

البحوث والدراسات

معدلات انتشار الاكتئاب لدى عينة من الأطفال المصريين⁽¹⁾

أحمد محمد عبد الخالق
جامعة الكويت. الكويت

السيد محمد عبد الفنى
جامعة الإسكندرية. مصر

الملخص:

طبقت القائمة العربية لاكتئاب الأطفال على 3133 فرداً من الأولاد (ن = 1625) والبنات (ن = 1508) الذين يدرسون في المرحلة الإعدادية في مدارس مدينة الإسكندرية بمصر. وكان متوسط أعمارهم 11.38، و11.26 عاماً على التوالي. وقد تراوحت معاملات الارتباط بين البند والدرجة الكلية على المقياس بعد استبعاد البند بين 0.30، 0.64، ووصلت معاملات ألفا إلى 0.9، وتشير هذه النتائج إلى الاتساق الداخلي للقائمة. واستخرجت خمسة عوامل سميت كما يلي: الاكتئاب العام، وانتفاء الضيق، واضطرابات النوم، وانتفاء السرور، وضعف التركيز. وحصلت البنات على درجة كلية في الاكتئاب أعلى جوهرياً من الأولاد. واستخرجت معدلات انتشار مقدارها 4.6% لدى الجنسين، وذلك اعتماداً على النسب المنوية للمبحوثين الذين حصلوا على درجة كلية في الاكتئاب عند المئين (95) وما بعده، ويتفق هذا المعدل مع غالبية النتائج السابقة.

Prevalence Rate of Depression in Egyptian Children

Ahmed Abdel-Khalek
Kuwait University

El-Sayed Abdel-Ghani
Alexandria University

Abstract

A sample of 3,133 Egyptian boys (n=1,625) and girls (n=1,508) responded to the Arabic Children's Depression Inventory (ACDI). Their mean ages were 11.38 and 11.26 years, respectively. Item-remainder correlations ranged between 0.30 and 0.64, while alpha reliability reached 0.90, denoting high internal consistency of the ACDI. Five high-loaded factors were extracted and labeled: Generic depression, Lack of distress, Sleep disorders, Anhedonia, and Weak concentration. Girls had significantly higher mean ACDI score than their boy counterparts. On the basis of the percentage of respondents attained a total ACDI score greater than or equal to the percentile 95, prevalence rate of depression reached 4.6% among both genders. This rate is congruent with the majority of previous findings.

(1) توجه المراسلات إلى: أحمد عبد الخالق، قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، ص.ب. 68168 كيفان، رمز بريدي 71962، الكويت.

Email: ahmedkuniv@hotmail.com

مقدمة،

يعد الاكتئاب أقدم اضطراب نفسي طبي مسجل عبر التاريخ، ويحدث في كل الثقافات منذ القدم وحتى الآن، وعندما نعرف الاكتئاب اعتماداً على أعراض محددة كما يذكر «أنجست» (Angst, 1983, P.2) فيصبح من المؤكد أن الاكتئاب ليس خاصية بشرية فحسب، بل إنه يمكن أن يلاحظ أيضاً في عدد كبير من الثدييات الأخرى.

والحقيقة أنه لا يوجد إنسان تقريباً لم يعان من درجة أو أخرى من درجات الاكتئاب؛ إذ يمر كل فرد تقريباً. خلال مرحلة ما من مراحل حياته. بعرض أو آخر من الأعراض الدالة على الاكتئاب، ومن هنا يمكن القول إن الاكتئاب خبرة إنسانية عامة. ولكن الأمر المهم أن هذه «الخبرة الاكتئابية» ليس من الضروري أن تصل إلى الاضطراب الذي يحتاج إلى تدخل علاجي، فإن النسبة الكبيرة ممن يعانون من هذه الأعراض يتحسنون بشكل تلقائي، أو تنجح خبرات معينة في الحياة في تمكينهم من التغلب على هذه المشاعر أو تلك الأعراض، فتكون الخبرات السارة للحياة بمثابة مصدر أو واق buffer ضد مشاعر الاكتئاب، وبخاصة في درجاتها المنخفضة. من الواضح إذن أن الاكتئاب درجات في الشدة، حيث يتراوح بين الحزن البسيط وتثبيط الهممة، والقنوط، كما يختلف الاكتئاب من حيث دوامه؛ أي: استمراره بوصفه حالة تنقلية ووقتية زائلة، أو من حيث هو سمة مستمرة وغالبة على الفرد تشمل كل جنبات حياته، فتلونها بلون أسود قائم لفترة طويلة.

وشهدت العقود الأخيرة زيادة في الاهتمام ببحوث الاكتئاب، ولا شك أن من أحد أسباب هذا الاهتمام أن الاكتئاب يعد واحداً من الاضطرابات «الخطيرة» نظراً لعلاقته القوية بالانتحار (Vieta, Nieto, Gasto, & Cirera, 1992).

ولقد تأخر الاهتمام باضطرابات الطفولة والمراهقة كثيراً عن نظيرتها لدى الراشدين؛ على الرغم من حقيقة أن الأطفال الذين يشعرون بالاكتئاب قد لوحظوا، وتم وصفهم في الدراسات السابقة منذ قرابة قرن من الزمان (Petti, 1989). وقبل الثمانينيات من القرن الماضي افترض الإكلينيكيون أن صغار الأطفال غير قادرين على الشعور بالاكتئاب الشديد ومعاناته (Comer, 1992, p. 601)، وافترض آخرون أن الطفل ليس لديه القدرة اللفظية للتعبير عن مشاعر الاكتئاب.

وحتى الستينيات من القرن العشرين افترض الإكلينيكيون أن الأطفال قبل المراهقة من غير المحتمل أن يصابوا بالاكتئاب؛ لأن إحساسهم بذواتهم وبالمستقبل مبتسر غير ناضج تماماً حتى تظهر عليهم أعراض مثل: التقدير المنخفض للذات، والذنب، واليأس (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 615). وأن الأعراض الاكتئابية إن ظهرت فإنها تعبر عن نفسها بصورة متخفية على شكل أعراض جسدية، أو سلس بول، أو اضطرابات السلوك (Cytryn & Mcknew, 1972). وكانت الفكرة النمطية التي شاعت في هذا المجال أن الطفولة أسعد فترات العمر، فمعظم الأطفال يتمتعون بالحماية عن طريق والديهم، ولا ترهقهم مسؤوليات الرشد، ومن منظور الراشدين الكبار فإن أجسامهم تبدو كأنها مصنوعة من المطاط قادرة على رد الصدمات، ومتحررة من الآلام، كما أن لديهم طاقة غير محدودة (Nevid, Rathus, & Greene, 1997, p. 478).

ولكن العقدين الأخيرين شهدا اهتماماً متزايداً باكتئاب الطفولة والمراهقة. ولم يستأثر باهتمام علم النفس الإكلينيكي للأطفال شيء آخر أكثر من الاكتئاب (Ollendick & Greene, 1990). ودلت الأبحاث على أن الأطفال قبل المراهقة يطورون فعلاً الأعراض التي تشكل زملة الاكتئاب. وأجريت دراسات كثيرة في هذا المجال، ظهر منها مثلاً أن الأطفال المصابين بالاكتئاب يميلون إلى أن يكون أداؤهم منخفضاً في كل من المهارات المدرسية والاجتماعية بالمقارنة إلى أقرانهم غير المكتئبين، ويجدون صعوبة في التركيز على الدراسة، ويعانون من إعاقة في الذاكرة مما يؤثر على مستواهم الدراسي (Nevid, et al., 1997, p. 479). كما ظهر أن هناك تداخلاً بين الاكتئاب وصعوبات التعلم Learning disabilities (Sethia, Sinha, & Saxena, 1994) وكشفت البحوث التي أجريت على الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم أن نسبة كبيرة منهم تتراوح بين 25%، و50% يظهرون علامات الاكتئاب (Miezitis, 1992, p. 2).

وترجع خطورة اكتئاب الطفولة. كما يذكر آل ساراسون، إلى أنه قد يستمر فترة طويلة نسبياً، وعلى الرغم من أن الأعراض تتحسن عادة عبر الزمن فإن فرص عودة الاضطراب مرتفعة

(Sarason & Sarason, 1996, p. 469). وظهر أيضاً أن اكتئاب الطفولة يزيد من احتمال الانتحار، وبخاصة لدى أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و19 عاماً (Davison & Neale, 1996, p. 448).

