تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي التحليلي والذي يُعدّ من أكثر المناهج استخدامًا في مثل هذه الدراسات، بحيث يصف الظاهرة ويوضح خصائصها، وهذا ينسجم مع طبيعة الدراسة وأهدافها، وذلك باستخدام مقياس الصحة العامة (GHQ-28) كأداة لجمع البيانات اللازمة.

مجتمع الدراسة وعينها

تألف مجتمع الدراسة من جميع الأفراد المقيمين على أرض المملكة الأردنية الهاشمية، والبالغ عددهم ما يقارب (11) مليون نسمة، أما عيّنة الدراسة فقد تكوّنت من (800) مستجيب منهم (327 ذكرًا 40.9 %، و 473 أنثى 59.1 %)، و(644 جنسيتهم أردنية 80.5 %، و 156 جنسيتهم غير أردنية 19.5 %)، و(53 يسكنون في محافظات الشمال 6.6 %، 731 يسكنون في محافظات الوسط 91.4 %، 16 يسكنون في محافظات الجنوب 2 %)، و(87 مستواهم التعليمي ثانوية فاقل 10.9 %، 54 دبلوم 6.8 %، 572 بكالوريوس 71.5 %، 8 دبلوم عالي 1 %، 65 ماجستير 8.1 %، 14 دكتوراه 1.8 %)، و(31 أعمارهم (18 سنة فأقل) 3.9 %، 450 أعمارهم (19 - 25) 56.3 %، 201 أعمارهم (26 - 35) 25.1 %، 91 أعمارهم (36 - 50) 11.4 %، 27 أعمارهم (أكثر من 50 سنة) 3.4 %)، و(481 حجروا منزلًا 60.1 %، 319 لم يحجروا 39.9 %)، و(44 حجروا صحيحًا 5.5 %، 756 لم يحجروا 94.5 %)، و(194 كانوا ملتحقين بوظيفتهم أثناء تطبيق أداة الدراسة 24.3 %، و 606 لم يكونوا 75.8 %).

أداة الدراسة

مقياس الصحة العامة ((General Health Questionnaire (GHQ)) أعد هذا المقياس من قبل (Goldberg and Williams, 1988)، والذي يُعدّ من أكثر المقاييس شيوعًا لتقييم الصحة النفسية، ويتوفر لهذا المقياس أربع صور هي (30, 28, 1260, Jackson, GHQ) (2006). وقد تم في هذه الدراسة استخدام الصورة التي تضم (28) فقرة، اعتمادًا على ترجمة (وادي، 1999) وتضمن هذه الصورة من المقياس أربعة أبعاد: فاعلية الوظائف الاجتماعية، والاكتئاب الشديد، والصحة النفسجسمية، والقلق والأرق.

حيث يتكون المقياس من (7) فقرات إيجابية و(21) فقرة سلبية، يجاب على المقياس وفقًا لتدريج ليكرت، حيث يختار الفرد الإجابة التي تنطبق عليه من بين ثلاثة بدائل ففي الفقرات الإيجابية تعطى الإجابة دائمًا (3) درجات، وأحيانًا (2) درجتين، وأبدًا (1) درجة واحدة، بينما تعكس في الفقرات السلبية بحيث تعطى الإجابة أبدًا (3) درجات، وأحيانًا (2) درجتين، ودائمًا (1) درجة واحدة، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية على المقياس بين (28 - 84). إذ تشير الدرجة (28) إلى تدني في الصحة النفسية والدرجة (84) إلى ارتفاع في الصحة النفسية على المقياس الكلي.

صدق أداة الدراسة وثباتها

صدق الأداة: تم التحقق من الصدق البنائي، وذلك من خلال من إيجاد معامل الارتباط بين الفقرة والدرجة الكلية على المقياس، حيث تراوحت بين (0.355 - 0.713)، ومعامل الارتباط بين الفقرة والدرجة الكلية على المجال الذي تنتمي إليه الفقرة تراوحت (الصحة النفس جسدية (0.579 - 0.753)، فاعلية الوظائف الاجتماعية (0.605 - 0.782)، الاكتئاب الشديد (0.531 - 0.840)، الأرق والقلق (0.363 - 0.762))، وقد جاءت جميع الفقرات دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0.01)، وهذا مؤشر على تمتع المقياس بصدق بنائي مرتفع يدل على مدى صلاحيته لقياس ما وضع لقياسه ومناسبته لتحقيق غرض الدراسة.

الثبات: تم استخدام معادلة ألفا كرونباخ للتحقق من دلالات ثبات أداة الدراسة، والتي تعمل على فحص الاتساق الداخلي لاستجابات المفحوصين على فقرات الأداة، وقد بلغت قيمة معامل الثبات ككل (0.913) وللمجالات (الصحة النفسجسمية (0.809)، فاعلية الوظائف الاجتماعية (0.792)، الاكتئاب الشديد (0.881)، الأرق والقلق (0.801))، وتُعدّ معاملات الثبات مرتفعة جدًا وهذا يعبر عن مدى صلاحية الأداة ومناسبتها لتحقيق غرض الدراسة.

المعالجات الإحصائية

جرى التحقق من الثبات باستخدام معادلة ألفا كرونباخ، كما جرى التحقق من الصدق البنائي من خلال إيجاد معامل الارتباط بين الفقرة والدرجة الكلية على المقياس والبعد الذي تنتمي إليه الفقرة، كما جرى التحقق من بعدية المقياس خلال التحليل العاملي الاستكشافي (EFA)، كما جرى التحقق من مؤشرات مطابقة النموذج والقدرة

الجدول (1): نتائج التحليل العاملي لمقياس الصحة النفسية

Factor	Eigenvalue	التباين المفسر	التباين المفسر التراكمي	(الأول الكامن الجزر)/((الثاني الكامن الجزر)	((الثاني الكامن الجزر- الأول الكامن الجزر)) ((الثالث الكامن الجزر- الثاني الكامن الجزر))
1	8.648	30.884	30.884	4.062	32.433
2	2.129	7.604	38.489	1.104	0.604
3	1.928	6.887	45.376	1.209	
4	1.595	5.697	51.073		

التنبؤية للفقرات بالعوامل المستخلصة والعلاقة الارتباطية بين العوامل باستخدام التحليل العاملي التوكيدي (CFA)، وقد تمت جميع المعالجات الإحصائية باستخدام برنامج (spss).

