



أثر الحالة الاجتماعية والنوع على الاكتئاب

بولاية الخرطوم

مجلة

جامعة
الخرطوم

كلية
التربية

السنة
الخامسة

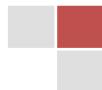
العدد السابع

سبتمبر 2013 م
شوال 1434 هـ

د. فضل المولى عبدالرضى

قسم علم النفس - كلية التربية

جامعة الخرطوم



أثر الحالة الاجتماعية والنوع على الاكتئاب بولاية الخرطوم

د. فضل المولى عبدالرحمن

قسم علم النفس - كلية التربية

جامعة الخرطوم

المستخلص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر الحالة الاجتماعية ونوع المفحوص على الاكتئاب في ولاية الخرطوم. استخدم في الدراسة المنهج الوصفي "الدراسات المحسية وال العلاقات المتبادلة"، وتم ذلك باختيار عينة بالطريقة العشوائية البسيطة بلغ حجمها 1000 فرداً (513 ذكراً، و 487 أنثى) منهم 630 غير متزوجين، 318 متزوجين، إضافة إلى 52 من الأرامل والمطلقات من ولاية الخرطوم. أستخدم مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب لزنوج لتقدير مستوى الاكتئاب، ولاختبار صحة الفروض استعمل اختبار "ت"، وتحليل التباين الأحادي، واختبار دنكان للتحليل البعدي، إضافة إلى تحليل التباين الثنائي، أظهر التحليل أن هنالك فروق في درجات الاكتئاب وفقاً للحالة الاجتماعية لصالح الأرامل والمطلقات، وعدم وجود فروق يعزى لنوع المفحوص، إضافة إلى عدم وجود تفاعل لكل من الحالة الاجتماعية ونوع المفحوص على 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.

مقدمة

أُجريت 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 وشريحة 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.

يهم بعض الباحثين - وفقاً لي فان دالين (2007) - بالقيام بدراسات مسحية للحصول على معلومات مفصلة عن الحياة في المجتمع المحلي. ترتكز 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 عامـة 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 عامـة والاكتئاب على وجه الخصوص بوصفه أخطر الاضطرابات النفسية شيوعاً وانتشاراً - وسط مجموعات سكانية عامـة وكبيرة حتى يتسعى للأخصائين 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 عامـة من جهة وأهمية تلمس بعض المعالم المؤثرة على الاكتئاب من جهة أخرى. فإن هذه الدراسة تهدف لتقصي أثر بعض العوامل على الاكتئاب لدى عينة واسعة من سكان ولاية الخرطوم.

تعريف الاكتئاب:

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

الاكتئاب مرضًا خطيرًا يحدث تغيرات في الذاكرة والتفكير (الإدراك) والمزاج والجسد والسلوك (كراملينغر، 2002، 13). بينما على 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 وفتور في الشهية للطعام والجنس، ويصاحب كل ذلك أرق واضطراب في النوم. أما سعيد (1998، 8) فقد أشار إلى الاكتئاب بأنه حالة اندفعالية تتضمن تغييراً محدوداً في المزاج كالشعور بالحزن والذنب والوحدة واليأس واللامبالاة، مع مفهوم سالب عن الذات وكرهها والميل إلى إيدائها ومعاقبتها .

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

الاكتئاب والحالة الاجتماعية:

فيما يخص الحالة الاجتماعية، يبدو أن الزواج عامل مهم في تقليل مستوى الاكتئاب، بما يكتتبه من دفعه ومشاعر عاطفية وعلاقات إنسانية. وجود شريك حياة دائم، وما يرتبط بهم من مشاعر إيجابية وعلاقات حميمة. وفي دراسة (Adeinne & Kristi 2007) التي تابعت الحالة النفسية ل 3066 عازباً وعازبةً، 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 حلّاً 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 الزواجي في إصابة أحد الزوجين بالاكتئاب. وقد يbedo أن العلاقة بين الطلاق والاكتئاب علاقة أكثر من حتمية، فالاكتئاب بنفسه قد لا يقود بنا مباشرة إلى الطلاق، بينما قد يؤدي الاكتئاب إلى حالة الطلاق. كما أنه قد يؤدي إلى المشاكل الأخرى من توقف عن العمل أو قد يؤدي إلى مشاكل عديدة، وقد تنتهي 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، على (200) امرأة من النساء المطلقات. فتوصلت إلى أن الاكتئاب وسط النساء المطلقات يتسم

بالوسطية، غير أنها وجدت علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب ومستوى التعليم وسط النساء المطلقات، ووُجِدَت 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 الإكتئاب كما يلاحظ أن متغيرات التعليم والإنجاب والعمل تقلل من مستوى أكتئاب المرأة المطلقة.

