

الاكتئاب لدى طلبة الجامعة وعلاقته بالجنس والتخصص

م.د. عبد الكريم غالي محسن

كلية التربية للعلوم الانسانية
قسم الارشاد النفسي والتوجيه التربوي
جامعة البصرة

الملخص العربي

تدور مشكلة البحث الحالي حول الاكتئاب باعتباره اعتلال خطير يعاني الشخص فيه فترات طويلة من الحزن والمشاعر السلبية والاسى وخيبة الامل والام وخطورة الاكتئاب تعتبر مشكلة كبيرة عندما لا يشعر الفرد بانه مصاب ويستمر بحياته يتصرف بطريقة سلبية ويفكر بافكار سوداوية او حتى يفكر في اىذاء نفسه او المحيطين به.

وبالتالي فان مشكلة البحث الحالي تتحدد بالسؤالين الآتيين :

هل يعاني الشباب الجامعي من ظاهرة الاكتئاب؟

هل هناك فروق في مستوى الاكتئاب بين الذكور والاناث؟

هل هناك فروق في مستوى الاكتئاب حسب التخصص؟

وتاتي اهمية البحث الحالي من اهمية الشباب كمرحلة عمرية مهمة وخاصة الشباب الجامعي كذلك من اهية الاكتئاب كونها حالة مرضية تعطل الطاقات العقلية والجسمية للانسان وتسبب هدرًا بشرياً .

ويهدف البحث الحالي الى قياس مستوى الاكتئاب لدى طلبة الجامعة والتعرف على الفروق في مستوى

الاكتئاب تبعاً لمتغيري الجنس والتخصص.

وتحدد البحث الحالي بطلبة المرحلة الرابعة من كلية التربية / جامعة البصرة للعام الدراسي 2011-

2012.

ولتحقيق اهداف البحث الحالي استعان الباحث بمقياس الاكتئاب لـ بك (Beck 1967) ترجمة

(الانصاري 2002) بعد استخراج الصدق والثبات له.

وتوصل البحث الحالي الى ان طلبة الجامعة غير مصابين بالاكتئاب كذلك اظهرت النتائج عدم وجود

فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الاكتئاب تبعاً لمتغيري الجنس والتخصص.

The Depression of the university pupils and its relation with sex and study
Teacher Dr Abdul kareem Ghali Muhsin
University of Basra / College of Education for Human sciences
Department of psychological Counseling and Educational Guidance
Abstract

The problem of the present research is about the depression considering it dangerous disease person may suffer from sadness, negative feelings and emotions , failure , despair , pain. The risk of the depression is deemed considerable problem when the person never felt that he is infected with and continued his life negatively thinking with darkness or even thinking in harming himself or his relatives and friends.

Thus, the problem of the present research is determined by the following two questions:

Should the university youth suffer from depression effect?

Are there difference in the level of depression between females and males?

The importance of the [present research is merged from the importance of youth stage as an important age stage especially for the university youths and also due to the importance of depression as an illness case suppressing mental and physical powers of the man causing humanity lose.

The present research aims to measure the level of depression of the university students identifying the differences in the level of depression according to the gender and specialty variables.

This research is determined by undergraduate students - Fourth Stage , College of Education , University of Basrah for the academic year 2011-2012.

To achieve the aims of the present research , the researcher applied depression module of BACK (1967, Al Ansari Translation , 2002) upon extracting the truth and its prove.

The present research concluded that intact undergraduate students are not infected with depression and the results showed that there is no statistical differences in the depression level according to the gender and specialty variables.

ان العلاقة بين الفرد وبيئته علاقة تفاعل، واثاء هذا التفاعل المستمر تتكون شخصية الفرد وتنمو وتتخذ سلوكه طابعاً معيناً ويتعدل بفعل ما يمر به من خبرات، ويتم هذا نتيجة لتفاعل التكوين البيولوجي مع العوامل البيئية وخاصة الاجتماعية والثقافية. (فهمي، 1976، ص43)

وتعرف الشخصية السوية المتزنة على انها وحده متكاملة من سمات مختلفة يأتلف بعضها مع بعض، واهم عامل لتحقيق التكامل هو خلو الشخصية من الصراعات النفسية العنيفة، الشعورية واللاشعورية. (راجح، 1976، ص647)

ويعد التوافق من مستلزمات الصحة النفسية او الشخصية السوية المتزنة.

(القيسي، 1987، ص188)

وقد حدد (مغاريوس) سمات الشخصية المتوافقة بتقبل الفرد لحدود امكاناته، واتصاف الفرد بعلاقات اجتماعية جيدة والاقبال على الحياة بوجه عام، وقدرته على مواجهة الاحباطات اليومية واتساع افق الحياة النفسية واتصافه بالاتزان الانفعالي (مغاريوس، 1974، ص49) واذا ما حصل الفرد على تحقيق متطلبات عملية التوافق ازاء هذه الضغوط والازمات النفسية فانه يستطيع ان يحصل على التوازن والاستقرار النفسي والانفعالي. حيث تنمو شخصيته في كل جوانبها ويتحسن ادائه العلمي والاجتماعي. (الصالح، 1985، ص54)

ويمر عصرنا بمأساة الحروب المدمره والازمات الحاده، اذ بدأ المجتمع يدرك ويشعر بوطاتها بصورة مستمرة ومتزايدة ادت الى الحاق الاذى والضرر الكبير في مرتكزاته الاساسية ومؤسساته الاجتماعية وتدمير ما يمتلك من قدرات، ومما لا شك فيه ان هذه الازمات تؤدي الى احداث تفكك في العلاقات والمعايير الاجتماعية والاخلاقية مما يؤدي الى خلق فرص وايجاد مجال للتصادم وعدم التجانس وانعدام التوازن بين الموقف والسلوك. (مصطفى، 1999، ص103)

ولعل من الواضح للعيان اختلاف الحياة المدنية المعاصرة عن ذي قبل، فضغوط الحياة اصبحت كثيرة ومتنوعة ولم تعد كما كانت في السابق في بساطتها وقلّة متطلباتها وان ما يواجهه الكثير من الشباب في عدم القدرة على توفير الحاجات بالاعتماد على النفس وفشل البعض في تحقيق طموحاته وامام كل هذه الامور السابقة وغيرها نشأت عند طوائف من الشباب ما يعرف بالاكنتاب. وهو حالة مرضية تختلف عن الحزن العارض الذي يحصل لمعظم الناس لسبب او لآخر ثم ما يليث ان يزول .

والاكنتاب هو اعتلال خطير يعاني الشخص فيه فترات طويلة من الحزن والمشاعر السلبية الاخرى او الاسى او خيبة الامل او الوحدة التي يمر بها الفرد احيانا ويؤثر بطريقة سلبية على التفكير والتصرف ويصاب به الذكور والاناث على حد سواء الصغار والكبار والمسنين ولا يفرق بين مستوى التعليم والثقافة ولا المستوى المادي والجميع عرضه للاصابة به. (الخالدي، 2009، ص353)

ويعتبر لاكتئاب اكثر الاضطرابات انتشاراً في عصرنا هذا، اذ ان الاحصائية الصادرة عن المعهد القومي الامريكي للصحة النفسية (NIMH) تشير الى ان الاكتئاب بانواعه يعتبر في مقدمة كافة الاضطرابات من ناحية الانتشار. (Rosenstien, 1981, p.44)

ويشكل الاكتئاب بوصفه احد الاضطرابات اخطرها جميعاً وذلك لزيادة نسبة الوفيات بين المصابين به والتي عادة ما ترجع الى الانتحار. (Wany, 1974, p.102)

واوضح وانك (Wany, 1974) في دراسته الى ان نسبة الانتحار لدى الافراد ذوي التاريخ الاكتابي تعتبر اعلى من نسبته لدى الجمهور العام بنسبة 50%. (Wany, 1974, p.102)

وخطورة الاكتئاب تعتبر مشكلة كبيرة خاصة عندما لا يشعر الفرد بانه مريض ويحتاج الى استشارة الطبيب فغالباً ما يعاني الفرد من الاكتئاب ولكنه يستمر في حياته يتصرف بطريقة سلبية يفكر بافكار سوداوية ينعزل عن الناس او حتى يفكر في ايداء نفسه او المحيطين به.

وبالتالي فان مشكلة البحث الحالي تتحدد بالسؤالين الآتيين:-

* هل يعاني الشباب الجامعي من حالة الاكتئاب؟

هل هناك فروق في مستوى الاكتئاب بين الذكور والاناث؟

هل هناك فروق في مستوى الاكتئاب حسب التخصص؟

أهمية البحث

تبدل الدول المقدمة جهوداً منظمة لمكافحة الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات الخلقية لما لها من اثار مدمرة تهدد الانسانية، وما يترتب عنها من اخطار تفت في عضد الامة وكيانها، وان اضطراب العقل معناه اضطراب النشاط الانساني والفوضى في كافة المجالات، والتبكير في اكتشاف الاضطراب يساعد على شفائه قبل ان يستقل امره ويستعصي علاجه، من هنا كانت اهمية خلق جيل من الشباب السوي، المرح، المقبل على الحياة ، المنتج، قادر على تحقيق ذاته وحل مشكلاته وهذه كلها صفات لازمة لتدعيم صرح المجتمع المتحضر. (المليجي، 2000، ص15-14)

والسلوك هو المعيار الحقيقي للفرد وهو الذي يستطيع ان يقيس ويحدد فاعلية الشخص ودوره في المجتمع ومدى استجابته وتفاعله مع مجموعته. والسلوك القويم مسألة حضارية تحتاجها الشعوب عبر تاريخها لتبني مجدها ويكون لها موقف ايجابي من خلال صقل ابنائها وبنائهم بناءً سليماً ذا عطاء وقدر كبير. والتربية بما تمتلكه من امكانات هي الأداة الفعالة التي تسعى جاهده لتحقيق النمو السليم لكل فرد والمجتمع على السواء. (المالكي، 2002، ص22)

وتعد المرحلة الجامعية من المراحل الدراسية المهمة التي ينهي الفرد بنهايتها مرحلة المراهقة، من خلال استعداده لتحمل مسؤوليات وواجبات الراشد المستقل. اذ يتوجب على الفرد في نهاية هذه المرحلة ان يكون قد كون رايه بشكل نهائي تقريبا في عدة مجالات حيوية واستقر على نوع المهمة التي سوف يزاولها. وعلى القرين

الذي سيشاركه حياته. وعلى الاخلاقيات والقيم التي يتمسك بها وعلى الايدولوجية السياسية والاجتماعية التي يختارها. (اسماعيل، 1982، ص157)

ان وصول الفرد الى الاستقرار في الامور السابقة لا يعتمد على سنوات العمر، وانما يتوقف على الظروف المحيطة به والاساليب التي نشأ عليها. ودور البيئة في مساعدته على الوصول الى المستوى المنشود ويظهر دور البيئة هذا عند مقارنة النمو النفسي بين افراد العمر الواحد من مجتمع لآخر. ومن ثقافة لآخرى اذ ينشأ بعض الاشخاص نشأة تمكنهم من ان يصبحوا اكثر قدرة واكتمالاً عند التعامل مع مختلف جوانب الحياة بطريقة جديّة وفعالة وهذا يتطلب بالطبع المرونة والتوائم في ظل ظروف حياتية مختلفة.

