

مستويات الصحة النفسية العامة لدى الشباب في المجتمع الجزائري

- من خلال الشدة النفسية كمؤشر للصحة النفسية -

Levels of general psychological health of young people in Algerian society

-By psychological distress as an indicator of psychological health-

لحسن العقون^{1*}، نسرین سلاطينية²

¹ جامعة محمد خيضر - بسكرة - (الجزائر)، laggoun_82@yahoo.fr

² جامعة محمد خيضر - بسكرة - (الجزائر)، nessrine.selatnia@univ-biskra.dz

تاريخ القبول: 2021/05/26

تاريخ الإرسال: 2021/05/10

ملخص:

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستويات الصحة النفسية العامة لدى عينة من الشباب الجزائري كمؤشر من المؤشرات الأساسية لفهم وضعيتهم الحالية في ظل التغير الاجتماعي والثقافي المشهود. شملت الدراسة عينة مكونة من 962 شاب وشابة من مختلف كليات جامعات باتنة وبسكرة والجزائر العاصمة، إضافة إلى بعض شباب مراكز التكوين المهني، بحيث استعملنا مقياس كيسلر للشدة النفسية (k10) والمكون من 10 عبارات تهدف إلى الكشف عن مدى انتشار الشدة والمعاناة النفسية لدى الأفراد. بينت النتائج أن هذا المقياس يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة. وكشفت عن أن أكثر من 23 % من عينة الدراسة تعاني من درجات عالية من الشدة النفسية كمؤشر لاختلال في الصحة النفسية مع خطر عالي للإصابة باضطرابي القلق والاكتئاب، وهي نسبة عالية جدا. في حين أوضحت النتائج وجود فروق في الشدة النفسية تبعاً لمتغيري الجنس (لصالح الإناث، ت = -5.29 دالة عند مستوى 0.01) والمستوى التعليمي (لصالح غير الجامعيين، ت = -17.2 دالة عند مستوى 0.05)، في حين كانت نتائج دراسة الفروق في درجات الشدة النفسية بدلالة متغيري السن (ت = 1.47) وموقع السكن (ت = 136.0) غير دالة بمعنى عدم وجود فروق في الشدة النفسية بدلالة هذين المتغيرين. هذه النتائج تشير في مجملها إلى أن أفراد عينة الدراسة تعاني من صعوبات ودرجات عالية من القلق واضطراب الاكتئاب، ما يجعلنا نؤكد على ضرورة الاهتمام بهذه الفئة من الشباب والتكفل الأمثل بهم.

الكلمات المفتاحية: صحة نفسية عامة؛ شدة نفسية؛ شباب جزائري، كيسلر للشدة النفسية.

Abstract:

The study aimed to identify the levels of general psychological health of a sample of Algerian young people as an indication to understand their current situation and to identify the extent of cohesion and adaptation of the Algerian society and its youth, with the fast continuous social and cultural change that is characteristic of contemporary societies in light of the globalization and its various manifestations.

The study included a sample of 962 young men and women from different faculties of the universities of Batna, Biskra, Alger, in addition to some youth from vocational training centers, Whose ages between 15-30 year (22.25+-2.4, females=72,65%). And we used Kissler Psychological Distress scale (K10), After translating and codifying it on the Algerian society, which consists of 10 phrases aimed at revealing the extent psychological Distress and suffering among individuals as an indicator of their affliction or risk of developing a mental health disorder.

The results showed that this measurement has good psychometric properties. It revealed that more than 23% of the study sample suffers from high degrees of psychological distress (more than 30 degrees) as an indicator of imbalance in psychological health with a high risk of developing

anxiety and depression, which is a very dangerous degree, calls for attention of specialists to take care of them. Whereas the results showed that there were differences in psychological distress according to the sex variables (in favor of females, $T=-5.29$ is statistically significant at the level of 0.01) and the educational level (in favor of non-university students, $T=-2.17$ is statistically significant at the level of 0.01), While the results of the study of differences in degrees psychological distress in terms of age variables ($T=1.47$) and residence location ($T=-0.136$) is not significant and it's means there are no differences in psychological distress in terms of these two variables.

These results indicate that the study sample individuals suffer from difficulties and high degrees of anxiety and depression disorder, It is a very small percentage of the global percentage, Which makes us confirm the need to pay attention to this category (young people) and to identify the psychological and social causes and cultural changes associated with the high degree of psychological distress in order to care for them.

Keywords: General psychological Health; Mental Distress ; Algerian Youth.

1- مقدمة

تعد فئة الشباب من أكثر الفئات فعالية في تقدم أي مجتمع ونموه، فهي أساس لتحقيق التنمية الشاملة في كافة المجالات، بالإضافة إلى أن مرحلة الشباب تعد من المراحل العمرية التي تتميز بالقابلية للنمو في كافة النواحي الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية...، وكذا القدرة على الابتكار والإنتاج والتفاعل والتجاوب مع التغيرات الاجتماعية عند وقوعها، مما قد يجعلهم عرضة للوقوع في الكثير من المشكلات، إما لكونهم عاجزين عن مواجهة قوى التغير الحاصلة، أو أن هاته التغيرات لم تسمح بتحقيق حاجاتهم الأساسية (فسيولوجية، نفسية، اجتماعية، ثقافية...) أو إشباعها، الأمر الذي من شأنه أن يؤثر سلبا على صحتهم الجسمية والنفسية وينتج عن ذلك أزمات وانحرافات نفسية اجتماعية. هنا تظهر الاضطرابات النفسية التي لا تعدو إلا أن تكون: "أسلوب من أساليب التكيف يلتجأ إليها الفرد لأنه لم يجد غيرها لإزالة توتره وحل صراعاته، وحكمنا عليها بأنها أساليب مرضية وغير سليمة لأنها تفشل في حل الصراع وتحول دون تحقيق الفرد لذاته". (سعد، 1986، 102). هاته الصراعات؛ التي هي في صميمها تعبير عن الحاجة إلى إشباع المطالب النفسية والجسمية والاجتماعية والثقافية المميزة لفترة الشباب؛ ناجمة في مجملها عن التغيرات المرافقة لهاته المرحلة الحساسة في النمو من جهة، ثم لأثر الضغوط الاجتماعية التي أصبحت ميزة المجتمعات المعاصرة من جهة أخرى.

والمجتمع الجزائري كغيره من المجتمعات التي تميزت في العقود الأخيرة بحركية محسوسة في عدة مجالات وقطاعات، شهد تغير اجتماعي ملحوظ فرض على فئة الشباب بشكل خاص رهانات وتحديات ومشكلات جديدة، صاحبه عدم استقرار اجتماعي وتدهور اقتصادي، تفشي البطالة، تدهور في القيم وعجز في إشباع الحاجات الأساسية، اعتماد الاتجاه المعرفي السلبي لعدم القدرة على حل المشكلات، مع زيادة للضغوط النفسية وحدة في صراع الأدوار لدى الشاب. يظهر في شكل أزمات هوية تطفو إلى السطح مع صراعات نفسية وثقافية عنيفة أين نجد الشاب يعايش فترات من القلق والصراع النفسي الداخلي بين القيم التي يفرضها التغير الاجتماعي وحاجاته التطورية في مقابل القيم التقليدية والحاجة إلى الاستقرار. وباعتبار المجتمع الجماعة الإنسانية الأهم التي يتلقى فيها الفرد المبادئ الأساسية للصحة النفسية من خلال مختلف مؤسساته التي تساهم بقسط وافر في نمو شخصية الفرد وتنشئته، فإن أي تغير في ديناميكيات التفاعل بين هذه المؤسسات يؤثر في عملية التنشئة الاجتماعية للأفراد، وتشربهم بالمبادئ والقيم السائدة فيه، مما يهدد عملية بناء هوية مستقرة ومتزنة خاصة بهم، وتحقيق التوازن النفسي والصحة النفسية لأفراد هذا المجتمع.

