Doi: 10.34120/0085-034-135-007

تكافؤ البنية العاملية للمقياس المتعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين العُمانيين والكويتيين من الجنسين

أ. د. علي مهدي كاظم د. إيهاب محمد عماره
كلية التربية – جامعة السلطان قابوس
سلطنة عمان

أ. د. أحمد محمد عبدالخالق
كلية الآداب – جامعة الإسكندرية
ج. م. ع

الملخص

استهدفت هذه الدراسة تعرُّف درجة تكافؤ البنية العاملية للمقياس المتعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين العُمانيين والكويتيين من الجنسين. اشتملت عينة الدراسة على 2536 طالباً وطالبة، من المدارس الحكومية في كل من عمان والكويت، تراوحت أعمارهم بين 11–17 سنة. واستُخدم التحليل العاملي التوكيدي من خلال البرمجية أموس 22. و أظهرت نتائج التحليل العاملي التوكيدي للمقياس في المجموعتين، مطابقة ضعيفة بين النموذج والبيانات. وبعد حذف الفقرات ذات التشبع المنخفض (الفقرات: 1، 11، 16، 23)، تم الحصول على مؤشرات مقبولة بين النموذج والبيانات في الدولتين (عمان والكويت)، وأظهرت نتائج التكافؤ العاملي للمقياس عبر العينتين تحقق حالات التكافؤ الثلاث (الشكلي، والضعيف، والقوي)، الأمر الذي يسمح باستخدام المقياس للمقارنة بين المتوسطات عبر العينتين (عمان، والكويت). في حين أظهرت نتائج التكافؤ العاملي بين الجنسين في كل عينة بشكل مستقل تحقق التكافؤ بمستوييه الشكلي والضعيف، وأشارت الفروق بين مؤشرات المطابقة إلى عدم تحقق التكافؤ القوي، وهو ما يؤدي إلى عدم إمكانية استخدام المقياس في عقد المقارنات بين متوسطات درجات كل من الذكور والإناث داخلياً في كل مجموعة (عمان، والكويت)، ومن المرجح أن يرجع ذلك إلى انخفاض ثبات استجابات الأطفال والمراهقين.

المصطلحات الأساسية: الاكتئاب، البنية العاملية، الأطفال، المراهقين.

مقدمة

الاكتئاب Depression أقدم اضطراب طبي نفسي مسجل عبر التاريخ، ويورد التاريخ – عبر قرونه المتتابعة – عدداً غير قليل من الفلاسفة، والأدباء، والمؤلفين، والموسيقيين، والفنانين، والحكام ...، وغيرهم، عانوا من الاكتئاب. ويجب أن نفرق – بادئ ذي بدء – بين الاكتئاب بوصفه تشخيصاً مرضياً أو اضطراباً، وبين الأعراض الاكتئابية التي يمكن أن يشعر بها ويمر بخبرتها كثير من الناس في خضم الحياة اليومية، وضغوطها، ومشكلاتها، فمعظم الناس إن لم يكن كلهم، قد مروا بخبرة الحزن، أو الضيق، أو الهم، في مرحلة أو أخرى من مراحل حياتهم، ولكن اضطراب الاكتئاب، له محكات تشخيصية Diagnostic criteria محددة، ومقاييس نفسية تحدده.

ويستخدم مصطلح الاكتئاب استخدامات عدة، من بينها أنه: وجدان Affect، أو حالة مزاجية Mood، وعرض Symptom، أو علامة Sign، وأفكار Cognitions، ومشاعر، وزملة Syndrome أي مجموعة أعراض، واضطراب Disorder، أو مرض Disease، ويستخدم الإكلينيكيون هذه المصطلحات بالتبادل في حالات كثيرة (Nurcombe, 1992).

ويجب التنبيه إلى أن أعراض الاكتئاب لا تجتمع في فرد واحد مكتئب، بل إنها: أي الأعراض، يتم تجميعها من عدد كبير من الحالات، وهناك ما يسمى بنوعية الأعراض Symptom specificity؛ إذ يتسم فرد ما بأنه يحوز تشكيلة معينة من الأعراض، وتختلف هذه التشكيلة من مضطرب إلى آخر، ومن ناحية أخرى، فإن التفرقة بين اضطراب الاكتئاب، والأعراض الاكتئابية أمر مهم كما أسلفنا، فالاضطراب له محكات تشخيصية محددة، أو درجة مرتفعة في مقاييس الاكتئاب، أما الأعراض الاكتئابية، فهي أعراض مفردة، يمكن أن يشعر بها أي فرد، في أي فترة أو أخرى من فترات حياته، كالحزن، أو نقص الوزن، أو ضعف الشهية، أو فقد الاستمتاع بالحياة ...، وغير ذلك، ويمكن الحكم على هذه الأعراض، بأنها إما اضطراب، وإما أنها استجابات لأحداث الحياة الضاغطة، اعتماداً على عدة

جوانب منها: الشدة Intensity، والدوام Duration، وعدد الأعراض. وفي الدراسة الحالية، فإن المقصود هو الأعراض الاكتئابية وليس الاكتئاب بوصفه اضطراباً.

وبتأثير من نظريات التحليل النفسي، رأى بعض الإكلينيكيين أن الأطفال غير قادرين على أن يكونوا مكتئبين، لأن الاكتئاب نتاج أنا أعلى Super-ego مضطهد، ففي الاكتئاب يقوم الأنا الأعلى بدور المعاقب للأنا Ego، وقد افتُرض أن أبنية الأنا الأعلى الناضجة تنقص الأطفال؛ ومن ثم فإن الاكتئاب لا يحدث في الأغلب قبل المراهقة (Rie, 1966).

واستنتج باحثون آخرون كذلك – في الستينيات من القرن الماضي – أن الاكتئاب لا يظهر على الأطفال، لأن عمليات النمو تخفي مظاهره لديهم، ومن ثم، ظهرت مصطلحات بديلة للاكتئاب، من مثل: السلوك الجانح، وانخفاض التحصيل الدراسي، والأعراض النفسية الجسمية، والانسحاب الاجتماعي، والخوف من الموت، والأعراض الجسمية، والقلق العام. وقد اعتقد الباحثون أن هذه الزملات غير السوية، طرائق يعبر بها الأطفال عن الاكتئاب (Dudding, 1990).

كما افترض بعض الإكلينيكيين – في الستينيات من القرن الماضي أيضاً – أن الأطفال قبل المراهقة، من غير المحتمل أن يطوروا الاكتئاب؛ لأن إحساسهم بذواتهم وبالمستقبل مبتسر غير ناضج تماماً، حتى يطوروا تقدير الذات المنخفض، والذنب، واليأس، وهي من أعراض الاكتئاب (Rosenhan & Seligman, 1995: 615). وحتى الستينيات من القرن الماضي، ظهرت آراء أخرى كذلك، تؤكد عدم قدرة الأطفال على أن يكونوا مكتئبين (انظر: عبد الخالق، 2016: 21 – 23).

ومنذ عقد السبعينيات من القرن الماضي، تواترت أدلة كثيرة على وجود الاكتئاب لدى الأطفال، وبدأت الدراسة المنظمة لاكتئاب الأطفال والمراهقين، في أواخر السبعينيات وأوائل الثمانينيات من القرن الماضي، حتى وصل الأمر بالباحثين، إلى أن يبرهنوا على أن اكتئاب الأطفال موجود فعلاً في شكل مشابه لنظيره لدى الراشدين، وأن اكتئاب الطفولة والمراهقة، يظهر بالأعراض ذاتها التي يظهر بها لدى الراشدين. وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، الصادر عن

الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين، وكذلك في الدليل الخامس، تستخدم في تشخيص اكتئاب الأطفال، المحكات نفسها التي تستخدم مع الراشدين (American Psychiatric Association, 2013: 160-161).

وقد حدد "ستارك" (Stark, 1990) طبيعة اكتئاب الطفولة والمراهقة، وأشار إلى أهم أعراضه على النحو الآتي:

أولاً – الوجدان المكتئب، ويشمل المزاج الغاضب أو المستثار، وفقد الاستمتاع، والبكاء، وفقد استجابة المرح، وشعور الفرد بأنه غير محبوب، ورثاء الذات.

ثانياً – الأعراض المعرفية، وتشمل التقدير السلبي للذات، والشعور بالذنب، واليأس، وصعوبة التركيز، والتردد، والأفكار المريضة.

ثالثاً – الأعراض السلوكية، وتشمل الانسحاب الاجتماعي، وأفكار الانتحار، وضعف الأداء المدرسي.

رابعاً – الأعراض الجسمية، وتشمل: التعب، وتغيرات في الشهية ووزن الجسم، واضطرابات النوم وأهمها الأرق، والتأخر النفسي الحركي، والتهيج.

ويقدر الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين والراشدين، بطرائق عدة، أهمها الدليل التشخيصي والإحصائي المشار إليه، والمقاييس النفسية، ويتاح عدد غير قليل من مقاييس اكتئاب الأطفال والمراهقين، أهمها – على المستوى العالمي– قائمة اكتئاب الأطفال من وضع "ماريا كوفاكس" الذي ألفته على غرار قائمة "بيك" للاكتئاب (Kovacs, 1992). وعلى المستوى العربي، وُضعت القائمة العربية لاكتئاب الأطفال من صيغتين: عربية وإنجليزية، وطُبقت على عينات من سبع دول عربية، بالإضافة إلى عينة أمريكية، ونُشرت عنها تسع عشرة دراسة، شملت ما يربو على 27,000 طفل (عبد الخالق، 1999، 2016: 158–163؛ Abdel-Khalek, 1993).

