

أداء الذاكرة العاملة ومكونات المعتقدات الذاتية للذاكرة في ضوء اختلاف  
مستوى الاكتئاب النفسى لدى عينة من مراجعي مستشفى الصحة النفسية  
بجدة

د. عبد الرحمن بن درباش موسى الزهراني

أستاذ علم النفس الإكلينيكي المساعد- قسم علم النفس

كلية الآداب والعلوم الإنسانية - جامعة الملك عبد العزيز- المملكة العربية  
السعودية

**ملخص الدراسة:**

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن مقدار الفروق في أداء الذاكرة العاملة، ومكونات المعتقدات الذاتية للذاكرة (الرضا عن الذاكرة، القدرة، الاستراتيجية) في ضوء اختلاف مستوى الاكتئاب النفسي، بالإضافة إلى الكشف عن أفضل العوامل المنبئة *predictors* بالاكتئاب النفسيين طريق معرفة متغيرات أداء الذاكرة العاملة، والرضا عن الذاكرة، والقدرة، والاستراتيجية لدى المكتئبين من الذكور والإناث والذين تم تشخيصهم باستخدام مقياس الاكتئاب المتعدد الأبعاد الجديد. وشملت عينة الدراسة (٢٨٠) مصابا بالاكتئاب ممن يراجعون مستشفى الصحة النفسية بجدة. وقد استخدم الباحث الأدوات التالية: اختبار الذاكرة العاملة، ومقياس الاكتئاب المتعدد الأبعاد الجديد، ومقياس مكونات ما وراء الذاكرة. وقد أسفرت نتائج الدراسة الحالية عن عدم وجود فرق دال إحصائيا بين متفاتي مستويات الاكتئاب النفسي على اختبار الذاكرة العاملة ومكون الرضا عن الذاكرة، مع وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى (٠,٠١) بين متفاتي مستويات الاكتئاب النفسي على درجات مكون القدرة وعلى مكون تقدير وظيفة الذاكرة اليومية، وتقدير استخدام استراتيجيات التذكر، والمجموع الكلي لمقياس المعتقدات الذاتية للذاكرة. إضافة إلى أنه يمكن تفسير ما يقارب (٣٢,٢%) من التباين على متغير الاكتئاب النفسي وذلك بمعرفة أداء الذاكرة العاملة ومكون المعتقدات الذاتية للذاكرة ومكون القدرة، ومكون الاستراتيجية (عدا مكون الرضا عن الذاكرة). لذلك يرى الباحث أنه من الضروري الاهتمام ببرامج تنمية مهارات واستراتيجيات الذاكرة العاملة لدى المصابين بالاكتئاب سواء على مستوى المستشفيات أو مراكز الرعاية وخدمات الصحة النفسية.

**مقدمة:**

أضحت جميع فروع علم النفس تسعى بشكل مباشر أو غير مباشر إلى محاولة الوصول إلى أكبر قدر من التكاملية لاسيما عند دراسة وتشخيص أنماط السلوك الإنساني المضطرب، و معتقدات المستحدثات المعرفية، والسلوكية، والاجتماعية، والتكنولوجية في شتى مناشط الحياة الإنسانية أصبحت دراسة وتشخيص السلوكيات المضطربة أكثر حاجة إلى ضرورة إيجاد تكامل بين مختلف فروع علم النفس؛ لذلك يعتبر علم نفس الإكلينيكي أحد حلقات الالتقاء العلمي بين مجالات الرعاية النفسية والعلاجية وبين علم النفس المعرفي تحديدا.

ومع تزايد حجم الإصابة بالمشكلات والاضطرابات النفسية والعقلية يرى الكثير من المتخصصين في مجال علم النفس الإكلينيكي أن اضطراب الاكتئاب *Major depressive disorder* يعتبر واحدا من أكثر مشكلات الصحة النفسية شيوعا في شتى دون العالم دون استثناء، خاصة أنه يعتبر اضطراب وجداني يسهم في إعاقة مجموعة كبيرة من النظم النفسية والمعرفية والاجتماعية والحركية لدى الأفراد للأشخاص المتضررين به، وعلاوة على ذلك، يشكل الاكتئاب تحديا اجتماعيا كبيرا، خاصة وأنه يوجد (٣٥٠) مليون شخص مصاب بالاكتئاب حول العالم (American Psychiatric Association, 2013).

هذا ودفعت المؤشرات الإحصائية المتلاحقة إلى تبني منظمة الصحة إطلاق مجموعة من النداءات والإنذارات إلى العاملين في مجال الرعاية والخدمة النفسية بأن عليهم التهيؤ والاستعداد لمواجهة تبوء الاكتئاب المرتبة الثانية من بين أبرز الأمراض والاضطرابات التي تهدد البشرية بحلول عام 2020م؛ لذلك حظي الاكتئاب (ومنذ القدم) باهتمام العديد من مدارس علم النفس التي حاولت أن تبلور مجموعة من الأطر والفروض التفسيرية التي يمكن من خلالها تحديد الأسباب والعوامل التي تشرح طبيعة التفاعلات والعلاقات بين الفرد ومكوناته الداخلية والبيئة الخارجية المحيطة به، فعلى سبيل المثال تعتبر نظرية التحليل النفسي *Psychoanalytic Theory* أن الاكتئاب هو إلا حالة وجدانية تنتج عن حرمان أو رفض أحد الوالدين للفرد، وأن الأفراد الذين

يشعرون بالاكتئاب يعتبرون أن لا قيمة لهم؛ وبالتالي فهم يقومون بتوجيه ذلك الغضب النفسي والاجتماعي المكبوت نحو ذواتهم (Maund, et al., 2014).

أما النظرية المعرفية *Cognitive Theory* فتقرى أن الاكتئاب يعود إلى معتقدات الأفراد وأفكارهم اللاعقلانية *Irrational Ideas*، وأنماط التفكير السلبي *Negative thinking*؛ في حين تفترض النظرية الإنسانية *Humanistic theory* بأن ضعف الإشباع لمجموعة الحاجات النفسية والسيولوجية - كالحاجة إلى تحقيق الذات- تسهم في إضعاف عملية تجسد المعنى الحقيقي لحياة الفرد؛ الأمر الذي يؤدي في نهاية المطاف إلى أن يكون عدم الإشباع النفسى أحد الأسباب المباشرة للاكتئاب النفسي (McLeod, 2015).

### الإطار النظري:

استنادا على العديد من أدبيات البحث -التي تناولت اضطراب الاكتئاب- فإن عملية تشخيص الاكتئاب تواجه تباينات قد تؤثر على جودة وكفاءة عمليات التشخيص النفسي والإكلينيكي، إذ عادة ما يعتمد الأطباء والأخصائيون النفسيون على أسلوبين في تشخيص الاكتئاب فالأول، وهو اتجاه يعتمد على الاستراتيجيات الإكلينيكية *Clinical Strategies*، وذلك عن طريق المقابلة الإكلينيكية *Clinical interview* التي تستند إجراءاتها وفنياتها على الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) مقرونة بالفحوصات الطبية السريرية والمخبرية. في حين يعتمد الاتجاه الثاني في تشخيص الاكتئاب على أدوات التقييم النفسي *psychometric assessment* من خلال استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية والسلوكية المقننة (Mammen & Faulkner, 2013; Harzheim, et al., 2013).

ومن خلال مراجعة Cheung & Power (2012) لعبارات أشهر المقاييس المستخدمة في قياس وتقدير اضطراب الاكتئاب مثل (BDI, HAD, & Hamilton BDI, HAD, EPDS, GHQ-28) يظهر أنها تفاوتت في تركيزها على مجالات دون أخرى. فعلى سبيل المثال لا الحصر؛ لاحظنا أن مقاييس (BDI, HAD, & Hamilton) لم تتضمن عبارات تقيس العلاقات الشخصية. في حين ركزت عبارات مقاييس (BDI, HAD & GHQ-28) على الأعراض المعرفية أكثر من بقية الأعراض الأخرى. في حين أن مقياس (EPDS) ركز على الأعراض المعرفية والانفعالية فقط. و يبدو واضحا أن مجال أو بُعد (العلاقات الشخصية) أقل حظا من بقية المجالات أو الأبعاد الثلاثة الأخرى؛ وهو ما يشير إلى أن المقاييس السابقة عرضها لم تهتم ببعد العلاقات الشخصية كأحد أعراض الاكتئاب؛ لذلك يتفق الباحث مع ما ذهب إليه Cheung & Power (2012) في أن مقاييس تشخيص الاكتئاب بحاجة إلى عناية كبرى خاصة في ظل محدودية بعض الاختبارات والمقاييس النفسية في كفاءتها في تقييم بُعد العلاقات الشخصية وهو البعد الذي تضمنه مقياس الاكتئاب المتعدد الأبعاد الجديد *New Multidimensional Depression Assessment Scale* والذي قام بإعداده كل من Cheung & Power (2012). وبناء على ما تم عرضه سابقا، يتضح أن مشكلة تشخيص الأعراض المصاحبة للاكتئاب تعد مسألة بالغة الخطورة، فالخطأ في تقدير مستوى هذا الاضطراب أو نمطه، أو تقييم الحالة الإكلينيكية ككل للمريض النفسي تعد من أهم المحددات التي يتوقف عليها مدى نجاح وكفاءة التدخلات العلاجية والنفسية؛ لذلك فالبيئة المحلية والعربية بحاجة إلى تعريب وتقنين مقياس الاكتئاب متعدد الأبعاد.

ومن خلال استعراض للعديد من الدراسات القديمة والحديثة التي عنيبت بتحديد الأعراض الاكتئابية كدراسة كل من: (Maund, et al., 2014; Dupuy, et al., 2011; Nutt, et al., 2010; Power & Tarsia, 2007; Belmaker & Agam, 2008; Qaseem, et al., 2004; Blatt, 2005; Fochtman & Gelenberg, 2008) تبين له أن اضطراب الاكتئاب يتضمن الأعراض الآتية: -

(١) الأعراض الانفعالية: *Emotional symptoms*، وتشمل: الشعور بالحزن، والقلق، والغضب، والشعور الذنب، وأن هذه الأعراض قد تستمر مع المصاب خلال فترة الإصابة بالاكنتاب. كما أن القلق يظل سمة بارزة خلال فترة الإصابة بالاكنتاب مع بعض الأعراض المعرفية والبدنية، كما أن الشعور بالخزي أو العار أكثر ارتباطاً بالاكنتاب من الشعور بالذنب، وبالإضافة إلى تلك الأعراض الانفعالية، عادة ما تظهر على المصاب بالاكنتاب.

