

Psychometric Properties of the Arabic Version of Bipolar Depression Rating Scale (BDRS)

M. Al-Emad and M. Shoqeirat*

Department of Psychology, Faculty of Art and Science, AL-Ahliyya Amman University, Amman, Jordan

Received: 26 Sep. 2023, Revised: 18 Oct. 2023, Accepted: 26 Nov. 2023.

Published online: 1 Dec. 2023

Abstract: The aim of this study is to translate the Bipolar Depression Rating Scale and reveal its psychometric properties. The study sample consists of 100 participants: a clinical sample (50) diagnosed with bipolar disorder during a depressive episode, and a non-clinical sample (50). The results indicate that the scale is able to distinguish well between the participants by using discriminatory validity. The convergent validity index is being extracted by calculating the correlation coefficient between the Beck Depression Inventory and the Young Mania Rating Scale, which indicates a good correlation between the two scales. The reliability coefficient is being found in two ways: the first is to find the reliability coefficient using the internal consistency method according to Cronbach's alpha coefficient, which has reached 0.882 for the non-clinical sample and (0.852) for the clinical sample. The second method is to use the test-retest reliability method, where the reliability coefficient has reached (0.866). The diagnostic cut-points of the scale are being examined. The cut-off points of (18) has been extracted as the best cut-off point between healthy and bipolar depression patients, with a sensitivity of (90%) and a specificity of (92%). In conclusion, the results of this study suggest that the Bipolar Depression Rating Scale has high psychometric properties in the Jordanian environment. Among the study's recommendations: conducting studies to determine the diagnostic cut-off point for the mixed symptoms dimension of the scale and conducting studies with a larger sample that includes those diagnosed with bipolar disorders of the first and second types in various episodes (mania - hypomania - depression).

Keywords: Bipolar Disorders, Depression, Bipolar Depression Rating Scale, psychometric properties.

*Corresponding author e-mail: M.alemad@hotmail.com

الخصائص السيكومترية لنسخة عربية من مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب (BDRS):

محمد العماد ومحمد الشقيرات

قسم علم النفس، كلية الآداب والعلوم، جامعة عمان الأهلية، عمان، الأردن.

الملخص تهدف هذه الدراسة إلى تعريب، وتكييف مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب (BDRS)، والكشف عن خصائصه السيكومترية، وبلغت عينة الدراسة (100) مشارك عينة إكلينيكية (50) مشخصة باضطراب ثنائي القطب أثناء نوبة اكتئاب، وعينة غير إكلينيكية (50).

وأشارت النتائج إلى قدرة المقياس على التمييز بين المشاركين من خلال الصدق التمييزي، وأسُخِرَ مؤشر الصدق التلازمي من خلال حساب معامل الارتباط بين قائمة بيك الثانية للاكتئاب، ومقياس يونغ لتقدير الهوس، وأشار إلى ارتباط جيد بين المقياسين، وأشارت النتائج إلى أن معامل الثبات بطريقة الاتساق الداخلي، وطريقة معامل كرونباخ ألفا، وبلغ للعينة غير الإكلينيكية (0.882)، وللعينة الإكلينيكية بلغت (0.852)، وبطريقة الثبات بالإعادة بلغ معامل الثبات (0.866)، وفُحصت نقاط القطع التشخيصية للمقياس، وأسُخِرَت نقطة القطع (18) كأفضل نقطة للقطع بين الأصحاء ومرضى اكتئاب اضطراب ثنائي القطب؛ حيث كانت الحساسية (90%)، والخصوصية (92%)، وأخيرًا فإن نتائج هذه الدراسة تشير إلى توفر خصائص سيكومترية مرتفعة لمقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب على البيئة العربية، ومن أهم توصيات الدراسة: إجراء دراسات لتحديد نقطة القطع التشخيصية لبعدها الأعراض المختلطة للمقياس، وإجراء دراسات مع عينة أكبر تشمل المشخصين باضطرابات ثنائي القطب من النوع الأول والثاني في مختلف النوبات (الهوس، الهوس الخفيف، الاكتئاب).

الكلمات المفتاحية: الخصائص السيكومترية، اضطراب ثنائي القطب، اكتئاب، مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب.

1 مقدمة

اضطراب ثنائي القطب، هو اضطراب يعاني فيه المشخصون من نوبات اكتئاب متتالية مع فترات من أعراض الهوس، وخلال نوبة الاكتئاب، يعاني الشخص من مزاج مكتئب (الشعور بالحزن، وسرعة الانفعال، والفراغ، وفقدان المتعة)، معظم اليوم وكل يوم تقريبًا، كما يعانون من أعراض الهوس النشوة (Euphoria)، أو الانفعال، وزيادة الطاقة والنشاط، وأعراض مثل زيادة الكلام، وتطاير الأفكار (Flight of Ideas)، وتضخم الذات، وانخفاض الحاجة إلى النوم، والتشتت، والسلوك المتهور، كما أنهم معرضون بشكل متزايد لخطر الانتحار بسبب نوبات الاكتئاب (World Health Organization (WHO), 2022). [1]

وبناءً على تقرير منظمة الصحة العالمية [2] عانى (40) مليون شخص في عام (2019) من اضطراب ثنائي القطب، وبلغ معدل انتشار اضطرابات ثنائي القطب في العالم، وفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في نسخته الخامسة (Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition-DSM-5) [3]، نسبة تصل إلى (2.5%) (American Psychiatric Association (APA), 2013).

وميز ميتشل ومالهي (Mitchell and Malhi, 2002) اضطراب ثنائي القطب بفترات من الهوس، و/أو الهوس الخفيف، تتخللها بشكل عام نوبات الاكتئاب، وهي الحالة المزاجية السائدة المسؤولة بشكل أكبر من الهوس الخفيف عن العجز الوظيفي، وخطر الانتحار، ومع ذلك فإن التمييز التشخيصي لا يزال قائمًا على وجود الهوس، [4]

وغالبًا لا يتم تقييم، وتشخيص أعراض الهوس؛ حيث ينتظر ثلثا المرضى لأكثر من عقد بعد ظهور الأعراض قبل طلب المساعدة، وحتى ذلك الحين، يتم التشخيص الخطأ بنسبة (70٪)، بينما (20٪) فقط من الأفراد المشخصين باضطراب ثنائي القطب أثناء نوبة الاكتئاب، يتم تشخيصهم بشكل صحيح خلال السنة الأولى من بحثهم عن العلاج، وتم تشخيص ما يقارب (60 ٪) من الأفراد المشخصين باضطراب ثنائي القطب في البداية على أنهم مرضى اكتئاب (Hirschfield et al., 2003). [5]

وهناك سببان رئيسان لصعوبة التمييز بين اضطراب الاكتئاب الرئيس، واضطرابات ثنائي القطب، [6] هما:

- أولاً: كون الاكتئاب الحالة المزاجية المسيطرة مقارنة بأعراض الهوس الخفيف، أثناء مسار اضطراب ثنائي القطب.
- ثانياً: وجود أعراض هوس، ولكن لا تستوفي المعايير لتشخيصها أثناء نوبة الاكتئاب.

(Judd et al., 2012)

كما يحدث التأخير في الاكتشاف، والتشخيص بشكل أكثر شيوعاً؛ بسبب التشخيص الخطأ للاكتئاب الرئيس، وهذا يتفق مع حقيقة أن معظم المرضى الذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب، يكونون أولاً في المرحلة الاكتئابية من مرضهم، وعلى الرغم من أن مثل هذه التشخيصات الخطأ مفهومة، إلا أن عواقبها على كلٍ من الفرد، ومن حوله مكلفة؛ لذلك من المهم تشخيص اضطراب الاكتئاب ثنائي القطب، والتمييز بينه وبين الاكتئاب الرئيس (Berk et al., 2004). [7]

وبسبب ذلك قام بيرك وآخرون (Berk et al., 2007) على تطوير مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب (BDRS)، وهو مقياس مقابلة سريرية مكون من (20) فقرة؛ لتقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب، ويتكون من ثلاثة أبعاد: الاكتئاب الجسدي، والاكتئاب النفسي، والأعراض المختلطة، وتتراوح الدرجات لكل فقرة بين (0 - دون أعراض) إلى (3 - الأعراض شديدة)، وينتج عنه درجة نهائية بين (0 - 60)، وكلما ارتفعت الدرجة، دل ذلك على شدة الاكتئاب. [8]

ويتمتع المقياس بخصائص سيكومترية مرتفعة، وترجم إلى لغات عدة منها: الإسبانية، والصينية، والكورية، والإيطالية، والفارسية، والتركية، والبرتغالية، والدنماركية، والسويدية، وحالياً العربية، وقد أسترخت بعض هذه الدراسات السابقة من الأحدث إلى الأقدم، على النحو الآتي:

دراسة خسرفاني وآخرين (Khosravani et al., 2021) التي هدفت إلى تقييم النسخة الفارسية من مقياس (BDRS)؛ من حيث الصدق والثبات، وبسبب وجود دراسات قيمت المقياس على عينات صغيرة، أو على مرضى في نوبة اكتئاب فقط، ولكن ليس على مرضى في مرحلة مختلطة أو نوبة هوس، فشملت الدراسة عينة كبيرة من النساء الإيرانيات المصابات باضطراب ثنائي القطب في مرحلة اكتئابية، أو مختلطة/ هوس، ولتحقيق ذلك تم تطبيق كلٍ من مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب، وقائمة بيك الثانية للاكتئاب، ومقياس تقدير هاملتون للاكتئاب، ومقياس تقدير مونتغمري أوسبيرج للاكتئاب، ومقياس يونغ لتقدير الهوس على عينة عددها (301) من مرضى ثنائي القطب السريريين، وأشارت نتائج الدراسة إلى صدق بناء مشابهة للنسخة الأصلية، واتساق ثبات جيد، وثبات إعادة الاختبار، وأيضاً أدلة على الصدق التلازمي والتمييزي من المقياس، وبالتالي توصلت هذه الدراسة إلى صدق مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي في تقييم أعراض الاكتئاب، والمختلطة لدى النساء الإيرانيات المشخصة باضطراب ثنائي القطب في نوبة الاكتئاب أو المختلطة / نوبة الهوس. [9]

دراسة تشن وآخرين (Chen et al., 2021) التي هدفت إلى استخراج الخصائص السيكومترية للنسخة الصينية من مقياس (BDRS) على المرضى الصينيين المشخصين باضطراب ثنائي القطب، ولتحقيق الهدف تمت مقابلة جميع المشاركين، وطُبّق مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب، ومقياس هاملتون لتقدير الاكتئاب، ومقياس مونتغمري - أسبيرج لتقدير الاكتئاب، ومقياس يونغ لتقدير الهوس، وشملت عينة هذه الدراسة (111) مريضاً يعانون من اضطراب ثنائي القطب (30 ذكرًا، و 81 أنثى).