وانطلاقا من مبدأ أن كل اضطراب نفسي هو محصلة مجموعة من العوامل والأسباب والظروف التي تهيئ الأرضية لحدوثه، سواء كانت متعلقة بالفرد ذاته، أو ببيئته الاجتماعية، ومن منطلق أن المجتمع الجزائري ليس

بمئى عن هذا التغير، وما تفرضه العولمة والتطور الاقتصادي والتكنولوجي الحديث من تغيرات، وزيادة في المتطلبات والحاجات الاجتماعية والثقافية والمعرفية يعجز المجتمع المحلي عن تلبيتها. وبالأستناد إلى دراسات سابقة؛ مثل الدراسة الوبائية لمرض الفصام في المجتمع التونسي للباحث سليم عمار التي خلصت إلى أن نسبة اضطراب الفصام في المجتمع التونسي في سنوات الستينات قدرت ب 12% بالمائة فقط بعيدا عن النسبة العالمية المقدرة ب 35%، وفسر ذلك بالتلاحم والتكافل النفسي والاجتماعي الذي يميز المجتمعات التقليدية. لكن هذه النسبة تضاعفت سنوات السبعينات حتى بلغت 27% من مجمل الاضطرابات العقلية. وفسر هذه الزيادة إلى التغير الاجتماعي الذي مس المجتمع التونسي في هاته الفترة، وإلى التحول الذي طرأ على مستوى البنيات الأسرية، بسبب تفكك الروابط التي كانت تجمع بين أفرادها، وكذلك التحولات الجذرية في الاحتياجات والاعتقادات والطموحات لكل المجموعة، مع ما يصاحب ذلك من صراعات نفسية ولا توازن نفسي اجتماعي. (بن عبد الله، 2010، 167). ارتأينا أن نقوم بانجاز هذه الدراسة للوقوف على واقع الصحة النفسية العامة لدى الشباب الجزائري؛ بالاعتماد على مفهوم الشدة النفسية المعبر عن درجة المعاناة النفسية لدى الفرد، والتي قد تكون مؤشر لوجود اضطراب أو خطر الإصابة باضطراب نفسي ما مستقبلا؛ في ظل مختلف الصراعات الناجمة عن التحولات الاجتماعية التي يعيشها مجتمعنا ومدى قدرة الشاب الجزائري على التأقلم والتعايش مع تلك الصراعات. لذلك تارنا نتساءل عن واقع الصحة النفسية لدى الشباب في هاته المرحلة العمرية الحساسة مع ما يصاحبها من عدم استقرار اجتماعي وثقافي في المجتمع الجزائري؟

في ضوء ما سبق تتحدد إشكالية الدراسة الحالية في التساؤلات التالية:

1. ما واقع الصحة النفسية لدى الشباب الجزائري في عينة الدراسة اعتمادا على مؤشر الشدة النفسية؟
 2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الشدة النفسية لدى الشباب الجزائري تعزى لمتغيرات الدراسة (السن، الجنس، موقع السكن، المستوى التعليمي)؟
- فرضيات الدراسة:

- 1 تعاني نسبة معتبرة من الشباب الجزائري من درجات عالية من الشدة النفسية كمؤشر لاختلال في الصحة النفسية.
 - 2 لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الشدة النفسية لدى الشباب الجزائري تعزى لمتغيرات الدراسة (السن، الجنس، موقع السكن، المستوى التعليمي).
- أهداف الدراسة: تهدف الدراسة الحالية إلى:

- ✓ التعرف على واقع الصحة النفسية لدى عينة من الشباب الجزائري.
 - ✓ التعرف على وجود أو عدم وجود فروق في مستويات الشدة النفسية لدى الشباب الجزائري تعزى للمتغيرات: السن، الجنس، موقع السكن والمستوى التعليمي.
- أهمية الدراسة:

- ✓ تكتسب الدراسة الحالية أهميتها من اهتمامها بفئة الشباب الجزائري في ظل التحولات الاجتماعية والتغيرات الثقافية المتسارعة التي شهدها المجتمع الجزائري، والتي ألقت بتداعياتها السلبية على كافة شرائح المجتمع وبشكل خاص شريحة الشباب لكونها فئة النشاط والحيوية، فصار إيقاع حياتهم اليومية سريعا، وأصبحت الضغوط النفسية عليهم أكثر حدة هذا ما أصبح يهدد صحتهم وتوازنهم النفسي والاجتماعي.

✓ الوقوف على مستويات الصحة النفسية العامة للشباب الجزائري ومدى انتشار المعاناة النفسية في صفوفهم لإثارة انتباه القائمين على الصحة إلى مؤشر الصحة النفسية في هذه المرحلة الحساسة.

✓ كما نأمل من خلال هاته الدراسة أن نخرج بتوصيات أو مقترحات قد تساعد في تطوير برامج وخدمات موجهة للشباب، وتساعد الأخصائيين النفسيين في الكشف المبكر عن مظاهر وأعراض اضطرابات الصحة النفسية للتكفل بها والوقاية منها.

مصطلحات الدراسة:

1. الصحة النفسية:

تعرفها منظمة الصحة العالمية على أنها: " حالة عامة من الصحة الجسدية والعقلية والاجتماعية، وهي لا تعني فقط الخلو من المرض أو الإعاقة". (Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, OMS, 1946). بهذا المعنى فإن الصحة النفسية لا تقتصر فقط على الخلو فقط من المرض والإعاقة، فهي كل مركب ومتفاعل على المستوى الفردي يهدف إلى تحقيق حالة عامة من الصحة لديه. ونعرفها إجرائيا في هذه الدراسة من خلال مؤشر الشدة النفسية.

2. الشدة النفسية :

هي درجة من المعاناة النفسية تعبر عن وضعيات صراعية، يلجأ الفرد فيها إلى أسلوب من أساليب التكيف لإزالة توتره وحل صراعاته، لكن إذا فشل في حل الصراع، يصبح عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية التي قد تصل إلى مستوى المرض النفسي أو العقلي إذا أصبحت حادة ومزمنة ومركبة لدى الشخص. نعرف الشدة النفسية إجرائيا في هذه الدراسة على أنها: "تمثل الدرجات العالية التي يحصل عليها الفرد بعد إجابته على بنود مقياس الشدة النفسية لكيسلر (k10) علما أن الدرجة الكلية للمقياس تساوي مجموع الدرجات على جميع بنود المقياس"

3. فترة الشباب:

الشباب هي الفترة الزمنية بين مرحلة الطفولة والرشد، من خلالها يتحقق النضج الجسدي والنفسي والانفعالي والاجتماعي للفرد، تمتد من بدء البلوغ وظهور أولى علاماته إلى زواج الشخص وتحمله المسؤولية كفرد راشد وناضج. يحددها الباحث المصري إقبال الأمير السمالوطي في أبحاثه ما بين 15 و30 سنة. ويتفق هذا التحديد مع أهداف هذا البحث الذي سنأخذ فيه التحديد الزمني لفترة الشباب من 15 إلى 30 سنة كتحديد إجرائي لهاته المرحلة.

