الإكتئاب عند الاطفال وعلاقته بانماط الشخصية لدى الوالدين

مقدمة من

Library المكتبة
Acc No : رقم المتسلسل :
College : الكلية :

ناريمان سعدي محمد نا جي

بكالوريوس علم نفس من جامعة بيروت لبنان

قدمت هذه الرسالة إستكمالالمتطلبات الحصول على درجة الماجستير
في الصحة النفسية المجتمعية/ قسم الدراسات العليا/ جامعة القدس

مكتبة الكلية العربية للعلوم الطبية
Arab College of Medical Professions Library

c.2.

يناير 2002

الصحة النفسية المجتمعية/كلية الصحة العامة
عمادة الدراسات العليا

الإكتئاب عند الاطفال وعلاقته بانماط الشخصية لدى الوالدين

الطالبة: ناريمان سعدي نا جي
الرقم الجامعي: 9910853

المشرف: د. كايرو عرفات
المشرف المشارك: ا.د. احمد فهيم جبر

نوقشت هذه الرسالة واجيزت بتاريخ: 22-1-2002

من لجنة المناقشة المدرجة اسمائهم وتواقيعهم:

1- الدكتورة: د. كايرو عرفات **رئيس لجنة المناقشة** التوقيع:
2- الدكتور: ا.د. احمد فهيم جبر **عضو لجنةالمناقشة** التوقيع:
3- الدكتور: د. محمد شاهين **ممتحنا داخليا** التوقيع:
4- الدكتور: د. حازم عاشور **ممتحنا خارجيا** التوقيع:

جامعة القدس

2002-2001

الاهداء

إلى اغلى الناس ابي وامي واخوتي

إلى الجيل الصاعد اطفال بلدي متمنية لهم حياة يعمها السلام والامن

إلى من ساعدوني ان انهي رسالتي بسرعة

أحبائي يوسف ، زينة، عمرو، يارا

بيان

اقر انا مقدم الرسالة انها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير وانها نتيجة ابحاثي الخاصة باستثناء ما تم الاشارة له حيثما ورد، وان هذه الرسالة او اي جزء منها لم يقدم لنيل اية درجة عليا لأي جامعة او معهد.

التوقيع:

ناريمان سعدي محمد ناجي

التاريخ: 22_1_2002

شكر وعرفان

الحمد لله الذي وفقني لإتمام هذا العمل المتواضع الذي لم يكن ان يتم لولا جهود مشرفيني و اساتذتي د.كايرو عرفات ود. احمد فهيم جبر شاكرة لهم تعبهم و تشجيعهم وحماسهم لي طوال فترة البحث.

و اشكر كل من الممتحنين د.حازم عاشور ود.محمد شاهين على الملاحظات التي ابدوها خلال النقاش لما لهامن فائدة في إغناء البحث.

كما اشكر جامعة القدس قسم الدراسات العليا متمثلة في عميدها د. محمد شاهين ومشرف البرنامج د. محمد براغيث على رعايتهم لهذا البرنامج.

كما اتوجة بخالص الشكر إلى د. بسام الاشهب مدير الصحة النفسية المجتمعية على ترشيحي للدراسة في برنامج ماجستير الصحة النفسية المجتمعية.

وأخص بالشكر أستاذي الفاضل و أستاذ أطباء نفس العالم د. احمد عكاشة لما خصه لي من وقته الثمين ومساعدتي على إختيار موضوع البحث كذلك أشكر الاطباء النفسيين والاخصائيين النفسيين وعلى رأسهم د. سوزان الخولي في مركز الطب النفسي بالقاهرة لما قدموه لي من مساعدة في إيجاد الدراسات السابقة حول الموضوع.

كما اشكر د. غريب عبد الفتاح لما اولى موضوع البحث من إهتمام ومتابعة

واتوجة بالشكر ايضا للقائمين على التحليل الاحصائي لهذا البحث د. إلياس ضابيط والاستاذ نيكولا مرزوق

وفي النهاية لا يسعني إلا ان اتقدم بخالص الشكر والعرفان لمركز ضحايا التعذيب وأخص بالشكر د. نضال حمد والاستاذ خضر رصرص لمعونتهم لي في إحضار المراجع اللازمة للبحث.

واخيرا شكر خاص إلى د. مصطفى الهندي ود. جهاد ياسين لمتابعتهم الدقيقة للتنسيق والترجمة في البحث.

الملخص

إن التطور الكبير الذي شهده العالم في السنوات الاخيره في مجال الصحة النفسية سلط الضوء على مبدأ هام للغاية وهو مبدىء الوقاية والبحث في الاسباب التي تؤدي إلى حدوث الإضطرابات النفسية ومن ثم يمكن التدخل ومحاصرة هذه الاضطرابات في مهدها والعمل على عدم تفشيها في المجتمع، ومن خلال الابحاث اوضحت منظمة الصحة العالمية ان هناك اكثر من 200 مليون نسمة في العالم يعانون من إضطرابات إكتئابية تدخل في المعدل الإكلينكي، كما ان هناك حوالي 6 ملايين طفل ومراهق في الولايات المتحده الامريكية لديهم اعراض إكتئابية ومن مساؤي هذا المرض هو تاثيره المنتشر على اكثر من مستوى فهو يؤثر على إنتاجية الفرد، وعلى علاقاتة الاجتماعية، و عند الاطفال فانه يمكن تلافي كثير من مشاكل الدراسة والتسرب المدرسي، وعدم الانتباه والتركيز في الصف، وما يتبعها من خسائر في موارد البلاد سواء على المستوى البشري وهو اغلى ما نملك او على المستوى الاقتصادي إذا اولينا هذا المرض بعض الإنتباة ولقد كانت اغلب الابحاث على مستوى الطفولة مهتمة بالمرحلة العمرية الابتدائية لما لها من خصائص في بداية تشكيل شخصيه الطفل وطريقة تفكيره ومن ثم الاهتمام بالمؤسسات الاجتماعيه التي لها تأثير على تشكيل سلوكهم وافكارهم ومن اهم هذه المؤسسات هي الاسره ولذلك اثرت موضوع البحث حول العلاقة ما بين إكتئاب الاطفال والأنماط الشخصيه للوالدين في محاوله للإجابه على الاسئلة التاليه:

1- ما مدي انتشار الاكتئاب بين طلاب الصف السادس الابتدائي في مجتمع البحث (منطقه رام الله والبيره).
2- هل يوجد هناك فرق في نسبه إنتشار الاكتئاب ما بين الذكور والاناث ؟.
3- هل تختلف الاعراض الاكتئابيه التي يعاني منها الذكور عن تلك التي تعاني منها الاناث ؟.
4- هل لنمط شخصيه الوالدين تاثير في ظهور الاعراض الإكتئابية عند الاطفال.

ولإستكمال هدا البحث إستخدمت الباحثه اداتين من الادوات المعروفه على مستوى العالم والتان استخدماتا في دراسات عبر حضاريه كثيره ومنها:

1- مقياس الاكتئاب للاطفال Children's Depression Inventory C.D.I وهومقيا س مقنن ومعرب في البيئة المصرية من إعداد د.غريب عبد الفتاح (1995) ويتمتع بنسبه ثبات عاليه في البيئة الفلسطينية وهي 0.83 حسب معامل كرنباخ الفا .

2- مقياس ايزنك للشخصيه.Eysenk Personality Questionnaire E.P.Q و لقد قام بتعريبه وإعداد معايير الصدق والثبات في البيئة المصرية د. احمد عبد الخالق (1975) و عند حساب معامل الثبات في البيئة الفلسطينية من خلال معادلة كرونباخ الفا كانت النسبة (0.79)

عينة الدراسة:

لإختيار عينة البحث تم إختيار عينة طبقية عشوائية (Stratified random Sample)ولقد تم ذلك على عدة مراحل اولا تم تقسيم مجتمع الدراسة إلى ثلاث طبقات من المدارس وهي مدارس الحكومة ومدارس الوكالة والمدارس الخاصة ثم تم حصر عدد من طلاب في كل طبقة على حده ثم قسم مجتمع الدراسة إلى عناقيد (clusters) وتم الإختيار من هذه العناقيد بطريقة عشوائية ما يمثل 10% من تعداد طلاب الصف السادس في كل طبقة في منطقه رام الله والبيره ولقد بلغ حجم العينة 640 طفل، وبعد جمع الإستمارات تم إختيار 30 والد ووالده من

اباء اطفال حصلوا على درجات عاليه في إختبار الإكتئاب ومقارنتهم من ناحيه أنماط الشخصية مع 30 والد ووالده طفل ممن حصلوا على درجات منخفضة عل مقياس الإكتئاب، ومن خلال التحليل المناسب في برنامج S.P.S.S (Statically Package For The Social Sciences) باستخدام معامل كاي تربيع توصلت الباحثة للنتائج التالية

1- عدم وجود علاقة بين متغير درجة الإكتئاب ومتغير الجهة المسؤولة عن المدرسة

2- وجود علاقة بين متغير درجة الاكتئاب والجنس لصالح الإناث

3- وجود علاقة بين متغير الجنس ومتغير نوع الاعراض الاكتئابية والتي تنقسم إلى اعراض فسيولوجية (صعوبة النوم و فقدان الشهية للطعام) اعراض سيكولوجية ومثل (القلق) وأعراض سلوكيةمثل(البكاء والإنتحار)في البعد السلوكي(البكاء) كان هناك علاقة لصالح الفتيات

4- وجود علاقة بين متغير السمات الشخصية للأباء في بعد العصابية وبين متغير الاكتئاب عند الاطفال لصالح الاطفال المكتئبين.

المحتويات

بيان ..... **I**

شكر وعرفان ..... **II**

الملخص ..... **III**

المحتويات ..... **V**

قائمة الاشكال ..... **VII**

فهرس الملاحق ..... **IX**

الفصل الاول مشكلة الدراسة واهدافها **2**

1.1 مقدمة *2*

2.1 مشكلة الدراسة *3*

3.1 أهمية الدراسة *4*

4.1 اهداف الدراسة *5*

5.1 فرضيات الدراسة *6*

6.1 حدود الدراسة *6*

7.1 مصطلحات الدراسة *7*

الفصل الثاني الادب التربوي والدراسات السابقة **10**

1.2 أهم النظريات المفسره لحدوث الإكتئاب *10*

1.1.2النظرية الكيميائية 10

2.1.2التفسير التحليلي –الفرويدي للإكتئاب 11

3.1.2نظرية التعلم الاجتماعي 13

4.1.2تأثير الضغط النفسي في ظهور الإكتئاب 14

5.1.2النظرية المعرفية 15

2.2 الشخصية 17

3.2الدراسات السابقة 23

1.3.2الدراسات العربية 23

2.3.2الدراسات التي اهتمت بنسب واماكن انتشار الاكتئاب 25

3.3.2الدراسات الاجنبيه 29

4.3.2خلاصة الدراسات السابقة 31

الفصل الثالث الطريقة والاجراءات 34

1.3منهج الدراسة: 34

2.3مجتمع الدراسة: 34

3.3عينة الدراسة: 34

4.3متغيرات الدراسة 36

5.3اداوات الدراسة 36

1.5.3مقياس الإكتئاب 36

2.5.3اختبار الشخصية 37

6.3إجراءات الدراسة 38

الفصل الرابع نتائج الدراسة 41

الفصل الخامس مناقشة النتائج والتوصيات 57

1.5مناقشة النتائج 57

2.5التوصيات 60

قائمة المراجع العربيه 61

المراجع الاجنبيه 65

قائمة الملاحق 67

قائمة الاشكال

جدول رقم (1) 34

توزيع مجتمع الدراسة حسب الجهة المشرفة والجنس 34

جدول رقم (2) 35

المدارس التي تم عمل البحث فيها 35

جدول رقم (3) 35

عدد طلاب و طالبات العينة 35

جدول رقم(4) 35

تعداد الطلاب حسب نوع المدرسة 35

جدول رقم (5) 41

يبين توزيع الطلاب بالنسبة إلى نوع المدرسة ودرجة الإكتئاب 41

نوع المدرسة 41

أطفال لديهم إكتئاب بسيط 41

جدول رقم (6) 42

يبين توزيع الاطفال بالنسبة إلى الجنس ودرجة الإكتئاب 42

جدول رقم (7) 43

يبين توزيع إجابات الذكور والاناث عن سؤال القلق 43

جدول رقم (8) 44

يبين توزيع إجابات الذكور والاناث عن سؤال إيذاء الذات 44

جدول رقم (9) 44

يبين توزيع إجابات الذكور والاناث عن سؤال الشعور بالبكاء 44

جدول رقم (10) 45

يبين توزيع إجابات الذكور والاناث عن سسؤال الصعوبة في النوم 45

جدول رقم (11) 46

يبين توزيع إجابات الذكور والاناث عن سؤال إنعدام الشهية للطعام 46

جدول رقم (12) 47

يوضح الاختلاف والاتفاق بين الاولاد والبنات في التعبير عن الإكتئاب 47

جدول رقم (13) 48
يبين عدد و نوع أبناء الأباء موضع الدراسة 48
جدول رقم (14) 48
يوضح تمثيل الاطفال في المدارس المختلفة 48
جدول رقم (15) 49
يوضح نمط شخصية اباء الاطفال المكتئبين مقارنة مع اباء الاطفال غير المكتئبين في بعد الانبساطية والانطوائية 49
جدول رقم (16) 50
يوضح نمط شخصية اباء اطفال مكتئبين مقارنة مع اباء اطفال غير مكتئبين في بعد الاتزان الانفعالي والعصابية 50
جدول رقم (17) 51
يوضح نمط شخصية اباء اطفال مكتئبين مقارنة مع اباء اطفال غير مكتئبين في بعد السواء-الذهانية 51
جدول رقم (18) 52
يوضح نمط شخصية أمهات اطفال مكتئبين مقارنة مع امهات اطفال غير مكتئبين فيي بعد الانطواء الاجتماعي والحدود الطبيعية للتفاعل الاجتماعي 52
جدول رقم (19) 53
يوضح نمط شخصية أمهات اطفال مكتئبين مقارنة مع امهات اطفال غير مكتئبين فيي بعدالاتزان الانفعالي -العصابية 53
جدول رقم (20) 54
يوضح نمط شخصية أمهات اطفال مكتئبين مقارنة مع امهات اطفال غير مكتئبين في بعد السواء -الذهانية 54
جدول رقم(21) 55
يوضح العلاقة بين مستوى الدلالة المحسوبة ومستوى الدلالة المفروضة والقرار الذي اتخذ في ابعاد الشخصية بين اباء وامهات اطفال مكتئبين غير مكتئبين 55

الفصل الاول

مشكلة الدراسة وأهدافها

1.1 مقدمة

2.1 مشكلةالدراسة

3.1 اهمية الدراسة

4.1 اهداف الدراسة

5.1 فرضيات الدراسة

6.1 حدود الدراسة

7.1 مصطلحات الدراسة

الاكتئاب عند الأطفال وعلاقته بأنماط الشخصية لدى الوالدين

بيان

اقر انا مقدم الرسالة انها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير وانها نتيجة ابحاثي الخاصة باستثناء ما تم الاشارة له حيثما ورد، وان هذه الرسالة او اي جزء منها لم يقدم لنيل اية درجة عليا لأي جامعة او معهد.

التوقيع:
ناريمان سعدي محمد ناجي
التاريخ:

شكر وعرفان

الحمد لله الذي وفقني لإتمام هذا العمل المتواضع الذي لم يكن ان يتم لولا جهود مشرفيني و اساتذتي د.كايرو عرفات ود. احمد فهيم جبر شاكرة لهم تعبهم و تشجيعهم وحماسهم لي طوال فترة البحث.

و اشكر كل من الممتحنين د.حازم عاشور ود.محمد شاهين على الملاحظات التي ابدوها خلال النقاش لما لهامن فائدة في إغناء البحث.

كما اشكر جامعة القدس قسم الدراسات العليا متمثلة في عميدها د. محمد شاهين ومشرف البرنامج د. محمد براغيث على رعايتهم لهذا البرنامج.

كما اتوجة بخالص الشكر إلى د. بسام الاشهب مدير الصحة النفسية المجتمعية على ترشيحي للدراسة في برنامج ماجستير الصحة النفسية المجتمعية.

وأخص بالشكر أستاذي الفاضل و أستاذ أطباء نفس العالم د. احمد عكاشة لما خصه لي من وقته الثمين ومساعدتي على إختيار موضوع البحث كذلك أشكر الاطباء النفسيين والاخصائيين النفسيين وعلى رأسهم د. سوزان الخولي في مركز الطب النفسي بالقاهرة لما قدموه لي من مساعدة في إيجاد الدراسات السابقة حول الموضوع.

كما اشكر د. غريب عبد الفتاح لما اولى موضوع البحث من إهتمام ومتابعة

واتوجة بالشكر ايضا للقائمين على التحليل الاحصائي لهذا البحث د. إلياس ضابيط والاستاذ نيكولا مرزوق

وفي النهاية لا يسعني إلا ان اتقدم بخالص الشكر والعرفان لمركز ضحايا التعذيب وأخص بالشكر د. نضال حمد والاستاذ خضر رصرص لمعونتهم لي في إحضار المراجع اللازمة للبحث.

واخيرا شكر خاص إلى د. مصطفى الهندي ود. جهاد ياسين لمتابعتهم الدقيقة للتنسيق والترجمة في البحث.

الملخص

إن التطور الكبير الذي شهده العالم في السنوات الاخيره في مجال الصحة النفسية سلط الضوء على مبدأ هام للغاية وهو مبدىء الوقاية والبحث في الاسباب التي تؤدي إلى حدوث الإضطرابات النفسية ومن ثم يمكن التدخل ومحاصرة هذه الاضطرابات في مهدها والعمل على عدم تفشيها في المجتمع، ومن خلال الابحاث اوضحت منظمة الصحة العالمية ان هناك اكثر من 200 مليون نسمة في العالم يعانون من إضطرابات إكتئابية تدخل في المعدل الإكلينكي، كما ان هناك حوالي 6 ملايين طفل ومراهق في الولايات المتحده الامريكية لديهم اعراض إكتئابية ومن مساؤي هذا المرض هو تاثيره المنتشر على اكثر من مستوى فهو يؤثر على إنتاجية الفرد، وعلى علاقاتة الاجتماعية، و عند الاطفال فانه يمكن تلافي كثير من مشاكل الدراسة والتسرب المدرسي، وعدم الانتباه والتركيز في الصف، وما يتبعها من خسائر في موارد البلاد سواء على المستوى البشري وهو اغلى ما نملك او على المستوى الاقتصادي إذا اولينا هذا المرض بعض الإنتباة ولقد كانت اغلب الابحاث على مستوى الطفولة مهتمة بالمرحلة العمرية الابتدائية لما لها من خصائص في بداية تشكيل شخصيه الطفل وطريقة تفكيره ومن ثم الاهتمام بالمؤسسات الاجتماعيه التي لها تأثير على تشكيل سلوكهم وافكارهم ومن اهم هذه المؤسسات هي الاسره ولذلك اثرت موضوع البحث حول العلاقة ما بين إكتئاب الاطفال والأنماط الشخصيه للوالدين في محاوله للإجابه على الاسئلة التاليه:

1- ما مدي انتشار الاكتئاب بين طلاب الصف السادس الابتدائي في مجتمع البحث (منطقه رام الله والبيره).
2- هل يوجد هناك فرق في نسبه إنتشار الاكتئاب ما بين الذكور والاناث ؟.
3- هل تختلف الاعراض الاكتئابيه التي يعاني منها الذكور عن تلك التي تعاني منها الاناث ؟.
4- هل لنمط شخصيه الوالدين تاثير في ظهور الاعراض الإكتئابية عند الاطفال.
ولإستكمال هدا البحث إستخدمت الباحثه اداتين من الادوات المعروفه على مستوى العالم والتان استخدماتا في دراسات عبر حضاريه كثيره ومنها:

1- مقياس الاكتئاب للاطفال Children's Depression Inventory C.D.I وهومقيا س مقنن ومعرب في البيئة المصرية من إعداد د.غريب عبد الفتاح (1995) ويتمتع بنسبه ثبات عاليه في البيئة الفلسطينية وهي0.83 حسب معامل كرنباخ الفا .
2- مقياس ايزنك للشخصيه Eysenk Personality Questionnaire E.P.Q. و لقد قام بتعريبه وإعداد معايير الصدق والثبات في البيئة المصرية د. احمد عبد الخالق (1975) و عند حساب معامل الثبات في البيئة الفلسطينية من خلال معادلة كرونباخ الفا كانت النسبة (0.79)
عينة الدراسة:
لإختيار عينة البحث تم إختيار عينة طبقية عشوائية (Stratified random Sample)ولقد تم ذلك على عدة مراحل اولا تم تقسيم مجتمع الدراسة إلى ثلاث طبقات من المدارس وهي مدارس الحكومة ومدارس الوكالة والمدارس الخاصة ثم تم حصر عدد من طلاب في كل طبقة على حده ثم قسم مجتمع الدراسة إلى عناقيد (clusters) وتم الإختيار من هذه العناقيد بطريقة عشوائية ما يمثل 10% من تعداد طلاب الصف السادس في كل طبقة في منطقه رام الله والبيره ولقد بلغ حجم العينة 640 طفل، وبعد جمع الإستمارات تم إختيار 30 والد ووالده من اباء اطفال حصلوا

على درجات عاليه في إختبار الإكتئاب ومقارنتهم من ناحيه أنماط الشخصية مع 30 والد ووالده طفل ممن حصلوا على درجات منخفضة عل مقياس الإكتئاب، ومن خلال التحليل المناسب في برنامج (S.P.S.S (Statically Package For The Social Sciences

باستخدام معامل كاي تربيع توصلت الباحثة للنتائج التالية

١ - عدم وجود علاقة بين متغير درجة الإكتئاب ومتغير الجهة المسؤولة عن المدرسة

٢ - وجود علاقة بين متغير درجة الاكتئاب والجنس لصالح الإناث

٣ - وجود علاقة بين متغير الجنس ومتغير نوع الاعراض الاكتئابية والتي تنقسم إلى اعراض فسيولوجية (صعوبة النوم و فقدان الشهية للطعام) اعراض سيكولوجية ومثل (القلق) وأعراض سلوكيةمثل(البكاء والإنتحار) في البعد السلوكي (البكاء) كان هناك علاقة لصالح الفتيات.