وبلغ معامل كرونباخ ألفا للمقياس (0.87)، إضافةً إلى ذلك كان الصدق التلازمي مرتفعاً؛ حيث كان معامل ارتباط بيرسون مع مقياس هيلتون لتقدير الاكتئاب (0.81)، وبلغ قيمة ارتباط بيرسون مع مقياس آسبيرج لتقدير الاكتئاب (0.88)، وارتباط متوسط مع مقياس يونغ لتقدير الهوس (0.78)، وصدق البناء كان مطابقاً للنسخة الأصلية؛ حيث أظهر التحليل العاملي الاستكشافي ثلاثة أبعاد: أعراض الاكتئاب النفسية، وأعراض الاكتئاب الجسدية، وبعد الأعراض المختلطة، وبالتالي توصلت هذه الدراسة إلى أن المقياس يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة، ويمكن تطبيقه في البيئة الصينية. [10]

دراسة **جانغ وآخرين (Jung et al., 2016)** التي هدفت إلى تطوير النسخة الكورية من مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب (BDRS)، وإثبات خصائصها السيكومترية، من حيث الصدق والثبات، ولتحقيق أهداف الدراسة، طُبِّق مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب، ومقياس مونغمري وآسبيرج للاكتئاب، ومقياس هاملتون لتقدير الاكتئاب، ومقياس يونغ لتقدير الهوس، واشتملت عينة الدراسة على (141) (62 ذكرًا و79 أنثى)، مشخصين باضطراب ثنائي القطب، أو يعانون من بعض أعراض الاكتئاب، وقد توصلت الدراسة إلى أن المقياس يتمتع بثبات اتساق داخلي جيد؛ حيث كان كرونباخ ألفا للمقياس الكلي (0.866) وصدق تلازمي جيد مع مقياس هاملتون (0.788)، ومونغمري آسبيرج للاكتئاب (0.877)، وكان البعد الثالث للأعراض المختلطة للمقياس مرتبطاً بشكل ملحوظ بمقياس يونغ لتقدير الهوس (0.611)، وكشف التحليل العاملي عن ثلاثة عوامل تتوافق مع أعراض الاكتئاب النفسي، وأعراض الاكتئاب الجسدي، والأعراض المختلطة، وتشير هذه النتائج إلى أن النسخة الكورية من المقياس تحتفظ بالخصائص السيكومترية المناسبة للنسخة للأصلية، ويمكن استخدامها بثقة. [11]

دراسة **إبراهيمي وآخرين (Ebrahimi et al., 2015)** التي هدفت إلى تحديد الخصائص السيكومترية للنسخة الفارسية من مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب (BDRS)، ولتحقيق هذا الهدف تم تطبيق مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب، ومقياس هاملتون للاكتئاب، ومقياس يونغ لتقدير الهوس، وقائمة بيك الثانية للاكتئاب (Beck Depression Inventory-BDI-II) على عينة تألفت من (368) مشاركاً، قسمت إلى ثلاث مجموعات: الأولى (120) مريضاً، تم تشخيصهم باضطراب ثنائي القطب خلال نوبة الاكتئاب، وتتألف المجموعة الثانية من (126) مريضاً مشخصين باضطراب الاكتئاب الرئيس، والمجموعة الأخيرة تألفت من (122) مشاركاً من الأفراد الأصحاء بين أقارب المرضى، والعاملين في مراكز أخذ العينات في هذه الدراسة، وأشارت النتائج إلى ثبات اتساق داخلي عالٍ ($\alpha = 0.81$)، والصدق التلازمي من خلال ارتباط متوسط مع قائمة بيك الثانية للاكتئاب (0.61)، ومقياس تقدير هاملتون للاكتئاب (0.71)، كما كان ارتباط البعد الفرعي المختلط لـ BDRS مع مقياس يونغ لتقدير الهوس (0.69) وأشار صدق البناء إلى ثلاثة عوامل لمقياس الاكتئاب النفسي، والجسدي، والمختلط، وتم استخراج نقطة القطع (18) كأفضل نقطة للقطع بين الأصحاء ومرضى اكتئاب ثنائي القطب؛ حيث كانت الحساسية (93%)، والنوعية (94%)، وأخيراً توصلت الدراسة إلى أن النسخة الفارسية من مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب على المجتمع الإيراني قدمت خصائص سيكومترية مناسبة (صادقة وثابتة). [12]

دراسة **سالفادرو وآخرين (Salvador et al., 2015)** التي هدفت إلى التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس (BDRS) على البيئة الإسبانية، ولتحقيق ذلك تم تطبيق كُلي من مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب، ومقياس هاملتون لتقدير الاكتئاب، ومقياس مونغمري - آسبيرج لتقدير الاكتئاب، ومقياس يونغ لتقدير الهوس، على عينة تكوّنت من (69) مريضاً، تم تشخيصهم باضطراب ثنائي القطب من النوع الأول والثاني في مستشفيات للأمراض النفسية الإسبانية، وأشارت النتائج إلى أن المقياس مشابه للمقياس الأصلي من حيث الأبعاد الثلاثة للاكتئاب: النفسية، والجسدية، والمختلطة، وكان ثبات الاتساق الداخلي مرتفعاً؛ حيث بلغ معامل كرونباخ ألفا (0.87)، ويتمتع بصدق تلازمي عالٍ مع مقياس هاملتون لتقدير الاكتئاب؛ حيث بلغ معامل الارتباط (0.87) وأيضاً مع مقياس آسبيرج لتقدير الاكتئاب (0.85) إضافةً إلى ارتباط قوي بين البعد الثالث -الأعراض المختلطة لمقياس

تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب، ومقياس يونغ لتقدير الهوس؛ حيث بلغ معامل الارتباط (0.80)، وبالتالي هي أداة صالحة لتقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب في البيئة الإسبانية. [13]

دراسة بتماز وآخرين (Batmaz et al., 2014) التي هدفت إلى استخراج صدق وثبات مقياس (BDRS) لدى عينة إكلينيكية في البيئة التركية، ولتحقيق ذلك تم تطبيق مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب، ومقياس مونتغمري - آسبيرج لتقدير الاكتئاب، ومقياس يونغ لتقدير الهوس، على عينة تألفت من (81) مريضاً (30 من الذكور، و51 من الإناث) تم تشخيصهم باكتئاب ثنائي القطب وفقاً لمعايير (DSM-4) في ثلاثة مواقع مختلفة في تركيا، وأظهرت النتائج أن البنية العاملية للمقياس ماثلة للنسخة الأصلية؛ حيث تكونت من ثلاثة أبعاد: نفسية، وجسدية، ومختلطة، وكان ثبات الاتساق الداخلي للمقياس الكلي مقبولاً (0.786)، إضافةً إلى ذلك أشارت النتائج إلى أن المقياس يتمتع بصدق تلازمي بارتباطات معتدلة إلى قوية مع مقاييس تقدير الاكتئاب الأخرى، وبالتالي تُظهر هذه الدراسة أن النسخة التركية من المقياس، هي أداة صادقة وثابتة لقياس أعراض الاكتئاب في الاضطراب ثنائي القطب في البيئة التركية. [14]

2 المنهج:

استُخدم في الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وهو المنهج المناسب لتعريب الأداة، والكشف عن خصائصها السيكومترية من صدق وثبات.

المشاركين:

في الدراسة الحالية تم استخدام عينتين، بلغ مجموعها (100) مشارك، مقسمين على النحو الآتي: عينة إكلينيكية مؤلفة من (50) مشخصاً باضطراب ثنائي القطب خلال نوبة اكتئاب، إختيرت بالطريقة المتيسرة من جميع الذين يدون استعداداً للمشاركة الطوعية في الدراسة من المرضى المراجعين في بعض العيادات النفسية الخاصة، والمراجعين والمقيمين في المركز الوطني للصحة النفسية، والعيادات الخارجية لمستشفى الجامعة الأردنية، بعد أخذ الموافقات الرسمية اللازمة، تم الرجوع إلى سجلات المرضى للتأكد من التشخيص، وأخذ الموافقة المستنيرة من المرضى الراغبين بالمشاركة في الدراسة، ثم البدء بتطبيق قائمة بيك الثانية للاكتئاب، وحصول المشارك على درجة مرتفعة مؤشر على أن المشارك يمرض بنوبة اكتئاب، ثم تطبيق مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب، ومقياس يونغ لتقدير الهوس عن طريق المقابلة الإكلينيكية، وعينة غير إكلينيكية مؤلفة من (50) مشاركاً، اختيرت أيضاً بالطريقة المتيسرة، وتم وصف العينة بالجدول رقم (1).

جدول (1): خصائص العينة الإكلينيكية وغير الإكلينيكية.

خصائص العينة	الإكلينيكية	غير الإكلينيكية
الجنس		
ذكور	56 %	58 %
إناث	44 %	42%
المستوى التعليمي		
أساسي	14 %	2 %
ثانوي	40 %	14 %
دبلوم	6 %	8 %
بكالوريوس	40 %	64 %
دراسات عليا	0%	12%

الحالة الاجتماعية	
68%	60 %
28 %	26 %
4 %	12 %
0%	2 %

3- أدوات الدراسة:

1- مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب (BDRS) (Berk et al., 2007) :

يعد (BDRS) مقياس مقابلة سريرية مكوّن من (20) فقرة، قام بتطويرها بيرك وآخرون (2007)؛ لتقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب الذي يتكون من ثلاثة أبعاد: الاكتئاب النفسي، والاكتئاب الجسدي، والأعراض المختلطة، وأجريت العديد من الدراسات التي هدفت إلى فحص الخصائص السيكومترية للمقياس، وأشارت إلى تمتع المقياس بخصائص سيكومترية مرتفعة، كما يمكنك الاطلاع على كل ما يخص المقياس (المقياس، دليل التطبيق، واللغات المترجم إليها) على الموقع التالي: <https://2u.pw/KTZFoT> :التصحيح (scoring):

تُحسب درجة المفحوص الإجمالية على المقياس بجمع جميع درجاته على الفقرات من (1- 20)، وتتراوح الدرجات لكل فقرة بين (0 - دون أعراض) إلى (3 - الأعراض الشديدة)، وينتج عنه درجة نهائية بين (0-60)، ارتفاع الدرجة يدل على شدة الاكتئاب.

