وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة عمار ثلجيي بالأغواط

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا

تخصص إرشاد أسري

الموضوع

سن الزواج و علاقته بمستوى الصحة النفسية لدى عينة من المتزوجين

– دراسة ميدانية بولايتي الأغواط و الجلفة

مذكرة مكملة لمتطلبات نيل شهادة الماجستير في علم النفس و علوم التربية

إعداد الطالبة: نوراني سمية

إشراف الأستاذ الدكتور: حسين بوداود

لجنة المناقشة			
الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
د.الباهي سلامي	أستاذ محاضر –أ–	جامعة الأغواط	رئيسا
أ.د.حسين بوداود	أستاذ التعليم العالي	جامعة الأغواط	مشرفا
د.بن الطاهر التيجاني	أستاذ محاضر –أ–	جامعة الأغواط	مناقشا
أ.د.قويدري الأخضر	أستاذ التعليم العالي	جامعة الأغواط	مناقشا
د. عمومن رمضان	أستاذ محاضر –أ–	جامعة الأغواط	مساعد المشرف

السنـــــة الجامعيـــــة 2014–2015 ـــــــة

بسم الله الرحمن الرحيم

وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ
أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً
وَرَحْمَةً إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ

(سورة الروم الآية 21)

كلمة شكر

الحمد لله أولا على نعمه وعلى توفيقه لإكمال هذا العمل ، وحسن تدبيره لشؤوننا ، فلك الحمد بعدد أوراق الشجر ، وبقدر قطرات المطر ، وبقدر من مشى على الأرض من البشر ، وألف صلاة و سلام على من بعثه الله رحمة للعالمين فكان إسمه بعد إسم ربه فصلى عليك الله يا علم الهدى ما هبت النسائم و ما ناحت على الأيك الحمائم .

و الشكر موصول إلى أستاذي الكريم الذي كان خير سند لي و معين ، الأستاذ الدكتور " بوداود حسين " و المعروف باسم رجل التحديات .

كما نتقدم بالشكر و العرفان الجزيلين إلى الأستاذ الدكتور "عمومن رمضان" الذي يسر لي أمورا عديدا، و إلى الأستاذ الدكتور "داودي محمد" ، والأستاذ الدكتور "بن الطاهر التيجاني" ، وإلى كل أساتذتي الأعزاء في قسم علم النفس .

و الشكر إلى كل من علمني حرفا في مختلف الأطوار ، و إلى من أعانني من قريب أو بعيد .

إهداء

إلى والدي الغالي الذي كان سندي وعدتي طوال مشوار حياتي وبلسما لآلامي وتعبي .

إلى والدتي الحبيبة التي حرمت نفسها لتسعدني، وبكت لتفرحني ودعت ربها ليوفقني و التي جعلت الجنة تحت قدميها .

إلى جدتي "خديجة" التي غرست فيا الحكمة والطيبة .

إلى روح جدي صاحب القلب الحنون و الشخصية الفذة و الكرم و الجود (رحمة الله).

إلى زوجي المصون الذي كان معينا لي لإتمام دراستي وكل عائلته الكريمة.

إلى إخوتي وسندي و مؤنسي في هذه الحياة وخاصة الطيبة الحنونة نصيرة ، وزوجة أخي.

إلى أخي الثاني "مراد "والبراعم "يونس سفيان" و "ياسمين ".

إلى المعروفة بسخائها و عطائها زوجة والدي .

إلى جدتي "شريفة "حفظها الله ، و روح جدي "عمر " رحمه الله .

إلى روح الفقيدة و الأخت الثانية "نسرين "رحمها الله .

إلى كل الأعمام و الأخوال و الخالات و أولادهم و كل عائلة "نوراني "

إلى جميع صديقاتي اللاتي عشت معهن أجمل اللحظات .

إلى الأستاذتين الكريمتين "خالدي خيرة "و " القيزي حورية " وجميع صديقاتي في مسجد سي أحمد بن الشريف بالجلفة .

إلى زميلاتي اللاتي جمعتني بهن مقاعد الدراسة ، و بالأخص إلى روح الغائبة و الغالية " ماريا بهياني"

و إلى كل من عرفتهن من بعيد أو من قريب .

ملخص الدراسة

هدفت دراستنا الحالية إلى معرفة العلاقة بين سن الزواج و مستوى الصحة النفسية للمتزوجين لدى عينة من المتزوجين بولايتي الأغواط و الجلفة .

- و للتأكد من صحة فرضيات الدراسة تم تطبيق مقياس الصحة النفسية المعدل من إعداد ليونارد. س،ليمان. لينو كوفي. و قام أبو هين بتعريبه ، و بعد التأكد من الخصائص السيكومترية و تم تطبيقه على عينة تتكون من (118) زوج و زوجة ، و بعد جمع البيانات و تفريغها تمت المعالجة الإحصائية باستعمال نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية (SPSS) ، و أسفرت النتائج على ما يلي :

1 - توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية و سن الزواج .

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتزوجين الزواج المبكر و المتزوجين الزواج المتأخر ، لصالح فئة الزواج المبكر .

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث في مستوى الصحة النفسية للمتزوجين .

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى الإجتماعي لدى المتزوجين

5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المتزوجين .

The abstract :

This Study aims to know The relationship between The marriage age and the psychological health for coup and for assuring of real hypothesis of this study , we applied psychological health score that supervised by Leonard C. Liman Lino Kofi . so Mr Abo Hani translated it to Arabic , After assuring that this psychometric characteristic are applied on samples consist of husbands and wives , and after collecting the information the statistical treatment was by the statistical Spss system

1-there is statistical signification relationship between the

2-there are is statistical signification between couples with early marriage and couple with late marriage , for

3-there are no differences between male and females

4-psychological health linked to social level variables of

5-there are statistical signification differences in psychological health linked to educational level variables .

فهـــــــــرس الموضوعات

كلمة شكر	
اهداء	
ملخص الدراسة بالعربية	أ
ملخص الدراسة بالإنجليزية	ب
فهرس المحتويات	ج- ه
فهرس الجداول	و
فهرس الأشكال	ز
فهرس الملاحق	ز
الفصل الأول : إشكالية الدراسة و اعتباراتها	
مقدمة	01
1-إشكالية الدراسة	05
2-فرضيات الدراسة	07
3-أهداف الدراسة	07
4-أهمية الدراسة	08
5-أسباب إختيار الموضوع	08
6-تحديد المفاهيم الأساسية	09
7-الدراسات السابقة	11
8-التعقيب على الدراسات السابقة	27
الفصل الثاني : سن الزواج	
- تمهيد	32
1- الزواج	32
1-1 تعريف الزواج	32
1-2 أركان الزواج في قانون الأسرة الجزائري	33
1-3حكمة الزواج	34
2-الزواج المبكر	35
2-1 تعريف الزواج المبكر	35
2-2 الأسباب المؤدية للزواج المبكر	36

2-3 إيجابيات و سلبيات الزواج المبكر	37
2-4 النتائج الإجتماعية والصحية للزواج المبكر	38
2-5 الإجراءات التي يتعين اتخاذها للحد من الزواج المبكر	40
3-الزواج المتأخر	41
3-1 تعريف الزواج المتأخر	41
3-2 أسباب الزواج المتأخر	42
3-3 آثار تأخر سن الزواج	43
3-4 النظريات التي فسرت سن الزواج المتأخر	44
- خلاصة الفصل	46
الفصل الثالث : الصحة النفسية	
- تمهيد	48
1- تعريف الصحة النفسية	49
2-تطور الرعاية النفسية عبر العصور	51
3-أهمية الصحة النفسية	54
4-أهداف الصحة النفسية	55
5-الصحة النفسية في الأسرة	55
6-علامات الصحة النفسية	58
7-معايير الصحة النفسية	60
8-العوامل المؤثرة في الصحة النفسية	65
9-مناهج الصحة النفسية	67
10-كيف يحقق الإسلام الصحة النفسية	68
11-الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية من وجهة نظر القرءان الكريم	69
12-النظريات المفسرة للصحة النفسية	70
13-فريق العمل في ميدان الصحة النفسية	83
- خلاصة الفصل.	84
الفصل الرابع : إجراءات الدراسة الميدانية	
1-تمهيد	87
1- التذكير بفرضيات الدراسة	87

2-منهج الدراسة	87
3-حدود الدراسة	88
4-المجتمع وعينة الدراسة	88
5-الدراسة الإستطلاعية	93
6-أدوات الدراسة	94
7-الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة	97
8-إجراءات التطبيق	100
9-الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة :	101
- **خلاصة الفصل**	102
الفصل الخامس : عرض و مناقشة و تفسير نتائج الفرضيات	
- **تمهيد**	104
1-عرض و مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الأولى	104
2-عرض و مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثانية	105
3-عرض و مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثالثة	107
4-عرض و مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الرابعة	109
5-عرض و مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الخامسة	110
- الإستنتاج عام	113
- خاتمة	115
- الإقتراحات	117
- قائمة المراجع	119
- ملاحق الدراسة	II٥

فهرس الجداول

الرقم	عنـــــــوان الجدول	الصفحة
1	جدول رقم(01) :يبين توزع عينة الدراسة حسب سن الزواج	89
2	جدول رقم(02) : يبين توزع عينة الدراسة حسب متغير الجنس	90
3	جدول رقم(03): يبين توزع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	91
4	جدول رقم(04) : يبين توزع عينة الدراسة حسب متغير المستوى الإجتماعي	92
5	جدول رقم(05) : يبين توزع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير سن الزواج	94
6	الجدول رقم (06) : يوضح توزيع أرقام بنود المقياس على الأبعاد	95
7	الجدول رقم (07) : يوضح نتائج المقارنة الطرفية لمقياس الصحة النفسية	98
8	الجدول رقم (08) :يوضح نتائج معامل الثبات لمقياس الصحة النفسية بطريقة التجزئة النصفية	99
9	الجدول رقم (09) :يوضح نتائج معامل الثبات لمقياس الصحة النفسية بطريقة ألفا كرونباخ	100
10	الجدول رقم (10) :يوضح معامل الإرتباط بين سن الزواج و الصحة النفسية	104
11	الجدول رقم (11) : يوضح نتائج إختبار (ت) للمقارنة بين المتزوجين مبكرا و المتزوجين متأخرا في مستوى الصحة النفسية .	105
12	الجدول رقم (12) : يبين نتائج إختبار (ت) للمقارنة في الصحة النفسية حسب متغير الجنس .	107
13	جدول رقم (13) : يبين الإحصاءات الوصفية لمقياس الصحة النفسية حسب متغير المستوى التعليمي .	109
14	جدول رقم (14) : يبين الإحصاءات الوصفية لمقياس الصحة النفسية حسب متغير المستوى الإجتماعي .	110

فهرس الأشكال

الرقم	عنـــــــوان الشكل	الصفحة
1	الشكل(1) :يمثل توزيع العينة حسب متغير سن الزواج .	90
2	الشكل(2) :يمثل توزيع العينة حسب متغير الجنس .	91
3	الشكل(3) :يمثل توزيع العينة حسب متغير المستوى التعليمي .	92
4	الشكل(4) :يمثل توزيع العينة حسب متغير الإجتماعي .	93

فهرس الملاحق

الرقم	عنـــــــوان الملحق	الصفحة
1	الملحق رقم 01 : مقياس الصحة النفسية .	ز
2	الملحق رقم 02 : نتائج تحليل البيانات باستخدام نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية .	VI

القسم الأول

الجانب النظرى

مقدمة

مقدمـــــــــة :

الزواج هو سنة حميدة بين البشر وكذلك هو من أهم المؤسسات التي يقوم عليها المجتمع ، تمثل الرابط القانوني والشرعي لتشكيل البناء الأسري و لذلك فقد شغل نجاح الزواج إهتمام المفكرين و العلماء في جميع الحالات البحثية : فهو علاقة ديناميكية بين طرفين هما الزوج و الزوجة ، تقوم على الفهم العميق والتقدير المتبادل ، لتحقيق هدف أساسي هو بناء وحدة عائلية مستقرة و متوافقة تقوم على ركيزتي المودة و الرحمة .

(الخولي سناء ، 2008، ص34)

2-وهو ميثاق تراضي وترابط شرعي بين رجل وامرأة له صفة الدوام والإستمرار، غايته الحصانة والعفاف و إنشاء أسرة مستقرة من خلال علاقة شرعية تحقق الإشباع العاطفي والبيولوجي .

(المطيري سارة ، ب، ت، ص05)

3-ولقد عرفه أحد القانونيين بالرابطة التي تلبي ثلاثة أغراض و هي:

الإنجاب، إرضاء الرغبة الجنسية والمصاحبة وما تعطيه للشريكين من راحة وإيناس واطمئنان، ولقد حلل **بيريز** piriz 1970 هذه العناصر الثلاثة كما يلي:

1- الرابطة الجسدية –أي الجنسية الشهوانية- التي تتسم بالرغبة والدافع الآني لإرضائها.

2- الرابطة النفسية –من الحب والتعاطف – والتي تتصف بالتواصل بين شخصين .

الروابط الاجتماعية –القانونية والإقتصادية –والتي تتقيد بالحقوق والواجبات للطرفين وبالمسؤوليات البينية والمستمرة.

ثم إن الزواج هو سنة الله سبحانه و تعالى بين عباده التي جعلها سبيلا لإعمار الأرض و الحفاظ على ديمومة الخلق ، فقال في محكم تنزيله في سورة الروم:﴿ **وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا** ﴾ (سورة الروم ، الاية 21)

وفي موضع آخر يقول عز من قائل : ﴿ **يَا أَيُّهَا النَّاسُ اتَّقُوا رَبَّكُمُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ نَفْسٍ وَاحِدَةٍ وَخَلَقَ مِنْهَا زَوْجَهَا وَبَثَّ مِنْهُمَا رِجَالًا كَثِيرًا وَنِسَاءً وَاتَّقُوا اللَّهَ الَّذِي تَسَاءَلُونَ بِهِ وَالْأَرْحَامَ إِنَّ اللَّهَ كَانَ عَلَيْكُمْ رَقِيبًا**﴾ (**سورة النساء ، الآية 01**) ، كما أن هناك أحاديث كثيرة دلت على الأهمية البالغة للزواج في حديث الترميذي عن أيوب رضي الله عنه أن **رسول الله صلى الله عليه و سلم قال:** ((**أربع من سنن المرسلين الحناء والتعطر، والسواك ، والنكاح**)) .

ولكي يتحقق الزواج الصحيح والروابط السالفة الذكر لابد أن يتمتع الزوجان بعدة شروط من ضمنها المقدرة و البلوغ و هذه الأخير نقصد بها سن الزواج الذي يعد ركيزة أساسية و الذي يؤثر على العلاقة بين الزوجين فإذا لم يتوفر هذا الشرط فإن هذا يؤثر على الصحة النفسية لهما والتي من خصائصها و سماتها التوافق و الشعور بالسعادة و تحقيق الذات و الإستقلالية و القدرة على مواجهة الحياة و مشاكلها و متطلباتها و لقد عبر عنه **سولانجر** (**1964**) **Sollanger** بقوله : أن الزواج الناجح ما هو إلا إنعكاس للصحة النفسية التي يتمتع بها كلا الزوجين و قدرة كل منهما على التعامل مع إنسان آخر.

(**نوبيات قدور ، 2013 ، ص 26**).

إذن فإن تحقيق الصحة النفسية تتأثر بشكل كبير بسن الزوجين ، وعليه جاءت هذه الدراسة لتبرز دور سن الزواج في تحقيق الصحة النفسية وبحثت في العلاقة بينهما تحت عنوان سن الزواج وعلاقته بمستوى الصحة النفسية للمتزوجين ، وشملت الخطة ما يلي: الدراسة النظرية التي تضمنت ثلاث فصول حيث تعرضنا في الفصل الأول إلى إشكالية الدراسة و الفرضيات و أهدافها و أهميتها و تحديد المتغيرات الإجرائية .

أما الفصل الثاني فكان موضوعه سن الزواج و لقد تكلمنا عن الزواج تعريفاته و أركانه والحكمة منه .

ثم الزواج المبكر و الزواج المتأخر وتعريفهما و الأسباب المؤدية لهما و الآثار و كذلك النظريات التي تكلمت عنهما.

ثم جاء الفصل الثالث ليتكلم على الصحة النفسية ، تعريفها و تطورها و أهميتها و أهدافها و علاماتها و المعايير و غيرها و كذا النظريات المفسرة للصحة النفسية .

أما الجانب التطبيقي فقد قسم إلى إثنين الفصل الرابع المعنون إجراءات الدراسة الميدانية ، و يتضمن منهج الدراسة، تذكير بالفرضيات ، حدود الدراسة ، المجتمع و عينة الدراسة والدراسة الإستطلاعية ، و كذلك أدوات الدراسة والخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة ، ومن ثمة إجراءات التطبيق و الأساليب الإحصائية ، وأخيرا الفصل الخامس الذي يتناول عرض النتائج تفسيرها ، و ختمنا الدراسة بالإستنتاج العام و مجموعة من الإقتراحات .

الفصل الأول

إشكالية الدراسة واعتباراتها

1-إشكالية الدراسة :

إن الزواج ومنذ القدم هو مطلب حقيقيّ لكل ذكر و أنثى ، وهو فصل جديد من فصول الحياة، شرعه الله سبحانه و تعالى و جعله ميثاقا غليظا بين الزوجين باعتباره أمرا جللا ولقد عرفه الفقهاء بقولهم: "المعنى الشرعي لكل من الزواج والنكاح هو ما يطلق على العقد الذي يعطي لكل واحد من الزوجين حق الاستمتاع بالآخر على الوجه المشروع" . (**http://www.alukah.net**)

و هو عرف من أقدم الأعراف الإنسانية ، وهو عالمي في الزمان و المكان و متغير ، لأنه يستجيب لحاجة ضرورية جسدية و روحية للنوع الإنساني .

(**سليمان علي ، سعيد خديجة ، 2011 ، ص 12**)

كما أن الزواج هو الرابطة التي تقوم بين الرجل و المرأة وتتم على صورة يرضى عنها المجتمع وينظمها تنظيماً خاصاً ، وقد أوضحت الشريعة الإسلامية فضله و خصائصه وحتى شروط اختيار الزوج أو الزوجة ولمن كان لديه المقدرة و الباءة ، وكذلك لمن بلغ السن الذي يسمح لهما بالزواج ، و هذا الأخير هو موضوع اهتمامنا وذلك لأهميته القصوى و هو من الأركان الأولى للزواج ، وعند ملاحظتنا للواقع الزواجي في مجتمعاتنا وجدناه يؤثر بشكل كبير وواضح في العلاقات بين الزوجين ، وبالتالي على الصحة النفسية للزوجين ، و التي هي السبيل لكي يعيش الفرد حياة طبيعية مستقرة آمنة ، فهي إذن كما تقول الدكتورة غادة مراد : حالة إيجابية تتضمن التمتع بصحة العقل و الجسم و ليس مجرد غياب أو الخلو من أعراض المرض النفسي .

وهي حالة دائمة نسبيا يكون الفرد خلالها متوافقا نفسيا من الناحية الشخصية و الإجتماعية ، و يشعر فيها بالسعادة مع نفسه و مع الآخرين و يكون قادرا على تحقيق ذاته و استغلال قدراته و امكاناته إلى أقصى حدممكن . (**قويدري العربي عطاء الله ، 2005، ص 212**)

و يعرفها حامد زهران : "بأنها حالة إيجابية تتضمن التمتع بصحة العقل و سلامة السلوك ، و ليست مجرد غياب أو الخلو أو البراء من أعراض المرض النفسي ، و تكون شخصيته متكاملة سوية ، و يكون سلوكه عاديا و يكون حسن الخلق ، بحيث يعيش في سلامة و سلام" .

(زهران حامد عبد السلام ، 2005 ، ص 09)

لأجل ذلك يحتاجها و يطلبها أفراد المجتمع بكل فئاته خاصة المتزوجين منهم -كما سبق الذكر- ، حيث أن الأصل في الزواج و القصد منه ايجاد الراحة و الصحة النفسية بكل ما تحمله هاته الأخيرة من معان ، لذلك نجد أن الذكور و الإناث يقبلون على الزواج و برغبة من أنفسهم أو بطلب من الوالدين أو بحكم العرف و في سن مختلفة بينهم ، فمنهم من يرغب في الزواج في سن مبكرة و منهم من يطلبه في سن الرشد ومنهم بعد أن يكبر ، كل حسب ظروفه الحياتية و المعيشية ، فالزواج في سن مبكرة يحتمل أمرين الأول قد يكون زواجه برغبة منه و الأغلب تكون رغبة جنسية بحتة ، أو قد يكون مجبرا على ذلك خاصة الإناث منهم ، بحيث قد يعود ذلك لأسباب دينية أو عقائدية مجتمعية أو أسباب اخلاقية أو لأسباب إقتصادية ، أما الزواج في سن متأخرة فهو كذلك له أسبابه المختلفة و العديدة من ضمنها أسباب إقتصادية و غلاء المهور و أسباب دراسية و غيرها و التي ستأتي معنا مفصلة في الفصل الثاني ، كما لكل منهما الأثر الواضح على الزوج و الزوجة أي على الصحة النفسية للمتزوجين .

و لقد جاءت دراستنا لتزيل الغبار و تظهر أهمية الصحة النفسية للمتزوجين بإبراز العلاقة بينها وبين سن الزواج (المبكر – المتأخر) ، و كذلك الفروق في الصحة النفسية تعزى للجنس ، و المستوى الإجتماعي و المستوى التعليمي للمتزوجين .

و عليه جاءت دراستنا موسومة بسن الزواج و علاقته بمستوى الصحة النفسية للمتزوجين ، و تمخضت عنها التساؤلات التالية :

- هل توجد علاقة بين سن الزواج و مستوى الصحة النفسية للمتزوجين ؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تختلف باختلاف سن الزواج لدى المتزوجين ؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير الجنس لدى المتزوجين ؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى للمستوى الإجتماعي للمتزوجين لدى المتزوجين ؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة التفسية تعزى للمستوى التعليمي لدى المتزوجين ؟

2- فرضيات الدراسة :

1-توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين سن الزواج و مستوى الصحة النفسية للمتزوجين .

2 توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تختلف باختلاف سن الزواج لدى المتزوجين.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير الجنس لدى المتزوجين .

4-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى للمستوى الإجتماعي للمتزوجين.

5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى للمستوى التعليمي للمتزوجين.

3- أهداف الدراسة :

إنطلاقا من الفرضيات التي تم وضعها ، فإن دراستنا تهدف إلى :

1- معرفة العلاقة بين سن الزواج و مستوى الصحة النفسية للمتزوجين .

2- إظهار الفروق في مستوى الصحة النفسية بالنسبة لمتغير سن الزواج .

3- معرفة الفروق بين الجنسين في مستوى الصحة النفسية .

4- معرفة الفروق في مستوى الصحة النفسية في المستوى الإجتماعي للمتزوجين .

5- تحديد الفروق في مستوى الصحة النفسية في المستوى التعليمي .

4-أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذا البحث في :

- إلقاء الضوء على الصحة النفسية لدى المتزوجين و مستواها إعتمادا على السن الذي تم فيه الزواج ، أي في سن مبكرة أو في سن متأخرة .
- معرفة طبيعة العلاقة بين المتغيرين (سن الزواج و مستوى الصحة النفسية).
- معرفة أي سن أفضل للزواج والذي يكون فيه مستوى الصحة النفسية مرتفع للزوجين.
- و لتكون هذه الدراسة منطلقا للإهتمام بمثل هذه المواضيع.
- لفت الإنتباه إلى المنحنى التصاعدي الخطير الذي أخذته ظاهرتي الزواج المبكر و الزواج المتأخر .
- ندرة الدراسات التي تناولت سن الزواج لدى المتزوجين .
- إثراء المكتبة العلمية .

5-أسباب إختيار الموضوع :

- ظاهرة الزواج المبكر و الزواج المتأخر لها صلة مباشرة بالفرد و الأسرة و مجتمعاتنا .
- الرغبة و الفضول لمعرفة مستوى الصحة النفسية لدى المتزوجين مبكرا و المتزوجين متأخرا .
- الأهمية الواقعية و العلمية للموضوع .
- الكشف عن جوانب مهمة عن الزواج الذي هو مرحلة مهمة في حياة الفرد .
- التعرف على الأسباب المؤدية لكلا هذين النوعين من الزواج (المبكر / المتأخر).

- التعرف أكثر على موضوع الصحة النفسية .

6-تحديد المفاهيم الأساسية :

- الزواج :

يطلق إسم الزواج على رابطة تقوم بين المرأة و الرجل ينظمها القانون أو العرف و يحل بموجبها للزوج أن يطأ زوجته ليستولدها و ينشأ من خلال هذه الرابطة أسرة، تترتب فيها حقوق وواجبات تتعلق بالزوجين والأولاد.

(الكندري أحمد محمد مبارك ، 1992، ص92)

الزواج نمط من أنماط العلاقة الإنسانية ، و وسيلة من وسائل المجتمع لتنظيم العلاقات الإجتماعية بين الأشخاص البالغين ، ويتطلب الزواج تحقيق قدر من التوافق الزواجي ، لضمان استمراره ، و هو وسيلة شرعية تقوم على أساس الإشباع الجنسي ، و حفظ النوع و تحقيق السكينة و المودة و الإستقرار ، و كذلك التكامل في الحقوق و الواجبات ، و لقد جعل الإسلام من الزواج نصف الدين ومصدرا للسعادة بين الزوجين .

(بلخير حفيظة ، 2012 ، ص 160)

- التعريف الإجرائي :

الزواج هو اتفاق بين رجل و امرأة يباح لهما فيه الإستمتاع ببعضهما من أجل بناء أسرة و الحفاظ على النسل و الدين و العرض، و يكون بمعية القانون و العرف ، و لقد شرعه الله بين عباده و سماه بالعقد الغليظ .

- الزواج المبكر:

عرفت وثيقة حقوق الطفل الصادرة عن اليونسيف الزواج المبكر بأنه الزواج في سن أقل من الثامنة عشر.

و لم يحدد الإسلام سن الزواج بسن معينة و إنما جعل حد التكليف بالأوامر الدينية بوجه عام هو الذي يجوز عنده الإستقلال بالتصرف و تحمل نتيجة العمل هو البلوغ ، و ذكر جمهور العلماء أن البلوغ يعرف بعلامات ، فعلامة البلوغ عند الذكر هي الإحتلام **لقوله صلى الله عليه وسلم** عن الصبي: "**و عن الصبي حتى يحتلم**" ،

في حين الأنثى بالإحتلام و الحيض أو الحمل، و ذلك لحديث أسماء رضي الله عنها قالت قال **رسول الله صلى الله عليه و سلم:" إن المرأة إذا بلغت المحيض لم يصلح أيرى منها إلا هذا وهذا و أشار إلى وجهه و الكفين"**

(معروف شهوان رجاء راتب ، 2012،ص ص 06 ، 07)

و هو الرباط المقدس الذي يربط بين إثنين ، بحيث يصبح فيه متزوجان وفقا للشريعة و القانون ، و الذي يتراوح فيه عمرهما بين (18 -25) سنة .

(النعيمي ليلى أحمد عزت علي ، 2003 ، ص 03)

– التعريف الإجرائي:

هو الذي يكون بعد البلوغ للذكر و الأنثى ، أي ظهور العلامات للذكر كالإحتلام و ظهور الشعر و اللحية و خشونة الصوت و غيرها ، و الأنثى كذلك الإحتلام و الحيض وغيرها والذي يكون في سن 15 سنة إلى 21 سنة للإناث ، و17سنة إلى غاية 21 سنة للذكور ، بمعنى آخر منذ بداية فترة المراهقة إلى غاية نهايتها أي نهاية فترة المراهقة المتأخرة .

– الزواج المتأخر:

يعرف إبراهيم الجوبر الزواج المتأخر على أنه الميل أو الإعراض عن الزواج مؤقتا إلى سن متقدمة .

(آيت مولود ياسمينة ، 2012، ص 36)

– التعريف الإجرائي:

الزواج المتأخر هو بلوغ المرأة أو الرجل إلى سن كبيرة بعدها يتم الزواج ، ولدى المرأة يكون من سن 32 سنة فما فوق ، و عند الرجل 35 سنة فما فوق ، و تم تحديد هذا السن وفق النظرة المجتمعية الحالية والذي طبق عليه المقياس . –ووفق حدود علم الباحثة–

- **الصحة النفسية :**

هي البرء من أعراض المرض العقلي أو النفسي ، و هي القدرة على التوافق مع المجتمع و مع الذات ، و هذا يؤدي به إلى التمتع بحياة خالية من التأزم و الإضطراب مليئة بالتحمس ، و بالتالي يرضى الفرد عن نفسه ، و أن يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين .

(فهمي مصطفى ، 1995 ، ص ص 15 ، 16)

- **التعريف الإجرائي :**

هي شبه الخلو من الأمراض و الإضطرابات النفسية (العصابية و الذهانية) ، و إكتساب المواصفات الإيجابية ، كالشعور بالسعادة و الطمأنينة والقدرة على تحمل المسؤولية و مواجهة الحياة بكل ما تحمله من صعوبات و مشاكل ، القدرة على التكيف مع الذات و إقامة علاقات طيبة مع من حوله ، و هي كذلك التمتع بالصحة البدنية الجيدة .

- كما أنها الدرجة التي يتحصل عليها المتزوجون في مقياس الصحة النفسية المعدل (SCL _90_R)

7- الدراسات السابقة :

- **الدراسات المحلية :**

1- دراسة **كلثوم بلميهوب** ، (2009) ، بعنوان: **أثر اضطراب العلاقة الزوجية على الصحة النفسية للأبناء.**

تهدف إلى الكشف عن الفروق الجوهرية في الصحة النفسية حسب نوعية العلاقات الأسرية ، و تكونت عينة البحث من (119) تلميذ وتلميذة تتراوح أعمارهم من (11 سنة إلى 17 سنة) منهم (37%)ذكور و(63%) إناث و(80%) منهم يزاولون تعليمهم في الإكماليات(20%) في الثانويات ، أما المستوى التعليمي للأب فيتراوح من الأمية (9%) إلى التعليم العالي بنسبة(36%) أما الأم الأمية بنسبة (13%)

والتعليم العالي بنسبة (23%)في حين المستوى الإقتصادي ، فيتراوح من الضعيف بنسبة (13%) إلى الجيد ، بنسبة(37%) و الباقي أي(50%)متوسط ، و تمثلت أدوات الدراسة في اختبارين هما اختبار الصحة النفسية واختبار العلاقات الأسرية ، وبعد التحليل الإحصائي أسفرت النتيجة على أنه توجد فروق جوهرية في الصحة النفسية حسب نوعية العلاقات الأسرية . (**بلميهوب كلثوم ، 2009**)

2- دراسة **ساعو مراد** (2010) ، تحت عنوان : **تأثير السند الاجتماعي بأبعاده المختلفة، في الصحة النفسية لدى مرضى الغدة الدرقية.**

تهدف هذه الدراسة لتوضيح أثر السند الإجتماعي (بأبعاده المختلفة) في الصحة النفسية لدى مرضى الغدة الدرقية ، وتم الإستناد على بعض وسائل القياس وهي المقابلة العيادية نصف الموجهة ، إستبيان السند الإجتماعي (إعداد الباحث) ومقياس الصحة النفسية ، وتكونت العينة من 10 حالات عيادية أظهرت النتائج وضوح أثر السند الإجتماعي (بأبعاده المختلفة) في الصحة لدى مرض الغدة الدرقية وذلك بطريقتين سواء توفره فيؤثر بالجانب الإيجابي وغيابه أو عدم توفره يؤثر سلبا و يؤدي إلى إرتفاع الإضطرابات النفسية .

