



أثر الحالة الاجتماعية والنوع علي الاكتئاب

بولاية الخرطوم

مجلة

جامعة
الخرطوم

كلية
التربية

السنة
الخامسة

العدد السابع

سبتمبر 2013 م

شوال 1434 هـ

د. فضل المولى عبدالرضى

قسم علم النفس - كلية التربية

جامعة الخرطوم



أثر الحالة الاجتماعية والنوع علي الاكتئاب بولاية الخرطوم

د. فضل المولى عبدالرحمن

قسم علم النفس – كلية التربية

جامعة الخرطوم

المستخلص

هدفت هذه الدراسة إلي التعرف علي أثر الحالة الاجتماعية ونوع المفحوص علي الاكتئاب في ولاية الخرطوم. استخدم في الدراسة المنهج الوصفي "الدراسات المسحية والعلاقات المتبادلة"، وتم ذلك باختيار عينة بالطريقة العشوائية البسيطة بلغ حجمها 1000 فرداً (513 ذكراً، و487 أنثى) منهم 630 غير متزوجين، 318 متزوجين، إضافة إلي 52 من الأرملة والمطلقين من ولاية الخرطوم. أستخدم مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب لزونج لتقدير مستوى الاكتئاب، واختبار صحة الفروض استعمل اختبار "ت"، وتحليل التباين الأحادي، واختبار دنكان للتحليل البعدي، إضافة إلي تحليل التباين الثنائي، أظهر التحليل أن هنالك فروق في درجات الاكتئاب وفقاً للحالة الاجتماعية لصالح الأرملة والمطلقين، وعدم وجود فروق يعزى لنوع المفحوص، إضافة إلي عدم وجود تفاعل لكل من الحالة الاجتماعية ونوع المفحوص علي توزيع درجات الاكتئاب.

Abstract:

This study was aimed to know the effect of social status and gender for the depression prevalence in the Sudan. The study used descriptive method (survey, and interrelation). The study sample consisted of (1000) individuals (513) males (487) females, chosen by the simple random method, from (630) unmarried (318) married (52) widows or divorced. For measuring depression, the test used was a Self – Rating Depression Scale, The statistical methods used for data analysis were: T test, one way and two way ANOVA and Duncan test for meta analysis. The main findings were: there is a significant difference between the degrees of depression according to social status for those who are divorced and widows, There were no significant differences in relation to gender issue, there was no significant interaction between social status and gender according to the distribution of depression degree.

أجريت في السودان العديد من البحوث والدراسات عن الاكتئاب (وراق، 1997؛ محمد، 1998؛ سعيد، 1998؛ إبراهيم، 2000؛ عبد الباسط، 2000؛ على، 2001؛ الشيخ، 2005؛ الأسيد، 2007)، وقد هدفت معظم هذه الدراسات إلى بحث الاكتئاب وسط فئات خاصة وشرائح محددة، كما أن أغلبها بحث الاكتئاب في ضوء متغيرات محددة مما يشير إلى اهتمام الباحث السوداني بدراسات العلاقات المتبادلة - وفقاً لتصنيف عاقل، (1988، 121) - أكثر من الدراسات المسحية وسط مجموعات سكانية كبيرة.

يهتم بعض الباحثين - وفقاً لي فان دالين (2007) - بالقيام بدراسات مسحية للحصول على معلومات مفصلة عن الحياة في المجتمع المحلي. تركز بعض الدراسات المحلية حول موضوعات معينة مثل الخدمات الصحية، وتقدم دراسات أخرى بيانات تتعلق بقطاع معين من المجتمع. من ناحية أخرى تغطي الدراسات المسحية الكثير من جوانب الحياة في المجتمع المحلي. يجمع الباحثون الذين يضطلعون بدراسات مسحية معلومات تتعلق بعوامل تسهم في تحديد طبيعة الحياة في المجتمع المحلي (فان دالين، 2007).

إن الدراسات وسط مجموعات سكانية كبيرة تمثل الخطوة الأولى لتأسيس قاعدة علمية للبحوث والدراسات في أي تخصص. ففي مجال علم النفس عامة والصحة النفسية على وجه الخصوص تبين هذه الدراسات المؤشرات العامة للاضطرابات النفسية والعقلية، وهي تكشف عن الخصائص المميزة لانتشار الظاهرة في المجتمع المحدد مقارنة بالخصائص العالمية.

في ضوء ما ذكر تظهر الحاجة إلى دراسات سودانية حول الاضطرابات النفسية عامة والاكتئاب على وجه الخصوص بوصفه أخطر الاضطرابات النفسية شيوعاً وانتشاراً - وسط مجموعات سكانية عامة وكبيرة حتى يتسنى للأخصائيين والباحثين في مجال الصحة النفسية التعرف على الملامح الخاصة بأثر بعض العوامل على الاضطرابات النفسية. ولسد فجوة شح الدراسات السودانية التي تجرى وسط مجموعات سكانية عامة من جهة وأهمية تلمس بعض المعالم المؤثرة على الاكتئاب من جهة أخرى. فأن هذه الدراسة تهدف لتقصي أثر بعض العوامل على الاكتئاب لدى عينة واسعة من سكان ولاية الخرطوم.

