تقييم الدقة التصنيفية لنسخة مطورة من مقياس الاكتئاب والقلق والضغوط كأداة لفرز الاكتئاب والقلق لدى الإناث في مصر

إعداد

د. سامية بكري علي عبد العاطي

قسم علم النفس ـ جامعة حلوان

ملخص :

تهدف الدراسة إلى اختبار تأثير الاكتئاب والقلق في درجات نسخة مطورة مصرية من مقياس الاكتئاب والقلق والضغوط (م ا ق ض-١٦)، واختبار الدقة التصنيفية لها كأداة لفرز الاكتئاب والقلق لدى الإناث في مصر. فقد تم تطبيق الأداة على عينة تتألف من عدد (١٣٨) من الإناث في الأعمار من (٢٢-٤٧) عاماً موزعين على ثلاث مجموعات: اثنتان منها إكلينيكيتان للاكتئاب (ن=٤٥) والقلق (ن=٤٣) تم اختيارهن من عيادات الطب النفسي لمستشفيات القصر العيني والدمرداش وحلوان بالقاهرة، وكان التشخيص السيكاتري هو المعيار المرجعي الأساسي لاختيارهن، والثالثة غير إكلينيكية (ن=٥٠). وباستخدام مربع إيتا تم الكشف عن وجود تأثير من معتدل إلى كبير للاكتئاب والقلق على درجات الأداة، كما أنه باستخدام أسلوب تحليل المنحنى المميز لأداء المستقبِل تبين أن المقياس المصري هو أداة صادقة لفرز الاكتئاب لدى الإناث في المجتمع المصري بنسبة حساسية تتراوح بين (٧٣%-٨٢%)، ونسبة تحديد نوعي تتراوح بين (٦٨%-٨٠%)، وأداة صادقة لفرز القلق لديهن بنسبة حساسية تتراوح بين (٨٨%-٩٥%)، ونسبة تحديد نوعي تتراوح بين (٧٤%-٧٨%).

الكلمات المفتاحية : مقياس الاكتئاب والقلق والضغوط، الدقة التصنيفية، الفرز، المنحنى المميز لأداء المستقبِل، الاكتئاب، القلق، الإناث، مصر.

مقدمة :

يُعد الاكتئاب والقلق من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً في العالم، وخاصة في عصرنا الحالي الذي يتسم بتعقد الحياة وسرعة وتيرة التغيرات المجتمعية، ولا يُستثنى من هذا أي مجتمع ولا أية فئة أو شريحة مجتمعية، فالقلق والاكتئاب باتا منتشرين في كافة المجتمعات العربية والأجنبية، ولدى كافة الشرائح والطبقات في المجتمع (إبراهيم، ١٩٩٨: ٢٩-٣٣؛ **Bilgel & Bayram, 2010**).

ويمتد تأثير نوعي الاضطراب ليشمل كافة النواحي في حياة الفرد، فيؤثرا على أدائه الشخصي والاجتماعي والأكاديمي أو المهني. فالاكتئاب يتضمن مظاهر انفعالية ومعرفية وسلوكية واجتماعية وجسمية سلبية عديدة تعيق توافق الفرد (مكنزي، ٢٠١٠: ٦)، والقلق يتضمن شعوراً بالتوتر الشديد والخوف غير المبررين، ويرتبط به عدد من الأعراض والمشكلات التي تؤثر على أدائه في الحياة (عبدالخالق، ١٩٩٤؛ زيدنر وماثيوس، ٢٠١١: ٢١؛ **Kumaraswamy, 2013**)، بما يجعل تشخيص الاكتئاب والقلق والتدخل العلاجي لخفض أعراضهما يأتي على قمة أولويات العمل الإكلينيكي.

وتشير الكتابات المختلفة إلى أن الاكتئاب والقلق ينتشران على مستوى العالم لدى الإناث بنسبة تفوق انتشاره لدى الذكور، فقد تبلغ النسبة الضعف وتصل في بعض الدراسات إلى الثلثين، وتُرجع الكتابات ذلك إلى مجموعة الضغوط النفسية والاجتماعية والجسمية التي تقع على عاتق المرأة، والتي تُضاف إلى الأسباب المرتبطة بالتغيرات الهرمونية خلال مراحل عمرية مختلفة من حياتها، بما يجعل الأنثى أكثر استهدافاً للاضطراب (إبراهيم، ١٩٩٨: ٣٤-٣٧؛ الأنصاري وكاظم، ٢٠٠٧؛ مكنزي، ٢٠١٠: ٣؛ **Menezes et al., 2009**).

وتستند عملية تشخيص أو فرز الاكتئاب والقلق – مثلهما في ذلك مثل بقية الاضطرابات النفسية الأخرى – إلى معيار أساسي يقوم على الفحص النفسي من خلال المقابلة الإكلينيكية المنظمة التي يجريها الطبيب النفسي وجهاً لوجه مع المريض للتعرف على مختلف الظروف الطبية والنفسية والاجتماعية المحيطة بشكواه، يحاول خلالها الطبيب أن يضع التشخيص المناسب للحالة بما يتوافر له من خبرة وبمساعدة الأدلة التشخيصية المعروفة للاضطرابات النفسية التي تتضمنها المراجع المختلفة في المجال.

وتُعد المقابلة الإكلينيكية المعيار الذهبي المستخدم في التشخيص، ولكنها في الغالب تستغرق وقتاً ليس بقصير، ولذا تبدو الطريقة الأخرى السيكومترية التي تستند إلى توظيف الاختبارات والمقاييس النفسية الموضوعية المقننة ذات الإعداد الجيد في تصنيف المرضى أو المضطربين تلعب دوراً ذا أهمية بالغة، خاصة في حال ضيق الوقت وفي ظل الأعداد الكبيرة من المفحوصين، حيث يمكنها أن تساعد في عمليات التشخيص والفرز وقياس فعالية العلاج والتقدم نحو الشفاء في المجال الاكلينيكي. وتُعد مقاييس التقدير الذاتي هي الأوسع انتشاراً في هذا الشأن، وذلك لما تتميز

به من مزايا عديدة، أهمها الموضوعية وسهولة التطبيق والاقتصاد في الوقت والجهد، كما ييسر استخدام هذه الأدوات إجراء البحوث المسحية والوقائية على قطاعات واسعة في المجتمع، لإجراء تقييمات الصحة النفسية لأفراده، أو لفرز وتحديد بعض الجماعات الإكلينيكية، أو تقييم أساليب التدخل العلاجي المختلفة.

ويتوافر في هذا الشأن عدد من الاختبارات والمقاييس النفسية التي أثبتت كفاءتها كأدوات صادقة في تشخيص وفرز حالات الاكتئاب والقلق في عدد من المجتمعات الأجنبية، فقد رصد موغال وزملاؤه **Mughal et al. (2020)** عدد (٥٨) أداة حديثة صادقة ذات إعداد جيد لفرز الاكتئاب والقلق في عدد كبير من البيئات الأجنبية من خلال مراجعة الدراسات السابقة حتى عام ٢٠٢٠، في الوقت الذي لا يتوافر لدينا في مصر وفي العالم العربي مثل هذه الأدوات، اللهم إلا قلة قليلة منها أصبحت لا تساير التطورات السيكومترية الحديثة– وذلك في حدود إطلاع الباحثة، بما يبرز الحاجة إلى إعداد أو تطوير أدوات جديدة تصلح للتقييم النفسي الإكلينيكي وتتمتع بكفاءة ومصداقية في عمليات التشخيص وتتبع آثار التدخلات العلاجية والتنبؤ بمآل المرض أو الاضطراب، أو على أقل تقدير تيسر عمليات فرز المضطربين؛ على اعتبار أن الفرز هو أول خطوات التقييم، إذ يتم خلاله تصنيف الأفراد بحيث يمكن اللجوء بعده إلى إجراء المقابلات الإكلينيكية معهم للتأكد من دقة التصنيف.

وفي هذا الشأن، يُعد مقياس الاكتئاب والقلق والضغوط (م ا ق ض) **Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS)** أحد أشهر مقاييس التقرير الذاتي التي تستخدم على نطاق واسع في العالم أجمع، فقد طور لوفيبوند ولوفيبوند بأستراليا صورة كاملة وصورة مختصرة للمقياس بهدف قياس الانفعالات السلبية المتعلقة بالاكتئاب والقلق بشكل خاص **(Lovibond & Lovibond, 1995a)**، وأثبتت العديد من الدراسات العربية والأجنبية الكفاءة السيكومترية والعملية لصور المقياس، وخاصة قدرتها على التمييز بين الأسوياء وبعض فئات الاضطراب النفسي كالاكتئاب والقلق، وخاصة الصورة المختصرة منه (م أ ق ض– ٢١)[1] التي تتسم بمميزات عديدة أبرزها سهولة تطبيقها مع قصر وقتها، وأنها غير مكلفة، وتطبق فردياً وجمعياً، بالإضافة إلى إمكانية استخدامها مع الأفراد من الفئات العمرية المختلفة، واستخدامها في عمليات الفحص النفسي السريع أو المتابعة العلاجية (**Lovibond & Lovibond, 1995b; Crawford & Henry, 2003; Bados et al., 2005; Akin & Cetin, 2007; Asghari et al., 2008; Bilgel & Bayram, 2010; pe et al., 2015; Husain & Gulzar, 2020; Bibi et al., 2020; Algahtani et al., 2021**).

وأشار العديد من الباحثين إلى أن المقياس المختصر يُعد أداة صادقة لفرز حالات الاكتئاب والقلق في المجتمعات المختلفة الأجنبية بما يتميز بع من دقة في التصنيف الإكلينيكي، بنسبة

(1) DASS-21.

حساسية لا تقل عن (٧٨%)، ونسبة تحديد نوعي تزيد فوق (٤٠%) (**Nieuwenhuijsen et al., 2003; Bados et al., 2005; Akin & Cetin, 2007; Mitchell et al., 2008; Tran et al., 2013; Nilges & Essau, 2015; Dunstan et al., 2017; Peters et al., 2021**).

ولقد قامت الباحثة في دراسة سابقة لها بتطوير هذا المقياس المختصر وإجراء عمليات تكييف ومواءمة له ليصلح للتطبيق في البيئة المصرية، بحيث تضمنت النسخة المصرية المطورة (م ا ق ض-١٦)[٢] مقياسين فرعيين، أحدهما للقلق والآخر للاكتئاب، ويمكن تطبيقها على المفحوص بسهولة والخروج بثلاث درجات هي: درجة المقياس الفرعي للقلق، ودرجة المقياس الفرعي للاكتئاب، والدرجة الكلية أو الإجمالية للمقياس. كما تم إجراء اختبارات موسعة أثبتت امتلاك المقياس الكفاءة السيكومترية بطرق متنوعة ولكن لدى عينات غير إكلينيكية من المجتمع المصري (عبد العاطي، ٢٠٢١)، بما يعزز محاولات فحص كفاءة الأداة في الاستخدام الإكلينيكي.

