

جامعة عمار ثليجي الأغواط  
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا



ميدان: العلوم الانسانية والاجتماعية  
شعبة: العلوم الاجتماعية

قلق السكن وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من  
طالبي السكن العمومي الايجاري أو فئة الأشخاص  
الذين لا يملكون سكنا بالأساس  
- بالأغواط -

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر أكاديمي في علم النفس  
تخصص: علم النفس العيادي

تحت إشراف الأستاذ:

- أ/ لبصير سفيان

من إعداد الطالبين:

- داودي محمد الأمين.

- مخدمي محمد ياسين.

السنة الجامعية: 2015-2016

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

# إهداء

من وضعت الجنة تحت قدميها إلى من كانت نبع الحنان والسند في  
الدنيا إلى القلب الكبير أمي إلى الذي وهبني الإرادة والشجاعة إلى رمز  
الكفاح والصبر إلى أعظم رجل أبي حفظها الله وأطال في عمرهما  
إلى ينبوع الصبر والتفاؤل والأمل إلى سندي وقوتي وملاذي بعد  
الله إلى من تذوقت معها أجمل اللحظات إلى رمز التضحية إلى من  
دفعني إلى العلم وبها أزداد افتخارا زوجتي العزيزة...  
إلى اولادي وقرّة عيني: عبد الرحمن، فرح، نور.  
أختي العزيزة وزوجها وأولادهما منال، زكرياء وعمر الفاروق  
أخي العزيز وعائلته إلى الصغيرة نصيرة  
إلى كل عائلة عطوش، ونوار  
أهدي هذا العمل المتواضع.

محمد الأمين داودي

# شكر

بسم الله الرحمن الرحيم

(قل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون)

صدق الله العظيم

أتقدم بجزيل الشكر وخالص الثناء إلى كل أساتذتي الكرام في كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية شعبة علم النفس على ما قدموه لنا من أنوار أضاءت درج مشوارنا الدراسي.

و اخص بالذكر من امتدت يديه في احتضان ما أنجزته وأشرفه على هذا العمل و دعمني بتوجيهاته تمديدا و اشرافا و تقويما الأستاذ: " لبيير سفيان " و الى جميع أصدقائي عز الدين، حبيب، امين، كاثوم، امينة، ايمان، فتية .... و الى دفعة 2016/2014 ماستر عيادي و الى اخي " الطييب طالب " كما أتقدم بجزيل الشكر في آخر هذه الكلمة إلى كل من ساعدني من قريب

أو بعيد

محمد الأمين داودي

### ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على العلاقة بين قلق السكن والصحة النفسية لدى عينة من طالبي السكن العمومي الايجاري او فئة الاشخاص الذين لا يملكون سكنا بالأساس بمدينة الأغواط وسعت لتحقيق ذلك من خلال الإجابة على التساؤلات لتالية:

هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين مستوى قلق السكن ومستوى الصحة النفسية لدى عينة من طالبي السكن العمومي الايجاري او فئة الاشخاص الذين لا يملكون سكنا بالأساس بمدينة الأغواط؟

1. هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين السن ومستوى قلق السكن لدى طالبي السكن أو فئة الأشخاص الذين لا يملكون سكنا بالأساس؟

2. هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين السن ومستوى الصحة النفسية لدى طالبي السكن أو فئة الأشخاص الذين لا يملكون سكنا بالأساس؟

3. هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين قلق السكن وعدد الأشخاص المتكفل بهم عند طالبي السكن أو فئة الأشخاص الذين لا يملكون سكنا بالأساس؟

4. هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الصحة النفسية وعدد الأشخاص المتكفل بهم عند طالبي السكن أو فئة الأشخاص الذين لا يملكون سكنا بالأساس؟

5. هل توجد فروق بين طالبي السكن في مستوى قلق السكن تعزى لمتغير المستوى التعليمي؟

6. هل توجد علاقة ارتباطية بين طالبي السكن في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى

التعليمي؟

## ملخص الدراسة

ولتحقيق هذه الأهداف تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي، وتم اختيار عينة عشوائية بسيطة يقدر عددها بـ(100) من طالبي السكن أو الذين لا يملكون سكناً.

كما استخدم الطالبان الباحثان في هذه الدراسة استبيانين، الأول متعلق بقلق السكن ويتكون من (49) والثاني متعلق بالصحة النفسية يتكون من (46) عبارة، وبعد التأكد من صدق أداة الدراسة تمت معالجة البيانات باستخدام برنامج spss.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

1. توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين قلق السكن والصحة النفسية لدى عينة من طالبي السكن العمومي الإيجاري أو فئة الأشخاص الذين لا يملكون سكناً بالأساس.
2. لا توجد علاقة ارتباطية بين طالبي السكن في مستوى قلق السكن تعزى لمتغير السن.
3. لا توجد علاقة ارتباطية بين طالبي السكن في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير السن.
4. لا توجد علاقة ارتباطية بين طالبي السكن في مستوى قلق السكن تعزى لمتغير عدد الأشخاص المتكفل بهم.
5. لا توجد علاقة ارتباطية بين طالبي السكن في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير عدد الأشخاص المتكفل بهم.
6. لا توجد فروق بين طالبي السكن في مستوى قلق السكن تعزى لمتغير المستوى التعليمي.
7. لا توجد علاقة ارتباطية بين طالبي السكن في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي.





# قائمة المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
	اهداء
	اهداء
	شكر
أ	ملخص الدراسة باللغة العربية
ج	ملخص الدراسة باللغة الانجليزية
هـ	فهرس المحتويات
ز	فهرس الجداول
ح	فهرس الأشكال
ط	فهرس الملاحق
1	المقدمة
<b>الفصل الأول: الإشكالية و اعتباراتها</b>	
5	1. اشكالية الدراسة
7	2. فرضيات الدراسة
8	3. أهداف الدراسة
9	4. اهمية الدراسة
9	5. اسباب اختيار الموضوع
10	6. التعاريف الاجرائية لمفاهيم الدراسة
11	7. الدراسات السابقة
16	8. التعقيب على الدراسات السابقة و مناقشتها
<b>الفصل الثاني: قلق السكن</b>	
18	تعريف القلق
20	اعراض القلق
21	اسباب القلق

23	النظريات المفسرة له
24	مكونات القلق
24	انواع القلق الاجتماعي
25	مستويات القلق
25	مظاهر القلق
26	الأساليب العلاجية للقلق
29	اهمية و وظيفة السكن
30	الاحتياجات السكنية
31	تعريف السكن
34	وضائف السكن
36	استخدامات المسكن ومشكلاته
<b>الفصل الثالث: الصحة النفسية</b>	
41	تمهيد
42	لمحة تاريخية لموضوع الصحة النفسية
44	مفهوم الصحة النفسية
48	معايير الصحة النفسية
50	نظريات الصحة النفسية
53	أهمية الصحة النفسية
55	مناهج الصحة النفسية
56	مظاهر الصحة النفسية
58	مستويات الصحة النفسية
61	الصحة النفسية في الجزائر
<b>الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية</b>	
	تمهيد
66	منهج الدراسة
66	حدود الدراسة
66	الدراسات الاستطلاعية
67	عينة الدراسة
68	أدوات جمع البيانات
69	الأساليب الإحصائية

الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة وتحليلها وتفسيرها	
76	تمهيد
76	عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية العامة
77	عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الأولى
78	عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الثانية
79	عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الثالثة
80	عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الرابعة
81	عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الخامسة
82	عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية السادسة
83	الإستنتاج العام
86	الخاتمة
87	مراجع الدراسة
95	الملاحق

## فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	قم الجدول
17	يوضح التعقيب على الدراسات السابقة	.01
68	يبين توزيع أفراد العينة حسب الجنس	.02
68	يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية	.03
69	بين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	.04
70	يبين العبارات الموجبة والسالبة لمقياس الصحة النفسية.	.05
71	يوضح الاستمارة الموجهة للمحكمين.	.06
71	يوضح نسبة اتفاق المحكمين على استبيان الصحة النفسية.	.07
72	يوضح نسبة اتفاق المحكمين على استبيان قلق السكن.	.08
72	يوضح معامل ألفا كرونباخ لحساب الثبات لمقياس الصحة النفسية.	.09
73	يوضح صدق الاتساق الداخلي لمقياس الصحة النفسية.	.10

73	يوضح العبارات الموجبة والسالبة لمقياس قلق السكن.	.11
74	يبين معامل ألفا كرونباخ لحساب الثبات لمقياس قلق السكن	.12
74	يوضح صدق الاتساق الداخلي لمقياس قلق السكن.	.13
76	يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين مستوى الصحة النفسية ومستوى قلق السكان"	.14
77	يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين السن وقلق السكن	.15
78	يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين السن والصحة النفسية	.16
79	يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين عدد الاشخاص المتكفل بهم وقلق السكن	.17
80	يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون عدد الاشخاص المتكفل بهم والصحة النفسية.	.18
81	يمثل نتائج اختبار ANOVA تحليل التباين الاحادي لمتغير الصحة النفسية	.19
82	يمثل نتائج اختبار ANOVA تحليل التباين الاحادي لمتغير قلق السكن	.20

## قائمة الأشكال

رقم الصفحة	عنوان الأشكال	رقم الشكل
52	يوضح هرم " ماسلو " للحاجات	.01
58	يبين درجات الصحة النفسية	.02
59	يمثل منحني التوزيع الاعتدالي المستمر للصحة النفسية	.03

## قائمة الملاحق

رقم الصفحة	العنوان	الرقم
I	قائمة الأساتذة المحكمين	.01
II	استبيان القلق السكن صفته النهائية	.02
V	استبيان الصحة النفسية بصفته النهائية	.03
IX	مخرجات spss	.04

المقدمة

### المقدمة:

يعتبر توفير السكن الملائم عنصراً جوهرياً من عناصر ضمان الكرامة الإنسانية ومصطلح "السكن الملائم" يتضمن ما يتجاوز مفهوم الجدران الأربعة للغرفة والسقف الذي يستظل به الإنسان فالمسكن ضرورة أساسية من ضرورات المعيشة الصحية السوية، أي أنه يلبي حاجة أو حاجات نفسية عميقة للتمتع بالخصوصية ، وحاجات مادية للتمتع بالأمن والاحتماء من تقلبات الطقس؛ كما يلبي أيضاً الحاجة الاجتماعية إلى وجود أماكن تجمع أساسية تنشأ فيها العلاقات وتترعرع؛ كما يقوم المسكن بدور مهم كذلك في كثير من المجتمعات باعتباره مركزاً اقتصادياً تجري فيه أنشطة تجارية أساسية، كما يلبي الحاجات التربوية.

فيمكن للإنسان أن يحيا تحت أدنى ظروف للمأوى فلا بد من تفقد الأدوار التي يقوم بها المسكن بدقة حيث أن السكن يؤثر على الناس من الناحية السيكولوجية والتربوية والاجتماعية والثقافية وحتى الاقتصادية، من حيث نوعية المسكن والتصميم العام للغرف، ومقدار الخصوصية والمساحات المكشوفة وكيفية مقابلة الاحتياجات الشخصية، كل هذا قد يؤثر على الاتجاهات والصحة النفسية والعقلية والعلاقات الشخصية المتداخلة والإرتضاء بالحياة الأسرية.

غالباً ما يربط الناس المسكن بالأسرة وبالتالي قد يكون للبناء ذاته أثر روحي معنوي على ساكنيه فمن الصعب فصل الآثار الاجتماعية عن تلك النفسية حيث هناك عوامل كثيرة تتعلق بالصحة النفسية والعقلية والحياة العائلية المُرضية وتحقيق الذات ، فمن غير الصعب تقدير تأثير المسكن على السلوك الملاحظ والصحة النفسية والعقلية للفرد و تتداخل كثير من العوامل الاجتماعية التي قد تؤثر على سلوك الفرد وسلامته النفسية إيجاباً أو سلباً و يعد القلق احد تلك الظواهر النفسية و الاجتماعية الأكثر انتشارا و يعاني منها الكثير و هو حالة نفسية تتصف بالخوف والتوتر، وكثرة التوقعات، وينجم القلق عن الخوف

## مقدمة الدراسة

من المستقبل، أو توقع لشيء ما، أو عن صراع داخل النفس بين النوازع والقيود التي تحول دون تلك النوازع ، فمشكلة السكن أضحت تؤرق حياة كثير من الناس و تغض نومهم و تحرمهم لذة الاستمتاع بالحياة فأصبحوا ضحية كثير من الأمراض العضوية كالضغط الدموي و السكري والغدة الدرقية ... وكثيرا من الآفات الإجتماعية كالإدمان، السرقة...والاضطرابات النفسية ومنها القلق والذي يعد السمة البارزة لديهم...

ومنه جاءت دراستنا هذه محاولة الكشف عن العلاقة الموجودة بين مستوى قلق السكن ومستوى الصحة النفسية لدى طالبي السكن أو الذين لا يملكون سكنا بالأساس بمدينة الأغواط، وتتكون هذه الدراسة من خمسة فصول، الفصل الأول تناول مشكلة الدراسة وما يتعلق بها من تساؤلات والفرضيات والأهمية الأهداف، التعاريف الإجرائية، والدراسات السابقة و التعقيب عليها و مناقشتها ، أما الفصل الثاني فيتعلق بمتغير القلق وقد استهل بتعريف القلق، وأنواعه، أعراضه، أسبابه، النظريات المفسرة له، مكوناته مستويات القلق، مظاهره الأساليب العلاجية ، أهمية و وظيفة السكن، الاحتياجات السكنية، في حين تم تناول الفصل الثالث متغير الصحة النفسية بدءا بلمحة تاريخية عنها ومفهومها و معاييرها، نظريات الصحة النفسية، أهميتها، مناهجها، مظاهرها، مستوياتها، دور المجتمع في تحقيق الصحة النفسية الصحة النفسية في الجزائر، اما الفصل الرابع فيبين إجراءات الدراسة الميدانية من حيث المنهج المتبع في الدراسة ،حدود الدراسة و عينتها، و إجراءات التطبيق و الأساليب الإحصائية، و ضم الفصل الخامس عرض و تحليل و تفسير النتائج ، وفي الأخير كما احتوت الدراسة استنتاجا عاما و خاتمة.

الجانب النظري

# الفصل الأول

الفصل الأول: إشكالية الدراسة واعتباراتها

1. إشكالية الدراسة.
2. فرضيات الدراسة.
3. أهداف الدراسة.
4. أهمية الدراسة.
5. التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة.
6. الدراسات السابقة.
7. التعقيب على الدراسات السابقة.

## 1. إشكالية الدراسة:

من المسلم به في عصرنا الحاضر، أن السكن هو أحد الحقوق الأساسية والمشروعة للإنسان وهذا الحق يتسم بأهمية خاصة في سائر بلدان العالم عامة وفي العالم العربي خاصة، حيث أن اقتناء منزل أصبح يشكل إحدى القيم الاجتماعية ويرمز إلى الهوية الشخصية والأسرية، وهذا ما أشار إليه " مارك"، فقد كشف أن المسكن لغة جماعية نكتشفها عبر التحليل النفسي، فعندما نحصل على مسكن فإننا نخلق مكاناً آمناً وسلاماً وهدوءاً تماماً كذلك الصور التي نعيشها في بطن الأم وما تحتويه من طمأنينة ويعد عن العدوانية، إن راحة النفس براهيه هي المسكن.

و مشكلة السكن تأخذ أبعاداً وجوانب عديدة منها الجوانب الاجتماعية، النفسية، الاقتصادية والثقافية وحتى الأيكولوجية وغيرها من الجوانب وهي باختصار ظاهرة متشابكة ومعقدة ترتبط بمجموعة من المسائل والظواهر والاهتمامات ابتداءً من دخل الفرد والمسائل السياسية والتشريعات الاجتماعية... الخ فموضوع السكن والإسكان لم يكن موضوعاً وليد الأيام الحاضرة وإنما هو قديم قدم الإنسان نفسه، عندما اتخذ من الجبال بيوتاً ليقضي فيها الوقت الذي يخلد فيه إلى الراحة والهدوء والسكينة كما أنه لم يتوانى في الوقت ذاته عن تطوير هذه البيوت كلما استطاع إلى ذلك سبيلاً، لعله يجد في كنفه ما يمتلكه من المأوى ما يحفظ نوعه ويوفر له نوعاً من الحماية والاستقرار النفسي، ويجعله قادراً على بذل ما يكمن فيه من القدرات لتطوير الحياة على الأرض لأن التطور هو السمة البارزة في حياة البشر في الفكر وأساليب الحياة المختلفة (حسن رشوان، 2002، ص 102).

والإنسان يعيش في مجتمع مليء بالمشاكل من شتى الجوانب، وبالأخص منها الجانب النفسي إذ تولد لدى الفرد اضطرابات وضغوطات نفسية هي الأكثر تعقيداً، لذا نجد الفرد في صراعات دائمة مع نفسه للتخلص منها أو على الأقل التخفيف من حدتها.

ومن أبرز هذه الاضطرابات وأكثرها شيوعا وانتشارا هو اضطراب القلق، ويختلف من شخص الى اخر صغارا او مراهقين او راشدين.

فالقلق حالة من الخوف الغامض الذي يمتلك الإنسان، وهو عبارة عن ألم داخلي أو أصبح داخلي بسبب الشعور بالضيق والألم والانتزاع، ويعتبر توترا شاملا ومستمر نتيجة توقع الشر أو الخطر الذي قد يحدث» (حسين فايد، 2001، ص 44).

كما تتأثر الصحة النفسية ايما تأثر بالجوانب الانفعالية للفرد فالصحة النفسية كما يعرفها هوريلمان (HURRELMANN 1995) أنها : عبارة عن حالة من الإحساس الذاتي والموضوعي عند شخص ما وتكون هذه الحالة موجودة عندما تكون مجالات النمو الجسدية والنفسية والاجتماعية للشخص متناسبة مع إمكانياته وقدراته وأهدافه التي يضعها لنفسه ومع الظروف الموضوعية للحياة إنها حالة من التوازن الواجب تحقيقها في كل لحظة من لحظات الحياة، (Hurrelmann, 1988)، واستنادا إلى هذا التعريف تكون الصحة متضررة عندما تواجه الفرد في مجال أو أكثر من هذه المجالات متطلبات لا يتمكن الفرد من تذييلها وانجازها ضمن الإطار الاجتماعي الذي يعيش فيه وضمن المرحلة الحياتية التي يمر بها ويمكن لهذا التضرر أن يتجلى على شكل أعراض من الشذوذ النفسي والاجتماعي والجسدي خاصة القلق.

وانطلاقا مما سبق سوف نحاول في هذه الدراسة الإجابة على التساؤل التالي:

- هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين مستوى قلق السكن ومستوى الصحة النفسية لدى عينة من طالبي السكن العمومي الاجاري أو فئة الأشخاص الذين لا يملكون سكنا بالأساس؟

وتتدرج تحته التساؤلات التالية:

- هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين السن ومستوى قلق السكن لدى طالبي السكن أو فئة الأشخاص الذين لا يملكون سكنا بالأساس؟

- هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين السن ومستوى الصحة النفسية لدى طالبي السكن أو فئة الأشخاص الذين لا يملكون سكنا بالأساس؟
- هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين قلق السكن وعدد الأشخاص المتكفل بهم عند طالبي السكن أو فئة الأشخاص الذين لا يملكون سكنا بالأساس؟
- هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الصحة النفسية وعدد الأشخاص المتكفل بهم عند طالبي السكن أو فئة الأشخاص الذين لا يملكون سكنا بالأساس؟
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية عند طالبي السكن أو فئة الأشخاص الذين لا يملكون سكنا بالأساس في مستوى قلق السكن تعزى لمتغير المستوى التعليمي.
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية عند طالبي السكن أو فئة الأشخاص الذين لا يملكون سكنا بالأساس في مستوى الصحة النفسية السكن تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

## 2. فرضيات الدراسة:

### الفرضية العامة:

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين مستوى قلق السكن ومستوى الصحة النفسية لدى عينة من طالبي السكن العمومي الايجاري او فئة الاشخاص الذين لا يملكون سكنا بالأساس بمدينة الأغواط.

### الفرضيات الجزئية:

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين السن ومستوى قلق السكن لدى طالبي السكن أو فئة الأشخاص الذين لا يملكون سكنا بالأساس.

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين السن ومستوى الصحة النفسية لدى طالبي السكن أو فئة الأشخاص الذين لا يملكون سكنا بالأساس.
- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين قلق السكن وعدد الأشخاص المتكفل بهم عند طالبي السكن أو فئة الأشخاص الذين لا يملكون سكنا بالأساس.
- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الصحة النفسية وعدد الأشخاص المتكفل بهم عند طالبي السكن أو فئة الأشخاص الذين لا يملكون سكنا بالأساس.
- توجد فروق بين طالبي السكن في مستوى قلق السكن تعزى لمتغير المستوى التعليمي.
- توجد علاقة ارتباطية بين طالبي السكن في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

### 3 أهداف الدراسة:

تهدف دراستنا الى:

- ✓ التعرف على مفهوم ومستوى قلق السكن لدى عينة من طالبي السكن العمومي الايجاري.
- ✓ التعرف على مستوى الصحة النفسية لدى طالبي السكن العمومي الايجاري.
- ✓ التعرف على طبيعة العلاقة بين قلق السكن ومستوى الصحة النفسية لدى طالبي السكن او الأشخاص الذين لا يملكون سكنا اساسا.
- ✓ تهدف الدراسة الحالية الى التعرف على العلاقة بين مستوى قلق السكن ومستوى الصحة النفسية

تبعاً لـ:

- ✓ السن.
- ✓ عدد الأشخاص المتكفل بهم.
- ✓ المستوى التعليمي.

## 4 أهمية الدراسة:

تستقي دراستنا أهميتها من حيث:

➤ محاولة الكشف عن متغيرات الدراسة نظرا لأهميتها في حياة المجتمع فهذا الموضوع الذي يكتسي أهمية بالغة حيث يمس صميم المجتمع وحياتنا النفسية والاجتماعية وهو قلق السكن ومدى تأثيره على الصحة النفسية وهما من المواضيع المثيرة للاهتمام نظرا لأحداث الضاغطة وزيادة المتطلبات الإجتماعية لدى الأفراد.

➤ أهمية العينة التي نتناولها بالدراسة.

➤ حداثة الموضوع الذي يربط بين ظاهرة اجتماعية ومدى ارتباطها بالمشاكل النفسية.

➤ عدم وجود دراسات مشابهة للموضوع مما يعطيه أهمية كونه يفتح المجال للبحث في قلق السكن والصحة النفسية في المجتمع.

➤ مساهمة الدراسة في إثراء التراث النفسي الاجتماعي بالمعلومات عن مفهومي قلق السكن والصحة النفسية، باعتبارها الدراسة الأولى في حدود اطلاقنا على التراث النظري التي تناولت مستوى قلق السكن وعلاقته بمستوى بالصحة النفسية لدى طالبي السكن العمومي الايجاري او الذين لا يملكون سكنا بالأساس.

➤ اهتمت بشريحة هامة في المجتمع وهم طالبي السكن في البيئة المحلية.

## 5 اسباب اختيار الموضوع:

- ان اختيارنا لموضوع قلق السكن و علاقته بالصحة النفسية لدى عينة من طالبي السكن العمومي الايجاري او فئة الاشخاص الذين لا يملكون سكنا بالأساس بمدينة الأغواط، كموضوع بحث

هو نتيجة للأهمية البالغة التي يكتسيها الموضوع في المجتمع الأعواطي خاصة و المجتمع الجزائري و العالمي عامة فهو مستمد من الواقع المعيش، و تظهر اهميته من المفاهيم المتضمنة في عنوان الدراسة ، و هذه الأهمية رسخت في فكرنا من خلال الملاحظات اليومية لأشكال القلق خاصة قلق السكن و كيف يؤثر على الصحة النفسية للفرد و بالتالي يؤثر على تعامل الفرد مع نفسه و المحيطين به، فكانت حاجة شخصية دفعتنا الى التقرب من هذه الظاهرة و محاولة فهمها و معرفة اسبابها و استيعاب ابعادها النفسية و الاجتماعية، و كذلك اقتراح و رغبة الموضوع من الأستاذ المشرف.

- المساهمة ولو بالشيء القليل في اثراء الجانب النظري عن مفهومي قلق السكن والصحة النفسية في المجال النفس - اجتماعي.

- واخيرا نظرا لقلّة الدراسات السابقة التي تناولت المتغيرين معا في حدود اطلاقنا.

## 6 التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة:

تعتبر عملية تحديد المفاهيم والمصطلحات من الخطوات الاساسية في البحث العلمي لما لها من دور كبير في تحديد مسار البحث وذلك بتناول المفاهيم ذات الصلة المباشرة بالموضوع أو ببعض جوانبه.

**القلق:** حالة من الخوف الغامض الذي يمتلك الفرد، وهو عبارة عن ألم داخلي أو أصبح داخلي بسبب الشعور بالضيق والألم والانزعاج، ويعتبر توترا شاملا ومستمر نتيجة توقع الشر أو الخطر الذي قد يحدث.

**الصحة النفسية:** هي التوافق التام أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة، مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ عادة على الإنسان ومع الشعور الايجابي بالسعادة والكفاية.

**السكن:** كلمة سكن مأخوذة من سكين (سلام) أي ان المسكن هو المكان الذي يوفر السكينة والسلام لقاطنيه ويعرف المنجد الفرنسي le petit robert مفهوم السكن l'ogier إعطاء كل ما تقدمه الراحة للإنسان ، فالمسكن بالنسبة للفرد حاجة ضرورية مثل الملابس المأكل، التربية والصحة بالإضافة إلى أنه مأوى يلجأ إليه الفرد ليجد الدفء، العاطفة ويتيح له القدرة على التعبير عن شخصيته وميوله.

**قلق السكن:** حالة انفعالية تنشأ من الخوف من عدم حصول الفرد على سكن يؤويه ويؤوي عائلته ينجر عنه توتر شامل والذي ينشأ من خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد للتكيف، ومعنى ذلك أن القلق ما هو الا مظهر للعمليات المتداخلة التي تحدث من خلال الإحباط والصراع جراء عدم حصوله على سكن أو مأوى.

## 7 الدراسات السابقة:

من خلال المطالعة والمسح المكتبي الذي قمنا به، تأكد لنا ندرة البحوث الجامعية التي تناولت وعالجت قلق السكن والصحة النفسية وترجع اهمية الدراسات السابقة التي تناولت المتغيرين أو أحدهما كدليل يساعدنا في خطوات اجراء الدراسة الراهنة، ويمكن اعتمادها كمصادر نستقي منا الفروض التي يمكن صياغتها اجرائيا ومحاولة التحقق منها، ومن الدراسات التي تناولت الصحة النفسية نذكر ما يلي:

### 7-1 الدراسات المتعلقة بالصحة النفسية:

- دراسة العيد (2005) أهمية الصحة النفسية للطلاب الجامعي، دراسة ميدانية لواقع الصحة النفسية لدى طلاب جامعة تلمسان، هدفت الدراسة الى تسليط الضوء على واقع الصحة النفسية للطلاب الجامعي وتوضيح أهمية الصحة النفسية في لحياة الجامعية ولتحقيق الغرض من هذا البحث اختيرت عينته على أساس الجنس والسنة الدراسية والتخصص الدراسي، وعليه تتكون عينة البحث من 640 طالبا وطالبة اعتمد الباحث على قائمة كورنل الجديدة طبعة 1986، الجزء الخاص بالنواحي

الانفعالية والمزاجية وقد جاءت نتائج الدراسة كما يلي: فيما يخص متغير الجنس بينت النتائج دلالاته في البعد العيادي المتعلق بالاكنتاب والغضب والتوتر لصالح الذكور، في حين البعد العيادي الخاص بالقلق لصالح طالبات العلوم الإنسانية، اما متغير السنة الدراسية فدلالته في البعد العيادي المتعلق بعدم الكفاية و التوتر لصالح السنة أولى جامعي اكثر من طلبة الرابعة جامعي، اما بخصوص شيوع الاضطرابات الانفعالية و المزاجية في الوسط الطلابي تؤكد النتائج ان كلتا المجموعتين (طلبة العلوم الإنسانية و العلوم التقنية) تعيشان المشكلات نفسها التي تجعل الطالب في حيرة من امره تؤدي به الى المزيد من مشاعر القلق العام و الترقب و عدم الاستقرار و الخوف من المجهول.

