

الفروق المرتبطة بالعمر في البنية العائلية للصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي في مرحلتي الرشد المبكر والأوسط

داليا هلال كامل¹ أ.د. فادية علوان² د. أماني يحيى³

هدفت الدراسة الراهنة إلى الكشف عن الفروق المرتبطة بالعمر في الصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي في مرحلتي الرشد المبكر والأوسط ، كما هدفت للتحقق من صدق البنية العائلية لنموذج العاملين لكيس للصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي في مرحلتي الرشد المبكر والأوسط . لتحقيق أهداف الدراسة أُختيرت عينة مكونة من 600 من الراشدين والراشدات ، تتراوح أعمارهم بين 22:60 سنة ، واستخدمت المقاييس الآتية لجمع البيانات : مقياس دينر لطيب الحياة الوجداني ومقياس رايف المختصر لطيب الحياة النفسي ومقياس كيس لطيب الحياة الاجتماعي ، ومقياس القلق والوسواس القهري من إعداد أحمد عبد الخالق ومقياس الاكتئاب من قائمة منيسوتا متعددة الأوجه للشخصية ، وذلك بعد التحقق من الكفاءة السيكمترية لجميع المقاييس .

أُستخدم اختبار ت للمجموعات المستقلة والتحليل العائلي التوكيدي للتحقق من أهداف الدراسة ، وكشفت نتائج الدراسة عن انخفاض مؤشرات الصحة النفسية الإيجابية في مرحلة الرشد المبكر مقارنة بمرحلة الرشد الأوسط ، بالإضافة إلى ارتفاع أعراض المرض النفسي في مرحلة الرشد المبكر مقارنة بمرحلة الرشد الأوسط ، وكشفت نتائج الدراسة عن صدق البنية العائلية لنموذج العاملين لكيس للصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي في مرحلتي الرشد المبكر والأوسط ، ونوقشت نتائج الدراسة في ضوء التراث النظري والبحثي السابق .

¹ مدرس مساعد بقسم علم النفس كلية الآداب جامعة القاهرة

² أستاذ علم النفس الارتقائي بكلية الآداب جامعة القاهرة

³ مدرس علم النفس الارتقائي بكلية الآداب جامعة القاهرة

Age-related differences in the factor structure of positive mental health and mental illness in early and middle adulthood

By:

Dalia Helal Kamel

Prof.Dr. Fadia Elwan Dr. Amany Yehia

The current study aimed to investigate the age-related differences in the positive mental health and mental illness in the early and middle adulthood stages .To achieve such purposes, a sample of 600 male and female adults, aged between 22:60 years, was randomly selected. The following scales were used to collect data: the Diener scale of emotional well-being, the brief Ryff scale of psychological well-being, the keyes scale of social well-being, and the anxiety and obsessive-compulsive scale prepared by Ahmed Abdel-Khalek and the depression scale from the minnesota multiphasic personality inventory, after investigate the psychometric efficacy of all scales.

The t-test and confirmatory factor analysis were used to investigate to purposes of the study. The results of the study revealed a decrease in positive mental health indicators in the early adulthood stage compared to the middle adulthood stage, in addition to increase symptoms of mental illness in the early adulthood stage compared to the middle adulthood stage. The results revealed That validity of the factorial structure of the two-factor model for positive mental health and mental illness in the early and middle stages of adulthood, the results of the study were discusse throughd the previous theoretical and research literature.

Key words: positive mental health – psychological Flourishing – mental illness – early adulthood – middle adulthood – the dual factor model of mental health and mental illness.

مقدمة

تهدفُ الدراسة الحالية إلى الكشف عن الفروق المرتبطة بالعمر في مكونات الصحة النفسية الإيجابية¹ والمرض النفسي² عبر مرحلتَي الرشد المبكر والأوسط، كما تهدفُ إلى التحقق من صدق البنية العاملية لنموذج العاملين³ للصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي والذي قدمه كيس ويفترض أن الصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي عاملان مستقلان ولكنهما مرتبطان.

ويُعد مفهوم الصحة النفسية من المفاهيم التي لاقت اهتمامًا كبيرًا من جانب العديد من العلماء والباحثين سواء على المستوى النظري أو التطبيقي، وتكمن أهمية الصحة النفسية للفرد في كونها تساعده على مواجهة العديد من مصادر المشقة وتحقيق له القدرة على التوافق مع الذات والمجتمع، حيث تمكن الفرد من مواجهة مختلف مشكلات الحياة وتساعد على اكتساب الخبرات والقيام بالأدوار الاجتماعية والشعور بالثقة والكفاءة والإنجاز، وتؤدي إلى زيادة الإنتاجية والتماسك في المجتمع (عبد الخالق، 2016).

اقتصرت تعريف مفهوم الصحة النفسية لفترة طويلة على غياب أعراض المرض النفسي، وبظهور علم النفس الإيجابي شهدت العقود الأخيرة الماضية تحولًا في تناول العديد من علماء النفس لمفهوم الصحة النفسية حيث أشاروا إلى ضرورة التركيز على الأداء الإنساني الأمثل بدلًا من حصر تناولها في ضوء غياب الأعراض المرضية فقط، فالصحة النفسية لا تقتصر على وجود المرض النفسي أو عدمه، ومن ثم يختلف تعريف كل من الصحة النفسية والمرض النفسي بطريقة كيفية وجوهرية، لذلك اهتمت الكثير من البحوث في مجال علم النفس الإيجابي بتناول مفهوم الصحة النفسية الإيجابية (Lamers, 2012). والذي يشمل المشاعر الإيجابية⁴ والرضا

¹ Positive mental health

² Mental illness

³ Dual factor model

⁴ Positive Emotions

عن الحياة¹ والأداء الوظيفي الأمثل² للفرد في حياته الشخصية والاجتماعية و تبلور حديثاً مفهوم الصحة النفسية الإيجابية بشكل واضح على يد كوري كيس Corey Keyes (علوان، 2016).

وقدم كيس نموذجاً لتعريف الصحة النفسية الإيجابية عُرف باسم نموذج العاملين للصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي، إذ يفترض أنَّ المرض النفسي والصحة النفسية الإيجابية عاملان مستقلان ولكنهما مرتبطان، وعلى الرغم من وجود بعض الدراسات التي أجريت للتحقق من صدق نموذج العاملين للصحة النفسية والمرض النفسي في مختلف المجتمعات إلا أن هناك ندرة في الدراسات العربية التي عُنيت بالبنية العائلية لمفهوم الصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي في مختلف المراحل العمرية وخاصة في الثقافة المصرية، فضلاً عن ندرة الدراسات التي اهتمت بالفروق المرتبطة بالعمر في مكونات الصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي عبر مرحلتَي الرشد المبكر والأوسط وهو ما تهدف إليه الدراسة الحالية.

مفهوم طيب الحياة الذاتي وعلاقته بالصحة النفسية الإيجابية

يندرج مفهوم طيب الحياة الذاتي تحت مفهوم أكثر اتساعاً وشمولاً، وهو مفهوم الصحة النفسية الإيجابية، ويتضمن مفهوم طيب الحياة القدرة على عمليات التفكير الإيجابي، والاندماج الاجتماعي للفرد في مجتمعه، والسلوكيات الصحية الإيجابية ومنها المقاومة النفسية للضغوط (Moore & Keyes, 2008).

ساوت البحوث النفسية والاجتماعية في الخمسينات والستينات من القرن العشرين بين مفهومي الصحة النفسية وطيب الحياة بوصفهما غياب أعراض المرض النفسي ثم شهدت البحوث تطورات للتصور النظري لطيب الحياة عبر ثلاثة مناحٍ اهتمت بدراسة أبعاد طيب الحياة في مرحلة الرشد نعرض لها فيما يلي :

المنحى الأول ويتمثل في المدرسة الإنسانية : حيث قدمت المدرسة الإنسانية بعد الحرب العالمية الثانية التصور النظري والأساليب المنهجية لدراسة طيب الحياة من خلال مؤشر جودة الحياة والذي يشير إلى كيفية رؤية الأفراد لنوعية حياتهم ، كما أوضحت المدرسة الإنسانية أن

¹ Life satisfaction

² Individual optimal function

طيب الحياة في الرشد يتبدى في عدة مظاهر منها التوافق الإيجابي، وقوة الأنا، والتأمل الذاتي ، والتقييم الذاتي (Moore&keyes,2008).

وظهر المنحى الثاني في مجال علم النفس الارتقائي : وذلك من خلال مفاهيم الارتقاء الإنساني الإيجابي وأبرزها مفهوم التقدم الناجح في العمر والذي طرحه بالtes (Baltes) بوصفه عملية ارتقائية عبر دورة الحياة تستهدف زيادة المكاسب وتقليل الخسائر عبر العمر (Freund,2008).

ويتبدى المنحى الثالث في المنظور الإكلينيكي للتوافق مع الضغوط : يرجع لاهتمام الباحثين بدراسات الصحة النفسية و التوافق مع الضغوط والقدرة على التعايش مع المخاطر التي يتعرض لها الفرد (Moore&keyes,2008).

وترجع الجذور التاريخية الأولى لمفهوم طيب الحياة إلى الفلسفة اليونانية حيث ظهر لأول مرة على يد أرسطو، وميز الفلاسفة اليونانيون بين نوعين من طيب الحياة، يعرف النوع الأول **بالحياة السارة**¹ والتي ترتبط بالمشاعر الإيجابية ومتع الحياة، ويعرف النوع الثاني **بالحياة الهادفة**² والتي ترتبط بالسعي لتحقيق الأهداف الإيجابية في الحياة (Ryan ؛keyes,2005). et al.,2006

وامتد **توجه الحياة السارة** من الفلسفة إلى البحوث النفسية في القرن العشرين ليركز على دراسة المكونات الوجدانية لطيب الحياة على يد كل من فلاجل Flgel وبرادبير Bradber والذي اهتم كل منهما بدراسة المشاعر الإيجابية لدى الأفراد وقياس استجابتهم الوجدانية لمتطلبات الحياة، وأصبحت دراسة المكون الوجداني لطيب الحياة هو الأكثر شيوعاً في دراسات طيب الحياة لذلك استخدم في البدايات مفهوم طيب الحياة الذاتي بالترايف مع مفهوم طيب الحياة الوجداني لدى دينر Diener ليشير إلى ثلاثة مكونات هي ارتفاع مستوى المشاعر الإيجابية ، وانخفاض مستوى المشاعر السلبية ، والرضا عن الحياة (Diener,1984 ; Diener et al.,1999).

¹ Pleasant life

² Meaningfull life

وفي أواخر القرن العشرين برز الاهتمام بتوجه الحياة الهادفة حيث انتقد الباحثون في علم النفس الإيجابي توجه الحياة السارة والذي حصر مفهوم طيب الحياة الذاتي في إطار المنظور الوجداني فقط ، لذلك اتجه البعض لدراسته من منظور أوسع يتمثل في الأداء الوظيفي الأمثل للفرد وهو ما يطلق عليه مفهوم طيب الحياة النفسي والذي يمثل توجه الحياة الهادفة وتبلورت هذه الفئة من الدراسات على يد رايف Ryff (1989) .