٤ - وجود علاقة بين متغير السمات الشخصية للأباء في بعد العصابية وبين متغير الاكتئاب عند الاطفال لصالح الاطفال المكتئبين.

المحتويات

بيان ..... **I**

شكر وعرفان ..... **II**

الملخص ..... **III**

المحتويات ..... **V**

قائمة الاشكال ..... **VII**

فهرس الملاحق ..... **IX**

الفصل الاول مشكلة الدراسة واهدافها **2**

1.1 مقدمة *2*

2.1 مشكلة الدراسة *3*

3.1 أهمية الدراسة *4*

4.1 اهداف الدراسة *5*

5.1 فرضيات الدراسة *6*

6.1 حدود الدراسة *6*

7.1 مصطلحات الدراسة *7*

الفصل الثاني الادب التربوي والدراسات السابقة **10**

1.2 أهم النظريات المفسره لحدوث الإكتئاب *10*

1.1.2النظرية الكيميائية 11

2.1.2التفسير التحليلي –الفرويدي للإكتئاب 11

3.1.2نظرية التعلم الاجتماعي 14

4.1.2تأثير الضغط النفسي في ظهور الإكتئاب 15

5.1.2النظرية المعرفية 16

2.2 الشخصية *17*

3.2الدراسات السابقة *24*

1.3.2الدراسات العربية 24

2.3.2الدراسات التي اهتمت بنسب واماكن انتشار الاكتئاب 26

3.3.2الدراسات الاجنبيه 30

4.3.2خلاصة الدراسات السابقة 32

الفصل الثالث الطريقة والاجراءات 35

1.3منهج الدراسة: *35*

2.3مجتمع الدراسة: *35*

3.3عينة الدراسة: *36*

4.3متغيرات الدراسة *38*

5.3داوات الدراسة *38*

1.5.3مقياس الإكتئاب 38

2.5.3اختبار الشخصية 40

6.3إجراءات الدراسة *41*

الفصل الرابع نتائج الدراسة 43

الفصل الخامس مناقشة النتائج والتوصيات 61

1.5مناقشة النتائج *61*

2.5التوصيات *64*

قائمة المراجع العربيه 65

المراجع الاجنبيه 69

قائمة الملاحق 71

قائمة الاشكال

جدول رقم (1) 36

توزيع مجتمع الدراسة حسب الجهة المشرفة والجنس 36

جدول رقم (2) 36

المدارس التي تم عمل البحث فيها 36

جدول رقم (3) 37

عدد طلاب و طالبات العينة 37

جدول رقم(4) 37

تعداد الطلاب حسب نوع المدرسة 37

جدول رقم (5) 43

يبين توزيع الطلاب بالنسبة إلى نوع المدرسة ودرجة الإكتئاب 43

نوع المدرسة 43

أطفال لديهم إكتئاب بسيط 44

جدول رقم (6) 44

يبين توزيع الاطفال بالنسبة إلى الجنس ودرجة الإكتئاب 44

جدول رقم (7) 46

يبين توزيع إجابات الذكور والاناث عن سؤال القلق 46

جدول رقم (8) 46

يبين توزيع إجابات الذكور والاناث عن سؤال إيذاء الذات 46

جدول رقم (9) 47

يبين توزيع إجابات الذكور والاناث عن سؤال الشعور بالبكاء 47

جدول رقم (10) 48

يبين توزيع إجابات الذكور والاناث عن سسؤال الصعوبة في النوم 48

جدول رقم (11) 48

يبين توزيع إجابات الذكور والاناث عن سؤال إنعدام الشهية للطعام 48

جدول رقم (12) 50

يوضح الاختلاف والاتفاق بين الاولاد والبنات في التعبير عن الإكتئاب 50

جدول رقم (13) 51
يبين عدد و نوع أبناء الأباء موضع الدراسة 51
جدول رقم (14) 51
يوضح تمثيل الاطفال في المدارس المختلفة 51
جدول رقم (15) 52
يوضح نمط شخصية اباء الاطفال المكتئبين مقارنة مع اباء الاطفال غير المكتئبين في بعد الانبساطية والانطوائية 52
جدول رقم (16) 53
يوضح نمط شخصية اباء اطفال مكتئبين مقارنة مع اباء اطفال غير مكتئبين في بعد الاتزان الانفعالي والعصابية 53
جدول رقم (17) 54
يوضح نمط شخصية اباء اطفال مكتئبين مقارنة مع اباء اطفال غير مكتئبين في بعد السواء– الذهانية 54
جدول رقم (18) 55
يوضح نمط شخصية أمهات اطفال مكتئبين مقارنة مع امهات اطفال غير مكتئبين فيي بعد الانطواء الاجتماعي والحدود الطبيعية للتفاعل الاجتماعي 55
جدول رقم (19) 56
يوضح نمط شخصية أمهات اطفال مكتئبين مقارنة مع امهات اطفال غير مكتئبين فيي بعدالاتزان الانفعالي –العصابية 56
جدول رقم (20) 57
يوضح نمط شخصية أمهات اطفال مكتئبين مقارنة مع امهات اطفال غير مكتئبين في بعد السواء –الذهانية 57
جدول رقم(21) 58
يوضح العلاقة بين مستوى الدلالة المحسوبة ومستوى الدلالة المفروضة والقرار الذي اتخذ في ابعاد الشخصية بين اباء وامهات اطفال مكتئبين غير مكتئبين 58

فهرس الملاحق

١ كتاب وزير التربية والتعليم

٢ إختبار الاكتئاب للاطفال

٣ قائمة ايزنك للشخصية

الفصل الاول
مشكلة الدراسة وأهدافها

1.1 مقدمة

٢.١ مشكلةالدراسة

٣.١ اهمية الدراسة

٤.١ اهداف الدراسة

٥.١ فرضيات الدراسة

6.1 حدود الدراسة

٧.١ مصطلحات الدراسة

الفصل الاول
مشكلة الدراسة وأهدافها

1.1 مقدمة

إن الاسرة هي المؤسسة الاولى التي تعنى بتنشئة الطفل، وهي نظام عالمي لايقتصر على جماعة معينة كما ان الطفل الانساني يحتاج إلى فتره طويلة من الرعاية مقارنة بالكائنات الحية الاخرى . فهو يستغرق اربعة عشر عاما حتى يحقق نضجا جسميا وإستقلالا إلى حد ما عن اسرتة مقارنة ببقية الثدييات والتي ربما تحتاج إلى عدة اشهر للوصول لهذا الإستقلال عن ابائها. وخلال هذة المده فإن الطفل يتشرب كثيرا من السلوكيات بداية من الطعام والشراب مرورا بتعلم اللغة والسلوك إلى أن يصل إلى مرحلة اكثر إرتقاء وهي التفكير والمشاعر وكيفية التعبير عنها كما ان الطفل لايولد بذات بل تنمو من خلال التفاعل الإجتماعي حيث ينمي الانسان تدريجيا إتجاهات ومعتقدات حول نفسه وتنمو هذه الإتجاهات او المعتقدات من خلال مقارنة الانسان نفسه بالاخرين ومن خلال تخيله عن راي الاخرين فيه فذواتنا هي إدراكنا انفسنا ونحن حين ندرك انفسنا فنحن ذوات وموضوع في ان واحد.

اذن السلوك الانساني يتأثر بعوامل عديدة منها التنشئة الوالدية في الاسره، والعلاقات التي تتم بين الطفل وزملائه في المدرسة، وكذلك من خلال المحيط الإجتماعي والثقافي العام الذي يعيش فيه ومنها تزايد إهتمام علماء الاجتماع وعلماء النفس بدراسة العوامل البيئية والتنشئة الإجتماعية للطفل وتأثير ذلك عليه سواء من الناحيه السلوكية او الإستعداد و الإصابه بالامراض النفسيه فقد دلت الدراسات إلى ان 58% من أباء الاطفال المكتئبين هم ايضا مصابون بالإكتئاب ولكن ما مدى تأثر الاطفال بالسمات الشخصيه للأباء خاصة في السمات التي عرفها أيزنك بانها ترث الاستعداد

للإصابه بالامراض النفسية وهي سمة العصابية و الإنطوائية وهل الافعال المنعكسة الخاطئة والتي تعلمها هؤلاء الاباء من خلال إدراكهم الخاطئ للبيئه ومؤثراتها يمكن ان تنتقل إلى الأبناء.

2.1 مشكلة الدراسة

ان الاكتئاب خبرة عامه لابد من المرور بها وهي شكل من اشكال التطور. فكل فرد يمر في مرحله من حياته بخبرة الإكتئاب، ولكن عند سؤال شخصين عن معنى هذة الكلمة نلاحظ ان هناك إجابتين مختلفتين وذلك لان كل شخص يصف الإكتئاب من وجهة نظره الخاصة فالبعض يصفه بالحزن الشديد والبعض الاخر يصفه بهبوط الهمة للعمل او الاحساس العالي بالذنب، ولا تكمن صعوبة الوضع في الاختلاف الشديد والتنوع في الاعراض، ولكن ايضا في إختلاف مستوى الشده من فرد لاخر. وربما من إختلاف الاعراض من مرحلة عمرية عن مرحلة اخرى فإذا كان الراشدون يشكون من صعوبه في الذهاب للعمل والانطواء الاجتماعي ربما نجد ان الاطفال يشكون من اوجاع بدنيه متكرره مثل الام الرأس والبطن او ربما تاخذ شكلا اخر مثل الهروب من المدرسة او عدم التركيز في الدروس. وعند الإطلاع على حجم الاصابه بهذا المرض في العالم يمكن ان ندرك خطورة الوضع .

تذكر احدث التقارير الإحصائية المنشوره في الولايات المتحده ان الإكتئاب يصيب حوالي 12 مليون شخص سنويا وهذا يكلف الاقتصاد بسبب الغياب عن العمل وفقدان الطاقه الانتاجيه والرعاية الصحية حوالي 12 مليار دولار سنويا (معمريه، 2000).

كما ان هناك حوالي 6 ملايين طفل ومراهق في الولايات المتحده الامريكيه يعانون من الاكتئاب، كذلك فان من كل 33 طفل هناك طفل يعاني من الاكتئاب ويزداد الوضع سوء في

المراهقه حيث يوجد مراهق مكتئب بين كل ثماني مراهقين،

(http : //WWW. student student WEA Resources : childhood depression wea. org/ misc/depress. HTM).

ومن ذلك يمكن ان نستنتج حجم الخسائر الناجمه عن هروب الاطفال من المدارس او عدم الاهتمام بالدروس ومشاكل قلة الانتباه والتركيز وما يتبع ذلك من إهدار لموارد الدولة وفقد كثير من الطاقات لمعالجة هذه المشاكل والتي ترجع في الاصل إلى الاصابة بالاكتئاب ولكن إذا تم التعرف على اعراض الاكتئاب ربما سهل على القائمين على رعاية الاطفال وهم الوالدين المرشدين بالمدارس الاطباء سهل عليهم التعرف على المرض ومن ثم مهد لتدخل صحيح وسريع .كما تكمن اهميه هذه الدراسه إلى بحث سبب اخر من اسباب الاكتئاب حيث دلت الدراسات على اهميه دورالوالدين في حماية اطفالهم من الإصابه بالامراض النفسيه(Freden,1982) .
ولكن على حد علم الباحثة لم يوجه التساؤل حول تاثير السمات الشخصية للوالدين على إصابة الاطفال بالإكتئاب وبالتالي نستطيع تركيز الضوء على البيئة التي ينحدر منها الطفل ووضع برامج لتوعية الاهل بدورهم الهام في حماية اطفالهم من الاكتئاب.

3.1 أهمية الدراسة

مع التطور الذي شهدته الأبحاث في مجال الصحة النفسية تزايد في الفترة الاخيرة الاهتمام بالصحة النفسية للطفل خاصة في مجال الامراض النفسية وسبل الوقاية والعلاج. وذلك من خلال تحقيق المناهج الاساسية للصحة النفسية وهي:

١ -المنهج النمائي: والذي يسعى إلى زياده التوافق لدى الاسوياء ويتحقق هذا الهدف من خلال دراسة امكانيات الافراد وتوجيهها ورعاية مظاهر النمو.

٢ -المنهج الوقائي: ويتضمن الوقاية من الوقوع في المشكلات والأمراض النفسية وهو يهتم بالاسوياء ليقيهم من اسباب المرض النفسي وذلك عن طريق تعريفهم بالمرض واسبابه.

٣ -المنهج العلاجي: ويتضمن علاج المشكلات والامراض النفسيه حتى العودة إلى التوافق النفسي والصحة النفسية (العناني، 1997).

وتكمن اهميه هذه الدراسة في العمل على المستوى الثاني من مستويات التدخل للوصول الصحة النفسيه من خلال التعرف على مدى انتشار الاكتئاب وبالتالي تزويد العاملين سواء بالصحة النفسية

او القائمين على وضع برامج الوقاية او مرشدي المدارس بنسب إنتشار المرض مما يسهل وضع خطة للتدخل في الوقاية والحد من إنتشار المرض مما يوفر الكثير من الموارد المهدوره في التعامل مع هذه المشكلة المتشعبة الاصول وبالتالي نستثمر الطاقات البشرية المستقبلة وهي اغلى ما نملك لخدمة وطننا الحبيب.

كما تكمن اهمية الدراسة في بحث فرضية تاثير الاباء العصابين المنطويين على ابنائهم في اصابتهم بالاكتئاب وذلك عن طريق البحث المقارن بين اباء اطفال مكتئبين واباء اطفال غير مكتئبين باستخدام مقياس لسمات الشخصيه وهومقياس ايزنك والذي يقيس الأبعاد التالية:

١ +الانبساط (Extraversion) – الانطواء

٢ +العصابيه (Neuroticism) – الإتزان الأنفعالي

3- الذهانيه (Psychoticism)– السواء

4.1 اهداف الدراسة

للدراسة نوعان من الاهداف أهداف نظرية و أهداف عملية:

أولاً: الاهداف النظرية:

1- التعرف على نسبة انتشار الإكتئاب بين طلاب مدارس الصف السادس الأبتدائي في منطقة رام الله و البيرة.

2- التعرف على الفروق في نسبة انتشار الإكتئاب يعزى الى نوع الجهة المشرفة على التعليم حكومي–خاص – وكاله ومن هنا نستطيع تحديد نوع التدخل وحجمه تبعا لتقدير المشكله وحجمها في كل مجتمع.

3- التعرف على الفروق بين الجنسين في إنتشارالإكتئاب

4- التعرف على الفروق بين الجنسين في شكل الأعراض الإكتئابيه.

5- التعرف على سمات شخصية محدده للوالدين تؤثر على إصابة اطفالهم بالإكتئاب وذلك يمكننا من فهم اكثرلطبيعة شخصيه الوالدين ومدى تاثيرهاعلى الاطفال ومن ثم نستطيع تطوير برامج للحمايه.

ثانيا: الأهداف العملية:

1- من خلال تحليل البيانات والنتائج التي سوف نحصل عليها يمكن ان تتضح لنا صورة الوضع في مجتمعنا الفلسطيني وبالتالي تيسر لنا وضع خطة تدخل سواء على المستوى الوقائي أو العلاجي.

2- إختبار فرضية جديده وهي اثر السمات الشخصية للوالدين وتاثيرها على الاطفال وبالتالي فان نشر هذه المعلومات يمكن ان يساعد الآباء على تعديل الانماط المسببة للمرض بما يتلائم مع الأسس الصحيحه للتربية والسلامة النفسية.

5.1 فرضيات الدراسة

1- لاتوجد علاقة بين متغيردرجة الاكتئاب ومتغير الجهة المسؤولة عن المدرسة عند مستوى الدلالة α =0.05 .

2- لا توجد علاقة بين متغير الإكتئاب ومتغير الجنس عند مستوى دلالة α =0.05 .

3- لا توجد علاقة بين متغير نوع الاعراض الإكتئابي ومتغير الجنس عند مستوى دلالة α =0.05 .

4- لا توجد علاقة بين متغير انماط الشخصية لدى الوالدين وبين متغير الاطفال المكتئبين وغير المكتئبين عند مستوى دلالة α =0.05

6.1 حدود الدراسة

١ -الحدود البشريه:

إقتصرت الدراسة على المرحلة الدراسية للصف السادس الابتدائي من التعليم الاساسي

٢ -الحدود المكانيه: منطقة رام الله والبيره واقتصرت على:

مدارس حكومية اولاد ومدارس بنات
مدارس اهلية اولاد ومدارس بنات
مدرسة تابعة لوكالة الغوث اولاد ومدرسة بنات

3-الحدود الزمنيه: بدأت الباحثه بتوزيع الاستبيانات على الطلاب في 1 /4 / 2000 وبعد جمعها وتصحيحها بدأت في إرسال الاستمارات الخاصة بالوالدين وانتهى العمل في 2000/6/1

7.1 مصطلحات الدراسة

النوبة الإكتئابية: Depressive Episode

كما في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنف الأضطرابات النفسية والسلوكية I .C.D.10 في النوبات النموذجيةذات الأشكال الثلاثة الموصوفة (البسيطة والمتوسطة والشديده)، يعاني الشخص عادة إنخفاض في المزاج وفقد الإستمتاع والإهتمام بالأشياء وإنخفاض في الطاقة يؤدي إلى سرعة التعب ونقص النشاط ويشيع الشعور بالتعب الشديد حتى بعد أقل مجهود ومن الأعراض الشائعة الأخرى:

ضعف التركيز والإهتمام
أنخفاض إحترام الذات والثقة بالنفس
أفكار عن الشعور بالذنب أو فقدان القيمة
ويبدو المستقبل مظلما مع نظرة تشاؤمية
تنتاب المريض رغبة في إيذاء نفسه أو الإنتحار
يضطرب النوم

تضعف الشهية للطعام

ويتبدل المزاج المنخفض قليلا من يوم لأخر ولايستجيب غالبا للظروف المحيطة ولكن يجب أن لا نغفل أن هناك أختلافات فردية كبيره قد تأخذ أشكالا غير نموذجية خاصة في مرحلة المراهقه وفي بعض الحالات قديكون القلق والضائقات النفسية والتهيج الحركي اكثر وخصوصا في بعض الأوقات من الإكتئاب . وتشخيص النوبة الإكتئابية يستدعي عادة أسبوعين على الأقل على وجود الأعراض ولكن قد تكفي أحيانا فترات أقصر إذا كانت الأعراض شديده بشكل غير عادي وسريعة البداية. واجرائيا يقصد هنا بالاكتئاب مجموع الدرجات التي يحصل عليها الطفل على بنود اختبار الإكتئاب.

الاطفال:

يقصد بالاطفال في هذه الدراسة اطفال الصف السادس الابتدائي وتتراوح اعمارهم بين الحادية عشرة حتى الثانية عشرة اى في مرحلة الطفولة المتأخرة، حيث تشير دائرة المعارف البريطانية للطفولة بأنها الفترة الواقعة بين الثالثة حتى الخامسة عشرة او السادسة عشرة

(Encyclopedia Britannica, 1979)

2-السمات الشخصية:

١ -**السمة (Trait):** وهي تلك الصفة التي تمكننا من أن نفرق بين شخص وآخر وهي إستعداد عام أو نزعة عامة تطبع سلوك الفرد بطابع خاص وتشكله وتلونه وتعين نوعه وكيفيته وهذا الإستعداد يعتبر عند أصحاب نظرية السمات أهم مكونات الشخصية التي تعبر عن ميل الفرد للعمل أو عن السلوك بشكل معين (حمزة، 1991)

الإنبساطية (Extraversion):

هي صفة شخص حنون، ودود له أصدقاء كثيرين، يحبه معظم الناس ، مضحك، يحب الفكاهه، يعرض أي مشكلة تواجهه على الآخرين، يعتمد على دوره الإجتماعي يمكنه التأثير في الآخرين (هول،1971).

الانطوائية (Introversion):

هي صفة شخص هاديء،معتزل ، خجول ، متأمل ، مغرم بقراءة الكتب أكثر من التحدث إلى الاخرين،متحفظ ومتباعد في علاقاته مع الاخرين فيما عدا الاصدقاء الحميمين المقربين إليه ، ويميل للتخطيط للمستقبل، يتمهل قبل ان يقدم على اي خطوة ، يعاود التفكير، يرتاب في التصرفات التي تتصف بالاندفاع ، لايحب الاثارة يأخذ أمورالحياة مأخذ الجد ويحب اسلوب الحياة

الذي يتسم بالتنظيم الجيد، كما يتحكم المنطوي النموذجي في مشاعره ويضعها تحت سيطرته، وقلما يسلك بطريقة عدوانية، ولا يفقد اعصابه بسهولة وهوشخص يمكن الاعتماد عليه والوثوق به ،متشائم إلى حد ما، يعطي أهمية كبيرة للمعايير الاخلاقية (عبد الخالق، 1991).

