تقنين مبدئي للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال على عينات سورية

أ. د. أحمد محمد عبدالخالق*
د. سامر جميل رضوان**

* قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية – جامعة الكويت – الكويت.
** قسم الصحة النفسية، كلية التربية – جامعة دمشق – سوريا.

تقنين مبدئي للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال على عينات سورية

ملخص

طبقت القائمة العربية لاكتئاب الأطفال تطبيقاً جمعيا على ٧٠١ من طلاب المدارس الإعدادية من الأولاد والبنين في مدينة دمشق بسوريا، وقد تراوحت أعمارهم بين ١٣ و١٦ عاما. واستخرجت معاملات ارتباط دالة بين كل بند والدرجة الكلية على المقياس بعد استبعاد البند، وانطبق ذلك على الأولاد والبنات والجنسين معا، مما يشير إلى اتساق داخلي مقبول، وكانت معاملات ثبات «كرونباخ» ألفا فوق ٠,٨٤ لدى العينات الثلاث ذاتها، ويشير ذلك إلى ثبات مرتفع. كما اتضح أن الصدق المرتبط بالمحك مرتفع لهذه القائمة، وظهر أن تشبعات بنود العامل الأول غير المدار لدى كل من الأولاد والبنات تشير إلى تقارب لا بأس به، مما يعني خاصية جيدة للقائمة. واستخرج من القائمة سبعة عوامل هي: الاكتئاب العام، ومشكلات النوم، وانتفاء الوحدة، وضعف التركيز، والإجهاد، وانتفاء التوقعات السلبية، والتشاؤم وكره النفس، وهذه العوامل واضحة، محددة القسمات، وقابلة للتفسير، وذات تشبعات مرتفعة واتساق كبير، وتستوعب قدراً لا بأس به من التباين المشترك، وتقع هذه العوامل في قلب ظاهرة اكتئاب الطفولة. وحصلت البنات على متوسط كلي أعلى جوهريا من الأولاد، ولكن لم تظهر فروق عمرية في الاكتئاب، واستخرجت المئينيات لكل جنس على حدة. وبوجه عام تشير هذه النتائج إلى صلاحية القائمة العربية لاكتئاب الأطفال للاستخدام في المجتمع السوري، نظراً لخواصها الجيدة.

مقدمة

أطلق على الخمسينيات من هذا القرن «عصر القلق»، ويطلق على العقد الحالي «عقد الاكتئاب»، والاكتئاب Depression حالة مزاجية تتسم بالشعور بعدم الكفاءة، والشعور بالجزع أو القنوط، وتناقص النشاط أو الاستجابية، والتشاؤم، والحزن، فضلا عن عدد من الأعراض المرتبطة بذلك. ويمكن أن يكون الاكتئاب عرضاً Symptom لبعض الاضطرابات النفسية الأخرى، فيعد جزءاً أو زملة Syndrome من الأعراض المترابطة التي تبدو على أنها «ثانوية»

لاضطراب آخر، ويمكن أن يكون الاكتئاب - بطبيعة الحال - اضطرابا محددا في ذاته. ويلاحظ أن كثيرا من الأطباء النفسيين يعدون الضيق Anhedonia (وهو النقص العام للاهتمام بمباهج الحياة ومسراتها) خاصية محددة من خواص الاكتئاب، حتى النقطة التي يعد فيها ذلك كافيا لوضع تشخيص مستقل للفرد الذي يشكو من كونه مكتئبا؛ (Reber, 1995, p. 197 f). ومن الممكن أن يكون الاكتئاب حالة وقتية أو اضطراباً دائماً.

وقد مر الاكتئاب - خلال التاريخ الطبي النفسي الممتد - بوجهات نظر مختلفة، ووضعت له تصنيفات كثيرة، يركز بعضها على جوانب محددة فيه أو أشكال خاصة من بينها: الاكتئاب المتهيج، والداخلي، والاستجابي، والأساسي، والعصابي، والذهاني، والمتأخر المسبب لتأخر نفسي حركي، وأحادي القطب، وثنائي القطب، والقلق الاكتئابي، والاضطراب الاكتئابي الخفيف، ومرحلة الاكتئاب الأساسية، واضطراب الشخصية المكتئبة (Reber, 1995, p. 198).

والاكتئاب خبرة إنسانية عامة، فلا يوجد آدمي تقريبا 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. ولكن الأمر المهم هنا، هو 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 التغلب على هذه المشاعر أو تلك الأعراض، فتكون الخبرات السارة للحياة بمثابة مصد أو واق buffer ضد مشاعر الاكتئاب وبخاصة في درجاتها المنخفضة.

ومن الواضح أن الاكتئاب درجات في الشدة، حيث يتراوح بين الحزن

البسيط وتثبيط الهمة، والقنوط. كما يختلف الاكتئاب من حيث دوامه أي استمراره بوصفه حالة تنقلية وقتية زائلة أو من حيث هو حالة مستمرة وغالبة على الفرد تشمل كل جنبات حياته فتلونها بلون أسود قاتم لفترة طويلة.

على أن الدراسات التي أجريت على الاكتئاب قبل العقود القليلة الأخيرة قد تركزت على اكتئاب الراشدين، ولم تهتم بدراسة اكتئاب الأطفال إلا مؤخراً، حيث كان يُعتقد أن الطفل ليس لديه القدرة اللفظية للتعبير عن مشاعر الاكتئاب.

وافترض الإكلينيكيون في الستينيات من القرن العشرين أن الأطفال قبل المراهقة من غير المحتمل أن يصابوا بالاكتئاب، لأن إحساسهم بذواتهم وبالمستقبل مبتسر غير ناضج تماما حتى تظهر عليهم أعراض مثل: التقدير المنخفض للذات، والذنب، واليأس. ولكن الأبحاث خلال العقدين الأخيرين بينت أن الأطفال قبل المراهقة يطورون فعلا الأعراض التي تشكل زملة الاكتئاب؛ (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 615)، وأن الأعراض الاكتئابية إن ظهرت فإنها تعبر عن نفسها بصورة متخفية على شكل أعراض جسدية أو سلس بول أواضطرابات السلوك (Cytryn & Mcknew, 1972). وحدث اهتمام كبير من الناحيتين الإكلينيكية والبحثية باكتئاب الطفولة خلال الثمانينيات.

وقد واجهت دراسة الاكتئاب في الطفولة مشكلات كثيرة أهمها ثلاث كمايلي:

١ - مشكلة تعريف مصطلح اكتئاب الطفولة.

٢ - التشابه بين اكتئاب الطفولة واكتئاب الرشد.

٣ - مشكلة التشخيص التصنيفي لاكتئاب الطفولة.

انظر: Burgin, 1986; Cantwell & Carlson, 1979; Connell, 1983; Cytryn *et al.,* 1980; Kashani *et al.,* 1981; Kovacs & Beck, 1977; McConville *et al.,* 1973; Philips, 1979).

وشاع استخدام مصطلح «اكتئاب الطفولة» في مجال الاضطرابات النفسية لدى الأطفال في العقدين الأخيرين، وأظهرت البحوث أن الاكتئاب يمكن أن يحدث في أي عمر، ويظهر على شكل تجمعات أعراض مختلفة في كل مرحلة عمرية، من الطفولة المبكرة، عبر المراهقة وحتى الرشد (Parry-Jones, 1989). على أن محكات تشخيص اضطرابات الاكتئاب في الطفولة هي ذاتها أساساً التي تستخدم في تشخيص الراشدين، ولكن اضطراب الاكتئاب الأساسي Major Depressive Disorder غير شائع في الطفولة بالمقارنة إلى الراشدين، في حين أن الأشكال الخفيفة من الاكتئاب في الطفولة شائعة كما هو الحال لدى الراشدين تماماً؛ (Rosenhan & Seligman, 1995, p. 601).

وبتزايد الاهتمام باكتئاب الطفولة في العقدين الأخيرين، أجريت دراسات كثيرة لتحديد المفهوم، وبيان المتغيرات المرتبطة به والمؤثرة فيه والمتداخلة معه، ووضعت أدوات للقياس، من استخبارات يجيب عنها الطفل بنفسه أو يقدره فيها أقرانه أو والديه أو معلميه، هذا فضلا عن طرق التشخيص المعتمدة على المقابلة الشخصية. وتوصل الباحثون إلى نتائج كثيرة.

فقد ظهر مثلا 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, Rathus & Greene, 1997, p. 479). كما ظهر أن هناك تداخلا بين الاكتئاب وصعوبات التعلم Learning disabilities؛ (Sethia *et al.*, 1994).