تعريف الاكتئاب:

تكشف كلمة الاكتئاب عن معانٍ عدة، ولا سيما في اللغة الإنجليزية. حيث تستخدم كلمة Depression للإشارة إلى حفرة أو فجوة في الأرض، أما في المصطلحات الطبية فيعتبر

الاكتئاب مرضاً خطيراً يحدث تغيرات في الذاكرة والتفكير (الإدراك) والمزاج والجسد والسلوك (كراملينغر، 2002، 13). بينما علي الصعيد النفسي فيعرف الاكتئاب لوصف الحالة المزاجية، أو لتعريف زملة مرضية أو باعتباره تعبيراً تصنيفياً في الطب النفسي.

يعرف طه (1994، 237) الاكتئاب بأنه حالة من الهم والحزن والانصراف عن الاستمتاع بمباهج الدنيا والرغبة في التخلص من الحياة، مع هبوط النشاط ونقص الحماس للعمل والإنتاج وفقدان الشهية للطعام والجنس، ويصاحب كل ذلك أرق واضطراب في النوم. أما سعيد (1998، 8) فقد أشار إلي الاكتئاب بأنه حالة انفعالية تتضمن تغيراً محدوداً في المزاج كالشعور بالحزن والذنب والوحدة واليأس واللامبالاة، مع مفهوم سالب عن الذات وكرهها والميل إلي إيذائها ومعاقبتها .

بالرغم من المحاولات المتعددة لتعريف الاكتئاب، ففي الحقيقة أن الاكتئاب ظاهرة تبعث علي الحيرة بسبب ما تشوبها من مفارقات.

الاكتئاب والحالة الاجتماعية:

فيما يخص الحالة الاجتماعية، يبدو أن الزواج عامل مهم في تقليل مستوى الاكتئاب، بما يكتفه من دفء ومشاعر عاطفية وعلاقات إنسانية. ووجود شريك حياة دائم، وما يرتبط بينهم من مشاعر إيجابية وعلاقات حميمة. وفي دراسة (Adeinne & Kristi 2007) التي تابعت الحالة النفسية لـ 3066 عازباً وعازبة، في الفئة التي كانت تظهر عليها أعراض الاكتئاب لفترة امتدت خمس سنوات، لاحظ الباحثون انخفاضاً كبيراً في وتيرة أعراض الاكتئاب لدى الذين تزوجوا في تلك الفترة مقارنة بالذين لم يتزوجوا. فأكدت هذه الدراسة أن الزواج يعتبر حلاً ناجعاً للذين يعانون من الاكتئاب لما يوفره من دعم معنوي وحميمية واستقرار نفسي، وأن الزواج يرفع الروح المعنوية للمكتئبين ويحسن من صحتهم العقلية خاصة الذين يعانون من الاكتئاب المزمن. وفي الجانب الآخر قد يلعب الكدر الزوجي في إصابة أحد الزوجين بالاكتئاب. وقد يبدو أن العلاقة بين الطلاق والاكتئاب علاقة أكثر من حتمية، فالإكتئاب بنفسه قد لا يقود بنا مباشرة إلي الطلاق، بينما قد يؤدي الاكتئاب إلي حالة الطلاق. كما أنه قد يؤدي إلي المشاكل الأخرى من توقف عن العمل أو قد يؤدي إلي مشاكل عديدة، وقد تتنامى الضغوط الشخصية كثيراً، وقد يتوقف المكتئبون عن أكل أو قد يصاب بالتخمة، وقد تحدث له صعوبة في التركيز.

طبقت الإسيد (2007) في السودان مقياس زونج للتقدير الذاتي للاكتئاب 1965م، علي (200) امرأة من النساء المطلقات. فتوصلت إلي أن الاكتئاب وسط النساء المطلقات يتسم

بالوسطية، غير أنها وجدت علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب و مستوى التعليم وسط النساء المطلقات، ووجدت فروقاً ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب وسط النساء المطلقات تبعاً لمتغير العمل لصالح غير العاملات و تبعاً لمتغير الإنجاب لصالح غير المنجبات، بينما لم تجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب، وكلٍ من العمر الزمني، وعمر الزواج وسط النساء المطلقات. من خلال هذه الدراسة يبدو أن الطلاق في السودان يرفع من متوسط الاكتئاب كما يلاحظ أن متغيرات التعليم والإنجاب والعمل تقلل من مستوى اكتئاب المرأة المطلقة.

من جهة أخرى تشير أغلب الدراسات إلي أن الترمّل قد يزيد من حدة الاكتئاب. كما في دراسة Paula, et al (1972). وفي دراسة Debra, et al (1992) التي تعرضت لنتائج من مسح تم عام 1986 لدي 3614 تقترح النتائج أن الآلية الأساسية التي تربط الترمّل بالاكتئاب لدى النساء هي الإجهاد المالي. بينما لدي الرجال تبدو الآليات أكثر تعقيداً بينما تظهر أكثر في الإجهاد بإدارة المنزل

الاكتئاب والنوع

هناك عدة تفسيرات تم طرحها للفروق بين الذكور والإناث في الاكتئاب، ويمكن وضع هذه التفسيرات في فئات ثلاث تقوم الفئة الأولى من التفسيرات على أساس الخصائص البيولوجية الهرمونية التي تختص بها النساء وتجعلهن أكثر حساسية للعديد من الاضطرابات العقلية وفي مقدمتها الاكتئاب، أما الفئة الثانية من التفسيرات فتقوم على معطيات التحليل النفسي فيما يتعلق بالنمو النفسي - جنسي للمرأة، وكيف أن هذا النمو يؤهلها بدرجة أكبر للإصابة بهذا الاضطراب، أما الفئة الثالثة فهي تفسيرات ذات أساس نفسي - اجتماعي تركز على تخلف المكانة الاجتماعية للمرأة وعلى الأدوار الاجتماعية الجنسية وما تتركه من آثار في حياة كل من الجنسين.