النتائج

1. النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول والذي ينص على "ما مدى تحقق أحادية البعد في مقياس الصحة النفسية باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي؟".

للإجابة عن السؤال الأول، قام الباحثان بالتحقق من بعدية مقياس الصحة النفسية، والمكون من (28) فقرة في صورته الأولية من خلال تطبيقه على عينة مكونة من (800) مستجيب، وذلك باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي (EFA) بعد التحقق من شروط استخدامه وهي:

1. مؤشر محدد مصفوفة معاملات ارتباط (Correlation Matrix Determinant) فقرات المقياس أن لا يساوي صفراً، وقد أظهرت نتائج التحليل العاملي أن قيمة محدد مصفوفة معاملات ارتباط المقياس يساوي ($1.150E-5$)؛ مما يؤشر على تحقق هذا الشرط.

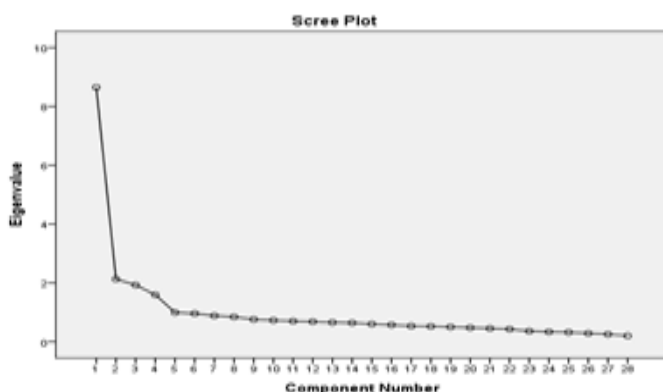
2. مؤشر كايزر ماير أولكن لقياس كفاية العينة (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) لقياس فقرات المقياس، والذي يجب أن يكون (0.5) في حده الأدنى، وقد أظهرت نتائج التحليل أن (KMO) قد بلغ (0.921) وهي قيمة كبيرة جداً، مما يؤشر على تحقق هذا الشرط.

3. مؤشر اختبار بارتليت للكروية (Bartlett's Test of Sphericity)، والذي يفحص مدى تجانس العينة بالنسبة لحجمها، ويفترض أن يكون دالاً إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$ أو 0.05)، وقد أظهرت نتائج التحليل أن القيمة التقريبية لمربع كاي (Approx. Chi-Square) قد بلغت (8971.501) عند درجات حرية (378) ومستوى دلالة ($\alpha = 0.000$)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$ و 0.05)، مما يؤشر على تحقق هذا الشرط.

بعد التحقق من شروط استخدام التحليل العاملي سابقة الذكر، تم استخدام التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية، والتي يظهرها الجدول (1).

يشير الجدول (1) أن التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية قد احتفظ بـ (4) عوامل كانت قيم Eigenvalue لها أعلى من (1)، والتي فسرت (51.073 %) من التباين في الاستجابة على المقياس، كما يشير الجدول (1) مؤشرات تحقق افتراض أحادية البعد لمقياس الصحة النفسية، وذلك وفق أربعة مؤشرات تؤشر على أحادية البعد، المؤشر الأول والذي يفترض أن تساوي قيمة التباين المفسر على المكون الأول أعلى من (20 %) وقد بلغت (30.884 %)، المؤشر الثاني أن يكون حاصل ناتج قسمة الجذر الكامن الأول على الجذر الكامن الثاني أعلى من (2) وقد بلغ (4.062) وكما يظهرها الشكل (1)، المؤشر الثالث أن يكون حاصل قسمة الجذر الكامن الأول مطروحاً من الجذر الكامن الثاني مقسوماً على حاصل طرح الجذر الكامن الثاني مطروحاً من الجذر الكامن الثالث قيمة ضخمة تزيد عن (7) وقد بلغت (32.433)، والمؤشر الرابع أن تكون قيمة مجموع التباين المفسر التراكمي على جميع المكونات أعلى من (54 %) وقد بلغت (51.073 %)، حيث تحقق منها ثلاثة مؤشرات (Hattie, 1985)، كما يظهر جدول (2) نتائج تشبع فقرات مقياس الصحة النفسية على المكونات (4) بعد التدوير المتعامد للعوامل بطريقة فيريماكس (Varimax).

شكل (1): مخطط سكري يوضح توزيع قيم Eigenvalue المكونة لقياس الصحة النفسية



جدول (2): نتائج تشبع فقرات مقياس الصحة النفسية على العوامل (4) بعد التدوير المتعامد للعوامل بطريقة فيريماكس (Varimax)

الفقرات		العوامل			
		1	2	3	4
27	0.845				
25	0.836				
26	0.816				
24	0.704				
22	0.578				
28	0.487				
21	0.420				
23	0.735				
16	0.728				
17	0.634				
20	0.623				
9	0.526				
8	0.486				
19	0.484				
13					
14					
12					
11					
10					
18					
15					
16					
17					
20					
9					
8					
19					
13					

يشير الجدول (2) لتشبع فقرات المقياس على العوامل (4) التي تم الاحتفاظ بها، والذي يؤثر على توزيع الفقرات وفق تشبعها على عواملها إذا بلغت قيمة تشبع الفقرة (0.415) فأكثر، كما لوحظ تشبع فقرتين فأكثر على العوامل (1، 2، 3، 4) وبالتالي لم يتم حذف أي فقرة أو عامل، وقد توزعت الفقرات على العوامل والتي يظهرها الجدول (3).