الدراسات السابقة:

- دراسة خليفي نادية (2017): بعنوان: الصحة النفسية وعلاقتها بالضغط النفسي لدى طلبة الجامعة. دراسة ميدانية على عينة من طلبة كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة مولود معمري تيزي وزو. تم إجراء الدراسة على عينة مكونة من 200 طالب وطالبة باستخدام مقياس الصحة النفسية من إعداد "سيد عبد الحميد مرسي" ومقياس الضغوط النفسية الذي أعده "عبد الحق لبوازة" وباعتماد على المنهج الوصفي بأسلوبه الارتباطي للملاءمة لطبيعة الموضوع. وأظهرت نتائج الدراسة بعد تحليلها إحصائيا باستخدام معامل الارتباط لبيرسون وجود علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائيا بين درجات أبعاد إيجابيات الصحة النفسية (علاقات شخصية وطيدة، مهارات اجتماعية، مشاركة اجتماعية، عمل مشبع وترويح، قيم ومبادئ وأهداف) ودرجات أبعاد الضغوط النفسية (الدراسية، الاقتصادية، الأسرية، الشخصية، الاجتماعية، الانفعالية) لدى طلبة الجامعة، في حين وجدت علاقة ارتباطية طردية دالة إحصائيا بين درجات أبعاد سلبيات

الصحة النفسية (سلوك غير ناضج، عدم الاستقرار الانفعالي، الشعور بعدم التكافؤ، معوقات بدنية، مظاهر عصبية) ودرجات أبعاد الضغوط النفسية (الدراسية، الاقتصادية، الأسرية، الشخصية، الاجتماعية، الانفعالية) لدى الطلبة بالجزائر. (خليفة، 2018، 39)

- دراسة العقون لحسن 2010 بعنوان : الثقاف واضطرابات الصحة النفسية لدى الشباب الجزائري على عينة مكونة من 511 طالب وطالبة بمتوسط عمري قدره 22 سنة من جامعة الجزائر باستخدام مقياس الصحة النفسية لخمودة وإمام عام 1996 . خلصت النتائج المتعلقة بالصحة النفسية إلى توزيع اضطرابات الصحة النفسية على عينة الدراسة بالشكل التالي : اضطرابات الهوية 17.2%، القلق 20.7%، الاكتئاب 21.1%، اضطرابات سلوكية 11.2%، الشدة النفسية 21.1% (العقون، 2010، 107)..

- دراسة فقيه العبد (2006): بعنوان المشكلات النفسية للشباب المنحرف في الوسط الحضري الجزائري (دراسة ميدانية لواقع الصحة النفسية لدى الشباب وعلاقتها بالعنف الإجرامي على عينة من الشباب المنحرف بمؤسسات الوقاية -الجزائر-).

تكونت عينة الدراسة من 80 شابا يتوزعون على فئتين: تضم الأولى 50 شابا، أما المجموعة الثانية تضم 30 شابة، تم اختيارهم بطريقة قصدية من ثلاث مؤسسات إصلاحية جزائرية، لقد افترضت هاته الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين الدرجات الموجبة والسالبة للصحة النفسية ودرجات التطرف نحو العنف لدى الشباب المنحرف في الوسط الحضري، كما افترضت عدم وجود فروق بين الجنسين، سواء من حيث الصحة النفسية، أو التطرف نحو العنف، أو الاضطرابات الانفعالية والمزاجية. وفيما يلي بعض النتائج التي خلصت لها الدراسة:

- توجد علاقة ارتباطية سالبة ودالة إحصائية بين درجات الصحة النفسية ودرجات التطرف نحو العنف لدى الشباب المنحرف في الوسط الحضري.

- لا توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين في مقياس الصحة النفسية وقائمة كورنل للنواحي الانفعالية والمزاجية، بينما توجد فروق الجنسين من حيث درجات العنف لصالح الذكور. (فقيه، ب س، 1).

2- الجانب النظري:

2-1- تعريف الصحة النفسية:

اختلف الباحثون في ميدان العلوم الإنسانية في تحديد مفهوم للصحة النفسية، وذلك وفقا لخلفياتهم وتخصصاتهم العلمية ومذاهبهم الفكرية، وهو ما جعل الإجماع على تعريف واحد لمفهوم الصحة النفسية أمرا صعبا، فقد عرفها حامد زهران بأنها حالة دائمة نسبية يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا (شخصيا وانفعاليا واجتماعيا) مع نفسه ومع بيئته، ويشعر بالسعادة مع نفسه والآخرين ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، بالإضافة إلى قدرته على مواجهة متطلبات الحياة. (قباني، 2017، 25).

في حين جاء تعريف منظمة الصحة العالمية (WHO) ليؤكد على أن الصحة النفسية ليست مجرد الخلو من أعراض المرض النفسي وإنما هي حالة ايجابية من الراحة الجسمية والنفسية والاجتماعية تتمثل في التمتع بصحة العقل وسلامة الحواس وسواء السلوك، فالخلو من الاضطرابات لا يعني الصحة سواء كانت بدنية أو نفسية (شهري، هاشمي، 2018، 181).

2-2- معايير الصحة النفسية: تحدد وفق معايير نذكر:

✓ معيار تكامل الدوافع النفسية واتجاهها وانعدام الصراع النفسي أي تؤدي (الشخصية) وظائفها بصورة متكاملة جسمية وعقلية وانفعالية، وليس معنى ذلك إنكار وجود دوافع متعارضة في الشخص الواحد.

مستويات الصحة النفسية العامة لدى الشباب في المجتمع الجزائري - من خلال الشدة النفسية كمؤشر للصحة النفسية -

- ✓ تقبل الحقيقة بالنسبة للذات والغير والعالم المحيط، أي أن يتقبل الشخص نفسه على ما هي عليه وأن ينمي قدراته المتاحة أو يستغلها الاستغلال الأمثل، كما يتقبل الآخرين على ما هم عليه والتلاؤم معهم في حدود إمكاناتهم وطاقاتهم، كذلك الحال بالنسبة للظروف والبيئة المحيطة.
 - ✓ تحمل مسؤولية الأعمال والمشاعر والأفكار، فالفرد الصحيح نفسيا قد يتفق أو يختلف مع المعايير القائمة أو الأوضاع المتعارف عليها طالما كان الاتفاق أو الاختلاف مبنيا على أساس من الرغبة في تحقيق سعادة أكمل و إشباع أعم أكثر دواما، وطالما كان الشخص أمينا مع نفسه مقتنعا بما يراه فإن سواءه يتجلى في تحمله مسؤولية ما يقوم به من أعمال وعدم الهرب من انفعالاته ومشاعر بإسقاطها على الآخرين، وكذلك تحمل نتائج تفكيره.
 - ✓ تقبل النقد من الشخص الصحيح نفسيا هو الذي يعمل من أجل الآخرين والعمل الجماعي من أجل تحقيق الأهداف التي ترفع من قيمة المجتمع، وهو في ذلك يحتك مع غيره من الأفراد لدى تبادل الأفكار والآراء معهم.
 - ✓ تقدير الحياة والشعور بالرضا أي أن يكون الشخص سعيدا بحياته و يرى أن لها قيمة وفيها ما يستحق أن يكافح ويعمل ويعاش من أجله.
 - ✓ إدراك الدوافع والأهداف: إن الشخص الصحيح نفسيا يدرك أسباب سلوكه و دوافعه، كما أن يدرك أهدافه ويؤمن بها ويعرف الوسائل التي يستطيع أن يحقق بها هاته الأهداف.
 - ✓ النقاوة و المبادرة: من منطلق الطبيعة الإنسانية في اعتماد الناس بعضهم على بعض و فضل المبادرة بالإسهام في تحسين البيئة المحيطة والخدمة والعطاء تبرز أهمية هاته الخاصية للدلالة على الصحة النفسية.
 - ✓ الاتزان الانفعالي: فالشخص الصحيح نفسيا هو الذي يمكنه السيطرة على انفعالاته المختلفة والتعبير عنها بحسب ما تقتضيه الضرورة، وبشكل يتناسب مع المواقف التي تستدعي هاته الانفعالات.
 - ✓ قياس الانفعالات: إن ثبات الاستجابة الانفعالية في المواقف المتشابهة و هو دلالة على الصحة النفسية والاستقرار الانفعالي، وذلك أن تباين الانفعالية في هاته الحالة دليل على الاضطراب الانفعالي.
 - ✓ ثبات السلوك: و يرتبط بالخاصة النفسية و يعني التمسك بالمبادئ المعنية، التي يرفضها الفرد والأساليب السلوكية المرتبطة بذلك والتي أصبح يتبعها في حياته، ولا يعني بها ثبات السلوك هنا الجمود في التفكير والأعمال، وإنما يعني الالتزام الواعي بتلك الأفكار والأعمال. (شهري، 2018، 182)
- 3-2- مرحلة الشباب:

نعني بمرحلة الشباب المرحلة الانتقالية بين الطفولة و مرحلة الرشد والتي تسمح للفرد باكتشاف قدراته وحدودها وكذا قدرات محيطه، كما تمثل مرحلة الشباب فترة التحول العضوي والنفسي والاجتماعي في حياة الفرد من مرحلة أولية إلى مرحلة أرقى منها، من مرحلة الطفولة التي تتميز باعتماد الطفل على الغير في قضاء حاجته و إشباع رغباته إلى مرحلة ينتقل فيها إلى الاعتماد على النفس ويكتمل فيها النمو الجسدي والفكري والوجداني، بحسب ايريكسون 1972: "في مرحلة الشباب يقوم المجتمع بتشجيع الفرد في تقمص و ممارسة كل الأدوار التي يمنحها له بكي حرية، فهي مرحلة أساسية وجوهرية لأنها تسمح للشباب والمراهق بإثراء رصيده الحياتي بالتجارب لتحضيره لتحمل المسؤولية في مرحلة الرشد" (BELANGER, 1997, 19).

تبدأ هذه المرحلة بالأساس بمرحلة أولية هي مرحلة المراهقة التي تمتد عموما من 12 إلى 18 سنة يمكن اعتبارها خطوة الفرد الأولى للخروج من الطفولة، تتميز بالنمو الجسدي والبدني السريع والذي يتصاحب مع التطور النفسي والانفعالي والسلوكي مما يهيئ الأرضية المناسبة لمرحلة لاحقة هي مرحلة الشباب الحقيقية الممتدة من 18 إلى 25 سنة كعملية امتداد وتواصل لعمليات النمو السابقة بهدف بلوغ المرحلة التالية في النمو وهي مرحلة الرشد،

يؤكد محمد التومي الشيباني ذلك من خلال قوله: "الشباب هي الفترة الزمنية بين مرحلة الطفولة والرشد، من خلالها يتحقق النضج الجسدي والنفسي والانفعالي والاجتماعي للفرد، تمتد من بدء البلوغ وظهور أولى علاماته إلى زواج الشخص وتحمله المسؤولية كفرد راشد وناضج" (الشيباني، ب س، 39)، لقد تعددت وجهات النظر حول التحديد الزمني الدقيق لهاته الفترة وان ركزت في العموم على العمر البيولوجي في ذلك، يقول قالوند1993: "مرحلة الشباب هي نتاج البناء السسيوتاريخي للفرد، فهي تمثل في المجتمع الحديث فترة زمنية تمتد بين الطفولة والرشد (S ROY,1998, 7). والمسلم به أن هذا التحديد لا يعدوا أن يكون إلا أمرا نسبيا يغلب عليه الطابع الذاتي لأنه من الصعب بما كان تحديد بدايتها ونهايتها بشكل دقيق ونهائي انطلاقا من كون أ لكل مجتمع خصوصياته في تحديد هذا المجال الزمني لفترة الشباب. في بحث لمؤسسة الأبحاث الأوروبية حددت فترة الشباب من 15 إلى 25 سنة (Commission europeenne,2000, 10)، بينما يحددها الباحث المصري إقبال الأمير السمالوطي في أبحاثه ما بين 15 إلى 30 سنة، تمثل هاته الفترة عموما السن التي تتيح الفرصة لتحديد الفئة التي تتفق في العديد من الخصائص والميزات التي تمثل الركائز الأساسية المتحركة في نمو الفرد في هاته المرحلة مثل: القابلية للتعليم والنمو والقدرة على الابتكار والتكيف، يتفق هذا التحديد مع أهداف هذا البحث الذي سنأخذ فيه التحديد الزمني لفترة الشباب عند السمالوطي من 15 إلى 30 سنة كتحديد إجرائي لهذه المرحلة.

2-4- النمو الانفعالي والاجتماعي للشباب:

كلما زاد النضج الجسدي والاجتماعي للفرد الشاب زاد تباعا لذلك نضجه الانفعالي، فدرجة التطور والنمو المعرفي والعقلي وحتى الاجتماعي للشباب تحدد بنسبة كبيرة بنوعية الاستجابة الانفعالية لديه ومدى اتزانها، ونقصد بالنمو الاجتماعي مجموعة التغيرات التي تطرأ على عادات الفرد وقيمه واتجاهاته الاجتماعية وعلى علاقاته مع الآخر في هذه المرحلة التي لا تعد إلا أن تكون نتاج تفاعل بين خصائصه النفسية والوجدانية مع مؤثرات المحيط الاجتماعي والثقافي الذي يعيش فيه الفرد، من أبرز هذه العوامل.

الأسرة: هي أولى حلقات المحيط الاجتماعي التي يتعامل معها الفرد ويكتسب من خلالها الكثير من مقوماته الشخصية واتجاهاته وعاداته النفسية والاجتماعية، فهي التي تحدد على حد بعيد صفات ومميزات الشاب التي من خلالها يمكننا الحكم على حالاته النفسية انطلاقا من خبرات طفولته الماضية ومروا بمختلف مراحل نموه، فالنمو الاجتماعي والانفعالي للشباب يؤثر عموما في الجو النفسي السائد في أسرته والمعايير والقيم الاجتماعية السائدة فيها كما لا ننسى أثر المستوى الاقتصادي والثقافي لهاته الأسرة.

المدرسة: تمثل الحلقة الثانية في عملية التنشئة الاجتماعية بعد الأسرة، يظهر تأثيرها في مجموع الخبرات التي يختبرها الفرد من خلال المدرسة ومن خلال العلاقات السائدة فيها، بالإضافة إلى الجو النفسي والاجتماعي المسيطر على سيرها العام، هذه العوامل يمكن أن تكون مساعدة على النمو الاجتماعي السليم والتوافق النفسي إذا كانت سليمة البناء ومتكاملة المقاصد والأهداف والعكس وارد.

المجتمع: يتمثل دور المجتمع في أثر جماعة الأقران ورفاق السن في تعديل وتغيير بعض معايير واتجاهات الفرد من خلال تفاعله معهم في إطار العلاقات الاجتماعية، إن الانتماء إلى هاته الجماعات يدرّب الفرد على اكتساب مهارات التكيف الاجتماعي مع مختلف الوضعيات والظروف بالاعتماد على عمليات التفاعل والحوار الاجتماعي التي تهدف إلى مساعدة الفرد على تحقيق إشباع للكثير من حاجاته النفسية الأساسية كالحاجة إلى الأمن والتقدير الاجتماعي وتحقيق الذات والتعبير عن رأيه بكل حرية، هاته الإشباعات لا يمكن تحقيقها لو بقي هذا الفرد متوقفا في إطار الأسرة منعزلا عن هاته الجماعات، وباختصار فإن النمو الاجتماعي للشباب يتأثر كثيرا بجماعة الأقران التي تحدد إلى حد بعيد مدى تكيف الفرد مع متطلبات مجتمعه وعلاقاته الاجتماعية. (الشيباني، ب س، 104، 105).

2-5- وبائية الأمراض والاضطرابات النفسية لدى الشباب:

قبل أن نتناول وبائية الأمراض والاضطرابات النفسية لدى الشباب، يجب أن نشير إلى أن الممارسين في الصحة العمومية في الجزائر قد دقوا ناقوس الخطر لأهمية تسطير برامج خاصة للتكفل بالأمراض والاضطرابات النفسية في المجتمع الجزائري. ففي دراسة سويسرية على الصحة العقلية في العالم نشرت عام 2007 أشارت إلى أن أكثر من مليوني جزائري يحتاج إلى التكفل النفسي. كما أشار مجموعة من الباحثين الأمريكيين إلى أن نسبة انتشار الأمراض العقلية والاضطرابات النفسية في الجزائر يتراوح ما بين 10-12%. (جريدة الوطن العدد الصادر ليوم 21 مارس 2009). وهذا ما أكدته دراسات الدكتور محمد شكالي (رئيس مصلحة الأمراض العقلية في مستشفى البلدية الجامعي) حيث أشار في حوار مع (جريدة لتربيع العدد الصادر ليوم 16 فيفري 2005) بأن نسبة الجزائريين الذين يحتاجون إلى رعاية نفسية بلغت 10 % حسب الدراسات العالمية.