(**ساعو مراد ، 2010**)

3 –دراسة **بشير حسام**، (2011)، معنونة : **بفعالية النشاط الرياضي الترويحي في تحقيق الصحة النفسية وإدماج المعلق حركيا.**

الغرض من هذه الدراسة التعرف على أثر النشاط الرياضي الترويحي في تحقيق الصحة النفسية و كيفية إدماج المعاق حركيا داخل المجتمع معرفة الفروق بين الأطفال المعاقين الممارسين للنشاط الرياضي الترويحي والأطفال المعاقين غير الممارسين ، للتخلص من الأعراض الجسمانية ، وكذلك للتخلص من الوسواس القهري و الحساسية التفاعلية، و الإكتئاب ، و القلق و العداوة و الفوبيا لصالح المجموعة الممارسة ، واستخدم الباحث مقياس الصحة النفسية ، ومقياس السلوك التكييفي على مجموعة من الأطفال الممارسين للنشاط الرياضي الترويحي وعلى مجموعة أخرى غير ممارسة لهذا النشاط وبعد استعمال التقنيات الإحصائية واستقرت النتائج على تحقيق جميع الفرضيات أي أن للممارسة الرياضية الترويحية دور كبير وأثر واضح على الصحة النفسية للمعاقين حركيا.

(**بشير حسام ، 2011**)

4- دراسة **قدور نوبيات** (2013) بعنوان : **علاقة الكدر الزواجي.بكل من الصحة النفسية و الرضا عن الحياة لدى عينة المتزوجين .**

تهدف هذه الدراسة للكشف عن الكدر الزواجي من حيث علاقته بكل من الصحة النفسية و الرضا عن الحياة، في ظل العوامل السوسيو ديمغرافية لدى عينة من المتزوجين بمدينة ورقلة ، و للتأكد من صحة الفرضيات تم استخدام مجموعة من المقاييس تمثلت في مقياس الكدر الزواجي ، و مقياس الصحة النفسية ومقياس الرضا عن الحياة من إعداد الباحث وتكونت العينة من (570) متزوجا ، ومتزوجة وبعد جمع البيانات وتفريغها والمعالجة الاحصائية وكانت أهم النتائج ما يلي:

-أن نسبة أفراد العينة الذين يعانون من الكدر الزواجي المرتفع بلغت 52% وهي نسبة أعلى من أفراد العينة منخفضي الكدر الزواجي 47.89، ووجود فروق جوهرية بين مرتفعي ومنخفض الكدر الزواجي في الصحة والرضا عن الحياة الصالح منخفضي الكدر الزواجي .

-وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الإناث في الكدر الزواجي والصحة ، وأنه لا توجد فروق في الكدر الزواجي و الصحة والرضا عن الحياة المتغير الإقامة .

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكدر الزواجي، الرضا عن الحياة تعزى مستوى الدخل، و لصالح الفئة ذات الدخل المرتفع ، بينما لم تظهر فروق في الصحة النفسية .

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكدر الزواجي والصحة النفسية والرضا عن الحياة تعزى لمتغير المؤهل العلمي و لصالح ذوي المؤهل العلمي الجامعي .

(نويبات قدور ، 2013)

5-دراسة **صولي ايمان** ، (2014) ، معنونة ب :**المناخ المدرسي وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من تلاميذ التعليم المتوسط والثانوي.**

تكشف هذه الدراسة عن العلاقة بين المناخ المدرسي والصحة النفسية لدى تلاميذ التعليم المتوسط و التعليم الثانوي من خلال معرفة واقع كل مناخ مدرسي و الصحة النفسي بكل متوسطات و ثانويات مدينة ورقلة ، كما تسعى إلى معرفة الفروق في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير ، الجنس ، المنطقة الجغرافية ، والمرحلة التعليمية ، وطبقت هذه الدراسة على عينة قوامها (978) تلميذ وتلميذة ، مقياس الصحة النفسية و كانت النتائج كالآتي :

-نمط المناخ السائد في المدارس مفتوح ، و أن مستوى الصحة النفسية في مدارس التعليم المتوسط و الثانوي مرتفع وكذلك وجود علاقة ارتباطية بين المناخ المدرسي و الصحة الطبية ، و بعدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى الصحة النفسية و كذا فروق في مستوى الصحة النفسية لمتغير المنطقة الجغرافية لصالح تلاميذ الريف .

(**صاولي ايمان ، 2014**)

– الدراسات العربية :

1- دراسة **يسرى سالم بن صالح اليافعي**، (1996) ، تحت عنوان **الإلتزام الديني الإسلامي و معالم الصحة النفسية لدى طالبات جامعة أم القرى بمكة المكرمة .**

– تهدف هذه الدراسة إلى معرفة الفروق بين الملتزمات دينيا ، و غير الملتزمات في أبعاد الصحة النفسية إضافة إلى معرفة الفروق بين الملتزمات دينيا في الصحة النفسية تبعا للتخصص الحالة الإجتماعية و معرفة العلاقة بين الإلتزام الديني الإسلامي و أبعاد الصحة النفسية ، و تكونت عينة الدراسة من (646) طالبة من تخصصات و مستويات مختلفة، و استخدم في هذه الدراسة مقياس التدين من إعداد الصنيع (1987) ، و مقياس الصحة النفسية من إعداد مرسي و عبد السلام (1982) ، و استخدمت الباحثة المنهج الوصفي في دراستها ، وكانت النتائج كالآتي : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين طالبات جامعة أم القرى الأكثر التزاما دينيا والأقل التزاما

دينيا في بعض أبعاد الصحة النفسية (العلاقات الشخصية الوطيدة ، المهارات الشخصية ، المشاركة الإجتماعية ، العمل المشبع والترويح ، القيم و المبادئ و الأهداف عدم النضج السلوكي ، عدم الثبات الانفعالي ، الإحساس بعدم الإتساق ، العيوب الجسمية ، الأمارات العصبية) ، لصالح الأكثر التزاما دينيا ، وأيضا لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين طالبات جامعة أم القرى الأكثر إلتزاما دينيا في أبعاد الصحة النفسية تبعا للتخصص ، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين طالبات جامعة أم القرى الأكثر التزاما دينيا في أبعاد الصحة النفسية للحالة الإجتماعية ، كما توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الإلتزام الديني الإسلامي و بعض أبعاد الصحة النفسية و العلاقات الشخصية المهارات الشخصية ، العمل المشبع والترويح ، القيم والمبادئ و الأهداف ، عدم النضج السلوكي ، عدم الثبات الإنفعالي ، الإحساس بعدم الاتساق)

(اليافعي يسري سالم ، 1996)

2- دراسة **علون الزوبيدي وسناء مجول الهزاع** ، (**1997**) تحت عنوان : **بناء مقياس لقياس الصحة النفسية و معرفة دلالة الفروق بين الذكور والاناث لمقياس الصحة النفسية لعينة من طبلة الجامعة .**

وطبق مقياس الصحة النفسية المعد من قبل الباحثين، وبعد تحليل البيانات إحصائيا باستخدام معامل الارتباط والوسط الحسابي ، والاختبار القائي لعينتين مستقلتين ، أظهرت النتائج بأن طلبة الجامعة يعانون من ضغوط نفسية تشكل لهم أزمات نفسية ، وكذلك بينت النتيجة بأنه لاتوجد فروق في الصحة النفسية لدى كل من الذكور و الإناث .

(أشرف عبد العظيم أحمد ، 2014 ، ص 15)

3-دراسة **عفراء ابراهيم خليل** ، (2006) ، بعنوان **المناخ الأسري وعلاقته بالصحة النفسية للأبناء.**

يستهدف البحث الحالي قياس درجة المناخ الأسري لأفراد عينة البحث و قياس درجة الصحة النفسية لأفراد العينة، و كذلك التعرف على العلاقة بين درجات المناخ الأسري و درجات الصحة النفسية لأفراد عينة البحث، و تكونت العينة من(250) طالبا وطالبة تم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة ، وكانت أداة المقياس المناخ

الأسري من إعداد الباحثة ومقياس الصحة النفسية للأبناء من إعداد الباحثة ، و توصلت الدراسة إلى النتائج التالية : وهي تمتع عينة البحث بمناخ أسري مرتفع إلى تمتع العينة بصحة نفسية جيدة مما يدل على أن الصحة النفسية هي نتاج لعملية التنشئة الإجتماعية و كذلك تبين النتائج الإرتباط الحقيقي بين المتغيرين ، أي أنه كلما كان المناخ الأسري جيد وتوافرت فيه عوامل مثل الحب والتفاهم أدى ذلك إلى سلامة الأبناء نفسيا وتحقيق مقومات الصحة النفسية السليمة عندهم .

(عفراء إبراهيم خليل ، 2006)

4- دراسة **مروان عبد الله دياب** ، **(2006)** تحت عنوان : **دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة و الصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين** .

- تناولت الدراسة أحد المتغيرات الواقية وهي المساندة الاجتماعية وهدفت الدراسة إلى التعرف على دور المساندة الإجتماعية كأحد العوامل الواقية من الأثر النفسي الناتج عن تعرض الفرد للأحداث الضاغطة وتحديد التأثير السلبي للأحداث الضاغطة على الصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيي ، وقد تكونت عينة الدراسة من (550) طالب و طالبة من طلبة المرحلة الثانوية، و تراوحت أعمارهم بين (15 سنة إلى 19 سنة) وبمتوسط عمري (3.16) ، حيث شكل الذكور في العينة نسبة (9.48%) ، بينما شكلت الإناث في العينة نسبة (1.51 %) وكانت الأدوات المستخدمة عبارة عن إستبانة الصحة النفسية و إستبانة المساندة الاجتماعية و إستبانة الأحداث الضاغطة ، وكانت النتائج على النحو التالي :

-يتعرض المراهقين الفلسطينيين لأنماط متعددة من الأحداث ضاغطة ، و توجد علاقة عكسية دالة إحصائياً بين درجات الأحداث الضاغطة التي تعرض لها المراهقون والمساندة الاجتماعية ، و كذلك توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات منخفضي الأحداث الضاغطة و متوسط درجات مرتفعي الأحداث الضاغطة بالنسبة لحجم المساندة الاجتماعية لدى المراهقين ، و الفروق كانت لصالح منخفضي الأحداث الضاغطة ، كما توجد علاقة طردية دالة إحصائياً بين درجات الصحة النفسية للمراهقين و درجات المساندة

الإجتماعية ، ولقد وضحت النتائج وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات منخفضي حجم المساندة الإجتماعية و متوسط درجات مرتفعي حجم المساندة الإجتماعية بالنسبة للصحة النفسية لدى المراهقين ، و الفروق كانت لصالح مرتفعي حجم المساندة الإجتماعية و بينت النتائج بوجد علاقة عكسية قوية دالة إحصائياً بين درجات الصحة النفسية للمراهقين و درجات الأحداث الضاغطة ، و بوجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات منخفضي الأحداث الضاغطة و متوسط درجات مرتفعي الأحداث الضاغطة بالنسبة للصحة النفسية لدى المراهقين و الفروق كانت لصالح منخفضي الأحداث الضاغطة حيث أن المساندة الإجتماعية عامل وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية .

(دياب مروان عبد الله ، 2006)

5- دراسة **صالح بن ابراهيم الصنيع** (2007)تحت عنوان **أثر حفظ القرآن الكريم على الصحة النفسية.**

هدفت هذه الدراسة لمعرفة أثر حفظ القرآن الكريم على مستوى الصحة النفسية ، وتكونت العينة من مجموعتين الأولى ، طلاب وطالبات معهد الإمام الشاطبي للدراسات القرءانية (170) طالبا وطالبة ، والثانية طلاب وطالبات جامعة الملك عبد العزيز بجدة، وعددهم (170) طالب وطالبة ، و لقياس مستوى الصحة النفسية إستخدام الباحث مقياس الصحة النفسية من إعداد سليمان الدويرعات، وكانت أهم النتائج وجود علاقة إرتباطية موجبة دالة إحصائية بين ارتفاع مقدار الحفظ و ارتفاع مستوى الصحة النفسية لدى عينتي الدراسة ، ولا توجد فروق في مستوى الصحة النفسية لدى عينات الدراسة تعزى لمتغيرات الجنس أو الجنسية والعمر والمستوى الدراسي.

(الصنيع صالح بن ابراهيم ، 2007)

6- دراسة **عبد العزيز موسى ثابت** ، (**2007**) ، **تأثير هدم البيوت على الصحة النفسية للأطفال الذكور و الصلابة النفسية في قطاع غزة .**

هدفت هذه الدراسة إلى بحث أنواع وشدة الخبرات الصادمة في لأطفال الذكور الذين فقدوا بيوتهم نتيجة للهدم، ومعرفة مدى انتشار كرب ما بعد الصدمة و علاقته بالصدمات ، و معرفة الصلادة النفسية في الأطفال وعلاقتها بالصدمة و كرب ما بعد الصدمة و المخاوف ، و لقد استخدمت طريقة البحث الوصفي التحليلي و تم اختيار عينة مكونة من 45 طفل و مراهق من العائلات التي هدمت بيوتها في الفترة الأخيرة في منطقة رفح و بيت حانون ، و تم تطبيق الاختبارات التالية :

اختبار الخبرات الصادمة ,مقياس كرب ما بعد الصدمة ,مقياس المخاوف ,مقياس الصلابة النفسية ، و بينت الدراسة أن متوسط التعرض للأحداث الصادمة عند الأطفال (9.4) حدث وبانحراف معياري (3.1) ، وقد لوحظ أن أكثر أحداث تعرض له الأطفال هي مشاهدة مناظر وصور الجرحى والشهداء في التلفزيون وبنسبة (95.6%) ، و أيضّا سماع للقصف المدفعي للمناطق المختلفة من قطاع غزة وبنسبة .(% 95.6) وفي هذه الدراسة تبين أن (% 60)من الأطفال تعرضوا لصدمة نفسية متوسطة ، و (% 6.7)تعرضوا لصدمة نفسية بسيطة ، في حين (% 33.3) من الأطفال تعرضوا لصدمة نفسية شديدة ، أما بالنسبة لكرب ما بعد الصدمة فقد تبين أن (% 15.6) يعانون بدرجة خفيفة ، و (% 62.2) يعانون بدرجة متوسطة ، في حين (% 20) يعانون بدرجة شديدة ، وتبين أن أكثر المخاوف شيوعا هي الشعور بالخوف ، و تبين أن متوسط الدرجات للمخاوف هو (9.0) ، و بالنسبة للصلابة النفسية فقد بلغ متوسط الصلابة النفسية (99.5) و متوسط درجات بعد التحدي (33.7)، في حين بلغ متوسط درجات بعد التحكم (28.4) و تبين في الدراسة وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين تعرض الأطفال للأحداث الصادمة ودرجة الاضطرابات النفسية الناتجة ما بعد الصدمة ، و هذا يدل على انه كلما زاد تعرض الأطفال للخبرات الصادمة كلما أدى ذلك إلى زيادة

درجات كرب ما بعد الصدمة ، ولوحظ وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين درجات المخاوف ودرجة كرب ما بعد الصدمة ، أما بالنسبة لدرجة الصلابة النفسية فقد لوحظ وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين درجات الصلابة النفسية و درجة كرب ما بعد الصدمة ، و هذا يدل على انه كلما زاد درجات الصلابة النفسية عند الأطفال كلما أدى ذلك إلى نقصان درجات كرب ما بعد الصدمة .

(ثابت عبد العزيز موسى ، 2007)

7-دراسة **ابتسام أحمد أبو العمرين** (2008) تحت عنوان : **مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة وعلاقته بمستوى أدائهم.**

جاءت هذه الدراسة إلى معرفة المستوى العام للصحة النفسية لدى الممرضات و الممرضين العاملين بالمستشفيات الحكومية في محافظات غزة، كما تهدف إلى التعرف على التباين والاختلاف في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين و الممرضات تبعا لمتغير الجنس ، المؤهل العلمي ، القسم الذي يعمل به ، عدد سنوات الخبرة ، والمستوى الاقتصادي وكذلك تهدف إلى الكشف عن العلاقة بين مستوى الصحة النفسية و الأداء المهني لدى الممرضين و الممرضات العاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة ، حيث تكونت العينة من (201) ممرض وممرضة منهم (109) ذكور و( )92 إناث ، استخدمت الباحثة لجمع البيانات الأدوات التالية:

- استبانة لقياس الصحة النفسية لدى الممرضين من إعداد الباحثة ، نموذج تقويم الأداء (التقرير السنوي) المعتمد في وزارة الصحة وديوان الموظفين ، و بعد تحليل البيانات ومعالجتها إحصائيا جاءت النتائج على النحو التالي: نذكر منها وجود بيانات في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين والممرضات كان المستوى لدى الذكور أعلى منه لدى الممرضات في كل من البعد الشخصي و البعد الاجتماعي و الدرجة الكلية للمقياس ، و كذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضات و الممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية تعزى للمؤهل العلمي دبلوم بكالوريوس، ماجيستير ، و أيضا عدم وجود فروق تعزى لعدد سنوات الخبرة ما عدا البعد الاجتماعي ، فقد كانت الفروق لصالح ذوي

الخبرة الطويلة وفي الأخير توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى للمستوى الإقتصادي لصالح ذوي الدخل المرتفع .

(إبتسام أبو العمرين ، 2008)

8-دراسة **خضر عباس بارون،** (2008) ، تحت عنوان : **التدين علاقته بالصحة النفسية والقلق لدى المراهقين الكويتيين.**

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين التدين و الصحة النفسية والقلق لدى عينة كبيرة من المراهقين الكويتيين، حيث تكونت العينة من (2023)مراهقا كويتيا (889) أولاد ، (1134) بنات وصلت متوسطات أعمارهم (16.2)سنة وانحراف معياري قدره(1.2) سنة و اختيرت العينة بشكل عشوائي من مدارس الثانوية في مناطق مختلفة من دولة الكويت ، وطبق على أفراد العينة مقياس الدافعية الداخلية للتدين ومقياس آخر للقلق إضافة إلى 6 بنود تقييم ذات ، تقيس درجة التدين وقوة الاعتقاد الديني والصحة الجسدية ، و العقلية و السعادة و الرضا عن الحياة ، و أظهرت النتائج وجود فروق دالة بين الجنسين حيث كان الأولاد أعلى في المتوسط من البنات أعلى من متوسط الأولاد ، كما أظهرت النتائج ارتباطات ايجابية دالة بين كل المتغيرات فيما عدا مقياس القلق الذي كان سلبيا و دالا .

(خضر عباس بارون ، 2008)

9- دراسة **قدرة عبد الأمير الهر** (**2008**) تحت عنوان : **العنف ضد الزوجة وعلاقته بالصحة النفسية لدى المعنّفات في مدينة (مالمو) بالسويدالزوجات العربيات.**

و في هذا البحث تم تناول علاقة العنف ضد الزوجة بالصحة النفسية شمل في أهدافه مايلي :

التعرف على أكثر أنواع العنف استخداماً أو شيوعاً ضد الزوجة (العنف الجسمي، الإقتصادي ، النفسي أو الجنسي) لدى أفراد عينة البحث الحالي و كذلك

التعرف على العلاقة بين العنف والصحة النفسية لدى النساء (الزوجات) العربيات المعنفات المقيمات في مدينة مالمو بالسويد ضمن أفراد العينة. و أيضا التعرف على البعد النفسي الأكثر ارتباطاً بالعنف من أبعاد المقياس التسعة (الأعراض الاكتئابية ، مشاعر النقص و عدم الثقة بالنفس ، القلق الاجتماعي ، مشاعر الوحدة والاغتراب ، اضطرابات النوم ، القلق حول الصحة ، التعب والإرهاق ، الأعراض الجسدية)

واستخدم لمنهج الوصفي لإيجاد العلاقة الارتباطية لغرض التعرف على أكثر أنواع العنف انتشاراً ضمن أفراد عينة البحث المكونة من (83) إمرأة من المتزوجات العربيات ، و ممن يسكن في مدينة (مالمو) جنوب السويد ، توصل البحث في نتائجه إلى أن أكثر أنواع العنف شيوعا لدى عينة البحث هو العنف الجسدي بنسبة (68%) لدى أفراد عينة البحث ، بينما كانت نسبة العنف الاقتصادي لدى أفراد عينة البحث(19%) ، أما العنف الجنسي فكانت نسبته(13%) لدى أفراد عينة البحث ، ووجدت الباحثة أن العنف النفسي يغطي كل أنواع العنف الأخرى ، وتوصل البحث أيضاً باستخدام حساب الاختبار الزائي للفرق بين المتوسط الفرضي والمتوسط الحسابي لدرجات أفراد عينة البحث الحالي وجدت قيمة الاختبار الزائي المحسوبة بهذه الطريقة (7.89) وهي ذات دلالة إحصائية عند مقارنتها بالقيمة الجدولية المقابلة لها عند مستوى دلالة (0.01) و درجة حرية (81). و هذه النتيجة تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسط الفرضي للمقياس و متوسط درجات أفراد عينة البحث ، (أي أن النساء المعنفات يعانين من اضطراب في صحتهن النفسية) .

وتوصل البحث أيضاً إلى وجود علاقة قوية بين العنف والاضطرابات النفسية ونتائجها الناجمة عنه كما أوضحته النتائج التالية حسب قوة التأثير بالتدريج (مرتبة حسب قيم المتوسطات التي حصلت عليها): أعراض اكتئابية 21، قلق حول الصحة 18 ،تعب وإرهاق 15، أعراض جسدية 13، مشاعر الوحدة والإغتراب 13، اضطرابات النوم 12، مشاعر النقص وعدم الثقة بالنفس 10، القلق الاجتماعي 8، و أخيرا الأعراض الرهابية (المخاوف المرضية – الفوبيا) 5. و كانت هذه النتيجة هي لمعرفة أي بعد نفسي أكثر تأثراً بالعنف ، حيث تم حساب متوسط درجات كل بعد على حدة ، ومن ثم جرى ترتيب الأبعاد حسب قيم المتوسطات ،

و رتبت المتوسطات الممثلة للأبعاد ترتيباً تنازليا . (**الهر قدرة عبد الأمير ، 2008**)

10-دراسة **أسماء بدري الإبراهيم** ، (2010)تحت عنوان : **الصحة النفسية لدى النساء الأردينات المعنفات .**

هدفت الدراسة الحالية للتعرف على مستوى الصحة النفسي لدى عينة من النساء الأردينات المعنفات ، كما هدفت إلى معرفة أثر بعض المتغيرات الوضع المهني ، الحالة الإجتماعية مصدر العنف ، المستوى التعليمي في مستوى الصحة التقنية لدى أفراد العينة ، وتكونت عينة الدراسة من (215) إمرأة معنفة من فروع اتحاد المرأة الأردنية في عمان وإربد والزرقاء والمفرق والرمثا ، واستخدم في الدراسة مقياس الصحة النفسية، (من إعداد الباحثة) ثم التأكد من صدقه وثباته ، أظهرت النتائج أن مستوى الصحة النفسية لعينة الدراسة كان متوسطا ، كما أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مجالات الدراسة النفسي ، الإجتماعي ، السلوكي ، الفكري والمجموع الكلي لها في مستوى الصحة النفسية للأردينات المعنفات تعزى لمتغيرات المستوى التعليمي ، الحالة الاجتماعية ، مصدر العنف ، بينما ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية في مجالات الدراسة في مستوى الصحة النفسية للنساء والأردنيات المعنفات تعزى لمتغير الوضع المهني حيث كان الفرق لصالح النساء العاملات في جميع المجالات عدا المجال الفكري . (**الإبراهيم أسماء بدري ، 2010**)

11-دراسة **محمد مصباح حسين العرعير** (**2010**) ، بعنوان :**الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون في قطاع غزة و علاقتها ببعض المتغيرات .**

- هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الصحة النفسية لأمهات أطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة و علاقاتها ببعض المتغيرات ، وكذلك التعرف على مستوى الصحة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة ، و ترتيب أبعاد الصحة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي متلازمة داون في قطاع

غزة ، والتعرف على العلاقة بين مستوى الصحة النفسية و التوافق الزواجي لدى أمهات أطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة ، و كذلك العلاقة بين مستوى الصحة النفسية والإلتزام الديني لدى أمهات أطفال ذوي متلازمة داون، وأيضا الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي متلازمة داون تعزى إلى (جنس المعاق، درجة الإعاقة، ترتيب المعاق في الأسرة) ، و الفروق في وجود أكثر من معاق في الأسرة ، المستوى الإقتصادي للأسرة ، صلة القرابة بين الزوجين ، عدد الأبناء في الأسرة ، و فروق تخص الأم في مستوى الصحة النفسية و ذلك في عمر الأم عند الولادة ، عمر الأم الحالي ، مستوى تعليم الأم ، عمل الأم وفي الأخير فروق في مستوى الصحة النفسية لدى العينة تعزى لمتابعة الخدمات التأهيلية في جمعية الحق في الحياة ، ولإختبار فروض الدراسة تم تطبيق أدوات الدراسة استبانة الصحة النفسية من إعداد الباحث و استبانة التوافق الزواجي من إعداد إيمان اللدعة ، استبانة التدين من إعداد سمية موسى ، على عينة الدراسة و التي تكونت من (461) أما من أمهات أطفال متلازمة داون ، و قد أشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي : ارتفاع مستوى الصحة النفسية لأمهات أطفال ذوي متلازمة داون في قطاع غزة ، كما جاءت الابعاد مرتبة على النحو التالي : البعد الر وحي ، البعد الجسماني ، البعد الإجتماعي، البعد النفسي ، البعد العقلي.

وبينت الدراسة بوجود علاقة موجبة دالة إحصائيًا بين مستوى الصحة النفسية بصفة عامة لأمهات أطفال ذوي متلازمة داون ومستوى التوافق الزواجي لديهن و كذلك الإلتزام الديني ، و أنه لا توجد فروق في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي متلازمة داون تعزى إلى متغير جنس المعاق ، عدد المعاقين في الأسرة ، صلة القرابة بين الزوجين ، عمر الأم عند ولادة الطفل المعاق، تعليم الأم و أيضا توصلت النتائج بوجد فروق دالة في مستوى الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داو ن تعزى إلى متغير درجة الإعاقة ، ترتيب المعاق في الأسرة ، المستوى الاقتصادي للأسرة ، عدد الأبناء في الأسرة ، عمر الأم الحالي ، عمل الأم .

(العرعير محمد مصباح حسين ، 2010

12 -دراسة **أشرف عبد العظيم أحمد**(2014) ، بعنون : **الصحة النفسية وعلاقتها بالذكاء الاجتماعي لدى عينة من طالبات كلية التربية بالبيضاء.**

يهدف البحث الحالي إلى التعرف على الصحة النفسية و الذكاء الاجتماعي ، لدى الطالبات في كلية التربية و أيضا التعرف على دلالة الفروق في الصحة النفسية لدى طالبات وفق متغير المرحلة الدراسية وكذلك دلالة الفروق في الذكاء الاجتماعي وفق متغير المرحلة الدراسية ، وكذا العلاقة بين الصحة النفسية و الذكاء الاجتماعي، تكونت العينة من (100) طالبة بواقع 50 طالبة من المرحلة الأولى و 50 طالبة من المرحلة الرابعة في مختلف التخصصات ، وتم الإختيار بطريقة عشوائية واستخدام الباحث مقياسين هما: الصحة النفسية للشباب من إعداد وعبد المطلب أمين القريطي وعبد العزيز السيد الشخص (1992)، ومقياس الذكاء الاجتماعي للمراهقين والراشدين من إعداد ما يرو وآخرون (1992) ، ومقياس الذكاء للمراهقين والراشدين من إعداد ما يرون وآخرون ، تعريب وتقنين علاء الدين كفافي وفؤاد الدواش (2006) ، وجاءت نتائج الدراسة بأن الشابات الجامعيات يتمتعن بالصحة النفسية ، وأنهن كذلك يتصفن بالذكاء الاجتماعي ، وذلك النتائج بينت أن هناك فروق حالة إحصائيا في الصحة النفسية وفق متغير المرحلة الدراسية لصالح المرحلة الرابعة ، وكذلك وجود فروق دالة إحصائيا في الذكاء الاجتماعي وفق متغير المرحلة الدرسية لصالح المرحلة الرابعة ، وتم ايجاد وجود علاقة ارتباطية طردية بين درجات الطالبات على المقياسين أي يعيني التمتع بالصحة النفسية يعين بوجود ذكاء إجتماعي .

(**أشرف عبد العظيم أحمد ، 2014**)

الدراسات الأجنبية :

1- دراسة **Kristine Stenson** (**1998**) بعنوان : **أثر العنف على الصحة النفسية و الجسدية للمرأة الحامل .**

وأجريت على النساء الحوامل المراجعات لمركز الأم والطفل في مدينة إيبسالا ، هدفت الدراسة إلى معرفة ما إذا كن (النسوة) قد تعرضن للعنف وما نوعه ، وما هي الآثار الناتجة عنه . شملت عينة البحث أكثر من(350) امرأة حامل من المراجعات لهذا المركز ، قدمت لهن استبيان ضم بعض الأسئلة تتعلق بهذا الموضوع وبينت النتائج (3%) منهن كن قد تعرضن إلى العنف من قبل الزوج أو الشريك الذي يقيمون معه وكان أكثر الأنواع انتشاراً هو العنف الجسدي ، وكان هذا العنف (الجسدي) يحدث قبل وأثناء فترة الحمل ، وأشارت نسبة (1.3%) منهن إلى أنهن تعرضن للعنف النفسي أيضاً ، فيما تعرض (8%) منهن إلى العنف الجنسي .

وبينت الدراسة أيضاً أن لهذا السلوك آثار سلبية على صحة المرأة النفسية والجسمية ، وخصوصا إذا تعرضت للعنف في مرحلة الحمل .

(Stenson, 1998 , p. 21-22

2 - دراسة **A. Reivch Shatté** ، (**2002**) ، بعنوان **الحصول على المسار الصحيح و توجيه الصحة النفسية و الصمود .**

هدفت هذه الدراسة إلى تعزيز أنماط الحية الصحية بين الطلاب و دمجهم و توسيع معرفتهم ووعيهم حتى يصبحوا مواطنين صالحين ، و اجريت الدراسة على طلبة جامعة نيو برونزويك ،و طلاب جامعة دي مونكتون ، و الطلاب الذين يدرسون في مدارس المحافظة ، وتم تطبيق(إستراتيجة العافية) ، من خلال التفاعل بين العوامل الإجتماعية و الإقتصادية و البيئية و المادية ، و كذا السلوك الفردي و العوامل المحددة للصحة و لقد حددوها

باللياقة الذهنية و المرونة ، و أظهرت نتائج البحث بعد تطبيق محددات الصحة النفسية أن الطالب أصبح أكثر إنخراطا في الأنشطة البدنية التنافسية و غير التنافسية ، و رتفاع في مستوى الصحة النفسية ، و إنخفاض إمكانية التدخين بقدر كبير بالنسبة للإناث و الذكور ، و اعتماد الطلاب على السلوك الإجتماعي (مساعدة الآخرين) بدلا من السلوكيات المناقضة للمجتمع (السلوك المضطرب) ، و أن الصحة النفسية ترتبط ارتباطا وثيقا بالصحة البدنية و كما بينت النتائج استمرارية مشاعر السعادة و الصحة الجيدة ، وبعد ضبط متغيرات الأمراض المزمنة و لتدخين و استهلاك، و زيادة الوزن ، و أيضا بينت النتائج أهمية التعاون و العمل جنبا إلى جنبا مع المهنيين في المدارس و أثرها على الأطفال و المراهقين ، و تشير الدلائل إلى أن اللياقة الذهنية هي وراء إرتفاع الصحة النفسية وغياب الأمراض ، و أن المرونة هي القوة لمواجهة تحديات الحياة بشكل فعال .

(**A. Reivch Shatté 2002, p 3-12**)

دراسة بعنوان: **العنف الأسري و أثره على الصحة الجسمية و النفسية للمرأة المعنفة karem larson (2007)**

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الفروق بين النساء المعنفات جسمياً ، جنسياً ، و نفسياً من قبل أحد أفراد الأسرة و النساء غير المتعرضات للعنف في سلامتهن الجسمية و النفسية و هي دراسة تجريبية و هدفت أيضاً إلى معرفة الفروق بين النساء المتعرضات للعنف حسب سنوات التعرض للعنف و شملت عينة الدراسة على مجموعة من النساء المعنفات من المتواجدات في بيوت النساء (بيوت خاصة تقيمها الدولة في السويد) وعينة مكافئة لها من النساء غير المتعرضات للعنف وذلك من خلال الإجابة على استبيان خاص أعد لهذه الدراسة ، وبينت النتائج أن النساء المعنفات لديهن مشاكل نفسية وجسمية أكثر من النساء غير المعنفات كما أن هناك فروقاً بين النساء المعنفات تبعاً للفترة الزمنية التي تعرضن فيها للعنف حيث كانت النساء المتعرضات للعنف لفترة ست سنوات أو أكثر لديهم ضغوط نفسية عالية مع أعراض اكتئاب وآلام جسمية أكثر من النساء المتعرضات للعنف

لخمس سنوات أو أقل . (Larsson, 2007, P20-24)

دراسة Jeremy E. Uecker (2012 تحت عنوان : لدى الشباب الزواج و الصحة النفسية

تطرقت الدراسة إلى الزواج و الصحة النفسية لدي الشباب ، ووجدت أن الشباب المتزوجين تظهر مستويات مماثلة من الضيق النفسي كما الصغار البالغين الذين هم في أي نوع من العلاقة الرومانسية ، و أن الشباب المتزوجين الذين تزوجوا في سن(22-26) يتميزون بمستوى عال من الرضا عن الحياة مقارنة بأولئك الذين يتزوجون في سن صغيرة .