والسؤال المهم هنا، هل يختلف اكتئاب الأطفال عن اكتئاب الراشدين؟ لقد كشفت البحوث الحديثة عن تشابهات واختلافات في أعراض الاكتئاب الأساسي عند الأطفال والراشدين، فيشبه الأطفال والمراهقون من سن السابعة إلى السابعة عشرة الراشدين في كل من: المزاج المكتئب، وفقد القدرة على الاستمتاع والسُرور، والتعب، ومشكلات تركيز الانتباه، والتفكير في الانتحار. أما الأعراض التي تختلف عند الأطفال عن الراشدين فهي المعدلات المرتفعة من محاولات الانتحار، والإحساس بالذنب لدى الأطفال والمراهقين، في حين أن الأعراض الشائعة لدى الراشدين كما يلي: الأرق في نهاية فترة النوم، أي: الاستيقاظ المبكر في الصباح قبل أخذ الفرد كفايته منه، وفقد الشهية، وفقد الوزن، والاكتئاب في الصباح الباكر (Davison & Neale, 1996, p. 445). هذا فضلاً عن فقد الاهتمام بالجنس بطبيعة الحال.

وهناك تأكيد على فائدة استخدام المحكات التشخيصية لاكتئاب الراشدين مع الأطفال والمراهقين، وذلك على العكس من البحوث المبكرة في الستينيات التي ذكرت أن اكتئاب الأطفال والمراهقين لا يمكن تشخيصه باستخدام محكات الراشدين ذاتها. كما بينت بعض البحوث أن الضروقات التطورية في الأعراض موجودة، فإن الأعراض الفردية (أو المفردة) للاكتئاب يمكن أن تختلف من مجموعة عمرية إلى أخرى. ولكن دراسة "ميتشيل" وصحبها (Mitchell, McCauley, & Moss, 1988) أكدت أن الأطفال يتشابهون تماماً مع المراهقين في التعبير عن أعراض الاكتئاب، وأن الأعراض الاكتئابية في كل من المجموعتين تشبه نظيرتها لدى الراشدين، مع استثناءات قليلة.

ولكن ما هو تعريف الاكتئاب؟

يعرف عبد الخالق (1999) الاكتئاب Depression بأنه حالة انفعالية وقتية أو دائمة، يشعر فيها الفرد بالانقباض والحزن والضيق، وتشيع فيها مشاعر الهم والغم والشؤم، فضلاً عن مشاعر القنوط والجزع واليأس والعجز. وتصاب هذه الحالة أعراض محددة متصلة بالجوانب المزاجية والمعرفية والسلوكية والجسمية، ومنها نقص الاهتمامات، وتناقص الاستمتاع بمباهج الحياة، وفقد الوزن، واضطرابات في النوم والشهية، فضلاً عن سرعة التعب، وضعف التركيز، والشعور بنقص الكفاءة، وانخفاض الجدارة، والأفكار الانتحارية.

ويندرج الاكتئاب في فئة الاضطرابات الوجدانية Mood disorders، ويشترك اضطراب الاكتئاب الأساسي Major depression بين كل من الطفولة والمراهقة والرشد. وتعتمد المحكات التشخيصية لاضطراب الاكتئاب الأساسي (فترة مفردة أو معاودة) على وجود فترة episode، أو أكثر من الاكتئاب الأساسي، وتعتمد محكات الفترة الاكتئابية الأساسية. تبعاً للدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية. على ما يلي:

(أ) وجود خمسة أو أكثر من الأعراض التالية خلال فترة أسبوعين، وتمثل تغيراً في وظائف الفرد السابقة، بحيث يكون أحد الأعراض على الأقل إما: (1) المزاج المكتئب، أو (2) فقد الاهتمام أو السرور.

(1) مزاج مكتئب معظم اليوم، كل يوم تقريباً، كما يتضح إما من التقرير الذاتي (كالشعور بالحزن أو عدم الجدوى)، وإما من الملاحظة التي يقوم بها الآخرون (كأن يبدو الفرد دامعاً) ملحوظة، يمكن أن يظهر ذلك لدى الأطفال والمراهقين على شكل مزاج متهيج أو مستثار.

(2) تناقص الاهتمام أو السرور بشكل واضح بكل الأنشطة (أو غالبيتها) معظم اليوم، كل يوم تقريباً (كما يتضح من التقرير الذاتي أو ملاحظة الآخرين).

(3) فقد واضح للوزن دون نظام غذائي للحمية، أو زيادة الوزن (مثال ذلك أن يتغير وزن الجسم أكثر من 5% في شهر واحد)، أو تناقص الشهية أو زيادتها كل يوم تقريباً. ملحوظة، يتخذ هذا العرض لدى الأطفال شكل الفشل في تحقيق زيادة متوقعة في الوزن.

- (4) الأرق أو النوم الزائد كل يوم تقريباً.
- (5) التهيج النفسي الحركي أو التأخر Retardation كل يوم تقريباً (وذلك كما يلاحظه الآخرون، وليس مجرد المشاعر الذاتية المتعلقة بالتعلم أو الإبطاء).
- (6) التعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.
- (7) مشاعر عدم الأهمية وعدم الجدارة أو الذنب الزائد أو غير المناسب (وقد يكون ضلالياً Delusional) كل يوم تقريباً.
- (8) تناقص القدرة على التفكير أو التركيز، أو التردد وعدم الحسم، كل يوم تقريباً (إما عن طريق التقرير الذاتي، وإما تبعاً لملاحظة الآخرين).
- (9) أفكار موت معاودة (ليس مجرد خوف من الاحتضار)، وأفكار انتحارية معاودة دون خطة محددة، أو محاولة الانتحار أو خطة محددة للانتحار.
- (ب) لا تحقق الأعراض محكات الفترة المختلطة.
- (ج) تسبب الأعراض ضيقاً وألماً إكلينيكياً واضحاً، أو إعاقة في مجالات الوظائف الاجتماعية والمهنية أو غيرها من المجالات المهمة.
- (د) لا ترجع الأعراض إلى التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لمادة ما (مثل: سوء استخدام العقار، أو دواء طبي) أو حالة طبية عامة (مثل انخفاض إفراز الغدة الدرقية).
- (هـ) لا تفسر الأعراض بشكل جيد عن طريق الفقد Bereavement؛ أي، بعد خسارة أو فقدان شخص حبيب، وتدوم الأعراض مدة شهرين، أو تتصف بأنها تعوق إعاقة واضحة وظائف الفرد، مع انشغال مرضى بعدم الجدارة، والأفكار الانتحارية، والأعراض الذهانية، أو التأخر النفسي الحركي (American Psychiatric Association, 1994, p.237).

الدراسات السابقة:

أولاً: اكتئاب الأطفال:

أجريت دراسات تفوق الحصر على اكتئاب الطفولة على المستوى العالمي، في حين تعد هذه الدراسات أقل بكثير على المستوى العربي، ونعرض لبعضها فيما يلي:

في بحث بعنوان «الاكتئاب بين تلاميذ المدارس»، درست عبد الباقي (1922) عينة (ن = 986) من تلاميذ المدارس المصرية من الجنسين، ممن تراوحت أعمارهم بين 11، و15 عاماً، واستخدمت قائمة اكتئاب الأطفال من تأليف "ماريا كوفاكس" ومن ترجمة غريب. وكشفت الدراسة عن ارتفاع متوسط الدرجة على مقياس الاكتئاب لدى الإناث بالمقارنة إلى الذكور، وارتفاع الاكتئاب بارتفاع مستويات تعليم الآباء، وزيادة الاكتئاب بزيادة حجم الأسرة.

وقامت الباحثة بحساب النسب المئوية من الأولاد والبنات التي استجابت لأعلى بدليلين في كل بند فرعي مثل: الحزن بدرجة مرتفعة، والحزن بدرجة مرتفعة جداً. وهذه طريقة جديدة ولكنها غير مطروقة في حساب معدلات الانتشار، ذلك أن البند المفرد بطبيعته غير ثابت (انظر: عبد الخالق، 200، ص 92). ولذلك فإن حساب معدلات الانتشار بالنسبة إلى كل بند فرعي أمر محضوف بالمخاطر، والأجدر أن يحسب المعدل اعتماداً على الدرجة الكلية على أي مقياس، وقد حسبت الباحثة المتوسطات، وذكرت أنها أعلى من الدراسات السابقة على المقياس نفسه، ولكنها لم تحسب معدلات انتشار الدرجة الكلية بأية طريقة.

وقد تم تأليف القائمة العربية لاكتئاب الأطفال في صيغتين: عربية (عبد الخالق، 1991) وإنجليزية (Abdel-Khalek, 1993, 2000). وأجريت بواسطتها دراسات كثيرة كما سنعرض فيما بعد. وفي عام 1991 درس عبد الخالق، والنيال (1991) عينة كبيرة من الأطفال المصريين تراوحت أعمارهم بين 11، و15 عاماً، طبقت عليهم القائمة العربية لاكتئاب الأطفال بهدف فحص الفروق بين الأعمار وبين الجنسين. وظهر أن أعلى متوسطات الاكتئاب لدى الأطفال الذكور في المجموعتين العمريتين 14، و11 عاماً، وعند المجموعتين 12، و13 عاماً من الإناث. وكانت متوسطات الإناث أعلى جوهرياً من الذكور في المجموعتين، 13، و15 عاماً فقط.

