

الاكتئاب وأعراضه لدى عينات من نساء ساحل حزرموت في ضوء بعض المتغيرات

الدكتور/ عبدالحكيم محمد بن بريك

أستاذ مساعد

كلية التربية - المكلا - جامعة حضرموت

الدكتور/ هادون علي العطاس

أستاذ مساعد

كلية التربية - المكلا - جامعة حضرموت



جامعة الأندلس
للعلوم والتقنية

Alandalus University For Science & Technology

(AUST)

الاكتئاب وأعراضه لدى عينات من نساء ساحل حضرموت

في ضوء بعض المتغيرات

المقدمة:

قال الله عز وجل في محكم كتابه : ﴿ وَأَصْبَحَ فُؤَادُ أُمِّ مُوسَىٰ فَارِغًا إِنْ كَادَتْ لَتُبْدِي بِهِ لَوْلَا أَنْ رَبَّنَا عَلَيَّ قَلْبُهَا لَكُوتُ مِنَ الْمُؤْمِنِينَ ﴾ (سورة القصص : الآية ١٠). وقد تكررت إشارات القرآن الكريم إلى مظاهر الاكتئاب في أكثر من موضع. من بينها ما ورد فيه عن معاناة نبي الله يعقوب عليه السلام عندما أصيب بالحزن لفقد ابنه يوسف عليه السلام، قال تعالى: ﴿ وَتَوَلَّىٰ عَنْهُمْ وَقَالَ يَا أَسْفَىٰ عَلَىٰ يُوسُفَ وَأَبْيَضَّتْ عَيْنَاهُ مِنَ الْحُزْنِ فَهُوَ كَظِيمٌ ﴾ (سورة يوسف: الآية ٨٤).

يعد الاكتئاب سريريا أحد أهم المشكلات التي يعنى بدراستها علم النفس الطبي، ويمكن أن تعوق الفرد عن توافقه وارتقائه وعن أداء دوره الاجتماعي. يؤثر الاكتئاب على المزاج، والتفكير، والسلوك عموما، كما يؤثر على عمل أعضاء الجسم المختلفة. وهو خبرة إنسانية شائعة في المقام الأول، يمكن أن يمر بها كل فرد من بني البشر في أي مرحلة من حياته. وتختلف هذه الخبرة في شدتها من شخص لآخر. حيث تتراوح بين ضعف الهمة البسيط نسبيا والحزن والكآبة، إلى مشاعر اليأس والقنوط.

ويعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا بعد القلق، ومن أكثر المشكلات التي يلجأ الناس بسببها للعلاج (إبراهيم، ١٩٩٨). وبإمكانية انتشاره في المستقبل. وتصفه منظمة الصحة العالمية (WHO) بأنه وباء يجتاح البشرية جمعاء: إذ يحتل الاكتئاب المرتبة الأولى من بين أسباب التغيب عن العمل، والمركز الثاني - من بين الأمراض المرتبطة بالإعاقة. ويعد رابع مشكلة صحية عالمية في الوقت الراهن. وأنه بحلول عام ٢٠٢٠ سيكون الاكتئاب في المرتبة الأولى عالميا بين جميع الأمراض، متخطيا بذلك تلك الأمراض التي تحتل اليوم موقع الصدارة كالأمراض المعدية وأمراض القلب والأوعية الدموية. والذي بدوره سيشل دورة الحياة الاقتصادية في كل من البلدان المتقدمة والبلدان النامية. وتُقدر منظمة الصحة العالمية بأنه يوجد ما

يُقارب من نصف مليار شخص في العالم يُعانون من مرض الاكتئاب. وهو اليوم من أكثر الأمراض انتشاراً بين النساء.
(<http://lossofsoul.com/DEPRESSION/statistic.htm>)

وتشير التقديرات والإحصاءات العلمية إلى أن النساء أكثر إصابة من الرجال بالاكتئاب. فالإكتئاب اضطراب يصيب ١٥ - ٢٥% من السيدات خلال فترة العمر كله، و٣٠% من النساء يصبن به قبل الدورة الشهرية، و١٠% من النساء أثناء الحمل، و١٠ - ٢٠% من النساء بعد الولادة، و١٠ - ١٥% منهن بعد انقطاع الدورة الشهرية. (Barbara et al 2008).

كما أن تأثير الاكتئاب الجسيم والديستيميا عند النساء أعلى مرتين من الرجال. وهذه النسبة - أي ١:٢ - تظل موجودة بغض النظر عن العرق أو الأصول الإثنية أو الوضع الاقتصادي للأفراد، (Weiss man MM, et al., 1996, (Rufae&Absood,1994).

إن دراسة المشكلات النفسية للمرأة غاية في الأهمية. فالمرأة كما يقال هي نصف المجتمع، وهي الأم والأخت والزوجة والابنة، وهي التي تقع على عاتقها أعظم المسؤوليات وأقدسها في الحياة: الإنجاب، الرضاعة والرعاية، وأخيراً التربية وإعداد الأجيال الناشئة للحياة. ولا شك أن مشكلاتها الصحية عموماً والنفسية منها على وجه الخصوص، تنعكس في كل الأحوال على أفراد الأسرة جميعاً بما فيها الأبناء - شباب المستقبل.

وتمر النساء في حياتهن بالعديد من المواقف والتجارب الشخصية الخاصة بها كأنثى، والتي لا يعاني منها الرجال، لتمييزها بخصائص بيولوجية ونفسية في أطوار مختلفة من دورة حياتها مثل الحيض (الدورة الشهرية) ومشكلاته، وكذا الحمل والولادة والنفاس ثم الرضاعة والأمومة ورعاية الأطفال، ثم مشكلات ما اصطُح على تسميته "سن اليأس". ناهيك عما تفرضه أعباء الحياة العامة للمرأة من مشكلات الحياة الزوجية أو العنوسة، وكذا الجروح النفسية التي تحدثها حالات الوحدة والانفصال والطلاق والهجر والترمل ... الخ.

ويرى إبراهيم (Ibrahim) أن فرص الشفاء من الأمراض الجسمية واضطرابات الوظائف العضوية، تأخذ زمناً أطول إذا كانت مصحوبة بالاكتئاب، في حين تزداد فرص الشفاء والعلاج السريع حينما يكون المريض من النوع المتفائل والمبتهج. (Ibrahim ,& Ibrahim, 1996).

ومن الحقائق المرة أن مخاطر الاكتئاب تظل ماثلة وشديدة في كل مراحلها ومستوياته وأشكاله، يؤكد ولسن (Walsin) من خلال الدراسة المسحية التي أجراها على عينة اشتملت على (١١٢٤٢) من المصابين بمرض الاكتئاب أن مخاطر الاكتئاب سواء بلغ المستوى المرضي "الذهاني" أو ظل في المستوى العصبي تتساوى أو تفوق الأمراض الجسمية المعروفة، بما في ذلك أمراض القلب وأمراض الروماتزم والسكري، وكذلك أمراض الجهاز الهضمي، ويؤكد بأن هناك علاقة مؤكدة ودالة بين الاكتئاب والانتحار، إذ يبين أن نسبة المنتحرين من بين المكتئبين تزيد عن غيرها لتصل إلى ما يقارب (١٥٪)، كما تبين أن نسبة (٨٠٪)، من حالات الانتحار تكون بسبب حالات الاكتئاب (Walsin, L.R.1996). وتشير دراسات أخرى إلى أن ٣٠٪ من المكتئبين يفكرون في الانتحار، وقد يخططون له. بينما ١٠ - ١٧٪ من المكتئبين يقدمون فعلاً على الانتحار (National Committee for Quality Assurance) (2006). أما إحصائيات منظمة الصحة العالمية حول عدد الأشخاص الذين يقدمون على الانتحار كل عام يصل ٨٠٠ ألف شخص في العالم سنوياً (الشربيني، ٢٠٠٧).

ما يعنينا هنا هو ما ذهب إليه إبراهيم (١٩٩٨) بالاستناد إلى (O'Leary & Wilson 1975) أنه ينبغي التفريق بين نوعين من الاكتئاب: الاكتئاب بالنسبة للغالبية العظمى من الناس والذي يعبر عن استجابة عادية تثيرها خبرة مؤلمة كالفشل في علاقة أو خيبة أمل أو فقدان شيء مهم كالعمل أو وفاة إنسان غال. وأن ما يميز هذا النوع العادي من الاكتئاب أنه يحدث لفترات قصيرة قد لا تزيد على أسبوعين، كما أنه عادة ما يكون مرتبطاً بالموقف الذي أثاره. وهو ما تحاول الدراسة الحالية بحثه لدى مختلف أنواع العينات النسوية المشمولات بالبحث. أما ما يسمى بالاكتئاب المرضي (أو الإكلينيكي) فهو عادة ما يتميز بأربع خصائص على النحو الآتي:

- (١) أنه أكثر حدة.
- (٢) يستمر لفترات طويلة.
- (٣) يعوق الفرد بدرجة جوهريّة عن أداء نشاطاته وواجباته المعتادة.
- (٤) الأسباب التي تثيره قد لا تكون واضحة أو متميزة بالشكل الذي نراه عند الغالبية العظمى من الناس. (إبراهيم، ١٩٩٨ ص١٧).

وتعد هذه الدراسة محاولة للتعرف على الأعراض والحالات الاكتئابية في مراحل ومواقف مختلفة من حياة المرأة وتحت تأثير العديد من المتغيرات المعيشية - أنفة الذكر، مما قد يسهم في وضع التدابير الوقائية والعلاجية لها.

مشكلة الدراسة:

نستخلص من المقدمة أعلاه، أن الاكتئاب بما يشهده من انتشار على نطاق واسع بين سكان المعمورة بات مشكلة عالمية تؤرق الهيئات والمؤسسات العلمية والصحية، وهو يستهدف النساء مرتين أكثر من الرجال. إلا أن الدراسات والأبحاث في مشكلة الاكتئاب وانتشار أعراضه خصوصاً بين أوساط النساء في عالمنا العربي وفي اليمن بالذات شحيحة للغاية. كما أن هناك حاجة ملحة لتحديد العديد من العوامل والمتغيرات التي من شأنها أن تلعب دوراً بارزاً في النشوء المرضي للاكتئاب.

أسئلة الدراسة:

يمكن حصر المشكلة الأساسية لهذه الدراسة في سؤال رئيس: ما مدى انتشار الاكتئاب لدى النساء في ساحل حضرموت وما هي أبرز أعراضه؟ ويتفرع من هذا السؤال الأسئلة الفرعية الآتية:

- (١) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب تعزى لمتغير الحالة البيولوجية للمرأة: العادية والمراهقة والحوامل والنفس.
- (٢) هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الاكتئاب تعزى لمتغير العمر.
- (٣) هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الاكتئاب تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

٤) هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الاكتئاب تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية للمرأة: عازبات - متزوجات - أخرى (طلاق، أرامل، انفصال.... الخ).

٥) ما مدى تأثير انتشار أعراض الاكتئاب لدى العينة بالمتغيرات المذكورة في ١ - ٤.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى الآتي:

أولاً: التعرف على مستوى الاكتئاب النفسي لدى النساء في ساحل حضرموت.
ثانياً: تحديد الأعراض المرضية الأكثر ظهوراً للاكتئاب لدى نساء ساحل حضرموت.
ثالثاً: الكشف عن مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب لدى النساء تبعاً للمتغيرات أدناه:

١) المرحلة البيولوجية التي تعيشها المرأة (مراهقة، حامل، نفا، عادية في سن الإنجاب، سن اليأس).

٢) الحالة الاجتماعية (عازبة، متزوجة، غير ذلك - مطلقة أو مترملة).

٣) المستوى التعليمي (أمية، متعلمة، جامعية).

٤) العمر (١٣ - ١٩، ٢٠ - ٤٠، ٤٠ فما فوق).

رابعاً: تحديد أعراض الاكتئاب الأكثر بروزاً لدى مختلف العينات التي شملتها الدراسة وفقاً لمتغيراتها.

أهمية الدراسة:

يمكننا النظر إلى أهمية هذه الدراسة من وجهتين:

الأهمية النظرية: تسليط الضوء على طبيعة الاكتئاب وأعراضه عند الإنسان وبخاصة لدى الجنس اللطيف، والعوامل التي لها دور في نشوئه وتناميه لدى النساء، حيث تجري محاولة تقديم فهم نظري لطبيعة العلاقة بين المرأة والاكتئاب، وتأثير العديد من المتغيرات التي ركزت عليها الدراسة كالعمر والمرحلة البيولوجية والمستوى التعليمي وحالتها الاجتماعية. وعلى حد علم الباحثين تعد هذه الدراسة الأولى من نوعها التي تتصدى لظاهرة الاكتئاب لدى النساء في ساحل حضرموت.

الأهمية التطبيقية إكلينيكية: وتتمثل في الاستفادة من نتائج هذه الدراسة عند التخطيط لبرامج الوقاية النفسية للنساء الأكثر عرضة للاكتئاب وكذا عند وضع التدابير العلاجية للحالات المرضية.

كل ذلك لا شك أنه يساهم في الكشف المبكر عن حالات الاكتئاب لدى المرأة قبل تعقد أحوالهن النفسية فتتحول بمرور الزمن إلى حالة مرضية يكون من الصعب التعامل معها والتي قد تؤدي في الكثير من الأحيان إلى الانتحار.

حدود الدراسة:

الحدود الموضوعية: الاكتئاب وأعراضه عند النساء في ضوء متغيرات الحالة البيولوجية والعمر الزمني والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية لهن.
الحدود البشرية: عينات من نساء ساحل حضرموت ابتداء من سن المراهقة حتى نهاية الكهولة ٥٩ سنة.

الحدود الزمانية: العام الدراسي الجامعي ٢٠١٠ - ٢٠١١م

الحدود المكانية: مدن حضرموت الساحل وبعض أريافها.

تحديد المصطلحات:

مفهوم الاكتئاب:

الاكتئاب Depression لفظة مشتقة من اللاتينية Deprimo - وتعني «كبت» أو «قمع». والاكتئاب في اللغة مأخوذ من كئب كآبة أي تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن، فهو كئب وكئيب، وأكأب فلان أحزنه، واكتأب وجه الأرض تغير وضرب إلى السواد، والكآبة الحزن الشديد، كما أن لكلمة اكتئاب مرادفات كثيرة منها الانقباض والمالنخوليا، والانقباض مأخوذ من انقبض يعني تجمع، وانطوى الرجل على نفسه ضاق بالحياة فاعتزل وانقبض عن القوم هجرهم.
(الليحاني، ١٦٦٩م: ٤١).

أما اصطلاحيا فقد حدد علماء النفس والطب النفسي ثلاثة ملامح رئيسية للاكتئاب أو ما يسمى (ثالث الاكتئاب):

- ١) ضعف النشاط الحركي "تعذر الحركة" - akinesia
 - ٢) اللامبالاة التامة تجاه كل شيء - "فقد الإرادة" - abulia
 - ٣) تدني الحالة المزاجية "التبلد العاطفي" - .apathy
- <http://lossofsoul.com/DEPRESSION/introduction.htm>

وهو بذلك اضطراب له جوانب انفعالية ومعرفية وبدنية، ويمكن أن يتمثل الاضطراب الانفعالي في الاكتئاب في عدم القدرة على الحب، وكراهية الذات والتي قد تصل إلى التفكير في الانتحار أو الإقدام الفعلي عليه. أما الاضطراب المعرفي فيتمثل في انخفاض تقدير الذات، وتشويه المدركات، واضطراب الذاكرة، وتوقع الفشل وخيبة الأمل في الحياة، وعدم القدرة على التركيز الذهني، هذا فضلاً عن الاضطراب البدني الذي يتمثل في اضطراب الشهية للطعام، واضطراب النوم، والعجز الجنسي، واضطراب الجهاز العصبي المستقل، والصداع، والإنهاك، وكثرة البكاء وتناقص الطاقة (عسكر، ١٩٨١، عكاشة، ١٩٩٢، Beck 1976).