(jeremy e uecker , 2012)

8 - التعقيب على الدراسات السابقة :

بعد عرض الدراسات السابقة و الإطلاع عليها وجدت الباحثة أن الدراسة الحالية يمكن أن تتفق مع بعض المتغيرات في بعض الجوانب ، واختلفت معها في البعض الأخر ، و لم يتم ايجاد دراسة متطابقة تماما مع الدراسة الحالية – في حدود إطلاع الباحثة - سوى ما تطابق منها في متغير الصحة النفسية ، و الآن سوف نتناول الدراسات السابقة من مختلف الجوانب على النحو التالي :

أولا- من حيث الفترة الزمنية:

انحصرت الدراسات السابقة بين (1996) و (2014)، أما الدراسة الحالية فهي تجرى في سنة (2015)

ثانيا- من حيث الحدود الجغرافية:

هناك عدة دراسات محلية تكلمت عن الصحة النفسية مع متغيرات أخرى وهي كالآتي : دراسة (**قدور نويبات 2013**) ، (**دراسة بشير حسام 2011**) ، (**دراسة ساعو مراد ، 2010**) ،) دراسة (صولي إيمان

2014) ، **دراسة (كلثوم بلميهوب ، 2009)** ، وأما الباقي فهي دراسات عربية و أغلبها من غزة وهي : دراسة (محمد مصباح حسين العرعير ،2010) ، (دراسة مروان عبد الله دياب، 2006) ، (دراسة عبد العزيز موسى ثابت ، 2007) ، و دراستين من السعودية و هما (دراسة يسرى سالم اليافعي،1997) ، (دراسة صالح بن إبراهيم الصنيع ، 2007) ، و كذلك دراستين من ليبيا و هما(دراسة علوان الزبيدي، 1997) و (دراسة أشرف عبد العظيم أحمد ، 2014) ، و أيضا دراسة من الأردن و هي (دراسة أسماء بدري الإبراهيم ، 2010)، و كذلك لدينا دراسة من الكويت و هي (دراسة خضر عباس بارون، 2008) ، كما أنه لدينا أربع دراسات أجنبية ، و هم (دراسة **Karen larson , 2007**) و(**دراسة Christinne 1998 stinson,**) ، و دراسة (**A. Reivch Shatté, 2002**) ، و دراسة (**Jeremy E. 2012 Uecker**)

ثالثا– من حيث الموضوع :

من خلال مراجعة الدراسات السابقة إتضح لنا وجود ندرة إن لم نقل إنعدام دراسة مطابقة تماما للدراسة الحالية فلم يتم إيجاد أي دراسة تناولت المتغيرين معا ، في حين تم إيجاد العديد من الدراسات التي تكلمت عن الصحة النفسية مع متغيرات أخرى ، و كذلك لم يتم إيجاد أي دراسة تناولت موضوع الزواج المتأخر – على حد علمنا– فإن وجدت فهي تتكلم عن العنوسة و هذا ليس ما نهدف إليه في دراستنا ، كما لم نجد دراسات تكلمت عن الزواج المبكر سوى دراسات فقهية قانونية لا تخدم البحث في التحليل و التفسير .

رابعا– من حيث الأهداف :

لاحظنا بعد الإطلاع على الدراسات السابقة و الأهداف وجدنا إختلافا و تنوعا فهناك من تناولت العلاقة بين الصحة النفسية و متغير آخر مثل دراسة (قدور نويبات ، 2013) و دراسة صولي إيمان ،2014) و دراسة (أشرف عبد العظيم أحمد ، 2014) ، دراسة (عفراء إبراهيم خليل ، 2006) و كذلك دراسة (خضر عباس

بارون ، 2008) ، كما انه لدينا دراسات بحثت في الأثر مثل دراسة (صالح بن ابراهيم الصنيع ، 2007) ، و دراسة (كلثوم بن ميهوب ، 2009) و دراسة (عبد العزيز موسى ثابت ، 2007) ، كما أنه دراسات اهتمت بمستوى الصحة النفسية كدراسة (إبتسام أحمد ابو العمرين ، 2008) ، و كذلك دراسة هدفت إلى معرفة فعالية أحد البرامج على الصحة النفسية وهي دراسة (بشير حسام ، 2011) ، و دراسة (**A. Reivch Shatté, 2002**) .

خامسا : من حيث العينة :

أما نوع العينة فلقد كانت أغلب الدراسات غير متطابقة مع عينة الدراسة الحالية سوى دراسة (قدور نويبات ، 2013) ، فمنهم من تكلم عن عينة التلاميذ في المدار س مثل دراسة (صولي إيمان ،2014) و دراسة (مروان عبد الله دياب ، 2006) ، و دراسات تناولت عينة الطلبة الجامعيين مثل دراسة (صالح بن ابراهيم الصنيع ، 2007) ، و دراسة (أشرف عبد العظيم أحمد ، 2014) ، دراسة (علوي الزبيدي و سناء مجول الهزاع ، 1997) ودراسة (يسرى سالم اليافعي ، 1996). كما هناك عينة العاملين و العاملات مثل دراسة إبتسام أحمد أبو العمرين ، 2008) ، و عينة المرضى كدراسة (بشير حسام ، 2011) و ساعو مراد ، 2010)

سادسا– من حيث المنهج:

أغلب الدراسات التي تم إيجادها استخدمت المنهج الوصفي ، و هذا يعتبر خاصية مشتركة بين دراستنا الحالية و الدراسات السابقة الأخرى ، و لقد تم ايجاد دراستين استعملتا المنهج التجريبي و هي دراسة (**بشير حسام ،2011**) و دراسة (**A. Reivch Shatté, 2002**) .

سابعا– من حيث أدوات الدراسة :

تشابهت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في تطبيق المقياس و هو مقياس الصحة النفسية ، إلا أنها إختلفت في نقطة معد المقياس ، بمعنى أن هناك من الباحثين من إستخدم مقياس الصحة النفسية المعدل لصاحبه

(ليونارد ، ر. ديروجيتس ، س . ليمان ، لينو كوفي) ، أما الدراسات الأخرى فاختلفت مع دراستنا في صاحب المقياس، كما أنه هناك باحثين قاموا باعتماد مقاييس من إعدادهم .

– من خلال العرض السابق للدراسات التي تناولت الصحة النفسية لدى المتزوجين ، فقد تبين – في حدود اطلاع الباحثة –ندرة الدراسات حول علاقة بين متغيري هذه الدراسة ، وعليه استفدنا من هذه الدراسات التي عرضناها في الإطار النظري و التطبيقي، كما ساعدتنا في تحديد أدوات الدراسة الحالية ، و طريقة المعالجة الإحصائية ، وكيفية تحليل المعطيات و تفسيرها .

الفصل الثانى

سن الزواج

تمهيد :

إن البحث في موضوع سن الزواج لا يكون دون التعرف على المفاهيم الأساسية للزواج من تعريف و أركان قانونية ، وكذلك الحكمة منه ، وهذا سيكون ممهدا للولوج إلى متغير الدراسة و هو سن الزواج بنوعيه المبكر و المتأخر ، حيث يلعب دورا كبيرا في سيرورة حياة الفرد و يؤثر بشكل واضح و مباشر على صحته الجسدية و النفسية و الإجتماعية و العقلية ، لأجل هذا تطرقنا في هذا الفصل إلى التعاريف الخاصة بهما ، و بالأسباب التي أدت لهما ، وكذا الآثار الإيجابية و السلبية على حياة الفرد ، و بعض النظريات التي حاولت تفسير ذلك .

1- الـــــــــزواج :

1.1- تعريف الزواج :

يعرفه قانون الأسرة الجزائري بأنه عقد رضائي يتم بين رجل وامرأة على الوجه الشرعي من أهدافه ، تكوين أسرة أساسها المودة و الرحمة و التعاون و إحصان الزوجين و المحافظة على الأنساب .

(من قانون الأسرة، 2007، ص 01)

إن المعنى للزواج أنه مؤسسة اجتماعية مهمة ، لها نصوصها وأحكامها وقوانينها وقيمها، والتي تختلف من ثقافة إلى أخرى وهو علاقة جنسية تقع بين شخصين (رجل وإمرأة) يشرعها ويبرر وجودها المجتمع ، وتستمر لفترة من الزمن يستطيع خلالها الزوجان إنجاب الأطفال ، وتستمر لفترة من الزمن يستطيع خلالها الزوجان إنجاب الأطفال و تربيتهم تربية اجتماعية وأخلاقية و دينية يقرها المجتمع و يعترف بوجودها و أهميتها.

(نويبات قدور ، 2013 ، ص 219)

إن الزواج نظام عالمي من أهم النظم الاجتماعية ، و هو ظاهرة عالمية وعامة في كافة المجتمعات الإنسانية ، ولهذا يصعب تقديم تعريف شاملا ، لأن الزواج مجموعة من الأنماط الثقافية و بالتالي فهو يختلف باختلاف الثقافات و البيئات و المجتمعات.

(شرقي رحمة ، قاضي هشام ، 2013 ، ص 03)

والزواج في الإسلام هو ارتباط يتم بعقد شرعي يبرم بين الزوجين أو من يمثلها يباح من خلاله للرجل وللمرأة الإستمتاع كل منهما بالآخر، ويترتب عليه حقوق وواجبات لكل طرف، وتنشأ عنه تبعات ومسؤوليات ، كما ينظر الإسلام للزواج على أنه من أسباب تحقيق السعادة و الاستقرار لاستقرار للإنسان بجانب غايات التكاثر و الإنجاب .

(الداهري صالح حسن أحمد ، 2008، ص 41)

وهو مؤسسة إجتماعية مهمة لها نصوصها و أحكامها و قوانينها التي تختلف من حضارة إلى أخرى و يبرز وجودها و تستمر فترة طويلة من الزمن يستطيع خلالها البالغان إنجاب الأطفال و تربيتهم تربية اجتماعية و أخلاقية و دينية يقرها المجتمع و يعترف بوجودها و أهميتها .

(السناد جلال ، 2007، ص 90)

- هو إتحاد معترف به إجتماعيا و عقائديا و قانونيا يكون بين الزوجين ، و يختلف وفقا لمختلف الثقافات ، و هو أساس العلاقات الشخصية ، و الجنسية ، يكون إلزاميا قبل متابعة أي نشاط جنسي .كما أن الزواج عالمي الثقافية .

(https://en.wikipedia.org/wiki/Marriage

2.1- أركان الزواج في قانون الأسرة الجزائري :

المادة (09): معدلة ينعقد الزواج بتبادل رضا الزوجين.

المادة (09): جديدة يجب أن تتوفر في عقد الزواج الشروط الآتية :

- أهلية الزواج.
- الصداق.
- الولي.

- شاهدان.

- انعدام الموانع الشرعية للزواج.

(من قانون الأسرة ، مرجع سابق ، ص 03)

1-3حكمة الزواج :

شرع الله عز الله وجل – الزواج لحكمة جليلة ومقاصد شريفة وغايات نبيلة ، منها:

1- حاجة كل من الزوجين إلى صاحبه، فالزواج هو أحسن وضع طبيعي، وأنسب مجال حيوي لا رداء الغريزة وإشباعها بقضاء شهوة الجماع الفطرية ، فيهدأ البدن عن الاضطراب، ويكف عن النظر أو التطلع إلى الحرام وتطمئن العائلة إلى ما أحل الله .

2- الإبقاء على النوع الإنساني بالتناسل الناتج عن النكاح واستمرار الحياة.

3- صيانة الأنساب من الاختلاط ، وإيجاد مجتمع طاهر نظيف تنتشر فيه الفضائل و تضمحل منه الرذائل .

4- تنظيم العلاقة بين الرجل والمرأة على أساس من تبادل الحقوق والتعاون المثمر في دائرة المودة و المحبة و الاحترام و التقدير.

5- تنمية غريزة الأبوة و الأمومة و تكاملها في ظلال الطفولة وتنمية مشاعر العطف و الود و الحنان ، و هي فضائل لا تكمل إنسانية إنسان بدونها.

6- تعاون كل من الزوجين على تربية الأبناء ورعايتهم والمحافظة على حياتهم.

7- الشعور بتبعة أعباء الزواج و رعاية الأبناء ، و يبعث على النشاط و بذل الجهد في تقوية ملكات الفرد ومواهبه مما يزيد في تنمية الثروة و كثرة الإنتاج بالمجتمع .

8- يعمل الزواج على ترابط الأسرة وتقوية أواصر المحبة بين العائلات وتوكيد الصلات الإجتماعية ، فالمجتمع المترابط المتحاب ، هو المجتمع القوي الذي يعضده و يباركه الإسلام.

9- الزواج مفيد صحيا للرجل والمرأة على السواء ، حيث يؤدي كل منهما وظائفه الطبيعية على الوجه الذي يرضاه الله و يحمده الناس و يثمر الثمار المباركة .

10- الزواج عبادة يستكمل بها الإنسان دينه ، ويلقى بها خالقه عز وجل على أحسن حاله من الطهر و النقاء و العفاف.

(أمين أحمد سناء ، 2008 ، ص 21)

11- الشعور بالأمن و الطمأنينة ، فبالزواج ينضج تفكير كل من الرجل و المرأة ، و يكتمل دينهما وخلقهما، و تستقر نفسياتهما في ذلك الحصن .

12- إعطاء الحياة معان جديدة ، و ترتفع قيمتها لكلا الزوجين و تزيد طموحاتهم في الكسب و الرزق، وتجعل الأدوار متكاملة و متآزرة ، فيعمل الزوج من أجل زوجته و أولاده ، و الزوجة كذلك .

(مرسي كمال إبراهيم ،1995 ،ص ص 38 ،39)

2- الزواج المبكر:

1.2- تعريف الزواج المبكر :

لقد دخل هذا المصطلح الغربي مؤخرا كمشكلة لما يسمى بالحمل الذي ظهر بسبب الإنحلال الخلقي في المجتمعات الغربية ، فلقد حدث هذا لكثير من الفتيات في سن أقل من (14) سنة ، وأصبحن زانيات ، فجعل الزواج المبكر لأنه يعتبر سببا لحفظ الأخلاق و تكوين الأسرة و رادعا لمشكلات و مساوئ إجتماعية مختلفة .

(الكندري أحمد محمد مبارك ، 1992 ، ص 71)

- و هو عقد الزواج الذي يكون أحد طرفيه غير بالغ .

(القيسي سها ياسين ، 2010 ، ص 06)

– و هو الزواج الذي يسبق إكتمال النمو الجسدي و النفسي و الإجتماعي و الثقافي للفتى أو الفتاة ، فيتم الإنتقال من المراهقة إلى الحياة الزوجية ، و في هذه الحالة غالبا ما يعيش الزوجان القاصران في كنف العائلة ، ويتبع النمط التقليدي و الإجتماعي ، ويصبح الزوج مسلوب الإرادة ولا يقدر على اتخاذ القرارات والزوجة لا تستطيع تحمل المسؤوليات والصعوبات ، فتظهر المشاكل ويعجزوا عن حلها مما يؤدي إلى عجزهم عن مواصلة الحياة المشتركة .

2.2– الأسباب المؤدية للزواج المبكر:

– العادات و التقاليد .

– الزواج المبكر وسيلة لإنجاب أكبر عدد من الأبناء للعمل و مساعدة الآباء .

– كما تشكل الأوضاع الاقتصادية أحد الأسباب المهمة الأساسية ، بحيث يميل بعض الفقراء إلى تزويج بناتهم في سن مبكرة للتخفيف من أعباء المصاريف و تكاليف التعليم .

الأسر غير المتعلمة أو متوسطة التعلم تميل إلى تزويج أبناءها عكس الأسر المتعلمة ، فهي لا تزوج أبناءها إلا بعد إستكمال التعليم .

(ميسون الفايز ، 2012 ، ص 05)

– هناك دوافع دينية و هي أن الزواج أمان للشخص من الإنحراف و الوقوع في المعصية .

(القضاة مصطفى ، 2010 ، ص 455)

3-2. إيجابيات و سلبيات الزواج المبكر :

- **الإيجابيات:**

- عدم وجود فروق كبيرة بالعمر بين الآباء و الأبناء ، مما يقلل من الصراع القيمي و الفكري بين الجيلين .

- الإبتعاد عن الانحراف نظرا لإشباع الحاجات الجنسية في سن مبكرة .

- الإتساق بين الزوجين في بعض الميول و الحاجات ، مما يزيد من التوافق بينهما .

(الكندري أحمد محمد مبارك ، مرجع سابق ، ص 71)

يرفع مكانة المرأة الاجتماعية بالإضافة إلى إعلاء نشأت أسرتها ويدفع تأخر الفتاة عن الزواج ، وبالتالي يبعد الإرتياب والقلق على مستقبلها . **(نوار شهرزاد ، 2010 ، ص 190)**

- **السلبيات:**

أشارت الكثير من الدراسات إلى أضرار الزواج المبكر ، نذكر من بينها :

- عدم النضج الشخصي العقلي و الانفعالي و الاجتماعي للزوج و الزوجة .

- عدم مجاراة الزوجين الأعراف الإجتماعية .

- عدم قدرة الزوجين على تحمل المسؤولية و مواجهة المشاكل .

- يكون عائقا أمام تعلم الزوجة .

(الكندري أحمد محمد مبارك ، مرجع سابق ، ص 71)

- زواج الصغير لا يحقق الحكمة من تشريع الزواج ، فليس للصغير غالبا من مصلحة في الزواج ، بل قد يكون فيه ضرر له ، إذ يجد كل من الفتى و الفتاة نفسه بعد البلوغ مجبرا على الزواج بشخص لم يؤخذ رأيه في اختياره و قد لا يتفق معه في الأخلاق والطباع ، فهذا أمر لا تقره الشريعة و فيه عدوان صارخ على حق الفتى و الفتاة في اختيار كل منهما لمن يشاء لبناء حياته الزوجية المرتقبة .

(شجاع الدين عبد المؤمن ، 2008 ، ص 17)

– حاجة الفتاة الصغيرة إلى تغذية متوازنة تساند النمو السريع لجسمها وتلبي كافة متطلبات النمو الجسدي من البروتينات و الفيتامينات و غيرها ، فإذا تزوجت الصغيرة فإن ذلك يلقي على جسمها عبئا إضافيا نتيجة الحمل الذي يتطلب تغذية أفضل تفي حاجة الحامل و الجنين .

– كما عدم إكتمال نمو الأعضاء التناسلية الخارجية و الداخلية للزوجين يؤدي إلى عدم قدرة الأعضاء على أداء وظائفها كما ينبغي ، و بالتالي يؤدي إلى انعدام العلاقة الجنسية الآمنة و المريحة و المشيعة للزوجين ، فيكون هناك نوع من المعاناة و الآلام و التمزق للفتاة و الخوف الذي يؤدي إلى الأمراض النفسية و العصبية .

(شجاع الدين عبد المؤمن ، المرجع السابق ، ص ص 5 – 6)

2–4النتائج الإجتماعية و الصحية للزواج المبكر :

إن آثار الزواج المبكر عل الفتيات و الفتيان عديدة ، و في منظور قانوني ثلاثة قضايا هامة : إبعاد الطفولة و المراهقة ، تناقض الحرية الشخصية ، و نقص القدرة على تطوير شخصية مستقلة ، و يضاف إلى هذا إبعاد السلامة النفسية و الإنفعالية و الصحة الجنسية و حظوظ التربية .

كما أن للزواج المبكر أثرا على سلامة الأسر و المجتمع عامة ، عندما ينقص مستوى التعليم عند الفتيات ، وحينما يهيأن بشكل سيئ للعب دور أم و المشاركة في المجتمع .

– الإعاقة النفسية:.

يصحب الزواج المبكر الحرمان من المراهقة ، العلاقات الجنسية الإجبارية و إبعاد الحرية و التطور الشخصي ، لكل ذلك أثر نفسي إجتماعي و إنفعالي قوي ، و يترجم ذالك أحيانا بطريقة خفية و ربما يصعب تقييم ضرره ، و يشمل ذالك عناصر لا يمكن أن نحس بها ، ككون الفتاة محرومة من الحرية و الحركة ومحتجزة بين أربعة جدران ، ومن البديهي أن لا نملك معطيات في هذا المجال .

وقد صدم باحثوا اللجنة الإفريقية بلامبالاة الراشدين بالإصابات الناتجة عن الزواج المبكر لدى الفتيات و العلاقات الجنسية و الأمومة المبكرة ، و قد لاحظ الباحثون الهنود الدارسون للزواج الأطفال بالهند أن الفتيات يعانين أكثر من الفتيان ، و إذا مات الزوج ، و لو قبل أن يكتمل الزواج ، تعامل الفتاة كأرملة و تعطى لرجل أرمل من العائلة و لكنها تصبح مشتركة بين كل رجال العائلة ، و يمكن أنت تخضع الطفلة الأرملة لاحقا للتمييز، ذالك لأن النظام الأساسي للأرامل يسلب حقوقهن و حقوق أطفالهن في الملكية و سلسلة من حقوق إنسانية أخرى ، و في بعض الأجزاء من إفريقيا يعاد تزويج الأرملة لأحد إخوة زوجها و يعتبر هذا الزواج كإجراء للدعم

الإجتماعي و الإقتصادي ، و إذا اعترضت الأرملة ، يمكن أن تنفيها العائلة ، و يروي بعض المشاركات في محاضرة بالهند ، أن الأرامل يطردن من طرف عائلات أزواجهن و عائلاتهن ، و يتخلى عنهن ببساطة دون موارد مالية أو سقف يحميهن .

(http://almaghfera.ahlamontada.com)

– الحرمان من التعليم :

يحرم الزواج المبكر بشكل لا يمكن تجنبه الأطفال في عمر الدراسة من الحق في التعليم الضروري لتطورهم الشخصي، و لتحضيرهم لحياة الرشد ، و لمشاركتهم الفعالة في سلامة أسرتهم المستقبلية و المجتمع ، و بالفعل يمكن أن تمنع الفتيات المتزوجات الراغبات في مواصلة الذهاب إلى المدرسة من ذالك ، شرعا و عمليا .

وفي بعض المناطق القروية ببعض الدول ، يعني التعليم الثانوي مغادرة المترل إلى الداخلية و يخاف الأبوان من تعرض بناتهم لأخطار كالعلاقات الجنسية و الحمل قبل الزواج ، لهذا السبب تحرم الفتيات من الدراسة في نيجريا. و حتى لو كانت الفتيات يستطعن الذهاب إلى المدرسة مع السكن في المترل يمثل الخوف من التحرش و العلاقات الجنسية أو أخطار الطريق ، عائقا يحول دون تعليمهن .

كما أن سحب فتاة من المدرسة لأجل الزواج أو للعمل في بيتها أو في مكان آخر من أجل تحضيرها للحياة الزوجية ، ينقص من حظوظها في التطور الفكري ، الشراكة ، صداقات خارج دائرة العائلة ، و العديد من التدريبات النافعة ، الشيء الذي ينقص من إمكانية صنع هوية خاصة بها .

ثم إن أهم نتيجة لهذا الحرمان هي نمو الفتاة في جهل لحقها في سماع رأيها و في شبه عدم القدرة على التعبير ، كما أن نقص تقدير الذات أو مفهوم امتلاكها لبدنها يعرض النساء لأحمال غير مرغوب فيها و إلى فيروس نقص المناعة البشري .

(**http://almaghfera.ahlamontada.com**)

2-5 الإجراءات التي يتعين اتخاذها للحد من الزواج المبكر :

من الضروري إتباع سلسلة من الإجراءات السياسية و البرمجية من أجل مكافحة الزواج المبكر و نتائجه ، نذكر من ضمنها :

- التعليم لأجل اكتساب الاستقلالية و التطور الفكري :

يعتبر التعليم و التربية مفتاح رقي الفتيات و من المهم لأسباب شخصية ،عائلية ، إجتماعية و إقتصادية ، و يمكن أن تساعد البرامج الغير تقليدية (محو الأمية) من استدراك التطور الفكري و الشخصي المستمد بواسطة التمدرس، في حالة حرمان الفتيات من التعليم المنتظم ، و يمكن أن يكون لهذه البرامج أثر مباشر على الزواج المبكر .

و من أجل مكافحة التفاوت الهام بين الجنسين في المستوى الثانوي من التعليم ، يجب التفكير أكثر في مؤسسات تعليمية خاصة بالفتيات ، على سبيل المثال بناءها قرب الجماعات المحلية من أجل التخفيف من خوف الآباء والإكثار من توظيف الأساتذة النساء مع تحسين ملائمة البرامج و جودة التعليم ، و إنشاء استعمال للزمان مرن و يسمح للفتيات بأداء واجباتهم المترلية ، و إنشاء دور حضانة للأطفال داخل المؤسسات التعليمية .

– النجدة المستعجلة :

يمكن أن تؤمن بعض الجمعيات النسائية الغير حكومية مساعدة النساء الفارات من ضغط الزواج المفرط و من الزواج الإجباري ، و لكن تلك الجمعيات تفتقر لدعم المؤسسات التقليدية ، و تملك القليل من الأموال ، و تضطر أحيانا للعمل في السر ، و تتهم بتدمير القيم الثقافية و زيادة على ذالك لا توجد تلك الجمعيات إلا في التجمعات و المناطق الحضرية .

(**http**://**almaghfera.ahlamontada.com**)

– تغيير القوانين :

في الدول حيث لا يعترف بالعمر الأدنى للزواج ، يقوي النقص في نظام تسجيل الولادات ، الزواج المبكر ، كما أن الآلاف من الزيجات لا تسجل، و تحرم النساء من حقوقها المتعلقة بالزواج ، بما في ذالك حقها في الملكية ، لذالك يجب تطوير برامج النهوض بتسجيل الولادات و الزيجات بمساعدة البنيات المحلية و علماء الدين ، ثم أن الإجراءات الحكومية ضرورية لإعادة النظر في القانون المعتاد و المدني على ضوء المعايير الدولية في مجال الزواج و المعترف بها في القانون الإنساني كما أنه من الضروري تطبيق القوانين الموجودة ، و وجود ثقافة يجب احترامها ، الشيء الذي يجب أن يشجع بتوفير تكوين للقضاة و السلطة التشريعية بالأمن .

(**http**://**almaghfera.ahlamontada.com**)

3– الزواج المتأخر :

1.3– تعريف الزواج المتأخر:

التأخر لغة : يعني عكس التقدم (الرجوع) ، وتأخر الزواج يعني ارتفاع سن الزواج حيث يقدر متوسط سن الزواج حاليا بـــ 32.5 للمرأة، و35.5 للرجل ومما لا شك منه فإن هذا التأخر الذي شهده المجتمع الجزائري يعود إلى عدة عوامل إقتصادية و إجتماعية و ثقافية .

(بغزة عادل ، 2009 ، ص 04)

2.3- أسباب الزواج المتأخر :

- ارتفاع نسبة البطالة و مشكلة الإسكان .

- ارتفاع معدل التعليم بالنسبة للإناث .

-الدخل المتدني للعديد من الأسر . (**المطيري حنان علي ، 2009 ، ص 16**)

- التغير الإجتماعي بالمشاركة الفعالة من خلال الوصول إلى أعلى المراتب الدراسية والدخول إلى عالم الشغل لتحقيق نوع من الإستقلالية المادية و المساهمة في اقتصاد الأسر .

(**نوار شهرزاد ، مرجع سابق ، ص 188**)

- عزوف الشباب عن الزواج و تسويفهم له لإرتباطهم بعلاقات أو رغبتهم في الحرية و عدم الإلتزام بالمسؤولية .

- تأجيل أهل المرأة تزويج البنت لأسباب غير مقنعة كسن الفتاة و تعليمها أو حصولها على وظيفة رسمية .

- ومن أعظم الأسباب التي تعيق الزواج عند الشباب و الفتاة هو الإعلام الفاسد المتأثر بنظريات الغرب ومبادئه الذي يبث أنماط غير إسلامية بإقامة علاقات غير شرعية أي لابد من إقامة علاقة قبل الزواج (الحب) وقد تكون طويلة لا تنتهي ، و الكثير منها فشل مما يؤثر على نفسيتهم و يفقدون الثقة ، فالشباب يفقد الثقة في الفتيات و العكس أيضا .

- شباب غير قادر على الزواج و لا تلوح في الأفق قدرته عليه لسبب الضعف لشديد في الإمكانيات المادية و عدم وجود شقة للزوجة و البطالة .

- شباب قادر على الزواج لكنه يؤجل لفترات طويلة من أجل" الإستمتاع بالحياة " كما يقولون .

- شباب قادر على الزواج لكنه يؤجل من أجل بناء المستقبل العلمي والمادي .

- الإحباط و اللامبالاة .

- شباب قادر و يتمنى الزواج السريع لكنه لم يوفق لمدة طويلة في إيجاد الزوجة المناسبة أو الزوج المناسب .

- مبالغة الأهل في متطلبات الزواج من شبكة و مهور و خلافه .

(**http://dvd4arab-maktoob.com**)

3.3- آثار تأخر سن الزواج :

الشعور بالإحباط : المرأة بفطرتها تميل إلى الأمن مع من يشاركها حياتها ، فعدم حصولها على هذا يعرضها للإحباط مما يؤثر على عدم توازنها النفسي على سلوكها الذي يبدو متناقضا أثناء تعاملها مع الآخرين .

- الحقد والعدوانية على الناس .

- العزلة و الإنطوائية .

وهناك آثار صحية مثل :

- التوتر العصبي الدائم .

- اختلال وظائف الغدد والتوتر والاكتئاب .

- كثرة الأورام الليفية .

- التأخر في الإنجاب يؤدي إلى زيادة الأطفال المنغوليين سيما بعد الأربعين .

- قلة النسل والتفكك الأسر .

- سن الزواج المتأخر للمرأة يؤدي إلى إنخفاض معدل الولادات .

- مشاكل نفسية عند الجنسين وفي مقدمتها الإحباط والاهمال واللامبالاة .

(**آيت مولود يسمينة ، 2012، ص ص 160 – 163**)

5.3- النظريات التي فسرت سن الزواج المتأخر :

ليس هناك نظريات تتطرف بشكل مباشر لهذا الموضوع و لكن يمكن صياغة بعض النظريات التى تناسب موضوع الدراسة ، و تعتبر نظريات الزواج و الإختيار للزواج هما أقرب النظريات المرتبطة بدراستنا ، و نذكر منها :

1 -نظرية التجانس:

إن فكرة هذه النظرية أن الإختيار للزواج يستند على تشابه و تماثل الشريكين ، حيث يتشارك كل واحد بمن يشابهه فى العديد من العوامل الإجتماعية و الثقافية و النفسية :كالجنس والسن و اللون و المستوى التعليمي و الإقتصادي و الميول ، و في هذه الدراسة نحاول أن نتعرف على هذه النظرية من جميع الجوانب وبخاصة المرتبطة بموضوع الدراسة ، حيث ترتكز نظرية التجانس على فكرة أن الشبيه يتزوج بشبيهته وأن التجانس هو الذي يفسر أحيانا إختيار الناس بعضهم لبعض كشركاء في الزواج فالناس عادة يتزوجون ممن يقاربونهم سنا ، و يماثلونهم جنسا في معظم الأحيان ، كما يميلون إلى من يجانسونهم في المستوى التعليمي و المستوى الإجتماعي و الإقتصادي نفسه ، و يمكن تقسيم هذى النظرية إلى فروع من أهما :

أولا : التجانس فى السن والعمر

لقد وجد هولينجز هيد (Holingez had) في بحثه عن العوامل الثقافية في الإختيار للزواج أن التجانس في السن كان عاملا فعالا في إختيار للزواج ، حيث لاحظ أن هناك ارتباطا قويا بين سن الزوج و سن الزوجة في جميع مستويات العمر ، كما وجد أن الرجال الذين فوق العشرين يميلون إلى زوجاتهم من اللائي يماثلونهم في دائرة العمر . وفي بعض المجتمعات العربية نلاحظ تأخر سن الزواج بالنسبة للفتاة و ذلك بسبب التعليم الجامعي ، فالشاب يبحث عن فتاة مماثلة فى العمر وتصغره ، و في بعض الأحيان يرتبط فى ذهن الشاب

بعض العادات والتقاليد التي تشجع أن تكون الزوجة أصغر من الزوج بعدد كبير من السنوات ، وليس معنى هذا أن العادات والتقاليد غير مقبولة ، لكن المقصود هو توضيح أن المجتمع يتغير ونحن يجب أن نسلم بتعليم الفتاة ، فعلى الشاب أن يغير اتجاهه نحو الزواج ، ويتزوج من فتاة تصغره بعدد قليل فقط من السنوات أو تماثله في العمر .