وقدمت رايف ستة مكونات أساسية تمثل مفهوم طيب الحياة النفسي وتتمثل في: قبول الذات¹، ووجود هدف في الحياة²، والاستقلالية³، والعلاقات الاجتماعية الإيجابية⁴، وإدارة البيئة وتطويعها⁵ التمكن البيئي، والنمو الشخصي للفرد⁶ (الصبوة، 2007؛ Ryff&Keyes,1995).

ومع بلورة المكون الوجداني والنفسي لمفهوم طيب الحياة أضاف كيس لتوجه الحياة الهادفة المكون الاجتماعي لطيب الحياة ليمثل المؤشرات العامة للأداء الوظيفي الاجتماعي الأمثل للفرد ، وطرح كيس خمسة مكونات رئيسة لمفهوم طيب الحياة الاجتماعي تتمثل في: الاندماج الاجتماعي⁷، والقبول الاجتماعي⁸، والمشاركة المجتمعية⁹، والتوكيد والإدراك الاجتماعي¹⁰، والتماسك الاجتماعي¹¹ (Keyes,1998).

وبتعدد أبعاد مفهوم طيب الحياة الذاتي قدم كيس Keyes مفهوم أكثر شمولاً واتساعاً يجمع بين توجهي الحياة السارة والحياة الهادفة ليضم الأبعاد الثلاثة لطيب الحياة وأطلق عليه مفهوم الصحة النفسية الإيجابية (Keyes&simoes,2012).

المرض النفسي وعلاقته بالصحة النفسية الإيجابية لدى "كوري كيس"

¹ Self-acceptance

² Purpose in life

³ Autonomy

⁴ Positive social relationship

⁵ Environmental mastery

⁶ Personal growth

⁷ Social integration

⁸ Social acceptance

⁹ Social Contribution

¹⁰ Social ACTualization

¹¹ Social Coherence

بدأ اهتمام كيس بمفهوم الصحة النفسية الإيجابية من خلال وعيه بمشكلات الصحة النفسية وتزايد أعراض المرض النفسي في المجتمع ،مما دفعه للانتقال بمفهوم الصحة النفسية من مجال علم النفس المرضي إلى مجال علم النفس الإيجابي (Keyes,1998).

ويرجع السبب الأول لاهتمام كيس بتأصيل مفهوم الصحة النفسية الإيجابية إلى زيادة حالات الاكتئاب ومعدلات الانتحار والاضطرابات النفسية في الأعمار المبكرة من مرحلة الرشد ،إذ أشارت كثير من المسوح القومية في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن معدلات الاكتئاب بين الراشدين تتراوح بين 10-17% (علوان وآخرون،2018) . وأن واحدًا من بين كل عشرة من الراشدين يشعر بعدم الرغبة في الحياة ، وأن واحدًا من بين كل أربعة من الراشدين يشعر بالاكتئاب ، بينما وجد في أستراليا أن واحدًا من بين كل أربعة أشخاص في المدى العمري من 16 إلى 24 عامًا يعاني من أعراض المرض النفسي مما يجعله عرضة لخطر إيذاء النفس والعنف والاعتماد على المواد النفسية (علام،2014) .

ويرجع السبب الثاني لزيادة الوعي العالمي بأهمية تحسين فرص الحياة للراشدين من خلال البرامج الوقائية التي تركز على المقومات النفسية الإيجابية والاندماج الإيجابي للأفراد في مجتمعهم مما يزيد من قدرتهم على المقاومة النفسية وتحقيق النتائج الإيجابية برغم ما يواجهونه من ضغوط (Leach et al.,2011).

ويفترض كيس في نموذج العاملين أن مقاييس المرض النفسي مثل الاكتئاب والقلق والواسواس القهري تمثل عاملاً مستقلاً عن عامل الصحة النفسية الإيجابية وإن كان بينهما قدر من الارتباط (Westerhof & keyes, 2010) . وتتطلب الصحة النفسية الإيجابية وصول الفرد إلى أعلى مستوى من الأداء الوظيفي الإيجابي وغياب المرض النفسي (Keyes,2005). ووفقاً لهذا المنظور فإن غياب أعراض المرض النفسي ليس مؤشراً على تمتع الفرد بطيب الحياة الذاتي ، فمن المحتمل أن يعاني الفرد من أعراض المرض النفسي ولكنه يتمتع بمستوى جيد من طيب الحياة الذاتي ، وأشار كيس إلى أن الأفراد الذين يحصلون على أعلى الدرجات في المكونات الثلاثة لمفهوم طيب الحياة الذاتي يصلون إلى ما يسمى بحالة الازدهار¹ والذي يمثل أعلى مستويات الصحة النفسية الإيجابية للفرد، أمّا الأفراد الذين يحصلون على درجات منخفضة

¹ flourishing

يَتَّسِمُونَ بِالْوَهْن¹ النفسي وهو حالة تتكاملُ فيها المشاعر السلبية مع مشكلات الأداء الوظيفي للفرد، أمَّا الأفراد الذين يحصلون على درجات متوسطة في هذه المكونات الثلاثة يطلق عليهم معتدلو الصحة النفسية (علوان، 2016).

وبمراجعة التراث البحثي في مجال علم النفس لوحظ وجود ثلاث فئات من الدراسات الارتقائية التي اهتمت بمفهوم الصحة النفسية وهي كالتالي :

– **الفئة الأولى :** تناولت الفروق المرتبطة بالعمر في أعراض المرض النفسي والتي تمثل معظم الدراسات في مجال علم النفس المرضي.

– **الفئة الثانية :** دراسات الفروق المرتبطة بالعمر في واحد أو أكثر من مكونات طيب الحياة.

– **الفئة الثالثة :** دراسات الفروق المرتبطة بالعمر في مكونات الصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي والتي تتسم بالندرة لذلك تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عنها عبر مرحلتين الرشد المبكر والأوسط.

وأشارت **الفئة الأولى** من الدراسات إلى أنَّ العلاقة بين العمر والمرض النفسي تتخذُ شكل **المنحنى النوني** (على شكل حرف ن). حيث يحققُ الراشدون الأصغر سنًا في مرحلة الرشد المبكر (والتي تمتد من 20 إلى 40 عامًا) درجات أعلى في انتشار أعراض المرض النفسي وتتنخفض أعراض المرض النفسي في مرحلة الرشد الأوسط والتي تمتد من (41 إلى 60 عامًا) ثم تعود للارتفاع في الأعمار شديدة التأخر (Biji et al., 1998). وقد يرجع ذلك لاختلاف طبيعة مرحلة الرشد المبكر والمتأخر عن مرحلة الرشد الأوسط .

وانطلقت **الفئة الثانية** من الدراسات الارتقائية لمفهوم الصحة النفسية من منظور علم النفس **الإيجابي**، وتبين وجود ندرة في هذه الدراسات، حيث اهتمت معظم الدراسات بالفروق المرتبطة بالعمر في واحد أو أكثر من مكونات الصحة النفسية الإيجابية والتي تتضمن المكون الوجداني، والنفسي، والاجتماعي لطيب الحياة . وتشير نتائج الدراسات المستعرضة إلى أنَّ العلاقة بين العمر ومكون الرضا عن الحياة وهو أحد أبعاد طيب الحياة الوجداني تتخذ شكل المنحنى

¹ languishing

النوني(على شكل حرف ن) حيث أنَّ الرضا عن الحياة يزداد في بدايات مرحلة الرشد المبكر ثم يصل إلى أدنى درجاته في الثلاثينات من عمر الشخص وحتى أوائل الخمسينيات ثم يزداد مرة أخرى مع التقدم في العمر (Lopez,2013).

ويوجد تعارض واضح في نتائج الدراسات التي تناولت العلاقة بين العمر والمشاعر الإيجابية فتشير بعضها أن هذه العلاقة تتخذ شكل المنحنى النوني المعكوس (على شكل حرف نون معكوس)، بينما تشير دراسات أخرى أنها تتخذ شكل المنحنى النوني (على شكل حرف ن).

فتشير نتائج بعض الدراسات التي وصفت هذه العلاقة بالمنحنى النوني المعكوس إلى انخفاض المشاعر الإيجابية في الرشد المبكر ثم ترتقي في منتصف العمر وتبلغ أعلى مستوى لها في عمر 65 عامًا ثم تنخفض مع التقدم في العمر (Mroczek&Spiro,2005). كما أشار إيسترلين أن العلاقة بين السعادة والعمر تتخذ شكل المنحنى النوني المعكوس وأن أعلى مستوى من السعادة يحققها الراشدون في مرحلة الرشد الأوسط في عمر 50 عامًا (Easterlin&Sawang,2007).

وفيما يتعلق بمفهوم طيب الحياة النفسي أوضحت نتائج الدراسات وجود فروق ارتقائية في بعض المكونات في حين لا توجد فروق ارتقائية في مكونات أخرى، حيث أشارت بعض الدراسات التي أجرتها رايف وكيس إلى أن قبول الذات والعلاقات الإيجابية مع الآخرين لا ترتبط بالعمر، فيظهرها الراشدون بمستويات مماثلة في الرشد المبكر والأوسط والمتأخر، بينما أشارت دراسات كيس على الراشدين من عمر 25 عامًا فأكثر إلى أنَّ الراشدين في مرحلة الرشد الأوسط يحققون مستوى أعلى في الاستقلالية والتمكن البيئي مقارنة بالراشدين الأصغر سنًا في الرشد المبكر بينما يظهرون مستوى أقل في النمو الشخصي ومعنى الحياة (Westerhof & keyes, 2010; lamers et al.,2011; Ryff,1999 & Keyes).

كما أظهرت بعض مكونات طيب الحياة الاجتماعي زيادة خطية عبر العمر، بينما أظهرت جوانب أخرى انخفاضًا خطيًا مع العمر، وتشير نتائج الدراسات إلى أن المهارات والخبرات

المكتسبة هي أدوات رئيسة لمقاومة تحديات الحياة الاجتماعية وزيادة طيب الحياة الاجتماعي لدى الأفراد (Keyes, 1998).

وأشارت نتائج هذه الدراسات إلى أنَّ الراشدين في مرحلة الرشد الأوسط يحققون درجة أكبر في القبول الاجتماعي والاندماج الاجتماعي من الراشدين الأصغر سنًا في مرحلة الرشد المبكر، بينما يظهرون مستوى أقل من التماسك الاجتماعي والمشاركة الاجتماعية، ولا توجد فروق ارتقائية في التوكيد والإدراك الاجتماعي في مرحلتَي الرشد المبكر والأوسط (Keyes&shapire,2004 ;Westerhof &keyes, 2010).

