

علاقة الفضاء المنزلي بالصحة النفسية لدى سكان أحياء القصبة بالجزائر العاصمة

أ/ سليمان جميل

قسم علم النفس و علوم التربية
و الأروطونيا/ جامعة الجزائر

ملخص:

يعد مفهوم الفضاء المنزلي L'espace domestique من المفاهيم الحديثة، و هو أكثر تحديداً من مفهوم السكن، نظراً لتعبيره الدقيق عن المعيش المنزلي Le vécu domestique. و قد نال المفهوم اهتماماً كبيراً من طرف الباحثين بعد أن أصبح يشكل بؤرة اهتمام علماء النفس الاجتماعي و علماء الاجتماع و الجغرافيا و الهندسة المعمارية في الدول الغربية، للعمل في مسيرة متكاملة و منسجمة من أجل دراسة الحياة اليومية داخل المسكن. لذلك تناولت الدراسة مفهوم الفضاء المنزلي و علاقته بالصحة النفسية لدى سكان أحياء القصبة بالجزائر العاصمة، و قد أظهرت النتائج وجود علاقات ارتباطية دالة بين الفضاء المنزلي و الصحة النفسية لدى سكان أحياء القصبة بالجزائر العاصمة.

مقدمة:

أصبح العالم اليوم في أمس الحاجة إلى علم الصحة النفسية بجهوده البحثية، فقد أشار إحصاء منظمة الصحة العالمية للأمراض حول العالم عام (2000) إلى أن

حوالي 10% من البالغين حول العالم يعانون من اضطرابات نفسية في أية لحظة، وهذه الاضطرابات تضم الاكتئاب النفسي، الفصام العقلي، اضطراب المزاج ثنائي القطب، الصرع، إدمان الكحول، الرهاب، الفزع، الوسواس القهري و اضطراب ما بعد الكرب الجرحي (محمد عودة الريماوي وآخرون، 2008 : 628).

و من المتعارف عليه أن الصحة النفسية عبارة عن طريقة توافق الفرد مع بيئته و ب قدرته على مغالبة صعوبات الحياة، حتى ولو كانت الظروف المحيطة به غير ملائمة، بالإضافة إلى أن الصحة النفسية ترتبط بطريقة تفكيره و تصرفه و علاقته مع الآخرين (رمضان محمد القذاف، 1998).

و من بين الظروف المحيطة التي يسعى الفرد إلى مغالبتها و التوافق معها، الظروف المتعلقة بمسكنه، بحيث يلعب المحيط الفيزيقي دورا مهما في خلق الإحساس بالراحة و الأمن، و تعتبر الحياة بلا مسكن حدثا حياتيا قويا غير مريح، بإمكانه أن يؤدي إلى اضطرابات نفسية و سلوكية شديدة. لذلك يرى جودمان، ساكس و هارفي (Goodman, Saxs & Harvey, 1991) أن الأشخاص الذين ليس لهم مأوى يظهرون عادة أعراضا تقليدية لاضطراب مشقة ما بعد الصدمة (فرانسيس، ت و ماك اندرو، 2002: 345).

و قد أشار برنارد (Bernard.N, 2005) في كتابه "أنا أسكن إذن أنا موجود" إلى أن للفضاء الذي يشغله الفرد داخل مسكنه أهمية كبرى في تكوين هويته.

لذلك أكدت العديد من الدراسات على الظروف السكنية السيئة و دورها في اختلال الصحة الجسمية و النفسية و ظهور الاضطرابات الاجتماعية، أهمها الدراسة التي قام بها الطبيب هوير Heuyer في مستشفى سلبترير Salpêtrière، بمصلحة الطب العقلي على مجموعة من الأطفال المصابين باضطرابات سلوكية حادة، وجد أن معظمهم ينتمون إلى مساكن غير لائقة بفرنسا. بالإضافة إلى وجود علاقة بين

الاضطرابات السلوكية للأطفال ومشكلة الازدحام داخل المسكن، بلغت نسبة إشغال المكان لأفراد العينة 2.3 وهي تعني نسبة ازدحام عالية (Chombart De lauwe, 1975: 118).

و قامت الباحثة خوري (1950) Khouri.C, بدراسة مماثلة بنفس المصلحة، فوجدت عددا كبيرا من العائلات تعيش من 2، 3، 4 إلى 5 أفراد في غرفة واحدة، و استنتجت أنه عندما يفوق عدد الأفراد عن 2 إلى 2.5 في الغرفة الواحدة، فإن الطفل يصبح عصيبا و عنيفا.

و أكد هذه النتيجة شومبار دولو (1975) Chombart De lauwe, بحيث بين أن العلاقة بين الآباء و الأبناء تصبح متوترة و أن الآباء يصرخون باستمرار على أبنائهم، عندما يقل مؤشر المساحة السكنية عن 8 أو 10 متر مربع.

كما كشفت إحدى الدراسات المسحية المتعلقة بالسكن و التي قامت بها السلطات الصحية في المدن الأمريكية التي يزيد عدد سكانها عن 200 ألف نسمة، أن الحجرة المزدحمة هي السبب في زيادة نسبة وفيات الأطفال، و تعتبر عاملا هاما في انتشار الأمراض المعدية (السيد عبد العاطي السيد، 1999: 268).

و مما يزيد المشكلات السكنية خطورة و تعقيدا النمو السكاني المتسارع الذي يعرفه العالم اليوم، خاصة في المدن، و تعد الجزائر من بين الدول التي تعاني اختلال كبير في مجال العمران، مما جعل الفدرالية العالمية لرابطات حقوق الإنسان (FIDH) تقرر ناقوس الخطر أمام الوضعية التي آلت إليها الجزائر في هذا القطاع، فقد جاء في التقرير الذي نشرته في منتصف شهر نوفمبر 2002، أن "عائلات تتكون من 15 إلى 20 شخصا، ما زالت تعيش في فضاءات ضيقة، أو في مساكن قديمة، في حين 2.5 مليون شخص مازالوا يعيشون في أكواخ".