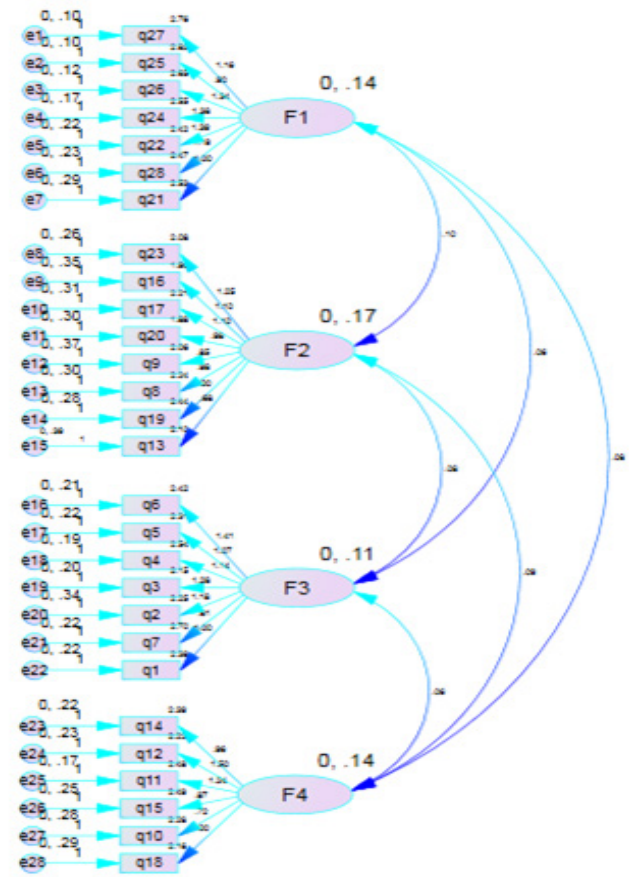
جدول (3): توزيع الفقرات وفق عواملها

رقم الفقرة	نص الفقرة	رقم الفقرة	نص الفقرة
27	العامل الأول : الاكتئاب الشديد	6	العامل الثالث : الصحة النفس جسدية
25	تفكر باستمرار في التخلص من حياتك	5	تشعر بالشدة والضغط في راسك
26	تفكر في الإقدام على الانتحار.	4	تشعر بصداغ
24	تتمنى الموت والهروب من الحياة تمامًا	3	تشعر بأنك مريض.
22	تشعر بأن الحياة لا تستحق العيش	2	تشعر بتوعل أو إرهاب
28	تشعر بأن الحياة ميؤوس منها.	7	تشعر بحاجة إلى مقويات
21	في بعض الأحيان لا تستطيع عمل أي شيء لأن أعصابك متعبة جدًا	1	تصاب بنوبات الحرارة والبرودة
23	أخذت تفكر بأنك شخص تافه	14	تشعر بارتياح تام وصحة جيدة
16	العامل الثاني : الأرق والقلق	12	العامل الرابع : فاعلية الوظائف الاجتماعية
17	تحس أنك عصبي ومتوتر على الدوام	11	تؤدي دورًا مفيدًا في أي شيء
20	منفعل وسريع الغضب	10	راض عن الأسلوب الذي تنجز به مهماتك
9	تشعر أنك مشدود دائمًا	18	تؤدي أعمالك على نحو جيد بشكل عام
8	كل الأشياء تتراكم على راسك	15	قادر على اتخاذ القرارات بشأن الأمور التي تواجهك
19	تجد صعوبة في العودة إلى النوم عند استيقاظك لسبب ما	10	تتمكن من جعل نفسك مندمجًا أو منشغلًا بعمل ما تتمكن من أن تشغل نفسك بعمل ما
13	تفقد الكثير من ساعات نومك بسبب الهم	18	تستمتع بنشاطاتك الاعتيادية يوميًا
	تصاب بالخوف الشديد والرعب دون سبب وجيه		
	تأخذ وقتًا أطول مما تعودت لقضاء أعمالك		

2. النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثاني والذي ينص على "ما مدى تحقق مؤشرات مطابقة مقياس الصحة النفسية باستخدام التحليل العاملي التوكيدي؟".

للإجابة عن السؤال الثاني، قام الباحثان بعد إجراء التحليل العاملي الاستكشافي والذي أظهر لنا (4) عوامل، باختبار النموذج التالي والذي يوضحه الشكل (2)، وذلك بإجراء التحليل العاملي التوكيدي.

شكل(2): العلاقة بين عوامل مقياس الصحة النفسية



جدول (4): قيم مؤشرات مطابقة النموذج لعلاقة عوامل مقياس الصحة النفسية

حالة المطابقة	معياري المؤشر	قيمة المؤشر	المؤشر
مطابق	الدالة الإحصائية	0.000	
مطابق	أقل من 5	4.672	χ^2/df
غير مطابق	أكبر من 0.90	0.823	NFI
غير مطابق	أكبر من 0.90	0.856	IFI
غير مطابق	أكبر من 0.90	0.841	TLI
غير مطابق	أكبر من 0.90	0.855	CFI
غير مطابق	أقل من 0.05	0.068	RMSEA
غير مطابق	ذو القيمة الأقل هو الأفضل	1787.236	AIC
غير مطابق	ذو القيمة الأقل هو الأفضل	1794.016	BCC

