جامعة الشرقية
A' SHARQIYAH UNIVERSITY

بناء بطارية اختبارات تشخيصية لاضطرابات القلق وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية لدى الراشدين في سلطنة عُمان

هدى بنت حمد بن أحمد المنجية

رسالة مقدمة استكمالًا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية

تخصص: الإرشاد النفسي

قسم علم النفس
كلية الآداب والعلوم الإنسانية
جامعة الشرقية
سلطنة عُمان

2025م/1446هـ

بناء بطارية اختبارات تشخيصية لاضطرابات القلق وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية لدى الراشدين في سلطنة عُمان

رسالــة مقدمــة استكمالا لمتطلبــات الحصــول على درجــة
الماجستيــر فــي التربيــة
تخصص: الإرشاد النفسي

إعـــداد
هدى بنت حمد بن أحمد المنجية

لجنــة الإشـــراف

د. شريف عبد الرحمن السعّودي — مشرفًا رئيسًا
د. أمينة بن قويدر — مشرفًا ثانيًا

2025م/1446هـ

قرار لجنة المناقشة

بناء بَطّارية اختبارات تشخيصية لاضطرابات القلق وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية لدى الراشدين في سلطنة عمان

أعدّها الطالبة:

هدى بنت حمد بن أحمد المنجية

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ 2025/06/22م

المشرف الرئيس	المشرف الثاني
د. شريف السعودي	د. امينة بن قويدر

أعضاء لجنة المناقشة

م	صفته في اللجنة	الاسم	الرتبة الأكاديمية	التخصص	الكلية/ المؤسسة	التوقيع
1	رئيس اللجنة	د. شريف حتيتة	أستاذ مساعد	اللغة العربية	جامعة الشرقية	
2	المناقش الخارجي	أ.د. حُمود الشُكري	أستاذ	القياس والتقويم	كلية التربية بالرستاق	
3	المناقش الداخلي	د. جوخة الصوافي	أستاذ مشارك	الإرشاد النفسي	جامعة الشرقية	
4	المشرف الرئيس	د. شريف السعودي	أستاذ مشارك	القياس والتقويم	جامعة الشرقية	

إقــرار الباحث

الإفـــــــــــرار

أقر بأن المادة العلمية الواردة في هذه الرســالة حُدّد مصــدرها العلمي، وأن محتوى الرســالة غير مقدم للحصــول على أي درجة علمية أخرى، وأن مضــمون هذه الرســالة يعكس آراء الباحثة الخاصة، وهي ليست بالضرورة الآراء التي تتبناها الجهة المانحة.

الباحث/ هدى بنت حمد بن أحمد المنجية الرقم الجامعي:

التوقيع:

إهداء

إلى من أحمل اسمه مع اسمي بكل فخر، الى من تعلمت منه بأن الحياة كفاح،
من علمني بأن القـوة تجتمـــع مع الحُب فتشكل إنسانًا ساعيًا متحديًا صبورًا معطاءً،
إلى من علمـــني كيف أواجـــه الحيـــاة بحكمـــة وشجاعـــة، وأواجـــه الصعـــاب بعزيمـــة لا تلين،
(روح أبـــــــــي الطـــــــــاهرة)

*****

إلى من ببركات دعائها واصلت المسير، صاحبة الدعوات الخفية
(جنـــــــــــتي أمـــــــــــي)

*****

إلى من زرع بداخلي روح التحدّي وتعلمت منه أنه لا مستحيل بالسعي والمثابرة
(زوجـــــــــي العزيـــــــــز)

*****

إلى فلذة كبدي رفقاء دربي في مسيرتي التعليمية، من صبروا وتحملوا معي مشاق رحلتي
وكانوا النورالذي أراه أمام عيني يلوح لي بالأمل
(أبنـــــــــائي الأعـــــــــزاء)

*****

إلى من كان داعمًا في لحظات الانهزام والاستسلام، راسمًا أمامي صورةٍ لغدٍ مملوءًا بالنجاحات،
معلمًا وموجهًا طوال مسيرتي العلمية
اســتاذي الــدكتور: عــامرالحبســي

*****

إلى من كانوا دومًا لي مصدردعم لا ينضب، ومن كانوا بجانبي بتشجيعهم ودعمهم،
وجودكم بجانبي منبعًا لقوتي
(إخـــــــــوتي وأخـــــــــو اتي)

*****

إلى تلك النفوس الطيبة، التي زرعت بداخلي بذرة الفكرة للتغييروالتطوير من ذاتي، إلى من أشعلوا بداخلي فتيل الطموح، رسالتي هذه ثمرة البذرة التي زرعتها نفوسكم الر ائعة منذ سنوات.

الباحثة

شكر وتقدير

بداية اتضرع بالحمد والشكر لله تعالى الذي غمرني بعظيم كرمه وأحاطني بتوفيقه ورعايته، ومنحني القوة والإرادة على مواصلة مسيرتي الأكاديمية وإتمام هذا العمل العلمي المتواضع.

إنه لشرف عظيم لي أن أكتب سطورًا من كلماتي معبرةً فيها وإن عجزت الكلمات أن توفي حقهم معبرةً عن مدى امتناني لكل من ساهم في إتمام هذا العمل المتواضع. وفي مقدمتهم أخص ببالغ الامتنان وخالص الشكر إلى مشرفي العزيز، الذي كان لي نورًا أهتدي بعلمه وحكمته وأنا أخط صفحات رسالتي، الذي علمني أن العلم رحلة مستمرة من البحث والتفكير العميق، تحيةً وشكرًا لكل لحظة قضاها مشرفي الكريم في توجيهي، فلا يسعني إلا أن أقول: شكرًا لك على كل كلمةً مشجعةً، وعلى كل خطوةً كانت سببًا في نجاحي، مشرفي وأستاذي الدكتور الفاضل: شريف عبد الرحمن السعودي.

وهنا حين تتلعثم الكلمات وتتداخل العبارات وتقف عاجزة أن تسطر في حقها كلمات الشكر تلك العزيزة التي آمنت بقدراتي وإمكاناتي، والتي أيقظت بداخلي كل القدرات الكامنة فكلماتها جعلت مني مجاهدةً ساعيةً لتحقيق النجاح والتميز من كنت ولا زلت أراها بحر علم شغوفةً دائمًا أن ارشف منه فلم تبخل يومًا عليّ بما رزقها الله من علم فهي أستاذتي والمشرف الثاني على رسالتي الدكتورة الفاضلة: أمينة بن قويدر.

إن هذا الإنجاز هو ثمرة جهد وتفاني كل من أسهم في مسيرتي الأكاديمية أساتذتي الأعزاء في قسم علم النفس لهم مني خالص الشكر والتقدير.

كما لا يسعني إلا أن أشكر السادة المحكمين من داخل سلطنة عُمان وخارجها، والأساتذة الكرام أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الرسالة، كما أتقدم بخالص الشكر إلى الأستاذة عزة المحرزية، والأستاذة ريان الغيثية، والأستاذة عزة المسكرية، وإلى كل من ساهم في نجاح هذا العمل.

ملخص الدراسة

بناء بطارية اختبارات تشخيصية لاضطرابات القلق وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس المعدل لدى الراشدين في سلطنة عُمان

الباحثة: هدى بنت حمد بن أحمد المنجية

لجنة الإشراف: د. شريف السعودي د. أمينة بن قويدر

هدفت الدراسة إلى بناء بطارية اختبارات تشخيصية لاضطرابات القلق وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس المعدل (DSM-5-TR) لدى الراشدين في سلطنة عُمان، والتحقق من الخصائص السيكومترية لها، خلال العام2025/2024م باستخدام المنهج الوصفي السيكومتري. تكوّنت عينة الدراسة من العينة العادية وبلغ عددها (948) مفحوصًا من الراشدين، تم اختيارهم بطريقة كرة الثلج، والعينة الإكلينيكية (المرضية) وبلغ عددها (211) مفحوصًا، تم اختيارهم بالطريقة القصدية من المرضى المشخصين باضطرابات القلق في المستشفيات ومراكز الاستشارات النفسية، طبقت عليهم البطارية التي احتوت في صورتها النهائية على (72) فقرة موزعة على المقاييس الفرعية التالية: (الرهاب النوعي، ومقياس الرهاب الاجتماعي، ومقياس قلق الانفصال، ومقياس اضطراب الهلع، ومقياس رهاب الأماكن المفتوحة، ومقياس القلق المعمم، ومقياس الصمت الانتقائي)، بالإضافة إلى مقياس الرفاه النفسي. وتم التحقق من صدق البطارية باستخدام الصدق الظاهري، وصدق البناء، فأشار التحليل العاملي إلى وجود بعد واحد سائد على كل مقياس، وتوصلت نتائج اختبار ت للعينات المستقلة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.001) في الاستجابات على جميع مقاييس اضطرابات القلق؛ يعزى ذلك لنوع العينة ولصالح العينة الإكلينيكية، كما أثبتت نتائج الصدق التقاربي إلى ارتباط درجات مقاييس القلق الفرعية ودرجات البطارية التشخيصية إرتباطا سلبيا ودالا إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01) مع درجات مقياس الرفاه النفسي، وأكدت نتائج جميع طرق التحقق من ثبات المقاييس الفرعية السبعة إلى أن جميعها قيم مرتفعة، وذلك باستخدام ثبات الاتساق الداخلي بطريقتي كرونباخ الفا، والتجزئة النصفية، والثبات المركب (CR)، والتباين المشترك بين الفقرات المتشبعة على كل مقياس فرعي، والذي يعرف بمتوسط التباين (AVE). وأكدت الدراسة أن للمقاييس الفرعية محكات تشخيصية مقبولة لاكتشاف الحالات المرضية، وتجنب التشخيصات الخاطئة من خلال مؤشري الحساسية والنوعية ومؤشر يودن. أشارت نتائج الدراسة إلى تمتع البطارية التشخيصية بخصائص سيكومترية عالية، تجعل منها أداة موثوقة وصادقة للتشخيص الأولي لاضطرابات القلق. في ضوء النتائج السابقة أوصت الدراسة بعدد من التوصيات منها: استخدام البطارية التشخيصية لاضطرابات القلق من قِبل الباحثين والمهتمين لما تتمتع به من خصائص سيكومترية جيدة.

الكلمات المفتاحية: البطارية التشخيصية، اضطرابات القلق، الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الخصائص السيكومترية، الراشدين في سلطنة عُمان.

Abstract

Developing a Diagnostic Test Battery for Anxiety Disorders According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR) Among Adults in the Sultanate of Oman

Researcher:
Huda bint Hamad bin Ahmed Al-Manjiya

Supervisory Committee:
Dr. Sharif AL Soudi
Dr. Amina Ben Kouider

The current study aimed to develop a diagnostic test battery for anxiety disorders based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR) for adults in the Sultanate of Oman, and to examine its psychometric properties during the academic year 2024/2025, using the descriptive psychometric methodology. The study sample consisted of two groups: a normative sample of 948 adults selected via the snowball sampling technique, and a clinical sample of 211 individuals purposefully selected from patients diagnosed with anxiety disorders in hospitals and psychological counseling centers. The finalized version of the battery included 72 items, distributed across the following subscales: specific phobia, social anxiety, separation anxiety, panic disorder, agoraphobia, generalized anxiety disorder, and selective mutism, in addition to a psychological well-being scale. The validity of the battery was assessed through face validity and construct validity. Factor analysis indicated the presence of a dominant unidimensional structure in each subscale. Results of the independent samples t-test revealed statistically significant differences at the 0.001 level across all anxiety disorder measures, attributed to sample type in favor of the clinical group. Convergent validity results showed statistically significant negative correlations at the 0.01 level between the subscales of anxiety and the psychological well-being scale. All reliability verification methods for the seven subscales indicated high reliability values, using internal consistency methods (Cronbach's alpha and split-half reliability), composite reliability (CR), and the average variance extracted (AVE) from items loaded on each subscale. The study confirmed that the subscales have acceptable diagnostic criteria to detect clinical cases and avoid false diagnoses through sensitivity, specificity, and the Youden index. The findings indicated that the diagnostic battery possesses strong psychometric qualities, making it a reliable and valid tool for the preliminary diagnosis of anxiety disorders. Based on these results, the study recommended the use of this diagnostic battery by researchers and practitioners, due to its robust psychometric properties.

Keywords: Diagnostic Battery, Anxiety Disorders, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Psychometric Properties, Adults in Oman.

قائمــة المحتويــات

الموضـــوع	الصفحة
قرار اللجنة المناقشة	أ
إقرار الباحث	ب
الإهداء	ج
الشكر والتقدير	د
ملخص الرسالة باللغة العربية	هـ
ملخص الرسالة باللغة الإنجليزية	و
قائمة المحتويات	ز – ح
قائمة الجداول	ط – ي
قائمة الأشكال	ك
قائمة الملاحق	ل
الفصل الأول: مشكلة الدراسة أهدافها وأهميتها	**1-8**
مقدمة	2
مشكلة الدراسة وأسئلتها	3
أهداف الدراسة	5
أهمية الدراسة	5
حدود الدراسة	6
مفاهيم الدراسة 6	6
الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة	**9-52**
المحور الأول: الإطار النظري	10
أولًا: نبذة عن الدليل التشخيصي للإضرابات النفسية والعقلية (DSM5)	10
ثانيًا: القلق	16
مفهوم القلق	17
أعراض القلق	20
النظريات المفسرة للقلق	21
العوامل المسببة للقلق	28
أنواع القلق	30
اضطرابات القلق وفقًا للدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية (DSM5-TR)	32

الموضـــــوع	الصفحة
المحور الثاني: الدراسات السابقة	42
التعقيب على الدراسات السابقة	51
الفصل الثالث: منهجية الدراسة وإجراءاتها	**64-53**
منهجية الدراسة	54
مجتمع الدراسة	54
عينة الدراسة	54
أدوات الدراسة	57
إجراءات الدراسة	52
المعالجات الإحصائية	53
الفصل الرابع: نتائج الدراسة ومناقشتها	**106-65**
الإحصاءات الوصفية	66
النتائج المتعلقة بالسؤال الأول ومناقشتها	67
النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني ومناقشتها	96
النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث ومناقشتها	98
ملخص النتائج	105
التوصيات والمقترحات	105
الصعوبات والتحديات	106
قيود الدراسة	106
قائمة المراجع	**116-107**
أولًا: المراجع العربية	107
ثانيًا: المراجع الأجنبية	111
ملاحق الدراسة	**136-117**

قائمـــة الجـــداول

الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
1	توزيع أفراد العينة العادية وفقًا للجنس والوظيفة والمؤهل الدراسي	55
2	توزيع أفراد عينة الدراسة الإكلينيكية حسب الجنس والوظيفة والمؤهل الدراسي	56
3	طريقة تقسيم العينة العادية	57
4	معاملات ارتباط الفقرات مع الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية ومعاملات ثبات مقياس الرفاه النفسي	62-61
5	الإحصـــاءات الوصـــفية لاســـتجابات العينة العادية (ن=928) والإكلينيكية (ن=211) على البطارية	67-66
6	ارتباط الفقرات مع المقاييس باستخدام بيرسون المصحح لاستجابات العينة العادية	68
7	ارتباط الفقرات مع المقاييس باستخدام بيرسون المصحح لاستجابات العينة الإكلينيكية	69
8	الافتراضات الإحصائية للتحليل العاملي الاستكشافي لاستجابات العينتين العادية الأولى والإكلينيكية	70
9	نتائج التحليل الاستكشافي لاستجابات العينة العادية الأولى (ن=474)	71
10	نتائج التحليل الاستكشافي لاستجابات العينة الإكلينيكية (ن=211)	72
11	معاملات الارتباط بين المقاييس ببعضها وارتباطها مع البطارية لاستجابات العينة العادية	78
12	معاملات الارتباط بين المقاييس ببعضها وارتباطها مع البطارية لاستجابات العينة الإكلينيكية	78
13	مؤشرات القبول ملاءمة استجابات المفحوصين للنموذج العاملي التوكيدي	79
14	مؤشرات حسن المطابقة للتحليل العاملي التوكيدي لاستجابات العينة العادية الثانية (ن=474)	80
15	مؤشـــرات حســـن المطابقة للتحليل العاملي التوكيدي لاســـتجابات العينة الإكلينيكية (ن=211)	80
16	تشـبعات الفقرات المعيارية على المقاييس الفرعية لاستجابات العينة العادية الثانية	82

الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
17	تشبعات الفقرات المعيارية على المقاييس الفرعية لاستجابات العينة الإكلينيكية	83
18	نتائج اختبار ت للعينات المستقلة لفحص الفروق بين استجابات العينتين العادية والإكلينيكية	91
19	الارتباط بين مقاييس القلق ومقياس الرفاه النفسي	92
20	معاملات الثبات لاستجابات العينتين على مقاييس البطارية الفرعية	97
21	درجات القطع لمقاييس القلق الفرعية ومؤشرات الحساسية والنوعية ويودن	100
22	طريقة تقسيم المحكات التشخيصية وفقًا للوسط الحسابي والانحراف المعياري	103
23	المحكات التشخيصية لمقاييس القلق الفرعية وفقًا لطريقة المتوسط الحسابي والانحراف المعياري	103

قائمـــة الأشكـــال

الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
1	الرسوم البيانية للعوامل Scree Plot لاستجابات العينة العادية الأولى	74-75
2	الرسوم البيانية للعوامل Scree Plot لاستجابات العينة الإكلينيكية	76-77
3	البناء العاملي لمقاييس البطارية التشخيصية لاستجابات للعينة العادية والإكلينيكية	84-90
4	منحنيات خصائص تشغيل المُستقبِل (ROC) للمقاييس الفرعية	101-102

قائمـــة الملاحـــق

الملحق	عنوان الملحق	الصفحة
1	أسماء السادة المراجعين لسلامة ترجمة المعايير التشخيصية	118
2	الصورة الأولية للبطارية	119-127
3	أسماء السادة المحكمين لمقاييس البطارية	128
4	الصورة النهائية للبطارية	129-134
5	رسالة تسهيل مهمة باحث	135
6	موافقة تطبيق أداة الدراسة	136

الفصل الأول

مشكلـــة الدراســـة وأهميتهـــا

المقدمـــــــــــــــــــــــــــــة

مشـــــكلة الدراســـــة وأســـــئلتها

أهميـــــــــــة الدراســـــــــــة

أهـــــــــــداف الدراســـــــــــة

حـــــــــــدود الدراســـــــــــة

مفـــــــــــاهيم الدراســـــــــــة

الفصل الأول

إشكالية الدراسة وأهميتها

مقدمـــــــة

يتميز العصـر الحالي بالتقدم التكنولوجي غير المسـبوق حيث أصـبح الإنسـان الحديث يمتلك الكثير والعديد من وســـائل الراحة والرفاهية، ومع ذلك انتشـــرت الكثير من المشـــكلات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، التي تجعل منه عصرا يتميز بالضغوط والقلق، وانتشار المشكلات النفسية.

وفقًا لتقرير منظمة الصـحة العالمية (2022) بأنه في عام 2019 بلغ عدد الأشـخاص الذين يعانون من اضـطرابات نفسية 970 مليون شـخص من جميع انحاء العالم أي أن بمعدل شـخص واحد من كل 8 أشـخاص. وقد كان اضـطراب القلق والاكتئاب هي الأكثر شـيوعا من بين الاضـطرابات النفسية ففي عام 2019 بلغ عدد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات القلق 301 مليون شخص، بينهم 58 مليون طفل ومراهق.

أما في سلطنة عُمان فقد أشار المركز الوطني للإحصاء والمعلومات إلى أن 15 ألف مريض زاروا العيادات النفســـية لأول مرة في عام 2022 مقارنة ب 13 ألف مريض في عام 2021. ومن خلال الإحصـاءات السـابقة التي أشـارت إلى انتشـار الاضـطرابات النفسـية وفي مقدمتها القلق هذا ما يستدعي تكثيف الجهود من المختصين والباحثين في تشخيص هذه الاضطرابات وتقديم التدخل النفسي المناسب (أمبوسعيدية، 2022).

وقد عرفت الجمعية الأمريكية للطب النفســـي (American Psychiatric Association) اضـــطرابات القلق في الدليل التشـــخيصـــي والاحصـــائي للاضـــطرابات النفســـية الخامس المعدل (DSM-5-TR) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Illnesses V) أنها: هي "الاضطرابات التي تشترك بملامح الخوف الزائد، والقلق والاضطرابات السلوكية ذات الصلة؛ فالخوف هو رد الفعل العاطفي لتهديد وشـيك حقيقي أو متصـور، أما القلق هو التحسـب للتهديد المسـتقبلي

فالحالتين تتداخلان لكنهما تختلفان". وقد أشارت إلى أن اضطرابات القلق ليست اضطرابًا واحدًا وإنما هي مجموعة من الاضطرابات وتشمل اضطراب قلق الانفصال، الصمت الانتقائي، الرهاب النوعي، الرهاب الاجتماعي، اضطراب الهلع، رهاب الأماكن المفتوحة (اضطراب الساح)، اضطراب القلق المعمم، اضطراب القلق المحدث بمادة أو دواء، اضطراب قلق بسبب حالة طبية، واضطراب قلق محدد آخر (APA, 2022).

أعطى الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الكثير من التفصيل فيما يتعلق باضطرابات القلق، ويعتبر من أهم المصادر المعتمدة، والأكثر انتشارًا واستخدامًا من قبل المختصين النفسيين في تشخيص اضطرابات القلق والاضطرابات الأخرى، وقد وجدت بعض من المحاولات لتطوير مقاييس نفسية وفقًا للمحكات التي اقترحها (DSM)، من بينها دراسة عزيم (2020) ودراسة الدليمي والجبوري (2019) ودراسة الناشي وناصر (2018).

إن أغلب الدراسات التي توصلت اليها الباحثة والتي استندت في بناء المقاييس على (DSM) هي دراسات أجنبية كدراستي: (Plunkett et al, 2024; Mordeno et al, 2021)، وفي الوقت نفسه هي مقاييس منفصلة لم تترتب في صورة بطارية. ومن وجهة نظر الباحثة أن وجود مقاييس تستخدم نفس الأساس في تطويرها يسمح للأخصائيين النفسيين بالتشخيص النفسي الدقيق حيث توفر البطارية التشخيصية شمولية ورؤية متكاملة للاضطرابات، وتساعد في تحليل العلاقات بين السمات النفسية المختلفة، وتعزز من الموضوعية والموثوقية في المقاييس المستخدمة، وإذ تعمل على توفير الوقت والجهد للمختصين في عملية التشخيص، وكذلك تسهل إجراء تشخيص فارقي للاضطرابات التي قد تبدو متقاربة وهذا ما سعت إليه الدراسة.

مشكلة الدراسة وأسئلتها

تعتبر عملية التشخيص عملية هامة في المجال الإرشادي والاكلينيكي. فبناء عليها يمكن اتخاذ القرارات العلاجية أو الإرشادية المناسبة للحالة، وقد تساعد عملية القياس النفسي بشكل كبير في التشخيص، كما أن هناك بعض المقاييس المطورة وفقًا للتصنيفات المعتمدة في تشخيص الاضطرابات

النفسية مثل الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية، حيث يتضمن هذا الدليل استخدام محكات تشخيصية واضحة للاضطرابات النفسية، ونظام تشخيصي متعدد المحاور ويعتبر مرجعًا معياريًا لجميع المهنيين المرتبطين بمختلف جوانب الرعاية الصحية العقلية بما فيهم من أطباء نفسيين، وغيرهم من الأطباء وعلماء النفس والمستشارين والأخصائيين في الطب الشرعي والقانوني والأخصائيين الاجتماعيين وغيرهم (APA, 2022). ومن هنا تجلى للباحثة أهمية بناء اختبارات تستند على محكات (DSM).

وفي محاولة لاستقصاء الاضطرابات النفسية الأكثر انتشارًا قامت الباحثة بإجراء مقابلات مع أطباء نفسيين وأخصائيين بمستشفى المسرة في محافظة مسقط، ومستشفى إبراء للاستفسار عن الاضطرابات الأكثر تكرارًا في العيادات وبعض المراكز الخاصة بمحافظة مسقط، وقد أكد المختصون أن أكثر المراجعين لديهم الاضطرابات الآتية: اضطراب الرهاب الاجتماعي، واضطراب القلق العام، وهذا ما قد أكدته نتائج المقابلات والإحصائيات الصادرة عن المركز الوطني للإحصاء.

وبعد الاطلاع على الدراسات التي طورت مقاييس عن اضطرابات القلق مثل دراسة أبو عصبة (2014) ودراسة رضوان (2001) فإن أغلب هذه المقاييس طورت بالاعتماد على مقاييس أخرى وليس استنادًا على محكات (DSM). وكما أنه – في حدود علم الباحثة – لا تتوفر مقاييس لبعض اضطرابات القلق مثل: رهاب الأماكن المفتوحة، واضطراب الرهاب النوعي، وغيرها في البيئة العربية عمومًا، والعُمانية خصوصًا. كما أن من الدراسات ما يشير إلى الحاجة الماسة في الميدان النفسي في الوطن العربي، وفي سلطنة عُمان بالأخص إلى أدوات قياس وتشخيص تتمتع بخصائص سيكومترية جيدة وملائمة للبيئة العُمانية وفقًا للمحكات التشخيصية.

بناءً على ما سبق تتمثل مشكلة الدراسة الحالية في السؤال الرئيس الآتي:

"ما الخصائص السيكومترية للبطارية التشخيصية لاضطرابات القلق المبنية وفق محكّات الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعدل (DSM-5-TR) لدى الراشدين على البيئة العُمانية؟"

ويتفرع من هذا السؤال الأسئلة الأتية:

1. ما دلالات صدق البطارية التشخيصية لاضطرابات القلق المبنية وفقًا للمحكات التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعدل (DSM-5-TR)؟
2. ما دلالات ثبات البطارية التشخيصية لاضطرابات القلق المبنية وفقًا للمحكات التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعدل (DSM-5-TR)؟
3. ما درجات القطع والمعايير التشخيصية لبطارية اضطرابات القلق المبنية وفقًا للمحكات التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعدل (DSM-5-TR)؟

أهداف الدراسة

تسعى الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

1. بناء بطارية تشخيصية لاضطرابات القلق وفقًا لمحكّات(DSM-5-TR) لدى الراشدين في البيئة العُمانية.
2. التحقق من الخصائص السيكومترية للبطارية التشخيصية باستخدام مجموعة من المؤشرات والأدلة على صدق وثبات البطارية.
3. اشتقاق درجات القطع والمعايير التشخيصية لبطارية اضطرابات القلق المبنية وفقًا للمحكات التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعدل (DSM-5-TR).

أهمية الدراسة

الأهمية النظرية:

تتمثل أهمية الدراسة النظرية في حداثة موضوعها. فندرة الدراسات التي تناولت بناء بطارية اختبارات تشخيصية لاضطرابات القلق طبقا للمحكات التشخيصية الواردة في الإصدار الخامس المعدل من الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية، وتعتبر هذه الدراسة اثراء للأطر النظرية التي

تهتم بمقاييس الاضـطرابات النفسـية. كما تمهّد الدراسـة لبحوث ودراسـات أخرى تشـمل بناء بطاريات لاضطرابات نفسية أخرى.

الأهمية التطبيقية:

1. إعداد بطارية تشخيصية متكاملة مستندة على محكات الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس المعدل (DSM-5-TR) نابعة من البيئة العربية، ومن البيئة العُمانية بالأخص بحيث يمكن بها تشخيص اضطرابات القلق.
2. تزويد المختصين والعاملين في قطاع الإرشاد في المجال العلاجي أو المجال المدرسي والباحثين ببطارية متكاملة يمكن الوثوق بها من حيث الناحية السـيكومترية وملاءمتها لطبيعة المجتمع العُماني لاستخدامها في البحوث والدراسات ذات العلاقة.

حدود الدراسة:

اقتصرت الدراسة الحالية على الحدود الآتية:

- **الحدود المكانية:** سلطنة عُمان.
- **الحدود البشرية:** الراشدين في المجتمع العُماني.
- **الحدود الزمانية:** طبقّت أدوات الدراسة في السنة الدراسية 2025-2024م.
- **الحدود الموضـوعية:** بناء بطارية اختبارات تشـخيصـية لاضـطرابات القلق وفقًا لمحكات (DSM-5-TR).

مفاهيم الدراسة:

- **اضـطرابات القلق Anxiety Disorders:** وفقًا لتعريف (APA, 2022) بـأنها "مجموعة من الاضطرابات التي يعد القلق العامل الأساسي العام المشترك فيها، والمسبب لحالة الضيق أو الكدر التي تعيق أداء الفرد الأكاديمي أو الاجتماعي أو الشـخصـي وغيره. كما أنها اضـطرابات تشـترك بملامح الخوف الزائد، والقلق والاضطرابات السلوكية ذات الصلة، ويتضمن التحسب للتهديد المستقبلي.

وتعرّف إجرائيًا بالدرجات الفرعية التي يحصل عليها المفحوص على بطارية اضطرابات القلق التشخيصية المطوّرة في الدراسة، وتتضمن: (قلق الانفصال، والصمت الانتقائي، والرهاب النوعي، والرهاب الاجتماعي، ورهاب الأماكن المفتوحة، واضطراب الهلع، والقلق المعمم).

- **بطارية الاختبارات التشخيصية Battery Diagnosis Testing:** عرفها حسانين (2007): "هي مجموعة من الاختبارات المقننة والمطبقة على نفس الأشخاص ومعاييرها المشتقة تسمح بالمقارنة. وقد يقصد بالبطارية أحيانًا اختبار أو أكثر أعطيت لنفس الأشخاص سواء قننت معًا أو لم تقنن".

وتعرف إجرائيًا: هي مجموعة من الاختبارات والمقاييس الفرعية التي تقيس اضطرابات القلق وفقًا لمحكّات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الإصدار الخامس المعدل للكشف والتشخيص عن اضطرابات القلق لدى الراشدين.

- **الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM):** دليل تشخيصي وإحصائي للاضطرابات النفسية يصدر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، وهو تصنيف للاضطرابات النفسية المرتبطة بمعايير تهدف إلى تسهيل عملية التشخيص وجعلها أكثر موثوقية، وصدرت أحدث نسخة معدلة من الدليل في العام 2022 (APA, 2022).
- **اضطراب قلق الانفصال Separation Anxiety:** تعرفه (APA, 2022): بأنه الخوف أو القلق المفرط وغير المناسب من الناحية التطورية يرتبط بالانفصال عن الأشخاص الذين يتعلق بهم الفرد.
- **اضطراب الصمت الانتقائي Selective Mutism:** تعرفه (APA, 2022) بأنه: عجز ثابت عن الكلام في مواقف اجتماعية محددة (حيث يتوقع فيها الكلام مثل المدرسة) رغم الكلام في مواقف أخرى.
- **اضطراب الرهاب الاجتماعي Social Anxiety Disorder:** تعرفه (APA, 2022) بأنه: خوف أو قلق ملحوظ بشأن موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية التي يتعرض فيها الفرد للتدقيق المحتمل من قبل الآخرين. تشمل الأمثلة التفاعلات الاجتماعية (على سبيل المثال، إجراء محادثة، أو مقابلة أشخاص غير مألوفين)، أو الملاحظة (على سبيل المثال، الأكل أو الشرب)، أو الأداء أمام الآخرين (على سبيل المثال، إلقاء خطاب).

- **اضـــطراب الهلع Panic Disorder:** تعرفه (APA, 2022) بأنه: نوبات الهلع غير المتوقعة المتكررة. نوبة الهلع هي طفرة مفاجئة من الخوف الشـديد أو عدم الراحة الشـديدة التي تصـل إلى ذروة في غضون دقائق، وخلال هذه الفترة التي تحدث فيها أربعة (أو أكثر) من الأعراض.
- **اضطراب رهاب الأماكن المفتوحة Agoraphobia Diagnostic:** تعرفه (APA, 2022) بأنه: هو الخوف من حدوث نوبات الهلع أو من المواقف أو الأماكن التي قد تسبب الشعور بالمحاصرة، أو الاحراج، أو العجز وتجنبها، أو الخوف من موقف فعلي أو على وشك الحدوث.
- **اضـــطراب القلق المعمم Generalized Anxiety Disorder:** تعرفه (APA, 2022) بأنه: قلق مفرط مبالغ فيه حول عدد من الأحداث أو الأنشطة، ويكون لدى المصاب به قلق مستمر لمدة ستة أشهر أو أكثر.
- **اضـطراب الرهاب النوعي Specific Phobia Disorder:** تعرفه (APA, 2022) بأنه: خوف أو قلق ملحوظ بشـأن شـيء أو موقف معين (على سـبيل المثال، الطيران، المرتفعات، الحيوانات، تلقي الحقن، رؤية الدم).

الفصل الأول

الإطار النظري والدراسات السابقة

المحور الأول: الإطـــار النظـــري.

أولًا: الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.

ثانيًا: اضطرابات القلق.

المحور الثاني: الدراسات السابقة.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

يشـتمل هذا الفصـل على محورين أسـاسـيين؛ يتناول المحور الأول الجانب النظري المرتبط باضـطرابات القلق، حيث يتضـمن في بدايته عرضًـا موجزًا للدليل التشـخيصـي للاضـطرابات النفسـية والعقلية، يليه تناول موسـع لمفهوم القلق، وأبرز أعراضـه، وأنواعه المختلفة، والنظريات التي تفسّـره، بالإضـافة إلى أسبابه واضـطرابات القلق وفقا. كما يُعنى هذا المحور باستعراض اضـطرابات القلق كما وردت في النسـخة الخامسـة المنقحة من الدليل التشـخيصـي (DSM-5-TR). أما المحور الثاني، فيركز على عرض وتحليل أبرز الدراسـات السـابقة التي اهتمت ببناء وتطوير أدوات ومقاييس موجهة لقياس اضطرابات القلق.

المحور الأول: الإطار النظري

أولًا: نبذة عن الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM5)

الدليل التشـخيصـي للاضـطرابات النفسـية والعقلية هو أكبر إنجازات الجمعية الأمريكية للطب النفسي، وهي جمعية طبية أمريكية متخصصة، تضم أكثر من 37,400 طبيب متخصص في تشخيص وعلاج والوقاية من الاضـطرابات النفسـية، وكذلك إجراء البحوث في هذا المجال (APA, 2022). وفيما يلي سنقدم عرضا مختصرا نعرفه فيه دليلها بالإضافة إلى سرد للسياق التاريخي والاجتماعي لتطور الدليل، وفي الأخير نركز على محتوى النسخة الخامسة المعدلة من الدليل.

تعريفـــــه:

يُعد الدليل التشـخيصـي والإحصـائي للاضـطرابات النفسية مرجعًا معتمدًا تستخدمه الممارسات السريرية والأبحاث النفسية لتحديد وتصنيف مجموعة واسعة من الاضطرابات النفسية والعقلية. ويصدر هذا المرجع عن الجمعية الأمريكية للطب النفسـي، ويُعتمد عليه بشـكل واسـع ليس فقط في الولايات المتحدة، بل أيضًـا في النظم الصـحية والبحثية عالميًا. يتضـمن الدليل وصـفًا منهجيًا للاضـطرابات

النفسية استنادًا إلى أعراض محددة، مع التركيز على توفير معايير موحدة لتسهيل عملية التشخيص السريري وزيادة موثوقيته.

هذا المرجع يُعتبر حجر الزاوية في الطب النفسي الحديث، إذ يدمج مفاهيم بيولوجية ونفسية واجتماعية لفهم الاضطرابات النفسية، ويعتمد على بيانات سريرية وتجريبية لتطوير نماذج تشخيصية تساعد في تحسين دقة التشخيص وتوجيه التدخلات العلاجية المناسبة (First et al., 2022).

السياق التاريخي والاجتماعي لتطور (DSM):

جاء تطور الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM) ضمن سياق تاريخي ومهني واجتماعي متداخل، إذ ظهر (DSM–I) عام (1952) كجزء من جهود الجمعية الأمريكية للطب النفسي لتوحيد المصطلحات المستخدمة في الطب العسكري والمستشفيات، وكان يستند إلى النظرية النفس–ديناميكية وأفكار أدولف ماير التي اعتبرت الاضطرابات النفسية ناتجة عن تفاعل بين الشخصية والظروف الحياتية (فرج،2008).

في (DSM–II)، حُذف مصطلح "رد فعل (reaction)"، ما مثّل تحولًا باتجاه اعتبار المرض ككيان مستقل. خلال سبعينيات القرن الماضي، واجه الطب النفسي الأمريكي موجة من الانتقادات تتعلق بالتشكيك في دقة معايير التشخيص، والفعالية المحدودة للتحليل النفسي، إضافة إلى منافسة مهنية من اختصاصات أخرى مثل علم النفس والخدمة الاجتماعية، الذين قدموا أنفسهم كخيارات علاجية أقل تكلفة وأكثر فاعلية. وفي عام 1980، مثّل إصدار DSM–III نقطة تحول بارزة من خلال اعتماد معايير تشخيصية واضحة وقابلة للتطبيق، مستمدة من "معايير روبينز وجوز" و"معايير فيجنر"، بهدف تعزيز الصدق التجريبي للتشخيصات، رغم عدم خضوعه لمراجعة منهجية شاملة للأدبيات العلمية (Murry, 2011).

لاحقًا، أدخلت تعديلات بارزة على النسخة الرابعة والنسخة الرابعة المعدلة، شملت إضافة قسم خاص بـ "الاضطرابات المرتبطة بالثقافة (Culture–bound Syndromes) "، مما يعكس وعيًا متزايدًا بتنوع التعبير عن الاضطرابات النفسية عبر الثقافات(Kawa & Giordano, 2012).

أما الطبعة الخامسة، التي صدرت عام 2013، فقد تميّز بإلغاء النظام متعدد المحاور، وإعادة تنظيم عدد من الفئات التشخيصية لتواكب الفهم الحديث للاضطرابات، مثل دمج اضطراب أسبرجر ضمن طيف التوحد، وتعديل معايير اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه لتشمل البالغين، بالإضافة إلى إدخال اضطرابات جديدة مثل اضطراب الأكل بنهم واضطراب الجلد القهري (American Psychiatric Association, 2013). وفي النسخة الخامسة المعدلة DSM-5-TR الصادرة عام 2022، تم إدراج اضطراب الحزن المطول كتشخيص مستقل، كما أُجريت مراجعات لغوية ومعيارية لأكثر من 70 اضطرابًا لتكون أكثر وضوحًا وشمولًا، مع اعتماد لغة غير وصمية تراعي السياقات الثقافية والإثنية، إلى جانب تحديث الرموز التشخيصية لتتوافق مع تصنيف ICD-10-CM (American Psychiatric Association, 2022; Reed et al., 2022) تعكس هذه التحديثات استمرار الميل نحو تعزيز النموذج الطبي في الطب النفسي، مع سعي متوازن لدمج البعد الثقافي والاجتماعي في عمليات التصنيف والتشخيص.

الأقسام الأساسية للدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية في الطبعة الخامسة:

وفقًا الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 2022) ينقسم الدليل في نسخته الخامسة المعدلة إلى ثلاث أقسام رئيسية وهي:

القسم الأول: الإطار التوجيهي واستخدام الدليل

لا يبدأ الدليل بقوائم الأعراض أو جداول التصنيفات، بل يستفتح صفحاته بنوع من "الميثاق النظري"، الذي يُهيئ القارئ نفسيًا وفكريًا للانخراط في عالم شديد التعقيد كالعقل البشري. يعكس هذا القسم نظرة تأملية في معنى "التشخيص النفسي"، ويُصرّ على أن التصنيف يجب ألا يتحول إلى أداة جامدة تُختزل بها حياة الإنسان في رموز وأرقام.

يُحدّد هذا الجزء كيف يجب أن يُستخدم الدليل بشكل مسؤول، مع التأكيد على أن التشخيص ليس نهاية المسار بل بدايته، وأنه يجب دومًا أن يكون جزءًا من فهم شامل للشخص، وليس لحالته

المرضـية فقط. يُشـدِّد كذلك على أن كل معيار تشـخيصـي وارد في هذا الدليل يجب أن يُطبّق بتفكر وسياق، لا كإجراء آلي، بل كنتيجة لحوار سريري مبني على الثقة والتبصر.

ويُفرد الدليل في هذا القسم جزءًا خاصًـا يُنبه فيه إلى المخاطر المحتملة لاسـتخدام معاييره في المجالات القانونية والإدارية، كأن تُسـتخدم لتبرير قرارات ضـد الأفراد أو تقليص حرياتهم، دون مراعاة للسياق النفسـي والاجتماعي الذي يعيشون فيه. هذه الإشارة تعكس نضـجًا أخلاقيًا يُقرّ بأن التشـخيص يمكن أن يُساء استخدامه بقدر ما يمكن أن يكون أداة للشفاء.

ولا يُؤكد هذا القسـم أيضًـا مسـألة التنوع الثقافي واللغوي، بل يُبرزها كجزء لا يتجزأ من عملية التقييم، حيث أن ما يُعدّ عرضًا نفسيًا في ثقافةٍ ما قد يكون مجرد تعبير عاطفي طبيعي في ثقافة أخرى.