و نظرا للمشكلات السكنية التي تتخبط فيها الجزائر لاسيما في بعض المناطق من العاصمة كمنطقة القصبة، التي انتزعت منها معظم نشاطاتها الخاصة و ارتبطت بها تدريجيا عدة ظواهر اجتماعية، كالبطالة و الإدمان، مع تدهور محيطها المادي. فعلى الرغم من الحالة المتدهورة التي آلت إليها القصبة، فإن عدد سكانها اليوم - حسب الإحصاء الخامس و الأخير (2008) بحوالي 35614 نسمة (17630 ذكر و 17984 أنثى). علما أن مساحتها قد تقلصت بسبب التدمير و الانهيارات التي عرفتھا القصبة على مر السنين، لتبلغ اليوم 94 هكتار منها 72.70 هكتار مصنف كميراث عالمي محفوظ من طرف اليونسكو منذ سنة 1992 (Zaid Nadia, 2006: 6).

و استنادا لما جاء به الملتقى الدولي حول القصبة (1998) بهدف تحديد استراتيجيات و آليات الحفاظ على هذا الإرث المعنوي و الجمالي الذي يشكل ذاكرة العاصمة الجزائرية، و الذي اعتبر الأزمة التي تعيش فيها القصبة أزمة اجتماعية وفضائية، تستدعي اهتماما فوريا.

لذلك تصبح الحاجة إلى دراسة المسكن و مختلف الفضاءات التي يتوزع فيها السكان أمرا لا بد منه، من أجل الوقوف على أهم المصادر البيئية التي تؤثر على سلوك الفرد و خصائص شخصيته، و مدى توافقه، و بالتالي مدى ما يتمتع به من صحة نفسية سليمة.

و تبعا لذلك فقد شاع في مجال علم النفس الاجتماعي في الآونة الأخيرة استخدام مفهوم جديد يهتم بدراسة أحداث الحياة اليومية داخل المسكن، و هو ما اتفق على تسميته "بالفضاء المنزلي" (Espace domestique).

بهذا المعنى يعد مفهوم الفضاء المنزلي من المفاهيم الأساسية التي تساعدنا على فهم شخصية الساكن، على حد قول المثل المستخدم اليوم: "قل لي أين تسكن أقول لك من أنت".

إلا أن مفهوم كل من الفضاء المنزلي و المسكن لهما تقارب كبير لدرجة أنهما في كثير من الأحيان يستعملان معا على السواء، لذلك تعمل الدراسات النفسية و الاجتماعية في تناولها لمفهوم الفضاء المنزلي على دمج مفهوم المسكن كإطار فيزيقي، مشحون بالمعاني و التعبيرات و الرموز ذات المعنى النفسي الاجتماعي، لكونه الإطار النفسي الذي يتحدد عبره مفهوم الفضاء المنزلي. هذا المفهوم الذي أصبح أكثر تعبيراً و داخلية لما يجري ضمن المسكن من نشاطات وفق آليات نفسية اجتماعية تعبر عن شخصية صاحبها.

من هنا بدأت الدعوة إلى الاهتمام بسوسيولوجيا هندسية تدرك فهم لعبة الرموز والأبعاد و الدلالات و الخصوصيات، نظراً للارتباط الوثيق بين الحياة الإنسانية و المسكن المحدد بفضاء معين (رجاء مكي طبارة، 1995).

كما تجمع هذه الدعوة بين النظرية و التطبيق لفتح المجال أمام تجربة جديدة تخص الحياة اليومية، لذلك يعمل حالياً علماء النفس الاجتماعي و الجغرافيا و الهندسة المعمارية في الدول الغربية في مسيرة متكاملة و منسجمة لدراسة الحياة اليومية داخل المسكن، حيث يتركز السلوك اليومي للأفراد، و هو الحقل الذي ينطلق منه الفضاء المنزلي، خاصة إذا علمنا أن طبيعة المسكن هي التي تحدد نوع السلوكيات التي يهتم بدراستها الفضاء المنزلي.

بذلك يتحدد دور جديد للمختص النفسي الاجتماعي يستطيع من خلاله أن يلقي الضوء على الجوانب الاجتماعية و النفسية للمشكلة السكنية، و أن يقدم الكثير مما يستفيد به المهندس المعماري في عملية التصميم السكني.

فإذا كان المخططون و المعمارزيون يهتمون بإقامة المشروعات السكنية، فإن المختص النفسي الاجتماعي يجد في صميم أعماله توجيه هؤلاء من خلال تفهمه الواعي لأنماط السلوك و دوافعه.

لكن و على الرغم من أهمية مفهوم الفضاء المنزلي باعتباره متغيراً أساسياً في دراسة الصحة النفسية لأفراد المجتمع بمختلف فئاته، فإنه لا توجد دراسات عربية – في حدود علم الباحثة – اهتمت بدراسة هذا المتغير، كما لا توجد أداة عربية مقننة لقياس هذا المتغير و تقييمه.

و في الوقت الذي يزخر فيه التراث النفسي الأجنبي بالدراسات حول هذا المتغير، نجد أن التراث النفسي العربي يخلو من أية محاولة لدراسته، بالرغم من أهميته كمتغير أساسي، بل و رئيسي لابد من دراسته عند التدخل لتحسين مستوى الصحة النفسية لأفراد المجتمع.

و حتى نساهم في إعادة الاعتبار لهذا الإرث المعنوي، لأنه حسب دلو ز Deluz, (1988) "بدون القصة تفقد الجزائر هويتها" (63: Deluz, 1988).

و بغية تنمية و استثمار ما يتمتع به أفراد مجتمعنا من طاقات و إمكانيات و التوظيف الأمثل لثرواتها البشرية، و كذا الارتقاء بالمستوى العام لصحتهم النفسية، لأنه بات من الضروري الاهتمام بالصحة النفسية للفرد الجزائري، خاصة إذا علمنا أن 155000 جزائري يعانون من اضطرابات نفسية حادة (Rapport Annuel du Ministère de la Santé, Décembre 2004).

لذلك جاءت فكرة البحث الحالي المتمثلة في دراسة العلاقة الارتباطية بين الفضاء المنزلي و الصحة النفسية لدى سكان القصبة بالجزائر العاصمة.