لقد أكدت العديد من الدراسات الوبائية في الطب العقلي والنفسي إلى أن نسبة انتشار الاضطرابات النفسية والعقلية في المجتمع الجزائري ككل في تزايد مستمر. ففي دراسة للمعهد الوطني للصحة العمومية سنة 1990 أشارت إلى أن 1.5% من إجمالي الفحوصات المسجلة على مستوى مختلف مراكز الفحص الطبي على مستوى الوطن تمثل نسبة الفحوصات العقلية موزعة بين الاكتئاب العصبي بنسبة 48% تليها الاضطرابات العقلية المزمنة بنسبة 29.8% ثم اضطرابات السلوك ب 11% والإدمان بنسبة 1.2%. أما في سنة 2002، فقد قدر عدد المصابين بالأمراض العقلية والنفسية ب 155000 شخص يمثلون ما نسبته 0.5% من المجتمع الكلي و 62000 مصاب بالصرع. (Ministre de la sante, 2004, p 05) وفي 2005، ومن خلال البحث المقدم من طرف الدكتور بوعلام شرشالي (مسؤول البرنامج الوطني للصحة العقلية في قسم الصحة بالوزارة) في إطار الإحصائيات الوطنية حول الصحة العائلية، أقر بأن نسبة انتشار الأمراض العقلية في الجزائر قدر ب 0.5% من السكان مع ظهور 26370 حالة جديدة في 2005 تمثل الذهانات فيها ما نسبته 51.24% والصرع 38.21% والاكتئاب 6.76% والعصابات 2.83% والعتة العقلي 0.38% (جريدة ليبرتي اليومية، العدد الصادر ليوم 27 أوت 2006). بالإضافة الإحصائيات التي قامت بها مصالح الدرك الوطني على المستوى الوطني عام 2005 حول ظاهرة الانتحار بحيث خلصت إلى وجود 192 حالة انتحار مقابل 223 محاولة انتحار، مست بالدرجة الأولى الفئة التي تتراوح أعمارهم بين 18-40 سنة، وتصدرت القائمة كل من ولاية بجاية وهران والبويرة، كانت أعلى نسبة للانتحار للذكور ب 159 حالة انتحار مقابل 36 للإناث. والغريب في الأمر أن هذه الآفة بدأت في الآونة الأخيرة تمس الأطفال والمراهقين دون السن 18 حيث سجلت هذه المصالح 16 حالة انتحار و 25 محاولة انتحار عند هذه الفئة، وهي أرقام يراها المختصون خطيرة ومقلقة وتستدعي تدخل الجهات الوصية. (بوسنة، 2012، 103).

3 - الطريقة والأدوات

3-1- المنهج: للتحقق من فرضيات الدراسة، قمنا باستخدام المنهج الوصفي الذي يفيد في رصد مظاهر البحث وتحديد الحقائق المتعلقة بالواقع الحالي ومن جمع البيانات والمعلومات التي لها صلة بالدراسة الحالية وتحليل المادة التي تم تجميعها، لاستخلاص الدلالات التي توصلت إليها الدراسة الحالية، ولذا يمكن التوصل إلى نتائج وتفسيرها بما يحقق الأهداف التي تسعى إليها الدراسة. (عبيدات وعدس وكايد، 2012، 235)

3-2- عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة في هاته الدراسة من 962 شاب يمثل الذكور فيها نسبة 27.4% أي بعدد 264 شاب و الإناث بنسبة 72.6% أي بعدد 698 شابة. تم إجراء هاته الدراسة من طرف الباحث نفسه في الفترة الممتدة من أكتوبر إلى نوفمبر 2015، وهذا بعد اختيار العينة بطريقة عرضية على مستوى الأقسام والمكتبات الجامعية لكليات

الآداب واللغات، العلوم الإنسانية والاجتماعية، العلوم والتكنولوجيا والعلوم الطبية في كل من جامعات الجزائر (1) و(2) وجامعة باتنة وكذا جامعة بسكرة، وأيضا بعض مراكز التكوين المهني بولايتي باتنة والجزائر العاصمة. الجدول رقم(01): يوضح خصائص عينة الدراسة(ن=962):

المتغير	الفئات	التكرارات	%النسبة	المجموع
السن	15-24	826	85.9	962
	25-30	136	14.1	
الجنس	ذكور	264	27.4	962
	إناث	698	72.6	
المستوى التعليمي	غير جامعي	192	19.9	962
	جامعي	770	80.1	
مكان السكن	مدينة	547	56.9	962
	ريف	415	46.1	

- ن = عدد الأفراد، % = النسبة المئوية

يوضح الجدول أعلاه أن نسبة الذكور (27.4 %) و نسبة الإناث (72.6%)، وحسب فئات السن فإن نسبة الذين تتراوح أعمارهم بين 15-20 تقدر ب (85.9%) ونسبة الذين تتراوح بين 20-30 فقدت نسبتها ب(14.1%)، بينما تبعا للمستوى التعليمي فإن نسبة ذوي المستوى الجامعي هي الأعلى (80.1%).
3-3 أدوات الدراسة:

● مقياس كيسلر للشدة النفسية (k10) kissler Psychological Distress scale

قام بإعداده كل من (رونالد كيسلر و دافيد مورسزك ، R kissler et D Morczek 1994) بمعهد العلوم الاجتماعية بجامعة ميشغان لقياس مستويات الشدة النفسية للأفراد في مجتمعاتهم. استعمل هذا المقياس بشكل واسع في الدراسات المسحية والممتدة للوقوف على مدى انتشار حالات الضيق والشدة النفسية في هذه المجتمعات: كالولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا وأستراليا، وكذا في متابعة مدى فعالية علاج اضطرابات الصحة العقلية. كما يستعمل أيضا في مجال الصحة العمومية، ويروج له بشكل واسع من طرف وحدة البحوث العيادية حول اضطرابي الحصر والاكتئاب (Clinical Research Unit for Anxiety Disorders CRUFAD) على أنه مقياس تقرير ذاتي لتحديد حاجة الأفراد إلى العلاج.

تحتوي الصورة النهائية للمقياس على 10 بنود (الصورة الأولية كانت تحتوي على 5000 بند)، تقيس مستويات الشدة النفسية عموما – مقياس غير نوعي- اعتمادا على درجة انتشار أعراض الحصر والاكتئاب لدى الأفراد خلال فترة الثلاثين يوم السابقة للاختبار. (Andrew G, Slade T, 2001, 496).

تتم الإجابة على بنود المقياس بأسلوب تقريرى وفق سلم ليكرت " التدرج الخماسي" على النحو التالي: (أبدا، نادرا، أحيانا، غالبا، دائما). تنحصر درجات الإجابة على هذه البنود بين الدرجتين 10-50 بحيث تمثل الدرجة 50 درجة عالية من خطر الإصابة باضطرابي الحصر أو القلق. فكلما ارتفع أو انخفض مجموع الدرجات المتحصل عليها في كل المقياس دل على ارتفاع أو انخفاض درجة خطر الإصابة بالحصر والاكتئاب لدى الفرد.