وأُجري للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال تحليل عاملي استكشافي في ثماني دراسات منشورة، استخدمت سبع عينات عربية، وعينة أمريكية، ونتج عن هذه

التحليلات العاملية من عينات الدول الثماني، عوامل متشابهة، وأخرى مختلفة، وقد اتبع عبد الخالق (Abdel-Khalek, 2003) استراتيجية مختلفة، لوضع مقياس جديد، هو "المقياس المتعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين"، فاعتمد على نتائج التحليلات العاملية للقائمة العربية لاكتئاب الأطفال، بالإضافة إلى تحليلات عاملية لمقاييس أخرى في المجال نفسه، وتحددت الأبعاد أو العوامل الأساسية الثمانية الآتية، لتشمل ظاهرة اكتئاب الأطفال والمراهقين، وهي: التشاؤم، وعدم التركيز، ومشكلات النوم، وافتقاد السرور، والتعب، والوحدة، وتقدير الذات المنخفض، والشكاوى الجسمية، ومثلت هذه الأبعاد الثمانية المقاييس الفرعية لهذا المقياس متعدد الأبعاد، وهو المقياس المستخدم في هذه الدراسة.

وقد أجريت تحليلات عاملية عدة، لكثير من مقاييس الاكتئاب، فدرس "ويز" وزملاؤه (Weiss, Weisz, Politano, Carey, Nelson & Finch, 1991) الفروق التطورية في البناء العاملي لقائمة "كوفاكس" لاكتئاب الأطفال، وكشفت الدراسة عن فروق حقيقية، ولكنها كانت بسيطة، فقد استُخرجت خمسة عوامل في عينتي الأطفال والمراهقين، ولكن بنية العوامل اختلفت قليلاً بين المجموعتين، ونتج عن مصفوفتي المجموعتين، عامل واحد من الرتبة الثانية Second-order factor analysis، وهو عامل عام للاكتئاب، ولكن تشبعات البنود بالعامل، كانت مختلفة قليلاً بين المجموعتين؛ فظهرت فروق في توزيع تشبعات البنود بين الأطفال والمراهقين. وفي دراسة أخرى، طبق "دونيللي وويلسون" (Donnelly & Wilson, 1994) قائمة "كوفاكس"، على عينة من شمال أيرلندا (ن = 887)، وكشف التحليل العاملي عن اختلاف أبعاد الاكتئاب بين الجنسين. وقام "بلات" وزملاؤه (Blatt, Schaffer, Bers & Quinlan, 1992) بتحليل عاملي لاستخبار الخبرات الاكتئابية للمراهقين، واستُخرجت ثلاثة عوامل، كانت متطابقة بين الجنسين.

وبسبب الطبيعة المتقلبة للتحليل العاملي الاستكشافي Exploratory، ظهرت هذه النتائج المختلفة، ومن ثم؛ فإن استخدام التحليل العاملي التوكيدي

Confirmatory هو الأسلوب الإحصائي المناسب لحسم العوامل الأساسية في اكتئاب الطفولة والمراهقة.

ويرى كثير من علماء النفس، أن التحليل العاملي التوكيدي – في الأساس– منهج أرقى من التحليل العاملي الاستكشافي، لأنه يختبر الفروض، ويعد ذلك أمراً أساسياً بالنسبة للمنهج العلمي (Kline, 1994: 80). والتحليل العاملي التوكيدي أسلوب إحصائي أساسي، في تقييم المقاييس والاختبارات، وله أهمية كبيرة في حساب صدق المفهوم Construct validation، وفي تقييم مدى تغير المقاييس أو ثباتها عبر الزمن، أو على الرغم من تغير المجموعات تبعاً للجنس (النوع)، أو السن، أو الدولة، أو العرق أو السلالة (Brown, 2006: 1-4). والتحليل العاملي التوكيدي أكثر فائدة عند وجود نظرية، لأن: (أ) النظرية تُختبر مباشرة، (ب) ويمكن تحديد درجة مطابقة النموذج بأساليب كمية عدة (Thompson, 2004: 6)، كما يحدد التحليل العاملي التوكيدي إمكانية إعادة استخراج Replicability العوامل نفسها على الرغم من تغير خصائص العينات.

مشكلة الدراسة

يُعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا في العالم، وأشدها خطورة على الصحة سواء أكانت الصحة الجسمية أم النفسية، ولا ينحصر الاكتئاب ضمن فئات اجتماعية معينة، فهو موجود عند الناس في جميع البلاد والدول، وفي المجتمعات كلها، ويتضح تأثير الاكتئاب في أنه لا يقتصر على التغيير السلبي للحالة النفسية (من مثل: الحزن، والتشاؤم، وعدم حب الذات ونقدها، والتهيج، وانعدام القيمة، وسرعة الغضب، وفقدان الاستمتاع، ... إلخ) للمرضى الذين يعانون من أحد الأمراض المزمنة فقط، بل يمتد ليشمل التأثير السلبي في حالتهم الجسمية (من مثل: فقدان الطاقة، وصعوبة النوم، والإجهاد، والكسل، وصعوبة التركيز، وتغيرات في الشهية للطعام والجنس، ...إلخ)، كما يؤثر في السلوك الصحي المتعلق بالمرض المزمن (مثل: عدم الالتزام بتناول الدواء ومراجعة الطبيب، وعدم الالتزام بنظام غذائي صحي، وعدم ممارسة التمرينات الرياضية، والتدخين،

وشرب الكحول، وتعاطي أدوية من دون إذن الطبيب، ... إلخ)، وتؤدي هذه السلوكيات بدورها إلى الحد من التدبر الذاتي للمرض (World Health Organization, 2007).

ويرى دولجان (Dolgan, 1990) أن الاكتئاب مشكلة مرضية كبرى، تعاني منها حالات كثيرة في الطفولة والمراهقة، نتيجة تعدد المشكلات المجتمعية والصحية في هاتين المرحلتين، من مثل: سوء استخدام المواد ذات التأثيرات النفسية، واضطرابات الأكل (الشره أو فرط الشهية)، وفقدان الشهية العصبي، والانتحار، والحوادث الخطيرة، وغيرها مما يمكن اعتباره أعراضاً لاكتئاب الطفولة والمراهقة أو مصاحبة له.

إن الأطفال والمراهقين المكتئبين، يتزايد الاحتمال لديهم في تطوير فترات من الاكتئاب عندما يكبرون ويبلغون مرحلة الرشد (عبد الخالق، 2016)، والقياس أمر أساسي في هذا المجال، وبذلك أجريت هذه الدراسة لتعرف درجة تشابه البنية العاملية للمقياس المتعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين العُمانيين والكويتيين من الجنسين، من خلال الإجابة عن الأسئلة الآتية:

1 – ما درجة التكافؤ العاملي للمقياس عبر عينتي الدولتين (سلطنة عمان، ودولة الكويت)؟

2 – ما درجة التكافؤ العاملي للمقياس عبر الجنسين (ذكور، وإناث)؟

تحديد المصطلحات

الاكتئاب Depression: عُرف "بيك" Beck الاكتئاب بأنه "خبرة معرفية – وجدانية، تتبدى في أعراض الحزن، والتشاؤم، وعدم حب الذات ونقدها، والأفكار الانتحارية، والتهيج، والاستثارة، وفقدان الاهتمام، والتردد، وانعدام القيمة، وفقدان الطاقة، وتغيرات في نمط النوم، والقابلية للغضب، وتغيرات في الشهية، وصعوبة التركيز، والإرهاق والإجهاد، وفقدان الاهتمام بالجنس" (غريب، 2003: 25).

وبما أن الدراسة الحالية ستستخدم مقياس عبد الخالق للأعراض الاكتئابية

(Abdel-Khalek, 2003)، فإنها تتبنى تعريفه الذي ينص على أن الاكتئاب: "حالة انفعالية دائمة أو وقتية، يشعر فيها الفرد بالانقباض، والحزن، والضيق، وتشيع فيها مشاعر الهم، والغم، والتشاؤم، فضلا عن مشاعر القنوط، والجزع، واليأس، والعجز، وهي حالة مصحوبة بأعراض مرتبطة بالجوانب المعرفية والسلوكية والجسمية، ومن بين هذه الأعراض: التشاؤم، وضعف التركيز، ومشكلات النوم، وافتقاد الاستمتاع، والتعب، والوحدة، ونقص تقدير الذات، والشكاوي الجسمية" (ص547). ويعرف الاكتئاب إجرائيا بأنه الدرجة التي يحددها المستجيب بنفسه، في المقياس متعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين المكون من (40) فقرة.

المنهج والإجراءات

المنهج : استخدم المنهج الوصفي الارتباطي، وذلك لملاءمته لطبيعة هذه الدراسة وأهدافها؛ حيث يقوم هذا المنهج على تجميع البيانات والمعلومات المتعلقة بالأعراض الاكتئابية لدى عينة من الأطفال والمراهقين في عمان والكويت، من وجهة نظرهم، بهدف وصفها وتحليلها وتفسيرها، وصولاً إلى التعميمات المناسبة.