(٢) الأعراض البيولوجية *Biological symptoms*: وتتمثل في: الإجهاد، والأرق، والتقيؤ، وخفقان القلب، وألم الظهر، والإسهال، والصداع، وألم الصدر، وألم الأطراف، وألم البطن، وانخفاض الرغبة الجنسية، والدوار، وطنين الأذن، وآلام المفاصل، ويعتبر الانزعاج في النوم وعدم الراحة فيه من أبرز الأعراض البدنية، إذ عادة ما يعاني المكتتب من عدم القدرة على العودة إلى النوم مرة أخرى إذا استيقظ خلال الليل. والبعض يصحو مبكراً جداً على غير عادتهما أن شهية الأكل تنخفض إلى درجة ملحوظة.

(٣) الأعراض المعرفية *Cognitive symptoms* وتتمثل في: الأفكار الانتحارية، وفقدان الاهتمام بالأشياء الجديدة، أو تلك التي كانت محل متعة له في وقت سابق، والإدراك السلبي لكل من الذات والحياة وطبيعة العمل، والمستقبل.

(٤) الأعراض الاجتماعية: *Social symptoms* وتتمثل في: الميل إلى الرفض الاجتماعي، وقلة عدد الأصدقاء وحصرها على الأقارب فقط كأصدقاء مقربين لديه، والشعور بتزايد مشكلات التواصل الاجتماعي، والقلق الاجتماعي، والخجل، وتدني مستوى الثقة، وتجنب الاحتكاك بالآخرين، وعدم الرغبة في الحديث إلى الآخرين وخاصة الغرباء، إضافة إلى ضعف ملحوظ في التواصل البصري، وغياب شبه تام لتعبير الوجهية المعبرة، مصحوبة بقلة استخدام الإيماءات والإشارات أيضاً وانخفاض ملحوظ في الصوت، وبطء في الكلام مع نبرة حزن ملحوظة والشعور بالوحدة والعزلة الاجتماعية. ووفقاً للدليل لتشخيص الإحصائيات للاضطرابات النفسية، فإن الاكنتاب يشتمل على جملة من الاضطرابات المعرفية ومنها: ضعف عمليات الذاكرة، وتشنت الانتباه، وصعوبات الإدراك، والتفكير السلبي وغير العقلاني (Siegle et al., 2007).

ويرى Millan زملاؤه (2012) أنه في السنوات الأخيرة، شكلت الاضطرابات المعرفية الناتجة عن الاكنتاب إحدى الدوافع البحثية نحو تركيز الاهتمام باضطراب الاكنتاب، سيما أنه يدل على أن المزاج السلبي وعدم الانتظام الوجداني يسبب ضعفاً معرفياً عاماً لدى الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات الوجدانية بشكل عام.

وبشكل أكثر تحديداً، تعد الذاكرة العاملة *Working memory* من أهم المفاهيم النفس معرفية *psycho cognitive* الحديثة، إذ أنها تعتبر أحد الأبنية الأساسية في بحوث علم النفس؛ وذلك لارتباطها بأكثر الأنشطة اليومية، والقدرات العقلية، والعمليات المعرفية العليا، وتشكل دراستها أهمية كبرى؛ لأنها تقف خلف كفاءة وفعالية السلوك الإنساني (الحربي، ٢٠١٤)، كما أنها تعتبر من مصادر الفروق الفردية المعرفية والنفسية (Troche & Rammsayer, 2009)، ومن ثم فهي تقدم فهماً شاملاً للسلوك الإنساني بشكل عام. ويستخدم مفهوم الذاكرة العاملة للإشارة إلى مصفوفة العمليات المعرفية التي من شأنها أداء المهام المعقدة، كما يستخدم للإشارة إلى نموذج معرفي متعدد المكونات ينطوي على عمليات الانتباه التنفيذي وإدارة مصادر التذكر (Köpke & Signorelli, 2012). وتعرف الذاكرة العاملة بأنها مجموعة من العمليات المعرفية التي تقوم بالاحتفاظ بالمعلومات، ومعالجتها لحظة بلحظة أثناء أداء العمليات المعرفية المعقدة (Alloway, et al., 2015). حيث تقوم الذاكرة العاملة بشكل عام على مفهوم الوحدة، وهي عدد مفردات وحدة المعلومات في الذاكرة لأن تنظيم المعلومات في صورة وحدة معرفية واحدة ييسر من عمل الذاكرة العاملة في التشفير باعتبارها وحدة معرفية واحدة، و يقلل الجهد على الذاكرة ويسمح بتشفير مزيد من الوحدات المعرفية (Alloway, 2013).

وتتضمن وظائف الذاكرة العاملة التركيز على الانتباه الانتقائي للأحداث الحالية، والاحتفاظ بالأحداث المنتقاة، ودمجها مع الخبرات السابقة في الذاكرة طويلة المدى، وإحداث أفعال ومقاصد ضرورية لمعالجة معلومات الأنماط الأخرى من الذاكرة، ودورها في الفهم واللغة والاستنتاج، ومعالجة المعلومات وتحليلها من خلال عمليات التخزين والتكرار (Baddeley & Hitch, 2011).

ويرى (Hastings & West, 2011) أن الصورة الإجمالية لوظائف الذاكرة العاملة تتمثل في: الاحتفاظ، والاستدعاء، وذلك بصفتهما من أهم العناصر والوظائف التي ترتبط بمنظومة الذاكرة العاملة، لأنهما يهدفان إلى تأمين كفاءة السلوك وفعالية الإنسان؛ وبالتالي فإن معالجة الفرد للمعلومات تتطلب سلسلة من الجهود والعمليات المعرفية المتكاملة يقوم بها الفرد بقصد معالجة موضوع ما أو إعداده، لإدخاله بصورة تدريجية إلى نظام معالجة وتجهيز المعلومات عن طريق ترميزه عبر منظومات ورموز تشفيره متعددة المعايير.

وذكر الأنصاري وسليمان (٢٠١٣) أن هناك العديد من النماذج التي تقوم بتفسير وشرح مفهوم الذاكرة العاملة ومنها: نموذج البناء المعرفي للذاكرة العاملة، ونموذج العمليات المتضمنة للذاكرة العاملة، ونموذج العمليات المعرفية المتداخلة، ونموذج الذاكرة العاملة طويلة المدى، والنموذج البيولوجي للذاكرة العاملة، والذاكرة العاملة والانتباه المنظم، والنموذج الحاسوبي للذاكرة العاملة.

ويعتبر نموذج الذاكرة العاملة الذي قدمه كل من (Baddeley and Hitch, 1974) أول محاولة لمواجهة النقد الذي تم توجيهه لنموذج (Atkinson & Shiffrin) في عام ١٩٦٨م، وللذاكرة العاملة في نموذج (Baddeley, 2003) ثلاث مكونات رئيسية تمكن الأفراد من الفهم والتمثيل العقلي للبيئة والتفاعل معها، وهذه المكونات هي: -

(١) المنفذ المركزي: *Central executive* وهو نظام ذو سعة تخزين محدودة، ويمثل المصدر الرئيسي للمعلومات ويقوم بتخزين المعلومات فور دخولها، كما أنه يشرف على مكوني الحلقة الفونولوجية و الوحدة البصرية، وله دور هام في التعامل مع لمهام الإدراكية.

(٢) الحلقة الصوتية: *phonological loop* وهي نظام للتخزين الصوتي يحتفظ بالمعلومات الصوتية لمدة ثانيتين أو ثلاث.

(٣) الوحدة البصرية المكانية: *Visual spatial* وهي نظام مسئول عن الاحتفاظ بالمعلومات البصرية المكانية، ويعد المكون البصري والحلقة الصوتية هما المسئولان عن تذكر المعلومات البصرية واللغوية.

ويظهر من خلال استعراض الباحث للدراسات التي تناولت الاكتئاب والذاكرة العاملة أن المرضى الذين يعانون من الاكتئاب عادة ما يتسمون بتدني كفاءة الذاكرة العاملة، ولا سيما مكوني الضبط التنفيذي والمكون البصري/المكاني (Wanmaker, et al., 2014; Christopher & MacDonald, 2005)، وأن الاكتئاب يسهم في إحداث عجز واضح في المكون اللفظي من الذاكرة العاملة (Yasuhiro, 2012)، وأن المكتئبين أبداً في معالجة المعلومات في الذاكرة العاملة مقارنة بالأصحاء نفسياً بنسبة (١-٣) لصالح الأسوياء (Wanmaker et al., 2011; Rose & Ebmeier, 2006)، وأن الأعراض المعرفية من الاكتئاب، مثل اجترار الأفكار السلبية عادة ما ترتبط بعجز الذاكرة العاملة في معالجة وتجهيز معالجة المعلومات العاطفية والانفعالية، أن الاكتئاب كاضطراب وجداني يتميز بإحداث ضعف تثبيط وتشتيت مجموعة أنظمة الذاكرة العاملة خاصة عند معالجة الأحداث والمثيرات الجديدة (Joormann & Gotlib, 2008; De Lissnyder, et al., 2012)، وأن تنمية مكونات الذاكرة العاملة يمكن أن يؤدي إلى تحسينات في تنظيم الجانب الوجداني لدى المكتئبين

(Susanne, et al., 2013; Haakon & Philipp, 2013) وأن استمرار معاناة الفرد من الاكتئاب ستؤدي إلى تعاضم خطر ضعف عمليات تجهيز المعلومات في الذاكرة العاملة على المدى البعيد من عمر المكتئب (Doumas et al. 2012; Elderkin, 2011; Rosenberg et al. 2010; Marazziti et al. 2010). ويرى الباحث النتائج السابق عرضها قد تدعم فرضية أن الضعف النسبي للذاكرة العاملة لدى المكتئبين، والتي يحتمل أن تكون عاملاً وسيطاً يفسر الضعف المعرفي الملاحظ لدى المكتئبين، خاصة ومصادر وأعراض الاكتئاب قد تكون من العوامل المشتتة لمحاولات توجيهها لانتباه تركيزه نحو المثيرات والأحداث النفسية والبيئية المهمة والتي تشكل منظومة من التناقضات والأفكار السلبية التلقائية.

وفي المقابل يعتبر مفهوم المعتقدات الذاتية حول الذاكرة أو ما يعرف بماوراء الذاكرة *Meta-memory* من أكثر المفاهيم ارتباطاً بمصطلح ما وراء المعرفة، وقد درس هذا المتغير في الكثير من بحوث علم النفس المعرفي لعدة عقود، ولا حقا حظي باهتمام العديد من الباحثين في مختلف ميادين علم النفس سواء الصحة النفسية، أم علم النفس التربوي، أم علم النفس الاجتماعي، أم علم النفس العصبي. لذا يعد هذا المفهوم أحد المتطلبات الهامة للصحة النفسية، وذلك نظراً لما لهذا المتغير من أثر مهم في التوافق النفسي والاجتماعي، والتطور المعرفي (Jonson, 2005).