توجد العديد من النسخ المعدلة لمقياس كيسلر للشدة النفسية، أكثرها استعمالا هما النسختين (k10) والنسخة المختصرة (k6) . وقد اعتمدنا في هذه الدراسة على النسخة الأولى لأنها أكثر استعمالا وأكثر دقة. بحيث

مستويات الصحة النفسية العامة لدى الشباب في المجتمع الجزائري - من خلال الشدة النفسية كمؤشر للصحة النفسية -

يؤكد كيسلر ذلك من خلال نتائج دراسته التي توصلت إلى أن الدقة في تحديد خطر اضطراب الحصر والاكتئاب لدى الأفراد قد يزيد ب 20 إلى 50 في المائة باستعمال النسخة (k10) بالمقارنة مع النسخة المختصرة (k6) . R.C. (KISSLER et al, 2003, 188).

حددت وحدة البحث العيادية حول اضطرابي الحصر والاكتئاب (CRUFAD) ثلاث مستويات تحدد خطر الإصابة بالحصر والاكتئاب في أوساط مجتمعات الدراسة.

الجدول رقم(02): يوضح مستويات الشدة النفسية بدلالة درجة خطر الاضطراب

نتائج (10k)	درجة أعراض اضطرابي الحصر أو الاكتئاب
15-10	درجة خطر ضعيفة أو منعدمة
29-16	درجة خطر متوسطة
50-30	درجة خطر عالية

يتميز مقياس كيسلر للشدة النفسية في نسخته الأصلية بخصائص سيكومترية جيدة. حيث بلغ معامل ألفا كرونباخ لكل المقياس (0.93)، ومعاملات الارتباط والاتساق الداخلي تراوحت بين 0.43 و 0.74. T. FASSAERT et al, 2009, 164). بالنسبة للصدق التقاربي بين مقياس كيسلر للشدة النفسية ومقابلة التشخيص الدولية المختصرة Composite International Diagnostic Interview-Short Form. CIDI-SF بلغ معامل الارتباط 0.69 دال عند مستوى دلالة أقل من 0.001. أما مع قائمة تقييم العجز العقلي لمنظمة الصحة العالمية World Health Organisation disability Assessment Schedule. WHO-DAS بلغ معامل الارتباط 0.71 دال عند مستوى دلالة 0.001 (R. C. KISSLER et al, 2003, p 186). بينما كشف التحليل العاملي عن عامل أساسي يفسر أكثر من 70 % من التباين (T. FASSAERT et al, 2009, 164). واستخدم المقياس على أساس أحادي البعد لقياس درجة الشدة النفسية وكذلك على أساس أنه يقيس درجة خطر الإصابة باضطرابي الحصر والاكتئاب.

في البيئة الجزائرية، قمنا بترجمة و تكييف لمقياس كيسلر للشدة النفسية إلى اللغة العربية بإتباع الخطوات المنهجية اللازمة وحساب خصائصه السيكومترية على عينة مكونة من 181 شاب وشابة (123 اناث، 58 ذكور). بينت النتائج أن المقياس يتمتع بصدق جيد حيث كانت قيمة الصدق التمييزي (ت = 50.29 مستوى الدلالة أقل من 0.001)، ومعاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية كلها دالة عند مستوى أقل من 0.01. أما معاملات الصدق التباعدي والتقاربي التي تم حسابها من خلال دراسة الارتباطات بين درجات كل من مقياس كيسلر للشدة النفسية ومقياس التفاؤل والتشاؤم الذي أعده احمد عبد الخالق (1996) ومقياس تايلور للقلق الصريح ومع مقياس الاكتئاب لارون بيك كلها كانت دالة عند مستوى 0.01. بالإضافة إلى أن نتائج التحليل العاملي جاءت تؤكد أن المقياس يحتوي على عامل واحد تشبعت عليه جميع البنود وهو عامل الشدة النفسية. كما أن المقياس يتمتع بثبات عالي بحيث كانت قيمة معامل ألفا كرونباخ فبلغت قيمته في كل الاختبار 0.822، معامل الارتباط بين النصفين (0.741) ومعامل سيرمان براون (0.851) ومعامل التجزئة النصفية جيثمان (0.851). تفيد هذه النتائج على صلاحية توظيف هذا المقياس الذي يقيس الشدة النفسية وخطر إصابة الفرد باضطراب في صحته النفسية سواء في شكل اضطراب القلق أو اضطراب الاكتئاب على البيئة الجزائرية. (العقون، 2015، 252).

4- النتائج :

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

نصت هذه الفرضية على أنه: " تعاني نسبة معتبرة من الشباب الجزائري من درجات عالية من الشدة النفسية كمؤشر لاحتلال في الصحة النفسية"، وللتحقق من صحة هذه الفرضية سنقوم بعرض نتائج الدراسة في ما يخص انتشار درجات عالية من الشدة النفسية مع خطر ظهور بعض الاضطرابات النفسية (درجات عالية من القلق واضطراب الاكتئاب) في عينة الدراسة. و قد اعتمدنا على حساب المتوسط والتكرارات في درجات الشدة النفسية لدى عينة الدراسة تبعاً لمفتاح تصحيح أداة الدراسة، والجدول التالي يوضح نتائج هذه الفرضية.

الجدول رقم(03) : يوضح توزيع أفراد العينة بحسب درجات الشدة النفسية:

نتائج k10	درجة القلق واضطراب الاكتئاب	التكرار	النسبة %
15-10	درجة منخفضة أو معدومة	154	16
29-16	درجة متوسطة	583	60.6
50-30	درجة عالية	225	23.4
المجموع		962	100

يبين الجدول رقم (03) أن نسبة الشباب الذين تحصلوا على درجات منخفضة من الشدة النفسية تقدر بـ 16% بينما بلغت نسبة متوسطي الشدة النفسية 60.6% بمعنى أن أغلب أفراد العينة يتمتعون بدرجات متوسطة من الشدة النفسية، في حين بلغت نسبة مرتفعي الشدة النفسية 23.4% وهي نسبة معتبرة تشير إلى أن أفراد عينة الدراسة تعاني من صعوبات ودرجات عالية من الشدة النفسية والقلق واضطراب الاكتئاب ، وهي قريبة جدا من النسبة العالمية لانتشار حالات الحصر والضغط النفسي والاضطرابات النفسية في المجتمعات المعاصرة. جاءت هذه النتائج متوافقة مع الكثير من الدراسات (مثل دراسة خليفي نادية 2017، دراسة العقون لحسن وزردومي أمحمد 2010، دراسة فقيه العيد 2006)، (انظر الدراسات السابقة) التي جاءت نتائجها في مجملها تشير إلى الانتشار الواسع للمعاناة والاضطرابات النفسية في صفوف الشباب في مختلف المجتمعات المعاصرة. وهي نفس النتائج التي أشار إليها تقرير منظمة الصحة العالمية حول أن نصف الاضطرابات النفسية تظهر إجمالاً بداية من سن 14 سنة وان الضغوط النفسية المؤدية للانتحار تعتبر السبب الرئيسي الثاني للوفاة بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم ما بين 15 و 29 سنة. كما أشار كيسلر وآخرون 2005 إلى أن 75% من الاضطرابات التي تظهر مستقبلاً لدى الأفراد تتكون أو تتطور لديهم قبل تجاوزهم عمر 25 سنة. (R. C.KESSLER et al. 1994). ويمكننا تفسير هذه النتائج من خلال العديد من وجهات النظر التي تتكامل في النهاية لتعطينا تفسير متكامل يجعل الاهتمام بفئة الشباب حجر الزاوية في كل خطط سياسات الصحة العامة في المجتمعات الحديثة. فالشباب حقيقة اجتماعية قبل أن يكون حقيقة بيولوجية بحسب فلاكس (Flaks, 1971)، فهو يرى: أن تحقيق قدر مقبول من المواءمة بين ما هو قيمي أخلاقي من ناحية، وإشباع الحاجات والاهتمامات الأساسية في مستوياتها الوجدانية والإدراكية من ناحية أخرى؛ يسهم في بناء منظومة دفاعية متكاملة تسمى بالتوافق النفسي (فقيه العيد، 2005، ص5). ولكن إذا اخفقت هاته النظم الاجتماعية في مرافقة الشباب لتجاوز هاته المرحلة؛ وهو حال العديد من المجتمعات نتيجة العولمة ومخلفات التغير الاجتماعي والتطور الاقتصادي في ظل غياب نماذج ثقافية مستقرة تساعد الشاب على تجاوز هاته المرحلة؛ تظهر أعراض المعاناة والاضطرابات النفسية لديه والتي لا تعدو إلا أن تكون أساليب يستعملها الشاب للتكيف وتحقيق التوازن بين حاجاته النفسية والاجتماعية، وهذا ما يفسر هذه النسبة المعتبرة من الشباب

