

أحمد بن كساب الشايح: تقييم سيكومتري عيادي للصيغة المختصرة لاختبار مينيسوتا متعدد الأوجه الشخصية

## تقييم سيكومتري عيادي للصيغة المختصرة لاختبار مينيسوتا متعدد الأوجه الشخصية

أحمد كساب سالم الشايح

قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الملك سعود

قدم للنشر 1439/3/9 هـ - وقبل 1439/5/11 هـ

**المستخلص:** يُعد توفر أدوات التقييم الجيدة شرطاً ضرورياً لتحقيق عمليات التقييم النفسي العيادي لأغراضها. وتتوقف صلاحية هذه الأدوات، إلى حد كبير، على كفاية خصائصها السيكومترية. فلا تُوظف أدوات التقييم دون التحقق المسبق من كفايتها سيكومترياً. هدفت هذه الدراسة إلى فحص الخصائص السيكومترية لأحد الاختبارات النفسية التي يشيع استخدامها في مؤسسات الصحة النفسية السعودية، دون وجود بيانات كافية عنه. وهذا الاختبار هو الصيغة المختصرة لاختبار الشخصية متعدد الأوجه للشخصية، والذي يتضمن 72 فقرة، تكون معاً ثلاثة مقاييس صدق وثمانية مقاييس عيادية.

هذه دراسة وصفية سيكومترية عيادية ذات منهج ارتباطي ومقطعي. جمعت البيانات من عيّنتين، عيادية وغير عيادية. تكونت العيادية من 155 فرداً (18.7% إناث) من مراجعي ونزلاء إحدى المؤسسات النفسية في الرياض، بمتوسط للعمر قدره 31 وانحراف معياري 9.46. فيما تكونت غير العيادية من 260 فرداً (38.5% إناث)، بمتوسط عمر قدره 22، بانحراف معياري 2.20.

تراوحت قيم ألفا للعيادة بين 0.45 و0.83 (وسيط = 0.61)؛ فيما تراوحت عند غير العيادية بين 0.31 و0.78 (وسيط = 0.51). وبلغت قيم ثبات الإعادة لدى العينة غير العيادية من 0.50 إلى 0.81 (وسيط = 0.67). ظهر أن قيم ارتباطات بنود المقاييس بدرجاتها الكلية منخفضة عموماً، لدى كلا العيّنتين. تمكنت أربعة مقاييس فرعية فقط من التمييز بين العيّنتين تركيزاً مستقلاً عن الارتباطات البينية بين المقاييس، وغير متأثر بمتغيرات الجنس والعمر، وهي مقاييس الكذب والتصحيح والاكتئاب والانحراف السيكوباتي، لصالح العينة العيادية. وارتبطت كل المقاييس الفرعية بمقاييس قائمة مراجعة الأعراض (SCL-90)، غير أن قيم هذه الارتباطات وتحليلها عاملياً لم يكشف عن نمط يدعم الصدق التباعدي أو التقاربي لهذه المقاييس.

لا تدعم الصورة العامة للنتائج ملاءمة هذا المقياس سيكومترياً. وبذا، حسب ما يسمح به مستوى إحكام منهج هذه الدراسة وبياناتها، فلا يوصى بتوظيف هذا المقياس للأغراض العيادية البحثية أو التطبيقية. نوقشت النتائج على ضوء نظرية القياس التقليدية والأطر النظرية لدراسة الاضطراب النفسي.

**الكلمات المفتاحية:** التقييم النفسي، الخصائص السيكومترية، الصيغة المختصرة لاختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية، الاضطراب النفسي، علم النفس العيادي.

## المقدمة:

المقابلات التشخيصية شبه المقننة (Anastasi & Urbina, 1997)؛

(Gregory, 1996; Hogan & Brooke, 2007).

أما الصدق فيختص، وفقاً لمفهومه الحديث، بالغرض الذي يُستخدم الاختبار لتحقيقه ضمن عملية التقييم، وما عملية التحقق من أنواع شواهد الصدق المختلفة إلا جمع للمعلومات اللازمة للحكم على مدى قدرة الاختبار على تحقيق غرض أو أغراض بعينها، (Messick, 1993, 1994; AERA, 2014; APA, & NCME, 2014). فتصنف شواهد الصدق إجمالاً إلى ثلاث فئات؛ شواهد صدق المحتوى Content، وهذه تتوفر معلومات عن حُسن تمثيل الاختبار للمحتوى النظري أو الإجرائي للمفهوم المراد قياسه، وشواهد الصدق القائم على المحكات Criteria-based بنوعها التلازمي والتنبؤي، وهذه توفر معلومات عن مدى تعلق الدرجة على الاختبار بالأداء الراهن أو المستقبلي بأدوات تقييم أو محكات أخرى. وأخيراً شواهد صدق البناء Construct، وهي أكثر شواهد الصدق أهمية، ولا تقتصر على نوع معين من المعلومات إذ تتعدد بتعدد طرق اشتقاق فرضيات من الإطار النظري للمفهوم المقاس وطرق التحقق منها، وتوفر بذلك قدراً متنوعاً من المعلومات المختصة بحُسن مطابقة الأداء على الاختبار للافتراضات النظرية المشتقة من إطاره النظري (Messick, Anastasi & Urbina, 1997)؛

(1994).

وتحتاج أدوات التقييم النفسي لتوفر كل هذه المواصفات السيكمومترية. فمؤشرات الثبات ضرورية ليس فقط لتحديد مقدار الخطأ العشوائي في درجاتها، وإنما لتقدير قيم الخطأ المعياري للقياس Standard Error of Measurement في التطبيق الفردي للمقياس، خاصةً في حال كان غرض التقييم هو اتخاذ قرارات حاسمة بشأن الشخص لأغراض جنائية أو عيادية أو تربوية. في حين تفيدنا شواهد الصدق من عدة أوجه؛ فتحديد مدى ملاءمة أداة القياس للمفحوص أو لأغراض التقييم يتم جزئياً من خلال شواهد المحتوى. فمثلاً؛ هل تقيس الأداة المفهوم المراد قياسه على النحو الذي نستهدفه؟ وهل تغطيه

يُعد التقييم النفسي Psychological Assessment أحد أهم أدوار الأخصائي النفسي العيادي. إذ أُدرج - مثلاً لا حصراً- من ضمن الكفايات المهنية الأساسية core competencies التسع كما قررتها وثيقة غرض مهنة علم النفس العيادي الرئيس وفلسفتها الصادرة عن قسم علم النفس العيادي بجمعية علم النفس البريطانية (British Psychological Society) (Division of Clinical Psychology, 2010)، وكذلك من ضمن مهام الأخصائي النفسي العيادي كما قررها مجلس المهن الصحية البريطاني (Health Professions Council & . 2009). وعملياً، أظهرت عدة دراسات محلية (التوحيدي وآخرون، ب ت؛ العتيبي، 2011) وأجنبية (APA, 2016) أن التقييم النفسي أحد أكثر مهام الأخصائي النفسي شيوعاً. علاوةً على كونه من ضمن المهام التي تصدى لها الأخصائيون النفسيون العياديون في بدايات ظهور هذه المهنة (Groth-Marnat & Wright, 2016)، وهو ما تكرر بعد ظهور نموذج العالم- الممارس The Scientist-Practitioner في تعليم علم النفس العيادي بطبيعة الحال.

غير أن حُسن ممارسة هذا الدور مرهونٌ إلى حد كبير بتوفر أدوات التقييم التي تتمتع بالخصائص السيكمومترية الملائمة لأغراضها. ويأتي الثبات والصدق في مقدمة هذه الخصائص. فالثبات يوفر معلومات عن مدى دقة واتساق الدرجة على المقياس، ومدى خلوها من أخطاء القياس العشوائية، فيقدر كل نوع من أنواعه نوعاً متميزاً من هذه الأخطاء. فمثلاً، يختص ثبات إعادة التطبيق بتقدير الخطأ الناتج عن التغير الزمني، ويقدر ثبات الاتساق الداخلي، كعامل ألفا-كرونباخ، مقدار الخطأ الناتج عن تجانس بنود المقياس، فيما يُقيم ثبات المحكمين Inter-raters Reliability مقدار الخطأ الناتج عن اختلاف الفاحصين في أدوات التقييم التي تتضمن بطبيعتها تقديراً من قبل الفاحص للظاهرة موضوع القياس، كبعض أجزاء اختبارات التفكير الابتكاري أو

أحمد بن كساب الشايع: تقييم سيكومتري عيادي للصيغة المختصرة لاختبار مينيسوتا متعدد الأوجه الشخصية

النفسي من ضمن الأدوات الأكثر استخداماً في المجال العيادي (Groth-Marnat & Wright, 2016). وعُدَّ اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) أكثر هذه الاختبارات بحثاً واستخداماً للأغراض العيادية منذ ظهوره لأول مرة في 1940 (Hathaway & McKinley, 1940)، إذ أُجري عليه ما يربو على 10000 دراسة (Groth-Marnat & Wright, 2016). إلا أنه نظراً لطول المقياس أولاً، إذ تتكون صورته المنشورة في 1943 من 504 بنداً يجاب عنها بصحيح أو خطأ، وزيدت لاحقاً إلى 566 بنداً بعد إضافة مقياسي الذكورة/ الأنوثة والانطواء الاجتماعي والفقرات المكررة، ومشكلة الإحصائية ثانياً، كالارتباطات البينية العالية بين مقاييسه الفرعية، الأمر الذي يحد من فائدته في التمييز بين مختلف المشاكل التي يقيسها، وعدم وضوح بنيته العاملية؛ ظهرت منه عدة نسخ مختصرة. أحد هذه النسخ المختصرة هو ما سُمي بالمتعدد القصير The Mini-Mult.

واقبس كينكانون Kincanon هذه الصيغة في 1968 من نسخة عام 1943 الكاملة للمقياس، إذ قام أولاً بتقسيم فقرات كل مقياس فرعي إلى مجموعات فرعية حسب قيم ارتباطها ببعضها، بحيث تضم كل مجموعة كل الفقرات التي يرتبط بعضها ببعض بمعامل فاي Phi Coefficient قدره 0.30 أو أعلى، وذلك وفقاً لبيانات منشورة سلفاً عن ارتباط الفقرات ببعضها ضمن كل مقياس فرعي. تلى ذلك اختيار الفقرات التي تُشكل كل مقياس فرعي من مجموعات بنوده بالتناسب (Kincannon, 1968). وبعد ذلك، قام بالمقارنة بين هذه النسخة المختصرة والنسخة الأصلية الطويلة عبر عدة عينات، ووجد أن تباين الدرجات على النسخة المختصرة أقل منه على النسخة الطويلة. وهذا يعني - كما أورد - أن هذه النسخة ربما لا تحاكي الطويلة في حساسيتها للمستويات المرتفعة من الأداء على المقاييس، والأمر ذاته يسري على قيم المتوسط. ومع وجود فاقد في مقدار المعلومات التي يتيحها المقياس، بمقدار

على نحو ملائم، أم تقتصر على جزء منه فقط؟ هل محتوى الأداة مناسب شكلاً ومحتوى مع خصائص المفحوص (العمر، التعليم، الثقافة، وغيرها). فيما تُعد الشواهد المحكية ضرورية جداً حال كان الغرض من التقييم هو الاستدلال على مستوى الشخص الحاضر أو التنبؤ بأدائه في المستقبل - هل لديه مشاكل نفسية من نوع ما الآن؟ هل ترتفع احتمالية تعرضه لها في المستقبل؟ أما محكات صدق البناء فتمثل بطبيعتها المصدر الأكثر ثراءً للحكم على مدى صلاحية الأداة لأغراض التقييم. ومن ذلك مثلاً؛ مدى اتساق الأداء على المقياس مع ما هو معروف مسبقاً عن المفهوم المقاس، كوجود فروق بين الجنسين في الاكتئاب، أو مدى تغير الأداء على المقياس بتغير ظروف معينة كإنخفاض الدرجات بعد الاستفادة من تدخل عيادي ما، أو تطابق بُنية المقياس مع أساسه النظري المفترض (Gregory, 1996; Hogan & Brooke, 2007).

ومع ضرورة تحقق هذه الخصائص السيكومترية في أداة التقييم، فإن تحققها غير كاف لوحده لإنجاح عملية التقييم النفسي كلياً. فهذه العملية ذات طبيعة دينامية تناهية، تبدأ بتمحيص غرض الإحالة وتنتهي بكتابة التقرير، مروراً بمقابلة الشخص لأغراض الفحص الأولي وسبر المشكلة واختيار أدوات التقييم المناسبة ومصادر المعلومات الكمية والكيفية وتطبيقها وتفسير النتائج عبر عدة مراحل فرعية. وتمثل المخرجات النهائية لهذه العملية تكاملاً ذا معنى بين مختلف النتائج التي خرجت بها أدوات التقييم المختلفة، بما يتسق مع ظروف المفحوص ومشكلته، وعلى نحو يحقق غرض التقييم (Groth-Marnat & Wright, 2016). ومع أن عملية التقييم النفسي ليست مجرد تطبيق وتفسير للأدوات، وإنما هي أيضاً إعمالاً لمهارات الممارس العيادي وخبرته، وذلك على النحو الموصوف، غير أن وجود أدوات تقييم ذات كفاءة سيكومترية يمثل ركناً أساسياً لتحقيق أغراض هذه العملية.