وينظر إلى الاكتئاب من الناحية النفسية Depression بأنه شعور بالحزن والكآبة والفشل، وغالباً ما يكون مصحوباً بقلّة النشاط، وقد يتطور الأمر بالمكتئب إلى حد إيذاء النفس Self - injurious والانتحار Suicide (شيفر وملمان، ١٩٩٩: ١١٩). وتسيطر على المكتئب تلقائياً أفكار وخواطر ومعتقدات ووجهات نظر سلبية عن نفسه وعن الناس وعن العالم أجمع، وتعمل هذه الأفكار كقوة داخلية تحرف تفسيره لجوانب الخبرة في الاتجاه السلبي، بحيث تصل إلى استنتاجات خاطئة قائمة على مقدمات منحرفة، الأمر الذي يؤيد تقديره السلبي لذاته (عوض، ٢٠٠١: ٨٣) .

ومن الأمثلة على تلك الاستنتاجات الخاطئة :

- التقييم السلبي الشديد : " كل أفعالي وتصرفاتي خاطئة "
- قراءة أفكار الآخرين سلبياً : " إنهم يظنون بأنني أقل منهم "
- المقارنة : " إنهم أكثر قدرة مني "
- تجريد إيجابيات الشخصية : " إنني لا أستحق هذه الدرجات العالية "
- التفكير القائم على الاستنتاجات الانفعالية : " التراجع عن الرأي ضعف "

- تحميل الذات مسئوليات فشله وفشل مجموعته: "بسببي وبسبب فشلي". (عوض ٢٠٠١: ٨٥)

وفى الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات العقلية The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM - III, American Psychiatric Association, 1980) تم وضع الاكتئاب في عائلة من الاضطرابات العقلية تعرف باسم الاضطرابات الوجدانية affective disorders وتنقسم هذه المجموعة من الاضطرابات إلى نوعين من الاضطرابات: اضطراب ثنائي bipolar disorder والذي يتصف بتناوب حالات من الهوس والاكتئاب، والاضطراب الثاني اضطراب أحادي unipolar disorder، وفيه لا تظهر إلا نوبات من الاكتئاب فقط .

وفي الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية الذي تصدره جمعية الطب النفسي الأمريكية DSM-4 تم تطوير معايير التشخيص الفارقي بين الأنواع المختلفة للاكتئاب، إلى نحو عشرة تصنيفات للاكتئاب، تأتي ضمن أربع مجموعات هي:

١) الاضطراب الانفعالي الثنائي القطب (الهوس والاكتئاب) Bipolar disorder

ويتميز بنوبات من الأعراض الاكتئابية أو الهوس أو كليهما معا.

٢) الأعراض الاكتئابية التراجيدية العارضة ومنها:

- التراجيدية البسيطة، وتشمل:

أ- اكتئاب مصحوب بأعراض جسمية.

ب- اكتئاب مع انعدام الأعراض الجسمية.

- التراجيدية المتوسطة، وتشمل :

أ- اكتئاب مع أعراض جسمية.

ب- اكتئاب دون أعراض جسمية.

- التراجيدية الشديدة، وتشمل:

أ- اكتئاب بوجود أعراض ذهانية.

ب- اكتئاب بدون أعراض ذهانية.

٣) أعراض الاكتئاب المتكررة: وتشمل أحد أشكال الاكتئاب البسيطة والمتوسطة أو الشديدة، وتحمل خاصية الانتكاس أو الارتداد.

٤) الاضطراب الانفعالي المستمر persistent ويشمل:

أ- الاكتئاب المستمر لفترات متقطعة Cyclothymia .

ب- الاكتئاب المتأصل (Dysthymias (Gilbert, 2000).

عادة ما يبدأ الاكتئاب بأعراض بسيطة متدرجة في الشدة، تستمر في التفاقم إذا لم تعالج منذ البداية. وتتميز هذه الأعراض بعلامة فارقة، هي أنها متغيرة طوال النهار. إذ تزيد في فترة الصباح ثم تتحسن تدريجياً أثناء النهار حتى تقل حدة في المساء وعندما يصحو المريض من النوم فإنه يكون في حالة شديدة من الضيق والاكتئاب ويبدأ التحسن في وسط النهار. وتكون شكوى المريض في البداية عدم القدرة على التمتع بمباهج الحياة وانكسار في النفس وهبوط في الروح المعنوية ويشعر بعدم قيمة الحياة ثم يشعر باليأس والحزن والبكاء ثم تزيد وطأة الاكتئاب ويشعر بفقدان الأمل ويصيبه الارتباك الشديد وتراوده بعض الأفكار الانتحارية. (الغامدي، ١٩٩٦: ١٦).

وهكذا نرى أن مصطلح الاكتئاب يغطي مدى واسع من الظواهر يمتد من الحزن العادي عبر الأسى والأعراض الاكتئابية إلى الأشكال العنيفة شديدة الوطء من السوء، والاكتئاب إما أن يكون عرضي أو يكون حالة إكلينيكية أو سلوك غير تكيفي أو استجابة غير سوية وإما أن يكون انفعالا سويا وحالة مزاجية سوية. (الشهري، ١٩٩٦: ١٥).

تعريف الاكتئاب:

هناك العديد من التعريفات التي تصدت لبيان مفهوم الاكتئاب (Depression)، فمثلاً تعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي، بأنه حالة تحتوي على عدد معين من الأعراض على الأقل من قائمة الأعراض الآتية أدناه بحيث تمتد هذه الأعراض لفترة زمنية معينة وهي كالتالي:

- المزاج المكتئب (Depressed Mood)، ويكون معظم زمن اليوم تقريباً.
- فقدان المرح (Look of Pleasure)، ويكون ظاهر في الأنشطة اليومية.

- التغيير في الجانب الحركي (Change of Mobility)، فيصبح بطيئاً مع ظهور الإيحاءات العصبية (Nervous Gestures).
- الشعور بعدم الأهمية والقيمة (Worthless)، ولوم الذات (Self- reproach)، والشعور المضطرب بالإنثم (Guilt).
- الأفكار الانتحارية (Suicidal Thoughts) (أورد في: المحمداوي ٢٠٠٨).

وحسب تعريف المعهد الأميركي للصحة العقلية فإن الاكتئاب عبارة عن: خلل في سائر الجسم يشمل الجسم والأفكار والمزاج ويؤثر على نظرة الإنسان لنفسه ولما حوله من أشخاص وما يحدث من أحداث بحيث يفقد المريض اتزانه الجسدي والنفسي والعاطفي".

<http://www.sulayyil.com/vb/showthread.php?p=6613>

أما موسوعة علم النفس فتري أن الاكتئاب هو حالة من الاضطراب النفسي التي تبدو أكثر ما تكون وضوحاً في الجانب الانفعالي لشخصية المريض إذ تتميز بالحزن الشديد واليأس من الحياة ووخز الضمير وتبكيته القاسي على شرو لم ترتكبها الشخصية في الغالب، بل تكون متوهمة إلى حد بعيد. (طه وآخرون، ١٩٩٣ : ١١٠).

وعرفه معجم علم النفس بأنه حالة انفعالية من الحزن المستمر التي تتراوح ما بين حالات الخور المعتدلة نسبياً والوجوم إلى أقصى مشاعر اليأس والقنوط وغالبا ما تكون تلك المشاعر مصحوبة: بفقدان المبادأة وفتور الهمة وفقدان الشهية، وصعوبة التركيز، وصعوبة اتخاذ القرار (جابر، ١٩٩٠). فيما عرفه (عبد الخالق، ١٩٩٩) أنه حالة انفعالية عابرة أو دائمة تتصف بمشاعر الانقباض، والحزن، والضيق، وتشيع فيها مشاعر كالتهم، والغم، والشؤم، والقنوط، والحزن، واليأس، والعجز وتترافق هذه الحالة مع أعراض تمس الجوانب الانفعالية والمعرفية، والسلوكية، والجسمية، تتمثل في نقص الدافعية وعدم القدرة على الاستمتاع وفقدان الوزن وضعف التركيز ونقص الكفاءة والأفكار الانتحارية.

وقد عرفه (عبد الفتاح، ٢٠٠٠) بالخبرة الوجدانية الذاتية التي تبدو في أعراض الحزن والتشاؤم، والشعور بالفشل والرغبة في إيذاء الذات، والتردد، والإرهاق، وفقدان الشهية، والانسحاب الاجتماعي، ومشاعر الذنب، وكراهية الذات، وعدم القدرة على بذل أي جهد. فيما يعتبر زهران (١٩٩١) أن الاكتئاب ناتج عن ظروف أليمة، تسبب حالة من الحزن الشديد، وقد لا يتمكن المكتئب من معرفة السبب الأساسي لحالته أو الأعراض التي يعاني منها (زهران، ١٩٩١).

أما نظرية التحليل النفسي فقد ربطت الاكتئاب بالصراع الداخلي وأرجعته إلى الصراع بين "الأنا الأعلى" و"الأنا" والذي قد يرتفع إلى الدرجة التي تؤدي إلى إقدام المكتئب على الانتحار (فرويد، ١٩٨٩).

وهكذا يتضح أن لمصطلح الاكتئاب تعريفات عديدة وسوف نستخدم في هذا البحث تعريف بيك (Beck, 1967, p.6) للاكتئاب واطع المقياس الأصلي المستخدم في البحث BDI وذلك لأنه لا يختلف عن تعريف ال (DSM - III) والذي جاء بعده بحوالي عشر سنوات، ويعرف بيك الاكتئاب "بأنه حالة تتضمن تغيراً محدداً في المزاج، مثل الشعور بالحزن والوحدة واللامبالاة، مفهوم سالب عن الذات مصاحب بتبويض للذات وتحقيرها ولومها، مع رغبات في عقاب الذات مع الرغبة في الهروب والاختفاء والموت، وكذا تغيرات في النشاط كما تبدو في صعوبة النوم وفقدان الشهية للطعام وتغيرات في مستوى النشاط وخصوصاً النقص فيه". كذلك سوف يقتصر البحث على دراسة الاكتئاب بوصفه مجموعة من الأعراض لدى العاديين، كونه أكثر فئات الاكتئاب الأخرى أو فئات الاضطرابات الوجدانية انتشاراً على وجه العموم. وقد أشارت العديد من الدراسات، أن الاكتئاب الذي يتم إقراره من أفراد عاديين يُعتبر على متصل continuum مع الاكتئاب الذي يُعاني منه المرضى النفسيين (Costelo, 1982, P.343) كما أكدت بعض الدراسات أن العوامل التي تؤثر على الإفصاح عن الأعراض الاكتئابية الإكلينيكية يوجد أصلها أو أساسها في الاتجاهات الاستجابية لدى الأفراد غير المكتئبين (Byrne, 1980, In Byrne, 1981, P.90).

التعريف الإجرائي للاكتئاب:

ولغرض هذا البحث سيعتمد التعريف الإجرائي الآتي: "هو درجة المفحوص التي تشير إلى مستوى الحالة المزاجية التي يغلب عليها الحزن والانقباض وأعراض أخرى على مقياس بيك للاكتئاب" وتعرف الأعراض الاكتئابية إجرائياً بأنها "بعض أو أغلب الأعراض الواحدة والعشرون المتضمنة في مقياس الاكتئاب".

الإطار النظري والدراسات السابقة:

المبحث الأول: الأعراض والعوامل النشوتية للاكتئاب لدى النساء:

أولاً: الأعراض الرئيسية للاكتئاب:

جاء في تقرير منظمة الصحة العالمية عن الصحة في العالم، "الصحة النفسية: فهم جديد، أمل جديد" (٢٠٠١) أن الاكتئاب يتميز بأنه حالة من الحزن، وفقدان الاهتمام في أي نشاط وانخفاض الحيوية (ДокладВОЗ 2001) إلى جانب أعراض أخرى تشمل فقدان الثقة بالنفس، وانخفاض تقدير الذات، والشعور بالذنب دون مبرر، والأفكار عن الموت أو الانتحار، وانخفاض القدرة على التركيز والنوم والشهية، والتي قد تحتوي على عدد من الأعراض الجسدية.

ويرى القاسم وعبيد والزعبي أن المكتئب تظهر عليه عدد من الأعراض، ومنها :

- ١) نادراً ما يظهر المكتئب الفرح أو السرور، ونادراً ما يضحك .
- ٢) تظهر لديه أنماط من اضطرابات النوم .
- ٣) قد تظهر على بعضهم شكاوى جسمية مثل الصداع والألم .
- ٤) يصعب إثارة اهتمامهم بأي شيء .
- ٥) يشعرون بالنبذ، وغالباً ما يفضلون النشاطات الذاتية القائمة على العزلة .
- ٦) يقللون من قيمة أنفسهم وينظرون لأنفسهم وللعالم بمنظار أسود .
- ٧) يبدو للآخرين بأنهم جديون جداً ووقورون أكبر من عمرهم. (القاسم وعبيد والزعبي، ٢٠٠٠: ١٥٨).

وتبعاً لـ (DSM - III) فإن الأعراض الشائعة للاكتئاب تتضمن فقدان الدافعية، الحزن، فقدان القدرة على التمتع، انخفاض في تقدير الذات وتحقيرها وشكاوى عضوية وصعوبات في التركيز، صعوبات في النوم، ونقصان في الوزن (Spitzer; Skodol; Gibbon. & Williams 1981, p. 29)

أما الاكتئاب الجسيم فيمكن تشخيصه بناءً على الأعراض الواردة في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM-4، والتي تتلخص فيما يلي:

أ. وجود خمسة أو أكثر من الأعراض التالية خلال أسبوعين، بحيث يعتبر وجود هذه الأعراض تغيراً عن الوضع الطبيعي. وينبغي أن يكون أحد الأعراض الخمسة على الأقل: (١) مزاج مكتئب، (٢) فقدان المتعة أو الرغبة.

(١) مزاج مكتئب في أغلب الوقت، وفي كل الأيام تقريباً. وذلك حسبما يدل ذلك المريض مباشرة، أو يلاحظه أقاربه.

(٢) نقص واضح في الرغبة أو المتعة في كل الأشياء التي كانت تثير الرغبة أو المتعة، وذلك في أغلب الوقت، وفي كل الأيام تقريباً. وهذه الأعراض قد يفيد بها المريض أو أقاربه.

(٣) ضعف في الشهية للطعام أو انخفاض واضح في الوزن لا يمكن تفسيره بحمية غذائية، أو زيادة في الشهية للطعام أو زيادة ملحوظة في الوزن.

(٤) أرق أو ميل للنوم في كل الأيام تقريباً.

(٥) شعور بالتوتر وعدم القدرة على الاسترخاء أو شعور بالبطء والتثاقل الجسمي في كل الأيام تقريباً، حسب إفادة المريض بنفسه أو ملاحظة الآخرين من حوله.

(٦) الخمول وفقدان الطاقة في كل الأيام تقريباً.

(٧) الإحساس بعدم القيمة أو الشعور المبالغ فيه بالذنب (وقد تصل إلى درجات ضلالية أو هذائية)، في كل الأيام تقريباً.

(٨) عدم القدرة على التفكير أو التركيز أو اتخاذ القرار في كل الأيام تقريباً، حسب إفادة المريض بنفسه أو ملاحظة الآخرين من حوله.

(٩) أفكار متكررة في الموت (ليس فقط الخوف من الموت)، أفكار انتحارية متكررة بدون خطة محددة أو محاولة انتحار أو خطة محددة لارتكاب الانتحار فعلاً.

١٠) خلل في القدرة على أداء الوظائف الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من الوظائف الأخرى. (المرجع السريع DSM-4، 2004)

إن الأعراض المرضية سواء في الاكتئاب العصبي أو الذهاني واحدة. وتتراوح بين الدرجة المعتدلة والدرجة القاتلة (عفيضي، ١٩٨٩). وبالتالي فان الفارق بين حالات الاكتئاب هو فارق في الدرجة وليس في النوع.