#### (العيد، 2005)

- دراسة سمين (1997) الامن والتحمل النفسي وعلاقتها بالصحة النفسية، هدفت الدراسة الى التعرف على العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية والامن والتحمل على عينة (350) طالبا من طلاب الجامعة استخدم الباحث ثلاثة مقاييس أحدهما (الشعور -عدم الشعور بالامن) ومقياس التحمل النفسي ومقياس الصحة النفسية المعد من قبل الباحث، وتوصل الى وجود علاقة ارتباطية دالة بين المتغيرات الثلاثة والتحمل النفسي متغيرا وسيطا يحول دون حدوث التأثيرات السلبية المتوقعة التي يحدثها الأمن النفسي في الصحة النفسية و ان الصحة النفسية وظيفة للتحمل و الأمن النفسي ودالة لهما.

#### (سمين، 1997)

- دراسة ابراهيم سليمان (2014) "بعنوان تقدير الذات وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلبة الخدمة الاجتماعية في القدس" التي هدفت الى التعرف على تقدير الذات وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طلبة الخدمة الاجتماعية وعلاقة ذلك بعدد من المتغيرات (الجنس. السن. المستوى التعليمي) على عينة قدرت بـ 80 طالب وطالبة وقد اسفرت النتائج عن وجود علاقة بين تقدير الذات والصحة النفسية

وعدم وجود فروق ذات دلالة احصائية عندي مستوى الدلالة: 0.05 في مستوى الصحة النفسية تعزى

لمتغير الجنس. السن، المستوى التعليمي. (إبراهيم، 2014)

- دراسة نائل محمد عبد الرحمن أحرص (2013) بعنوان " موقع التحكم المدرك كمتبئ بالصحة النفسية والاضطراب النفسي لدى الأطفال " حيث تم استقصاء العلاقة بين موقع التحكم المدرك لدى الأطفال والاضطراب النفسي، وقد تم افتراض أن ذوي الاعتقاد بالتحكم الداخلي يتمتعون بصحة نفسية أفضل ويعانون من مستوى أقل من الاضطراب النفسي مقارنة بنظرائهم من ذوي الاعتقاد بالتحكم الخارجي وذوي الاعتقاد بالتحكم المجهول، وقد تم تطبيق مقياس موقع التحكم المدرك على 300 طفل تراوحت أعمارهم بين ثلاثة عشرة وأربع عشرة سنة، وتم اختيار (240) منهم (120 ذكر، 120 إناث) وفق الميل الغالب لديهم لإدراك موقع التحكم بحيث يمثلون ذوي الاعتقاد بالتحكم الداخلي، وذوي الاعتقاد بالتحكم الخارجي، وذوي الاعتقاد بالتحكم المجهول، ثم طبق عليهم مقياس الصحة النفسية. بينت النتائج أن ذوي الاعتقاد بالتحكم الداخلي أقل عرضة للإصابة بالاضطراب النفسي مقارنة بالمجموعات الأخرى، كما بينت النتائج عدم وجود فرق بين درجات الذكور والإناث على مقياس الصحة النفسية بالنسبة لفئة الاعتقاد بالتحكم الداخلي، في حين أن هذا الفرق كان موجوداً لدى فئتي الاعتقاد بالتحكم الخارجي، والاعتقاد بالتحكم المجهول. نوقشت النتائج في إطار نظرية موقع التحكم المدرك، وعلاقتها بالاضطراب النفسي. وتوصي هذه الدراسة بضرورة التركيز على تنشئة الأطفال بحيث يتم تشجيعهم على التحكم بالظروف المحيطة، وتحمل مسؤولياتهم. (نائل، 2013)

- دراسة وصال البشير (2002) "فاعلية برنامج إرشاد نفسي في تحسين التوافق النفسي لدى طالبات السكن الخاص بصندوق القومي لرعاية الطلاب بولاية الخرطوم" هدف هذا البحث إلى التعرف على السمة العامة للتوافق النفسي وفاعلية برنامج إرشادي نفسي في تحسين التوافق النفسي لدى طالبات السكن الخاص بصندوق القومي لرعاية الطلاب بولاية الخرطوم وقد تكون مجتمع البحث من جميع

طالبات السكن الخاص والبالغ عددهن (6110) طالبة، في حين تكونت عينة البحث من (40) طالبة تم اختيارهن بالطريقة القصدية، وقد استخدمت الباحثة المنهج الشبه التجريبي في هذا البحث، حيث جمعت بياناتها مستخدمة مقياس التوافق النفسي، في القياس القبلي و البعدي، لبرنامج الإرشادي النفسي (المتغير المستقل) الذي أعدته وطبقته على العينة في جلسات بلغ عددها (17) جلسة استغرق ستة أسابيع بواقع جلستين أسبوعياً وقد تراوحت مدة الجلسات ما بين (الساعة والساعة والنصف). وقد تم تحليل البيانات من خلال برنامج الحزم الإحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS) مستخدمة الوسائل الإحصائية؛ منها ، اختبارات لعينة واحدة، وقد أشارت نتائج البحث إلى أن مستوى التوافق النفسي يتميز بالتدني وسط طالبات السكن الخاص بصندوق القومي لرعاية الطلاب، كما وجد البحث أن البرنامج المصمم ذو فعالية عالية في تحسين التوافق النفسي لدى عينة البحث. (وصال، 2002)

- دراسة Furnham & Sheikh (1993) التي هدفت الى معرفة نوع المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية عند المهاجرين وذلك على عينة مقدره بـ 100 تراوحت اعمارهم بين 18-62 سنة وقد تم اجراء المقابلات معهم وكان اكثرهم من الهند والباكستان اسفرت الدراسة عن ان يوجد للجنس تأثير في الصحة النفسية. (Furnham & Sheikh, 1993)

- دراسة محمد صباح حسين العرعر (2010)، الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات، مذكرة مكملة لنيل درجة الماجستير في علم النفس، وهدفت الدراسة الى: التعرف على مستوى الصحة النفسية لأمهات ذوي متلازمة داون المقيمت في محافظة قطاع غزة والمدرجين ضمن خدمات جمعية " الحق في الحياة " والتي مقرها بغزة وفروعها بخانيونس اعتمد الباحث على الاستبيان كأداة لجمع البيانات وتوصلت الدراسة الى ان مستوى الصحة النفسية لأمهات متلازمة داون المستفيدات من خدمات الجمعية كبير جدا، وهذا يعتبر بصفة عامة شيئا له

اهمية كبيرة حيث ان افراد العينة من أمهات المعاقين يتعرضن لضغوط متعددة ومتنوعة وظروف خاصة نتيجة وجود طفل معاق في أسرهن، ويتطلب هذا الطفل منهن قدرة على إدارة حياتهن الزوجية والأسرية وتوافقهن مع متطلبات الحياة الجديدة بوجود طفل معاق فيها وكذلك توفير احتياجات الطفل المعاق الخاصة. (محمد، 2010)

- دراسة حسنين (2004) بعنوان "الخبرات الصادمة والمساندة الاسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل" التي هدفت الى معرفة العلاقة بين الخبرات الصادمة والصحة النفسية وطبقت الدراسة على عينة من 450 طالب واسفرت عن النتائج التالية وجود فروق دالة احصائيا في الصحة النفسية حسب مستوى المساندة ووجود فروق دالة احصائيا في الصحة النفسية تعزى لمتغير الجنس. (حسين، 2004)

#### 7-2 الدراسات المتعلقة بالقلق:

- دراسة عايد محمد عثمان (2001) بعنوان "درجة القلق لدى طلبة جامعات الضفة الغربية في فلسطين وعلاقتها ببعض المتغيرات" هدفت الى التعرف على درجة القلق لدى طلبة الجامعات وكذا تحديد الفروق في مستوى القلق حسب الجنس والسكن والجامعة والمستوى العلمي حيث تكونت العينة من 12708 طالب فكانت النتائج وجود فروق في القلق تبعا لمتغير الجنس ومكان السكن ولم تكشف النتائج عن وجود أثر في المستوى العلمي في القلق. (عايد، 2001)
- دراسة الزغبى (2002) التي هدفت الى التعرف على مستوى القلق لدى الطلبة وعلاقته ببعض المتغيرات على عينة قوامها 293 طالب، وطبق عليهم مقياس القلق المعرفي لجمع المعلومات وتوصل الباحث الى وجود فروق دالة في القلق حسب متغير الجنس والسن والمستوى التعليمي. (الزغبى، 2002)
- دراسة الاحمد (2001) عن حالة القلق وسمة القلق وعلاقتها بمتغيري الجنس والمستوى التعليمي على 278 طالب من طلبة جامعة دمشق وانتهت النتائج بوجود فروق دالة في القلق حسب متغير الجنس وغير دالة حسب متغير المستوى العلمي. (الأحمد، 2001)

- دراسة عثمان (1993) عن انماط القلق وعلاقته بالتخصص الدراسي لدى طلبة الجامعة وتكونت العينة من 140 طالب وطبق عليها اختبار القلق فكشفت النتائج عن عدم وجود تأثير للمستوى التعليمي في القلق وعدم وجود فروق دالة احصائيا في القلق حسب متغير الجنس. (عثمان، 1993)

### 7-3 الدراسات المتعلقة بالسكن:

- وفي دراسة عبد الحميد عبد الله وآخرون (1985) من مشكلات الاسكان الجامعي بدولة قطر، توصل الباحث إلى أن السكن الجامعي غير ملائم بوجه عام مع وجود نقص في جميع المرافق لمزاولة الانشطة اليومية المختلفة، هذا بالإضافة إلى نقص المرافق الصحية والاشراف.

(عبد الحميد، 1985)

- وفي دراسة أستونر كينث " stoner Kenneth " (1981) عن رضا الطلاب ومسح لكيفية الحياة في المساكن الجامعية في جامعة تنيسي، أجريت الدراسة على (50) طالب وطالبة بالمساكن الجامعية وتوصلت إلى عدم رضا الطلاب لوجود مشكلات تتعلق بنظافة المسكن وسوء الاشراف.

(أستونر، 1981)

- دراسة معين حسن احمد جاسر (2011) بعنوان " دراسة في التركيب السكاني وخصائص المسكن" وهي عبارة عن دراسة ميدانية في بيت لحم حيث ان التركيب السكاني وخصائص المسكن في هذه المحافظة بحاجة الى دراسة شاملة متخصصة والهدف الاجابة عن التساؤلات التالية: -هل هناك تناقض او زيادة في معدلات النمو السكاني وفق مكونات الزيادة السكانية؟ - ما عدد السكان والكثافة المتوقعة مستقبلا؟ -ما العوامل المؤثرة في التركيب السكاني وخصائص المسكن؟ وكانت النتائج ان الزيادة السكانية والهجرة من المؤثرات على الطلب للوحدات السكانية-يعتبر المستوى التعليمي عامل مؤثر في حجم وجودة السكن ونوعيته. (معين، 2011)

### 8 التعميق على الدراسات السابقة ومناقشتها:

من خلال الدراسات السابقة التي أمكن للباحث الوصول اليها يتبين عدم وجود دراسات مطابقة لموضوع الدراسة لذا تم البحث في متغيرات الدراسة كل على حدى فكان ان تباينت النتائج بين وجود فروق وعدم وجود فروق دالة احصائيا في كل من الصحة النفسية والقلق والدول ادناه يبين أوجه الاختلاف وأوجه التشابه بين تلك الدراسات:

من حيث	الملاحظات
منهج البحث	تتشابه معظم الدراسات المعروضة في متن هذا البحث في استعمالها للمنهج الوصفي من اجل تحقيق اهداف بحوثها
اهداف البحث	تباينت اهداف هذه الدراسات كل دراسة ولها أهدافها ولها نتائجها.
نوع عينة البحث:	اختلف نوع العينات التي طبقت عليها ادوات البحوث.
حجم العينة	تراوحت احجام عينات الدراسات السابقة بين 40-6110 طالباً وطالبة.
اداة البحث	معظم الدراسات السابقة المعروضة ان لم نقل كلها وبضمنها دراستنا الحالية اعتمدت الاستبيان، اداة للحصول على بيانات بحوثها

جدول رقم (01) التعقيب على الدراسات السابقة

# الفصل الثاني

## خطة الفصل:

تمهيد.

1. تعريف القلق.

2. أعراضه.

3. أسبابه.

4. النظريات المفسرة له.

5. مظاهره.

6. مكوناته.

7. أنواعه.

8. مستويات القلق

9. الأساليب العلاجية.

10. أهمية ووظيفة السكن.

11. الاحتياجات السكنية.

12. تعريف السكن.

13. استخدامات المسكن ومشكلاته.

**تمهيد:**

تعد ظاهرة القلق من الظواهر النفسية والاجتماعية الأكثر انتشارا والتي يعاني منها الكثير من الأفراد في مختلف الفئات العمرية كنتيجة للأحداث الضاغطة والتغيرات السريعة التي يشهدها العالم المعاصر مما ترتب عليها من آثار نفسية واجتماعية سلبية، لذلك فإن القلق الاجتماعي باعتباره اضطراب يعيق تكيف الفرد مع محيطه وينقص من تقدير الفرد لذاته وبالتالي يقلل من قدرته على التفاعل مع مستجدات البيئة.

وهذا الفصل يتعرض لتعريف القلق، أعراضه، أنواعه، أسبابه، تعريف القلق الاجتماعي علاقة القلق ببعض المفاهيم المتشابهة ومستوياته والنظريات المفسرة له والأساليب العلاجية وكذا أهمية ووظيفة السكن وشروط السكن، استخدامات السكن ومشكلاته.

**1- تعريف القلق:**

يعتبر اضطراب القلق من الاضطرابات الانفعالية التي تدخل في دائرة العصاب، وهو جزء من الحياة البشرية وأحد لوازم الوجود البشري، إذ أنه بمثابة الحرص على الحياة والرغبة فيها حيث يزيد عمل الآليات النفسية حين ينتابنا شعور بالخطر أو بالتهديد، مع تزايد هذا الشعور الغامض بالتهديد فإن الفرد يصل إلى حد الاضطراب الذي يحتاج إلى مساعدة خارجية سواء بالعقاقير أو الأساليب العلاجية والإرشادية لتخفيف حدة الاضطراب. (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 2005 ص 44)

يعرف فرويد القلق بأنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويسبب له الكثير من الضيق والألم والشخص القلق يتوقع الشر دائماً ويبدو متشائماً، ومتوتر الأعصاب ومضطرب كما أن الشخص القلق يفقد الثقة بنفسه، ويفقد القدرة على التركيز. (فاروق السيد عثمان، 2001، ص 18)

أما في DSM III، فقد عرف القلق بأنه: "خوف، توتر ترجع جذوره الأساسية إلى الشعور المسبق بالخطر سواء كان داخلياً أم خارجياً، فهو شعور بالخوف والتوتر مصدره غير معروف بشكل عام ويتمثل في التوتر الحركي والنشاط الذاتي الزائد مع توقعات الخوف والتيقظ ويكون القلق مركز على موضوع ما أو نشاط معين أو وضع ما يحاول الشخص أن يتجنبه". (محمد محمد نعيمة، 2002، ص 62)

ويرى هلجورد أن: القلق يعتبر قوة دافعة، تشير إلى حالة من توقع الشر أو الخطر والاهتمام الزائد وعدم الراحة أو عدم الاستقرار أو عدم سهولة الحياة الداخلية للفرد. (عبد الرحمن العيسوي، 1993، ص 70)

كما عرف القلق بأنه حالة تؤثر تأثير شامل ومستمر نتيجة لتهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث وبصاحبه خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية. (عادل عز الدين، 1998، ص 327)

وبصفة عامة يكمن القول إن القلق حالة انفعالية تنشأ من الخوف من المجهول وتمثل بأنها نوع من عدم الراحة الذهنية، والقلق أكثر شيوعاً عند المراهقين حيث تزداد مخاوفهم الوهمية المتوقعة في المستقبل. (محمد جاسم محمد، 2004، ص 133)

فالقلق إذن مرتبط بخبرة الشخص ارتباطاً وثيقاً حيث يرجع إلى خبرات الطفولة بما يصيب الفرد فيها بالحرمان إحباط، كما يظهر القلق في شكل عمليات تفريغ بمعنى أنها طاقة تنزع إلى الانطلاق في المسالك، معنية، ويبدو أنها تنفيس لتوتر يعاني الفرد منه ولذلك يظهر القلق ميالاً إلى النشاط الزائد نتيجة لعدم إدراك مصدر القلق. (محمد محمد نعيمة، مرجع سابق، ص 63)

**2 - أنواع القلق:**

لما كان القلق حالة طبيعية يتعرض لها الفرد إزاء مختلف مواقف وأحداث الحياة الضاغطة، فإنه يوجد من القلق ما هو عادي طبيعي، وما هو مرضي وهذا إذا زاد عن حده، وأضر بالذات البشرية، فهناك فرق كبير بين أن تقلق الأم لتعرض ابنها لحادث سيارة، وأن تقلق هذه الأم قلقا شديدا لتأخر صديقتها على موعد، وأهم تصنيفات القلق ما جاء به سيجموند فرويد صاحب مدرسة التحليل النفسي حيث يصنفه إلى ما يلي:

**2-1 القلق الموضوعي:**

يسمى هذا النوع من القلق كذلك بالقلق الصحيح أو السوي وهو أقرب منه إلى الخوف حيث يكون مصدره خارجيا. (عبد المنعم الميلادي، 2003، ص 129)

فهذا النوع من القلق يحدث لدى الأفراد الأسوياء والعادين، مثلا في مواقف الانتظار كانتظار عملية جراحية، أو الإقدام على مشروع مصيري، أو الانتقال من بيئة إلى أخرى وكلها أمور عادية في حياتنا اليومية. (فوزي محمد جبل، 2000، ص 129)

فالقلق الموضوعي أو العادي يتميز بأنه خارجي المصدر، ويعزى إلى موقف معين أو يحدث في زمن وقت خاص، أو كرد فعل سوي لمواقف تسبب القلق.

وقد عرف فرويد هذا النوع من القلق بأنه: «رد فعل يحدث لدى الفرد عند إدراكه خطرا خارجيا واقعيا أو ينتظر حدوثه، بعد وجود إشارة تدل عليه وظروف هذا النوع من القلق تأخذ دلالتها الأساسية من معرفة الشخص وخبرته السابقة». (المرجع السابق، ص 63)

**2-2 القلق العصابي: وهو يمثل القلق الهائم الذي لا يدرك المريض أسبابه.**

(محمد جاسم محمد، مرجع سابق، ص 137)

حيث يعرفه فرويد بأنه: "قلق شديد لا تتضح معالم المثير فيه، ويبدو على شكل خوف من مجهول ويبدو صاحبه قابلا لأن يلقى اللوم على أكثر من مؤثر واحد من دون أن تكون الصلة واضحة أو واقعية بين حالة القلق والمثير". (محمد محمد نعيمة، مرجع سابق ص 63)

والقلق العصابي يكون على شكل قلق عام عند الفرد سواء في علاقاته الاجتماعية أو في منزله أو مكان عمله، وقد يكون على شكل قلق من موضوع خاص، كما تكون مثيرات هذا القلق ليس لها علاقة

بالموضوع الذي يثير قلق الفرد مثل القلق من المرور بجانب المقبرة، أو من منظر البحر وقد يكون هذا القلق ناتجا من توقع حدوث شيء خطير بسبب خبرة مؤلمة مثل: الخوف من تكرار حدوث هزات أرضية (حسن منسي، 1998، ص 38)

### 2-3 القلق الخلقى:

في هذا النوع من القلق يكون مصدر القلق داخليا فالإنسان لا يخاف من شيء طبيعي بل يخاف من ضميره أو من انطلاق دوافعه المحظورة كالعُدوانية الجنسية حين تلح في الإشباع، ولا يستطيع الفرد أن يهرب من نفسه وهنا يندلع القلق. (محمد محمد نعيمة، 2002، ص 64)

فهو يحدث نتيجة صراع داخل الشخص، وليس نتيجة صراعه والعالم الخارجي، أي نتج من ضمير الفرد وخوفه من القيام بسلوكيات تخالف عادات وتقاليد أو أعراف المجتمع الذي يعيش فيه فهو قلق كامن داخل تركيبة الشخص، وعادة ما يظهر عقب حالات الإحباط المرتبطة (بالأنا الأعلى) لدى الفرد التي لا تتسجم مع القيم الاجتماعية. (المرجع سابق، ص 68)

### 3 - أعراض القلق: إن للقلق أعراض جسمية وأخرى نفسية كما يلي:

#### 3-1 أعراض جسمية:

تشمل الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية وتوتر العضلات وسرعة النبض والخفقان وارتفاع ضغط الدم والشعور بالضيق في الصدر وإرهاق الحواس واضطراب النوم والتنفس (عبد الرحمن الوافي، 1999، ص 47) وكذا برودة الأطراف، وتصبب العرق، وارتعاش اليدين، واضطرابات المعدة وزيادة عدد مرات لإخراج والنشاط الحركي الزائد، والدوار والغثيان والقيء وفقدان الشهية عن الطعام والأحلام المزعجة والكوابيس اللزيمات العصبية مثل: مص الأصابع قضم الأظافر، وهز الرأس والكتف، وبعض الاضطرابات الجسمية مثل القذف السريع عند الرجال وانقطاع الدورة الشهرية عند النساء.

(فوزي محمد جبل، مرجع سابق، ص 131)

#### 3-2 أعراض نفسية:

ومن بين هذه الأعراض عدم الاستقرار والشعور بانعدام الأمل والراحة النفسية عدم القدرة على تركيز الانتباه والإحساس الدائم بالهزيمة والعجز. (نفس المرجع السابق، ص 131)، بالإضافة إلى عدم القدرة على الاسترخاء، والضجر وصعوبة التركيز، مع احتمال حدوث صعوبات في التذكر والاسترجاع، وفقد

الاهتمام ونقص الاستمتاع بالهويات المحببة وشعوره بالنقص وتجنب مواقف التنافس والاكنتاب والمخاوف الشاذة والسلوك العدواني أحيانا. (أحمد محمد عبد الخالق، 2004، ص 338)

#### 4 - أسباب القلق :

من الأسباب التي تهيئ الفرد للإصابة بالقلق، الاستعداد الوراثي والخوف الشديدة في الطفولة المبكرة والحوادث السيئة التي تعرض لها الفرد والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية، وكذلك التوتر النفسي الشديد والأزمات النفسية العنيفة والشعور بالذنب كما أن له عوامل أخرى تتمثل في اضطراب الجو الأسرى وتفككه، فالقلق قد تتسبب فيه عوامل وراثية، نفسية، اجتماعية أو فيزيولوجية.

#### 4-1 العوامل الوراثية:

حيث تشير بعض الدراسات إلى احتمال تدخل العامل الوراثي في تزويد الفرد باستعداد عام للقلق، فقد أثبتت هذه الدراسات وجود تشابه في الجهاز العصبي المستقبل واستجابة للمنبهات الخارجية والداخلية لدى التوائم (التوأم القلق).

كذلك أوضحت الدراسة الوراثية أن 15 % من آباء وأخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض وقد وجد سيلتر وشيلدرز (1962-1966) إن نسبة القلق بين التوائم المتشابهة تصل إلى 50 % أما لدى التوائم غير المتشابهة فلم تصل النسبة إلى 4 % (أشرف محمد عبد الغني شريت وآخرون، 2002، ص 227). فالوراثة تؤثر على العوامل البيئية المتسببة في ظهور القلق، فلو كان القلق راجعا إلى التجارب المكتسبة أو الضغوط البيئية لكانت نسبة الإصابة بين التوأمين متساوية بصرف النظر عن تطابقهما أو انعدامه بحيث أنهما نشأ معا في العائلة نفسها وتعرضها للتجارب نفسها. (نبيل راغب، 2003، ص 32)

#### 4-2 العوامل النفسية:

حسب فرويد فإن القلق إنما هو نتيجة للصراع القائم بين الغرائز التي يعبر عنها (الهو) وبين (الأنا) فتحاول هذه الغرائز أن تخرج إلى الواقع ولكن (الأنا) تقع في الصراع بينها وبين إخراجها للإشباع لأنها تعاني صراعا من جانب آخر هو الصراع بينها وبين (الأنا العليا) صاحبه المثل والقيم الأخلاقية فينشأ نتيجة لهذا الصراع حالات القلق. (فوزي محمد جبل، 200، ص 132).

وقد أثر هذا التفسير الذي قدمه فرويد للقلق على علماء التحليل النفسي، ولكنهم عملوا على تقديم تفسيرات أخرى.

يذهب "أوترانك" الى أن القلق يرجع إلى الصدمة الأولى وهي صدمة الميلاد فالانفصال الوليد عن الأم هو الصدمة الأولى التي تثير لديه القلق الأول (فاروق السيد عثمان، مرجع سابق، ص 22).

أما كارين هورين فتري أن القلق الأساسي في الطفولة ينشأ من كبت الطفل لطلباته العدوانية نحو والديه ويعبر عن هذا القلق بسرعة اعترافه بالفشل والعجز وعناده وميله إلى التخريب

(أشرف محمد عبد الغني شريت وآخرون، 2002، ص 226).

ويرجع ألدن القلق إلى طفولة الإنسان الأولى، حيث شعور المريض بالقصور الذي يشعره بالنقص وعدم الشعور بالأمان، وهنا ينشأ الصراع بين محاولات الإنسان للحصول على التفوق وشعوره بالنقص والدونية الذي يدفعه إلى الانطواء والبعد عن الناس فينشأ لديه القلق (فوزي محمد جبل، مرجع سابق، ص 133).

#### 4-3 العوامل الاجتماعية:

يذهب سوليفان إلى أن الأبوين ينقلان إلى أبنائهما مشاعر القلق، فالأم المتوترة سرعان ما تدرك أن صغيرها يبدي مظاهر القلق فكأن الرضيع يتناغم انفعاليا مع أمه، كما أن الأطفال الذين ينشئون في بيئة تشعرهم بالحرمان والإحباط وعدم الأمن سيكونون أكثر استعدادا من غيرهم لإظهار استجابة القلق.

(أشرف محمد عبد الغني شريت وآخرون، مرجع سابق، ص 227).

بصفة عامة فإن كل أنواع الضغوط البيئية يمكن أن تزيد القلق سوءا، ولكنها ليست بالضرورة علة المرض، وإنما تعد في حالات كثيرة عاملا حيويا في تفاقم القلق، والتعجيل بظهور أعراضه ومضاعفتها في شدتها وتكرارها، لذلك لا يمكن تجاهل هذه الضغوط لقيامها بدور بالغ الحيوية في ظهور القلق.

(نبيل راغب، مرجع سابق، ص 40)

#### 4-4 العوامل الفيزيولوجية:

ومن الأمثلة على العوامل الفيزيولوجية، عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة وكذلك ضمور هذا الجهاز في الشيخوخة، يعتبر من العوامل المساعدة على ظهور استجابة القلق.

(نفس المرجع السابق، ص 56).