وبالنسبة للتفسيرات البيولوجية للاكتئاب فقد تم عرض مجموعتين من التفسيرات للفروق بين الجنسين في الاكتئاب. يقوم التفسير الأول على أساس الشواهد التي توضح أن المرأة معدة أو مهيأة للاكتئاب، أو تكون عرضة للإصابة به في فترات معينة من حياتها ترتبط بوجود تغيرات في مستويات الهرمونات خاصة هرموني الاستروجين estrogen والبروجستيرون progesterone وغيرهما من الهرمونات. يقوم التفسير البيولوجي الثاني للفروق بين الجنسين في الاكتئاب على أساس إرجاع ارتفاع معدل الاكتئاب لدى النساء إلى وجود استعدادات وراثية لديهن للإصابة بهذا الاضطراب، وتبعاً لهذا التفسير فإن المرأة تعتبر أكثر قابلية وعرضة

للاضطراب لأن الخلل الوراثي الذي يؤدي إليه مرتبط بطريقة ما (الكروموسوم السيني) والذي يحدد الجنس (Nolen – Hoeksema, 1987, p. 267).

من أولى النظريات التي اعتمدت على أثر الأدوار الاجتماعية الجنسية في إحداث الفروق بين الجنسين في الاكتئاب ، تلك التي اقترحها ميلر (Miller, 1976) و سكارف (Scarf, 1980) - المذكوران في Nolen – Hoeksema, 1987, 271 - والتي تأثرت إلى حد كبير بأعمال كارين هورنى. لقد رأت هورنى أن العديد من النساء يبالغن في علاقات الحب وذلك كنتيجة لإدراكهن الرفض من جانب آبائهن، وتؤدي هذه المبالغة في علاقات الحب إلى البحث الملح عن تحقيق الذات من خلال الاشتراك في علاقات حميمة ومن خلال استمساك الغضب داخليا، الغضب من كل المنافسين على المحبوب - وكلهن نساء - والغضب من المحبوب ذاته. كذلك رأى ميلر وسكارف أن من العناصر المهمة لدور المرأة في المجتمع هو رعايتها للعلاقات nurturing ، إن الحرص الزائد عن الحد من جانب المرأة على العلاقات ينظر إليه بواسطة التحليليين ومن جانب أصحاب نظريات النمو الخلقى بوصفه مؤشراً على أن المرأة لا تتقدم إلى مرحلة عالية من النمو الخلقى مثلما يفعل الرجل.

من النظريات المثيرة للاهتمام في الأدوار الاجتماعية الجنسية وأثرها على تفوق المرأة في الاكتئاب على الرجل، تلك التي قال بها جوف وتودور (Gove & Tudor, 1973) حيث اقترح الباحثان أن وجود نوعين من المهام أو الأدوار في حياة الفرد بالتأكيد يؤدي إلى حمايته من الاكتئاب. على هذا الأساس، فإن مصدر الخطأ في الدور التقليدي للمرأة -سيدة البيت - هو أنه يسمح لها بمصدر واحد للإشباع - العائلة - بينما يمكن أن يفسر انخفاض نسبة المكتئبين من الرجال بوجود نوعين من المهام أو الأدوار -العائلة والعمل - وذلك إذا ما فقد الرجل مصدراً للإشباع فسوف يظل لديه مصدر آخر يلوذ إليه وقت الضرورة (Nolen-Hoeksema, 1987, 272)

مشكلة الدراسة

تكمن مشكلة هذه الدراسة في فحص أثر كل من نوع المفحوص وحالته الاجتماعية على الاكتئاب بولاية الخرطوم، التي يمكن صياغتها في السؤال الرئيس التالي "ما هو أثر كل من نوع المفحوص وحالته الاجتماعية على الاكتئاب بولاية الخرطوم؟. ويشق من السؤال السابق الأسئلة الفرعية التالية:

1. هل هنالك فروق في درجات الاكتئاب وفقاً للحالة الاجتماعية بولاية الخرطوم؟
2. هل هنالك فروق في درجات الاكتئاب بين الذكور والإناث بولاية الخرطوم؟
3. هل هنالك تفاعل بين كل من الحالة الاجتماعية للمفحوص، ونوعه علي درجات الاكتئاب بولاية الخرطوم؟

أهداف الدراسة

هدفت هذه الدراسة للتعرف علي الاكتئاب لدي عينة من الأفراد، وبصورة دقيقة تتمثل في الآتي:

1. التعرف علي الفروق في الاكتئاب تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.
2. التعرف علي الفروق في الاكتئاب تبعاً لمتغير النوع.
3. التعرف علي التفاعل بين كل من الحالة الاجتماعية للمفحوص ونوعه علي درجات الاكتئاب.

منهج البحث وإجراءاته

اعتمدت الدراسة علي المنهج الوصفي "الدراسات المسحية، والعلاقات المتبادلة". حيث تم تقسيم البحث إلي شرائح حسب ولاية الخرطوم ومن ثم تم توزيع أدوات جمع البيانات.