مجتمع الدراسة والعينة: تحدد مجتمع الدراسة بجميع الأطفال والمراهقين في المدارس الحكومية في دولة الكويت وسلطنة عمان من الصف الخامس الابتدائي (الأساسي) إلى الصف الثالث الثانوي (الثاني عشر). أما العينة، فقد اشتملت على 2536 طالباً وطالبة من سلطنة عمان ودولة الكويت، اختيرت من المدارس الحكومية في كل من الدولتين، وهي عينات متاحة وليست عشوائية، سُحبت من الصفوف مباشرة، دون أي تخطيط مسبق. وتراوحت أعمار أفراد العينة جميعاً بين 11–17 سنة، وكان متوسط أعمار العينة الكويتية 13,59، وانحراف معياري 1,28؛ وكان متوسط أعمار العينة العمانية 13,64، وانحراف معياري 2,22، وحُسبت الفروق في متوسطات الأعمار بين العينتين الكويتية والعمانية باستخدام اختبار "ت" للعينات المستقلة، فوجد أن قيمة "ت" = 0,79، وهي غير دالة إحصائيا، مما يدل على تكافؤ العينتين في متغير العمر الزمني. ويبين جدول رقم 1 توزيع أفراد العينة تبعاً للدولة والجنس.

جدول رقم (1)

توزيع أفراد العينة بحسب الدولة والجنس

المتغير	فئات المتغير	العدد	النسبة المئوية
الدولة	سلطنة عمان	1135	٪44,8
	الكويت	1401	٪55,2
الجنس	ذكور	1181	٪46,6
	إناث	1355	٪53,4
المجموع		2536	٪100

أداة الدراسة

المقياس المتعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين: وضع عبد الخالق (Abdel-Khalek, 2003) المقياس المتعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين (MCADS) The Multidimensional Child and Adolescent Depression Scale مستنداً إلى النتائج العاملية التي استخلصت من الدراسات على ثماني دول، طبقت فيها القائمة العربية لاكتئاب الأطفال (عبد الخالق، 1999)، واعتماداً على هذه الدراسات وغيرها، حُددت الأبعاد الأساسية لاكتئاب الأطفال والمراهقين، ثم وضعت لها بنود مناسبة، ويشتمل المقياس في صيغته الأخيرة على ثمانية أبعاد: التشاؤم، وضعف التركيز، ومشكلات النوم، وافتقاد الاستمتاع، والتعب، والوحدة، وتقدير الذات المنخفض، والشكاوي الجسمية. ويقاس كل بعد بخمسة بنود (عبارات قصيرة)، ومن ثم يشتمل المقياس على (40) بنداً، يجاب عن كل منها على أساس مقياس ثلاثي الأوزان: لا، أحيانا، كثيراً، وتتراوح الدرجة الممكنة في كل بعد بين 5 و15، في حين تتراوح الدرجة الكلية في المقياس بين 40 و120، وتشير الدرجة المرتفعة إلى اكتئاب مرتفع بالنسبة للدرجة الكلية في المقياس، كما تشير الدرجة المرتفعة في كل بعد من الأبعاد الثمانية، إلى ارتفاع الدرجة تبعاً لاسم كل بعد، من مثل: التشاؤم، وعدم التركيز، ومشكلات النوم...، وهكذا.

واستُخدم في تقنين المقياس عينات مختلفة من التلاميذ والتلميذات الكويتيات، واستخرجت للمقياس نتائج مستفيضة باستخدام عينات من الكويت، ومصر، وسلطنة عمان، (عبد الخالق وكاظم وعيد، 2011). ووصل معامل ثبات ألفا لهذا المقياس إلى (0,92، ن= 650)، في حين بلغ معامل إعادة تطبيق المقياس (0,84، ن= 245)، وتشير هذه المعاملات إلى ارتفاع ثبات المقياس، وتراوح الصدق المرتبط بالمحك بين (0,74، و0,83)، مقابل ثلاثة محكات هي: قائمة اكتئاب الأطفال من وضع كوفاكس Kovacs (ن= 227)، ومقياس التقدير الذاتي لاكتئاب الأطفال من وضع "بيرلسون"، والتقدير الذاتي للضيق من وضع "ليفكوفتز" وزملائها (ن=278)، وهي معاملات دالة إحصائياً عند مستوى 0,01، وتشير إلى صدق مرتفع للمقياس (انظر: Abdel-Khalek, 2003, 2010)، وسوف نشير إلى هذا المقياس – للإيجاز – بمقياس الاكتئاب، وبما أن العينات المستخدمة في هذه الدراسة عينات غير مرضية، فيكون المقصود بذلك: "الأعراض الاكتئابية"، وليس الاكتئاب بوصفه اضطراباً.

الثبات:

أ – معاملات ثبات إعادة التطبيق: طبقت أداة الدراسة على عينة كويتية قوامها (116) طالباً وطالبة من طلبة المرحلة المتوسطة بواقع (54) طالباً، و(62) طالبة، وعينة عمانية حجمها (92) طالباً وطالبة من طلبة الحلقة الثانية للتعليم الأساسي، بواقع (48) طالباً، و(44) طالبة، ثم أعيد تطبيقها بعد فترة تراوحت بين 7–14 يوماً، وحسبت معاملات الارتباط بين التطبيقين، وكانت هذه العينة مختلفة عن عينة الدراسة الأساسية، ويبين جدول رقم (2) معاملات الثبات، وتتراوح قيم هذه المعاملات بين المقبولة والمرتفعة.

جدول رقم (2)

معاملات ثبات إعادة التطبيق لمقياس الاكتئاب وأبعاده الفرعية (ن=208)

الأبعاد	عمانيون			كويتيون		
	ذكور (ن=48)	إناث (ن=44)	المجموع (ن=92)	ذكور (ن=54)	إناث (ن=62)	المجموع (ن=116)
التشاؤم	0,56	0,66	0,66	0,59	0,69	0,65
ضعف التركيز	0,77	0,72	0,75	0,80	0,77	0,78
مشكلات النوم	0,61	0,65	0,66	0,60	0,65	0,65
افتقاد الاستمتاع	0,69	0,65	0,70	0,68	0,68	0,73
التعب	0,42	0,72	0,60	0,40	0,74	0,53
الوحدة	0,51	0,71	0,61	0,54	0,70	0,59
تقدير الذات المنخفض	0,66	0,68	0,67	0,68	0,69	0,69
الشكاوي الجسمية	0,79	0,71	0,75	0,77	0,75	0,79
الدرجة الكلية للاكتئاب	0,80	0,80	0,82	0,89	0,83	0,86

ب– معاملات ثبات ألفا: للتحقق من ثبات مقياس الاكتئاب، حُسب معامل ألفا كرونباخ لكل من الدولة والجنس، وقد حددت مصادر القياس النفسي (Kline, 2000; Nunnally, 1978) القيمة 0,70 لمعامل الثبات الذي يعد مناسباً للبحوث في المجالات الإنسانية. ومن ملاحظة النتائج الواردة في جدول رقم 3 نجد أن معاملات ثبات أداة الدراسة إما أنها تقترب من هذا المستوى وإما أنها تزيد عليه، ومن الملاحظ أن أبعاد مقياس الاكتئاب يقل بعضها عنه قليلاً، وهذا أمر متوقع نظراً لقصر هذه الأبعاد (خمسة بنود)، في حين أن الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب (40 بند)، لها ثبات ألفا يزيد على هذا المستوى المقترح.

جدول رقم (3)

معاملات ألفا – كرونباخ للمقاييس الفرعية والدرجة الكلية للاكتئاب بحسب الدولة والجنس

الأبعاد	عمانيون (ن= 120)			كويتيون (ن= 120)		
	ذكور (ن=60)	إناث (ن=60)	المجموع (ن=120)	ذكور (ن=60)	إناث (ن=60)	المجموع (ن=120)
التشاؤم	0,56	0,62	0,60	0,66	0,65	0,63
ضعف التركيز	0,61	0,63	0,63	0,73	0,75	0,71
مشكلات النوم	0,51	0,52	0,51	0,62	0,64	0,60
افتقاد الاستمتاع	0,65	0,72	0,69	0,76	0,74	0,73
التعب	0,50	0,55	0,53	0,68	0,61	0,61
الوحدة	0,76	0,72	0,74	0,82	0,77	0,78
تقدير الذات المنخفض	0,67	0,70	0,67	0,80	0,80	0,80
الشكاوي الجسمية	0,77	0,73	0,75	0,78	0,74	0,76
الدرجة الكلية للاكتئاب	0,90	0,90	0,94	0,92	0,92	0,94

يتضح من جدول رقم 3 أن معاملات ألفا للعينة الكويتية، أعلى من نظيرتها للعينة العمانية في جميع أبعاد المقياس، كما يتضح أن بُعد الوحدة حصل على أعلى معامل ثبات في العينة الكويتية، وحصل بعد الشكاوي الجسمية على أعلى معامل ثبات في العينة العمانية، وعند مقارنة معاملات ألفا لدى الذكور والإناث، يتضح أن معاملات ثبات الإناث في العينة العمانية أعلى من الذكور في ستة أبعاد هي: التشاؤم، وضعف التركيز، ومشكلات النوم، وافتقاد الاستمتاع، والتعب، وتقدير الذات المنخفض، وفي العينة الكويتية جاءت معاملات ثبات الذكور أعلى من الإناث في ستة أبعاد هي: التشاؤم، وافتقاد الاستمتاع، والتعب، والوحدة، وتقدير الذات المنخفض، والشكاوي الجسمية.