مما تقدم يتضح إن القلق كغيره من الاضطرابات النفسية يساهم في إحداثه أكثر من عامل واحد كما أن العوامل المؤدية إلى ظهوره هي عوامل متداخلة ومتفاعلة كل منها يؤثر في الآخر ويساهم في تقوية أثره أو إضعافه.

**5 - النظريات لمفسرة للقلق:**

**5-1 نظرية التحليل النفسي:** أعتبر "فرويد" أن القلق يظهر أصلاً كرد فعل لحالة من حالات الخطر التي تواجه الشخص، فإذا انتهت هذه الحالة انخفضت أو تلاشت أعراض القلق، ولكن إذا عادت إلى الفرد ظهرت أعراض القلق مرة أخرى. (علاء علي حجازي، 2013، ص 24)

وهناك مجموع أخرى من علماء التحليليين الذين انشقوا عن "فرويد"، تقلل من أهمية الغرائز في تفسير السلوك الإنساني مقارنة بما قدمه، ومن هؤلاء العلماء أتورانك الذي يرى أن صدمة الميلاد هي السبب وليست العقدة الاوديبيية هي المشكلة الرئيسية للإنسان، فهي تحرك في اللاشعور ذلك القلق، والأصل أنه ناشئ من الانفصال عن رحم الأم.

في حين ترى هورني أن سلوك الإنسان السوي يستند من الشعور بالطمأنينة، وان أساس القلق يرجع إلى عدم قدرة الفرد إلى الوصول إلى حالة الطمأنينة، والتي ترجع إلى علاقاته بالوالدين.

(المرجع السابق، ص 25)

**5-2 النظرية السلوكية:**

ترى السلوكية إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي، فالسلوكيون يفسرون القلق في ضوء الإشرط الكلاسيكي، وهو ارتباط مثير جديد بمثير آلي ويصبح هذا المثير الجديد قادر على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي.

(عبد المطلب القريطي، مرجع سابق، ص 94)

**5-3 النظرية الإنسانية:**

تؤكد النظرية الإنسانية على خصوصية الإنسان بين الكائنات الحية، وركزت دراستها على الموضوعات التي ترتبط بهذه الخصوصية مثل، الإرادة الحرة، المسؤولية، الابتكار و القيم، وترى أن التحدي الرئيسي أمام الإنسان هو أن يحقق وجوده وذاته كإنسان، وعليه أن يسعى لتحقيق هذا الوجود، لأنه الهدف النهائي الذي يواجه الإنسان في حياته، و لذلك فإن كل ما يعوق محاولات الفرد لتحقيق هذا الهدف يمكن أن يثير قلقه، وعلى ذلك فإن عوامل القلق ومثيراته ترتبط بالحاضر والمستقبل، ومن أهم العوامل المرتبطة بالقلق عند أصحاب هذه المدرسة هو بحث الإنسان عن مغزى لحياته أو هدف لوجوده

(كفافي علاء الدين، 1999، ص 350)

**4-5 النظرية المعرفية:** ترى المدرسة المعرفية أن الناس يكتسبون مخزوناً كبيراً من المعلومات والمفاهيم والصيغ للتعامل مع ظروف الحياة، وتستخدم هذه المعرفة من خلال الملاحظة وتنمية واختبار الفرص وإجراء الأحكام والتصرف بشكل أقرب ما يكون إلى الواقع.

وعلى هذا فالمعارف لدى الفرد تؤثر في انفعالاته وسلوكه بطريقتين هما من خلال: محتوى المعارف ومن خلال معالجة المعارف، فمحتوى المعارف يؤثر في انفعالاته وسلوكه، والجوانب الفيزيولوجية للفرد وذلك من خلال تقدير الفرد لذاته وللآخرين وللعالم من حوله وتفسيرات الفرد للأحداث، فمثلاً لو اعتقد الفرد أنه شخص فاشل فإنه يشعر بالاكنتاب، أما معالجة المعارف (العمليات العقلية) فهي تؤثر في خبرات الفرد عن العالم، وذلك من خلال درجة المرونة التي تكون لديه في تغيير أساليب المعالجة المختلفة.

( حسين طه ، 2007 ، ص 173 )

## 6 - مكونات القلق :

يشتمل القلق الاجتماعي أو يصنف إلى مكونين أساسيين هما:

**1-6 قلق التفاعل:** هو عبارة عن القلق الناشئ عن التفاعل المتوقع بين الفرد والآخرين وهو يحدث نتيجة الخجل أو المواعدة أو التفاعل مع أناس جدد أو غرباء.

**2-6 قلق المواجهة:** وهو عبارة عن القلق الناشئ عن المواجهة غير متوقعة ويظهر ذلك من خلال التحدث، وغالباً ما يحدث القلق الاجتماعي خلال التفاعل الاجتماعي بين الفرد والآخرين ويظهر القلق الاجتماعي في ضوء انطواء وعدم القابلية على التفاعل. (فاروق السيد عثمان، مرجع سابق، ص 85)

## 7 - أنواع القلق الاجتماعي:

يعاني بعض الناس من القلق في مواقف اجتماعية مختلفة، مثل الخوف من الكلام أو الحديث في الأماكن العامة، حيث يتم تقييهم من الآخرين، وعلى هذا يصنف القلق إلى نوعين فرعيين هما:

### 1-7 القلق الاجتماعي العام: GENERALIZED SOCIAL PHOBIA

يتضمن مدى واسع من المثيرات والمواقف الاجتماعية المعينة، حيث يكون الخوف لدى الفرد في معظم المواقف الاجتماعية.

### 2-7 القلق الاجتماعي غير العام أو النوعي: SPECIFIC SOCIAL ANXIETY

فهو يرتبط بتجنب عدد محدود من مواقف الأداء والتفاعل الاجتماعي، حيث يظهر الخوف من

موقف واحد أو موقفين، وقد أوضحت الدراسات أن القلق الاجتماعي أكثر شيوعاً وأكثر شدة وتكون النتائج خطيرة تؤدي إلى عجز وقصور رئيسي في حياة الفرد، وقد يؤدي إلى إعاقات مختلفة في الوظائف الاجتماعية والتربوية والمهنية والأكاديمية للفرد (البناء عادل، 2002 ص 19)

### 8 - مستويات القلق:

يظهر القلق الاجتماعي وفق ثلاث مستويات:

**8-1 المستوى السلوكي:** ويتجلى في سلوك الهرب من مواقف اجتماعية مختلفة وتجنبها كعدم تلبية الدعوات الاجتماعية والتقليل من الاتصالات الاجتماعية

**8-2 المستوى المعرفي:** ويتمثل في أفكار تقييمية للذات، وتوقع الفضيحة أو عدم لياقة السلوك والانشغال المتكرر بالمواقف الاجتماعية الصعبة أو المثيرة للقلق، وما يعتقد الآخرون حول الشخص نفسه، والقلق الدائم من ارتكاب الأخطاء

**8-3 المستوى الفيزيولوجي:** ويتضح في معاناة الشخص من مجموعة مختلفة من الأعراض الجسدية المرتبطة بالمواقف الاجتماعية المرهفة بالنسبة له، كالشعور بالغثيان والأرق والإحساس بالغصة في الحلق والارتجاف والتعرق.

وتترابط هذه المستويات مع بعضها بشكل وظيفي ، فتوقع التقييم السلبي للسلوك الشخصي يقود إلى تنشيط ارتفاع في الانتباه الذاتي يتجلى من خلال تكييف ملاحظة الذات ، فالأشخاص الذين يعانون من قلق اجتماعي ينشغلون باستمرار بإدراك إشارات الأخطاء الممكنة والفشل والفضيحة في سلوكهم و يقود هذا الإدراك إلى العزو السلبي الخاطئ لأعراض القلق كدليل على التقييم السلبي من قبل الآخرين ، وهذا بدوره يؤدي إلى ارتفاع حدة الإثارة الجسدية وتزايد في أعراض القلق ، والتي يتم عزوها إلى التقييمات الاجتماعية ، ويؤدي هذا العزو السلبي الخاطئ إلى وقوع في حلقة مفرغة ، وتصعد فيها الإثارة الأولية والعزو الخاطئ بعضها باطراد وفق آلية تغذية راجعة ايجابية وصولاً إلى نوبة من الذعر والهلع .

( سامر جميل رضوان ، مرجع سابق ، ص ص : 5-6 )

**9 - مظاهر القلق:** للقلق عدة مظاهر تختلف من شخص لآخر حسب أساليب التنشئة واستعداداته ومكوناته البيولوجية، ويمكن تحديدها:

**9-1. المظهر السلوكي:** سلوك الهرب من المواقف الإجتماعية، قلة التحدث والكلام بحضور الغريب التردد في التطوع لأداء مهام فردية أو جماعية، مشاعر الضيق عند الاضطرار في الحديث أولاً أو في المناسبات الإجتماعية، الخوف من أن يكون ملاحظ من الآخرين، التلعثم في الكلام.

**9-2. المظهر الفيزيولوجي:** ويتجلى في أعراض جسدية تشمل: زيادة في دقات القلب، مشاكل في المعدة، مثل سوء الهضم والانتفاخ، رطوبة وعرق زائد في اليدين والكفين، جفاف في الفم والحلق الارتعاش اللاإرادي، إضطرابات التنفس (كسرعة التنفس)، ونقص الحيوية والنشاط والمثابرة، وتوتر العضلات والملازمات العصبية، ورمش العينين.

**9-3. المظهر المعرفي:** ويتمثل في أفكار تقييميه لتقدير الذات، القلق الدائم من ارتكاب الأخطاء والتفكير المستمر والمتكرر للمواقف الإجتماعية المثيرة للقلق وما يعتقد الآخرون عنه، امتلاك خيال سلبي والانتباه الزائد من قبل الفرد لنفسه. (خفاجي زينب والشاوي زينب، 2009، ص 8).

في حين يرى عبود والعزاوي أن مظاهر القلق الاجتماعي هي:

1. عدم القدرة على التفاعل الاجتماعي والأخذ والعطاء مع الآخرين.
2. الشعور بالنقص عندما ينظر إلى غيره، والشعور بالغيرة من أقرانه.
3. عدم اندماج الفرد مع الآخرين أو عرقلة مشاركته في نشاطاتهم وتفاعلاتهم مما يؤدي إلى خمول ظاهري وتجنب التواصل معهم.
4. الشعور بعدم الارتياح في المواقف الإجتماعية.
5. سلوك التجنب (الهروب) من المواقف الإجتماعية.
6. صعوبة التعبير عن الذات في المواقف الإجتماعية. (نفس المرجع السابق، ص 9)

## 10 - الأساليب العلاجية للقلق:

**10 - 1 - العلاج بالتحليل النفسي:** هو أحد الوسائل الهامة في علاج القلق حيث يساعد على تقوية (الأنا) للمريض باعتبارها الجزء المسيطر على محفزات (الهو) والمنسق بين متطلبات (الهو) وضوابط (الأنا الأعلى)، وكما يهدف إلى إظهار الذكريات والأحداث المؤلمة والمكبوتة بمعنى تحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور ونقلها إلى حيز الشعور، ويتم ذلك عن طريق التداعي الحر وتفسير الأحلام، حيث يصل المريض إلى الاستبصار بالمشكلة ومحاولة حلها. (الداهري، 1999، ص 334)

ويرى الباحث أن التحليل النفسي يحتاج لكثير من الوقت والجهد والمال، ولذا يستحسن عدم إتباعه إلا في الحالات الشديدة المزمنة، التي يتطلب علاجها الوقت والمال.

(الداهري، المرجع السابق، 1999، ص 335)

**10 - 2 - العلاج السلوكي المعرفي:** يعتبر العلاج السلوكي المعرفي أكثر أنواع العلاج النفسي شيوعاً في الوقت المعاصر في اضطراب القلق هو العلاج النفسي السلوكي المعرفي، وهو محاولة تغيير النظم المعرفية في التفكير من خلال هذا العلاج المتخصص (عكاشة أحمد، 2000، ص 149).

وفيما يلي عرضاً موجزاً لأهم الفنيات التي يستخدمها العلاج السلوكي المعرفي:

**10-2-1 النمذجة:** يعتبر التعلم النمذجة من أهم الأساليب العلاجية التي تعمل على تدريب الأفراد على العديد من المهارات الإجتماعية، التي من الممكن أن تكسب الفرد السلوك من خلال التعلم الاجتماعي من خلال التعرف على النماذج السوية والافتداء بها، أي ما يسمى التعلم بالقدوة حيث يعرض على الأفراد النماذج المرغوب تعلمها في سلوكهم من خلال قصص، أو نماذج حية أو رمزية.

**10-2-2 لعب الأدوار:** وهذا الأسلوب يعتمد على وجود نموذج أو قدرة ملائمة، وبمرور الوقت يتحول الدور الذي يلعبه الفرد إلى واقع يعيشه في الحياة حتى يستطيع تعلم مهارات اجتماعية تساعده في أداء دوره على مسرح الحياة (نفس المرجع، ص 152)

**10-2-3 الواجبات المنزلية:** وتتمثل في تنفيذ العميل لبعض الواجبات خارج غطاء الجلسة بما يساعده من تأكيد التحسينات السلوكية التي يكون الفرد قد حققها أثناء الجلسة النفسية، كما أنها تفيد في نقل التغيرات الإيجابية إلى واقع الحياة والممارسة العملية، ويجب أن تكون الواجبات المنزلية مرتبطة ارتباطاً دقيقاً الصلة بالهدف الإرشادي الذي ننشده في عملنا مع الفرد الذي يعاني من المشكلات النفسية والمشكلات السلوكية. (علاء الدين حجازي، 2013، ص 33)

**10-2-4 التحصين ضد التوتر:** يستخدم هذا الإجراء في مساعدة الأفراد الذين لديهم ردود فعل ناتجة عن الخوف المرضي للسيطرة على القلق في المواقف الضاغطة، وقد وصف هذا الأسلوب بأنه يقدم الحماية السيكولوجية بطريقة تشبه التلقيح الطبي، فهي تعطي الفرد مجموعة من المهارات للتكيف مع الحالات المستقبلية.

ويتكون التحصين ضد التوتر من ثلاثة مكونات هي: تثقيف الفرد حول طبيعة ردود الفعل الناتجة عن التوتر، وتدريب الفرد على مهارات التكيف الجسدية والمعرفية، ومساعدته على تطبيق هذه المهارات عند التعرض للتوتر.

**10-2-5 التخيل الانفعالي:** ينطلق هذا الأسلوب من المبدأ بأنه إذا استطاع الفرد التحكم بمخيلته، فإنه يستطيع التحكم بالاضطراب ويعتمد نجاح هذا الأسلوب على قابلية الفرد للإيحاء، ويعمل هذا الأسلوب على استثارة ذاكرة الفرد الانفعالية والنمذجة لمواقف يطمح الإرشاد للوصول لها.

**10-2-6 فنية التعريض أو الغمر:** هي مكون رئيسي في العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق وهي تتضمن تعريض الفرد للموقف أو المواقف التي تسبب له القلق، فقد وجد الباحثون في هذا المجال أن التعريض المستمر على المثيرات التي تسبب القلق ينتج عنه تشتت استجابة القلق لدى الفرد الذي يعاني من القلق، فالتعريض له عدة أشكال يتخذها منها: التعريض التخيلي، والتعريض المتدرج والتعريض في الواقع، وهذا النوع من التعريض يكون بدون تدرج، ولا بد من توفر شروط لهذا النوع من التعريض من أهمها موافقة العميل.

كما يوجد أنواع أخرى من التعريض منها التعريض بمساعدة الأخصائي للموقف الذي يسبب القلق بطريقة مباشرة.

من خلال العرض السابق للعلاج المعرفي السلوكي نستطيع القول بأن هذا الأسلوب عبارة عن مظلة تتطوي على العديد من أنواع الإرشادات التي تتشابه في جوهرها ، و تختلف في مدى تأكيدها على أنواع معينة من الفنيات ، ويقوم هذا الأسلوب العلاجي أيضا على إعادة تشكيل البنية المعرفية للعميل من خلال مجموعة من المبادئ و الإجراءات التي تقوم على العوامل المعرفية التي تؤثر في السلوك و بذلك نجد أن هذا الأسلوب منطقي و عملي في علاج المشكلات النفسية ، كما أن العلاج المعرفي السلوكي هو نوع من أنواع الإرشاد النفسي الذي يهتم بحل المشكلات ، ويتم فيه تعلم مهارات محددة يتم استخدامها في بقية الحياة وتهتم هذه المهارات بإبراز التفكير المشوه و تعديل الاعتقادات الخاطئة ، و التعامل مع الآخرين بطرق جديدة ، وتعديل السلوك غير المرغوب فيه (علاء علي حجازي، 213 ، ص 35 ).

**11- أهمية ووظيفة السكن:**

إن المسكن هو المكان الحقيقي الذي يشعر فيه الإنسان بالخصوصية وفيه يمكنه أن يظهر بشخصيته الحقيقية، وهو حلقة الوصل بين الإنسان ومجتمعه، في الوقت الحالي من الملاحظ أن أفراد الأسرة يحاولون خلق نوع من التقارب والاتزان والعلاقات المرضية بين احتياجاتهم الأساسية قيمه وإسكانه. فتوفير أو امتلاك بيت يمكن من خلاله التأثير على سلوك الإنسان ولا بد من الموازنة بين البدائل المتاحة للمساكن المختلفة وبين رغبات الأفراد أنفسهم، هذا مما يؤكد أنه لا بد من أخذ هذا بعين الاعتبار لتحقيق التكامل بين احتياجات الإسكان والإنشاءات أو المساكن المنشأة، هناك بعض الاحتياجات والمتطلبات لها صفة الشروع بين الناس وبالرغم من ذلك فلا ين كل أسرة لها ألباتها في ترتيب متطلباتها ورغباتها وأيضاً احتياجاتها، كما أن للمسكن أهمية وأدوار مختلفة يمنحها للفرد الساكن أو العائلة، يعطي الفرد الإحساس بالانتماء للمكان والشعور بالارتباط والشعور بالخصوصية و يمنح ساكنيه إحساساً نفسياً بالانتعاش والقوة والشجاعة... الخ كما يعطيهم الفرصة للخلق والإبداع، فالمسكن غير المناسب قد ينتج عنه عدم ارتياح وأمراض عضوية ونفسية وقد يكون مصيره الموت، إن المأوى قد يؤدي إلى توفير بعض الاحتياجات الجسمية، والاجتماعية، والثقافية والنفسية وله أيضاً أهمية كبرى من الناحية الصحية للفرد أو للجماعة.

**11-1 أهمية المسكن بالنسبة للصحة العامة:**

لقد برهنت كثير من الأبحاث على وجود علاقة بين انتشار الأمراض الصحية والاجتماعية ووجود ظروف سكنية غير صحيحة أو غير ملائمة ومن أمثلة هذه الأمراض التالي:

- ❖ ارتفاع نسبة الانحرافات والجرائم عن المعدلات الطبيعية في المناطق السكنية غير الصحية.
- ❖ تأثر بعض الفئات الخاصة من الأطفال والشيوخ نفسياً وفسولوجياً بالبيئة السكنية الغير صحية مما أدى لارتفاع نسبة الوفيات كنتيجة للأمراض الإجتماعية الناتجة عن الظروف الغير ملائمة للبيئة السكنية.
- ❖ ارتفاع نسبة الحوادث والحرائق عن المعدلات العادية بالنسبة للمناطق السكنية الغير صحية بالمقارنة بمثلها من المناطق السكنية المناسبة.
- ❖ ارتفاع نسبة المرضى بأمراض الجهاز التنفسي كالدرن والالتهاب الرئوي وأمراض الجهاز الهضمي كالنزلات المعوية والأمراض الجلدية التي تنتقل بواسطة بعض الحشرات أو الحيوانات التي تتواجد

بتواجد الظروف البيئية السكنية الغير صحية أو التي تتزايد بانخفاض معدل النظافة والظروف الصحية في المكان.

**12. الاحتياجات السكنية:** إن مفهوم الاحتياجات السكنية هو مفهوم واسع وشامل على اوجه متعددة للإسكان من بين هذه الاحتياجات المتعددة الاحتياجات الإنسانية ومنها تلك المرتبطة بتوفير الحماية من الأجواء الغير ملائمة ومنها أيضاً الاحتياجات السيكولوجية والتي منها الحاجة إلى الأمان. ومن بين الاحتياجات السكنية احتياجات مرتبطة بمراعاة المعايير الثقافية للأسرة والمجتمع ومثال ذلك عدد غرف النوم اللازمة لكل اسرة وهي تعتمد على المعايير الثقافية.

الاحتياجات الإنسانية والإسكان... من أنسب الإطارات اللازمة لتحليل الاحتياجات الإنسانية للإسكان هي نظرية ماسلو لتدرج الاحتياجات الإنسانية، إن النظرية تنص على أن الاحتياجات الأساسية الدنيا في التدرج لا بد أن تقابل وتشبع قبل الاحتياجات المطلوبة في المستويات الأعلى ومثال ذلك الاحتياجات الإنسانية - الاحتياجات السكنية.

إن التحليل التالي لتدرج ماسلو يشتمل على إطار الاحتياجات الإنسانية وكيفية مساهمة مجال الإسكان لإشباع هذه الاحتياجات.

**1-12 الاحتياجات الجسمية:** إن الاحتياجات الجسمية هي الاحتياجات الأساسية التي يشترك فيها جميع البشر كالأكل والتنفس والنوم والحماية من الأعداء، إن نوع الإسكان المطلوب للإبقاء على الحياة يختلف من مكان لآخر.

**2-12 الحاجة للأمان والاطمئنان:** إن الاحتياجات للأمان والاطمئنان له علاقة بمدى ما يشعره الناس نحو حياتهم وبيئتهم ونحو البيئة الآمنة من أي تهديدات خارجية. إن الإسكان أو المسكن يوفر بعض الحماية اللازمة من العوامل او العالم الخارجي. إن إشباع الحاجة للأمان يكون عن طريق المسكن حيث يوفر الحماية من أية ظروف خارجية غير سوية ويوفر أيضاً بيئة صحية وخالية نسبياً من الضوضاء الحرارة... الخ.

**3-12 الاحتياجات الاجتماعية:** إن الاحتياجات الاجتماعية تتضمن الاحتياجات الضرورية اللازمة للكائنات البشرية الحية مثل الحاجة إلى الحب الحاجة للشعور بتقبل الآخرين للفرد، الحاجة للمشاركة مع الآخرين. يلعب المسكن دوراً هاماً في إشباع الاحتياجات الاجتماعية حيث أن المسكن هو مركز حياة الأسرة والتي هي القوة الأساسية في تطبيع الأطفال اجتماعياً وهو المكان الأقل ضغطاً على العلاقات

الإنسانية المتداخلة والأطول مدى في نفس الوقت. إن المسكن هو المكان الذي يوفر حرية العلاقات المتداخلة وينمي العلاقات ويساعد على إشباع الاحتياجات الاجتماعية. الحاجة للشعور بالذات:

إن الحاجة للشعور بالذات لها علاقة بتلك الاحتياجات المتعارف عليها من قبل الفرد والمجتمع، إن معايير الاسكان لها علاقة بنوع المسكن المناسب أو الصالح للسكن وأيضاً بمدى تحقيق معايير إسكانية متوقعة تؤثر على مدى تقبل المحيطين وأيضاً على شعور الشخص بقيمة نفسه.

**12-4 الحاجة لتحقيق الذات:** إن الحاجة لتحقيق الذات هي حاجة الإدراك الكلي لدوافع الاحتياجات الإنسانية للحب والنمو الشخصي والعلاقات الإيجابية مع الآخرين، قد يلعب المسكن دوراً أساسياً في تحقيق الذات. إن المسكن الذي يسمح بالتعبير عن الذات من خلال الشكل العام للمسكن ذاته أو من خلال هوايات ودوافع شخصية يحقق شيئاً هاماً من مقومات الأسرة السوية كلها بالقيام بدورها كمجموعة وكأفراد.

### 13 تعريف السكن:

يعرف على انه المقر الذي يلجأ اليه الإنسان ليقضي فيه جزءا من يومه والسكينة والاستقرار شروط ضرورية للإنسان من اجل تجديد نشاطه وبالتالي المقدرة على مواجهة أعباء الحياة. ولما كان المسكن ضرورة حتمية فقد عرفه الإنسان القديم في شكل مغارة وتطور ليصير مسكنا فخما في ايامنا هذه (الصادق مزهد، 1995، ص:56).

كما تستعمل في اللغة العربية كلمات مثل: بيت، منزل، مسكن وكلها تحمل معنى الإقامة في مكان البيت" هو اسم لمسقف واحد يتخذ مأوى للإنسان او للحيوان سواء كان من حجر أو غيره وقد سمي به مركبا مع غيره عدة اماكن مشهورة منهجيا فاقترن اسم البيت بمعنى العائلة، الآن البيت هو رمز للعائلة أما المنزل يعني مكان النزول، من ينزل نزولا ومنزلا فهو يحل عليه ضيف أو يحل بالمكان، اما المسكن هو المنزل والبيت مكان السكن وجمعا مساكن ان تسكن منزلا يعني أن نقيم فيه وتوطن.

(رجاء مكي طبارة، 1995، ص86)

ان النظرة القديمة التي كان فيها المسكن مجرد مأوى لم يعد لها اي اعتبار في هذا العصر بسبب طموحات الإنسان و ما توصل اليه من تطور علمي و اقتصادي و اجتماعي، هذا التطور الحاصل في شكل المساكن جعل المهتمين يصفون اشكال هذه المساكن حسب درجة تناسبها مع متطلبات الإنسان الحديث، و مدى توفيرها الراحة له، و من هذه التصنيفات ما جاء في الموسوعة العربية العالمية حيث

يطلق على المسكن الآمن و المريح، السكن القياسي يحتوي على التهوية و التدفئة مما يساعد على البقاء في حالة جيدة كما يمد كل فرد من افراد الأسرة الواحدة بالمساحة الكافية للشعور بالخصوصية و الحرية و الاستقلالية ، كما يجب أن يحتوي على الماء البارد و الساخن و جهاز معد خصيصا للتخلص من النفايات ، بالإضافة الى الإضاءة و الكهربائية ليلا و ضوء الشمس نهارا، اما المباني المهتمة و الرديئة و غير الصحية أو المزوجة تسمى السكن دون القياسي حيث أن استيفاء المنزل الصحي القياسي على كل الظروف المذكورة يؤدي الى العمل المثمر، اما المباني دون القياسي لعدم تناسبها مع حجم الأسرة و عدم استيفائها على الوسائل الصحية يؤثر تأثيرا بالغا في انماط الأسرة و مظاهر سلوك افرادها و نشاطهم . ( السيد عبد العاطي السيد ، 1996، ص68)

فالزوايا التي يمكن تعريف المسكن منها كثيرة ومتعددة، حيث أن السكن لا يقوم في الفضاء بل في مجال معين، وعليه فانه يمكن اعطاؤه تعريفا من الناحية الجغرافية من حيث انه يقدم وظيفة هامة من الوظائف الحضرية او الريفية يحتل مجالا جغرافيا محددًا بالمكان والزمان وهو ضرورة ملحة للإنسان من اجل الانطلاق لممارسة نشاطه (الصادق مزهود، مرجع سابق، ص57).

كما يمكن تعريف السكن على انه " المؤسسة المستقرة التي تسود فيها العلاقات الانسانية وجها لوجه وهو الذي يكفل تماسك الاسرة و رقيها وفيها يبلور كل فرد ذاته وكيانه الاجتماعي ويمارس حياته الخاصة وهو بذلك حاجة من اهم الحاجات لحياة الأسرة وشكل من اشكال ثقافتها المادية وحيث او مجال لتحقيق الخصوصيات الإنسانية الفردية والعائلية ."