العصابية(Neuroticism):

يصف أيزنك وايزنك العصابي بانه شخص متوتر ، قلق،مزاجي ، مكتئب بصفة متكررة ، يعاني من إضطراب النوم وإضطرابات نفس جسدية (سيكوسوماتية) تعددة، وسلوكه الخارجي يدل على انه عاطفي ويستجيب بقوة كبيرة لجميع أنواع المثيرات ، كما يجد صعوبة في العودة للمستوى الانفعالي الطبيعي بعد كل خبرة إنفعالية ، كما ان إستجابته الانفعالية الشديدة تؤثر على توافقه بحيث تجعله يستجيب بطريقة لاعقلانية وأحيانا بطريقة تتميز بالتصلب.

الذهانية (Psychoticism)

يمكن وصف الشخص ذو الدرجة المرتفعة على بعد الذهانية بانه منزو لايهتم بالاخرين غالبا ما يكون مزعجا غير مناسب في اى مكان (عبد الخالق ،1991)

واجرائيا يقصد هنا بسمات الشخصيه مجموع الدرجات الي يحصل عليها الشخص على بنود اختبار ايزنك للراشدين (العصابيه ، الانبساطيه ، الذهانيه ، الكذب).

الفصل الثاني
الأدب التربوي والدراسات السابقه

١.٢ بعض النظريات المفسرة لحدوث الإكتئاب

1.1.2 النظرية الكيمائية

2.1.2 التفسير التحليلي الفرويدي للإكتئاب

3.1.2 نظرية التعلم الإجتماعي

4.1.2 تأثير الضغط النفسي على ظهور الإكتئاب

2.2 الشخصية
3.2 الدراسات السابقة
1.3.2 الدراسات العربية
-2.3.2 الدراسات التي إهتمت بنسب واماكن انتشار الإكتئاب
-3.3.2 الدراسات الاجنبية
-4.3.2 خلاصة الدراسات السابقة

الفصل الثاني

الأدب التربوي والدراسات السابقه

يتضمن هذا الفصل مراجعة للادب التربوي حول الإكتئاب والشخصية بالإضافة إلى مراجعة اهم الدراسات حول هذا الموضوع:

1.2 أهم النظريات المفسره لحدوث الإكتئاب

1.1.2 النظرية الكيميائية

لقد لاحظ العلماء ان لبعض الأدوية {غير النفسية} تأثيراً على الحالة الانفعالية للشخص فقد لوحظ ان مرضى الضغط المرتفع والذين يتناولون عقار السيربازيل بانتظام تنتابهم نوبات من الإكتئاب الشديد. وفي نفس الوقت لاحظ البعض الآخر ان مرضى الدرن الذين يعالجون بعقار المارسيليد يصابون بنوبات من الإنبساط والشعور بحسن الحال ومن هاتين الملاحظتين بدأ العمل العلمي والذي اوضح ان السيربازيل يقلل من نسبة بعض الموصلات العصبية وتسمى الاحماض الامينية في المخ خاصة السيروتونين و الادرنالين والدوبامين، وبالتالي فان نقص هذه المواد يسبب الاعراض الاكتئابية، وان عقار المارسيليد يزيد من نسبة هذه الموصلات ولذا يؤدي الى أعراض انبساطية وبعد استعمال هذا العقار لمرضى الإكتئاب لوحظ انه شفى كثير منهم وكان هذا العقار الأساس لنشأة جميع العقاقير المضاده للاكتئاب وقد بدأ ذلك عام 1956.

ومما أيد نظرية الموصلات العصبية في نشأة مرض الإكتئاب وجود هذه المواد في المناطق الخاصة بالانفعال في المخ {الهيبوثلاموس} ووجودها بنسبه اعلى من اي جزء آخر في المخ كما وجد ان نسبة هذه الموصلات في المرضى المنتحرين من مرض الاكتئاب تقل في هذه المراكز الدماغية بشكل واضح وذلك بعد تحليلات دقيقه في المخ بعد وفاتهم.

كذلك أيدت هذه النظرية دراسات قام بها العلماء على مرضى كانو يعالجون من الاكتئاب ولقوا حتفهم لأسباب عديدة وعند القيام بدراسة تشريحية للمخ وجد ان نسبة هذه المواد تزيد فى المخ جراء تعاطي الأدوية، وذلك بعد ثلاثة او اربعة اسابيع من اخذها مما يؤيد العلاقة الوثيقة بين اضطراب الإكتئاب ونسبة هذه الموصلات العصبيه في المخ (عكاشه، 1992).

2.1.2 التفسير التحليلي – الفرويدي للإكتئاب

يعتبر سيجموند فرويد (S.FREUD1856-1939) هو المؤسس الفعلي والأب الشرعي لما يسمى بمدرسة التحليل النفسي (Psychoanalysis) ورغم الإنتقادات التي وجهت لهذه النظرية، فلقد كان لها من المقومات والتفسيرات المنطقية لبعض المشكلات ما جعلها تصمد الى الوقت الحاضر ويكون لها مكانة ثابتة بين النظريات المختلفة في تفسير السلوك الإنساني وخاصة الأمراض النفسية.

فلقد ذكر فرويد إن الأنسان يولد بطاقة جنسية يسميها الليبيدو (libido) هذه الطاقة هي التي تحرك الشخصية وتدفعها في إتجاهات مختلفة نحو الصحة او المرض.

وهذه الطاقة تحوي ثلاث أجزاء وقد اعطاها الأسماء التالية:

١- الهو (Id)

وهو الجانب الغريزي ويمثل في نظره كل ما يتعلق بالنزعات الهمجية الحيوانية اللامنطقية والغريزية في الشخصية الإنسانية.

2-الأنا (Ego)

ويقابل الجانب الغريزي ما يسمى بالأنا Ego وهو يمثل الجزء العقلاني والواعي الذي يوجه الإنسان للتصرف السليم الذي يتلائم مع متطلبات الواقع ومقتضيات العالم الخارجي.

3-الأنا الأعلى (Super Ego)

وهو الضمير أو الرقيب الداخلي الذي يوجه أفعالنا وفقا للمعايير الخلقيه والإجتماعيه ويتكون الأنا الأعلى في المراحل الأولى من العمر بفضل الضغوط الوالدية والإجتماعية على الطفل وهذه تشكل التنشئة الأولى وهذه الضغوط تتكون كي يتخلى الطفل عن النزعة الأنانية ومشاعره العدوانية.

ولقد بين فرويد أن العلاقة بين هذه الأجهزه الثلاثة هي علاقة صراع وأن تطور الشخصية وجزء كبير من امراضها فيما بعد يحدث بسبب هذا الصراع في المراحل المبكره من العمر، هذا الصراع يكون بين إشباع حاجاتة الغريزية والعدوانية التي تمثلها الهو ID من جهه وبين الرقابة الداخلية والضمير (Super Ego) من جهه أخرى، وذلك حتى يظهر ما يقبله الواقع والمجتمع والذي يمثله الأنا (Ego) (إبراهيم، 1998).

وقد شرح (إبراهيم، 1998) هذا الجانب من الإكتئاب يمكن فهمه في ضوء الصراعات بين الأجهزه الشخصية الثلاثة وفي ضوء هذا الصراع يتفرد "الأنا الأعلى" بالنصر بما يمثل ذلك من صرامه وتطرف.

ولقد اثبتت النظرية الفرويدية ان الامراض النفسية التي تطرأ على الشخص فيما بعد بما فيها القلق والإكتئاب هي في واقع الأمر نتاج لصراعات مبكرة منذ مراحل الطفولة، وبعد اكتشاف ما سماه اللاشعور (Unconscious) بدأ في تفسير أكثر لهذه الأمراض والتي هي نتاج لكبت

هذه الصراعات في اللاشعور ولكن مع الأسف فإن هذه الصراعات تعود وتظهر في مراحل العمر المختلفة بشكل الأمراض النفسية مثل القلق والإكتئاب اي هي تكرار لاشعوري رمزي لكل ما يحدث خلال سنوات الطفولة.

ولإن هذه الدوافع لاشعورية واصبحت لاشعورية لأنها كبتت منذ الصغر فإنه لايمكن الإطلاع عليها إلا من خلال الاحلام او الأخطاء التي قد يرتكبها دون قصد (الهفوات – زلات لسان).

أما الإكتئاب فإننا نجد أن النظريات المبكره للتحليل النفسي تنظر له بصفته نتاجا للتفاعل أو التصارع بين الدوافع (الرغبات) والجوانب الوجدانيه بما فيها من مشاعر الذنب والخساره في السنوات الأولى من العمر(إبراهيم، 1998).

وممن إهتم بتطبيقات هذه النظريه العالم التحليلي إبرهام (Abraham) ولقد اهتم بتطبيق هذه النظرية في مجال فهم الامراض العقلية ووفق نظرتة التي تتبلور حول العلاقة بموضوعات حبنا، هذه العلاقة التي يقرر لها المحللون النفسيون قسطا واسعا تحت ما يسمى بدراسة العلاقة بالموضوع ، فعندما لايجد الشخص تلبية مبكره لرغباته اللذية وإشباع حاجته للحب فإنه يشعر بالغضب والكراهية والعداء نحو موضوع الذات ولكن هذا الغضب والكره يتحولان بفعل مشاعر الذنب الى الداخل أي نحو الذات وهذا هو الإكتئاب.

لذلك نجد ان الإكتئاب في ضوء النظرية التحليلية ما هو إلا ضيق وغضب بسبب الإحباط وخيبة الأمل في إشباع الحاجة للحب ولكن غضبه يتحول بفعل آليات الدفاع اللاشعورية التي يقوم بها الفرد للدفاع عن الذات عند وجود تهديد لها وكأن لسان حال الشخص يقول لموضوع الحب إنك لاتشبع حاجتي لك أو لحبي فيك والنتيجه الشعوريه هي ما دمت لاتحبني فأنا اكرهك ولكني لااستطيع ان أصرح او حتىاعترف بكراهيتي لك _ وذلك بفعل الإحساس بالذنب _ إذن فأنا الجدير بالكراهية واستحق العقاب بسبب عيوبي وقصوري (إبراهيم، 1998).

ورغم الإنتقادات التي وجهها بيك (Beack) لنظرية التحليل النفسي من عمومية تفسيرها لعدد كبير من الأمراض النفسيه بإستخدام عدد قليل من المفاهيم ودون الإعتماد على براهين علمية كافية فإن النظرية التحليلية كان لها اكبر الأثر في إغناء البحث العلمي وإلقاء الضوء على بعض ميكانيزمات وعوامل الإكتئاب ألا وهي أثر الحرمان المبكر من الوالدين وبشكل خاص من موضوعات حبنا المبكره على نمو الإكتئاب وتطوره لدى الأفراد.

3.1.2 نظرية التعلم الاجتماعي

أما النظريه الثالثه والتي فسرت الإكتئاب فهي نظرية التعلم الإجتماعي لقد كان سليجمان أول من أثبت ان الإكتئاب إستجابة نتعلمها عندما نجد انفسنا نتعامل مع مواقف مهدده للطمأنينة والأمان ولا مهرب منها أي نراها ميؤس منها (إبراهيم ، 1998).

ويمكن ان تتضح المساهمات الرئيسة في تفسير الإكتئاب وفق نظرية التعلم الإجتماعي والتي تتلخص في النقاط التاليه:

١ -يؤدي الشعور بالإكتئاب وما يصاحبه من أعراض كالشعور بالتعب إلى خفض مستوى الطاقه و النشاط وبالتالي تقل مصادر التدعيم.

٢ -يؤدي إنخفاض مستوى التدعيم بدوره الى خفض مستوى النشاط أكثر وأكثر.

٣ -تتوقف كمية التدعيم التي يتلقاها الفرد على ثلاثة مصادر هي:

أ-تدعيمات نتيجه لخصائص شخصية في الفرد مثل العمر و مستوى الجاذبية للآخرين و إنتمائه القومي والجنسي.

ب- تدعيمات من البيئة وعلى الأخص من الأسره ومقدار دعمها له وكذلك الإحساس بالأمن ويسر المعيشة.

ج_ التدعيمات الناتجه عن ما تعلمه الفرد مثل المهارات الإجتماعية والتفاعل الإيجابي مع الآخرين أو وضع إجتماعي مهني او دراسي يحقق رضاه وبذلك يكون أقل عرضة للإضطراب النفسي والإكتئاب من الشخص المتصلب والعاجز عن تكوين مجال مهني يحقق رضاه (إبراهيم، 1998.

ولقد ربط (إبراهيم، 1998) بين النظريتين على النحو التالي، وبالرغم من الإختلافات بين نظرية التحليل النفسي ونظرية التعلم فإن هناك تشابهات متعدده في تفسير كل منهما للإكتئاب فوجهة

النظر الفرويديه التي ترى أن الإكتئاب ما هو إلا نتيجة مباشره لفقدان الحب في المراحل المبكره من العمر ووفق نظرية التعلم فإن إفتقاد التدعيم والإهتمام نتيجه لموت أو فقدان أو عدم إعطاء الحب كل هذا يحرمنا من مصدر هام من مصادر الدعم النفسي والمعنوي مما يجعلنا مستهدفين لليأس والإكتئاب، ولقد كان لنظرية التعلم الأثر الأكبر في توجيه الأنظار نحو سبب هام من اسباب الإكتئاب ألا وهو الضغوط الإجتماعية والنفسية بصفتها من العوامل الرئيسية المساهمة في إكتساب السلوك الإكتئابي.

ولقد شرح (John Bowlby) في نظريته حول التعلق الامن (Attachment Theory) ان وجود خلل في الرباط العاطفي الامن بين الطفل والام يمكن ان يجعل الطفل لا يتفاعل بشكل جيد مع الازمات التطورية التي يمر بها، فإن الطفل في مراحل نموه المبكر يقوم بإستدخال معلومات خلال تفاعله مع البيئه بحيث تصبح هذه المعلومات نماذج للتعامل والتفاعل مع البيئه مدى الحياة وبذلك يكون لها الاثر الكبير على توجه ناحية الحياة فيما بعد فان الطفل الذي يكون رباط عاطفي قوي مع والديه يكون لدية إحساس عالي بالامان فهو يتوقع عند وقوعه في مشكلة ما ان هناك من سياتي لمساعدته اما الطفل الذي لديه إحساس اقل بالامان فانه يتوقع عدم الإهتمام به عند وقوعه في مشكلة،هذه التوقعات جاءت من خبرات فعلية ولكنها دخلت في (Internal Model) ثم حدث لها تعميم وبذلك اثرت على تحليل الخبرات المستقبلية للطفل(Bee, 1994)

4.1.2 تأثير الضغط النفسي في ظهور الإكتئاب

عرف د. إبراهيم الضغط النفسي بأنه: أي تغيير داخلي او خارجي من شأنه ان يؤدي الى استجابة إنفعالية مستمره (ابراهيم، 1998).

وكما هو معروف فإن هناك طائفة كبرى من الأمراض النفسية يعتقد أنها نتاج مباشر للإضطراب الإنفعالي والضغوط كالقلق والإكتئاب.ففي دراسة Alexander 1950 اوضح ان الكبت المستمر للغضب يمكن ان يؤدي إلى مشاكل عضويةمثل مشاكل القلب (Kleper ,1992) وتم تفسير معنى هذه النظرية من خلال الابحاث التي اهتمت بموضوع الضغوط النفسية وتأثيرها على الفرد اي ان الظروف المحيطة وسمات الشخصية والمتغيرات النفسية الاجتماعية لاتؤدي بشكل مباشر إلى نوع محدد من المرض بنفس الطريقة التي تسبب بها البكتريا المرض او الفيروس مثل الانفلونزا ولكنها تجعل الفرد اكثر عرضة للإصابة بالامراض ومن خلال الدراسات ايضا تم تطوير مصطلح جديد وهو قابلية التأثر(Susceptibility) بعد التاكد من ان احداث الحياة مثل الزواج او الانتقال إلى منزل جديد او تغيير الوظيفة لها علاقه بظهور بعض الامراض مثل الاكتئاب، واللوكيميا، الإنتحار والفكرة من وراء هذا المصطلح انه كلما كثرت احداث الحياة التي تسبب التوتر

بغض النظر عن طبيعتها كلما قلت امكانية الفرد على مقاومه الامراض والاضطرابات النفسية (Kleper, 1992).

وهذا ما جعل (Holmes & Rahe 1967) يطوروا اداه لقياس هذه الضغوطات الحياتية وهو مقياس(Social Readjustment Rating Scale)

كذلك من المعروف ان الضغوط النفسية وأحداث الحياه تقوم بدور مهم في تفجير النوبة الإكتئابية وهذا ما أكده عكاشه (1992).

وكما اكد بكر (1989) في دراستة عن الاطفال الفلسطنيين بان التعرض لطلقات الرصاص والعنف الجسدي والنفسي من قبل قوات الاحتلال الاسرائيلى اثر بشكل كبير على الشعب الفلسطيني خاصة الاطفال حيث زادت معدلات المشاكل السلوكية والنفسية (Garbarino,1991)

وذكر إبراهيم، (1998) أن أسوأ الضغوط وأكثرها إرتباطا بالتوتر والإضطراب النفسي هي تلك التي تحدث للفرد المنعزل والذي يفتقد للمسانده الوجدانية والدعم الإجتماعي ولكن بكل تأكيد فإن تأثير هذه الخبرات والضغوط يعتمد بشكل مباشر على مدى تقدير الفرد لها وعلى مدى إدراكه لخطورتها الرمزيه له ومن ثم فإن نفس الحدث الواحد لايثير الإضطراب عند فردين مختلفين أو حتى عند الفرد الواحد في الظروف المختلفه.

ومن هنا يتضح تاثير الضغوط النفسية على الفرد في ظهور بعض الامراض سواء الجسسمية منها اوالنفسية مثل الإكتئاب وكذلك تتضح اهمية المساندة الوجدانية التي يمكن ان يتمتع بها الفرد من خلال عائلتة على وجه الخصوص ومن المجتمع بشكل عام في تطوير مناعة ومقاومة من الإصابة بالاضطرابات النفسية.

5.1.2 النظرية المعرفية

لقد فسر ارون بيك (Arron Beck) وجهة نظرة في النظريات السابقة المفسرة للإكتئاب فمن خلال هذه النظريات نلاحظ انه رغم تباينها إنها تتفق في إفتراض أساسي وهو ان الشخص المصاب بالإكتئاب هو ضحية قوى ومؤثرات لايتبينها ولا يملك التحكم فيها، فمدرسة الطب النفسي العصبي تبحث عن أسباب بيولوجية كأن يكون هناك تغيرات كيميائية او عصبية أدت إلى المرض وبالتالي فهي تستعين بالوسائل الطبية مثل الادوية لإزالة الاضطراب. اما مدرسة التحليل النفسي فترى ان الامر عصابيا شخصيا تعزوه إلى عوامل لاشعورية ولا يملك كشف وتحليل هذا المرض سوى المعالج النفسي. اما المدرسة السلوكية فلا ترى في الاضطراب الإنفعالي أكثر من إنعكاسات لاإرادية قائمةعلى إشراطات قديمة طرأت على المريض في سالف ايامه هذه الانعكاسات (الافعال

المنعكسة) الشرطية لايملك المريض تعديلها بمجرد فهمها فوعي المريض بما يجري لايغنى عنه شيئا وإنما يلزمه إشراط مضاد يقوم به المعالج النفسي. يتبين من ذلك ان هذه المدارس الثلاث الرئيسية تتفق في ان مصدر الاضطراب يكمن وراء وعي المريض، وانه يفعل فعله اي المرض دون علمه اودرايته وهذا ما جعلها تتفق ايضا في الغض من شأن الوعي ويعني بذلك التصورات الواعية للمريض، افكاره (بيك، 2000)، وخيلاته ويفترض بيك هنا خطأ هذه الفكرة وبالمقابل يضع فرضية جديدة وهي ان الوعي هو مصدر الإضطراب ويوضح ذلك من خلال نظريته المعرفية في ان الفرد يقوم بتحريف الواقع ولي الحقائق بناءعلى مقدمات مغلوطة وإفتراضات خاطئة وتنشأ هذه الاوهام عن تعلم خاطيء حدث له اثناء مراحل نموه المعرفي فعندما يتعرض الشخص لخبرة تتضمن معنى الفقدان (loss) مثل فقدان شخص عزيز او مجموعة خبرات يراها المريض انها منقصة له إلى درجة كبيرة يبدأ المريض في تعميم هذا المعنى ليشمل نظرة الشخص إلى ذاته وإلى العالم وإلى المستقبل (او ما يعرف بالثالوث الإكتئابي) مما يؤدي إلى الظواهر الاخرى للإكتئاب فبعد ان يستشعر الشخص الفقدان (سواء الناجم عن حدث حقيقي واضح او حرمان تدريجي مزمن) يبدأ الشخص المستهدف للإكتئاب في تقيم خبراته بطريقة سلبية فيبالغ في تأويلها كدلائل انهزامية وحرمان ويعتبرنفسة قاصرا عاجزا لا قيمة له ويرد الوقائع المؤلمة إلى نقص متأصل فيه وحين يتطلع إلى الامام يتوقع لمصاعبه او الامه الحاضرة ان تستمر إلى غير نهاية ولحياته ان تكون عناء متصلا وخيبة وحرمان وحيث ان الفرد يعزو مصاعبه إلى نقائصه وعيوبة فانة يؤنب نفسة ويتزايد إنتقاده لذاته. اذن حزن المريض هو نتيجة محتومة لإحساسه بالحرمان ولتشاؤمه وإنتقاده لذاته اما المظاهر السلوكية للإكتئاب مثل الخمول والتعب هي نتاج للمحتوى المعرفي السلبي وهما تعبير عن فقد المريض للدافعية التلقائية، اما العلامات النمائيه للإكتئاب مثل فقدان الشهية او إضطراب النوم فهي مصاحبات فسيولوجية للإضطراب االسيكولوجي الخافي في الإكتئاب ولعلها أكثر الوظائف الفسيولوجية تأثرا بالإضطراب السيكولوجي الخاص بالإكتئاب. و من هنا نرى ان الانسان ليس رهينة تفاعلات كيميائية او إنعكاسات ألية بل هو كائن عرضة للتعلم الخاطيء والافكار الانهزامية ولديه القدرة ايضا على تصحيحها (بيك ،Beck,19792000).