ويشير مصطلح المعتقدات الذاتية حول الذاكرة (أو ما وراء الذاكرة) إلى مدى رضا الفرد عن قدرات الذاكرة لديه، وما يحويه هذا الرضا من انفعالات: كالثقة والاهتمام، والقلق، وقدرة الذاكرة على الأداء بدون أخطاء، واستخدام استراتيجيات التذكر المختلفة (Troyer & Rich, 2002). ويرى (Flavell & Hartman, 2004) أن مفهوم ما وراء الذاكرة يتكون من:

(أ) المكون المعرفي: *Cognitive component* ويتضمّن ثلاثة مكونات، هي: (١) مدى وعي الفرد بمعتقداته الذاتية تجاه طبيعة ذاكرته وسعتها، وقدرته على التذكر. (٢) مدى وعي الفرد بالاستراتيجيات التي تناسب إمكاناته ومتطلبات المهمة، حيث إن تكرار استخدام الفرد لاستراتيجية معينة يوصله إلى الأداء المتميز للمهمة. (٣) مدى وعي الفرد بمتطلبات المهمة التي يريد تأديتها، والعوامل المؤثرة إيجاباً أو سلباً على عمليتي التشفير والاسترجاع، وطبيعة المهمة ومدى سهولتها أو صعوبتها.

(ب) مكون التحكم: *Control component* ويشير إلى عمليات المراقبة المراجعة والتي تشير إلى حكم الفرد بدرجة الثقة على استجابة استدعاء سابقة، وعمليات المراقبة اللاحقة والتي تشير إلى حكم الفرد على استجابة لاحقة، وعمليات تنظيم التمثيلات المعرفية للمعلومات، حيث ينظم الأفراد الوحدات المعرفية باستخدام استراتيجيات مختلفة تعينهم في عملية تشفير المعلومات.

وترى (Bacon, 2009) أن علماء النفس والأطباء النفسيين يستخدمون المعتقدات الذاتية حول الذاكرة لدراسة الأحداث والذكريات الماضية، وما يتصل من اتخاذ القرارات وإصدار الأحكام لدى الأفراد. ويتفق كل من (Lincoln & Kaszniak, 2005; Pannu & Tinson, 2000) إلى أنه من النادر أن تتم دراسة المعتقدات الذاتية حول الذاكرة لدى المضطربين نفسياً، أو عصبياً. ويرى Cipoll و زملاؤه (1996) أن المعتقدات الذاتية للذاكرة عادة ما ترتبط بالعديد من الاضطرابات النفسية كالاكتئاب، والقلق، وعدم القدرة على مواجهة الضغوط النفسية، والخجل الاجتماعي، وعدم الشعور بجودة الحياة، في حين يذكر Valentijn و زملاؤه (2006) أن برامج تنمية المعتقدات الذاتية حول الذاكرة تسهم تحسين مجمل الاستجابات النفسية والاجتماعية والمعرفية لدى مختلف الشرائح العمرية للأفراد، كما تعتبر عمليات الذاكرة مؤشراً إيجابياً على مستو تفاعل الفرد مع بيئته النفسية والاجتماعية بشكل سليم وفاعل (McDonald-Miszczak et al., 2000).

ويظهر من خلال استعراض الباحث للدراسات التي تناولت الاكتئاب والمعتقدات الذاتية حول الذاكرة أن النسب العليا من انخفاض المعتقدات الذاتية حول الذاكرة ترتبط بالمكتئبين، وأن من (٢٠-٦٠%) من المكتئبين يتسمون بالمعتقدات السلبية حول ذاكرتهم (Mol et al., 2008; Laurien, et al., 2007)، وأن اضطراب الاكتئاب يؤثر على كفاءة استدعاء المعلومات، وعلى اختيار نوع استراتيجيات التذكر (Livner et al., 2015; Casaletto et al., 2008)، كما أن متغير ما وراء الذاكرة يعد مبنياً بالاكتئاب والقلق، ويعد متغيراً فارقاً بين الأصحاء والمضطربين نفسياً، كما أنه يعد مؤشراً مناسباً لتقييم مدى تدهور القدرات المعرفية المتعلقة بالذاكرة (John et al., 2004; Rudolf & Jellemer, 2006). وأن عدم رضا الفرد عن قدرات الذاكرة لديه، وعدم ثقته بفعاليتها دونأخطاء، وعدم قدرته على استخدام استراتيجيات ومساعدات التذكر تعد من الخصائص والأعراض النفس معرفية للمكتئبين (Dubreuil et al., 2006; Teachman, 2007)، كما أن الاكتئاب يرتبط بشكل كبير مع الشكاوى الدائمة من الشعور بعدم كفاءة استخدام استراتيجيات التذكر (Cargin et al., 2011; Tournier & Postal, 2008)، والتي عادة ما يترتب عليها انخفاض مستوى الاستجابة لمطالب الحياة اليومية، وتدني مستوى الشعور بالسعادة النفسية، والحد من مستوى علاقاتهم الاجتماعية (Scarmeas & Stern, 2003).

ويمكن فهم منظومة العمليات المتضمنة في الذاكرة في ضوء دراسة الاكتئاب والمعتقدات الذاتية حول الذاكرة؛ نظراً لأهميتها النفسية والمعرفية والعصبية خاصة لدى المضطربين نفسياً ركزت العديد من البحوث في السنوات الأخيرة على محاولة تعميق الفهم العلمي لهذا المتغير خاصة وأن مجموعة الفحوصات والأدلة العصبية أشارت إلى أن الفص الجبهي يسهم وبشكل كبير في عمليات الذاكرة *Memory operations*، التي تعد من العناصر الأساسية في تشكيل المعتقدات الذاتية حول الذاكرة؛ وبالتالي تعد دراسة ما وراء الذاكرة إحدى الوسائل والطرق غير المباشرة في التقييم الأولي لمدى سلامة الفص الجبهي وذلك لقوة العلاقة الارتباطية بينهما (Jasmeert & Alfred, 2005).

#### مشكلة الدراسة:

على الرغم من توالي الدراسات والبحوث التي أكدت تلازمية العلاقة بين القدرات المعرفية والاكتئاب إلا أنه لا يمكن تقديم أي استنتاجات أو استدلالات واضحة وعميقة حول طبيعة هذه العلاقة. وبالتالي فالأدب النفسي بحاجة إلى المزيد من الدراسات والبحوث التي تتناول هذه النقطة البحثية خاصة في ظل فرضية أن الاكتئاب يستنزف موارد الذاكرة العاملة مما يسهم في صعوبة إزالة أو تغيير المعتقدات الذاتية السلبية حول الذاكرة المعلومات السلبية (Philippot & Brutoux, 2008).

وفي ذات السياق يرى Ochsner, Silvers & Buhle (2012) أن دراسة الاكتئاب والذاكرة العاملة والمعتقدات الذاتية للذاكرة من المتوقع أن تؤدي إلى تطوير التدخلات العلاجية التي تعمل على تحسين قدرات تنظيم الانفعال بشكل غير مباشر، عن طريق تحسين وظيفة الأنظمة الفرعية النفسعصبية؛ وبالتالي تحددت مشكلة الدراسة الحالية في التساولين الآتيين:

س/ ١ هل يوجد فرق دال إحصائياً في أداء الذاكرة العاملة تعزى إلى اختلاف مستوى الاكتئاب النفسي لدى عينة من المكتئبين من مراجعي مستشفى الصحة النفسية بجدة؟

س/ ٢ هل يوجد فرق دال إحصائياً في مكونات المعتقدات الذاتية للذاكرة (الرضا عن الذاكرة، القدرة، الإستراتيجية) تعزى إلى اختلاف مستوى الاكتئاب النفسي لدى عينة من المكتئبين من مراجعي مستشفى الصحة النفسية بجدة؟

س/٣ هل يمكن التنبؤ بالاكتئاب النفسي بمعرفة متغيرات أداء الذاكرة العاملة، والرضا عن الذاكرة، والقدرة على تقدير وظيفة الذاكرة اليومية وتقدير استخدام استراتيجيات التذكر لدى عينة من المكتئبين من مراجعي مستشفى الصحة النفسية بجدة؟.

**أهداف الدراسة:** ه دفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن مقدار الفروق في أداء الذاكرة العاملة، ومكونات المعتقدات الذاتية للذاكرة (الرضا عن الذاكرة، القدرة، الإستراتيجية) في ضوء اختلاف مستوى الاكتئاب النفسي، بالإضافة إلى الكشف عن أفضل المنبئات بالاكتئاب النفسي من معرفة متغيرات أداء الذاكرة العاملة، والرضا عن الذاكرة، والقدرة، والإستراتيجية لدى عينة من المكتئبين من مراجعي مستشفى الصحة النفسية بجدة.

**أهمية الدراسة:** تبرز أهمية الدراسة الحالية من خلال:

١- أنها تعتبر الدراسة الأولى من نوعها في المملكة العربية السعودية -على حد علم الباحث- التي تتناول هذه المشكلة البحثية، خاصة في ظل استخدام مقياس الاكتئاب متعدد الأبعاد الجديد (NMDS) والذي يعد من المقاييس النفسية المتصفة بالشمولية في قياس الاكتئاب النفسي.

٢- الاستفادة من نتائج الدراسة في اقتراح برامج علاجية وإرشادية تهدف إلى معالجة تفشي الأعراض والتأثيرات السلبية للاكتئاب في المجتمع السعودي، سواء على مستوى أداء الذاكرة العاملة، أم مكونات المعتقدات الذاتية للذاكرة، والتي يمكن تلمس آثارها في ما تم استعراضه من أدبيات متغير الدراسة الحالية وبالتالي تسهم الدراسة الحالية إلى محاولة تحقيق هدف الرعاية النفسية والعلاجية والإرشادية للمرضى الذين يعانون من الاكتئاب بما يعزز فرص نجاحهم في شتى مجالات حياتهم النفسية والاجتماعية والمهنية والأسرية.

### مصطلحات الدراسة:

(١) **الاكتئاب:** هو اضطراب عقلي متعدد الأسباب، يتكون من مجموعة من الأعراض المعرفية والانفعالية والبدنية والعلاقات الشخصية؛ كالحزن الشديد والخمول وعدم الرغبة في الاستمتاع بالحياة ومشاركة الآخرين وضعف الانتباه والذاكرة.

(٢) **الذاكرة العاملة:** وهي مجموعة من الوظائف والعمليات المعرفية التي تقوم بالاحتفاظ بالمعلومات، ومعالجتها لحظة بلحظة أثناء أداء العمليات المعرفية المعقدة (Alloway, 2011).

(٣) **المعتقدات الذاتية حول الذاكرة:** مدى رضا الفرد عن قدرات الذاكرة لديه، وما يحويه هذا الرضا من انفعالات: كالثقة والاهتمام، والقلق، وقدرة الذاكرة على الأداء بدون أخطاء، واستخدام استراتيجيات التذكر المختلفة (Troyer & Rich, 2002).