ج – معامل الارتباط بين درجة البند والمجموع الكلي بعد حذف درجة البند: وتسمى هذه الطريقة ارتباط البند ببقية البنود Corrected item-total

correlation، وذلك للدلالة على ثبات البنود وقدرتها على تمثيل المقياس ككل، حسبت هذه المعاملات لمقياس الاكتئاب، بعد تطبيقه على عينة قوامها (200) طالب وطالبة، ويوضح جدول رقم 4 هذه المعاملات.

جدول رقم (4)

معاملات الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية مطروحاً منها درجة البند لمقياس الاكتئاب*

بنود مقياس الاكتئاب	معاملات الارتباط	
	عمانيون (ن= 100)	كويتيون (ن= 100)
1– أشعر بأن كل شيء سيكون جيداً.	0,29	0,30
2– أفكر في الأشياء المزعجة.	0,38	0,41
3– ستحدث لي أشياء سيئة.	0,44	0,46
4– أنا سيء الحظ.	0,43	0,45
5– أشعر بأن كل شيء سيكون سيئاً.	0,46	0,49
6– أستطيع أن أنتبه لشرح المدرس.	0,31	0,32
7– انتباهي ضعيف.	0,38	0,42
8– عندي صعوبة في الانتباه إلى دراستي.	0,39	0,46
9– من السهل أن أسرح.	0,37	0,39
10– تركيزي ضعيف.	0,42	0,47
11– أنام جيداً.	0,28	0,30
12– أحلم أحلاماً مزعجة.	0,36	0,39
13– نومي قلق (أتقلب على فراشي).	0,37	0,44
14– أستيقظ من نومي وأنا تعبان.	0,40	0,45
15– أستيقظ خلال نومي عدة مرات.	0,33	0,35
16– أشعر بالسعادة.	0,40	0,41
17– أنا متضايق.	0,55	0,56
18– أنا حزين (زعلان).	0,55	0,56
19– هناك أشياء تضايقني.	0,44	0,49

تابع/ جدول رقم (4)

معاملات الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية مطروحاً منها درجة البند لمقياس الاكتئاب*

بنود مقياس الاكتئاب	معاملات الارتباط	
	عمانيون (ن= 100)	كويتيون (ن= 100)
20– أشعر برغبة في البكاء.	0,48	0,50
21– أشعر بالتعب.	0,41	0,47
22– أشعر بالكسل.	0,41	0,48
23– أشعر بالنشاط.	0,33	0,34
24– أتعب بعد قيامي بأي عمل.	0,27	0,31
25– أشعر بالملل.	0,41	0,45
26– أشعر بأن الآخرين يبتعدون عني.	0,46	0,49
27– أكره اللعب مع زملائي.	0,38	0,39
28– أشعر بالوحدة (أنني وحيد).	0,50	0,51
29– زملائي يكرهونني.	0,50	0,47
30– أشعر برغبة في الابتعاد عن الناس.	0,50	0,48
31– أشعر أنني فاشل.	0,57	0,55
32– أشعر بأنني أقل من زملائي.	0,52	0,50
33– أكره نفسي.	0,50	0,50
34– أنا إنسان ناجح في حياتي.	0,37	0,40
35– أنا راضي عن نفسي.	0,29	0,35
36– أشعر بألم في بطني.	0,35	0,37
37– أشعر بأنني مريض.	0,29	0,48
38– أشعر بألم في رأسي (صداع).	0,38	0,42
39– أشعر بألم في صدري.	0,44	0,43
40– أشعر بآلام في جسمي.	0,43	0,46

(*) جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى 0,01 وما بعده.

يتضح من النتائج الواردة في جدول رقم 4 أن معاملات الارتباط بين درجة

البند، والمجموع الكلي مطروحاً منه درجة البند لمقياس الاكتئاب، تراوحت بين 0,27 و0,57، وجميعها دالة عند مستوى 0,01 وما بعده، وهو ما يشير إلى اتساق داخلي جيد للمقياس.

التحليل الإحصائي للبيانات:

استُخدم التحليل العاملي التوكيدي Confirmatory factor analysis (CFA)، من خلال البرمجية Amos 22؛ إذ يعد أكثر الأساليب استخداماً لاختبار بنية المقاييس والاختبارات متعددة الأبعاد، كما يمكّن استخدام هذا الأسلوب أيضاً من التحقق من تكافؤ بنية المقياس بمستوياتها المختلفة، عبر عدد من المتغيرات من مثل: النوع، والعمر، والثقافة ...، وغيرها.

وفي هذا البحث استُخدم التحليل العاملي التوكيدي للتحقق من البناء العاملي للمقياس لدى الأطفال والمراهقين من الجنسين، وتم الاعتماد على بعض المؤشرات في الحكم على مدى ملاءمة النموذج للبيانات وهي مؤشر χ^2، والنسبة بينه وبين درجات الحرية، ومؤشر TLI، الذي يطلق عليه أيضاً مؤشر المطابقة غير المعياري Non-Normed Fit Index (NNFI)، ومؤشر المطابقة المقارن Comparative Fiot Index (CFI)، بالإضافة إلى جذر متوسط مربع خطأ التقريب Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) Hu & Bentler, 1999; MacCallum & Austin, 2000). ويوضح جدول رقم (5) مؤشرات حسن المطابقة المستخدمة في الدراسة الحالية، كما وردت في مرجع "أوانج" (Awang, 2012).

جدول رقم (5)

مؤشرات حسن المطابقة ومدى القبول لكل منها

مؤشر حسن المطابقة	المدى المقبول للمؤشر
χ^2	أن تكون قيمتها غير دالة إحصائياً
χ^2/df	أقل من 3
مؤشر المطابقة المقارن (CFI)	تقترب من (1) – أكبر من 0,9
مؤشر المطابقة غير المعياري (NNFI)	تقترب من (1) – أكبر من 0,9
جذر متوسط خطأ التقريب RMSEA	تقترب من (صفر) – أقل من 0,08

وتم اختبار التكافؤ العاملي للمقياس، باستخدام الأسلوب الذي وضحه تفصيلياً "ميلفونت، وفشر" (Milfont & Fischer, 2010)، ويتضمن هذا الاختبار ثلاث حالات للتكافؤ؛ هي:

1 – **التكافؤ الشكلي** Configural Invariance: وفيه يتم اختبار مطابقة النموذج للبيانات بشكل مستقل لكل مجموعة من المجموعات، دون وضع أية قيود على مَعلماته، بخلاف البنية الشكلية للنموذج، وهو يختبر مدى تكافؤ النموذج من حيث البناء (المتغيرات الكامنة والمتغيرات المشاهدة) في كل من المجموعتين.

2 – **التكافؤ الضعيف** Weak Invariance: ويطلق عليه أيضاً التكافؤ المتري Metric Inv.، وفيه يتم اختبار مطابقة النموذج للبيانات في المجموعتين، مع وضع قيود على الأوزان الانحدارية (افتراض تساوي الأوزان الانحدارية للنموذج في المجموعتين)، وبالتحديد يختبر هذا النموذج ما إذا كانت المجموعتان تستجيبان لفقرات المقياس في نفس الاتجاه أم لا، وهو ما يتحقق إذا كانت قوة العلاقة بين الفقرات والعامل الذي تنتمي إليه متساو في المجموعتين.

3 – **التكافؤ القوي** Strong Invariance: ويطلق عليه أيضاً التكافؤ القياسي Scalar Inv.، وفيه يتم اختبار تطابق بيانات النموذج في المجموعتين، مع وضع قيود على كل من الأوزان الانحدارية وقيم الثابت intercept (افتراض تساوي الأوزان الانحدارية وقيم الثابت للنموذج في المجموعتين)، ويعد هذا التكافؤ مطلباً ضرورياً للمقارنة بين متوسطات الدرجات العاملية، حيث إن هذا النوع من التكافؤ يعني وجود علاقة بين الدرجات العاملية، والدرجات المشاهدة للعامل، وهو ما يعني أيضاً أن الأفراد الذين لهم نفس الدرجة العاملية، ستكون لهم نفس الدرجة المشاهدة، بغض النظر عن المجموعة التي ينتمون إليها.

إجراءات الدراسة

طُبق المقياس المتعدد الأبعاد لاكتئاب الطفولة والمراهقة على الطلاب في سلطنة عمان، ودولة الكويت في جلسات جمعية، كانت الوحدة فيها هي الفصل الدراسي، الذي اشتمل على عدد من الطلاب تراوح بين 30، و40 طالباً أو طالبة، وكانت مدارس الذكور منفصلة عن الإناث.