مشكلة الدراسة :

تسعى الدراسة الحالية نحو اختبار الفائدة العملية للنسخة المصرية المطورة من مقياس الاكتئاب والقلق والضغوط (م ا ق ض-١٦) في العمل الإكلينيكي مع حالات الاكتئاب والقلق من الإناث في مصر، إذ تحاول اختبار تأثير الاضطراب في درجات المقياس واختبار دقة المقياس كأداة ذات كفاءة للفرز السريع لحالات الاضطرابين لديهن، وذلك استناداً إلى تحديد درجات قاطعة للمقياس تفصل بدقة بين السواء والاضطراب.

إذ تتركز مشكلة الدراسة في الإجابة عن التساؤلات الآتية :

١- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين المكتئبات والعاديات في عينة الدراسة في درجات المقياس؟

٢- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين القلقات والعاديات في عينة الدراسة في درجات المقياس؟

٣- هل يختلف مستوى الدقة التصنيفية لدرجة القطع المثلى لكل من درجات المقياس في فرز المكتئبات عن العاديات في عينة الدراسة؟

٤- هل يختلف مستوى الدقة التصنيفية لدرجة القطع المثلى لكل من درجات المقياس في فرز القلقات عن العاديات في عينة الدراسة؟

أهداف الدراسة :

يتركز هدف الدراسة الحالية في فحص تأثير الاكتئاب والقلق في درجات النسخة المصرية المطورة من مقياس الاكتئاب والقلق والضغوط لدى الإناث في مصر، بالإضافة إلى اختبار صدقها

(2) DASS-16.

كأداة للفرز السريع لنوعي الاضطراب لديهن، بما يساعد في تقييم صدق الاستخدامات العملية الإكلينيكية للمقياس في البيئة المصرية.

أهمية الدراسة :

تكتسب الدراسة الحالية أهميتها النظرية والتطبيقية من خلال ما يلي :

٥- تساعد في استكمال الإطار النظري والأمبيريقي للصورة المصرية لمقياس الاكتئاب والقلق والضغوط.

٦- تلبي تطلعات الباحثين بتناول خصائص المقياس الشهير في البيئة المصرية، بما يسد جانب نقص كبير في هذا الشأن.

٧- تُثري المكتبة العربية بدراسة عن حساسية الدرجات على الاختبارات والمقاييس للاضطراب النفسي، ولا سيما اضطرابي الاكتئاب والقلق.

٨- تمهد الطريق نحو إجراء المزيد من الدراسات عن تقييم الفائدة العملية لاستخدام الاختبارات والمقاييس النفسية كأدوات ذات جدوى في الفحص الإكلينيكي.

٩- تمد المجال النفسي الإكلينيكي بأداة محلية حديثة تتمتع بموثوقية عالية ودقة تصنيفية وسرعة وسهولة في فرز حالات الاكتئاب والقلق لدى الفتيات والسيدات في المجتمع المصري، وفي تقويم التدخلات العلاجية الخاصة بهن.

١٠- تمهد الطريق نحو إجراء بحوث مسحية على قطاعات واسعة في المجتمع المصري، بما يخدم قرارات تقييم الصحة النفسية وتقديم برامج الوقاية والعلاج.

المفاهيم والإطار النظري :

تقوم الدراسة الحالية على أساس عدة مفاهيم نتناولها فيما يلي:

(أولاً) الدقة التصنيفية[٣]: يُعرف المقياس الصادق بأنه المقياس الذي يحقق الهدف الذي أُعد من أجله (فرج، ٢٠٠٧: ٢٣٩). وتهدف معظم المقاييس النفسية الإكلينيكية إلى تشخيص[٤] المرض أو الاضطراب تشخيصاً دقيقاً يساعد في تقديم خدمات العلاج الملائمة للمريض، أو على أقل تقدير تستهدف تصنيف[٥] المرض تصنيفاً دقيقاً من خلال أدوات فرز سريعة تساعد في تحديد المرضى ولا تستغرق وقتاً طويلاً، ليتبع هذا إجراء مقابلات منظمة أو تطبيق اختبارات أخرى موسعة تؤكد وجود المرض أو تنفيه.

(3) Classification Accuracy.

(4) Diagnosis.

(5) Classification.

وتُعد الدقة التشخيصية أو التصنيفية مؤشراً للحكم على دقة أدوات القياس أو التقويم من خلال تقييم مدى قدرة الأداة على تحديد أو استبعاد الحالة المستهدفة بشكل صحيح. ويتم الاستناد في تقييم دقة الأداة إلى معيار مرجعي[٦] أو معيار ذهبي[٧] يتم الاعتماد عليه في تشخيص المرض بشكل أساسي، بحيث يكون ملائماً للحكم على الأداة من خلال مقارنة نتائج تطبيق الأداة بهذا المعيار **(Macaskill et al., 2010:6)**.

ويتم تقييم قدرة الأداة على التمييز بين المرضى وغير المرضى من خلال عدة طرق، أهمها أسلوب تحليل المنحنى المميز لأداء المستقبِل[٨]، وهو عبارة عن رسم بياني يعرض القدرة التشخيصية أو التصنيفية لأداة الفحص (المقياس) بتغير العتبات الفارقة. ويُعرف البعض هذا الأسلوب الإحصائي باعتباره هو التمثيل البياني للعلاقة بين قيم الحساسية[٩] للأداة والقيم (١–النوعية[١٠]) لجميع نقاط القطع[١١] لدرجات الأداة، بحيث يمكن تحديد أفضلها للفصل بين الأفراد في الفئات المختلفة. وتعبر الحساسية عن قدرة الأداة على تحديد المرضى في عينة المفحوصين بشكل صحيح، بينما تعبر النوعية عن قدرة الأداة على تحديد غير المرضى بشكل صحيح.

إذ يتم تطبيق الأداة المراد تقييم دقتها على المرضى الذين تم تصنيفهم وفقاً للمعيار المرجعي المحدد وعلى الأسوياء، بحيث يتم تصنيفهم إلى مرضى وغير مرضى، ويتم حساب نسبة عدد الأفراد في أربع مجموعات فرعية: النتائج الموجبة الصحيحة، والنتائج الموجبة الكاذبة، والنتائج السلبية الصحيحة، والنتائج السلبية الكاذبة. فيتم رسم المنحنى المميز لأداء المستقبِل من خلال معلمتين هما: معدل النتائج الموجبة الصحيحة في المحور الرأسي، ويعبر عنه بالحساسية، ومعدل النتائج الموجبة الكاذبة في المحور الأفقي ويعبر عنه بالمقدار (١–النوعية).

وباستخدام تحليل المنحنى المميز لأداء المستقبِل يتم الحصول على نقاط القطع التصنيفية، وما يقابل كل نقطة منها من قيم الحساسية والنوعية، بحيث يتم تحديد النقطة المثلى لكل درجة من درجات الأداة والتي تمثل أعلى مستوى للدقة في تصنيف الفرد (مضطرب/ غير مضطرب) من خلال أعلى قيمة للحساسية مع أقل قيمة للمقدار (١–النوعية). كما يمكن المقارنة بين أداتين أو درجتين للمقياس أو أكثر اعتماداً على المساحة تحت المنحنى[١٢] وارتفاع المنحنى واتجاهه نحو الطرف العلوي الأيسر مبتعداً عن الخط القطري للرسم **(Macaskill et al., 2010:9-15; Baratloo et al., 2015)**.

(6) Reference Standard.
(7) Gold Standard.
(8) Receiver Operating Characteristic Curve (ROC Curve).
(9) Sensitivity (SE).
(10) Specificiti (SP).
(11) Cut-off Points.
(12) Area Under the ROC Curve (AUC).

وقد حدد البعض المساحة تحت المنحنى التي تمثل أفضل دقة للأداة وفقاً للتصنيف الآتي: ١- من ٠,٩٠-١,٠٠ ممتاز، ٢- من ٠,٨٠-٠,٩٠ جيد، ٣- من ٠,٧٠-٠,٨٠ معتدل، ٤- من ٠,٦٠-٠,٧٠ ضعيف، ٥- من ٠,٥٠-٠,٦٠ فاشل **(Hosmer & Lemeshow, 2013:103)**. وبهذا يمكن تقييم دقة الأداة من خلال قيم الحساسية والنوعية والمساحة تحت المنحنى (السامرائي، ٢٠١٥).

وتُعرف الدقة التصنيفية إجرائياً في الدراسة الحالية بأنها "هي قدرة النسخة المصرية المطورة لمقياس الاكتئاب والقلق والضغوط على تمييز المكتئبات والقلقات في عينة الدراسة عن العاديات عند الدرجة الفاصلة أو درجة القطع المثلي، وذلك لكل درجة من درجات المقياس الثلاث (درجة القلق – درجة الاكتئاب – الدرجة الكلية)، ويُعبر عنها بالحساسية والنوعية والمساحة تحت المنحنى المميز لأداء المستقبِل، وذلك استناداً إلى معيار مرجعي يرتبط بتشخيص الطب النفسي للاضطرابين".

(ثانياً) الفرز[١٣]: يمكن تعريف الفرز بأنه العملية التي تقوم على المسح أو الحصر لتحديد الأفراد الذين يتسمون بخصائص معينة أو الذين يكونون في حاجة إلى إجراء تدخلات علاجية نوعية لمساعدتهم (سليمان، ٢٠١٠: ٤٣).

وتقوم الدراسة الحالية باختبار قدرة الأداة الرئيسة فيها على تحديد المكتئبات والعاديات وتمييزهم عن العاديات في العينة، بما يُعد اختباراً لصدق الأداة كأداة فارزة، ويتم ذلك من خلال استخدام أسلوب تحليل المنحنى المميز لأداء المستقبل، كما سبق أن ذكرنا.

(ثالثاً) النسخة المطورة من مقياس الاكتئاب والقلق والضغوط (م ا ق ض-١٦): وهي الأداة الرئيسة في الدراسة الحالية، والتي قامت الباحثة بإعدادها في دراسة سابقة لها (عبدالعاطي، ٢٠٢١) نقلاً عن النسخة الأصلية الأسترالية ذات الشهرة الواسعة في مجال التصنيف الإكلينيكي (م ا ق ض-٢١) وتكييفها لتلائم التطبيق في البيئة المصرية، كما تم إجراء تقييمات واسعة لخصائصها السيكومترية- وهو ما يتم تناوله بالتفصيل عند عرض الأدوات، بما كان دافعاً نحو استكمال العمل عليها لإدخالها حيز الاستخدام العملي في المجال الإكلينيكي.