مبررات إجراء الدراسة :

- 1- وجود ندرة في الدراسات العربية التي تناولت مفهوم الصحة النفسية الإيجابية بشكل عام، حيث اقتصر معظم الدراسات العربية على دراسة واحد أو اثنين فقط من مكونات طيب الحياة في الثقافة المصرية .
- 2- ندرة الدراسات العربية التي اهتمت بالتحقق من صدق البنية العاملية لنموذج العاملين للصحة النفسية والمرض النفسي وخاصة من المنظور الارتقائي لدى عينات مصرية.
- 3- بمراجعة التراث البحثي تبين أن معظم الدراسات الأجنبية تناولت نموذج العاملين للصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي مع إغفال المنظور الارتقائي في مراحل الرشد المختلفة .

تساؤلات الدراسة

مما سبق تهدف الدراسة إلى الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- 1- هل توجد فروق جوهرية بين متوسطات أداء الراشدين في مرحلتَي الرشد المبكر والأوسط على مكونات الصحة النفسية الإيجابية؟
- 2- هل توجد فروق جوهرية بين متوسطات أداء الراشدين في مرحلتَي الرشد المبكر والأوسط في المرض النفسي ؟
- 3- هل تصدق البنية العاملية لنموذج العاملين للصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي على الراشدين في مرحلتَي الرشد المبكر والأوسط في البيئة المصرية ؟

مفاهيم الدراسة والأطر النظرية المفسرة لها

تتبنى الدراسة الحالية تعريف كيس للصحة النفسية الإيجابية حيث عرفها "بأنها زملة من الأعراض التي تتضمن المشاعر الإيجابية والأداء الوظيفي الإيجابي في الحياة " وذلك من خلال ثلاثة مؤشرات تمثل الدرجات التي يحصل عليها الفرد على كل مكون من مكونات مفهوم طيب الحياة الذاتي¹ والذي يتبدى في المكون الوجداني، والمكون النفسي، والمكون الاجتماعي لطيب الحياة (Keyes&shapiro,2004). حيث ارتبط مفهوم طيب الحياة بمفهوم الصحة النفسية الإيجابية بوصفه اللبنة الأساسية المكونة له (Ryan et al.,2008).

كما قدم سيلجمان تعريفاً مختلفاً للصحة النفسية الإيجابية وأشار إليها بمصطلح " PERMA " وهي : المشاعر الإيجابية ، والانشغال الإيجابي ، والعلاقات الاجتماعية ، ووجود معنى للحياة ، والإنجاز (Seligman,2010).

يستخدم مصطلح المرض النفسي على أنه الجانب السلبي للصحة النفسية، فهو مجموعة من الأعراض السلبية ذات مستوى شدة معين ويستمر لفترة زمنية معينة ويصاحبه تدهور في الأداء الوظيفي المعرفي والوجداني والاجتماعي للفرد (زهران، 2005). كما يعرف بكونه حالة من المعاناة، تؤثر في فاعلية الإنسان وتكيفه الاجتماعي، وفي تصالحه النسبي مع ذاته، وتؤدي إلى الشذوذ السلبي عن الآخرين (الرخاوي، العقباوي، 1999).

نموذج العاملين للصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي عند كوري كيس

يختلف نموذج العاملين للصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي وهو موضع اهتمام الدراسة الحالية عن النموذج الطبي للصحة النفسية، الذي يعتبر أنه يمكن دمج الصحة النفسية والمرض النفسي على متصل واحد ويشير كلا منهما إلى نهايات طرفي المتصل ، ويوضح هذا الوصف ثنائية العلاقة بين الصحة النفسية والمرض النفسي ، فالأفراد إما أن يكونوا مرضى نفسيين أو أصحاء نفسياً (Keyes,2005). وتم انتقاد النموذج الطبي ثنائي القطب للصحة النفسية

¹ Subjective well being

والمرض النفسي لكونه يعتبر الصحة النفسية هي مجرد الخلو من أعراض المرض النفسي ووفقا لهذا المنظور يتم التركيز فقط على الحد من أعراض المرض النفسي لتحسين الصحة النفسية .

ونجد مع تطور التصورات النظرية لمفهوم الصحة النفسية بجهود علماء المدرسة الإنسانية وبمساهمات علم النفس الإيجابي تحولت النماذج النظرية لبلورة مفهوم الصحة النفسية الإيجابية ففي عام 2000 أشارت هذه النماذج النظرية إلى أن الصحة النفسية الإيجابية مكون مستقل عن المرض النفسي وتم تعريفها بكونها حالة من المشاعر الإيجابية ، وطيب الحياة الذاتي ، والأداء الوظيفي الأمثل (Huppert,2005). وتم اقتراح نموذج العاملين للصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي عند كوري كيس كبديل للنموذج الطبي ثنائي القطب ، و يفترض نموذج العاملين أن مقياس المرض النفسي مثل الاكتئاب، والقلق، والوسواس القهري تمثل عاملاً مستقلاً عن عامل الصحة النفسية الإيجابية وإن كان بينهما قدر من الارتباط .بمعنى أن الصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي عاملان مستقلان ولكنهما مرتبطان (Westerhof &Keyes,2010).

وتؤكد معظم الدراسات أن الاعتماد على نموذج العامل الواحد في تعريف الصحة النفسية من خلال مقياس المرض النفسي ليس كافيا لتحديد مستويات عالية من الصحة النفسية الإيجابية لأفراد المجتمع ، مما يؤكد أن خلو أفراد المجتمع من أعراض المرض النفسي لا يعني وصولهم إلى أعلى درجات الصحة النفسية ،ومن ثم تبني نموذج العاملين في تفسير الصحة النفسية والمرض النفسي يساعد على تحقيق المزيد من الفهم للمرض النفسي ، حيث يركز النموذج الطبي على المستويات العالية من أعراض المرض النفسي ويتجاهل الأفراد ذوي المستويات المعتدلة والضعيفة وهم أكثر عرضة للإصابة الفعلية ، ومن ناحية أخرى تبني نموذج العاملين يساعد على الكشف عن حالات الوهن النفسي مما ييسر إتباع المنهج الوقائي لمساعدة الأفراد على الوصول إلى أعلى درجات طيب الحياة ومن ثم الوصول للصحة النفسية الإيجابية (علوان وآخرون ، 2018).

وللتحقق من صدق نموذج العاملين عند كيس ، شرع كيس ببناء مقياس للصحة النفسية الإيجابية يضم مكوناتها الثلاثة وتكون المقياس من 40 بنّاء وتم انتقاء 14 بنّاء كصورة مختصرة

للمقياس الأصلي ويعرف باسم الصورة المختصرة لمتصل الصحة النفسية¹ لقياس مكونات طيب الحياة الوجداني ، والنفسي ، والاجتماعي ، ويتكون المقياس من 14 بندًا ، 3 بنود لقياس طيب الحياة الوجداني ، 6 بنود لقياس طيب الحياة النفسي ، 5 بنود لقياس طيب الحياة الاجتماعي .وتعددت الدراسات السابقة التي اهتمت بصدق نموذج العاملين واعتمدت على المقياس المختصر للصحة النفسية وبرغم أن نتائج الدراسات أوضحت صدق نموذج العاملين إلى أن بعض الباحثين أشاروا إلى عدم ملاءمة المقياس المختصر لمتصل الصحة النفسية نظرا لمحدودية البنود الممثلة لكل مكون (Lamers et al.,2011).

دراسات صدق البنية العاملية لنموذج العاملين عند كوري كيس

قام كيس (Keyes(2002 بدراسة على عينة من الراشدين من عمر 25 : 74 في الولايات المتحدة الأمريكية ، أوضحت نتائج هذه الدراسة ارتباط الازدهار والصحة النفسية الإيجابية بارتفاع الأداء الوظيفي النفسي ، وأن خطر التعرض للاكتئاب الشديد أكثر بمعدل الضعف بين الأفراد الذين لديهم وهن نفسي مقارنة بالراشدين الذين يتمتعون بالصحة النفسية المعتدلة ، ويزيد احتمال تمتع الذكور الأكثر تعليما والمتزوجين من الراشدين في مرحلة الرشد الأوسط بالازدهار النفسي مقارنة بالراشدين الأصغر في مرحلة الرشد المبكر .

ومن أبرز المسوح التي أجريت للتحقق من نموذج العاملين التي أجراها كيس (Keyes(2005 على عينة قوامها 3,032 مواطن أمريكي ، ممن تتراوح أعمارهم بين 25:74 سنة ، وطبق كيس في هذا المسح مجموعة من المقاييس التي تقيس المرض النفسي ، مثل القلق ، الاكتئاب ، الهلع ، وتعاطي الكحوليات ، كما طبق مجموعة من المقاييس الخاصة بمفهوم الصحة النفسية الإيجابية (طيب الحياة الوجداني ، طيب الحياة النفسي ، طيب الحياة الاجتماعي). وتم تحليل البيانات باستخدام التحليل العاملي التوكيدي ، وكشفت نتائج هذا المسح عن صدق نموذج العاملين وملاءمة بيانات الدراسة لهذا النموذج مقارنة بنموذج العامل الواحد .

وأعقب هذا المسح مسحا آخر قام به كيس وزملاؤه (Keyes(2006 على عينة من المراهقين في الولايات المتحدة الأمريكية وتوصلوا لصدق نموذج العاملين على المراحل العمرية الأصغر . كما أجرى كيس (Keyes(2009 دراسة على طلاب الجامعة (244 إناث ، 223 ذكور) باستخدام مقياسه المختصر لمتصل الصحة النفسية . ودعمت النتائج أن مفهوم الصحة النفسية الإيجابية

¹ Mental Health continuum-short form

ينتظم في ثلاثة عوامل هي طيب الحياة الوجداني ، وطيب الحياة النفسي ، وطيب الحياة الاجتماعي .كما أوضحت صدق نموذج العاملين للصحة النفسية والمرض النفسي على الذكور والإناث من طلاب الجامعة .وقام لامرز وكيس وآخرون بدراسة على عينة ممثلة للمجتمع الهولندي ترواح أعمارهم ما بين (18-87) سنة. وتم تطبيق المقياس المختصر للصحة النفسية مع مجموعة من مقاييس المرض النفسي (الاكتئاب ،القلق ، المخاوف المرضية ، الوسواس القهري) وكشفت نتائج التحليل العاملي التوكيدي عن صدق نموذج العاملين (Lamers et al.,2011). كما دعمت دراسة بيكيراس وزملائه (Piqueras) صدق نموذج العاملين على عينة بلغ قوامها 5,479 من المراهقين في أسبانيا (Piqueras et al.,2022).

وتوجد العديد من الدراسات عبر مختلف الثقافات دعمت صدق البنية العاملية لنموذج العاملين ، استخدمت معظم هذه الدراسات المقياس المختصر للصحة النفسية لدى المراهقين والراشدين عبر العديد من دول العالم ودعمت صدق نموذج العاملين وفيما يلي عرض أمثلة لهذه الدراسات، في كوريا الجنوبية (Lim,2014). وفي كندا (Dore&Loughlin,2017). والأرجنتين (Perugini et al.,2017). وفي إيطاليا (Petrillo et al.,2015). وبولندا (Karas et al.,2014). وأسبانيا (Piqueras et al.,2022). وفي مصر (Younes,2011; younes& Massoud,2018).