ومن ضمن الأنواع المتعددة لأدوات التقييم النفسي، ولازالت اختبارات التقرير الذاتي للشخصية ومظاهر الخلل

14%، بالمقارنة مع النسخة الطويلة، غير أنه ربما مفيد للأغراض العيادية نظراً لقصره (Kincannon, 1968). وفحص المقياس في عدة دراسات بعد نشره؛ وتمحور هذا الفحص غالباً على مدى الاتفاق بينه وبين النسخة الطويلة في الأوضاع العيادية المختلفة ومع عينات مختلفة (انظر مثلاً: Gaines, Abrams, Harford, Lubetkin, & Alpert, 1972; Toel, & Miller, 1974; Hobbs, 1974; Hobbs & Fowler, 1974; Huisman, 1974; Palmer, 1973; Percell & Delk, 1973; Rybolt & Lambert, 1975). وإجمالاً جاءت نتائج هذه الدراسات بوجود قدر من التطابق بين النسختين، مع تفضيل استخدام النسخة الطويلة كلما كان هذا ممكناً. ويعرض الجدول (1) لمعاملات الارتباط بين النسخة الطويلة من المقياس مع النسخة المختصرة موضوع البحث، كما لخصها شيلدز (Shields 1975)

### جدول 1

قيم معاملات الارتباط بين مقاييس الصورتين المختصرة والطويلة من مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية في عدة دراسات كما عرضها شيلدز (Shields 1975)

Shields 1975)( 2	Shields 1975)( 1	Armentrout (1970)	Armentrout & Rouzer (1970)	Newton (1971)	Kincannon (1968)	
0.43	0.76	0.35	0.51	0.63	0.75	الكذب (ل)
0.40	0.62	0.09	0.57	0.30	0.45	الخطأ (ف)
0.22	0.47	0.73	0.59	0.46	0.80	التصحيح/الدفاعات (ك)
0.83	0.74	0.44	0.72	0.69	0.72	التوهم المرضي (هـ س)
0.82	0.83	0.47	0.64	0.64	0.79	الانقباض/الاكتئاب (د)
0.68	0.76	0.49	0.63	0.46	0.70	الهستيريا (هـ ي)
0.42	0.59	0.67	0.53	0.61	0.83	الانحراف السيكوباتي (ب د)
0.25	0.64	0.70	0.57	0.39	0.79	البارانويا (ب أ)
0.58	0.85	0.71	0.72	0.54	0.88	السيكاثينيا (ب ت)
0.62	0.72	0.56	0.76	0.53	0.84	الفصام (س ك)
0.14	0.65	0.44	0.52	0.28	0.71	الهوس الخفيف (م أ)

وثمانية مقاييس عيادية. واستخرج له جداول معايير باستخدام عينة حجمها 613 فرداً من السعوديين (238 إناث)، 472 منهم أسوياء و141 مرضى. وقد أورد الطويل (1984) في دليل المقياس المنشور قيامه بالكثير من الدراسات حول تحليل الفقرات وقدرتها التمييزية، ووصف عدة نتائج تمييزية في الأداء على المقياس، غير أن الدليل لا يعرض أية بيانات إحصائية حول بنود المقياس أو الفروق في الأداء على مقياسه. كما لا يتضمن هذا الدليل أية بيانات عن ثبات وصدق المقياس. ولم

وترجم هذا المقياس وكُيف على ثقافات أخرى، ومن ذلك الفارسية (Mirzamani, Karaminia, Salimi, & Besharat, 2005) والروسية (B.П.Зайцев, 2004) والكنديّة/الفرنسية (Pulvermacher & Bringmann, 1971). وقام الطويل (1984) بنقل هذا المقياس إلى العربية باسم "الصيغة المختصرة لاختبار الشخصية المتعدد الأوجه". وتتكون هذه النسخة، كما في النسخة الأصلية، من 72 فقرة (نعم - لا)، موزعة على 11 مقياساً فرعياً: ثلاثة منها مقاييس لصدق الصفحة النفسية

أحمد بن كساب الشايع: تقييم سيكومتري عيادي للصيغة المختصرة لاختبار مينيسوتا متعدد الأوجه الشخصية

السيكومترية الضرورية لدعم ذلك وتقييمها؛ وتحديداً؛ قيم ألفا كرونباخ كمؤشر على ثبات الاتساق الداخلي؛ وقيم ثبات إعادة التطبيق، ومعاملات الارتباط المصحح بين الفقرات ومقاييسها الفرعية؛ وقدرة المقياس على التمييز بين من يُفترض بهم السوء والمشخصين باضطرابات نفسية مختلفة؛ والصدق المرتبط بالمحكات من خلال فحص العلاقة بين المقاييس الفرعية المكونة لهذا المقياس والمقاييس الفرعية ذات العلاقة من قائمة مراجعة الأعراض (SCL-90). وفيما يتعلق بالأخير، تم افتراض وجود ارتباطات موجبة ودالة إحصائياً بين مختلف مقاييس مينيسوتا ومقاييس قائمة مراجعة الأعراض بوجه عام، وخاصةً بين أزواج المقاييس الفرعية التي يعرضها الجدول 2 أدناه، وذلك على ضوء وصف ما تقيسه المقاييس الفرعية لقائمة مراجعة الأعراض عند البحيري (1984؛ 2005) والطريبي (1996)، وما تقيسه المقاييس الفرعية للصورة المختصرة من مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية (الطويل، 1984)

تفلح جهود الباحث الحالي في العثور على أية دراسة منشورة تتضمن ذلك. وقد أشارت تقارير مبكرة عن هذا الاختبار إلى مشاكل سيكومترية في هذا المقياس، بناءً على ما يتضمنه دليله، ومن أبرزها غياب المعلومات الكافية عن ثباته وصدقه في دليله المنشور (فرج، 1985؛ الطريبي، 1986).

وهناك شواهد على أن هذا الاختبار لا يزال يُستخدم في بعض مؤسسات الصحة النفسية العامة والخاصة في عدد من مناطق المملكة العربية السعودية، بالرغم من عدم وجود بيانات كافية للحكم على مدى ملائمة السيكومترية، لاسيما صلاحيته للاستخدام الإكلينيكي، سواء في الدراسة الأصلية لإعداد المقياس (الطويل، 1984)، أم في أية دراسات تقييمية لاحقة لها، حسب علم الباحث. ولهذا أصبح من الضروري تقييم هذا الاختبار للخروج بمثل هذه البيانات، الأمر الذي سعت هذه الدراسة إلى تليته.

وتهدف هذه الدراسة إلى تقييم مدى صلاحية هذا المقياس للاستخدام العيادي، من خلال جمع بعض الشواهد

## جدول 2

الارتباطات البنينة المُفترضة بين المقاييس العيادية لاختبار مينيسوتا المختصر ومقاييس قائمة مراجعة الأعراض

م	المقياس الفرعي من اختبار مينيسوتا	مايفترض أن يرتبط به من مقاييس قائمة مراجعة الأعراض
1	التوهم المرضي (ه س)	الأعراض الجسمانية (الجسدنة)، القلق.
2	الانقباض/الاكتئاب (د)	الاكتئاب، الحساسية التفاعلية، القلق.
3	الهستيريا (ه ي)	الأعراض الجسمانية (الجسدنة)، القلق.
تابع جدول 2		
4	الانحراف السيكوباتي (ب د)	العدائية.
5	البارانويا (ب أ)	البارانويا/ الأفكار البرانويدية ، الحساسية التفاعلية، العدائية.
6	السيكاثينيا (ب ت)	الوسواس القهري، القلق، قلق الخوف.
7	الفصام (س ك)	البارانويا/ الأفكار البرانويدية ، الذهانية.
8	الموس الخفيف (م أ)	القلق، الاكتئاب.

### المنهج:

المرضية، كما يقرها العيادي الممارس، وعدم وجود أعراض حادة حالية. طبقت أداة البحث الرئيسة (الصيغة المختصرة من مقياس الشخصية متعدد الأوجه) على هذه العينة فردياً بواسطة عدد من المختصين النفسيين العاملين. وُحدد التشخيص الطبني وفقاً لما ورد في الملف الطبي لكل منهم. من جانب آخر، تكونت العينة غير العيادية من 260 فرداً (38.5% إناث)، يدرس أغلبهم (47.7%) في قسم علم النفس، ويتوزع البقية على مدى واسع من التخصصات الاجتماعية والطبيعية. طبقت أدوات الدراسة على أفراد هذه العينة جمعياً، ولم يذكر أيٌّ منهم مراجعته لطبيب أو مختص نفسي حالياً أو سابقاً. ويعرض الجدول (3) للخصائص الديموغرافية والعيادية لعيني الدراسة، علماً أنه لا تتوفر معلومات عن المستوى التعليمي لأفراد العينة العيادية.

المنهج: هذه دراسة وصفية سيكومترية عيادية ذات منهج ارتباطي ومقطعي Cross-sectional. العينة: سحبت عينات هذه الدراسة من نزلاء مجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض (العينة العيادية)، وطلبة مرحلة البكالوريوس في جامعتي الملك سعود والإمام محمد بن سعود الإسلامية بالرياض (العينة غير العيادية). وكان ذلك خلال الفترة من محرم إلى ربيع الثاني، 1438هـ. ووافق كل أفراد العينات على المشاركة سلفاً، بتوقيع نموذج موافقة خاص. وتتكون العينة العيادية من 155 فرداً (18.7% إناث)، من نزلاء أو مراجعي المؤسسة العلاجية خلال مدة جمع البيانات، استوفوا جميعاً محكات المشاركة المتمثلة في استقرار الأعراض

### جدول 3

البيانات الديموغرافية والعيادية للعينتين: العيادية وغير العيادية:

العينة غير العيادية (ن = 260)	العينة العيادية (ن = 155)	
		العمر
22/(2.20±) 22.43	31/(9.46±) 33.48	متوسط (±انحراف معياري) /وسيط
19	37	المدى
		الجنس: ك (%)
(%61.50) 160	(%72.25) 112	ذكر
(%38.50) 100	(%18.70) 29	أنثى
0	(%11) 17	غير مُحدد
		الحالة الاجتماعية: ك (%)
(%3.80) 10	(%26.50) 41	متزوج
(%94.60) 246	(%51.60) 80	أعزب
0	(%1.3) 2	مطلق
(%0.40) 1	0	أرمل
(%0.40) 1	0	لا أرغب بالصریح
(%0.80) 2	(%20.60) 32	غير مُحدد
		التشخيص الطبني (للعينة العيادية): ك (%)
	(%3.20) 5	اضطرابات الشخصية
	(%1.90) 3	اضطراب ثنائي القطب
	(%32.90) 20	اضطرابات القلق (قلق عام، رهاب اجتماعي، هلع مع أو بدون

العينة العيادية (ن = 155)	العينة غير العيادية (ن = 260)
30 (19.40%)	رهاب الساح، وسواس قهري، نطف الشعر
2 (1.30%)	فصام واضطرابات ذهانية عابرة
40 (25.80%)	اضطرابات انشاقاقية
6 (3.80%)	اضطرابات تعاطي أو اعتماد كحول أو عقاقير أو دهان مُستحث بالعقاقير
49 (31.60%)	اكتئاب
	تشخيص غير مُحدد

#### أدوات الدراسة:

وتتضمن استقصاءً لمتغيرات الجنس (ذكر/أنثى)، وتاريخ الميلاد، والحالة الاجتماعية (متزوج/أعزب/مطلق/أرمل/غير معروف)، والجنسية لدى كلا العينتين. في حين تضمنت هذه الاستمارة في العينة العيادية أيضاً تحديداً لطريقة الإجابة عن الأدوات (أجاب عنها الشخص بنفسه/ قرأ له الفاحص الأسئلة وهو أعطى الإجابات شفهيًا ودونها الفاحص/غير ذلك)، والتشخيص الطبني الأساسي (كما في ملف المريض أو نموذج تحويله). وتضمنت في العينة غير العيادية تحديداً للجامعة التي يدرس بها الفرد، والتخصص الدراسي، ووجود مشاكل نفسية حالية أو سابقة (هل تراجع حالياً، أو سبق لك مراجعة مختص نفسي لمشكلة نفسية تحصلك؟ نعم/لا، مع طلب كتابة اسم المشكلة/ التشخيص حال كانت الإجابة بنعم).