(رابعاً) الاكتئاب: يُعد الاكتئاب أحد أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً في العالم. ويطلق مصطلح "الاكتئاب"[١٤]على اضطراب المزاج الذي يشتمل على مجموعة متنوعة من الأعراض والمظاهر النفسية والجسمية والاجتماعية، كأعراض الشعور بالحزن واليأس والتشاؤم والميول الانتحارية، وهبوط مستوى النشاط وعدم القدرة على التركيز، وعدم القدرة على الاستمتاع بالحياة والشعور بالوحدة وبالذنب ولوم الذات، والتفكير السلبي الانهزامي، وانعدام القيمة، وفقدان الثقة في النفس وفي الآخرين، وفقدان الشهية للطعام والرغبة الجنسية، والأرق والخمول وبطء الاستجابة،

(13) Screening.

(14) Depression.

والشكاوى الجسمية، وتوتر العلاقات الاجتماعية (مكنزي، ٢٠١٠؛ **Kumaraswamy, 2013**). والاكتئاب في الأحوال العادية يعبر عن استجابة طبيعية تنتج عن مرور الفرد بخبرة حياتية مؤلمة كوفاة شخص عزيز أو فشل في الحياة ولا يستمر فترات طويلة، أما الاكتئاب المرضي الاكلينيكي فيكون أكثر حدة ويستمر فترات طويلة، وقد تكون الأسباب التي أثارته غير واضحة أو داخلية المصدر، كما أنه يعوق الفرد عن أداء واجباته المعتادة في مختلف جوانب الحياة (إبراهيم، ١٩٩٨: ٣٠، زهران، ٢٠٠٥: ٧١).

ويقوم تحديد الاكتئاب المرضي – مثله مثل الاضطرابات الأخرى – على أساس طريقين: أولهما هو الفحص النفسي الاكلينيكي للمريض من قبل الطبيب النفسي ومحاولة تشخيص الحالة بمساعدة الأدلة التشخيصية المعروفة، وثانيهما يتضمن استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية المقننة ذات الإعداد الجيد سواء التي أعدها الأخصائيين النفسيين أو الأطباء السيكاتريين، وذلك لما لها من مزايا تتعلق بالسهولة وتوفير الوقت والجهد خاصة في حالة الأعداد الكبيرة من المفحوصين.

ويشمل اضطراب الاكتئاب في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية[١٥] تسع فئات فرعية تتنوع في زملة الأعراض والمسببات ومحكات التشخيص، تجمع بينها مظاهر الحزن واليأس والسوداوية **(American Psychiatric Association, 2013, 155-188)**.

ويُعد التشخيص السيكاتري المتوافر بملف المريضة والمبني على أساس الدليل التشخيصي الخامس هو المعيار المرجعي الأساسي لتحديد المكتئبات في عينة الدراسة الحالية– وذلك بصرف النظر عن التحديدات النوعية لفئات الاكتئاب المختلفة، بالإضافة إلى التأكيد المستمد من خلال قائمة بيك الثانية للاكتئاب.

(خامساً) القلق: يُعد القلق أحد أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً في العالم وتأثيراً على حياة الأفراد بعد الاكتئاب، وتتفق التعريفات على أن القلق[١٦] هو شعور عام مؤلم بالخشية والخوف من تهديد غير معلوم المصدر، بحيث يتضمن شعوراً بالتوتر الشديد والخوف غير المبرر. وللقلق مظاهر وأعراض فسيولوجية كتوتر العضلات، والارتعاشات، والوهن، وتغير الصوت وعدم الاستقرار، وأعراض تخص الجهاز الدوري كخفقان القلب، واحمرار الوجه أو شحوبه، وسرعة النبض، وارتفاع ضغط الدم، فضلاً عن أعراض نشاط الجهاز المعدي المعوي كالغثيان، والتقيؤ، والإسهال، كما قد تصاحبه أعراض أخرى كالإحساس بالبرودة، والتنفس غير المنتظم، والتبول المتكرر، واضطرابات النوم، وعلى المستوى السلوكي يظهر سلوك التجنب (عبدالخالق، ١٩٩٤، زيدنر وماثيوس، ٢٠١١: ٢١). ويرجع القلق إلى تفاعل مسببات بيولوجية تتعلق بالوراثة، ونفسية، بالإضافة إلى الضغوط المحيطة (شيهان، ١٩٨٦: ١٧).

(15) DSM-5.

(16) Anxiety.

وكغيره من الاضطرابات، يقوم تحديد القلق المرضي على أساس طريقتي الفحص النفسي الإكلينيكي، واستخدام الاختبارات والمقاييس النفسية المقننة.

ولقد حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية اضطرابات القلق بحيث تشمل إحدى عشرة فئة فرعية تشترك في مظاهرها ولكن لكل منها محكاتها التشخيصية، وتتضمن اضطراب قلق الانفصال، والصمت الانتقائي، والرهاب النوعي، والرهاب الاجتماعي، والهلع، ورهاب الساحة، واضطراب القلق المعمم، بالإضافة إلى الاضطراب بسبب مادة أو دواء، أو الاضطراب بسبب حالة طبية أخرى، أو أي اضطراب قلق محدد آخر، أو اضطراب غير محدد **(American Psychiatric Association, 2013, 189-234)**.

ويُعد التشخيص السيكاتري هو المعيار المرجعي الأساسي لاختيار حالات القلق في عينة الدراسة– بصرف النظر عن تحديد الفئات النوعية المختلفة، بالإضافة إلى نتائج تطبيق قائمة حالة القلق.

الدراسات السابقة :

أجرى موسى وزملاؤه **Moussa et al., (2001)** دراسة لتطوير نسخة عربية للصورة الكاملة لمقياس الاكتئاب والقلق والضغوط وتقييم خصائصها السيكومترية لدى عينة قوامها (٢٢٠) من المهاجرين العرب بأستراليا من الجنسين في الأعمار من (١٨) عاماً فما فوق، وقد اتضح تمييز المقياس بين الزملات الانفعالات السلبية الثلاث (الاكتئاب، والقلق، والضغوط)، إلا أن النسخة الأصلية الإنجليزية تفوقت على العربية في هذا الشأن.

وفي هولندا، فحص نيوينهويزين وزملاؤه **Nieuwenhuijsen et al., (2003)** قدرة نفس المقياس على اكتشاف اضطرابي الاكتئاب والقلق لدى عينة تتألف من عدد (١٩٢) من الموظفين والموظفات المتغيبين عن العمل بسبب مشكلات نفسية بمتوسط عمري (٤٤) عاماً وانحراف معياري (٩). وقد كشف تحليل التغاير عن تأثير كبير للمجموعة المرضية على درجات مقياسي الاكتئاب والقلق للأداة، وأوصى الباحثون بدرجة قطع قيمتها (٥) للقلق بحساسية ٩٢% ونوعية ٤٠%، ودرجة قطع (١٢) للاكتئاب بحساسية ٩١% ونوعية ٤٦%، بما يجعل المقياس مفيداً في هذا الشأن.

وعندما بحث بادوس وزملاؤه **Bados et al., (2005)** الخصائص السيكومترية لذات المقياس لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة برشلونة بأسبانيا تألفت من (٣٦٥) من العاديين و(٣٥) من مرضى القلق والاكتئاب، كانت نتائج الصدق التمييزي مقبولة بعامة. وتتسق نتائج دراسة هذه الدراسة مع ما توصل إليه أكين وشيتين **Akin & Cetin (2007)** عن خصائص النسخة التركية من المقياس لدى عينة تتكون من عدد (٥٩٠) من طلبة الجامعة و(١٢١) من المعلمين و(١٣٦) من المضطربية انفعالياً، والتي أكدت على صدق المقياس في التمييز بين المضطربين انفعالياً

والعاديين. وتُعد دراسة ميتشل وزملاؤه **Mitchell et al., (2008)** التي أجريت بأستراليا أحد الدراسات ذات الأهمية، إذ ركز الباحثون على فائدة استخدام النسخة المختصرة من مقياس الاكتئاب والقلق والضغوط في فرز حالات الاكتئاب والقلق لدى المرضى ذوي إصابات النخاع الشوكي، وضمت العينة عدد (٤٠) مريضاً من الجنسين ممن تتراوح أعمارهم بين (١٩-٨٢) عاماً، وتمت الاستعانة بالتشخيصات المبنية على المقابلة السيكاترية. وكشفت النتائج عن حساسية المقياس في الكشف عن القلق والاكتئاب، إلا أنه اتسم بنوعية أقل (الحساسية=٨٦%، والنوعية=٦٤%). كما تُعد دراسة تران وآخرون **Tran et al., (2013)** إحدى الدراسات الرائدة عن صدق النسخة المختصرة للمقياس كأداة فرز للاكتئاب والقلق لدى السيدات الريفيات في الرعاية الأولية بشمال فيتنام. وقد شملت عينة الدراسة (٢٢١) من السيدات الراشدات ممن تتراوح أعمارهن بين (٢٠-٤٤) عاماً واللاتي مررن بمقابلة منظمة لتشخيص اضطرابات الاكتئاب والقلق وفقاً للدليل التشخيص والاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية، بحيث تم تشخيص عدد (٢٦) سيدة منهم باضطراب الاكتئاب، و(٢٤) بالقلق، و(٧) باضطراب خليط من الاكتئاب والقلق. وقد كشف استخدام أسلوب تحليل المنحنى المميز لأداء المستقبِل عن أن الدرجة في كل من المقاييس الفرعية الثلاثة للاكتئاب والقلق والضغوط والدرجة الكلية للمقياس كانت حساسة وقادرة على الكشف عن الاضطرابات لدى النساء، بحساسية تزيد عن (٦٩%) ونوعية تزيد عن (٦٥%) عند درجة القطع المثلى، وقد كانت الدرجة الكلية للمقياس أفضل الدرجات دقة، إذ زادت حساسيتها عن (٧٩%)، وزادت النوعية لها عن (٧٢%)، وتراوحت قيم المساحة تحت المنحنى لها بين (٧٢,٦%-٨٣,١%)، بما يؤيد دقة المقياس في التصنيف الإكلينيكي.