وأشارت معظم الدراسات أن مفهوم الصحة النفسية الإيجابية ينتظم في ثلاثة عوامل وهي طيب الحياة الوجداني ،وطيب الحياة النفسي ، وطيب الحياة الاجتماعي (Gallagher et al.,2009). وركزت معظم دراسات البنية العاملية على المقارنة بين تبني نموذج العامل الواحد وهو ما يمثل المنظور الطبي ، وبين اختبار نموذج العاملين المستقلين (المتعامدين) ، ونموذج العاملين المرتبطين ، ووجدت أن نموذج العاملين المرتبطين أفضل النماذج مطابقة للبيانات المستمدة من هذه الدراسات ، مما يعني أن الصحة النفسية الإيجابية لا تعني غياب المرض النفسي ، وأن غياب الصحة النفسية لا يعني وجود المرض النفسي (Magalhaes&Calheiros,2017; Winzer et al.,2014; Keyes,2005). وأشارت نتائج العديد من هذه الدراسات إلى أن الراشدين الأصغر سنا في الرشد المبكر يعانون من الوهن النفسي مثلما يعاني الراشدين الأكبر سنا من الأمراض المزمنة ، وأن الوهن النفسي في مرحلة الرشد الأوسط يزيد من خطر الإصابة بالمرض الجسدي مع التقدم في العمر ، كما بينت بعض الدراسات أن المستويات المرتفعة من الصحة النفسية الإيجابية لا يضمن غياب أعراض المرض النفسي ،حيث وجدت دراسة فينينج أن 36 % من المشاركين الذي أظهروا مستوى مرتفع من الصحة النفسية الإيجابية لديهم بعض الأعراض للمرض النفسي (Venning et al.,2013).

ونستخلص من مراجعة التراث البحثي وجود أكثر من 83 دراسة عبر مختلف الثقافات دعمت باستخدام التحليل العاملي التوكيدي صدق البنية العاملية لنموذج العاملين (Petrillo et al., 2018; Franken et al., 2015).

وفيما يتعلق بالتحقق من صدق البنية العاملية لنموذج العاملين في المجتمع المصري ، يوجد عدد قليل من الدراسات التي اهتمت بالصحة النفسية الإيجابية ومنها دراسة علوان وآخرين (2018) التي أجريت على 730 طالبًا وطالبة من طلاب جامعة القاهرة وأوضحت صدق نموذج العاملين وأن هناك قدرًا من الاستقلال بين عامل المرض النفسي وعامل الصحة النفسية الإيجابية وإن كان بينهما ارتباط . ودراسة يونس ومسعود (2018) Younes & Massoud على عينة من الراشدين قوامها 333 واستخدما المقياس المختصر للصحة النفسية الإيجابية الذي قدمه كيس بعد ترجمته إلى اللغة العربية وأظهرت نتيجة الدراسة البنية الثلاثية لمفهوم الصحة النفسية الإيجابية حيث ينتظم في ثلاثة عوامل هي طيب الحياة الوجداني ، وطيب الحياة النفسي ، وطيب الحياة الاجتماعي ، كما أوضحت صدق البنية العاملية لنموذج العاملين وأوضحت أنه لا توجد فروق بين الجنسين في الدرجة الكلية لطيب الحياة الوجداني والنفسي والاجتماعي .

فروض الدراسة

- 1- توجد فروق جوهرية بين متوسطات أداء الراشدين في مرحلتي الرشد المبكر والأوسط على مكونات الصحة النفسية الإيجابية .
- 2- توجد فروق جوهرية بين متوسطات أداء الراشدين في مرحلتي الرشد المبكر والأوسط في المرض النفسي .
- 3- تصدق البنية العاملية لنموذج العاملين للصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي على الراشدين في مرحلتي الرشد المبكر والأوسط في البيئة المصرية .

منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة الراهنة على المنهج الوصفي الارتباطي ، وذلك للكشف عن الفروق المرتبطة بالعمر في البنية العاملية للصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي في مرحلتي الرشد المبكر والأوسط ، كما اعتمدت الدراسة على التصميم المستعرض والذي يقوم على مقارنة مجموعتين عمريتين (الرشد المبكر و الرشد الأوسط).

ثانيا : عينة الدراسة وخصائصها

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (600) مشارك في مرحلتي الرشد المبكر والأوسط من الذكور والإناث ، وتم تقسيمهم إلى مرحلتين عمريتين وهي :

1- مجموعة مرحلة الرشد المبكر : وتكونت من 300 مشارك (142 ذكراً، 158 أنثى) وترواحت أعمارهم من 22 إلى 40 عاماً .

2- مجموعة مرحلة الرشد الأوسط : وتكونت من 300 مشارك (143 ذكراً، 157 أنثى) وترواحت أعمارهم من 41 إلى 60 عاماً .

وتم اختيار عينة الدراسة بطريقة عشوائية من العاملين بالقطاع العام واشتملت العينة على بعض العاملين بالكلية النظرية والعملية لجامعة القاهرة، كما اشتملت على بعض العاملين بمراكز البحوث وشركات القطاع العام والمؤسسات الحكومية المختلفة مثل بعض المدارس الحكومية التابعة لإدارتي القاهرة والجيزة التعليمية وذلك بعد الحصول على موافقة عينة الدراسة في المشاركة، بما يراعي تكافؤهما في مستوى التعليم والمستوى الاقتصادي والاجتماعي وتم تطبيق المقاييس بشكل فردي.

جدول (1-3) يوضح خصائص عينة الدراسة من حيث عدد الأفراد داخل كل مجموعة عمرية ونسبتها، ومتوسط الأعمار لكل مجموعة ، وانحرافاتها المعيارية .

المرحلة العمرية	العدد	النسبة	المتوسط العمري	الانحراف المعياري
الرشد المبكر	الذكور 142	23,67 %	30,69	5,08

		26,33 %	الإناث 158	
5,94	50,43	23,84 %	الذكور 143	الرشد الأوسط
		26,16 %	الإناث 157	
11,32	40,56	100 %	600	العينة الكلية

جدول (2-3) يوضح خصائص عينة الدراسة حسب الجنس ومستوى التعليم ونوع التخصص والحالة الاجتماعية والحالة الصحية .

النسبة	العدد	نوع المتغير	
47,5 %	285	ذكور	الجنس
		إناث	
52,5 %	315	تعليم جامعي	مستوى التعليم
56,31 %	338	دبلومة دراسات عليا	
12,3 %	74	ماجستير	
14,3 %	86	دكتوراه	
16,8 %	101	نظري	التخصص
79,5 %	477	عملي	
20,5 %	122	أعزب / أنسة	الحالة الاجتماعية
27,3 %	164	متزوج / متزوجة	
68,2 %	409	مطلق / مطلقة	
2,2 %	13	أرمل / أرملة	
2,3 %	14	لا توجد أمراض مزمنة	الحالة الصحية
68,3 %	410	توجد أمراض مزمنة	
31,3 %	188		

ثالثا: أدوات الدراسة

للتحقق من صدق نموذج العاملين للصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي عند كيس تم تطبيق مجموعتين من المقاييس :

1- المجموعة الأولى: وتتكون من مقاييس الصحة النفسية الإيجابية (طبيب الحياة الوجداني ، وطبيب الحياة النفسي ، وطبيب الحياة الاجتماعي)

2- المجموعة الثانية: وتتكون من مقاييس المرض النفسي (الوسواس القهري، القلق، الاكتئاب)

1- مقاييس الصحة النفسية الإيجابية

أ- مقياس دينر لطبيب الحياة الوجداني

بمراجعة المقاييس الخاصة بطبيب الحياة الوجداني قامت الباحثة بترجمة مقياس طبيب الحياة الوجداني والذي قدمه دينر وهو النموذج النظري الذي تتبناه الدراسة الحالية في تناولها لطبيب الحياة الوجداني ، ويتكون المقياس من ثلاثة أبعاد هي المشاعر الإيجابية ، والمشاعر السلبية¹، والرضا عن الحياة ، ويتكون هذا المقياس من 21 عبارة تعكس 8 عبارات منها بُعد المشاعر الإيجابية وتتبدى في بعض المشاعر الإيجابية مثل السعادة والاهتمام والحب وتعكس 8 عبارات أخرى بُعد المشاعر السلبية مثل الشعور بالضغط والغضب والاكتئاب وعلى المشارك أن يحدد درجة كل شعور خلال الشهر الماضي باختيار بديل من ضمن خمسة بدائل وفقا لأسلوب ليكرت (1) نادرا جدا . (2) نادرا . (3) أحيانا . (4) غالبا . (5) دائما ، كما يتكون بُعد الرضا عن الحياة من 5 عبارات تشير إلى الشعور العام بالرضا عن الحياة ، وتتضمن طريقة الاستجابة على هذه العبارات 5 بدائل وهي على النحو التالي : (1) أرفض بشدة (2) أرفض (3) غير متأكد (4) أوافق (5) أوافق تماما .

وتم التحقق من صدق وثبات هذا المقياس في العديد من الدراسات ومنها دراسة دينر (Diener et al.,2009). فاستخدم دينر وزملاؤه عدد من المقاييس التي تتمتع بدرجات عالية من الصدق ومنها مقياس فورديس للسعادة Fordyces(1988) ومقياس ليوبرميرسكي للسعادة (Lyubomirsky,1999). لتحديد مدى ارتباطها بمقياسه وهو ما يُعرف بصدق الارتباط بمحك خارجي ، وترواحت درجات معاملات الصدق ما بين 0,77 ، 0,70 .

¹ تم عكس درجات بنود المشاعر السلبية في هذا المقياس وجمعها مع درجات بعدي المشاعر الإيجابية والرضا عن الحياة لاستخراج الدرجة الكلية لطبيب الحياة الوجداني

وارتبط المقياس ارتباطاً إيجابياً بالمقاييس الأخرى لطيب الحياة الوجداني في حين ارتبط ارتباطاً سلبياً بالمقاييس الإكلينيكية للكرب النفسي وبقائمة بيك للاكتئاب ، وتم استخدام هذا المقياس في العديد من الدراسات ومختلف الثقافات التي قدمت دلائل إمبريقية لثباته وصدقه .

ب-مقياس رايف لطيب الحياة النفسي

تم تطبيق مقياس رايف (الصورة المختصرة) لطيب الحياة النفسي والذي يتكون من 18 بنداً موزعة على 6 أبعاد بواقع 3 بنود لكل من الأبعاد الستة ، وهي: قبول الذات، والعلاقات الإيجابية ، والاستقلالية ، وإدارة البيئة وتطويعها ، والهدف من الحياة ، والنمو الشخصي ، وتتراوح الدرجة على هذا المقياس من 18 إلى 54 درجة.