ثانيا: المرأة والاكتئاب:

من الشواهد العديدة التي تقابل الباحث في التراث النفسي، أن المرأة أكثر استهدافا من الرجل للعديد من الاضطرابات العقلية عموما وللإكتئاب على وجه الخصوص (Flor - Henry, 1979, P. 155., webb & Allen, 1979, p. 93)

وتفيد الدراسات المتعلقة بهذا الشأن بأن هناك فروق دالة لمشاعر الاكتئاب بين الجنسين ولصالح الإناث، فالمرأة أكثر معاناة من الرجل بالنسبة للأعراض الاكتئابية، وهذا ما دلت عليه دراسة كلبرتسون (Culbertson, 1997)، من أن النساء قد تفوقن على الذكور خلال السنوات الثلاثين الأخيرة من حيث نسبة المعاناة والإصابة بالاكتئاب بما يعادل الضعف. (Culbertson, F. M.1997 : ٢٥).

وفي هذا الصدد يؤكد عبد الفتاح أن الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا بين البالغين حيث تصل نسبة الإصابة به في وقت ما من حياة البالغين (٢٠٪) لدى الإناث و(١٠٪) لدى الذكور (عبد الفتاح ١٩٩٧). وقد ظهرت العديد من التفسيرات لهذا أحدهما أنها زيادة زائفة وليست حقيقية (النساء أكثر تعبيرا عن انفعالاتهن من الرجال، ولذا فإنهن يظهرن الحزن والتعاسة أكثر من الرجال) والثانية أنها أسباب مجتمعية (تركز على تخلف المكانة الاجتماعية للمرأة وعلى الأدوار الاجتماعية والجنسية وما تتركه من آثار في حياة كل من الجنسين. فالسبب هو ما تتعرض له المرأة من ضغوط خاصة بها والشعور بالعجز أو القهر في بعض المجتمعات). وأخرى أنها أسباب بيولوجية (ما تتعرض له من تغيرات هرمونية مع الدورة الشهرية أو مثل الحمل والولادة)، وأخيرا تفسيرات تقوم على معطيات التحليل النفسي فيما يتعلق بالنمو النفسي للمرأة، وكيف أن هذا النمو يؤهلها بدرجة أكبر للإصابة بهذا

الاضطراب (المدني وعلي إسماعيل ٢٠١٠). يري فرويد أن سبب هذه الفروق هو صراعات المرأة النفسية الداخلية، وأن شخصية المرأة البالغة سواء كانت سوية أو عصابية تتصف بالنرجسية والمزوخية وانخفاض تقدير الذات والاعتمادية وعدوانية مكبوتة، وذلك كنتيجة لحل الفتاة الصغيرة للصراع الأوديبي (Weissman, Klerman, 1979). هذا ولا يزال الجدل قائم في علاقة الاكتئاب بالإناث حتى الآن.

ينتظر من المرأة أن تكون سلبية تتحمل الألام من أجل أبنائها وزوجها وغيرية وغير أنانية ومساندة ومعاضدة وذلك تماشياً مع دورها الأنثوي، وفي نفس الوقت، فهي مطالبة بأن تؤكد ذاتها وأن تكون متمكنة لو أرادت أن تنجز عملها، وهذه الازدواجية في التوقعات أمر في غاية الصعوبة، وذلك لأن المرأة ربما تضطر إلى إهمال أحد الدورين في سبيل تحقيق الدور الثاني. إن الانحراف عن الدور الاجتماعي الجنسي الطبيعي للمرأة ربما يؤدي إلى رفض اجتماعي لها (غريب، ١٩٨٨: ١٤٨).

وقد وجدت أنشيسيل وزملاؤها (Aneshensel, Frerichs. & Clark, 1981, p. 384) أنه من بين الأفراد المتزوجين العاملين ظهر أن النساء قد أعلن أعراضاً اكتئابية أكثر من الرجال ، وهذا يؤكد أن وجود أدوار مزدوجة dual roles يمكن أن يشكل عاملاً خطراً للإصابة بالاكتئاب بالنسبة للمرأة .

وجد العطاس (AL-Attass 2006) أن مستوى الاكتئاب عند النساء العاملات أكثر منه عند العاملين، وارتبط هذا الاكتئاب بعوامل العمل غير الفيزيائية والشعور بعدم العدالة.

إلا أن رادلوف (Radloff, 1975, Cited In Nolen-Hoeksema, 1987) قد وجد أن كلا من الزوجات العاملات وغير العاملات قد أظهرن اكتئاباً أكثر من الرجال العاملين، كما وجد أن الزوجات غير العاملات كن أكثر اكتئاباً من الزوجات العاملات. وقد توصل كل من روزنفلد وانسيل إلى نتائج متشابهة (Rosenfield, 1982, P. 37., Ensel, 1982, Cited In Nolen-Hoeksema, 1987).

في بداية المرض تشكو النساء من بعض الأعراض الجسدية (والتعب، والألم). ومع مزيد من البحث يمكن اكتشاف المزاج المكتئب و فقدان الاهتمام، والتهيج بدون سبب واضح أحيانا. الملامح الرئيسية للتشخيص هي تدني الحالة المزاجية أو الحزن، وفقدان الاهتمام ومشاعر المتعة (انعدام التلذذ). وفي كثير من الأحيان يصاحب ذلك أعراض أخرى مثل اضطرابات النوم، وعدم الشعور بالراحة بعد النوم، والشعور بالذنب أو عدم الثقة بالنفس، التوتر، أو القلق، والتعب أو قلة اليقظة، وصعوبة التركيز، والاستثارة أو بطء في الحركة والكلام واضطرابات الأكل، وأفكار أو أفعال انتحارية وانخفاض الدافع الجنسي.

ولا تتوفر معلومات دقيقة حول انتشار الاضطرابات الاكتئابية في المجتمع العربي يمكن الاعتماد عليها بسبب غياب السياسة المتسقة فيما يتعلق ببحوث الصحة النفسية (إبراهيم ١٩٩٨، ص ٣٦). ولكن توجد معلومات متفرقة لانتشار أعراض الاضطرابات النفسية بنسب مختلفة، وانتشارها بين النساء أكثر من الرجال (إبراهيم ١٩٩٨، ص ٣٨؛ رضوان ٢٠٠١، ص ٢٧؛ رضوان ٢٠٠٠، ص ١٣٤ - ١٣٥).

ثالثا: عوامل نشوء الاكتئاب لدى النساء:

تلعب مجموعة متنوعة من الميزات الفريدة من نوعها لدى النساء، دورا في نشوء وتنامي الاكتئاب. ويولي الباحثون (Quitkin, F. M., Endicott, J. & Wittchen, U. H.). اهتماما خاصا لفهمها والكشف عن تأثيراتها، بما في ذلك العوامل التالية: العوامل البيولوجية الإنجابية والهرمونية والوراثية وغيرها، وكذا الاعتداء والتحرش، والعلاقات الشخصية، وبعض السمات النفسية والشخصية. ومع ذلك فإن الأسباب الخاصة لإصابة النساء بالاكتئاب لا تزال غير محددة أو ثابتة، فقد انتفى ظهور الاكتئاب لدى العديد من النساء اللاتي كن عرضة للعوامل المذكورة أعلاه. وقد برزت في الآونة الأخيرة مجموعة كبيرة ومهمة من الاتجاهات التي تحاول تفسير الاضطرابات الاكتئابية، منها نماذج التفسير القائمة على العوامل البيولوجية والبيوكيماوية (كالوراثة وهرمونات محيط الكظر وهرمونات الغدة الدرقية والإيقاع الحيوي والتبدل في المستقبلات العصبية وفرضيات السيروتونين.. الخ) والنماذج النفسية التي تقوم على العوامل النفسية (كالشخصية والعوامل الاجتماعية وأحداث

الحياة الحرجة وظروف الحياة المقيتة وفقدان الدعم وخبرات اليأس ... الخ (أورد في رضوان-د ت). غير أن أيًا من هذه النماذج لا يستطيع الادعاء وحده أنه قادر على تفسير عوامل نشوء الاكتئاب وتطوره.

وانطلاقاً من ذلك يرى الباحثون Quitkin, F. M., Endicott, J. و Wittchen, H.-U. أن نموذج المنشأ المتعدد الأسباب multi-causal Geneses للمتلازمات (Syndromes) الاكتئابية قادر على أن يقدم فهماً أفضل للاكتئاب ويعطي نتائج علاجية فاعلة، ذلك أنه حتى الآن لم يتم التمكن من إثبات صلاحية النماذج التي تفسر الاكتئاب على أساس المنشأ النوعي specific الوحيد وإثبات فاعلية العلاج القائم على أساس هذا الفهم. ويتضح من ذلك أنه، وبغض النظر عن العوامل التي تؤدي إلى الاكتئاب ، فإن هذا المرض قابل للشفاء تماماً (أورد في رضوان د ت).

بناء على ما سبق يمكننا التأكيد على ان هناك أربع مجموعات رئيسية من العوامل المسؤولة عن نشوء الاكتئاب لدى النساء، وهي على النحو الآتي:

- ١) وجود أثر لاضطرابات المزاج في التاريخ العائلي للمرأة .
- ٢) أسباب جسدية (تغيرات في الجسم خلال البلوغ وفترة الحمل وبعد الولادة، الخ).
- ٣) العوامل الاجتماعية (البيئة العائلية والاجتماعية خصوصاً) .
- ٤) العوامل النفسية (سمات شخصية المرأة، وتصورها عن نفسها كامرأة، أو كحامل أو أم، .. الخ).

رابعاً: دور الهرمونات الجنسية في الاكتئاب:

لا تقتصر الأمراض الوجدانية التي تكون النساء أكثر عرضة لها إلى حد كبير، على اضطراب الاكتئاب الجسيم (MDD) ، بل يتضمن أيضا "الاكتئاب اللانمطي" (تزايد الحاجة إلى النوم ، والاستياء، وزيادة الشهية، وانخفاض الطاقة، والغضب)، وقلق الاكتئاب، والاضطرابات العاطفية الموسمية، والاضطراب الوجداني ذو التبدل السريع للمراحل (وبشكل عام ليس الهوس الاكتئابي) (Hamilton JA, Halbreich U.,) (1993; 44: 355-364).

كما أن بعض النساء أكثر عرضة لاضطرابات اكتئابية في فترات معينة من دورة التكاثر، (بعد الولادة - اكتئاب ما بعد الولادة، في مرحلة ما قبل انقطاع الطمث، سن اليأس، وفي حالات استخدام وسائل منع الحمل عن طريق الفم والأدوية الهرمونية الأخرى أثناء علاج العقم،... الخ. (Halbreich U, 1996).

يفترض كل من براون Brown GW وهاريز Harris TO وهالبريش Halbreich U أن زيادة قابلية المرأة للاكتئاب يحدده عمل مزيج من الهرمونات الجينية (الهرمونات الجنسية و تقلبات تركزها)، والعوامل النفسية والاجتماعية (Brown GW, 1997, ed., Harris TO, 1978 Halbreich U, ed., 1997).

وتحدث متلازمة ما قبل الحيض الشديدة (PMS) لدى النساء بشكل لافت نسبياً. إذ تعاني من ٣٪ إلى ٨٪ من النساء في سن الإنجاب من اضطرابات ما قبل الدورة الشهرية المزعجة، والتي تؤدي إلى سوء التكيف وتتطلب التدخل الطبي (AnderschB, WendestamC, Hahn L, Ohman R, 1986; 5:39-49). ويجب تمييز متلازمة ما قبل الحيض أو ما قبل الطمث عن الاكتئاب المزمن والقلق (American Psychiatric Association, 1994:714-718).

لذلك يتطلب تشخيص متلازمة ما قبل الحيض رصد ما لا يقل عن دورتين من الحيض لتأكيد ارتباط الأعراض بها، فالأعراض تتناقص في أقرب وقت بعد بدء الحيض، وتغيب تماماً خلال مرحلة منتصف الدورة الطمثية. ولا تزال البيولوجيا المرضية لهذه الأعراض مجهولة، على الرغم من وجود الاستعداد الوراثي الواضح لها، والذي يتعزز تحت تأثير العوامل البيئية طوال حياة المرأة ويرتبط بشكل أعراض الدورة الشهرية ببعض التفاعلات في النظم العصبية الناقلة وغيرها من النظم المؤثرة على المزاج والسلوك في الجهاز العصبي المركزي (CNS). ويبدو أن العوامل المثيرة للاكتئاب لدى أولئك النسوة هي التفاعل بين الهرمونات الجنسية، فضلاً عن التقلبات في تركيزاتها (Halbreich U, 1995; 9: 163-175).

تأسيساً على ذلك يمكن أن تكون لمتلازمة ما قبل الحيض (واكتئاب ما بعد الولادة) قيمة تطبيقية وإرشادية إضافية، إذا ما أخذنا بعين الاعتبار ارتباطهما الكبير

مع الاكتئاب الجسيم MDD وغيره من حالات الاضطراب الوجداني (Halbreich)
(U, Endicott J. 1985; 71: 331).

خلاصة القول أن الهرمونات الجنسية الأنثوية تلعب دورا هاما في حياة المرأة بشكل عام وفي تنظيم المزاج والسلوك لديها. ولهرمون الإستروجين تأثير إيجابي على مزاج المرأة أكثر من غيره من الهرمونات الأخرى، ولكنه يلعب دورا في تزايد خطر نشوء الاضطرابات الوجدانية في أوقات التغيرات الهرمونية (بعد الولادة، مرحلة ما قبل الدورة الطمثية، وقبل انقطاع الطمث). ومن ثم يؤثر كل من معدلات أو غياب الهرمونات الجنسية على الحساسية لمضادات الاكتئاب لدى النساء المصابات بالاكتئاب الجسيم. ويجب أخذ جميع هذه العوامل بعين الاعتبار عند الممارسة السريرية.

خامسا: الاكتئاب والضغط الحياتية لدى المرأة :

من المعتاد أن يساهم الضغط النفسي في نشوء الاكتئاب، حتى عندما لا يكون الناس عرضة للمرض من الناحية البيولوجية. ويعتقد أن لدى النساء مستويات عالية من الاكتئاب ليس لأنهن أكثر عرضة للخطر، بل لأنهن يتعرضن لعدد من المواقف العصيبة. إن هذه الأحداث المجهدة للمرأة متعددة: فقد تكون مسؤولياتها الرئيسية في المنزل أو في العمل، أو تحمل تربية طفل في غياب الأب لأي سبب كان أو رعاية الأبناء، أو كبار السن من الوالدين. وقد لوحظت مستويات عالية من الاكتئاب لدى كل من الرجال والنساء المطلقات على السواء أو ممن يعيشون بشكل منفصل عن زوجهم، وأدنى من ذلك - لدى المتزوجين، رغم أنه في هذه الحالة الأخيرة، فإن مستوى الاكتئاب هو أعلى بين النساء. ربما يساهم "نوعية الزواج" إسهاما كبيرا، بطريقة أو بأخرى، في ظهور الاكتئاب. و كما بات معلوما في الوقت الحاضر، ترتبط العلاقة التي تفتقر إلى الحميمية والثقة، فضلا عن الخلافات المتكررة بين الزوج والزوجة، ارتباطا إيجابيا بالاكتئاب لدى النساء. وهذا، ما يفسر وجود مستويات عالية من الاكتئاب لدى النساء غير السعيدات في زواجهن.