### منهج الدراسة وإجراءاتها

**منهج الدراسة:** قام الباحث باستخدام المنهج الوصفي لمناسبته لأهداف الدراسة.

**عينة الدراسة:** شملت عينة الدراسة الفعلية (٢٨٠) فرداً ممن يراجعون مستشفى الصحة النفسية بجده، تم اختيارهم بطريقة عشوائية من بين مجموع المرضى الذين يعانون من الاكتئاب. وبلغ مجموع الذكور المشاركين في عينة الدراسة الفعلية (١٤١) قدرت نسبتهم المئوية بـ (٥٠,٣٥%) في حين بلغ مجموع عدد الإناث المشاركين في عينة الدراسة (١٣٩) قدرت نسبتهم المئوية بـ (٤٩,٦٤%) من مجموع العينة الكلية، هذا وبلغ المتوسط العمري لأفراد عينة الدراسة ككل (٢٧,٦) سنة، وانحراف معياري (٣,٦٥).



## أدوات الدراسة

## أولاً: اختبار الذاكرة العاملة: إعداد الباحث

يهدف هذا الاختبار إلى تحديد عدد الوحدات المعرفية التي يستطيع الفرد تشفيرها، واستدعائها؛ لذلك تم تصميم المهام في شكل وحدات من المفردات التي لا تقدم بصورة مترابطة، لتحديد عدد الوحدات (الكلمات و الأرقام) التي تستطيع الذاكرة العاملة تشفيرها. و يتكون الاختبار من (١٤) مهمة اختباريه موزعة بالتساوي على اختباري تجهيز الكلمات والأرقام. فالمهمة الأولى من اختبار تجهيز الكلمات تتكون من أربع مفردات (كلمات) لا يوجد بينها ارتباط، والمهمة الثانية تتكون من خمسة مفردات لا يوجد بينها أيضاً ارتباط، وتزداد مفردات الوحدات تدريجياً حتى تصل إلى المهمة السابعة التي تتكون من (١٠) مفردات واختبار تجهيز الأعداد بنفس الطريقة، وتعرض مفردات كل مهمة من مهام تجهيز الكلمات و الأعداد الـ (١٤) بواسطة جهاز العرض فوق الرأس *Projector* كل على حدة وفق المدة الزمنية التالية: (٧مهام  $\times$  ٧ ثوان للعرض) + (٧مهام  $\times$  ٨ ثوان للاستدعاء) لاختبار تجهيز الكلمات، (٧مهام  $\times$  ٨ ثوان للعرض) + (٧مهام  $\times$  ١٠ ثوان للاستدعاء) لاختبار تجهيز الأعداد حيث يطلب من المفحوصين الانتباه جيداً إلى الكلمات أو الأعداد وحفظها في ثم يطلب منهم بعد انتهاء الزمن المحدد للعرض باسترجاع أكبر قدر ممكن من الكلمات أو الأعداد. وفيما يختص بتصحيح الاختبار يتم احتساب درجة كل طالب على كل اختبار فرعي من خلال عدد مفردات آخر سلسلة كاملة يستطيع استدعائها استدعاءً كاملاً وتعد (١٠) الدرجة الكلية لكل اختبار فرعي.

**الخصائص السيكومترية لاختبار الذاكرة العاملة في الدراسة الحالية:** تحقق الباحث من صدق اختبار الذاكرة العاملة باستخدام التحليل العاملي التوكيدي *Confirmatory Factor Analysis*، وذلك على عينة مكونة من (٩٨) من مراجعي مستشفى الصحة النفسية كعينة استطلاعية؛ وذلك للتأكد من صدق البناء الكامن لكل اختبار فرعي، وللإختبار ككل، والجدول (١) يوضح تشبعات العاملين (اختباري تجهيز الكلمات والأعداد) بالعامل الكامن الواحد (الذاكرة العاملة).

جدول (١) نتائج تشبعات العاملين (اختباري تجهيز الكلمات والأعداد) بالعامل الكامن

العامل المشاهد	التشبع	الخطأ المعياري لتقدير التشبع	قيمة ت	مستوى الدلالة
اختبار تجهيز الكلمات	٠,٥٠	٠,٩٧	٥,١٦	٠,٠١
اختبار تجهيز الأعداد	٠,٦٨	٠,١١	٥,٣٦	٠,٠١

ويتبين من الجدول (١) أن نتائج التحليل العاملي التوكيدي أسفرت عن تحقيق كل اختبار فرعي لصفة أحادية البعد الذي يقيسه. كما قام الباحث بحساب معامل ثبات اختبار الذاكرة العاملة بطريقة ألفا كرونباخ وكانت النتائج على النحو الآتي: بلغ معامل ثبات اختبار تجهيز الكلمات (٠,٨٧١)، وبلغ معامل ثبات اختبار تجهيز الأعداد (٠,٧٩٧)، ، في حين بلغ معامل ثبات ألفا كرونباخ للاختبار ككل (٠,٧٨٦)، وهي تعتبر مؤشرات مقبولة في تقرير مدى ثبات الاختبار.

ثانياً: مقياس الاكتئاب المتعدد الأبعاد الجديد (NMDS):

يعتبر مقياس الاكتئاب المتعدد الأبعاد الجديد *New Multidimensional Depression Assessment Scale* أحد المقاييس الحديثة في مجال قياس الأعراض الاكتئابية التي اتفقت عليها الدراسات الميدانية والملاحظات الإكلينيكية، إذ قام كل من (Cheung&Power, 2012) بإعداد وتطوير هذه الأداة التشخيصية من خلال استقصاء آراء شرائح متعددة من العاملين في

قطاع الرعاية الصحية النفسية كالأطباء النفسيين، والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والمرضى بهدف الحصول على مقياس واحد شامل وموحد يقوم بقياس جميع الجوانب والسمات والأعراض التي تظهر على الإنسان المصاب بالاكتئاب، وبالتالي يتكون المقياس من أربعة مقاييس فرعية هي: (المعرفية، الانفعالية، البدنية، العلاقات الشخصية).

وتكوّن المقياس في صورته الأولى من (٨٥) عبارة تغطي المجالات السابقة الذكر. وبناءً على آراء المحكمين قام معدا المقياس باستبعاد (٣٣) عبارة لعدم مناسبتها، وبالتالي تكوّن المقياس في صورته النهائية من (٥٢) عبارة، حازت أبعادها ومجالاتها الفرعية الأربع على معاملات اتساق داخلي مرتفعة، وكانت المعاملات على النحو الآتي: الانفعالي (٠,٨٦)، المعرفي (٠,٨٨)، البدني (٠,٨٣)، العلاقات الشخصية (٠,٨٩)؛ في حين بلغ معامل ثبات ألفا كرونباخ للمقياس ككل (٠,٨٧)

جدول (٢) يوضح توزيع عبارات مقياس الاكتئاب المتعدد الأبعاد الجديد

أرقام العبارات	البُعد	أرقام العبارات	البُعد
(٢٩)(٢٨)(٢٧)(٢٦)(٢٥) (٣٠) (٣٥)(٣٤)(٣٣)(٣٢)(٣١) (٣٦)	البدني	(٧) (٦) (٥) (٤) (٣) (٢) (١) (١٢) (١١) (١٠) (٩) (٨)	الانفعالي
(٤١)(٤٠)(٣٩)(٣٨)(٣٧) (٤٢) (٤٧)(٤٦)(٤٥)(٤٤)(٤٣) (٤٨)	العلاقات الشخصية	(١٧) (١٦) (١٥) (١٤) (١٣) (١٨) (٢٣) (٢٢) (٢١) (٢٠) (١٩) (٢٤) (٥٢) (٥١) (٥٠) (٤٩)	المعرفي

وتكون الإجابة على بنود المقياس بتسجيل المفحوص الاستجابة المناسبة لما يشعر به والتي تتراوح ما بين (١-٥). ويتم جمع الدرجات المتحصل عليها لكل مفحوص ومن ثم حساب نقاط القطع التي حددها مطورو المقياس بـ (١١٢)، وهي تشير إلى خلو المفحوص من الاضطراب بينما تشير الدرجات التي تزيد عن (١١٣) إلى أن المفحوص يقع ضمن الفئة المصابة بالاكتئاب.

#### إجراءات تعريب مقياس الاكتئاب المتعدد الأبعاد الجديد:

نظرا لعدم توافر أي نسخة عربية مقياس الاكتئاب المتعدد الأبعاد الجديد (NMDS)، قام الباحث وبعد حصوله على الإذن الخطي من معدي مقياس، قام بترجمة هذه الأداة إلى اللغة العربية. ثم قام الباحث بعد ذلك باستخدام الترجمة العكسية (*back translation*)؛ حيث تُرجمت النسخة (العربية) للانجليزية من قِبَل مترجم مستقل، ثم عرضت النسختان (النسخة الانجليزية للمقياس المترجم، والنسخة الانجليزية للمقياس الأصلي قبل الترجمة) على أساتذة متخصصين في الترجمة بجامعة الملك عبد العزيز بجدة، وعلى متخصصين في علم النفس الإكلينيكي ممن يتقنون اللغتين العربية والانجليزية وكذلك على مجموعة من الأطباء النفسيين ممن يعملون في المستشفى الجامعي جامعة الملك عبد العزيز، وقد اتفقوا على أن الصياغتين متطابقتان من الناحية اللغوية والإكلينيكية، وهذا يدل على أن الترجمة العربية لعبارات المقياس مناسبة. ثم قام الباحث (مرة أخرى) بعرض المقياس على مجموعة من المختصين في علم الإكلينيكي والإرشاد النفسي، والصحة النفسية، والقياس النفسي للتأكد من مدى ملائمة صياغة عبارات مقياس الاكتئاب المتعدد

الأبعاد الجديد في البيئة السعودية، ونظرا لاتفاق جميع المحكمين على مناسبة صياغة عبارات المقياس تم الإبقاء على جميع العبارات دون حذف.

### الخصائص السيكومترية للمقياس:

(أ) **الصدق العاملي** *Confirmatory Factor Analysis*: قام الباحث بالتحقق من الصدق العاملي التوكيدي لفقرات مقياس الاكتئاب المتعدد الأبعاد الجديد الـ (٥٢) مفردة على (١٩٥) مفحوصا من مراجعي مستشفى الصحة النفسية كعينة استطلاعية؛ وذلك للتأكد من صدق البناء الكامن لكل بعد فرعي، وللمقياس ككل، خاصة وان معددي المقياس افتراضا وجود أربعة عوامل مستقلة، وبالتالي تم اختبار صحة هذا النموذج مقارنة بنموذج العامل الواحد (Cheung & Power, 2012). هذا واستخدم الباحث برنامج ليترل ٨,٨ (Lisrel 8.8) لتحديد درجة المطابقة بين النموذجين وحساب مؤشرات حسن المطابقة (Goodness of Fit Index (GFI).

