وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة يحي فارس المديـة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلـوم الاجتماعيـــة

مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء وعلاقتها بظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية

– دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ الطور الثانوي بولاية المدية–

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث (ل.م.د) في العلوم الإنسانية والاجتماعية

تخصص التربية والتعليم

من إعداد الطالب :
أعمر ستي أعمر

تحت إشراف :
د/ حميدة زهرة

لجنـــــــة المناقشـــــــة

الاسم و اللقب بالعربية	الاسم واللقب بالفرنسية	الرتبة العلمية	الصفة	الجامعـة
عادل أتشي	Atchi Addel	أستاذ التعليم العالي	رئيسا	جامعة المدية
زهرة حميدة	Hemida Zahra	أستاذ محاضر أ	مشرفا و مقررا	جامعة المدية
سميرة مرداس	Merdas Samira	أستاذ التعليم العالي	عضوا مناقشا	جامعة المدية
يوسف جاب الله	Djaballah Youcef	أستاذ محاضر أ	عضوا مناقشا	جامعة المدية
كميلة سيدر	Sider Kamila	أستاذ محاضر أ	عضوا مناقشا	جامعة البويرة
جيلالي ميزاني	Djillali Mizani	أستاذ محاضر أ	عضوا مناقشا	جامعة خميس مليانة

السنة الجامعية : 2022– 2023


بسم الله الرحمن الرحيم

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك
التي أنعمت علي وعلى والدي
وأن أعمل صالحا ترضاه وأصلح
لي في ذريتي إني تبت إليك
وإني من المسلمين "

شكـــــروعرفـــــان

الحمد لله حمد الشاكرين، فله الشكر والحمد والثناء أولا وآخرا والصلاة والسلام على سيد المرسلين بعد :

يسرني في هذا المقام أن أتقدم بعظيم الشكر والامتنان إلى الأستاذة "حميدة زهرة "التي أشرفت على هذه الدراسة ، وأعضاء مجلس التكوين للطور بعد التدرج وكل أساتذة جامعة يحي فارس بالمدية وخاصة أساتذة علوم التربية.

كما أتقدم بشكري وتقديري للمسؤولين بجامعة يحي فارس و طاقمها الإداري التربوي.

وبالشكر لكل من الطاقم الإداري والتربوي للمؤسسات التربوية (الثانويات) الذين قدموا لنا يد المساعدة للقيام بهذه الدراسة.

وأتقدم بالشكر للأساتذة الذين أشرفوا على مناقشة هذه الأطروحة.

وأخيرا إلى كل من قدم لنا خدمة أو مساعدة من قريب أو بعيد ، وأستحق الذكر ولم يرد اسمه أهدي شكري وتقديري وعرفاني. فجزى الله خير جزاء الجميع وأخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين

أعمر ستي أعمر

الإهـــــــــداء

أهدي هذا العمل إلى روح والدتي التي غادرتنا ولن تعود ،اللهم أرحمها وأغفر لها وأنت الغفور الرحيم

•إلى التي شاركتني وتشارك مشقة الحياة (الزوجة)

إلى اعزائى

* ابنتي (بسملة) بمناسبة نجاحها في شهادة البكالوريا بتقدير جيد جدا
* وابني (عبد الرؤوف) بمناسبة نجاحه في شهادة التعليم المتوسط بتقدير جيد جدا.

* إلى جميع الطاقم التربوي والإداري لجامعة يحي فارس المدية أخص بالذكر الدكتورة حميدة زهرة المشرفة على هذه الدراسة والى البرفسور عادل أتشي.

* إلى مدير ثانوية حباش محمد بن الحناشي بوغزول و طاقمها التربوي والإداري.

- إلى الزملاء (طلبة الدكتوراه) وخاصة الدفعة (2018)

أعمر ستي أعمر



الشكـــر وعرفـان	
الإهـــــــداء	
فهرس المحتويات	
فهرس الجداول	
فهرس الإشكال	
فهرس الملاحق	
ملخص الدراسة	
مقدمة	ا
الجـانـب النـظـــــــري	
الفصـــــل الأول: الاطـــــــار العـــام للدراســـــــة	
إشكالية الدراسة	**07**
فرضيـــــات الدراســـة	**10**
أهمية الدراســـــة	**11**
أهداف الدراســـة	**11**
تحديـــد المفاهيم	**12**
الدراســـــات السابقـــة	**15**
التعقيب على الدراســات السابقة	**27**
الفصـــــل الثانـــي: الصحـــــة النفسيـــة	
تمهيـــــــد	**33**
مفهوم الصحة النفسية	**33**
النظريات المفسرة للصحة النفسية	**38**
مؤشرات الصحة النفسية	**42**
مظاهر الصحة النفسية	**43**
مستويات الصحة النفسية	**45**

معايير الصحة النفسية	**47**
السواء واللاسواء	**49**
خصائص الشخصية الممتعة بالصحة النفسية	**52**
نسبية الصحة النفسية	**53**
العوامل المؤثرة في الصحة النفسية	**54**
الصحة النفسية للأسرة	**56**
الصحة النفسية والتوافق	**58**
الصحة النفسية والتكيف	**59**
خلاصة الفصـــــل	**60**
الفصـــــل الثالـث :الاضطرابـات السلوكيـة والانفعاليـة	
تمهيـــــد	**63**
السلوك	**63**
مفهوم السلوك	**63**
أنواع السلوك	**64**
أبعاد السلوك	**65**
الاضطرابات السلوكية	**66**
الانفعالات	**72**
الاضطرابات الانفعالية	**76**
الاضطرابات السلوكية والانفعالية	**79**
لمحة تاريخية عن الاضطرابات السلوكية والانفعالية ومدى انتشارها	**80**
مفهوم الاضطرابات السلوكية والانفعالية	**81**
نظريات الاضطرابات السلوكية والانفعالية	**83**
أنواع الاضطرابات السلوكية والانفعالية	**93**
تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية	**108**
مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية	**115**
أدوات التشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية	**119**

خلاصة الفصل	**125**
الفصـــــل الرابـــــع : مرحلـــــة المراهقـــــة	
تمهيـــــــد	**129**
مفهوم المراهقة	**130**
مراحل المراهقة	**131**
أنواع المراهقة	**132**
نظريات المراهقة	**134**
خصائص مرحلة المراهقة	**140**
مظاهر النمو المختلفة في مرحلة المراهقة	**142**
شخصية المراهق	**147**
حاجات مرحلة المراهقة	**148**
مشكلات المراهقين	**151**
المراهقة والتعليم الثانوي	**156**
مفهوم التعليم الثانوي	**157**
الأهداف التربوية للتعليم الثانوي	**159**
لمحة التاريخية للتعليم الثانوي في الجزائر	**158**
أهم اضطرابات المراهق في الطور الثانوي	**162**
خلاصة الفصل	**164**
الجانـــــــب التطبيـــــــــــــقي	
الفصـــــــل الخامـــــس: الإجـراءات الميدانيـــــة للدراســـــة	
تمهيـــــــد	**168**
منهج الدراســـــــة	**168**
مجتمع الدراســـــة	**168**
كيفية اختيار العينـــــة	**169**
أدوات الدراســـــــة	**172**

الدراسة الاستطلاعيـــــة	**185**
الدراسة الأساسية	**203**
الإجراءات والأساليب الإحصائية المستخدمـــة	**209**
خلاصة الفصـــــــــــل	**212**
الفصـــــل الســـــادس: عـــــرض ومناقشـــة النتائـــــــج	
تمهيـــــد	**215**
التذكير بفرضيـات الدراســـة	**215**
وصف عينة الدراسة الأساسية	**220**
عرض نـتائج الدراســة ومناقشتها	**224**
الاستنتـــــــــاج العـام	**251**
الاقتراحات	**257**
خاتمة	**260**
قائمة المراجع	**263**
الملاحـــق	**272**

الرقم	عنـــــــــــــــوان الجـــــــــــــــــــــــدول	الصفحة
01	أسماء ثانويات مجتمع الدراسة الأساسية	169
02	تحديد أفراد العينة على استبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية	170
03	الميزان التقديري وفقا تقسيم لكارت الثنائي لاستبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية و الانفعالية .وفقا لمتوسط الحسابي الرتبي .	171
04	النتائج الإحصائية لتحديد أفراد العينة	172
05	مؤشرات أبعاد استبيان مستويات الصحة النفسية للأولياء	175
06	درجات وبدائل استبيان مستويات الصحة النفسية للأولياء	177
07	مؤشرات أبعاد استبيان الاضطرابات السلوكية و الانفعالية	180
08	درجات وبدائل استبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية	184
09	أسماء ثانويات الدراسة الاستطلاعية	186
10	توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الجنس	187
11	نتائج الإحصائية لتحديد أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية	188
12	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الثانويات	190
13	توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الجنس والمستوى	190
14	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير السن لكل مستوى دراسي	191
15	بنود استبيان مستويات الصحة النفسية قبل وبعد التحكيم	192
16	نتائج صدق المحكمين المتعلقة بمدى ملائمة بدائل الأجوبة	194
17	معامل الارتباط بيرسون بين الفقرات والأبعاد	195
18	نتائج معامل الارتباط بيرسون بين الأبعاد و الأبعاد و الدرجة الكلية	196
19	نتائج معامل ألفا كرونباخ لاستبيان مستويات الصحة النفسية	196
20	نتائج تطبيق طريقة التجزئة النصفية للاستبيان	197
21	بنود استبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية و الانفعالية قبل وبعد التحكيم	198
22	نتائج صدق المحكمين المتعلقة بمدى ملائمة بدائل الأجوبة.	199
23	معامل الارتباط بيرسون بين الفقرات و الأبعاد	200

24	نتائج معامل الارتباط بيرسون بين الأبعاد و الأبعاد و الدرجة الكلية	**201**
25	نتائج معامل ألفا كرونباخ لاستبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية	**202**
26	نتائج تطبيق طريقة التجزئة النصفية للاستبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية .	**203**
27	أسماء المؤسسات التعليمية (ثانويات)للدراسة الأساسية	**203**
28	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس.	**204**
29	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير السن	**205**
30	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المستوى الدراسي	**206**
31	توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس لكل مستوى دراسي	**207**
32	توزيع أفراد العينة حسب متغير السن بمتغير الجنس	**209**
33	تحديد مستويات الصحة النفسية للأولياء	**216**
34	ميزان التقدير وفقا لمقياس لكرت الثلاثي لتحديد مستويات الصحة النفسية للأولياء	**217**
35	تحديد مستويات الصحة النفسية للأولياء	**218**
36	وصف أفراد العينة لتحديد مستويات الصحة النفسية على الأبعاد	**219**
37	وصف أفراد العينة على استبيان الصحة النفسية حسب متغير الجنس	**220**
38	وصف أفراد العينة على استبيان الصحة النفسية حسب متغير السن	**221**
39	وصف أفراد العينة على استبيان الصحة النفسية حسب متغير المستوى الدراسي	**222**
40	وصف أفراد العينة على استبيان مؤشرا الاضطرابات السلوكية و الانفعالية	**223**
41	نتائج الإحصائية لمعامل بيرسون للفرضية الأولى	**224**
42	نتائج تطبيق اختبار (t) للفروق بين المتوسطات تبعا لمتغير الجنس	**229**
43	نتائج تحليل تباين الأحادي (ANOVA)حسب متغير السن	**231**
44	نتائج اختبار شيفيه اتجاه الفروق في إدراك على متغير السن	**232**
45	نتائج تحليل تباين الأحادي (ANOVA)حسب متغير مستوى الدراسي	**235**
46	نتائج اختبار شيفيه اتجاه الفروق في ادراك على متغير المستوى الدراسي	**236**
47	نتائج تطبيق اختبار (ت) للفروق بين المتوسطات في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية تبعا لمتغير الجنس	**239**
48	تحليل تباين الأحادي (ANOVA) في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية و	**241**

	الانفعالية حسب متغير السن	
49	نتائج اختبار شيفيه لمعرفة اتجاه الفروق في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية و الانفعالية تبعا لمتغير السن	**242**
50	تحليل تباين الأحادي (ANOVA) في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية و الانفعالية حسب متغير المستوى الدراسي	**246**
51	نتائج اختبار شيفيه لمعرفة اتجاه الفروق في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية و الانفعالية تبعا لمتغير المستوى الدراسي	**247**

الرقم	عنـــــــوان الشكـــــــل	الصفحة
01	توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس	205
02	توزيع أفراد العينة حسب متغير السن	206
03	توزيع أفراد العينة حسب متغير مستوى الدراسي	207
04	توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس لكل مستوى دراسي	208
05	توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس لكل فئة عمرية	209
06	الأعمدة البيانية حسب متغير الجنس	220
07	الأعمدة البيانية لوصف العينة حسب متغير السن	221
08	الأعمدة البيانية لوصف العينة حسب متغير المستوى الدراسي	222

رقم الملحق	عنـــــوان الملحـــــق	رقم الصفحة
01	قائمة الأساتذة المحكمين (الخبراء) لأدوات الدراسة	272
02	استمارة الاستبيان الأولية (مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء)	273
03	استمارة لاستبيان الأولية (مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المراهقين الطور الثانوي)	278
04	استبيان في صيغته النهائية (مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء)	283
05	استبيان في صيغته النهائية(مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للمراهقين)	287
06	نتائج معامل الارتباط لا بيرسون (r) الأبعاد والدرجة الكلية والأبعاد لاستبيان مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء)	291
07	نتائج معامل الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية و الأبعاد لاستبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية	292
08	نتائج ألفا كرو نبخ على استبيان مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء	293
09	نتائج معامل ألفا كرونباخ لاستبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية.	293
10	وصف العينة على استبيان مستويات الصحة النفسية للأولياء	293
11	وصف العينة على استبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية	294
12	نتائج معامل الارتباط لا بيرسون (r) للفرضية الأولى	295
13	نتائج التحليل الإحصائي الوصفي للفرضية الثانية	296
14	نتائج اختبار (T) للفروق تبعا لمتغير الجنس للفرضية الثانية	296
15	نتائج التحليل الإحصائي للفرضية الثالثة	297
16	نتائج تحليل تباين الأحادي (Anova) تبعا لمتغير السن للفرضية الثالثة	297
17	نتائج اختبار شيفته لاتجاه الفروق تبعا لمتغير السن الفرضية الثالثة	298

18	نتائج التحليل الإحصائي للفرضية الرابعة متغير مستوى الدراسي	299
19	نتائج تحليل تباين الأحادي (Anova) تبعا لمتغير المستوى الدراسي على الفرضية الرابعة	299
20	نتائج اختبار شيفته لاتجاه الفروق تبعا لمتغير المستوى الدراسي الفرضية الرابعة	300
21	نتائج التحليل الإحصائي الوصفي للفرضية الخامسة متغير الجنس	300
22	نتائج الإحصائية اختبار (T) للفروق تبعا لمتغير الجنس للفرضية الخامسة	301
23	نتائج التحليل الإحصائي للفرضية السادسة متغير السن	301
24	نتائج تحليل تباين الأحادي (Anova) تبعا لمتغير السن على الفرضية السادسة .	302
25	نتائج اختبار شيفته لاتجاه الفروق تبعا لمتغير السن الفرضية السادسة	302
26	نتائج التحليل الإحصائي للفرضية السابعة .	303
27	نتائج تحليل تباين الأحادي (Anova) تبعا لمتغير المستوى الدراسي على الفرضية السابعة	303
28	نتائج اختبار شيفته لاتجاه الفروق تبعا لمتغير المستوى الدراسي الفرضية السابعة.	304

ملخـــــــص الدراســـــــة

موضوع دراستنا بعنوان مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء وعلاقتها بظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى عينة من تلاميذ الطور الثانوي ، ومن أهدافها الكشف عن العلاقة الارتباطية بين مستوى الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء وظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأبناء المراهقين ومعرفة الفروق في ادراك الأبناء للصحة النفسية لأوليائهم والفروق في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية وفقا لمتغيرات (الجنس ، السن ،المستوى الدراسي) .

حيث اتبعنا في هذه الدراسة المنهج الوصفي ، وتكونت عينة الدراسة من (120) تلميذ وتلميذة ، وتم اختيار العينة بالطريقة العينة العشوائية البسيطة ، وتم استخدام (استبيانين) الأول خاص (بمؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية) والاستبيان الثاني (مستويات الصحة النفسية للأولياء) .

وتم استعمال الأساليب الإحصائية المناسبة للدراسة بتطبيق الحزمة الإحصائية لتحليل العلوم الاجتماعية (SPSS)

وتوصلنا إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة إيجابية طردية ذات بين مستوى الصحة النفسية للأولياء ومؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية أي كلما انخفض مستوى الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء ارتفعت مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لديهم .

أما بالنسبة للفروق في إدراك الأبناء لمستويات الصحة النفسية للأولياء وفقا للمتغيرات (الجنس والسن والمستوى الدراسي) فأسفرت الدراسة على النتائج التالية :

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك مستويات الصحة النفسية للأولياء تبعا لمتغير الجنس لصالح (الذكور) ، والسن للفئة التي عمرها بين(15 وأقل من 17 سنة) ، والمستوى الدراسي لصالح(الأولى ثانوي) .

أما بالنسبة للفروق في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى أفراد العينة المراهقين وفقا للمتغيرات (الجنس ، السن ، المستوى الدراسي) فأسفرت الدراسة على النتائج التالية :

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية تبعا لمتغير الجنس لصالح (الذكور) ، والسن للفئة التي عمرها بين(15 وأقل من 17 سنة) ، والمستوى الدراسي لصالح(الأولى ثانوي) .

الكلمات المفتاحية: الصحة النفسية ،مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية ،المراهقة ،التعليم الثانوي

Abstract

Our research aims to delve into the intricate interplay between parental psychology health and behavioral and emotional disorders in second school pupil. We strive to uncover the relation between parental psychology health and the emergence of these disorders in adolescents. We also seek to identify potential disparities in the perception of parental psychology health and disparities in emergence among children based on a variety of factors, such as gender, age, and academic level.

To conduct this study, we employed a descriptive-method approach and recruited a sample of 120 second school pupil, selected via simple random sampling.

We utilized two questionnaires the first to identify individuals in the sample with such indicators behavioral and emotional disorders .and the second for parental psychology health.

We employed an array of statistical methods to analyze our data.

Our study yielded the following outcomes:

- A significant positive correlation exists between parental psychology health and indicators of behavioral and emotional disorders in adolescents. In simpler terms, lower parental psychology health levels increase the likelihood of behavioral and emotional problems in their children.

Regarding the disparities in children's perception of parental psychology health levels based on variables such as gender, age, and educational level, the study yielded the following results:

- Statistically significant differences in perception based on gender exist, with males having a more positive perception. health levels based on age. with the age group between 15 and under 17. with those in the first year of second school exhibiting a more positive perception.

Regarding the disparities in the occurrence of behavioral and emotional disorder indicators in the sample of teenagers based on gender, age, and educational level, the study yielded the following:

Statistically significant differences in the occurrence of behavioral and emotional disorder indicators based on gender exist, with males having a higher incidence. with the age group between 15 and under 17 exhibiting a higher incidence. with those in the first year of second school having a higher incidence.

Key words : Psychological health، Indicators of behavioral and emotional disorders، adolescence، second school.

مقدمة

1مقـــــدمـــــــــــــة :

يعيش الإنسان في هذا العصر تغيرات واسعة النطاق ومتنوعة المجالات في إطار ما تميزت به الحياة الحديثة من توسع الحاجات وتنوع المتطلبات مما نتج عنها تغيرات في العلاقات الاجتماعية التي تغيرت مميزاتها وتشابكت أشكالها إلى حد كبير فأظهرت مشكلات حياتية متعددة منها بالدرجة الأولى صحة الإنسان سواء على مستوى النفس أو الجسد وتركت بصماتها واضحة في اضطراب السلوك التكيفي السوي الذي يحقق حالة التوازن والتوافق بين الفرد والبيئة، من هذا المنطلق ظهرت الضرورة إلى تواجد دراسات في مجال الصحة النفسية ومنها ما سمي علم الصحة النفسية كالمعيار لضبط الخدمات النفسية سعيا لتحقيق سيكولوجية العودة إلى حياة نفسية العادية أكثر توافقا وتكيفا للفرد والمجتمع على حد سواء وذلك بتصد إلى مشكلة التوافق الإنساني بهدف مساعدة الإنسان ليعيش حياة أفضل توافقا وتكيفا وأقل قلقا وأفضل توافقا وتكيفا مع محيطه وبيئته ومجتمعه.

وباعتبار أن علم النفس وعلوم التربية يعتبران من الميادين الحديثة التي غاصت بالدراسة في أقطاب وزوايا النفس الإنسانية السوية منها وغير السوية، فهو بهذا يملأ فراغا في البحث العلمي على غاية من الضرورة والأهمية ويحقق مطلبا كان ولا تزال حاجة إنسانية في عصر التوترات الذي تعيشه معظم شعوب العالم اليوم، ليضمن لهم حياة سوية ومواجهة أحسن لتحقيق متطلبات الواقع وتناقضات الحياة.

إن للدراسات والبحوث التي قام بها العلماء والباحثون في مجال علم النفس وعلوم التربية دور كبير في إلقاء الضوء على الكثير من القضايا والمشكلات ذات العلاقة بالصحة النفسية والاضطرابات السلوكية والانفعالية للأشخاص، وسعيا منا في هذه الدراسة للوقوف على تحديات هذا الموضوع المتمثل في مستوى الصحة النفسية للأولياء وعلاقته بظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأبناء المراهقين.

وهذا بناء على أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية للتلاميذ في مجال المدرسي وخاصة في مرحلة الثانوي تشكل أهم التحديات والمشكلات لدى العاملين في المجال التربوي والنفسي لما لها من أثر سلبي يهدد كيان التلميذ حينما تزداد عن مستوى قدراته لتحملها وخاصة في مجال إنجازاته، الأمر الذي ينجم عنه تأثيرات ضارة على الذات والمجتمع.

ولا ينكر أحد أهمية الأسرة في تنشئة الأبناء كما أنها البيئة المهمة في تكوين شخصيتهم، وهذا ما يفرض علينا القول أن نمو الأفراد يرتبط بدرجة كبيرة بالظروف الاجتماعية والاقتصادية والصحية للأولياء،

وخاصة صحتهم النفسية، فإنها البيئة التي يعيش بين جوانبها الأبناء يتأثرون بمؤثراتها الإيجابية منها والسلبية، وهذا ما ينعكس على نمو شخصيتهم وتنشئتهم وتصرفاتهم. لذلك أصبح الاهتمام بالبيئة الأسرية والمدرسية وما يحتويان من عناصر ومواقف التي تحدث فيهما أمرا ملحا وهاما للباحثين والعاملين في مجال التربية والتعليم، محاولين تحديد المظاهر والمشكلات السلوكية والانفعالية لدى التلاميذ المراهقين والوقوف على أسبابها، التي تعتبر أهم المعوقات أمام المدرسة في سبيل أداء واجباتها وأدوارها.

حيث يكون التلميذ أو المراهق في مرحلة الثانوية عرضة لبعض التصرفات السلوكية والانفعالية المضطربة وهم في مرحلة عمرية حرجة، وباعتبار أن البيئة الأسرية محيط ينمو فيه ويتأثر به في تكوينه، فإن مستوى الصحة النفسية للأولياء جزء لا يتجزأ في تكوين الأبناء ومن هنا تناولت الدراسة الحالية مستويات الصحة النفسية للأولياء وعلاقتها بظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لعينة من المراهقين المتمدرسين.

ولذلك شملت الدراسة على الجانب النظري الذي بدوره يتكون من أربعة (04) فصول تضمنت المواضيع التالية:

الفصل الأول: ويشمل الإشكالية، الفرضيات، أهمية الدراسة، أهداف الدراسة، تحديد المفاهيم الدراسات السابقة، والتعقيب على الدراسات السابقة.

الفصل الثاني: خاص بالصحة النفسية وفيه تناول الباحث مفهوم ونظريات الصحة النفسية، وعواملها ومظاهرها مؤشراتها ،مستوياتها ،معاييرها ،وخصائصها.

الفصل الثالث: خاص بالاضطرابات السلوكية والانفعالية وتناول الباحث فيه السلوك، الاضطرابات السلوكية، الاضطرابات الانفعالية، الاضطرابات السلوكية والانفعالية وتطرقنا إلى مفهومها، نظريتها تصنيفها، مؤشراتها.

الفصل الرابع: خاص بمرحلة المراهقة وشمل أنواعها ومظاهرها وخصوصياتها، ومميزاتها وكذلك تناولنا التعليم الثانوي بجانبه التاريخي وأهميته وأهدافه.

والجانب الميداني التطبيقي الذي يتكون من فصلين وهما:

الفصل الخامس: خاص بالإجراءات الميدانية للدراسة وتضمنت منهج الدراسة، مجتمع الدراسة، كيفية اختيار العينة، أدوات الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، الدراسة الأساسية، عينة الدراسة الأساسية، الأساليب الإحصائية المستخدمة.

الفصل السادس: خاص بعرض ومناقشة النتائج وتضمنت التذكير بفرضيات الدراسة وصف العينة، عرض نتائج الدراسة ومناقشتها، الاستنتاج العام، وفي الأخير تناولنا خاتمة الدراسة ثم الخروج بجملة من التوصيات وذكر المراجع المعتمدة في هذه الدراسة والملاحق.

الجانب النظري للدراسة

الفصـــــــل الأول

الاطـــار العـــام للدراســـة

الإطـــــار العـــام للدراسـة

- إشكاليـــــــة الدراســـة
- فرضيـــــات الدراســـة
- أهميـــــة الدراســـــة
- أهـــــداف الدراســـة
- تحديـــد المفاهيـــم الأساسيـــة
- الدراســـــات السابقـــــة
- التعقيب على الدراســات السابقـــــة

2 - إشكاليـــــــــــــة الدراســـــــــــة:

تعتبر دراسة الصحة النفسية والاضطرابات السلوكية والانفعالية جانبا مهما وأساسيا في دراسة الحالات النفسية والطابع السلوكي والانفعالي للأشخاص، حيث تؤدي إلى تحديد سمات الفرد ومستويات شخصيته وصولا إلى التصنيف النافع والتشخيص الصائب في مجال التربية والتعليم والتدريب وعملية النمو ووضع التشخيص اللازم لكل حالة من حالات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى بعض الفئات العمرية. **(راشد عدنان 2004:184)**.

فإن حل المشكلات شيء نقوم به جميعا كجزء من النشطات اليومية ورغم أن الفرد يسعى جاهدا إراديا أو غير إراديا للابتعاد عن أسباب اضطراباته إلا أنه يمكن أن يشكل تحديا وإحباطا في الوقت ذاته، وتنشأ التحديات عندما تكون لدينا الفرص لتناول مشكلة تهمنا، ونستطيع استخدام مهاراتنا باستنباط حلول راسخة ودائمة ومنطقية. **(كليلي بي وتشانغ، 2001:85)**.

ونحن نعيش في عصر على حد تعبير (محمود ستوقين) ينفرد بالأوضاع وأحداث أكثر إثارة حيث التغيرات الاجتماعية والاقتصادية وما ينطوي عليها من مكاسب واختراعات وتكنولوجيا حديثة، إلا أنه يعج بالأحداث المثيرة للاضطرابات والتوترات النفسية والسلوكية والانفعالية مما يشعر الفرد بتهديد أمنه النفسي والجسمي والمادي والاجتماعي. **(عبد المجيد الخليدي واخرون. 1997:07)**

وتعتبر دراسة الاضطرابات السلوكية والانفعالية من المواضيع المهمة لفهم المراهق ومن الصعب الحكم أو تشخيص حالته دون معرفة سلوكه، والمراهق ليس شيء مجرد وإنما هو نتاج معطيات الواقع الوراثي والبيئي والاجتماعي والتربوي وممارسات ذاتية واكتساب خبرات ومهارات، ومعاناة وإحباطات بأشكالها المختلفة.

حيث أن المراهقة مرحلة مهمة من مراحل النمو ومرورها بمؤثرات مختلفة وذات أشكال متنوعة نجد الأسرة وأعضاءها وخاصة الأولياء من العناصر المهمة في تأثيرها على حياة الأبناء أو الناشئة بصفة عامة.

وبما أن الأسرة المتكونة من الأب والأم أقدم مؤسسة اجتماعية للتربية عرفها الإنسان، ولا زالت تقوم بدور هام في التعليم والتهذيب الناشئ، وتزويدهم بخبرات الحياة، ومهارتها المحدودة ومعارفها البسيطة. **(أبو دف محمود. 1994:162)**.

وهي المأوى الحقيقي للمجتمع، الذي يجد فيه الأبناء المناخ الذي يؤثر على نموه في جميع مراحل طفولتهم وصولا إلى البلوغ، يمكن أن تكون تنشئة خالية من الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وهي نافذة يطل منها المراهق فيتعلم معظم تصرفات وضوابط المجتمع والتي تأهله للتعامل مع الآخرين خارج نطاق أسرته، والتي بواسطتها تتولد عند المراهق حاجات اجتماعية، وثقافية وعاطفية، ويكون من خلالها الأبعاد الأساسية لبناء شخصيته، وفي إطار هذه التنشئة الأسرية يمكن أن تكون تنشئة خالية من الاضطرابات السلوكية والانفعالية وللأبوين أهمية كبيرة في تحقيق ذلك بتنشئة المراهق تنشئة أسرية سوية **(أبو شمالة أنيس. 2002:2)**.

ومن الطبيعي أن هناك حالات نفسية سوية وغير سوية يمر بها أعضاء الأسر مهما تنوعت، وخاصة الأولياء الذين يمثلون البيئة الأولى التي ينشؤون فيها الأبناء، وباعتبار الظروف السيكولوجية للأولياء جزء مهم من هذه البيئة حيث إن مكتسبات الأبناء لا تخلون من مثيرات أوليائهم فالطفل بطبعه يحتاج إلى رعاية متعددة ويعتمد في نموه وتنشئته على غيره وخاصة والديه في تلبية حاجاته المادية والنفسية والتربوية، واحتكاكه بالأولياء هو احتكاك بظروفهم الاجتماعية السلبية منها والإيجابية.

إذن الأسرة المنطلق الرئيسي لإشباع الحاجات النفسية والاجتماعية للأبناء، ومن ثم التكامل الإشباعي فإذا حدث خلل في البناء السيكولوجية للأولياء فإن ذلك سيترتب عليه زيادة المشكلات وهو الأمر الذي يتيح للأبناء الفرصة لاتخاذهم سبل البحث عن الاستقرار والبديل لأسرهم خاصة في مرحلة المراهقة. **(عبد المعطي حسن. 25:2006)**.

وعليه فإن العلاقة بين مستويات الصحة النفسية للأولياء ببناء شخصية الأبناء المراهقين معادلة ذات قيمة هامة، فإن سلامة هذه العلاقة ومضامينها شرط ضروري من شروط التوافق الذاتي والاجتماعي والنفسي للأبناء **(القريطي عبد المطلب. 87:1998)**.

فإن أساليب الحياة الأسرية وظروفهم النفسية لهما أهمية كبيرة في تركيبة الأبناء وحياتهم، وتشكيل بنيتهم النفسية والسلوكية، وفي خصائصهم النمائية عبر سنوات حياتهم، وهو ما يجعل فهم طبيعة هذه البيئة النفسية للأولياء ضرورة ملحة لضمان بيئة نفسية صحية يستطيع الأبناء تكوين شخصياتهم تتمتع بجودة عالية في الحياة قادرين على الإسهام في رقي المجتمع الذين يعيشون فيه. **(كاظم محمد. 66:2001)**

وبما أن المراهق أقل قدرة على تلك الظروف، وهو الذي يحتاج إلى رعاية متعددة ويعتمد على غيره وخاصة والديه في تلبية احتياجاته المادية والنفسية والتربوية، فكيف إذا تعرض إلى مثيرات مصدرها مستوى من مستويات الصحة النفسية لهؤلاء الأولياء المتمثلة في اضطرابات وعدم استقرار وتوتر عنيف؟

وبما أن ظاهرة الاضطرابات السلوكية والانفعالية بتداعياتها وتشعباتها المعقدة تعتبر أكثر انتشارا بين التلاميذ في المؤسسات التعليمية والتربوية وهذا بناء على ما نلاحظه في ميدان العمل اليومي. وعليه فإن هذه الحالات السلوكية والانفعالية المضطربة لا يمكن أن تحدث دون أسباب أو عوامل.

ونظرا للأهمية هذا الموضوع المتمثل في الصحة النفسية للأولياء والاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المراهقين ارتأينا أن نبحث في هذه المتغيرات مركزين في ذلك على إثبات وجود العلاقة أو عدمها بين هذه المتغيرات. وعليه فقد توجت إشكالية بحثنا بالتساؤلات التالية:

1. هل توجد علاقة ارتباطية بين مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي وظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لديهم؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية كما يدركها الأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي تبعا لمتغير الجنس؟
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية كما يدركها الأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي تبعا لمتغير السن؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية كما يدركها الأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي تبعا لمتغير المستوى الدراسي؟
5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي تبعا لمتغير الجنس؟
6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي تبعا لمتغير السن؟
7. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي تبعا لمتغير المستوى الدراسي ؟

3 فرضيـــــــــــات الدراســـــــة

تمت صياغة فرضيات الدراسة على النحو التالي:

1. توجد علاقة ارتباطية بين مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي وظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لديهم.

2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية كما يدركها الأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي لمستويات الصحة النفسية للأولياء تبعا لمتغير الجنس.

3.توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية كما يدركها الأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي لمستويات الصحة النفسية للأولياء تبعا لمتغير السن.

4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية كما يدركها الأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي لمستويات الصحة النفسية للأولياء تبعا لمتغير المستوى الدراسي.

5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى للأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي تبعا لمتغير الجنس.

6. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى للأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي تبعا لمتغير السن.

7.توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى للأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي تبعا لمتغير المستوى الدراسي.

4 أهمية الدراســـــــــة :

تقاس أهمية البحث العلمي بنتائجه الفعالة في ميدان البحث العلمي والحياة البشرية بصفة عامة ويمكن أن نعدد أهمية هذه الدراسة في ضوء الاعتبارات التالية:

- الوقوف على أن الصحة النفسية عامل من عوامل ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المراهقين المتمدرسين قد يساعد القائمين والمختصين التربويين في وضع استراتيجية تربوية تراعي فيها هذا الجانب وانعكاساته على التلاميذ والمنظومة التربوية بصفة عامة
- قد تكون نتائج هذه الدراسة إضافة علمية للبحوث والدراسات ومنطلقا لدراسات الأخرى.
- ومن خلال هذه الدراسة قد نقف على عامل له علاقة مؤثرة في سلوكيات وانفعالات التلاميذ مما يجعل القائمون على مجال التعليم إشراك أولياء التلاميذ في العملية التربوية.
- كما قد تسهم هذه الدراسة في تسليط الضوء على أهمية الكشف والعلاج المبكر للاضطرابات السلوكية والانفعالية الذي يؤدي إلى التوافق النفسي للتلاميذ .
- إثراء البحث العلمي.
- قد تساهم هذه الدراسة في فتح أفاق جديدة أمام الدارسين والباحثين لتناول متغيرات هذا الموضوع بطرق وأساليب علمية مختلفة ومن جوانب متعددة.
- تفيد هذه الدراسة في وضع بعض المقترحات التي يمكن الاستفادة منها في تصميم البرامج الإرشادية العلاجية للأولياء وبرامج إرشادية لعلاج الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى المراهقين (تلاميذ مرحلة التعليم الثانوي)

5 أهداف الدراســـة :

أهداف هذه الدراسة تكمن في ما يلي:

- التأكد من وجود أو عدم وجود علاقة ارتباطية بين مستويات الصحة النفسية للأولياء وظهور مِؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للمراهقين المتمدرسين في مرحلة الثانوي
- إبراز أهمية الجانب النفسي للأولياء في الحياة السلوكية والانفعالية لأبناء المراهقين.
- الكشف عن الفروق بين الذكور والإناث المراهقين في إدراكهم لمستوى الصحة النفسية لأوليائهم تبعا لمتغيرات (الجنس والسن والمستوى الدراسي).

- الكشف عن الفروق في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للمراهق في مرحلة الثانوي تبعا لمتغيرات (الجنس والسن والمستوى الدراسي)
- إبراز المفاهيم الأساسية والمختلفة للصحة النفسية للأولياء والاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المراهقين.
- التعرف على مستويات الصحة النفسية للأولياء .ومدى انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية بين الأبناء المراهقين
- التعرف عل مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى عينة من تلاميذ في مرحلة من المراحل الحساسة من النمو وهي المراهقة (لمستوى التعليم الثانوي)

6 تحديـــــــــد المفاهيـــــــــــم :

6.1 الصحـــــــــة النفسيـــــــــة

-التعريـــف الاصطلاحي :

الصحة النفسية هي خلو من أعراض المرض العقلي أو النفسي وكذلك سلوكياته خالية من الاضطرابات وسوء التكيف وبصفة عامة هي التوافق بين نفسه ومجتمعه والتقبل الذات وتقبل الآخرين ، ويتسم باتزانه الانفعالي والعاطفي والعقلي ، في مختلف المجالات وتحت جميع الظروف . **(فهمي مصطفى. 18:1986)**.

– **التعريف الإجرائي** : الصحة النفسية هي قدرة الفرد في التكيف والتوافق وقدرته على التأثير والتأثر وخلوه من الأمراض المختلفة الجسمية كانت أو النفسية والعقلية فهي حالة يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا وشخصيا وانفعاليا واجتماعيا مع نفسه ومع بيئته والشعور بالسعادة مع ذاته والآخرين ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستعمال قدراته وإمكانياته إلى أقصى حد ممكن تتجسد ذلك في السلوكيات والتصرفات العادية ويتم تصنيف الصحة النفسية لأفراد العينة عن طريق مجموع إجابات أفراد العينة .

6.2 الاضطـــــــرابات السلوكيـــــة :

- التعريف الاصطلاحي :

الاضطرابات السلوكية " هو اضطراب نفسي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكا منحرفا بصورة واضحة عن السلوك المتعارف عليه في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار ، ويمكن ملاحظة والحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء من لهم علاقة بالفرد " (**مصطفى القمش .والمعايطة، 2007: 16)** .

ويعرفه روس Ross (1974.) السلوك المضطرب " هو سلوك لا يتوافق مع السلوك الاجتماعي وله مساس بالمعيار الاجتماعي للسلوك والذي يقع بصورة متكررة وشديدة بحيث يحكم عليه من قبل أشخاص بالغين وأسوياء بأنه عمل لا يناسب عمر فاعليه" **.(Ross.1974 .63)**

-التعريـــف الإجرائي:

هو سلوكيات مختلفة عن السلوكيات العادية حيث تتميز بالاضطراب ناتجة عن مشاكل نفسية يعاني منه الفرد أو خلل وظيفي ، ويحكم على أنها سلوكيات لا تتماشى مع المعايير والقيم الاجتماعية والتوازن الشخصي مناقضة للأفعال والتصرفات السوية ،وكذلك سلوكيات لا توافقية مثل اضطرابات ، النشاط الزائد ، اضطراب الكلام ، الانسحاب الاجتماعي، العدوانية ،الحركة المفرطة، السلوك الفوضوي

الاضطـــــراب الانفعـــالـــــي :

-التعريف الاصطلاحي :

تعرف الاضطرابات الانفعالية حسب زهران .(2005) بأنها" حالة تكون فيها ردود الفعل الانفعالي غير مناسبة لمثيرها بالزيادة أو النقصان ، فالخوف الشديد كاستجابة لمثير مخيف لا يعبر عن اضطراب انفعالي بل يعتبر استجابة انفعالية عادية وضرورية للمحافظة على الحياة ، أما الخوف الشديد من مثير غير مخيف فإنه يعتبر اضطرابا انفعاليا ".

ويعرفه ينوكمر. Newcomen (1992)" وهو الانحراف الواضح والملحوظ في مشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه وحول بيئته "**(فاروق مصطفى . 2011: 42)**.

-التعريف الإجرائي : الاضطرابات الانفعالية هي اضطرابات في الوظائف النفسية حيث تتميز بالتكرار والشدة في أدائها بسبب مثيرات داخلية أو خارجية ، حيث تنعكس مؤثراتها على سلوك الفرد فتصبح غير

عادية وغير سوية حيث يبدو على الفرد انحراف واضح في تصرفاته وسلوكياته مثلا القلق ، الخجل ،الغضب الاكتئاب.

6.3 الاضطرابات السلوكية والانفعالية :

-التعريف الاصطلاحي :

" لا يوجد تعريف عام ومقبول للاضطرابات السلوكية والانفعالية وخلال ثلاثين عاما الأخيرة ، ظهر عدد من التعريفات من قبل التربويين والأخصائيين النفسانيين ومن أهمها ما أيده وطوره العالم بور bower (1969،1978) حيث حدد الاضطرابات الانفعالية والسلوكية بوجود عدة صفات ومنها :

- عدم القدرة على إقامة علاقات شخصية مع الأقران
- شعور بعدم السعادة أو الاكتئاب
- عدم القدرة على التعلم
- ظهور السلوك والمشاعر غير ناضجة وغير ملائمة مع الظروف والأحوال العادية
- النزعة لتطوير أعراض جسمية مثل مشكلات كلامية ، والآلام ، والمخاوف ومشاكل مدرسية "

أما " هيوت . Hewet" (1968)عرف المضطربين سلوكيا وانفعاليا على الأساس أن المضطرب هو الفاشل اجتماعيا وغير المتوافق في سلوكه وفقا لتوقعات المجتمع الذي يعيش فيه ، إلى جانب جنسه وعمره " **(خولة يحي .2000: 16،17).**

وعرفها (**جروبار**) " بأنها مجموعة من أشكال السلوك المنحرف والمتطرف بشكل ملحوظ وتتكرر باستمرار وتخالف توقعات الملاحظ وتتمثل في الاندفاع والعدوان والاكتئاب والانسحاب " **(فاروق مصطفى ،2011: 43).**

-التعريف الإجرائي :

الاضطراب السلوكي والانفعالي اضطراب سيكولوجي تنعكس نتائجه في سلوكيات الفرد المنحرفة عن السلوكيات الاجتماعية العادية ويتكرر هذا السلوك باستمرار وكذلك عدم قدرة الفرد في التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية ويعاني من مشكلات وصراعات نفسية تسبب الضرر لنفسه ولغيره مثلا الغضب ، الخجل ، القلق ، الاكتئاب ،الانسحاب الاجتماعي الانسحاب الاجتماعي، العدوانية ،الحركة المفرطة، السلوك الفوضوي ويتم قياس مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لأفراد العينة عن طريق مجموع إجابات أفراد العينة.

6.4 المراهقـــــــــــــة

- التعريـــف الاصطلاحي :

جاء في المعجم الموسوعي عن المراهقة هي مرحلة من الحياة تقع بين الطفولة التي تكملها هذه المراهقة وبين سن الرشد (**ترجمة وجيه أسعد : 2001، 243)**

وتدل كلمة المراهقة في علم النفس على مرحلة الانتقال من مرحلة الطفولة إلى مراحل أخرى من النمو يتأهب فيها الفرد لمرحلة الرشد ، وتبدأ غالبا من سن البلوغ ، وقد تختلف بدايتها ونهايتها حسب اختلاف المجتمعات ، وهي مرحلة دقيقة فاصلة من الناحية النفسية والاجتماعية حيث يتعلم فيها الأطفال تحمل المسؤوليات الاجتماعية وواجباتهم في المجتمع (**عبد الرحمن الوافي وسعيد.2004.:49**).

وحسب **عبد الرحمن عيسوي**(1984)، المراهقة مرحلة من مراحل النمو تمتد من بداية البلوغ الجنسي Puberty حتى اكتمال النضج Maturity فهي مرحلة انتقالية يصبح بعدها المراهق ناضجا (**عبد الرحمن العيسوي .1984 :78)**

ويرى **مجدي أحمد محمد عبد الله** (1996) أن المراهقة هي مرحلة الانتقال من الطفولة إلى الشباب، وتتميز بأنها فترة معقدة من التحول والنمو تحدث فيها تغيرات عضوية ونفسية وعقلية واجتماعية واضحة تقلب الطفل الصغير وتحوله لكي يكون عضوا في مجتمع الراشدين (**مجدي أحمد .1996 : 25)**

-التعريف الإجرائي :

المراهقة هي مرحلة من مراحل النمو يمر بها كل إنسان في حياته، ينمو فيها نموا نفسي و جسمي وفيزيولوجي وعقلي وانفعالي واجتماعي ، وفيها تتغير وظائف كل جهاز من أجهزة جسم الإنسان.

7 -الدراســـــات الســابقـــــــة

البحوث العلمية تتميز بطابع التكاملي ، فالباحث يبدأ من حيث ينتهي الآخرون ، وللدراسات السابقة أهمية كبيرة في تحديد وتوجيه مسارات البحث ، فهي المرجع المعرفي والمنطلق الفكري للدراسة ولها دور فعال لكل باحث حيث أنها تعمل على مساعدة الباحث على تحديد الجوانب الإيجابية والسلبية في دراسته .

لقد حاولنا عرض أهم الدراسات التي تناولت الموضوع بالمقاربة للمتغيرات هذه الدراسة ،بتطرقها إلى مختلف الحالات النفسية للأولياء ومدى علاقتها ودورها في ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية

للأبناء المراهقين . ولم يتسن لنا الحصول على دراسة واحدة تناولت هذه العلاقة بين المتغيرات المطروحة في دراستنا، وهذا ما ميز الأهمية العلمية لهذه الدراسة وسنعرض هذه الدراسات في ما يلي :

7.1 الدراسات السابقة المتعلقة بمتغير مستويات الصحة النفسية للأولياء

الدراســـــــات العربيـــــة

- **دراسة سارة حجاب (2018):**

بعنوان المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء وتأثيرها على الصحة النفسية هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير معاملة الوالدية التي تكمن في (تقبل ، الرفض) وأبعاد الصحة النفسية الثلاثة (قلق ، عدوان اكتئاب) لدى أفراد عينة الدراسة . طبقت الدراسة على عينة متكونة من (318) طالبا في مرحلة الثانوية، وأسفرت النتائج على وجود علاقة ارتباطية بين أساليب المعاملة الوالدية الإيجابية(السواء) التسامح والتعاطف والتوجيه الإيجابي بالتوافق النفسي والانفعالي والاجتماعي وأن التوافق له علاقة سلبية بأساليب المعاملة الوالدية السلبية (غير السواء) وهي الإيذاء الجسدي والنفسي والإذلال والرفض والحماية الزائدة والإهمال وعدم المبالاة. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الجنس لصالح فئة الذكور.

- **دراسة مسعود بن عليه(2015).**

بعنوان أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالاغتراب النفسي لدى المراهق الجزائري على عينة من تلاميذ ثانوية أولاد جلال بسكرة بلغت عدد أفرادها (188) فرد وقد خلصت نتائج هذه الدراسة إلى ما يلي :

توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين أسلوب المعاملة الوالدية لعدم الاتساق ومختلف الأشكال الاغتراب النفسي، لا يوجد فرق بين أفراد البحث على مختلف أشكال الاغتراب تبعا لمتغير الجنس

- **دراسة عزيزة عدو(2012)**

بعنوان "العنف الأسري والصحة النفسية للمراهق دراسة جزائرية" طبقت الدراسة على عينة اختيرت بطريقة عشوائية وعددها (312) تلميذ بالسنة الثالثة من المرحلة التعليمية الثانوية، منهم ((156)) تلاميذ ذوي العنف الأسري و(156) تلاميذ ذوي التسامح الأسري، مع مراعاة الخصائص المتمثلة في الجنس، السن، والمستوى التعليمي لإحداث التماثل بين العينتين.

وخلصت الدراسة إلى نتيجة ذات شقين، يتمثل الشق الأول في وجود تأثير دال إحصائي بين الممارسات الوالدية الميالة إلى العنف، النبذ والتحكم إلى اضطراب صحة النفسية للمراهق فيما يتجسد الشق الثاني

في ميل المراهق الذين تتميز ممارسات والديهم حيالهم بالتساهل والتقبل إلى عدم اضطراب الصحة النفسية.وبوجود فروق دالة إحصائيا بين أفراد العينة حسب متغير السن.

- **دراسة زرماني وداد سنة (2012)**

بعنوان أثر خبرات الإساءة الوالدية في مرحلة الطفولة على ظهور الضغط النفسي في مرحلة المراهقة أجريت الدراسة على (218) مراهق ومراهقة تتراوح أعمارهم بين (18و 20) سنة بولاية سطيف بالجزائر لنيل شهادة الماجستير، وأسفرت النتائج هذه الدراسة على أن الإساءة الوالدية النفسية منها والجسدية والإهمال التي يرجع سببها في أغلب الأحيان إلى الأمراض والاضطرابات النفسية أي الصحة النفسية غير العادية وغير السوية للأولياء لها علاقة في ظهور الضغط النفسي لدى المراهق والمراهقة ، وأنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في درجة الضغط النفسي فإن أفراد العينة يعانون من الضغط النفسي بنفس الدرجة تقريبا .

- **دراسة سامية ابر يعم (2011)**

بعنوان إدراك الأبناء لمعاملة الوالدية وعلاقتها بالشعور بالأمن النفسي دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ الطور الثانوي لولاية تبسة. وقد طبقت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي أجريت الدراسة على (581) تلميذ وتلميذة لمستوى الثانية ثانوي تم اختيارهم بطريقة العينة القصدية وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج هي :

وجود علاقة ارتباطية سلبية بين إدراك الأبناء لأساليب المعاملة الوالدية المتمثلة في كل من أساليب التفرقة وأسلوب التحكم والتذبذب والسيطرة وبين شعورهم بالأمن النفسي . وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إدراك الابتناء لأساليب المعاملة الوالدية تبعا لمتغير السن.

- **دراسة عبد المقصود، أماني (1999)**

بعنوان الشعور بالأمن النفسي وعلاقته ببعض أساليب المعاملة الوالدية لدى تلاميذ الثانوية. كانت تهدف إلى التعرف على الشعور بالأمن النفسي وعلاقته ببعض أساليب المعاملة الوالدية لدى تلاميذ الثانوية وقد تكونت العينة من 300 (تلميذ) أي 150 تلميذ اً و 150 تلميذة من مدارس القاهرة وقد طبق عليهم مقياس أساليب المعاملة الوالدية(إعداد الباحث)ومقياس الأمن النفسي للأطفال (إعداد الباحث) ، وأشارت النتائج إلى وجود ارتباط موجب دال بين أساليب المعاملة الوالدية لا سوية (التفرقة والتحكم

والتذبذب والحماية الزائدة) سواء من الأب أو من الأم وبين الشعور بعدم الأمن النفسي للأبناء المراهقين ، ولا توجد فروق بين الجنس في الشعور بالأمن النفسي.

- **دراسة عباس إبراهيم متولي (1997)**

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الخجل وبعض المتغيرات النفسية للأولياء كالاضطرابات النفسية والقبول والرفض حيث تكونت عينة الدراسة من (246) طالبا وطالبة من كلية التربية بدمياط وتتراوح أعمارهم بين (19 –21) سنة وأكدت نتائج الدراسة على وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في الخجل لصالح الإناث وتوجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائية بين ظهور الخجل للمراهقين ومؤثرات النفسية للأولياء .

- **دراسة الديب (1993)**

بموضوع معرفة مستوى التوافق النفسي للمراهق حيث أجريت الدراسة في مصر على عينة متكونة من (50) مراهق من أبناء الأمهات المضطربين نفسيا و(50) مراهق من أبناء الأمهات العاديين وتوصلت إلى أن أبناء الأمهات المضطربين نفسيا أكثر عدوانية وانفعالا وقلقا وأكثر توترا وأقل طموحا وأقل شعور بالسعادة والرضا من الأطفال الذين يعيشون مع أمهات عادين.

- **دراسة محمد العريني(1993)**

بعنوان الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء وعلاقتها بالسلوك العدواني ، طبق الباحث هذه الدراسة على عينة متكونة من (200) تلميذ وتلميذة من المراهقين من المدارس الثانوية تتراوح أعمارهم بين (16و 21) في الرياض السعودية وتم اختيار العينة بطريقة عشوائية البسيطة . وقد توصل الباحث إلى وجود علاقة دالة بين الصحة النفسية الغير السوية للأولياء مثل الاضطراب النفسي والقلق والانسحاب والاكتئاب والغضب والانطواء وبين السلوك العدواني اللفظي وغير اللفظي بين الأبناء وكذلك أسفرت نتائج هذه الدراسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة حسب متغير السن لصالح الذكور والمستوى الدراسي .

- **دراسة سلامة (1984)**

تهدف إلى معرفة العلاقة بين الجانب النفسي والتنشئة الاجتماعية للأولياء وعلاقتها بمشكلات المراهق وتكونت عينة الدراسة من (109) مراهق ومراهقة واستخدمت الباحثة مقياس الجو النفسي العام للتنشئة

وتوصلت النتائج أن المراهق يتأثر بعدة متغيرات نفسية واجتماعية والجو النفسي غير سوي للأولياء يحبط الحاجات النفسية والأمنية الانتماء للمراهق ويظهر لديه القلق ورفض الذات والسلوك العدواني .

الدراســـــات الأجنبيـــــة

- دراسة توماس جبه سكوفيلد وآخرون thomas .j.svhofield at في سنة (2018)

بالولايات المتحدة الأمريكية بعنوان التربية القاسية من جراء سوء الصحة النفسية للوالدين وعلاقتها بالصحة النفسية والبدنية والاضطرابات السلوكية للمراهقين والدور الوقائي الإيجابي . هدفت هذه الدراسة إلى معرفة سلوكيات الوالدين المشتركة التي قد تساعد إلى ظهور مخاطر صحية للمراهقين الأبناء ، حيث طبقت هذه الدراسة على (451) مراهقا في أمريكا ، وتم إتباعهم بالدراسة حتى مرحلة البلوغ من السن (12) إلى السن (20) .ومن النتائج التي توصلت إليها. السلوك القاسي والمسيء والرافض من قبل الوالدين تجاه المراهقين الأبناء يزيد من خطر الإصابة بالاضطراب السلوكي والنفسي والعديد من مشاكل النمو لدى المراهقين . وكذلك أسفت نتائج هذه الدراسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الجنس والمستوى الدراسي للمراهقين. إذن أن المراهق الذي يعاني من أحد الوالدين المكتئبين أو كلاهما هو أكثر عرضة للاضطرابات من الآخرين .

- دراسة جودلي . سيلبيرج و آخرون Judly .slberg at(2010)

أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية بموضوع التأثيرات الجينية والبيئية على انعكاس اكتئاب الوالدين على اضطراب السلوكي والنفسي للأبناء. الهدف هو تحديد ما إذا كان اكتئاب الوالدين يمثل عامل خطير على سلوكيات الأبناء وحالتهم النفسية استخدم الاستبيان كوسيلة لجمع البيانات من المراهقين عددهم 280 مراهق .واستعمل برنامج الإحصائي (Mx) حيث توصلت الدراسة إلى نتائج مفادها كل من العوامل البيئية والوراثية للوالدين مسؤولة عن وجود علاقة بين اكتئاب الوالدين والاضطراب السلوكي والنفسي للأبناء المراهقين .

- دراسة ماري جين انجلاند وليسلي .سيم Mary Jane England and Leslie Sim سنة (2009)

أجريت بالولايات المتحدة الأمريكية عن المجلس القومي ومعهد الطب (للولايات المتحدة) وممارسات الأبوة والنمو الصحي للأطفال بموضوع اكتئاب الوالدين وصحة المراهق والأداء النفسي. الهدف من الدراسة هو معرفة العلاقة اكتئاب الوالدين بالأداء النفسي للأبناء المراهقين، ونتائج هذه الدراسة

استخلصت أن اكتئاب الوالدين يؤدي إلى انخفاض الأداء المعرفي والفكري والأكاديمي وضعف الإدراكي، وارتفاع معدل القلق وارتفاع معدلات مستويات وشدة الأعراض والاضطرابات الداخلية والخارجية ويؤدي إلى مشاكل في الأداء اليومي والصحة النفسية وسوء الأداء المدرسي على أبنائهم المراهقين .

- **دراسة بينسون Benson, R. R. (2006)**

تأثير ضغط الوالدين واكتئاب إحداهما وعلاقته بالاضطرابات النفسية لأبنائهم حيث أنه تم اكتشاف الضغط في عينة مكونة من (68) من الوالدين الذين يعاني أبنائهم من اضطرابات نفسية، ولقد أوضحت أن اكتئاب أحد الوالدين وشدة تعرضهم للضغوط قد أدت إلى الاضطرابات النفسية عند الأبناء وأكدت هذه الدراسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الجنس ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير السن.

- **دراسة لينسكا Lenceka (2005)**

بعنوان تأثير ضغط الوالدين على حياة أطفالهم المراهقين ووفقاً للافتراضات علماء النفس،" عند ما يتعرض الكبار للضغط، فإنهم يميلون لمجادلة وشجار أطفالهم." وطبقاً لما قالته فقد كانت أمها تعاني من ضغط شديد جداً لأنهم كانوا يعيشون حياة صعبة للغاية، عندما قدموا للولايات المتحدة بعد ما غادروا روسيا فعندما كانت صغيرة كان والداها يعانيان من ظروف اقتصادية صعبة وقد أثر ذلك عليها علاوة على أنها تعاني من مشاكل نفسية ولم تجد طريقة أخرى للتعامل مع حياتها إلا فقط من خلال الضغط والغضب والصراخ وتوصلت الدراسة من خلال هذه الحالة إلى أن الضغوط النفسية للأولياء نتيجة الظروف الاقتصادية والاجتماعية الصعبة انعكست بشكل مباشر على الابنة وأصبحت الآن تعاني من مشاكل نفسية وعدم القدرة على التعامل بشكل إيجابي مع حياتها.

- **دارسة بينسون Benson, R. R (2002)**

بعنوان تأثير الضغط النفسي للوالدين واكتئاب إحداهما أوكلاهما حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من (68) من الوالدين الذين يعاني أبنائهم من اضطرابات سلوكية ونفسية كالقلق، ولقد أوضحت أن اكتئاب الأولياء وشدة تعرضهم للضغوط قد أدت إلى الاضطرابات النفسية منها القلق لدى الأبناء المراهقين، وأثبتت الدراسة أن هناك فروق دالة إحصائية في ظهور هذه الاضطرابات تبعا لمتغير الجنس لصالح الذكور.

- **دراسة (جوزيف ولازر، Josef and lazar، (1998**) بعنوان تأثير الوالدين المضطربين نفسيا على أبنائهم المراهقين من حيث تحصيلهم العلمي ومن حيث الناحية الاجتماعية أجريت في فرنسا هدفت إلى معرفة أثر الوالدين المضطربين نفسيا على أبنائهم ومن حيث علاقتهم الاجتماعية ،وكان عدد العينة (53) مراهقا ومراهقة تتراوح أعمارهم بين (14و17) سنة . وأسفرت نتائج الدراسة على وجود ضعف في التكيف لدى الأبناء .

- **دراسة(1993) Nelson C Valliant** بعنوان ديناميكية شخصية المراهقين الذكور والإناث في حال سوء الصحة النفسية للأولياء أجريت هذه الدراسة على (60) مراهقا ومراهقة هدف هذه الدراسة للكشف عن سمات شخصية المراهقين الذين أوليائهم يعانون من اضطرابات نفسية وتوصلت النتائج إلى وجود تأثير وعلاقة بين سوء الصحة النفسية للأولياء وديناميكية شخصية الأبناء ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في سمات شخصيات الأبناء تبعا لمتغير المستوى الدراسي نظرا لخصوصية كل مرحلة من مراحل الدراسة .

- **دراسة كيلان ، وآخرون ،coplan،(1989)**

الاكتئاب لدى الأمهات والنمو العاطفي لدى أطفالهن طبقت. الدراسة على (92) أما وأكبر أطفالهن البالغين من العمر أربعة سنوات وقد وجدوا أن هناك علاقة بين معاناة الأمهات من الاكتئاب ووجود صعوبات في السلوك لدى أطفالهن ، وانعدام الرابط الأسري مع وجود اضطرابات نفسية يؤديان إلى إثارة خطيرة على نمو العاطفي والسلوكي والمعرفي لدى الأبناء.

- **دراسة رادك Radk ، (1987)**

العلاقة بين اكتئاب الأولياء والاضطرابات الأطفال النفسية في بعض الأسر الذي تبين بالتشخيص أن كلا الوالدين أو أحدهما مصاب بالاكتئاب وشملت الدراسة طفلين من الأسرة أحدهما يبلغ من العمر سنتين والآخر يبلغ من العمر 7 سنوات، وتمت ملاحظتهم لمدة ثلاثة سنوات وتوصل إلى أن الأمهات المكتئبات أكثر اتجاها نحو النبذ والكراهية والإهمال للأطفال ، وهن غير ناضجات انفعاليا لأنهن يرسلن رسائل متناقضة ، تارة بالحب وأخرى بالكره مما يؤدي إلى إصابة أطفالهن بالاكتئاب.

- **دراسة هيلبرن وماكنلي، Heliberun McKinley (1962)**

دراسة أمريكية بعنوان أثر سوء الصحة النفسية للوالدين في اضطراب النفسي عند المراهقات أجريت الدراسة على 56 طالبة وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن الطالبات المراهقات اللاتي يعانين من الاضطراب النفسي يدركن أولياءهم على أنهم أكثر تسلطا ، وأكثر اضطرابا نفسيا وعدوانية وتوصلت النتائج أن الطالبات المراهقات اللاتي يعانين من الاضطراب النفسي يدركن أمهاتهن على أنهن أكثر قلقا وسيطرة واضطرابا في الصحة النفسية وعدم استقرار وعدوانية من السويات وتبين وجود علاقة إيجابية بين إدراكهن للأولياء يعانون من سوء الصحة النفسية وعدم الانبساط واضطرابهن النفسية .

7.2 الدراسات السابقة المتعلقة بمتغير مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المراهقين

الدراســـــــات العربيـــــة

- **دراسة ميساء السيد أحمد البسيوني (2015)**

بعنوان المناخ الأسري وعلاقته ببعض المشكلات السلوكية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في مدارس وكالة الغوث الدولية شمال غزة .الهدف من هذه الدراسة معرفة العلاقة بين المناخ الأسري ومشكلات الاضطرابات السلوكية تكونت عينة الدراسة من (634)طالبا وطالبة توصلت الدراسة إلى نتائج مفادها بوجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائية بين المناخ الأسري والاضطرابات السلوكية لدى أفراد العينة ووجود فروق دالة إحصائية تبعا لمتغير الجنس لصالح الإناث في بعض الأبعاد ولصالح الذكور في الأبعاد الأخرى ولا توجد فروق تبعا لمتغير السن.

- **دراسة نادر (2014)**

طبقت هذه الدراسة على المجتمع السوري بعنوان العلاقة بين غياب الأب الكلي أو الجزئي بمتغيرات (الميول العدوانية ، تقدير الذات، والخضوع والمسايرة) لدى الأبناء في مرحلة المراهقة وطبق البحث على عينة تعدادها (949) طالبة وطالبا في مرحلة الثانوية وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة بين متغيرات الدراسة وخطورة غياب الأب على الأبناء في مرحلة المراهقة حيث تجلت في ارتفاع مستوى الميول العدوانية والخضوع والمسايرة تدني تقدير الذات والأمن النفسي مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الجنس لصالح الذكور .

- **دراسة محمد بدر (2008)**

التي أظهرت أنه توجد علاقة ارتباط قوية بين إدراك البنات المراهقات للرفض الأولياء ومستوى السلوك العدواني لديهن، حيث يعتبر الرفض أحد أشكال الإهمال ، فالتنشئة الاجتماعية القائمة على الإهمال تحفز ظهور الروح العدوانية المكبوتة لدى المراهقات ، وأظهرت أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير السن لدى المراهقات .

- **دراسة جليط ماجدة (2008)** بعنوان المشاكل الأسرية وعلاقتها في ظهور العنف المدرسي لدى التلاميذ في دراستها للعائلة الجزائرية وتوصلت نتائج هذه الدراسة بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المشاكل الأسرية وظهور العنف لدى المراهقين في المدرسة، وأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المراهقين الذكور والإناث في ظهور العنف المدرسي وأن الذكور أكثر اضطرابا سلوكيا وانفعاليا من الإناث.

- **دراسة هند القيسي2004)**

بعنوان تأثيرات الإساءة بنوعها الانفعالية والجسدية والإهمال بنوعها الانفعالي والجسدي للأولياء على سلوكيات وانفعالات الأبناء وقد أجريت هذه الدراسة على (550) طالبًا وطالبة منهم (291) ذكرا و(259) أنثى تم اختيارهم من عشر مدارس من المدارس التابعة لمديريات مناطق والتي وضعها (MIDAS) عمان. وتوصلت النتائج أن الإساءة الانفعالية والإهمال الانفعالي لهما تأثير أكبر على الجانب السلوكي والانفعالي للأبناء. ونتائج هذه الدراسة أثبتت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير المستوى الدراسي ووجود فروق دالة إحصائية تبعا لمتغير الجنس لصالح الذكور .

- **دراسة زرا رقة فيروز (2004)**

دراسة لنيل شهادة الدكتوراه بعنوان الأسرة وعلاقتها بانحراف الحدث المراهق تهدف هذه الدراسة إلى معرفة الحالة العامة للأسرة ومنها الجانب النفسي للأولياء وعلاقتها بالسلوكيات المضطربة للأبناء المراهقين ،العينة المستخدمة في هذه الدراسة تتكون من 174 فردا وهي تتكون من عينتين:

العينة التجريبية:وهي تضم 64 فردا تتراوح أعمارهم بين 15 و 18 سنة. العينة الضابطة :وهي تضم 110فردا وهي عينة عشوائية منتظمة بين 15 و 18 سنة حيث إنه كلما كانت العلاقات الأسرية سواء بين الوالدان أو بينهم وبين أبنائهم مشحونة بالتوتر وعدم التفاهم، كلما زاد احتمال وقوع الأبناء وخاصة في مرحلة المراهقة في خطر والتوترات النفسية والاضطرابات السلوكية تبين أن هناك فروقا ذات دلالة

إحصائية بين المجموعتين فيما يخص كثرة الشجار بين الوالدان والإخوة، وعدم تلبية حاجات الحدث ورفض الأعمال التي يحبها، والشعور بعدم الرغبة والتقبل من طرف الأهل .

- **دراسة فوزي أحمد بن الدريدي (2003)**

بعنوان العنف لدى التلاميذ في المدارس الثانوية الجزائرية وهي دراسة ميدانية على بعض ثانويات ولاية سوق أهراس الجزائر ، وقد اختيرت العينة بالأسلوب العشوائي المنتظم بلغ حجمها (180) تلميذ ، وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج منها :انتشار العنف المادي المتمثل في التخريب لهياكل المؤسسة ومن العوامل الأساسية الأسرة مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير السن لصالح الذكور والمستوى الدراسي لسنة الأولى ثانوي .

- **دراسة إيمان محمد ابوضيف (1998)**

بعنوان سوء معاملة الأبناء وعلاقتها ببعض الاضطرابات السلوكية دراسة تشخيصية ، طبقت الدراسة على (400) مراهقا ومراهقة بمصر. وكانت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة بين سوء معاملة المراهق وبعض الاضطرابات السلوكية ،وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات دراجات الذكور والإناث بالنسبة لسوء المعاملة كما يدركها الأبناء لصالح الذكور وكذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير السن .

- **دراسة الطهراوي (1997)**

الشقاق الأسري وعلاقته بالاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى المراهقين الأبناء وهدفت هذه الدراسة لمعرفة العلاقة بين إدراك الأبناء لشقاق الأسري والمشكلات السلوكية والانفعالية لديهم وضمت العينة (350) تلميذ وتلميذة من المدارس الإعدادية العامة . حيث أسفرت النتائج على أن الإناث لديهم اضطرابات ومشكلات سلوكية وانفعالية المتمثل في القلق والاكتئاب أما الذكور يعانون من مشاكل العدوانية وأن الشقاق بين الزوجين يؤثر على الأبناء المراهقين ، فيجعلهم أكثر عرضة للاضطرابات السلوكية والانفعالية .

- **دراسة خطاب (1993)**

بعنوان أساليب التنشئة الوالدية وعلاقتها بسمات الشخصية المضطربة للمراهق، وقد تكونت عينة الدراسة من (150) مراهق (75 ذكر و 75 إناث) من طلاب جامعة شمس بجمهورية مصر العربية وأسفرت النتائج على وجود علاقة إيجابية بين إدراك الذكور والإناث للتسلط والتذبذب الوالدي وهناك علاقة ذات

دلالة إحصائية بين التنشئة الوالدية غير السوية التي تتسم بشخصية للأولياء ذات اكتئاب وسيكوباتية وقلق واضطراب نفسي عام بشخصية المراهق المضطرب سلوكيا ونفسيا .

- **دراسة العريني(1992)** بعنوان أساليب معاملة الوالدية كما يدركها الأبناء وعلاقتها بسلوك العدواني تتكون عينة الدراسة من(200) طالب وطالبة تتراوح أعمارهم بين (16—21) سنة تم اختيار العينة عشوائيا وقد توصل الباحث إلى وجود علاقة بين أساليب الغير سواء للأولياء مثل الحرمان والأداء الجسدي والأشعار بالذنب وبين السلوك العدواني للأبناء .

- **دراسة عكاشة (1990)** قام بها في اليمن هدفت إلى معرفة اثر أشكال الرعاية التي يتلقاها المراهق في تقدير الذات حيث درس رعاية الوالدين وإثرها على الأبناء حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من (197) مراهق ولقد توصل إلى نتائج مفادها المراهقين الذين لديهم رعاية غير سوية من طرف الأولياء نظرا لظروفهم النفسية المضطربة كان تقديرهم لذاتهم غير عادي ، وأثبتت الدراسة على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرعاية غير السوية للآباء تجاه أبنائهم المراهقين .

- **دراسة العربي (1988)** اثر الحرمان من الوالدين على شخصية الطفل وهدفت الدراسة إلى معرفة الآثار الناتجة عن الحرمان من الوالدين على شخصية المراهق وكانت عينة الدراسة متكونة من مجموعة الضابطة وأخرى تجريبه كل واحدة منهما تضم 50 عنصر . وأسفرت النتائج على أن صورة الذات لدى أفراد المجموعة المحرومة من الوالدين غارقة في مشاعر البأس والانطواء والانعزال وغياب الأمان وعدم الاستقرار والقلق يعني اضطرابات ومشاكل نفسية وسلوكية وانفعالية.

- **دراسة أبو الخير(1985)** بعنوان أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالاضطرابات السلوكية عند الأبناء ، وتكونت العينة من (40) مراهق المضطربين سلوكيا و(33) مراهق غير المضطربين تراوحت أعمارهم بين(15 ،25) سنة وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود اختلاف في إدراك الأبناء المضطربين سلوكيا لآبائهم وأمهاتهم عن إدراك الأسوياء، حيث يشعرون بأن أوليائهم يعاملوهم بسلبية ورفض أقل استحسانا لتصرفاتهم ، وأقل عاطفة وحبا لهم ، بل إدراك الأسوياء لأوليائهم على أنهم يعاملوهم معاملة حسنة وأنهم كانوا متفقين فيما بينهم على تقبلهم وكانوا أكثر حبا وعاطفة لهم ، وعليه فإنه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين معاملة الأولياء وما تحمله من مشاعر وحالات نفسية وعاطفية غير عادية للأولياء واضطرابات الأبناء المراهقين.

الدراســـــــات الأجنبيـــــــة

- **دراسة شلدون.ج و اليانور.ج (2001)**

بعنوان أثر التصدع الأسري السيكولوجي ، على جناح الأحداث أجرى الباحثان دراستهما على عينة عشوائية من الأحداث المنحرفين عددها (500) حدث منحرف ومضطربين سلوكيا وانفعاليا كمجموعة تجريبية و (50) تلميذ من الأسوياء كعينة ضابطة بمؤسسات الأحداث التابعة لمدينة بوستن الأمريكية، والتي كانت تهدف إلى دراسة أثر التصدع الأسري السيكولوجي المتمثل في الآباء واضطرابهم الانفعالي وأمراضهم الجسمية والنفسية، والتي تحدث نتيجة تاريخ حياتهم السيئة، على جناح الأحداث، وقد وجد الباحثان أن التصدع النفسي أكثر انتشارا في أسر الأطفال الجانحين، أكثر منه لدى أسر الأطفال غير الجانحين سواء كان التصدع متمثلا في الأب أو الأم وبالنسبة لأسلوب الأب في التربية فقد كان أسلوب فاشل أيضا يغلب عليه العقاب، أما فيما يخص العلاقة بين الوالدين وأبنائهم فقد وجدها شبه منعدمة فيما يتعلق بعناية المراهقين ، من ناحية الحب والرعاية وكذلك بينت الدراسة على أن التلاميذ الذين أوليائهم لهم اضطراب نفسي وانفعالي وسلوكي متأخرين في الدراسة ولهم سلوكيات مضطربة كالكتابة على الجدران وتحطيم الممتلكات والقلق والاضطراب الانفعالي . ويرغبون في إثارة الشغب والفوضى داخل الصف الدراسي .