وتمثل هذه الصورة من المقياس إحدى الصور المختصرة للمقياس الأصلي والذي يتكون من 42 بنداً موزعة على 6 أبعاد بواقع 7 بنود لكل بُعد ، وتتضمن طريقة الاستجابة على المقياس خمسة بدائل ، وذلك على النحو التالي : (1) أرفض بشدة (2) أرفض (3) غير متأكد (4) أوافق (5) أوافق تماماً.

وتمتع المقياس الأصلي لطيب الحياة النفسي بدرجة مرتفعة من الصدق والثبات على عينات مختلفة ، وكانت معاملات ارتباط البنود بالبعد الذي تنتمي إليه موجبة ودالة إحصائياً ، وأوضحت النتائج أن النموذج السداسي لطيب الحياة النفسي هو أفضل النماذج في تحقيق شروط حسن المطابقة (Springer&Hauser,2006).

وتمتع الصورة المختصرة للمقياس أيضاً بدرجات مرتفعة من الثبات والصدق في العديد من الدراسات ، وحسب صدق الارتباط بمحك خارجي لهذا المقياس مع المقاييس الأخرى لطيب الحياة النفسي ومنها مقياس ريان وديسي (Ryan&Deci,2000,2001). وترواحت معاملات الصدق في الدراسات ما بين 0.69 ، 0.80

وفي البيئة العربية تبين ارتفاع مؤشرات معامل صدق المفهوم للمقياس من خلال ارتباط الدرجات الفرعية لكل بُعد بالدرجة الكلية للمقياس (علوان وآخرون ، 2018).

ج-مقياس طيب الحياة الاجتماعي

تم تطبيق مقياس طيب الحياة الاجتماعي والذي قدمه كيس (Keyes(1998 وترجمته (علوان وآخرون ، 2018). ويتكون هذا المقياس من 33 بنداً موزعة على خمسة أبعاد ، هي : الاندماج

الاجتماعي ، والقبول الاجتماعي ، والمشاركة المجتمعية ، والتماسك الاجتماعي ، والتوكيد والإدراك الاجتماعي ، وتتراوح الدرجة على هذا المقياس بين 33 إلى 165 درجة .

ويتكون كل بُعد من ست أو سبع بنود ويقوم الفرد بالإجابة على كل بند من بنود المقياس باختيار بديل من ضمن خمسة بدائل وفقا لأسلوب ليكرت وذلك على النحو التالي : (1)أرفض بشدة (2)أرفض (3)غيرمتأكد (4)أوافق (5)أوافق تماما.

وتحقق كيس(1998) Keyes من ثبات وصدق هذا المقياس باستخدام ألفا كرونباخ لحساب معامل الثبات وحسب معامل الصدق بطريقتي صدق الارتباط بمحك خارجي حيث ارتبط المقياس ارتباطا إيجابيا بالمقاييس التالية مقياس المؤشرات العامة للرضا عن الحياة ومقاييس السعادة ، كما استخدم كيس التحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي للتحقق من صدق المقياس وأظهرت النتائج قيم جيدة لمؤشرات حسن المطابقة .

2- مقاييس المرض النفسي

أ- مقياس الوسواس القهري :

أعد هذا المقياس " أحمد عبد الخالق" ويتكون المقياس من (32) بنداً، ويستجيب المشاركون على المقياس باختيار إجابتين هما (نعم، لا)، وهذا المقياس له خصائص سيكومترية مرتفعة (عبد الخالق، 2014). فالمقياس له صدق ظاهري جيد كما أن الصدق المرتبط بالمحك مرتفع إذ وصل إلى 0,71 و0,69 للذكور والإناث على التوالي . وأجريت عدد من الدراسات العربية لمقياس الوسواس القهري ، بينت أنه يرتبط ارتباطا إيجابيا بكل من : العصبية ، وسمة القلق ، والخوف ، والاكتئاب ، ووسواس الموت (عبد الخالق ، 2002).

ب-مقياس القلق :

أعد هذا المقياس " أحمد عبد الخالق" ويتكون من (20) بنداً ، تكون استجابة المشاركون ضمن أربع بدائل للاستجابة وهي (أبدا ، أحيانا ، كثيرا ، دائما) تتراوح الدرجات على المقياس من 20 إلى 80 ويتسم المقياس بخصائص سيكومترية مرتفعة (عبد الخالق، 2014) . وحسبت له معاملات صدق بطرق متعددة وباستخدام عينات من جنسيات مختلفة.

ج- مقياس الاكتئاب:

تم تطبيق مقياس الاكتئاب المأخوذ من بطارية "مينسوتا للشخصية المتعددة الأوجه" الذي قام بترجمته "لويس كامل مليكة" ويتكون من 28 بنداً ويقيس عدد من الأعراض العامة للاكتئاب

مثل: "انخفاض الروح المعنوية، انعدام الأمل في المستقبل، عدم الرضا العام، اعتلال الوظائف البدنية" وصيغت عبارات المقياس على مقياس ثنائي التدرج وهو نعم أو لا ويتم تصحيح المقياس بحيث تأخذ الإجابة نعم درجة "1" والدرجة صفر للإجابة "لا" (مليكه، 2000).

وتم تعديل تصحيح المقياس بحيث تأخذ الإجابة "نعم" درجتين والإجابة "لا" درجة واحدة. وتم التحقق من صدق وثبات بطارية مينسوتا في دراسات عديدة، واستخدم للتحقق من ثباتها طريقتي الثبات بإعادة الاختبار وترواحت معاملات الثبات بين 0,58 إلى 0,92 وحسب الاتساق الداخلي بواسطة معامل ألفا كرونباخ وترواح معامل ألفا بين 0,36 إلى 0,86 ، واستخدم للتأكد من صدقها طريقتي صدق الارتباط بمحك خارجي والصدق العاملي وأوضحت النتائج صدق بطارية مينسوتا (مليكه، 2000).

التجارب الاستطلاعية

1- الدراسة الاستطلاعية الأولى

طبقت المقاييس على عينة استطلاعية من الراشدين والراشدين العاملين بجامعة القاهرة وطلاب الدراسات العليا الملتحقين بها ممن يتوافر فيهم شروط وخصائص العينة ، وتكونت العينة من (50 مشاركًا) في مرحلتي الرشد المبكر والأوسط من عمر 22 إلى 60 عامًا ، وكان الهدف الأساسي من التطبيق على هذه العينة هو التحقق من مدى فهم الأفراد للتعليمات ، ومدى وضوح صياغة البنود ، ومعرفة الزمن اللازم للأداء على المقياس .

وقد أشارت نتائج التطبيق على هذه العينة ما يلي :

أ- تم التطبيق بشكل فردي و استغرقت الفترة الزمنية للأداء على المقاييس من (15 إلى 25) دقيقة في المجموعتين .

ب- تبين وضوح تعليمات المقاييس وسهولة فهم بنودها .

ج- اتفق المشاركون على وضوح صياغة البنود لذلك لم تقوم الباحثة بأي تغيير في محتوى البنود .

د- أظهر بعض المشاركين ملاحظة تتعلق بكثرة بنود المقاييس في حين أظهر البعض قدر أكبر من الدافعية في الأداء .

2- الدراسة الاستطلاعية الثانية

بعد التحقق من وضوح بنود المقاييس ولحساب صدقها وثباتها، طبقت المقاييس على عينة من الراشدين والراشدات في مرحلتي الرشد المبكر و الأوسط من العاملين بالقطاع الحكومي في كليات جامعة القاهرة ومركز البحوث الاجتماعية والجنائية، وقد روعي تكافؤ أفراد العينة في طبيعة العمل والتخصص الدراسي النظري والعملي بما يكافئ العينة الأساسية للدراسة ، لحساب كل من الثبات والصدق وسيتم عرض طرق حسابهم فيما يلي .

خامسا : الخصائص السيكمترية لمقاييس الدراسة

1- الثبات

حُسب الثبات بطريقتين هما: الثبات بطريقة إعادة الاختبار، والثبات بطريقة ألفا كرونباخ ، وسنعرض فيما يلي لكل منهما :

أ- الثبات بطريقة إعادة الاختبار

حسب الثبات بطريقة إعادة الاختبار على عينة مكونة من (60) مشاركاً من الراشدين والراشدات ، 30 في مرحلة الرشد المبكر و 30 في مرحلة الرشد الأوسط ، واستخدم هذا الأسلوب للكشف عن استقرار الأداء عبر الزمن ، وتم فيه اختيار عينة من الراشدين والراشدات ، ثم إعادة اختبارهم مرة أخرى بالاختبار نفسه بعد مرور فترة زمنية معينة ثم حُسب معامل الارتباط بين أدائهم في المرتين ، وقد تراوح الفاصل الزمني بين الاختبار و إعادته على أفراد العينة مدة 10 أيام.

وفيما يلي عرض جداول حساب الثبات لمقاييس الدراسة بطريقة إعادة الاختبار

جدول (3-3) معامل الثبات بطريقة إعادة الاختبار لمقاييس الصحة النفسية الإيجابية
(ن=60)

المقياس	إعادة الاختبار
---------	----------------

0,810	طيب الحياة الوجداني
0.919	طيب الحياة النفسي
0,847	طيب الحياة الاجتماعي

يتبين من نتائج الجدول السابق تمتع مقاييس الصحة النفسية الإيجابية بدرجات ثبات مرتفعة مما يجعلنا نطمئن لاستخدامها في الدراسة .

وسوف نعرض فيما يلي معاملات الثبات بطريقة إعادة الاختبار لمقاييس المرض النفسي

جدول (3-4) معامل الثبات بطريقة إعادة الاختبار لمقياس الوسواس القهري والقلق والاكتئاب (ن=60)

إعادة الاختبار	المقياس
0,896	الوسواس القهري
0,706	القلق
0,874	الاكتئاب

يتبين من هذا الجدول تمتع المقاييس الثلاثة للمرض النفسي بمعاملات ثبات مرتفعة.

ب- الثبات بطريقة ألفا كرونباخ

يشير معامل الثبات ألفا إلى الاتساق الداخلي لبنود الاختبار، وهو قائم على افتراض أن بنود الاختبار تتجه معا لقياس المفهوم نفسه ، ويشير ارتفاع معامل ألفا إلى أن مفردات المقياس الواحد تعبر عن مضمون واحد ، وحُسب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ على عينة مكونة من 200 مشاركٍ بواقع 100 مشارك في مرحلة الرشد المبكر و 100 مشارك في مرحلة الرشد الأوسط من العاملين بالقطاع العام في كليات جامعة القاهرة .

ويوضح الجدول التالي معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقاييس الصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي

جدول (3-5) معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقاييس الدراسة (ن=200)

المقياس	ألفا كرونباخ
طيب الحياة الوجداني	0,828
طيب الحياة النفسي	0,467
طيب الحياة الاجتماعي	0,731
الوسواس القهري	0,830
القلق	0,783
الاكتئاب	0,697

يشير الجدول السابق إلى تمتع معظم مقاييس الدراسة بدرجات ثبات مرتفعة و جيدة ويلاحظ انخفاض الدرجة على مقياس طيب الحياة النفسي باستخدام طريقة ألفا كرونباخ ، وربما يرجع ذلك لانخفاض عدد بنود كل بُعد والتي تتمثل في 3 بنود فقط .