(3) النسخة السعودية للصيغة المختصرة من مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية (الطويل، 1984):

تتكون من 72 فقرة تقريرية يجاب عنها بنعم أو لا، موزعة على ثلاثة مقاييس صدق وثمانية مقاييس عيادية، كما هو موضح في الجدول (4). وتم استعراض هذه الأداة في المقدمة.

جُمعت بيانات هذه الدراسة من خلال الآتي: الصيغة المختصرة من مقياس الشخصية متعدد الأوجه، وهو الأداة الرئيسة وطُبقت على كلا العينتين؛ وقائمة مراجعة الأعراض، وطُبقت على العينة غير العيادية فقط؛ إضافة إلى استمارة البيانات الديموغرافية، والتي طُبقت على كلا العينتين. وسبق ذلك تطبيق استمارة معلومات المشاركة والموافقة المستنيرة Informed Consent. وفيما يأتي وصف موجز لهذه الأدوات:

(1) استمارة معلومات المشاركة والموافقة المستنيرة Consent Form:

وتتكون من جزأين؛ الأول يشمل معلومات عن الدراسة وأهدافها والمطلوب من الفرد حال مشاركته؛ وكيف ستستخدم استجاباته؛ وحقه في الانسحاب من الدراسة في أي وقت دون إبداء الأسباب. والثاني، نموذج موافقة على الدراسة، يتضمن تقرير موافقة الفرد على المشاركة في الدراسة كما وُصفت في استمارات المعلومات.

(2) استمارة البيانات الديموغرافية:

#### جدول 4

#### المقاييس العيادية في الصورة السعودية المختصرة من مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية

م	اسم المقياس ورمزه	عدد الفقرات	وصف مايفترض أن يقيسه المقياس (الدرجة المرتفعة)
؟			عدد الفقرات المتروكة دون إجابة.
1	الكذب (ل)	7	المرغوبة الاجتماعية ونزعة المستجيب لإظهار نفسه بصورة مقبولة اجتماعياً.
2	مقياس الخطأ (ف)	14	ارتفاع احتمالات عدم فهم المفحوص أو عدم قدرته على القراءة أو الإهمال وعدم التعاون، وقد تشير الدرجة

م	اسم المقياس ورمزه	عدد الفقرات	وصف مايفترض أن يقيسه المقياس (الدرجة المرتفعة)
			المرتفعة لوجود اضطرابات نفسية ذهانية.
3	مقياس التصحيح/الدفاعات	16	تشير الدرجة العالية عليه إلى احتمالية وجود تحريف متعمد في الاستجابة نحو الظهور بمظهر سوي، كما يُستخدم لتصحيح المقاييس العيادية بإضافة جزء محدد من درجته أو كلها إلى بعض المقاييس العيادية لتحسين قدرتها التشخيصية.
4	التوهم المرضي (ه س)	14	الاهتمام المبالغ فيه بالوظائف الجسمية وقلق الصحة، دون وجود مبرر حقيقي لاحتمالية الإصابة بالأمراض الجسمية.
5	الإنقباض/الإكتئاب (د)	20	تدني الروح المعنوية وتفشي مشاعر اليأس والتشاؤم وانعدام الحيلة والنظرة اليائسة للحياة والمستقبل.
6	الهستيريا (ه ي)	26	المستيريا التحولية: شكاوى جسمية عامة أو محددة كالشلل أو المشاكل المعوية أو القلبية أو التقلصات، أو احتمالية ظهورها خلال الأزمات.
7	الإنحراف السيكوباتي (ب د)	18	سطحية الاستجابة الانفعالية، وعدم الاستفادة من الخبرات، وضعف الاكتراث بالمعايير الاجتماعية، والميل إلى السلوك الإجرامي والانحراف.
8	البارانويا (ب أ)	14	الشك المبالغ فيه وفرط الحساسية ومشاعر العظمة والاضطهاد في العلاقات الشخصية.
9	السيكاثينيا (ب ت)	16	المخاوف المرضية بكل أنواعها، والسلوكيات القهرية أو الوسواس ومايتعلق بها من قلق.
10	الفصام (س ك)	20	اضطرابات التفكير التفككي والأفكار الغريبة والسلوك الذهاني الشاذ والعزلة.

(Derogatis, Lipman, & Covi, 1973)، واستخرج له بيانات

ثبات وصدق ملائمة على عينات مصرية.

وقد فُحصت الخصائص السيكومترية لهذه الأداة على عينات سعودية مختلفة في دراسات أخرى. وبعض تلك استخدم كل المقاييس الفرعية أو أغلبها كدراسات الطريبي (1996) والمحارب والنعيم (2002) ودربشي (2015)، فيما اقتصر بعضها الآخر على مقياسي القلق والاكتئاب فقط، كدراسات المحارب (1999؛ 2005) والزهراني (2012).

تواترت نتائج عدة دراسات على دعم ثبات الاتساق الداخلي للمقياس لدى عينات سعودية، بعضها استخدم كل مقاييسه الفرعية أو أغلبها، فيما اقتصر بعضها الآخر على مقياسي القلق والاكتئاب. وتراوحت قيم ثبات ألفا عند الطريبي (1996) بين 0.66 و0.88، فيما تراوحت عند دربشي (2015) من 0.66 إلى 0.85؛ أما في دراسة المحارب والنعيم (2002)، والتي قدمت بيانات مستقلة لعدة عينات من طلاب وطالبات المراحل المتوسطة والثانوية والجامعة، فقد تراوحت هذه القيم فيما بين (0.62-0.70) لمقياس البارانويا إلى (0.80-

قائمة مراجعة الأعراض SCL-90 (البحيري، 1984):

تتكون من 90 فقرة تقرير ذاتي، يُجاب عنها باستخدام متصل من نوع ليكرت، على خمس فئات (مطلقاً، نادراً، أحياناً، كثيراً، دائماً)، وذلك حسب انطباقها على المفحوص خلال الشهر الماضي. وتعكس الدرجة المرتفعة ارتفاعاً في المفهوم المقاس. والفقرات موزعة على تسعة مقاييس فرعية هي: الأعراض الجسمية (الجسدنة) Somatization (12 فقرة)؛ الوسواس القهري Obsessive-Compulsive Symptoms (10 فقرات)؛ الحساسية التفاعلية أو بين الشخصية Interpersonal Sensitivity (9 فقرات)؛ الاكتئاب Depression (13 فقرة)؛ القلق Anxiety (10 فقرات)؛ العداوة أو العدائية Hostility (6 فقرات)؛ قلق الخوف Phobic-Anxiety (7 فقرات)؛ والبارانويا أو الأفكار البرانويدية Paranoid ideation (6 فقرات)؛ وأخيراً الذهانية Psychoticism (10 فقرات). بالإضافة إلى ما سبق، ثمة سبع فقرات لا تنتمي لأي من تلك المقاييس الفرعية، وأريد لها أن تُستخدم لأغراض أخرى. وقد أعد البحيري (1984) النسخة العربية من هذا المقياس، اعتماداً على صيغته الأصلية التي نشرها ديروقاتيس ورفاقه عام 1973

أحمد بن كساب الشايع: تقييم سيكومتري عيادي للضيغة المختصرة لاختبار مينيسوتا متعدد الأوجه الشخصية

0.84) لمقياس الاكتئاب. أما في الدراسة الحالية فقد تم استخراج قيم ألفا ملائمة تراوحت بين 0.67 و 0.86 لمقياس البارانونيا و 0.86 لمقياس الأعراض الجسمية. ويعرض الجدول (5) لتفاصيل هذه القيم في هذه الدراسات. أما بخصوص الدراسات الأخرى، فقد بلغت قيمة ألفا لمقياس الاكتئاب 0.79 و 0.88 عند المحارب (1999) والزهراني (2012) على التوالي، في حين كانت قيم ألفا للقلق 0.70 عند المحارب (1999) و 0.81 عند الزهراني (2012). وفيما يتعلق بصدق المقياس، فيتوفر بيانات تدعم صدقه الداخلي كما يتحدد بارتباط درجات المقاييس الفرعية بالدرجة الكلية للمقياس من جهة، وبالارتباطات بين البنود والدرجة الكلية على مقاييسها الفرعية من جهة أخرى. فنشر الطيرري

(1996) قيمًا لارتباط المقاييس الفرعية بالدرجة الكلية فيما بين 0.78 و 0.90، كما قُدمت نتائج تدعم حُسن ارتباط الفقرات بمقاييسها الفرعية في دراسة المحارب والنعيم (2002)، إذ تراوحت هذه القيم فيما بين 0.40-0.66 لمقياس الوسواس القهري و 0.46-0.73 لمقياس البارانونيا؛ وظهر وجود ارتباطات دالة إحصائية ومناسبة القيمة بين البنود والدرجة الكلية للمقياس عند الطيرري (1996).

أخيراً، فقد تم التحقق من صدق المحكمين للمقياس عند كل من المحارب والنعيم (2002) ودريشي (2015)، وجاءت النتائج داعمة له. وبالنظر لهذه النتائج كلياً، يتضح توافر هذا المقياس على الخصائص السيكومترية المناسبة لاستخدامه لأغراض هذه الدراسة.

#### جدول 5

قيم ثبات ألفا كرونباخ لمقاييس قائمة مراجعة الأعراض في الدراسة الحالية وثلاث دراسات سابقة

م	اسم المقياس	الطيرري (1996) (مراجعو المحارب والنعيم (2002) (طلاب وطالبات دريشي (2015) الدراسة الحالية	الطيرري (1996) (مراجعو المحارب والنعيم (2002) (طلاب وطالبات دريشي (2015) الدراسة الحالية	الطيرري (1996) (مراجعو المحارب والنعيم (2002) (طلاب وطالبات دريشي (2015) الدراسة الحالية	الطيرري (1996) (مراجعو المحارب والنعيم (2002) (طلاب وطالبات دريشي (2015) الدراسة الحالية
1	الأعراض الجسمية	0.88	0.83-0.76	0.75	0.86
2	الوسواس القهري	0.79	0.75-0.67	0.80	0.76
3	الحساسية التفاعلية	0.91	-	-	0.81
4	الاكتئاب	0.88	0.84-0.80	0.85	0.82
5	القلق	0.87	0.79-0.72	0.80	0.83
6	العداية	0.79	-	0.68	0.72
7	قلق الحواف	0.80	0.74-0.62	0.66	0.69
8	البارانونيا	0.66	0.70-0.62	0.67	0.67
9	الذهانية	0.82	0.80-0.67	0.79	0.80
	الدرجة الكلية	97.-	-	-	-

#### التحليلات الإحصائية:

باستخراج الدرجات المعيارية المناظرة لها، وُعُدت أي درجة فردية تتجاوز درجتها المعيارية المناظرة 3.29 قيمةً متطرفة وتم حذفها. وحُللت البيانات باستخدام اختبارات لا معلمية Non-parametric حال أظهرت نتائج الخطوة السابقة عدم اعتدالية توزيعاتها. وتم التحقق من جوهرية الفروق بين العينتين العيادية وغير العيادية باستخدام اختبارات للعينات المستقلة

استخدمت قيم الإحصاءات الوصفية (المتوسط والانحراف المعياري والتكرارات) لوصف البيانات. وتم التحقق من اعتدالية التوزيع بتحويل القيم الخام لمعاملات اللتواء والتفرطح إلى الدرجات المعيارية المقابلة لها. عُينت القيم المتطرفة Outlier

هدفت إلى التحقق من أمرين: اعتدالية توزيع درجات مختلف المقاييس؛ ومدى تأثير متغيري العمر والجنس كمتغيرات دخيلة Confounding. وتم التحقق من مدى اعتدالية توزيع الدرجات عن طريق فحص مدى جوهرية قيم الالتواء والتفرطح، وقد حولت هذه القيم إلى الدرجات المعيارية المناظرة لها، وذلك بقسمتها على قيم أخطائها المعيارية، على النحو الموصوف عند فيلد Field (2005)، وذلك لكل المقاييس الفرعية من مقياس مينيسوتا المختصر وقائمة مراجعة الأعراض. وعُدت قيم الالتواء و/أو التفرطح دالة إحصائياً إذا تجاوزت قيمة الدرجة المعيارية المناظرة (دالة عند 0.05) أو 2.58 (دالة عند 0.01) أو 3.29 (دالة عند 0.001). ونظراً لكبر أحجام هذه العينات نسبياً، الأمر الذي قد يصل بقيم الالتواء والتفرطح إلى مستوى الدلالة الإحصائية على نحو مُضلل، فقد تمت معاينة أشكال التوزيعات لتقييمها بصرياً. يعرض الجدول (6) لقيم المتوسطات والانحرافات المعيارية والالتواء والتفرطح ومدى جوهريتها، لمقاييس الصورة المختصرة من اختبار مينيسوتا لكلا العنيتين. فيما يعرض الجدول (7) لهذه النتائج على مقاييس قائمة مراجعة الأعراض للعيينة غير العيادية.