مشكلة الدراسة:

يمكن تحديد مشكلة البحث الحالي في محاولة الإجابة على التساؤلات التالية:

- هل توجد علاقة ارتباطية بين الفضاء المنزلي و الصحة النفسية لدى سكان أحياء القصبة، و هل العلاقة تختلف باختلاف كل من الجنس (ذكر/ أنثى)، الحالة المدنية (متزوج/ غير متزوج)، الوضعية المهنية (عامل/ بدون عمل)؟

يتفرع من هذا السؤال تساؤلات أخرى:

- هل تختلف العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية و الفضاء المنزلي لدى سكان أحياء القصبة باختلاف الجنس (ذكر/ أنثى)؟
- هل تختلف العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية و الفضاء المنزلي لدى سكان أحياء القصبة باختلاف الحالة المدنية (متزوج/ غير متزوج)؟
- هل تختلف العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية و الفضاء المنزلي لدى سكان أحياء القصبة باختلاف الوضعية المهنية (عامل/ بدون عمل)؟

فرضيات الدراسة:

على أساس التساؤلات السابقة تم صياغة الفرضيات التالية:

- الفرضية العامة: توجد علاقة ارتباطية بين الفضاء المنزلي و الصحة النفسية لدى سكان أحياء القصبة، و هي علاقة تختلف باختلاف كل من الجنس (ذكر/ أنثى)، الحالة المدنية (متزوج/ غير متزوج)، الوضعية المهنية (عامل/ بدون عمل).

الفرضية الجزئية الأولى:

تختلف العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية و الفضاء المنزلي لدى سكان أحياء القصبية باختلاف الجنس (ذكر/ أنثى).

الفرضية الجزئية الثانية:

تختلف العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية و الفضاء المنزلي لدى سكان أحياء القصبية باختلاف الحالة المدنية (متزوج / غير متزوج).

الفرضية الجزئية الثالثة:

تختلف العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية و الفضاء المنزلي لدى سكان أحياء القصبية باختلاف الوضعية المهنية (عامل/ بدون عمل).

تحديد المفاهيم الأساسية للبحث:

يمكن تحديد المفاهيم الأساسية للبحث على النحو التالي:

1/- مفهوم الفضاء المنزلي : Espace domestique

تشير كلمة منزلي (Domestique) باللاتينية (Domesticus) إلى المنزل و إلى الأعمال المنزلية، أما (Domicile) باللاتينية (Domicilium) من (Domus) فتعني مكان الإقامة، البيت، المنزل (Larousse، 1997).

بينما تشير كلمة فضاء (Espace) باللاتينية (Spatium) إلى المساحة غير المحدودة التي تحوي و تحيط بكل الأشياء (Larousse، 1999). و يعني الفضاء من الناحية

اللغوية: "المكان"، و جمعه أماكن، أمكنة، و هو المساحة المحددة التي يشغلها جسم ما (المعجم العربي الحديث، 1973).

أما من الناحية الاجتماعية فقد اهتم علماء الاجتماع بالجانب الاجتماعي عند دراستهم للفضاء الذي يعتبر حسبهم معاش (Un vécu) عن طريق العلاقات الاجتماعية.

و هناك اتفاق بينهم يؤكد على اجتماعية الفضاء، و تظهر هذه الاجتماعية في علاقة جدلية مع الأفراد، بحيث يعبر الفضاء على كل ما يخص الحياة اليومية و يرتبط معها. بل هو الوعاء الذي يتسع لها، ولا يمكن رؤية مشاهد هذه الحياة إلا عبر الفضاء (مأكل، مشرب، جنس، عمل... الخ) (رجاء مكي طيارة، 1995: 49).

من جهة أخرى يتخذ الفضاء شكلا يحمل أبعادا نفسية، عندما يتجسد في الوسائل التي يستعملها الأفراد للتكيف مع سكناتهم، و يظهر ذلك من خلال الطقوس والرموز و الدلائل و مختلف الممارسات التي نلتمسها بمجرد الدخول إلى مسكن معين.

إلا أن معظم الدراسات التي أقيمت في بعض الدول العربية لم تستخدم مفهوم الفضاء المنزلي مثلما استخدمته الدراسات الغربية (Espace domestique) بل استخدمت مفهوم "المجال السكني" (Espace habité) تارة و "الفضاء المسكون" تارة أخرى للتعبير عن المفهوم في حد ذاته من خلال مختلف الممارسات السكنية التي تجري داخل المسكن.

أما مفهوم الفضاء المنزلي كما نتناوله في هذه الدراسة فهو يتعلق بالحياة اليومية داخل المسكن عبر نسق من التفاعلات الاجتماعية، استنادا إلى ما جاء به لويس (Lewin, 1951) الذي اعتبر الفضاء أصل جميع التفاعلات الاجتماعية التي تحدث بين الفرد و محيطه، (Fischer, 1980) للوصول إلى معرفة العلاقات التي يقيمها الساكن مع فضاءاته المعيشية من خلال ممارساته و استثماراته للمجال السكني الذي

يعيش فيه، على اعتبار أنّ الفضاء المنزلي هو البناء الذي يجسد الحياة الاجتماعية اليومية للأفراد.

و بذلك يحدد مفهوم فضاء منزلي (Espace domestique) إجرائياً بالمكان الذي يجسد الحياة الاجتماعية اليومية للأفراد في إطار الممارسات و العلاقات التي تجري داخل المسكن، باعتباره بنية نفسية تعبر عن شخصية صاحبها.

2/ مفهوم المسكن: Habitation

تشير كلمة سكن (Habitat) باللاتينية (Habitatum) إلى المكان المنظم الذي يسمح للفرد بتحقيق حاجاته الفيزيولوجية، الروحية و العاطفية، (Dictionnaire de l'habitat et du logement, 2002). و حسب الموسوعة العربية العالمية (2004) فالمسكن هو البناء الذي يوفر المأوى و الأمان و الحماية.

كما يعرف المسكن بأنه حاجة ضرورية مثل الملبس و المأكل و التربية و الصحة، بالإضافة إلى أنه مأوى يلجأ إليه الفرد ليجد الدفء و العاطفة و يتيح له القدرة على التعبير عن شخصيته و ميوله بإيجاد أشياء و تشكيلها داخل البيت، ثم ترتيبها وفق أسلوب خاص (محمد السويدي، 1985: 23-24).