(العبادي، 2002، ص25)

وتحتل الانفعالات ولأمراض النفسية مكاناً مرموقاً في عالم الطب، ولها مثل هذه المكانة في اذهان الناس، ويبرر ذلك سعة انتشارها الى درجة لا يضاهاها أي مرض اخر او مجموعة امراض اخرى والى الحد الذي يكاد لا يخلو منها احد في حياته عاجلاً او اجلاً، والكثير من اهتمام الطب والناس في موضوع الامراض النفسية يعود الى ان هذه الامراض غير منظورة في اسبابها واعراضها، وهي بذلك تجربة ذاتية يصعب التعبير عنها او نقلها بشكل موضوعي قابل للملاحظة والقياس. (كمال، 1983، ص153)

ويعتبر الاكتئاب من اكثر الامراض النفسية انتشارا حيث تقدر احصائيات منظمة الصحة العالمية عدد مرضى الاكتئاب في العالم بما يزيد على 500 مليون انسان وتشير بعض هذه الاحصائيات الى ان نسبة انتشار الاكتئاب تصل الى (7%) من سكان العالم، ومن المتوقع ان تزيد هذه النسبة الى (10%) في خلال اعوام قليلة، وتشير احصائية لمنظمة الصحة العالمية اجريت في عام 1994 الى نسبة حالات الاكتئاب تصل الى 18% من العينة التي شملتها الدراسة، وهذا الرقم يعني ان هؤلاء الاشخاص قد اصيبوا بالاكتئاب في مرحلة من مراحل حياتهم وتم تصنيف (4.6%) منهم كحالات اكتئاب شديدة، (7.7%) حالات اكتئاب متوسطة، (5.7%) حالات اكتئاب بسيطة. (الشرييني، 2003، ص5)

وتشير الاحصائيات عن انتشار مرض الاكتئاب في الدول الاوربية والولايات المتحدة. حيث ذكرت بعض الدراسات ان الاكتئاب ينتشر في كل الطبقات الاجتماعية وخصوصا في طبقات المجتمع العليا وفي دراسة اجريت في مدينة شيكاغو الامريكية لانتشار الامراض النفسية في احياء المدينة لوحظ زيادة انتشار حالات الاكتئاب في الاحياء الراقية بالمدينة وتشير الارقام ان مرضى الاكتئاب في بعض الدول الاوربية يشكلون (20-30%) من مجموع المرضى النفسيين اما نسبة انتشار الاكتئاب في بقية بلدان العالم فقد وجد (كاروثر) ان هناك 5.1% في كينيا في حين وجد (نوثر) نسبة (19.4%) في الساحل الذهبي اما في السودان 33% وفي مصر 24.5% . (عوض، 1984، ص213-214)

وتتفق الدراسات على ترشيح اصابات الاكتئاب للزيادة وان اختلفت في تحديدها للاسباب المحتملة لهذه الزيادة، لهذه الاسباب كان الاكتئاب موضوع متابعة ودراسة مستمرة، وكتب عنه الكثير في مختلف الثقافات ومختلف اللغات... وتركز هذه الدراسات حول المحاور التالية:-

1. الدراسات الدوائية:

حيث تمكنت الادوية مضادة الاكتئاب من تقديم الحلول العلاجية لحالات الاكتئاب وكان اولها دواء اليميبرامين (Imipramin) قد عرض في مؤتمر وزريخ عام (1958). ثم توالى ظهور هذه الادوية ولا يزال.

2. الدراسات الوصفية:

وهي تحاول ارساء تصنيف موضوعي لحالات الاكتئاب. ذلك ان توزع هذه الحالات على الحضارات المختلفة يصفها طابع حضارية واجبة المراعاة. كما ان هذا العدد من المرضى يقدم عناصر متنوعة لجهة وصف الاعراض كما لجهة سببية المرض، وسبل التعامل معه.

3. الدراسات الإحصائية:

وهي تلعب دوراً توجيهياً رئيسياً في ظل غياب التصنيفات الدقيقة لاشكال الاكتئاب.

4. العلاجات النفسية:

حيث يشكل الاكتئاب ميدان التنافس العيادي الرئيسي بسبب طغيان نسبة المصابين به. وغالبا ما تركز هذه العلاجات على تنادر القلق المصاحب عادة الاكتئاب.

5. الاكتئاب المقاوم للعلاج:

حيث تشير الدراسات العيادية الى فشل العلاجات المتوافرة في علاج 20% - 30% من حالات الاكتئاب. (النايلسي، 2003، ص15)

وامام هذه الوقائع ومع تدفق الكثير من الدراسات والبحوث العلمية التي تناولت جوانب متعددة من حياة وخصائص الشباب لكن ها الجانب لم ينل قدراً كبيراً من الاهتمام والبحث وخاصة في بلادنا العربية وفي بلدنا العراق بالذات ونحن احوج ما نكون اليوم لمثل هذه البحوث لما احاط بنا ويحيط بنا ولفترات زمنية ليست بالقصيرة تدعوا دون شك ان يكون هناك لدى الكثير من الافراد والشباب خاصة انواع الاضطرابات لذا تتجلى اهمية البحث الحالي في الجوانب التالية:-

1. اهمية الشباب كمرحلة عمرية مهمة من مراحل النمو الانساني تمتاز بالطاقة والحيوية والنشاط وتدلل على فتوة سكان أي مجتمع.

2. اهمية الشباب الجامعي من كونه عماد مستقبل أي مجتمع فهو يمثل ثروته البشرية التي تصنع له مستقبلاً متقدماً.

3. اهمية حالات الاكتئاب النفسي كونها حالات مرضية تعطل الطاقات العقلية والجسمية للانسان وبالتالي تسبب هدراً بشرياً الامر الذي يستوجب الكشف عنها مبكراً ووضع برامج علاجية لمنع استفحالها.

4. أهمية كليات التربية كونها تعد مدرسين يتولون تربية الاجيال الجديدة الامر الذي يستدعي ان المضطلع بهذا الدور ان يكون سليماً نفسياً .

أهداف البحث وفرضياته:-

يسعى البحث الحالي لتحقيق الأهداف الآتية:-

1.تعرف على مستوى الاكنتاب لدى طلبة جامعة البصرة.

2. التعرف على مستوى الاكنتاب لدى طلبة جامعة البصرة. من خلال الاجابة على السؤالين التاليين:-

أ. ما مستوى الاكنتاب لدى طلبة جامعة البصرة حسب متغير الجنس؟

ب. ما مستوى الاكنتاب لدى طلبة جامعة البصرة حسب متغير التخصص؟

حدود البحث:-

يقتصر البحث الحالي على طلبة المرحلة الرابعة كلية التربية/ جامعة البصرة للعام الدراسي 2011-

2012.

تحديد المصطلحات

اولا الاكنتاب

1. تعريف بك 1967 Beck.

الاكنتاب هو تغير محدد في المزاج ووجود مشاعر الحزن والوحدة واللامبالاة ومفهوم سالب عن الذات مصاحب لتوبيخ الذات وتحقيرها ولومها مع الرغبة في الهروب والاختفاء والموت وتغيرات في النشاط كما تبدو في صعوبة النوم وفقدان الشهية. (Beck, 1967, p6)

2. تعريف 1985 ingram

هو حالة من فقدان الحيوية والاهتمامات ونقص الطاقة والشعور بالتعب والانسحاب من النشاطات الاجتماعية والوظيفية. (Ingram, 1985, p.55)

3. تعريف 1990 clark

هو تركيب مفرط من الشقاء والتعاسة والضيق والتدهور الصحي الذي يحدث احيانا بصورة تلقائية او يحدث كره في الاستجابة لكارثة شديدة. (clark, 1990, p.93)

4. تعريف باترسن 1990

الاكنتاب هو الشعور بالعجز واعاقة العمليات النفسية ونقد الذات ودوافع قهرية عدوانية تتوجه الى الداخل مثيرة الشعور بالذنب و احيانا الدوافع القهرية الانتحارية. (باترسن، 1990، ص191)

5. تعريف كفاي 1990

الاكنتاب حالة من الحزن الشديد والاسى الذي يدوم فترة طويلة وغالبا ما يكون لفقدان شيء او موضوع عزيز. (كفاي، 1990، ص446)

6. تعريف ابراهيم (1998)

الاكتئاب هو استجابة تثيرها حادثة مؤلمة كالفشل في علاقة، او خيبة امل، او فقدان شيء مهم كالعمل، او وفاة انسان عزيز.

(ابراهيم، 1998، ص17)

التعريف النظري للاكتئاب: الذي يتبناه البحث الحالي هو تعريف بك 1967 beck واضع المقياس المستخدم في البحث الحالي (الاكتئاب هو تغير محدد في المزاج ووجود مشاعر الحزن والوحدة واللامبالاة ومفهوم سالب عن الذات مصاحب لتوبيخ الذات وتحقيرها ولومها مع الرغبة في الهروب والاختفاء والموت وتغيرات في النشاط كما تبدو في صعوبة النوم وفقدان الشهية).

التعريف الإجرائي للاكتئاب الذي يتبناه البحث

هو استجابة عينة البحث من خلال الدرجة الكلية التي يحصلون عليها على مقياس الاكتئاب الذي أعده الباحث لإغراض هذه الدراسة.

ثانياً : طلبة الجامعة:

هم طلبة المرحلة التي تأتي بعد المرحلة الاعدادية وتتحدد ب(4-6)سنوات حسب النظام التربوي.

الإطار النظري والدراسات السابقة

مفهوم الاكتئاب:

الاكتئاب، كحالة من الشعور، ولون من الوان المزاج قل ان نجد من لم يتحسس به ولو لفترة قصيرة في حياته. وكحاله مرضية، فقد عرف الاكتئاب ووصف، منذ اقدم العصور وما تزال حتى اليوم تجربة نفسية عامة الوجود عند مختلف الاجناس والثقافات. فقد عرف اليونانيون والرومان القدماء الاكتئاب ووضع مفكروهم وصفاً وتصنيفاً له. كما عرف البابليون والاشوريين والمصريون القدماء المرض النفسي وعنوا بالمرضى النفسيين واوجدوا العلاجات لهم. وللعرب جهود كبيرة في هذا المضمار تجلت باهتمامات اطباءهم ومفكريهم. ومن مشاهير الاطباء العرب في حقل الطب النفسي الشيخ الرئيس ابن سينا (980-1037م) الذي وصف الاكتئاب والقلق والميلانخوليا والميول الانتحارية والانفعالات وتأثيرها في البدن وعلاقة الانفعال بالتغيرات الجسمية. (السليفاني، 1990، ص34-35)

ولعل حالات الاكتئاب على كثرتها، اكثر بكثير مما يظهر للناس وللاطباء على حد سواء. ذلك ان نسبة كبيرة ممن يعانون الشعور بالاكتئاب يضمنون الشعور الى صدورهم ولا ييوحون به، والكثيرون منهم يلجأون الى وسائل مختلفة لتبديد شعورهم بالاكتئاب وتتباين هذه الوسائل حسب امكانيات الفرد وخصائصه النفسية. ويمكن اعتبار وسائل الادمان المختلفة. من ابسطها كالتدخين والشراب الى المسكرات والمخدرات والعقاقير المهدئة والمفرحة والمهلوسة دليلاً على توفر عنصر الاكتئاب بدرجات مختلفة في نفوس جزء كبير

من الانسانية بشكل عام. ومع معظم حالات الاكتئاب لا تأتي لاستشارة الاطباء الا اننا نلاحظ باستمرار ظهور عوارض الاكتئاب عند توقف الفرد عما تعود عليه من مخدر او مهدئ او شراب او عمل.