قام دويدار (1992) بدراسة عاملية على عينة من تلاميذ المدارس الإعدادية وتلميذاتها بمدينة الإسكندرية في مصر، ممن تراوحت أعمارهم بين 12، و15 عاماً، واستخدم هذا المؤلف ثلاثة مقاييس هي: مقياس اليأس للأطفال، والقائمة العربية لاكتئاب الأطفال، وقائمة اكتئاب الأطفال من تأليف «ماريا كوفاكس». واستخرج هذا المؤلف عاملاً عاماً للاكتئاب، للمقاييس الثلاثة تشبعات مرتفعة به.

وأجرى غريب (1994) دراسة على عينتين من تلاميذ المدارس الابتدائية في كل من مصر والإمارات، بهدف تحديد البنية العاملية لمقياس «ماريا كوفاكس» لاكتئاب الأطفال من ترجمته وإعداده، وأظهرت النتائج قدراً كبيراً من التشابه بين المكونات العاملية لاكتئاب الأطفال في الدولتين.

درس المشعان (1995) عينة قوامها 329 طالباً وطالبة من مدارس الكويت وجامعة الكويت، واستخدم قائمة «بيك» للاكتئاب، وظهرت فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في الاكتئاب؛ حيث حصلت الإناث على متوسطات أعلى من الذكور المقابلين لهم، وكان الشباب من طلاب الجامعة أكثر اكتئاباً من المراهقين من طلاب المدارس.

وقد استخدم عبد اللطيف (Abdullatif, 1995) القائمة العربية لاكتئاب الأطفال مع عينة كبيرة الحجم (ن = 1981) من الأولاد والبنات الكويتيين الذين يدرسون في المدارس المتوسطة، وحصل الأولاد والبنات الكويتيون على متوسط في الاكتئاب أقل من نظرائهم المصريين، وحصل المبحوثون الكويتيون الذين كان في أسرهم شهيد أو أسير على متوسط اكتئاب أعلى جوهرياً من غيرهم.

ومن تطبيق القائمة العربية لاكتئاب الأطفال على عينة من الأولاد والبنات الكويتيين من طلاب المدارس استخرج عبد الخالق (Abdel-Khalek, 1996) ستة عوامل فسرت بوضوح على أنها عوامل اكتئاب الطفولة.

ودرس الأنصاري (1997) معدلات انتشار الاكتئاب بعد العدوان العراقي لدى عشر عينات فرعية من الكويتيين عبر مدى عمري واسع، كان من بينهم طلاب المدارس الثانوية وطالباتها (ن = 673)، وكان متوسط أعمارهم قرابة 17 عاماً، وحصلت طالبات الثانوي على أعلى معدل في الاكتئاب بين المجموعات العشر من الجنسين جميعاً (المرجع نفسه، ص 146).

وهدفت دراسة العنزي (1997) إلى بحث العلاقة بين الاكتئاب والتحصيل الدراسي لدى عينة (ن = 867) من طلاب الصف الرابع المتوسط من الجنسين بدولة الكويت، وطبقت القائمة العربية لاكتئاب الأطفال، وأسفرت نتائج الدراسة عن ارتباط جوهرى سالب بين الاكتئاب والتحصيل الدراسي، ولم تظهر فروق جوهرية في الاكتئاب بين الجنسين.

ودرس فخرو، والنيال، وتركي (1998) بعض المتغيرات النفسية لدى مجموعات عمرية مختلفة من تلاميذ المدارس في دولة قطر من الجنسين، وكان من بين هذه المتغيرات الاكتئاب كما قيس بالقائمة العربية لاكتئاب الأطفال، وقد تراوحت أعمار الأطفال في هذه الدراسة بين 11، و16 عاماً. وكشفت القائمة عن اتساق داخلي مرتفع، واستخرجت ستة عوامل استوعبت قدراً لا بأس به من التباين المشترك، وحسبت الفروق بين الأعمار لدى الجنسين، حيث ظهرت فروق دالة بين بعض الأعمار في الاكتئاب.

وبرهنت دراسة عبد الخالق (Abdel-Khalek, 1998a) على الصدق الاتفاقي للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال في مقابل قائمة «بيك» للاكتئاب لدى عينة من الأولاد والبنات الكويتيين. وقارن عبد الخالق وسليمان (Abdel-Khalek & Soliman, 1999) متوسطات الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين من ثلاث دول هي الكويت ومصر والولايات المتحدة، واستخدمت القائمة العربية لاكتئاب الأطفال في صيغتها العربية (في مصر والكويت) وصيغتها الإنجليزية (في الولايات المتحدة). وكانت معاملات ألفا للصيغة الإنجليزية للقائمة مرتفعة، واستخرج منها سبعة عوامل، ولم تظهر فروق دالة في العينة الأمريكية بين الجنسين ولا بين الأعراق Races. وعند المقارنة بين عينات الدول الثلاث حصلت الإناث الكويتيات على أقل متوسط في الاكتئاب بالمقارنة إلى الإناث الأمريكيات.

ودرس توفيق (1999) عينة كبيرة (ن=570) من تلاميذ المرحلة الإعدادية وتلميذاتها في مملكة البحرين، تراوحت أعمارهم بين 13، 15 عاماً، طبقت عليهم القائمة العربية لاكتئاب الأطفال،

وأسفرت النتائج عن ارتفاع متوسط الذكور عن الإناث ارتفاعاً دالاً، واستخرج من التحليل العاملي لبنود القائمة سبعة عوامل.

واستخدم عبد الخالق ورضوان (1999) عينة سورية من مدينة دمشق من تلاميذ المدارس الإعدادية من الجنسين، تراوحت أعمارهم بين 13، و16 عاماً، وطبقت عليهم القائمة العربية لاكتئاب الأطفال، وكشفت عن اتساق داخلي مقبول وثبات مرتفع، وصدق مرتبط بالبحك مرتفع أيضاً، واستخرج من القائمة سبعة عوامل. وحصلت البنات على متوسط أعلى جوهرياً من الأولاد، ولم تظهر فروق بين الأعمار في الدرجة الكلية للاكتئاب.

وأجرى إسماعيل (1999) دراسة على القائمة العربية لاكتئاب الأطفال على عينة كبيرة من تلاميذ المدارس السعودية، وكشفت القائمة عن اتساق داخلي مرتفع، واستخرج من القائمة أربعة عوامل، ولم تظهر في الدرجات الكلية على القائمة فروق دالة بين الجنسين.

وفي عام 1999 قام عبد الخالق بعرض للدراسات التي أجريت بواسطة القائمة العربية لاكتئاب الأطفال على عينات من ثمانية مجتمعات نشرت نتائجها عبر خمس عشرة دراسة، وهذه الدول هي: مصر والكويت والسعودية وقطر والبحرين وسوريا والأردن والولايات المتحدة الأمريكية. ويشير مجمل هذه النتائج إلى ثبات مرتفع لهذه القائمة وكذلك صدقها، واستخرجت من هذه القائمة عوامل واضحة المعالم وقابلة للتفسير وتستوعب قدرًا لا بأس به من التباين المشترك.

وبحث عبد الخالق، وسليمان (Abdel-Khalek & Soliman, 2002) الفروق بين الجنسين في البنود الفرعية للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال في صيغتها الإنجليزية لدى عينة أمريكية، ولم تكن الفروق في اتجاه محدد، حيث كان متوسط الذكور أعلى في بعض البنود الإيجابية أي الدالة على الاكتئاب، وأعلى كذلك في بعض البنود السلبية النافية لوجود الاكتئاب، وتكرر الأمر نفسه في عينة الإناث.

وفي وقت أحدث حدد عبد الخالق (Abdel-Khalek, 2003a) معدلات انتشار الاكتئاب لدى عينة من الأطفال والمراهقين الكويتيين (ن = 6.108) الذين تراوحت أعمارهم بين 10، و18 عاماً، أجابوا عن القائمة العربية لاكتئاب الأطفال. وكشفت النتائج أن أعلى متوسط للاكتئاب لدى الذكور حصلت عليه مجموعة 12 عاماً، في حين حصلت المجموعتان 13، و14 عاماً على أقل متوسط. وفيما يتعلق بعينة الإناث فقد حصلت المجموعة 18 عاماً على أعلى متوسط اكتئاب، في حين حصلت المجموعتان: 10 أعوام، و12 عاماً على أقل متوسط. وكانت الفروق بين الجنسين دالة إحصائياً في المجموعات العمرية: 10، 11، 12، 13 فقط، حيث كان متوسط الذكور أعلى من الإناث.