- **دراسة فرمان Vermeen (1995)**

دراسة العلاقة بين الضغط الوالدي وظهور المشاكل النفسية والانفعالية للأبناء على عينة تكونت من (80)مراهق ومراهقة وقد أظهرت النتائج أن أحداث الحياة السلبية والنمط الأكثر توتر الأولياء لها علاقة بظهور المشاكل النفسية والانفعالية للأبناء. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الجنس

- **دراسة قوتفردسون و ايرشي Gottferdson et Hirshi (1990)**

دراسة بموضوع دور وتأثير تصرفات الوالدين غير سوية في مراقبة السلوكيات , وتصرفات أبنائهم.

أما عينة الدراسة فقد تكونت من 420 أسرة، وقد توصلا إلى النتائج التالية:

إن معظم الوالدين يستعملون مباشرة العقوبة عند ظهور سلوكيات غير عادية لدى أبنائهم دون محاولة البحث عن مسببات الظاهرة وإتباع أساليب عقابية خاطئة عند معظم الآباء ومواجهة أبنائهم بتصرفات مضطربة مما تؤثر على عدم استقرار السلوكي والانفعالي والنفسي للأبناء .

- **دراسة وليم وزملائه،Willem Et Al، (1986)**

بعنوان المعاملة الوالدية والاكتئاب على عينات سويدية مكونة من (118) ذكر و(87) أنثى من الأصحاء و(53) ذكر و(88) أنثى من المكتئبين وتم مقارنتهم بعينة من الألمان مكونة من(137) ذكر و(140) أنثى من الأصحاء و(171) ذكر و(670) أنثى من المضطربين نفسيا حيث وجدوا أن العوامل الأسرية تمثل جزء من أسباب الإصابة بالاكتئاب وأن الاضطراب في البيئة التي يعيش فيها المراهق ،الذي يتمثل في الخوف والتصرفات العدائية يمثل عاملا قويا مسببا أو يساعد على ظهور الاكتئاب لديه وهناك فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الجنس لصالح الإناث .

- **دراسة سيريل Cyril- b(1981)**)

حيث هدفت إلى الكشف عن عوامل الجنوح عند المراهقين ، وتألفت عينة البحث من (200) حالة من الذين أحيلوا إلى محكمة الأحداث ومن نتائج هذه الدراسة أن عوامل الجنوح متعددة إلا أن هناك عوامل رئيسية وهي ظروف البيئة (داخل البيت أو خارجها) ومنها العلاقات العائلية الناقصة والتربية الناقصة وبينت الدراسة أن التربية الناقصة بين الأسر الجانحين تبلغ خمسة أضعاف عند أسر غير الجانحين، أما العلاقات الأسرية الناقصة فتضمنت الصحة النفسية غير مستقرة للأولياء وأوضحت الدراسة أن العلاقات الناقصة أكثر انتشارا بين أسر الجانحين وأفرزت نتائج هذه الدراسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الجنس وهو أن الإناث أكثر جنوحا من الذكور .

- **دراسة شوارتز Schwarze، (1979)**

بموضوع التركيب العائلي لدى الفتيات والاكتئاب لديهن ، وطبقت الدراسة على (98) طالبة جامعية من قسم علم النفس ،وقد وجد أن الطالبات سيئات التوافق تأتين من أسر تتميز بالصراع بين الوالدين والاضطرابات السلوكية والنفسية ، وتوصل إلى وجود ارتباط موجب بين دراجات الاكتئاب للطالبات وبين الاضطرابات السلوكية والنفسية للوالدين والصراع بينهما وبين الاكتئاب وعدم الاتساق في المحبة الوالدية وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير السن .

8 .التعقيب على الدراسات السابقـــــــــة :

من خلال نتائج الدراسات السابقة نلاحظ أن جميعها تؤكد على وجود علاقة للأولياء بأبنائهم المراهقين وهذا بنمط شخصياتهم وتصرفات المختلفة التي تشكل هذه العلاقة في إطارها الإيجابي أو السلبي ومنها الجانب النفسي بشقيه غير السوي الذي ينعكس كاضطرابات في معاملة الأبناء وتنشئتهم السوية التي

تنعكس كسلوك وتصرفات عادية وسوية في معاملة الأبناء وتنشئتهم وكلاهما يؤثران على تركيب وبناء شخصية الأبناء وسلوكياتهم حسب هذه الدراسات التي تتجسد في الممارسات الوالدية وعلاقتها بالحالات الوجدانية والانفعالية مع الأبناء كالقبول والرفض والحماية والعقاب والتسلط والغضب والعدوانية والمشاجرة والاكتئاب والبنية النفسية بصفة عامة كدراسة " **هيلبرن وماكنلي، Heliberun McKinley (1962)** دراسة أمريكية بعنوان أثر سوء الصحة النفسية للوالدين في اضطراب النفسي عند المراهقات أجريت الدراسة على 56 طالبة وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن الطالبات المراهقات اللاتي تعانين من الاضطراب النفسي يدركن أوليائهن على أنهم أكثر تسلطا ، وأكثر اضطراب نفسيا وعدوانية وأكثر قلقا وسيطرة واضطرابا في الصحة النفسية وتبين وجود علاقة إيجابية بين إدراكهن للأولياء يعانون من سوء الصحة النفسية وعدم الانبساط واضطرابهن النفسي ، أي أن الصحة النفسية في جانبها السلبي للأولياء لها تأثير وعلاقة سلبية على الأبناء المراهقين .ودراسة **وليم وزملائه،Willem Et Al، (1986)** بعنوان المعاملة الوالدية والاكتئاب على عينات سويدية مكونة من (118) ذكر و(87) أنثى من الأصحاء و(53) ذكر و(88) أنثى من المكتئبين وتم مقارنتهم بعينة من الألمان مكونة من(137) ذكر و(140) أنثى من الأصحاء و(171) ذكر و(670) أنثى من المضطربين نفسيا حيث توصلت نتائج هذه الدراسة أن العوامل الأسرية تمثل جزء من أسباب الإصابة بالاكتئاب والاضطراب في البيئة التي يعيش فيها المراهق ،المتمثل في الخوف والتصرفات العدائية والحزن والقهر يمثل عاملا قويا في ظهور الاكتئاب لدى الأبناء المراهقين وهناك فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الجنس لصالح الإناث . أي أن احتكاك الأبناء بالأولياء بمعاملتهم غير السوية مما تنعكس بتصرفات سلبية لها علاقة في ظهور الاكتئاب لدى الأبناء المراهقين .

وهذا تثبته دراسة **عبد المقصود ، أماني (1999)** بعنوان الشعور بالأمن النفسي وعلاقته ببعض أساليب المعاملة الوالدية لدى تلاميذ الثانوية. كانت تهدف إلى التعرف على الشعور بالأمن النفسي وعلاقته ببعض أساليب المعاملة الوالدية لدى تلاميذ الثانوية ، وأشارت النتائج إلى وجود ارتباط موجب دال بين أساليب المعاملة الوالدية اللاسوية (التفرقة والتحكم والتذبذب والحماية الزائدة) سواء من الأب أو من الأم وبين الشعور بعدم الأمن النفسي للأبناء المراهقين ، ولا توجد فروق بين الجنس في الشعور بالأمن النفسي. حيث أن أساليب المعاملة الوالدية اللاسوية نتيجة لظروف نفسية غير عادية مضطربة تنعكس بسلب على سلوكيات وشخصية الأبناء، وكذلك دراسة "**توماس جبه سكوفيلدط**" وآخرون **thomas**

j.svhofield ate. في سنة (2018) بالولايات المتحدة الأمريكية بعنوان التربية القاسية من جراء سوء الصحة النفسية للوالدين وعلاقتها بالصحة النفسية والبدنية والاضطرابات السلوكية للمراهقين والدور الوقائي الإيجابي . هدفت هذه الدراسة إلى معرفة سلوكيات الوالدين التي قد تساعد إلى ظهور مخاطر صحية للمراهقين الأبناء ومن النتائج التي توصلت إليها. السلوك القاسي والمسيء والرافض من قبل الوالدين تجاه المراهقين الأبناء يزيد من خطر الإصابة بالاضطراب السلوكي والنفسي والعديد من مشاكل النمو لدى المراهقين . وكذلك أسفرت نتائج هذه الدراسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الجنس والمستوى الدراسي للمراهقين كذلك دراسة أخرى التي تؤكد تأثير الجانب النفسي للأولياء على اضطراب سلوكيات الأبناء هي **دراسة هند القيسي (2004)** ، حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن تأثيرات الإساءة بنوعها الانفعالية والجسدية والإهمال بنوعها الانفعالي والجسدي للأولياء على سلوكيات وانفعالات الأبناء. وتوصلت النتائج أن الإساءة الانفعالية والإهمال الانفعالي التي تعتبر جانبا من جوانب الصحة النفسية لهما تأثير أكبر على الجانب السلوكي والانفعالي للأبناء. ونتائج هذه الدراسة أثبتت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير المستوى الدراسي.

إذن الأبناء المراهقين الذين يعيشون بين أولياء يعانون من اضطرابات نفسية أكثر عرضة للاضطرابات من الآخرين فالأولياء الذين لهم تأثير غير سوي على الأبناء لهم دور في ظهور بعض الاضطرابات للأبناء هذا ما أثبتته الدراسات السابقة ، وبما أن الصحة النفسية هي ميزة أو جزء من شخصية الفرد فالأولياء بشخصياتهم وتصرفاتهم ومزاجهم الانفعالي والوجداني تعتبر انعكاس لحالتهم من حالات صحتهم النفسية على أبنائهم لقد أكدتها هذه الدراسات على أن الأولياء بمميزاتهم المختلفة وبوضعياتهم المتنوعة بما فيها سلوكياتهم الناتجة عن حالتهم الاجتماعية والشخصية لها علاقة باستقرار أو عدمه لشخصية المراهق بصفة عامة وهذا بناء على ما تم التوصل إليه من نتائج الدراسات السابقة .

مثلا دراسة **(طهراوي 1997)** بموضوع الشقاق الأسري وعلاقته بالاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء ودراسة (عكاشة 1990) الذي تطرق في دراسته إلى أثر فقدان أحد الأولياء على تقدير الذات للأبناء وكذلك دراسة **(سريل cyril 1981)** الذي درس الجنوح عند الأحداث وعلاقته بالبيئة داخل البيت العلاقات العائلية المضطربة والتربية الناقصة .إذن استخلصت هذه الدراسات إلى أن البيئة الأسرية المضطربة نفسية كانت أو سلوكية لها تأثير في ظهور السلوكيات المنحرفة المضطربة لدى الأبناء وهذا يوضح لنا ما للبيئة المنزلية التي يمثلها خاصة الأولياء من تأثير على تصرفات الأبناء .

إن الدراسات السابقة التي تم عرضها جعلت من متغير الصحة النفسية للأولياء ومتغير الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء متغيران جديران بالبحث والدراسة ، وبهذا قد فتحت لنا طريقا نسلك من خلالها في اختيار الأسلوب العلمي والمنهج الدراسي المناسبين لدراستهما ، ويمكن أن نستفيد منها في اختيار العينة وتعدادها وتنوعها ، ونتخذ نتائجها دافعا لتحقيق أهداف دراستنا إلا أن الملاحظ أننا لم نجد دراسات اتخذت المتغيرات التي نحن بصدد دراسته موضوعا لها ، وهذا يزيدنا إصرارا على البحث لما لهذا الموضوع من نمط الحداثة في مجال البحث العلمي والمعرفي .

الفصـــل الثـــاني

الصحـــة النفسيـــة

الصحـــــــة النفسيـــــة

- تمهيـــــــــد
- مفهوم الصحـــة النفسيـــة
- تعريف الصحة النفسيـــــة
- النظريات المفسرة للصحة النفسية
- مؤشرات الصحة النفسية
- مظاهر الصحة النفسية
- مستويات الصحة النفسية
- معايير الصحة النفسية
- خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية
- نسبية الصحة النفسية
- العوامل المؤثرة في الصحة النفسية
- الصحة النفسية والأسرة
- الصحة النفسية والتوافق
- الصحة النفسية والتكيف
- خلاصة الفصـــــل

تمهيـــــــد:

باعتبار الشخصية تعتبر مجموعة من النزاعات الجسمية، والنفسية والتي تميز الأفراد ، ومن خلالها تظهر مدى تكيفهم مع بيئتهم ، من حيث يعيشون في مجتمع معين ويتفاعلون معه ومن ثم كان تقيمنا للشخصية السوية من حيث أنها الشخصية التي توافق الشخص مع البيئة الخارجية والذاتية والتمييز بين التوافق الناجح والتوافق غير الناجح ، كان منطلق لظهور ما يسمى بالصحة النفسية .

وتماشيا مع ظهور عوامل ضغوط الحياة التي تتجسد في طبيعة المجتمعات ودرجة تحضرها وما يفرضه ذلك من شدة التفاعل والاعتماد المتبادل بين الأفراد وكذلك سرعة معدل التغير في تلك المجتمعات وما تفرضه على نمط الحياة ، أدت بالضغوط النفسية هي سمة العصر وأصبحت مظهرا طبيعيا من مظاهر الحياة الإنسانية لا يمكن تجنبه. مما يجعل موضوع الصحة النفسية يطفو بين اهتمامات المفكرين والباحثين، يفرض تعزيز الصحة النفسية مثل تعزيز الصحة العامة.

وباعتبار الصحة النفسية من المواضيع الشائكة في هذا العصر وحقل خصب للبحث العلمي، هذا ما دفعنا إلى إدراجه كواحد من متغيرات هذه الدراسة وتم التطرق إليه من عدة جوانب المتمثلة في العناصر التي يتم ذكرها في هذا الفصل.

1. مفهـــــــوم الصحـــــــــــــة النفسيـــــــــــــــة:

إن وضع تعريف محدد ودقيق لمفهوم الصحة ليس من السهل فهي تكوين فرضي يمكن التعرف عليه من خلال بعض الظواهر التي تخص سلوك الإنسان وشخصيته، ولقد تعددت وتنوعت تعريفات العلماء والباحثين في مفهوم الصحة النفسية ويمكن إجمالها فيما يلي:

لم يعرف الطب العربي القديم طوال عصور الازدهار الانفصال المصطنع ما بين النفس والجسد أما في الغرب فقد كان الحال مختلفا إذا كان لابد من خوض معارك كبرى خلال قرنين من الزمن حتى بدأت اضطرابات النفس والعقل تعامل كأمراض ، وبمناهج علمية طبية .(**مصطفى حجازي.21:2004**)

والإجماع على تعريف واحد للصحة النفسية أصبح أمرا صعبا ،بالنسبة للمفكرين والباحثين في ميدان العلوم الإنسانية، وذلك وفقا لمذاهبهم الفكرية ولخلفياتهم وتخصصاتهم العلمية ،من هذه التعريفات من جعل الصحة النفسية مرادفا للسعادة ، ومنهم من قال أنها تحقيق الذات ، وهناك من اقتصر على جوانب محددة كالجانب الطبي أو الاجتماعي أو الديني أو النفسي أو الإنساني ولكن هناك من نظر بشمولية

أكبر لمفهوم الصحة النفسية .فمنهم من أعطى تعريفا للصحة النفسية بناء على نظرية التحليل النفسي ، ومنهم من اعتمد على نظرية السلوكية ، وغيرهم من ارتكز على نظرية الإنسانية ، وآخرون جعلوا من النظرية الوجودية أساسا لتعريف الصحة النفسية .

ومن أجل فهم موضوع الصحة النفسية بشكل أشمل فسوف يتم النظر إلى ذلك المفهوم من عدة جوانب أهمها:

1.1. المفهوم الفلسفي:

لا يزال مفهوم الصحة النفسية غامضا ويثير الكثير من الجدل ذلك لأن هذا المفهوم يستند لمسلمة فلسفية قوامها المغايرة بين الجسد والعقل وفي إطار هذه المسلمة الفلسفية نجد العديد من الآراء المختلفة التي ناقشت مفهوم الصحة النفسية ومنها العبيدي (1999) عرفها بأنها" الشخصية بين السواء والمرض وذلك لأن مفهوم الشخصية لا يضطرب إلا باضطراب مفهوم الصحة النفسية ".

ويذكر مغاريوس(1974) " أن مفهوم الصحة النفسية يتمثل بمدى نضج الانفعالي والاجتماعي أو مدى توافق الفرد مع نفسه والمجتمع "وترى جاد هدى (1958) أن مفهوم الصحة النفسية مفهوم بسيط يصف الشخص الصحيح نسبيا بأنه الشخص الذي يسيطر على بيئته بطريقة إيجابية نشطة تتضح فيها وحدة اتساق الشخصية ويدرك نفسه والعالم الذي حوله بطريقة واقعية يستطيع أن يوظف قدراته بفاعلية دون الاعتماد كثيرا على الآخرين وأن الشخص السوي نفسيا لابد من أن تتوفر فيه الصفات التالية :

تحقيق الذات والاستثمار في الحياة ،الاتجاهات الإيجابية نحو الذات ، مقاومة الضغوط ، الاستقلال وإدراك الواقع (**غريب عبد الفتاح .1999 : 83)**

1.2. المفهوم الطبي:

يتناول المفهوم الطبي للصحة النفسية جانبين :

إن الصحة النفسية قد قيست على أساس الصحة الجسمية وحلت كلمة النفسية محل الجسمية وكلما عرفت الصحة النفسية بأنها خلو الفرد من الأمراض الجسمية فهمت الصحة النفسية كذلك على أنها خلو الفرد من الأمراض العقلية والنفسية وفي ضوء السلوك لا سوي وهي التركيز على الفرد فهو المسند إليه دائما في صورة الفاعل.

1.3. **المفهوم النفسي**:

يعرفها **عبد المطلب أمين القريطي (1998)** " حالة عقلية انفعالية إيجابية ، مستقرة نسبيا ، تعبر عن تكامل طاقات الفرد ووظائفه المختلفة ، والتوازن القوة الداخلية والخارجية الموجهة للسلوك في مجتمع ما وتمتعه بالعافية النفسية والفاعلية الاجتماعية ".

نستنتج من هذا التعريف حالتين أساسيتين تتميز بهما الصحة النفسية وهما:

الحالة الإيجابية وحالة الاستقرار النسبي ، الحالة الأولى تمثل التوازن بين القوة الداخلية والخارجية من جهة ، الحالة الثانية تعبر عن التكامل بين طاقات الفرد وإمكاناته ووظائفه المختلفة الانفعالية والعقلية والدافعية من جهة أخرى ، ويشكل في النهاية ، كل من التكامل بين الطاقات والتوازن بين القوة على تنوعها عملا واحدا منظما دينامية .(**القريطي عبد المطلب .1998: 28- 29**) .

وهناك عدة أبعاد للصحة النفسية منها الشعور بالكفاءة والثقة في النفس، والمقدرة على التفاعل الاجتماعي، التوافق النفسي ،النضج الانفعالي وضبط النفس، ، التحرر من الأعراض العصبية، توظيف الطاقات والإمكانيات ،البعد الإنساني والقيم.(**عبد اللطيف خليفة .2003: 301-302)** .

1.4. **المفهوم الإيكولوجي**:

الإيكولوجي فرع من البيولوجي الذي يتناول علاقات الكائنات العضوية وفي حالة الإيكولوجية الإنسانية يعني ذلك دراسة النواحي الخاصة في علاقات تعايش الكائنات البشرية مع نظمها الإنسانية، وقد ظهر هذا المفهوم عقب التغيرات التي ظهرت على مفهوم الطبي للصحة النفسية ويستند هذا المفهوم على ثلاث مسلمات هي:

إن الوحدة الأساسية لتحليل السلوك يجب أن تكون النظام الكلي المعقد الذي يحدث تفاعلا بين الفرد والبيئة وأن سلوك البشر يجب أن يفهم على أنه يحدث في سياق طبيعي.

وأنسب المداخل وأهمها فائدة في ملاحظة سلوك غير سوي، والمرض النفسي هي البيئة الطبيعية التي يقع فيها السلوك المنحرف والمرض النفسي ومن مميزات المفهوم الإيكولوجي على أنه لا ينظر إلى المرض النفسي أنه نتيجة لأسلوب غير متلائم للشخصية بل إنه ناشئ نتيجة لتعرض الأفراد إلى سلسلة من المشكلات الحياتية والأحداث اليومية ويؤكد أن الصحة النفسية للجميع وهذا يعني مساعدة الأفراد على حل المشكلات (**الداهري صالح والعبيدي .2005: 60)**.

ولقد عرفت" **منظمة الصحة العالمية** "أن الصحة النفسية ليست مجرد غياب الاضطرابات النفسية بل هي حالة من العافية يستطيع فيها كل فرد إدراك إمكاناته الخاصة والتكيف مع الحالات التوتر العادية والعمل بشكل منتج ومفيد والإسهام في مجتمعه المحلي " **(منظمة الصحة العالمية:2005)**

ويمكن أن نستخلص مما كتبه الباحثين في مجال علم النفس من تعريفات حول الصحة النفسية، حيث اتفقوا على أنها حالة نفسية يشعر من خلالها الإنسان بالاطمئنان والرضا والارتياح واختلفوا في تحديد متى يشعر بهذه الحالات فبعضهم اعتبروها في خلو الإنسان من التوتر والصراع والألم، واعتبروها غيرهم في تحقيق التوافق النفسي مع المجتمع ،واعتبروها آخرين في تحقيق التوازن بداخل الإنسان أو بين مطالب الفرد ومطالب الجماعة، وذهب فريق آخر رابع إلى أنها الحصول على أكبر قدر من السرور والسعادة والملذات والسرور والسعادة ، وتم حصرها الفريق الخامس في تحقيق الذات .(**أبو حويج مروان وعصام :2009 .47)**

ويعرفها **(أبراهام ما سلو)** " الشخص المتمتع بالصحة النفسية ، بأنه شخص حقق ذاته عن طريق إشباع حاجاته الجسمية والنفسية والاجتماعية لذا نجده آمنا مطمئنا ،محبا للناس صادقا مع نفسه ومع الناس، راضيا عن نفسه متقبلا للواقع الذي يعيش فيه، جريئا في قول الحق، وفي التعبير عما يراه واضحا مع نفسه، سهلا في تعامله مع الناس، قادرا على الإنتاج والإبداع مخلصا في عمله يعرف من هو وما يريد وما يحب وما يفيد".

ويعرفها **(شوبن – Shoben)**"الشخص المتمتع بالصحة النفسية ، بأن له إرادة حرة فيما يقول ويفعل ويختار حياته بإرادته ويوجهها بصراحة، ويتمسك بقيم مجتمعه".

وعرفها **(روجرز – Rogers)** " بأنه يعمل بكل طاقاته ، ويستفيد من كل إمكاناته مقبل على الحياة متفتح الذهن، يسعى إلى تطوير نفسه وتنميتها يقول ما يعتقد أنه صواب".

وجاء في تعريفات **(كنيف أبل– Kenneth Apple)** " أن الشخص الممتع بالصحة النفسية قادر على مواجهة الصعوبات ، واتخاذ القرارات ، وتحمل المسؤولية نحو ذاته ونحو الآخرين ، يعتمد على نفسه ، ويساهم في تنمية مجتمعه ، ويستمتع بوجوده مع الناس " . **(أبو حويج مروان وعصام ،2009 :57–58).**

ويعرفها (**فهمي**) "الصحة النفسية هي البرء من أعراض المرض العقلي والنفسي ويلقى هذا المفهوم في ميدان الطب العقلي، وهذا جانب واحدا من جوانب الصحة النفسية. أما التعريف الثاني للصحة النفسية فيأخذ طريق إيجابي، واسعا وشاملا، غير محدد. إنه يرتبط بقدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه ، وهذا يؤدي به إلى التمتع بحياة خالية من التأزم والاضطراب ، حيث يرضى الفرد عن نفسه وأن يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين، فلا يبدوا منه ما يدل على عدم التوافق الاجتماعي كما يسلك سلوكا معقولا يدل على اتزانه الانفعالي والعاطفي والعقلي، في ظل مختلف مجالات، وتحت تأثير جميع الظروف." (**مصطفى فهمي.1995: 15-16**).

كما عرف (**المطيري**) " الفرد المتصف بالصحة النفسية يتسم بالثبات النسبي والتي يكون فيها الفرد متمتعا بالتوافق الشخصي والاجتماعي والاتزان الانفعالي، خاليا من التأزم والاضطراب مليئا بالحماس وأن يكون إيجابيا خلاقا مبدع يشعر بالسعادة والرضا ،قادرا على تأكيد ذاته وتحقيق طموحاته واثقا بإمكاناته الحقيقية قادرا على استخدامها في أمثل صورة ممكنة، هذا الشخص من وجهة الصحة النفسية سليمة وقادر على التغلب على كافة الإحباطات والعوائق التي تواجهه في حياته".(**المطيري معصومة سهيل.2005: 22**) .

لقد عرفها (**القريطي**) "حالة عقلية انفعالية إيجابية ، مستقرة نسبيا ،تعبر عن تكامل طاقات الفرد ووظائفه المختلفة، وتوازن القوى الداخلية والخارجية الموجهة لسلوك في مجتمع ووقت ما ومرحلة نمو معينة ،وتمتعه بالعافية النفسية والفاعلية الاجتماعية ."(**القريطي عبد المطلب .1998: 28**) .

وعرف (**زهران**) " الصحة النفسية بأنها حالة دائمة نسبيا يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا (شخصيا وانفعاليا واجتماعيا) أي مع نفسه ومع بيئته ، ويشعر فيها بالسعادة مع نفسه، ومع الآخرين ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن ، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة ، تكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عاديا، ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة وسلام".(**حامد زهران .1997: 9**).

ومهما تنوعت واختلفت الآراء للمفكرين والباحثين حول مفهوم الصحة النفسية في تحديد معانيها وتعريفاتها فإن اتفاقهم أكثر رسوخا حول مدى حفاظ الفرد عل خصوصياته وتحقيق ذاته والاتزان الانفعالي والتوافق الشخصي والاجتماعي وتكامل الشخصية في مواجهة مختلف الصعوبات وتحمل المسؤوليات، والتوافق

وتكامل الوظائف النفسية مع الإحساس الإيجابي بالسعادة، إلا أن الصحة النفسية اختلفت الآراء والنظريات في تفسيرها ومن أهم هذه النظريات ما يلي .

2. النظريات المفسرة للصحة النفسية :

2.1. نظرية التحليل النفسي:

حيث تختلف هذه النظرية غيرها من النظريات في رؤيتها للإنسان حيث ترى أن الإنسان أناني بطبعه وشرير وغير عاقل وعلى هذا الأساس قامت مبادئ ومسلمات هذه النظرية ، التي اعتبرتها مدخلا لتفسير سلوك الإنسان والكشف عن حقيقته ، ومن أهم مسلماتها .

2.1.1.الحتمية النفسية:

كل نشاط يقوم به الكائن الحي إلا وله سبب أو دافع يدفعه سواء كان ظاهرا أو خفيا ، وقد كان " فرويد" – يسعى لبناء هذه المسلمة – إلى معرفة السببية وراء هذا السلوك المرضي .

2.1.2.الطاقة النفسية :

وتعني هذه المسلمة أن هناك طاقة أساسية في الطبيعة البشرية وقد تتحول هذه الطاقة إلى أنواع متعددة وهي نوعان المطلقة والمقيدة وأن الشحنات القوية تقوم بتأليف عدة عمليات ، وأثناء هذا التأليف تتحول الطاقة المطلقة إلى طاقة مقيدة ، ويمكن القول أن التميز بين حالة اللاشعور وحالة الشعور إنما تعتمد على علاقات ديناميكية .(**سيجمند فرويد.1966: 86-87**)

وتعتبر الطاقة النفسية نوع من هذه الطاقات. الثبات والاتزان : فالكائن الحي – من وجهة نظر فرويد– يستجيب للمثيرات الداخلية أو الخارجية وتعرض الإنسان للمثيرات تجعله ذات توتر وعدم الاتزان ويسعى الإنسان لإزالة هذه الحالة ، ويتم ذلك عن طريق تفريغ الطاقة التي نشأت من هذه المثيرات ويحافظ على المستوى الثابت أو الاتزان هذا ما يسمى مسلمة الثبات والاتزان.

- **اللذة:** والتخلص من الألم وعدم الاتزان وخفض مستوى الاستثارة تحقق للفرد اللذة والسرور.
- **الواقع:** عند الحصول الإنسان على اللذة حيث يراعى العالم الخارجي، وبتعارضها مع المجتمع، فلا يتم تحقيق اللذة، ويتحمل الفرد ما يحدث من توترات إلى حين إحداث اللذة بصورة تتفق مع الواقع.

وترى هذه النظرية أن العلاقات بين أجزاء الشخصية (الهوة ، الأنا ، الأنا الأعلى) هي التي تحدد سلوك الإنسان ، حيث إن الصراع الذي يحدث بين " الهوة" بما يحتويه من دوافع لا يقبلها المجتمع و– الأنا الأعلى – بمثله العليا التي تحدد على أسسها الصواب والخطأ ، أو ما يمكنه أن يرفضه أو يقبله

المجتمع وما تقدم به – الأنا – من دور أساسي ومهم في الوصول إلى حل لما ينشأ من صراع بين الهوة ، والأنا ، والأنا الأعلى .

ويمكن القول بأن الصحة النفسية السليمة كما يراها أصحاب التحليل النفسي هي مدى قدرة " الأنا" على إحداث التوازن والتوافق بين أجهزة الشخصية المختلفة ومطالب الواقع الاجتماعي ، وكذلك ترى هذه النظرية أن الفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية هو من يستطيع إشباع المتطلبات الضرورية" للهو" بوسائل مقبولة اجتماعيا . (**نبيه إبراهيم،2001: 34-51**) .

ولعل ما قدم من عرض موجز لنظرية التحليل النفسي يوضح أن الإنسان لا يستطيع تحقيق الصحة النفسية السليمة ، فهو يعيش في صراع دائم ومستمر . (**كامل الزبيدي .2007: 13**).

2.2. النظرية السلوكية :

ترى النظرية السلوكية بأن الإنسان عبارة عن تنظيم من العادات التي أكتسبها ولهذا فرواد هذه النظرية يعتبرون العوامل البيئية التي تؤثر في الإنسان ويتعرض لها خلال فترة النمو هي الأساس في عملية تشكيل سلوكه ، وأن ما يصيب الإنسان من اضطراب انفعالي يكون نتيجة عدم قدرة الفرد على استيعاب المواقف الجديدة في حياته . الأمر الذي يترتب عليه وجود حالة من التوتر والاضطراب وعدم الاتزان. أي أن فشل الفرد في التعلم أو اكتساب سلوك جديد مناسب وعدم ملائمة المواقف التعليمية للإنسان يؤدي إلى عدم شعور الفرد بالراحة والاطمئنان والرضا. بالإضافة إلى عدم قدرة الفرد على مواجهة مواقف جديدة في حياته تتطلب منه الحسم واتخاذ القرار لأنه لم يزود أو لم يتعلم التعلم الذي يمكنه من مواجهة مثل هذه المواقف الصعبة أو الصراع الذي ينشأ في حياته نتيجة تضارب أشياء لا يعرف كيف يضع لها حلا .

ولعلى هذا يلقي الضوء على مفهوم الصحة النفسية السليمة من وجهة نظر المدرسة السلوكية حيث يمكن القول بأن الصحة النفسية السليمة كما يراها أصحاب هذه النظرية تتمثل في اكتساب الفرد لعادات مناسبة ومرضية تمكنه من مواجهة المواقف الصعبة وحسم الصراع ، واتخاذ القرار المناسب الذي يمكنه من حسن التعامل مع الآخرين بما يحقق له حياة مطمئنة في المجتمع الذي يعيش فيه وينتمي إليه (**نبيه إبراهيم .2001: 84-85**)

فالنظرية السلوكية تعتبر التعلم هو المحور الرئيسي وأن السلوك المرضي يمكن اكتسابه كما يمكن التخلص منه ، فالعملية الرئيسية هي عملية تعلم تكون الارتباطات بين مثيرات واستجابات ، من هذا فإن الصحة

النفسية تمثل اكتساب عادات مناسبة وفعالة تساعده على التعاون مع الآخرين في مواجهة التي تحتاج إلى اتخاذ القرارات ، فإذا اكتسب الفرد عادات تتناسب مع ثقافة مجتمعه النفسية هو محك اجتماعي ومن مؤيدي هذا المنهج (سكنر،Skinner)الذي يقول إن سوء الصحة النفسية يعود لأخطاء في التعلم الشرطي .(**كامل الزبيدي .2007: 13 – 14**)

2.3. النظريـــــــــة الإنسانيـــــــــة :

الذي يمثلها كل من(روجرزRogers وما سلو Maslwo وستينStuen وفروم Fromm) وغيرهم فينظرون إلى الإنسان على أنه متكامل ، والطبيعة البشرية خيرة بالطبع أو على الأقل محايدة وأن الظاهرة السلوكية السيئة بمثابة أعراض ،ويؤكدون على أن الدراسة النفسية يجب أن تتوجه إلى الكائن الإنساني السليم وليس الأفراد العصابين وتأكيد دراسة الخبرة الحاضرة كما يدركها وليس كما يراها الآخرين ويؤكد (روجرز) أن هناك اتصالا وثيقا بين مفهوم تقبل الذات وتحقيقها وبين الصحة النفسية .(**كامل الزبيدي .2007: 14**).

ويمكن القول بأن الصحة النفسية من وجهة نظر الاتجاه الإنساني تعني مدى إدراك الفرد لقدراته وإمكانياته ، ومدى قدرته على استثمار هذه القدرات وتلك الإمكانيات في تحقيق مستوى أفضل من الحياة عن طريق تكامل طاقاته المختلفة – الجسمية ، والعقلية ،والنفسية – بما يمكنه من تحقيق ذاته وشعوره بالإنسانية .(**نبيه إبراهيم.2001: 86**)

حيث يرى (روجرز) أن الشخصية المعافاة هي تلك المدفوعة بدافع تحقيق الكيان الوجودي حتى أقصى دراجات امتلائه ونمائه . ويتوقف النجاح في ذلك على الحصول على التقدير الإيجابي غير المشروط من الأشخاص المرجعين في حياة الطفل وهو ما يولد ذلك الانسجام العميق بين صورة الذات ومفهومها لدى الشخص وبين تجربته المعاشية . وإذا توافر ذلك فإن الصحة النفسية ستتجلى في بروز الإبعاد الإيجابية من كيان الإنسان وقدرته على الحب والتعاطف مع الآخرين وتحمله مسؤولية قراراته وخبراته وانطلاقه في المشروع النمائية بذلك يتجلى العطاء والتعبير عن المشاعر الأصيلة .

الصحة النفسية تتجلى إذن بالأصالة في المشاعر والموقف من الذات والتلاؤم معها وهو ما يؤدي إلى الشعور بأن الإنسان هو بخير وبالتالي أن الحياة وأفرادها هم أيضا بخير ، ويفتح الطريق إزاء النماء والانفتاح واللقاء الإنساني .(**مصطفى حجازي.2004،: 46-47**)

2.4. النظرية الجشطلتية :

التي يتزعمها (كوهلر KUHLER) وكوفكا KOFFKA وقرتيامر WERTHEIMER) أن الفرد يدرك الموقف كلا من دون تجزئة وتركز الاهتمام على الإدراك الحسي ، واستنتج أن الإدراك ليس إدراكا وإنما الكل يختلف عن مجموع أجزائه ،وأن الفرد من وجهة نظر (ليفين LEVEIN) يعيش في مجال سلوكي وأن المجال يعتمد على عدد من العوامل الداخلية في الفرد نفسه والخارجية في مجال الفرد ومن هنا تنشأ التوترات التي تبقى مستمرة إلى أن تنتهي بإكمال أو إشباع حاجات هذه التوترات .(**كامل الزبيدي .2007: 14)**

2.5. النظرية الوجودية :

وتبلورت أفكار النظرية الوجودية على يد الفيلسوف الدنماركي (سورن كيجارد 1855) ومن أتباعها (نتشه وسارتر) وتمثل الصحة النفسية عندهم ، عندما يعيش الإنسان وجوده ويدرك إمكاناته وقدراته وأن يكون حرا في تحقيق ما يريد وبالأسلوب الذي يختاره ، وأن يدرك كذلك طبيعة متناقضات هذه الحياة ، فالوجودية تعني أن يحس الفرد بوجوده من خلال إيجاد معنى لهذا الوجود ثم يتولى مسؤولية إعماله الخاصة .**(كامل الزبيدي .2007: 15)**

لقد تطرقت النظريات إلى الصحة النفسية للإلمام بجوانبها فكل نظرية قد عالجت الموضوع من طرف تراه الأساس في تفسيره وتحليله، لقد اختلفت في الأساليب والمسلمات والاستنتاجات إلا أن الهدف واحد هو معرفة الصحة النفسية بجوانبها المختلفة. لكن للصحة النفسية مؤشرات تجعل الأفراد يتمتعون بالصحة النفسية أو عدمها وتم تحديدها من طرف بعض المفكرين نذكر أهمها.

3. مؤشرات الصحـــــــة النفسيـــــــة :

يمكن اعتبار الصحة النفسية حالة من التوافق النفسي والاجتماعي، ويتضمن هذا المعنى الإيجابي. للصحة النفسية عدد من المؤشرات ، حيث عرض العاملون في مجال علم النفس عددا من هذه المؤشرات وتم تحديدها وتعديلها من طرف (كوفيل وآخرون) بعشرة مؤشرات وهي :

شعور الفرد بالأمن ،أهداف حياتية تتسم بالواقعية ،القدرة على التعلم من الخبرة التي يمر بها الفرد ،درجة معقولة من تقويم الفرد لذاته "الاستبصار"، اتصال فعال بالواقع ،تكامل وثبات في الشخصية تلقائية مناسبة لمواجهة المواقف ،انفعالية معقولة في المواقف ، القدرة على إشباع حاجات الجماعة والمساهمة فيها مع درجة من الاستقلالية عن الجماعة .**(كوفيل وآخرون.1967 :5 ت محمد الزيادي).**

وذكر **(شوبين)** ستة مؤشرات للشخصية السوية وهي :

أن يكون واعيا بدوافعه سواء في الخضوع إلى معايير الجماعة أو في خروجه عن معايير حين يرفض الخضوع يتقبل عواقب سلوكه ، يعتمد على الآخرين ويعترف بحاجته إليهم ، يستطيع اكتساب وتعلم القدرة على تكوين علاقات شخصية وثيقة ، يساهم في خدمة الإنسانية عامة وجماعته في حدود إمكانياته ، يتخذ لنفسه معايير يحاول أن يحققها في سلوكه (**محمود طه . 1980 :31)**

وعرضها (**مغار يوس)**في ما يلي : تقبل الفرد الواقع لحدوده وإمكاناته واستمتاعه بعلاقاته الاجتماعية والإقبال على الحياة بوجه عام وكفاية الفرد في مواجهة إحباطات الحياة اليومية ، واتساع أفق الحياة النفسية ، وثبات اتجاهاته ، وتصديه لمسؤولية أفعاله وقراراته ، واتزان الانفعالي. **(صموائيل مغار يوس 1986: 15).**

أما **(راجح)** فقد حدد خمسة مؤشرات للصحة النفسية تتمثل في التوافق الذاتي ، والتوافق الاجتماعي وارتفاع مستوى قوة الاحتمال النفسي والإنتاج الملائم والشعور بالرضا (**راجح أحمد 1970 :15)**

واستخلاصا على ما تقدم عرضه من مؤشرات للصحة النفسية من طرف الباحثين في هذا المجال يمكن استقراؤها وصياغتها في النقاط التالية :

- الشعور بالرضا عن محيطه وتحمل المسؤولية والتوافق مع عمله.
- أن تكون له قيم ومعايير واتجاهات ثابتة بما يخدم نمو المجتمع وتقدمه.
- التوافق في مجالات الاجتماعية المختلفة كالمجال الأسري والاجتماعي.
- التعرف على إمكانياته وقدراته واستعداداته الذاتية وقدرته على التقارب بينها وبين طموحاته أي التوافق مع ذاته ومحيطه .
- شعوره بالمسؤولية تجاه أسرته ذاته ومجتمعه
- الشعور بالراحة النفسية .
- قدرته على إشباع حاجاته بأسلوب مقبول لا يعيق إشباع الآخرين لحاجاتهم .
- الخلو النسبي من الأمراض الجسدية والنفسية .
- تقبل الذات والآخرين.

- الخلو من مظاهر الاضطرابات السلوكية العصابية(كالقلق ، والاكتئاب ،ومشاعر الضيق ، والفوبيا والسيكوسوماتيك ، والخوف ، والعدوانية ..)
- الخلو من الاضطرابات النفسية بصفة عامة .
- القدرة على تكوين علاقات ملائمة مع الآخرين.

وعليه يمكن أن نقول أن للصحة النفسية مؤشرات عديدة ومختلفة لا يستطيع الفرد أن يكون ملم بكل هذه المؤشرات حتى نقول أنه ذات صحة نفسية أو العكس ، وهي تختلف من شخص إلى آخر ، إلا أنه عموما لقد تم تحديد أهم مؤشرات التي بها يمكن أن نحدد خاصية الصحة النفسية للفرد أو انعدامها على أن الصحة النفسية غير ثابتة متغيرة بين الأشخاص حسب البيئة الذاتية للشخص والخارجية بمستويات مختلفة فهي في انخفاض وارتفاع ، وبناء على ذلك ارتأينا أن نتطرق إلى معرفة أهم مستويات الصحة النفسية .

4. مظاهر الصحـــــــة النفسيـــــــة:

لقد ارتبط مفهوم الصحة النفسية بمظاهر محددة أو مؤشرات سلوكية معينة ، ولقد اختلفت الآراء في تشخيصها وتحديدها ، قد يرى البعض أن الشخصية المتوافقة هي الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية ويربط الآخرون الصحة النفسية بالسلوك السوي تماشيا مع المعايير الذاتية والاجتماعية ويمكن أن نستخدم مظاهر السلوكية في الاستدلال على درجة تمتع الشخص بالصحة النفسية منها :

يرى عبد الخالق الشخص الذي يتمتع بمستوى وفير من الصحة النفسية يظهر عليه ما يلي : " الكفاءة والسلوك السوي ،تكامل الشخصية ،القدرة على مواجهة مطالب الحياة ، التحرر النسبي من إعراض الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية ، وانحرافات السلوك ،والتأخر العقلي.(**أحمد عبد الخالق1991 : 21 ،22**).

أما (القريطي) فقد حدد مظاهر والصفات التي يجب أن تتوفر في الشخص المتمتع بالصحة النفسية بالآتي:

" الشعور بالكفاءة والثقة بنفس ،والمقدرة على التفاعل الاجتماعي ، والقدرة على ضبط النفس ،والنضج الانفعالي المقدرة على ضبط النفس ،والتحرر من الأعراض العصابية وتقبل الذات ." (**القريطي عبد العزيز . وآخرون.1992 : 9-10**)

وتضمنت دراسة (**باظة**) مجموعة من المظاهر التي تعبر عن الصحة النفسية ، وتعد هذه المظاهر أكثر اتفاق عليها لدى دراسات مختلفة وهي "المحافظة على شخصية متكاملة ، التوافق مع المتطلبات الاجتماعية و البيئة ،التكيف مع ظروف ومتطلبات الواقع ،والمحافظة الثبات النسبي ،والنمو مع العمر ،والمحافظة على قدر مناسب من الحساسية الانفعالية ، والدور الاجتماعي للشخص في المجتمع "(**باظة أمال.1999 :107: 199**).

ومن أهم ما ورد من مظاهر الصحة النفسية ما ذكرته (سري) ومنها :

- **السوية** : وهي التمتع بالسلوك العادي والمعياري أي المقبول والمألوف والغالب على أكثر الناس في المجتمع .
- **التوافق** : وذلك فيما يتضمن من التوافق الشخصي ،والرضا عن النفس والاتزان الانفعالي ، والتوافق الاجتماعي والزوجي ، والأسري ، والمدرسي ، والمهني .
- **السعادة** : وهي الشعور الفرد بالسعادة مع الذات والآخرين ، والشعور بالارتياح والاطمئنان والتكامل الشخصي والاجتماعي .
- **التكامل** :ويقصد به التكامل النفسي الذي يكفله تكامل الشخصية وظيفيا وديناميا، وتكامل الدوافع النفسية.
- **تحقيق الذات** :وهي فهم الذات ومعرفة القدرات والاستعدادات، وتقدير الذات وتقبلها ، ووضع أهداف ومستويات يمكن التطلع إليها وتحقيقها.
- **مواجهة مطالب الحياة** :وهي مواجهة مطالب الحياة اليومية ومشكلاتها ، وحلها ، وتحمل المسؤوليات وتحقيق الحاجات وإشباع الرغبات .
- **الفاعلية**: وهو السلوك الموجه نحو حل المشكلات تخفيف الضغوط عن طريق المواجهة المباشرة لمصادرها.

- **الكفاءة :** وتتضمن استخدام الطاقة في وقتها من غير تبديد لجهود الفرد ، وهو من الواقعية بدرجة تمكنه من تخطي العقاب ، وبلوغ الأهداف.
- **الملاءمة :** تعني ملاءمة الأفكار والمشاعر والتصرفات في المواقف المختلفة
- **المرونة:** وتتضمن القدرة على التوافق والتعديل لمواجهة الصراع والإحباط، وذلك لحل المشكلات بدلا من تجميدها، والرغبة في التعلم وفي التغير والتجريب (**سري إجلال.2000: 28-29)**

مهما اختلف الباحثين في مجال الصحة النفسية فإن مظاهرها عند الشخص تميزه بسلوكيات عادية توافق وتتماشى مع معايير المجتمع وقيمه قوانينه ومع خصوصيات الفرد البشري ، بعيدا عن الاضطرابات ذات أسباب عضوية أو نفسية ، محققا التوازن والتوافق والملاءمة مع ذاته ومحيطه وبيئته متمتعا بالسعادة والاطمئنان والاندماج والتكيف.

وسعيا منا لإعطاء موضوع الصحة النفسية حقه في الشرح والتوضيح وأكثر تشخيصا سنتطرق إلى صفات وخصائص الشخص الذي يتميز بالصحة النفسية في التوضيح التالي.

5. مستويات الصحـــــــــة النفسيـــــــــة:

إن نسبية الصحة النفسية تجعل من كلا الأمرين السواء واللاسواء يقعان على درجات سلم التوزيع الاعتدالي بين من يتمتع بالصحة النفسية بدرجة عالية وبين من يتمتع بالصحة نفسية بدرجة كبيرة ، في حين تقع المستويات الأخرى بين هذين القطبين ، ويرجع ذلك إلى عدم وجود حد فاصل بين الصحة النفسية والمرض النفسي ، فالصحة النفسية تزيد وتنقص بجهود الفرد وإرادته .

ومع قابلية الصحة النفسية للزيادة والنقصان ، فهي حالة نفسية ثابتة نسبيا عند الفرد بحسب ما تعود عليه من أفعال وأفكار .

وفي ضوء نظرية التوزيع الاعتدالي للخصائص والسمات الجسمية والنفسية يمكن تقسيم الناس بحسب مستوياتهم في الصحة النفسية إلى خمس فيأت حسب ما يوضحه "أبو حويج والصفدي"

5.1. الأصحاء نفسيا بدرجة عالية :

تبلغ نسبتهم في المجتمع 2،5%وهم الذين تبدو عليهم علامات الصحة النفسية المرتفعة ، وقد اعتبرهم(مسكوبة) خيرين بطبعهم ، واعتبرهم علماء التحليل النفسي أصحاب الأنا القوية القادرة على تحقيق التوازن بين مطالب الأنا العليا واللهو والواقع ،واعتبرهم علماء السلوكية أصحاب سلوكيات حسنة مكنتهم من

تحقيق التوافق الجيد مع المجتمع الذين يعيشون فيه ، ووصفهم علماء المذهب الإنساني بالإنسان الكامل الذي نجحت ذاته ، وفي إثبات كفاءته وفي التعبير عن نفسه بصدق.

5.2. لأصحاء نفسيا فوق المتوسط:

تبلغ نسبتهم في المجتمع حوالي (13,5 %) وهم الأفراد التي ترتفع عندهم درجة الصحة النفسية ، ويتصفون بقلوبهم السليمة ، وتصنف سلوكياتهم في فئة السلوك الجيد في مقياس A.P.A وينطبق عليها ما قيل عن الفئة الأولى من طرف علماء النفس ولكن بدرجة أقل .

5.3. العاديون في الصحة النفسية :

نسبتهم حوالي 68% في المجتمع وهم بدرجة متوسطة أو قريب من الوسط في صحتهم النفسية، حيث يتميزون ببعض الأخطاء المحتملة والانحرافات غير مؤثرة، تظهر عليهم علامات الصحة النفسية في السراء ومظاهر الوهن في الضراء أي في الظروف السيئة وغير العادية ، حيث يشعرون بالشقاء والتوتر والقلق والاضطرابات كلما أصابتهم مصيبة أو واجهتهم مشكل من المشاكل أو موقف صعب ، ويمكن أن ينجحوا في حلها ومواجهتها أو تغييرها بالإرشاد والتوجيه والنصح من المتخصصين وغير المتخصصين.

5.4. الواهنون نفسيا بدرجة ملحوظة :

تبلغ نسبتهم في المجتمع (13،5%) وهم الذين تنخفض عندهم مستوى الصحة النفسية وتزداد علامات وهنها وانخفاضها فتكثر لديهم الأخطاء والاضطرابات ، وتظهر الانحرافات النفسية والسلوكية ، ويسوء توافقهم في مواقف كثيرة ، وتصعب عليهم حل المشكلات وتحمل المسؤوليات ويسوء تكيفهم، وقد يعالجون وهم يعيشون في المجتمع أو في أماكن متخصصة في علاج مشاكلهم وانحرافاتهم .

5.5.الواهنون نفسيا بدرجة كبيرة :

وتبلغ نسبتهم في المجتمع حوالي (2،5%) وهم الذين تنخفض صحتهم النفسية بدرجة كبيرة وتتعدد وتزداد مشكلاتهم وانحرافاتهم ويسوء توافقهم وتكيفهم ، وقد يفقدون صلتهم بالواقع ،ولا يقدرون على تحمل مسؤولية أفعالهم ، ويصبح وجودهم مع الناس خطرا عليهم وعلى غيرهم فانحرافاتهم كثيرة ، ومشكلاتهم معقدة ، واضطراباتهم شديدة ، وجرائمهم متعددة وشنيعة ليس لها ما يبررها ،ويتميزون بالاختلال في التوازن السلوكي والانفعالي .(**أبو حويج مروان والصفدي .2001:62 – 65**)

وعليه يمكن أن نقول الصحة النفسية ليست حالة ثابتة بل إنها حالة ديناميكية متحركة نشطة ونسبية تتغير من شخص إلى شخص ومن وقت إلى آخر لدى شخص واحد ومن مجتمع إلى مجتمع

ومن زمن إلى زمن آخر وبناء على هذا التذبذب وعدم الثبات للصحة النفسية عمل العلماء على تصنيف الأفراد حسب عامل مستوي الصحة النفسية فمنهم من صنفوا في مستوى عالي من الصحة النفسية وآخرون في مستوى متوسط وفي مستوى منخفض أو متدهور، وبناء على ما لجوانب الموضوع من تداخل وتكامل وسعي منا لتعزيزه وإعطائه طابع الدقة والوضوح ارتأينا أن نتطرق إلى موضوع السواء واللاسواء للأفراد.

6. معايير الصحـــــــة النفسيـــــــة :

أصبح من المطلوب بإلحاح تحديد أسلوب يمكن من خلاله التعرف على نصيب الفرد من الصحة النفسية كما وكيفا. وقد يكون من الصعب أن يحدث نوع من الاتفاق بين كافة مدارس علم النفس في هذا الصدد إلا أن الاختلاف في هذا المجال قد يصبح مفيدا عندما يعني اتساع الزوايا التي تتحدد المعايير في ضوئها بما يغطي أكبر رقعة من الحقيقة (**جبل فوزي.2000:18**).

ويضيف (**أبو حويج والصفدي**) أن صحة النفس ووهنها مفهومان ، لم يتفق علماء النفس على تعريفهما، ولا على طريقة قياسهما، ولا على الحدود الفاصلة بينهما، ويضاف إلى ذلك وجود درجة من الصحة والوهن عند كل الناس، والفرق بين الممتع بالصحة النفسية والوهن فيها فرق في درجتي الصحة والوهن، وهما درجتان يصعب قياسهما أو تقديرهم.(**أبو حويج مروان والصفدي .2001 : 79**).

وبرزت اتجاهات مختلفة لوضع معايير لتحديد السواء وغير السواء في الصحة النفسية نتيجة تعدد النظريات النفسية ومن هذه المعايير:

6.1. المعيار الذاتي:

فيه يتخذ الفرد من ذاته إطارا مرجعيا يرجع إليه في الحكم على السلوك السوي أو غير السوي . (**كامل الزبيدي .2007: 12**).

السوية تحدد هنا من خلال إدراك الفرد لمعناها ، فهي كما يشعر بها الفرد ويراها من خلال نفسه فهي إحساس داخلي وخبرة ذاتية ، فإذا كان الفرد يشعر بالقلق وعدم الرضا عن الذات فإنه يعد وفقا لهذا المعيار غير سوي فمن الصعب الاعتماد على هذا المعيار كليا لأن معظم الأفراد الأسوياء تمر بخبرتهم حالات من الضيق والقلق. (**غريب عبد الفتاح . 1999: 137- 138**).

6.2. المعيار الإحصائي:

حيث يتخذ المتوسط معيارا يمثل السوية ، وتكون لا سوية هي الانحراف عن هذا المتوسط بالزائد أو الناقص.(**حامد زهران . 1997 :11**).

فالسوية هي المتوسط الحسابي للظاهرة في حين يشير الانحراف إلى طرفي المنحنى إلى لا سوية فالشخص لا سوي هو الذي ينحرف عن المتوسط العام للتوزيع الاعتدالي .

ومن مأخذ هذا المعيار أنه قد يصلح عند الحديث عن الناس العاديين من حيث الصفات الجسمية مثل الطول والوزن، بينما لا يصلح هذا المعيار في حالة القياس النفسي يقوم على أسس معينة إن لم تتم مراعاتها يصبح الرقم الذي نخرج به رقما مضللا ولا معنى له، لأن القياس النفسي هو قياس نسبي غير مباشر، فمثلا عند قياس الذكاء فنحن نفترض وجود الذكاء ولكنه بشكل واقعي غير ملموس ولكن نستدل عليه من صفات الفرد . (**عبد الغفار عبد السلام .2001،: 58- 61**).

6.3. المعيار الاجتماعي:

يرى المعنيون بالنواحي الاجتماعية، إعطاء المكانة الأولى للأسس الاجتماعية في بحث الطبيعة الإنسانية. ويشرون في هذا الصدد إلى أن المجتمع يضم مجموعة من العادات والتقاليد والأفكار التي تسود سلوك الأفراد الذين يتألف منهم. فإذا ما خرج الأفراد عن هذه المعايير التي تسود مجتمعهم اعتبر سلوكهم شاذا . (**أسامة فاروق .2011 :21**) .

حيث يحتكم المحك الاجتماعي إلى معايير المجتمع و قيمه في الحكم على السلوك بالسواء أو الانحراف ، ويعتبره ما يقبله المجتمع ويرضى عنه سلوك سوي ، وما يرفضه سلوك منحرف . (أبو **حويج مروان و الصفدي .2001: 84**)

6.4. المعيار الباطني:

هو معيار بين مزايا معظم المعايير السابقة ويعمل على تجاوز مثاليها.(**مخيمر صالح .1979: 32**) .

فالحكم ليس خارجيا كما هو الحال في المعايير الاجتماعية **أو** الإحصائية كما أنه ليس ذاتيا كما هو الحال في المعايير الذاتية ،إنما يعتمد هذا المعيار على أساليب فعالة تمكن الباحث قبل أن يصدر حكمه من أن يصل إلى حقيقة شخصية الإنسان الكامنة في خبراته الشعورية واللاشعورية أيضا ، فوفقا للمعيار الباطني لا يمكن أن نحدد ما إن كان الفرد أقرب إلى السوية أو اللاسوية إلا إذا تجاوزنا مستوى السلوك الظاهري

إلى ما يمكن وراءه من أسباب ودوافع كامنة وصراعات أساسية ،وكيف تعامل الإنسان مع هذه المحتويات الكامنة لديه ومدى قدرته على التعبير عنها والكيفية التي يشبع بها رغباته ودوافعه **(فوزي إيمان. 2001 :22)**

6.5. المعيار التلائمي:

وفي هذا المعيار يتحدد السلوك السوي وغير السوي من خلال مساعدة الفرد على تحقيق النضج المطلوب وتحقيق الفرد لذاته ، فالدافع لإدراك يعتبر الجهد الكامل الذي يبذله الفرد وهو بمثابة عامل هام لتحديد السلوك السوي وغير السوي (**الداهري صالح وآخرون.2005: 40)**

6.6. المعيار المثالي:

يقصد بالمعيار المثالي حالة من الكمال أو مجموعة من الشروط الواجبة المستقلة عن الواقع والزمان يعتبر الوصول إليها والسعي نحو تحقيقها أمرا جديرا بالطموح (**رضوان سامر . 2007 : 63)**.

تعددت واختلفت المعايير التي من خلالها تتحدد أوجه التنوع للصحة النفسية للأفراد فكل معيار له وجهته في إعطاء الأسس التي بها تصنف الأفراد في مستوى من مستويات الصحة النفسية ،ومهما يكن الشخص إلا وأنه يتضمن صفات ومظاهر تعبر عن صحته النفسية والتي نذكرها في ما يلي .

7. الســــــــــواء ولا سواء:

إن مظاهر وخصائص ومنظورات الصحة النفسية تطرح ضرورة البحث في السواء واللاسواء ويذهب كل من **(دانييل أوفر ، وملفن سابشين** 1984 .M. offre.D.Sabslim) في كتابهما بعنوان (السواء واللاسواء ودورة الحياة) إلى أنه من المفيد جدا على الصعيد العملي تطوير نظرية حول السواء واللاسواء لأنها تخدم أغراضا عملية ، حيث تشكل لنا إطار معقول لحياتنا ونحدد منها ما يمكن عمله وتوقعه وتساعدنا على الوعي بحدود أزمنتنا وصرعتنا الممكنة وتعيننا على فهم أولادنا والناس من حولنا ومساعدتهم.

وتبين لنا متى ينجرف الفرد على السواء ، وقدر حاجاته للمساعدة ، وتساعد في ضبط وتوجيه مستقبلنا وإدارة الذات والتفاعلات والتوجهات والمواقف والانتماءات .

وتزداد أهمية هذا الطرح لأن مسألة السواء واللاسواء قد حملت مواقف خلافية كبرى منذ بدايات علم النفس والطب العقلي، إلا أنها لم تحسم بعد، وتحتاج إلى الكثير من العمل والاستقصاء وتحديد معنى السلوك السوي وتوضح مفاهيمه. ويشير مصطلح الإنجليزي "Normality and Normal" إلى قيمة معيارية انطلاقا من استقامة الزوايا وصولا إلى شيوع الحالة الأكثر انتظاما وتمشيا مع معايير محددة تتكرر عند

الغالبية في عينة من نوع ما، سواء على مستوى الخصائص أو الوظائف أما في اللغة العربية السواء هو الاستقامة والانسجام والاستمرارية ، والخلو من الالتواء والتطرف والميل إلى الوسطية والاعتدال ، ورغم الاختلاف بين دلالة المصطلح في اللغتين إلا أنهما يتلقيان مع ذلك في الاستقامة وبلوغ الغاية في العقل والخلق ، ولا سوي هو الانحراف عن ذلك .(**مصطفى حجازي 2004 :62**).

فالسوية إذن هي القدرة على توافق الفرد مع نفسه ومع بيئته والشعور بالسعادة وتحديد أهداف وفلسفة سليمة للحياة يسعى لتحقيقها، والسلوك السوي هو السلوك العادي أي المألوف والغالب على حياة غالبية الناس والشخص السوي هو الشخص الذي يتطابق سلوكه مع سلوك الشخص العادي في تفكيره ومشاعره ونشاطه ويكون سعيدا ومتفوقا شخصيا وانفعاليا واجتماعيا .واللاسواء (الشذوذ)هي الانحراف عما هو عادي والشذوذ عما هو سوي ،واللاسوي حالة مرضية فيها خطر على الفرد نفسه أو على المجتمع تتطلب التدخل لحماية الفرد وحماية المجتمع منه .

والشخص اللاسوي هو الشخص الذي ينحرف سلوكه عن سلوك الشخص العادي في تفكيره ومشاعره ، ونشاطه ويكون غير سعيد وغير متوافق شخصيا وانفعاليا واجتماعيا.

بعد تلميحنا ولو بصفة مختصرة لمفهوم السواء واللاسواء لدى الأشخاص وعرفنا أن هناك فروقا بين الأفراد فمنهم السوي ومنهم غير السوي ، لكن لابد من أن نوضح الصفات التي يتميز بها الفرد السوي وغير السوي ، ومن هذه الصفات ما يلي :

7.1. صفات السواء واللاسواء:

يعتبر السلوك سويا أو غير سوي حسب الصفات التالية:

وفي هذا الإطار إن الشخص السوي واللاسوي مفهومان لا يفهم أحدهما إلا بالرجوع إلى الآخر، والفرق في الدرجة وليس في النوع ، وهما مفهومان نسبيان في مرحلة العمر والأزمنة وفي الثقافات المختلفة ولقد وضع بعض الباحثين عددا من الصفات اعتبروها محدد للسلوك السوي ومن ثم محددة للشخص السوي المتوافق ، فالسلوك لكي يكون معيار للصحة النفسية يجب أن يكون سوي أي مقبول اجتماعيا ومسايرا للواقع ولكي يصل إلى ذلك لابد أن تتوفر فيه الصفات التالية :

- **الفاعلية** :الشخص السوي يسلك سلوكا فعالا ، يواجه المشكلات ويطرح حلها ويتغلب على الضغوطات.

- **الكفاءة:** حيث يستخدم طاقته دون تبديد جهد، ويفرق بين المحاولات غير الفعالة ويحدد الأهداف التي هي غير قابلة للتحقيق واقعيا، وله القدرة على إعادة توجيه طاقاته
- **المرونة:** وهو شخص قادر على التكيف والتوافق، فهو يتغير بتغير ظروف بيئته ويسعى لتحقيق أهداف إيجابية له ولمجتمعه، فالمرونة شرط أساسي لعملية توافق الفرد مع محيطه.
- **القدرة على الاستفادة من الخبرة:** حيث يستفيد المتميز بالسوية بالخبرة والتجارب الماضية التي يمر بها الشخص.
- **القدرة على التواصل الاجتماعي:** حيث يستطيع الشخص السوي التأقلم والتواصل مع أفراد مجتمعه.
- **تقدير الذات** : حيث يتصف بتقدير ذاته إيجابيا ويدرك قيمتها ويشعر بالاطمئنان ويعترف بجوانب ضعفه ويحاول تقويتها .
- **الواقعية** :وهي أن الفرد السوي يتعامل مع الواقع بحقائقه ، وبمعطياته ، حيث ينظر إلى الحياة بنظرة واقعية كما هي ويتعامل معها دون تزيف ولا تشويه.

- **التناسب** :التناسب هو عدم المبالغة خاصة في المجال الانفعالي ، فالسوي يشعر بالسرور والأسى والحزن الدهشة وكل الانفعالات الأخرى ، ولكنه يعبر عنها بقدر مناسب للمثيرات ،ولذلك نقول أن هناك تناسبا بين السلوك السوي والموقف الذي يصدر فيه السلوك غير السوي فيتضمن مبالغة في الانفعال تزيد عما يطلبه الموقف .

- **الشعور بالأمن:** وهو زوال كل المنغصات الداخلية والمهددات الخارجية لدى الفرد ، وبالتالي يشعر بالأمن والاستقرار، فالشخص السوي يتعامل مع مصادر التوتر بشكل فعال يعيد له أمنه وتوازنه . **(شعبان كاملة . وآخرون 1999 :12).**

وبعرضنا السواء واللاسواء للكائن البشري التي تعتبر الوجه الظاهر لمقومات الصحة النفسية والصفات التي بها نحكم على مظاهرها ومستوياتها ، فمهما تمحصنا في ظاهرة السواء واللاسواء فإن تحديد الشخص الذي يتميز بهذه الصفة يبقى مجال واسع للبحث مما دفع العلماء إلى طرح الموضوع في إطار منظورات مختلفة فالمنظور العقلي يرى أن السوي الذي يخلو من الأمراض والاضطرابات والمنظور الثقافي يرى أن السوي يختلف من أسرة إلى أخرى ومن مجتمع إلى آخر باختلاف المعايير والعادات والقيم الاجتماعية فالسوي في هذا المجتمع فهو غير سوي في المجتمع الآخر والسوي فهذه الأسرة فهو غير سوي في الأسرة الأخرى .

إذن قبل تحديد الشخص السوي أو غير السوي لابد من أن نحدد مجالاته وكم هي متعددة. والمنظور الإحصائي الذي يرى أن السواء هو الحالة المتوسطة بناء للتوزيع الاعتدالي.

بعد ما تم التطرق إلى السواء واللاسواء وتحديد أهم صفاتهما بصفة خاصة يمكننا أن نذكر بعض خصائص الصحة النفسية بصفة عامة التي يمكن من خلالها تحديد ومعرفة الفرد الذي يتميز بمستوى معين من الصحة النفسية .

8. خصائـــــص الشخصية المتمتعة بالصحـــــــة النفسيـــــــــة :

يشير **حامد زهران** (1997) إلى مجموعة من المظاهر أو الخصائص التي تميز الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية ، وفي ما يأتي أهم هذه الخصائص :

- **التوافق** : كالتوافق الشخصي الذي يتضمن الرضا عن ذاته ، والتوافق الاجتماعي ، والزواج الأسري والتوافق المدرسي والمهني .

- **تحقيق الذات واستغلال القدرات** : التي تتمثل فهم الذات والتقييم الواقعي للإمكانات والقدرات والطاقات وتقبل جوانب النقص ، وتقبل مبدأ الفروق الفردية واحترامها ، وتقدير الذات، والانتفاع من هذه القدرات والطاقات ، ووضع أهداف وطموحات وفلسفة حياة يمكن تحقيقها إمكانية التفكير والتقرير الذاتي وتنوع النشاط وشموله ، وبذل الجهد في العمل والشعور بالنجاح فيه والرضا عنه ،والكفاية والإنتاج .

- **الشعور بالسعادة مع النفس** : كالشعور بالسعادة والراحة النفسية لما للشخص من ماض نظيف وحاضر سعيد ومستقبل مشرق ، وإشباع الدوافع النفسية الأساسية ، والاستفادة من مسرات الحياة اليومية ،والشعور بالأمن النفسي والثقة ، واحترام الذات وتقبلها والثقة فيها ،وبناء مفهوم موجب للذات وتقديرها .

- **الشعور بالسعادة مع الآخرين** : كحب الآخرين والثقة فيهم واحترامهم وتقبلهم ، ووجود التسامح نحو الآخرين ، والقدرة على تكوين علاقات اجتماعية صحيحة وقوية والانتماء للجماعة وتحمل المسؤولية الاجتماعية والتفاعل معهم ، بالإضافة إلى القدرة على خدمة الآخرين ، والسعادة الأسرية .

– **القدرة على مواجهة مطالب الحياة :** النظرة السليمة الموضوعية للحياة ولمطالبها ومشاكلها اليومية والعيش في الحاضر والواقع ، والإيجابية في مواجهة الواقع ، ومواجهة إحباطات الواقع ، وتحمل المسؤولية والسيطرة على ظروف البيئة .

– **التكامل النفسي:** الأداء الوظيفي الكامل المتكامل المتناسق للشخصية والتمتع بالصحة ومظاهر النمو العادي.

– **السلوك العادي :** السلوك السوي العادي المعتدل المألوف الغالب على حياة غالبية الناس العاديين والعمل على تحسين مستوى التوافق النفسي ، والقدرة على التحكم في الذات وضبط النفس .

العيش في سلام وأمان : التمتع بالصحة النفسية والصحة الجسمية والاجتماعية والأمن النفسي والسلم الداخلي والخارجي، والإقبال على الحياة بوجه عام والتمتع بها والتخطيط للمستقبل بثقة وأمل.**(حامد زهران 2005: 13)**

وعليه فإن الشخص الذي يكون بصحة نفسية يكون متمتعا ببعض خصائص الصحة النفسية المذكورة سالفا كالتكامل النفسي والتوافق والقدرة على المواجهة.. لأن الإلمام بكل هذه الصفات أو الخصائص حالة نسبية لا نستطيع أن نحكم على الشخص أنه بصحة نفسية إلا إذا ألم بكل شروطها وإنما تبقى الصحة النفسية ظاهرة نسبية التحقيق في شروطها وخصائصها هذا ما يمكن أن نذكره في العنوان التالي:

9. نسبيـــــــــــة الصحـــــــــة النفسيـــــــة :

إن تحقيق الصحة النفسية وتمتع الفرد بها تختلف من شخص إلى آخر ،بل أن الأمر أعقد من ذلك عندما ندرك أن مستوى نسبة الصحة النفسية تختلف عند الشخص نفسه ، من موقف إلى آخر ومن وقت لغيره ولا يمكن أن شخص يتمتع بصحة نفسية 100%، وتعني أن هذا الشخص يتمتع بكل مظاهر الصحة النفسية.

حيث يرى "الداهري" أن الصحة النفسية تعني التوافق التام بين وظائف النفسية المختلفة عند الفرد وهذا يكاد يكون مستحيلا فلا يوجد توافق تام بين الوظائف النفسية المختلفة ، ودرجة اختلال التوافق هي التي تميز حالته الصحية عن غيرها ،وهذا هو الذي يميز بين الصحة النفسية من فرد إلى آخر .

و كذلك بالنسبة لتكيف الفرد مع ما حوله من تكيف نسبي، ويختلف باختلاف الزمان والمكان وهذا أيضا يدل على نسبية الصحة النفسية. **(الداهري صالح . 2005 : 198-199)**

والصحة النفسية بمفهومها النظري والمثالي فلا نستطيع أن نجد كائنا بشريا بغير صراعات وانحرافات ويتضح ذلك في تصنيف الأفراد ، فكل منا مصاب بشكل أو بآخر ، إذن فالصحة النفسية لاهي كاملة ولاهي منعدمة فهي نسبية .(**أبو إسحاق و آخرون .25:1997**) .

فالصحة النفسية أمر نسبي ، كما هو في الشذوذ فلا يوجد حد فاصل بين الشاذ والعادي ، كذلك لا يوجد حد فاصل بين الصحة النفسية والمرض النفسي .والصحة النفسية شبيهة في ذلك بالصحة الجسمية، فالتوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة لا يكاد يكون له وجود . لكن درجة اختلال هذا التوافق هي التي تبرز حالة المرض عن حالة الصحة وكذلك بالنسبة للصحة النفسية.

ومن أركان الصحة النفسية التكيف مع البيئة، ونجاح هذا التكيف أمر نسبي. فليس هناك حد فاصل ندرك عنده الفرق بين حالة تحقيق التكيف مع البيئة، وانعدام تحقيقه.

وبهذا قد أجمعت آراء الباحثين أن تحقيق الصحة النفسية ولو بصفة نسبية تكمن في التحقيق النسبي لأسبابها أو عواملها وإخلالها أو فقدانها ولو بصفة نسبية تكمن في الفقدان النسبي لأسبابها وعواملها، إذن ماهي العوامل التي تؤدي إلى اختلال الصحة النفسية للأفراد؟

10. العوامل المؤثرة في الصحـــــــــة النفسيـــــــة :

هناك عوامل متعددة ومتداخلة فيما بينها ويمكن أن نذكر بعضها:

- **.الإحباط : FRUSTRATION**

إن الإحباط يؤدي إلى اختلال الصحة النفسية للفرد وذلك نتيجة شعوره بحالة من عدم الإشباع لحاجة من حاجاته أو حل مشكلة من مشاكله ،وإن استمرار هذا الشعور يؤثر على الأداء الفعلي ويؤدي إلى نشوء مشكلات وصراعات داخل الفرد.

فالإحباط يؤدي إلى الشعور بالضيق والتوتر والغضب والقلق وهو من أهم العوامل التي تؤثر على توافق الفرد وصحته النفسية ، فمسببات الإحباط إما أن تكون عوامل بيئية أو عوامل شخصية . **(العنان حنان . 45:2003)**

- **.الصراع :CONFLICT**

هو حالة نفسية مؤلمة يشعر بها الفرد حين لا يستطيع إرضاء دافعين معا في وقت واحد لتساويهما في القوة ، ومصادر الصراع إما داخلية ذاتية ترجع لدوافع الفرد التي يريد إشباعها وإما خارجية مادية أو اجتماعية أو جسمية تعوق إرضاء الفرد لدوافعه.