جدول (٣) قيم (كا<sup>٢</sup>) ومؤشرات حسن المطابقة للنموذج الرباعي ونموذج العامل الواحد لعينتي التقنين الذكور و الإناث

اسم المؤشر	العينة	كا <sup>٢</sup> Chi-Square	جذر متوسط خطأ الاقتراب RMSEA	مؤشر المطابقة المعياري NFI	مؤشر حسن المطابقة GFI	مستوى الدلالة
نموذج العامل الواحد	عينة الذكور	٣٦٣,٨	٠,٠٦٧	٠,٩١	٠,٩١	٠,٠٠١
نموذج العوامل الأربعة المرتبطة		٣١٩,٥	٠,٥٧	٠,٩٣	٠,٩٣	٠,٠٠١
الفرق		٤٤,٣	٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٠١
نموذج العامل الواحد	عينة الإناث	٤٨٣,٨	٠,٧٤	٠,٩١	٠,٩١	٠,٠٠١
نموذج العوامل الأربعة المرتبطة		٣٤٣,٩	٠,٠٥٦	٠,٠٩٤	٠,٠٩٤	٠,٠٠١
الفرق		١٤٠,٩	٠,٠١٨	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٠١

يتضح من الجدول (٣) تطابق مؤشرات حسن المطابقة للنموذج الرباعي مع بيانات الدراسة بصورة أفضل من نموذج العامل الواحد لدى عينتي التقنين الذكور و الإناث من مراجعي مستشفى الصحة النفسية، وبالرغم من أن كا<sup>٢</sup> دالة إحصائيا إلا أن مؤشرات حسن المطابقة كانت اكبر من (٠,٩) كما أن قيمة جذر متوسط خطأ الاقتراب RMSEA قريبة من (٠,٠٥)، بالإضافة إلى أن الفرق بين النموذجين دال إحصائيا عند مستوى (٠,٠١) لصالح النموذج الرباعي مما يشير إلى أن النموذج يتطابق بصورة أفضل من نموذج العامل الواحد.

جدول (٤) نتائج التحليل العاملي لعبارات مقياس الاكتئاب المتعدد الأبعاد الجديد لعينة الذكور

رقم العبارة	التشبع على الأول	التشبع على الثاني	التشبع على الثالث	رقم العبارة	التشبع على الثاني	التشبع على الثالث	التشبع على الرابع
	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث		العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع

	٠,٤٢		٢٧			٠,٦٥	١
	٠,٧٠		٢٨			٠,٨٢	٢
	٠,٦٠		٢٩			٠,٦٦	٣
	٠,٦٠		٣٠			٠,٧٣	٤
	٠,٦٦		٣١			٠,٧١	٥
	٠,٣٣		٣٢			٠,٥٠	٦
	٠,٤٦		٣٣			٠,٨٠	٧
	٠,٦٦		٣٤			٠,٥٧	٨
	٠,٤١		٣٥			٠,٥٤	٩
	٠,٦٢		٣٦			٠,٥٦	١٠
٠,٦٠			٣٧			٠,٤٠	١١
٠,٧٣			٣٨			٠,٥٨	١٢
٠,٦٨			٣٩		٠,٧٠		١٣
٠,٧٧			٤٠		٠,٦٨		١٤
٠,٧٥			٤١		٠,٨٣		١٥
٠,٤٩			٤٢		٠,٦٠		١٦
٠,٦٧			٤٣		٧٣,٠		١٧
٠,٨٢			٤٤		٠,٦٠		١٨
٠,٦٤			٤٥		٠,٥٠		١٩
٠,٧٣			٤٦		٠,٥٥		٢٠
٠,٦١			٤٧		٠,٨٠		٢١
٠,٥٩			٤٨		٠,٦٠		٢٢
		٠,٥٣	٤٩		٠,٣٠		٢٣
		٠,٥٥	٥٠		٠,٦٨		٢٤
		٠,٦٠	٥١	٠,٤٥			٢٥
		٠,٧٤	٥٢	٠,٤٨			٢٦

جدول (٥) نتائج التحليل العاملي لعبارات مقياس الاكتئاب المتعدد الأبعاد الجديد لعينة الإناث

رقم العبارة	التشعب على العامل الأول	التشعب على العامل الثاني	التشعب على العامل الثالث	رقم العبارة	التشعب على العامل الثالث	التشعب على العامل الرابع

	٠,٥٤		٢٧		٠,٥٨	١
	٠,٥٧		٢٨		٠,٤٩	٢
	٠,٦٤		٢٩		٠,٦١	٣
	٠,٧٩		٣٠		٠,٣٣	٤
	٠,٦٦		٣١		٠,٥٠	٥
	٠,٦٠		٣٢		٠,٥٢	٦
	٠,٧٦		٣٣		٠,٣٨	٧
	٠,٤٨		٣٤		٠,٤٨	٨
	٠,٥٣		٣٥		٠,٦٢	٩
	٠,٤٢		٣٦		٠,٤٥	١٠
٠,٥٤			٣٧		٠,٤٤	١١
٠,٦٣			٣٨		٠,٤١	١٢
٠,٧١			٣٩	٠,٦٢		١٣
٠,٥٥			٤٠	٠,٥٧		١٤
٠,٧٢			٤١	٠,٥٢		١٥
٠,٦٢			٤٢	٠,٤٤		١٦
٠,٦٢			٤٣	٠,٤٤		١٧
٠,٤٥			٤٤	٠,٣٨		١٨
٠,٤٤			٤٥	٠,٤٦		١٩
٠,٥٦			٤٦	٠,٥٤		٢٠
٠,٥٢			٤٧	٠,٤٤		٢١
٠,٣٨			٤٨	٠,٣٨		٢٢
		٠,٤٨	٤٩	٠,٦٦		٢٣
		٠,٣٥	٥٠	٠,٥٨		٢٤
		٠,٥٩	٥١	٠,٤٨		٢٥
		٠,٤٨	٥٢	٠,٥٢		٢٦

يتبين من الجدولين (٤) و (٥) أن قيم تشبعات النموذج الرباعي لعبارات مقياس الاكتئاب المتعدد الأبعاد الجديد لدى أفراد عينتي النقتين (الذكور والإناث) كانت جميعها أعلى من القيمة الإحصائية المتعارف عليها (٠,٣٥) بالإضافة إلى تمتعها بقيم سالبة. وبالتالي يمكن القول بأن عبارات مقياس الاكتئاب المتعدد الأبعاد الجديد تحظى بموثوقية علمية في قياس مجموعة الأبعاد المعرفية والانفعالية والبدنية وبعد العلاقات الشخصية لاضطراب الاكتئاب في البيئة السعودية.

ويرى الباحث أن نتائج التحليل العاملي التوكيدي Confirmatory Factor Analysis لفقرات مقياس الاكتئاب المتعدد الأبعاد الجديد تظهر أن مفهوم الاكتئاب يعد مفهوما متعدد

الأبعاد، وهو ما يتفق مع ما أشارت إليه دراسة (Cheung&Power(2012) التي تناولت النسخة الأصلية من المقياس والتي أكدت أن جميع الجوانب والسمات والأعراض التي تظهر على الإنسان المصاب بالاكتئاب عادة ما تتكون من أربعة أبعاد وأعراض وهي: البعد المعرفي، و الانفعالي، والبدني، وبعد العلاقات الشخصية.

(ب) **الاتساق الداخلي للمقياس:** قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي للمقياس باستخدام مصفوفة الارتباطات بين الأبعاد الأساسية المكونة لمقياس الاكتئاب متعدد الأبعاد الجديد لدى عيني التقنين.

جدول (٦) يوضح مصفوفة الارتباطات بين الأبعاد الأساسية المكونة لمقياس الاكتئاب متعدد الأبعاد الجديد (NMDS) والدرجة الكلية لدى أفراد عينة الذكور

البُعد	الانفعالي	المعرفي	البدني	العلاقات الشخصية	الدرجة الكلية للمقياس
الانفعالي	-	٠,٧٤٠	٠,٦٤٨	٠,٧٠٢	٠,٧٤٢
المعرفي	-	-	٠,٦٤٣	٠,٨٧٤	٠,٧٥٥
البدني	-	-	-	٠,٦٩٢	٠,٨٢٠
العلاقات الشخصية	-	-	-	-	٠,٧٣٥

جدول (٧) يوضح مصفوفة الارتباطات بين الأبعاد الأساسية المكونة لمقياس الاكتئاب متعدد الأبعاد الجديد (NMDS) والدرجة الكلية لدى أفراد عينة الإناث

البُعد	الانفعالي	المعرفي	البدني	العلاقات الشخصية	الدرجة الكلية للمقياس
الانفعالي	-	٠,٦٣٣	٠,٥١٢	٠,٤٨٧	٠,٧٤٠
المعرفي	-	-	-	٠,٥٤٥	٠,٦٢٢
البدني	-	-	-	٠,٥١٩	٠,٥٤٣
العلاقات الشخصية	-	-	-	-	٠,٥١٢

يتضح من الجدولين (٦) و (٧) أن معاملات الارتباط بين العوامل والأبعاد الأربعة المكونة لمقياس مقياس الاكتئاب متعدد الأبعاد الجديد (NMDS) كانت مرتفعة ودالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، كما يتبين أيضاً أن قيمة معامل الارتباط بين بعدي الأعراض الانفعالية والأعراض المعرفية كانت أكبر مقارنة بمعاملات الارتباط بين الأبعاد الأخرى لدى أفراد عينة الذكور، في حين أن قيمة معامل الارتباط بين بعدي الأعراض البدنية والأعراض الانفعالية كانت أكبر مقارنة بمعاملات الارتباط بين الأبعاد الأخرى لدى أفراد عينة الطالبات. وعليه يمكن القول بأن عبارات مقياس الاكتئاب متعدد الأبعاد الجديد تحظى بموثوقية علمية في قياس مجموعة الأبعاد المعرفية والانفعالية والبدنية وبعد العلاقات الشخصية لاضطراب الاكتئاب في البيئة السعودية.

(ج) **ثبات المقياس:** قام الباحث بحساب ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ، والجدول التالي يوضح معاملات ثبات الأبعاد المكونة لمقياس الاكتئاب متعدد الأبعاد الجديد.

جدول (٨) يوضح معاملات ثبات الأبعاد المكونة لمقياس الاكتئاب متعدد الأبعاد الجديد (NMDS) لدى أفراد عينتي الدراسة (الذكور والإناث)

معامل ألفا كرونباخ	العينة	البُعد
٠,٨٥٢	الذكور	الانفعالي
٠,٨٠١	الإناث	
٠,٧٨٩	الذكور	المعرفي
٠,٨٢٢	الإناث	
٠,٨٦٤	الذكور	البدني
٠,٨١٥	الإناث	
٠,٨٤٩	الذكور	العلاقات الشخصية مقياسا لاكتئاب متعدد الأبعاد الجديد
٠,٧٨١	الإناث	
٠,٨٧٤	الذكور	
٠,٧٩٥	الإناث	

يتبين من الجدول (٨) أن قيم معامل ثبات أبعاد مقياس الاكتئاب متعدد الأبعاد الجديد تتمتع بقيم مناسبة و مقبولة علمياً تطمئن الباحث من حيث سلامة إجراءات تقنين و استخدام مقياس الاكتئاب متعدد الأبعاد الجديد.