ان المسكن هو الوحدة السكنية في التجمع العمراني الذي يتمثل في بناء أو جزء منه مخصص لسكن عائلة واحدة سواء كان هذا المبنى من دور واحد او عدة ادوار بشرط ان يكون في مجموعه مكون ليكون واحد مشغل، فالمسكن يتكون غالبا من غرف سكنية مركزة في ثلاثة اجزاء رئيسية هي:

1. جزء للنوم: ويشمل حجرات النوم للوالدين والأولاد والضيوف.
2. جزء الاستقبال: ويشمل الحجرات الصالون والمعيشة والجلوس والطعام.
3. جزء الخدمة: ويشمل حجرات المطبخ والحمامات والسلالم والممرات والمدخل.

(فاروق عباس حيدر، 1994، ص:68)

**تعريف السكن من حيث الشكل:** تتميز المساكن من خلال مظهرها الخارجي باختلافها وعدم تجانسها، لا من حيث الشكل الهندسي ولا من حيث مادة البناء المستعملة في تشييدها، اما المجال الخارجي فهناك مساكن تقع في مجال مفتوح والبعض يقع ضمن مجال مغلق يشرف على منطقة خضراء... الخ  
**اما تعريف السكن من حيث المضمون:**

فتختلف المساكن في تقسيماتها الداخلية فهناك مساكن تتكون من غرفة واحدة، ومسكن اخر يتكون من غرفتين او أكثر، كما ان الغرف في حد ذاتها تختلف من حيث الحجم من مسكن لأخر، كما تختلف في التجهيزات الصحية المكونة منها

### 1. شروط المسكن الملائم:

حتى تتمكن الأسرة من توفير السلامة النفسية والجسمية لأفرادها يجب أن تحصل على مسكن يوفر كل التسهيلات والخدمات الضرورية واللوازم المطلوبة ومعامل الراحة، وفي هذا كله يجب توفر مجموعة من الشروط لضمان الأمن في المسكن وقد صنف محمد خيضر توفيق هذه الشروط الى ثلاثة:

#### أ - شروط توفير الحاجات النفسية: تتمثل في:

- (1) التهوية والاضاءة والتدفئة والتكيف لكل زاوية من زوايا المسكن.
- (2) تجنب حدوث الضوضاء داخل المسكن.
- (3) توفير مجالات كافية لممارسة الرياضة ولعب الأطفال.

#### ب - ضرورة حماية الأسرة من الأمراض المعدية وذلك بـ:

- (1) تزويد المسكن بالمياه الصالحة للشرب والاستعمال المنزلي.
- (2) التخلص من الفضلات بأنواعها بطريقة صحية عن طريق جمعها ونقلها الى اماكن مخصصة لها بوسائل تمنع انتقال الجراثيم للأفراد.
- (3) مكافحة جميع انواع الحشرات التي تساعد على انتشار الامراض.
- (4) حفظ الأطعمة الصالحة والتخلص من المواد الغذائية التي انتهت صلاحيتها.
- (5) إذا كان في البيت حيوانات " كالكلاب، قطط... " يجب مراقبتها واخضاعها لفحص بيطري بشكل مستمر لتفادي اصابتها بعدوى جرثومية.
- (6) تخصيص لكل فرد من الأسرة غرفة نوم لتجنب الازدحام والأمراض التنفسية والجلدية والمعدية.

## ج شروط الوقاية من الحوادث المنزلية:

- 1) إقامة المنزل على ارض صلبة وثابتة.
- 2) تقادي استعمال مواد بناء مغشوشة والاعتماد على مواد صلبة وصالحة لها قوة الاحتمال لأطول مدة زمنية ممكنة.
- 3) توفير كل ما يلزم للوقاية من الحرائق وحوادث الكهرباء والغاز.
- 4) اجراء الصيانة الضرورية للمرافق والتوصيلات الكهربائية والمجاري الصحية.

(توفيق محمد خيضر، 2001، ص:119)

ولقد عرفت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الحق في سكن مناسب، بأنه مؤلف من مجموعة من الاهتمامات المحددة تشكل العناصر المكونة هذه في مجموعها الضمانات الأساسية الممنوحة قانونا لجميع الأشخاص بموجب القانون الدولي وهي:

- تضمن الحماية القانونية ضد الإخلاء او المضايقة او التهديدات.
  - اتاحة الخدمات والموارد والبنية التحتية بشكل مستدام.
  - القدرة على تحمل تكلفة السكن وضرورة تأمين اعانات للسكن لغير القادرين.
  - يجب ان يوفر الحماية من الأشياء التي تهدد صحة ساكنيه.
  - ان يكون السكن سهل الوصول خاصة بالنسبة للأطفال والمرضى والشيوخ.
  - وجود السكن في موقع قريب من موقع العمل والمراكز الصحية والمدارس.
- ان يعبر السكن عن هوية المكان المتواجد فيه. (نفس المرجع السابق، ص:96)

## 14-وظائف السكن:

يقدم السكن عدة وظائف اساسية انطلاقا من شكله والغرف التي تتكون منها والتجهيزات التي يتوفر عليها، ويوضح عبد الحميد دليمي بالاستناد على ما قدمه Roberet eraux في دراسته حول ايكولوجية الإنسان ان المسكن يستجيب الى ثلاث وظائف:

- 14-1. يقي الفرد من العواصف والأمطار والتلج والشمس.
- 14-2. يحافظ على الفرد من العدوان الخارجي.
- 14-3. يحافظ على الأشياء السرية. (عبد الحميد دليمي، ص ص:35-37)

كذلك بالاعتماد على ما قدمته **جاكلين بالماد** في دراستها حول مشكل السكن انه يلبي أربع وظائف أساسية:

- يحمي السكن الفرد من العالم الخارجي وتشرح هذه العبارة في قولها " لا يراني أحد " الا في الحالة التي اريد فيها ذلك.
- وظائف حفظ الأنا في وسط المجال الذي تعيش فيه العائلة، يجب أن يوفر لكل فرد من أعضائها الاستقلال في المجال الذي تشغله العائلة. (توفيق محمد خيضر، مرجع سابق، ص 96)
- وظائف الضمانات الاجتماعية وتكوين وحدة العائلة اي يجب على السكن ان يوفر مجالا خاصا بالأطفال ويوفر مكان للتركيز النفسي والاستهلاك العاطفي وكذا توفير مجال يسمح لكل عضو من اعضاء العائلة ان يقوم بدوره وان يتطور.
- وظائف الاستقبال والحياة الاجتماعية، التنظيم الحر للمجالات، وظيفة الحفاظ على الاشياء القديمة وامكانية ادماج وسائل الحياة العصرية كمكان الغسالة واخر للمكيف...

فالمسكن يعتبر مأوى للإنسان هذا المفهوم من المعاني القديمة او التقليدية التي ترافقت منذ فترة زمنية بعيدة، و يأخذ معنى المكان الذي تتحقق فيه الحاجات الجسدية و رعاية الاطفال و حفظ الممتلكات و علاوة على ذلك فهو ليس مكانا للإيواء فقط ولكنه وعاء للتنشئة الاجتماعية و مجال اقامة العلاقات الأسرية يمثل السكن البيئة السكانية، الجيرة الحي الصغير أو الهيكل البنائي الذي يتخذه الانسان مأوى له و البيئة التي تجاور هذا البناء بما فيه كل الخدمات و التسهيلات و الاستعدادات و الوسائل اللازمة للصحة الجسمية و العقلية و التعايش الاجتماعي السليم للأسرة و الفرد . (عبد الرؤوف عبد العزيز دواع، ص 27)

كما يحقق السكن وظيفة الحماية هذا المعنى الذي يتحقق من خلال اعتبار المسكن أحد مصادر الأمن الذاتي للأشخاص فهو الذي يدرأ عنهم المخاطر مهما كان نوعها وبذلك يعطي الإحساس بشعور الانتماء للمجتمع، وبناءا عليه فقد اصبحت الحماية تحمل بين طياتها معاني الاستقرار، الرضا لذلك يسعى الأشخاص الذين يفتقدون لهذا الشعور الى الانتقال من مكان الى اخر لتحقيق الهدف المنشود.

(عبد الحميد دلبي، مرجع سابق، ص 114)

يلعب شكل المسكن وما يحتوي عليه من تجهيزات والتي تعتبر بدورها مرآة عاكسة لمستواه الاجتماعي والثقافي اهمية كبيرة في تكوينه وتنشئته.

ان وظيفة السكن هو خلق الاستقرار والتقارب بين الافراد والأسر وحسن الجوار وحياة اجتماعية مرغوب فيها، لذلك فالمسكن من أولوية الحاجات عند الفرد وليس معنى ذلك أن الأفراد والأسر تسكن لمجرد اللجوء باعتبار المسكن يمثل حاجات فيزيولوجية، اجتماعية، ثقافية وسيكولوجية... الخ ومن المفروض أن يوفر كل فرد من أفراد الأسرة كل وسائل الراحة سواء جسدية أو نفسية كما يضمن طموح توسع العائلة من الناحية المادية أو التنمية الفكرية أو الانشراح العاطفي.

### 15- استخدامات المسكن ومشكلاته:

#### 15-1 الحاجات الفيزيائية الضرورية بالمسكن :

يحتاج المسكن من اجل استمرار وظيفة الى مجموعة من الشبكات اما ان تظهر على السطح أو أن تكون مغمورة في التراب، كذلك يحتاج الى مجالات متنوعة من اجل تحسين منظره وتنميته وتوفير هذه الحاجيات يسهل حياة الأسرة وكذلك كل العمال المنزلية وهي:

**15-1-1 المياه المنزلية:** تعتبر المياه العصب الرئيسي لحياة أي كائن حي لذا فكل فرد يسعى لأن يزود منزله بها فاستعمال الماء في المنزل متعدد وضروري يستعمل للنظافة، للشرب والطهي... الخ ويجب توفرها بشكل كافي ومعالجة وجودة عالية.

**15-1-2 قنوات الصرف الصحي " المجاري":** هي قنوات تصريف المياه القذرة من داخل المنزل الى الحفرة الخاصة بكل مسكن، وتعد هذه القنوات بنى تحتية أساسية تظهر في أدوات التعمير، ان هذه الشبكات التحتية تفرز الكثير من المشاكل كونها مصدر للأمراض المختلفة والروائح المزعجة، وعند انشائها تتطلب تكاليف باهضة لذلك فأغلب مساكن البناء الفوضوي لا تتوفر على صرف صحي.

**15 1 3 الكهرباء والغاز:** تعتبر من أهم الاستخدامات المنزلية وتعد من اهم عوامل الراحة بالمنزل.

**15-1-4 المطبخ، الحمام، المراض:** هي مرافق أساسية وضرورية لكل مسكن خاصة في المساكن الحديثة لأن بعض المساكن التقليدية تعاني من عدم توفر هذه المرافق بالصورة الضرورية خاصة الحمام بالنسبة للسكنات الهشة والأكواخ.

وتعتبر هذه العناصر الأساسية بمعامل الراحة بالمساكن والتجهيزات الصحية وكلما زادت درجة وجودها توفرت الراحة للأفراد الساكنين. (خلق الله بوجمعة، 2005، ص 58)

**16- عناصر المسكن :** ينقسم المسكن الى عناصر أساسية وتؤدي وظائف وأنشطة بكل عنصر وهي

كما يلي :

❖ **منطقة للنوم:** يعد هذا المجال في السكن خصيصا للنوم وذلك طلبا للراحة والهدوء ويجب ان تبتعد هذه المنطقة عن منطقة الخدمات والعمل والمعيشة لتوفير الهدوء والراحة النفسية كما يجب أن تتوفر بها بعض الشروط الصحية مثل: التهوية الكافية، ضوء الشمس، ومن الأفضل ان لا يزيد عدد الأفراد في كل حجرة عن اثنين.

❖ **منطقة المعيشة:** وهي المنطقة الحيوية بالسكن وتتم بها عدة أنشطة ولكنها غالبا ما تكون أنشطة خاصة بأفراد الأسرة، لذا يجب أن تكون في مكان منعزل عن المدخل الرئيسي للسكن، حتى يستطيع افراد الأسرة ممارسة انشطتهم بشيء من الحرية والراحة، كما يتم في هذه المنطقة اجتماع الأسرة وممارسة الهوايات وتناول الطعام، وقد يتم استقبال بعض الزوار المقربين.

❖ **منطقة الخدمات:** من المناطق المهمة في السكن حيث تضم المطبخ، الحمام، أماكن التخزين، مدخل السكن في غالب الأحيان تتم الأنشطة الخاصة بكل عنصر في المنطقة المحددة لها، لكن قد تجتمع الأنشطة في منطقة واحدة مثل المعيشة " النوم " وينتشر ذلك في المساكن ذات المساحات الصغيرة والمساكن الفقيرة. (فاتن مصطفى كمال، 2005، ص 17)

#### 16 1 الإسكان مشكلة متعددة الجوانب والأبعاد:

تأخذ مشكلة السكن ابعادا وجوانب عديدة منها الاجتماعية، النفسية، الاقتصادية والثقافية وحتى الايكولوجية وغيرها من الجوانب وهي باختصار ظاهرة متشابكة ومعقدة ترتبط بمجموعة من المسائل والظواهر والاهتمامات ابتداء من دخل الفرد والمسائل السياسية والتشريعات الاجتماعية... الخ فموضوع السكن والإسكان لم يكن موضوعا وليد الأيام الحاضرة، وانما هو قديم قدم الانسان نفسه ، عندما اتخذ من الجبال بيوتا ليقضي فيها الوقت الذي يخلد فيه الى الراحة و الهدوء، كما انه لم يتوازن في الوقت ذاته عن تطوير هذه البيوت كلما استطاع الى ذلك سبيلا، لعله يجد ف كنفه ما يمتلكه من المأوى ما يحفظ نوعه من الانفراد و يوفر له نوعا من الحماية و الاستقرار، و يجعله قادرا على بذل ما يكمن فيه من القدرات لتطوير الحياة على الأرض لأن التطور هو السمة البارزة في حياة البشر في الفكر، و أساليب الحياة المختلفة (حسن رشوان، 2002، ص 102).

#### 16 2 مظاهر المشكلة السكانية:

بالنظر الى المدينة على انها على درجة متقدمة من الثقافة، تكون فيها العلوم متطورة الى حد ملموس كما ترتفع فيها درجات الفن وتترقى مظاهر الحياة السياسية والديبلوماسية ومع النمو الحضري يمتد

العمران وبتزايد عدد السكان بشكل ملحوظ وتزداد الكثافة السكانية وتتمو الصناعة ومجالاتها وبتزايد معها استخدام مصادر الطاقة المختلفة وبذلك يزداد معدل التلوث ويؤثر على التوازن الطبيعي للعناصر الطبيعية بصفة عامة و يتركز هذا التزايد في المناطق الحضرية و الصناعية يوما بعد يوم ، و الانسان بطبيعته يميل الى التحضير و الاستمتاع بالأساليب الحديثة و الوسائل العصرية في معيشتة ، فقد اكدت هذه الحقيقة دراسة وانستي وشترن حيث ذكر أن حوالي 21% من سكان العالم يعيشون في مدن أو تجمعات تصل الى أكثر من 20000 و بذلك ظهرت عدة مشكلات في الوسط الحضري من أهمها مشكلات الإسكان و تتجلى مظاهرها في:

1. النوم على الأرصفة.
2. ظهور الأحياء الفقيرة.
3. اكتظاظ الأحياء الفقيرة بالسكان.
4. احتلال أراضي الغير.

فمنذ ظهور المدينة وعدد المحرومين من السكن في تزايد لكن بزيادة تطورها وتحضرها أصبحت مشكلات السكن ظاهرة عامة وعالمية تواجه الدول المتقدمة والمتخلفة معا ولكن تختلف درجة حدتها وأساليب مواجهتها ولقد اخذت الأوضاع السكنية المتدهورة نصيبها من الاهتمام الدولي عندما وصلت حديثا الى الحد الذي تقف فيه جنبا الى جنب مع المشكلات الاقتصادية كالبطالة والتضخم...

(السيد عبد العاطي السيد، 2003، ص236)

الفصل الثالث

الفصل الثالث:

الصحة النفسية

• تمهيد

1 لمحة تاريخية لموضوع الصحة النفسية

2 - مفهوم الصحة النفسية

3 معايير الصحة النفسية

4 نظريات الصحة النفسية

5 أهمية الصحة النفسية

6 مناهج الصحة النفسية

7 مظاهر الصحة النفسية

8 مستويات الصحة النفسية

9 الصحة النفسية في الجزائر.

**تمهيد:**

حظيت الصحة النفسية باهتمام كبير منذ القديم وقد شملت اهتمام الكثير من الباحثين خاصة في السنوات الأخيرة فقد درسوا الصحة النفسية لدى الفرد بغية حمايته من الوقوع في مختلف الاضطرابات النفسية، حيث أن هذا العصر الحديث هو معروف بعصر الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية، مما جعل الاضطرابات النفسية موضع اهتمام لدى الباحثين في كل الميادين، لذلك سوف نتعرض في هذا الفصل إلى مفهوم الصحة النفسية من خلال تطورها التاريخي والتطرق إلى معاييرها ومختلف النظريات التي تناولتها إضافة إلى أهميتها وكذا مناهجها، ومظاهرها ومستوياتها حتى نصل إلى تقديم لمحة عن الصحة النفسية في الجزائر.

## 1 لمحة تاريخية لموضوع الصحة النفسية:

إن ما وصل إليه علم الصحة النفسية اليوم، لم يأت إلا بعد كفاح مرير استمر قرونا طويلة، وتم عبر مراحل علمية وتاريخية عديدة يمكن استعراضها كما يلي:

### 1-العصور القديمة:

تتضمن حضارات مرحلة ما قبل العلمية، وهي المرحلة السابقة للقرن السابع عشر، والتي تتغلغل عمقا إلى ما قبل الميلاد بقرون عديدة (العناني حنان عبد الحميد، 2003، ص22)، وقد كان ينظر إلى الاضطرابات النفسية باعتبار مصدرها في اتجاهين:

#### أ -الاتجاه الشيطاني في تغير السلوك:

كان يسود الاعتقاد بأن المرضى النفسيين تلبسهم روح شريرة، وكانوا يسمون بالملبسين، فكانوا يقيدون بالسلاسل ويوضعون في أماكن مرعبة ومظلمة ويعذبون بشدة إلى حد إحداث ثقوب في جماجمهم، بهدف استخراج الأرواح الشريرة، كما كانوا يحبسون داخل الأقفاس ويتركون دون رعاية ويعرضون على الناس بغرض التسلية بهم (الشرقاوي مصطفى خليل، 1977، ص ص: 16 - 17)، و كانت الفكرة السائدة عند قدماء المصريين أن الأمراض تنشأ عن غضب الآلهة أو بسبب تقمص أرواح الموتى لجسد المريض وامتلاكه، أما اليونانيين القدماء، فيرون أن المرض العقلي من عمل الشياطين الذين يتجسدون الناس، وقد ظلت هذه الاعتقادات مستمرة في العصر الروماني، ثم في القرون الوسطى وحتى أواخر القرن الثامن عشر (سعد جلال، 1986، ص20).

#### ب الاتجاه الطبيعي في تفسير السلوك:

ظهر التفسير الطبيعي لسلوك المريض، كمحاولة من بعض المفكرين لإرجاع هذا السلوك إلى عوامل جسمية طبيعية، وقد كانت العصور الوسطى فترة ازدهار لعلم الصحة النفسية وبداية تغيير الأفكار القديمة المتعلقة بالمرض النفسي، خاصة في البلاد الإسلامية بخلاف العالم الأوروبي الذي كان يعيش في فترة ظلام دامس، وقد اهتم الخلفاء المسلمون والحكام العرب بإقامة المستشفيات، فكان أول مستشفى في العالم الإسلامي ذلك الذي أنشأه الوليد بن عبد المالك الأموي عام (88 هـ الموافق لـ 707 م )، ثم أنشأ بعده المنصور العباسي دار العجزة والأيتام وأخرى لمعالجة الجنون، وتلي ذلك إنشاء عدد كبير من دور المرضى على أيدي الحكام الأيوبيين والفاطميين (العناني حنان عبد الحميد، مرجع سابق، ص25).

وقد وردت مصطلحات الصحة النفسية في مؤلفات ابن سينا، الرازي، والغزالي أهمها: الانفعالات النفسية الأهواء، الوسواس، الصراع الروحي والأفعال المنعكسة (أبو حويج مروان، 2001، ص15).

## 2- العصور الحديثة: مر الاهتمام بالصحة النفسية في القرون الحديثة بعدة مراحل أهمها:

### أ -مرحلة الإصلاح والتطوير:

في العقد الأخير من القرن الثامن عشر وجدت طريقة جيدة في معاملة مرضى العقول، فقد حاول الأطباء استخدام العلاج المعنوي في إنجلترا وفرنسا، وذلك من خلال إظهار المعاملة الحسنة للمرضى بدلا من المعاملة السيئة؛ فتم تحريرهم من السلاسل والسماح لهم بحرية التجوال في المستشفى. ( كاملة الفرخ شعبان، 1999، ص ص 24-25 ).

### ب مرحلة الاكتشافات العلمية والطبية:

كشفت الدراسات الطبية في أواخر القرن التاسع عشر إلى تحول في رعاية المرضى من مجرد العطف إلى العلاج والشفاء، فقد تقدم علم الأعصاب وعلم النفس وصححا كثيرا من المفاهيم الخاطئة حول المرض والمرضى، وتميزت هذه الفترة بظهور أربعة اتجاهات:

- الاتجاه العضوي: وهو الذي يرد سلوك المريض إلى تلف في المخ أو إلى عيوب وراثية واختلال في الغدد.
- الاتجاه السيكولوجي: وهو الذي يرد المرض إلى عوامل نفسية.
- الاتجاه النفسي الداخلي: وهو الذي يرجع الاضطرابات النفسية إلى أعماق الشخصية وصراعاتها.
- الاتجاه السلوكي: وهو الذي يرجع سلوك المريض إلى التعلم بوصفه عادات سلوكية غير توافقية متعلمة نتيجة مثيرات خارجية، وقد كان " لبافلوف " فضل الريادة في هذا الاتجاه الذي أصبح مدرسة قائمة بذاتها في علاج الأمراض النفسية. (العناني حنان عبد الحميد، مرجع سابق، ص26)

### ج-مرحلة حركة الرعاية الصحية والعقلية:

شارك أفراد عديدون خلال القرن العشرين في إقامة دعائم الرعاية النفسية للأفراد فقد دعا " فارلي " في فرنسا إلى إنشاء عدد من الجمعيات بهدف إعادة التكييف الاجتماعي للجانحين والمجرمين فتم تنظيم الجمعية

الوطنية الأمريكية للصحة العقلية وكان هدفها الوقاية من المشكلات العقلية، تحسين الرعاية العقلية وتطبيق فلسفة الصحة العامة في مجال الطب النفسي.

د-مرحلة علم الصحة النفسية:

أدت المعرفة الموضوعية للأمراض في هذا المجال إلى قيام علم الصحة النفسية التي تعرف بأنها: الدراسة العلمية للصحة النفسية وعملية التوافق النفسي، ما يحققها وما يعيقها، وهكذا تطور الاهتمام بالصحة النفسية في مجاله الواسع. (كاملة الفرخ شعبان، مرجع سابق، ص ص 26-27).

## 2 مفهوم الصحة النفسية:

قبل البدء بتعريف الصحة النفسية لا بد في البداية من مناقشة مفهوم الصحة عموماً، والانتقال بعد ذلك لمناقشة مفهوم الصحة من منظور عضوي (جسدي) ومن منظور نفسي على الرغم من أن الحدود قد لا تكون واضحة في بعض الأحيان، ويصعب الفصل من الناحية المفاهيمية بين المصطلحات ووضع الحدود بينها، وبالتالي سنلاحظ أن ما سيقال عن الصحة عموماً أو عن الصحة الجسدية أو عن الصحة النفسية سيكون متداخل بحيث يمكن تعميم أي تصور من التصورات الأخرى دون الإخلال بالمعنى.

في عام (1948) عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها " حالة من تكامل الإحساس الجسدي والنفسي والاجتماعي، وليست فقط حالة الخلو من المرض والعاهة". وقد تعرض هذا التعريف لكثير من الانتقادات بسبب الطبيعة المثالية والمعيارية التي يتضمنها، غير أنه يمكن اعتباره إطار توجه عام لتعريف وتحديد معنى الصحة. (العناني حنان عبد الحميد، مرجع سابق، ص 29)

وهناك تعاريف كثيرة تستند بشكل عام إلى هذا التعريف في الصحة كالتعريف التالي لـ هوريلمان (1995) HURRELMANN ) ، حيث يرى أن: " الصحة عبارة عن حالة من الإحساس الذاتي والموضوعي عند شخص ما، وتكون هذه الحالة موجودة عندما تكون مجالات النمو الجسدية والنفسية والاجتماعية للشخص متناسبة مع إمكاناته وقدراته وأهدافه التي يضعها لنفسه ومع الظروف الموضوعية للحياة ، إنها حالة من التوازن الواجب تحقيقها في كل لحظة من لحظات الحياة " .(سامر جميل رضوان، 2002، ص 25)

ويشير كل ومن ايربين فرانسكوفايك وفينتنسل(1986) في النقاش العلمي لمفهوم الصحة إلى ثلاثة مبادئ:

- تعتبر الصحة حالة موضوعية قابلة للاختبار الطبي البيولوجي.

- يمكن اعتبار الصحة بأنها التكيف الأمثل الممكن مع متطلبات المحيط. (المرجع السابق، ص27)

كما ويمكن اعتبارها حدثا سيروريا (تفاعليا) لتحقيق الذات على شكل التعديل الهادف والفعال للبيئة.

(كاملة الفرخ شعبان ،مرجع سابق،ص28)

وينظر للصحة في المبادئ النظرية الحديثة إلى أنها حالة فردية من الإحساس بالعافية يكون فيها الفرد قادرا على تحقيق التوازن بطريقة مناسبة بين المتطلبات الجسدية الداخلية والمتطلبات الخارجية للبيئة ويرى كل من شرودر وشويش (schroeder et schech، 1990) الصحة من منظور التوازن المثبت للمنظومة المحقق دائما للتناقضات في علاقة الإنسان والمحيط، وتعتبر الصحة عن نوعية تنظيم العلاقة المتناقضة بين الفرد والمحيط، ويصف أندرسون (Anderson، 1995) الصحة في خمس نقاط:

أ - كنتاج ونتيجة

ب كحاطقة كامنة من أجل تحقيق الأهداف المرجوة أو للقيام بوظائف معنية

ت كصيرورة (حدث تفاعلي)، حيث تمثل الصحة ظاهرة ديناميكية متغيرة باستمرار.

ث كحالة يعيشها الفرد.

ج كصفة تميز الفرد ككل، بمعنى اللياقة التي يتمتع بها الفرد وتميزه عن غيره والمظهر الحاسم

للصحة هو الشعور الشخصي للإحساس بالعافية والسعادة والسرور أو بتعبير آخر هي ليست مجرد

الحالة الموضوعية وإنما الحالة الشخصية التي تتجلى فيها القيم الشخصية والثقافية للفرد

## 1-2 مفهوم الصحة عند غادامير gadamerr:

يتحدث الفيلسوف غادامير (Gadamer Hans georg (1993) عن كمولنية الصحة أو تسترها، فلو تصورنا

أن الصحة والمرض، بكجميع جوانبهما عبارة عن شيئين يوجد كل منهما في كفة ميزان، حيث تتوازنان حيناً

وتكون واحدة أكثر وزناً من الأخرى في أحيان أخرى، فسيكون الإنسان نصف مريض ونصف سليم

أو معافى، نصف قادر ونصف غير قادر، نصف منطوي ونصف غير منطوي ...