2- الصدق

حُسب صدق مقاييس الصحة النفسية الإيجابية على عينة مكونة من 200 مشارك في مرحلتي الرشد المبكر والأوسط من العاملين بكلّيات جامعة القاهرة، إذ تراوح عمرهم من 22 إلى 60 عامًا ، وحسب الصدق بطريقة صدق المفهوم وسوف يتم عرض النتائج كما يلي:

1- صدق المفهوم

حُسب صدق المفهوم لمقاييس الصحة النفسية الإيجابية من خلال استخدام أسلوب الاتساق الداخلي، وذلك من خلال ارتباط الأبعاد الفرعية بالدرجة الكلية في المقياس كاملاً، وتوضح الجداول التالية نتائج معاملات صدق المفهوم لمقاييس الصحة النفسية الإيجابية.

جدول (3-6) معاملات الصدق لمقاييس الصحة النفسية الإيجابية (ن=200)

المقياس	معامل الصدق	الدالة الإحصائية
طيب الحياة الوجداني	0,825	0,000
طيب الحياة النفسي	0,577	0,000
طيب الحياة الاجتماعي	0,821	0,000

تشير معاملات الصدق في الجدول السابق إلى وجود ارتباط مُوجب بين الدرجة على كل مقياس لطيب الحياة والدرجة الكلية للصحة النفسية الإيجابية ، وهذا يدل على أن المقاييس تقيس مفهوما متكاملًا وهو الصحة النفسية الإيجابية .

جدول (3-7) معاملات الصدق لمقياس طيب الحياة الوجداني (ن=200)

الأبعاد الفرعية لمقياس طيب الحياة الوجداني	معامل الصدق	الدلالة الإحصائية
المشاعر الإيجابية	0,860	0,000
المشاعر السلبية	0,485	0,000
الرضا عن الحياة	0,768	0,000

تشير معاملات الصدق في الجدول السابق إلى وجود ارتباط مُوجب بين الدرجة على كل بُعد والدرجة الكلية على مقياس طيب الحياة الوجداني ، وهذا يدل على تمتع المقياس بصدق المفهوم، مما يشير إلى أن المفهوم يقيس مفهوما متكاملًا وهو طيب الحياة الوجداني .

جدول (3-8) معاملات الصدق لمقياس طيب الحياة النفسي (ن=200)

الأبعاد الفرعية لمقياس طيب الحياة النفسي	معامل الصدق	الدلالة الإحصائية
قبول الذات	0,575	0,000
العلاقات الإيجابية	0,606	0,000
الاستقلالية	0,509	0,000
التمكن البيئي	0,354	0,000
الهدف من الحياة	0,538	0,000
النمو الشخصي	0,616	0,000

تشير معاملات الصدق في الجدول السابق إلى وجود ارتباط مُوجب بين الدرجة على كل بُعد والدرجة الكلية على مقياس طيب الحياة النفسي ، وهذا يدل على تمتع المقياس بصدق المفهوم،

مما يشير إلى أن المفهوم يقيس مفهوما متكاملًا وهو طيب الحياة النفسي ، فيما عدا انخفاض ارتباط بُعد التمكن البيئي بالدرجة الكلية للمقياس .

جدول (3-9) معاملات الصدق لمقياس طيب الحياة الاجتماعي (ن=200)

الأبعاد	معامل الصدق	الدلالة الإحصائية
الاندماج الاجتماعي	0,658	0,000
القبول الاجتماعي	0,718	0,000
المشاركة الاجتماعية	0,370	0,000
الإدراك الاجتماعي	0,732	0,000
التماسك الاجتماعي	0.529	0,000

تشير معاملات الصدق في الجدول السابق إلى ارتباط موجب بين الدرجة على كل بُعد والدرجة الكلية على مقياس طيب الحياة الاجتماعي ، وهذا يدل على تمتع المقياس بصدق المفهوم ، فيما عدا انخفاض ارتباط بُعد المشاركة المجتمعية بالدرجة الكلية للمقياس .

2- صدق الارتباط بمحك خارجي

حُسب صدق الارتباط بمحك خارجي لمقاييس المرض النفسي على عينة مكونة من 60 مشاركًا في مرحلتَي الرشد المبكر والأوسط من العاملين بكلّيات جامعة القاهرة، من خلال حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مقياس (الوسواس القهري ، القلق ، الاكتئاب) والدرجة الكلية للمقياس المشابه له في قياس الأعراض المرضية لنفس المفهوم ، حيث حُسب الصدق لمقياس الوسواس القهري الذي أعده أحمد عبد الخالق من خلال الارتباط بمحك خارجي يتمثل في مقياس السيكاثينيا في صورته المختصرة وهو أحد اختبارات بطارية مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية ويتكون من 12 بندًا، ويتناول الزملة العصابية المعروفة باسم السيكاثينيا ، والتي تتمثل في عجز الفرد عن مقاومة أفعال أو أفكار معينة رغم أنها ذات طابع لا توافقي ويوصف الأفراد في هذه الفئة بأن استجاباتهم وسواسية قهرية مثل تكرار غسيل اليد أو عدم القدرة على الهروب من الفكرة المتسلطة ، "وصيغت عبارات المقياس على مقياس ثنائي التدرج وهو "نعم أو لا حيث تشير الإجابة بنعم إلى انطباق عرض الوسواس القهري على الفرد ، وتم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس الوسواس القهري (إعداد أحمد عبد الخالق) والدرجة الكلية لمقياس السيكاثينيا من بطارية مينسوتا .

كما حسب صدق مقياس القلق الذي أعده أحمد عبد الخالق من خلال توافر محك خارجي يتمثل في مقياس بيك للقلق ويتضمن هذا الاختبار 21 بنداً ، تكون استجابة المشارك ضمن أربعة بدائل للاستجابة تعكس هذه البدائل غياب أعراض القلق أو تدرج شدتها في حالة وجودها ، وتركز هذه البنود على التغيرات النفسية و الجسمية المصاحبة للقلق ، وتم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس القلق (إعداد أحمد عبد الخالق) والدرجة الكلية لمقياس بيك للقلق .

وتم حساب صدق مقياس الاكتئاب المأخوذ من بطارية مينسوتا من خلال ارتباطه بمحك خارجي يتمثل في قائمة بيك للاكتئاب ويتكون من 21 بنداً ، كل بند يتألف من أربع عبارات تدور حول مظهر من مظاهر الاكتئاب كحالة ، فتعكسه على نحو تدريجي من الشدة ، وتبدأ العبارة الأولى بحالة انتفاء العرض وتنتهي العبارة الرابعة بأشد درجاته ، وتم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل منهما .

جدول (3-10) معاملات الصدق المرتبط بالمحك لمقاييس المرض النفسي (ن = 60)

الدالة الإحصائية	معامل الصدق المرتبط بالمحك	مقياس
0,000	0,691	الوسواس القهري
0,000	0,604	القلق
0,000	0,797	الاكتئاب

تشير النتائج في الجدول السابق إلى وجود ارتباط موجب بين كل مقياس للمرض النفسي والمحك الخارجي حيث ترواحت معاملات الصدق بين مقبولة وجيدة .

نتائج الدراسة

الإحصاءات الوصفية

يختص هذا الجزء بعرض المتوسطات ، والانحرافات المعيارية الخاصة بأداء المرحلتين العمريتين على مقاييس الصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي .

جدول (4-1) المتوسطات والانحرافات المعيارية المعيارية لأداء مجموعتي الرشد المبكر والرشد الأوسط على مكونات الصحة النفسية الإيجابية

المرحلة		الرشد المبكر ن=300		الرشد الأوسط ن=300	
المتغيرات		م	ع	م	ع
طيب الحياة الوجداني		65,77	12,15	68,92	11,76
طيب الحياة النفسي		65,03	7,32	64,93	6,74
طيب الحياة الاجتماعي		106,01	14,68	110,75	14,39
الصحة النفسية الإيجابية		236,81	28,40	244,60	27,03

جدول (4-2) المتوسطات والانحرافات المعيارية لأداء مجموعتي الرشد المبكر والرشد الأوسط على مقاييس المرض النفسي

المرحلة		الرشد المبكر ن=300		الرشد الأوسط ن=300	
المتغير		م	ع	م	ع
الوسواس القهري		47,49	5,97	46,52	5,90
القلق		44,96	9,41	42,12	8,58
الاكتئاب		38,93	4,58	38,70	4,53

الإحصاءات الاستدلالية

نعرض فيما يلي أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية من خلال الإجابة عن تساؤلات الدراسة .

جدول (3-4) نتائج اختبارات للفروق بين متوسطات أداء الراشدين في مرحلتي الرشد المبكر والأوسط على مفهوم الصحة النفسية الإيجابية ومكوناته الفرعية

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة	الدلالة الإحصائية	في إتجاه
الصحة النفسية الإيجابية	الرشد المبكر (ن=300)	236,81	28,40	3,61	0,000	دال إحصائياً	الرشد الأوسط
	الرشد الأوسط (ن=300)	244,60	27,03				
طيب الحياة الوجداني	الرشد المبكر (ن=300)	65,77	12,15	3,62	0,000	دال إحصائياً	الرشد الأوسط
	الرشد الأوسط (ن=300)	68,92	11,76				
طيب الحياة النفسي	الرشد المبكر (ن=300)	65,03	7,32	0,191	0,848	غير دال إحصائياً	-
	الرشد الأوسط (ن=300)	64,93	6,74				
طيب الحياة الاجتماعي	الرشد المبكر (ن=300)	106,01	14,68	4,004	0,000	دال إحصائياً	الرشد

الأوسط				14,39	110,75	الرشد الأوسط (ن=300)	
--------	--	--	--	-------	--------	----------------------------	--

تشير النتائج في الجدول السابق إلى وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية عبر مرحلتي الرشد المبكر والأوسط في الدرجة الكلية للصحة النفسية الإيجابية ، حيث يظهر الراشدون في مرحلة الرشد المبكر انخفاضاً ملحوظاً في الصحة النفسية الإيجابية مقارنة بالراشدين في مرحلة الرشد الأوسط ، كما تشهد مرحلة الرشد الأوسط ارتفاعاً ملحوظاً في الدرجة الكلية للصحة النفسية الإيجابية وطيب الحياة الوجداني وطيب الحياة الاجتماعي ، وأوضحت النتائج أنه لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في طيب الحياة النفسي .