2.2 الشخصية

ان كل فرد ياتي هذا العالم مزودا بخصائص مختلفه تؤثر في كيفيه سلوكه ولكنه بعد ان تتقدم به الحياه فترة ما، ينمي تراكيب سيكولوجية فريدة تجعله يستجيب بصورة مختلفه إلى حد ما عن اى شخص اخر في نفس الموقف وعلى ذلك فإلى جانب المثيرات البيئية التي يتعرض لها الناس فان تراكيبهم السيكولوجية المختلفة يجب ان تدرك كمحددهام لكيفية سلوكهم (لازاروس، 1980) وحسب وجهة نظر المدرسة السلوكية فان الشخصية تجريد يقوم على اساس إستنتاجات من عينات

ملحوظة من السلوك في مواقف الحياة المختلفة و انة لا يمكن فهم الشخصية الفردية بعيدا عن انماط إستجابات الفرد والتفاعل بينها وبين البيئة كما يمكن فهم الشخصية في ضوء مهارات العلاقات والمؤثرات البيئية وتاريخ التعلم الاجتماعي السابق (ميلكة، 1994).
ولقد عرف عكاشه (1992) الشخصية بانها الصورة المنظمة المتكاملة لسلوك الفرد التي تميزه عن غيره انها تشمل عاداته وافكاره واهتماماته واسلوبه في الحياه.

ومن اقدم الفلاسفه الذين اقدموا على دراسة الشخصية كان الطبيب اليوناني ابقراط فقد حاول في القرن الخامس ق.م. تقسيم الشخصية. وقسمها إلى اربعة انماط هي:

١ -النمط الدموي " دموي المزاج " وهومتفائل، نشط، سهل الاستثاره، سريع الإستجابة، جاد الطبع.

٢ -النمط البلغمي "بلغمي المزاج " وهوخامل، متبلد وفاتر.

٣ -النمط الصفراوي " صفراوي المزاج " وهوسريع الإنفعال، غضوب، عنيد، طموح.

٤ -النمط السوداوي "سوداوي المزاج" وهو متشائم، منطوي، مكتئب، هابط النشاط، متأمل والشخص الصحيح نفسيا هو الذي يكون عنده توازن بين الامزجه الأربع (العناني، 1997) (Boeree, 1998) ويعتبر المثل الحديث لهذه النظرية هو علم النفس التكويني Constitutional Psychologyلوليم شلدون William H. Sheldon وكان السلف المباشر لهذه النظرية هو العمل الذي قام به كرتشمر (1925) Kretschmer الذي قسم الناس إلى اربعة انماط جسمية:

النمط الهزيل Asthenic الطويل الرفيع، النمط الرياضيِ Asthletic العضلي القوي النمط البدين Pyknic الممتلئ، النمط المختلط Dyplastic غير المتسق حيث نسب الجسم يمكن ان تكون هزيلة مع اجزاء بدينة او رياضية معا ويؤكد كرتشمر ان المزاج وحتى نمط الاضطراب العقلي الذي يصاب به الفرد يتوقف على نمط الجسم الذي وهب للفرد وعلى ذلك فالفصامي هزيلا في بنيته الجسمية بينما حالات ذهان الهوس الاكتئابي فهي اميل للبدانة اما شلدون ورغم تتبعه لهذا الإتجاه في البحث بصورة ابعد مما عند كرتشمر فقد اقام نظاما من

مقاييس التقدير لانواع بنية الجسم وابعاده وكذلك لانواع المزاج وابعاده وقد اقترح ايضا نظرية عن العلاقة بين بنية الجسم والمزاج متأثرا بالمعلومات المعروفة عن نمو الجنين والتي يفترض فيها ان الاجزاء المختلفة لانسجة الجسم مثل اعضاء الهضم (التركيب الداخلي) Endomorphوالعضلات والعظام (التركيب المتوسط) Esomorph والجهاز االعصبي (التركيب الخارجي) Ectomorph قد تدعم كل منها بصورة مختلفة في نمو الفرد وبشكل يؤدي إلى انماط مختلفة من الاستجابة السيكولوجية (Adams, 2000)
ثم جاء يونج وقسم أنماط الشخصية إلى اثنين هما:

١ -النمط الإنبساطي المنطلق ويتصف بانه نشط يحب الاختلاط، مرح، كثير الحديث، سهل التعبير، محب للظهور.

٢ -النمط الإنطوائي ويتصف بانه حساس، حذر، متأمل، يميل إلى العزله وقلة الحديث.
ويبدو ان كتابات يونج كان لها تأثير كبير في صياغة ايزنك لنظريتة، ان إعتقاد ايزنك بان اغلب نظريات الشخصية متعلقة بمتغيرات متشابهه وغير محدده إلى جانب إستخدامه للتحليل العاملي والذي إحتل مكانا بارزا في أغلب نظريات الشخصية مثل نظريات كاتل وجيلفورد قد افضيا إلى نظام للشخصيه يتميز بعدد صغير جدا من الأبعاد الرئيسية التي تم تحديدها بدقة فائقة (عبد الخالق، 1991) وسوف نلخص هنا مفهومه العام في الشخصية، ثم نشرح الابعاد التي افترضها.

عرف ايزنك الشخصية " بانها المجموع الكلي لأنماط السلوك الفعلية أوالكامنة لدى الكائن ونظرا لانها تتحدد بالوراثة والبيئة فانها تنبعث وتتطورمن خلال التفاعل الوظيفي لاربعة قطاعات رئيسية تنتظم فيها تلك الانماط السلوكية : القطاع المعرفي (الذكاء)، القطاع النزوعي (الخلق)، القطاع الوجداني (المزاج)، والقطاع البدني (التكوين) " (هول، 1971).
وتحتل مفاهيم السمة (trait) والطراز (النمط) (type) مكانا مركزيا في نظريه ايزنك للسلوك، وهو يعرف السمة ببساطه شديده باعتبارها "تجمعا ملحوظا من النزعات الفرديه للفعل" وبعباره اخرى، فان السمة هي إتساق ملحوظ في عادات الفرد او افعاله المتكرره، اما الطراز فيعرف بانه تجمع ملحوظ او سمة ملحوظة من السمات. وهكذا فان الطراز(النمط) نوع من التنظيم اكثر عمومية وشمولا، ويضم السمة لوصفها جزاء مكونا (هول، 1971).

كما ان السمة هي عباره عن إستجابات معتاده معينة يرتبط بعضها ببعض وتنزع إلى ان توجد في نفس الشخص، واخيرا فان هناك تنظيم للسمات في بنيان اكبر عموميه وهو طراز او نمط الشخصية (هول،1971).

وكما عرفها نوتكات Notcutt ان السمة هي صفة للشخص وخاصة التي تستخدم لوصف عمليات حياته ، كيف يفكر أويشعر أويتصرف وإطلاق اسم سمة على الشخص يتضمن بعض الوحده في سلوكه والسمة هي صفه تظهر بطريقة ثابته ومتوقعة في الشخص الذي يعنينا فهي ليست حاله عارضه كما هو الشأن حين يغضب الشخص او يتهيج ولكنها طراز يتمتع بالإستمرار النسبي، إنها صفة للشخص ككل وليست صفة لاي مسلك خاص يقوم به (Notcutt, 1963). ثم يورد إيزنك مفهوم البعد بانه متصل ثنائي القطب بمعنى مجموعة من السمات ثبت إتصالها ببعض وهو ايضا نظام تكويني بنائي اي انه مكون اساسي في بناء الشخصية وطالما انه متصل ومكون اساسي في الشخصية لذلك فإن أي فرد بالضرورة له موضع على ذلك المتصل سواء كان على احد الاطراف او في الوسط وان الفرق هنا كمي وليس نوعي.

ثم ينظم إيزنك كل بعد في اربعة مستويات من التنظيم السلوكي ففي ادنى مستوى نجد الاستجابات النوعية وهي إستجابات للخبرات المعاشة يوميا وقد تميز الفرد أولاتميزه اما المستوى الذي يليه فهومستوى الاستجابات التعودية ومن خلال تسميتها نلاحظ ان صفتها التكرار والتواتر وكما تنتظم مجموعات من الاستجابات النوعية في الاستجابات التعودية فإن الاخيرةتنتظم في المستوى الثالث فيما يسمى مستوى السمة فقد تعود عدة إستجابات تعودية إلى سمة واحدة مثل الخجل أو التصلب وما قيل عن المستويين السابقين وانتظامهما في مستوى اعلى يقال عن المستوى الثالث مستوى السمة ،حيث ترتبط تلك السمات مع بعضها لتنتظم او تشكل المستوى الرابع والاخير وهو مستوى النمط والفرق بين السمة والنمط عند ايزنك ليس في الاستمرارية او شكل التوزيع بل في القدرة الشمولية الكبيرة لمفهوم النمط (الشيخ، 1999).

ولقد توصل ايزنك في تحليله العاملي إلى اربعة عوامل: وهي العامل العام والجمعي والخاص وعامل الخطأ، وانماط الشخصيه تظهر إلى الوجود عن عوامله العامه وهذه الأنماط التي وصل إليها ايزنك هي (الإنطواء – الإنبساط)، (العصابية – اللاعصابية)، (الذهانية – اللاذهانية) اما السمات فتنشاء من العوامل الجمعية وهي اقرب إلى عادات السلوك المتسقة الثابتة. اما العوامل الخاصة فتصدر عن الاستجابات العادية التي هي افعال سلوكية والتي تظهر من جديد في الظروف المماثلة والمتشابهة، اما عوامل الخطأ والتي تمثل في نظر ايزنك اقل اهمية فتصدر عن الاستجابات الخاصة لاى عمل مفرد (غنيم، 1978).

تعريف الإنطواء والإنبساط:

يرى آيزنك ان الإنبساط و الإنطواء بعد ثنائي القطب يجمع ما بين المنبسط الخالص في طرف والمنطوي النموذجي في الطرف المقابل مع درجات متصلة ومستمره دون ثغرات نتقطع بحيث يتمثل هذا البعد في جميع الأفراد، كما يرى ان بعد الإنبساط والإنطواء هما أحد المحاور الرئيسية الكبرى للشخصية.

وهناك سمات خاصة بالإنبساطي والإنطوائي أما الإنبساطي فغالبا مايكون إجتماعي يحب الحفلات له العديد من الاصدقاء، يحتاج للناس للتحدث معهم، لايحب القراءة او الإستذكار منفردا يتوق إلى الإثارة ويبحث عنها بشده، يحب المخاطرة، كثيرا ما يدس انفه فيما لايعنيه مجازف في الكلام غير مترو، يتصرف بوحي من اللحظة الحاضرة، ويعد بصفة عامة شخصا مندفعا، كما ان المنبسط شخص مغرم بالفكاهة والمداعبات السمجة، لديه دائما إجابة حاضرة، يحب التغيير بوجه عام، مبتهج، يأخذ الامور هونا، ويفضل المنبسط النموذجي كذلك ان يكون دائم الحركة دائب النشاط والقيام بالأفعال ، يميل إلى ان يكون عدوانيا ولايستطيع بصفة عامة ضبط مشاعره او انفعالاته (عبد الخالق،1991) (الشيخ، 1999) اما المنطوي النموذجي فيتميزبانه هاديء،معتزل، خجول، متأمل، مغرم بقراءة الكتب أكثر من التحدث إلى الاخرين،متحفظ ومتباعد في علاقاته مع الاخرين فيما عدا الاصدقاء الحميمين المقربين إليه، ويميل للتخطيط للمستقبل مسبقا، يتمهل قبل ان يقدم على اي خطوة، يعاود التفكير، يرتاب في التصرفات التي تتصف بالاندفاع، لايحب الاثارة يأخذ أمورالحياة مأخذ الجد ويحب اسلوب الحياة الذي يتسم بالتنظيم الجيد ، كما يتحكم المنطوي النموذجي في مشاعره ويضعها تحت سيطرته، وقلما يسلك بطريقة عدوانية، ولا يفقد اعصابه بسهولة وهوشخص يمكن الاعتماد عليه والوثوق به ،متشائم إلى حد ما، يعطي أهمية كبيرة للمعايير الاخلاقية (عبد الخالق،1991).

تعريف العصابي:

يصف أيزنك وايزنك العصابي بانه شخص متوتر، قلق،مزاجي، مكتئب بصفة متكررة، يعاني من إضطراب النوم وإضطرابات نفس جسدية (سيكوسوماتية) متعددة، وسلوكه الخارجي يدل على انه عاطفي ويستجيب بقوة كبيرة لجميع أنواع المثيرات، كما يجد صعوبة في العودة للمستوى الانفعالي الطبيعي بعد كل خبرة إنفعالية، كما ان إستجابته الانفعالية الشديدة تؤثر على توافقه بحيث تجعله يستجيب بطريقة لاعقلانية وأحيانا بطريقة تتميز بالتصلب، كما يضيف ايزنك وايزنك انه لو امكن وصف العصابي بكلمة واحدة لقيل عنه انه قلق وسمته الرئيسية انه يسيطر عليه هاجس غير موضوعي ويتوقع دائما حدوث مكروه له ويكون مصحوبا باستجابة قلق إنفعالية شديدة لتلك الافكار والهواجس وفي جانب اخر يصفان الفرد المتزن بأن إستجابته الانفعالية بطيئة وضعيفة بشكل عام، كما انه يعود إلى مستوى الاتزان الانفعالي بسرعة بعد كل إستثارة إنفعالية، ومن سماته

انه في العادة هاديء ومعتدل المزاج، منضبط وغير قلق ويبدو من هذا التعريف ان العصابية بعد متصل قطبه الاخر الإتزان الانفعالي، وهذا يعني ان كل فرد يوضع على هذا المتصل، وحسب مركزه في ذلك المتصل يتسم سلوكه وبعباره اخرى تشير الدرجات العالية على هذا البعد الاتزان الانفعالي إلى صحة نفسية جيدة وتحرر من نزعات القلق العصابي، على حين تشير الدرجات المنخفضة على هذا المتصل إلى إنحراف مزاجي، وعدم إتزان في الحياة الانفعالية بالاضافة إلى إتجاهات عصابية (عبد الله في الشيخ، 1999).

ولقد عرف ايزنك المنطوين (العصابين) يبدون ميلا إلى إظهار اعراض القلق والاكتئاب وانهم يتميزون بالميول الحوازيه وعدم الاستقرارو يعانون من عدم ثبات جهازهم العصبي المستقل وتبعا لذلك فانة من السهل ايذاء مشاعرهم واستثارة أحساسهم بالذات. وهم عصبيون ويستسلمون لمشاعر النقص ومن ذوي المزاج المتقلب، ويسهل إستغراقهم في احلام اليقظه ويبتعدون عن الاضواء والمناسبات الاجتماعية ويعانون من الارق وهم يتميزون بالدقة عموما ولكن مع البطء.

وفي المقابل يبدي الانبساطيون العصابيون ميلا لاظهار اعراض هستيرية تحولية وكذلك اتجاها هسيتيري نحو اعراضهم وفوق ذلك تبدوطاقتهم ضئيلة واهتماماتهم ضيقة كما يبدون نقص شديد في المثابرة وهم اميل للسرعة وعدم الدقة كما ان مستوى طموحهم منخفض ولكنهم يميلون إلى تضخيم ادائهم (Hall,1971).

العوامل الوراثية والبيئية لبعد العصابية:

يعزو ايزنك الفروق الفردية في ابعاد الشخصيةبشكل عام للعوامل الوراثية، ويستند في ذلك إلى عدة دراسات فهو يورد ان شيلدز عام 1962 توصل لمعاملات إرتباط مرتفعة بين التوائم المتطابقة التي نشأت معا والتي إنفصلت عن بعضها، عنها لدى التوائم غير المتطابقة كما يضيف ايزنك وبريل دراسة اخرى تؤيد تلك القضية حيث يوردان ان معامل الارتباط بين التوائم المتطابقة في العصابية 0.85 وغير المتطابقة 0.21 وفي دراسة شيلدز فقد توصل إلى ان معامل الإرتباط بين التوائم المتماثلة التي نشأت معا في بعد الانبساطية هي 0.42 في حين انها لدى التوائم المتماثلة والتي نشأت منفصلة عن بعضها هي 0.61 أما التوائم غير المتماثلة فكان ممامل الارتباط في بعد الانبساطية هو 0.17 (عبد الخالق، 1991) (الرويتع في الشيخ، 1999)

(هول، 1979) يفسر ايزنك حسب نظريتة دور العوامل الوراثية و كيفية نشأة الأمراض النفسية ففي رأي ايزنك انه يوجد إختلاف واضح بين الافراد في تكوين الافعال المنعكسة وان الاضطرابات النفسية تنشأ من تكوين افعال منعكسة خاطئة بتأثير تفاعل عاملي البيئة والوراثة وان هذه الأمراض ما هي إلاأنماط من السلوك تعلمناها لتخفف من الام القلق في ظروف خاصة ويعزز السلوك الخاطىء بإحجام المريض عن القيام باي عمل يؤدي إلى مخاوفة مما يثبت المرض، فالذي يخاف

من الاماكن المغلقة يبتعد عنها، ولا يرتادها حتى لايشعر بالقلق وهذه العملية في حد ذاتها تعزز خوفه من هذه الاماكن ومن ثم تنشأ دائرة مفرغة وتنشأ الامراض النفسية بالتالي من تفاعل ابعاد الشخصية ما بين إنطوائي وإنبساطي مع الاستعداد الوراثي للعصاب.

فإذا تفاعلت الإنطوائية مع الاستعداد الوراثي للعصاب، نشأت بعض الامراض مثل القلق و الإكتئاب والوسواس القهري ويتميز هذا التفاعل بسهولة تكوين الافعال المنعكسة الشرطية وصعوبة إطفائها مما يجعل علاجها يحتاج لوقت اكثر من الامراض الاخرى اما إذا تفاعلت الانبساطية مع الاستعداد الوراثي فتنشأ الهستيريا والشخصية السيكوباتية ويلاحظ هنا صعوبة هؤلاء الأفراد في التكيف والتأقلم مع المجتمع (عكاشة، 1992).

تعريف الذهانية:

إستخرج ايزنك عامل الذهانية عام 1961 خلال تحليله لمحكات تميز بين مجموعات ثلاثه من المفحوصين وهم الاسوياء، والفصاميون، ومرضى الهوس الإكتئابي والذهانية سمة كامنة في الشخصية توجد بدرجات متفاوته لدى كل الاشخاص وإذا وجدت بدرجة عالية فإنها تشير إلى ما لدى الفرد من قابلية او استعداد للاسواء وان نسبة ضئيلة ممن لديهم درجات ذهانية مرتفعة يعدون قابلين لتطورالذهان خلال حياتهم (الشيخ، 1999) ويمكن وصف الشخص ذو الدرجة المرتفعة على بعد الذهانية بانه منزو لا يهتم بالاخرين غالبا ما يكون مزعجا غير مناسب في اى مكان كما يمكن ان يتسم بالقسوة وعدم الانسانية، تنقصه المشاعر والاستشفاف الوجداني ومشاركة الاخرين مشاعرهم وجميعها خواص تشير إلى تبلد الشعور او نقص الاحساس(Adams,2000). وذو الدرجة المرتفعة على بعد الذهانية كذلك عدائي نحو الاخرين وحتى نحو اصدقائه وعشيرته هذا فضلا عن كونه عدواني حتى نحو من يحبهم، وهويميل إلى الأشياء الشاذة الغريبة ،يحب غير المالوف، لا يكترث بالخطر، يحب ان يخدع الاخرين وان يستغلهم ،كما يحب مضايقتهم وإزعاجهم (عبد الخالق، 1991).

علاقة العصابية بالذهانية:

يذكر احمد عبد الخالق ان الذهانية ليست درجة متطورة من العصابية ولكنها بعد مستقل عن بعد العصابيةمتعامد معه وغير مرتبط به، فكما يوجد بعد يربط العصابية بالاتزان، يوجد بعد اخر مستقل يربط بين الذهانية والسواء على شكل متصل اخر(عبد الخالق، 1991).