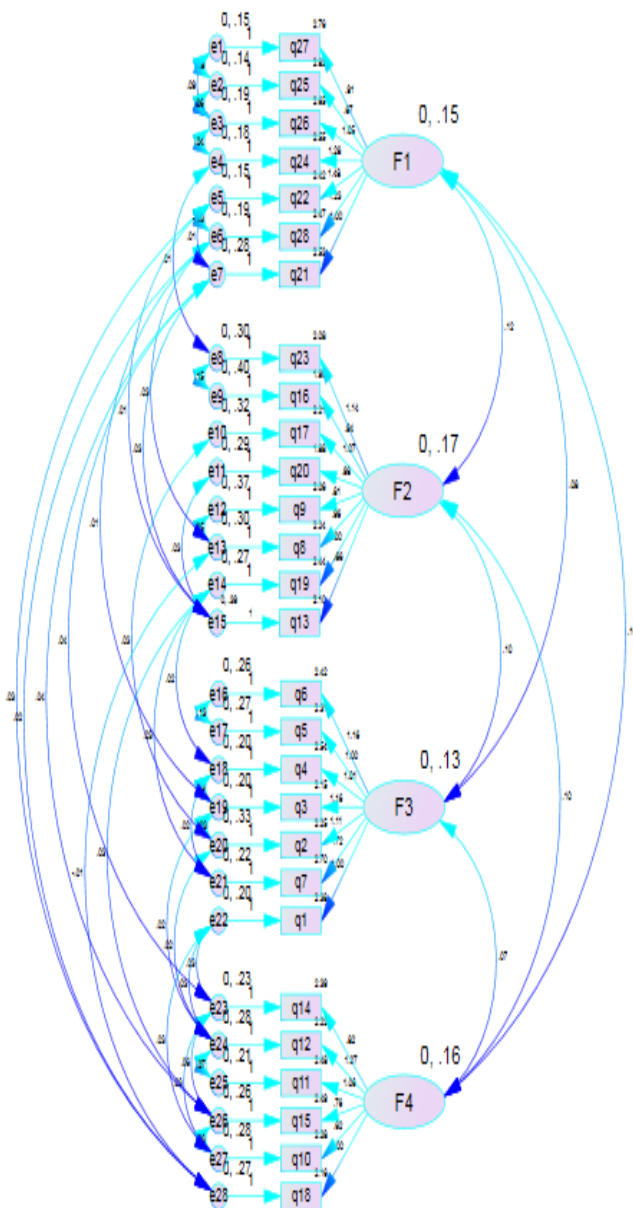
يلاحظ من الجدول أعلاه أنّ مؤشرات المطابقة (الدالة الإحصائية، χ^2/df ، NFI، IFI، TLI، CFI، RMSEA، AIC، BCC) لم تتطابق المؤشرات (BCC). وبالتالي، فإنّ هذا النموذج يُعدّ نموذجًا ضعيفًا وبحاجة للتعديل، ومن أجل ذلك تم اللجوء لتعديل النموذج وفق مؤشرات التعديل، والتي تم تلخيص تكراراتها في الجدول (5)، حيث تم إجراء التعديلات على النموذج من خلال التحقق من الارتباطات بين الأخطاء في النموذج

المقترح والذي يظهره الشكل (3).

جدول (5): تكرارات أخطاء نموذج البناء العاملي لمقياس الصحة النفسية المتعلقة بالتعديل الأول للنموذج

الخطأ	التكرار	الخطأ	التكرار	الخطأ	التكرار	الخطأ	التكرار	الخطأ	التكرار
e2	1	e6	4	e11	1	e19	2	e25	1
e3	2	e7	4	e13	2	e20	2	e26	1
e4	2	e9	1	e14	3	e21	1	e27	2
e5	4	e10	1	e17	1	e22	3		

شكل(3): العلاقة بين عوامل مقياس الصحة النفسية بعد صحيح النموذج



جدول (6): قيم مؤشرات مطابقة النموذج لعلاقة عوامل مقياس الصحة النفسية

حالة المطابقة	مقياس المؤشر	قيمة المؤشر	المؤشر
مطابق		0.000	الدالة الإحصائية
مطابق	أقل من 5	1.813	χ^2/df
مطابق	أكبر من 0.90	0.939	NFI
مطابق	أكبر من 0.90	0.971	IFI
مطابق	أكبر من 0.90	0.965	TLI
مطابق	أكبر من 0.90	0.971	CFI
مطابق	أقل من 0.05	0.032	RMSEA
مطابق	ذو القيمة الأقل هو الأفضل	810.513	AIC
مطابق	ذو القيمة الأقل هو الأفضل	820.003	BCC

يلاحظ من الجدول أدناه أنّ قيمة الجذر الكامن للعامل الأول (الاكتئاب الشديد) قد بلغ (4.192) وهو أعلى من (2)، فيما بلغ معامل التباين المفسر (59.889 %) مما يعني أنّ فقرات العامل الأول قد فسرت من العامل الأول ما مقداره (59.889 %) و(40.111 %) يعود لعوامل أخرى، كما بلغ معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا (0.881) وهو معامل ثبات مرتفع.

يلاحظ من الجدول أدناه أنّ قيمة الجذر الكامن للعامل الثاني (الأرق والقلق) قد بلغ (3.370) وهو أعلى من (2)، فيما بلغ معامل التباين المفسر (42.128 %) مما يعني أنّ فقرات العامل الأول قد فسرت من العامل الأول ما مقداره (42.128 %) و(57.872 %) يعود لعوامل أخرى، كما بلغ معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا (0.801) وهو معامل ثبات مرتفع.

يلاحظ من الجدول أدناه أنّ قيمة الجذر الكامن للعامل الثالث (الصحة النفس جسدية) قد بلغ (3.285) وهو أعلى من (2)، فيما بلغ معامل التباين المفسر (46.934 %) مما يعني أنّ فقرات العامل الأول قد فسرت من العامل الأول ما مقداره (46.934 %) و(53.066 %) يعود لعوامل أخرى، كما بلغ معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا (0.809) وهو معامل ثبات مرتفع.

يلاحظ من الجدول أدناه أنّ قيمة الجذر الكامن للعامل الرابع (فاعلية الوظائف الاجتماعية) قد بلغ (2.959) وهو أعلى من (2)، فيما بلغ معامل التباين المفسر (49.324 %) مما يعني أنّ فقرات العامل الأول قد فسرت من العامل الأول ما مقداره (49.324 %) و(50.676 %) يعود لعوامل أخرى، كما بلغ معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا (0.792) وهو معامل ثبات مرتفع.

4. النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الرابع والذي ينص على "ما العلاقة الارتباطية بين أبعاد مقياس الصحة النفسية؟".

للإجابة عن السؤال الرابع، قام الباحثان باستخدام معامل الارتباط بيرسون من أجل حساب معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الصحة النفسية، والذي يظهره الجدول (8).

يلاحظ من الجدول أعلاه أنّ جميع مؤشرات المطابقة (الدالة الإحصائية، χ^2/df ، NFI، IFI، TLI، CFI، RMSEA، AIC، BCC) كانت مطابقة. وبالتالي، فإنّ هذا النموذج يُعدّ أفضل نموذج، ويظهر الجدول (7) قيم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والالتواء والتقلطح وثابت الانحدار، ومعاملات الانحدار اللامعيارية والمعيارية، والجذر الكامن، والارتباط المتعدد لفقرات مقياس الصحة النفسية، والجذر الكامن، والتباين المفسر، والتراكمي ومعامل الثبات كرونباخ ألفا لأبعاد مقياس الصحة النفسية.

3. النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثالث والذي ينص على "ما القدرة التنبؤية لفقرات مقياس الصحة النفسية بأبعاد مقياس الصحة النفسية؟".

للإجابة عن السؤال الثالث، قام الباحثان بحساب قيم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والالتواء والتقلطح وثابت الانحدار، ومعاملات الانحدار اللامعيارية والمعيارية، والجذر الكامن والارتباط المتعدد لفقرات مقياس الصحة النفسية، والجذر الكامن، والتباين المفسر، والتراكمي ومعامل الثبات كرونباخ ألفا لأبعاد مقياس الصحة النفسية، والتي يظهرها الجدول (7).

جدول (7): قيم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والالتواء والتفلطح وثابت الانحدار ومعاملات الانحدار اللامعيارية والمعيارية والجذر الكامن والارتباط المتعدد لفقرات مقياس الصحة النفسية والجذر الكامن والتباين المفسر والتراكمي ومعامل الثبات كرونباخ الفا لأبعاد مقياس الصحة النفسية

العوامل	متوسط حسابي	انحراف معياري	الالتواء	التفلطح	ثابت الانحدار	الانحدار اللامعيارية	الانحدار المعيارية	الجذر الكامن	الارتباط المتعدد	الجذر الكامن	التباين المفسر	معامل الثبات
27	2.763	0.528	-2.163	3.704	2.763	0.909	0.668	0.430	0.446			
25	2.825	0.455	-2.641	6.337	2.825	0.674	0.575	0.360	0.330			
26	2.650	0.605	-1.525	1.191	2.650	1.049	0.680	0.337	0.462			
24	2.549	0.652	-1.141	0.109	2.549	1.285	0.765	0.321	0.585	4.192	59.889	0.881
22	2.415	0.693	-0.764	-0.620	2.415	1.481	0.831	0.286	0.691			
28	2.469	0.648	-0.824	-0.397	2.469	1.228	0.738	0.257	0.544			
21	2.528	0.652	-1.052	-0.055	2.528	1.000	0.594	0.202	0.353			
13	2.095	0.681	-0.120	-0.850	2.095	0.664	0.405	0.642	0.164			
23	2.083	0.722	-0.125	-1.076	2.083	1.141	0.654	0.602	0.427			
16	1.900	0.740	0.161	-1.163	1.900	0.938	0.525	0.573	0.276			
17	2.208	0.716	-0.328	-1.014	2.208	1.065	0.617	0.533	0.380	3.370	42.128	0.801
20	1.884	0.677	0.145	-0.829	1.884	0.985	0.603	0.522	0.363			
9	2.059	0.699	-0.081	-0.951	2.059	0.814	0.483	0.502	0.233			
8	2.241	0.677	-0.336	-0.838	2.241	0.964	0.591	0.477	0.350			
19	2.435	0.666	-0.765	-0.525	2.435	1.000	0.622	0.453	0.387			
6	2.420	0.653	-0.687	-0.570	2.420	1.163	0.632	0.883	0.399			
5	2.310	0.628	-0.348	-0.677	2.310	0.997	0.563	0.845	0.317			
4	2.544	0.575	-0.822	-0.325	2.544	1.007	0.621	0.758	0.386			
3	2.146	0.613	-0.093	-0.437	2.146	1.163	0.676	0.728	0.457	3.285	46.934	0.809
2	2.251	0.696	-0.383	-0.906	2.251	1.111	0.567	0.699	0.321			
7	2.701	0.538	-1.622	1.700	2.701	0.721	0.475	0.681	0.226			
1	2.383	0.569	-0.244	-0.775	2.383	1.000	0.619	0.656	0.384			
14	2.386	0.594	-0.380	-0.689	2.386	0.815	0.563	8.648	0.317			
12	2.218	0.747	-0.376	-1.133	2.218	1.274	0.696	2.129	0.484			
11	2.480	0.629	-0.802	-0.379	2.480	1.062	0.684	1.928	0.468			
15	2.485	0.598	-0.697	-0.479	2.485	0.761	0.518	1.595	0.269	2.959	49.324	0.792
10	2.278	0.592	-0.172	-0.564	2.278	0.616	0.423	0.993	0.179			
18	2.155	0.657	-0.174	-0.724	2.155	1.000	0.616	0.960	0.380			

جدول (8): معاملات الارتباط بين العوامل

العامل الأول : الاكتئاب الشديد	العامل الثاني : الأرق والقلق	العامل الثالث : الصحة النفسية جسدية	العامل الرابع : فاعلية الوظائف الاجتماعية
العامل الأول : الاكتئاب الشديد	0.777	0.585	0.658
العامل الثاني : الأرق والقلق	0.777	0.671	0.625
العامل الثالث : الصحة النفسية جسدية	0.671	0.585	0.522
العامل الرابع : فاعلية الوظائف الاجتماعية	0.625	0.522	0.658

يلاحظ من الجدول أعلاه وجود علاقة طردية موجبة قوية بين فاعلية الوظائف الاجتماعية وأبعاد مقياس الصحة النفسية الأخرى (الاكتئاب الشديد، والأرق والقلق، والصحة النفسية جسدية)، مما يؤثر على أنه كلما زادت فاعلية الوظائف الاجتماعية زادت أبعاد مقياس الصحة النفسية الأخرى (الاكتئاب الشديد، والأرق والقلق، والصحة النفسية جسدية).