ثـــــــانيا: التجانس فى التعليم :

كما هو واضح فيما سبق أن التجانس يرتكز على فكرة أن الشبيه يتزوج بشبيهته ، وأنه هو الذي يفسر اختيار الناس لبعضهم البعض ، فهناك دراسة تؤكد على أن التعليم عامل من عوامل الإختيار في الزواج .

ثـــالثا : التجانس في المستوى الإجتماعي :

كثير من الرجال يميلون عند الإختيار للزواج بمن يقاربونهم في المستوى الإجتماعي ، وهذا يتضمن العلاقات العائلية ، الأصدقاء ، المستوى الثقافي ، الناحية الدينية و المستوى الإقتصادي ، فالعلاقات العائلية ذات أهمية كبرى في اختيار شريك الحياة ، فكما هو معروف أنه كلما ازداد المستوى العلمي للأفراد ازدادت القدرة على التكيف في الزواج ومن ثمة نجاح الحياة الأسرية ، فالزواج يتضمن القيام بأدوار معينة لذلك لابد من تقارب أسري لتحقيق أسرة جيدة ومتينة .

2- نظرية التجاور المكاني :

نظرية التجاور المكاني توضح أن عملية الإختيار للزواج تتم في نظام جغرافي محدد يكون مثابة مجال مكاني يستطيع الفرد أن يختار منه ، و تؤكد نظرية التجاور أن الناس يميلون إلى الزواج من الذين يعيشون بجوارهم ومجالهم ، مثل (الحي السكني ، أو مجال العمل ، أو مجال الدراسة)

وكما قد كشفت الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية أن هناك اتجاه عاما يدل على أن معظم الأفراد يفضلون الزواج من الأحياء المجاورة لهم وفي محيط واحد ، وممن كانوا متصلين معهم في علاقات أسرية وقرابة. (**http://vb.analoza.com/t8868.html**)

خلاصة الفصل :

إذن إتضح مما سبق أن سن الزواج له الأهمية البالغة في حياة الفرد و في استقراره ، فاختيار السن المناسبة أمر ضروري و لا بد منه لكي تنجح العلاقة الزواجية و تحقق أهدافها و توفر الإتزان البيولوجي و الأمن النفسي و السعادة التي هي هدف كل فرد منا ، و أن أي خطأ في الإختيار السن الأمثل للزواج قد يعرض صاحبه إلى معيشة ضنكة من عدم إستقرار على الصعيدين النفسي و الإجتماعي ، ثم إن نجاح الفرد في زواجه هو بشارة سارة له بنجاح ذريته في العديد من المجالات .

الفصل الثالث

الصحة النفسية

تمهيد :

إن مفهوم الصحة يرتبط بالعديد من المجالات ، فهناك الصحة الجسمية ، والصحة العقلية ، و الصحة النفسية ، وهذه الأخيرة تحقيقها صعب نوعا ما في ظل التقلبات و الظروف الراهنة التي يعيشها هذا العصر ، لأجل ذلك باتت محل إهتمام بحوث و دراسات عديدة ، ذلك أن تحققها يوفر للفرد الإطمئنان و الإستقرار و السعادة مع الذات و الآخرين ، وفي دراستنا الحالية سنتطرق لها عند المتزوجين ، فخصصنا لها هذا الفصل الذي تناولنا من خلاله المفاهيم الأساسية للصحة النفسية ، و أهميتها و أهدافها ، و علاماتها لدى الفرد ، و العوامل المؤثرة و غيرها من العناصر التي تجعلنا نحيط بها علما .

1-تعريف الصحة النفسية :

عرفت منظمة الصحة العالمية (**WHO**) بأنها : حالة من الراحة الجسمية و النفسية و الإجتماعية، و ليست مجرد عدم وجود المرض .

وفي تعريف آخر هي قدرة الفرد على التوافق مع نفسه و مع المجتمع الذي يعيش فيه ، و هذا يؤدي إلى التمتع بحياة خالية من التأزم و الإضطراب مليئة بالحماس ، و يعني أن يرضى الفرد عن نفسه ، و أن يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين ، فلا يبدو منه ما يدل على عدم التوافق الإجتماعي، كما لا يسلك سلوكا اجتماعيا شاذا ، بل يسلك سلوكا معقولا يدل على إتزانه الإنفعالي و العاطفي والعقلي ، في ظل تعدد المجالات و تحت تأثير جميع الظروف . **(فهمي مصطفى ، 1995 ، ص 16)**

3) يعرف **شنايدرز Shneiders** الصحة النفسية بأنها حالة من الكفاية و التحكم بالأفكار و التكامل بينها ، و التحكم في العواطف و الصراع و الإحباط ، و هي حالة من الهدوء الفعلي و الموقف السليم والمفهوم السليم عن الذات ، و الوعي المناسب لها و العلاقات المناسبة مع الواقع .

4) ويرى **سكوت Scott** بأنها القدرة العامة على التكيف و على إرضاء الذات و الكفاية في العلاقة بين الأشخاص ، و تشمل القدرة العقلية و التحكم بالدوافع و العواطف و المواقف مع الآخرين و القدرة الإنتاجية و الاستقلال الذاتي و النضج و الموقف المناسب من الذات .

(العزة سعيد حسني ، 2004 ، ص 48)

5) كما أنها الحالة النفسية العامة للفرد ، و التي يستدل عليها من خلال القدرة على التوافق النفسي الجيد ، و الخلو من أعراض الاضطرابات النفسية الواردة في التصنيفات العلمية الدولية و السواء (عدم الاختلال) في السلوك ، و التفكير، و الوجدان، و الفعالية في الأداء العقلي و المهني و الإجتماعي .

(حسيب عبد المنعم عبد الله ، 2006، ص 13).

6) كما أنها توازن بين الغرائز و الرغبات الخاصة ، و الذات و الضمير ، و أحيانا تعرف بأنها القدرة على التأرجح بين الشك و اليقين ، و ذلك أن التأرجح يمنح الإنسان المرونة فلا يتطرف إلى حد الخطأ ، ولا يتذبذب إلى حد الإحجام عن اتخاذ أي قرار ، و التأرجح يوفر للفرد المعادلة و القوة اللازمة للإنطلاق والتمتع و التكيف .

(**الميلادي عبد المنعم ، 2003 ، ص 04**).

كما عرفت بأنها حالة عقلية انفعالية سلوكية إيجابية ، وليست مجرد الخلو من الاضطراب النفسي دائمة نفسيا ، تبدو في أعلى مستوى من التكيف النفسي و الاجتماعي والبيولوجي حين تفاعل الفرد مع محيطه الداخلي (ذاته)، و محيطه الخارجي (الاجتماعي والفيزيقي الطبيعي) ، وحين تقوم وظائفه النفسية لجهاتها بشكل متناسق ومتكامل ضمن وحدة الشخصية .

(**عبد الله محمد قاسم ، 2004 ، ص 22**).

ويرى **برنارد هارلد B.Harled** أن الصحة النفسية تعني توافق الأفراد مع أنفسهم و مع العالم بشكل عام بالحد الأقصى من الفعالية و الرضا و البهجة و السلوك الإجتماعي المقبول و القدرة على مواجهة الحياة و تقبلها و قدرة الفرد على (الثبات) الذهني و العاطفي و الإجتماعي في أي بيئة و في مختلف الظروف .

(**غانم محمد حسن ، 2009، ص 46**).

- و هي أيضا ليست فقط غياب المرض و لكن وجود عوامل إيجابية مثل الرضا ,و التحفيز , والدعم الإجتماعي، والثقة بالنفس , وقد ألهمت هذه الإعتبارات و وردت في علم النفس الإيجابي في كتابات **كييس و وبيز (2002)** اللذين يدعوان للمحافظة على الصحة الجسدية النفسية .

(**Jacques perron et alessia negrini, 2006 , P03**)

2- تطور الرعاية النفسية عبر العصور :

تعود الجذور الأولى للإهتمام بالصحة النفسية و الوقاية من الأمراض و الإضطرابات النفسية و فهم أسبابها إلى عشرات الآلاف من السنين ، فلقد كانت هناك إسهامات متنوعة لفهم الأمراض و الإضطرابات النفسية في الصين و مصر الفرعونية وبلاد ما بين النهرين وحضارات أمريكا الجنوبية ، و معالجتها استناداً إلى فهمها لطبيعة

الأسباب المؤدية ، و حسب ما توفر لديها من أدوات ووسائل ، و لقد كانت في كثير من الأحيان خاضعة لتفسيرات إما غيبية أو غير متناسبة مع الطبيعة الحقيقة للأمراض .

(رضوان سامر جميل ،2002 ، ص 15)

أما الإهتمام بالصحة النفسية بالشكل الذي نعرفه و نمارسه في أيامنا هذه فيرجع إلى العصور الوسطى ، التي شهدت بعض أشكال الرعاية النفسية هنا و هناك ، وشكلت هذه المساهمات النواة الأولى للتغيرات اللاحقة فيما بعد ، فقد أدرك الأطباء المسلمون أهمية الرعاية الصحية و النفسية و الإجتماعية للإنسان ، فكانت دور الرعاية النفسية منتشرة في كل من دمشق و بغداد و الأندلس ، و كان العلاج بالعمل و الموسيقى من الأساليب العلاجية الشائعة في هذه الأماكن التي كانت تطلق عليها تسمية البيمارستانات ، و التي كانت تهدف إلى إعادة الإستقرار و التوازن للمرضى نفسياً .

و يبدو أن الطبيب الفرنسي و أبو الطب النفسي الحديث بينيل (PINEL) (1745-1820) قد كان مطلعاً و متأثراً بأساليب الرعاية و العلاج التي كانت متبعة في العالم الإسلامي ، ففي إحدى كتاباته العائدة لعام (1819) أشار إلى أنه في عام (1425) تم في مدينة "ساراجوسا" الإسبانية إنشاء مصحة للأمراض العقلية تحت شعار الصحة للجميع ، وكانت هذه المصحة تتبع أسلوب العلاج بواسطة العمل الزراعي ، و كانت مثل هذه المصحات منتشرة في أنحاء عديدة الأندلس .

وربما قاده تأثره هذا إلى جانب عوامل أخرى كثيرة بالمطالبة في عام (1798) بعد الثورة الفرنسية بالمطالبة بتحرير المرضى نفسياً من قيودهم ، وألف كتاباً عن كيفية معاملتهم .

وفي واقع الأمر فإن المعاملة السيئة و القاسية التي كان المرضى نفسياً يلقونها أوروبا العصور الوسطى ، لم يكن ينظر إليها كذلك في تلك العصور ، حيث كان الأطباء يعتقدون ربط المرضى بالسلاسل و تعريضهم للضرب و حمامات من البارد والساخن ...الخ ، يشكل أسلوباً فاعلاً في العلاج يساعد هؤلاء المساكين على التخلص من مرضهم.

(رضوان سامر جميل ، المرجع السابق ، ص ص 15 ، 16)

وفي بلجيكا ظهر جيزلان (GUISLAN) الذي خفف من قيود المرضى نفسياً في عام (1835) ، و شهدت هولندا و السويد مؤسسات تعتني بالمرضى عناية إنسانية ، أما في إنجلترا فقد قام جون كونولي متأثراً بتعاليم بينيل بمعاملة المرضى معاملة إنسانية ، و في روسيا قام كرونسبولسكي (ZAVADSKY KRONOPLSKY) بترجمة كتاب بينيل إلى الروسية .

أما في ألمانيا فقد كانت الرعاية الإنسانية تمارس في مؤسسات قليلة فقط ، ففي عام (1817) نادى كريستيان فيروناندهايتر بتحرير المرضى ، وفي عام (1860) تمكن **غريزينغر 1817GRISINGER (1868)** من تحرير المرضى ، وفق عام (1874) افتتحت مصحة **ألت–شيربيتسALT-SCHERBETZ** ، و هي ضاحية من ضواحي المدينة الالمانية ، و ما زالت تمارس عملها حتى يومنا الراهن، وكانت المصحة توفر شروطاً إنسانية في ذلك الوقت قياساً بما كان سائداً ، وبدأت المفاهيم الإنسانية تدخل شيئاً فشيئاً.

وفي أواخر القرن التاسع عشر و بداية القرن العشرين ظهرت آراء نادت بالإهتمام بالجانحين و المنحرفين و المتأخرين عقلياً ، و نادت بإعادة التأهيل للجانحين مثلاً كما هو الحال في فرنسا في أواخر القرن التاسع عشر، أو في العيادة التي أنشأها ويتمر (WITMER) في بنسلفانيا في عام (1896) ، أو في العيادة التي

أنشئت لضعاف العقول في بوسطن في الولايات المتحدة الأمريكية (1909) ، أو في معهد رعاية الأطفال الجانحين الذي أنشأه ويليم هيلي في العام نفسه في ولاية شيكاغو الأمريكية .

في العام نفسه كذلك -(1909)- تأسست في الولايات المتحدة الأمريكية اللجنة القومية للصحة النفسية

(سامر جميل رضوان ، المرجع السابق ، ص ص 16 ، 17)

NATIONAL COMMITTEE FOR MENTAL HEALTH و ذلك بعد سنة واحدة من نشر بيريز كتاباً يحمل عنوان "عقل يجد نفسه A MIND THAT FOUND IT SELF" ، و الذي اهتم بنشر الوعي الصحي و بتصحيح مفاهيم الناس حول الصحة و الإضطراب العقلي.

في الربع الأول من القرن العشرين ظهرت أولى محاولات قياس وتحديد الذكاء (ظهر أول مقياس للذكاء عام 1905 على يد بينيه في فرنسا) ، و من هذه البدايات انطلقت حركة القياس النفسي ، التي ساعدت في التحديد الكمي للتخلف و الذكاء ، و تحديد معايير للصحة و المرض ، و السواء و الإضطراب .

في عام (1984) تأسست منظمة الصحة العالميةORGANIZATION WORLD HEALTH و التي يرمز لها اختصاراً WHO و مركزها في لندن ، هدفت إلى التعاون العالمي في المجال الصحي و تقديم المعونة و الدعم و الخبرات و تبادلها و إلى نشر الوعي الصحي .

في نهايات القرن التاسع عشر وبدايات القرن العشرين ظهرت مدرسة التحليل النفسي التي أسسها الطبيب العصبي و النفسي النمساوي سيجموند فرويد (1856-1939) ، و لعل تأثير التحليل النفسي في حركة الصحة النفسية هو المعلم الأبرز في تاريخ هذه الحركة ، وقد أبرزت مدرسة التحليل النفسي أهمية العمليات النفسية في نشوء الاضطراب النفسي.

و في النصف الثاني من القرن العشرين بدأت تبرز اتجاهات أخرى كالاتجاهات السلوكية ، التي تؤكد على دور عمليات التعلم في نشوء وتطور الأمراض والإضطرابات النفسية ، والإتجاهات الدينامية و الإنسانية ، و السلوكية المعرفية ، و تنوعت المبادئ العلاجية المشتقة من هذه الإتجاهات لدرجة يصعب حصرها .

(**سامر جميل رضوان ، المرجع السابق ، ص ص 17،18**)

3- أهمية الصحة النفسية :

إن للصحة النفسية أهمية بالغة بالنسبة لمجتمعاتنا و سنوضح ذلك في بعض النقاط التالية :

1- تساعد المجتمع على التعاون و تكوين العلاقات الإجتماعية :

إن المجتمع الذي يتسم أفراده بالصحة النفسية يكون متماسكا و يتسمون بالتعاون و تكون العلاقات الإجتماعية مع الآخرين ويؤدي أيضا إلى الإنسجام و التفاعل مع بعضهم البعض مما يجعلهم وحدة متكاملة ضد كثير من المشكلات و الأخطار التي يتعرض يتعرضون إليها و التي تهدد مجتمعهم .

2- تساعد المجتمع إلى تقليل الأفراد المنحرفين و الجانحين والخارجين على قيم المجتمع.

إن الأفراد المتمتعون بالصحة النفسية الجيدة في المجتمع يساعد على يسلك السلوك السوي الذي يتماشى مع قيم وعادات وتقاليد المجتمع الذي يعيشون فيه كما تمكنهم من مواجهة الأفراد الخارجين على نظام المجتمع و الذين يهددونه بالإنهيار . (**شريت أشرف محمد ، حلاوة محمد السيد ،2003، ص ص 57 ،58**).

3- تؤدي إلى اختفاء الظواهر المرضية من المجتمع :

عندما يتمتع أفراد المجتمع بالصحة النفسية تكاد تختفي معها الظواهر السلوكية المرضية كإدمان المخدرات و الخمور و الدعارة و السرقة و القتل ، فقد أثبتت الدراسات و البحوث أن من أسباب إقبال الأفراد على المخدرات هو إصابتهم بالإضطراب النفسي، لأنهم يلجأون إلى مثل هذه السلوكيات هربا من واقعهم المضطرب و من المشكلات التي تحيط بهم . (**شاذلي عبد الحميد محمد ، 2001، ص 30**)

4- أهداف الصحة النفسية :

1- تسعي إلى تمكين الفرد من الإحساس بالسعادة والسرور من خلال إشباع حاجاته الأساسية ، وكما تهدف إلى الكشف عن إمكانات الفرد و قدراته و توجيهها الوجهة الصحيحة حيث يمكن الإفادة منها و إجراء تعديلات مختلفة و الإفادة من الخبرات التي يمر بها .

2- إحداث حالة من التوازن و الإنسجام بين مكونات الجهاز النفسي ، بحيث لا يطغى جانب على آخر .

3- إقامة توازن و انسجام بين الفرد بكل مقوماته و البيئة التي يعيش فيها .

4 - تؤكد الصحة النفسية على تمتع الفرد بالحياة من خلال تمكينه من مواجهة الإحباط و الصراع في حياته وذلك بإجراء تغييرات جوهرية في حياته .

5-الصحة النفسية في الأسرة :

إن للأسرة دور كبير جدا في عملية التنشئة الإجتماعية للطفل ، حيث يؤثر ذلك في سلوكه حيث أوضحت البحوث ما يلي :

1-أن المجتمع الواحد يوجد فيه فروق في التنشئة الاجتماعية بين الطبقة والطبقة وبين أسرة وأسرة والطبقة الإجتماعية الدنيا أكثر تسامحاً في عملية التنشئة الاجتماعية .

2-نظام التغذية الذي تتبعه الأم مع الطفل في مرحلة الرضاعة يؤثر في حركة ونشاط الطفل , ويجب إتاحة الفرصة الكافية للامتصاص في فترة الرضاعة وتنظيم مواعيد الرضاعة وعدم القسوة في الفطام , والفطام المتدرج ، والفطام في الوقت المناسب .

3-أسلوب ضبط الإخراج في الطفولة يرتبط في الطفولة بالبخل والحرص والترتيب و النظام في الكبر و يجب اعتدال الوالدين في التدريب على الإخراج .

4-كلما كانت عملية التنشئة الاجتماعية للطفل سليمة وكلما قل نبذ الوالدين له و كلما كانت اتجاهاتهم متعاطفة كلما قل الإحباط في المترل قل الدافع إلى العدوان عند الطفل، و للتنشئة الاجتماعية أثر في الميل إلى العدوان و ضبطه عند الأفراد .

5-الحماية الزائدة من جانب الوالدين لأطفالهم و التزمت والتشدد في نظام الرضاعة والفطام تؤدي إلى الاعتماد على الغير والاتكالية ، و تربية الأطفال في المؤسسات تجعلهم أكثر بلادة و أكثر عزوفاً عن التفاعل الاجتماعي و أكثر اتكالية وأكثر حاجة إلى إنتباه الآخرين و مودتهم .

6- المستوى الاجتماعي الاقتصادي المتوسط والأعلى والاستقرار الاقتصادي أفضل بالنسبة للصحة النفسية للطفل.

7-إرشاد الأزواج قبل الزواج وأثناءه عملية ضرورية وواجبة ضماناً للصحة النفسية لهما وللأسرة بأسرها .

- تؤثر العلاقات بين الوالدين على صحة الطفل النفسية على النحو التالي :

- السعادة الزوجية تؤدي إلى تماسك الأسرة بما يخلق مناخاً يساعد على نمو الطفل إلى شخصية متكاملة ومتزنة

- الوفاق والعلاقات السوية بين الوالدين تؤدي إلى إشباع حاجة الطفل إلى الأمن النفسي وإلى توافقه النفسي .

- الاتجاهات الانفعالية السوية واتجاهات الوالدين الموجبة نحو الحياة الزوجية ونحو الوالدية تؤدي إلى استقرار الأسرة والصحة النفسية لكافة أفرادها .

- التعاسة الزواجية تؤدي إلى تفكك الأسرة مما يخلق مناخاً يؤدي إلى نمو الطفل نمواً نفسياً غير سوي .

- الخلافات بين الوالدين تعكر صفاء جو الأسرة مما يؤدي إلى أنماط السلوك المضطرب كالغيرة والأنانية والشجار وعدم الاتزان الانفعالي .

- المشكلات النفسية للزوجين والسلوك الشاذ الذي قد يقومان به يهدد استقرار المناخ الأسري والصحة النفسية لكافة أفرادها .

– تؤثر العلاقات بين الوالدين والطفل على صحته النفسية على النحو التالي :

– العلاقات والاتجاهات المشبعة بالحب والقبول والثقة تساعد الطفل في أن ينمو إلى شخص يحب غيره ويتقبل الآخرين ويثق فيهم .

– العلاقات السيئة والاتجاهات السالبة والظروف غير المناسبة تؤثر تأثيراً سيئاً على النمو النفسي وعلى الصحة النفسية للطفل .

– تؤثر العلاقات بين الأخوة على الصحة النفسية على النحو التالي :

– العلاقات المنسجمة بين الأخوة الخالية من تفضيل طفل على طفل المشبعة بالتعاون الخالية من التنافس تؤدي إلى النمو النفسي السليم .

– يجب أن يعمل الوالدان حساب سيكولوجية الطفل الوحيد والطفل الأكبر .

– المناخ الأسري الذي يساعد على النمو النفسي السوي والصحة النفسية يجب أن يتسم بما يلي:

– إشباع الحاجات النفسية وخاصة الحاجة إلى الانتماء والأمن والحب والأهمية والقبول والاستقرار

– تنمية القدرات عن طريق اللعب والخبرات البناءة والممارسة الموجهة .

– تعليم التفاعل الاجتماعي واحترام حقوق والآخرين والتعاون والإيثار .

– تعليم التوافق النفسي (الشخصي والاجتماعي) .

– تكوين الإتجاهات السليمة نحو الوالدين والأخوة والآخرين .

– تكوين العادات السليمة الخاصة بالتغذية والكلام والنوم .

– تكوين الأفكار والمعتقدات السليمة .

(**http://faculty.mu.edu.sa/download**)

6- علامات الصحة النفسية :

هناك العديد من المؤشرات والعلامات التي تدل على تمتع الفرد بصحة نفسية وهي تختلف من شخص لآخر من حيث الحدة و الأثر ومن تلك العلامات :

- القدرة على التعاون مع الآخرين .
- القدرة على التحكم بالذات .
- القدرة على الحب والثقة المتبادلة .
- النضج الإنفعالي .
- القدرة على مواجهة الأزمات العادية .
- الشعور بالرضا والطمأنينة.
- القدرة على إنشاء علاقات إنسانية متوازنة.

(**الفصل الأول ، مفهوم الصحة النفسية ، ص 20**).

وضع ماسلو ومتلمان Mittelmann1951 & Maslow قائمة بالمحكات التي تصف الشخص السوي الصحيح ،وهي :

شعور كافي بالأمن، درجة معقولة من تقويم الذات، أهداف واقعية في الحياة ، اتصال فاعل بالواقع ، تكامل و ثبات في الشخصية ، القدرة على التعلم من الخبرة ، تلقائية

مناسبة ، انفعالية معقولة القدرة على إشباع حاجات الجماعة مع درجة من التحرر من الجماعة ، و إشباع الحاجة الجسدية .

وهناك علامات ذكرها محمد السيد الهابط في كتابه ، نذكر منها :

-**الإرادة القوية** : و تمثل الصحة النفسية في قدرة الفرد على مواجهة مشاكله وأزماته النفسية العادية ، و كذا التغلب على ما يعانيه من قلق و حوف و صراع ، وهذا لا يأتي إلا إذا كان الفرد يتميز بإرادة قوية و يختلف السلوك الإرادي عن السلوك الإندفاعي ، فالسلوك الإرادي تسبقه الورية و التفكير ولذا يكون معظمه سلوكا سويا ، أما السلوك الإندفاعي فهو سلوك يغلب عليه الخطأ ، كما يختلف السوك الإرادي عن السلوك اللا شعوري ، فالأول غرضي يرمي إلى غايات شعورية يدركها الفرد و يسعى الى تحقيقها ، و أما الثاني فهو سلوك مرضي يلجأ إليه الفرد إذا فشل في تحقيق ما يصبوا إليه .

– **التكيف الذاتي** : و هو إستطاعة الفرد على التوفيق بين ذاته و دوافعه و ظروفه الخاصة و كذلك الظروف الإجتماعية المتعددة و ارضائها جميعا بصفة متزنة و ذلك في وقت واحد .

– **التكيف الإجتماعي** : و هو تلاؤم الفرد مع مجتمعه و يظهر في تكوين علاقات إجتماعية سليمة مع الآخرين، إما في بتعديا سلوكه الخاطئ أو بتغيير ما هو فاسد في مجتمعه .

(الهابط محمد السيد ، 2012،ص ص 221 ، 222)

– **الإستقلال** : و هو الإعتماد على النفس إعتمادا كليا دون الإستعانة بالآخرين .

– **الحب** : قدرة الفرد على أن يمنح الحب للآخرين و أن يستحوذ حبهم له .

– **الإستقرار الجنسي** : وذلك أن يجد الفرد الرضا و السعادة الجنسية مع فرد واحد من أفراد الجنس الآحر بالطريقة المشروعة .

– **الخلق الرفيع** : أن يكون الفرد متمتعا بالصفات الحميدة التي تغلب على سلوكه .

(الهابط محمد السيد ، المرجع السابق ،ص 223)

– **التفاؤل** : يتصف الشخص المتمتع بالصحة النفسية بالتفاؤل المعتدل دون المغالاة أو الإفراط .

– **القدرة على تحمل المسؤولية** : أي القدرة على تحمل نتيجة الأفعال و ما يتخذه من قرارات .

(شاذلي عبد الحميد محمد ، مرجع سابق ، ص ص 33 – 35)

– **النجاح في العمل** : رضا الفرد عن عمله و نجاحه فيه ، وميله له ، هذا ما يركز عنه علماء النفس المهني والصناعي .

–**الشعور بالسعادة مع الآخرين** : و دليل ذلك بحب الآخرين و الثقة بهم و احترامهم و تكوين علاقات إجتماعية مرضية ، و كذلك السعادة الأسرية .

(قاسم عبد الله محمد ، مرجع سابق ، ص ص 23 ، 24)

–**الإتزان الإنفعالي** : و يتمثل بقدرة الفرد على التحكم بذاته و ضبط نفسه مع التعبير المناسب عن انفعالاته ، ولا يتحقق الإستقرار الإنفعالي إلا عند ثبات الإستجابة الإنفعالية للفرد في المواقف المتشابهة .

(المطيري معصومة ، ب ت ، ص 38)

– **العناية بالصحة الجسدية و البدنية** : إن البرء من الأمر الأمراض العضوية ينتج أفعالا نفسية من نوع آخر خاص تعرف بالصحة النفسية ، و من ثم يمكن القول أن الصحة النفسية و الصحة الجسدية متكاملتين و متطابقتين كالبنيان المرصوص يشد بعضه بعضا .

(الأحمد عبد العزيز بن عبد الله ، 1999 ، ص 44)

7– معايير الصحة النفسية :

1.7– المعيار الإحصائي:

ويعمل هذا المعيار على توزيع الصفات والسمات البشرية والسلوكية وفقا لتوزيع المنحنى الهرمي بحيث تقع غالبية الجماهير في الوسط (95%)، بينما تقع أقلية قليلة ناحية الطرفين (2.5%في كل اتجاه).

وفي هذه الحالة يصبح الشخص السوي هو الذي يتشابه مع أعضاء عالبية المجموعة في سلوك معين او صفة معينة، وإذا ما طبقنا ذلك على المجال النفسي في سبيل المثال لوجدنا أن هناك درجة من القلق الطبيعي لدى جميع الناس، فإذا كان الشخص الذي يعاني من القلق في نطاق المستوى الطبيعي فإن قلقه لا يعتبر شاذا أو

علامة من علامات إضطراب الصحة النفسية، أما الشخص الذي يزيد قلقه على المعتاد وكذلك الذي لا يشعر بأي قلق على الإطلاق فيعتبر أن من الفئة المتطرفة سلبا أو إيجابا.

ويمكن القول بأن المعيار الإحصائي يعتبر من الطرق التي تستخدم التعريف السواء وعدم السواء بصورة عامة، ويفهم من هذا المعيار أن هناك مظاهر للسلوك يشترك فيها جميع الناس، فغذا خرج بعضهم عن ذلك الإطار وأظهر ما يخالف ذلك فإن سلوكهم يعتبر شذوذا أو خروجا عن المألوف وهيلا عن السواء

.(**القذافي رمضان محمد ، 1998، ص 50**).

إن هذا المعيار الإحصائي لم يكن كافيا لتفسير الظواهر والحكم فيها على مقدار السواء والشذوذ غير كاف، ولحل هذه المشكلة اقترح شميدت (1984) وهو المبدأ الذي اتبعه بيج (1971)، والذي ينادي بربط التوزع الإحصائي أو الطبيعي من القيم، (**رضوان سامر جميل ، مرجع سابق، ص 61**).

2.7-المعيار الطبي الإكلينيكي:

ويشير هذا المعيار إلى أن الصحة النفسية تعني الخلو من المرض النفسي أو العقلي وقد ارتبط مجال الصحة النفسية بالطب من الناحية التاريخية ، حيث اعتمد الأطباء على ظهور الأعراض العضوية أو الخلو منها كعلامة من علامات الصحة النفسية يعتبر خللا ، و يبدو ذلك في شكل أعراض مرضية مؤقتة أو مزمنة و يمكن التعرف عليها بواسطة الطبيب و عن طريق الفحص والتشخيص الطبي كما يمكن علاجها بوسائل العلاج المناسبة بالمستشفيات و العيادات المتخصصة و يمكن توضيح وجهة النظر الطبية في ثلاث نقاط :

– أن اعتلال الصحة النفسية قد يرجع إلى إصابة الجسم بالعدوى عن طريق الميكروبات مما يؤدي إلى اعتلال السلوك في بعض الأحيان كما في حالات الإصابة بالزهري وبعض الحميات التي تؤثر على العمليات العقلية .

– إصابة عضو من أعضاء الجسم بخلل أو ضعف يوقفه عن العمل ، كما يحدث في بعض الحالات الوراثية كالتخلف الذهني الراجع لأسباب وراثية ، و كما في بعض حالات الإصابة الشديدة بداء السكري .

– العوامل الخارجية كالحوادث و الإصابات مثل التسمم و نقص بعض العناصر الغذائية و نقص الأوكسجين ، و الضغوط البيئية و الصدمات النفسية و المخاوف المرضية و الوساوس .