يذكر فومبون وآخرون ثلاثة أنواع من الضغوط :

- أحداث الحياة: التغييرات التي تحدث في حياة الآباء وتؤدي إلى خلل في السلوك المعتاد للطفل وتهدد وجوده مثل الفقر، فقدان الأوبة.
- الضغوط المزمنا: وهي الظروف طويلة المدى التي تتحدى الشخص مثل صراعات العمل، التهديد المستمر للأمن.
- المنغصات اليومية Daily hassles هي ضغوط تحدث عادة في الحياة العصرية مثل العلاقات السيئة مع الجيران، الخلافات الزوجية. ((Fombonne et al 1999).
المبحث الثاني: الاكتئاب وبعض المتغيرات الحياتية للمرأة:

أولاً: الحالة الاجتماعية والاكتئاب:

تؤكد العديد من الدراسات ان الاضطرابات الوجدانية أعلى بين المطلقين والمنفصلين وأقل بين العزاب والمتزوجين، وقد يختلف هذا حسب الجنس فالأنسات أقل تعرضاً للاكتئاب من المتزوجات، بينما الأعزب أكثر تعرضاً من المتزوج، والاكتئاب الجسيم MDD في الأشخاص الذين يعيشون منفردين ضعف الذين يعيشون مع آخرين، كما أن حجم العائلة ليس له علاقة بالاكتئاب، بينما حجم الدعم واختفاء الصراعات داخل الدائرة الاجتماعية أهم العوامل التي تساعد علي الحماية من الاضطرابات الوجدانية خاصة الاكتئاب. ويزيد الاكتئاب بين الأرامل والمطلقات ومن يعيش وحيداً. والرجل يصاب بالاكتئاب عند الطلاق أكثر من المرأة. بينما تصاب المرأة بالاكتئاب عند الزواج أكثر من الرجل. (Sloan DM, et al 2003)

ثانياً: الاكتئاب والفترة الإنجابية (فترة الخصوبة):

وهي الفترة الممتدة من حياة المرأة والتي تبدأ بظهور أول حيض لديها وتنتهي مع ولوج المرأة لمرحلة التوقف النهائي للدورة الطمثية. تشتمل الفترة الإنجابية على العديد من الأحداث المصيرية بالنسبة للمرأة. منها الدورة الشهرية والحمل وما بعد الحمل، والعقم، وانقطاع الطمث، وأحياناً اتخاذ قرار بتأخير أو بعدم إنجاب أطفال. هذه الأحداث يمكنها أن تتسبب في نشوء التقلبات المزاجية، والاكتئاب عند بعض النساء. ولقد أكد العلماء أن الهرمونات تؤثر على مواد كيميائية في الدماغ لها قدرة التحكم والسيطرة على المزاج والمشاعر، لكنهم لم يعرفوا بعد آلية بيولوجية محددة تشرح تأثير تلك الهرمونات. ويحاول العلماء حالياً معرفة تفسير الصعود والهبوط الدوري

والمتعاقب لمستويات الاستروجين والهرمونات الأخرى التي قد تؤثر على كيمياء المخ المرتبطة بمرض الاكتئاب (Roca CA, Rubinow DR, Schmidt PJ, and (1998)،

وهناك الكثير من النساء يعانين من بعض التغيرات المزاجية والتغيرات الجسدية المرتبطة بمراحل مختلفة من دورة الطمث. ويمكن أن تكون هذه التغييرات مفاجئة لبعض النساء كونها تحدث بشكل منتظم وتسبب مشاعر الانفعال والاكتئاب وغيرها من التغيرات النفسية والجسدية. وتسمى هذه التغيرات بمتلازمة ما قبل الحيض (اضطراب الدورة الشهرية)، وهي تبدأ بعد التبويض عادة، وتستمر في النمو حتى يبدأ الحيض بالظهور.

ثالثاً: اكتئاب الحمل والنفاس (فترة ما بعد الولادة):

تتحدد أهمية دراسة اكتئاب النفاس لهذه المرحلة في أن تغيرات الحالة الانفعالية للمرأة تأتي في مرحلة أزمة أسرية حياتية لها تأثير عميق على جميع أفراد الأسرة، وفي مقدمتهم، الرضيع حديث الولادة. تصبح الحالة الاكتئابية حاجزاً بين الأم والطفل، وتعيق الاتصال والتفاهم المتبادل بينهما. إن امتداد الحالة الاكتئابية للأم، لفترة طويلة، يعطل التطور الطبيعي للطفل، ويشجع على تشكيل الاضطرابات النفسية متفاوتة الشدة.

اكتئاب ما بعد الولادة هو اضطراب عاطفي على نطاق واسع إلى حد ما. وهو حالة طويلة وصعبة على المستوى الشخصي للمرأة، يرافقه هبوط في المزاج، وعدم الرغبة في الحياة، والهمود. أظهرت النساء اللائي يكابدن أعراضه، مستويات عالية من القلق، والمخاوف المرضية. ووفقاً للتصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD - 10، فإن هذه الحالات عادة ما تقابل المعايير التشخيصية لاضطراب الاكتئاب المعروف ب (F10). ويسود فيها اضطراب القلق والوهن من بين أنواع المتلازمات الأخرى (Bazil.A., 2005).

يرى كل من سكوبلو وبالاندينا (Skoblog.V., БаландинаТ.А., 1999) أن الحمل يترافق مع زيادة كبيرة في مستويات البروجسترون والاستروجين، ما يعني حماية للحامل من الاضطرابات الوجدانية العنيفة. إذا كان الحمل، أمراً مرغوباً فيه، نادراً ما يؤدي إلى الاكتئاب، والأمر نفسه ينطبق على الإجهاض - كلاهما لا يؤدي إلى الاكتئاب على نطاق واسع. والنساء اللواتي يعانين من العقم، قد يشعرن بالقلق الشديد أو الاكتئاب، ولا يعرف بعد ما إذا كان العقم سيؤدي إلى أرضية خصبة لنشوء مرض الاكتئاب. والأمومة، بدورها، قد تكون مرحلة تتزايد فيها مخاطر الإصابة بالاكتئاب - بسبب الضغوط والمسؤوليات المرتبطة بالأمومة.

وتتميز فترة ما بعد الولادة بانخفاض حاد في مستويات الهرمونات مع كل ما ينتج عن ذلك من عواقب. ففي حين بلغ مستوى البروجسترون والاستروجين أثناء الحمل، قيمتهما الفسيولوجية القصوى. فانه وبعد إزالة المشيمة مباشرة ينخفض مستوياتها بشكل حاد، الأمر الذي يؤدي إلى اختلال التوازن (homeostasis). ويعد حدوث نوع من الاكتئاب المعتدل أو البسيط الذي يسمى أحياناً باعتلال المزاج أمراً طبيعياً لدى معظم النساء في هذه المرحلة. أما الاضطراب المرضي فيحدث لدى 10- 15٪ من النساء ويديم لفترة أطول (Skoblog.V., БаландинаТ.А., 1999).

أجرى Michael W 1990 وآخرون دراسة تجريبية لتحديد: إلى أي مدى يرتبط الحمل والنفاس مع الخطر المتزايد لنوبات الاكتئاب الصغرى والكبرى، والأعراض الاكتئابية، وضعف التكيف الاجتماعي. تم تعيين عينة كبيرة من النساء الحوامل nonchildbearing خلال الثلاثة أشهر الثانية من الحمل جنباً إلى جنب مع عينة أخرى ضابطة متطابقة الخصائص معها من النساء غير الحوامل. أجريت الدراسة المقررة عدة مرات خلال فترة الحمل وبعد الولادة عن طريق الاستبيان والمقابلة الشخصية من خلال استخدام مقاييس الاكتئاب ومقاييس بعض الحالات المزاجية الأخرى ومقاييس التكيف الزواجي والاجتماعي. وأسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق بين عينتي النساء الحوامل وغير الحوامل فيما يتعلق بمعدلات حالات الاكتئاب الصغرى والكبرى أثناء فترة الحمل أو بعد الولادة. بيد أن المرأة الحامل تتعرض لمستويات أعلى بكثير من الأعراض الاكتئابية وسوء التكيف الاجتماعي من

المرأة غير الحامل في وقت متأخر من الحمل وفي وقت مبكر من النفاس puerperium (بن بريك، ٢٠١٣).

تشير مختلف الدراسات إلى أن اكتئاب ما بعد الولادة يحدث في ١٠ - ١٥ ٪ من النساء بعد الوضع (Cox J.L., Murray D., Champman G.A., 1998; Kumar R., Robinson K.M., 1984; Скоблог.В., БазЛ.Л., 1999; Скоблог.В., БаландинаТ.А., 1999).

ويبدأ اكتئاب النفاس في الأيام الأولى أو في الأسبوعين الأولين عقب الولادة ويستمر من شهر إلى ٦ - ٧ أشهر (Скоблог.В., БаландинаТ.А., 1999). لكن كوكس وروني Cox & Rooney، وجدوا أن اكتئاب النفاس يمكن أن يحدث حتى خلال ثلاث سنوات من بعد الولادة. وغالبا ما يتأخر علاج هؤلاء النسوة لأكثر من عام من ظهوره، وذلك بسبب تأخير القيام بالفحوصات في الوقت المناسب (Gilbert P., 1992, C.48). وتتأرجح التغيرات المزاجية بعد الولادة من حالة حزن عابر يحدث بعد الولادة مباشرة، إلى نوبات الاكتئاب الشديد والحاد الكبرى، مما يؤدي إلى اضطراب الاكتئاب الذهاني. ويعتقد العلماء أن النساء اللواتي يحدث لديهن نوبات الاكتئاب الشديد عقب الولادة (فترة النفاس)، غالبا ما يكون لديهن تاريخ مسبق مماثل للحالة، حتى وإن لم يتم تشخيصها أو علاجها من قبل.

بسبب اكتئاب النفاس تكتسب المرأة مجموعة متنوعة من المشاعر السلبية والمواقف تجاه طفلها، والذي يتجلى في طائفة واسعة من ردود الفعل السلبية على سلوك الأم. فالأمهات المصابات التي شملتهن دراسة باز وسكوبلو (Скоблог.В., БазЛ.Л., 1999) باكتئاب النفاس قليلات التعبير ويحفظن سلوك أطفالهن الرضع لدرجة ضئيلة. أنهن لا ينظرن لأطفالهن إلا لفترات قصيرة، ونادرا ما يلامسن الرضع مقارنة مع المجموعة الضابطة في هذه الدراسة (Скоблог.В., БазЛ.Л., 1996). وتجد المرأة المكتئبة صعوبة في توفير الرعاية للطفل وتفهم احتياجاته. ولا تدنو أو تقترب الأمهات من أطفالهن حين يكون، ونادرا ما يحملنهم إلى ذراعيهن، ويرفضن الرضاعة الطبيعية. ومن المعروف أن حليب الأم يمد الطفل باحتياجاته من المواد الغذائية، فضلا عن توفيره الحصانة والمناعة ويؤثر على نمو جهاز الهيكل العظمي. كما أن عملية

الرضاعة الطبيعية - هي التفاعل الأكثر أهمية في حياة الطفل التي تجلب بهجة التواصل والشعور بالحب والدفء والأمان اللازم للكائن الصغير. وبالنتيجة يصاب الأطفال المحرومون من اهتمام ورعاية ومودة الأم بنقص الوزن، ويتأخر كلامهم، وكثيرا ما يبكون، ويجدون صعوبة في النوم.

ويؤكد شتراوس Straus M.A. أنه من المهم ملاحظة أن الأشكال الأكثر تجليا من اكتئاب النفاس قد تؤدي إلى عجز كامل لرعاية المولود الجديد. وأن اكتئاب النفاس البسيط والمتوسط قد يكون أقل تأثيرا، ولكنه على أي حال يعطل التفاعل بين الأم والطفل (Straus M.A., 1980).

وفي هذا الصدد حدد بيكويث أنماط عدة من التفاعل بين الأمهات الكئيبيات وأطفالهن. هذه الأنماط تختلف تبعا لشدة حالة الاكتئاب ومدته وعوامل الخطورة الأخرى (Beckwith L., 1990) وهي :

- ١) مجانية الوجدان، الانسحاب الاجتماعي وانخفاض مستوى الطاقة .
- ٢) انفعال سلبي أكثر وضوحا، والذي يترافق مع العداء والتدخل في عملية التفاعل.
- ٣) التناوب الدوري بين قسر الذات وتحفيزها على الاتصال وبين تجنب التفاعل.

رابعا: الاكتئاب ومرحلة المراهقة عند المرأة:

يبني الباحثان في هذا الدراسة على تعريف ماديناس Medinnus للمراهقة بأنها "مرحلة تبدأ بظهور علامات النضج الجنسي في جوانب النمو الجسمي والاجتماعي، وتنتهي عندما يقوم الفرد بتولي أدوار الكبار في أغلب الأحوال على أنه شخص بالغ" منصور، (١٩٨٩: ٤٥٢). أما من حيث فترتها العمرية نرى أن البعض يتجه إلى التوسع في تحديد مرحلة المراهقة ويرون أنها تضم الفترة التي تسبق البلوغ ويحدونها بين ١٠ - ٢١ سنة، ومنهم من يحصرها ما بين ١٣ - ١٩ سنة (معوض، ١٩٩٤: ٣٣٠).

و تتزامن المراهقة مع مرحلة يتعين فيها على الشباب الكثير من المسؤوليات والتوقعات والتغييرات الهائلة على مختلف المظاهر النمائية، بما في ذلك تكوين الشخصية، والنضج الجنسي، والانفصال أو النزوع للاستقلالية عن الآباء واتخاذ

قراراتهم بأنفسهم، فضلا عن التغيرات الجسدية والعقلية، والهرمونية - كل ذلك ربما كان من أهم مصادر التوتر والضغط النفسي لدى المراهقين.

إن المواقف العصبية (الضغط النفسي) تحدث تأثيرات مختلفة على الفتيان والفتيات وفي كثير من الأحيان يكون لها صلة مباشرة بالاكتئاب لدى الفتيات. وتشير الدراسات إلى أنه وبالمقارنة مع الأولاد الذين يتسمون بسلوك عدواني أكثر تواترا، تظهر طالبات المدارس الثانوية مستويات أعلى بكثير من الاكتئاب، واضطرابات القلق، واضطرابات الأكل والتكيف (Lewisohn PM, Hyman H, Roberts RE,) (Seeley JR, and Andrews JA, 1993).

يصيب الاكتئاب طفل من كل ٥٠ طفل تحت سن ١٢ سنة ويصيب مراهق من بين كل عشرين مراهق. (سرحان، ٢٠٠١: ٨٦). والملاحظ أن الفروق في مستوى الاكتئاب بين الفتيان والفتيات قبل مرحلة المراهقة، ضئيلة جدا، ومع بلوغهم سن ١١ إلى ١٣ سنة، تزداد نسبة الاكتئاب بين الفتيات بشكل متسارع. وعند بلوغهم ١٥، تكون الفتيات أكثر عرضة مرتين لنوبات الاكتئاب الكبرى من الشباب (Cyranowski JM,) (Frank E, Young E, Shear MK, 2000).

والاكتئاب لدى المراهق تعبير غير نموذجي وتطور عضوي يتناسب مع أزمة المراهقة حيث يشكل عرضاً من أعراضها وحالات الاكتئاب عند المراهقين كثيرة وتشبه أعراضها بشكل عام أعراض الاكتئاب لدى الراشدين وتطور الاكتئاب، هو تنمة لحالة مرضية لدى الراشد وخطورته مرتبطة بواقعها على عملية النمو في فترة المراهقة والخطورة المحتملة للاكتئاب عند المراهق تتطلب تحسينا في كشف المرض والعلاج. (شابروول، ١٩٩٨: ٨).

لقد أشارت بعض الدراسات الإحصائية إلى أن ١٣,٦ من كل ١٠٠ ألف من المراهقين (١٥ - ١٩ سنة) من الجنسين ينتحرون سنويا في أمريكا بسبب الاكتئاب. بينما ٣,٦ من كل ١٠٠ ألف من البنات البالغات ١٥ - ١٩ سنة ينتحرن سنويا في أمريكا بسبب الاكتئاب. (Bridge JA et al 2006 , Angold, et al., 2002) على الرغم من أن

التشخيص الرسمي في العيادات النفسية والمستشفيات يبين معدل أقل من هذا.
(عسكر، ٢٠٠١: ٢٠).