(سامر جميل رضوان، مرجع سابق، ص 27-33)

## 2-2 مفهوم الصحة النفسية في 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 والانجاز، ويمتلك مدخلا لجميع أجزاء "الهو" ويستطيع ممارسة تأثيره عليه ولا يوجد هناك عداء طبيعي بين الأنا والهو إنهما ينتميان لبعضهما بعضاً ولا يمكن فصلهما عملياً عن بعضها في حالة الصحة (Freud 1926) ويشكل الأنا بهذا التحديد كثيراً أو قليلاً الأجزاء الواعية والعقلانية من الشخص، في حين تتجمع الدوافع والغرائز اللاشعورية في الهو، حيث تتمرد وتنشق في حالة العصاب (الاضطراب النفسي)، في حين تكون في حالة الصحة النفسية مندمجة بصورة مناسبة. (نفس المرجع السابق، ص 35)

وتوجد أربعة مجالات حياتية تعبر الصحة النفسية عن نفسها من خلالها وهي: الحب/ العمل / المجتمع / الصداقة، والشرطين الأول والثاني يمثلان معيار "فرويد" في الصحة النفسية المتمثل في أن الإنسان السليم هو القادر على الحب والعمل، حيث تلعب القدرة على الانجاز في كلا الاتجاهين، ويذكرنا في الشطر الثالث بالمسلمة القائلة: "إن الإنسان عبارة عن مخلوق اجتماعي بالدرجة الأولى"

( جمال أبودلو، 2009، ص ص 28-13 )

## 2 3 مفهوم الصحة النفسية من وجهة نظر التحليل الوجودي:

رأى Freud سعادة الإنسان في قدرته على العمل بكفاءة وفي سعادته الجنسية ووسع Adler هذا التصور للصحة ليشمل التوجه الاجتماعي نحو مثل جماعية عليا، أما التحليل الوجودي فقد عرف الصحة النفسية بأنها « السيطرة على المكامن الجسدية والنفسية والعقلية وبطريقة مشابهة للتحليل النفسي المتمثلة في جعل المكبوتات مدركة ودمج الأجزاء المنقسمة من الشخصية » أهتم التحليل الوجودي بالأجزاء غير النامية من الشخصية، ويهدف العلاج النفسي في التحليل الوجودي إلى صهر الدوافع لتذوب في رؤية ثابتة ومحددة للعامل والذات فهو ينطلق من الإنسان السليم ويعتبر المرض شكلاً قاصراً من الصحة ويتجنب التحليل الوجودي الحديث عن عصابات وتضرر الإنسان يؤكد على أنه حتى في العصابات يمكن إيجاد مساحات متدرجة من الحرية، وينبغي توسيعها والتحليل الوجودي لم يهتم كثيراً بتحديد السمات الأساسية للصحة النفسية، عدا عن وجود بعض الإشارات حول ذلك في السمات الجوهرية الثمانية للوجود الإنساني التي سنعرضها فيما يلي:

- يمتلك الإنسان في البداية بوصفه مخلوقا وحيدا تصورا عن وجوده في المكان (المجال) والإنسان الخالي من الهموم يمتلك وجدانا حرا وصافيا وواضحا، والوجود الداخلي هو وجود مع الآخرين، وغالبا ما يتبدل مدى المكان (المجال) من يوم إلى آخر ويبدو أنه يكون متعلقا بمقدار الشجاعة.
  - وبما يشبه المكان يعيش كل إنسان في الزمن، والإنسان السليم يخوض في كل أبعاد الزمن في الوقت نفسه والحياة الملموسة تعبر عن نفسها من خلال الحاضر كذكرى وخبرة يكون محببا للإنسان السليم نفسيا.
  - الجسمانية هي أبعد من مجرد التجسد إذ أنه في الحقيقة لا توجد أي ظاهرة على الإطلاق من الوجود الإنساني لا يلعب الجسد فيها دورا أو يمكن أن تكون لا جسمانية.
  - تلزمتنا حقيقة أننا لسنا الوحيدين في هذا العالم الذين نهتم بالآخرين ونعني بهم، فالإنسان بطبعه ميال للآخرين (الوجود مع الآخرين)
  - يحمل الإنسان في طيات نفسه كل ما يمكن تصوره في أمزجة، غير أن مدى بروزها أو ظهورها يتعلق بطبيعة العلاقة بالعالم، فالحالة المزاجية تعكس نوع الانفتاح على العالم.
  - تعمل الذاكرة وتاريخ الإنسان على الاحتفاظ بما حدث في الماضي. ( نفس المرجع ، ص 32)
  - أكد بوس على الهروب من الموت، الذي يتجلى في المحاولات اللامتناهية بالتضليل عن هذه الحقيقة ومدح بدلا من ذلك السلوك الإنساني " غير الهارب" وغير المموه" الكريم بحق تجاه الموت الذي يتمثل في التحمل الدائم لمعرفة النهاية المحتومة.
  - وأخيرا تعد السمات الجوهرية المذكورة أعلاه على نفس الدرجة، ولا توجد فيها واحدة فوق الأخرى فكل الظواهر الإنسانية الأخرى تتضمن هذه السمات الجوهرية على الرغم من شدتها المختلفة.
  - ويمكننا أيضا أن نضع هذه التعاريف:
- 1 هي التوافق التام أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة، مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ عادة على الإنسان ومع الشعور الإيجابي بالسعادة والكفاية.
- ( عبد العزيز القوصي، 1962، ص54)
- 2 هي المهارة في تكوين علاقات شخصية اجتماعية فعالة، والدخول في علاقات اجتماعية ايجابية ومقبولة من الفرد والمجتمع. ( عبد الستار إبراهيم، 1983، ص35 ) .

3 هي حالة دائمة نسبيا، يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا مع نفسه ومع بيئته ويشعر فيها بالسعادة مع نفسه، ومع الآخرين، ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته سوية، ويكون سلوكه عاديا بحيث يعيش في سلامة وسلام.

4 إن الصحة النفسية هي توازن بين الغرائز والرغبات الخاصة..والذات والضمير ،وأحيانا تعرف الصحة بأنها القدرة على التآرجح بين الشك واليقين.(عبد المنعم الميلادي،2004،ص4)

### 3-معايير الصحة النفسية:

لقد واجهتنا جميعا ولو لمرة واحدة في حياتنا المفاهيم المتزاوجة السواء - الشذوذ، الصحة - المرض التظابق .... التكيف، سوء التكيف .....الانحراف...الخ. ونحن نستخدم هذه المفاهيم في أطر مختلفة للإشارة إلى مجموعة كبيرة من الظواهر السلوكية الفردية والجماعية والاجتماعية التي تبدو غير مألوفة وغير معتادة أو للإشارة إلى وجود نوع من الخلل والاضطراب.

مفاهيم مختلفة للمعيار في علم النفس والصحة النفسية:

ميز آيزينك في عام 1977 في إطار تقويم السلوك السوي والسلوك الشاذ، أو بين الصحة النفسية والاضطراب بين " المعيار الإحصائي" والمعيار المثالي و" المعيار الطبيعي" ويؤكد على أنه لابد من الانتباه بصورة خاصة إلى عدم الخلط الذي يحدث أحيانا بين معنى السواء الذي يتم وفق المعيار الإحصائي والمعيار المثالي عند ما يتم استخدام الكلمة " سواء" لوصف حالة نفسية سليمة فنحن إذا ما قرأنا في مرجع من مراجع التحليل النفسي بأنه ليس هناك من إنسان سليم نفسيا، فالمقصود هنا مفهوم السواء بمعناه المثالي وليس بالمعنى الإحصائي، إذ أن الخلط هنا سيقودنا إلى تفسيرات غير معقولة على الإطلاق ، فمفهوم المعيار الإحصائي يستند إلى أكثرية الناس، أما المعيار المثالي بالمقابل فهو يصف الحالة التي ينبغي للإنسان الوصول إليها ، أي يصف ما يجب أن يكون وليس ما هو قائم بالفعل.

أما السواء بالمعنى " الطبيعي" فيصف السلوك الذي يعتبر " طبيعيا" ، كالعلاقة الجنسية الغيرية بين الرجل والمرأة على سبيل المثال، ويرى إيزينك أن " المعيار الطبيعي" يستند إلى المعيار الإحصائي أصلا، فنحن نطلق تسمية " طبيعة" على أشكال السلوك التي تكثر ممارستها في مجتمع معين، أي على ما اعتادت غالبية الناس ممارستها والقيام به.(سامر جميل رضوان،مرجع سابق،ص58)

وسوف نتبع في ما يلي عرض hofstaetter هوفشتتر للمفاهيم المختلفة للمعايير:

## I. المعيار الإحصائي:

يقوم هذا النوع من المعايير على مدى تكرار أو توزع سلوك ما في مجتمع من المجتمعات أو في عينة منه ويتم تمثيل هذا التوزيع أو التكرار في توزع جرس غاوس، وتطلق على المجال المتوسط في هذا التوزيع تسمية المدى الطبيعي أو المدى المتوسط أو السوي، حيث يساوي المجال المتوسط هنا المتوسط الحسابي مضافا إليه الانحراف المعياري، في حين تعتبر المجالات المتطرفة الموجودة في كلا الجانبين " شاذة أو غير سوية" ويعد المعيار الإحصائي سهلا للتمثيل والفهم، غير أن دقته الإحصائية تعتمد على مدى جودة ودقة اختيار العينة الممثلة للسلوك المراد تحديده وقياسه. (سامر جميل رضوان، مرجع سابق، ص59)

II. المعيار المثالي: يقصد بالمعيار المثالي حالة من الكمال، أو مجموعة من الشروط الواجبة، المستقلة عن الواقع والزمان، يعتبر الوصول إليها والسعي نحو تحقيقها أمرا جديرا بالطموح، وتصف المعايير المثالية الإمكانيات التي تستحق السعي المفيدة كنموذج، كقدوة للطموح، كمثل أعلى للسلوك الإنساني ويتم تقييم "السواء" أو "الشذوذ" في هذا المعيار من وجهة نظر أخلاقية أو دينية أو إيديولوجية أو من خلال قيم أخرى، وكل إخلال في هذه المعايير يعد انحرافا وبالتالي شذوذا.

ويرتبط المعيار المثالي ارتباطا وثيقا مع المعيار الاجتماعي والمعيار الشخصي (الذاتي).

III. يقصد بالمعيار الاجتماعي: توقعات مجموعة ما من سلوك شخص ما، وترتبط هذه التوقعات الاجتماعية بالعادات والقيم والمعايير السائدة في المجتمع ويتوجه المجتمع الديني والسياسي والأخلاقي والاقتصادي.

IV. أما المعيار الشخصي أو الذاتي: فيحل التقييم الذاتي للشخص نفسه موقع الصدارة، وهما قد يتعاكسان أو يتناقضان مع بعضهما أو قد يتطابقان ويعتبر الإحساس الذاتي المنطلق المركزي للتقييم في المعيار الشخصي ولكنه يتأثر بشكل خاص بالمعايير الاجتماعية والمثالية بشدة.

V. المعيار الوظيفي: يقصد بالمعيار الوظيفي عموما الحالة المتفقة مع الفرد فيما يتعلق بأهدافه وقدراته ويمكن للعمل في أيام العطل أن يكون محرما أو ممنوعا وفقا للمعيار المثالي، ومحاولة وضع تكرار إحصائي سوف تقود إلى نتيجة مشابهة، أي أن عدد قليل من الناس هم الذين يعملون في أيام العطل ولكن عندما نتأمل هذا من وجهة نظر معيار وظيفي، فإنه يمكن النظر للعمل بالنسبة لشخص ما على أنه أمرا اعتيادي من الناحية الوظيفية. (نفس المرجع سابق، ص63-65)

**VI. المعيار التفاعلي:** إن الاعتماد على معيار واحد من المعايير السابقة المذكورة قد يكون له مبرراته في الحياة العملية اليومية ولكن عندما يتعلق الأمر بإطلاق الأحكام الشخصية في علم النفس المرضي والممارسة العيادية أو الصحة النفسية لا يكفي الركون إلى معيار واحد من هذه المعايير كما نوهنا سابقاً، ومن المؤكد أن المعايير المختلفة ليست منعزلة عن بعضها وإنما ترتبط مع بعضها بطريقة تفاعلية. (سامر جميل رضوان، مرجع سابق، ص 66)

#### 4 - نظريات الصحة النفسية:

تناولت عدة نظريات موضوع الصحة النفسية، و نذكر منها ما يلي:

##### 4 1 النظرية التحليلية:

يرى **Freud** أن الصحة النفسية هي قدرة الفرد على مواجهة الدوافع البيولوجية و الغريزية، والسيطرة عليها في ضوء متطلبات الهو والأنا الأعلى، حيث يرى أيضا أن الإنسان يستطيع الوصول إلى تحقيق جزئي لصحته النفسية، لكونه في صراع دائم بين متطلبات الواقع ومحتويات الهو، كما أكد على أهمية دور العوامل الاجتماعية في تحقيق الصحة النفسية. لقد عارض **Adler** هذه النظرية و رأى أن الإنسان يستطيع التغلب على الشعور بالنقص و يحقق الصحة النفسية عن طريق الميل الاجتماعي والعيش مع الآخرين التنشئة الاجتماعية الصحيحة، وضع أهداف محددة والعمل على تحقيقها.

أما **Erikson** فيرى أن الصحة النفسية تتمثل في قدرة الفرد على مواجهة مشكلات الحياة في مرحلة معينة فتساعده على تحقيق الصحة النفسية في المراحل التالية.

بينما حسب **كارين هورني Horny** فتتمثل الصحة النفسية في إدراك الذات تحقيقها و المقدره على إضفاء التكامل بين معظم الحاجات النفسية (العناني حنان عبد الحميد، مرجع سابق، ص 14-15).

##### 4 2 النظرية السلوكية:

ترى هذه النظرية أن السلوك ينشأ من البيئة ، فعملية التعلم تحدث نتيجة لوجود دوافع ومثيرات بمعنى أنه إذا وجد مثير حدثت الاستجابة (السلوك)، ولكي يقوى الربط بين المثير والاستجابة لا بد من التعزيز، أما إذا تكررت الاستجابة دون تعزيز كان ذلك عاملا على إضافة التعلم وتقدير هذه النظرية أن الناس يقومون بسلوك سوي معين لأنهم تعلموا أن يتصرفوا بهذا الشكل نتيجة للتعزيز (المرجع السابق، ص 16).

تركز هذه النظرية على قدرة الفرد على اكتساب عادات تتناسب مع البيئة التي يعيش فيها، وتعتمد على التعلم وتعديله أو إعادة التعلم، حيث أن هذه النظرية لا تبحث في خبرات الطفولة بل تعتمد فقط على الحاضر ولها عدة أساليب في العلاج منها تمارين الاسترخاء، تقليل الحساسية التدريجي، التعزيز الايجابي والسلبى الإيحاء ولعب الدور (كاملة الفرخ شعبان ، مرجع سابق، ص19)

#### 3-4 النظرية المعرفية:

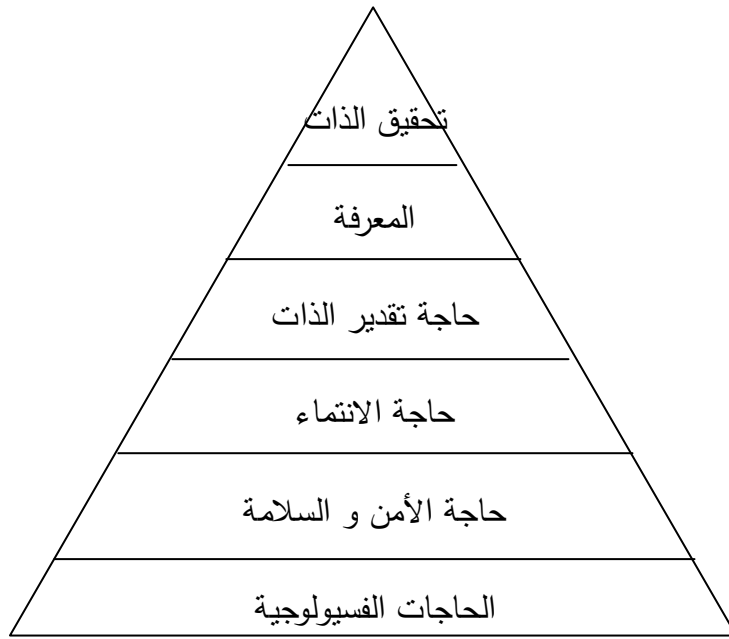
تتضمن الصحة النفسية من وجهة أصحاب هذه النظرية القدرة على تفسير الخبرات بطريقة منطقية تمكن الفرد من المحافظة على الأمل واستخدام مهارات معرفية مناسبة لمواجهة الأزمات وحل المشكلات. وعليه، فإن الشخص المتمتع بالصحة النفسية فرد قادر على استخدام استراتيجيات معرفية مناسبة للتخلص من الضغوط النفسية (العناني حنان عبد الحميد، مرجع سابق، ص ص 18-19).

#### 4-4 النظرية الإنسانية:

صاحب هذه النظرية هو أبراهام ماسلو الذي يرى أن الصحة النفسية هي "أن يكون الفرد كاملاً بما يتضمنه ذلك من ارتباطه بمجموعة من القيم منها صدق الفرد مع نفسه ومع الآخرين، وأن يكون لديه الشجاعة في التعبير عما يراه صواباً، وأن يتفق في أداء العمل الذي يجب أن يؤديه وان يكشف من هو؟ وما الذي يريد؟ وما الذي يحبه؟ وما هو خير له؟ وأن يتقبل ذلك جميعاً دون اللجوء إلى أساليب دفاعية يقصد بها تشويه الحقيقة" (الخالدي أديب، 2002، ص30)

كما يرى ماسلو أن للفرد حاجات متنوعة، وهي تتوزع بصورة هرمية كالاتي:

- المستوى الأدنى: و يضم الحاجات الفسيولوجية والحاجة إلى الأمن والسلامة ، و هذه الحاجات على درجة عالية من الأهمية فإذا كان الفرد مرتاحاً ومشعاً لحاجاته والجسمية ويشعر بالأمان فإنه سيحاول إشباع المستوى الأعلى من الحاجات التي يطلق عليها الحاجات الاجتماعية.
- المستوى الأعلى: ويضم حاجات الصداقة والعطف والحنان والانتماء، وبعد اشباع هذه الحاجات يسعى الفرد إلى إشباع دوافع التحصيل والتقدير تم دافع تحقيق الذات الذي يعد الغاية العظمى في هرم ماسلو (العناني حنان عبد الحميد، مرجع سابق، ص 14 )



الشكل رقم (1) يوضح هرم " ماسلو " للحاجات

وتتحقق الصحة النفسية من وجهة نظر ماسلو عندما يتمكن الفرد من إشباع هذه الحاجات بطريقة سوية ويحقق إنسانيته الكاملة. (كاملة الفرخ شعبان، 1999، ص 19) .

#### 4-5 نظرية التمرکز حول الذات:

وضع كارل روجرز **Rogers** نظرية الذات في علم النفس، و يرى أن كل فرد قادر على إدراك ذاته وتكوين مفهوم أو فكرة منها، وينمو مفهوم الذات نتيجة للتفاعل الاجتماعي جنب إلى جنب مع الدافع الداخلي لتحقيق الذات، ولكي يحقق الإنسان ذاته لا بد أن يكون مفهومه عنها موجبا وحقيقيا، وعليه فإن الشخص المتمتع بالصحة النفسية قادر على تكوين مفهوم إيجابي عن نفسه، وهو الذي يتفق سلوكه مع المعايير الاجتماعية ومفهومه عن ذاته. (العناني حنان عبد الحميد، مرجع سابق، ص 18) .

4-6 النظرية العقلانية الانفعالية: لصاحبها ألبرت إليس الذي يؤكد على أن الصحة النفسية هي القدرة على تغيير الأفكار غير العقلانية إلى أفكار عقلانية. (كاملة الفرخ شعبان، مرجع سابق، ص 2)

قدم هذا الباحث مجموعة من الأفكار حول طبيعة البشر والاضطرابات التي يعانون منها ونذكر على سبيل المثال فكرته حول الاضطراب الانفعالي والنفسي الذي يعتبر نتيجة للتفكير غير العقلاني وغير المنطقي وفي الواقع أن الانفعال هو تفكير متحيز ذو طبيعة ذاتية عالية وغير المنطقي، وهذا التفكير ينشأ عن التعلم

غير المنطقي المبكر الذي يكون الفرد مهياً له من الناحية البيولوجية والذي يكتسبه بصفة خاصة من والديه ومن المجتمع وأثناء عملية النمو فإن الطفل يتعلم أن يفكر وأن يشعر بأشياء معينة بالنسبة لنفسه وللآخرين. (علي كمال، 1994، ص ص 96-97)

**5- أهمية الصحة النفسية:** ترجع أهمية الصحة النفسية للفرد والمجتمع والتي تتضح في الآتي:

5-1 أهمية الصحة النفسية بالنسبة للفرد: تكمن أهمية الصحة النفسية بالنسبة للفرد في:

**أ- تساعد الفرد في حل مشكلاته التي يواجهها في الحياة:** إننا نعيش في عصر من التقدم التكنولوجي ووسائل الاتصال الحديثة التي جعل الفرد يعبأ من مواجهتها فلا بد من الدوافع لإشباعها وعدم مواجهتها تجعل الفرد في إحباطات عديدة، فالفرد الذي يتمتع بصحة نفسية سليمة تجعله يسعى إلى البحث وراء الحلول البديلة التي تشبع دوافعه حتى لا يكون عرضة للانهايار و يسعى أيضا لتحقيق دوافعه وإشباع رغباته ويقلل من صراعاته وجهده وإحباطاته والتوترات والقلق الذي ينشأ عنه عدم تحقيق هذه الدوافع.

**ب- تساعد الفرد للعيش حياة اجتماعية سليمة:** إن الشخص المتمتع بصحة نفسية سليمة يتميز بالهدوء والاتزان الانفعالي في كافة تصرفاته مع الآخرين و المحيطين به اجتماعيا، سواء الأسرة أو العمل أو المجتمع الذي يعيش فيه، ويتقبلهم ويتقبلونه ويكون لديه من القدرة على تكوين الجماعات والعلاقات الاجتماعية السليمة والتفاعل مع الآخرين. ( نفس المرجع ، ص 99)

**ج- تساعد الفرد على التركيز والاتزان الانفعالي:** الصحة النفسية السليمة تساعد الفرد على التعلم الجيد و تمتعه بالتركيز والاتزان والهدوء النفسي وخلوه من الأمراض والاضطرابات النفسية والشخصية وأن هذه لا تتوفر إلا للأشخاص الذين يتمتعون بصحة نفسية سليمة وجيدة ويكونون أقدر على التعلم الجيد واكتساب الخبرات.

**د- تساعد الفرد على الأمن و الطمأنينة والهدوء النفسي:** إن الفرد المتمتع بصحة نفسية سليمة و جيدة يكون متزنا مطمئنا لا تسيطر عليه هموم الحياة ومشاكلها ولا يتعرض للقلق والتوتر إذا لم يشبع دوافعه ورغباته والذي يجعله هادئا ومطمئنا وآمنا إيمانه بالله عز وجل و يتوكل على الله في كافة أموره ومشاكله.

**هـ- تساعد الفرد في النجاح في حياته المهنية:** إن الصحة النفسية تساعد الفرد دائما في السعي في تحقيق ذاته و الرقى بها ولذلك يعمل من اجل الإتقان في مهنته حتى يصل إلى أعلى مستوى من النجاح في حياته المهنية.

و\_ تساعد الفرد على تدعيم صحته البدنية: إن الصحة النفسية والاستقرار النفسي يساعدان تدعيم صحة الفرد البدنية والصحية, لأن كثير من الأمراض النفسية تظهر على الفرد في صورة أعراض مرضية جسدية واضطرابات انفعالية ونفسية مما يؤثر على حالة الفرد البدنية والصحية.

ك\_ تساعد الفرد لتحقيق إنتاجيته و زيادة كفايته: إن الاضطرابات والانفعالات النفسية تؤثر على إنتاجية الفرد ورفع كفايته وتقلل من مستوى أدائه وخفض من روحه المعنوية، ولاشك أن الشخص المتمتع بالصحة النفسية يرى في نجاحه وزيادة إنتاجيته إنما هو تحقيق لذاته وكيانه في مجتمعه.

5-2\_ أهمية الصحة النفسية بالمنسبة للمجتمع: ترجع أهمية الصحة النفسية للمجتمع إلى الآتي:

ا\_ تساعد المجتمع على التعاون وتكوين العلاقات الاجتماعية: إن المجتمع الذي يتسم أفراداه بالصحة النفسية يكون متماسكا ويتسمون بالتعاون وتكوين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، ويؤدي أيضا إلى الانسجام والتفاعل مع بعضهم البعض مما يجعلهم وحدة متكاملة ضد كثير من المشكلات والأخطار التي يتعرضون إليها والتي تهدد مجتمعهم. (أشرف محمد عبد الغني، 2001، صص 51\_55)

ب\_ تساعد المجتمع في تقليل الأفراد المنحرفين و الجانحين و الخارجين على قيم المجتمع: إن الأفراد المتمتعون بالصحة النفسية الجيدة في المجتمع يساعد على أن يسلكوا السلوك السوي الذي يتماشى مع قيم وعادات وتقاليده المجتمع الذي يعيشون فيه، ويواجهون الأفراد الخارجين على نظام المجتمع ويقبلون من السلوكيات العدوانية والانحرافات غير السوية التي تهدد المجتمع وتصدعه وتسبب له الانهيار.

ج\_ تساعد المجتمع على مواجهة الظواهر المرضية و السلوكية في المجتمع: الصحة النفسية السليمة تساعد أفرادها على مواجهة الظواهر المرضية والسلوكية التي يتعرض لها المجتمع كإدمان المخدرات وتناول العقاقير المخدرة والانحرافات الجنسية والسرقة والقتل.

وهناك من الدلائل التي أثبتتها الأبحاث العلمية أن من أسباب ظهور العادات والظواهر المرضية والسلوكية في المجتمع هو تعرض بعض أفرادها للاضطرابات النفسية والانفعالية مما يجعلهم يسلكون إلى مثل هذه السلوكيات هربا من واقعهم المضطرب ومن المشكلات التي تحيط بهم و عدم توافقهم مع واقعهم.

د\_ تساعد المجتمع في زيادة التعاون و التماسك و التكافل والتآلف لتحقيق أهداف هذا المجتمع ورفقيه يكون على قدر عالي من التعاون و التماسك والتفاعل و التكافل والتآلف لتحقيق أهداف هذا المجتمع ورفقيه

كما يسوده السلام الاجتماعي ويقبل فيه الصراع الطبقي، ويبدلون أقصى جهد ويستخدمون قدراتهم إلى أقصى حد ممكن لتحقيق الأهداف ورفاهية المجتمع وازدهاره والابتعاد عن الصراعات والمنازعات وغيرها.