وكما يظهر في هذه الجداول، فقد اتضح تفرطح توزيع درجات عدد من مقاييس الصيغة المختصرة من اختبار مينيسوتا لدى العينة العيادية؛ وهي مقاييس التصحيح والاكتئاب والسيكاثينيا والهوس الخفيف، فيما كانت بعضها ملتوية لدى هذه العينة: مقاييس التوهم المرضي والهستيريا والبارانويا. أما في العينة غير العيادية، فأظهرت النتائج تفرطح مقياس الفصام فقط، فيما كان هناك الالتواء على توزيع درجات مقاييس الخطأ والتوهم المرضي والاكتئاب والانحراف السيكوباتي. أما بخصوص توزيع درجات مقاييس اختبار قائمة مراجعة الأعراض، فأظهرت النتائج وجود إما التواء وإما تفرطح وإما كليهما في درجات جميع المقاييس عدا الوسواس القهري والحساسية التفاعلية.

حال كان التوزيع اعتدالياً لكلا العنيتين، أو اختبار مان ويتني Man-Whitney حال كان التوزيع غير اعتدالي. كما فُحصت قيم الارتباط بين المتغيرات باستخدام اختبار بيرسون في حال الاعتدالية، أو سبيرمان للرتب حال عدم تحقق ذلك. استُخدم تحليل التغاير Analysis of Covariance بغرض إعادة التحقق من جوهرية الفروق بين المجموعتين العيادية وغير العيادية مع عزل إسهام متغيرات دخيلة؛ ومعامل الارتباط الثنائي المتسلسل (Point-biserial) لفحص جوهرية العلاقة بين متغيري الجنس كمتغير نوعي ثنائي ودرجات المقاييس لدى العينة غير العيادية. كما وُظف تحليل الانحدار اللوغاريتمي الثنائي Binary Logistic Regression لأغراض التحقق من قدرة المقاييس على التمييز بين العنيتين العيادية وغير العيادية على نحو أصيل ونقي، أي بعد عزل إسهام الارتباطات البينية بين المتغيرات في وصول قيمة الفروق إلى الدلالة الإحصائية.

أخيراً، نظراً لتضمن هذه الدراسة مقارنات متعددة Multiple comparisons، كما في المقارنة بين أداء العنيتين العيادية وغير العيادية على المقاييس الفرعية، وما يرتبط به وجود مثل هذه المقارنات من تقادم لاحتمالات ظهور الخطأ من النوع الأول (رفض الفرض الصفري على نحو خاطئ) (Tabachnick & Fidell, 2007)؛ فقد وُظف تصحيح بونفيروني Bonferroni Correction للحد من ذلك، وذلك بقسمة مستوى ألفا (0.05) المعمول به على عدد المقارنات، واعتماد النتيجة كمستوى دلالة يقبل أو يرفض الفرض الصفري على ضوءه. أُجريت جميع التحليلات الإحصائية باستخدام النسخة 23 من برنامج SPSS.

## النتائج:

### نتائج التحليلات الإحصائية الأولية

قبل الشروع بإجراء التحليلات الإحصائية الخاصة بأهداف الدراسة، أُجريت عدة تحليلات إحصائية أولية

أحمد بن كساب الشايع: تقييم سيكومتري عيادي للصيغة المختصرة لاختبار مينيسوتا متعدد الأوجه الشخصية

## جدول 6

قيم الإحصاءات الوصفية واعتدالية التوزيع لمقاييس الصورة السعودية المختصرة من مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية

م	اسم المقياس ورمزه	العيبة العيادية				العيبة غير العيادية			
		م	ع	الالتواء	التفرطح	م	ع	الالتواء	التفرطح
1	الكذب (ل)	3.73	1.54	-.17	-.57	3.16	1.37	-.03	-.30
2	الخطأ (ف)	3.81	2.34	.25	-.67	3.70	2.27	***.61	.04
3	التصحيح/الدفاعات (ك)	8.13	3.02	.22	*-.90	7.25	2.58	.29	-.47
4	التوهم المرضي (ه س)	4.34	3.10	*.51	-.49	4.13	2.51	*.36	-.57
5	الانقباض/الاكتئاب (د)	8.04	3.50	.28	*-.90	6.86	3.08	***.56	-.19
6	الهيستيريا (ه ي)	11.25	3.25	*.47	-.32	10.32	2.86	.16	-.36
7	الانحراف السيكوباتي (ب د)	7.91	2.71	.26	-.50	6.74	2.69	*.40	-.39
8	البارانويا (ب أ)	5.92	2.44	*.40	-.49	5.74	2.18	.24	-.56
9	السيكاثينيا (ب ت)	7.32	4.00	-.09	*-.97	7.10	3.62	.21	-.61
10	الفصام (س ك)	7.34	4.55	.17	-.73	7.24	3.75	.11	**-.87
11	الهوس الخفيف (م أ)	5.03	2.53	.02	*-.84	5.37	2.30	.10	-.52

\* / دال عند 0.05، \*\* / دال عند 0.01، \*\*\* / دال عند 0.001

## جدول 7

قيم الإحصاءات الوصفية واعتدالية التوزيع لمقاييس قائمة مراجعة الأعراض عند العينة غير العيادية

م	اسم المقياس ورمزه	م	ع	الالتواء	التفرطح
1	الأعراض الجسمية	12.99	7.45	.63***	-.16
2	الوسواس القهري	13.05	5.99	.22	-.56
3	الحساسية التفاعلية	10.81	6.00	.33	-.58
4	الاكتئاب	14.41	7.76	.40**	-.47
5	القلق	9.99	6.39	.77***	.09
6	العدائية	5.70	3.89	1.07***	1.57***
7	قلق الخوف	5.28	4.11	.90***	.65*
8	البارانويا	7.39	3.95	.37*	-.23
9	الذهانية	9.04	6.26	.74***	.39

\* / دال عند 0.05، \*\* / دال عند 0.01، \*\*\* / دال عند 0.001

0.01)، والتوهم المرضي (ر = 0.36، مستوى الدلالة: 0.01)، والهيستيريا (ر = 0.26، مستوى الدلالة: 0.01)، والبارانويا (ر = 0.26، مستوى الدلالة: 0.01)، والفصام (ر = 0.24، مستوى الدلالة: 0.01)، والهوس الخفيف (ر = 0.19، مستوى الدلالة: 0.05). وبناءً على هذه النتائج، ففي حال خرجت التحليلات الأساسية اللاحقة بوجود فروق جوهرية بين العينتين العيادية وغير العيادية في أي من هذه المقاييس السبعة، سيتم إعادة التحقق من دلالة الفروق بين عزل أثر متغير الجنس.

#### نتائج التحليلات الإحصائية الأساسية

##### نتائج دراسات الثبات (ألفا كرونباخ وإعادة التطبيق):

تم التحقق من الثبات بحساب معامل ألفا-كرونباخ (Cronbach's  $\alpha$ ) لدى كلا العينتين على أفراد، إضافةً إلى ثبات إعادة التطبيق باستخدام عينة فرعية من العينة العيادية. وتراوحت قيم ثبات ألفا للعينة العيادية من 0.45 لمقياس الكذب والانحراف السيكوباتي إلى 0.83 على مقياس السيكاثينيا والفصام. فيما تراوحت قيم هذا المعامل عند العينة غير العيادية بين 0.31 في مقياس الكذب إلى 0.78 على مقياس السيكاثينيا. أما ثبات إعادة التطبيق، فقد تراوحت قيم معاملات الارتباط بين التطبيقين الأول والثاني بفواصل أسبوعين، بين 0.50 في مقياس الاكتئاب إلى 0.81 في مقياس التوهم المرضي. ويعرض الجدول (8) لهذه النتائج تفصيلاً.

أما بخصوص مدى إسهام متغيري العمر والجنس كمتغيرات دخيلة؛ فأظهرت نتائج اختبار مان ويتني أن وسيط العمر لدى العينة العيادية أعلى منه لدى غير العيادية (ي = 26.37، مستوى الدلالة: 0.000). غير أن وجود هذا الفرق قد لا يبرر اعتبار العمر متغيراً دخليلاً ينبغي ضبطه في التحليلات الأساسية، إذ لم يظهر وجود نمط ارتباطات دالة ومرتفعة بين الدرجات على المقاييس الفرعية والعمر. ففيما لم تصل أي من قيم الارتباطات إلى الدلالة الإحصائية لدى العينة غير العيادية، ارتبط العمر بقيم جوهرية ولكنها منخفضة القيمة وحجم الأثر مع ثلاثة مقاييس فقط لدى العينة العيادية هي: الانحراف السيكوباتي (ر = -0.22، مستوى الدلالة: 0.01) والبارانويا (ر = -0.22، مستوى الدلالة: 0.05) والفصام (ر = -0.24، مستوى الدلالة: 0.05).

وفيما يتعلق بمتغير الجنس، أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين العينتين في توزيع متغير الجنس (ذكر/أنثى)، بعد استبعاد من لم يحددوا الجنس، ( $\chi^2(2) = 13.415, p < .000$ )، وإن كان بحجم أثر منخفض كما يتحدد باختبار كارمرز Cramer's V (كارمرز=0.18، مستوى الدلالة: 0.000). وفيما جاءت نتائج معامل الارتباط الثنائي بعدم وجود ارتباطات دالة إحصائية بين الجنس ودرجات المقاييس لدى العينة غير العيادية، فقد ظهر وجود ارتباطات دالة بين هذا المتغير وبعض المقاييس لدى العينة العيادية، وهي؛ الكذب (ر = -0.18، مستوى الدلالة: 0.05)، والخطأ (ر = 0.23، مستوى الدلالة: 0.05).

#### جدول 8

قيم ثبات ألفا كرونباخ وإعادة التطبيق لمقاييس الصورة السعودية المختصرة من مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية

م	اسم المقياس ورمزه	عدد الفقرات	العينة العيادية	
			إعادة التطبيق (ن)	ألفا
			19-15=	
1	الكذب (ل)	7	0.62	0.45
2	النصحیح /الدفاعات (ك)	16	0.73	0.63
3	الخطأ (ف)	14	0.62	0.59

أحمد بن كساب الشايع: تقييم سيكومتري عيادي للضيعة المختصرة لاختبار مينيسوتا متعدد الأوجه الشخصية

م	اسم المقياس ورمزه	عدد الفقرات	العينة العيادية	
			إعادة التطبيق (ن)	ألفا
			ألفا	
4	التوهم المرضي (ه س)	14	0.76	0.81
5	الانقباض/الاكتئاب (د)	20	0.70	0.50
6	الهستيريا (ه ي)	26	0.47	0.70
7	الانحراف السيكوباتي (ب د)	18	0.45	0.71
8	البارانويا (ب أ)	14	0.52	0.63
9	السيكاثينيا (ب ت)	16	0.83	0.52
10	الفصام (س ك)	20	0.83	0.80
11	الهوس الخفيف (م أ)	12	0.61	0.67

له أنفأً  $(0.004=11 \div 0.05)$ . وقد كانت قيم الوسيط للعينة العيادية أعلى جوهرياً من نظيراتها عند العينة غير العيادية، على اثنين من المقاييس العيادية فقط هما: الاكتئاب والانحراف السيكوباتي، كما يبين الجدول (9). أما بالنسبة لمقياس الكذب، والذي كانت درجاته متوزعة اعتدالياً، فأظهرت نتائج اختبار ت للعينات المستقلة أن متوسط العينة العيادية (م) = 3.73 أعلى جوهرياً من متوسط العينة غير العيادية (م) = 3.16 (ت) (293.83) = -3.78، مستوى الدلالة: 0.000).

نتائج دراسات الصدق:  
دلالة الفروق بين العينتين العيادية وغير العيادية على مقاييس اختبار مينيسوتا المختصر:

خرجت نتائج اختبار مان ويتني للفروق بين العينتين في مقاييس الصيغة المختصرة لاختبار مينيسوتا ذات التوزيع غير الاعتدالي، بوجود فروق دالة إحصائية لصالح العينة العيادية على بعض المقاييس، وذلك بعد تصحيح قيمة ألفا من (0.05) المعتادة إلى (0.0045) وفقاً لتصحيح بونفيروني المشار

#### جدول 9

الفروق بين العينتين العيادية وغير العيادية على المقاييس الفرعية للصورة السعودية المختصرة من مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصي

م	اسم المقياس ورمزه	نوع العينة*	الوسيط	ي	مستوى الدلالة**
1	التصحيح/الدفاعات (ك)	ع غ ع	7	20.84	0.010
		ع ع	8		
2	الخطأ (ف)	ع غ ع	3	19.11	0.559
		ع ع	4		
3	التوهم المرضي (ه س)	ع غ ع	4	17.73	0.825
		ع ع	4		
4	الانقباض/الاكتئاب (د)	ع غ ع	6	20.36	0.002
		ع ع	7		
5	الهستيريا (ه ي)	ع غ ع	10	17.29	0.020
		ع ع	11		
6	الانحراف السيكوباتي (ب د)	ع غ ع	7	21.61	0.000
		ع ع	8		

7	البارانويا (ب أ)	ع غ ع	6	18.44	0.651
8	السيكاثينيا (ب ت)	ع غ ع	6 7	18.24	0.482
9	الفصام (س ك)	ع غ ع	7 7	16.65	0.957
10	الهوس الخفيف (م أ)	ع غ ع	5 5	17.56	0.216

\* ع غ ع: العينة غير العيادية، ع: العينة العيادية \*\* مستوى الدلالة المعمول به هو (0.0045) وفقاً لتصحيح بونفيروني.