خامسا: الاكتئاب وسن اليأس لدى المرأة:

قالت باربرا بوش والدة الرئيس الأميركي الأسبق، في مذكراتها عام ١٩٩٤، أنها عانت من الاكتئاب الشديد في منتصف السبعينيات من القرن المنصرم مما دفعها إلى التفكير الجاد بوضع نهاية لحياتها بالانتحار عن طريق حادث اصطدام متعمد في سيارتها. السيدة الأولى للبيت الأبيض سابقا عزت حالتها العاطفية تلك إلى التغيرات الهرمونية المرتبطة بانقطاع الطمث، المثقلة بالضغوط الحياتية المتصلة بعمل زوجها، الذي كان في حينها رئيسا لوكالة الاستخبارات المركزية الأمريكية. أعطت هذه المصارحة العلنية زحما جديدا للباحثين والمتخصصين في جميع أنحاء العالم لمواصلة البحث عن الأسباب والتفسيرات الكاشفة عن العلاقة بين سن اليأس والاضطرابات النفسية لدى النساء. <http://woman.health-ua.com/article/178.html>

تعرف مرحلة سن اليأس بمتراذفات أخرى مثل سن توقف الطمث أو أزمة منتصف العمر وتشير إلى المرحلة الحرجة التي تتوقف عندها الدورة الشهرية بشكل نهائي. منهيّة بذلك قدرة المرأة على الإنجاب. ويحدث توقف الطمث بشكل تدريجي وكنتيجة مباشرة لتوقف المبيضين عن إنتاج الهرمونات الأنثوية (الاستروجين والبروجسترون) مع تقدم المرأة في العمر في المرحلة العمرية ما بين ٤٥ - ٥٩ سنة (النمر، ٢٠٠٧). ويفيد جلال بان اكتئاب سن اليأس يصيب الأفراد غالبا في الأعمار المتوسطة والمتأخرة ما بين (٤٠ - ٥٥) سنة عند النساء وما بين (٥٠ - ٦٥) سنة عند الرجال (جلال: ١٩٨٦).

يشكل النساء في سن انقطاع الطمث حوالي ٥ ٪ من سكان العالم (Serr DM, Atlas M, 1982). ووفقا لدراسات وبائية، وباثولوجية يحدث انقطاع الطمث في ٣٥ - ٨٠ ٪ من النساء (СметникВ.П., ТкаченкоН.М., ГлезерГ.А., МоскаленкоН.П., 1988).

يمكن تعريف انقطاع الطمث بأنه ظاهرة فسيولوجية، تتميز بتلاشي الحيض وتوقف الإنجاب. ومع ذلك، وفي ظل ظروف معينة تحت تأثير العوامل السلبية، فإنه يصبح حالة مرضية تدعى "اضطراب سن اليأس"، أو متلازمة انقطاع الطمث، وتنطوي على اضطراب الأوعية الدموية اللاإرادي، واضطراب التمثيل الغذائي والغدد الصماء والاضطرابات النفسية [1].
СметникВ.П., ТкаченкоН.М., ГлезерГ.А., МоскаленкоН.П., 1988.
СметникВ.П., КулаковВ.И. , 2001 .
ТювинаН.А., 2008 .
ويذكر تعبير "سن اليأس" بالتهبات الساخنة في الرأس والجزء العلوي من الجسم، التعرق الليلي، التهاب المهبل الضموري Serr DM, (Atlas) M, 1982
СметникВ.П., ТкаченкоН.М., ГлезерГ.А., Kronenberg F. 1994, МоскаленкоН.П., 1988.
وهي مظاهر تعكس حقيقية انخفاض مستويات الاستروجين مع التقدم في العمر. وتشتمل على شكاوى أخرى عديدة، منها : ارتفاع ضغط الدم، وخفقان القلب والصداع والدوار والحساسية للبرد، والارتعاش، والخدر، والحرقة، والحكة، والسمنة – وهي شائعة إلى حد ما، ولكن العديد من الكتاب لا يعتبرونها ذات خصوصية. (Utian WH, Serr DM., 1976;)
(Kronenberg F. 1994;Сметник В.П., Кулаков В.И. , 2001).

ومع ذلك، لا تتوقف فترة سن اليأس على العوامل البيولوجية فقط، بل أيضا على العوامل النفسية والثقافية والاجتماعية. من المعتاد ان العملية الطبيعية المتمثلة بإعادة البناء الهرموني العصبي تقوم بتوجيه آليات التكيف لدى المرأة (ТювинаН.А., 1991, СметникВ.П., КулаковВ.И. , 2001). ولكن بتدخل وتأثير عوامل إضافية قد تؤدي إلى اضطراب هذا التكيف، وظهور اضطرابات جسدية لاإرادية وسيكوباتية، ما يفسر الزيادة في تعداد الأوجاع الجسدية والاضطرابات النفسية في فترة توقف الحيض (ТювинаН.А, 1991;1996). وتصبح المرأة أكثر تدهورا من الناحية النفسية : فقد تكتسب لديها بعض العوامل أهمية أكبر من ذي قبل، والتي لم تكن تبدو سلبية بالنسبة لها قبل سن اليأس (الشعور بالوحدة، والصراعات في مكان العمل، على سبيل المثال).

من ناحية أخرى، فإن متلازمة سن اليأس يعد مرضا نفس- اجتماعيا إلى حد ما لأنه يعتمد على الوضع الاجتماعي للمرأة في المجتمع وعلى المواقف التقليدية للمجتمع تجاه النساء في سن انقطاع الطمث. إن الأفكار المتبلورة في المجتمع عن ماهية الشباب، والجمال، ومدى تقييمه لفترة انقطاع الطمث كمؤشر للشيوخوخة، والتدهور، والعد التنزلي للحياة جعل من سن اليأس موقفا نفسيا صادما.

ТювинаН.А.,1991, Schindler ،Utian WH, Serr DM., 1976)
(:HPG, 1981

تكتسب العوامل الاجتماعية أهمية خاصة خلال هذه الفترة التي تنقرض فيها الوظيفة الإنجابية للمرأة مثل الوضع العائلي، والعلاقة مع الزوج، والأطفال، والأصدقاء، وصحة الأقارب، والأسرة، والعمل، والأمن المادي. كل هذه العوامل، اعتمادا على اتجاهات المرأة نحوها يمكنها إما أن تسهل عملية تكيف المرأة في الفترة الانتقالية، أو أنها تعقد من ذلك (СметникВ.П., КулаковВ.И. , 2001 ، ТювинаН.А., 1991). وتجدر الإشارة إلى أن الدور الأهم لفشل آليات التعويض وظهور الاضطرابات النفسية لا يعود للأحداث الفردية بحد ذاتها، وإنما لما لها من خصوصية، وشدّة، وأهمية عاطفية للمرأة من (, СметникВ.П., КулаковВ.И.) (ТювинаН.А., 1991، 2001).

وقد ربط العديد من الكتاب ظهور اضطرابات انقطاع الطمث، وكذلك مسارها، وطبيعة اضطراباتها النفسية، مع سمات الشخصية السابقة للمرض والتي تحدد القدرة على التعامل مع التعقيدات والتكيف مع الوضع المستجد (Serr DM, Atlas M, 1982). وقد وجد علماء النفس أن الصفات الشخصية مثل عدم الثقة في النفس، الاستعداد للقلق، والاعتماد العاطفي، وأنايية، وسوء التكيف في المجتمع، وضحالة العلاقات مع الآخرين، تساهم في ظهور أعراض سن اليأس (СметникВ.П., КулаковВ.И. , 2001)) والنساء اللاتي يقضن موقفا سلبيا تجاه انقطاع الطمث ولديهن انخفاض في مستوى الرضا عن الحياة، أكثر تأثرا بمتلازمة سن اليأس.

المبحث الثالث: الدراسات السابقة:

ليس هناك دراسة سابقة طابقت تماما ما ذهب إليه الباحثان ولهذا سنستعرض دراسات سابقة مقارنة.

(١) وفي دراسة قام بها براج Bragg سنة ١٩٧٩ بعنوان التركيب العائلي لدى الفتيات والاكتئاب لديهن، وطبقت الدراسة على ٩٨ طالبة جامعية من قسم علم النفس، وقد وجد أن الطالبات السيئات التوافق يأتين من اسر تتميز بالصراع بين الوالدين وسيطرة الأب، وتوصل إلى وجود ارتباط موجب بين درجات الاكتئاب وبين الصراع بين الوالدين، وبين الاكتئاب وعدم الاتساق في المحبة الوالدية وتبين أن عدم اتساق حمية الأب أكثر قوة في ارتباطها بالاكتئاب من الأم (السيد، صالح: ١٩٩٣).

(٢) دراسة كارتررايت وآخرين Cartwright et al. 1984 بعنوان "الحلم المكسور: دراسة لأثار الطلاق والاكتئاب على محتوى الأحلام". والتي ركزت على دراسة أثر الطلاق على كل من القلق والاكتئاب، وهدفت إلى معرفة طبيعة الأساليب اللاشعورية للتكيف. قام الباحثون بدراسة أحلام مجموعة من ٢٩ من المطلقات (بين سن ٣٠ - ٥٥ سنة، حيث تم تطبيق اختبار بيك للاكتئاب عليهن وتم تقسيمهن إلى ١٩ من المكتئبات و ١٠ من غير المكتئبات، وهذا يعني أن ٦٦٪ منهن تعرضن للاكتئاب. كما تمت المقارنة بمجموعة ضابطة من ٩ متزوجات بمتوسط عمري ٣٥.٢ سنة، حيث تمت متابعة أحلامهن لمدة ستة ليالي. وقد تبين من الدراسة أن للطلاق أثره الكبير على حياة المطلقة ومشاعرها وما تتعرض له من ضغوط وأيضاً على أساليب التكيف الشعورية واللاشعورية، وأن أحلام غير المكتئبات من المطلقات أطول زمنياً مقارنة بالأخريات، وأنهن يتعاملن مع قضايا زوجية وهو ما لا يحدث في أحلام المكتئبات. كما تبين أن المطلقات المكتئبات يظهرن في أحلامهن تغيرات إيجابية، وقد أظهرن في أحلامهن توحداً مع أدوارهن الزوجية إيجاباً، مما يعني محاولتهن للتكيف وخفض القلق عن طريق التنفيس اللاشعوري خلال الأحلام، وهذا ما يؤكد أيضاً ارتباط الاكتئاب نفسه بالطلاق لديهن (Cartwright, R. D. et al. 1984).

(٣) دراسة أحمد، سهير كامل (١٩٨٧) هدفت التعرف على مستوى الاكتئاب والانطواء لدى المسنين المتقاعدين في كل من مصر والسعودية، وكذا التعرف على أثر الاختلافات الحضارية على التركيب النفسي للمسنين، وشملت عينة الدراسة ثلاث مجموعات من المسنين، بحيث كانت المجموعة الأولى (٢٠) مسن من المتقاعدين المصريين، بينما المجموعة الثانية (٢٠) مسن من الذين يعملون بعد سن التقاعد، أما المجموعة الثالثة فكانت (٢٠) مسن من المتقاعدين السعوديين، وقد استخدمت الباحثة مقياس الانطواء الاجتماعي من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (MMPI) ومقياس الاكتئاب من نفس الاختبار واستمارة بيانات عامه. وتوصلت الدراسة الى أن مجموعة المسنين العاملين بعد سن التقاعد هم أقل شعوراً بالاكتئاب النفسي مقارنة بمجموعة المسنين المتقاعدين (أحمد، ١٩٨٧: ٢١٨).

(٤) درس برتشنيل (1988 Britchnell) طبيعة العلاقات الأسرية الباكرة لدى المكتئبات وغير المكتئبات، وتكونت عينة الدراسة من ٥٠ امرأة مكتئبة و ٥٠ امرأة غير مكتئبة أعمارهن ما بين ٢٤- ٢٥ سنة، وتوصل إلى أن آباء وأمهات المكتئبات كانوا أقل في الرعاية من آباء وأمهات غير المكتئبات (السيد، صالح ١٩٩٣: ٤٦).

(٥) ودرس كبلان وزملاؤه Caplan & et al 1989 الاكتئاب لدى الأمهات والنمو العاطفي لدى أطفالهن، طبقت الدراسة على ٩٢ أمماً وأكبر أطفالهن البالغين من العمر ٤ سنوات، وقد وجدوا أن هناك علاقة بين معاناة الأمهات من الاكتئاب ووجود صعوبات في السلوك لدى أطفالهن، ووجد أن عدم الترابط الأسري مع وجود اضطرابات نفسية يؤديان إلى آثار خطيرة على النمو العاطفي والسلوكي والمعرفي لدى الأبناء (Caplan & et al 1989).

(٦) وفي دراسة السيد، فاتن عبد الفتاح سنة ١٩٩٣ بعنوان (مظاهر الاكتئاب لدى الفتاة الجامعية) والتي هدفت قياس العلاقة بين مظاهر الاكتئاب وبعض متغيرات التنشئة الأسرية، وطبقت على عينة مكونة من ١٠١ ذكراً و١٤٨ أنثى تراوحت أعمارهن ما بين ١٨- ٢٣ سنة، وجدت علاقة ارتباطية سالبة بين الاكتئاب وإدراك الذكور والإناث للقبول من قبل الوالدين وهي اقوى لدى الإناث

كما وجدت علاقة ارتباطية موجبة بين الاكتئاب والاضطراب الوالدي لدى الإناث والاكتئاب وعدم الاتساق الوالدي لدى الذكور ولم توجد فروق بين الذكور والإناث في بعض جوانب الاكتئاب (تعميم الفشل، والمبالغة في المعايير والمستويات) وفي لوم الذات كانت الفروق لصالح الإناث (السيد، فاتن: ١٩٩٣).

(٧) وفي دراسة مسحية لدى انتشار الاضطرابات النفسية بما فيها القلق والاكتئاب والعداوة والاستعداد للمرض النفسي، قام إبراهيم وإبراهيم (١٩٩٧)، بتطبيق مقاييس مقننة للاكتئاب والقلق والعداوة على عينة مكونة من ١٠٢٤ من الإناث، و٩٨٩ من الذكور من أطر ثقافية واجتماعية متباينة بالمنطقة الشرقية في المملكة العربية السعودية، وبالرغم من أن الفروق بين الذكور والإناث لم تكن ضخمة، إلا أن النساء سجلن عموماً درجات مرتفعة عن الذكور في كل المتغيرات المرضية، وقد ازدادت هذه الفروق بشكل جوهري بين من هم أصغر، أي بين طالبات المدارس الثانوية، والطالبات الجامعيات، بينما كانت أقل الدرجات في الاكتئاب لدى النساء العاملات (Ibrahim & Ibrahim, 1997).

(٨) وتصدت هوكسيما وآخرون (Hoeksema et al, 1999) لدراسة الفروق الجنسية والأعراض الاكتئابية، وقد نص فرض الدراسة على أن الإناث المسنات أكثر قابلية للتعرض للأعراض الاكتئابية مقارنة بالذكور المسنين، ويعززون ذلك إلى حصولهن على معانٍ ضعيفة للموضوع ويقمن بالتركيز عليه، كما أنهن ينجذبن نحو التعامل مع التخيلات والتأملات بشكل كبير، وأجريت هذه الدراسة على عينة تمتد من عمر (٢٥ - ٧٥) سنة، وتم قياس الحالة المزاجية وضعف السيطرة والسرحان، وتوصلت الدراسة إلى أن هذه المتغيرات كانت أكثر شيوعاً لدى المسنات مقارنة بالذكور وكذلك وجود فروق جنسية دالة بالنسبة للأعراض الاكتئابية مع وجود علاقة دالة بين السرحان والسيطرة على الأعراض الاكتئابية، كما اتضح وجود علاقة متبادلة بينهما حيث تسهم الأعراض الاكتئابية في حالة السرحان وضعف السيطرة مع التقدم العمري.

(٩) دراسة التونسي، عديلة حسن طاهر سنة (٢٠٠٢) بعنوان (القلق والاكتئاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات في مدينة مكة المكرمة) وهي رسالة ماجستير

مقدمة إلى قسم العلوم النفسية في كلية التربية بجامعة أم القرى في المملكة العربية السعودية، وهدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين المطلقات وغير المطلقات في متوسط القلق والاكتئاب واستخدمت الباحثة مقياس الطائف للقلق والاكتئاب على عينه من (١٨٠) من المطلقات وعينة ضابطة من (١٨٠) من غير المطلقات في مدينة مكة المكرمة، وشملت تساؤلات البحث وفرضياته موزعة على أبعاد هي الفروق العامة بين المطلقات وغير المطلقات، الفروق بين المطلقات تبعاً لمصدر الطلاق، البعد الزمني، ومن ذلك عمر المطلقة عند الزواج والعمر الحالي والمدة بعد الطلاق، الأحوال الاجتماعية والاقتصادية، الأمومة ورعاية الأبناء، وتحليل البيانات إحصائياً انتهت الدراسة إلى وجود دالة إحصائية من القلق والاكتئاب بالمطلقات مقارنة بعدم المطلقات. (التونسي: ٢٠٠٢).