القسم الثاني: التصنيف المنهجي

يحتوي القسم الثاني من (DSM-5-TR) على تصـنيف منهجي للاضـطرابات النفسية، مُنظمً حسـب مراحل الحياة والتطور العصـبي. يبدأ هذا القسـم بالاضـطرابات التي تظهر في مرحلة الطفولة، مثل اضـطرابات النمو العصـبي، ثم ينتقل إلى الاضـطرابات التي قد تظهر في المراهقة والبلوغ، وصـولًا إلى اضطرابات الشيخوخة.

يُقسم هذا القسم إلى فئات تشخيصية رئيسية، تشمل:

1. اضـطرابات النمو العصـبي: تشـمل اضـطرابات مثل اضـطراب طيف التوحد، اضـطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط، واضطرابات التعلم.
2. اضـطرابات طيف الفصـام والاضـطرابات الذهانية الأخرى: تتضـمن اضـطرابات مثل الفصـام، الاضطراب الفصامي العاطفي، واضطراب الشخصية الفصامية.
3. الاضطرابات ثنائية القطب وما يرتبط بها: تشمل اضطرابات مثل الاضطراب ثنائي القطب من النوع الأول والنوع الثاني، واضطراب المزاج الدوري.
4. الاضـطرابات الاكتئابية: تتضـمن اضـطرابات مثل الاكتئاب الشـديد، اضـطراب المزاج المستمر (الديستيميا)، واضطراب المزاج المعكر.

5. اضــطرابات القلق: تشــمل اضــطرابات مثل اضــطراب القلق العام، اضــطراب الهلع، الرهاب الاجتماعي، والرهاب المحدد.

6. اضــطرابات الوســواس القهري وما يرتبط بها: تتضــمن اضــطرابات مثل الوســواس القهري، اضطراب نتف الشعر، واضطراب تكديس الأشياء.

7. الاضطرابات المرتبطة بالصدمات والضغوط النفسية: تشمل اضطرابات مثل اضطراب ما بعد الصدمة، اضطراب التكيف، واضطراب الحزن المطول.

8. الاضطرابات التفككية: تتضمن اضطرابات مثل اضطراب الهوية التفككية، واضطراب الانفصال عن الواقع.

9. اضــطرابات الأعراض الجســدية وما يرتبط بها: تشــمل اضــطرابات مثل اضــطراب الأعراض الجسدية، اضطراب التحويل، واضطراب القلق الصحي.

10. اضطرابات الأكل والتغذية: تتضمن اضطرابات مثل فقدان الشهية العصابي، الشره المرضي العصابي، واضطراب تناول الطعام الانتقائي.

11. اضــطرابات النوم والاســتيقاظ: تشــمل اضــطرابات مثل الأرق، فرط النوم، واضــطراب النوم المرتبط بالدورة اليومية.

12. الاختلالات الجنسية: تتضمن اضطرابات مثل اضطراب الرغبة الجنسية المنخفضة، اضطراب الإثارة الجنسية، واضطراب النشوة الجنسية.

13. اضطراب الهوية الجنسية: يشمل اضطراب الهوية الجنسية عند الأطفال، المراهقين، والبالغين.

14. الاضطرابات التخريبية وضبط الاندفاع والسلوكيات العدوانية: تشمل اضطرابات مثل اضطراب السلوك، اضطراب التحدي المعارض، واضطراب الانفجار المتقطع.

15. الاضطرابات المرتبطة باستخدام المواد والإدمان: تتضمن اضطرابات مثل اضطراب تعاطي الكحول، اضطراب تعاطي المخدرات، واضطراب القمار المرضي.

16. الاضطرابات العصبية المعرفية: تشمل اضطرابات مثل الخرف، اضطراب الذاكرة، واضطراب الوظائف التنفيذية.

17. اضطرابات الشخصية: تتضمن اضطرابات مثل اضطراب الشخصية الحدية، اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، واضطراب الشخصية النرجسية.

18. الاضطرابات الجنسية الانحرافية:(Paraphilic Disorders) تشمل اضطرابات مثل اضطراب التوجه الجنسي، اضطراب الإثارة الجنسية غير التقليدية، واضطراب السلوك الجنسي القهري.

19. الاضطرابات الحركية الناتجة عن الأدوية وتأثيراتها الجانبية: تتضمن اضطرابات مثل التشنجات، الرعاش، واضطرابات الحركة الأخرى المرتبطة بالأدوية.

20. حالات أخرى قد تكون محورًا للرعاية السريرية: تشمل حالات مثل اضطرابات المزاج غير المحددة، اضطرابات القلق غير المحددة، واضطرابات أخرى لا تندرج تحت الفئات السابقة.

القسم الثالث: الأدوات والمفاهيم

يتناول القسم الثالث من دليل مجموعة من الأدوات والمفاهيم التي لا تندرج ضمن التصنيفات الرسمية للاضطرابات النفسية، بل تُعد مكملة للعمل الإكلينيكي ومرشدة للباحثين والممارسين الذين يرغبون في توسيع فهمهم للحالة النفسية ضمن أطر أكثر مرونة وشمولًا. هذا القسم يختلف عن سابقَيه من حيث الوظيفة، فهو لا يقدم معايير تشخيصية قاطعة، بل يفتح المجال أمام استخدام أدوات تقييمية ونماذج نظرية يمكن الاستفادة منها في فهم أكثر تعمقًا للاضطرابات النفسية، وخصوصًا تلك المتعلقة بعوامل ثقافية أو شخصية.

يبدأ هذا القسم بتقديم مجموعة من وسائل التقييم المصممة لمساعدة المختصين في رصد الأعراض وتقدير شدتها، سواء من وجهة نظر المريض نفسه أو من خلال الملاحظة السريرية. من بين هذه الوسائل ما يُعنى بجمع معلومات عن الأعراض بشكل ذاتي، حيث يجيب الفرد عن أسئلة محددة توضح مدى تأثير الأعراض على حياته اليومية. كما تتوفر أدوات تكميلية تُستخدم من قبل الأطباء لتوثيق الملاحظات السريرية، مما يتيح تقييمًا مشتركًا للأعراض بين المريض والمعالج.

ومن الإضـافات المميزة لهذا القسـم ما يُعرف بـــــ "مقابلة التكوين الثقافي"، وهي أداة متعمقة تساعد الأخصائي على فهم الخبرة النفسية للفرد من خلال عدسة ثقافية. تأخذ هذه الأداة بعين الاعتبار معتقدات الفرد حول المرض، وتصوراته عن أسبابه، وكيفية تعبيره عن الضيق النفسي، وكذلك مصادر الدعم التي يعتمد عليها. هذه المقاربة الثقافية ضـرورية لتفادي إسـقاط النماذج الغربية على سـياقات نفسية ذات جذور ثقافية مختلفة.

كما يتضمن القسم الثالث نموذجًا بديلًا لفهم اضطرابات الشخصية، وهو مقترح يتمحور حول تحليل بُعدين أسـاسـيين: أولهما يتعلّق بمدى تدهور أداء الفرد في نواحي الهوية والعلاقات، وثانيهما يتناول السـمات الشـخصـية التي تميل إلى التطرف في طريقة تفاعل الفرد مع محيطه. على عكس التصـنيفات التقليدية التي تصـف الاضـطرابات في قوالب ثابتة، يسـمح هذا النموذج بقياس تدريجي لمستويات الخلل، مع تحديد سمات بارزة تشكل جوهر اضطراب الشخصية، مثل العزلة المفرطة أو الاندفاع أو التفكير غير الواقعي.

ولا يقف هذا القسـم عند أدوات التقييم والنماذج البديلة فحسـب، بل يشـير أيضًـا إلى عدد من الاضطرابات التي لا تزال قيد الدراسة. هذه الحالات لم تُعتمد رسميًا ضمن التصنيفات الرئيسية، إلا أن الأبحاث حولها تشـــير إلى أنها قد تُضـــاف مســـتقبلًا، بناءً على تراكم الأدلة العلمية. من بين هذه الاضطرابات حالات مثل السلوك الجنسي القهري، أو الحزن المطول، والتي تتميز بوجود أعراض حادة لكن لا تزال تخضع لتدقيق علمي من حيث ثباتها وخصوصيتها.

ثانيًا: اضطراب القلق

القلق من الظواهر النفسية واسعة الانتشار في أنحاء العالم ويعتبر آفة العصر الحديث، فهو ميلاد للتعقيدات المعنوية والمادية التي اجتاحت المجتمعات، فالقلق يسيطر على ذات الفرد وأفكاره.

ويعد القلق من الانفعالات الإنسانية الأساسية وجزء طبيعي من آليات السلوك الإنساني ويعتبر من أحد أهم الاضـطرابات التي تؤثر على صـحة الإنسـان، إضـافةً إلى تأثيره السـلبي على مجالات حياته المختلفة لهذا يعتبر من العوامل الرئيســية التي تؤثر في الشــخصــية الإنســانية، فالقلق من

الموضـوعات التي فرضـت ولا زالت تفرض نفسـها على اجتهادات الباحثين في العلوم الإنسـانية؛ وذلك لأهميته وارتباطه الذي قد يكون جميع المشكلات النفسية (المشيخي، 2009).

واعتبر الأنصـاري (2006) أن القلق هو المفهوم الأسـاسـي في علم النفس الحديث وبالأخص في علم الأمراض النفسية (Psychopathology)، وهو العرض المشترك بين العديد من الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية والاضـطرابات السلوكية، بل وأيضـا عرضًـا لأمراض عضـوية مختلفة، فالقلق مفهوم تفسيري في نظريات الشخصية الحديثة.

وفي ضوء فهم الباحثة للقلق بشكله العام، ستقوم بعرض جميع المحاور والموضوعات المتعلقة بالقلق للوصول إلى مفهوم اضطرابات القلق.

مفهوم القلق:

اختلفت تعريفات القلق بتعدد الباحثين واختلاف وجهات نظرهم نحو التعريف الأمثل والشـــامل والدقيق له، ولا سيما تداخل بعض المفاهيم النفسية كالخوف والتوتر والتهديد.

يعرف ســيغموند فرويد (Sigmund Freud, 1989) القلق بأنه: حالة من الخوف الغامض الشـديد الذي يتملك الإنسـان ويسـبب له الكثير من الضـيق والكدر والألم والانزعاج، والشـخص الذي يعاني من القلق يتوقع الشـر دائما فيبدو متوتر الأعصـاب مضـطربًا ومتشـائمًا، ويفقد الثقة في النفس وعاجزًا عن البت في الأمور فاقدًا القدرة على التركيز.

وعرف زهران (2005) القلق بأنه: حالة من التوتر الشـامل والمسـتمر نتيجة توقع تهديد فعلي أو رمزي قد يحدث ويصـــحبه خوف غامض وأعراض نفســية وجســمية. وكما عرفه كابلان وســادوك (Kaplan& Sadock) بأن القلق هو: حالة مرضية تتسم بالتوجس المصحوب بعلامات جسمية تشير إلى وجود فرط نشاط الجهاز العصبي، ويختلف عن الخوف بأن الخوف يمثل استجابة لسبب معروف (غانم، 2006).

بينما يعرفه نور الدين (2010) بأنه: "حالة انفعالية غير سـارة ثابتة نسـبيًا، تتشـكل لدى الفرد نتيجة لتهديد، قد يكون هذا التهديد داخليًا وقد يكون خارجيًا، ويتميز بالتوتر نتيجة لهذا الشـعور، وتوقع

الخطر له مبرراته في الواقع الموضـــوعي ومن الممكن أن يكون ذاتيًا متوهمًا، ويصـــاحب هذه الحالة أعراض جسدية وسلوكيات سلبية.

ويعرف عكاشــة وعكاشــة (2010) القلق على أنه: شــعور عام غامض غير ســار بالتوجس والخوف والتوتر والتحفز مصحوب ببعض الإحساسات الجسمية بالأخص زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات متكررة مثل الشعور (السحبة في الصدر، أو الفراغ في فم المعدة أو الشعور بنبضات القلب والصداع وغيرها.

ويضــع التميمي (2013) تعريفا للقلق بأنه: عبارة عن حالة من التحســس الذاتي يدركها الفرد على شكل شعور من عدم الارتياح والضيق، وتوقع وشيك بحدوث الضرر والسوء، وهي حالة أشبه ما تكون في طبيعتها الشـعورية وفي الانفعالات الجسـمية المصـاحبة لها بحالة الخوف، والفارق بينهما أن مصـدر الخوف مصـدرًا واضـحًا بالنسـبة للفرد الخائف، بينما مصـدر القلق غير واضـح بالنسـبة للفرد الذي يعنيه.

يرى ســـرحان وآخرون (2013) بأن القلق هو: حالة انفعالية نفســـية يتداخل فيها الخوف ومشاعر الرهبة والرعب والحذر والتحفز، موجهة نحو المستقبل أو الظروف المحيطة، ويعتبر القلق من المشـاعر الطبيعية العامة التي يمر بها الإنسـان. بينما أشـار مقداد (2015) إلى أن القلق هو: إشـارة إنذار نحو كارثة سوف تقع أو إحساس بالضياع في موقف شديد الدافعية مع عدم التركيز والعجز عن الوصول إلى حل مثمر.

وأشـار كرينغ وآخرون (2016) إلى أن القلق هو: توجس من مشـكلة متوقعة، أما الخوف فهو رد فعل لخطر حالي، فالقلق يتعلق بخطر في المســـتقبل، أما الخوف يتعلق بخطر واقع في الوقت الراهن. كما عرف زيدنر وماثيوس (2016) القلق هو: شـعور عام من الكدر والاضـطراب بشـأن غير مؤكد وغير محدد، وغالبًا ما يكون في صورة مشوهة من الخطر أو التهديد.

وذكر فيرمان وفيرمان (2023) بأن عالم النفس الأمريكي ديفيد بارلو عرف القلق: هو حالة مزاجية موجَهة نحو المسـتقبل يكون الشـخص جاهزًا ومسـتعدًا لمحاولة التعامل مع الأحداث السـلبية

القادمة ويتكرر هذا الحدث ولا يكون الفرد قادرًا على التعامل معه، ولكن لابد أن يكون مستعدًا للمحاولة. وتعرف فورا (2023) القلق: بأنه استجابة نفسية وجسدية تنتج عن تفاعل بين العوامل البيولوجية والبيئية، فتؤثر العادات الحديثة كسوء التغذية، وقلة النوم، والتعرض المستمر للتكنولوجيا على توازن العقل والجسم، مما يولد حالة من القلق المزمن.

وقد عرفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 2022) في الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية الخامس المعدل (DSM-5-TR) القلق على أنه: التوقع المخيف لخطر أو مصيبة في المستقبل مصحوبًا بإحساس بالانزعاج أو مشاعر توتر جسدية، قد يكون الخطر المتوقع داخلي المركز أو خارجي المركز، والقلق هو عرض أساسي لمجموعة اضطرابات تسمى اضطرابات القلق وهي: قلق الانفصال – الصمت الانتقائي – الرهاب الاجتماعي – الرهاب النوعي – اضطراب الهلع –رهاب الأماكن المفتوحة – القلق المعمم.

وإشارةً إلى ما تقدم من التعريفات ترى الباحثة أنه بالرغم من اختلاف تعريفات العلماء القلق واختلاف تفسيراتهم، ولكنهم اجمعوا على أن القلق المحور الأساسي والمنبت الأول لجميع الاضطرابات السلوكية وأن الدافع الذي يثير القلق أي بؤرة القلق هو موقف ليس له مبرر موضوعي أي أنه غير مثير بطبيعته للخوف أو القلق أو شعور بخطر غامض، وكما أن يصاحب الحالة المزاجية والشعورية بعضًا من المظاهر الفسيولوجية والسلوكية.

ومن خلال التعريفات السابقة أمكن للباحثة أن تضع التعريف الإجرائي التالي لاضطرابات القلق والمقتبس من تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي: وهي مجموعة من الاضطرابات النفسية التي يعتبر القلق العامل الأساسي والمشترك فيها ويعد القلق هو المسبب لحالة الكدر والضيق التي تعيق أداء الفرد الشخصي أو الاجتماعي أو الأكاديمي وغيره، وتختلف هذه الاضطرابات عن بعضها بمجموعة من الأعراض الفارقة تخص كل اضطراب على حدة، وتوجد هذه الاضطرابات منفردة أو مترافقة اثنين أو أكثر، وتظهر في الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس اضطرابات القلق

وهي(قلق الانفصال – الصمت الانتقائي – الرهاب الاجتماعي – الرهاب النوعي – اضطراب الهلع – رهاب الأماكن المفتوحة – القلق المعمم).

أعراض القلق

يوضح غانم (2006) جملة من الأعراض تنتج بسبب القلق وهي:

- **الأعراض الجسدية:** هناك الكثير من الأعراض والعلامات تكون دلالة وإشارة إلى وجود القلق، ولكن نجد أن الفرد يتعامل مع العرض ولا يدرك السبب الحقيقي خلف هذه الأعراض فيشكو مثلًا من نغز في القلب أو ألم في عضلة القلب أو مشكلات في الجهاز الهضمي مثل :صعوبة البلع، أو الشعور بغصة في الحلق، أو الانتفاخ، أو التجسؤ وغيرها أو إضرابات في الجهاز التنفسي مثل: سرعة التنفس، أو التنهيدات المتكررة، أو الاغماء، أو الدوخة، أو تنميل الأطراف وأيضا فيما يخص الجهاز البولي والتناسلي مثل : كثرة التبول أو الإحساس الدائم بضرورة افراغ المثانة وآلام في العضلات فإذا تم استبعاد الأسباب العضوية فإن هذه المعاناة تشير إلى معاناة نفسية من القلق، وقد يأخذ القلق لزمات عصبية حركية بأشكال مختلفة مثل: فتل الشارب، أو التجهم، أو رمش العينين، أو مسح الأنف، أو مص الإبهام.
- **الأعراض النفسية:** ويظهر القلق بصورة عامة وتقلب الحالات الوجدانية والقلق على الصحة وعلى المستقبل وشدة الحساسية والاستثارة السريعة والخوف الذي قد يصل إلى درجة الفزع والتوتر الشديد وعدم الاستقرار والشك وعدم القدرة على اتخاذ القرارات وقلة التركيز واضطراب الملاحظة وعدم القدرة على الإنجاز والعمل والتشاؤم والتفكير في الماضي والأخطاء التي ارتكبها وما قد يحدث من أحداث مفاجئة في المستقبل والاحساس بقرب النهاية والخوف من الموت.
- **الأعراض المعرفية:** يتسبب القلق بزملة من الأعراض المعرفية والتي تتضح في: تشتت الانتباه وصعوبة التركيز، اضطراب في قوة الملاحظة، الشرود الذهني، اضطراب في قوة الملاحظة، اضطراب في الذاكرة، وفقدان السيطرة على ما يقوم به الفرد.

- **الأعراض الاجتماعية:** تشمل أعراض القلق الاجتماعي: تسارع ضربات القلب، التعرق، الرجفة، احمرار الوجه، واضـــطرابات المعدة وخوف مفرط من الإحراج، قلق زائد قبل وأثناء وبعد المواقف الاجتماعية، والشـــعور بعدم الكفاءة ســـلوكيًا فمثلًا تجنب التحدث أمام الآخرين، صـــعوبة بدء المحادثات، وتجنب التواصل البصري.

من خلال ما سبق يمكن أن نقول ان الأشخاص المصابين بالقلق لديهم أفكارًا ومعتقدات بعيدةً تمامًا عن الواقع والمنطق، وذلك لأنهم يتعاملون مع الأحداث والمواقف المختلفة التي تواجههم بنمط واحد، حيث أنهم يطلقون العنان لتفكيرهم في الأمور التي لا تتسم بالواقعية وينظرون للأشياء من زاوية واحدة، وهذا يولد لديهم التوتر والقلق والانزعاج.

النظريات المفسرة للقلق

تزايد الاهتمام بالقلق فقد تطورت مجموعة من التوجهات النظرية المفسرة لحدوثه، وسنلقي نظرة على أهم التفسيرات النظرية:

منظور التحليل النفسي للقلق (Psychoanalysis Perspective of Anxiety):

بدأ سـيغموند فرويد، رائد نظرية التحليل النفسـي، بدراسـة القلق بشـكل مسـتفيض، حيث أظهر علاقته بالعصـاب واعتبر أن صـدمة الميلاد، والمعروفة بقلق الميلاد، تمثل أولى تجارب القلق في حياة الإنســـان، وفي عامي 1916 و1917 قدم فرويد نظريته الأولى التي ربطت بين القلق والحرمان الجنسي، حيث اعتقد أن الأفراد الذين يعانون من الحرمان الجنسي يواجهون مشاعر قلق.

وأكد فرويد على أن الرغبة الجنســـية تضـــعف عندما يحل محلها القلق، ولاحظ أن بعض من الحالات الهستيرية تصـاحبها مشـاعر قلق، وفسـر ذلك بأن وراء الهسـتيريا توجد عملية نفسـية غالبًا ما تكون جنسية، وقد تم كبت هذه العملية، مما أدى إلى تحول الحالة الوجدانية المصاحبة لها إلى قلق.

اعتبر فرويد أن المخاوف المرضـية ومخاوف الأطفال ومخاوف الكبار جميعها تعود إلى رغبة غريزية (ليبيديه) لم يتمكن الفرد من إشباعها وكما رأى أن العصاب القهري ليس سوى أعراض مرضية تخفي وراءها مشـاعر القلق الناتجة عن كبت الدوافع الجنسـية، يتضـح من خلال هذه النظرية أن فرويد

اعتبر أن القلق يتولد نتيجة كبت دوافع الغريزة الجنسية أو إحباطها، حيث تتحول الطاقة الجنسية إلى قلق عندما تمنع الرغبة الجنسية من الإشباع.

عاد فرويد فعدل آرائه في نظريته الأخيرة التي شرحها في كتابه (القلق) فأشار إلى نوعين من القلق، القلق العصابي والقلق الموضوعي رد فعل لحالة الخطر وفرق بينهما أن الأول يرجع لخطر غريزي داخلي، أما الثاني فيرجع إلى خطر خارجي موضوعي، وليس القلق ناتجًا عن التحول المباشر لليبيدو، بل هو رد فعل للأخطار الخارجية، فشعور الفرد بالخطر ينتج بسبب تراكم تنبيهات الغريزة الجنسية مع عدم قدرة الفرد على إشباعها بسبب عجزه أو خوفه من العقاب، فالعنصر الأساسي المكون للخطر هو ازدياد التنبيه دون أن يكون الفرد قادرًا على السيطرة عليه فيشعر اتجاهه بالعجز "باختلاف مراحل النمو" فالعجز السيكولوجي وعدم القدرة على السيطرة على التنبيهات الشديدة التي يتعرض لها الطفل في أيامه المبكرة هي التي تثير القلق في أيامه الأولى، فالأشخاص العصابيون هم أولئك الذين لا يزالون يستجيبون لحالات الخطر السابقة كأنها لازالت قائمة، فيرى فرويد بأن القلق يؤدي وظيفة هامة فهو بمثابة تنبيه وإنذار بحالة خطر مقبلة حتى تتمكن الأنا من الاستعداد لمواجهة الخطر المتوقع؛ إذًا نستخلص من مما سبق أن فرويد في نظريته الأولى اعتقد أن القلق هو نتيجة الكبت، وبهذا المفهوم الجديد يصبح للقلق عند فرويد دور كبير في نشوء العصاب الذي هو وسيلة دفاعية تحاول بها الأنا اتقاء خطر غريزي داخلي وبمفهوم آخر يكون القلق هو لب أو محور العصاب (نور الدين، 2010).

قلل التحليليون الجدد من أهمية موضوع الغرائز في تفسير ظهور القلق، بالرغم من أنهم أبقوا على هذه المشكلة اهتم "أوتورانك (Otto Rank) "بما أسماه صدمة الميلاد، حيث اعتبر أن خروج الطفل من رحم أمه وانفصاله عنها يسبب له صدمة شديدة، مما يؤدي إلى نشوء القلق وتترتب على هذه الخبرة المؤلمة حالات قلق متعددة مثل قلق الفطام، قلق المدرسة، وقلق الزواج من جهة أخرى، ويرى كارل يونج (Jung) أن القلق هو رد فعل يقوم به الفرد عندما تتسلل إلى عقله قوى وخيالات غير معقولة من اللاشعور الجمعي، حيث يفسر القلق كخوف من سيطرة هذه المحتويات غير المعقولة، التي تعود إلى حياة الإنسان البدائية، مما يشكل تهديدًا لوجوده (فرويد، 1989).

في حين أن "أدلر"(Adler) يرجع نشأة القلق إلى أنماط التربية التي يتلقاها الطفل في الأسرة، وأن استدماج المشاعر يمكن أن يظهر من خلال التفاعل الدينامي بين الفرد والمجتمع (الحويلة، 2010).

ويرى "إيرك فروم" (Eric Fromm) بأن الصـــراع الذي يحدث عند الطفل بين الحاجة إلى التقرب للوالدين والحاجة للاســـتقلال هو المولد للقلق لديه وذلك أن الطفل كان معتمدًا على والديه وبالأخص على أمه لفترة طويلة وهو ما يقيده بقيود يلتزم بها حتى لا يفقد حنان والديه، ولكنه ومع تطور نموه يزداد في الاعتماد على نفســـه والتحرر، وبهذا يزداد القلق لديه نتيجة لرغبته في انجاز أعمال ومهمات مع عدم اكتمال قدرته على لإنجازها (فرويد، 1989).

ويضـــيف "هاري ســـوليفان "(Sulivan) تفســـيرًا للقلق حيث أرجع ظهور القلق إلى عدم الاستحسان في العلاقات الشخصية والاجتماعية، وقال يتمكن الفرد تجنب القلق من خلال نجاحه في تقوية الروابط الاجتماعية، فالخبرة والتجربة الإيجابية تجلب الأمن والطمأنينة للفرد. تقول "كارين هورني" (Horney) أن القلق ينشـــأ لدى الفرد بســـبب العوامل الثقافية، وإلى اضـــطراب العلاقة بين الوالدين والأبناء، وترى أن القلق نتاج اجتماعي ناتج عن البيئة الاجتماعية للفرد (الحويلة، 2010).

من خلال الاستعراض السابق، يمكن ملاحظة أن الاتجاهات الحديثة في التحليل النفسي قد تميزت عن الطرح الكلاسيكي الذي قدمه فرويد، إذ لم تَعُد تقتصر في تفسير القلق على تأثير الغرائز الأساسية كالجنسيّة (غريزة الحياة) أو العدوانية (غريزة الموت). فمع أنّهم لا ينكرون وجود الصراعات الداخلية بين مكونات الجهاز النفسي، إلا أنهم وسّعوا نطاق التفسير ليشمل عوامل بيئية وأسرية وثقافية تسهم في نشوء القلق. ويمكن القول إن نظرية التحليل النفسي، على الرغم من اختلاف تياراتها، تظل من أبرز الإســـهامات النظرية التي تناولت القلق باعتباره عنصـــرًا مركزيًا في البنية الدينامية للنفس البشرية. كما أنها تُعد من أوائل النظريات التي سلّطت الضوء، في وقت مبكر، على الأهمية النفسية والسريرية للقلق وما يرتبط به من اضطرابات، وأرجعت نشأته إلى مراحل مبكرة من نمو الفرد.

المنظور السلوكي للقلق (Behaviorism Perspective of Anxiety)

يرى فريمان وفريمان (2023) أن القلق عند السلوكيين هو سلوك متعلم أو استجابة خوف اشتراطية مكتسبة من حيث نشأتها وتكوينها، هذه الاستجابة تستثار بسلوك محايد ليس بطبيعته إثارة هذا الشعور، ولكن هذا المثير المحايد اكتسب القدرة على استدعاء الخوف نتيجة لاقترانه عدة مرات بمثير طبيعي للخوف ويبدأ الفرد في القلق عندما يتعرض للمثير الذي كان من قبل محايدًا وأصبح مثيرًا شرطيًا للقلق.

بينما ترى الحويلة (2010) بأن القلق عند السلوكيين مصدره يكمن خارج الفرد يتمثل في المواقف التي يتعرض لها، ويعد دافعًا مكتسبًا أو قابلًا للاكتساب يرتبط بفكرة الصراع الانفعالي الشديد؛ فهو صراع شعوري وينتج من خلال التنشئة الاجتماعية، فيقلق الطفل من احتمالية فقدان حب والديه.

ويذكر عكاشة وعكاشة (2010) بأن السلوكيون يرون (بافلوف وواطسون) أن القلق يقوم بدور مزدوج فمن ناحية يمثل حافزًا، ومن ناحية أخرى يمثل مصدر تعزيز، ويتم ذلك عن طريق خفض القلق، وبالتالي فإن العقاب يؤدي إلى كف السلوك غير مرغوب فيه، وبالتالي فيتولد القلق الذي يعد صفة تعزيزية سلبية تؤدي إلى تعديل السلوك، فإن أهم ما أكده السلوكيون أن القلق هو استجابة شرطية مؤلمة تحدد مصدر القلق عند الإنسان.

المنظور المعرفي للقلق (Cognitivism Perspective of Anxiety)

ذكر أبو سليمان (2007) بأن النظرية المعرفية تعتبر أن نشأة القلق تعود إلى مبالغة الفرد في الشعور بالتهديد ومسبوقًا بنمط تفكير خاطئ مع تشوهات معرفية، حيث أن الفرد يقوم بتفسير إحساساته الجسدية بطريقة غير صحيحة مثل ازدياد ضربات القلب يفسرها على أنها أزمة قلبية، وهذا ما يؤدي إلى زيادة الأعراض السلبية.

وقد أشار حسين (2013) أن التفسير المعرفي لاضطرابات القلق ركز على الطريقة التي يفكر بها الفرد حول المشكلات والمواقف والأخطار المحتملة، فالأفراد القلقين يميلون إلى وضع تقييم غير

واقعي للمواقف التي يكون فيها إمكانية الخطر بعيدة فهم يبالغون في تقييم احتمالية الأذى والخطر لدرجة كبيرة، وهذا النوع من التفكير يجعل الفرد مفرط الحذر دائما يبحث عن إشارات الخطر.

ويشير الداهري (2005) إلى أن النظرية المعرفية فسرت الاضطراب الانفعالي على أنه خبرة تنتج عن الطريقة التي يتعامل بها الفرد في تفسيره للأحداث التي يتعرض لها، وقد تكون هذه الأحداث والمواقف تمس نقاطًا محددة أو محكات غير محصنة فتستخرج منها التصورات المرتبطة بالمخاوف لاحقا.

يرى أصحاب الاتجاه المعرفي الحديث أن الاكتشاف السريع للمثيرات المهددة، حتى وإن لم تكن ذات ضرر موضوعي، يحدث بعد عمليات التجنب. في المقابل، تؤكد الرؤية المعرفية الكلاسيكية أن الفرد يظهر تحيزه من خلال نظمه المعرفية، مما يؤدي إلى تركيز انتباهه على المثيرات المهددة، ويترتب على ذلك صعوبة في تحويل انتباهه عنها. يشير هذا إلى أن القلق مرتبط بتحيزات الرضا عن المثيرات المهددة، سواء في التوجه النهائي أو ثبات الانتباه، كما أن قابلية الفرد للقلق قد تكون مرتبطة بزيادة الانتباه الاختياري تجاه المثيرات المهددة (Bradley et al., 1998).

من خلال ما تم طرحه فإن هذا الاتجاه يوفّر تفسيرًا دقيقًا للقلق، منطلقًا من العمليات الذهنية التي تسبق الاستجابة الانفعالية. فالفرد القَلِق لا يعاني بالضرورة من تهديد واقعي، بل تكمن المشكلة في كيفية استقباله للمثيرات وتفسيره لها ضمن منظومة معرفية مشوّهة. إذ يؤدي تضخيم التهديدات المحتملة، والانخراط في أنماط تفكير غير منطقية، إلى تفعيل مشاعر القلق بصورة مفرطة. ما يميّز الطرح المعرفي، من وجهة نظر الباحثة، هو قدرته على تفسير الفروق الفردية في الاستجابة للمواقف اليومية؛ فبعض الأفراد قد يظهرون استقرارًا نفسيًا في مواقف معينة، بينما يُظهر آخرون قلقًا مرتفعًا حيال المواقف ذاتها، مما يدل على أن التفسير المعرفي يُعزى إلى البنية الذهنية وليس إلى طبيعة الموقف في حد ذاته.

القلق من منظور المدرسة الإنسانية

نشأت النظرية الإنسانية كرد فعل على الحتمية التحليلية الداخلية والحتمية السلوكية الخارجية، حيث أسسها أبراهام ماسلو وطوّرها لاحقًا كارل روجرز وتقوم هذه النظرية على أهمية التطابق بين الذات والخبرة؛ فالذات تعبر عن الصورة التي يكونها الإنسان عن نفسه، بينما تمثل الخبرة انعكاسًا

لتقدير الآخرين وتعاملهم معه وعندما يحدث انسجام بين الذات والخبرة، يتحرر الفرد من التوتر الداخلي (القلق)، مما يؤدي إلى تحقيق التوافق النفسي المطلوب (الأحمد، 2002).

وفقًا لماي (May, 1962) وكولمان (Collman, 1972): فإن الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك حتمية نهايته، وأن الموت قد يأتي في أي لحظة، مما يجعله المثير الأساسي للقلق فحرص الإنسان على وجوده هو ما يجعله يشعر بالقلق، حيث يُنظر إلى الموت باعتباره الحالة المطلقة للعدم.

أما ثورن (Thorn) فيرى أن كل فرد يحمل سجلًا تراكميًا لتجاربه، يضم نجاحاته وإخفاقاته في الحياة، ويشير إلى أنه كلما انخفضت نسبة النجاح عن 50% زاد القلق. كما أن الفشل في تحقيق الأهداف، أو عدم القدرة على اختيار أسلوب حياة مناسب، أو الخوف من الفشل في تحقيق الحياة التي يرغب بها الفرد، كلها عوامل تثير القلق. ويزداد هذا القلق عندما يفقد الإنسان جزءًا من قدراته نتيجة التقدم في السن أو اعتلال الصحة أو الإصابة بمرض عضال، حيث يقل عدد الفرص المتاحة أمامه، مما يؤدي إلى تراجع نسبة النجاح المحتمل في المستقبل (عبد الغفار، 1990).

كما ذكر تونسي (2002) بأن المدرسة الإنسانية تمثل امتدادًا للفكر الوجودي، حيث يرى الإنسانيون أن القلق ينبع من الخوف من المستقبل وما قد يحمله من أحداث تهدد وجود الإنسان أو إنسانيته. ومن أبرز رواد هذا الفكر ماسلو وروجرز. ويرى ماسلو أن الإنسان يسعى للنمو والتطور بدلًا من مجرد تجنب الإحباط أو تحقيق التوازن، وهو ما جعله يضع نظرية هرم الحاجات، حيث يؤدي الفشل في تحقيق هذه الحاجات إلى الشعور بالقلق. أما روجرز، فيؤكد أن القلق ينشأ عندما يكون هناك تناقض بين إمكانات الفرد وطموحاته، أو بين الذات الواقعية والذات المثالية، أي عندما يتعارض ما يعيشه الفرد فعليًا مع الصورة التي يحملها عن نفسه.

ويقول الشناوي (2000) أن كارل روجرز تحدث عن القلق في مواقع مختلفة في بناء نظريته العلاج النفسي المتمركز حول العميل، فتحدث عنه أثناء شرحه لقابلية التعرض للتهديد أو الحساسية، وأثناء حديثه عن كيفية تحريف أو إنكار الخبرات المؤلمة، وأثناء حديثه عن تشكيل الاضطراب النفسي، فإنه ينظر إلى القلق كأحد: التوتر الفسيولوجي (Physiological Tension)، عدم الارتياح النفسي (Psychological Discomfort)، القلق (Anxiety).

تبيّن أن النظرية الإنسانية قدّمت تفسيرًا مختلفًا ومتكاملًا للقلق، انطلاقًا من تركيزها على ذات الإنسان وتجاربه الشخصية، بدلًا من ربط القلق بعوامل لاشعورية أو سلوكية بحتة. ومن وجهة نظر الباحثة، فإن أهم ما يميز هذا الاتجاه هو نظرته للقلق كنتاج لخلل في التوازن بين الذات كما يراها الفرد، والخبرات التي يعيشها في محيطه الواقعي. فحين يتباعد ما يطمح إليه الفرد عما يتحقق فعليًا في واقعه، ينشأ شعور داخلي بعدم التوافق، يتجلى في صورة قلق نفسي.

المنظور البيولوجي للقلق

ذكر حسين (2013) أن اضطرابات القلق لها تاريخ وراثي عائلي فحوالي 15% من المصابين بالاضطرابات تكون ذريتهم متأثرة أيضا، إلا أن هذا الاكتشاف لا يوفر أساسًا وراثيًا لهذه الاضطرابات، وهذا لأن هؤلاء الأفراد يعيشون في بيئات متشابهة ويعانون من التجارب نفسها، وبالرغم من ذلك فإن الدراسات على التوأم توفر دليلًا مؤيدًا للتعرض الوراثي للاضطرابات، فالتوأم المتشابهة معرضة بنسبة 3-4 مرات أكثر من التوأم الاعتيادية. وأظهرت البحوث الوراثية أن القلق الموروث يعبر عن نفسه بصورة مختلفة للقلق والذعر، فالنظام الكيميائي في الدماغ يشمل مجموعة معقدة من الناقلات العصبية التي تعمل في عدة مناطق من الدماغ وتسبب القلق.

كما وضح عكاشة وعكاشة (2010) تنشأ أعراض القلق نتيجة لزيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي (السمبثاوي-الباراسمبثاوي) والذي بدوره يعمل على زيادة نسبة "الأدرينالين، والنورأدرينالين" في الدم، ويعتبر الهيبوثلامس "مركز تنظيم الجهاز العصبي اللاإرادي" وهو مركز التعبير عن الانفعالات وهو يتصل مع المخ الحشوي" مركز الإحساس بالانفعال" و قشرة المخ عبر دائرة عصبية والتي من خلالها نعبر ونحس بالانفعالات، حيث أن هذه الدائرة تعمل من خلال إشارات وشحنات كهربائية وكيميائية (النور أدرينالين، السيروتونين، الدوبامين، الاسيتاليل "قشرة المخ").

ترى الباحثة ان هذا المنظور ركز على دور الوراثة وعلى دور الناقلات العصبية، مثل النورأدرينالين والسيروتونين والدوبامين، وهذا ما يضيف بُعدًا علميًا معمقًا لفهم دينامية القلق، حيث أن اختلال توازن هذه المواد يؤدي إلى استجابات انفعالية غير متكافئة. وترى الباحثة أن التفسير

البيولوجي يُسهم بقوة في تطوير استراتيجيات العلاج الدوائي، ويمنح فهمًا دقيقا للأسباب الكامنة خلف الأعراض الظاهرة، غير أنه يجب ألا يُنظر إليه كبديل للتفسيرات الأخرى، بل كمكمّل ضروري لها ضمن إطار تكاملي متعدد الأبعاد لفهم اضطرابات القلق.

يتبيّن من خلال استعراض التفسيرات النظرية أن اضطرابات القلق تُعد نتاجًا لتفاعل معقّد بين عوامل نفسية وذهنية وبيولوجية. فقد فسّرت النظرية التحليلية القلق على أنه صراع لا شعوري بين مكونات النفس، بينما ركزت النظرية المعرفية على دور الأفكار المشوّهة والتقديرات الخاطئة للتهديد. أما النظرية الإنسانية فقد ربطت القلق بتناقضات الذات والبحث عن المعنى، في حين أكدت النظرية البيولوجية على دور العوامل الوراثية والاختلالات العصبية. ومن هنا، يتضح أن فهم القلق يستدعي منظورًا تكامليًا يجمع بين هذه الاتجاهات لتقديم صورة أكثر شمولًا ودقة لهذا الاضطراب.

العوامل المسببة للقلق

من خلال استعراض التفسيرات النظرية المختلفة للقلق، يمكن أن نجمل ونلخص أسبابه فيما يلي:

- **الاستعداد الوراثي:** أثبتت الدراسات على أن أبناء الأشخاص المصابين بالقلق هم مهيئين ولديهم استعداد بشكل أكبر إلى تطوير هذه الاضطرابات، ويمكن الاستدلال على ذلك بشكل جزئي على الأقل أن هناك بنية نفسية موروثة قابلة للإصابة، ويلعب دورًا كبيرًا التعلم الناتج عن التنشئة والظروف الاجتماعية في ظهور المرض أو عدم ظهوره، فقد لوحظ أن ابتعاد الطفل عن والديه يولد القلق لديه، و كما أن الحرص الشديد والحذر الدائم والحماية الزائدة من قبل الوالدين يمكن أن تؤدي الى الإصابة بالقلق، وكما أن الانتقادات المستمرة والتوقعات الكبيرة وعدم الشعور بالأمن عوامل تساهم في ظهور القلق، وفي كل الأحوال فإن الأسرة المضطربة لأسباب مختلفة كالاضطرابات الأسرية أو اضطرابات الشخصية لدى أحد الوالدين كلها عوامل سلبية تؤثر على نشأة الطفل وتطوره، فوقوع الفرد تحت مؤثرات سلبية حادة أو مزمنة تتراكم عبر مرور السنوات ويمكن أن تكون العامل المساعد أو المرسب في الوصول إلى اضطرابات القلق (سرحان وآخرون، 2013).