مستويات الصحة النفسية العامة لدى الشباب في المجتمع الجزائري - من خلال الشدة النفسية كمؤشر للصحة النفسية -

الذي يعانون من درجات عالية من الشدة النفسية والقلق والاكتئاب، بحيث نوصي بضرورة التكفل العلاجي الطبي والنفسي بهذه العينة لأن خطر تطور هذه الأعراض إلى أمراض نفسية وعقلية عال جدا. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

نصبت هذه الفرضية على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لكل من متغير الجنس أو السن أو المستوى التعليمي أو موقع السكن في درجات الشدة النفسية لدى عينة الدراسة". تمت دراسة ذلك باستخدام اختبار "ت" لدراسة الفروق بين درجات متوسطات المجموعات الفرعية في كل من متغيرات الدراسة. دراسة الفروق بدلالة متغير الجنس:

لفحص عدم وجود فروق بين متوسطات درجات الشدة النفسية في عينة الدراسة بين الإناث و الذكور، تم إجراء اختبار "ت" للتأكد من صحة الفرضية من خلال مدى تساوي أو عدم تساوي متوسطات الأفراد في المتغيرات قيد الدراسة.

الجدول رقم (04): نتائج اختبار "ت" للفروق بين الذكور والإناث في متوسطات درجات الشدة النفسية

ذ: 264؛ 298:

توضح هذه النتائج أنه توجد فروق في متوسطات درجات الشدة النفسية بين الإناث والذكور، وأن قيمة "ت" المقدرة ب-5.29 دالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01 لصالح الإناث. مما يعني أن الإناث والذكور عموما يختلفون في درجات الشدة النفسية في هذه المرحلة الحساسة من النمو. ويمكن تفسير ذلك إلى أن الشباب يعيش التغير الاجتماعي والثقافي المميز للمجتمع بطريقة صراعية لدى كلا الجنسين ولكن بطريقة متفاوتة باختلافهما في الجنس، بحيث نجد أن العامل الثقافي؛ بالرغم من أن التغير الاجتماعي والثقافي الذي مس المجتمعات الحديثة جعل من الفروق الرمزية بين الجنسين تتناقص لصالح المساواة، ما زال يفرض العديد من القيود على الإناث ما يجعل من مستويات الشدة النفسية مرتفعة لديهم في رحلة البحث عن التكيف والتوافق النفسي مع الواقع الاجتماعي والمهني والثقافي السائد في المجتمع وهذا ما توافق مع دراسة قمر العيد(2016) دراسة الفروق بدلالة السن:

يوضح الجدول (05) نتائج درجات المتوسطات والانحرافات المعيارية في الشدة النفسية لأفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير السن بحيث تم تصنيفها إلى مجموعتين ("15-24"، "25-30").
الجدول (05) : نتائج اختبار "ت" الخاصة بالفروق بين الفئات العمرية في درجات متوسطات الشدة النفسية السن: "15-24"، "25-30"

الجنس	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط خطأ معياري	ت	قيمة الدلالة
ذ	21.49	8.356	0.514	5.29-	0,01
إ	24.75	8.952	0.325		

السن	متوسط	انحراف معياري	متوسط خطأ معياري	ت	قيمة الدلالة
24-15	24.02	8.670	0.302	1.474	0.141
30-25	22.85	8.468	0.726		

تبين النتائج الواردة في الجدول أعلاه، أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير السن في درجات متوسطات الشدة النفسية لكل الفئتين العمريتين، بحيث قدرت قيمة $t = 1.174$ وهي غير دالة عند مستوى 0.05. ويمكن تفسير ذلك بأثر التغير الاجتماعي والثقافي المميز للمجتمع الجزائري، الذي يجعل من تكوين نماذج اجتماعية وثقافية موحدة وثابتة نسبيا أمرا صعبا ومستحيلا، مما لا يسمح للشباب بمختلف أعمارهم بالتكيف مع محيطه وتحقيق إشباع لمتطلباته النفسية والاجتماعية والمهنية، كما لا يسمح له ببناء شخصيته وهويته بطريقة سليمة، الشيء الذي يفسر عدم وجود فروق في درجات الشدة النفسية .

دراسة الفروق بدلالة المستوى التعليمي:

يوضح الجدول (06) نتائج درجات المتوسطات والانحرافات المعيارية في الشدة النفسية لأفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير المستوى التعليمي بحيث تم تصنيفها إلى مجموعتين (غير جامعي، جامعي).

الجدول (06): نتائج اختبار "ت" الخاصة بالفروق بدلالة المستوى التعليمي في درجات متوسطات الشدة النفسية: (غير جامعي = 192، جامعي = 770).

المستوى التعليمي	متوسط	انحراف معياري	متوسط خطأ معياري	ت	قيمة الدلالة
م+ث	25.07	9.108	0.657	2.172	0.03
ج	23.56	8.508	0.307		

توضح هذه النتائج أنه توجد فروق في متوسطات درجات الشدة النفسية بين غير الجامعيين والجامعيين، وأن قيمة "ت" المقدرة بـ 2.172 دالة إحصائيا عند مستوى دلالة أقل من 0.05 لصالح غير الجامعيين، مما يعني أن غير الجامعيين والجامعيين عموما يختلفون في درجات الشدة النفسية في هذه المرحلة الحساسة من النمو. ويمكن تفسير ذلك إلى أن ارتفاع المستوى التعليمي للفئة الشباب الجامعي يساعدهم في التكيف والتوافق مع معطيات التغير الاجتماعي السريع من خلال امتلاكهم لرصيد معرفي يساعدهم على فهم ما يحث حولهم من تغيرات وتطور في المجتمع، وبالتالي استعمال العديد من الاستراتيجيات النفسية والمادية للاندماج في هذه الوضعية. مما يساهم لديهم تخفيف ضغوط الحياة لديهم وتحسين مستويات الصحة النفسية بالمقارنة مع نظرائهم من غير الجامعي وهذا ما يتوافق مع دراسة (توفيق شهري) الذي أرجع اعتدال الصحة النفسية لدى الطلبة الجامعيين يتأتى من خلال الانخراط والانسجام الإيجابي للطلبة مع ذواتهم ومع الآخرين سواء في الأسرة أو جماعة الرفاق أو المحيط الجامعي، أي أن الطلبة الجامعيين قد ساءروا البيئة العلمية التربوية والاجتماعية الجديدة. حيث يؤدي كل هذا إلى تغير نظرة الطالب إلى الحياة فيصبح يحمل على عاتقه مسؤولية تحقيق الأهداف والآمال، وكذا تحقيق الأهداف الشخصية التي يسعى لانجازها. (شهري، 2018، 187).

دراسة الفروق بدلالة موقع السكن:

لفحص عدم وجود فروق بين درجات متوسطات الشدة النفسية في عينة الدراسة بين السكن في الريف أو المدينة ، تم إجراء اختبار "ت" و التأكد من صحة الفرضية من خلال مدى تساوي أو عدم تساوي درجات متوسطات الأفراد في المتغير قيد الدراسة.

