

واقع الصحة النفسية لدى الشباب المنخرطين في دور الشباب دراسة ميدانية على  
عينة من منخرطي دار الشباب سيدي لحسن بولاية سيدي بلعباس بالجزائر  
**The reality of mental health among member young in youth  
institutions (A Field Study on a sample of Sidi Lahcen youth house  
member in the state of Sidi Bel Abbes, Algeria)**  
أ. ليلي ميسوم، جامعة تلمسان- الجزائر

**ملخص:** تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن واقع الصحة النفسية لدى الشباب المنخرطين في دور الشباب، وقد أجريت على عينة مكونة من (50) شاب وشابة، حيث يقع سنهم ما بين (13-25 سنة)، وقد اعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي في عرض وتفسير النتائج، كما اعتمدت على قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية لـ "محمود أبو النيل" (1995)، وقد خلصت الدراسة إلى أن الاضطرابات الانفعالية والمزاجية تنتشر بين الشباب المنخرطين في دار الشباب سيدي لحسن بنسبة متوسطة، كما لا توجد فروق دالة إحصائية بين المنخرطين الذكور والإناث، وبين المنخرطين من فئة عمرية (13-19 سنة) وفئة عمرية (20-25 سنة)، وبين المنخرطين بمستوى تعليمي ابتدائي ومتوسط وثانوي من حيث الاضطرابات الانفعالية والمزاجية.  
**الكلمات المفتاحية:** الصحة النفسية، الاضطرابات الانفعالية والمزاجية، الشباب، المنخرطين، دور الشباب.

**Abstract:** The current study aims to reveal the reality of mental health among member young in youth centers, the study was carried out on a sample of (50) young people, their age vary between (13 -25 year), the study was based on the descriptive analytical method in the presentation and interpretation of the results, and on the new Cornell list of neurological areas for "Mahmoud Abou El Nile"(1995), the study concluded that the emotional and mood disorders are moderately prevalent among member young in the Sidi Lahcen youth house, and there were no statistically significant differences between male and female member, and between the member age group (13-19 year) and age group (20 - 25 year), and between the member in the level of primary education and average and secondary from where emotional and mood disorders.

**Keywords:** mental health; emotional and mood disorders; young; the member; youth home.

## مقدمة:

لقد تعددت مفاهيم الصحة النفسية وفقاً لاختلاف النظريات النفسية والأطر الفكرية التي تبناها الباحثون، إلا أننا نجد اتفاقاً ملموساً بين العلماء على أهم الدعائم التي تقوم على أساسها، وعليه يتميز مفهوم الصحة النفسية بالاستمرارية والنسبية، ويتأثر بالأطر الثقافية للمجتمعات، ويؤكد (أحمد عبد الخالق، 2001، ص28-34) هذا المعنى عندما يشير إلى أن الصحة النفسية حالة دائمة نسبياً، فهي ليست ثابتة إما تتحقق أو لا تتحقق، وإنما هي حالة دينامية متحركة ونسبية تتغير من فرد إلى آخر، ولدى الفرد ذاته من وقت إلى آخر، كما تختلف معاييرها تبعاً لمراحل النمو التي يمر بها الفرد، وتتغير تبعاً لتغير الزمان وتغير المجتمعات.

إن المتتبع لتاريخ الصحة النفسية يلاحظ أن هذا العلم يعد من العلوم التي برزت في عصرنا الحاضر، واكتسبت صفة خاصة في العصر الحديث بسبب اهتمامها بأخطر قضايا الإنسان المتمثلة في تأثير عمليات التوافق عليه، وشدة تأثيره بها، وما تفرضه عوامل الحضارة من تحديات يومية تؤثر على نظرة الفرد إلى نفسه، وعلى كيفية تعامله مع مختلف الظروف ومتطلبات البيئة (رمضان محمد القذافي، 1998، ص7) فالصحة النفسية حالة دينامية تبدو في قدرة الفرد على عقد صلات اجتماعية تتميز بالأخذ والعطاء والتعاون والتسام (عباس محمود عوض، 1977، ص3)، وهي بذلك تمثل حالة إيجابية تتضمن التمتع بصحة العقل والجسم، وليس مجرد غياب أو الخلو من أعراض المرض النفسي، وهي لها شقان: شق نظري علمي يتناول الشخصية والدوافع، والحاجات، وأسباب الأمراض النفسية، وأعراضها، وحيل الدفاع النفسي والتوافق، وتصحيح المفاهيم الخاطئة، وإعداد وتدريب الأخصائيين، والقيام بالبحوث العلمية، والشق الثاني تطبيق عملي يتناول الوقاية من المرض النفسي، وتشخيص وعلاج الأمراض النفسية (عبد السلام حامد زهران، 1994، ص9-10).

إن مفهوم الصحة النفسية يعبر عن التوافق أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية التي تطرأ عادة على الإنسان، ومع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية (صالح حسن الداهري وناظم هاشم العبيدي، 1999، ص40)، فالفرد منا مزود بطاقات نفسية أساسية يحتاج إليها لمباشرة وظائفه النفسية المختلفة، وهي الطاقة العقلية المعرفية، والطاقة الاجتماعية والدفاعية، ونمو الفرد هو تمايز لهذه الطاقات، بحيث يمكن تجميعها في تنظيم كلي متكامل، وتوجيهها نحو أهداف معينة في أوقات معينة لتحقيق الوجود الإيجابي له (دري حسن عزت، 1986، ص26).

إن ضغوط الحياة المتباينة، وشدة معوقاتهما، ومدى قدرة الفرد على الاستجابة لها، ومدى الاستسلام لها أو التغلب عليها يتطلب العديد من الفعاليات النفسية من أساليب دفاعية، وإجراءات وقائية تحمي الشخصية الإنسانية من الضغط النفسي والانهيار، ومما لاشك فيه أن تربية الشباب بصورة عامة، ورعايته مسؤولية اجتماعية متكاملة الأبعاد تفرضها طبيعة التحولات التي أوجدتها عملية التغير الشاملة في المجتمع، وما يرافقها من مشكلات وضغوط تستدعي إجراء المعالجات، والنشاطات الفعالة والعميقة في أسلوب تربية المتعلمين وإعدادهم (عبد العزيز الغانم، 1985، ص13).

والصحة النفسية تجعل الفرد متحكماً في عواطفه وانفعالاته، فيتجنب السلوك الخاطيء، ويسلك السلوك السوي، وهي لا تقل أهمية عن الصحة الجسمية العامة، بل قد تبقى الصحة الجسمية عاجزة عن إضفاء السعادة على الإنسان ما لم تتوفر له أسباب وعناصر الصحة النفسية، كما أن الاهتمام بالصحة النفسية لصيق الاهتمام بالصحة العامة (محمود السيد الهابط، 1987، ص225)، كما أن المعاناة التي يعيشها الشباب تترك آثاراً واضحة على شخصيتهم ونفسياتهم، ولذلك فإن القدرة على تحمل هذه المواقف الضاغطة تعتبر واحدة من مؤشرات الصحة النفسية

السليمة، فإذا أخفق الشاب في تحقيق هذا التوازن، وأستسلم للضغوط، فسيكون فريسة سهلة للتوترات النفسية والمشكلات والاضطرابات النفسية والاجتماعية، وينعكس هذا سلباً على لشخصيته، فتصبح غير سوية، وغير مستقرة نفسياً واجتماعياً ودراسياً، ويقل نموه النفسي السليم، وتصبح شخصيه غير محققة لذاتها، ولا تتمتع بالحد الأدنى من متطلبات الصحة النفسية السليم(نجدت قاسم الصالحي، 1985، ص54 بتصرف).

#### مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

يعيش المجتمع الجزائري تحولات وتغيرات سريعة وعميقة، شملت مختلف الجوانب الثقافية والعلمية والاقتصادية والسياسية والاجتماعية، وذلك بفعل التطور التكنولوجي السريع والمتغيرات المالية، والغيلان السياسي الذي يعيشه المجتمع، ولعل أكثر الشرائح الاجتماعية تأثراً بما يجرى من مستجدات هي فئة الشباب، باعتبارها الشريحة الأكثر تمثيلاً في المجتمع الجزائري حوالي 70%، وباعتبارها أيضاً الشريحة الأكثر تفاعلاً واهتماماً بقضايا التجديد والتحديث والعولمة.

وقد أفرزت هذه التحولات المتسارعة جملة من المشكلات والاضطرابات النفسية والاجتماعية منها الإحساس بالاغتراب النفسي، وقلق المستقبل، والاكتئاب، وسرعة الغضب وغيرها، وذلك نظراً لمجموعة المعوقات التي تحول الشباب الجزائري دون وصولهم إلى تحقيق أهدافهم وتطلعاتهم، وفقدانهم الشعور بالانتماء، ومعنى الحياة، وأحياناً عدم الالتزام بالمعايير، والإحساس بالعجز والملل والسلبية، ومركزية الذات، وفقدان الإحساس بالقيمة، والصراع الواضح بين القيم والمعايير الأصيلة، وما يعرضه عصر الحداثة والعولمة من مغريات ومستجدات، وهذا ما يجعلهم يشعرون بحالة من التوتر والقلق والخوف من المستقبل الذي ينتظرهم.

وتعد دور الشباب من أهم مؤسسات التنشئة الاجتماعية في الجزائر، وهي مؤسسة عمومية تربوية مكاملة لمهام وأدوار المؤسسات التربوية من حيث التربية والتعليم، لأنها تقوم بمهام ثقافية واجتماعية وفنية ورياضية وترفيهية لصالح الأطفال والشباب، ومن أهم أهدافها هو استثمار الوقت الحر للشباب والأطفال بما يعود عليهم بالنفع، ومساعدتهم على بلورة شخصيتهم، وتمكينهم من الوسائل الكفيلة بتنمية مؤهلاتهم، وتنمية الابتكار، وإبراز طاقاتهم، وتمكينهم من حوص بعض التجارب الجماعية سواء داخل دار الشباب أو خارجها، ومنحهم فرصة التعبير عن أفكارهم في كل المناسبات المنظمة، وذلك في إطار احترام الجماعة، وخلق جو ملائم لتبادل الخبرات والتجارب بين مختلف الشباب، وربط الاتصال فيما بينهم بغية تبادل الآراء، والاحتكاك بالعالم الواسع، وحمايتهم من الآفات المؤدية إلى الانحراف والجنوح.

وعند التمعن جيداً في هذه الأهداف التي تسهر دور الشباب إلى تحقيقها، نجد أنها تحاول تحقيق صحة نفسية سليمة وسوية إلى حد ما، لأن استثمار وقت الشباب بالنافع والمفيد، وبلورة شخصيتهم، وتنمية ملكة الابتكار لديهم، وخلق فرصة للاحتكاك بالجماعة والتعبير عن أفكارهم؛ كله من شأنه أن يجعل الشاب متكيفاً نفسياً واجتماعياً مع بيئته وأقرانه، كما أنها تحاول التقليل من ظهور بعض المشكلات أو الاضطرابات النفسية والاجتماعية عند الأطفال والشباب.

ولكن الملاحظ في دور الشباب اليوم أنها لا تحقق هذه المعادلة بصورة مثالية، يكفي أن نقول بصورة جيدة، بل في بعض الأوقات لا تحققها إطلاقاً، فقد ثبت سواء بالملاحظات اليومية للشباب، أو بالمقابلات العيادية، أو الأيام التحسيسية والإعلامية التي تنظم لصالح الشباب المنخرطين؛ أن مظاهر الشعور بالاغتراب النفسي، والإحساس بالقلق والتوتر، والشعور بالكآبة لم يسلم منها حتى الشباب المنخرطين في دار الشباب، بل أحياناً تكون عند بعضهم بمستويات متوسطة أو أعلى من غيرهم؛ فنجد هؤلاء الشباب معزولون عن الجماعة، لا ينخرطون في النشاطات الجماعية مثل الرياضة أو المسرح، ويعيشون حالة من القلق والعجز والخوف من

المستقبل المجهول، لأن أغلبهم غير متمدرسين (متسربين مدرسياً)، وأحياناً يأتون لتمضية الوقت بدون هدف محدد، كما تظهر عليهم علامات الحيرة، والارتباك، وعدم الثقة بالنفس، وأحياناً بالخيبة، والتذمر من المكان، لأن هذه المؤسسة لم تحقق لهم الأحلام والأمال المرسومة في أذهانهم، فتجدهم يمشون لمدة قصيرة ثم يغادروا المكان بحجج متعددة، وتبدأ عادة هذه المشاعر بالظهور عند الشباب المنخرطين في مرحلة المراهقة المتوسطة والمتأخرة، أي ما بين 15 إلى غاية 21 سنة، أما الأطفال وبعض المراهقين في مرحلة المراهقة المبكرة أي (13 سنة)، فتجدهم أكثر تكيفاً مع المكان، وأكثر تجاوباً مع الأنشطة الترفيهية والرياضية والأيام التحسيسية، كما نقل عندهم المشكلات والاضطرابات النفسية والاجتماعية المذكورة سابقاً.

ومن هنا تأتي مشكلة البحث الحالي بمحاولة إلقاء الضوء على واقع الصحة النفسية للشباب المنخرطين في دور الشباب (دار الشباب سيدي لحسن نموذجاً) من خلال معرفة مدى شيوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية بينهم، ولتوضيح مشكلة البحث أكثر تم طرح التساؤلات التالية:

- ما مدى شيوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية بين الشباب المنخرطين في دار الشباب سيدي لحسن؟

- هل تختلف درجات الشباب المنخرطين على قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية (الاضطرابات الانفعالية والمزاجية) باختلاف الجنس؟

- هل تختلف درجات الشباب المنخرطين على قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية (الاضطرابات الانفعالية والمزاجية) باختلاف الفئة العمرية؟

- هل تختلف درجات الشباب المنخرطين على قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية (الاضطرابات الانفعالية والمزاجية) باختلاف المستوى التعليمي؟

#### فروض الدراسة:

1. تنتشر الاضطرابات الانفعالية والمزاجية بين الشباب المنخرطين في دار الشباب سيدي لحسن بنسبة متوسطة.

2. تختلف درجات الشباب المنخرطين على قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية (الاضطرابات الانفعالية والمزاجية) باختلاف الجنس.

3. تختلف درجات الشباب المنخرطين على قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية (الاضطرابات الانفعالية والمزاجية) باختلاف الفئة العمرية.

4. تختلف درجات الشباب المنخرطين على قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية (الاضطرابات الانفعالية والمزاجية) باختلاف المستوى التعليمي.