ثالثاً: مقياس مكونات ما وراء الذاكرة: قام (Troyer & Rich, 2002) بإعداد هذا المقياس، ثم قام أبو غزال (٢٠٠٧) بتعريبه وتقنيته على البيئة الأردنية ويتضمن المقياس (٥٥) عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد فرعية وهي: -

(١) الرضا عن الذاكرة: *Satisfaction with Memory* وتستخدم عبارات هذا البعد لتقدير مدى رضا الفرد عن قدرة الذاكرة لديه، ويتكون من (١٧) عبارة، وتمتد درجة الفرد على هذا البعد ما بين (٠ - ٦٨) درجة.

(٢) القدرة: *Ability* وتستخدم عبارات هذا البعد لتقدير وظيفة الذاكرة اليومية ويتكون من (١٩) عبارة، وتمتد درجة الفرد على هذا البعد ما بين (٠ - ٧٦) درجة.

(٣) الإستراتيجية: *Strategy* وتستخدم عبارات هذا البعد لتقدير مدى استخدام الفرد لاستراتيجيات التذكر المختلفة ويتكون من (١٩) عبارة، وتمتد درجة الفرد على هذا البعد ما بين (٠ - ٧٦) درجة.

#### الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة السعودية: تقنين الحربي (٢٠١٤)

قام الحربي (٢٠١٤) بالتحقق من صدق المقياس باستخدام طريقة حساب الاتساق الداخلي، وأشارت النتائج إلى أن أغلب عبارات مقياس مكونات ما وراء الذاكرة حققت ارتباطات دالة مع الدرجة الكلية للمقياس عند مستوى دلالة أقل من (٠,٠١) و عددها (٣٤) عبارة في حين حققت (٢١) فقرة من فقرات المقياس ارتباطات دالة عند مستوى دلالة (٠,٠٥). وتراوحت قيم معاملات الارتباط للعبارات بين (٠,٣١ - ٠,٦٢).

كما قام الحربي (٢٠١٤) بحساب معامل ثبات المقياس عن طريق ثبات التجزئة النصفية بين مجموع درجات الأسئلة الفردية (٢٨ سؤال)، ومجموع درجات الأسئلة الزوجية (٢٧ سؤال)،

والمكونة لمقياس ما وراء الذاكرة وبلغ معامل ثبات التجزئة النصفية (٠,٤٥٨)، وبعد تصحيح هذا المعامل بمعادلة سبيرمان-براون بلغ معامل الثبات (٠,٦٢٩)، في حين بلغ معامل ألفا كرونباخ (٠,٧٦).

### الخصائص السيكومترية لمقياس ما وراء الذاكرة في الدراسة الحالية:

(أ) صدق المقياس: قام الباحث في الدراسة الحالية بالتحقق من صدق المقياس باستخدام طريقة حساب الاتساق الداخلي، فبعد تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (٩٧) مفحوصاً، تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة مع الدرجة الكلية للمقياس. وأشارت النتائج إلى أن أغلب عبارات مقياس مكونات ما وراء الذاكرة حققت ارتباطات دالة مع الدرجة الكلية للمقياس وعددها (٥٥) عبارة. كما قام الباحث بحساب مصفوفة الارتباطات بين مكونات ما وراء الذاكرة والدرجة الكلية على المقياس، وتشير النتائج المبينة في الجدول (٩) إلى تماسك الاختبار وصدقه في قياس مكونات ما وراء الذاكرة.

جدول (٩) مصفوفة الارتباطات بين مكونات ما وراء الذاكرة والدرجة الكلية على المقياس .

البعد	الرضا عن الذاكرة	القدرة	الإستراتيجية	الأبعاد الكلية للمقياس
الرضا عن الذاكرة	-	**٠,٦٠١	**٠,٤٩٩	**٠,٧١٨
القدرة	-	**٠,٥٤٣	**٠,٦٢٨	**٠,٦٦٥
الإستراتيجية	-	-	-	**٠,٦٠٩

(ب) ثبات المقياس: قام الباحث في الدراسة الحالية بحساب معامل ألفا كرونباخ وبلغ (٠,٨٨٥)، الأمر الذي يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة جيدة من الثبات تفي بمتطلبات تطبيق مقياس عمليات الذاكرة على عينة الدراسة الفعلية.

### نتائج الدراسة ومناقشتها:

نص السؤال الأول من الدراسة الحالية على: هل يوجد فرق دال إحصائياً في أداء الذاكرة العاملة تعزى إلى اختلاف مستوى الاكتئاب النفسي لدى عينة من المكتئبين من مراجعي مستشفى الصحة النفسية بجدة؟ وللإجابة على هذا السؤال تم استخدام تحليل التباين الأحادي One-Way ANOVA.

جدول (١٠) تحليل التباين لمعرفة دلالة الفروق بين متفاوتي مستوى الاكتئاب على درجات اختبار الذاكرة العاملة

مصدر التباين	مجموع المربعات	د ح	متوسط مجموع المربعات	ف	الدلالة
بين المجموعات	٠,٣٨١	٢	٠,١٩١	٠,٣١٨	٠,٧٢٨
داخل المجموعات	١٦٥,٧٣٠	٢٧٧	٠,٥٩٨		
المجموع	١٦٦,١١١	٢٧٩			

يتبين من الجدول (١٠) عدم وجود فرق دالة إحصائياً في أداء الذاكرة العاملة تعزى إلى اختلاف مستوى الاكتئاب النفسي لدى أفراد عينة الدراسة.



ويرى الباحث أن انتفاء الفروق بين متفاوتي مستوى الاكتئاب على اختبار الذاكرة العاملة والتي تتمثل في التساوي النسبي في عدد مفردات وحدة المعلومات المستدعاة أثناء معالجة المعلومات في صورة وحدة معرفية واحدة تعد نتيجة منطقية خاصة في ظل استحضار أن الاكتئاب بوصفها حالة نفسية انفعالية تعيق بدورها منظومة عمليات معالجة المعلومات في الذاكرة العاملة، والتي تمثل سلسلة منظمة ومتناغمة من الأنشطة المعرفية الخاصة بها كمكون معرفي هام، والذي تبدأ وظائفه المعرفية بالتركيز على الانتباه الانتقائي للأحداث والمثيرات البيئية الخارجية، بدأ من الانتباه *Attention* للمثيرات الحسية القادمة من البيئة الخارجية للفرد المكتئب مروراً بالإدراك *Perception* ثم عملية تذكر واستدعاء *Remember and recall* المعلومات بالتعاون مع مكون الذاكرة طويلة المدى *Long-term memory* وسائر العمليات المعرفية الأخرى، التي تسعى إلى إحداث أفعال معرفية ضرورية لمعالجة معلومات المعلومات وتحليلها من خلال عمليات التخزين والتكرار.

ويرى الباحث النتائج السابق عرضها قادتدعم فرضية أن الضعف النسبي لذاكرة العاملة لدى المكتئب، والتي يحتمل أن تكون عاملاً وسيطاً يفسر الضعف المعرفي الملاحظ لدى المكتئبين، خاصة ومصادر وأعراض الاكتئاب قد تكون من العوامل المشتتة لمحاولات توجيه الانتباه تركيزه نحو المثيرات والأحداث النفسية والبيئية المهمة والتي تشكل منظومة من التناقضات والأفكار السلبية التلقائية خاصة في ظل اتفاقها مع نتائج دراسة كل من: ( Wanmaker, et al., 2014; Susanne, et al., 2013; Haakon & Philipp, 2013; DeLissnyder, et al., 2012; Dumas et al. 2012; Yasuhiro, 2012; Wanmaker, et al., 2011; Elderkin, 2011; Rosenberg et al., 2010, Marazziti et al., 2010; Gotlib, 2008; Rose & Ebmeier, 2006; Christopher & MacDonald, 2005).

**نص السؤال الثاني من الدراسة الحالية على:** هل يوجد فرق دال إحصائياً في مكونات المعتقدات الذاتية للذاكرة (الرضا عن الذاكرة، القدرة، الإستراتيجية) تعزى إلى اختلاف مستوى الاكتئاب النفسيلدى عينة من المكتئبين من مراجعي مستشفى الصحة النفسية بجدة؟. وللإجابة على هذا السؤال تم استخدام تحليل التباين الأحادي *One-Way ANOVA*.

جدول (١٢) تحليل التباين لمعرفة دلالة الفروق بين متفاوتي مستوى الاكتئاب على درجات مقياس مكونات المعتقدات الذاتية للذاكرة

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	د. ح	متوسط مجموع المربعات	ف	الدلالة
مكون الرضا عن الذاكرة	بين المجموعات	١٣٩,٩٤٠	٢	٦٩,٩٧٠	١,٤٠١	٠,٢٤٨
	داخل المجموعات	١٣٨٣٨,٩٠٣	٢٧٧	٤٩,٩٦٠		
	المجموع	١٣٩٧٨,٨٤٣	٢٧٩			
مكون القدرة	بين	٤٥٥,٥٥٦	٢	٢٢٧,٧٧٨	٧,٢٤٨	٠,٠١

					المجموعا ت	
		٣١,٢٧٠	٢٧ ٧	٨٦٦١,٨٤١	داخل المجموعا ت	
			٢٧ ٩	٩١١٧,٣٩٦	المجموع	
٠,٠١	٩,٩٨٨	٢٠١٠,٤١ ٨	٢	٤٠٢٠,٨٣٥	بين المجموعا ت	مكون الاستراتيجية
		٢٠١,٢٧٦	٢٧ ٧	٥٥٧٥٣,٤٣ ٦	داخل المجموعا ت	
			٢٧ ٩	٥٩٧٧٤,٢٧ ١	المجموع	
٠,٠١	١١,٠٠ ٤	٤٦٤٥,٣٣ ١	٢	٩٢٩٠,٦٦١	بين المجموعا ت	مجموع مكونات المعقدات الذاتية للذاكرة
		٤٢٢,١٦٠	٢٧ ٧	١١٦٩٣٨,٣ ٠٦	داخل المجموعا ت	
			٢٧ ٩	١٢٦٢٢٨,٩ ٦٨	المجموع	

جدول (١٣) المقارنات البعدية بطريقة *Scheffe* بين متفاوتي مستوى الاكتئاب على درجات مقياس مكونات المعقدات الذاتية للذاكرة

فروق المتوسطات ودلالاتها		الانحراف المعياري	المتوسطا ت	العدد	المجموعا ت	المتغيرات
مرتفعين	منخفضين					
٢٠,٠٩ *		٥,٦٠	٤٧,٩٦	١١ ٢	مستوى اكتئاب منخفض	مكون القدرة
*١١,٨	*٨,٢٩	٥,١٤	٣٩,٦٧	١٠ ٨	مستوى اكتئاب متوسط	
		٦,٢٩	٢٧,٨٧	٦٠	مستوى اكتئاب	

					مرتفع	
١١,٤٨ *		٧,٣٥	٤١,٥٧	١١ ٢	مستوى اكتئاب منخفض	مكون الإستراتيجية
*٦,٤٤	*٥,٠٤	٧,٠١١	٣٦,٥٣	١٠ ٨	مستوى اكتئاب متوسط	
		١٠,١٩	٣٠,٠٩	٦٠	مستوى اكتئاب مرتفع	
٢٢,٨٩ *		١٢,٨٥	١١٣,٩٣	١١ ٢	مستوى اكتئاب منخفض	مجموع مكونات المعتقدات الذاتية للذاكرة
١٨,١٤ *	*٤,٧٥	١٣,٠٣	١٠٩,١٨	١٠ ٨	مستوى اكتئاب متوسط	
		١٦,٠٢ ١	٩١,٠٤	٦٠	مستوى اكتئاب مرتفع	

يتضح من الجدول (١٢) مايلي: -

(١) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متفاوتي مستوى الاكتئاب لمكون الرضا عن الذاكرة.

