"الفروق في الأعراض الاكتئابية بين طلاب وطالبات كلية التربية الأساسية في دولة الكويت وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية"*

دكتوره / فوزية عبدالله التركيت

أستاذ مساعد – قسم علم النفس

ملخص البحث :

هدف البحث إلى تحديد الفروق في الأعراض الاكتئابية بين طلاب وطالبات كلية التربية الأساسية في دولة الكويت في ضوء بعض المتغيرات الشخصية.

وقد أجرى البحث على عينة من طلبة وطلبات كلية التربية الأساسية بلغ قوامها (٦٢٤) طالباً وطالبة، عبارة عن (٤٤٢) طالبة و(١٨٢) طالباً من جميع السنوات الدراسية لجميع التخصصات. واستخدمت الباحثة قائمة بيك للاكتئاب التي أعدها للتطبيق على عينات عربية وكويتية "أحمد عبدالخالق" (١٩٩٦)، واستبيان لقياس المتغيرات الشخصية، المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للطلاب وبعض الخبرات الشخصية وأسفرت نتائج البحث عن ما يلي:

١- وجود أعراض اكتئابية لدى طلاب وطالبات كلية التربية الأساسية.

٢- اختلفت الأعراض الاكتئابية باختلاف الجنس.

٣- اختلفت الأعراض الاكتئابية باختلاف المعدل التراكمي.

٤- اختلفت الأعراض الاكتئابية بين الطلاب والطالبات باختلاف معدلاتهم التراكمية.

٥- اختلفت الأعراض الاكتئابية باختلاف التفاعل بين الجنس والمعدل التراكمي.

٦- اختلفت الأعراض الاكتئابية باختلاف التفاعل بين الجنس ومستوى دخل الأسرة.

٧- اختلفت الأعراض الاكتئابية باختلاف التفاعل بين الجنس ومستوى تعليم الأب.

٨- اختلفت الأعراض الاكتئابية باختلاف التفاعل بين الجنس ومستوى تعليم الأم.

٩- اختلفت الأعراض الاكتئابية باختلاف التفاعل بين الجنس والمنطقة السكنية.

١٠- اختلفت الأعراض الاكتئابية باختلاف التفاعل بين الجنس والتخصصات الدراسية.

١١- اختلفت الأعراض الاكتئابية باختلاف التفاعل بين الجنس وبعض الأعراض العامة.

---

* بحث مدعوم من الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب تحت رقم: BE-08-08

"الفروق في الأعراض الاكتئابية بين طلاب وطالبات كلية التربية الأساسية في دولة الكويت وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية"*

دكتوره / فوزية عبدالله التركيت

أستاذ مساعد – قسم علم النفس

مقدمة :

يعتبر الاكتئاب أحد فئات الاضطرابات الوجدانية والتي تعتبر بدورها أكثر الأمراض النفسية انتشاراً وشيوعاً وهي بالتالي مسئولة عن كثير من المعاناة والآلام النفسية بين آلاف من أفراد أي شعب من الشعوب، ويمكن القول بأن ٥٠-٧٠% من محاولات الانتحار التي تنتهي بالموت بين المجموع العام تكون بسبب الاكتئاب (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٣٥١).

كما يرى "أحمد عكاشة" (١٩٩٨) أيضاً أنه على ما يبدو فإن الأمراض الوجدانية تنتشر بين أفراد الشعب بنسبة تتراوح ما بين ٥-٦% بغض النظر عن مستوى التحضر أو الجهة الجغرافية. وقد دلت إحصائيات هيئة الصحة العالمية في عام ١٩٨٨ على أن نسبة الاكتئاب في العالم تصل إلى ٥%. إلا أنه يجب التفرقة بين أعراض الاكتئاب والتي تعتبر أكثر انتشاراً، وبين اضطراب الاكتئاب، حيث لا تشكل الأعراض مرضاً، ولكن تعتبر هذه الأعراض تفاعلاً للظروف الاجتماعية والسياسية والاقتصادية؛ إلا أن إهمالها قد يحولها إلى اضطرابات اكتئابية مزمنة.

ويرى "برندان برادلي" (٢٠٠٠) أن الاكتئاب يعد أحد الحالات النفسية الأكثر شيوعاً، وتفترض بعض الدراسات وجود معدلات تتراوح بين ٢,٢ إلى ٣,٥% لاضطراب الاكتئاب الرئيسي – بوصفه أحد فئات الاضطرابات الوجدانية – ويعتبر الاكتئاب الذي لا يستوفى الشروط الكاملة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الثالث المعدل DSM-III-R أكثر شيوعاً، وقدر أن ما بين ٩% و٢٠% من مجموع السكان يعانون في وقت أو آخر على امتداد أعمارهم من أعراض جوهرية للاكتئاب؛ وقد قدرت الدراسات السابقة أن النساء اللاتي يعانين من أعراض إكلينيكية للاكتئاب أميل لأن يكن ضعف الرجال (في ليندزاى و بول، ٢٠٠٠، ١٢٧).

وفي مسح تم في الولايات المتحدة الأمريكية (Zuckerman, 1999) ظهر أن واحداً من كل خمس أفراد – حوالي ١٩% – من المرجح أن يعاني من اضطراب في الوجدان خلال حياته؛ وأن حوالي واحداً من كل عشرة أفراد يعاني بالفعل من اضطراب الوجدان في الوقت الحالي، ويعتبر

---

* بحث مدعوم من الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب تحت رقم: BE-08-08

الاكتئاب الرئيسي هو أكثر أنماط الاضطرابات الوجدانية انتشاراً، وحيث تصل نسبة انتشاره إلى ١٧%. ويذكر نجرو (Negrao, 1997) بعض المعلومات من دراسة شملت عشرة بلدان باستخدام محك الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث DSM-IIIR؛ ومن هذه المعلومات، اتضح أن مدى شيوع الاضطرابات الوجدانية في هذه البلدان قد تراوح ما بين ١,٥ % في تايوان إلى ١٩% في بيروت، كما وجدت أيضاً نسب مرتفعة في باريس وفلورينسا ونيوزيلاند. وفي دراسة قام بها "جاتر وآخرون" (Gater et al, 1998) وجد أن مستويات شيوع نوبات الاكتئاب الرئيسي في خمسة عشر دولة تصل في المتوسط إلى ٧,٤١% للرجال و ١٢,٥% للنساء. علاوة على ذلك فإن الدراسات تقترح أن زيادة حدوث الاكتئاب الأحادي لدى النساء مقارنة بالرجال، لا يمكن إرجاعها إلى الظروف الاجتماعية المحلية للمرأة، بل في الحقيقة، فإن ثلاث دول غربية – انجلترا، فرنسا، نيوزيلاند – تعتبر من بين الدول التي يوجد فيها نسبة عالية من الاكتئاب في النساء. ويؤكد "ديفسون ونيل" (Davison., & Neal, 1998, 227) على أن الاكتئاب الرئيسي يعتبر أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً بنسبة انتشار مقدارها ١٧%، وأنه يوجد لدى النساء ضعف وجوده لدى الرجال، كما أنه أكثر حدوثاً لدى أفراد المجتمع من المستوى الاجتماعي – الاقتصادي المنخفض، ويوجد بدرجة أكبر لدى الراشدين الصغار.

ولقد وجد (أحمد عكاشة ١٩٩٨، ٣٢٥) أن نسبة الأمراض الوجدانية في مصر تصل إلى ٢٤,٥% من جملة الاضطرابات العقلية ومن هذه النسبة، فإن حوالي ١٩,٧% من المرضى يعانون الاكتئاب التفاعلي.

ويعكس الاكتئاب اضطرابا في العلاقات والمهارات الاجتماعية كما أنه يرتبط – كذلك بدرجة كبيرة بفقدان الثقة بالنفس، وكذلك الشعور بالوحدة النفسية وهو شعور نفسي مؤلم يبدو في الشعور الذاتي بعدم السعادة، والتشاؤم وكذلك الإحساس بالعجز نتيجة الانعزال الاجتماعي والانفعالي (فهد عبدالله الربيعة، ١٩٩٧: ٣٠).

ويذكر بعض الباحثين "أن هناك عدداً كبيراً من الدراسات التي تكشف عن الصعوبات الاجتماعية التي يعاني منها المكتئب، خاصة عندما تسيطر عليه الحالة الوجدانية المرتبطة بالاكتئاب، وتزداد الصعوبات الاجتماعية بصورة أكبر عند المكتئبين خاصة عند التعامل مع الغرباء، وتمتد الصعوبات الاجتماعية لتشمل الاضطراب في عمليات التواصل اللغوي والاجتماعي" (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨: ١٥١).

ويؤكد الباحثون على أهمية الخبرات الأولية، التي يمر فيها الفرد في تشكيل شخصيته في

المستقبل. مما قاد العديد من الإكلينيكيين لافتراض أن خبرات الطفولة الصارمة من العوامل المهمة المسببة لظهور العديد من الاضطراب النفسية في المستقبل. كما وجد أن المضطربين قد مروا خلال فترة طفولتهم بأحداث سلبية وإساءة بالغة مثل التعرض لأنواع من الإساءة الجسدية أو الجنسية أو الانفعالية، كما مروا بخبرة الانفصال المبكر عن الوالدين، أو نشأوا مع والدين غير أسوياء، أو تعرضوا لمعاملة والدية خاطئة، أو لديهم إدراك سلبي تجاه هذه المعاملة، وهذا يتضح مما أشار إليه "دراكر" (Draucker, 2000 : 38) أن من أهم الأعراض التي تنتج عند التعرض للإساءة الجنسية هي: القلق والاكتئاب واليأس والخزي وسلوك إيذاء الذات ومحاولات الانتحار والعدوانية تجاه الآخرين.

كما كشفت دراسة "هلجيلاند وتورجرسن" (Helgeland & Torgersen, 2004) عن وجود علاقة دالة بين التعرض للإساءة والإهمال وعدم الاستقرار البيئي وعدم توافر بيئة أسرية آمنة، وبين ظهور أعراض القلق والاكتئاب. وأيدت دراسة "روبرتس" (Roberts et al., 2004) ما سبق، حيث قام الباحثون بدراسة ٨٢٩٢ عائلة لديهم مشكلات نفسية واضطرابات، حيث وجدوا أن هذه الأسر قد تعرض الأبوان فيها للصدمات في الطفولة، ومن بين المشكلات التي ظهرت على هذه الأسر التفكك وضعف الصحة النفسية، وسوء التوافق الأسري والاجتماعي، وعلامات من القلق والاكتئاب.

كما قام كل من "بيفولكو وآخرون" (Bifulco et al., 2002) بفحص العلاقة بين الإساءة النفسية في الطفولة والاكتئاب الرئيسي والسلوك الانتحاري الذي يظهر في الرشد، حيث تم تطبيق بعض المقاييس الخاصة بالاضطرابات السابقة على (٢٠٤) سيدة تعرضن في طفولتهن للإساءة النفسية من الوالدين، حيث أشارت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط دال بين التعرض للإساءة وكل من الاكتئاب الرئيسي والسلوك الانتحاري وأشارت دراسة "سبتوس وآخرون" (Spetus et al., 2003) إلى أن التعرض للإساءة الانفعالية والإهمال يرتبطان ارتباطاً دالا بارتفاع القلق والاكتئاب واضطرابات ما بعد الصدمة والأمراض الجسدية في الرشد.

ومن اللافت للنظر أن الاكتئاب شائع لدى النساء ضعف شيوعه لدى الرجال فقد تبين من دراسة الفروق بين الجنسين في غالبية المجتمعات الإنسانية، أن المرأة تعاني أكثر من زميلها الرجل من الأعراض الدالة على الاضطراب النفسي وخاصة الاكتئاب.

ففي تقرير "كلبرتسون" Culbertson 1997 اتضح أن النساء قد تفوقن على الذكور – خلال الثلاثين سنة الأخيرة من القرن العشرين – من حيث نسبة المعاناة والإصابة بالاكتئاب. بما يعادل

الضعف. وهذا ما توصلت إليه الدراسات المسحية التي أجريت على المجتمع الأمريكي، حيث اتضح وجود مخاطر لتطور الاكتئاب بنسبة (٨-١٢%) بالنسبة للرجال، وبنسبة (٢٠-٢٦%) بالنسبة للنساء.

وكما هو الحال في المجتمعات الغربية، نجد أن المرأة في العالم العربي تعتبر، من حيث لغة الصحة النفسية، من أكثر الجماعات استهدافاً لمخاطر الاضطراب النفسي والاكتئاب، وتزدا مخاطرها في مراحل مختلفة من العمر، خاصة في مرحلة المراهقة (أحمد عبدالخالق، ١٩٩٤)، وهذا ما دعمته الدراسات المسحية التي أجريت في البيئة العربية. فقد تبين من نتائج إحدى الدراسات المسحية، التي أجريت في المملكة العربية السعودية، أن النساء سجلن درجات مرتفعة عن الذكور في الاكتئاب، وقد ازدادت هذه الفروق بشكل جوهري بين من هم أصغر، أي بين طالبات المدارس الثانوية والطالبات الجامعيات (Ibrahim & Ibrahim, 1996).