#### أهداف الدراسة:

- التعرف على واقع الصحة النفسية لدى الشباب المنخرطين في دار الشباب سيدي لحسن من خلال معرفة نسبة شيوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية بينهم.

- التعرف على الفروق الموجودة بين الشباب المنخرطين على قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية (الاضطرابات الانفعالية والمزاجية) من حيث الجنس.

- التعرف على الفروق الموجودة بين الشباب المنخرطين على قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية (الاضطرابات الانفعالية والمزاجية) من حيث الفئة العمرية.

- التعرف على الفروق الموجودة بين الشباب المنخرطين على قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية (الاضطرابات الانفعالية والمزاجية) من حيث المستوى التعليمي.

**أهمية الدراسة:**

- تتناول هذه الدراسة واقع الصحة النفسية لدى فئة الشباب، والتي تعتبر من أكثر فئات المجتمع تعرضاً للضغوط الحياتية والمشكلات والاضطرابات النفسية.
- تتناول هذه الدراسة فئة الشباب المنخرطين في دور الشباب بولاية سيدي بلعباس (دار الشباب سيدي لحسن نموذجاً)، كمحاولة لتقييم بعض خدمات قطاع الشباب والرياضة بالجزائر من حيث الدور الذي تقوم به هذه المؤسسات من أجل الحفاظ على الصحة النفسية للشباب.
- معرفة واقع الصحة النفسية للشباب المنخرطين في دور الشباب، وذلك من خلال تحديد مختلف الاضطرابات الانفعالية والمزاجية التي يمكن أن تكون موجودة لديهم، ومنه القدرة على التشخيص الميداني لمعظم المشاكل النفسية التي يعانون منها، وإيجاد الوسائل الممكنة للتكفل النفسي الفعال الذي يساهم في تحسين مستوى الصحة النفسية.
- يمكن استغلال نتائج هذه الدراسة في إيجاد بعض الحلول للمشاكل التي يعاني منها الشباب المنخرطين في دور الشباب، بفتح نوادي وأنشطة جديدة ومعاصرة تستقطب اهتمام وميول الشباب.
- التأكيد على ضرورة وجود المختص النفسي في مؤسسات الشباب، ودوره الفعال في مراقبة الشباب وتوجيههم، والتكفل النفسي بمشكلاتهم.

**حدود الدراسة:**

**الحدود الموضوعية:** تقتصر الدراسة الحالية على دراسة واقع الصحة النفسية لعينة من الشباب المنخرطين في دار الشباب سيدي لحسن بولاية سيدي بلعباس، وذلك من خلال دراسة مدى شيوع المشكلات الانفعالية والمزاجية بينهم، والتعرف على الفروق الموجودة بين الشباب على قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية (الاضطرابات الانفعالية والمزاجية) من حيث الجنس والفئة العمرية والمستوى التعليمي.

**الحدود البشرية:** الشباب المنخرطين في دار الشباب سيدي لحسن بولاية سيدي بلعباس.

**الحدود المكانية:** دار الشباب سيدي لحسن بولاية سيدي بلعباس.

**الحدود الزمانية:** من جانفي 2017 إلى غاية أوت 2017.

**تحديد مصطلحات الدراسة:**

**الصحة النفسية:** يقصد بالصحة النفسية: "توافق الفرد ذاتياً وتوافقاً اجتماعياً، ويتمثل التوافق الذاتي في قدرة الفرد على حل صراعاته وتوتراته الداخلية باستمرار حلاً ملائماً، ويقصد بالتوافق الاجتماعي قدرة الفرد على إقامة علاقات مناسبة، ومسايرته لأعضاء الجماعة التي ينتمي إليها، ويحظى في نفس الوقت بتقدير وتكريم واحترام الجماعة لأرائه واتجاهاته" (محمود السيد أبو النيل، 2013، ص21).

**التعريف الإجرائي للصحة النفسية:** يتم تقييم الصحة النفسية في الدراسة الحالية من خلال الدرجة التي يحصل عليها المفحوص/ة على مقياس كورنل للنواحي العصابية (الاضطرابات الانفعالية والمزاجية).

**الاضطرابات الانفعالية والمزاجية:** الاضطرابات الانفعالية والمزاجية هي حالة تكون فيها ردود الفعل غير مناسبة لمثيراتها، ويعبر عنها من خلال تغيرات تحدث داخل الجسم وخارجه، وهي عبارة عن بعد متصل يمتد من أقصى الشعور بالارتياح والانتزان الانفعالي، إلى أقصى الشعور بالنعاسة والاضطراب (العيد فقيه، 2007، ص286).

**التعريف الإجرائي للاضطرابات الانفعالية والمزاجية:** هي الدرجة التي يحصل عليها المفحوص/ة على مقياس كورنل للنواحي العصابية (الاضطرابات الانفعالية والمزاجية)، بحيث

يعاني الفرد من الاضطراب الانفعالي والمزاجي، كلما ارتفعت الدرجة عن المتوسط في أي مقياس من المقاييس الفرعية التالية: عدم الكفاية، والاكتئاب، والقلق، والحساسية، والغضب، والتوتر.

### الإطار النظري والدراسات السابقة:

#### مفهوم الاضطرابات الانفعالية والمزاجية:

يتفق معظم علماء النفس الحديث أن الاضطرابات النفسية تشير إلى: "حالات سوء التوافق (Mal Ajustement) مع النفس، أو مع الجسد، أو مع البيئة، طبيعية كانت أم اجتماعية، ويعبر عنها بدرجة عالية من القلق والتوتر، والاحساس باليأس والتعاسة والقهر، وغالبا ما تمس البعد الانفعالي للشخصية، وبظل معها الفرد المضطرب متصلا بالحياة الواقعية، قادرا على استبصار حالته المضطربة" (أشرف محمد عبد الغني، 2001، 211-212)، ومصطلح الاضطراب النفسي هو حديث نسبيا، وبدأ يحل تدريجيا محل مصطلح "المرض النفسي" في كثير من دوائر الطب النفسي، وذلك مراعاة للأثار النفسية السلبية لهذه الكلمة، كما قررت الجمعية الأمريكية للطب النفسي سنة 1980 في التصنيف الأمريكي الثالث لأمراض الطب النفسي إلغاء كلمة "عصاب" (أسماء بوعود، 2014، ص31).

ويشير مصطلح الاضطراب في التصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية (CIM-10) إلى: "وجود مجموعة من الأعراض والسلوكيات التي تكون محددة عياديا، وتشمل في معظم الحالات على مشاعر الضيق واضطراب في الوظائف الشخصية" (Pull.C. B, 1992, p4).

وبصفة عامة يعرف الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للأمراض العقلية (DSM-4) الاضطراب النفسي بأنه: "مجموعة أعراض سلوكية أو نفسية، عياديا تكون ذات معنى، تطرأ على شخص ما، ويصاحبها عادة ضيق ملازم، وهما يكون أصل هذه الاضطرابات، فإنها تعتبر كمظاهر لاختلال وظيفة سلوكية نفسية أو بيولوجية للشخص" (Boyer. P et al, 2003, p7). والاضطرابات الانفعالية والمزاجية هي عبارة عن اضطرابات نفسية عصابية، تمس الجانب الانفعالي للفرد، ويبقى المصاب بها متصلا بحياته الواقعية، ومستبصرًا بحالته المرضية، وذلك على خلاف المصاب بالاضطراب العقلي (الذهان)، وتحدد طبيعة وشدة استجابات الفرد الانفعالية والمزاجية للمواقف درجة تمتعه بالصحة النفسية، لأن الاستجابات الانفعالية خصوصا تعد من بين العوامل أو الشروط الأساسية لتحديد مدى تمتع وامتلاك الفرد لصحة نفسية سليمة؛ فثبات الحالة الانفعالية، ومدى ملائمة الاستجابة الانفعالية للمواقف المثيرة، تعد شروط لا يمكن أن تتوفر في من يعانون من اضطرابات الصحة النفسية، والكثير من الحالات الانفعالية والمزاجية كالحزن والخوف والقلق والغضب وغيرها؛ تعد عناصر أساسية في تحديد درجة سعادة الفرد في حياته ورضاه عنها، فأصبحت للاضطرابات الانفعالية والمزاجية بصمة كبيرة في هذا العصر الموسوم بعصر القلق والسرعة والضغط.