3.2 الدراسات السابقة

يعتبر الاكتئاب من المواضيع الحديثة نوعا ما وبخاصة إكتئاب الاطفال، لذلك فان هناك عدداً محدودا من الدراسات العربية و الاجنبية التي تناولتة بالبحث، وعلى حد علم الباحثة فانه لاتوجد دراسه ترتبط بشكل مباشر في موضوع البحث ولذلك سوف اعرض فقط الدراسات التي لها علاقة بهذا الموضوع بشكل عام ويمكن تقسيم الدراسات إلى دراسات عربية وأخرى اجنبية:

1.3.2 الدراسات العربية

في دراسة لثابت والسراج (1992) على 70 طفل من فلسطين حضروا للمعالجة النفسية في العياده الخارجية كانت معظم الاعراض عن القلق والخوف والإكتئاب وايضا كان هناك اعراض نفس جسمية (ثابت، 1999). وفي دراسة اكثر تخصصا لعبدالباقي (1988) عن انواع الاضطرابات الإنفعالية والسلوكية ومدىانتشار كل منها في مصر. اختيرت عينة البحث من الأطفال المضطربين إنفعاليا من احدى المدارس وتكونت عينة البحث من 102 طفل تراوحت اعمارهم بين 6- 12 سنه ثم اختارت عينه ضابطة من نفس المدرسة وبنفس السن والمستوى الاجتماعي والاقتصادي وكانت النتائج كالتالي: وجود 4.9 %من عينه البحث تعاني من نوبة إكتئابية كبرى ولم يظهر في العينة الضابطة، اما الاكتئاب الموقفي او العصابي فلقد ظهر في عينة البحث بنسبة 17.9% مقابل 4% في العينه الضابطة ، كما سجلت الباحثه نسبة قلق عام حوالي 3.9% في عينه البحث مقابل 2% في العينه الضابطه . كما وجدت في نفس الدراسة حول التاريخ المرضي لعائلات هؤلاء الاطفال ان 20% مقابل 4% من عينة البحث والعينة الضابطة على التوالي يعانون من إضطرابات عصابيه، كما ان معدل إنتشار الاضطرابات الإنفعاليه والسلوكيه في اخوة الحالات كان 53.9 % مقابل 16 % في العينة الضابطة، وهذا يؤكد سؤ الجو العائلي الذي يعيش فيه هؤلاء الاطفال المضطربين سلوكيا وإنفعاليا.

وهذا ما اكدته علي (1998) في دراستها حول الإضطرابات النفسية في عائلات المرضى النفسين حيث قامت باختيار اربع مجموعات من المرضى النفسيين يمثلون اربع تصنيفات مختلفة من الامراض النفسية والعقلية وهي عصاب الوسواس، عصاب القلق، الإضطرابات الوجدانية بنوعيها (الهوس والاكتئاب) واخيرا الاضطرابات الذهانية بالاضافة إلى مجموعه خامسة وهي المجموعة الضابطة وكان العدد في كل مجموعة هو 20 مريضا وبعد عمل التحليلات الإحصائية المناسبة ظهرت النتائج التالية: كانت الأعراض النفسية أكثر لدى الأطفال في عائلات المرضى النفسين

من الإناث كما ظهرت الأعراض الإكتئابيه بصورة واضحة في اطفال مرضى الإكتئاب بينما كانت اقل ما يكون في عائلات مرضى القلق وإضطراب الوسواس القهري ، وهذا ما يؤكد التأثير الشديد للأبوين على الأطفال خاصة في حالة مرضهم بالاكتئاب (على، 1998).

كما دلت دراسة وهبة (1997) في بحثها حول العلاقة بين السمات الشخصية للأمهات وضغوط الوالدية على الإكتئاب عند الاطفال تكونت عينة البحث من 134 تلميذا منهم 65 تلميذ و 69 تلميذة من طلاب الصف الخامس من التعليم الابتدائي ولقد استخدمت الباحثه استخبارايزنك للشخصية واختبارا لقياس الاعراض الاكتئابيه ومقياس الضغوط الوالدية وبعد عمل التحليل الاحصائي الملائم توصلت إلى النتائج التاليه:

١ -وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية موجبة بين درجات الاطفال على قائمة الاعراض الاكتئابية ودرجات امهاتهم على إستخبار ايزنك للشخصية في بعدي الذهانية و العصابية.
٢ -عدم وجود فروق بين متوسطات درجات الاطفال الذكور ومتوسط درجات الاطفال الاناث على قائمة الاعراض الإكتئابية.
٣ -بينت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الامهات ذوات الاطفال مرتفعي الدرجة في الإكتئاب والامهات ذوات الاطفال منخفضي الدرجة في الاكتئاب على إستخبار ايزنك للشخصية لصالح الامهات ذوات الاطفال مرتفعي دراجات الاكتئاب وذلك على بعد العصابية. وتلخص نتائج الدراسة في ان هناك علاقة واضحة وذات دلاله إحصائية بين بعض خصائص شخصية الامهات مثل العصابية والذهانية وبين الاعراض الاكتئابية عند الاطفال وكذلك وجود علاقة بين الضغوط الوالدية وبين الاعراض الاكتئابية عند الاطفال.

ولم تكتف الدراسات ببيان اثر وجود احد الأبوين الذي يكون مضطربا نفسيا وتأثير ذلك على الاطفال ، ولكن تطرقت لبيان اثر القبول والرفض الوالدي وعلاقته باعراض الإكتئاب لدى المراهقين وذلك في دراسة لعلي، (1992) ففي عينه من 319 من المراهقين والمراهقات من طلبة المدارس الثانويه والذين تتراوح اعمارهم بين 16-18 سنه وجد الباحث ان هناك علاقة ارتباطية موجبة عند مستوى 0.01 بين إدراك المراهقين والمراهقات للرفض من قبل (الاب والام) وبين درجات الاكتئاب لديهم كما وجد الباحث انه لاتوجد فروق دالة إحصائيا بين المراهقين والمراهقات في شدة اعراض الاكتئاب.

.ولم تكتف الدراسات ببيان اثر الوالدين الايجابي او السلبي على إصابة اطفالهم بالإكتئاب ولكن تطرقت إلى دراسة الاعراض المميزه للاكتئاب في مراحل عمرية اصغر ففي دراسة (عفيفي 1992) والتي حاولت فيها التعرف على الاعراض الاكتئابية عند اطفال ما قبل المدرسة وكذلك على العوامل المساهمة لمشكلة الاكتئاب ودراسة الاتجاهات الوالدية كعامل مسبب للإكتئاب عند الاطفال فقد دلت دراستها التي تمت على 30 طفل 15 ذكر و 15 انثى حولوا من قبل طبيب نفسي على ان لديهم اعراض إكتئابية دلت نتائج الدراسة على ان أكثر اعراض الاكتئاب شيوعا هي (الشعور بالحزن – القلق – وعدم الرضا) حيث تصل نسبتهم إلى 100% في الاطفال المرضى ثم تلاها اعراض الشعور بالعدوان ونسبته تصل إلى 66.3 % ثم يليها الميول للزياده في النشاط الحركي وبلغت نسبتها 63.3 % واخيرا الشعوربالانطواء ووصلت نسبته إلى 33.3 % اما عن العوامل المساهمة لمشكلة الاكتئاب فقد وجدت الباحثه ان نسبة 46.7 % من امهات الاطفال المكتئبين لديهم اعراض إكتئابية بينما تصل نسبه إصابة الاباء إلى 43.3 % كما ان قمع الطفل وعدم تلبية إحتياجاته باستمرار يؤدي إلىظهوراعراض إكتئابيه بنسبه تصل إلى 20 % وان نسبة الارق لدى الاطفال المكتئبين تعطي دلالة إحصائية حيث وصلت إلى 56.7 % مقارنة مع المجموعة الضابطة 6.7 % اما عن التغيرات في الشهية فلم توجد اي مؤشرات تعطينا دلالة احصائية.

2.3.2 الدراسات التي اهتمت بنسب واماكن انتشار الاكتئاب

اولا نعرض دراسة منظمة الصحة العالمية والتي اوردت في تقريرها عام 1986 ان هناك ما لا يقل عن مئة مليون شخص في العالم مصابون بالاكتئاب، ان الاسباب التي دعتهم للاهتمام بمشكلة الاكتئاب على اساس انها في تزايد مستمر ان متوسط العمر المتوقع للفرد اخذ في الزياده في اغلب البلدان، ومن ثم فان كلا من الاعداد المطلقة للمعرضين للإصابة بالاكتئاب ونسبهم تتزايد ايضا تبعا لذلك وثمه سبب اخر هو ان اناسا اكثر يعيشون اليوم في بيئة إجتماعية وطبيعية سريعة التغير تتسبب في كثير من الاحيان في حدوث كرب نفسي إجتماعي حاد وممتد ولقد تمت دراسة منظمة الصحه العالمية على 537 مريض بالاكتئاب وقد تم تقدير حالتهم بطريقة متسقة وعيارية بواسطة اطباء نفسيين في خمسة مراكز بحث ميداني متعاونه تقع في اربعة بلدان ومراكزالبحث هذه التي شكلت الشبكه القائمه بإجراء الدراسه الحاليه ملحقه باقسام الطب النفسي في بازل (سويسرا) و مونتريال (كندا) و ناجازاكي (اليابان) و وطهران (إيران) وطوكيو (اليابان). وقد إختيرت هذه المراكز لانها جميعا اضطلعت باجراء دراسات هامةحول الاكتئاب ومن ضمن الاستنتاجات التي خرجت

بها الدراسة إستنتاج حول خصائص مجموعات المرضى التي تضمنتهم الدراسة: تبين ان المرضى الذكور كانوا من صغار الراشدين بوجه عام وان معظم المريضات كن في اوائل المرحلة الوسطى من العمر وفي كل المراكز باستثناء مركز طوكيو كان عدد المريضات اكبر من عدد المرضى، وكانت اكبر مجموعة مهنية هي مجموعة ربات البيوت وكان معظم المرضى متزوجين وكانوا باستثناء المرضى في طهران ذوي حالة إقتصاديه متوسطه المستوى ومستوى تعليمي مرتفع إلى حد ما.

اما دراسة عبد الحميد (1988) عن وبائيات اعراض الاكتئاب النفسي بين مجتمعي الريف والحضر في البيئة المصرية ففي عينه من 872 من الحضر و 780 من الريف تراوحت اعمارهم بين 18 – 50 سنه قام الباحث يتطبيق استبيان بيك للاكتئاب كما تم فحص المرضى نفسيا وعضويا ولقد اوضحت النتائج ان 65.5 %من الريف و34.2 % من الحضر يمكن ان يكون بهم مرض نفسي وبهم اعراض إكتئابية وتعتبر هذه النسبة عالية في المجتمعين ولكن في المجتمع الريفي به نسبه اكثر جدا من المجتمع الحضري كما بينت النتائج ان النساء في المجتمعين اكثر تعرضا للاعراض الاكتئابيه من الرجال كذلك صغار السن في المجتمع الحضري وكبارالسن في المجتمع الريفي اكثر إصابه بالاعراض الاكتئابيه.

وقد لفت النظر (غريب، 1994) في دراستة عن اكتئاب اطفال المرحلة الابتدائية في دراسة مقارنة للبنية العاملية للاكتئاب بين مصر والامارات العربية المتحده، على ان العديد من الدراسات ايدت إحتمال الاختلاف في المكونات العامليه لاكتئاب الاطفال بإختلاف الخلفية الثقافية مما يجعل من الخطر الاعتماد على نتائج الدراسات في مجتمعات معينة وتعميمها على مجتمعات اخرى.
لذلك قام الباحث باختبار مجموعه من المفحوصين بلغت 785 طفل من تلاميذ المرحلة الابتدائية من الملتحقين بالصفوف من الثالث إلى السادس الابتدائي منهم 413 من المصريين (238 إناث و175 ذكور) و372 من الامارات (218 إناث و 154 ذكور) وقد تم إختيار العينة عشوائيا وقد استخدم الباحث اداه واحدة وهي مقياس C.D.I وقد اظهرت نتائج الدراسة ان المكونات العامليه لاكتئاب اطفال المرحلة الابتدائية في كل من مصر والامارات العربية لا تختلف كثيرا عما يذكر في تصنيفات الاضطرابات العقليه المتعارف عليها دوليا واوضحت وجود درجة من التشابه بين العوامل الاساسية لاكتئاب اطفال المرحله الابتدائية في كل من مصر والامارات العربيه المتحده.

اما الدراسات التي اهتمت بالتفرقة بين الذكور والاناث في الاصابة بالاضطرابات السلوكية فكانت دراسة رفعت (1991) عن الاضطرابات السلوكية في اطفال المدارس الابتدائية دراسة مقارنة بين

الاناث والذكور ففي دراستها على مدرستين من مدارس الاطفال الابتدائية حيث كانت عينه البحث 1085 طفل وجدت ان 51 ذكر و 23 انثى مصابون باضطرابات سلوكيه وان معدل إنتشار هذه الاضطرابات السلوكيه 6.8% في كلا المدرستين وانها 8.9% بالنسبة للذكور و 4.5% بالنسبة للاناث وان معدل إصابة الذكور للإناث 2 :1 وقد وجدت دلاله إحصائيه لمعدل الانتشار وقد كان متوسط عمر افراد العينه 8 سنوات + 1.5 للذكور و + 1.3 للإناث وبعد تطبيق إختبار الشخصيه على العينتين وجدت الباحثه ان كلا من إناث وذكور العينة يعانون من الانطواء و العصابية.

وفي دراسة غريب (1993) التي تناولت اثر بعض المتغيرات الديموجرافية: الجنس و السن ومستوى التعليم والحالة الاجتماعيةعلى الاكتئاب فقد استعان الباحث بعينه من 462 فرد (221 إناث و 241 ذكور) وقد استخدم إختبار (B.D. I) وهو من إعداد الباحث ليجيب على الاسئلة التالية:

١ -هل يتشر الاكتئاب بنسب اكبر لدى الاناث عنه لدى الذكور واى من الجنسين يعاني قدرا من الاكتئاب اعلى من الجنس الاخر؟

٢ -ماالعلاقة بين الاكتئاب والسن وايهما اكثر إكتئابا صغار السن ام الكبار؟ وهل الزياده في السن تشكل عاملا مخففا ام عاملا مساعدا في وجود الاعراض الاكتئابيه؟

٣ -ماأ ثر ما يحصل عليه الفرد من تعليم على مقاومته للإكتئاب وهل يقل شيوع الاكتئاب وتقل حدته كلما زاد نصيب الافراد من التعليم ام ان مستوى تعليم الفرد لايؤثر في فرص إصابته بالاكتئاب؟

٤ -ما اثر الزواج على الصحة النفسية للافراد؟ وما اثر الحاله الزواجية على كل من شيوع وحدة الاكتئاب ؟ ولقد توصل الباحث للنتائج التالية:

١ -وجود فروق في الاكتئاب سواء في مدى شيوعه اوحدته لصالح الاناث.

٢ -وجود علاقة سالبة بين الاكتئاب والسن بمعنى يقل الاكتئاب مع التقدم في السن.

٣ -وجود فروق في الاكتئاب ترجع إلى مستوى التعليم سواء في نسبة شيوعة او في حدته فتقل نسبة تواجده كذلك حدته لدى الافراد الاكثر تعليما.

٤ -وجدت فروق في الاكتئاب بين المتزوجين وغير المتزوجين وذلك بان ظهر الاكتئاب بنسب اعلى وبدرجة اشد لدى غيرالمتزوجين مقارنة بالمتزوجين (غريب، 1993).

وفي دراسة ثابت (1997) على الاطفال الفلسطينين في قطاع غزه وجد ان الاطفال الذين كانوا يعانون من مشاكل سلوكية وإنفعالية كانوا اكثر عرضه للتعرض للخبرات الصادمه والاصابة بالامراض النفسية التاتجة عن المواقف الصادمة وبعد سنه وجد الباحثون ان هناك إنخفاضا في

نسبة المشاكل السلوكيه والانفعالية نتيجة لابتعاد الاطفال عن التعرض للخبرات الصادمة (في ثابت، 1999).

وعن اهميه احداث الحياه كما يراها مرضى الاكتئاب وغير المرضفي مصر وجدت خليل، (1980) في عينة بحثها في جمهورية مصر وهي 40 مريض بالاكتئاب 20 إناث و 20 ذكور تراوحت اعمارهم بين 20 –40 سنة وباستخدام مجموعة ضابطه من نفس العدد وبعد إستخدام مقياس بيك وجيلفورد للاكتئاب وجد ان عدد احداث الحياة و درجة التاثر بها كان اكبر لدى المكتئبين عن غير المكتئبين.

كما بحث غريب (1992) عن علاقة مفهوم الذات بالاكتئاب في مرحلة المراهقة وهذه دراسة مقارنه بين مصر والامارات ولقد استخدم الباحث في دراسته عينه من 904 طالب من طلاب المدارس الاعدادية، 483 من المصريين (243 انثى و 240 من الذكور) و 421 من الاماراتيين (208 انثى و 231 من الذكور) ولقد استخدم الباحث اداتين في البحث هما مقياس الاكتئاب C.D.I ومقياس (بايرس– هاريس) لمفهوم الذات ولقد اظهرت النتائج ما يلى:–

–وجود علاقه عكسية بين مفهوم الذات وبين الاكتئاب لدى المفحوصين ككل وفي عينات كل من مصر والامارات على حدة ولدى كل من الذكور والاناث.

– كان مفهوم الذات مفيدا كمنبئ بالاكتئاب لدى المراهقين والمراهقات من مصر والامارات وجود فروق في مفهوم الذات والاكتئاب بين المراهقين المصريين والاماراتيين لصالح المراهقين الاماراتيين.

3.3.2 الدراسات الاجنبيه

اجرى كوفمان (Kaufman,1991) في دراسة عن علاقة الاكتئاب بالاطفال الذين اسيئت معاملتهم ، هذه الدراسه اخذت عينه مكونة من 56 طفل تتراوح اعمارهم بين 7-12 سنة جميع افراد العينة من الاطفال كان يساء معاملاتهم وبعد عمل الاختبارات اللازمة وجد الباحث ان 18 % من هؤلاء الاطفال يعانون من اكتئاب رئيسي حسب مواصفات التشخيص العالمي وان 25 % من هؤلاء الاطفال انطبق عليهم تشخيص(Dysthymia عسر المزاج) وان اغلب الاطفال الذين كانوا لديهم إكتئاب رئيسي ايضا كانت الاعراض تتطابق مع وجود (Dysthymia).

و كان اهتمام الدراسات الاجنبيه بدراسة الاعراض المرضيه عند الاطفال والاهتمام بتقارير الوالدين ومدى إتفاقها مع تقارير الأطفال وهل يمكن الاعتماد على تقارير الوالدين في تشخيص الاكتئاب عند الاطفال ولذلك قام إيفنس واخرون (Ivens, 1988) ببحث حول التوافق ما بين التقارير التي يخبر بها الاطفال عن انفسهم انهم مكتئبون وبين تقارير الام والاب في الإخبار عن طفلهم انه مكتئب ولذلك استخدم عينة بحث قوامها 30 طفل تم تشخيصهم حديثا بالاكتئاب وكانت اعمار الاطفال من سن (8 – 12) سنه، من نتائج الدراسة اوضحت ان الاتفاق بشكل عام ما بين الاعراض المرضيه التي تخبر بها الام عن طفلها وبين الاعراض التي يخبرها الطفل كان منخفض وكذلك كان الاتفاق في الاعراض بين الاب والام عن الطفل ما بين متوسط وعالي في بعض الاعراض المحددة كما ان الامهات يخبرن اعراض إكتئابيه اكثر مما يخبر الاطفال عن انفسهم او يخبر الاباء عنهم.

اما في دراسة ماك كولي (Mc CAULEY,1992) عن الاكتئاب في صغار السن، وجوده الاولي وتسلسله الطبي في الاطفال الذين يعانون من الاكتئاب اصلا فقد هدفت الدراسه لتوفير معلومات متوقعه لوجود اعراض المرض وتسلسلة الطولي في الاطفال ومن ثم في مرحلة المراهقة فيما بعد وكانت تعتمد طريقة الباحث على مقابلة الاطفال وابويهم ولقد تم جمع

معلومات عن حياة الطفل في المدرسة و عن حياتة الإجتماعية وفاعلية الاسرة وذلك على إمتداد ثلاث سنوات وتوصل الباحث للنتائج التالية:

- من ال 65 طفل الذين اكملوا الثلاث جلسات الاختباريه خلال ثلاث سنوات 35 منهم اي بنسبة 54% من العينة كشفت عن نوبة اكتئابية اخرى.
- من خلال الدراسة تم وضع زيادة الكثافة السكانية، البيئة العائلية غير الفعالة في الاعتبار كمتنبئ لنوبة إكتئاب او لنكسة مرضية.

-كما وجد من خلال الدراسة إنتشار الاكتئاب بين الاناث اكثر من إنتشاره بين الذكور

ومن خلال النتائج تم التاكيد على وجود إكتئاب عند الاطفال صغار السن كظاهرة طبية جديدة ومهمة وتستحق الدراسة، كما تم التاكيد على انه كلما ارتفع مستوى الضغوط النفسيه داخل العائلة كان مآل المرض اسوأ.

وبعد التاكد من معاناة الاطفال من الاكتئاب ومن خلال الدراسات ايضا تم التاكيد على عدم فاعلية الاهل في الاخبار عن الاعراض التي يعاني منها الطفل ومن هنا بدأ التوجه في الابحاث إلى تطوير اداه تستخدم لقياس إكتئاب الاطفال بفاعليه مثل دراسة (Joseph, 1990) والتي تمت على 667 مراهق من عمر 12–16 وتم الفحص من خلال إختبار قائمة تصرفات الطفل (child behavior checklist) وبعد تحليل الاختبار تبين انه قادر على تصنيف الاشخاص المكتئبين عن الاشخاص غير المكتئبين. وبعد تطوير اداة لقياس الاكتئاب في البيئة العربية وجد غريب (Ghareeb,1990) في دراسته على اطفال مدرسة إبتدائية في مجتمع دولة الامارات العربية المتحدة وكانت العينة من الصفوف الثالث والرابع والخامس والسادس الابتدائي بلغ حجم العينة 218 طفلة و 154 طفل وتم تطبيق إختبار (C.D.I.) عليهم وظهرت النتائج التالية ان نسبة الاكتئاب بين اطفال المدارس الطبيعيين نسبيا قليلة وان معدل الدرجات على المقياس تراوح بين 1– 32 كما وجد ان هناك فروق في نسبة الاكتئاب تعزى إلى الجنس حيث بلغت نسبة الفتيات المكتئبات 64% بينما كانت نسبة الفتيان 36% من نسبة الاطفال المكتئبين وعددهم 64 طفل.