وفي ألمانيا، توصل نيلجز وإيسو **Nilges & Essau (2015)** إلى نتائج تتسق مع الدراسة السابقة، فقد استخدم الباحثون المقياس المختصر لدى (٩٥٠) من المرضى الذين يعانون من الألم وغير المرضى، حيث كان للمقياس حساسية جيدة للاكتئاب. وفي نفس السياق، أجرى دونستان وزملاؤه **Dunstan et al., (2017)** بأستراليا دراسة لاختبار القدرة التنبؤية للمقياس بالتشخيص الإكلينيكي للقلق والاكتئاب المستخرج باستخدام استبيان صحة المريض، وقد اشتملت العينة الإجمالية للدراسة على عدد (٣٧٦) من الراشدين من الجنسين ممن تتراوح أعمارهم بين (١٨-٧٤) عاماً. وكشف تحليل الانحدار اللوجيستي أن مقياس الاكتئاب والقلق والضغوط هو منبيء قوي بالقلق والاكتئاب، كما كشف استخدام أسلوب تحليل المنحنى المميز لأداء المستقبِل عن قيم للحساسية للمقياسين الفرعيين للاكتئاب والقلق بلغت (٨٤%، ٧٤%) وقيم للنوعية بلغت (٨٤%، ٨٤%) على التوالي. وقد سار بوفورت وزملاؤه **Beaufort et al., (2017)** على خطى الباحثين السابقين في اختبار القدرة التنبؤية للمقياس المختصر كأداة فرز للاكتئاب لدى عدد (٤٧) من مدمني المخدرات في هولندا، بحيث تمت مقارنة المقياس بالمقابلة الدولية للطب النفسي كمعيار ذهبي،

وكشف الباحثون عن مستويات حساسية للاكتئاب بعد إزالة السموم بين (٧٨%–٨٩%) ومستويات للنوعية بين (٧١%–٧٦%) على التوالي، بما قد يجعل المقياس أداة مناسبة لفحص الاكتئاب لدى هذه الفئة المضطربة.

واهتم بيترز وآخرون **Peters et al., (2021)** في الولايات المتحدة الأمريكية باستخدام المقياس المختصر كأداة فرز للاكتئاب والقلق في الرعاية الأولية. وقد استندت دراستهم إلى بيانات سابقة لمجموعة متنوعة من الراشدين من الجنسين ممن تتراوح أعمارهم بين (٢٤–٦٨) عاماً، والذين سبق لهم طلب استشارة مع معالج من خلال الهاتف أو الفيديو (ن=٢٠٢). وكشفت الدراسة النقاب عن أن المقياسين الفرعيين للاكتئاب والقلق كانا يصنفان الحالات المرضية التي تتخطي درجاتها الحد الفاصل بين السواء واللاسواء (≤١٠ درجات لمقياس الاكتئاب، و≤٨ لمقياس القلق). إلا أن هذه الدراسة برغم أهميتها فإنها استخدمت بيانات لمفحوصين على درجة واسعة من التنوع في خصائصهم العمرية والصحية والسلوكية، كما لم تعتمد على إجراء مقابلات مباشرة مع المفحوصين أو الاستناد إلى معيار مرجعي موثوق به يتم التشخيص من خلاله وإنما تم الاكتفاء بالاستقصاءات من خلال الانترنت دون أماكن الرعاية الصحية التقليدية.

تعليق عام على الدراسات السابقة :

نخرج من العرض السابق للدراسات بالآتي :

١ – تؤكد نتائج عدد من الدراسات صدق المقياس في التمييز بين المضطربين – وبخاصة ذوي اضطرابات الاكتئاب والقلق – والعاديين، مع وجود تأثير كبير للمجموعة المضطربة على درجات المقياس.

٢ – تشير الدراسات إلى أن الصورة المختصرة من المقياس هي منبيء جيد بالتصنيف الإكلينيكي للاكتئاب والقلق، فقد بدت الأداة تتسم بالدقة في تحديد حالات الاكتئاب والقلق، بنسبة حساسية لا تقل عن (٧٨%)، ونسبة تحديد نوعي لا تقل عن (٤٠%)، وإنما تزيد عنها في كثير من الأحيان.

ومن هنا كان التشجيع للدراسة الحالية للسعي نحو اختبار قدرة الصورة المختصرة المصرية من المقياس على التمييز بين كل من المكتئبات والقلقات من جهة والعاديات من جهة أخرى، واختبار أثر الاضطراب في الدرجات على الأداة، بالإضافة إلى فحص صدق الاستخدامات العملية الإكلينيكية للمقياس كأداة فرز للاكتئاب والقلق لدى الإناث في المجتمع المصري.

المنهج والإجراءات :

(أولاً) المنهج: يتم استخدم المنهج الوصفي في الدراسة الحالية لمناسبته لأهدافها التي تتعلق بوصف الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة كأداة صادقة في فرز الاكتئاب والقلق.

(ثانياً) مجتمع وعينة الدراسة: يشمل مجتمع الدراسة الفتيات والسيدات المصريات في الأعمار بين (٢١-٥٠) عاماً، من المستويات التعليمية والاجتماعية الاقتصادية المختلفة، أما عينة البحث فهي عينة مقصودة تضم في مجملها عدد (٢٢٨) من الإناث، وتشتمل على عينتين فرعيتين كما يلي:

١ – العينة الاستطلاعية: تضم (٩٠) من الإناث من المجتمع العام لمحافظة القاهرة، اللاتي تتراوح أعمارهن بين (٢١-٥٠) عاماً، بمتوسط قدره (٣٤,٦٩) عاماً، وانحراف معياري (٨,٥٩)، من مستويات تعليمية واجتماعية اقتصادية متنوعة، وهن اللاتي تيسر للباحثة تطبيق أداة الدراسة عليهن، بحيث تُستخدم بياناتهن في اختبار الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة.

٢ – العينة الأساسية: تتكون من عدد (١٣٨) من الإناث في الأعمار من (٢٢- ٤٧) عاماً، واللاتي تتوزعن على ثلاث مجموعات، اثنتان منها مرضيتان: إحداها لذوي اضطراب الاكتئاب (ن=٤٥) والأخرى لذوي اضطراب القلق (ن=٤٣)، والثالثة هي عينة غير إكلينيكية من العاديات أو السويات (ن=٥٠)، بمتوسط عمري يبلغ (٣٢,٦٩، ٣٣,٢٢، ٣٤,٠٤) وانحراف معياري يبلغ (٧,٢٩، ٦,٧٧، ٨,١٢) للمجموعات على التوالي.

وقد تم اختيار مريضات الاكتئاب والقلق من المترددات على العيادات الخارجية للطب النفسي بمستشفيات القصر العيني والدمرداش وحلوان بمحافظة القاهرة، على أن يتوافر في ضم أي منهن إلى العينة الآتي :

أ) توافر البيانات الشخصية الأولية للمريضة، وخاصة ما يتعلق بتاريخ الميلاد والحالة الاجتماعية والتعليم والمهنة والمستوى التقديري للدخل، سواء تواجدت هذه البيانات بالملف الطبي أو أمكن جمع هذه البيانات أثناء جلسة تطبيق أداة الدراسة.

ب) أن تستطيع المريضة قراءة وفهم فقرات الأداة والاستجابة عنها بمفردها، بحيث يتم استبعاد من أظهرن إجابة آلية أو نمطية تعكس عدم الفهم أو عدم الاهتمام.

ج) أن يتوافر تشخيص سيكاتري محدد واحد بالملف الطبي تم اشتقاقه من خلال المقابلات مع الطبيب النفسي بأنها حالة اكتئاب أو حالة قلق (من كافة فئات الاكتئاب أو كافة فئات القلق) وفقاً للدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية، وتتلقى المريضة علاجها على أساس هذا التشخيص، بحيث يتم استبعاد للحالة التي تشخص بأنها تظهر لديهم أعراض خليط من اضطرابين أو أكثر دون بروز أحدها على الآخر في الصورة الإكلينيكية.

د) أن تحصل المريضة بالاكتئاب على درجة تائية لا تقل عن (٧٠) في قائمة بيك الثانية للاكتئاب، وتحصل المريضة بالقلق على درجة خام لا تقل عن الربيع الأعلى في قائمة حالة القلق بما يعادل (٦٠) درجة، وفقاً لما أشار إليه معدوا المقياسين كدرجة فاصلة بين السواء واللاسواء، بحيث تؤكد وجود الاضطراب بشكل ملحوظ.

وبهذا فقد تم استبعاد عدد (١٤) من المريضات خلال اختيار العينة الأساسية، ويتم استخدام بيانات العينة الأساسية للإجابة عن تساؤلات الدراسة. ويستعرض جدول (١) وصفاً للمجموعات الثلاث وفقاً لمتغيرات التعليم والمهنة والحالة الاجتماعية والدخل.

جدول (١) يوضح توزيع أفراد العينة الأساسية تبعاً لبعض المتغيرات الديموجرافية

المتغير		المكتئبات (ن=٤٥)		القلقات (ن=٤٣)		العاديات (ن=٥٠)	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
التعليم	إعدادي	٢٠	٤٤	١٨	٤٢	٦	١٢
	ثانوي/ دبلوم متوسط	١٦	٣٦	١٧	٤٠	٢٣	٤٦
	فوق المتوسط/ جامعي	٩	٢٠	٨	١٨	٢١	٤٢
المهنة	موظفة بالقطاع العام	٤	٩	٥	١٢	١٤	٢٨
	موظفة بالقطاع الخاص	٨	١٨	٥	١٢	٦	١٢
	أعمال حرة	٨	١٨	١١	٢٦	١٧	٣٤
	أعمال خدمية وحرفية	١٣	٢٩	١٥	٣٥	٩	١٨
	لا تعمل/ طالبة	١٢	٢٧	٧	١٦	٤	٨
الحالة الاجتماعية	متزوجة	١٨	٤٠	١٩	٤٤	٣٤	٦٨
	غير متزوجة	٢٧	٦٠	٢٤	٥٦	١٦	٣٢
مستوى الدخل	أقل من ٣٠٠٠	٢٢	٤٩	٢٥	٥٨	٢٣	٤٦
	من ٣٠٠١–٦٠٠٠ جنيهاً	١٩	٤٢	٧	١٦	١٧	٣٤
	من ٦٠٠١–٩٠٠٠ جنيهاً	٣	٧	١١	٢٦	٧	١٤
	أعلى من ٩٠٠٠ جنيهاً	١	٢	٠	٠	٣	٦

ويبدو من خلال الجدول السابق تنوع أفراد المجموعات الثلاث من المتغيرات الديمجرافية المختلفة. وقد تم التأكد من عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعات الثلاث في متوسط أعمارهن بالإضافة إلى وجود فروق دالة في درجات الأداة الرئيسة للدراسة من خلال اختبار (ف).

(ثالثاً) الأدوات: تستخدم الدراسة **الحالية** الأدوات الآتية :

[١] النسخة المطورة من مقياس الاكتئاب والقلق والضغوط (م ا ق ض- ١٦): وتُعد هي الأداة الرئيسة، وهي أداة حديثة تم نقلها عن النسخة الإنجليزية الأصلية المختصرة (م ا ق ض–٢١) ذات الشهرة الواسعة في العالم أجمع التي تم اقتراحها من قبل لوفيبوند ولوفيبوند (١٩٩٥أ) بأستراليا.

فالمقياس الأصلي الأجنبي يتألف من (٢١) فقرة للتقرير الذاتي تتوزع على ثلاثة مقاييس تقيس أعراض ومظاهر الاكتئاب والقلق والضغوط، وقد أثبت خصائص سيكومترية جيدة بطرق وأساليب مختلفة في عدد كبير من المجتمعات العربية والأجنبية **(Moussa et al., 2001; Bados et al., 2005; Akin & Cetin, 2007; Tully et al., 2009; Bilgel & Bayram, 2010; Tran et al., 2013; Bibi et al., 2020; Algahtani et al., 2021)**.