2:3 مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من سكان ولاية الخرطوم البالغ 6925989 علي حسب تقديرات حكومة ولاية الخرطوم، (www.marefa.org) ، ويتوزع هذا المجتمع علي سبع محليات إدارية، هي الخرطوم، جبل أولياء، أم درمان، أم بدة، كرري، الخرطوم بحري، وشرق النيل. الجدول التالي يوضح توزيع سكان هذه المحليات

جدول رقم (1) توزيع سكان محليات ولاية الخرطوم

رقم	المحلية	عدد السكان	النسبة %	حجم العينة
1	الخرطوم	745938	11.77	108
2	جبل أولياء	1703950	24.60	246
3	أم درمان	508401	7.34	73
4	أم بدة	1500000	21.66	217
5	كرري	750000	10.83	108

6	الخرطوم بحري	833700	7.71	77
7	شرق النيل	1184000	17.10	171
8	المجموع	6925989	100	1000

المصدر www.marefa.org

عينة الدراسة

تم إختيار عينة هذه الدراسة بالطريقة العشوائية الطبقية، وبلغ حجمها 1000 فرداً ويوضح الجدول السابق توزيع أفراد العينة وفقاً لمجليات الولاية. ويمكن وصفهم من خلال متغيرات الحالة الاجتماعية للمفحوص، ونوعه، وعمره علي النحو التالي.

جدول رقم (2) عدد أفراد مجتمع البحث وعينته

المتغير	الشرائح	العدد	النسبة	المتغير	الشرائح	العدد	النسبة
الحالة الاجتماعية	متزوج	318	31.8	النوع	ذكور	515	51.5
	غير متزوج	630	63		إناث	485	48.5
	أرامل ومطلقين	52	5.2				

أدوات الدراسة

جمعت بيانات هذه الدراسة بتوزيع استمارة جمع البيانات الأساسية، إضافة إلي مقياس زونج للتقدير الذاتي للاكتئاب. تكونت استمارة جمع البيانات الأساسية من أسئلة عن: نوع المفحوص، وحالته الاجتماعية، كما أستخدم في هذه الدراسة مقياس زونج للتقدير الذاتي للاكتئاب (زونج، 1965).

مر تصميم مقياس زونج للتقدير الذاتي للاكتئاب بخطوتين رئيسيتين كما أوضح موسى (1993، 53) أولوهما أستخدمت محكات التشخيص الإكلينيكي، وهي: أثر الانتشار أو التعميم، والحالات الفسيولوجية المصاحبة، والحالات النفسية المصاحبة. بعد تحديد هذه المحكات التشخيصية كانت الخطوة الثانية لبناء مقياس يحتوي علي هذه الأعراض، ومن أجل تحقيق هذا الهدف استعان زونج بالتسجيلات اللفظية التي تمكن من الحصول عليها من المرضى الاكتئابيين وبعض العبارات التي تقيس الاكتئاب.

يتكون مقياس زونج للتقدير الذاتي للإكتئاب من عشرين بنداً وفقاً لمقياس تقدير من أربع نقاط هي: قليل من الوقت، و"بعض الوقت" و"جزء كبير من الوقت" و"معظم الوقت". يجابوب عليها المفحوص علي شكل لكيرت Likert نصفها إيجابي والنصف الآخر سلبي. تمتد استجابات كل عبارة من 1 إلي 4 خيارات من قليل من الوقت – معظم الوقت. أما المحكات التشخيصية لمقياس زونج للتقدير الذاتي للإكتئاب وفقاً لترتيب العبارات فهي: المزاج المكتئب وأعراض البكور والبكاء والأرق وقلة الشهية وعدم الاهتمام بالجنس ونقص الوزن والإمساك وخفقان القلب والتعب وعدم صفاء الذهن وصعوبة إكمال المهام والملل واليأس وسهولة الاستثارة وصعوبة اتخاذ القرار وقلة اعتبار الذات والرضا عن النفس والأفكار الانتحارية وفقدان القدرة علي الشعور باللذة.

في جميع بنود مقياس زونج للتقدير الذاتي للإكتئاب كانت شدة الأعراض الإكتئابية في كل بند تقدر من 1 – 4 درجات. ففي البنود الإيجابية تعطي إستجابة "قليل من الوقت"، "بعض الوقت"، "جزء كبير من الوقت" و"معظم الوقت" درجات 1، 2، 3، و 4 علي التوالي، ويُعكس التصحيح بالنسبة لاستجابات البنود السالبة. يتم وفقاً للدرجات الخام تصنيف الأفراد في أحد أربع فئات هي: سوي، إكتئاب معتدل، إكتئاب متوسط، وإكتئاب حاد (الجدول 3).

جدول رقم (3) مفتاح تشخيص مقياس زونج

التصنيف	سوي	إكتئاب معتدل	إكتئاب متوسط	إكتئاب حاد
الدرجات الخام	أقل من 50	50 ---- 59	60 --- 69	70 فما فوق

وفقاً للتوزيع أعلاه يمكن التعامل مع هذا المقياس في التشخيص وتحديد مستوى الاكتئاب خلافاً لكثير من مقاييس الاكتئاب الأخرى.

يقدم زونج دلائل علي أن المقياس يميز بين المرضى المكتئبين والمرضى السيكايتريين والأسوياء، كما أن درجات المرضي الإكتئابيين أظهرت إنخفاضاً دالاً بعد العلاج مقارنة بالدرجات قبله. لقد أستخدم زونج المقياس لفحص تكرار وشدة الاكتئاب لدي جمهور الأسوياء الراشدين (Zung (1971، ولدى أسوياء مسنين (Zung (1967، وقد بين أن الدرجات كانت أعلى لدي المراهقين والمسنين بصفة عامة، وقد تبين من دراسات الصدق أن المقياس أمتدت قيمة ارتباطه في مجموعة دراسات مع مقياس بيك من 0.27 – 0.80 وجميعها دالة إحصائياً (ريبر، 2000، 113).