- **القلق : ANXIETY.**

وهو حالة من التوتر الانفعالي تشير إلى وجود مظهر خارجي أو داخلي يهدد الذات (**العبيدي محمد 2004: 49**) .

فإن ظاهرة القلق تضعف قدرات الفرد مما تنعكس على تصرفاته وسلوكياته وصحته النفسية والبنية الفيزيولوجية. والقلق أنواع منه القلق الواقعي ويسمى الموضوعي أو الشعوري وهو ما كان مصدره معروفا والقلق الذاتي وهو الخوف وتأنيب الضمير عند القيام بعمل يخالف العرف والقوانين الاجتماعية والقلق العصابي وهو لاشعوري أي أن مصدره غير معروف لدى الفرد ولا يوجد له مبرر أو سببا واضحا وهو قلق مرضي .(**عبد المطلب القريطي. 32:2003**) .

- **الضغوط النفسية :SYCHOLOGICAL STRESSM**

هي حالة من التوتر النفسي الشديد تحدث بسبب عوامل خارجية وعندما يواجه متطلبات تفوق حدود قدراته أو تتفوق على ما لديه من استعدادات تضغط على الفرد تجعله يتميز بالاختلال التوازن ومضطرب سلوكيا، ويشعر بالإحباط واختلال صحته النفسية (**العبيدي محمد.2004: 115**).

هذه بعض الحالات المهمة التي إذا ما كان الفرد يعاني منها قد تكون لها تأثيرا مباشرا على اختلال التوازن الصحي وحالته النفسية تكون في مستوى غير صحي. وهذه الحالات لا يمكن أن تظهر من العدم وإنما من أسباب ذاتية وخارجية ، بما أن الفرد لا يستطيع أن يعيش منعزل عن الأفراد من المجتمع أو الأسرة إذن تعتبر هذه الأخيرة مركز المثيرات الإيجابية منها والسلبية على حياة الشخص في إطار التربية التنشئة والتكوين الذين هم أساس دور مهام الأسرة فما مكانة الصحة النفسية في إطار هذه الوظائف المتعددة ؟ وهل يمكن أن يكون للجو الأسري صحة نفسية ؟ وكيف يتجسد ذلك بين أفرادها ؟ هذا ما يمكن أن نتطرق إليه في هذا الصدد.

11. الصحة النفسية للأسرة:

إن سوء حالة الصحة النفسية للأولياء ، هو شيوع جو من التوتر النفسي في الأسرة ، حيث العدوانية المكظومة ، والصراع الخفي ،والشكاوى والاتهامات، منه يعيش الابن المراهق واقع الصراع والعدوانية الكامنة وراء الهدوء الظاهري بين الوالدين ، وتتراكم في نفسه حالة القلق والضيق والإحباطات النفسية ومشاعر الغيظ تجاه الوالدين .

ويعمل المراهق على ملئ فراغه العاطفي في الأسرة ، من خلال الإقدام على مختلف المغامرات ، التي قد تلحق أكبر الأذى بتوازنهم النفسي وتكيفهم الاجتماعي ونموهم المستقبلي فالحب والانتماء حين يفقدان في الأسرة ، لا يمكن أن يظل مكانهما شاغرا ، بل هما يملآن ببدائل تعويضية هي أبعد ما تكون عن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية .

وفي حالة عدم توفر النضج النفسي وتدني مستوى الصحة النفسية للأولياء حيث يحل ظاهرة العدوان والانفصال النفسي والصراع والعنف الجسدي والنفسي، وبذلك تنتشر في الأسرة التحطيم والانتقام والاضطرابات النفسية المختلفة ،وفي كل الأحوال فالطفل المراهق هو أكثر ضحايا لتصدع وتوتر النفسي للأولياء والأسرة (**مصطفى حجازي .180:2004**) .

إذن الأسرة وأفرادها تقوم بدور أساسي في عملية تهيئة أبنائها لممارسة حياتهم بشكل يحقق لهم الإحساس بالأمن والطمأنينة والتلاؤم السليم مع أفرادها ومع غيرهم من أفراد المجتمع ومع ثقافته الذي تعد الأسرة جزءا منه ، ويصل كل فرد إلى مستوى مناسب من الصحة النفسية .

فنوعية العلاقة بين الأولياء وأبنائهم في إطار مستوى صحتهم النفسية تؤدي إلى تهيئة مناخ نفسي معين ، لهذا يرى كثير من علماء النفس أن ما يحدث من استقرار في محيط الأسرة يسهم في مستوى الصحة النفسية لأفرادها، وهذا يتفق مع رأي "عبد العزيز القوصي "عندما ذكر أن الصحة النفسية السليمة تبدأ في المنزل ، وهذا يشير إلى حيوية وخطورة الدور الذي يستطيع المناخ الأسري بما يشيعه من عوامل الأمن والطمأنينة أن يقوم به في تحديد ما يمكن أن يكون عليه الفرد من صحة نفسية .

وينبه "بول لاندس وجوان هير" (1954) أن تواجد الوالدين مع الأبناء وشيوع مناخ من الألفة والدفء والمودة بين جميع أفراد الأسرة ،تحقق لأبنائها الشعور بالاستقرار و الطمأنينة ، وتجنبهم ما قد يحدث في حياتهم من قلق واضطراب، وإن ابتعاد الوالدين عن الأبناء وانشغالهم عنهم وعدم القيام كل منهم بأداء وظيفة الوالدية بسبب سوء الصحة النفسية يؤدي إلى اضطرابات في جو الأسري عامة .

ويؤكد كل من " رمزية الغريب "، (1960) و" مصطفى فهمي " (1975) و"نور برت ريجر" و"كون ديفرز"(1984) و"علي أحمد علي"(1986)على أن الاستقرار العائلي الذي يتمثل في حسن التعامل بين الوالدين من جهة و الأبناء من جهة أخرى وقيام كل فرد من أفراد الأسرة بدوره تجاه الآخر ، والمشاركة

الفعلية في حل ما يصادف الأسرة من مشكلات ، والتسامح وعدم التعصب هي شروط لابد من أن تتوفر في الجو الأسري حتى يتسنى لأفرادها إمكانية التمتع بالصحة النفسية السليمة .

وعليه فإن المناخ الأسري الذي يسود بين أفرادها يؤثر بدرجة كبيرة على ما يمكن أن يكون عليه أفراد الأسرة من مستوى السواء النفسي أو الصحة النفسية .**(نبيه إبراهيم 2001:206،203).**

تمثل صحة الأولياء النفسية ضمان تماسك الأسرة وأفرادها واستقرارها وقيامها بوظائفها الحيوية بالفعالية المطلوبة ، ولذلك أخذت الصحة النفسية للأولياء تحتل أهمية خاصة في سياسات رعاية الأسرة وتمكينها.

وعليه فإن ضعف النضج النفسي للأولياء وعدم قدرتهم مسايرة التغيرات التي تظهر على أبنائهم في مرحلة المراهقة تؤثر على مجرى نموهم. ويمكن أن نذكر بعض ظواهر الاضطرابات النفسية والسلوكية للأولياء حسب بعض الباحثين والمفكرين.

12. الاضطرابات النفسية والسلوكية للأولياء :

يرى " فيرنر وسميث"(1992)"Werner - Smith" و"روتر آخرون" (1970)" Rutter et al" أن إصابة الوالدين أو أحدهما بمرض نفسي يزيد من احتمال تعرض المراهق لاختلال الأداء الوظيفي النفسي بوجه عام ويعد في الوقت ذاته من العوامل المساعدة على ذلك ، وكما هو متوقع فإن احتمال حدوث الاضطراب السلوكي والانفعالي للطفل المراهق يرتبط بدرجة أكبر بوجود اختلال في الأداء الوظيفي لدى أي من الوالدين .

ومن ناحية أخرى يرى "وست وبرينز "(1978)"West – Prinz وروتر و جيلر" (1983) " Rutter-Giller"أن قيام أحد الوالدين بالسلوك الإجرامي ، أو تعرضه لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ،يزيد من احتمال تعرض المراهق للاضطراب السلوكي والانفعالي ، وتزداد معدلات هروبهم من المدرسة وتسربهم منها وتركز معظم الدراسات التي تتناول اختلال الأداء الوظيفي الوالدين على والدي المراهق الذي يعاني من اضطراب سلوكي وانفعالي ، وتوضح نتائج تلك الدراسات أنه من الأكثر احتمالا بالنسبة لأجداد كل من الأطفال والمراهقين الذين تصدر عنهم سلوكيات مضاد للمجتمع أجدادهم لا آبائهم و أمهاتهم – أن يبدوا اضطرابات سلوكية كالسلوك الإجرامي ، وذلك قياسا بأجداد أقرانهم من المراهقين الذين لا تصدر عنهم مثل هذه السلوكيات المضادة للمجتمع ، وبوجه عام نرى أن وجود تاريخ للسلوكيات

المضطربة أو المضادة للمجتمع في أسرة المراهق يزيد من احتمال قيامه بمثل هذه السلوكيات ويعد بالتالي من العوامل المساعدة على حدوث ذلك .(**الآن كازدين،ت،عادل2010:117،116**)

كثير من الأولياء لهم حالات نفسية غير عادية وتصرفات غير سوية حسب تشخيص بعض الباحثين المذكورين سالفا كإصابتهم بمرض نفسي مما يؤدي إلى اختلال وظائفهم أو اضطراب في الشخصية أو سلوكيات إجرامية ..هذا كله له انعكاسا على حياتهم الخاصة والعامة بما فيها صحتهم النفسية والحياة الأسرية.

إلا أن الصحة النفسية بعواملها المتداخلة في تحقيقها أو عدم تحقيقها يبقى العمل على ترسيخها للأفراد أمرا واجب تحقيقه بمعرفة أسبابها وعواملها ويعتبر التوافق من أشد العوامل لتحقيقها عند الأفراد هذا ما يمكن أن نوجزه ببعض من التوضيح.

13. الصحة النفسيـــــــــة والتوافـــــــــق:

التوافق مفهوم من المفاهيم شديدة الارتباط بالشخصية في جميع مراحلها وأنماطها ، وهو ما أهله لأن يكون أحد المفاهيم الأكثر اهتماما لدى الباحثين في مجال علم النفس والصحة النفسية ، وقد اتخذ المهتمون بدراسة التوافق من جوانبه المتعددة في سبيل تحديد مفهومه ومعناه، وقد اجمعوا بأنه عملية تفاعل ديناميكي بين قطبين أساسيين وهما الفرد والبيئة بما فيها الجانب المادي والاجتماعي ونظرا لكون ظاهرة التوافق هي عنصر من العناصر المهمة في تحقيق الصحة النفسية لدى الأشخاص ارتأينا أن نذكر ولو باختصار هذا الجانب الذي بانعدامه لدى الأفراد يؤثر على تحقيق الصحة النفسية لديهم .

إذن نعتبر بأن هناك ارتباطا كبيرا بين مصطلح التوافق والصحة النفسية ولعل السبب في ذلك يرجع إلى أن الشخص الذي يتوافق توافقا جيدا لمواقف بيئته والعلاقات الشخصية يعد دليلا لتمتعه بصحة نفسية جيدة وأن القدرة على التشكيل والتعديل من قبل الفرد لمواجهة متطلبات وإشباع الحاجات هذا ما جعل بعض الباحثين يلجؤون إلى استخدام مقياس الصحة النفسية لقياس التوافق ، وأحيانا مقياس التوافق لقياس الصحة النفسية ،فتوافق الفرد مع بيئته ومع نفسه ومجتمعه يعتبر هذا عاملا مهما في تحقيق صحته النفسية .

14. الصحة النفسيـــــــة والتكيـــــــف:

التكيف لغة تعني التآلف والتقارب ، فهي نقيض والتنافر والتصادم ، التكيف في علم النفس هي العملية التي يهدف بها الشخص إلى أن يغير سلوكه، ليحدث علاقة أكثر توافقا بينه وبين البيئة .

وبناء على ذلك الفهم نستطيع أن نعرف هذه الظاهرة بأنها القدرة على تكوين العلاقات المرضية بين المرء وبيئته ، والبيئة هنا تشمل كل المؤثرات والإمكانات والقوة المحيطة بالفرد والتي يمكنها أن تؤثر على جهوده للحصول على الاستقرار النفسي والبدني ،ولهذه البيئة ثلاثة أوجه ،البيئة الطبيعية والمادية والبيئة الاجتماعية ، ثم الفرد ومكوناته استعداداته وميوله ، وهذه البيئة بأبعادها الثلاثة تؤثر على حياة الفرد ويحدد الأسلوب الذي يحقق له التكيف النفسي . **(مصطفى فهمي. 1978 :11 -15)** .

فالتكيف مفهوم مستمد من علم البيولوجيا كما حددته نظرية "داروين" ، حيث يشير هذا المفهوم إلى أن الكائن الحي يحاول أن يلائم العالم الطبيعي الذي يعيش فيه من أجل البقاء ، وعلى هذا يمكن وصف السلوك الإنساني على أنه رد فعل الكثير من مطالب البيئة الطبيعية . فإنه خير وسيلة أو دليل يمكن الاعتماد عليه في التعرف على الصحة النفسية لدى أي فرد.

وهناك نلاحظ أن التكيف النفسي والصحة النفسية عمليتان مترابطتان ومستمرتان مع نمو الإنسان.

تتسم عملية التكيف بعدة خصائص يكون لها أثر بالغ للوصول بالفرد إلى درجة عالية من الصحة النفسية، نستمد من هذه الخصائص مؤشرات واضحة للحكم على الأفراد ومدى وصولهم إلى هذه الدرجة من التكيف.

خلاصـــــة الفصـــــل

ليس من المستغرب أن يهتم الكثير من العاملين في مجالات الصحة النفسية بتأكيد على أهمية الدور الذي تقوم به هذه الأخيرة في حياة الإنسان ، ويعتبرونها غاية الإنسان في حياته ، وسبيل المجتمع إلى استقراره واتزانه ، نظرا لما يصاحبها أو يترتب عليها من مناخ نفسي تحقق الأمن والهدوء.

ومن هذا المنطلق اتجه علماء النفس والمهتمين بالصحة النفسية إلى تكوين منظمات عالمية ، بهدف الحث على القيام بالدراسات والبحوث العلمية وتشجيعها حتى يمكن الكشف عن ماهية الأسباب التي تكمن وراء الاضطرابات النفسية والسلوكية والتوصل إلى سبل مساعدة الفرد من التخلص منها ليعيش حياة فعالة ومستقرة ، و أن يعيش حياة ذات توازن نفسي وسلوكي ، ولهذا يهتم الأفراد على اختلاف مستوياتهم بصحتهم النفسية .

فالصحة النفسية لها أهمية كبيرة بالنسبة للفرد والأسرة والمجتمع في تحقيق السواء أو عدم تحقيقه.

وبمنظور أن الأسرة جزءا لا يتجزأ من المجتمع ومكوناتها قائمة على الأفراد وصحتها بصحة أفرادها ومنهم الأولياء، حيث يتعرضون لتغيرات وهزات نفسية مضطربة عبر مراحل حياتهم مما تؤثر على مجرى حياتهم العادية بما فيها صحتهم النفسية .

وبناء على أن الأولياء بمختلف مستويات صحتهم النفسية لهم احتكاك فعال مع أفراد الأسرة (الأبناء) بما فيهم الراشدين وغير الراشدين ، ذكورا كانوا أو إناثا وهذا الاحتكاك لا يخلوان من نتائج وانعكاسات على تنشئة شخصية أفراد الأسرة وصفات ونوعية تصرفاتهم الوجدانية منها والسلوكية .

الفصل الثالث

الاضطرابات السلوكية والانفعالية

الإضطرابات السلوكيـــة والانفعاليـــة

- تمهيـــــــــــــد
- السلوك
- مفهوم السلوك
- أنواع السلوك
- أبعاد السلوك
- الاضطرابات السلوكية
- الانفعالات
- الاضطرابات الانفعالية
- الاضطرابات السلوكية والانفعالية
- لمحة تاريخه عن الاضطرابات السلوكية والانفعالية ومدى انتشارها
- مفهوم الاضطرابات السلوكية والانفعالية
- نظريات الاضطرابات السلوكية والانفعالية
- أنواع الاضطرابات السلوكية والانفعالية
- تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية
- مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية
- أدوات التشخيص وتحديد الاضطرابات السلوكية والانفعالية
- خلاصة الفصل

تمـهيـــــــد:

إن الجانب السلوكي والانفعالي طابع يتميز به كل فرد بشري بأوجه تغيراتها السوية وغير السوية أو المضطربة وغير المضطربة والمختلفة من شخص إلى آخر وحتى لدى الشخص نفسه ، متأثرة بعوامل عدة ذاتية منها وبيئية .

ومن المعلوم أن الكائن البشري ليس شيئا ماديا فقط ، وإنما هو نتاج معطيات لواقع وراثي وبيئي واجتماعي وتربوي وممارسات ذاتية واكتساب وخبرات ومهارات ونتيجة لمعاناة وإحباطات ، وإنكار لرغبات وغرائز ومجابهة بالعنف والقسوة والضغط وتقلبات مزاجية في جو نفسي غير سوي فتتفاقم لديه أعراض ومظاهر سلوكية وانفعالية تزداد في حدتها ومعدل تكرارها واستمرارها ، عندها تصبح مظهرا حقيقيا من مظاهر الاضطراب الانفعالي والسلوكي وعليه تم التطرق في هذا الفصل إلى بعض جوانب السلوكيات والانفعالات المضطربة ومؤشراتها.

1. السلـــــــــــــوك

1.1. مفهـــــــوم السلــوك:

يقصد بالسلوك جميع النشاطات التي يقوم بها الفرد الظاهرة منها وغير الظاهرة، ولما كان السلوك معقدا وشاملا فإن علماء النفس يصفون هذا السلوك تحت فئات معينة الانفعالات، الإدراك، النضج، التعلم، التفكير، التكيف. **(عبد الرحمن العيسوي 11:2000)**.

ويعتبر السلوك استجابة لمثير ، وهو في حقيقة الأمر مزيج من رد فعل لمثير وخبر ذاتية ، ويرى علماء النفس وهم يدرسون ويبحثون في طبيعة السلوك ، بأنه لا يخلو مما نسميه الأفعال المنعكسة، وهنا لا بد من التذكير لما للوالدين من دور وأهمية في تكوين السلوك من الولادة وحتى النضج ، ويرى علماء النفس آخرون بأن السلوك هو رد فعل فسيولوجي أو نفسي بين البنية والوسط الذي يعيش فيه الفرد ، والسلوك حسب " بياجيهPiaget " سواء كان فعلا ظاهر أو باطن فهو تكيف على الأصح أنه إعادة تكيف ، فالشخص لا يتصرف تصرفا ما إلا إذا اختل التوازن مؤقتا بين الوسط وبنيته بحيث ينزع إلى إعادة التوازن **(الجبوري يوسف 1996: 23-24)**

وفي الحقيقة فإن ثمة اختلافات كبيرة بين نظريات علم النفس في نظرتها وتعريفها للسلوك ، فبعض النظريات مثل نظرية التحليل النفسي لا تولي اهتماما كافيا بسلوك الظاهر لأنها تنظر إليه بوصفه مجرد عرض لصراعات أو اضطرابات نفسية داخلية . بينما ينادي تعديل السلوك بدراسة السلوك الظاهر بوصفه

ظاهرة قائمة بذاتها ، وبشكل عام يمكننا تعريف السلوك بأنه كل الأفعال والنشاطات التي تصدر عن الفرد ظاهرة كانت أو غير ظاهرة .

ويؤكد "جونستون و بنيبيكر، Johnston Pennhpncker "(1980) أن التعريف العلمي للسلوك يجب أن يأخذ بعين الاعتبار التفاعل بين الفرد وبيئته ، وأن يشير إلى أن هذا التفاعل عملية متواصلة ، فهو متغير غير ثابت ويؤثر في البيئة ويتأثر بها والسلوك مصطلح يتصف بالعمومية و الشمولية ، ويجزأ السلوك إلى مجموعة من الاستجابة والاستجابة هي الوحدة القابلة للقياس في علم السلوك ، وتبعا لذلك فإن وحدة القياس الرئيسية في قياس الاضطرابات السلوكية والانفعالية هي معدل الاستجابة التي تربط بعضها البعض ارتباطا وظيفيا يهتم الباحثون في ميدان تعديل السلوك بنوعين أساسيين من السلوك وهما السلوك الأستجابي والسلوك الإجرائي .

1.2. أنواع السلـــــــــوك:

السلوك الأستجابي Respondent :

ويسمى أيضا برد الفعل الانعكاسي هو السلوك الذي تتحكم فيه المثيرات فبمجرد حدوث المثير يحدث السلوك مثلا الحليب في فم الطفل يؤدي إلى إفراز اللعاب والضوء يعمل على تقليص حدقة العين ونستطيع القول أن السلوك الأستجابي أقرب ما يكون من السلوك اللاإرادي فهذا السلوك ثابت لا يتغير فالفرد يسحب يده من الماء الساخن استجابة للمثير إذن المثير هو الذي يضبط هذا السلوك .

السلوك الإجرائي:Operant Behavior

السلوك الإجرائي هو السلوك الذي يؤثر في البيئة فيحدث تغيرات ، وهذا السلوك يتأثر بدوره بتلك التغيرات وبخاصة منها التغيرات التي تلي السلوك ، ونستطيع أن نقول هذا السلوك أقرب ما يكون من السلوك الإرادي مثلا الضحك والقراءة والتفكير.

السلوك السوي :هو السلوك الذي تحكمه القوانين والمعايير التي يحيا فيها الشخص في البيئة المحيطة به بحيث تكون استجابات الفرد تجاه المجتمع مقبولة اجتماعيا وطبقا لمعاييره، ولا يوجد تعريف شامل للسلوك السوي حيث تلعب البيئة دورا رئيسيا في تحديد السلوك فربما يكون سلوك سوي في بلد ما لا يعد سلوكا سويا في بلد آخر وهذا نتيجة التغير الثقافي والاجتماعي والأيديولوجي.

السلوك الشاذ:

هو ذلك السلوك الذي لا يتلاءم مع معايير المجتمع وقوانينه وأحكامه وقيمه وعاداته وتقاليده ويعد الشذوذ هو ما يخالف السواء وهو نتيجة لمدة عوامل :

- الشذوذ نتيجة لعوامل جينية
- الشذوذ لعوامل فسيولوجية
- خلل الكروموزومات
- الاضطرابات البيو كيميائية المختلفة

بعد ما تم تعريف السلوك وهو نشاط ظاهري وغير ظاهري إرادي وغير إرادي يقوم به الإنسان وذكر أنواعه، فإن لهذا السلوك أبعاد نذكر منها:

1.3. أبعاد السلوك:

- **البعد البشري** : إن السلوك الإنساني سلوك بشري صادر عن قوة عاقلة ناشطة وفاعلة في معظم الأحيان
- **البعد المكاني:** فهو سلوك يحدث في مكان معين، يعني كل سلوك ومحدد بمكان وقوعه.
- **البعد الزمني:** السلوك البشري يحدث في زمن معين ويستغرق وقتا طويلا أو قصيرا.
- **البعد الأخلاقي:** القيم الأخلاقية تعمل على تعديل السلوك البشري
- **البعد الاجتماعي:** إن السلوك يتأثر بالقيم الاجتماعية والعادات والتقاليد المعمول بها في المجتمع وهو الوسط المعياري الذي يحكم على رفض أو قبول السلوك.**(أبو عطية سهام.12:1997).**

إذن السلوك البشري له أبعاد متعددة البشري والمكاني والزمني والاجتماعي.....يتأثر السلوك بهذه الأبعاد تأثيرا مباشر أو يتغير بتغير هذه الأبعاد فالسلوك في الزمن القديم ليس نفسه هو السلوك في العهد الحديث إلا أن هذه السلوكيات تكون في إشكال مختلفة منها السلوكيات غير السوية مما تعرف بالاضطرابات السلوك هذا ما يدفعنا إلى معرفة هذا النمط من السلوكيات .

2. الاضـطرابـــات السلـوكيـــة:

2.1. مفهوم الاضطرابات السلوكية :

يقصد بالاضطرابات السلوكية بوجه عام ، شذوذ وابتعاد سلوك الفرد بشكل متكرر عن السلوك العام المتفق عليه وفقا لمعيار محدد بغض النظر عن نوع هذا المعيار ، وأن الباحثين والعلماء قد اختلفوا في تعريف الاضطراب السلوكي ، ولكنهم جميعا لم يبتعدوا عن المفهوم فهو سلوك مضطرب وغير عادي، يتسم بالحدة والشدة في تكراره، وغير متوافق مع المعايير السلوكية في المجتمع، سواء التوافق الاجتماعي أو الذاتي.

ويعرفه "الجبور" (1996) " هو نمط من الأفكار والانفعالات السلوكية ، التي تتصف بالابتعاد عن السلوك المقبول ، وعدم وجود مبرر له ، يصاحب سوء التكيف ويسبب توترا للفرد ، ويتحدد الاضطرابات بعدد تكرار السلوك، وله القدرة على تغير اتجاهات الأفراد حول أوجه الحياة المختلفة ،ويقام التغير "(**الجبوري يوسف. 1996. : 52)**

وفي جو هذه الاختلافات في إعطاء تعريف محدد للاضطرابات السلوكية قد اقترحا " السرطاوي سيسالم"(1987)في كتابهما " المعاقون أكاديميا وسلوكيا" وضع التعريفات الخاصة بالاضطرابات السلوكية في مجموعات وذلك لتسهيل التعرف عليها ودراستها وهي :

مجموعة التعاريف ذات المنحى الاجتماعي:

- تعريف هويت (1963): المضطرب سلوكيا هو الفاشل اجتماعيا ، والذي لا يتوافق سلوكه مع السلوك السائد في المجتمع الذي يعيش فيه ، وهو الذي ينحرف سلوكه عما هو متوقع بالنسبة لعمره الزمني وجنسه ووضعه الاجتماعي ، وهو سلوك غير متوافق ويمكن أن يعرض صاحبه لمشاكل خطيرة في حياته .

- تعريف هلاهان وكوفمان (1991):إن الأشخاص المضطربين سلوكيا هم الذين يستجيبون بشكل واضح ومزمن لبيئتهم باستجابات غير مقبولة اجتماعيا ،أو يستجيبون بطرق غير مناسبة والذين يمكن تعليمهم سلوكيات اجتماعية وشخصية مقبولة .

فالشخص مضطرب السلوك يجد صعوبة في التوافق مع ذاته ومع الآخرين ، ويتجلى ذلك على شكل سلوك غير مرغوب فيه بصورة مستمرة ، وهذا ما يتطلب الحاجة إلى تقديم الخدمات التربوية والنفسية المناسبة له ، ووضع الاستراتيجيات الكفيلة بذلك. وأهم ما تشير إليه تلك التعريفات هي :

- السلوك المضطرب هو سلوك غير مقبول اجتماعيا.
- السلوك المضطرب متكرر الحدوث.

- إن الكبار في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد هم الذين يحكمون على نوعية السلوك.
- هناك إمكانية لتعديل السلوك غير المقبول واكتساب سلوكيات مقبولة
- أهمية اعتبار العمر والجنس والوضع الاجتماعي عند الحكم على السلوك.
- إن الاضطرابات السلوكية تعرض الفرد لمشاكل خطيرة في حياته .(**ماجد السيد عبيد.2015 :13-14**)

تعريفات ذات المنحى النفسي – الاجتماعي:

حيث استخدم كلا من "**سميث ونيثودت**" **(1975)**: مصطلح سوء التكيف الاجتماعي للدلالة على الاضطرابات السلوكية ، وأشارا إلى أن مشاكل التكيف تنقسم إلى قسمين هما الاضطراب الانفعالي وسوء التكيف الاجتماعي فالاضطراب الانفعالي يدل على حالات كثيرة مثل الأمراض العقلية والذهان والعصاب والمخاوف المرضية وغالبا ما يكون الفرد المصاب بهذه الاضطرابات سلوكه أكثر عدوانية ولا تنحصر مشكلته في الخروج عن العرف والثقافة الاجتماعية بل أنه أيضا يكون عادة غير سعيد، أما سوء التكيف الاجتماعي فيشمل على السلوك الذي يخرج على القواعد الاجتماعية .

ويعرف "**جروبرود**"**(1973)**:الاضطرابات السلوكية هي تشكيلة من السلوكيات المنحرفة والمتطرفة بشكل ملحوظ ، وتتكرر باستمرار (مزمنة) وتتمثل في الاندفاع، والعدوان ، والانسحاب .

- **أهم ما تشير إليه تلك التعريفات:**
- الاعتماد على اتجاهات الملاحظة الذي يقوم بملاحظة سلوك الفرد في تفسير طبيعة ونوعية السلوك الاندفاع ،العدوان ،الاكتئاب، الانسحاب، والخروج عن القواعد والعرف الاجتماعي تعتبر من خصائص المضطربين سلوكيا .
- ارتباط الشعور بعدم السعادة بالاضطراب الانفعالي والسلوكي .
- ارتباط الفشل المتكرر بالاضطراب السلوكي .

تعريفات ذات المنحى التربوي:

- **يعرف كلا من** "**هويت وفرنس**" **(1974)**:الطفل المضطرب سلوكيا هو طفل غير منتبه في الفصل (الصف)، ومنسحب، وغير منسجم، وغير مطيع لدرجة تجعله يفشل باستمرار في تحقيق توقعات المعلم.
- **يعرف كلا من** "**لا برت وبأور**" :المضطرب سلوكيا هو الذي يتراوح معدل انخفاض سلوكه بين المتوسط والحاد وتنخفض قدرته على أداء واجباته الدراسية بفاعلية كذلك في تفاعله مع الآخرين .

- تعريف "وودي"(1969): المضطرب سلوكيا هو الشخص الذي لا يستطيع أن يتكيف مع معايير السلوك المقبول اجتماعيا مما يؤدي إلى تدهور تقدمه الدراسي ، وتدهور علاقته مع الآخرين .
- أهم ما تشير إليه تلك التعريفات:
- التركيز على السلوك والأداء الدراسي.
- تأثير الخبرات الاجتماعية والتربوية بالاضطرابات السلوكية

التعريف ذو المنحى القانوني:

- **تعريف" كفار سيوس وميلر"** :استخدم كل منهما مصطلح جنوح الأحداث للدلالة على الاضطرابات السلوكية لأن الأحداث الجانحين يظهرون كثيرا من المشاكل السلوكية المشابهة لمشاكل المراهقين المضطربين سلوكيا ، ويتميز سلوك الجانح بما يلي :
- خطورة المخالفة .
- شكل أو نمط المخالفة .
- تكرار المخالفة .
- سلوك الفرد السابق وشخصيته (**ماجد السيد عبيد ، 2015:18 – 16**)

بعد ما تم التطرق إلى مفهوم الاضطرابات السلوكية من خلال تعريفات بعض الباحثين التي تجمع على أنها تصرفات تنعدم فيها التوافق والتكيف ، إلا أن هذه الاضطرابات لا تظهر من العدم إنما نتيجة لعوامل متعددة ومتنوعة نذكر منها ما يلي :

2.2. عوامل الاضطرابات السلوكية

هناك دراسات عديدة في هذا المجال منها على سبيل المثال دراسات "هينجلر Henggeler" (1989) وباترسون ، وآخرون Patterson"(1992) والعوامل الأساسية التي يمكن ذكرها هي كالآتي :

2.2.1. العوامـــل الذاتيـــــــــة:

وهي عوامل عدة يمكن أن نلخصها في ما يلي :

- **الحالات المزاجية:** ويشير المزاج إلى الجوانب السائدة في الشخصية والتي تظهر بعض الثبات أو الاتساق عبر المواقف المختلفة وعبر الزمن ، وترتكز الفروق بين المراهقين في المزاج على بعض السمات مثل مستويات النشاط ،والاستجابات الانفعالية ، والطباع ، وقابلية للتكيف الاجتماعي

- **المشكلات وأوجه القصور النفس العصبية :** وتشير هذه الحالة إلى الجوانب المختلفة من الأداء الوظيفي التي تعكس الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي وتؤثر على مجموعة من مجالات الأداء الخاصة وتشمل قدرات مختلفة مثل العمليات المعرفية واللغة والكلام والاندفاعية ، والانتباه والذكاء وتعكس مثل هذه العمليات من منظور النفس العصبي الأداء الوظيفي للمخ ، كما تعكس نمو المخ ، مما تؤثر على مجرى سلوكيات الأشخاص بظهور اضطرابات سلوكية .

- **الاضطرابات الفسيولوجية والبيولوجية:** إن الاختلال في العملية الوظيفة للبنية الجسمية لها تأثير مباشر على السلوك مما يؤدي بالشخص القيام بتصرفات غير عادية وغير معتادة .

2.2.2. عوامل ترجع إلى الوالدين و الأسرة:

وهناك عوامل ترجع إلى الأسرة في ظهور الاضطرابات السلوكية ومنها ما يلي :

الوراثـــــــة :

يرى "دلالا وغوستمان Dilalla Gostteman(1989) أن نتائج العديد من الدراسات توضح أن العوامل الوراثية تلعب دور مهما في تعرض المراهقين للاضطرابات السلوكية ،حيث يتم استخدام دراسات التوائم لتوضح دور المؤثرات الوراثية وخاصة التوائم المتشابهة ، حيث يزداد مثلا احتمال تعرض التوأم الآخر لنفس الاضطراب السلوكي إذا ما تعرض له التوأم الأول ، وقد كشفت مثل هذه الدراسات عن حدوث معدلات كبيرة من الاتفاق في حدوث الجنوح ، والجريمة ،والاضطراب السلوكي بين التوائم المتشابهة وهذا في دراسة " قوتمان Gottesman(1983)، ودراسة آخرين على المراهقين كدراسة " بلومين Plomine"(1991).(**الآن ، ت ، عادل: 2010 : 109 -113**).

الأســـــــرة:

العديد من الدراسات والأبحاث أشارت إلى الأسرة و تأثيرها الكبير في تنشئة الأطفال والأطفال المراهقين فالعلاقات السلبية بين أفراد الأسرة وأساليب التنشئة الخاطئة تسبب حدوث الاضطرابات السلوكية فالمعاملة التي تتسم بالتدليل والحماية الزائدة تؤدي أحيانا إلى العصيان ونوبات الغضب وعدم الشعور بالمسؤولية والاتكالية ،أما أسلوب التذبذب قد يكون الخوف والقلق عند المراهقين وقد يكون هناك التفرقة بين الأبناء والذي يعزز في النفوس الحقد والرفض الذي قد يعبر عنه بسلوكيات عدوانية موجه نحو الذات ونحو الآخرين، كما أن حجم الأسرة والمرض الأبوي ووجود النماذج السيئة في الأسرة كلها تلعب دورا كبيرا في حدوث الاضطرابات السلوكية لدى المراهقين (**القبالي يحي.2008:34**)

المدرســـــــة :

للمدرسة عوامل عدة تؤثر على سلوكيات الأفراد و تمثل مجموعة مستقلة من تلك العوامل التي تساعد على حدوث الاضطرابات السلوكية ، فالأساليب المختلفة التي يستخدمها المعلمون(كالأسلوب الاستبدادي ، المتهاون ،المتذبذب، الديمقراطي) تؤثر في تكثيف التلميذ أو عدمه فإن هذه الأنماط من الأساليب المذكورة سالفا بعيدة عن تحقيق الحاجات النفسية والاجتماعية للتلاميذ إلا الأسلوب الديمقراطي الذي يحقق هذه الحاجات ، كما أن المنهج الدراسي والجو الذي يسود المدرسة في خلق حالة من التوافق للمراهق ، فضلا عن أن هناك عوامل أخرى منها (حجم المدرسة ،البناية ، مختلطة أو أحادية الجنس)، وقد يسبب المدرسون في بعض الأحيان السلوكيات المضطربة أو يزيدون من حدتها وذلك عندما لا يراعي الفروق الفردية مثلا أو لم يتلقى تكوينا تربويا كافيا ينعكس على معاملته للمراهق . ويقترح "كوفمان" خمسة أساليب للمدارس في تعاملها مع المراهقين وهذا للوقاية من تطور الاضطرابات السلوكية:

- مراعاة الفروق الفردية على مستوى اهتمامات والقدرات .
- تبني توقعات واقعية من سلوك المراهقين وتحصيلهم الأكاديمي .
- التعامل مع المشكلات السلوكية.
- مكافأة السلوك المرغوب فيه وتجاهل السلوك غير المرغوب فيه .
- مراعاة حاجيات الطفل المراهق التعليمية وذلك من خلال جعل مجالات الدراسة مثيرة لاهتمامات المراهق قدر المستطاع.(**القبالي يحي . 34:2008)**

للاضطرابات السلوكية لدى الأفراد بصفة عامة ولدى المراهقين بصفة خاصة عوامل متعددة ومختلفة لا يمكن حصرها والتي تتمثل في العوامل الزمنية والاجتماعية والذاتية.... مثلا فالسلوكيات التي تعتبر مضطربة في زمن ما وبأحكام وقيم وعادات اجتماعية معينة فهي عادية في زمن آخر وبأحكام اجتماعية أخرى ، وبناء على ذلك، ومن باب التوضيح والتحليل فإن الأشخاص المضطربين سلوكيا يمكن أن يظهرون خصائص تميزهم عن غيرهم فما هي هذه الخصائص إذن؟

2.3. خصائص ذوي الاضطرابات السلوكية :

لم يستطيعوا الباحثين تحديد نموذج شامل للاضطرابات السلوكية يتصف بها جميع الأفراد الذين يعانون من هذه الاضطرابات ، فبما أن سلوكياتهم المضطربة متنوعة و مختلفة لا بد من أنهم يتصفون بخصائص

سلوكية كذلك مختلفة ، من هنا قام المختصون في دراسة الاضطرابات السلوكية بإعداد قوائم تشمل على أكثر الخصائص شيوعا لديهم ومنها ما يلي :

- **الذكاء** : البحوث العلمية تشير إلى أن الذين يعانون من اضطرابات سلوكية ليس لديهم قدرات عقلية عالية ، وتشير الدراسات إلى أن متوسط نسبة الذكاء هؤلاء تقدر بحوالي 90درجة ذكاء (IQ 90) وعددا قليلا من المضطربين سلوكيا يتمتعون بقدرات عقلية أعلى من المتوسط ،وأن نسبة كبيرة من هؤلاء المراهقين من ذوي فئة بطيء التعلم، وفئة التخلف العقلي البسيط وتشير الدراسات أيضا إلى أن هؤلاء يعانون من مشكلات تعليمية مختلفة تدني في مستوى التحصيل الدراسي بسبب تشتت الانتباه وعدم التركيز وبسبب حركتهم الزائدة وسلوكياتهم غير الناضجة وانعدام الدفاعية .(**العزة سعيد .51:2002**)

- **السلوك العدواني** : هذا النمط من السلوك يحتل حيزا واسعا لدى فئة المضطربين سلوكيا وواحد من الخصائص التي يتصف بها الكثير منهم فإذا ما أخذنا بعين الاعتبار أن الأطفال السويين يضربون بعضهم البعض أثناء اللعب ، أو يتجاهلون بعض الأوامر والتوجيهات الصادرة من قبل أولياء الأمور والمعلمين ، إلا أن مثل هذا السلوك لدى المضطربين يكون أكثر استمرارا وتكرارا ويتنوع السلوك العدواني لدى الأطفال المراهقين المضطربين (التجاوز اللفظي، التخريب ، إيقاع الضرر، الاعتداء البدني) وفي دراسة (Patterswon et al 1975)العدد من الأطفال المضطربين سلوكيا تبين أن هناك (14) نوعا من أنواع السلوك العدواني يمارسه هؤلاء الأطفال وأن عدوا نيتهم تزداد كلما تقدم بهم السن .

(Hallahn Kaufman . 1982:199) .

- **التحصيل الدراسي** : يذكر كل من (ميلر وديفد Melar and Deved 1982) إلى أن معظم الدراسات قد أشارت إلى أن التحصيل الدراسي للمضطربين سلوكيا يعتبر منخفضا إذا ما قرنت بالتحصيل الدراسي للعاديين ،بالإضافة إلى ذلك لوحظ أن هناك ارتباطا قويا بين صعوبات التعلم والاضطرابات السلوكية. **(عبد الله قاسم ،114:2004)**.

- **الهروب من الواقع** : لهم صفات شائعة منها العجز الحسي الظاهري ، حركاتهم غير المقصودة مثل التحدث مع النفس أو التحدث شخص لا وجود له ، وعدم الاستجابة للفعل والحديث .

- **الإثارة الذاتية (السلوك النمطي)**: ويتصف هؤلاء بانعدام الإثارة أو الحث والتنبيه وتكرار الحركات الجسمية كاهتزاز الجسم والدوران والتحريك الأرجل ومص الإبهام ...الخ ويلاحظ على البعض من هذه

المجموعات أنهم يقضون وقتا طويلا يدققون النظر في أيديهم أو يقيسون أطوال الأشياء بالأشبار أو الأصابع . (**عبد الرزاق ياسين ، 208:2009**)

ولخصوصية المراهقين ذوي الاضطرابات السلوكية وتداخل خصائص هذا السلوك مع خصائص الاضطرابات الانفعالية التي سنذكرها لاحقا ،حيث تم التركيز على الخصائص العامة للاضطرابات السلوكية وهي :

- المضطربين المراهقين يتمتعون بمظهر عادي لا يختلفون عن أقرانهم غير المضطربين.
- انخفاض في فهم وإدراك لذواتهم وتقديرهم لها .
- نقص الاهتمام بالعمل المدرسي ، ويفضلون الدروس العملية على النظرية .
- يرغبون في التمتع بمزيد من الاهتمام من قبل المدرسين داخل القسم أو خارجه .
- يلجؤون للتسرب المدرسي أو عدم المشاركة في النشاطات المدرسية. (**مليكة لويس ،104:1976**)

هذه بعض الخصائص الاضطرابات السلوكية لفئة المراهقين، والتي تتميز بغير العادية بشدتها وتكرارها واستمرارها، إلا أن خصائص هذه السلوكيات المضطربة تتداخل مع خصائص الانفعالات المضطربة وبما أن هذه الأخيرة يعتبر متغير الدراسة يفرض علينا التوسع وإعطاء بعض التوضيحات لهذا الموضوع.

3. الانفعـــــالات:

3.1. مفهوم الانفعـــــــالات:

يعتبر الانفعال عاملا أساسيا في الحياة النفسية لدى الإنسان ، وهو في نفس الوقت استعداد فطري غير مكتسب لأنه مرتبط بالفعل الغريزي، فمثلا عندما أشاهد في الطريق حيوانا مفترسا يستعد للهجوم علي فإني أصاب بحالة انفعالية هي الخوف ، ويدفعني هذا لأن أجري طلب للنجاة ،إذن كانت حالتي النفسية قبل هذا الموقف هادئة لكن عندما هددني الخطر اضطربت وهزني الانفعال هزا عنيفا ، وتغير لون بشرتي ، وارتعشت أطرافي ، ولو استطعنا الوقوف على ما يحدث في أجهزتك الداخلية من اضطراب في الوظيفة وخروج عن المألوف بسبب هذا الانفعال لوجدنا تغيرا في ضرابات القلب وحركات التنفس وإفرازات الغدد .

إذن الانفعال حالة من الاضطراب والاستثارة تسبقها حالة سكون وانتظام، إنه تغيرا فجائيا يصيب الكائن الحي وتظهر أثاره في السلوك الخارجي، يحدث عادة عندما يتهدد التوافق القائم بين ميول الفرد ودوافعه وبين ظروف البيئة التي يعيش فيها هذا الفرد.(**كامل محمد.1996 :73- 74**).

3.2. نظريـــــات الانفعـــــــال: ومن أهم هذه النظريات ما يلي:

- **نظرية ماكد وجل Medougal** : وتتلخص هذه النظرية بأن كل التغيرات الجسمية والعضوية المصاحبة للانفعال لها غرض أساسي (بايلوجي) وهو حذقه الفعل الغريزي .

- **نظرية (جيمس ولانك)James and Lange:** تؤكد هذه النظرية على أن الانفعالات هو مجموعة إحساسات مختلفة تتسبب عن التغيرات العضوية ، وتختلف الانفعالات بعضها عن بعض باختلاف هذه الإحساسات العضوية ، وذهبت هذه النظرية إلى أبعد من هذا عندما أشارت إلى أن المظاهر الجسمية والعضوية هي ليست نتيجة الانفعال و إنما هي السبب في ظهوره .

- **نظرية (كانن Cannon)**: ترى هذه النظرية أن إدراك الموقف المثير للانفعال يؤدي إلى تنبيه منطقة عصبية في وسط الدماغ تسمى بالهايبوتلاموس (**Hypothalamus**) تنبيها شديدا هذا التنبيه يؤدي إلى الشعور الانفعالي و التغيرات الجسمية في آن واحد.

- **نظرية كليفورد Guildford** :أوضحت هذه النظرية بأن هناك مواقف أو ظروف تؤدي بالشخص إلى الانفعال وهي :

- الانفعال يحدث عندما تكون الدوافع قوية أو عندما تحبط الدوافع ، أو حينما تستبعد هذه الدوافع بشكل فجائي .

- **نظرية شواتر Schwartz:** وترى أنه عندما يفكر الأشخاص في أفكار سارة فإن استجابات عضلات الوجه لديهم تختلف بالقياس لتلك الصادرة عندما يتسم تفكيرهم بالحزن أو الغضب.

ومهما يكن الأمر فإن أدبيات علم النفس تشير إلى أن الانفعالات ليست مجرد حالات فسيولوجية بل يتأثر إلى حد كبير بالثقافة والتعلم ، وأن مظاهر الانفعالات تحدد في ثلاث هي :

- وجود موقف معين يفسره الشخص تبعا لخبراته.
- استجابة داخلية لهذا الموقف.
- تعبيرات جسمية خارجية مكتسبة من الثقافة للتعبير عن الانفعال.(**الداهري صالح .2008 : 122 – 123**).

3.3. شروط حدوث الانفعالات:

لحدوث ظاهرة الانفعال لابد من أن تتوفر ثلاثة شروط تتكامل فيما بينها، لو انعدم شرط منها انعدم معه حدوث الانفعال وهي :

- المنبه أو المثير الذي يؤدي إلى الانفعال فقد يكون خارجيا كهجوم الحيوان المفترس ، أو كحرارة قوية تصيب الجسم ، وكذلك الأنباء الخارجية المفاجئة سواء المحزنة أو المفرحة ، أو التوهم بحدوث أشياء في المستقبل تهدد الكيان أو تثير الخوف فيزداد الانفعال .

- و من شروط حدوث الانفعال أن يوجد كائن يستقبل المثيرات وينفعل حيالها، أي وجود الأجهزة العصبية.

- ولا بد من أن تحدث الاستجابة الانفعالية للمثير بمصاحبتها الوجدانية كالفرح أو الحزن والتغيرات الجسمية كالاضطرابات دقات القلب وإفرازات الغدد وظواهرها السلوكية الخارجية كالارتعاش الأطراف والحركات المضطربة وغيرها.

نستنتج من السابق أن ظاهرة الانفعال ظاهرة معقدة متشابكة يشترك فيها المستوى النفسي الوجداني والمستوى الاجتماعي ويقتضي حدوثه بالضرورة وجود العوامل والشروط الثلاثة السابقة. **(كامل محمد.76:1996)**

3.4.خصائص السلوك الانفعالي:

- يتجه السلوك الناشئ عن الانفعال إلى الهدف، ففي حالة الحب والحنان يحاول الفرد أن يقترب من موضوع الانفعال وفي حالة الخوف يحاول الابتعاد عن نوع الانفعال، والكائن في كلتا الحالتين يعمل على تعبئة قواه للوصول إلى هدفه.

- يتراوح السلوك الانفعالي بين القوة والضعف، فأحيانا يكون من الشدة بحيث يسيطر على كل أنواع السلوك الأخرى وأحيانا يكون ضعيفا غير ملحوظ.

- يتميز السلوك الناشئ عن الانفعالات أيضا بالاستمرار، فانفعال الخوف أو الغضب يصدر عنه سلوك مستمر حتى يتحقق الهدف، أو يتغير الموقف الذي أثار الانفعال.

- نأخذ الاستجابة الانفعالية في التباين والتنوع تبعا للنضج والتعلم، فالطفل يصرخ للجرح الكبير كما يصرخ للجرح الصغير، في حين يختلف انفعال الكبير تبعا لنوع الجرح والألم الناتج عنه.**(إبراهيم عصمت.33:1981)**

3.5. أنواع الانفعـــــالات:

يمكن تقسيم الانفعالات إلى نوعين :

- انفعالات أولية بسيطة غير معقدة في تكوينها مثل الخوف والغضب.

- انفعالات مركبة معقدة في تكوينها الذي يقوم على امتزاج انفعالين أو أكثر في مركب واحد مثل الغيرة والدهشة، وفي هذا الإطار نذكر بعضا منها:

- **انفعال الخوف:** يعد انفعال الخوف فطريا لأن الإنسان يزود به عند الولادة ويظهر هذا الانفعال خلال الأشهر من حياة الطفل، ومن أهم مثيرات هذه الأفعال الأصوات المرتفعة وفقدان السند، ورؤية الوجوه الغريبة التي لم يتعود عليها.

ومما هو جدير بالذكر أن الخاصية المميزة للخوف هي الانكماش والانسحاب وفي بعض الأحيان الاستجابة الهروبية، ويرتبط الخوف بعدد من التغيرات كالعمر والجنس والمستوى الاقتصادي والاجتماعي

- **انفعال الغيرة** : تعد الغيرة من الانفعالات المركبة ، وأهم مكوناتها هي خوف الشخص على فقدان من يحب وكرهه لمنافسه ورغبته في إيذائه ، وشعوره بالنقص ، ونقده الحاد للذات الذي قد يتحول إلى شعور بالذنب مما هو جدير بالذكر أن الغيرة حالة انفعالية تنشأ في موقف اجتماعي وأن أسبابها عديدة منها:

- قيام الآباء بالمفاضلة بين الذكور أو التميز بين الذكور الإناث.

- إحساس الشخص بالإخفاق في الحب أيا كان نوع هذا الحب ، كالإخفاق في حب الوالدين أو الإخفاق في التفوق الدراسي أو الرياضي. **(الداهري صالح .2008 : 124- 125)**

لقد تم ذكر بعض أنواع الانفعالات حتى نتمكن من إعطاء صورة توضيحية لها ولو بصفة مختصرة لتتجلى لنا دراستها بكل دقة ووضوح.

ومن خلال تفحصنا لظاهرة الانفعال لا يمكن أن ننكرها لدي الكائن البشري فهي طابع من طبائع شخصية الإنسان ، تتجلى في سلوكياته الباطنية منها والظاهرة ، وبعدما ذكرنا مفهومها وخصائصها وأنواعها ، سنتطرق إلى الانفعالات في صفتها المضطربة وهي اضطراب الانفعالات .

4.الاضطـــــــــرابـات الانفعـاليـــــــة:

4.1.مفهـــــــوم الاضطـــــــرابات الانفعاليـــــــة :

للاضطرابات الانفعالية تعريفات عديدة حيث يعرفها (زهران) "أن الانفعال هو حالة شعورية مركبة يصاحبها نشاط جسمي وفسيولوجي مميز ، والسلوك الانفعالي سلوك مركب يعبر إما عن السواء الانفعالي أو يعبر عن الاضطراب الانفعالي "

ويرى كذلك بأن الاضطراب الانفعالي حالة تكون فيها ردود الفعل الانفعالية غير مناسبة لمثيرها بالزيادة أو بالنقصان ، فالخوف الشديد كاستجابة لمثير مخيف لا يعتبر اضطرابا انفعاليا بل يعتبر استجابة انفعالية عادية وضرورية للمحافظة على الحياة ، أما الخوف الشديد من مثير غير مخيف فإنه يعتبر اضطرابا انفعاليا .(**حامد زهران .2005 : 420**)

ويعرفها(الروسان) بأن الاضطرابات الانفعالية هي تلك الظواهر الانفعالية المتطرفة والمزمنة التي تبتعد عن توقعات المجتمع وقوانينه وقيمه وثقافته ومعاييره(**الروسان فاروق . 1999 : 25 -26**).

وتعرفها (خولة يحيى) من خلال الأفراد المضطربين بأنهم هم غير القادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول .(**خولة يحيى ،2000: 17**).

مما ذكر يمكن أن نستشف أن الاضطراب الانفعالي حالة غير عادية تتصف بها شخصية الأفراد قياسا بالمعايير للشخصيات العادية ، فتصبح ردود الأفعال غير مناسبة مع الموقف أو المثير ، فالحزن الشديد على مثير غير محزن يعتبر اضطرابا انفعاليا . إلا أن هذه الظاهرة المعقدة لا يمكن أن تخلوا من أسباب ظهورها .إذن فما لأسباب التي من ورائها تؤدي بالشخص إلى حالة الاضطراب الانفعالي ؟

4.2. أسباب الاضطرابات الانفعالية :

4.2.1. الأسباب الجسمية:

وتتمثل في القصور الجسمي والإصابات، والعاهات والتشوهات الجسمية، والمرض المزمن والحالات المرضية الجسمية الأخرى.

4.2.2. الأسباب النفسية :

وتتمثل في الإحباط والفشل ، وعدم إشباع الحاجات الجنسية ، والرفض والجوع الانفعالي ونقص الأمن الانفعالي ، والصدمات العنيفة في الطفولة ،والتوحد مع الوالدين المضطربين انفعاليا أو أحدهما والتسلط

والقسوة في المعاملة ، والضغوط الموجهة إلى الفرد، ووجود في مواقف جديدة دون الاستعداد لها والصعوبات التي يواجهها المراهقون في التوافق وحل مشاكلهم والقصور

4.2.3.الأسباب الاجتماعية : فالبيئة الأسرية المضطربة كالسلوك المنحرف ،والشجار ، والانفصال ،والطلاق والانفصال على الوالدين أو غياب أحدهما أوكلاهما والحرمان العاطفي ، وإصابة الوالدين بالأمراض النفسية والعصبية ، وأسلوب التربية الخاطئ ، ومعاملة التميز بين الإخوة السلطة الزائدة والمتشددة والمرنة ، والبيئة المدرسية المضطربة مثل إهمال المدرسين ، وسوء المعاملة ، والعقاب واضطراب العلاقة مع الزملاء . فالمحيط غير العادي الذي يعيش فيه الشخص له انعكاس سلبي على حالته الانفعالية مما يؤدي به إلى درجة الاضطراب .(**حامد زهران** . **2005** :**421**) .

يمكن القول أن هذه الأسباب التي تم ذكرها بإيجاز لها دور فعال في طبع الانفعالات بطابع الانفعالات المضطربة.

4.3. أعراض الاضطرابات الانفعالية :

تظهر على الشخص المضطرب انفعاليا أعراض مختلفة ومتعددة أهمها:

- **الخوف** :هو رد فعل انفعالي لمثير موجود موضوعي يدركه الفرد على أنه مهدد لكيانه الجسمي أو النفسي ،ويشمل الخوف الكثير من أنواع المخاوف المرضية ، والخوف المرتبط بفقدان الأمن وفقدان الرعاية ومشاعر الذنب .
- **القلق** : وهو مركب انفعالي من الخوف المستمر دون مثير ظاهر والتوتر وانقباض ، ويتضمن الخوف المصاحب للقلق تهديدا متوقعا أو متخيلا(غير موجود موضوعي أو مباشرة) لكيان الفرد الجسمي أو النفسي ، ويعوق الأداء العقلي المعرفي وسلوك الفرد بصفة عامة ، ويؤثر على الفرد في أشكال مختلفة منها المرض وأحلام اليقظة ،والأحلام المزعجة والكابوس والتمرد والعدوان والقلق عرض خطير.
- **الغضب** :وهو وسيلة للتعامل مع البيئة المهددة ، ويتضمن استجابات طارئة وسلوكا مضادا لمثيرات التهديد ويصاحبه تغيرات فسيولوجية لإعداد الفرد لسلوك يناسب الموقف المهدد ويؤدي الغضب إلى صراع ذي جانبين ، أولهما صراع مع الآخرين الذين يعترضون على الغضب الوالدين يهددهم ، وثانيهما صراع مع النفس لأن الغضب يحرم الفرد من العطف والحب والحنان ويفقده السيطرة على نفسه ويوجه الغضب في شكل عدوان نحو الآخرين ، ويظهر في شكل نوبات.

- **الغيرة** : وهي مركب من انفعالات الغضب والكراهية والحزن والخوف والقلق والعدوان وتحدث عندما يشعر الشخص بالتهديد وعندما يفقد الحب والعطف والحنان.
- **الاكتئاب** :حيث يشعر الفرد بالكآبة والكدر والغم والحزن الشديد ونوبات البكاء وانكسار النفس دون سبب مناسب أو لسبب تافه ، وقد يصل الحال إلى محاولة الانتحار .
- **التوتر** : وهو الشعور بعدم الراحة والاضطراب وعدم الرضا والارتجاف وسرعة الحركة والصداع.
- أعراض جسمية : مثل فقدان الشهية ، والاضطرابات المعوية ، واضطرابات المثانة والحواس واضطراب الوظائف الحركية ، والتعب وعدم الاستقرار ومص الأصابع .
- **أعراض أخرى** : مثل التبلد واللامبالاة، والتناقض الانفعالي ، وعدم الثبات الانفعالي وانحراف الانفعالي ،والمرح والخجل وأحلام اليقظة والاستغراق في الخيال ومشاعر الذنب الشاذة والجنوح والسلوك المضاد للمجتمع ، والاضطراب النفسي الجنسي مثل العنة والبرود الجنسي ،وسوء التوافق الزواجي والتخلف الدراسي ، وسوء التوافق المهني ،والإدمان ،وقد يصاحب الاضطرابات الانفعالية ضعف وفقدان الثقة بالنفس واضطراب الكلام ،والسلوك الدفاعي ، وسهولة الاستثارة الانفعالية والحساسية النفسية بصفة عامة .(**حامد زهران ،2005 : 421 ، 422**).

ومن خلال هذه التوضيحات حول ظاهرة الانفعال للباحثين والمفكرين يمكن القول أن هذه الظاهرة تعتبر حالة عادية يتميز بها الإنسان تمس السلوك الداخلي للفرد والخارجي ، بهدف التوافق والتكيف مع المثيرات والمواقف ، إلا أن الجانب الغير العادي هو قوتها وشدتها وعدم موازنتها مع المثيرات والمواقف مما تنقلها من الحالة العادية إلى غير عادية مما تسمى الاضطراب أو انفعال مضطرب ينعكس على البنية العادية للشخصية مما تؤدي بالفرد إلى تصرفات غير سوية في مواجهة المواقف وتحقيق الحاجات والرغبات ،وفي هذا الإطار نشير إلى التداخل بين الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأشخاص وهذا ما يمكن دراسته في جزء من هذا الفصل بموضوع الاضطرابات السلوكية والانفعالية ،حيث تم دراسة الاضطرابات السلوكية من عدة جوانب بصفة منفردة كذلك بالنسبة لموضوع الاضطرابات الانفعالية ، ثم سيتم دراسة موضوع الاضطرابات السلوكية والانفعالية الذي يعتبر متغير هذه الدراسة .

5. الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

5.1. لمحة تاريخية عن الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

لقد تم التعرف على الاضطرابات السلوكية والانفعالية عبر التاريخ ،إلا أنهم اختلفوا في تحديد الأسباب واعتقد البعض أن بهم مسا من الشيطان ، أو أنهم أقدموا على سلوكيات خاطئة ، أو اتهموا بالكسل واعتقدت بعض المجتمعات أن هذه السلوكيات معدية ، وكان العلاج بالعقاب الشديد والحبس ، والضرب والتقييد بالسلاسل وغيرها .

وأنشئت أول مؤسسة للعناية بهم في لندن عام (1547)م ،وكانت تعرف رسميا باسم القديسة مريم من بيت لحم ،وأصبح يدعى bedlam ويدل هذا المصطلح على المكان ذي الصوت العالي ، حيث تم تقييد الأفراد وضربهم وتجويعهم ، واعتبرت هذه المؤسسة من الوسائل الترفيهية للعائلة وللأطفال .أما في القرن الثامن عشر بدأ التغير ومن رواده (Philippe Pinel) وهو طبيب الأمراض النفسية ، وقد أمر عام (1792) بالتغير الإنساني ، حيث منع تقييد المرضى النفسيين في باريس، ثم في الولاية المتحدة الأمريكية في تشخيص الأطفال والبالغين ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية سنة (1800) وعلاجهم حيث اعتبر "بنجامين"(أبو الطب النفسي الأمريكي)حيث اقترح طرق أكثر إنسانية في علاج هؤلاء وفي القرن التاسع عشر عمل "صموئيل هيوي"(Samuel Howe)على تحسين طرق العلاج المرضى العقليين وساهمت "دورثي دكس" (Dorthea DIX) في إنشاء مؤسسات حكومية للعناية بالمرضى العقليين في عدد من الولايات ، وفي عام (1844) تم إنشاء هيئة الأطباء المشرفين على المؤسسات الأمريكية للمرضى العقليين التي تدعى اليوم جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية ، ومع مرور الوقت فقدت هذه المؤسسات الهدف الذي أنشأت من أجله وأصبح مهامها مختصرا على حماية الأفراد المضطربين فقط، وفي نهاية (1800)ظهرت في المدارس الصفوف التي تعتني بالأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية ، ولم يحصل الأطفال على أي خدمة .

وفي عام (1871)فتح صف للأطفال المشاغبين في كانتيكي ، وفي عام(1909) أنشأ "وليام هايلي" (William Healy) مؤسسة للعناية بالأطفال الأحداث المرضى النفسيين في شيكاغو.

وساهمت نظريات "فرويد"(1856-1939) وابنته(Anne) في التأثير على تعليم وعلاج الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، وفي القرن العشرين أيقن المختصون بأن الأطفال بحاجة إلى برامج ومعلمي طرق التدريس خاصة، قادت "لوريتا بندر"(Lauretta Bender) إلى التطور في الخدمات

المقدمة لهم، وأحدثت مفهوما (البيئة الكلية من العطف والعلاج للمرضى النفسيين) ثورة عندما نادى بها "كارل مينجر"(Karl Menninger) مع أبيه وأخيه.

وبدأ "برونو بيتلهيم"(Bruno Bettelheim) عمله مع الأطفال المعوقين انفعاليا وإعاقة شديدة عام (1944) في جامعة شيكاغو، وبين (1940- 1950) أنشأت مراكز إقامة للعناية بالأطفال ذوي المشكلات السلوكية

وفي سنة (1947) صدر كتاب بعنوان " طبيعة مرض وتعليم الأطفال ذوي إصابات الدماغ "لستراس وليتنين"(Strass and Lehtinen) قدما فيه طريقة لتنظيم تعليم الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية .

ثم ظهرت عدة كتب ومنشورات جديدة بين (1960- 1970) .وفي عام (1967) ظهرت منشورات حول تدريس وتعليم الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والإعاقة الانفعالية .

كما قدم "رودس وتريسي" Tracy،Rhodes أعمال حول نماذج المفاهيم تعليم الأطفال المضطربين وقد ساهمت أعمالهم في توضيح الآراء والممارسات المختلفة التي كانت موجودة في ذلك المجال ، واستمر التطور في تعليم الأطفال .

ولا يمكن أن ننكر وجود الاضطرابات الانفعالية والسلوكية بين الأفراد ،وانتشاره في الواقع المعاش ، إلا أن تحديد انتشاره يبقى صعبا وذلك لعدم وجود تعريف واضح متفق عليه لهذه الظاهرة ، مما يجعل تشخيص الحالات والتعرف عليها غير موضوعي .

يعتبر"وكمان" Wickman (1928) أول من أشار إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية في المدارس ومنذ ذلك التاريخ بدأت الدراسات والأبحاث لتحديد حجم مشكلة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية ، وفي عام (1969) قدر مكتب التعليم في الولايات المتحدة (usoe) عدد الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا والذين تتراوح أعمارهم بين صفر و19 سنة حوالي (767108) فرد وتشكل هذه النسبة حوالي 2% وفي عام(1975) قدر المكتب نفسه عدد الأطفال المضطربين انفعاليا حوالي (1310000) طفل من مجموع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين صفر و 19 سنة ، في حين قدر" باور Bower "(1969) نسبة الاضطرابات الانفعالية في المدرسة أو المجتمع المدرسي حوالي 10%. (**خولة يحي.2000: 20 - 23**)

وبالنسبة توزيع الاضطرابات السلوكية حسب متغير الشدة فالغالبية العظمى من الحالات هي من النوع البسيط أو المتوسط في حين أن حالات قليلة جدا هي من الشديدة جدا ، أما من حيث متغير الجنس

والعمر ، فالدراسات تشير إلى أن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية أكثر شيوعا لدى الذكور حيث أنها أكثر بضعفين إلى خمسة أضعاف منها لدى الإناث وفيما يتعلق بعامل الزمن فهي قليلة الحدوث نسبيا في مرحلة الابتدائي وترتفع بشكل ملحوظ في مرحلة المراهقة وتعود فتنخفض بعد ذلك. **(أسامة فاروق. 2011 :43)**

إن ظاهرة الاضطرابات السلوكية والانفعالية ليست وليدة العصر الحديث وإنما هي قديمة الظهور وحديثة الاكتشاف ولا زال العلماء والمفكرون يتخبطون في خبايا هذه الظاهرة سعيا منهم لمعرفة أسبابها وتشخيصها والوقوف على أعراضها والتمكن من علاجها ، ومن خلال هذا الطرح يجدر بنا أن نقف على مفهومها ونظرياتها وأسباب حدوثها .

5.2. مفهوم الاضطرابات السلوكية والانفعالية :

من المعروف أن الإنسان أثناء نموه يمر بعدد من المراحل المتسلسلة المتداخلة ، والتي تؤثر في بعضها البعض ، فالإنسان أثناء مروره بهذه المراحل يفترض به تطوير بعض الخصائص المعرفية والاجتماعية والانفعالية والسلوكية واللغوية ، ويحقق مطالب تتناسب وطبيعة كل مرحلة من مراحل النمو وذلك على نحو تنسجم فيه أفعاله وأنماطه السلوكية مع خصائص المرحلة النمائية التي تمر بها .

وليس من السهل إيجاد تعريف واضح ومحدد للاضطرابات الانفعالية والسلوكية ، وذلك لأنها تشمل على شريحة واسعة من الأعراض والمشكلات التي تتباين في أسبابها ومستوى شدتها وفي أثارها ومدى استمرارها، أن صعوبة الاتفاق على تعريف واضح ومحدد للاضطرابات السلوكية والانفعالية يرجع إلى عدد من الأسباب والعوامل يمكن إجمالها على النحو التالي :

- الافتقار إلى وجود تعريف واضح ومحدد لمفهوم الصحة العقلية .
- الاختلاف في وجهات النظر بين الاتجاهات والنماذج النظرية ذات الاهتمام بالاضطرابات الانفعالية .
- التباين بين أنماط السلوكية والانفعالية لدى كل من الأطفال العاديين والأطفال المضطربين .
- التداخل بين أعراض الاضطرابات الانفعالية وحالات الإعاقة الأخرى .
- الاختلاف بين أركان التنشئة الاجتماعية من حيث وظائفها ونوعية الخدمات التي تقدمها والأسس التي تتبعها في تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية .
- الاختلاف في التوقعات الاجتماعية والثقافية حول السلوك السوي وغير السوي .

فيعتبر الفرد مضطربا سلوكيا وانفعاليا كما يرى بور "bower" ،(1978) عند ما يتصف بواحدة أو أكثر من الصفات التالية والتي تستمر لديه فترة طويلة تتجاوز الثلاثة أشهر بحيث تؤثر سلبا في قدرات التحصيل لديه وهذه الصفات هي :

- عدم القدرة في الاستغراق في العلاقات الاجتماعية وتكوين الصداقات مع الأقران والآخرين والاستمرار في مثل هذه العلاقات .
- التصرف غير اللائق في المواقف الحياتية والاجتماعية والانشغال في ممارسة أنماطا سلوكية غير ناضجة ومؤذية لا تتناسب والمرحلة النمائية .
- عدم القدرة على التعلم والاكتساب بالرغم عدم وجود عوائق جسمية أو حسية أو عقلية تحول دون ذلك تقلب المزاج والشعور بعدم الاستقرار والراحة والسعادة.
- الميل إلى إظهار بعض المشكلات الجسمية مثل اضطرابات الكلام والشكوى من الآلام ومشكلات انفعالية مثل الخوف والقلق بالإضافة إلى المشكلات الأكاديمية. **(عماد عبد الرحيم .2006 : 21-23)**

ويرى "**نيوكمر**" **Newcomer** (1992) : الاضطراب هو انحراف الواضح والملحوظ في مشاعر والانفعالات الفرد حول نفسه وحول بيئته ، ويستدل على وجود الاضطراب النفسي عندما يتصرف الفرد تصرفا يؤذي فيه نفسه أو الآخرين في هذه الحالة نقول أن هذا الفرد في حالة من الاضطراب النفسي .

ويعرفها "**الخطيب**" (1997) :الأفراد المضطربين سلوكيا وانفعاليا هم الذين يظهرون واحدة أو أكثر من الخصائص التالية بدرجة ملحوظة ولفترة زمنية ، عدم مقدرة على التعلم لا يمكن تفسيرها في ضوء الخصائص العقلية أو الحسية أو الصحية ، عدم القدرة على بناء علاقات مرضية مع الزملاء والمعلمين ظهور أنماط سلوكية وعواطف غير مناسبة في ظل ظروف عادية ، شعور عام بالاكتئاب واضطرابات جسمية ومخاوف فيما يتعلق بالمشكلات الشخصية والمدرسية .**(أسامة فاروق .2011: 42)**

مما سبق ، نلاحظ أن الأفراد المضطربون انفعاليا وسلوكيا غالبا ما يمارسون أنماط سلوكية شاذة غير لائقة اتجاه الآخرين ، ومثل هذه السلوكيات لا تكون منسجمة ومتوافقة مع المعايير الاجتماعية للسلوك المقبول ولا تتفق مع توقعات الآخرين ، وهي في الغالب غير ناضجة ومزعجة تؤثر في تفاعلات الفرد مع ذاته ومحيطه ،ولفهمها وحصرها تتطلب جهدا دراسيا كبيرا، وفي إطار هذه الدراسات نجد عدة نظريات تناولت هذا موضوعا نذكر منها:

5.3. نظريات الاضطرابات السلوكية والانفعالية :

الاضطرابات السلوكية والانفعالية حظيت باهتمام العديد من الاتجاهات النظرية لتوضيح أسبابها وصفات الأفراد المضطربين وآليات العلاج ومن أهم النظريات التي تناولت الموضوع هي كالآتي :

5.3.1. النظرية السلوكية Behavior Theary :

النظرية السلوكية ترى أن معظم السلوكيات الإنسانية السوية منها وغير السوية مكتسبة من خلال تفاعلات الفرد المستمرة مع البيئات والمثيرات المادية والاجتماعية ، فإن هذا التفاعل يكتسب الفرد الخبرات والمعارف والأنماط السلوكية المتعددة ووفقا لهذا المنظور اكتساب الفرد السلوك السوي السليم وغير السليم .

حيث تجمع معظم النظريات السلوكية على أن التعلم هو بمثابة تشكيل ارتباطات بين مثيرات واستجابات بحيث تقوى وتضعف مثل هذه الارتباطات وفقا للخبرات العقابية والتعزيزية التي توفرها البيئة التي يتفاعل معها الفرد، فطبيعة السلوك تعتمد على نوعية الخبرات التي توفرها البيئة للأفراد.

فالنظريات السلوكية تعني بدراسة السلوك الظاهر ، وترى أن مثل هذا السلوك يمثل سمة شبه ثابتة نسبيا في شخصية الفرد عندما يتكرر استخدامه في مواقف وظروف محددة ، على اعتبار أن هذا السلوك قد ارتبط بالسابق في مثل هذه المواقف والظروف ، فهي تتجاهل التفسيرات التقليدية للشخصية التي تؤكدان الحاجات والدوافع والسمات والرغبات على أنها المحركات الرئيسية للسلوك وفي الوقت نفسه تتجاهل كذلك العمليات المعرفية .