(كمال، 1983، ص236-237)

ويختلف الكثير من اطباء النفس في تفسيرهم للاكتئاب، فالبعض يعتقد ان استجابة الاكتئاب او الاكتئاب التفاعلي او ما يسمى احياناً بالاكتئاب النفسي هو نفس المرض المعروف بالاكتئاب الذهني او العقلي، ولكن تختلف شدته وانه تغير كميّاً وليس كميّاً، ويؤمن البعض الاخر بان استجابة الاكتئاب تختلف في اسبابها واعراضها وعلاجها ومصيرها عن الاكتئاب الذهني. (عكاشة، 1984، ص111)

ويتميز الاكتئاب باعراض (المالنخوليا) من الشعور بالعجز واعاقة العمليات النفسية، ونقد الذات، واحياناً الدوافع القهرية الانتحارية. فالدوافع القهرية العدوانية تتوجه الى الداخل مثيرة الشعور بالذنب، ويعيش الفرد المكتئب متعباً على علاقات او روابط من الحب، وفقد موضوع الحب يعتبر سبباً عاماً مهيباً للاصابة بالاكتئاب، والعدوانية التي هي جزء من العلاقة بموضوع الحب والمتصفة بالتناقض الوجداني (ambivalence) ترتد الى الذات ويساعد على ذلك الاسقاط الداخلي (introjection) لموضوع الحب. (باترسن، 1990، ص191)

ويستخدم مفهوم الاكتئاب للإشارة الى الحالات التي يبدو فيها الشخص حزيناً بانساً فاقداً للامل ولثقة بنفسه وبالاخرين قلقاً دون معرفة السبب، مبالغاً في ردوده الانفعالية، فالمكتئب اعلن الحداد ولكنه لم يحدد له زمناً او مكاناً. والاكتئاب هو حالة من الاضطراب النفسي تبدو اكثر وضوحاً في الجانب الانفعالي لشخصية المريض حيث يتميز بالحزن الشديد واليأس من الحياة ووخز الضمير على شرور لم ترتكبها الشخصية في الغالب بل تكون متوهمة الى حد بعيد. ويقوم المبدأ القائل بان النية تساوي الفعل بدور كبير في تغذية الاحساس بوخز الضمير وتأنيبه واستنارته ليأخذ بخناق الشخصية يؤنبها بقسوة ويجعل حياتها جحيماً لا يطاق. ويرى بزوفسكي الاكتئاب بانه حالة من القنوط واليأس وانقطاع الامل والخوف يصاحبها اتجاهات انفعالية سلبية وتغيرات في المعرفية وبشكل عام في السلوك السلبي، والفرد في حال كونه في حالة الاكتئاب، يخبر بعض الانفعالات، منها الحزن او (المالنخوليا) والقلق او الحصر واليأس. (نصر، 2002، ص8)

المعايير الشخصية للاكتئاب:

ان الحياة المزاجية للفرد هي مظهر لإمكانياته العاطفية مهما كانت العوامل المقررة لهذه الامكانات، وهناك نواحي متعددة لهذه الحياة المزاجية، التي يدركها ويتحسس بها المرء على انها حزن او فرح او غضب او حب او كراهية او كبرياء او خوف او قلق الى غير ذلك من الوان الشعور المختلفة. على ان حصيلة هذه المشاعر المختلفة، تتجمع في محور ذا قطبين: اولهما يضيفي عليه شعوراً من اللذة (الفرح) والثاني شعوراً من الالم (الحزن او الكآبة)، على ان هنالك بعض الناس ممن يتميزون بخصائص واضحة في شخصيتهم يكون من مظاهرها تغلب حالة الحزن او حالة الفرحة عليهم، وتسمى شخصيتهم تبعاً لذلك بالشخصية الكئيبة او الفرحة

حسب الصفة الغالبة للمزاج. والكثير من هذه الحالات المزاجية قد تتطور وتزداد وطأة وتتدخل بنمط حياة الفرد وقابليته على العمل وتذوقه واحساسه في التعامل مع الناس وفي مثل هذه الحالات تصبح حالات مرضية تتطلب الاستشارة والعلاج. (كمال، 1988، ص236-237)

اما إصدارات جمعية الطب النفسي الامريكية (DSM- III R) ترى بانه لكي يكون الشخص مكتئباً ينبغي توفر المعايير التالية:-

1. مزاج حزين غير منشرح او فقدان الاهتمام او اللذة في اغلب الانشطة المعتادة التي كانت قائمة في السابق على انه ينبغي ان يكون التغلب المزاجي واضحاً وثابتاً نسبياً .

2. وجود ما لا يقل عن اربعة من الاعراض التالية، تكون مستمرة يومياً لمدة اسبوعين على اقل تقدير:

- أ. ضعف الشهية للطعام او فقدان واضح للوزن، او تزايد في الشهية للطعام او زيادة ملحوظة في الوزن.
- ب. ارق او زيادة في عدد ساعات النوم.
- ج. اضطراب (تهيج) نفسي حركي، او تاخر (بطئ) نفسي حركي على الا يكون ذلك مجرد مشاعر ذاتية من عدم الاستقرار.

د. فقدان الاهتمامات او اللذة في الانشطة المعتادة او تناقص في الدافعية الجنسية.

هـ. قصور في الطاقة وسرعة الشعور بالتعب.

و. افكار تتعلق بانخفاض احترام الذات او احتقار الذات .

ز مظاهر التناقص القدرة على اتخاذ القرارات غير مصحوب بتفكك في الارتباطات او الخلل الفكري.

ح. افكار متواترة حول الموت، افكار انتحارية، الرغبة في ان يكون المرء ميتاً، او قيام محاولات انتحارية.

(إسماعيل، 1995، ص40-43)

عوامل الاكتئاب.

هناك مجموعة من العوامل تقف وراء الاكتئاب تجعل من الممكن او من الضروري احداث التقلب والتغيير في المزاج العاطفي للفرد بشكل زائد عن الاحتمال، سواء جاء هذا التقلب ببطء او بسرعة وسواء لازم للفرد مدة طويلة او قصيرة، ولعل اهم العوامل التي تقف وراء الاكتئاب هي:-

أ. العامل الوراثي:

يلعب العامل الوراثي دوراً هاماً في نشأة مرض الاكتئاب فدراسة التوائم المتشابهة تعطي الضوء الكافي لمعرفة مدى لهمية العامل الوراثي ويتضح من هذه الدراسات ان نسبة الاصابة بالمرض بين التوائم المتشابهة تصل الى 68% وبين التوائم المتأخيه حوالي 23% وتقل نسبة الاصابة بين افراد العائلة كلما تقدم سن المريض بين المصابين وكلما وجدت مسببات نفسية وجسمية، اما نوع المورثات المسببة للمرض فيتنفق معظم العلماء على انها موروثات سائدة ذات تاثير غير كامل. (عكاشة، 1984، ص214-215)

ب. العوامل النفسية:

يلاحظ من نتائج الكثير من الدراسات اهمية العوامل النفسية في احداث الاكتئاب. فقد لوحظ اثر الكبت والضغوط النفسية واحباط لدوافع لاشعورية وتحد لقدرات الفرد او عدم التوافق بين قدراته وانجازاته وما يطلب منه، والانفعالات واشكال الصراع الذي يتعرض له الفرد في حياته الاثر الواضح في امكانية الاصابه بالمرض. (السليفاني، 1990، ص66)

وقد وجد رينيه (1942) في بحثه على (208) فرداً مصابين بمرض ذهان المرح الاكتئابي ان 80% منهم مصابين بهذا المرض تعود لاسباب نفسية. ووجد سكوت (1963) انه اذا تعرض الطفل للحرمان الاسري يكون لديه الاستعداد للاصابة بالامراض الوجدانية ومنها الاكتئاب. (عكاشة، 1984، ص216-217)

ج. العوامل التكوينية:

تعطي الكثير من الدراسات اهمية للعوامل التكوينية ونمط الشخصية في امكانية حددت الامراض الوجدانية وترجح حدوث الاكتئاب لدى الافراد الذين يتميزون بشخصية قبل المرض. اهم صفاتها تقلب المزاج من المرح ولتقاؤل وحب الحياة والنشاط الزائد والطاقة المنطلقة والاقدام والشجاعة الى المزاج العكسي من سواد واكتئاب وتشاؤم، وزهد وكسل عام والتردد في اتخاذ القرارات ولوحظ كذلك ارتباط المرض بالتكوين الجسمي المسمى (بالمكتنز) ويميل هذا الجسم للبدانة مع غلظ وقصر الرقبة ودوران الوجه وكبر البطن مع اطراف ضعيفة الى حد ما. (عكاشة، 1984، ص215-216)

د. العوامل البايوكيميائية:

لقد وجدت الكثير من الدراسات ان هناك ارتباط وثيق بين الاضطرابات الوجدانية والتغيرات التي تحدث في بايوكيميا الجسم وفي هذا السياق استطاعت هذه الدراسات ان تقيس تحولات واضطرابات عضوية رافقت او سبقت الاضطرابات الوجدانية مثل التغيرات الهرمونية اثناء الولادة وبداية الطمث، وسن اليأس وكذلك اضطرابات الغدد مثل الغدة الدرقية والكظرية والجنسية وارتفاع وانخفاض نسبة السوائل والمعادن في الجسم. كذلك الامراض العضوية مثل امراض القلب والسرطان والتدرن الرئوي وفقر الدم وكذلك تبدو العلاقة واضحة بين التغيرات الهرمونية وفترة الطمث لدى المرأة ونشوء الاكتئاب حيث تكثر الشكوى لدى النساء، وفيها يحدث التوتر الداخلي والصراع والانتفاخ في البطن والآم الثدي، وسهولة التهيج العصبي والانفعال وكثرة البكاء. (عمارة، 1986، ص483)

ومن الابحاث التي اجريت حول علاقة الاكتئاب الانبساطي بنسبة المعادن في الجسم وعمليات التمثيل المختلفة فقد وجد مثلاً ان جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية صوديوم تزيد 50% عن الطبيعي. اما الشخص المصاب بنوبة هوس فتزيد هذه النسبة الى 200% وشفاء هؤلاء المرضى تعود هذه النسبة الى طبيعتها. (الزاد، 1984، ص99-102)

إعراض الاكتئاب :

شأن الاكتئاب هو شأن الكثير من الامراض النفسية والوجدانية يفصح عن نفسه في مجموعة من الاعراض المزاملة هذه الاعراض التي تسميها الزملة الاكتئابية وهي تشمل ببساطة على جوانب مؤثرة في المزاج والسلوك والافكار والمشاعر التي تحدث مترابطة اغلبها او بعضها التي تساعد في النهاية على وصف السلوك الاكتابي وتشخيصه.