(١٠) دراسة بن بريك، عبد الحكيم سنة ٢٠٠٥ وهي دراسة عبر الحضارية، بعنوان "العوامل السيكولوجية للعصابية لدى الطلاب اليمنيين بهدف وضع مبادئ علاج نفسية" قارن خلالها بين عينات من الطلاب والطالبات اليمنيين والروس من حيث بعض الخصائص الشخصية والمرضية مستخدماً عدة اختبارات نفسية من بينها قائمة الأعراض المرضية SCL. أظهرت النتائج في العينة اليمنية أن شدة الأعراض العصبية لدى الإناث أعلى بكثير من الذكور. أما في العينة الروسية فالفروق أقل بين الجنسين وبالعكس الاتجاه السابق (الذكور أكثر عصابية من الإناث). كما لوحظ وجود مزيد من الفروقات عبر الحضارية أكثر وضوحاً في عينة الإناث (اليمنيات أكثر عصابية من الروسيات). كما تبين أيضاً أن الطالبات اليمنيات حصلن على درجات أعلى في مقياس الاكتئابية عن أقرانهم الطلاب اليمنيين الذكور. ومن المعروف أن النزوع العصابي يشكل مناخاً مهيئاً لاكتساب شتى الاضطرابات النفسية والانفعالية بما فيها الاكتئاب. (بن بريك ٢٠٠٥م).

(١١) وفي دراسة بعنوان "ترافق المراضة بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدى طلبة الجامعات في قطاع غزة" قام بها ثابت، عبد العزيز موسى. هدفت الدراسة إلى التعرف على ترافق المراضة بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدى طلبة الجامعات في قطاع غزة في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية مثل الجنس،

والعمر، والسكن، والدخل الشهري، وتعليم الوالدين وعملهما. واشتملت العينة على ٣٣٢ من طلبة الجمعيات الفلسطينية منهم ١٦٢ ذكور و١٧٠ إناث ممن تراوح أعمارهم بين ١٨ - ٢٥ سنة. تم تطبيق اختبار الخبرات الصادمة ومقياس كرب ما بعد الصدمة ومقياس بيك للاكتئاب عليهم. تبين أن الذكور أكثر عرضة للخبرات الصادمة ولم تسجل فروق دالة إحصائية في مستوى الخبرات الصادمة تعزى للعمر أو نوع السكن أو الدخل الشهري. كما وجدت فروق دالة إحصائية في مستوى كرب ما بعد الصدمة تعزى للجنس وذلك لصالح الإناث ولم تجد النتائج فروقا ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب تعزى للجنس، للعمر، أو للدخل الشهري لأسر أفراد العينة. وكشفت النتائج عن أن ٧٣ من المكرويين هم مكتئبين بنسبة ٧٠.٩٪، وأن ٣٠ من المكرويين لديهم ترافق مرادة مع الاكتئاب بنسبة ٢٩.١٪ من الطلبة (ثابت، ٢٠٠٧).

(١٢) دراسة الزايدي، ابتسام (١٤٢٧)هـ بعنوان: "صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات الانفعالية (القلق - الاكتئاب - الخجل) لدى عينة من المراهقين والمراهقات للمرحلتين الدراسيتين المتوسطة والثانوية داخل مدينة الطائف" وهي أطروحة ماجستير غير منشورة مقدمة الى جامعة ام القرى بمكة المكرمة - كلية التربية - قسم علم النفس. هدفت الدراسة إلى: فحص الفروق بين عينات الدراسة في صورة الجسم والمتغيرات الانفعالية التالية: القلق، والاكتئاب، والخجل؛ وكذا الكشف عن العلاقة الارتباطية بين صورة الجسم والمتغيرات الانفعالية سابقة الذكر لدى عينة المراهقين والمراهقات مستخدمة المنهج الوصفي. وقد أجريت على عينة مكونة من (٣٠٠) طالب، و(٣٠٠) طالبة من طلاب المرحلتين الدراسيتين المتوسطة والثانوية من التعليم العام داخل مدينة الطائف. وطبقت عددا من الاختبارات النفسية من بينها مقياس الاكتئاب (د) BDI من إعداد غريب عام (١٩٩٩م). وقد أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المراهقين والمراهقات في صورة الجسم لصالح المراهقين. أي أن المراهقين أكثر رضا عن صورة الجسم من المراهقات. كما وجدت فروق ذات دلالة بين المراهقين

والمراهقات في درجة القلق والاكتئاب وفي درجة الخجل لصالح المراهقات (الزايدي، ١٤٢٧ هـ) .

١٣) دراسة المحمداوي، حسن إبراهيم سنة (٢٠٠٨) بعنوان دراسة بعض أعراض الاكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية في السويد " استهدفت التعرف على مستوى الاكتئاب النفسي لدى المسنين وهل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب وفقاً للمتغيرات أ . الجنس ، ب . الحالة الاجتماعية. أجريت الدراسة باستخدام اختبار من إعداد الباحث نفسه على عينة عشوائية من المسنين بلغ قوامها (٥٠) مسن من أفراد الجالية العربية المقيمة في السويد، وأسفرت النتائج عن وجود أعراض الاكتئاب لدى عينة البحث وأن الإناث والمترملين أكثر شعوراً بالاكتئاب من الآخرين. وأوصت الدراسة ببعض التوصيات والمقترحات في ضوء النتائج التي توصلت إليها (المحمداوي، ٢٠٠٨).

منهجية الدراسة:

أولاً: عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ٢٣٦ امرأة. منهن ٥٠ فتاة في سن المراهقة، ٤٧ امرأة من الحوامل، ٤٩ منهن في طور النفاس (مرحلة ما بعد الولادة)، و ٩٠ امرأة عادية في سن الرشد والكهولة. وقد تم اختيار كل مجموعة من تلك العينات عشوائياً. واستعان الباحثان بطلاب وطالبات المستوى الثالث - ترميز بكلية التمريض جامعة حضرموت لتطبيق المقياس على النساء الحوامل والواضعات (في طور النفاس)، خلال فترات دراستهم التطبيقية (الفصل الدراسي الأول للعام الجامعي ٢٠١٠ - ٢٠١١م) في أقسام النساء والولادة بمستشفيات ومستوصفات ومراكز الأمومة بمدن وأرياف ساحل حضرموت. الجدول (١) أدناه يبين خصائص العينة الكلية من حيث متغيرات الحالة، العمر، المستوى التعليمي والحالة الاجتماعية.

جدول (١) توزيع أفراد العينة حسب المتغيرات المستقلة

المتغير	الحالة البيولوجية			العمر			المستوى التعليمي			الحالة الاجتماعية			
	عدييات في سن الرشد	مراهقات	حوامل	نفس	١٩ - ١٣	٢٠ - ٣٩	٤٠ - ٦٠	أميات	دون الجامعة	جامعيات	عازبات	متزوجات	أرامل ومطلقات
فئات المتغير	٩٠	٥٠	٤٧	٤٩	٥٩	١٥١	٢٦	١٨	١٦٣	٥٥	٨٧	١٤٧	١١
العدد	٩٠	٥٠	٤٧	٤٩	٥٩	١٥١	٢٦	١٨	١٦٣	٥٥	٨٧	١٤٧	١١
النسبة	%٣٨	%٢١	%٢٠	%٢١	%٢٥	%٦٤	%١١	%٨	%٦٩	%٢٣	%٣٣	%٦٢	%٥

ثانياً: أداة الدراسة:

استخدمت في هذه الدراسة قائمة " بيك " للاكتئاب (Beck) B D I Depression Inventory . وهي من أكثر قوائم الاكتئاب استخداماً وشيوعاً منذ عام ١٩٦١ وحتى الآن مع المجموعات الإكلينيكية وغيرها، والتي أجريت عليها أكثر من (١٠٠٠) دراسة على مدى (٣٦) عاماً في مختلف بلدان العالم (الأنصاري ، ١٩٩٨).

وصاحب هذا المقياس هو العالم والطبيب النفسي الأميركي المعروف (Aaron Beck)، الأستاذ بجامعة بنسلفانيا الأمريكية، وهو من المساهمين في تطوير حركة العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب وما عدها من الاضطرابات.

النسخة العربية المستخدمة في هذه الدراسة من إعداد حمدي وزملاءه (١٩٩٨) وتتكون القائمة من ٢١ بند، يتعلق كل منها بعرض من الأعراض السريرية للاكتئاب. وتقيس في مجموعها شدة الاكتئاب لدى البالغين، ويتم حساب النقاط وفقاً لتدرج ليكرت الرباعي وتتراوح درجات الاستجابة عليه بين (٠) وتعني عدم وجود عرض إلى (٣) وتعني وجود عرض شديد، ويقوم المفحوص بوضع دائرة حول الدرجة الموضوعه للعبارة التي يرى أنها تنطبق عليه، ويتراوح مجموع الدرجات على هذه الأداة بين صفر و٦٣ درجة (حمدي، وأبو حجلة، وأبو طالب، ١٩٩٨).

الأعراض التي يقيسها المقياس مرتبة وفق الدراسة الحالية هي : (d1) الحزن (d2) التشاؤم (d3) الفضل السابق (d4) فقدان الاستمتاع (d5) مشاعر الندم والذنب (d6) مشاعر العقاب (d7) كراهية النفس (d8) إدانة الذات (d9) الأفكار أو الرغبات الانتحارية (d10) البكاء (d11) التهيج والاستثارة (d12) الانسحاب الاجتماعي (d13) التردد (d14) تغير صورة الجسم والشكل (d15) هبوط مستوى الكفاءة والطاقة (d16) اضطرابات النوم (d17) التعب والقابلية للإرهاق (d18) تغيرات في الشهية (d19) تناقص الوزن (d20) الانشغال على الصحة (d21) فقدان الاهتمام بالجنس .

تم حساب مصداقية النسخة العربية من هذا المقياس على البيئة المصرية باستخدام معامل ألفا وكان = ٠.٧٩ (غريب، ٢٠٠٠). وتم استخدام هذا المقياس في دراسات أبو ليلى، ٢٠٠٣، وأبو سيف، ٢٠٠٣ في البيئة الفلسطينية وكانت مصداقيته عالية (أورد في : ثابت، ٢٠٠٧).

تفسر نتائج المقياس في الجدول أدناه :

الدرجة	صف - ٩	١٠ - ١٥	١٦ - ٢٣	٢٤ فما فوق
تفسيرها	لا يوجد اكتئاب	اكتئاب بسيط	اكتئاب متوسط	اكتئاب شديد

الحد الفاصل بين الاكتئاب وعدمه تبدأ من مستوى (١٠)

ثالثاً: تصميم الدراسة: تعد الدراسة الحالية وصفية ارتباطية، وكانت متغيراتها

على النحو الآتي:

(أ) المتغيرات المستقلة:

(١) الحالة البيولوجية للمرأة. (٢) العمر.

(٣) المستوى التعليمي. (٤) الحالة الاجتماعية.

(ب) المتغيرات التابعة:

(١) مستوى شدة الاكتئاب.

(٢) أعراض الاكتئاب (٢١ عرض) وفق بنود المقياس.

طريقة تحليل البيانات

للتحقق من أهداف الدراسة أعتمد الباحثان على العديد من الوسائل الإحصائية منها المتوسطات و تحليل التباين أحادي الاتجاه لاختبار دلالة الفروق في الاكتئاب النفسبيين متوسطات العينات المختلفة المدروسة تبعاً لمتغيرات الفئات العمرية والحالة البيولوجية، والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية، واعتمد الباحثان على نظام الحزمة الإحصائية (SPSS)، لما لها من مزايا كثيرة تكمن في توفير الكثير من الوقت والجهد ، وأن نتائجها أكثر موضوعية ومعيارية.

نتائج الدراسة:

للإجابة على السؤال الرئيس: ما مدى انتشار الاكتئاب لدى النساء في ساحل حضرموت، وما أبرز أعراضه؟ والسؤال الخامس نلاحظ أن الجدول رقم (٢) يشير إلى أن ٨١٪ من عينة البحث من تعاني من الاكتئاب منها ٢٨٪ من إجمالي العينة يعانون من اكتئاب شديد و٣٠٪ من اكتئاب متوسط. أما وفقا لمتغير الحالة البيولوجية سنلاحظ أن النساء هن أكثر من يعاني من الاكتئاب بشكل عام بينما الحوامل هن الأكثر نسبة في من يعاني من الاكتئاب الشديد. بالنسبة لمتغير السن فقد تقاربت النسب ولكن نلاحظ أن الأصغر سنا كان انتشار الاكتئاب الشديد أكبر من الأنواع الأخرى من الاكتئاب. بينما متوسطات السن والكبيرات في السن كان الاكتئاب المتوسط الأكثر انتشارا.

أما بالنسبة لمتغير المستوى الدراسي فنلاحظ أن الأميات هن أكثر من يعاني من الاكتئاب حيث بلغت نسبة المكتئبات ١٠٠٪ توزعت بالتساوي على فئات الاكتئاب الثلاث، شديد ومتوسط وخفيف. ثم تلتهن ذات المستوى التعليمي دون الجامعة والتي انتشر عند اغلبهن الاكتئاب المتوسط وكانت فئة الجامعيات هن الفئة الأقل معاناة من الاكتئاب ولكن كان الاكتئاب الشديد هو الأكثر انتشارا بينهن. بالنسبة لمتغير الحالة نلاحظ أن فئة الأرامل والمطلقات (أخرى) هن أكثر من يعاني من الاكتئاب وظهر بوضوح عندهن الاكتئاب الشديد والمتوسط وهذا يتوافق إلى حد ما مع دراسة (كارترايت وآخرون ١٩٨٤، ودراسة التونسي ٢٠٠٢، ودراسة المحمداوي ٢٠٠٨).

تلتهن المتزوجات فالعازبات وأيضا انتشر عند هاتين الفئتين النوع الشديد والمتوسط من الاكتئاب.

من خلال جدول رقم (٣) نلاحظ ان "هبوط مستوى الكفاءة والطاقة" هو العرض الأكثر انتشارا بين كل الفئات باستثناء فئات المراهقات والعازبات وصغار السن اللاتي ظهر لديهن "التردد" كعرض الأكثر انتشارا ولا ننسى هنا أن جزء كبير من فئة العازبات هن من فئة المراهقات وصغار السن. أما "فقدان الاهتمام بالجنس" فقد انتشر بين شريحة الأرامل والمطلقات (أخرى) وشريحة الأميات وكبار السن. والذي ظهر كعرض ثاني انتشارا بين كل من الحوامل والنساء والمتزوجات ومتوسطات السن. وظهر "هبوط مستوى الكفاءة والطاقة" كعرض ثاني عند كل من الأميات وكبار السن. أما أقل الأعراض انتشارا عند كل الشرائح هي الأفكار الانتحارية أما عرض الفشل السابق فكان في المرتبة الثانية الأقل انتشارا أيضا عند كل الشرائح باستثناء شريحة المراهقات والعازبات وصغار السن واللاتي ظهر عندهن فكان الاهتمام بالجنس كعرض ثاني.