فروق بين العينتين العيادية وغير العيادية في مقياسي التصحيح والهستيريا، إضافةً إلى الفروق التي ظهرت بينهما في مقياس الكذب والاكتئاب والانحراف السيكوباتي.

ونظراً لوجود فروق جوهرية بين العينتين العيادية وغير العيادية في توزيع متغير الجنس، كما ورد في التحليلات الأولية آنفاً، فيما أظهرت بعض هذه المقاييس ارتباطات دالة بالجنس لدى العينة العيادية، ما يدعم اعتبار هذا المتغير متغيراً دخليلاً ينبغي ضبطه إحصائياً في المقاييس التي تتمايز فيها العينتان؛ فقد تم إعادة التحقق من جوهرية الفروق بين العينتين في مقياسي الكذب والهستيريا بعد استبعاد إسهام الجنس، باستخدام تحليل التباين. وجاءت النتائج بوجود الفروق الدالة إحصائياً بين العينتين حتى بعد عزل تأثير الجنس في الدرجة على مقياسي الكذب (ف)  $(1) = 11.85$ ، مستوى الدلالة =  $(0.00)$ ، والهستيريا (ف)  $(1) = 9.43$ ، مستوى الدلالة =  $(0.00)$ . وعليه، فلا زالت النتائج على ماهي عليه من وجود فروق دالة إحصائياً بين العينتين في المقاييس الخمسة السابقة.

وفي تحليل آخر، تم التحقق من عدم كون هذه الفروق عائدة إلى الارتباطات البنينة بين هذه المقاييس الخمسة، وليست فروقاً نقية من ذلك. فوجود ارتباطات دالة بين هذه المقاييس يعلي من احتمالية كون قدرة هذه المقاييس على التمييز عائدة إلى ارتباطها بمقاييس أخرى تحمل هذه القدرة وحسب، أو إنها، بعبارة أخرى، محض تكرار مُضلل Redundant. تم التحقق من ذلك باستخدام تحليل الانحدار اللوغاريتمي الثنائي Binary Logistic Regression، إذ أدخل

واتساقاً مع بعض التوصيات العلمية القاضية بأنه من الممكن أن يسهم حجم العينة الكبير نسبياً (أكبر من 200 عند فيلد Field (2005)) في النظر إلى توزيع الدرجات على أنه غير اعتدالي على نحوٍ مضلل كنتيجة لتضخيم حجم العينة الكبير نسبياً للأخطاء المعيارية لقيم الالتواء والتفرطح، على نحوٍ يصل بأي ابتعاد عن الاعتدالية إلى المستوى الدال إحصائياً حتى لو كان طفيفاً (انظر مثلاً: Field (2005); Hoekstra, Kiers, and Johnson (2012); Royston (1991); Tabachnick and Fidell (2007))، وما يؤدي إليه هذا الاستدلال غير الدقيق من تجنب الاختبارات الإحصائية المعلمية المعروفة بقوتها الإحصائية، فقد جرى إعادة التحقق من دلالة الفروق باستخدام اختبارات للعينات المستقلة. وتطابقت جميع النتائج المستخرجة مع نتائج اختبار مان ويتني الأنف عرضها، عدا ما يتعلق بمقياسي التصحيح والهستيريا، إذ وصلت الفروق بين متوسطي هاتين العينتين - معروضة في جدول (6) - إلى مستويات دالة إحصائية،  $0.002$  و  $0.005$ ، على التوالي، وذلك لصالح العينة العيادية. وبالنظر لمدى عدم اعتدالية هذين المقياسين كما يعرضها الجدول (6)، يتضح أن توزيع مقياس التصحيح متفرطح جوهرياً فيما مقياس الهستيريا ملتوٍ جوهرياً، كلاهما عند العينة العيادية فقط، وكلا المظهرين دالان عند  $0.05$ ، فيما لا تُظهر أشكال توزيع البيانات ابتعاداً كبيراً عن الاعتدالية. وبناءً على ذلك، وتوخياً للدقة، يبدو أن الصورة العامة للنتائج حتى هذه المرحلة تدعم الخلوص بوجود

أحمد بن كساب الشايع: تقييم سيكومتري عيادي للضيعة المختصرة لاختبار مينيسوتا متعدد الأوجه الشخصية

متغير طبيعة الحالة (عيادية-غير عيادية) كمتغير تابع (متنباً به)، ودرجات مقاييس الكذب والتصحيح والهيستيريا والانحراف السيكوباتي والاكتئاب كمتغيرات مُنبئة Predictors. جاءت النتائج بجمهورية النموذج ( $\chi^2(5) = 53.85, p < .00$ )، وقدرته على التصنيف الدقيق لما نسبته 85.5% من العينة غير العيادية، و37.1% فقط من العينة غير العيادية، فيما بلغت دقة التصنيف كلياً 68%. وكما يعرض الجدول (10) أدناه، فقد أظهرت أربعة من المقاييس الخمسة قدرةً على التمييز بين العينتين العيادية وغير العيادية على نحوٍ نقي، وهي مقاييس

### جدول 10

نتائج تحليل الانحدار اللوغاريتمي الثنائي للفروق بين العينتين في بعض مقاييس الصورة السعودية المختصرة من مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية:

م	اسم المقياس ورمزه	بيتا المعيارية (B)	الخطأ المعياري	قيمة والد Wald	درجة الحرية	مستوى الدلالة	بيتا المتوقعة Exp(B)	فترات الثقة 95% (الأدنى/الأعلى)
1	الكذب (ل)	.369	.098	14.150	1	.000	1.446	1.75/1.19
2	التصحيح/الدفاعات (ك)	.176	.053	10.906	1	.001	1.192	1.32/1.07
3	الانقباض/الاكتئاب (د)	.133	.063	4.404	1	.036	1.142	1.29/1.01
4	الانحراف السيكوباتي (ب) (د)	.200	.062	10.360	1	.001	1.221	1.38/1.08
5	الهيستيريا (هـ ي)	-.042	.062	.445	1	.505	.959	1.08/0.85

### الارتباط مع مقاييس قائمة مراجعة الأعراض

ارتبطت جميع المقاييس الفرعية لاختبار مينيسوتا المختصر مع جميع مقاييس قائمة مراجعة الأعراض لدى العينة غير العيادية على نحوٍ إيجابي ودالٍ إحصائياً، كما ظهر في نتائج معاملات ارتباط سبيرمان التي يعرضها الجدول (11) أدناه. ومع أنه لم يتم التحقق من مدى دلالة الفروق في معاملات الارتباط إحصائياً، فإنه يلاحظ وجود نزعة نحو ارتباط بعض مقاييس اختبار مينيسوتا بما افترض مسبقاً ارتباطها بها على نحوٍ خاص من مقاييس قائمة الأعراض، كما ورد في الجدول المشار له آنفاً. فعلى سبيل المثال، ارتبط

مقياس التوهم المرضي من مينيسوتا بمقاييس الأعراض الجسمية والقلق بقيم تزيد رقمياً عن ارتباطه ببقية المقاييس. غير أن هذه النزعة لا تظهر في جميع المقاييس. فمثلاً، نجد أن مقياس السيكاثينيا من مينيسوتا يرتبط بمقاييس الأعراض الجسمانية بقيمة تنبو على قيم ارتباطه مع المقاييس الثلاث المفترض ارتباطه بها بقيم أعلى (الوسواس القهري والقلق وقلق الخوف). كما يلاحظ عدم ظهور نمط متميز في مصفوفة الارتباطات، فجميع مقاييس مينيسوتا مرتبطة مع جميع مقاييس قائمة مراجعة الأعراض بقيم متقاربة. ولهذا السبب، تم تحليل هذه المصفوفة عاملياً لاستكشاف مدى وجود نمط

يُفسر الأول 60.91% من التباين الكلي، بجذر كامن قدره 10.36؛ فيما فسر الثاني 10.16% من التباين بجذر كامن قدره 1.73%. ولم تصل الجذور الكامنة لبقية العوامل لقيمة 1، كما لم تدعم نتائج اختبار التراكم والتحليل الموازي جوهريتها. تشبعت جميع مقاييس قائمة مراجعة الأعراض بنقاء على العامل الأول بقيم تشبع تراوحت من 0.76 لمقياس الوسواس القهري إلى 0.95 لمقياس قلق الخوف. من جانب آخر، تشبعت مقاييس مينيسوتا كلها، عدا مقياس الهوس الخفيف، على العامل الثاني حصراً، بتشبعات تتراوح بين 0.70 للسيكاثينيا إلى 0.98 للهستيريا، أما مقياس الهوس الخفيف فقد تشبع على العامل الأول بمقدار 0.38. ولا تسمح طبيعة بيانات هذه الدراسة بإجراء تحليلات إحصائية أكثر تقدماً لاستحلاء العلاقة بين هاتين المجموعتين من المقاييس بوضوح أكثر.

متمايز في العلاقة بين هذه المقاييس الفرعية، وهو ما لم يظهر بجلاء على مستوى الارتباطات البينية البسيطة فيما بينها. وُجد أن حجم العينة والبيانات ملائم لأغراض التحليل العاملي، فقد بلغت قيمة اختبار KMO 0.93، وهي أعلى من قيمة 60 المطلوبة؛ كما كانت قيمة اختبار Bartlett's Test دالة إحصائياً ( $\chi^2(136) = 2732.53, p < 0.01$ ). أُجري تحليل عاملي استكشافي بطريقة المكونات الأساسية لهوتلينج لمصفوفة ارتباطات المقاييس الفرعية لمقياسي مينيسوتا المختصر وقائمة مراجعة الأعراض. دورت العوامل تدويراً مائلاً Oblique بطريقة البروماكس Promax لتمكين العوامل من الارتباط فيما بينها كما يُفترض بما ذلك نظرياً، حُدد عدد العوامل المستخرجة بثلاث طرق، طريقة الجذر الكامن الأعلى من 1، واختبار التراكم Scree plot، والتحليل الموازي Parallel analysis (O'Connor, 2000). استخرج عاملان مرتبطان بمقدار 0.67،

### جدول 11

معاملات الارتباط بين مقاييس الصورة السعودية المختصرة من مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية ومقاييس قائمة مراجعة الأعراض لدى العينة غير العيادية

الأعراض الجسمية	الوسواس القهري	الحساسية التفاعلية	الاكتئاب	القلق	العدائية	قلق الخوف	البارانويا	الذهانية
التوهم المرضي (ه س)	**0.55	**0.50	**0.53	**0.58	**0.42	**0.40	**0.43	**0.44
الانقباض/الاكتئاب (د)	**0.60	**0.56	**0.59	**0.56	**0.44	**0.39	**0.50	**0.46
الهستيريا (ه ي)	**0.43	**0.33	**0.41	**0.35	**0.30	**0.21	**0.28	**0.27
الانحراف السيكيوباتي (ب د)	**0.41	**0.40	**0.48	**0.44	**0.37	**0.31	**0.44	**0.41
البارانويا (ب أ)	**0.45	**0.52	**0.52	**0.55	**0.42	**0.31	**0.48	**0.48
السيكاثينيا (ب ت)	**0.68	**0.65	**0.70	**0.67	**0.50	**0.46	**0.58	**0.61
الفصام (س ك)	**0.61	**0.59	**0.66	**0.65	**0.52	**0.43	**0.58	**0.59
الهوس الخفيف (م أ)	**0.40	**0.39	**0.46	**0.49	**0.43	**0.32	**0.42	**0.51

\*\* / دال عند 0.01.

أحمد بن كساب الشايع: تقييم سيكومتري عيادي للصيغة المختصرة لاختبار مينيسوتا متعدد الأوجه الشخصية

**تحليل البنود**  
يعرض الجدول (12) قيم معامل الارتباط المصوب Corrected Item-total Correlation بين فقرات كل مقياس فرعي ودرجته الكلية، لجميع مقاييس الصورة المختصرة من اختبار مينيسوتا. ونظراً لضيق المساحة، يقتصر الجدول أعلاه على عرض أقل قيمة وأعلى قيمة لهذه الارتباطات متبوعاً بمتوسطاتها، لكل مقياس فرعي وذلك لكلا العينتين العيادية وغير العيادية بوجه مستقل. وبالنظر لهذه القيم يتضح انخفاضها عمومًا، سواء على مستوى المتوسطات أم القيم الفردية، كما أنها تحوي قيمة عكسية.