وبسبب ما لموضوع الاكتئاب من أهمية على مستوى البحث النفسي، وعلى مستوى العلاج، نشطت النظريات الكبرى في علم النفس، لكي تقدم تفسيرها للاكتئاب، وعوامل نشأته، وتفسيره. فقد اقترحت نظريات عديدة مثل نظرية التعلق (Bowlby, 1988) ونظرية العلاقات بالموضوع (Baldwin, 1992)، ونظريات معرفية عديدة (Ingram et al., 1998, Segal, 1988, Beck, 1967)، ونظرية القبول/الرفض الوالدى (Rohner, 1986) أن التفاعلات مع مقدمي الرعاية المبكرة تزود بالأساس الخاص بأبنية سلبية لمعالجة المعلومات. فمقدموا الرعاية الذين يعاقبون بشكل غير ملائم، والجافون في المعاملة، والناقدون أو المهملون، يتسببون في تطوير أبنية وجدانية وصيغ معرفية سلبية لدى أبنائهم وحتى مع أن تلك النظريات تختلف في التفاصيل النظرية، فإن موضوع التصور المركزي، الذي يحدث طوال هذه الفترات هو أن التمزقات Disruptions في عمليات الرابطة الأساسية Basic bonding بين الأطفال ومقدمي الرعاية لهم تنتج أبنية الاستهداف (Ingram et al., 1998) وهذا ما ذهب إليه بيمبورد ورومانو (Bemporad & Romano, 1992) بان الاكتئاب في الرشد يتعلق بتطور هذه المتغيرات في الطفولة. ويعكس ذلك الأمر أن هذه الأبنية الخاصة بالاستهداف تشكل جوهر الاكتئاب، الذي يحدث طوال الحياة.

وقد دعمت دراسات إمبريقية عديدة – في البيئة الأجنبية دون البيئة العربية – هذا الفرض النظري، حيث اتضح أن عنف الأسرة في الطفولة قد توسط تأثير الضغط في الرشد على تواتر الاكتئاب لدى الإناث الراشدات (Kessler & Magee, 1994) كما اتضح أن الإساءة الجنسية والبدنية في الطفولة قد تسببت في حدوث الاكتئاب لدى الأمهات (Andrews et al., 1995).

ولكن ما يؤخذ على هذه الدراسات أنها ركزت على الإساءة الجنسية والبدنية، وأغفلت الإساءة الانفعالية في الطفولة وعلاقتها بالاكتئاب.

وإذا كانت الإساءة في الطفولة تعتبر عاملاً رئيسياً في نشأة الاكتئاب، إلا أن هناك عاملاً مهماً لا يمكن إغفاله في نشأة وتفاقم أعراض الاكتئاب، ألا وهو متغير الخزى Shame والذي يعتبر بصفة عامة انفعال سلبي شديد بسبب الضعف، ويتضمن مشاعر الدونية والوعي بالذات، مع الرغبة في إخفاء القصور (Tangney, 1996). وقد أوضحت المراجعات النفسية الحديثة أن الاستهداف للخزى يتعلق بالاستعدادات للشعور بأنماط معينة من الانفعال (الغضب – القلق – الاكتئاب) (Tangney, and Fischer 1995). وهذا ما دعمته نتائج الدراسات الأجنبية، حيث اتضح أن الاكتئاب أكثر ارتباطاً وبشكل جوهري بالخزى منه بالذنب (Tangney et al., 1992)، وأن الخزى يتنبأ بشكل جوهري بالاكتئاب (Shahar, 2001).

وفضلاً عن الدور المرضي للخزى في نشأة الاكتئاب، فإن التراث النفسي يكشف لنا أيضاً عن دوره الوسيط في العلاقة بين خبرة الإساءة في الطفولة والاكتئاب، موضحاً أنه رغم أن الإساءة في الطفولة تمثل عامل مخاطرة لمجموعة متنوعة من الاضطرابات. فمن الممكن أن يكون هناك عامل عام معرفي أو وجداني قد يكون متضمناً. وعلى صعيد آخر، فقد كشفت الأدبيات الأجنبية عن أن الحل غير الفعال، أو تعذر حل المشكلات، يؤدي إلى مزيد من المشكلات الانفعالية وأن الخبرة الذاتية لتعذر حل المشكلات The subjective experience of problem irresolvability يعتقد أنها تنتج من مواقف أسرية واقعية ومحددة تواجه الشاب الصغير أو المراهق في الواقع بمشكلة يتعذر حلها بطريقة يمكن تحديدها وإجراؤها. والقاسم المشترك لكل هذه الخبرات هو أن المراهق يشعر بأنه يواجه مشكلة يتعذر حلها، ويضغط عليه لحلها، فيقف في حرج ويضعف بسبب هذا الموقف (Orbach, 1988: 151).

الإطار النظري للبحث :

سوف يقتصر البحث على دراسة الاكتئاب بوصفه مجموعة من الأعراض لدى العاديين والذي اتضح من المقدمة أنه أكثر فئات الاكتئاب الأخرى أو فئات الاضطرابات الوجدانية انتشاراً على وجه العموم. وقد أشارت العديد من الدراسات، أن الاكتئاب الذي يتم إقراره من أفرد عاديين يعتبر على متصل continuum مع الاكتئاب الذي يعاني منه المرضى النفسيين كما أكدت بعض الدراسات أن العوامل التي تؤثر على الإفصاح عن الأعراض الاكتئابية الاكلينيكية يوجد أصلها أو أساسها في الاتجاهات الاستجابية لدى الأفراد غير المكتئبين (Costelo, 1982, 343).

انتشار الاكتئاب :

يعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً في الدول الصناعية الكبرى، وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن حوالي ١٠٠ مليون شخص يعانون من الاكتئاب. (رضوان جميل، ٢٠٠٧، ٤١٨)، كما يعد الاكتئاب ثاني أخطر الاضطرابات النفسية التي تؤثر سلباً في اقتصاد الأقطار النامية وتشير التقديرات الحديثة إلى أن ١٦% من السكان يخبرون الاكتئاب (Kessler, and Magee, 1994). وأن حوالي ٥% من السكان إكلينيكيا مكتئبون. كما أنه يحدث مخاطر مدى الحياة في نسبة ١٠%، وهو أكثر شيوعاً في الإناث مقارنة بالذكور، وفي صغار السن، وخصوصاً الفتيات المراهقات. ومعدل حدوث الاضطرابات الاكتئابية يزداد بعد مرحلة البلوغ. فتبلغ ذروة حدوث الاكتئاب في الأعمار ما بين ٢٠-٤٠ سنة ويعاني من الاكتئاب ١٥% من الأطفال والمراهقين بينما يعاني منهم من الاكتئاب الرئيس أو الأساسي ٣ إلى ٥%، وأن اضطراب الاكتئاب الرئيس أو الأساسي ينتشر في ٥% إلى ١٢% في الذكور، ومن ١٠% إلى ٢٠% في الإناث. وينتشر الاكتئاب الرئيس أو الأساسي في الأطفال قبل مرحلة المراهقة بنسبة ٢% مع توزيع متساو تقريباً بين الإناث والذكور، وفي المراهقة يصل إلى ٦% وتزداد نسبة حدوثه بين الإناث أكثر من الذكور وتصل هذه النسبة إلى ٢: ١. ونسبة حدوثه في النساء تبلغ ضعف نسبة حدوثه في الرجال بعد سن ١٤، وقد يرجع ذلك إلى أنساق المواجهة، أو إلى التغيرات الهرمونية أثناء مرحلة البلوغ. (في رضوان جميل، ٢٠٠٧، ٤٢٠).

تشخيص نوبة الاكتئاب الرئيس أو الأساسي:

يشخص الاكتئاب الرئيس أو الأساسي وفقاً للطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية DSM-IV-IR كما أشار "بيك" (Beck, 1970) إلى:-

(أ) وجود خمسة أو أكثر من الأعراض التالية خلال فترة الأسبوعين، وتمثل تغيراً عن الأداء السابق، وعلى الأقل واحد من الأعراض يكون: المزاج المكتئب أو فقد الاهتمام أو السرور. لاحظ أنها لا تتضمن الأعراض التي ترجع بوضوح إلى حالة طبية أو هلاوس أو هذيان غير مطابق مزاجياً.

(١) مزاج مكتئب معظم اليوم، وتقريباً كل يوم، وفي الأطفال والمراهقين يكون سريع التهيج أو سهل الاستثارة (٢) انخفاض ملحوظ في الاهتمام أو السرور في كل أو معظم الأنشطة معظم اليوم، وتقريبا كل يوم. (٣) نقص أو فقدان جوهري في الوزن في حالة عدم وجود برنامج للرجيم أو زيادة في الشهية كل يوم تقريباً. (٤) الأرق أو الوخم تقريباً كل يوم. (٥) التهيج أو

التأخر النفس الحركي تقريبا كل يوم. (٦) التعب أو فقدان الطاقة تقريبا كل يوم. (٧) الإحساس بعدم القيمة أو مشاعر الذنب المبالغ فيها وغير المناسب كل يوم تقريباً (ليس فقط تأنيب الذات، أو الشعور بالذنب لكونه مريضاً). (٨) انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز أو عدم الحسم، تقريباً كل يوم. (٩) تواتر التفكير في الموت والتفكير في الانتحار دون خطة محددة أو محاولة الانتحار أو خطة محددة للانتحار.

(ب) الأعراض لا تقابل محكات النوبة المختلطة.

(ج) تحدث الأعراض معاناة وأسى نفسي واضح من الناحية الإكلينيكية، أو عجز في الأداء الاجتماعي والوظيفي أو أية مجالات أخرى ذات أهمية.

(د) الأعراض لا تعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لعقار ٠سوء استخدام المواد أو العقاقير الطبية) أو حالة طبية عامة (فرط نشاط الغدة الدرقية على سبيل المثال).

(هـ) تحدث في الأعراض لفقد عزيز، وتدوم لأكثر من شهرين وتتصف بعجز وظيفي واضح وانشغال مرضي بعدم القيمة، وأفكار انتحارية، وأعراض ذهانية أو تأخر نفسي حركي.

النماذج المفسرة للاكتئاب :

تتعدد النماذج المفسرة للاكتئاب فيركز النموذج الوراثي في نشأة الاكتئاب على الاستعداد الوراثي لدى الفرد والذي بدوره يفسر بنسبة ٣٠% من حدوث الاكتئاب الرئيس أو الأساسي أما النموذج الكيميائي البيولوجي فيرجع نشأة بعض جوانب الاكتئاب إلى الاختلال في توازن البوتاسيوم والصوديوم عند المكتئبين، ووجود قصور في العناصر الكيميائية في المخ وبخاصة توزيع العناصر الأمينية وهي عبارة عن موصلات عصبية وتشمل أنواعاً منها الدوبامين، والسيروتينين، والنوربينيفرين، وأن المحافظة على التوازن المزاجي يحتاج إلى توازن في العناصر الأمينية وحدوث خلل في نشاط الغدد الصماء يقترح من خلال ارتباط اضطراب المزاج بزملة أعراض كوتشنج Cushing's Syndrome الذي ينشأ من زيادة معدل هرمون الكورتيزول في الدم، كما أن اضطرابات الاكتئاب تحدث بعد الولادة، وبعد انقطاع الطمث ويكون ذلك مرتبط بتغيرات في الغدد الصماء رغم عدم وجود دليل قوي مساند. وانتهت نتائج دراسة ميريام إلى أن المرضى المصابين بالاكتئاب الرئيس أو الأساسي مصابون باضطراب في القشرة قبل الجبهية Prefrontal Cortex حيث يلاحظ القصور في كمية انسياب الدم إلى القشرة قبل الجبهية. وهناك خفض في نشاط عمليات البناء في القشرة قبل الجبهية وضمور أو توقف عن النمو العصبي في القشرة قبل الجبهية. Neural Atrophy كما أنتهت نتائج دراسة بارش إلى أن المرضى

بالاكتئاب الرئيس أو الأساسي أظهروا نشاطاً واضحاً في القشرة قبل الجبهية الظهرية الجانبية اليمنى واليسرى Right and Left Dorsolateral Prefrontal Cortex، كما أوضح التخطيط الكهربائي للدماغ أن الكثير من المرضى بالاكتئاب يظهرون اضطرابات أثناء النوم (النوم أقل عمقاً)، وسرعة دخول المريض في نوم حركة العين السريعة. (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨).

أما النموذج التحليلي النفسي فيشير إلى أن الأعراض الاكتئابية ترتبط بتقدير للذات منخفض، وبخبرات الفقد أثناء مرحلة الرشد (فقد الزوج أو الزوجة). فالاكتئاب يحدث عندما يفقد المريض المحبوب فإنه يشعر باليأس، ويصب غضبه على الشخص المفتقد، وبمثل هذا الغضب إحساس غير مرضي لديه، ولهذا يعاد توجيهه نحو الذات. كما يرجع إلى اضطراب العلاقة بين الأم وطفلها الرضيع أثناء المرحلة الفمية (الفترة من : ١٠ إلى ١٨ شهر) ويؤدي ذلك إلى تهيئته للتعرض للاكتئاب فيما بعد. (Beck, 1970).