جدول رقم (٢) يبين مدى انتشار الاكتئاب بشكل عام ووفقا للمتغيرات

المتغير	الفئة	لا يوجد		اكتئاب خفيف		اكتئاب متوسط		اكتئاب شديد		مجموع من يعانون	
		العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
الحالة البيولوجية	جميع افراد العينة	٤٤	%١٨.٦	٥٥	%٢٣.٣	٧١	%٣٠.١	٦٦	%٢٨.٠	١٩٢	%٨١.٤
	عاديات راشادات	٢٩	%٣٢.٢	٢٣	%٢٥.٦	٢٢	%٢٤.٤	١٦	%١٧.٨	٦١	%٦٧.٨
	مراهقات	٨	%١٦.٠	١٣	%٢٦.٠	١٤	%٢٨.٠	١٥	%٣٠.٠	٤٢	%٨٤.٠
	حوامل	٥	%١٠.٦	٧	%١٤.٩	١٦	%٣٤.١	١٩	%٤٠.٤	٤٢	%٨٩.٤
	نفاس	٢	%٤.١	١٢	%٢٤.٥	١٩	%٣٨.٧	١٦	%٣٢.٧	٤٧	%٩٥.٩
العمر	١٩ - ١٣	١١	%١٨.٦	١٤	%٢٣.٤	١٥	%٢٥.٤	١٩	%٣٢.٢	٤٨	%٨١.٤
	٢٠ - ٣٩	٢٨	%١٨.٥	٣٤	%٢٢.٦	٤٨	%٣١.٧	٤١	%٢٧.٢	١٢٣	%٨١.٥
	٤٠ - ٦٠	٥	%١٩.٢	٧	%٢٧.٠	٨	%٣٠.٧	٦	%٢٣.١	٢١	%٨٠.٨
المستوى التعليمي	اميات	-	-	٦	%٣٣.٣	٦	%٣٣.٣	٦	%٣٣.٣	١٨	%١٠٠
	دون جامعي	٢٩	%١٧.٨	٣٨	%٢٣.٣	٥٢	%٣١.٩	٤٤	%٢٧.٠	١٣٤	%٨٢.٢
	جامعيات	١٥	%٢٧.٣	١١	%٢٠.٠	١٣	%٢٣.٦	١٦	%٢٩.١	٤٠	%٧٢.٧
الحالة الاجتماعية	عازبات	١٨	%٢٣.١	١٩	%٢٤.٤	٢٢	%٢٨.٢	١٩	%٢٤.٤	٦٠	%٧٦.٩
	متزوجات	٢٥	%١٧.٠	٣٤	%٢٣.١	٤٥	%٣٠.٦	٤٣	%٢٩.٣	١٢٢	%٨٣.٠
	أخرى	١	%٩.١	٢	%١٨.٢	٤	%٣٦.٤	٤	%٣٦.٤	١٠	%٨٩.٩

جدول رقم (٣) بين مدى انتشار الأعراض

المتغيرات	الأعراض الأكثر انتشارا		الأعراض الأقل انتشارا	
	الأول	متوسط	الثاني	الثالث
جميع أفراد العينة	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	١.٢٩	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	٠.٥٦
	عادات واشادات	١.٢١	عادات واشادات	٠.٤٦
الحالة البيولوجية	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	١.٤٢	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	٠.٤٩
	مراهقات	١.٤٢	مراهقات	٠.٣٨
العمر	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	١.٤٥	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	٠.٥٧
	٢٩ - ٢٠	١.٣٢	٢٩ - ٢٠	٠.٣٣
المتغيرات	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	١.٢٩	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	٠.٥٦
	عادات واشادات	١.٢١	عادات واشادات	٠.٤٦
الحالة البيولوجية	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	١.٤٢	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	٠.٤٩
	مراهقات	١.٤٢	مراهقات	٠.٣٨
العمر	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	١.٤٥	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	٠.٥٧
	٢٩ - ٢٠	١.٣٢	٢٩ - ٢٠	٠.٣٣
المتغيرات	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	١.٢٩	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	٠.٥٦
	عادات واشادات	١.٢١	عادات واشادات	٠.٤٦
الحالة البيولوجية	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	١.٤٢	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	٠.٤٩
	مراهقات	١.٤٢	مراهقات	٠.٣٨
العمر	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	١.٤٥	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	٠.٥٧
	٢٩ - ٢٠	١.٣٢	٢٩ - ٢٠	٠.٣٣
المتغيرات	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	١.٢٩	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	٠.٥٦
	عادات واشادات	١.٢١	عادات واشادات	٠.٤٦
الحالة البيولوجية	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	١.٤٢	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	٠.٤٩
	مراهقات	١.٤٢	مراهقات	٠.٣٨
العمر	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	١.٤٥	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	٠.٥٧
	٢٩ - ٢٠	١.٣٢	٢٩ - ٢٠	٠.٣٣
المتغيرات	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	١.٢٩	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	٠.٥٦
	عادات واشادات	١.٢١	عادات واشادات	٠.٤٦
الحالة البيولوجية	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	١.٤٢	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	٠.٤٩
	مراهقات	١.٤٢	مراهقات	٠.٣٨
العمر	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	١.٤٥	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	٠.٥٧
	٢٩ - ٢٠	١.٣٢	٢٩ - ٢٠	٠.٣٣

٠.٥٠	مشاعر العقاب	٠.٥٦	كراهية النفس	٠.٥٤	تغير صورة الجسم والشكل	٠.٥١	التشاؤم	٠.٥٣	الفضل السابق	٠.٥٢	تناقص الوزن	٠.٧٣	مشاعر العقاب، كراهية النفس، تغير صورة الجسم، تناقص الوزن، الانشغال على الصحة
٠.٤٦	كراهية النفس	٠.٥٦	الفضل السابق	٠.٥٣	الفضل السابق	٠.٣٨	الفضل السابق	٠.٤٦	فقدان الاهتمام بالجنس	٠.٤٦	الفضل السابق	٠.٢٢	
٠.١٢	الأفكار الانتحارية	٠.١٧	الأفكار الانتحارية	٠.١٨	الأفكار الانتحارية	٠.٢٠	الأفكار الانتحارية	٠.٢٦	الفضل السابق	٠.١٤	الفضل السابق	٠.٢٢	
١.٢٣	التعب والقابلية للإرهاق	١.٤٤	اضطرابات النوم	١.١٠	التعب والقابلية للإرهاق	١.٠٢	الحزن	١.١٠	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	١.٢٠	التعب والقابلية للإرهاق	١.٦٤	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة
١.٣١	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	١.٧٢	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	١.١٩	التردد	١.٠٥	مشاعر الندم والذنب	١.١٣	مشاعر الندم والذنب	١.٢٦	فقدان الاهتمام بالجنس	١.٦٤	الانسحاب الاجتماعي
١.٦٢	فقدان الاهتمام بالجنس	١.٨٩	فقدان الاهتمام بالجنس	١.٢٥	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	١.٢٥	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	١.١٨	التردد	١.٣٦	هبوط مستوى الكفاءة والطاقة	٢.٢٧	فقدان الاهتمام بالجنس
٦٠ - ٤٠	امي	امي	دون الجامعي	جامعي	عازبات	متزوجات	غير ذلك	الحالة الاجتماعية	المستوى التعليمي				

جدول رقم (٤) بين الدلالة الإحصائية وفقاً لمتغير الحالة البيولوجية (عاديات - مراهقات - حوامل - نساء)

الدلالة الإحصائية	قيمة ف	التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
٠.٠٠١	٥.٣٩٥	٤٤٨.٣٨٣	٣	١٣٤٥.١٤٨	بين المجموعات
		٨٣.١٠٥	٢٣٢	١٩٢٨٠.٤٢٨	داخل المجموعات

للإجابة على السؤال رقم (١) تشير النتيجة في جدول رقم (٤) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي فئات الحالة البيولوجية في مستوى الاكتئاب. وبالعودة إلى اختبار توكي جدول رقم (٥) بين ان الفروق هي بين فئة العاديات وفئة الحوامل لصالح الحوامل، وبين فئة العاديات وفئة النساء لصالح فئة النساء. بينما ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين بقية الفئات.

جدول رقم (٥) اختبار توكي للفرق الدال الموثوق به " Tukey HSD " :

الدلالة الإحصائية	الخطأ المعياري	فرق المتوسط	الحالة البيولوجية
٠.٠٧٥	١.٦٠٨	٣.٩٠٢.	عاديات - مراهقات
٠.٠٠٥	١.٦٤١	٥.٥١٨.	عاديات - حوامل
٠.٠١٢	١.٦١٨	٥.٠٠٤.	عاديات - نساء
٠.٨١٩	١.٨٥٢	١.٦١٦.	مراهقات - حوامل
٠.٩٣٢	١.٨٣٣	١.١٠٢.	مراهقات - نساء
٠.٩٩٣	١.٨٦١	٠.٥١٤	حوامل - نساء

جدول رقم (٦) بين قيمة ف والدلالة الإحصائية وفقا لمتغير العمر

الدلالة الإحصائية	قيمة ف	التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
٠.٧٣٨	٠.٣٠٥	٢٦.٨٩٣	٢	٥٣.٧٨٥	بين المجموعات
		٨٨.٢٩١	٢٣٣	٢٠٥٧١.٧٩١	داخل المجموعات

جدول رقم (٧) بين قيمة ف والدلالة الإحصائية وفقا لمتغير المستوى التعليمي

الدلالة الإحصائية	قيمة ف	التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
٠.١٦٥	١.٨١٥	١٥٨.٢٢١	٢	٣١٦.٤٤٢	بين المجموعات
		٨٧.١٦٤	٢٣٣	٢٠٣٠٩.١٣٥	داخل المجموعات

جدول رقم (٨) بين قيمة ف والدلالة الإحصائية وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية

الدلالة الإحصائية	قيمة ف	التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
٠.٢٥٣	١.٣٨٣	١٢١.٠٠٦	٢	٢٤٢.٠١٢	بين المجموعات
		٨٧.٤٨٣	٢٣٣	٢٠٣٨٣.٥٦٤	داخل المجموعات

للإجابة على الأسئلة (٢ و ٣ و ٤) تبين لنا الجداول (٦ و ٧ و ٨) أنه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للمتغيرات الثلاثة وهي (العمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية).

توصيات: من خلال النتائج يمكن أن نخلص إلى التوصيات الآتية وخاصة عند التشخيص للتوصيتين الأوليين:-

- (١) إن ظهور العرضين "هبوط مستوى الكفاءة والطاقة" و "فقدان الاهتمام بالجنس" لدى المتزوجات والمطلقات والأرامل ومتوسطات السن وكبيرات السن يمكن ان يكون مؤشرا قويا لوجود مستوى من الاكتئاب يتطلب التدخل الإرشادي.
- (٢) إن نساء حضرموت الساحل بمختلف فئاتهن هن اقدر في التعبير عن متاعبهن الجسدية مقارنة بحالاتهن النفسية.
- (٣) يجب أن يولى للنساء اهتمام كبير في الرعاية النفسية.
- (٤) يوصى أن تكون هناك دراسات أخرى تتطرق إلى تقصي السببية وطرق التعامل مع هذه الأعراض من قبل النساء المصابات.

المراجع العربية :

- (١) القرآن الكريم : سورة القصص : الآية ١٠
- (٢) القرآن الكريم : سورة يوسف: الآية ٨٤
- (٣) إبراهيم، عبد الستار. ١٩٩٨: الاكثئاب، اضطراب العصر الحديث- فهمه وأساليب علاجه. سلسلة عالم المعرفة (٢٣٩). المجلس الوطني للثقافة والعلوم. الكويت.
- (٤) أحمد، سهير كامل. ١٩٨٧: الاكثئاب والانطواء الاجتماعي لدى المسنين المتقاعدین في البيئتين المصرية والسعودية . مجلة دراسات تربوية، المجلد الثاني، الجزء السابع. القاهرة.
- (٥) الأنصاري، بدر محمد. ١٩٩٨: الصورة الكويتية لقائمة "بيك" للاكثئاب. المجلة التربوية - مجلد ١٢، ع ٤٦، ص ٧٧- ١١٢، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت. الكويت
- (٦) المرجع السريع إلى المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي والإحصائي المعدل للأمراض العقلية جمعية الطب النفسي الأمريكية DSM-4 - سنة الطبع ٢٠٠٤.
- (٧) بن بريك، عبد الحكيم. ٢٠٠٥: "العوامل السيكلولوجية للعصابية لدى طلاب الجامعات اليمنية بهدف وضع مبادئ علاج نفسي". رسالة دكتوراه باللغة الروسية غير منشورة مقدمة إلى جامعة سانت بطرسبرغ - كلية علم النفس، قسم علم النفس الإكلينيكي. - راجع الملخص في مجلة جامعة حضرموت للعلوم الإنسانية مج ٨ عدد ٢ سنة ٢٠١١م.
- (٨) بن بريك، عبد الحكيم. (٢٠١٣). مدخل إلى الاضطرابات النفسية والنفسجسدية للمرأة الحامل. مجلة جامعة حضرموت، ١٠ (١)، ٥٣- ٨١.
- (٩) التونسي، عديله حسن. ٢٠٠٢: القلق والاكثئاب أدى عينه من المطلقات وغير المطلقات في مدينة مكة المكرمة . رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة إلى قسم علم النفس في كلية التربية جامعة ام القرى. مكة المكرمة.

- (١٠) ثابت، عبد العزيز موسى ٢٠٠٧م: ترافق المراضة بين الاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة لدى طلبة الجامعات في قطاع غزة. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد ١٥ & ١٦ - صيف وخريف ص ١٢ - ٣٢.
- (١١) جابر، جابر؛ وكناني، علاء: معجم علم النفس المعاصر، دار النهضة العربية، القاهرة. ١٩٩٠
- (١٢) جريجوري هسلر ٢٠١٠ Gregor Hasler: فسيولوجيا الاكتئاب: هل لدينا أي دليل متواتر يهيم الأطباء المعالجين؟ مجلة الجمعية العالمية للطب النفسي، السنة التاسعة، العدد ٣ أكتوبر ٢٠١٠ ص ٢٩ - ٣٥
- (١٣) جلال، اسعد ١٩٨٦: في الصحة العقلية، الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية. دار الفكر العربي. القاهرة.
- (١٤) حمدي، نزيه؛ ونظام أبو حجله؛ وصابر أبو طالب ١٩٩٨: قائمة وصف المشاعر (بيك للاكتئاب)، البناء العاملي ودلالات صدق وثبات صورة معربة لقائمة بيك للاكتئاب، مجلة دراسات.. مجلد (١٢) عدد (١١).
- (١٥) رضوان، سامر جميل (٢٠٠٠م): القائمة السورية للأعراض. دراسة ميدانية. مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، ٤٤٢٨ ص ١١٣ - ١٣٨.
- (١٦) رضوان، سامر جميل (٢٠٠١م): القلق الاجتماعي: دراسة ميدانية لتقنين مقياس للقلق الاجتماعي على عينات سورية. مجلة مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، ١٩٤١ ص ٤٧ - ٧٧.
- (١٧) رضوان، سامر جميل (د ت): الصورة السورية لمقياس بيك للاكتئاب - دراسة ميدانية على عينة من طلاب جامعة دمشق. قسم علم النفس. كلية التربية. جامعة دمشق.
- (١٨) الزايدي، ابتسام (١٤٢٧ هجرية): صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات الانفعالية (القلق - الاكتئاب - الخجل) لدى عينة من المراهقين والمراهقات للمرحلتين الدراسيتين المتوسطة والثانوية داخل مدينة الطائف. رسالة ماجستير غير منشورة. قسم علم النفس - كلية التربية - جامعة ام القرى. مكة المكرمة. المملكة العربية السعودية.

- ١٩) زهران، حامد عبد السلام ١٩٩١: الصحة النفسية والعلاج النفسي. عالم الكتب. القاهرة.
- ٢٠) سرحان، وليد؛ الخطيب، جمال؛ حباشنة، محمد (٢٠٠١م): الاكتئاب. الطبعة الأولى. مجدلاوي. عمان.
- ٢١) السيد، صالح حزين (١٩٩٣): إساءة معاملة الأطفال (دراسة إكلينيكية)، مجلة الدراسات النفسية تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين مج ٣. القاهرة.
- ٢٢) السيد، فاتن عبد الفتاح (١٩٩٣) مظاهر الاكتئاب لدى الفتاة الجامعية دراسة لعلاقة مظاهر الاكتئاب ببعض متغيرات التنشئة الأسرية كما يدركه الفتيات، رسالة دكتوراه غير منشورة مقدمة إلى جامعة الزقازيق، كلية الآداب، قسم علم النفس.
- ٢٣) شابرول، هنري (١٩٩٨). تعريب سلمان قعفراني: المراهقة والاكتئاب. عويدات للنشر والطباعة. بيروت.
- ٢٤) الشربيني، لطفى (٢٠٠٧م): الاكتئاب .. نظرة عامة. الكتاب الالكتروني لشبكة العلوم النفسية العربية: العدد ٩، لسنة
- ٢٥) الشهري، سالم سعيد سالم (١٩٩٦م): الالتزام الديني في الإسلام وعلاقته بالاكتئاب النفسي لدى عينة من طلاب جامعة أم القرى. رسالة ماجستير غير منشورة. مكة المكرمة.
- ٢٦) شيفر وملمان (١٩٩٩م)، ترجمة سعيد حسني العزة: سيكولوجية الطفولة والمراهقة (مشكلاتها وأسبابها وطرق حلها). دار الثقافة للنشر والتوزيع. عمان.
- ٢٧) الصواف، منى؛ جليبي، قتيبة (٢٠٠١م): الصحة النفسية للمرأة العربية. http://www.hayatnafs.com/7aola_almar2a/psychiatricdisorders&mensrualcycles.htm
- ٢٨) طه، فرج عبد القادر وآخرون (١٩٩٣م): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط (١). دار سعاد الصباح. القاهرة.
- ٢٩) عبد الخالق احمد (١٩٩٩م): التفاؤل والتشاؤم عرض لدراسات عربية، مؤتمر الخدمة النفسية والتنمية، الكويت.