وحسب وجهة النظريات السلوكية ، فالسلوك المضطرب أو غير السوي يكون نتيجة مرور الفرد بخبرات بيئية سابقة أو تفاعله مع مثيرات غير مناسبة ، ويقوى هذا السلوك عند الفرد بسبب تلقيه خبرات تعزيزية في السابق لهذا السلوك أو بسبب فشل الفرد في الاستفادة من الخبرات التعليمية أو لأن الفرد يجد في هذا السلوك وسيلة لتجنب العقاب وإشباع بعض الدوافع لديه. تتفق نظريات السلوكية على أن السلوك هو مجرد ارتباط بين مثير واستجابة ألا أنها تختلف من حيث تفسير الآلية التي يتشكل من خلالها هذا الارتباط وذلك على النحو التالي :

5.3.2.نظرية الأشراط الكلاسيكي :

اهتمت هذه النظرية بدراسة الانعكاسات الطبيعية وهي استجابات اللاإرادية التي تكون من قبل مثيرات طبيعية خاصة بها وهي تؤكد أن مثل هذه السلوكيات يمكن أن تكون بمثيرات أخرى محايدة من خلال عملية الأشراط ، ويعد عالم النفس الروسي "إيفان بافلوف" (Ivan Pavlov) والأمريكي "جون واطسن" (Watson) من أبرز رواد هذه النظرية ، أهتم بافلوف بدراسة الاستجابات الفسيولوجية وهي المنعكسات الطبيعية التي تكون بشكل لا إرادي من قبل مثيرات طبيعية خاصة بها حيث تكون استجابات من قبل مثيرات أخرى محايدة وفقا لمبدأ الاقتران أو الأشراط ، والفكرة الرئيسية هنا أن الاستجابات الطبيعية التي تنتج من قبل مثيرات طبيعية خاصة بها يمكن للكائن الحي التعلم.

وحسب وجهة نظر نظرية الأشراط الكلاسيكي ، فإن العديد من الأنماط السلوكية لا سيما الانفعالية منها كالخوف والتجنب والخجل والتشاؤم والقلق والحب وغيرها هي استجابات اشتراطية متعلمة لمثيرات محايدة وفقا لعملية الاقتران ، ومن هذا المنطق ، فإن الاضطرابات السلوكية والانفعالية يمكن اعتبارها سلوك شرطية غير تكيفية جرى تعلمها من قبل الأفراد استجابة لمثيرات شرطية (كانت بالأصل محايدة) نتيجة لتكرار اقترانها بمثيرات طبيعية (غير شرطية) لعدد من المرات ، بحيث أصبح يتكرر ظهور مثل هذه الاستجابات لدى الأفراد في عديد من المواقف عند مواجهتهم مثيرات معينة .(**عماد عبد الرحيم. 2006: 69- 71**).

مثلا نجد أن الفوبيا (Phobies) وهي خوف مرضي غير مبرر من مواقف أو مثيرات قد لا تستدعي بالضرورة الخوف ، فالأفراد الذين يعانون من مثل هذه الاضطرابات عادة ما يظهرون رادات فعل انفعالية شديدة من الخوف والقلق عند تعرضهم لمثل تلك المثيرات أو المواقف ، ويرى "**بن هاوس**" (Ben Harris 1979) أن تشكلا مثل هذه المخاوف لدى الأفراد ما هو إلا نتاج لعملية الأشراط الكلاسيكي .(**Paul Epanchin;1992;85**)

5.3.3. نظرية التعلم الاجتماعي:

تؤكد هذه النظرية أهمية الجانب الاجتماعي لعملية التعلم فالسمة الاجتماعية هي المسؤولة على تعليم الأنماط السلوكية عند الأفراد والخبرات ، وتتباين هذه الأنماط باختلاف وتباين المجتمعات ونوعية الخبرات السائدة فيها ، فإن هذه النظرية ترى أن التعليم يحدث عن طريق الملاحظة والتقليد من خلال ملاحظة سلوكيات الآخرين وتقليدهم وما ينتج عنها من آثار عقابية أو تعزيزية ، حيث ينشأ لدى الأفراد الدافع

للتعلم أو عدم التعلم بعض خبرات وأنماط السلوكية . حيث يرى "باندورا" (Bandoura) أن التعلم من خلال الملاحظة والتقليد (النمذجة) يستند إلى ثلاثة عمليات أساسية وهي :

- **العمليات المعرفية** :هناك عمليات وسطية تتدخل بين التعرض للمثيرات وإنتاج الفعل السلوكي حيث تلعب إدراكات وتوقعات الفرد ودوافعه دوراً في تحديد ما يتم تعلمه من سلوك النماذج.

- **عمليات التنظيم الذاتي** :يعمل الفرد على إعادة تنظيم الخبرات التي يتم ملاحظتها، بحيث يظهر السلوك المناسب بما يتناسب والتوقعات التي يعتقد الفرد تحقيقها، وبما يتناسب مع طبيعة المواقف التي يواجهها.

وانطلاقاً من ذلك، يرى "باندورا "أن ليس كل ما يتم ملاحظته من أقوال أو أفعال أو إيماءات يتم تقليدها من قبل الأفراد، حيث تتدخل العمليات المعرفية وعمليات التنظيم الذاتي لتحدد ما ينبغي تعلمه أو أداؤه، وهذا بالطبع يشير إلى الجانب الانتقائي لعملية التعلم من خلال الملاحظة وحسب هذا النموذج، نجد أن الفرد أثناء التفاعل مع الأخرين وملاحظة سلوكياتهم، يعمل على نحو انتقائي إلى الانتباه إلى بعض الجوانب السلوكية لديهم ويعمل جاهداً على تعلم البعض منها وتخزينها في الذاكرة رمزياً أو لفظياً أو حركياً للرجوع اليها عندما يجد نفسه يتطلب استدعاء أنماطاً معينة من السلوك .والانتقائية هذه لا تتعلق باختيار بعض أنماط نماذج سلوك وتقليدها فحسب، بل تتعدى ذلك لتشمل الأداء .فمن خلال عملية التنظيم الذاتي، يعمل الفرد على إعادة تنظيم السلوكيات والخبرات التي تم ملاحظتها وتعلمها وصياغتها على نحو ينسجم مع توقعاته وإدراكاته وأهدافه.

- **العمليات الابدالية:** الخبرات والأنماط السلوكية التي يتم تعلمها بطريقة مباشرة من خلال التفاعل مع المثيرات والمواقف يمكن تعلمها على نحو غير مباشر وذلك من خلال ملاحظة سلوكيات الأخرين وتقليد مثل هذه السلوكيات .وكما يؤثر كل من التعزيز والعقاب مباشرة في السلوك، يمكن لهما التأثير في سلوك الأفراد على نحو غير مباشر؛ أي على نحو بديلي من خلال التأثر بخبرات التعزيز والعقاب المترتبة على سلوك النماذج التي يلاحظونها.

وحسب هذه النظرية، فكما يتم تعلم السلوك السوي السليم من خلال التعرض إلى سلوكيات النماذج يتعلم الإفراد كذلك السلوك غير السوي؛ فقد يتعلم الفرد سلوكيات غير تكيفية من خلال النماذج المعززة مثل الغش، والكذب والاعتمادية، والقلق والعدوان. والسرقة والغيرة وتعاطي المخدرات والإدمان على المسكرات والتدخين والهروب من البيت والمدرسة والانحراف والجنوح والى غير ذلك من الأنماط السلوكية غير

السوية. فالاضطرابات الانفعالية والسلوكية تنشأ لدى الأطفال نظراً لقلة خبراتهم وضعف قدراتهم على إدارة الذات فهم يمتازون بالحساسية والشفافية وسرعة الاستثارة والتأثر بالأخرين .ومن هنا نجد انهم سرعان ما يتأثرون بالنماذج ويتعلمون العديد من أنماطهم السلوكية السوية منها وغير السوية .ونتيجة لتعرضهم المتكرر والمستمر لبعض النماذج التي تمارس سلوكيات مضطربة، فقد يتعلمون مثل هذه السلوكيات ولا سيما اذا كانت هذه السلوكيات معززة. (**عماد عبد الرحيم . 2006: 72-73**).

من هذه النظرية نستنتج أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية نتيجة لاحتكاك الفرد بأفراد مجتمعه فهو عنصر قابل ومعرض لتلقين السلوكيات السوية كما هو معرض لاكتساب السلوكيات غير السوية تماشيا مع مبدأ مثير واستجابة .

5.3.4. نظرية المحاولة والخطأ:

رائدها هو" ثورن ديك "حيث يرى في نظرية المحاولة والخطأ أن تعلم السلوك هو نتيجة لاستجابة لمواقف أو إشكال يواجه الفرد .فالفرد أثناء تفاعلاته اليومية يواجه مواقف مثيرة أو مشكل يتطلب منه القيام بسلوك معين حيث يتعلم مثل هذا السلوك من خلال المحاولة والخطأ .ويتم ارتباط حل ما في موقف أو إشكال معين. ويرى 'ثور نديك "أن أساليب التعبير عن الانفعالات متعلمة وفقاً لمبدأ المحاولة والخطأ، حيث جاءت نتاج خبرات النجاح والفشل التي مر بها الفرد أثناء تفاعلاته المتراكمة .

وانطلاقاً من ذلك، فالاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي يمارسها الأفراد ما هي إلا نماذج سلوكية تم تعلمها بالمحاولة والخطأ وتعززت مثل هذه السلوكيات وكثرت احتمالية تكرارها لديهم نظراً للأثر المترتب عليها ممثلاً في حالة الرضا والارتياح.

5.3.5. نظرياتُ التحليل النفسي:

معظم نظريات التحليل النفسي تتفق حول دور خبرات الطفولة المبكرة في بناء الشخصية وفي الأنماط التكيفية التي تتميز بها الشخصية المستقبلية .وترى أن غالبية الاضطرابات النفسية والسلوكية التي يعاني منها الأفراد في المراحل العمرية اللاحقة ترجع في بعض أسبابها إلى خبرات الطفولة المؤلمة غير السارة التي تكون مكبوتة في اللاشعور، والتي تبقى ذات فعالية باستمرار وتظهر في شكل اضطراب سلوكي وانفعالية. لذلك تركز نظريات التحليل النفسي على ضرورة تحليل ديناميات الشخصية من أجل التعرف على الخبرات اللاشعورية، كون أن مثل هذه الخبرات تشكل الاندفاعات اللاشعورية للسلوك .وترى هذه النظريات أن الاضطرابات النفسية الانفعالية والسلوكية قد ترتبط بجملة أسباب مثل الأزمات والصدمات

النفسية والعلاقات السيئة مع الوالدين وعدم إشباع الحاجات والتعرض إلى العقاب والتهديد والإهمال من قبل الآخرين ولا سيما الوالدين أو بسبب عوامل التكوين البيولوجي

يعد العالم النمساوي "**سيجمون فرويد** "من أبرز إعلام نظريات التحليل النفسي، فهو يرى في نظريته حول الشخصية والتي تعرف باسم النظرية الدينامية بأن الشخصية عبارة عن مجموعة قوى من الدوافع والعمليات النفسية المتغيرة والقوى اللاشعورية التي تحرك السلوك، ويرى أن السلوك هو نتاج تفاعل والعمليات النفسية المتغيرة والقوى اللاشعورية التي تحرك السلوك، ويرى أن السلوك هو نتاج تفاعل

- **السلوك الظاهر** :ويتمثل في الأفعال والأقوال والإيماءات الظاهرة.

- **السلوك الضمني** :ويتمثل في الاستجابات غير الظاهرة التي تعبَّر عن أغوار الشخصية.

يفترض فرويد وجود مجموعتين من الدوافع المتعارضة في الشخصية، تتمثل المجموعة الأولى في دوافع الحياة والتي تهدف إلى الحفاظ على حياة الإنسان وبقاءه. أما المجموعة الثانية من الدوافع فتعرف بدوافع الموت وهي لاشعورية وتدفع الإنسان إلى العدوان والتدمير، وفيما يتعلق بالجهاز النفسي، فيرى فرويد أنه يتألف من ثلاثة مستويات تقع فيها كافة أنواع الخبرات والذكريات والمعارف والرغبات، وهذه المستويات هي:

- **الشعور** :ويمثل الجانب الشعوري من شخصية الفرد، وفيه تقع كل الخبرات والمعارف والإدراكات والرغبات التي يكون الفرد على وعي تام بها والتي يسهل عليه تذكرها واسترجاعها

- **ما قبل الشعور** : وفيه تقع الأفكار والرغبات والذكريات التي تكون قريبة من حيز الشعور، بحيث تصبح شعورية عند الحاجة.

- **اللاشعور** :يمثل العمليات النفسية التي لا يكون الفرد على وعي تام بها، وفيه تقع الرغبات المكبوتة التي ترتبط بدوافع الجنس والعدوان بالإضافة إلى الأفكار والذكريات والأحداث والخبرات الانفعالية المؤلمة التي مر بها الفرد في طفولته وبقيت دفينة لا تستطيع الدخول إلى حيز الشعور ويعمل وفقاً لمبدأ تحقيق اللذة وتجنب الألم، والنشاط الدائم، حيث محتوياته قد تبرز نفسها إلى حيز الشعور من خلال الأحلام وزلات اللسان والنسيان والنكات وبعض الاضطرابات النفسية أو الاضطرابات الانفعالية والسلوكية

ويرى فرويد أن الشخصية الإنسانية تتألف من ثلاثة أنظمة نفسية تتنافس فيما بينها للحصول الطاقة النفسية وهي اللهو Id، والأنا Ego، والأنا الأعلى Super ego،ويعد اللهو المكون الأول الذي ينمو في الشخصية، ويعمل وفق مبدأ تحقيق اللذة وتجنب الألم، ويمثل اللهو الغرائز الجنسية والدوافع العدوانية

والرغبات المكبوتة التي تدفع الفرد باستمرار إلى إشباعها .يمثل الأنا النظام الثاني في الشخصية، حيث تنمو عندما يدرك الفرد وجود متطلبات ومعيقات تحول دون إشباع دوافع اللهو .تعمل الأنا وفق متطلبات الواقع، وتسعى إلى إشباع دوافع اللهو بطرق تنسجم مع مطالب ومعايير المجتمع .ترتبط الأنا باللهو وعلى الرغم من أن جزءاً، ضئيلاً منها لا شعوريا، إلا أن الجزء الأكبر منها شعوري يتصل بالواقع ويراعى متطلباته وظروفه .وبهذا المنظور، فالأنا تمثل الجانب التنفيذي للشخصية من حيث اتخاذ القرارات والتفكير العقلاني وإشباع مطالب اللهو بطرق مقبولة والسلوك وفقا لمعايير المجتمع. أما المكون الثالث للشخصية، فهو الأنا الأعلى، ويضم الأنا المثالية والضمير والمبادئ والقيم والمثل الأخلاقية .ويعمل هذا المكون باستمرار على كبح مطالب اللهو ومنعها من إشباع دوافعها. يؤكد فرويد أن المكونات الثلاثة للشخصية ليست مستقلة عن بعضها البعض، ولكنها متفاعلة ومتداخلة معاً وتتنافس فيما بينها على الطاقة النفسية أثناء مرور الفرد في المراحل النمائية المختلفة، والجسم، بحاجة إلى إشباع الحاجات .لذلك تسعى الأنا إلى التوفيق بين دوافع اللهو الملحة ونواهي الأنا الأعلى ومطالب الواقع التي تقف في وجه إشباع دوافع اللهو .وهكذا فعندما تنجح الأنا في التوفيق بين المطالب المتعارضة يتحقق النمو السليم للشخصية الفرد والتكيف النفسي والاجتماعي. أما في حال فشل الأنا في التوفيق بين دوافع اللهو ومطالب الأنا الأعلى وعجزها عندئذ من حل الصراعات والتناقضات فيما بينهما، فإن نوعاً من التثبيت يحدث لدى الفرد ويتولد عن ذلك مشاعر التوتر والقلق والاضطراب السلوكي لدي هو حسب وجهة نظر " **ادلر**"، فإن الاضطرابات السلوكية ومظاهر عدم التوافق ترجع إلى مشاعر النقص وعجز الذات الخلاقة من بلوغ الأهداف وتحقيق التوافق وذلك عندما يفشل الفرد من الدخول في العلاقات الاجتماعية المتبادلة أو عندما يفقد الدعم الاجتماعي ويرى "**أريكسون**"، فإن الاضطرابات السلوكية تتولد لدى الأفراد عندما يفشلون في حل الأزمات التي يواجهونها في المراحل المتعددة .

فعلى سبيل المثال، في المرحلة العمرية الأولى يواجه الطفل أزمة تعلم الثقة مقابل عدم الثقة بالآخرين وهنا يتوقف نموه على مدى تقديم الحب والرعاية والحنان والغذاء من قبل الآخرين ولا سيما الأم، أن عدم تلبية مثل هذه المطالب يخلق لديه أزمة عدم الثقة بالآخرين والتي تستمر معه طوال حياته ويتولد عنها العديد من الاضطرابات النفسية والسلوكية. (**عماد عبد الرحيم .2006: 65 -68**).

في هذا المجال لقد أشارت نظرية التحليل النفسي إلى جانب مهم في ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأفراد التي تكمن في الصراعات النفسية الشعورية واللاشعورية وبين الفرد ومعايير وقيم الاجتماعية وعدم التوافق والأزمات التي يتلقاها الفرد في بداية مراحل حياته .

5.3.6. النظريـــــــة البيئيـــــــة:

تشير هذه النظرية إلى أسباب الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأفراد هي استثارة البيئية غير المناسبة .وترى أن نوعية تفاعلات الفرد مع البيئة وما توفره له من خبرات تحدد الأنماط السلوكية لديه . فالبيئة السليمة التي توفر خبرات معتدلة ومتوازنة وإيجابية تسهم في النمو السليم للفرد في حين تسهم البيئات المضطربة التي توفر فرصاً وخبرات سيئة في توليد الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لديه وتشمل البيئة كل ما يحيط بالفرد ويتفاعل معه من مثيرات مادية فيزيائية محسوسة ومؤثرات ومواقف اجتماعية؛ فهي تمثل الوسط الذي يعيش وينمو فيه تدرس هذه النظرية أثار العوامل البيئية المادية والاجتماعية ونمط العلاقات المتبادلة بين الأفراد وبيئاتهم في أنماط السلوك والقرارات الشخصية والمهنية وترى أن الإضطرابات الانفعالية والسلوكية ما هي إلا نتاج للخبرات البيئية غير المناسبة التي يتعرض لها الفرد أثناء نموه، وما يترتب عليها من اختلال في طبيعة العلاقة القائمة بينه وبين بيئته وتنطلق النظرية البيئية في تفسيرها للاضطرابات الانفعالية والسلوكية من عدد الافتراضات المتمثلة في ما يلي :

أولاً : الإضطربات الانفعالية والسلوكية لا تمثل حالات مرضية بحد ذاتها وإنما هي مجرد مظاهر لحالات عدم التوازن بين الفرد والبيئة التي يعيش فيها.

ثانيا : قد ينشأ الاضطراب السلوكي أو الانفعالي لدى الفرد كنتاج لعدم توافق أو تكافؤ قدراته وتوقعاته مع مطالب المجتمع ومشكلاته

ثالثا: الفرد ليس مستقلا أو منفصلا عن البيئة التي يعيش فيها ويتفاعل مع عناصرها، فهو يمثل عنصراً في أنظمة اجتماعية متباينة من حيث ديناميتها تبدأ بالأسرة ومروراً بجماعات الرفاق والأصدقاء وزملاء العمل وانتهاء بالمجتمع الكبير

ترى هذه النظرية أن هناك جملة عوامل بيئية قد تقف وراء حدوث الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأفراد وتتمثل هذه العوامل في ما يلي:

- **العوامل الحضارية والثقافية** :مثل العادات والتقاليد والطقوس والقيم والتحديات والطموحات التاريخية والمعايير الثقافية والتي تسهم إلى درجة كبيرة في حدوث الاضطرابات لدى الأفراد واختلال الصحة

النفسية لديهم .فالمجتمعات المتشددة في معاييرها والتي تسود فيها أنماطا جامدة غير مرنة من قواعد السلوك بالإضافة إلى أنها تفرض على أفرادها حجماً كبيراً من التوقعات تسهم بلا شك في توليد الاضطرابات السلوكية لديهم .كما تلعب المشكلات الاجتماعية والاقتصادية التي تعاني منها المجتمعات في حدوث وبروز الظواهر الاضطراب ومن جهة أخرى، قد تتولد الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأفراد كنتاج للتطور الحضاري والثقافي السريع والذي يتطلب من الأفراد مسايرة مثل هذا التطور، بحيث يزداد حجم الأعباء والمسؤوليات عليهم نظراً لعدم توفر الوقت للراحة والاسترخاء وممارسة الهوايات، والاستغراق في العلاقات الاجتماعية ورعاية افرد الآسرة أو لعدم توفير الإمكانات المادية المتزايدة استجابة لمطالب هذا التطور.

- **العوامل الجغرافية** :مثل الموقع والمناخ والتضاريس والإمكانات والموارد المادية المتاحة، ومثل هذه العوامل قد تفرض على الأفراد مطالب وتحديات تزيد من حجم الضغوط عليهم، مما يتسبب في توليد اضطرابات انفعالية وسلوكية لديهم.

- **عوامل التنشئة الاجتماعية:** تعمل التنشئة الاجتماعية على تحويل الفرد من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي من خلال تعليمه الخبرات الاجتماعية والثقافية والأدوار الاجتماعية وقواعد السلوك .تبدأ عملية التنشئة الاجتماعية منذ مرحلة الولادة وتستمر خلال مراحل حياة الإنسان، بحيث يفترض بالفرد تعلم واكتساب الخبرات والمعارف المناسبة لكل منها وذلك حسب طبيعة الثقافة السائدة في مجتمعه.

- **الأســـــــرة:** تعتبر الآسرة العامل الأساسي في تشكيل شخصية الأفراد وبنائها ، ففيها يتم تكوين اللبنة الأولية من شخصية الأفراد لآنها أول بيئة اجتماعية ينشؤون فيها ويتفاعلون مع مكتسباتها ومتغيراتها . فالأسرة توفر عوامل الحب والحماية والرعاية والأمان والدفء والغذاء، وتوفر كذلك الخبرات المعرفية والاجتماعية والانفعالية واللغوية والأخلاقية للأفراد .ففي الآسرة يكتسب الفرد ويتعلم الكثير من الخبرات كاللغة والقيم والأخلاق وقواعد السلوك، وفيها يتم التنميط الاجتماعي وتعلم الأدوار المرتبطة بالجنس، وهي التي تعنى بالفرد وتزوده ببعض الخبرات المعرفية وتعمل على تنميته انفعالياً وتسهم إلى درجة كبيرة في تكيف النفسي والاجتماعي تلعب نوعية الخبرات والتفاعلات التي يعايشها الفرد في الأسرة في درجة تكيفه النفسي والاجتماعي .وقد تنشأ الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال كنتاج لنوعية الخبرات التي يتعرضون لها وأنواع التفاعلات السائدة في الأسرة أن وجود الخلافات الزوجية أو التشدد في أساليب التربية والتدريب أو التساهل والإهمال أو الحرمان بسبب الظروف الاقتصادية وانشغال الوالدين عن الأبناء

واضطراب العلاقات بين أفراد الأسرة ينعكس سلبيا في نمو الأطفال وفي بناء شخصيتهم، وهذا بالتالي يؤدي إلى حدوث بعض الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية لديهم.

المدرســـــــة : البيئة الاجتماعية الثانية والمهمة هي المدرسة التي ينمو فيها الطفل ويتعرض إلى الكثير من الخبرات المعرفية والأكاديمية واللغوية والاجتماعية بالإضافة إلى تفاعلاته المستمرة مع الأقران والقائمين على عملية التدريس والتعرض إلى المواقف السارة منها والمؤلمة .وبالتالي فإن نمو الطفل الشخصي يعتمد إلى درجة كبيرة على نوعية الخبرات وطبيعة العلاقات التي يواجهها الطفل في المدرسة ومع أن بعض الأطفال يذهبون إلى المدرسة وهم يعانون من بعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والتي كانت قد تشكلت عندهم سابقاً في الآسرة، فقد تسهم المدرسة إما في تفاقمها أو تخليص الأطفال منها، في الوقت الذي قد تعمل فيه المدرسة على تطوير بعض الاضطرابات الأخرى لدى أطفال آخرين. ففي المدرسة تزداد المطالب ويسود فيها مناخ يفرض على الأفراد اكتساب خبرات أكاديمية ومعرفية واجتماعية معينة والطاعة والالتزام بالأنظمة والتعليمات والدخول في علاقات اجتماعية متعددة مع الأقران والمعلمين، وكل هذا قد يشكل خبرات سارة أو مؤلمة للطفل، مما يؤثر بالتالي في نوعية الاتجاهات التي يطورها، وفي طبيعة أنماطه السلوكية والانفعالية. (**عماد عبد الرحيم .2006**: 77 -79).

5.3.7. النظرية البيو فسيولوجية:

هذه النظرية ترى أن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها الأفراد هي ذات منشأ بيولوجي فسيولوجي، حيث يولدون ولديهم الاستعداد لذلك فالاضطرابات الانفعالية أو السلوكية حسب هذه النظرية تعود في أسبابها إلى عوامل عصبية أو جينية أو بيوكيماوية أو فسيولوجية حيث تعمل مثل هذه العوامل على توليد أو تفاقم الاضطراب السلوكي لدى الأفراد .فعلى سبيل المثال تشير الدلائل العلمية إلى ارتباط حالات التوحد لدى الأطفال بالاختلال وعدم التوازن الكيمائي في أجسامهم، في حين وجد أن النشاط الزائد وتشتت الانتباه يرجع في احد أسبابه إلى خلل أو تلف بسيط في الخلايا العصبية. ويمكن إجمال العوامل البيولوجية – الفسيولوجية على النحو التالي:

الوراثة: تعرف الوراثة على أنها عملية انتقال الصفات من الآباء إلى الأبناء بواسطة الجينات واعتماداً على ذلك، قد تقف العوامل الجينية وراء حدوث الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى بعض الأفراد اعتماداً على نوعية الجينات التي تنتقل اليهم من الوالدين .لقد أظهرت نتائج الدراسات التي أجريت على التوائم المتماثلة وتلك التي درست السلالات(شجرة العائلة) تأكيد دور العوامل الوراثية في التسبب في

الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأفراد .فقد وجد أن فصام الطفولة والخلل الدماغي والشيزوفرانيا وبعض الاضطرابات الأخرى تنتقل بالموروثات) الخلايا الجينية (أو نتيجة خلل في الأداء الوظيفي لهذه الخلايا .كما وجد أن السلوك الإجرامي والعدواني يرتبط إلى درجة كبيرة بوجود جين ذكري زائد(**y**) لدى الأفراد، حيث أظهرت نتائج الدراسات

أن التركيب الجيني(**xyy**) يظهر لدى البعض من الجانحين ومرتبكي الجرائم ،وتظهر نتائج دراسات أخرى وجود استعداد وراثي لدى البعض من الأفراد لتطوير مشاعر الاكتئاب وبعض الاضطرابات النفسية الأخرى

- **العوامل العصبية:** أن الخلل في وظائف الخلايا العصبية لبعض مناطق الدماغ أو تعرضها إلى بعض التلف أوالإصابة قد يتسبب في خلل في الأنماط السلوكية لدى الأفراد، والتي قد تتبدى في بعض إشكال الاضطرابات السلوكية فعلى سبيل المثال، التلف البسيط في خلايا القشرة الدماغية أو الاختلال في الأداء العصبي قد يؤدي إلى الاضطراب السلوكي المعروف بالنشاط الزائد والتشتت في الانتباه، في حين التلف الشديد قد يتسبب في حدوث الإعاقات العقلية والحركية.**(Quay etal 1987. p54).**

- **العوامل البيو كيمائية:** تعتمد الوظائف النفسية على مدى توازن الأنشطة العضوية وتكامل أداء الأجهزة الجسمية المختلفة مع .فالخلل في أداء أي عضو أو جهاز من الأجهزة الجسمية ينعكس سلباً في الأداء النفسي والسلوكي لدى الفرد .هذا ويعد التوازن الكيميائي في الجسم الإنساني من العوامل الهامة في السلوك نظراً لدوره في التحكم في عمليات النمو من جهة وتنظيم عمليات البناء والهدم، أو ما يعرف بعملية التمثيل الغذائي من جهة أخرى. أن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأفراد قد ترتبط بدرجة كبيرة بالاختلال في إفراز الهرمونات والأنزيمات التي تفرزها الغدد المختلفة. **(Davis & Palladino 2004).**

5.3.8. النظرية الذات لكارل روجرز:

حيث يرى "**كارل روجرز**" أن أي إحباط يعوق ويهدد الحاجات الأساسية للشخص ونقص احترام الذات حتما يؤدي إلى اضطرابات انفعالية ،وكذلك التهديد الذي يمكن أن يأخذ مشاكل مختلفة وموجهة إلى بناء الذات ، حيث أن مفهومنا عن ذواتنا يحدث تهديد تبعا لإدراكاتنا المختلفة للخبرات التي يمر بها الفرد فإذا كان نظام القيم مستوردا من مجتمع آخر فإن الفرد لا يكون صاحب ذاته ، إذن ينشأ الاضطراب الانفعالي والسلوكي(**منسي حسين وآخرون . 2004: 195**) .

وبناء على أهمية هذه النظريات المتمثلة في معالجة موضوع الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأشخاص المراهقين ووقوفها على بعض العوامل والأسباب التي تؤدي بالشخص إلى حالة الاضطراب السلوكي

والانفعالي وعلى هذه المعلومات والإيضاحات عن فحوى هذه الظاهرة المعقدة واطلاعنا على مدى اختلاف واتفاق العلماء في تحليلها ومعالجتها هذا يدفعنا إلى التطرق إلى أنواعها والمتمثلة في ما يلي:

5.4. أنواع الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

إن تحديد الخط الفاصل بين الفرد السوي في سلوكياته وانفعالاته وبين المضطرب وخاصة في مرحلة المراهقة هو أصعب ما يمكن اكتشافه ، فالفرق بينهما هو في مدى تكرار السلوك وشدته واستمراره ، الذي يؤدي إلى حدوث مشكلة لدى الفرد ، وينتج عدم الارتياح لفاعله في السلوك والانفعال.

وكثيرا ما يجد القائمون على تربية وتعليم المتمدرسين المراهقين أنفسهم أمام بعض من هؤلاء يعانون اضطرابات سلوكية وانفعالية تنعكس مباشرة أو غير مباشر على جوانب حياتهم الشخصية والاجتماعية والأكاديمية ، ولهذه الظاهرة أنماط مختلفة وأشكال متعددة ، وتتفاوت في انعكاساتها وأثارها على مرتكبيها وعلى أسرهم ومجتمعاتهم ، وخاصة على سير العملية التعليمية في المؤسسات التربوية ، ونحاول في هذا الإطار أن نستعرض أبرز وأهم أشكال وأنواع الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشائعة في مرحلة المراهقة.

- **النشاط الزائد Hyperactivity** :استخدمت عدة مصطلحات للإشارة إلى هذا الاضطراب منها الحركة الزائدة أو النشاط المفرط ..

- **تعريف النشاط الزائد** : وهو حركات جسمية تفوق الحد الطبيعي أو المعقول، ويظهر من خلاله النشاط غير الملائم وغير الموجه بالمقارنة مع سلوكيات الفرد النشط الذي تتسم فعاليته بأنها هادفة ومنهجية.("شيفرو ميلمان "وآخرون 1989 6: **Scheffer and Mailman ت سمية داود وآخرون 6 :1989)**

ويمكن تعريف النشاط الزائد على أنه نشاط جسمي وحركي حاد ومستمر وطويل المدى ، بحيث لا يستطيع التحكم في حركات الجسم ، بل في أغلب الأوقات يكون الشخص المصاب بهذا الاضطراب في حركة مستمرة ، وتكون هذه الظاهرة مصاحبة لحالات إصابات الدماغ ، أو قد تكون لأسباب نفسية.

وعندما يرتبط سلوك النشاط الزائد بالمشكلات المتعلقة بضبط السلوك داخل القسم التعليمي أو المؤسسة التربوية ، فإنه يمكن تعريفه إجرائيا على أنه هو زيادة في النشاط عن الحد المقبول، بشكل مستمر ولا تكون مناسبة مع عمره الزمني فعلى سبيل المثال نشاطات يقوم بها المراهق متساوية لنشاطات الطفل الذي هو في حالة زمنية بصدد الاكتشاف فخلال المناقشة في القسم يعتبر نشاط غير مناسب كذلك مثلا الخروج من

المقعد والتحدث دون استئذان ، والتجول في القسم واللقاء الأشياء على الأرض ، والإزعاج اللفظي وما إلى ذلك من الأفعال غير الانضباطية .

يظهر سلوك النشاط الزائد من خلال الظواهر المتمثلة بسلوك الفوضى والمشي في القسم ، والتحدث إلى الزملاء ، وعدم الامتثال للتعليمات ، ونقل المقعد من مكان إلى آخر ،أو تغييره ، ومغادرة القسم دون استئذان ، والكتابة على الحائط ، والتأخر على موعد الدرس، وهز الجسم أثناء الجلوس ، وأخذ ممتلكات الأخرين ، وإصدار أصوات غير مفهومة ،والضحك بطريقة غير مناسبة ،والغناء والصفير .

كما ترافق النشاط الزائد خصائص سلوكية منها :عدم التنظيم ،والتهور والاندفاع ،والقلق والعصبية ، والقابلية للإثارة ، وعدم القدرة على الانتباه ، والضعف الشديد في التركيز ، ونوبات الغضب الشديدة ، وتصرفات غير متوقعة ، وتغيرات ملحوظة في المزاج وعلاقات اجتماعية مضطربة والعدوانية ، والاضطراب في الوظائف الحركية وغيرها من الخصائص ، وهذا كله يقود إلى ضعف في التحصيل المدرسي وإلى مشكلات سلوكية واجتماعية أخرى .

- أسباب النشاط الزائد :

نظريات عديدة حاولت تفسير النشاط الزائد وتحديد أسبابه ، وتشير تلك النظريات إلى جملة من الأسباب ولقد أخفقت الدراسات التربوية في دعم أي من هذه الأسباب ، يميل الباحثون إلى الاعتقاد بأن النشاط الزائد ليس نتيجة عامل واحد ، بل نتاج عدة عوامل تتفاعل مع بعضها ومنها :

- العوامل الجينية :اقترحت الدراسات وإشارة إلى وجود علاقات بين العوامل الجينية ومستوى النشاط الزائد إلا أنها لم تثبت ذلك حتى الآن .

- العوامل العضوية : إشارة مجموعة من الدراسات أن المراهقين الذين يظهرون نشاطا زائدا نتيجة لتلف في القشرة الدماغية أو إصابة في الدماغ ، أو نتيجة ضعف نمائي يعود لأسباب متباينة ، مثل الأورام ، أو نقص الأكسجين في الأنسجة .

- العوامل النفسية :

- المزاج : قد تؤدي المشكلات في المزاج لدى المراهقين إلى اضطرابات سلوكية ، فالنشاط الزائد لديهم هو طريقة للدفاع عن الذات في وجه الرفض ،وبالتالي انخفاض تقدير الذات ، وزيادة مستوى التهيج وأحداث النشاط الزائد.

- **التعزيز** :قد يؤدي التعزيز الاجتماعي إلى تطور النشاط الزائد أو إلى استمراريته ،حيث يحظى نشاط الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة بانتباه الراشدين وقد يتم تعزيزه، أما في مرحلة المراهقة تفرض عليه قيود وتعليمات ، فالمراهق في هذه الحالة لم يعتد على هذا الموقف ، ومن هنا يصبح أكثر نشاطا ليحظى بالتعزيز الاجتماعي الذي كان يحصل عليه في مرحلة ما قبل المدرسة .وهذا ما يسمى بالنشاط الزائد.

- **العوامل البيئية** : يعتقد أن العوامل البيئية تسبب إثارة كبيرة للجهاز العصبي المركزي ، مما يؤدي إلى سلوك النشاط الزائد، ومن هذه العوامل :

- **التسمم بالرصاص** :إن النسبة العالية من الرصاص في الدم يؤدي إلى النشاط الزائد عند المراهق .

- **الإضاءة** : الإضاءة التي يتعرض لها الأشخاص تؤدي إلى التوتر الإشعاعي الذي يسبب نشاطا زائدا ضغوطا بيئية تغير طبيعة الجسم ، فينتج النشاط الزائد .

- **قياس النشاط الزائد:** لابد من أن يتم تقييم المراهق تقييما شاملا، ويوجد عدد من المقاييس التي يمكن استخدامها للتعرف على وجود هذا السلوك، ويعتبر مقياس (Conners) واحدا من الأدوات الحديثة والمعروفة في هذا الصدد. .(**خولة يحي .2000 :179 -183)**

- **العـــــدوان** Agression:يعتبر السلوك العدواني أحد خصائص التي يتصف بها كثير من المراهقين المضطربين سلوكيا وانفعاليا ، وهناك درجات من السلوكيات العدوانية ، بعضها مقبول ومرغوب كالدفاع عن النفس ، والدفاع عن حقوق الآخرين، وبعضها غير مقبول ويعتبر سلوكا هداما ومدمرا في كثير من الأحيان ، من هذا المنطلق فقد انصب اهتمام الباحثين على دراسة هذا السلوك ، وذلك لأن نتائج هذا السلوك أو المترتبة عليه تعد أكثر خطرا على الأفراد والمجتمع .

- **تعريف السلوك العدواني:** يعرفه Berkowitz, (1964) بأنه :السلوك الذي يهدف إلى إلحاق الأذى بقصد إيذاء الآخرين. ويعرفه Robert Sears (1989)العدوان بأنه :حدث يقصد فيه الشخص عمدا إيذاء شخص أو شيء آخر، ونحن لا يمكننا مشاهدة القصد والغاية بطريقة مباشرة، ولكننا نلاحظ الموقف الفعلي، ثم نحاول تخمين القصد والغاية وفقا لما شاهدناه(**مختار وفيق. 1999:50**)

فالسلوك العدواني ليس انفعالا أو حاجة أو دافعا حيث أشار كل من ميلر ودنفر(1982) إلى خمس محكمات أساسية نستطيع من خلالها تعريف العدوانية و تحديدها وهي : نمط السلوك ، شدة السلوك ،درجة الألم أو التلف الحاصل ،خصائص المعتدي ، نوايا المعتدي .

- **مظاهر السلوك العدواني:**

- **العدوان الجسدي** : ويقصد به السلوك الجسدي المؤذي الموجه نحو الذات أو الآخرين ، ويهدف إلى الإيذاء أو إلى خلق الشعور بالخوف مثلا : الضرب ، والدفع، وشد الشعر وهذه السلوكيات ترافق غالبا نوبات الغضب الشديدة.

- **العدوان اللفظي:** هو الكلام الذي يرافق الغضب، والشتم، والسخرية، والتهديد. وذلك من أجل الإيذاء أو خلق جو من الخوف ، وهو موجه للذات أو للآخرين .

- **العدوان الرمزي** : ويشمل التعبير بطرق غير لفظية عن احتقار الأفراد الآخرين أو توجيه الإهانة لهم كالامتناع عن النظر إلى الشخص الذي يكن العداء له ، أو الامتناع عن تناول ما يقدمه له ، **أو** النظر بطريقة احتقار للآخرين . (**خولة يحي** .**2000** :**185**-**186**)

- **العدوان الاجتماعي:** وهو سلوك عدائي موجه إلى الآخرين مثل الجريمة والاغتصاب ..إلخ

والعدوان قد يكون مباشر أو غير مباشرا ويقصد بهما :

-العدوان المباشر: ويعرف على أنه الفعل العدواني الموجه نحو الشخص الذي أغضب المعتدي.

- **العـــــدوان غير المباشر:** ويتضمن الاعتداء على شخص بديل وعدم توجيهه نحو الشخص الذي تسبب في غضب المعتدي ويطلق عليه اسم (العدوان المزاح)

كما يصنف البعض العدوان إلى ثلاثة أنواع تلاحظ عند التلاميذ وهي :

عدوان ناتج عن استفزاز ، حيث يدافع التلميذ هنا عن نفسه ضد اعتداء أقرانه .

عدوان ناتج من غير استفزاز، وهنا يهدف الطالب من خلاله إلى السيطرة على أقرانه أو إزعاجهم أو أغاظتهم أو التسلط عليهم.

- **العدوان المتفجر:** المصحوب بنوبة من الغضب ، ويلجأ التلميذ فيه إلى تحطيم الأشياء و يبدو هنا كأنه لا يستطيع السيطرة على غضبه . (**مصطفى القمش وآخرون** .**2009** :**205**)

أما باترسون وآخرون Patterson\Other 1986 فقد وصفوا أشكال السلوك العدواني كالآتي :

- السب والاستهزاء، كان يذكر الفرد الوقائع أو المعلومات بلهجة سلبية.
- التحقير، وهو إطلاق العبارات والشتائم التي تنقص من قيمة الطرف الآخر وتجعله موضعا للسخرية والضحك.
- الاستفزاز بالحركات، كالركض في الغرفة أو الخبط على الأرض بقوة.
- السلبية الجسدية، كمهاجمة شخص آخر لإلحاق الأذى به.

- التدمير، وهو تدمير أشياء الآخرين و تخريبها.

- **أسباب السلوك العدوان:**. باعتبار العدوان أحد الظواهر والموضوعات النفسية التي يترتب عليه من أثار مدمرة على الفرد نفسه وعلى الآخرين ، فقد اهتم به علماء النفس ، وحاولوا تفسيره رغم اختلاف مدارسهم واتجاهاتهم ، وعلى الرغم من هذا الاهتمام ، إلا أن تفسيرات علماء النفس حول هذا السلوك متباينة ويرجع هذا التباين إلى الأطر النظرية التي تعتمد عليها كل نظرية أو مدرسة من مدارس علم النفس

- **قياس السلوك العدواني** . تعتبر عملية قياس السلوك العدواني من إحدى الصعوبات التي يواجهها المهتمون بدراسة هذا السلوك ، وذلك لأن هذا السلوك معقد إلى درجة كبيرة ، ولعدم وجود تعريف إجرائي محدد له ، تبعا لذلك ، فطرق القياس مختلفة وهي دون شك تعتمد على النظرية التي يدرس الباحث سلوك العدوان في ضوئها ، ومن طرق قياس السلوك العدواني هي :

-الملاحظة المباشرة .

- قياس السلوك من خلال نتائجه .

- المقابلة السلوكية .

- تقدير الأقران.

- اختبارات الشخصية وتقدير المدرسين. .(**خولة يحي 2000 : 190)**

- **الخجلShyness** : يعد الخجل ظاهرة انفعالية اجتماعية تظهر لدى الأطفال في الفترة العمرية بين (2-4) سنوات، وقد تستمر خلال المراحل اللاحقة، بحيث تشكل مشكلة حقيقة للفرد في مرحلة المراهقة، إذ تبلغ نسبة انتشارها حوالي 40 % لدى المراهقين والشباب . تشكل ظاهرة الخجل مصدر إزعاج وإحراج للمراهقين والشباب من حيث أنها تعيقهم من عمليات التواصل الاجتماعي المناسب مع الآخرين وإلى انسحابهم من العديد من المواقف.

- **أعراض الخجل:** يمتاز المراهقون الخجولين بالمظاهر التالية:

- تجنب التواصل مع الآخرين والانسحاب من المواقف.
- انعدام الثقة بالذات وبالآخرين.
- الميل إلى التزام الصمت.
- الحساسية الزائدة والشعور بعدم الارتياح.
- المعاناة من مشاعر القلق والنقص.

- انعدام زمام المبادرة والتطوع والمغامرة.
- الخوف والتردد وعدم القدرة على تحمل المسؤولية.

عموماً يمتاز المراهقون الخجولين بتحاشي التواصل مع الآخرين، وعدم الرغبة في المشاركة في المواقف الاجتماعية والخوف وضعف الثقة بالنفس وبالآخرين والتردد والتكلم بصوت منخفض واحمرار الوجه وتصبب العرق عند الحديث وقد يترافق ذلك مع حدوث ارتعاش في أطراف الجسم مثل اليدين عند الحديث أمام الآخرين.

- **أسباب الخجل:** هناك عدد من الأسباب التي تؤدي إلى ظهور الخجل لدى الأفراد المراهقين منها:

- **انعدام الشعور بالأمن** : يتولد الخجل لدى الأفراد بسبب غياب عوامل الأمن والطمأنينة نتيجة لممارسات التنشئة الاجتماعية الخاطئة التي يمارسها الوالدان في التربية، ولا سيما في مراحل الطفولة المبكرة .ومن هذه الممارسات الخاطئة ما يلي:

- **الحماية الزائدة** : إن الإفراط في العناية بالمراهق والحرص الشديد عليه في مرحلة الطفولة ينمي لديه الإحساس بالتبعية والاعتماد على الآخرين والاتكال عليهم في تسيير أموره الحياتية، وهذا ينجم عنه انخفاض ثقة المراهق بذاته وعدم ميله للمغامرة أو المبادرة بحيث يصبح أكثر سلبية وأكثر خجلاً عندما يتطلب الموقف منه القيام بعمل معين أو الحديث أمام الغير.

- **الإهمال والتجاهل والنبذ** : يؤدي الإهمال والتجاهل المتكرر من قبل الآباء لأبنائهم على توليد مشاعر النقص لديهم، وهذا بالتالي يجعل منهم أكثر اعتمادية على الآخرين وأكثر خجلاً وأقل ميلاً للمخاطرة واتخاذ المبادرات.

- **النقد والتهكم** : يفرط بعض الآباء في توجيه اللوم والنقد لأبنائهم، كما أنهم يسخرون من سلوكياتهم ومبادراتهم في بعض المواقف . و كنتيجة لكثرة النقد والتهكم والسخرية هذه يتولد عند المراهق الشعور بالخوف والتردد والخجل .

- **الإفراط في استعمال العقاب والتهديد** : إن لجوء بعض الآباء إلى أساليب العقاب القاسية والتهديد بإنزال العقوبات يخلق لدى المراهقين استراتيجيات سلوكية انسحابيه وينمي لديهم الشعور بالخجل كذلك.

- **عدم الثبات في تربية المراهق في مرحلة الطفولة الأولى** : إن تذبذب أساليب التربية المتبعة من قبل بعض الآباء في تهذيب وتنشئة أبنائهم ينعكس سلباً في أنماطهم السلوكية .فتساهل الآباء مع الأطفال في بعض المواقف والحزم الشديد معهم في مواقف أخرى والاهتمام بهم أحياناً وإهمالهم وتجاهلهم في أوقات

أخرى يجعل منهم غير آمنين ومترددين، حيث يصعب عليهم التنبؤ بسلوكيات والديهم نحوهم، وهذا الأمر يجعل منهم خجولين، ومثل هذا الخجل قد يمتد ليظهر في المواقف المدرسية والاجتماعية الأخرى وتظهر أكثر في مرحلة المراهقة .

- **مشاعر النقص** : يتولد الخجل لدى الأفراد المراهقين بسبب ما يعتريهم من مشاعر النقص بوجود بعض العاهات الجسدية لديهم مثل انتشار البثور على الوجه أو العرج أو طول الأنف أو السمنة أو النحافة أو عدم جمال الوجه .وقد تنتج مشاعر النقص لدى الأفراد بسبب مقارنة نفسه بالآخرين أو بسبب تدني المستوى الاقتصادي لأسرته .وكنتيجة لمشاعر النقص هذه يصبح المراهق شديد الحساسية بحيث يتجنب الاتصالات الاجتماعية مع الآخرين ويميل إلى الانسحاب والعزلة

- **التنمذج مع أحد الوالدين** : تظهر نتائج الدراسات أن الآباء الخجولون غالباً ما يكون لديهم أبناء خجولون، حيث يوجد هناك علاقة ارتباطية بين الخجل والنماذج الخجولة .فالآباء الخجولين في الغالب يحتفظون بأدنى حد من العلاقة الاجتماعية والتواصل مع الآخرين، ومثل هذا الجانب ينعكس في أنماط سلوكيات أبنائهم الاجتماعية نظراً لنمذجهم بسلوكيات والديهم

- **.تدعيم الخجل:** إن الإفراط والمبالغة من قبل الآباء والمعلمون والأقران بنعت الفرد بأنه خجول ينمي الإحساس بالخجل لديه ويعمقه على نحو يجعله يعتقد اعتقاداً كبيراً بأنه خجول، وهذا يترتب عليه التردد وتجنب التواصل مع الآخرين.

- **التأخر الدراسي** :يؤدي الفشل في إحراز النجاح في بعض المهام الأكاديمية وتدني المستوى الدراسي للمراهق مقارنة بأقرانه إلى الإحساس بالخجل من الأقران والمعلمون والآخرين، وإذا تكرر الفشل قد ينزع بعدها، إلى الهروب من المدرسة تفادياً لمشاعر الخجل المؤلمة.

- **اضطرابات النمو والإصابة بالمرض** :قد يتولد الخجل لدى الفرد كنتيجة لإصابته بأحد اضطرابات النطق والكلام أو لمعاناته من بعض الأمراض الأمر الذي يدفع بالمراهق إلى تجنب الاحتكاك بالآخرين وعدم الاندماج في التفاعلات الاجتماعية كمخرج للحالة التي يعاني منها.

(عماد عبد الرحيم ، 2006 :145 -148)

- **الانسحاب الاجتماعي Social Withdrawal:** تعددت المصطلحات والأوصاف التي استخدمت في الدراسات النفسية والتربوية لوصف مفهوم الانسحاب الاجتماعي ، ومن أهمها : العزلة الاجتماعية الانطواء على الذات ، والانسحاب الناتج عن القلق .

- **مفهوم الانسحاب الاجتماعي** : هو نمط من السلوك يتميز بإبعاد الفرد نفسه عن القيام بمهمات الحياة العادية ، ويرافق ذلك إحباطا وتوترا وخيبة أمل ، كما يتضمن الانسحاب الاجتماعي الابتعاد عن مجرى الحياة الاجتماعية ، ويصاحب ذلك عدم التعاون وعدم الشعور بالمسؤولية ، وأحيانا الهروب إلى درجة ما من الواقع الذي يعيشه الفرد .

فالانسحاب الاجتماعي بصورة عامة هو الميل لتجنب التفاعل الاجتماعي والإخفاق في المشاركة في المواقف الاجتماعية بشكل مناسب والافتقار إلى أساليب التواصل الاجتماعي ، ويتراوح هذا السلوك بين عدم إقامة علاقات اجتماعية أو بناء صداقة مع الأقران إلى كراهية الاتصال بالأخرين والانعزال على الناس والبيئة المحيطة ، وقد يبدأ في سنوات ما قبل المدرسة ويستمر إلى فترة المراهقة وربما طوال الحياة

- **مظاهر وأعراض الانسحاب الاجتماعي** :من مظاهر الانسحاب الاجتماعي وأعراضه العزلة وانشغال البال وتجنب المبادرة إلى التحدث مع الآخرين أو أداء نشاطات معهم ، والشعور بعدم الارتياح ويصاحبه عدم الشعور بالسعادة ومعاناة تصل إلى حد الاكتئاب ، كما قد ينطوي على انفعالات وسلوكيات أخرى مثل القلق ، الكسل أو الخمول ، والخوف من التعامل مع الآخرين ،الخوف من العقاب ، عدم الوعي للذات وإدراكها البطيء ، الشعور بالنقص ، سهولة الانقياد ، الخوف من الكبار، عدم الاستجابة للتغير، التعبير اللفظي المحدود.

والطفل المنسحب أو المنطوي في العادة يكون مصدر خطر على نفسه وليس على الآخرين ، فهو لا يثير المشاكل داخل غرفة الدراسة وكثيرا ما يتم وصفه من قبل المعلمين بأنه تلميذ غير قادر على التواصل وأنه خجول وحزين وعادة ما يفشل في المشاركة في الأنشطة المدرسية وفي تكوين علاقات مع الآخرين أن المراهقين المنسحبين عادة ما يكونوا طفوليين في سلوكهم وتصرفاتهم ، وتنقصهم المهارات الاجتماعية اللازمة وبعضهم تنمو لديهم مخاوف مرضية لا أسباب لها ، كما بعضهم دائما الشكوى والتمارض للابتعاد عن المشاركة في الأنشطة العامة .

ويمثل المراهقون المنعزلون إلى التجنب المشاركة في المناقشة في القسم ولا يطلبون المساعدة من قبل الأستاذ أو المعلم أو المرشد أو المدير حتى عندما تواجههم مشكلة ما ، كذلك فإن لديهم اتجاهات سلبية

نحو أعضاء هيئة التدريس والزملاء والمدرسة بشكل عام ، وكذلك يتميزون بالتردد والتشاؤم حول المستقبل وعدم الثقة التي قد تصل إلى درجة الشك والسخرية من دوافع الآخرين ، وادراك للمجتمع على أنه غير ثابت و مليء بالأشخاص غير الموثوق بهم .

- **أشكال الانسحاب الاجتماعي:** صنف" جرينوودو" آخرون (Greenwood et al 1977)الانسحاب الاجتماعي إلي صنفين هما :

- **الانسحاب الاجتماعي** : والذي يتمثل بالأفراد المراهقين الذين لم يسبق لهم أن أقاموا تفاعلات اجتماعية مع الآخرين أو أن تفاعلاتهم كانت محدودة ، مما يؤدي إلى عدم نمو مهاراتهم الاجتماعية والخوف من التفاعلات الشخصية .

- **العزل الاجتماعي أو الرفض** : ويتمثل بالأفراد المراهقين الذين سبق لهم وأن أقاموا تفاعلات اجتماعية مع الآخرين في المجتمع و لكن تم تجاهلهم أو معاملتهم بطريقة سيئة مما يؤدي إلى انسحابهم وانعزالهم .

ويصنف كل (كوك وابولوني، Cook Apollonia) الانسحاب الاجتماعي التفاعلي ، بالاعتماد على تكرار ونسبة حدوث السلوك الاجتماعي الذي يقوم به المراهق، أي عدد المرات التي يقوم بها بنشاطاته وقد وجد أن هذا الأسلوب (أسلوب التكرار و النسب)له فائدة في التشخيص الإكلينيكي للانسحاب الاجتماعي .

وبناء على ما سبق يمكن أن نقول أن الانسحاب الاجتماعي ينقسم إلى قسمين:

- **الانسحاب الاجتماعي البسيط:** يتضمن الانعزال والابتعاد عن الآخرين وعدم إقامة علاقات صداقة والامتناع على الحديث مع الغير بشكل مستمر، وعدم الاهتمام بالبيئة المحيطة، ويتصف بالخمول وعدم النضج، كما أنه يقتنع بالمشاهدة دون المشاركة.

- **الانسحاب الاجتماعي الشديد** :و ينجم عن تعديل خاطئ في الانفعالات حيث يرى الآخرين على أنهم مصدر الألم وعدم الراحة ، لذلك يلجأ للانعزال عن الآخرين ويكون عند هذا النوع من المنسحبين اجتماعيا سوء التكيف قد يؤدي إلى ظهور اضطرابات شديدة .

- **أسباب الانسحاب الاجتماعي** :من الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي هي :

- وجود تلف في الجهاز العصبي المركزي أو اضطراب في عمل الهرمونات في الجسم .
- وجود نقص في المهارات الاجتماعية كعدم معرفة للقواعد الأساسية لإقامة علاقات مع الآخرين .
- عدم التفاعل والاتصال الاجتماعي ضمن نطاق الأسرة .

- عدم احترام الطفل وتجاهله من قبل الأخرين وكذلك تعرضه للأذى والألم .

وإن هذا السلوك يظهر كذلك عند المراهقين الذين تعاني أمهاتهم وآبائهم من اضطرابات سلوكية مثلا رفض الآباء لأبنائهم، حيث توصل (East 1991) بأن الأبناء المنسحبين اجتماعيا إن آبائهم يشعرون أنهم يقدمون دعم أقل لأبنائهم بالمقارنة بآباء الذين أبنائهم لا يعانون من تلك الاضطرابات .

كذلك تدخل الأولياء في رفض رفقاء أبنائهم حيث يشعرون بشكل مباشر أو غير مباشر بأن الأصدقاء الذين اختارهم أوليائهم غير جيدين بما فيهم الكفاية مما ينتج عنه شعور بتدني مفهوم الذات لديهم وكذلك ميلهم إلى العزلة وتطور الرغبة لديهم في طلب الوحدة وتصبح علاقتهم مع الآخرين بدون قيمة بالنسبة لهم.

العادات والتقاليد السائدة في البيئة بالإضافة إلى نمط الحياة العائلية خاصة ازدواجية المعاملة مثلا المكافاة والتعزيز والتجاهل .

- **الخجل:** وهو من الظواهر شيوعا للانسحاب الاجتماعي فيمنع الفرد من التعبير عن حقوقه ومقابلة الناس وتكوين الصداقات.

الإعاقات التي تسبب سلوك العزلة والانطواء على الذات كالإعاقات الظاهرة والإعاقات الخفية مثل صعوبات التعلم والمشكلات اللغوية تؤدي بالطفل إلى الابتعاد عن مخالطة الآخرين .

- **قياس وتشخيص الانسحاب الاجتماعي:** هناك ثلاثة أساليب لقياس الانسحاب الاجتماعي وهي:

- **الملاحظة الطبيعية** :وهي الأكثر استخداما حيث يتم ملاحظة أنماط تفاعل الفرد في المواقف الطبيعية بشكل مباشر وتمكن الباحث من قياس سلوك الأفراد بشكل متكرر .

- **المقاييس السوسيومترية** :حيث تشتمل عادة على تقدير الأقران للسلوك الاجتماعي والمكانة الاجتماعية للطفل والمراهق.

- **تقديرا لمعلمين:** تتضمن هذه الطريقة توظيف قوائم التقدير السلوكية والتي يقوم المعلمون باستخدامها لتقييم الانسحاب الاجتماعي للتلاميذ وتشمل هذه القوائم جملة من أنماط السلوكية الاجتماعية التي يطلب من المعلمين تقدير مدى إظهار التلميذ لها، ومن قوائم تقدير السلوك الشهيرة التي تعالج في جزء منها سلوك الانسحاب الاجتماعي ، القائمة التي أعدها كل من "روس ، لاسي و بارتون "(**Ross . Laccy. Parton. 1965**). **(مصطفى القمش وآخرون. 233.2009 – 236)**

- **الاكتئاب Dépression:** يعتبر الاكتئاب من أكثر مشكلات الصحة النفسية شيوعا وانتشارا ، كما أنه يمثل أحد اضطرابات الوجدان حيث يظهر المكتئبين نقصا في الطاقة والحيوية والاهتمام ، وتسود مشاعر الذنب لديهم ، ويجدون صعوبة في التركيز ، ويفقدون الشهية للطعام ، وتنتابهم أفكار عن الموت أو الانتحار إلى جانب حدوث تغيرات سلبية في مستوى النشاط والقدرات المعرفية والحديث والوظائف النمائية المختلفة كالنوم والإقطاعات البيولوجية الأخرى يكون من شانها أن تؤثر سلبا على أدائهم الوظيفي في جوانب الحياة المختلفة . حيث يضيف أحمد عكاشة(1992) أن الاكتئاب إنما يبدأ في واقع الأمر بأعراض بسيطة ، ثم لا تلبث أن تتدرج في الشدة إذا لم يتم علاجها في بداية الأمر فيشكوا الفرد أولا من فقدان القدرة على التمتع بالمباهج السابقة مع انكسار النفس ،ثم يشعر بتغير لون الحياة وقيمتها ، ويبدأ في التساؤل عن أهميتها ، ويعيش في يأس وجزع وانقباض ، ثم تزيد وطأة الاكتئاب فيشعر بفقدان الأمل ويتخلله الخوف ويصيبه الارتباك الشديد ، وتتأثر وظائفه العقلية سلبا ، ويضطرب سلوكه ، ويشعر بعدم الأهمية واحتقار النفس ، ويتوهم العلل البدنية ، ويشعر بتأنيب الضمير ولوم الذات ،كما تظهر على المضطرب إلى جانب الحزن والكآبة واليأس أعراض سلوكية منها ضعف القدرة على العمل ، والخمول وضعف النشاط الحركي ، والكسل . ومما لا شك فيه أن الاكتئاب يعمل حال إصابة الأفراد في مرحلة المراهقة على إعاقة النمو الانفعالي والاجتماعي، كما يؤدي إلي دلالة في وظيفة الذات وفاعلياتها فضلا عن العلاقات بين الشخصية ، كما يؤدي إلى انخفاض في معدل التوافق الاجتماعي في المراهقة ويرتبط إلى جانب ذلك بالاضطرابات الشخصية ، فيقل أداؤه الاجتماعي ، وينخفض معدل تواصله مع الآخرين إلى درجة كبيرة تعكس معها سوء التوافق الاجتماعي ، ويصبح المريض أقل شعورا بالسعادة ، وأقل قدرة على مسايرة الآخرين أو مسايرة الأحداث اليومية ، ويصل المراهق الذي يعاني بالاكتئاب إلى حالة التشاؤم ، والشعور بالشقاء وضعف الثقة بالنفس والصعوبة في التوافق الذاتي والاجتماعي وعدم القدرة على تكوين شبكة من العلاقات الاجتماعية .

- **أنواع الاكتئاب** : وفقا لدليل التصنيف التشخيصي والإحصائي لأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM– IV التي صدرت عام (1994) وفي مراجعته النصية صدرت عام DSM-IV-TR(2000) نجد أن هناك نوعين أساسيين من الاضطرابات الاكتئاب وهما :

- **الاضطراب الاكتئابي البسيط** :بالنسبة للمراهقين فيمكن أن يتسم مثل هذا الاكتئاب بسرعة الغضب ، أو الانفعال ، أو التهيج . انخفاض مستوى الطاقة والحيوية مع سرعة الشعور بالتعب ،انخفاض تقدير الذات ،ضعف القدرة على التركيز ، الشعور باليأس .

- **الاضطراب الاكتئابي الشديد** :ويضم هذا النمط من الاضطراب نمطين هما :

النوبة الواحدة : حيث تسبب خللا أو تدهور واضحا في الأداء الوظيفي للفرد مع انشغال كبير بعدم القيمة أو الجدوى.

-الاضطراب الاكتئابي الشديد الدوري : ومن المتفق عليه أنه إذا ما استمرت أعراض الاكتئاب لمدة عامين متتاليين فإن ذلك إنما يعرف بالاضطراب الاكتئابي الشديد المزمن .

- **أهم الخصائص المميزة للاضطرابات الاكتئابي** :وتتمثل هذه الخصائص في ما يلي :

- الهدوء، الانطواء، والسلبية، والتردد وعدم الحسم.
- الحزن والتشاؤم، وعدم القدرة على التمتع والإمتاع.
- نقد الذات ، ولوم الذات و توبيخها .
- الشك والنقد الزائد.
- الميل إلى القلق.
- الانشغال بالأحداث السلبية، وعدم الكفاءة.

ويمتلك الفرد المكتئب أفكار سلبية عن الذات ،وعن العالم وعن المستقبل ، والتفسير السلبي للأحداث والخبرات ،كذلك فإن أعراض ومظاهر الاكتئاب يمكن تدرج في إطار أربع مجموعات تضم كل منها مجموعة من الأعراض متداخلة فيما بينها.

أولا. مظاهر الانفعالية التي تتضمن أعراض المزاج المكتئب ، والحزن، والتعاسة ، والشعور بالذنب واليأس ، والكآبة ، والشعور بالضلال والحزن ، والمشاعر السلبية نحوى الذات ، وعدم الرضا ، وفقد الروابط الانفعالية ، فقد التأثير ، وفقد الاهتمام .

ثانيا . المظاهر المعرفية فتضم التقييم الذاتي المنخفض أو السلبي ، وتشويش التفكير وتدني القدرات المعرفية، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات .

ثالثا. الدافعية النكوصية ، والتجنب والانسحاب ،والاعتماد الزائد .

رابعا. المظاهر الجسمية فتتضمن في انخفاض مستوى النشاط والطاقة والحيوية فقد الشهية ،واضطرابات النوم ، وسرعة التعب ، والإجهاد والشعور بالخمول (**ألان كازتين ت. عادل .2010:258-261**)

اضطـــــرابات القلـــــق : ويعرف القلق على أنه حالة نفسية تظهر على شكل توتر شامل ومستمر نتيجة شعور الفرد بوجود خطر يهدده، ومثل هذا الخطر قد يكون موجودا فعلاً وقد يكون متخيلا لا وجود له في الواقع.

وقد ينشأ القلق بسبب وجود عوامل معروفة لدى الفرد وتسبب له الخوف وهو ما يطلق عليه القلق الموضوعي مثل القلق الناتج عن التقدم إلى امتحان ما أو اختيار وظيفة معينة، وهناك القلق الناشئ عن أسباب غير معروفة ومحددة لدى الفرد وهو ما يعرف بالقلق العصابي. (**عماد عبد الرحيم . 2006 :172**).

حالة وجدانية غير سارة قوامها الخوف الذي ليس له مبرر موضوعي من طبيعة الموقف الذي يواجه الشخص مباشرة وغالباً ما ينطبع هذا الخوف على الحاضر والمستقبل معاً، ويكون مصحوباً في العادة بعدد من مظاهر الاضطراب في السلوك. (**البيلاوي إيهاب.2001 :31**)

حيث يعتبر القاسم المشترك في الاضطرابات النفسية وهو الحالة التي يشعر بها الفرد إذا تهدد أمنه أو تعرضه للخطر أو تلقى إهانة أو أُحبط مسعاه أو وجد نفسه في موقف صراعي حاد، ويمتد في نشأته ونموه إلى خبرات الطفولة والمثيرات التي يتعرض لها أثناء التنشئة الاجتماعية.

(كفافي علاء الدين.1990 :342)

ومن الجدير ذكره، أن القلق ضمن حدوده الطبيعية لا يعد اضطراباً أو عرضاً سلوكياً يستدعي الاهتمام وذلك لأنه في كثير من الأحيان يشكل هذا القلق دافعاً لدى الأفراد لاتخاذ الإجراءات السلوكية المناسبة وبذل مزيد من الجهد للتغلب على العقبات وتحقيق التكيف النفسي والاجتماعي المناسب .فعلى سبيل المثال، عندما يشعر المراهق بالقلق بسبب اقتراب موعد الامتحان، قد يدفع هذا القلق بالمراهق إلى بذل مزيد من الجهد والمثابرة في الإعداد والتحضير لهذا الامتحان من أجل تحقيق النجاح .كما أن القائد الذي يعاني من بعض مشاعر القلق قبل خوض معركة ما ، قد يؤدي به إلى اتخاذ إجراءات عملية مناسبة لتحقيق النصر وتفادي الهزيمة . ولكن عندما تستمر نوبات القلق لدى الفرد وتتفاقم وتزداد في حدتها على نحو يعيق الفرد من الإدراك والتعلم والتفاعل الاجتماعي، عندها يصبح القلق ظاهرة مرضية تتطلب العلاج المناسب.

- **أسباب القلـــق:** يظهر القلق لدى المراهقين بسبب عدد من العوامل أبرزها ما يلي:

- **فقدان الشعور بالأمن:** لا شك في أن فقدان الشعور بالأمن يولد لدى الأفراد مشاعر الخوف والقلق وتدني مفهوم الذات لديهم، بالإضافة إلى أنه يطور لديهم مشاعر النقص والاعتماد على الآخرين .وقد يرتبط الشعور بعدم الأمن لدى الأفراد بعدد من المتغيرات مثل:

أ .التهديد الشديد والتلويح باستخدام العقاب.

ب .إلحاق العقاب الشديد بالأفراد ولا سيما البدني منه.

ت .عدم الثبات والاتساق في التعامل مع الأفراد ولا سيما من قبل الوالدين.

ث . كبر حجم التوقعات حول أداء الأفراد.

ج .الإهمال والتجاهل للأفراد من قبل الآخرين.

ح .كثرة الخلافات والشجار أمام الأطفال من قبل الوالدين.

خ . فقدان أحد الوالدين بسبب الوفاة أو السفر.

- **الشعور بالذنب:** ينشأ القلق لدى بعض الأفراد بسبب مشاعر الذنب التي تعتريهم عندما يقومون بأفعال خاطئة أو غير صحيحة أو بسبب شعورهم بأنهم غير قادرين على القيام ببعض الأعمال المتوقع منهم القيام بها .وقد ينشأ الشعور بالذنب كذلك من سوء إدراك الأفراد وعدم قدرتهم على التمييز بين الواقع والخيال وما ينتج عن ذلك من توقع العقاب نظراً لسوء التصرف أو السلوك الناشئ عن ذلك.

- **كثرة الإحباطات** : تظهر لدى المراهقين مشاعر القلق في كثير من الأحيان نتيجة الإحباطات المستمرة والكثيرة التي يواجهونها .فالفشل المتكرر قد يولّد لديهم مشاعر الخوف والقلق والشعور بعدم القدرة والنقص ومثل هذه المشاعر لا شك أنها تنعكس سلباً في أنماطهم السلوكية سواء في مجال الأداء الأكاديمي أو المهني أو الاجتماعي

- **التنمذج مع الآخرين** : إن ملاحظة سلوكيات النماذج وما يترتب على هذه السلوكيات من نتائج عقابية أو تعزيزية تؤثر في دافعية الأفراد في تعلم هذه السلوكيات وتقليدها ويشكل الوالدين في المراحل العمرية المبكرة نماذج جاذبة للأبناء، حيث يتعلم الأبناء منهم العديد من الأنماط السلوكية والمهارات والقيم والاتجاهات والانفعالات .وقد يتولد القلق لدى الأبناء بسبب أن والديهم قلقون أو يظهرون سلوك القلق حيث يلاحظ الأطفال سلوكيات والديهم في المواقف المتعددة ويعملون على تقليدها ولا سيما عندما يواجهون صعوبات وعقبات.

- ومن جهة أخرى فإن الأسباب المؤدية للقلق تتعدد حسب مواقف الحياة وخبرات الفرد ومن أهمها : الوراثي النفسي ، والظروف الحياتية الضاغطة ومتطلبات التغير غير المستقر وزيادة التعقيدات ،بالإضافة لخبرات الطفولة والمراهقة ومشكلات الحاضر وأساليب التنشئة الخاطئة المتذبذبة بين التسلط والحماية الزائدة أو الحرمان ، والتعرض للخبرات الصادمة في مرحلة الطفولة والمراهقة وعدم التطابق بين الذات الواقعية المثالية .(**الحياني صبرم .2011 :103**) .

- **أعراض اضطرابات القلق :** وتتجسد أعراض القلق في التوتر والتحفز الدائم وغالباً ما يصاحبه سرعة ضربات القلب والعرق الغزير والرعشة والرجفة والشعور بالخنقة وآلام في الصدر وغثيان ووجع المعدة والدوخة وفقدان التوازن وخفة الرأس والشعور بأن الناس غرباء والخوف من الإصابة بالجنون حرارة وبرودة في الجسم وتقلصات في العضلات أو أوجاع وعدم المقدرة على الاسترخاء وزيادة الاستجابة للمثيرات وصعوبة في التركيز واضطراب النوم وفي مرحلة الطفولة المتأخرة يشكل الخوف من فقدان الحب من قبل الوالدين أو المعلمين.(**خولة يحي .2000 :126**) .

- كذلك من أعراضه كثرة الحركة وعدم الاستقرار وتشتت الانتباه وسرعة التعب وعدم المثابرة وسوء العلاقة مع الزملاء واضطراب واضح في النوم، ويظهر عادة عند شعور المراهق بالخطر من تهديد خارجي (الخوف من فقدان شيء) وتتسم تلك الأعراض بالاستمرار والشدة .(**ادم حاتم، 2003 :293**).

انطلاقا مما سبق يمكن القول أن ظاهرة القلق حالة نفسية يشعر من خلالها المراهق بعدم الراحة النفسية والجسدية نتيجة خبرة سابقة مؤلمة، أو مواقف يعيشها المراهق ولا يتفاعل معها وتكون غير ملبية لحاجياته المتعددة النفسية منها والاجتماعية. ولا يمكن أن تتسم ظاهرة القلق بميزة الاضطراب إلا إذا كانت مزمنة ومتكررة وذات شدة في حدتها .

- **السلوكيات الفوضوية Disruptive Behaviors :**

تعتبر السلوكيات الفوضوية شكلا من أشكال السلوك غير قابلة للتكيف، ومن أمثلة السلوكيات الفوضوية داخل القسم التحدث بصوت مرتفع ،وعدم البقاء في المقعد ، والقيام بالضوضاء ،والإتيان بإيماءات غير مناسبة ، ولمس ممتلكات الآخرين واللعب . ويمكن تحديد العديد من هذه السلوكيات قياسها في مواقف تعليمية مختلفة ، ونعرض أهم أنواع هذه السلوكيات بنوع من التوضيح في ما يلي :

- **الابتعاد عن المقعد:** تحرك التلميذ المراهق بعيدا عن مقعده دون أن يحصل على إذن من المعلم بذلك أو دون أن يطلب منه المعلم القيام بذلك. ويلاحظ أنه لا يوجد أي جزء من جسم الطفل يلمس المقعد.

- **الابتعاد الجزئي عن المقعد:** حيث يبتعد التلميذ المراهق عن مقعده في القسم مع بقاء جزء من جسمه ملامسا للمقعد.

- **لمس ممتلكات الأخرين** :تعني الاقتراب من الممتلكات الخاصة بتلميذ أخر وملامستها دون أن يحصل على إذن يسمح له بذلك ، ويتضمن مثل هذا الأمر خطف ممتلكات الغير وأخذها ، أو إعادة تنظيمها أو تكسيرها ، وملامسة المقعد الخاص للتلاميذ الآخرين .