ويضيف زهران (2005) عدة أسباب وهي:

- الاستعدادات النفسية أو الضعف النفسي العام: فالشعور بالتهديد الداخلي والخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية لمكانة الفرد وأهدافه والأزمات والمتاعب والصدمات النفسية، والمخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة، والتوتر النفسي، وتعود الفرد على الكبت بدلًا من التقدير الواعي لظروف الحياة، فقد يؤدي فشل الكبت أحيانًا إلى قلق؛ ذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد، أو الضغوط الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة، ومن الأسباب النفسية ايضًا الصراع بين الدوافع والاتجاهات، والإحباط، والحلول الخاطئة وكثرة المحرمات الثقافية، الفشل اقتصاديًا أو مهنيًا أو زواجيًا.
- مواقف الحياة الضاغطة والضغوط الحضارية والثقافية والبيئة الحديثة ومطالب ومطامح المدينة المتغيرة والبيئة المحملة بعوامل الخوف ومواقف الضغط والحرمان، وعدم الشعور بالأمن، واضطراب وتفكك الأسرة، والوالدان العصابيان والقلقان، وعدوى القلق وخاصة من الوالدين.
- مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة ومشكلات الحاضر التي تعمل على تنشيط ذكريات الصراعات في الماضي، والطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال واضطراب العلاقات الشخصية مع الأخرين.
- التعرض للخبرات والحوادث الحادة (اقتصاديا أو عاطفيا أو تربويا)، والخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة، والارهاق الجسمي، والتعب، والمرض.

أنــواع القلــق

يرى كل من منسـي (2001) والشـناوي (ب س) أن ما جاء به فرويد مؤسـس مدرسـة التحليل النفسي يُعتبر أفضل تصنيفات القلق وقد كان التصنيف على النحو التالي:

القلق الموضوعي (Objective Anxiety)

قلق خارجي المنشـــأ، قريب إلى الخوف، ويســـمى بالقلق الواقعي (Realistic Anxiety) أو القلق الســـوي (Normal Anxiety) أو القلق الحقيقي (True Anxiety)، وهذا النوع من القلق مرتبط بالبيئة ويعزى إلى الخبرة المؤلمة الأولى التي أثارت مشـاعر القلق والإحسـاس به وجعله طابع الشـخصـية، وقد ذكر أن صـدمة الميلاد الأولى (Primal Anxiety) تتسـبب في حدوث هذا القلق، متمثلة في خروج الطفل من بطن أمه إلى الدنيا، و لارتباط القلق بموضوع حقيقي يحمل خطرًا حقيقيًا، أي أن القلق رد فعل مبررًا لخطر خارجي بحيث يتعامل الفرد مع الخطر ويتجنبه.

القلق العصابي (Neurotic Anxiety):

قلق داخلي المنشأ، وهذا النوع من القلق مبهم المصدر ويحدث هذا النوع من القلق للفرد دون أن يتمكن من معرفة السـبب لمخاوفه، حيث يشـعر بعدم الارتياح وترقب دائم ومسـتمر للمصـائب، وأحيانًا يسمى بالقلق الهائم الطليق.

وقد ذكر عثمان (2000) أن فرويد قسم القلق العصابي إلى ثلاثة أنواع وهي:

- القلق الهائم الطليق: قلق يتعلق بأي شـيء خارجي أو بأية فكرة مناسـبة، فالأشـخاص المصـابون بهذا النوع من القلق يتوقعون أسوء النتائج، ويفسرون كل ما يحدث لهم أنه نذير سوء.
- قلق المخاوف المرضـية: عبارة عن مخاوف تبدو غير معقولة، ولا يسـتطيع المريض أن يفسـر معناها، وهذا النوع من القلق يتعلق بشـيء خارجي معين، فهو ليس خوفا معقولًا، كما لا يوجد ما يبرره، وهو ليس خوف شائعًا بين الناس.
- قلق الهستيريا: يرى فرويد أن هذا النوع من القلق يبدو واضـحًا في بعض الأحيان، وغير واضـح أحيانًا كما يرى أن أعراض الهسـتيريا مثل الرعشـة والإغماء، وصـعوبة التنفس إنما تحل محل

القلق، وبذلك يزول الشعور بالقلق أو يصبح القلق غير واضح، ولهذا نجد أعراض القلق النفسي نوعان: أحدهما نفسي والآخر عضوي.

القلق الذاتي أو الخلقي (Moral Anxiety)

هذا النوع من القلق ينشأ نتيجة تحذير أو لوم الأنا الأعلى للفرد عند اقترافه أو يفكر بالقيام بسلوك يتعارض مع القيم التي يمثلها جهاز الأنا الأعلى، أي أن هذا النوع من القلق يتسبب عن مصدر داخلي مثله مثل القلق العصابي الذي ينتج من تهديد دفعات الأنا، ويتمثل هذا القلق في مشاعر الإثم، والخزي والخجل، ويصل هذا القلق درجته القصوى في بعض أنواع العصاب، كعصاب الوسواس القهري الذي يعاني صاحبه من السيطرة المستبدة من الأنا الأعلى. إذ يمكن القول أن مصادر هذا النوع من القلق ترجع إلى التنشئة الاجتماعية لدى الأفراد ويصعب علاجه عند الكبار وعادة ما يصاحبه الإحساس بالذنب، ولذلك يمكننا التفريق بين القلق السوي والقلق العصابي أو المرضي.

ويرى زهران (2005) أنه من الممكن إضافة تصنيفًا آخر للقلق العصابي وهي:

- **القلق العام (Free-Floating Anxiety):** وهو لا يرتبط بموضوع محدد، بل هو قلقًا غامضًا وعامًا وعائمًا.
- **القلق الثانوي:** وهو عبارة عن عرض من أعراض الاضطرابات النفسية الأخرى، أي أنه عرضًا مشتركًا في جميع الأمراض النفسية.

بالإضافة إلى التصنيفات السالفة الذكر، سعت أيضا التصنيفات النفسية المختلفة مثل تصنيف المنظمة العالمية للصحة والجمعية الأمريكية للطب الطب نفسي لتصنيف أنواع اضطرابات القلق، وبما أن الباحثة ركزت في هذه الدراسة على الدليل التشخيصي المعد من طرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي، فقد خصصت الباحثة لهذا التصنيف عنصرا خاصا يتم عرضه في النقطة الموالية.

اضطرابات القلق وفقًا للدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية (DSM5-TR):

صنفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية الخامس المعدل (DSM5-TR) اضطرابات القلق إلى ما يلي:

اضطراب قلق الانفصال (Separation Anxiety)

وتعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 2022) اضطراب قلق الانفصال بأنه: الخوف أو القلق المفرط وغير المناسب من الناحية التطورية يرتبط بالانفصال عن الأشخاص الذين يتعلق بهم الفرد. وفيما يلي المحكات التشخيصية لاضطراب قلق الانفصال حسب الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس المعدل للاضطرابات النفسية والعقلية:

أ. يمكن تشخيص اضطراب قلق الانفصال عند تحقق ثلاثة أو أكثر من المحكات التالية:

- انزعاج مفرط متكرر عند توقع أو حدوث الانفصال عن المنزل أو الأشخاص الذين يتعلق بهم بشدة.
- خوف مستمر ومفرط يرتبط بفقدان الأشخاص الذين يتعلق بهم أو توقع حدوث أذى لهم مثل: المرض، أو الإصابة، أو حدوث كارثة، أو الموت.
- قلق مستمر ومفرط بشأن التعرض لحدث مؤسف (مثل: الضياع، التعرض للخطف، التعرض لحادث، المرض) يتسبب في الانفصال عن شخص يتعلق به بشدة.
- الإحجام أو الرفض المستمر للخروج أو الابتعاد عن المنزل أو الذهاب إلى المدرسة أو العمل أو إلى أي مكان آخر بسبب الخوف من الانفصال.
- الخوف المستمر والمفرط أو التردد في البقاء وحيدًا أو بدون أشخاص يتعلق بهم في المنزل أو في أماكن أخرى.
- الإحجام المستمر أو الرفض النوم بعيدًا عن المنزل أو الذهاب إلى النوم دون أن يكون بالقرب من شخص يتعلق به بشدة.
- كوابيس متكررة تتعلق بموضوع الانفصال.

- شكاوى متكررة من أعراض جسدية (مثل الصداع، وآلام المعدة، والغثيان، والقيء) عند حدوث أو توقع الانفصال.

ب. الخوف أو القلق أو التجنب المستمر يستمر لمدة 4أسابيع على الأقل عند الأطفال والمراهقين، وبشكل نموذجي ستة أشهر عند البالغين.

ج. يسبب الاضطراب إحباطًا سريريًا كبيرًا أو ضعفًا في الأداء الاجتماعي، أو الأكاديمي، أو المهني، أو غيرها من مجالات الأداء المهمة.

د. لا يمكن تفسير الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر مثل رفض مغادرة المنزل بسبب المقاومة للتغيير في اضطراب طيف التوحد، أو الأوهام والهلاوس المتعلقة بالانفصال في الاضطرابات الذهانية، أو رفض الخروج بدون رفيق موثوق به في الخوف من الأماكن المفتوحة، أو الخوف بشأن سوء الصحة أو أي ضرر قد يصيب الآخرين المهمين في اضطراب القلق العام، أو المخاوف بشأن الإصابة بمرض في اضطراب قلق المرض.

ويدعم تشخيص اضطراب قلق الانفصال أن المصابين قد يظهر عليهم الانسحاب الاجتماعي، أو اللامبالاة، أو الحزن، أو صعوبة التركيز على العمل أو اللعب اعتمادًا على أعمارهم وقد يترافق مع اضطراب قلق الانفصال زيادة خطر الانتحار، حيث يرتبط وجود اضطرابات القلق بالتفكير والمحاولات الانتحارية وقد يتداخل مع اضطرابات الشخصية الاعتمادية والشخصية الحدية (APA, 2022).

اضطراب الصمت الانتقائي (Selective Mutism)

وتعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 2022) اضطراب الصمت الانتقائي بأنه: عجز ثابت عن الكلام في مواقف اجتماعية محددة (حيث يتوقع فيها الكلام مثل المدرسة) رغم الكلام في مواقف أخرى. وحدد الدليل التشخيص والإحصائي الخامس المعدل المحكات التشخيصية لاضطراب الصمت الانتقائي في الآتي:

أ. عجز ثابت عن الكلام في مواقف اجتماعية محددة (حيث يتوقع فيها الكلام مثل المدرسة) رغم الكلام في مواقف أخرى.

ب. يتعارض الاضطراب مع الإنجازات التعليمية أو المهنية أو في التواصل الاجتماعي.

ج. مدة الاضطراب شهر على الأقل (لا يقتصر على الشهر الأول في المدرسة).

د. لا ينجم العجز عن انعدام المعرفة باللغة المنطوقة أو الاحساس بالراحة معها وهو الأمر المطلوب في المواقف الاجتماعية.

هـ. لا يفسر الاضطراب من خلال اضطراب تواصلي (مثل اضطراب الطلاقة ذو البدء الطفلي) ولا يحدث حصرًا في سياق اضطراب طيف التوحد أو الفصام أو اضطراب ذهاني آخر.

يؤكد الدليل أن بعض الأطفال المصابين بالصمت الانتقائي قد يستخدمون وسائل غير لفظية للتواصل، مثل الإيماءات أو الكتابة، في المواقف التي لا يستطيعون فيها التحدث. كما قد يظهر لديهم سلوكيات مثل الجمود أو تجنب النظر المباشر عند مواجهة الضغوط الاجتماعية ويشدد DSM-5-TR أيضًا على أن هذا الاضطراب ليس مجرد خجل طبيعي، بل هو حالة تؤثر بشكل كبير على الأداء الاجتماعي والأكاديمي، مما يستدعي التدخل العلاجي المبكر.

اضطراب الرهاب النوعي (Specific Phobia Disorder)

وفقًا لتعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي بأنه: خوف أو قلق ملحوظ بشأن شيء أو موقف معين (على سبيل المثال، الطيران، المرتفعات، الحيوانات، تلقي الحقن، رؤية الدم). وطبقًا للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعدل للاضطرابات النفسية والعقلية DSM-5-TR فقد حدد المحكات التشخيصية لاضطراب الرهاب النوعي فجاءت كالآتي:

أ. خوف أو قلق ملحوظ بشأن شيء أو موقف معين (على سبيل المثال: الطيران، المرتفعات، الحيوانات، تلقي الحقن، رؤية الدم).

ب. يثير الشيء أو الموقف الرهابي خوفًا أو قلقًا دائمًا تقريبًا.

ج. يتم تجنب الشيء أو الموقف الرهابي بشكل فعال أو تحمله بخوف أو قلق شديد.

د. الخوف أو القلق لا يتناسب مع الخطر الفعلي الذي يشكله الشيء أو الموقف المحدد ومع السياق الاجتماعي والثقافي.

هـ. يكون الخوف القلق أو التجنب مستمرًا ويدوم لستة أشهر أو أكثر.

و. يسبب الخوف، أو القلق، أو التجنب ضائقة، أو ضعفًا كبيرًا سريريًا في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة.

ز. لا يمكن تفسير الاضطراب بشكل أفضل من خلال أعراض اضطراب عقلي آخر، بما في ذلك الخوف والقلق وتجنب المواقف المرتبطة بأعراض تشبه أعراض الذعر أو أعراض العجز الأخرى (كما هو الحال في رهاب الخلاء)، أو الأشياء أو المواقف المتعلقة بالهواجس (كما هو الحال في اضطراب الوسواس القهري)، أو تذكير بالأحداث المؤلمة (كما هو الحال في اضطراب ما بعد الصدمة)، الانفصال عن المنزل أو شخصيات التعلق (كما هو الحال في اضطراب قلق الانفصال) أو المواقف الاجتماعية (كما هو الحال في اضطراب القلق الاجتماعي).

يؤكد الدليل أن الأفراد المصابين بالرهاب النوعي غالبًا ما يدركون أن خوفهم مفرط أو غير منطقي، ولكنهم مع ذلك يجدون صعوبة في السيطرة عليه أو مواجهته كما يشير إلى أن هذا الاضطراب قد يتطور في مرحلة الطفولة المبكرة، ويمكن أن يستمر لسنوات إذا لم يتم التدخل العلاجي كما يلفت الدليل الانتباه إلى أن الرهاب النوعي يمكن أن يؤدي إلى سلوكيات تجنب مفرطة، مما قد يؤثر بشكل كبير على الحياة اليومية والمهنية للفرد، خاصة إذا كان الرهاب متعلقًا بأماكن أو مواقف شائعة مثل الطيران أو المرتفعات أو الحيوانات.

اضطراب الرهاب الاجتماعي (Social Anxiety Disorder)

يعرّف اضطراب الرهاب الاجتماعي وفقًا للجمعية الأمريكية للطب النفسي بأنه: خوف أو قلق ملحوظ بشأن موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية التي يتعرض فيها الفرد للتدقيق المحتمل من قبل الآخرين تشمل الأمثلة التفاعلات الاجتماعية (على سبيل المثال، إجراء محادثة، أو مقابلة أشخاص غير مألوفين)، أو الملاحظة (على سبيل المثال، الأكل أو الشرب)، أو الأداء أمام الآخرين (على سبيل المثال، إلقاء خطاب). ويحدد (DSM-5-TR) المحكات التشخيصية لاضطراب الرهاب الاجتماعي كالآتي:

أ. خوف أو قلق ملحوظ بشـــأن موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية التي يتعرض فيها الفرد للتدقيق المحتمل من قبل الآخرين، وتشـمل الأمثلة التفاعلات الاجتماعية (على سـبيل المثال: اجراء محادثة، أو مقابلة أشـخاص غير مألوفين)، أو الملاحظة (على سـبيل المثال: الأكل أو الشرب)، أو الأداء أمام الآخرين (على سبيل المثال: إلقاء خطاب).

ب. يخاف الفرد من أنه سيتصـرف بطريقة أو تظهر عليه أعراض القلق التي سيتم تقييمها بشكل سلبي (أي ستكون مهينة أو محرجة، أو ستؤدي إلى الرفض أو الإساءة للآخرين).

ج. يثير التعرض للمواقف الاجتماعية الخوف أو القلق بشكل دائم.

د. يتم تجنب المواقف الاجتماعية أو تحملها بخوف أو قلق شديد.

هـ. الخوف أو القلق لا يتناســب مع التهديد الفعلي الذي يشــكله الوضــع الاجتماعي والســياق الاجتماعي والثقافي.

و. الخوف أو القلق أو التجنب مستمر، عادة ما يستمر لستة أشهر أو أكثر.

ز. يسـبب الخوف أو القلق أو التجنب ضـائقة كبيرة سـريريًا أو ضـعفًا في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء.

ح. لا يفسـر الخوف أو القلق أو التجنب بشـكل أفضـل من خلال أعراض اضـطراب عقلي آخر، مثل: اضطراب الهلع أو اضطراب تشوه الجسم، أو اضطراب طيف التوحد.

يؤكد الدليل أن الأفراد المصـــابين بالرهاب الاجتماعي لا يعانون فقط من الخجل العادي، بل يواجهون قلقًا شـــديدًا يؤثر على حياتهم اليومية، وقد يتجنبون المواقف الاجتماعية تمامًا، مما قد يؤدي إلى العزلة وصعوبة بناء العلاقات الشخصية أو المهنية.

كما يشـير (DSM-5-TR) إلى أن هذا الاضـطراب قد يكون مرتبطًا بزيادة الحسـاسـية تجاه النقد أو الرفض، وأنه غالبًا ما يبدأ في مرحلة المراهقة، ويمكن أن يكون مصحوبًا بأعراض جسدية مثل التعرق، احمرار الوجه، وتسارع ضربات القلب عند التعرض لمواقف اجتماعية مخيفة.

اضطراب الهلع (Panic Disorder)

يعرّف اضـطراب الهلع وفقًا لتعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسـي بأنه: نوبات الهلع غير المتوقعة المتكررة نوبة الهلع هي طفرة مفاجئة من الخوف الشـديد أو عدم الراحة الشـديدة التي تصـل إلى ذروة في غضـــون دقائق، وخلال هذه الفترة التي تحدث فيها أربعة (أو أكثر) من الأعراض. ملاحظة: يمكن أن تحدث الزيادة المفاجئة من حالة هادئة أو حالة قلق. وقد وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعدل للاضطرابات النفسية (DSM5-TR) المحكات التشخيصية لاضطراب الهلع كالآتي:

أ. يمكن تشخيص اضطراب الهلع عند تحقق أربعة أو أكثر ثلاثة أو أكثر من الأعراض الآتية:

1. خفقان القلب أو تسارع ضربات القلب أو زيادة معدل ضربات القلب.
2. التعرق.
3. الارتعاش أو الاهتزاز.
4. الإحساس بضيق في التنفس أو الاختناق.
5. الشعور بالاختناق (الغصص).
6. ألم في الصدر أو انزعاج صدري.
7. الغثيان أو تلبك في البطن.
8. الإحساس بالدوار، أو عدم الثبات، أو خفة الرأس، أو الإغماء.
9. قشعريرة أو إحساس بالحرارة.
10. تنمل (خدر أو وخز).
11. الغربة عن الواقع (مشاعر عدم الواقعية) أو تبدد الشخصية (الانفصال عن الذات).
12. الخوف من فقدان السيطرة أو الجنون.
13. الخوف من الموت.

ب. تم اتباع واحد على الأقل من الهجمات لمدة شهر واحد (أو أكثر) من واحد أو كليهما:

1. القلق المستمر أو القلق بشأن نوبات الهلع الإضافية أو عواقبها (على سبيل المثال: فقدان السيطرة، الإصابة بنوبة قلبية، يصبح مجنونًا).

2. تغيير سلوكي تكيفي ملحوظ مرتبط بالنوبات (على سبيل المثال: السلوكيات المصممة لتجنب نوبات الهلع، كتجنب ممارسة الرياضة أو المواقف غير المألوفة).

ج. لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (على سبيل: لا تحدث نوبات الهلع فقط استجابة لمواقف اجتماعية مخيفة، كما هو الحال في اضطراب القلق الاجتماعي، استجابة لأشياء أو مواقف رهابية مقيدة كما هو في الرهاب المحدد أو حالات رهاب محدد، والاستجابة للهواجس كما في اضطراب الوسواس القهري، واستجابة للتذكير بالأحداث المؤلمة كما في اضطراب ما بعد الصدمة، أو استجابة للانفصال عن شخصيات التعلق كما في اضطراب قلق الانفصال. ملاحظة: يمكن أن تحدث الزيادة المفاجئة من حالة هادئة أو حالة قلق.

اضطراب رهاب الأماكن المفتوحة (Agoraphobia Diagnostic)

يعرّف اضطراب رهاب الأماكن المفتوحة (رهاب الساح) وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بأنه: الخوف من حدوث نوبات الهلع أو من المواقف أو الأماكن التي قد تسبب الشعور بالمحاصرة، أو الاحراج، أو العجز وتجنبها، أو الخوف من موقف فعلي أو على وشك الحدوث.

ويطلق عليه رهاب الخلاء ورهاب الأماكن المفتوحة ورهاب الأماكن العامة: وهو خوف غير عقلاني ومعمم من التواجد في الأماكن المفتوحة أو التواجد في مكان مزدحم أو السفر بمفرده. ويفرق البعض بين رهاب الساح ورهاب الخلاء فيرى أن رهاب الساح هو خوف من المواقف والأماكن التي يكون الفرد خارج المنزل أو خارج محيطه المألوف، والأماكن المثلى لظهور هذا الاضطراب هي الأماكن العامة، وتجمعات الناس، والابتعاد كثيرًا عن المنزل.

بينما رهاب الخلاء هو خوف من المواقف التي يكون فيها المريض وحده في مكان سواء البيت، أو العمل، أو المصعد، أو الشارع، ويجبر هؤلاء المضطربين أشخاصًا على البقاء معهم باستمرار وعدم تركهم (رضوان، 2009).

ويعتبر أشد اضطرابات الرهاب إعاقة حيث أن بعض الأشخاص يظلون حبيسي المنزل تمامًا، وكثيرًا من المرضى يرتعدون من فكرة الانهيار في مكان عام وتركهم دون مساعدة وغياب منفذ للخروج، كما قد تكون هناك أعراض اكتئابية ووسواسية وأعراض رهاب اجتماعي كسمات إضافية (عكاشة وعكاشة، 2015). وقد أورد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-5-TR) عدد من المحكات والمعايير التي يمكن من خلالها تشخيص رهاب الخلاء وهي:

أ. خوف ملحوظ أو قلق حول اثنين أو أكثر من الحالات الخمس الآتية:

1. استخدام وسائل النقل العامة (مثل: السيارات والحافلات والقطارات والسفن والطائرات).
2. التواجد في المساحات المفتوحة (مثلا: مواقف السيارات والأسواق والجسور).
3. التواجد في الأماكن المغلقة (مثل: المحلات التجارية والمسارح ودور السينما).
4. الوقوف في طابور أو التواجد في حشد من الناس.
5. التواجد داخل المنزل بمفرده.

ب. يخاف الفرد أو يتجنب هذه الحالات بسبب الأفكار حول صعوبة الهرب، أو أن المساعدة قد لا تكون متاحة في حالة ظهور أعراض تشبه أعراض الهلع، أو غيرها من الأعراض المحرجة (مثلا: الخوف من الوقوع عند كبار السن، والخوف من السلس).

ج. دائمًا ما تثير حالات رهاب الساح الخوف أو القلق.

د. يتم تجنب حالات الساح الرهابية بشكل فعال وتتطلب وجود الرفقة أو تحتمل مع خوف شديد أو قلق.

هـ. لا يتناسب الخوف أو القلق مع الموقف الفعلي والواقعي المثير للقلق كما لا يتناسب مع السياق الثقافي والاجتماعي.

و. يكون الخوف والقلق والتجنب مزمنًا ويدوم لمدة لا تقل عن ستة أشهر أو أكثر.

ز. يسبب الخوف والقلق والتجنب أو أحدهما انخفاضا في الأداء الاجتماعي، أو الأكاديمي، أو المهني، أو أيًا من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

ح. عند وجود حالة طبية (مثل التهاب الأمعاء أو باركنسون) فالخوف والقلق والتجنب يكون شديد الوضوح.

ط. لا يفسر القلق والخوف والتجنب بشكل أفضل بأعراض اضطراب عقلي آخر.

اضطراب القلق المعمم (Generalized Anxiety Disorder)

يعرّف اضطراب القلق المعمم وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بأنه: قلق مفرط مبالغ فيه حول عدد من الأحداث أو الأنشطة، ويكون لدى المصاب به قلق مستمر لمدة 6 أشهر أو أكثر. كما أورد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-5-TR) محكات ومعايير يمكن بها تشخيص اضطراب القلق المعمم وجاءت كالتالي:

أ. القلق المفرط (التوقع التوجسي) يحدث لمدة ستة أشهر أو أكثر حول عدد من الأحداث أو الأنشطة (مثل: العمل أو الأداء المدرسي).

ب. يجد الفرد صعوبة في السيطرة على القلق.

ج. يرتبط القلق والانشغال بثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الستة التالية: مع وجود بعض الأعراض على الأقل لأكثر من أيام خلال الستة أشهر الماضية:

1. الأرق أو الشعور بالتوتر.
2. الشعور بالتعب بسهولة.
3. صعوبة في التركيز أو تشتت الذهن (شرود الذهن).
4. التهيج.
5. توتر العضلات (الشد أو التوتر العضلي).
6. اضطراب في النوم (صعوبة في النوم أو الاستمرار فيه أو نوم مضرب وغير كاف).

د. يسبب القلق أو الأعراض الجسدية ضعفًا في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة.

هـ. لا يمكن تفسير الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر.

وإذا قارنا بين تصنيفات اضطرابات القلق في النسخة الرابعة المعدلة والنسخة الخامسة المعدلة نجد، أن اضطرابات القلق في النسخة الرابعة المعدلة، كانت تشمل مجموعة واسعة من الاضطرابات مثل: اضطراب الهلع، الرهاب الاجتماعي، الرهاب المحدد، اضطراب القلق العام، الوسواس القهري (OCD)، واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). أما في النسخة الخامسة والنسخة الخامسة المعدلة، فقد حدث تغييرات هامة؛ حيث تم فصل بعض الاضطرابات، حيث أصبحت ضمن فئات مستقلة، حيث تم نقل اضطراب الوسواس القهري إلى فئة جديدة هي "اضطرابات الوسواس القهري وما يرتبط بها"، كما تم فصل اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) واضطراب التكيف في قسم جديد يُسمى "الاضطرابات المرتبطة بالصدمة والضغوط النفسية". وبالتالي، أصبحت فئة اضطرابات القلق في النسخة الخامسة أكثر تحديدًا، والتي تم عرضها سابقا (APA,2000; APA,2022).

المحور الثاني: الدراسات السابقة

يتضـمن هذا الجزء من الدراسـة عرض للدراسـات السـابقة المتعلقة بمشـكلة البحث والتي قد تساعد الباحثة في مناقشة وتحليل النتائج، وفيما يلي عرضًا لهذه الدراسات مرتبة زمنيًا من الأحدث:

هدفت دراسة شند وآخرون (2024) إلى بناء مقياس لاضطراب قلق الانفصال لدى الشباب الجامعي والتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس، ولتحقيق هدف الدراسة فقد طبق المقياس على عينة من كلية التربية بجامعة عين شمس تكونت من (185) طالبا وطالبة من الشباب الجامعي، وقد تكون المقياس من (48) مفردة في صـورته النهائية، وقد تم التصـحيح بطريقة ليكرت، ودعم التحليل العاملي التوكيدي للنموذج ذات الأربعة عوامل (الخوف من الانفصـال، الخوف من الوحدة، التجنب، الخوف من الأحداث المأسـاوية) وأكدت مؤشـرات جودة المطابقة بأن مؤشـرات المطابقة للنموذج المقترح مع العينة جيدة، والتي كانت في مداها المثالي، وكما أن تشـبعات جميع المكونات على العامل الكامن كانت دالة إحصـائيا، وقد تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات حيث كان معامل ألفا كرونباخ (0.88)، وباستخدام طريقة التجزئة النصفية (0.86)، و أظهرت النتائج تمتع مفردات المقياس بدرجة مرتفعة من الاتسـاق الداخلي، وأن جميع قيم معاملات الارتباط دالة إحصـائيا عند مسـتوى الدلالة (0.01) وهذا ما يؤكد الاتساق الداخلي للمقياس.

كما هدفت دراسـة بلونكت وآخرون (Plunkett et al ,2024) إلى تطوير مقياس أبعاد اضطراب الهلع Panic Disorder Dimensional Scale (PD-D) استنادًا إلى الدليل التشخيصي والإحصـائي للاضـطرابات النفسـية (DSM 5). وتضـمنت الدراسـة تقييم الخصـائص السـيكومترية للمقياس على عينة مكونة من 288 فردًا من المجتمع الأسـترالي. منهم (72.9٪) إناث، (27.1%) ذكور، وتراوحت أعمارهم بين (18–76) بمتوسـط حسـابي وانحراف معياري (28.28؛ 12.08) على التوالي. أشارت النتائج أن للمقياس بنية عاملية تتضمن بعدًا واحدًا هو اضطراب الهلع، إذ كانت نتائج التحليل العاملي التوكيدي على النحو الآتي: (CFI = 0.95, TLI = 0.94, SRMR = 0.04)، وتراوحت قيم تشبعات الفقرات على هذا العامل بين (0.76–0.89). كذلك أشارت النتائج أن للمقياس

معاملات ثبات جيدة، إذ بلغت قيمة معامل ثبات الاتســاق الداخلي بطريقة كرونباخ ألفا (0.96)، في حين بلغ معامل ثبات الاستقرار بطريقة إعادة الاختبار (0.76). وفيما يخص الصدق التقاربي أظهرت الاسـتجابات على المقياس معامل ارتباط إيجابي مرتفع مع الاسـتجابات على مقياس اضـطراب شـدة الهلع (PDSS–SR) (Panic Disorder Severity Scale – Self Report) حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بينهما (0.77). بالإضـــافة لمعاملات ارتباط إيجابية أقل مع كل من مقياس قلق التفاعل الاجتماعي (SIAS) (The Social Interaction Anxiety Scale)، ومقياس الرهاب الاجتماعي (SPS) (Social Phobia Scale) إذ بلغت قيمتي معاملي الارتباط (0.59، 0.40) للمقياسين على التوالي. وأخيرًا خلصت نتائج الدراسة بالمجل إلى أن للمقياس مؤشرات صدق وثبات تجعله مناسبًا لتشخيص الهلع في استراليا.

وأجرى الحنفي وآخرون (2022) دراسة هدفت الدراسة إلى بناء مقياس للقلق الاجتماعي لدى عينة من طلاب جامعة عين شـمس، توزعت العينة (172 ذكر – 207 أنثى) بإجمالي العدد (379) طالبا وطالبة تراوحت أعمارهم بين (18– 25) عامًا، وقد بلغت عدد فقرات المقياس بصـورته النهائية (19) فقرة وقد صحح بطريقة ليكرت، وقد تم التحقق من الخصائص السيكو مترية للمقياس، وباستخدام التحليل العاملي تم التحقق من صـدق المقياس. وللتحقق من ثبات المقياس اسـتخدمت ألفا –كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية، وقد أظهرت النتائج بأن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق، وبناء عليه فقد تمتع المقياس بدرجة مقبولة من الصـدق والثبات بالنسـبة لأدوات القياس النفسـي والتربوي. وكما أظهرت النتائج بأن المقياس يتمتع بدرجة مرتفعة من الاتساق الداخلي.

أجرى موردينو وآخرون (Mordeno et al ,2021) دراسة هدفت إلى تطوير مقياس لاضطراب القلق العام يستند إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية (DSM–5) يتكون من 8 فقرات. اسـتخدم الباحثون عينة من الطلبة الجامعيين، والناجين من الكوارث الطبيعية بجامعة ولاية ميندناناو(Mindanao State University) بلغ عددهم 6458 طالبًا منهم 37.6٪ (ن = 2428) من الذكور و62.4٪ (ن = 4030) من الإناث، تتراوح أعمارهم بين 18 و50 عامًا، بمتوسط عمر 20.04

عامًا. أشارت نتائج الدراسة أن المقياس يقيس بعدًا عامًا هو القلق العام، إذ يتمتع بأحادية البعد من خلال استخدام التحليل العاملي الاستكشافي. كما أشارت نتائج الثبات أن المقياس يتمتع بمعاملات ثبات اتساق داخلي جيدة، إذ بلغ معامل ثبات كرونباخ الفا (0.89). كما أشـارت نتائج التحليل العاملي التوكيدي إلى مطابقة جيدة إذ كانت نتائجه على النحو الآتي: إذ كانت نتائج التحليل العاملي التوكيدي على النحو الآتي: (CFI = 0.96, TLI = 0.95, SRMR = 0.044)، وأوصت الدراسة باستخدام المقياس لتقييم شدة القلق العام، وتوظيفه لتطوير التدخلات العلاجية للقلق العام.

وهدفت دراسة صالح (2021) إلى التعرف الصمت الاختياري وعلاقته بالتكيف المدرسي لدى تلاميذ الصف الأول الابتدائي من وجهة نظر معلميهم، ولتحقيق هدف الدراسة تم بناء مقياس التكيف المدرسي، ومقياس الصمت الاختياري اعتمادا على الخلفية النظرية، تكون مقياس الصمت الاختياري في صورته النهائية من (28) فقرة تم تصحيح المقياس باستخدام طريقة ليكرت، وقد تم التحقق من الصدق الظاهري للمقياس من خلال عرض الفقرات على المحكمين المختصين وقد اقروا ملائمته لمجتمع الدراسة، أما بالنسبة لصدق البناء فقد تم عن طريق استخدام قوة تمييز الفقرات في ضوء اسلوب المجموعتان الطرفيتان وعلاقة الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس، وللتحقق من ثبات المقياس استخدمت التجزئة النصفية وأظهرت النتائج قيمة معامل الثبات للمقياس (0.85) مستخدمة معادلة ارتباط بيرسون، وللتعرف على معامل ثبات المقياس ككل استخدمت معادلة سبيرمان فأظهرت النتائج معامل ثبات جيد وكانت درجته (0.92)، وكما استخدمت معادلة ألفا كرونباخ وأظهرت النتائج معامل ثبات جيد بلغ (0.70).

وفي دراسة أجراها فيدال وآخرون (Vidal-Arenas et al, 2021) هدفت إلى التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس شدة القلق (Anxiety Severity Measures) (ASM)استنادًا إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM5). ويتكون المقياس من ستة مقاييس فرعية هي: رهاب الأماكن المفتوحة، والقلق الاجتماعي، وقلق الانفصال، والهلع، والقلق العام، والرهاب المحدد. تم استخدام عينة مكونة من 567 فردًا من المجتمع الاسباني. منهم (68.3٪) إناث، (31.7%) ذكور، بلغ المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأعمارهم (21.26؛ 3.61) على التوالي. أشارت نتائج الصدق باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي إلى وجود بعدًا واحدًا

في المقياس. إذ كانت نتائج التحليل العاملي التوكيدي على النحو الآتي: (CFI = 0.97, TLI = 0.96, SRMR = 0.12)، وتراوحت قيم تشـــبعات الفقرات على هذا العامل بين (0.76–0.92). كذلك أشارت النتائج أن للمقياس معاملات ثبات جيدة، إذ تراوحت قيم معاملات ثبات الاتساق الداخلي بطريقة كرونباخ ألفا بين (0.82–0.94). وبالمجمل أشـــارت نتائج الدراســـة إلى أن المقياس يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة، ويعتبر ملائمًا للاستخدام في الكشف عن شدة القلق في البيئة الاسبانية.

كما هدفت دراسة عزيم (2020) إلى قياس اضطراب المعمم لدى طلبة كلية التربية الأساسية بجامعة السليمانية، والكشف عن الفروق بين الجنسين والعمر والاختصاص العلمي، ولتحقيق هدف الدراسة قام الباحث ببناء مقياس اضطراب القلق وفقًا لمحكّات الدليل التشخيصي والاحصائي للطب النفسي وقد تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس، طبقت الدراسة على عينة تكونت من (102) طالب وطالبة تم اختيارها عشوائيا، أظهرت النتائج إلى أن اضطراب القلق المعمم دال دلالة إحصائية لدى طلبة الكلية بفرعيها العلمي والإنساني وتوجد فروق بين الأقسام في مستوى الاضطراب ولا توجد فروق دالة احصائيا بين الفئات العمرية.

في دراسة أجراها أمينة وآخرون (Emine et al,2020)هدفت إلى تقييم مدى صحة وثبات النسخة التركية لمقياس اضطراب قلق الانفصال استنادا إلى محكات (DSM–5) للبالغين، وقد تم بناء المقياس عن طريق الترجمة لمحكات اضـــطراب قلق الانفصـــال من الإصـــدار الخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، وتم استخدام عينة مكونة من 81 مريضا من البالغين تم تشخيصهم في عيادة الصحة النفسية أنهم يعانون من اضطراب قلق الانفصال اضطراب (ن=36) أو اضطراب (ن=45)، وقد طبق المقياس أيضا على 80 من الأصحاء البالغين. وقد تم التأكد من الخصائص السيكو مترية للمقياس عن طريق حساب الاتساق الداخلي بطريق ألفا كرو نباخ وبلغت قيمة معامل الاتساق (0.93)، وبلغت معاملات ارتباط الدرجات الكلية للفقرات والمقياس بين (0.58–0.85)، وتم التحقق من ثبات المقياس باستخدام طريقة إعادة الاختبار على أنه r=0.989 وتراوحت الأحمال العواملية لفقرات المقياس بين (0.65–0.89) في التحليل العاملي التوكيدي، وأظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية قوية وارتباطية بين المقياس واستبيان القلق لدى البالغين إضافة إلى أن النسخة

التركية من مقياس اضـــطراب قلق الانفصـــال المبنية وفق محكات (DSM-5) للبالغين. وبالمجمل أشارت نتائج الدراسة إلى أن المقياس يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة، ويعتبر ملائمًا للاستخدام في الكشف عن شدة القلق في البيئة التركية.

أجرى بيرد-بريدبنر وآخرون (Byrd-Bredbenner et al, 2020) دراســة للخصــائص السـيكومترية لمقياس(GAD-7) وتطوير نسـخة مختصـرة منه (GAD-Mini) لدى طلاب الجامعات الأمريكية عبر ثلاث مجموعات بيانات كبيرة من 2009 إلى 2019. وجدوا أن (GAD-7) له بنية أحادية العامل مسـتقرة مع معامل ثبات قوي. حافظت النسـخة المختصـرة (GAD-Mini) المكونة من عنصـــرين، والتي تركز على القلق الذي لا يمكن الســـيطرة عليه والقلق المفرط، على خصـــائص سـيكومترية قوية. أظهر كلا الإصـدارين صـدقًا بنائيًا وتقاربيًا جيدًا. أظهر (GAD-Mini) حسـاسـية عالية (0.94-0.98)، ونوعية (0.82-0.86)، وقيمة تنبؤية سـلبية (0.97-0.99) مقارنة بـــــ GAD-7الكامل. خلص المؤلفون إلى أن (GAD-Mini) هو أداة فحص موجزة للغاية وســليمة من الناحية السيكومترية لاضطراب القلق العام لدى طلاب الجامعات.

استقصى باغان-توريس وآخرون (Pagán-Torres et al ,2020) الخصائص السيكومترية والبنية العاملية لمقياس اضــطراب القلق العام(GAD-7) لعينة مكونة من 302 شــخصًــا بالغًا من بورتوريكو. وجدوا أن (GAD-7) يتمتع باتســاق داخلي ممتاز (معامل ألفا كرونباخ = 0.92) وبنية عاملية أحادية البعد مع جودة مطابقة جيدة في التحليل العاملي التوكيدي. أظهر (GAD-7) صــدقًا تلازميًا قويًا من خلال ارتباطات عالية مع مقاييس الاكتئاب (r = 0.74) واضـطراب ما بعد الصـدمة (r = 0.75). تمتعت جميع العناصـر بمؤشـرات تمييز وتحميلات عاملية جيدة. خلص الباحثون إلى أن (GAD-7) و مقياس موجز موثوق وصـالح لأعراض القلق للاسـتخدام مع البالغين البورتوريكيين في الأوساط السريرية والبحثية على حد سواء.