واعتماداً على التحليلات العاملية للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال التي أجريت على زهاء 23.000 مبحوث عربي وأمريكي في ثماني دول قام المؤلف الأول بتحديد ثمانية أبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين، ونشر المقياس متعدد الأبعاد لاكتئاب الطفل والمراهق (MCADS) (انظر: Abdel-Khalek, 2002, 2003b). ويشتمل المقياس على أربعين بنداً تقسم إلى ثمانية أبعاد هي: التشاؤم، وضعف التركيز، ومشكلات النوم، وفقد السرور، والتعب، والوحدة، وانخفاض تقدير الذات، والشكاوي الجسمية. ويجاب عن كل بند على أساس بدائل ثلاثية. وأجرى على هذا المقياس الجديد دراسة على عينة كويتية، أسفرت عن خواص جيدة لهذا المقياس، وحصلت الإناث على متوسطات أعلى من الذكور في كل الأبعاد باستثناء بعد تركيز الانتباه. ويعد هذا المقياس مفيداً في تحديد «بروفيل» الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين.

ثانياً: معدلات انتشار اكتئاب الأطفال:

تحددت معدلات الانتشار في دراسات كثيرة في بلدان مختلفة بالنسبة لاكتئاب الراشدين، فيورد «سارتوريوس» (Sartorius, 1986) أن هناك على الأقل مائة مليون شخص على مستوى العالم يعانون من اضطراب الاكتئاب، في حين يذكر أحمد عكاشة (2003، ص 418) في وقت أحدث أن هذا العدد قد وصل إلى 300 مليون. ويشير ويليامز، (Williams, 1992, p. 3f) أن هناك من 4 إلى 5% من أي مجتمع يحققون معايير الاكتئاب الإكلينيكي. في حين يورد باحثان آخران أن معدل انتشار الأعراض الاكتئابية يتراوح من 13% إلى 20% من الجمهور، وأن انتشار الاكتئاب غير الثنائي Nonbipolar في المجتمعات الصناعية 3% للرجال، ومن 5 إلى 9% للنساء (Boyd & Weissman, 1982).

وفضلاً عن ذلك يذكر «جاستبار» أن معدلات الانتشار المنشورة لاضطرابات الاكتئاب قد تزايدت بشكل مستمر في أثناء العشرين سنة الأخيرة (Gastpar, 1986).

وأما معدلات انتشار الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين فقد اختلفت اختلافاً شديداً بين الدراسات. ومن مسح لعدد كبير منها اتضح أن انتشار الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين يتراوح بين 1.8% و 59% وهو مدى واسع جداً (انظر: Lefkowitz & Tesiny, 1985). ودرس المؤلفان الأخيران معدلات الانتشار لدى عينة أمريكية فظهر أنه 4.8% للأولاد، و 5.6% للبنات. في حين يذكر «أليسي» أن هذه المعدلات تتراوح بين 0.14%، و 1.9% في الجمهور العام (Alessi, 1987). وورد في دراسة أخرى أن هناك دليلاً متزايداً على أن نسبة تتراوح بين 5%، و 10% من جمهور طلاب المدارس مكتئبون، وأن النسبة أعلى بين المراهقين وبخاصة البنات (Miezitis, 1992, p.2).

وبوجه عام يذكر «روزنهان» و«سيليجمان» أن المؤكد أن انتشار الاكتئاب الأساسي في الطفولة أقل من نظيره لدى الراشدين، فقد حددت معظم الدراسات معدل انتشار أقل من 3% في الجمهور العام للأطفال، ولكن معدل الانتشار يتزايد في المراهقة بطريقة حادة إلى ما يقرب من ضعف معدل في الطفولة (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 615).

وفيما يختص بمعدلات انتشار اكتئاب الأطفال في الدراسات العربية، فقد استخدم عبد اللطيف معيار النسبة المئوية للأطفال الذين حصلوا على درجات أعلى من انحرافين معياريين، وبتطبيق هذا المعيار على عينة كويتية ظهر أن 3.7% من الأولاد، و 4.8% من البنات يندرجون في هذه الفئة (Abdullatif, 1995).

وبتطبيق المعيار نفسه في دراسة أحدث على عينة كويتية اتضح أن معدلات الاكتئاب في الأعمار من 10-18 عاماً تتراوح بين 1.6% و 4.2% عند الذكور، و 2.7%، و 4.4% لدى الإناث. في حين كان معدل الانتشار 3.2% و 4.4% لدى كل الذكور ثم الإناث على التوالي (Abdel-Khalek, 2003a).

وإستخدام عبد الخالق، ورضوان (1999). لحساب معدلات الانتشار لدى عينة سورية سبق الإشارة إليها. معيار النسبة المئوية للدرجات التي تزيد على المنين 95، فظهر أن 4.4% من الأولاد، و 5.4% من البنات يحققون هذا المعيار.

تعقيب على الدراسات السابقة:

أجرى على موضوع اكتئاب الأطفال والمراهقين عدد لا بأس به من الدراسات، توصلت إلى نتائج كثيرة أسهمت في فهم جوانب متعددة لهذا الموضوع، وقد تضاربت نتائج البحوث بشأن الفروق بين الجنسين في الاكتئاب. كما استخدمت القائمة العربية لاكتئاب الأطفال في ثماني دول، وكشفت عن خواص سيكومترية جيدة. وما يهمنا في هذا المجال هو معدلات الانتشار.

لقد اختلفت هذه المعدلات اختلافاً كبيراً عبر مدى واسع يتراوح بين 0.14 إلى 59% (أي، من 1% إلى 60% بعد التقريب). واختلاف المعدلات أمر وارد تماماً، ولكن ليس إلى مستوى هذا المدى الواسع جداً. ما أسباب ذلك؟

الأسباب مختلفة وكثيرة ويمكن أن نعدد منها أربعاً على الأقل، (أ) نوع العينة المستخدمة، مرضية أو سوية من الجمهور العام، وحجمها، وطريقة اختيارها. (ب) أدوات الدراسة سواء أكانت استخبارات أم قوائم ملاحظة أم مقاييس تقدير يجيب عنها الطفل نفسه أو المدرس أو الأب أو الأم. (ج) الأسلوب الإحصائي المستخدم لتحديد معدلات الانتشار، ومنها النسبة المئوية للحاصلين على درجات عليا عند مستوى، 1. انحراف معياري واحد بعد المتوسط، 2. انحرافين معياريين بعد المتوسط، 3. المنين 90 وما بعده، أو 95 وما بعده. والحاجة ماسة إلى توحيد الطرق الإحصائية لاستخراج معدلات الانتشار، (ج) عدم التفرقة بين الأعراض والاضطراب.

وتجدر الإشارة إلى بعض البحوث التي تحدد هدفاً لها التوصل إلى معدلات الانتشار وتورد المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية فقط. والأخيران معلمان أساسيان في أي إحصاء وصفي، يشيران إلى النزعة المركزية والتشتت على التوالي، ولكنهما ليسا معدلات انتشار Prevalence rate، فالأخيرة تعرف بأنها «العدد الكلي للحالات لمرض أو اضطراب ما في مجتمع معين عند نقطة زمنية محددة» (Reber, 1995, p. 594)، أو هو النسبة المئوية للمبحوثين الذين يشكون من عرض معين في فترة زمنية محددة (Burke & Regier, 1994, p. 88, Streiner, 1998, p. 176).

وعلى الرغم من أن الدراسات التي أجريت على اكتئاب الأطفال في المجتمع العربي ذات عدد لا بأس به، فإن الدراسات التي حددت معدلات الانتشار بأسلوب إحصائي متعارف عليه تعد قليلة، ومن الأهمية بمكان أن نشير إلى أنه ليس من بينها دراسة أجريت على عينات مصرية، ولذا فإن الحاجة ماسة إلى إجراء الدراسة الحالية.

مشكلة الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى بحث أهم معالم القائمة العربية لاكتئاب الأطفال لدى عينة مصرية ذات عمر محدد، وإلى فحص الفروق بين الجنسين في الاكتئاب، وأخيراً تهدف إلى تحديد معدلات انتشار الاكتئاب في هذه العينة. ومن ثم تتحدد مشكلة الدراسة في الإجابة عن التساؤلات الثلاثة الآتية:

1. ما أهم المعالم السيكومترية للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال لدى عينة مصرية ذات عمر محدد؟

2. هل توجد فروق بين الجنسين في الاكتئاب؟

3. ما معدلات انتشار الاكتئاب في هذه العينة؟

ومن البدهي أن الاكتئاب يعرف إجرائياً في هذه الدراسة بالدرجة الكلية التي يحصل عليها الطفل في القائمة العربية لاكتئاب الأطفال.