وتفسر المدرسة المعرفية الاكتئاب من خلال عدد من النماذج أهمها: نموذج التشويه المعرفي، فيقترح بك Beck أن ما لدى مريض الاكتئاب من معارف عن الواقع وعن ذاته، أصابها التشويه والتحريف، ويرى أن الاكتئاب هو اضطراب في التفكير قبل أن يكون اضطراباً للوجدان، ويحدث التشويه المعرفي نتيجة أفكار تلقائية تظهر في عقولنا أو تلصق في أذهاننا، وينقبل مريض الاكتئاب هذه الأفكار دون تمحيص ومن هذه الأفكار الاستدلال الخاطئ، والتجريد الانتقائي، والمبالغة في التعميم، التفخيم والتهويل/ مقابل التحقير والتهوين، الكل أو لا شيء ومن هنا فإن الاكتئاب ما هو إلا استجابة لا تكيفية مبالغ فيها، وتتم كنتيجة منطقية لمجموع التصورات أو الادراكات السلبية للذات، أو للموقف الخارجي، أو المستقبل، أو العناصر الثلاثة مجتمعة. فالتفكير الشاذ لدى المكتئبين ينقسم إلى ثلاثة مكونات: (١) تذكر الأحداث غير السارة أكثر وبسهولة من الأحداث السارة. (٢) أفكار اقحامية غير سارة (أفكار سلبية) (٣) الاعتقادات غير الواقعية أو الحقيقية. (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ١٩٧).

ويفترض نموذج العجز المكتسب "لسيلجمان" أن الأفراد الذين يميلون إلى عزو الأحداث السالبة أو المواقف البغيضة غير المضبوطة إلى عدم كفايتهم، وأنها ثابتة (ستبقى مؤثرة عليهم عبر الزمن)، وأن مسبباتها لها آثار عامة أو غير محدودة على حياتهم، يكونوا معرضين للإصابة بالاكتئاب. وطبقاً لنظرية اليأس Hopelessness "لأبرامسون وآخرون" (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989) فإن الاكتئاب لا يعتمد على الاعتقاد بأن هناك نقصاً في السيطرة على الأحداث فحسب، وإنما الاعتقاد بأن الأحداث السلبية سوف تعود مرة أخرى، وعندما يتمسك

الفرد بهذين النوعين من التوقعات يشعر باليأس، ويصبح اليأس بالتالي هو السبب المباشر للاكتئاب. (جمعة يوسف، ٢٠٠١، ١٠٧).

ويفسر نموذج النفسي – الاجتماعي أسباب حدوث الاكتئاب بفقدان العلاقات البينشخصية، والمشكلات المرتبطة بالحالة الصحية. (Kessler, and Magee 1994) وإلى تعرض الشخص للضغوط النفسية وإلى اضطراب العلاقات الزواجية، والظروف الصحية للوالدين، وظروف العمل المضطربة، وانخفاض المستوى الاقتصادي – الاجتماعي للأسرة. وإلى وجود أعداد متفاوتة من الأطفال والمراهقين ينحدرون من أسر مطلقة وتدني التعليم الوالدي، والبطالة في الأسرة، والقصور المدرك للمساندة الاجتماعية. والاكتئاب ينتج عنه الكثير من المضاعفات تتمثل في قصور الأداء الأكاديمي، والعلاقات البينشخصية، والمجال الأسري، فالحضور الأكاديمي والأداء غالباً يتقلص، العلاقات الأسرية والعلاقات مع الأقران تصبح معاقة، وصورة متدنية عن الذات. كما يؤدي الاكتئاب إلى قصور في قدرة الشخص على الاسترجاع Retrieval (غريب عبدالفتاح، ١٩٨٧).

وتشير نظرية إيليس، وأشبروك (Ellis & Ashbrook, 1988) Processing Resource Theory إلى أن الحالة الانفعالية للشخص تنظم أو تضبط توزيع مصادر التجهيز، وأن الحالة الانفعالية السلبية تؤدي إلى زيادة الأفكار الاقحامية غير الملائمة والتي عندئذ تتسابق مع الأنشطة المعرفية المناسبة، كما أن مصادر التجهيز لدى المكتئبين تكون قليلة مقارنة بالأسوياء وذلك راجع إلى انشغالهم بانفعالاتهم. وقصور الذاكرة وقصور الأداء على المهام المعرفية يكون نسبياً شائع لدى المرضى باضطراب الاكتئاب الرئيس أو الأساسي. كما أن التشويه المعرفي، وأخطاء الاستدلال تظهر جلية في حالة الشعور بالأسى النفسي (جمعة يوسف، ٢٠٠١، ١٢٢).

مصطلحات البحث :

١- <u>الاكتئاب:</u>

تعرف الرابطة الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية الصادر في (١٩٩٤) الاكتئاب بأنه: اضطراب نفسي شائع وخبرة إنسانية يمر بها كثير من الناس. ومن الملامح الرئيسية له شعور بالإحباط مبالغ فيه/ الانسحاب من الأنشطة الاجتماعية، قلة النوم، قلة الشهية، فقدان الطاقة، الشعور بالتعب، الشعور بعدم القيمة والعجز، وإذا كان الاكتئاب شديداً من الممكن أن يكون مهدداً للحياة.

سوف يقتصر البحث على دراسة الاكتئاب بوصفه مجموعة من الأعراض لدى العاديين. وقد أشارت العديد من الدراسات، أن الاكتئاب الذي يتم إقراره من أفراد عاديين يعتبر على متصل

continuum مع الاكتئاب الذي يعاني منه المرضى النفسيين (Costelo, 1982, 343) كما أكدت بعض الدراسات أن العوامل التي تؤثر على الإفصاح عن الأعراض الاكتئابية الكلينيكية يوجد أصلها أو أساسها في الاتجاهات الاستجابية لدى الأفراد غير المكتئبين.

ويعرف الاكتئاب في البحث الحالي بأنه حالة مزاجية تتضمن بعض الأعراض التالية:

١- تغير محدد في المزاج مثل : مشاعر الحزن، الوحدة واللامبالاة.

٢- مفهوم سالب عن الذات مصحوباً بتوبيخها وتحقيرها ولومها.

٣- رغبات في عقاب الذات مع الرغبة في الهروب والاختفاء أو الموت.

٤- تغيرات خمولية vegetative: فقدان الشهية، صعوبة النوم أو الأرق.

٥- تغير في مستوى النشاط كما تبدو في نقص أو زيادة النشاط (Beck, 1972, P.6).

ويعرف الاكتئاب إجرائياً في البحث الحالي بأنه: الارتفاع في درجات المفحوص على مقياس الاكتئاب المستخدم. والذي أعده للاستخدام في البيئة العربية والكويتية "أحمد عبدالخالق" (BDI 1996).

٢- **الحالة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للأسرة:** وتتناول المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للطالب والأسرة ومكان السكن والتخصص العلمي، والسنة الدراسية والمعدل التراكمي وتتناول أيضاً بعض الخبرات الشخصية التي مر بها الطالب في الـ ٦ أشهر الأخيرة مثل موت قريب أو صديق، إصابة خطيرة أو مرض خطير للطالب أو لأحد أفراد الأسرة، المعاناة من مرض مزمن، اضطراب في النوم، التشخيص بمرض نفسي. ومعرفة ما إذا كان لهذه المتغيرات دور في حصول الاكتئاب.

مشكلة البحث :

تتلخص مشكلة البحث في محاولة الإجابة على التساؤلات التالية:

١- هل توجد أعراض اكتئابية لطلاب وطالبات كلية التربية الأساسية ؟

٢- هل تختلف الأعراض الاكتئابية باختلاف الجنس ؟

٣- هل تختلف الأعراض الاكتئابية باختلاف المعدل التراكمي ؟

٤- هل تختلف الأعراض الاكتئابية للطلاب والطالبات باختلاف معدلاتهم التراكمية ؟

٥- هل تختلف الأعراض الاكتئابية باختلاف التفاعل بين الجنس والمعدل التراكمي ؟

٦- هل تختلف الأعراض الاكتئابية باختلاف التفاعل بين الجنس ومستوى دخل الأسرة ؟

٧- هل تختلف الأعراض الاكتئابية باختلاف التفاعل بين الجنس ومستوى تعليم الأب ؟

٨- هل تختلف الأعراض الاكتئابية باختلاف التفاعل بين الجنس ومستوى تعليم الأم ؟

٩- هل تختلف الأعراض الاكتئابية باختلاف التفاعل بين الجنس والمنطقة السكنية ؟

١٠- هل تختلف الأعراض الاكتئابية باختلاف التفاعل بين الجنس والتخصصات الدراسية ؟

١١- هل تختلف الأعراض الاكتئابية باختلاف التفاعل بين الجنس وبعض الأعراض العامة؟

أهمية البحث :

تتمثل أهمية البحث في التعرف على مدى انتشار الأعراض الاكتئابية لدى طلاب وطالبات كلية التربية الأساسية في دولة الكويت وعلاقة هذه الأعراض ببعض المتغيرات مثل المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي والسن، مستوى تعليم الوالدين.

أهداف البحث :

تتمثل أهداف البحث في التالي:

١- التعرف على الفروق بين الطلاب والطالبات في الأعراض الاكتئابية.

٢- التعرف على علاقة الأعمار الزمنية بالأعراض الاكتئابية.

٣- التعرف على علاقة النوع والأعراض الاكتئابية.

٤- التعرف على علاقة المعدل التراكمي بالأعراض الاكتئابية.

٥- التعرف على علاقة المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي والخبرات الشخصية بالأعراض الاكتئابية.

٦- التعرف على الفروق بين طلاب وطالبات في الأعراض الاكتئابية والتي ترجع إلأى التفاعل بين العمر الزمني والنوع.

٧- محاولة التوصل إلى نموذج سببي يفسر العلاقة بين الأعراض الاكتئابية ومتغيرات الدراسة.

الدراسات السابقة :

بينت كثير من الدراسات السابقة التي تمت على طلبة الجامعات والكليات المماثلة أن الاكتئاب اضطراب شائع يؤثر في قدرة الشخص في التعامل مع أنشطة الحياة المختلفة وبينت الدراسات أثر نقص الوعي بأعراض الاكتئاب وإمكانية علاجه في معاناة كثير من الأفراد مما يؤدي إلى انخفاض الكفاءة في أداء العمل وحرمان الشخص من التمتع في الحياة.

دراسة قام بها "عويد المشعان" (١٩٩٥) هدفت إلى دراسة الفروق في الاكتئاب بين المراهقين والشباب من الكويتيين، حيث كانت العينة مكونة من (٣٢٩) طالب وطالبة بواقع (١٨٢) طالب وطالبة من المراهقين في مدارس الكويت، ممثلين لجميع محافظات الكويت، وبواقع (١٤٧) طالب وطالبة من الشباب في جامعة الكويت ممثلين لجميع كليات الجامعة، ما عدا كلية الطب. وقد استخدم الباحث قائمة بيك للاكتئاب. وبينت نتائج البحث أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين، حيث كانت الإناث أكثر اكتئابا من الذكور، وتبين كذلك أن هناك فروق بين المراهقين والشباب، حيث كان الشباب أكثر اكتئابا، كما بينت متوسطاتهم التي كانت أعلى من متوسطات المراهقين على مقياس الاكتئاب.

وفي دراسة أجرها "رضوان جميل" (٢٠٠٣) لدراسة نسبة انتشار الاكتئاب والفروق الفردية بين الجنسين والفئات العمرية على طلاب سوريين من جامعة دمشق من كليات مختلفة لقياس الاكتئاب من سن ١٨-٣٠ من عينة مكونة من (١١٣٤) طالبا وطالبة من كليات مختلفة وسنوات دراسية مختلفة، وقد استخدم الباحث قائمة بيك للاكتئاب لتقدير شدة الأعراض الاكتئابية وبينت الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة بين الجنسين، على الرغم من أن الإناث حصلن على متوسطات أعلى من متوسطات الذكور. وأشارت نتائج الدراسة أن الذكور في المجموعات العمرية الأدنى ١٨-٢٠ و ٢١-٢٥ سنة يعانون من مشاعر اكتئابية أكثر من الذكور في المجموعات العمرية الأعلى التي تتراوح أعمارهم من ٢٦-٣٠ سنة.

ولقد هدفت دراسة "سوسن حبيب عباس وأحمد عبدالخالق" (٢٠٠٥) إلى بحث العلاقة بين اتجاهات الأبناء من الجنسين نحو أساليب المعاملة الوالدية من قبل الوالدين كل على حدة وعلاقتها بالأعراض الاكتئابية على عينة من (٧٢٤) طالب وطالبة من المدارس الثانوية في مختلف محافظات دولة الكويت، طبق فيها مقياس اتجاهات التنشئة الاجتماعية ومقياس متعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين وبينت النتائج أن البنات حصلن على متوسط أعلى جوهريا من الأولاد

في الاتجاه الإيجابي نحو أساليب التسامح والمساواة من قبل الأم كما حصلن على متوسط درجات أعلى من الأولاد في الأعراض الاكتئابية بشكل عام.