وترجع خطورة اكتئاب الطفولة - كما يذكر «ساراسون، وساراسون» إلى أنه قد يستمر فترة طويلة نسبيا، وعلى الرغم من أن الأعراض تتحسن عادة عبر الزمن، فإن فرص عودة الاضطراب مرتفعة (Sarason & Sarason, 1996, p, 469). وظهر أيضا أن اكتئاب الطفولة يزيد من احتمال الانتحار، وبخاصة لدى أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ١٩ عاما؛ (Davison & Neale, 1996, p. 448).

وهناك دليل متزايد على أن نسبة تتراوح بين ٥٪، و١٠٪ من جمهور طلاب المدارس مكتئبون وأن النسبة أعلى بين المراهقين وبخاصة البنات، وكشفت البحوث التي أجريت على الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم أن نسبة كبيرة منهم تتراوح بين ٢٥٪، و٥٠٪ يظهرون علامات الاكتئاب؛ (Miezitis, 1992, p. 2).

وتشير البحوث النفسية في السنين الأخيرة إلى اتفاق الباحثين على أن اكتئاب الطفولة مجموعة أعراض حقيقية، وهذا يؤكد الحاجة إلى طرق ثابتة وصادقة للقياس لتحقيق الأهداف الآتية:

١ - تحديد شدة الاكتئاب ودرجته.

٢ - تعيين معدلات انتشار الاضطراب.

٣ - بيان العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية المرتبطة به.

٤ - تحديد قابلية الطفل للإصابة بالاكتئاب في الكبر.

٥ - تقويم نتائج العلاج.

(انظر: Vella, Heath & Miezitis, 1992, p. 95).

وتحقيقا لهذه الأهداف المتصلة بالقياس النفسي، فقد وضع عدد محدود من استخبارات اكتئاب الطفولة والمراهقة، أكثرها شيوعا «قائمة اكتئاب الأطفال» من وضع «ماريا كوفاكس» (Kovacs, 1992)، ومقياس «رينولدس» لاكتئاب المراهقة (Reynolds, 1987)، ومقياس اكتئاب الأطفال (Tisher, Lang-Takac & Lang, 1992).

وعلى المستوى العربي وضع أحمد عبدالخالق (١٩٩١) المقياس العربي لاكتئاب الأطفال، وأجريت عليه دراسات على عينات مصرية (Abdel-Khalek, 1993)، فضلا عن عينات كويتية (فريح العنزي، ١٩٩٧؛ Abdel-Khalek, 1996; Abdullatif, 1995)، وبحرينية (توفيق عبدالمنعم، ١٩٩٩).

ووضع هذا المقياس تحقيقا لتوجه عام مؤداه ضرورة وضع مقاييس عربية بوساطة المتخصصين العرب، نظراً للحاجة الماسة إلى تأليف مقاييس نفسية تناسب المفحوص العربي، وتراعي التقاليد والأعراف العربية، بدلا من مجرد ترجمة المقاييس الأجنبية التي يمكن أن تكمن فيها مشكلات عديدة أبرزها عدم مناسبة بنودها للمفحوص العربي من نواح محددة؛ (انظر: أحمد عبدالخالق ١٩٩٨).

ويعرف الاكتئاب - في هذه الدراسة - بأنه حالة انفعالية وقتية أو دائمة، يشعر فيها الفرد بالانقباض والحزن والضيق، وتشيع فيها مشاعر الهم والغم والشؤم، فضلا عن مشاعر القنوط والجزع واليأس والعجز؛ (أحمد عبدالخالق، غير منشور).

أهداف الدراسة

يتلخص الهدف العام لهذه الدراسة في التقنين المبدئي للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال من تأليف عبدالخالق، على عينات من الأطفال السوريين، حيث لم تجر دراسة على اكتئاب الطفولة في هذا المجتمع العربي. وتحدد أهداف هذه الدراسة - من ناحية تفصيلية - فيما يلي:

١ - بيان معاملات ثبات المقياس العربي لاكتئاب الأطفال وصدقه على عينة سورية.

٢ - فحص التركيب العاملي للقائمة على عينة سورية.

٣ - التعرف إلى الفروق بين الجنسين في الاكتئاب.

٤ - تحديد الفروق بين الأعمار في الاكتئاب.

٥ - استخراج معايير مبدئية للقائمة على العينة السورية.

٦ - تحديد معدلات انتشار الاكتئاب لدى العينة السورية.

تساؤلات الدراسة

١ - ما قيم معاملات ثبات القائمة العربية لاكتئاب الأطفال وصدقها على العينة السورية، وهل تختلف عن نظيرتها في دول عربية أخرى طبق المقياس عليها؟

٢ - ما التركيب العاملي للقائمة على العينة السورية، وهل يختلف عن نظيره في الدراسات السابقة؟

٣ - هل الفروق بين الأولاد والبنات السوريين في الاكتئاب دالة إحصائيا؟

٤ - هل هناك فروق بين الأعمار في الاكتئاب؟

٥ - ما معايير القائمة كما طبقت على العينة السورية؟

٦ - ما معدلات انتشار الاكتئاب لدى العينة السورية؟

المنهج

العينة

اشتملت العينة على ٧٠١ من طلاب المدارس الإعدادية من الأولاد (ن = ٣٦٦) والبنات (ن = ٣٣٥) في مدينة دمشق بسوريا، وسحبت هذه العينة من عشر مدارس، وهي المدارس الآتية للأولاد: إعدادية ابن زيدون، إعدادية بسام بكورة، إعدادية جورج حداد، إعدادية ذات الصواري، إعدادية حسن الخراط. أما مدارس البنات فكانت: إعدادية سفر جلالي، إعدادية عثمان بن عفان، إعدادية علي طلبة حسن، إعدادية أسعد عبدالله، إعدادية عين جالوت. (يلاحظ أن مدرستي حسن الخراط للأولاد وأسعد عبدالله للبنات إعدادية وثانوية معاً). وكان هؤلاء الطلاب في الصفوف الدراسية: السابع والثامن والتاسع، بنسبة مئوية كما يلي: ٣٠,٩٪، و٣٠,٢٪، و٣٨,٩٪ على التوالي. وكان متوسط عمر الأولاد ١٤,١١ ± ٠,٩٩، والبنات ١٤,٢٣ ± ٠,٩٥ (ت = ١,٥٧؛ غير دالة إحصائيا). ويبين جدول رقم (١) توزيع العينة وفق الأعمار والجنس.

جدول رقم (١): توزيع عينة الدراسة تبعا لكل من الأعمار والجنس

البنات	الأولاد	العمر
٩٣	١١٧	١٣
١٠٠	١٣١	١٤
١١٤	٧٦	١٥
٢٨	٤٢	١٦
٣٣٥	٣٦٦	المجموع

أداة الدراسة

استخدمت القائمة العربية لاكتئاب الأطفال من تأليف أحمد عبدالخالق (١٩٩١)، وتشتمل على ٢٧ عبارة قصيرة (انظر نص البنود في جدول (٢)، تسعة عشر بنداً منها تعد مؤشرات إيجابية للاكتئاب (مثل: «أنا حزين»)، في حين أن ثمانية منها مؤشرات سلبية للاكتئاب (مثل: «أشعر بالسعادة»)، ويجاب عن كل منها باختيار بديل من ثلاثة بدائل هي: «نادراً، أحياناً، كثيراً» تعطى درجات (١، ٢، ٣) على التوالي في البنود التي تعد مؤشرات إيجابية للاكتئاب، وتعكس هذه الدرجات (٣،٢،١) في البنود التي تعد مؤشرات سلبية. وللمقياس صدق ظاهري جيد، واتساق داخلي، واستقرار مرتفع عبر الزمن، وصدق مرتفع مرتبط بالمحك على عينات مصرية وكويتية؛ (Abdel-Khalek, 1993, 1998). وكان المحك في العينة المصرية قائمة الاكتئاب للأطفال من وضع «كوفاكس»، وفي العينة الكويتية كان المحك قائمة «بيك» للاكتئاب. واستخدمت القائمة لتحديد معدلات انتشار الاكتئاب على عينة من طلاب المدارس المتوسطة من الجنسين في دولة الكويت، وذلك بعد التأكد من ثباتها وصدقها في هذا المجتمع؛ (Abdullatif, 1995). وقد استخرج من تطبيق هذه القائمة على عينة كويتية خمسة عوامل قابلة للتفسير متصلة بظاهرة اكتئاب الأطفال (Abdel Khalek, 1996). وكشفت دراسة فريح العنزي (١٩٩٧) عن

ارتباط سلبي بين التحصيل الدراسي والاكتئاب كما يقاس بهذه القائمة لدى عينة من طلاب الصف الرابع المتوسط بدولة الكويت. وللقائمة كذلك ثبات مرتفع، واستخرجت من بنودها عوامل قابلة للتفسير كما طبقت على عينات بحرينية (توفيق عبدالمنعم، ١٩٩٩).