وقد قامت الباحثة في دراسة سابقة لها بمواءمة المقياس لكي يصلح للتطبيق في البيئة المصرية، بحيث تضمنت النسخة المصرية (١٦) فقرة يتم الإجابة عنها بطريقة ليكرت على مقياس رباعي النقط يعبر عن مدى انطباق الشعور على المفحوص خلال الأسبوع الماضي كما يلي: (٠) لا تنطبق تماماً، (١) تنطبق أحياناً، (٢) تنطبق بدرجة كبيرة، (٣) تنطبق تماماً. وتتوزع فقرات الصورة المصرية على مقياسين فرعيين فقط، أحدهما للقلق يتألف من عدد (١٠) فقرات والآخر للاكتئاب يتألف من (٦) فقرات، بحيث يمكن تطبيقها على المفحوص بسهولة لأغراض الفرز والتصنيف والخروج بثلاث درجات (درجة المقياس الفرعي للقلق، درجة المقياس الفرعي للاكتئاب، الدرجة الكلية للمقياس). وقد تم جمع الأدلة والشواهد التي تؤكد صدق وثبات المقياس المصري بطرق متنوعة يمكن تلخيصها فيما يلي :

١ – يتوافر للمقياس أدلة الصدق البنائي من خلال الارتباطات البينية الداخلية لدرجاته لدى عينة تتألف من عدد (٢١٣) من طلاب وطالبات الجامعات المصرية المختلفة.

٢ – كشف التحليل العاملي الاستكشافي لدرجات عدد (٢١٣) من طلاب وطالبات الجامعات على المقياس استناد فقرات المقياس على عاملين اثنين مرتبطين، أحدهما للقلق، والآخر للاكتئاب.

٣ – تؤيد نتائج التحليل العاملي التوكيدي لدرجات عينة تتألف من عدد (٣٨٥) من طلاب وطالبات الجامعات البنية العاملية للمقياس التي تتضمن بُعدين اثنين للقلق والاكتئاب يتشبع عليهما (١٦) فقرة.

٤ – يتوافر للمقياس أدلة الصدق التلازمي من خلال ارتباط درجاته بدرجات مقياس بيك الثاني للاكتئاب ودرجات قائمة القلق (الحالة والسمة) لدى عدد (١٠٠) من طلاب وطالبات الجامعات.

٥ – تتوافر للمقياس المصري قيم مقبولة لمعاملات ثبات أوميجا لمقياسي القلق والاكتئاب، كما يتوافر له ثبات الإعادة من خلال معامل الارتباط بين الفئات لدى عدد (٦٠) من طلاب وطالبات الجامعات.

(عبدالعاطي، ٢٠٢١)

كما تم اختبار الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية لدى العينة الاستطلاعية (ن=٩٠)، وكانت النتائج كما يلي :

١ – **الصدق** : يتوافر للمقياس الصدق البنائي من خلال الارتباطات البينية الداخلية لدرجاته، سواء كانت ارتباطات درجات الفقرات بدرجات الأبعاد (تراوحت بين ٠,٣٢–٠,٦٥)، أو ارتباطات درجات الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس (تراوحت بين ٠,٥٥–٠,٨٤)، وقد كانت جميع القيم دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، كما تم التحقق من صدق

المقياس في التمييز بين كل من المكتئبات والقلقات من جهة والعاديات من جهة أخرى في العينة الأساسية، وقد كانت قيم (ت) للفروق بين المضطربات والعاديات في جميع درجات المقياس دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١)، وهو ما سنعرضه بالتفصيل خلال استعراض نتائج التساؤلين الأول والثاني للدراسة.

٢ – **الثبات:** تم حساب معاملات ثبات أوميجا لمكدونالد لدرجات المقياس، وقد بلغت قيمته للمقياسين الفرعيين للاكتئاب والقلق والدرجة الكلية (٠,٨٣، ٠,٨٨، ٠,٩١) على التوالي، وهي قيم تشير إلى اتساق داخلي مرتفع، كما كشف اختبار الثبات من خلال التجزئة النصفية عن قيم مقبولة لدرجة كبيرة يوضحها جدول (٢)، إذ تراوحت قيم معامل جتمان لدرجات المقياس بين (٠,٨١، ٠,٨٨).

جدول (٢) يوضح معاملات ثبات أوميجا والتجزئة النصفية للمقياس

درجات المقياس	عدد الفقرات	معامل أوميجا	التجزئة النصفية	
			الارتباط بين الجزئين	معامل جتمان
الاكتئاب	٦	٠,٨٣١	٠,٦٩٧	٠,٨١٣
القلق	١٠	٠,٨٨٠	٠,٧٦٩	٠,٨٦٨
الدرجة الكلية	١٦	٠,٩١٠	٠,٧٩١	٠,٨٨٣

[٢] قائمة بيك الثانية للاكتئاب (د– ٢) BDI-II (Beck Depression Inventory: وهي أداة لتقدير شدة الاكتئاب لدى المراهقين والراشدين، أعدها في الأصل أرون بيك **Aaron Beck** وزملاءه عام ١٩٩٦بجامعة بنسلفانيا الأمريكية بهدف تقييم شدة أعراض الاكتئاب. وقد قننها على البيئة المصرية غريب عبدالفتاح على عينة تضم (١٤٥) من العاديين والمرضى النفسيين من الجنسين، وشملت عينة المعايير عدد (٣٤٨٧) مفحوصاً في الأعمار بين (١٤–٦٦) عاماً. وتتكون القائمة من (٢١) مجموعة من العبارات للتقرير الذاتي تتدرج من حيث شدة محتواها على مقياس من أربع نقاط من (صفر– ٣). وبتطبيقها يتم الحصول على الدرجات الخام وتحويلها إلى درجات تائية من خلال جداول المعايير المناسبة، بحيث تعتبر الدرجة التائية (٧٠) حداً فاصلاً بين الأسوياء واللاأسوياء.

وقد كشفت الدراسات عن معاملات صدق وثبات جيدة للمقياس في البيئة المصرية، فقد تحقق الصدق العاملي للمقياس والصدق التقاربي والصدق التباعدي (غريب، ١٩٩٥)، وارتفعت قيم معاملات ألفا كرونباخ ما وثبات إعادة التطبيق بشكل واضح لدى طلبة الجامعة (غريب، ٢٠٠٠)، كما وُجدت ارتباطات دالة مرتفعة لدرجات الأداة الرئيسة للدراسة به تراوحت بين (٠.٥٩–٠.٧١)، بما يشير إلى الصدق التلازمي (عبد العاطي، ٢٠٢١). وقد تم الحصول على قيمة مرتفعة لمعامل ألفا لدرجات المقياس لدى العينة الاستطلاعية (ن=٩٠) في الدراسة الحالية تبلغ (٠,٨٤).

[٣] قائمة القلق الحالة State Anxiety Inventory (STI): وهي أحد مقياسين فرعيين أعدهما سبيلبرجر **Spielberger** وزملائه عام ١٩٨٣ كنسخة ثالثة لمقياسهم للقلق والتي عُرفت باسم الصورة (ى) والتي تتضمن مقياسان فرعيان أحدهما لحالة القلق باعتبارها حالة تتعلق بشعور الفرد بكونه مضطرباً في الوقت الراهن والآخر للقلق كسمة شخصية. وتتضمن الأداة (٢٠) فقرة تعبر عن شدة أعراض القلق، ويتم الإجابة عنها على مقياس رباعي النقاط يتدرج ما بين (١-٤)، بحيث تكون الدرجة الكلية على كل مقياس بين (٢٠-٨٠).

وقد نقل القائمة إلى العربية أحمد عبد الخالق، وكشفت الدراسات عن خصائصها السيكومترية الجيدة في مصر، إذ تم الخروج بمعاملات لثبات الإعادة تتراوح بين (٠,٤٧- ٠,٦٦) لمقياس حالة القلق، وتراوح ثبات القسمة النصفية بين (٠,٥٤- ٠,٩١)، وبلغ ثبات ألفا كرونباخ (٠,٧٦) (عبدالخالق، ١٩٩٢). ووُجدت ارتباطات دالة مرتفعة لدرجات الأداة الرئيسة للدراسة بقائمة حالة القلق تراوحت بين (٠,٤٣- ٠,٦٤)، بما يؤيد الصدق التلازمي لها (عبد العاطي، ٢٠٢١). وقد قامت الباحثة بحساب معامل ألفا كرونباخ خلال الدراسة الحالية لدى العينة الاستطلاعية (ن= ٩٠)، وخرجت بقيمة جيدة بلغت (٠,٨٢).

(رابعاً) الإجراءات: يُعد التشخيص السيكاتري المسبق المتواجد بالملف الطبي للمريضة هو المعيار المرجعي الأساسي الذي يتم من خلاله توزيع المضطربات على مجموعتي المكتئبات والقلقات في العينة الأساسية، ونظراً لما يكتنف هذا المعيار من مشكلات في بعض الأحيان، يتم التأكد من وجود مؤشرات واضحة لأعراض مرضية من خلال الدرجات على أحد الاختبارات المعروفة بصدقها كمؤشر لحسم التواجد ضمن العينة من عدمه. ويتم استخدام أسلوب تحليل المنحنى المميز لأداء المستقبِل لمعالجة درجات أفراد العينة الأساسية على أداة الدراسة (المكتئبات مع العاديات، والقلقات مع العاديات)، بحيث نحصل على رسم بياني يوضح مدى دقة التصنيف لكل درجة من درجات الأداة عند كل نقطة من نقاط القطع، ويتم تحديد أفضل النقاط لكل درجة والتي تمثل أعلى مستوى للدقة في تصنيف الفرد (مضطرب/ غير مضطرب) من خلال أعلى قيمة للحساسية مع أقل قيمة للمقدار (١- النوعية)، ويتم المقارنة بين درجات الأداة في مستوى الدقة التصنيفية من خلال قيم المساحة تحت المنحنى ومدى ارتفاع المنحنى واتجاهه نحو الطرف العلوي الأيسر.

(خامساً) الأساليب الإحصائية: يتم استخدام حزمة البرامج الإحصائية **SPSS, V.26** في تحليل بيانات الدراسة، باستخدام الأساليب الإحصائية الآتية: اختبار (ت) لحساب دلالة الفرق بين المجموعتين المستقلتين، وحساب حجم الأثر[١٧] من خلال مربع ايتا[١٨]، وأسلوب تحليل المنحنى المميز لأداء المستقبِل، ومعاملات ارتباط بيرسون، ومعاملات ثبات أوميجا، ومعاملات ثبات التجزئة

(17) Effect Size.

(18) Eta Squared.