المنهج

العينة:

تكونت عينة الدراسة من 3133 تلميذاً وتلميذة يدرسون في السنتين الأولى والثانية في عدد من المدارس الإعدادية بمدينة الإسكندرية، بواقع 1625 تلميذاً، و1508 تلميذات، وكان متوسط أعمار الأولاد 11.38 عاماً ± 0.84 ، والإناث 11.26 عاماً ± 0.71 ، وعلى الرغم من كبر حجم العينة وتعدد المدارس المسحوبة منها فإن هذه العينة لا تعد عشوائية بل عينة متاحة.

المقياس:

استخدمت القائمة العربية لاكتئاب الأطفال في صيغتها العربية من تأليف عبد الخالق (1991)، وتتسم بخواص سيكومترية جيدة في عينات من ثماني دول (انظر قائمة المراجع). وتتكون القائمة من 27 بنداً (عبارات قصيرة)، يجاب عن كل منها على أساس ثلاثة بدائل هي: «نادرًا، أحيانًا، كثيرًا».. وتصحح القائمة بتحويل هذه البدائل الثلاثة إلى درجات ثلاث هي: 1، 2، 3 على التوالي، وتوجد ثمانية بنود تصحح بعكس مفتاح التصحيح (أي 3، 2، 1). والدرجة الدنيا 27، والعليا 81، وتشير الدرجات الأعلى إلى ارتفاع الاكتئاب (انظر جدول 1 لبيان بنود القائمة). وتستغرق الإجابة عن بنود القائمة قرابة عشر دقائق.

وتتراوح معاملات ثبات هذه القائمة بين 0.81، و0.93 (بطرق إعادة التطبيق، والتجزئة النصفية، وألفا). لدى عينات من ثماني دول، وتشير هذه المعاملات إلى ثبات مرتفع للقائمة. وتتراوح معاملات الصدق المرتبط بالمحك للقائمة بين 0.93، و0.83، وكلها معاملات دالة إحصائياً إشارة إلى الصدق التلازمي للقائمة.

إجراءات التطبيق:

طبق المقياس في موقف جمعي، مثلث الوحدة فيه الفصل الدراسي في الجلسة الواحدة، وفي كل جلسات التطبيق كان المؤلف الثاني يقوم بتطبيق المقياس مع وجود مساعد يساعده في الجلسة. وتجدر الإشارة إلى أن تطبيق المقياس كان يتم عن طريق نطق المؤلف الثاني لكل عبارة، ويترك وقتاً مناسباً للتلاميذ حتى يجيبوا بوضع دائرة حول أحد البدائل الثلاثة، وعلى الرغم من أن هذه الطريقة كانت مجهداً فإنها تعد أكثر دقة وضبطاً، وكانت الحاجة إليها ماسة نظراً لصغر أعمار التلاميذ.

النتائج

يبين جدول (1) معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية بعد استبعاد البند Item-remainder ومعاملات ألفا للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال. ومن ملاحظة هذا الجدول يتضح أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً، وتتراوح بين 0.30، و0.64. في حين أن معاملات ألفا للقائمة (27 بنداً) 0.9.

جدول (1): معاملات الارتباط بين البند وبقية البنود ومعاملات الثبات ألفا لدى الأولاد (1625) والبنات (1508) والجنسين

معاملات الارتباط			بنود القائمة
العينة الكلية	البنات	الأولاد	
0.496	0.511	0.482	1. أشعر بالسعادة.
0.393	0.398	0.384	2. أشعر بالكسل.
0.349	0.360	0.336	3. أنام جيداً.
0.496	0.521	0.471	4. أجد صعوبة في التركيز على دراستي.
0.582	0.591	0.573	5. أشعر أنني لا قيمة لي.
0.343	0.381	0.304	6. أحلم أحلاماً مزعجة.
0.599	0.624	0.569	7. أنا حزين.
0.396	0.360	0.431	8. أنا واثق من نفسي.
0.429	0.454	0.400	9. أشعر بالتعب.
0.517	0.541	0.488	10. تركيزي ضعيف.
0.348	0.366	0.324	11. أقلق في أثناء نومي.
0.329	0.306	0.348	12. لي أصدقاء كثيرون.
0.592	0.610	0.570	13. أشعر بالضيق.
0.431	0.432	0.430	14. أنا «سرحان».
0.540	0.597	0.468	15. أشعر بالوحدة (أنني وحيد).
0.617	0.629	0.600	16. أشعر أنني تعيس.
0.524	0.521	0.523	17. الحياة حلوة.
0.592	0.587	0.595	18. أشعر أنني فاشل.
0.518	0.522	0.511	19. أشعر بالملل (أنا زهقان).
0.437	0.467	0.408	20. أشعر بالفضب.
0.480	0.462	0.493	21. أنا راضٍ عن حياتي.
0.526	0.570	0.487	22. هناك أشياء كثيرة تضايقني.
0.526	0.513	0.541	23. أنا متشائم (أتوقع الشر).
0.524	0.549	0.508	24. ستحدث لي أشياء سيئة.
0.380	0.362	0.399	25. كثير من الناس يحبونني.
0.617	0.639	0.591	26. أكره نفسي.
0.440	0.445	0.432	27. أنا متفائل (أتوقع الخير).
0.902	0.907	0.896	معاملات ألفا

ملحوظة: تم عكس مفتاح التصحيح (Recode) في البنود الثمانية التي تعد مؤشرات سلبية للاكتئاب وأرقامها، 1، 3، 8، 12، 17، 21، 25، 27.

ويبين جدول (2) العامل الأول قبل التدوير بالنسبة للأولاد (1625) والبنات (1508) والجنسين. ومن ملاحظة جدول (2) يتضح أن قيم الجذر الكامن مرتفعة وكذلك النسبة المئوية للتباين بالنسبة لهذا العامل (قرابة 30%).

جدول (2): العامل الأول قبل التدوير*

العامل الأول			بنود القائمة
العينة الكلية	البنات	الأولاد	
0.54-	0.55-	0.53-	1. أشعر بالسعادة.
0.44	0.45	0.43	2. أشعر بالكسل.
0.38-	0.39-	0.37-	3. أنام جيداً.
0.54	0.57	0.52	4. أجد صعوبة في التركيز على دراستي.
0.64	0.64	0.63	5. أشعر أنني لا قيمة لي.
0.38	0.42	0.33	6. أحلم أحلاماً مزعجة.
0.65	0.68	0.63	7. أنا حزين.
0.4-	0.39-	0.48-	8. أنا واثق من نفسي.
0.47	0.50	0.44	9. أشعر بالتعب.
0.57	0.59	0.54	10. تركيزي ضعيف.
0.38	0.40	0.35	11. أقلق في أثناء نومي.
0.36-	0.33-	0.39-	12. لي أصدقاء كثيرون.
0.64	0.66	0.62	13. أشعر بالضيق.
0.48	0.48	0.48	14. أنا «سرحان».
0.59	0.65	0.52	15. أشعر بالوحدة (أننى وحيد).
0.67	0.68	0.66	16. أشعر أنني تعيس.
0.57	0.56-	0.58-	17. الحياة حلوة.
0.65	0.64	0.66	18. أشعر أنني فاشل.
0.57	0.57	0.56	19. أشعر بالملل (أنا زهقان).
0.48	0.52	0.45	20. أشعر بالغضب.
0.52-	0.50-	0.54-	21. أنا راض عن حياتي.
0.58	0.62	0.54	22. هناك أشياء كثيرة تضايقتني.
0.58	0.57	0.59	23. أنا متشائم (أتوقع الشر).
0.58	0.60	0.56	24. ستحدث لي أشياء سيئة.
0.42-	0.39-	0.44-	25. كثير من الناس يحبونني.
0.67	0.69	0.65	26. أكره نفسي.
0.48-	0.48-	0.48-	27. أنا متفائل (أتوقع الخير).
7.94	8.25	7.61	الجنز الكامن
29.4	30.5	28.2	% للتباين

* لم يعكس أي من البنود في هذا التحليل.

جدول (3): العوامل بعد التدوير المائل (أويلمن) لدى الجنسين (ن = 3133)*

بنود القائمة	الأول	الثاني	الثالث	الرابع	الخامس
26. أكره نفسي.	0.71				
23. أنا متشائم (أتوقع الشر).	0.63				
18. أشعر أنني فاشل.	0.61				
16. أشعر أنني تعيس.	0.58				
5. أشعر أنني لا قيمة لي.	0.57				
24. ستحدث لي أشياء سيئة.	0.56				
15. أشعر بالوحدة (أنتى وحيد).	0.54				
12. لي أصدقاء كثيرون.		0.64			
25. كثير من الناس يحبونني.		0.63			
8. أنا واثق من نفسي.		0.59			
17. الحياة حلوة.		0.58			
27. أنا متفائل (أتوقع الخير).		0.53			
21. أنا راض عن حياتي.		0.51			
1. أشعر بالسعادة.		0.48			
11. أقلق في أثناء نومي.			0.74-		
6. أحلم أحلاماً مزعجة.			0.70-		
3. أنام جيداً.			0.51		
22. هناك أشياء كثيرة تضايقتني.				0.60-	
19. أشعر بالملل (أنا زهقان).				0.59-	
20. أشعر بالغضب.				0.58-	
9. أشعر بالتعب.				0.52-	
13. أشعر بالضيق.				0.48-	
7. أنا حزين.				0.45-	
4. أجد صعوبة في التركيز على دراستي.	0.66				
10. تركيزي ضعيف.	0.64				
14. أنا «سرحان».	0.59				
2. أشعر بالكسل.	0.53				
الجذر الكامن	7.94	1.80	1.27	1.10	1.05
% للتباين	29.4	6.7	4.7	4.1	3.9

* لم يعكس أي من البنود في هذا التحليل.