إجراءات التطبيق

طبقت القائمة على الطلاب في موقف قياس جمعي، الوحدة فيه هي الشعبة الواحدة أي الصف الدراسي مكتملا، ولم يجبر أحد من الطلاب أن يجيب عن القائمة دون رغبته. واستبعدت الأوراق غير المكتملة من ناحيتي عدم الإجابة عن بعض البنود أو نقص بعض البيانات الاجتماعية. وبلغ عدد الأوراق المستبعدة (٤٩) استمارة، وحيث إن القائمة قد طبقت على (٧٥٠) مفحوصاً، فتكون نسبة الاستبعاد (٦,٥٪).

النتائج

يبين جدول رقم (٢) ارتباط كل بند من بنود القائمة العربية لاكتئاب الأطفال بالدرجة الكلية على بقية البنود Item-remainder correlation؛ أي ارتباط البند بالدرجة الكلية بعد استبعاد هذا البند من الدرجة الكلية. ومن ملاحظة جدول رقم (٢) يتضح أن معاملات الارتباط تتراوح بين ٠,٢١٧، و٠,٥٢٣ عند الأولاد، وبين ٠,١٦٢، و٠,٥٥٦ لدى البنات، وبين ٠,٢٣٩، و٠,٥٢٩ عند الجنسين معا. وجميع هذه الاتباطات دالة إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ على الأقل. كما يبين جدول رقم (٢) أن معاملات «ألفا» مرتفعة (فوق ٠,٨٤) لدى الأولاد والبنات والجنسين معا.

جدول رقم (٢): معاملات ارتباط البند بالدرجة الكلية على بقية البنود ومعاملات «كرونباخ» «ألفا» لقائمة اكتئاب الأطفال لدى الأولاد (ن = ٣٦٦) والبنات (ن = ٣٣٥) السوريين*

ارتباط البند بالدرجة الكلية			بنود القائمة
الأولاد والبنات	البنات	الأولاد	
٠,٣٩١	٠,٣٨٩	٠,٣٤٢	١ - أشعر بالسعادة.
٠,٣١٨	٠,٣١٣	٠,٢٦٤	٢ - أشعر بالكسل.
٠,٢٥٣	٠,٢٦٨	٠,٢٤٠	٣ - أنام جيدا.
٠,٣١٩	٠,٢٤٣	٠,٣٦٢	٤ - أجد صعوبة في التركيز على دراستي.
٠,٤٤٢	٠,٤٥٦	٠,٣٩٦	٥ - أشعر أنني لا قيمة لي.
٠,٢٤٠	٠,١٦٢	٠,٣٣٠	٦ - أحلم أحلاما مزعجة.
٠,٤٦٦	٠,٥٠٥	٠,٣٨٨	٧ - أنا حزين.
٠,٣٣١	٠,٣٣٢	٠,٣٢٤	٨ - أنا واثق من نفسي.
٠,٢٣٩	٠,٢٦٦	٠,٢١٧	٩ - أشعر بالتعب.
٠,٣٦٢	٠,٣٢٦	٠,٣٨٢	١٠ - تركيزي ضعيف.
٠,٣٤١	٠,٣٠٨	٠,٣٤٧	١١ - أقلق أثناء نومي.
٠,٢٨٧	٠,٢٨٨	٠,٢٤٥	١٢ - لي أصدقاء كثيرون.
٠,٤٩١	٠,٤٥١	٠,٥٠١	١٣ - أشعر بالضيق.
٠,٣٨٦	٠,٣٩٨	٠,٣١٨	١٤ - أنا شارد (سرحان).
٠,٤٣٧	٠,٤١٧	٠,٤٢٨	١٥ - أشعر بالوحدة (أنني وحيد).
٠,٥٢٥	٠,٥٥٦	٠,٤٥١	١٦ - أشعر أنني تعيس.
٠,٤٥٤	٠,٤٦٢	٠,٤١٢	١٧ - الحياة حلوة.
٠,٤٣٣	٠,٤٠٧	٠,٤٧٣	١٨ - أشعر أنني فاشل.
٠,٤٤٨	٠,٤٤١	٠,٤٠٧	١٩ - أشعر بالملل (أنا زهقان).
٠,٢٨٦	٠,٢٥٥	٠,٣١٤	٢٠ - أشعر بالغضب.
٠,٤٥٤	٠,٤٥٦	٠,٤١٥	٢١ - أنا راضي عن حياتي.
٠,٤١١	٠,٤٤٧	٠,٣١٩	٢٢ - هناك أشياء كثيرة تضايقني.
٠,٤٦٢	٠,٤٦٤	٠,٤٠٧	٢٣ - أنا متشائم.
٠,٤٤٣	٠,٤٣٣	٠,٤٤١	٢٤ - ستحدث لي أشياء سيئة.
٠,٣٩٨	٠,٣٥٧	٠,٤٣٩	٢٥ - كثير من الناس يجبوني.
٠,٥٢٩	٠,٥٠٠	٠,٥٢٣	٢٦ - أكره نفسي.
٠,٤٧٤	٠,٤٦٠	٠,٤٥٤	٢٧ - أنا متفائل.
٠,٨٥٦	٠,٨٥١	٠,٨٤٣	معامل ألفا

* تم عكس الدرجات (Recode) على البنود الثمانية التي تعد مؤشرات سلبية للاكتئاب وأرقامها (١، ٣، ٨، ١٢، ١٧، ٢١، ٢٥، ٢٧).

وقد طبقت القائمة العربية لاكتئاب الأطفال مع اختبار الاكتئاب للأطفال من تأليف «ماريا كوفاكس» (Kovacs, 1992) وهو مقياس ثابت وصادق وواسع الاستخدام لاكتئاب الأطفال، وذلك في صيغته العربية من إعداد محمد عبدالظاهر الطيب (١٩٨٣). ووصل معامل الارتباط لدى الأولاد (ن = ٥٦) إلى ٠,٥٧٢ (دال عند مستوى ٠,٠٠٠١)، وعند البنات (ن = ٥٦) إلى ٠,٣٨٩ (دال عند مستوى ٠,٠٠٢)، ولدى الجنسين (ن = ١١٢) إلى ٠,٤٧٥ (دال عند مستوى ٠,٠٠٠١)، وتشير هذه المعاملات إلى صدق تلازمي مرتفع للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال على العينة السورية. ويؤكد ذلك تحقق الهدف الأول للبحث.

ويستخدم العامل الأول قبل التدوير لدى الذكور والإناث والعينة الكلية بهدف المقارنة بين تشبعات البنود بهذا العامل الأول قبل أن يعاد توزيع التباين بين العوامل نتيجة إجراء تدوير المحاور (انظر: Reynolds, 1987, p. 25). ويتضح من جدول رقم (٣) أن تشبعات بنود القائمة بالعامل الأول غير المدار تتراوح بين: ٠,٢٥٨، و٠,٦١٣ عند الأولاد، وبين ٠,١٨٧، و٠,٦٣٨ لدى البنات، وبين ٠,٢٨١، ٠,٦١٠ عند الجنسين معا. ويتضح أن هناك تقارباً كبيراً بين تشبعات البند بالعامل لدى الأولاد والبنات.

وقد حسبت معاملات الارتباط* بين بنود القائمة العربية لاكتئاب الأطفال لدى الأولاد والبنات معا، وحللت عامليا بطريقة المحاور الأساسية، ثم أديرت تدويرا مائلا Oblique بطريقة «أوبلمن» Oblimin، وعد العامل دالا إحصائياً إذا وصل جذره الكامن إلى ١,٠. ويبين جدول رقم (٤) هذه المصفوفة.

* تتاح مصفوفة معاملات الارتباط لدى الباحث الأول، ويمكن إرسالها لمن يطلبها.