2- النسخة المعربة من قائمة بيك الثانية للاكتئاب (BDI-II) :

قام الدعاسين (2004) بتعريب قائمة بيك الثانية لقياس درجة وشدة الاكتئاب التي صممها بيك وآخرون (1996)، وهي أداة تقرير ذاتي تتكوّن من (21) فقرة، وتصف كل فقرة أحد الأعراض الرئيسية للاكتئاب، ومنها: الحزن، التشاؤم، الفشل في الماضي، فقدان المتعة، الشعور بالذنب، التهيج، والأفكار الانتحارية وغيرها، وتُحسب درجة المفحوص الإجمالية على المقياس بجمع جميع درجاته على الفقرات من (1 - 21)، وتتراوح الدرجات لكل فقرة بين (أ - دون أعراض) إلى (د - الأعراض الشديدة)، وتتراوح الدرجات عليها من (0 - 3)، الحد الأدنى الإجمالي للدرجات (0)، والحد الأقصى (63) درجة. [16]

3- النسخة المعربة من مقياس يونغ لتقدير الهوس (YMRS) :

قامت كارم (2022) بتعريب المقياس على البيئة المصرية، وهو مقياس مقابلة سريرية أعده يونج وآخرون (1978) لقياس تقدير الهوس في ذلك الوقت مقارنة بمقاييس الاكتئاب، وقد صمّم المقياس لقياس شدة أعراض الهوس، ويساعد في التنبؤ بوجود انتكاسة، ويحتوي المقياس على إحدى عشرة فقرة؛ حيث تعطي كل فقرة تقديرًا لدرجة شدة الأعراض، وتقيس الفقرات كلاً من المزاج المرتفع، وزيادة الحركة والطاقة، والاهتمام والرغبة الجنسية، والنوم، والتهيج، والكلام، والأفكار، والعدوان، والمظهر الخارجي، والاستبصار، وتندرج شدة أربع فقرات على المقياس من (0 - عدم وجود أعراض) إلى (8 - أعراض شديدة)، وهي (التهيج، الكلام، الأفكار، السلوك العدواني)، وأعطيت الفقرات ضعف الدرجة؛ للتعويض عن عدم تعاون المريض بسبب شدة المرض، وتندرج شدة الفقرات السبعة المتبقية على المقياس من (0 - عدم وجود أعراض) إلى (4 - أعراض شديدة)، والحد الأدنى الإجمالي للدرجات (0)، والحد الأقصى (60) درجة. [17]

4- الإجراءات

1. تعريب وتكييف لمقياس (BDRS) على البيئة العربية، وفق الإرشادات التي حددتها منظمة الصحة العالمية ((WHO, 2016) (World Health Organization) [18] من خلال ترجمة عبارات المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية من قبل بعض

المختصين الذين يجيدون اللغتين: الإنجليزية، والعربية بطلاقة. وعرضها على عدد من المختصين في علم النفس، واللغة الإنجليزية، والعربية؛ للتأكد من صحة الترجمة من حيث وضوح الفقرات، وتطابقها مع النسخة الأصلية للمقياس، ومدى ملاءمة محتوى الفقرات لقياس أعراض الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب، وأجريت التعديلات اللازمة بناءً على ملاحظاتهم.

2. أجريت ترجمة عكسية (Back Translation) للمقياس من قبل أخصائي نفسي آخر يجيد اللغتين: العربية والإنجليزية.

3. إصدار النسخة النهائية للمقياس بما يلائم عملية التطبيق، ملحق (1).

ترجمة الدليل المساعد للمقياس، وهو عبارة عن أمثلة توضيحية (لا يتطلب استخدامه لتطبيق المقياس)، ملحق (2).

4. تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية؛ حيث وُزِعَ المقياس على العينة الاستطلاعية المكونة من (29) مشاركًا، وهدفت هذه الدراسة الاستطلاعية إلى التعرف إلى مدى، ووضوح المقياس وعباراته، وملاءمتها للبيئة العربية، وبعد التطبيق تُستخرج مؤشرات كمية على صدق وثبات المقياس.

5. تطبيق المقياس على عينة الدراسة بعد أخذ الموافقات الرسمية من قِبَلِ لجان الأخلاقيات في (مستشفى الجامعة الأردنية، وزارة الصحة الأردنية)، ملحق (3) و(4).

6. إدخال البيانات إلى برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for the Social – SPSS Sciences) وبرنامج (AMOS) واستخدام التحليلات الإحصائية التالية:

- الإحصاءات الوصفية (التكرارات، النسب المئوية، المتوسطات، الانحرافات المعيارية).
- تحليل العامل التوكيدي (CFA) Confirmatory Factor Analysis.
- معامل الارتباط بيرسون Pearson correlation coefficient.
- معادلة كرونباخ ألفا لحساب الاتساق الداخلي Cronbach Alpha.
- اختبارات للكشف عن الفروق بين المجموعتين T-test.
- تحليل المنحنى المميز لأداء المستقبل (receiver operating characteristic curve–ROC).

5- النتائج:

صدق المقياس:

1- صدق البناء (Construct Validity):

أ- صدق الاتساق الداخلي (Internal Consistency Validity): من خلال حساب معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) بين الدرجة الكلية ودرجة الفقرة؛ لمعرفة العلاقة بين الفقرة والمقياس بصورته الكلية، وهذا مؤشر على الاتساق الداخلي بين فقرات المقياس، ولفحص الاتساق الداخلي للمقياس، تم حساب معاملات ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية على المقياس، كما يوضح جدول رقم (2).

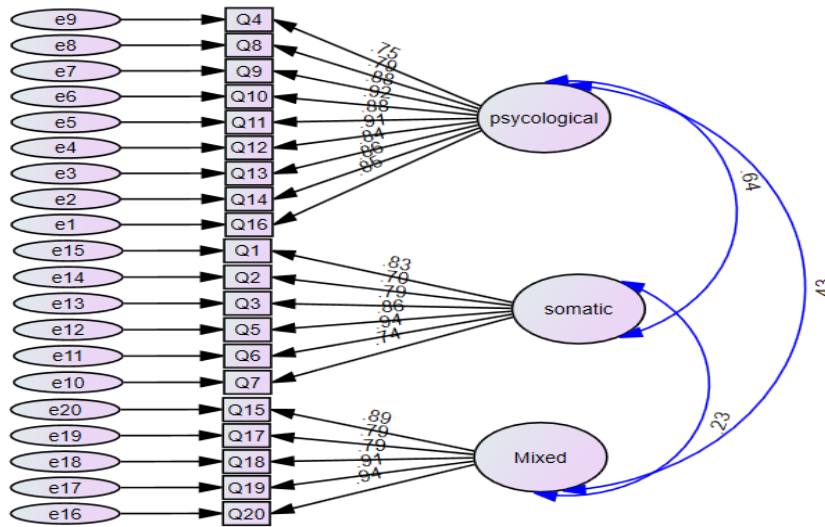
الجدول رقم (2): معاملات الارتباط بين درجة الفقرة على المقياس والدرجة الكلية لمقياس BDRS

الارتباط	رقم الفقرة	الارتباط	رقم الفقرة	الارتباط	رقم الفقرة	الارتباط	رقم الفقرة
.697**0	Q16	.775**0	Q11	.609**0	Q6	.636**0	Q1
.634**0	Q17	.596**0	Q12	.699**0	Q7	0.708**	Q2
.520**0	Q18	.483**0	Q13	0.597**	Q8	.653**0	Q3
.673**0	Q19	0.576**	Q14	0.705**	Q9	0.694**	Q4

.698**0	Q20	.568**0	Q15	0.557**	Q10	.530**0	Q5
---------	-----	---------	-----	---------	-----	---------	----

** القيمة دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$).

ب- الصدق العاملي (Factorial Validity): وأجري التحليل العاملي التوكيدي بطريقة الأرجحية العظمى (Maximum Likelihood)؛ لفحص النموذج الثلاثي للعوامل التي ظهرت في الدراسات السابقة، وفي الدراسة الأصلية (2007). Berk et al) وأشارت نتائج حسن الملاءمة إلى أن المؤشرات ضمن المدى المثالي لها؛ حيث بلغ مؤشر جودة الملاءمة (Goodness of Fit Index) (0.781)، ومؤشر الملاءمة المعياري (Normed Fit Index) بلغ (0.743)، مؤشر الملاءمة المتزايد (Incremental Fit Index) (0.826)، ومؤشر الملاءمة المقارن (Comparative Fit Index) (0.823)، وجذر متوسط مربع الخطأ للتقارب ((Root Mean Square Error of Approximation) (0.075)؛ مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة بين البيانات المقدّمة، والنموذج المقترض، وتبين من النتائج السابقة أن المقياس الحالي يدل على وجود ثلاثة عوامل لمقياس (BDRS)، وأن المقياس صالح للتطبيق في البيئة العربية، وكما يوضح الشكل (1) الرسم المسارية للتحليل العاملي التوكيدي.



الشكل رقم (1) نموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس (BDRS) باستخدام برنامج (AMOS).

2. نتائج الصدق التمييزي (Discriminatory validity)

أظهر اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين المستقلتين، إلى قدرة المقياس المرتفعة في التمييز بين المفحوصين، وكانت النتائج كما هي مبينة في الجدول رقم (3).

الجدول رقم (3): قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المجموعة الإكلينيكية وغير الإكلينيكية.

مستوى الدلالة	"ت"	انحراف معياري	متوسط حسابي	ن	المجموعات	مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب
---------------	-----	---------------	-------------	---	-----------	--

0.01**	18.6	7.21	30.32	50	الاكلينيكية
		4.96	7.28	50	غير الاكلينيكية

** القيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$).

3. نتائج الصدق التلازمي (Convergent Validity):

طُبِّقَ مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب، بالإضافة إلى قائمة بيك الثانية للاكتئاب، ومقياس يونغ لتقدير الهوس على العينة الإكلينيكية (50) مشخصاً باضطراب ثنائي القطب خلال نوبة اكتئاب، وفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الإصدار الخامس DSM-5 (APA,2013)، وتم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات الكلية لمقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب، وقائمة بيك الثانية للاكتئاب، وبعد الأعراض المختلطة في مقياس (BDRS)، ومقياس يونغ لتقدير الهوس، وبلغت معاملات الارتباط للعينة الإكلينيكية كما هي موضحة في الجدول رقم (4).