ويرى ميلر "Vearge A . Miller" أن الانفعال عبارة عن خبرة تتميز بشعور عارم، ويصاحب هذه الخبرة الانفعالية تعبيرات جسيمة مثل: تغير الدورة الدموية، وإفراز العرق، وغالبا ما تصاحب بأفعال قهرية عنيفة أو شديدة (عبد الرحمان العيسوي، 2001، ص384-385).

كما يعرف إنجليش "English" الانفعال بأنه: "حالة معقدة من الشعور تصاحبها بعض الأفعال الحركية والغدية، أو أنه ذلك السلوك المعقد الذي يسود فيه النشاط الحشوي أو الداخلي"، أي أن الانفعال هو ضرب من السلوك تظهر مظاهره على الجسم كله، ويحدث

تغيرات داخل الجسم وخارجه، كما تكون هذه التغيرات مصحوبة بإثارة وجدانية ذات مشاعر قوية، فيأخذ السلوك شكلاً معيناً (عبد الرحمان العيسوي، 2001، ص385).  
والاضطرابات الانفعالية حالة تكون فيها ردود الفعل الانفعالية غير مناسبة لمثيراتها بالزيادة أو النقصان، فالخوف الشديد كاستجابة لمثير مخيف حقا لا تعتبر اضطرابا انفعاليا، بل تعتبر استجابة انفعالية عادية وضرورية للمحافظة على الحياة، أما الخوف الشديد من مثير غير مخيف فإنه يعتبر اضطرابا انفعاليا (محمد أحمد الخطاب وعبد الكريم أحمد، 2010، ص26).  
**أسباب الاضطرابات الانفعالية والمزاجية:** توجد العديد من الأسباب التي قد تقود الى وجود هذه الاضطرابات ومنها:

**الأسباب الحيوية:** وتشمل ما يعاني منه الفرد من تشوهات جسمية، وإصابات، وعاهات، وقصور جسمي، وأمراض مزمنة، إذ أن هذه الأسباب تصعب من عملية توافق الفرد، فتجعله في حالة قلق وتوتر دائم وانسحاب (محمد جاسم، 2004، ص48).

**الأسباب النفسية:** وتشمل الإحباط، والفشل، والرفض، ونقص الأمن الانفعالي (محمد جاسم، 2004، ص48)، والغيرة الناتجة عن ميلاد طفل جديد، والحكايات المخيفة للأطفال، والتوحد مع الوالدين المضطربين انفعاليا أو أحدهما، والضغوط الموجهة إلى الفرد، ووجود الفرد في مواقف جديدة دون الاستعداد لها، والصعوبات التي يواجهها المراهقون في التوافق وحل مشكلاتهم (محمد أحمد الخطاب وعبد الكريم أحمد، 2010، ص27)، وكذلك الصراع والصدام بين المراهق والوالدين الناتج عن رغبته في الاستقلال والتمرد على القيم والمعايير، وأسلوب التربية الخاطئ المتبع من قبل الوالدين، فقد يتم استخدام القسوة والصرامة التي ينتج عنها وضع الطفل في حالة من التوتر وتوقع العقاب، مما يجعل الأبناء في حالة خوف دائم، أو إتباع أسلوب التساهل كتعويض عن إهمال الطفل وحرمانه العاطفي.

**الأسباب الاجتماعية:** إن العلاقات العائلية من أهم العوامل التي تنعكس آثارها على المراهق وانفعالاته، مثل الخصومات والمشاحنات بين الآباء والأمهات، والأسلوب التسلطي الذي تستخدمه بعض العائلات، والنظرة العائلية التي توجه للمراهق، وكأنه لا يزال طفلا، فتعطي هذه المواقف آثارا سيئة على نمو الفرد الانفعالي، في حين تكون العلاقات العائلية السليمة، والأساليب السلوكية الصحيحة مساعدة على النضج الانفعالي، والالتزان الوجداني، والاطمئنان النفسي (صالح حسن الداھري، 2005، ص249).

كما يعد الطلاق والهجر من أهم الأسباب التي تؤثر على الصحة النفسية للأطفال، لما يخلقه من آثار سلبية تؤدي إلى الإحساس بالخوف، والتهديد، والصراع العاطفي الذي يقع فيه الأبناء نتيجة صعوبة انحيازهم لطرف دون الآخر، بالإضافة إلى غياب أحد الوالدين أو كلاهما أو الحرمان الوالدي، واضطراب العلاقة بين الوالدين والطفل، والاتجاهات السالبة لدى الوالدين، وإثارة المنافسة غير العادلة بين الأطفال، والبيئة المدرسية المضطربة مثل: إهمال المدرسين، وسوء المعاملة، والعقاب، واضطراب العلاقة مع الزملاء، والامتحانات القاسية والمخيفة (محمد أحمد الخطاب وعبد الكريم أحمد، 2010، ص28).

#### **أعراض الاضطرابات الانفعالية والمزاجية:**

**الاكتئاب:** يعرف (رمضان محمد القذافي، 1998، ص187) الاكتئاب بأنه: "شعور بالقلق والحزن والتشاؤم، والشعور بالذنب مع انعدام وجود هدف للحياة، وتؤثر الحالة على المريض مما يجعله يعقد الدافع للقيام بالنشاطات السابقة التي كان يزاولها، ويفقد الشعور بمتعتها ومعناها، ويصبح الإنسان بطيئا في عمله، فيرى الحياة كئيبة وسوداء مع الشعور بالتعب، والإعياء، واضطرابات النوم، وقلة الشهية للأكل".

**القلق:** هو حالة من التوتر الانفعالي يشير إلى وجود مظهر خارجي أو داخلي يهدد الذات، أو أنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر أو حادث، ويصاحبه خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية (محمد جاسم، 2004، ص49)، ويرى "مسرمان - Masserman" أن القلق هو حالة من التوتر (Tension) الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع، ومحاولات الفرد للتكيف، ويوجد القلق الواقعي، والقلق الخلفي أو الذاتي، والقلق العصابي (مرزوق بن أحمد عبد المحسن العمري، 2012، ص49).

**الغضب:** هو استجابة انفعالية حادة تنتج عند مواجهة الفرد لموقف محبط، ويكون لها تأثير على الأجهزة البيولوجية للإنسان، وانعكاس على قدراته، ويظهر من خلال سلوكه مع الآخرين، وفي تفاعله مع أحداث الحياة، ويؤثر في مشاعره ومدركاته (أديب محمد الخالدي، 2009، ص457).