جدول رقم (٣) : تشبعات بنود قائمة اكتئاب الأطفال بالعامل الأول غير المدار والمستخرج بطريقة المحاور الأساسية لدى الأولاد والبنات

الأولاد والبنات	البنات	الأولاد	بنود القائمة*
٠,٤٦١٩	٠,٤٦٤٢	٠,٤٠٥٧	١
٠,٣٧١٢	٠,٣٦٢٦	٠,٣١٣٤	٢
٠,٢٩٣١	٠,٣١٧٠	٠,٢٧٩٥	٣
٠,٣٦٩٨	٠,٢٨٥١	٠,٤٢٣٦	٤
٠,٥٢٤٨	٠,٥٤٧٠	٠,٤٧٤٦	٥
٠,٢٨٠٦	٠,١٨٦٩	٠,٣٩٣٨	٦
٠,٥٤٧٣	٠,٥٨٣٨	٠,٤٧٣٨	٧
٠,٣٩٢١	٠,٣٩٨٤	٠,٣٨٢٩	٨
٠,٢٨٣٢	٠,٣١٤٧	٠,٢٥٧٦	٩
٠,٤٢٧١	٠,٣٨٨٦	٠,٤٥١٩	١٠
٠,٣٩٣٠	٠,٣٥٥٨	٠,٤٠٧٣	١١
٠,٣٣٩٦	٠,٣٣٨٧	٠,٢٩٨٠	١٢
٠,٥٥٧٢	٠,٥١٨١	٠,٥٧١٨	١٣
٠,٤٤٤٨	٠,٤٥٧٣	٠,٣٧٠٥	١٤
٠,٥١٠٨	٠,٤٩٤٠	٠,٥١٢٨	١٥
٠,٦٠٠٤	٠,٦٣٨١	٠,٥٢٥٦	١٦
٠,٥٢٨٥	٠,٥٣٧٤	٠,٤٩٠٤	١٧
٠,٥٠٩٢	٠,٤٧٢٦	٠,٥٦٤٤	١٨
٠,٥١٠١	٠,٥٠٨٠	٠,٤٦٨١	١٩
٠,٣٤٨٦	٠,٣١٩٠	٠,٣٨٧٦	٢٠
٠,٥٢٩٥	٠,٥٢٩٩	٠,٤٩٦٦	٢١
٠,٤٧٤٥	٠,٥١٤٣	٠,٣٧٣٩	٢٢
٠,٥٤١٣	٠,٥٤١٦	٠,٤٩٣٨	٢٣
٠,٥١١٦	٠,٥٠٥٦	٠,٥١٥٥	٢٤
٠,٤٦٤٨	٠,٤٢٨٢	٠,٥١١٠	٢٥
٠,٦٠٩٧	٠,٥٨٧٠	٠,٦١٢٦	٢٦
٠,٥٥٥٥	٠,٥٤٧٣	٠,٥٤٠٠	٢٧
٥,٩٢	٥,٧٨	٥,٥٥	الجذر الكامن
٢١,٩	٢١,٤	٢٠,٦	٪ للتباين

* انظر نص البنود في جدول رقم (٢).

جدول رقم (٤): المصفوفة العاملية بعد التدوير المائل بطريقة «أوبلمن» لقائمة اكتئاب الأطفال لدى عينة الأولاد والبنات (ن = ٧٠١) السوريين*

بنود القائمة	العوامل							هـ٢
	الأول	الثاني	الثالث	الرابع	الخامس	السادس	السابع	
١	٠,٢٦٦	-٠,٢٩٠	٠,٣٠٣	٠,٠٦٧	٠,١٥١	-٠,٢٢١	٠,٠٥٠	٠,٤٠٤
٢	٠,١٥٠	٠,١٠٧	٠,٢٢٢	٠,٣٩٥	-٠,٠٦٠	-٠,٢٧١	-٠,٥٦٥	٠,٦١١
٣	-٠,٠٥٥	٠,٠٨١	٠,٢٢٣	٠,١٢٦	-٠,٤٧٢	٠,٠٦٠	٠,٠٢٦	٠,٣٤٨
٤	٠,١١٠	٠,٠٢٩	-٠,٠٥٥	٠,٧٣٥	٠,١٩٥	٠,٢٤٨	-٠,٠٢٧	٠,٥٩٧
٥	٠,٠١٥	-٠,٠٧٩	٠,٠٣٥	٠,٠٦٥	٠,٠٤١	-٠,٧٣١	٠,٠٣٩	٠,٥٧٤
٦	-٠,٠٠٩	٠,٧١٤	٠,٠٠٢	-٠,٠١٩	٠,٠٥٤	٠,٠٠١	-٠,٠٨١	٠,٥٣١
٧	٠,٣٢١	-٠,٠٥٧	-٠,٠١٩	٠,٢٧٧	-٠,١٧٢	-٠,٣٣١	-٠,١٠٤	٠,٤٥٣
٨	-٠,٢٢٦	-٠,١٣٧	٠,٢١٧	٠,٣٣٦	٠,٢٦٥	-٠,١٠٠	-٠,٢٣٢	٠,٤٢٦
٩	٠,٠٣٣	٠,٠٠٣	-٠,٢١٠	٠,٠٠٠	٠,٧٩٤	-٠,١٧٠	-٠,٠٣٣	٠,٦٥٩
١٠	-٠,٠٦٠	-٠,٠٨١	-٠,٠٢٢	٠,٦٢٤	-٠,٠٣٦	-٠,٢١٠	-٠,٠٥٥	٠,٤٨٥
١١	٠,١٣٦	٠,٦٥٨	٠,١٨٦	-٠,١٣	٠,٠٢٤	-٠,٠٣٩	-٠,٠٠٩	٠,٥٤٦
١٢	-٠,١٤٦	٠,١٥٢	٠,٧٠٨	٠,٠٠٩	-٠,٠٢٦	-٠,٠٢٩	٠,١٠٨	٠,٥٠٨
١٣	٠,٣٩٥	٠,٠٨٤	-٠,٠٣٥	٠,٢٢٥	٠,٢٣٦	-٠,٠٨٢	-٠,٠٨١	٠,٤٠٦
١٤	٠,١١٣	-٠,٤٤٨	-٠,٠٠٦	٠,٣٨٤	-٠,٠٠٢	-٠,٠٤٣	٠,٠٣٦	٠,٤٣٢
١٥	٠,٤٢٤	٠,٠٢٨	٠,٠٦٠	-٠,٠٤٨	-٠,٠٧٨	-٠,٣٤٦	-٠,٠٣٠	٠,٣٩٨
١٦	٠,٢٧٧	٠,٠٢٨	٠,٠٦٧	-٠,٠٨٥	٠,٢١١	-٠,٣٧٥	-٠,٢١٠	٠,٤٥٩
١٧	٠,٢٩٠	-٠,١١٨	٠,٤٨٨	-٠,١٣١	٠,٠٦٣	-٠,٠٩٣	-٠,١٧٣	٠,٤٨٣
١٨	-٠,١٣٤	٠,٠٩٧	٠,١٢٣	٠,٢٧١	-٠,١٣٠	-٠,٤٠٨	-٠,٢١٦	٠,٤٣٨
١٩	٠,٦٣٢	٠,١٢٧	-٠,٠٤٨	٠,٠٨٣	٠,١٤٥	-٠,٠٩٥	٠,١٣٤	٠,٥٢٢
٢٠	٠,٥٩٢	٠,٠٧٣	-٠,١٧٠	-٠,٠٠٦	-٠,١٦٧	-٠,٠٣٨	-٠,١٦٠	٠,٤٣٦
٢١	-٠,٤٠٠	-٠,٢١٤	٠,٤٢٣	٠,١٨٣	-٠,٠٦٢	٠,٠٦٨	-٠,١١٨	٠,٥٠٨
٢٢	٠,٥٠٥	٠,١٣٣	٠,٢٨٩	-٠,٠١٥	٠,١٣٤	٠,١٨٥	-٠,٠٥٣	٠,٤٤٨
٢٣	٠,١٠٩	٠,٢٢٨	٠,٠٤٧	٠,٢١٠	-٠,١٢٠	-٠,٠٦٥	-٠,٤٩٨	٠,٤٩٧
٢٤	٠,٠١٢	٠,١٧٨	٠,٠١٦	-٠,١٣٤	٠,٢٤١	-٠,٦٣١	-٠,٠١٨	٠,٥٢٥
٢٥	-٠,٠٦١	٠,٠٩٣	٠,٦٣٤	-٠,٠٤٥	-٠,٠٠٨	-٠,٠٥٨	-٠,١٧٧	٠,٤٩٢
٢٦	٠,٠٠٨	٠,١٨٧	٠,١١٠	٠,١٥٩	-٠,٠٨١	-٠,٢٤٧	-٠,٥٠٥	٠,٥٥٨
٢٧	٠,١٢٥	٠,٠١٠	٠,١٣٨	٠,٠٦٧	٠,١٣١	-٠,٠٢٢	٠,٦٠٣	٠,٥٤١
الجذر الكامن	٥,٩٢	١,٤٧	١,٣٤	١,٢٨	١,١٩	١,٠٥	١,٠٢	
٪ للتباين	٢١,٩	٥,٥	٥,٠	٤,٨	٤,٤	٣,٩	٣,٨	٤٩,٢

* اتبع محك التشبع المقبول بأنه ⩾ ٠,٤ ، البند رقم (٢١) تشبع بعاملين (٣،١)، وهذا أمر متوقع في ظاهرة مركبة كالاكتئاب.