جدول (4-4) نتائج اختبارات للفروق بين متوسطات المرض النفسي عبر مرحلتي الرشد المبكر والأوسط

المتغير	المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة	الدلالة الإحصائية
الوسواس القهري	الرشد المبكر (ن=300)	47,49	5,97	2,001	0,046	دال إحصائياً
	الرشد الأوسط (ن=300)	46,52	5,90			
القلق	الرشد المبكر (ن=300)	44,96	9,41	3,815	0,000	دال إحصائياً
	الرشد الأوسط (ن=300)	42,12	8,58			
الاكتئاب	الرشد المبكر (ن=300)	38,93	4,58	0,622	0,534	غير دال إحصائياً
	الرشد الأوسط (ن=300)	38,70	4,53			

تشير النتائج في الجدول السابق إلى وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في متوسطات أداء الراشدين في مرحلتي الرشد المبكر والأوسط على الوسواس القهري والقلق حيث تشهد مرحلة الرشد المبكر تصاعدا ملحوظا في متوسطات الوسواس القهري والقلق ،كما أوضحت النتائج أنه لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في متوسطات أداء الراشدين على الاكتئاب في مرحلتي الرشد المبكر والأوسط .

جدول (4-5): قيم مؤشرات المطابقة لنموذج العاملين للصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي في مرحلة الرشد المبكر (ن=300)

الجزر التربيعي لمتوسط الخطأ التقريبي	مؤشر المطابقة المقارن	مستوى المعنوية	درجات الحرية	قيمة مربع كاي	
0,025	0,972	0,023	5	13,048	نموذج العامل الواحد
0,042	0,803	0,000	8	262,41	نموذج العاملين المتعامدين
0,011	0,975	0,000	6	27,132	نموذج العاملين المرتبطين

تشير قيم مؤشرات جودة المطابقة في الجدول (4-5) إلى أن نموذج العاملين المرتبطين ارتباطا جزئيا هو أفضل هذه النماذج في مرحلة الرشد المبكر، وتم الاعتماد في التحليل العملي التوكيدي في هذه الدراسة على كل من مربع كاي ومؤشرين آخرين للمطابقة وهما مؤشر المطابقة المقارن CFI (Comparative fit Index) ومؤشر الجزر التربيعي لمتوسط الخطأ التقريبي RMSEA (Mean Square Error of Approximation) . ويُعبر مؤشر جودة المطابقة عن مقدار التباين في المصفوفة الارتباطية والمفسر عن طريق النموذج المقترح في الدراسة ، وتتراوح قيمته من صفر إلى 1 صحيح ، وتشير القيم المرتفعة إلى تطابق أفضل للنموذج ، وهذا ما تحقق في نتائج التحليل العملي التوكيدي لمرحلة الرشد المبكر .

جدول (4-6) قيم مؤشرات المطابقة لنموذج العاملين في مرحلة الرشد الأوسط

الجزر التربيعي لمتوسط الخطأ التقريبي	مؤشر المطابقة المقارن	مستوى المعنوية	درجات الحرية	قيمة مربع كاي	
0,028	0,908	0,928	5	1,363	نموذج العامل الواحد
0,043	0,849	0,000	8	288,713	نموذج العاملين المتعامدين

0,014	0,996	0,149	6	9,465	نموذج العاملين المرتبطين
-------	-------	-------	---	-------	--------------------------

تشير قيم مؤشرات جودة المطابقة في الجدول (4-6) إلى أن نموذج العاملين المرتبطين ارتباطاً جزئياً هو أفضل هذه النماذج في مرحلة الرشد الأوسط .

مناقشة النتائج

فيما يتعلق بالإجابة عن التساؤل الأول ، كشفت النتائج بشكل عام عن انخفاض مؤشرات الصحة النفسية الإيجابية في مرحلة الرشد المبكر مقارنة بمرحلة الرشد الأوسط ، وهو ما يشير إلى وجود فروق مرتبطة بالعمر على بعض مكونات الصحة النفسية الإيجابية وهو ما يؤيد فرض الدراسة . وتتسق نتيجة الدراسة أيضاً مع نتائج بعض الدراسات التي تشير إلى أن التوازن بين المشاعر الإيجابية والسلبية يزيد أو يقل مستقراً في منتصف العمر (Charles et al., 2001; Stacey & Gatz, 1991; Windsor & Anstey, 2010). كما ترتفع درجات المشاعر الإيجابية في مرحلة الرشد الأوسط (Windsor & Anstey, 2010). وتتسق هذه النتيجة أيضاً والتي توضح انخفاض مستوى طيب الحياة الوجداني في مرحلة الرشد المبكر ثم زيادته في مرحلة الرشد الأوسط مع بعض نتائج الدراسات السابقة ومنها دراسة مرزوك وإيسترلين التي وصفت العلاقة بين العمر وطيب الحياة الوجداني بالمنحنى النوني المعكوس (Mroczek&Spiro,2005;Easterlin&Sawang,2007).

فيما يتعلق بالمكون الثاني للصحة النفسية الإيجابية وهو مكون طيب الحياة النفسي ، تشير نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق جوهرية بين متوسطات أداء الراشدين على الدرجة الكلية لطيب الحياة النفسي عبر مرحلتَي الرشد المبكر والأوسط وهذه النتيجة لا تؤيد فرض الدراسة ، وتفسر الباحثة هذه النتيجة في ضوء ما أشارت إليه البحوث عن توجهات الراشدين نحو طيب الحياة النفسي في الدول النامية حيث يعتبرونها نوعاً من الرفاهية ، لذلك يهتم الراشدون بتركيز جهودهم على الحفاظ على وضعهم الوظيفي في ظل التطور التكنولوجي السريع ، لذلك نجد بعض الراشدين يتجاهلون بعض مجالات الارتقاء النفسي في حياتهم الخاصة والتي تسهم في وصولهم لطيب الحياة النفسي وبدلاً من ذلك يوجهون معظم طاقتهم للعمل والدور المهني (Saraswati & Teja,2018).

وفيما يتعلق بالمكون الثالث للصحة النفسية الإيجابية وهو مكون طيب الحياة الاجتماعي تشير نتيجة الدراسة الحالية إلى وجود فروق جوهرية بين متوسطات أداء الراشدين على الدرجة الكلية لطيب الحياة الاجتماعي عبر مرحلتَي الرشد المبكر والأوسط وهو ما يؤيد فرض الدراسة،

كما كشفت النتائج عن وجود فروق جوهرية في مكونات الاندماج الاجتماعي ، المشاركة المجتمعية ، الإدراك والتوكيد الاجتماعي حيث تشهد هذه المكونات تصاعدا ملحوظا في مرحلة الرشد الأوسط ، كما تشير النتائج أنه لا توجد فروق جوهرية في مكوني القبول الاجتماعي ، والتماسك الاجتماعي عبر مرحلتي الرشد المبكر والأوسط .

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع ما أشار إليه كيس ولارسون عن مرحلة الرشد الأوسط ، حيث ارتبطت هذه المرحلة بارتفاع مكونات طيب الحياة الاجتماعي مقارنة بمرحلة الرشد المبكر وهو ما يؤيد فرض الدراسة الذي يشير إلى وجود فروق مرتبطة بالعمر في طيب الحياة الاجتماعي عبر مرحلتي الرشد المبكر والأوسط ، حيث تزداد درجات الراشدين على مكونات طيب الحياة الاجتماعي في منتصف العمر إذا تمكنوا من التكيف مع التحديات الاجتماعية التي يواجهونها مع التقدم في العمر (Larson,1993; Westerhof & Keyes,2010).

وتفسر الباحثة انخفاض درجات الصحة النفسية الإيجابية في مرحلة الرشد المبكر مقارنة بمرحلة الرشد الأوسط ، نظرا للضغوط المتتالية التي يتعرض لها الراشد في هذه المرحلة وتتبدى في محاولته لتكوين حياة أسرية مستقرة أو توفير موارد مالية للزواج أو لرعاية الأبناء وخاصة وهو في بداية حياته المهنية والتي تتطلب منه إثبات كفاءته المهنية ، بالإضافة إلى ضغوط العمل وأعباء الرعاية الوالدية وخاصة لدى المرأة العاملة ، ومن ثم هناك العديد من عوامل الخطورة التي ربما تعزز من الكرب النفسي وتضعف من الشعور بالحياة الطيبة.

وفيما يتعلق بالتساؤل الثاني للدراسة وهو خاص بالفروق في متوسطات أداء الراشدين في مرحلتي الرشد المبكر والأوسط في المرض النفسي ، كشفت نتائج الدراسة بشكل عام عن ارتفاع أعراض المرض النفسي في مرحلة الرشد المبكر مقارنة بمرحلة الرشد الأوسط ، وبذلك يتحقق نسبيا الفرض الثاني للدراسة والذي يكشف عن وجود فروق مرتبطة بالعمر في أعراض المرض النفسي (القلق ، الوسواس القهري)، حيث تنصدر مرحلة الرشد المبكر أعلى الدرجات في أعراض المرض النفسي مقارنة بمرحلة الرشد الأوسط .

وتتسق نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج معظم الدراسات السابقة والتي أوضحت أن العلاقة بين العمر والمرض النفسي تتخذ شكل المنحنى النوني (على شكل حرف ن)، حيث يحقق الراشدون في مرحلة الرشد المبكر (والتي تمتد من 20 إلى 40 عامًا) درجات أعلى في انتشار أعراض

المرض النفسي وتتنخفض أعراض المرض النفسي في مرحلة الرشد الأوسط والتي تمتد من (41 إلى 60 عامًا) ثم تعود للارتفاع في الأعمار شديدة التأخر (Biji et al .,1998). وتتسق أيضا نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج أحد المسوح العالمية التي تضمنت عشر دول من دول الاتحاد الأوروبي وهي (بلجيكا ، بلغاريا ، فرنسا ، ألمانيا ، إيطاليا ، إيرلندا الشمالية ، هولندا ، البرتغال ، رومانيا ، أسبانيا) والتي أشارت نتائجها إلى ارتفاع أعراض أمراض القلق لدى الراشدين في الرشد المبكر خاصة في البرتغال وبلجيكا ، وانخفاض انتشار اضطرابات المزاج في مرحلة الرشد الأوسط بدء من عمر 43 عامًا (Ryan et al .,2013).

كما تشير الباحثة إلى أن نتيجة الدراسة تتسق ما يحدث في المجتمع المصري في الفترة الأخيرة من استهداف الراشدين في مرحلة الرشد المبكر لزيادة أعراض المرض النفسي ، حيث ظهر تزايد في مشكلة الانتحار في المجتمع المصري وخاصة في هذه المرحلة العمرية ، حيث تركزت وفيات الانتحار على مرحلة الرشد المبكر من عمر 20 إلى 40 عاما (عبد المنعم ، 2021). ويمكن أن نشير إلى أن طبيعة مرحلة الرشد المبكر وما يحدث فيها من تغيرات على المستوى الاجتماعي والمهني تفرض درجة من التوتر بين ما ينجزه الراشدون والراشدات بالفعل وما لا يزال عليهم أن ينجزوه ، وهو ما يؤدي للفجوة بين واقع الفرد وما ينبغي أن يصير عليه (فرانكل ، 2012).