ويمكن تقسيم اعراض الاكتئاب الى اربع بمجموعات اساسية هي:

أ. اعراض مزاجية (mood affect):

ويبدو الشخص حزين، مكتئب، غير سعيد، منخفض المعنوية ، خاو، قلق، سهل الاستثارة

ب. اعراض معرفية (cognition):

وهنا يظهر على الشخص فقدان الاهتمام، صعوبة التركيز، انخفاض الدافع الذاتي، الافكار السلبية ، التردد ، الشعور بالذنب، الافكار الانتحارية ، الهلوس ، الاوهام .

ج. اعراض سلوكية (behavior):

ومن هذه الاعراض تأخر ردود الافعال السايكو حركية او زيادتها ، البكاء ، الانسحاب الاجتماعي ، الاعتماد على الغير ، الانتحار .

د. اعراض بدنية (somatic physical):

اما الاعراض البدنية من اضطرابات النوم (الارق او النوم لفترات طويلة)، الارهاق والتعب، زيادة او نقصان للشهية ، زيادة او نقصان الوزن ، آلام جسمية ،الاضطرابات المعوية، نقص الرغبة الجنسية .

(عسل، 2001، ص1)

إشكال الاكتئاب:

جرت محاولات كثيرة لتصنيف الاكتئاب مستندة على اخر مرجعية مختلفة ولدينا ضمن هذا الاطار

التصنيف التالي:

الاول: تصنيف يستند الى السبب في الاضطراب ويشير الى وجود شكلين:

أ. اكتئاب ذاتي داخلي المنشأ.

ب. اكتئاب تفاعلي خارجي المنشأ.

الثاني: تصنيف يستند الى الاعراض السريرية ويميز نوعين من الاكتئاب:

أ. اكتئاب عصابي (نفسى).

ب. اكتئاب ذهاني (عقلي).

الثالث: تصنيف يستند الى مستوى الشدة وهو:

أ. اكتئاب بسيط .

ب. اكتئاب حاد.

الرابع: اكتئاب سن العقود.

الخامس: الاكتئاب المقنع.

السادس: الاكتئاب الموسمي.

الاول: تصنيف يستند الى السبب في الاضطراب ويشير الى وجود شكلين هما:

• الاكتئاب الذاتي (الداخلي) والاكتئاب التفاعلي (الخارجي)

ويمكن تقسيم الاكتئاب من الناحية السببية الى نوعين هما:

الاكتئاب الذاتي (euologenous depresslon) والاكتئاب التفاعلي (Reactive Depression) ففي الحالة الاولى يحدث الاكتئاب بشكل تلقائي وبدون توفر سبب واضح مرسب للحالة المرضية. وفي حالة الاكتئاب التفاعلي يتبين ان المرض قد جاء اثر تعرض المريض لتجربة مادية او نفسية معينة. والفرق بين الحالتين هو فرق في درجة الاستعداد الذاتي للاصابة بالمرض. ففي الاكتئاب الذاتي يفترض وجود هذا الاستعداد بالشكل الكافي لحدوث المرض وبدون عون من عامل مساعد خارجي، اما في الاكتئاب التفاعلي فان هذا الاستعداد الذاتي لا يكفي لوحده ولا بدون توفر عامل خارجي اخر لترسيب الحالة المرضية.

(كمال، 1988، ص251)

الثاني: تصنيف يستند إلى الإعراض السريرية ويميز نوعين من الاكتئاب:

أ. **الاكتئاب العصابي**: الاكتئاب العصابي قائم على المبالغة والشدة والتطرف لاستجابة يمكن ان تكون سوية عندما تحدث باعتدال وفي توسط. فكل شخص معرض لان يخبر المشاعر الاكتئابية عندما يفقد شيئاً عزيزاً او يسمع خبراً محزناً او تهان كرامته او يجرح كبرياؤه. ولكن الفرد يتخلص بعد فترة من مشاعر الاكتئاب ويعود الى حالته الطبيعية اما الفرد المكتئب فانه يستمر في حالة الاكتئاب الى فترة اطول او انه يعبر عن الحزن والاسى بشكل اشد ويظهر عليه مظاهر تناقص الاهتمام بالناس والاشياء والموضوعات والميل الى العزلة وتناقص الهمة والنشاط والرغبة في العمل وتناوب حالات يأس وقنوط، ويصعب عليه التركيز ولو لفترات قصيرة كما انه يعبر عن عدم الاطمئنان والتشاؤم. (كفافي، 1990، ص446)

ب. **الاكتئاب الذهاني**: وينظر الى هذا النوع على انه اشد خطراً من النوع الاستجابي او العصابي ويعد المريض خطراً على نفسه وعلى المجتمع المحيط به ويرتبط بحالة داخلية لا شعورية، لا يدرك فيها المصاب السبب الحقيقي لحزنه ولمشاعر التعاسة التي تغمره الامر الذي يضعف قدره المقاومة والتحليل المنطقي لديه ويسهل استسلامه للاوهام والهذات التي يتركز معظمها على تهويل مشاعر الخيبة وتوهم المرض واتهام الذات بالاثام والخطايا والدعوة الى القصاص الذاتي. (ابراهيم، 1998، ص19)

واوردت الكثير من المصادر نقاط تعين على تفريق الاكتئاب النفسي عن الاكتئاب الذهاني مثل الدباغ (1983)، زهران (1978)، كمال (1988)، العوادي (1988)، وغيرهم والباحث يعرض بعضاً من هذه النقاط التي تكاد تكون اكثر وضوحاً وهي:

| الاكتئاب الذهاني | الاكتئاب النفسي |
|---|--|
| 1. درجة الشعور بالاكتئاب اشد | 1. درجة الشعور بالاكتئاب اقل |
| 2. الانفعال المزاجي قليل | 2. الانفعال المزاجي شديد |
| 3. القلق والاعراض النفسية قليلة او مفقودة | 3. القلق والاعراض النفسية متوترة |
| 4. بطء وهبوط النشاط الحركي والنفسي والعقلي | 4. لنشاط العقلي بطيء نسبياً |
| 5. الارق في اخر النوم | 5. الارق في اول النوم |
| 6. لوم النفس والشعور بالاثم | 6. لوم الاخرين والأسى على النفس |
| 7. تتوفر اوهام وهلاوس | 7. لا توجد اوهام وهلاوس |
| 8. يفقد المريض كثيراً من وزنه | 8. لوزن لا يتأثر كثيراً |
| 9. يحدث عادة بعد سن الثلاثين | 9. يحدث في أي سن |
| 10. الاتصال بالواقع ضعيف او معدوم | 10. الاتصال بالواقع موجود |
| 11. فكرة الانتحار تراود المريض وبنية صادقة وبدون سابق تفكير | 11. فكرة الانتحار تراود المريض ولكن ليست بالجدية |
| 12. عامل الوراثة قوي التأثير | 12. عامل الوراثة ضعيف التأثير |

الثالث: تصنيف يستند الى مستوى الشدة ويميز نوعين:

أ. **الاكتئاب البسيط:** يتميز هذا النوع من الاكتئاب بان المصاب يعاني من بطء في نشاطه الذهني والحركي، فضلاً عن الشكوى الزائدة المصحوبة بالحزن واللوم واليأس والاستسلام ويصف المريض نفسه بالفشل ويرجع السبب لسوء حظه وكذلك فان هذا النوع من المرض يبتعد عن مشاركة الاخرين بالفعاليات الاجتماعية لاعتقاده بان الحياة لا طعم لها ولا فائدة لها. (سعد، 1994، ص268)

ب. **الاكتئاب الشديد او الحاد:** ويطون هذا النوع اشد من الاكتئاب البسيط ويوجه المريض اللوم والكراهية والعدوان ضد نفسه. ويعتقد اعتقاداً كاملاً بانه المسؤول عن الاثام والجرائم التي ارتكبها بحق نفسه. وهو المسؤول عن النكبات التي حلت بالآخرين واحياناً تتطور الافكار لدى المريض الى ان تصل الى حد الهذيان. (الحاج، 1987، ص67-71)

الرابع: اكتئاب سن القعود: ويسمى بالاكتئاب الارتدادي وهو اكتئاب يحدث لدى الانسان بسبب التقدم في العمر أي في سن القعود وما يصحب ذلك من ضعف الحيوية ويحدث عند النساء في سن الاربعينات وعند

الرجال في سن الخمسينات ويشعر المريض بالشك والقلق والهم والهداء، والوهم ، والتوتر العاطفي والهواجس السوداوية فجأة وربما صحبته ميول انتحارية ويسمى احياناً سوداء سن القعود (Lnvolution Melancholia) (زهران، 1978، ص429)

الخامس: الاكتئاب المقنع: وهو اصطلاح يدل على حالات الاكتئاب التي لا تظهر معالمه المرضية بوضوح لدى الفرد. سواء بالنسبة للأفراد المحيطين بالمريض او في شعور المريض مع نفسه. ومعظم هذه الحالات من الاكتئاب هي حالات بسيطة الشدة لا تسترعي الانتباه وكذلك فان اعراضها قليلة مثل شعور الحصر والضجر والتوتر تضيق في غمرة اعراض اخرى من شعور القلق او النحول او الوسواس او الإعراض الجسمية المختلفة. (كمال، 1988، ص235)

السادس: الاكتئاب الموسمي: ويظهر هذا النوع عند بعض الأشخاص في بعض شهور السنة واشهر انواعها يظهر في فصل الشتاء حيث يكون النهار قصير والليل طويل ويشكل لدى الفرد رغبة في الانعزال والميل للحزن ويتميز بالنوم الطويل واكل النشويات وزيادة الوزن والارهاق. (ابراهيم، 1998، ص19)

سادساً : التفسير النظري للاكتئاب:-

هناك تفسيرات نظرية مختلفة للاكتئاب تكاد تكون متشابهة فيما بينها لذلك فان الباحث اقتصر على ذكر بعضاً منها والتي يراها مقنعة وان اختلفت في وجهات النظر فيما بينها ومن هذه التفسيرات هي:-

اولاً :وجهة النظر التحليلية (سيجموتد فرويد)

ترى وجهة النظر هذه ان الاكتئاب كوسيلة لعقاب النفس بسبب الشعور بالاثم عندما لا يحب الانسان الا نفسه كما يحدث في اولئك الذين يتصفون بشخصية نرجسية اناوية. ويحلل فرويد ذلك ان حب النرجسي لنفسه يعني ان خسارته لهذا الحب هي خسارة ذاتية وليست خسارة شيء خارج عن النفس. ويرى كل الكراهية الناجمة عن هذه الخسارة تتجه نحو الذات بدل خارجها وبالتالي فعلى نفس النرجسي ان تتقبل وتتحمل العقاب الذي يفرضه الجزء المتسلط منها (السادى) على الجزء الخاضع منها (المازوخى). (الرفاعي، 1987، ص227-228)

2. وجهة النظر المعرفية:

ويمكن ان نطرح هنا تفسيرين وفق وجهة النظر هذه وهما:-

1. اراء بيك Beck

ويقدم بيك تفسيراً شاملاً لوجهة النظر المعرفية للاكتئاب وتتضمن اراء بيك في قيام نوعين من الاكتئاب يحدثان الاكتئاب هما الثلاثية المعرفية واخطاء المنطق.

أ. الثلاثية المعرفية.

وتتضمن افكار سالبة عن الذات ، وعن الخبرات القائمة وعن المستقبل.