وقد استخرجت سبعة عوامل لها جذر كامن Eigenvalue أكبر من ١ر٠، واستوعبت هذه العوامل ٤٩,٢٪ من التباين المشترك، وهي نسبة معقولة. وقد اتخذ معيار التشبع المقبول بأنه ⩽ ٠,٤ ويلاحظ أن العامل الخامس قد تحدد بمتغيرين فقط، ولكن تشبعاتهما مقبولة بالمعيار المتخذ، وأحدهما (البند رقم ٩) حوالي ٠,٨، وأن العامل ثنائي القطب بما يؤكد تفسير العامل. وحتى يمكن النظر إلى هذه العوامل وتفسيرها عن طريق البنود المشبعة بعواملها تشبعا دالاً إحصائياً واستبعاد ما عداها وضعت البنود الدالة إحصائيا والتي تضمها العوامل السبعة في جدول (٥)، وتشير إلى عوامل على درجة غير قليلة من الوضوح والاتساق والقابلية للتفسير. وهذا يحقق الهدف الثاني للبحث.

جدول رقم (٥): العوامل السبعة للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال وبنودها الدالة إحصائيا مرتبة تنازليا لدى عينتي الأولاد والبنات السوريين (ن = ٧٠١)*

العامل الرابع: ضعف التركيز		**العامل الأول: الاكتئاب العام**	
٤ – صعوبة التركيز	٠,٧٣٥٨	١٩ – أشعر بالملل	٠,٦٣٢٩
١٠ – تركيزي ضعيف	٠,٦٢٤٩	٢٠ – أشعر بالغضب	٠,٥٩٢٨
٢ – أشعر بالكسل	٠,٣٩٥٦	٢٢ – هناك أشياء كثيرة تضايقني	٠,٥٠٥٥
العامل الخامس: الإجهاد		١٥ – أشعر بالوحدة	٠,٤٢٤٦
٩ – أشعر بالتعب	٠,٧٩٤١	٢١ – أنا راضي عن حياتي	-٠,٤٠٠٧
٣ – أنام جيدا	-٠,٤٧٢٥	١٣ – أشعر بالضيق	٠,٣٩٥٩
العامل السادس: انتفاء التوقعات السلبية		**العامل الثاني: مشكلات النوم**	
٥ – أشعر أنني لا قيمة لي	-٠,٧٣١٠	٦ – أحلم أحلاما مزعجة	٠,٧١٤٩
٢٤ –ستحدث لي أشياء سيئة	-٠,٦٣١٨	١١ – أقلق أثناء نومي	٠,٦٥٨٣
١٨ – أشعر أنني فاشل	-٠,٤٠٨١	١٤ – أنا شارد (سرحان)	٠,٤٤٨٩
العامل السابع: التشاؤم وكره النفس		**العامل الثالث: انتفاء الوحدة**	
٢٧ – أنا متفائل	٠,٦٠٣١	١٢ – لي أصدقاء كثيرون	٠,٧٠٨٥
٢ – أشعر بالكسل	-٠,٥٦٥٦	٢٥ – كثير من الناس يحبوني	٠,٦٣٤٦
٢٦ – أكره نفسي	-٠,٥٠٥٥	١٧ – الحياة حلوة	٠,٤٨٨٩
٢٣ – أنا متشائم	-٠,٤٩٨٣	٢١ – أنا راضي عن حياتي	٠,٤٢٣٨

* انظر الملاحظات أسفل جدول رقم (٤).

وبالنظر إلى جدول رقم (٥) يتضح أن البنود الأربعة أرقام (١، ٧، ٨، ١٦) لم تتشبع بأي عامل من العوامل السبعة تشبعاً مقبولاً تبعاً للمعيار المتخذ (⩽ ٠,٤)، ومع ذلك فليس من الصواب حذف هذه البنود لأسباب عدة، الأول: أنها ترتبط ارتباطاً دالا إحصائياً بالدرجة الكلية على المقياس لدى الأولاد والبنات (٠,٣٩١، ٠,٤٦٦، ٠,٣٣١. ٠,٥٢٥ على التوالي) كما يتضح من جدول رقم (٢). والثاني أن هذه البنود الأربعة تتشبع بعامل أو بآخر (⩽ ٠,٣٠٣)، وعلى الرغم من اتخاذ معيار ⩽ ٠,٤ لاستخراج عوامل قوية فإن بعض الباحثين يتخذون معيار ٠,٣ والثالث أن حذف هذه البنود لا يمكّن من المقارنة بين النتائج السورية وغيرها في البلدان التي طبق عليها المقياس، وبالنظر إلى النقطتين الأولى والثانية فيجب ألا ننظر إلى هذه البنود الأربعة على أنها بنود ضعيفة.

ويوضح جدول رقم (٦) معاملات الارتباط بين العوامل السبعة المستخرجة من القائمة العربية لاكتئاب الأطفال، وإذا نظرنا إليها على أنها معاملات ارتباط عادية فإن المعامل الدال لا بد أن يصل إلى ٠,١١٥ ليكون دالا إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ (درجات حرية = ٧٠٠). وبهذا المعيار يكون ١٣ ارتباطا(٩١ر٦١٪) دالا إحصائيا، وثمانية ارتباطات (٣٨,٠٩٪) غير دالة.

جدول رقم (٦): معاملات الارتباط بين العوامل السبعة المائلة

العامل	معاملات الارتباط بين العوامل						
	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧
١	-						
٢	٠,١٤٣	-					
٣	٠,١٩٣	٠,٠٨٩	-				
٤	٠,١٨٣	٠,٠٩١	٠,٢١٨	-			
٥	٠,٠٩٥	٠,٠٥٩	٠,١٩٠	٠,١٣٠	-		
٦	٠,٢٧٠-	٠,١١٢-	٠,٢٤١-	٠,٢٦٨-	٠,٠٩٢-	-	
٧	٠,١٨٢-	٠,٠٩١-	٠,١٩٤-	٠,١٤٣-	٠,٠٥٨-	٠,٢٠٦	-

وللتثبت من الهدف الثالث للبحث يبين جدول رقم (٧) أهم البيانات الوصفية (م، ع، ت) لبنود القائمة والدرجة الكلية لكل من الأولاد والبنات.

جدول رقم (٧): المتوسط (م) والانحراف المعياري (ع) للأولاد والبنات السوريين ونسبة «ت» لكل بند والدرجة الكلية على قائمة اكتئاب الأطفال*

الدلالة	«ت»	الأولاد (ن = ٣٦٦) البنات (ن= ٣٣٥)				رقم البند
		ع	م	ع	م	
٠,٠٠٠١	٤,٣٨	٠,٦٨	١,٩١	٠,٦٢	١,٧٠	١
٠,٠٠٠١	٤,٣٢	٠,٦٧	١,٤٩	٠,٥٤	١,٣٠	٢
–	٠,٧١	٠,٧١	١,٧٦	٠,٦٨	١,٧٢	٣
٠,٠٠١	٣,٢٧	٠,٧٥	١,٨٨	٠,٧٢	١,٧٠	٤
٠,٠٠٢	٣,١٧	٠,٦٩	١,٤٩	٠,٥٨	١,٣٤	٥
–	٠,٤١	٠,٦٧	١,٥٥	٠,٦٨	١,٥٣	٦
٠,٠٠١	٣,٣٥	٠,٧٩	١,٨٥	٠,٦٧	١,٦٧	٧
–	١,٥٧	٠,٧٠	١,٥١	٠,٦٥	١,٤٣	٨
–	٠,٣٩	٠,٧٢	١,٨١	٠,٦٦	١,٧٩	٩
٠,٠٢	٢,٢٩	٠,٦٢	١,٥١	٠,٥٩	١,٤١	١٠
٠,٠٠٤	٢,٨٦	٠,٨٠	١,٨٠	٠,٧٢	١,٦٣	١١
٠,٠٠٣	٢,٩٧	٠,٧٠	١,٤٠	٠,٥٧	١,٢٦	١٢
٠,٠٠٠١	٣,٩٤	٠,٧٢	١,٧٩	٠,٦٥	١,٥٨	١٣
٠,٠٠٠١	٤,٢١	٠,٧٩	١,٨٢	٠,٦٥	١,٥٩	١٤
٠,٠٠١	٣,٣٦	٠,٨٠	١,٧٥	٠,٦٨	١,٥٧	١٥
٠,٠٠٠١	٤,٣٥	٠,٧٥	١,٧٤	٠,٦٩	١,٥٠	١٦
٠,٠٠٠١	٣,٦٢	٠,٨١	١,٧٥	٠,٧٢	١,٥٤	١٧
–	١,٠٢	٠,٦١	١,٤٠	٠,٦٠	١,٣٥	١٨
٠,٠٠٠١	٤,٥٧	٠,٧٤	٢,٠٥	٠,٦٨	١,٨٠	١٩
–	١,٢٢	٠,٧٧	٢,٠٨	٠,٧٤	٢,٠١	٢٠
٠,٠٠٠١	٣,٨١	٠,٨٤	١,٨٢	٠,٧٥	١,٥٩	٢١
٠,٠٠٠١	٤,٨١	٠,٧٧	٢,٠٦	٠,٧٤	١,٧٨	٢٢
٠,٠٠٠١	٤,٨٩	٠,٧٤	١,٥٧	٠,٥٦	١,٣٣	٢٣
٠,٠٢	٢,٣٢	٠,٧١	١,٦٤	٠,٦٦	١,٥٢	٢٤
٠,٠٥	١,٩٤	٠,٧١	١,٤٤	٠,٦١	١,٣٥	٢٥
٠,٠٠٠١	٤,٤١	٠,٦٦	١,٥٢	٠,٥٩	١,٣١	٢٦
٠,٠٠٠١	٤,٠٢	٠,٧٢	١,٤٧	٠,٥٨	١,٢٨	٢٧
٠,٠٠٠١	٦,٨٢	٨,٨٩	٤٥,٨٨	٧,٨٤	٤١,٥٧	الدرجة الكلية

* حسب م، ع لكل بند والدرجة الكلية بعد إعادة ترميز البنود الثمانية التي تحتاج إلى إعادة ترميز Recode (انظر الملاحظة أسفل جدول رقم ٢).