نتائج الدراسة

أولاً – التكافؤ العاملي عبر العينتين (عمان، والكويت):

طُبق التحليل العاملي التوكيدي CFA، على النموذج النظري للمقياس في العينتين بشكل مستقل، ويوضح الشكل رقم (1) مكونات هذا النموذج الذي استخدم في رسمه الرموز المتعارف عليها في بناء نماذج المعادلة البنائية Structural Equation Models، حيث يستخدم الشكل البيضاوي للإشارة إلى المكونات الكامنة أو الأبعاد في حين تستخدم المستطيلات للإشارة للمتغيرات الملاحظة والتي تمثلها هنا فقرات المقياس، كما استخدمت الأسهم الأحادية الرأس بين كل بعد والفقرات المكونة له. وأظهرت مؤشرات حسن المطابقة للنموذج غير المقيد Unconstrained model (χ^2 = 5014,71، df/χ^2 = 3,43، CFI = 0,866، TLI = 0,857، RMSEA = 0,031) مطابقة ضعيفة بين النموذج والبيانات في المجموعتين، وبالرجوع إلى الفقرات ذات التشبعات المنخفضة التي أظهرتها نتائج التحليل، فقد حذفت هذه الفقرات ذات التشبعات المنخفضة تدريجياً والأقل من 0,4 في الأبعاد الآتية: (الفقرة "1" التي تنتمي إلى بُعد التشاؤن، والفقرة "11" التي تنتمي إلى بُعد التعب)، وتمت إعادة تنفيذ الاختبار في كل مرة، حتى تم التوصل إلى درجة مقبولة من المطابقة بين النموذج والبيانات في العينتين (عمان، والكويت) ويوضحها جدول رقم 6.

جدول رقم (6)

مؤشرات حسن المطابقة للتكافؤ عبر العينتين (عمان، والكويت)

النموذج	كا^2	درجات الحرية	مستوى الدلالة	χ^2/df	CFI	TLI	RMSEA
ج!: التكافؤ الشكلي	2722,52	1128	0,001 >	2,41	0,935	0,927	0,024
ج$_2$: التكافؤ الضعيف	2758,89	1156	0,001 >	2,39	0,934	0,929	0,023
ج$_3$: التكافؤ القوي	3064,26	1192	0,001 >	2,57	0,926	0,919	0,025

يتضح من مؤشرات حسن المطابقة في النموذج "ج1" وجودها في المدى المقبول، وذلك على الرغم من الدلالة المتوقعة لقيمة **كا^2** لشدة تأثرها بحجم العينة، وهو ما يدفع إلى عدم الاكتفاء بها محكاً لاتخاذ القرار بالقبول أو الرفض، وهذا من أسباب وجود كثير من المؤشرات التي تأخذ في الحسبان، الحساسية لحجم العينة، وكذلك مدى تعقد النموذج الذي يتم اختباره. ويوضح "كلاين" (Kline, 2005) أنه يمكن الاعتماد على النسبة بين قيمة **كا^2** ودرجات الحرية للنموذج، التي كانت في المدى المقبول لها (أقل من 3)، كما كانت باقي المؤشرات في المدى المقبول، وفقاً لما يوضحه جدول رقم 5. ويستنتج من مطابقة النموذج "ج1" تحقق التكافؤ الشكلي لبنية المقياس في العينتين (عمان، والكويت)، وذلك بعد حذف الفقرات المشار إليها سابقاً، ويوضح جدول رقم 7 قيم التشبعات (المعيارية وغير المعيارية) للفقرات في الأبعاد التي تنتمي إليها.

ولاختبار التكافؤ الضعيف تم الاعتماد على النموذج "ج2"، الذي يفترض تساوي تشبعات الفقرات في كل بعد من الأبعاد عبر العينتين (عمان، والكويت)، وتم إجراء المقارنة بين مؤشرات حسن الملاءمة لهذا النموذج، الذي يفترض قيوداً على قيم تشبعات الفقرات، بما يقابلها في النموذج غير المقيد الذي اختبُرت ملاءمته ومطابقته للبيانات في المرحلة السابقة، ويعد بمثابة النموذج المعياري أو القاعدي. ويتضح من جدول رقم6 وجود مطابقة جيدة للنموذج المفترض، على الرغم من الدلالة الإحصائية لقيمة χ^2، حيث كانت النسبة بينها وبين قيمة درجات الحرية في المدى المقبول لها (أقل من 3)، وكذلك دلت باقي مؤشرات حسن الملاءمة، على

المطابقة الجيدة بين النموذج والبيانات، وللحكم على قبول النموذج "ج2"، مقارنة بالنموذج القاعدي غير المقيد، تم الاعتماد على الفروق بين مؤشرات TLI، ومؤشر المطابقة المقارن CFI في النموذجين، ويلاحظ أن الفروق في كلا المؤشرين كانت أقل من 0,01، وهو ما يشير إلى تحقق التكافؤ الضعيف (المتري) لمقياس الاكتئاب في العينتين (عمان، والكويت).

ولاختبار التكافؤ القوي (القياسي)، تم الاعتماد على النموذج "ج3"، الذي يفترض التساوي بين تشبعات الفقرات في كل بعد من الأبعاد وقيم الثابت للنموذج في المجموعتين، مع الاعتماد على المقارنة بين مؤشرات حسن المطابقة أيضاً مع النموذج القاعدي "ج1". وتشير مؤشرات حسن المطابقة للنموذج "ج3" إلى وجودها جميعاً في المدى المقبول لها، وفقاً للقيم المعيارية المحكية التي يحددها جدول 5، كما تشير الفروق بين مؤشرات المطابقة للنموذجين "ج3 و"ج1"؛ التي كانت أقل من 0,01 إلى إمكانية قبول النموذج المقيد، الأمر الذي يعني بطبيعة الحال، تحقق التكافؤ القوي للمقياس عبر العينتين. وهو ما يسمح باستخدام هذه النسخة من المقياس في دراسة الفروق بين متوسطات الدرجات في الأبعاد في العينتين.

جدول رقم (7)

التشبعات المعيارية وغير المعيارية للفقرات في أبعاد العينتين وفقاً للدولة (عمان، والكويت)

الأبعاد	الفقرة	عمان		الكويت	
		التشبع المعياري	التشبع غير المعياري	التشبع المعياري	التشبع غير المعياري
التشاؤم	d2	0,454	0,873	0,541	0,842
	d3	0,540	0,953	0,648	0,972
	d4	0,507	0,963	0,600	0,971
	d5	0,538	1	0,670	1
ضعف التركيز	d6	0,421	0,683	0,412	0,545
	d7	0,577	0,978	0,689	0,938

تابع/ جدول رقم (7)

التشبعات المعيارية وغير المعيارية للفقرات في أبعاد العينتين وفقاً للدولة (عمان، والكويت)

الأبعاد	الفقرة	عمان		الكويت	
		التشبع المعياري	التشبع غير المعياري	التشبع المعياري	التشبع غير المعياري
	d8	0,567	0,934	0,768	1,108
	d9	0,408	0,740	0,476	0,726
	d10	0,616	1	0,721	1
مشكلات النوم	d12	0,467	0,973	0,518	0,956
	d13	0,461	1,141	0,637	1,380
	d14	0,516	1,198	0,611	1,289
	d15	0,435	1	0,504	1
افتقاد الاستمتاع	d17	0,659	1,037	0,696	0,981
	d18	0,646	0,998	0,744	1,014
	d19	0,560	0,891	0,677	0,940
	d20	0,574	1	0,644	1
الإجهاد	d21	0,526	1	0,663	1
	d22	0,458	0,892	0,616	0,966
	d24	0,343	0,703	0,426	0,676
	d25	0,503	1,042	0,581	0,893
الوحدة	d26	0,624	1	0,655	1
	d27	0,492	0,739	0,590	0,746
	d28	0,615	1,038	0,699	1,059
	d29	0,668	0,984	0,703	0,861
	d30	0,629	0,967	0,705	0,991
تقدير الذات المنخفض	d31	0,671	1	0,716	1
	d32	0,627	0,966	0,696	0,969
	d33	0,571	0,948	0,633	0,887

تابع/ جدول رقم (7)

التشبعات المعيارية وغير المعيارية للفقرات في أبعاد العينتين وفقاً للدولة (عمان، والكويت)

الأبعاد	الفقرة	عمان		الكويت	
		التشبع المعياري	التشبع غير المعياري	التشبع المعياري	التشبع غير المعياري
	d34	0,397	0,641	0,448	0,704
	d35	0,343	0,602	0,425	0,693
الشكاوى الجسدية	d36	0,543	1	0,565	1
	d37	0,652	1,184	0,675	1,186
	d38	0,580	1,162	0,650	1,237
	d39	0,612	1,173	0,619	1,122
	d40	0,656	1,282	0,723	1,310

ملاحظة: جميع قيم التشبعات دالة إحصائياً عند مستوى أقل من 0,01، وتعد غالبية التشبعات مرتفعة لتجاوزها 0,5 (Albright & Hun, 2009).

ثانياً – التكافؤ العاملي عبر الجنسين (ذكور، وإناث):

للتحقق من التكافؤ العاملي، لمقياس الاكتئاب متعدد الأبعاد للأطفال والمراهقين عبر الجنسين، أُجري تحليل عاملي توكيدي للصورة الأخيرة من المقياس، التي تم اختبار تكافؤها العاملي في القسم السابق من هذه الدراسة، عبر العينتين (عمان، والكويت). وتم الاعتماد على الطريقة نفسها في اختبار التكافؤ، التي عرضت سابقاً، ويقدم جدول رقم 8 النتائج التفصيلية لهذا الإجراء.