من جهة أخرى تشير أغلب الدراسات إلى أن الترمل قد يزيد من حدة الإكتئاب. كما في دراسة (1972) Debra, et al (1992). وفي دراسة (1986) Paula, et al تعرّضت لنتائج من مسح تم عام 1986 لدى 3614 نسوان تقترح النتائج أن الآلية الأساسية التي تربط الترمل بالاكتئاب لدى النساء هي الإجهاد المالي. بينما لدى 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 ثلاثة 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 ترتكز 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 هرمون الاستروجين *estrogen* والبروجستيرون *progesterone* وغيرها 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 الكتاب ، تلك التي اقترحها ميلر (Miller, 1976) و سكارف (Scarf, 1980) - المذكوران في Nolen – Hoeksema, 1987, 271 والتي تأثرت إلى حد كبير بأعمال كارين هورنی. لقد رأت هورنی 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 استدماج الغضب داخلياً، 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 الخلقي بوصفه مؤشراً على أن المرأة لا تتقدم إلى مرحلة عالية من النمو الخلقي مثلاً يفعل الرجل.

من النظريات المثيرة للاهتمام في الأدوار الاجتماعية الجنسية وأثرها على تفوق المرأة في الكتاب 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 الكتاب. 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 مصدر الإشباع 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 الكتاب بولاية الخرطوم، التي يمكن صياغتها في السؤال الرئيس التالي "ما هو أثر كل من نوع المفحوص وحالته الاجتماعية على الكتاب بولاية الخرطوم؟". ويشتق من السؤال السابق الأسئلة الفرعية التالية:

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

أهداف الدراسة

هدفت هذه الدراسة للتعرف على الإكتئاب لدى عينة من الأفراد، وبصورة دقيقة تمثل في

الآتي:

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

منهج البحث وإجراءاته

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي "الدراسات المسحية، والعلاقات المتبادلة". حيث تم تقسيم البحث إلى 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 بدء، 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 بدء	1500000	21.66	217
5	كرري	750000	10.83	108

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

المصدر www.marefa.org

عينة الدراسة

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

جدول رقم (2) عدد أفراد مجتمع البحث وعينته

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

أدوات الدراسة

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

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

يتكون مقياس زونج للتقدير الذاتي للإكتئاب من عشرين بندًا وفقاً لمقياس تقدير من أربع نقاط هي: قليل من الوقت، وبعض الوقت، وجزء كبير من الوقت، ومعظم الوقت. يجاوب عليها المفحوص على شكل لكيرت Likert نصفها إيجابي والنصف الآخر سلبي. تمت استجابات كل عبارة من 1 إلى 4 خيارات من قليل من الوقت - معظم الوقت. أما المحکات التشخيصية لمقياس زونج للتقدير الذاتي للأكتئاب وفقاً لترتيب العبارات فهي: المزاج المكتئب وأعراض البكاء 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 على الشعور باللذة.

في جميع بنود مقياس زونج للتقدير الذاتي للإكتئاب كانت شدة الأعراض الإكتئافية 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 على التوالي، ويعكس التصحيح بالنسبة لاستجابات البنود السالبة. يتم وفقاً للدرجات الخام تصنیف الأفراد في أحد أربع فئات هي: سوي، إكتئاب معتدل، إكتئاب متوسط، وإكتئاب حاد (الجدول 3).