وفي دراسة (2001)، Fountoulakis *et al.* بلغ معامل ثباته عن طريق إعادة التطبيق (0.92) وفي السودان قدم الشيخ (2005أ) دلائل علي أن مقياس زونج للتقدير الذاتي يميز بين المرضى المكتئبين والمرضى السيكايتريين والأسوياء، كما بلغ معامل الثبات عن طريق إعادة التطبيق (0.73)، وقد تبين من دراسات الصدق أن مقياس زونج للتقدير الذاتي يرتبط ارتباطاً وثيقاً مع مقياس بيك للإكتئاب (0.46) ومع مقياس الانقباض من قائمة MMPI (0.37)، وجميعها دالة إحصائياً. كما ظهر أن معامل ثباته وفقاً لمعامل ألفا لكرونباخ بلغ 0.74، ووفقاً لمعادلة سبيرمان - براون بلغ 0.67، إضافة إلي أن للمقياس معامل إتساق داخلي تتراوح بين 0.31 - 0.60 وجميعها دالة إحصائياً (الشيخ، 2005، ب).

نتائج الدراسة

عرض نتيجة الفرض الأول

ينص الفرض الأول علي أن هنالك فروق في درجات الاكتئاب تعزى للحالة الاجتماعية للمفحوص. لإختبار صحة الفرض أستعمل تحليل التباين الأحادي One – Way ANOVA لدرجات الاكتئاب وفقاً للحالة الاجتماعية فأظهر التحليل النتائج التالية.

جدول رقم(4) تحليل التباين الأحادي لدرجات زونج وفقاً للحالة الاجتماعية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	النسبة الفائية	القيمة الاحتمالية	الإستنتاج
بين المجموعات	551.927	2	275.963	3.734	.024	توجد فروق دالة إحصائياً
داخل المجموعات	73688.592	997	73.910			
الكلي	74240.519	999				

من الجدول أعلاه يظهر أن قيمة النسبة الفائية لدرجات الاكتئاب وفقاً للحالة الاجتماعية للمفحوص هي 3.734 دالة إحصائياً عند مستوى 0.05، مما يشير إلي أن الحالة الاجتماعية

تؤثر علي درجات الإكتتاب لدي المفحوصين. لتحديد إتجاه هذه الفروق تم أستعمال إختبار دنكان (Duncan) للتحليل البعدي فأظهر التحليل النتائج التالية.

جدول رقم(5) نتائج إختبار دنكان (Duncan) متوسطات درجات الإكتتاب وفقاً للحالة الإجتماعية

Subset for alpha = .05		الحالة الاجتماعية	
2	1	ن	
	40.00	318	متزوج
	41.01	630	غير متزوج
43.29		52	أرمل أو مطلق
1.000	.354		Sig.

لقد أظهر إختبار دنكان (Duncan) كما يظهر من الجدول أعلاه أن الأرامل والمطلقين هم أعلي أكتئاباً من مجموعة الأفراد المتزوجين وغير المتزوجين. بينما لا توجد فروق للإكتتاب بين المتزوجين وغير المتزوجين.

عرض نتيجة الفرض الثاني

ينص الفرض الثاني علي أن هنالك فروق بين الذكور والإناث في درجات الإكتتاب، وللتحقق من صحة الفرض أستعمل إختبار "ت" للفرق بين متوسطين مستقلين بالنسبة لدرجات الاكتتاب، فأظهر التحليل النتائج التالية.

جدول رقم (6) إختبار "ت" للفرق بين متوسطى الذكور والإناث في درجات الإكتتاب

مصدر البيانات	ن	المتوسط	الانحراف	قيمة "ت"	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	الإستنتاج
ذكور	515	40.3981	8.75181	-1.554	998	.120	لا توجد فروق
إناث	485	41.2454	8.46624				

من الجدول أعلاه يظهر أن قيمة ت للفرق بين متوسطي الذكور (40.40) والإناث (41.25) هي 1.554 غير دالة إحصائياً، مما يشير إلى أن نوعية المفحوص لا تؤثر على مستوى الإكتئاب بولاية الخرطوم.

عرض نتيجة الفرض الثالث

ينص الفرض الرابع على أن هنالك تفاعل بين كل من الحالة الاجتماعية للمفحوص ونوعه على درجات الإكتئاب بالسودان. لاختبار صحة الفرض أستعمل تحليل التباين الثنائي Two – Way ANOVA فأظهر التحليل النتائج التالية

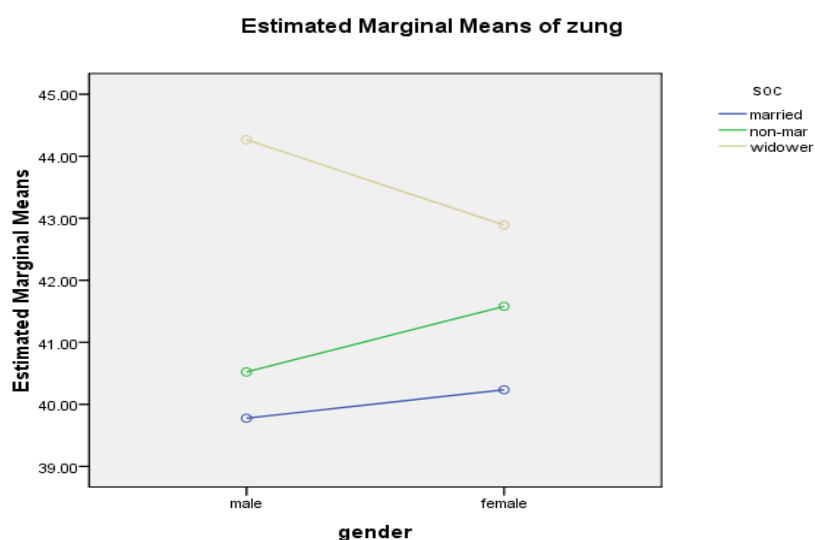
جدول رقم(7) تحليل التباين الثنائي Two – Way ANOVA لدرجات الإكتئاب وفقاً للحالة الاجتماعية والنوع .