جدول رقم (8)

مؤشرات حسن المطابقة للتكافؤ عبر الجنسين في العينتين (عمان، والكويت)

العينة	النموذج	χ^2	درجات الحرية	مستوى الدلالة	χ^2/df	CFI	TLI	RMSEA
عمان	ج1: التكافؤ الشكلي	1893,96	1128	0,001 >	1,68	0,916	0,906	0,024
	ج2: التكافؤ الضعيف	1933,16	1156	0,001 >	1,67	0,915	0,907	0,024
	ج3: التكافؤ القوي	2231,59	1192	0,001 >	1,87	0,886	0,879	0,028

تابع/ جدول رقم (8)

مؤشرات حسن المطابقة للتكافؤ عبر الجنسين في العينتين (عمان، والكويت)

العينة	النموذج	χ^2	درجات الحرية	مستوى الدلالة	χ^2/df	CFI	TLI	RMSEA
الكويت	ج1: التكافؤ الشكلي	2192,44	1128	0,001 >	1,94	0,932	0,924	0,026
	ج2: التكافؤ الضعيف	2221,99	1156	0,001 >	1,92	0,932	0,926	0,026
	ج3: التكافؤ القوي	2532,77	1192	0,001 >	2,13	0,914	0,909	0,028

من قراءة جدول رقم 8، يتضح من مؤشرات حسن المطابقة للنموذج "ج1" في العينتين، وجودها في المدى المقبول، حيث كانت النسبة بين قيمة χ^2 ودرجات الحرية لها أقل من (3)، وكذلك كانت باقي المؤشرات في مداها المقبول وفقاً لما يوضحه جدول رقم 5، ويستنتج من مطابقة النموذج "ج1" تحقق التكافؤ الشكلي لبنية المقياس بين الجنسين داخلياً في العينتين (عمان، والكويت)، ويوضح جدول رقم 9 قيم التشبعات (المعيارية وغير المعيارية) للفقرات في الأبعاد التي تنتمي إليها في العينتين (الذكور، والإناث) عبر الدولتين (عمان، والكويت).

جدول رقم (9)

التشبعات المعيارية وغير المعيارية للفقرات في أبعاد المقياس لدى الجنسين في العينتين (عمان، والكويت)

الأبعاد	الفقرة	عمان				الكويت			
		التشبع المعياري	التشبع غير المعياري	التشبع المعياري	التشبع غير المعياري	التشبع المعياري	التشبع غير المعياري	التشبع المعياري	التشبع غير المعياري
التشاؤم	d2	0,449	0,976	0,450	0,788	0,547	0,863	0,534	0,832
	d3	0,523	1,071	0,550	0,869	0,633	0,952	0,663	1,005
	d4	0,501	1,068	0,522	0,907	0,591	0,976	0,611	0,983
	d5	0,463	1	0,601	1	0,670	1	0,663	1
ضعف التركيز	d6	0,365	0,662	0,453	0,673	0,405	0,560	0,418	0,532
	d7	0,588	1,047	0,553	0,919	0,686	0,974	0,693	0,908

تابع/ جدول رقم (9)

التشبعات المعيارية وغير المعيارية للفقرات في أبعاد المقياس لدى الجنسين في العينتين (عمان، والكويت)

الأبعاد	الفقرة	عمان				الكويت			
		التشبع المعياري	التشبع غير المعياري	التشبع المعياري	التشبع غير المعياري	التشبع المعياري	التشبع غير المعياري	التشبع المعياري	التشبع غير المعياري
	d8	0,579	1,025	0,539	0,856	0,744	1,12	0,786	1,092
	d9	0,442	0,834	0,373	0,673	0,476	0,744	0,484	0,721
	d10	0,558	1	0,655	1	0,694	1	0,746	1
مشكلات النوم	d12	0,494	1,089	0,439	0,874	0,494	0,929	0,528	0,970
	d13	0,433	1,061	0,490	1,234	0,623	1,357	0,643	1,402
	d14	0,520	1,228	0,507	1,172	0,613	1,319	0,631	1,328
	d15	0,419	1	0,445	1	0,507	1	0,494	1
افتقاد الاستمتاع	d17	0,640	1,178	0,658	0,966	0,677	1,136	0,707	0,937
	d18	0,616	1,085	0,652	0,950	0,764	1,219	0,708	0,918
	d19	0,508	0,921	0,589	0,880	0,669	1,144	0,668	0,831
	d20	0,563	1	0,594	1	0,618	1	0,678	1
التعب	d21	0,528	1	0,517	1	0,691	1	0,633	1
	d22	0,450	0,848	0,469	0,944	0,669	1	0,568	0,940
	d24	0,383	0,778	0,318	0,665	0,419	0,611	0,428	0,737
	d25	0,484	0,978	0,522	1,122	0,630	0,917	0,523	0,851
الوحدة	d26	0,628	1	0,621	1	0,635	1	0,678	1
	d27	0,547	0,860	0,437	0,625	0,583	0,776	0,599	0,720
	d28	0,590	0,966	0,647	1,127	0,706	1,064	0,693	1,036
	d29	0,717	1,062	0,619	0,907	0,720	0,887	0,691	0,833
	d30	0,656	0,965	0,596	0,956	0,740	1,030	0,672	0,941
تقدير الذات المنخفض	d31	0,707	1	0,636	1	0,729	1	0,700	1
	d32	0,674	0,994	0,579	0,933	0,711	0,983	0,679	0,955

تابع/ جدول رقم (9)

التشبعات المعيارية وغير المعيارية للفقرات في أبعاد المقياس لدى الجنسين في العينتين (عمان، والكويت)

الأبعاد	الفقرة	عمان				الكويت			
		التشبع المعياري	التشبع غير المعياري	التشبع المعياري	التشبع غير المعياري	التشبع المعياري	التشبع غير المعياري	التشبع المعياري	التشبع غير المعياري
	d33	0,583	0,882	0,570	1,033	0,655	0,839	0,620	0,942
	d34	0,377	0,570	0,405	0,691	0,376	0,571	0,510	0,831
	d35	0,293	0,488	0,389	0,723	0,384	0,592	0,463	0,799
الشكاوى الجسدية	d36	0,607	1	0,482	1	0,588	1	0,533	1
	d37	0,674	1,062	0,633	1,336	0,682	1,218	0,665	1,201
	d38	0,583	0,996	0,570	1,345	0,684	1,283	0,611	1,223
	d39	0,600	1,024	0,631	1,370	0,634	1,167	0,613	1,147
	d40	0,693	1,141	0,635	1,475	0,739	1,352	0,711	1,337

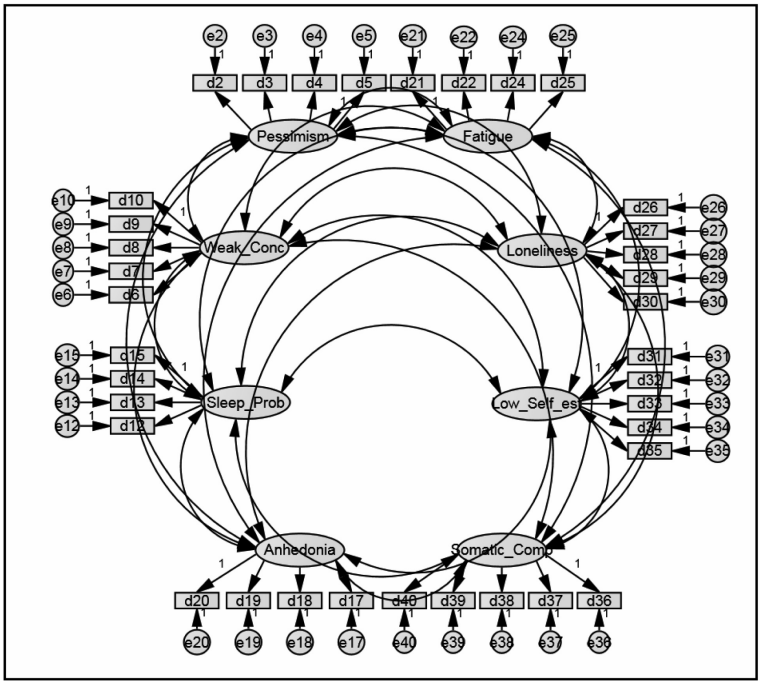
ملاحظة: جميع قيم التشبعات دالة إحصائياً عند مستوى أقل من 0,01، وتعد غالبية التشبعات مرتفعة لتجاوزها 0,5 (Albright & Hun, 2009).

ولاختبار التكافؤ الضعيف، تم الاعتماد على النموذج "ج2"، الذي يفترض تساوي تشبعات الفقرات في كل بعد من الأبعاد عبر العينتين (الذكور، والإناث) في الدولتين موضع الدراسة.