- **التلفظ** : أي سلوك صوتي مسموع غير مسموح به يخرج من الفم .

- **اللعب** : استخدام الأيدي للعب بممتلكاته الخاصة أو بالممتلكات العامة وذلك بطريقة تتعارض مع عملية التعلم .

- **إصدار الضوضاء** : يمارس المراهق ضوضاء مسموعة غير التلفظ.

قضاء الوقت في أمور لا ترتبط بالمهمة المطلوبة ، لا يؤدي العمل الذي يتم تكليفه به ، كأن لا يقوم التلميذ المراهق بالقراءة أو الكتابة على سبيل المثال عندما يتم تكليفه بذلك .

ومن جهة فإن مقاييس الملاحظة المباشرة لتلك السلوكيات داخل القسم من جانب التلاميذ المراهقين الذين تم وصفهم بأنهم مزعجون ومثيرون للشغب تكشف على أن بعض هؤلاء المراهقين يأتون بتلك السلوكيات بمعدلات مرتفعة وبصورة متكررة ، كما أن البرامج العلاجية التي يتم تطبقها بعناية عادة ما تكتمون من شأنها أن تقلل من حدوثها بدرجة كبيرة . **(ألان كازدين .ت .عادل.2010 :131 -132)**

إن هذه السلوكيات الفوضوية التي يقوم بها المراهق في القسم تصنف في إطار الاضطرابات السلوكية والانفعالية إذا كانت تتميز بالتكرار والشدة وتثير الإزعاج وعدم المبالاة وتعرقل النشاط التعليمي له وللآخرين، ويتصفون بأنهم تلاميذ مزعجون وغير مستقرين سلوكيا ونفسيا . وتحدد وتشخص عن طريق الملاحظة المباشرة، عن طريق المختصين والقائمين على العملية التعليمية.

5.5. تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

تعاني عملية تصنيف الاضطرابات الانفعالية والسلوكية من مشكلة عدم وجود معيار أو أسلوب ثابت ومحدد يمكن على أساسه توزيع الأفراد المضطربين إلى مجموعات متجانسة وقد يرجع السبب في ذلك إلى وجود عدد من الاعتبارات والإشكالات التي قد تجعل بالفعل من عملية التصنيف مشكلة حقيقية، وهذه الاعتبارات تتمثل بما يلي:

- كثرة وتعدد الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والتي تتباين في مسبباتها وأعراضها ونتائجها ومستوى استمراريتها.
- نمطية السلوكيات المرتبطة بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية
- منها في أشكال السلوك الخارجي الموجه نحو الآخرين مثل الإزعاج والعدوان والاعتداء في حين بعضها الآخر يتمثل في أنماط السلوك الداخلي الموجه نحو الذات مثل الخجل والانسحاب والخوف والقلق وتدني مفهوم الذات .
- تباين أسس ومعايير التصنيف تبعا لتعدد الجهات المهتمة بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية فنجد من بين المهتمين القانونيين والأطباء والتربويين وأخصائي التربية الخاصة والعاملين في مجال الإرشاد والتوجيه النفسي وأخصائي الرعاية الاجتماعية، ولكل من هؤلاء أسس خاصة في التصنيف، وهذا الأمر بالتالي يترتب عليه فقدان عناصر الثقة والمصداقية بأسس التصنيف المتبعة لدى كل فئة من هذه الفئات وعدم قبولها من قبل الأطراف الأخرى.
- عدم وجود حدود فاصلة بين العديد من الاضطرابات السلوكية والانفعالية أي تداخلها معا من حيث الخصائص والأعراض السلوكية ، وعموما يوجد هناك عدداً من التصنيفات للاضطرابات الانفعالية والسلوكية نورد بعضاً منها:

التصنيف التربوي:

يُعنى هذا التصنيف بالاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تحدث في البيئة المدرسية وتنعكس أثارها في عمليات التعلم والتفاعل الاجتماعي؛ فهو يهتم بالمسائل الأكاديمية وبنوعية الخدمات والبرامج التربوية التي على أساسها يتم تصنيف مثل هذه الاضطرابات، حيث يصنفها في أربعة فئات هي:

- اضطرابات الاتصال والتواصل.
- الاضطرابات الانفعالية الشديدة
- الاضطرابات السلوكية..
- الاضطرابات المرتبطة بالتعلم.

التصنيف الطبي:

يركز هذا التصنيف على الأسباب العضوية التي تقف وراء الاضطرابات والأعراض المرتبطة بها، ويصنفها في أربعة مجموعات على النحو التالي:

- اضطرابات تطور اللغة النمائية.
- الاضطرابات الفصامية.
- الاضطرابات الكتائبية الناتجة عن التعرض لعملية جراحية أو صدمة أو حوادث مؤلمة.
- اضطرابات تطور القراءة.

تصنيف جمعية علم النفس الأمريكية :

توضح جمعية علم النفس الأمريكية في دليلها التشخيصي للأمراض العقلية المعروف باسم الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية

Diagnostic & Satatistical Manual of Mental " Disorders- Forth Edition - DSM- IV.

تصنيفا للاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي تظهر لدى الأطفال والمراهقين اعتماداً على طبيعة الأعراض المرتبطة بها ونوعية الخدمات والبرامج العلاجية المناسبة لكل منها .يشتمل هذا التصنيف على شريحة واسعة من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية فيما يلي نذكر بعضها:

اضطرابات التكيف اضطرابات القلق اضطرابات السلوك القهري، اضطرابات عجز الانتباه / النشاط الزائد الاضطرابات السلوكية اضطرابات سوء التصرف، الاضطرابات ثنائية القطب اضطرابات الهوس الاكتئاب اضطرابات الاكتئاب الاضطرابات الشيزوفرنية .(**عماد عبد الرحيم .2006 :29 -30)**

ونظرا للانتقادات التي وجهت إلى أنظمة التصنيف السابقة التي اعتمدت على التعريفات والجوانب الطبية والسيكولوجية والقانونية ، فقد عمد كوي (Quay.1975) إلى وضع نظام تصنيفي متعدد الأبعاد (Dimensionnel approach9) يعتمد على تقديرات الوالدين والمعلمين للسلوك، وتاريخ الحالة واستجابة الطفل على قوائم التقدير ، ويتألف تصنيف كوي من أربعة أبعاد وهي :

- **اضطرابات عدم النضج** :وتتمثل في عجز الانتباه والنشاط الزائد، والفوضوية والفشل في إنجاز المهمات قصرت فترة الانتباه والاستسلام .
- **اضطرابات سوء التصرف** : ومنها عدم الطاعة والتمرد والعصيان وعدم الثقة.

- **اضطرابات الشخصية** : ومنها الانسحاب والخجل والاكتئاب والقلق وسرعة الإثارة والتهيج وتدني الثقة بالذات والتوتر.

- **الانحرافات الاجتماعية** : ومنها السرقة والتخريب والعدوان والتهرب من المدرسة .والميل إلى الأطفال المنحرفين والولاء لهم.(**خولة يحي .2000 :19**).

يورد عبد الله (2001) تصنيف آخر يشتمل عدداً من الفئات على النحو التالي:

- .**اضطرابات السلوك غير الناضج** : ويشتمل عدد من الاضطرابات والمشكلات الانفعالية والسلوكية مثل عجز الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية وأحلام اليقظة والأنانية والاعتماد على الآخرين والتوحد.

- **اضطرابات القلق وعدم الشعور بالأمن** : وتشمل القلق والخوف والاكتئاب والخجل والسلوك القهري والاستحواذ والحساسية المفرطة.

- **اضطرابات العادات السلوكية** : وتشمل مص الإبهام وقضم الأظافر والتبول اللاإرادي واضطرابات النوم ومشكلات التغذية، واضطرابات النطق كالتأتأة والتلعثم.

- **مشكلات الصداقة والعلاقات مع الأخرين** :وتشمل العدوانية، والتنافس والغيرة، والانطواء

- **اضطرابات السلوك الاجتماعي** :ويضم العصيان والتمرد والسرقة والكذب والغش والهروب من المدرسة والمنزل والتخريب..... إلخ

- **مشكلات سلوكية أخرى** :وتشمل تعاطي العقاقير الطبية والإدمان على المسكرات والمخدرات والتدخين وممارسة السلوك الجنسي الخاطئ وضعف الدافعية نحو الدراسة وممارسة العادات الدراسية الخاطئة.

وتتصف الاضطرابات السلوكية والانفعالية بشكل عام بأنها سلوكيات خارجية أو سلوكيات داخلية حيث تكون السلوكيات الخارجية موجهة نحو الأخرين ، مثل العدوان والشتم والسرقة والنشاط الزائد بينما تكون السلوكيات الداخلية بصورة اجتماعية مثل الاكتئاب والانسحاب والمخاوف المرضية.(**عماد عبد الرحيم . 2006 :31**).

5.6. خصائص الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

ليس من السهل حصر جميع خصائص الأفراد المضطربين انفعاليا وسلوكيا، وقد يرجع السبب الرئيسي في ذلك إلى كثرة مثل هذه الاضطرابات وتعددها وتداخلها معا، وتفاوتها في شدتها من جهة أخرى لقد أشار" نيدلر" وزملاءه (**Kneedler et al.1984,**). إلى وجود أكثر من (100) خاصية يمتاز بها الأفراد ذوي الاضطرابات الانفعالية والسلوكية نذكر منها :

- **الذكاء:**

أن الذين يعانون من مشكلات سلوكية ,وانفعالية ليست لديهم قدرات عقلية عالية حيث ساد مثل هذا الاعتقاد في الأوساط التربوية ، وتشير الدراسات إلى أن متوسط نسبة ذكاء هؤلاء تقدر بحوالي 90 درجة ذكاء (IQ . 90) وعدداً قليلاً من المضطربين يتمتعون بقدرات عقلية أعلى من المتوسط ، وأن نسبة كبيرة من هؤلاء تعتبر من حيث نسبة الذكاء من ذوى فئة بطئ التعلم وفئة التخلف العقلي البسيط وتشير الدراسات أيضاً إلى أن هؤلاء يعانون من مشكلات تعليمية مختلفة وتدنى في مستوي التحصيل الدراسي بسبب تشتت انتباههم وعدم قدرتهم على التركيز والالتزام بالدراسة وبسبب حركتهم الزائدة وسلوكياتهم غير الناضجة الآمنة وعدم وجود دافعيه لديهم . **(العزة سعيد.2002 :51)**

- **السلوك العدواني :**

السلوك العدواني من أكثر أنماط السلوك المضطرب ظهورا لديهم مثل الضرب والصراخ ، ورفض الأوامر والتخريب المتعمد ، وتكون هذه السلوكيات متكررة وشديدة ، ويتسمون بأنهم لا يستجيبون بسرعة ، ويقمون بإيذاء الأخرين عمدا دون الشعور بما يفعلونه.

- **الانسحاب:** فالأفراد المضطربين سلوكيا وانفعاليا يتصفون بالانسحاب في طرقهم لمقاومة الاتصال مع الناس الأخرين ، وهم منعزلون اجتماعيا ، ونادرا ما يكون لهم اتصال بالأقران ، ولديهم عجز في المهارات الاجتماعية الضرورية الممتعة ، ويلجأ بعض منهم إلى أحلام اليقظة ، وبعضهم يشكوا كثيرا من الأم بسيطة ، ويكون مرضهم سببا يمنعهم من المشاركة في النشطات الاعتيادية ، وبعضهم يتراجع إلى أعمار اصغر بحيث يتطلب المساعدة والانتباه مستمرين .

- **عدم النضج الانفعالي:**

ويقصد به السلوك الغير المناسب للعمر الزمني للمراهق ، ويظهر هذا السلوك عادة عندما يكون المراهق غير الناضج اجتماعياً في المهارات المناسبة للمرحلة العمرية ، ويتميز بمحدودية ميكانيزمات الاستجابة الاجتماعية المتواجدة للاستعمال الفوري ، مما يتطلب منه استخدام إجابات أقل نضوجاً ، مما يدع الآخرين ويصفونه بأنه طفل مراهق غير ناضج ، ومن صفات هؤلاء الأطفال أنهم يفضلون الأصغر منهم سناً ، أو الأكبر سناً كالأصدقاء ، ويختارون اللعب والدمج ، والنشاطات التي تسبق مرحلتهم العمرية ، وفى مناسبات قليلة في أوضاع اجتماعية وغير مضغوطة يظهرون سلوكيات تتناسب ومرحلتهم العمرية ولكنها زائفة. . **(خولة يحي .2000 :89 -92)**.

- **سوء التكيف الاجتماعي:**

إن أهم ما يمتاز به الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية هو افتقارهم للمهارات الاجتماعية والسمات الشخصية المحببة الجاذبية، مما يعيقهم من تكوين علاقات اجتماعية مع الآباء والمعلمين والأقران .فنظراً لما يمتازون به من أنماط سلوكية غير مرغوبة، فهم في الغالب مرفوضين وغير مرحب بهم من قبل الأخرين. **(عماد عبد الرحيم . 2006 :36)**

- **الفهم والاستيعاب :**

هؤلاء المضطربين سلوكيا وانفعاليا غير قادرين على فهم المعلومات التي ترد من البيئة ولا يستطيعون فهم العمليات الحسابية التي يقمون بيها ، كذلك لا يستطيعون تفسير القصص والمسائل والاتجاهات .

- **الذاكرة:**

وهي القدرة على استرجاع المعرفة المتعلمة سابقا، بعض المضطربين لديهم مهارات ذاكرة ضعيفة فلا يستطيعون تذكر موقع ممتلكاتهم الشخصية، وموقع صفوفهم، وكذلك قوانين السلوك.

- **القلق :**

يظهر القلق في السلوك الملاحظ الذي يوحي بالخوف والتوتر والاضطراب ، وهذا السلوك يمكن أن يكون نتيجة لخطر متوقع مصدره مجهول وغير مدرك من قبل الفرد ، ويظهر القلق عندهم في النجاح وفي الفشل على حد سواء ، أو عند لقاء أصدقاء جدد ، أو عند البدء بنشاطات جديدة .

- **سلوك جذب الانتباه :**

وهو أي سلوك لفظي أو غير لفظي ، بحيث يستخدمه المراهق لجذب الانتباه الآخرين ، ويكون السلوك غير مناسب للنشاط الذي يكون بصدده ، ويكون عادة بالصراخ أو المرح الصاخب ،أو التهيج ، والبعض يقمون بحركات جسدية وغالبا ما يصفون بذوي الحركة الزائدة ، لكن ما يميزهم هو جذب الانتباه.

- **السلوك الفوضوي :**

هو السلوك الذي يتعارض مع سلوكيات الفرد أو الجماعة، مثلا الكلام غير الملائم والتصفيق، والضرب بالقدم، والغناء، والصفير وسلوكيات أخرى تعيق النشاطات القائمة في القسم وعدم الاشتراك في النشاطات واستخدام الألفاظ السيئة.

- **عدم الاستقرار:** يعود إلى المزاج المتقلب المتصف بالتغير السريع، مثلا من الحزن إلى السرور ، ومن السلوك العدواني إلى السلوك الانسحاب ، ومن الهدوء إلى الحركة ، ومن كونه متعاونا إلى غير متعاون .

هذا التقلب في المزاج غير متنبأ به، ويحدث دون وجود سبب ظاهر ، وبوصف هؤلاء دائما بأنهم سريعون التهيج .

- **عدم الانتباه :**

هو عدم القدرة على التركيز على مثير لوقت كاف لإنهاء مهمة ما ، ويوصف المراهق قليل الانتباه بعدم القدرة على إكمال المهمة في الوقت المحدد ، عدم الاهتمام بالمهمة ، وعدم اهتمام بالتوجيهات المعطاة له من قبل المشرف ، ويظهر أنه مشغول البال ،أو يقوم بأحلام اليقظة.

- **الاندفاع :**

هو الاستجابة الفورية لأي مثير ، بحيث تظهر هذه الاستجابة على شكل ضعف التفكير وضعف في التخطيط ، وتكون هذه الاستجابة سريعة ومتكررة وغير ملائمة ونتائجها خاطئة .

- **التكرار** : هو النزعة إلى الاستمرار في نشاط معين بعد انتهاء الوقت المناسب لهذا النشاط بحيث يجدون صعوبة في الانتقال من نشاط إلى نشاط آخر ، قد يستمر المراهق في الضحك مدة طويلة بعد سماع نكتة عندما يكون الآخرون قد توقفوا عن الضحك ، أو أنه يجيب على السؤال بعد مدة طويلة بحيث يتعدى المدة المناسبة، أو أن يستمر في ترداد كلمة معينة أو رقم معين .

- **السلبية:**

هي المقاومة المتطرفة والمستمرة للاقتراحات ، والنصائح والتوجهات المقدمة من قبل الآخرين وهذه المقاومة أو المعارضة تتمثل (بعدم الرغبة في أي شيء)، ولا يقبلون النشاطات ولا يشعرون بالسعادة سواء في المدرسة أو مع الأصدقاء ، فهم يظهرون عدم الاستمتاع بالحياة.

- **النشاط الزائد :**

وهو نشاط جسدي طويل البقاء ، وعدم التنظيم ، وغير موجه ، ورد فعلهم للمثيرات البيئية شديدا، ويتصف سلوكهم بأنه متواصل وعصبي وعدواني وعلاقتهم الشخصية غير فعالة فيوصفون بأنهم:

- لا يعرفون السلوك المطلوب .
- غير قادرين على أداء السلوك المتعارف عليه مع المهمة .
- غير قادرين على استيعاب سلوكيات الأخرين ، وغالبا ما يستجيبون بشكل غير مناسب.
- ليست لديهم خبرات اجتماعية خاصة في مواقف محددة.

- يستجيبون بشكل مرض بسبب الخوف والاضطرابات وعدم الشعور بالأمان.(**خولة يحي .2000 :93 – 98**)

الهروب من المدرسة: تسود هذه الظاهرة بشكل أكبر لدى التلاميذ الذكور أكثر منها لدى الإناث، وتبدأ في السنوات الدراسية المبكرة وتزداد لتصبح عادة في مرحلة الثانوية (المراهقة)، حيث تظهر نتائج الدراسات أن (82 %) من التلاميذ المتسربين من المدرسة في مرحلة المراهقة كانوا قد مارسوا هذا السلوك في السنوات الدراسية الأولى من أهم أسباب الهروب من المدرسة ،اتجاهات التلاميذ السلبية نحو المدرسة يشجع على هروبهم منه، الخوف من المدرسة بسبب ممارسات المعلمين واتباعهم أساليب الضبط التي تقوم على العقاب والنقد والتهكم ،بعض التلاميذ لا يريدون الذهاب إلى المدرسة بسبب أنهم من متعاطي المخدرات أو ممن يخرقون تعليمات المدرسة ومثيري المشاكل فيها، لذلك يفضلون هؤلاء التلاميذ البقاء خارج المدرسة. (**عماد عبد الرحيم . 2006 :36**)

وعليه يمكن أن نذكر أهم مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي يتصف بها المراهق من خلال تصرفاته في مرحلة الثانوية .

5.7. مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للمراهق:

من أهم المؤشرات للمراهقين المضطربين سلوكيا وانفعاليا هي :

النشاط الزائد في القسم ، التأخر الدراسي ،السلوكيات العدوانية ،الخجل وعدم التواصل مع الزملاء ،الحزن والتشاؤم ،الميل إلى القلق، الأفكار السلبية على المستقبل ونحو العالم ،الانفعال والتهيج لأسباب تافهة ،الكسل والخمول ، الشعور بالنقص ،عدم الاستجابة للتغيير ، كثرة الثرثرة ،النوم داخل القسم ،قلة المشاركة داخل القسم ،ضعف القدرة على الإنصات ،الصياح بصوت مرتفع ،الغش في الامتحانات ،تكرار الشكوى، السلوك الاتكالي ، ضعف الذاكرة ،مضايقة زملاء الدراسة ، ضعف الانتباه في الدرس ،قضم الأظافر ،الخوف ، مضايقة زملاء الدراسة ، ضعف الانتباه في الدرس ،قضم الأظافر ، صعوبات في النطق ، نوبات غضب ، السرقة ،الكذب ، المشاجرة ، النسيان ،الشرود الذهني ، عدم الاهتمام بالواجبات الدراسية ، صعوبة في الفهم والاستيعاب ،التمرد على النظام الداخلي للمؤسسة ، اللامبالاة بمستقبله ، المشاجرة المتكررة مع الزملاء ،الكتابة على اللباس الذي يرتديه ، الكتابة على الجدران في القسم وخارجه ، عدم الاشتراك في النشاطات المدرسية ، أتلفظ بألفاظ رديئة ،عدم الاستقرار في المزاج من الحزن إلى الفرح والسرور ..،كثرة الحركة في القسم ،عدم التركيز أثناء الدرس ،عدم المبالاة

بالتوجيهات المعطاة له من طرف المسؤول أو المعلم ، الضعف في التفكير أو التخطيط ،المقاومة المستمرة للاقتراحات والنصائح والتوجيهات والمعارضة لها ، عدم الاستمتاع بالحياة ، الهروب والتأخر الدراسي المستمر سلوكيات وتصرفات فوضوية ، كثرة الحركة في مكان الجلوس في القسم ، التحدث بصوت مرتفع ، لمس ممتلكات الغير في القسم ، اللعب باستعمال الأيدي وممتلكات الخاصة أو العامة قضاء الوقت في أمور غير مهمة ، عدم المبالاة وعدم الاهتمام بالدرس ،تخريب وتحطيم الممتلكات في القسم والمدرسة الكتابة على الجدران في القسم وخارج القسم ،إثارة سلوكيات غير عادية لجلب الانتباه الزملاء الميل إلى القلق ،التظاهر بالمرض . إلا أن هذه المؤشرات تحدد وتشخص بأدوات علمية نذكرها في ما يلي :

5.8. أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية :

لاتزال حلقات البحث في الاضطرابات السلوكية والانفعالية تسعى للتعرف على الأسباب الكامنة وراء ظهور هذه الاضطرابات، فقد ينتج من تفاعل عوامل متعددة بعضها يتعلق بالعوامل البيولوجية وبعضها ترجع إلى العوامل الموروثة ، ومجموعة أخرى من العوامل تتعلق بالحالات النفسية والانفعالية ، ومجموعة ثالثة تتعلق بالجوانب الاجتماعية والبيئة ، وبناء على نتائج بعض البحوث والدراسات فإن هذه الاضطرابات مركبة من عدة أسباب متعددة الجوانب ، وتوخيا للدقة نستعرض أهم العوامل والأسباب التي تتمثل في ما يلي:

5.8.1.المجال الجسمي والبيولوجي:

ظهر الاعتقاد بأن أسباب الاضطرابات وراثية وذلك من ملاحظة ارتفاع معدل حدوثها في عائلات معينة ،أن أفضل أساليب للبحث في الكشف عن مدى تأثير العوامل الوراثية لظهور مثل هذه الاضطرابات هو دراسة التوائم المتماثلة التي نشأ كل منهما بعيدا عن الآخر لتجنب تأثير التنشئة الأسرية . وقد أجرى الكثير من الباحثين مثل هذه الدراسة . وأظهرت نتائجها أنه لو حدث وأصيب أحد التوائم المتماثلة بمرض الفصام مثلا ، فإن الآخر سوف يصيب في وقت ما بنسبة (35%) حتى لو نشأ كل منهما بعيدا عن الآخر ،وهذا يدل على أن معدل حدوث هذه الاضطرابات يصل تقريبا إلى أربعين ضعف معدل حدوث بين سائر الأفراد. كما ثبت وجود علاقة موجبة بين هذه الاضطرابات مثل الهوس والاكتئاب وبين أمراض القلب وتصلب الشرايين ، وارتفاع ضغط الدم وببعض الالتهابات مثل : الأنفلونزا والتيفوئيد والتغيرات

الهرمونية أثناء الولادة ، والطمث وسن اليأس. كما أن ارتفاع كمية الأملاح في الجسم والدم كالصوديوم تزيد من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية .

ودلت البحوث الكيميائية المختبرة على وجود علاقة بين زيادة أو انخفاض بعض المركبات والتفاعلات الكيميائية في الجسم من جهة والاضطرابات الانفعالية والسلوكية من جهة أخرى ، وتوصلوا إلى نتيجة تفيد بأن التغيرات الكيميائية من شأنها أن تخل بالتوازن الدقيق بين الجهاز العصبي السمبتاوي وبين جهاز العصبي البارا سمبتاوي .(**مصطفى القمش وآخرون ،2009 :24 -25)**

كما يلعب الاضطراب في إفراز الغدد دورا بارزا في نشوء الاضطرابات السلوكية والانفعالية تطورها فالزيادة في إفراز هرمون الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية يتسبب في زيادة النشاط والحركة وسرعة التهيج لدى الأطفال ، كما أن الإفراط في إفراز هرمون الباراثرمون الذي تفرزه الغدد الدرقية يؤدي إلى ضعف التناسق الجسمي والميل إلى النوم والخمول وزيادة الحساسية والميل إلى المشاجرة .(**عماد عبد الرحيم .2006 :32)**.

5.8.2. مجال الأسرة والعائلة :

تلعب العلاقات الأسرية دورا بالغ الأهمية في تشكيل شخصية وسلوك الأفراد، حيث يعتبر أن العديد من السمات التي تتعلق بالتفاعل بين الوالدين وأطفالهما من العوامل المساعدة على حدوث الاضطرابات السلوكية لهؤلاء الأطفال .

فأغلب الأخصائيين يرجعون أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية في المقام الأول إلى علاقة الطفل بوالديه ، حيث أن الأسرة ذات تأثير كبير على تطور النمو المبكر للطفل وأن معظم الاضطرابات السلوكية والانفعالية ترجع أصلا إلى التفاعل السلبي بين الطفل وأوليائه .

كذلك أن عدم الانسجام في البيت يؤدي إلى سوء سلوك الطفل في المدرسة وكذلك علاقته مع أخوات هو تفضيل الوالدين الأخوة على بعضهم البعض ينتج مشكلات سلوكية بين أفراد العائلة ، أما إذا عاملت الأسرة أبنائها بقسوة وشدة ، وتجاهلت حاجاتهم ومطالبهم ولم تقدم لهم الحب والعطف والرعاية المناسبة فمن المتوقع أن ينعكس ذلك سلبا على سلوك أبنائها في شكل انحراف ، أن البيوت الغير المنظمة والمحطمة تعتبر صالحة لظهور هذه الاضطرابات بين الأبناء .

كما تمت دراسة تأثير الخبرات الأسرية المبكرة من جانب عدد كبير من الباحثين ، وأظهرت هذه الدراسات أن عددا من العوامل السائدة في المحيط الأسري وبصفة خاصة العلاقة بين الأم وأبنائها والأب وأبنائه

وبين الأخوة ذاتهم ترتبط بانحرافات السلوك ، وكذلك أساليب التنشئة غير المنسقة وللضبط والنظام والتي تتسم بالرفض والعنف من جانب الوالدين ، ترتبط ارتباطا إيجابيا باضطراب السلوك ، ورغم الدراسات التي أثبتت أن الأسرة غير العادية تنتج أفراد يتميزون بتصرفات معادية لطبيعة السلوك العادي وبالتالي يكون سلوكهم مضاد للمجتمع .**(مصطفى القمش و آخرون، 2009 :27)**

- **المدرســـــة** :

المدرسة هي المأوى الأساسي لتعليم الأطفال ، وتزويدهم بالمعلومات والمهارات الضرورية لذلك يجب أن تتمتع المدرسة بوضع خصائص مناسبة كالموقع الملائم ، الإدارة التربوية الجيدة ، التنظيم ، المعلمين ، المناهج .... وهذا يساعد على تقديم أفضل الخدمات التعليمية ، ويبدو أن خصائص المدرسة قد تسهم في حدوث الاضطرابات السلوكية تزيد من احتمال التعرض له ،كما أن المنهج غير المدروس يتسبب في إيجاد مشكلات سلوكية لأنه لا يلبي حاجات الطلاب بجميع مستوياتهم العقلية .

قد يسبب المعلمين في بعض الأحيان في إظهار السلوكيات المضطربة أو يزيدون من حدتها ، ويحدث هذا من معلم غير مدرب ، أو عندما لا يراعي الفروق الفردية ، وهذا مع أنه من الصعب تدريس التلاميذ الذين يعانون من اضطرابات سلوكية وانفعالية .(**خولة يحي ،2000 :34)**

المجتمـــــع :

من المسلم به أن مستوى الاقتصادي له من الأهمية ما يجعله قادرا على تحسين ظروف الحياة لأي أسرة أو مجتمع ،ومن أهم العوامل التي تنبئ بسوء الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسر والمجتمعات ، الفقر ،والازدحام الزائد بالمنزل ، والبطالة ، والعيش على المعونات الاجتماعية ، والظروف المنزلية السيئة تعد من أهم العوامل التي تزيد من مخاطر تعرض الأبناء للاضطرابات السلوكية .

أن عوامل الفقر والحرمان ، والضغوط الاجتماعية ، والهجرة ، القيم والنظم الاجتماعية من شأنها أن تعمل على ارتفاع معدل حدوث هذه الاضطرابات .إذن المجتمع ومؤسساته ومرافقه ومبادئه ونظمه له نسبة في إحداث هذه الاضطرابات لدى الفرد بما أنه يعيش في وسطه.**(مصطفى القمش وآخرون ،2009 :28)**

لا يمكن أن نتصور ظاهرة دون سبب طبيعي كان أو بشري ، فظاهرة الاضطرابات السلوكية والانفعالية لها أسباب مختلفة ومتعددة بناء على ما توصل إليه الباحثون في هذا المجال ، ولتحديد هذه الاضطرابات السلوكية والانفعالية وتشخيصها قد استعمل المختصون عدة أدوات التي تتمثل في ما يلي :

5.9. أدوات تشخيص الاضطرابات الانفعالية والسلوكية :

إن عملية تحديد وتشخيص مثل هذه الاضطرابات ليس بالأمر اليسير، فمن الصعوبة بمكان الحكم على الفرد بأنه يعاني من نوع من الاضطراب الانفعالي أو السلوكي بمجرد إظهاره لبعض الأعراض السلوكية الغريبة غير المقبولة ولعل صعوبة تحديد الاضطرابات الانفعالية والسلوكية وتقيمها يرجع إلى الاعتبارات التالية:

قد يظهر الأفراد في بعض الأحيان مظاهر سلوكية غريبة وشاذة ، ومثل هذه المظاهر قد تكون مؤقتة وعرضية نتيجة مواقف إثاريه ضاغطة يتعرضون لها، وليس من الضروري أن مثل هذه المظاهر دليلاً على اضطرابهم، ولا سيما عندما لا تشكل سمة شبه ثابتة يتكرر ظهورها لدى الأفراد في المواقف الحياتية المتعددة.

- تشترك العديد من الاضطرابات السلوكية والانفعالية في بعض الأعراض والمظاهر السلوكية ، مما يزيد من صعوبة الحكم على أن المراهق يعاني من نوع معين من الاضطراب. وهذا يعني بالطبع ضرورة التشخيص الدقيق للحلات قبل إصدار الأحكام ما إذا كان يعاني الفرد من اضطراب أو لا يوجد له اضطراب.

- صعوبة قياس الاضطرابات السلوكية والانفعالية نظراً لتعدد مظاهرها من جهة، والافتقار إلى أدوات القياس الملائمة من جهة أخرى.

ويرى أصحاب الاتجاه السلوكي والعديد من علماء النفس والتربية ضرورة مراعاة عدداً من المعايير عند تشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأفراد وذلك من أجل التعرف والكشف السليم عن المشكلات والتقييم الدقيق لها، وتتمثل هذه المعايير فيما يلي:

- الظروف والمواقف التي تظهر فيها الأعراض السلوكية الغريبة والشاذة، ويتمثل ذلك في التعرف على الظروف التي تسبقها وتلك التي ترافقها وما يترتب عليها من نتائج.

- **مدى تكرار الأعراض السلوكية الغريبة:** ويتمثل ذلك في عدد تكرار مثل تلك الأعراض ضمن فترة زمنية محددة.

- **مدى استمرارية الأعراض السلوكية الغريبة:** ويتمثل ذلك في طول الفترة الزمنية التي يستمر فيها الفرد منشغلاً في مثل تلك الأعراض.

- **مدى شدة الأعراض السلوكية الغريبة:** ويتمثل ذلك في كثافة الأعراض السلوكية من حيث قوتها وضعفها.

- **طبيعة الأعراض السلوكية الغريبة:** ويتمثل ذلك في الشكل الذي تأخذه مثل هذه الأعراض.

عندما يظهر المراهقين أنماطا سلوكية غريبة وغير مألوفة وتبدو أنها لا تنسجم مع خصائصهم النمائية أو أنها لا تتفق مع معايير السلوك المقبول، عندما يتطلب الأمر الانتباه إلى مثل هذه الأنماط السلوكية والانفعالية وتقدير مدى تكرارها وظروف حدوثها وأثارها النفسية والاجتماعية. وهذا بالطبع يتطلب توظيف عدداً من الوسائل والأدوات للوقوف على طبيعة الاضطرابات السلوكية الانفعالية التي يعاني منها الأطفال. وفيما يلي عرض لبعض الوسائل والأدوات المستخدمة في ذلك : **(عماد عبد الرحيم ، 2006 :45)**

- **تقديرات المعلمين:** يعتبر المعلم أكثر الأشخاص أهمية في عملية الكشف عن المراهقين المضطربين سلوكيا وانفعاليا في سن المدرسة ، وقد أشارت دراسات عديدة على أن تقديرات المعلم من أصدق التقديرات وأكثرها موضوعية ، وباعتبار أن المعلمين يعتبرون من أصدق المقدرين ، إلا أن الدراسات أشارت إلى أن المعلمين يمكن أن يكونوا متحيزين ، فمثلا يميل المعلم إلى عدم تحويل حالات الانسحاب الاجتماعي أو الخجل ، لأن هذه الحالات لا تسبب انزعاجا لهم ، ولا تؤثر على سير العملية التعليمية بينما يميل المعلم إلى إبلاغ حالات السلوك الموجهة نحو الخارج كالإزعاج والفوضى والحركة الزائدة .

وهناك عدد من العوامل المهمة التي تدعم الفكرة القائلة بأن تقدير المعلم هو أكثر منطقية في عملية التعرف على الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأسباب التالية :

- المعلمون مدربون على التعرف مع أنماط تطور الشخصية عند التلاميذ

- أن وظيفة المعلم أو الأستاذ المتمثلة في التدريس داخل القسم تزوده بعدد من السلوكيات المتنوعة التي تصدر عن التلاميذ، فيصبح اكثر خبرة ومعرفة بها .

- يتفاعل المعلمون مع التلاميذ عدة ساعات كل يوم . تزيد النشاطات الجماعية أو الفردية التي توفرها الظروف المدرسية من كفاءة المعلم عند إصداره الأحكام على سلوكيات المراهقين.

- **تقديرات الأقران:** إن الدراسات الحديثة في علم النفس والتربية تشير إلى أن وضع المراهقين الاجتماعي يرتبط إيجابا مع التكيف في المدرسة ، وذلك مع التحصيل الأكاديمي وعلى هذا فإن تقديرات الأقران تعتبر احدي الطرق المستخدمة للكشف عن المشكلات الاجتماعية والانفعالية ، وعادة ما يتم استخدام المقاييس

السوسيومترية التي تركز على العلاقات الشخصية والاجتماعية في المجموعة ، وتستخدم لقياس إدراك الطفل وهي مفيدة في طرق الكشف ، إذا ما فسرت بحذر فإنها يمكن أن تكون ذات فائدة للمعلم في عملية التخطيط لطرق الكشف ..**(خولة يحي .2000 :108)**

- **دراسة الحالة :** وهي من الوسائل المهمة التي يمكن من خلالها جمع بيانات متعددة وشاملة حول الفرد مما يتيح بالتالي من فهم سلوكه أو المشكلة التي يعاني منها. فمن خلال دراسة الحالة يتم جمع بيانات كثيرة تتعلق بالحالة من حيث تاريخها وأعراضها ومظاهرها وظروف حدوثها وما يترتب عليها من أثار ونتائج. وعادة ما يتم تتبع مثل هذه الحالة لتأخذ شكل الدراسة الطولية، وفيها يتم اللجوء إلى عدد من المصادر للحصول على المعلومات والبيانات المطلوبة. ففي دراسة الحالة يتم الاتصال بالأفراد الذين يعانون من اضطرابات انفعالية و سلوكية مباشرة والحديث معهم ومحاورتهم من أجل الحصول على بعض المعلومات، كما يتم جمع بيانات حول هؤلاء الأفراد من خلال الاتصال بأولياء الأمور والمعلمين والأفراد والأصدقاء وإجراء المقابلات مع هذه الأطراف والاستعانة بتقديراتهم وملاحظاتهم، كما يتم اللجوء كذلك إلى السجلات والوثائق الطبية والأكاديمية والمذكرات وتوظيف الأدوات المسحية مثل قوائم الشطب والاستبيانات ويؤخذ على هذه الطريقة إنها أحيانا قد لا تقود إلى الأسباب الحقيقية التي تسبب الاضطرابات الانفعالية و السلوكية لدى المراهقين. فبرغم من كثرة المعلومات التي يتم جمعها من عدد من المصادر حول الحالة، والتي تعد مفيدة ومتعمقة، إلا أنه لا يوجد طريقة لاختبار صدق مثل هذه المعلومات والتفسيرات المتعلقة بها. **(عماد عبد الرحيم .2006 :46)**.

- **الملاحظة المباشرة:** وهي من الطرق المنظمة التي يمكن استخدامها لمعرفة الطريقة التي يتصرف بها المراهقين في مواقف محددة. فمن خلال الملاحظة يمكن جمع بيانات مهمة تساعد في وصف الاضطراب الانفعالي أو السلوكي لدى المراهق وتتعلق بعدد تكراره ومدى شدته واستمراريته وظروف حدوثه ونتائجه وهي من الأساليب المفيدة في جمع المعلومات التشخيصية عن مشاكل المراهق السلوكية والانفعالية وتكمن أهمية المعلومات التي تجمع بهذه الطريقة في أن سلوك الفرد دائم التغير والتبدل . **(عماد عبد الرحيم .2006 :46)**.

وتظهر فائدة الملاحظة المباشرة في أنها تزودنا بمعلومات موضوعية عن السلوك وذلك بوصفه من خلال المرافق المختلفة فالمعلم مثلا يستطيع ملاحظة سلوك التلميذ داخل القسم باستمرار ويمكن المعلم

أن يوظف أكثر من أسلوب في ملاحظته مثل أسلوب الملاحظة العلمية ، ويقوم المعلم بتسجيل كل سلوكيات المراهق الذي قام بها في ذلك الوقت ، وتسمى الملاحظة المستمرة .

وتتلخص مهمة الملاحظة فيما يلي :

تسجيل الأحداث (أي عدد المرات التي يحدث فيها السلوك)

تسجيل الفترات الزمنية التي يستغرقها السلوك من خلال الاستمرار في تسجيل السلوك منذ بداية الفترة الزمنية ، بحيث لا توجد فترات زمنية فاصلة ، ويؤكد بعض العلماء على استخدام الفترات الزمنية الفاصلة لأنه يصعب الاستمرار في تسجيل الملاحظات داخل القسم ، حيث أن ذلك يؤثر على عملية التدريس ويجب ملاحظة السلوك في المكان والزمان الذي يحدث فيه السلوك ، والأسلوب الذي يجمع به البيانات ويحدد الشخص الذي يقوم بجمعها ، و تحدد طريقة تسجيلها ، وتسجيل المعلومات في سجل (السلوك ، الشدة ، التكرار).

وتتمثل خطوات إجراء الملاحظة المباشرة فيما يلي:

- من الذي سيقوم بها ؟
- من الذي سيتم ملاحظته ؟
- ما هو المكان وأين ؟ كيف يسجل الملاحظ البيانات ؟

بعد جمع البيانات توضع في تقرير مختصر وعند تفسير المعلومات التي جمعت لابد من مراعات ما يلي:

- تفسير المعلومات بشكل دقيق .
- من الضروري إعادة ملاحظة عينات سلوك التلميذ لأنه يتصف بالتغير في المواقف المختلفة ، أن يحدد السلوك المراد ملاحظته بدقة .**(خولة يحي 2000 :114)**.
- **السجلات الخاصة بالمؤسسات الاجتماعية:** يمكن الاستناد في تشخيص وتقييم السلوكيات المضادة للمجتمع (المضطربة) التي تصدر عن المراهقين إلى السجلات الخاصة بالمؤسسات الاجتماعية، وذلك بشكل مستمر ومن الأمثلة العديدة لتلك السجلات سجلات الشرطة ، السجلات المدرسية ، السجلات القضائية ، والسجلات الخاصة بالمؤسسات الاجتماعية على درجة كبيرة من الأهمية لأنها تعتبر بمثابة مقاييس حول آثار المشكلة وتأثيراتها المختلفة ، وهذا ما أكدت عليه العديد من الدراسات مثل دراسة. **(اليون Alioun وآخرين ، 1985) ،(إمبي Mbi 1982)**

-المقابلة : المقابلة من أقدم وأكثر الطرق استخداماً في البحوث النفسية والاجتماعية والإنسانية ، وهي طريقة أساسية لجمع البيانات كما أنها المحور الأساسي الذي تدور حوله عمليات التوجيه التربوي والمهني وعمليات الاستشارة النفسية والعلاج النفسي وتأتى المقابلة الشخصية كوسيلة للتآلف بين مجموعة من المعلومات تجمع عن طريق تقارير أو أقوال الآخرين و ما يصل إليه قائم المقابلة بنفسه عن طريق الأسئلة التي يوجهها للمفحوص وما يبدوا من سلوك أثناء المقابلة . (**جبل فوزي.2000 :378**).

- **المقاييس والاختبارات** : بالإضافة إلى الأدوات السابقة، يمكن اللجوء إلى استخدام المقاييس والاختبارات المختلفة لتقييم الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى المفحوصين. وتتباين هذه المقاييس باختلاف أهدافها لتشمل مقاييس تقدير السلوك وقوائم الشطب ومقاييس مفهوم الذات ومقاييس القدرات العقلية واختبارات التحصيل وأدوات التقدير الذاتي والمقاييس السيوسيومترية وجميعها تسعى إلى قياس أبعاد الشخصية وأنماط السلوك التكيفي لدى الطفل، ومن هذه المقاييس ما يلي:

- **قوائم الشطب:** وهي عبارة عن مجموعة من الفقرات تتعلق بمظهر سلوكي أو عدداً من المظاهر السلوكية يطلب فيها من المفحوص تقدير مدى انطباق مثل هذه المظاهر لما هو موجود لديه بالإجابة بنعم أو لا. ومثل هذه القوائم قد يتم تطبيقها على المراهقين ذوي الاضطرابات الانفعالية والسلوكية مباشرة أو يطلب من ذوي العلاقة بالإجابة عنها مثل المعلمون والأقران والوالدين .

- **قائمة كوى وبترسون للسلوك المشكل:** تستخدم هذه القائمة لتقييم الخصائص والسمات المرتبطة بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال والمراهقين وفق أربعة أبعاد رئيسية هي.

- **اضطرابات الشخصية:** مثل الغيرة والخجل والانسحاب.
- **اضطرابات السلوك:** مثل العدوان والتهجم والعناد.
- **اضطرابات النضج:** مثل الحركة الزائدة وضعف الانتباه.

- **دليل برستول للتكيف الاجتماعي.:** صمم هذا الدليل مارستون (Marston، 1970) ويهدف إلى قياس أبعاد السلوك التكيفي الاجتماعي لدى الأطفال والمراهقين. ومن خلال هذا الدليل يمكن تقييم المشكلات الانفعالية والسلوكية ووصف الأنماط السلوكية الملاحظة، مما يتيح إمكانية توفير معلومات ذات قيمة تساعد المعلمون والأخصائيين النفسيين في تفسير السلوك.

- **مقياس تقدير السلوك لبيركس** : 1980 ،1975) يعد هذا المقياس من أكثر المقياس شيوعاً وأكثرها موضوعية واستخداما في مجال تقدير السلوك والكشف عن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى

الأطفال. يهدف هذا المقياس إلى قياس وتشخيص مظاهر الاضطرابات الانفعالية لدى الأفراد ويمتاز بدلالات صدق وثبات جيدة ويتطلب تطبيقه وتصحيح نتائجه قرابة النصف ساعة. يتألف من(19) مقياس فرعيا تشتمل في مجموعها على (110) فقرات.

-. **مقاييس الذات** : تستخدم بعض مقاييس الذات في تقييم الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال والمراهقين لأنه من المفيد التعرف على الكيفية التي يشعر بها الطفل بذاته وكذلك الكيفية التي يدرك من خلالها نقاط الضعف والقوة في شخصيته. ومن مقاييس الذات المشهورة والتي يمكن استخدامها في تشخيص الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال. مقياس بيرس لمفهوم الذات عند الأطفال

- **اختبارات الذكاء والتحصيل:** تستخدم اختبارات الذكاء لتقييم الجوانب العقلية لدى الأطفال المضطربين انفعاليا وسلوكياً، حيث تزودنا هذه الاختبارات بمعلومات عن قدرات الطفل العقلية ومقارنة قدراته بتلك الموجودة لدى الطفال العاديين. ومن أبرز هذه الاختبارات مقياس ستانفورد – **بينه للذكاء مقياس** "**وكسلر لقياس ذكاء الأطفال**" بالإضافة إلى اختبارات الذكاء، يمكن استخدام اختبارات التحصيل لتقييم الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال. فمن خلال هذه الاختبارات يمكن الوقوف على جوانب الضعف والقوة في أدائهم الاكاديمي وتكشف اختبارات التحصيل عن وجود الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال من خلال تحليل استجاباتهم .

الاختبارات النفسية: تستخدم مثل هذه الاختبارات لقياس جوانب الشخصية التكيفية، وأنواع الصراعات التي يعاني منها الأفراد، بحيث يمكن اللجوء إلى بعض الاختبارات النفسية لتقييم الأطفال المضطربين انفعاليا وسلوكيا . ومن هذه الاختبارات ما يلي: (الاختبارات الإسقاطية، الأساليب التحريفية.)

- **التشخيص والتقييم الأكاديمي:** بالإضافة إلى الأدوات السابقة، يمكن اللجوء إلى تشخيص الجوانب الأكاديمية وتقييم الحاجات الأكاديمية للمراهقين الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية والانفعالية. ويمتاز التقييم الاكاديمي بالشمولية بحيث يتناول كافة الجوانب المتعلقة بالاضطراب الانفعالي أو السلوكي لدى المراهق. وفيه يمكن اللجوء إلى معظم الوسائل والأدوات السابقة في عملية التشخيص من مثل التقارير الذاتية، وتقارير أولياء الأمور والمعلمين والأصدقاء، بالإضافة إلى الملاحظة والمقابلة والمقاييس والاختبارات العقلية والنفسية والتحصيلية . (**عماد عبد الرحيم .2006 :51-55**).

خلاصـــة الفصـــــل:

تعتبر الاضطرابات الانفعالية والسلوكية ومؤشراتها من الظواهر الإنسانية المعقدة، وهذا نظرا لطبيعتها وأسبابها، بالإضافة إلى تعقد مؤشر الاضطراب نفسه وتداخله مع الاضطرابات الأخرى. وللإلمام بجوانب الموضوع قد اعتمدنا في تحليلاتنا إلى التفاصيل التالية:

في بداية الفصل تم توضيح مفهوم سلوك الإنسان بصفة عامة وكذلك تطرقنا إلى موضوع الانفعالات موضحين جوانبه ومفهومه ثم الاضطراب لكلا من السلوك والانفعالات على حدة ،وتم الجمع بينهما في عنوان الاضطرابات السلوكية والانفعالية وهذا يعتبر المتغير لدراستنا وتم التطرق إلى مفهومه وخصائصه وأشكاله وأسبابه وذكر مؤشراته.

وباطلاعنا على فحوى مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية فإنها تعتبر مجالا جديرا بالاهتمام والبحث ،ومن هذه المؤشرات مؤشرات السلوك المضطرب ومنها مؤشرات العدوانية (العدوان الجسدي الضرب، والدفع ،العدوان اللفظي، التهديد ،السخرية ، العدوان الرمزي توجيه الإهانة للآخرين .) مؤشرات السلوك الاندفاعي (التسرع ،التكرار ،الاستمرار في السلوك ،التهور) مؤشرات الحركة المفرطة (الحركة المفرطة في القسم ،عدم الامتثال للتعليمات ،الضحك وإصدار أصوات غير مفهومة) أما بالنسبة لمؤشرات الانفعال المضطرب ومنها مؤشرات القلق (كثرة الحركة ، عدم الاستقرار ،تشتت الانتباه ،وسوء العلاقة) ومؤشرات الاكتئاب (الشعور بتأنيب ،الحزن والكآبة ، ضعف النشاط الحركي والكسل) مؤشرات الخجل (الميل للصمت، الحساسية الزائدة ،الخوف والتردد) مؤشرات الغضب (عدم الرضا والارتياح ،التناقض وعدم ثبات الانفعال ، والتخلف الدراسي) وبناء على ما تم ذكره فإن الشخص الذي له مؤشرات السلوك والانفعال المضطرب فهو ذلك الشخص غير عادي من حيث الصفات والخصائص ويتصف سلوكه بأنه غير مرغوب فيه ، ولا يستطيع أن يستفيد من طاقاته وقدراته ، فهو بحاجة إلى المساعدة لتكون سلوكياته مقبولة اجتماعيا.

وعليه فإن مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية معقدة وتحتاج إلى جهد كبير وذلك بسبب عدم الاتفاق التام غلى تعريفاتها ، واختلاف المهتمين بالتشخيص في الطرائق والإجراءات التي يتبنونها ، فإنها متعددة المظاهر ومتنوعة الأشكال تختلف عن السلوك العادي في الشدة والتكرار والاستمرارية

إذن يمكن أن نقول ومن خلال ما تم توضيحه وذكره في هذا الفصل أن المؤشرات السلوكية والانفعالية المضطربة ،هي حالة شائكة ومعقدة في أسسها ومتداخلة في أسبابها وحادة في مؤثراتها على شخصية

وحياة الفرد والمسار الطبيعي للمجتمع الذي يعكس هذه الظاهرة بصفة واضحة وجلية هي مرحلة من مراحل التعليم وهو الطور الثانوي ، حيث يتماشى مع مرحلة من أعقد مراحل النمو وهي مرحلة المراهقة ، وعليه سنفتح باب البحث على هذا الموضوع في الفصل الموالي .

الفصل الرابع

مرحلة المراهقة

مرحلـــــة المراهقـــــــــة

- تمهيـــــد
- مفهوم المراهقـــــة
- مراحل المراهقـــــة
- أنواع المراهقـــــة
- نظريات المراهقـــــة
- خصائص مرحلـــة المراهقـــــة
- مظاهر النمو المختلفة في مرحلة المراهقـــة
- شخصيـــة المراهـــــق
- حاجات مرحلـــة المراهقـــة
- مشكـــــلات المراهقيـــــن
- المراهقـــــة والتعليـــم الثانـــوي
- مفـــهوم التعليـــم الثانـــوي
- الأهداف التربوية للتعليم الثانـــوي
- لمحة التاريخية للتعليـــم الثانـــوي في الجزائـــر
- اهم الاضطرابات للمراهـــق في مرحلـــة الثانويـــة
- خلاصـــــة الفصـــل

تمهيـــــــــــد :

يمر الإنسان بمراحل نمو تشمل خصائص ومميزات تميز الواحدة عن الأخرى ، وهذا ما نلمسه في التغيرات الجسمية والنفسية والعقلية للفرد، فمراحل الطفولة المختلفة والمتعاقبة تعتبر أعدادا لمرحلة أكثر تعقيدا وتأثيرا في حياة الإنسان وهي مرحلة المراهقة ، وهي إحدى الحلقات في دورة النمو نتيجة للحلقات السابقة ،وتؤثر بدورها في المراحل اللاحقة.

فمرحلة المراهقة من بين المواضيع التي نالت اهتمام الباحثين والمفكرين ، وهذا نظرا لما تتميز بها من تغيرات فسيولوجية وجسمية ومعرفية وفكرية .. ولأهميتها في تكوين شخصية الفرد حيث يتعلم فيها المراهق تحمل المسؤولية الاجتماعية ويدرك ما عليه من واجبات وماله من حقوق تجاه الذات والمجتمع .

فالمراهقة لفظ وصفي يطلق على مرحلة بين الطفولة والبلوغ ، حيث تنفرد هذه المرحلة بخاصية النمو السريع غير المنتظم وقلة التوافق والتوتر ، والشدة وتكتنفها الأوهام النفسية وتسودها الإحباطات والصراعات .

ومن هذا المنطلق ارتأينا أن نتطرق في هذا الفصل إلى جانب من أهم جوانب مراحل النمو التي يمر بها الأفراد وهي مرحلة المراهقة ، ولتسليط الضوء على ذلك سنتطرق إلى مختلف جوانب المراهقة سعيا منا لتوضيح أهم مميزاتها وخصائصها وأهم التغيرات والأعراض التي تحدث في هذه المرحلة .

وعليه فإن مرحلة المراهقة تعتبر أكثر مراحل النمو تماشيا مع مرحلة التعليم الثانوي ويمكن أن نقول هو الوسط الذي تظهر فيه بعض خصائص ومميزات النمو للمراهق، بصفة جلية وتتجسد ذلك في السلوكيات والحالات الانفعالية المختلفة . وفي هذا الإطار نحاول في هذا الفصل التطرق إلى مفهوم وخصوصيات ومراحل النمو المراهقة.

1 مفهـــــــوم المراهقـــــــــة:

لقد ورد في لسان العرب معان كثيرة لكلمة "رهق" ومنها راهق الغلام أي قارب إلى البلوغ ،وترجع كلمة المراهقة إلى الفعل "راهق" الذي يعني الاقتراب من الشيء. فراهق الغلام فهو مراهق أي قارب الاحتلام وراهقت الشيء رهقا أي قربت منه ، والمعنى هنا يشير إلى الاقتراب من النضج والرشد .

ومع استمرار التطور العلمي في مختلف مجالات الحياة ، ومن بينها الدراسة الدقيقة لتطور الإنسان عبر مراحل مختلفة ، توصل علماء النفس إلى أن مرحلة المراهقة تعتبر من أهم الفترات النمائية والتطورية في حياة الإنسان ، فيتحدد فيها الطريق الذي يختاره الشباب فيما بعد ، فهي مرحلة الانتقال من الطفولة إلى الشباب تكتنفها العواصف والتوتر والشدة والأزمات، وتسودها المعاناة والإحباط والصراع والقلق والمشكلات والصعوبات النفسية والجسمية والاجتماعية ، وما يرتبط بها من الأمور العقائدية والخلقية وما يمارسه المراهق من أنشطة رياضية وعقلية واجتماعية .**(صالح أبو جادو .2007: 405-406)**

فكلمة المراهقة Adolescence مشتقة من الفعل اللاتيني Adolescere معناها التدرج نحو النضج البدني والجنسي والانفعالي والعقلي، وهنا يتضح الفرق بين كلمة المراهقة وكلمة بلوغ فالأخيرة تقتصر معناها على ناحية واحدة من نواحي النمو وهي الناحية الجنسية، فنستطيع أن نعرّف البلوغ بأنه نضج الغدد التناسلية اكتساب معالم جنسية جديدة تنتقل بالطفل من مرحلة الطفولة إلى بدء النضج.

ويطلق اصطلاح المراهقة Adolescence على المرحلة التي يحدث فيها الانتقال التدريجي نحو النضج البدني والجنسي والعقلي والنفسي ،إذا فهذه المرحلة ماهي إلا محصلة التفاعل بين العوامل البيولوجية والثقافية والاقتصادية التي يتأثر بها المراهق .**(عبد الرحمن عيسوي.2000: 279-280)** .

ويعرف الدكتور "**عبد الرحمن عيسوي** "المراهقة : " إنها مجموعة من التغيرات التي تحدث في نمو الفرد الجسمي والعقلي والنفسي والاجتماعي ، وفيها تحدث كثير من التغيرات التي تطرأ على وظائف الغدد الجنسية والتغيرات العقلية والجسمية" **(عبد الرحمن عيسوي 2000: 11)** .

المراهقة بالمفهوم العام هي فترة زمنية يمر بها كل إنسان في حياته، وينمو فيها نمو جسمي وفسيولوجي وعقلي وانفعالي واجتماعي ونفسي، وفيها تتغير وظائف كل جهاز بدرجات متفاوتة في النسب. **(عبد الرحمن الوافي وآخرون. 2004 :49)**

وهي مرحلة تحددها سن ما قبل البلوغ ، يختل فيها الاتزان الفكري والجسمي للطفولة ، وتطرأ تغيرات عضوية عميقة تعطي للجسم بنية مغايرة وقوة متزايدة وأشكال أكثر وضوحا ويقل ثبوت الشخصية وتتحلل العادات الطفيلية ، وتبرز اهتمامات جديدة ' (**عبد الفتاح دويدار. 1993 :241**).

وبناء على ما تم ذكره في هذه التعاريف فإن هذه المرحلة من أعقد المراحل النمو التي يمر بها الأفراد مما تتميز بتغيرات كبيرة في مختلف جوانب نموهم وتطوراتهم، الأمر الذي يؤدي إلى تخبط الفرد بين مشكلة وأخرى أثناء محاولته تحديد هويته وتأكيد ذاته بين المحيطين به ولا سيما في البيت أو المدرسة، وبمفهوم العام فإن مرحلة المراهقة هي مجموعة من التغيرات النفسية والاجتماعية يذوب أثنائها التكوين النفسي مما يؤدي إلى حدوث اضطراب على مستوى الشخصي للطفل، وحسب(محمد عماد الدين إسماعيل) " فهي المرحلة التي يحاول فيها الطفل الانتقال من كائن يعتمد كل الاعتماد على الآخرين إلى راشد مستقل متكيف بذاته "(**محمد عماد.1986. : 13**).

2 مراحـــــــل المراهقـــــــــــة :

يمر المراهق في نموه بثلاث مراحل، اختلف العلماء في تحديد زمنها، لكن الأغلبية تشير إلى أن المرحلة الأولى وهي المراهقة المبكرة تمتد من سن الثانية عشر إلى غاية الخامس عشرة، أما المرحلة المتوسطة فتبدأ من سن الخامس عشرة إلى الثامنة عشر، والمراهقة المتأخرة من الثامنة عشر إلى سن الواحد والعشرين.

2.1 المراهقـــــة المبكـــرة:

وتتميز بجملة من الخصائص من أهمها الحساسية المفرطة للمراهق، وهذا بسبب التغيرات الفيزيولوجية وهي فترة لا تتعدى عامين، حيث يتجه فيها سلوك المراهق إلى الإعراض عن التفاعل مع الآخرين، أي الميول نحو الانطواء، ويصعب عليه في هذه الفترة التحكم في سلوكه الانفعالي، وهذا ما يسبب له صعوبة في التكيف وتقبل القيم والعادات والاتجاهات داخل الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه،" حيث تبدأ في هذه المرحلة المظاهر الجسمية والعقلية، الفيزيولوجية، الانفعالية، والاجتماعية المميزة للمراهقة في الظهور وتختفي السلوكيات الطفولية، وهذا ما يزيد من حساسية المراهق.(**محي الدين مختار.1982 :164**)

2.2 المراهقـــــة الوسـطى :

ويلاحظ فيها استمرار النمو في جميع مظاهره، وتسمى أحيانا هذه المرحلة بمرحلة التأزم لأن المراهق يعاني فيها صعوبة فهم محيطه وتكييفه مع حاجاته النفسية والبيولوجية، ويجد أن كل ما يرغب في فعله

يمنع باسم العادات والتقاليد، دون أن يجد توضيحا لذلك، وتمتد هذه الفترة حتى سن الثامنة عشر، وبذلك فهي تقابل الطور الثانوي من التعليم، وتسمى" بسن الغرابة والارتباك، لأنه في هذا السن يصدر عن المراهق أشكال مختلفة من السلوك تكشف عن مدى ما يعانيه من ارتباك وحساسية زائدة .

2.3 المراهقـــــــة المتأخـرة:

وتعرف هذه المرحلة غالبا بسن اللياقة، لأن المراهق في هذه الفترة يحس أنه محل أنظار الجميع، ويبدأ المراهق في هذه المرحلة بالاتصال بالعالم الجديد، عالم الكبار وتقليد سلوكهم. في هذه السن يصبح المراهق واثقا من نفسه، متساهلا، مرحا، ميالا إلى الأمور العلمية وممارسة الرياضة، أما الفتيات فتملن إلى المكوث في البيت والاهتمام بالأمور الجمالية والاجتماعية والشخصية. .**(حامد زهران ،1986: 297)**

3.أنـواع المراهقـــــــــة

تختلف أنماط المراهق باختلاف تأثير التربية وميزاتهم الشخصية، وبهذا نجد أن علماء النفس وضعوا تقسيم للمراهقين حسب الأنماط السلوكية السائدة في كل جماعة منهم. في 1957 قام " صموئيل مغاريوس" بدراسة أشكال المراهقة في مصر قد حدد أربعة أشكال من المراهقة ولقد أكد هذا الباحث أن شكل المراهقة يتغير بتغير ظروفها والعوامل المؤثرة فيها، وهذه الأشكال والأنماط تتمثل في ما يلي :

3.1 .المراهقـــــة المتوافقـــة :

حيث تتميز هذا النمط من المراهقة بالاعتدال والهدوء النسبي والميل إلى الاستقرار والإشباع المتزن وتكامل الاتجاهات والاتزان العاطفي والخلو من العنف والتوترات الانفعالية الحادة ، والتوافق مع الوالدين والأسرة ،والتوافق الاجتماعي والرضا عن النفس ،وتوافر الخبرات في حياة المراهق ،وعدم الإسراف في الخيالات وأحلام اليقظة حيث تؤثر فيها العوامل التالية :

المعاملة الأسرية السمحة التي تتسم بالحرية والفهم والاحترام رغبات المراهق وتوفر جو الاختلاط بالجنس الآخر في حدود الأخلاق والدين وحرية التصرف في الأمور الخاصة والاستقلال النسبي وعدم تدخل الأسرة في شؤونه الخاصة وإشباع الهوايات، وتوفير جو من الثقة والصراحة بين الوالدين ، وشعور المراهق بتقدير والديه واعتزازهما به، وشعوره بتقدير أقرانه وأصدقائه ومدرسته وأهله ،وشغل وقت الفراغ بالنشاط الاجتماعي والرياضي ، وسلامة التكوين الجسمي والصحة العامة ، والتوفق الاكاديمي والنجاح الدراسي ،والتدين والإحساس بالأمن والاستقرار والاستقامة والرضا عن النفس والراحة النفسية ، والإحساس

بالمسؤولية الاجتماعية وممارستها ، وإتاحة فرصة الحياة الاستقلالية وحرية التصرف والاعتماد على النفس ، والتأثر بشخصيات رياضية ، وإعلاء النواحي الجنسية والانصراف بالطاقة إلى الرياضة الثقافة الأدبية والدينية .**(حامد زهران ، 1986 :405)**

3.2 المراهقــة الإنسحابيــة (المنطوية):

لها صورة مكتئبة تميل إلى الانطواء، العزلة، السلبية، التردد الخجل الشعور بالنقص وعدم التوافق الاجتماعي، كما تكون مجالاته المراهق الخارجية والاجتماعية ضيقة ومحدودة وتصرف جانبا من تفكيره إلى نفسه وحل مشاكل حياته أو إلى التفكير الديني، ويسرف في الاستغراق في الوهميات، وأحلام اليقظة تصل في بعض الحالات إلى حد الأوهام والخيالات المرضية. **(محمد زيدان. 1972 :155)** .

ومن العوامل المؤثرة فيها عدم مناسبة الجو النفسي في الأسرة والأخطاء الأسرية التي منها التسلط وسيطرة الوالدين والحماية الزائدة وما يصاحب ذلك من إنكار لشخصية المراهق ، وجهل الوالدين وتوجيههما السيئ فيما يتعلق بوضع المراهق الخاص في الأسرة وترتيبه بين إخوته ، وضعف المستوى الاقتصادي ، الاجتماعي، وعدم ممارسة النشاط الرياضي ، والفشل الدراسي ، والتخلف في التكوين الجسمي وسوء الحالة، وعدم إشباع الحاجة والجذب العاطفي التام، وانعدام التوجيه المناسب. **(حامد زهران ، 1986: 405)**

3.3 المراهقـــــــة العدوانيــة المتمـردة :

وفي هذا الشكل من أشكال المراهقة يقترن سلوك المراهق بشعوره بأنه مظلوم ، وبأن الآخرين لا يقدرون موهبته وقدراته وإمكاناته ، وتلعب أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة دورا رئيسيا في ظهور هذا الشكل من أشكال المراهقة ،فأساليب التربية التي تتسم بالقوة والصرامة والتزمت والتساهل والتسامح في كل شيء تساعد على ظهور شخصية منكمشة انطوائية ، أو شخصية ثائرة عدوانية متمردة .**(مجدي أحمد. 1996 :149)**.

ومن سماتها ومميزاتها بصفة عامة التمرد على الأسرة والمدرسة والانحرافات الجنسية، والعدوان على الإخوة والزملاء، والعناد بقصد الانتقام خاصة من الوالدين، والإسراف الشديد في الإنفاق والتعلق الزائد بروايات المغامرات، والشعور بالظلم وعدم التقدير، والاستغراق في أحلام اليقظة، والتأخر الدراسي

ومن العوامل التي جعلت هذه الشخصية تتميز بهذه المميزات التربية الضاغطة المتزمتة والتسلط وقسوة وصرامة القائمين على تربية المراهق، وتركيز الأسرة على النواحي الدراسية فحسب ،ونبذ الرياضة

والنشاط الترفيهي ،وقلة الأصدقاء، وضعف المستوى الاقتصادي والاجتماعي ،والعاهات الجسمية وتأخر النمو الجسمي ،والتأخر الدراسي، وخطأ الوالدين في توجيههم، وعدم إشباع الحاجات والميول **(حامد زهران ، 1986: 405)**

3.4 المراهقـــة المنحرفـــة:

الانحلال الخلقي التام ، والانهيار النفسي الشامل والجناح والسلوك المضاد للمجتمع ،والانحرافات الجنسية ،وسوء الأخلاق و الفوضى والاستهتار ، والبلوغ الذروة في سوء التوافق، والبعد عن معايير الاجتماعية في السلوك ، ومن العوامل المؤثر فيها المرور بخبرات شاذة مريرة والصدمات العاطفية العنيفة وانعدام الرقابة الأسرية أو تخاذلها وضعفها ، والقسوة الشديدة في معاملة المراهق في الأسرة وتجاهل رغباته وحاجاته نموه أو التدليل المنحرفة ،والنقص والفشل الدراسي ،والعوامل العصبية الاستعدادية أو الاختلال في التكوين العددي **(حامد زهران ، 1986: 405،406)**.

4 نظـــريات المراهقـــة:

مما لا شك فيه أن النمو لدى المراهق معقد ومتعدد الأبعاد ،ولذلك فليس هناك من نظرية واحدة منفردة قادرة على تفسير كل جوانب النمو في مرحلة المراهقة ، إلا أن كل نظرية قد ساهمت مساهمة فعالة في تفسير كل جوانب النمائية ، وعلى الرغم من عدم الاتساق أو التوافق التام الظاهر بين هذه النظريات ، إلا أن معظم المعلومات التي تقدمها تعتبر مكملة لبعضها اكثر من كونها متناقضة ، والتناول الشامل لهذه النظريات هو الذي يساعدنا على فهم ومعرفة طبيعة مرحلة المراهقة .

4.1 .نظريـــــــــــة (ستالي هول،Stanley HALL):

يعتبر **ستالي هول**(1844- 1924) أول من قدم نظرية حول المراهقة ولقب بالأب العلمي لدراسة المراهقة ،حيث طبق الآراء العلمية والبيولوجية التي طرحها داروين في دراسة نمو المراهقة .

اعتبر هول أن النمو مقيد بعوامل فسيولوجية محددة وراثيا ،وإن للبيئة دورا ضئيلا جدا في النمو خاصة مرحلتي المهد والطفولة ،إلا أنه أشار إلى أن البيئة تتحمل مسؤولية اكبر في التغيرات النمائية في المراهقة من الفترات السابقة للنمو ،حيث يرى هذا المفكر بان المراهقة فترة عصيان وتمرد ومرحلة عواصف وتوتر حيث تتميز بالتغير وعدم الاستقرار ولا يصل الفرد إلى النضج إلا في نهايتها ، ويشير مفهوم العاصفة والتوتر (Strom and Stress) إلى أن المراهقة هي فترة مشاكل مشحونة بالصراع والتقلب المزاجي وتفكير المراهق ومشاعره وأفعاله تتذبذب بين الغرور والتواضع وبين الفضيلة والإغواء والسعادة والحزن، وتمتد

هذه الفترة من السن 12 إلى سن 24 فهي فترة مجهدة وعواطف متقلبة واضطرابات مزاجية.(**رغدة شريم ،2009: 38**)

4.2 النظــرية التحليليــة:

حيث تركز هذه النظرية على اللاشعور والانفعالات ،حيث تؤكد النظريات التحليلية بشدة على أهمية الخبرات المبكرة مع الوالدين في تشكيل النمو ، وتتضح هذه الخصائص في النظرية التحليلية الرئيسية لفريد يعتبر سيجموند فرويد (Freud 1856 –1939)المنظر الرئيسي لنظرية التحليل النفسي ، لم يكن فرويد معنيا بشكل كبير بنظريات المراهقة ،وقد تحدث عنها باختصار واصفا هذه المرحلة بأنها فترة استثارة جنسية وقلق واضطراب في الشخصية في بعض الأحيان ، وأعتبر السنوات المبكرة من العمر هي التي تشكل حياة الطفل ، وشخص فرويد مرحلة المراهقة في التغيرات التالية ، حيث يتحول الطفل في هذه المرحلة من أنانية الطفولة ومن بحث على اللذة إلى راشد واقعي اجتماعي يضحى براحة في سبيل إسعاد الآخرين ، ولديه ميول جنسية غيرية تدفعه للزواج ورعاية الأطفال ، فالمهمة الرئيسية للمراهق في النظرية التحليلية ، الاستقلالية الانفعالية عن الوالدين ، ما يتيح المجال لتشكيل هذه العلاقة الجنسية المثمرة .وإن النظرية التحليلية تصف مرحلة المراهقة بالصراع الداخلي وعدم التوازن النفسي ، والسلوكيات الغريبة ، فالمراهقون في نظر هذه النظرية أنانيون، ومن ناحية الأخرى فهم قادرون على التضحية بالذات والتفاني، يرغبون أحيانا بالاندماج الاجتماعي التام والمشاركة الاجتماعية ، وبالميل إلى العزلة في أحيان أخرى، يتذبذبون بين بين الطاعة العمياء والتمرد ضد السلطة ،يميلون إلى الانغماس الذاتي ، ولا يراعون مشاعر الآخرين ،ولكنهم حساسون عندما يتعلق الأمر بهم، إذن تتميز مرحلة المراهقة بتضارب السلوك إلى عدم التوازن ويضطرب فيها النمو بالضرورة .

4.3 نظـــــــرية النمو النفسي الاجتمـاعي

من روادها "**أريكسون**"(**1902 – 1994 Erikson.**) تعتبر هذه النظرية أكبر المساهمات التي قدمت في مجال نمو المراهق ، فقد عدل أريكسون من موقف التحليل النفسي من جهة ،وقدم تفسير أكثر شمولية وفعالية في وصف سلوك المراهق من جهة أخرى ، حيث عدل من نظرية النمو السيكو جنسي لفرويد استنادا لنتائج البحوث النفسية الاجتماعية والأنثروبولوجيا المحدثة ، ورغم أنه استبقى في نظريته الكثير من مفاهيم فرويد بما في ذلك مثلث مكونات الشخصية اللهو والأنا ولأنا الأعلى ، إلا أنه أعطى أهمية

أقل للحاجات البيولوجية الأساسية للهو بالمقارنة مع فرويد ، بل عوضا عن ذلك فإنه يعتقد أن الأنا هو القوة المحرك للسلوك .