وهدفت دراسة "فريح العنزي" (١٩٩٧) إلى الكشف عن الارتباط بين الاكتئاب بوصفه أحد الاضطرابات النفسية والتحصيل الدراسي للطلبة، طبقت على عينة من طلاب المرحلة المتوسطة بدولة الكويت من الجنسين، بلغ عدد العينة (٨٦٧) طالبا وطالبة من الصف الرابع المتوسط، بواقع (٤٤٧) طالبا و (٤٢٠) طالبة، وقد استخدم الباحث مقياس الاكتئاب للأطفال ومجموع درجات الطلاب في نهاية العام الدراسي، أسفرت النتائج عن ارتباط جوهري سالب بين التحصيل الدراسي والاكتئاب ويتضح أن العلاقة عكسية بين المتغيرين، أي كلما زادت درجة الاكتئاب قل التحصيل ولم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في الاكتئاب وظهرت فروق دالة إحصائيا في التحصيل الدراسي لصالح الطالبات.

وفي دراسة قام بها "بدر الأنصاري" (١٩٩٤) لقياس الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة الكويت على عينة من (١٣٠) طالباً و (١٣٠) طالبة استخدم فيها قائمة Gough التي تحتوي على ٣٠٠ من سمات الشخصية. كشفت الدراسة عن سمات سلبية مثل القلق والاكتئاب فقد الثقة بالآخرين بالإضافة إلى الاتجاهات السلبية.

وفي دراسة مسحية لـ (Gubashi et al. 1992) للتعرف على نسبة انتشار الاضطرابات النفسية بين نساء مدينة دبي كانت العينة مكونة من ٣٠٠ امرأة اخترن بطريقة عشوائية. بينت الدراسة أن نسبة انتشار الاضطرابات النفسية في هذه العينة بما فيها الاكتئاب بلغت ٢٢,٧% وأن نسبة ٥% صنفت على أنها حالات مرضية.

وفي دراسة أخرى قام بها (Merritt, et al. 2007) على عينة من طلبة الجامعة مكونة من ٣٣١٣ لبحث مدى معرفتهم بأعراض الاكتئاب وإمكانية علاجه. وقد وجدت الدراسة أن أقل من نصف العينة قد أجابوا بأن الاكتئاب ممكن علاجه بنجاح وقد استنتج الباحثون أن كثير من طلبة الجامعة ينقصهم الوعي بأعراض الاكتئاب وإمكانية علاجه والتخلص من معاناته. (In Macmillan, et al. 2001)

وبينت دراسة قام بها (Vazquex and Blanco 2006) والتي أجريت على عينة من طلبة الجامعة اشتملت على ٥٥٤ عضو يتراوح أعمارهم بين ١٨-٣٤ سنة عملت لهم دراسة مسحية لقياس نسبة انتشار الأعراض الاكتئابية لديهم، وجد أن ٣% من أفراد العينة يعانون من أعراض اكتئابية مثل الشعور بخيبة الأمل، صعوبة في التفكير، التعب، قلة النوم.

وفي دراسة قام بها "غريب عبدالفتاح" (٢٠٠٢) هدفت إلى اختبار صحة العلاقة النظرية بين متغيرات التحصيل الدراسي، مفهوم الذات والأغراض الاكتئابية. وقد أهتم البحث أساساً بالأعراض الاكتئابية لمرحلة المدارس الإعدادية في دولة الإمارات وتناول أثر متغيرين على هذه الأعراض. التحصيل الدراسي بوصفه مصدر ضغط بيئي ومفهوم الذات بوصفه نوع من الاستهداف المعرفي على الأعراض الاكتئابية. واستخدمت الدراسة مقياس الاكتئاب (د) للصغار CDT ومقياس مفهوم الذات للصغار Piers & Harris Self Concept Scale. كما اتضح من نتائج البحث أن التحصيل الدراسي لدى مجموعة المفحوصين الكلية لا يؤثر في الأعراض الاكتئابية، وأن التحصيل الدراسي يؤثر في مفهوم الذات وأن مفهوم الذات يؤثر في الأعراض الاكتئابية لدى مجموعة المفحوصين الكلية.

وفي دراسة أخرى لـ "غريب عبدالفتاح" (١٩٨٧) قد هدفت إلى دراسة العلاقة بين الاكتئاب وتوكيد الذات على عينات مصرية، حيث أجريت الدراسة على (٥٩٣) مفحوصاً كلهم من العاملين المدنيين بالدولة (٣٧٠ ذكور و ٢٢٣ إناث) وكان متوسط سن مجموعة الذكور (ن = ٣٧٠) ٣٣,٨١ سنة بانحراف معياري ٦,٩٧، ومتوسط سن مجموعة الإناث (ن = ٢٢٣) ٢٩,٦٠ سنة، وكان المستوى التعليمي للمفحوصين (٣٧٥) مفحوصاً تعليم عالي (١٦٥) تعليم فوق المتوسط (١٥٣) مفحوصاً تعليم متوسط. وقد استخدم الباحث أداتان: مقياس بك الأول المعدل (د) BDI-IA الصورة المختصرة ومقياس روتر للضبط الداخلي – الخارجي. وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود معامل ارتباط موجب ودال إحصائياً بين الاكتئاب والضبط الخارجي للمجموعة الكلية من المفحوصين المصريين الراشدين الذين اشتركوا في البحث، ولدى كل جنس على حدة، علاوة على ذلك، فقد وجدت نفس العلاقة بين الاكتئاب والضبط الخارجي في المجموعات الفرعية والتي تم تقسيم المجموعة الكلية إليها وفقاً للمستوى التعليمي للمفحوصين لمزيد من التحقق من هذه العلاقة وقد وجد معامل الارتباط بين المتغيرين ٠,٣٦ وهو دال عند مستوى ٠,٠١ مع وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً بين السن والضبط الداخلي الخارجي لمجموعة الذكور وأن الفرق بين متوسط سن الإناث دال إحصائياً أي أن مجموعة الذكور أكبر سناً من مجموعة الإناث ت = ٧,٠٠ دالة عند مستوى ٠,٠١.

ويتضح من نتائج دراستي "غريب عبدالفتاح" (٢٠٠٢)، (١٩٨٧) يمكن القول بأن القيمة العملية الحقيقية لنتائجه هي في التوصل إلى إمكانية استخدام أسلوب بسيط وفعال في التعامل مع الأعراض الاكتئابية بعيداً عن العلاج بالعقاقير المحفوف بالآثار الجانبية. فإذا كانت الأعراض الاكتئابية في جزء منها يمكن إرجاعها إلى اتصاف المكتئبين بالتوجه الخارجي، فإن التدخل الإرشادي الذي

يهدف إلى تعديل هذا التوجه إلى الوجهة الداخلية يكون ذا أثر فعال في التقليل من شدة هذه الأعراض دون تعريض العملاء للآثار الجانبية الخطيرة لمضادات الاكتئاب.

وقامت "سعاد البشر" (٢٠٠٥) بدراسة هدفت إلى التعرف على مدى إسهام التعرض للإساءة في الطفولة في التنبؤ في ظهور بعض الاضطرابات النفسية ومنها الاكتئاب.

وتكونت عينة الدراسة من (٩٧) فرداً من طلبة الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب بدولة الكويت (ن = ٥٥ للذكور، ن = ٤٢ للإناث) تراوحت أعمارهم بين ١٨ و ٣٢ سنة. ولقد استخدمت الأدوات التالية: ١- استخبار اضطراب الشخصية الحدية من إعداد الباحثة. ٢- استخبار التعرض للإساءة إعداد الباحثة. ٣- قائمة سمة القلق إعداد Spielberger وآخرين. ٤- بطارية Beck Depression inventory (الصورة الكويتية) أعدها بدر الأنصاري (١٩٩٧). ولقد بينت نتائج الدراسة: وجود ارتباط موجب دال بين التعرض للإساءة في الطفولة والمشكلات النفسية كالقلق والاكتئاب. كما تدل النتائج على عدم وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في مستوى التعرض للإساءة في الطفولة. ولا توجد فروق دالة بين مستويات كل من القلق والاكتئاب واضطراب الشخصية. ويتضح أيضاً من نتائج هذه الدراسة أنه من الممكن التنبؤ باضطراب الشخصية الحدية والقلق والاكتئاب إذا ما كان الفرد قد تعرض في طفولته للإساءة.

وفي دراسة قام بها (Qingbo, L. 2009) هدفت إلى معرفة العلاقة بين الشعور بالسعادة النفسية والمشاعر السلبية مثل الكآبة والقلق لدى طلبة الجامعات اليابانية. تم اختيار عينة مكونة من (٥٤٥) من خمس جامعات يابانية (١٣٢) طالباً و (٤١٣) طالبة. وقد تم استخدام استبيان السعادة النفسية ومقياساً لقياس القلق والاكتئاب وبينت نتائج الدراسة أنه ليس هناك اختلاف ذو دلالة فيما يتعلق بالجنس للمقاييس الفرعية لمقياس السعادة النفسية. وقد ارتبطت جميع المقاييس الفرعية لاستبيان السعادة النفسية ارتباطاً سلبياً بمقياس القلق والاكتئاب.

وفي دراسة قام بها "حسين علي فايد" (٢٠٠٥) لدراسة الخزى كمتغير وسيط بين الأعراض الاكتئابية وكل من الإساءة الانفعالية في الطفولة وتعذر حل المشكلات لدى طالبات الجامعة هدفت إلى تحديد ما إذا كان كل من الخزى والإساءة الانفعالية في الطفولة وتعذر حل المشكلات تعمل كعوامل استهداف في نشأة الأعراض الاكتئابية. هدفت الدراسة إلى فحص دور الخزى كمتغير وسيط في العلاقة بين الأعراض الاكتئابية، واي من الإساءة الانفعالية في الطفولة أو تعذر حل المشكلات. وتكونت عينة الدراسة الأساسية من (٣٥٠) طالبة جامعية من المقيدين بالفرق الأولى والثانية والثالثة بكلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان، وتم استبعاد ٣٠ منهن لعدم إكمالهن الإجابة

عن بعض بنود الأدوات المستخدمة، واصبح العدد الفعلي للعينة (٣٢٠) طالبة، تراوحت أعمارهن بين ١٨-٢٢ سنة. وتم استخدام قائمة بيك للاكتئاب، واستبيان القبول / الرفض الوالدي. وقد أوضحت نتائج الدراسة صحة الفرض القائل بوجود علاقة موجبة جوهرية بين الأعراض الاكتئابية وكل من الإساءة الانفعالية في الطفولة والخزى وتعذر حل المشكلات. كذلك أبرزت النتائج دور كل من الخزى والإساءة الانفعالية في الطفولة وتعذر حل المشكلات، كل على حدة، في التنبؤ بالأعراض الاكتئابية. وكذلك أبرزت نتائج الدراسة دور الخزى كإحدى الخصائص التي تعدل من العلاقة بين الأعراض الاكتئابية وأي من الإساءة الانفعالية في الطفولة أو تعذر حل المشكلات، كل على حدة، حين تم عزل تأثير درجات الخزى.

وفي دراسة قامت بها "سهير ميهوب" (٢٠٠٥) التي هدفت إلى التعرف على بعض العوامل النفسية التي تميز المراهقات اللاتي تزوجن زواجاً عرفياً عن طريق اختبار صحة العلاقة النظرية بين تقدير الذات والأعراض الاكتئابية لدى المراهقات المتزوجات عرفياً وغير المتزوجات. وتكونت عينة البحث من (٢٥) طالبة متزوجة زواجاً عرفياً و (٢٥) طالبة من الطالبات الملتزمات من مدارس السلام الثانوية التجارية بحدائق القبة. وتم استخدام المقاييس التالية: مقياس تقدير الذات لطلبة المدارس الثانوية ومقياس الاكتئاب. واتضح من نتائج الدراسة أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين تقدير الذات والأعراض الاكتئابية. كما اتضح من نتائج الدراسة أن المراهقات اللاتي لم يقدمن على فعل مثل هذا السلوك يتمتعن بتقدير مرتفع لذواتهن أعلى من مجموعة المراهقات اللاتي تزوجن زواجاً عرفياً، وبالتالي لا تظهر عليهن الأعراض الاكتئابية.

في دراسة أخرى قام بها (Bernice, A. et al, 2006) عن القلق والاكتئاب لدى الطلبة. فقد هدفت الدراسة إلى معرفة مدى كفاءة استبيان "المستشفى للقلق والاكتئاب" في إعطاء تقييم صادق لأعراض الاضطرابات التي يشكو منها هذه المجموعة من الطلاب مقابل تطبيق مقابلة مقننة من الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع DSM IV. وتكونت عينة الدراسة من (٨٩) طالباً وطالبة جامعية، وتم استخدام مقياس للقلق والاكتئاب. ولقد بينت نتائج الدراسة أن ٣٥% لديهم اكتئاب درجته ٨ أو أكثر بالمقارنة مع ١٨% من اللذين طبق عليهم الاستبيان و ٧٦% لديهم ٨ درجات أو أكثر من القلق مقارنة مع ٦٤% مع جميع من طبق عليهم الاستبيان.