- ٣٠) عسكر، عبد الله (٢٠٠١م): الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
- ٣١) عسكر، عبد الله (١٩٨١م): الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص. الانجلو المصرية. القاهرة.
- ٣٢) عفيضي، عبد الحكيم ١٩٨٩م: الاكتئاب والانتحار. الدار المصرية. القاهرة.
- ٣٣) عكاشة، احمد ١٩٩٢م: الطب النفسي المعاصر. الانجلو المصرية. القاهرة.
- ٣٤) عوض، رثيفة رجب ٢٠٠١م: ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة (التشخيص والعلاج). مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة.
- ٣٥) الغامدي، حامد بن أحمد ضيف الله ١٩٩٦م: الاكتئاب النفسي وعلاقته بالتذكر لدى عينة من مراجعي العيادات النفسية بالمنطقة الغربية. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة عبد العزيز. جده.
- ٣٦) غريب، عبد الفتاح ٢٠٠٢م: الاكتئاب ومركز الضبط لدى عينة مصرية من الراشدين. المجلة المصرية للدراسات النفسية. القاهرة. العدد ٣٤، ص ١ - ٤٢.
- ٣٧) غريب، عبد الفتاح (٢٠٠٠م): مقياس بك الثاني للاكتئاب، مكتبة الانجلو المصرية. القاهرة.
- ٣٨) الفاسم، جمال مثقال؛ و عبيد، ماجدة السيد؛ و الزعبي، عمار (٢٠٠٠م): الاضطرابات السلوكية. دار صفاء للنشر والتوزيع. عمان.
- ٣٩) فرويد، سيجموند ترجمة محمد عثمان نجاتي (١٩٨٩م): الكف والعرض والقلق. دار الشروق. القاهرة.
- ٤٠) اللحياني، سامي أحمد صليح. ١٩٩٦م. مستوى الاكتئاب وقلق الموت لدى عينة من مرضى ومريضات الفشل الكلوي المزمن بالمنطقة الغربية. رسالة ماجستير غير منشورة.
- ٤١) محمد، عبدالفتاح ١٩٩٧م: دراسة إكلينيكية وبائية لاضطراب الاكتئاب لدى سكان إحدى القرى المصرية. " أطروحة دكتوراه غير منشورة" كلية طب الأزهر. القاهرة.

(٤٢) المحمداوي، حسن ابراهيم٢٠٠٨م: دراسة بعض أعراض الاكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية في السويد. مجلة الأكاديمية العربية المفتوحة في الدنمارك. العدد٧-٦ ص٨٧- ١٠٢

(٤٣) المدني، عادل؛ علي إسماعيل٢٠١٠م: الطب النفسي، إصدار مطبعة الرحمة. القاهرة

(٤٤) معوض، خليل ميخائيل ١٩٩٤م: سيكولوجية النمو (الطفولة والمراهقة). الإسكندرية: دار الفكر الجامعي. الإسكندرية.

(٤٥) منصور، محمد جميل يوسف وآخرون ١٩٨٩م: النمو من الطفولة إلى المراهقة. دار تهامة. جدة.

(٤٦) النمر، مها٢٠٠٧م: سن اليأس .. مرحلة حرجة في حياة المرأة. مجلة التخصصي. العدد ٥ ص٣٧.

المراجع الأجنبية :

- 1) AL-Attass, Hadoon Ali. (2006): Psychické a psychosomatické poruchy u obyvatel Jemenu se zvláštním zřetelom k faktorům pracovnic zátěže (Město AL-MUKALLA). Charles University. Prague (اطروحة دكتوراه غير منشورة).
- 2) American Psychiatric Association (APA) 1994. Premenstrual dysphoric disorder. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington. DC: American Psychiatric Press;714-718.
- 3) Andersch B.; Wendestam C.; Hahn L.; Ohman R. (1986): Premenstrual complaints. I. Prevalence of premenstrual symptoms in a Swedish urban population. J Psychosom Obstet Gynaecol. 5:39-49.
- 4) Aneshensel, C.; Frerichs, R.; & Clark, V. (1981): Family roles and sex difference in depression. Journal of Health and Social Behavior. 22, Dec, 379-393.

- 5) Angold, A.; Erkanli,A.; Farmer,E.M.Z.; Fairbank,J.A.; Burns,B.J.;Keeler,G.; and Costello,E.J. (2002): Psychiatric disorder, impairment and service use in rural African American and white youth. Archives of General Psychiatry. 59: 893-901.
- 6) Barbara L. Parry (2008): Premenopausal Depression. Am J Psychiatry January.165:1
- 7) Beck, A. 1967: Depression Clinical, Experimental and Theoretical Aspects. Harper and Row. New York.
- 8) Beck, A (1967) The Diagnosis and Management of Depression. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.
- 9) Beck, A.; Rush, A.; Shaw, B.; & Emery, G. (1979): Cognitive Therapy of Depression. Guilford Press. New York .
- 10) Beckwith, L. 1990: Adaptive and maladaptive parenting: Implications for intervention. Handbook of early childhood intervention. Cambr. Univ. Press, Cambridge. P. 53—77 .
- 11) Bridge, J.A.; Goldstein, T.R.; Brent, D.A. (2006): Adolescent suicide and suicidal behavior. J. Child Psychol Psychiatry; 47:372—394
- 12) Brown, G.W.; Harris, T.O. (1978): Social Origins of Depression. Free Press. New York, NY .
- 13) Bruning, J. 1968 : Computational Handbook of Statistics. Scott, Foresman and Company. New Jersey .
- 14) Byrne, D. 1981: Sex differences in the reporting of symptoms of depression in the general population. British Journal of Clinical Psychology. 20, 83 – 92.
- 15) Caplan, H. L. , et al. 1989.: Maternal depression and emotional development. British Journal of Psychiatry, 154. 823-828.
- 16) Cartwright, R. D. et al. 1984: Broken dream: A study of the effects of divorce and depression on dream content.

- Psychiatry Journal for the Study of Interpersonal Processes. 47, 3: 251-259.
- 17) Costello, E. 1982: Locus of control and depression in students and psychiatric outpatients . Journal of Clinical Psychology. 38, No. 2, 340 – 343.
- 18) Cox, J.L.; Murray, D.; Champman, G.A. 1998: A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. British Journal of Psychiatry. Vol. 163. P. 27— 31 .
- 19) Culbertson, F. M. 1997: Depression and gender. An international review. American Psychologist, 52,1.
- 20) Cyranowski, J.M.; Frank, E.; Young, E.; Shear, M.K. 2000: Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. Archives of General Psychiatry; 57:21-27 .
- 21) DSM IV (1994) : Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Washington: American Psychiatric Association.
- 22) Flor-Henry, P. 1978: Gender, hemispheric specialization and psychopathology. Social Science and Medicine . Jul. 12. 155-162 .
- 23) Fombonne E. 1999: True trends in affective disorders. In: Cohen P, Slomkoski C, Robins LN, eds. Historical and Geographical Influences on Psychopathology. Laurence Erlbaum, New Jersey:115–39
- 24) Ghareeb, G. (1996): An investigation of some variables related to depression in Egyptian Youth. Paper presented at the World Federation for Mental Health, Cairo World Congress, Cairo, Oct. 1987. (Also published Journal of Education, College of Education, Al – Azhar University, 54, 1 – 10.

- 25) Gilbert, P. 2000: Counseling for depression. Sage publication Ltd. London .
- 26) Gilbert, P. 1992: Depression The evolution of powerlessness.– Hove.: LEA –.
- 27) Halbreich, U. ed. 1997: Hormonal Modulation of Brain and Behavior. American Psychiatric Press; Washington, DC .
- 28) Halbreich, U. ed. 1996: Psychiatric Issues in Women. Ballieres International Practice and Research: Clinical Psychiatry. London, UK: Bailliere-Tindall :
- 29) Halbreich, U. 1995: Menstrually related disorders: what we know, what we only believe we know, and what we know we do not know. Crit Rev Neurobiot; 9: 163-175.
- 30) Halbreich, U.; Endicott, J. 1985: The relationship of dysphoric premenstrual changes to depressive disorders. Act PsychiatrScand; 71: 331.
- 31) Hamilton, J.A.; Halbreich, U. 1993: Special aspects of neuropsychiatric illness in women: focus on depression. Ann RevMed; 44: 355-364.
- 32) Hoeksema, S.N., Grayso, C.,&Larson.J. 1999: Explaining the gender difference in depressive symptoms, Journal of personality and social psychology, Vol. 77, No.5.
- 33) Ibrahim, A-S.,& Ibrahim, R. M. 1996: The foundations of human behaviour in health and illness. Heartstone Book; Carlton Press.New York, N. Y,Kronenberg, F.: Hot flashes: phenomenology, quality of life, and search for treatment options. ExpGerontol 1994; 29: 319–36. □
- 34) Kumar R., Robinson K.M. 1984: A prospective study of emotional disorders in childbearing women // British Journal of Psychiatry. Vol. 144. P. 35–47
- 35) Lewin, M. 1979 : Understanding Psychological Research. John Wiley & Sons. New York .

- 36) Lewisohn, P.M.; Hyman, H.; Roberts, R.E.; Seeley, J.R.; and Andrews, J.A. 1993: Adolescent psychopathology: 1. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*,;102:133-44.
- 37) National Committee for Quality Assurance(2006): *The State of Healthcare Quality*. Washington, DC.
- 38) Nolen-Hoeksema, S.: Sex differences in unipolar depression, evidence and theory. *Psychological Bulletin*. 1987. 101. No. 2. 259-282.
- 39) Rosenfield, S. 1980: Sex differences in depression : do women always have higher rates ? *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 33-42 .
- 40) Rubinow, D.R.; Schmidt, P.J.; and Roca, C.A. 1998: Estrogen-serotonin interactions: Implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*,;44(9):839-50 .
- 41) Rufaie, O.E.F.; & Absood,L.G. 1994: *Experimental therapeutics in addiction medicine*. Haworth Press.New York, N.Y.
- 42) Schindler, H.P.G. 1981: *The Controversial Climacteric*. Eds. P.A.van Keep, W.H.Utian, A.Vermeulen. Lancaster; p. 9–18.
- 43) Serr, D.M.; Atlas, M 1982: *The Menopause: Clinical, Endocrinological and Pathophysiological Aspects*. Eds. P.Fioretti et al. London; New York; p. 507–15.
- 44) Sloan, D.M.;Kornstein, S.G. 2003: Gender differences in depression and response to antidepressant treatment. *PsychiatrClin North Am*; 26:581–594
- 45) Spitzer, R.;Skodol, A.; Cibbon, M.;& Williams, J. 1981: *DSM-III Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed) Case Book*. American Psychiatric Association. New York .

- 46) Straus, M.A.: Stress and child abuse. Kempe C.H., Heifer R.E. (1980). The battered child. Chicago: Chicago Univ. Press,. P. 86—103
- 47) The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 1980 (DSM - III, American Psychiatric Association. (
- 48) Utian, W.H; Serr, D.M. 1976: Consensus on Menopause Research. Eds. P.A. van Keep, R.B.Greenblatt, M.A.Albeaux-Fernet. Lancaster; p. 1—4.
- 49) Walsin, L.R.: Depressive disorders, In J.L. Jacobson, & A. H. Jacobson 1996: (Eds.), Psychiatric Secrets Philadelphia, PA: Mosby.
- 50) Webb, L.; & Allen, R. 1979: Sex differences in mental health. Journal of Psychology, S-Petersburg , 101, 89-96 .
- 51) Weissman, M. & Klerman, G. (1979) Sex differences and the epidemiology of depression. In Edith Gomberg, & Violet Franks (Eds.) Gender and Disordered Behavior, Sex Differences in Psychopathology. New York : Brunner / Mazel. .
- 52) Weissman, M.M.; Bland, R.C; Canino, G.J; Faravelli, C.; Greenwald, S.; Hwu, H.G.; Joyce, P.R.; Karam, E.G.; Lee, C.K.; Lellouch, J.; Lepine, J.P.; Newman, S.C.; Rubin-Stiper, M.; Wells, J.E.; Wickramaratne, P.J.; Wittchen, H.; and Yeh, E.K. (1996): Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. Journal of the American Medical Association,; 9- 276:293 .
- 53) Баз Л.Л. 2005, Послеродовая депрессия. Эмпирические исследования психологических феноменов / "Хрестоматия по перинатальной психологии. Психология беременности, родов и послеродового периода" составитель - А.Н. Васина, М.: Издательство УРАО, с. 235-245

- 54) БазЛ.Л., Скоблог.В.1996 г.
Особенности общения младенцев от матерей послеродовых
ыми депрессиями с взрослым // Психология сегодня:
Тезисы Всерос. конф. по психологии (31 января—2
февраля., Москва). М., Т. 2. Вып. 3. С. 133.
- 55) БазЛ.Л., Скоблог.В. 1999. Психотерапия материнско-
детских отношений при послеродовых депрессиях у женщи
н //
Современные направления психотерапии и их клиническое
применение: Материалы Первой Всерос. учебно-практич.
конф. по психотерапии. М., С. 104.
- 56) Доклад ВОЗ 2001 «Психическое здоровье:
новое понимание, новая надежда.—.»
- 57) Международная классификация болезней (10-
го пересмотра) 1999. /
Классификация психических и поведенческих расстройств.
— К.: Факт ,
- 58) Скоблог.В., БазЛ.Л.,
Баландина Т.А. 1996: Вопросы исследования послеродовых
материнских депрессий в аспекте их влияния на психическо
е здоровье детей //
Актуальные вопросы пограничных состояний и аддиктолог
ии. Томск., С. 64.
- 59) Скоблог.В., Баландина Т.А. 1999.
Послеродовые депрессии у матерей и их связь с психически
м здоровьем младенца // Проблемы младенчества:
нейро-психолого-
педагогическая оценка развития и ранняя коррекция откло
нений: Научно-практич. конф. (15— 16 марта 1999 г.,
Москва). М., С. 125—128.

- 60) Сметник В.П., Кулаков В.И. 2001: Руководство по климатерии. М.: Медицинское информационное агентство.
- 61) Сметник В.П., Ткаченко Н.М., Глезер Г.А., Москаленко Н.П. 1988 Климатерический синдром. М.
- 62) Тювина Н.А. 1991. Психически нарушения у женщин в период климактерия (клиника, лечение, прогноз). Дис. ... д-р мед. наук. М.
- 63) Тювина Н.А. 1996. Психически нарушения у женщин в период климактерия. М.: Крон-пресс.
- 64) Тювина Н.А. 2008; Особенности лечения депрессивных расстройств у женщин. Психiatr. и психофармакотер. 10 (3): 12–6.

مواقع الانترنت

- ١) <http://lossofsoul.com/DEPRESSION/statistic.htm> موقع منظمة الصحة العالمية. آخر زيارة ٧ سبتمبر ٢٠١٣
- ٢) <http://woman.health-ua.com/article/178.html> موقع الصحة النسوية باللغة الروسية. آخر مراجعة في ١٠ سبتمبر ٢٠١٣
- ٣) <http://www.sulayyil.com/vb/showthread.php?p=6613>