الجدول رقم (4): معاملات الارتباط بين الدرجات على مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب، وقائمة بيك الثانية للاكتئاب وبعد الأعراض المختلطة في مقياس (BDRS) ومقياس يونغ لتقدير الهوس.

YMRS	BDI-II	BDRS درجة الارتباط مع مقياس
.601**0	.806**0	

** القيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$).

ثبات المقياس:

1. ثبات الاتساق الداخلي (Internal consistency)

تم استخدام معامل ثبات كرو نباخ ألفا للعينة الإكلينيكية المؤلفة من (50) مشاركا ولعينه غير اكلينيكية البالغة (50) مشاركا، وكانت النتيجة كما وضع الجدول رقم (5).

الجدول رقم (5): ثبات مقياس (BDRS) وفق معامل كرو نباخ ألفا (Cronbach's alpha)

العينة الاكلينيكية	العينة غير الاكلينيكية	
.8220	0.851	فقرات الاكتئاب النفسي والجسدي
.7400	0.825	فقرات الأعراض المختلطة
.8500	0.882	المقياس الكلي

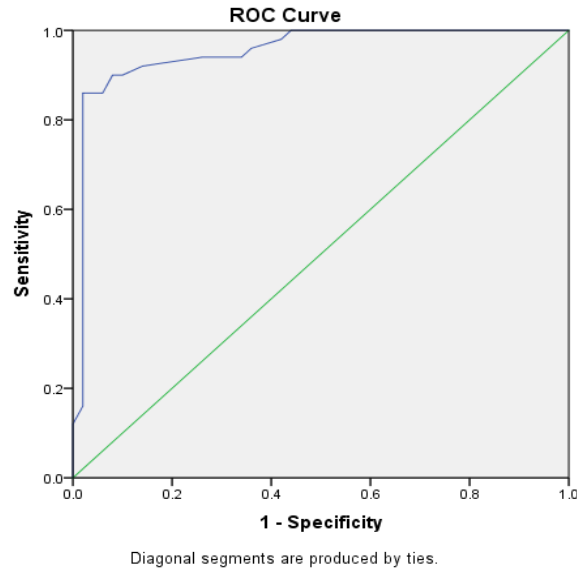
2. الثبات بطريقة الثبات بالإعادة (Test Re – test Method):

تم تطبيق المقياس على فترتين، بفواصل زمني أسبوعين على عينة ثبات الإعادة المؤلفة من (29) مفحوصاً، وبعد ذلك تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات المفحوصين على مرتي التطبيق، وبلغ معامل ثبات الإعادة للعينة (**0.866)، دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$).

نقاط القطع التشخيصية:

فُحِصَت نقاط القطع التشخيصية (Cut off Points) لمقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب على جميع أفراد العينة

البالغة (100)، وتكمن أهمية نقطة القطع كونها الحد الفاصل بين الأصحاء والمرضى في المقاييس النفسية، وأستُخدم منحنى (receiver operating characteristic curve-ROC) لفحص نقطة القطع، واستخراج نسبة الحساسية، والخصوصية (sensitivity, and specificity) لمقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب في الشكل (2).



الشكل (2) ووفقاً لمنحنى (ROC) فإن نقطة القطع المناسبة لـ (BDRS) هي 18؛ حيث بلغت معاملات الحساسية والخصوصية (0.90) و(0.92) بالترتيب، ويشير ذلك إلى قدرة المقياس على تشخيص المصابين باضطراب اكتئاب ثنائي القطب بنسبة تصل إلى (90%) بشكل صحيح، وأيضاً القدرة على تمييز غير المصابين باضطراب اكتئاب ثنائي القطب بنسبة تصل إلى (92%)، ويدل ذلك على قوة المقياس، ومدى قدرته العالية على التمييز بين الأصحاء والمرضى.

6- المناقشة:

1- صدق البناء، وقد فُحص من خلال عدة مؤشرات هي: صدق الاتساق الداخلي، والصدق العاملي، وأشارت نتائج صدق الاتساق الداخلي بطريقة معامل ارتباط بيرسون إلى ارتباط كلٍّ من الفقرة بالمقياس الكلي؛ حيث تراوحت (0.483-0.775)، وجميع هذه المعاملات دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$)، ويعني ذلك أن المقياس يتمتع بصدق اتساق داخلي جيد، ويُعزى ذلك إلى أن فقرات المقياس العشرين تقيس الظاهرة المقاسة بشكل جيد.

2- الصدق العاملي التوكيدي (CFA)، استُخرج بوضع نموذج ثلاثي؛ للمقارنة بين النموذج المقترض في الدراسة الأصلية، والنموذج الأساسي في الدراسة الحالية، وفحص التشبعات على تلك العوامل، وأشارت النتائج إلى تشبع جيد، وأن النموذج ملائم، ويستدل على ذلك من خلال مؤشرات حسن الملاءمة؛ حيث بلغت قيمة مؤشر جودة الملاءمة (GFI) (0.781) وهي جيدة؛ حيث تشير أدبيات القياس النفسي إلى أن درجة مؤشر جودة الملاءمة يتراوح (1-0)، وكلما اقتربت الدرجة من الواحد الصحيح، دلَّ ذلك على جودة توفيق النموذج المقدر لبيانات عينة البحث، أما مؤشر الملاءمة المعياري (NFI)، فتراوح درجته من (1-0)، وكلما اقتربت الدرجة من واحد صحيح، دلَّ على جودة توفيق النموذج المقدر لبيانات عينة البحث، وكانت جيدة في الدراسة الحالية؛ حيث بلغت (0.743)، أما مؤشر الملاءمة المتزايد (IFI)، فتراوح درجته بين (1-0)، وكلما اقترب إلى الواحد الصحيح، دلَّ على ملاءمة أفضل، وكانت درجته (0.826)، وهي درجة مرتفعة، وكان مؤشر الملاءمة المقارن (CFI)؛ حيث يقوم بمقارنة النموذج المقترض (الأصلي) إلى النموذج الأساسي في الدراسة الحالية، وتتراوح قيمته بين (1-0)، وكلما اقتربت قيمته من

الواحد الصحيح، دلّ ذلك على تطابق أفضل للنموذج مع بيانات العينة، وبلغت درجته (0.823) وفي النهاية أُسُخِرَ جذر متوسط مربع الخطأ للتقارب (RMSEA)، وهو من أفضل مؤشرات حسن الملاءمة؛ حيث تتراوح قيمته بين (0 - 100)، وتشير القيمة الأقل من (0.08) إلى قيمة مقبولة، في حين أكبر من (0.08) تشير إلى وجود خطأ، وعدم ملاءمة مع عينة البحث، وكانت في الدراسة الحالية (0.075)، وبشكل عام، نلاحظ أن جميع مؤشرات ملاءمة النموذج التي أُسُخِرَت في الدراسة الحالية كانت ضمن المستويات المقبولة؛ مما يدل على صدق النموذج البنائي للمقياس، وتشير هذه النتيجة إلى وجود تطابق بين مقياس النسخة المعربة من المقياس مع النسخة الإنجليزية الأصلية؛ حيث إن جميع أبعاد المقياس احتفظت بالعبارات التي تنتمي إليها ضمن مستوى مقبول، وكانت النتائج متقاربة مع دراسة تشن وآخرين (Chen et al., 2021)، ودراسة لي وآخرين (lee et al., 2017) ودراسة يونغ وآخرين (young et al., 2016) ودراسة سالفادور وآخرين (Salvador et al., 2015) ودراسة باتماز وآخرين (batmaz et al., 2014) ويشير ذلك إلى أن المقياس يتمتع بصدق بناء عالٍ.

3- الصدق التمييزي، حيث تم تطبيق المقياس على عينة الدراسة الإكلينيكية وغير الإكلينيكية من المشخصين باضطراب ثنائي القطب - نوبة اكتئاب، ودلّت النتائج على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات العينتين، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة خسروفاني وآخرين (khosravani et al., 2021)، وهذا يدل على أن للمقياس قدرة عالية على التمييز بين المشخصين وغير المشخصين بالاضطراب، ويُفسّر ذلك بوجود فقرات دقيقة في تقييم أعراض الاكتئاب والهوس.

4- الصدق التلازمي، حيث كان معامل الارتباط إيجابياً من متوسط إلى قوي مع قائمة بيك الثانية للاكتئاب للعينة الإكلينيكية (0.806)، ومن الدراسات السابقة التي أشارت أيضاً إلى الصدق التلازمي بين مقياس (BDRS) و (BDI-II) دراسة خسروفاني وآخرين (khosravani et al., 2021)، ودراسة إبراهيمي وآخرين (Ebrahimi et al., 2015)، كما بلغ معامل الارتباط بين بعد الأعراض المختلطة في مقياس (BDRS)، ومقياس يونغ لتقدير الهوس (0.601)، وهذه النتيجة قريبة من نتائج دراسة كلّ من جانغ وآخرين (Jung et al., 2016)؛ حيث بلغ معامل ارتباط بيرسون بين المقياسين (0.611)، بينما بلغ (0.69) في دراسة إبراهيمي وآخرين (Ebrahimi et al., 2015) وحصلت دراسة سالفادور وآخرين (Salvador et al., 2015) على ارتباط أقوى بلغ (0.80)، وقد يعود ذلك إلى عينة الدراسة التي اشتملت على مشخصين باضطراب ثنائي القطب من النوع الأول، عكس الدراسة الحالية التي ركزت على المشخصين باضطراب ثنائي القطب تحديداً خلال نوبة اكتئاب، ويتضح ممّا سبق أن هذه الدراسة أثبتت أن مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب يتمتع بدرجة صدق مرتفعة في البيئة العربية، كما هو في البيئات المختلفة الأخرى. أما النتائج المتعلقة بثبات مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب (BDRS) عند تطبيقه على عينات الدراسة، فقد أشارت النتائج إلى تمتع المقياس بمستوى مرتفع من الثبات بنوعيه كما يلي:

1- الاتساق الداخلي بطريقة معامل كرونباخ ألفا لأبعاد المقياس الثلاث على العينة غير الإكلينيكية (0.85 - 0.82)، والعينة الإكلينيكية (0.82 - 0.74)، أما للمقياس بدرجته الكلية، فقد بلغ للعينة غير الإكلينيكية (0.88) والعينة الإكلينيكية (0.85)، ويشير ذلك إلى تمتع المقياس بثبات اتساق داخلي مرتفع، وهذه النتائج تتقارب مع ما توصلت إليه الدراسة الأصلية؛ حيث تراوح معامل الثبات الاتساق الداخلي بطريقة معامل كرونباخ ألفا للمقياس الكلي (0.92)، وإذا كانت الدراسة الأصلية أعلى بشكل طفيف من ناحية ثبات الاتساق الداخلي، فقد يعود ذلك إلى عدد العينة الأكبر في الدراسة الأصلية، إضافةً إلى أنه في الدراسة الحالية كان ثبات الاتساق الداخلي الكلي متطابقاً مع دراسة تشن وآخرين (Chen et al., 2021)، ودراسة لي وآخرين (lee et al., 2017).