تعقيب على الدراسات السابقة :

١- تعددت نتائج الدراسات السابقة من حيث أهدافها، فمنها من تناول العلاقة بين الأعراض الاكتئابية والجنس مثل دراسة كل من "عويد المشعان" (١٩٩٥)، "رضوان جميل" (٢٠٠٣)،

"سوسن حبيب، أحمد عبدالخالق" (٢٠٠٥)، "فريح العنزي" (١٩٩٧)، "كلبرتسون" (١٩٩٧)، "أحمد عبدالخالق" (١٩٩٦)، Ibrahim (1996). ومنها من تناول العلاقة بين الأعراض الاكتئابية والعمر الزمني مثل دراسة كل من "رضوان جميل" (٢٠٠٣)، "سعاد البشر" (٢٠٠٥)، Kessler and Magee" (1994)"، ومنها من تناول العلاقة بين الأعراض الاكتئابية والتحصيل الدراسي مثل دراسة كل من "فريح العنزي" (١٩٩٧)، "غريب عبدالفتاح" (٢٠٠٢)، ومنها من تناول العلاقة بين الأعراض الاكتئابية والحالة الصحية مثل دراسة كل من Kessler" (1997)"، "عبدالستار إبراهيم" (١٩٩٨)، ومنها من تناول العلاقة بين الأعراض الاكتئابية والحالة النفسية مثل دراسة كل من "Shahar" (2001)"، "Andrews et al." (2002) ، "Tangnay et al." (1992)"، "فهد الربيعة" (١٩٩٧)، "روبرتس وآخرون" (٢٠٠٤)، "هلجيلاند وتورجرسن" (٢٠٠٤)، "Kessler and Magee" (1994)"، "غريب عبدالفتاح" (٢٠٠٢)، "سعاد البشر" (٢٠٠٥)، "Qingbo" (2009)"، "حسين فايد" (٢٠٠٥)، "سهير ميهوب" (٢٠٠٥). والدراسة الحالية قد تناولت جميع المتغيرات التي وردت في نتائج الدراسات السابقة في علاقتها بالأعراض الاكتئابية.

٢- تناولت الدراسات السابقة عينات مختلفة، فمنها من تناول طلاب الجامعة، ومنها من تناول طلاب المدارس الثانوية، ومنها من تناول المرحلة المتوسطة. والدراسة الحالية قد تناولت طلاب وطالبات كلية التربية الأساسية.

٣- تناولت جميع الدراسات السابقة مقياس "بيك" لقياس الأعراض الاكتئابية ولهذا اعتمدت الدراسة الحالية على هذا المقياس لرصد الأعراض الاكتئابية لعينتي البحث.

٤- استخدمت الدراسات السابقة أساليب إحصائية مختلفة تتناسب وطبيعة البيانات التي قامت عليها، والدراسة الحالية قد استفادت من هذه الأساليب في استخدام بعضها بما يتناسب وطبيعة بياناته.

فروض البحث :

١- توجد أعراض اكتئابية لطلاب وطالبات كلية التربية الأساسية.

٢- تختلف الأعراض الاكتئابية بإختلاف الجنس.

٣- تختلف الأعراض الاكتئابية بإختلاف المعدل التراكمي.

٤- تختلف الأعراض الاكتئابية بين الطلاب والطالبات بإختلاف معدلاتهم التراكمية.

٥- تختلف الأعراض الاكتئابية بإختلاف التفاعل بين الجنس والمعدل التراكمي.

٦- تختلف الأعراض الاكتئابية بإختلاف التفاعل بين الجنس ومستوى دخل الأسرة.

٧- تختلف الأعراض الاكتئابية بإختلاف التفاعل بين الجنس ومستوى تعليم الأب.

٨- تختلف الأعراض الاكتئابية بإختلاف التفاعل بين الجنس ومستوى تعليم الأم.

٩- تختلف الأعراض الاكتئابية بإختلاف التفاعل بين الجنس والمنطقة السكنية.

١٠- تختلف الأعراض الاكتئابية بإختلاف التفاعل بين الجنس والتخصصات الدراسية.

١١- تختلف الأعراض الاكتئابية بإختلاف التفاعل بين الجنس وبعض الأعراض العامة.

خطة ومنهجية البحث:

أولاً : عينة الدراسة :

تم اختيار عينة عشوائية ممثلة لمجتمع الطلبة والطالبات من الكويتيين في كلية التربية الأساسية مكونة من (٦٢٤) حيث كان عدد الطلاب (١٨٢) طالبا وعدد الطالبات (٤٤٢) طالبة من جميع السنوات الدراسية الأربعة. لقياس الأعراض الاكتئابية وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية لديهم مثل الأعمار الزمنية، والنوع، والمعدلات التراكمية والمستويات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية.

ثانياً : أدوات البحث :

١- قائمة بيك Beck لقياس الاكتئاب. وضع قائمة هذا المقياس آرون بيك "وعربها وأعدها للتطبيق على عينات عربية وكويتية "أحمد عبدالخالق" (١٩٩٦) وهي تتكون من (٢١) مجموعة كل مجموعة تتكون من أربع بنود تتراوح أوزانها من صفر إلى ٣، و ٣ تعني الشعور بالعرض بشدة وتقيس بنود القائمة الحزن، التشاؤم، الشعور بالفشل، عدم الرضا، الشعور بالذنب والعقاب، كره الذات، اتهام الذات، أفكار انتحارية، البكاء، التهيج، الانسحاب الاجتماعي، عدم الحسم، تغير صورة الجسم، صعوبة العمل، الأرق، الشعور بالتعب، فقد الشهية، فقد الوزن، الانشغال بالجسم، وفقد اللبيدو. وللتحقق من صدق القائمة، تم الاعتماد على عرض القائمة على مجموعة من المتخصصين في كلية التربية الأساسية، وجاءت موافقتهم جميعاً على مدى صلاحية القائمة لقياس الأعراض الاكتئابية. وللتحقق من ثبات القائمة، فإنه تم تطبيقها على عينة بلغت (١٠٠) طالباً وطالبة، وتم حساب معامل الارتباط بين درجات الطلاب على نصفي القائمة فبلغ (٠,٧٢١) وبتصحيح هذا المعامل باستخدام معامل

"سبيرمان وبراون" فقد بلغ (٠,٨٣٨) وهو معامل دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) مما يدل ذلك على أن القائمة على درجة مقبول من الثبات.

٢- استمارة الحالة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والشخصية للأسرة.

نتائج البحث – مناقشتها وتفسيرها

تعرض النتائج التي تم التوصل إليها من خلال الأساليب الإحصائية للبيانات التي اشتقت من استجابات طلاب وطالبات مجموعتي البحث من أجل التحقق من صحة فروض البحث، ومحاولة لتفسير النتائج التي تم التوصل إليها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

أولاً : النتائج الخاصة بالفرض الأول

ينص هذا الفرض على أنه "توجد أعراض اكتئابية لطلاب وطالبات كلية التربية الأساسية" وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم حساب الدرجات والنسب المئوية وترتيب الأعراض الاكتئابية للدرجات التي حصل عليها كل من الطلاب والطالبات على قائمة "بيك" ورصدت نتائج ذلك في الجدولين التاليين.

جدول (١) الدرجات والنسب المئوية وترتيب الأعراض الاكتئابية لدرجات الطلاب على قائمة "بيك"

الرقم	الأعراض	الدرجات	النسب المئوية	الترتيب
٨-	اتهام الذات	١٨١	٧,٠٨	١
١١-	التهيج	١٧٤	٦,٨١	٢
٤-	عدم الرضا	١٦٨	٦,٥٧	٣
١٧-	سرعة التعب	١٦٦	٦,٤٩	٤
٥-	الذنب	١٥٢	٥,٩٥	٥
١٣-	عدم الحسم	١٥٢	٥,٩٥	٥ مكرر
١-	الحزن	١٤٨	٥,٧٩	٦
٦-	العقاب	١٤٨	٥,٧٩	٦ مكرر
١٥-	صعوبة العمل	١٤٥	٥,٦٧	٧
١٦-	الأرق	١٣٥	٥,٢٨	٨
١٩-	صعوبة التركيز	١٢٨	٥,٠١	٩
٢٠-	الانشغال بالجسم	١٢٤	٤,٨٥	١٠

الرقم	الأعراض	الدرجات	النسب المئوية	الترتيب
-١٢	الانسحاب الاجتماعي	١١٣	٤,٤٢	١١
-١٨	فقدان الشهية	١٠٧	٤,١٩	١٢
-١٠	البكاء	٩٩	٣,٨٧	١٣
-٢	التشاؤم	٩٢	٣,٦٠	١٤
-٣	الشعور بالفشل	٨٧	٣,٤٠	١٥
-٢١	فقد اللبيدو	٧٤	٢,٩٠	١٦
-١٤	تغير صورة الجسم	٧١	٢,٧٨	١٧
-٧	كره الذات	٥٦	٢,١٩	١٨
-٩	أفكار انتحارية	٣٦	١,٤١	١٩

جدول (٢) الدرجات والنسب المئوية وترتيب الأعراض الاكتئابية لدرجات الطالبات على قائمة "بيك"

الرقم	الأعراض	الدرجات	النسب المئوية	الترتيب
-١٧	سرعة التعب	٥٢٠	٧,٢٩	١
-٨	اتهام الذات	٤٩٨	٦,٩٨	٢
-١٥	صعوبة العمل	٤٧٠	٦,٥٩	٣
-١٣	عدم الحسم	٤٥٧	٦,٤٠	٤
-١١	التهيج	٤٣٩	٦,١٥	٥
-٤	عدم الرضا	٤٢٤	٥,٩٤	٦
-٥	الذنب	٤١٨	٥,٨٦	٧
-١	الحزن	٣٨٩	٥,٤٥	٨
-١٦	الأرق	٣٨٤	٥,٣٨	٩
-١٠	البكاء	٣٥٤	٤,٩٦	١٠
-١٩	فقد الوزن	٣٤٠	٤,٧٦	١١
-١٨	فقد الشهية	٣١٩	٤,٤٧	١٢
-٦	العقاب	٣١٧	٤,٤٤	١٣
-٢٠	الانشغال بالجسم	٢٩٩	٤,١٩	١٤
-١٢	الانسحاب الاجتماعي	٢٨٧	٤,٠٢	١٥

الرقم	الأعراض	الدرجات	النسب المئوية	الترتيب
-٢	التشاؤم	٢٣٥	٣,٢٩	١٦
-١٤	تغير صورة الجسم	٢٣٢	٣,٢٥	١٧
-٢١	فقد اللبيدو	٢٢٠	٣,٠٨	١٨
-٣	الشعور بالفشل	٢١٦	٣,٠٣	١٩
-٧	كره الذات	١٩٢	٢,٦٩	٢٠
-٩	أفكار انتحارية	١٢٧	١,٧٨	٢١

ثانياً : النتائج الخاصة بالفرض الثاني :

ينص هذا الفرض على أنه "تختلف الأعراض الاكتئابية باختلاف الجنس" وللتحقق من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة بتصنيف عينتي البحث (طلاب/ طالبات) من حيث درجاتهم على قائمة "بيك" إلى ثلاث مجموعات هي (مرتفع – متوسط – منخفض) لكل عينة منهما، وتم استخدام قيمة "كا٢" للفروق بين تكرارات درجات الطلاب (مرتفع – متوسط – منخفض) وتكرارات درجات الطالبات (مرتفع – متوسط – منخفض)، ورصدت نتائج ذلك في الجدول التالي.

جدول (٣) قيمة (كا٢) ودلالتها للفروق بين تكرارات الطلاب والطالبات على قائمة "بيك"

التكرارات / مستويات الأعراض	طلاب	طالبات	كا٢	مستوى الدلالة
منخفض	٥٧	١٣٥	٠,٠٤٥	غير دالة*
متوسط	٧٨	١٩٣		
مرتفع	٤٧	١١٤		
الكلي	١٨٢	٤٤٢		

* كا٢ (٢، ٠,٠٥) = ٠,١٠٣

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين مستويات الأعراض الاكتئابية بين الطلاب والطالبات.

ثالثاً : النتائج الخاصة بالفرض الثالث

ينص هذا الفرض على أنه "تختلف الأعراض الاكتئابية باختلاف المعدل التراكمي" وللتحقق من

صحة هذا الفرض، قامت الباحثة بتصنيف عينتي البحث (طلاب/ طالبات) من حيث درجاتهم على قائمة "بيك" إلى ثلاث مجموعات هي (مرتفع – متوسط – منخفض)، ثم حصلت علـى معـدلاتهم التراكمية، وتم استخدام قيمة "كا٢" للفروق بين تكرارات درجات الطلاب والطالبات معا في ضـوء معدلاتهم التراكمية، ورصدت نتائج ذلك في الجدول التالي.