يبدأ الاكتئاب بخبر فقدان شيء ما بالنسبة للمريض، والفقدان قد يكون حقيقياً وقد يكون افتراضياً أو كاذباً، وفي كلتا الحالتين فإنه مبالغ فيه ويدرك على أنه دائم وثابت أولاً يمكن إعادته أو إرجاعه، وينظر إليه المريض على أنه انعكاس لوجوده بذاته أو انعكاس لخصائصه أو مستوى كفاءته، ويؤدي بالتالي إلى تكوين مفهوم سلبي عن الذات فحواه أنه (الخاسر) أو عديم القيمة أو الأهلية، فالمريض يعزو سبب الفقدان أو الحادث أو الكارثة إلى التصور الشائن في ذاته هو وينظر المريض إلى كل خبرة تالية حتى ولو كانت على درجة قليلة من السلبية أو الغموض على أنها انعكاس لعجزه الذاتي. والمقارنة التي يعقدها بين ذاته وبين الآخرين تزيد من تحقير ذاته لديه والنتيجة النهائية هي الرفض الكلي للذات. وهذه النظرات السلبية إلى الذات في نفس المريض وتوقعاته في المستقبل، ويؤدي اليأس إلى موت الدافعية، فما دامت النتائج المتوقعة أو المستقبل المتوقع سلبياً فليس هناك داعي لبذل الجهد والنتيجة النهائية لهذا التشاؤم هي الأفكار والرغبات والمحاولات الانتحارية والتي تعتبر معقولة على أساس المقدمة السابقة. أما المقدمة الثانية التي يركز عليها الانتحار فهي الاعتقاد بأن الآخرين من حوله سوف تكون أحوالهم أفضل إذا مات هو. وهكذا فإن وجود هذا المفهوم السلبي عن الذات ووجود التفسير السلبي للحوادث والخبرات ووجود النظرة السلبية للمستقبل تكون الثلاثي المعرفي للاكتئاب. (باترسون، 1990، ص 33)

ب. اخطاء المنطق.

والايات الثانية التي يرى "بيك" أنها تحدث الاكتئاب هي "اخطاء المنطق" فإنها تتلخص في ان المكتتب يرتكب عدة اخطاء منطقية في التفكير وكل منها يعمل على خفض خبراته ومن هذه الاخطاء. 1. الاستدلال التحكيمي. 2. البالغة في التصميم. 3. تضخيم امور وتصغير اخرى. 4. ارجاع الاحداث الى الذات.

ويشير "الاستدلال التحكيمي" الى الانتهاء لنتائج معينة بينما تكون الشواهد التي تؤيد ذلك قليلة او غير موجودة وبالنسبة "للمبالغة في التصميم" فان ذلك يشير الى الانتهاء لنتائج شمولية حول قيمته هو او قدراته او ادائه على اساس نوع واحد من الحقائق وتعتبر اخطاء. اما تضخيم امور وتصغير اخرى فهي تعتبر صورة متطرفة من اخطاء التقييم، حيث يتم تضخيم الاحداث السيئة البسيطة نسبياً وتصغير الاحداث الكبيرة المبهجة اما (ارجاع الاحداث الى الذات) يشير الى تحمل الفرد مسؤولية الاحداث السيئة في العالم بلا مبرر.

(اسماعيل، 1995، ص 154-156)

2. آراء سليكمان (نظرية العجز المتعلم)

يرى سليكمان ان الاكتئاب كنتيجة لفقدان السيطرة على وسيلة الحصول على التعزيز الايجابي او السلبي ويقرر سليكمان ان العجز المتعلم يتطابق ما يسمى الاكتئاب الاستجابي ويطبق فقط في الحالات التي يفتقر فيها المفحوص الى المبادرة او لديه شعور بفقدان القدرة ولديه نظرة تجمهية للمستقبل. أي ان السبب الكافي لاجداث الاكتئاب هو توقع المرء عدم قدرته على التحكم في نتائج استجابته فالتصور في حالة

الاكتئاب الذي يمثل القصور في حالة العجز المتعلم يقوم عندما يتوقع المرء احداثاً سيئاً وان لهذا الراي فان عدم قدرة المرء على السيطرة على النتائج هو امر يكفي لايجاد مزاج حزين. (السليفاني، 1990، ص68)

ثالثاً : وجهة النظر الوجودية:

اما نظرية المدرسة الوجودية التي ترى بان بداية "وجودية الانسان في عالمه" هي حالة من الوحدة والقلق وان قرب الموت هو الحقيقة الاكيدة الوحيدة وترى هذه النظرية ان الاكتئاب ما هو الا توقف شعور الفرد "بالزمن الذاتي". (popovic, 2002, p.37)

رابعاً : نظرية التطبع الشرطي (بافلوف)

نظرية التطبع الشرطي لبافلوف هي احدى النظريات التي حاولت بدورها تفسير الاكتئاب كما فسرت غيره من الحالات المرضية النفسية وبالنسبة لهذه النظرية فان الصدمات التي يتعرض لها الطفل في صغرة والنتيجة عن تكرر التجارب المؤلمة، كالفشل والحرمان والصدود، توجد حالة من تطبع المزاج في اتجاه الاكتئاب مما يمكن استغلاله واستشارته في تجارب الكبر خاصة اذا كانت هذه التجارب متشابهة لتجارب الصغر. (كمال، 1988، ص239)

الدراسات السابقة.

هناك بعض الدراسات العربية والأجنبية تناولت الاكتئاب ومنها.

دراسة الزهراني 1993

هدفت الدراسة الى تشخيص مرض الاكتئاب والعوامل المرتبطة به مثل الجنس والعمر ومستوى التعلم والحالة الاجتماعية. باستخدام مقياس بك. وتكونت عينة الدراسة من (200) مريضاً من ثلاثة مناطق رئيسية بالمنطقة الغربية من السعودية، وتم استخدام مقياس بك للاكتئاب وتوصلت الدراسة الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الاكتئاب تبعاً لمتغير الجنس والعمر ومستوى التعلم. (الزهراني، 1993، ص1)

دراسة الشهري 1996.

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على العلاقة بين الالتزام الديني والاكتئاب النفسي لدى طلبة الجامعة وتكونت عينة الدراسة من (200) طالباً من طلبة جامعة ام القرى بمكة المكرمة واستخدمت الدراسة مقياس الالتزام الديني ومقياس بك للاكتئاب النفسي. وتوصلت الدراسة الى وجود علاقة ارتباطية بين درجة الالتزام الديني ودرجة الاكتئاب النفسي. (الشهري، 1996، ص7)

دراسة إبراهيم، إبراهيم 1997

هدفت الدراسة الى التعرف على مدى انتشار الاضطرابات النفسية بما فيها القلق والاكتئاب والعداوة والاستعداد للمرض النفسي. وتكونت عينة الدراسة من (1024) من الذكور و (989) من الإناث من اطر ثقافية واجتماعية متباينة بالمنطقة الشرقية في المملكة العربية السعودية، واستخدمت الدراسة مقاييس مقننة للقلق

والاكتئاب والعداوة. وتوصلت الدراسة الى ان النساء قد سجلت درجات مرتفعة عن الذكور في كل المتغيرات وتزداد هذه الفروق بين طالبات المدارس الثانوية والجامعية. (ابراهيم، ابراهيم، 1998، ص38)

دراسة الانديجاني 1999

هدفت الدراسة الى التعرف على الاكتئاب لدى تلاميذ الصف السادس الابتدائي وتكونت عينة الدراسة من (800) تلميذ واستخدمت الدراسة مقياس الاكتئاب من اعداد (عبدالخالق 1993) وتوصلت الدراسة ان مستوى الاكتئاب عند التلاميذ يرتفع بزيادة العمر. (الانديجاني، 1999، ص1)

دراسة بوروفاي 1977 Borovay

هدفت الدراسة الى التعرف على العلاقة بين الاكتئاب وتوكيد الذات ومركز الضبط لدى طالبات الجامعة وتكونت عينة الدراسة من 43 طالبة جامعية واستخدمت الدراسة مقياس الاكتئاب ومقياس روتر لمركز الضبط ومقياس توكيد الذات وتوصلت الدراسة الى ان الطالبات اللاتي كن اقل توكيداً أظهرت مستوى اعلى من الاكتئاب. (Borovay, 1977, p 1883-1884)

دراسة ليستر وكافري 1989 Lester and coffery

هدفت الدراسة الى التعرف على العلاقة بين الاكتئاب والترتيب الميلادي للأفراد وتكونت عينة الدراسة من (144) فرداً من طلبة الجامعة في ولاية نيوجيرسي الامريكية وقد استخدم مقياس بك للاكتئاب وقد توصلت الدراسة الى عدم وجود علاقة بين الاكتئاب والترتيب الميلادي لدى عينة الدراسة. (الانديجاني، 1999، ص42)

دراسة فينارد 1994 Venard

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على العلاقة بين القبول والرفض الوالدي وبين كل من الاكتئاب وعدم القدرة على المساعدة لدى الاطفال الامريكيين وتكونت الدراسة من (41) طفلاً من الاطفال المشردين الذين ليس لهم اسر (Homeless) و (39) طفلاً يقيمون مع أسرهم واستخدمت الدراسة قائمة بك للاكتئاب للاطفال وقائمة اسلوب العزو للاطفال واستبيان القبول / الرفض الوالدي. وتوصلت الدراسة الى وجود ارتباط دال احصائياً وبدرجة مرتفعة بين ادراك الاطفال للرفض الوالدي وبين كل من الاكتئاب والرفض الوالدي. (الثقفي، 1998، ص43)

إجراءات البحث

يتضمن هذا الفصل وصفاً للخطوات التي اتبعتها الباحثة في اختيار عينة البحث واعداد الاداة وتطبيقها وكذلك الوسائل الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات. وقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي في التعرف على مستوى الاكتئاب وعلاقته بالجنس والتخصص لدى طلبة جامعة البصرة.

اولاً : مجتمع البحث

تحدد مجتمع البحث الحالي بطلبة كلية التربية/جامعة البصرة ممثلة بالاقسام العلمية والانسانية ذكوراً واناثاً بلغ عددهم (3152) طالب وطالبة موزعين على (11)قسماً . (5) اقسام علمية و(6) اقسام انسانية. جدول (1)

جدول (1)

يمثل مجتمع الدراسة لطلبة كلية التربية/ جامعة البصرة

| الرقم | القسم | الجنس | عدد الطلبة | | |
|-------|--------------------------|-------|------------|--------|--------|
| | | | المجموع | الإناث | الذكور |
| 1 | الفيزياء | | 257 | 183 | 74 |
| 2 | الكيمياء | | 334 | 226 | 107 |
| 3 | الرياضيات | | 213 | 148 | 65 |
| 4 | علوم الحاسبات | | 169 | 128 | 41 |
| 5 | علوم الحياة | | 292 | 246 | 46 |
| 6 | اللغة العربية | | 440 | 368 | 72 |
| 7 | اللغة الانكليزية | | 347 | 290 | 57 |
| 8 | الجغرافية | | 347 | 267 | 80 |
| 9 | التاريخ | | 353 | 283 | 70 |
| 10 | الإرشاد النفسي | | 221 | 139 | 82 |
| 11 | العلوم التربوية والنفسية | | 179 | 142 | 38 |
| | المجموع | | 3152 | 2420 | 732 |

ثانياً : عينة البحث

شملت عينة البحث الاساسية (150) طالب وطالبة من المرحلة الرابعة موزعين على جميع الاقسام العلمية والانسانية في كلية التربية / جامعة البصرة بواقع (75) طالب وطالبة للاقسام العلمية و (75) طالب وطالبة للاقسام الانسانية. جدول (2)

جدول (2)

يمثل عينة البحث الاساسية موزعين حسب القسم والجنس

| القسم | الجنس | عدد الطلبة | | |
|-------|------------------|------------|--------|--------|
| | | المجموع | الإناث | الذكور |
| 1 | الفيزياء | 15 | 8 | 7 |
| 2 | الكيمياء | 15 | 8 | 7 |
| 3 | الرياضيات | 15 | 8 | 7 |
| 4 | علوم الحاسبات | 15 | 8 | 7 |
| 5 | علوم الحياة | 15 | 8 | 7 |
| 6 | اللغة العربية | 13 | 6 | 7 |
| 7 | اللغة الانكليزية | 132 | 6 | 7 |
| 8 | الجغرافية | 13 | 6 | 7 |
| 9 | التاريخ | 13 | 6 | 7 |
| 10 | الإرشاد النفسي | 12 | 6 | 6 |
| 11 | التوجيه التربوي | 11 | 5 | 6 |
| | المجموع | 150 | 75 | 75 |

ثالثاً : أداة البحث

استخدم الباحث مقياس الاكتئاب (لـ بك) ترجمة (الانصاري 2002) بعد استخراج الصدق والثبات له.