2- الثبات بالإعادة لمقياس (BDRS)، تم تطبيق المقياس مرتين، بفواصل زمني أسبوعين على عينة مؤلفة من (29) مشاركاً عينة غير إكلينيكية (0.86)، وكانت النتائج متقاربة لدراسة (khosravani et al., 2021)؛ وممّا سبق يتضح أن هذه الدراسة أثبتت أن مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب يتمتع بدرجة ثبات مرتفعة في البيئة العربية، كما هو في البيئات المختلفة الأخرى،

وبذلك يمكن استخدام المقياس في البيئة العربية.

وأخيراً أظهرت نتائج فحص نقاط القطع التشخيصية من خلال طريقة منحني (ROC) على عينة الدارسة كاملة الدرجة (18) كحد فاصل بين المرضى والأصحاء، وتتمتع بحساسية بلغت (90%)، وخصوصية (92%)، وأظهرت نقطة القطع (18) توافقاً مع دراسة إبراهيمي وآخرين (Ebrahimi et al., 2015) بحساسية بلغت (93%) وخصوصية (94%).

ومما سبق دلت نتائج الصدق والثبات بأنواعه المتعددة المستخدمة في الدراسة الحالية على أن النسخة المعربة من مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب تتمتع بمؤشرات صدق مرتفعة ومقاربة مع النسخة الأصلية، وبذلك يمكن تطبيقه بكل ثقة في البيئة العربية.

7-التوصيات:

1. إجراء دراسات لتحديد نقطة القطع التشخيصية لبعده الأعراض المختلطة لمقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب.
2. إجراء دراسات مع عينة أكبر تشمل المشخصين باضطرابات ثنائي القطب من النوع الأول والثاني، خلال النوبات التالية (الهوس، الهوس الخفيف، الاكتئاب).

Conflicts of Interest Statement

The authors certify that they have NO affiliations with or involvement in any organization or entity with any financial interest (such as honoraria; educational grants; participation in speakers' bureaus; membership, employment, consultancies, stock ownership, or other equity interest; and expert testimony or patent-licensing arrangements), or non-financial interest (such as personal or professional relationships, affiliations, knowledge or beliefs) in the subject matter or materials discussed in this manuscript.

المراجع

- [1] World Health Organization: WHO. (2022). Mental disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- [2] World Health Organization (2019) International Classification of Diseases and related health problems.; (11th ed.). <http://icd.who.int>
- [3] American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington: American Psychiatric Pub.
- [4] Mitchell, P. B., & Malhi, G. S. (2002). The expanding pharmacopoeia for bipolar Disorder. *Annual Review of Medicine*, 53(1), 173–188. <https://doi.org/10.1146/annurev.med.53.082901.103933>
- [5] Robert M. A. Hirschfeld, Lydia Lewis, & Lana A. Vornik. (2003). Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(2), 161–174
- [6] Judd, L. L., Schettler, P. J., Akiskal, H., Coryell, W., Fawcett, J., Fiedorowicz, J. G., Solomon, D. A., & Keller, M. B. (2012). Prevalence and clinical significance of subsyndromal manic symptoms, including irritability and psychomotor agitation, during bipolar major depressive episodes. *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 440–448. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.046>
- [7] Berk, M., Malhi, G. S., Mitchell, P. B., Cahill, C. M., Carman, A. C., Hadzi-Pavlovic, D., Hawkins, M. T., & Tohen, M. (2004). Scale matters: the need for a Bipolar Depression Rating Scale (BDRS). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(s422), 39–45. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00412.x>
- [8] Berk, M., Malhi, G. S., Cahill, C., Carman, A. C., Hadzi-Pavlovic, D., Hawkins, M. T., Tohen, M., & Mitchell, P. B. (2007). The Bipolar Depression Rating Scale (BDRS): its development, validation and utility. *Bipolar Disorders*, 9(6), 571–579. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00536.x>
- [9] Khosravani, V., Berk, M., Samimi Ardestani, S. M., & Sharifi Bastan, F. (2021). Confirmatory evaluation of the bipolar depression rating scale (BDRS) in a large sample of female patients with bipolar depression. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 26(1), 85–91. <https://doi.org/10.1080/13651501.2021.1904997>
- [10] Chen, J. X., Yin, L., Xu, H. T., Zhang, S. Y., Huang, W. Q., Li, H. J., Li, B. B., Yang, K. B., Li, Q., Berk, M., & Su, Y. A. (2021). Psychometric Properties of the Chinese Version of the Bipolar Depression Rating Scale for Bipolar Disorder. *Neuropsychiatric*

Disease and Treatment, Volume 17, 787–795. <https://doi.org/10.2147/ndt.s300761>

- [11] Jung, Y. E., Kim, M. D., Bahk, W. M., Woo, Y. S., Lee, J., Jang, S. H., Won, S., Min, K. J., Chung, S., Kwon, Y. J., Jon, D. I., Lee, K., & Yoon, B. H. (2016). Clinical assessment of bipolar depression: validity, factor structure and psychometric properties of the Korean version of the Bipolar Depression Rating Scale (BDRS). *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0958-7>
- [12] Ebrahimi, A., Berekatain, M., Bornamanesh, A., & Nassiri, H. (2015). Psychometric Properties of the Persian Version of Bipolar Depression Rating Scale (BDRS) in Patients and General Population. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 21(1), 60–68.
- [13] Sarró, S., Madre, M., Fernández-Corcuera, P., Valentí, M., Goikolea, J. M., Pomarol-Clotet, E., Berk, M., & Amann, B. L. (2015). Transcultural adaption and validation of the Spanish version of the Bipolar Depression Rating Scale (BDRS-S). *Journal of Affective Disorders*, 172, 110–115. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.009>
- [14] Batmaz, S., Özdel, K., Koçbıyık, S., & Karadağ, H. (2014). Bipolar Depression Rating Scale--Turkish Version [Dataset]. In *PsycTESTS Dataset*. <https://doi.org/10.1037/t67133-000>
- [15] الدعاسين، خالد عوض (2004). الخصائص السيكومترية لغانمة بيك الثانية للاكتئاب (BDI-II) في البيئة الأردنية. (أطروحة ماجستير). جامعة مؤتة، الأردن
- [16] كارم، هناء يوسف (2022). الكفاءة السيكومترية لمقياس يونج لتقدير شدة أعراض الهوس في الثقافة المصرية. (أطروحة دكتوراه). جامعة الفيوم، مصر
- [17] World Health Organization (2016). *Official WHO process of translation and adaptation of research instruments*. Recuperado de: (http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/).

الملاحق

الملحق (1): النسخة المعربة من مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب (BDRS) مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب

التعليمات: "سأطرح عليك بعض الأسئلة حول الأعراض التي قد تكون لديك، ضع في اعتبارك أننا نركز فقط على الأعراض التي لديك في الوقت الحالي، أو خلال الأيام القليلة الماضية.

حدد أو ضع علامة (√) على إجابة واحدة لكل سؤال من الأسئلة أدناه:

1- المزاج المكتئب (لاحظت على نفسك أو لاحظ عليك الآخرون الكآبة والحزن والتشاؤم واليأس والعجز).

0 لا يوجد

1 خفيف [فترات قصيرة أو عابرة من الاكتئاب، أو اكتئاب خفيف]

2 متوسط [المزاج المكتئب واضح ولكن ليس مستمر وهناك انفعالات أخرى أو أن الاكتئاب متوسط الشدة]

3 شديد [مزاج اكتئابي سائد ومستمر ذو شدة كبيرة]

2- اضطراب النوم: (اختر) A أو B:

التغيير في إجمالي ساعات النوم على مدار 24 ساعة (لا يفسر بسبب عامل خارجي).

A- الأرق (انخفاض الوقت الإجمالي للنوم)

0 لا يوجد

1 خفيف [يصل لساعتين]

2 متوسط [من 2-4 ساعات]

3 شديد [أكثر من 4 ساعات]

B- فرط النوم (زيادة في إجمالي ساعات النوم، بما في ذلك النوم أثناء النهار).