كما أجرى الدليمي والجبوري (2019) دراســة هدفت الدراســة إلى التعرف على مســتوى اضـطراب القلق المعمم لدى طلبة الجامعة، ولتحقيق أهداف الدراسـة وباطلاع الباحثان على العديد من

الدراسات والمقاييس التي تناولت دراسة القلق لم يجد الباحثان مقياسا خاصا باضطراب القلق المعمم لهذا قاما الباحثان ببناء مقياس اعتمادا على المحكات التشخيصية الصادر عن الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين الدليل الخامس (DSM-5) وبالإجراءات العلمية، فقد تكون المقياس من (45) فقرة في صورته النهائية، وللتأكد من الخصائص السيكو مترية للمقياس فقد تم التحقق من صدق المقياس عن طريق الصدق الظاهري وقد تحصل على موافقة بنسبة (80%) فما فوق وصدق البناء وذلك من خلال استخراج القوة التميزية بطريقة العينتين الطرفيتين وعلاقة الفقرة بالدرجة الكلية. وللتحقق من ثبات المقياس فقد تم اعتماد ألفا كرونباخ فقد بلغ معامل الثبات للمقياس (0.79) ويعتبر معامل ثبات جيد، وطريقة إعادة الاختبار أظهرت النتائج أن قيمة معامل ارتباط بيرسون بلغت (0.83).

بينما سعت دراسة الناشي وناصر (2018) إلى إعداد مقياس لاضطراب الصمت الانتقائي والكشف عن مدى انتشار الاضطراب لدى تلاميذ الصف الأول الابتدائي من المرحلة الإبتدائية، والكشف عن الفروق في الاضطراب وفق المتغير الديموغرافي النوع (ذكور- إناث)، وقد طبق المقياس على عينة تكونت من (500) تلميذ تم اختيارها عشوائيا تم توزيع العينة إلى (250) ذكورًا و(250) إناثا من تلاميذ (5) مدارس ببغداد، وقد تم إعداد المقياس اعتمادا على المراجع التشخيصية المعتمدة عالميا (الدليل التشخيصي والإحصائي لجمعية الطب النفسي الأمريكية الإصدار الرابع DSM-4)، وقد تكون المقياس في صورته النهائية من (30) فقرة وقد تم التحقق من خصائصه السيكومترية، فقد تم التحقق من الصدق الظاهري للمقياس بعرضه على مجموعة من المحكمين المختصين في علم النفس والذين بدورهم اقروا بصلاحية فقرات المقياس وتعليماته وبدائله، وللتحقق من ثبات المقياس استخدم طريقة إعادة الاختبار والتجزئة النصفية.

وأوضح الباحث جعيص (2018) في دراسته التي هدفت إلى بناء مقياس القلق الاجتماعي للطلاب مهجوري العائل، طبقت الدراسة على عينة تكونت من (65) مفردة، وقد تم التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس، وقد أوضحت نتائج التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام التحليل العاملي عن وجود أربعة عوامل لمقياس القلق الاجتماعي للطلاب مهجوري العائل، وهي: البعد

الوجداني وقد بلغ جذره الكامن 4.39 ونسـبة تباينه 8.54 والبعد المعرفي وقد بلغ جذره الكامن 4.76 ونسـبة تباينه 10.01 والبعد النفس جسـمي وقد بلغ جذره الكامن 4.16 ونسـبة تباينه 7.62 و البعد الاجتماعي وقد بلغ جذره الكامن 4.25 ونسـبة تباينه 8.11 وقد تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من الصـدق والثبات، وتؤكد هذه النتائج صـلاحية المقياس وإمكانية تطبيقه مع الطلاب مهجوري العائل ويمكن استخدامه في البحوث والدراسات العربية الخاصة بمهجوري العائل في البيئة العربية والثقة من النتائج التي يمكن التوصل إليها من استخدام المقياس.

كما أشـار الذهبي (2017) في دراسـته التي هدفت إلى بناء مقياس الصـمت الاختياري لدى طلاب المرحلة الابتدائية ببغداد بجانبيها الرصـافة والكرخ من وجهة نظر معلميهم، تكون المقياس في صـورته الأولية (48) فقرة بناء على قرار المحكمين المختصـين من صـلاحية جميع فقرات المقياس، وقد طبق المقياس على عينة تكونت من (100) طالب وطالبة من وجهة نظر معلميهم في المدارس الابتدائية موزعين على المديريات العامة في بغداد، وقد تم اجراء التحليل الإحصـائي للفقرات التمييزية، صـدق العبارات وتم التحقق من الصـدق الظاهري، والتحقق من ثبات المقياس بطريقة ألفا–كرو نباخ فقد كانت قيمة معامل الثبات (0.96)، وقد أظهرت نتائج التحليل الإحصـائي للمقياس واسـتخراج الصـدق والثبات على وجود فقرات غير مميزة وغير دالة احصـائيا يتوجب حذفها وكان عددها (12) فقرة، وبهذا تكون الصورة النهائية للمقياس يتكون من (36) فقرة تقيس الصمت الاختياري.

وقام ديسوسا وآخرون (DeSousa et al ,2016) بدراسة هدفت إلى التحقق من الخصائص السيكومترية لمقاييس القلق في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في البيئة البرازيلية. استخدم الباحثون عينة مجتمعية برازيلية تكونت من 930 شـخصًـا بالغًا تتراوح أعمارهم بين 18 و70 عامًا، 64.2٪ منهم من الإناث. إذ تم التحقق من الخصائص السيكومترية الآتية: أحادية البعد، وتباين القياس، والاتسـاق الداخلي، والثبات المركب، وثبات إعادة الاختبار، والصـدق التقاربي والتباعدي؛ وعتبات الفئات. كشفت النتائج عن أحادية البعد لجميع المقاييس باستثناء الرهاب المحدد. كما أظهرت المقاييس مقدارًا مرتفعًا من ثبات الاتسـاق الداخلي، والثبات المركب، والصـدق التقاربي والتباعدي. في

حين كانت معاملات ثبات إعادة الاختبار مرتفعة لجميع المقاييس باستثناء اضطراب القلق العام. أثبتت النتائج أن المقاييس قدمت معلومات أكثر عن الأشخاص الذين لديهم تقديرات عالية لشدة القلق، وأشارت مجمل النتائج إلى أن مقاييس القلق ذات الأبعاد الخمسة وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بديلًا صالحًا وموثوقًا به لتقييم أعراض القلق في البيئات المجتمعية.

وأجرى الكساسبة (2015) دراسة هدفت إلى إعداد مقياس الرهاب الاجتماعي لدى طلبة الجامعات الأردنية وفقًا للنظرية الحديثة في القياس، ولتحقيق هدف الدراسة طبق المقياس في ثلاث جامعات من أقاليم الأردن الثلاثة إقليم الشمال (جامعة اليرموك) وإقليم الوسط (الجامعة الأردنية) وإقليم الجنوب (جامعة مؤتة) وشملت عينه الدراسة (900) طالبا وطالبة. وقد تم التحقق من مطابقة استجابات العينة لتوقعات النموذج أحادي المعلم، أسفرت النتائج عن مطابقة 39 فقرة وعدم مطابقة 18 فقرة وذلك من خلال مربع كاي عند مستوى الدلالة0.01>a أشارت النتائج إلى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات وفق نظرية استجابة الفقرة وأشارت إلى فاعلية فقرات المقياس في تحديد قدرات الطلبة.

استهدف أبو عصبة (2014) في دراسته إلى دراسة قلق الانفصال عن جماعة الرفاق لدى المراهقين، وللتحقيق هدف الدراسة قامت الباحثتان ببناء مقياس يقيس قلق الانفصال عند المراهقين على غرار مقياس هانسبيرغ، تكون المقياس بصورته الأصلية من 12 صورة مرسومة بالأبيض والأسود للأطفال الذين يمرون بقلق الانفصال، 6من الصور تصف مواقف انفصال سهلة (الأم تضع الطفل في سريره)، وأما 6 الباقية تصف مواقف انفصال صعبة (الطفل ووالده يقفان أمام قبر الأم) وترافق كل صورة استمارة مكونة من 17 فقرة، شملت عينة الدراسة319 طالبا وطالبة من طلاب الثامن والتاسع من 4 مدارس من منطقة قضاء حيفا، تم اختيار العينة بالطريقة المتيسرة، وفي هذه الدراسة قامت الباحثتان بتعريب مقياس قلق الانفصال وتعديله بما يتناسب مع متغيرات الدراسة وما يتناسب مع البيئة العربية وتم تعديل المقياس بما يتناسب مع قلق الانفصال عن جماعة الرفاق عند

المراهقين بدلا من لأطفال، وتم الاستعانة برسام لتعديل الصور لتصبح ملائمة للفئة المستهدفة من الدراسة، مع الحفاظ على شكل الفقرات وعددها وتقسيمها إلى أبعاد النمائية.

كما هدفت دراسة رزق الله (2009) إلى بناء وتقنين مقياس للقلق العام لدى طلبة جامعة الجبل الغربي، وقد تكونت عينة الدراسة من (1200) طالبًا وطالبة من الطلبة الليبيين في السنوات الدراسية الثانية والثالثة والرابعة من مختلف التخصصات إضافة إلى (40) طالبا وطالبة شكلوا العينة الاستطلاعية للمقياس، وقد تم الاختبار وفق للمتغيرات الديموغرافية الجنس والتخصص من (15) كلية تم اختيار العينة عشوائيًا، وقد تم التحقق من صدق المقياس وذلك عن طريق الصدق الظاهري والصدق التلازمي باستخدام الصدق المرتبط بمحك وهو مقياس القلق الصريح لتايلور، وبلغت معاملات الارتباط بين الدرجات على مقياس القلق العام ومقياس القلق الصريح لدى الطلبة من الجنسين (0.715) وتم إيجاد صدق التكوين الفرضي للمقياس بإيجاد العلاقة بين المقياس وبعض المقاييس الأخرى أما بالنسبة للتحقق من ثبات المقياس فقد استخدم الباحث طريقة إعادة الاختبار وحساب معامل ألفا كرونباخ فقد كانت معاملات الثبات جيدة.

وسعت دراسة رضوان (2001) إلى تقنين مقياس للقلق الاجتماعي على عينات سورية، تكونت عينة الدراسة من 437 مفحوصًا من طلاب وطالبات جامعة دمشق، وقد اعتمد الباحث في إعداد المقياس على اختبارين باللغة الألمانية لقياس القلق الاجتماعي، اختار منهما بنودا تشتمل على المكونات الانفعالية والمعرفية والسلوكية للقلق الاجتماعي إضافة إلى مجموعة من البنود التي تمت صياغتها استنادا للوصف الإكلينيكي للصورة المرضية للقلق الاجتماعي، وقد أسفرت نتائج التحليل العاملي إلى إيجاد خمسة عوامل جذرها الكامن أكبر من 29 بندًا بتشبع للبند مقداره 0.40 فما فوق، وقد تمتع المقياس بمعاملات ثبات مقبولة، وقد تم الكشف عن انتشار ظاهرة القلق الاجتماعي لدى العينة واستخراج معايير مبدئية له.

التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد الاطلاع على الدراسات السابقة نجد أهمية بناء بطارية اختبارات تشخيصية لاضطرابات القلق مبنية وفقًا لمحكات (DSM5-TR) وذلك من خلال عدة ملاحظات:

أولًا: تناولت الدراسات العربية بناء مقاييس لبعض من اضطرابات القلق كالرهاب الاجتماعي والقلق المعمم وقلق الانفصال والصمت الانتقائي كما في الدراسات: (أبو عصبة، 2014؛ الذهبي، 2017؛ رزق الله، 2009؛ الكساسبة، 2015) ولا توجد مقاييس عربية -في حدود علم الباحثة- تقيس جميع اضطرابات القلق كبطارية متكاملة. بالإضافة إلى عدم توفر مقاييس فرعية لاضطراب الرهاب النوعي واضطراب الساح.

ثانيًا: نجد أن الدراسات العربية التي طورت مقاييس وفقًا لمحكات(DSM5) لبعض الاضطرابات قليلة جدًا كدراسة: (الدليمي والجبوري،2019؛ عزيم، 2020؛ الناشي وناصر، 2018).

ثالثًا: نلاحظ أن الدراسات العربية التي هدفت إلى بناء مقاييس اضطرابات القلق بنت كل مقياس منفصل على حدة ولم تبني عدة مقاييس لتشكل بطارية متكاملة كما في دراسة جعيص (2018) ودراسة صالح (2021).

رابعًا: أجريت العديد من الدراسات التي طورت مقاييس لاضطرابات القلق وهذه المقاييس استندت في بناءها على مقاييس أخرى وليس على محكات(DSM5)كدراسة دراسة رضوان (2001) ودراسة أبو عصبة (2014).

خامسًا: استندت بعض الدراسات في بناء المقياس على (DSM5) كما في دراسة: (الدليمي والجبوري،2019؛ عزيم، 2020؛ Emine et al, 2020؛ Plunkett et al, 2024؛ Vidal-Arenas et al, 2021) وبعضها استندت على محكات(DSM4)كما في دراسة الناشي وناصر (2018).

سادسًا: أن الدراسات التي سعت إلى بناء مقاييس لاضطرابات القلق لم تتناول جميع الاضطرابات فمثلا دراسة: (أبو عصبة، 2014؛ الذهبي، 2017؛ رزق الله، 2009؛ الكساسبة، 2015).

أما الاضـطرابات التالية اضـطراب الرهاب النوعي واضـطراب السـاح لم تجد الباحثة لها أي مقياس، وهذا ما تختلف فيه الدراسة الحالية عن باقي الدراسات حيث تجمع بين مقاييس جميع اضطرابات القلق في بطارية واحدة.

سـابعًا: قامت دراسـات مثل رضـوان (2001) وأبو عصـبة (2014) بتطوير مقاييس اسـتنادًا على مقاييس أخرى بينما دراسة الناشي وناصر (2018) فقد استندت على محكات(DSM4)، بينما دراســـات كل من: (الدليمي والجبوري، 2019؛ عزيم، 2020؛ Emine et al, 2020؛ Plunkett et al, 2024؛ Vidal-Arenas et al, 2021) اعتمـدت على محكـات (DSM5) وهي دراسـات محدودة جدًا، هذا ما دفع الباحثة إلى إجراء هذه الدراسـة نظرًا لندرة الدراسات على الصعيد المحلي، والعربي.

الفصل الثالث

منهجية الدراسة وإجراءاتها

منهجيـــــــــــة الدراســـــــــــة

مجتمـــــــــــع الدراســـــــــــة

عينـــــــــــة الدراســـــــــــة

أدوات الدراســـــــــــــــــــــة

إجـــــــــــراءات الدراســـــــــــة

المعالجـــــــــات الإحصـــــــــائية

الفصل الثالث

منهجية الدراسة وإجراءاتها

يتضمن الفصل الثالث وصفًا لمنهجية الدراسة ومجتمع الدراسة وعينتها، وعرضًا لخطوات بناء المقاييس الثمانية وإجراءات التطبيق، بالإضافة لوصف للعمليات والمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات.

منهجية الدراسة

اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي السيكومتري لملائمته لأهداف وموضوع الدراسة. إذ يتضمن المنهج وصف الظاهرة وتوضيح خصائصها، من خلال جمع معلومات كمية دقيقة عن الظاهرة، وتصنيفها، وتحليلها تساعد في التحقق من الخصائص السيكومترية لبطارية اضطرابات القلق التشخيصية في البيئة العُمانية المعد في الدراسة.

مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من فئة الراشدين في سلطنة عُمان. ووفقًا للتصنيفات الحديثة لمنظمة الصحة العالمية World Health Organization (WHO) لمراحل عمر الإنسان، صنفت الأشخاص من عمر (18–64) فئة الراشدين (WHO, 2020)، وهي الفئة التي شكلت مجتمع الدراسة الحالية.

عينة الدراسة

أجريت الدراسة على عينتين هما:

العينة العادية (عينة المفحوصين العاديين)

تكونت عينة الدراسة العادية من (948) مفحوصًا من فئة الراشدين بالمجتمع العُماني. تم اختيارهم بطريقة عينة كرة الثلج، إذ تم إرسال رابط الاستجابة على فقرات البطارية لمجموعة من الراشدين في المجتمع العُماني، وقاموا بدورهم أيضًا بإرسالها لمفحوصين آخرين. وتضمنت العينة

(379) ذكرًا و(569) أنثى، وقد بلغ متوســـط أعمار العينة (30.96) وبانحراف معياري (9.35). ويوضّح الجدول (1) توزيع أفراد العينة العادية وفقًا لمتغيرات الجنس، والوظيفة، والمؤهل الدراسي.

جدول (1)

توزيع أفراد العينة العادية وفقًا للجنس والوظيفة والمؤهل الدراسي

المتغير	الفئة	العدد	النسبة المئوية %
الجنس	ذكر	379	40
	أنثى	569	60
	المجموع	948	100
الوظيفة	موظف	264	26.7
	باحث عن عمل	183	19.5
	متقاعد	41	4.1
	طالب جامعي	363	39.8
	غير موظف	97	9.8
	المجموع	948	100
المؤهل	تعليم أساسي	13	1.5
	ثانوي	171	17.2
	دبلوم	126	13.1
	بكالوريوس	481	51
	دراسات عليا	157	17.2
	المجموع	948	100

العينة الإكلينيكية (المرضيّة)

اشـــتملت عينة الدراســـة الإكلينيكية على (211) حالة. تم اختيارهم بالطريقة القصـــدية من المراجعين الذين تم تشخيصهم مسبقًا باضطرابات القلق من قبل العيادات، ومراكز الاستشارات النفسية في محافظات ســلطنة عُمان، وقد بلغ متوســط أعمار العينة (34.96) وبانحراف معياري (11.96). ويوضّح الجدول (2) توزيع العينة الإكلينيكية وفقًا لمتغير الجنس والوظيفة والمؤهل الدراسي.

جدول (2)

توزيع أفراد عينة الدراسة الإكلينيكية حسب الجنس والوظيفة والمؤهل الدراسي

المتغير	الفئة	العدد	النسبة المئوية %
الجنس	ذكر	68	31.9
	أنثى	143	68.1
	المجموع	211	100
الوظيفة	موظف	94	42.6
	باحث عن عمل	44	21
	متقاعد	21	9.6
	طالب جامعي	27	14.2
	غير موظف	25	12.6
	المجموع	211	100
المؤهل	تعليم أساسي	6	3.4
	ثانوي	28	12.4
	دبلوم	44	20.2
	بكالوريوس	100	51
	دراسات عليا	33	13
	المجموع	211	100

ولتحقيق أهداف الدراسة تم تقسيم العينة العادية إلى نصفين، في كل منهما (474) مفحوص بحيث تستخدم الأولى للتحليل العاملي الاستكشافي، والثانية للتحليل العاملي التوكيدي. وفيما يخص العينة الإكلينية تم استخدامها للتحليلين الاستكشافي والتوكيدي نظرًا لصغر حجمها مقارنة بالعينة العادية. إذ يشير (Bandalos, 2014) بأن حجم العينة المناسب للتحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي يجب أن لا يقل عن (200) فرد. في حين يوصي (Gunawan et al., 2021) بإجراء التحليل العاملي التوكيدي على عينة مختلفة عن تلك المستخدمة في التحليل العاملي الاستكشافي. ويبيّن الجدول (3) طريقة تقسيم العينة العادية.

جدول (3)

طريقة تقسيم العينة العادية

المتغير	الفئة	العينة الأولى (ن = 474)	العينة الثانية (ن = 474)	المجموع
الجنس	ذكر	190	189	379
	أنثى	284	285	569
	المجموع	474	474	948
الوظيفة	موظف	132	132	264
	باحث عن عمل	91	92	183
	متقاعد	21	20	41
	طالب جامعي	181	182	363
	غير موظف	49	48	97
	المجموع	474	474	948
المؤهل العلمي	تعليم أساسي	6	7	13
	ثانوي	86	85	171
	دبلوم	63	63	126
	بكالوريوس	241	240	481
	دراسات عليا	78	79	157
	المجموع	474	474	948

أدوات الدراسة

أولًا: البطارية التشخيصية لاضطرابات القلق

قامت الباحثة ببناء بطارية اختبارات تشخيصية لاضطرابات القلق اشتملت على سبعة مقاييس فرعية، تقيس سبعة أنواع من اضطرابات القلق. استندت في بنائها على المحكات التشخيصية لهذه الاضطرابات الواردة في الاصدار الخامس المعدّل من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM5-TR). وبالاطلاع على بعض المقاييس التي أعدتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (APA) كمقياس (اضطراب الهلع، واضطراب قلق الانفصال، والصمت الانتقائي). كما استفادت الباحثة من بعض المقاييس العربية التي استند بناءها على DSM كمقياس قلق الانفصال إعداد

الدليمي والجبوري (2019) ومقياس الصمت الانتقائي إعداد الناشي وناصر (2018). وتم الاستفادة من الدراسات السابقة في طريقة صياغة الفقرات، وتحديد فئات الاستجابة.

وفيما يلي الخطوات المتبعة في بناء البطارية التشخيصية لاضطرابات القلق:

1. التخطيط للبطارية، وتحديد المقاييس الفرعية

اطلعت الباحثة على الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الخامسة المعدلة (DSM5-TR). وتم اختيار سبعة مقاييس فرعية تقيس سبعة اضطرابات للقلق، وهي: اضطراب قلق الانفصال Separation Anxiety، واضطراب الصمت الانتقائي Selective Mutism، واضطراب الرهاب الاجتماعي Social Anxiety Disorder، واضطراب الرهاب النوعي Specific Phobia Disorder، واضطراب الهلع Panic Disorder، واضطراب القلق المعمم Generalized Anxiety Disorder، ورهاب الأماكن المفتوحة Agoraphobia Diagnostic.

2. تحديد المفاهيم

تم الاطلاع على الإطار النظري، والدراسات السابقة العربية والأجنبية المتعلقة ببناء وتطوير المقاييس، حيث حددت الباحثة تعريفًا نظريًا وتعريفًا إجرائيًا لكل اضطراب من اضطرابات القلق اعتمادًا على التعاريف الوارد ذكرها في الدليل.

3. حصر المحكات التشخيصية وترجمتها

اعتمدت الباحثة في إعداد المقاييس الفرعية على المحكات التشخيصية الوارد ذكرها في الدليل. إذ تم ترجمة هذه المحكات إلى اللغة العربية، والتحقق من سلامة الترجمة من خلال عرضها على أربعة خبراء من المتخصصين في اللغة الإنجليزية وعلم النفس -ملحق (1)- ثم ترجمتها ترجمة عكسية للتأكد من احتفاظ المحكات بمعناها الأصلي الوارد في الدليل.

4. كتابة فقرات المقاييس الفرعية

تم كتابة الفقرات من خلال تحويل كل محك تشخيصي إلى فقرة داخل المقياس الفرعي، حيث بلغ عدد الفقرات الإجمالي للبطارية (93) فقرة موزعة على (7) مقاييس فرعية على النحو الآتي:

اضـطراب قلق الانفصـال (15 فقرة)، واضـطراب الصـمت الانتقائي (10 فقرات)، واضـطراب الرهاب الاجتمـاعي (13 فقرة)، واضـــطراب الرهـاب النوعي (10 فقرات)، واضـــطراب الهلع (16 فقرة)، واضطراب القلق المعمم (14 فقرة)، ورهاب الأماكن المفتوحة (15 فقرة). ويوضّح الملحق (2) الصورة الأولية للبطارية التشخيصية بمقاييسها الفرعية السبعة.

تم عرض الصورة الأولية من فقرات المقاييس الفرعية على (19) من المحكمين المتخصصين في علم النفس العيادي، والإرشـــاد النفســـي، والقياس والتقويم النفســـي، وعلم النفس التربوي –الوارد بياناتهم في الملحق (3)– للحكم على مدى وضـــوح الفقرات، وارتباطها بالمقياس الفرعي الذي تنطوي تحته، وملاءمته لبيئة الدراسـة. وتم حذف (21) فقرة من الصـورة الأولية للفقرات بسـبب تكرار الفقرات لنفس المحك التشـخيصـي، ودمج بعض الأعراض في فقرة واحدة، وتعديل صـياغة بعض الفقرات في ضـــوء آراء المحكمين. وأصـــبحت البطارية في صـــورتها النهائية مكونة من (72) فقرة، موزعة على النحو الآتي: اضطراب قلق الانفصال (11 فقرة)، واضطراب الصمت الانتقائي (9 فقرات)، واضطراب الرهاب الاجتماعي (10 فقرات)، واضطراب الرهاب النوعي (10 فقرات)، واضطراب الهلع (11 فقرة)، واضـــطراب القلق المعمم (11 فقرة)، ورهاب الأماكن المفتوحة (10 فقرات). ويوضّـــح الملحق (4) الصورة النهائية لفقرات المقاييس الفرعية.

5. إعداد تعليمات الاستجابة على البطارية والمقاييس الفرعية

تم تحديد التعليمات الخاصـة بالبطارية بشـكل عام، من خلال توضـيح طريقة الاسـتجابة على فقراتها من خلال اختيار البديل المناســـب للمفحوص من البدائل (طوال الوقت، أغلب الوقت، أحيانا، نادرًا، أبدًا)، وأنه لا يوجد اسـتجابات صـحيحة وأخرى خاطئة على الفقرات، والطلب من المسـتجيبين الإجابة بكل صـــدق وموضـــوعية، والتأكيد على أن الإجابة هي لأغراض البحث العلمي، ولن يطلع عليها سـوى الباحثة، ولا يتطلب من المسـتجيب ذكر الاسـم ليطمئن المسـتجيبون على سـرية الإجابات على البطارية. كما تم صـياغة التعليمات الخاصـة بكل مقياس فرعي وكانت متركزة حول الفترة الزمنية التي تظهر فيها أعراض الاضـطراب لدى المفحوص وفقًا لتعليمات الدليل التشـخيصـي الخاص بكل اضطراب من اضطرابات القلق المتضمنة في البطارية.

6. تحديد طريقة تصحيح البطارية

لتصـــحيح الاســـتجابات على فقرات البطارية أعطيت الأوزان (5، 4، 3، 2، 1) لتقابل فئات الاســـتجابة (طوال الوقت، أغلب الوقت، أحيانا، نادرًا، أبدًا) على التوالي. إذ تراوحت الدرجة الكلية لمقاييس اضـــطراب الرهاب الاجتماعي، واضـــطراب الرهاب النوعي، ورهاب الأماكن المفتوحة بين (10–50). في حين تراوحت لمقاييس اضـــطراب الهلع، واضـــطراب القلق المعمم، واضـــطراب قلق الانفصال بين (11–55). وتراوحت الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الصمت الانتقائي بين (9–45). وتشـير الدرجة المرتفعة على الفقرات والمقاييس الفرعية إلى ارتفاع شـدة اضـطرابات القلق، علمًا بأن جميع صياغات الفقرات كانت إيجابية، ولا يوجد فقرات سلبية في المقاييس.

7. مقياس الرفاه النفسي المختصر

بغرض التحقق من الصدق التقاربي Convergent Validity كمؤشر لصدق البناء للبطارية التشخيصية تم استخدام النسخة المختصرة من مقياس الرفاه النفسي Mental Health Continuum – Short Form (MHC–SF)، من إعداد (Keyes et al, 2008). وتم استخدام المقياس استنادًا إلى نتائج مجموعة من الدراسات مثل: (Fava et all, 2001; Iani et al, 2019; Rafanelli et al, 2000) والتي أشارت جميعها لارتباط اضطرابات القلق بشكلٍ سلبي مع الرفاه النفسي. ويهدف المقياس لتقييم مســـتويات الرفاه النفســـي لدى الأفراد بصـــورة شـــاملة، من خلال ثلاث مكونات رئيسيةُ تعكس التجربة الإيجابية للحياة النفسية، يتضمن المقياس أربعة عشر بندًا تغطي جوانب الرفاه العاطفي، والاجتماعي، والنفســـي، وقد تم تطويره بناءً على إطار نظري يســـتند إلى مفهوم الصـــحة النفسية الإيجابية، وليس مجرد غياب الاضطرابات النفسية. ويُقسّم المقياس إلى ثلاثة أبعاد فرعية هي:

أ. الرفاه العاطفي Emotional Well–being: يُقاس من خلال ثلاثة بنود تركز على مشـــاعر السعادة، والرضا، والاهتمام بالحياة يُمثل هذا البُعد التقييم الذاتي للمزاج الإيجابي والرضا عن الحياة.

ب. الرفاه الاجتماعي Social Well–being: يتضمن خمسة بنود تعكس إدراك الفرد لمشاركته في المجتمع، وانتمائه إليه، وإيمانه بفاعلية مجتمعه يتناول هذا البُعد التفاعل مع المحيط الاجتماعي ومدى الإحساس بقيمة الذات ضمن السياق الاجتماعي.

ج. الرفاه النفسي Psychological Well-being: يشمل ستة بنود ترتبط بمفاهيم مثل النمو الشخصي، والتحكم في الذات، والقدرة على التعامل مع التحديات الحياتية، وجودة العلاقات مع الآخرين، والتمتع بهدف وغاية في الحياة.

ويتمتع المقياس بخصائص سيكومترية جيدة، إذ تراوحت معاملات ارتباط الفقرات مع الأبعاد الفرعية بين (0.73-0.84)، في حين تراوحت معاملات الثبات للأبعاد بين (0.79-0.86)، وبمعامل ثبات كلي (0.91). بالإضافة إلى تمتع المقياس ببنية عاملية جيدة، إذ كانت جميع مؤشرات التحليل العاملي التوكيدي مطابقة للمحكات الإحصائية.

وفي الدراسة الحالية تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس باستخدام استجابات جميع أفراد عينتي الدراسة من خلال حساب معاملات ارتباط بيرسون المصحح بين الدرجات على فقرات المقياس والدرجة على الأبعاد والمقياس الكلي، بالإضافة إلى تقدير معاملات ثبات المقياس باستخدام معادلة كرونباخ الفا. ويوضّح الجدول (4) معاملات ارتباط درجات الفقرات مع الدرجات على الأبعاد الفرعية وعلى الدرجة الكلية ومعاملات ثبات مقياس الرفاه النفسي.

جدول (4)

معاملات ارتباط الفقرات مع الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية ومعاملات ثبات مقياس الرفاه النفسي

الفقرة	الرفاه العاطفي	الرفاه الاجتماعي	الرفاه النفسي	المقياس الكلي
1	0.72			0.70
2	0.76			0.74
3	0.76			0.75
4		0.61		0.68
5		0.72		0.75
6		0.79		0.74
7		0.72		0.69
8		0.75		0.72
9			0.78	0.78
10			0.80	0.78

الفقرة	الرفاه العاطفي	الرفاه الاجتماعي	الرفاه النفسي	المقياس الكلي
11			0.77	0.77
12			0.76	0.71
13			0.81	0.75
14			0.80	0.79
معامل الثبات	0.87	0.88	0.93	0.95

يتضـح من الجدول (4) أن معاملات ارتباط درجات الفقرات مع الدرجات على الأبعاد الفرعية تراوحت بين (0.61–0.81)، في حين تراوحت معاملات ارتباط درجات الفقرات مع الدرجات الكلية للمقياس بين (0.68–0.79). وتعتبر جميعها معاملات ارتباط ممتازة، وتجاوزت الحد الأدنى المقبول لارتباط بيرسون المصحح وهو (0.30) وفقًا لـ (Hobart & Cano, 2009). وفيما يخص معاملات الثبات فقد تراوحت بين (0.87–0.93) وبمعامل ثبات كلي (0.95)، وجميعها معاملات ثبات مرتفعة. في ضوء ما سبق، تم تضمين المقياس ضمن أدوات الدراسة الحالية نظرًا لقدرته على توفير تقدير دقيق لمستوى الرفاه النفسي، خاصة في سياق بحث العلاقة بين اضطرابات القلق والرفاه النفسي لدى الراشدين في البيئة العُمانية.

إجراءات الدراسة

تم تنفيذ الدراسة وفقًا للإجراءات الآتية:

1. مراجعة الدراسات السابقة والأطر النظرية الخاصة ببناء وتطوير المقاييس والتحقق من الخصائص السيكومترية.
2. مراجعة الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس المعدل باللغة الأجنبية، وتحديد المقاييس الفرعية للاضطرابات، وتعريفاتها الإجرائية، وترجمة محكاتها التشخيصية.
3. كتابة فقرات المقاييس الفرعية، والتحقق من ملاءمتها من خلال عرضها على مجموعة من الخبراء، والخروج بالصورة النهائية لفقرات البطارية.
4. الحصول على رسالة تسهيل مهمة باحث من الجامعة ملحق (5).

5. الحصول على الموافقة الأخلاقية اللازمة من وزارة الصحة، ومراكز الاستشارات النفسية ملحق (6).
6. التطبيق على عينة استطلاعية مكونة من (22) مفحوصًا من مجتمع الدراسة، ومن خارج عينة الدراسة النهائية؛ للتحقق من مقروئية الفقرات ووضوحها، ومدى ملاءمتها لمجتمع الدراسة.
7. التطبيق على العينة الفعلية من المجتمع العُماني عن طريق تحويل أداة الدراسة إلى صيغة الكترونية باستخدام تطبيق جوجل فورم (Google Forms) لتطبيقها على العينة العادية، وتم إرسال رابط الأداة من خلال تطبيق الواتساب، وقد استمرت مدة جمع البيانات إلكترونيًا لمدة 10 أسابيع.
8. التطبيق على العينة الإكلينيكية ورقيًا بالتعاون مع الأخصائيين النفسيين في العيادات النفسية الحكومية والخاصة، واستمرت مدة جمع البيانات ورقيًا لمدة ثلاثة أشهر.
9. إدخال البيانات وتنظيمها في برنامجي SPSS, Excel.
10. تحليل البيانات باستخدام البرامج (SPSS, Amos, R)، وتفسير النتائج.
11. تقديم التوصيات والمقترحات.

المعالجات الإحصائية

بغرض الإجابة عن أسئلة الدراسة، وقد تم استخدام المعالجات الإحصائية الآتية:

1. الإحصاءات الوصفية للكشف عن مستوى أداء عينتي الدراسة على مقاييس البطارية. وتحديد التفسيرات معيارية المرجع لمستويات القلق المختلفة.
2. معامل ارتباط بيرسون المصحح Corrected Item-Total Correlation لحساب القدرة التمييزية لفقرات المقاييس.
3. التحليل العاملي الاستكشافي (Exploratory Factor Analysis (EFA، والتحليل العاملي التوكيدي (Confirmatory Factor Analysis, (CFA للتحقق من البناء العاملي لمقاييس البطارية.
4. معامل ارتباط بيرسون للتحقق من صدق المحك التقاربي لمقاييس البطارية.

5. معاملات ثبات كرونباخ الفا، والتجزئة النصــفيّة، والثبات المركب، متوســط التباين المســتخرج Average Variance Extracted (AVE) لتقدير ثبات مقاييس البطارية.

6. اختبار ت للعينات المستقلة (Independent Sample t-test) للتحقق من صدق البناء من خلال الفروق بين المجموعات الإكلينيكية والعادية.

7. معامل الحســاســية Sensitivity، ومعامل النوعية Specificity، ومؤشــر يودن Youden's Index لتحديد درجات القطع التشخيصية لمقاييس البطارية.

الفصل الرابع

نتائـــج الدراســـة ومناقشتهـــا

عرض نتـائج الـدراســـة ومنـاقشـــتهـا

- النتائج المتعلقة بالسؤال الأول ومناقشتها
- النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني ومناقشتها
- النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث ومناقشتها
- ملخـــــــــص النتائـــــــــج

التوصـــــــيات والمقترحـــــــات

تحـــــــــديات الدراســـــــــة

قيـــــــــود الدراســـــــــة

الفصل الرابع

نتائج الدراسة ومناقشتها

هدفت الدراسة الحالية إلى بناء بطارية تشخيصية لاضطرابات القلق وفقًا لمحكّات الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية لدى الراشدين في البيئة العُمانية، والتحقق من الخصائص السيكومترية للبطارية التشخيصية باستخدام مجموعة من المؤشرات والأدلة على صدق وثبات البطارية، واشتقاق المعايير التشخيصية لها. ولتحقيق هذه الأهداف تم الإجابة عن أسئلة الدراسة ومناقشتها في ضوء الأدبيات والدراسات السابقة على النحو الآتي:

الإحصاءات الوصفية

تم التحقق بداية من الافتراضات الإحصائية ومنها التوزيع الطبيعي للبيانات ممثلة في الإحصاءات الوصفية (الوسط الحسابي، الانحراف المعياري، قيم الالتواء والتفلطح) للمقاييس الفرعية في البطارية التشخيصية. كما يوضح جدول (5) الإحصاءات الوصفية لاستجابات العينة العادية والعينة الإكلينيكية على مقاييس البطارية.

جدول (5)

الإحصاءات الوصفية لاستجابات العينة العادية (ن=948) والإكلينيكية (ن=211) على البطارية

المقياس	العينة	الوسط الحسابي	الوزن النسبي%	الانحراف المعياري	الالتواء	التفلطح
الرهاب النوعي	عادية	29.93	59.9	7.66	−0.19	−0.25
	إكلينيكية	32.09	64.2	8.49	−0.03	−0.14
الرهاب الاجتماعي	عادية	23.63	47.3	8.04	0.47	−0.15
	إكلينيكية	33.40	66.8	10.21	0.04	−0.64
قلق الانفصال	عادية	28.12	51.1	8.76	0.22	−0.30
	إكلينيكية	33.40	60.7	11.39	−0.07	−0.75
اضطراب الهلع	عادية	21.68	39.4	10.40	0.78	−0.24
	إكلينيكية	31.00	56.4	13.74	−0.12	−1.20

المقياس	العينة	الوسط الحسابي	الوزن النسبي%	الانحراف المعياري	الالتواء	التفلطح
رهاب الأماكن المفتوحة	عادية	17.82	35.6	8.27	1.17	0.87
	إكلينيكية	25.60	51.2	12.54	0.24	−1.27
القلق المعمم	عادية	26.44	48.1	9.94	0.45	−0.24
	إكلينيكية	34.98	63.6	11.85	−0.35	−0.65
الصمت الانتقائي	عادية	19.75	43.9	8.06	0.43	−0.49
	إكلينيكية	26.77	59.5	11.41	−0.24	−1.23

يتضح من نتائج الجدول (5) تفاوت في متوسطات استجابات العينة العادية على مقاييس البطارية حيث حصل مقياس الرهاب النوعي على أعلى وزن نسبي (60%) تقريبًا، وبمتوسط حسابي بلغ (29.93). وحصل مقياس رهاب الأماكن المفتوحة على أقل وزن نسبي (36%) تقريبًا، وبمتوسط حسابي بلغ (17.82). أما فيما يخص استجابات العينة الإكلينيكية حصل مقياس الرهاب الاجتماعي على أعلى وزن نسبي (67%) تقريبًا، وبمتوسط حسابي بلغ (33.40). وحصل مقياس رهاب الأماكن المفتوحة على أقل وزن نسبي (51%) تقريبًا، وبمتوسط حسابي بلغ (25.60). وجاءت معاملات الالتواء والتفلطح ضمن المدى المقبول (+3،−3) في استجابات العينة العادية والعينة الإكلينيكية، وفقًا لعدد من الأدبيات السابقة، مما أشار إلى اعتدالية توزيع البيانات لكافة المقاييس (Hinkle et al, 2003).

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول ومناقشتها

للإجابة عن السؤال الأول والذي نصه: ما دلالات صدق البطارية التشخيصية لاضطرابات القلق المبنية وفقًا للمحكات التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعدل (DSM−5 TR)؟ تم التحقق من صدق البطارية التشخيصية من خلال مجموعة من الطرق والإجراءات وهي على النحو الآتي:

أولًا: الصدق الظاهري

للتحقق من صدق المحتوى أو الصدق الظاهري تم عرض فقرات الصورة الأولية المقاييس الفرعية للبطارية التشخيصية على مجموعة من الخبراء المتخصصين في علم النفس العيادي، والإرشاد النفسي، والقياس والتقويم النفسي، وعلم النفس التربوي للحكم على مدى وضوح الفقرات، وارتباطها بالمقياس الفرعي

الذي تنطوي تحته، وملاءمته لبيئة الدراسة. وتم حذف (21) فقرة من الصورة الأولية للفقرات بسبب تكرار الفقرات لنفس المحك التشخيصي، ودمج بعض الأعراض في فقرة واحدة، وتعديل صياغة بعض الفقرات في ضوء آراء المحكمين. وأصبحت البطارية في صورتها النهائية مكونة من (72) فقرة.

ثانيًا: صدق البناء

تم التحقق من صدق البناء للبطارية التشخيصية من خلال مجموعة من الطرق سيتم استعراضها بالتفصيل وفقًا للآتي:

تحليل الفقرات (القدرة التمييزية للفقرات)

تم حساب تمييز الفقرات من خلال ارتباطها مع المقياس المنتمية إليه باستخدام معامل ارتباط بيرسون المصحح Corrected Item–Total Correlation لاستجابات العينتين العادية والعينة الإكلينيكية، ويوضح الجدول (6) ارتباط الفقرات مع المقاييس باستخدام بيرسون المصحح لاستجابات العينة العادية، في حين يوضح الجدول (7) ارتباط الفقرات مع المقاييس باستخدام بيرسون المصحح لاستجابات العينة الإكلينيكة.