النصفية، كما يتم الاستعانة بحساب عدد من الإحصاءات لوصف خصائص العينة كالمتوسطات، والانحرافات المعيارية، والتكرارات، والنسب المئوية، بالإضافة إلى استخدام تحليل التباين.

النتائج ومناقشتها :

يتم فيما يلي استعراض نتائج التحليلات الإحصائية المتعلقة بكل من تساؤلات الدراسة مع مناقشتها:

نتائج التساؤل الأول: ينص التساؤل الأول على "هل توجد فروق دالة إحصائياً بين المكتئبات والعاديات في عينة الدراسة في درجات المقياس؟"، وللإجابة عنه تم استخدام اختبار(ت) لاختبار الدلالة الإحصائية النظرية للفرق بين مجموعتي المكتئبات (ن=٤٥) والعاديات (ن=٥٠) في درجات المقياس الثلاث (درجتي المقياسين الفرعين للقلق والاكتئاب، والدرجة الكلية)، كما أُضيف اختبار الدلالة العملية للفرق من خلال مربع إيتا لحساب حجم الأثر للاكتئاب في الدرجات، كما هو موضح بجدول (٣).

جدول (٣) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لمجموعتي المكتئبات والعاديات وقيم (ت) ومستوى دلالتها وحجم الأثر

درجات المقياس	المكتئبات (ن= ٤٥)		العاديات (ن= ٥٠)		قيم (ت)	مستوى الدلالة	حجم الأثر
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري			
القلق	١١,٥١١	٤,٥٣٦	٨,٠٠٠	٤,٩٤٥	٣,٥٩٣	٠,٠٠١	٠,١٣٤
الاكتئاب	١١.٧٨٨	٦,٠١٩	٣,٧٦٠	٤,٣١٧	٧,٣٨٨	٠,٠٠٠	٠,٣٩٦
الدرجة الكلية	٢٣.٢٨٩	٨,٣١١	١١,٧٦٠	٨,٠٢٢	٦,٨٧٦	٠,٠٠٠	٠,٣٥٨

ويلاحظ من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً بين المكتئبات والعاديات في جميع درجات المقياس عند مستوى (٠,٠٠١)، وقد تراوح حجم التأثير للاكتئاب عليها من متوسط إلى كبير جداً **(Cohen, 1988:53)**، إذ تبلغ القيم (٠,١٣، ٠,٤٠، ٠,٣٦) لدرجات القلق والاكتئاب والدرجة الكلية على التوالي.

وتبدو هذه النتائج في مجملها متسقة مع ما سبق رصده من شواهد مختلفة على صدق المقياس في المجتمع المصري (عبدالعاطي، ٢٠٢١)، بل أنها تُضاف كأحد شواهد صدق المقياس في مجال العمل الإكلينيكي، كما تبدو متسقة مع ما خرج به أكين وشيتين **Akin & Cetin (2007)** عن صدق المقياس في التمييز بين المضطربين والعاديين، ومع ما سبق أن خرج به نيوينهويزين وزملاؤه **Nieuwenhuijsen et al. (2003)** عن وجود تأثير كبير للاكتئاب في درجات المقياس.

نتائج التساؤل الثاني: للإجابة عن التساؤل الثاني والذي ينص على " هل توجد فروق دالة إحصائياً بين القلقات والعاديات في عينة الدراسة في درجات المقياس؟"، تم استخدام اختبار (ت) لاختبار دلالة الفرق بين مجموعتي القلقات (ن=٤٣) والعاديات (ن=٥٠)، كما تم حساب حجم الأثر للقلق في درجات المقياس من خلال مربع إيتا، كما هو موضح بجدول (٤).

جدول (٤) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لمجموعتي القلقات والعاديات وقيم (ت) ومستوى دلالتها وحجم الأثر

درجات المقياس	القلقات (ن= ٤٣)		العاديات (ن= ٥٠)		قيم (ت)	مستوى الدلالة	حجم الأثر
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري			
القلق	١٦,٥٣٥	٣,٦٤٧	٨,٠٠٠	٤,٩٤٥	٩,٣٤٠	٠,٠٠٠	٠,٤٨٩
الاكتئاب	٩,٦٠٥	٣,٨٣٧	٣,٧٦٠	٤,٣١٧	٦,٨٥٠	٠,٠٠٠	٠,٣٤٠
الدرجة الكلية	٢٦,١٤٠	٦,١٥١	١١,٧٦٠	٨,٠٢٢	٩,٥٧٧	٠,٠٠٠	٠,٥٠٢

ويبرز الجدول السابق وجود فروق دالة عند مستوى (٠,٠٠١) بين القلقات والعاديات في جميع درجات المقياس، وقد كان حجم التأثير كبيراً للغاية يتخطى القيمة (٠,١٤) كثيراً **(Cohen, 1988:53)**، إذ يبلغ (٠,٤٩، ٠,٣٤، ٠,٥٠) لدرجات القلق والاكتئاب والدرجة الكلية على التوالي.

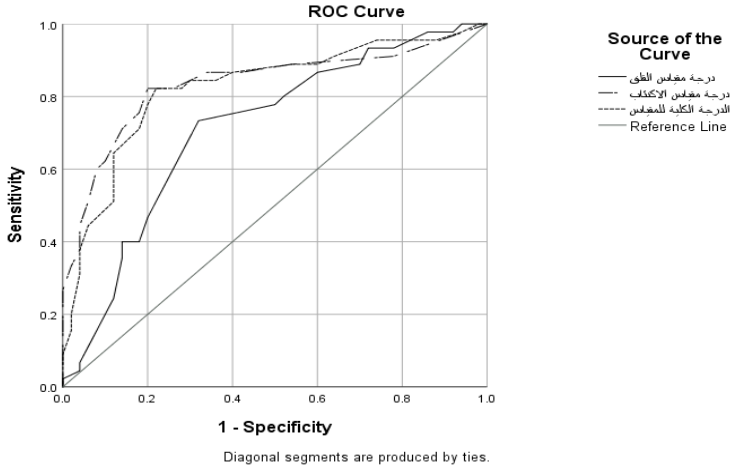
وهذه النتائج تبدو بعامة تتسق مع نتائج التساؤل الأول عن صدق المقياس المصري في التمييز بين المكتئبات والعاديات في العينة، كما تتسق مع ما سبق رصده من شواهد مختلفة عن الصدق التمييزي للمقياس المصري (عبدالعاطي، ٢٠٢١)، ومع ما خرج به نيوينهويزين وزملاؤه **Nieuwenhuijsen et al. (2003)** عن وجود تأثير كبير للقلق في درجات المقياس، كما يمكن إضافتها كأحد شواهد الصدق في المجال العملي الإكلينيكي، وهو الأمر الذي سبق أن أكد عليه أكين وشيتين **Akin& Cetin (2007)** في مجال العمل الإكلينيكي في المجتمع التركي.

نتائج التساؤل الثالث: للإجابة عن التساؤل الثالث الذي ينص على "هل يختلف مستوى الدقة التصنيفية لدرجة القطع المثلى لكل من درجات المقياس في فرز المكتئبات عن العاديات في عينة الدراسة؟"، تم استخدام أسلوب تحليل المنحنى المميز لأداء المستقبِل لدرجات أفراد العينة من المكتئبات (ن=٤٥) والعاديات (ن=٥٠) في المقياس، بحيث نحصل على معلومات ورسم بياني يوضح دقة درجات المقياس عند جميع عتبات التصنيف (مضطرب/ غير مضطرب). فتم الحصول على نقاط القطع المختلفة لكل درجة من درجات المقياس (القلق – الاكتئاب – الدرجة الكلية) وما يقابل كل منها من قيم الحساسية والنوعية، وتم تحديد أفضل النقاط من خلال أعلى قيمة للحساسية مع أقل قيمة للمقدار (١–النوعية)، كما تمت المقارنة بين درجات المقياس من حيث قيمة المساحة تحت المنحنى، بحيث تُعطى الأفضلية في دقة التصنيف للدرجة ذات المساحة

الأكبر والتي يمثلها المنحنى الأعلى ارتفاعاً واقتراباً من الطرف العلوي الأيسر للرسم. ويوضح جدول (٥) وشكل (١) النتائج الخاصة بهذا الشأن.

جدول (٥) يوضح نتائج تحليل المنحنى المميز لأداء المستقبِل لدرجات المقياس في تصنيف المكتئبات

درجات المقياس	نقاط القطع المثلى	الحساسية	النوعية	المساحة تحت المنحنى	الخطأ المعياري	الدلالة	حدود الثقة ٩٥%
الاكتئاب	≤ ٦,٥٠٠	٠,٨٢٢	٠,٨٠٠	٠,٨٣٦	٠,٠٤٤	٠,٠٠٠	٠,٩٢٣–٠,٧٤٨
القلق	≤ ٩,٥٠٠	٠,٧٣٣	٠,٦٨٠	٠,٧١٢	٠,٠٥٣	٠,٠٠٠	٠,٨١٧–٠,٦٠٧
الدرجة الكلية	≤ ١٨,٠٠٠	٠,٨٢٢	٠,٧٨٠	٠,٨٢٤	٠,٠٤٥	٠,٠٠٠	٠,٩١١–٠,٧٣٦



شكل (١) يوضح خصائص المنحنى المميز لأداء المستقبِل لدرجات المقياس في تصنيف المكتئبات.

ويُظهر جدول (٥) أن درجة القطع المثلي في الفصل بين المكتئبات والعاديات في العينة بلغت للمقياس الفرعي للاكتئاب (٦,٥ درجة أو أكثر) من إجمالي (١٨) درجة هي الدرجة القصوى للمقياس، وكانت أفضل النقاط الفاصلة لمقياس القلق هي الدرجة (٩,٥ أو أكثر) من إجمالي (٣٠) درجة، في حين بلغت للدرجة الكلية للمقياس (١٨ أو أكثر) من إجمالي (٤٨) درجة.

وقد بدت أفضل درجات المقياس دقة في تصنيف الاكتئاب هي الدرجة الفاصلة لمقياس الاكتئاب والدرجة الكلية، بقيم للحساسية بلغت (٠,٨٢) للدرجتين، اللتين بدتا تكشفان عن حوالي (٨٢%) من المكتئبات في العينة، بينما لا تكشفان عن حوالي (١٨%) منهن. وتشير قيم التحديد النوعي للدرجتين (٠,٧٨،٠,٨٠) على التوالي إلى أنهما يمكنهما تحديد نسبة (٨٠%، ٧٨%) من غير المكتئبات على أنهن غير مضطربات فعلياً وتحديد (٢٠%، ٢٣%) منهن على أنهن مضطربات على سبيل الخطأ، بما يجعل درجة الاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس ذات دقة تصنيفية عالية. وقد بدت درجة مقياس القلق هي أضعف الدرجات التي يمكن الاستناد إليها في فرز الاكتئاب، بنسبة حساسية بلغت حوالي (٧٣%) أي ما يقرب ثلاثة أرباع الحالات، ونسبة للتحديد

النوعي لغير المكتئبات بلغت (٦٨%)، وهي كلها نتائج لابد أن تؤخذ في الاعتبار في مجال الاستخدام الإكلينيكي للنسخة المصرية من المقياس.