وفي دراسة (Rob Mc,1988) والتي كان هدفها تتبع الاطفال الذين يعانون من الاكتئاب عبرسنوات عمرهم المختلفة ولقد تمت الدراسة على اطفال في عمر 9 سنوات ثم تم متابعتهم في عمر 11 وفي عمر 13 سنة قسمت مجموعة الاطفال إلى ثلاث مجموعات الاولى وبها 17 طفل عرفوا بان لديهم إكتئابا والثانية 23 طفل كانوا يعانون من الاكتئاب في السابق و 81 طفل مجموعة ضابطه لاتعاني من الاكتئاب. وكان من نتائج الدراسة ان مجموعة الاطفال الذين تم

تشخيصهم على ان لديهم إكتئابا ظهرت لديهم اعراض اكثر حدة مقارنة بالمجموعات الاخرى كما ذكرت الدراسة ان اباء هؤلاء الاطفال الذين يعانون من الاكتئاب مروا بفترة من حياتهم بنوبة إكتئابية مما انعكس على اطفالهم كما كان هناك توجه في ان حدة الاكتئاب لدى الاولاد اكثر من البنات كما كان هناك ربط بين التصرفات المعادية للمجتمع والاكتئاب في مجموعة الاولاد عكس ماكان موجودا في مجموعة البنات.

اما في دراسة (Ruberu,1999) عن الادراك المعرفي عند الاطفال والمراهقين وابائهم كمتنبئ للاستجابة لعلاج الاطفال من الاكتئاب في هذه الدراسة تم بحث فرضية الادراك المعرفي عند الاطفال المكتئبين وابائهم على فرض بان هناك علاقة ديناميكية بين الطفل وابويه يمكن ان تؤثر في إستجابة الطفل للعلاج من الاكتئاب ولذلك تم إختيار عينه مكونه من 58 طفل تراوحت اعمارهم بين 8–17 سنه وتم الاشتراك من قبل احد الابوين او كلاهما في البحث ثم تم تقسيم العينة إلى مجموعتين مجموعة مستمرة على مضادات الاكتئاب والاخرى تم علاجها بعلاج وهمي وفي هذه الدراسة تم فحص الادراك المعرفي بثلاث إختبارات كما تم فحص الاكتئاب بثلاث إختبارات (C.D.I, وإختباراالاحساس بخيبة الامل واختباراالافكار الاتوماتيكيه) كما تم إختبار العائلة بمقياسيين (مقياس البيئه العائلية واستبيان بيرون للرعاية) وبعد تحليل المعلومات باستخدام معامل إرتبط بيرسون و طريقة التحليل الاحادي (ANOVA) لم تظهر إستجابات واضحة عن الاستجابة للعلاج ولكن اوضحت النتائج ان الاطفال الذين يعانون من الاكتئاب كان لديهم إدراك معرفي ونظام افكار اتوماتيكية وإحساس بخيبة أمل اعلى ممن كانوا يعانون من المراهقين، وان العائلات التي تتعامل بفاعلية من الناحية الاجتماعية وإهتمام بالاوقات الترفيهيه بالنسبه لاطفالهم او مراهقيهم كان لدى اولادهم تشويه اقل في الادراك المعرفي.

4.3.2 خلاصة الدراسات السابقة

من خلال ما تم عرضه من دراسات عربية واجنبية يمكن ان نستخلص النتائج التالية:

١ - وجود اثر لمتغير السن على الاصابة بالاكتئاب كما اكد ذلك غريب (1993)في دراسته حيث وجد ان نسبة الاصابة بالاكتئاب تقل مع التقدم في السن.

٢ - وجود اثر لمتغير الجنس على الاصابة بالاكتئاب ولقد ظهر ذلك في عدة دراسات ففي دراسة رفعت (1991)كان معدل إصابة الاناث ضعف معدل الذكورولكن في دراسة (Rob,Mc1988) كان حدة الاكتئاب وشدته لدى الاولاد أكثر من البنات ولكن في دراسة غريب(1993) كانت شدة الاكتئاب وشيوعه تنسب للبنات واكد ذلك ايضا(1990

بان نسبة الفتيات المكتئبات بلغ في دراسته 64% بينما الذكور 36% كما ربطت دراسة منظمة الصحة العالمية بين المتغيرين الجنس والسن وكانت النتائج تشير إلى ان المرضى الذكور كانوا من صغار السن بينما الاناث من المرحلة الوسطى من العمر

٣ -وجود اثر للبيئة سواء حضرية او ريفية على الاصابة بالاكتئاب حيث وجد عبد الحميد (1988) ان نسبته المصابين باعراض إكتئابية في الريف 65.5% بينما بلغت في المدينة نسبتة 34.2%.

٤ -تأثير السمات الشخصية (العصابية والذهانية) للامهات على إصابة اطفالهم بالاكتئاب حيث اثبتت وهبة (1997) وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الامهات العصابيات والاطفال المكتئبين.

٥ -هنال تاثير لإصابة الامهات والاباء بالاكتئاب على اطفالهم أكد RobMc(1988) ان اباء الاطفال المكتئبين مروا بفترة من حياتهم بنوبة إكتئابية كما وجدت عفيفي (1992) أن 46.7% من امهات الاطفال المكتئبين مكتئبات وفي دراسة علي(1998) على عينه من المرضى المصابين بالاكتئاب وجدت ان اطفالهم ايضا لديهم اعراض إكتئابية

٦ -عدم تشابة تقارير الوالدين او المدرسين في ما يخبره الطفل عن حالته الشعوريه كما اثبت (Ivens,1988)

٧ -وجود علاقة عكسية بين الاكتئاب ومفهوم الذات وذلك في دراسة غريب (1992).

٨ -وجود علاقة بين إصابة الاطفال بالاكتئاب وإساءة معاملتهم (Kaufman,1991)

٩ -التأثير السيء لاحداث الحياة الضاغطة على المكتئبين فقد وجدت خليل (1980) ان المكتئبين يدركون و يتأثرون باحداث الحياة الضاغطة بشكل أكبر عن غير المكتئبين كما اكد ثابت(1999)أن الانتفاضة والظروف القاسية التي يعيشها اطفالنا تتواكب مع زيادة الاضطرابات الانفعالية والسلوكيه لديهم .

الفصل الثالث

الطريقة والاجراءات

1.3 منهج الدراسة

2.3 مجتمع الدراسة

3.3 عينة الدراسة

4.3 متغيرات الدراسة

5.3 ادوات الدراسة

1.5.3 مقياس الاكتئاب

2.5.3 اختبار الشخصية

6.3 اجراءات الدراسة

الفصل الثالث

الطريقة والاجراءات

عرضت في الفصل الثاني الدراسات السابقة المتعلقه بموضوع الاكتئاب والنظريات المفسره له وكذلك إلى سمات الشخصية وكيفيه تكوينها وسيتم في هذا الفصل تناول الدراسه من حيث المنهج ومجتمع الدراسة والطريقة والاجراءات.

1.3 منهج الدراسة:

إعتمدت الدراسة المنهج الوصفي المسحي لملائمة هذا المنهج لطبيعة الدراسة عل عينة كبيرة من اطفال المدارس كما إستخدمت الباحثة اسلوب الاستبانة في جمع المعلومات حول مدى وجود إكتئاب لدى الاطفال إستمارة اخرى لبيان السمات الشخصية للوالدين.

2.3 مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسه من طلبة الصف السادس الابتدائي للمدارس التي تشرف عليها الحكومه ووكاله الغوث و المدارس الخاصه في مجافظه رام الله والبيره للعام الدراسي 2000-2001 حيث كان عدد الطلاب حسب احصائيات التربيه والتعليم كالأتي:

جدول رقم (1)

توزيع مجتمع الدراسة حسب الجهة المشرفة والجنس

الجهه المشرفه	ذكور	إناث	المجموع
الحكومة	2393	2363	4756
الوكالة	447	438	885
خاص	355	404	759

3.3 عينة الدراسة:

فقد تم إختيار عينه عشوائية طبقيه (Stratifid Sample) مكونه من 10% تفريبا من تعداد الطلاب في المحافظه حيث تم تمثيل نسبه 10% من مجموع كل طبقة على حده وقد تم إختيار عينة طبقية لضمان تمثيل انواع المدارس في الدراسة حيث انه يخدم الفرضية موضوع البحث و لقد مراإختيار العينة بعدة مراحل اولا تقسيم مجتمع الدراسة إلى طبقات (حكومة ،وكالة وخاصة) ثم حصر تعداد الطلاب في كل فئة بما يمثل 10% من كل طبقة وقد تم تقسيم كل طبقة إلى عناقيد وهي تمثل فصول كل مدرسة ثم إختيرت هذه العناقيد بطريقة عشوائية بحيث يكون مجموع الطلبة في الصفوف مساويا لحجم العينة موضوع البحث .

جدول رقم (2)

المدارس التي تم عمل البحث فيها

نوع المدرسة	اسم المدرسة
حكومية	ذكور هواري بومدين
	ذكور المغتربين
	بنات البيره
	بنات خوله بنت الازور
	بنات عزيز شاهين
وكالة	بنات الامعري
	ذكور الامعري
خاصة	مدرسة المستقبل / مشتركة
	مدرسة الفرندز / مشتركة

جدول رقم (3)

عدد طلاب و طالبات العينة

جنس المفحوص	تعداد الطلاب	النسبة المئوية
ذكور	307	%48
إناث	333	%52
المجموع	640	%100

جدول رقم(4)

تعداد الطلاب حسب نوع المدرسة

نوع المدرسة	تعداد الطلاب	النسبة المئوية
حكومة	411	%64.2
وكالة	101	%15.8
خاصة	121	%18.9
المجموع	633	%98.9

وقد ظهرت سبع إستمارت مفقودة من هذا الجدول نظرا لان اصحابها لم يتموا البيانات الخاصة بنوع المدرسة.

ولقد تراوحت اعمار الطلاب بين 11و12 سنه ومن اسباب اختيار هذه المرحله العمريه بالذات اولا إذا كان العمر اصغر خشيت من عدم إستيعاب الطلاب للأسئله مما يؤثر على النتائج وكذلك لم يتم

إختيار مرحله عمريه اكبر حتى لاتكون لمشاكل المراهقه وعدم الثبات الانفعالي تأثير على درجات البحث.

4.3 متغيرات الدراسة

شملت الدراسة نوعين من المتغيرات:

1-المتغيرات المستقلة وهي اولا نوع المدرسة التي يننتمي إليها الطفل (حكومةوكالة و خاصة) والمتغير الثاني الجنس وله مستويين ذكر وانثى والمتغير الاخير وهو السمات الشخصية للوالدين وله ثلاث مستويات وهي السمات التالية (الانطوائية – الانبساطية) (الثبات الانفعالي – العصابية) (السواء – الذهانية) وقد تم دراسة كل سمة من السمات بشكل مستقل مرة للأباء ومرة اخرى للأمهات.

2- المتغير التابع وهو الاكتئاب

5.3 ادوات الدراسة

1.5.3 مقياس الإكتئاب

استخدمت الباحثه مقياس الإكتئاب للصغار،اعدت هذا الاختبار في الاصل ماريا كوفاكس عام 1985 وقد اعتمدت في إعداده على دراستين قام بها كل من العالمين بيك و البرت وكانت من نتائجهما ان زمله اعراض الاكتئاب التي وجدت لدى الاطفال باستخدام مقياس

(B.D.I Beck Depression Inventory) لم تختلف عن تلك التي توجد لدى الكبار (غريب، 1995) ثم قام غريب باعداد الاختبار وتقنينه وإعداد معايير قوميه ونشرة باللغه العربيه تحت إشراف ماريا كوفاكس.

صفات المقياس: يغطي هذا المقياس طائفة واسعة من الأعراض الإكتئابيه تتضمن الإضطرابات في المزاج، الوظائف النمائيه و القدره على الاستمتاع و تقدير الذات و سلوك الفرد مع الاخرين وتدور بنود المقياس حول ما يتركه الاكتئاب من اثار في مجالات مرتبطه بالاطفال مثل المجال المدرسي ويناسب المقياس الاطفال من عمر 7 سنوات حتى سن 18 سنه. ويتكون المقياس من 27 مجموعة من العبارات تتكون كل منها من ثلاث عبارات على المفحوص ان يقوم باختيار إحداها. وتأخذ العبارات درجات من صفر إلى 2 وذلك في إتجاه ازدياد شدة الأعراض وبذلك فان الدرجه على المقياس تتدرج من صفر إلى 54.

اولا: ثبات المقياس: استخدمت طريقتين في حساب ثبات مقياس الاكتئاب في الصيغه المصريه

1- طريقه إعاده التطبيق.

2- طريقه الاتساق الداخلي باستخدام معامل الفا ولقد تراوحت معاملات ثبات المقياس بين 0.72 إلى 0.88 وكلها معاملات ثبات مرتفعه اما في البيئه المحليه الفلسطينيه فقد كان معامل ثبات المقياس (0.84) حسب معامل كرونباخ الفا.

ثانيا: صدق المقياس: استخدم غريب طريقه صدق التكوين عل عينه من الطالبات (ن= 46) وقد وصل معامل الإرتباط بين درجات مجموعه الطالبات عل مقياس الإكتئاب (د) للصغار ومقياس الإكتئاب (د) للكبار إلى 0.97 ، بينما وصل معامل الإرتباط بين درجات مجموعة الطلبه (ن=51) على مقياس الإكتئاب (د) للصغار ومقياس (د) للكبار إلى 0.71 وتشير نتائج الدراسات السابقه عن المواصفات السيكومتريه لمقياس الاكتئاب (د) للصغار على ان المقياس يتمتع بقدر جيد من الثبات وانه على درجه عاليه من الصدق (غريب، 1995) اما بالنسبة للبيئة الفلسطينية فقد إستشارت الباحثة عدد من المحكمين لبيان صدق المقياس وملائمته للتطبيق على عينة البحث وقد افادوا بصدق المقياس وملائمة تطبيقه في بيئتنا المحلية .

2.5.3 اختبار الشخصية

كما إستخدمت الباحثه في دراستها إختبار ايزنك للشخصيه الذي قام بتعربيه د.ا حمد عبد الخالق (1991) ليلائم البيئة المصرية ويتكون المقياس من 101 بند موزعة على عدد من الأبعاد الأساسية للشخصية وهي العصابية والذهانية والانبساطية ، ويعد هذا الإختبار نتاج عدد كبير من الدراسات التي أجريت في مجال تصنيف الشخصية ولقد تمخض عن هذا الجهد تحديد ثلاث ابعاد للشخصية وهي الذهانية والانبساطية والعصابية ،وتعتبر نموذجا مناسبا لوصف الشخصية ولقد ايدت كثير من البحوث الحضارية المقارنة من بلاد مختلفه عالمية نظرية ايزنك للشخصية وقابليتها للتكرار عبر قوميات متعدده من بينها ماجرى في منطقتنا العربيه، ولقد ظهر من خلال الدراسات ان إستخبار أيزنك قابل للإستخدام والتطبيق في بلاد عربية كما هو الحال في ثقافات اوروبية واجنبية و يابانية وتعد عمومية الذهانية والإنبساطية والعصابية برهانا مهما على اهمية ابعاد الشخصيه تلك (عبد الخالق، 1991)

اولا: ثبات المقياس: طبق على هذا الاختبار نوعان من الثبات الاول بطريقة إعاده التطبيق بفاصل زمني قدره شهرولقد تراوحت نسبة الثبات في البيئة المصرية بين 0.78 للذهانية، 0.89 للإنبساطية و 0.86 للعصابية ولقد جاءت معقولة حيث تراوحت معاملات الثبات بين 0.80 و0.90 وهذه المعاملات إعتمدت على عينة كبيره من المفحوصين (ن= 257) ومن ثم نستطيع القول ان ثبات إعادة التطبيق لإستخبار ايزنك للشخصيه لا يقل عن اي إختبار منشور للشخصية اما فيما يتعلق بثبات الاتساق الداخلي او معامل الفا فقد أستخدم مجموعتين من المفحوصين عينة سوية تم إنتخابها من المجتمع بطريقة عشوائية إلى حد كبير اما العينة الثانيه فهي من المجرمين الذين طبق عليهم الاستخبار في السجن وكانت معاملات الثبات معظمها فوق 0.80 (عبد الخالق ،1991)

اما في البيئة الفلسطينيه فقد تم حساب معامل كرونباخ الفا للمقياس على عينة البحث وكانت نتيجته بالنسبة للذكور(0.73) اما بالنسبة للإناث فكانت (0.75) وبالنسبة للمجموعة ككل كانت النسبة(0.79) وهي معاملات ثبات عالية.

ثانيا: صدق المقياس: لقد تم تطبيق طريقتين لحساب صدق المقياس الطريقة الاولى هي إختيار مجموعات محكيه وذلك ان النظرية المتضمنة في بناء المقياس تتطلب ان تكون مجموعات معينة كالذهانية مثلا لهم درجات مرتفعة على مقياس الذهانية ولذلك تم تطبيق الإختبار على عينة من الذهانيين المقيمين في المستشفى، كذلك طبق عليهم عدد كبير من قوائم الشخصية والاختبارات الادائية الموضوعية وقد اجريت تحليلات إحصائية شاملة متضمنة التحليل العاملي ولقد اظهرت

النتائج ان مقياس الذهانية يمكنة ان يقيس درجه التدهور الذهاني (عبدالخالق، 1991) وبالنسبة للبيئة المحلية فقد إستشارت الباحثة عدد من المحكمين وافادوا بصلاحية المقياس للتطبيق على المجتمع الفلسطيني.

6.3 إجراءات الدراسة

بعد التأكد من صدق وثبات ادوات الدراسة في قياس الهدف الذي وضعت من اجله قامت الباحثه بحصر اعداد طلاب الصف السادس الإبتدائي عن طريق وزارة التربيه والتعليم . ثم قامت الباحثه عن طريق المقابله الشخصية بتطبيق الإختبار على طلاب الصف السادس في المدارس المعنيه حيث وزعت إستمارة إختبار الإكتئاب بشكل جماعي على كل فصل على حده وبعد تعريف الباحثه بنفسها وعمل علاقة طيبة مع الاطفال وبيان الهدف من البحث قامت الباحثة بتوزيع الاستمارات وقراءة الاسئلة بصوت مرتفع لجميع الطلاب حيث يقوم كل طالب بشكل منفرد بالإجابةعن إستمارتة وبعد الإنتهاء من تعبئة الاستمارات في جميع المدارس

(عينة البحث) قامت الباحثه بعمليه تصحيح الاستمارات ثم تم فرز وتصنيف الاستمارات التي حصلت على معدل عالى على درجه الإكتئاب وموائمتها مع مجموعة ضابطة من إستمارات الاطفال الذين حصلوا على معدل منخفض في درجة الإكتئاب بحيث كان هناك تقارب بين الاستمارتين في المستوى التعليمي والوظيفه التي يعمل بها اباء هؤلاء الاطفال ثم بعد الاتفاق مع المشرفة التربوية للمدرسة تم الاتصال باهالي الاطفال ثم تم توزيع إستمارة بيان السمات الشخصيه للأباء وتم جمعها من الاطفال في اليوم التالي بعد كتابة ملاحظة في الاستماره عن هدف البحث وبعد الانتهاء من عملية المراجعة والتصنيف تمت معالجة البينات الموجوده في الاستمارات احصائيا باستخدام الحاسوب وبرنامج (S.P.S.S Statically Package For The Social Sciences).

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

الفصل الرابع
نتائج الدراسة

يتضمن هذا الفصل عرضا للنتائج التي توصلت إليها الدراسة:

الفرضيه الأولى

لاتوجد علاقة بين متغير الإكتئاب ومتغيرالجهه المسؤولة عن المدرسةعند مستوى $\alpha = 0.05$

جدول رقم (5)

يبين توزيع الطلاب بالنسبة إلى نوع المدرسة ودرجة الإكتئاب

نوع المدرسة	حكومية	خاصة	وكالة	المجموع
أطفال ليس لديهم إكتئاب	264 %64.2	57 %56.4	77 %63.6	398 %62.9

أطفال لديهم إكتئاب بسيط	95 %23.1	31 %30.7	32 %26.4	158 %25.0
أطفال لديهم إكتئاب متوسط	26 %6.3	9 %8.9	4 %3.3	39 %6.2
أطفال لديهم إكتئاب شديد	26 %6.3	4 %4.0	8 %6.6	38 %6.0
المجموع	411	101	121	633 %100

لفحص الفرضية تم إستخدام كاي تربيع لبيان العلاقة بين متغير درجة الإكتئاب و متغير نوع المدرسة وحيث ان مستوى الدلالة المحسوبة هو (0.369) وهي أكبر من مستوى الدلالة المفروضة (α= 0.05) أي أنه لاتوجد علاقةبين متغير نوع المدرسة (حكومة، وكالة، خاصة) ومتغير درجة الإكتئاب .

الفرضية الثانية

لاتوجد علاقة بين متغير الإكتئاب ومتغير الجنس عند مستوى دلالة (α= 0.05) .