(نفس المرجع، ص56)

## 6 - مناهج الصحة النفسية :

إن تحقيق الدرجة المرتفعة من الصحة النفسية و التوافق هو الهدف الأساسي في علم الصحة النفسية. ونعرض فيما يلي ثلاثة مناهج رئيسية هي التي يتحقق بها هذا الهدف:

### 1-6 المنهج الوقائي:

هو مجموعة من الجهود المبذولة سعياً للوقاية من الاضطرابات النفسية، و التحكم بها للتقليل من حدوثها لذلك يهتم هذا المنهج بالأسوياء والأصحاء (قبل المرض) لكي يقيهم ويبعدهم عن أسباب الاضطرابات وعواملها وتهيئة الظروف التي تحقق لهم الصحة النفسية. (محمد قاسم عبد الله، 2004 ص 29)

فهذا المنهج لا يقي فحسب إنما يعزز و يدعم الأساليب المهيئة للنمو النفسي السوي إلى تحميل الطفل بكثير من أنواع السلوك الشاذ الذي ينتج عنه عدم التوافق والتكيف (جيل فوزي محمد، 2000، ص 23) ولهذا المنهج ثلاث مستويات هي:

#### أ\_ الوقاية الأولية:

تتمثل في الإجراءات الأولية والمسبقة لمنع حدوث الاضطراب النفسية والتي منها التشجيع النصح، الإرشاد الدعم الانفعالي والاجتماعي (محمد قاسم عبد الله، مرجع سابق، ص 29)

#### ب\_ الوقاية الثانوية:

الغاية منها إنقاذ شدة المرض، و ذلك من خلال الكشف المبكر عن الحالات والاهتمام بالرعاية والعلاج، مع هدف مهم ألا وهو وقف الاضطرابات النفسية والعقلية في مراحلها المبكرة لتيسير الشفاء

(صبره محمد علي و آخرون، 2004، ص 29)

ج\_ الوقاية في المرحلة الثالثة: تهدف هذه المرحلة إلى خفض العجز الناتج عن المرض النفسي في بدايته وإنقاذ المشكلات المترتبة عليه واستخدام الوسائل التي تهدف إلى منع الانتكاسات.

وقد أصدرت هيئة الصحة العالمية عدة توصيات فيما يخص الجانب الوقائي منها:

\_تركيز الاهتمام على الطب النفسي الوقائي.

\_تركيز الاهتمام على الطب الوقائي والعلاجي في مرحلة الطفولة.

\_الاهتمام بالصحة النفسية تماما, قدر الاهتمام بالصحة الجسمية.

\_إنشاء قسم للوقاية من الأمراض النفسية والعقلية في وزاران الصحة.

\_الاهتمام بتوعية الجمهور ولتغيير اتجاهاتهم حول المصابين بالمرض النفسي والعقلي.

\_الاهتمام برعاية الأمومة و الطفولة بوجه خاص(جبل فوزي محمد، ،2000،ص24)

وهكذا فإذا المنهج الوقائي يتضمن الوقاية من الوقوع في المشكلات والأمراض النفسية, ويهتم بالأسوياء قبل المرض ليقبهم من أسباب المرض النفسي بتعريفهم لها و إزالتها (العناني حنان عبد الحميد،2000،ص13)

## 6-2 المنهج النمائي(الإنشائي و الإنمائي):

المقصود هنا تجديد المعارف النفسية في تحسين ظروف الحياة بشكل عام, أو في مساعدة الأفراد على تنمية مواهبهم وقدراتهم للاستفادة منها في العمل والإنتاج, للشعور بالكفاءة من أجل تحقيق صحتهم النفسية ولقد بات كثير من علماء الصحة النفسية مقتنعين بأهمية الجهود النمائية في الصحة النفسية واعتبروها وقائية بالدرجة الأولى(أبو حويج مروان،2001، ص 17)

هكذا نتوصل إلى أن المنهج الإنشائي يتضمن زيادة السعادة والتوافق لدى الأسوياء, ويتحقق من خلال دراسة إمكانيات الفرد وتوجيهها ورعاية مظاهر النمو عنده (العناني حنان عبد الحميد، 2000، ص13)

6-3 منهج العلاجى: إن لعلم الصحة النفسية كذلك غرض علاجى يتمثل في علاج المشكلات والاضطرابات النفسية بمختلف أشكالها حين حدوثها, للرجوع بالصحة النفسية إلى الحالة السوية. ومن إجراءات هذا المنهج نجد الفحص, ثم التشخيص وبحث أسباب الاضطرابات ومنه طرق العلاج. (محمد قاسم عبد الله,مرجع سابق، ص 30)

## 7\_مظاهر الصحة النفسية:

إن للصحة النفسية مؤشرات ومظاهر تدل عليها منها:

7-1 الإلتزان الإنفعالي: وهو حالة من الإستقرار النفسي، حيث يكون الفرد مزودا بالقدرة على المثيرات المختلفة وهذه القدرة هي سمة الحياة.

7-2 الدافعية: وهي التي تدفع الفرد للقيام بنشاط معين، وهي القوة المحركة والموجهة لنشاط الفرد نحو تحقيق أهدافه.

7-3 الشعور بالسعادة: المتمثل في إعتدال المزاج والتعبير بالرضا عن الحياة.

7-4 التفوق العقلي: حيث ان الطاقة العقلية للإنسان تعد مظهر من مظاهر الصحة النفسية. (أديب محمد الخالدي، 2009، ص ص 59-77)

7-5 غياب الصراع النفسي الحاد: الداخلي والخارجي.

7-6 النضج الإنفعالي: بحيث يعبر الفرد عن إنفعالاته بصورة متزنة بعيدا عن التعبيرات البدائية والطفولية.

7-7 التوافق النفسي: المتمثل في العلاقة المتجانسة مع البيئة، حيث يستطيع الفرد الحصول على الإشباع اللازم لحياته مع مراعاة ما يوجد في البيئة المحيطة من متغيرات (ربيع، 2000، ص ص 92-99)

كما تمت عدة دراسات في بيئات مختلفة، وقد كان من بين أهدافها معرفة مظاهر الصحة النفسية السليمة، وكانت نقط الاتفاق بين هذه الدراسات كما يلي:

\_ المحافظة على شخصية متكاملة.

\_ التوافق مع المتطلبات الاجتماعية.

\_ التكيف مع شروط الواقع.

\_ المحافظة على الثبات.

\_ النمو المعرفي مع العمر.

\_ المحافظة على قدر مناسب من الحساسية الانفعالية.

\_ المشاركة في حياة المجتمع والعمل على تطويره (كاملة الفرخ شعبان: 1999 ص 16\_17)

كما اتفق معظم الباحثين على معايير أساسية في الصحة النفسية نذكر منها ما يلي:

\_تقبل الفرد الواقعي لحدود إمكانياته.

\_المرونة والاستفادة من الخبرات السابقة.

\_نجاح الفرد في عمله ورضاه عنه.

\_العيش مع الآخرين والتواصل معهم والتكيف مع المحيط.

\_القدرة على مواجهة الإحباط.

\_القدرة على تلبية المطالب والحاجات الداخلية والخارجية.

\_القدرة على العمل والإنتاج الملائم.

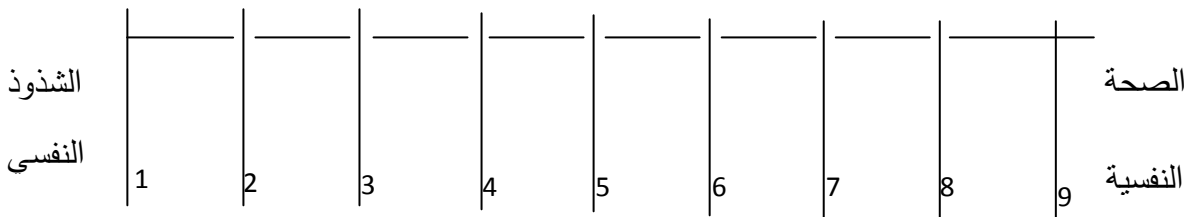
\_التوافق الشخصي.

\_الإحساس بالسعادة والرضا والحيوية.

\_ارتفاع مستوى الاحتمال النفسي (سهير كامل أحمد، 1999، ص 21\_22) من الملاحظ أن هذه المظاهر مترابطة ومكملة لبعضها لبعض، كما يتضح أنها تنبثق من علاقة الفرد مع نفسه ومن علاقته بمحيطه.

## 8\_ مستويات الصحة النفسية:

من المتفق عليه أن الصحة النفسية تقابل الشذوذ والمرض النفسي، في حين من الأفضل أن ننظر إليها نظرة كمية، ونجدها تتوزع بدرجات على طول خط متصل، بحيث نجد درجة مرتفعة من الصحة النفسية على الطرف الأول الذي يكون إيجابي في مقابل درجة منخفضة في طرف الثاني (سالبة) وبين هذين الطرفين نجد درجات مختلفة والنظرة الكمية للصحة النفسية تؤكد على التوزيع المستمر لجميع الحالات في تصنيف واحد ليس فيه ثغرات أو فواصل، كما بين الشكل التالي:



الشكل رقم (2) : درجات الصحة النفسية.

( محمد قاسم عبد الله، 2004، ص 27 )

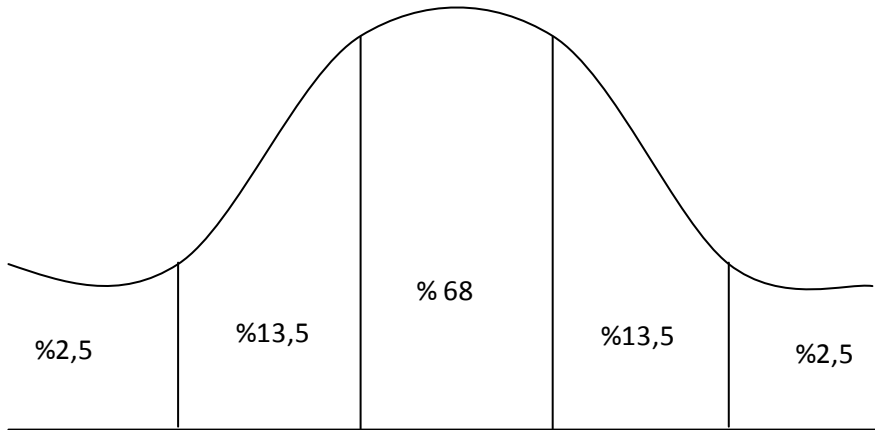
بحيث يتضح من الشكل أن ذوي الدرجات المتوسطة يقعون في المنتصف، في حين يقع ذوي الدرجات المنخفضة جدا يقعون على أقصى قطب الشذوذ، أما ذوي الدرجات المرتفعة جدا تكون في أقصى قطب الصحة النفسية. (المرجع السابق، ص27).

ومن الأخطاء الشائعة تقسيم الأفراد إلى فئتين:

فئة الأصحاء نفسيا

فئة المنحرفين والمضطربين والواهنين نفسيا.

ففي ضوء التوزيع الإعتدالي للخصائص والآهات الجسمية والنفسية يمكن تقسيم الأفراد بحسب مستوياتهم في الصحة النفسية ( ابوحويج مروان، 2001، ص62).



شكل رقم (3): منحنى التوزيع الإعتدالي المستمر للصحة النفسية

(نفس المرجع السابق، ص63).

وحسب هذا التوزيع يتوزع الأفراد على أساس مواقعهم التي يشغلونها تبعا للمؤشرات السلوكية التي تصدر عنهم، على خمسة مستويات هي:

أ- الأصحاء نفسيا بدرجة عالية (المستوى الراقى):

هم الذين تبدو عليهم علامات الصحة النفسية المرتفعة، كما أنهم أصحاب السلوك القويم أو التوافق المرتفع أو المحققون لذواتهم أو تبلغ نسبة الأفراد في هذه المجموعة (2,5) تقريبا .

(أحمد محمد عبد الخلق، 1997، ص52).

وقد اعتبرهم علماء التحليل النفسي أصحاب أنا قوية قادرة على تحقيق التوازن بين مطالب الأنا الأعلى والهو والواقع. أما السلوكيون فاعتبروهم أصحاب سلوكات حسنة مكنتهم من تحقيق التوافق الجيد مع المجتمع الذي يعيشون فيه، ووصفهم علماء المذهب الإنساني بالإنسان الكامل الذي نجح في تحقيق ذاته والتعبير عن نفسه بصدق، وتدرج سلوكات هذه الفئة في مستوى السلوك الممتاز في مقياس رتب السلوك الذي وضعته جمعية علم النفسي الأمريكية (أبو حويج مروان، مرجع سابق، ص 63\_64).

#### ب\_ الأصحاء بدرجة فوق المتوسط (المستوى فوق المتوسط):

تبلغ نسبتهم في المجتمع حوالي (13,5)% وهم أصحاء نفسيا أيضا، حيث ترتفع عندهم الصحة النفسية وتتناقص درجة الوهن وتدرج سلوكاتهم في فئة السلوك الجيد جدا في مقياس (A.P.A) للجمعية الأمريكية و ينطبق عليهم أيضا ما قاله علماء النفس عن الفئة الأولى ولكن بدرجة أقل منها.

(نفس المرجع السابق، ص 65)

#### ج\_ العاديون في الصحة النفسية ( المستوى الطبيعي أو المتوسط):

وهم في الموقع بين النفسية المرتفعة والمنخفضة، حيث أنهم يملكون جوانب قوة وجوانب ضعف فيظهر احدهما أحيانا ويترك مكانه للآخر أحيانا أخرى، وتبلغ نسبتهم حوالي (68%) في المجتمع.

#### د\_ الواهنون نفسيا بدرجة ملحوظة أو المستوى الأقل من المتوسط:

هذا المستوى أقل وأدنى من سابقه، حيث أن الأفراد في هذا المستوى صحتهم النفسية منخفضة وأكثر ميلا للاضطراب وسوء التكيف، بمعنى فاشلون في فهم ذاتهم وتحقيقها ويقع في هذا المستوى أشكال الانحرافات النفسية والاضطراب السلوكية غير الحادة، وتبلغ نسبة هؤلاء (13,5%) تقريبا.

#### هـ\_ الواهنون نفسيا بدرجة كبيرة (المستوى المنخفض):

نجد درجة الأفراد في هذا المستوى من الصحة النفسية قليلة جدا، وعندهم أعلى درجة من الاضطرابات والشذوذ النفسي، وهم يمثلون خطرا على أنفسهم وعلى الآخرين، ويتطلبون العزل في مؤسسات خاصة، وتبلغ نسبتهم 2,5% تقريبا في المجتمع. (محمد قاسم عبد الله، 2004 ، ص28)

**9\_ دور المجتمع في تحقيق الصحة النفسية:** يحتاج المجتمع إلى مجهود للقضاء على بعض الأمراض الاجتماعية وتحقيق الصحة النفسية عن طريق ما يلي:

\_ المحافظة على القيم، المعايير الاجتماعية، العادات والتقاليد التي يتمسك بها المجتمع والمستوحاة من الشرائع السماوية وتراثنا الحضاري.

\_ إصدار تشريعات خاصة لحماية الشباب من التيارات الفكرية التي تتناقض مع قيم ومعايير المجتمع.

\_ رعاية الأمومة والطفولة ويجب أن تشملها تشريعات المجتمع، حماية الطلاب، العاملين والمسنين.

\_ إقامة عدالة اجتماعية وحياء ديمقراطية تسودها الحرية الشخصية، حتى يشعر الفرد بحريته ولا يحجر أرائه.

\_ رفع مستوى الوعي النفسي بين أفراد الشعب للتخلص من كافة الضغوط التي يتعرض لها الفرد في حياته وما قد يتعرض له في مستقبله.

\_ العمل على حل المشاكل التي يعاني منها الناس في المجتمع ومنها المشكلة السكانية عن طريق توفير أماكن للإقامة والسكن وغيرها من المشاكل التي تسبب ضغوط للفرد.

(جبل فوزي محمد، مرجع سابق، ص ص 56\_57)

## 10\_ الصحة النفسية في الجزائر:

يقدر معدل الحياة المسجل عالميا على المجتمع العام حسب منظمة الصحة العالمية (OMS) لسنة (1997) ب(66) سنة، و يمكن حسب تقدير المختصين لهذه المنظمة أن يصل المعدل إلى (73) سنة عام (2025)، بينما كان معدل الحياة لا يتجاوز (48) سنة عام (1955) وما تزال المشكلات الصحية مستمرة بالنسبة (5,8) مليون شخص في العالم (Larousse, 1995, 255)

وفي عام (1978) التقت وفود منظمة الصحة العالمية المرسله من (134) دولة في (ألمانيا) بمنغوليا لمناقشة الصحة العالمية، بعنوان "الصحة للجميع"، وبعد ملاحظة التوزيع غير المتكافئ بالنسبة للرعاية الصحية صرح المؤتمر بأن أحد أهداف المؤتمر هو الصحة للجميع بحلول عام (2000) ويهدف هذا إلى تحقيق مستوى صحي يسمح لكل الناس بالتمتع بحياة مثمرة اجتماعيا واقتصاديا.

أما في الجزائر وحسب تقدير مديرة التخطيط لوزارة الصحة العمومية لسنة (1992)، فقد أظهرت أن مجال الصحة يتطلب من الدولة 2,75 مليار دينار أي سنة (8,6%) من النفقات الوطنية الموجهة للصحة.

(khiati ,1998 ,p9)

ففي مجال الصحة النفسية سجلت بعض التحقيقات الوبائية بعض المشكلات الصحية في الجزائر المرتبطة ببعض الظواهر، كظاهرة الإدمان، الانتحار وكذا بعض الاضطرابات النفسية.

فيما يخص ظاهرة الإدمان على المخدرات فقد بينت مصالح الوطني أن المخدرات الأكثر استعمالا في الجزائر بعد الحشيش تبقى الأدوية (psychotropes) أو ما يسمى بالمهلوسات، وعلى إثرها وحسب دراسة للأمن الوطني (1994) حبس (2560) شخص، منهم: (70%) رجال و(31%) نساء، أغلبهم تتراوح أعمارهم ما بين (25) و(30) سنة، كلهم يعانون من مشكلات اجتماعية واقتصادية ونفسية.

(بدرة معتصم ميموني، 2003، ص 262 )

كما يلاحظ مشاركة عدد مهم من الجانحين في جرائم التهريب والمخدرات، وهي كلها مظاهر جديدة على المجتمع الجزائري بدأت تتعمم وتأخذ لها مكانا في الساحة. (سليمانى جميلة، 2009، ص224).

وعليه تطرح هذه الظواهر مشكل صحيا ثقيلا في الجزائر بسبب الانعكاسات الناتجة عنها، خاصة الأمراض المصاحبة لهذه الآفات الخطيرة، كمرض السيدا والأمراض النفسية الاجتماعية المختلفة، من جهة أخرى سجلت الإحصائية الانتحار تقدر ب: (2) لـ (100,000) ساكن، وهي أكثر انتشارا لدى الذكور مقارنة بالإناث ذلك لأن هذه الفئة أكثر استعمالا للوسائل الانتحارية العنيفة كالشنق وشنق الوريد، بينما تقدر نسبة محاولات الانتحار ب: (34%) لـ (100,000) ساكن، وهي تمس أكثر شريحة المراهقين (76% من الحالات).

( KACHA, 2001,p6-10)

كما اهتمت بعض الدراسات في الجزائر بالصددمات النفسية فقد أجرى تحقيق على مستوى مركز التكفل النفسي لضحايا العنف بالاشتراك مع وزارة الصحة حيث تم إحصاء نسبة الحالات على مستوى الاستشارة السيكولوجية، فأسفرت النتائج وفقا للشريحة العمرية نسبة ( 92,4%) من الأطفال، ونسبة (87,3%) من المراهقين و نسبة (87,3%) من الراشدين، وترجع أسباب هذه الصدمات إلى عدة عوامل منها: الإرهاب

بنسبة (88,3%) من الحالات, سوء المعاملة بنسبة(87,3%)العنف الزوجي بنسبة (58,6%)هتلك الأعراض والتحرش الجنسي ضد الأطفال والراشيين بنسبة(51,8%)من الحالات. (BELAROUCI ,2001,p58)

وفي مجال الاضطرابات النفسية والعقلية أجرى كاشا (KACHA) تحقيقا بالمركز النفسي الاجتماعي بالشرافة بالجزائر العاصمة، على مستوى مصلحة الاستعجالات السيكاترية، فوجد أن أكثر الجداول الإكلينيكية تواترا هي حالات القلق، والاضطرابات الكبرى للمزاج كالاكتئاب الشديد وما يصاحبه من خطر انتحاري ومحاولات الانتحار أو حالات الهوس الاكتئابي، والحالات الهذيانية وحالات الهياج والعدوان مثل حالات البرانويا. (KACHA,ibid: p199)

# الفصل الرابع

## الفصل الرابع:

### تمهيد

1. منهج الدراسة.
2. حدود الدراسة.
3. الدراسات الاستطلاعية.
4. عينة الدراسة.
5. أدوات جمع البيانات.
6. إجراءات التطبيق.
7. الأساليب الإحصائية.

**تمهيد:** بعد تعرضنا في الفصول السابقة الى مختلف الجوانب النظرية لموضوع الدراسة، نتعرض في هذا الفصل الى مختلف إجراءات الدراسة الميدانية من خلال وصفنا لمنهج البحث العلمي المستخدم في الدراسة والتذكير بالفرضيات، اضافة الى الجدود الزمنية والمكانية وكذا طبيعة العينة وعدد افرادها وكيفية اختيارها وكذلك اداة الدراسة المستخدمة وطريقة اعدادها واخيرا الأساليب الإحصائية المعتمدة في معالجة بيانات الدراسة.

## 1. منهج الدراسة:

يهدف البحث الحالي إلى دراسة العلاقة بين مستوى قلق السكن ومستوى الصحة النفسية لدى عينة من طالبي السكن العمومي الايجاري او الذين لا يملكون سكنا في الأساس ، لذلك تم الاعتماد على المنهج الوصفي **التحليلي**، لكونه المنهج المناسب لهذه الدراسة كونه يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع و يهتم بوصفها وصفا دقيقا و يعبر عنها تعبيراً كفيماً أو كمياً، فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة و يوضح خصائصها ، أما التعبير الكمي فيعطينا وصفا رقمياً يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها و درجات ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى، كما لا يكتفي هذا المنهج بجمع المعلومات المتعلقة بالظاهرة من اجل استقصاء مظاهرها و علاقاتها المختلفة، بل يتعداه الى التحليل و الربط و التفسير للوصول الى استنتاجات يبني عليها التصور المقترح.

## 2. حدود الدراسة: تحددت الدراسة بالمجالات والحدود التالية:

- **الحدود الزمنية:** اقتصرت الدراسة هذه الدراسة على الفترة الزمنية التي تم فيها جمع البيانات من المبحوثين خلال العام الدراسي 2015/2016 وبالتحديد في شهري فيفري ومارس 2016.
- **الحدود المكانية:** طبقت هذه الدراسة بمدينة الأغواط.
- **الحدود البشرية:** طبقت الدراسة على (100) من طالبي السكن العمومي الايجاري أو فئة الذين لا يملكون سكنا بالأساس.

## 3 الدراسة الاستطلاعية:

الهدف من الدراسة الاستطلاعية الحصول على أكبر قدر من المعلومات من أجل تحديد الأدوات المستخدمة في هذا البحث وتحديد عينة الدراسة الأساسية، وتعتبر الخطوة الأولى التي قمنا بها في الجانب

الميداني وكان ذلك في شهر فيفري 2016، حيث قمنا بتطبيق مقياس قلق السكن وكذا مقياس الصحة النفسية على عينة بلغ عددها (100) شخصا من الذين لا يملكون سكنا وتقدموا بطلب السكن لدى الجهات المختصة وأردنا من خلال ذلك التأكد ما إذا كانت:

- التعليم المستعملة في الأدوات ملائمة وواضحة.
- مدى ملائمة بنود المقياسين على عينة الدراسة.
- حساب صدق وثبات المقياسين على عينة الدراسة.

شملت الدراسة (100) مائة حالة طالبي السكن من مختلف الحالات الإجتماعية: أعزب، متزوج مطلق، أرملة من الجنسين: (ذكور، اناث)، مستواهم التعليمي متفاوت: ابتدائي متوسط، ثانوي وجامعي اخترناهم عشوائيا تتراوح أعمارهم بين (18) و(55) سنة. وعليه فقد اشتملت الدراسة على مرحلتين مرحلة تحديد أفراد عينة الدراسة الأساسية ومرحلة إعداد وتطبيق المقياسين.

#### 4 عينة الدراسة الأساسية:

تتكون عينة البحث الأساسية من مائة (100) حالة من طالبي السكن ينتمون إلى الفئة العمرية (18، 55) من كلى الجنسين، ومستواهم الدراسي بين الابتدائي، المتوسط، الثانوي والجامعي، حالتهم الاجتماعية بين: أعزب، متزوج، مطلق، أرملة، جمعنا العينة عشوائيا شرط ان يكونوا من طالبي السكن العمومي الايجاري او لا يملكون سكنا بالأساس بمدينة الأغواط.

- جدول رقم (02): توزيع أفراد العينة حسب الجنس:

النسبة	العدد	الجنس
38,00 %	38	ذكر
62,00 %	62	أنثى
100,00 %	100	المجموع

- جدول رقم (03): توزيع أفراد العينة حسب الحالة الإجتماعية:

النسبة	العدد			الحالة الاجتماعية
	مجموع	ذكور	اناث	
% 17,00	17	07	10	أعزب
% 55,00	55	21	34	متزوج
% 15,00	15	7	8	مطلق
% 13,00	13	3	10	أرمل
% 100,00	100	38	62	المجموع

- جدول رقم (04): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي:

النسبة	العدد			المستوى التعليمي
	المجموع	ذكور	اناث	
% 19,00	19	7	12	ابتدائي
% 15,00	15	7	8	متوسط
% 35,00	35	14	21	ثانوي
% 31,00	31	10	21	جامعي
% 100,00	100	38	62	المجموع

## 2. أدوات البحث:

استعملنا الأدوات بهدف جمع المعطيات وقياس العلاقة بين متغيرات الدراسة، لذلك حددت هذه الأدوات على النحو التالي:

1 مقياس الصحة النفسية.

2 مقياس قلق السكن.

أ - مقياس الصحة النفسية و مقياس القلق السكن: يهدف مقياس الصحة النفسية على

التعرف التقديري على مستوى الصحة لدى الأفراد وهو متوفر لأفراد تتراوح أعمارهم بين (18-55) تتكون النسخة الأصلية للمقياس من (56) عبارة تمثل الأبعاد المختلفة لمقياس الصحة النفسية (انظر الملحق رقم

(01) ) أعدده صلاح فؤاد محمد مكاوي (2002).

كما يهدف مقياس تايلور للقلق على التعرف التقديري لمستوى القلق لدى الأفراد، وتتكون النسخة الأصلية للمقياس من (50) عبارة.

**تصحيح المقياسين:** لتصحيح مقياس الصحة النفسية و القلق ، يتم تقدير كل عبارة المقياس، حيث تخذ هذه العبارات استجابة ثلاثية هي:

أوافق	أوافق إلى حد ما	لا أوافق
3	2	1

و الجدول رقم (05) ادناه يبين العبارات الموجبة والسالبة لمقياس الصحة النفسية.

العبارة	الاتجاه	العبارة	الاتجاه	العبارة	الاتجاه
1	+	20	-	39	-
2	+	21	-	40	-
3	+	22	+	41	+
4	-	23	+	42	-
5	+	24	+	43	-
6	-	25	+	44	+
7	+	26	-	45	+
8	+	27	-	46	+
9	-	28	-		
10	+	29	+		
11	+	30	+		
12	-	31	-		
13	-	32	-		
14	+	33	+		
15	-	34	-		
16	-	35	-		
17	+	36	+		
18	-	37	+		
19	-	38	-		

1. نتائج الدراسة السيكمترية الخاصة بمقياس الصحة النفسية:

6-1/ صدق المقياسين: تم حساب الصدق للاستبيانين بالطرق التالية:

أ - صدق المحكمين: اعتمدنا لحساب صدق المقياس المكيف على الصدق الظاهري، ويقصد به مدى

قياس الاختبار للمجال المستهدف قياسه، ويتحدد على أساس أحكام الخبراء

(جابر عبد الحميد جابر، 1993، ص 143).

وبما أن طريقة استشارة الخبراء والأساتذة من الطرق الشائعة لحساب هذا النوع من الصدق، تم عرض العبارات المتعلقة بمقياس الصحة النفسية وكذا مقياس القلق الاجتماعي على مجموعة من المحكمين تألفت من (05) أساتذة من جامعة عمار ثلجي بالأغواط كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، مختصين في علم النفس في تخصصات مختلفة، لمعرفة مدى تلائم المقياس مع موضوع دراستنا، وتركزت توجيهات المحكمين على تعديل وحذف بعض العبارات، أنظر الملحق رقم: (01).