ويلاحظ أن متوسط البنات أعلى من الأولاد في الدرجة الكلية على مقياس الاكتئاب وكل البنود الفرعية، والفرق دال إحصائيا في الدرجة الكلية وفي ٢١ بندا فقط. ويتضح من شكل رقم (١) أن توزيع الدرجات الكلية للأولاد يختلف عن البنات، ففي حين تتركز درجات الأولاد على القيم الصغرى على المقياس بالمقارنة إلى البنات، فإن الدرجات الأعلى عند البنات أكثر من الأولاد.

الدرجة الكلية للاكتئاب

شكل رقم (١): التوزيع التكراري للدرجة الكلية في الاكتئاب لدى الأولاد والبنات

ويوضح جدول رقم (٨) تحليل التباين في اتجاهين لمتغيري الجنس والعمر، ومن ملاحظة جدول رقم (٨) يتضح أن نسبة «ف» دالة إحصائيا بالنسبة لعامل الجنس، ولكن نسبة «ف» غير دالة إحصائياً بالنسبة لكل من متغير العمر والتفاعل بين الجنس والعمر. ويتسق مع هذه النتيجة الارتباط الدال إحصائيا بين الدرجة الكلية على قائمة الاكتئاب والجنس (ر= ٠,٢٥٠، وهو دال عند مستوى ٠,٠٠٠١)، في حين أن الارتباط بين الاكتئاب والعمر يساوي ٠,٠٦٠ وهو غير دال إحصائيا، ويحقق ذلك الهدف الرابع للدراسة.

جدول رقم (٨): تحليل التباين في اتجاهين لمتغيري الجنس (أولاد/ بنات) والعمر(المجموعات العمرية: ١٣، ١٤، ١٥، ١٦ عاما للجنسين معا) والتفاعل بينهما في الاكتئاب

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	نسبة «ف»	الدلالة
العامل أ (الجنس)	٣١٦٤,٢٣٤	١	٣١٦٤,٢٣٤	٤٥,٥٨	٠,٠٠٠١
العامل ب (العمر)	٣٣٩,٤٥١	٣	١١٣,١٥٠	١,٦٣	غ. د.
التفاعل (أ × ب)	٤١٥,٨٤٩	٣	١٣٨,٦١٦	١,١٩٩	غ.د.
داخل المجموعات	٤٨١١١,٥٧٦	٦٩٣	٦٩,٤٢٥		

وفيما يختص بالمعايير المبدئية للقائمة فقد استخرجت المئينيات لكل من الأولاد والبنات منفصلين (انظر جدول رقم ٩)، وهذا يحقق الهدف الخامس للدراسة.

جدول رقم (٩): معايير مبدئية للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال لدى عينة سورية من الأولاد (ن= ٣٦٦) والبنات (ن = ٣٣٥)

المئينيات		الدرجة الكلية على القائمة	المئينيات		الدرجة الكلية على القائمة
بنات	أولاد		بنات	أولاد	
٨٢	٩٠	٥٣	–	١	٢٨
٨٣	٩٢	٥٤	١	١	٢٩
٨٤	٩٣	٥٥	٣	٢	٣٠
٨٧	٩٣	٥٦	٤	٤	٣١
٨٩	٩٥	٥٧	٥	٦	٣٢
٩٠	٩٦	٥٨	٧	١٢	٣٣
٩٢	٩٦	٥٩	١٠	١٧	٣٤
٩٢	٩٧	٦٠	١١	٢٠	٣٥
٩٤	٩٧	٦١	١٤	٢٧	٣٦
٩٦	٩٨	٦٢	١٩	٣٢	٣٧
٩٧	٩٨	٦٣	٢٣	٤١	٣٨
٩٧	٩٨	٦٤	٢٨	٤٨	٣٩
٩٨	٩٨	٦٥	٣١	٥٥	٤٠
٩٨	٩٨	٦٦	٣٤	٦١	٤١
٩٨	٩٨	٦٧	٣٩	٦٧	٤٢
٩٨	٩٩	٦٨	٤٢	٧٠	٤٣
٩٨	٩٩	٦٩	٤٦	٧٣	٤٤
٩٨	٩٩	٧٠	٥٠	٧٦	٤٥
٩٩	٩٩	٧١	٥٥	٧٩	٤٦
٩٩	٩٩	٧٢	٦١	٨٢	٤٧
٩٩	٩٩	٧٣	٦٥	٨٣	٤٨
٩٩	٩٩	٧٤	٦٨	٨٥	٤٩
٩٩	–	٧٥	٧٠	٨٧	٥٠
٩٩	–	٧٦	٧٤	٨٨	٥١
			٧٧	٨٨	٥٢

مناقشة النتائج

حققت هذه الدراسة الأهداف التي بدأت بها، فقد طبقت القائمة العربية لاكتئاب الأطفال على عينة غير صغيرة الحجم (ن = ٧٠١) من الأولاد والبنات المقيدين بالمدارس السورية، وكشفت القائمة عن خصائص سيكومترية جيدة، إذ تتصف باتساق داخلي مقبول كما قيس بمعاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية بعد استبعاد هذا البند. وحيث إنه لم يزد أي معامل ارتباط بين البنود عن ٠,٦٠ فيبدو أن القائمة لا تشتمل على حشو أو تكرار أو إسهاب بين البنود Inter-item redundancy. ومن ناحية أخرى تشير نتائج هذه الدراسة إلى ارتفاع معاملات ثبات «كرونباخ»: ألفا (فوق ٠,٨٤) لدى الجنسين. القائمة إذن ذات اتساق داخلي بين البنود، وثبات مرتفع كما قيس على عينات سورية.

كما تتسم القائمة العربية لاكتئاب الأطفال بصدق مرتبط بالمحك Criterion-related validity مرتفع على عينات سورية، حيث استخرجت معاملات ارتباط دالة إحصائيا بين الدرجات عليها وعلى «قائمة اكتئاب الأطفال» من وضع «كوفاكس»، في صيغتها المعربة. وبذلك يكون الهدف الأول لهذه الدراسة قد تحقق بنجاح.

وفيما يختص بالهدف الثاني لهذه الدراسة فإن التشبعات بالعامل الأول غيرالمدار Unrotated لدى كل من الأولاد والبنات تشير إلى تقارب بين تشبعات البند بالعامل لدى الأولاد والبنات، ويعنى ذلك خاصية جيدة للمقياس. وقد استخرج من القائمة العربية لاكتئاب الأطفال - كما طبقت على عينات سورية - سبعة عوامل سميت كما يلي: الاكتئاب العام، ومشكلات النوم، وانتفاء الوحدة، وضعف التركيز، والإجهاد، وانتفاء التوقعات السلبية، والتشاؤم وكره النفس. وهذه العوامل واضحة، وقابلة للتفسير، وذات تشبعات مرتفعة، ولها اتساق مرتفع، إذ تقل في كل منها البنود التي لا تتسق مع تسمية العامل، كما

أن هذه العوامل تقع في قلب ظاهرة اكتئاب الطفولة، وفضلا عن ذلك فإن العوامل السبعة تستوعب قدراً معقولا من التباين المشترك. لكل ذلك يمكن القول بأن القائمة لها تركيب عاملي ذو معنى.

وتدعم نتائج هذه الدراسة التفسير العاملي التالي للفرد الذي يحصل على درجة مرتفعة (أعلى من المتوسط + انحراف معياري) على القائمة العربية لاكتئاب الأطفال: مكتئب، ومضطرب النوم، ووحيد، وضعيف التركيز، ويشعر بالإجهاد، ولديه كثير من التوقعات السلبية، ومتشائم.