المفهوم الرئيسي في نظريته هو إكساب هوية الأنا واختبار القضايا المتعلقة بالهوية والتي تشكل خصائص مميزة لمرحلة المراهقة ويعتقد بأنه على الرغم من أن الخصائص النوعية الهوية الشخص تختلف من ثقافة لأخرى، حيث يعتقد أريكسون بوجود ثماني مراحل للنمو الإنساني، وفي كل مرحلة يقوم الفرد بإنجاز مهمة سيكولوجية معينة ، وينجم عن التصدي لكل من هذه المهام صراع يؤدي إلى نتيجتين محتملتين:

إذا حل الصراع بنجاح فهناك بنية إيجابية ستأخذ مكانها في الشخصية وفي النمو الأحق، أما إذا استمروا لم يحل بنجاح فسوف يتضرر الأنا بسبب البنية السلبية التي ستندمج به ، والمهمة الرئيسية للفرد هي اكتساب هوية الأنا الإيجابية خلال انتقاله من مرحلة لأخرى في رأي إريكسون أن الاهتمام بمرحلة المراهقة وهي المرحلة الخامسة إلا أنه لا بد من فهم المراحل الأربع التي تسبقها ،فكل مرحلة منها تبنى على المرحلة التي تأتي قبلها وهذه المراحل تتمثل في ما يلي:

المرحلة الأولى من مراحل نظرية إريكسون هي الثقة مقابل عدم الثقة وتمتد عبر السنة الأولى من العمر المرحلة الثانية هي مرحلة الاستقلالية مقابل الخجل تحدث في السنتين الثانية والثالثة من العمر أما المرحلة الثالثة فهي مرحلة المبادأة مقابل الشعور بالذنب وتحدث ما قبل المدرسة، والمرحلة الرابعة هي مرحلة الإنجاز مقابل الشعور بالنقص وتحدث تقريبا في السنوات المدرسة الابتدائية ، أما مرحلة الخامسة من المراحل النمائية لدى إريكسون فهي الهوية مقابل اضطراب الهوية ويمر بها الأفراد خلال سنوات المراهقة ، وفي هذه المرحلة يواجه الأفراد مهمة البحث عن ذواتهم .من أنا ؟ وما هدفي من الحياة؟ وإلى أين أذهب في هذه الحياة؟

فأزمة الهوية هي المشكلة الحرجة في مرحلة المراهقة ، وهي أزمة يمر بها أغلب المراهقين، بعدم معرفة بذواتهم ،وماذا سيكون عليه في المستقبل ، فيشعر بالضياع والتبعية، ويتوقف نجاح المراهق في حل أزمة الهوية حسب تقدير إريكسون على ما يقوم به من استكشاف للبدائل والخيارات ، وبناء على ما يحققه المراهق من نجاح أو فشل في حل أزمة الهوية ، وهو معرفة ذاته وما عليه من واجب ودوره في المجتمع وهو الاتجاه الإيجابي وهذا يعرف بإنجاز الهوية ، وأما أن يتجه إلى الجانب السلبي ويبقى يعاني من عدم وضوح هويته وعدم معرفة نفسه ودوره في المجتمع . **(رغدة شريم ،2009: 47 -49)**

هذا ما يمكن أن نذكره في ما تقدمه النظرية التحليلية في مرحلة من مراحل النمائية للأفراد وهي مرحلة المراهقة التي تظهر في نظر هذه النظرية كفترة أزمات داخلية تتصارع وتتضارب فيها وظائف مختلفة وهي على وشك الظهور والاستقرار مخلفة أثار تنعكس إما إيجابيا أو سلبيا على مجرى حياة المراهقين وهذه المرحلة هي نتيجة تراكمات مكتسبة أو طابع بيولوجي يتميز به النوع البشري ينمو ويتغير عبر مراحل متتالية تؤثر الواحدة على الأخرى إلى أن يصل الفرد إلى مستوى نمو تنفجر كل المعطيات المتداخلة في ما بينها قد تؤدي إلى إنتاج شخصية تتميز بطابع خاص تسمى مرحلة المراهقة هذه بالنسبة للنظرية التحليلية فما رأي النظريات الأخرى ؟

4.4 النظـرية المعرفيـــة

قدم العالم السويسري (جان بياجيه، jean piaget ، 1886،1980) نظرية هامة في النمو المعرفي وقد أشار إلى أن النمو المعرفي ، نتاج للمؤثرات البيئية ، ونضج الدماغ والجهاز العصبي معا واستخدم خمسة مصطلحات لوصف ألية النمو.

- **السكيما Schéma** : فهي الأنماط المعرفية والفكرية التي يستخدمها الأفراد في التعامل مع ما يحدث في البيئة.
- **التكيف Adaptation** : ويتضمن التكيف مع المعلومات الجديدة والتي تزيد من فهم الشخص للعالم المحيط به ، ويحدث من خلال وسيلتين .
- **الاستيعاب Assimilation** : يعني دمج المعلومات الجديدة المكتسبة بالمعلومات الموجودة سابقا من أجل الاستجابة لمثير جديد في البيئة .
- **الموائمة Accommodation** :تتضمن التكيف مع المعلومات الجديدة من خلال إيجاد سكيما جديدة تحل محل السكيما القديمة .

وقد وصف بياجيه أربع مراحل عامة للنمو المعرفي ، وهي مرحلة الحس حركية ومرحلة ما قبل العمليات ،ومرحلة العمليات المادية ، ومرحلة الرابعة هي مرحلة العمليات الشكلية التي تتميز بتنقل المراهقون إلى ما بعد الماديات والخبرة الفعلية ،ويبدؤون التفكير بالمصطلحات المنطقية المجردة ، فهم قادرون على التأمل الذهني والتفكير بما يفكرون به ويستطيعون استخدام التفكير الافتراضي المنتظم في حل المشكلات ، والتواصل إلى الاستنتاجات ويستخدمون التفكير الاستدلالي في التجريب العلمي وإثبات النظريات

واستخدام الرموز واللغة المجازية ،والتفكير بما هو غير موجود، والتخيل أنفسهم في المستقبل والتخطيط لذلك.(**رغدة شريم،2009: ،51-53**)

4.5 نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي :

إن الاهتمام المباشر بالمراهقين ظهر في أعمال "**باندورا** "**Bandoura** و"**والترز**" **Walters** اللذين قاما بعدد من الدراسات منها نظرية العدوان عند المراهقين فإن إحدى مساهمات نظرية التعلم الاجتماعي ترى أن مرحلة المراهقة على أنها مرحلة إنمائية متمايزة لها خصائصها الفريدة حيث أهتم **باندورا** بتطبيق نظرية التعلم الاجتماعي على المراهقين ويعتبر الوالدان أبرز الراشدين الهامين في حياة المراهقين ، وبذلك فمن الأرجح أن يعمدوا المراهقين إلى تقليدهم ، وبذلك فإن **باندورا** يعتبر أن التعلم بالملاحظة هو المظهر الرئيسي لعملية التعلم ، فمن خلال الملاحظة نستطيع أن نشكل أفكارا حول سلوك الآخرين ، ومن ثم فمن المحتمل أن نعمل على تبنيها لأنفسنا ،فإذا كان عدوانيا في تصرفاته مع الآخرين فالمراهق الإبن يتعامل مع أصدقائه بنفس خصائص سلوك والده.

وفي عام (1980) وسع **باندورا** من نظريته في التعلم الاجتماعي وطبعها بالبعد المعرفي ،فبدلا من وصف الأفراد بأنهم متأثرون بشدة تأثيرات البيئة ، أكد باندورا بأن الأفراد يحددون مستقبلهم إلى حد بعيد من خلال اختيارهم لبيئاتهم المستقبلية وللأهداف التي يرغبون في تحقيقها ، فإن أسلوب تفسيرهم للمؤثرات البيئة تحدد الكيفية التي يستجيبون بها، فالمراهق الهادئ ،قد يكون له تأثير إيجابي على الوالدين بينما المراهق المفرط النشاط المزاجي الذي يصعب التعامل معه ،من السهل عليه أن يستشير الوالدين ليصبحا أكثر عدوانية ومزاجية ،ومن هذا المنطلق يعتبر المراهقين مسؤولين جزئيا دون طواعية عن تشكيل بيئاتهم.

4.6 النظريـــــــــة الأنثروبولوجـــــــية :

يؤكد الأنثروبولوجين على أن الوسط الاجتماعي الثقافي يحدد مسيرة المراهقة ويؤثر بشدة على درجة إحساس المراهق بمدى تقبل مجتمع الكبار له ، ومن رواد هذه النظرية (مارجريت ميد **Margaret méat**)(**وروث بندكت** ،**Ruth Benedict**) وغيرهم من الأنثروبولوجين بمنطلق الحتمية والنسبية الثقافية، وذلك لما للبيئة الاجتماعية الواسعة من تأثير في تحديد نمو شخصية المراهق.

وقد استنتجت "ميد" أن طبيعة المراهق ليست محددة بيولوجيا كما تصور " ستانلي هول" وإنما هي اجتماعية ، ثقافية، وقدمت "روث" إطارا نظريا للاستمرارية أو عدم الاستمرارية كوسائل لتحليل التأثيرات الاجتماعية الثقافية على نمو الشخصية للمراهقين ، فإذا كان النمو الطبيعي غير متأثر بعوامل

البيئة الاجتماعية فإن "روث" ترى أن النمو يسير على نحو تدريجي وعملية مستمرة ،ومع ذلك فإن دراسة " ميد" قد هزت المجتمع الاكاديمي ، فمنذ أن طرح " ستانلي هول" نظريته التي اعتبرت أن المراهقة فترة حتمية من الاضطرابات و التوترات ، فاعتبرت "ميد" المراهقة فترة هادئة حيث قللت من التفسيرات المسندة إلى الأسس البيولوجية وحدها لسلوكيات المراهق .(**رغدة شريم، 2009: 61-59**)

4.7 النظـــــــــريات السيسيولوجـــيا:

لقد هيمنت السيكولوجيا الكلاسيكية على حقل المراهقة إبان منتصف القرن العشرين، سواء أكانت نظريات بيولوجية أوروبية أم نظريات اجتماعية وضعية أمريكية، فإن المشكل القائم هو أن هذه النظريات لم تدرس مشاكل الشباب داخل المجتمع بشكل تطبيقي .لذا سارعت ألمانيا إلى تمويل البحوث الاجتماعية التي تعنى بدراسة الشباب داخل المجتمع، في ضوء مقاربات سيسيولوجيا مشخصة وتاريخية.

ومن أهم الباحثين الذين تبنوا المقاربة السيسيولوجيا في دراسة المراهقين والشباب نستحضر :رالف لينتون (LINTON) وبارسونز(Parsons) وكولمان(Colman) وماتزا(Matza) وقد أضحت المقاربات السيسيولوجيا، إلى غاية سنوات الستين من القرن الماضي، ذات منظور بنيوي ووظيفي، هدفها هو إدماج الشباب في حضن المجتمع، مع الأخذ بعين الاعتبار الصراعات السياسية والاقتصادية والاجتماعية والإيديولوجية التي يعج بها المجتمع.

4.8 نظريـــــــــة المجـــال:

يدرس(**كورت لوين .Levin K**)المراهقة في ضوء منظور نسقي كلي على غرار النظرية الجشطلتية على أساس وجود مجموعة من العوامل القريبة والبعيدة التي تتفاعل كليا بشكل نسقي، فتؤثر في حياة المراهق سلبا أو إيجابا، بمراعاة العوامل النفسية والعضوية والذهنية والاجتماعية والفيسيولوجية..

وأكثر من هذا يرى ليفين بأن السلوك العضوي نتاج لتفاعل دينامي بين الشخص ووسطه .ومن ثم فالمراهق جهاز نفسي موحد وكلي، تتحكم فيه عوامل داخلية وعوامل خارجية، في إطار ثنائية التأثير والتأثر(**جميل حمداوي (د ت). :29-30**) .

إذن للبيئة الاجتماعية والثقافية دور فعال في رسم الأطر والمبادئ الأساسية في تكوين شخصية المراهق وبناء مزاجه وتحديد سلوكياته كما تم توضيحها من طرف رواد هذه النظرية. وكل نظرية تعالج هذا الموضوع من زاوية مختلفة فمنها من تعالج ذلك انطلاقا من الجوانب البيولوجية والفيزيولوجية للمراهق

المتمثلة في البيئة الذاتية ومنها من تعالج الموضوع انطلاقا من المكتسبات الاجتماعية والثقافية المتمثلة في البيئة الاجتماعية ،ومن هذا نستنبط عدة نظريات لها وجهات نظر مختلفة في تحليل هذه المرحلة من مراحل النمو وهي المراهقة.

وفي إطار المعرفة الدقيقة لهذه المرحلة نجبر أن نتخذ من خصائصها مجالا للبحث والدراسة في العنصر الموالي:

5 خصائص مرحلة المراهقة:

مرحلة المراهقة تتميز بخصائص تميزها عن مراحل نمو الأخرى ولقد تطرقت إلى ذلك الباحثة " هيرلوك" **Hurloc** (1980) والتي نذكر منها ما يلي :

5.1 المراهقة مرحلة هامة في حياة الأفراد :

حيث أنها أكثر تأثير على سلوكيات واتجاهات الفرد، وتجمع بين تأثيرات النفسية والجسمية

5.2 المراهقة مرحلة انتقالية وعبور:

وهي مرحلة الانتقال من مراحل نمو سابقة إلى مراحل لاحقة، تعد مرحلة عبور تسمح بالاندماج في الحياة الاجتماعية بمميزاتها الاجتماعية والثقافية بمشاكلها المختلفة **(Bob ,2008,P 356)**

5.3 المراهقة مرحلة تغيير:

من التغيرات التي تحدث خلال مرحلة المراهقة والتي أشارت إليها الباحثة" هيرلوك" زيادة شدة الانفعال وتحدث بسرعة أكثر خلال هذه الفترة ،والمتغيرات السريعة التي تصاحب النضج الجنسي تجعل من المراهقين غير متأكدين من أنفسهم وقدراتهم وميولهم، تغير في القيم فما كان هاما في مرحلة الطفولة يبدو أقل أهمية لهم في مرحلة المراهقة ، تظهر لديهم مشاعر متضاربة مثلا بين الاستقلالية والمسؤولية

إذن فالمراهقة مرحلة تتغير باعتبارها مرحلة تتميز بظهور قدرات جديدة في إطار سيرورة تحويلية ،في هذا الإطار فهي تعتبر عملية توازن متدرج للفرد مع محيطه ومع نفسه ، هذا التعريف الذي يعتبر المراهقة عملية تغيير هو وحده الذي يسمح بالتعرف على مجموعة التحولات العديدة العميقة التي تميز سنوات المراهقة من وجهة نظر نمائية ،هذه الفكرة تسمح باعتبارها مرحلة التغير.**(S.Taborda.2005 .p 520)**

5.4 المراهقـــة مرحلة عدم الواقعيـــــة:

عدم واقعية المراهقين بسبب الحالات الانفعالية الحادة فكلما زادت طموحات المراهقين كانوا أكثر غضبا وتوترا ، من ثم يشعرون أنهم لا يستطيعون تحقيقها، لكن مع زيادة الخبرات الشخصية والاجتماعية يبدأ المراهق يراها بصورة أكثر واقعية. **(سيد محمد الطواب،1993 327-330)**

5.5 المراهقـــــة مرحلة أزمـــــــة :

مصطلح أزمة متداول في أوساط علم النفس ، حيث يوحي إلى التغير المفاجئ الذي يعرفه نمو الفرد ومنه يؤدي إلى التغير في السلوكيات ، طرق التفكير والتصورات ، ومن جهة أخرى يشير إلى اضطرابات في التوظيف النفسي والذي قد يؤدي إلى المعاناة ، القلق ،العزلة ،الانسحاب ،أي مجموعة من الصعوبات التي قد تعيق الفرد عن التكيف في حياته اليومية **(M.Claes .1968.p60)**)

إن ذات المراهق الشخصية تتشكل حول القيم المركزية التي تعطي معنى للوجود المركزية ، والتي من شأنها قد تسبب في صراعات الهوية الشخصية، لتصبح هوية فوضوية . مما يجعل المراهق مضطربا بين هوياته المتعددة ومترددا بين مختلف انتماءاته، هو البحث الدائم عن الذات. من جهة يجد نفسه أكثر حرية وأكثر معارضة، ومن جهة أخرى قد يصبح أكثر اضطرابا بسبب الشعور بعدم الانتماء، وهو سبب البحث الدائم عن الهوية الشخصية والجماعية. (**RODRIGUEZ-TOME, H Jackson. (and.Bariaud.1997.p.278**

وهناك من عرف المراهقة بمرحلة أزمة، بغض النظر عن السياق الذي ينتمي إليه المراهق مهما يكن السياق الاجتماعي والثقافي تعتبر المراهقة مرحلة أزمة وعدم الاتزان.(**Rymond-Rivier, 1980, p. 415)** وفي هذا تعتقد " كاستمبرغ " بأن كل لحظة تسجل مرحلة تطور وتأخذ دور حركة تنظيم ألانا ، وتشير إلى وجود ارتباط بين الهوية والتقمص .هذا الارتباط من شأنه يجعل الهوية منمذج شيئا فشيئا من خلال التقمصات ، بالمقابل رفض الانطباعات الوالدية يؤدي إلى صراعات التقمص وبالتالي يتطلب البحث عن التقمصات جديدة خارج العائلة وبالتالي يصبح التزام البحث عن الهوية مولدا للقلق في نفس السياق أبرزت المقاربة التحليلية بأن مواجهة الانطباعات السلبية الوالدية ، تعزز الشعور بعدم القدرة على النمو والتقدير السيء للذات .**(voizot.2007:207)**

5.6 المراهقـــــــــة مرحلة إبـــــــداع :

بما أن المراهق تحت ضغط المتغيرات النفسية والفيزيولوجية ناتجة عن البلوغ مجبر على إعادة بناء ذاته أي بمعنى آخر يجب عليه إعادة تركيب ذاته، من هنا تتولد الرغبة في الإبداع الذي يهدف إلى تحقيق معاش البلوغ.**(PH.Gutton.2008.p100)**

في إطار ذكر خصائص مرحلة المراهقة يمكن أن نستخلص بأن هذه المرحلة تتميز بطابع خاص حيث تجمع بين تراكمات مراحل الطفولة الأولى وتمهيدا للانتقال إلى مرحلة البلوغ وما تصاحبها من تغيرات وتوترات نفسية وجسدية متنوعة تؤثر على سلوكيات المراهق ،إذن كيف تكون هذه التغيرات في خضم مظاهر النمو المختلفة ؟

6 مظاهر النمو المختلفة في مرحلة المراهقة:

6.1 مظاهر النمو الجسمي:

تتميز مرحلة المراهقة بمظاهر جسمية وانفعالية واجتماعية وتعتبر المظاهر الجسمية الداخلية والخارجية أثرا كبيرا على تكوين شخصية المراهق، وعلى مدى تكيفه مع بيئته.وتبدو مظاهر النمو الجسمي في النمو الغدي الوظيفي، وفي نمو الأعضاء الداخلية ووظائفها المختلفة، وفي نمو الجهاز العظمي والقوة العضلية وفي أثر هذه النواحي على النمو الطول والوزن.

ويبدأ هذا النمو بنمو الأجزاء العليا من الجسم قبل نمو الأجزاء السفلى، فتزداد المساحة السطحية لجبهة المراهق في أبعادها الطولية والعرضية وينحسر منبت الشعر إلى الوراء، ويغلظ الأنف، ويتسع الفم وتتصلب الأسنان وتغلظ وينمو الفك العلوي قبل السفلي، وتنمو الأذرع قبل الأرجل.ويستطرد النمو في جميع الاتجاهات حتى يصل إلى تمام الرشد واكتمال النضج.ويمكن إبراز أهم مظاهر النمو الجسمية في العناصر التالية:

تضمر الغدة الصنوبرية والغدة التيموسية في المراهقة لنشاط الغدد الجنسية، ويبقى هرمون النمو الذي تفرزه الغدة النخامية قويا في تأثيره على النمو العظمي خلال المراهقة حتى تؤثر عليه هرمونات الغدد الجنسية، فتحد من نشاطه، وتتأثر كذلك هرمونات الغدة الدرقية بالنضج الجنسي فتزداد في بداية المراهقة إلى أن تقل في نهايتها.

- يصل وزن الغدة الكظرية إلى نهايته عند الميلاد ، ثم تضمر قليلا في الطفولة وينقص وزنها بالتدريج عند نهاية هذه المرحلة، ثم تسترجع قوتها في المراهقة حتى تبلغ نصف حجمها الأول عند اكتمال النضج أو الرشد.

- ويبلغ وزن الغدة التناسلية الأنثوية 40 بالمائة من وزنها الكامل في السنة العاشرة من عمرها.

تتأثر الأجهزة الدموية والهضمية والعصبية بالمظاهر الأساسية للنمو في مرحلة المراهقة، وتسفر المعالم الظاهرية لنمو هذه الأجهزة على تباين شديد قد يؤدي إلى اختلال حياة المراهق في بعض نواحيها وتبدو أثار الجهاز الدموي في نمو القلب والشرايين ويبدأ مظهر هذا النمو بزيادة سريعة في سعة القلب وبذلك يزداد ضغط الدم ويؤثر ذلك في المراهق من الجنسين فتبدو عليهم حالات الإغماء والإعياء والصداع والتوتر والقلق كما قد يحس المراهق بفيض عارم من النشاط سرعان ما يتحول إلى إعياء.

- تنمو المعدة وتزداد سعتها خلال المراهقة زيادة كبيرة ويظهر ذلك من خلال رغبته في الأكل وشراهته مما قد يحرجه أحيانا، وتظل هذه الحاجة مسيطرة عليه ما يقرب 3 أو 4 سنوات. أما نمو الجهاز العصبي فيختلف عن نمو الأجهزة الأخرى وذلك لأن الخلايا العصبية تولد مكتملة مع الطفل في عددها ولا تؤثر في النمو بمراحله إلا بزيادة ارتباطها بالألياف العصبية يرتبط النمو الطولي ارتباطا قويا بنمو الجهاز العظمي، وتبدأ مظاهر هذا النمو عند الميلاد فيتساوى الجنسان في هذه المظاهر، وفي السنة الرابعة تسبق الأنثى الذكر وفي بدء المراهقة تسبقه بما يقرب سنتين عظميتين وتصل عظام الفتاة إلى اكتمال نضجها في سن 17 سنة، ويقترب النمو العظمي للفتى من نمو الفتاة في سن 14 سنة، ثم يسبقها بعد ذلك، ويقاس هذا النمو برصد درجة كثافة العظام وصلابتها وقوتها، ولا يقاس بمدى طولها وعرضها يتأخر النمو العضلي في بعض نواحيه عن النمو العظمي، ولذلك يشعر المراهق بالأم النمو الجسمي لتوتر العضلات المتصلة بالعظام النامية.ويتفوق البنين عن البنات في القوة العضلية، وذلك لامتياز الفتى عن الفتاة في اتساع منكبيه وطول ذراعيه وكبر يديه(. **فؤاد السيد ،1998 :236**)

6.2 مظـــاهر النمو الجنسي:

يرى بعض الباحثين أن التغيرات العضوية والبيولوجية تسبق عند البنات ظهورها عند الذكور إلاّ أنّه لا بد من أن يوضع في الاعتبار اختلاف بعض الظروف الاجتماعية والبيئية كالمناخ، والتغذية والرعاية الصحية، وغيرها التي لها تأثير في النمو .بتقدم أو تأخر مرحلة النمو الجنسي(**رشيد العبودي، 2003: 137**) .

ومن خصائص النمو الجنسية الأولية والثانوية، حيث يوجد نمطان من التغيرات في الجهاز التناسلي خلال المراهقة المبكرة ، إذ تكبر الأعضاء التناسلية في الحجم لدى الذكور والإناث ، حيث تتضمن نمو الثديين والتغيرات في شعر العانة ، والغدد العرقية ، والغدد الدهنية ،وعضلات الحنجرة ، وبالنسبة للذكور يتم التوسع التدريجي للصفن والخصيتين ،مع اسوداد كيس الصفن وتجعده ،ومن ثم يبدأ شعر العانة بالظهور ويظهر شعر الإبط ، ويبدأ شعر الوجه بظهور وكذلك الشعر على الصدر والساقين، ويستمر النمو العضلي واتساع الكتفين والصدر، والتغيرات الأخرى في شكل الجسد . **(رغدة شريم ،2009: 69)**

فالتنبؤ بالنمو الجنسي عند الإناث تماما مثل الذكور، وذلك من خلال عملية البلوغ الذي يعرف من خلال حدوث أول طمث للإناث **(Maurice Debesse, 1993, p32)**.

تترك التغيرات الجسمية النمائية لمرحلة المراهقة أثارا على نفسية المراهق فالنمو السريع في طول المراهق ووزنه قد أحدثت تغيرات جسمية عضوية حركية غير مألوفة، فتنشاع ذلك فقدان التوازن والاتزان ويعثر المراهق في أعماله أحيانا، وبخفق في إتقان هذه الأعمال أحيانا أخرى، وببدو ذلك واضح في حركات أيديه وأصابعه وغيرهما . و كذلك تصحب هذه التغيرات الكسل والخمول والتراخي، كما يبدو المراهق قلقا مضطربا و لعل هذا الواقع هو الذي حمل علماء النفس على تسمية هذه الفترة بفترة الارتباك والقلق.

وترتب على النمو اضطرابات نفسية وانفعالات منقلبة قد تؤدي عند بعضهم إلى الخجل والانطواء أو إلى اضطرابات سلوكية يعتقد البعض مرضا أو شذوذا، وتؤدي عند البعض الآخر إلى التفكر الخيالي والبعد عن الواقع وظهور أحلام اليقظة .

ويتطور كل ذلك إلى تركيز المراهق اهتمامه حول جسمه، ويدفعه إلى الاهتمام بمظهره الخارجي ليظهر أمام الآخرين بالمظهر الأنيق ويؤدي ذلك إلى صراعه مع القيم السائدة في المجتمع، ويتطلب هذا التوجيه النفسي والتربوي من الكبار قصد تحسين التكيف والتوافق، والتنبؤ بتطور المشكلة في المستقبل **(سليم مريم. 2002 :403)**.

6.3 مظـــــاهر النمو العقلي و المعرفي :

يرى **بياجيه** أن عملية النمو العقلي في مرحلة المراهقة تبدأ من السن 12 عاما ، وحسب رأيه يصبح الفرد قادرا على تنظيم الحقائق والأحداث من خلال استخدام عمليات معقدة من التقدير الرمزي والتجريدي **(عبد الحميد الهاشمي .1979: 68)**.

وتمثل التغيرات في الأدراك أو التفكير المجموعة الثانية من التغيرات التي تحدث خلال مرحلة المراهقة وهي تغيرات واسعة يمر بها المراهق كتلك التي حدثت على البعد البيولوجي والتغيرات على البعد المعرفي تنشئ بحدوث تطورات في إشكال التفكير، ولها أهمية كبيرة على نمو المراهق وسلوكه فالمراهق يستطيع التخطيط لمستقبله ،ويتخيل المستحيل ،يدرك المعاني المتعددة للكلمات والمواقف، ولديه الفرص لاكتساب المزيد من المعلومات ، ويفكر بطرق اكثر فعالية ، حيث يحدث تغير هام في تفكيره ، حيث ينتقل المراهقون إلى مستويات لا يستطيع الأطفال بلوغها، فالمراهق يستطيع التفكير في أشياء غير موجودة إطلاقا ويصبح تفكيرهم منطقيا وواقعيا ، ويتميز تفكيرهم بالخصائص التالية :التفكير بالمفاهيم المجردة المنطقية حيث ينتقل تفكيره من الخصائص المادية إلى الخصائص المجردة ، بالتحليل والعمليات المجردة المنطقية ، ويمكن ملاحظة ذلك بوضوح في تزايد براعته في التفكير وفي العلاقات الاجتماعية والسياسية والفلسفية والدين والقضايا الأخلاقية ،والتي تتضمن مفاهيم مجردة مثل الصداقة والعقيدة والديمقراطية والأمانة . **(Steinberg. 2002: P85 ،)**.

6.4 مظاهر النمو الاجتماعي والانفعالي :

عندما يصل الفرد إلى مرحلة البلوغ يحدث له تغيرات بيولوجية وتصاحبها تغيرات في القدرات والتفكير ، مما يجعل الأدوار والمنزلة الاجتماعية تأخذ مكانها كملامح عامة للنمو خلال مرحلة المراهقة ،فالمجتمعات كافة تميز بين الأفراد على أساس المرحلة العمرية التي ينتمون إليها ،وفي كل المجتمعات تعتبر المراهقة مرحلة انتقالية من الطفولة إلى الرشد، تتغير خلالها نظرة المجتمع إلى هذا الفرد ، كما يشير بعض علماء النفس ، إلى أن طبيعة المراهقة تتأثر إلى حد بعيد بالطريقة التي تحدد فيها المجتمع الأدوار الاقتصادية والاجتماعية أكثر من التغيرات البيولوجية والمعرفية التي تحدث في هذه المرحلة ، إلا أن هناك فروقا في النظر إلى هذه المرحلة بين المجتمعات الصناعية والتقليدية وكذلك الأمر بين المجموعات الثقافية المختلفة في المجتمع المعاصر ، ومن المؤثرات التي لها دور في تشكيل وبناء مرحلة المراهقة التنشئة الاجتماعية ، حيث يكتسب المراهق من خلالها الحكم الاجتماعي ،وضبط الذات ،والاتجاهات الاجتماعية والثقافية ،والقيم والمعايير ، وكذلك يكتسب المعرفة والمهارات وسيمات الشخصية التي تمكنه من المساهمة كعضو فعال في الجماعات والمجتمع، وهذا عن طريق الوالديين وأفراد الأسرة والمدرسة والمرافق الاجتماعية وجماعة الرفاق

وإن كانت التنشئة الاجتماعية تمارس على نحو بناء ، فمن الضروري أن يطور المراهق مفهوما للذات يتسم بالإيجابية المعتدلة على الأقل ، والمراهق الذي تكون تنشئته الإيجابية جيدة يكون أفضل من المتوسط

العام في الجوانب الرئيسية للسلوك الاجتماعي ، وفقا للمعايير الثقافية التي يعيش فيها ويتضمن السلوك النموذجي للمراهق ، اكتساب أصدقاء والقيام بالدور قيادي والتكيف المدرسي أو المهني والتصرف وفقا للدور الجنسي المناسب ، وانخفاض مستوى الشعور بالقلق وقلة الصراعات مع الأسرة والمساهمة الإيجابية مع المواقف الاجتماعية (**رغدة شريم،2009: 126-127**)

النمو الاجتماعي في المراهقة له مظاهر أساسية وخصائص تميزه إلى حد ما عن مظاهر النمو الأخرى ومن أهم هذه المظاهر هي :

الميل إلى الجنس الآخر : يؤثر هذا الميل على نمط سلوكه و نشاطه ويحاول المراهق أن يجذب انتباه الطرف الآخر بطرق مختلفة.

الثقة وتأكد الذات : يسعى المراهق لتأكيد ذاته والشعور بمكانته فهو فخور بنفسه يبالغ بأحاديثه وألفاظه وفي ذكر مستوى تحصيله والعناية الفائقة بمظهره.

الخضوع لجماعة النظائر : يخضع لهم المراهق في معاييرهم و نظمهم ويتحول بولائه الجماعي من الأسرة إلى النظائر.

الإدراك الاجتماعي : قدرة المراهق على إدراك العلاقات القائمة بينه وبين الأفراد الآخرين وبلائم بين الناس ونفسه.

اتساع دائرة التفاعل الاجتماعي : تزداد آفاق الحياة الاجتماعية لتتابع مراحل النمو و تتسع دائرة نشاطه الاجتماعي ويدرك حقوقه و واجباته).(**رشيد العبودي، 2003 ، :140**)

أما من جانب النمو الانفعالي للمراهق ،حيث أن هذه الفترة تتسم بالتمرد أو العصيان ، والاضطرابات الانفعالية والنزاعات مع الأسرة ، والعزلة على المجتمع ، والسلوك الطائش ، ورفض قيم الراشدين. إذن فالمراهقة يمكن أن تكون فترة عصيبة لدى بعض الآسر ، حيث تزداد الخلافات العائلية والتقلبات المزاجية والسلوكيات ذات طابع أكثر توترا وخطورة ، أكثر من مرحلة أخرى من مراحل الحياة . (**Pupalia .old (and feldman .2001. P102**

إلا أن هذا التغير الانفعالي لدى المراهق الذي يعتبر أهم أوجه التغيرات، حيث يسعى المراهق إلى تحرير نفسه من الاعتماد على الأسرة ، ويرغب في الاستقلال حيث يعتمد على إشباع حاجات انفعالية أساسية ومن خلالها يواجه عديد من العقبات في المجتمع تحول دون إشباع حاجاته النمائية حيث يشير (بات Pati 2004) إلى العقبات التالية :

العقبات المادية المتمثلة في الفقر، ونقص التعلم، والإعاقات الجسدية...الخ والعقبات الاجتماعية منها العادات والتقاليد الاجتماعية وأنواع التربية ، والعقبات الفردية ومنها التنافس مع الأفراد الأخرين السلوك المنحرف ،عدم إشباع الحاجات الفردية ، تكوين شخصية ضعيفة ..الخ **(رغدة شريم ،2009 :136، 138)**

7 شخصيـــة المراهـــــــق:

لقد أثبت بعض الباحثين أن شخصية المراهق غير تامة وغير مستقرة ، وأن لها استمرارية معتبرة منذ سن الثالثة حتى سنوات المراهقة وما بعدها، ويختلف عدم الاستقرار في نفسية المراهقة وفي تصوراته للأشياء باختلاف السن و الجنس فالذكور العدوانيون في الطفولة مثلا يمكن أن يصبحوا غير اجتماعين أو غير عمليين **(Caspi،Elder & Herbener 1990:13)**

والأطفال الخجولين والمثبطين تكون لهم ميولات ليصبحوا حصريين خلال مرحلة المراهقة ، والذكور المراقبين كونهم اندفاعيين والإناث أيضا كونهن محافظات يمكنهم جميعا أن يصبحوا اكتئابين في مرحلة المراهقة المتأخرة **(Block & Gjerde, 1991, p. 727 .)**

بالرغم من أن شخصية المراهق شخصية قائمة بذاتها ،لكنها غير مستقرة ،أو تكون متأزمة بفعل ظروف داخلية أو خارجية المنشأ ، وتكون على الأرجح مرتبطة بمرحلة ما قبل المراهقة (الطفولة)،أو ما يعبر عنها في تحليل النفسي بالبنية الشخصية .هذه الشخصية لا يمكن عدم تمييزها سواء من خلال الصورة الجسمية والسلوكية أو من خلال طبيعة الذات بصيفة عامة.

أما بالنسبة لتقدير الذات عند المراهقين يتعين على الباحث التركيز على الذات وتقديرها ، فقد استخدم مصطلح الذات في ميدان علم النفس ، ولاسيما في ميدان التحليل النفسي استخدم (يونغ) كلمة الذات للتمييز بين الفرد وإدراكه .في علم النفس الاجتماعي ،وفي علم النفس المعرفي (الذات مجموعة من المعلومات حول الفرد معين والمنظمة لها ،وميكانيزمات العلاقات مع الذات ومع الأخرين).

وما تتميز به مرحلة المراهقة يكمن في موضوع تقدير الذات ،وهو مهم جدا ،ولهذا أخذ سياق الإكلينيكي بعين الاعتبار هذا المفهوم **(Guillon & Crocq, 2014, pp. 32–33)**

ربما ، وفي ظل أزمة هوية الذات ،هذه الأخيرة تكون مهددة لاسيما عندما يختار المراهق مواضيع قيمة جديدة .ويرتبط تقبل الذات أو رفضها بشكل وثيق ،بتمركز حول الذات خصوصا في بداية و/أو في منتصف المراهقة ،مما يجعل تفكيره وتركيزه منصبا بالدرجة الأولي على هذه الذات المتميزة والمتفردة ،والتي تثير اهتمام الآخرين باعتبار الأدوار التي يتقمصها المراهق تجلب له باقي الإنظار. يجب إذن أن

يعتمد فهمنا لذات المراهقة على فهم متطلبات هذه المرحلة ،أي التغيرات التي تعتري نفسيته وتقييمه لذاته وقدراته المختلفة ،وكذا التغيرات المتنوعة المرتبطة بالعلاقات الاجتماعية ومدى قدرته على تقديرها والتكيف والتوافق مع العوامل المؤثرة على تكوين ذاته. لأنه من بين العوامل المؤثرة في تكوين مفهوم الذات عند المراهق نجد: تقدير الذات ، والشعور بفعالية الذات ومركز الضبط ،والثبات الانفعالي(**Baudin & Judge, 1996, p. 123**) .

يبدو أن المراهق في هذه المرحلة له اتجاهات نفسية واجتماعية قد تميل إلى النقد ، والرغبة في الإصلاح ،والرغبة في مساعدة الأخرين، والرغبة في اختيار الأصدقاء، والميل إلى المثالية، والبحث عن الحرية والشفافية، والمثالية ...فكلها عناوين لمفهوم وتقدير الذات.

8 حاجات مرحلــة المراهقيـــــــــــن:

للمراهق حاجات متعددة ومتنوعة يهدف إلى تحقيقها من أجل التوصل إلى الاستقرار النفسي والتكيف الذاتي والاجتماعي، وهذه الحاجات نتيجة لتلك التغيرات الطارئة التي يتميز بها المراهق في هذه المرحلة في جميع الجوانب الجسمية منها والنفسية والاجتماعية والعقلية، وعلية يمكن ذكر هذه الحاجات في ما يلي:

8.1 حاجة المراهق إلى الأمن :

يشعر المراهق بأن البيئة يسودها الاحترام والتقبل وهي أهم الحاجات الأساسية المطلوبة للنمو السوي والصحة النفسية والتوافق النفسي ، ولاشك أن المراهق محتاج إلى الأمن النفسي والصحة الجسمية السليمة والشعور بالأمن الداخلي وتظهر هذه الحاجات في تجنب المخاطر والألم والشعور بالطمأنينة والحياة الأسرية السعيدة المستقرة نهيك عن الأمن الوجداني الذي يكون محبوبا من شخص ما، وأن يؤمن به شخص أخر.**(جمال ابودلو،58:2009)**

ويعتبر الأمن من أهم الحاجات الدافعة لسلوك الإنسان، ومعناها الحاجة إلى الشعور بأن البيئة الاجتماعية صديقة ودودة تشعر المراهق بأن الأخرين يحبونه ويحترمونه، وبعبارة أخرى الرغبة في الأمن معناها حاجة الفرد إلى الشعور بأنه مقبول اجتماعيا وهذه الرغبة تكمن في حياتنا بصفة عامة. **(عبد العالي الجسماني،42:1994)**

8.2 حاجة المراهق إلى القبول الاجتماعي ورعاية الأولياء :

كل الأفراد يشتركون في الحاجة إلى الاستجابة والحب والمحبة والقبول والتقبل الاجتماعي وهي من أهم الحاجات الأزمة لصحة الفرد النفسية ،فكل إنسان يرغب بأن يكون مقبولا عند الآخرين ، فيتبين لنا أنه من

الحاجات النفسية الضرورية للمراهق أيضا القبول من طرف الأخرين ، فهو بحاجة دائمة إلى الصداقة وإقامة العلاقات الاجتماعية ،ويهمهم كثيرا ما يعقدونه ويكره أن يكون منبوذا من طرفهم ،وهذه الحاجة تتجسد في الانضمام إلى جماعة الرفاق من نفس السن خاصة ، فالمراهق يجد في أقرانه الملجأ الوحيد الذي يستند اليه لأنهم يعيشون نفس الأزمة التي يعيشها.**(تركي رابح،1989:149)**

وإن الحاجة إلى الوالدين اللذان تتوفر لديهما الحب والرعاية حاجة حيوية وهامة، وقد أظهرت الأبحاث أن والمراهقين إذا لم يظهر لهم الآباء حبهم لهم في وضوح وقوة، فإنهم قد لا يكتسبون تقدير الذات، ولا يتمكنون من إقامة العلاقات البناءة الممتعة مع الآخرين ولا الشعور الواثق المطمئن بهويتهم و ذواتهم مما بنجر عنه الكثير من المشكلات المدرسية وفساد العلاقات بالآخرين إلى الاضطرابات العصبية والمشكلات الخلقية من قبيل الجنوح **(عبد العزيز سلامة، 1986 :468)**

8.3 حاجة المرهق إلى تأكيد الذات :

إن أقوى نوازع الإنسان ودوافعه هي تلك التي ترمي إلى تحقيق الذات، فالذات إنّما هي هدف إنساني وتحقيقها نفسيا واجتماعا تسلك في شخصية المراهق. **(عبد العالي الجسماني،1994:310)**

فالمراهق بحاجة إلى تحقيق ذاته التي يشعر بتضخمها ونرجسيتها وكبريائها، و إنّ عدم التأكد لذاته قد يؤدي به إلى التمرد أو إلى الانصياع والهامشية**(عبد الفتاح دويدار.1993 :80)**

والذات تعتبر من الحاجات النفسية العليا عند الإنسان فهو بحاجة إلى احترام تقدير الآخرين لشخصيته، سواء كان ذلك بفضل سمات جسمية أو أخلاق معينة أو أدوار أو مراكز يتمتع بها الفرد في المجتمع، ثم بعد تقدير الذات يسعى الإنسان إلى إثبات وتأكيد الذات سواء كان ذلك بالنجاح في أداء عمل ما أو أداء دور اجتماعي يستطيع من خلاله تأكيد ذاته. **(مصطفى عشوي ،2004:142)**

8.4 الحاجةالمراهق إلى التقدير والشعور بالمكانة الاجتماعية:

إن شعور المراهق بالتقدير وإحساسه بأن البيئة الاجتماعية تبوئه مكانة اجتماعية مناسبة لنموه وإدراكه وتعقله، له تأثير كبير على شخصيته وله تأثير في سلوكه الشخصي والاجتماعي، يدفعه إلى صرف جهوده لصالح مجتمعه.

فحاجة المراهق إلى الاعتبار الاجتماعي والتقدير لهما أهمية في تقوية نشاطه وتنافسه، مما يجعله يرتاح لإعجاب وتقدير المحيطين به سواء كانوا من أفراد أسرته أو زملائه، وإذا أفتقر المراهق هذه الحاجة فإنه

قد يتخذ من العدوان على المجتمع ويسلة لإرضاء حاجته إلى التقدير والأهمية، فإحساس المراهق بتقدير الآخرين له يؤذي به إلى ارتفاع تقديره لنفسه وبالتالي الإحساس بالأمن والطمأنينة النفسية.

8.5 حاجة المراهق إلى الاستقلالية :

من أبرز مظاهر الحياة النفسية في فترة المراهقة رغبة المراهق في الاستقلال عن الأسرة و الاعتماد على النفس، نتيجة للتغيرات الجسمية التي تطرأ على المراهق ويشعر أنه لم يعد طفلا قاصرا، كما أنه لا يجب أن يحاسب عن كل ما يقوم به من سلوكيات .(**محمد السيد الزعبلاوي،1998 : 65-7**).

وبالتالي يسعى المراهق إلى التخلص من ربط التعلق الطفلي بوالديه، ويرغب في التحرر منهما وفي تكوين شخصيته المستقلة، فهو يريد أن يبني لحياته النسق الذي يرضيه وذلك ليبرز شخصيته في الأسرة (**J.Leif et Paul JUIF, 1971, P. 38).**

وخلاصة القول أن للمراهق حاجات كثيرة إضافة لما سبق، منها الحاجة إلى النمو العقلي والابتكار الحاجة إلى القيم، الحاجة إلى التقبل الاجتماعي، الحاجة إلى تكوين صداقات وعلاقات اجتماعية مع الرفاق وكل هذه الحاجات تساهم في نموه نموا سليما، وإذا أحبطت هذه الحاجات عند المراهق ظل في حالة ضيق وقلق وتوتر حتى ينال من هذه الحاجات.

8.6 حاجة المراهق إلى التوافق الأسري :

تعتبر الأسرة أو المنزل المؤسسة الأولى التي تربي الطفل وتكونه ليكون عنصر في المجتمع والتفاعل اليومي مع من حوله من أفراد الأسرة بتعلم أنماط السلوك المختلفة والعادات الاجتماعية كما تكون العواطف والقيم والاتجاهات نحو الذات ونحو الآخرين، وبهذا التفاعل والتجارب المبكرة يتعلم الكثير من العواطف نحو الأشخاص والأشاء,والحب والكره والكرم والبخل والإثار والأنانية والاحترام ويتأثر المراهق في سلوكه وفي خصائصه النفسية والاجتماعية بهذه التجارب المبكرة وبأساليب التربية وبنوع العلاقة السائدة بين أفراد الأسرة وخاصة الوالدين. (**رشيد العبودي ،142:2003)**

ويحتاج المراهقون في هذه المرحلة العمرية الحاسمة من حياتهم إلى الشعور بالتوافق داخل أسرهم في ظل مناخ سوي يتيح لهم الفرص المناسبة للتواصل والتعبير عن مشاعرهم ويزيد من قدرتهم على الفهم ومواجهة متطلبات تلك المرحلة ويحقق لهم حياة مثمرة بالصحة واللياقة النفسية.(**مصطفى سويف،9:2001)**

ويؤدي المناخ غير السوي إلى خلق الشعور بالقلق والاضطراب لدى الأبناء الشعور بعدم التوافق مع أنفسهم و مع مجتمعهم، يكسبهم اتجاهات رافضة للمجتمع تؤكد كثير من الدراسات التي تناولت المراهقة

إن أسباب عدم التوافق تعود إلى غياب الإيصال ونقص التماسك الأسري وانعدام الدفء. العائلي . (Clark&Shield،1997:18).

وخلاصة لما ورد فان مرحلة المراهق تعتبر مرحلة نمائية تمر بتغيرات معقدة وتمس كل جوانب النمو للشخص مما يؤثر على سلوكياته ووظائفه مما يصبح المراهق بحاجة إلى ظروف لها تأثير إجابي حتى لا تكون تنشئته تنشئة غير سوية ، وخاصة حاجته للمحيط الذي ينمو فيه أن يكون سويا ويتماشى مع متطلباته النمائية حتى يخرج من هذه الأزمة بصورة سليمة وفعالة والأسرة والمدرسة هما المؤسستان الأكثر العناصر التي يحتاجها المراهق في هذه المرحلة في تحقيق وتهذيب مطالبه النمائية

9 مشكلات المراهقين:

تعتبر المراهقة مرحلة صعبة طويلة نسبيا، يصحبها عادة الكثير من المشكلات ، ما يرجع منها إلى طبيعة المرحلة ذاتها ،وما استحدثته في نفوس المراهقين من تغيرات يشعرون بها ، ولا يجدون منفذا لإشباعها أو لتحقيقها أو إلى ما يلقونه من المجتمع الخارجي من عدم فهم وتقدير واختلاف في وجهات النظر .. إلى غير ذلك من العوامل وأسباب.

إن الصورة العامة للمراهقين كما اتضحت لنا من خلال تتبعنا للخصائص والتغيرات التي يتميزون بها خلال مراحل نموهم ، صورة مهتزة غير مستقرة ،نتيجة لمظاهر الحاجات التي يشعر بها المراهق ويريد أن يشبعها ولكنه لا يستطيع فيندفع نحو هذا السلوك أو ذاك.

وكثير هي المشكلات التي يواجهها المراهقون في هذه المرحلة ، وأنه ليس من الممكن التعرض لكل هذه المشكلات نظرا لكثرتها واتساع مدى تأثيرها وتباينها بشكل كبير من ثقافة إلى أخرى لكننا سنتطرق إلى أبرزها وأكثرها انتشارا وهذا بشكل موجز ومختصر من خلال عرضنا لها.

9.1 المشاكل الذاتية:

يهتم المراهق بذاته كثيرا إلى حد النرجسية، فيراقب مختلف التغيرات العضوية والفيزيولوجية التي تنتاب جسمه بشكل تدريجي .كما يشعر بتقلبات جسده عبر المرآة التي تكشف له حقائق شخصيته، وتستجلي ردود فعل الآخرين تجاه هذا الجسد .وفي هذه المرحلة بالذات، يدخل المراهق في مرحلة الصراع مع جسده، إما باستعمال خطاب التعالي، إذا كان جسده في غاية الوسامة والأناقة والجمال، وإما باستعمال خطاب التصعيد والتبرير والتعويض عن النقص إذا كان جسده يميل إلى القبح .ويترتب عن هذا الشعور المزدوج مجموعة من الصفات الإيجابية والسلبية التي يمثلها المراهق، حين تواجده داخل المنزل أو خارجه. وعبر

الذات، يكتشف المراهق نفسه والآخرين والعالم الذي يعيش فيه، فيشعر بأنه حاضر في عالم الآخرين، وأنه يتقاسم معهم التجارب المعيشية نفسها.وبالتالي لا يستطيع أن يعيش منعزلا عن الآخرين، فهذا العالم تشارك فيه مجموعة من الذوات المتفاعلة إيجابا أو سلبا.وتتوسع عنده المعارف العلمية والثقافية حول هذا الكون أو العالم الذي يحيط به. كما تتميز هذه الفترة بحاجة المراهق إلى الاستقلالية، والثقة في النفس، واكتساب الهوية، والاعتماد على الذات، والإحساس بالحرية الشخصية .ومن ناحية أخرى، تعد هذه الفترة مرحلة الأزمة والتوتر والقلق والاضطراب، والصراع مع أفراد الأسرة، ولاسيما الوالدين، وانشغاله بذاته وحاضره ومستقبله، وإحساسه بعدم الأمان، وشكه في هويته، وتمرده عن القواعد والتقاليد والأعراف الاجتماعية والقانونية.

9.2 المشاكل العاطفية والانفعالية:

يعيش المراهق مشاكل عاطفية ووجدانية وانفعالية؛ بسبب ميله إلى الجنس الآخر، إذ يدخل في علاقات حب رومانسي مع الفتاة التي يحبها، وغالبا ما يكون هذا الحب الأول مثاليا وأفلاطونيا، تتقد فيه العواطف، وتهيج فيه المشاعر الحارة الصادقة والبريئة، ويمكن أن تحدث هذه العلاقة الأولى صدمات عاطفية وانفعالية؛ بسبب الخلافات وتباين وجهات النظر التي يمكن أن تحدث بين المراهقين. وأكثر من هذا يشتد الميل الجنسي لدى المراهق تجاه الجنس الآخر، بعد تجذر العلاقات العاطفية والرومانسية، وتوالي اللقاءات المتكررة بين الطرفين، فتكثر أحلام اليقظة والمنام، ويحدث الشرود وعدم الانتباه وينساقان وراء عواطفهما بسذاجة تارة، وببراءة تارة أخرى .وقد يلتجئ المراهق إلى الاستمناء بسبب حدة الشهوة التي يكنها تجاه الآخر، فتتفتق الغرائز الليبدية والشبقية التي تنطلق من اللهو أو اللاشعور .وربما يتحول هذا التعاطف والميل الجنسي إلى مغامرات تناسلية طائشة بين الطرفين، كما يحدث ذلك في المجتمعات الغربية التي أعطت العنان للجنس والإباحية والمروق عن الدين.

9.3 مشكلة عدم التوافق النفسي:

يعد عدم التوافق النفسي من أهم المشاكل التي يتخبط فيها المراهق والمراهقة، ويترتب عن ذلك أحاسيس ومشاعر سلبية، مثل :القلق، والضيق، والارتباك، والحزن والبكائية، وشدة الانفعال، وعدم الأمان، وغياب الاستقرار، واضطراب علاقاتهما مع الأفراد، وكثرة المخاوف الذاتية والموضوعية.و "لاشك بأن هذا الاضطراب يولد الانعزال الوجداني والفقر العاطفي، ويقوي الإحساس بفراغ الحياة، وفقدان التوازن النفسي،

الذي بدوره يشعر المرء نتيجة لذلك بأنه قلق في سلوكه مهدد في حياته، لا يجد من يحميه أو يقيه شرور هذا العصر الكثيرة المتمثلة في الأمراض المستعصية والحروب المنتشرة حاليا ضد الإنسان، الذي يؤدي ثمنها ماديا ونفسيا في الوقت الحاضر. ويعني هذا أن المراهق يعاني من مشكل عدم التوافق النفسي والذاتي الذي يؤثر مباشرة على الأنواع الأخرى من التوافق، مثل :التوافق الاجتماعي، والتوافق العضوي، والتوافق التربوي .بينما المطلوب هو تحقيق التوازن الذاتي والنفسي والمجتمعي، عبر عمليات التطبيع والتكيف والتأقلم والتنشئة الاجتماعية ومن أهم العوامل التي تجعل المراهق لا يستطيع التوافق مع نفسه ومجتمعه ومدرسته فكرته الغامضة أو غير الصحيحة عن ذاته .وفي هذا يقول سيدي محمد بلحسن": إن فكرة المراهق عن ذاته قد تكون في بعض الأحيان غامضة أو ناقصة أو غير صحيحة؛ مما يجعل سلوكه وتفاعله مع الآخرين فيه كثير من الغموض في عدد من التصرفات، ويخلق لديه ثغرات في توافقه النفسي والاجتماعي.ويبدو أن تفهم المراهق لذاته غالبا ما يساعده في اختيار أفعاله وأعماله وأصدقائه وملابسه وكتبه التي يطالعها والأماكن التي يرتادها، كما أنه غالبا ما يسهم في تنوع تصرفاته وسلوكياته وفي تحكمه فيها، وفي اتزانه الشخصي والاجتماعي...وكلما ازداد تمييز المراهق لتفهم ذاته، ازدادت قدرته على التكيف والتوافق النفسي مع نفسه وبيئته".

وهكذا، يتبين لنا بأن مشكل عدم التوافق الذاتي والنفسي من أهم المشاكل الحادة التي يعانيها المراهق حينما يتعامل مع ذاته وجسده.(سيدي محمد **بلحسن.2008:13)**

9.4 المشكلات السلوكية:

السلوك العدواني :

يكثر انتشار هذا السلوك بين تلاميذ الثانوية، ويتمثل هذا السلوك في مظاهر كثيرة منها التهيج في الفصل و الاحتكاك بالمعلمين وعدم احترامهم والعناد والتحدي وتخريب أثاث المدرسة والإهمال المتعمد لنصائح وتعليمات المعلم وبالتالي للمناهج الدراسية ولنظمها وقوانينها، لا يمكن إرجاع هذا السلوك العدواني إلى عامل الذات بل ترجع غالبا هذه الأنماط السلوكية إلى عوامل كثيرة متشابكة منها عوامل شخصية وأخرى اجتماعية ومنها :

الشعور بالخيبة الاجتماعية و التأخر الدراسي والإخفاق في حب الوالدين والمعلمين.

المبالغة في تقييد الحرية و التدخل في الشؤن الخاصة للمراهقين.

التغيير في السلطة الضابطة وعدم ثباتها.

توتر الجو المنزلي الذي يعيش فيه المراهق.

وجود نقص جسمي في الشخص مما يضعف قدرته على مواجهة المواقف أحيانا.(**عبد الفتاح دويدار،169:1994**)

مشكلات مدرسية:

تتسم هذه المشكلات بأن أسبابها ترجع لصعوبة التوافق مع الجو المدرسي وما يترتب عنه من فقدان الشعور بالأمن ، وصعوبة التصرف في المواقف الجديدة ، إضافة إلى عدم القدرة على التركيز في التفكير وشك المراهق في قدراته، كما يواجه المراهق مشكلات تتعلق بمدرسيه وزملائه ومشكلات التحصيل الدراسي وعدم الانصياع إلى أوامر التنظيمية بالمدرسة والتصادم مع الطاقم المسير للعملية التعليمية .(**السيد خير الله، 76:1981**).

مشكلات جنسية :

الجنس له أهمية من غير شك في حياة المراهقين بل أن البعض إذا تكلم عن المراهقين ربط كلامه في الغالب بالناحية الجنسية ، ومنهم من لا يقصر هذا الاهتمام على المراهقين وحدهم ، وإنما يمتد ذلك عندهم إلى كافة مراحل حياة الإنسان ، ويربط أغلب مشكلاتهم في هذه المراحل جميعها كذلك بهذه الناحية، يعطيه فرويد مثلا وغيره من المشتغلين بالتحليل النفسي أهمية كبيرة، ويبحثون عنه وراء كثير من التصرفات الشاذة أن الصعوبات والعقبات الخاصة بدافع الجنس كثيرة أمام المراهقين وهي صعوبات لا ترجع إلى الرغبة في الإشباع هذا الدافع الطبيعي فحسب، بل أيضا إلى فهمه و معرفته كل ما يتصل به ، مجموعة الصعاب هذه والعقبات وما يرتبط بها من طرق الإشباع غير سليمة هي ما نطلق عليه عادة اسم المشكلة الجنسية فإن التغيرات الجنسية التي تطرأ على المراهق التي لا يجد لها تفسيرا ولا سببا ، ويزيدها تعقيدا ما يحاط بها من غموض وتكتم وشعور بالإثم و الخطيئة، وهنا يقع الصدام بين الرغبة في تفاهم في المسائل الجنسية وإرضائها وبين الموانع التي يجدها المراهق أمامه، مما يؤدي به إلى أقصى أنواع الصراع النفسي فيلجأ إلى مصادر المعرفة و الإرضاء بعيدا عن الوسط المألوف (الأهل) حيث يلجأ إلى زمرة الرفقاء أو إلي الكتب أو المواضيع التي تعالج هذا الجانب أو يلجأ إلى الطرق و الإعادة الغير سليمة. وكل هذه الآمور من شأنها أن تزيد من تعقيد تأثيرات الدافع الجنسي وتجعل منها مشكلة صعبة الحل (**إبراهيم وجيه.81:1981**)

مشكلات أسرية :

للمناخ الأسري تأثير كبير على سلوك المراهق، فهو يساعد على تكوين شخصية قوية متزنة و المظهر العام للمراهق يتأثر بالحالة الاقتصادية للأسرة بحيث أن التفوق الدراسي لهذا الأخير مرتبط أو مرهون بمبدأ تشجيع الأسرة على الدراسة وتهيئة المناخ الملائم ، فالأسرة هي التي تقوم بمساعدة المراهق على الاعتماد على نفسه في اتخاذ القرارات وكيفية إقامة العلاقات مع الآخرين كما تشير المشكلات الأسرية إلى نمط العلاقات الأسرية و الاتجاهات الوالدية في معاملة المراهقين ومدى تفهم الأولياء لحاجاتهم **(فهمي مصطفى .10:1967)**.

يمكن تلخيص المشاكل الأسرية في ما يلي :

- عدم تفهم الآباء لحاجات المراهقين وصعوبة التكيف مع مطالبهم .
- عدم توفر البيئة المناسبة داخل الأسرة كي يقوم المراهق بواجباته الاجتماعية و الذاتية.
- اختلاف بين المراهقين و الأولياء في التصدي للمشاكل اليومية.
- تصادم حاجيات المراهقين مع العادات وقيم الأسر ونظمها مما يحول على تحقيقها .
- جهل الأولياء بالتغيرات التي تطرأ على المراهقين مما يسوء التعامل معها.**(سامي محمد.386:2004)**.

لا يمكن أن أنكر ما يعانه المراهق من مشاكل في محيطه الأسري فهي متعددة ومتنوعة حسب مميزات وخصائص الأسرة ،إلا أن المتفق عليه أن تحقيق كل حاجيات المراهق حسب ما يعانيه من تغيرات بيولوجية وفيزيولوجية هذا من المثاليات ، فكل مراهق تمر عليه هذه الفترة وهو يتخبط في مشاكل تختلف من أسرة إلى أخرى في الكم و الكيف .

مشكلات الهوية :

يعتبر البحث عن الهوية أحد أهم مهام المراهقة ، الشيء الذي جعل بعض المحللين النفسانيين يعتبرون أن بناء هوية مستقرة هو مؤشر لنهاية المراهقة، هذا البناء المستقر للهوية يكتسبه الفرد عندما يستطيع أن يحدد وبصفة دائمة أهدافه، طموحاته في حياته الجنسية وفي علاقاته مع الجنس الآخر وهذا ما يكون على المستوى الجماعي ،الاجتماعي والفردي.**(D.Marcelli،2004 :P181)**

يتفق الكثير من المحللين النفسانيين على أن مشكلة المراهقة تتمثل في مشكلة الهوية ، بمعنى آخر أن صعوبات التقمص لدى المراهقين والتساؤلات المقلقة حول هويتهم عادة ما تظهر في معظم الصراعات التي

يعيشونها، بالأخص حالات القلق العابرة و المتعلقة بشخصياتهم وماهيتهم فاكتشاف "ألانا" يعتبر عنصرا أساسيا في عمل المراهقة (**Ph.Mazet .D houzel: P 1999:451)**

باعتبار أن مرحلة المراهقة هي مرحلة نمائية يمكن أن تنضج فيها هوية الفرد ، كما يمكن أن تتعرض إلى تعقيدات فتتميع وتتشتت ،حيث يشعر المراهق بالهوية كحالة من الراحة النفسية والاجتماعية تظهر من خلال الشعور بالذات وبالجسم و بالأمن الداخلي .**(E Erickson.173P:1968).**

الهوية تعبر عن تنظيم دينامي داخلي معين للحالات و الدوافع والقدرات والمعتقدات والإدراكات الذاتية إضافة إلى الوضع الاجتماعي للفرد، كلما كان هذا التنظيم على درجة جيدة كلما كان الفرد أكثر إدراكا ووعيا بتفرده ونقاط قوته وضعفه، أما إذا كان لمن يكن هذا التنظيم على درجة جيدة فإن الفرد يصبح أكثر التباسا فيما يتعلق بتفرده مع الآخرين ويعتمد بدرجة كبيرة على الآخرين في تقديره لذاته كما يتضاءل الاتصال بالماضي والمستقبل بالنسبة له يفقد الثقة في نفسه وفي قدرته في السيطرة على مجريات الأمور وبالتالي ينعزل عن الحياة وعن مجتمعه.**(عادل عبدا لله .16:2000)**

مرحلة المراهقة تعدد مطالبها وحاجاتها مما ينتج الكثير من مشاكلها لا نستطيع حصرها وهذا باختلافها وتنوعها تماشيا مع اختلاف البيئة الذاتية للمراهق والبيئة الاجتماعية والثقافية التي ينمو فيها فالمراهق يواجه مشاكل عديدة تتخبط بين مطالبه وحاجاته الشخصية التي يسعى إلى تحقيقها ،والعقبات والحواجز الاجتماعية التي تقف كحاجز مانع للوصول إليها باسم الأعراف و القيم والعادات...الخ وهذا من أهم العراقيل التي تؤدي بالمراهق إلى عدم التوافق والتكيف النفسي و الاجتماعي مما ينعكس على النمو السليم في هذه المرحلة العمرية من الحياة .

10 المراهقـــــــــة والتعليم الثانـــــــــوي:

تعتبر المرحلة الثانوية من أهم مراحل التعليم في حياة الفرد لأنها تغطي أهم مرحلة يمر بها ألا وهي فترة المراهقة أو كما يسميها البعض فترة المشكلات ، فترة يعرف خلالها تغيرات عديدة فيزيولوجية ، انفعالية و اجتماعية ، تغيرات قد ينجم عنها عدة مشكلات يحتاج خلالها التلميذ إلى الرعاية و الاهتمام وتمتد هذه المرحلة غالبا من الخامسة عشر إلى نهاية الثامنة عشر من عمر التلميذ وهي تمثل مرحلة المراهقة عند الفرد الإنسان و يتم فيها إعداد التلاميذ إعدادا ثقافيا ، مهنيا ، و أخلاقيا ضمانا لدخولهم الدراسات العليا أو معترك الحياة و الإفادة من قدراتهم الفكرية و العلمية و الحصول على المراكز الاجتماعية كل حسب قدراته و استعداداته و ميوله ليستفيد المجتمع من مواهب كل فرد.

تعتبر هذه المرحلة من أدق و أخطر المراحل في حياة التلاميذ بفعل التغيرات الأساسية التي تطرأ عليهم في هذه المرحلة ، فالأزمات النفسية أو الظواهر الجسمية أو الحالات الانفعالية والحساسية الشديدة وغيرها من مشكلات,واضطرابات سلوكية وانفعالية ، كل ذلك يجعلهم يتغيرون تغييرا جذريا يشمل جميع نواحي حياتهم لهذا فإن الاهتمام في هذه المرحلة يجب أن يرتكز على مساعدة التلاميذ على مواصلة دراستهم وتوجيه سلوكياتهم بنجاح ومساعدتهم على حل مشاكلهم ومعالجة كل الاضطرابات السلوكية و الانفعالية التي يعاني منها المراهق في هذه المرحلة والتي لها انعكاس سلبي على تحصيله الدراسي وعلى النظام الداخلي للمؤسسة و كشف قابليات الإيجابية لكل مراهق وتوجيهه توجيها تربويا نفسيا، و اجتماعيا وهذا ما يعتبر أهم أهداف التربية الحديثة، لهذا ينبغي أن تستند جميع طرق التدريس ، التخطيط التربوي المناهج الدراسية، أساليب التوجيه ،ونمط الثانوية بصفة عامة ،على تفهم دقيق لطبيعة حاجيات ومتطلبات هذه المرحلة ومسايرة تغيراتها(**هادي مشعان،2003 :157**)

11 مفهـــــــوم التعليم الثانـــــــوي :

التعليم الثانوي مرحلة تعليمية تتوسط بين التعليم المتوسط و التعليم العالي، ومدته حددها المرسوم رقم 76.35. المؤرخ في أفريل 1976 بثلاث سنوات (**رابح تركي ،1989. : 68**)

وهي المرحلة التي يتهيأ فيها التلميذ لاتخاذ التخصصات المختلفة العلمية والأدبية .(**الميثاق الوطني .1986. : 279**)

هو مرحلة أساسية من مراحل الدراسة التي يمر بها التلميذ في حياته الدراسية، من خلاله يتم الانتقال إلى مرحلة التعليم الجامعي حيث تعرفه منظمة الأمم المتحدة للعلوم و الثقافة (اليونسكو Unesco) التعليم الثانوي يعني البرامج التعليمية الخاصة بمستويين 2 و3 من التصنيف الدولي تخصص المرحلة الأولى من هذا التعليم(التصنيف مستوى 2) عادة لإكمال البرامج الأساسية من التعليم الابتدائي ،وغالبا ما تتزامن نهاية هذه المرحلة مع السنة الأخيرة من التعليم الإلزامي أما في المرحلة الثانية من التعليم الثانوي (تصنيف مستوى 3) وهي عادة المرحلة النهائية من التعليم الثانوي في الكثير من البلدان ،فإن التدريس فيها شديد التخصص ، أما بالنسبة للمنظمة العربية للتربية والثقافة " التعليم الثانوي هو المرحلة الدراسية التي تغطي السنوات الثلاثة الأخيرة من التعليم الذي يسبق التعليم العالي . (**عبد الرحيم جلال .29:2007**)

فمرحلة التعليم الثانوي في الجزائر هي المرحلة التعليمية التي تلي مرحلة المتوسط حيث تتزامن مع مرحلة المراهقة للتلميذ، ومرحلة الثانوي تعتبر في النظام التربوي الجزائري النقطة المركزية للمراحل التعليمية بحيث أن جذورها مغروسة في مراحل التعليم التي قبلها وفروعها ممتد إلى التعليم العالي ومراكز التكوين المختلفة

12 الأهداف التربوية للتعليم الثانوي :

إن الأنظمة التربوية في مختلف أنحاء العالم تختلف اختلافا جوهريا من مكان لآخر في تحديد أهداف التعليم،

12.1 الأهداف المعرفية :

تتمثل الأهداف المعرفية للتعليم الثانوي في اكتساب المعرفة والمهارات والعلوم كالتحكم في اللغات و معرفة القوانين وتاريخ الوطن وعالم الأحياء والظواهر الفيزيائية و الطبيعية ..الخ

12.2 الأهداف السلوكية :

يعمل التعليم الثانوي في دفع المتعلم على اكتساب جملة من السلوكيات التي تساعد التلميذ على اتخاذ إجراءات عقلانية بالنسبة للنشاطات التعليمية و العلمية ومن بين هذه الأهداف :

تنمية القدرة على الملاحظة برصد كل مظاهر التي تمثل مشكلات مختلفة قصد دراستها و إيجاد الحلول لها ، وتعليم التلميذ المهارات السلوكية الإيجابية التي تبني مستقبله ومشروعه الدراسي و المهني ، تعليم التلميذ كيفية التغلب على الاضطرابات السلوكية و الانفعالية ، تشجيع روح المبادرة و لإبداع والنقد البناء .(**وزارة التربية الوطنية ،65: 1976**).

13 لمحة تاريخية للتعليم الثانوي في الجزائر:

لقد شكل التعليم أحد الأولويات الأساسية في السياسة التنموية الشاملة التي اتبعتها الدولة الجزائرية مباشرة بعد حصولها على الاستقلال في(05) خمسة جويلية سنة (1962) والدستور الجزائري الصادر سنة (1963) والمواثيق والنصوص الأساسية المرجعية التي تستمد منها السياسة التعليمية ،اعتبر التعليم العنصر الأساسي لأي تغير اقتصادي و اجتماعي.

ويعد الأمر رقم76 /35 المؤرخ في 16 أفريل 1976 أول نص تشريعي على هذا المستوى وضع المعالم و الأسس القانونية للنظام التعليمي الجزائري و شكل الإطار التشريعي لسياسة التربية التي تركز على:

- تأصيل الروح الوطنية والهوية الثقافية لدى الشعب الجزائري ونشر قيمة الروحية وتقاليده الحضارية واختياراته الأساسية.

- تثقيف الأمة بتعميم التعليم والقضاء على الأمية وفتح باب التكوين أمام جميع المواطنين على اختلاف أعمارهم و مستوياتهم الاجتماعية.
- تكريس مبادئ التعريب والديمقراطية والتوجيه العلمي و التقني.
- ضمان الحق في التعليم ومجانيته و إلزاميته .

و لقد مر التنظيم التربوي و التعليم بعد الاستقلال بثلاث فترات أساسية .**(وزارة التربية، 8 ،2002)**

الفترة الأولى (1962 إلى 1976)

وكان من أولويات هذه الفترة ما يلي:

تعميم التعليم بإقامة المنشآت التعليمية و توسيعها إلى المناطق النائية.

- تكييف مضامين التعليم الموروثة عن نظام التعليم الفرنسي.
- التعريب التدريجي للتعليم.

وكان من نتيجة ذلك الارتقاء في نسب التمرس في صفوف الأطفال الذين بلغوا سن الدراسة إذ قفزت عن (30%) إبان الدخول المدرسي الأول بعد الاستقلال إلى(70%) في نهاية المرحلة **(وزارة التربية . 2002 : 8)**.

الفترة الثانية ابتداء من سنة(1976- 1992)

ابتدأت هذه الفترة بصدور قوانين رقم 76/ 35المؤرخ في 16 أفريل 1976 المتضمنة تنظيم التربية والتكوين في الجزائر الذي أدخل إصلاحات عميقة وجذرية على النظام التعليمي في الاتجاه الذي يكون فيه أكثر تماشيا مع التحولات الكبيرة في المجالات الاقتصادية والاجتماعية.

وقد كرست قوانين السابقة الطابع الإلزامي للتعليم الأساسي ومجانيته وتأمينه لمدة 3 سنوات وأرسى الاختبارات والتوجيهات الأساسية للتربية الوطنية من حيث اعتبارها:

منظومة وطنية بمضامينها وإطاراتها وبرامجها ديمقراطية في أتاحها فرصا متكاملة لجميع الأطفال الجزائريين متقدمة على العلوم والتكنولوجيا.

وقد وردت مهام وأغراض التعليم الثانوي في الباب الرابع الفصل الأول تحت عنوان :مهمة التعليم الثانوي وأهدافه ومواده هي:

المادة :33 التعليم الثانوي معهد لاستقبال التلاميذ بعد نهاية التعليم الأساسي على الشروط التي يحددها الوزير المكلف بالتربية .ومهمته زيادة على مواصلة المهمة التربوية العامة المستندة للمدرسة.

دعم المعارف المكتسبة.

التخصص التدريجي في مختلف الميادين وفقا لمؤهلات التلاميذ وحاجات المجتمع ويساعد بذلك التلاميذ إما على الانخراط في الحياة العملية أو مواصلة الدراسة من أجل تكوين عالي.

المادة :34 يشمل التعليم الثانوي على ما يلي:

- التعليم الثانوي العام.
- التعليم الثانوي المتخصص.
- التعليم الثانوي التقني و المهني.

المادة : 35 إن هدف التعليم الثانوي هو إعداد التلاميذ للإلحاق بمؤسسة التعليم العالي.

المادة : 36 إن هدف التعليم الثانوي المتخصص علاوة عن الأهداف المتبعة في التعليم الثانوي العام تدريب التلاميذ في المادة أو المواد التي يظهرون فيها تفوقا ملحوظا(**وزارة التربية، 2002 ،:10،9**)

الفترة الثالثة(1991-1998)

أهم ما يميز هذه الفترة الاهتمام بالتعليم الثانوي ذلك بتشكيل لجنة استشارية للتفكير في إعادة هيكلة التعليم الثانوي جاءت بالمشروع الهيكلي للتطبيق سنة(1991) وأهم ما تضمنه ما يلي :

فيما يخص التعليم الثانوي العام استبدلت شعبة الرياضيات و شعبة التقني الرياضي بشعبة العلوم الدقيقة وعوضت شعبة علوم الطبيعية والحياة وشعبة الآداب بثلاث شعب.

-آداب وعلوم إنسانية.

-آداب و علوم شرعية.

- آداب و لغات أجنبية.