(القذافي رمضان محمد ، مرجع سابق، ص 52)

وقد استخدم لذلك خمسة معايير أساسية متلازمة من أجل تقييم مقدار السواء والشذوذ وهي :

أ– الوظائف النفسية:

فحص مستوى قيام الوظائف النفسية (الجانب الانفعالي والدافعي والمعرفي)، بعملها بشكل متناسق مع بعضها، وعدم وجود خلل في عملية الإدراك وتقييم العالم الموضوعي بصورة متطابقة مع الواقع.

(رضوان سامر جميل ، المرجع السابق، ص ص 61 – 62).

ب– نوعية السلوك الاجتماعي (المعيار الاجتماعي):

ويتبنى هذا المعيار وجهة النظر القائلة أن لكل مجتمع ثقافة معينة وتحكمه معايير سلوكية اجتماعية تحكم تفاعلات الأفراد، كما أن لكل ثقافة مجتمع محرماتها، وعلى الفرد أن يلتزم بهذه المعايير لكي يحقق سلوكه السوي فإذا خرج عنها اعتبر شخصا شاذا غير سوي.

(الداهري صالح حسن أحمد ، 2010، ص 39).

ج– مقدار ضبط الإرادة والسيطرة عليها:

وتعنى قدرة الإنسان على التحكم بدوافعه وانفعالاته في إطار موقف ما وتأجيل إشباع ما لا يمكن إشباعه في الوقت الراهن.

د– التقويم من خلال المجتمع (المنظور الخارجي للتقييم أو ما يسمى بمنظور الآخر):

وهي الكيفية التي يقيم من خلالها المجتمع سلوك أفراده، وهنا تشير إلى وجود اختلافات أيضا بين المجتمعات وضمن المجتمع الواحد في أسلوب تقييم السلوك الواحد، فقد ينظر شخص على سبيل المثال لسلوك طفله العدواني تجاه شخص آخر على أنه شاذ وغريب، في حين ينظر يراه شخص آخر بأنه سوي وطبيعي.

(رضوان سامر جميل ، مرجع اسابق، ص ص 61 ،62).

هـــ- التقويم من خلال الفرد نفسه (المعيار الذاتي):

ويعتبر من المعايير الحديثة لتحديد طبيعة السلوك (سوي/غير سوي)، ويقوم هذا المعيار على التقرير الذاتي للفرد، فإذا كان الشخص راضيا عن حياته إلى حد ما و لا توجد لديه خبرات تعكر صفو حياته، فإننا نعرفه أوتوماتيكيا بأنه شخص سوي طبقا لهذا المعيار ،من ناحية فإن الأفراد الذين يعانون إحباط أو خوفا فإن مشاعرهم و أفكارهم أو أفعالهم تعتبر شاذة أو تحتاج إلى معاملة خاصة لأن هناك اضطرابا في شخصيتهم .

(الداهري صالح حسن أحمد ، مرجع سابق ، ص 38).

- و هناك معايير أخرى لابد من ذكرها نذكر بعضها:

إضافة إلى ما سبق هناك معايير أخرى نذكر منها الآتي :

- تقبل الفرد الواقعي لحدود إمكانياته:

إن بعض الناس يفهمون ذواتهم و أنفسهم فهما واقعيا أو قريبا من الواقع مما يجعلهم يتجنبون الفشل و الإحباط و يساعد على الإنجاز و التوافق السليم ، وهناك في الجهة الأخرى من يبالغون في تصور قدراتهم و يتوهمون في أنفسهم أكثر مما يستطيعون ، كما هناك فئة ثالثة يهونون من شأن أنفسهم و يركزون على عيوبهم و نقائصهم ولا يستطيعون لسبب ما أن يروا إمكانياتهم وقدراتهم رؤية واضحة ، ومن كان يمثل هذه الأخيرة فإنه سيعاني من عدم التوافق النفسي أو على سوء التعامل الناتج مع الآخرين .

(كامل أحمد سهير ، 1999 ، ص ص 21 ، 22)

- المرونة و الإستفادة من الخبرات السابقة :

الإنسان السوي هو من يعدل سلوكه بناءا على الخبرات السابقة و لا يكرر أي سلوك فاشل لا معنى له كما أن لديه القدرة على التكيف و التعديل و التغيير بما يتناسب مع المواقف .

– الإتزان الانفعالي:

قدرة الشخص على السيطرة على انفعالاته المختلفة و التعبير عنها بحسب ما تقتضيه الظروف و بشكل يتناسب مع المواقف التي تستدعي هذه الإنفعالات .

كما أن ثبات الاستجابة الانفعالية في المواقف المتشابهة هو علامة الصحة النفسية و الإستقرار الإنفعالي ، ذلك أن تباين الإنفعالات في هذه الحالة دليل على الإضطراب الإنفعالي .

(كامل أحمد سهير ، المرجع السابق، ص ص 21 – 23)

– القدرة على مواجهة الإحباط :

الفرد السوي لديه قدرة الصمود للشدائد و الأزمات دون إسراف في استخدام الحيل الدفاعية كالإزاحة و الكبت ، و النكوص ، و الإسقاط ، و أحلام اليقظة أو العدوان ، و هذا يتطلب كفاءة من جانب الأنا لمواجهة المواقف المحبطة بطريقة تتفق والمعطيات الواقعية للموقف، وبعد هذا نستنتج أن درجة تحمل الفرد للإحباط من أهم السمات التي تطع شخصية و تميزه عن غيره من الناس .

– القدرة على العمل والإنتاج الملائم:

و هو قدرة الفرد على الإنتاج المعقول في حدود ذكائه و حيويته و استعداداته الجسمية ، إذ كثيرا ما يكون القعود و الكسل و الخمول دلائل على شخصيات هددتها الصراعات واستنفذت طاقاتها المكبوتة ، كما أن القدرة على إحداث تغييرات إصلاحية في مجتمعه و بيئته دليل على الصحة النفسية .

– الشعور بالسعادة:

إن الشعور بالسعادة هو غاية الصحة النفسية، و هذا لا يعني أن السواء يساوي التمتع بالصحة النفسية للشخص، فالسوي أحيانا قد يعجز على الوصول إلى أهدافه ، قد يدفعه جهله بالعالم المعقد الذي يعيش فيه وكذلك الضغوط المباشرة التي قد يقع تحتها إلى اتخاذ أسلوب غير ملائم من السلوك مما يباعد بينه و بين الهدف، بدلا من أن يقربه منه ، لذلك لا يخلو تماما من الخوف أو الصراع أو القلق أو الشعور بالذنب بل أن

الذي يميز السوي عن غيره هو طريقة مواجهة الصراع و المخاوف و القلق، و ليس الخلو منها ، على أن يشعر في النهاية بالسعادة و الرضا عن ذاته و عن مجتمعه .

(كامل أحمد سهير ، المرجع السابق ،ص ص 23 ،24)

8- العوامل المؤثرة في الصحة النفسية:

هناك عوامل تؤثر إيجابا و سلبا على الصحة النفسية للأفراد ، ونذكر منها:

1- إشباع الفرد حاجاته الفسيولوجية :

إذا تمكن الفرد من مواجهة مطالب المأكل والمشرب والمسكن وغيرها فهذا يسبب له الاستقرار والتوافق والإشباع، أما إذا حدث العكس، فهذا يؤدي به إلى التوتر والقلق وبالتالي ينعكس ذلك على سلوكه وتصرفاته ومن ثم صحته النفسية.

(وفيق صفوت مختار ، 2001، ص ص 28 – 29)

2- شخصية الفرد:

هي التي تحدد إلى مدى كبير سلوك الإنسان و تصرفاته وتوافقه و تكيفه في الحياة تكون شخصيته الفرد عدة عوامل ، منها: العوامل الجسمية و العقلية و الإنفعالية و المزاجية و البيئية ، و كلما اتزنت هذه العوامل تكاملت، كلما كان الفرد أقدر على السلوك السوي و مواجهة مشكلات الحياة و مواقفها ، و من ثم كان أقدر على التوافق و التكيف .

3- الشكل العام للفرد:

قد يكون للعاهات و التشوهات الخلقية أثرها السيئ على الصحة النفسية للفرد ، ما لم نساعده على تجاوز ذلك و تقبل ذاته ، أماالشكل العام الجميل للفرد فقد يكون في بعض الحالات عبئا عليه ، مثلما يحدث لفتاة جميلة قد تصاب بالغرور نتيجة هذا الجمال ، فتتعالى على الناس و تغالي في تقدير الناس لها فتصاب بعقدة (تضخيم الذات) .

4- الإصابة بالأمراض:

ليس هناك أشد إحباطا من المرض البدني، فكل إضراب في وظيفة أحد أعضاء الجسم يؤثر تأثيرا سيئا على صحته النفسية ، و بالتالي على تصرفاته و سلوكياته و نظرته للحياة بوجه عام .

و يتم التقليل من هذه التوترات عند إقناع المريض بتقبل الوضع بصدر رحب ، و أمل قريب في الشفاء .

(وفيق صفوت مختار، المرجع السابق، ص ص 29 ، 30)

5- التربية الأسرية و المدرسية :

بلا شك أن السنوات الأولى التي يقضيها الطفل في الأسرة لها تأثيرها على صحته النفسية ، حتى عندما يشب و يكبر، فهي تؤثر على توافقه وتكيفه، ومن هذه العوامل التي تؤثر سلبا :

أ- سوء العلاقات بين الوالدين ، و كثرة المشاحنات بينهما .

ب- عدم الإستخدام الواعي لعمليتي الثواب و العقاب.

ج- التمييز بين الأطفال في المعاملة ، مما يولد الحقد المدمر فيما بينهم .

د- وضع أهداف تعليمية غير واقعية بالنسبة لقدرات و إمكانات أطفالهم ثم يطالبون بتحقيقها حتى إذا ما أخفقوا شعروا بالإحباط و الفشل، و من ثم يتعرضون لما يسمى بفقدان الثقة بالنفس و الإحساس بالدونية .

ه- استبداد الآباء بالرأي ، وعدم إعطاء الأطفال الفرصة للتعبير عن آرائهم .

و- إعطاء الآباء المثل السيئ و القدوة غير الصالحة لأطفالهم ، مما يوقعهم في صراع نفسي رهيب الذي يؤثر تأثيرا سلبيا على سلوكهم و تصرفاتهم في الحاضر و المستقبل .

أما المدرسة فهي المؤسسة التعليمية التي تزود أطفالهم بمختلف المهارات والخبرات والقدرات التي تمكنهم من مواجهة متطلبات الحياة و فيها يواجه الطفل مختلف المواقف التي تمكنه من فهم نفسه و معرفة نواحي قوته وضعفه ، وكل هذا يؤثر على الصحة النفسية.

(وفيق صفوت مختار، المرجع السابق، ص ص 28 – 29).

6- **الظروف السياسية:**

ساد مبدأ الديمقراطية في المجتمع كان هذا مبدأ إيذانا بحرية المواطنين و إحساسهم بقيمتهم ، مما يؤثر تأثيرا إيجابيا على معنوياتهم ، أما إذا كان المجتمع يتبنى نظما استبدادية تقوم على القمع والقهر والظلم وحكم الفرد المطلق ، كان لذلك تأثير سالب على الروح المعنوية للمواطنين ، مما يؤدي إلى إنخفاض شعورهم في إدارة شؤون بلادهم ، و لا حتى استثمار قدراتهم و ذكائهم في خبرات بلادهم .

كما أنهم يفقدون القدرة على إتخاذ القرارت المهمة التي تتصل بحياتهم نتيجة كثرة القيود و الحدود المفروضة على حريتهم و تصرفاتهم و أقوالهم و أفكارهم ، وهذا يؤدي إلى تدهور الصحة النفسية للأفراد و الجماعات .

(**وفيق صفوت مختار، المرجع السابق، ص 35**).

9- مناهج الصحة النفسية:

كما للصحة الجسمية مناهج ، فكذلك الصحة النفسية ، و هي :

1. **المنهج الإنشائي:** و هو ما يحتذ به المرء ليزيد شعوره بالسعادة و ليزيد كفاءته إلى أقصى حد مستطاع ، ومن أمثلته ما يقوم به بعض الناس من محاولات لتقوية الذاكرة ، أو الخيال أو الإرادة ، أو الشخصية ، وهذه المحاولات سواء كانت صحيحة أم غير ذلك من حيث الأساس العلمي الذي تستند عليه ، إلا أنها موجودة للغرض الإنشائي، و يقابلها في الناحية الجسمية ما أشرنا إليه من محاولات زيادة الحيوية و القوة عن طريق التغذية و الرياضة و التمرينات الموضوعة خصيصا لذلك.

(**أبو دلو جمال ، 2009 ، ص 12**).

2. **المنهج الوقائي:** يهتم بالأسوياء من الناس و يمكنهم من ميكانيزمات التوافق السوي بشتى أبعاده ، حيث ينبئهم عن الأمراض النفسية أو الاضطرابات السلوكية ، فيحقق لهم الصحة النفسية .

3. **المنهج العلاجي:** يهتم بالمرضى النفسانيين و باضطراب السلوك ، بل و بالمرضى العقليين أيضا فيستخدم طرق العلاج النفسي المختلفة و التي قد تضمن أساليب العلاج الجسمي حتى يتمكن المريض من العودة إلى حالة الصحة النفسية و يصبح قادرا على التوافق المرن .

(العبيدي محمد جاسم ، 2009، ص 57)

10- كيف يحقق الإسلام الصحة النفسية :

لكي يحقق الإسلام أركان الصحة النفسية في بناء شخصية المسلم بتنمية هذه الصفات الأساسية:

1- **قوة الصلة بالله** : و هي أمر لابد منه في بناء شخصية المسلم حتى تكون حياته خالية من القلق و الإضطرابات النفسية ، **قال تعالى:** ﴿ **الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ**﴾.(سورة الرعد الآية 28).

2- **الثبات والتوازن الانفعالي:** إن الإيمان بالله يشيع في القلب الطمأنينة والثبات والأحزان، ويقي المسلم من عوامل القلق والخوف والاضطراب، **قال تعالى:** ﴿ **يُثَبِّتُ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا بِالْقَوْلِ الثَّابِتِ فِي الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَفِي الْآخِرَةِ وَيُضِلُّ اللَّهُ الظَّالِمِينَ وَيَفْعَلُ اللَّهُ مَا يَشَاءُ**﴾ **(سورة إبراهيم الآية 27)**

3- **الصبر عند الشدائد:** يرجي الإسلام في المؤمن روح الصبر عند البلاء عندما يتذكر قوله تعالى: ﴿ **وَالصَّابِرِينَ فِي الْبَأْسَاءِ وَالضَّرَّاءِ وَحِينَ الْبَأْسِ أُولَئِكَ الَّذِينَ صَدَقُوا وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُتَّقُونَ** ﴾ (**سورة البقرة الآية 177**)

4- **المرونة في مواجهة الواقع:** وهي من أهم ما يحصن الإنسان من القلق أو الاضطراب حين يتدبر **قوله تعالى:** ﴿ **وَعَسَى أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئًا وَهُوَ خَيْرٌ لَكُمْ وَعَسَى أَنْ تُحِبُّوا شَيْئًا وَهُوَ شَرٌّ لَكُمْ وَاللَّهُ يَعْلَمُ وَأَنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ** ﴾. **(سورة البقرة الآية 131)**

5- **التفاؤل وعدم اليأس:** إن المؤمن متفائل دائما لا يتطرق اليأس إلى نفسه ، **قال تعالى:** ﴿ **وَلَا تَيْئَسُوا مِنْ رَوْحِ اللَّهِ إِنَّهُ لَا يَيْئَسُ مِنْ رَوْحِ اللَّهِ إِلَّا الْقَوْمُ الْكَافِرُونَ** ﴾ **(سورة يوسف الآية 87)**

6- **التزكية والأخلاق:** ما أجمل أن يحيا الإنسان بين قوم يحبهم ويحبونه ، و يألفهم و يألفونه ، و حين يفقد الإنسان هذا الحب في بيئته و مجتمعه فإنه يعيش في جحيم وتعاسة و عذاب نفسي ، و إن ملك الدنيا كلها ، لذلك لم يكن غريبا أن يأتي الرجل من أصحاب النبي صلى الله عليه وسلم فيقول : « دلني على عمل إذا عملته أحبني الله وأحبني الناس» رواه ابن ماجة ، و **قال تعالى مخاطبا نبيه محمد صلى الله عليه و سلم :** ﴿ **وَلَوْ كُنْتَ فَظًّا غَلِيظَ الْقَلْبِ لَانْفَضُّوا مِنْ حَوْلِكَ**﴾ **(سورة آل عمران الآية 159)**

(http://www.one fd.edv.dz)

11-الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية من وجهة نظر القرءان الكريم :

-الشخصية المؤمنة التي تعمل عملا صالحا و تتواصى بالحق و الصبر .

- الشخصية المؤمنة بالآخرة و حقائقها .

- الشخصية التي تؤمن بالقدر و تتجنب الصراع النفسي .

- الشخصية المحبة لربها و التي ترجوا رحمته و تخشى عذابه .

(صبحي سيد ، 2003 ، ص ص 159 – 161)

- المتمتعة بالصدق و النية الخالصة و المجتنبة للرياء و الكبر .

- التي تحفظ الأمانة و تعفوا عند المقدرة ، و لها عزة نفس و كرامة

- المتمتعة بالأريحية و العطاء ، و المتطلعة إلى المعرفة و الإستزادة من العلم .

- المتميزة بقوة الجسم و سلامة جانب .

- الشخصية التي تمتلك حب الخير و حسن الجوار ، و المتحكمة في ميولها و أهوائها .

(صبحي سيد ، المرجع السابق ، ص ص 163- 165)

12- النظريات المفسرة للصحة النفسية:

1.12-الصحة النفسية و نظرية التحليل النفسي :

أجاب فرويد عن السؤال حول معيار الصحة النفسية بقوله أنها "القدرة على الحب والحياة". ((فالإنسان السليم نفسياً هو الإنسان الذي تمتلك "الأنا" لديه قدرتها الكاملة على التنظيم والإنجاز، و يمتلك مدخلا لجميع أجزاء "الهو" و يستطيع ممارسة تأثيره عليه ، و لا يوجد هناك عداء طبيعي بين الأنا و الهو ، إنهما ينتميان لبعضهما بعضاً و لا يمكن فصلهما عملياً عن بعضهما في حالة الصحة)) (فرويد 1926) ، و يشكل الأنا بهذا التحديد كثيراً أو قليلاً الأجزاء الواعية و العقلانية من الشخص ، في حين تتجمع الدوافع و الغرائز اللاشعورية في الهو ، حيث تتمرد وتنشق في حالة العصاب (الاضطراب النفسي) ، في حين تكون في حالة الصحة النفسية مندمجة بصورة مناسبة . (**أبو دلو جمال ، مرجع سابق ، ص 24**)

كما يضم هذا النموذج "الأنا العليا" و الذي يمكن تشبيهه بالضمير من حيث الجوهر ، و هنا يفترض فرويد أنه في حالة الصحة النفسية تكون القيم الأخلاقية العليا للفرد إنسانية و مبهجة ، في حين تكون في حالة الإضطراب النفسي مثارة و متهيجة من خلال تصورات أخلاقية جامدة و مرهقة .

وبناءا على ذلك يظهر أن التحليل النفسي ليس اتجاهاً لا يأخذ القيم بعين الإعتبار ، فهو يحدد قيماً معينة ، تعد من وجهة نظر التحليل النفسي من ضمن الكفاءات النفسية و التي يفترض أن يسعى الإنسان لتحقيقها ، فمن المعروف أن فرويد و كذلك أدلر قد لاحظا وجود نقص في الإنجاز (أو الكفاءة) عند المضطربين ، بحيث يكون هؤلاء منهمكين أو مستترفين في الكبت و الإسقاط و الأحكام المسبقة إلى درجة قلما يبقى لديهم مجال للعيش في حياة منتجة ، وقد أمل التحليل النفسي من خلال دراساته الموسعة على العصاب من اكتشاف أو تحديد

"السوية Normality"، إلا أنه ظل أسيراً للباثولوجيا. ولم يبدي فرويد رأيه حول كيفية بناء أو تكوين العمل والحب، غير أنه هناك الكثير من الإشارات والدلائل في أعماله.

ففيما يتعلق بالجنسانية Sexuality " فقد أكد فرويد على أن الإنسان السليم نفسياً هو الذي يستطيع الإستمتاع بها دون مشاعر خجل و ذنب ، ويعتبر فرويد أن عملية نجاح التنشئة الإجتماعية للطفل هي عندما يصبح الطفل قادراً على الإنجاز بالمعنى الاجتماعي و يستطيع الإستمتاع بجنسانيته و متمثلا لمبادئ العقلانية والعلم

(أبو دلو جمال ، المرجع السابق ، ص 25)

إن الصحة النفسية تتجلى من خلال القدرة الفردية على حل الصراعات والتغلب عليها ، وهذا ما يراه اتجاه أنتونوفسكي أيضاً في نموذجه حول المنشأ الصحي ، إن هدف النمو في طريقة التحليل النفسي هو سيطرة الطموحات التناسلية genital وليس كبت الدوافع القبل تناسلية pregenital (المتمثلة في الغرائز الجنسية والعدوانية و دوافع الموت) ، و قد عبر فرويد عن هذا أيضاً من خلال إشارته إلى ضرورة الإعتراف "بمبدأ الواقع"، وعلى ما يبدو فقد فهم من "مبدأ الواقع" "واقعية الغرائز Reality of instincts" .

(أبو دلو جمال ، المرجع السابق ، ص ص 25 ، 26)

وقد نادى فروبد بأن محددات سلوك الإنسان هي دوافعه البيولوجية و كيفية مواجهتها ، إذ يتوقف سلوك الفرد على كيفية المواجهة لهذه الدوافع .

(عبد السلام عبد الغفار ، 2007 ، ص30)

فلو نظرنا للتحليل النفسي بوصفه طريقة من طرق العلاج النفسي ، فسنجد أنه يمكن تحديد هدف العلاج على الشكل التالي :

1-ينبغي إرجاء إشباع الدوافع الجنسية ، و توجيه طاقتها المحدودة نحو أهداف ثقافية ذات قيمة .

2-ينبغي عدم تنفيس الدافع العدواني (دافع التهديم Destruction) على البشر .

3-من ضمن معايير الصحة النفسية القدرة على التصعيد (التسامي) بصورة كافية و التنشئة الإجتماعية (التجمعن) والإعتراف بالواقع الداخلي والخارجي، وهذا يشمل على الإندماج الإجتماعي و ضبط الدافع والسمو بالإنجازات والإسهامات الثقافية والإعتراف بقوانين العالم الخارجي .

وفي المرحلة التناسلية genitality تجتمع أو تلتقي كل هذه الخصائص مع بعضها وتتضمن "الطبيعة الجنسية genitalCharacter" ليس القدرة على الحب و العمل فحسب وإنما تشتمل أيضاً على التغلب على مركب أو عقدة أوديب Oedipus-Complex ، الذي يمثل الإنفصال الناجح عن الوالدين و القدرة على إقامة الإرتباط بشريك من الجنس الآخر و أولوية اللوغوس و الحب Logos and Eros ، فالإنسان الذي يحقق إلى درجة كبيرة مستوى الإنسان المتحضر و مستوى المواطن العالمي ، يكون قد نجح في تخطى المرحلة القبل تناسلية Pregenital .

- وقد قام التحليل النفسي الحديث بتوسيع أهداف العلاج النفسي لأوسع من ذلك ، فقد قام مارتين (Martin,1991) على سبيل المثال بوضع قائمة طويلة تضم أنماط السلوك و التفكير و المشاعر التي يمكن اعتبارها من صفات الشخص المتمتع بالصحة النفسية ، واعتبرها من ضمن أهداف العلاج ، ومن ضمن هذه الأهداف: إسترداد الثقة الأولى ، التغلب على اللاعقلانية ، علاقات متناسبة مع الواقع ، تقوية الثقة بالنفس و مشاعر القيمة الذاتية ، وضوح أو شفافية العلاقة بالوالدين ، علاقات مطردة التحسن مع الآخرين تنمية

التعاطف ، تقبل الواقع الذي لا يمكن تجنبه ، التخلص من الأوهام الكبيرة ، ضبط الدافع ، غنى الخبرات ، توسيع المشاعر ، آليات دفاع مرنة، التكيف الإجتماعي ، القدرة على تحليل الذات و غيرها .

(**أبو دلو جمال ، مرجع سابق، ص ص26 ،27**).

2.12-الصحة النفسية و نظرية التحليل الوجودي :

رأى **فرويد** سعادة الإنسان في قدرته على العمل بكفاءة و في سعادته الجنسية ، و وسع **أدلر** هذا التصور للصحة ليشمل التوجه الإجتماعي نحو مثل جماعية عليا ، أما التحليل الوجودي فقد عرف الصحة النفسية بأنها السيطرة على المكامن النفسية الجسدية و النفسية و العقلية.

وبطريقة مشابهة للتحليل النفسي المتمثلة في جعل المكبوتات مدركة و دمج الأجزاء المنقسمة من الشخصية ، إهتم التحليل الوجودي بالأجزاء غير النامية من الشخصية ، و يهدف العلاج النفسي في التحليل الوجودي إلى صهر الدوافع لتذوب في رؤية ثابتة و محددة للعالم و الذات .

وعلى عكس التحليل النفسي و علم النفس الفردي ينطلق التحليل الوجودي من الإنسان السليم و يعتبر المرض "شكلاً قاصراً من الصحة" ، و يتجنب التحليل الوجودي الحديث عن عصابات و تضررات الإنسان، و يؤكد على أنه حتى في العصابات يمكن إيجاد مساحات متدرجة من الحرية ، ينبغي توسيعها، وتعد الإنحرافات الجنسية بالنسبة إلى **ميدارد بوس** على سبيل المثال أمثلة مهمة للتحليل الوجودي ، التي تمثل رغبة منكمشة يصعب إدراكها للحب والقرب ، وعندما نقود المريض على أساس الأجزاء السليمة الباقية من نفسيته نحو الاعتراف بنفسه وبالعالم أو توكيد ذاته والعالم ، بدلاً من البحث في أعماقه عن دوافع شاذة أو عن الصدمات التي لا يمكن إصلاحها أو عن مشاعر النقص ، فإنه يشعر بأنه مفهوم بشكل أفضل .

(**أبو دلو جمال ، مرجع سابق، ص 30**)

ويهتم التحليل الوجودي بشكل أشد من التحليل النفسي وبدرجة مشابهة لعلم النفس الفردي بالوجود الراهن للمريض ، ولكن التحليل الوجودي لم يهتم كثيراً بتحديد السمات الأساسية للصحة النفسية ، عدا عن وجود بعض الإشارات حول ذلك في السمات الجوهرية للوجود الإنساني الثمانية التي سنعرض لها فيما يلي :

1- يمتلك الإنسان في البداية بوصفه مخلوقاً وحيداً تصوراً عن وجوده في المكان (المجال) ، و"الإنسان الخالي من الهموم" ويمتلك وجداناً حراً و صافياً و واضحاً ، ويعبر **بوس** عن الصفاء و الوضوح من خلال مفهوم "النور" و يشبه ذلك مجازيا من بالنور في الغابة الذي يشق الطريق للضوء ، و الإنسان موجود بالمعنى الحرفي للكلمة ، إنه موجود دائماً في الخارج- في العالم- الذي يعتبر وحدة كلية ، و الوجود الداخلي (الوجود داخل العالم) هو وجود مع الآخرين ، و غالباً ما يتبدل مدى المكان (المجال) من يوم إلى آخر ، ويبدو أنه يكون متعلقاً بمقدار الشجاعة، والإنسان السليم نفسياً (الصحيح نفسياً) يسبح في المكان (المجال) "كالسمكة في الماء" و يكون مستعداً لإمتلاك مجالات أخرى و جديدة .

2-و بما يشبه المكان يعيش كل إنسان في الزمن ، و الإنسان السليم يخوض في كل أبعاد الزمن في الوقت نفسه . و الحياة الملموسة تعبر عن نفسها من خلال الحاضر بالدرجة الأولى ، وليس في الماضي الحالم أو المستقبل المؤجل، إلا أن الماضي كذكرى و خبرة يكونان غاليين و محببين للإنسان السليم نفسيا ، و يرى **هايدغر** – وهو فيلسوف وجودي- أن المستقبل هو البعد المسيطر من الزمن ، ومن منظور النهاية تتحدد حياة الإنسان ؛ إذ أن كل النشاطات الراهنة تحدث في ضوء الماضي الممتد إلى المستقبل المتوهم ، و يعد المستقبل مجال البناء الذي ينمو حجمه من خلال سعة الصدر و رحابته المكتسبة ، إن ما ينتظرنا هو تلك المرحلة من الزمن الذي يبشرنا بالنمو و التحسن و السعادة و التغيير.

http://arabpsynet.com/Books/Samer

3- الجسمانية هي أبعد من مجرد التجسد ، إذ أنه في الحقيقة لا توجد أية ظاهرة على الإطلاق من الوجود الإنساني ليس للجسد فيها دوراً أو يمكن أن تكون لاجسمانية ، فمن خلال كلمات مثل الإسترخاء و الهدوء و الراحة التوتر...الخ يتم وصف تثبيتات جسدية ، إلى جانب الإتجاه النفسي ككل للإنسان نحو عالمه ، يقول "بوس" Boss حدود جسدي تتطابق مع بعضها ، بكلمات أخرى تتطابق مع حدود انفتاحي على العالم" ، إن حدود الجسد لا تتغير إن ما يتغير هو سعة أو ضيق نسبة العالم .

4- تلزمنا حقيقة أننا لسنا الوحيدين في هذا العالم بالآخرين على شكل رعاية و اهتمام بهم ، فالإنسان بطبعه ميال للآخرين (الوجود مع الآخرين) ، الأمر الذي يذكر بالإلزام الاجتماعي عند **أدلر** ، ويشترك عالم البشر انفتاحهم الممكن على العالم و القدرة على تقديم إجابة عن كل "الأشياء المنارة" ، أي الأشياء المدركة في الشعور

5-يحمل الإنسان في طيات نفسه كل ما يمكن تصوره من أمزجة ، غير أن مدى بروزها أو ظهورها يتعلق بطبيعة العلاقة بالعالم ، فالحالة المزاجية تعكس نوع الإنفتاح على العالم ، فالحالة الجيدة تؤثر على المجالات الجسدية لأبعد مدى وينبغي اعتبارها (أي الحالة الجيدة) من العوامل المسببة للصحة من الدرجة الأولى ، و بالتالي فإن العلاج النفسي يهتم بالدرجة الأولى بإعادة "تغيير" الحالة المنغلقة كالقلق و الملل و اللامبالاة باتجاه حالة "منارة" واضحة ومنفتحة و صريحة و حرة ، و الإنفعالات تمنع الإنسان من إمكانية إدراك العالم المحيط ، ومن خلال تعابير مثل "الحقد الأعمى" أو "الحب الأعمى" يتم التعبير عن إمكانات الوجود المغلقة و "المظلمة" كلية أو جزئياً في العالم ، ويعد "الصفاء الرزين" حالة مرغوبة ، حيث يقصد بالصفاء "النورانية" و "الوضوح"، أما المقصود "بالرزانة" التعرف على العالم ، و تركه كما هو، وينطبق هذا على حقيقة الموت بصورة خاصة .

6-تعمل الذاكرة و تاريخ الإنسان على الاحتفاظ بما كان. ويرى **بوس** أن ما كان قد تم إدراكه في السابق يبقى موجوداً من خلال أهميته ، التي كانت له مرة و التي مازال يمتلكها ويرى **بوس** ، أنه ليس من المثبت أن

الإنسان ينسى شيئاً .

. http://arabpsynet.com/Books/Samer.B1

و يرى أن التذكر عبارة عن إعادة إحياء لأطر العالم الباكرة ، التي كانت بين الحين والحين "موجودة بصورة بعيدة"، النسيان يعني اختفاء شيء ما من الحضور المباشر ، الماضي يؤثر بصورة مستمرة .

7 -أكد **بوس** على الهروب من الموت ، الذي يتجلى في المحاولات اللامتناهية بالتضليل عن هذه الحقيقة ، ومدح بدلاً من ذلك السلوك الإنساني "غير الهارب" ، "غير المموه" الكريم بحق تجاه الموت ، الذي يتمثل في التحمل الدائم لمعرفة النهاية المحتومة .

8-و أخيراً تعد السمات الجوهرية المذكورة أعلاه على نفس الدرجة ، و لا توجد فيها واحدة فوق الأخرى ، فكل الظواهر الإنسانية الأخرى تتضمن هذه السمات الجوهرية ، على الرغم من شدتها المختلفة .