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	النسبة الفائية	القيمة الاحتمالية	الإستنتاج
النوع	0.182	1	0.182	0.002	0.960	لا توجد فروق
الحالة الاجتماعية	569.232	2	284.616	3.850	0.022	توجد فروق
الحالة الاجتماعية * النوع	69.793	2	34.897	0.472	0.624	لا يوجد تفاعل
الخطأ	73476.168	994	73.920			
الكلي	1739615.000	1000				

من الجدول أعلاه يظهر أن قيمة النسبة الفائية لتفاعل الحالة الاجتماعية والنوع لا تؤثر على درجات الإكتئاب بالنسبة للأفراد السودانيين بولاية الخرطوم. وللتعرف على شكل توزيع درجات الاكتئاب للأفراد وفقاً للحالة الاجتماعية والنوع تمثل المتوسطات والرسم البياني كما موضح في الجدول والشكل التاليين ذلك.

جدول رقم (8)

النوع	ذكر			أنثى		
	س	ع	ن	س	ع	ن
متزوج	39.78	9.153	161	40.24	9.039	157
غير متزوج	40.52	8.305	339	41.58	8.118	291
أرمل أو مطلق	44.27	12.992	15	42.89	8.402	37
المجموع	40.40	8.752	515	41.25	8.466	485



من الشكل والجدول أعلاه يظهر أن متوسط المتزوجين بالنسبة للذكور هو 39.78 والإناث هو 40.24، وكذلك متوسط غير المتزوجين الذكور هو 40.52 وللإناث هو 41.58، بينما متوسط الأرملة والمطلقين بالنسبة للذكور 44.27 بينما للإناث 41.25. بالرغم من عدم وجود

تفاعل دال إحصائياً يتضح أن في مجموعتي المتزوجين وغير المتزوجين متوسط الإناث أعلى بصورة طفيفة من متوسط الذكور، بينما في الفئة الثالثة (الأرامل والمطلقين) يظهر أن متوسط الذكور أعلى من متوسط الإناث.

مناقشة النتائج

من أبرز نتائج هذه الدراسة أن هنالك فروق في درجات الاكتئاب في ولاية الخرطوم تعزى للحالة الاجتماعية لصالح الأرامل مقارنة بالمتزوجين وغير المتزوجين، وهنالك عدم وجود فروق تعزى لنوع المفحوص، إضافة إلي عدم وجود أثر لكل من الحالة الاجتماعية والنوع علي درجات الاكتئاب.

وفيما يخص الحالة الاجتماعية تؤيد هذه النتائج نتائج أغلب الدراسات السابقة في أن الترميل والطلاق يرتبطان بارتفاع مستوى الاكتئاب وسط المجتمعات مثل دراسة Adeinne (2007) و Kristi (2007) ودراسة الإسيد (2007) في السودان، ودراسة Paula, et al., (1972)، ودراسة Debra, et al., (1992). وفي دراسة Grootheest, et al., (1999). بينما تظهر هذه النتائج عدم وجود فروق بين المتزوجين وغير المتزوجين في الاكتئاب، لكنها أظهرت عدم وجود فروق بين درجات المتزوجين وغير المتزوجين. أما من حيث النوع فقد عارضت نتائج هذه الدراسة الدراسات التي عولت علي تفسير الاكتئاب بالنسبة للعوامل البيولوجية أو النفسية وفقاً لنظريات فرويد مثل دراسات عبد الفتاح (2003) بيرن (1981) Byrne، (2000) Sane و Singleton, et al., (2000). بينما أيدت هذه النتائج دراسات كل من Baumgart & Oliver, (1981). فيما يخص التفاعل بين النوع والحالة الاجتماعية فقد عارضت الدراسة نتائج دراسة Debra, et al., (1992) و Grootheest, et al., (1999) اللتين اشارتا إلي أن هنالك فروق في الاكتئاب وفقاً للترمل يرتبط بنوع المفحوص.

عند مقارنة نتائج هذه الدراسة بنتائج الدراسات العالمية يظهر أن الاكتئاب في ولاية الخرطوم يتأثر بصورة جوهرية بالعوامل الاجتماعية المجتمعية أكثر من ارتباطه بالعوامل البيولوجية أو النفسية وفقاً للنظريات التي تسعى لتفسير الاكتئاب وفقاً للظروف الحرجة عند النساء مقارنة بالذكور أو عند الأرامل مقارنة بالمتزوجين وغير المتزوجين ومقارنة المتزوجين بغير المتزوجين.