ولقد شرع في هذه الإصلاحات ابتداء من إصدار وزارة التربية الوطنية وثيقة متضمنة إعادة هيكلة التعليم بوضعها جملة من الإجراءات الرامية إلى تقديم التصحيحات الضرورية لتحسين نوعية التعليم الثانوي (**المعهد الوطني للبحث في التربية،1999**).

ولقد طرأ على التعليم الثانوي في المنظومة التربوية الجزائرية عدة تعديلات على الجانب الهيكلي و الأهداف منذ تاريخ (1998) وذلك متضمن في المناشير والتعليمات الوزارية كما هو موضح في النشرة الرسمية للتربية الوطنية المتمثل في القانون التوجيهي للتربية الوطنية رقم (08- 04 – المؤرخ في 23 جانفي 2008) الذي ينص على ما يلي :

المادة :53 يشكل التعليم الثانوي العام والتكنولوجي المسلك الأكاديمي الذي يلي التعليم الأساسي الإلزامي.

يرمي التعليم الثانوي العام والتكنولوجي، فضلا عن مواصلة تحقيق الأهداف العامة للتعليم الأساسي، إلى تحقيق المهام التالية:

- تعزيز المعارف المكتسبة وتعميقها في مختلف مجالات المواد التعليمية.
- تطوير طرق وقدرات العمل الفردي والعمل الجماعي وكذا تنمية ملكات التحليل والتلخيص والاستدلال والحكم والتواصل وتحمل المسؤوليات.
- توفير مسارات دراسية متنوعة تسمح بالتخصّص التدريجي في مختلف الشعب، تماشيا مع اختيارات التلاميذ واستعداداتهم.
- تحضير التلاميذ لمواصلة الدراسة أو التكوين العالي.

المادة : 54 يمنح التعليم الثانوي العام والتكنولوجي، الذي يدوم ثلاث سنوات، في الثانويات.

المادة :55 ينظم التعليم الثانوي العام والتكنولوجي في شعب .كما يمكن تنظيمه في:

جذوع مشتركة، في السنة الأولى،:

- جذع مشترك آداب حيث تتفرع في السنة الثانية ثانوي إلى:
  - شعبة الآداب وفلسفة
  - شعبة اللغات الأجنبية
- جذع مشترك علوم وتكنولوجيا حيث تتفرع في السنة الثانية ثانوي إلى :
  - شعبة العلوم التجريبية
  - شعبة الرياضيات
  - شعبة تقني رياضي
  - شعبة تسير واقتصاد

- المادة : 56 تتوج نهاية التمدرس في التعليم الثانوي العام والتكنولوجي بشهادة بكالوريا التعليم الثانوي.

(النشرة الرسمية للتربية الوطنية ،53:2008)

ويستخلص مما عرض أن التعليم الثانوي العام والتقني بالجزائر شهد تغيرات و تجارب متعددة، ذلك كنتيجة طبيعية لتغير المجتمع المحيط به ومطالبه المستمرة والمتنوعة، حيث انتقل من المطالبة بالكمية إلى المطالبة بالنوعية ، وهذا من أجل مواكبة التطورات والمستجدات الحاصلة في مختلف مؤسساته (الثقافية

الاجتماعية ،الاقتصادية...الخ) وكذلك تماشيا مع التطورات البحوث العلمية المهتمة بالتغيرات التي تطرأ على الفرد في مراحل نموه ، وما توصلت إليه من اكتشافات المتمثلة في خصائص المتعلم في بنيته البيولوجية والنفسية ، وتكيف المناهج والطرق والوسائل التعليمية لتكون أكثر نجاحا في خدمة الأفراد المتمدرسين المراهقين.

14 أهم اضطرابات المراهق في مرحلة الثانوية:

يتعرض المراهق في كثير من الحالات إلى سبب انحراف نموه ،يصاب ببعض الانحرافات السلوكية التي تؤثر في نموه النفسي وفي تعليمه و ربما كانت فترة المراهقة أكثر تعرضا لهذه من غيرها ، نتيجة لحساسية المراهق بنفسه و بمن حوله وامتلاء نفسه بالأطماع والآمال ، وترجع أسباب بعض هذه الحالات إلى النمو الجسمي للمرهق فالمراهق لا يريد أن يكون مميزا عن غيره أو مختلفا في شيء من ناحية النمو الجسمي فاعتداده بنفسه يجعله يشعر بكثير من الألم النفسي إذا رأى نفسه أقل من أقرانه حجما أو رشاقة ، أو أكثر منهم بدانة ، أو إذا انفرد دونهم ببعض العيوب الجلدية مثلا ، والبنت في طور المراهقة يؤلمها أن تتميز عن قرينتها بالطول أو القصر أو البدانة ، أو ضعف نمو عضو من أعضائها الأساسية أو قبح شعرها، إلى غير ذلك ، وفي حالات كثيرة يتحول هذا القلق إلى اضطرابات عصبية تتخذ أشكالا شتى (**محمد زيدان،1975:167**).

- **العدوانية** : والتي تعبر عن الاستجابة التي تكمن وراء الرغبة في إلحاق الضرر والأذى للآخرين وتتشخص فيانتهاك الآخرين ، ، وغالبا ما يظهر السلوك العدواني في شكل قضم الأظافر ، أو الشعور بالمخاوف وعدم الاستقرار وقد تنشأ العدوان نتيجة الإحباط أو الفشل ، فيلجأ إلى الانتقام من المحيط.

- **التدمير** : يقصد به لجوء التلميذ إلى تدمير الأشياء والتعبير عن العدوان إزاء شخص آخر.

- **العناد** : تعبر عن عدم خضوع المراهق للنظام الاجتماعي السائد .

- **الانطواء** : يشير إلى تهرب المراهق من الصعوبات أو عدم القدرة على مواجهة الواقع الاجتماعي و هو ناتج عن الشعور بالنقص.

- **الخجل** : وهو أقل أنواع السلوك إضرارا بالآخرين ، ولكنه أشد خطورة من الناحية المرضية فالمراهق الخجول هادئ لا يتميز بالقلق والاضطراب ، ولكنه لا يكون في مستوى النضج الكافي الذي يطلبه المحيط الاجتماعي.

هناك نوع آخر من القلق والاضطراب يحدث للمراهقين لأسباب أخرى منها ما تتعلق بالنمو الجسمي أو الدين ، أو العلاقة مع أفراد الأسرة أو التقدم المدرسي أو المستقبل المهني.

وباستقراء الدراسات التربوية فإن أسباب المشكلات التي يواجهها منها تلاميذ مرحلة المراهقة إلى المصادر التالية:

- أسباب تعود إلى التلميذ ذاته والتي بمكن أن نشخصها في مشكلات شخصية وعقلية واجتماعية.
- أسباب تعود إلى جماعة الرفاق ، فالجماعة التي ينتمي إليها التلميذ تؤثر في سلوكه.
- أسباب تعود إلى المدرس نفسه ذلك من خلال الاتجاهات يتبناها هذا المدرس اتجاه المراهق.
- أسباب تعود إلى المدرسة تتعلق بالمنهج الدراسي، والخدمات الطلابية، إضافة إلى المحيط.
- أسباب تعود إلى البيئة التي ينشئ فيها المراهق. **(حسن سليمان،1970:75)**

خلاصـــــة الفصـل

من خلال عرضنا لمفهوم المراهق وخصائصها ومظاهرها ومشاكلها يتبين لنا أن هذه المرحلة تعتبر من المراحل الجد حساسة في حياة الفرد وتمثل فترة ميلاد حقيقي للإنسان لما لها من خصوصيات ومشاكل وصعوبات وعقبات تعكر حياة المراهق، ولذا فإن مسؤولية الوالدين تزداد نحو هذه الفئة التي تستحق كل العناية والاهتمام وذلك بتوفير الجو الأسري المناسب والملائم .وإرضاء حاجيات المراهق أمر في غاية الأهمية. إذ من خلال ذلك يشعر المراهق بقيمته ومكانته الاجتماعية وبالتالي تمكن من تحقيق توافقه النفسي الاجتماعي.

ولاشك أن تعقيد فترة المراهقة يرتبط ارتباطا وثيقا بالنمط الثقافي السائد في المجتمع ، ولذلك يعتبر المراهق محصلة أو نتيجة للتفاعل بين العوامل الوراثية البيولوجية من ناحية و لنمط الثقافي الذي يعيش فيه من ناحية أخرى .

مرحلة المراهقة هي مرحلة التعليم الثانوي، وهي مرحلة تعليمية تقابل مرحلة نفسية معينة يمر بها التلميذ في تطوره من الطفولة إلى الرجولة أو الرشد ، إذن مرحلة المراهقة مرحلة مهمة في حياة الفرد وتتناسب مع المرحلة الثانوي من التعليم ، فشخصية المراهق تتأثر وتكتسب مهاراتها وتحقق حاجياتها السلوكية من هذه المرحلة التعليمية المهمة ،فهي مرحلة لها دور كبير في تشكيل شخصية المراهق .

إلا أننا لا ننكر تأثير البيئة الأسرية في بناء وتشكيل شخصية السوية وغير السوية للمراهق ،هذا ما نلاحظه ميدانيا علاقة مستويات الصحة النفسية للأولياء في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للمراهق. .

الجانب الميداني (التطبيقي) للدراسة

الفصل الخامس

الإجراءات الميدانية للدراسة

الإجراءات الميدانية للدراسة

- تمهيد
- منهج الدراسة
- مجتمع الدراسة
- كيفية اختيار العينة
- أدوات الدراسة
- الدراسة الاستطلاعية
- الدراسة الأساسية
- الإجراءات والأساليب الإحصائية المستخدمة
- خلاصة الفصل

تمهيـــــــــــــــــد

بعد دراسة الجانب النظري الذي تضمن شرح الجوانب المتعلقة بالموضوع، سنتناول في هذا الفصل مجتمع الدراسة والمنهج المطبق ، والكيفية التي بها تم اختيار العينة، بالإضافة إلى الدراسة الاستطلاعية والأدوات المستعملة وخصائصها السيكوميترية، والدراسة الأساسية ومختلف الأساليب الإحصائية المتبعة في معالجة البيانات المتحصل عليها .

1 منهج الدراســـــــــــة :

باعتبار المنهج هو الطريقة التي تتبع للكشف عن الحقائق بواسطة استخدام مجموعة من القواعد العلمية المتمثلة في تجميع البيانات وتحليلها حتى نصل إلى نتائج ملموسة ، وبما أن المعرفة العلمية معقدة كان من الواجب على العلماء والباحثين أن يتبعوا مناهج لتسهيل الدراسة والإلمام بحيثيات الموضوع المدروس .**(عصام الدليمي وصالح ،148:2014)** .

تم تطبيق في هذه الدراسة المنهج **الوصفي** للإجابة على التساؤلات المقترحة، وذلك لوصف وتفسير وبيان الظاهرة المراد دراستها كما توجد في الواقع وصفاً كميا ودقيقاً.

والمنهج الوصفي هو منهج يقوم على أساس تحديد خصائص الظاهرة ووصف طبيعتها ونوعية العلاقة بين متغيراتها وأسبابها واتجاهاتها والتعرف على حقيقتها في أرض الواقع. كما يتعدى المنهج الوصفي جمع بيانات حول الظاهرة إلى التحليل والربط والتفسير لهذه البيانات وتصنيفها وقياسها واستخلاص النتائج منها .

2 مجتمع الدراســـــــــــة:

" مجتمع الدراسة هو جميع الحالات والأفراد التي يتجه الباحث لدراستها" (**رحيم العزاوي .81:2008**).

حيث شمل مجتمع الدراسة الأساسية جميع التلاميذ لستة (06) ثانويات من ولاية المدية المسجلين خلال الموسم الدراسي2021/ 2022 والبالغ عددهم (4147) وتم اختيار هذه الثانويات من مجموع (63) ثانوية بالولاية .المذكورة في الجدول الموالي :

الجدول رقم (01) أسمـــــاء الثانويـــات

ثانوية محمد حباش بن الحناشي بلدية(بوغزول) المدية	ثانوية بوسيلة أمعمر دائرة (وامري) المدية	ثانوية سعد دحلب (قصر البخاري) ولاية المدية
ثانوية هيلالي محمد(سغوان)المدية	ثانوية موسى بن نصير (قصر البخاري)المدية	ثانوية فارس بن المهل دائرة (الشهبونية)المدية

يوضح الجدول رقم (01) أسماء الثانويات التي تم اختيارها من مجموع ثانويات ولاية المدية ، حيث كان اختيارها بناء على عدة أسس المتمثلة في ما يلي :

- التوزيع الجغرافي المتنوع لهذه الثانويات على مستوى الولاية حيث تتوزع هذه الثانويات في شمال وغرب وجنوب الولاية.
- تعتمد على التعليم المختلط (ذكورا وإناث) واحتوائها على عدد كافي من التلاميذ.
- تحتوي هذه الثانويات على ثلاث مستويات من التعليم الثانوي (الأولى والثانية والثالثة ثانوي) .

3 كيفية اختيار عينة الدراسة:

العينة هي عبارة عن مجموعة جزئية من الأفراد أو المشاهدات التي تشكل مجتمع الدراسة الأصلي، فبدل من إجراء البحث أو الدراسة على كامل مفردات المجتمع يتم اختيار جزء من تلك المفردات بطريقة معينة وعن طريق دراسة ذلك الجزء يمكن تعميم النتائج التي تم الحصول عليها على مجتمع الأصلي. **(محمد عبيدات وآخرون، 1999 :84 -85).**

وبناء على طبيعة موضوع الدراسة وأهدافها تم اختيار العينة **بطريقة العينة العشوائية البسيطة،** بهدف تحديد أفراد العينة الذين تظهر عليهم مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية وتم ذلك باستخدام استبيان المخصص لذلك وهذا باتباع الخطوات التالية :

بعد ما تم تحديد ستة (06) ثانويات من مجموع ثانويات ولاية المدية قمنا بعملية انتقاء من كل ثانوية (60) تلميذ وتلميذة حيث قدر العدد الإجمالي للتلاميذ المختارين (360) تلميذ وتلميذة ، من كل المستويات (الأولى والثانية والثالثة ثانوي) ومن مختلف الأعمار والتخصصات العلمية ، وتم مراعاة في اختيار العينة الشروط التالية :

أن يكون التلميذ يعيش داخل أسرة طبيعية وكاملة من الوالدين (الآب ، الأم) واستبعدنا (وفاة أحد الوالدين أوكلاهما ، الطلاق ، الانفصال ،غياب أو سفر أحدهما لفترة طويلة) وتم تأكيد ذلك مع التلاميذ

وأن يكون التلميذ غير معيد السنة في الطور التعليم الثانوي باعتبار خبرة الفشل والرسوب قد يكون له أثر على سلوكياته وانفعالاته.

قمنا بعملية توزيع استبيان (مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للمراهقين) مرفق باستبيان (الصحة النفسية للأولياء) على (360) تلميذ وتلميذة وبعد عملية فرز وتفريغ نتائج استبيان (مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للمراهقين) حيث تحصلنا على (120) تلميذ وتلميذة أثبت أن لهم مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية الذين يمثلون عينة الدراسة وتم اختيار العينة الأساسية باستخدام الأسلوب الإحصائي التالي:

حساب مجموع درجات الإجابات للمفحوصين حيث أن أقل مجموع درجات يتحصل عليها المفحوص هي (63) درجة حسب بنود المقياس وأعلى مجموع درجات يتحصل عليها المفحوص حسب بنود المقياس هي (126) درجة ،وعليه تم القيام بالعملية الإحصائية لكل الاستبيانات وعددهم (360) فوجدنا (120) استبيان مجموع إجاباتهم تقع ضمن (95----126) التالية :

(126- 63)/2 = 31 ثم نقوم بإضافة هذا العدد المتحصل علية (63 إلى 31) =94 أي المجال الأول من (63----- 94) وهو المجال الذي يحدد العناصر التي ليس لها مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية أما (95 +31=126) أي المجال الثاني من (95----- 126) وهو المجال الذي يحدد العناصر التي لها مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية ثم تم جمع كل إجابات المفحوصين على حدى و تحصلنا على مجموع أفراد العينة (120) إجاباتهم ضمن الفئة الثانية ثم تم قياس المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للاستبيان وهو يقع ضمن مجال (95----126) وهذا يدل على أن أفراد العينة وعددهم (120) لهم مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية وهذا ما يوضحه الجدول التالي :

جدول رقم (02) تحديد أفراد العينة الإجابات لاستبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية

المجال	(63-----94)	(95-------126)
العينة	240	120
المتوسط للدرجة الكلية للاستبيان		111.35

يوضح الجدول رقم (02) كيف تحدد أفراد العينة مجموع درجات الإجابات و مقارنة المتوسط الحسابي استبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للمراهقين المتمدرسين في الطور الثانوي حيث أثبت

هذا النموذج الإحصائي أن التلاميذ الذين لديهم مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية عددهم (120) تلميذ وتلميذة ، والتلاميذ الآخرين وعددهم (240) مجموع درجاتهم في الإجابة على الاستبيان بين (63وأقل من 95) لهذا لا يمكن أن يصنفون من التلاميذ الذين لديهم مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية. وعليه فعدد أفراد العينة للدراسة الأساسية تقدر بمئة وعشرون(120) تلميذ وتلميذة مجموع درجاتهم في الإجابة على الاستبيان بين (95و126).

ولتأكد من أفرد العينة إحصائيا بأن لديهم مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية تم مقارنة المتوسطات الحسابية لكل بعد من أبعاد الاستبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية بالقيم العددية المستخرجة من أوزان البدائل للاستبيان حسب الميزان التقديري وفقا لمقياس تقسيم لكارت الثنائي طبقا للمعادلة التالية:

اكبر درجة – أقل درجة 2 - 1

---------- **أي** ----------

أكبر درجة 2

كما هو مبين في الجدول الموالي:

الجدول رقم (03) الميزان التقديري وفقا تقسيم لكارت الثنائي وفقا للمتوسط الحسابي الرتبي

فئات قيم المتوسط الحسابي	الاستجابة	التقدير
1.51 ---- 2	**نعم**	يوجد مؤشرات الاضطراب السلوكية والانفعالية
1----- 1.5	**لا**	لا يوجد مؤشرات الاضطراب السلوكية والانفعالية

يوضح الجدول رقم (03) الميزان التقديري وفقا لمقياس تقسيم لكارت الثنائي ، حيث يمكن تحديد أفراد الذين تظهر لديهم مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية الذين يعتبرون عينة الدراسة الفعلية وهذا عن طريق استعمال المتوسطات الحسابية للأبعاد الاستبيان .إذا وجدت قيمة متوسطات الحسابية بين (1.51----2) فإن أفراد العينة لديهم مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية .

جدول رقم(04) نتائج الإحصائية لتحديد أفراد العينة

أبعاد الاستبيان	التكرار		المتوسط الحسابي	النسبة %	الانحراف المعياري	النتيجة
	نعم	لا				
بعد مؤشرات القلق	587	206	1.68	%57	0.44	نعم
بعد مؤشرات الاكتئاب	603	330	1.73	%55	0.36	نعم
بعد مؤشرات الغضب	459	375	1.77	%51	0.35	نعم
بعد مؤشرات الخجل	410	310	1.76	%52	0.34	نعم
بعد مؤشرات العدواني	489	351	1.77	%52	0.35	نعم
بعد مؤشرات السلوك الاندفاعي	510	310	1.79	%54	0.33	نعم
بعد مؤشرات الحركة المفرطة	432	288	1.78	%54	0.37	نعم
بعد مؤشرات السلوك الفوضوي	560	370	1.81	%53	0.33	نعم
بعد مؤشرات الانسحاب الاجتماعي	602	358	1.80	%54	0.32	نعم
الدرجة الكلية لمتوسطات الاستبيان (س1الى63)	4662	2898	1.76	%53	0.30	نعم

يوضح الجدول رقم (04) المتوسط الحسابي للاستبيان يقدر ب(1.76) حيث يقع بين العدد التقديري (1.51 --- 2) التي تمثل وجود مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وأن كل الأبعاد لهذا الاستبيان نتائج المتوسطات الحسابية بين(1.68 و 1.81) حيث تقع بين قيمتين(1.51 و2) التي تعبران عن وجود مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية وبناء على هذه النتائج الإحصائية تدل على أن كل أفراد العينة لها مؤشرات الاضطرابات السلوكية وانفعالية وعددها (120) تلميذ وتلميذة.

4 أدوات الدراســــــــة:

أدوات الدراسة" هي الوسائل التي من خلالها يستطيع الباحث جمع البيانات لتحقيق أهداف البحث "

(حسانين محمد .1995 :273)

:وتتمثل أدوات الدراسة في ما يلي :

4.1 استبيان مستويات الصحة النفسية

وهو عبارة عن أداة قياس من تصميم الباحث. هدفه جمع البيانات المتعلقة بمستويات الصحة النفسية للأولياء لكشف عن العلاقة بين مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء المراهقين المتمرسين

في الطور الثانوي وظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للمراهقين الأبناء وتضمن الاستبيان في صورته الأولية على (50) فقرة ومقسم على (04) أبعاد ، صيغت هذه الفقرات كلها بشكل موجب.

4.2 الخطوات المنهجية المتبعة في بناء هذه الأداة:

في البداية نشير إلى أنه جرت محاولة من طرفنا للعثور على استبيان مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء المراهقين ولعدم تمكننا من ذلك لجأت إلى بناء استبيان معتمد على ما يلي:

- مراجعة الأدب النظري المرتبط بكل محور من محاور استبيان مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء المراهقين.
- الاستعانة بالخلفية النظرية المتضمنة في الفصل الثاني(الصحة النفسية)
- مراجعة مقاييس ,واستبيانات الدراسات السابقة التي استخدمت للتعرف على الصحة النفسية ومستوياتها.

وقد تم صياغة فقرات هذا الاستبيان كما يلي:

- أن تصاغ هذه الفقرات لأهداف المطلوبة تحقيقها في الدراسة. التي تتضمن كشف وتحديد مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء المراهقين.
- فقرات الاستبيان تكون واضحة ومفهومة.
- صياغة فقرات الاستبيان وفق التدرج الثلاثي لسلم لكارت

4.3. الخلفية النظرية المعتمدة في الاستبيان :

اعتمدنا في بناء الاستبيان على الخلفية النظرية للدراسة المتضمنة التراث النظري والتعريفات والدراسات الخاصة بالصحة النفسية المذكورة في (الفصل الثاني) في هذه الدراسة ومجموعة من الدراسات السابقة التي تتناول هذا الموضوع واطلاع الباحث على مقاييس,واستبيانات التي تشير إلى الصحة النفسية كما سنوضح في ما يلي :

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

قام بوضع هذا المقياس ليونارد، ر، ديروجيتش،س .ليمان،لينوكوفي.(Leonard.R Derogatis Ronald.S.Lipman and Linocovi.تحت عنوان **SCL -90- R** .(Symptoms Check List) .ثم قام أبو هين بتعريب المقياس ، وتقنينه على البيئة الفلسطينية وذلك بحساب صدق المقياس أبو هين (1992). يتكون المقياس من (90)عبارة تتدرج تحت تسعة أبعاد وهي موزعة كالاتي : (الأعراض

الجسمية – الوسواس القهري– الحساسية التفاعلية – الاكتئاب– القلق – العداوة– قلق الخوف – بارا نويا – الذهانية)

- مقياس كولد بيرغ للصحة النفسية :

أعد هذا المقياس من طرف" **كولد بيرغ**" الصورة اليمنية ، تقنين علي وادي عام (1999) والذي تم التأكد من خصائصه السيكوميترية في البيئة الجزائرية من طرف زينب بلقندوز(2017) و المقياس في صيغته الأصلية يتكون من (60) فقرة تغطي الأبعاد السبعة التالية (أعراض الجهاز العصبي المركزي والصحة العامة ،أعراض سيكوسوماتية ، أعراض النوم واليقظة ،أعراض السلوك الملاحظ والسلوك الشخصي ، أعراض السلوك الملاحظ المتعلق بالآخرين الاجتماعي ،أعراض المشاعر الذاتية ، أعراض المشاعر الذاتية الخاصة بالقلق والاكتئاب).

- مقياس مستوى الصحة النفسية (2008):

من إعداد الباحثة (**ابتسام أحمد أبو العمرين**) للحصول على شهادة الماجستير في قسم علم النفس بكلية التربية في جامعة الإسلامية بغزة بعنوان (مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة وعلاقة بمستوى أدائهم)يتكون من (68) فقرة تغطي الأبعاد (04) الأربعة التالية .(البعد الشخصي ،البعد الاجتماعي ، البعد المهني ، البعد الروحي)

- مقياس الصحة النفسية (1980):

قام بإعداد هذا المقياس عبد الرحمن العيسوي عن مقياس ماسلو (Maslwo) وبمساعدة مجموعة من الباحثين .يهدف هذا المقياس إلى التعرف على مشاعر الأمن النفسي(الطمأنينة) وقياسها، تلك المشاعر التي يجعلها **ما سلو** أحد العوامل الأساسية التي تتوقف عليها الصحة النفسية للفرد ،يتكون المقياس من (75) فقرة يجاب عنها(بنعم) أو(لا).

- المقياس العربي للصحة النفسية:

من إعداد أحمد عبد الخال (2016) والذي يرمز له (ASMH) ويتوفر في نسختين العربية والإنجليزية وقد طبق المقياس على عينات من المراهقين والبالغين، ويتكون المقياس من (50) فقرة.

- مقياس الصحة النفسية (2006):

من إعداد خليل يتكون في صورته الأصلية من (33) عبارة لكل فقرة ثلاثة خيارات (دائما ، أحيانا ، أبدا) وهي تأخذ الدراجات التالية على التوالي : (3 ،2، 1) .ويتكون المقياس من ثلاثة (03) محاور هي :(الاتزان الانفعالي ،التوافق الشخصي والاجتماعي ، تحقيق الذات) .

حيث تم الاستعانة بهذه المقاييس والاستبيانات نظرا لأنها تهدف إلى إظهار وقياس الصحة النفسية ومستوياتها المصاغة في استبيان دراستنا إلا أن الاختلاف الموجود بين متغيرات هذه المقاييس والاستبيانات ومتغيرات دراستنا يكمن في ادرك الأبناء لمستويات الصحة النفسية للأولياء ولم نستطيع أن نجد مقياس أو استبيان يقيس نفس المتغير لهذا لجأنا إلى بناء استبيان يتماشى مع المتغير المطروح.

جدول رقم (05)

مؤشرات أبعاد استبيان مستويات الصحة النفسية

أبعاد استبيان مستويات الصحة النفسية للأولياء	أرقام الفقرات	عدد الفقرات
البعد النفسي	1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14	14
البعد الجسدي	15-16- 17- 18- 19- 20- 21- 22- 23- 24- 25	11
البعد السلوكي	26-27- 28- 29- 30- 31- 32- 33- 34- 35- 36- 37-	12
البعد الاجتماعي	38-39- 40- 41 – 42- 43- 44- 45- 46 – 47- 48 – 49- 50	13
المجموع		50

- **البعد النفسي :**

ونقصد به الأزمات والاضطرابات النفسية كالخوف والاكتئاب والعزلة والغضب الشديد والقلق والحزن والوسواس . مما ينتج عنها اليأس و الهبوط المزاجي والأداء الوظيفي والانسحاب من الواقع وعدم الاهتمام بالأنشطة ونقص الدافعية والطاقة الحيوية . ويتضمن كذلك الأمن الانفعالي أي إظهار الاتزان الانفعالي أو ثبات عاطفي مناسب وردود فعل ملائمة للواقع .

وكذلك مفهوم الذات ويقصد به الحصول على مفهوم ذات إيجابي كتقبل الذات وحبها والعمل على تنميتها، والتفاؤل يقصد به النظرة التفاؤلية نحو قدرة الذات وأحداث المستقبل .

- **البعد الجسدي :**

يقصد به الحالات المختلفة التي يكون عليها جسم الإنسان ، وخاصة تأثير الأعضاء الجسدية ، حيث تظهر هذه التأثيرات في سوء الأداء الوظيفي للأعضاء . ويقصد به النشاط الجسمي والمتمثلة في أداء النشاطات البدنية العادية وغير العادية كذلك اللياقة البدنية ، والاهتمام بالصحة الجسدية العامة .

- **البعد السلوكي :**

وتقصد السلوكيات والأفعال التي تظهر كتعبير عن حالات نفسية أو انفعالية عادية أو غير عادية تتجسد في عوارض أو نشاطات سلوكية حسية أو شفوية سوية أو غير سوية.

- **البعد الاجتماعي:**

ويقصد به العلاقات الاجتماعية القائمة بين الأفراد ببعضهم البعض، المتمثلة في قدرة الفرد على إنشاء علاقات اجتماعية وزيارات ونمط مساهمته في الحياة الأسرية والاجتماعية. و كذلك القبول الاجتماعي يعني تقبل الفرد للآخرين وتقبل الآخرين له ويتضمن التفاعل الاجتماعي أي القدرة على التعامل مع الآخرين والمهارات الاجتماعية ويقصد بها توفر الحد الأدنى من المهارات الاجتماعية كالسمات الشخصية الإيجابية التي تمكن الفرد من التعامل مع الآخرين بتوافق و انسجام .

4.4 أوزان وبدائل الاستبيان :

بما أن كل الفقرات صيغت بشكل موجب ، فمفتاح التصحيح سوف يحافظ على نفس الترتيب في إعطاء درجات الإجابات للمستجوبين كما يلي :

جدول رقم (06) درجات و بدائل الاستبيان مستويات الصحة النفسية

البدائل	دائما	أحيانا	أبدا
الدرجات	03	02	01

وعليه تم إعداد الاستبيان في صورته النهائية متكون من(50) فقرة حيث استخدم طريقة لكارت الثلاثي لتقدير استجابة المفحوصين، وفيها تتدرج الاستجابة بين درجة واحدة(1) إلى ثلاث (3) درجات ، حيث يعطى للمفحوص درجة ثلاثة (3)إذا كانت إجابته على البند **(دائما)** و درجتان (2) إذا كانت إجابته على البند (**أحيانا**)، ودرجة واحدة (1)إذا كانت إجابته على البند **(أبدا)** هذا بالنسبة للبنود الإيجابية وبذلك تكون أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص عند إجابته على جميع بنود مقياس الصحة النفسية **(50×3= 150)** درجة ، وأدنى درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص عند إجابته على جميع بنود المقياس **(50×1=50) درجة** .

4.5صياغة تعليمات الاستبيان:

تم صياغة تعليمات استبيان الدراسة لغرض تعريف أفراد عينة الدراسة على الهدف من استبيان وأن تكون العبارات واضحة ومفهومة وملائمة لمستواهم، وكذلك طلب من المفحوصين قراءة العبارات بدقة ومعرفة المقصود من كل فقرة مع تدوين الاستجابة في المكان المخصص، وعدم ترك عبارة دون إجابة، ، وكذا التأكد على كتابة البيانات التي نحتاجها ثم أعطيت الفرصة لطرح الأسئلة والاستفسار عن أي غموض وتم توضيح الهدف من الاستبيان لعينة البحث، وحث المفحوصين على قراءة كل عبارته بجدية ، ثم الإجابة عليها بما يناسبهم، كما تم إعلامهم بأنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، وفي الأخير تم إقناعهم بسرية الإجابات المقدمة من قبلهم، وأنها سَتُستغل لغرض البحث العلمي فقط .كذلك قدمت مثالاً يوضح طريقة الإجابة على عبارات الاستبيان.

5 استبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

يهدف لتحديد أفراد العينة الذين لديهم مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية يحتوي في صورته الأولية على (ثلاثة وستون) بند ومقسمة إلى (تسعة) أبعاد صيغت هذه البنود كلها بشكل موجب.

5.1 الخطوات المتبعة في بناء وتصميم استبيان: (مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية).

نشير في البداية على أنه جرت محاولة من طرفنا للعثور على استبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للتلاميذ المراهقين ولعدم تمكننا من ذلك لجأت إلى خطوة بناء استبيان معتمد على ما يلي:

- مراجعة الأدب النظري المرتبط بكل محور من محاور استبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للتلاميذ المراهقين.
- الاستعانة بالخلفية النظرية المتضمنة في الفصل الثالث(الاضطرابات السلوكية والانفعالية) .
- مراجعة مقاييس ,واستبيانات الدراسات السابقة التي استخدمت للتعرف على الاضطرابات السلوكية والانفعالية ومؤشرات ظهورها لدى المراهق.
- الاعتماد على الصور الواقعية المستمدة من واقع ووسط المؤسسات الثانوية والتي تمثل التجربة الشخصية لنا كرصيد معرفي.

وقد تم صياغة فقرات استبيان الدراسة حسب ما يلي:

- أن تخدم هذه الفقرات لأهداف المطلوبة تحقيقها في الدراسة، التي تتضمن كشف وتحديد مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للتلاميذ المراهقين وتحديد عينة الدراسة .
- فقرات الاستبيان تكون واضحة ومفهومة.
- صياغة فقرات الاستبيان وفق التدرج الثنائي لسلم لكارت .

5.2 الخلفية النظرية المعتمدة في الاستبيان :

تم الاستعانة في بناء الاستبيان على الخلفية النظرية للدراسة المتضمنة التراث النظري والتعريفات والدراسات الخاصة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية المذكورة في (الفصل الثالث) في هذه الدراسة ومجموعة من الدراسات السابقة التي تتناول هذا الموضوع وتم الاطلاع على مقاييس,واستبيانات التي تشير بالمقاربة إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية للمراهقين المتضمنة ما يلي :

- **دراسة الطهراوي** (1997) بعنوان الشقاق الأسري وعلاقته بالاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى المراهقين وهدفت هذه الدراسة لمعرفة العلاقة بين ادراك الأبناء لشقاق الأسري والمشكلات السلوكية والانفعالية لديهم.
- **دراسة طنجور**، (1998) الاضطرابات الانفعالية والمشكلات السلوكية لدى أولاد المطلقين دراسة ميدانية حيث استعمل استبيان لقياس الاضطرابات السلوكية و الانفعالية .

- **دراسة قاسم** (1994) مفهوم الذات والاضطرابات السلوكية للأطفال المحرومين من الوالدين .

- **دراسة د /كمال يوسف بلان** (2011) مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية حيث أعده الباحث ويتكون من (07) أبعاد هي (الاضطراب السلوكي ، الاكتئاب ،اختلال التفكير ،النشاط الزائد الانسحاب الانفعالي ،القلق ،اضطراب التواصل)ويتكون من (54) فقرة .

كما تم الاعتماد أيضا إلى المقاييس التي تكشف الاضطرابات السلوكية والانفعالية للمراهقين ومنها:

- **مقياس بيركس لتقدير السلوك:**

وهو من المقاييس البارزة في تشخيص المضطربين سلوكيا و انفعاليا، صممه بيركس سنة (1975) و المراجعة سنة(1980) بهدف التعرف على مظاهر الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأفراد من العمر السادسة(06) إلى التاسعة عشرة (19) وتم تطويره من طرف "القريوتي ،وجرار" (1987). يتكون من (19) محور وقد أجمع المختصين والباحثين على فعالية هذا المقياس في تحديد الأفراد المضطربين سلوكيا وانفعاليا عن طريق تسليمه للأساتذة أو المعلمين

- **مقياس تقدير الذات :**

تم الرجوع لمقياس تقدير الذات الذي طورته قسوس ، (1985)في نطاق دراسة الماجستير وطبق على عينة كبيرة من تلاميذ المدارس ثانوية .

ويتكون المقياس من (38) فقرة تعطي كل منها وصفا تقييميا للذات حيث يطلب من المفحوص تحديد درجة انطباق مضمون الفقرة عليه على مقياس مدرج من خمس نقاط (5 = درجة عالية جدا إلى 1= درجة منخفضة جدا) ، ويقود المقياس إلى درجة كلية باستخراج مجموع درجات الفرد على الفقرات الفرعية ، مع مراعاة عكس الفقرات ذات الصياغة السلبية لتكون الدرجة العالية ممثلة لدرجة عالية من تقدير الذات وبذلك تكون الدرجة الدنيا على مقياس تقدير الذات هي (38) درجة وهي تعبر عن تقدير منخفض للذات ، أما الدرجة العليا فهي (190) درجة . وكذلك تم الاستعانة بمقاييس التي تتناسب مع أبعاد استبيان الدراسة.

- **مقياس الغضب للمراهقين (2012):**

للدكتور أحمد حمزة أستاذ علم النفس كلية التربية (الرياض المملكة السعودية)يتكون المقياس من (06) محاور و(73) فقرة ، الغرض من هذا المقياس التعرف على مثيرات الغضب كذلك المشاعر المصاحبة له والأعراض السيكوسوماتية للمراهقين .

- **مقياس الاكتئاب (2000):**

من إعداد الدكتور عادل عبد الله محمد كلية التربية جامعة الزقازيق بمصر يتكون هذا المقياس من (54) فقرة الهدف من هذا المقياس التعرف على حالات الاكتئاب للمراهقين .

- **مقياس السلوك العدواني (2013):**

في كتاب بعنوان (موسوعة الاختبارات و المقاييس النفسية) يحتوي المقياس على (32) فقرة الهدف تحديد السلوك العدواني للمراهقين.

ومن خلال ذلك تم بناء استبيان الدراسة مستعينا بمقاييس المذكورة سالفا التي تشير إلى مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية مستفيدين من العبارات التي وردت في تلك المقاييس في صياغة استبيان الدراسة الحالية بصورة تتناسب مع أهداف الموضوع المطروح للدراسة وتناسبا مع البيئة التي تطبق فيها وتماشيا مع أهدافها.

جدول رقم (07)

مؤشرات أبعاد استبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية

الأبعاد	أرقام الفقرات	عدد الفقرات	مؤشرات الأبعاد
مؤشرات القلق	1،2،3،4،5،6،7	07	كثرة الحركة وعدم الاستقرار، تشتت الانتباه وسرعة التعب وعدم المثابرة وسوء العلاقة مع الزملاء وعدم المقدرة على الاسترخاء وزيادة الاستجابة للمثيرات وصعوبة في التركيز.
مؤشرات الاكتئاب	8،9،10،11،12،13،14، 15	08	عدم الأهمية واحتقار النفس ، ويتوهم العلل البدنية ، ويشعر بتأنيب الضمير ولوم الذات ، الحزن و الكآبة واليأس والخمول وضعف النشاط الحركي والكسل انخفاض معدل التواصل مع الآخرين إلى درجة كبيرة تعكس

			معها سوء التوافق الاجتماعي ، أقل شعورا بالسعادة ، وأقل قدرة على مسايرة الآخرين أو مسايرة الأحداث اليومية
مؤشرات الغضب	16،17،18،19،20،21	06	عدم الرضا والارتجاف وسرعة الحركة والتعب وعدم الاستقرار واللامبالاة، والتناقض وعدم الثبات الانفعالي والتخلف الدراسي ، وسوء التوافق ضعف وفقدان الثقة بالنفس واضطراب الكلام ،والسلوك الدفاعي ، وسهولة الاستثارة الانفعالية والحساسية النفسية بصفة عامة
مؤشرات الخجل	22،23،24،25،26،27	06	انعدام الثقة بالذات و بالآخرين ، الميل التزام الصمت الحساسية الزائدة والشعور بعدم الارتياح ،الخوف و التردد وعدم القدرة على تحمل المسؤولية ، وعدم الرغبة في المشاركة في المواقف الاجتماعية ، الخوف وضعف الثقة بالنفس وبالآخرين والتردد و التكلم بصوت منخفض احمرار الوجه .
مؤشرات العدوانية	28،29،30،31، 32،33،34	07	السلوك الجسدي المؤذي الموجه نحو الذات أو الآخرين،(الضرب ، والدفع و شد الشعر ....الخ)، العدوان اللفظي (الشتم والسخرية ، والتهديد)، العدوان الرمزي توجيه الإهانة للآخرين ، الامتناع عن النظر إلى الشخص الذي يكن العداء له، النظر بطريقة

			احتقار للآخرين ،استفزاز الآخرين
مؤشرات السلوك الاندفاعي	35،36،37،38،39،40،41	07	الاستجابة الفورية لأي مثير، التسرع في تصرفاته دون تخطيط، الاستجابة سريعة و متكررة وغير ملائمة و نتائجها خاطئة، التكرار ، الاستمرار في نشاط معين بعد انتهاء الوقت المناسب لهذا النشاط بحيث يجدون، يستمر في ترداد كلمة معينة أو رقم معين، ولا يقبلون النشاطات و لا يشعرون بالسعادة سواء في المدرسة أو مع الأصدقاء ، فهم يظهرون عدم الاستمتاع بالحياة. و التهور
مؤشرات الحركة المفرطة	42،43،44،45،46،47	06	الخروج من المقعد والتحدث دون استئذان والتجول في القسم وإلقاء الأشياء على الأرض ، والإزعاج اللفظي، والمشي في القسم ، والتحدث إلى الزملاء ، وعدم الامتثال للتعليمات ، ونقل المقعد من مكان إلى آخر ،أو تغييره ،ومغادرة القسم دون استئذان ، والكتابة على الحائط والتأخر على موعد الدرس ، وهز الجسم أثناء الجلوس ، وأخذ ممتلكات الآخرين ، وإصدار أصوات غير مفهومة ،والضحك بطريقة غير مناسبة ، عدم التنظيم ، وعدم القدرة على الانتباه ، والضعف الشديد في التركيز
مؤشرات	48،49،50،51،52،53،5	08	التحدث بصوت مرتفع ،وعدم البقاء في

السلوك الفوضوي	4،55		المقعد الابتعاد الجزئي عن المقعد . لمس ممتلكات الآخرين (الاقتراب من الممتلكات الخاصة بتلميذ آخر وملامستها دون أن يحصل على إذن يسمح له بذلك ، ويتضمن مثل هذا الأمر التعدي على ممتلكات الغير ،أو تحطيمها ، وملامسة المقعد الخاص لتلميذ آخر). التلفظ بسلوك صوتي مسموع غير مسموح به ، استخدام الأيدي للعب بممتلكاته الخاصة أو بالممتلكات العامة، إصدار الضوضاء ، قضاء الوقت في أمور لا ترتبط بالمهمة المطلوبة و سلوكيات أخرى تعيق النشاطات القائمة في القسم ، وعدم الاشتراك في النشاطات و استخدام
مؤشرات الانسحاب الاجتماعي	56،57،58،59،60،61،62،63	08	العزلة و انشغال البال و تجنب المبادرة إلى التحدث مع الآخرين أو أداء نشاطات معهم ، والشعور بعدم الارتياح ويصاحبه عدم الوعي للذات و إدراكها البطيء ، الشعور بالنقص ، سهولة الانقياد ، الخوف من الكبار، عدم الاستجابة للتغير، التعبير اللفظي المحدود.

5.3 درجات وبدائل استبيان

الفقرات صيغت بشكل موجب ، فمفتاح التصحيح سوف يحافظ على نفس الترتيب في إعطاء درجات الإجابات للمستجوبين كما يلي:

جدول رقم (08) بدائل استبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية

البدائل	نعم	لا
الدرجات	02	01

يوضح الجدول رقم(08) السقف النظري الأعلى للدرجات هو 126 وحده الأدنى 63 درجة حيث استخدم الباحث طريقة لكارت الثنائي لتقدير استجابة المفحوصين، وفيها تتدرج الاستجابة ، فدرجة المفحوص على كل فقرة بين درجة واحدة(1) إلى (2) درجتان ، حيث يعطى للمفحوص درجتان (2)إذا كانت إجابته على البند ب(نعم) ودرجة واحدة (1)إذا كانت إجابته على البند (لا) وبذلك تكون أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص عند إجابته على جميع فقرات الاستبيان (63×2= 126) درجة ، وأدنى درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص عند إجابته على جميع بنود الاستبيان (63×1=63) درجة.

5.4 صياغة تعليمات الاستبيان:

تم صياغة تعليمات استبيان الدراسة لغرض توضيح لأفراد عينة الدراسة الهدف من استبيان وعلى أن تكون العبارات واضحة ومفهومة وملائمة حسب مستواهم، وكذلك طلب من المفحوصين قراءة العبارات بدقة ومعرفة المقصود من كل فقرة مع تدوين الاستجابة في المكان المخصص، وعدم ترك عبارة دون إجابة وكذا التأكد على كتابة البيانات التي يحتاجها البحث ثم أعطيت الفرصة لطرح الأسئلة والاستفسار عن أي غموض، وتم توضيح الهدف من الاستبيان لعينة البحث، وحث المفحوصين على قراءة كل عبارته بجدية ثم الإجابة عليها بما يناسبهم، كما تم إعلامهم بأنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، وفي الأخير تم إقناعهم بسرية الإجابات المقدمة من قبلهم، وأنها سَتُستغل لغرض البحث العلمي فقط .كذلك قدمت مثالاً يوضح طريقة الإجابة على عبرات الاستبيان.

6 الدراســــــــة الاستطلاعيـــــــة:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة في البحث العلمي فهي بالنسبة للباحث أول احتكاك بالجانب الميداني ، وهذا لغرض التفقد والتعرف على الظروف المحيطة بالظاهرة المراد دراستها ، وفي نفس الوقت التأكد من توفر عينة البحث في الميدان كما تتيح الدراسة الاستطلاعية للباحث فرصة جمع البيانات والمعلومات الأولية المتعلقة بالظاهرة المستهدفة والتأكد من صلاحية الأدوات المستعملة وتعديلها ومعرفة مكان إجراء البحث ، والتعرف أكثر على أفراد المجتمع الذي هو في صدد دراسته .

حيث تشكل المرحلة الاستطلاعية في البحث العلمي العمل التأسيسي الأكثر أهمية فهي تساعد الباحث على التبني رؤية أكثر فأكثر عمقا لموضوع الدراسة وبتالي التوصل إلى أفكار تساعده في بناء رؤية واضحة حوله **(R ,Quivy – 1995.41)**

6.1 أهداف الدراسة الاستطلاعية:

من أهداف الدراسة الاستطلاعية ما يلي :

- تطبيق أدوات الدراسة بشكل أولي، وذلك قبل تطبيقها بشكل نهائي في الدراسة الأساسية.
- استكشاف ميدان البحث، والتعرف على العينة، الوقوف على مدى تجاوبها وتقبلها للمشاركة في البحث.
- تهيئة الإمكانيات (البشرية والمادية والزمنية) المناسبة للدراسة.
- تعديل الأدوات المستعملة في الدراسة.
- استطلاع الباحث كافة الظروف التي تحيط بمشكلة الدراسة ميدانيا.
- تزويد الباحث بمجموعة من المعارف بجوانب المشكلة .
- التأكد من الخصائص السيكو مترية أي صدق الأداة وثباتها .
- تحديد الصعوبات المتعلقة بفهم الفقرات والصياغة اللغوية من أجل تبسيطها وإعادة صياغتها.
- تساهم في مساعدة الباحث على الوقوف على جوانب القصور في إجراءات تطبيق المنهج وأدوات جمع البيانات المرتبطة بالبحث ، يستطيع تعديلها في ضوء نتائج الدراسة الاستطلاعية التي نقوم بها
- تكوين تصور عام حول موضوع الدراسة.
- التعرف على العقبات والصعوبات التي يمكن أن تواجهنا في الدراسة الأساسية.
- معرفة رد فعل أفراد العينة تجاه فقرات الاستمارة لاستدرك الثغرات وإزالة الغموض.
- اختيار عينة الدراسة الأساسية والتأكد من ملائمتها لموضوع الدراسة ، ومدى تعاونها مع الباحث.

- كما أنها تدرب الباحث على استعمال وتطبيق أدوات الدراسة التي هو بصدد استخدامها في الدراسة الأساسية.
- الاستعداد لمباشرة الدراسة الأساسية .

6.2 حدود الدراسة الاستطلاعية :

ونعني بحدود الدراسة الاستطلاعية هو النطاق الذي يجرى فيه البحث وينقسم عادة إلى المجال الجغرافي والمجال الزماني ، والمجال البشري

- **المجال الجغرافي:** وهو المكان الذي تجرى فيه الدراسة الميدانية وتم ذلك في ولاية المدية، من خلال عدة مؤسسات تعليمية(الطور الثانوي)وعددها ثلاثة (03) ثانويات .هذا ما سيوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم (09) أسماء ثانويات الدراسة الاستطلاعية

ثانوية حباش محمد بن الحناشي بلدية بوغزول المدية	ثانوية موسى بن نصير قصر البخاري المدية	ثانوية هيلالي محمد سغوان المدية

يوضح الجدول رقم (09) أسماء الثانويات التي تمت فيها الدراسة الاستطلاعية الموجودة بولاية المدية

المجال البشري: لقد أجريت الدراسة الاستطلاعية على عينة عددها (70) تلميذ وتلميذة بالمرحلة التعليم الثانوي.

المجال الزمني: استغرقت الدراسة الاستطلاعية ستة أسابيع من بداية شهر فيفري إلى غاية نهاية شهر مارس من السنة الدراسية (2021، 2022)

6.3 أدوات الدراسة:

استعمل الباحث خلال هذه الدراسة استبيان مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء المراهقين المتمدرسين في الطور الثانوي المتكون من خمسون (50) فقرة موزعين على أربعة (04) أبعاد، واستبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للتلاميذ المراهقين للطور الثانوي يتكون من ثلاثة وستون(63) بند موزعين على تسعة ('09) أبعاد .

6.4 تحديد عينة الدراسة الاستطلاعية:

في اطار خطوات تطبيق الدراسة الاستطلاعية تم تحديد عينة هذه الدراسة باختيار ثلاثة(03) ثانويات من ولاية المدية ومن كل ثانوية تم اختيار ستون(60) تلميذ وتلميذة بطريقة العينة العشوائية البسيطة حيث

أصبح العدد الإجمالي مئة وثمانون(180) من مختلف المستويات الدراسية للطور الثانوي(الأولى الثانية الثالثة ثانوي) بمختلف الأعمار من(15 إلى سنة20) موضح في الجداول التالية:

الجدول رقم (10) توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الجنس والمستوى

الجنس / المستوى الدراسي	ذكور	النسبة	إناث	النسبة	المجموع	النسبة
السنة الأولى ثانوي	47	%58.75	33	%41.25	80	%44.44
السنة الثانية ثانوي	32	53.33%	28	%46.67	60	%33.34
السنة الثالثة ثانوي	23	%57.5	17	%17.5	40	%22.22
المجموع	102	%56.66	78	%43.33	180	%100

يوضح الجدول رقم(10) العدد الجمالي للتلاميذ الذين تم اختيارهم من ثلاثة ثانويات وعددهم (180) تلميذ وتلميذة من مستويات مختلفة من التعليم الثانوي (الأولى ، والثانية ، والثالثة ثانوي) أكبر عدد تم اختياره من مستوى الأولى ثانوي يقدر ب (80) تلميذ وتلميذة ، وما نلاحظه في هذه الإحصائيات أن عدد الذكور أكثر من الإناث بعدد (102) ذكر و(78) أنثى .

6.5 إجراءات تطبيق الدراسة الاستطلاعية :

وبعد ما تم تحديد هذه الفئة من التلاميذ شرعنا في تطبيق الدراسة الاستطلاعية بتوزيع الاستبيان الأول (مستويات الصحة النفسية لأوليائهم كما يدركه الأبناء) مرفق بالاستبيان الثاني (مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للمراهقين)على مئة وثمانون(180) تلميذ وتلميذة وهذا بعد ما تم الاتصال والتنسيق مع مديري الثانويات والعاملين المكلفين قمنا بتحديد الوقت المناسب لكل ثانوية للاتصال وخصص يوم واحد لكل ثانوية وخلال القيام بعملية التوزيع (الاستبيانين)تم توضيح الغرض من هذه العملية لتفادي كل ما من شأنه أن يحول دون مصداقية إجاباتهم ثم قرأتهما بتمعن على مسامع التلاميذ وإعطائهم معلومات على طريقة الإجابة حتى لا يكون أي إشكال ، وبعد الانتهاء تم جمع كل الاستمارات وتصنيفهم حسب المستوى والثانوية ، مع تقديم الشكر على الاستجابة.

ثم قمنا بفرز وتفريغ الاستبيان ،فكل الاستمارات تم ملؤها ولم تلغى أي واحدة منها ومن خلال ذلك قمنا بترقيم كل استمارات وتفريغها ودراستها وهذا لاستخراج أفراد العينة الذين تظهر عليهم مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية على استبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية وهذا باتباع الخطوات التالية :.

حساب الدرجات الإجابة للمفحوصين باستعمال برنامج الإحصائي (SPSS) حيث تحصلنا على (70) تلميذ وتلميذة مجموع درجاتهم في الإجابة على الاستبيان بين (95 إلى 126درجة) وهم التلاميذ الذين لديهم مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، والذين مجموع درجاتهم بين (63 إلى 95) فهؤلاء التلاميذ لا يوجد لديهم مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية و تم مقارنة المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للاستبيان وكان بين قيمة (95و 126) فأفراد العينة لهم اضطرابات سلوكية و انفعالية .

تم استعمال عملية مقارنة المتوسطات الحسابية لكل بعد من أبعاد الاستبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية بالقيم العددية المستخرجة من أوزان البدائل للاستبيان وفقا للمتوسط الرتبي وعدد إجابات المفحوصين الموضحة نتائجها في الجداول التالية :

الجدول رقم (11) النتائج الإحصائية لتحديد أفراد العينة الاستطلاعية

أبعاد الاستبيان	التكرار		المتوسط الحسابي	النسبة	الانحراف المعياري	النتيجة
	نعم	لا				
بعد مؤشرات القلق	434	65	1.86	%93	0.17	نعم
بعد مؤشرات الاكتئاب	505	49	1.90	%95	0.13	نعم
بعد مؤشرات الخجل	381	35	1.90	%95	0.12	نعم
بعد مؤشرات العدوانية	383	37	1.90	%95	0.14	نعم
بعد مؤشرات الغضب	442	48	1.90	%95	0.14	نعم

بعد مؤشرات السلوك الاندفاعي	452	44	1.91	%95	0.11	نعم
بعد مؤشرات الحركة المفرطة	384	36	1.89	%95	0.13	نعم
بعد مؤشرات السلوك الفوضوي	503	57	1.90	%95	0.13	نعم
بعد مؤشرات الانسحاب الاجتماعي	469	87	1.83	%90	0.20	نعم
الدرجة الكلية للاستبيان	3953	457	1.88	%94	0.14	نعم

يوضح الجدول رقم (11) قيم متوسطات لكل من (الدرجة الكلية)الذي يقدر ب(1.88) وهي محصورة بين (1.51 و2) حسب المتوسط المرجح الذي يثبت وجود مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية وأبعاد الاستبيان التي تقدر قيمها بين(1.83 و1.91) وهذه القيم محصورة بين(1.51 و. 2) التي تعبران عن وجود مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالي .

وبناء على هذه النتائج توصلنا إلى وجود (70) تلميذ وتلميذة لهم مؤشرات اضطرابات السلوكية وانفعالية وعلى هذا الأساس تم تحديد عينة الدراسة الاستطلاعية موزعين حسب الثانويات في الجدول التالي :

جدول رقم (12) توزع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الثانويات

الثانويات	التكرارات	النسبة المئوية
ثانوية حباش محمد بن الحناشي بلدية بوغزول المدية	22	%31.42
ثانوية هيلالي محمد سغوان المدية	18	%25.71
ثانوية موسى بن نصير قصر البخاري المدية	30	%42.85
المجموع	70	%100

يوضح الجدول رقم (12) توزيع أفراد العينة حسب الثانويات ونلاحظ أن أكبر عدد للعينة يظهر عليها مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية بثانوية موسى بن نصير قصر البخاري الموجودة بجنوب ولاية(30) تلميذ و تلميذة بنسبة (42.85%) أما أقل عدد بثانوية هيلالي محمد سغوان المدية بعدد (18) بنسبة (25.71%).

ثم قمنا بتوزيع العينة حسب الجنس (ذكور وإناث) لكل مستوى من مستويات الطور الثانوي موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم (13) توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس والمستوى الدراسي

الجنس / المستوى الدراسي	ذكور	النسبة	إناث	النسبة	المجموع	النسبة
السنة الأولى ثانوي	**20**	**%47.51**	**18**	**%64.28**	**38**	**%54.28**
السنة الثانية ثانوي	**11**	**26.19%**	**07**	**%25.00**	**18**	**%25.71**
السنة الثالثة ثانوي	**11**	**%26.19**	**03**	**%10.71**	**14**	**%20.00**
المجموع	**42**	**%60.00**	**28**	**%40.00**	**70**	**%100**

يوضح الجدول رقم (13) توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب متغير الجنس لكل مستوى من مستويات الطور الثانوي ، وما يلاحظ في هذه الإحصائيات أن في كل المستويات الدراسة عدد الذكور أكبر من عدد الإناث لهم مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية بعدد إجمالي للذكور(42) تلميذ بنسبة (60.00%) أما الإناث فعددهن (28) تلميذة بنسبة (40.00%) .بعدد أكبر في مستوى الأولى ثانوي.

جدول رقم (14) توزيع أفراد العينة للدراسة الاستطلاعية حسب متغير السن لكل مستوى دراسي

العمر الزمني / المستوى الدراسي	من 15 إلى أقل من17 سنة	النسبة	من 17 إلى أقل من 19 سنة	النسبة	من 19الى 20	النسبة	المجموع	النسبة
السنة الأولى ثانوي	22	57.89%	11	%28.94	05	%13.15	38	%54.28
السنة الثانية ثانوي	0	0.00 %	10	%55.55	08	%44.44	18	%25.71
السنة الثالثة ثانوي	0	%0.0	04	%28.57	10	%71.42	14	%20.00
المجموع	22	31.42 %	25	%35.71	23	%32.85	70	100%

يوضح الجدول رقم (14) تبين أن التلاميذ الذين هم أكثر عددا في أفراد العينة الاستطلاعية هم التلاميذ الذين يدرسون في مستوى السنة الأولى ثانوي بعدد إجمالي يقدر ب (38) تلميذ وتلميذة ونسبة تقدر ب(54.28%) مقسمين إلى مختلف الأعمار بين السن (15، 20) سنة. أما بالنسبة للسنة الثانية ثانوي فالعدد الإجمالي من الأفراد للعينة تقدر ب(18) تلميذ وتلميذة بالنسبة تقدر ب (25.71%)، تقدر أعمارهم بين السن (17الى 20) سنة أما في مستوى الثالثة ثانوي فالعدد الإجمالي من الأفراد للعينة تقدر ب(14) تلميذ وتلميذة بالنسبة تقدر ب (20.00%)، تقدر أعمارهم بين السن (17 إلى 20) سنة وما هو ملاحظ في هذه الإحصائيات أن أكبر عدد من التلاميذ من العينة الاستطلاعية يدرسون في مستوى الأولى ثانوي أعمارهم بين (15الى 20) سنة. وما نستنتجه من هذه الإحصائيات في اطار تحديد العينة الاستطلاعية أن الذكور أكبر عددا من الإناث ،ويشرع الباحث في الجدول الآتي توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب متغير السن لكل مستوى دراسي.

7 الخصائص السيكو مترية لأدوات الدراسة

7.1 الخصائص السيكو مترية لاستبيان مستويات الصحة النفسية للأولياء.

الصدق الظاهري (صدق المحكمين)

تم عرض استبيان على مجموعة من المحكمين المتخصصين في علم النفس وعلوم التربية للإدلاء بآرائهم حول صياغته وبنائه شكلا ومضمونا.

حيث تم عرض على السادة الأساتذة ما يلي:

- مدى وضوح الصياغة اللغوية للفقرات ومدى قياسها لكل بعد من الأبعاد ، واقتراح البديل في حالة عدم الموافقة.
- مدى ملائمة بدائل الأجوبة للفقرات واقتراح البديل في حالة عدم الموافقة
- مدى وضوح التعليمات المقدمة لأفراد العينة واقتراح البديل في حالة عدم الموافقة.
- ملاحظات أخرى إضافية إن وجدت.

وبعد تحكيم الاستبيان قدم المحكمين مجموعة من الملاحظات تمثلت في ما يلي :

أجمع المحكمون على قياس الفقرات لما وضعت لقياسه مع تعديلهم لبعض البنود في الجانب الصياغة اللغوية والبناء الاصطلاحي لتكون أكثر تناسبا لما تعمل على قياسه .وفي ما يلي جدول بعض البنود التي تم تعديلها.

جدول رقم (15) بنود استبيان مستويات الصحة النفسي قبل وبعد التحكيم

رقم الفقرا	الفقرات قبل التحكيم	الفقرات بعد التحكيم
01	يظهر على والدي التوتر والارتعاش	يظهر على والدي التوتر
02	يفكر والدي بطريقة سيئة للحياة	يفكر والدي بطريقة سيئة في حياة
03	يخشى والدي ويقلقان من المستقبل	يخشى والدي من المستقبل
06	يظهر على والدي عدم السعادة	يظهر على والدي الحزن الشديد
07	يظهر على والدي كثير الغضب والقلق	يظهر على ولدي الغضب والقلق
09	يغلب على والدي الضيق وعدم	يغلب على والدي الانزعاج

	الارتياح	
10	يشعر والدي أنهما غير مهمان في هذه الحياة	يشعر والدي أنهما لا يتمتعان بحياتهما كثيرا
11	يشعر والدي بالذنب	يشعر والدي بأنهما مذنبان
14	يصرح والدي أنهما لديهما مشاكل نفسية	يصرح والدي أنهما يعانيان مشاكل نفسية
19	يظهر على والدي عدم النشاط	يظهر على والدي عدم الاهتمام بجسده
20	يظهر على والدي ضعف عام على جسدهما	يظهر على والدي ضعف عام في جسدهما
24	يشتكي والدي كثيرا من التعب الجسدي والإرهاق	يشتكي والدي كثيرا من التعب الجسدي
25	يظهر على والدي حركة جسدية غير عادية	يظهر على والدي اضطراب حركي
27	والدي كثير الصراخ و الشجار	من سمات والدي الصراخ
29	يتعاطى أحد والدي المهدئات والمخدرات	يتعاطى أحد والدي المهدئات
32	يظهر على والدي الخمول وعدم النشاط	يظهر على والدي نشاط سلوكي غير عادي
35	يظهر على والدي كثير الحركة	يظهر على والدي كثرة الحركة
39	يتجنب والدي الأماكن العامة و الشوارع	يتجنب والدي الأماكن العامة
42	يقضي والدي معظم الوقت بعيدان على بعضهم البعض وعلى أفراد الأسرة	يقضي والدي معظم الوقت بعيدان على أفراد الأسرة
49	يشتكي والدي من أن الناس يتكلمون عليهما ويراقبونهما باستمرار	يشتكي والدي من أن الناس يراقبونهما باستمرار

يوضح الجدول رقم (15) أن أغلبية المحكمين اتفقوا على تعديل بعض البنود في الصياغة اللغوية باستبدال بعض الكلمات بكلمات أخرى مناسبة وتصحيح بعض الأخطاء البسيطة الواردة في الألفاظ وهذا ما تم القيام به وهذا ما يوضحه الجدول السالف الذكر .

مدى ملائمة بدائل الأجوبة للفقرات:

تم وضع بدائل ثلاثة أجوبة (**دائما، أحيانا ، أبدا**) على فقرات الاستبيان وطلب من السادة المحكمين تحديد مدى ملائمتها بوضع علامة (+) في إحدى خانات الجدول مع تقديم البديل في حالة عدم ملائمتها.

جدول رقم (16) نتائج صدق المحكمين المتعلقة بمدى ملائمة بدائل الأجوبة

البدائل	عدد المحكمين		البديل المقترح
	مناسبة	غير مناسبة	
(دائما، أحيانا ، أبدا)	10	00	

يوضح الجدول أعلاه أن جميع المحكمين (10) اتفقوا على ملائمة بدائل الأجوبة، وبذلك سيتم العمل بهذه البدائل.

- صدق المحكمين في وضوح التعليمات المقدمة لعينة البحث:

ولقد تم إعطاء السادة المحكمين بعض التوضيحات والبدائل في صياغة التعليمات المقدمة لأفراد العينة ونحن بدورنا تم تعديل هذه التعليمات حسب تعديلات السادة المحكمين .وهي مذكورة في الصيغة النهائية للاستبيان .

- صدق الاتساق الداخلي لاستبيان مستويات الصحة النفسية.

تم تطبيق معامل ارتباط بيرسون وتحصلنا على النتائج التالية:

جدول رقم (17) معامل الارتباط بيرسون بين الفقرات والأبعاد

البعد الاجتماعي	رقم الفقرات	البعد السلوكي	رقم الفقرات	البعد الجسدي	رقم الفقرات	البعد النفسي	رقم الفقرات
.59 **	38	.82**	26	.41**	15	.54**	1
.84**	39	.46**	27	. 94**	16	.67**	2
.53 **	40	.52 **	28	. 64**	17	.74**	3
.85**	41	.64**	29	.69**	18	.69**	4
.84**	42	.85**	30	.61 **	19	.67**	5
.84**	43	. 79**	31	.64**	20	82**	6
.80**	44	.69**	32	.61**	21	.77**	7
.59**	45	. 52**	33	.69**	22	.67**	8
.62**	46	.51**	34	.55**	23	.49**	9
.73**	47	79**	35	**.47	24	.52**	10
.92**	48	.75**	36	**.51	25	.71**	11
.52**	49	.62**	37			.81**	12
.81**	50					.62**	13
						.66**	14

مستوى الدلالة عند(0.01**)

يوضح الجدول رقم (17) أن درجة معامل الارتباط بين الفقرات والأبعاد المنتمين إليهم مرتفعة ودالة عند مستوى الدلالة (0.01) أي أن نسبة معامل الصدق بين البنود والإبعاد مقبولة . حيث أن قيم معامل الارتباط بالنسبة للبعد النفسي قدرت بين(**0.49***، و **0.82****) . وبالنسبة للبعد السلوكي قدرت قيم معامل ارتباط بين (**0.46****و **0.85****). وبالنسبة للبعد الجسمي قدرت قيم معامل ارتباط بين (**41.****و **94****) أما بالنسبة للبعد الاجتماعي قدرت بين (**0.52**** ----**0.92****)

الجدول رقم (18) نتائج معامل الارتباط بيرسون بين الأبعاد والأبعاد والدرجة الكلية للاستبيان

الأبعاد	الدرجة الكلية	البعد النفسي	البعد السلوكي	البعد الجسمي	البعد الاجتماعي
الدرجة الكلية	1	0.91**	0.82**	0.85 **	0.80**
البعد النفسي	0.91**	1	0.64**	0.71	0.66**
البعد السلوكي	0.82**	0.64**	1	0.62**	0.62**
البعد الجسمي	0.85**	0.71**	0.62**	1	0.54**
البعد الاجتماعي	0.80**	0.66**	**0.62	0.54**	1

المصدر: ملحق رقم (06) مستوى الدلالة عند(0.01)**

يوضح الجدول رقم (18) أن كل الأبعاد لها اتساق مع الدرجة الكلية ، حيث كانت دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) بمعاملات ارتباط قدر قيمتهم بين (0.80** و0.91**) ، وكذلك كل الأبعاد لها اتساق مع بعضها البعض، فكانت دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة(0.01**) بمعاملات ارتباط قدر قيمتهم بين (0.54** و0.71**) وهو مستوى الصدق مقبول وله قدر كافي من الصدق .

5.6.1.5. ثبات الاستبيان مستويات الصحة النفسية:

قمنا بعملية تقدير ثبات درجات للاستبيان مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء بتطبيق **معامل آلفا كرو نباخ** وأسفرت النتائج على ما يلي :

الجدول رقم (19) نتائج معامل ألفا كرو نباخ للاستبيان الصحة النفسية

عدد الفقرات	قيمة ألفا كرونباخ
50	0.88

المصدر: ملحق رقم (08)

يوضح الجدول رقم (19) أن قيم **آلفا كرونباخ** "قدرت ما بين (0.88)على فقرات الاستبيان إذن مستوى الثبات للاستبيان مقبول ، ويمكننا تحديد قيمة صدق الاستبيان عن طريق جذر الثبات التي تقدر ب(0.93) و هي قيمة تثبت أن الاستبيان يتميز بصدق مقبول .

طريقة التجزئة النصفية

جدول رقم (20) نتائج تطبيق طريقة التجزئة النصفية للاستبيان

المتغيرات	عدد الفقرات	عدد العينة	قيمة معامل **ألفا كرو نباخ**	قيمة التباين	قيمة معامل الارتباط لقوتمان
الجزء الأول	25	70	0.89	112	0.64
الجزء الثاني	25		0.75	72	

المصدر: الملحق (08)

يوضح الجدول رقم (20) نتائج التجزئة النصفية على استبيان مستويات الصحة النفسية للأولياء التي أسفرت على أن قيمة معامل الارتباط (لقوتمان) قدرت ب (0.64) حيث تثبت هذه النتيجة على ثبات الاستبيان بنسبة مقبولة .

8 الخصائص السيكو مترية لاستبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

8.1 الصدق الظاهري (صدق المحكمين)

تم عرض استبيان على مجموعة من المحكمين المتخصصين في علم النفس وعلوم التربية للإدلاء بآرائهم حول صياغته وبنائه شكلا ومضمونا. حيث تم عرض على السادة الأساتذة ما يلي:

أ. مدى وضوح الصياغة اللغوية للفقرات ومدى قياسها لكل بعد من الأبعاد ، واقتراح البديل في حالة عدم الموافقة.

ب. مدى ملائمة بدائل الأجوبة للفقرات واقتراح البديل في حالة عدم الموافقة

ت. مدى وضوح التعليمات المقدمة لأفراد العينة واقتراح البديل في حالة عدم الموافقة.

ث. ملاحظات أخرى إضافية إن وجدت.

وبعد تحكيم الاستبيان قدم المحكمين مجموعة من الملاحظات مثلت في ما يلي :

أجمع المحكمون على قياس الفقرات لما وضعت لقياسه مع تعديلهم بعض البنود في الجانب الصياغة اللغوية والبناء الاصطلاحي لتكون أكثر تناسبا لما تعمل على قياسه .وفي ما يلي جدول بعض البنود التي تم تعديلها السادة المحكمين لاستبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

جدول رقم (21)بنود استبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية قبل وبعد التحكيم

الرقم الفقرة	**البنود قبل التحكيم**	**البنود بعد التحكيم**
04	أرغب في البكاء لأسباب بسيطة	أبكي لأسباب بسيطة
12	أشعر بالملل و التعاسة	اشعر بالملل
13	اشعر بأن الحياة لا تساوي شيء	أشعر بأن الحياة لا تعني شيء
14	اشعر بأني إنسان فاشل	اشعر أني إنسان فاشل
16	لا استطيع السيطرة على نفسي	لا استطيع التحكم في نفسي
18	أرغب في الانتقام	أرغب في الانتقام من الآخرين
20	أرغب في التكلم بصوت مرتفع على شخص ما	أرغب في التكلم بصوت مرتفع مع الأخرين
29	اتلف ممتلكاتي وممتلكات غيري	أرغب في أتلاف ممتلكات غيري
30	أشعر بالشجاعة عندما أهين زملائي في القسم	أشعر بالقوة عندما أهين زملائي في القسم
31	أتدخل بقوة لما نجد زملائي يتشاجرون رغبة مني في المشاجرة	أرغب في المشاجرة مع الآخرين
39	أقاطع غيري عن الحديث	أقاطع غيري أثناء الحديث
45	يصعب علي التركيز داخل القسم	يصعب علي الانتباه داخل القسم
58	علاقتي مع الآخرين ليست لها قيمة	علاقتي مع الآخرين ليست مهمة
59	أشعر بالراحة عندما أكون بعيد	أشعر بالراحة عندما أكون بعيدا على الآخرين
62	انزعج كثيرا عندما أكون في وسط التلاميذ في	انزعج عندما أكون في وسط التلاميذ في

	القسم الدراسي	القسم الدراسي

يوضح الجدول رقم (21) أن أغلبية المحكمين اتفقوا على تعديل بعض البنود في الصياغة اللغوية باستبدال بعض الكلمات بكلمات أخرى مناسبة وتصحيح بعض الأخطاء البسيطة الواردة في الألفاظ وهذا ما تم القيام به وهذا ما يوضحه الجدول السالف الذكر .

8.2 صدق المحكمون في مدى ملائمة بدائل الأجوبة للفقرات

تم وضع بدائل الأجوبة بإجابتين (نعم و لا) على فقرات الاستبيان وطلب من السادة المحكمين تحديد مدى ملائمتها بوضع علامة (+) في إحدى خانات الجدول مع تقديم البديل في حالة عدم ملائمتها.

جدول رقم (22) نتائج صدق المحكمين المتعلقة بمدى ملائمة بدائل الأجوبة

البدائل	عدد المحكمين		البديل المقترح
	مناسبة	غير مناسبة	
نعم ، لا	11	00	

يوضح الجدول رقم (22) أعلاه أن جميع المحكمين (11) اتفقوا على ملائمة بدائل الأجوبة، وبذلك سيتم العمل بهذه البدائل.