– وعلى أساس السمات الجوهرية الثمانية للوجود الإنساني صاغ **بوس** تعريفاً من نوع جديد للمرض والصحة.

وبناء على ذلك يرى **بوس** أن الصحة هي التمكن غير المحدود من امتلاك السمات الجوهرية الثمانية للوجود الإنساني ، في حين أن المرض عبارة عن ذات أو كينونة ضعيفة ، عبارة عن تضرر في مدى و نورانية مجال العالم ، في حرية حركة الإنسان بالمعنى الواسع للكلمة ، أما الإنسان في حالة الصحة فهو الإنسان القادر على الإهتمام بالآخرين والمواضيع بحرية ووضوح ، والحفاظ باستقلالية ذاته في الوقت نفسه.

الصحة و المرض متعلقان بالإنفعالات و المشاعر قصيرة الأمد ، و بالمعاناة و الحالات طويلة الأمد ، فالمقدار العالي و المفرط من الانفعالات غير المضبوطة و المعاناة المدمرة كذلك تعد دلالة على مرض ممكن للحياة

النفسية، إنها تعد من ناحية مصادر للطاقة غير أنها تتحكم بالجسد على المدى البعيد و تتحول إلى أمراض جسدية

http://arabpsynet.com/Books/Samer.B1..

3.12- الصحة النفسية و علم النفس الفردي :

يطرح علم النفس الفردي الذي يمثله **آدلر** السؤال عن الصحة النفسية بشكل مختلف عن التحليل النفسي التقليدي ، فقد اعتبر آدلر العصاب على أنه "شكلاً خاطئاً من أسلوب الحياة" و "الشذوذ الاجتماعي" ، ويرى بونغراتس Pongratz أن لهذه النظرة ميزة ، أن العصابيين لا يستطيعون التحصن وراء المرض ، انطلاقاً من الملاحظة أن جملة "أنا مريض" تلاقي تفهماً واسع المدى من المحيط .

وانطلاقاً من الإستنتاج الذي توصل إليه **آدلر** أن المجتمع أو المحيط يشكل بنية أساسية للمخلوق الإنساني لا يمكن إلغاؤها أو إبطالها ، فقد حدد علم النفس الفردي مصطلح "الشعور الجماعي" معياراً للصحة النفسية ، وللتفريق بين العصاب (الاضطراب) و السواء .

واستناداً إلى ذلك يعد السلوك النافع للمجتمع سلوكاً صحياً ، وقد نظر **آدلر** لتصرفات الفرد من منظور المستقبل البعيد لجماعة مستقبلية مثالية وقاسها عليه ، إلا أنه عندما يهتم الإنسان الآن بالآخرين على أساس التساوي بينهم والتعاون ، يمكن اعتباره من وجهة نظر علم النفس الفردي قد شفي .

و توجد ثلاثة مجالات حياتية تعبر الصحة النفسية عن نفسها من خلالها ، و هذه المجالات هي:

- الحب\الشراكة
- العمل\المهنة
- المجتمع\الصداقة

(أبو دلو جمال ، مرجع سابق ، ص ص 27 ، 28)

والشرطين الأول و الثاني يمثلان معيار فرويد في الصحة النفسية المتمثل في أن الإنسان السليم هو القادر على الحب و العمل ، حيث تلعب القدرة على الإنجاز في كلا الاتجاهين ، و يذكرنا في الشرط الثالث بالمسلمة القائلة: "إن الإنسان عبارة عن مخلوق إجتماعي بالدرجة الأولى".

ومن خلال الإجابة عن المهمات الحياتية الثلاثة أعلاه يتجلى "الشعور الجماعي" .

ويتضمن تحقيق مهمات الحياة الثلاثة أكثر من مجرد الحصول على المال من خلال المهنة و الزواج و الانتساب إلى جمعية أو اتحاد ، فحسب **أدلر** لا يمكن اعتبار الإنسان سليماً نفسياً إلا عندما يتناسب طموحه مع سعادة المجتمع ويلتزم أخلاقياً بتحقيق عالم أكثر إنسانية ، و قد حدد آدلر هدفاً للتربية ، يعتبر كذلك هدفاً للعلاج القائم على علم النفس الفردي يتمثل في : "نريد أن نكون مساهمين متساويين و مستقلين و مسؤولين في الحضارة" ، وفي هذا إقرار بالمساعدة المتبادلة والتضامن والمساواة وكل القيم الأخرى ، التي تقوم عليها الطبقة الوسطى و الإشتراكية الليبيرالية .

والعلاج النفسي كما يفهمه أدلر هو الأخلاق التطبيقي ، التي لا يمكن التعرض لها مباشرة في العلاج ، وإنما يمكن إيصالها من خلال ربطها بشخص المعالج .

غير أن **أدلر** مثل **فرويد** ، لم يقم بتحدي صورة الإنسان السليم نفسياً ، فكتبه كلها تقريباً تدور حول "العصابي" في ضروبه المتنوعة ، إلى درجة يبدو من خلالها كل الناس "عصابيين" قياساً إلى المثل العالية جداً التي وضعها أدلر.

و لم يحسب أدلر حساباً لإمكانية الصراع بين الأهداف النهائية العليا ، وبالتالي كذلك لم يقدم دلائل على الكيفية التي ينبغي التصرف فيها عند وجود صراعات أخلاقية أو اجتماعية .

(أبو دلو جمال ، مرجع سابق ، ص ص 27 ، 28)

إلا أن أدلر قدم بصورة غير مباشرة باقة من عوامل الصحة النفسية ، و ذلك من خلال تركيزه على الأخطاء التي يمكن أن ترتكب من الناحية النفسية ، و تمتد هذه العوامل من الاهتمام حتى التفاؤلية والمرح ، وتحدث عن وحدة الشخص ، و قصد بذلك وحدة الشخصية التي ينبغي تنميتها و تحسينها في جميع أجزاءها دون استثناء .

ومن أجل التوضيح نورد التفريق بين الشعور الجماعي "الضيق" والشعور الجماعي "الواسع" ، يتمثل الشعور الجماعي في نطاقه الضيق من خلال القدرة على التصالح مع الوالدين (رضا الوالدين) ، تقبل الشريك وتعزيزه والتعامل الطيب مع الزملاء في العمل والاهتمام بالصداقة وتنميتها ، أما الشعور الجماعي بالمعنى الواسع فهو القدرة على الإنخراط في السياقات الثقافية والتاريخية العظيمة والشعور بالمسؤولية عن تطوير وتنمية المجتمع ومناقشة التطور الحضاري للعصور السابقة –بشكل عام على الأقل- والإسهام على هذا الأساس العارف والمتفهم في بناء مستقبل إنساني ، وكلما كانت الشخصية قادرة على تمثل assimilation الماضي والتخطيط للمستقبل ، كانت أعظم وأكبر .

وعليه ربما يعني بالشعور الجمعي الصافي والشامل ، التطلع إلى مستقبل إنساني لا يقمع فيه إنسان إنساناً آخر ولا يغبنه ويسيء معاملته . الشعور الجماعي عبارة عن روح تضامنية ومبدأ تحرري.

ولا يوجد تعارض بين فردانية الشخص و التصرفات الاجتماعية في علم النفس الفردي ، فتحقيق الذات والتأهيل المستمر والتقدم المهني وتوسيع مجالات الحرية الشخصية تحتل عند **أدلر** المرتبة نفسها التي التضامن والإستعداد للمساعدة والروح الجماعية ؛ إذ أن صيرورة الإنسان ترتبط بالإلتزام الإجتماعي بالآخرين ، فبدوا "الأنا" لا يوجد "نحن" غير أنه في الحياة العملية قلما يمكن تجنب وجود توترات بين الفرد والمجتمع ، على الرغم من أن أدلر لم يتطرق لهذا الموضوع . إلا أنه يمكن الإستنتاج أن أدلر يعطي الأولية لمطالب الجماعة على

مطالب الفرد بغض النظر عن مشروعيتها أم لا ، مع العلم أنه قد منح بضبابية غير واضحة الجماعة المثالية مستقبلاً سعيداً .وعندما نتحدث اليوم عن الفردانية التضامنية solitaryIndividualism لا يمكننا تجاهل التبعية الثقافية والإقتصادية المتنوعة و المليئة بالتناقضات و المنتشرة عالمياً ، المدفوع إليها الإنسان اليوم شاء أم أبى ، وعلم النفس الفردي يطمح إلى تقوية شجاعة وثقة الفرد على الصمود ضمن هذا الخضم من الضباب. وتوكيد الحياة الفردية يتم من خلال رعاية الآخرين ، ويمكن للسعي من أجل الحياة الشخصية أن يكون أنانياً غير أنه ليس بالضرورة أن يكون كذلك ، و قيم مثل حصانة الحياة الإنسانية والحقوق العالمية للإنسان والحفاظ على الطبيعة وتأمين الأحياء والأجيال المقبلة تتضمن كذلك أخلاق المسؤولية الفردية .

(أبو دلو جمال ، مرجع سابق ، ص ص 29 ، 30)

4.12-.الصحة النفسية و النظرية السلوكية :

تعتبر النظرية السلوكية أن السلوك الإنساني ماهو إلا مجموعة من العادات تعلمها الفرد و اكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة ، و تتحكم في تكوينها قوانين الدماغ ، و أن الإضطراب الإنفعالي ناتج من العوامل التالية :

- الفشل في اكتساب أو تعلم سلوك مناسب.
- تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة أو مرضية .
- مواجهة الفرد لمواقف متناقضة لا يستطيع معها إتخاذ القرار المناسب .
- ربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة لإستثارة الإستجابة .

و على نحو أكثر تحديدا يعتقد السلوكيون أن السلوك الشاذ ينمو عن طريق الإشتراط ، و أنه عن طريق إستخدام مبادئ الإشتراط يمكن أن ينتج الشفاء ، و بكلمات أخرى يقوم المعالج السلوكي على افتراض أن

الإشتراط الكلاسيكي و الإشتراط الإجرائي يستطيع تغيير سلوك غير مرغوب إلى نموذج أكثر مرغوبية من السلوك . (**فايد حسين ، 2004 ، ص 65**)

وعليه فإن حسب هذه النظرية يتم تفسير السلوك وفق ما يحدث من تغيرات فيزيولوجية عصبية ، يعبر عنها بالمثير و الإستجابة ، و أن الإرتباط بينهما إرتباط فيزيوكيميائي و المحور الرئيسي لهذه النظرية هو عملية التعلم، و أن نمو الشخصية و تطورها يعتمد على التدريب و التعلم .

ومن أهم ممثليها **دولارد** و **ميلرو أيزنك** و **سكينر**، و تقرر هذه المدرسة أن سلوك الفرد هو محصلة لتفاعل العادة مع الدافع " السلوك = العادة في الدافع " أي استجابة للحافز مضافا إليه اهتمامات الشخص و رغباته و مشاعره ، و الشخص السوي هو الذي تعلم و استجاب بالأسلوب الصحيح ، في حين أن المرض النفسي هو تعلم خاطئ أو عادة متعلمة سيئة .

و وفقا لهذا التوجه فإن الصحة النفسية السليمة للفرد ما هي إلا مجموع العادات و السلوكيات الفعالة و المناسبة التي اكتسبها الفرد من محيطه ، و عبر مراحل نموه و التي تساعد على اشباع حاجاته و تحقيق طموحه بشكل مقبول إجتماعيا ، يأخذ بعين الاعتبار ثقافة المجتمع و عاداته ، مما يؤدي إلى تناسق مطالب الفرد و مطالب المجتمع ، و بهذا فإن سلوكيات الفر الظاهرة ،واستجاباته للمواقف المتباينة ،واتخاذه لمختلف القرارات يكون سليما و متجانسا فعالا وواقعيا ، مما يدل على أن الفرد في هذه الحالة يتمتع بالصحة النفسية .

أما **ألبرت باندورا** (**BANDURA , A**) صاحب نظرية التعلم الإجتماعي فانه يتبنى موقف الحتمية المتبادلة و الذي يصور التفاعل بين السلوك و المحددات الداخلية للفرد مثل الدوافع وا لخبرات ، و المحددات الخارجية (البيئية) كما لو كانت نظاما متشابكا من التأثيرات المتبادلة كل على الآخر دون وزن أكبر لاحداها عن العاملين الآخرين ، و بناءا على هذا الموقف فإن السلوك الإنساني وظيفة للمحددات السابقة المتعلمة و

اللاحقة المحددة . و تلك المحددات هي مجموعة متغيرات معرفية في طبيعتها تحدث من ملاحظة الإسان لنتائج سلوكه أو سلوك غيره

و على هذا النحو يكون **ألبرت باندورا** قد جمع بين عدة عوامل منها البيولوجية و البيئية و المعرفية ، و لقد اعتبر أن قدرا من سلوكياتنا يتم اكتسابها عن طريق التعلم بالملاحظة و الإقتداء ، و هذا يدل على أن أنماط التوافق و سوء التوافق مسالة متعلمة و مكتسبة من خلال ما يعايشه الفرد من خبرات تؤدي به إلى الصحة النفسية أو المرض . (**إبراهيم عبد الستار ، عسكر عبد الله ، 1999 ، ص 288**)

5.12-الصحة النفسية و النظرية الإنســـــــــــــانية :

يرى أصحاب هذه النظرية أن الصحة النفسية هي مدى تحقيق الفرد لإنسانيته تحقيقا كاملا ، سواء لتحقيق حاجاته النفسية كما عند **ماسلو** أو المحافظة على الذات كما عند **روجرز** حيث يقوم هذا المنحنى على ثلاث معتقدات أساسية ، وهي :

- أن الإنسان خير بطبيعته أو على الاقل محايد ، و أن المظاهر السلوكية السيئة أو العدوانية تنشأ بفعل ظروف البيئة .

- أن الإنسان حر و لكن في حدود معينة ، فهو حر في اتخاذ ما يراه من قرارات ، و قد يكون هناك مواقف و ظروف تحد من حريته .

- التأكيد على السلامة أو الصحة النفسية ، الراحة النفسية يجب أن تتوجه إلى الكائن الإنساني السليم و ليس الأفراد العصابيين أو الذهانيين .

و يعتبر **كارل روجرز** أحد أهم أعمدة المنحنى الإنساني ، يرى أن الفرد يمر في حياته بخبرات عديدة و الخبرة هي كل شيئ أو موقف يعيشه الفرد في زمان و مكان معين و يتفاعل الفرد معها و ينفعل بها ، يؤثر فيها و يتاثر بها ، و الخبرة متغيرة و يحول الفرد خبراته إلى رموز يدركها و يقيمها في ضوء مفهوم الذات ، و في ضوء المعايير الإجتماعية أو يتجاهلها (على أنها لا علاقة لها ببنية الذات) ، أو ينكرها أو يشوهها (إذا كانت غير

متطابقة مع بنية الذات) ، و الخبرات التي تتفق و تتطابق مع مفهوم الذات و مع المعايير الإجتماعية تؤدي إلى الراحة و الخلو من التوتر و إلى التوافق النفسي و الصحة النفسية (**نويبات قدور،مرجع سابق ، ص ص 70 – 74**)

13–فريق العمل في ميدان الصحة النفسية :

1- **المعالج النفسي** : يتخرج من قسم علم النفس ويتخصص في الصحة النفسية والعلاج النفسي , ويجب أن يزود بالقدر الكافي من المعلومات الطبية في العلاج النفسي , و يحصل على درجة عليا في تخصص الصحة النفسية و العلاج النفسي .

2– الأخصائي النفسي : يتخرج من أحد أقسام علم النفس ، و يختص بالقياس النفسي وإجراء الاختبارات ودراسة سلوك العميل و اتجاهاته العامة .

3– الطبيب النفسي : يتخرج من كلية الطب ثم يدرس علم النفس و الأمراض النفسية ، وقد يتخصص بالأمراض النفسية و العصبية , ويهتم أكثر من غيره بالتشخيص الطبي النفسي و بالعلاج الجسمي و العلاج بالأدوية و علاج الجرحى .

4–الأخصائي الإجتماعي النفسي : يتخرج من أحد أقسام أو معاهد الخدمة الإجتماعية ، ويؤهل تأهيلاً خاصاً في علم النفس ، و يختص بإجراء المقابلة الأولى مع المريض و أسرته ، و محل عمله ، و المؤسسات الإجتماعية المختلفة و بالبحث الإجتماعي ، و ينظم معظم أوجه نشاط العيادة النفسية ، و قد يساهم في العلاج النفسي .

1. **المساعدون النفسيون** : يتخرجون من معاهد التمريض ، و يدرسون و يتدربون على التمريض النفسي ، و يلعبون دوراً هاماً في العلاج النفسي حيث يقضون أكبر وقت مع المريض ، و يختصون بتسجيل السلوك اليومي و سير العلاج و تقدمه و المشاركة في بعض أشكال العلاج مثل العلاج بالصدمات و العلاج النفسي الجماعي و تهيئة المناخ المواتي للصحة النفسية و الشفاء .

6-بالإضافة إلى هؤلاء نجد : المربين والوالدين و علماء الدين و غيرهم .

www.alassil.com

خلاصة :

من خلال ما سبق يمكننا القول بأن التمتع بالصحة النفسية هو سبب للنجاح في مختلف المجالات الحياتية ، وليس هذا فقط بل حتى الفوز في الدار الآخرة ، و عليه لابد علينا كدارسين أن نكثف الجهود و المساعي لمساعدة الأفراد حتى يكونوا متمتعين بالصحة النفسية .

القسم الثانى

الجانب الميدانى

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة الميدانية

- **تمهيد:**

يدرس البحث الحالي موضوع سن الزواج و علاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المتزوجين ، وبعد التطرق إلى الجانب النظري لهاته الدراسة سنتناول في هذا الفصل المنهج المستخدم و عينة الدراسة و خصائصها ، و الأدوات المستعملة و الخصائص السيكومترية و ظروف التطبيق و جمع البيانات وفي الأخير الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة .

1- تذكير بفرضيات البحث :

1- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصحة النفسية و سن الزواج لدى عينة من المتزوجين بولاية الأغواط و ولاية الجلفة .

2 توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تختلف باختلاف سن الزواج.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير الجنس.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى للمستوى التعليمي للمتزوجين.

5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى للمستوى الإجتماعي للمتزوجين.

2-منهج الـــــــــدراسة :

يرتبط تحديد المنهج الذي يستخدمه و يطبقه الباحث لدراسة الظاهرة أو مشكلة ما بطبيعة و محتوى الظاهرة المدروسة ، وبما أن دراستنا تهدف إلى معرفة العلاقة بين سن الزواج و مستوى الصحة النفسية ، و كذلك معرفة الفروق بين الجنسين ، ومعرفة الفروق في سن الزواج و المستوى التعليمي والمستوى الإجتماعي فإن المنهج المتبع هو المنهج الوصفي الإرتباطي المقارن.

- وجاء في أحد التعاريف بأنه المنهج الذي هدف إلى وصف و تفسير الظاهرة موضوع البحث ، ويعبر المنهج الوصفي عن جميع البيانات بنوعيها الكيفي و الكمي حول الظاهرة محل الدراسة من أجل تحليلها وتفسيرها و استخلاص النتائج لمعرفة طبيعتها و خصائصها ، و تحديد العلاقات بين عناصرها و بين الظواهر الأخرى و إلى تعميمها .

(بوفاتح محمد و داودي محمد ، 2007 ، ص 81)

3 – حـــــــدود الدراسة :

1.3 –الحدود المكانية: تم اجراء الدراسة الميدانية بولايتي الأغواط و الجلفة ..

2.3–الحدود الزمنية : تم إجراء الدراسة ميدانيا بصفة رسمية ابتداء من: 2015/06/15 إلى غاية 2015 /08/30.

3.3–الحدود البشرية: تكونت عينة الدراسة من (118) من االمتزوجين .

4.3–الحدود الأداتية: استخدمنا في دراستنا الحالية :

- مقياس الصحة النفسية المعدل (SCL -90-R) .

5.3.الحدود الموضوعية: يهدف موضوع الدراسة الحالية إلى التعرف على العلاقة بين الصحة النفسية وسن الزواج لدى عينة من الأزواج بولايتي الأغواط و الجلفة ، وكذا الفروق بين المتغيرات التي تمس الجنس و المستويين الإجتماعي و التعليمي .

4– المجتمع و عينة الدراسة :

1.4–المجتمع الأصلي:Study Population

هو المجتمع الحقيقي الذي يود الباحث بالفعل أن يعمم نتائجه عليه .

(مرابطي عادل ، نحوي عائشة ، 2009، ص95)

و هو مجموع عناصر لها خاصية أو عدة خصائص مشتركة تميزها عن غيرها من العناصر الأخرى التي يجرى عليها البحث أو التقصي (**أنجرس موريس ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون ،2008 ، ص 298**)

ويمثل المجتمع الأصلي الأزواج بمختلف مستوياتهم الإجتماعية و التعليمية بولاتي الأغواط و الجلفة .

2.4- عينة الدراسة Study Sample :

تكوَنت عينة البحث الحالي من الأزواج بولاتي الأغواط و الجلفة ، وقد بلغ عددهم (118) زوجا و زوجة أي 65 زوج و53 زوجة ، أختيروا بطريقة قصدية ، و التي يعرفها زياد الطويسي : " بأنها تخدم أهداف الدراسة بناءا على معرفة الباحث دون أن يكون هناك قيود أو شروط" .

(**زياد أحمد الطويسي ،2001 ، ص 35**)

3.4 –خصائص عينة الدراسة :

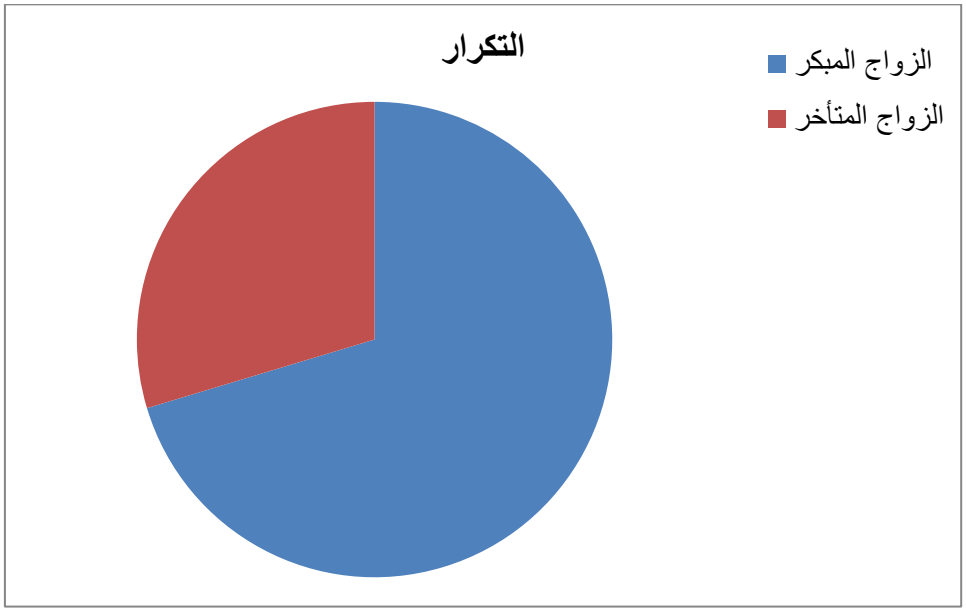
تم اختيار عينة الدراسة على حسب جملة من الخصائص في مقدمتها سن الزواج و متغير الجنس وكذلك المستوى التعليمي و المستوى الإجتماعي ، و نفصلها على النحو التالي :

1- **متغير سن الزواج :**

الجدول رقم (01) :يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير سن الزواج

سن الزواج	العـــــــدد	النسبة المئوية
الزواج المبكر	83	%70.34
الزواج المتأخر	35	%29.66
المجموع	118	%100

يمثل الجدول السابق عدد المتزوجين زواج مبكر و عددهم(83) فردا بنسبة بلغت (70.34%) ، في حين بلغ عدد المتزوجين زواج المتأخر (35) فردا بنسبة (**29.66**%). و الشكل التالي يوضح ذلك :



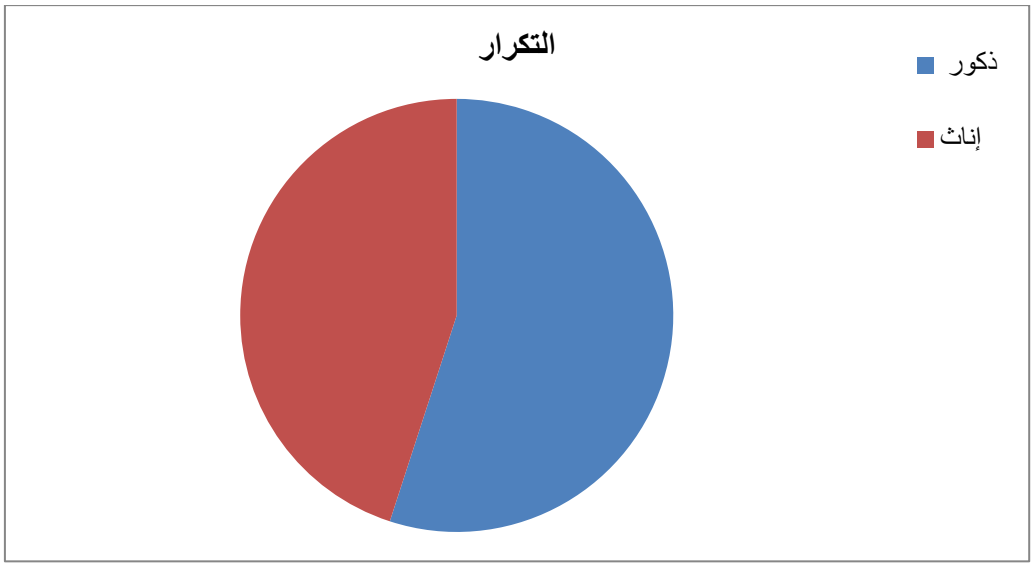
الشكل رقم (01) : يمثل توزيع العينة حسب متغير سن الزواج

2- متغير الجنس:

الجدول رقم (02) :يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس

الجنس	العـــــــــدد	النسبة المئوية
ذكور	65	%55
إناث	53	%45
المجموع	118	% 100

يتضح من الجدول أن عدد الذكور كان (65) ذكرا وبنسبة (55%) ، بينما بلغ عدد الإناث (53) أنثى بنسبة بلغت (45%) ، كما هو موضح في الشكل التالي :



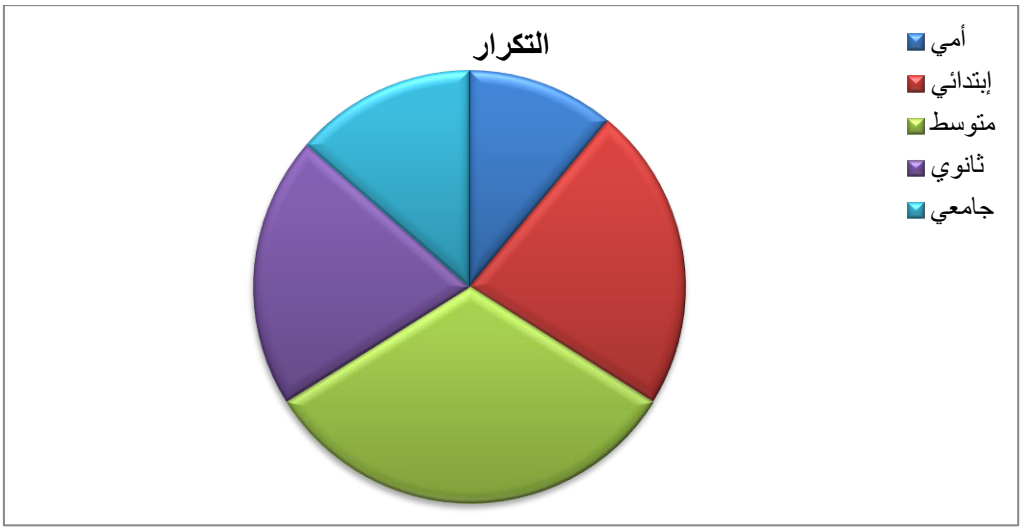
الشكل رقم (02) : يوضح توزيع العينة حسب متغير الجنس

3-متغير المستوى التعليمي :

الجدول رقم (03): يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي .

المستوى التعليمي	العـــــــــــــدد	النسبة المئوية
أمي	13	%11.02
إبتدائي	27	%22.88
متوسط	38	%32.20
ثانوي	24	% 20.34
جامعي	16	%13.56
المجموع	**118**	**%100**

تم توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي إلى خمس فئات أولها فئة المتزوجين الذين ليس لديهم مؤهل علمي (أميون) و البالغ عددهم (13) فردا بنسبة (11.02%) ، و الفئة الثانية ذات مؤهل علمي إبتدائي و البالغ عددهم (27) فردا بنسبة (22.08%) ، أما الفئة الثالثة ذات مؤهل علمي متوسط و يبلغ عددهم (38) فردا بنسبة بلغت (32.20%) ، ثم تأتي الفئة الرابعة بمؤهل علمي ثانوي و يبلغ عددهم (24) فردا و ممثلون بنسبة (20.34%) ، و الفئة الخامسة ذات مؤهل علمي جامعي عددهم (16) فردا يمثلون ما نسبته (13.56 %) ، كما هو موضح في الشكل الموالي :



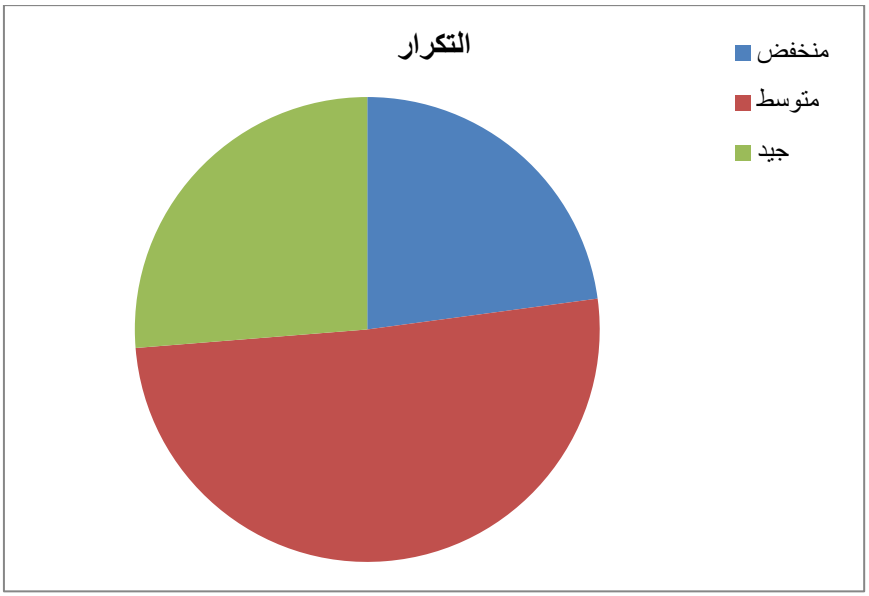
الشكل رقم (03) : يوضح توزيع العينة حسب متغير المستوى التعليمي

4-متغير المستوى الإجتماعي :

الجدول رقم (04) يمثل توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى الإجتماعي

المتغير الإجتماعي	العـــــــــــــــدد	النسبة المئوية
منخفـــــــــــض	27	%22.88
متوســـــــــــط	60	%50.85
جيـــــــــــــــد	31	%26.27
المجمـــــــــــــوع	**118**	**%100**

تم توزيع أفراد العينة حسب المستوى الإجتماعي إلى ثلاث فئات و هي فئة المتزوجين التي تمثل المستوى الإجتماعي المنخفض و البالغ عددهم (27) فردا بنسبة (22.08 %) ، و الفئة الثانية هي المتزوجون ذوو المستوى الإجتماعي المنخفض وعددهم (60) فردا بنسبة بلغت (50.85%) ، و أما الفئة الثالثة هم المتزوجون ذوو المستوى الإجتماعي المرتفع و البالغ عددهم (31) فردا بنسبة (26.27%)، و الشكل التالي يوضح ذلك :



الشكل رقم (04) يوضح توزيع العينة حسب متغير المستوى الإجتماعي .