وهناك تشابه بين العوامل المستخرجة من المقياس ذاته في أربع دول عربية: سورية (هذه الدراسة) ومصرية وكويتية (Abdel-Khalek, 1993,1996) وبحرينية (توفيق عبدالمنعم، ١٩٩٩)، فقد استخرجت العوامل الآتية:

العوامل البحرينية	العوامل الكويتية	العوامل المصرية	العوامل السورية
١ - الشعور بالضيق.	١ - الاكتئاب العام.	١ - الشعور بعدم السعادة.	١ - الاكتئاب العام.
٢ - التشاؤم.	٢ - التشاؤم.	٢ - مشكلات النوم.	٢ - مشكلات النوم.
٣ - ضعف التركيز.	٣ - الشعور بعدم السعادة.	٣ - الوحدة.	٣ - انتفاء الوحدة.
٤ - الشعور بالسعادة.	٤ - ضعف التركيز.	٤ - الحزن.	٤ - ضعف التركيز.
٥ - عدم الثقة بالنفس.	٥ - الوحدة.	٥ - التشاؤم.	٥ - الإجهاد.
٦ - مشكلات النوم.		٦ - ضعف التركيز.	٦ - انتفاء التوقعات السلبية.
٧ - الشعور بالإرهاق.		٧ - الإجهاد.	٧ - التشاؤم وكره النفس.

وهناك تطابق بين عينات دول أربع في عاملي: ضعف التركيز، والتشاؤم، فضلا عن التطابق بين ثلاث دول في عوامل: «مشكلات النوم، والإجهاد، والوحدة» ولكن عامل الإجهاد سمى «الشعور بالإرهاق» في العينة البحرينية. ويلاحظ أن اختلاف التركيب العاملي أمر متوقع، وبخاصة في عينات الأطفال والمراهقين. وقد ظهر هذا الاختلاف في التركيب العاملي في مقاييس أخرى مثل قائمة اكتئاب الأطفال من وضع «كوفاكس» (Kovacs, 1992, p. 42).

وتشير معاملات الارتباط بين العوامل المائلة (انظر جدول رقم ٦) أن عدد الارتباطات الدالة إحصائيا يقل قليلا عن الثلثين (٦١,٩١٪ بالتحديد)، مما

يدل على إمكان استخراج عامل راق من الرتبة الثانية Second order factor، ويناط ذلك بدراسة تالية.

وفيما يختص بالهدف الثالث لهذه الدراسة فقد كشفت النتائج عن ارتفاع متوسط الاكتئاب لدى البنات بالنسبة إلى البنين، وأن الفرق دال إحصائيا. ويمكن تفسير هذه الفروق بأسلوب التنشئة الاجتماعية، وهناك رأي يقول: إن البنات يخبرن متطلبات الحياة أكثر من الصبيان (Peterson, Sarigiani & Kennedy, 1991)، وأنهن يتأثرن أكثر بأحداث الحياة المرهقة كطلاق الأهل (Block, Block & Gjerde, 1986). وتتفق هذه النتيجة مع دراسة مصرية على المقياس ذاته (Abdel-Khalek, 1993)، في حين تختلف مع دراسة كويتية على المقياس نفسه (Abdullatif, 1995)، حيث حصل الأولاد على متوسط أعلى من البنات. كما يتفق حصول البنات على متوسطات أعلى من الأولاد في الاكتئاب مع دراسات أجريت بمقاييس أخرى (انظر: Koening *et al.*, 1994; Nevid *et al.*, 1997, p. 479). في حين يوضح «ريهم» وصحبه (Rehm *et al.*, 1987) أن النتائج متضاربة فيما يختص بالفروق بين الجنسين في اكتئاب الطفولة.

على أن نتائج هذه الدراسة تتسق مع ما يلاحظ في الواقع من فروق بين الجنسين في الثقافة العربية، حيث تؤكد هذه الثقافة على أسلوب للتنشئة الاجتماعية يدعم توجه الذكور نحو تكتم الأعراض، وإخفاء جوانب النقص، وإظهار درجة أعلى من التحمل Hardiness والصلابة والقوة. وفي المقابل فإن ثقافتنا العربية تدعم أسلوبا لتنشئة الإناث ينحو بهن نحو رفع الحرج عند الشكوى وإظهار درجة من النقص بما فيه من أعراض مرضية، حيث يتسق ذلك مع توقعات الدور Role expectation الأنثوي، من رقة وضعف، وحاجة إلى الحماية، ومزيد من الاهتمام والرعاية.

أما الهدف الرابع لهذه الدراسة وهو خاص بالفروق بين الأعمار، فقد بينت النتائج (انظر جدول رقم ٨) عدم دلالة نسبة (ف) بالنسبة لكل من عامل العمر (أربع مجموعات عمرية بعد جمع الجنسين) والتفاعل بين الجنس والعمر.

والملاحظ أن نتائج الدراسات السابقة متضاربة فيما يتعلق بكل من الفروق بين الجنسين وبين الأعمار معاً، فقد كشفت دراسة «كوهين» وصحبه (Cohen *et al.*, 1993) أن معدلات الاكتئاب في الطفولة المتأخرة تتساوى بين الجنسين، ولكن هناك زيادة حادة جدا لمعدلات الاكتئاب لدى البنات في السنين التالية مباشرة للبلوغ، وأن المنحنى يصل إلى قمته لدى البنات في عمر ١٤ عاما. وهناك اتفاق عام بين البحوث على أن الاكتئاب يزداد في المراهقة بالنسبة إلى الطفولة (Fleming & Offord, 1990). وكشفت إحدى الدراسات عن تناقص الأعراض الاكتئابية من الطفولة الوسطى إلى المتأخرة، وعن تزايد الاكتئاب في فترة ما قبل البلوغ، مع معدلات أعلى للبنات في كل المراحل (Lefkowitz & Tesiny, 1985). وبينت دراسة «أندرسون» وصحبه (Anderson *et al.*, 1987) أن الاكتئاب منتشر بين الأولاد في سن الحادية عشر أكثر من البنات، في حين أوضح «كاشاني» وصحبه (Kashani et al., 1987) أن الاكتئاب الأعلى لدى البنات يحدث في الأعمار من ١٤ - ١٦ عاما، ولكن «ماك جي» وصحبه بينوا أن معدلات انتشار الاكتئاب تزداد لدى البنات في عمر الخامسة عشر عاما (McGee *et al.*, 1990).

وتذكر «نولين - هكسيما، وجرجس» (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994) أنه ليس ثمة فروق بين الجنسين في الاكتئاب قبل البلوغ، ولكن بعد عمر الخامسة عشر تصبح البنات والنساء أكثر اكتئاباً بمقدار الضعف بالنسبة إلى الأولاد والرجال.

ويرجع التفاوت في نتائج الدراسات إلى أسباب كثيرة أهمها ما يلي: ١ - اختلاف المحكات التشخيصية، ٢ - استخدام طرق غير مقننة للقياس، ٣ - الاختلاف بين الأعمار التي درست، ٤ - الاختلاف بين عينات الأطفال: مرضى أو أسوياء، ٥ - اختلاف طرق القياس (Lefkowitz & Tesiny, 1985). ونضيف إلى ذلك، الاختلاف في المقاييس المستخدمة من ناحيتي مضمون العبارات وصيغ الإجابة (الثنائية والثلاثية والرباعية).

وقد أمكن تحقيق الهدف الخامس باستخراج معايير مبدئية للقائمة على العينة السورية عن طريق المئينيات Percentiles لكل من الأولاد والبنات منفصلين. وثمة تحوط مهم مؤداه أن المعايير النهائية يجب أن تستخرج على عينات أكبر حجما، وأفضل تمثيلاً، ولذلك فإن المعايير التي تتيحها هذه الدراسة تعد مبدئية.

وفيما يتعلق بالهدف السادس والأخير لهذه الدراسة، الذي يتعلق بتحديد معدلات انتشار Prevalence Rates الاكتئاب لدى العينة السورية، فإن الطرق متعددة من بينها النسبة المئوية للحاصلين على درجة تزيد على المتوسط مضافاً إليه انحرافين معياريين (أي: م + ٢ع). وبتطبيق هذا المعيار فإن درجة الأولاد التي تزيد على (٥٧) تعد مرتفعة، وكذلك درجة البنات التي تزيد على (٦٤)، وقد نجم عن تطبيق هذا المعيار على هذه العينة معدل انتشار قدره ٥,٥٪ لدى الأولاد، و٢,٤٪ عند البنات. ولكن هذه النتيجة تتضارب مع حقيقة حصول البنات على متوسط أعلى بدرجة دالة إحصائيا بالنسبة إلى الأولاد، فمن المناسب إذن استخدام معيار آخر.