جدول (6)

ارتباط الفقرات مع المقاييس باستخدام بيرسون المصحح لاستجابات العينة العادية

الفقرة	الرهاب النوعي	الرهاب الاجتماعي	قلق الانفصال	اضطراب الهلع	الأماكن المفتوحة	القلق المعمم	الصمت الانتقائي
1	0.60	0.67	0.63	0.78	0.67	0.74	0.79
2	0.60	0.36	0.68	0.83	0.78	0.75	0.81
3	0.51	0.70	0.67	0.82	0.80	0.75	0.82
4	0.69	0.69	0.47	0.74	0.77	0.73	0.83
5	0.57	0.74	0.68	0.84	0.81	0.82	0.69
6	0.62	0.70	0.42	0.82	0.79	0.74	0.76
7	0.56	0.67	0.70	0.81	0.82	0.74	0.81
8	0.62	0.72	0.68	0.84	0.61	0.66	0.79
9	0.64	0.75	0.66	0.74	0.80	0.73	0.79
10	0.58	0.66	0.53	0.77	0.80	0.73	
11			0.66	0.79		0.81	

جدول (7)

ارتباط الفقرات مع المقاييس باستخدام بيرسون المصحح لاستجابات العينة الإكلينيكية

الفقرة	الرهاب النوعي	الرهاب الاجتماعي	قلق الانفصال	اضطراب الهلع	الأماكن المفتوحة	القلق المعمم	الصمت الانتقائي
1	0.62	0.75	0.74	0.79	0.79	0.78	0.88
2	0.60	0.52	0.72	0.86	0.86	0.78	0.88
3	0.68	0.73	0.81	0.89	0.89	0.78	0.89
4	0.75	0.79	0.66	0.81	0.83	0.77	0.91
5	0.63	0.82	0.72	0.84	0.86	0.85	0.78
6	0.64	0.79	0.52	0.87	0.86	0.78	0.85
7	0.62	0.74	0.78	0.87	0.89	0.76	0.88
8	0.71	0.77	0.80	0.86	0.78	0.73	0.85
9	0.74	0.80	0.81	0.79	0.91	0.76	0.89
10	0.64	0.80	0.75	0.86	0.85	0.79	
11			0.81	0.82		0.86	

يتضّح من الجدولان (6، 7) أن معاملات تمييز فقرات المقاييس تراوحت بين (0.36-0.84) لاستجابات العينة العادية، في حين تراوحت بين (0.52-0.89) لاستجابات العينة الإكلينيكية. مما يدل على أن فقرات المقاييس تتمتع بمقدار يتراوح بين الجيد إلى الممتاز من القدرة التمييزية في العينتين. إذا تحدد المراجع الإحصائية الحد الأدنى المقبول لمعامل ارتباط بيرسون المصحح بـ 0.30 (Hobart & Cano, 2009).

التحليل العاملي الاستكشافي Exploratory Factor Analysis (EFA)

للكشف عن البنية العاملية للبطارية التشخيصية كمؤشر على صدق بناء البطارية، تم استخدام التحليل العاملي الاستكشافي (EFA) بطريقة تحليل المكونات الرئيسية Principal Component Analysis (PCA) على العينة العادية الأولى البالغ عددها (474) مفحوصًا، وكذلك للعينة الإكلينيكية وعددها (211). إذ تم التحقق بداية من عدم وجود مشكلة التداخل الخطي المتعدد Multi-Collinearity بين المتغيرات من خلال قيم محددات Determinant مصفوفات معاملات الارتباط للمقاييس الفرعية السبعة. كما تم التحقق من كفاية حجم العينة من خلال إحصائي Kaiser- Meyer- Olkin (KMO)

وتم أيضًـا التحقق من أن مصـفوفة معاملات الارتباط بين المتغيرات هي ليسـت مصـفوفة وحدة من خلال اختبار Bartlett's Test of Sphericity ويوضـح الجدول (8) الافتراضـات الإحصـائية للتحليل العاملي الاستكشافي لاستجابات العينة العادية الأولى والعينة الإكلينيكية.

جدول (8)

الافتراضات الإحصائية للتحليل العاملي الاستكشافي لاستجابات العينتين العادية الأولى والإكلينيكية

المحك	الرهاب النوعي	الرهاب الاجتماع	قلق الانفصال	اضطراب الهلع	رهاب الأماكن المفتوحة	القلق المعمم	الصمت الانتقائي
العينة العادية الأولى (ن=474)							
المحدد	0.025	0.005	0.008	0.006	0.001	0.001	0.001
كايزر – ماير	0.917	0.926	0.916	0.959	0.957	0.946	0.943
اختبار بارتلت	4246.7 (45)***	6061.5 (45)***	5581.5 (55)***	11187.7 (55)***	8651.3 (45)***	9159.6 (55)***	8516.8 (36)***
العينة الإكلينيكية (ن=211)							
المحدد	0.005	0.001	0.001	0.003	0.008	0.006	0.001
كايزر – ماير	0.883	0.913	0.906	0.943	0.946	0.937	0.948
اختبار بارتلت	1104.8 (45)***	1607.9 (45)***	1779.5 (55)***	2604.4 (55)***	2414.4 (45)***	1992.3 (55)***	2272.1 (36)***

يتضـح من الجدول (8) أن قيم محددات المصـفوفات تراوحت بين (0.001–0.025) للعينة العاديـة، وبين (0.001–0.008) وكـانـت جميعهـا أعلى من القيمـة الـدنيـا المعتمـدة (0.00001) (Harlow, 2005). وبـالتـالي خلو مصـــفوفـة معـاملات الارتبـاط بين الفقرات من التداخل الخطي لاسـتجابات العينة العادية الأولى والعينة الإكلينيكية. وفيما يتعلق بقيم معاملات كايزر–ماير (KMO) كانت جميعها أعلى من (0.80) سـواء للعينة العادية أو العينة الإكلينيكية، مما يشـير أن جميع القيم ممتازة وفقًا لعدد من الدراسـات الإحصـائية (Alhadabi et al., 2019)، وأن حجوم العينات مناسـبة للتحليل العاملي الاستكشـافي. وأخيرًا بخصـوص قيم اختبار بارتلت فقد جاءت على نحو دال إحصـائيًا عند مســتوى الدلالة (0.001) في كافة المقاييس على البطارية التشــخيصــية للعينتين مما أكد أن

مصـفوفة الارتباطات ليسـت مشـابهة لمصـفوفة الوحدة (Pett et all., 2003). وأشـارت جميع هذه النتائج إلى تحقق افتراضات التحليل العاملي الاستكشافي الإحصائية وصلاحية هذه البيانات.

وباســـتخدام محك الجذر الكامن (EV) Eigenvalue للعامل الأكبر من الواحد الصـــحيح، ومحك التشبع الجوهري للفقرة بالعامل أكبر من أو يساوي |0.30| (Harlow, 2005)، تم استخلاص العوامل الكامنة وراء اسـتجابات أفراد العينة العادية، والعينة الإكلينيكية على المقاييس الفرعية للبطارية التشـخيصـية. ويوضّـح الجدول (9) نتائج التحليل العاملي الاستكشـافي لاسـتجابات للعينة العادية، في حين يوضّح الجدول (10) نتائج التحليل العاملي الاستكشافي لاستجابات للعينة الإكلينيكية.

جدول (9)

نتائج التحليل الاستكشافي لاستجابات العينة العادية الأولى (ن=474)

الفقرة	الرهاب النوعي	الرهاب الاجتماعي	قلق الانفصال	اضطراب الهلع	الأماكن المفتوحة	القلق المعمم	الصمت الانتقائي
			تشبع الفقرات على العامل الأول				
1	0.69	0.74	0.72	0.82	0.73	0.79	0.83
2	0.69	0.43	0.75	0.87	0.82	0.80	0.85
3	0.61	0.76	0.74	0.86	0.85	0.80	0.86
4	0.77	0.76	0.55	0.79	0.82	0.78	0.87
5	0.66	0.81	0.75	0.87	0.85	0.86	0.75
6	0.70	0.77	0.49	0.85	0.83	0.79	0.81
7	0.65	0.75	0.77	0.85	0.86	0.79	0.85
8	0.70	0.79	0.76	0.87	0.68	0.72	0.84
9	0.73	0.81	0.74	0.78	0.85	0.78	0.84
10	0.67	0.73	0.61	0.81	0.84	0.78	
11			0.74	0.83		0.85	
EV1	4.75	5.51	5.36	7.69	6.64	6.95	6.28
EV2	1.03	0.95	0.99	0.59	0.67	0.83	0.61
التباين المفسر %	47.5	55.1	48.8	69.9	66.4	63.2	69.8

جدول (10)

نتائج التحليل الاستكشافي لاستجابات العينة الإكلينيكية (ن=211)

الفقرة	الرهاب النوعي	الرهاب الاجتماعي	قلق الانفصال	اضطراب الهلع	الأماكن المفتوحة	القلق المعمم	الصمت الانتقائي
تشبع الفقرات على العامل الأول							
1	0.70	0.80	0.79	0.83	0.83	0.82	0.90
2	0.68	0.59	0.77	0.89	0.89	0.82	0.91
3	0.75	0.78	0.85	0.91	0.91	0.83	0.91
4	0.82	0.84	0.72	0.85	0.87	0.82	0.93
5	0.70	0.86	0.77	0.87	0.89	0.88	0.82
6	0.71	0.84	0.58	0.90	0.89	0.82	0.88
7	0.70	0.79	0.82	0.89	0.92	0.81	0.91
8	0.77	0.82	0.84	0.89	0.82	0.78	0.88
9	0.80	0.85	0.85	0.83	0.93	0.80	0.92
10	0.71	0.84	0.79	0.89	0.88	0.83	
11			0.85	0.85		0.89	
EV1	4.40	6.48	6.87	8.37	7.79	7.50	7.23
EV2	0.97	0.81	0.96	0.52	0.51	0.80	0.44
التباين المفسر %	54.1	64.8	62.5	76.1	77.9	68.2	80.3

يتضح من الجدول (9) وجود عامل وحيد يفسر أداء استجابات العينة العادية على المقاييس الفرعية للبطارية، إذ كانت جميع قيم الجذور الكامنة أعلى من (1) للعامل الأول، وأقل من (1) للعامل الثاني على جميع المقاييس الفرعية باستثناء مقياس الرهاب النوعي كان هناك عاملين، إلى أن الفرق بين قيم الجذر الكامن للعامل الأول إلى العامل الثاني تفوق أربعة أضعاف، وبالتالي يعتبر العامل الأول هو العامل المسيطر، إذ يشير (Reckase, 1997) إلى أنه إذا كان الفرق بين الجذرين الكامنين للعاملين الأول والثاني أكثر من الضعف، فإن العامل الأول هو المسيطر. وفيما يخص نسبة التباين المفسر للعامل الأول فقد تراوحت بين (47.5%-69.9%) وهي نسب تباين مفسر مرتفعة. كذلك كانت تشبعات الفقرات على العامل الأول أكبر من (0.30) لجميع فقرات المقاييس الفرعية.

وبالمجمل أظهرت نتائج استجابات العينة العادية الأولى وجود عامل ضمني واحد يفسر الأداء على كل مقياس فرعي من البطارية التشخيصية.

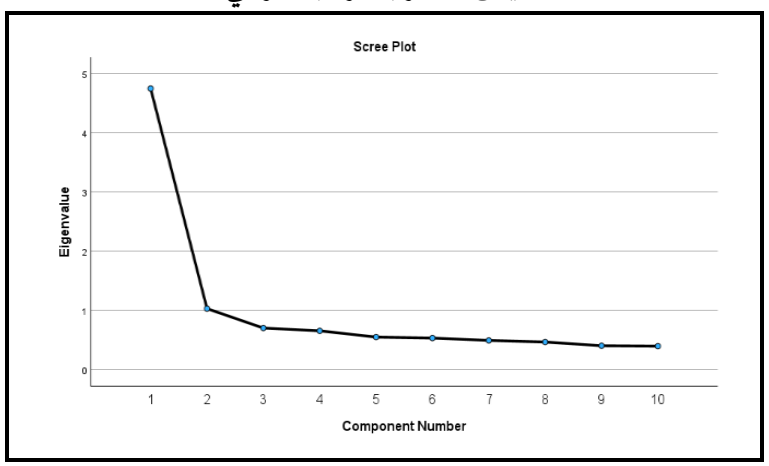
كما يتضح من الجدول (10) وجود عامل وحيد يفسر أداء استجابات العينة الإكلينيكية على المقاييس الفرعية للبطارية، إذ كانت جميع قيم الجذور الكامنة أعلى من (1) للعامل الأول، وأقل من (1) للعامل الثاني على جميع المقاييس الفرعية. وفيما يخص نسبة التباين المفسر للعامل الأول فقد تراوحت بين (54.1%–80.3%) وهي نسب تباين مفسر مرتفعة. كذلك كانت تشبعات الفقرات على العامل الأول أكبر من (0.30) لجميع فقرات المقاييس الفرعية. وبالمجمل أظهرت نتائج استجابات العينة الإكلينيكية وجود عامل ضمني واحد يفسر الأداء على كل مقياس فرعي من البطارية التشخيصية.

بالإضافة لذلك أشارت الرسوم البيانية لتوزيع العوامل Scree Plot –الموضحة في الشكلين (1، 2)– لاستجابات العينة العادية الأولى والعينة الإكلينيكية على المقاييس السبعة الفرعية إلى وجود تركيبًا عامليًا ضمنيًا واحدًا. حيث كانت المخطط ينخفض بشكلٍ حاد بعد العامل الأول (Beavers et al., 2013).

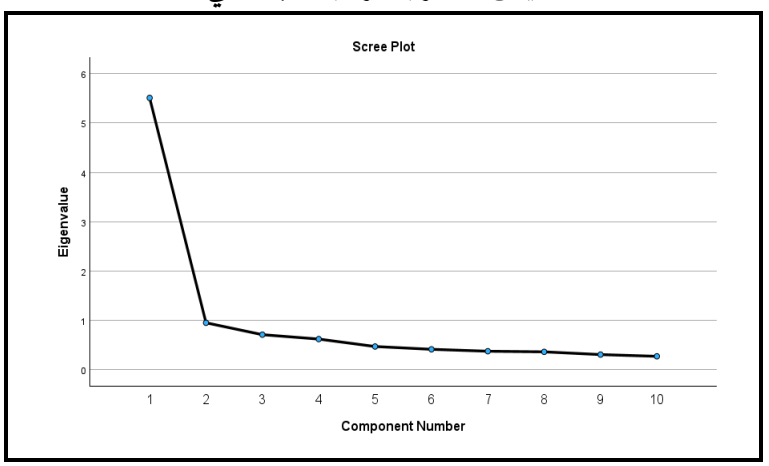
الشكل (1)

الرسوم البيانية للعوامل Scree Plot لاستجابات *العينة العادية الأولى*

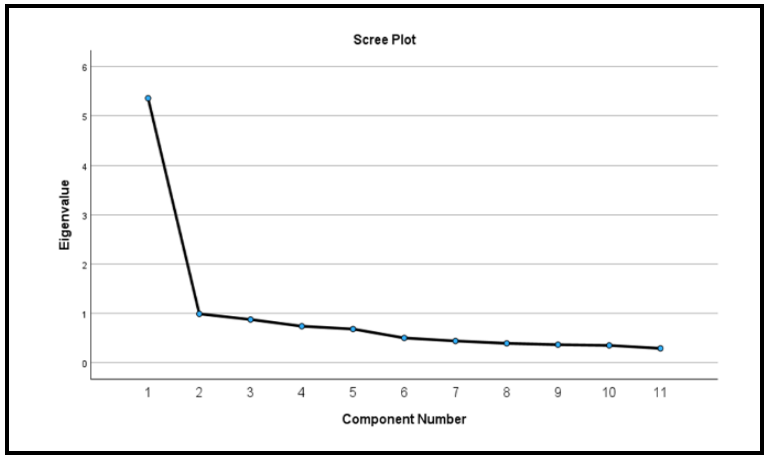
مقياس اضطراب الرهاب النوعي



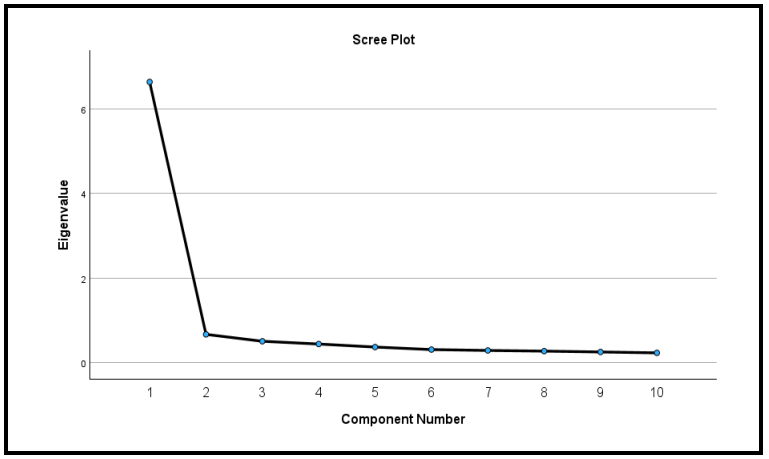
مقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي



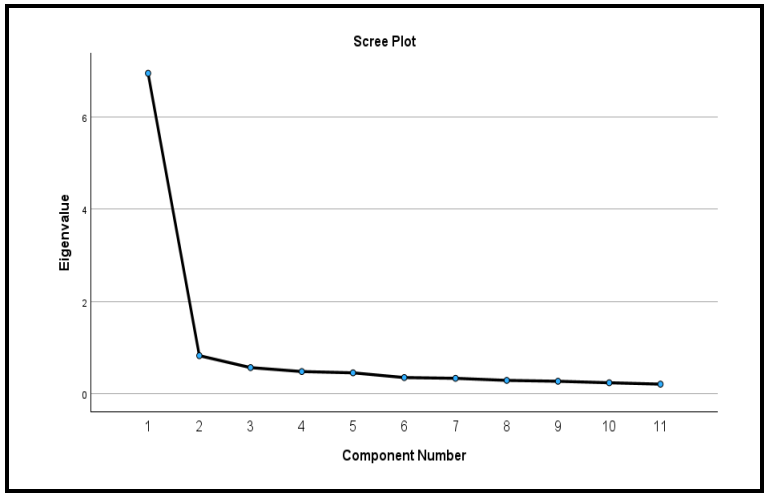
مقياس اضطراب قلق الانفصال



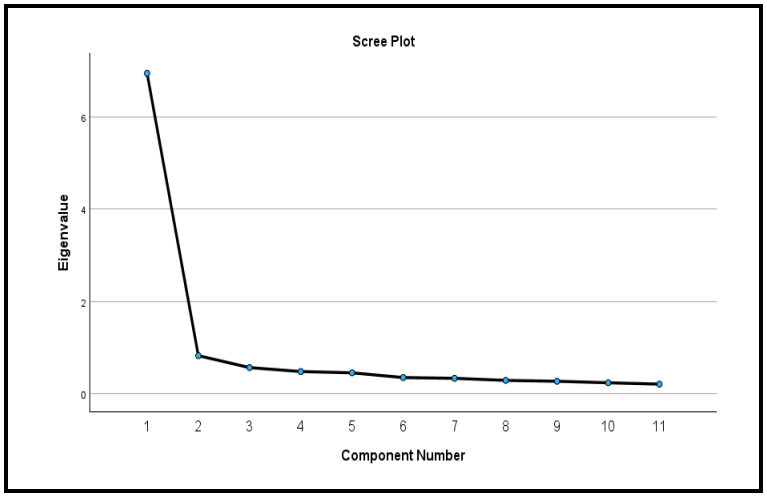
مقياس اضطراب الهلع



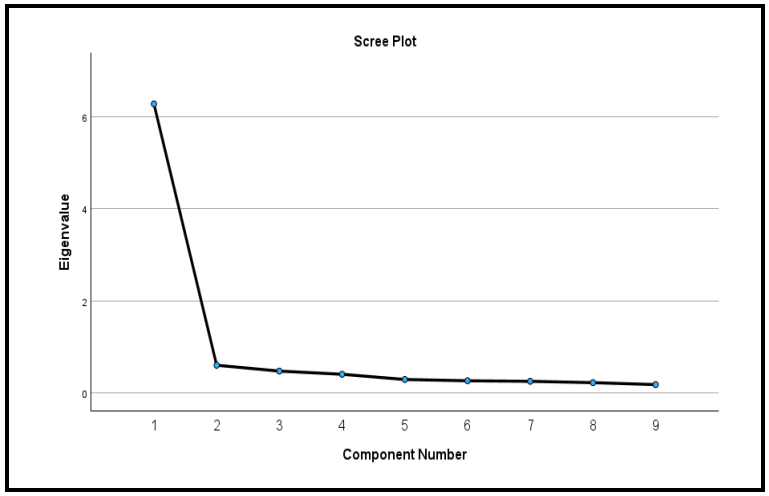
مقياس رهاب الأماكن المفتوحة



مقياس اضطراب القلق المعمم



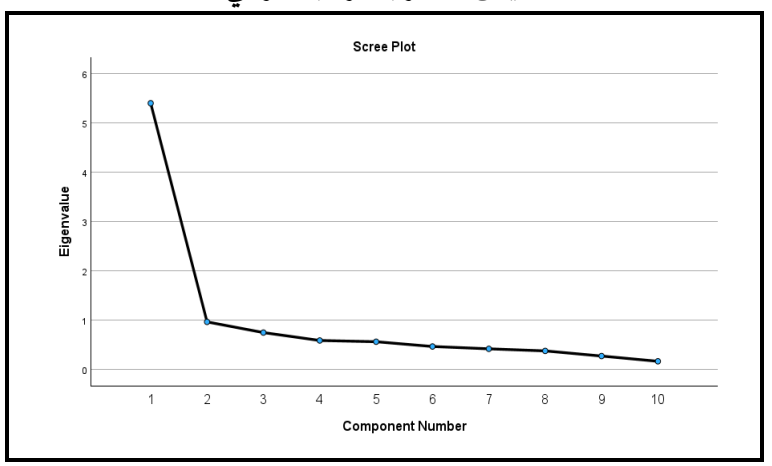
مقياس اضطراب الصمت الانتقائي



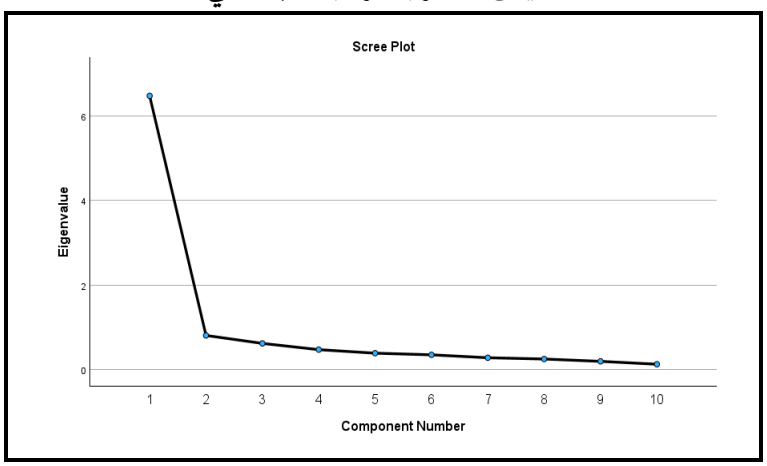
شكل (2)

الرسوم البيانية للعوامل Scree Plot لاستجابات *العينة الإكلينيكية*

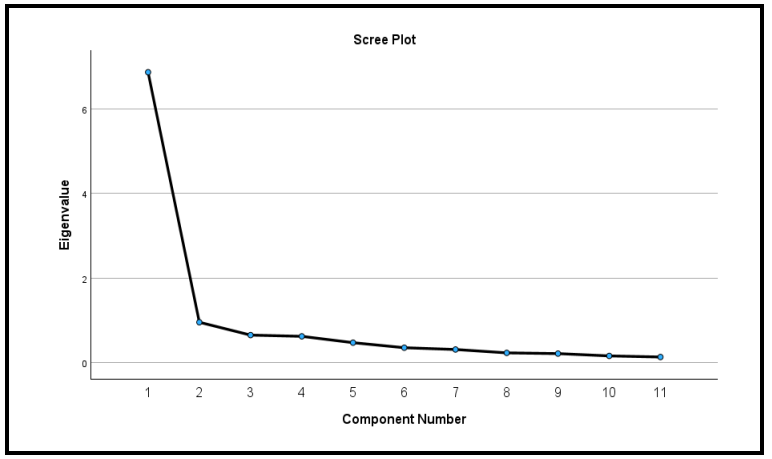
مقياس اضطراب الرهاب النوعي



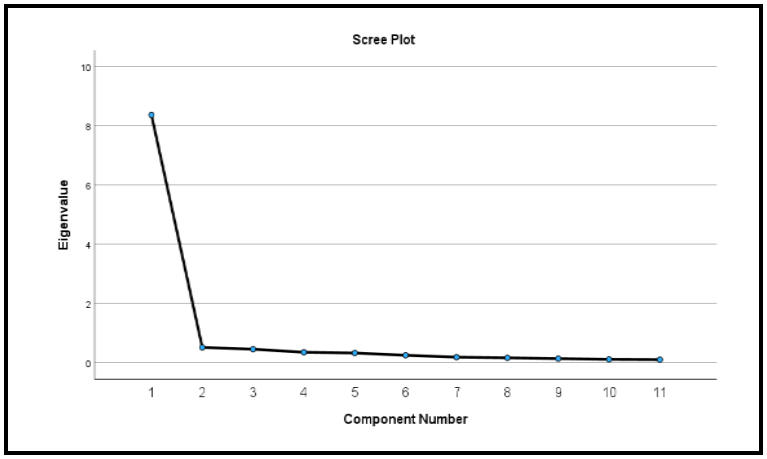
مقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي



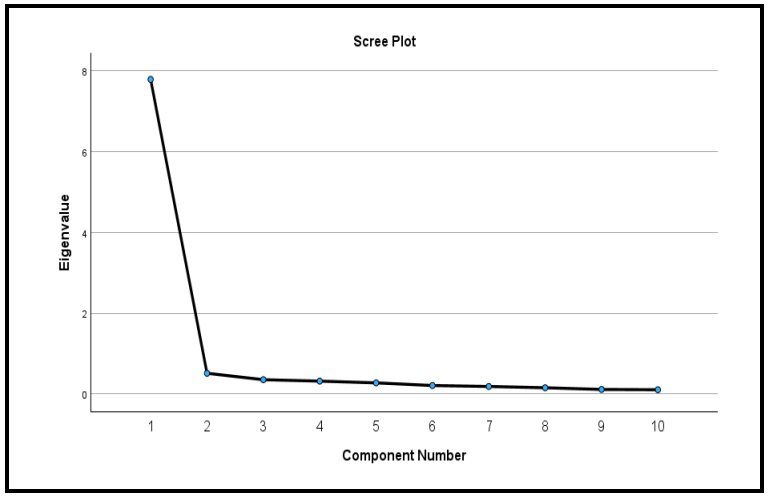
مقياس اضطراب قلق الانفصال



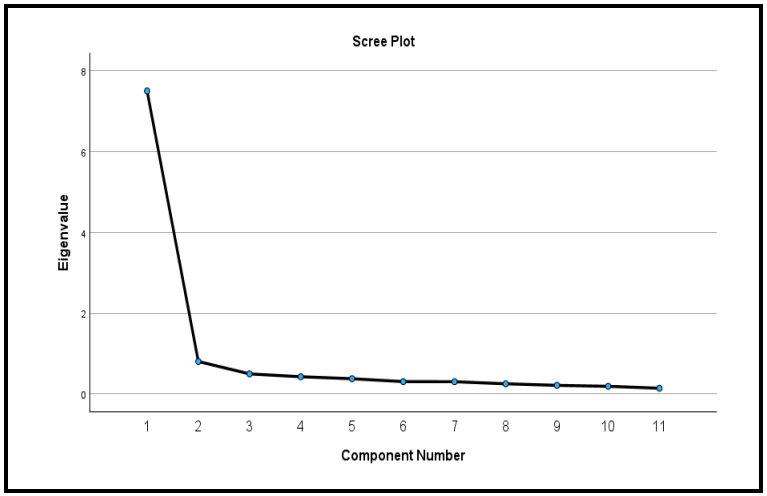
مقياس اضطراب الهلع



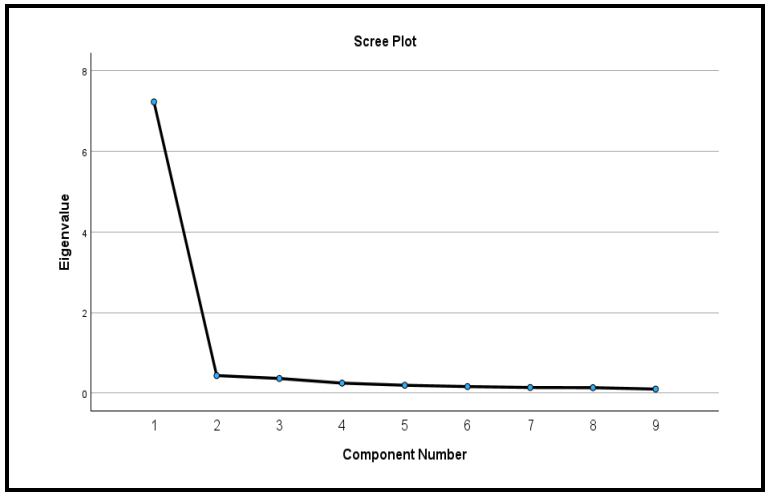
مقياس رهاب الأماكن المفتوحة



مقياس اضطراب القلق المعمم



مقياس اضطراب الصمت الانتقائي



الارتباط بين المقاييس الفرعية Correlations between Subscales

كمؤشـــر على صـــدق البناء تم التحقق من ارتباط المقاييس الفرعية ببعضـــها ومع البطارية التشخيصية (الدرجة الكلية) باستخدام معاملات ارتباط بيرسون. ويوضح الجدول (11) معاملات الارتباط بين المقاييس ببعضـــها وارتباطها مع البطارية للعينة العادية، في حين يوضّـــح الجدول (12) معاملات الارتباط بين المقاييس ببعضها وارتباطها مع البطارية للعينة الإكلينيكية.

جدول (11)

معاملات الارتباط بين المقاييس ببعضها وارتباطها مع البطارية لاستجابات العينة العادية

المقياس	الرهاب الاجتماعي	قلق الانفصال	اضطراب الهلع	الأماكن المفتوحة	القلق المعمم	الصمت الانتقائي	البطارية
الرهاب النوعي	0.50	0.57	0.48	0.42	0.55	0.45	0.69
الرهاب الاجتماعي		0.65	0.55	0.61	0.66	0.66	0.81
قلق الانفصال			0.62	0.59	0.67	0.57	0.83
اضطراب الهلع				0.65	0.66	0.57	0.82
الأماكن المفتوحة					0.66	0.63	0.81
القلق المعمم						0.71	0.88
الصمت الانتقائي							0.81

جميع معاملات الارتباط دالة احصائيًا عند مستوى الدلالة (0.01)

جدول (12)

معاملات الارتباط بين المقاييس ببعضها وارتباطها مع البطارية لاستجابات العينة الإكلينيكية

المقياس	الرهاب الاجتماعي	قلق الانفصال	اضطراب الهلع	الأماكن المفتوحة	القلق المعمم	الصمت الانتقائي	البطارية
الرهاب النوعي	0.62	0.55	0.55	0.39	0.60	0.48	0.66
الرهاب الاجتماعي		0.78	0.75	0.74	0.81	0.81	0.90
قلق الانفصال			0.83	0.76	0.79	0.72	0.89
اضطراب الهلع				0.83	0.77	0.73	0.91
الأماكن المفتوحة					0.74	0.79	0.88
القلق المعمم						0.82	0.91
الصمت الانتقائي							0.89

جميع معاملات الارتباط دالة احصائيًا عند مستوى الدلالة (0.01)

يتضّـــح من الجدول (11) أن قيم معاملات الارتباط بين المقاييس ببعضـــها لاســـتجابات العينة العادية تراوحت بين (0.42–0.71) وهي قيم مرتفعة وإيجابية، تشير إلى الترابط بين المقاييس الفرعية مع عدم التداخل المتعدد فيما بينها. في حين تراوحت معاملات الارتباط بين المقاييس والبطارية بين (0.69 –0.88) وهي قيم ارتباط مرتفعة أيضًـــا. وكذلك تشـــير نتائج الجدول (12) أن قيم معاملات ارتباط المقاييس ببعضـها لاسـتجابات العينة الإكلينيكية تراوحت بين (0.39 –0.83)، وهي قيم مرتفعة وإيجابية أيضًـــا. كما معاملات ارتباط المقاييس بالبطارية بين (0.66 –0.91). وكانت معاملات الارتباط بين المقاييس ببعضـها وارتباط المقاييس بالبطارية للعينتين جميعها دالة إحصـائيًا عند مسـتوى دلالة (0.01). وتشير هذه النتائج بالمجمل إلى ترابط داخلي قوي بين المقاييس الفرعية، وبين المقاييس الفرعية والبطارية.

التحليل العاملي التوكيدي Confirmatory Factor Analysis (CFA)

وللتأكد من استقرار البناء العاملي الناتج من التحليل العاملي الاستكشافي تم اجراء التحليل العاملي التوكيدي (CFA) باســـتخدام طريقة تقدير الأرجحية العظمى Maximum Likelihood Estimation (MLE) على العينة الثانية المكونة من (474) بالإضـــافة للعينة الإكلينيكية، بافتراض وجود عامل كامن واحد لكل مقياس فرعي، وتم اعتماد مؤشـــرات القبول لمواءمة اســـتجابات المفحوصـــين في كلا العينتين للنموذج العاملي التوكيدي الموضحة في الجدول (13) وفقًا لـ (Lowry & Gaskin, 2014).

جدول (13)

مؤشرات القبول ملاءمة استجابات المفحوصين للنموذج العاملي التوكيدي

المؤشر	القيمة المرجعية لقبول المؤشر
χ^2/df	$\chi^2/df \leq 3$
الجذر التربيعي لمتوسط خطأ التقدير RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.08$
جودة المطابقة GFI	$0.90 \leq GFI \leq 1.00$
جودة المطابقة المصحح AGFI	$0.85 \leq AGFI \leq 1.00$
المطابقة المعياري TLI	$0.90 \leq TLI \leq 1.00$
المطابقة المقارن CFI	$0.90 \leq CFI \leq 1.00$
جودة المطابقة المعياري NFI	$0.90 \leq NFI \leq 1.00$
المطابقة المتزايد IFI	$0.90 \leq IFI \leq 1.00$

ويوضّح الجدول (14) مؤشرات حسن المطابقة للمقاييس الفرعية للعينة العادية الثانية اعتمادًا على نتائج التحليل العاملي التوكيدي. في حين يوضّح الجدول (15) مؤشرات حسن المطابقة للمقاييس الفرعية للعينة الإكلينيكية.

جدول (14)

مؤشرات حسن المطابقة للتحليل العاملي التوكيدي لاستجابات العينة العادية الثانية (ن=474)

المقياس	χ^2/df	RMSEA	GFI	AGFI	TLI	CFI	NFI	IFI
الرهاب النوعي	2.88	0.06	0.91	0.88	0.89	0.93	0.91	0.92
الرهاب الاجتماعي	2.60	0.05	0.92	0.89	0.90	0.92	0.91	0.92
قلق الانفصال	2.71	0.07	0.90	0.86	0.89	0.90	0.90	0.89
اضطراب الهلع	2.11	0.04	0.91	0.87	0.94	0.95	0.94	0.95
رهاب الأماكن المفتوحة	1.89	0.03	0.94	0.91	0.96	0.97	0.96	0.97
القلق المعمم	2.67	0.07	0.90	0.86	0.90	0.91	0.91	0.91
الصمت الانتقائي	2.55	0.05	0.90	0.85	0.92	0.94	0.94	0.94
البطارية	1.74	0.03	0.95	0.90	0.94	0.96	0.96	0.96

جدول (15)

مؤشرات حسن المطابقة للتحليل العاملي التوكيدي لاستجابات العينة الإكلينيكية (ن=211)

المقياس	χ^2/df	RMSEA	GFI	AGFI	TLI	CFI	NFI	IFI
الرهاب النوعي	1.92	0.07	0.90	0.86	0.87	0.90	0.89	0.90
الرهاب الاجتماعي	1.87	0.07	0.90	0.85	0.90	0.89	0.88	0.89
قلق الانفصال	2.02	0.07	0.89	0.86	0.89	0.90	0.88	0.89
اضطراب الهلع	2.11	0.06	0.90	0.87	0.90	0.92	0.90	0.92
رهاب الأماكن المفتوحة	2.07	0.07	0.90	0.86	0.92	0.94	0.93	0.94
القلق المعمم	1.98	0.05	0.90	0.85	0.90	0.91	0.90	0.91
الصمت الانتقائي	2.05	0.05	0.90	0.86	0.93	0.95	0.94	0.95
البطارية	2.89	0.08	0.91	0.88	0.90	0.92	0.91	0.92

تشير نتائج الجدول (14) إلى أن مؤشرات حسن المطابقة للتحليل العاملي التوكيدي لاستجابات العينة العادية الثانية على البطارية التشخيصية كانت ضمن المدى المقبول. إذ تراوحت قيم مؤشر مربع كاي مقسوم على درجات الحرية χ^2/df بين (1.89–2.88)، وهي قيمة أقل من الحد الأدنى المقبول والبالغ (3) وبالتالي تدل على المطابقة الجيدة للنموذج. أما بالنسبة لقيمة متوسط الجذر التربيعي لأخطاء التقدير (RMSEA) فتراوحت بين (0.03–0.07) وهي قيم مقبولة كونها أقل من الحد الأعلى البالغ (0.08). وفيما يخص قيم جودة المطابقة المصحح (AGFI) فتراوحت بين (0.85–0.91) وهي قيم مقبولة لأنها تقع بين (0.85–1.00). وأخيرًا فيما يخص قيم بقية المؤشرات، وهي: مؤشر جودة المطابقة (GFI)، ومؤشر المطابقة المقارن (CFI)، ومؤشر المطابقة المعياري (TLI)، ومؤشر جودة المطابقة المعياري (NFI)، ومؤشر المطابقة المتزايد (IFI) فقد تراوحت جميعها بين (0.87–0.95) وتعتبر جميعها مقبولة، لا سيما وأن قيم الخطأ كانت ضمن المدى المقبول. وتشير النتائج السابقة بالمجمل إلى أن استقرار الأبنية العاملية للمقاييس الفرعية للبطارية التشخيصية الناتجة من التحليل العاملي الاستكشافي لاستجابات العينة العادية.

كما أشارت نتائج الجدول (15) إلى أن مؤشرات حسن المطابقة للتحليل العاملي التوكيدي لاستجابات العينة الإكلينيكية على البطارية التشخيصية كانت ضمن المدى المقبول. إذ تراوحت قيم مؤشر مربع كاي مقسوم على درجات الحرية χ2/df بين (1.87–2.11)، وهي قيمة أقل من الحد الأدنى المقبول، والبالغ (3) وبالتالي تدل على المطابقة الجيدة للنموذج. أما بالنسبة لقيمة متوسط الجذر التربيعي لأخطاء التقدير (RMSEA) فتراوحت بين (0.05–0.07) وهي قيم مقبولة كونها أقل من الحد الأعلى البالغ (0.08). وفيما يخص قيم جودة المطابقة المصحح (AGFI) فتراوحت بين (0.85–0.87) وهي قيم مقبولة لأنها تقع بين (0.85–1.00). وأخيرًا فيما يخص قيم بقية المؤشرات، وهي: مؤشر جودة المطابقة (GFI)، ومؤشر المطابقة المقارن (CFI)، ومؤشر المطابقة المعياري (TLI)، ومؤشر جودة المطابقة المعياري (NFI)، ومؤشر المطابقة المتزايد (IFI) فقد تراوحت جميعها بين (0.87–0.95)

وتعتبر جميعها مقبولة، لا سيما وأن قيم الخطأ كانت ضمن المدى المقبول. وتشير النتائج السابقة بالمجمل إلى أن اســـتقرار الأبنية العاملية للمقاييس الفرعية للبطارية التشـــخيصـــية الناتجة من التحليل العاملي الاستكشافي لاستجابات العينة الإكلينيكية. ويلاحظ انخفاض قيم بعض المؤشرات للعينة الإكلينيكية مقارنة بالعينة العادية، ويعود الســـبب في ذلك للفرق في حجم العينة. إذ تتأثر هذه المؤشـــرات بحجم العينة (Kline, 2016).

يوضح الجدول (16) قيم تشبعات الفقرات المعيارية (أوزان الانحدار المعيارية) Standardized Regression Weights على المقاييس الفرعية لاستجابات العينة العادية الثانية، في حين يبين الجدول (17) قيم تشبعات الفقرات المعيارية على المقاييس الفرعية لاستجابات العينة الإكلينيكية.