#### الدراسات السابقة:

**دراسة منى أبو طيرة (1989):** هدفت إلى دراسة العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية ومتغيرات الشخصية من جانب، وبين الاضطرابات السيكوسوماتية والاتجاهات الوجدانية في التنشئة كما يدرها الأبناء من جانب آخر، وذلك على عينة من طلبة وطالبات جامعة عين شمس بالقاهرة، وقد أثبتت النتائج هناك علاقة ارتباطية إيجابية دالة بين متغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية والانفعالية، وكل من متغيرات التوتر، وسوء التوافق، والعصبية، والذهانية، والميل إلى السلوك الإجرامي كمتغيرات للشخصية. كما توجد علاقة ارتباطية إيجابية دالة بين متغيرات الاضطرابات السيكوسوماتية والانفعالية، وكل من متغيرات الرفض والتشدد في الرعاية كمتغيرات في التنشئة الاجتماعية.

**دراسة كامل علوان الزبيدي وسناء مجول الهزاع (1997):** هدفت إلى بناء مقياس لقياس الصحة النفسية، ومعرفة دلالة الفروق بين الذكور والإناث لمقياس الصحة النفسية لعينة من طلبة الجامعة، وطبق عليهم مقياس الصحة النفسية المعد من قبل الباحثين، وبعد تحليل البيانات إحصائياً باستخدام معامل الارتباط، والوسط الحسابي، والاختبار التائي لعينتين مستقلتين، أظهرت النتائج بأن طلبة الجامعة يعانون من ضغوط نفسية تشكل لهم أزمات نفسية، ولا يوجد فروق في الصحة النفسية لدى كل من الذكور والإناث.

**دراسة سمين (1997):** هدفت إلى التعرف على العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية والأمن والتحمل النفسي على عينة تألفت من (350) طالباً من طلاب الجامعات للمراحل المنتهية، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث ثلاثة مقياس أحدهما اختبار ماسلو (الشعور - عدم الشعور بالأمن)، ومقياس التحمل النفسي، ومقياس الصحة النفسية المعد من قبل الباحث، وبعد تحليل البيانات إحصائياً باستخدام الاختبار التائي وتحليل التباين والانحدار المتعدد، توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين متغيرات البحث الثلاثة، والتحمل النفسي متغيراً بسيطاً يحول دون حدوث التأثيرات السلبية المتوقعة التي يحدثها الأمن النفسي عن الصحة النفسية، وأن الصحة النفسية وظيفة للتحمل والأمن النفسيان ودالة لهما.

**دراسة عبد الرحمن العيسوي (2002):** هدفت هذه الدراسة التي أجريت في مصر إلى معرفة مدى دلالة الفروق التي قد ترجع إلى عوامل السن والجنس والمستوى التعليمي، والفروق بين الاضطرابات السيكوسوماتية المقاسة، وقد تكونت العينة من 661 طالباً جامعياً، وقد طبق عليهم اختبار الاضطرابات السيكوسوماتية الذي قام بإعداده الباحث، وكان الهدف الأساسي من هذه الدراسة هو التأكد من نجاح وإمكانية تطبيق هذا الاختبار على الدول العربية، وقد توصل الباحث إلى أن الإناث أكثر معاناة من الاضطرابات السيكوسوماتية من الذكور، وهذا راجع إلى الحساسية الانفعالية، وتعرض الأنثى إلى آلام الطمث، وما يصاحبها من تغيرات فيسيولوجية،

وكذلك حالات الحمل والولادة، ووجد أن الشباب الجامعيين الذين يقطنون في الحضر أكثر تعرضًا من زملائهم الذين يقطنون في الريف للاضطرابات السيكوسوماتية، وهذا بسبب الحياة في المدينة، وما يصاحبها من توترات وقلق وصراع وطموح مرتفع، وأن صغار السن أكثر عرضة للإصابة بالأمراض السيكوسوماتية، كما وجد أن طلاب علم النفس هم أكثر إصابة بالأمراض السيكوسوماتية من طلاب الفلسفة وعلم الاجتماع؛ على الرغم من أن الفرق ليس كبيرًا بينهم.

**دراسة صولي إيمان (2013):** هدفت إلى معرفة نمط المناخ المدرسي السائد في مدارس التعليم المتوسط والثانوي، ومستوى الصحة النفسية لدى تلاميذ التعليم المتوسط والثانوي، وقد تم تطبيق هذه الدراسة على عينة مقدره ب(879) تلميذ وتلميذة من مدينة ورقلة، حيث اعتمدت الباحثة في ذلك على استبيانين، الأول خاص بالمناخ المدرسي وهو من إعدادها، أما الاستبيان الثاني فهو خاص بالصحة النفسية من إعداد مروان عبد الله دياب(2000)، وتم التوصل إلى أن نمط المناخ المدرسي السائد في مدارس التعليم المتوسط والثانوي مفتوح، وأن مستوى الصحة النفسية في مدارس التعليم المتوسط والثانوي مرتفع، كما توجد علاقة ارتباطية وموجبة بين المناخ المدرسي والصحة النفسية، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مستوى الصحة النفسية، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير المنطقة الجغرافية لصالح تلاميذ الريف، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير المرحلة التعليمية لصالح تلاميذ السنة الثالثة ثانوي.

#### إجراءات الدراسة الميدانية.

**منهج الدراسة:** يتحدد المنهج الذي سوف يتبعه الباحث في دراسته وفقا لطبيعة موضوع بحثه، وكذا التساؤلات والفرضيات التي يطرحها، والأهداف المنظرية من ذلك، ولقد اقتضت الدراسة الحالية استعمال المنهج الوصفي التحليلي، باعتباره مناسباً لأغراض الدراسة التي تهدف إلى معرفة واقع الصحة النفسية لدى الشباب المنخرطين في دور الشباب، والكشف أيضاً عن الفروق الموجودة بين الشباب على قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية (الاضطرابات الانفعالية والمزاجية) من حيث السن والجنس والمستوى التعليمي.

#### مجتمع وعينة الدراسة:

**المجتمع الأصلي للدراسة:** يتكون المجتمع الأصلي للدراسة من جميع الشباب منخرطي دار الشباب سيدي لحسن بولاية سيدي بلعباس، بحيث يقع سنهم ما بين 13 - 25 سنة.  
**حجم عينة الدراسة الأساسية وأسلوب اختيارها:** تكونت عينة الدراسة الأساسية من (50) شاب وشابة (28 ذكور و22 إناث)، وقد تراوحت أعمارهم بين 13 - 25 سنة، وقد اختيرت بطريقة قصدية بمعاينة غير احتمالية.

#### أدوات الدراسة وخصائصها السيكمترية:

#### قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية.

**التعريف:** قام بتعريف وإعداد قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية الدكتور محمود السيد أبو النيل(1995) بجامعة عين شمس، والتي تضم 223 سؤالاً ب 18 مقياساً، والمقياس أعد أصلاً كوسيلة للحصول على بيانات تتعلق بالنواحي السيكوسوماتية والعصابية، وقد استعملنا في هذا البحث فقط الجزء الخاص بالنواحي العصابية (الاضطرابات الانفعالية والمزاجية)، والذي يضم على 51 سؤالاً موزعة على ستة مقاييس فرعية وهي: عدم الكفاية  $M=12$ ، الاكتئاب  $N=6$ ، القلق  $O=9$ ، الحساسية  $P=6$ ، الغضب  $Q=9$ ، التوتر  $R=9$ ، ويحدد وجود الاضطراب الانفعالي والمزاجي عندما ترتفع درجته عن المتوسط، ويكون أقل وجوداً عندما تنخفض درجته عن هذا المتوسط.