ربما يظهر هذا التفسير أن العوامل الاجتماعية المجتمعية وما يرتبط بها من عامل اقتصادي هي التي تؤثر في توزيع الاكتئاب في ولاية الخرطوم. ففي سابق الأمر لم يكن للعوامل الاجتماعية المجتمعية تأثيرها علي مستوى الاكتئاب بهذه الصورة، من المتوقع أن الطبقة الوسطي في المجتمع هي أكثر طبقات المجتمع التي تعاني من الإضطرابات النفسية. بينما تقترح هذه الدراسة أن التحول في الاقتصاد بالنسبة للمواطن والدولة يجب أن تصاحبه نقلة نوعية في الاتجاهات والقيم والعادات والتقاليد. كما علي منطري الاقتصاد أن يراعوا القضايا النفسية والاجتماعية للمواطن قبل التركيز علي قيمة العملة الوطنية بالدولار أو اليورو أو النظر إلي معدل النمو في الدخل بغض النظر عن الحياة المعيشية للمواطن.

قد تظهر هذه النتائج أن الترمل وما يرتبط به من ظروف اقتصادية مادية بولاية الخرطوم قد يكون أكثر تأثيراً علي الحياة النفسية من فقدان علاقة دفء حميمة، كما ان خروج المرأة السودانية - خاصة في ولاية الخرطوم- للعمل بصورة صارخة خاصة في دواوين الدولة ومن قبل الخروج للتعليم وبالأخص في مؤسسات التعليم العالي وما يرتبط بالتعليم والعمل من دخل ومستوى اقتصادي واجتماعي قد يكون من العوامل التي كان لها الدور البارز في عدم ظهور دلالة احصائية بالرغم من الفروق الطفيفة بين النوعين. قد تؤيد هذا الرؤية التفسيرية أن الاكتئاب في ولاية الخرطوم تلعب فيه الظروف الاجتماعية دوراً أكبر من العوامل البيولوجية أو النفسية. بالرغم من عدم وجود دلالة إحصائية يظهر أن متوسط المتزوجين وغير المتزوجين منخفض بصورة عامة لدى الذكور مقارنة بالإناث بينما لدي الأرامل والمطلقين يظهر أن متوسط الذكور أعلى من متوسط الإناث مما قد يكون انعكاساً للظروف المجتمعية والاقتصادية، فالعامل الاقتصادي أكثر عبئاً علي الذكور من كبار السن إذ يتوقع منهم الدخل والإنفاق خاصة إذا ما زال لديهم نفقات علي السكن أو تعليم الأطفال أو العلاج... الخ بينما الإناث قد يجدن نظرة مجتمعية متعاطفة وإن كانت بصورة أقل من المطلوب.

المراجع :

أولاً : المراجع العربية :

1- أباطة، آمال عبد السميع.(1997). الشخصية والاضرابات السلوكية والوجدانية.

القاهرة: الأنجلو المصرية.

2- إبراهيم، منى معاوية .(2000). الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي. رسالة

ماجستير. جامعة الخرطوم، الخرطوم.

3- أحمد، محمد عبد الوهاب (1998) دراسة سيكولوجية التوافق النفسي والقلق

والاكتئاب وسط المعاقين. رسالة ماجستير. جامعة الخرطوم، الخرطوم.

4- الاسيد، هبة النعيم عبد الله. (2007). الاكتئاب والأمن النفسي لدى النساء

المطلقات بمحاكم الأحوال الشخصية بولاية الخرطوم وعلاقتها ببعض المتغيرات.

أطروحة دكتوراه. جامعة الخرطوم، الخرطوم

5- الشيخ، فضل المولى عبد الرضى (2005، أ، 1 - 4 أغسطس) دلالات الصدق

والثبات لمقياس زونج للتقدير الذاتي للإكتئاب. في المؤتمر الثاني للجمعية

النفسية السودانية، الخرطوم: قاعة الشارقة.

6- الشيخ، فضل المولى عبد الرضى (2005، ب) إشكال الهوية وعلاقتها بالإكتئاب

والقلق الاجتماعي دراسة مقارنة بين طلبة جامعتي دنقلا والخرطوم. أطروحة

دكتوراه. جامعة الخرطوم، الخرطوم.

7- ريبير ف. (2000). فحص الإكتئاب. في س. ل. لنيدزاي، و ج. ي. بول

(محرران). مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين (صفوت فرج، مترجم). (ط1

ص ص 103 - 123) القاهرة: الأنجلو المصرية.

8- سعيد، عبد الهادي عبد الباسط. (1998). تقدير الذات وعلاقته بالاكتئاب لدى

طلاب وطالبات المرحلة الثانوية بولاية الخرطوم. رسالة ماجستير. جامعة أم درمان

الإسلامية، الخرطوم.

9- طه، فرج عبد القادر. (1994). أصول علم النفس الحديث. (ط2). القاهرة: دار

المعارف.

10- عاقل، فاخر .(1988). أسس البحث العلمي في العلوم السلوكية. بيروت، دار

العلم للملايين.

11- عبد الباسط، محمد حسين.(2000). علاقة التدين بالقلق والاكتئاب لدى طلاب

المستوى الخامس. رسالة ماجستير. جامعة الخرطوم، الخرطوم.

12- عبد الستار إبراهيم.(1998). الإكتئاب -اضطراب العصر الحديث- فهمه وأساليب

علاجه. الكويت. عالم المعرفة، العدد (239)، المجلس الوطني للثقافة والفنون

والآداب.

13- عكاشة، أحمد.(1998). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

14- على، غادة محمد محمود.(2001). القلق والاكتئاب وعلاقتهما بنوعية الحياة لدى

مرضى السكرى دراسة ميدانية بمحافظة الخرطوم . رسالة ماجستير. جامعة

الخرطوم، الخرطوم.

15- غانم، محمد حسن.(2006). الاضطرابات النفسية العقلية والسلوكية (الوبائيات -

التعريف - محكات التشخيص - الأسباب - العلاج - المآل والمسار). القاهرة:

الأنجلو المصرية.