جدول (16)

تشبعات الفقرات المعيارية على المقاييس الفرعية لاستجابات العينة العادية الثانية

الفقرة	الرهاب النوعي	الرهاب الاجتماعي	قلق الانفصال	اضطراب الهلع	الأماكن المفتوحة	القلق المعمم	الصمت الانتقائي
1	0.65	0.71	0.68	0.80	0.69	0.77	0.82
2	0.64	0.38	0.71	0.86	0.80	0.78	0.84
3	0.55	0.72	0.70	0.84	0.83	0.78	0.85
4	0.75	0.73	0.49	0.76	0.81	0.76	0.86
5	0.62	0.78	0.71	0.86	0.83	0.85	0.71
6	0.66	0.75	0.44	0.84	0.81	0.76	0.77
7	0.60	0.72	0.76	0.83	0.84	0.76	0.83
8	0.66	0.76	0.74	0.86	0.64	0.68	0.81
9	0.69	0.79	0.72	0.75	0.83	0.75	0.81
10	0.62	0.70	0.54	0.79	0.83	0.76	
11			0.71	0.81		0.84	

جدول (17)

تشبعات الفقرات المعيارية على المقاييس الفرعية لاستجابات العينة الإكلينيكية

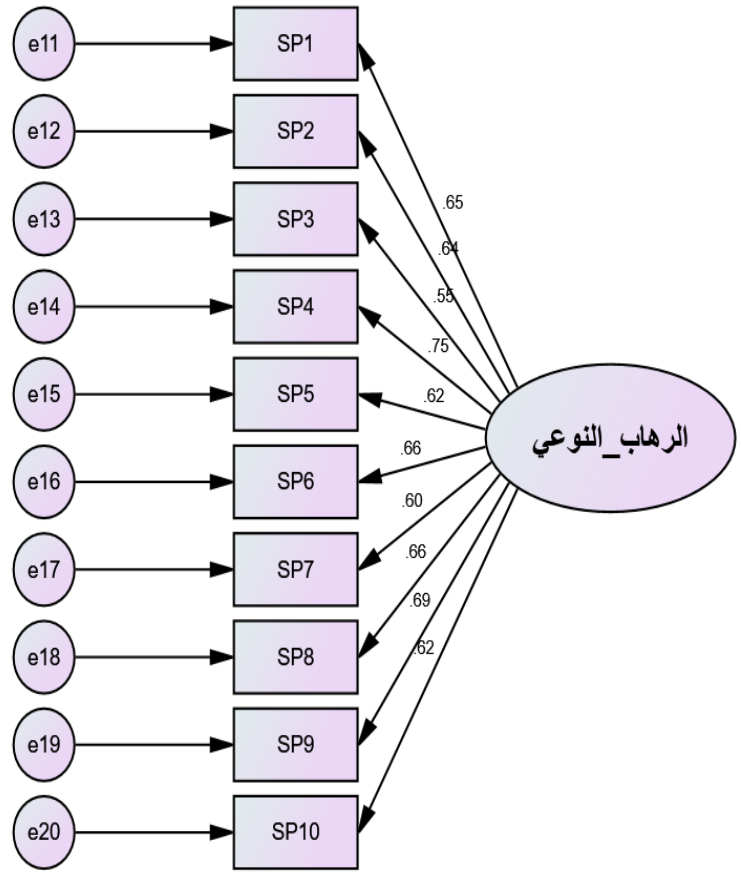
الفقرة	الرهاب النوعي	الرهاب الاجتماعي	قلق الانفصال	اضطراب الهلع	الأماكن المفتوحة	القلق المعمم	الصمت الانتقائي
1	0.65	0.78	0.75	0.81	0.81	0.81	0.90
2	0.63	0.54	0.71	0.88	0.87	0.80	0.91
3	0.72	0.75	0.84	0.90	0.90	0.81	0.92
4	0.79	0.82	0.68	0.83	0.85	0.79	0.79
5	0.68	0.85	0.70	0.86	0.87	0.88	0.86
6	0.67	0.82	0.53	0.88	0.88	0.80	0.89
7	0.65	0.76	0.82	0.89	0.91	0.78	0.86
8	0.75	0.80	0.84	0.88	0.80	0.75	0.90
9	0.79	0.84	0.87	0.81	0.92	0.78	0.90
10	0.68	0.83	0.78	0.87	0.87	0.80	
11			0.85	0.83		0.88	

يتضـــح من الجدول (16) أن قيم التشـــبعات المعيارية للفقرات على مقاييس البطارية الفرعية لاســـتجابات العينة العادية الثانية تراوحت بين (0.38 –0.85) إذ كانت جميع الفقرات أكبر من الحد الأدنى المقبول وهو (0.50) وفقًا لـــــ (Hair et al., 2019)، عدا الفقرة الثانية من مقياس الرهاب الاجتماعي فقد كان تشبعها (0.38) والفقرة السادسة من مقياس قلق الانفصال فقد كان تشبعها (0.44)، كما يبين جدول (19) قيم تشـــبعات الفقرات على المقاييس لاســـتجابات العينة الإكلينيكية تتراوح بين (0.53 –0.92) إذ كانت جميع الفقرات أكبر من الحد الأدنى المقبول (0.50)، وعليه تم الاحتفاظ بالفقرتين الثانية من مقياس الرهاب الاجتماعي، والسادسة من مقياس قلق الانفصال كون تشبعهما كان مقبولًا لاستجابات العينة الإكلينكية. بناءً على ما سبق تشير نتائج البنية العاملية المستخلصة من التحليل العاملي الاســـتكشـــافي كانت مســـتقرة، ومتكاملة مع نتائج التحليل العاملي التوكيدي حول البناء الداخلي لمقاييس البطارية التشخيصية. وأخيرًا يوضّح الشكل (3) الرسوم البيانية للبناء العاملي التوكيدي لاستجابات العينة العادية الثانية، واستجابات العينة الإكلينيكية.

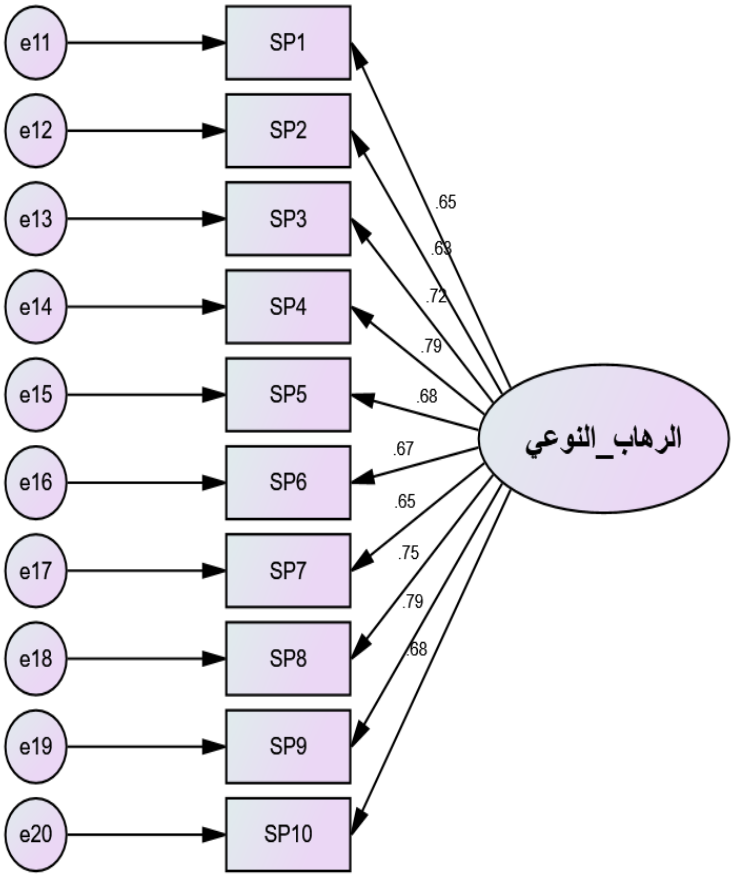
الشكل (3)

البناء العاملي لمقاييس البطارية التشخيصية لاستجابات للعينة العادية والإكلينيكية

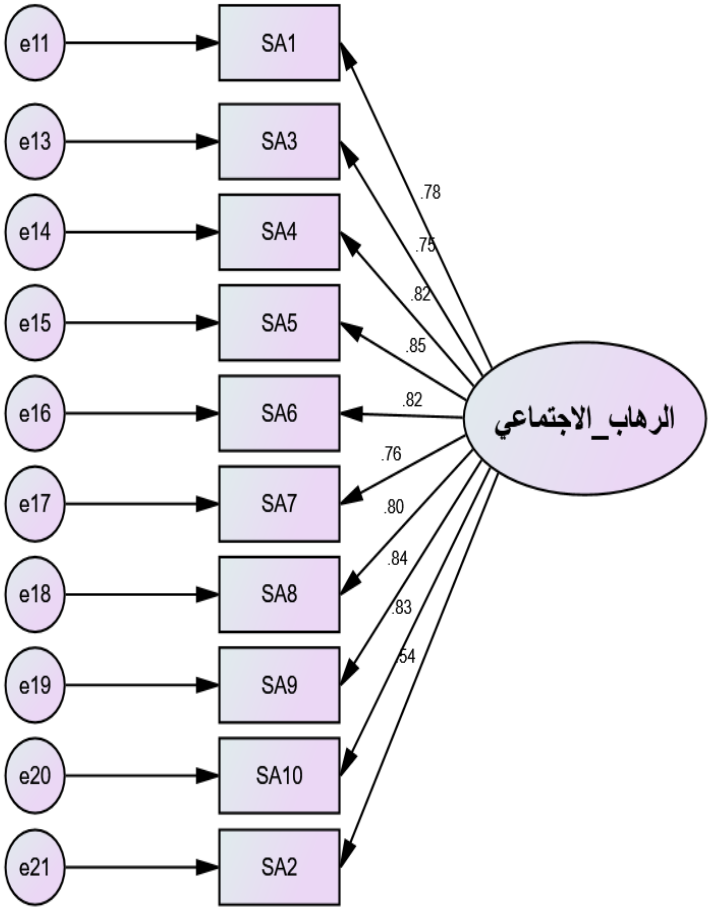
مقياس اضطراب الرهاب النوعي (عينة عادية)



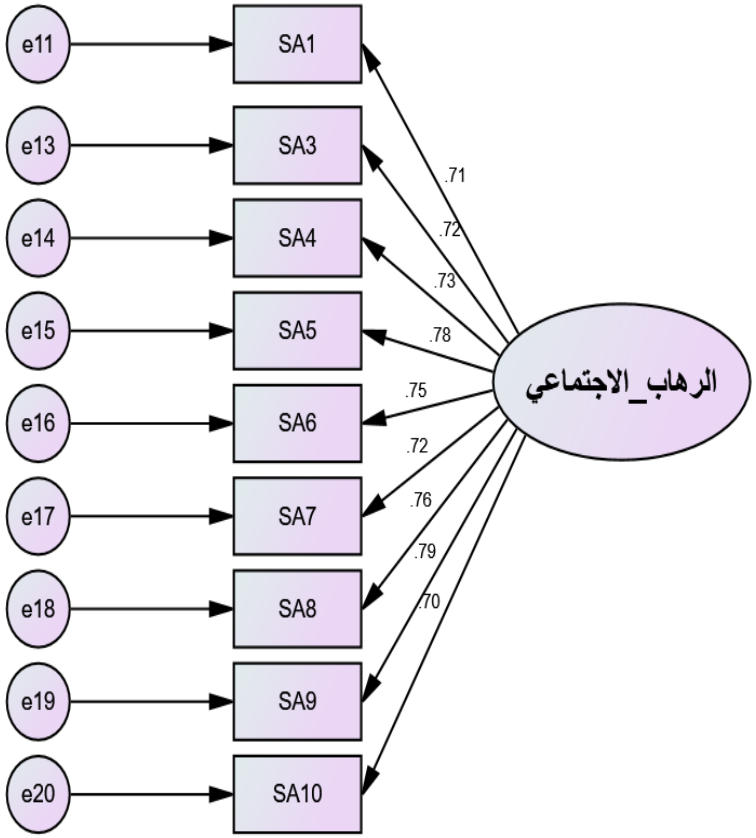
مقياس اضطراب الرهاب النوعي (عينة إكلينيكية)



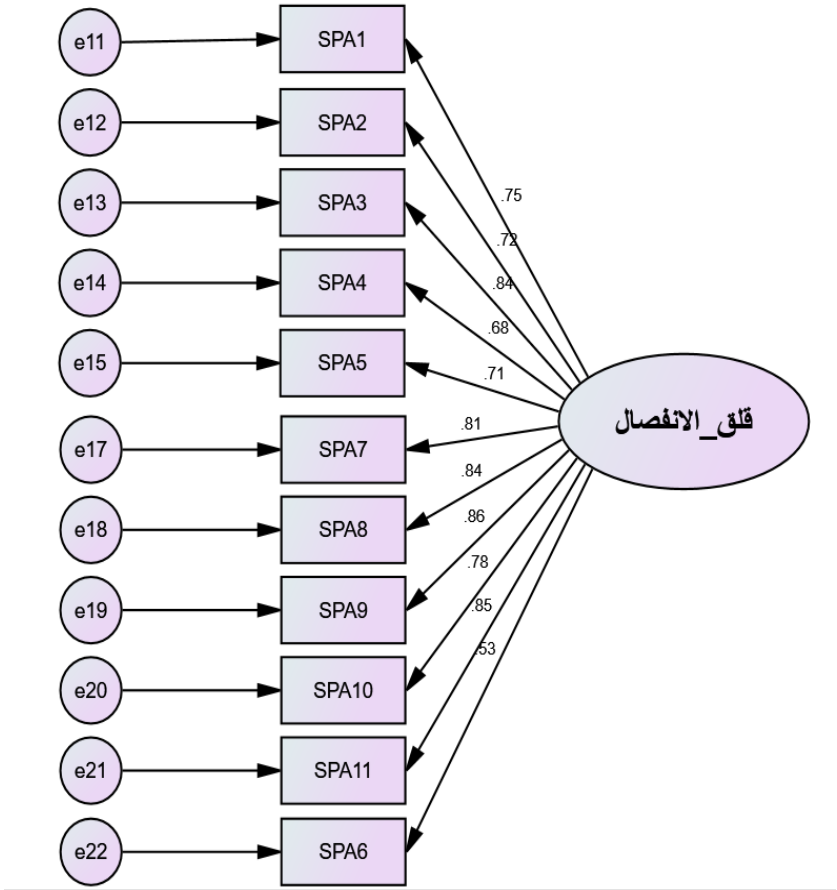
مقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي (عينة إكلينيكية)



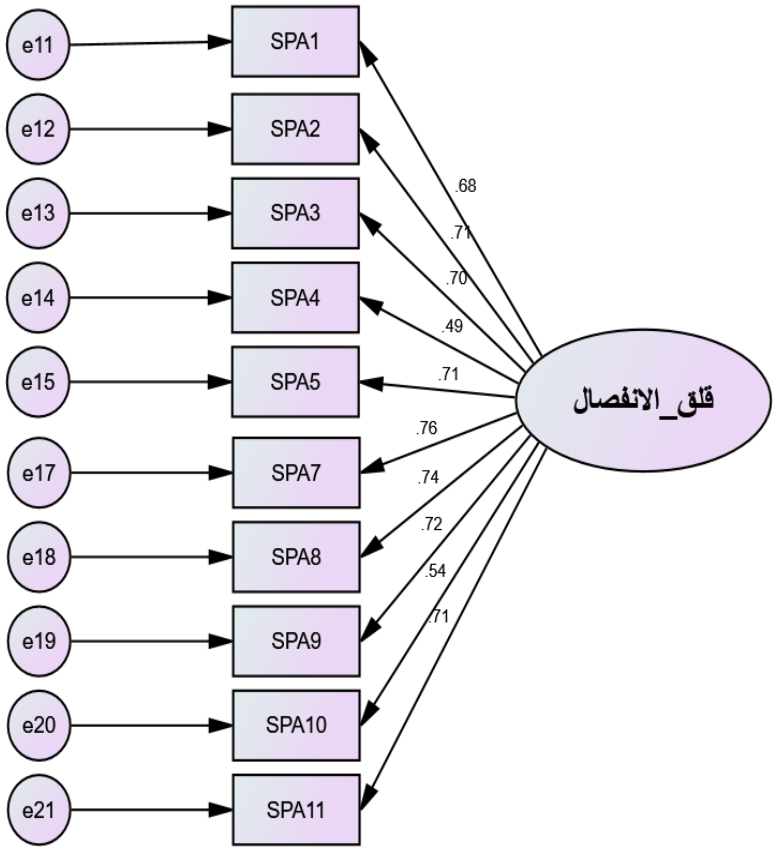
مقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي (عينة عادية)



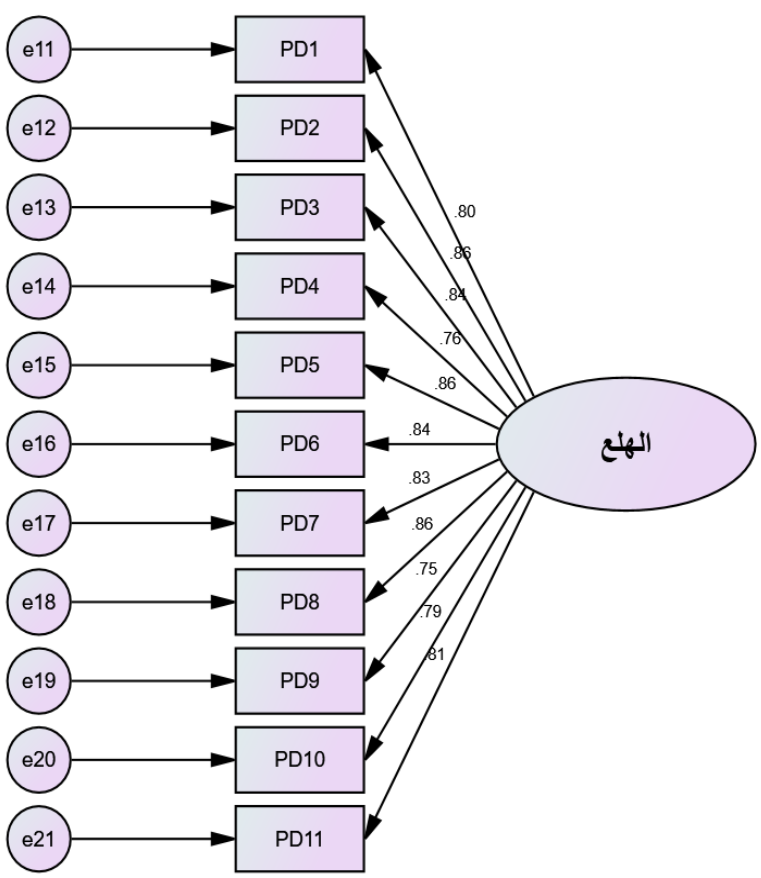
مقياس قلق الانفصال (عينة إكلينيكية)



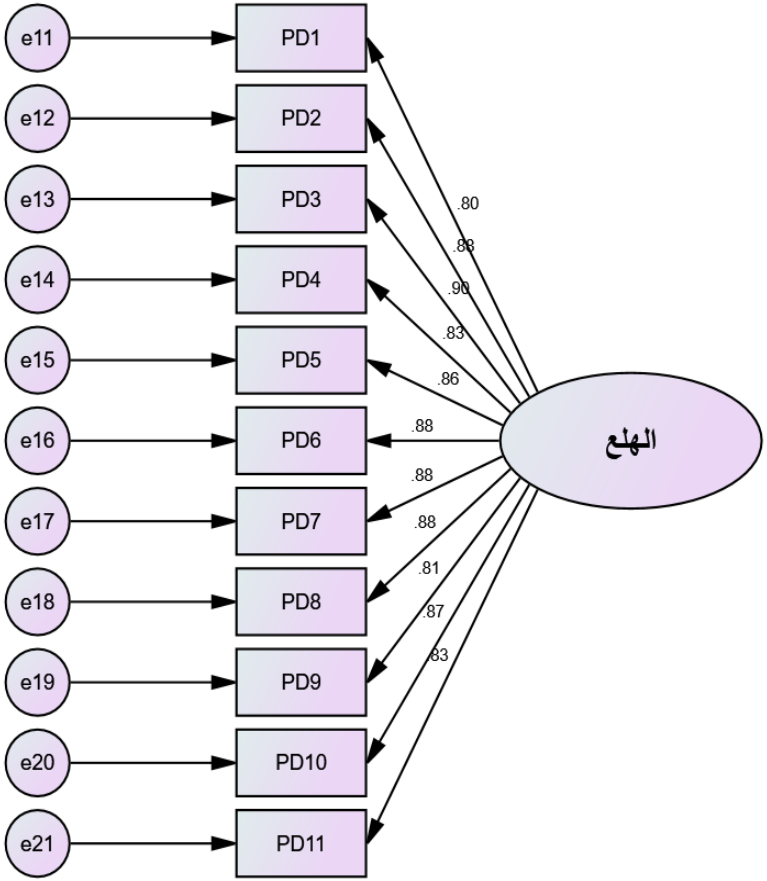
مقياس قلق الانفصال (عينة عادية)



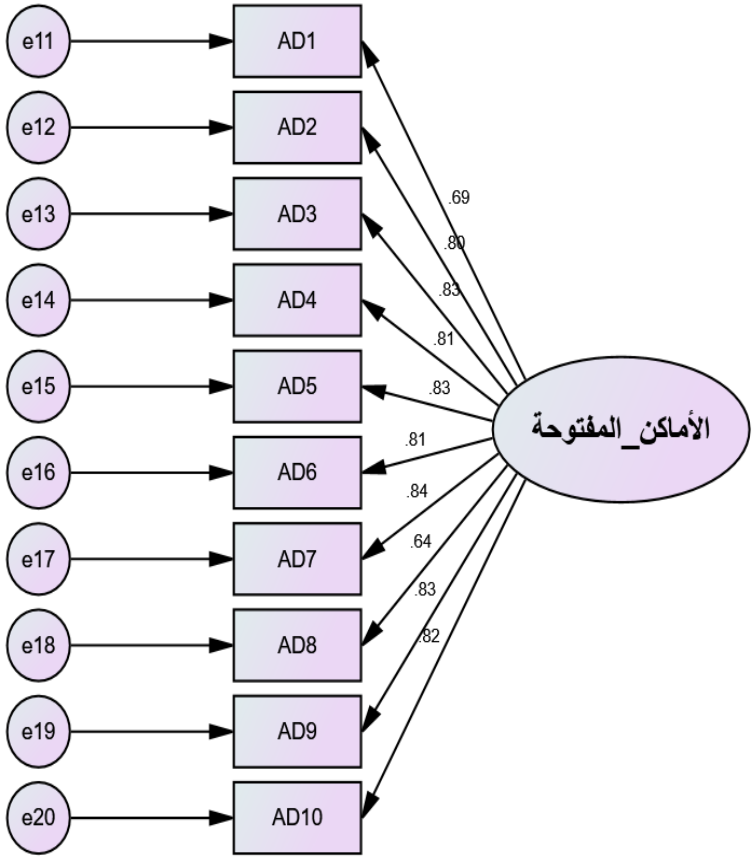
مقياس اضطراب الهلع (عينة عادية)



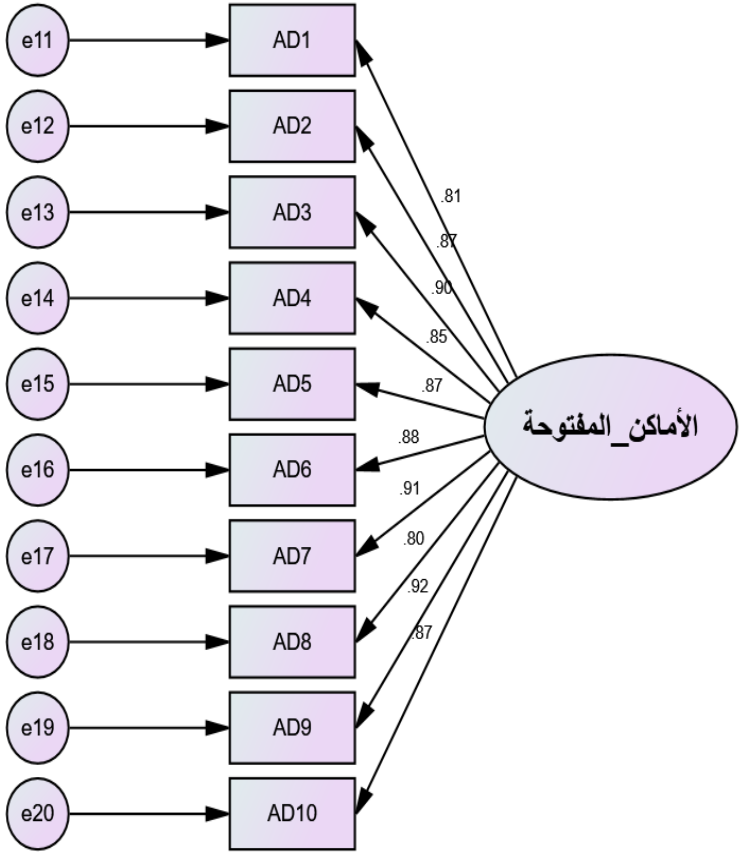
مقياس اضطراب الهلع (عينة إكلينيكية)



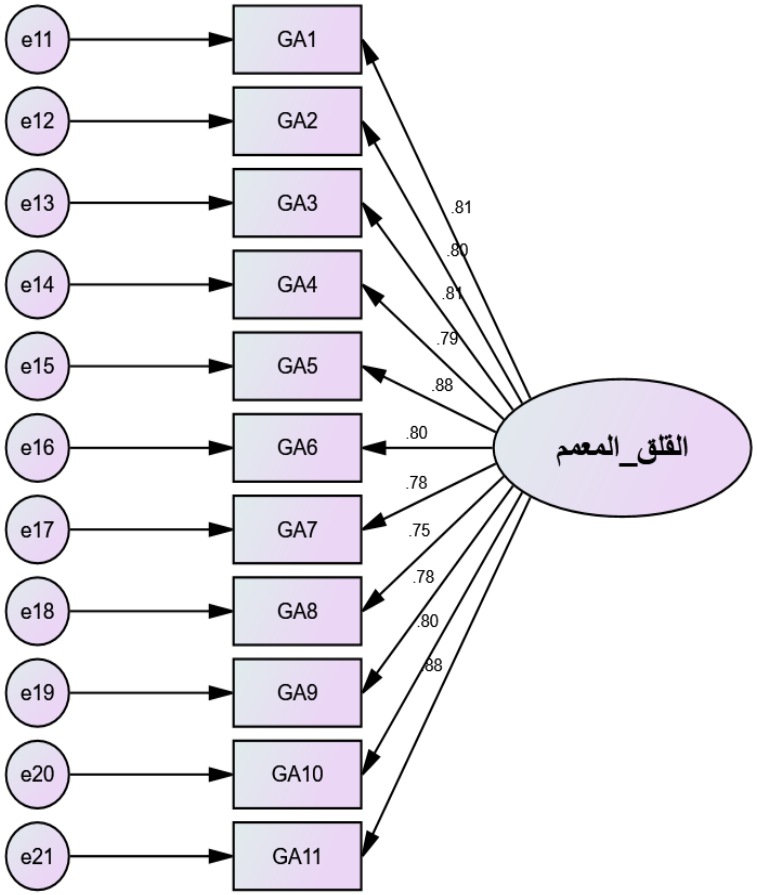
مقياس اضطراب الأماكن المفتوحة (عينة عادية)



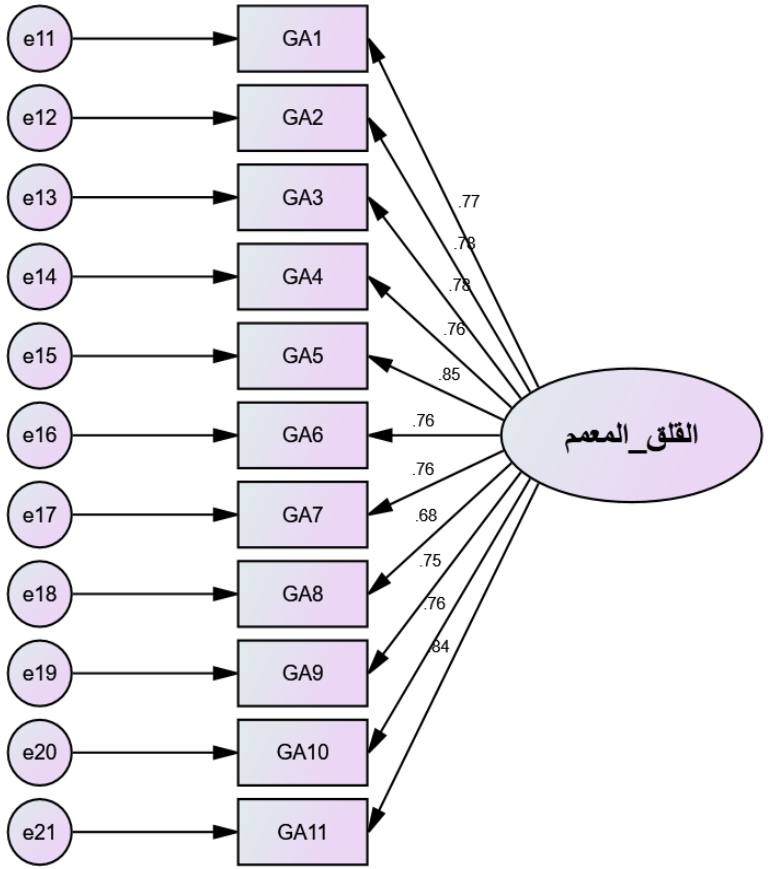
مقياس اضطراب الأماكن المفتوحة (عينة إكلينيكية)



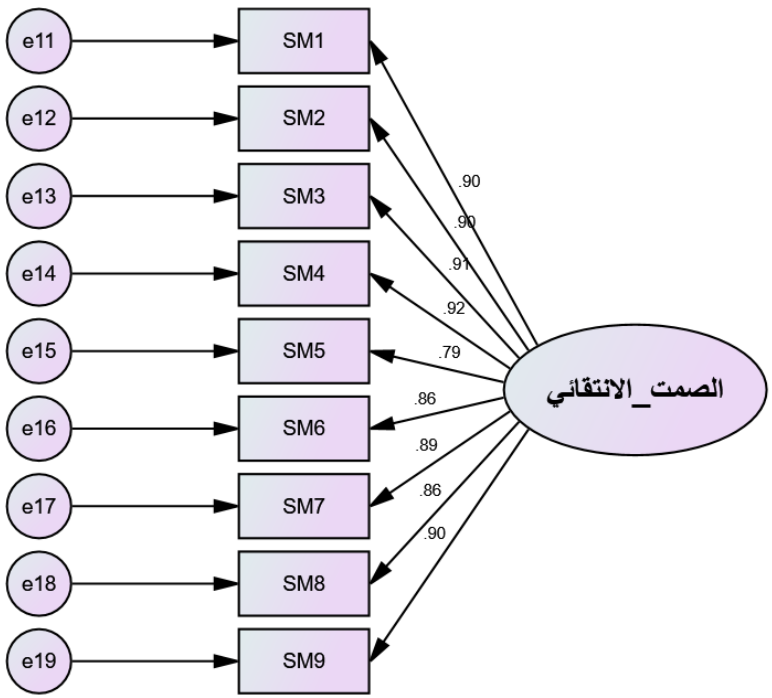
مقياس اضطراب القلق المعمم (عينة إكلينيكية)



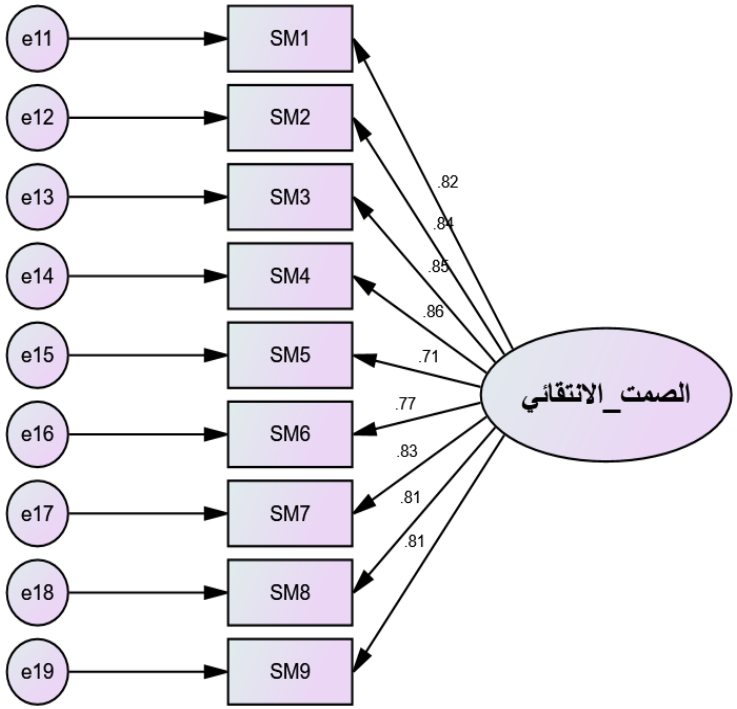
مقياس اضطراب القلق المعمم (عينة عادية)



مقياس الصمت الانتقائي (عينة إكلينيكية)



مقياس الصمت الانتقائي (عينة عادية)



الصدق التمييزي Discriminant Validity

يشـير مفهوم الصـدق التمييزي Discriminant Validity أو ما يعرف بصـدق المجموعات المعروفة Known–Groups Validity إلى قدرة المقياس على التمييز بين مجموعات يُتوقع مسـبقًا أن تختلف في الصفة المقاسة (DeVellis, 2017). ولتحديد قدرة البطارية التشخيصية على التمييز بين العينة العادية والعينة الإكلينيكية تم اسـتخدام اختبار ت للعينات المسـتقلة Independent Sample t–test لمقارنة استجابات العينتين على المقاييس الفرعية السبعة من خلال اختبار الفرضية "يوجد فروق ذات دلالة إحصـائية في اسـتجابات المفحوصـين على مقاييس اضـطرابات القلق السـبعة تعزى لنوع العينة ولصـالح العينة الإكلينيكية". علمًا بأنه تم مقارنة اسـتجابات العينة الإكلينيكية كاملة (ن=211)، وتم اختيار نفس العدد عشـوائيًا من العينة العادية لإلغاء أثر الفرق في حجم العينة على نتائج الاختبار، ويوضّح الجدول (18) نتائج اختبار ت للعينات المستقلة لفحص الفروق بين استجابات العينة العادية واستجابات العينة الإكلينيكية.

جدول (18)

نتائج اختبار ت للعينات المستقلة لفحص الفروق بين استجابات العينتين العادية والإكلينيكية

المقياس	العينة	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	مستوى الدلالة	حجم التأثير
الرهاب النوعي	العادية	211	26.65	7.60	6.94	420	0.001	0.68
	الإكلينيكية	211	32.09	8.49				
الرهاب الاجتماعي	العادية	211	20.83	7.84	9.74	393.76	0.001	0.95
	الإكلينيكية	211	29.46	10.21				
قلق الانفصال	العادية	211	25.11	8.69	8.41	392.61	0.001	0.82
	الإكلينيكية	211	33.40	11.39				
اضطراب الهلع	العادية	211	19.25	8.31	10.63	345.50	0.001	1.03
	الإكلينيكية	211	31.00	13.74				
الأماكن المفتوحة	العادية	211	15.42	8.35	9.82	365.63	0.001	0.96
	الإكلينيكية	211	25.60	12.54				
القلق المعمم	العادية	211	24.80	8.95	9.96	390.74	0.001	0.97
	الإكلينيكية	211	34.98	11.85				
الصمت الانتقائي	العادية	211	17.88	7.95	9.29	375.01	0.001	0.90
	الإكلينيكية	211	26.77	11.41				

تشير النتائج الموضحة في الجدول (18) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.001) في الاستجابات على جميع مقاييس اضطرابات القلق يعزى لنوع العينة ولصالح العينة الإكلينيكية، وذلك لأن جميع المتوسطات الحسابية لمقاييس اضطرابات القلق السبعة لاستجابات العينة الإكلينيكية أعلى من استجابات العينة العادية. وأشارت حجوم التأثير المحسوبة بمعادلة Cohens d والتي تراوحت بين (0.68–1.03) إلى أن الفروق بين العيتنين كانت كبيرة على جميع المقاييس، باستثناء مقياس الرهاب النوعي كان حجم الفروق فيه متوسطًا. إذ يشير (Elis, 2010) إلى أن حجم التأثير بطريقة كوهين تكون قليلة إذا تراوحت بين (0.20–0.49)، ومتوسطة إذا تراوحت بين (0.50–0.79)، وكبيرة إذا تجاوزت (0.80).

الصدق التقاربي Convergent Validity

يعتبر الصدق التقاربي من أنواع صدق البناء، ويشير إلى مدى ارتباط الأداة أو المقياس (سواء موجب أو سالب) مع أدوات أو مقاييس أخرى تقيس نفس المفهوم أو البُعد أو المفهوم النظري المشابه. أو بمقاييس أخرى من المفترض نظريًا أن تكون مرتبطة به (Nikolopoulou, 2022). وللتحقق من الصدق التقاربي للبطارية التشخيصية تم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين الدرجات الكلية لمقاييس القلق الفرعية، والدرجة الكلية لمقياس الرفاه النفسي، وكما هو موضّح في الجدول (19).

جدول (19)

الارتباط بين مقاييس القلق ومقياس الرفاه النفسي

المقياس الفرعي	العينة عادية (ن=948)	العينة الإكلينيكية (ن=211)
الرهاب النوعي	−0.32	−0.45
الرهاب الاجتماعي	−0.57	−0.70
قلق الانفصال	−0.47	−0.65
اضطراب الهلع	−0.51	−0.65
رهاب الأماكن المفتوحة	−0.55	−0.68
القلق المعمم	−0.62	−0.72
الصمت الانتقائي	−0.59	−0.74
البطارية	−0.62	−0.76

جميع معاملات الارتباط دالة احصائيًا عند مستوى الدلالة (0.01)

يتضـــح من الجدول (19) أن درجات مقاييس القلق الفرعية ودرجات البطارية التشـــخيصـــية ارتبطت بشـــكل ســـلبي ودال إحصـــائيًا عند مســـتوى دلالة (0.01) مع الدرجات على مقياس الرفاه النفسي. حيث تراوحت معاملات الارتباط من (−0.32) إلى (−0.62) للعينة العادية، ومن (−0.45) إلى (−0.76) للعينة الإكلينيكية. وهي معاملات ارتباط تتراوح بين المتوســـط والمرتفع، حيث أشـــار (Brown, 2015) إلى أن معاملات الارتباط بين متغيرين تكون منخفضة إذا كانت أقل من (0.30)، ومتوسطة إذا كانت بين (0.30−0.49)، ومرتفعة إذا كانت بين (0.50−0.85). ويشير ذلك إلى أن ارتفاع مستوى القلق يؤدي لانخفاض الرفاه النفسي.

بالمجمل أشارت النتائج المتعلقة بالسؤال الأول المتضمنة التحقق من مؤشرات الصدق لبطارية اضـــطرابات القلق، أظهرت النتائج أن البطارية تتمتع بدرجات مرتفعة من الصـــدق بأنواعه ومؤشـــراته المختلفة، مما يدل على كفاءتها في قياس الاضـطرابات المختلفة المسـتهدفة، وقدرتها التشـخيصـية في الكشف عن اضطرابات القلق السبعة. إذ أظهرت نتائج تحليل الفقرات تمييزًا واضحًا في صدق الفقرات التمييزية للعينتين العادية والإكلينيكية، وقد كشـفت النتائج عن معاملات ارتباط مرتفعة تدل على جودة الفقرات وقدرتها على التمييز بين الأفراد. واتفقت هذه النتيجة مع دراسـة (صـالح، 2021) والتي هدفت إلى دراسـة الصـمت الانتقائي وعلاقته بالتكيف المدرسـي لدى تلاميذ الصـف الأول الابتدائي من وجهة نظر معلميهم، ودراسـة (الذهبي، 2017) التي هدفت إلى بناء مقياس الصـمت الاختياري لدى طلاب المرحلة الابتدائية ببغداد بجانبيها الرصافة والكرخ من وجهة نظر معلميهم.

كما أثبت التحليل العاملي الاسـتكشـافي صـحة جميع الافتراضـات الإحصـائية، وكما أوضـحت النتائج أن التركيبة العاملية للمقاييس الفرعية اتســـمت بأحادية البعد، وكذلك من خلال التشـــبعات المرتفعة للفقرات على العامل الوحيد. وقد جاءت هذه النتيجة متفقة مع نتائج العديد من الدراســـات مثل دراســـة (Plunkett et al ,2024) التي أظهرت وجود عامل واحد سائد عند التحقق من مقياس اضطراب الهلع، وكذلك دراســة كل من (Byrd et al ,2020؛ Mordeno et al ,2021؛ Pagán et al, 2020) والتي خلصـــت لوجود أحادية البعد عند التحقق من مقياس اضـــطراب القلق العام، ودراســـة (Vidal−

(Arenas et al, 2021 التي أظهرت وجود عامل واحد سائد عند التحقق من ستة مقاييس فرعية هي: رهاب الأماكن المفتوحة، والقلق الاجتماعي، وقلق الانفصال، والهلع، والقلق العام، والرهاب المحدد. في حين اختلفت مع نتائج دراستي (جعيص،2018؛ رضوان، 2001) التي أشارت بعدم أحادية البعد.