وصف المقياس:

وهو عبارة عن (قائمة بك للاكتئاب) من تأليف ارون بيك. ترجمة (الانصاري 2000).

وتم استخراج الصدق والثبات للمقياس ويتكون المقياس من (21) مجموعة من العبارات وكل مجموعة تضم اربع (احتمالات) ويطلب من المفحوص وضع دائرة امام الاحتمال الذي يصف تماماً الحالة التي يشعر بها. وبذلك يكون المقياس قد تكون من (84) عبارة وتقبيس قائمة بي للاكتئاب بصيغتها الاصلية (21) تجاهاً وهي كما يلي: 1. الحزن، 2. التشاؤم، 3. الفشل، 4. عدم الرضا، 5. الذنب والندم، 6. العقاب، 7. النفس، 8. اللوم، 9. افكار الانتحار، 10. البكاء، 11. الضيق، 12. الاهتمام، 13. الفرار والتردد، 14. الشكل والصورة، 15. العمل، 16. النوم، 17. الاجهاد، 18. شهية الطعام، 19. الوزن، 20. الصحة، 21. الجنس.

- اعداد المقياس للدراسة الحالية.

صدق المقياس.

أ. الصدق الظاهري:

الصدق من الخصائص المهمة التي يجب الاهتمام بها في بناء المقاييس والاختبارات والاختبار الصادق هو ذلك الاختبار القادر على قياس ما وضع من اجل قياسه. (عيسوي، 1976، ص64) ويرى ايبيل (Ebel) ان عرض المقياس على لجنة من المتخصصين لفحص فقراته من الناحية اللغوية والمنطقية والظاهرية، بعد احسن وسيلة لمعرفة الصدق الظاهري للمقياس. (Ebel, 1972, p551) لذا تم عرض المقياس على مجموعة من الاساتذة المختصين في التربية وعلم النفس (ملحق 1) لابداء ارائهم في صلاحية كل فقرة من فقرات المقياس وفي ضوء ارائهم وملاحظاتهم تم قبول فقرات المقياس جميعاً واعتبارها صالحة لقياس الاكتئاب. (chisel etal, 1981)

ب. الصدق التمييزي.

يؤكد جيزل واخرون (1981) ضرورة التحليل الاحصائي لفقرات المقاييس النفسية قبل إعدادها بصيغتها النهائية لانه يمكن للباحث من اختبار الفقرات التي تتميز بخصائص سيكومترية جيدة وتعديل الفقرات غير المناسبة او استبعادها. (Chiselli, etall, 1981, p.4) ومن اجل التحقق من الخصائص السيكومترية طبق المقياس على عينة من الاقسام العلمية والانسانية من المرحلة الرابعة بلغ عددها (100) طالب وطالبة. جدول (3)

جدول (3)

يمثل عينة القوة التمييزية موزعة حسب التخصص والجنس

| المجموع | اناث | ذكور | الجنس |
|---------|------|------|---------------|
| | | | القسم |
| 25 | 15 | 10 | علوم الحياة |
| 25 | 10 | 15 | علوم الحاسبات |
| 25 | 15 | 10 | اللغة العربية |
| 25 | 10 | 15 | التاريخ |
| 100 | 50 | 50 | المجموع |

طريقة تصحيح المقياس

يتم تصحيح المقياس بجمع التقديرات التي يعطيها المفحوص لكل من الـ(21) بنداً حيث يتكون كل بند من اربع عبارات تقدر درجتها من (0-30) والدرجة القصوى للمقياس هي (63) التي يحصل عليها المفحوص.

وبعد استكمال اجراءات التطبيق وتصحيح الاستمارات وتفرغ الاستجابات واجراء العمليات الإحصائية ظهرت جميع الفقرات مميزة (جدول 4)

جدول (4)

يوضح القوة التمييزية لفقرات مقياس الاكتئاب

| الدالة الإحصائية عند مستوى (0.05) | القيمة التائية المحسوبة | المجموعة الدنيا | | المجموعة العليا | | تسلسل الفقرات |
|-----------------------------------|-------------------------|-------------------|---------|-------------------|---------|---------------|
| | | الانحراف المعياري | المتوسط | الانحراف المعياري | المتوسط | |
| الالة احصائياً | 5.79 | 0.78 | 0.92 | 1.05 | 1.55 | 1 |
| = = | 6.39 | 0.36 | 0.14 | 1.18 | 1.40 | 2 |
| = = | 5.85 | 0.42 | 0.11 | 1.31 | 1.51 | 3 |
| = = | 7.93 | 0.80 | 0.55 | 1.12 | 1.77 | 4 |
| = = | 4.13 | 0.74 | 0.40 | 1.12 | 0.96 | 5 |
| = = | 8.04 | 0.96 | 0.62 | 1.08 | 1.88 | 6 |
| = = | 7.08 | 0.52 | 0.25 | 1.02 | 1.25 | 7 |
| = = | 7.64 | 1.06 | 0.85 | 0.95 | 1.92 | 8 |
| = = | 5.07 | 0.53 | 0.14 | 1.01 | 0.96 | 9 |
| = = | 8.48 | 0.44 | 0.25 | 1.07 | 1.62 | 10 |
| = = | 4.31 | 1.25 | 1.11 | 0.97 | 1.59 | 11 |
| = = | 5.05 | 0.42 | 0.22 | 1.03 | 0.92 | 12 |
| = = | 6.62 | 0.74 | 0.40 | 0.84 | 1.40 | 13 |
| = = | 5.79 | 0.68 | 0.37 | 1.06 | 1.14 | 14 |
| = = | 7 | 0.90 | 0.74 | 1.12 | 1.51 | 15 |
| = = | 9.01 | 0.80 | 0.55 | 1 | 1.66 | 16 |
| = = | 9.01 | 1.03 | 0.81 | 0.95 | 1.92 | 17 |
| = = | 10.75 | 0.64 | 0.48 | 1.03 | 1.92 | 18 |
| = = | 9.89 | 0.72 | 0.70 | 1.05 | 1.88 | 19 |

| | | | | | | | |
|---|---|------|------|------|------|------|----|
| = | = | 7.68 | 1 | 0.66 | 0.89 | 1.77 | 20 |
| = | = | 8.30 | 0.95 | 0.92 | 1.10 | 2.07 | 21 |

القيمة التائية الجدولية بدرجة حرية (26) للاختبار ذي النهايتين عند مستوى دلالة (0.05)=(2.06)

ج. الثبات

من الشروط الاساسية لبناء أي مقياس صدقه وثباته، وثبات المقياس يعني عدم تناقض المقياس مع نفسه او دقته في القياس. (ابو حطب، 1973، ص49)

وهناك اكثر من طريقة لتقدير ثبات المقاييس النفسية اذ يمكن حساب معامل الاستقرار بطريقة اعادة الاختبار (Test-retest) وحساب معامل التكافؤ بين جزئي المقياس بطريقة التجزئة النصفية. لذلك تم احتساب ثبات مقياس الاككتاب بطريقة اعادة الاختبار فبلغ (0.84) وبطريقة التجزئة النصفية فبلغ (0.78)

ثالثاً : تطبيق المقياس على عينة البحث الاساسية.

ولغرض تحقيق اهداف الدراسة الحالية وبعد استكمال صدق وثبات المقياس وتحديد عينة البحث الاساسية تم تطبيق الاداة على طلبة المرحلة الرابعة للاقسام العلمية والانسانية اناث وذكور وبصورة مباشرة (ملحق 2)

رابعاً : الوسائل الإحصائية

1. الوسط الحسابي.
2. الانحراف المعياري.
3. معامل ارتباط بيرسون.
4. الاختبار التائي (T.Test) لعينتين مستقلتين متساويتين بالعدد لحساب القوة التمييزية.
5. الاختبار التائي (T.Test) للاستدلال على الوسط الحسابي لقياس مستوى الاككتاب.

عرض النتائج ومناقشتها.

يتضمن هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصل اليها البحث الحالي ومناقشتها وفقاً لاهدافه.

اولاً : نتائج الهدف الاول: (قياس مستوى الاككتاب لدى طلبة الجامعة).

لغرض قياس مستوى الاككتاب لدى طلبة الجامعة فقد تم احتساب الوسط الحسابي لاستجابات افراد العينة ذكوراً واناثاً على مقياس الاككتاب فبلغ (18.613) وهو اقل من الوسط الفرضي للمقياس البالغة قيمته (31.5) درجة وللتعرف على الفروق بين المتوسطين تم استخدام الاختبار التائي (T.Test) للاستدلال على الوسط الحسابي للمجتمع فبلغت القيمة التائية المحسوبة (25.929) وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) كونها اكبر من القيمة الجدولية البالغة (1.98) عند ذلك المستوى والجدول (5) يبين ذلك.

جدول (5)

يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري لافراد عينة البحث على مقياس الاككتاب

| المتغير | الوسط الحسابي للعينة | الانحراف المعياري | الوسط الفرضي | العينة | القيمة التائية المحسوبة | مستوى دلالة |
|----------|----------------------|-------------------|--------------|--------|-------------------------|-------------|
| الاكتئاب | 18.613 | 8.792 | 31.5 | 150 | 25.929 | 0.05 |

القيمة التائية الجدولية بدرجة حرية (149) للاختبار ذي النهايتين عند مستوى دلالة (0.05) تساوي (1.98) لقد أظهرت نتيجة هذا الهدف وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى طلبة الجامعة وتدل هذه النتيجة على ان هؤلاء الطلبة غير مكتئبين ويعزو الباحث هذه النتيجة الى ان طلبة الجامعة هم في مرحلة عمرية تتضح فيها اهدافهم وتصبح ميولهم وقدراتهم على فهم واستيعاب الظروف المحيطة بهم وبالتالي نمت لديهم القدرة على التكيف النفسي وتجاوز الازمات والصعاب والظروف البيئية الاخرى المحيطة بهم والتي لم تتمكن من ان تدخل الى نفوسهم اليأس والحرمان والفشل وغيرها وبالتالي اصبحو بعيدين عن حالات الاضطرابات الشديدة وخاصة الاكتئاب. واختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة (ابراهيم، 1997) التي سجلت درجات مرتفعة في مستوى الاكتئاب لدى افراد العينة.