5- الدراسة الإستطلاعية : pilot study

يعرفها معجم علم النفس و التربية بأنها دراسة تجريبية أولية يقوم بها الباحث على عينة صغيرة قبل قيامه ببحثه و بهدف إختيار أساليب البحث و أدواته .

(أبو حطب فؤاد ، فهمي محمد سيف الدين ، 1984 ، ص 79)

و هي من أهم الأدوات التي يجب على الباحث أن يلم بها ، حيث تستخدم في مشكلات البحث التي لم يسبق لأحد أن تناولها .

(غانم محمد حسن ، 2004 ، ص 118)

إذن فالدراسة الإستطلاعية هي الواسطة بين الجانب النظري و الجانب التطبيقي ، و هدفها إختبار سلامة أدوات البحث من حيث البناء و الصيغة اللغوية و الفهم للبنود و التعليمات ومدى ملاءمته مع مواصفات العينة موضوع الدراسة .

5-1- عينة الدراسة الاستطلاعية :

قمنا بإجراء دراسة استطلاعية على عينة أولية من الأزواج بولاية الأغواط ، و تم تطبيق مقياس الصحة النفسية ، على عينة مكونة من (30) زوج و زوجة تم اختيارهم بطريقة عشوائية ، و قد أسفرت نتائج الدراسة على وضوح العبارات و لم يجد الأزواج صعوبة في فهمها ، و الجدول التالي يوضح توزع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب سن الزواج .

جدول رقم(05) : يبين توزع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب سن الزواج

الجنس	التكرار	النسبة %
الزواج المبكر	15	%50
الزواج المتأخر	15	%50
المجموع	30	%100

2.5- زمان ومكان إجراء الدراسة الاستطلاعية :

امتدت الفترة الزمنية التي طبقت فيها الدراسة الاستطلاعية بين 25 ماي إلى غاية 10 جوان 2015 ، وأجريت بولاية الأغواط و الجلفة .

6- أدوات الدراسة : Tools of the study :

- مقياس الصحة النفسية المعدل :(SCL -90-R)

1.6 - وصف المقياس: من إعداد ليونارد ،ر. س،ليمان. لينو كوفي ، و قام أبو هين بتعريب المقياس و تقنينه على البيئة الفلسطينية ، يتكون من 90 عبارة تندرج تحته 09 أبعاد ، وهي موزعة كالآتي :

(الأعراض الجسمية ، الوسواس القهري ، الحساسية التفاعلية ، الإكتئاب ، القلق ، العداوة ، قلق الخواف ، بارانويا ، الهوس السمعي) و كل عرض لديه البنود التي تقيسه ، المبين في الجدول التالي :

الجدول (06) : يوضح توزيع أرقام بنود المقياس على الأبعاد

الأبعاد	البنود (العبارات)
الأعراض الجسمية	71.58.49.48.42.40.29.11.4.1
الوسواس القهري	65.55.51.46.45.38.28.10.9.3
الحساسية الفاعلية	73.69.61.41.37.36.34.21.6
الإكتئاب	54.32.31.30.28.27.26.22.20.19.14.5.2
القلق	86.80.79.72.57.39.33.23.17.12
العداوة	81.74.67.63.24.13
قلق الخواف (الفوبيا)	82.78.75.70.50.47.25
البرانويا	83.76.68.43.18.8
الهوس السمعي	90.88.87.85.84.77.62.35.16.7
أعراض أخرى	89.66.64.60.59.53.44.19

-**الأعراض الجسمانية** : يقصد بها الأحوال المختلفة التي يكون عليها الجسم الإنساني ، و خاصة تأثير أعضاء الجسد بالجهاز العصبي اللاإرادي ، حيث تظهر هذه التأثيرات في بعض تعطيل أو المعاناة في الأداء الوظيفي للعضو .

-**الوسواس القهري** : يقصد بها الأفكار التي تسيطر علي ذهن الفرد و لا يقوى علي التخلص منها رغم أنه يبذل الجهد الكثير للتغلب عليها إلا أنه يجد نفسه مقهوراً لتكرارها ، مما يوقعه دوما تحت وطأة الألم الشديد ، و كذلك تلك الأفعال و الطقوس الحركية التي تسيطر عليه ، و لا يجد منها فكاكا و يجد نفسه مقهوراً على تكرارها رغم سعيه وقناعته بعدم منطقيتها.

- **الحساسية التفاعلية:** يقصد بها العلاقات البينية القائمة بين الأفراد بعضهم البعض ، و أثر هذه العلاقات في الوضع النفسي للإنسان ، و يتميز الأفراد ذوو الحساسية التفاعلية المرتفعة بدرجة عالية من تبخيس الذات و تقدير ذات منخفض .

- **الإكتئاب:** يقصد به زملة الأعراض الإكلينيكية المصاحبة للاكتئاب سواء على المستوي العضوي أو النفسي وتشتمل الهبوط في الأداء الوظيفي للإنسان و تتفرع منها حالات الهبوط المزاجي و اليأس و السوداوية و الإنسحاب من الواقع وعدم الإهتمام بالأنشطة و نقص الهمة و الدافعية ، و الإحساس بفقدان الطاقة الحيوية إضافة لمشاعر الدونية و تبخيس الذات .

- **القلق:** يقصد به التوتر و العصبية و الأعراض السلوكية التي تكون تظهر كتعبير عن حالات القلق من إرتجاف الأطراف إلى العوارض الجسمية الأخرى .

- **العداوة:** يقصد به سلوك الإعتداء إما على مستوى الأفكار أو المشاعر أو الأفعال .

- **قلق الخواف** (**الفوبيا**) : يقصد به مظاهر الخوف الغير طبيعية التي تنتاب بعض الأفراد و التي يصطلح علي تسميتها بالفوبيا و منها : الخوف من الأماكن العامة وأي مظهر من المظاهر المختلفة للخوف من موضوع معين بطريقة غير طبيعية .

- **البارانويا:** يقصد به إنساب الشخص عيوبه للآخرين وكذلك العداء و الشك و الإرتياب و المركزية حول الذات و الهذاءات و فقدان الإستقلال الذاتي و مشاعر العظمة .

– **الهلاوس السمعية:** يقصد بها إذاعة الأفكار و التحكم الخارجي في الأفكار و اقتحام الأفكار داخل الذهن عن طريق قوى خارجه عن إرادة الفرد .

– أما تقديرات المقياس فهي 05 درجات مرتبة على النحو التالي : (0.1.2.3.4) ، حيث أن إتجاه العبارات يسير في خط واحد ، و تقابلها الإجابات على مرتبة على النحو التالي : دائما ، غالبا ، أحيانا ، نادرا ، مطلقا .

2.6 – تقديم المقياس :

يطلب من المفحوص أن يقدم إجابات على العبارات بكل شفافية و بكل صدق على مقياس الصحة النفسية المعدل بوضع العلامة المناسبة (X) في الخانة المناسبة و تكون الإجابات على النحو التالي : (دائما ، غالبا ، أحيانا ، نادرا ، مطلقا) .

7–الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة :

1.7– صدق المقياس Validity :

يقصد بالصدق أن يقيس الإختبار فعلا القدرة أو السمة أو الإتجاه أو الإستعداد الذي وضع الإختبار لقياسه ، أي يقيس فعلا ما يقصد أن يقيسه فهو أعد لقياس سمة سيكولوجية معينة .

(عباس فيصل ، 1996 ، ص ص 22،23)

يعتبر أهم خاصية يجب أن تتوفر في الإختبارات النفسية و يكتسي هذه الأهمية من كونه شاملا لمفهوم الثبات ، و يعرفه ليندكوست (1942) ، بأنه درجة الصحة التي نقيس بها ما نريد قياسه ، أو أنه الدرجة التي نقترب منها بنجاح تام لقياس ما نريد قياسه .

(حساني إسماعيل ، 2014، ص ص 42، 43)

– معنى ذلك أن الصدق هو الإجابة على سؤال : إلى أي مدى أدى الاختبار عمله ، و على هذا فإن الاختبار الصادق يعتبر أداة نقيس بها عينة من المثيرات تمثل المنطقة المطلوب قياسها من السلوك .

1.1.7-الصدق بطريقة المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي) :

للتحقق من صلاحية الأدوات الحالية فقد تم تقدير صدقها بطريقة المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي) ، وقد أظهر اختبار (ت) للعينات المستقلة أن الفروق كلها دالة إحصائيا بين المجموعة العليا (27%) من ذوي الدرجات المرتفعة من أفراد العينة الاستطلاعية) و المجموعة الدنيا (27%) من ذوي الدرجات المنخفضة من أفراد العينة الاستطلاعية ، و هذه الفروق لصالح المجموعة الدنيا ، والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول (07):يوضح نتائج المقارنة الطرفية لمقياس الصحة النفسية.

المتغير المقاس	مجموعات المقارنة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
الصحة النفسية	العليا	15	98.66	11.62	-9.539	116	**0,000 دالة إحصائيا**
	الدنيا	15	172.40	27.58			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (07) أن قيمة (ت) بلغت (9.539-) عند درجة الحرية (116) بمستوى دلالة (0.000) ، أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس الصحة النفسية لدى الأزواج بين المجموعتين ، و ذلك لصالح المجموعة الدنيا حيث بلغ متوسطهم (172.40)، بينما بلغ متوسط المجموعة العليا (98.66) ، و هذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق .

2.7- ثبات المقياس Reliability:

يشير ثبات الإختبار إلى الاتساق و الدقة و إمكان استخراج نفس النتائج بعد إجراءات التطبيق لأكثر من مرة و هو ببساطة مدى اتساق الدرجات عند تكرار التجربة ، و الثبات يخبرنا عن علاقات داخل الاختبار ، إذ يبين إلى أي مدى تتحرر الدرجات من تأثير الصدفة .

(معمرية بشير ، 2009 ، ص181)

و للتأكد من ثبات الأدوات و مدى اتساق درجاتها استعانت الباحثة بعدة طرق تفيد في تقدير قيم معامل الثبات ، و هي :

1.2.7- الثبات بطريقة التجزئة النصفية :

لحساب ثبات مقياس الصحة النفسية تم استخدام طريقة التجزئة النصفية ، و هي تعتبر من أكثر طرق تعيين الثبات شيوعا ، حيث يطبق الباحث الإختبار مرة واحدة ، ثم يحسب معامل الارتباط ، و هذا ما هو موضح في الجدول التالي :

جدول (08): معامل ثبات مقياس الصحة النفسية بطريقة التجزئة النصفية

المقياس	عدد البنود	عدد الأفراد	معامل الارتباط قبل التصحيح	معامل الارتباط بعد التصحيح	طريقة التصحيح	مستوى الدلالة
الصحة النفسية	90	30	0.83	0.91	Spearman-Brown	0.000 دالة إحصائيا

يتبين من الجدول رقم (08) الذي يمثل نتائج حساب معامل ثبات مقياس الصحة النفسية ، حيث بلغ معامل الارتباط قبل التصحيح (0.83) و معامل الإرتباط بعد التصحيح (0.91) بتطبيق معادلة

سيبرمان بروان Sperman-Brou والذي قدر درجته ب: (0.68) و بالتالي نجد أن هذه القيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.000) وهي ذات ارتباط قوي و مرتفع مما يوضح أن معامل الارتباط للمقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات و هو صالح لتطبيق .

2.2.7- الثبات بطريقة ألفا كرونباخ :Alpha cronbach)

يستخدم هذا الأسلوب مع المقاييس المركبة ذات بدائل الإجابة المتعددة ، و هو يعطي فكرة عن مدى اتساق البنود في القياس ، و قد أسفرت النتائج عما يلي :

جدول (09): معامل ثبات مقياس الصحة النفسية بطريقة ألفا كرونباخ

المقياس	عدد البنود	عدد الأفراد	معامل الثبات
الصحة النفسية	90	30	0.92

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن معامل ثبات مقياس الصحة النفسية بطريقة الإتساق الداخلي و فق معادلة ألفا كرونباخ بلغ قيمة (0.82) و هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.000) ،مما يؤكد تمتع المقياس بمستوى جيد من الثبات .

8- إجراءات التطبيق :

تم العمل على تطبيق مقياس الصحة النفسية على العينة الإستطلاعية بمدينة الأغواط بعدما تم تقديم شرح موجز و مفصل حول موضوع الدراسة ، و تم التأكد من جاهزية و خصائص السيكومترية لأدوات الدراسة (مقياس الصحة النفسية) بعد تطبيقهما على عينة تكونت من 30 زوج و زوجة مقيمين بمدينة الأغواط ، و لقد امتدت الدراسة الإستطلاعية من نهاية شهر ماي إلى غاية بداية شهر جوان .

وبعدها بفترة باشرنا التطبيق على العينة الفعلية بحيث قمنا بتوزيع 140 استمارة و تم استرجاع حوالي 125، و بعد الإطلاع على الإستمارات تم إلغاء العديد منهم لإنعدام بعض الإجابات على البيانات و العديد من العبارات ، و في الأخير بقي لدينا 118 إستمارة .

9- الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة :

إعتمدت الباحثة على بعض الأساليب الإحصائية بهدف تسهيل عملية العرض و التحليل و التفسير لنتائج الدراسة ، ويمكن توضيحها كالتالي :

1.المتوسط الحسابي: أستخدم لحساب متوسطات درجات عينة الدراسة .

2.الانحراف المعياري: أستخدم لحساب درجة انحراف القيم عن المتوسط .

3.النسب المئوية: إعتمدنا على النسب المئوية لتمثيل عينة الدراسة و خصائصها .

4.معامل إرتباط "سيبرمان براون " (**Sperman-Broun**): أستخدم لحساب معامل الإرتباط بين نصفي المقياسين للتأكد من ثباتهما بطريقة التجزئة النصفية .

5.معامل ارتباط "ألفا كرونباخ" (**Alpha cronbach**): استخدم لغرض التحقق من معامل ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية للمقياس .

6- معامل إرتباط "بيرسون" (**Pearson**): استخدم لحساب قوة العلاقة الصحة النفسية و سن الزواج .

7- اختبار (ت)للعينات:T-Test: للكشف عن دلالة الفروق بين مجموعتين .

- استخدمت الباحثة في هذه الدراسة نظام رزمة الإحصاء للعلوم الإجتماعية (SPSS) ، و هو نظام إحصائي شائع و يستخدم لإجراء التحليلات و المعالجات الإحصائية في كل أنواع البحوث .

خلاصة الفصل :

إن هذا الفصل هو بمثابة الواسطة بين الجانب النظري و الجانب التطبيقي ، حيث يستمد أهميته من كونه يحتوي على معلومات تخص المنهج المستخدم في الدراسة و الدراسة الإستطلاعية و الفرضيات و أدوات الدراسة و كيفية إجراء التطبيق الميداني ومعالجته بالأساليب الإحصائية المختلفة ، إذن فهو لبنة الدراسة .

الفصل الخامس

عرض ومناقشة وتفسير النتائج

تمهيد :

بعد التطرق لفصل الإجراءات المنهجية و تتبعا للمنهجية العلمية في دراسة البحوث و الرسائل ، فإننا سنتطرق الآن إلى الفصل الأخير و هو عرض نتائج الفرضيات و تفسيرها إعتمادا على الإطار النظري و الدراسات السابقة .

عرض و مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الأولى :

نص الفرضية : توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين سن الزواج و مستوى الصحة النفسية للمتزوجين

الجدول (10) :

معامل الإرتباط بين سن الزواج و الصحة النفسية

المتغيرات المقاسة	المتوسط	الإنحراف المعياري	العدد	الارتباط	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
الصحة النفسية	124.186	45.832	118	-0,407*	116	0,000
سن الزواج	24.440	8.856				

يتضح من الجدول رقم (10) أن قيمة الإرتباط بين الصحة النفسية و سن الزواج بلغت (0.407-) وعليه العلاقة بين الصحة النفسية و سن الزواج هي علاقة عكسية و دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.000) ، بمعنى كلما إرتفع سن الزواج إنخفض مستوى الصحة النفسية و العكس أيضا ، أي كلما إنخفض سن الزواج

إرتفع مستوى الصحة ، و يعود ذلك في رأي الباحثة إلى الأهمية البالغة لسن الزواج و أنه يلعب دورا كبيرا في حياة الفرد بكل جوانبها ، و يؤثر بصورة مباشرة و واضحة على الصحة النفسية للمتزوجين ، و يقصد بالصحة النفسية الخلو من الإضطرابات و الأمراض النفسية ، وكذلك القدرة على التكيف و إرضاء الذت و الإستقلالية و النضج و التوافق مع النفس و الآخرين .

إذن فسن الزواج يرتبط إرتباطا وثيقا بنجاح أو فشل العلاقة الزوجية ووظائفها التي من بينها الحب و الأمن ، و تلبية الرغبات العاطفية و الجنسية و النفسية ، فالذين يتزوجون في سن غير مناسبة يكون لديهم إضطرابات نفسية تؤثر على صحتهم النفسية و يصبحون أناس سلبيين و متشائمين و يظهر ذلك في سلوكاتهم و يؤثر على صحتهم الجسمية أيضا و يعانون من أمراض سيكوسوماتية و يصل الأمر حتى إلى العصابات و الذهانات .

عرض و مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثانية :

نص الفرضية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تختلف باختلاف سن الزواج.

الجدول (11) :

نتائج اختبار (ت) لمقارنة المتزوجين مبكرا و المتزوجين متأخرا في مستوى الصحة النفسية

المتغير المقاس	مجموعات المقارنة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
الصحة النفسية	الزواج المبكر	83	135.53	47.67	4.462	116	0.000
	الزواج المتأخر	35	97.285	97.28			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (11) أن المتوسط الحسابي لفئة المتزوجين زواج مبكر بلغ (135.53) بانحراف معياري قدر ب : (47.67) ، بينما بلغ المتوسط الحسابي للفئة المتزوجين زواج متأخر

(97.28) ، وبلغت قيمة ت (4.46) عند درجة حرية 116 و مستوى دلالة(0.000) ، وهذا يشير إلى الفرق الواضح و الجلي بين الفئتين في مستوى الصحة النفسية لصالح المتزوجين زواج مبكر .

و يمكن تفسير ذلك إلى أن الزواج المبكر يؤدي بالفرد إلى الشعور بالراحة و السعادة ، ولقد بينت الدراسات أن الأشخاص المتزوجون يتمتعون بسعادة شاملة بسبب تلبيتهم لمطالبهم و غرائزهم ، إذن فالزواج المبكر يجعل الفرد يتمتع بالقدرة على التعاون مع الآخرين التي تبرز في الحب و الثقة المتبادلة و العديد من الصفات الدالة على الصحة النفسية التي تميزه عن غيره و التي ذكرها ماسلو و متلمان

في قائمة المحكات التي تصف الشخص السوي الصحيح .(maslo & matelman)

كما أن الملاحظ على العينة لفئة الزواج المبكر أن جل إجاباتهم على المقياس كانت منحصرة بين الإختيار نادرا و مطلقا على الأسئلة التي مست العصابات و بالأخص الذهانات كالبارانويا مثلا ، وهذا يوافق معظم التعاريف التي جاء فيها أن الصحة النفسية هي الخلو من الإضطرابات النفسية ،كتعريف التصنيفات العلمية الدولية للإضطرابات النفسية و كذلك العديد من العلماء أمثال :(مصطفى فهمي ، عبد المنعم حسيب، محمد قاسم عبد الله وغيرهم)

في حين أن المتزوجين زواج متأخرا يعانون من التوتر الحاد و هذا ما أشارت إليه دراسة أمريكية في جامعة كاليفونيا وأضافت الدراسة بأن هاته الفئة لا تحقق التوازن بين العمل و الإلتزامات الأسرية .

كما أن تأخر الزواج يؤدي بطبيعة الحال إلى تأخر الإنجاب مما يزيد من حدة الضغط النفسي و الأمراض السكوسوماتية كارتفاع ضغط الدم و يؤدي إلى العديد من الإضرابات النفسية التي تتطور كلما زاد سن الزواج ، و بالتالي كل هذا و غيره يؤثر بالسلب على الصحة النفسية للفرد ، و هذا ما فسر النتيجة و المعطيات التي عندنا،

و التي رأت عكس ذلك **2012**)، (**Jeremy . Uecker** لقد اختلفت نتيجة دراستنا مع دراسة

أي أن الزواج المبكر له تأثير سلبي على الصحة النفسية .

عرض و مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثالثة :

نص الفرضية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير الجنس لدى المتزوجين .

الجدول (12) :

يبين نتائج اختبار (ت) لمقارنة الصحة النفسية عند الذكور والإناث.

المتغير المقاس	مجموعات المقارنة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
الصحة النفسية	الذكور	65	119.41	40.76	1.255-	116	0.212 غير دالة
	الإناث	53	130.03	51.17			

من خلال الجدول رقم (12) ، نجد أن متوسط مجموعة الذكور بلغ (119.41) بانحراف معياري قيمته (40.76) ، بينما بلغ متوسط الإناث (130.03) ، وانحراف معياري (51.17) ، وبلغت قيمة "ت" (1.255) بدرجة حرية (116) و بدلالة إحصائية (0.212) وهو غير دال إحصائيا ، يعني أنه لا توجد فروق في مستوى الصحة النفسية بين الذكور و الإناث ، و بالتالي لم تتحقق الفرضية التي تنص على وجود فروق .

وترجع ذلك الباحثة إلى أول أمر تشير إليه النتيجة التي بين أيدينا هو أن الصحة النفسية ليست حكرا على الذكور أو على الإناث ، و إنما هي على ما يتلقاه الفرد من مثيرات و ما ينشأ الفرد عليه ، بمعنى آخر لا أثر لنوع الجنس المفحوص على الصحة النفسية .

ثم أن كلا الجنسين يبحث عن الراحة و الأمن النفسي و السعادة و الإسقرار و الإستقلالية وكل ما له علاقة أو يترجم بوجود الصحة النفسية ، ومن بين الأسباب التي تبين عدم وجود فروق بين الجنسين هو الحضور الواضح للجانب الديني الذي يبقي كلا الجنسين متفائلين و متوكلين على الله سبحانه و تعالى ومستعينين بالصبر و الرضا على كل ما قد يعبث بحياتهم و صحتهم النفسية .

و بعد الإطلاع على أجوبة المفحوصين وجدناها متشابهة ، وهذا يعود إلى تلقيهم لنفس الظروف المعيشية ونفس المثيرات بحكم أنهم من نفس المنطقة تقريبا أو نقول بصيغة أخرى أن لديهم نفس الإنتماءات الثقافية وهذا يسمى ب(التفسير الأنثروبولوجي) ، بمعنى أن لديهم نفس المعتقدات و الأفكار و المثيرات الإجتماعية الأخرى .

ولقد توافقت نتائج دراستنا مع دراسة (**الصنيع إبراهيم** ، 2007) و دراسة (**صولي أمينة** ، **2014**) و دراسة (**بلميهوب كلثوم** ، **2009**) و دراسة (**الزبيدي علوان و الهزاع سناء** ، **1997**) الذين قالوا بعدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى الصحة النفسية ، في حين أن هناك دراسات لم تتوافق مع دراستنا و وجدت أن هناك فروق بين الجنسين في مستوى الصحة النفسية من بينها : دراسة (**أبو العمرين إبتسام** ، **2008**) و دراسة (**قدور نويبات** ، **2013**) و دراسة (**بارون خضر عباس**).

عرض و مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الرابعة :

نص الفرضية : توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى للمستوى الإجتماعي للمتزوجين

الجدول (13) :

الإحصاءات الوصفية لمقياس الصحة النفسية حسب المستوى الإجتماعي للمتزوجين .

المتغير المقاس	مجموعات المقارنة حسب المستوى الإجتماعي	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
الصحة النفسية	منخفض	27	140.85	54.266
	متوسط	60	114.51	40.890
	جيد	31	128.38	43.570
المجموع		**118**	**124.186**	**45.837**

من خلال الجدول رقم (13) نجد أن هناك تباين في نتائج المتوسطات و مستويات الحالة الإجتماعية ، حيث نجد أن قيمة المتوسط الحسابي عند الذين لديهم مستوى إجتماعي منخفض (140.85) و المتوسط الحسابي للذين عندهم مستوى إجتماعي متوسط (114.51) و المتوسط الحسابي للذين هم في مستوى جيد (128.38) ، ولقد أبدت هذه النتيجة أن الذين لديهم الدخل الإجتماعي المنخفض هم من يتمتعون بصحة نفسية و كل هذا يدل على وجود فروق دالة إحصائيا في الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى الإجتماعي للمتزوجين ،و بالتالي تحققت الفرضية .

نحن نعتقد أن الأسباب هي عدم تأثر الصحة النفسية بالجانب المادي من غنى أو فقر ، و أنه ليس هو المسؤول الأول عن السعادة و الطمأنينة و الراحة و غيرها و التي هي من صفات صاحب الصحة النفسية ، و لكن هذا لا ينفي أنها تساعد و تساهم في ذلك .

أما التفسير الآخر هو تمتع هؤلاء الفئة بمستوى كبير من الإيمان الذي يتجلى بالرضا بقضاء الله و حكمه و تقسيمه و تكلفه بأرزاق العباد ، وكذلك الصبر على الملمات و حسن التوكل عليه سبحانه و تعالى، و هذا كفيل بجعل العبد مطمئنا هادئا غير متذمر خاليا من الأمراض النفسية .

ولقد إختلفت نتائج الدراسة مع دراسة (**بلميهوب كلثوم ، 2009**) .

عرض مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الخامسة :

نص الفرضية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى للمستوى التعليمي للمتزوجين

الجدول (14) :

الإحصاءات الوصفية لمقياس الصحة النفسية حسب المستويات التعليمية للمتزوجين.

المتغير المقاس	مجموعات المقارنة حسب المستويات التعليمية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الصحة النفسية	أمي	13	129.53	55.64
	إبتدائي	27	132.66	47.18
	متوسط	38	119.15	43.27
	ثانوي	24	130.20	50.97
	جامعي	16	108.43	30.10
المجمـــــــوع		118	124.18	45.83

من خلال الجدول رقم (14) أعلاه إتضح لنا وجود فروق بين نتائج متوسطات المستوى التعليمي على النحو التالي كما هو مبين في الجدول ، حيث أن قيمة المتوسط الحسابي للمجموعة الأولى وهم الأميون الذي بلغ

(129.53) ، و المتوسط الحسابي لذوي التعليم الإبتدائي بلغ (132.66) ، و المتوسط الحسابي لذوي التعليم المتوسط هو (119.15) ، في حين بلغ المتوسط الحسابي لمجموعة التعليم الثانوي (130.20) ، و آخر مجموعة هم ذوي التعليم الجامعي الذي بلغ متوسط حسابهم (108.43) ، وبعد مقارنة هذه النتائج ببعضها البعض نجد أن الذين يتمتعون بالصحة النفسية بالدرجة الأولى حسب المعطيات التي لدينا هم فئة ذوو التعليم الإبتدائي ثم الذين يلونهم ، و الترتيب يكون كالآتي :

1- ذوي التعليم الإبتدائي ، 2-ذوي التعليم الثانوي ، 3- فئة الأميين ، 4- ذوي التعليم المتوسط ، 5- ذوي التعليم الجامعي، وكل هذه النتائج دليل على وجود فروق دالة إحصائيا في الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي للمتزوجين ، وبالتالي فقد تحققت الفرضية .

يمكن تفسير ذلك بأن شعور الفرد بالصحة النفسية لا يخضع لمؤهل علمي ثابت ، و لكن قد توجد عوامل أخرى و النتيجة تؤكد ذلك فلو كان المؤهل العلمي له الدور الكبير لكان المؤهل العلمي الجامعي هو الأول في الترتيب ، وقد يرجع هذا التأخر إلى أن الإصطدام بالواقع العملي ذلك أن العديد من الجامعيين يكون لديهم طموحات قبل التخرج و لكن بعده يجدون عكس ما يريدونه في مجال الشغل مما يشكل لديهم صدمة نفسية و توتر على مستقبلهم و سنواتهم الضائعة هدرا ، و إدراكهم للحالة الإقتصادية و الظروف الصعبة التي يعيشها عالمنا العربي الإسلامي اليوم ، و هذه النتيجة قد تفسر قول الشاعر حين قال :

" أخ العلم يشقى في النعيم بعقله ..... و أخ الجهالة في الشقاوة ينعم) ، في حين أن ذوو التعليم الإبتدائي هم في أول الترتيب ، ثم التعليم الثانوي ثم الأميون ،و قبل الأخير هم ذوو التعليم المتوسط .

ولقد إختلفت دراستنا مع دراسة (**قدور نويبات ، 2013**) التي ترى أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي أثر ذلك على مستوى الصحة النفسية ، و كذلك دراسة (**أسماء بدري إبراهيم ،2010**) و دراسة(**إبتسام أحمد العمرين ، 2008**) .

الإستنتاج العام

و الخاتمة

الإستنتاج العام :

-كنتيجة عامة لهذه الدراسة و المتمثلة في معرفة العلاقة بين سن الزواج و مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المتزوجين بولاتي الأغواط و الجلفة ، فقد أظهرت النتائج بوجود علاقة دالة إحصائيا بين سن الزواج ومستوى الصحة النفسية لدى نفس العينة ، وهي علاقة عكسية ، أي أنه كلما إرتفع سن الزواج إنخفض مستوى الصحة النفسية ، وكلما إنخفض سن الزواج إرتفع مستوى الصحة النفسية ، و عليه إتفقت النتيجة مع الفرضية المطروحة .

-أما الفرضية الثانية التي تناولت الفرق في مستوى الصحة النفسية بين المتزوجين زواج المبكر و المتزوجين زواج متأخر ، و أسفرت النتائج بوجود فروق دالة إحصائيا لصالح فئة المتزوجين زواج مبكر ، وهذا بسبب تلبية الرغبات التي عندهم بصورة مبكرة خاصة الرغبة الجنسية ، مما يساعدهم على الشعور بالنضج و السعادة ، و هذه الأخيرة هي من بين أهداف الزواج ، و كذلك تعبر النتيجة على وجود روح المسؤولية لديهم ، و بالتالي إتفقت النتيجة مع فرضية الدراسة .

- في حين تكلمت الفرضية الثالثة عن وجود فروق بين الذكور و الإناث في مستوى الصحة النفسية ، و جاءت النتائج بعدم وجود فروق دالة إحصائيا بينهما ، و يعود ذلك لتلقي كلا الجنسين لنفس المثيرات و الخبرات منذ الطفولة ، كما أن الصحة النفسية ليس حكرا على نوع أحد الجنسين ، وعليه اختلفت النتيجة مع فرضية الدراسة .

- وجاءت الفرضية الرابعة لتبين الفروق في مستوى الصحة النفسية بالنسبة لمتغير المستوى الإجتماعي (الإقتصادي) لدى المتزوجين ، و توصلت النتائج بوجود فروق دالة إحصائيا بين المستويات لصالح فئة ذوو المستوى الإجتماعي المنخفض و يليه المستوى الإجتماعي المتوسط ثم المستوى الإجتماعي الجيد، و لقد أرجعت الباحثة ذلك إلى أن مستوى الصحة النفسية لا يرتبط بالمال و أنه ليس هو المسؤول عن

السعادة ، وترجع النتيجة إلى قوة الإيمان التي يتصف بها هؤلاء الفئة ، و كذلك الرضا و حسن التوكل على الله سبحانه و تعالى ، و بالتالي إتفقت النتيجة مع فرضية الدراسة .

– أما الفرضية الخامسة التي تناولت الفرق في مستوى الصحة النفسية بالنسبة لمتغير المستوى التعليمي لدى المتزوجين ، فقد أظهرت النتائج بوجود فروق دالة إحصائيا بين المستويات التعليمية لصالح ذوو المستوى التعليمي الإبتدائي ثم المستوى الثانوي ، ثم فئة الأميين ، و يليهم ذوو التعليم متوسط ، ثم التعليم الجامعي، وأرجعت الباحثة ذلك إلى أن الصحة النفسية لا تقتصر على مستوى محدد من التعليم، بل إلى حسن التعايش مع التقلبات الإجتماعية و الإقتصادية التي يعيشها مجتمعنا اليوم .

– و تبقى نتائج الدراسة في حدودها الزمانية و المكانية و البشرية و الأداتية ، و على حسب إطلاع الباحثة و في حدود علمها .