بالإضافة لذلك أشارت معاملات الارتباط بين المقاييس، ومع البطارية ككل، ارتفاعًا ملحوظًا سواء في استجابات العينة العادية أو الإكلينيكية، وهو ما يشير إلى اتساق داخلي مرتفع. وقد جاءت دراستي (Emine et al, 2020؛ Vidal-Arenas et al, 2021) والتي سعت للتحقق من الخصائص السيكومترية أو تطوير مقاييس جديدة متفقة مع نتائج الدراسة الحالية.

أما بخصوص نتائج التحليل العاملي التوكيدي والتي أشارت لوجود مطابقة جيدة للمقاييس السبعة الفرعية، أكدت وجود عامل توكيدي واحد لكل مقياس وهذا ما يؤكد دقة نتائج التحليل العاملي الاستكشافي، واستقرار البينة العاملية للمقاييس الفرعية عبر عينات مختلفة لا سيما في العينة العادية. واتفقت نتائج التحليل العاملي مع دراسة (شند وآخرون، 2024) والتي أشارت لمطابقة مؤشرات التحليل العاملي التوكيدي لمقياس قلق الانفصال. كما اتفقت مع نتائج الدراسات (Emine et al, 2020; Mordeno et al, 2021; Plunkett et al, 2024; Vidal-Arenas et al, 2021) والتي أشارت جميعها لمطابقة مؤشرات التحليل العاملي التوكيدي للمحكات المقبولة.

كما أشارت نتائج الصدق التمييزي من خلال فحص الفروق في الاستجابات بين العينة العادية والعينة الإكلينيكة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد في المجموعة الإكلينيكة والمجموعة العادية في جميع المقاييس السبعة للقلق كما وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5-TR)، حيث سجلت المجموعة الإكلينيكة متوسطات أعلى في كل من قلق الانفصال، الصمت الانتقائي، الرهاب النوعي، الرهاب الاجتماعي، رهاب الأماكن المفتوحة، الهلع، والقلق المعمم. ويعكس هذا النمط من النتائج التمايز المتوقع نظريًا وسريرًا بين الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية وأولئك غير المشخّصين، مما يعزز من صلاحية المقاييس المستخدمة في الكشف عن الفروق النفسية ذات الطابع السريري.

وتؤكد هذه النتائج ما أشـــار إليه Muris et al (2002) من أن قلق الانفصـــال يظهر بمســـتويات أعلى لدى الأفراد ذوي التشـــخيصـــات النفســـية مقارنة بغيرهم. وكذلك مع دراســـة (Barlow, 2002) والتي أشارت أن نوبات الهلع تعتبر سمة مركزية في بعض الاضطرابات، وتتميز بأعراض جسـدية شـديدة كالخفقان وضـيق التنفس مع مشـاعر فقدان السـيطرة، وتدعم هذه النتيجة التشخيصات الإكلينيكية التي تعتبر الهلع مؤشرًا أساسيًا على اضطرابات القلق المرتفعة. وكذلك دراسة Newman et al (2013) والتي أشارت إلى أن اضطراب القلق المعمم يتميز بقلق مزمن يؤثر على مجالات متعددة من حياة الفرد مما يبرر ارتفاعه لدى الأفراد المشـخصـين سـابقًا. وأخيرًا تدعم النتائج الحالية النماذج النظرية والتشخيصية التي تميز الأفراد ذوي الاضطرابات النفسية بوجود مؤشرات قلق أعلى وأكثر تعقيدًا وانتشارًا مقارنة بالأفراد العاديين. كما تعزز من موثوقية وصلاحية المقاييس المستندة إلى (DSM5-TR) في كشـف الفروق النفسـية السـريرية، مما يفتح المجال لاسـتخدامها في الفحص الإكلينيكي أو التدخل العلاجي.

وأخيرًا فيما يخص نتائج الصدق التقاربي أشارت النتائج لوجود علاقة عكسية بين الاستجابات على جميع مقاييس القلق الفرعية والاســـتجابة على مقياس الرفاه النفســـي. ووفقًا للجمعية الأمريكية للطب النفسي في دليلها الاحصائي الخامس المعدل (DSM5-TR) فإن اضطرابات القلق تشترك في كونها قلق غير طبيعي، يتسـم باسـتجابة فسـيولوجية مبالغ فيها، يخلق معاناة للشـخص مما يولد لديه عدم شعور بالارتياح أو ضـائقة تؤثر في الأداء النفسـي والاجتماعي، مما يولد مشـاعر بعدم الارتياح. وهذا مناقض تماما للرفاه النفسي فالرفاه النفسي وفقًا لـــ (عائشة، 2021) هو حالة نفسية يشعر فيها الفرد بالســـعادة والارتياح، وبأن هناك معنى وهدف لوجوده في الحياة، ويســـعى بكل امكانياته وطاقته لتحقيق ذاته في مختلف مراحل تطوره المســـتمر. كما أشـــار أبو هاشـــم (2010) إلى مفهوم الرفاه النفسـي: أنه مجموعة من المؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستوى الرضـا لدى الفرد عن ذاته وحياته بشكل عام، والسعي المستمر نحو تحقيق أهدافه الشخصية ذات قيمة ومعنى بالنسبة له.

وبناءً عليه فإن الرفاه النفسي يشير إلى حالة إيجابية تتناقض جذريًا مع اضطرابات القلق، حيث يتميز الرفاه بالشعور بالتوازن والرضا والقدرة على تحقيق التكيف، بينما تتسم اضطرابات القلق بالانشغال المفرط بالمخاوف والأفكار المشوهة والانفعالات السلبية، وهذا ما أكدته دراسة (فواغلة وآخرون، 2023) والتي وجدت علاقة ارتباطية سلبية بين اضطراب القلق العام والرفاهية. كما أكدت أيضا دراسة (Malone & Wachholtz, 2018) أن القلق له علاقة عكسية مع الرفاه النفسي لدى عينة مجتمعية من السكان الصينين. كما أكدت دراستي (Noureen et al, 2022; Kumari & Singh 2013) أن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين القلق الاجتماعي والرفاه النفسي لدى طلبة الجامعة. كما بينت دراسة(Schlechter et al, 2024) أن الرفاهية تسهم بشكل كبير في تفسير أعراض القلق. بالإضافة إلى دراسة (Iani et al, 2019) والتي وجدت أن تطوير وتحسين الرفاه النفسي لدى المرضى المصابين بالقلق العام يخفف من الأعراض، كما أكدت دراسة (Fava et al, 2001) على الأمر نفسه، حيث أن العلاج القائم على الرفاه النفسي أظهر تحسنًا ملحوظًا في توازن المشاعر الإيجابية المرتبطة باضطرابات القلق.

وبشكلٍ عام أشارت مجمل النتائج السابقة إلى تمتع البطارية التشخيصية لاضطرابات القلق المبنية وفق (DSM5-TR) تتمتع بدلالات صدق تتفق مع الخصائص السيكومترية للمقياس الجيد.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني ومناقشتها

للإجابة عن السؤال الثاني والذي نصه: "ما دلالات ثبات البطارية التشخيصية لاضطرابات القلق المبنية وفقًا للمحكات التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعدل (DSM-5 TR)؟" تم التحقق من ثبات المقاييس الفرعية لبطارية القلق التشخيصية لاستجابات المفحوصين من العينة العادية والعينة الإكلينيكية باستخدام عدة طرق، وهي: معامل ثبات الاتساق الداخلي بطريقتي كرونباخ الفا Cronbach Alpha، والتجزئة النصفية Split Half، والثبات المركب Composite Reliability (CR)، والتباين المشترك بين الفقرات المتشبعة على كل مقياس فرعي، والذي يعرف بمتوسط التباين المستخرج Average Variance Extracted (AVE)، ويوضّح الجدول (20) قيم معاملات ثبات المقاييس الفرعية بالطرق الأربعة.

جدول (20)

معاملات الثبات لاستجابات العينتين على مقاييس البطارية الفرعية

المقياس	عدد الفقرات	كرونباخ الفا		التجزئة النصفية		الثبات المركب		التباين المستخرج	
		ع	ك	ع	ك	ع	ك	ع	ك
الرهاب النوعي	10	0.87	0.91	0.84	0.85	0.88	0.91	0.49	0.55
الرهاب الاجتماعي	10	0.90	0.94	0.86	0.91	0.92	0.94	0.57	0.61
قلق الانفصال	11	0.87	0.94	0.82	0.89	0.91	0.94	0.51	0.59
اضطراب الهلع	11	0.95	0.97	0.93	0.95	0.95	0.97	0.63	0.75
رهاب الأماكن المفتوحة	10	0.92	0.97	0.89	0.95	0.94	0.97	0.67	0.74
القلق المعمم	11	0.93	0.95	0.89	0.93	0.93	0.95	0.58	0.65
الصمت الانتقائي	9	0.93	0.97	0.89	0.95	0.95	0.97	0.66	0.78

ع: العينة العادية، ك: العينة الإكلينكية

يتبين من خلال الجدول رقم (20) أن قيم معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لاستجابات العينة العادية تراوحت بين (0.87–0.92)، وبين (0.91–0.97) لاستجابات العينة الإكلينيكية، وهي قيم ثبات مرتفعة كونها تجاوزت 0.85 (Taber, 2018). وفيما يخص قيم ثبات التجزئة النصفية فقد تراوحت بين (0.82–0.93) للعينة العادية، وبين (0.85–0.95) لاستجابات العينة الإكلينيكية، وهي قيم ثبات مرتفعة، حيث يشير (Eisinga, et al, 2013) إلى أن قيم الثبات بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة سبيرمان بروان تعتبر مرتفعة إذا تجاوزت 0.80.

أما بالنسبة لقيم الثبات المركب لاستجابات العينة العادية على المقاييس الفرعية فقد تراوحت بين (0.88– 0.95)، بينما تراوحت بين (0.91–0.97) لاستجابات العينة الإكلينيكية، وبالتالي تراوحت بين الجيد والمرتفع، حيث يشير (Hair et al, 2022) إلى أن هذه القيم مقبولة إذا تجاوزت (0.70)، وجيدة إذا تجاوزت (0.80)، ومرتفعة إذا كانت أعلى من (0.90). وأخيرًا جاءت قيم متوسطات التباين المستخرج (AVE) بين (0.49–0.67) لاستجابات العينة العادية، وبين (0.55–0.78) لاستجابات العينة الإكلينيكية. وكانت هذه القيم جميعها أعلى من الحد الأدنى المقبول لمتوسط التباين المستخرج وهو (0.50) باستثناء مقياس الرهاب النوعي لاستجابات العينة العادية فقد بلغ (0.49) وهي قريبة جدًا من (0.50) ويعني ذلك أن 50% أو أكثر من تباين الفقرات يُفسر

بواسـطة العامل الكامن (Latent Construct) وفقًا لما أشـار إليه كل من (Hair et al, 2022; Lowry & Gaskin, 2014).

تشـــير نتائج جميع طرق التحقق من ثبات المقاييس الفرعية الســـبعة إلى أنها جميعها كانت مرتفعة مما يعزز من جودة الخصـائص السـيكومترية للبطارية، وبالتالي من موثوقيتها لاسـتخدامها في الأغراض التشخيصية والبحثية. وتتفق هذه النتيجة مع دراسات كل من (أبو عصبة، 2014؛ جعيص، 2018؛ الدليمي والجبوري،2019؛ الذهبي، 2017؛ رزق الله، 2009؛ عزيم، 2020؛ الكســاســبة، 2015؛ الناشـي وناصـر، 2018) والتي أشـارت إلى تمتع مقاييس القلق المبنية وفق (DSM-5 TR) بمعاملات ثبات مرتفعة. كما تتفق أيضًا مع نتائج الدراسات (Emine et al, 2020؛ Plunkett et al, 2024؛ Vidal-Arenas et al, 2021) والتي أشـــارت إلى أن مقاييس القلق المبنية وفق (DSM-5 TR) لها معاملات ثبات مرتفعة وفق طرق ومؤشرات مختلفة.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث ومناقشتها

للإجابة عن السـؤال الثالث والذي نصـه: "ما درجات القطع والمعايير التشـخيصـية لبطارية اضطرابات القلق المبنية وفقًا للمحكات التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعدل (DSM-5-TR)"؟ تم حساب درجات القطع التشخيصية بطريقتين، هما:

درجة القطع التشخيصية Diagnosis Cut-off Score

تم تحديد أفضـل درجة قطع تشـخيصـية لكل مقياس فرعي تفصـل بين العينة العادية والعينة الإكلينكية باسـتخدام برنامج (R) من خلال حزمة (pROC). وتسـتخدم هذه الدرجة كحد فاصـل بين المفحوص الطبيعي والمفحوص الذي يحتاج إلى تدخل، وتعتبر درجة القطع مناســبة في ضـــوء المؤشرات الإحصائية الآتية:

1. مؤشـر الحسـاسـية Sensitivity Index: يعكس قدرة المقياس على اكتشـاف الحالات الإيجابية الحقيقية (التعرّف على الحالات المصـــابة باضـــطراب القلق)، حيث تُظهر الأرقام الأعلى قدرة أكبر في تحديد الحالات التي تم تشخيصها بشكل صحيح. وتعتبر القيمة مقبولة إذا تراوحت بين

(0.50–0.59)، ومتوسطة بين (0.60–0.69)، وجيدة بين (0.70–0.79)، وجيدة جدًا بين (0.80–0.89)، وممتازة إذا تجاوزت (0.90) (Šimundić, 2009).

2. مؤشر النوعية (الخصوصية) Specificity Index: يشير إلى قدرة المقياس على تجنب التشخيصات الخاطئة للحالات السلبية (أي التعرف بشكل صحيح على الأشخاص الذين لا يعانون من اضطراب القلق). ويتم الحكم على قيمة مؤشر الخصوصية بنفس معايير الحكم على مؤشر الحساسية.

3. مؤشر يودن Youden's Index: يقيس الأداء العام للمقياس عبر التوازن بين مؤشري الحساسية والخصوصية. كلما كانت القيمة أعلى، كان المقياس أكثر توازنًا وفعالية. ويحسب مؤشر يودن من خلال المعادلة: (مؤشر يودن = معامل الحساسية + معامل الخصوصية – 1)، وتعتبر قيمة مؤشر يودن التي تقع بين (0.40–0.49) متوسطة، وجيدة بين (0.50–0.69)، وممتازة إذا تجاوزت (0.70)، علمًا بأن القيمة (1) هي أكبر قيمة لمؤشر يودن (Fawcett, 2006).

4. منحنى خصائص تشغيل المُستقبِل Receiver Operating Characteristic Curve (ROC): وهو منحنى بياني تعتبر أداة قوية لتقييم القدرة التنبؤية للمقاييس التشخيصية الثنائية من خلال مقارنة مؤشري الحساسية، والنوعية عبر نقاط قطع متعددة (Fawcett, 2006; Hosmer et al., 2013).

ويوضّح الجدول (21) درجات القطع التشخصية لمقاييس القلق الفرعية السبعة، بالإضافة لمؤشرات الحساسية، والخصوصية، ويودن. في حين يوضح الشكل (4) منحيات خصائص تشغيل المُستقبِل (ROC) للمقاييس الفرعية السبعة لاضطرابات القلق.

جدول (21)

درجات القطع لمقاييس القلق الفرعية ومؤشرات الحساسية والنوعية ويودن

المقياس	درجة القطع	مؤشر الحساسية	مؤشر النوعية	مؤشر يودن
الرهاب النوعي	35	0.48	0.98	0.45
الرهاب الاجتماعي	29	0.66	0.99	0.65
قلق الانفصال	34	0.59	0.99	0.58
اضطراب الهلع	28	0.64	0.99	0.63
رهاب الأماكن المفتوحة	23	0.63	0.98	0.61
القلق المعمم	32	0.73	0.97	0.70
الصمت الانتقائي	26	0.64	0.99	0.63

يتضح من الجدول (21) أن قيم الحساسية تراوحت بين (0.48–0.73) وكانت جميعها أكبر من الحد الأدنى المقبول (0.50) باستثناء مقياس الرهاب النوعي، وكانت قيمته (0.48) قريبة جدًا من الحد الأدنى، وكانت القيم مقبولة لمقياسي: الرهاب النوعي، قلق الانفصال، ومتوسطة لمقاييس: الرهاب الاجتماعي، واضطراب الهلع، ورهاب الأماكن المفتوحة، والصمت الانتقائي، وجيدة لمقياس القلق المعمم. وفيما يخص مؤشر النوعية فكانت جميع القيم أكبر من (0.90) وبالتالي تعتبر ممتازة لجميع المقاييس الفرعية. أما بالنسبة لمؤشر يودن فقد تراوحت قيمه بين (0.45–0.70)، وبالتالي جميعها مقبولة. وكان مؤشر يودن مقبول لمقياس الرهاب النوعي، وجيد لمقاييس: الرهاب الاجتماعي، وقلق الانفصال، واضطراب الهلع، ورهاب الأماكن المفتوحة، والصمت الانتقائي، وممتازًا لمقياس القلق المعمم.

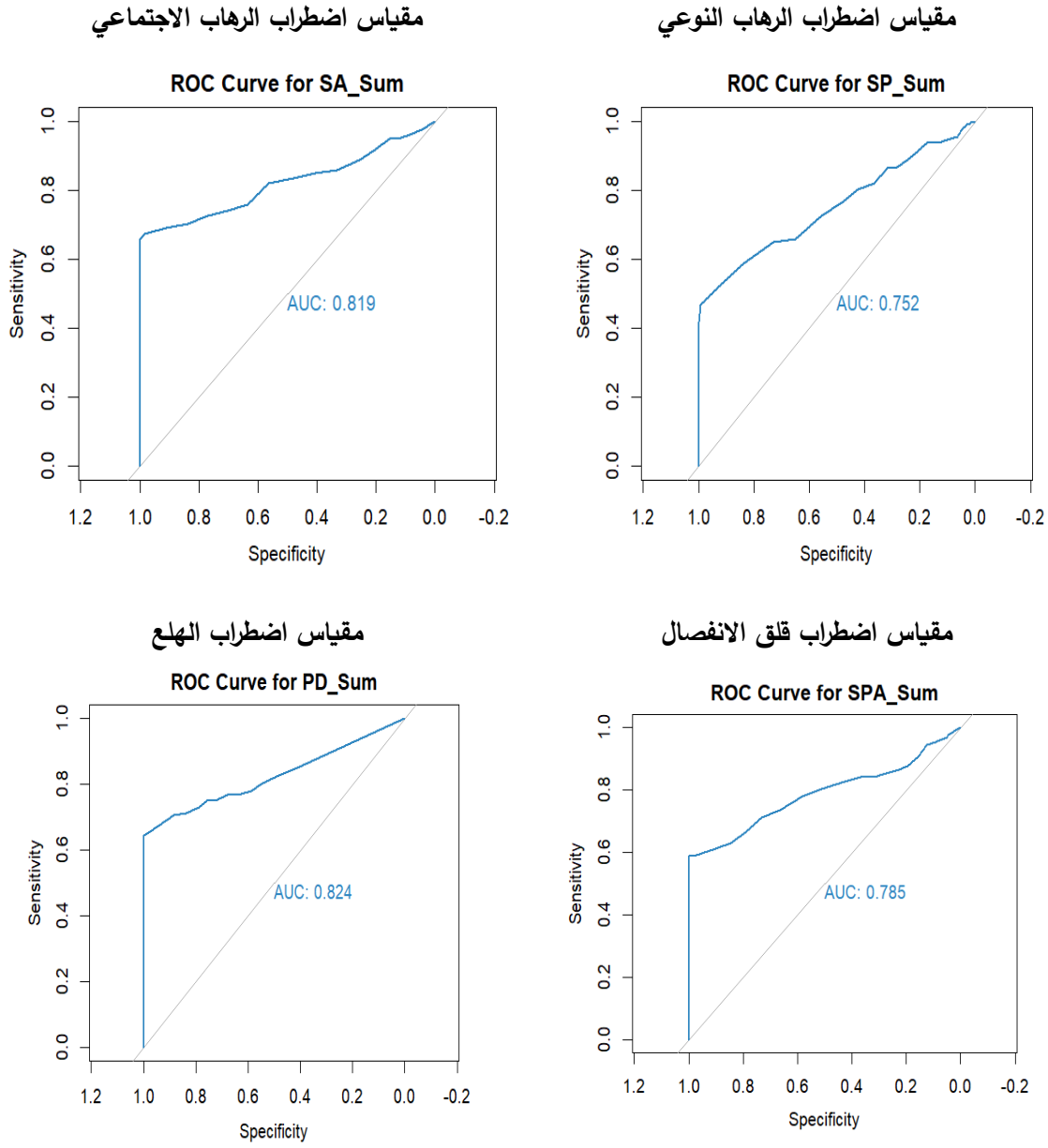
عمومًا تُظهر نتائج منحنى ROC أن معظم المقاييس تتمتع بنوعية مرتفعة ما يجعلها مناسبة لتقليل النتائج الإيجابية الكاذبة، وتحديد دقيق للحالات غير المصابة. ومع ذلك، تتفاوت المقاييس في الحساسية، مما يعكس تفاوت قدرتها في اكتشاف جميع الحالات المصابة، وهو ما يستدعي استخدام مقاييس متعددة أو تكميلية في الممارسة الإكلينيكية. وتشير درجات القطع المستخلصة إلى النقطة المثلى للفصل بين المصابين وغير المصابين في كل مقياس. ويمكن استخدام هذه الدرجات لتطوير نماذج فرز سريعة أو لتدريب المرشدين النفسيين على تطبيق أدوات القياس ضمن حدود معيارية

واضحة. إذ يُوصى بعدم استخدام درجة القطع بوصفها معيارًا وحيدًا للتشخيص، بل في إطار تكاملي مع المقابلات الإكلينيكية والتقارير السريرية (Zhou et al., 2002).

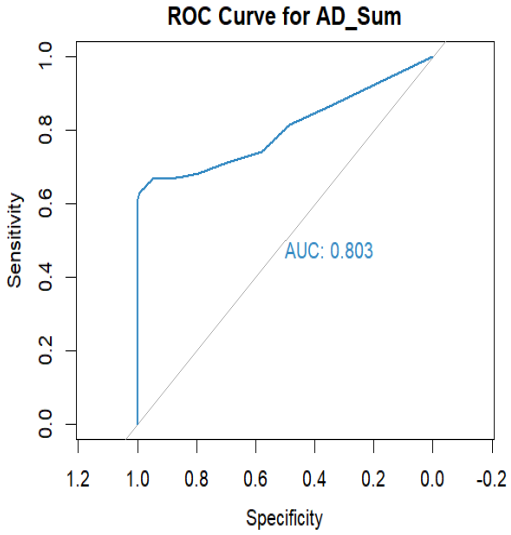
وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه كل من (Arun et al., 2019؛ Belleville et al., 2017؛ Stinchfield et al., 2016) بأن المقاييس المبنية وفق (DSM-5 TR) لها قدرة تشخيصية من خلال المحكات السابقة تتراوح بين المقبول والمرتفع.

شكل (4)

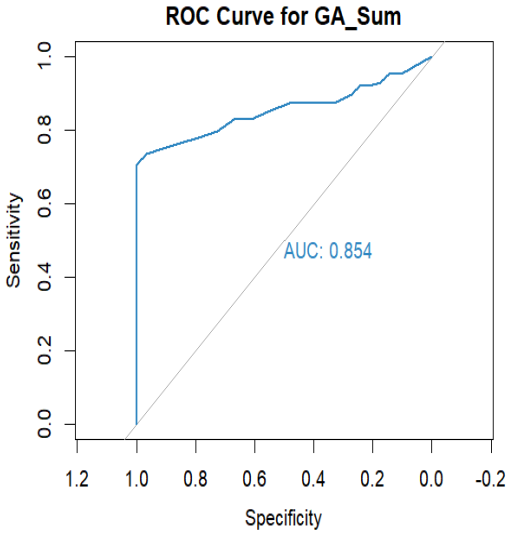
منحنيات خصائص تشغيل المُستقبِل (ROC) للمقاييس الفرعية



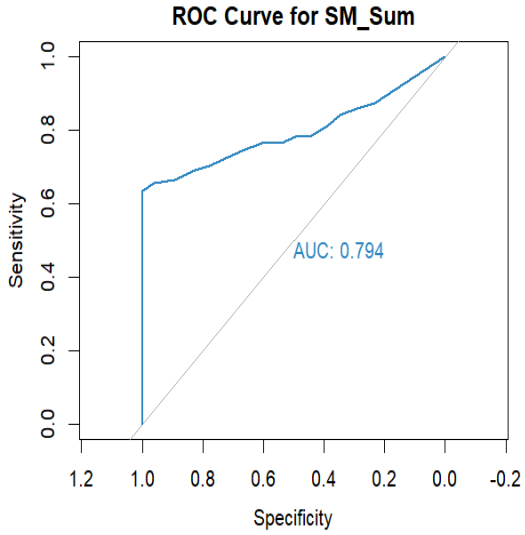
مقياس اضطراب الأماكن المفتوحة



اضطراب القلق المعمم



مقياس اضطراب الصمت الانتقائي



المعايير التفسيرية Norm-Referenced Interpretation

بالإضافة إلى درجة القطع تم تحديد معايير تشخيصية معيارية المرجع للحكم على مستوى اضطراب القلق للمقاييس الفرعية السبعة اعتمادًا على المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعينة الدراسة العادية. حيث تم تقسيم الاستجابة إلى خمسة مستويات من شدة القلق استنادًا إلى (Cohen & Swerdlik, 2018; Kline, 2016) كما هو موضّح في الجدول (22).

جدول (22)

طريقة تقسيم المحكات التشخيصية وفقًا للوسط الحسابي والانحراف المعياري

الفئة	المدى	التعريف الإحصائي
المنخفض جدًا	أقل أو يساوي (المتوسط الحسابي – 1.5 الانحراف المعياري)	$\leq \mu - 1.5\ \sigma$
المنخفض	(المتوسط – 1.5 الانحراف) إلى (المتوسط – 0.5 الانحراف)	$(\mu - 1.5\ \sigma) - (\mu - 0.5\ \sigma)$
المتوسط	(المتوسط – 0.5 الانحراف) إلى (المتوسط + 0.5 الانحراف)	$(\mu - 0.5\ \sigma) - (\mu + 0.5\ \sigma)$
المرتفع	(المتوسط + 0.5 الانحراف) إلى (المتوسط + 1.5 الانحراف)	$(\mu + 0.5\ \sigma) - (\mu + 1.5\ \sigma)$
الشديد	أكبر أو يساوي (المتوسط الحسابي + 1.5 الانحراف المعياري)	$\geq \mu + 1.5\ \sigma$

ويوضّح الجدول (23) المحكات التشخيصية لمقاييس القلق الفرعية السبعة اعتمادًا على المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعينة الدراسة.

جدول (23)

المحكات التشخيصية لمقاييس القلق الفرعية وفقًا لطريقة المتوسط الحسابي والانحراف المعياري

	الرهاب النوعي	الرهاب الاجتماعي	قلق الانفصال	اضطراب الهلع	رهاب الأماكن المفتوحة	القلق المعمم	الصمت الانتقائي
عدد الفقرات	10	10	11	11	10	11	9
أقل درجة	10	10	11	11	10	11	9
أعلى درجة	50	50	55	55	50	55	45
منخفض جدًا	≥ 17	≥ 12	≥ 15	≥ 11	≥ 10	≥ 12	≥ 10
منخفض	18–25	13–20	16–24	12–16	11–14	13–21	11–16
متوسط	26–33	21–28	25–33	17–27	15–22	22–31	17–24
مرتفع	34–41	29–36	34–42	28–37	23–30	32–41	25–32
شديد	≤ 42	≤ 37	≤ 43	≤ 38	≤ 31	≤ 42	≤ 33

يتضح من الجدول (23) أن المحكات التشخيصية للمقاييس الفرعية كانت متفاوتة في مداها، وذلك بسبب اختلاف المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة. كما يلاحظ أن هناك توافقًا بين المحكات التشخصية ودرجة القطع التي تم تحديها اعتمادًا على مؤشرات الحساسية والنوعية ويودن والموضحة في الجدول (22) إذ وقعت جميع درجات القطع في فئة المرتفع على المحكات التشخيصية؛ مما يشير إلى دقة المحكات التي تم تحديدها لتشخيص اضطرابات القلق في البطارية.

ويُعد هذا التصنيف أداة مفيدة لكل للأخصائيين النفسيين لتحديد مستوى الخطورة والتخطيط للتدخل في العلاج. وكذلك للبرامج المدرسية التي تهدف لرصد الطلاب الذين قد يكونون في مرحلة قلق دون السوية. بالإضافة لإمكانية الاستفادة منها من قبل الباحثين في التحليلات المقارنة والتنبؤية. وفقًا لـ Embretson & Reise (2000) فإن تصنيف الدرجات يساهم في تحويل التقديرات الكمية إلى معانٍ عملية واضحة ذات دلالة تفسيرية.

ملخص النتائج

تلخصت نتائج الدراسة الحالية كالآتي:

1. تتمتع بطارية الاختبارات التشخيصية لاضطرابات القلق المبنية وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-5-TR) بدلالات صدق مرتفعة بمختلف أنواعه (الظاهري، والبنائي والتقاربي، والتميزي)، تجعل منها أداة موثوقة، وصادقة للتشخيص الأولي لاضطرابات القلق.
2. أظهرت جميع مؤشرات الثبات (كرونباخ الفا، والتجزئة النصفية، والثبات المركب، ومتوسط التباين المستخرج) قيمًا مرتفعة تتجاوز المعايير المقبولة، مما يعطي مؤشرًا عاليًا من الموثوقية للبطارية.
3. للمقاييس الفرعية محكات تشخيصية مقبولة لاكتشاف الحالات المرضية، وتجنب التشخيصات الخاطئة من خلال مؤشري الحساسية والنوعية ومؤشر يودن.

التوصيات والمقترحات

هدفت الدراسة الحالية إلى بناء بطارية اختبارات تشخيصية لاضطرابات القلق مبنية وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس المعدل(DSM5-TR) لدى الراشدين في سلطنة عُمان، والتحقق من خصائصها السيكومترية. أشارت نتائج الدراسة بأن البطارية التشخيصية تتمتع بدلالات صدق وثبات مرتفعة، تجعل منها أداة موثوقة وصادقة في الكشف عن اضطرابات القلق لدى الراشدين، وبناءً على نتائج الدراسة فإنها توصي بما يلي:

1. استخدام البطارية ضمن الأدوات التشخيصية المعتمدة لاضطرابات القلق في المراكز النفسية، والمستشفيات المتخصصة، في سلطنة عُمان، وذلك لموثوقيتها ودقتها في التشخيص والكشف عن اضطرابات القلق في إطار تكاملي مع المقابلات الإكلينيكية، والتقارير السريرية.
2. تدريب الأخصائيين النفسيين في سلطنة عُمان على استخدام البطارية التشخيصية بدقة وكفاءة، وتفسير نتائجها بما يتوافق مع المعايير التشخيصية الحديثة.

3. استفادة الباحثين والمهتمين في مجال الصحة النفسية من البطارية التشخيصية في دراساتهم التي تتناول اضطرابات القلق.
4. التحقق من الخصائص السيكومترية، والمحكات التشخيصية للبطارية في بيئات وثقافات عربية أخرى.
5. بناء المزيد من المقاييس التشخيصية في البيئات العربية استنادًا إلى للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية.

الصعوبات والتحديات

واجهت الباحثة أثناء تطبيق البطارية عددًا من الصعوبات والتحديات، ومن أبرز هذه التحديات:

1. صعوبة في الحصول على الموافقة من الجهة المعنية للحصول على العينة الإكلينيكية.
2. صعوبة الحصول على العينة الإكلينيكية المشخصة وتحفظ بعض المؤسسات العلاجية في مشاركة الحالات لأغراض بحثية.
3. الانسحاب وعدم استكمال الإجابة على المقاييس من بعض المشاركين من العينة الإكلينيكية.

قيود الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى بناء بطارية تشخيصية للكشف عن اضطرابات القلق وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM5-TR)، وتتحدد دقة النتائج التي تم التوصل إليها وإمكانية تعميمها بمدى دقة وموضوعية الاستجابات التي تم الحصول عليها من عينة الدراسة. بالإضافة إلى دقة برامج التحليل الإحصائي المستخدمة في تحليل نتائج الدراسة. كما أن فقرات المقاييس تستند إلى المحكات التشخيصية المنبثقة من (DSM5-TR) ولا ترتبط بأي محكات تشخيصية أخرى لاضطرابات القلق. وتتحدد الخصائص السيكومترية للمقاييس الفرعية السبعة بفئة الراشدين من المجتمع العُماني، مع إمكانية استخدامها في بيئات عربية أخرى بعد التحقق من خصائصها السيكومترية في تلك البئيات.

قائمـــة المراجـــع

أولًا: المراجع العربية

إبراهيم، عبد الستار (2002). *قيود من الوهم*. مكتبة الأنجلو، القاهرة.

أبو سـليمان، بهجت عبد المجيد (2007). *أثر الاسـترخاء والتدريب على حل المشـكلات في خفض القلق وتحسن الكفاءة الذاتية لدى عينة من طلبة الصف العاشر القلقين*، [رسالة دكتوراه غير منشورة]، الجامعة الأردنية، الأردن.

أبو عصـبة، عنات محمد (2014). *أثر قلق الانفصـال عن جماعة الرفاق في مسـتوى المسـايرة الاجتماعية لدى عينة من الطلبة المراهقين في قضـاء حيفاء*. [رسـالة دكتوراه غير منشـورة]، جامعة اليرموك، الأردن.

أبو هاشـم، السـيد محمد (2010). النموذج البنائي للعلاقات بين السـعادة النفسـية والعوامل الخمسـة الكبرى للشخصية وتقدير الذات والمساندة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة. *مجلة كلية التربية*، جامعة بنها، 20(81)، 268-350.

أحمد، ناصر سيد، محمد، مصطفى، درويش، محمد، عبد الله، أيمن (2008). *المعجم الوسيط*. دار إحياء التراث العربي، بيروت، لبنان.

أمبوسعيدية، آمال (2022). دراسة لمستشفى جامعة السلطان قابوس: *الرهاب الاجتماعي في سلطنة عُمان يفوق المعدلات العالمية*. صحيفة عُمان اليوم. https://2u.pw/5NUHQsBr

الأنصاري، بدر محمد (2006). *المرجع في اضطرابات الشخصية*. دار الكتاب الحديث.

بني مصطفى، منار سعيد يعقوب (2016). أثر قلق الانفصال عن جماعة الرفاق في مستوى المسايرة الاجتماعية لدى عينة من الطلبة المراهقين في قضـاء حيفا. *مجلة الدراسات التربوية والنفسية*، 10(1)، 1-18.

التكريتي، سرحان وليد والحباشنة، عدنان محمد (2013). *سلوكيات القلق* (ط.3). دار مجدلاوي.

التميمي، محمود كاظم محمود (2013). *الصحة النفسية مفاهيم نظرية وأسس تطبيقه*. دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان.

جعيص، مصطفى عبد المحسن، الحديبي، عفاف محمد أحمد محمود (2018). *الخصائص السيكومترية لمقياس القلق الاجتماعي للطلاب مهجوري العائل*. دراسات في الارشاد النفسي والتربوي، 1، 89-110.

حسانين، محمد صبحي (2007). *نموذج الكفاية البدنية*، دار الفكر العربي، القاهرة.

حسين، حسين فالح (2013). *علم النفس المرضي والعلاج النفسي*. مركز ديبونو لتعليم التفكير، الأردن.

الحنفي، رباب جمعة عبد الفتاح، عرفة، نورا محمد، وعزب، حسام الدين محمود (2022). الخصائص السيكومترية لمقياس القلق الاجتماعي لدى طلاب الجامعة. *مجلة الإرشاد النفسي*، 70(3)، 139-161 84.

الحويلة، أمثال هادي (2010). *القلق والاسترخاء العضلي المفاهيم والنظريات والعلاج*. ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة.

الدليمي، راقية عباس خضير والجبوري، علي محمود كاظم (2019). اضطراب القلق المعمم لدى طلبة الجامعة. *مجلة العلوم الإنسانية*، 26(4)،1-21.

الذهبي، هناء مزعل حسين (2017). بناء مقياس الصمت الاختياري لدى طلاب المرحلة الابتدائية. *مجلة البحوث التربوية والنفسية*، 52، 379-404.

رزق الله، مبروكة عبد السلام (2009). *بناء وتقنين مقياس للقلق العام لدى طلبة جامعة الجبل الغربي*. [رسالة ماجستير غير منشورة]، جامعة طرابلس، ليبيا.

رضوان، سامر جميل (2001). القلق الاجتماعي دراسة ميدانية لتقنين مقياس للقلق الاجتماعي على عينات سورية. *مجلة مركز البحوث التربوية*، 10(19)،47-77.

زهران، حامد عبد السلام (2005). *الصحة النفسية والعلاج النفسي* (ط.4). عالم الكتب، القاهرة.

زيدلر، موشـــي وماثيوس، جيرالد (2010). القلق (معتز، ســـيد عبدالله والحســـين، محمد عبدالمنعم، مُترجم). دار المعرفة.

السيد، خلف أحمد مبارك وقاسم، آمنة قاسم إسماعيل (2022). مدى انتشار بعض اضطرابات القلق لدى عينة من تلاميذ المرحلة الإعدادية "دراســة مســحية فارقة". *مجلة شــباب الباحثين*، 11، 151-195.

سيغموند فرويد (1989). *الكف والعرض والقلق* (ط.4)، (محمد عثمان نجاتي، مترجم) دار الشروق، القاهرة.

الشناوي، محمد محروس (2000). *نظريات الإرشاد النفسي*. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

شـند، سـميرة محمد وإمام، أميرة محمد وذكي، ماريانه الفونس عبده (2024). الخصـائص السـيكومترية لمقياس قلق الانفصال لدى الشباب. *مجلة الإرشاد النفسي*، 78(4)، 161-1.

صـالح، زينة علي (2021). الصـمت الاختياري وعلاقته بالتكيف مع تلاميذ الصـف الأول الابتدائي من نظر المعلمين. *مجلة القادسية للعلوم الإنسانية*، 24 (4)، 221-23.

عائشـــة، توجي (2021، نوفمبر). نظريات الرفاه النفســـي في العمل [ورقة عمل]. ملتقى الرفاهية من خلال مختلف فضاءات وأعمار تحقيقها، الجزائر.

عثمان، فاروق السيد (2001). *القلق وإدارة الضغوط النفسية*. دار الفكر العربي، القاهرة.

عزيم، أحمد (2020). اضـــطراب القلق المعمم لدى طلبة الجامعة الســـليمانية. *مجلة كلية العلوم الاسلامية*، 64(64)، 388-424.

عكاشة، أحمد، عكاشة، طارق (2010). *الطب النفسي المعاصر* (ط.17). مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

غانم، محمد حسن (2006). كيف تتعامل مع القلق النفسي، كتب عربية.

فرج، صفوت (2008). *علم النفس الإكلينيكي*. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

فريمان، دانيال، فريمان، جيسون (2023). *القلق* (سارة طه علام، مُترجم). مؤسسة هنداوي. (العمل الأصلي نشر في 2012).

فواغلة، أميمة (2023). *اضـــطراب القلق العام وعلاقته بالرفاهية الذاتية لدى المراهق المتمدرس في مرحلة المتوسط*، [رسالة ماجستير غير منشورة]، جامعة 8 ماي 1945 قالمة، الجزائر.

فورا، إلن (2023). *تشريح القلق* (سعيد منيسي، أسماء حسن، مُترجم). (ط.1). مكتبة ياسمين، القاهرة.

الكساسبة، حنان عطا (2015). *مقياس الرهاب الاجتماعي لدى طلبة الجامعات الأردنية وفقًا للنظرية الحديثة في القياس*، [رسالة ماجستير غير منشورة]، جامعة مؤتة، الأردن.

مقداد، غالب رضـــوان ذياب (2015). قلق المســتقبل لدى مرضـــى الفشـــل الكلوي وعلاقته ببعض المتغيرات. [رسالة ماجستير غير منشورة]، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين.

مكنزي، كوام (2013). *القلق ونوبات الذعر* (هلا أمان الدين، مُترجم). دار المؤلف. (العمل الأصـــلي نشر في 2010).

منسي، حسن (2001). *الصحة النفسية*. (ط.2). دار الكندي للنشر والتوزيع، إربد، الأردن.

منظمـــة الصـــحـــة العـــالميـــة (2022). *الاضـــطرابـــات النفســـيـــة*. متوفر عبر الرابط: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

الناشـي، وجدان عبدالأمير وناصـر، أشـواق صـبر (2018). قياس اضـطراب الصـمت الإنتقائي لدى تلاميذ المرحلة الإبتدائية. *مجلة كلية التربية الأساسية*. 24(102)، 937-974.

نور الدين، زعتر (2010). *سلسلة الأمراض النفسية*: القلق، مخطوطة غير منشورة.

ثانيًا: المراجع الأجنبية

Aiken, R. L. (1979). *Psychological Testing and Assessment*. Allyn & Bascon Inc. Anastasi, A. (1976): Psychological Testing, New York: Macmillan.