0 لا يوجد

- 1 خفيف [أقل من ساعتين أو أكثر (مدة) طبيعية لكنها غير كافية]
- 2 متوسط [أكثر من ساعتين]
- 3 شديد [أكثر من 4 ساعات]
- 3- اضطراب الشهية (اختر) اما A او B:
- (خلل في الشهية، وتناول الطعام- لا يفسر بسبب عامل خارجي)
- A- فقدان الشهية:
- 0 لا يوجد.
- 1 خفيف [لا يوجد تغيير في تناول الطعام، ولكن يتعين عليه اجبار نفسه لتناول الطعام أو لا يستسيغ الطعام].
- 2 متوسط [انخفاض بسيط في تناول الطعام].
- 3 شديد [انخفاض ملحوظ في تناول الطعام، أو نادرا ما يتناول الطعام].
- B- زيادة الشهية:
- 0 لا يوجد.
- 1 خفيف [لا تغيير في تناول الطعام، ولكن هناك زيادة في الشعور بالجوع].
- 2 متوسط [بعض الزيادة في تناول الطعام، مثل الأكل للشعور بالراحة].
- 3 شديدة [زيادة ملحوظة أو الرغبة الشديدة في تناول الطعام].
- 4- قلة المشاركة الاجتماعية (لاحظت قلة الانخراط الاجتماعي والتفاعل مع الآخرين)
- 0 لا يوجد.
- 1 خفيف [انخفاض خفيف في الانخراط الاجتماعي مع عدم وجود عجز وظيفي في العلاقات الاجتماعية أو الشخصية].
- 2 متوسط [انخفاض واضح في الانخراط الاجتماعي مع بعض العجز الوظيفي، على سبيل المثال، يتجنب بعض التفاعلات الاجتماعية أو المحادثات].
- 3 شديد [انخفاض ملحوظ في التفاعل الاجتماعي أو تجنب جميع أشكال التواصل مع المجتمع تقريبا على سبيل المثال، ترفض الرد على الهاتف أو رؤية الأصدقاء أو العائلة].
- 5- انخفاض الطاقة والنشاط.
- (انخفاض الطاقة والسلوك الموجه نحو الهدف)
- 0 لا يوجد.
- 1 خفيف [قادر على الانخراط في الأنشطة المعتادة ولكن تبذل جهد أكبر].
- 2 متوسط [انخفاض كبير في الطاقة يؤدي إلى تقليل بعض الأنشطة الوظيفية].
- 3 شديد [شلل رصاصي (تعب وأنهك شديد يؤدي الى الشعور بثقل حاد باليدين والرجلين) أو توقف جميع الأنشطة الوظيفية تقريبا، على سبيل المثال، قضاء وقت طويل في الفراش، وتجنب الرد على الهاتف، وإهمال النظافة الشخصية].
- 6- انخفاض الدافعية (لاحظت على نفسك انخفاض في الدافعية والمحركات والنشاط الموجه نحو تحقيق الهدف)
- 0 لا يوجد.
- 1 خفيف [انخفاض خفيف في الدافعية مع عدم وجود عجز وظيفي].
- 2 متوسط [انخفاض الدافعية مع انخفاض كبير للأنشطة الاختيارية أو بذل جهد أكبر من المعتاد لأداء الوظائف].
- 3 شديد [انخفاض الدافعية أو الوظيفة الموجهة نحو تحقيق الهدف بشكل ملحوظ].
- 7- ضعف في التركيز والذاكرة (لاحظت على نفسك انخفاض في الانتباه أو التركيز أو الذاكرة وما يترتب على ذلك من عجز وظيفي)
- 0 لا يوجد.
- 1 خفيف [ضعف طفيف في الانتباه أو التركيز أو الذاكرة مع عدم وجود عجز وظيفي].

- 2 متوسط [ضعف ملحوظ في الانتباه أو التركيز أو النسيان مع بعض العجز الوظيفي].
- 3 شديد [ضعف ملحوظ في التركيز أو الذاكرة مع ضعف وظيفي كبير، على سبيل المثال، عدم القدرة على القراءة أو مشاهدة التلفزيون].
- 8- القلق (لاحظت على نفسك أعراض قلق وتوتر / أو أعراض القلق الجسدية مثل الرعاش، والخفقان، والدوخة، صداع خفيف، والتنمل، والتعرق، وضيق التنفس، وألم في المعدة، أو الإسهال)
- 0 لا يوجد.
- 1 خفيف [قلق أو توتر عابر بشأن الأمور الصغيرة].
- 2 متوسط [قلق أو توتر شديد، أو بعض السمات الجسدية المصاحبة].
- 3 شديد [قلق أو توتر مستمر وملحوظ يتعارض مع النشاط الطبيعي أو نوبات الهلع].
- 9- فقدان المتعة (لاحظت على نفسك انخفاض في القدرة على الاستمتاع في الأنشطة التي كنت تستمتع بها سابقاً)
- 0 لا يوجد.
- 1 خفيف [انخفاض خفيف بالاستمتاع في الأنشطة الممتعة عادة].
- 2 متوسط [انخفاض كبير في الاستمتاع في الأنشطة الممتعة عادة أو تستمتع قليلاً بالأنشطة الفردية].
- 3 شديد [عدم القدرة الكاملة على الاستمتاع].
- 10- التسطیح أو التبدل العاطفي (إحساس ذاتي بانخفاض حدة أو مدى المشاعر أو الانفعالات)
- 0 لا يوجد.
- 1 خفيف [تقلص طفيف، أو انخفاض عابر في حدة المشاعر].
- 2 متوسط [ضيق كبير في شدة المشاعر أو مداها مع الحفاظ على بعض المشاعر، على سبيل المثال، عدم القدرة على البكاء].
- 3 شديد [انقباض واضح وسائد وواسع المدى للانفعالات أو عدم القدرة على تجربة الانفعالات المعتادة].
- 11- انعدام القيمة (الاحساس الداخلي أو الأفكار بانخفاض القيمة الذاتية أو تقدير الذات)
- 0 لا يوجد.
- 1 خفيف [انخفاض خفيف في الشعور بقيمة الذات].
- 2 متوسط [بعض الأفكار عن انعدام القيمة مع انخفاض تقدير الذات].
- 3 شديد [انعدام للقيمة ملحوظ، سائد، أو مستمر على سبيل المثال، بأن الآخرين سيكونون أفضل حالاً بدونهم، غير قادر على إدراك السمات الإيجابية].
- 12- العجز وفقدان الأمل (شعور داخلي بالتشاؤم أو الكآبة فيما يتعلق بالمستقبل أو عدم القدرة على التأقلم أو الشعور بفقدان السيطرة)
- 0 لا يوجد.
- 1 خفيف [عرضي وخفيف بعدم القدرة على التأقلم كالمعتاد؛ أو التشاؤم].
- 2 متوسط [غالبًا ما يشعر بعدم القدرة على التأقلم، أو بمشاعر كبيرة من اليأس والعجز].
- 3 شديد [مشاعر ملحوظة ومستمرة بالتشاؤم أو العجز أو اليأس].
- 13- أفكار انتحارية (أفكار أو مشاعر أن الحياة لا تستحق العناء- أفكار الموت أو الانتحار).
- 0 لا يوجد.
- 1 خفيف [أفكار مفادها أن الحياة لا تستحق العناء أو لا معنى لها].
- 2 متوسط [أفكار عن الموت أو أنك ستموت، ولكن بدون أفكار أو خطط انتحارية نشطة].
- 3 شديد [أفكار أو خطط انتحارية].
- 14- الذنب (إحساس داخلي بلوم الذات أو الفشل أو الندم على أخطاء الماضي الحقيقية أو المتخيلة)
- 0 لا يوجد.

- 1 خفيف [انخفاض طفيف في تقدير الذات أو زيادة نقد الذات].
- 2 متوسط [أفكار واضحة عن الفشل، أو نقد الذات، أو عدم القدرة على التأقلم، أو اجترار الأفكار فيما يتعلق بالفشل الماضي والتأثير على الآخرين ولكنك قادر على الاعتراف بأنها مفردة أو مبالغ فيها].
- 3 شديد [إحساس بالذنب ملحوظ، سائد أو مستمر، على سبيل المثال، الشعور باستحقاق العقاب دون الاعتراف بأنه شعور مبالغ فيه].
- 15- أعراض ذهانية (وجود أفكار أو أهام أو هلاوس مبالغ فيها)
- 0 لا يوجد.
- 1 خفيف [أفكار مبالغ فيها بشكل خفيف، مثل نقد الذات أو التشاوم دون تأثير واضح على السلوك].
- 2 متوسط [أفكار مبالغ فيها بشكل كبير مع تأثير واضح على السلوك، على سبيل المثال، الشعور بالذنب الشديد، والأفكار الواضحة بأن الآخرين سيكونون أفضل حالاً بدونهم].
- 3 شديد [أعراض ذهانية واضحة، مثل الأوهام أو الهلاوس].
- 16- التهيج (لاحظت تهيج غير معهود، سرعة استثارة وغضب، تظهر على شكل نوبات لفظية أو جسدية)
- 0 لا يوجد.
- 1 خفيف [تهيج طفيف؛ قد لا تكون ملاحظه].
- 2 متوسط [تهيج يمكن ملاحظته بوضوح في المقابلة].
- 3 شديد [نوبات جسدية شديدة، مثل، رمي / تحطيم أشياء، أو نوبات لفظية مسيئة بشكل ملحوظ].
- 17- التآرجح (لاحظت تقلب المزاج أو تمت ملاحظته من قبل الآخرين).
- 0 لا يوجد.
- 1 خفيف [لاحظت زيادة خفيفة في تقلب المزاج].
- 2 متوسط [تقلب المزاج يمكن ملاحظته بوضوح من قبل الآخرين].
- 3 شديد [تقلب مزاجي واضح ومسيطر، ومتكرر أو بشكل مفاجئ].
- 18- زيادة الحركة (لاحظت نشاط حركي أو تم ملاحظته من قبل الآخرين)
- 0 لا يوجد.
- 1 خفيف [زيادة خفيفة في الحركة لا يمكن ملاحظتها في المقابلة].
- 2 متوسط [زيادة واضحة وملحوظة في الطاقة والحركة].
- 3 شديد [زيادة ملحوظة ومستمرة في الحركة].
- 19- زيادة الكلام (زيادة ملحوظة في معدل الكلام، أو تطاير الأفكار)
- 0 لا يوجد.
- 1 خفيف [زيادة خفيفة في معدل الكلام أو كميته].
- 2 متوسط [تسارع الأفكار، زيادة الثرثرة بشكل ملحوظ، قابل للتشتت بوضوح، وبعضها ظرفية. لا تعيق المقابلة]
- 3 شديد [تطاير الأفكار لدرجة تعيق المقابلة].
- 20- الانفعال (التململ أو الانفعالات الملاحظة)
- 0 لا يوجد.
- 1 خفيف.
- 2 متوسط [زيادة واضحة في مستوى الانفعالات].
- 3 شديد [انفعال ملحوظ، على سبيل المثال، سرعة التنفس، فرك اليدين].