وباستخدام معيار الدرجة التي تزيد على الدرجة الخام المقابلة للمئين (٩٥) اتضح ما يلي:

الدرجة التي تزيد على المئين (٩٥) لدى الأولاد = ٥٩، ومعدل الانتشار ٤,٤٪.

الدرجة التي تزيد على المئين (٩٥) عند البنات = ٦٢، ومعدل الانتشار ٥,٤٪.

وفي دراسة سابقة على عينة كويتية (Abdullatif, 1995) اتضح أن معدل الانتشار لدى الأولاد ٣,٧٪ وعند البنات ٤,٨٪، باستخدام معيار الدرجة أكبر من م + ٢ع. ولكن يلاحظ أن متوسط الأولاد في هذه الدراسة الكويتية المشار إليها أعلى من البنات. ومن مسح لعدد كبير من الدراسات اتضح أن انتشار

الاكتئاب يتراوح بين ١,٨٪، و٥٩٪ (انظر: Lefkowitz & Tesiny, 1985). وفي دراسة هذين المؤلفين نفسيهما كان معدل انتشار اكتئاب الأولاد ٤,٨٪، والبنات ٥,٦٪. وهو قريب من نتيجة هذه الدراسة (٤,٤٪، و٥,٤٪ على التوالي). وعلى الرغم من أن عينة هذه الدراسة تعد سوية إلى حد بعيد، فإن أفراد هاتين النسبتين من الأولاد والبنات يرجح أن يكونوا في حاجة إلى برنامج إرشادي أو علاجي. وهذه نقطة خارج أهداف هذه الدراسة.

المراجع

- توفيق، توفيق عبدالمنعم (١٩٩٩). المكونات العاملية للاكتئاب لدى عينة من تلاميذ المرحلة الإعدادية بدولة البحرين. (المجلة التربوية، ١٣، ١٧٣-٢٠٠).
- الطيب، محمد عبدالظاهر (إعداد) (١٩٨٣). اختبار الاكتئاب للأطفال **CDI**؛ (من وضع كوفاكس). الإسكندرية: دار المطبوعات الجديدة.
- عبدالخالق، أحمد محمد (١٩٩١). بناء مقياس الاكتئاب لدى الأطفال في البيئة المصرية، دراسات نفسية، ١، ٢١٩ - ٢٥١.
- عبدالخالق، أحمد محمد(١٩٩٨). المقاييس اللفظية للشخصية بين التأليف والتعريب. مجلة علم النفس، العدد ٤٥، السنة ١٢، ص ص ٦ - ٢١.
- عبدالخالق، أحمد محمد (غير منشور). الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين.
- العنزي، فريح عويد (١٩٩٧). الاكتئاب وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى عينة من طلاب الصف الرابع المتوسط بدولة الكويت. المجلة التربوية، العدد ٤٥، المجلد ١٢، ص ص ١٥٧ - ١٨٠.

- Abdel-Khalek, A.M. (1993). The construction and validation of the Arabic Children's Depression Inventory. **European Journal of Psychological Assessment**, 9, 41 - 50.
- Abdel-Khalek, A.M. (1996). Factorial structure of the Arabic Children's Depression Inventory among Kuwaiti subjects. **Psychological Reports**, 78, 963 - 967.
- Abdel-Khalek, A.M. (1998). Criterion - related validity of the Arabic Children's Depression Inventory. **Psychological Reports**, 82, 930.
- Abdullatif, H.I. (1995). Prevalence of depression among middle - school Kuwaiti students following the Iraqi invasion. **Psychological Reports,** 77, 643 - 649.
- Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R. & Silva, P.A. (1987). DMS III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. **Archives of General Psychiatry,** 44, 69 - 76.
- Block, J.H., Block. J., & Gjerde, P.F. (1986). The personality of children prior to divorce: A prospective study. **Child Development**. 57, 827 - 840.

- Burgin, D. (1986). Depression in children and adolescents. **Psychopathology**, 19: Suppl. 2, 148 - 155.
- Cantwell, D.P., & Carlson, G. (1979). Problems and prospects in the study of childhood depression. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 167, 522 - 529.
- 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 & Psychiatry**, 34, 851 - 867.
- Connell, H.M. (1983). **Essentials of child psychiatry.** London: Blackwell, 2nd ed.
- Cytryn, L., & Mcknew, D.H. (1972). Proposed classification of childhood depression. **American Journal of Psychiatry**, 129, 149 - 155.
- Cytryn, L., Mcknew, D.H., & Bunney, W.E. (1980). Diagnosis of depression in children: A reassessment. **American Journal of Psychiatry,** 137, 22 - 25.
- Davison, G.C., & Neale, J.M. (1996). **Abnormal psychology**. New York: Wiley, 6th ed.
- Essau, C.A., Petermann, U. (1994). Depression. In Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie-Modelle Psychischer Stoerungen (241 - 264). Goettingen: Hogrefe.
- Fleming, J., & Offord, D.R. (1990). Epidemiology of chidhood depressive disorders: A critical review. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 29, 571 - 580.
- Kashani, J.H., Husain, A., Shekim, W., Hodges, K.K., Cytryn, L., & Mcknew, D. (1981). Current perspectives on childhood depression: An overview **American Journal of Psychiatry**, 138, 143 - 153.
- Kashani, J.H., Beck, N.C., Hoeper, E.W., Fallah, C., Corcoran, C.M., McAllister, J.A., Rosenberg, T.K., & Reid, C. (1987). Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. **American Journal of Psychiatry**, 144, 584 - 589.
- Koenig, L.J., Isaacs, A.M., & 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.
- Kovacs, M., (1992). **Children's Depression Inventory manual.** New York: Multi-Health Systems Inc.

- Kovacs. M. & Beck, A.T. (1977). An empirical clinical approach toward a definition of childhood depression. In H.G.. Schulterbrandt & A. Riskin (Eds.) **Depression in childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models**, New York: Raven, pp. 1-25.
- Lefkowitz, M.M. & Tesiny, E.P. (1985). Depression in children: Prevalence and correlates. **Journal of Consulting & Clinical Psychology**, 53, 647 - 656.
- McConville, B.J., Boag, L.C. & Purohit. A.P. (1973). Three types of childhood depression. **Canadian Psychiatric Association Journal**, 18, 133 - 138.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partiridge, F., Silva, P.A. & Kelly, J. (1990). DSM III disorders in a large sample of adolescents. **Journal of American Acadmy of Child and Adolescent Psychiatry**, 29, 611 - 619.
- Miezitis, S. (1992). Depression in the school: An unmet challenge. In S. Miezitis (Ed.) **Creating alternatives to depression in our schools: Assessment, intervention, prevention.** Seattle, Toronto: Hogrefe & Huber Pub., pp. 1-5.
- Nevid, J.S., Rathus, S.A. & Greene, B. (1997). **Abnormal psychology in a changing world.** New Jersey: Prentice-Hall, 3rd ed.
- Nolen - Hoeksema, S. & Girgus, J.S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. **Psychological Bulletin,** 115, 424 - 443.
- Parry - Jones, W.L.I. (1989). Depression in adolescence. In K.R. Herbst & E.S. Paykel (Eds.) **Depression: An integrative approach**. Oxford: Heinemann, pp. 111-123.
- Peterson, A.C.; Sarigiani, P.A., & Kennedy, R.E. (1991). Adolescent depression: Why more girls? **Journal of Youth and Adolescence,** 20, 247 - 271.
- Philips. I. (1979). Childhood depression: Interpersonal interactions and depressive phenomena. **American Journal of Psychiatry**, 136, 511 - 515.
- Reber, A.S. (1995). **The Penguin dictionary of psychology**. London: Penguin Books, 2nd ed.
- Rehm, L.P., Gordon - Leventon, B., & Ivens, C. (1987). Depression. In C.L. Frame & J.L. Matson (Eds.) **Handbook of assessment in childhood psychopathology**. New York: Plenum Press, pp. 341 - 371.
- Reynolds, W.M. (1987). **Reynolds Adolescent Depression Scale: Professional Manual**, Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.

- Rosenhan, D.L., & Seligman, M.E.P. (1995). **Abnormal psychology**. New York: W.W. Norton & Comp., 3rd ed.
- Sarason, I.G., & Sarason, B.R. (1996). (1996). **Abnormal psychology: The problem of maladaptive behavior.** New Jersey: Prentice - Hall, 8th ed.
- 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.
- Tisher, M., Lang - Takac, E., & Lang, M. (1992). The Children's Depression Scale: Review of Australian and Overseas experience. **Australian Jounal of Psychology**, 44, 27 - 35.
- Vella., D.D., Heath, N.L., & Miezitis, S. (1992). Depression in children and adolescents: Assessment issues. In S. Miezitis (Ed.) **Creating alternatives to depression in our schools: Assessment, intervention, prevention.** Seattle, Toronto: Hogrefe & Huber Pup., pp. 95 - 106.