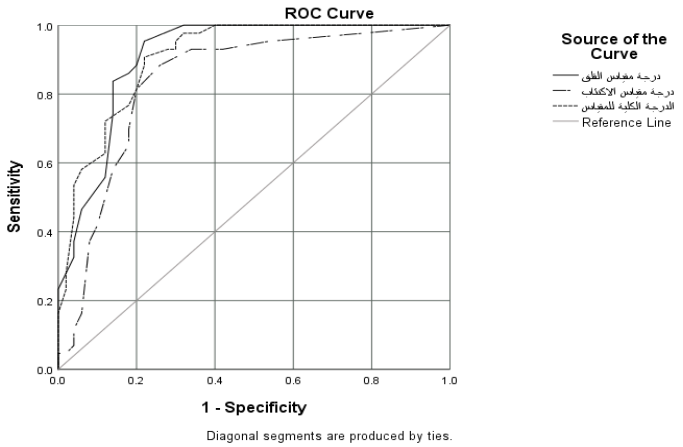
ويكشف هذا الترتيب لدرجات المقياس في دقة التصنيف عن قيم للمساحة تحت المنحنى بلغت (٠,٨٤، ٠,٨٢، ٠,٧١) على التوالي، وهي كلها تتعدى القيمة (٠.٧) بما يجعلها كلها ذات قدرة تصنيفية مقبولة **(Cohen, 1988:94; Hosmer & Lemeshow, 2013:103)**، وهو أمر يؤيده ارتفاع المنحنى للدرجات الثلاث للمقياس واتجاهها للأعلى باتجاه أقصى اليسار كما هو واضح من خلال شكل (١)، بحيث كان أعلاها هو المنحنى الخاص بدرجة الاكتئاب ويقاربه منحنى الدرجة الكلية، في حين كان منحنى درجة القلق ينخفض عنهما نوعاً، وهي كلها نتائج تؤكد فعالية المقياس كأداة فرز للاكتئاب لدى الفتيات والسيدات في مصر.

وتبدو هذه النتائج متسقة مع ما أكد عليه عدد من الباحثين عن صدق المقياس (م ا ق ض-٢١) الذي اشتق مقياس الدراسة الحالية عنه كأداة فرز للاكتئاب في عدد من المجتمعات **(Nieuwenhuijsen et al, 2003; Mitchell et al., 2008; Tran et al, 2013; Nilges & Essau, 2015; Dunstan et al., 2017; Beaufort et al., 2017; Peters et al., 2021)** ، كما تعدنا بأداة تتمتع بموثوقية عالية في التقييم الإكلينيكي.

نتائج التساؤل الرابع: للإجابة عن التساؤل الرابع الذي ينص على "هل يختلف مستوى الدقة التصنيفية لدرجة القطع المثلى لكل من درجات المقياس في فرز القلقات عن العاديات في عينة الدراسة؟"، تم استخدام أسلوب تحليل المنحنى المميز لأداء المستقبِل لدرجات القلقات (ن=٤٣) والعاديات (ن=٥٠) في المقياس للحصول على معلومات ورسم بياني عن القيم الفاصلة المختلفة لكل درجة من درجات المقياس (القلق- الاكتئاب- الدرجة الكلية) وما يقابلها من قيم للحساسية والنوعية، بحيث تم تحديد أفضلها بالحصول على أعلى قيمة للحساسية مع أقل قيمة للمقدار (١- النوعية). وتمت مقارنة قيم المساحة تحت المنحنى لدرجات المقياس، بحيث تُعطى الأفضلية في الفرز والتصنيف للدرجة ذات المساحة الأكبر ويمثلها المنحنى الأعلى ارتفاعاً واقتراباً من الطرف العلوي الأيسر للرسم. ويوضح جدول (٦) وشكل (٢) النتائج الخاصة بهذا الشأن.

جدول (٦) يوضح نتائج تحليل المنحنى المميز لأداء المستقبِل لدرجات المقياس في تصنيف القلقات

درجات المقياس	نقاط القطع المثلى	الحساسية	النوعية	المساحة تحت المنحنى	الخطأ المعياري	الدلالة	حدود الثقة ٩٥%
الاكتئاب	≤ ٥,٥٠٠	٠,٨٨٤	٠,٧٤٠	٠,٨٣٨	٠,٠٤٤	٠,٠٠٠	٠,٧٥٢-٠.٩٢٤
القلق	≤ ١٠,٥٠٠	٠,٩٥٣	٠,٧٨٠	٠,٩١١	٠,٠٣٠	٠,٠٠٠	٠,٨٥١-٠,٩٧٠
الدرجة الكلية	≤١٦,٥٠٠	٠,٩٠٧	٠,٧٨٠	٠,٩٠٨	٠,٠٣٠	٠,٠٠٠	٠,٨٥٠-٠,٩٦٦



شكل (٢) يوضح خصائص المنحنى المميز لأداء المستقبِل لدرجات المقياس في تصنيف القلقات.

وتبرز النتائج المتضمنة بجدول (٦) أن أفضل درجة للقطع في تمييز القلقات عن العاديات للمقياس الفرعي للاكتئاب هي الدرجة (٥,٥ فأكثر)، وكانت أفضل درجة للقطع لمقياس القلق هي الدرجة (١٠,٥ فأكثر)، في حين تبلغ الدرجة الفاصلة للدرجة الكلية (١٦,٥ فأكثر). وقد كانت أفضل درجات المقياس دقة في تصنيف القلقات في العينة هي درجة المقياس الفرعي للقلق، إذ بدت أعلى الدرجات الثلاث حساسية (الحساسية=٠,٩٥)، بما يعني أنها تكشف عن حوالي (٩٥%) من القلقات في العينة، ولكنها لا تكشف عن حوالي (٥%) منهن، بقيمة للتحديد النوعي لها بلغت (٠,٧٨)، أي أنها يمكنها أن تحدد نسبة (٧٨%) من غير القلقات على أنهن سويات فعلياً ونسبة (٢٢%) منهن على أنهم قلقات على سبيل الخطأ، وتلي الدرجة الكلية درجة القلق في الدقة التصنيفية، بقيمة للحساسية بلغت حوالي (٠,٩١)، بما يعني أنها تكشف عن حوالي (٩١%) من القلقات ولا تكشف عن حوالي (٩%) منهن فقط، بقيمة للتحديد النوعي تساوي نظيرتها الخاصة بدرجة مقياس القلق بلغت (٠,٧٨)، أنها تحدد ٧٨% من غير القلقات وتحدد (٢٢%) منهن على أنهم قلقات. في حين كانت الدرجة على المقياس الفرعي للاكتئاب أقل الدرجات دقة في التصنيف بقيمة للحساسية تبلغ حوالي (٠,٨٨)، فتبدو تكشف عن حوالي (٨٨%) من القلقات ولا تكشف عن حوالي (١٢%) منهن، وتشير قيمة التحديد النوعي لها (٠,٧٤) أنها تحدد نسبة (٧٤%) من غير القلقات على أنهن سويات فعلياً ونسبة (٢٦%) منهن على أنهم مضطربات.

ويتسق هذا الترتيب لدرجات المقياس في دقة التصنيف الإكلينيكي مع قيم المساحة أسفل المنحنى لها، والتي بلغت (٠,٩١، ٠,٩١، ٠,٨٤) على التوالي، بحيث تتعدى جميعها القيمة (٠,٧)، بما يجعلها كلها ذات قدرة تصنيفية جيدة (**Cohen, 1988:94; Hosmer & Lemeshow, 2013:103**)، وهو أمر يؤيده ارتفاع المنحنى لدرجات المقياس الثلاث واتجاهها لأقصى اليسار كما هو واضح من خلال شكل (٢)، بحيث كان أعلاها هو المنحنى الخاص بدرجة القلق ويليه منحنى الدرجة الكلية فمنحنى درجة الاكتئاب، وهي كلها نتائج تؤكد صدق المقياس كأداة فرز للقلق لدى الفتيات والسيدات في المجتمع المصري.

وتبدو هذه النتائج متسقة مع ما سبق رصده من شواهد مختلفة عن صدق المقياس المصري (عبد العاطي، ٢٠٢١)، كما تتسق مع ما أكد عليه عدد من الباحثين عن صدق المقياس (م ا ق ض-٢١) الذي اشتق عنه مقياس الدراسة كأداة فرز للقلق في المجال الإكلينيكي بنسبة حساسية ونسبة تحديد نوعي مقبولة (**Nieuwenhuijsen et al., 2003; Mitchell et al., 2008; Tran et al., 2013; Peters et al., 2021**).

ويمكننا أن نلخص أهم ما توصلت إليه الدراسة من نتائج تتعلق بالمقياس (م ا ق ض-١٦) في النقاط الآتية :

١ – تبدو جميع درجات المقياس تتمتع بصدق التمييز للإناث المكتئبات والقلقات عن العاديات في المجتمع المصري.

٢ – يبدو لاضطرابي الاكتئاب والقلق تأثير من معتدل إلى كبيرعلى درجات المقياس.

٣ – يبدو المقياس أداة جيدة لفرز الاكتئاب لدى الإناث في المجتمع المصري بنسبة حساسية تتراوح بين (٧٣%-٨٢%)، ونسبة تحديد نوعي تتراوح بين (٦٨%-٨٠%).

٤ – يبدو المقياس أداة جيدة لفرز القلق لدى الإناث في المجتمع المصري بنسبة حساسية تتراوح بين (٨٨%-٩٥%)، ونسبة تحديد نوعي تتراوح بين (٧٤%-٧٨%).

٥ – تبدو أفضل درجات المقياس لفرز الاكتئاب هي درجة المقياس الفرعي للاكتئاب ويليها الدرجة الكلية فدرجة مقياس القلق، في حين تبدو أفضل درجات المقياس لفرز القلق هي درجة مقياس القلق ويليها الدرجة الكلية فدرجة مقياس الاكتئاب، بمساحات تحت المنحنى تعبر عن دقة تصنيفية من معتدلة إلى ممتازة تتراوح بين (٧١%-٩١%).

٦ – تبدو أفضل درجات القطع لدرجات الاكتئاب والقلق والدرجة الكلية للمقياس في فرز الاكتئاب هي الدرجات (٦,٥، ٩,٥، ١٨) فما فوقها على التوالي، في حين تبدو أفضلها في فرز القلق هي الدرجات (٥,٥، ١٠,٥، ١٦,٥) فما فوقها على التوالي.

التوصيات والمقترحات :

(أولاً) التوصيات: في ضوء نتائج الدراسة الحالية، يمكن تقديم التوصيات الآتية :

١ – استخدام العاملون في المجال الاكلينيكي للصورة المصرية من مقياس الاكتئاب والقلق والضغوط لتيسير فحص حالات الاكتئاب والقلق بين الفتيات والسيدات في مصر، لما ثبت من مناسبتها لهذا الغرض.