جدول (٤) قيمة (كا٢) ودلالتها للفروق بين تكرارات الطلاب والطالبات معاً على قائمة "بيك" في ضوء معدلاتهم التراكمية

مستويات الأعراض الاكتئابية / المعدل التراكمي	منخفض	متوسط	مرتفع	كا٢	مستوى الدلالة
٤ – ٣,٥	٣٢	٤٨	١٧		
٣,٤٩ – ٣	٥٧	٨٤	٤٤		
٢,٩٩ – ٢,٥	٦٦	٩٧	٦٢	١٤,٦١٢	*٠,٠١
٢,٤٩ – ٢	٢٤	٢٦	١٩		
١,٩٩ – ١	١٢	١٥	١٤		
أقـل من ١	١	١	٥		
الكلي	**١٩٢**	**٢٧١**	**١٦١**		

* كا٢ (١٠، ٠,٠١) = ٢,٥٦

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً عند مـستوى (٠,٠١) فـي الأعـراض الاكتئابية بين عينة البحث الكلية ترجع إلى اختلاف معدلاتهم التراكمية – ومـن خـلال اسـتقراء جدول (٤) يتضح أن الذين يعانون أعراض اكتئابية أكثر من عينة البحث (طلاب وطالبات معاً) هم على الترتيب.

١- ذوى المعدل التراكمي أقل من (١)

٢- ذوى المعدل التراكمي من (١ – ١,٩٩)

٣- ذوى المعدل التراكمي من (٢ – ٢,٤٩)

٤- ذوى المعدل التراكمي من (٣,٥ – ٤)

٥- ذوى المعدل التراكمي من (٣ - ٣,٤٩)

٦- ذوى المعدل التراكمي من (٢,٥ - ٢,٩٩)

رابعاً : النتائج الخاصة بالفرض الرابع

ينص هذا الفرض على أنه "تختلف الأعراض الاكتئابية للطلاب والطالبات باختلاف معدلاتهم التراكمية" وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام قيمة "كا٢" للفروق بين تكرارات الطلاب والطالبات على قائمة "بيك" في ضوء معدلاتهم التراكمية، ورصدت نتائج ذلك في الجدول التالي.

جدول (٥) قيمة (كا٢) ودلالتها للفروق بين تكرارات الطلاب والطالبات على قائمة "بيك" في ضوء معدلاتهم التراكمية.

الجنس / المعدل التراكمي	طلاب	طالبات	كا٢	مستوى الدلالة
٣,٥ - ٤	٢٥	٧٢		
٣ - ٣,٤٩	٤٥	١٤٠		
٢,٥ - ٢,٩٩	٦٧	١٥٨	٧,٦٧	*٠,٠١
٢ - ٢,٤٩	٢٦	٤٣		
١ - ١,٩٩	١٦	٢٥		
أقل من ١	٣	٤		
الكلي	١٨٢	٤٤٢		

* كا٢ (٥، ٠,٠١) = ٠,٥٥

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) في الأعراض الاكتئابية بين الطلاب والطالبات ترجع لصالح الطالبات (أي أن الطالبات يعانين أعراضاً اكتئابية أعمق مما يعاني منها الطلاب)، كما يتضح أيضاً أن الذين يعانين أعراض اكتئابية أكثر من الطالبات هم على الترتيب.

١- ذوات المعدل التراكمي أقل من (١)

٢- ذوات المعدل التراكمي من (١ - ١,٩٩)

٣- ذوات المعدل التراكمي من (٢ - ٢,٤٩)

٤- ذوات المعدل التراكمي من (٣,٥ – ٣,٤٩)

٥- ذوات المعدل التراكمي من (٣ – ٣,٤٩)

٦- ذوات المعدل التراكمي من (٢,٥ – ٢,٩٩)

في حين أن الذين يعانون أعراض اكتئابية من الطلاب هم على الترتيب.

١- ذوى المعدل التراكمي أقل من (١)

٢- ذوى المعدل التراكمي من (١- ١,٩٩)

٣- ذوى المعدل التراكمي من (٣,٥ – ٤)

٤- ذوى المعدل التراكمي من (٢ – ٢,٤٩)

٥- ذوى المعدل التراكمي من (٣ – ٣,٤٩)

٦- ذوى المعدل التراكمي من (٢,٥ – ٢,٩٩)

خامساً : النتائج الخاصة بالفرض الخامس

ينص هذا الفرض على أنه "تختلف الأعراض الاكتئابية باختلاف التفاعل بين الجنس والمعدل التراكمي" وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل التباين للنظام العاملي (٢ × ٦) لدرجات الطلاب والطالبات على قائمة "بيك"، ورصدت نتائج ذلك في الجدول والشكل التاليين.

جدول (٦) نتائج استخدام تحليل التباين للنظام العاملي (٢×٦) لدرجات الطلاب والطالبات على قائمة "بيك" في ضوء معدلاتهم التراكمية.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
الجنس (أ)	٧٨٣,٣٣٧	١	٧٨٣,٣٣٧	١١,١١٨	٠,٠١ *
المعدل التراكمي (ب)	٧٣١,٧٥١	٥	١٤٦,٣٥٠	٢,٠٧٧	غير دالة **
تفاعل (أ × ب)	٥٩٢,٢٥٩	٥	١١٨,٤٥٢	١,٦٨١	غير دالة **
الخطأ	٤٣١١٨,٤١٦	٦١٢	٧٠,٤٥٥		
الكلي	٤٥٢٥٥,٢٩٣	٦٢٣			

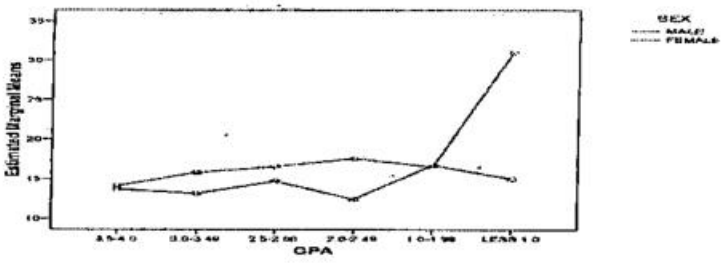
* ف (١، ٦١٢، ٠,٠١) = ٦,٦٦ ** ف (٥، ٦١٢، ٠,٠٥) = ٢,٢٢

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

١- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) في الأعراض الاكتئابية بين الطلاب والطالبات لصالح الطالبات، أي أن الطالبات يعانين أعراضاً اكتئابية أكثر من الطلاب حيث بلغ متوسط درجات الطالبات (١٦,١٥) في حين بلغ متوسط درجات الطلاب (١٤,٠٤).

٢- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الأعراض الاكتئابية ترجع إلى اختلاف المعدلات التراكمية.

٣- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الأعراض الاكتئابية ترجع إلى التفاعل بين الجنس والمعدلات التراكمية.



شكل (١) يبين التفاعل بين الجنس والمعدلات التراكمية في الأعراض الاكتئابية

سادساً : النتائج الخاصة بالفرض السادس

ينص هذا الفرض على أنه "تختلف الأعراض الاكتئابية باختلاف التفاعل بين الجنس ومستوى دخل الأسرة " وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل التباين للنظام العاملي (٢× ٥) لدرجات الطلاب والطالبات على قائمة "بيك"، ورصدت نتائج ذلك في الجدول والشكل التاليين.

جدول (٧) نتائج استخدام تحليل التباين للنظام العاملي (٢×٥)
لدرجات الطلاب والطالبات على قائمة "بيك" في ضوء دخل الأسرة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
الجنس (أ)	٣٦٣,٣٦١	١	٣٦٣,٣٦١	٥,١٢٧	٠,٠٥ *
مستوى الدخل (ب)	٧٥١,٠٧٨	٤	١٨٧,٧٦٩	٢,٦٤٩	٠,٠٥ **
تفاعل (أ × ب)	١١١,٧٧٤	٤	٢٧,٩٤٤	٠,٣٩٤	غير دالة
الخطأ	٤٣٥١٧,٠٤١	٦١٤	٧٠,٨٧٥		
الكلي	٤٥٢٥٥,٢٩٣	٦٢٣			

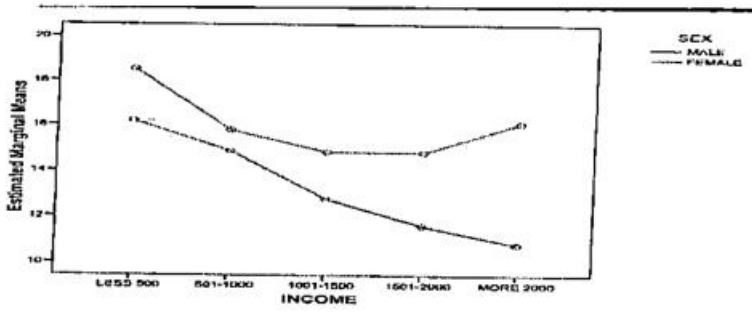
* ف (١، ٦١٤، ٠,٠٥) = ٣,٨٥ ** ف (٤، ٦١٤، ٠,٠٥) = ٢,٣٨

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

١- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) في الأعراض الاكتئابية بين الطلاب والطالبات لصالح الطالبات، أي أن الطالبات يعانين أعراضاً اكتئابية أكثر من الطلاب.

٢- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) في الأعراض الاكتئابية لصالح ذوى الدخل المنخفض (أقل من ٥٠٠ دينار)، أي أن الطلاب والطالبات من ذوى الدخل المنخفض يعانون أعراضاً اكتئابية أكثر من الطلاب والطالبات من ذوى الدخل المرتفع.

٣- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الأعراض الاكتئابية ترجع إلى التفاعل بين الجنس ومستويات دخل الأسرة.



شكل (٢) يبين التفاعل بين الجنس ومستويات دخل الأسرة في الأعراض الاكتئابية

ويتضح من شكل (٢) أن الطالبات من ذوى مستويات الدخل المختلفة يعانين أعراضاً اكتئابية أكثر من الطلاب من ذوى مستويات الدخل المختلفة، كما يتضح أيضاً أن الطالبات من ذوى مستويات الدخل المنخفض يعانين أعراضاً اكتئابية أكثر من الطلاب من ذوى مستويات الدخل المختلفة.

سابعاً : النتائج الخاصة بالفرض السابع

ينص هذا الفرض على أنه "تختلف الأعراض الاكتئابية باختلاف التفاعل بين الجنس ومستوى تعليم الأب " وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل التباين للنظام العاملي (٢× ٥) لدرجات الطلاب والطالبات على قائمة "بيك"، ورصدت نتائج ذلك في الجدول التالي:-

جدول (٨) نتائج استخدام تحليل التباين للنظام العاملي (٢×٥) لدرجات الطلاب والطالبات على قائمة "بيك" في ضوء مستوى تعليم الأب

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
الجنس (أ)	١٥٤,٢١٨	١	١٥٤,٢١٨	٢,١٤٥	غير دالة*
تعليم الأب (ب)	٤٣١,٨٨٢	٤	١٠٧,٩٧١	١,٥٠٢	غير دالة**
تفاعل (أ × ب)	٢١٨,٣١٦	٤	٥٤,٥٧٩	٠,٧٥٩	غير دالة**
الخطأ	٤٤١٤٧,٥١٣	٦١٤	٧١,٩٠١		
الكلي	**٤٥٢٥٥,٢٩٣**	**٦٢٣**			

* ف (١، ٦١٤، ٠,٠٥) = ٣,٨٥ ** ف (٤، ٦١٤، ٠,٠٥) = ٢,٣٨

يتضح من الجدول السابق ما يلي:-

١- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الأعراض الاكتئابية ترجع إلى اختلاف مستويات تعليم الأب.

٢- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الأعراض الاكتئابية ترجع إلى التفاعل بين الجنس ومستويات تعليم الأب.

ثامناً: النتائج الخاصة بالفرض الثامن

ينص هذا الفرض على أنه "تختلف الأعراض الاكتئابية باختلاف التفاعل بين الجنس ومستوى

تعليم الأم " وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل التباين للنظام العاملي (٢× ٥) للدرجات التي حصل عليها الطلاب والطالبات على قائمة "بيك"، ورصدت نتائج ذلك في الجدول والشكل التاليين:-

جدول (٩) نتائج استخدام تحليل التباين للنظام العاملي (٢×٥) لدرجات الطلاب والطالبات على قائمة "بيك" في ضوء مستوى تعليم الأم

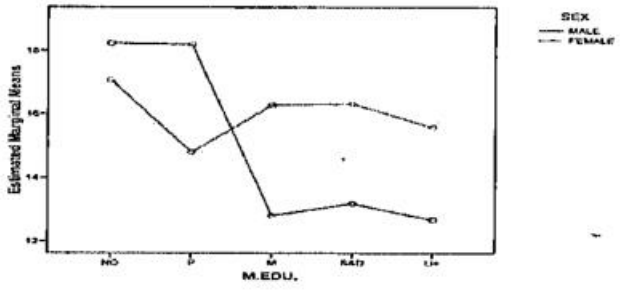
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
الجنس (أ)	٩٤,٩٧٣	١	٩٤,٩٧٣	١,٣٣٨	غير دالة•
تعليم الأم (ب)	٨٢٥,٤٠٣	٤	٢٠٦,٣٥١	٢,٩٠٦	٠,٠٥••
تفاعل (أ × ب)	٦٠٣,٧٨٧	٤	١٥٠,٩٤٧	٢,١٢٦	غير دالة••
الخطأ	٤٣٥٩٣,١٧٢	٦١٤	٧٠,٩٩٩		
الكلي	٤٥٢٥٥,٢٩٣				

• ف (١، ٦١٤، ٠,٠٥) = ٣,٨٥ •• ف (٤، ٦١٤، ٠,٠٥) = ٢,٣٨

يتضح من الجدول السابق ما يلي:-

١- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) في الأعراض الاكتئابية ترجع إلى اختلاف مستويات تعليم الأم لصالح الأم التي غير المتعلمة، أي أن الأم غير المتعلمة يعاني ابنها الطالب أو ابنتها الطالبة أعراضاً اكتئابية أكثر من الطلاب ذوات الأمهات المتعلمات.