جدول رقم (6)

يبين توزيع الاطفال بالنسبة إلى الجنس ودرجة الإكتئاب

الجنس	**الأولاد**	**البنات**	**المجموع**
أطفال ليس لديهم إكتئاب	201 %65.5	201 %60.4	402 %62.8
أطفال لديهم إكتئاب بسيط	76 %24.8	84 %25.2	160 %25.0
أطفال لديهم إكتئاب متوسط	21 %6.8	19 %5.7	40 %6.3

أطفال لديهم إكتئاب شديد	9 %2.9	29 %8.7	38 %5.9

ولفحص الفرضيه تم إستخدام معامل كاي تربيع لبيان هل هناك علاقه بين متغير درجة الإكتئاب و متغيرالجنس وكانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبةهي (0.019) و حيث إنها اصغر من مستوى الدلالة((α= 0.05) أي أنه توجد علاقه بين متغير درجة الإكتئاب وجنس الطفل لصالح الإناث.

الفرضية الثالثة

لا توجد علاقة بين متغير نوع الاعراض الإكتئابية وبين متغير الجنس عند مستوى دلالة(α= 0.05) .

ولفحص هذه الفرضية تم اختيار عدد من الاسئلة الموجودة في إختبار الاكتئاب للاطفال بطريقة عشوائيةبحيث يغطي كل سؤال مجموعة محددة من الاعراض فقد تم تقسيم الاعراض ال 27 إلى اعراض فسيولوجية ، اعراض تختص بالنواحي السلوكية ، واعراض سيكولوجية .لبيان هل ان الاعراض التي يعاني منها الاولاد تختلف عن تلك التي تعاني منها البنات ولبحث هذة الفرضيه تم دراسة عدد من الاسئلة الخاصة باختبارالاكتئاب عند الاطفال ولقد إختيرت هذه الاسئلة لتمثل مجالات محددة يمكن المقارنة بينهم فيها وهذه المجالات هي المجال السيكولوجي ومنه القلق وتوقع حدوث اشياء سيئة – المجال الثاني وهو السلوكي وهو إيذاء الذات (الإنتحار) و التعبير عن الحزن بالبكاء .المجال الثالث ويشمل عرضين من اعراض الاكتئاب الفسيولوجيه وهما صعوبة النوم وإنعدام الشهية للطعام وللإجابة على هذه الاسئلة هناك ثلاث خيارات وتمثل الفئات التالية (ابدا – احيانا – بشدة) وتعطى درجات لهذه الاجابات على التوالي (صفر – 1–2) في إتجاه شدة العرض.

السؤال السادس: المجال السيكولوجي (القلق)

– أحيانا افكر في اشياء سيئة (غير مستحبة) تحدث لي.
– أنا قلق ومشغول من بعض الاشياء السيئة (غير مستحبة) تحدث لي.
– أنا متأكد من اشياء سيئة (غير مستحبة) تحدث لي.

جدول رقم (7)

يبين توزيع إجابات الذكور والاناث عن سؤال القلق

الاجابة	الذكور	الاناث	المجموع
أبداً	123 %40	124 %37.3	247 %38.7
أحياناً	118 %38.4	144 %43.4	262 %41.0
بشدة	66 %21.5	64 %19.3	130 %20.3

وباستخدام معامل كاي تربيع لهذا السؤال لبيان هل هناك علاقة بين متغير القلق و بين متغير الجنس كان مستوى الدلالة لهذا السؤال هو(0.441)وهي أكبر من مستوى الدلالة(α=0.05) ولذلك لا يوجد علاقة بين متغير القلق والجنس .

اما بالنسبة للسؤال التاسع : المجال السلوكي

وكان يدور حول التفكير في إيذاء الذات (الانتحار).

- انا لا افكر في ان اقتل نفسي.
- انا افكر في قتل نفسي ولكن لن افعل ذلك.
- انا اريد ان اقتل نفسي.

جدول رقم (8)

يبين توزيع إجابات الذكور والاناث عن سؤال إيذاء الذات

الاجابة	ذكور	اناث	المجموع
ابدا	166	162	328

	%54.4	%48.8	%51.5
احيانا	117 %38.4	143 %43.1	260 %40.8
بشده	22 %7.2	27 %8.1	49 %7.7

وباستخدام معامل كاي تربيع كان معامل الارتباط بين الاولاد والبنات(0.365) وهذا لا يمثل دلالة احصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05). ويدل ذلك عل تساوي الاولاد والبنات في حالة إصابتهم بالاكتئاب في التفكير في الانتحار.

بالنسبة للسؤال العاشر الذي كان متعلق االشعور بالبكاء والذي يخدم المجال السلوكي :

- يوميا اشعر باني اريد ان ابكي.
- في أوقات كثيرة اشعر اني اريد ان ابكي.
- احياناً اشعر اني اريد ان ابكي.

جدول رقم (9)

يبين توزيع إجابات الذكور والاناث عن سؤال الشعور بالبكاء

الاجابة	ذكور	اناث	المجموع
ابدا	240 %78.8	222 %66.9	462 %72.5
احيانا	37 %12.1	68 %20.5	105 %16.5
بشده	28 %9.2	42 %12.7	70 %11.0

وباستخدام معمل كاي تربيع لبيان هل هناك علاقة بين متغير الشعور بالبكاءوالجنس كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة باستخدام كاي تربيع هي (0.003) وهي أصغر من مستوى الدلالة المفروضة وهي (α= 0.05) وهذا يشير الى وجود علاقة بين متغير الشعور بالبكاء والجنس ومن الجدول نستطيع إكتشاف انه لصالح الفتيات، ويتضح من هذه النتيجة سهولة تعبير الفتيات عن مشاعرهم بالبكاء في حالة إصابتهم بالاكتئاب وفي المقابل صعوبة ذلك بالنسبة للأولاد حتى وان كانوا يعانوا من الاكتئاب.

أماالسؤال السادس عشر والذي يدور حول صعوبة النوم والذي يقيس الاعراض الفسيولوجية:

- كل ليلة يصعب النوم.
- في ليالي كثيرة يصعب علي النوم.
- انا انام جيداً.

جدول رقم (10)

يبين توزيع إجابات الذكور والاناث عن سؤال الصعوبة في النوم

الاجابة	ذكور	اناث	المجموع
ابدا	103 %33.8	116 %34.9	219 %34.4
احيانا	155 %50.8	150 %45.2	305 %47.9
بشده	47 %15.4	66 %19.9	113 %17.7

وباستخدام معامل كاي تربيع لبيان العلاقة بين متغير صعوبة النوم والجنس كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة هي (0.233) وهي أكبر من قيمة مستوى الدلالة المفروضة (α= 0.05) نستنتج من ذلك انه لا توجد علاقة بين متغير الجنس ومتغير الصعوبة في النوم.

و عن السؤال الثامن عشر والذي يدور حول انعدام الشهية للطعام:

- في اغلب الايام لا تكون لدي شهية للطعام.
- في أيام كثيرة لا تكون لدي شهية للطعام.
- انا أكل بطريقة جيدة.

جدول رقم (11)

يبين توزيع إجابات الذكور والاناث عن سؤال إنعدام الشهية للطعام

الاجابة	ذكور	اناث	المجموع

ابدا	145 %47.4	129 %38.9	274 %42.9
احيانا	77 %25.2	88 %26.5	165 %25.9
بشده	84 %27.5	115 %34.6	199 %31.2

وباستخدام معامل كاي تربيع لبيان هل هناك علاقة بين متغير إنعدام الشهية للطعام وبين متغير الجنس كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة (0.066) و حيث ان مستوى الدلالة المحسوبة اكبر من مستوى الدلالة المفروضة (α= 0.05) أذن لايوجد علاقة بين متغير الجنس ومتغير إنعدام الشهية للطعام. ومن هذين العرضين بتضح عدم وجود علاقة بين الجنس و التعبير عن الاعراض الفسيولوجية في حالة إصابة الاطفال بالاكتئاب.

ويمكن تلخيص نتائج الفرضية الثالثة حول وجود إختلاف في الاعراض الاكتئابيه بين الاولاد وبين البنات في عدد من اسئلة الاختبار في الجدول التالي:

جدول رقم (12)

يوضح الاختلاف والاتفاق بين الاولاد والبنات في التعبير عن الإكتئاب

السؤال	مستوى الدلالة المحسوبة	مستوى الدلالة المفروضة	القرار
التفكير في الاشياء السيئه	0.441	0.05	لايوجد علاقة بين متغير القلق و متغير الجنس
التفكير في الانتحار	0.365	0.05	لايوجدعلاقة بين متغير التفكير بالانتحارو متغير الجنس
الشعور بالبكاء	0.003	0.05	يوجدعلاقة بين متغير البكاء ومتغير الجنس
صعوبة النوم	0.233	0.05	لايوجد علاقة بين متغير صعوبة النوم ومتغير الجنس
انعدام الشهية	0.066	0.05	لا يوجد علاقة بين متغير إنعدام الشهية ومتغير الجنس

ومن خلال هذا الجدول نلاحظ عدم تأثير متغير جنس الطفل على الاعراض الاكتئابية سوى في متغير واحد وبالاستعانة بجدول التوافق (التقاطع) نلاحظ ان العلاقة كانت لصالح الفتيات.

الفرضية الرابعة

لا توجدعلاقة بين متغير أنماط الشخصية لدى الوالدين وبين متغير الإكتئاب عند الاطفال عند مستوى الدلالة (α= 0.05) في انماط الشخصية للوالدين عند الاطفال المكتئبين والاطفال غير المكتئبين. وللتحقق من هذه الفرضية تم إختيار عدد 61 زوج (اب وام) من اباء الاطفال موضع الدراسة وقد تم تقسيم مجموعة الاباء والامهات إلي مجموعتين مجموعة خاصة بالاطفال المكتئبين ومجموعة خاصة بالاطفال غير المكتئبين وقد تم إختيار المجموعتين (الاباء والامهات) بحيث يكون هناك تماثل بينهم في مستوى التعليم والمستوى الاقتصادي.

جدول رقم (13)

يبين عدد و نوع أبناء الأباء موضع الدراسة

ذكور	اناث	المجموع
31 %50	30 %49.2	61

جدول رقم (14)

يوضح تمثيل الاطفال في المدارس المختلفة

الحكومية	الخاصة	الوكالة
44 %72.1	14 %23.0	3 %4.9

وقد بحثت هذه الفرضية ثلاثة انماط على بعدين مختلفين

(الانبساطية–الانطوائية)

(عدم الاتزان الانفعالي–العصابية)

(السواء–الذهانية)

وتم بحث كل سمة لأحد الابوين بشكل مستقل (مرة الاباء ومرة للامهات).

جدول يظهر البعد الاول من سمات الشخصية وهو بعد الانبساطية والانطوائية ويفحص هذه السمة بالنسبة لاباء اطفال مكتئبين مقارنة مع اباء اطفال غير مكتئبين كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (15)

يوضح نمط شخصية اباء الاطفال المكتئبين مقارنة مع اباء الاطفال غير المكتئبين في بعد الانبساطية والانطوائية

العينة	انطوائي	طبيعي	المجموع
اباء أطفال لا يعانون من اكتئاب	3 %21.1	28 %59.6	31 %50.8
أباء اطفال يعانون من اكتئاب بسيط	4 %28.6	7 %14.9	11 %18.0
أباء اطفال يعانون من اكتئاب متوسط	4 28.6	6 %12.8	10 %16.4
اباء اطفال يعانون من اكتئاب شديد	3 %21.4	6 %12.8	9 %14.8
المجموع	14	47	61

ويعد حساب معامل كاي تربيع كانت العلاقة بين متغيراباء الاطفال المكتئبين واباء الاطفال غير المكتئبين عند مستوى الدلالة المحسوبة(α= 0.094) وهو اكبر من مستوى الدلالة المفروضة عند مستوى (α= 0.05). ويتضح من هذه النتيجة عدم وجود علاقة ذات دلالة بين متغير اباء الاطفال المكتئبين واباء الاطفال غير المكتئبين على بعد نمط الشخصيه المنطوية اوالمنبسطة أما البعد الثاني من انماط الشخصية وهو بعد الاتزان الإنفعالي مقابل بعد العصابية فقد تم مقارنتة بين اباء أطفال مكتئبين واباء اطفال غير مكتئبين كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (16)

يوضح نمط شخصية اباء اطفال مكتئبين مقارنة مع اباء اطفال غير مكتئبين في بعد الاتزان الانفعالي والعصابية

د

العينة	اتزان انفعالي	عصابي	المجموع
اباء أطفال لا يعانون من اكتئاب	25 %61.0	6 %30.0	31 %50.8
أباء اطفال يعانون من اكتئاب بسيط	8 %19.5	3 %15.0	11 %18.0
أباء اطفال يعانون من اكتئاب متوسط	5 %12.2	5 %25.0	10 %16.4
اباء اطفال يعانون من اكتئاب شديد	3 7.3	6 30.0	9 %14.8
المجموع	41	20	61

وبعد حساب معامل كاي تربيع كانت العلاقة بين متغير أباءالاطفال المكتئبين وبين اباء الاطفال غير المكتئبين في بعد العصابية والاتزان الانفعالي عند مستوى الدلالة المحسوبة(α=0.003) وحيث إنها اصغر من مستوى الدلالة المفروضة(α= 0.05) يتضح من هذه النتيجة وجود علاقة بين متغير اباء الاطفال المكتئبين وبين متغيراباء الاطفال غير المكتئين في بعد العصابية والاتزان الانفعالي ويتضح من الجدول إنها في اتجاه الاباء العصابيين للاطفال المكتئبين .

ومن هذه النتيجه نلاحظ ان هناك علاقة ذات دلالة إحصائيه بين اباء الاطفال المكتئبين وبين اباء الاطفال غير المكتئبين في إتجاة الاطفال المكتئبين حيث يتمتع ابائهم بصفة العصبية الزائده.

البعد الثالث من ابعاد الشخصية للاباء وهو بعد[السواء–الذهانية] وكذلك تم مقارنة اباء اطفال مكتئبين مع اباء اطفال غير مكتئبين كما هو موضح في الجدولين التاليين:

جدول رقم (17)

يوضح نمط شخصية اباء اطفال مكتئبين مقارنة مع اباء اطفال غير مكتئبين في بعد السواء–الذهانية

العينة	السواء	الذهانية	المجموع
اباء أطفال لا يعانون من اكتئاب	28 %54.9	3 %30.0	31 %50.8
أباء اطفال يعانون من اكتئاب بسيط	8 %15.7	3 %30.0	11 %18.0
أباء اطفال يعانون من اكتئاب متوسط	8 %15.7	2 %20.0	10 %16.4
اباء اطفال يعانون من اكتئاب شديد	7 %13.7	2 %20.0	9 %14.8
المجموع	51	10	61

ملخص للجدول السابق

العينة	العدد	سواء	ذهانية

اباء اطفال غير مكتئبين	31	28	3
اباء اطفال مكتئبين	30	23	7

وبعد حساب معامل كاي تربيع كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة بين متغير نمط شخصية اباء اطفال مكتئبين مقارنة مع اباء اطفال غير مكتئبين في بعد السواء–الذهاني (α= 0.515) واكبر من مستوى الدلالة المفروضة عند مستوى (α= 0.05).

وبذلك يتضح انه ليس هناك علاقة بين متغير الاطفال المكتئبين والاطفال غير المكتئبين في سمة شخصية ابائهم على بعد الذهانية والسواء.

ثم بدأنا بفحص نفس سمات الشخصية (الانبساطية–الانطوائية) (عدم الاتزان الانفعالي– العصابية) (السواء–الذهانية) بالنسبة لامهات الاطفال مكتئبين وامهات اطفال غير مكتئبين.

اولا: بعد الانبساطية والانطوائية:

ويمكن تقسيم هذا البعد على خط طولي واحد وهو (الانطوائيه – طبيعي – الانبساطيه) وبعد تعبئة الاستمارات إتضح انه لم يكن هناك إستمارة واحد تقع في فئة إنبساطي ولذلك تمت الدراسه على اساس التفرقة بين بعدين فقط وهما البعد الانطوائي والبعد الذي يقع في حدود السواء (طبيعي) والجدولين التاليين يوضحان ذلك:

جدول رقم (18)

يوضح نمط شخصية أمهات اطفال مكتئبين مقارنة مع امهات اطفال غير مكتئبين في بعد الانطواء الاجتماعي والحدود الطبيعية للتفاعل الاجتماعي

العينة	انطواء	طبيعي	المجموع
امهات اطفال لا يعانون من اكتئاب	–	31 %54.4	31 %50.8
أمهات اطفال يعانون من اكتئاب بسيط	2 %50.0	9 %15.8	11 %18
امهات اطفال لديهم اكتئاب متوسط	1	9	10

	%25	15.8	%16.4
امهات اطفال لديهم اكتئاب شديد	1 %25	8 %14	9 %14.8
المجموع	4	57	61

ملخص للجدول السابق

العينة	المجموع	انطواء	طبيعي
امهات اطفال لا يعانون من اكتئاب	31	–	31
امهات اطفال يعانون من اكتئاب	30	4	26

وبعد حساب معامل كاي تربيع كانت قيمة مستوى الدلالة المحسوبة بين متغير نمط شخصية أمهات اطفال مكتئبين مقارنة مع امهات اطفال غير مكتئبين في بعد الانطواء الاجتماعي والحدود الطبيعية للتفاعل الاجتماعي هي (α= 0.165) وهو اكبر من مسستوى الدلالة المفروضةعند مستوى الدلالة (α= 0.05).

ولذلك لا يوجد علاقة بين متغيرامهات الاطفال المكتئبين وامهات الاطفال غير المكتئبين في بعد الانطواء الاجتماعي والحدود الطبيعية للتفاعل الاجتماعي.

النمط الثانية من انماط الشخصية الأمهات والتي تم فحصها هي (الاتزان الانفعالي–العصابية) كما في الجدول التالي:

جدول رقم (19)

يوضح نمط شخصية أمهات اطفال مكتئبين مقارنة مع امهات اطفال غير مكتئبين في بعد الاتزان الانفعالي –العصابية

العينة	الاتزان الانفعالي	العصابية	المجموع
امهات اطفال لا يعانون من اكتئاب	23 %57.5	8 %38.1	31 %50.8
أمهات اطفال لديهم اكتئاب بسيط	5 %12.5	6 %28.6	11 %18
امهات اطفال لديهم اكتئاب متوسط	6	4	10

	%15	%19	%16.4
امهات اطفال لديهم اكتئاب شديد	6 %15	3 %14.3	9 %14.8
المجموع	40	21	61

ملخص للجدول السابق

العينة	المجموع	اتزان انفعالي	عصابية
امهات اطفال لا يعانون من اكتئاب	31	23	8
امهات اطفال يعانون من اكتئاب	30	17	13

وعند حساب معامل كاي تربيع كانت العلاقة بين متغير نمط شخصية أمهات اطفال مكتئبين مع متغير امهات اطفال غير مكتئبين في بعد الاتزان الانفعالي –العصابية هي (α=1 0.37) وهو أكبر من مسستوى الدلالة المفروضة عند مستوى الدلالة (α= 0.05) ويتضح من هذه النتيجة عدم وجود علاقة إحصائية بين امهات الاطفال المكتئبين وبين امهات الاطفال غير المكتئبين في بعد (الاتزان الانفعالي و العصابية).

السمة الثالثة من سمات الشخصية للامهات (السواء–الذهانية) كما في الجدولين التاليين:

جدول رقم (20)

يوضح نمط شخصية أمهات اطفال مكتئبين مقارنة مع امهات اطفال غير مكتئبين في بعد السواء –الذهانية

العينة	سواء	ذهانية	المجموع
امهات اطفال لا يعانون من اكتئاب	23 %53.5	8 %44.4	31 %50.8
أمهات اطفال يعانون من اكتئاب	8 %18.6	3 %16.7	11 %18
امهات اطفال لديهم اكتئاب متوسط	7 %16.3	3 %16.7	10 %14.8
امهات اطفال لديهم اكتئاب شديد	5 %11.6	4 %22.2	9 %14.8
المجموع	43	18	61

ملخص للجدول السابق

العينة	المجموع	سواء	ذهانية
امهات اطفال لا يعانون من اكتئاب	31	23	8
امهات اطفال يعانون من اكتئاب	30	20	10

وباستخدام معامل كاي تربيع كانت العلاقة بين متغير نمط شخصية أمهات اطفال مكتئبين مقارنة مع امهات اطفال غير مكتئبين في بعد السواء –الذهانية عند مستوى الدلالة المحسوبة (α=0.754) وهوأكبر من مستوى الدلالة المفروضة عند مستوى الدالة (α= 0.05).