3/- مفهوم الصحة النفسية : La Santé Mentale

يعرف أحمد محمد عبد الخالق (1997) الصحة النفسية بأنها حالة عقلية انفعالية مركبة دائمة نسبياً، من الشعور بأن كل شيء على ما يرام و الشعور بالسعادة مع الذات و الآخرين، والشعور بالرضا و الأمن و سلامة العقل و الإقبال على الحياة (أحمد محمد عبد الخالق، 1997: 32).

أما الداھري (1999) فيرى أن الصحة النفسية مفهوم بسيط يصف الشخص الذي يسيطر على بينته بطريقة إيجابية نشطة تتضح فيها وحدة اتساق الشخصية و يدرك نفسه و العالم الذي حوله بطريقة واقعية، و يستطيع أن يوظف قدراته بفاعلية و يتميز بقدرة السيطرة على العوامل التي تؤدي إلى الإحباط أو اليأس (الداھري، 1999: 42).

و يعد تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة النفسية من التعاريف الرائدة، بحيث يعرف الصحة النفسية بأنها حالة عقلية انفعالية مركبة دائمة نسبيا من الشعور بأن كل شيء على ما يرام، والشعور بالسعادة مع الذات و مع الآخرين، و الشعور بالرضا و الطمأنينة، و الأمن و سلامة العقل و الإقبال على الحياة و الشعور بالنشاط و القوة و العافية، و يتحقق في هذه الحالة درجة مرتفعة نسبيا من التوافق النفسي و الاجتماعي (Larousse, 1997: 686).

و بذلك يحدد مفهوم الصحة النفسية إجرائيا في ما يكشف عنه مقياس الصحة النفسية المعتمد في الدراسة الحالية، الذي أعده صلاح فؤاد محمد مكاي (2002). و الذي يهدف إلى التعرف التقديري على مستوى الصحة النفسية لدى الأفراد في أعمار زمنية مختلفة (من 18 سنة إلى 55 فأكثر)، و يتم تقدير مستويات الصحة النفسية كما يلي: منخفض - متوسط - مرتفع، و ذلك بتحديد الدرجة الخام التي يتحصل عليها الفرد.

إجراءات الدراسة:

- منهج الدراسة:

تم الاعتماد على المنهج الوصفي نظرا لملائمته لطبيعة الموضوع المراد دراسته. و هو المنهج الذي يعتمد على جمع الحقائق و البيانات و تصنيفها و معالجتها

وتحليلها تحليلًا كافيًا و دقيقًا لاستخلاص دلالتها و الوصول إلى نتائج أو تعميمات عن الظاهرة أو الموضوع محل البحث (بشير صالح الرشيدى، 2000: 59).

- عينة الدراسة:

تتكون عينة البحث الأساسية من 300 أسرة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية. موزعين على 07 مقاطعات، بعد حصولنا على الجدول الإجمالي لبلدية القصبة الصادر عن الإحصاء العام الخامس للسكان و السكن (2008).

و فيما يلي عرض لمختلف خصائص العينة الأساسية:

جدول رقم (01):

توزيع أفراد العينة الأساسية الكلية حسب كل من الجنس،
الحالة المدنية و الوضعية المهنية.

الجنس	الذكور		الإناث		مجموع
	يعمل	بدون عمل	يعمل	بدون عمل	
العدد	58	73	78	91	300
النسبة	19%	24%	26%	30%	100%
الحالة المدنية	متزوج	غير متزوج	متزوج	غير متزوج	مجموع
العدد	76	55	96	73	300
النسبة	25%	18%	32%	24%	100%
مجموع	131		169		300

- أدوات الدراسة:

وضعت الأدوات بهدف قياس العلاقة بين متغيرات الدراسة، المتمثلة في الفضاء المنزلي و الصحة النفسية، لذلك حددت أدوات البحث على النحو التالي:

1- القائمة المرجعية للفضاء المنزلي:

بالرجوع للمصادر المتخصصة في متغير الفضاء المنزلي و البحوث التي أنجزت حوله، تم التعرف على خصائص هذا المفهوم، أهمها: طبيعة المسكن و الظروف المحيطة به-النشاطات التي تضم مختلف الممارسات و الأعمال المنزلية- العلاقات الاجتماعية- التنظيمات و الترتيبات التي يقوم بها الساكن داخل مسكنه- رضا الأفراد عن مسكنهم و مدى تعلقهم بمحل إقامتهم. لذلك تم بناء قائمة مرجعية أو كما يسميها البعض بقائمة استفتاء (Inventaire)، و هي القائمة التي تمثل أداة هذه الدراسة، و قد أعدتها الباحثة بحيث تغطي سائر الخصائص التي تمثل الفضاء المنزلي و التي تلخصت في المحاور الخمسة المذكورة سابقا.

و قد اعتمدنا لحساب صدق القائمة المرجعية الخاصة بالفضاء المنزلي على الصدق الظاهري، لذلك تم عرض العبارات المتعلقة بالفضاء المنزلي على مجموعة من المحكمين. و بعدها اخترنا العبارات التي حصلت على نسبة تقديرات تساوي 80% فأكثر.

أما لحساب ثبات القائمة المرجعية الخاصة بالفضاء المنزلي، فقد تم استخدام طريقة إعادة تطبيق الاختبار على عينة استطلاعية عددها 100 أسرة بفاصل زمني قدره أسبوعان بين التطبيقين الأول و الثاني للأداة، لتقادي أي عامل للتذكر. ثم حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة الاستطلاعية في التطبيقين، فبلغت

قيمته: ($r = 0.88$) عند مستوى دلالة 0.01، و قيمة معامل الارتباط هذه ايجابية ودالة إحصائياً، و بذلك تتصف القائمة المرجعية للفضاء المنزلي بالثبات.