٢- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الأعراض الاكتئابية ترجع إلى التفاعل بين الجنس ومستويات تعليم الأم.



شكل (٣) يبين التفاعل بين الجنس ومستويات تعليم الأم في الأعراض الاكتئابية

يتضح من شكل (٣) ما يلي:

أن الطالب الذي لديه أم غير متعلمة يعاني أعراضاً اكتئابية أكثر ثم يليه الطالب الذي لديه أم حاصلة على المرحلة الابتدائية ثم الطالبة من أم غير متعلمة يليها الطالبة من أم حاصلة على المرحلة الابتدائية يليها الطالبة من أم حاصلة على المرحلة المتوسطة يليها الطالبة من أم حاصلة على المرحلة الثانوية يليها الطالبة من أم حاصلة على مرحلة الجامعة يليها الطالب من أم حاصلة على المرحلة الثانوية ثم الطالب من أم حاصلة على المرحلة المتوسطة أو الجامعية.

تاسعاً: النتائج الخاصة بالفرض التاسع

ينص هذا الفرض على أنه "تختلف الأعراض الاكتئابية باختلاف التفاعل بين الجنس والمنطقة السكنية" وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل التباين للنظام العاملي (٢× ٦) لدرجات الطلاب والطالبات على قائمة "بيك"، ورصدت نتائج ذلك في الجدول والشكل التاليين:-

جدول (١٠) نتائج استخدام تحليل التباين للنظام العاملي (٢×٦) لدرجات الطلاب والطالبات على قائمة "بيك" في ضوء المنطقة السكنية

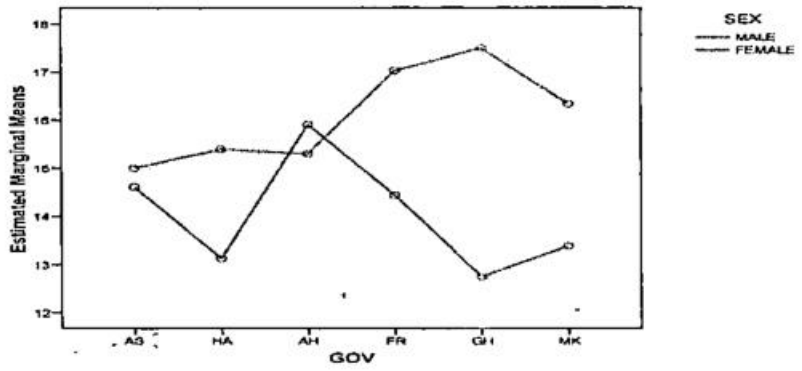
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
الجنس (أ)	٥٢٩,٩٠٨	١	٥٢٩,٩٠٨	٧,٣٥٣	٠,٠١*
المنطقة السكنية (ب)	١٣١,٧٨٩	٥	٢٦,٣٥٨	٠,٣٦٦	غير دالة**
تفاعل (أ × ب)	٣٦٤,٧٧٧	٥	٧٢,٩٥٥	١,٠١٢	غير دالة**
الخطأ	٤٤١٠٦,٥٨٧	٦١٤	٧٢,٠٧٠		
الكلي	٤٥٢٥٥,٢٩٣	٦٢٣			

* ف (١، ٦١٢، ٠,٠١) = ٦,٦٦ ** ف (٥، ٦١٢، ٠,٠٥) = ٢,٢٢

يتضح من الجدول السابق ما يلي:-

١- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الأعراض الاكتئابية ترجع إلى اختلاف المنطقة السكنية.

٢- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الأعراض الاكتئابية ترجع إلى التفاعل بين الجنس والمنطقة السكنية.



شكل (٤) يبين التفاعل بين الجنس والمنطقة السكنية في الأعراض الاكتئابية

عاشراً: النتائج الخاصة بالفرض العاشر

ينص هذا الفرض على أنه "تختلف الأعراض الاكتئابية باختلاف التفاعل بين الجنس والتخصصات الدراسية" وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل التباين للنظام العاملي (٢× ١٦) لدرجات الطلاب والطالبات على قائمة "بيك"، ورصدت نتائج ذلك في الجدول التالي:-

جدول (١١) نتائج استخدام تحليل التباين للنظام العاملي (٢×١٦) لدرجات الطلاب والطالبات على قائمة "بيك" في ضوء التخصصات الدراسية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
الجنس (أ)	٦٥,٨٤١	١	٦٥,٨٤١	٠,٩١٩	غير دالة*
التخصصات الدراسية (ب)	١٥٢٤,٦٩٨	١٥	١٠١,٦٤٧	١,٤١٨	غير دالة**
تفاعل (أ × ب)	٨٢٠,١٨٦	١٥	٥٤,٦٧٩	٠,٧٦٣	غير دالة**
الخطأ	٤٢٤٢٢,١١٩	٥٩٢	٧١,٦٥٩		
الكلي	٤٥٢٥٥,٢٩٣	٦٢٣			

* ف (١، ٥٩٢، ٠,٠٥) = ٣,٨٥ ** ف (١٥، ٥٩٢، ٠,٠٥) = ١,٧٦

يتضح من الجدول السابق ما يلي:-

١- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الأعراض الاكتئابية ترجع إلى اختلاف التخصصات الدراسية.

٢- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الأعراض الاكتئابية ترجع إلى التفاعل بين الجنس والتخصصات الدراسية.

حادي عشر: النتائج الخاصة بالفرض الحادي عشر

ينص هذا الفرض على أنه "تختلف الأعراض الاكتئابية باختلاف التفاعل بين الجنس وبعض الأعراض العامة" وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل التباين للنظام العاملي (٢× ٥) لدرجات الطلاب والطالبات على قائمة "بيك"، ورصدت نتائج ذلك في الجدول التالي:-

جدول (١٢) نتائج استخدام تحليل التباين للنظام العاملي (٢×٥) لدرجات الطلاب والطالبات على قائمة "بيك" في ضوء الأعراض العامة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
الجنس (أ)	٣٩٨,٨١١	١	٣٩٨,٨١١	٧,٠٨٨	٠,٠١*
الإصابة بمرض خطير (ب)	١,٦٧٥	١	١,٦٧٥	٠,٠٣٠	غير دالة
إصابة أحد أفراد الأسرة (ج)	١٢٣,٩٢٨	١	١٢٣,٩٢٨	٢,٢٠٣	غير دالة
الإصابة لمرض مزمن (د)	٢٣٣,١٢٩	١	٢٣٣,١٢٩	٤,١٤٣	٠,٠٥**
مشاكل في النوم (هـ)	٥٤٧٢,٩٣٤	١	٥٤٧٢,٩٣٤	٩٧,٢٧٠	٠,٠١*
الإصابة بمرض نفسي (و)	٦٠٥,٣٠٥	١	٦٠٥,٣٠٥	١٠,٧٥٨	٠,٠١*
تفاعل (أ × ب)	٣٠,٨١٣	١	٣٠,٨١٣	٠,٥٤٨	غير دالة
تفاعل (أ × جـ)	٥١,٥٥١	١	٥١,٥٥١	٠,٩١٦	غير دالة
تفاعل (أ × د)	٥٦,٦٩٠	١	٥٦,٦٩٠	١,٠٠٨	غير دالة
تفاعل (أ × هـ)	٣٧,٢٢٨	١	٣٧,٢٢٨	٠,٦٦٢	غير دالة
تفاعل (أ × و)	٧٠,٧٦٣	١	٧٠,٧٦٣	١,٢٥٨	غير دالة
الخطأ	٣٤٤٣٤,٤٨٧	٦١٢			
الكلي	٤٥٢٥٥,٢٩٣	٦٢٣			

* ف (١، ٦١٢، ٠,٠١) = ٦,٦٦ ** ف (٥، ٦١٢، ٠,٠٥) = ٣,٨٥

يتضح من الجدول السابق ما يلي:-

١- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) في الأعراض الاكتئابية ترجع إلى حدوث مشاكل في النوم وترجع إلى الإصابة بالأمراض النفسية.

٢- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) في الأعراض الاكتئابية ترجع إلى الإصابة بأمراض مزمنة.

٣- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الأعراض الاكتئابية ترجع إلى :-

- الإصابة بأمراض خطيرة.
- إصابة أحد أفراد الأسرة.
- تفاعل أي متغيرين معاً مما وردت في جدول (١٢).

مناقشة نتائج البحث وتفسيرها

١- أشارت النتائج المدرجة في جدولي (١) ، (٢) عن وجود أعراض اكتئابية لطلاب وطالبات كلية التربية الأساسية، ولكنها توجد لدى الطلاب بترتيب مختلف عن ترتيب وجودها لدى الطالبات. ولكن الذي يجب أن نلاحظه هنا أن "الأفكار الانتحارية" كعرض اكتئابي قد احتل المرتبة الأخيرة لكل من الطلاب والطالبات.

ويمكن تفسير وجود أعراض اكتئابية لدى الطلاب والطالبات كما يشير "أحمد عكاشة" (١٩٩٨) من أن الاكتئاب يعتبر من أكثر الاضطرابات الوجدانية التي يعاني منه كثير من الناس، ويمكن إرجاع ذلك إلى التفاعلات المستمرة بين مناحي الحياة في المجتمع الكويتي من ظروف اجتماعية وسياسية واقتصادية، وقد يكون مرد ذلك أيضاً إلى حدوث اضطرابات في العلاقات والمهارات الاجتماعية التي توجد بين الطلاب، ويمكن أن يرجع ذلك أيضاً إلى فقدان الثقة وعدم الشعور بالسعادة وإلى الانعزال الاجتماعي والانفعالي الذي يحدث للطلاب والطالبات كما يشير "فهد الربيعة" (١٩٩٧)، ويمكن أن يرجع ذلك أيضاً إلى عدم الاستقرار البيئي أو نتيجة للإهمال الذي يتعرض له الطالب أو الطالبة في مرحلة الطفولة كما ويشير إلى ذلك أيضاً نتائج دراسة Kessler and Magee (1994) والذي أشارا فيها إلى أن التعرض للإساءة والإهمال في مرحلة الطفولة يؤدي إلى ظهور توترات الاكتئاب في مرحلة الرشد. ويتفق مع هذه النتيجة نتائج دراسة كل من "بيفولكو وآخرين" (٢٠٠٢)، "بيمبوراد وورومانو" (١٩٩٢)، "هلجيلاند وتورجرسن" (٢٠٠٤)، "روبرتس وآخرين (٢٠٠٤) من وجود علاقة بين أعراض الاكتئاب وبين التعرض للإساءة والإهمال وعدم الاستقرار البيئي.

ولكن يمكن أن نشير إلى وجود تفسيرات عديدة لظهور الأعراض الاكتئابية تتمثل في وجود العوامل الوراثية، أو نتيجة لوجود خلل في نشاط الغدد الصماء كما يشير كل من "عبدالستار إبراهيم" (١٩٩٨)، "Katona and Robertson" (2005)، "Gelder et al." (1999) أو نتيجة لحدوث اضطرابات في القشرة قبل الجبهية كما يشير "Merliam et al." (1999) أو إلى تقديرات الأفراد المنخفضة لذواتهم كما يشير "Kaslow et al." (2000)، أو نتيجة لحدوث تشويه في معارف الأفراد عن الواقع الذي يعيشون فيه كما يشير "محمد السيد" (٢٠٠٠)، أو نتيجة لحدوث مشكلات مرتبطة بالناحية الصحية ونتيجة لفقدان العلاقات بين الأشخاص كما يشير "Kessler" (1997)، أو نتيجة للقصور الذي يوجد لدى الفرد في قدرته على الاسترجاع كما يشير كل من "Veiel" (1997)، "Engler" (2003)، "Watts" (1995)، أو نتيجة للضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد كما يشير كل من "Patten" (1999)، "Shiner and Marmorstein" (1998)، "Poutanen" (1998).

٢- أشارت النتائج المدرجة في جدول (٣) إلى عدم وجود فروق دالة بين مستويات الأعراض الاكتئابية بين الطلاب والطالبات. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من "رضوان جميل" (٢٠٠٣) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في الأعراض الاكتئابية على الرغم من حصول الإناث على درجات أعلى من الذكور على مقياس "بيك" للاكتئاب، "فريح العنزي" (١٩٩٧) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في الاكتئاب، ولكن اختلفت هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من "عويد المشعان" (١٩٩٥) والتي توصلت إلى أن الإناث أكثر اكتئاباً من الذكور، "سوسن حبيب، أحمد عبدالخالق" (٢٠٠٥) والتي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائياً في الأعراض الاكتئابية بين الذكور والإناث لصالح الإناث. ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء عدم اختلاف البيئة التي يعيش فيها كل من الطلاب والطالبات من مناخ وظروف سياسية واجتماعية، ولكن كان من المتوقع أن تظهر فروقاً بين الطلاب والطالبات في الأعراض الاكتئابية نظراً لخوف المجتمع وحرصه على حماية الطالبة بشكل مبالغ فيه وهذا من المفترض أن يجعلها تعيش في جو يضفى عليها اكتئاباً أكثر.