(٢) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متفاوتي مستوى الاكتئاب لمكونات القدرة على تقدير وظيفة الذاكرة اليومية، ومكون تقدير استخدام استراتيجيات التذكر، والمجموع الكلي لمقاييس المعتقدات الذاتية للذاكرة. ولمعرفة اتجاه هذه الفروق، تم إجراء تحليل المقارنات البعدية بطريقة Scheffe بين متفاوتي مستوى الاكتئاب على درجات مكون القدرة على تقدير وظيفة الذاكرة اليومية ومكون تقدير استخدام استراتيجيات التذكر، والمجموع الكلي لمقاييس المعتقدات الذاتية للذاكرة. ويتضح من الجدول (١٣) اتجاهات تلك الفروق والتي كانت على النحو الآتي: -

(١) وجود فرق دال إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متفاوتي مستوى الاكتئاب (منخفض-متوسط-مرتفع) في مكون القدرة على تقدير وظيفة الذاكرة اليومية وذلك بين منخفضي ومرتفعي مستوى الاكتئاب لصالح المنخفضين، وكذلك وجود فرق دال إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين منخفضي ومتوسطي مستوى الاكتئاب لصالح منخفضي مستوى الاكتئاب، وكذلك وجود فرق دال إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي ومرتفعي مستوى الاكتئاب لصالح متوسطي مستوى الاكتئاب.

(٢) يتضح من الجدول (١٣) وجود فرق دال إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متفاوتي مستوى الاكتئاب (منخفض-متوسط-مرتفع) في مكون تقدير استخدام استراتيجيات التذكر، وذلك بين منخفضي ومرتفعي مستوى الاكتئاب لصالح المنخفضين، وكذلك وجود فرق دال إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين منخفضي ومتوسطي مستوى الاكتئاب لصالح منخفضي مستوى

الاكتئاب، وكذلك وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١) بين متوسطي ومرتفعي مستوى الاكتئاب لصالح متوسطي مستوى الاكتئاب .

(٣) يتضح من الجدول (١٣) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١) بين متفاوتي مستوى الاكتئاب (منخفض - متوسط - مرتفع) في المجموع الكلي لدرجات مقياس المعتقدات الذاتية للذاكرة وذلك بين منخفضي ومرتفعي مستوى الاكتئاب لصالح المنخفضين، وكذلك وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١) بين منخفضي ومتوسطي مستوى الاكتئاب لصالح منخفضي مستوى الاكتئاب، ووجود فرق دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١) بين متوسطي ومرتفعي مستوى الاكتئاب لصالح متوسطي مستوى الاكتئاب.

ويرى الباحث أن وجود الفروق بين متفاوتي مستوى الاكتئاب على مكوني القدرة على تقدير وظيفة الذاكرة اليومية وتقدير استخدام استراتيجيات التذكر والمجموع الكلي لمقياس المعتقدات الذاتية للذاكرة، تعد نتيجة منطقية، وتتفق بشكل مباشر مع ما أشارت إليه نتائج دراسة (Cargin et al., 2008; Laurien, et al., 2008; Casaletto, et al., 2015; Tournier & Postal, 2011; Dubreuil et al., 2007; Mol et al., 2007; Rudolf & Jellemer, 2006; Teachman, 2006; John, et al., 2004; Scarmeas & Stern, 2003) والتي أشارت إلى أن الأشخاص المكتئبين يتسمون بالمعتقدات السلبية حول ذاكرتهم، وأن الاكتئاب يؤثر ويعد مسؤولاً عن عدم رضا المكتئب عن قدرات الذاكرة لديه، وعدم ثقته بفعاليتها دون أخطاء، وعدم قدرته على استخدام استراتيجيات ومساعدات التذكر، وأنه يرتبط بشكل كبير مع الشكاوى الدائمة من الشعور بعدم كفاءة استخدام استراتيجيات التذكر.

ويمكن القول بأن هذه النتيجة كانت منطقية ويمكن تفسيرها في ضوء اعتبار مكونات المعتقدات الذاتية للذاكرة إحدى الانعكاسات النفس معرفية الناتجة عن تقاوم شعور الفرد بالحزن وعدم القدرة على الاستمتاع بالحياة، فالأفراد المصنفون بأنهم ذوو مستوى متوسط أو مرتفع من الاكتئاب يمتلكون تقديرات ذاتية سلبية لقدرة ذاكرتهم على أداء وظائفها اليومية بفعالية دون أخطاء، ويمتلكون مستويات منخفضة من تقدير ذواتهم لمدى مناسبة استخدامهم للاستراتيجيات ومساعدات التذكر المختلفة. وهذا من شأنه تأدية دورا هاما في زيادة إعاقة وعرقلة الوصول للمستويات الطبيعية من الانخراط في شتى مناشط الحياة الاجتماعية والشخصية خوفا من إحداث المزيد من الأضرار النفسية التي تشكل بدورها مصادر ضغط نفسي وموارد للاستمرار في دائرة الاكتئاب النفسي، وذلك على اعتبار تلك التقديرات الذاتية للذاكرة من المؤشرات المعرفية لتدهور الحالة النفسية للفرد المكتئب.

**نص السؤال الثالث من الدراسة الحالية على:** هل يمكن التنبؤ بالاكتئاب النفسي بمعرفة متغيرات أداء الذاكرة العاملة، والرضا عن الذاكرة، و القدرة، والإستراتيجية لدى عينة من المكتئبين من مراجعي مستشفى الصحة النفسية بجدة؟ وللإجابة على هذا التساؤل تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد *Multiple Regression Analysis* باستخدام طريقة Stepwise .

جدول (١٤) يوضح نتائج تحليل الانحدار *Multiple Regression Analysis* باستخدام طريقة Stepwise

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
الانحدار (التأثير)	٢٩٣٣,١٢٩	٣	٩٧٧,٧١٠	٤٣,٦٣٥	٠,٠٠١
البواقي	٦١٨٤,٢٦٨	٢٧٦	٢٢,٤٠٧		

		٢٧٩	٩١١٧,٣٩٦	المجموع
--	--	-----	----------	---------

## جدول (١٥) يوضح قيمة معامل التحديد

معامل R	معامل التحديد ( $R^2$ )	معامل R المعدل	الخطأ المعياري
٠,٥٦٧	٠,٣٢٢	٠,٣١٤	٤,٧٣٣٥٨

جدول (١٦) يوضح انحدار المتغير التابع على المتغيرات المستقلة .

المتغيرات المستقلة	المعامل البائي B	الخطأ المعياري	بيتا Beta	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
ثابت الانحدار	٠,٧٦٢	١,٩٩٥		٥,٣٤	٠,٠٠١
الذاكرة العاملة	٠,١٤٢	٠,٠٢١	٠,٣٦٥	٦,٩٢	٠,٠٠١
مكون القدرة	٠,٢٥٣	٠,٠٤١	٠,٣١٣	٦,١٥	٠,٠٠١
مكون الإستراتيجية	٠,٧٦٥	٠,٣٨٤	٠,١٠٣	١,٩٩	٠,٤٧

يتبين من الجدول (١٥) أن معامل تحديد انحدار المتغير التابع على المتغيرات المستقلة قد بلغ (٠,٥٦٧)، أي يمكن تفسير (٣٢,٢%) تقريبا من التباين على متغير الاكتئاب النفسي، وذلك بمعرفة أداء الذاكرة العاملة ومكون المعتقدات الذاتية للذاكرة: مكون القدرة، ومكون الإستراتيجية (عدا مكون الرضا عن الذاكرة)، أما النسبة المتبقية والتي بلغت (٦٧,٧%) فيمكن أن تفسر بمعرفة متغيرات أخرى لم تدخل ضمن نطاق الدراسة الحالية. ويتضح من الجدول (١٦) مقدار القيمة التنبؤية للمتغيرات المستقلة محل الدراسة على متغير الاكتئاب النفسي؛ وعليه تكون معادلة الانحدار المقدرة كما يلي: -

الاكتئاب النفسي = (٠,٧٦٢) + (الذاكرة العاملة) (٠,١٤٢) + (مكون القدرة تقدير وظيفة الذاكرة اليومية) (٠,٢٥٣) + (مكون تقدير استخدام استراتيجيات التذكر) (٠,٧٦٥)

ويفسر الباحث هذه النتيجة إلى أن اضطراب الاكتئاب يتطلب مستويات عالية من التدخلات العلاجية والإرشادية التي تستند على حصيلة من الاستراتيجيات والأساليب والتدريبية المعرفية التي بدورها تساهم في مساعدة المكتئب على محاولة إعادة البناء المعرفي لتقديراته الذاتية حول ذاكرته ومستوى مهاراته المعرفية المنظمة لطريقة تفاعله وتعاطيه مع مختلف المثيرات البيئية المحيطة به كنوع من العلاج المعرفي السلوكي المدعم لمنظومة العمل الإرشادي والإكلينيكي للمفرد المكتئب، وبالتالي فالمكتئبون من ذوي المستويات المنخفضة من أداء الذاكرة العاملة يمتلكون قدراً ضئيلاً من مقومات الحكم الموضوعي على الأحداث والمواقف التي تمر والتي تتطلب القدرة على إدراك العلاقات التي تربط بين الأحداث والمواقف والمثيرات، ويمتلكون ومستوى ضئيلاً من القدرة على فهم وتركيب المشكلة بشكل منطقي وسليم وصولاً للحلول المناسبة سواء على المستوى الشخصي، أم الأسري، أم المهني، أم على المستوى الاجتماعي. بالإضافة إلى ذلك فهم يمتلكون مستويات منخفضة من التقديرات الإيجابية عن قدرات الذاكرة لديهم، وإدراكهم لها بما يضمنه هذا الرضا من انفعالات كالثقة والقلق واستخدام الفرد المكتئب لاستراتيجيات ومساعدات التذكر المختلفة، والقدرة على إنتاج حلول بديلة متعددة للمواقف الصعبة، والتكيف مع استراتيجيات تجهيز المعلومات لمواجهة ظروف جديدة وغير متوقعة، وهذا يؤكد على أهمية تصميم وتنفيذ برامج تدريبية إرشادية نفسية ذات طابع معرفي تُعنى بضرورة تدريب المكتئبين على استخدام استراتيجيات الحفظ والاستدعاء وحل المشكلات المناسبة والفاعلة في الحياة اليومية.