جدول رقم (3) مفتاح تشخيص مقياس زونج

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

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

يقدم زونج دلائل على أن المقياس يميز بين المرضى المكتئبين والمرضى السيكابيتربيين والأسيوياء، كما أن درجات المرضي الإكتئابيين أظهرت إنخفاضاً دالاً بعد العلاج مقارنة بالدرجات قبله. لقد أستخدم زونج المقياس لفحص تكرار وشدة الإكتئاب لدى جمهور الأسيوياء الراشدين Zung (1971)، ولدى أسيوياء مسنين (1967)، وقد بين أن الدرجات كانت أعلى لدى اللماراهقين والمسنين بصفة عامة، وقد تبين من دراسات الصدق أن المقياس أمتدت قيمة إرتباطه في مجموعة دراسات مع مقياس بيك من 0.27 - 0.80 وجميعها دالة إحصائياً (ريبر، 2000، 113).

وفي دراسة Fountoulakis *et al.*, (2001), بلغ معامل ثباته عن طريق إعادة التطبيق (0.92) وفي السودان قدم الشيخ (2005.أ) دلائل على أن مقياس زونج للتقدير الذاتي يميز بين المرضى المكتئبين والمرضى السيكابيتين والأسواء، كما بلغ معامل الثبات عن طريق إعادة التطبيق (0.73)، وقد تبين من دراسات الصدق أن مقياس زونج للتقدير الذاتي يرتبط إرتباطاً وثيقاً مع مقياس بيك للإكتئاب (0.46) ومع مقياس الإنقباض من قائمة MMPI (0.37)، وجميعها دالة إحصائياً. كما ظهر أن معامل ثباته وفقاً لمعامل ألفا لكرونباخ بلغ 0.74، ووفقاً لمعادلة سيرمان - براون بلغ 0.67، إضافة إلى 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 على أن هناك فروق في درجات الإكتئاب تعزى للحالة الاجتماعية للمفحوص. لاختبار صحة الفرض أستعمل تحليل التباين الأحادي One – Way ANOVA لدرجات الإكتئاب وفقاً للحالة الاجتماعية فأظهر التحليل النتائج التالية.

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

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

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

تؤثر على درجات الإكتئاب لدى المفحوصين. لتحديد إتجاه هذه الفروق تم أستعمال اختبار دنكان (Duncan) للتحليل البعدي فأظهر التحليل النتائج التالية.

جدول رقم(5) نتائج اختبار دنكان (Duncan) متosteates درجات الإكتئاب وفقاً للحالة الاجتماعية

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 اختبار دنكان (Duncan) كما يظهر من الجدول أعلاه أن الأرامل والمطلقات هم أعلى أكتئاباً من مجموعة الأفراد المتزوجين وغير المتزوجين. بينما لا توجد فروق للإكتئاب بين المتزوجين وغير المزوجين.

عرض نتيجة الفرض الثاني

ينص الفرض الثاني على أن هناك فروق بين الذكور والإناث في درجات الإكتئاب، وللحصول على صحة الفرض أستعمل اختبار "ت" للفرق بين متosteates مستقلين بالنسبة لدرجات الإكتئاب، فأظهر التحليل النتائج التالية.

جدول رقم (6) اختبار "ت" للفرق بين متosteate الذكور والإناث في درجات الإكتئاب

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

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

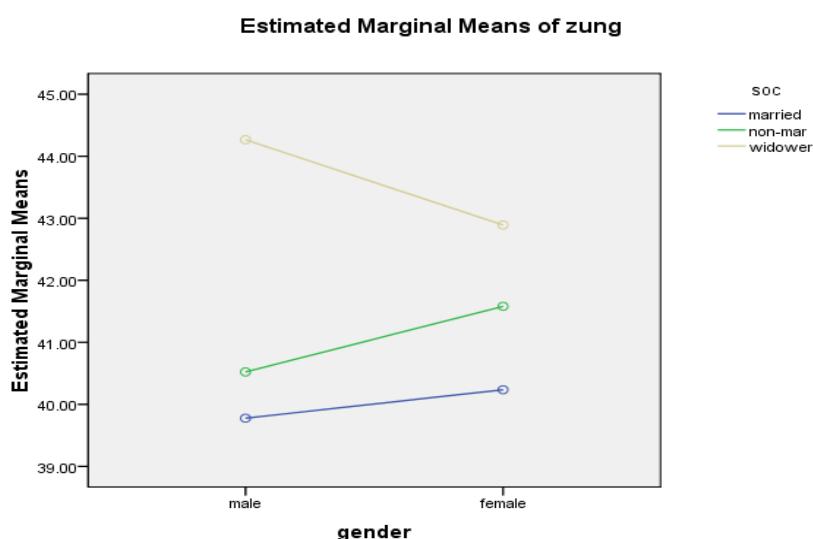
جدول رقم(7) تحليل التباين الثنائي Two – Way ANOVA لدرجات الإكتئاب وفقاً للحالة الاجتماعية والنوع .