صدق وثبات المقياس في البيئة المصرية: وجد أبو النيل أن معامل الثبات للمقياس يساوي 0.92 بطريقة التجزئة النصفية، حيث درس صدقه بطريقة المجموعات المتناقضة، فوجد أن معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة معنوية 0.01 عند فئة الأسوياء، ودال إحصائياً عند مستوى دلالة معنوية 0.01 عند فئة المرضى، مما يؤكد صدق المقياس.

صدق المقياس في البيئة الأمريكية: يشير أبو النيل إلى أنه تم اختبار دقة القائمة في التشخيص والتقييم على 191 من المرضى الذين دخلوا القسم الطبي العام بمستشفى نيويورك، وعندما تم فحصهم بواسطة الأطباء دون أن تتوافر لديهم أية معلومات أخرى غير نتائج قائمة كورنل، وجد أن التشخيص بواسطتها يتسم بالدقة بالنسبة لكل الحالات، إذ يتطابق التشخيص من خلالها في 94 % من الحالات مع البيانات والفحوص الموجودة بالمستشفى، فوجد أن معامل الارتباط بين التقييم الإكلينيكي ونتائج القائمة تصل قيمته إلى 0.83.

#### الأساليب الإحصائية المستخدمة:

لقد قامت الباحثة بتفريغ وتحليل نتائج المقاييس المستعملة في الدراسة من خلال برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (IBM SPSS statistics 20)، وذلك باستخدام مختلف الأساليب الإحصائية مثل المتوسطات الحسابية، والتكرارات، والنسب المئوية، والانحراف المعياري، واختبار (T) لدراسة الفرق بين عينتين مستقلتين، واختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA).

#### عرض ومناقشة نتائج الدراسة:

#### عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

نص الفرضية: تشيع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية بين الشباب المنخرطين بنسبة متوسطة، وللتحقق من صحة هذه الفرضية، قمنا بحساب التكرارات والنسب المئوية للاضطرابات الانفعالية والمزاجية الستة الموجودة على قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية (الاضطرابات الانفعالية والمزاجية)، وذلك انطلاقاً من حساب الوسيط لكل اضطراب، كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم(1): يوضح النسب المئوية لدراسة مدى شيوع الاضطرابات الانفعالية والمزاجية بين الشباب المنخرطين.

الاضطرابات الانفعالية و المزاجية	الوسيط	التكرار (ك)	عدد أفراد العينة (ن)	النسبة المئوية (%)
عدم الكفاية	5	26	50	52
الاكتئاب	3	15	50	30
القلق	4	14	50	28
الحساسية	3	25	50	50
الغضب	4	24	50	48
التوتر	4	18	50	36

يتضح من خلال الجدول رقم(1) أن نسبة شيوع اضطراب عدم الكفاية يقدر بـ (52 %) وهي نسبة مرتفعة، ونسبة شيوع الاكتئاب قدرت بـ (30 %)، وهي نسبة متوسطة، كما بلغت نسبة شيوع القلق (28 %)، والحساسية بنسبة كبيرة أيضاً بـ (50%)، والغضب بنسبة متوسطة قدرت بـ (48 %)، أما التوتر فقد بلغ نسبة (36 %) وهي نسبة متوسطة أيضاً، وبالتالي تشيع كل الاضطرابات الانفعالية والمزاجية بين الشباب المنخرطين في دار الشباب بنسبة متوسطة،

وجاءت نسب شيوعها وفق الترتيب التالي: 1- عدم الكفاية؛ 2- الحساسية؛ 3- الغضب؛ 4- التوتر؛ 5- الاكتئاب؛ 6- القلق.

إذن يمتلك هؤلاء الشباب المنخرطين مستوى دون المتوسط إلى ضعيف من الصحة النفسية، أي يعانون من سوء في الصحة النفسية نسبياً، ونفس هذه النتيجة بأن هؤلاء الشباب يعانون ويعيشون مشكلات نفسية عصابية وبالضبط انفعالية ومزاجية، حيث يتصدر اضطراب عدم الكفاية والحساسية المراتب الأولى من حيث شيوعهما لدى الشباب، وهذا يدل على احساس الشباب المنخرطين بالنقص والعجز حيال حياتهم عامة، ونقص ثقتهم بأنفسهم، مما يجعل الشباب المنخرطين في حيرة من أمرهم، وهذا يؤدي إلى المزيد من مشاعر القلق العام، والترقب وعدم الاستقرار والتوتر، والخوف من المجهول، حيث سجل لديهم القلق والتوتر بنسبة (28%) و(36%).

كما سجل اضطراب الاكتئاب بنسبة معتبرة حوالي (30%) وهذا راجع إلى مشاعر الكآبة التي يشعل بها الشباب، ولا سيم المنخرطين بسبب الاحباط والضجر واليأس، وانعدام الأمل أحياناً بتحسين الأوضاع، وانعدام وجود الأهداف أحياناً، كما سجل الغضب بنسبة معتبرة حوالي (48%)، وهذا يدل على أن عينة الدراسة تعاني من نسبة معتبرة من مشاعر الغضب، وهو استجابة انفعالية حادة، وذلك قد يرجع إلى تعرضهم لمواقف محبطة وضاعطة في حياتهم بسبب المشاكل التي يتخبط فيها شبابنا، والتي ترجع إلى سوء الأحوال المعيشية والاقتصادية الصعبة، والبطالة، والتخلي عن الدراسة في وقت مبكر، وعدم اكمالها، ومشاكل أخرى نفسية واجتماعية وأسرية (مثل اضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة)، وكلها راجعة إلى التنشئة الاجتماعية، والتربية الأسرية، والاستعدادات النفسية التي تلعب دوراً كبيراً في ظهور الاضطرابات الانفعالية والمزاجية لدى هؤلاء الشباب.

#### عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

**نص الفرضية:** تختلف درجات الشباب المنخرطين على قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية (الاضطرابات الانفعالية والمزاجية) باختلاف الجنس، ولاختبار صحة هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار (ت) لدراسة الفروق بين متوسطي عينتين مستقلتين، فجاءت النتائج كما يلي:

**الجدول رقم (2):** يوضح نتائج مقياس (T) لدراسة الفروق بين الجنسين من الشباب المنخرطين من حيث الاضطرابات الانفعالية والمزاجية.

النتيجة	مستوى الدلالة	قيمة T	درجة الحرية DF	الإناث ن=22		الذكور ن=28		الاضطرابات الانفعالية والمزاجية
				ع	م	ع	م	
غير دالة	0,83	0,21	48	9,46	18,36	9,79	17,79	

يتضح من خلال الجدول رقم (2) أن قيمة (T) التي تساوي (0,21) هي غير دالة عند مستوى دلالة معنوية (0,83)، أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث المنخرطين من حيث الاضطرابات الانفعالية والمزاجية، أي أن الاضطرابات الانفعالية والمزاجية الموجودة لدى هؤلاء الشباب لا تتأثر بمتغير الذكورة أو الأنوثة؛ فكل الجنسين يمتلكانها بنفس الدرجة.