### جدول 12

قيم معاملات الارتباط المصوب بين فقرات مقاييس الصورة السعودية المختصرة من مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية

م	اسم المقياس ورمزه	العينة العيادية		العينة غير العيادية	
		أقل قيمة	أعلى قيمة	م	أعلى قيمة
1	الكذب (ل)	-0.05	0.33	0.21	0.13
2	التصحيح/الدفاعات (ك)	-0.43	0.54	0.25	0.19
3	الخطأ (ف)	-0.24	0.43	0.24	0.24
4	التوهم المرضي (هـ س)	0.16	0.50	0.37	0.25
5	الانقباض/الاكتئاب (د)	-0.30	0.58	0.28	0.24
6	الهستيريا (هـ ي)	-0.50	0.52	0.14	0.09
7	الانحراف السيكوباتي (ب د)	-0.44	0.50	0.16	0.17
8	البارانويا (ب أ)	-0.28	0.42	0.20	0.15
9	السيكاثينيا (ب ت)	0.20	0.61	0.43	0.38
10	الفصام (س ك)	0.15	0.56	0.41	0.30
11	الهوس الخفيف (م أ)	-0.26	0.51	0.27	0.20

العلاقة بين المقاييس الفرعية المكونة لهذا المقياس والمقاييس الفرعية ذات العلاقة من قائمة مراجعة الأعراض (SCL-90)، إضافةً إلى فحص قيم معاملات الارتباط المصحح بين الفقرات ومقاييسها الفرعية. وتعرض الأجزاء الآتية مناقشة نتائج هذه التحليلات.

#### مؤشرات ثبات الاتساق الداخلي وإعادة التطبيق:

بالرغم من عدم وجود اتفاق تام بين المختصين في القياس النفسي عامةً والتقييم النفسي العيادي خاصةً حول قيم الثبات التي تُعد مقبولة، غير أن هناك شبه اتفاق على اعتبار القيم التي تبلغ 0.70 فما فوق ملائمة للأغراض البحثية.

#### مناقشة النتائج:

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مدى صلاحية صيغة مختصرة لاختبار الشخصية متعدد الأوجه للشخصية للاستخدام العيادي في المملكة العربية السعودية، وذلك من خلال جمع الشواهد السيكومترية الضرورية لتقييم ذلك. فتناولت الدراسة تحقّقاً من قيم ألفا كرونباخ كمؤشر على ثبات الاتساق الداخلي، وقيم ثبات إعادة التطبيق، وقدرة المقياس على التمييز بين من يُفترض بهم السواء والمشخصين باضطرابات نفسية مختلفة، والصدق المرتبط بالتحركات من خلال فحص

المعامل وتُناقش على ضوء الاتساق الداخلي الذي تعكسه وحسب.

وبالنظر للنتائج الحالية كما يعرضها جدول 8، نجد أن قيم ثبات ألفا كرونباخ لجميع مقاييس الصدق الثلاثة كانت أقل من 0.70 عند كلا العينتين، فيما بلغت قيمة هذا المعامل 0.70 أو أعلى في أربعة فقط من المقاييس العيادية عند العينة العيادية (التوهّم المرضي والاكتئاب والسيكاثينيا والفصام) وإثنان منها فقط لدى العينة غير العيادية (السيكاثينيا والفصام). وتعكس هذه النتيجة ضعف الاتساق الداخلي لهذه المقاييس. وهو ما ظهر بجلاء في تدني قيم ارتباط الفقرات بالدرجات الكلية لمقاييسها الفرعية كما يعرضها الجدول (12)، إذ كانت قيم متوسطات هذه القيم في مقاييس الصدق أقل من الحد المتعارف عليه وهو 0.30 عند كلا العينتين. أما المقاييس العيادية، فلم تصل قيم المتوسطات إلى هذا الحد إلا في ثلاثة مقاييس لدى العينة العيادية، هي التوهّم المرضي والسيكاثينيا والفصام، ومقياسين لدى غير العيادية هما السيكاثينيا والفصام. وليس هذا وحسب، إنما كانت بعض قيم ارتباطات البنود بدرجاتها الكلية عكسية. وهذا يعني ضعف الاتساق الداخلي إلى هذا الحد عدم قدرة المقاييس على تكميم الظواهر التي يفترض بما قياسها على نحو دقيق، وارتفاع قيم الخطأ العشوائي الناتج عن ذلك.

وربما كان هذا عائداً إلى اختلاف في تمظهر المفاهيم التي تقيسها هذه المقاييس لدى المجتمع العربي السعودي الذي تنتمي له عينات الدراسة الحالية، مقارنةً مع المجتمع الأصلي الذي صُممت فيه ابتداءً، وهو المجتمع الأمريكي. فمن المعروف أن بنية المفاهيم النفسية قد تختلف باختلاف السياق الثقافي. فمثلاً؛ وجد الرويتع (2002) أنه بخلاف النتائج المستمدة من عينات غربية، لم ينتظم بعدا الاندفاعية والاجتماعية معاً كمكونات فرعية ضمن بعد الانبساطية لدى عينة سعودية. ووجدت عدة دراسات غربية فروق في تكرار ظهور الأعراض الذهانية المختلفة لدى المشخصين بالفصام

من جانب آخر، ينبغي لهذه القيم أن تصل إلى 0.80 فأعلى حال كان الغرض من الأداة هو الاستخدام مع الحالات الفردية للأغراض التطبيقية. ويجب الأخذ بالاعتبار الفروق بين مختلف أنواع الثبات من حيث مصدر الخطأ العشوائي الذي تقدره والعوامل المؤثرة فيها.

كعدد البنود (Field, 2005; Anastasi & Urbina, 1997) ; Hogan & Brooke, 2007; Nunnally, 1978).

وفيما يتعلق بقيم ثبات ألفا كرونباخ، جرت العادة أن تُفسر على أنها تعكس أمرين؛ الاتساق الداخلي للمقياس Internal consistency ومدى أحادية بنية المفهوم الذي يقيسه Undimensionality أو تجانس Homogeneity. ويوجد تبرير منطقي للربط بين هذين الأمرين معاً هنا. ففيما ترتفع قيمة ألفا بارتفاع قيم الارتباطات البينية بين الفقرات Intercorrelations، وهي خاصية ضرورية للتجانس الداخلي، قد ترتفع قيمة ألفا كذلك لكون المفهوم الذي يقيسه المقياس أحادي البنية. غير أن هذا التلازم ليس حتمياً بالضرورة، وقد لا يصح افتراضه على الدوام. وفي هذا السياق، نبه قرين ورفاقه (Green, Lissitz, & Mulaik (1977) إلى وجود بعض الخطأ في تفسير قيمة ألفا كرونباخ كمؤشر على أحادية البنية، الأمر العائد كما يرون إلى الخلط في الأدبيات بين مفهومي الاتساق الداخلي والتجانس. فقد ترتفع قيمة ألفا كمؤشر على الاتساق الداخلي العالي حينما يكون للمقياس عاملاً واحداً واحداً تشعب عليه جميع فقراته، أي تجانسه عال. وهذا لا يستبعد إمكانية الحصول على قيم ألفا عالية حتى في غياب مثل هذا العامل العام (في: Fisher, 2008). وبالمثل أظهر قرايسون Grayson أنه يمكن الحصول على نفس قيم ألفا مع اختلاف البنية العاملية للمقياس (Grayson, 2004)، فيما ظهر أيضاً أنه يمكن استخراج قيم ألفا تربو على 0.70 للمقياس في حال وجود ارتباطات بينية متوسطة (حوالي 0.50) بين فقراته، بغض النظر عن مدى أحادية ما يقيسه هذا المقياس (Cortina, 1993). فإذن، من الأحوط أن يقتصر تفسير نتائج هذا

أحمد بن كساب الشايع: تقييم سيكومتري عيادي للصبغة المختصرة لاختبار مينيسوتا متعدد الأوجه الشخصية

بيانات عينة فرعية تراوح حجمها بين 15 و 19 فرداً على اختلاف المقاييس العيادية ومقاييس الصدق. وجاءت النتائج بأن واحداً فقط من مقاييس الصدق زادت قيمة ثباته عن المحك المعتمد، وهو مقياس التصحيح/الدفاعات، فيما تم هذا لأربعة من المقاييس العيادية، وهي: مقياس التوهم المرضي والهيسستيريا والانحراف السيكوباتي والفصام. ومع ما هو معروف من أن قيم ثبات الإعادة لمقاييس المفاهيم العيادية تتأثر بالتحسن الذي قد يطرأ على المصابين ( Groth-Marnat & Wright, 2016)، غير أن هذا ربما مُستبعد في نتائج الدراسة الحالية لسببين. الأول أن كل أفراد العينة المرضية مستقرين عيادياً؛ بمعنى لا توجد لديهم أية أعراض حادة خلال فترتي تطبيق المقياس. والثاني أن الفاصل بين التطبيقين ليس طويلاً إلى درجة تسمح بظهور تحسن إضافي. ويلاحظ وجود ارتفاع نسبي لقيم الثبات بالإعادة (0.50 - 0.81، وسيط = 0.67) بالمقارنة مع قيم ثبات ألفا (0.45 - 0.83، وسيط = 0.61). أي بعبارة أخرى، انخفاض قيمة الخطأ العشوائي الناتج عن اختلاف الفترة الزمنية عن قيمة الخطأ الخاص بالاتساق الداخلي.

وبالنظر لمجمل نتائج الثبات لدى العينتين، يبدو أن مقياس الفصام هو الوحيد الذي أظهر قيم ثبات ملائمة عندها جميعاً؛ فيما كان مقياس التوهم المرضي ملائماً للعينة العيادية فقط، ومقياس السيكاثينيا ملائماً للعينة غير العيادية فقط. فيما يتعلق ببقية المقاييس فهي إما تقل قيم ثباتها المختلفة عن محك 0.70 لدى الكل، وإما أنها قد بلغت هذه القيمة ولكن في واحد فقط من نوعي الثبات المستخدمة مع العينة المرضية كمقاييس التصحيح/الدفاعات والاكتئاب والهيسستيريا والانحراف السيكوباتي والسيكاثينيا لدى هذه العينة. ومع فائدة مؤشرات الثبات المذكورة، فإنه لا يزال هناك حاجة بطبيعة الحال لمزيد من استجلاء الكفاءة السيكومترية للمقاييس من خلال تفحص مؤشرات صدقها.

**مؤشرات الصدق:**

من خلفيات مختلفة ثقافياً ضمن المجتمع نفسه ( British Psychological Society Division of Clinical Psychology, 2014). وقد يعود الأمر، ببساطة، إلى تبدل بنية هذه المفاهيم بفعل التغير الاجتماعي الذي حدث خلال السنوات الممتدة منذ إعداد هذه النسخة العربية من الصبغة المختصرة من المقياس في 1948، غير أنه لا يمكن التحقق من هذا الأمر لعدم توفر نتائج عن قيم الاتساق الداخلي للمقياس في ذلك الوقت.

ونلاحظ في الواقع ارتفاع طفيف في قيم ألفا للمقاييس العيادية عند العينة العيادية (0.45-0.83، وسيط = 0.66) بالمقارنة مع غير العيادية (0.35 - 0.78، وسيط = 0.57)، مع أنه لم يتم التحقق من الدلالة الإحصائية لهذه الفروق. ولا يبدو أنه يمكن عزو هذا الفرق "الظاهري" إلى اختلاف في عدد الفقرات، أو إحصام العينتين، إذ إن قيم ألفا كانت أعلى لدى العينة العيادية بالرغم من كونها أقل حجماً من غير العيادية، فيما يُعرف عن هذا المعامل ميله للارتفاع مع زيادة حجم العينة (Cortina, 1993). غير أن ذلك الارتفاع ربما حصل كنتيجة لأهمية ما تقيسه بشكل أكبر عند أفراد العينة العيادية مقارنة مع أفراد العينة الأخرى. ففيما قد يميل كل أو أغلب غير المشخصين باضطرابات نفسية للإجابة "لا" عن الفقرة التي تستقصي -على سبيل المثال- وجود هلاوس سمعية؛ يميل من هم مُشخصون بهذه الأعراض لتقدم إجابات مختلفة أكثر. وبعبارة أخرى، قد يرتفع تباين هذه المقاييس العيادية نسبياً بالمقارنة مع العينة غير العيادية. ومع تديني قيم ثبات الاتساق الداخلي إلى مستويات شديدة، فإنه يفضل إرجاء الخلوص إلى حكم نهائي إلا بعد استعراض مؤشرات الثبات الأخرى التي تم تفحصها، وهي مؤشرات ثبات إعادة التطبيق. يمكن الحكم على قيم ثبات إعادة التطبيق باستخدام ذات المحكات الرقمية المستخدمة مع ثبات الاتساق الداخلي - اعتبار القيم التي تبلغ أو تزيد عن 0.70 ملائمة للأغراض البحثية، وتفضيل ارتفاعها عن 0.80 للأغراض التطبيقية. وتم استقصاء ثبات الإعادة لدى العينة العيادية فقط، باستخدام

بالمرحلة دون العيادية Subsyndromal، إذ تظهر لديهم أعراض متبقية Residual Symptoms، وهي أعراض تقل شدتها عن المستوى الحاد والدال عيادياً فيما لم تصل بعد إلى ما يمكن اعتباره المستوى الطبيعي (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2017)، لاسيما وهم لا يزالون مستمرين في تلقي الخدمة المهنية. أما السبب الثاني، فهو أنه حتى لو وصل أفراد العينة العيادية إلى مرحلة التعافي النسبي، سواء أكان هذا بزوال الأعراض المتبقية أو ارتفاع مستويات التعافي الشخصي Personal Recovery عندهم بصرف النظر عن شدة الأعراض؛ فمن غير المرجح أن تختفي الفروق بين أفراد العينة العيادية والعينة غير العيادية على هذا النحو الحاد، لاسيما في مقاييس المفاهيم غير الذهانية.