ومن أجل معرفة مدى تمثيل عبارات البنود للخاصية التي أعد المقياسين لقياسها اعتمدنا على تقديمها في شكل استمارة إلى مجموعة من المحكمين لتقويمها وإصدار أحكامهم على مدى صلاحيتها، وعليه قمنا بالخطوات التالية:

1. وضعنا مقدمة في الاستمارة تتضمن تعريفا إجرائيا لمفهوم الصحة النفسية وقلق السكن يرجع إليها المحكمين لإصدار أحكامهم على العبارات.
2. قدمنا الاستمارة في شكل جدول يحتوي خانة للعبارة الأصلية في المقياس، تليها خانة فيها " تقيس " ثم خانة " لا تقيس " وخانة تحتوي: اقتراح تعديل أو تغيير "

والجدول التالي يبين ذلك:

رقم	العبارات	تقيس	لا تقيس	اقتراح تعديل أو تغيير
1				
2				

جدول رقم (06): الاستمارة الموجهة للمحكمين (الصيغة الكلية موجودة في الملاحق).

وبعد استعادة الاستمارات من طرف المحكمين قمنا بتفريغ تكرارات تقديراتهم لكل عبارة على حدة، ثم حولناها إلى نسب مئوية، وذلك بتقسيم عدد المحكمين الذين وافقوا على صلاحية العبارة على العدد الإجمالي للمحكمين وضرب النتائج في (100)، وبعدها اخترنا العبارات التي حصلت على نسبة تقديرات تساوي (80%) فأكثر، أما العبارات التي كانت نسبة الاتفاق عليها أقل من (80%) فقد تم مراجعتها بتغييرها أو تعديلها أو حذفها و تركزت توجيهات المحكمين على تعديل بعض العبارات و حذف عبارات اخرى

وبلغت نسبة اتفاق على صدق العبارات حوالي 95% بالنسبة لمقياس الصحة النفسية، و نسبة 89% لمقياس القلق الاجتماعي.

نسبة الاتفاق	الاستبيان
100%	التعليمات
95%	العبارات

الجدول رقم (07): يوضح نسبة اتفاق المحكمين على استبيان الصحة النفسية.

نسبة الاتفاق	الاستبيان
100%	التعليمات
89%	العبارات

الجدول رقم (08): يوضح نسبة اتفاق المحكمين على استبيان قلق السكن.

الخصائص السيكومترية: الثبات و الصدق: لحساب ثبات مقياس الصحة النفسية تم الاعتماد على معامل ألفا كرونباخ في حساب ثبات المقياس والنتائج موضحة في الجدول أدناه.

جدول رقم (09): معامل ألفا كرونباخ لحساب الثبات لمقياس الصحة النفسية.

معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات	الاستبيان ككل
0,822	46	

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن معامل ألفا كرونباخ 0.822 وهو معامل مرتفع يدل على ثبات جيد للمقياس.

## 2-2 صدق الأداة:

تم الاعتماد على طريقة صدق الاتساق الداخلي للأداة وهي معاملات ارتباط بنود المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس، والنتائج موضحة في الجدول أدناه:

الفقرة	معامل الفا كرونباخ	الفقرة	معامل الفا كرونباخ	الفقرة	معامل الفا كرونباخ	الفقرة	معامل الفا كرونباخ
01	,276	13	,209	25	,266	37	,455
02	,273	14	,236	26	,163	38	,419
03	,516	15	,272	27	,338	39	,347
04	,307	16	,256	28	,226	40	,288
05	,460	17	,331	29	,183	41	,268
06	,146	18	,405	30	,208	42	,246
07	,180	19	,375	31	,238	42	,290
08	,288	20	,259	32	,241	43	,310
09	,288	21	,363	33	,259	44	,295
10	,310	22	,219	34	,251	45	,243
11	,263	23	,258	35	,484	46	,455
12	,403	24	,336	36	,449		

جدول رقم (10): يوضح صدق الاتساق الداخلي لمقياس الصحة النفسية.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن معاملات الارتباط موجبة وتتراوح في معظمها بين 0.2 و 0.5 وهي ارتباطات تدل على صدق اتساق داخلي جيد للمقياس.

مقياس قلق السكن: والجدول التالي يوضح العبارات الموجبة والسالبة لمقياس قلق السكن:

الاتجاه	العبرة	الاتجاه	العبرة	الاتجاه	العبرة
+	39	+	20	+	1
-	40	+	21	+	2
-	41	+	22	+	3
-	42	-	23	+	4
		+	24	+	5
		+	25	+	6
		+	26	+	7
		-	27	+	8
		+	28	+	9
		-	29	+	10
		+	30	+	11
		+	31	-	12
		-	32	+	13
		-	33	+	14
		+	34	+	15
		+	35	-	16
		+	36	+	17
		-	37	+	18
		+	38	-	19

جدول رقم (11): العبارات الموجبة والسالبة لمقياس قلق السكن.

الثبات والصدق:

3 1 ثبات المقياس:

تم الاعتماد على معامل ألفا كرونباخ في حساب ثبات المقياس والنتائج موضحة في الجدول:

معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات	الاستبيان ككل
0,730	42	

جدول رقم (12): معامل ألفا كرونباخ لحساب الثبات لمقياس قلق السكن

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن معامل ألفا كرونباخ 0.730 وهو معامل مرتفع يدل على ثبات جيد للمقياس.

3 2 صدق الأداة: تم الاعتماد على طريقة صدق الاتساق الداخلي للأداة وهي معاملات ارتباط بنود المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس، والنتائج موضحة في الجدول أدناه:

الفقرة	معامل ألفا كرونباخ	الفقرة	معامل ألفا كرونباخ	الفقرة	معامل ألفا كرونباخ	الفقرة	معامل ألفا كرونباخ
01	,298	12	,322	23	,232	34	,467
02	,341	13	,335	24	,367	35	,394
03	,271	14	,219	25	,255	36	,242
04	,367	15	,317	26	,287	37	,474
05	,385	16	,245	27	,344	38	,369
06	,287	17	,259	28	,350	39	,228
07	,280	18	,276	29	,313	40	,211
08	,276	19	,309	30	,216	41	,372
09	,344	20	,356	31	,467	42	,200
10	,251	21	,340	32	,417		
11	,121	22	,276	33	,273		

جدول رقم (13): يوضح صدق الاتساق الداخلي لمقياس قلق السكن.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن معاملات الارتباط موجبة وتتراوح في معظمها بين 0.2 و 0.5 وهي ارتباطات تدل على صدق اتساق داخلي جيد للمقياس.

# الفصل الخامس

### تمهيد

1. عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة.
2. عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.
3. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.
4. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة.
5. عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة.
6. عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة.
7. عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة.
8. الاستنتاج العام

## تمهيد:

يتضمن هذا الفصل عرضاً وتحليلاً للنتائج التي توصلت إليها الدراسة الميدانية التي أجريت على عينة من طالبي السكن بمدينة الأغواط، وسيتم الإجابة على تساؤلات الدراسة الواردة في الفصل الأول.

## 1. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية العامة:

نص الفرضية: " توجد علاقة بين مستوى الصحة النفسية ومستوى قلق السكن " وللتأكد من صحة هذه الفرضية تم استعمال معامل الارتباط بيرسون للعلاقة الارتباطية بين المتغيرات الكمية، وفيما يلي جدول يبين نتائج معامل الارتباط:

جدول رقم (14): يبين نتائج معامل الارتباط بيرسون

المتغيرات	حجم العينة n	قيمة الارتباط r	الدلالة الإحصائية	الحكم
الصحة النفسية	100	**0.311	0.002	دال احصائياً عند 0.01
مستوى القلق				

يتبين من خلال الجدول السابق وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة احصائياً، بين الصحة النفسية ومستوى قلق السكن، حيث اخذ معامل بيرسون قيمة (0.311) عند مستوى الدلالة 0.002 وهي دالة احصائياً، وتعبّر عن وجود علاقة بين الصحة النفسية ومستوى القلق، وبذلك تحققت الفرضية العامة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأنه كلما زاد قلق السكن وارتفع كان مستوى الصحة النفسية أقل وانخفض (طبيعة الاستثمار حيث أن معظم البنود في قلق السكن سلبية، ارتفاع درجة المقياس دليل على انخفاض المقدار).

فالمعاناة التي سادت الوسط السكني تركت آثاراً واضحة عند طالبي السكنات والتي تمثلت في ظهور الانفعالات والمؤثرات النفسية والتذمر والقلق من ظروف الحياة القاسية، فالقدرة على تحمل هذه المواقف الضاغطة تعتبر واحدة من مؤشرات الصحة النفسية السليمة وابتعاد الفرد عن كل المثيرات التي تؤدي إلى

القلق أي الاخفاق في تحقيق التوازن والاستسلام للضغوط يكون فريسة للتوترات النفسية والانفعالية والقلق مما يؤدي الى تكوين علاقات سلبية مع الآخرين وهذا الاتجاه ينعكس سلباً على الشخصية فتصبح غير سوية وغير مستقرة نفسياً فيقل نموها النفسي السليم فتصبح شخصية غير محققة لذاتها ولا تتمتع بالحد الأدنى من متطلبات الصحة النفسية السليمة.

## 2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

نص الفرضية: توجد علاقة بين السن وقلق السكن.

ولتأكد من صحة هذه الفرضية تم استعمال معامل الارتباط بيرسون للعلاقة الارتباطية بين المتغيرات الكمية وفيما يلي جدول يبين نتائج معامل الارتباط:

جدول رقم (15): يبين نتائج معامل الارتباط بيرسون

المتغيرات	حجم العينة n	قيمة الارتباط r	الدالة الإحصائية	الحكم
السن	100	0.186	0.66	غير دال احصائياً
قلق السكن				

يتبين من خلال الجدول أعلاه عدم وجود علاقة ارتباطية دالة احصائياً، بين السن وقلق السكن، حيث اخذ معامل بيرسون قيمة (0.186) عند مستوى الدلالة 0.66 وهي غير دالة احصائياً، وهي تعبر عن عدم وجود علاقة بين السن وقلق السكن، وبذلك لم تتحقق الفرضية الأولى.

ويمكن تفسير ذلك ان مستوى القلق ، لا يتأثر اكثر بمتغير السن، حيث يرى اصحاب النظرية التحليلية، من بينهم هورني (horoney) أن سلوك الإنسان السوي يستمد من الشعور بالطمأنينة ، وان أساس القلق يرجع إلى عدم قدرة الفرد إلى الوصول إلى حالة الطمأنينة تلك، والتي مردها إلى علاقاته بالوالدين، وتشير دراسة وليام راكوسكي (1984) William Rakowski " إلى أن الشباب يرون أن كبار السن أو العجزة، لهم مستقبلهم الخاص وأن المستقبل يجب أن يكون للراشدين يجب أن يهتم الشباب بعملية الاتصال العائلي أو الأسري والاجتماعي مع المسنين مثلاً، وهذا يعتبر مصدر آخر من مصادر قلق المستقبل لدى الشباب من كبار السن وعدم التواصل مع المسنين.

اختلفت نتائج الفرضية مع دراسة الزغبى (2002) التي هدفت الى التعرف على مستوى القلق لدى الطلبة وعلاقته ببعض المتغيرات على عينة قوامها 293 طالب وطبق عليهم مقياس القلق المعرفي لجمع المعلومات وقد كانت النتائج وجود فروق دالة في القلق حسب متغير السن.

واتفقت مع دراسة عثمان 1993 عن انماط القلق وعلاقته بالتخصص الدراسي لدى طلبة الجامعة وتكونت العينة من 140 طالب وطبق عليها اختبار القلق فكشفت النتائج عن عدم وجود تأثير للمستوى التعليمي في القلق.

### 3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

نص الفرضية: توجد علاقة بين السن والصحة النفسية.

ولتأكد من صحة هذه الفرضية تم استعمال معامل الارتباط بيرسون للعلاقة الارتباطية بين المتغيرات الكمية وفيما يلي جدول يبين نتائج معامل الارتباط:

جدول رقم(16): يبين نتائج معامل الارتباط بيرسون

المتغيرات	حجم العينة n	قيمة الارتباط r	الدالة الإحصائية	الحكم
السن	100	0.041	0.69	غير دال احصائيا
الصحة النفسية				

يتبين من خلال الجدول أعلاه عدم وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا، بين السن والصحة النفسية، حيث اخذ معامل بيرسون قيمة (0.041) عند مستوى الدلالة 0.69 وهي غير دالة احصائيا، وهي تعبر عن عدم وجود علاقة بين متغير السن والصحة النفسية، وبذلك لم تتحقق الفرضية الثانية.

ويمكن تفسير ذلك ان مستوى الصحة النفسية ، لا يتأثر بالسن، أي أن التأثير يكون بالتساوي، حيث تأثير الأخذ بالاتجاه الايجابي في تعريف الصحة النفسية لأنه اتجاه واسع متكامل يؤمن بفاعلية الفرد وقدرته على التأثير والتأثر بالاستجابات السلوكية المختلفة في مجال الحياة وذلك في حدود الخصائص التي تميز الطبيعة الإنسانية في إطار قيم ومعايير المجتمع الذي يعيش فيه الفرد والتي توجه سلوكه وتحدد علاقاته مع الآخرين ولا علاقة للسن بذلك وهذه النتيجة اتفقت مع نتيجة دراسة ابراهيم سليمان (2014) بعنوان: " تقدير الذات وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلبة الخدمة الاجتماعية في القدس "، التي هدفت الى التعرف على تقدير الذات وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طلبة الخدمة الاجتماعية وعلاقة ذلك بعدد من المتغيرات ( الجنس

السن. المستوى التعليمي) على عينة قدرت بـ 80 طالب وطالبة وقد توصلت النتائج عن وجود علاقة بين تقدير الذات والصحة النفسية وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير السن، اختلفت هاته الدراسة مع دراسة "Furnham & Sheikh (1993) التي هدفت الى معرفة نوع المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية عند المهاجرين وذلك على (100) مهاجر تراوحت اعمارهم ما بين 18 و62 سنة، وقد تم اجراء المقابلات معهم وكان اكثرهم من الهند والباكستان اسفرت الدراسة عن ان الصحة النفسية تتأثر بمتغير السن.

#### 4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

نص الفرضية: توجد علاقة بين عدد الاشخاص المتكفل بهم وقلق السكن.

وللتأكد من صحة هذه الفرضية تم استعمال معامل الارتباط بيرسون للعلاقة الارتباطية بين المتغيرات الكمية وفيما يلي جدول يبين نتائج معامل الارتباط:

جدول رقم(17): يبين نتائج معامل الارتباط بيرسون

المتغيرات	حجم العينة n	قيمة الارتباط r	الدلالة الإحصائية	الحكم
عدد الاشخاص المتكفل بهم	100	-0.165	0.102	غير دال احصائيا
قلق السكن				

يتبين من خلال هذا الجدول عدم وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا، بين عدد الاشخاص المتكفل بهم ومستوى قلق السكن، حيث اخذ معامل بيرسون قيمة (-0.165) عند مستوى الدلالة 0.102 أي غير دالة احصائيا، وهي تعبر عن عدم وجود علاقة بين عدد الاشخاص المتكفل بهم وقلق السكن، وبذلك لم تتحقق الفرضية الثالثة.

ويمكن تفسير ذلك ان مستوى قلق السكن، لا يتأثر كثيرا بعدد الاشخاص المتكفل بهم، وقد يعزى ذلك لأسباب منها اجتماعية واسرية وبيولوجية وفيزيولوجية تكون اثارها وانعكاساتها أكثر وضوحا.

وقد يعزى ايضا الى اعتدال طبيعة ردود فعل افراد العينة اتجاه تحديات ومصاعب الحياة وقدرتهم على الاعتياد عليها وامتصاص نتائجها والتأقلم معها بسرعة قلما تتوافر لدى الافراد المتكفل بهم، وهذا ما تؤكده العديد من الدراسات.

### 5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

نص الفرضية: توجد علاقة بين عدد الاشخاص المتكفل بهم والصحة النفسية.

وللتأكد من صحة هذه الفرضية تم استعمال معامل الارتباط بيرسون للعلاقة الارتباطية بين المتغيرات الكمية.

وفيما يلي جدول يبين نتائج معامل الارتباط:

جدول رقم (18): يبين نتائج معامل الارتباط بيرسون

المتغيرات	حجم العينة n	قيمة الارتباط r	الدالة الإحصائية	الحكم
عدد الاشخاص المتكفل بهم	100	0.030	0.733	غير دال احصائيا
الصحة النفسية				

يبين الجدول أعلاه عدم وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا، بين عدد الاشخاص المتكفل بهم والصحة النفسية، حيث اخذ معامل بيرسون قيمة (0.030) عند مستوى الدلالة 0.733 وهي غير دالة احصائيا وهي تعبر عن عدم وجود علاقة بين عدد الاشخاص المتكفل بهم والصحة النفسية، وبذلك لم تتحقق الفرضية الرابعة.

ويمكن تفسير ذلك ان مستوى الصحة النفسية لا يتأثر وعدد الاشخاص المتكفل بهم، فوفقاً لفرويد فإن الشخص القادر على الحب والعمل المنتج هو الشخص الذي يتمتع بالصحة النفسية وهنا ركز فرويد في نظريته على الصراعات التي تعيق تحقيق الصحة النفسية، ولكنه لم يكشف بدرجة كافية عن الطريقة التي يتبعها الفرد في تنمية صحته النفسية، ففي رأيه (فرويد) تتمثل الصحة النفسية الجيدة في قدرة الأنا على التوفيق بين أجهزة الشخصية المختلفة ومطالب الواقع، وأن الإنسان لا يستطيع أن يصل إلى تحقيق جزئي لصحته النفسية، وذلك لأنه في صراع دائم بين محتويات النفس البشرية.

يتفق هذا مع دراسة عبد الحميد عبد الله وآخرون (1985) عن "مشكلات الاسكان الجامعي بدولة قطر" حيث توصل الباحث إلى أن السكن الجامعي غير ملائم بوجه عام مع وجود نقص في جميع المرافق لمزاولة الانشطة اليومية المختلفة، اضافة إلى نقص المرافق الصحية والإشراف وانفتحت مع دراسة أستونر كينث "stoner Kenneth" (1981) عن رضا الطلاب ومسح لكيفية الحياة في المساكن الجامعية في جامعة تيسي، أجريت الدراسة على (50) طالب وطالبة بالمساكن الجامعية، وتوصلت إلى عدم رضا الطلاب لوجود مشكلات تتعلق بنظافة المسكن وسوء الاشراف. واختلفت مع دراسة معين حسن احمد جاسر (2011) بعنوان "دراسة في التركيب السكاني وخصائص المسكن" وهي عبارة عن دراسة ميدانية في بيت لحم حيث ان

التركيب السكاني وخصائص المسكن في هذه المحافظة بحاجة الى دراسة شاملة متخصصة والهدف الاجابة عن التساؤلات التالية: -هل هناك تناقض او زيادة في معدلات النمو السكاني وفق مكونات الزيادة السكانية؟ - ما عدد السكان والكثافة المتوقعة مستقبلا؟ -ما العوامل المؤثرة في التركيب السكاني وخصائص المسكن؟ وكانت النتائج ان الزيادة السكانية والهجرة من المؤثرات على الطلب للوحدات السكانية.

ودراسة حسنين (2004) بعنوان "الخبرات الصادمة والمساندة الاسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل" التي هدفت الى معرفة العلاقة بين الخبرات الصادمة والصحة النفسية وطبقت الدراسة على عينة مكونة من 450 طالب وكانت النتائج كالتالي: وجود فروق دالة احصائيا في الصحة النفسية حسب مستوى المساندة.

#### 6- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:

نص الفرضية: " توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مستوى قلق السكن من خلال المستوى التعليمي".

جدول ANOVA (19): يمثل نتائج اختبار تحليل التباين الاحادي لمتغير الصحة النفسية

متغير الدراسة	مصدر التباين	مجموع المربعات	Df	متوسط المربعات	F	مستوى الدلالة	الحكم
الصحة النفسية	داخل المجموعات	3.395	3	1.132	0.016	0.997	غير دال احصائيا
	بين المجموعات	6582.011	92	71.544			
	المجموع	6585.406	95				

ويتضح من خلال هذا لجدول أنه:

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مستوى الصحة النفسية من خلال المستوى التعليمي حيث بلغت قيمة (ف) (0.016) عند مستوى دلالة (0.997) وبالتالي لم تتحقق الفرضية أي نرفض الفرضية الخامسة. ويمكن تفسير ذلك ان مستوى لصحة النفسية، لا يتأثر أكثر بالمستوى التعليمي وينطلق من خلو الشخص من الاضطرابات النفسية والانفعالية وغيرها، أصبح يعبر لاحقاً عن مفهوم إيجابي أكثر شمولاً، وأكثر عمقا يمكن اعتبار الصحة بأنها النتيجة الملموسة والواقعية لعملية التنشئة الاجتماعية الناجحة، فعملية التنشئة الاجتماعية الناجحة لا بد وأن تقود إلى تحقيق الراحة النفسية، ويمكن اعتبار المرض نتيجة لفشل عملية التنشئة الاجتماعية، فمفهوم الصحة النفسية من المنظور المعرفي ، يعتمد على الطريقة التي يعتمدها الفرد في تفسير وتقييم المواقف والأحداث البيئية المحيطة ، وأن زيادة الشعور بالفاعلية الذاتية يساهم في تعزيز الصحة النفسية والجسمية عند الفرد ، وبحسب رأي المعرفيين ، فإن الشخص الذي يتمتع بصحة نفسية

مناسبة ، هو الذي يُفسّر الخبرات المهددة له بطريقة تمكنه من المحافظة على الأمل ، ومن استعمال مهارات مناسبة في حل المشكلات ، واستعمال أساليب معرفية مناسبة في مواجهة الضغوطات النفسية ، بينما الشخص الذي لا يتمتع بصحة نفسية مناسبة هو الذي يفقد الأمل ، والشعور بالعجز ، ولا يتمكن من الاستجابة بثقة واقتدار لمتطلبات البيئة ، كما يعجز عن استعمال الأساليب المعرفية المناسبة في مواجهة الضغوط النفسية، هذا ما اتفقت معه دراسة ابراهيم سليمان (2014) بعنوان "تقدير الذات وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلبة الخدمة الاجتماعية في القدس" التي هدفت الى التعرف على تقدير الذات وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طلبة الخدمة الاجتماعية وعلاقة ذلك بعدد من المتغيرات ( الجنس. السن. المستوى التعليمي) على عينة قدرت بـ 80 طالب وطالبة وقد اسفرت النتائج عن وجود علاقة بين تقدير الذات والصحة النفسية وعدم وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي، واختلفت مع دراسة معين حسن احمد جاسر(2011) بعنوان " دراسة في التركيب السكاني وخصائص المسكن" وهي عبارة عن دراسة ميدانية في بيت لحم حيث ان التركيب السكاني وخصائص المسكن في هذه المحافظة بحاجة الى دراسة شاملة متخصصة والهدف الاجابة عن التساؤلات التالية:- هل هناك تناقض او زيادة في معدلات النمو السكاني وفق مكونات الزيادة السكانية؟ - ماعدد السكان والكثافة المتوقعة مستقبلا؟ - ما العوامل المؤثرة في التركيب السكاني وخصائص المسكن؟ وكانت النتائج ان المستوى التعليمي عامل مؤثر في حجم وجودة السكن ونوعيته.

#### 7- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية السادسة:

نص الفرضية: " توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مستوى قلق السكن من خلال المستوى التعليمي".

#### جدول ANOVA(20): يمثل نتائج اختبار تحليل التباين الاحادي لمتغير قلق السكن

متغير الدراسة	مصدر التباين	مجموع المربعات	Df	متوسط المربعات	F	مستوى الدلالة	الحكم
قلق السكن	داخل المجموعات	530.677	3	176.892	1.710	0.170	غير دال احصائيا
	بين المجموعات	9825.828	95	103.430			
	المجموع	10356.50	98				

ويتضح من خلال الجدول أعلاه أن:

-لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في قلق السكن تبعا لمتغير المستوى التعليمي حيث بلغت قيمة (ف) (1.710) عند مستوى دلالة (0.170) وبالتالي لم تتحقق الفرضية أي نرفض الفرضية السادسة.

ويمكن تفسير ذلك ان مستوى قلق السكن، لا يتأثر بالمستوى التعليمي ويرى الباحث أن هناك أسباب اجتماعية واقتصادية وثقافية وراء قلق الشباب من المستقبل ربما يكون سبب القلق من كثرة انتشار المخدرات والمتعاطين من الشباب في الشوارع هروباً من صعوبات الحياة وضغوطاتها ومن تحمل مسؤولياتها ومن الضياع الذي يشعرون به بسبب البطالة، وكذلك قلق الشباب من المستقبل مرتبط بالقلق من انقلاب التطور التكنولوجي

اتفقت مع نتائج دراسة الاحمد (2001) عن حالة وسمة القلق وعلاقتها بمتغيري الجنس والمستوى التعليمي على عينة عددها 278 طالب من طلبة جامعة دمشق وانتهت النتائج عدم وجود فروق دالة في القلق حسب متغير المستوى العلمي.

ودراسة عثمان (1993) عن انماط القلق وعلاقته بالتخصص الدراسي لدى طلبة الجامعة وتكونت العينة من 140 طالب وطبق عليها اختبار القلق فكشفت النتائج عن عدم وجود تأثير للمستوى التعليمي في القلق وبينت نتائج دراسة الزغبي (2002) التي هدفت الى التعرف على مستوى القلق لدى الطلبة وعلاقته ببعض المتغيرات لدى عينة بلغت 293 طالب وطبق عليهم مقياس القلق المعرفي لجمع المعلومات وقد كانت النتائج وجود فروق دالة في القلق حسب متغير المستوى التعليمي.

## 8- الاستنتاج العام:

من خلال اتمامنا لدراستنا حول مستوى قلق السكن وعلاقته بمستوى الصحة النفسية لدى عينة من طالبي السكن العمومي الإيجاري أو من الذين لا يملكون سكن بالأساس بمدينة الأغواط ومن خلال عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة انتهى بحثنا الى:

- وجود علاقة قوية دالة احصائيا بين قلق السكن والصحة النفسية، أي كلما زاد القلق انخفضت الصحة النفسية وكلما انخفض مستوى القلق ارتفع مستوى الصحة النفسية.

- لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين السن ومستوى قلق السكن لدى طالبي السكن أو فئة الأشخاص الذين لا يملكون سكنا بالأساس.

- لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين السن ومستوى الصحة النفسية لدى طالبي السكن أو فئة الأشخاص الذين لا يملكون سكنا بالأساس.

- لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين قلق السكن وعدد الأشخاص المتكفل بهم عند طالبي السكن أو فئة الأشخاص الذين لا يملكون سكنا بالأساس.

- لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الصحة النفسية وعدد الأشخاص المتكفل بهم عند طالبي السكن أو فئة الأشخاص الذين لا يملكون سكنا بالأساس.

- لا توجد فروق بين طالبي السكن في مستوى قلق السكن تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

- لا توجد علاقة ارتباطية بين طالبي السكن في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

وفي الأخير لا يمكن تعميم نتائج بحثنا هذا كونه طبق في الحدود الزمانية والمكانية لعينة البحث كما أن الاستبيان كأداة منفردة لا يمكنه اعطاءنا نتائج دقيقة وشاملة وإجابة نهائية عن اشكالنا، لذا من الضروري العمل على توسيع رقعة البحث جغرافيا وميدانيا وذلك للوصول الى نتائج أدق قد يمكن تعميمها.