2- مقياس الصحة النفسية:

استخدمنا مقياس الصحة النفسية الذي أعده صلاح فؤاد محمد مكاوي (2002)، يتكون المقياس من 56 عبارة تمثل الأبعاد المختلفة لمقياس الصحة النفسية. و للتأكد من أن المقياس صادق فيما يقيسه استخدم الباحث طريقة الصدق التلازمي، و ذلك بتطبيق المقياس على عينة التقنين و تطبيق مقياس جودة الصحة النفسية الذي أعده مصطفى الشرقاوي (1999)، و قد دلت نتائج الصدق التلازمي على وجود ارتباط دال إحصائياً عند 0.01 بين درجات أفراد عينة التقنين في مقياس الصحة النفسية، و بين درجاتهم في مقياس جودة الصحة النفسية، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين التطبيقين 0.628، و هذه النتيجة تؤكد صدق مقياس الصحة النفسية.

و بالنسبة للدراسة الحالية فقد تم تقدير درجة صدقه بالاحتفاظ بدرجة الصدق الذي اعتمده فؤاد محمد مكاوي (2002) في حسابه لصدق المقياس و المقدرة بـ 0.628 عند مستوى دلالة 0.01 و هي نتيجة تؤكد صدق المقياس، و بناء عليه فقد تم الاحتفاظ بنفس الصياغة للمقياس.

أما للتأكد من ثبات مقياس الصحة النفسية المعتمد في هذه الدراسة، تم استخدام برنامج الرزنامة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، قمنا بحساب ثبات مقياس الصحة النفسية بالاعتماد على طريقة التجزئة النصفية ثم حساب معامل الارتباط لبيرسون بين النصفين، و أخيراً حساب الثبات الكلي باستخدام معادلة سبيرمان وبراون. و قد سجل كل نصف قيمة تقدر بـ 0.80، و هو معامل ارتباط عال نسبياً، و هذا يدل على ثبات المقياس.

- كيفية تحليل البيانات:

بعد جمع المعطيات تم فرزها و تفرغها في جداول قصد معالجتها إحصائيا باستعمال برنامج الرزنامة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، و قد مكن ذلك من تحليل بيانات البحث بالأدوات الإحصائية التالية:

- معامل الارتباط لحساب العلاقة الارتباطية بين درجات الصحة النفسية و درجات الفضاء المنزلي.
- معامل كرامر Cramer، لحساب العلاقة الارتباطية بين مستويات الصحة النفسية و مستويات الفضاء المنزلي.
- اختبار Z لقياس الدلالة الإحصائية للفرق الملاحظ بين معاملي ارتباطيين.
- و لمعرفة الفرق بين معامل ارتباط و آخر و دلالة ذلك الفرق نحتاج إلى تحويل كل معامل إلى قيمة معيارية حسب قانون فيشر Fisher.R.A، لذلك استعملنا جدول فيشر الذي يسمح بتحويل معامل الارتباط إلى قيمة معيارية Z (Edwards.A.L, 1976).

عرض و تحليل النتائج:

أولا: عرض نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الجزئية الأولى على ما يلي: تختلف العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية و الفضاء المنزلي لدى سكان أحياء القصبة باختلاف الجنس (ذكر/ أنثى).

جدول رقم (02):

العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية و الفضاء المنزلي

بحسب متغير الجنس.

الجنس	الصحة النفسية	الفضاء المنزلي
ذكور	0.61**	
إناث	0.60 **	
العينة	N = 300	

- ** دالة عند مستوى دلالة $\alpha = 0.01$

نلاحظ من خلال الجدول رقم (02) أن العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية والفضاء المنزلي تقدر بـ 0.61 بالنسبة للذكور و هي دالة عند 0.01، و هي تقريبا نفسها عند الإناث بحيث قدرت بـ 0.60 و هي دالة عند 0.01، و بما أن القيمتين متقاربتين، فلم يتم قياس الدلالة بواسطة اختبار Z لمعرفة الفرق الملاحظ بين المعاملين الارتباطيين، غير أن الفرق غير دال بين المعاملين، بمعنى أن العلاقة بين الصحة النفسية و الفضاء المنزلي لا تختلف باختلاف الجنس. و بالتالي فإن الفرضية الجزئية الأولى لم تتحقق.

ثانيا: نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

تنص الفرضية الجزئية الثانية على ما يلي: تختلف العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية و الفضاء المنزلي لدى سكان أحياء القصبة باختلاف الحالة المدنية (متزوج / غير متزوج).

جدول رقم (03):

العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية و الفضاء المنزلي
بحسب متغير الحالة المدنية (متزوج / غير متزوج).

الحالة المدنية	الصحة النفسية	الفضاء المنزلي
متزوج	** 0.63	
غير متزوج	** 0.54	
العينة	N = 300	

- ** دالة عند مستوى دلالة $\alpha = 0.01$

تدل النتائج المبينة في الجدول رقم (03) أن العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية والفضاء المنزلي بالنسبة لمتغير الحالة المدنية هي علاقة متوسطة و دالة بالنسبة للعراب بحيث قدرت بـ 0.54، عند 0.01 و متوسطة و دالة بالنسبة للمتزوجين قدرت بـ 0.63.

غير أن الفرق غير دال بين المعاملين، لأن اختبار Z قدر بـ -1.63 و بالتالي ترفض الفرضية إذا كان Z محصورا ما بين -1.96 و +1.96 و ذلك عند مستوى 0.05، و عليه فإن Z المقدر بـ -1.63 قيمة غير دالة، و بالتالي فالعلاقة الارتباطية لا تختلف باختلاف الحالة المدنية، و من تم فإن الفرضية الجزئية الثانية لم تتحقق.

ثالثا: نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

التي تنص على ما يلي:تختلف العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية و الفضاء المنزلي لدى سكان أحياء القصبة باختلاف الوضعية المهنية (عامل/ بدون عمل).

جدول رقم (04):

العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية و الفضاء المنزلي
بحسب الوضعية المهنية (عامل/ بدون عمل).