٢ – استخدام الباحثون للمقياس المصري في إجراء المسوحات المختلفة لانتشار الاكتئاب والقلق لدى القطاعات النسائية المختلفة في مصر، باعتباره أداة تتمتع بموثوقية وصدق مرتفعين.

٣ – استناد العاملون في المجال الإكلينيكي في مصر إلى درجة قطع (٦,٥ فأعلى) للمقياس الفرعي للاكتئاب في المقياس المصري في فرز الاكتئاب، ودرجة قطع (١٠,٥ فأعلى) للمقياس الفرعي للقلق في المقياس المصري في فرز القلق، باعتبارها أفضل الدرجات لتصنيف الإناث في المجتمع حتى الآن.

(ثانياً) المقترحات: تقترح الباحثة استكمال دراستها بما يلي :

١ – إجراء دراسات تتضمن المقارنة فيما بين خصائص المقياس المصري ومقاييس إكلينيكية أخرى من حيث الدقة التصنيفية للاكتئاب والقلق.

٢ – إجراء دراسات موسعة تتضمن تقييم دقة المقياس المصري في فرز الاكتئاب والقلق لدى الإناث في الفئات العمرية المختلفة، كل على حدة.

٣ – إجراء دراسات تتضمن المقارنة فيما بين الإناث والذكور في المجتمع المصري في صدق المقياس المصري كأداة تمييز للاكتئاب والقلق.

٤ – اختبار صدق المقياس المصري في تمييز القلق لدى كل فئة من الفئات التصنيفية النوعية لاضطراب القلق، وكذلك الحال مع تمييز الاكتئاب.

٥ – إجراء بحوث مسحية للاكتئاب والقلق لدى قطاعات نسائية واسعة في المجتمع المصري، بما يساعد في تقييم الصحة النفسية لها وتقديم برامج الوقاية والعلاج الملائمة.

قائمة المراجع

أولاً : مراجع باللغة العربية:

إبراهيم، عبدالستار (١٩٩٨). *الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه*. سلسلة عالم المعرفة (٢٣٩). الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

الأنصاري، بدر، وكاظم، علي (٢٠٠٧). الفروق في القلق والاكتئاب بين طلاب وطالبات جامعتي الكويت والسلطان قابوس. *حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية*، مركز البحوث والدراسات النفسية، كلية الآداب، جامعة القاهرة، حولية ٣، رسالة ١، ١-٧٣.

زهران، حامد (٢٠٠٥). *الصحة النفسية والعلاج النفسي* (ط٤). القاهرة: عالم الكتب.

زيدنر، موشي، وماثيوس، جيرالد (٢٠١١). *القلق*. (ترجمة معتز عبدالله والحسين عبدالمنعم). سلسلة عالم المعرفة (٤٣٧). الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

سليمان، السيد (٢٠١٠). *تشخيص صعوبات التعلم الإجراءات والأدوات*. القاهرة: دار الفكر العربي.

شيهان، دافيد (١٩٨٦). *مرض القلق*. (ترجمة عزت شعلان). الكويت: عالم المعرفة.

عبدالخالق، أحمد (١٩٩٢). *دليل تعليمات قائمة القلق: الحالة والسمة*. (ط٢). الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

عبدالخالق، أحمد (١٩٩٤). الدراسة التطورية للقلق. *حوليات كلية الآداب*، الحولية (١٤)، الرسالة ٩٠، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت.

عبدالعاطي، سامية (٢٠٢١). تقييم أدلة الصدق لمقياس الاكتئاب والقلق والضغوط-٢١ لدى طلبة الجامعة في مصر. *مجلة الإرشاد النفسي*، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ع (٦٨) ، ج٢، ١١٢-١٥٥.

غريب، عبدالفتاح غريب (٢٠٠٠). *مقياس الاكتئاب (د- ٢) صورة مصر*. القاهرة: الأنجلو المصرية.

فرج، صفوت (٢٠٠٧). *القياس النفسي* (ط ٦). القاهرة: الأنجلو المصرية.

مكنزي، كوام (٢٠١٠). *الاكتئاب*. (ترجمة زينب منعم). الرياض: دار المؤلف.

ثانيًا : المراجع باللغة الانجليزية :

Akin, A. & Cetin, B. (2007). The Depression Anxiety and Stress Scale (DASS): The study of validity and reliability. *Educational Sciences: Theory &Practice*, 7(1), 260-268.

Algahtani, F.; Hassan, S.; Alsaif, B. & Zrieq, R. (2021). Assessment of the Quality of Life during COVID-19 Pandemic: A cross-sectional survey from the Kingdom of Saudi Arabia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(3), 847.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Association.

Bados, A.; Salans, A. & Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, 17(4), 679-683.

Baratloo, A.; Hosseini, M.; Negida, A. & El Ashal, G. (2015). Part 1: Simple Definition and Calculation of Accuracy, Sensitivity and Specificity. *Emergency (Tehran, Iran)*, 3(2), 48–49.

Beaufort, I.; De Weert-Van Oene, G.; Buwalda, V.; De Leeuw, J. & Goudriaan, A. (2017). The Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) as a screener for depression in substance use disorder inpatients: A pilot study. *European Addiction Research*, 23, 260-268.

Bibi, A.; Lin, M.; Zhang, X. & Margraf, J. (2020). Psychometric properties and measurement invariance of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS- 21) across cultures. *International Journal of Psychology*, 55(6), 916- 925.

Bilgel, N. & Bayram, N. (2010). Turkish version of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-42): Psychometric properties. *Nöropsikiyatri Arşivi, 47*(2), 118–126.

botteari, A.; Saed, F. & Dibajnia, P. (2008). Psychometric properties of the depression anxiety stress scales- 21 (DASS-21) in a non-clinical Iranian sample. *International Journal of Psychology*, Iranian Psychological Association, 2(2), 82-102.

Bottesi, G.; Ghisi, M.; Altoè, G.; Conforti, E.; Melli, G. & Sica, C. (2015). The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 170-181.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Crawford, J. & Henry, J. (2003). Thr Depression Anxiety Stress Scales (DASS) normative data and latent structure in a large non- clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 111- 131.

Dunstan, D.; Scott, N. & Todd, A. (2017). Screening for anxiety and depression: reassessing the utility of the Zung Scales. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 1-8.

Hosmer, D. & Lemeshow, S. (2013). *Applied logistic* regression. (2nd ed.). Wiley: New York. In CBSU library.

Husain W. & Gulzar A. (2020). Translation, adaptation and validation of Depression, Anxiety and Stress Scale in Urdu. *Insights Depress Anxiety*. 2020; 4 (1), 001-004.

Kumaraswamy, N. (2013). Academic stress, anxiety, and depression among college students- a brief review. *International Review of Social Sciences and Humanities*, 5(1), 135-143.

Lovibond, P. & Lovibond, S. (1995a). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation.

Lovibond, P. & Lovibond, S. (1995b). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343.

Macaskill, P.; Gatosnis, C.; Deeks, J.; Harbord, R. & Takwoingi, Y. In: J. Deeks, P. Bossuyt, & C. Gatsonis (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Diagnostic Test Accuracy. UK, 2010, 18-3-2022*, retrieved from: http://methods.cochrane.org/sites/methods. cochrane.org.sdt/files/uploads/Chapter%2010%20-%20Version%201.0.pdf

Menezes, G.; Fontenelle, L. & Versiani, M. (2009). Gender effect in clinical features and drug treatment response in social anxiety disorder (social phobia). *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 12(2), 151-155.

Mitchell, M.; Burns, N. & Dorstyn, D. (2008). Screening for depression and anxiety in spinal cord injury with DASS-21. *Spinal Cord*, 46, 547-551.

Moussa, M.; Lovibond, P. & Laube, R. (2001). *Psychometric properties of an Arabic version of the Depression Anxiety Stress Scales* (*DASS*). Report for New South Wales Transcultural Mental Health Centre, Cumberland Hospital, Sydney, 18-3-2022, retrieved from: http://www2.psy.unsw.edu.au/groups/dass/Arabic/Arabic.htm.

Mughal, A.; Devadas, J.; Ardman, E.; Levis, B.; Go, V. & Gaynes, B. (2020). A systematic review of validated screening tools for anxiety disorders and PTSD in low to middle income countries. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1-18.

Nieuwenhuijsen, K.; De Boer, A.; Verbeek, J.; Blonk, R. & Van Dijk, F. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): detecting anxiety disorder and depression in employees absent from work because of mental health problems. *Occupational & Environmental Medicine*, 60(Suppl I): i77–i82.

Nilges, P. & Essau, C. (2015). Depression, anxiety, and stress scales: DASS--A screening procedure not only for pain patients. *Schmerz*, 29(6): 649-57.

Peters, L.; Peters, A.; Andreopoulos, E.; Pollock, N.; Pande, R. & Mochari-Greenberge, H. (2021). Comparison of DASS-21, PHQ-8, and GAD-7 in a virtual behavioral health care setting. *Heliyon*, 7(3), 1-8.

Tran, T.; Tran, T. & Fisher, J. (2013). Validation of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry*, 13, 24.

Tully, P.; Zajac, I. & Venning, A. (2009). The structure of anxiety and depression in a normative sample of younger and older Australian adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 717- 726.

Evaluation of the Classification Accuracy of a Developed Version of the Depression, Anxiety & Stress Scale As a Screening Tool for Anxiety & Depression Among Females in Egypt

By

Samia Bakri Ali Abdelati

Psychology Department - Helwan University

Abstract:

The study aims to test the effect of depression and anxiety on the scores of a developed Egyptian version of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-16), and test its classification accuracy as a screening tool for depression and anxiety among females in Egypt. The tool was administered to a sample that consisted of (138) females aged (22-47) yr. divided into three groups: two of them were clinical groups with depression (n=45) and anxiety (n=43), which were selected from the psychiatric clinics of Kasr Al-Ainy, Demerdash and Helwan hospitals in Cairo, and the psychiatric diagnosis was the essential reference standard for their selection. The third group was non-clinical (n=50). Using the Eta squared, it was revealed that there is a moderate to high effect of depression and anxiety on the scores of the tool, and using the Receiver Operating Characteristic Curve (ROC Curve), it was found that the Egyptian scale is a valid tool for screening depression among females in the Egyptian society with a sensitivity ranging between (73%-82%)) and a specificity ranging between (68%-80%), and a valid tool for screening anxiety with a sensitivity ranging between (88%-95%), and a specificity ranging between (74%-78%).

Key Words: Depression - Anxiety and Stress Scale - Classification Accuracy - Screening - Receiver Operating Characteristic Curve (ROC Curve) - Depression, Anxiety - Females - Egypt.