الخطمة

### الخاتمة:

يعتبر الإسكان من متطلبات الحياة العصرية... وهي متطلبات لم تتمكن أي دولة في العالم من الوصول إلى حل قاطع لها... وهو من أكثر المشاكل تفاقمًا بسبب الطلب المتزايد عليه من السكان... والإسكان مشكلة متحركة تتحرك مع التطور الاجتماعي والاقتصادي للشعوب ليس فقط لسد احتياجات المجتمع من الوحدات السكنية ولكن لمواجهة متطلباته المعيشية المتغيرة... والإسكان تتكامل فيه الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والفنية والعمرانية والقانونية والتصنيعية والتنظيمية والإدارية والتصميمية والتخطيطية وأي قصور في جانب منها يؤدي إلى خلل في خطط وبرامج الإسكان...

فالإسكان عند المعماري هو تصميمات تتوافر فيها الراحة والجمال وهو عند المخطط العمراني توازن بين العرض والطلب... كما هو توازن في السكان مع مكان العمل... وهو كثافات تنظم متطلبات المجتمع من مرافق وخدمات عامة... هو تبصر بالاحتياجات المستقبلية القريبة أو بعيدة المدى... كما هو تنظيم لعلاقة المسكن بالخدمات اليومية والموسمية... هو العنصر الرئيسي في تخطيط المدن الذي يمثل أكثر من 60% من محتواها البنائي... وهو عند السياسي حق لكل مواطن يلتزم المجتمع بتحقيقه، كما أنه التزام بتحقيق الرغبات الآتية للمواطنين في الحصول على المسكن الملائم بالإمكانات المناسبة، ورفع المعاناة عنهم، أو الذين يقعون تحت رحمة الاستئجار وطائفة الاستغلال... مطالبين المجتمع ممثلًا في حكومته أو هيئاته بالعمل على حل هذه المشكلة بكل الوسائل ومختلف الطرق، وهو عند الاقتصادي دخل وتكاليف وقروض وعائد ودعم، وهو عند القانوني عقود بيع وشراء ورهن وعلاقة بين المالك والمستأجر، مساواة وعدل بين المالك والمستأجرين، كما هو التزام باللوائح والنظم والتشريعات التي يضعها المشرعون... وهو عند الاجتماعي أسرة ومجتمع وأساس للحياة الاجتماعية السليمة التي لا تشوبها الفاحشة أو الجريمة، كما

## خاتمة الدراسة

هو أساس المتطلبات المعيشية، وهو ارتباط بالبيئة المحلية، واستيطان في المناطق الجديدة. وهو حركة تفاعل لأصناف مختلفة من البشر عقائدياً واجتماعياً وثقافياً وسلوكياً.

وهو عند المنتج انتاج لسلعة وصناعة وتسويق وتأثير، بناء أكثر عدد من الوحدات السكنية بأقل تكلفة ممكنة وفي أقل وقت ممكن في أي مكان مناسب...وهو توفير لمواد البناء والعمالة وتنظيم تداولها. وهو عند الاداري تنظيم وادارة وتشغيل وصيانة.

وهو عند المختص في علم النفس استقرار وامن نفسي واتزان في الشخصية وصحة نفسية، وعقلية وعلاقات سوية بين الافراد.

والإسكان عند العامة هو العامل الأول للاستقرار الفكري والعملية وهو امل للأولاد والأحفاد وهو تعبير عن حب الاقتناء كما هو سر استمرار الحياة هو مصدر من مصادر الرزق...كماهو مصدر الاستثمار الطويل، وهو وسيلة للإدخار ... وإرادة الله في تعمير الأرض...

وهو عند الباحث قياس وتقييم... وهو معادلات بها أكثر من مجهول...هو تفاعلات ومرادفات. والإسكان بصورته المركبة يحتاج إلى أجهزة متكاملة تستطيع أن تتعامل مع الجوانب المختلفة المؤثرة على الإسكان...سواء في مراحل التخطيط أو البرامج أو التنفيذ أو المتابعة والتقويم أو في الادارة. وقد تخصصت لمشكلة الإسكان منظمات عالمية ومحلية ومراكز للبحوث تعمل في كافة الجوانب التي تؤثر على الإسكان بالإحصاء والبحث والنشر واللقاءات في المؤتمرات العلمية مع تبادل التجارب والمعلومات ولذلك فإن البحث عن الحلول عملية مستمرة لا تخضع للاجتهادات الفردية أو الآراء الشخصية...ودائماً ما يجد المخططون والمتقدمون فيما ينشر الحلول لمشروعاتهم سواء في المعايير التصميمية أو طرق الإنشاء التي تتناسب مع مختلف المجتمعات أو تحديد الاحتياجات أو حساب التكاليف... أو البحث عن أساليب جديدة للتشييد أو التأثيث.

## خاتمة الدراسة

في النهاية أن بداية الحل لأي مشكلة هو في تنظيم أسلوب معالجتها، الامر الذي يتطلب إعادة النظر في التنظيمات الادارية للأجهزة العاملة في مجال الإسكان، سواء بالتخطيط أو البحث أو التشريع أو التنفيذ. والتنظيم الاداري ليس في مسميات الادارات والوظائف بقدر ما هو في توصيف العمل لهذه الادارات وهذه الوظائف. وتحديد أسلوب العمل فيما بينها، والتزامات كل منها بما يساعد على تكامل العمل والانتاج بما في ذلك من مكملات تظهر في النشر العلمي للبحوث وللدراسات أو دلائل الأعمال لمشروعات الإسكان أو اللوائح والتشريعات، أو بالأعلام عن الجديد من التجهيزات ومواد البناء... وهذا يعني أن أساس العمل هو في تنظيمه واستقراره واستمراره والارتقاء بمستوى أداء أجهزته. وهذا هو الفارق الأساسي بين التقدم والتخلف.

قائمة المصادر

و  
المراجع

## قائمة المصادر والمراجع

### أ. المراجع باللغة العربية

1. أبو حويج مروان وآخرون، (2001): المدخل إلى الصحة النفسية، دار المسير للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الطبعة الأولى.
2. أحمد محمد عبد الخالق، (2004): أصول الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية الأزاريطة الإسكندرية، ب ط.
3. أحمد محمد عبد الخالق، (1997): أصول الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ط 2
4. أشرف محمد عبد الغني شريت والسيد محمد حلاوة، (2002): الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، ط 1.
5. أشرف محمد عبد الغني شريت، (2001): المدخل على الصحة النفسية، كلية رياض الأطفال، جامعة الإسكندرية.
6. بدر معتصم ميموني، (2003): الاضطرابات النفسية و العقلية عند الطفل والمراهق، ديوان المطبوعات الجامعة، الجزائر.
7. جبل فوزي محمد، (2000): الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية الاسكندرية، ط 1
8. جمال أبودلو: (2009) الصحة النفسية. الأردن، عمان.
9. حسن رشوان(2002)، مشكلات المدينة، المكتب الحديث، الإسكندرية.
10. حسن علي فايد (2001)، دراسات في الصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، الأزاريطة الإسكندرية، ط 1.

## قائمة مراجع الدراسة

11. حسن منسي، (1998): الصحة النفسية، دار الكندي ودار طارق للنشر والتوزيع عمان الأردن

ط 1.

12. حسين طه، (2007): العلاج النفسي المعرفي، الإسكندرية دار الوفاء، ط 1.

13. الخالدي أديب، (2002): المرجع في الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية.

14. خلق الله بوجمعة، (2005): العمران و المدينة، دار الهدى للنشر، عين مليلة، الجزائر.

15. رجاء مكي طبارة، (1995): مقاربة نفسية اجتماعية للمجال السكني، المؤسسة الجامعية

للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت.

16. سامر جميل رضوان، (2002): الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة دمشق.

17. سعد جلال، (1986): في الصحة العقلية، دار الفكر العربي، القاهرة.

18. سهير كامل أحمد، (1999): الصحة النفسية للأطفال، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.

19. الشراوي مصطفى خليل، (1977): علم الصحة النفسية، دار النهضة العربية، بيروت.

20. الصادق مزهد، (1995): أزمة السكن في ضوء المجال الحضري، دار النور الهادف الجزائر.

21. صبره محمد علي و آخرون، (2004): الصحة النفسية والتوافق، دار المعرفة الجامعية،

الإسكندرية.

22. عادل أحمد عز الدين، (1998)، سيكولوجية الشخصية، مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة.

23. عبد الرحمان العيسوي، (1993): أمراض العصر، دار المعرفة الجامعي الإسكندرية، ط 1.

24. عبد الرحمان الوافي، (1999): الوجيز في الأمراض العقلية والنفسية، ديوان المطبوعات

الجامعية، الجزائر.

25. عبد الستار إبراهيم وعبدالله عسكر (2005) علم النفس الإكلينيكي، مكتبة، الأنجلو المصرية

القاهرة، ط 3.

## قائمة مراجع الدراسة

26. عبد الستار إبراهيم، (1983): العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان، القاهرة، مكتبة مدبولي، ط2.
27. عبد العزيز القوصي (1962)، أسس الصحة النفسية، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية، ط9.
28. عبد المجيد دليمي ،(2007)،دراسة في العمران والسكن والسكان ،مخبر الإنسان والمدينة ،دار الهدى للطباعة والنشر عين مليلة 2007 .
29. عبد المطلب القريطي (2003) : في الصحة النفسية ، دار الفكر العربي، القاهرة الطبعة 3.
30. عبد المنعم الميلادي، (2004)، الصحة النفسية، مؤسسة الشباب الجامعي الإسكندرية، القاهرة.
31. علي كمال، (1994): العلاج النفسي قديما وحديثا، مؤسسة العربية للدراسة والنشر، دمشق.
32. العناني حنان عبد الحميد (2003) : الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة والنشر، الطبعة 2 .
33. فاروق عباس حيدر،(1994):تخطيط المدن و القرى، الدارالعربية للنشر والتوزيع، مصر.
34. كاملة الفرخ شعبان وآخرون، (1999) : الصحة النفسية ، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة 1.
35. كفاي علاء الدين، (1999) :الصحة النفسية، ط 1، القاهرة دار هاجر للنشر والتوزيع.
36. محمد السويدي،1985: محاضرات في الثقافة و المجتمع، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
37. محمد جاسم محمد، (2004)، مشكلات الصحة النفسية، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن عمان، ط1.
38. محمد قاسم عبد الله، 2004: مدخل إلى الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع عمان، الطبعة الثانية.
39. محمد محمد نعيمة، 2002: التنشئة الإجتماعية والسمات الشخصية، دار الثقافة العلمية الإسكندرية، ط 1.

## قائمة مراجع الدراسة

### ب. المراجع باللغة الأجنبية:

40. Balch, J.F and Balch, P.A(1997). prescription For netritional healing, 2<sup>nd</sup>,  
avery publishing groups, garden city park, new york,
41. Belarouci.L, (2001), violence et psychotrauma, prise en charge et  
perspectives : algérie santé, sep-oct,n°6.
42. kacha. F, (2001) : les conduites suicidaires, algérie santé, revue binestrielle  
de la santé, Mars-avril, N°4.
43. Kacha.F (1998) : le médecin généraliste face aux urgences psychiatriques,  
journal algérien de medicine N°5, vol III sept-oct.
44. khiati. M ,(1995) : regard sur la santé. Edition Sahlab, Alger.
45. Larousse (1997) : grand dictionnaire de la psychologie, nouvelle édition  
mise à jour, paris.

### ت. المذكرات:

46. . نائل محمد عبد الرحمن أخرس (2013) بعنوان " موقع التحكم المدرك كمتبئ بالصحة النفسية والاضطراب النفسي لدى الأطفال. مجلة كلية التربية ، المجلد رقم28 العدد رقم (78)
47. ابراهيم سليمان المصري، (2014): تقدير الذات وعلاقته بالصحة النفسية لدى الخدمة الاجتماعية في جامعة القدس،راسات نفسية وتربوية.مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية.ع13.جامعة القدس.فلسطين.ص ص 131-148)

## قائمة مراجع الدراسة

48. البنا عادل،(2002): مخاوف الإتصال الشفهي وعلاقته بالقلق الاجتماعي وأساليب التعليم لدى عينة من طلاب اللغة الإنجليزية بكلية التربية ، مجلة مستقبل التربية العربية ،العدد ،ص ص 8-9
49. الخفاجي زينب و الشاوي زينب ،(2009): أثر التربية العلمية في خفض القلق الاجتماعي لدى طلبة جامعة البصرة مجلة الجمعية العراقية للعلوم التربوية والنفسية ، عدد 69 .
50. سليمان جميل،(2009): علاقة الفضاء المنزلي بالصحة النفسية لدى سكان القصبة،علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر .
51. عايد محمد عثمان(2006). درجة القلق لدى طلبة جامعات الضفة الغربية في فلسطين وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير في الارشاد التربوي.
52. علاء علي حجازي(2013): القلق الاجتماعي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى طلبة المرحلة الإعدادية بالمدارس الحكومية في محافظة غزة، مذكرة ماجستير غير منشورة.

# قائمة الملاحق

ملحق رقم (01): أسماء الأساتذة المحكمين

العدد	أسماء الأساتذة	الدرجة العلمية	التخصص
01	قويدري علي	أستاذ مساعد "ب"	علم النفس الضغوط
02	عياط الأمين	أستاذ مساعد "أ"	علم التدريس
03	جلالي ناصر	أستاذ مساعد "أ"	علم النفس المدرسي
04	عون على	أستاذ محاضر "ب"	علم النفس وعلوم التربية
05	بن يطو جلول	أستاذ مساعد "أ"	علم النفس اللغوي المعرفي
06	قني عبد الباسط	أستاذ مساعد "أ"	علم النفس التربوي

### ملحق رقم (02): استبيان قلق السكن في صورته النهائية:

- الجنس (ذكر / أنثى): .....
- السن: .....
- المستوى التعليمي: .....
- الحالة العائلية (أعزب / متزوج / أرمل / مطلق): .....
- عدد الأولاد: .....
- عدد الأشخاص المتكفل بهم تحت سقف واحد: .....

### تعليمات تطبيق المقياسين:

- يجرى هذا المقياس بغرض عمل بحث علمي، حاول أن تكون صادقاً وصريحاً في إجاباتك.
  - فيما يلي مجموعة من العبارات، لا توجد عبارات صحيحة وأخرى خاطئة، لكن المطلوب منك أن تحدد إجابتك دون أن تترك عبارة واحدة بقدر الإمكان.
  - إذا كنت توافق على مضمون العبارة بدرجة كبيرة ضع علامة (X) تحت كلمة "أوافق"
  - إذا كنت توافق على مضمون العبارة، ولكن بدرجة أقل، ضع علامة (X) تحت كلمة "أوافق إلى حد ما".
  - وإذا كنت لا توافق على مضمون العبارة، ولا تنطبق عليك، فضع علامة (X) تحت كلمة "لا أوافق".
  - لا يوجد زمن محدد لإتمام هذا المقياس، ولكن حاول أن تجيب بسرعة.
- مع الشكر...

## الملاحق

### 1/ مقياس قلق السكن في صفته النهائية:

الرقم	العبرة	أوافق	أوافق الى حد ما	لا أوافق
01	نومي مضطرب ومتقطع عندما أتذكر مشكلة السكن			
02	مرت بي أوقات لم أستطع خلالها النوم بسبب السكن			
03	مخاوفي قليلة جداً مقارنة بأصدقائي			
04	أعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس			
05	تنتابني أحلام مزعجة أو (كوابيس) كل عدة ليالي			
06	لدي متاعب أحياناً في معدتي			
07	غالباً ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل ما			
08	أعاني أحياناً من نوبات إسهال			
09	تثير قلقي أمور السكن والمستقبل			
10	تصيبني نوبات من الغثيان (غمامات النفس)			
11	أشعر بجوع في كل الأوقات تقريباً			
12	أثق في نفسي كثيراً			
13	أتعب بسرعة			
14	يجعلني الانتظار عصبياً			
15	أشعر بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي			
16	عادة ما أكون هادئاً			
17	تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلاً في مقعدي			
18	لا أشعر بالسعادة في معظم الوقت			
19	من السهل أن أركز ذهني في عمل ما			
20	أشعر بالقلق على السكن طوال الوقت تقريباً			

## الملاحق

			أود أن أصبح سعيداً كما يبدو الآخريـن	21
			كثيراً ما أجد نفسي قلقاً على مصير السكن	22
			أشعر أحياناً وبشكل مؤكد أنه لا فائدة لي	23
			أشعر أحياناً أنني أتمزق عندما أتذكر مشكلة السكن	24
			أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة	25
			الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات	26
			لا يقلقني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ	27
			إنني حساس بنفسي بدرجة غير عادية في موضوع السكن	28
			لاحظت أن قلبي يخفق بشدة وأحياناً تنهيج أنفاسي	29
			لا أبكي بسهولة	30
			لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثراً شديداً	31
			كثيراً ما أصاب بصداع	32
			لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد	33
			لا أرتبك بسهولة	34
			أعتقد أحياناً أنني لا أصلح بالمرّة	35
			أنا شخص متوتر جداً	36
			أرتبك أحياناً لدرجة تجعل العرق يتساقط مني بصورة تضايقتني جداً	37
			يحمر وجهي خجلاً بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين	38
			أنا أكثر حساسية من غالبية الناس	39
			مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها	40
			أكون متوتراً للغاية أثناء القيام بعمل ما	41

## الملاحق

			يديا وقدماي باردتان في العادة	42
			لا تتقصني الثقة بالنفس	43
			أصاب أحياناً بالإمساك	44
			أحياناً أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسي خاصة ما يتعلق بالسكن	45
			لا يحمر وجهي أبداً من الخجل	46

## الملاحق

### 2/ مقياس الصحة النفسية في صورته النهائية:

الرقم	العبارة	أوافق	أوافق الى حد ما	لا أوافق
01.	معاملة الآخرين تجعلني راضي عن نفسي			
02.	اشعر بالسعادة لأن حياتي جديدة بان تعاش			
03.	اشعر أن الآخرين راضين عني			
04.	منذ صغري و أنا أعاني من بعض الأمراض المزمنة			
05.	اشعر بالسعادة لأنني قادر على حل مشاكلي			
06.	اشعر أن دراستي لها مستقبل			
07.	رغم بذل مجهود لانجاز أعمالي إلا أنني لست راضي عن نفسي			
08.	اشعر أنني أعاني من بعض المشكلات النفسية			
09.	اشعر أن معظم أصدقائي راضين عني			
10.	اشعر باليأس عندما أجد الآخرين غير سعداء			
11.	دراستي لها قيمة لكن ليس في بلدي			
12.	اشعر أنني راضي عن نفسي رغم ضغوط الحياة			
13.	دائماً الآخرين يتقبلونني			
14.	أريد الذهاب إلى طبيب نفسي لكن الظروف تمنعني			
15.	ليس لدي عزيمة و إرادة في إيجاد معنى في حياتي			

## الملاحق

			16. أكون سعيدا عندما أكون راضي عن حياتي
			17. أود أن أغير دراستي لأنه ليست لها قيمة
			18. منذ فترة واليأس يملا حياتي
			19. رغم تصرفاتي الجيدة إلا أن الآخرين غير راضين عني
			20. الحب هو الأساس الذي يجعل لحياتي معنى
			21. اقترابي من الله يجعلني راضي عن نفسي
			22. اشعر بالخوف من المستقبل
			23. اشعر أن مستقبلي المادي غير مستقر
			24. اشعر بالراحة عندما أجد الآخرين سعداء
			25. عندما التزم بقضاء الشعائر الدينية تكون حياتي ذات قيمة
			26. اشعر أن الله راضي عني
			27. الشعور باليأس يقلل من همتي
			28. رغم أن الآخرين لا يقبلون دراستي إلا أنني أحبها
			29. بعض أقاربي يعانون من بعض الأمراض النفسية
			30. اشعر بالأمان عندما أكون مع الآخرين
			31. أحاول أن أتصرف بطريقة من خلالها يتقبلني أقرباي
			32. رغم محاولتي حل مشاكلي إلا أنني اشعر بعدم الأمان
			33. الأمور المادية تستدعي اهتمامي أكثر من أي شيء آخر

## الملاحق

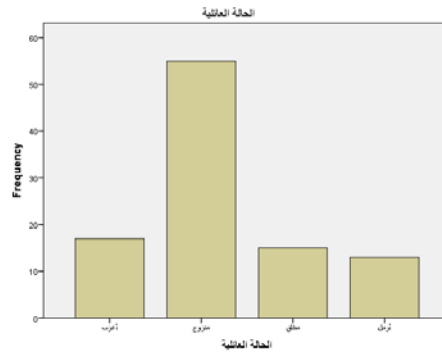
			34. لا اشعر بالسعادة رغم أنني راضي عن نفسي
			35. اشعر بالقلق اتجاه مستقبلي
			36. الآخرين ينظرون لنوع دراستي بغير احترام
			37. اشعر أنني أعاني من بعض الاضطرابات النفسية
			38. رغم أن حياتي مليئة بالضغوط إلا أن السعادة تلازمني
			39. معنوياتي المرتفعة لها دور في إيجاد معنى في حياتي
			40. اظهر للآخرين أنني سعيد ولكني غير ذلك
			41. اشعر بالخوف دون سبب منذ الصغر
			42. منذ فترة وأنا أعاني من الأرق أثناء النوم
			43. حياتي مليئة بالحزن رغم قلة المشاكل فيها
			44. أرى أن دراستي لها قيمة في المستقبل
			45. أتعمد أن أحسن من أفعالي كي يتقبلني الآخرون
			46. الإحباط المتكرر يجعل حياتي بلا معنى
			47. رغم أن الحزن لا يفارقني إلا أنني ادرس بجدية
			48. لا أجد صعوبة في حياتي المادية
			49. لا اشعر بالرضا عن ذاتي لعدم التزامي بواجباتي الدينية
			50. اشعر أن السعادة لا توجد في حياتي
			51. اشعر بالقلق لعدم اطمئناني على مستقبلي المادي

## الملاحق

			اشعر بالرضا لأنني اعمل بجدية	.52
			رغم أن دراستي لها قيمة إلا أنني اشعر بأنها غير مريحة ماديا	.53
			اشعر باليأس سريعا عندما أقع في أية مشكلة	.54
			لا أتقبل ذاتي لقصوري في القيام بواجباتي	.55
			مهما اربح من أموال إلا أنني اشعر بالعوز المادي	.56

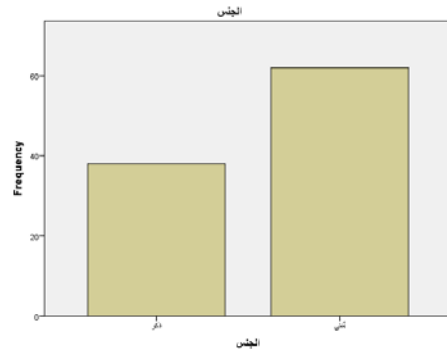
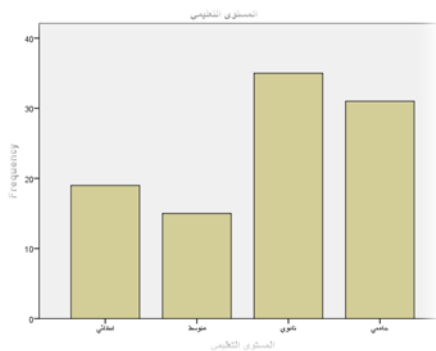
مخرجات spss:  
خصائص عينة البحث:

	Frequency	Percent
Valid أعزب	17	17,0
متزوج	55	55,0
مطلق	15	15,0
أرمل	13	13,0
Total	100	100,0



	Frequency	Percent
Valid ذكر	38	38,0
أنثى	62	62,0
Total	100	100,0

	Frequency	Percent
Valid ابتدائي	19	19,0
متوسط	15	15,0
ثانوي	35	35,0
جامعي	31	31,0
Total	100	100,0



## الملاحق

Crosstabulation توزيع العينة حسب المستوى التعليمي من خلال الجنس

Count

	المستوى التعليمي				Total
	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	
الجنس ذكر	7	7	14	10	38
الجنس أنثى	12	8	21	21	62
<b>Total</b>	19	15	35	31	100

Crosstabulation الجنس \* الحالة العائلية

	الحالة العائلية				Total
	أعزب	متزوج	مطلق	أرمل	
الجنس ذكر	7	21	7	3	38
الجنس أنثى	10	34	8	10	62
<b>Total</b>	17	55	15	13	100

Correlations

		السن	الأشخاص المتكفل بهم	قلق السكن	الصحة النفسية
السن	Pearson Correlation	1	,207*	,186	,041
	Sig. (2-tailed)		,039	,066	,693
	N	100	100	99	96
الأشخاص المتكفل بهم	Pearson Correlation	,207*	1	-,165	,030
	Sig. (2-tailed)	,039		,102	,773
	N	100	100	99	96
قلق السكن	Pearson Correlation	,186	-,165	1	,311**
	Sig. (2-tailed)	,066	,102		,002
	N	99	99	99	95
الصحة النفسية	Pearson Correlation	,041	,030	,311**	1
	Sig. (2-tailed)	,693	,773	,002	
	N	96	96	95	96

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Correlations

Control Variables		الصحة النفسية	قلق السكن
الجنس & المستوى التعليمي & الحالة العائلية	الصحة النفسية	Correlation	1,000
		Significance (2-tailed)	.
		Df	0
	قلق السكن	Correlation	,340
		Significance (2-tailed)	,001
		Df	90

## الملاحق

Group Statistics					
	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
قلق السكن	ذكر	38	103,87	9,798	1,590
	أنثى	61	102,57	10,618	1,360
الصحة النفسية	ذكر	37	92,03	8,255	1,357
	أنثى	59	93,15	8,411	1,095

ANOVA مستوى الصحة النفسية من خلال المستوى التعليمي:

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	القيمة ف	الدلالة الاحصائية
الصحة النفسية	Between Groups	383,217	3	127,739	1,895	,136
	Within Groups	6202,189	92	67,415		
	Total	6585,406	95			
قلق السكن	Between Groups	916,015	3	305,338	3,073	,031
	Within Groups	9440,490	95	99,374		
	Total	10356,505	98			

الصحة النفسية		
Scheffe <sup>a,b</sup>		
المستوى التعليمي	N	Subset for alpha = 0.05
		1
متوسط	13	89,85
ثانوي	35	91,66
ابتدائي	18	92,22
جامعي	30	95,50
Sig.		,189

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 20,578.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

## الملاحق

قلق السكن			
Scheffe <sup>a,b</sup>			
المستوى التعليمي	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
متوسط	14	97,93	
جامعي	31	100,94	100,94
ثانوي	35	104,91	104,91
ابتدائي	19		106,95
<b>Sig.</b>		,158	,275

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 21,635.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

ANOVA						
		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
الصحة النفسية	Between Groups	3,395	3	1,132	,016	,997
	Within Groups	6582,011	92	71,544		
	Total	6585,406	95			
قلق السكن	Between Groups	530,677	3	176,892	1,710	,170
	Within Groups	9825,828	95	103,430		
	Total	10356,505	98			

الصحة النفسية

Scheffe<sup>a,b</sup>

الحالة العائلية	N	Subset for alpha = 0.05
		1
مطلق	14	92,57
متزوج	53	92,62
أعزب	16	92,81
أرمل	13	93,15
<b>Sig.</b>		,998

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- Uses Harmonic Mean Sample Size = 17,413.
- The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

قلق السكن

Scheffe<sup>a,b</sup>

الحالة العائلية	N	Subset for alpha = 0.05
		1
متزوج	55	101,09
أعزب	17	104,35
مطلق	15	105,87
أرمل	12	106,83
<b>Sig.</b>		,426

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- Uses Harmonic Mean Sample Size = 17,621.
- The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.