ويبين جدول (3) العوامل الخمسة المستخرجة بعد التدوير المائل بطريقة «أويلمن» لدى الجنسين. وقد استوعبت العوامل الخمسة 48.7% وهي نسبة مقبولة من التباين المشترك. وبالنظر إلى جدول (3) يمكن أن يفسر العامل الأول بأنه الاكتئاب العام أو الأفكار السلبية نحو الذات، فأعلى تشبعاته بالبنود: «أكره نفسي»، «أنا متشائم»، «أشعر أنني فاشل...»، وأما العامل الثاني فيمكن تسميته: «انتفاء الضيق»، حيث يجمع المؤشرات السلبية للاكتئاب، أي: تلك التي تشير إلى انتفاء الاكتئاب، من مثل: «لي أصدقاء كثيرون»، «كثير من الناس يحبونني»، «أنا واثق من نفسي»، «الحياة حلوة»، «أنا متفائل»، «أنا راض عن حياتي»، «أشعر بالسعادة».

ويمكن أن يسمى العامل الثالث «اضطرابات النوم»، فكل البنود الثلاثة المشبعة به تدور حول ذلك الاضطراب مقابل انتفائه. وأما العامل الرابع فيمكن أن يسمى: «انتفاء السرور»، حيث كانت أعلى تشبعاته بالبنود: «هناك أشياء كثيرة تضايقتني»، «أشعر بالملل»، «أشعر بالتعب»، «أنا حزين...».

ويمكن أن يسمى العامل الخامس والأخير «ضعف التركيز»، حيث تشبعت به أربعة بنود هي: «أجد صعوبة في التركيز في دراستي، تركيزي ضعيف، أنا سرحان، أشعر بالكسل».

ويبين جدول (4) أهم البيانات الوصفية لبنود القائمة العربية للاكتئاب الأطفال والدرجة الكلية لدى الجنسين.

ومن ملاحظة جدول (4) يتضح أن الفرق بين الجنسين دال إحصائياً في الدرجة الكلية للاكتئاب حيث كان متوسط الإناث أعلى، وفيما يختص بالبنود الفرعية فإن الفروق دالة إحصائياً في 16 بنداً، وغير دالة في 11 بنداً.

ويبين جدول (5) التكرارات والنسب المئوية للدرجات الكلية على قائمة اكتئاب الأطفال لدى الأولاد والبنات اعتماداً على تقسيم تساعي (تسع فئات).

جدول (4): المتوسط (م) والانحراف المعياري (ع) وقيمة «ت» لكل بند والدرجة الكلية على القائمة العربية للاكتئاب الأطفال لدى الجنسين*

الدلالة	«ت»	البنات (ن=1508)		الأولاد (ن=1625)		بنود القائمة
		ع	م	ع	م	
-	0.63	0.62	2.35	0.60	2.36	1. أشعر بالسعادة.
0.006	2.75	0.63	1.61	0.60	1.55	2. أشعر بالكسل.
0.022	2.29	0.71	2.26	0.70	2.32	3. أنام جيداً.
-	1.04	0.70	1.75	0.67	1.72	4. أجد صعوبة في التركيز في دراستي.
-	1.16	0.67	1.45	0.64	1.43	5. أشعر أنني لا قيمة لي.
-	0.88	0.72	1.58	0.70	1.56	6. أحلم أحلاماً مزعجة.
0.002	3.04	0.68	1.64	0.64	1.57	7. أنا حزين.
0.025	2.25	0.69	2.29	0.68	2.34	8. أنا واثق من نفسي.
-	1.88	0.69	1.87	0.67	1.82	9. أشعر بالتعب.
0.002	3.07	0.71	1.61	0.65	1.54	10. تركيزي ضعيف.
0.001	4.13	0.76	1.74	0.73	1.62	11. أقلق في أثناء نومي.
0.001	4.33	0.71	2.47	0.66	2.58	12. لي أصدقاء كثيرون.
0.026	2.23	0.70	1.74	0.67	1.69	13. أشعر بالضيق.
-	1.20	0.75	1.69	0.71	1.66	14. أنا «سرحان».
0.001	6.83	0.73	1.57	0.64	1.40	15. أشعر بالوحدة (أننى وحيد).
0.001	3.57	0.71	1.54	0.64	1.45	16. أشعر أنني تعيس.
0.001	3.45	0.72	2.28	0.71	2.37	17. الحياة حلوة.
0.004	2.89	0.63	1.41	0.58	1.35	18. أشعر أنني فاشل.
0.001	3.48	0.72	1.99	0.69	1.90	19. أشعر بالملل (أنا زهقان).
-	1.60	0.71	1.85	0.72	1.89	20. أشعر بالغضب.
0.001	3.72	0.76	2.32	0.70	2.42	21. أنا راضٍ عن حياتي.
-	0.29	0.73	1.91	0.74	1.90	22. هناك أشياء كثيرة تضايقني.
-	1.18	0.65	1.43	0.62	1.40	23. أنا متشائم (أتوقع الشر).
-	1.09	0.66	1.51	0.68	1.53	24. ستحدث لي أشياء سيئة.
-	1.34	0.65	2.55	0.63	2.58	25. كثير من الناس يحبونني.
0.001	3.40	0.66	1.43	0.62	1.35	26. أكره نفسي.
0.009	2.60	0.73	2.30	0.73	2.36	27. أنا متفائل (أتوقع الخير).
0.001	4.23	10.29	44.55	9.48	43.05	الدرجة الكلية

* حسب م، ع لكل بند والدرجة الكلية بعد إعادة ترميز Recode البنود الثمانية التي تعد مؤشرات لانتفاء الاكتئاب (انظر للملاحظة أسفل جدول 1).

جدول (5): التقسيم التساعي لدرجات الاكتئاب لدى الأولاد (ن=1625) والبنات (ن=1508)

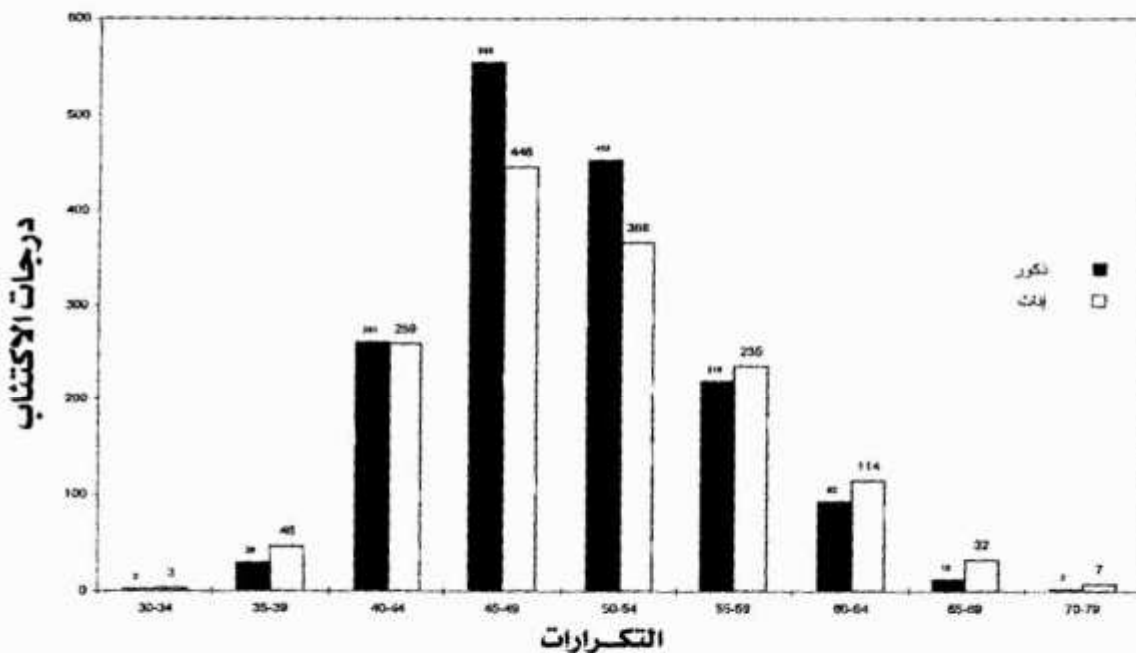
البنات	الأولاد		مدى درجات الاكتئاب	الفئات التسع	
	التكرارات	%			التكرارات
0.2	3	0.1	2	34-30	1
3.1	46	1.8	29	39-35	2
17.2	259	16.1	261	44-40	3
29.6	446	34.2	555	49-45	4
24.3	366	27.9	453	54-50	5
15.6	235	13.5	219	59-55	6
7.6	114	5.7	92	64-60	7
2.1	32	0.7	12	69-65	8
0.5	7	0.1	2	79-70	9

ويبين شكل (1) التوزيع التكراري لدرجات الاكتئاب لدى الجنسين. ويبين جدول (6) بعض البيانات التي تحدد معدلات الانتشار.