كما توجد علاقة طردية قوية بين الصحة النفسية جسدية وأبعاد مقياس الصحة النفسية الأخرى (الاكتئاب الشديد والأرق والقلق)، مما يؤثر على أنه كلما زادت الصحة النفسية جسدية زادت أبعاد مقياس الصحة النفسية الأخرى (الاكتئاب الشديد والأرق والقلق).

كما توجد علاقة طردية موجبة قوية بين الاكتئاب الشديد والأرق والقلق، مما يؤثر على أنه كلما زاد الاكتئاب الشديد زاد الأرق والقلق.

مناقشة نتائج الدراسة

1. مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول والذي ينص على "ما مدى تحقق أحادية البعد في مقياس الصحة النفسية باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي؟".

توصلت النتائج إلى وجود أربعة عوامل فرزها المقياس وهي (الاكتئاب الشديد، والأرق والقلق، والصحة النفسية جسدية، وفاعلية الوظائف الاجتماعية)، وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة شيان وآخرين (Shayan et al., 2015) لكنها اختلفت معها في نسبة التباين المفسر، كما اتفقت مع دراسة اللين وآخرين (Ellen et al., 2019) ودراسة عصام وصبرينة (2022) في استخدام مؤشر اختبار كايزر

ماير أولكين (KMO)، كما اختلفت مع دراسة عصام وصبرينة (2022) في عدد العوامل التي تم التوصل إليها، ويعزو الباحثان هذه النتيجة إلى حجم العينة الكبيرة والذي أسهم في دقة أكبر لفرز العوامل الأربعة، من خلال استكشاف العلاقات الارتباطية ما بين فقرات كل عامل وبالرجوع إلى محتوى الفقرات التي تم فرزها على العوامل وجدا أنها تتشابه في محتواها، مما يُظهر دقة التحليل العاملي الاستكشافي في فرز الفقرات على عوامل الحقيقية، والذي يُسهم في قياس دقيق لها.

2. مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثاني والذي ينص على "ما مدى تحقق مؤشرات مطابقة مقياس الصحة النفسية باستخدام التحليل العاملي التوكيدي؟"

أظهرت النتائج مطابقة جميع مؤشرات المطابقة، وعزو الباحثان هذه النتائج إلى سلامة إجراءات المقياس وبنائه وتقنيته، وسلامة إجراءات تطبيق الدراسة، إضافة إلى حجم العينة الكبيرة والذي أسهم في دقة نتائج القياس.

3. مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثالث والذي ينص على "ما القدرة التنبؤية لفقرات مقياس الصحة النفسية بأبعاد مقياس الصحة النفسية؟".

توصلت النتائج إلى أنّ الجذر الكامن لجميع عوامل المقياس كان أكبر من (2)، كما أنّ التباين المفسر على جميع عوامل المقياس كان أكبر من (20 %)، ويعزو الباحثان هذه النتيجة إلى دقة النتائج المستخرج في فرز فقرات المقياس على عواملها، وهذا ما تؤكد قيم تشبع كل فقرة على عاملها وقدرتها التنبؤية به.

4. مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الرابع والذي ينص على "ما العلاقة الارتباطية بين أبعاد مقياس الصحة النفسية؟".

أظهرت النتائج وجود علاقات ارتباطية موجبة طردية قوية بين أبعاد المقياس الأربعة، ويعزو الباحثان هذه النتيجة إلى سلامة المقياس المبني وقوته، والمقنن على البيئة الأردنية، والذي يؤكد سلامة الإجراءات ودقتها.

التوصيات

المراجع العربية

- في ضوء النتائج التي توصل إليها الباحثان، فإنهما يوصيان بالآتي:
1. إجراء دراسات حول الصحة النفسية لفئات أكثر تحديداً من المجتمع كطلبة الجامعات المتعثرين أكاديمياً، والمطلقات، والأشخاص الذين فقدوا وظائفهم، والسجناء، والمصابين بأمراض مزمنة، الخ .
 2. إجراء دراسات للمقارنة بين الأردن والدول المجاورة، بهدف الكشف عن مستوى الصحة النفسية ومقارنته بالدول الأخرى مما يسهم في بناء خطط علاجية على الأمد القصير والبعيد.
 3. تصميم برامج علاجية للحد من أعراض الاضطرابات النفسية الناجمة عن الظروف المعيشية التي يمر على أبناء المجتمع الأردني والمقيمين على الأراضي الأردنية كالظروف الاقتصادية والصحية والتعليمية.
 4. الاستفادة من المقياس في إجراء دراسات عديدة حول الصحة النفسية في المجتمع الأردني وربطها بعدة متغيرات، إضافة إلى استكشاف الفروق بين فئات المجتمع المختلفة.