المصدر	مقدار التباين					
النوع	0.182	0.002	0.182	1	0.960	لا توجد فروق
الحالة الاجتماعية	569.232	3.850	284.616	2	0.022	توجد فروق
*النوع	69.793	0.472	34.897	2	0.624	لا يوجد تفاعل
الخطأ	73476.168	73.920	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 الإكتئاب للأفراد وفقاً للحالة الاجتماعية والنوع تمثل المتوسطات والرسم البياني كما موضح في الجدول والشكل التاليين ذلك.

جدول رقم (8)

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



من الشكل والجدول أعلاهما يظهر أن متوسط المتزوجين بالنسبة للذكور هو 39.78 والإإناث هو 40.24، وكذلك متوسط غير المتزوجين الذكور هو 40.52 وللإناث هو 41.58، بينما متوسط الأرامل والمطلقات 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 والمطلقات) يظهر أن متوسط الذكور أعلى من متوسط الإناث.

مناقشة النتائج

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

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

عند مقارنة نتائج هذه الدراسة بنتائج الدراسات العالمية يظهر أن الإكتئاب في ولاية الخرطوم يتأثر بصورة جوهرية بالعوامل الاجتماعية المجتمعية أكثر من ارتباطه بالعوامل البيولوجية أو النفسية وفقاً للنظريات التي تسعى لتقسيم الإكتئاب 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 الاكتتاب في ولاية الخرطوم. ففي سبق الأمر لم يكن للعامل الاجتماعية المجتمعية تأثيرها على مستوى الاكتتاب بهذه الصورة، من المتوقع أن الطبقة الوسطى 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 منظري الاقتصاد أن يراعوا القضايا النفسية والاجتماعية للمواطن قبل التركيز علي قيمة العملة الوطنية بالدولار أو اليورو أو النظر إلى 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 وبالاخص 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 الاكتتاب 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 بالإإناث بينما لدى الأرامل والمطلقات 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 - أباظة، آمال عبد السميح.(1997). **الشخصية والاضرابات السلوكية والوجودانية.**

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 الرضي (2005، أ، 1 - 4 أغسطس) دلالات الصدق

والثبات لمقاييس زونج للتقدير الذاتي للإكتئاب. في المؤتمر الثاني للجمعية

النفسية السودانية، الخرطوم: قاعة الشارقة.

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

والقلق الاجتماعي دراسة مقارنة بين طلبة جامعة دنقالا والخرطوم. أطروحة

دكتوراه. جامعة الخرطوم، الخرطوم.

7- رiber F. (2000). فحص الإكتئاب. في س. ل. نيدزاي، و ج. ى. بول

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

ص ص 103 - 123) القاهرة: الأنجلو المصرية.

8- سعيد، عبد الهاي عبد الباسط. (1998). تقدير الذات وعلاقته بالإكتئاب 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 للملائين.
- 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 السكري دراسة ميدانية بمحافظة الخرطوم . رسالة ماجستير. جامعة الخرطوم، الخرطوم.
- 15- غانم، محمد حسن.(2006). الاضطرابات النفسية العقلية والسلوكية (الوبائيات - التعريف - محكّات 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، وطبع منصور غبريا، مترجمين)، القاهرة، مكتبة

الأنجلو المصرية.

18-كراملينغر ، كيث.(2002).**مايو كلينيك 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. Aragones, 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>.
12. Nolen-Hoeksema, S. (1987). **Sex differences in unipolar depression, 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