16- غريب عبد الفتاح.(1995). الاكتئاب في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية :

الجنس والسن ومستوى التعليم والحالة الزوجية. بحوث نفسية في دولة الإمارات

العربية المتحدة و مصر. القاهرة: الانجلو المصرية.

17- فان دالين د. ب.(2007). **مناهج البحث في التربية وعلم النفس**(محمد نبيل

نوفل، سلمان الخضر الشيخ، وطلعت منصور غبريال، مترجمين)، القاهرة، مكتبة

الأنجلو المصرية.

18- كراملينغر، كيث.(2002). **مايو كليك حول الإكتئاب**. بيروت: الدار العربية

للعلوم.

19- موسى، رشاد علي عبدالعزيز.(1993). **دراسات في علم النفس المرضي**. القاهرة:

دار المعارف.

23- وراق، حاتم عبد الرحمن .(1997). **علاقة الاكتئاب بإدمان بعض المخدرات**.

دراسة ميدانية بولاية الخرطوم، . رسالة ماجستير. جامعة الخرطوم، الخرطوم.

ثانياً : المراجع الأجنبية :

1. Adeinne, F. and Kristi, W. (2007). **Depression and the Psychological Benefits of Entering Marriage**. Journal of Health and Social Behavior 2007, Volt 48 (June): 149 – 163
2. APA. DSM-IV: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
3. Aragonés, E., Pinol J., Labad A., Masdeu R., Pino M., and Ccevera J.(2004). **Prevalence and Determinants of Depressive Disorders in Primary Care Practice in Spain**. The International Journal of Psychiatry in Medicine. 2004, Vol 34 (1): 21 – 35.

4. Conti, D.J. and Burton, W.N.,(1994). **The economic impact of depression in the workplace**. The Journal of occupation medicine, 36, 983 – 988.
5. Conwell, Y., Brent, D., Suicide and aging I:.(1995). **Patterns of psychiatric diagnosis**. **International Psychogeriatrics**, 1995; 7(2): 149–64.
6. Debra, U., Camille, B. W., and Ronald C. K.(1992). **Widowhood and Depression: Explaining Long-Term Gender Differences in Vulnerability** American Sociological Association.
7. Fountoulakis, N. F., Apostolos, L., Stavros, S., Soula, K., Stergios, G. K. George S. K. and Per, B. (2001). **Reliability, validity of the Zung depression rating scale**. BMC Psychiatry. 2001m 1(1):6:[Free full text in BMC].
8. <http://www.marefa.org/index.php>
9. Kessler, R. C., Chiu, W.T., Demler, O., Walters, E.E. (2005). **Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)**. *Archives of General Psychiatry*, 2005 Jun;62(6):617–27.
10. Meins, W.(1996). **Prevalence and risk factors for depressive disorders in adults with intellectual disability**. Journal of Intellectual & Developmental Disability, Volume 18, Issue 3 1993 , pages 147 – 156
11. National Institute of Mental Health (2001). **The Invisible Disease: Depression** retrieved Nov. 24, 2002, from [http:// www.nih.gov/publication/numbers](http://www.nih.gov/publication/numbers).
12. Nolen-Hoeksema, S. (1987). **Sex differences in unipolar de -pression, evidence and theory**. Psychological Bulletin 101. No. 2. 259–282.

13. Ohayon, M. M. (2006). **Epidemiology of depression and its treatment in the general population**. Journal of Psychiatric Research Vol 41, Issues 3–4, April–June 2007, Pages 207–213
14. Ohayon, M. M. (2009). **The prevalence of depressive disorders in the united kingdom**. Biological Psychiatry, Volume 45, Issue 3, Pages 300–307
15. Pezawas, L., Wittchen, H. U., Pfister, H. Angst J., Lied, R., and Kasper, S.
16. Peveler, R, Carson, A, and Rodin, G. (2002). **“ABC of psychological medicine**. Depression in medical patients”, British Medical Journal 325, 149–52
17. Rohrbaugh, J.(1979). Women : **Psychology’s Puzzle**. New York : Basic Books.
18. Sidney, Z., Ira L., Jonathan W., Stewart, Stephen R. Wisniewski, G.K. Balasubramani, Maurizio Fava, William S. Gilmer, Timothy R. Dresselhaus, M.P.H., Michael E. Thase, Andrew A. Nierenberg, Madhukar H. Trivedi, and A. John Rush, M.D. **Effect of Age at Onset on the Course of Major Depressive Disorder**. Am J Psychiatry 164:1539–1546, October 2007. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06101757.© 2007 American Psychiatric Association
19. Wanga, J., Williamsb, J., Lavoratob, D., Schmitzc, N., Dewad, C., and Pattena, S. B. (2009). **The incidence of major depression in Canada: The National Population Health Survey Journal of Affective Disorders**, 2009
20. World Health Organization. (1992).**The ICD–10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines**, Geneva.
21. Zung, W.W.K. (1965). **A Self – Rating Depression Scale**. Archives of General Psychiatry 12:63 – 70.

22. Zung, W.W.K. (1967a). **Factors influencing the Self – Rating Depression Scale.**

Archives of General Psychiatry 16:543 – 7

23. Zung, W.W.K. (1967b). **Depression in the normal aged. Psychosomatics** , 8: 287 –

292

24. Zung, W.W.K. (1971).**Depression in the normal adult population.** Psychosomatics ,

12: 164 – 7

25. Zung, W.W.K. (1972).**How is depression?.** Psychosomatics , 13: 174 – 8