Alhadabi, A. Al-Dhafri, S., Al Kharusi, H., Al-Harthy, I., AL Barashdi, H., & AL Rajhi, M. (2019). Psychometric assessment and cross-cultural Adaptation of the Grit-S Scale among Omani and American universities students. *European Journal of Educational Research*. 8940, (1175-1191).

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr

American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Arun, P., Chavan, B. S., & Bhargava, R. (2019). Development of a DSM-5-based tool for autism spectrum disorder diagnosis in children in India. *Indian Journal of Pediatrics*, 86(6), 512–517. https://doi.org/10.1007/s12098-018-2815-4

Bandalos, D. L. (2014). Relative Performance of Categorical Diagonally Weighted Least Squares and Robust Maximum Likelihood Estimation. Structural Equation Modeling: *A Multidisciplinary Journal*, 21, 102-116. https://doi.org/10.1080/10705511.2014.859510

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Guilford Press.

Beavers, A., Lounsbury, J., Richards, J., Huck, S., Skolits, G., & Esquivel, S. (2013). Practical Considerations for using exploratory factor analysis in education research. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*. 18(1), 1-13.

Begg, C. B., & Greenes, R. A. (1983). Estimates of the accuracy of diagnostic tests: The impact of the choice of cutoff. *American Journal of Epidemiology*, 118(6), 886-891.

Belleville, S., et al. (2017). Comparison of the DSM-5 and DSM-IV criteria for mild neurocognitive disorder. *Alzheimer's Research & Therapy*, 9, 26. https://doi.org/10.1186/s13195-017-0246-x

Brown T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research* (2nd ed.). Guilford Press.

Byrd-Bredbenner, C., Eck, K., & Quick, V. (2020). Psychometric properties of the Generalized Anxiety Disorder-7 and Generalized Anxiety Disorder-Mini in United States university students. *Frontiers in Psychology*, 11, 550533. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.550533

Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2018). *Research Methods in Education* (8th ed., p. 744). Routledge.

Cohen, R. J., & Swerdlik, M. E. (2018). *Psychological testing and assessment: An introduction to tests and measurement* (9th ed.). McGraw-Hill Education.

Costello, A B., & Osborne, J (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*. 10(7), 1–9.

DeSousa, D. A., Moreno, A. L., Osório, F. L., Crippa, J. A. S., LeBeau, R., Manfro, G. G., Salum, G. A., & Koller, S. H. (2017). Psychometric properties of the dimensional anxiety scales for DSM-5 in a Brazilian community sample. *International journal of methods in psychiatric research*, 26(3), e1531. https://doi.org/10.1002/mpr.1531

DeVellis, R. F. (2017). *Scale development: Theory and applications* (4th ed.). Sage Publications.

Eisinga, R., Grotenhuis, M. T., & Pelzer, B. (2013). The reliability of a two-item scale: Pearson, Cronbach, or Spearman-Brown? *International Journal of Public Health*, 58(4), 637–642. https://doi.org/10.1007/s00038-012-0416-3

Elis, P. (2010). *The Essential Guide to Effect Sizes: Statistical Power, Meta-Analysis, and the Interpretation of Research Results*. Cambridge: Cambridge University Press.

Emine, O, C., Coldur, E. O., Cokmus, F. P., Dikici, D. S., & Aydemir, O. (2020). The validity and reliability of the DSM-5 separation anxiety disorder severity scale-adult form. *Dusunen Adam*, 33, 237-243.

Fava GA., Rafanelli C., Ottolini F., Ruini, C., Cazzaro, M. & Grandi S. (2001). Psychological well-being and residual symptoms in remitted patients with panic disorder and agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*. 65, 185–190.

Fawcett, T. (2006). An introduction to ROC analysis. *Pattern Recognition Letters*, 27(8), 861-874.

First, M. B. (2014). Clinical utility in DSM-5: Considerations and controversies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1–14. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732.

First, M. B., Clarke, D. E., Yousif, L., Eng, A. M., Gogtay, N., & Appelbaum, P. S. (2023). DSM-5-TR: Rationale, Process, and Overview of Changes. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 74(8), 869–875.

Gunawan, J., Marzilli, C., & Aungsuroch, Y. (2021). Establishing an appropriate sample size for developing and validating a questionnaire in nursing research. *Belitung Nursing Journal*, 7(5), 356-360. https://doi.org/10.33546/bnj.1927

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage.

Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2021). *A primer on partial least squares structural equation modeling* (PLS-SEM) (3rd ed.). SAGE Publications.

Harlow, L. (2005). *The Essence of Multivariate Thinking: Basic Themes and Methods*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah, New Jersey

Hinkle. D, Wiersma, W.& Jurs, S. (2003). *Applied statistics for the behavioral sciences* (5th Ed.). Cengage Learning.

Hobart J, Cano S. (2009). Improving the evaluation of therapeutic interventions in multiple sclerosis: The role of new psychometric methods. *Health Technology Assessment*. 13:1-177. https://doi.org/10.3310/hta13120

Hosmer, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression* (3rd ed.). Wiley.

Iani, L., Quinto, R. M., Lauriola, M., Crosta, M. L., & Pozzi, G. (2019). Psychological well-being and distress in patients with generalized anxiety disorder: The roles of positive and negative functioning. *PlOS ONE*, 14(11), e0225646.

Kawa and Giordano Philosophy. (2012). A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. *Ethics and Humanities in Medicine*. 7(2).2-9.

Kline, P. (2015). *A handbook of test construction: Introduction to psychometric design*. Routledge.

Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). The Guilford Press.

Kumari and Ramendra K. Singh (2013) Synthesis and in-vitro antibacterial activity of Schiff bases of N-subsituted isatins as effective scaffolds. *Medicinal Chemistry Research*. 22, 927-933.

Lowry P. B. & Gaskin J. (2014). Partial Least Squares (PLS) Structural Equation Modeling (SEM) for Building and Testing Behavioral Causal Theory: When to Choose It and How to Use It, *IEEE TPC,* 57 (2), 123- 146.

Malone, C., & Wachholtz, A. (2018). The relationship of anxiety and depression to subjective well-being in a mainland Chinese sample. *Journal of religion and health*, 57, 266-278.

Mordeno, I.G., Nalipay, M.J.N., Luzano, J.G.C., et al. (2021). Development and validation of a DSM-5-based generalized anxiety disorder self-report Scale: Investigating frequency and intensity rating differences. *Current Psychology*. 40(11), 5247–5255. https://doi.org/10.1007/s12144-019-00475-8

Mousavi, H., & Haghayegh, S. A. (2019). Efficacy of psychodrama on social anxiety, self-esteem and psychological well-being of university students that met diagnosis of social anxiety disorder. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 20(3), 22-30.

Muris, P., Merckelbach, H., Ollendick, T., King, N., & Bogie, N. (2002). Children's fear and anxiety: Commonalities and differences. *Child Psychiatry and Human Development*, 32(1), 57-72.

Murray Greg. (2011). *A critical introduction to DSM*. NY: Nova Science. (in press). NY: Nova Science.

Newman, M. G., Llera, S. J., Erickson, T. M., Przeworski, A., & Castonguay, L. G. (2013). Worry and generalized anxiety disorder: A review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 275–297.

Nikolopoulou, K. (2022, August 31). *What is convergent validity? Definition & examples*. Scriber. https://www.scribbr.com/methodology/convergent-validity/

Noureen, S., Syed, L. M., Ullah, S., & Khalid, S. (2022). Social Anxiety, Social Functioning, and Psychological Well-Being in Young Adults. *ResearchGate*.

Pagán-Torres, O. M., González-Rivera, J. A., & Rosario-Hernández, E. (2020). Reviewing the psychometric properties and factor structure of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) in a sample of Puerto Rican adults. *International Journal of Recent Scientific Research*, 11(01), 36885-36888. https://doi.org/10.24327/ijrsr.2020.1101.5017

Plunkett, S., Wootton, B. M., & Moses, K. (2024). Psychometric properties of the DSM-5 Panic Disorder Dimensional Scale in an Australian community sample. *Australian Psychologist*, 1-10.

Psychiatry Advisor. (2022). *APA Releases DSM-5-TR Revisions*. https://www.psychiatryadvisor.com/news/dsm-5-tr-text-revisions/

Rafanelli C., Park SK., Ruini C., Ottolini F., Cazzaro M., Fava GA., (2000). Rating well-being and distress. *Stress Med*. 16, 55–61.

Schlechter, P., Hellmann, J. H., & Morina, N. (2024). The longitudinal relationship between well-being comparisons and anxiety symptoms in the context of uncontrollability of worries and external locus of control: A two-wave study. *Anxiety, Stress, & Coping*, 37(5), 602-614.

Seligman Walkman, M. E. P., Walker, E. F., & Rossenhan, D. L. (2001). *Abnormal psychology* (4th ed.). New York: W.W. Norton & Company, Inc.

Šimundić, A. M. (2009). Measures of diagnostic accuracy: Basic definitions. *EJIFCC*, 19(4), 203–211.

Stinchfield, R., et al. (2016). A comparison of the DSM-5 and DSM-IV diagnostic criteria for gambling disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(1), 68–73. https://doi.org/10.1037/adb0000138

Taber, K. S. (2018). The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*, 48(6), 1273–1296. https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2

Verywell Health. (2021). *What Is the DSM-5 and What Does It Diagnose?* https://www.verywellhealth.com/mental-illness-5113353.

Vidal-Arenas, V., Ortet-Walker, J., Ibáñez, M. I., Ortet, G., & Mezquita, L. (2021). Self-reported DSM-5 Anxiety Severity Measures: Evidence of validity and reliability in Spanish youths. *Psychotherapy*, 33(2), 312-319. https://doi.org/10.7334/psicothema2020.398

World Health Organization (2020). *Global Health Observatory metadata*. https://apps.who.int/gho/data/node.metadata.AGEGROUP

Yeo, Z. Z., & Suárez, L. (2022). Validation of the mental health continuum-short form: The bifactor model of emotional, social, and psychological well-being. *PLOS ONE*, 17(5).

Zhou, X. H., Obuchowski, N. A., & McClish, D. K. (2002). *Statistical methods in diagnostic medicine*. John Wiley & Sons.

ملاحـــق الدراســـة

ملحق (1)

أسماء السادة المراجعين للمحكات التشخيصية

(سلامة الترجمة والسلامة اللغوية)

م	اسم المحكم	الدرجة العلمية	مكان العمل
1	سالم بن عبدالله الحارثي	باحث دكتوراه في القياس والتقويم	جامعة السلطان قابوس
2	وفاء بنت خليفة الطلبي	ماجستير علم النفس التربوي	وزارة التربية والتعليم–عُمان
3	صفاء المرناوي	ماجستير تربية اللغة الإنجليزية	جامعة الشرقية
4	خلود بنت هلال البوسعيدي	بكالوريوس تربية اللغة الإنجليزية	وزارة التربية والتعليم–عُمان

ملحق (2)

الصورة الأولية للبطارية

المحكّم الفاضل: ..... المحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

الموضوع: تحكيم مقاييس دراسة علمية

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان "بناء بطارية اختبارات اضطرابات القلق وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية لدى الراشدين في سلطنة عُمان". استكمالًا للحصول على درجة الماجستير في التربية تخصص الإرشاد النفسي. ولتحقيق هدف الدراسة قامت الباحثة ببناء سبعة مقاييس تقيس سبع اضطراب للقلق وهي: (الرهاب النوعي، الرهاب الاجتماعي، الصمت الانتقائي، قلق الساح، القلق المعمم، الهلع، قلق الانفصال). وتتكون مجمل المقاييس المعدة من (93) فقرة تقيس الأعراض الخاصة بكل اضطراب تم صياغتها استنادًا إلى المحكات التشخيصية المدرجة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5-TR).

وتتشرف الباحثة أن تضع بين يديكم الكريمتين هذه المقاييس، نظرًا لكونكم من ذوي الخبرة في هذا المجال، فإنها تطمح أن تتفضلوا بإبداء رأيكم السديد حول صلاحية فقرات المقاييس ووضوحها، ومدى قياسها لأعراض الاضطراب الذي تندرج تحته، وملاءمتها للبيئة العُمانية. كما أرجو إضافة أي ملاحظات أو مقترحات ترونها مناسبة. ختامًا لا يسع الباحثة إلا أن تشكركم على حسن تعاونكم، وجهودكم البارزة، ووقتكم الثمين الذي ستبذلونه في تحكيم هذه المقاييس، لما فيه خدمة البحث العلمي.

وتفضلوا بقبول وافر الاحترام والتقدير.

الباحثة: هدى بنت حمد بن أحمد المنجية

الاسم:	.....	**الدرجة العلمية:**	.....
جهة العمل:	.....	**الوظيفة:**	.....
التخصص:	.....	**التوقيع:**	.....

أولًا: مقياس اضطراب الرهاب النوعي (Specific Phobia Disorder)

يعرّف اضطراب الرهاب النوعي وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بأنه: هو اضطراب نفسي يتميز بالخوف أو القلق الشديد والمستمر الذي يقتصر على موقف أو شيء معين (يسمى "المحفز الرهابي"). يحدث هذا الخوف بشكل متكرر عند مواجهة المحفز، ويختلف عن المخاوف العابرة التي قد تحدث بشكل طبيعي لدى الأشخاص. يشمل هذا الاضطراب شعورًا شديدًا من القلق قد يؤدي إلى نوبات هلع متوقعة عند التواجد بالقرب من المحفز. يعاني الأفراد المصابون من سلوكيات تجنب نشطة، حيث يتجنبون المواقف أو الأشياء التي تسبب لهم الخوف، أو إذا لم يتمكنوا من تجنبها، فإنهم يواجهون مستوى عالٍ من القلق أو الخوف.

المخـــــــاوف:

- السياقة/ ركوب الطائرة / الجسور/ الأنفاق/ الأماكن المغلقة.
- الحيوانات والحشرات.
- الأماكن المرتفعة/ العواصف /الماء.
- الدم /الحقن.
- الاختناق أو القيء
- أخرى، أذكرها .....

الرقم	الفقـــــــــرات	الملاءمة للبيئة		ارتباط الفقرة مع أعراض الاضطراب			الصياغة اللغوية		تعديلات مقترحة
		ملائمة	غير ملائمة	بدرجة كبيرة	إلى حد ما	غير مرتبطة	واضحة	غير واضحة	
1	أشعر بلحظات من الخوف أو الرعب المفاجئ عند تعرضي للموقف.								
2	أشعر بالتوتر والانزعاج من هذا الموقف.								
3	أحس بالخوف فورًا عند تعرضي للموقف.								
4	أشعر بقلق مباشر عند التعرض للموقف.								
5	اتجنب التواجد في الموقف الذي يثير مخاوفي.								
6	ابتعد مباشرة عن الموقف الذي يخيفني.								
7	أتحمل الموقف بخوف وقلق شـــديدين إذا ما أجبرت على التعرض له.								
8	أشتت انتباهي لعدم التفكير في الموقف.								
9	أجد نفسي أبالغ في ردة فعلي اثناء تعرضي للموقف.								
10	أقضي وقتًا طويلًا للاستعداد للموقف.								

ثانيًا: مقياس اضطراب الرهاب الاجتماعي (Social Anxiety Disorder)

يعرّف اضطراب الرهاب الاجتماعي وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بأنه حالة من التجنب والقلق أو الخوف الذي يعتري الفرد، بشأن واحد أو أكثر من مواقف الأداء أو التفاعل الاجتماعي، والتي تنطوي على إمكانية التدقيق من قبل الآخرين (مثل: المواقف التي قد يلاحظ فيها أثناء الأكل أو الشـــرب، المواقف التي يؤدي فيها الفرد أمام الآخرين، مقابلة أشـخاص غير مألوفين) ويظن الفرد بأنه سـيقيَم بشـكل سـلبي من قبل الآخرين، كأن يتعرض للإحراج، أو الرفض أو الإساءة من قبلهم.

الرقم	الفقـــــــــرات	الملاءمة للبيئة		ارتباط الفقرة مع أعراض الاضطراب			الصياغة اللغوية		تعديلات مقترحة
		ملائمة	غير ملائمة	بدرجة كبيرة	إلى حد ما	غير مرتبطة	واضحة	غير واضحة	
1	أرتبك عندما أتحدث أمام الآخرين.								
2	أتلعثم عندما أتحدث وأنا انظر إلى الأشخاص أمامي.								
3	أرى أني واثقٌ من نفسي.								
4	يقلقني الحديث أمام شخص لأول مرة.								
5	أفضل تناول طعامي بمفردي.								
6	أفضـــل تناول الطعام في منزلي من تناوله في خارج المنزل.								
7	يشغل تفكيري تقييم الآخرين لي.								
8	أخشى أن يلاحظ الآخرون ارتباكي.								
9	دائمًا ما أشـــعر بالقلق في المواقف الاجتماعية.								
10	اعتذر بحجة الانشـغال عن حضـور المناسبات الاجتماعية.								
11	أشـعر بعدم الارتياح أثناء التواجد في المناسبات الاجتماعية.								
12	قلقي من المواقف الاجتماعية يعوق أداء مهامي اليومية.								
13	خوفي من مخـالطـة الآخرين يعوق سير حياتي اليومية.								

ثالثًا: مقياس اضطراب قلق الانفصال (Separation Anxiety Disorder)

يعرّف اضطراب قلق الانفصال وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بأنه: هو حالة نفسية تتميز بالخوف أو القلق المفرط من الانفصال عن المنزل أو عن شخص مرتبط به عاطفيًا، بحيث يتجاوز القلق مستوى ما يُعتبر طبيعيًا لمرحلة الفرد العمرية. يصاحبه أعراض مثل التوتر الشديد عند الابتعاد، القلق المستمر على سلامة الشخص المرتبط، رفض الخروج وحده، أو صعوبة النوم بعيدًا عن هذا الشخص.

الرقم	الفقـــــــــرات	الملاءمة للبيئة		ارتباط الفقرة مع أعراض الاضطراب			الصياغة اللغوية		تعديلات مقترحة
		ملائمة	غير ملائمة	بدرجة كبيرة	إلى حد ما	غير مرتبطة	واضحة	غير واضحة	
1	اشـــعر بـالانزعـاج المفرط بمجرد التفكير في الانفصال عن الأشخاص الذين أحبهم.								
2	تنتابني حالة من الخوف عند التفكير في الابتعاد عن منزلي.								
3	أعيش حالة من الخوف المســتمر بمجرد التفكير بأني سأفقد شخص عزيز.								
4	تراودني أفكار بتعرض الأشـــخاص الذين أحبهم لحادثة ما ستبعدهم عني.								
5	أفكر (اتخيل أو أتوقع) بأني سأتعرض لحادث ما يبعدني عن الأشخاص الذين أحبهم.								
6	أخشى من البقاء وحيدًا خارج المنزل.								
7	أرى ليس من الأمان البقاء وحيدًا في المنزل.								
8	أميل للبقاء في المنزل برفقة الأشخاص الذين أحبهم.								
9	أفضل النوم مع أحد أفراد أسرتي.								
10	التزم بالنوم يوميًا في منزلي.								
11	تراودني كوابيس متكررة حول فقـدان من أحبهم اثناء النوم.								
12	أرى أحلامًا متكررة بأني أعيش في هذا العالم وحيدًا.								
13	أعاني من آلام مختلفة في جسدي عند الانفصال عن الأشخاص الذين أحبهم.								
14	رغبتي الملحة بالبقاء في المنزل تعيق حياتي من الجوانب الأخرى.								
15	تعلقي بالأشخاص الذين أحبهم يعوق أدائي اليومي.								

رابعًا: مقياس اضطراب الهلع (Panic Disorder)

يعرّف اضطراب الهلع وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بأنه: نوبات هلع (هجمات الذعر) عفوية وتحدث بشكل متكرر تؤدي إلى قلق مفرط من الهجمات في المستقبل، ويحدث تغيرات في السلوك لتجنب المواقف المرتبطة بالهجمة.

الرقم	الفقرات	الملاءمة للبيئة		ارتباط الفقرة مع أعراض الاضطراب			الصياغة اللغوية		تعديلات مقترحة
		ملائمة	غير ملائمة	بدرجة كبيرة	إلى حد ما	غير مرتبطة	واضحة	غير واضحة	
1	أشعر بتسارع في ضربات القلب.								
2	يتصبب العرق مني بكثرة.								
3	أشعر بعدم الاتزان في جسمي.								
4	أشعر بارتعاش في جسمي.								
5	أشعر بصعوبة في التنفس.								
6	أشعر بأن الأكسجين الداخل إلى رئتي لا يكفيني.								
7	تنتابني آلام مزعجة في الصدر.								
8	أعاني من الغثيان.								
9	أشعر بألم في المعدة.								
10	أشعر بأن الأشياء من حولي تلف وتدور.								
11	أحس بالصداع وعدم وضوح الرؤية.								
12	أشعر بأني أعيش في عالم مختلف.								
13	أشعر عدم قدرتي بالسيطرة على نفسي.								
14	تراودني أفكار بأني سأصاب بالجنون.								
15	أشعر بعدم القدرة على التحكم بنفسي.								
16	تراودني أفكار بأني سأصبح مجنونًا.								

خامسًا: مقياس اضطراب رهاب الأماكن المفتوحة (Agoraphobia Diagnostic)

يعرّف اضطراب رهاب الساح وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بأنه: هو الخوف من حدوث نوبات الهلع أو من المواقف أو الأماكن التي قد تسبب الشعور بالمحاصرة، أو الاحراج، أو العجز وتجنبها، أو الخوف من موقف فعلي أو على وشك الحدوث.

الرقم	الفقرات	الملاءمة للبيئة		ارتباط الفقرة مع أعراض الاضطراب			الصياغة اللغوية		تعديلات مقترحة
		ملائمة	غير ملائمة	بدرجة كبيرة	إلى حد ما	غير مرتبطة	واضحة	غير واضحة	
1	أفضل الوصول إلى وجهتي ماشيًا على قدمي.								
2	أتجنب استخدام وسائل النقل.								
3	أشعر بالخوف عند استخدام وسائل النقل								
4	أشعر بعدم الارتياح في الأماكن الواسعة مثل (مواقف السيارات والأسواق).								
5	أخاف من التواجد في الأماكن المغلقة مثل (المسارح ودور السينما والمحلات التجارية).								
6	ينتابني قلق أثناء التواجد في طابور.								
7	أخاف من التواجد في الحشود (التجمعات الكبيرة).								
8	اصطحب أحد أفراد أسرتي معي أثناء خروجي من المنزل.								
9	أفضل التنزه برفقة شخص آخر.								
10	أخشى من التعرض لحالة ضيق التنفس ولا أجد من يساعدني.								
11	أشعر بالخوف الشديد عند ذهابي للتنزه بمفردي.								
12	أشعر بمزيد من الأمان عندما يرافقني شخص عند خروجي من المنزل.								
13	أشعر أني أبالغ في خوفي من الأماكن الواسعة (المساحات الشاسعة مصطلح بديل).								
14	أشعر أن خوفي من الأماكن والساحات لا يشكل مصدر خوف للآخرين.								
15	خوفي من الساحات يعيق إنجازي لأعمالي اليومية.								

سادسًا: مقياس اضطراب القلق المعمم (Generalized Anxiety Disorder)

يعرّف اضطراب القلق المعمم وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بأنه: قلق مفرط مبالغ فيه حول عدد من الأحداث أو الأنشطة، ويكون لدى المصاب به قلق مستمر لمدة 6 أشهر أو أكثر.

الرقم	الفقرات	الملاءمة للبيئة		ارتباط الفقرة مع أعراض الاضطراب			الصياغة اللغوية		تعديلات مقترحة
		ملائمة	غير ملائمة	بدرجة كبيرة	إلى حد ما	غير مرتبطة	واضحة	غير واضحة	
1	أجد صعوبة في السيطرة على القلق الذي ينتابني.								
2	أجد نفسي قلقا من أمور قبل حدوثها.								
3	أعاني من الأرق.								
4	أشعر بالتوتر (عدم الارتياح) في حياتي.								
5	أشعر بالتعب عند بذل أبسط مجهود.								
6	أعاني من الإرهاق المستمر.								
7	يصعب علي تركيز انتباهي في أي أمر لفترة طويلة.								
8	أحس بأني كثير السرحان (شرود الذهن).								
9	أشعر بأني أبالغ في انفعالاتي.								
10	تثير عصبيتي أبسط الأسباب.								
11	أعاني من ألم في العضلات.								
12	أشعر بشد عضلي.								
13	أشعر بأن نومي مضطرب.								
14	أشعر بأن قلقي يؤثر على مختلف جوانب حياتي.								

سابعًا: مقياس اضطراب الصمت الانتقائي (Selective Mutism)

يعرّف اضطراب القلق المعمم وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بأنه: هو عدم قدرة الطفل على التحدث والتواصل بشكل فعال في أماكن اجتماعية معينة تتطلب الاحتكاك والتعامل مع الآخرين، بالرغم من قدرته على التحدث والتواصل في أماكن أخرى يشعر فيها بالأمان والراحة، وهذا الرفض لا يعتبر رغبة منه، ولكن لأنه فعليًا غير قادر على الكلام.

الرقم	الفقرات	الملاءمة للبيئة		ارتباط الفقرة مع أعراض الاضطراب			الصياغة اللغوية		تعديلات مقترحة
		ملائمة	غير ملائمة	بدرجة كبيرة	إلى حد ما	غير مرتبطة	واضحة	غير واضحة	
1	أعجز عن التكلم في أحد المواقف الآتية: (البيت، العمل، الجامعة)								
2	أحس بقلق شديد في أحد المواقف الآتية: (البيت، العمل، الجامعة)								
3	أصمت في أحد المواقف الآتية: (البيت، العمل، الجامعة) ولكني أتحدث بشكل عادي في المواقف الأخرى.								
4	أتجنب المبادرة بالكلام في أحد هذه المواقف الآتية: (البيت، العمل، الجامعة)								
5	أختصر الاجابة عند الرد عن الاسئلة بالكلام في أحد هذه المواقف الآتية: (البيت، العمل، الجامعة)								
6	أشعر بعدم الارتياح في المواقف التي أصمت فيها.								
7	أحاول إشغال نفسي بشيء ما كي لا أضطر للتحدث بالكلام في أحد هذه المواقف الآتية: (البيت، العمل، الجامعة)								

الرقم	الفقرات	الملاءمة للبيئة		ارتباط الفقرة مع أعراض الاضطراب			الصياغة اللغوية		تعديلات مقترحة
		ملائمة	غير ملائمة	بدرجة كبيرة	إلى حد ما	غير مرتبطة	واضحة	غير واضحة	
8	لا أرد على المكالمات التي تردني من أشخاص بالكلام في أحد هذه المواقف التي أحس فيها بالارتياح (البيت، العمل، الجامعة)								
9	ألجأ إلى طرق التواصل غير مباشرة بدل التواصل عن طريق الكلام في أحد بالكلام في أحد هذه المواقف الآتية: (البيت، العمل، الجامعة)								
10	عدم قدرتي على التكلم بالكلام في أحد هذه المواقف الآتية: (البيت، العمل، الجامعة) سبب لي الكثير من المشاكل.								

ملحق (3)

أسماء السادة المحكمين للبطارية

م	اسم المحكم	الدرجة العلمية	التخصص	مكان العمل
1	إبراهيم الشـــقيرات	دكتوراه	الإرشاد النفسي	وزارة التربية والتعليم الأردنية
2	إبـراهـيـم الـوهـيـبـي	دكتوراه	القياس والتقويم	جامعة الشرقية
3	أحمد محمد قمصان	دكتوراه	طبيب أمراض نفسية	مركز إبراء الصحي
4	أروى بـــن عـــمـــر	دكتوراه	طبيب أمراض نفسية	مستشفى المسرة
5	أمجـد عزات جمعـة	دكتوراه	علم النفس التربوي	جامعة الشرقية
6	أمينـــة بن قويـــدر	دكتوراه	علم نفس العيادي	جامعة الشرقية
7	جـمـعـــة الـرواحـي	دكتوراه	إرشاد وتوجيه نفسي	جامعة السلطان قابوس
8	جوخـة الصـــــوافيـة	دكتوراه	الإرشاد النفسي	جامعة الشرقية
9	دوارة أحـــــمـــــد	دكتوراه	علم النفس التربوي	جامعة ابن خلدون تيارت الجزائر
10	ســـــامر رضـــــوان	دكتوراه	علم النفس العيادي	جامعة نزوى
11	عـــامر الحبســـــي	دكتوراه	الإرشاد النفسي	جامعة الشرقية
12	عبد الكريم السعودي	دكتوراه	علم النفس	جامعة طاهري محمد الجزائر
13	عصـــــــام اللـواتـي	دكتوراه	علم النفس التربوي	جامعة الشرقية
14	لـخـضـــــــر عـمـران	دكتوراه	علم النفس العيادي	جامعة عبد الحميد مهري الجزائر
15	محمد لخضـر روبي	دكتوراه	الصحة النفسية	جامعة البحرين
16	معين نصـــــراوين	دكتوراه	القياس والتقويم	جامعة اليرموك- الأردن
17	نوال بوكصـــاصـــة	دكتوراه	علم النفس العيادي	جامعة ابن خلدون تيارت الجزائر
18	ريـــان الـــغـــيـــثـــي	ماجستير	الإرشاد النفسي	المدينة الطبية للأجهزة العسكرية والأمنية
19	لـيـلـى الـمـنـجـيـة	ماجستير	علم النفس العيادي	مستشفى المسرة

ملحق (4)

الصورة النهائية للبطارية

الأخوة والأخوات الأعزاء

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

تقوم الباحثة بدراسة تهدف إلى بناء بطارية اختبارات وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي لدى الراشدين في سلطنة عُمان. لتحقيق هدف الدراسة يرجى الاستجابة على جميع فقرات المقاييس والبالغ عددها 72 فقرة، والتي تستغرق 15 دقيقة. من خلال البديل الذي يعبّر عن موقفك من كل فقرة، علمًا بأنه لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة عن الأسئلة. تأكّد بأن إجابتك الموضوعية والدقيقة ستسهم في دعم البحث العلمي، وأن هذه الاستجابات سرية، وتستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

مع خالص الشكر والتقدير.

الباحثة: هدى بنت حمد بن أحمد المنجية

أولًا: البيانات الديمغرافية

الجنس: ❑ ذكر ❑ أنثى

الوظيفة: ❑ يعمل ❑ باحث عن عمل ❑ متقاعد

المستوى التعليمي: ❑ طالب جامعي ❑ لا يعمل ❑ تعليم أساسي
❑ ثانوي ❑ جامعي ❑ دراسات عليا

هل زرت العيادة النفسية سابقًا: ❑ نعم ❑ لا

هل تتناول أدوية نفسية معينة: ❑ نعم ❑ لا

العمر: .....

أولًا: مقياس اضطراب الرهاب النوعي

حدد/ي المخاوف التي تعاني منها:

❑ الأماكن المرتفعة، العواصف، الماء

❑ السياقة، ركوب الطائرة، الجسور، الأنفاق، الأماكن المغلقة

❑ الدم، الحقن

❑ الحيوانات والحشرات

❑ أخرى.....(اذكرها)

خلال الشهر الماضي شعرت بأني:	طوال الوقت	أغلب الوقت	أحيانًا	نادرًا	أبدًا
أولًا: مقيـــــاس اضـــــطراب الرهـــــاب النـــــوعي					
1. ينتابني رعب مفاجئ عند تعرضي للموقف المخيف.					
2. أتجنب التواجد في الموقف الذي يثير مخاوفي.					
3. أشتت انتباهي لكي لا أُفكر في الموقف الذي يُخيفني.					
4. أشعر بالتوتر والانزعاج من الموقف المخيف					
5. أجد نفسي أبالغ في ردة فعلي عند تعرضي للموقف المخيف.					
6. أقضي وقتًا طويلًا في الاستعداد للمواقف التي تخيفني.					
7. أبتعد مباشرة عن الموقف الذي يخيفني.					
8. مخاوفي من الموقف تُشكل لي عائقًا في حياتي.					
9. أتحمـل الموقف المخيف بقلق شـــديـد إذا مـا أُجبرت على التعرض له.					
10. تظهر عليّ أعراض مثل: تســـارع ضـــربات القلب أو التعرق أو الإغماء الارتعاش عند التعرض للموقف.					
ثانيًـــا: مقيـــاس اضـــطراب الرهـــاب الاجتمـــاعي					
1. أرتبك عندما أتحدث أمام الآخرين.					
2. أفضل تناول الطعام في منزلي بدلًا من تناوله خارج المنزل.					
3. يقلقني الحديث أمام شخص غريب.					
4. ينتابني خوف شديد إذا طلبني أحد الأشخاص لمناقشة أمر ما.					

خلال الشهر الماضي شعرت بأني:	طوال الوقت	أغلب الوقت	أحيانًا	نادرًا	أبدًا
5. خوفي من مخالطة الآخرين يؤثر على سير حياتي اليومية.					
6. أرى أني غير واثق من نفسي.					
7. يشغل تفكيري تقييم الآخرين لي.					
8. أخشى أن يلاحظ الآخرين ارتباكي.					
9. دائما ما أشعر بعدم الارتياح أثناء التواجد في المناسبات الاجتماعية.					
10. أعتذر عن حضور المناسبات الاجتماعية بحجة الانشغال.					
ثالثًا: مقياس اضطراب قلق الانفصال					
1. أشعر بالخوف الشديد بمجرد التفكير في الانفصال عن الأشخاص الذين أحبهم.					
2. أعيش حالة من الخوف المستمر بمجرد التفكير بأني سأفقد شخص عزيز.					
3. أشعر بخوف شديد عند التفكير في الابتعاد عن منزلي.					
4. أتضايق من النوم بمفردي في الغرفة.					
5. تنتابني أفكار بتعرض الأشخاص الذين أحبهم لأذى (حادث، مرض، كارثة) ستبعدهم عني.					
6. أميل للبقاء في المنزل برفقة الأشخاص الذين أحبهم.					
7. ينتابني هاجس بأني سأتعرض لحادث ما يبعدني عن الأشخاص الذين أحبهم					
8. تراودني كوابيس متكررة أثناء النوم حول فقدان من أحبهم.					
9. تعلقي بالأشخاص الذين أحبهم يؤثر على أداء مهامي اليومية.					
10. أرفض النوم خارج منزلي.					
11. أعاني من آلام مختلفة في جسدي عند الانفصال عن الأشخاص الذين أحبهم.					
رابعًا: مقياس اضطراب الهلع					
1. تنتابني نوبات مفاجئة أشعر خلالها بفزع شديد.					
2. أخاف من فقدان السيطرة عند رجوع النوبة.					

خلال الشهر الماضي شعرت بأني:	طوال الوقت	أغلب الوقت	أحيانًا	نادرًا	أبدًا
3. شعرت أثناء النوبة بواحد على الأقل من هذه الأعراض: تسارع ضربات القلب أو التعرق أو صعوبة في التنفس أو الإغماء أو الارتعاش.					
4. أشتت ذهني لتجنب التفكير في النوبات					
5. أترقب بخوف رجوع النوبة مرة أخرى.					
6. أميل إلى المماطلة أو تأجيل المواقف التي قد تحدث فيها النوبة					
7. أحتاج المساعدة للتعامل مع النوبات.					
8. شعرت أثناء النوبة بواحد أو أكثر من هذه الأعراض: تشنج العضلات، صعوبة الاسترخاء، صعوبات في النوم					
9. أتجنب كل المواقف التي أتوقع فيها إصابتي بالنوبة.					
10. أصبحت لا أشارك في الكثير من المناسبات الاجتماعية بسبب النوبة.					
11. تناتبني فكرة الموت عندما تعاودني النوبة مرة أخرى.					
خامسًا: مقياس اضطراب الأماكن المفتوحة					
1. أتجنب استخدام وسائل النقل (حافلات، طائرات، سفن .....)					
2. ينتابني قلق أثناء التواجد في طابور.					
3. أخاف من التواجد في الأماكن المغلقة مثل (المسارح ودور السينما والمحلات التجارية).					
4. أخشى من التعرض لحالة ضيق في التنفس ولا أجد من يساعدني عندما أتواجد في الأماكن الواسعة.					
5. أشعر بخوف شديد عند اضطراري لاستخدام وسائل النقل (حافلات، طائرات، سفن.....)					
6. أخاف من التواجد في التجمعات الكبيرة.					
7. أشعر باستمرار بعدم الارتياح في الأماكن الواسعة مثل (مواقف السيارات والأسواق).					
8. أتجنب الخروج بفردي إلى الأماكن العامة.					
9. أشعر بأني أبالغ في خوفي من الأماكن الواسعة.					
10. خوفي من الأماكن العامة يؤثر على إنجازي لأعمالي اليومية.					

خلال الشهر الماضي شعرت بأني:	طوال الوقت	أغلب الوقت	أحيانًا	نادرًا	أبدًا
سادسًـــــا: مقيـــــاس اضـــــطراب القلـــــق المعمـــــم					
1. أجد صعوبة في السيطرة على القلق الذي ينتابني.					
2. أجد نفسي قلقا من أمور قبل حدوثها.					
3. يصعب عليّ تركيز انتباهي في أي أمر لفترة طويلة.					
4. أعاني من كثرة السرحان (شرود الذهن).					
5. أشعر بالتوتر في حياتي.					
6. تثير عصبيتي أتفه الأسباب.					
7. أتعب عند بذل أبسط مجهود.					
8. أعاني من تشنج في العضلات.					
9. أشعر بأني أبالغ في انفعالاتي.					
10. أعاني من اضطراب في النوم.					
11. قلقي يؤثر على مختلف جوانب حياتي.					
ســـــابعًا: مقيـــــاس اضـــــطراب الصـــــمت الانتقـــــائي					
1. أعجز عن التكلم في أحـد المواقف الآتيـة: (البيـت، العمـل، الجامعة)					
2. أصـمت في أحد المواقف الآتية: (البيت، العمل، الجامعة) ولكني أتحدث بشكل عادي في المواقف الأخرى.					
3. أتجنـب المبـادرة بـالكلام في أحـد هـذه المواقف الآتيـة: (البيـت، العمل، الجامعة)					
4. أحس بقلق شـــديد في أحد المواقف الآتيـة: (البيـت، العمـل، الجامعة)					
5. أشعر بعدم الارتياح في المواقف التي أصمت فيها.					
6. أختصـــر الاجابة عند الرد عن الاســـئلة بالكلام في أحد هذه المواقف الآتية: (البيت، العمل، الجامعة)					
7. أحاول إشغال نفسي بشيء ما كي لا أضطر للتحدث بالكلام في أحد هذه المواقف الآتية: (البيت، العمل، الجامعة)					

خلال الشهر الماضي شعرت بأني:	طوال الوقت	أغلب الوقت	أحيانًا	نادرًا	أبدًا
8. ألجأ إلى طرق التواصل غير مباشرة بدل التواصل عن طريق الكلام في أحد بالكلام في أحد هذه المواقف الآتية: (البيت، العمل، الجامعة)					
9. عدم قدرتي على التكلم في أحد هذه المواقف الآتية: (البيت، العمل، الجامعة) سبب لي الكثير من المشاكل.					

ملحق (5)

تسهيل مهمة باحث

جامعة الشرقية
A'SHARQIYAH UNIVERSITY

كلية الآداب والعلوم الإنسانية

التاريخ: 2024/11/12

إلى من يهمه الأمر

تحية طيبة.... وبعد

الموضوع/ تسهيل مهمة باحث

يرجى التكرم بتسهيل مهمة الطالبة **هدى بنت حمد بن أحمد المنجية** المسجلة في برنامج ماجستير في التربية: تخصص الإرشاد النفسي بجامعة الشرقية، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، بقسم علم النفس من أجل تطبيق دراسة وصفية بعنوان:**"بناء بطارية اختبارات تشخيصية لاضطرابات القلق وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية لدى الراشدين في سلطنة عمان"**، على عينة من الراشدين في محافظات السلطنة. علماً بأن البيانات تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

وذلك خلال العام الدراسي 2025/2024، ضمن متطلبات التخرج من البرنامج والحصول على درجة الماجستير.

شاكرين ومقدرين تعاونكم الدائم.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير

د. محمد بن خلفان الصقري
عميد كلية الآداب والعلوم الانسانية

ملحق (6)

موافقة تطبيق الأداة

بسم الله الرحمن الرحيم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

إلى من يهمه الأمر

تحيه طيبه وبعد،،

يقر مركز حياة بالموافقة وعدم الممانعة للفاضلة هدى بنت حمد بن أحمد المنجي لتطبيق مقياس القلق على عدد من الحالات لدينا في المركز بعد أن تم أخذ موافقتة العملاء مع التشديد في مسألة الحفاظ على الخصوصية و عدم إستخدام هذه المعلومات إلا لغرض البحث العلمي، وعليه نغدو موافقتنا على أجراء هذا البحث في مركزنا (مركز حياة للإرشاد النفسي والأسري).

شاكرين حسن تعاونكم

تفضلوا بقبول وافر الاحترام ،،

د. إكرام بنت الوليد الهنائية

المدير التنفيذي لمركز حياة

الحيل الجنوبية – شارع البركات Gmail: @hayatcantor@gmail.com Phone: 96335662