إذن فالصحة النفسية لدى الشباب المنخرطين لا تختلف بين الذكور والإناث، فكلهم يعانون من سوء في الصحة النفسية، ومن وجود الاضطرابات النفسية العصابية (الانفعالية والمزاجية) بنسب متوسطة، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة كامل علوان الزبيدي وسناء مجول الهزاع (1997)،

ودراسة صولي إيمان (2013) اللتان لم تجدا فروق بين الذكور والإناث من حيث الصحة النفسية، وتختلف مع دراسة عبد الرحمان العيسوي (2002) التي وجدت أن الإناث أكثر معاناة من الاضطرابات السيكوسوماتية من الذكور.

ونفس النتيجة التي توصلنا إليها، وهي عدم وجود فروق بين الذكور والإناث من حيث الاضطرابات الانفعالية والمزاجية، أي من حيث الصحة النفسية في أن الشباب المنخرطين من كلا الجنسين يعيشون مرحلة المراهقة، والتي اعتبرها "هول" ميلادا جديدا يحدث في شخصية الفرد حيث يمر نموه عبر سلسلة من التغيرات الجذرية والسريعة مردها النضج الجنسي والتغيرات الفسيولوجية المفاجئة، فهي متشابهة لدى كلا الجنسين، كما أن الخصائص الانفعالية هي الأخرى متماثلة في هذه المرحلة، فهم يتمتعون بنفس الطموح، وذلك من أجل تحقيق الأهداف والغايات المرجوة (لحسن الكيري، 2018 بتصرف).

إن الفتاة اليوم لم تعد مقيدة بالعبادات والتقاليد والثقافة التي كانت تسود بعض المجتمعات في السابق، لأنها أصبحت مواكبة ومتطلعة لكل متطلبات ومستجدات العصر الحديث، فهي تسعى إلى تحقيق واثبات ذاتها وشخصيتها، إضافة إلى تطور ونمو الوعي والثقافة لدى الأولياء من حيث التربية وأساليب التنشئة الاجتماعية، والتي تقوم على مبدأ المساواة، والاهتمام بنفس الدرجة بالذكور والإناث على حد سواء، فأصبحت للأنثى نفس الحقوق مثل الذكر، ولكن دون المساس بالقيم والتقاليد السائدة في المجتمع.

وهذه النتيجة تؤكد على أن الصحة النفسية للشباب المنخرطين لا تتأثر بمتغير الجنس الذي يميز الشباب بقدر ما تتأثر بعوامل نفسية واجتماعية وأسرية، لأن الصحة النفسية هي نسبية ومرنة بطبيعتها، فقد تختلف بين الأفراد، وقد تختلف لدى الفرد نفسه، كما قد تختلف تبعا للمجتمعات، وتباين الثقافات، وتبعا للمكان والزمان التي أجريت فيه الدراسة.

### عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

**نص الفرضية:** تختلف درجات الشباب المنخرطين على قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية (الاضطرابات الانفعالية والمزاجية) باختلاف الفئة العمرية، واختبار صحة هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار (ت) لدراسة الفروق بين متوسطي عينتين مستقلتين، فجاءت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (3): يوضح نتائج مقياس (T) لدراسة الفروق بين الفئتين العمريتين من الشباب المنخرطين من حيث الاضطرابات الانفعالية والمزاجية.

الاضطرابات الانفعالية والمزاجية	19-13 سنة		درجة الحرية DF	20 - 25 سنة		قيمة T	مستوى الدلالة	النتيجة
	ع	م		ع	م			
	18,39	8,69	48	22,71	34,52	0,082	0,92	غير دالة

يتضح من خلال الجدول رقم (3) أن قيمة (F) التي تقدر بـ (0,082) غير دالة عند مستوى دلالة معنوية (0,92)، أي أنه لا توجد فروق دالة احصائيا بين مجموعة الشباب المنخرطين من فئة عمرية (13- 19 سنة)، وفئة عمرية (20-25 سنة) من حيث الاضطرابات الانفعالية والمزاجية، أي أن الاضطرابات الانفعالية والمزاجية الموجودة لدى هؤلاء الشباب لا تتأثر بمتغير العمر الذي يميز الشباب.

إذن يعيش هؤلاء الشباب نفس الاضطرابات النفسية العصابية، فكلاهم يتمتعون بصحة نفسية دون المتوسط إلى ضعيفة، وهذا راجع إلى المرحلة العمرية التي تميز الشباب ما بين 13 و25 سنة، وهي مرحلة المراهقة المبكرة والمتوسطة والمتأخرة، ومرحلة الشباب عموما، وهي مرحلة

ملية بالتغيرات النفسية والفيزيولوجية والاجتماعية، والصراعات النفسية الداخلية والخارجية للمراهقين، كما أن فئة الشباب تعتبر من أكثر الفئات العمرية في المجتمع تعرضاً للضغوط الحياتية، والمشكلات والاضطرابات النفسية، بحيث يتميز المراهقون الشباب بعدم النضج الانفعالي، والحساسية الزائدة لجميع المؤثرات الخارجية، وعدم الاتزان، والاندفاع، وذلك نتيجة للتغيرات الهرمونية والفيزيولوجية، فنلاحظ كثيراً من الأحيان ظهور بعض المشكلات النفسية المصاحبة لهذه المرحلة مثل الغضب، والخجل والقلق، ولكن يمكن لهذه المشكلات العادية التي تميز مرحلة المراهقة أن تصبح اضطراب حقيقي إذا زادت في شدتها، وأصبحت تعيق الأداء الوظيفي للشباب في حياتهم الأسرية أو الدراسية أو في الحياة عامة، أو إذا رافقتها عوامل أو مشاكل أسرية أو اجتماعية أو دراسية، والتي يمكن أن تكون بمثابة العوامل المفجرة لمجموعة السمات التي تتميز أغلب المراهقين في هذه المرحلة، فتتحول المشكلات النفسية إلى اضطرابات نفسية حقيقية تؤثر سلباً على الصحة النفسية للشباب.

#### عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

**نص الفرضية:** تختلف درجات الشباب المنخرطين على قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية (الاضطرابات الانفعالية والمزاجية) باختلاف المستوى التعليمي، ولإختبار صحة هذه الفرضية قمنا باستخدام تحليل التباين أحادي التصنيف، وقد أسفرت النتائج على ما يلي:

الجدول رقم (4): يوضح نتائج تحليل التباين أحادي التصنيف لدراسة الفروق بين المجموعات الثلاثة من الشباب من حيث الاضطرابات الانفعالية والمزاجية في ضوء متغير المستوى التعليمي.

المصدر	مجموع المربعات	درجة الحرية	التباين	النسبة الفائية	مستوى الدلالة	النتيجة
بين المجموعات	192,740	2	96,370	1,057	0,35	غير دالة
داخل المجموعات	4285,180	47	91,174			
المجموع	4477,920	49				

يتضح من خلال الجدول رقم (4) أن قيمة (F) التي تقدر بـ (1,057) غير دالة عند مستوى دلالة معنوية (0,35)، أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعات الثلاثة من الشباب المنخرطين بمستوى (ابتدائي، ومتوسط، وثانوي) من حيث الاضطرابات الانفعالية والمزاجية، أي أن الاضطرابات الانفعالية والمزاجية الموجودة عند الشباب المنخرطين لا تتأثر بمتغير المستوى التعليمي الذي يميز الشباب.