مستويات الصحة النفسية العامة لدى الشباب في المجتمع الجزائري - من خلال الشدة النفسية كمؤشر للصحة النفسية -

الجدول رقم (07): نتائج اختبار "ت" الخاصة بالفروق بحسب متغير موقع السكن في درجات متوسطات الشدة النفسية. السكن: م: 547 ر: 415

السكن	متوسط	انحراف معياري	متوسط خطأ معياري	ت	قيمة الدلالة
م	23.82	8.551	0.366	0.136-	0.892
ر	23.90	8.783	0.431		

وضحت هذه النتائج (الجدول 07) أنه لا توجد فروق في درجات متوسطات الشدة النفسية تعزى لموقع السكن في المدينة أو الريف، وأن قيم "ت" المقدرة ب -0.136 ليست دالة إحصائية عند مستوى أقل من 0.05. وان لم نستطع إيجاد دراسات سابقة تناولت علاقة الشدة النفسية بهذا المتغير فإنه يمكننا تفسير ذلك بأن طبيعة التغير الاجتماعي والثقافي الحالي جعل من الفوارق المعيشية بين الريف والمدينة مقتصرة فقط على بعض الحثيات البسيطة، وهذا ما يفسر عدم وجود فروق في الشدة النفسية.

خاتمة:

من خلال نتائج دراستنا هذه، نعود ونشير إلى أهمية مرحلة الشباب في التنبؤ بالصحة النفسية للفرد والمجتمع مستقبلا، فهو كغيره من أفراد المجتمع له حاجات فيزيولوجية ونفسية واجتماعية وثقافية يسعى لتحقيقها وإشباعها، لكنه إذا فشل بسبب عقبات ذاتية أو بيئية تنحرف صحته النفسية والجسمية وينتج عن ذلك أزمات وانحرافات نفسية واجتماعية. هذه العقبات ناجمة في مجملها عن التغيرات النفسية والجسمية المرافقة لهذه المرحلة الحساسة في نمو الفرد ثم لأثر الضغوط الاجتماعية المميزة للمجتمعات الحديثة بدون استثناء (ومنها الجزائر) وما تخلفه من اضطراب للاستقرار النفسي والاجتماعي وعجز عن إشباع الحاجات الأساسية مع زيادة للضغوط النفسية وحدة في صراع الأدوار لدى الشاب ما يجعله يعيش هذه المرحلة بنوع من المعاناة والحيرة. والنتائج المستخلصة من هذه الدراسة تؤكد ذلك حيث توصلت إلى:

- تعاني نسبة 23.4 % من الشباب من درجات عالية من الشدة النفسية كمؤشر لاختلال في الصحة النفسية، وهي نسبة معتبرة تشير إلى أن أفراد عينة الدراسة تعاني من صعوبات ودرجات عالية من القلق واضطراب الاكتئاب، وهي قريبة جدا من النسبة العالمية لانتشار حالات الحصر والضغط النفسي والاضطرابات النفسية في المجتمعات المعاصرة.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لكل من متغير السن وموقع السكن في درجات الشدة النفسية لدى عينة الشباب، في حين توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لكل من متغير الجنس والمستوى التعليمي. وفي الأخير نريد أن نشير إلى أن هذه الدراسة مجرد محاولة للتعرف على الصحة النفسية للشباب من خلال مؤشر الشدة النفسية وبالتالي فنتائجها غير نهائية تبقى بحاجة إلى مزيد من البحث والدراسة بغية الوصول إلى ضبط أكثر لهذا المتغير بتحسين شروط البحث كتطبيق الأداة على عينة أكبر حجما، أو استخدام أداة أخرى لتكون الاستفادة من نتائجها أكثر.

في ضوء النتائج السابقة يمكن تقديم التوصيات التالية:

1. ضرورة قيام الباحثين والمتخصصين في مجال علم النفس العيادي بإجراء المزيد من الدراسات والبحوث حول الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى اضطراب الصحة النفسية لدى الشباب وأيضًا العوامل التي تؤدي إلى حدة الشدة النفسية لديهم وارتفاع مستواها.

2. يجب على المختصين اعتبار المعاناة النفسية عند الأطفال والمراهقين والشباب على أنها وضعيات وحالات نفسية كثيرة الوقوع حالها كحال الأمراض الانتانية والمعدية في الطب ، لكنها قد تترك أثارا على الحالة النفسية للشباب في المستقبل لذلك يجب التكفل بهم ومرافقتهم لتجاوز هذه الوضعيات.

أولا: المراجع باللغة العربية:

1. سعد، جلال(1986). في الصحة العقلية. مصر: دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
2. جريدة لتربين العدد الصادر ليوم 16 فيفري 2005.
3. جريدة ليبرتي اليومية، العدد الصادر ليوم 27 أوت 2006
4. جريدة الوطن العدد الصادر ليوم 21 مارس 2009 .
5. بن عبد الله، محمد(2010). سيكوباتولوجيا الشخصية المغاربية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
6. العقون، لحسن. (2010). *الثقاف واضطرابات الصحة النفسية لدى الشباب الجزائري*. مذكرة ماجستير غير منشورة. جامعة الجزائر: الجزائر.
7. بوسنة، زهير عبد الوافي (2012). *التصور الاجتماعي لظاهرة الانتحار*. عين مليلة الجزائر: دار الهدى للطباعة والنشر.
8. عبيدات، ذوقان وعدس عبد الرحمان و عبد الرحمان كايد(2012). *البحث العلمي: مفهومه وأدواته وأساليبه*. بيروت: دار الفكر للنشر والتوزيع.
9. العقون، لحسن. (2015). *الثقاف، الهوية واضطرابات الصحة النفسية لدى الشباب الجزائري*. أطروحة دكتوراه غير منشورة. جامعة باتنة: الجزائر.
10. قباني، حسان محي الدين(2017). *مدخل إلى الصحة النفسية*. الإمارات العربية المتحدة -الجمهورية اللبنانية: دار الكتاب الجامعي.
11. خليفي نادية. (2018). *الصحة النفسية وعلاقتها بالضغط النفسية لدى طلبة الجامعة: دراسة ميدانية على عينة من طلبة كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية*. مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية(8)، 39-67.
12. شهري توفيق، أحمد هاشمي (2018). *الصحة النفسية للطلاب الجامعي*. مجلة الفكر المتوسطي(13)، 177-191.
13. الشيباني، محمد التومي(ب.س). *الأسس النفسية والتربوية لرعاية الشباب*. القاهرة: مصر الدار العربية للكتاب.
14. فقيه، العيد. (ب س). *المشكلات النفسية للشباب المنحرف في الوسط الحضري الجزائري(دراسة ميدانية لواقع الصحة النفسية لدى الشباب وعلاقتها بالعنف الإجرامي على عينة من الشباب المنحرف بمؤسسات الوقاية -الجزائر-)*. جامعة أبي بكر بلقايد. تلمسان: الجزائر.

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية:

1. ROY.S et al (1998): Jeune en difficulté et contexte pluriethnique, les cahiers de recherches du CRI, Québec.
2. Commission européenne (2000): Rapport sur l'état de santé des jeunes dans l'Union européenne, Document de travail des services de la commission, Unité F3 Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1946)
3. Andrew G, Slade T(2001): Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale. Australian and New Zealand Journal of Public Health. 25(6).
4. KISSLER R. C. et autres (2003): screening of serious mental illness in the general population, in ARC Gen Psychiatry, 2003, vol 60
5. Ministre de la sante (2004) : La sante mentale en Algérie, rapport annuel du ministre de la sante, Décembre 2004, Algérie
6. KESSLER R. C. et autres (2005), "Lifetime Prevalence and Age of Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication", Archives of General Psychiatry, vol. 62, no 6
7. FASSAERT. T et al (2009): Psychometric properties of an interviewer-administered version of the Kessler Psychological Distress scale (K10) among Dutch, Moroccan and Turkish

respondents, International Journal of Methods in Psychiatric Research Int. J. Methods
Psychiatry. Res. 18(3).

8. <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>