ويتضح من جدول رقم 8 وجود مطابقة جيدة للنموذج المفترض؛ إذ كانت النسبة بين قيمة χ^2 وبين درجات الحرية في المدى المقبول لها (أقل من 3) في عينتي عمان والكويت. وكذلك دلت باقي مؤشرات حسن الملاءمة على المطابقة الجيدة بين النموذج والبيانات، وللحكم على قبول النموذج "ج2"، مقارنة بالنموذج القاعدي غير المقيد، تم الاعتماد على الفروق بين مؤشرات CFI & TLI في النموذجين، ويلاحظ أن الفروق في كلا المؤشرين كانت أقل من 0,01، وهو ما يشير

إلى تحقق التكافؤ الضعيف (المتري) لمقياس الاكتئاب بين الجنسين في الدولتين (عمان، والكويت)، وهو ما يتحقق إذا كانت العلاقة قوية بين الفقرات والعوامل التي تنتمي إليها متساوية عبر الجنس في العينتين.

ولاختبار التكافؤ القوي (القياسي) تم الاعتماد على النموذج "ج3"، الذي يفترض التساوي بين تشبعات الفقرات في كل بعد من الأبعاد، وقيم الثابت للنموذج بين الجنسين، مع الاعتماد على المقارنة بين مؤشرات حسن المطابقة أيضاً مع النموذج القاعدي "ج1". وتشير مؤشرات حسن المطابقة للنموذج "ج3" إلى وجودها جميعاً في المدى المقبول لها، وفقاً للقيم المعيارية المحكية التي يحددها جدول رقم 5، بينما تشير الفروق بين مؤشرات المطابقة للنموذجين "ج3" و "ج1" إلى وجوب رفض النموذج المقيد "ج3"؛ إذ كانت الفروق بين المؤشرين في عينة الكويت ($\Delta CFI = 0.018, \Delta TLI = 0.015$)، وفي عينة عمان ($\Delta CFI = 0.03, \Delta TLI = 0.027$) وجميعها تتجاوز قيمة محك القبول (0,01)، الأمر الذي يعني عدم تحقق التكافؤ القوي للمقياس عبر الجنسين في كل من العينتين (عمان، والكويت). وعدم تحقق هذا النوع من التكافؤ يعد مؤشراً على اختلاف قوة العلاقة بين الدرجات العاملية والدرجات المشاهدة للعوامل باختلاف الجنس، الأمر الذي يعني أن الأفراد الذين لهم نفس الدرجة العاملية في المجموعتين (الذكور، والإناث) قد تختلف درجاتهم المشاهدة في أبعاد المقياس، وبناء على ذلك يصعب استخدام المقياس في عقد المقارنات بين متوسطات درجات كل من الذكور والإناث داخلياً في كل عينة (عمان، والكويت). ويبين الشكل رقم (1) البناء العاملي للمقياس.



الشكل رقم (1): البناء العاملي لمقياس الاكتئاب متعدد الأبعاد للأطفال والمراهقين

مناقشة النتائج

إن الأعراض الاكتئابية كثيرة ومتنوعة، وغالبية مقاييس اكتئاب الأطفال والمراهقين يُستخرج منها درجة كلية، وعلى العكس من ذلك فإن المقياس المتعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين تبنَّى استراتيجية مختلفة؛ إذ يشتمل هذا المقياس على ثمانية أبعاد، اشتقت – على الأقل – من ثمانية تحليلات عاملية لمعاملات الارتباط بين بنود المقياس العربي للاكتئاب، في سبع دول عربية، وعينة أمريكية، بالإضافة إلى درجة كلية، وقد تكون الدرجة الكلية غير دقيقة؛ إذ تعطي صورة عامة ينقصها التفاصيل، فقد يحصل شخصان على درجة كلية واحدة، ولكن مكوناتها تكون مختلفة، واعتماداً على مفهوم "نوعية الأعراض" Symptom specificity، فقد تتركز أعراض طفل ما في ضعف التركيز مثلاً، في حين تكمن المشكلة لدى طفل آخر في صعوبات النوم، وطفل ثالث تتركز أعراضه في نقص

تقدير الذات...، وهكذا. وهذه هي الميزة الخاصة بهذا المقياس، الذي يؤدي إلى نوع من القياس الفارق لأهم زملات الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال والمراهقين.

ويشتمل كل بعد من الأبعاد الثمانية لهذا المقياس، على خمس فقرات، وهنا تكمن مشكلة؛ إذ ترتب على ذلك انخفاض معاملات ثبات معظم أبعاد المقياس، فمن البدهي أن الثبات دالة لطول المقياس، ومن الممكن أن يكون حل هذه المشكلة في زيادة عدد بنود كل مقياس فرعي، ولكن ذلك سيزيد من ملل المبحوث عند الإجابة عن مقياس متعدد الفقرات، وما يترتب على ذلك من الإجابة العشوائية، لاسيما والمبحوث هنا طفل أو مراهق، وقد أشارت بحوث عدة، إلى جدارة المقاييس المختصرة (انظر مثلاً: Abdel-Khalek, 2001)، ومن ثم، يجب أن يكون هناك نوع من التوازن، بين طول المقياس أي عدد فقراته، واستهداف معاملات ثبات مقبولة.

وبتطبيق التحليل العاملي التوكيدي على النموذج النظري للمقياس، الذي يشتمل على أبعاد ثمانية، في العينتين العمانية والكويتية – بشكل مستقل – أظهرت المؤشرات الإحصائية مطابقة ضعيفة بين النموذج والبيانات، وقد توصل الباحثان في هذه الدراسة، إلى أن السبب في هذه المطابقة الضعيفة، يرجع إلى أن فقرات أربع لها تشبعات منخفضة بالعوامل، وهي الفقرات الآتية: (1) أشعر بأن كل شيء سيكون جيداً، و(11) أنام جيداً، و(16) أشعر بالسعادة، و(23) أشعر بالنشاط. ومن الواضح أن مفتاح تصحيح هذه الفقرات الأربع، يُعكس نظراً لأن المقياس يقيس الاكتئاب.

وكانت مراجع القياس النفسي، توصي بضرورة تساوي عدد الفقرات التي تصحح في اتجاه وجود السمة، والفقرات التي تصحح سلبياً إشارة إلى انتفاء السمة المقيسة، وذلك لتجنب بعض أساليب الاستجابة، وتجنب الإجابة على وتيرة واحدة. ولكن الدليل العملي المعتمد على نتائج الدراسة الحالية، لا يتفق مع هذه التوصية. ففي مقياس اكتئاب كالمقياس المستخدم في هذه الدراسة، يبدو أن المبحوثين يتكون لديهم نوع من وجهة الاستجابة Response set، في اتجاه غالبية

بنود المقياس (الذي هو هنا مقياس اكتئاب)، وقد يعتقدون أن هذه الفقرات الإيجابية بالنسبة لظاهرة الاكتئاب السلبية، نوع من النشاز.

ومن ناحية أخرى، فإن القوة التي يلحقها المبحوث بالفقرات المصاغة إيجابياً، مختلفة عن الفقرات المصاغة سلبياً، أي أن الاستجابة لبند عن "الحزن" في مقياس اكتئاب، قد لا تتساوى مع فقرة عن "الفرح" يُعكس مفتاح تصحيحها، ويتفق ذلك مع ما يذكره "بومستر" وزملاؤه (Baumeister, Brantslavsky, Finkenauer & Vohs, 2001)، في مقال بليغ تحت عنوان: السيئ أقوى من الجيد، ويذكرون "أن هناك دليلاً على أن الفقرات التي تصف الانفعالات السلبية، تميل إلى أن تثير استجابات أقوى بكثير، من الفقرات التي تصف الانفعالات الإيجابية، فيميل الناس إلى خفض تقدير تكرار الوجدان الإيجابي، على العكس من الوجدان السلبي، ويخلصون إلى أن الانفعالات السيئة تحدث –عامة– عمليات معرفية أكثر، ولها تأثيرات أخرى في السلوك، تُعد أقوى من الانفعالات الإيجابية" (ص 334).

لقد أمكن التوصل إلى حل مناسب، في المقياس العربي للسعادة، مفاده استخدام الفقرات الإيجابية في كل مكونات المقياس (كالحزن في مقياس الاكتئاب، وكالتفاؤل في مقياس السعادة)، ويصحح المقياس على هذا الأساس، ثم تُدرج بعض الفقرات المخالفة للتوجه الأساسي للمقياس، بحيث تعد هذه الفقرات حشواً Filler أو إضافة لا تحتسب في نتيجة المقياس، ومن أمثلة ذلك، إضافة فقرات: السعادة، والتفاؤل، والنشاط، والرضا، والنوم الجيد، في مقياس الاكتئاب، ولا تصحح هذه الفقرات (انظر: Abdel-Khalek, 2013). وتجدر الإشارة إلى أن استبعاد هذه الفقرات الأربع (الإيجابية)، ذات التشبعات العاملية المنخفضة، كشف عن تكافؤ عاملي أقوى للمقياس المتعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين، في المقارنة بين المتوسطات عبر عينتي الدولتين (عمان، والكويت).

ومن ناحية أخرى، أظهرت نتائج التكافؤ العاملي بين الجنسين في عينة كل دولة بشكل مستقل، مؤشرات ضعيفة وشكلية، وليست قوية، وقد يرجع ذلك إلى وجود فقرات تختلف وظيفياً عبر النوع، وهو ما يتطلب المزيد من الدراسات

للتعرف عليها، حيث يتطلب الكشف عنها إجراء بعض التحليلات المتقدمة للكشف عليها. ويتوقع الباحثون أن هذا الاختلاف الوظيفي قد يعود للتأثيرات الثقافية للفروق بين الجنسين بشكل عام في كل من الدولتين.