٣- أشارت النتائج المدرجة في جدولي (٤)، (٥) إلى وجود فروق دالة بين الطلاب والطالبات في الأعراض الاكتئابية ترجع إلى اختلاف معدلاتهم التراكمية، وهذا يعني أن صاحب المعدل التراكمي المنخفض سواء كان طالباً أو طالبة فإنه يعاني أعراضاً اكتئابية أكثر من صاحب المعدل التراكمي المرتفع بالتدريج.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من "فريح العنزي" (١٩٩٧) والتي توصلت إلى وجود ارتباط سلبي بين التحصيل الدراسي والاكتئاب، "Cheng and Myers" (2005)، "Veiel" (1997)، "Engler" (2003)، "Kliegel et al." (1999)، "Watts" (1995)، "Ellis and Ashbrook" (1988) والتي توصلت إلى أن الاكتئاب يؤدي إلى قصور في قدرة الفرد على الاسترجاع وإلى قصور في الأداء الأكاديمي، ولكن توصلت دراسة "غريب عبدالفتاح" (٢٠٠٢) إلى أن التحصيل الدراسي لا يؤثر بالمرة في ظهور أي أعراض اكتئابية.

٤- أشارت النتائج المدرجة في جداول (٦)، (٧)، (٨)، (٩)، (١٠)، (١١)، (١٢) إلى:

أ – عدم وجود فرق دالة في الأعراض الاكتئابية ترجع إلى التفاعل بين الجنس والمعدلات التراكمية.

ب– عدم وجود فروق دالة في الأعراض الاكتئابية ترجع إلى التفاعل بين الجنس ومستويات دخل الأسرة.

جـ– عدم وجود فروق دالة في الأعراض الاكتئابية ترجع إلى التفاعل بين الجنس ومستويات تعليم الأب.

د – عدم وجود فروق دالة في الأعراض الاكتئابية ترجع إلى التفاعل بين الجنس ومستويات تعليم الأم.

هـ– عدم وجود فروق دالة في الأعراض الاكتئابية ترجع إلى التفاعل بين الجنس والمنطقة السكنية.

و – عدم وجود فروق دالة في الأعراض الاكتئابية ترجع إلى التفاعل بين الجنس والتخصصات الدراسية.

ز – وجود فروق دالة في الأعراض الاكتئابية ترجع إلى حدوث مشاكل في النوم أو إلى الإصابة بالأمراض النفسية وإلى الإصابة بأمراض مزمنة، ولكن لا توجد فروق دالة في الأعراض الاكتئابية ترجع إلى الإصابة بأمراض خطيرة أو إلى إصابة أحد أفراد الأسرة.

وتتفق هذه النتائج مع الخط العام الذي سارت عليه نتائج الدراسات السابقة أمثال دراسة كل من

"Salokangas and Poutanen" (1998)، "Patten" (1999)، "Kessler" (1997)، "Shiner and Marmorstein" (1998)، "Kaltiala Heino et al." (2000) والتي أشارت جميعها إلى أن الاكتئاب ينشأ نتيجة لفقدان العلاقات البينشخصية والمشكلات المرتبطة بالحالة الصحية وإلى تعرض الفرد للضغوط النفسية، أو نتيجة لليأس الذي يشعر به الفرد كما أشار "Abramson and Allay" (1989).

المراجـــع

١- أحمد عكاشة (١٩٩٨): الطب النفسي المعاصر، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٢- أحمد محمد عبدالخالق، (١٩٩٦): النسخة العربية لقائمة الاكتئاب، دار المعرفة الجامعيـــة. الإسكندرية.

٣- بدر الأنصاري (١٩٩٤): السمات الانفعالية لدى الشباب الكويتي من الجنسين فـــي جامعـــة الكويت، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد (٢٨)، العدد (٢)، ص ١٥٢-٢١١.

٤- جمعة يوسف (٢٠٠١): النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية، مراجعـــة نقديـــة، القاهرة. دار غريب.

٥- حسين علي فايد (٢٠٠٥): الخزى كمتغير وسيط بين الأعراض الاكتئابية وكل من الإساءة الانفعالية في الطفولة ومقدار حل المشكلات لدى طالبات الجامعة، دراسات نفسية، مجلد، عدد (٣) ص ص ٤٥٧-٥١٠.

٦- رضوان سامر جميل (٢٠٠٣): الصورة السورية لمقياس بيك للاكتئاب، مجلة جامعة الملك سعود، العلوم التربوية والدراسات الإسلامية، ١- ص ص ٤٥٣-٤٨٦.

٧- سعاد البشر (٢٠٠٥): التعرض للإساءة في الطفولة وعلاقته بالقلق والاكتئاب واضـــطراب الشخصية الحدية في الرشد، دراسات نفسية، المجلد ١٥ العدد (٣).

٨- سهير ميهوب (٢٠٠٥): تقديرات الذات وعلاقته بالأعراض الاكتئابيـــة لـــدى عينـــة مـــن المراهقات المتزوجات وغير المتزوجات عرفياً، المجلـــة المـــصرية للدراســـات النفسية، العدد (٤٩) المجلد (١٨).

٩- سوسن حبيب عباس، أحمد عبدالخالق (٢٠٠٥): اتجاهات الأبناء نحـــو أســـاليب المعاملـــة الوالدية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من المراهقين الكويتيين، دراســـات نفـــسية العدد (٤) أبريل، ص ص ٢٠٣-٢٣٠.

١٠- عبدالستار إبراهيم (١٩٩٨): الاكتئاب، إضطراب العصر الحديث، فهمه وأساليب علاجـــه، الكوست، سلسلة عالم المعرفة.

١١- عويد المشعان (١٩٩٥) : دراسة الفروق في الاكتئاب بين المراهقين والشباب في الكويت، (المجلة التربوية، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، العدد ٣٧ ص ص ١٢٧-١٤٨).

١٢- غريب عبدالفتاح (٢٠٠٢): نمذجة العلاقة السببية بين التحصيل الدراسي ومفهوم الذات والأعراض الاكتئابية: دراسة للتأثيرات المباشرة وغير المباشرة على الأعراض الاكتئابية في المرحلة الإعدادية بدولة الإمارات العربية، المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد (٢٩) المجلد (١٣).

١٣- غريب عبدالفتاح غريب (١٩٨٧): دراسة تحليلية للعلاقة بين الاكتئاب وتوكيد الذات على عينات مصرية، مجلة الصحة النفسية، الجمعية المصرية للصحة النفسية، مجلد ٢٨، ص ص ٣٣-٧٨.

١٤- فريح العنزي. (١٩٩٧): الاكتئاب وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى عينة من طلاب وطالبات الصف الرابع المتوسط بدولة الكويت، المجلة التربوية - مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، العدد (٤٥) المجلد (١٢) ص ص ١٥٧-١٨٠.

١٥- فهد عبدالله الربيعة (١٩٩٧): الوحدة النفسية والمسائل الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة، دراسة ميدانية: مجلة علم النفس، العدد الثالث والأربعون ١٩٩٧، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

١٦- ليندزاى وبول (٢٠٠٠): المرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، ترجمة: صفوت فرج، القاهرة، الأنجلو المصرية.

17- Andrews, B., Valentine, & Valentine, J. (1995): Depression and eating disorders following abuse in childhood in tow generation of women. British Journal of Clinical Psychology, 34, 37-52.

18- Baldwin, M. (1992): Relational schemas and the processing of social information. Psychological Bulletin, 112,461-484.

19- Beck .A.T., (1972) Depression (Causes and treatment) Philadelphia: University of Philadelphia press.

20- Beck, A. (1970) Depression: Causes and Treatment (first published in 1967 under the title: Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects), Philadelphia: University of Pennsylvania.

21- Beck, A. (1967): Depression: Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

22- Bemporad, J., & Romano,S.(1992): Childhood maltreatment and adult depression :A review of research.in D. Cicchetti & L. Toth (Eds.), Developmental perspectives on depression (PP.351-375).Rochester, Ny: University of Rochester Press .

23- Bernice Androws, Jennie Hejdeberg, John Wilding (2006). Student anxity and depression comparison of questionnaire and interview assessments available on line 9 June 2006.

24- Bifulco, A., Moran, P., Baines, R & Bunn, A. (2002): Exploring Psychological abuse in childhood association with other abuse and adult clinical depression. Bulletin Manning Clinical, 66 (3): 241-258.

25- Bowlby,J.(1988): A secure base clinical application of attachment theory, London: Rout ledge.

26- Costello, E. (1982) Locus of control and depression in students and psychiatric outpatients, Journal of Clinical Psychology, 38, No. 2, 340-343.

27- Culbertson, F.(1997) Depression and gender: An International Review. American Psychologist, 52,25-31.

28- Davison, G., & Neale, J. (1998) Abnormal Psychology; seventh edition, New York: John Wiley & Sons.

29- Draucker, C. (2000): Counseling survivors of childhood sexual abuse. London: Sage publications, 2ed.

30- Ghubashi, R, Hamdi, E. and Bebbington P. (1992)The Dubai Community Psychiatric Survey: Prevalence and Socio demographic correlates. Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology 27-53-61.

31- Helgeland, M. & Torgersen (2004): Developmental antecedents of borderline personality disorder. Comprehensive Psychiatry, 45 (2): 138-147.

32- Ibrahim,A.S., & Ibrahim, R.M. (1996):The foundations of human behavior in health and illness. New York, N.Y: heartstone book, Carlton press.

33- Ingram, R., Miranda, J., &Segal, Z. (1998): Congnitive vulnerability to depression. New York: Guilford press.

34- Kessler, R., & Magee, W. (1994): childhood family violence and adult recurrent depression, Journal of Health and Social Behavior, 35, 13-27.

35- Macmillan, H.; Fleming, J.: Streiner, D. at al (2001): Childhood abuse lifetime psychopathology in a community sample. American Journal of Psychiatry, 158 (11) 1878-1883.

36- Orbach, I (1988): children who don't want to live, san Francisco: Jossey-Bass

37- Qingbo Lin, M.D.; Masahiro Shono PhD., and Toshinori Kitamura, F.R.C. Psych. (2009). Psychological well-being, Depression and Anxiety in Japanese University students Depression and Anxiety 0: 1-7 (2009)

38- Roberts, R.; O'Conner, T.; Dunn, J. & Golding, J. (2004): the effects of child sexual abuse in later family life: Mental health parenting and adjustment of offspring. Child abused and neglect, 28 (5): 525-545.

39- Rohner, R.(1986): The warth dimention foundation of parental acceptance – rejection theory. Beverly Hills, CA: Sage.

40- Segal, Z. (1988): Appraisal of the salf-schema construct in cognitive model of depression. Psychological Bulletin, 103,147-162.

41- Shahar, G. (2001): Personality, shame and the breakdown of social bonds: The voice of quantitative depression research, Psychiatry, 64,228-239.

42- Spetus, I.; Yehuda, R.; Wong, C. & Halligan, S. (2003) Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. Child Abuse and Neglect, 27 (11): 1247-1258.

43- Tangney, J.(1996): shame and guilt .in C. Castella (Ed.).symptoms of depression (PP.161-180).New York :Wiley.

44- Tangney, J., & Fischer, K. (Eds), (1995):Self-conscious emotions : shame ,guilt, embarrassment, and pride. New York: Guilford press.

45- Vazquex FL, Blanco V. (2006): symptoms of depression and Related factors among Spanish university students Psychological Reports Oct99 (2) 583-590.

46- Zuckerman, M. (1999) Vulnerability to Psychopathology: A biosocial model, Washington DC: American Psychological Association.

Abstract

The study investigated the differences in depressive symptoms among basic education male and female students in the State of Kuwait and its relation with some personal variables; sample consists of 624,182 males and 442 females. The researcher used beck depression inventory and also aquestionnaire of personal variables were designed to collect personal data, socio-economic status, academic achievement and personal experiences, etc.

The results showed:

1- Presence of depressive symptoms among students of basic education males and females.

2- The depressive symptoms differed according to sex.

3- The depressive symptoms differed according to the students GPA.

4- The depressive symptoms differed according to their GPA.

5- The depressive symptoms differed according to the interaction between sex and the GPA of the students.

6- The depressive symptoms differed according to the interaction between sex and the income of the family.

7- The depressive symptoms differed according to the interaction between sex and the level of father's education.

8- The depressive symptoms differed according to the interaction between sex and the level of mother's education.

9- The depressive symptoms differed according to the interaction between sex and the living district.

10- The depressive symptoms differed according to the interaction between sex and academic specialty.

11- The depressive symptoms differed according to the interaction between sex and General Syndrome.