الملحق (2) النسخة العربية من الدليل المساعد لمقياس (BDRS)

مقياس تقدير الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب (Rater manual)

تعليمات عامة:

- تم تصميم BDRS لقياس شدة أعراض الاكتئاب في اضطراب ثنائي القطب وتم التحقق من صدق BDRS للاستخدام السريري من قبل الفاحصين المدربين.
- تم تصميم المقياس مناسباً لتسجيل نقاط BDRS بناءً على المقابلة السريرية، وتقييم فقرات BDRS شدة الاكتئاب و / أو الأعراض المختلطة التي أعرب عنها المرضى حالياً وخلال الأيام القليلة الماضية.
- إذا كان هناك تعارض بين الأعراض الحالية والأيام القليلة الماضية، فيجب أن يعكس التقييم الأعراض الحالية.
- يحتوي المقياس على 20 فقرة وأقصى درجة ممكنة هي 60 وتشير الدرجات العالية إلى شدة الاكتئاب.
- الفقرات الفردية إما ذاتية (بناءً على شعور المريض) أو موضوعية (يتم تقييمها من قبل الاخصائي) أو الاثنى معاً. في الفقرات المشتركة التي يتم تقييمها بين الفاحص والمريض قد يوجد تناقض بين المعايير الذاتية والموضوعية، فيجب أن يقع الاختيار على الإجابة الأكثر ترجيحاً. فإذا اعتقد الفاحص أن درجة المريض تقع بين درجتين من الشدة، ولم يتمكن من التأكد من الدرجة الصحيحة، فيجب احتساب الدرجة الأكثر شدة.
- عندما لا تصف التعريفات والأمثلة لأحد الفقرات بشكل كامل حالة المريض، فإن الفئات (خفيف / متوسط / شديد) يجب أن توجه الاخصائي ولكن، لا تطلب من المريض اختيار الشدة الصحيحة، على سبيل المثال خفيفة / متوسطة / شديدة.
- في المرضى الذين يعانون من أعراض انفعالية شديدة، على سبيل المثال تغير النوبات المزاجية بشكل سريع ودوري، فيجب التقييم وفقاً للحالة العقلية الحالية وأيضاً عند تقييم حالة لمريض، يجب ان لا تفسر الاعراض الى التأثيرات الفسيولوجية لمادة على سبيل المثال (استخدام المنومات في تقييم النوم) او الى حالة طبية أخرى مثل وجود سبب طبي واضح لأحد الأعراض، مثل (رعاش الليثيوم).
- قد لا يتمكن بعض الأفراد المصابين بالاكتئاب الشديد أو التناوب بين الاكتئاب والهوس الخفيف لاستعادة فترة من الهدوء، وبالتالي قد لا يكون واضحاً للفاحص ما هي الحالة الطبيعية للمريض. ففي الفقرات التي تشير الى المعيار الطبيعي بالنسبة لفرد قد يكون من الضروري للفاحص أن يشير إلى المعايير الافتراضية لتلك الفقرات.
- احذر من خطأ الزعة المركزية، أي تجنب التقييم في المدى المتوسط باعتباره استجابة "آمنة".
- لا تحتاج الى تقديم جميع الأمثلة المدرجة فإن تجربة المريض لمثال واحد تفي بالغرض وليس من الضروري أن يتم اختبار أي من الأمثلة المدرجة المحددة إذا تم استيفاء مستوى المعايير في حكم الفاحص فليس من الضروري أخذ هذه الأمثلة حرفياً.

- الأمثلة المدرجة هي دليل وليست مقابلة منظمة، ويجب أن يتم تكييفها وفقاً للحالة السريرية للفرد.
- لا تفترض إجابات المفحوص على الأسئلة بناء على اجاباته السابقة لبعض الأسئلة.
- يجب أن يأخذ الفاحص في الاعتبار تكرار الأعراض ومدتها وشدها، والضيق والعجز الوظيفي.
- وفقاً للبروتوكول المتفق عليه بشكل عام في المقابلة السريرية، يجب أن تنتقل الأسئلة من عامة إلى خاصة كما يتم إعطاء المرضى عموماً أقل عدد ممكن من التلقين لاستنباط المعلومات المطلوبة للحصول على التقييم.
- داخل كل فقرة يجب أن تنتقل الأسئلة من ذات نهايات مفتوحة إلى أكثر تنظيماً حسب الحاجة كما يجب أن يكون الفاحصون على دراية بالحفاظ على التوازن بين تقليل الأسئلة مع ضمان الحصول على معلومات كافية لجعل التقييم دقيقاً وممثلاً لأعراض المريض.
- قد يُتوقع عموماً أن يحتاج المرضى ذوي الأداء الضعيف بشكل خاص إلى مزيد من التحفيز، في حين أن المرضى ذوي الأداء العالي قد يكونون قادرين على الإجابة على الأسئلة بدون تقديم شرح موسع من قبل الفاحصين.
- الفقرات من 16-20 تقييم الأعراض المختلطة من خلال الفاحص.

معايير الفقرات الفردية:

سأطرح عليك بعض الأسئلة حول الأعراض التي قد تكون لديك وعند الإجابة عليها، يرجى أن تضع في اعتبارك أننا نركز فقط على الأعراض التي لديك في الوقت الحالي، أو خلال الأيام القليلة الماضية.

1- المزاج المكتئب

(يتضمن التقرير الذاتي / السلوك الملاحظ).

* لتسجيل 3 درجات، يجب أن يكون الاكتئاب شديدًا ولكن لا يجب أن يكون مفرط.

كيف كان مزاجك خلال الأيام القليلة الماضية؟

هل شعرت بالاكتئاب أو الحزن أو عدم الراحة؟

هل تمر بمشاعر غير الاكتئاب؟

هل شعرت باليأس والعجز؟

ما هو شعورك تجاه المستقبل؟

ما مدى شدة هذه المشاعر؟

ما مدى استمرار هذه المشاعر؟

2- اضطراب النوم

(سجل إما الأرق أو فرط النوم، مقارنة بنمط النوم الطبيعي للشخص قيم ساعات النوم بشكل مستقل عن الدواء. قم بتضمين النوم أثناء النهار و "الغفوة" وكذلك النوم المتقطع عند تقييم إجمالي ساعات النوم).

كيف كان نومك خلال الـ 7 أيام الماضية؟

كم ساعة تنام عادة عندما تكون بصحة جيدة؟

هل نومك متقطع؟

هل تشعر بالنشاط عندما تستيقظ؟

ما إجمالي عدد الساعات التي كنت تنام فيها خلال آخر ليلتين؟

هل تأخذ غفوة أو تنام مجبراً في النهار؟ كم المدة؟

كم ساعة تنام أكثر أو أقل من المعتاد؟

معايير الفقرات الفردية:

سأطرح عليك بعض الأسئلة حول الأعراض التي قد تكون لديك وعند الإجابة عليها، يرجى أن تضع في اعتبارك أننا نركز فقط على الأعراض التي لديك في الوقت الحالي، أو خلال الأيام القليلة الماضية.

1- المزاج المكتئب

(يتضمن التقرير الذاتي / السلوك الملاحظ).

* لتسجيل 3 درجات، يجب أن يكون الاكتئاب شديداً ولكن لا يجب أن يكون مفرطاً.

كيف كان مزاجك خلال الأيام القليلة الماضية؟

هل شعرت بالاكتئاب أو الحزن أو عدم الراحة؟

هل تمر بمشاعر غير الاكتئاب؟

هل شعرت باليأس والعجز؟

ما هو شعورك تجاه المستقبل؟

ما مدى شدة هذه المشاعر؟

ما مدى استمرار هذه المشاعر؟

2- اضطراب النوم

(سجل إما الأرق أو فرط النوم، مقارنة بنمط النوم الطبيعي للشخص قيم ساعات النوم بشكل مستقل عن الدواء. قم بتضمين النوم أثناء النهار و "الغفوة" وكذلك النوم المتقطع عند تقييم إجمالي ساعات النوم).

كيف كان نومك خلال اليومين الماضيين؟

كم ساعة تنام عادة عندما تكون بصحة جيدة؟

هل نومك متقطع؟

هل تشعر بالنشاط عندما تستيقظ؟

ما إجمالي عدد الساعات التي كنت تنام فيها خلال آخر ليلتين؟

هل تأخذ غفوة أو تنام مجبراً في النهار؟ كم المدة؟

كم ساعة تنام أكثر أو أقل من المعتاد؟

3- اضطراب الشهية (اختر) اما A او B:

(مقارنة بنمط أكلهم وشهيتهم المعتادة).

كيف هي شهيتك؟

حاليا، هل تريد أن تأكل أكثر أم أقل من المعتاد؟

هل أدى التغيير في الشهية إلى تغيير الكمية التي كنت تتناولها بالفعل؟

هل فقد الطعام مذاقه؟

هل يجب أن تجبر نفسك لتناول الطعام؟

هل تأكل بحثا عن الشعور بالراحة أو تتناول الوجبات الخفيفة أكثر من المعتاد؟

هل لديك الرغبة الشديدة بالأكل، مما يؤدي إلى الشراهة؟

4- قلة المشاركة الاجتماعية (لاحظت قلة الانخراط الاجتماعي والتفاعل مع الآخرين):

(قم بتقييم أي انخفاض في التفاعل الاجتماعي والشخصي الذي يمر به المشاركون بسبب تجنبهم أو عدم رغبتهم بالتواصل الاجتماعي). "قيم في سياق ما هو طبيعي للأفراد"

هل تلتقي أو تتفاعل مع أشخاص آخرين كالمعتاد؟

هل تجد سهولة في التواجد مع أشخاص آخرين في الوقت الحالي؟

هل تقابل الأشخاص الذين تقابلهم عادة؟

هل تتجنب الاجتماع أو التواصل بالناس؟

إلى أي مدى تتجنب التواصل بالآخرين؟

هل تتجنب الرد على الهاتف أو رؤية الزوار؟

5- انخفاض الطاقة والنشاط

(يجب تقييم الطاقة والنشاط المنخفضين على أساس التقارير الذاتية وما يترتب على ذلك من انخفاض في النشاط الموجه نحو تحقيق الأهداف).

هل تجد أن لديك نفس القدر من الطاقة المعتادة؟

هل تشعر بالتعب أكثر من المعتاد؟

هل تجد أن القيام بالأشياء يتطلب طاقة أكثر من المعتاد؟

هل تشعر أطرافك بالتعب الشديد أو الثقل؟

هل أدى ذلك إلى تقليل أنشطتك المعتادة؟

هل هناك أشياء لم تعد تقوم بها على الإطلاق بسبب انخفاض الطاقة؟

هل تقضي وقتاً أطول في السرير؟

6- انخفاض الدافعية

(يجب تقييم الدافعية على أساس التقارير الذاتية وما يترتب على ذلك من انخفاض في النشاط الموجه نحو تحقيق الأهداف).

هل قلت دوافعك؟

هل أنت أقل اهتمامًا بأنشطتك المعتادة؟

هل تحتاج إلى دفع نفسك للقيام بالأشياء التي عادة ما تفعلها؟

هل تفعل الأشياء التي عادة ما تفعلها؟

هل توقفت عن فعل أي شيء كنت تفعله عادة؟ مثل؟

7- ضعف في التركيز والذاكرة

(تقيس هذه الفقرة تركيز الفرد وقدرته على الحفاظ على الانتباه وصعوبات الذاكرة قصيرة المدى).