الوضعية المهنية	الصحة النفسية	الفضاء المنزلي
العاملين	** 0.56	
غير العاملين	** 0.64	
العينة	N = 300	

- ** دالة عند مستوى دلالة $\alpha = 0.01$

تدل النتائج المبينة في الجدول رقم (04) أن العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية والفضاء المنزلي بالنسبة لمتغير الوضعية المهنية، هي علاقة متوسطة و دالة بالنسبة للعاملين بحيث قدرت بـ 0.56، عند 0.01 و متوسطة و دالة بالنسبة لغير العاملين قدرت بـ 0.64، غير أن الفرق غير دال بين المعاملين، لأن اختبار Z قدر بـ 1 و بالتالي ترفض الفرضية إذا كان Z محصوراً ما بين -1.96 و +1.96 و ذلك عند مستوى 0.05، و عليه فإن Z المقدر بـ 1 قيمة غير دالة، و بالتالي فالعلاقة الارتباطية لا تختلف باختلاف الوضعية المهنية، و من ثم فإن الفرضية الجزئية الثالثة لم تتحقق.

مقارنة أبعاد الصحة النفسية بأبعاد الفضاء المنزلي للعينة الكلية:

لمعرفة العلاقة الارتباطية بين الفضاء المنزلي و الصحة النفسية لأفراد العينة المدروسة، قمنا بمقارنة أبعاد الصحة النفسية و أبعاد الفضاء المنزلي للعينة الكلية، و الجدول الموالي يبين ذلك بوضوح:

جدول رقم (05):

العلاقة الارتباطية بين أبعاد الصحة النفسية
و أبعاد الفضاء المنزلي للهيئة الكلية.

أبعاد الصحة النفسية			الأبعاد الفضاء المنزلي
البعد الأول	البعد الثاني	البعد الثالث	
0.454 *			البعد الأول
0.126 **			البعد الثاني
0.497 *			البعد الثالث
0.377 *			البعد الرابع
0.479 *			البعد الخامس

- ** دالة عند مستوى دلالة $\alpha = 0.01$

- * دالة عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$

تدل النتائج المبينة في الجدول رقم (05) أن العلاقة الارتباطية بين أبعاد الصحة النفسية و أبعاد الفضاء المنزلي، كلها علاقات ارتباطية و دالة و متوسطة عند مستوى 0.05 ، ماعدا العلاقة الخاصة بالبعد الثاني التي جاءت نوعا ما ضعيفة ولكنها دالة عند مستوى 0.01.

و لمعرفة العلاقة الارتباطية بين درجات الصحة النفسية و درجات الفضاء المنزلي تم استخدام معامل ارتباط بيرسون. بالإضافة إلى استخدام معامل كرامر, Cramer معرفة العلاقة الارتباطية الموجودة بين مستويات الصحة النفسية و مستويات الفضاء المنزلي.

و الجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (06):

العلاقات الارتباطية بين كل من درجات

و مستويات الصحة النفسية و الفضاء المنزلي.

العلاقة الارتباطية	الصحة النفسية	الفضاء المنزلي
معامل كرامر, Cramer	$C = 0.71$	
معامل ارتباط بيرسون		$r = 0.61$
العينة		$N = 300$

نلاحظ من خلال الجدول رقم (06) أن معامل الارتباط بين درجات الصحة النفسية و درجات الفضاء المنزلي قدر بـ 0.61، مما يدل على وجود علاقة ارتباطية بين درجات الصحة النفسية و درجات الفضاء المنزلي.

كما قدرت قيمة معامل كرامر, Cramer بـ 0.71 و هذه النتيجة تدعم ما سبق، أي أن هناك علاقة ارتباطية بين مستويات الصحة النفسية و مستويات الفضاء المنزلي.

مناقشة عامة لنتائج الدراسة:

توصلنا خلال عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية الأولى إلى أن هناك علاقة ارتباطية بين الفضاء المنزلي و الصحة النفسية لدى سكان أحياء القصبة، و قد توقعنا أن يكون هناك اختلاف بين الذكور و الإناث، لكون المرأة بحسب طبيعتها هي الأكثر احتكاكا بالمسكن و أكثر تعايشا لظروفه، إلا أن النتائج التي توصلنا إليها و المتعلقة بالفرضية الجزئية الأولى و القائلة أن: العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية و الفضاء المنزلي لدى سكان أحياء القصبة تختلف باختلاف الجنس (ذكر / أنثى)، جاءت عكس ما توقعناه، أي أن العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية

والفضاء المنزلي لدى سكان أحياء القصبة لا تختلف باختلاف الجنس، و من ثم فالفرضية الجزئية الأولى لم تتحقق.

و يرجع ذلك بالدرجة الأولى إلى أن كلا المجموعتين تعيشان نفس المشكلات الفضائية، فقد تبين من خلال المواقف الحوارية أثناء تطبيق أدوات الدراسة، أن حديثهم لا يخلو من المعاناة النفسية و الشكاوى المتكررة. و هذا يتفق مع ما توصلت إليه دراسة رجاء مكي طيارة (1995)، حين بينت أن التوزيعات القديمة التي كانت تفصل بين الفضاء الذكوري و الفضاء الأنثوي، غابت تماما، و ارتبط ذلك بالأجواء المنزلية العامة التي طغت على كلا الجنسين دون استثناء، و مما عزز هذا التغيير التقسيم المساحاتي الجديد لداخل المسكن، فلم يعد مكان المرأة حاليا هو المطبخ فقط، بل تعدى ذلك ليشمل مشاركة الرجل في أعمال الخارج، و بدأ بعض الرجال يشارك في أعمال المطبخ. و مما لا شك فيه أن لهذا التحول أثره على الجنسين و على وظائفهما و أدوارهما: كالجولوس معا على المائدة، المشاركة في العمل و في اتخاذ القرار و في تربية الأولاد... الخ. كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسة التي قام بها فنسن كرادك (1994) Vincent Caradec و التي تهدف إلى معرفة الطريقة التي يستخدمها الأزواج المتقاعدين لإدارة حياتهم الزوجية داخل المسكن، بحيث توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين النساء و الرجال المتقاعدين في مفهوم الفضاء المنزلي، بسبب رغبة كل واحد منهم في الحصول على فضاء شخصي يمثل بالنسبة إليهم الاستقلالية و التحرر من الروتين الذي يفرضه الفضاء المنزلي المشترك. (Actes du Colloque, 1994: 83).