**التوصيات:**

- ١- ضرورة الاهتمام ببرامج تنمية مهارات واستراتيجيات الذاكرة العاملة لدى المكتئبين المقامة في مستشفيات الصحة النفسية
- ٢- إجراء المزيد من الأبحاث في البيئة العربية والسعودية حول متغيرات الدراسة الحالية على عينات عصابية وإكلينيكية أخرى.
- ٣- دراسة فاعلية برنامج معرفي لتنمية المعتقدات الذاتية للذاكرة لدى المكتئبين.

**قائمة المراجع:**

- أبو غزال، معاوية. (٢٠٠٧). العلاقة بين ما وراء الذاكرة ودافعية الإنجاز الأكاديمي لدى طلبة جامعة اليرموك". *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، المجلد ٣، (١)، ص.ص ٨٩-١٠٥.
- الأنصاري، بدر محمد؛ سليمان، عبد ربه مغازي (٢٠١٣). النمذجة البنائية لمكونات الذاكرة العاملة لدى الأطفال الكويتيين من ٤ وحتى ١٢ سنة، *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، ١٤ (٤)، ص ١٠٣-١٣٨.
- الحربي، مروان بن علي (٢٠١٤). العلاقة بين نمط السيطرة المخية ومستوى فاعلية الذات وعمليات الذاكرة ومكوناتها الماورائية لدى طلاب المرحلة الجامعية، *المجلة العلمية، جامعة الملك فيصل*، المجلد ١٤ (١)، ص.ص ٤٥-٩٠.

Alloway T.P., McCallum, F., Alloway, R.G., Copello, E., Hoicka, E. (2015). Liar, Liar, Working Memory on Fire: Investigating the Role of Working Memory in Childhood Verbal Deception. *Journal of Experimental Child Psychology*, 137, 30-38.

Alloway, T. (2013). What do we know about the long-term cognitive effects of iron-deficiency anemia in infancy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 5, 401-402.

American Psychiatric Association.(2013). Major Depressive Disorder and the "Bereavement Exclusion". American Psychiatric Publishing. Retrieved from: <http://www.dsm5.org/Documents/Bereavement%20Exclusion%20Fact%20Sheet.pdf>

Bacon, E., Izaute, M.(2009). Metacognition in schizophrenia: processes underlying patients' reflections on their own episodic memory. *Biol. Psychiatry*;66: 1031-1037.

Baddeley, A& Hitch, G (2011). Binding in visual working -memory: The role of the episodic buffer. *Neuropsychologia*, 49(6), 1393 .140

Belmaker RH, Agam G. Major depressive disorder. *The New England Journal of Medicine: Research & Review*, 3 (1): 55-68.

Casaleto KB, Obermeit L, Morgan EE, Weber E, Franklin DR, Grant I, Woods SP.(2015). Depression and executive dysfunction contribute to a metamemory deficit among individuals with methamphetamine use disorders. *Addict Behav*Jan; 40: 45-50.

Cargin, J.W., Collie, A., Masters, C., Maruff, P.( 2008). The nature of cognitive complaints in healthy older adults with and without objective memory decline. *J. Clin. Exp. Neuropsychol.* 30, 245–257.

Cipolli C, Neri M, De Vreese LP, Pinelli M, Rubichi S, Lalla M. (1996)The influence of depression on memory and metamemory in the elderly, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 23( 2),p.p 111–127

Christopher ,G&MacDonald, J(2005). The impact of clinical depression on working memory, *Cogn Neuropsychiatry*;10(5): 379-99

Dubreuil, P., Adam, S., Bier, N., Gagnon, L.( 2007). The ecological validity of traditional memory evaluation in relation with controlled memory processes and routinization. *Arch. Clin. Neuropsychol.* 22, 979–989.

Dupuy JM, Ostacher MJ, Huffman J,et al.(2011). A critical review of pharmacotherapy for major depressive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*;14: 1417.

De Lissnyder E, Koster EHW, De Raedt R (2012) Emotional interference in working memory is related to rumination. *Cognit Ther Res* 36: 348–357.

Doumas M et al.(2012). Dual task performance of working memory and postural control in major depressive disorder. *Neuropsychology*; 26: 110-118.

Elderkin-Thompson V et al.( 2011).Explicit and Implicit Memory in Late-Life Depression. *Am J Geriatr Psychiatry* , 19: 249-304.

Flavell, J.H., & Hartman, B.M. (2004).Research in Review. What children know about mental experiences. *Young Children*, 59 (2): 102-109

Fochtman LJ, Gelenberg AJ.(2005). Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, 2nd ed. Arlington, Available at <http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aid=148217>.

Haakonm Engen and Philipp, Kanske(2013). How Working Memory Training Improves Emotion Regulation: Neural Efficiency, Effort, and Transfer Effects, *he Journal of Neuroscience*, 33(30): 12152-12153.

Hastings, Erin & West, Robin(2011). Goal orientation and self-efficacy in relation to memory in adulthood. *Aging, Neuropsychology, and CognitionNeuropsychology, Development and Cognition*, 18(4), pp. 471-493.

Jasmeet ,Pannu and Alfred ,Kaszniak(2005). Metamemory Experiments in Neurological Populations: A Review, *Neuropsychology Review*, 15( 3),105-130.

Joormann J, Gotlib IH (2008) Updating the contents of working memory in depression: Interference from irrelevant negative material. *J Abnorm Psychol* 117: 182–192.

John J. Randolph, Peter A. & Arnett, Pamela Freske.(2004). Metamemory in multiple sclerosis: exploring affective and executive contributors, *Archives of Clinical Neuropsychology* ,19 , 259–279.

Köpke, B. & Signorelli, T. (2012) Methodological aspects of working memory assessment in simultaneous interpreters. *International Journal of Bilingualism*, 15, 1-15.

Lauer, Roger E (1994). Effects of depression on memory performance and metamemory in children, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*,33: 679–685.

Laurien Aben, MSc1 , Jan J. V. Busschbach, , Rudolf W. H. M. Ponds and Gerard M. Ribbers, MD (2008). Memory self-efficacy and psychosocial factors in stroke., *J Rehabil Med*; 40: 681–683

Lincoln NB, Tinson DJ. (2000). The relation between subjective and objective memory impairment after stroke. *Br J Clin Psychol*; 28: 61–66.

Livner, A., Berger, A.-K., Karlsson, S., Baïckman, L.( 2008). Differential effects of depressive symptoms on prospective and retrospective memory in old age. *J. Clin. Exp. Neuropsychol.* 30, 272–279.

McDonald-Miszczak, S ; Maki, O N & Gould (2000). Self-reported medication adherence and health status in late adulthood: the role of beliefs, *Experimental Aging Research* 26 ,p.p189-207.

Millan MJ, Agid Y, Brune M, Bullmore ET, Carter CS, et al. (2012) Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy. *Nat Rev Drug Discov* 11: 141–168.

Marazziti D et al.(2010). Cognitive impairment in major depression, *European Journal of Pharmacology*, 626: 83-86.

Maund E, Tendal B, Hröbjartsson A, et al. (2014). Benefits and harms in clinical trials of duloxetine for treatment of major depressive disorder: comparison of clinical study reports, trial registries, and publications. *British Medical Journal*;348: g3510

Nutt DJ, Davidson JRT, Gelenberg AJ, et al. (2010). International consensus statement on major depressive disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(suppl EI): 1-14.

Onraedt, Thomas & Koste, Ernst (2014). Training Working Memory to Reduce Rumination, *The Public Library of Science*,(3),1-14.

Pannu JK, Kaszniak AW. (2005). Metamemory experiments in neurological populations: a review. *Neuropsychol Review*; 15: 105–127.



Philippot P, Brutoux F (2008) Induced rumination dampens executive processes in dysphoric young adults. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 39: 219–227

Qaseem A, Snow V, Denberg TD, Forcica MA & Owens DK (2008). Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of American College of Physicians. Using second-generation antidepressants to treat depressive disorders: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine Journal*, 18;149(10): 725.

Rudolf, Ponds & Jellemer Jolles (2006). *Educational Gerontology*, 22( 4) pp. 271-279.

Rose, E.J. & Ebmeier, K.P. (2006). Pattern of impaired working memory during major depression, 90( 2-3), 149–161.

Rosenberg PB et al. (2010). Depressive symptoms predict incident cognitive impairment in cognitively healthy older women. *Am J Geriatr Psychiatry*; 18: 204-225.

Scarmeas, N., & Stern, Y. (2003). Cognitive reserve and lifestyle. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25, 625–633.

Susanne, Schweizer, Jessica, Grahn, Adam, Hampshire, Dean, Mobbs and Tim Dalgleish (2013). Training the Emotional Brain: Improving Affective Control through Emotional Working Memory Training. *The Journal of Neuroscience*, 33(12): 5301-5311.

Siegle GJ, Ghinassi F, Thase ME (2007) Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. *Cognit Ther Res* 31: 235–262.

Teachman, B.A. (2006). Aging and negative affect: the rise and fall and rise of anxiety and depression symptoms. *Psychol. Aging* 21, 201–207.

Tournier, Isabelle & Postal, Virginie (2011). Effects of depressive symptoms and routinization on metamemory during adulthood, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52, 46–53.

Troche, S & Rammsayer, T. (2009). Temporal and non-temporal sensory discrimination and their predictions of capacity- and speed-related aspects of psychometric intelligence. *Personality and Individual Differences*, 47, 52–57.

Valentijn SA, Hill RD, Van Hooren SA, Bosma H, Van Boxtel MP, Jolles J, et al. (2006) Memory Self-Efficacy predicts memory performance: results from a 6-year follow-up study. *Psychol Aging*, 21: 165–172.

Wanmaker, S., Geraerts, E., & Franken, I.H.A. (2014). Does working memory training work in psychopathology? Presentation at Experimental Psychopathology Symposium, Heeze, the Netherlands.

Wanmaker, S., Geraerts, E., van den Berg, L., Mayer, B., & Koster, E. (2011). Working memory deficits underlying depression and anxiety. Paper presentation at Graduate.

Yasuhiro, Kaneda(2012). Working Memory in Patients with Major Depressive Disorder, Psychology ,Vol.3, Special Issue, 758-761.