ويظهر من هذه الدرجة عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغير نمط شخصية أمهات اطفال مكتئبين مقارنةمع امهات اطفال غير مكتئبين في بعد السواء –الذهانية

مما يتضح معه عدم وجود فرق بين امهات الاطفال المكتئبين وامهات الاطفال غير المكتئبين في بعد السواء والذهانية ويمكن تلخيص النتائج السابقة في الجدول التالي:

جدول رقم(21)

يوضح العلاقة بين مستوى الدلالة المحسوبة ومستوى الدلالة المفروضة والقرار الذي اتخذ في ابعاد الشخصية بين اباء وامهات اطفال مكتئبين غير مكتئبين

الفئة المستهدفة	سمة الشخصية	قيمة مستوى الدلالة المحسوبة	مستوى الدلالة المفروضة	القرار
اباء الاطفال المكتئبين و غير المكتئبين	الانبساطية– الانطوائيه	0.094	0.05	لا توجدعلاقةبين متغير اباء الاطفال المكتئبين وغير المكتئبين في بعد الانبساطية–الانطوائيه
	الاتزان الانفعالي – العصابية	0.033	0.05	توجدعلاقةبين متغير اباء الاطفال المكتئبين وغير المكتئبين في بعد الإتزان

				الانفعالي – العصابية لصالح الاطفال المكتئبين والاباء العصابيين
	السواء – الذهانية	0.515	0.05	لا توجدعلاقةبين متغير اباء الاطفال المكتئبين وغير المكتئبين في بعدالسواء –الذهانية
امهات الاطفال المكتئبين وغير المكتئبين	الانبساطية– الانطوائية	0.165	0.05	لا توجدعلاقةبين متغير امهات الاطفال المكتئبين وغير المكتئبين في بعد الانبساطية–الانطوائيه

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

الفصل الخامس
مناقشة النتائج والتوصيات

1.5 مناقشة النتائج

كان الهدف من الدراسة، التعرف على اثر السمات الشخصية للوالدين في الابعاد التالية [الانطواء–الانبساط]، [الاتزان الانفعالي–العصابية]، [السواء–الذهانية] واي من هذه الابعاد يمكن ان يكون له اثر في اصابة الاطفال بالاكتئاب.

كما تم بحث اثر الجنس ونوع المدرسة على اصابة الاطفال بالاكتئاب.

و تمت دراسة هل يختلف الاولاد عن البنات في شكل الاعراض الاكتئابية بحيث يعبر الاولاد باعراض تختلف عن تلك التي تعبر بها البنات عن اكتئابهن.

ولبحث هذه الفرضيات تم عمل دراسة على عينة من الاطفال الصف السادس الابتدائي في منطقة رام الله والبيرة وقد استخدمت الباحثة لذلك البرنامج الاحصائي:
(Statically Package For The Social Sciences (SPSS)).

وقد دلت نتائج معامل كاي تربيع إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين متغير الاكتئاب ومتغير نوع الجهة المسؤولة عن المدرسة (حكومية، وكالة او خاصة) عند مستوى الدلالة المفروضة (α= 0.05).

ولكن كان هناك علاقة بين متغير الجنس ومتغير درجة الاكتئاب لصالح الاناث كما كان هناك علاقة بين متغير نوع الاعراض الاكتئابية التي يعاني منها الاولاد عن البنات.

كما وجدت علاقة بين متغير انماط الشخصية للوالدين واصابة الاطفال بالإكتئاب في سمة العصابية للاباء.

وفيما يلي مناقشة لما توصلت اليه الفرضيات من نتائج:

<u>الفرضية الاولى</u>

لا توجد علاقة بين متغير درجة الاكتئاب ومتغير الجهة المسؤولةعن المدرسةعند مستوى الدلالة (α= 0.05).

أظهرت نتائج معامل كاي تربيع عدم وجودعلاقة عند مستوى (α= 0.05) بين متغير اطفال المدارس الحكومية واطفال المدارس الخاصة واطفال مدارس الوكالة ومتغير الاصابة بالاكتئاب.

وتتفسر الباحثة هذه النتيجة ان المستوى الاجتماعي او الاقتصادي للطفل الفلسطيني والذي ينعكس من خلال نوع مدرسته ليس له الاثر الكبير على الاطفال في الاصابة بالاكتئاب ولكن الظروف التي يعيشها مجتمعنا الفلسطيني وخصوصاً ما يتعرض له شعبنا من ظروف قصف بالطائرات وحواجز وتقطع اوصال البلاد، كان لها تأثير متساوي على جميع الاطفال وكان لها اثر اكبر من الوضع الاقتصادي او الاجتماعي للطفل لذلك ظهرت النتائج تشير الى ارتفاع نسبة اعراض الاكتئاب عما يعانيه اطفال العالم في مثل هذه المرحلة العمرية فقد كانت نسبة الاطفال المكتئبين في عينة البحث ن= 640 كانت النسبة 37% من الاطفال لديهم اعراض إكتائبية وبمقارنتها مع اطفال من نفس الجيل في دراسة غريب (1991) على عينة من اطفال المدارس في مجتمع دولة الامارات العربية والذي إستخدم فية نفس الاداه (مقياس الاكتئاب للاطفال) أظهرت النتائج ان معدل الاكتئاب كان 17.47% في عينة البحث والتي تبلغ ن= 435 وهذا ما اكدته دراسات مختلفة في اثر الحروب والكوارث على زيادة معدل اصابة الاطفال بالاكتئاب.

ففي دراسة (لوين 1995) عن الاطفال والمراهقين في البوسنة وجد ان 25% من الاطفال يعانون من اضطراب نفسي ما بعد الصدمة بينما 17% منهم يعانون من الاكتئاب (في ثابت 1999) كما ايدتها دراسة (زيفك، 1993) للاطفال في البوسنة فقد وجد ان الاطفال الذين تم تهجيرهم من ديارهم يعانون اكثر من الحزن والخوف عنهم عن الاطفال الذين لم يهاجروا (ثابت، 1999) وكذلك في (بكر، 1990) اكد زيادة الاضطرابات السلوكية بين الاطفال عند تعرضهم للحرب وكانت هذه الدراسة في ظروف الانتفاضة الفلسطينية.

<u>الفرضية الثانية</u>

لا توجدعلاقة بين متغير الإكتئاب ومتغير الجنس عند مستوى دلالة (α= 0.05).

وفيما يتعلق بهذه الفرضية فقد اظهرت نتائج معامل كاي تربيع وجود علاقة بين متغيرجنس الطفل واصابته بالاكتئاب وهي دالة احصائية عند مستوى (α= 0.05) وكان مستوى الدلالة (α=0.019)

وتفسر الباحثة هذه النتيجة بوجود اختلاف في إظهار الاعراض الإكتئابية بين الذكور والاناث لصالح الاناث، انه تأثير نمط التربية الوالديه والمجتمع العربي بشكل خاص والذي يسمح للفتاه باظهار حزنها وضعفها وربما يعود عليها ذلك ايضاً بمكاسب من خلال تلقى العطف والحنان ممن حولهاو بينما يعيب على الفتى اظهار الحزن او البكاء لأن اظهار الدموع دليل على الضعف وعدم التحمل فهي مسموح بها للاناث فقط وغير مقبولة للذكور اوكما يفسرها Girgus في غريب،1991) بان إرتفاع نسبة الاكتئاب عند الاناث عنه عند الذكور يرجع إلى تضافرعاملين الاول هو عدم إنسجام الفتيات في هذه المرحلة العمرية مع التغيرات الجسمانية التي تحدث لهم

والعامل الثاني هو قضاء الفتيات لوقت اطول من الفتيان في الدور النمطي الانثوي ، كما ان احداث الحياة تؤثر بشكل مختلف على الإناث عن الذكور وهذا يتفق مع دراسة (رفعت، 1991) ودراسة (عبد الحميد، 1998) والذي اكد ان النساء اكثر عرضة للاكتئاب من الرجال كذلك ان صغار السن اكثر عرضة للإكتئاب من كبار السن وكذلك في (غريب، 1993) وغريب(1991) على عينة من الاطفال الاماراتيين وكذلك دراسة (McCauley, 1992). ويختلف مع دراسة (وهبة، 1977) التي اكدت عدم وجود فروق بين الذكور والاناث في الاعراض الاكتئابية في عينة مصرية.

الفرضية الثالثة

لاتوجد علاقة بين متغير نوع الاعراض الاكتئابيةعند مستوى (α= 0.05) و متغيرالجنس.

ولبحث هذة الفرضيه تم دراسة عدد من الاسئلة الخاصة باختبارالاكتئاب عند الاطفال ولقد إختيرت هذه الاسئلة لتمثل مجالات محددة يمكن المقارنة بينهم فيها وهذه المجالات هي المجال السيكولوجي ومنه القلق وتوقع حدوث اشياء سيئة – المجال الثاني وهو السلوكي وهو إيذاء الذات (الإنتحار) و التعبير عن الحزن بالبكاء .المجال الثالث ويشمل عرضين من اعراض الاكتئاب الفسيولوجيه وهما صعوبة النوم وإنعدام الشهية للطعام.

وعند فحص كل سؤال على حدة لم تجد الباحثة فروق احصائية ذات دلالة بين الاولاد والبنات في جميع الاسئلة ما عدا السؤال الخاص بالبكاء فقد كان له دلالة احصائية لصالح البنات وهذا ما يؤكد الفرضية الثانية في وجود نسبة اعلى من الاكتئاب بين البنات اكثر من الاولاد ربما يكون السبب هو تعبير البنات بشكل ظاهر اكثر مثل البكاء.

الفرضية الرابعة :

لاتوجد علاقة بين متغير انماط الشخصية لدى الوالدين وبين متغير الاطفال المكتئبين وغير المكتئبين عند مستوى الدلالة (α= 0.05).

من خلال تحليل النتائج اتضح انه لايوجد في عينة الاباء او الامهات ن= 120 اي شخص لديه سمة الانبساطية او التفاعل الاجتماعي المنفتح وتفسر الباحثه هذه النتيجة انه من خلال نظرية ايزنك للشخصية فان بعد منطوي ومنبسط تقع على طرفي البعد وان هذه السمات موجودة في كل الاشخاص تقريبا ولكن بدرجات متفاوته وان هناك تاثير لعامل الوراثة في نمط الشخصية ومعنى ذلك انه ربما يكون تاثير الاوضاع الاجتماعية التي يعيشها شعبنا من حروب متواصلة وعدم إحساس بالأمان يجعل الشخص متحفظ في علاقاته بالاخرين وربما تقلص نوعا ما الدور الاجتماعي له ومن هنا يمكن ان يظهر دور البيئة في تغير نمط الشخصية ولكن هذا يجعلنا

نتساءل مرة اخرى عن تأثير ذلك على الاطفال وعلى الاجيال القادمة. اما الملاحظة الثانية التي ظهرت من خلال تحليل النتائج هو عدم وجود تأثير لدور الام سواء العصابية أو الذهانية على الاطفال المكتئبين وهذا يتعارض مع النتائج التي توصلت لها وهبة(1997) في دراستها عن الاكتئاب عند الاطفال من حيث علاقته ببعض خصائص شخصية الامهات حيث اوضحت النتائج انه يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين سمة العصابية والذهانية عند الامهات وبين إصابة اطفالهن بالاكتئاب وهذا يجعلنا نتساءل هل لوجود المرأة الفلسطينية بعد زواجها داخل عائلة ممتده يقلل من هذا التاثير السلبي على الاطفال وذلك لانه عند وجود ام تعاني من مشاكل مع اطفالها فان ذلك يسمح للعمة اوالحماة بالتدخل في تربية الاطفال اي يوزع دور الام على باقي سيدات العائلة الاتي يعشن في نفس المنزل وبالتالي لايكون لها هذا التاثير القوي على اطفالها وعلى العكس فانه من خلال تحليل البيانات أتضح ان هناك تأثير للاب العصابي على إصابة اطفاله بالاكتئاب فهل يعني ذلك انه يمكن ان يوزع دور الام على سيدات العائلة وهذا مقبول إجتماعيا بينما يبقى تأثير الاب قوي على أطفاله ولايسمح لاحد بالتدخل في هذا الدور وهل هذه خصوصية يتمتع بها المجتمع الفلسطيني؟ وهل معنى ذلك ان هذه الدراسة لفتت الانتباة إلى دور الاب في التاثير على اطفاله بعد ان ركزت كثير من الدراسات على دور الام فقط ؟ هذه الاسئلة بحاجة إلى المزيد من البحث والدراسة.

2.5 التوصيات

- يوصى بعمل المزيد من الابحاث خاصةً لمرحلة الطفولة وذلك لأهمية اكتشاف الامراض النفسية مبكراً وبالتالي نحمي مجتمعنا من انتشار هذه الامراض في مراحل السن الاكبر فيما بعد.

- الاهتمام بوضع برامج ارشادية للاهل وخاصة الاسر التي تعاني فعلاً من مشاكل نفسية لحماية اطفال هذه الاسر.
- وضع برامج توعوية وارشادية لمرشدي المدارس والمعلمين: تهدف هذه البرامج لتعريفهم بطبيعة المشاكل وشكل الاعراض التي يمكن ان يعاني منها الاطفال في المراحل العمرية المختلفة وبالتالي يسمح بالتدخل المبكر والعلاج وحصر المشكلة.

قائمة المراجع العربيه

- إبراهيم، عبد الستار .(1998) .**الإكتئاب إضطراب العصر الحديث فهمه واساليب علاجه.** عالم المعرفه .الكويت : المجلس الوطني للثقافه والفنون والاداب.

- إبراهيم، عبد الستار .(1994) . **العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث** .القاهره :دار الفجر.

- الشيخ، جواهر عبد الله.(1999). "**أبعاد الشخصية في ضوء نظريات ا يزنك وجيلفورد وكاتل دراسة على عينة من الاناث بالمجتمع السعودي**" رسلة دكتوراه، كلية الاداب ،جامعة عين شمس، القاهرة.

- العناني، حنان . (1997) .**الصحه النفسيه للطفل** . عمان :دار الفكر.

- الريماوي ، محمد . (1998) . **في علم نفس الطفل** . عمان : دار الشروق

- إيزنك ،هـ .**علم النفس الحديث** .(ترجمةعبد المجيد نشواتي) . سوريه : منشورات وزاره الثقافه.

- بيك ،ارون .(2000).**العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية**(ترجمة عادل مصطفى) بيروت:دار النهضة العربية ، الطبعة الاولى

- ثابت ، عبد العزيز .(1999) . **العنف والايذاء والخبرة الصادمة لدى الاطفال** .الطبعة الاولى .

- حمزه ، مختار .(1991) . **مبادىء علم النفس** .

- خليل،عنايات عبد الوهاب (1980) " **اهمية احداث الحياه كما يراها مرضى الاكتئاب النفسي وغير المرضى في مصر** "رسالة ماجستير، معهد التمريض العالي، جامعة القاهرة، مصر.

- رفعت ،عفاف ممدوح (1991)" **الاضطرابات السلوكيه في اطفال المدارس الابتدائي دراسه مقارنه بين الاناث والذكور** " رسالة ماجستير، معهد دراسات الطفولة ، القسم الطبي،جامعة عين شمس ، القاهرة ، مصر.

- شيفر ، شارلز . ميلمان ، هوارد .(1996) . **مشكلات الاطفال والمراهقين واساليب المساعده فيها** .(ترجمه نسيمه داود ، نزيه حمدي) . عمان :الجامعه الاردنيه.

- عبد الباقي ،علويه محمد(1988) " **الاضطرابات الإنفعالية والسلوكية لدى الاطفال** " رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات العليا للطفوله ، قسم الدراسات الطبيه، جامعه عين شمس ، القاهره ، مصر.

- عبد الحميد ، رجب عبد الحكم (1988) " **دراسة وبائيات اعراض الاكتئاب النفسي في مجتمعي الريف و الحضر في مصر** "رسالة دكتوراه ، كلية الطب ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، مصر.

- عبد الخالق،احمد محمد(1991) **إستخبار ايزنك للشخصية. . دليل تعليمات الصيغة العربية،** الاسكندرية :دار المعرفة الجامعية.

- عفيفي ،إلهام السيد (1992) " **اعراض الاكتئاب عنداطفال ما قبل المدرسه** " رسالة ماجستير،معهد الدراسات العليا للطفوله ، قسم الدراسات الطبيه ،جامعة عين شمس ، القاهره ، مصر.

- عكاشه ، احمد .(1992) . **الطب النفسي المعاصر** . القاهرة :مكتبة الانجلو المصريه.

- عكاشه ، احمد . (1990) . **التصنيف العالمي للإضطرابات العقليه والسلوكيه** . منظمة الصحه العالميه.

- علي ،السيد علي . (1992) . **القبول والرفض الوالدي وعلاقته باعراض الاكتئاب لدى المراهقين** . مجلة علم النفس ، الهيئه المصريه العامه للكتاب .ص118-119 .

- علي ،منى منصور .(1998) "**الاضطرابات النفسيه في عائلات المرضى النفسيين**" رسالة دكتوراه ،كلية الطب ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، مصر.

- غنيم ، سيد. (1978) . **سيكولوجية الشخصيه** . القاهره : دار النهضه العربيه.

- غريب ، غريب عبد الفتاح .(1992) **مفهوم الذات وعلاقتة بالمراهقة : دراسة مقارنة بين مصر والامارات العربيه المتحدة:** بحوث المؤتمر الثامن لعلم النفس في مصر : الانجلو المصرية ، القاهرة ، مصر.

- غريب ، غريب عبد الفتاح .(1993). **الاكتئاب في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافيه : الجنس والسن ومستوى التعليم والحالة الزواجية** : مجلة الصحه النفسية ، الجمعيه المصريه للصحة النفسية العدد 34.

- غريب ،غريب عبد الفتاح .(1994) **إكتئاب اطفال المرحلة الابتدائي : دراسة مقارنه للبنيه العامليه للاكتئاب بين مصر والامارات العربيه** :دراسات نفسيه ،رابطة الاخصائيين النفسيين ،المجلد 4 العدد 2

- غريب، غريب عبد الفتاح .(1995) **مقياس الإكتئاب (د) للصغار** C.D.I التعليمات ودراسة الثبات والصدق وقوائم المعايير للصورتين العامية والفصحى، القاهرة:دار النهضة العربية. الطبعة الثانية

- لازاروس، ريتشارد.(1980).**الشخصيه.**(ترجمة سيد غنيم) القاهره : دارالشروق.

- مليكه ، لويس . (1994) .**العلاج السلوكي وتعديل السلوك** .القاهرة . الطبعه الثانيه.

- معمريه ، بشير.(2000). **مدى إنتشار الإكتئاب النفسي بين طلبة الجامعة من الجنسين** .مجلة علم النفس العدد .الهيئه المصريه العامة للكتاب.

- منظمة الصحة العالمية (1986) **الاضطرابات الاكتئابية في الثقافات المختلفة.**

- نوتكات ، برنار. (1963) .**سيكولوجيه الشخصيه** . (ترجمة صلاح مخيمر).

- هول, كالفين .(1971) .**نظريات الشخصيه** .(ترجمة فرج احمد فرج واخرون) القاهره : الهيئه المصريه العامه للتاليف والنشر.

- وهبه ،امل علي (1997) " **دراسة الاكتئاب عند الاطفال من حيث علاقته ببعض خصائص شخصية الامهات وضغوط الوالديه** " رسالة ماجستير غير منشورة ،جامعة عين شمس ، كلية التربية قسم الصحة النفسيه . القاهرة . مصر.

المراجع الاجنبيه

-Adams , D, P.(2000)**The person An integrated introduction to personality psychology** ,Third Edition .Harcourt college publishers

-American Psychiatric Association (1994**). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder** .4th. Edition ,Washington, DC: American psychiatric Association .

-Beck ,T .Aaron(1979).**Cognitive Therapy of Depression .**The Guilford Press, New York

-Bee , Helen(1994).**Lifespan Development.** Harper Collins College Publishers.

-Boeree ,c. (1998) .**HANS EYSENCK and other temperament theorists.**

-Coyne c .James (1985).**Essential Papers on Depression.** New York University Press.

-Depression in Childhood (1991)The British Journal of Psychiatry Vol.159 .Published by The Royal College of psychiatrists

-Encyclopedia Britanica .(1979).vo.40,London.

-Freden , L. (1982) **. Psychosocial aspects of Depression** .

-Garbarino , J. Kathleen ,K .Nancy ,D .(1991**) . No Place To Be A Child Growing Up in A War Zone.** Lexington Books .

-Gee , Rob Mc &Williams ,Sheila (1988) **A Longitudinal Study of Depression in Nine-Year –Old Children** Journal of American Academy of child and Adolescent psychiatry.p342-348

-Ghareeb , A (1989) Journal of Clinical Psychology .Vol.18

-Ivens ,c .lynn ,p.(1988)"**Assessment of childhood depression: correspondence between Reports by Child , Mother , And Father** " Journal of American Academy of child and Adolescent psychiatry. P.738-747

-Joseph , Rey, .and Morris ,A.(1990) **Adolescent Depression and the Child Behavior Chick list** Journal of American Academy of child and Adolescent psychiatry.p.423-427

-Kaufman , j . (1991) "**Depressive Disorders in maltreated Children"** Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry p.257-265

-Kleber, Rolf.& Brom , Danny. (1992) **"Coping with trauma theory, prevention and treatment** " Swets & Zeitlinger B.V., Amsterdam/lisse

-Liebert, M. Robert & Spiegler , D. Michael(1974**)" Personality strategies for the study of Man"** The Dorsey Press, Revised Edition

-Mc Cauley , E . Myers , K (1992) **depression in young people :Initial presentation and Clinical course** Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.p.714-722

-Mujahed , A.(1986) **Problems And Prospects in The Study of Childhood Depression .**Thesis of Masters Degree , Ain shams University, Egypt , Cairo.

-Ruberu ,M.(1999**) The cognitions of children, adolescents, and their parents as predictors of treatment response in children and adolescents with major depressive disorder :**The university of Texas Southestern Medical center At Dallas :UMI Company.

-Student WEA Resources : childhood depression http://www.Student - wea.org /misc/depress.htm 9.30.00

-Vera ,l.& Leveau , J.(1990)Therapies cognitivo comportementales en psychiatrie infanto-juvenile .Masson , Pari

الملاحق