لكن هناك دراسات أخرى توصلت إلى نتائج مختلفة أهمها دراسة فون مانكسل (1994) Van Menxel و التي تهدف إلى دراسة مقارنة لبروفيل الصحة الجسدية و العقلية و النفسية بين الرجال و النساء ذوي المسكن الغير اللائق، فتوصل إلى أن ثلثي أفراد العينة لديهم مشكلات سكنية تتعلق بالإضاءة، التهوية، المساحة... الخ،

وأن أكبر نسبة من الأفراد المصابين بالاضطرابات خاصة النفسية هي نسبة النساء، لكونهن الأكثر مكوّنا بالبيت (Danielle Maltais, 2000: 3-4).

بينت النتائج التي توصلنا إليها فيما يتعلق بالفرضية الجزئية الثانية و التي تنص على أن العلاقة الارتباطية بين الفضاء المنزلي و الصحة النفسية لدى سكان أحياء القصبة تختلف باختلاف الحالة المدنية (متزوج / غير متزوج)، لا تختلف باختلاف الحالة المدنية، و من تم فالفرضية الجزئية الثانية لم تتحقق، و النتيجة منطقية تماما بسبب غياب أهم الشروط التي يحتاج إليها الساكن داخل مسكنه و التي تتعلق ليس فقط بالراحة و الأمان و لكن أيضا بالخصوصية و الحميمة التي يحتاج إليها الفرد في معظم الأوقات، سواء كان متزوجا أو غير متزوج، فقد جاءت النتائج مقاربة بين المتزوجين و غير المتزوجين بالنسبة لمعظم الأبعاد، بسبب عدم توفر أدنى شروط السكن اللائق.

كما توصلنا خلال عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الجزئية الثالثة، القائلة إلى أن العلاقة الارتباطية بين الفضاء المنزلي و الصحة النفسية لدى سكان أحياء القصبة تختلف باختلاف الوضعية المهنية (عامل / بدون عمل)، إلى عدم وجود اختلاف بين الذين يعملون و الذين لا يعملون، و من تم فالفرضية الجزئية الثالثة لم تتحقق. والسبب في ذلك يعود حسب ما توصلت إليه نورة صمود (2001) Semmoud.N, في دراستها لاستراتيجيات امتلاك الفضاء بالجزائر، إلى أن معظم سكان القصبة الذين يعملون هم أرباب الأسرة أو أبنائهم، و هم يشغلون مناصب بسيطة جدا، كموظفين إداريين، عمال في مؤسسات البناء، أو غير ذلك من المهن المتواضعة، و يحملون على عاتقهم عائلات بأكملها (البطالين، كبار السن والأطفال).

كما بينت دراسة برنارد و جمبو (Bernard & Jambu, 1978) إلى أن طريقة امتلاك الفضاء تختلف باختلاف المهنة و كذا السن، فقد توصلنا إلى أن الساكنين

الذين هم في سن يقل عن 35 سنة يمتلكون مسكنهم بطريقة عصرية، بينما يمتلك من هم فما فوق 35 سنة مسكنهم بطريقة تقليدية، بالإضافة إلى أن الموظفين الصغار يستعملون طرق و وسائل تقليدية في المحافظة على مسكنهم، في حين تستعمل الإطارات العليا و ذوي الأعمال الحرة طرق عصرية.

و هذا يدل على أن نوع المهنة يغير من اتجاه الفرد نحو مسكنه مثلما يغير من طريقة امتلاكه لفضائه المعيشي، و هو ما ينطبق تماما على عينة بحثنا، بحيث وجدنا أن الأعمال البسيطة ذات الدخل الضعيف هي المهنة الوحيدة التي تغلب على معظم المبحوثين، لذلك جاءت النتائج متقاربة بين العاملين و غير العاملين. و لعل السبب في ذلك يعود إلى ما جاء به السيد عبد العاطي السيد (1999) في أن كل الأحوال التي تحيط بساكن الحي المتخلف تزيد جسمه شقاء و تعباً و تثير فيه الإحساس بعدم الرضا الروحي و المعنوي، إذ ليس لديه أي هدوء أو سلام أو خصوصية، و ليس له حجرة يستريح فيها ليلاً أو نهاراً، و لا يرى أي جمال من حوله قد يحجب عنه جيرانه منظر الجزء الصغير من السماء، و يجب عليه أن يغلق هذه النوافذ غير الكافية إذا أراد أن لا يستمع إلى مشاجرات الجيران، فهو يعمل بلا طموح و ينهي يومه بدون رضا أو أمل (السيد عبد العاطي السيد، 1999: 270).

إلا أنه رغم عدم تحقق الفرضيات الثلاثة التي تنص على أن العلاقة بين الفضاء المنزلي تختلف باختلاف كل من الجنس، الحالة المدنية و الوضعية المهنية، فإن ذلك لم ينف عدم وجود علاقة بين الفضاء المنزلي و الصحة النفسية لدى ساكن القسبة، فقد وضح التحليل وجود علاقات ارتباطية دالة و متوسطة بين درجات الصحة النفسية و درجات الفضاء المنزلي، بحيث قدرت قيمة معامل الارتباط بين درجات الصحة النفسية و درجات الفضاء المنزلي بـ 0.61، مما يدل على وجود علاقة ارتباطية بين درجات الصحة النفسية و درجات الفضاء المنزلي.

أما قيمة معامل كرامر Cramer, فقد قدرت بـ 0.71 و هذه النتيجة تدعم ما سبق، و هذا معناه أنه توجد علاقة ارتباطية بين مستويات الصحة النفسية و مستويات الفضاء المنزلي.

و هو ما يتفق مع دراسة ماري تيراز كسمان و آن غوتي (1994) Marie Anne Gauthier & Thérèse Casman, التي جاءت بهدف التعرف على الظروف المعيشية للمساكن في بلجيكا و دورها في تحقيق الصحة النفسية و العقلية للأفراد، فقد أكدت النتائج على دور مساحة المسكن في تحقيق الراحة و التوازن لأفراد العينة، بالإضافة إلى الظروف السكنية التي تعتبر سببا مباشرا في التأثير على صحة الساكن مثل: عدم نظافة الجدران، الرطوبة، سوء الإنارة و غيرها. (Actes du Colloque, 1994: 131).