- بني يونس، محمد. (2007). علاقة مستويات الصحة النفسية بأبعاد التوجه الزمني عند عينة من طلبة الجامعة الأردنية. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 34 (1)، 15-31.
- الجعافرة، سميرة عبد الحميد، وفارس حلمي. (2005). الصحة النفسية للعاملين وعلاقتها ببعض جوانب بيئة العمل في قطاع الصناعات الدوائية الأردنية. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 35 (2)، 281-300.
- حبشي، محمد. (2005). دراسة تقويمية لتطبيقات التحليل العاملي الاستكشافي في البحوث النفسية والتربوية. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 15 (47)، 211-298.
- السيد، فؤاد البهي. (2008). علم النفس الإحصائي والعقل البشري. دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- عصام وصبرينة. (2022). التحقق من البنية العاملية لمقياس الصحة النفسية في العمل باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي. مجلة دراسات نفسية وتربوية، 15 (1)، 103-117.
- علام، صلاح الدين. (2000). تحليل بيانات البحوث النفسية والاجتماعية. دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- فاتح، عاشوري. (2017). الصحة النفسية وأهميتها في الأداء الوظيفي لأساتذة التربية البدنية والرياضية في الطور الثاني دراسة ميدانية لبعض ثانويات ولاية سطيف [مذكرة لنيل شهادة ليسانس أكاديمي غير منشورة]. جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، الجزائر.
- وادي، علي أحمد. (1999). أثر الإفراط في تناول القات في الصحة النفسية لطلبة الجامعة في الجمهورية اليمنية [رسالة ماجستير غير منشورة]. كلية التربية، ابن رشد، جامعة بغداد، بغداد، العراق.

Translated References

- Bani Yunus, Muhammad. (2007). The relationship between levels of mental health and dimensions of time orientation among a sample of University of Jordan students. *Journal of Humanities and Social Sciences*, 34(1), 15-31.
- Al-Jaafra, Somaya Abdel Hamid, and Fares Helmy. (2005). The mental health of workers and its relationship to some aspects of the work environment in the Jordanian pharmaceutical industry sector. *Journal of Humanities and Social Sciences*, 35(2), 281-300.
- Habashi, Muhammad. (2005). An evaluation study of applications of exploratory factor analysis in psychological and educational research. *Egyptian Journal of Psychological Studies*, 15 (47), 211-298.
- Alsaied, Fouad Al-Bahi. (2008). *Statistical psychology and the human mind*. Dar Al-Fikr Al-Arabi, Cairo, Egypt.
- Allam, Saladin. (2000). *Analysis of psychological and social research data*. Dar Al-Fikr Al-Arabi, Cairo, Egypt.
- Fatih, Ashouri. (2017). *Mental health and its importance in the job performance of teachers of physical education and sports in the second stage, a field study of some high schools in the state of Setif [Memorandum for obtaining an unpublished academic bachelor's degree]*. Mohamed Boudiaf University, M'sila, Algeria.
- Wadi, Ali Ahmed. (1999). *The effect of excessive khat consumption on the mental health of university students in the Republic of Yemen [Unpublished master's thesis]*. College of Education, Ibn al-Rushd, University of Baghdad, Baghdad, Iraq.

English References

- Ali S, Rhodes L, Moreea O, McMillan D, Gilbody S, Leach C, Lucock M, Lutz W, Delgadillo J. (2017). How durable is the effect of low intensity CBT for depression and anxiety? Remission and relapse in a longitudinal cohort study. *Behav Res Ther*. 94:1-8.
- Al-Soleiti, M.; Abu Adi, M.; Nashwan, A.; Rafla-Yuan, E. (2021). Barriers and opportunities for refugee mental health services: Clinician recommendations from Jordan. *Glob. Ment. Health*. 8, e38.
- American Psychological Association. (2014, December 1). Distinguishing Between Screening and Assessment for Mental and Behavioral Health Problems. <https://www.apaservices.org/practice/reimbursement/billing/assessment-screening>.
- Burke L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *Int Rev Psychiatry*. 3:243-55.
- Byrne, B.M. (1998). *Structural Equation Modeling : Basic concepts, Application and programming*, New Jersey , Lawrence Erlbaum Associates.
- Coffey, D., Hathi, P., Khalid, N., & Thorat, A. (2021). Measurement of Population Mental Health: Evidence from a mobile phone survey in India. *Health Policy and Planning*, 36(5), 606-619. <https://doi.org/10.1093/heapol/czab023>.
- Cooper H, Arber S, Fee L, Ginn J. (1999). *The influence of social support and social capital on health. A review and analysis of British data*. London: Health Education Authority.
- Delgadillo J, Rhodes L, Moreea O, McMillan D, Gilbody S, Leach C, Lucock M, Lutz W, Ali S. (2018). Relapse and recurrence of common mental health problems after low intensity cognitive behavioural therapy: the WYLOW Longitudinal Cohort Study. *Psychother Psychosom*. 87:116-7.
- Finlay-Jones, R. A., & Murphy, E. (1979). Severity of psychiatric disorder and the 30-item General Health Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 134(6), 609-616. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.6.609>.
- Goldberg, D. P. (1972). *The Detection of Psychiatric*