وهذا يدل على أنه مهما كان المستوى التعليمي للشباب المنخرطين، فإنهم يعانون من الاضطرابات الانفعالية والمزاجية بنفس الدرجة، أي يعانون من ضعف في الصحة النفسية بنفس المستوى، وهذه النتيجة تختلف مع دراسة صولي إيمان (2013) التي وجدت فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير المرحلة التعليمية لصالح تلاميذ السنة الثالثة ثانوي، ونفس هذه النتيجة أن الصحة النفسية للشباب المنخرطين لا يؤثر فيها المستوى التعليمي الذي يميزهم بقدر ما تؤثر فيها عوامل أخرى نفسية وأسرية واجتماعية، وهي التي تحدد مدى تمتع هؤلاء الشباب بالصحة النفسية.

#### خاتمة:

إن مستوى الصحة النفسية للشباب المنخرطين بدار الشباب سيدي لحسن يتأثر وبشكل مباشر بعدة عوامل نفسية واجتماعية مختلفة، قد يكون منبعها الأسرة أو المدرسة أو المجتمع بمختلف

مؤسساته، ومما لا شك فيه أن دور الشباب تعتبر مؤسسات تربوية وترفيهية تكمل مهام الأسرة والمدرسة من حيث تحسين مستوى الصحة النفسية لدى منخرطيها، كما أنها تساهم بشكل أو بآخر في النمو النفسي والذهني والاجتماعي لدى الأطفال والشباب، وذلك من خلال مختلف الأنشطة والحملات التحسيسية والإعلامية التي تقوم بها إدارتها ومنشطيها.

إن عدم توفر علاقات مشبعة بالأمن والثقة داخل دور الشباب بسبب عدم إشباع الحاجات النفسية للشباب المنخرطين، يؤدي إلى خلق الشعور بالإحباط والقلق والتوتر، وعدم الانتماء، ومشاعر الكآبة، وعدم الكفاية، والإحساس بالنقص، مما يخلق مستوى دون المتوسط إلى ضعيف من الصحة النفسية لدى هؤلاء الشباب، وهذا راجع إلى الاستعدادات النفسية الكامنة لدى كل فرد للإصابة بالاضطراب، وعوامل أسرية راجعة إلى التنشئة الاجتماعية، وأساليب التربية، والمعاملة الودية منذ الصغر، والظروف الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي تؤثر لا محالة على الحالة النفسية للشباب في المجتمع الجزائري، وعلى مستوى صحتهم النفسية، والتي تكون بمثابة العوامل المفجرة التي تؤدي إلى ظهور الاضطرابات النفسية لديهم.

#### مقترحات الدراسة:

- أهمية تهيئة الجو المناسب للأطفال والشباب في دور الشباب، والذي يتيح لهم تكوين صورة واضحة عن ذاتهم، ويتمثلون بها بشكل يضمن استقرارهم الداخلي وحسن صحتهم النفسية.
- ضرورة توفير الأنشطة الترفيهية والعلمية والتربوية والرياضية المفيدة في دور الشباب، والتي تساهم إلى جانب الأسرة والمدرسة في النمو النفسي والاجتماعي للأطفال والشباب، وحسن صحتهم النفسية، ولو بشكل نسبي.
- تفعيل دور النفساني العيادي في دور الشباب عن طريق فتح قنوات وأساليب جديدة وفاعلة للحوار والاتصال مع الشباب، وذلك من أجل التخفيف من التوترات والمشكلات النفسية التي يعاني منها الشباب المنخرطين، والإصغاء لمشكلاتهم وانشغالهم، ووقايتهم من الأفات الاجتماعية.

#### قائمة المراجع:

1. أبو النيل، محمود السيد(2013)، الصحة النفسية، القاهرة: جامعة عين شمس.
2. أبو طيرة، منى(1989)، علاقة الأعراض السيكوسوماتية بالشخصية والتنشئة الاجتماعية، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة عين شمس، مصر.
3. بوعود، أسماء(2014)، الاضطرابات النفسية بين السيكلوجيا الحديثة والمنظور الاسلامي، مجلة قراءات في التراث النفسي العرب اسلامي، إصدارات مؤسسة العلوم النفسية العربية، ع8.
4. جاسم، محمد محمد(2004)، مشكلات الصحة النفسية، ط7، عمان: دار الثقافة.
5. الخطاب، محمد أحمد وأحمد، عبد الكريم(2010)، الارشاد النفسي والاضطرابات الانفعالية للأطفال، ط7، عمان: دار الثقافة.
6. الخالدي، أديب محمد(2009)، المرجع في الصحة النفسية، ط3، عمان: دار وائل للنشر.
7. الداهري، صالح حسن والعبدي، ناظم هاشم(1999)، الشخصية والصحة النفسية، بغداد: دار الكتب.
8. الداهري، صالح حسن(2005)، مبادئ الصحة النفسية، ط7، عمان: دار وائل للنشر.
9. زهران، حامد عبد السلام(1994)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة: مكتبة عالم الكتب.
10. سمين، زيد بهلول(1997)، الأمن والتحمل النفسي وعلاقتها بالصحة النفسية، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، الجامعة المستنصرية.
11. الصالحي، نجدت قاسم(1985)، الصحة النفسية، معهد التدريب والتطوير التربوي، وزارة التربية.
12. عبد الخالق، أحمد محمد(2001)، أصول الصحة النفسية، ط2، الاسكندرية: دار المعارف الجامعية.

13. عبد الغني، أشرف محمد(2001)، المدخل إلى الصحة النفسية، الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
14. عزت، دري حسن (1986)، الطب النفسي، 3ط، الكويت: دار القلم.
15. عوض، عباس محمود(1977)، الموجز في الصحة النفسية، (ط1)، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
16. العمري، مرزوق بن أحمد عبد المحسن(2012)، الضغوط النفسية المدرسية وعلاقتها بالإنجاز الأكاديمي ومستوى الصحة النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة الليث، رسالة ماجستير في علم النفس(غير منشورة)، جامعة أم القرى، السعودية.
17. العيسوي، محمد عبد الرحمان(2001)، علم النفس الشواذ والصحة النفسية(موسوعة علم النفس الحديث)، ط1، م5، لبنان: دار الراية الجامعية.
18. الغانم، عبد العزيز(1985)، تربية الشباب في ضوء تحديات العصر، أبحاث ودراسات، المؤتمر التربوي الخامس عشر، جمعية المعلمين الكويتية، الكويت.
19. فقيه، العيد(2007)، أهمية الصحة النفسية للطلاب الجامعي(دراسة ميدانية لواقع الصحة النفسية لدى طلاب الجامعة - جامعة تلمسان - الجزائر)، مجلة جامعة دمشق، م23، ع2، دمشق.
20. القذافي، رمضان محمد(1998)، الصحة النفسية والتوافق، طرابلس: دار الرواد.
21. الكيري، لحسن(2018)، نظريات المراهقة ، صحيفة المثقف، ع(4264)، مؤسسة المثقف العربي، استرجعت بتاريخ 9 ماي، 2018 من موقع <http://www.almothaqaf.com/index.php/qadaya/82276.html>
22. الهابط، محمد السيد(1987)، دعائم صحة الفرد النفسية، الاسكندرية: المكتب الجامعي.
23. Boyer. P et al(2003), DSM –IV "manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, paris : Masson .
24. Poll. C.B(1992), CIM 10 Classification international des maladies, troubles mentaux et troubles du comportement, descriptions chimiques et directives pour le diagnostic, (dixième révision), chapitre V(F), (S.E), Paris: Masson.