جدول (6): معدلات الانتشار اعتماداً على المئين

النسبة المئوية للأفراد		درجة الاكتئاب		المئين
بنات	أولاد	بنات	أولاد	
%10.4	%10.5	60	58	90
%4.6	%4.6	63	61	95

ومن ملاحظة جدول (6) يتضح التقارب الكبير بين النسب المئوية للأولاد والبنات عند المئينين 90، و95، ولكن هناك فرقاً بسيطاً بين درجة الاكتئاب المشيرة إلى كل مئين عند الجنسين.



شكل (1): توزيع الدرجات الكلية للقائمة العربية للاكتئاب لدى الأولاد والبنات

مناقشة النتائج

حققت هذه الدراسة الأهداف التي بدأت بها، وفيما يختص بالهدف الأول، وهو التثبت من الخواص السيكومترية للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال، فإن معاملات ألفا للبنود السبعة والعشرين مرتفعة (0.9)، ومعاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للبنود بعد استبعاد البند دالة إحصائياً، وتشير هذه النتائج إلى اتساق داخلي مرتفع للقائمة. وقد تراوحت الارتباطات بين البند وبقية البنود بين 0.30، و0.64 (انظر جدول 1)، والملاحظ أن هذه المعاملات أقل من معامل "كرونباخ" للاتساق الداخلي؛ ويعني ذلك أن كل بند يسهم في الدرجة الكلية على المقياس دون وجود تكرار أو حشو Redundancy.

وقد استوعب العامل الأول قبل التدوير نسبة كبيرة من التباين (28.2%، و30.5% عند الأولاد والبنات على التوالي)، وهو عامل قوي له جذر كامن مرتفع؛ إذ وصلت قيمة لمدا (1) Lambda 1 إلى 7.61، و8.25 لدى الجنسين على التوالي، إشارة إلى عامل قوي تشبعت به كل البنود أكبر من 0.33، ووصلت أعلى التشبعت إلى 0.69 والملاحظ أن تشبعت جميع البنود الدالة على وجود الاكتئاب (مثل: أنا حزين) موجبة، في حين أن تشبعت جميع البنود الثمانية الدالة على انتفاء الاكتئاب (مثل: أشعر بالسعادة) سالبة، إشارة إلى صدق محتوى البنود.

ونتج عن التحليل العاملي لبنود المقياس خمسة عوامل تقع في قلب ظاهرة الاكتئاب، وقد سميت هذه العوامل كما يلي: الاكتئاب العام، وانتفاء الضيق، واضطرابات النوم، وانتفاء السرور، وضعف التركيز، ويستنتج من هذه العوامل الصدق العاملي للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال، وتتسق هذه العوامل مع العوامل السابق استخراجها من القائمة نفسها على عينات من دول مختلفة (عبد الخالق، 1999)، وتحتاج طريقة التحليل المتبعة هنا إلى تعليق.

لقد اتبع التدوير المائل Oblique وليس المتعامد Orthogonal في هذه الدراسة، ومن الواضح أن التدوير المتعامد يتضمن افتراضاً ضمنيّاً مفاده أن كل العوامل المستخرجة مستقلة، وهذا فرض لا يتحقق في هذا المجال، حيث إن القائمة المستخدمة هنا تهدف إلى تقدير خاصية واحدة، ألا وهي ظاهرة اكتئاب الطفولة، كما أن البنود قد تم اختيارها. في إحدى خطوات تأليف المقياس. على أساس الارتباط بين البند والدرجة الكلية على المقياس بعد استبعاد البند، ومن ثم فإن العوامل مرتبطة معاً، ولذلك يعد التدوير المائل للمحاور حتمياً، وهي الطريقة التي استخدمت هنا، ويعني التدوير المائل انتفاء العوامل عند زوايا مائلة وليست حادة، أي، أن هذه العوامل مترابطة (انظر: Abdel-Khalek, 1998b, p. 149).

وفيما يختص بالهدف الثاني لهذه الدراسة، وهو فحص الفروق بين الجنسين، فقد أشارت النتائج إلى فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في الدرجة الكلية على قائمة الاكتئاب فضلاً عن عدد من البنود الفردية، حيث كان متوسط البنات أعلى من الأولاد. وتتضارب نتائج الدراسات السابقة في الفروق بين الجنسين في اكتئاب الطفولة، والنتائج غير متسقة (انظر: Abdel-Khalek & Soliman, 1999, 2002; Barron & Campbell, 1993; Cohen, Cohen, Kasen, Velez, Hartmark, Johnson, Rojas, Brook, & Streuning, 1993; Doerfler, Felner, Rowilson, Evans, & Raley, 1988; Garrison, Addy, Jackson, McKeown, & Waller, 1992; Koenig, Isaacs, & Schwartz, 1994; Larsson, & Melin, 1992; Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994; Petti & Larson, 1987; Rehm, Gordon-Leventon, & Ivens, 1987; Schonert-Reichl, 1994).

ولكن حصول البنات على متوسط أعلى جوهرياً من الأولاد في هذه الدراسة يتفق مع عدد من البحوث العربية (انظر: عبد الخالق، 1999). ويبدو كذلك أنه يتسق مع إحدى خصائص الثقافة العربية التي تؤكد على طرق مختلفة للتنشئة الاجتماعية لكل من الأولاد والبنات، حيث تركز هذه الثقافة، الأبوية، على استهجان تعبير الذكور عن المشاعر السلبية كالقلق والاكتئاب والخوف، كأن يقال مثلاً: «الأولاد الجيدون لا يخافون... ولا يبكون»، وعلى العكس من ذلك لا تجد هذه الثقافة حرجاً من تعبير الإناث عن مشاعرهن بإظهار الانفعالات الصريحة للضيق أو الحزن أو الخوف، سواء أكان ذلك بالتعبير اللفظي كالشكوى، أم السلوكي كالبكاء والتجنب.

ويتعلق الهدف الثالث لهذه الدراسة بتحديد معدلات انتشار الاكتئاب، ونظراً لكبر حجم العينة المستخدمة في هذه الدراسة فإن تقسيم الدرجات الكلية للاكتئاب يمكن أن يشير إلى درجة

لا بأس بها من الثبات، ويمكن أن يستنتج من التقسيم التساعي للدرجات (انظر إلى جدول 5، وشكل 5) وجود توزيع اعتدالي لها، مع التواء بسيط نحو القيم الأصغر، حيث تزداد التكرارات في الفئات التي تشتمل على الدرجات الأقل في الاكتئاب (الفئتان: 40 - 44، و45 - 49) بالمقارنة إلى الفئات التي تضم الدرجات الأعلى في الاكتئاب (الفئتان: 55 - 59، و60 - 64). ولا غرابة في ذلك فعينة الأطفال هنا عينة قصدية من تلاميذ المدارس وتلميذاتها من الذين لا يشكون من أعراض اكتئابية محددة، فهي إلى حد بعيد عينة سوية، وليست مرضية.

ومن الملاحظ أن التوزيع التكراري في شكل (1) يكشف عن فروق بين الجنسين، لاسيما في زيادة تكرارات درجات البنات في الفئات الأعلى التي تشمل الدرجات المرتفعة من الاكتئاب، ويتفق ذلك مع قيمة t ، الدالة التي تبين زيادة متوسط البنات بالنسبة إلى الأولاد في الدرجة الكلية للاكتئاب (انظر جدول 4).

وعلى الرغم من الفروق الدالة إحصائياً بين الجنسين في الدرجة الكلية على الاكتئاب فإن معدلات الانتشار لدى الجنسين تعد متقاربة جداً عند المئين 90، ومتطابقة تماماً عند المئين 95 كما يبين جدول (6). ولكن هناك فرقاً بين الجنسين في درجة الاكتئاب المقابلة لكل مئين، حيث كانت درجتا الاكتئاب لدى البنات أعلى، ويتفق ذلك مع ارتفاع متوسط البنات بالمقارنة إلى الأولاد.