- Illness by Questionnaire. Oxford University Press: London.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139–145. <https://doi.org/10.1017/s0033291700021644>.
- Golderberg, D., & Williams, P. (1988). A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor, UK: NFER-Nelson.
- Harpham T, Reichenheim M, Oser R et al. (2003). Measuring mental health in a cost-effective manner. *Health Policy and Planning*. 18, 344–9.
- Hattie, J. A. (1985). Methodology review: Assessing unidimensionality of tests and items. *Applied Psychological Measurement*, 9(2), 139–164. <https://doi.org/10.1177/014662168500900204>.
- Himelein K, Eckman S, Lau C, McKenzie D. (2020). Mobile Phone Survey for Understanding COVID-19 Impacts. Development Impact Blog, World Bank. <https://blogs.worldbank.org/impactevaluations/mobile-phone-surveys-understanding-covid-19-impacts-part-i-sampling-and-mode>.
- Hjelle, E.G., Bragstad, L.K., Zucknick, M. et al. The General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) as an outcome measurement in a randomized controlled trial in a Norwegian stroke population. *BMC Psychol* 7, 18 (2019). <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0293-0>.
- Hu Y, Stewart-Brown S, Twigg L, Weich S. (2007). Can the 12-item General Health Questionnaire be used to measure positive mental health? *Psychol Med*. 37:1005–13.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2022). GBD Compare. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- Jackson, C. (2006). The General Health Questionnaire. *Occupational Medicine*, 57(1), 79–79. <https://doi.org/10.1093/occmed/kql169>
- Kadioğlu, H., Ergün, A., & Yıldız, A., (2013). Screening of Mental Health Problems with GHQ-28 in a Sample of Turkish Community Dwelling Adult People, *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*. 3, 115-120.
- Karnouk, C.; Böge, K.; Hahn, E.; Strasser, J.; Schweininger, S.; Bajbouj, M. (2019). Psychotherapy in Jordan: An Investigation of the Host and Syrian Refugee Community's Perspectives. *Front. Psychiatry*, 10, 556. [CrossRef] [PubMed].
- Lindfors P, Berntsson L, Lundberg U. (2006). Total workload as related to psychological well-being and symptoms in full-time employed female and male white-collar workers. *Int J Behav Med*. 13:131–7. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1302_4.
- McLanahan SS. (1983). Family structure and stress: a longitudinal comparison of two-parent and female-headed families. *JMF*. 45:347–57.
- McManus S, Bebbington P, Jenkins R, Brugha T. (2014). Mental health and wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey. Leeds: NHS Digital; 2016.
- McManus S, Bebbington P, Jenkins R, Brugha T. (eds.) (2016) Mental health and wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014. Leeds: NHS Digital.
- Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Eriksson HG, Linden-Bostrom M, Nordsrom E, Persson C, Sahlqvist L, Starrin B, Ydreborg B. (2009). Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors—a population-based study in Sweden. *BMC Public Health*. 1,302–11
- Pinto-Meza A, Serrano-Blanco A, Peñarrubia MT, Blanco E, Haro JM. (2005). Assessing depression in primary care with the PHQ-9: can it be carried out over the telephone, *Journal of General Internal Medicine*. 20, 738–42.
- Sajjadi H, Harouni GG, Rafiey H, Vaez-Mahdavi M, Vameghi M, Mohaqeqi Kamal SH. (2020). Contextual and Individual Determinants of Mental Health: A Cross-sectional Multilevel Study in Tehran, Iran. *J Prev Med Public Health*. 3,189–97.

Schofield DJ, Shrestha RN, Percival R, Passey ME, Callander EJ, Kelly SJ. (2011). The personal and national costs of mental health conditions: impacts on income, taxes, government support payments due to lost labour force participation. BMC Psychiatry. 1, 11–72.

Shayan, Z., Pourmovahed, Z., Najafipour, F., Abdoli, A. M., Mohebpour, F., & Najafipour, S. (2015). Factor structure of the general health questionnaire-28 (GHQ-28) from infertile women attending the Yazd Research and Clinical Center for infertility. International Journal of Reproductive BioMedicine, 13(12), 801–808. <https://doi.org/10.29252/ijrm.13.12.801>.

Sterling, M. (2011). General Health Questionnaire—28 (GHQ-28). Journal of Physiotherapy, 57, 259. [http://dx.doi.org/10.1016/S1836-9553\(11\)70060-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1836-9553(11)70060-1).

Tait, R. J., Hulse, G. K., & Robertson, S. I. (2002). A review of the validity of the General Health Questionnaire in adolescent populations. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 36(4), 550–557. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01028.x>.

Votruba, N., Grant, J., & Thornicroft, G. (2020). The Evita Framework for evidence-based mental health policy agenda setting in low- and middle-income countries. Health Policy and Planning, 35(4), 424–439. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz179>.

World Health Organization. (2022, June 16). World mental health report: Transforming mental health for all.

World Health Organization. World Health Report. (2003). Shaping the future. World Health Organization: Geneva.

Organization World Mental Health International College Student initiative: An overview. Int J Methods Psychiatr Res. 2019 Jun;28(2):e1761. doi: 10.1002/mpr.1761. Epub 2019 Jan 6. PMID:

إعلان عدم تضارب المصالح

يعلن ويتعهد الباحث أنه لا يوجد أي تضارب للمصالح مع أي شخص أو مؤسسة. وأن هذا البحث لم يسبق نشره بأي طريقة سواء أكانت مكتوبة، أم مقروءة، أم منشورة، أم مرئية أم مسموعة.

إعلان الدعم المادي

لم يحصل هذا البحث على أي دعم مادي.

مساهمة الباحثين

الدكتور مروان سلامة: كتابة أداة الدراسة، ودراسات ثبات أداة الدراسة وفعاليتها، الطريقة والإجراءات ومنهجية البحث، وكتابة مسودة البحث، والحصول على البيانات.

الدكتور محمد مرشود: صاحب الفكرة البحثية، والطريقة والإجراءات ومنهجية البحث، والإشراف العام على المشروع البحثي، وتحليل البيانات، وإدارة المشروع البحثي و تنقيح البحث وتدقيقه ، وقراءة النسخة الأخيرة من البحث.

سيرة ذاتية للباحثين

مروان سلامة

أستاذ مساعد في جامعة عمان الأهلية، كلية الآداب والعلوم، قسم علم النفس السريري، وتركز أبحاثه على المواضيع المتعلقة بالقياس وبناء المقاييس النفسية، والاضطرابات النفسية، والمرونة النفسية والصلاية النفسية، والعلاج بالقبول والالتزام.

Email: m.salameh@ammanu.edu.jo

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-2619-3562>



محمد مرشود

أستاذ مشارك في بوليتكنك فلسطين، كلية العلوم الإنسانية والتربوية، يدرس مساق القياس والتقويم، وتركز أبحاثه على المواضيع المتعلقة بالقياس والتقويم (تطبيقات النظرية الحديثة في القياس (Item Response theory, IRT)، وبناء بنوك الأسئلة والاختبارات الكيفية المحوسبة.

Email: mmohammed@ppu.edu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4140-9393>