الخاتـــــــمة :

يعد موضوع الزواج من المواضيع التي تشد إنتباه و إهتمام الباحثين و الدارسين في علم النفس الإجتماعي و الإرشاد الأسري ، لأنه هو الركيزة و اللبنة الأساسية لبناء المجتمعات و سيرورة الخلق ، وأيما إضطراب أو خلل أو مشكل قد يشكل خطرا على سلامة المجتمعات و على سلامة الأسر ، اللذين هما منبت و صمام الأمان للأفراد من كل النواحي خاصة الناحية النفسية منها ، فأي تغير يمس أحد عناصر الزواج سيجعل العلاقة الزوجية على شفا جرف هار ، ومن بين هاته العناصر التي لها صلة مباشرة هو سن الزواج ، ذلك أنه هو المسؤول عن أحقية الزواج للأفراد ، بمعنى آخر أن الفرد إذا لم يبلغ السن المناسبة فإن القانون و الشرع يسقطان عنه أهلية الزواج ، لأنه غير مؤهل لبناء أسرة وتحمل تبعاتها ، رغم كل هذا إلا أنه هناك من يتزوج في سن مبكرة مما يجعله عرضة لمشاكل عديدة التي تؤثر على الصحة النفسية بصفة خاصة ، وفي المقابل يوجد من يتزوج بعد سن البلوغ إلا أنه يطيل المدة إلى أن يصل به الأمر إلى التأخير المفرط ، أي أنه يزوج متأخرا و هذا أيضا يؤثر أيضا على الصحة النفسية للفرد لكلا الجنسين الذكر و الأنثى ، و لأجل هذا سعينا من خلال دراستنا الحالية إلى توضيح أهمية سن الزواج في حياة الأفراد النفسية من خلال دراسة العلاقة بين سن الزواج و الصحة النفسية لدى المتزوجين ، و تتلخص أهدافنا فيما يلي :

- جمع المادة المادة العلمية النظرية من خلال مختلف المصادر و المراجع ، وذلك لإعانة الطلاب و الباحثين في فهم متغيرات الدراسة .

- معرفة العلاقة بين سن الزواج و الزواج المبكر و الزواج المتأخر في مستوى الصحة النفسية لدى المتزوجين ، و الوقوف على الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى المتزوجين .

وبعد الدراسة و التحليل الإحصائي فقد تمخضت دراستنا عن النتائج التالية :

- وجود علاقة بين سن الزواج و مستوى الصحة النفسية ، و جاءت العلاقة عكسية ، أي أنه إذا انخفض سن الزواج إرتفع مستوى الصحة النفسية ، و العكس كذلك .

-وجود فروق بين المتزوجين زواج المبكر و المتزوجين زواج متأخر لصالح فئة المتزوجين زواج مبكر .

- و كما أظهرت النتائج بعدم وجود فروق بين الذكور و الإناث في مستوى الصحة النفسية .

- و كما بينت النتائج وجود فروق في مستوى الصحة النفسية بالنسبة لمتغير المستوى الإجتماعي لصالح فئة ذوي المستوى الإجتماعي المنخفض ، ثم المتوسط ثم الجيد .

- و بينما كانت هناك فروق في مستوى الصحة النفسية بالنسبة لمتغير المستوى التعليمي لصالح فئة ذوي التعليم الإبتدائي ثم التعليم الثانوي ثم الأميون ثم التعليم المتوسط ، و في الأخير التعليم الجامعي .

- و عليه يتضح من كل ما سبق أن سن الزواج له دور كبير جدا على الصحة النفسية للمتزوجين و الذي ينعكس بالطبع على العلاقة الزوجية ، و على المحيطين بهم و بالتالي على المجتمع ككل .

الإقتراحات :

- الإهتمام بموضوع سن الزواج بمختلف أشكاله ، و خاصة الزواج المتأخر الذي أصبح يهدد مجتمعاتنا ، و بالأخص المجتمع الجزائري .

- مواصلة الأبحاث و الدراسات فيما يخص مواضيع العلاقة الزوجية و العوامل المؤثرة فيها .

- تسليط الضوء على مواضيع الصحة النفسية و بكل ما يمس بها لا سيما عند الأزواج .

- بعد ملاحظة النقص في المقاييس الخاصة بالصحة النفسية ، فلابد علينا كدارسين و باحثين الإهتمام بهذا الجانب ، و محاولة بناء مقاييس و برامج تخدم دراساتنا و مجتمعنا و العمل على تطبيقها في الواقع.

- إقامة منتديات و ندوات و مؤتمرات في مختلف الجامعات و المراكز المجتمعية حول موضوع الصحة النفسية في مختلف المجالات ، و بشكل خاص عند الأسرة ، و كذلك مواضيع سن الزواج .

- لابد من تكاثف بعض الجهات المسؤولة للحد من ظاهرة الزواج المتأخر ، و التأخر الزواجي ، كأن تتعاهد بعض الوزارات (كوزارة الإسكان ، وزارة الشؤون الإجتماعية) ، و ذلك بتقديم المساعدات للحد من هذه الظاهرة ، و تعاون الجمعيات الخيرية و غيرها .

- القيام بأيام تحسيسية حول ظاهرة الزواج المبكر و الزواج المتأخر .

- تعزيز دور وسائل الإعلام و الإتصال الجماهيري في زيادة الوعي و الإدراك بين مختلف فئات المجتمع حول مشكلات الزواج و حول أهمية تحديد سن الزواج .

قائمة المراجع

قائمة المصادر و المراجع

- **المراجع بالعربية :**
- **القران الكريم .**
- **الكتب :**

1. إبراهيم عبد الستار ، عسكر عبد الله ، (1999) ، **علم النفس الإكلينيكي** ، الأنجلو المصرية ، القاهرة.

2. أبو حطب فؤاد ، فهمي محمد سيف الدين ، (1984) ، **معجم علم النفس و التربية ، الجزء الأول** ، الهيئة العامة لشؤون مطابع الأميرية ، مصر.

3. أبو دلو جمال ، (2009) ، **الصحة النفسية**، ط01 ، دار أسامة للنشر و التوزيع، عمان الأردن

4. الأحمد عبد العزيز بن عبد الله ، (1999) ، **الطريق إلى الصحة النفسية (عند إبن القيم الجوزية علم النفس)**،

5. بوفاتح محمد ، داودي محمد ، (2007) ، **منهجية كتابة البحوث العلمية و الرسائل الجامعية** ، ط01 ، المكتبة الأوراسية ، الجلفة ، الجزائر .

6. حامد عبد السلام زهران ، (2005) ، **الصحة النفسية و العلاج النفسي** ، عالم الكتب ، ط 04 ، القاهرة.

7. حسيب عبد المنعم عبد الله ، **مقدمة في الصحة النفسية** ، ط01 ، دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر ، الإسكندرية مصر .

8. الداهري صالح حسن أحمد ، (2008) ، **أساسيات الإرشاد الزواجي و الأسري**، ط01 ، دار صفاء للنشر و التوزيع ، عمان الأردن .

9. الداهري صالح حسن أحمد ، 2010 ، **مبادئ الصحة النفسية** ، ط 02 ، دار وائل للنشر ، عمان الأردن ، ط01 ، دار الفضيلة ، الرياض ، السعودية .

10. رضوان سامر جميل ، (2002) ، **الصحة النفسية** ، ط 01 ، دار المسيرة للنشر و التوزيع و للطباعة ، عمان الأردن .

11. سناء أحمد أمين ، (2008) ، **الزواج بين النجاح و الأزمة والفشل** ، ط01 ، دار الفكر العربي ، القاهرة

12. سهير كامل أحمد ، (1999) ، **الصحة النفسية و التوافق** ، مركز الإسكندرية للكتاب ، (ب ط) ، الإسكندرية ، مصر .

13. شاذلي عبد المجيد محمد ، (2010) ، **الصحة النفسية و سيكلوجية الشخصية** ، ط 02 ، المكتبة الجامعية ، الإسكندرية ، مصر .

14. شجاع الدين عبد المومن ، (2008) ، **تحديد سن الزواج دراسة فقهية قانونية مقارنة** ، جامعة صنعاء، اليمن .

15. شريت أشرف محمد عبد الغني ، حلاوة محمد السيد ، (2003) ، **الصحة النفسية بين النظرية و التطبيق** ، (ب ط) ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية .

16. صبحي سيد ، (2003) ، **الإنسان و صحته النفسية** ، طبعة خاصة ، الدار المصرية اللبنانية ، القاهرة ، مصر.

17. عباس فيصل ، (1996) ، **الإختبارات النفسية تقنياتها و إجراءاتها** ، ط01 ، دار الفكر العربي ، بيروت

18. عبد السلام عبد الغفار ، 2007 ، **مقدمة في الصحة النفسية** ، ط01 ، دار الفكر ناشرون و موزعون ، عمان الأردن .

19. عبد الله محمد قاسم ، (2004) ، **مدخل إلى الصحة النفسية** ، ط 02 ، دار الفكر ناشرونو موزعون ، عمان الأردن .

20. العبيدي محمد جاسم ، (2009) ، **مشكلات الصحة النفسية أمراضها و علاجها** ، (ب ط) ، دار الثقافة للنشر و التوزيع ، عمان الأردن .

21. العزة سعيد حسني ،(2004) ، **تمريض الصحة النفسية** ، ط01 ، دار الثقافة للنشر و التوزيع ، مصر

22. غانم محمد حسن ، (2004) ، **مناهج البحث في علم النفس** ، (ب ط) ، المكتبة المصرية للطباعة و النشر و التوزيع ، الإسكندرية مصر .

23. غانم محمد حسن ، (2009) ، **مقدمة في علم الصحة النفسية (تأصيل نظري و دراسات ميدانية)** ، ط 01 ، المكتبة المصرية للطباعة و النشر و التوزيع ، الإسكندرية مصر .

24. فايد حسين ، (2004) ، **علم النفس المرضي** ، حورس الدولية ، الإسكندرية .

25. فهمي مصطفى ، (1995) ، **الصحة النفسية دراسات في سيكلوجية التكيف** ، ط 3 ، مكتبة الخانجي ، القاهرة ، مصر .

26. قانون الأسرة ، (2007) ، **الأمانة العامة للحكومة** ، ص 01

27. القذافي رمضان محمد ، (1998) ، **الصحة النفسية و التوافق** ، ط 03 ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، مصر .

28. قويدري العربي عطاء الله ، (2005) ، **الصحة النفسية منظور إسلامي** ، التربية ، الدوحة قطر.

29. الكندري أحمد محمد مبارك ، (1992) ، **علم النفس الأسري** ، ط 02 ، مكتبة الفلاح للنشر و التوزيع ، الكويت .

30. مرسي كمال إبراهيم ، (1995) ، **العلاقة الزوجية و الصحة النفسية في الإسلام و علم النفس** ، ط02 ، دار القلم للنشر و التوزيع ، الكويت .

31. المطيري معصومة سهيل ، (2007) ، **الصحة النفسية مفهومها –إضطراباتها** ، (ب ط) ، مكتبة الفلاح ، الكويت .

32. معمرية بشير ، (2009) ، **مدخل لدراسة القياس النفسي** ، الجزء السابع ، المكتبة المصرية ، مصر .

33. موريس أنجرس ترجمة صحراوي بوزيد و بوشرف كمال و سبعون سعيد (2008) ، **منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية** ، ط2 ، دار القصبة للنشر ، الجزائر.

34. الميلادي عبد المنعم ، (2003) ، **الصحة النفسية** ، مؤسسة شباب الجامعة ، الإسكندرية ، مصر .

35. الهابط محمد السيد ، (2012) ، **حول صحتك النفسية** ، ط01 ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية مصر .

36. وفيق صفوت مختار ، (2001) ، **أبناؤنا و صحتهم النفسية** ، (ب ط) ، دار العلم و الثقافة ، القاهرة مصر .

المذكرات :

37. الإبراهيم أسماء بدري(2010) ، الصحة النفسية لدى الفساد والأدرنيات المعنفات ، مجلة الجامعة الإسلامية، المجلد 18 ، العدد 02 جامعة آل البيت، الاردن، ص ص 299- 329

38. أبو العمرين إتسام أحمد ،(2008)، **مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة وعلاقته بمستوى أدائهم** ، رسالة ماجيستير منشورة الجامعة الاسلامية ، غزة

39. أشرف عبد العظيم أحمد (2014) ، الصحة النفسية وعلاقتها بالذكاء الاجتماعي لدى عينة من طالبات كلية التربية بالبيضاء ، جامعة عمر المختار ليبيا .

40. آيت مولود يسمينة ، (2012) ، **تقدير الذات و علاقته بظهور السلوك العدواني عند النساء المتأخرات في سن الزواج** ، ماجستير منشورة ، جامعة مولود معمري ، تيزي وزو، الجزائر .

41. بارون،خضر عباس (2008) ، التدين وعلاقته بالصحة النفسية والغلق لدى المراهقين الكويتيين ، المرحلة التربوية، المجلد 22، العدد 88 الكويت، ص ص 13-47

42. بغزة عادل ، (2009) ، **أسباب تأخر سن الزواج في الجزائر و أثره على الخصوبة** ، دراسة مقارنة بين المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل و المسح الجزائري حول صحة الأسرة ، ماجيستير غير منشورة ، جامعة الحاج لخضر ، باتنة الجزائر .

43. ثابت عبد العزيز موسى ،(2007) ، أثر هدم البيوت على الصحة النفسية للأطفال الذكور والصلابة النفسية في قطاع غزة ، رسالة غير ماجيستير منشورة، الجامعة الإسلامية غزة

44. حسام بشير (2011) ، **فعالية النشاط الرياضي الترويحي في تحقيق الصحة النفسية وإدماج المعاق حركيا**، رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر3 ، الجزائر

45. حساني إسماعيل ، (2014) ، **إستخراج الخصائص السكومترية لمقياس معايير جودة المعلم على عينة من المعلمين بولاية الوادي** ، مذكرة ماجستير غير منشورة ، جامعة البليدة 2 ، الجزائر .

46. دياب مروان عبد الله ، 2006، دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين رسالة ماجيستير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين

47. ساعو مراد، (2010) ، **تأثير السند الإجتماعي بأبعاده المختلفة في الصحة النفسية لدى مرضى الغدة الدرقية** ، رسالة ماجيستير غير منشورة جامعة مولود معمري تيزي وزو، الجزائر

48. شهوان رجاء راتب معروف ، (2012) ، **وجه نظر سكن محافظة قلقلية في الزواج للإناث** ، ماجستير غير منشورة ، جامعة النجاح الوطنية ، نابلس فلسطين .

49. صاولي ايمان ، (2014) ، **المناخ المدرسي وعلاقته بالصحة النفسية لدى عتبة من تلاميذ التعليم المتوسط والثانوي**، رسالة ماجيستير غير منشورة ، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة الجزار

50. الصنيع صالح بن ابراهيم ، (2007) ، **أثر حفظ القرآن الكريم على الصحة النفسية** ، رسالة دكتوراه ، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض السعودية.

51. العرعير محمد مصباح حسين ، 2010 الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات رسالة ماجيستير منشورة، كلية التربية الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين

52. عفراء ابراهيم خليل، 2006، المناخ الأسري و علاقته بالصحة النفسية للأبناء ، مجلة كلية التربية الأساسية ، العدد 49، كلية التربية الجامعة المستنصرية ، ص ص 483- 507

53. القيسي سها ياسين عطا ، (2010) ، **زواج الصغار في ضوء تحديد سن الزواج** ، ماجستير غير منشورة ، الجامعة الإسلامية ، غزة فلسطين .

54. المطيري حنان علي ، 2005 ، **العوامل الإجتماعية و الإقتصادية المرتبطة بتأخر سن الزواج عند الشباب** ، دراسة ماجستير منشورة ، جامعة الملك عبد العزيز ، المملكة العربية السعودية .

55. نوبيات قدور ، (2013) ، **علاقة الكدر الزواجي بكب من الصحة النفسية و الرضا عن الحياة لدى عينة من المتزوجين** ، دكتوراه منشورة ، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة الجزائر .

56. الهر قدرة عبد الأمير ، 2008، **العنف ضد الزوجة وعلاقته بالصحة النفسية لدى الزوجات العربيات المعنفات في مدينة مالوما سويد**، رسالة ماجيستير منشورة كلية الآداب والتربية الأكاديمية العربية المفتوحة الدنمارك .

57. اليافعي يسرى سالم بن صالح ، 1996 الالتزام الديني الاسلامي ومعالم الصحة النفسية لدى طالبات جامعة أم القرى، رسالة ماجيستير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، بمكة المكرمة السعودية

المجلات :

58.بلخير حفيظة ، (2012) ، **عوامل نجاح و فشل العلاقة الزوجية** ، مجلة دراسات لجامعة الأغواط ، عدد 22 ب ، ديسمبر 2012 ، ص 160.

59.بلميهوب كلثوم و آخرون،(2008)، **أثر إضطراب العلاقة الزوجية على الصحة للأبناء** ، العدد 21-22 ، 2009، ص 08.

60. رابطي عادل ، نحوي عائشة ، (2009) ، **العينة ، مجلة الواحات للبحوث و الدراسات** ، جامعة غرداية ، العدد 04 ، ص ص 64 – 108 .

61. سليمان علي أحمد ، حسين خديجة سعيد محمد ، (2011) ، الكدر الزواجي و علاقته ببعض السمات لدى المتزوجين بمحلية كرري ، **مجلة دراسات الأسرة ، جامعة أم درمان الإسلامية** ، العدد 02 أكتوبر ، ص 12 .

62. السناد جلال ، (2007) ، **تاخر سن الزواج لدى الشباب الجامعي** ، دراسة ميدانية على عينة من طلبة جامعة دمشق ، مجلة جامعة دمشق ، المجلد 23 ، العدد 01 ، ص 90 .

63. القضاة مصطفى ، (2010) ، **التبكير في الزواج و الآثار المترتبة عليه** ، دراسة فقهية قانونية مقارنة " رؤية معاصرة " ، مجلة جامعة دمشق للعلوم الإقتصادية و القانونية ، المجلد 26 ، العدد 01 .

64.ميسون بنت علي الفايز ، (2012) ، **زواج الصغيرات** ، مركز الأبحاث الواعدة في البحوث الإجتماعية و دراسات المرأة السعودية .

65.النعيمي ليلى أحمد عزت علي ، (2003) ، **إتجاهات طلبة التعليم التقني نحو الزواج المبكر** ، **مجلة البحوث التربوية و النفسية** ، العدد 11 ، ص 03 .

66.نوار شهرزاد ، (2010) ، **علاقة تقدير الذات بالنشاط المعرفي (سلبية التفكير)** ، لدى عينة من الفتيات المتأخرات عن الزواج دراسة ميدانية بمدينة ورقلة ، مجلة دراسات نفسية و تربوية ، عدد 05 ديسمبر 2010 ، ص 190.

– مؤتمرات و ملتقيات :

67. شرقي رحيمة و قاضي هشام (2013) ، **فارق السن بين الزوجين وانعكاسه على التواصل الزواجي** ، الملتقى الوطني الثاني حول الاتصال وجودة الحياة في الأسرة ، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة من 09-10أفريل.

–قائمة المراجع باللغة الأجنبية :

68. A.Reivch shatté,(2002) , etre sur la bon voie , guide en matiere de santé psychologique et de résilience , version aout nouveau – brunswik . canada.

69. Jacque perron et alessia negrimi , (2006) , bilans de santé psychologique en etablissement scolair , evaluation d un programme fondé sur des donnés probantes , université de montréal , France.

70. Jeremy. Evecker , (2013) , marriage and mental health , among yong adults .

71. Susan A. Cohen ,(2004) , delayed marriage and abstinence until marriage , on a collision course , the guttmacher reporton publuc policy , june 2004 , volume , number 7.

المواقع الإلكترونية:

72. http://dvd4arab_maktoob.com

73. www.alassil.com-

74. http://www.alukah.net

75. htpp://faculty.mu.edu.sa/download

76. htpp://arabpsynet.com/Book/Samer

77. htpp://almaghfera.ahlamontada.com

78. htpp://enwikipedia.org/wiki/marriage

الملاحق

مقياس الصحة النفسية

التعليمة:

نرجوا التكرم بقراءة بنود المقياس و الإجابة على كل منها بما يعبر عن شعوركم الحقيقي ، و ذلك بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة .

ـ كما نعلمكم أن معلوماتكم سرية و تستخدم لأغراض علمية فقط .

الجنس : ذكر ☐ أنثى ☐

عدد سنوات الزواج :

سنك عند الزواج :

المستوى التعليمي :أمي ☐ إبتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐

المستوى الإجتماعي : ضعيف ☐ متوسط ☐ جيد ☐

	العبـــــــارة	دائما	غالباً	أحياناً	نادراً	مطلقاً
1	الصداع المستمر					
2	النرفزة والارتعاش					
3	حدوث أفكار سيئة					
4	الدوخان مع الإصفرار					
5	فقدان الرغبة أو الإهتمام الجنسي					
6	الرغبة في إنتقاد الآخرين					
7	الاعتقاد بأن الآخرين يسيطرون					
8	أعتقد بأن الآخرين مسؤولين عن					
9	الصعوبة في تذكر الأشياء					
10	الإنزعاج بسبب الإهمال وعدم					
11	يسهل استثارتي بسهولة					
12	الألم في الصدر والقلب					
13	الخوف من الأماكن العامة					

14	الشعور بالبطئ وفقدان الطاقة					
15	تراودني أفكار للتخلص من الحياة					
16	أسمع أصوات لا يسمعها الآخرون					
17	أشعر بالإرتجاف					
18	عدم الثقة بالآخرين					
19	فقدان الشهية					
20	البكاء بسهولة					
21	الخجل وصعوبة التعامل مع					
22	أشعر باني مقبوض أو ممسوك أو					
23	الخوف فجأة وبدون سبب محدد					
24	عدم المقدرة على التحكم في الغضب					
25	أخاف أن أخرج من البيت					
26	نقد الذات لعمل بعض الأشياء					
27	الألم في أسفل الظهر					
28	أشعر بأن الأمور لا تسير علي ما					
29	أشعر بالوحدة					
30	أشعر بالحزن " الاكتئاب "					
31	الإنزعاج على الأشياء بشكل كبير					
32	فقدان الأهمية بالأشياء					
33	الشعور بالخوف					
34	أشعر بأنه يسهل إيذائي					
35	إطلاع الآخرين على أفكاري					
36	الشعور بأن الآخرين لا يفهمونني					
37	الشعور بأن الآخرين غير ودودين					
38	أعمل الأشياء ببطيء شديد					
39	زيادة ضربات القلب					
40	ينتابني غثيان واضطرابات في					

41	مقارنة بالآخرين أشعر بأني أقل					
42	عضلاتي تتشنج					
43	أشعر بأني مراقب من قبل الآخرين					
44	صعوبة النوم					
45	أفحص ما أقوم به عدة مرات					
46	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات					
47	الخوف من السفر					
48	صعوبة التنفس					
49	السخونة والبرودة في جسمي					
50	أتجنب أشياء معينة					
51	الشعور بعدم القدرة على التفكير					
52	الخدر والنمنمة في الجسم					
53	الشعور بانغلاق الحلقوعدم المقدرة					
54	فقدان الأمل في المستقبل					
55	صعوبة التركيز					
56	ضعف عام في أعضاء جسمي					
57	أشعر بالتوتر					
58	الشعور بالثقل في اليدين والرجلين					
59	الخوف من الموت					
60	الإفراط في النوم					
61	أشعر بالضيق عند وجود الآخرين					
62	توجد عندي أفكار غريبة					
63	أشعر بالرغبة في إيذاء الآخرين					
64	أستيقظ من النوم مبكرا					
65	إعادة نفس الأشياء عدة مرات					
66	أعاني من النوم المتقطع والمزعج					
67	الرغبة في تكسير وتحطيم الأشياء					

68	توجد لدي أفكار غير موجودة عند					
69	حساسية زائدة في التعامل مع					
70	الخوف من التواجد في التجمعات					
71	كل شئ يحتاج إلى مجهود كبير					
72	أشعر بحالات من الخوف والتعب					
73	أشعربالخوف عند التواجد في					
74	كثرة الدخول في الجدل والنقاش					
75	أشعر بالنرفزة عندما أكون وحيدا"					
76	الآخرون لا يقدرون أعمالي					
77	أشعر بالوحدة حتى عندما أكون مع					
78	الشعور بالضيق					
79	ـــأشعر بأني غير مهم					
80	أشعر بأن أشياء سيئة سوف تحدث					
81	الصراخ ورمي الأشياء					
82	أخاف من أن أفقد الوعي أمام					
83	أشعر بأن الآخرين سيستغلوني					
84	يزعجني التفكير في الأمور الجنسية					
85	تراودني أفكار بأنه يجب معاقبتي					
86	توجد عندي تخيلات وأفكار غريبة					
87	أعتقد بأنه يوجد خلل في جسمي					
88	أشعر باني بعيد من الآخرين					
89	الشعور بالذنب					
90	عندي مشكلة في " نفسي "					

الملحق رقم (02) : نتائج تحليل البيانات باستخدام نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية

Corrélations

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
Santepsy	124,1864	45,83712	118
Agemariage	24,4407	8,85645	118

Corrélations

		santepsy	agemariage
Santepsy	Corrélation de Pearson	1	-,407**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	118	118
Agemariage	Corrélation de Pearson	-,407**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	118	118

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

الفرق في الصحة النفسية حسب المستوى التعليمي

Descriptives

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
1,00أمي	13	129,5385	55,64263	15,43249	95,9140	163,1630	79,00	239,00
2,00ابتدائي	27	132,6667	47,18866	9,08146	113,9995	151,3339	56,00	218,00
3,00متوسط	38	119,1579	43,27381	7,01994	104,9341	133,3816	46,00	224,00
4,00ثانوي	24	130,2083	50,97909	10,40606	108,6818	151,7349	51,00	269,00
5,00جامعي	16	108,4375	30,10862	7,52716	92,3937	124,4813	58,00	188,00
Total	118	124,1864	45,83712	4,21965	115,8296	132,5432	46,00	269,00

ANOVA à 1 facteur

Santepsy

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	8113,719	4	2028,430	,964	,430
Intra-groupes	237708,179	113	2103,612		
Total	245821,898	117			

الفرق في الصحة النفسية حسب المستوى الإجتماعي

Des

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum
					Borne inférieure	Borne supérieure	
1,00منخفض	27	140,8519	54,26623	10,44354	119,3848	162,3189	56,00
2,00متوسط	60	114,5167	40,89030	5,27892	103,9536	125,0798	46,00
3,00جيد	31	128,3871	43,57039	7,82547	112,4054	144,3688	56,00
Total	118	124,1864	45,83712	4,21965	115,8296	132,5432	46,00

ANOVA à 1 facteur

Santepsy

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	13656,153	2	6828,076	3,382	,037
Intra-groupes	232165,746	115	2018,833		
Total	245821,898	117			

الفرق في الصحة النفسية حسب الجنس

Test-t

Statistiques de groupe

	sex	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
santepsy	1,00ذكور	65	119,4154	40,76491	5,05626
	2,00إناث	53	130,0377	51,17352	7,02922

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
santepsy	Hypothèse de variances égales	2,635	,107	-1,255	116	,212	-10,62235	8,46249	-27,38338	6,13867
	Hypothèse de variances inégales			-1,227	98,342	,223	-10,62235	8,65886	-27,80482	6,56012

Test-t

Statistiques de groupe

	VAR00007	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
santepsy	1,00مبكر	83	135,5301	47,67863	5,23341
	2,00متأخر	35	97,2857	26,23824	4,43507

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
santepsy	Hypothèse de variances égales	15,610	,000	4,462	116	,000	38,24441	8,57148	21,26750	55,22131
	Hypothèse de variances inégales			5,575	107,880	,000	38,24441	6,85992	24,64669	51,84212

Tableaux croisés

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
niveusante * sex	118	100,0%	0	0,0%	118	100,0%

Tableau croisé niveusante * sex

Effectif

		sex		Total
		1,00	2,00	
Niveusante	1,00	55	43	98
	2,00	10	10	20
	Total	65	53	118

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,252[a]	1	,616		
Correction pour la continuité[b]	,065	1	,799		
Rapport de vraisemblance	,251	1	,617		
Test exact de Fisher				,631	,398
Association linéaire par linéaire	,250	1	,617		
Nombre d'observations valides	118				

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 8,98.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Tableaux croisés

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
niveusante * niveuscoler	118	100,0%	0	0,0%	118	100,0%

Tableau croisé niveusante * niveuscoler

Effectif

		niveuscoler					Total
		1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	
Niveusante	1,00	10	20	33	20	15	98
	2,00	3	7	5	4	1	20
	Total	13	27	38	24	16	118

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	3,583[a]	4	,465
Rapport de vraisemblance	3,749	4	,441
Association linéaire par linéaire	2,379	1	,123
Nombre d'observations valides	118		

a. 4 cellules (40,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 2,20.

Tableaux croisés

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
niveusante * niveusocial	118	100,0%	0	0,0%	118	100,0%

Tableau croisé niveusante * niveusocial

Effectif

		niveusocial			Total
		1,00	2,00	3,00	
Niveusante	1,00	18	54	26	98
	2,00	9	6	5	20
	Total	27	60	31	118

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	7,222[a]	2	,027
Rapport de vraisemblance	6,625	2	,036
Association linéaire par linéaire	2,664	1	,103
Nombre d'observations valides	118		

a. 1 cellules (16,7%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 4,58.

Tableaux croisés

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
niveusante * typemariage	118	100,0%	0	0,0%	118	100,0%

Tableau croisé niveusante * typemariage

Effectif

		typemariage		Total
		1,00	2,00	
Niveusante	1,00	63	35	98
	2,00	20	0	20
	Total	83	35	118

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	10,155[a]	1	,001		
Correction pour la continuité[b]	8,515	1	,004		
Rapport de vraisemblance	15,735	1	,000		
Test exact de Fisher				,001	,000
Association linéaire par linéaire	10,069	1	,002		
Nombre d'observations valides	118				

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 5,93.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

نتائج الصدق والثبات

حساب الثبات بطريقة كرونباخ

Fiabilité

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	100,0
	Exclus[a]	0	,0
	Total	30	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,929	90

حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية

Fiabilité

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	100,0
	Exclus[a]	0	,0
	Total	30	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Test d'échantillons indépendants

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,849
		Nombre d'éléments	45[a]
	Partie 2	Valeur	,886
		Nombre d'éléments	45[b]
	Nombre total d'éléments		90
	Corrélation entre les sous-échelles		,839
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,913
	Longueur inégale		,913
	Coefficient de Guttman split-half		,910

a. Les éléments sont : البنود الموجبة, VAR00002, VAR00004, VAR00006, VAR00008, VAR00010, VAR00012, VAR00014, VAR00016, VAR00018, VAR00020, VAR00022, VAR00024, VAR00026, VAR00028, VAR00030, VAR00032, VAR00034, VAR00036, VAR00038, VAR00040, VAR00042, VAR00044, VAR00046, VAR00048, VAR00050, VAR00052, VAR00054, VAR00056, VAR00058, VAR00060, VAR00062, VAR00064, VAR00066, VAR00068, VAR00070, VAR00072, VAR00074, VAR00076, VAR00078, VAR00080, VAR00082, VAR00084, VAR00086, VAR00088, VAR00090.

b. Les éléments sont : البنود الموجبة, VAR00001, VAR00003, VAR00005, VAR00007, VAR00009, VAR00011, VAR00013, VAR00015, VAR00017, VAR00019, VAR00021, VAR00023, VAR00025, VAR00027, VAR00029, VAR00031, VAR00033, VAR00035, VAR00037, VAR00039, VAR00041, VAR00043, VAR00045, VAR00047, VAR00049, VAR00051, VAR00053, VAR00055, VAR00057, VAR00059, VAR00061, VAR00063, VAR00065, VAR00067, VAR00069, VAR00071, VAR00073, VAR00075, VAR00077, VAR00079, VAR00081, VAR00083, VAR00085, VAR00087, VAR00089.

حساب الصدق بطريقة المقارنة الطرفية
Test-t

Statistiques de groupe

	VAR00002	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
VAR00001	1,00	15	98,6667	11,62305	3,00106
	2,00	15	172,4000	27,58830	7,12327

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
VAR00001	Hypothèse de variances égales	13,967	,001	-9,539	28	,000	-73,73333	7,72964	-89,56678	-57,89989
	Hypothèse de variances inégales			-9,539	18,818	,000	-73,73333	7,72964	-89,92224	-57,54443