وفيما يختص بمعدلات انتشار الاكتئاب باستخدام طريقة النسبة المئوية للدرجات التي تزيد على المئين 95 فقد كانت متطابقة لدى الجنسين (4.6%). ويكاد يقترب هذا المعدل لدى الأولاد من المعدلات المستخرجة في بعض الدراسات السابقة، ولكنه يقل لدى البنات في هذه الدراسة (انظر: Lefkowitz & Tesiny, 1985). ومن ناحية أخرى يعد معدل الانتشار المستخرج في هذه الدراسة لدى المصريين أعلى من نظيره في عينات كويتية (Abdel-Khalek, 2003 a)، كما يعتبر المعدل المستخرج في هذه الدراسة على المصريين أعلى لدى الأولاد، ولكنه أقل لدى البنات بالمقارنة إلى دراستين كويتية (Abdullatif, 1995) وسورية (عبد الخالق، ورضوان، 1999). وتجدر الإشارة إلى أن الدراسات السابقة الثلاث الأخيرة قد أجريت بوساطة المقياس نفسه، وهو القائمة العربية للاكتئاب الأطفال، مما يجعل المقارنة هنا ذات أهمية؛ إذ إن أداة القياس واحدة.

واختلاف معدلات الانتشار بين الدراسات أمر وارد نظراً لتدخل عدد من العوامل أهمها أربعة كما سبق أن فصلنا في التعقيب على الدراسات السابقة. وعلى الرغم من اختلاف معدلات انتشار اكتئاب الطفولة بين الدراسات العربية فمن الممكن القول إن هذه المعدلات تقع في حدود 5% أو أقل. والحاجة ماسة إلى توحيد الطرق الإحصائية لاستخراج معدلات الانتشار بين الدراسات في هذا المجال حتى يمكن المقارنة بينها.

ومن أهم التوصيات النابعة من نتائج هذه الدراسة ضرورة تكرارها على عينات من الأطفال في أعمار ودول مختلفة، والتوصل إلى الأطفال الذين تزيد درجاتهم الكلية في الاكتئاب على المئين 95 نظراً لحاجة مثل هؤلاء الأطفال إلى نوع أو آخر من الرعاية النفسية أو العلاج.

- Abdel-Khalek, A.M. (1998b). The development and validation of the Arabic Obsessive Compulsive Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 14,146-158.
- Abdel- Khalek, A. M. (2000). The Arabic Children's Depression Inventory. In J. Maltby, C.A. Lewis, & A. Hill (Eds.), *Commissioned reviews of 250 psychological tests* (Vol. 2, pp. 538-541). Lewiston, New York: The Edwin Mellen Press.
- Abdel-Khalek, A.M. (2002). The Multidimensional Children and Adolescent Depression Scale (MCADS) : Psychometric properties. Paper presented at the first Biennial Conference of the International Society for Affective Disorders (ISAD) - Taormina , Sicily , Italy, March 9-12, 2002.
- Abdel-Khalek, A. M. (2003a). Assessment and prevalence rates of depressive symptoms in a Kuwaiti sample of school children and adolescents. *Journal of Arab Children*, 5, 102-117.
- Abdel-Khalek, A.M. (2003b).The multidimensional child and adolescent depression scale: Psychometric properties. *Psychological Reports*, 93,544-560.
- Abdel-Khalek, A.M., & Soliman, H.H. (1999). A cross cultural evaluation of depression in children in Egypt, Kuwait, and the United States. *Psychological Reports*, 85, 973 - 980.
- Abdel-Khalek, A.M., & Soliman , H.H (2002). Sex differences in symptoms of depression among American children and adolescents. *Psychological Reports*, 90,185-188.
- Abdullatif, H. I. (1995). Prevalence of depression among middle school Kuwaiti students following the Iraqi invasion. *Psychological Reports*, 77, 643-649.
- Alessi, N. E. (1987). Childhood and adolescent depressive disorders. In O.G. Cameron (Ed.), *Presentations of depression: Depressive symptoms in medical and other psychiatric disorders* (pp. 11-31). New York: Wiley,
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angst, J. (1983). Introduction. In J. Angst (Ed.), *The origins of depression: Current concepts and approaches* (pp. 1-3). Berlin: Springer-Verlag.
- Barron, P., & Campbell, T. L. (1993). Gender differences in the expression of depressive symptoms in middle adolescents: An extension of earlier findings. *Adolescence*, 28, 903 -911.
- Boyd, J., & Weissman, M. (1982). Epidemiology. In E. Paykel (Ed.). *Handbook of affective disorders* (pp. 109-125). New York: Guilford.
- Burke, J. D., & Regier, D. A. (1994). Epidemiology of mental disorders. In R.E. Hales, S.C. Yudofsky, & J.A. Talbott (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry*. (2nd ed.; pp. 81-104). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J., & Streuning, E. L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence- I. Age- and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 851-867.
- Comer, R. J. (1992). *Abnormal psychology*. New York: W. H. Freeman.
- Cytryn, L., & McKnew, D. H. (1972). Proposed classification of childhood depression. *American Journal of Psychiatry*, 129, 149-155.
- Davison, G. C., & Neale, J. M. (1996). *Abnormal psychology* (6th ed). New York: Wiley.
- Doerfler, L. A., Felner, R. D., Rowlison, R. T., Evans, E., & Raley, P. A. (1988). Depression in children and adolescents: A comparative analysis of the utility and construct validity of two assessment measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 769-772.
- Garrison, C. Z., Addy, C. L., Jackson, K. L., McKeown, R. E., & Waller, J. L. (1992). Major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *American Journal of Epidemiology*, 135, 792-802.
- Gastpar, M. (1986). Epidemiology of depression (Europe and North - America). *Psychopathology*, 19, Suppl. 2, 17-21.
- Koenig, L., Isaacs, A., & Schwartz, J. A. J. (1994). Sex differences in adolescent depression and loneliness: Why are boys lonelier if girls are more depressed? *Journal of Research in Personality*, 28, 27-43.

- Larsson, B., & Melin, L. (1992). Prevalence and short-term stability of depressive symptoms in schoolchildren. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 17-22.
- Lefkowitz, M. M., & Tesiny, E.P. (1985). Depression in children: Prevalence and correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 647-656.
- Miezitis, S. (1992). Depression in the school: An unmet challenge. In S. Miezitis (Ed.), *Creating alternatives to depression in our schools: Assessment, intervention, prevention* (pp.1-5). Seattle, Toronto: Hegrefe & Huber Pub.
- Mitchell, J., McCauley, E., Burke, P.M., & Moss, S.J. (1988). Phenomenology of depression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 12-20.
- Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (1997). *Abnormal psychology in a changing world* (3rd ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-443.
- Ollendick, T. H., & Greene, R. (1990). Behavioral assessment of children. In: G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (pp. 403-422). New York: Pergamon.
- Parry-Jones, W. (1989). Depression in adolescence. In K. R. Herbst & E. S. Paykel (Eds.), *Depression: An integrative approach* (pp. 111-123). Oxford: Heinemann.
- Petti, T. A. (1989). Study and treatment of childhood depression as a prototype for the research and conceptualization of other psychopathologies in child psychiatry. In B. Lerer & S. Gershon (Eds.), *New directions in affective disorders* (pp. 335-339). New York: SpringerVerlag.
- Petti, T. A., & Larson, C. N. (1987). Depression and suicide. In V. B. Van Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 288-312). New York: Pergamon.
- Reber, A. S. (1995). *The Penguin dictionary of psychology* (2nd ed.). London: Penguin Books.
- Rehm, L. P., Gordon-Leventon, B., & Ivens, C. (1987). Depression. In C. L. Frame & J. L. Matson (Eds.), *Handbook of assessment in childhood psychopathology* (pp. 341-371). New York: Plenum Press.
- Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E. P. (1995). *Abnormal psychology* (3rd ed.). New York: W. W. Norton & Comp.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1996). *Abnormal psychology: The problem of maladaptive behavior* (8th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Sartorius, N. (1986). Cross-cultural research on depression. *Psychopathology*, 19, Suppl. 2, 6-11.
- Schonert-Reichl, K. A. (1994). Gender differences in depressive symptomatology and egocentrism in adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 14, 49-65.
- Sethia, P., Sinha, S. P., & Saxena, S. (1994). Depressive features in learning disabled children. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 20, 57-62.
- Streiner, D. L. (1998). Let me count the ways: Measuring incidence, prevalence, and impact in epidemiological studies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 173-179.
- Vieta, E., Nieto, E., Gasto, C., & Cirera, E. (1992). Serious suicide attempts in affective patients. *Journal of Affective Disorders*, 24, 147-152.
- Williams, J. M. G. (1992). *The psychological treatment of depression* (2nd ed.). London: Routledge,