هل تجد صعوبة في التركيز؟

هل يتشتت انتباهك بسهولة أكبر؟

هل أنت أكثر نسيانًا من المعتاد؟

ما مدى شدة النسيان؟

هل تجد صعوبة في القراءة أو القيادة أو مشاهدة التلفاز؟

هل هذا يؤثر على قدرتك على العمل؟ شدة التأثير؟

8- القلق.

(تقيس الفقرة كلا من المستويات المبلغ عنها للقلق النفسي وكذلك الأعراض الجسدية).

عادة ما يعكس وجود أعراض جسدية كبيرة قلقًا أكبر إلا إذا كانت هذه الأعراض ناتجة عن حالة طبية أخرى.

هل شعرت بالقلق أو التوتر أكثر من المعتاد خلال الأيام القليلة الماضية؟

هل وجدت نفسك قلقًا بشأن أشياء لا تزعجك عادة؟

هل تعاني من أي أعراض جسدية مثل الرعشة / خفقان القلب / الدوخة / دوام / التنمل / تعرق / ألم في المعدة / إسهال؟

ما مدى شدة القلق؟

ما مدى استمرار القلق؟

هل يتعارض مع قدرتك على العمل؟

9- فقدان المتعة.

(تقيس قدرة الشخص المبلغ عنها على الاستمتاع في الأنشطة المعتادة)

هل تجد الأشياء ممتعة كالعادة؟

هل ما زلت تجد أي متعة في الأشياء التي تستمتع بها عادة؟

ما هي الأنشطة التي لا تزال تمنحك المتعة؟ إلى أي مدى؟

هل فقدت تمامًا قدرتك على الاستمتاع؟

10- التسطيح العاطفي.

(تقيس الفقرة شدة ومدى الانفعالات المعتادة للفرد -عند إعطاء أمثلة للمريض، انتبه إلى أن مثال الشعور "بعدم القدرة على البكاء" قد يكون له دلالات خاصة بالجنس).

هل تشعر أنك متبلد أو أن مشاعرك مخدرة؟

هل لديك مشاعر أقل تجاه الأشخاص المهمين في حياتك؟

هل تجد صعوبة في التحمس أو الغضب أو الانشغال بشأن الأشياء؟

هل تشعر أحيانًا كما لو كنت فاقدا للإحساس أو لم يتبق لديك أي مشاعر؟

11- انعدام القيمة.

(تقيس مشاعر الفرد بتقدير الذات أو الثقة بالنفس، مقارنة بالمستويات المعتادة لتقدير الذات).

أوصف شعورك بثقتك بنفسك أو تقديرك لنفسك؟

هل تشعر أنك شخص ذو قيمة مثل أي شخص آخر؟

هل ما زلت قادرًا على رؤية صفاتك الإيجابية؟

هل تشعر أن الآخرين سيكونون أفضل حالًا بدونك؟

12- العجز وفقدان الأمل.

(تقيس الفقرة مشاعر العجز أو اليأس والحزن والكآبة).

هل تشعر بالتفاؤل أو التشاؤم بشأن المستقبل؟

هل تشعر أنك ستكون قادرًا على التعامل مع المستقبل؟

هل تشعر بالعجز أو اليأس؟

هل هذه المشاعر موجودة باستمرار؟

ما مدى شدة تلك المشاعر؟

13- الأفكار الانتحارية.

(تقيس الفقرة أفكار الموت والانتحار).

هل تشعر أن الحياة لا تستحق العناء أو لا معنى لها؟

هل تراودك أفكار عن الموت أو أنك ستموت؟

هل تشعر أنك ستكون أفضل حالاً ميتاً؟

هل فكرت في إنهاء حياتك؟

هل راودتك أفكار حول إيذاء نفسك؟

هل وضعت أي خطط؟

14- الذنب.

(تقيس الفقرة الشعور بالذنب ولوم الذات والندم على أحداث حقيقية أو سابقة ويختلف التقييم وفقاً لمدى شعور الشخص بالذنب أو استحقاقه لمصيره).

هل تجد نفسك تشعر بالذنب حيال أشياء حدثت في الماضي؟

هل تنتقد نفسك بشأن دورك في الأشياء التي حدثت بشكل خاطئ؟

ما مدى شدة هذه المشاعر؟

هل هناك بعض الوقت أم كل الوقت؟

هل تعتقد أن هذه المشاعر مبالغ فيها؟

هل تشعر من بعض النواحي أن الإصابة بهذا المرض هي عقاب؟

15- الأعراض الذهانية.

(تقيس الفقرة الأعراض الذهانية، حيث تزداد من الأفكار المبالغ فيها إلى الأعراض الذهانية الصريحة).

تقييم على أساس المقابلة واختبار الحالة العقلية ويتم جمع بعض المعلومات الخاصة بالفقرة من الفقرات السابقة).

هل يؤثر شعورك بالذنب على الأشياء التي تفعلها؟

هل تشعر بالارتياح؟

هل مررت بتجارب غير عادية مثل سماع أصوات أو رؤية رؤى؟

هل تصدق أشياء يعتبرها الآخرون غير طبيعية؟

المقياس الفرعي المختلط: الفقرات 16-20

16- التهيج.

(تقيس الفقرة التهيج والعدوان. يتم تقييمها على أساس التقارير الذاتية للانفعال بالإضافة إلى ملاحظة سلوك المريض).

هل تجد الأشياء تزعجك أكثر مما كانت عليه في السابق؟

هل تظهر غضبك أم يمكنك إخفاء مشاعرك؟

هل تصرفت بطريقة "غير طبيعية" بسبب مشاعر الانزعاج لديك؟

هل فقدت أعصابك لدرجة الصراخ أو كسر الأشياء؟

17- التأرجح.

(الفقرة تقيس كلاً من تقلب الحالة المزاجية المبلغ عنها أو بالملاحظة).

هل تعرضت لتقلبات مزاجية خلال اليومين الماضيين؟

ما مدى حدة هذه التقلبات المزاجية؟

كم مرة يحدث هذا؟

18-زيادة الحركة.

(تقيس الفقرة الزيادة الذاتية والملحوظة في النشاط الحركي ويجب أن يشمل هذا كلاً من النشاط الموجه نحو الهدف وغير المحدد).

هل كنت أكثر نشاطًا من المعتاد خلال الأيام القليلة الماضية؟

هل تشعر أن طاقتك أكثر من المعتاد؟

هل فعلت المزيد من الأشياء بسبب هذا؟

19-زيادة الكلام.

(تقيس الفقرة الزيادة في معدل وكمية الكلام أو الأفكار- في الغالب التقييم يعتمد على الفاحص، مع أخذ التقارير الشخصية في الاعتبار).

هل تريد التحدث أكثر من المعتاد؟

هل تقاطع الناس أكثر مما تفعل عادة؟

هل أفكارك تسير بشكل أسرع من المعتاد؟

هل تجد نفسك مليئًا بالأفكار التي تريد إخبار الناس بها؟

20- الانفعال.

(يقيس الفاحص الضجر والانفعال، مع أخذ التقارير الشخصية في الاعتبار).

هل تشعر أنك مضطرب أكثر من المعتاد؟

هل تشعر بالغضب؟

هل تجد صعوبة في الجلوس؟

ما مدى شدة هذه المشاعر؟

ملحق (3) موافقة لجنة البحث العلمي في وزارة الصحة الأردنية



الرقم م ب ا / لجنة أخلاقيات /
التاريخ
الموافق

مدير مديرية التعليم والتدريب الطبي

تحية طيبة وبعد

اشارة لكتابكم رقم تعليم /معلومات/3354 تاريخ 2023/3/19 بخصوص البحث المقدم من قبل طالب
الماجستير محمد احمد مهدي العماد.

ارفق بطيه قرار لجنة اخلاقيات البحث العلمي والمتضمن الموافقة على اجراء البحث العائد للمذكور اعلاه
على ان يتم موافقتنا بنتائج الدراسة التابعة للبحث انف الذكر.

للاطلاع واجراءاتكم لطفا .

واقبلوا فائق الاحترام،،،،،

مدير ادارة مستشفيات البشير
الدكتور علي عزات العبدالات



اع
ب

ملحق (4) موافقة لجنة البحث العلمي في مستشفى الجامعة الأردنية



مستشفى الجامعة الأردنية

JORDAN UNIVERSITY HOSPITAL

الرقم: 10 2023/13821
التاريخ: 2023 16 8

To whom it may concern

This is to acknowledge that the Institutional Review Board at Jordan University Hospital, the University of Jordan, (IRB-JUH) convened on 6/6/2023 and evaluated the research proposal presented by Mohammed Ahmed Mahdi Alemad and entitled:

Psychometric Properties of the Jordanian Version of Bipolar Depression Rating Scale (BDRS)

The IRB approves the conduct of the proposed research according to the following conditions:

- The compliance with the Good Clinical Practice (GCP) stated in the Hospital Research Policy (Adm po21/3. Adm po32/1), the Declaration of Helsinki, and the International Council for Harmonization (ICH).
- The notification of the IRB-JUH of any major modifications in the proposed research.
- Refraining from exploiting the research participants or their health insurance to cover any procedure solely related to the proposed research.
- Refraining from using the hospital facility solely for the research without the approval of IRB-JUH or covering its cost.
- The collected samples and/or data cannot be used in any unrelated research without prior approval of the IRB-JUH.
- In case of any harm inflicted on the research participants, whether physical, psychological, or social, the principal investigator must inform the IRB-JUH within 24 hours of the incidence.
- The IRB-JUH has the right to request the original research material, such as raw data or the signed consent forms, at any time during or after the completion of the research work.
- The IRB-JUH has the right to suspend its approval in case of major deviations from the proposed research or of any harm inflicted on the research participants.

This approval is valid for one year and must be renewed by a written request presented by the research team represented by the principal investigator(s).

Head of the IRB-JUH,

Prof. Shawqi Saleh

ADDM0112

تلفون ٥٣٥٣٤٤٤ - فاكس ٥٣٥٣٣٨٨ - صندوق بريد ١٣٠٤٦ - عمان - الأردن
Tel. 5353444 Fax 5353388 - P.O.Box 13046 - Amman - Jordan
Email: Juhosp@ju.edu.jo مستشفى الجامعة الأردنية