ثانياً : نتائج الهدف الثاني التعرف على الفروق في مستوى الاكتئاب بين طلبة الجامعة تبعاً للمتغيرين الاتيين.

أ. الجنس ب. التخصص.

أ. الجنس:

لغرض التعرف على دلالة الفروق بين افراد العينة في مستوى الاكتئاب تبعاً لمتغير الجنس (ذكور - اناث) فقد تم استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات الذكور والاناث على المقياس بأكمله ثم طبق الاختبار التائي (T.Test) لعينتين مستقلتين متساويتين في عدد افرادها لاختبار دلالة الفروق بين الجنسين في عموم المقياس بأكمله. حيث ظهر ان متوسط الدرجات الكلية لعينة الذكور بلغ (18.680) درجة وبانحراف معياري قدره (8.977) بينما بلغ متوسط الدرجات الكلية لعينة الإناث (18.546) درجة وبانحراف معياري قدره (8.662) وكان الفرق بين المتوسطين (غير دال احصائياً) والجدول (6) يوضح ذلك.

جدول (6)

يوضح دلالة الفرق بين متوسطات (الذكور - الإناث) على مقياس الاكتئاب

| المتغير الاكتئاب | الذكور 75 | | الإناث 75 | | القيمة التائية المحسوبة | مستوى الدلالة 0.05 |
|---------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|----------------------------|-----------------------|
| | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | | |
| | 18.680 | 8.977 | 18.546 | 8.662 | 0.09 | غير دال |

القيمة التائية الجدولية بدرجة حرية (74) للاختبار ذي النهايتين عند مستوى دلالة (0.05) تساوي (2) أظهرت نتيجة هذا الهدف عدم وجود دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بين عينة الذكور وعينة الإناث ويرى الباحث ان السبب في عدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى الاكتئاب الى ان طبيعة الخبرات التي

تعرض لها كلا الجنسين هي نفسها خلال سنوات الدراسة كذلك ان استجاباتهم لهذه الخبرات المثيرة كانت متشابهة فضلاً عن ذلك يبدو ان خلال سنوات الدراسة كان هناك تعاون وتبادل في الآراء والأفكار مما يجعل ان طرق التكيف مع البيئة هي نفسها لدى الجنسين.

ب. التخصص. (علميات - إنسانيات)

لغرض التعرف على دلالة الفروق بين العينة في مستوى الاكتئاب تبعاً لمتغير التخصص (علميات - إنسانيات) فقد تم استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات طلبة (العلميات والإنسانيات) على المقياس بأكمله ثم طبق الاختيار التائي (T.Test) لعينتين متشابهتين في عدد افرادها لاختيار دلالة الفروق في عموم المقياس حيث ظهر ان متوسط الدرجات الكلية لعينة طلبة (العلميات) (17.933) درجة وبانحراف معياري قدره (8.902) بينما بلغ متوسط الدرجات الكلية لعينة طلبة (الإنسانيات) هو (19.293) وبانحراف معياري قدره (8.686) وكان الفرق بين المتوسطين (غير دال احصائياً) عند مستوى دلالة (0.05) حيث بلغ (0.89). والجدول (7) يوضح ذلك

جدول (7)

يوضح دلالة الفروق بين متوسطات (الإنسانيات - العلميات) على مقياس الاكتئاب

| المتغير الاكتئاب | العلميات 75 | | الإنسانيات 75 | | القيمة التائية المحسوبة | مستوى الدلالة 0.05 |
|---------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------|
| | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | | |
| | 17.933 | 8.902 | 19.293 | 8.686 | 0.89 | غير دال |

القيمة التائية الجدولية بدرجة حرية (74) للاختبار ذي النهايتين عند مستوى دلالة (0.05) تساوي (2) أظهرت نتيجة هذا الهدف عدم وجود دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب في مجال التخصص بين طلبة الأقسام العلمية والإنسانية ويعزو الباحث هذه النتيجة. ان طلبة المرحلة الجامعية لديهم القدرة على استخدام تقسيم الوقت بصورة جيدة في الدراسة والذاكرة واستخدام أوقات الفراغ في الترويح النفسي وهذا جعل ان سهولة وصعوبة المادة بين الأقسام العلمية والإنسانية لم يتمكن من خلق أزمة نفسية او اضطراب مثل الاكتئاب.

التوصيات

في ضوء نتائج البحث الحالي يوصي الباحث بما يلي:

1. ينبغي اهتمام الطلبة بالصحة النفسية ومراجعة الطبيب عند الشعور بأية اعراض تدل على الاكتئاب.

2. يجب ان تاخذ المؤسسات الاعلامية والصحية دورها في التوعية لكي تكون هناك رغبة لدى الطلبة في مراجعة هذه المؤسسات.
3. ضرورة توعية الاسرة باعتماد تربية متوازنة بعيدة عن القسر والتشدد في التوجيه فالاسلوب الصحي يحافظ على نمو انسان سليم.

المقترحات

1. الاستفادة من مقياس الدراسة الحالية للتعرف على مستوى الاكتئاب لدى الطلبة في مراحل دراسية اخرى.
2. اجراء دراسة مماثلة للتعرف على مستوى الاكتئاب حسب متغيرات اخرى مثل الاكتئاب وعلاقته بصورة الجسم.
3. اجراء دراسة مماثلة للتعرف على مستوى الاكتئاب مثل الاكتئاب وعلاقته بالاختيار المهني.

المصادر

المصادر العربية:

1. ابراهيم ، عبد الستار ، ابراهيم ، رضوان(1998)،دراسة مسحية لمدى انتشار الاضطرابات النفسية بما فيها (القلق والاكتئاب والعدوان والاستعداد للمرض النفسي)، بحث منشور .
2. ابراهيم، عبد الستار(1998)الاكتئاب اضطراب العصر الحديث، عالم المعرفة الكويت.
3. ابو حطب، فؤاد(1973) ، القدرات العقلية، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
4. اسماعيل، محمد عماد الدين(1982)، النمو في مرحلة المراهقة، ط1، الكويت دار العلم.
5. الامارة ، سعد (2001)،الايمان ودورة في تخفيف فرص الاكتئاب، النبا، العدد 53.
6. الانديجاني ، عبد الوهاب مشرب عصام الدين(1999) الاكتئاب لدى عينة من تلاميذ الصف السادس الابتدائي بمدينة مكة المكرمة في ضوء بعض المتغيرات ،رسالة ماجستير غير منشورة، علم النفس، كلية التربية ، جامعة ام القرى.
7. باترسن ،س،هـ (1990)،نظريات الارشاد والعلاج النفسي، ترجمة د. حامد عبد العزيز الفقي، القسم الثاني ، ط 1، دار القلم للنشر والتوزيع ،الكويت.
8. الثقي ، مهند عايد عبد الله(1998)، القبول والرفض الوالدي وعلاقته بمستوى الاكتئاب لدى عينة من الاطفال السعوديين بمدينة جدة،رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس ، كلية التربية ، جامعة ام القرى.
9. الحاج، فايز محمد مصطفى(1987) الامراض النفسية،مطبعة المكتب الاسلامي، بيروت ، لبنان.
10. دافيدوف، ليندا(1983) ، مدخل علم النفس ،ترجمة سيد الطواب وآخرون ، ط3، دارماركوهيل للطباعة والنشر .

11. الدباغ، فخري(1983) ،اصول الطب النفساني، ط 3، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت ، لبنان.
12. راجح، احمد عزت، اصول علم النفس، دار العلم، بيروت.
13. الرفاعي، نعيم(1987)، الصحة النفسية ، دراسة سكلوجية التكيف، ط7، دمشق .
14. الزراد ، فيصل محمد خيرى(1984)، الامراض العصبية والذهانية والاضطرابات السلوكية، ط1، دار القلم،بيروت، لبنان.
15. زهران، حامد(1978)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط 2،الناشر عالم الكتب ، القاهرة.
16. الزهراني، علي حسن صحفان(1993) ، تشخيص مرض الاكتئاب والعوامل المرتبطة به باستخدام مقياس(بك) المنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير غير منشورة ، علم النفس ، كلية التربية ، جامعة ام القرى ، المملكة العربية السعودية.
17. زيور ،مصطفى(1986)، في النفس ، الجزء الاول ، دار النهضة العربية.
18. السليفاي ،حسن صالح (1990)،بناء مقياس تشخيصي للكآبة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الاداب، جامعة بغداد.
19. الشربيني، لطفي(2003) الاكتئاب المرض والعلاج، شبكة العلوم النفسية العربية، شبكة المعلومات المركزية،ص5.
20. الشهري ، سالم سعيد سالم(1996) ،الالتزام الديني في الاسلام وعلاقته بالاكتئاب النفسي لدى عينة من طلاب جامعة ام القرى بمكة المكرمة، رسالة ماجستير غير منشورة، علم النفس، كلية التربية، جامعة ام القرى المملكة العربية السعودية.
21. الصالحي، نجدت قاسم(1985)،الصحة النفسية، معهد التدريب والتطوير التربوي، وزارة التربية، بغداد.
22. العبادي،عامر عبد النبي(2002)، النمو النفسي لدى طلبة الجامعة وعلاقتها ببعض المتغيرات الاجتماعية، اطروحة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية، جامعة البصرة.
23. عسل، عبد الرحمن(2001) ، الاكتئاب آفة العصر ، الصحة والطب البديل، اسلام اون لاين ، شبكة المعلومات المركزية.
24. عطاق، عمر (2002)، اساليب التعامل مع القنوط و مظاهر الاكتئاب لدى عينة من طلبة وطالبات جامعة الامارات، بحث منشور ، مجلة حوليات كلية التربية ، جامعة عين الشمس، مجلد 30، العدد الاول.
25. عكاشة ،احمد(1984)،الطب النفسي المعاصر، مكتبة الانجلو المصرية، ط5، القاهرة.
26. عمارة، الزين عباس(1986)، مدخل الى الطب النفسي ، دار الثقافة ، بيروت، لبنان.
27. عوض، عباس محمود(1984)، علم النفس الاحصائي،الدار الجامعية للطباعة والنشر،بيروت،لبنان.