فإذن، يبدو أنه من الممكن القول إن عدم وجود الفروق عائد غالباً إلى ضعف حساسية هذه المقاييس للمفاهيم المقاسة. وهذا أمرٌ يمكن أن يعود - كما اقترح في تفسير نتائج الثبات - إما إلى عدم مواكبة محتوى المقاييس لما يمكن أن يكون قد طرأ على المفاهيم المقاسة من تبدل بفعل التغيير الاجتماعي، ومن ثم فقدانها للقدرة التمييزية؛ أو تحيزها الثقافي للثقافة الأصلية (الأمريكية) في التعريفات المفاهيمية التي أُسست عليها. وهذه افتراضات يمكن التحقق منها في دراسات لاحقة. وعلى أية حال، فالنتيجة النهائية هي أن هذه المقاييس تفتقد إجمالاً إلى القدرة التمييزية (الصدق)، وهو ما قد يجعل استخدامها السيكومتري غير صائب.

وتصنيف نتائج فحص العلاقة بين هذه المقاييس ومقاييس قائمة مراجعة الأعراض لدى العينة غير العيادية مؤشراً إضافياً للحكم على صدقها. ولقد استُخرجت معاملات ارتباط دالة إحصائياً بين جميع المقاييس الفرعية لاختبار مينيسوتا المختصر مع جميع

مقاييس قائمة مراجعة الأعراض على نحو إيجابي ودال إحصائياً، الأمر الذي قد يُعد، للوهلة الأولى، مظهراً داعماً لصدق هذه المقاييس. غير أن نمط هذه الارتباطات لا يُظهر وجود خصوصية فيها، فقد ارتبط الكل مع الكل بقيم متقاربة

جرى التحقق من مدى وجود فروق جوهرية بين العينتين العيادية وغير العيادية على مقاييس الصيغة المختصرة لاختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية في عدة تحليلات إحصائية متتابعة، وذلك أحياناً بالاعتبار اعتدالية توزيع الدرجات واحتمالية إسهام متغيري الجنس والعمر كمتغيرات دخيلة محتملة في إحداث الفروق. وأخيراً مدى نقاء القدرة التمييزية للمقاييس منفردة - حال وجودها - وعدم إمكانية عزو هذه القدرة لأثر الارتباط بمقاييس أخرى ترتبط بالمقياس.

وجاءت النتيجة النهائية بقدرة أربعة مقاييس فرعية فقط على التمييز بين العينتين تمييزاً نقياً، أي بعد عزل إسهام المقاييس الأخرى المرتبطة بالمقياس، وغير متأثر بمتغيرات دخيلة كالعمر والجنس. وتلك مقاييس الكذب والتصحيح والاكتئاب والانحراف السيكوباتي. وكما هو متوقع، أظهرت العينة العيادية مستويات أعلى من غير العيادية على هذه المقاييس. غير أنه من غير المتوقع ألا تتمايز العينتين في بقية المقاييس: الخطأ والتوهم المرضي والهستيريا والبارانويا والسيكاثينيا والفصام والهوس الخفيف.

وتختلف هذه النتيجة مع ما أشار إليه مُعد النسخة العربية الحالية من قدرة فقرات الاختبار على التمييز "... بين ما هو سوي وما هو مرضي في البيئة السعودية..."، وأن "الاختبار في صورته الحالية ميز بين المجموعة السعودية غير السوية من المرضى المترددین على العيادة النفسية وبين المجموعة السوية من المواطنين السعوديين"، و "أن المجموعة السعودية غير السوية حصلت على درجات عالية في جميع المقاييس الإكلينيكية..." (الطويل، 1984، ص. 3-4)، وذلك دون تقديم البيانات الإحصائية الخاصة بهذه التحليلات.

وفي تفسير هذه النتيجة، ربما لا يمكن عزوها إلى استقرار الأعراض لدى العينة العيادية، ومن ثم تلاشي الفروق بينهم وبين العينة غير العيادية. وهذا لسببين: الأول، أن هذا الاستقرار لا يعني بالضرورة وصول الأعراض من حيث شدتها إلى المستوى الطبيعي، فمن المرجح أن يمروا حالياً فيما يعرف

أحمد بن كساب الشايع: تقييم سيكومتري عيادي للصيغة المختصرة لاختبار مينيسوتا متعدد الأوجه الشخصية

مثال آخر يتمثل في ارتباط مقياس الاكتئاب من مينيسوتا مع مقياسي الوسواس القهري والاكتئاب من قائمة مراجعة الأعراض بقيم متقاربة،  $r = 0.60$  و  $r = 0.59$  على التوالي، في حين كان من المفترض أن يرتبط بالاكتئاب بقيمة أعلى. كما ارتبط مقياس الانحراف السيكوباتي بمقياس العدائية بقيمة أقل من ارتباطه بأغلب مقاييس قائمة الأعراض الأخرى ( $r = 0.37$ ). وبالمثل، ارتبط مقياس السيكاثينيا من مينيسوتا بمقياس الوسواس القهري بمعامل ارتباط قدره  $0.68$ ، وهي أقل من قيمة ارتباطه بمقياس الاكتئاب ( $0.70$ ).

ما يمكن الخلاص إليه من مجمل نتائج هذه الدراسة، أنه لا يوجد من مقاييس الصيغة العربية المختصرة من مقياس مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية ما يمكن القول إنه قد استوفى الشروط السيكومترية الضرورية. فمثلاً، فيما كان مقياس الفصام هو الوحيد الذي أظهر قيم ثبات ألفا وإعادة تطبيق ملائمة لدى كلا العينتين، لم يظهر أن لهذا المقياس قدرةً على التمييز بين الأسوياء والمرضى. ومن جهة أخرى، فالمقاييس الأربعة التي ميزت جوهرياً بين هاتين الفئتين، وهي الكذب والتصحيح والاكتئاب والانحراف السيكوباتي، لم تتسم بقيم ثبات ملائمة. وعليه، فليس من المحتمل أن يعود استخدام هذه الأداة بالفائدة على الممارسة العيادية، سواء لأغراض الفرز الأولي Screening، أم لمساعدة في تصنيف المشكلات النفسية، أو حتى لتابعة تطور الأعراض والنتائج العلاجية. غير أنه، بالرغم من ذلك، لا ينبغي اعتبار نتائج هذه الدراسة عامةً وهذه الخلاصة الإجمالية خاصةً، بمعزل عن حدود هذه الدراسة.

ومن هذه الحدود أنه جرى استخدام عينة عيادية مختلطة Mixed، تمثل طيفاً واسعاً غير متجانس من الأعراض المرضية. وربما ستكون النتائج أكثر حسماً ووضوحاً لو استخدمت عدة عينات مرضية تمثل كل منها فئة مرضية خالصة، ووظفت كل منها في تقييم أداء المقياس الفرعي الأقرب لها. من ذلك أن يكون هنالك عينة من المشخصين

نسبياً. وهذا مالا يفترض أن يظهر في هذا المقياس، ولا سيما أن أحد الأغراض الأساسية لتصميمه سواء في نسخته الأصلية الطويلة (Hathaway & McKinley, 1940)، أم المختصرة التي يمثلها المقياس الحالي موضوع هذه الدراسة (Kincannon, 1968) هو المساعدة في تصنيف الشكاوى النفسية (التشخيص الطبني) وإحكام قرارات تعيين التشخيصات الفارقة Differential Diagnoses (Groth-Marnat & Wright, 2016). وتحليل مصفوفة هذه الارتباطات عاملياً، ظهر عاملان مترابطان ( $r = 0.67$ ). ولقد تشعبت مقاييس قائمة الأعراض على الأول بشكل نقي، فيما تشعبت جميع مقاييس النسخة المختصرة لاختبار مينيسوتا على الثاني عدا مقياس الهوس الخفيف، إذ تشعب على الأول، وإن كان هذا بقيمة منخفضة نسبياً. ومع هذا الاختلاف غير المتوقع في تشعبات المقاييس الفرعية؛ فلوحظ ارتفاع نسبة التباين الذي فسره عامل مقاييس قائمة مراجعة الأعراض (60.91%) مقارنةً مع النسبة المنخفضة من التباين الذي فسره عامل مقاييس النسخة المختصرة لاختبار مينيسوتا وهو 10.16% فقط. وتقل هذه النسبة المفسرة كثيراً عما هو متوقع في حال تمتع المقياس بخصائص سيكومترية جيدة (Tabachnick & Fidell, 2007).

وفي السياق ذاته، يبدو أن قيم هذه الارتباطات بين المقاييس لا تدعم الصدق التباعدية أو التمايزي Divergent للمقياس، بقدر دعمها لصدقه التقاربي Convergent. فمع أن مقاييس مينيسوتا الفرعية ترتبط جوهرياً بقيم مناسبة إلى حد ما مع ما يُفترض أن ترتبط به من مقاييس قائمة مراجعة الأعراض، فإنها ترتبط أيضاً، بقيم مقارنة جداً، مع مقاييس أخرى أقل علاقة. ومثال ذلك ارتباط مقياسي التوهم المرضي والاكتئاب من مينيسوتا بالمقاييس المناظرة مفاهيمياً لهما من قائمة مراجعة الأعراض، وهي الأعراض الجسمية والاكتئاب على التوالي، غير أنهما يرتبطان في الوقت نفسه مع مقاييس أخرى بقيم مقارنة بالرغم من كونها أقل ارتباطاً بما كما يُفترض نظرياً.

البحري، عبد الرقيب أحمد. (2005). قائمة الأعراض المعاملة (SCL-90-R). مركز الإرشاد النفسي والتربوي، أسبوط.

التويجيري، محمد بن عبدالحسن؛ السبيعي، عبدالله بن سلطان؛ الغامدي، صالح بن علي؛ القحطاني، سليمان بن محمد؛ نيازي، عبدالمجيد بن طاش. (ب.ت). معايير مهنية للأخصائي النفسي في مستشفيات الصحة النفسية والأمل ودور رعاية الأحداث. مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، الرياض.

دريشي، جميلة محمد حسين. (2015). اضطراب الشراء القهري وعلاقته ببعض الاضطرابات النفسية الأخرى. دراسات عربية في التربية وعلم النفس، 57، 341-370.

الرويع، عبدالله صالح عبدالعزيز. (2002). الخصوصية الثقافية للمجتمع السعودي: الانبساط ووجهة الضبط في الصحة. رسالة التربية وعلم النفس، 18، 207-232.

الزهراني، صالح عبد العزيز. (2012). الهوية الاجتماعية الجنوسية وعلاقتها بأيدولوجية الدور الجنوسي والتوافق النفس-اجتماعي: دراسة للذكور والإناث السعوديين بمدينة الرياض بالملكة العربية السعودية. رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم علم النفس، جامعة الملك سعود.

الطريزي، عبد الرحمن سليمان (1986). تقرير غير منشور عن الصيغة المختصرة لاختبار الشخصية متعدد الأوجه المقننة على البيئة السعودية موجه لرئيس قسم علم النفس بجامعة الملك سعود.

الطريزي، عبد الرحمن سليمان. (1996). الأعراض المرضية عند مراجعي المستشفيات النفسية في ضوء بعض المتغيرات. مجلة كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، 45، 81 - 182.

الطويل، عثمان عبدالله. (1984). الصيغة المختصرة لاختبار الشخصية المتعدد الأوجه. ب. ن.

العتيبي، فالح بن صنها. (2011). دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

فرج، صفوت. (1985). تقرير غير منشور عن الصيغة المختصرة لاختبار الشخصية متعددة الأوجه المقننة على البيئة السعودية موجه لرئيس قسم علم النفس بجامعة الملك سعود.

الحارب، ناصر إبراهيم والنعيم، ماضي فهد. (2002). المشكلات الاجتماعية والنفسية للمراهقين في المملكة العربية السعودية. الرياض: مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية.

الحارب، ناصر إبراهيم. (1999). مقياس الاتجاهات غير الفعالة المختصر: خصائصه السيكومترية وعلاقته بأعراض الاكتئاب والقلق لدى عينة من الطلاب السعوديين: مبحث في خصوصية الاستعراف. مجلة الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة المينا، 31، 9-67.