وعلى الرغم من بعض جوانب القوة في هذه الدراسة، وأهمها الاعتماد على عينة كبيرة الحجم، سحبت من دولتين، على ندرة البحوث المقارنة، فإنه يتعين الإشارة إلى بعض جوانب النقص، وأهمها اختيار عينتي الدراسة من سلطنة عمان ودولة الكويت على أساس ما هو متاح Convenience، فلم تكن العينة لا احتمالية ولا عشوائية. ومع ذلك فإن أهم نتائج هذه الدراسة هي تشابه البنية العاملية للمقياس المتعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين عبر الدولتين، ولكن هذا التكافؤ كان شكلياً وضعيفاً بين الجنسين.

التوصيات والمقترحات

في ضوء نتائج هذه الدراسة تُقدم التوصيات الآتية:

1 – عدم استخدام الصورة الحالية من المقياس لدراسة الفروق بين متوسطات كل من الذكور والإناث داخلياً في كل دولة؛ وذلك بسبب عدم تحقق التكافؤ القياسي بين الجنسين في كل دولة. ولكن وفقاً لنتائج التكافؤ العاملي عبر الدولتين، فإنه يمكن استخدام الصورة الحالية لدراسة فروق المتوسطات بين الدولتين.

2 – إعداد نسخة معدلة من المقياس متعدد الأبعاد لاكتئاب الأطفال والمراهقين بعد استبعاد البنود الإيجابية، وإضافة بنود إضافية ذات مضمون مختلف، تعد حشواً.

3 – استخدام هذا المقياس بهدف الفرز Screening، لتحديد الأطفال والمراهقين الذين يعانون من بعض الأعراض الاكتئابية، ويحتاجون إلى نوع من الإرشاد النفسي السريع.

4 – توصية الاختصاصي النفسي المدرسي، بتطبيق هذا المقياس على الأطفال والمراهقين المشكلين، والمشاغبين، فقد ترجع مشكلاتهم إلى الأعراض الاكتئابية.

واستكمالاً لهذه الدراسة، نقترح إجراء الدراسات الآتية:

1 – بحث الأسباب وراء عدم تحقق التكافؤ العاملي القياسي بين الجنسين في كل دولة، والتعرف إلى الفقرات التي قد تكون وراء تلك النتيجة، للوصول إلى صورة معدلة من المقياس تحقق التكافؤ وتسمح بدراسة الفروق بين المتوسطات عبر الجنسين في كل دولة.

2 – بحث العوامل الاجتماعية والديموجرافية، التي يمكن أن ترتبط بالأعراض الاكتئابية لدى الأطفال والمراهقين.

3 – دراسة العلاقة بين الأعراض الاكتئابية، والمتغيرات الخاصة ببيئة الفصل، والجو المدرسي.

4 – بحث الارتباط بين التأخر الدراسي، والأعراض الاكتئابية، وبيان مدى حاجة الأفراد المتأخرين إلى إرشاد نفسي موجز.

5 – وضع برنامج إرشادي مختصر، لخفض الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال، ومثله للمراهقين.

6 – توعية المعلمين بالآثار السلبية لمعاناة الأطفال والمراهقين من الأعراض الاكتئابية.

Factorial Invariance of the Multidimensional Child and Adolescent Depression Scale´MCADS̀ Among Omani and Kuwaiti Students Across Gender

Prof. Ali M. Kazem **Dr. Ehab M. Omara**
College of Education - Qabous University
Saltanate of Oman

Prof. Ahmed A. Abdel-Khalek
Faculty of Arts - Alexandria University
A.R.E

Abstract

The present study aims at investigating the factorial invariance of the Multidimensional Child and Adolescent Depression Scale (MCADS) among Omani and Kuwaiti students across gender. A sample of 2536 public school students from Oman and Kuwait participated in this study. Their ages ranged between 11-17 years. Initially, the results of the confirmatory factor analysis of MCADS indicated that a good fit to the data after the deletion of low loadings items (Items: 1, 11, 16, and 23) in the Omani and the Kuwaiti samples. In addition, the results of two-group CFA of MCADS indicated that there is strong factorial invariance across Omani and Kuwaiti samples. Whereas, the results suggested that, there is weak factorial invariance across gender in both samples. Thus, it is not feasible to use the MCADS to compare the mean scores of males and females inside each country. This may be due to the low reliability of children's responses.

Keywords: Depression, Factorial Similarity, Children, Adolescents.

المراجع

عبد الخالق، أحمد (1999). القائمة العربية لاكتئاب الأطفال: عرض للدراسات على ثمانية مجتمعات. *مجلة العلوم الاجتماعية*، 27 (3)، 103–123.

عبد الخالق، أحمد (2016). *اكتئاب الطفولة والمراهقة: التشخيص والعلاج*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد الخالق، أحمد محمد؛ وكاظم، علي مهدي؛ وعيد، غادة خالد (2011). العوامل المنبئة بمستويات بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينتين من الأطفال والمراهقين في الكويت وعُمان. *مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية* – سوريا، 27 (3–4)، 165–231.

غريب، غريب (2003). نمذجة العلاقة السببية بين التحصيل الدراسي ومفهوم الذات والأعراض الاكتئابية: دراسة للتأثيرات المباشرة وغير المباشرة على الأعراض الاكتئابية في المرحلة الإعدادية بدولة الإمارات العربية. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، 13 (39)، 1–88.

Abdel-Khalek, A. (1993). The construction and validation of the Arabic Children's Depression Inventory. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 41-50.

Abdel-Khalek, A. M. (2001). A short version of the Beck Depression Inventory without omission of clinical indicators. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 233-240.

Abdel-Khalek, A. M. (2003). The multidimensional child and adolescent depression scale: Psychometric properties. *Psychological Reports*, 93, 544-560.

Abdel-Khalek, A. M. (2010, December). Reported depression among Egyptian, Kuwaiti and Omani children and adolescents. Paper presented at the 2nd Joint International Conference of the Hong Kong College of Psychiatrists and the Royal College of Psychiatrists, University of London: Brain, Behavior, and Mind, held in Hong Kong, December 11-13, 2010.

Abdel-Khalek, A. M. (2013). The Arabic Scale of Happiness (ASH): Psychometric characteristics. *Comprehensive Psychology*, 2, article 5.

Albright, J. J., & Hun, M. P. (2009).Confirmatory factor analysis using Amos, LISREL, Mplus, and SAS/STAT CALIS (Working paper). The University Information Technology Services (UITS), Center for Statistical and Mathematical Computing, Indiana University. Retrieved from http://www.indiana.edu/˜statmath/stat/all/cfa/index.html

American Psychiatric Association (2013*). Diagnostic and statistical manual of* mental disorders (DSM-5). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.

Awang, Z. (2012). *A handbook on SEM Structural Equation Modeling: SEM using AMOS Graphic* (5th ed.). Kota Baru Malaysia: University Teknologi Mara Kelantan.

Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., & Vohs, K. D. (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology*, 5, 323-370.

Blatt, S. J., Schaffer, C. E., Bers, S. A., & Quinlan, D. M. (1992). Psychometric properties of the depressive experiences questionnaire for adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 59, 82-98.

Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford.

Dolgan, J. I. (1990). Depression in children. *Pediatric Annals*, 19, 45-50.

Donnelly, M., & Wilson, R. (1994). The dimensions of depression in early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 17, 425-430.

Dudding, G. S. (1990). The assessment of anxiety and depression in children. In P. McReynolds, J. C. Rosen, & G. J. Chelune (Eds.), *Advances in psychological assessment* (Vol. 7, pp. 133-163). New York: Plenum Press.

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.

Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. London: Routledge.

Kline, P. (2000). *Handbook of psychological testing* (2nded.). London: Routledge.

Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

Kovacs, (1992). *Children's Depression Inventory manual*. New York: Multi-Health Systems, Inc.

MacCallum, R. C., & Austin, J. T. (2000). Applications of structural equation modeling in psychological research. *Annual Review of Psychology,* 51, 201-226.

Milfont, T. L., & Fischer, R. (2010). Testing measurement invariance across groups: Applications in cross-cultural research. *International Journal of Psychological Research*, 3(1), 111-121.

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory*, (2nd. ed.). New York: McGraw-Hill.

Nurcombe, B. (1992). The evolution and validity of the diagnosis of major depression in childhood and adolescence. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), Rochester symposium on developmental psychopathology, Vol. 4*; Developmental perspectives on depression* (1-127). Rochester: University of Rochester Press.

Rie, H. E. (1966). Depression in childhood: A survey of some pertinent contributions. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 5, 653-685.

Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E. P. (1995). *Abnormal psychology* (3rd ed.). New York: W. W. Norton & Comp.

Stark, K. D. (1990). *Childhood depression: School-based intervention*. New York: Guilford.

Thompson, B. (2004). *Exploratory and confirmatory factor analysis*. Washington, DC: American Psychological Association.

Weiss, B., Weisz, J. R., Politano, M., Carey, M., Nelson, W. M. & Finch, A. J. (1991). Developmental differences in the factor structure of the Children's Depression Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 38-45.

World Health Organization, WHO (2007). Prevalence of diabetes worldwide. Retrieved November 28, 2007, from http://www.who.int/diabetes/facts/worldfigures/en/print.html