28. عيسوي ، عبد الرحمن (1976) ، النمو الروحي والخلقي والتنشئة الاجتماعية في مرحلة الطفولة والمراهقة ، عالم الفكر ، المجلد 7 ، العدد 3.
29. فهمي ، مصطفى (1979)، الصحة النفسية والعمل المدرسي، مكتبة النهضة العربية، القاهرة.
30. فهمي، مصطفى(1976)، الصحة النفسية دراسات في سيكولوجية التكيف، الناشر مكتبة الخانجي، القاهرة.
31. كفاي ، علاء الدين(1990)،الصحة النفسية ، ط3 ، هجر للطباعة والنشر والتوزيع، الجيزة، مصر.
32. كمال، علي(1983)، النفس انفعالاتها و امراضها وعلاجها، الجزء الاول ط4 ، طبع الدار العربية، بغداد.
33. كمال، علي(1988) النفس وانفعالاتها وامراضها وعلاجها، الجزء الثاني.
34. المالكي ، طالب سرحان (2002)، النمو النفسي لدى طلبة الجامعة وعلاقتها بالتنشئة الاسري لدى طلبة المرحلة المتوسطة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة البصرة ، كلية التربية.
35. محسن ، سلوى شاكر(1989)، دراسة تمهيدية عن مرض الاكتئاب، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بغداد كلية التمريض.
36. مصطفى، عدنان ياسين(1999)، السلوك المنحرف في ظروف الازمات، بيت الحكمة.العدد(3)، مطبعة اليرموك، بغداد.
37. مفاريوس، صمائيول (1974)، الصحة النفسية والعمل المدرسي، مكتبة النهضة العربية، القاهرة
38. المليجي، حلمي(2000)، علم النفس الاكليينكي، ط 1، الناشر دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
39. النابلسي، محمد احمد(2003)، الاكتاب اسبابه وعلاجه ، سلسلة كتب الثقافة النفسية المتخصصة.
40. نصر، علا دارب (2002)، العلاقة بين الاكتئاب ومركز الضبط، دراسة ميدانية على عينة من طلبة كليتي التربية والعلوم ، جامعة دمشق.

المصادر الاجنبية:

41. Beck, A(1967): The Diagnosis and management of depression , Philadelphia : university of pennsilvania press.
42. Borevay ,R (1977) .An Investigation of the relation ships among depression ,Locus of control and a seartive behanor in freshman college woman, Dissertation Abstracts International, 30,(2-A) 1883-1884.
43. Chisell, E.E. et. Al(1981):(Measuremert theory the behavioral sciences) san Francisco , Freeman and company.

44. Clark .J.A (1990) J.Ment.sci-vol 108, no 455.
45. Ebel,R.I (1972).Essential of educate : on measurement. (2nd .Ed) pentie Hill : new Jersey.
46. Hall storm .T. (1987).(Major depression parental mental disarders and early Family relatio ships). Acto .psychiatry second vol. 75 N.3.
47. Ingram .I.M.(1985).the obsessional personality and obsessional illness. amer .J. psychi at.117. 1016.
48. pasco, s.etal (2000): Prevalence of psychological distress and use at support services by cancer patient of Sydney hospitals. Aust.N.Z.J psychiatry.
49. Rosenstein .M.& Mila zzo. Sayre (1981) characteristic of admissions of selected mental health facilities national Institute of mental health.
50. Seligman ,M (1975): Helpssnes on Depression , Development and Death ,san Francisco W.H. Freman and company.
51. W.H.O.(1992).series no.p11.
52. Wany, R(1979): practial Drug therapy (ed) Philadelphia, Toronto :IB. Lippincott company .

الملاحق

ملحق 1

أسماء السادة الخبراء المختصين في التربية وعلم النفس والقياس النفسي الذين عرض عليهم مقياس الاكتئاب.

| مكان العمل | التخصص | الأسم |
|-----------------------------|-------------------|--------------------------------|
| جامعة البصرة / كلية التربية | أرشاد نفسي | أ.م.د فاضل عبد الزهرة مزعل |
| جامعة البصرة / كلية التربية | علم النفس المعرفي | أ.م.د عياد إسماعيل صالح |
| جامعة البصرة / كلية التربية | أرشاد نفسي | أ.م.د سناء عبد الزهرة الجمعان |
| جامعة البصرة / كلية التربية | أرشاد نفسي | أ.م.د صفاء عبد الزهرة الجمعان |
| جامعة البصرة / كلية التربية | أرشاد نفسي | أ.م.د عبد القادر رحيم الأنصاري |
| جامعة البصرة / كلية التربية | أرشاد نفسي | أ.م.د بتول غالب الناهي |

| | | |
|---------------------------------|------------|-----------------------------|
| أ.م.د. زينب فالح الشاوي | أرشاد نفسي | جامعة البصرة / كلية التربية |
| أ.م.د. عبد الكريم زاير الموزاني | أرشاد نفسي | جامعة البصرة / كلية التربية |

ملحق رقم (2)

مقياس الاكتئاب بصورته النهائية

جامعة البصرة

كلية التربية

قسم الإرشاد النفسي

التوجيه التربوي

عزيزتي .. عزيزي المستجيب الفاضل

بين يديك مجموعة من المواقف الحياتية. الرجاء قراءتها ووضع دائرة حول الحرف الذي ينطبق محتواه وتصرفاتك في كل بند من بنود الاداة هذه. كما وتعتبر أستجابتك الصادقة جزء من الوعي العلمي.

ولكم جزيل الشكر

1- الحزن

أ. أشعر بالحزن.

ب. أنا حزين طول الوقت ولا أستطيع الخروج من هذه الحالة.

ت. أنا حزين جداً وغير سعيد لدرجة أنني لا أستطيع تحمل هذه الحالة.

ث. لا أشعر بالحزن.

2- التشاؤم

أ. أشعر أن المستقبل ميئوس منه. وأنه لا سبل الى أن تتحسن الأمور.

ب. لا أشعر بأن عزيمتي ضعيفة تجاه المستقبل.

ت. أشعر بأن عزيمتي ضعيفة تجاه المستقبل.

ث. أشعر أنه لا يوجد شئ أتطلع إليه خلال المستقبل.

3- الفشل

أ. أشعر أنني واجهت من الفشل أكثر مما يواجه الشخص العادي.

ب. أشعر أنني شخص فاشل تماماً.

ت. لا أشعر بالفشل.

ث. عندما أسترجع حياتي الماضية فكل ما أراه هو الكثير من الفشل.

4- عدم الرضا

أ. لم أجد متعة حقة في أي شئ بعد.

ب. لا أزال أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل.

ت. أشعر بعدم الرضا والملل من كل شئ.

ث. لا أستمتع بالأشياء كما أعتدت أن أستمتع بها من قبل.

5- الذنب والندم

أ. أشعر بالذنب لفترات طويلة من الوقت.

ب. لا أشعر بالذنب بوجه خاص.

ت. أشعر بالذنب طول الوقت.

ث. ينتابي الشعور بالذنب تماماً معظم الوقت.

6- العقاب

أ. أشعر أن عقاباً يحل بي الآن.

ب. أشعر وكأن عقاباً قد يحل بي.

ت. لا أشعر أن عقاباً يجلب بي الآن.

ث. أتوقع أن يحل بي عقاب.

7- النفس

أ. أكره نفسي.

ب. أشعر بأن ألمي قد خاب في نفسي.

ت. أشعر بالاشمئزاز من نفسي.

ث. لا أشعر أن ألمي قد خاب في نفسي.

8- اللوم

أ. ألوم نفسي على كل شيء سيئ يحدث.

ب. أنتقد نفسي على نقاط ضعفي أو أخطائي.

ت. لا أشعر بأنني أسوء من أي شخص آخر.

ث. ألوم نفسي طول الوقت على أخطائي.

9- الانتحار

أ. لا تراودني أي أفكار للتخلص من حياتي.

ب. أرغب في قتل نفسي.

ت. تتنتابي أفكار للتخلص من حياتي.

ث. لو أتيتحت لي الفصة للانتحار فسوف أفعل ذلك.

10- البكاء

أ. أبكي الآن أكثر مما تعودت.

ب. تعودت أن أكون قادراً على البكاء. أما الآن فلا أستطيع البكاء حتى لو أردت ذلك.

ت. أبكي الآن طول الوقت.

ث. لا أبكي أكثر من المعتاد.

11- الضيق

- أ. أشعر بأنني مستثار الآن طول الوقت.
- ب. لمست مستثاراً الآن أكثر مما كنت دائماً .
- ت. لا تثيرني بالمرّة الاشياء التي تعودت أن تثيرني.
- ث. أصبح مزعجاً أو مستثاراً بسهولة أكثر مما كنت معتاداً .

12- الأهتمام

- أ. لم أفقد الأهتمام بالآخرين.
- ب. فقدت معظم أهتمامي بالآخرين.
- ت. أنني أقل أهتماماً بالآخرين بالمقارنة بما كنت عليه فيما مضى.
- ث. فقدت كل أهتمامي بالآخرين.

13- القرار والتردد

- أ. أجد في أتخاذ القرارات صعوبة أكبر مما كنت أجد قبل.
- ب. أقوم بتأجيل القرارات أكثر مما تعودت.
- ت. لم أعد أستطيع أتخاذ القرارات.
- ث. أتخذت القرارات بنفس الكفاءة التي كنت أصدرها بها.

14- الشكل والصورة

- أ. أعتقد أنني أبدو قبيحاً .
- ب. أشعر أن هناك تغيرات دائمة في مظهري تجعلني أبدو غير جذاب.
- ت. أنا قلق لأنني أكبر سنأ أو أقل جاذبية.
- ث. لا أشعر أنني أبدو أسوأ مما كنت.

15- العمل

- أ. أضطر الى أن أضغط على نفسي بشدة كي أعمل أي شئ.
- ب. لا أستطيع القيام بأي عمل على وجه الأطلاق.
- ت. أستطيع أن أعمل بنفس الكفاءة التي كنت أعمل بها من قبل.
- ث. أشعر أن البدء في عمل أي شئ أصبح يتطلب مني الآن جهداً أضافياً .

16- النوم

- أ. لا أنام جيداً كما كنت معتاداً .
- ب. أستيقظ مبكراً عدة ساعات مما تعودت ثم لا أستطيع العودة الى النوم ثانية.
- ت. أستطيع النوم بشكل جيد كما تعودت.
- ث. أستيقظ مبكراً ساعة أو ساعتين عن المعتاد، ثم أجد صعوبة في العودة الى النوم.

17- الإجهاد

- أ. أصبح التعب يدركني بسبب القيام بأي عمل تقريباً .
- ب. لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد.
- ت. أشعر بالأرهاق حتى أنني لا أستطيع القيام بأي عمل.
- ث. أشعر بالتعب بسرعة أكبر مما تعودت.

18- شهية الطعام

- أ. شهيتي الآن أسوأ مما كانت بكثير.
- ب. شهيتي للطعام ليست أسوأ من المعتاد.
- ت. لم يعد لدي شهية على الإطلاق.
- ث. لم تعد شهيتي طيبة كما كانت من قبل.

19- الوزن

- أ. نقص وزني أكثر من 2 كغم.
- ب. نقص وزني أكثر من 7 كغم.
- ت. لم أفقد كيراً من وزني مؤخراً .
- ث. نقص وزني أكثر من 5 كغم.

20- الصحة

- أ. أشعر بأن بالي مشغول جداً بخصوص مشكلاتي الصحية لدرجة أنني لا أستطيع التفكير في أي شيء.
- ب. تشغل بالي مشكلات صحية مثل بعض الأوجاع والألام أو اضطراب المعدة والأمساك.
- ت. أشعر بأنشغال البال كثيراً بسبب مشكلات صعبة، ومن الصعب علي التفكير في أي شيء آخر.
- ث. لست منشغل البال على صحتي أكثر من المعتاد.

21- الجنس

- ج. أنني أقل اهتماماً بالجنس الآن بشكل كبير.
- ح. فقدت الاهتمام بالجنس تماماً .
- خ. لم لاحظ أي تغيير في اهتمامي بالجنس في الفترة الأخيرة.
- د. أصبح اهتمامي بالجنس أقل مما تعودت.