بالاكتئاب دون وجود أي تشخيصات أخرى مصاحبة، لتقييم مقياس الاكتئاب. بالرغم من أن هذا المطلب، مع ما يبدو من الحاجة له ظاهري، ربما ليس بذات الأهمية على ضوء النتائج العلمية الحديثة. تضافرت عدد من الدراسات الحديثة في بنية الاضطراب النفسي على عدم دقة التصنيفات التي تقترحها أنظمة التشخيص الطب نفسية السائدة، كالنظام التشخيصي والإحصائي الخاص برابطة الطب النفسي الأمريكية (American Psychiatric Association, 2013)، وعدم دقة الحدود التي تقررهما بين الفئات التشخيصية، فيما اقترحت نظم تصنيفية بُعدية Dimensional (Kotov et al., 2017)، تضمن بعضها اقتراح وجود عامل عام واحد للاضطراب النفسي (Caspi et al., 2014). وعليه، وربما ثمة ما يعزز صحة توظيف مثل هذه العينة المختلطة. غير أنه ينبغي التنبيه إلى أنه تم اختيار أفراد هذه العينة العيادية وفقاً لكونهم يتلقون خدمة عيادية وقت تطبيق الأداة، من ضمن محكات تضمين أخرى، ولم يتم التحقق من استيفائهم لمحكات التشخيصات الطب نفسية بتطبيق مقابلات تشخيصية مقننة كمييار ذهبي Golden Standard متعارف عليه في هذا المجال.

وبالمثل، فلم يتم التحقق بشكل قاطع من خلو أفراد العينة غير العيادية من أي شكاوى نفسية قابلة للتشخيص Diagnosable، غير أن السؤال المتضمن في قائمة البيانات الديموغرافية عن مدى وجود تاريخ طبي نفسي لديهم، واستبعاد من أجابوا عنه بنعم، ربما وفر ضماناً ولو جزئياً لهذا الأمر. عموماً، لعل الدراسات اللاحقة تُعيد التحقق من نتائج الدراسة الحالية باستخدام عينات عيادية وغير عيادية تم التحقق من دقة تصنيفها باستخدام مقابلات تشخيصية مُقننة.

## المراجع:

البحري، عبد الرقيب أحمد. (1984). قائمة مراجعة الأعراض. مكتبة النهضة المصرية.

- Educational and Psychological Testing*. Washington, DC.: AERA.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* (5<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association 2015 .(2016) *..survey of psychology health service providers*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological Testing* (7th ed.). New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- British Psychological Society Division of Clinical Psychology. (2010). *The core purpose and philosophy of the profession*. Leicester, UK.: British Psychological Society.
- British Psychological Society Division of Clinical Psychology. (2014). *Understanding Psychosis and Schizophrenia*. Leicester, UK : .British Psychological Society.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., . . . Moffitt, T. E. (2014). The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clinical psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 2(2), 119-137. doi: 10.1177/2167702613497473
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*(78), 98-1 .04
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacol Bull*, 9(1), 13-28 .
- Faraj, S. (1985). Unpublished brief report on the Saudi version of the Abbreviated MMPI (Mini-Mult) (In Arabic)
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics using SPSS* (2nd ed.). London: SAGE Publications Ltd.
- Fisher, W. P. (2008). The Cash Value of Reliability. *Rasch Measurement Transactions*, 22(1), 1160-1163 .
- Gaines, L. S., Abrams, M. H., Toel, P., & Miller, L. M. (1974). Comparison of the MMPI and the Mini-Mult with alcoholics. [Comparative Study]. *J Consult Clin Psychol*, 42(4), 619 .
- Grayson, D. (2004). Some Myths and Legends in Quantitative Psychology. *Understanding Statistics*, 3(2), 101-134. doi: 10.1207/s15328031us0302\_3
- Gregory, R. (1996). *Psychological Testing: History, principles, and application* (2nd ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Groth-Marnat, G., & Wright, A. J. (2016). *Handbook of Psychological Assessment* (6th ed.): Wiley.
- Harford, T., Lubetkin, B., & Alpert, G. (1972). Comparison of the standard MMPI and the Mini-Mult in a psychiatric outpatient clinic. *J Consult Clin Psychol*, 39(2), 243-245 .
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1940). A Multiphasic Personality Schedule (Minnesota). I: Construction of the schedule. *Journal of Psychology*, 10, 249-254 .
- Health Professions Council, & . (2009). *Standards of Proficiency: Practitioner Psychologists*. London, UK.: Health Professions Council.
- Hobbs, T. R. (1974). Scale equivalence and profile similarity of the Mini-Mult and MMPI in an
- المحارب، ناصر إبراهيم. (2005). أعراض الاكتئاب والقلق لدى الطلاب والطالبات في المملكة العربية السعودية: متى تبدأ الفروق؟ مجلة دراسات- العلوم التربوية، 32 (1)، 111-127 .
- Albohairy, A. A. (1984). *Symptom Checklist 90 (In Arabic): Maktabat An'nahdah Almisriah (Egyptian Renaissance Bookshop)*. Egypt. .
- Albohairy, A. A. (2005). *Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R) (In Arabic): Psychological and Educational Center, As'siwt, Egypt*.
- Almuharib, N. (1999). Abbreviated version of DAS: psychometric properties and links with depression and anxiety in a sample of Saudi students: an inquiry into cognitive specificity (In Arabic). *Journal of arts and human sciences*, 31, 9-67.
- Almuharib, N. (2005). Symptoms of depression and anxiety in male and female students in Saudi Arabia: when do differences begin? (In Arabic). *Dirasat Journal-educational sciences*, 32(1), 111-127
- Almuharib, N., & Alnoai'im, M. (2002). *Social and Psychological Problems amongst Adolescents in Saudi Arabia (In Arabic): King Abdulaziz City for Science and Technology, Riyadh*
- Alotaibi, F. S. (2011). *The Role of the Clinical Psychological Specialist in the Opinion of the Workers in the Governmental Hospitals in Riyadh City (In Arabic)*. Unpublished Master thesis. Naif Arab university for Security Sciences
- Alruwaita, A. (2002). Cultural specificity of the Saudi society: the extraversion and health locus of control (In Arabic). *Journal of Education and Psychology (Risalat at'rbiyah wa ilm an'nafs)*(18), 207-233.
- Altawai'l, O. A. (1984). *Abbreviated version MMPI (In Arabic)*.
- Altoijri, M., Alsobai, A., Algamdi, A., Alqahtani, S., Niazi, S., & Tash, A. *Professional Standards for Psychologists Working in Mental Health Hospitals, Al'amal Complex and Youth Care Corrective Centers (In Arabic): King Abdulaziz City for Science and Technology. Riyadh*.
- Altwaairy, A. (1986). Unpublished brief report on the Saudi version of the Abbreviated MMPI (Mini-Mult) (In Arabic).
- Altwaairy, A. (1996). Psychopathological Symptoms among Users of Mental Health Hospitals According to Some Variables (In Arabic). *Journal of college of arts*, 45, 81-182.
- Alzahrani, S. (2012). *Gender Social Identity: Its Relationship with Gender Role Ideology and The Psychosocial Adjustment: A comparative study of Saudi males and females in Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia (In Arabic)*. Unpublished PhD thesis, Dept. of Psychology. King Saud University.
- Darbashi, J. M. H. (2015). Compulsive buying disorder and its relationship to some other mental disorders (In Arabic). *Arabic Studies in Education and Psychology*, 57, 341-370.
- American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), National Council on Measurement in Education (NCME), & Joint Committee on Standards for Educational and Psychological Testing (U.S.). (2014). *Standards for*

- O'Connor, B. P. (2000). SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and velicer's MAP test. [Research Support, Non-U S Gov't]. *Behav Res Methods Instrum Comput*, 32(3), 396-402 .
- Palmer, A. B .(1973) .A comparison of the MMPI and Mini-Mult in a sample of state mental hospital patients. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial]. *J Clin Psychol*, 29(4), 484-485 .
- Percell, L. P., & Delk, J. L. (1973). Relative usefulness of three forms of the Mini-Mult with college students. *J Consult Clin Psychol*, 40(3), 487 .
- Pulvermacher, G. D., & Bringmann, W. G. (1971). The Mini-Mult Used with French-Canadian College Students. *Psychol Rep*, 29(1), 134-134. doi:10.2466/pr0.1971.29.1.134
- Royston, P. (1991). Estimating departure from normality. *Stat Med*, 10(8), 1283-1293 .
- Rybolt, G. A., & Lambert, J. A. (1975). Correspondence of the MMPI and Mini-Mult with psychiatric inpatients. [Comparative Study]. *J Clin Psychol*, 31(2), 279-281 .
- Sadock, B., Sadock, V. A & Ruiz, P. (2017). *Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry* (4th ed.): Wolters Kluwer.
- Shields, P. E. (1975). *Use of a Short Form of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory with Alcoholics*. Unpublished Master's Thesis, Dept. of Psychology Loyola University Chicago. Retrieved from [http://ecommons.luc.edu/luc\\_theses/2883](http://ecommons.luc.edu/luc_theses/2883)
- Tabachnick, B., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Pearson Education, Inc.
- В.П.Зайцев. (2004). Психологический тест СМОЛ (In Russian). *Актуальные вопросы восстановительной медицины* ([http://www.nmc-radix.com/to\\_be\\_read/SMOL\\_2004.html](http://www.nmc-radix.com/to_be_read/SMOL_2004.html)) (Accessed on: 1/10/2017, 2, 17-19 .
- outpatient clinic. [Comparative Study]. *J Clin Psychol*, 30(3), 349-350 .
- Hobbs, T. R., & Fowler, R. D. (1974). Reliability and scale equivalence of the Mini-Mult and MMPI. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial]. *J Consult Clin Psychol*, 42(1), 89-92 .
- Hoekstra, R., Kiers, H. A., & Johnson, A. (2012). Are assumptions of well-known statistical techniques checked, and why (not)? *Front Psychol*, 3 .(137)
- Hogan, T. P., & Brooke, C. (2007). *Psychological Testing: A Practical Introduction* (2nd ed.): John Wiley & Sons.
- Huisman, R. E. (1974). Correspondence between Mini-Mult and standard MMPI scale scores in patients with neurological disease. [Comparative Study]. *J Consult Clin Psychol*, 42(1), 149 .
- Kincannon, J. C. (1968). Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 items: the mini-mult. *J Consult Clin Psychol*, 32 .325-319 ,(3)
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., . . . Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *J Abnorm Psychol*, 126 ,(4) .477-454
- Messick, S. (1994). Validity of Psychological Assessment: Validation of Inferences From Persons' Responses and Performances as Scientific Inquiry Into Score Meaning. *ETS Research Report Series*, 1994(2), i-28. doi: 10.1002/j.2333-8504.1994.tb.01618x
- Mirzamani, S. M., Karaminia, R., Salimi, S. H., & Besharat, M. A. (2005). The Validity Scales of the Short Form of MMPI in Farsi (In Farsi) *Journal of Iranian Psychologists*, 1 .(4)
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill Publishing.

## Clinical Psychometric Assessment of an Appreviated Version of MMPI – The Mini-Mult

Ahmad Kassab S. Alshayea

Department of Psychology, College of Education, King Saud University

Submitted 27-11-2017 and Accepted on 28-01-2018

**Abstract:** Availability of psychometrically sound tools is necessary for the psychological assessment process to fulfill its aims, whether for research or applied purposes. This study was set up to look at the psychometric properties of the Arabic version of the Mini-Mult, a brief version of MMPI, that has been in use for a long time while its psychometric appropriateness is largely unknown.

In this psychometric correlational cross-sectional design study, the measure was administered to a clinical (n = 155; 18.7% females; mean age: 31 ±9.46) and non-clinical (n = 260; 38.5 females; mean age: 22 ±2.20) samples.

Cronbach's  $\alpha$  ranged in the clinical sample from 0.45 to 0.83 (median: 0.61), and between 0.31 and 0.78 (median: 0.51) in the non-clinical sample. Test-retest indices were between 0.50 and 0.81 (median: 0.67). Corrected item-total correlations were generally low in both samples. Controlling for gender and age, final analyses showed that only four measures, out of 11 measures, significantly differentiated between the two samples: lie, correction, depression and psychopathic deviation. All Mini-Mult measures associated positively with measures of the SCL-90. However, pattern of correlations does not appear to support divergent or convergent validity of these measures, as indicated by means of factor analysis.

Overall, findings do not seem to support the psychometric appropriateness of the Arabic version of Mini-Mult. Hence, depending on the level of confidence allowed by this study's method and data, use of this measure in both clinical research and applied settings is not recommended. Findings were discussed in light of classical test theory and psychopathological theory.

**Key words:** Psychological Assessment, Psychometric properties, Mini-Mult, Psychological Disorder, Clinical Psychology