فيما يتعلق بالتساؤل الثالث للدراسة وهو خاص بالتحقق من صدق البنية العاملية لنموذج العاملين للصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي على الراشدين في مرحلتي الرشد المبكر والأوسط ، كشفت نتائج الدراسة باستخدام أسلوب التحليل العاملي التوكيدي عن صدق نموذج العاملين للصحة النفسية الإيجابية والمرض النفسي عبر مرحلتي الرشد المبكر والأوسط وهو ما يؤيد فرض الدراسة. وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع كثير من نتائج المسوح والدراسات الخاصة بصدق نموذج العاملين والتي أجريت في العديد من المجتمعات ومن هذه الدراسات المسح الذي أجراه كيس في الولايات المتحدة الأمريكية على عينة تتراوح أعمارها من 25 إلى 74 عامًا (Keyes,2005). كما اتسقت مع نتائج دراسة ويسترهوف و كيس (Westerhof & Keyes (2010 والتي أجريت على عينة من المجتمع الهولندي وتراوح أعمارهم ما بين (18- 87 عامًا). كما توضح نتيجة الدراسة الحالية أن الصحة النفسية الإيجابية تمثل عاملا مستقلا

عن المرض النفسي كما افترض كيس، فالصحة النفسية الإيجابية لا تتحدد فقط من خلال غياب أعراض المرض النفسي، وإنما تتحدد بوجود مكونات طيب الحياة الوجداني والنفسي والاجتماعي .

قائمة المراجع

- الرخاوي ، يحيي ؛ العقباوي ، أحمد .(1999). تعريف الصحة النفسية وماهية المرض النفسي، في: حسين عبد الرزاق (محرر). *المرشد في الطب النفسي*. (9-12). الإسكندرية: منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي للشرق الأوسط.
- الصبوة ، محمد نجيب.(2007). علم النفس الايجابي تعريفه وتاريخه وموضوعاته والنموذج المقترح له، *مجلة علم النفس*، 21(79) 16-43.
- عبد الخالق، أحمد (2014). *استخبارات الشخصية*. ط3. الإسكندرية: دار المعرفة العربية .
- عبد الخالق، أحمد .(2016). *دليل تعليمات المقياس العربي للصحة النفسية*، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الخالق، أحمد(2002).مدى صلاحية المقياس العربي للوسواس القهري على عينات سورية. *مجلة دراسات نفسية*. 12(1) 43-61 .
- عبد المنعم ، سهير .(2021). مشكلة الانتحار في المجتمع المصري الأبعاد وآليات الوقاية. *المجلة الاجتماعية القومية* ، 58، 1-31 .
- علام ، سحر .(2014). *العلاقة بين الازدهار النفسي ومقومات النمو لدى المراهقين*. حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية ،كلية الآداب ،جامعة القاهرة .الحولية العاشرة، 10-92.
- علوان ، فادية.(2016). *تطور مفهوم السعادة من الخير الى الازدهار*. *مجلة دراسات نفسية*، 26 (1) ، 1:26.

علوان، فادية ؛ نوفل، فاطمة ؛ عبد الفتاح، هدى ؛ إبراهيم، منى .(2018). البنية العاملية لمفهوم الصحة النفسية الإيجابية من الوهن إلى الازدهار، *مجلة دراسات نفسية* ، 27(3)، 465-497.

فرانكل ، فيكتور .(2012). *الإنسان والبحث عن المعنى*. ترجمة طلعت منصور، تقديم جورد أولبورت ،القاهرة ،مكتبة الأنجلو المصرية .

مليكة ، لويس كامل .(2000). *اختبار الشخصية المتعدد الأوجه* . القاهرة : مكتبة النهضة العربية.

Bijl, R. V., Ravelli, A., & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.

Easterlin, R. & O. Sawangfa.(2007). Happiness and domain satisfaction: theory and evidence. *IZA Discussion Paper* ,2584, 1-35.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.

Diener, E., Lucas, R. (1999). Personality and subjective well-being. In: Kahneman, D., Diener, E., Schwarz, N. (Eds.), *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*(pp.213-229). SAGE, New York.

Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2009). New measures of well-being: Flourishing and Positive and Negative Feelings. *Social Indicators Research*, 39, 247-266.

Doré ,I., O'Loughlin,JL., Sabiston CM., & Fournier L.(2017). Psychometric Evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form in French Canadian Young Adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 62(4),286-294.

Fordyce, M. W. (1988). A review of research on happiness measures: a sixty second index of happiness and mental health. *Social Indicators Research*, 20, 355-381.

Franken, K., Lamers, S. M. A., Ten Klooster, P. M., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2018). Validation of the mental health continuum-

short form and the dual continua model of well-being and psychopathology in an adult mental health setting. *Journal of Clinical Psychology*, 74(12), 2187–2202.

Freund, A. (2008). Successful Aging as Management of Resources: The Role of Selection, Optimization, and Compensation. *Research in Human Development*, 5(2), 94–106.

Gallagher, M. W., Lopez, S. J., & Preacher, K. J. (2009). The hierarchical structure of well being. *Journal of personality*, 77(4), 1025–1050.

Gallagher, M. W., Lopez, S. J., & Preacher, K. J. (2009). The hierarchical structure of well being. *Journal of personality*, 77(4), 1025–1050.

Huppert, F. A. (2005). Positive mental health in individuals and populations. In F. A. Huppert, N. Baylis, & B. Keverne, *The science of well-being* (pp. 307–340). Oxford University Press.

Karaś, D; Cieciuch, J; & Keyes, C L. (2014). The Polish adaptation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Personality and Individual Differences*, 69 :104-109.

Keyes, C. L. M. & Ryff, C. D. (1999). Psychological well-being in midlife. In S. L. Willis & J. D. Reid (Eds.). *Life in the middle: Psychological and social development in middle age*. (pp. 161-180). San Diego: Academic Press.

Keyes, C. L. M. & Shapiro, A. D. (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. In O. G. Brim, C. D. Ryff, & R. C. Kessler (Eds.) *How healthy are we: A national study of the well-being at midlife* (pp. 350-373). Chicago: University of Chicago Press.

Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? , *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 395-402.

Keyes, C. L. M., & Simoes, E. J. (2012). To flourish or not: Positive mental health and all-cause mortality. *American Journal of Public Health*, 102 (11), 2164–2172.

Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61 (2), 121-140.

Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 2, 207-222.

- Keyes, C.L.M.(2005).mental illness and /or mental Health? Inveatigating Axioms of the complete state model of health.*Journal of consulting and clinical psychology* , 73(3) , 539 – 548.
- Keyes,C.L.M., & Simoes,E.J.(2012).TO flourish or not : positive mental health and all –cause mortality .*American Journal of Public Health*,102(11),2164-2172.
- Lamers, S. M. A., Glas, C. A. W., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Longitudinal evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF): Measurement invariance across demographics, physical illness and mental illness. *European Journal of Psychological Assessment*, 28(4), 290–296.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99-110.
- Larson, J. S. (1993). The measurement of social well-being, *Social Indicators Research*, 28, 285–296.
- Leach.C,Green.S&Grant .A.(2011).flourishing youth provision :the potential Role of positive psychology and Coaching in enhancing youth services .international .*Journal of evidence Based coaching and mentoring* ,9 (1),44-68.
- Lim Y-J.(2014). Psychometric characteristics of the Korean MentalHealth Continuum–Short Form in an adolescent sample. *Journal Psychoeduc Assess*,32,356-364.
- Lopez,B.F.,Moller,V., &poza,A.S. (2013).How Does subjective well being Evolve with Age?ALiterature Review.*Discsion paper serles*. 7328,1-33.
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137–155.
- Magalhaes, E. & Calheiros, M. M. (2017). A dual-factor model of mental health and social support: Evidence with adolescents in residential care, *Children and Youth Services Review*, 79, 442–449.
- Magandalhaes, E. & Calheiros, M. M. (2017). A dual-factor model of mental health and social support: Evidence with adolescents in residential care, *Children Magand Youth Services Review*, 79, 442–449.

- Moore,K&keyes,C.(2008).ABrief History of the study of well being in children and adults.In Rnstein,M &Davidson,L& Moore,K&keyes,C (Eds),*wellbeing:positiveDevelopment Across The Life course*(.pp13-22).london.
- Perugini, M. L. L.,De la Iglesia,G., Solano, A. C.,&Keyes, C. L. M. (2017). The Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in the Argentinean Context: Confirmatory Factor Analysis and Measurement Invariance, *Europe's Journal of Psychology*, 13(1),93-109.
- Petrillo, G., Capone, V., Caso, D. & Keyes, C. L. (2015). The Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) as a measure of well-being in the Italian context, *Social Indicators Research* ,121(1), 291–312.
- Pilgrim, D. (2018). Critical realism and mental health research. In B. M. Z. Cohen (Ed.) *Routledge international handbook of critical mental health*. New York: Routledge.
- Piqueras,J.,Arenas,V.,Falco,R.,Amador,B.,Marzo,J.,&Keyes,C.(2022). Validation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) for Multidimensional Assessment of Subjective Well-Being in Spanish
- Ryan, R. M., Huta, V., & Deci, E. L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 139–170.
- Ryan, R.M., &Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being', in S. Fiske (ed.), *Annual Review of Psychology* (pp. 141–166).
- Ryan,A.,NeiL,S.,Alonso,J&Bruffaerts,R.(2013).Mood A and Anxiety disorders across the adult life span.*AEuropean perspective*,1-16.
- Ryff, C, D., Keyes, C, L, M. (1995).The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-727.
- Ryff, CD. (1989).Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57,1069–1081.
- Sadler, K. and Gupta, N. (2014). Adolescent global health. In: Gupta, N., Nelson, B.D., Kasper, J., and Hibberd, P.L. (eds.),*The MassGeneral hospital for children handbook of pediatric global health*(pp.121-137). New York: Springer.

- Scheid, T., Brown, T. (2010). *A Handbook for the Study of Mental Health*. Second Edition. New York, Cambridge University.
- Seligman, M. (2010). *Flourish: Positive Psychology and Positive Interventions*, Delivered at, *the University of Michigan*.
- Springer, K., & Hauser, R. (2006). An Assessment of the construct validity of Ryff's scales of psychological well-being: Method mode and Measurement Effects, *social science Research*, 35(4), 1079-1110.
- Stacey, C. A., & Gatz, M. (1991). Cross-sectional age differences and longitudinal change on the Bradburn Affect Balance Scale. *Journal of Gerontology*, 46(2), 76–78.
- Venning, A., Wilson, A., Kettler, L. & Elliott, J. (2013). Mental health among youth in South Australia: a survey of flourishing, languishing, struggling, and floundering, *Australian Psychologist*, 48(4), 299–310.
- Westerhof, G. & Keyes, C. (2010). mental illness and mental Health: the two continua model across the life span, *Journal of adult development*, 17, 110-119.
- Windsor, T. D., & Anstey, K. J. (2010). Age differences in psychosocial predictors of positive and negative affect: A longitudinal investigation of young, midlife, and older adults, *Psychology and Aging*, 25(3), 641–652.
- Winzer, R., Lindblad, F., Sorjonen, K., & Lindberg, L. (2014). Positive versus negative mental health in emerging adulthood: a national cross-sectional survey, *BMC Public Health*, 14, 1238-1248.