و انطلاقا من هذه النتائج نستنتج أنه مهما اختلف الجنس (ذكر/ أنثى)، الوضعية المهنية (عامل/ بدون عمل) و الحالة المدنية (متزوج/ غير متزوج)، فإن درجة الصحة النفسية لسكان القصبة تكاد تكون في نفس المستوى من التقارب، و السبب يعود إلى الجو العام الذي يطبع مساكن القصبة و الذي لا يتوفر على أدنى المقاييس التقنية المقبولة للإيواء.

و لعل من أهم ما تكشف عنه هذه الدراسة هو أن السكن في القصبة قد أصبح ظاهرة نفس- اجتماعية، ذلك لأن المساحة المبنية و الفضاء السكني الخاص هما المساحات غير المنتظمة بطريقة عقلانية، بسبب النقائص المفروضة على الحياة المنزلية اليومية، مما انعكس سلبا على الصحة النفسية للسكان.

فقد بينت نتائج الدراسة الحالية وجود علاقة ارتباطية دالة بين الفضاء المنزلي و الصحة النفسية لدى سكان أحياء القصبة بالجزائر العاصمة، و ذلك يعود إلى مجموعة من الأسباب: كانهدام الأمن الذي يهدد السكان نتيجة تدهور النسيج

العمراني وهشاشة البنايات، انعدام الخصوصية، عدم توفر الراحة بسبب الضيق والازدحام في المساكن... و غير ذلك من المشكلات الصحية و الأخلاقية والاجتماعية.

الأمر الذي يجعلنا نساند ما جاء به بيرجل (Bergel.E, 1955) الذي يرى أنه من الناحية النظرية تعد كل المنازل التي بنيت قبل (1900) و لم تُحدث هي دون المستوى لأنها خلت من معظم التسهيلات الصحية الحديثة قبل نظم التدفئة المركزية و الماء الساخن الجاري و دورات المياه الصحية و الكهرباء، و من ثم أصبح في نظرنا حيا متخلفا رغم أنها كانت وقت إنشائها تعتبر منازل مرغوب فيها (Bergel.E, 1955: 411).

من هنا فإن المشكلة تعد من أخطر عناصر الأزمة و أكثرها أهمية، فالإسكان السيئ و الظروف البيئية غير الصحية هي بلا شك من بين العوامل الرئيسية للانحراف والإدمان على المخدرات و الشذوذ الجنسي، و بالتالي انخفاض الإنتاج و حوادث العمل و التغيب و غيرها من المشكلات التي تكلف ميزانية الدولة أموالا طائلة.

- المراجع المستعملة:

أولا: المراجع العربية:

1. أحمد محمد عبد الخالق (1997): أصول الصحة النفسية / دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، الطبعة الثانية.
2. السيد عبد العاطي السيد (1999): الإنسان و البيئة / دار المعرفة الجامعية الإسكندرية.
3. بشير صالح الرشيدي (2000): مناهج البحث التربوي، دار الكتاب الحديث، الطبعة الأولى.

4. الداهري صالح حسن (1999): الشخصية و الصحة النفسية / دار الكتب الكندي للنشر و التوزيع، أربد، الأردن، الطبعة الأولى.
5. رجاء مكي طيارة (1995): مقاربة نفس- اجتماعية للمجال السكني / المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر و التوزيع، بيروت- لبنان.
6. رمضان محمد القذاف (1998): الصحة النفسية و التوافق / المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، الطبعة الثانية.
7. صلاح فؤاد محمد مكاي (2002): مقياس الصحة النفسية / مكتبة الأنجلو المصرية.
8. فرانسيس، ت و ماك اندرو/ ترجمة عبد اللطيف محمد خليفة و جمعة سيد يوسف (2002): علم النفس البيئي / مطبوعات جامعة الكويت.
9. محمد السويدي (1985): محاضرات في الثقافة و المجتمع / ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
10. محمد عودة الريماوي و آخرون (2008): علم النفس العام، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، الأردن، الطبعة الثالثة.
11. مصطفى خليل الشرفاوي (1977): علم الصحة النفسية، دار النهضة العربية، بيروت.
12. المعجم العربي الحديث (1973): لاروس- كندا.
13. الموسوعة العربية العالمية (2004): مؤسسة سلطان بن عبد العزيز آل سعود الخيرية.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

14. Actes du Colloque (1994) : Les espaces de la famille : les cahiers de sociologie de la famille, N° 1-5 et 6 mai.

15. Bernard.N (2005) : J'habite donc je suis : Collection Quartier libre, Edition- Labor, Bruxelles.
16. Bernard.Y & Jambu.M (1978) : Espace habité et modèles culturels. Ethnologie française. VII.
17. Bergel.E.E (1955) : Urban sociology : mc Graw- hill book, New-York .
18. Chombart de lauwe.P.H (1975) : Famille et habitation : CNRS, Paris.
19. Danielle Maltais & autres (2000) : Redéfinition de l'habitat et santé mentale des sinistrés suite aux inondations : Québec.
20. Deluz.J.J (1988) : L'urbanisme et l'architecture d'Alger : office des publications universitaires, Alger.
21. Dictionnaire de l'habitat et du logement (2002) : Armand Colin, Paris.
22. Edwards.A.L (1976) : An introduction to linear regression and correlation. W.H. Freeman and company, San Francisco.
23. Fischer.G.N (1980) : La psychosociologie de l'espace : PUF, Paris.
24. Khouri.C (1950) : Les facteurs sociaux économiques, familiaux des troubles du caractère chez l'enfant : thèse de médecine, inédite.
25. Larousse (1997) : Le grand dictionnaire de la psychologie, Paris.
26. Larousse (1999) : Le nouveau mémo – encyclopédie : Edition- Larousse.

27. Nora Senmoud (2001) : Les stratégies d'appropriation de l'espace à Alger, l'harmattan, Paris.
28. Rapport annuel du ministère de la santé : décembre (2004).
29. Zaid Nadia & autres (2006) : La Casbah : Ame du passé, Eden de l'avenir : Edition-Casbah.