8.3 صدق المحكمين في وضوح التعليمات المقدمة لعينة البحث:

ولقد تم إعطاء السادة المحكمين بعض التوضيحات والبدائل في صياغة التعليمات المقدمة لأفراد العينة ونحن بدورنا تم تعديل هذه التعليمات حسب تعديلات السادة المحكمين.وهي مذكورة في الصيغة النهائية للاستبيان.

8.4 صدق محتوى استبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية :

تم تطبيق معامل الارتباط بيرسون لحساب الصدق الداخلي للاستبيان وتحصلنا على النتائج التالية :

الجدول رقم (23) نتائج معامل الارتباط بيرسون بين الفقرات وأبعاد الاستبيان

الأبعاد / رقم الفقرات	القلق	رقم الفقرات	الاكتئاب	رقم الفقرات	الغضب	رقم الفقرات	الخجل	رقم الفقرات	العدوانية	رقم الفقرات	السلوكي الاندفاعي	رقم الفقرات	الحركة المفرطة	رقم الفقرات	السلوك الفوضوي	رقم الفقرات	الانسحاب الاجتماعي
01	**0.59	08	**0.57	16	**0.85	22	**0.65	28	**0.95	35	**0.65	42	**0.95	48	**0.66	56	**0.94
02	**0.67	09	**0.88	17	**0.82	23	**0.66	29	**0.88	36	**0.66	43	**0.92	49	**0.55	57	**0.62
03	**0.85	10	**0.97	18	**0.88	24	**0.61	30	**0.66	37	***0.52	44	**0.94	50	**0.95	58	**0.63
04	**0.56	11	**0.93	19	*0.57	25	**0.77	31	**0.57	38	**0.57	45	**0.55	51	**0.63	59	**0.51
05	**0.62	12	**0.81	20	***0.54	26	**0.58	32	**0.67	39	**0.69	46	**0.66	52	**0.64	60	**0.65
06	**0.58	13	**0.84	21	*0.65	27	**0.51	33	**0.91	40	***0.66	47	**0.61*	53	**0.88	61	**0.94
07	**0.84	14	**0.58				**0.67	34	**0.67	41				54	**0.84	62	**0.91
		15	**0.94											55	**0.63	63	**0.87

مستوى الدلالة عند(0.01**)

يوضح الجدول رقم (23) نتائج معامل الارتباط بين أبعاد الاستبيان والفقرات قدرت بين (0.51**، 0.97**) أي أن كل نتائج معاملات الارتباط موجبة وقوية بين الفقرات وأبعاد الاستبيان فهي دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) فإن الاستبيان له نسق داخلي قوي ومستوى الصدق مرتفع.

جدول رقم (24) نتائج معامل الارتباط بيرسون بين الأبعاد والأبعاد والدرجة الكلية

الأبعاد و الدرجة الكلية	القلق	الاكتئاب	الغضب	الخجل	العدوانية	السلوك الاندفاعي	الحركة المفرطة	السلوك الفوضوي	الانسحاب الاجتماعي
الدرجة الكلية	0.78**	0.88**	0.80**	0.82**	0.86**	0.88**	0.83**	0.85**	0.87**
القلق	1	0.75**	0.56**	0.51**	0.61**	0.58**	0.55**	0.54**	0.64**
الاكتئاب	0.75**	1	0.82**	0.75.**	0.66**	0.69**	0.64**	0.64.**	0.72.**
الغضب	0.56.**	0.82**	1	0.76**	0.54**	0.62**	0.55**	0.58**	0.68**
الخجل	0.51**	0.75**	0.76**	1	0.62**	0.69**	0.60**	0.62**	0.75**
العدوانية	0.61**	0.66**	0.54**	0.62**	1	0.81**	0.79**	0.81**	0.73**
السلوك الاندفاعي	0.58**	0.69**	0.62**	0.69**	0.81**	1	0.86**	0.81**	0.71**
الحركة المفرطة	0.55	0.64**	0.55**	0.60**	0.79**	0.86**	1	0.78**	0.63**
السلوك الفوضوي	0.54**	0.64**	0.58**	0.62**	0.81**	0.81**	0.78**	1	0.73**
الانسحاب الاجتماعي	0.64**	0.72**	0.068.**	0.75**	0.73**	0.71**	0.63**	0.73**	1

المصدر : الملحق رقم (07) **مستوى الدلالة عند(0.01**)**

يوضح الجدول رقم (24) نتائج معامل الارتباط بين الأبعاد والأبعاد والدرجة الكلية ، حيث كانت دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) بمعاملات ارتباط قدر قيمتهم بين (0.88** و0.78**) ، وكذلك كل الأبعاد لها اتساق مع بعضها البعض، فكانت دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة(0.01**) بمعاملات ارتباط قدرت قيمتهم بين (0.86** و0.51**) وهي نتائج جيدة ومستوى الصدق مرتفع وله قدر كافي من الصدق .

8.5 ثبات الاستبيان:

تم تطبيق معامل آلفا كرو نباخ"لحساب درجة الثبات للاستبيان و تحصلنا على النتائج التالية :

الجدول رقم (24) نتائج معامل ألفا كرو نباخ .

عدد الفقرات	قيمة ألفا كرونباخ
63	**0.98**

المصدر : الملحق رقم (09)

يوضح الجدول رقم (28) أن قيمة معامل " آلفا كرونباخ " على الاستبيان قدرت ب (0.98) وهي قيمة مرتفعة وهذا يدل على درجة كافية من الثبات . ، ويمكننا تحديد قيمة صدق الاستبيان عن طريق جذر الثبات التي تقدر ب(0.98) و هي قيمة تثبت أن الاستبيان يتميز بالصدق في مستوى جيد .

وتم تطبيق الطريقة التجزئة النصفية لقياس الثبات و تحصلنا على النتائج التالية :

8.6 طريقة التجزئة النصفية

حيث قمنا أيضا بحساب ثبات استبيان باستعمال طريقة التجزئة النصفية ومن خلال استعمال معامل (**قوتمان)** لأن الجزئيين من الاستبيان غير متساويان في ثبات (ألفا كروبا رخ) وغير متساويان في التباين .وكانت النتيجة (0.95)أثبتت أن الاستبيان بهذه القيمة له قدر مقبول من الثبات ، والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم (26.) نتائج طريقة التجزئة النصفية لاستبيان

المتغيرات	عدد الفقرات	عدد العينة	قيمة معامل **ألفا كرونباخ**	قيمة التباين	قيمة معامل الارتباط لقوتمان
الجزء الأول	32	70	0.98	165	0.99
الجزء الثاني	31		0.99	190	

يوضح الجدول رقم (26) نتائج التجزئة النصفية على استبيان مستويات الصحة النفسية للأولياء التي أسفرت على أن قيمة معامل الارتباط (لقوتمان) قدرت ب (0.99) حيث تثبت هذه النتيجة على ثبات الاستبيان بنسبة جيدة .

9 الدراســــــــــــة الأساسيــــــــــــة:

وهي الدراسة الميدانية والتي نحن بصدد القيام بها ،بهدف الإجابة عن التساؤلات والتأكد من صحة الفرضيات المطروحة في هذه الدراسة والتحقق من العلاقة بين مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء وظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المراهقين المتمدرسين في الطور الثانوي.

9.1 حدود الدراسة الأساسية : هو المجال الذي يجري فيه البحث وينقسم عادة إلى المجال الجغرافي والمجال الزماني ، والمجال البشري

المجال الجغرافي: أجريت الدراسة الميدانية الأساسية بالمؤسسات التعليمية (الطور الثانوي) وعددها ستة (06) ثانويات المذكورين في الجدول التالي :

جدول رقم (27) أسماء المؤسسات التعليمية (الثانويات) لأجراء الدراسة الأساسية

ثانوية حباش محمد بن الحناشي بلدية بوغزول المدية	ثانوية بوسيلة معمر دائرة وامري المدية	ثانوية سعد دحلب قصر البخاري ولاية المدية
ثانوية هيلالي محمد سغوان المدية	ثانوية موسى بن نصير قصر البخاري المدية	ثانوية فارس بن المهل دائرة الشهبونية

- **المجال البشري** :طبقت الدراسة الأساسية على عينة تقدر ب مئة وعشرون (120) تلميذ وتلميذة من مستوى التعليم الثانوي .

- **المجال الزمني** : استغرقت الدراسة الأساسية من منتصف شهر مارس إلى غاية نهاية شهر ماي من السنة الدراسية(2021، 2022).

9.2 عينة الدراسة الأساسية:

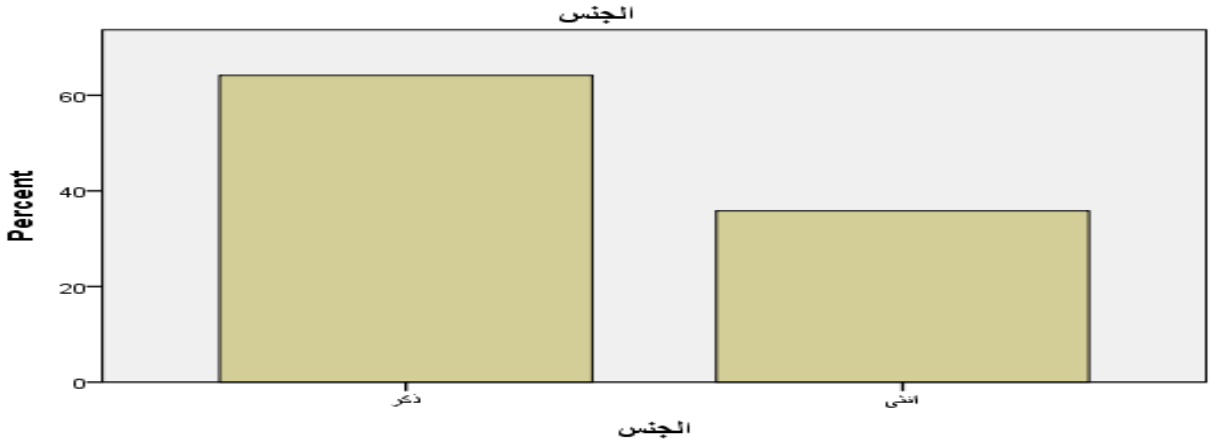
أجريت الدراسة على عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية متكونة من(120) مراهق ومراهقة من تلاميذ الذين يدرسون في السنة الأولى والثانية والثالثة من الطور الثانوي، الذين تتراوح أعمارهم ما بين (15 و20) سنة، من أبناء الأسر الكاملة التي فيها الأب والأم بصورة مستمرة وتم استبعاد أبناء المطلقين، و اليتامى . ووقع اختيارنا على ستة ثانويات من ولاية المدية ، حيث تم اختيارهم **بطريقة عشوائية البسيطة** من كل ثانويات ولاية المدية التي تقدر عددها (63) ثانوية ولتحديد عينة الدراسة تم تحديد وبالعدد من كل ثانوية (60) تلميذ وتلميذة بطريقة الوعاء حيث أصبح العدد الإجمالي (360) تلميذ وتلميذة موضحين في الجدول السابق ،وتم توزيع عليهم استبيانين الأول مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية وهذا هدفه تحديد الأفراد الذين لديهم هذه الصفات أي مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية وبعد استرجاع والقيام بعملية تفريغ وفرز استبيان (مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية) بناء على ذلك تم استخراج عينة الدراسة وعددها (120) تلميذ وتلميذة لهم مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية من مجموع التلاميذ الذين تم تطبيق عليهم الاستبيان .

الجدول رقم (28) توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس

الجنس	التكرار	النسبة%	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الذكور	**77**	**%64.2**	**1.36**	**0.48**
الإناث	**43**	**%35.8**		
المجموع	**120**	**%100**		

يوضح الجدول رقم (28)أفراد العينة الأساسية حسب الجنس (77) ذكر و(43) أنثى والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري .

الشكل رقم (01) توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس



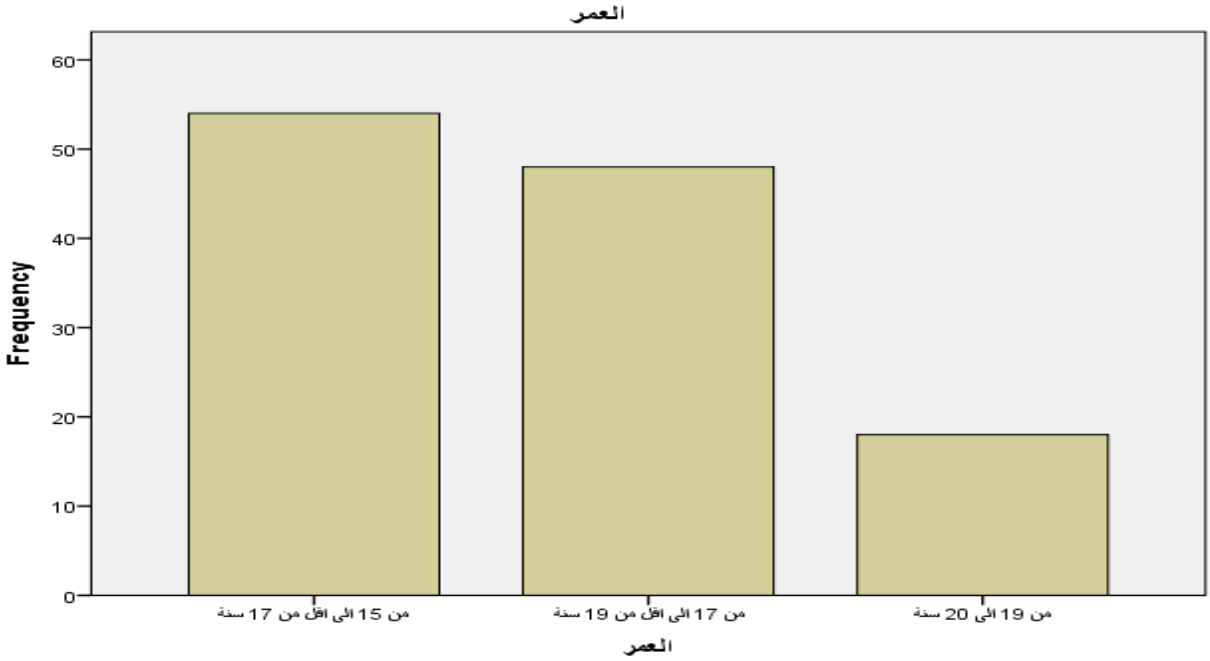
من خلال الشكل رقم (01.) تبين الأعمدة البيانية لأفراد العينة حسب الجنس نسبة الذكور والإناث . حيث أن نسبة الذكور في العينة أكبر عددا من الإناث.

الجدول رقم (.29..) توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير السن

السن	التكرار	النسبة%	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
من 15 إلى اقل من 17 السنة	**54**	**%45**	**1.70**	**0.71**
من 17 إلى اقل من 19 السنة	**48**	**%40**		
من19 إلى 20سنة	**18**	**%15**		
المجموع	**120**	**%100**		

يوضح الجدول رقم (29) أفراد العينة الأساسية حسب متغير السن حيث أن عدد أفراد العينة الذين أعمارهم بين (15 وأقل من 17 سنة) قدر عددهم ب (54) تلميذ وتلميذة أما الذين أعمارهم بين (17 وأقل من 19 سنة) قدر عددهم ب (48) تلميذ وتلميذة أما الذين أعمارهم بين (19 و 20 سنة) قدر عددهم ب (18) تلميذ وتلميذة بمتوسط حسابي قدر ب(1.70) وانحراف معياري قدر ب(0.71)

الشكل رقم (02) توزيع أفراد العينة تبعا متغير السن



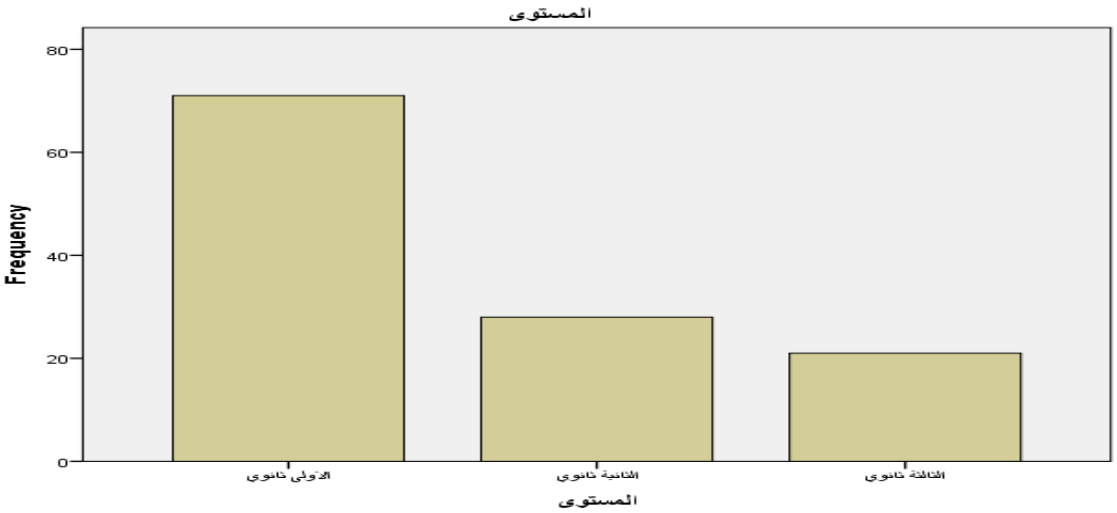
يوضح الشكل رقم (02) عدد ونسبة أفراد العينة الأساسية حسب (السن) حيث أن أكبر فئة من أفراد العينة أعمارهم بين (15 وأقل من 17 سنة).

الجدول رقم (30) توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المستوى الدراسي

المستوى الدراسي	التكرار	النسبة%	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الأولى ثانوي	**71**	**%59.2**	**1.77**	**0.84**
الثانية ثانوي	**28**	**%23.3**		
ثالثة ثانوي	**21**	**%17.5**		
المجموع	**120**	**%100**		

يوضح الجدول رقم (30) عدد ونسبة أفراد العينة الأساسية حسب كل مستوى دراسي حيث أن عدد أفراد العينة في المستوى الأولى ثانوي قدر عددهم ب (71) تلميذ و تلميذة أما بالسنة الثانية يقدر عددهم ب (28) تلميذ و تلميذة والسنة الثالثة ثانوي قدر عددهم ب (21) تلميذ وتلميذة

الشكل رقم (03) توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى الدراسي



يوضح الشكل رقم (..03) توضح الأعمدة البيانية توزيع أفراد العينة أفراد العينة حسب المستوى الدراسي حيث أن أكبر عدد من أفراد العينة لهم مستوى الأولى ثانوي ثم الثانية ثانوي ثم الثالثة ثانوي .

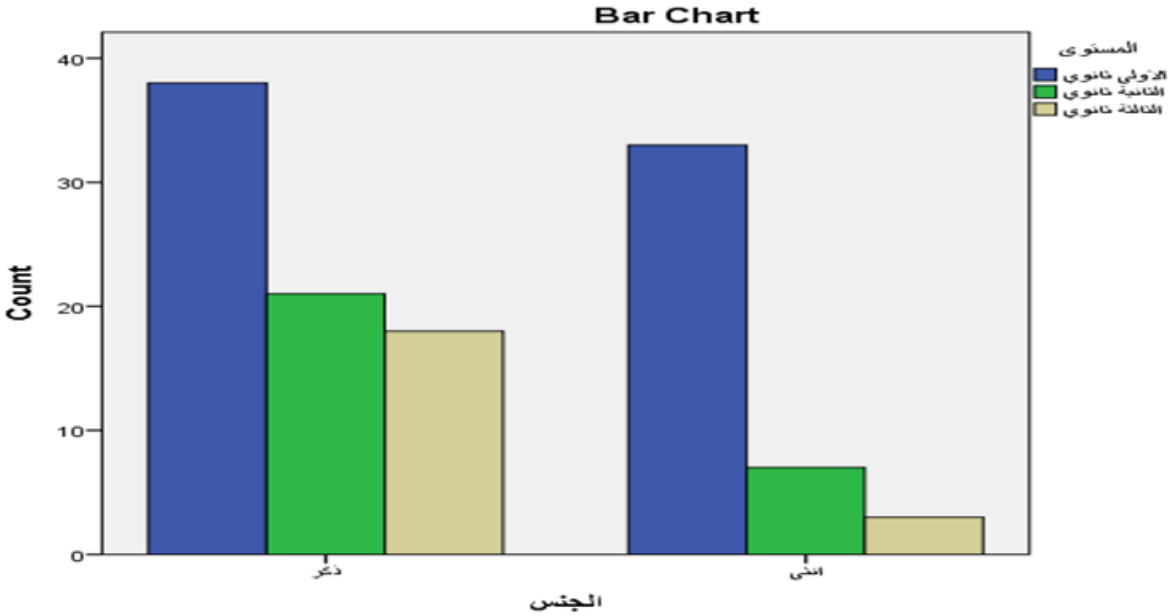
الجدول رقم (31) توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى دراسي بمتغير الجنس

المستوى الدراسي	عدد الإناث	النسبة%	عدد الذكور	النسبة%	المجموع	النسبة %
السنة الأولي ثانوي	33	46.48	38	%53.52	71	%59.16
السنة الثانية ثانوي	07	%25	21	%75	28	%23.33
السنة الثالثة ثانوي	03	%14.29	18	%85.71	21	%17.50
المجموع	43	%35.84	77	%64.16	120	%100

يوضح الجدول رقم (31) عدد ونسبة الذكور والإناث حسب كل مستوى دراسي حيث نلاحظ أكبر عدد من التلاميذ في مستوى الأولى ثانوي بعدد(71) تلميذة وتلميذة وبنسبة (59.16%) وعدد الذكور أكبر من الإناث بعدد (38) تلميذ بنسبة (53.52%) أما بعدد أقل في مستوى الثالثة ثانوي تقدر ب (21) تلميذة و تلميذ وبنسبة (17.50%) .والعدد الإجمالي للذكور لكل مستويات الدراسة تقدر ب (77) تلميذ بنسبة

(64.16%)أما بالنسبة للإناث فالعدد يقدر ب(43) بنسبة (35.84%) والعدد الإجمالي للعينة ذكورا وإناثا يقدر ب (120) تلميذ وتلميذة.

يوضح الشكل رقم (..04) الأعمدة البيانية لتوزيع أفراد العينة



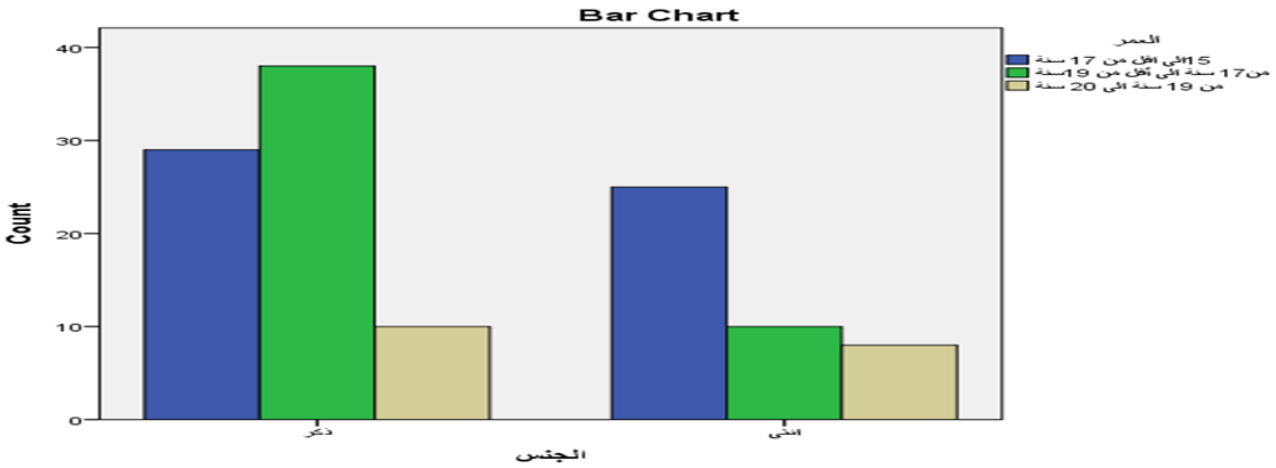
يوضح الشكل رقم (..04) حيث توضح الأعمدة البيانية توزيع أفراد العينة حسب الجنس لكل مستوى من المستويات الدراسية لأفراد العينة.

الجدول رقم (32)توزيع أفراد العينة حسب السن بالجنس

العمر	عدد الإناث	النسبة%	عدد الذكور	النسبة%	المجموع	النسبة %
من 15 إلى اقل من 17 السنة	25	%58.1	29	%37.7	54	%45
من 17 إلى اقل من 19 السنة	10	%23.3	38	%49.4	48	%40
من19 إلى 20سنة	8	%18.6	10	%13	18	%15
المجموع	43	%35.83	77	64.16 %	120	%100

يوضح الجدول رقم (.32) عدد الذكور والإناث في كل مرحلة من المراحل العمرية لأفراد العينة قد اتضح أن العدد الأكبر من الذكور أعمارهم بين السن (16 و19 سنة) المقدر (38) تلميذ بنسبة (49.4%) ،والأقل عدد من التلاميذ هن إناث في السن (19 و20) سنة وعددهم (08) أفراد بنسبة (13.3%) .

الشكل رقم(05) الأعمدة البيانية لتوزيع أفراد العينة الأساسية



يوضح الشكل رقم (.05) عدد الذكور والإناث في كل مرحلة من المراحل العمرية لأفراد العينة

10 الإجراءات والأساليب الإحصائيـــة المستخدمـــة:

عند الانتهاء من عملية جمع البيانات من الميدان قام الباحث بعملية، فرز ومراجعة وتدقيق الاستمارات لتأكد من أن كل سؤال في الاستمارة قد أجيب عليه، كذلك لفحص ما إذا كانت المعلومات التي أدلي بها المبحوث خاطئة أو ناقصة أو متناقضة.

وعمل الباحث على ترميز استمارات الاستبيان وذلك للتأكد منها ثم قام بتفريغ البيانات باستعمال الحاسب الألي الحزمة الإحصائية لتحليل العلوم الاجتماعية المعروف باسم(**SPSS**) (statistical package for social sciences) وهو أداة لإجراء التحليلات لتحليل بيانات الأبحاث العلمية (**محمد شاكر .2005 : 59)**

وتم استعمال الإجراءات الإحصائية التالية:

حيث استعمل الباحث الإجراءات الإحصائية الوصفية والمتمثلة في ما يلي :

- التكرارات والنسب المئوية. للبيانات:

للتعرف على الصفات الشخصية لمفردات الدراسة وتحديد استجابات أفرادها تجاه عبارات المحاور الرئيسية التي تتضمنها أدوات الدراسة.

- **المتوسط الحسابي:**

ويعتبر من المقاييس النزعة المركزية الذي يوضح مدى تقارب الدرجات من بعضها واقترابها من المتوسط وهو مجموع الدرجات المتحصل عليها على مجموع أفراد العينة.

- **مقاييس التشتت :**

تشير مقاييس التشتت إلى مقدار انتشار أو تباعد العلامات وتشتتها عن القيمة المتوسطة ، حيث تزود مقاييس التشتت الباحث بمعلومات عن مدى الفروق الفردية بين أفراد عينة الدراسة بالنسبة لمتغيرات الدراسة المستخدمة ، فكلما كانت قيم مقاييس التشتت صغيرة دل ذلك على قلة الفروق بين الدرجات المتحققة وتجانس بين الأفراد في عينة الدراسة ، والعكس صحيح ، حيث تشير القيم المرتفعة لمقياس التشتت على زيادة الفروق الفردية وعدم التجانس بين الأفراد (**محمد البطش ، وأبو زينة .2007 : 167)**

والمتمثلة في ما يلي :

- **الأساليب الإحصائية :**

ويمثل تلك الأساليب الإحصائية المستخدمة للتوصل إلى الاستنتاجات حول بيانات مأخوذة من العينة ، ويستعمل في اتخاذ القرار بشأن فرضيات الدراسة المأخوذة من العينة وتعميمها على مجتمع الأكبر ويستعمل في اتخاذ القرار بشأن تحقق فرضيات الدراسة .

- **معامل ارتباط بيرسون** (r) Person Correlation Coeffici:

وهو المعامل الذي يصف العلاقة بين المتغيرات، وتنحصر قيمته ما بين(1+) و (1−) وذلك باستخدام قانون" بيرسون"، فإذا كانت قيمة معامل الارتباط تساوي (1 +) فمعنى ذلك الارتباط بين المتغيرين طردي تام، وإذا كان معامل الارتباط يساوي (1 −) فمعنى ذلك أن الارتباط بين المتغيرين عكسي (**محمد بوعلاق ،2009: 73،74**).

وبناء على طبيعة الفرضيات المطروحة في هذه الدراسة استعمل الباحث هذا المعامل لقياس العلاقة بين متغيراتها.

- **اختبار.(ت)** t −test :

لبيان دلالة الفروق بين متوسطات عينتين مستقلتين وذلك لتعرف على مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير الجنس (ذكر ، أنثى).

- **تحليل التباين الأحادي** (One-Way Anova -) لبيان الدلالة الفروق بين متوسطات الثلاث عينات فأكثر لتعرف على مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات .
- **اختبار شيفيه لمعرفة اتجاه الفروق** لمعرفة لمن تتجه الفروق

لحساب صدق ,وثبات أدوات الدراسة استخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية :

- **صدق الاتساق الداخلي** (**INTERNAL CONSISTENCY**) للاستبيان باستخدام معامل ارتباط بيرسون
- **طريقة التجزئة النصفية**(Split-half method).
- **معامل ألفا-كرو نباخ** Cronbache-alfa .

خلاصـــــــــــة الفصـــــــل:

تم التطرق في هذا الفصل إلى أهم الخطوات المنهجية للدراسة الميدانية ، المتمثلة في تحديد المنهج المناسب لدراسة العلاقات بين متغيرات الدراسة ، وتوضيح مجتمع الدراسة ، ثم الطريقة أو الكيفية التي تم بها اختيار عينة الدراسة وضبط خصائصها بطريقة علمية إحصائية ، وتحديد أدوات جمع البيانات ومن خلال ذلك تطرق الباحث إلى الدراسة الاستطلاعية مع ذكر أهدافها ، وتحديد المجال الزماني والمكاني لتطبيقها ، وتحديد الأدوات التي تم استعمالها في هذه الدراسة وعرضها على المحكمين لاختبار صدقها، ومعرفة خصائصها السيكوميترية ،وضبط وتحديد عينة الدراسة الاستطلاعية مع ذكر ملخص لنتائج هذه الدراسة .

ثم الدراسة الأساسية، وتم تحديد المجال الزماني والمكاني لتطبيقها، مع تحديد العينة وضبط خصائصها ومميزاتها وضبط أدوات الدراسة في صورتها النهائية، وتم تحديد الأساليب الإحصائية المناسبة لتحليل النتائج وتبويبها .

وباعتبار هذا الفصل هو بداية الجانب الميداني التطبيقي لدراسة ولإثبات أو نفي الفرضيات المطروحة في هذه الدراسة وباستخدام هذه الأساليب الإحصائية المذكورة أعلاه تمكننا من الوصول إلى نتائج الدراسة الحالية والتي سنقوم بعرضها وتحليلها ومناقشتها في الفصل الموالي .

الفصل السادس

عرض ومناقشة النتائج

عـــــرض ومناقشـــــة النتائـــــــج

- ❖تمهيـــــــــــــد
- ❖التذكيـــــر بفرضيـــــات الدراســـــة
- ❖وصـــــــف عينة الدراســـــة الأساسيـــــة
- ❖عرض نـتائـــــج الدراســـــــة ومناقشتـــــها
- ❖الاستنتـــــــــــاج العـــــــام
- ❖ الاقـتراحـــــــــــات
- ❖خاتمـــــــــــــة
- ❖قائمـــــــة المراجـــــع والمصـــــادر
- ❖الملاحـــــــــــــــق

تمهيـــــــــــــــــــد:

يتضمن هذا الفصل عرض وتحليل النتائج التي أفرزتها المعالجة الإحصائية للبيانات المتحصل عليها من تطبيق أدوات الدراسة ووفق الاطار المنهجي المتبع، حيث تم تبويب وتنظيم النتائج ضمن جداول من خلال الربط بين الجانب النظري والميداني للدراسة ثم عرض الاستنتاج العام ومن خلال ذلك تم تقديم بعض الاقتراحات .

1 التذكيـــــــــــــر بفرضيـــــــات الدراســـــــــة :

- توجد علاقة ارتباطية بين مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي وظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لديهم.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية كما يدركها الأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي لمستويات الصحة النفسية للأولياء تبعا لمتغير الجنس.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية كما يدركها الأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي لمستويات الصحة النفسية للأولياء تبعا لمتغير السن.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية كما يدركها الأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي لمستويات الصحة النفسية للأولياء تبعا لمتغير المستوى الدراسي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى للأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي تبعا لمتغير الجنس.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى للأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي تبعا لمتغير السن.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى للأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي تبعا لمتغير المستوى الدراسي.

2 – وصف عينة الدراسة

- تحديد مستويات الصحة النفسية

للقيام بعملية تحديد المستويات الصحة النفسية للأولياء تم إتباع الأسلوب الإحصائي التالي :

حساب مجموع درجات الإجابات للمفحوصين حيث أن أقل مجموع درجات يتحصل عليها المفحوص هي (50) درجة حسب بنود المقياس وأعلى مجموع درجات يتحصل عليها المفحوص حسب بنود المقياس هي (150) درجة ،وعليه تم القيام بالعملية الإحصائية لكل الاستبيانات مجموع إجاباتهم تقع ضمن (50---150-) وتم استعمال الأسلوب الإحصائي التالي:

(150- 50)/3 = 33 ثم نقوم بإضافة هذا العدد المتحصل عليه (50 + 33) =83 أي المجال الأول من (50----- 83) وهو المجال الذي يحدد مستوى الصحة النفسية المرتفع للأولياء أما (84 +33=117) أي من(84----- 117) وهو المجال الذي يحدد مستوى الصحة النفسية المتوسط للأولياء أما (118 +32=150) أي من(118----- 150) وهو المجال الذي يحدد مستوى الصحة النفسية المنخفض للأولياء ثم تم قياس المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للاستبيان وهو يقع ضمن مجال (118----150) وهذا يدل على أن الصحة النفسية للأولياء يتجه إلى المستوى المنخفض غير السوي وهذا ما يوضحه الجدول

جدول رقم (33) تحديد مستويات الصحة النفسية للأولياء حسب درجة الإجابات

المجال	(50---83)	(84----- 117)	(118----- 150)
مستويات الصحة النفسية للاولياء	**مرتفع**	**متوسط**	**منخفض**
المتوسط الحسابي للاستبيان			**119.84**

يوضح الجدول رقم (33) مستويات الصحة النفسية للأولياء بناء على مجموع درجات إجابات المفحوصين على الاستبيان ، إذا كان مجموع درجات الإجابات في الاستبيان الواحد مثلا تكون قيمتين (50 و 83) يكون مستوى الصحة النفسية للأولياء مرتفع وإذا كان مجموع الدرجات الإجابة بين

(84 و 117) فهو مستوى متوسط للصحة النفسية للأولياء . وإذا كان مجموع الدرجات الإجابة بين (118 و 150) فهو مستوى منخفض للصحة النفسية للأولياء.

وكذلك استعملنا المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للاستبيان الصحة النفسية التي قدرت قيمته (119.84) وهي قيمة تقع ضمن مجال (118 و150) إذن المستوى الصحة النفسية للأولياء منخفض .

و للتأكيد تحديد مستويات الصحة النفسية للأولياء تم استخدام المتوسط الحسابي المرجح وذلك بحساب المدى (**3-1= 2**) ، ثم حساب طول الفئة وذلك بتقسيم المدى وهو (2)على أكبر درجة في الاستبيان وهي (3) يعني(**3/2= 0.66**)(طول الفئة).

ثم يتم إضافة طول الفئة وهو (0.66)إلى أصغر درجة في الاستبيان وهي (1) وذلك للحصول على الفئة الأولى، فالفئة الأولى من (**1 إلى 1.66**) ثم إضافة طول الفئة إلى الحد الأعلى من الفئة الأولى و ذلك للحصول على الفئة الثانية وهكذا للوصول إلى الفئة الأخيرة كما هو مبين في الجدول التالي :

الجدول رقم(34) ميزان تقديري وفقا لمقياس لكارت الثلاثي لتحديد مستويات الصحة النفسية للأولياء

المتوسط المرجح	الاستجابة	مستويات الصحة النفسية
2.34-------3	**دائما**	مستوى منخفض
1.67— ---- 2.33	**أحيانا**	مستوى متوسط
1— ----- 1.66	**أبدا**	مستوى مرتفع

يوضح الجدول رقم (34) ميزان تقديري وفقا لمقياس لكارت الثلاثي وبه يتم تحديد ثلاثة مستويات للصحة النفسية للأولياء (المرتفع ، المتوسط ، المنخفض) حسب المتوسطات الحسابية للفقرات والاستبيان . وفي إطار الإحصاء الوصفي سوف نستخدم المتوسط المرجح لإجابات التلاميذ على الأسئلة باستخدام مقياس لكارت الثلاثي بغرض معرفة اتجاه أداء المفحوصين وتحديد مستويات الصحة النفسية للأولياء .

الجدول (35) تحديد مستويات الصحة النفسية للأولياء بمتوسطات فقرات الإجابة

مستويات الصحة النفسية للأولياء	عدد الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مستوى الصحة النفسية للأولياء المنخفض	35	**2.76**	**0.58**
مستوى الصحة النفسية للأولياء المتوسط	**06**	**2.20**	**0.70**
مستوى الصحة النفسية للأولياء المرتفع	09	**1.29**	**0.78**
مستوى الصحة النفسية للأولياء على الاستبيان	**50**	**2.42**	**0.26**

يوضح الجدول رقم (35) تحديد مستويات الصحة النفسية للأولياء على المتوسط المرجح باستعمال الميزان ميزان تقديري وفقا لمقياس لكارت الثلاثي وبه تم تحديد ثلاثة مستويات للصحة النفسية للأولياء (المرتفع ، المتوسط ، المنخفض) حسب المتوسطات الحسابية للفقرات والاستبيان حيث تم جمع قيم المتوسطات الحسابية للفقرات الممثلة لكل مستوى و تقسيمها على عدد الفقرات لنتحصل على متوسط مجموع متوسطات الفقرات و مقارنتها وفقا لمقياس لكارت الثلاثي وعليه تم التوصل إلى النتائج التالية المستوى المنخفض قيمة المتوسط الحسابي قدر ب(2.76) وهو ضمن المتوسط المرجح(2.34---3) والمستوى المتوسط قيمة المتوسط الحسابي قدر ب(2.20) وهو ضمن المتوسط المرجح (1.67--2.33) والمستوى المرتفع قيمة المتوسط الحسابي قدر ب(1.29) وهو ضمن المتوسط المرجح (1 -1.66) وعلى الدرجة الكلية للاستبيان فإن الفقرات قيمة المتوسط الحسابي قدرت (2.42) وهي صحة نفسية منخفضة لأنها تقع ضمن المتوسط المرجح (2.34—3) إذن استبيان الصحة النفسية للأولياء بناء على إجابات الأبناء فإن مستوى الصحة النفسية منخفض

وفي إطار الإحصاء الوصفي سوف نستخدم متوسطات أبعاد الاستبيان باستخدام مقياس لكارت الثلاثي بغرض معرفة اتجاه أداء المفحوصين وتحديد مستويات الصحة النفسية للأولياء .

جدول رقم (36) تحديد مستويات الصحة النفسية على الأبعاد

الأبعاد	التكرارات				المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اتجاه العينة	مستويات الصحة النفسية
	أبدا	أحيانا	دائما	العينة				
متوسط المرجح للبعد النفسي)	491	218	921	120	2.38	0.37	دائما	منخفض
متوسط المرجح للبعد الجسمي)	250	395	675	120	2.36	0.34	دائما	منخفض
متوسط المرجح للبعد السلوكي)	318	380	734	120	2.56	0.27	دائما	منخفض
متوسط المرجح للبعد الاجتماعي)	348	292	815	120	2.38	0.22	دائما	منخفض
متوسط المرجح للاستبيان	1407	1285	3145	120	2.42	0.26	دائما	منخفض

الملحق رقم (10)

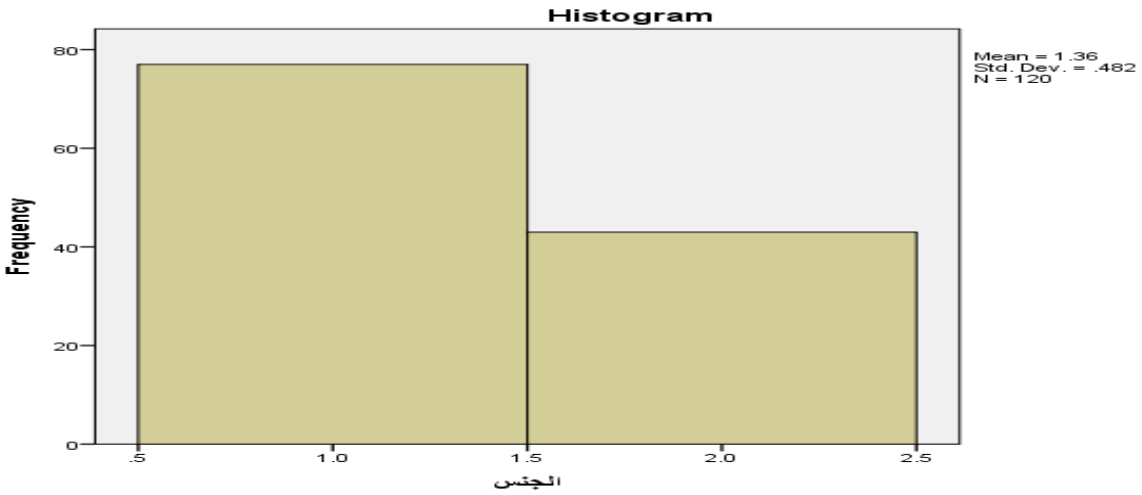
يوضح الجدول رقم (36) مجموعة إجابات أفراد العينة التي اتجهت إلى (دائما) ومن خلالها تم تحديد مستوى الصحة النفسية للأولياء بمستوى منخفض للصحة النفسية للأولياء بمتوسط حسابي المرجح للاستبيان الصحة النفسية للأولياء قدر بقيمة (2.42) باستخدام متوسطات الأبعاد ، وحسب ميزان تقديري وفقا لمقياس لكارت الثلاثي فإن هذه القيمة موجودة بين قيمتين (2.34----3) التي تمثل المستوى المنخفض للصحة النفسية للأولياء وانحراف معياري قدر ب(0.26) وعليه يمكن أن نستنتج أن مستوى الصحة النفسية للأولياء حسب نتيجة المتوسط الحسابي لأبعاد الاستبيان منخفض .

الجدول رقم (37) نتائج على الاستبيان الصحة النفسية حسب متغير الجنس

العينة	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة
ذكور	77	1.36	0.48	%64.16
إناث	43			% 35.84
المجموع	120			%100

يوضح الجدول رقم (37) نتائج وصف أفراد العينة على الاستبيان ، بعينة مكونة من (120) مراهق ومراهقة ، حيث قدر المتوسط الحسابي لأفراد العينة ذكور وإناث (1.36) وانحراف معياري قدر ب (0.48) حيث أن الذكور والبالغ عددهم (77) بالنسبة تقدر ب (64.2%) والإناث عددهن(43) بالنسبة تقدر ب(35.8%).وهذا ما توضحه الأعمدة البيانية التالية :

الشكل رقم (06)الأعمدة البيانية حسب متغير الجنس



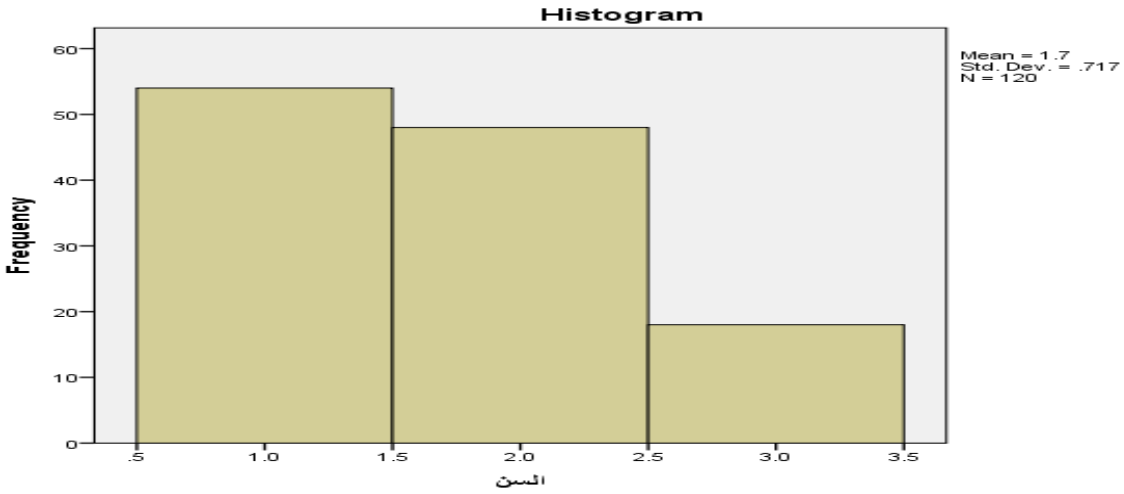
يوضح الشكل رقم (06) المتمثل في الأعمدة البيانية الفروق بين الذكور و الإناث حسب النسبة فالذكور اكثر عدد من الإناث الذين يمثلون أفراد العينة .

الجدول رقم (38) وصف أفراد العينة على استبيان الصحة النفسية حسب متغير السن

العينة	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة
من السن 15 إلى اقل من 17	54	1.70	0.71	%45
إناث من السن 17 إلى اقل من 19	48			%40
من السن 19 إلى اقل من 20	18			%15
الدرجة الكلية حسب السن	120			%100

يوضح الجدول رقم (38) نتائج وصف أفراد العينة على استبيان الصحة النفسية ، لعينة مكونة من (120) فرد حيث قدر المتوسط الحسابي للدرجة الكلية حسب متغير السن بـ: (1.70) وانحراف معياري قدر بـ: (0.71) حيث العدد الأكبر من أفراد العينة أعمارهم بين (15 إلى اقل من 17) سنة بالنسبة تقدر بـ: (45%) أما الذين أعمارهم بين (17 إلى اقل من 19) سنة يبلغ عددهم (48) تلميذ وتلميذة بالنسبة تقدر ب(40%) ، أما التلاميذ الذين تتراوح أعمارهم بين (19الى 20) سنة عددهم يقدر ب(18) مراهق ومراهقة بنسبة تقدر ب(15%) .وهذا ما توضحه الأعمدة البيانية التالية:

الشكل رقم (07) الأعمدة البيانية لوصف العينة حسب متغير السن



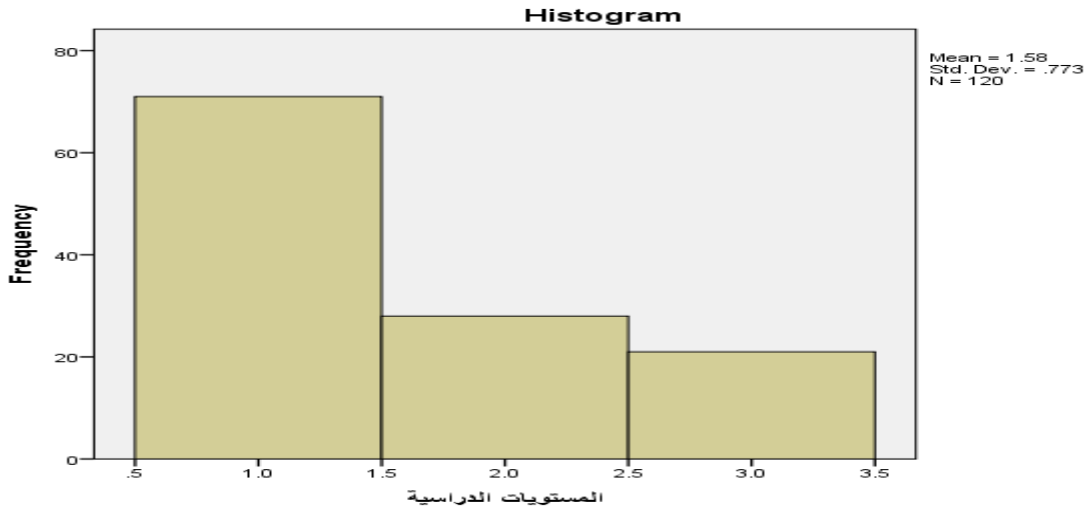
يوضح الشكل رقم (07) فروق أفراد العينة حسب متغير السن بالأعمدة البيانية والفئة التي تتراوح أعمارهم بين (15 واقل من 17) هي أكبر عدد في أفراد العينة .

الجدول رقم (39) وصف أفراد العينة على الاستبيان الصحة النفسية حسب متغير المستوى الدراسي

العينة	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة
الأولى ثانوي	71	1.58	0.77	%59.2
الثانية ثانوي	28			%23.3
الثالثة ثانوي	21			%17.5
الدرجة الكلية	120			%100

يوضح الجدول رقم (39) نتائج وصف أفراد العينة ، مكونة من (120) مراهق ومراهقة حسب متغير المستوى الدراسي ، حيث قدر المتوسط الحسابي للدرجة الكلية الخاصة بالاستبيان ب(1.58) بانحراف معياري يقدر ب(0.77) وأن أكبر عدد للتلاميذ في مستوى الأولى ثانوي بنسبة تقدر ب (59.2) ثم الثانية ثانوي والثالثة ثانوي وهذا ما توضحه الأعمدة البيانية التالية :

الشكل رقم (08) الأعمدة البيانية حسب المستوى الدراسي



يوضح الشكل رقم (08) فروق أفراد العينة حسب متغير المستوى الدراسي بالأعمدة البيانية

الجدول رقم (40) وصف العينة على الاستبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية

المتغيرات	العينة	تكرار (نعم)	النسبة	التكرار (لا)	النسبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات الانفعالية	120	2083	%42.96	1157	%42.66	1.73	0.38
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية	120	2765	%57.03	1555	%57.33	1.79	0.44
الدرجة الكلية للاستبيان	120	4848	%64.13	2712	%35.87	1.76	0.30

المصدر :الملحق رقم(11)

يوضح الجدول رقم (40) نتائج وصف العينة المتكونة من (120) فرد على استبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للمراهقين ،فإن عدد إجابات المفحوصين ب(نعم) تفوق عدد إجابات ب(لا) حيث تقدر نسبة إجابات ب(نعم) على الدرجة الكلية للاستبيان ب(64.13%) أما نسبة إجابات ب(لا) تقدر ب(35.87%) بمتوسط حسابي قيمته (1.76) وانحراف معياري قيمته تقدر ب(0.30) وهذه النتائج تثبت بأن العينة لها مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية .ومن جهة أخرى في قراءتنا لهذه النتائج قد اتضح أن مؤشرات الاضطرابات الانفعالية المتمثلة في (بعد مؤشرات القلق وبعد مؤشرات الاضطرابات الاكتئاب وبعد مؤشرات الاضطرابات الغضب وبعد مؤشرات الاضطرابات الخجل) مختلفة في ظهورها بين أفراد العينة مقارنة بمؤشرات الاضطرابات السلوكية بمتوسط حسابي قدر ب(1.73) وانحراف معياري قدر ب(0.38) ،أما مؤشرات الاضطرابات السلوكية المتمثلة في مؤشرات (العدوانية ،السلوك الفوضوي ، الحركة الزائدة ، الانسحاب الاجتماعي) قدر المتوسط الحسابي ب(1.79) وانحراف معياري ب(0.44). .وعليه فإن أفراد العينة لديهم مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وهذا اعتبارا على أن قيم المتوسطات الحسابية تقع بين قيمتين المحددة في مقياس تقسيم لكارت الثنائي وفقا للمتوسط الحسابي الرتبي المقدرة بين (1.51 ----- 2.) .

2 عرض نتائـــــج الدراســـــــة ومناقشتـــــــها

2.1 عرض ومناقشـــة نتائـــــج الفرضيـــــة الأولـــــى:

نصت الفرضيـــة الأولى على أنه توجد علاقة ارتباطية بين مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي وظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لديهم.

وبعد تطبيق معامل الارتباط بيرسون (r) بين درجات مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء(مرتفع ، منخفض ، متوسط) والدرجة الكلية للاستبيان والدرجة الكلية لكل من مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المراهقين تحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (41) النتائج الإحصائية لمعامل الارتباط بيرسون للفرضية الأولى

المتغيرات	العينة	الدرجة الكلية مؤشرات الاضطرابات الانفعالية	قيمة الدلالة Sig	الدرجة الكلية مؤشرات الاضطرابات سلوكية	قيمة الدلالة Sig	الدرجة الكلية مؤشرات الاضطرابات سلوكية والانفعالية	قيمة الدلالة Sig	نتيجة
مستوى الصحة النفسية المرتفع للأولياء	120	0.15	0.09	0.15	0.08	0.16	0.07	غير دالة
مستوى الصحة النفسية المتوسط للأولياء	120	**0.42	0.00	**0.50	0.00	**0.49	0.00	دالة
مستوى الصحة النفسية المنخفض للأولياء	120	**0.45	0.00	**0.57	0.00	**0.55	0.00	دالة
الدرجة الكلية لمستويات للصحة النفسية للأولياء	120	**0.49	0.00	**0.60	0.00	**0.58	0.00	دالة

المصدر : الملحق رقم (12) **عند مستوى الدلالة(0.01)**

يوضح الجدول رقم (41) تطبيق معامل الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية **مستويات الصحة النفسية للأولياء** كما يدركها الأبناء وظهور **مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية** للمراهقين حيث أثبتت النتائج وجود علاقة ارتباطية إيجابية طردية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01**) بمعامل الارتباط يقدر ب(0.58 **) بقيمة دلالة تقدر ب(0.00) .وبين **الدرجة الكلية لمستويات الصحة**

النفسية للأولياء و**مؤشرات الاضطرابات الانفعالية** لأفراد العينة وكذلك وجود علاقة ارتباطية طردية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01**) بمعامل الارتباط يقدر ب(0.49 **) وبقيمة دلالة تقدر ب(0.00) وبين **الدرجة الكلية لمستويات الصحة النفسية للأولياء** و**مؤشرات الاضطرابات السلوكية** لأفراد العينة وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01**) بمعامل الارتباط يقدر ب(0.60 **) وبقيمة دلالة تقدر ب(0.00)

وتوضح النتائج الإحصائية على وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01**) بمعامل الارتباط يقدر ب(0.55 **) وبقيمة دلالة تقدر ب(0.00) بين مستوى الصحة النفسية المنخفض للأولياء **والدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية** للأبناء.

كذلك وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين متغير مستوى الصحة النفسية المنخفض للأولياء كما يدركها الأبناء **ومؤشرات الاضطرابات الانفعالية** للأبناء بمعامل الارتباط يقدر ب(0.45 **) بقيمة دلالة تقدر ب(0.00) عند مستوى الدلالة (0.01**).

كذلك أثبتت النتائج على وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين متغير مستوى الصحة النفسية المنخفض للأولياء كما يدركها الأبناء **ومؤشرات الاضطرابات السلوكية** للأبناء بمعامل الارتباط يقدر ب(0.57 **) بقيمة دلالة تقدر ب(0.00) عند مستوى الدلالة (0.01**). أي كلما زادت الصحة النفسية للأولياء في هذا المستوى المنخفض زاد الاضطراب السلوكي والانفعالي للأبناء المراهقين المتمدرسين في الطور الثانوي.

وأسفرت النتائج الإحصائية على وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين متغير **مستوى الصحة النفسية المتوسط للأولياء كما يدركها الأبناء والدرجة الكلية لظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية** للأبناء بمعامل الارتباط يقدر ب(0.49 **) بقيمة دلالة تقدر ب(0.00) عند مستوى الدلالة (0.01**).

وعلاقة موجبة ذات دلالة إحصائية ومؤشرات الاضطرابات السلوكية للمراهقين المتمدرسين في الطور الثانوي بمعامل الارتباط يقدر ب(0.50 **) بقيمة دلالة تقدر ب(0.00) عند مستوى الدلالة (0.01**).

وعلاقة طردية موجبة ذات دلالة إحصائية ومؤشرات الاضطرابات الانفعالية للمراهقين المتمدرسين في الطور الثانوي بمعامل الارتباط يقدر ب(0.42 **) بقيمة دلالة تقدر ب(0.00) عند مستوى الدلالة

(0.01**).أي كلما زادت الصحة النفسية للأولياء في هذا المستوى المتوسط زاد الاضطراب السلوكي والانفعالي للأبناء المراهقين المتمدرسين في الطور الثانوي

أما بالنسبة لمستوى المرتفع الصحة النفسية للأولياء لا توجد له علاقة ذات دلالة إحصائية في ظهور الاضطرابات السلوكي والانفعالي للأبناء المراهقين المتمدرسين في الطور الثانوي بمعامل الارتباط يقدر ب(0.16) بقيمة دلالة تقدر ب(0.07) عند مستوى الدلالة (0.01**).وبين مؤشرات الاضطرابات السلوكية بمعامل الارتباط يقدر ب(0.15) بقيمة دلالة تقدر ب(0.08) **).وبين مؤشرات الاضطرابات الانفعالية بمعامل الارتباط يقدر ب(0.15) بقيمة دلالة تقدر ب(0.09).أي انعدام العلاقة بين الصحة النفسية المرتفعة(غير المضطربة) في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء حيث أن الأبناء المراهقين المضطربين سلوكيا وانفعاليا أوليائهم مستوى صحتهم متوسط ومنخفض (حالتهم النفسية غير عادية)

وعليه نقبل الفرضية الأولى التي نصت على **وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي وظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لديهم.**

حيث وضحت النتائج أن العلاقة طردية موجبة بين الصحة النفسية للأولياء ومؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء كلما كانت الحياة النفسية للأولياء غير سوية منخفضة أو متوسطة أي مضطربة تؤثر على شخصية الأبناء وتنعكس بالسلب ،مما يزيد ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء وهذه النتائج اتفقت بالمقاربة مع بعض نتائج الدراسات السابقة حيث أن ظروف الأولياء المضطربة النفسية والاجتماعية والسلوكية وأساليب معاملتهم لأبنائهم يؤدي إلى ظهور اضطرابات سلوكية ونفسية وانفعالية لأبنائهم **مثل دراسة ميساء احمد السيد احمد البسيوني (2015)** في أطروحة بعنوان المناخ الأسري وعلاقته ببعض المشكلات السلوكية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في شمال غزة .بوجود علاقة طردية موجبة ذات دلالة إحصائية بين المناخ الأسري والاضطرابات السلوكية ،المتمثل في (العدوانية ، الخجل ،العناد ، الحركة الزائدة الكذب ...)كلما كان المناخ الأسري الذي يضم الحالة النفسية لأفراد الأسرة ومنهم الأولياء غير سوي وفي مستوى منخفض يؤدي إلى ظهور اضطرابات انفعالية وسلوكية للأبناء وهذا ما يتوافق مع نتائج دراستنا فإن الصحة النفسية للأولياء هي جزء من المناخ الأسري إذا كانت غير سوية تتميز بعدم الاستقرار وظهور من خلالها أعراض القلق والاكتئاب

والعزلة والعدوانية وعدم الاهتمام واضطرابات نفسية واجتماعية وسلوكية للأولياء فإن هذا ينعكس على تنشئة الأبناء وتركيب شخصيتهم ومزاجهم النفسي وتكوينهم الاجتماعي ونمط سلوكياتهم مما يجعلهم ضحية للاضطرابات السلوكية والانفعالية .

وكذلك تتماشى نتائج دراستنا مع نتائج دراسة **عبد المقصود أماني (1999)** بعنوان الشعور بالأمن النفسي وعلاقته ببعض أساليب المعاملة الوالدية لدى تلاميذ الثانوية. التي هدفت إلى التعرف على الشعور بالأمن النفسي وعلاقته ببعض أساليب المعاملة الوالدية لدى تلاميذ الثانوية) ، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة موجبة دالة بين أساليب المعاملة الوالدية اللاسوية (التفرقة والتحكم والتذبذب والحماية الزائدة) سواء من الأب أو من الأم وبين الشعور بعدم الأمن النفسي للأطفال ، ولا توجد فروق بين الجنس في الشعور بالأمن النفسي. وبما أن أساليب معاملة الوالدية في أغلبها نتيجة للصحة النفسية السوية أو غير السوية وباعتبار أن الجانب النفسي يؤثر على تصرفات وسلوكيات الأولياء والأمن النفسي يطابق مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية فالأبناء يعبرون على أمنهم النفسي عن طريق استقرار سلوكي وانفعالي إذن هذه الدراسة تتوافق مع دراستنا حيث توجد علاقة موجبة دالة إحصائية بين أساليب المعاملة الوالدية والشعور بالأمن النفسي لدى تلاميذ الثانوية بوجود علاقة دالة إحصائية بين مستويات الصحة النفسية ومؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المراهقين .

وكذلك توافقت نتائج دراسة **هيلبرن وماكنلي ،Heliberun Mackinly (1962)** بعنوان أثر سوء الصحة النفسية للوالدين في اضطراب النفسي عند المراهقات حيث أجريت هذه الدراسة على 56 طالبة وتوصلا إلى أن الطالبات المراهقات اللاتي يعانين من الاضطراب النفسي يدركن أولياءهن على أنهم اكثر تسلطا ، وأكثر اضطرابا نفسيا ، وعدوانية وتبين وجود علاقة إيجابية بين أدراكهن للأولياء المضطربين نفسيا والاضطراب النفسي عند المراهقات فهذه الدراسة تؤكد على علاقة الحالات النفسية المضطربة للأولياء بالاضطرابات النفسية للأبناء ،وهذه النتائج تتوافق مع نتائج دراستنا.

وكذلك **دراسة جودلي . سيلبيرج واخرون Judly .slberg. al (2010)** دراسة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية بموضوع التأثيرات الجينية والبيئية على انعكاس اكتئاب الوالدين على اضطراب السلوكي والنفسي للأبناء.

حيث توصلت الدراسة إلى نتائج مفادها كل من العوامل البيئية والوراثية للوالدين مسؤولة عن وجود علاقة بين اكتئاب الوالدين والاضطراب السلوكي والنفسي للأبناء المراهقين .إذن الاكتئاب وهو جزء من الصحة النفسية للأولياء له تأثير على الاضطراب السلوكي والانفعالي للأبناء المراهقين .

وكذلك **دراسة شوارزSchwarze، (1979)** المتمثلة في التركيب العائلي لدى الفتيات والاكتئاب لديهن وقد وجد أن الطالبات السيئات التوافق النفسي يأتين من أسر تتميز بالصراع بين الوالدين واضطرابات سلوكية ونفسية وصحة نفسية غير سوية ، وتوصل إلى وجود ارتباط موجب بين دراجات اكتئاب الفتيات وبين الاضطرابات النفسية والسلوكية وعدم الاتساق في المحبة للوالدين .

بناء على النتائج المتحصل عليها من دراستنا الميدانية لهذه الفرضية يتبين أن نتائجها تتفق إلى حد كبير مع نتائج الدراسات السابقة المذكورة سابقا فإن مستوى الصحة النفسية المنخفض والمتوسط للأولياء كالقلق ، وعدم التوافق الذاتي والاجتماعي ، والتوتر وعدم التفاعل الإيجابي التكيف السلبي مع محيطه مما يؤدي إلى انشقاق ونزاعات أسرية وعدم الاستقرار الأسري ، وأساليب معاملة غير سوية وتفاعل سلبي بين الأولياء والأبناء ، وبه تكون لدى الأسرة وأفرادها انعدام السعادة الأسرية ، وهذه النتائج لصحة نفسية غير سوية المنخفضة والمتوسطة للأولياء الذي تعتبر عامل من عوامل ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المراهقين، وإن الدراسة تؤكد إحصائيا كلما كان مستوى الصحة النفسية للأولياء منخفض أو متوسط أو زاد عن ذلك كلما زادت مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المراهقين..

3 عرض ومناقشـــة نتائـــج الفرضيـــة الثانيـــة:

نصت الفرضية الثانية أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية كما يدركها الأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي لمستويات الصحة النفسية للأولياء تبعا لمتغير الجنس.

نستعرض الفروق في إدراك الأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي لمستوى الصحة النفسية للأولياء تبعا لمتغير الجنس . بتطبيق اختبار (T) للعينتين المستقلتين بهدف الفحص الفروق بين الذكور والإناث على استبيان الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء وتحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (42) نتائج تطبيق اختبار (T) للفروق بين المتوسطات تبعا لمتغير الجنس

المتغيرات	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار (t)	قيمة الدلالة	الدلالة
الدرجة الكلية لمستويات الصحة النفسية للأولياء	الذكور	77	124.46	9.84	3.89	0.00	دالة
	الإناث	43	115.20	16.23			
المستوى المنخفض للصحة النفسية للأولياء	الذكور	77	88.25	6.03	2.03	0.00	دالة
	الذكور	43	84.90	11.99			
المستوى المتوسط الصحة النفسية للأولياء	الذكور	77	14.40	2.33	3.62	0.04	دالة
	الذكور	43	12.55	3.20			

المصدر : الملحق رقم (13،14) عند مستوى الدلالة (0.05)

يتضح من خلال الجدول رقم (42) نتائج المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري واختبار(t) للدلالة الفروق لعينتين مستقلتين (الذكور والإناث) في إدراك الأبناء لمستوى الصحة النفسية للأولياء. على الدرجة الكلية لمستويات الصحة النفسية للأولياء فإن المتوسط الحسابي للذكور (ن=77) يقدر ب (124.46) درجة وانحراف معياري قدر ب(9.84) بينما الإناث (ن=43) يقدر ب(115.20) درجة وانحراف معياري (16.23)، وقد بلغت قيمة اختبار(ت) (3.89) بقيمة الدلالة (0.00) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) فإن هذه النتائج الإحصائية أثبتت بوجود فروق دالة إحصائية في ادرك لمستوى الصحة النفسية المنخفض للأولياء بقيمة اختبار (ت) تقدر ب(2.03) وقيمة دلالة تقدر ب(0.00) ومتوسط حسابي للذكور يقدر ب (88.25) وانحراف معياري قدر ب(6.03) أما بالنسبة للإناث متوسط الحسابي يقدر ب (84.90) وانحراف معياري يقدر ب (11.99) أما بالنسبة لمستوى الصحة النفسية المتوسط قيمة اختبار (ت) تقدر ب(3.62) وقيمة دلالة تقدر ب(0.00) ومتوسط حسابي للذكور يقدر

ب (14.40) وانحراف معياري قدر ب(12.55) وبناء على هذه النتائج نقبل الفرضية الثانية التي نصت **على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك الأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي لمستوى الصحة النفسية للأولياء تبعا لمتغير الجنس** حيث توجد فروق بين الذكور والإناث في إدراك مستويات الصحة النفسية للأبناء لصالح الذكور وبالرجوع للدراسات السابقة نجد أن نتائج دراستنا تتفق مع نتائج دراسة **Nelson C Valliant (1993)** بعنوان ديناميكية شخصية المراهقين الذكور والإناث في حال سوء الصحة النفسية للأولياء بهدف الكشف عن سمات شخصية المراهقين الذين أوليائهم يعانون من اضطرابات نفسية ، وتوصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سمات شخصيات الأبناء تبعا لمتغير الجنس لصالح الذكور وهذه الدراسة تتوافق مع دراستنا بتأثير متغير الجنس في إدراك المراهق للحالة النفسية لأوليائهم. فالذكور أكثر إدراكا لمستويات الصحة النفسية للأولياء إلا أن **دراسة وليم** وآخرون.**(1986) ،Willem Et Al**، بعنوان العوامل الأسرية وعلاقتها باكتئاب المراهق على عينات سويدية من المكتئبين وتم مقارنتهم بعينة من الألمان المضطربين نفسيا ، وجدوا هناك فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الإناث أنهن أكثر إدراكا من الذكور للاضطرابات الأسرية .وهذه الدراسة أثبتت وجود فروق لصالح الإناث .

وحسب **جليط ماجدة (2008)** في دراستها للعائلة الجزائرية توصلت أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المراهقين الذكور والإناث في ظهور العنف المدرسي وعلاقته بالمشاكل الأسرية ونتائج هذه الدراسة أن الذكور أكثر إدراكا للمشاكل الأسرية من الإناث وهذا لسبب أن الذكور أكثر استقلالية في تصرفاتهم ولا يخضعون للرقابة الأسرية . وكذلك **دراسة عباس إبراهم متولي (1997)** التي هدفت للكشف عن العلاقة بين الخجل للأبناء وبعض المتغيرات النفسية للأولياء كالاضطرابات النفسية والقبول والرفض على عينة من كلية التربية بدمياط وأكدت نتائج الدراسة على وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في الخجل لصالح الإناث وتفسر الدراسة ذلك بخصوصية النفسية والبيولوجية للإناث وطبيعة علاقتهن مع الأولياء وهذه الدراسة تتوافق مع نتائج دراستنا في وجود فروق بين الذكور والإناث.

ومما سبق وفي ضوء ما توصلت إليه نتائج دراسة هذه الفرضية أن الذكور أكثر إدراكا لمستوى الصحة النفسية للأولياء وما تنعكس على تصرفاتهم من توتر وقلق وانسحاب والشعور بالعجز ، وعدم الثقة في نسج العلاقات مع الآخرين والتعاطف معهم ، وقد يشعرون بعدم الرغبة فيهم مما يدفعوهم إلى الانسحاب والخجل وعدم المشاركة في النشاطات الاجتماعية الأمر الذي يفقد هؤلاء الأبناء المراهقين والمراهقات

فرصا كثيرة لتكوين شخصية سوية .وهذه الحالات النفسية المنخفضة للأولياء غير العادية فالذكور أكثر إدراكا لها من الإناث حسب نتائج الإحصائية لهذه الفرضية .

4 عرض ومناقشـــــة نتائـــــج الفرضيـــــة الثالثـــــة:

نصت الفرضية الثالثة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية كما يدركها الأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي لمستويات الصحة النفسية للأولياء تبعا لمتغير السن.

وللتحقق من هذه الفرضية تم تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (Anova) . وتحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول أدناه .

الجدول رقم (43.) نتائج تحليل التباين الأحادي Anova (F) حسب متغير السن.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	درجة الحرية	قيمة (F)	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية لمستويات الصحة النفسية للأولياء	بين المجموعات	4629.1	2314.5	2	16.75	0.00	دالة
	داخل المجموعات	16166.1	138.1	117			
	المجموع	20795.3		119			
المستوى الصحة النفسية المنخفض للأولياء	بين المجموعات	1557.9	788.9	2	12.23	0.00	دالة
	داخل المجموعات	7542.6	64.46	117			
	المجموع	9120.5		119			
المستويات الصحة النفسية المتوسط الأولياء	بين المجموعات	75.79	37.89	2	5.13	0.00	دالة
	داخل المجموعات	863.1	7.37	117			
	المجموع	938.9		119			

المصدر : الملحق رقم (15،16) **دالة عند مستوى الدلالة 0.05**

ونظرا لوجود معنوية في اختبار التباين قام الباحث بإجراء اختبار شيفيه (Scheffe) لدلالة الفروق

الجدول رقم(44) نتائج اختبار شيفيه اتجاه الفروق في ادراك الصحة النفسية على متغير السن

المتغيرات	المستويات الدراسية		15 أقل من 17 سنة	قيمة الدلالة(p)	17 إلى أقل من 19 سنة	قيمة الدلالة(p)	19الى 20 سنة	قيمة الدلالة(p)	مستوى الدلالة
	المستويات الدراسية	المتوسط الحسابي							
الدرجة الكلية للمستوى الصحة النفسية للأولياء	15 أقل من 17 سنة	127.38	/	/	*9.20	0.00	*17.05	0.00	0.05
	17 إلى أقل من 19 سنة	118.18	-*9.20	0.00	/	/	7.85	0.058	0.05
	19الى 20 سنة	110.33	-*17.05	0.00	-7.85	0.05	/	/	0.05
المستويات الصحة النفسية المنخفض للأولياء	15 أقل من 17 سنة	90.38	/	/	*4.38	0.02	*10.50 -	0.00	0.05
	17 إلى أقل من 19 سنة	86	- *4.38	0.02	/	/	*6.11	0.02	0.05
	19الى 20 سنة	79.88	-*10.50	0.00	-*6.11	0.02	/	/	0.05
المستوى الصحة النفسية المتوسط للأولياء	15 أقل من 17 سنة	14.61	/	/	*1.48	0.02	*1.83	0.050	0.05
	17 إلى أقل من 19 سنة	13.12	*-1.48	0.02	/	/	0.34	0.8	0.05
	19الى 20 سنة	12.77	*-1.83	0.50	*034	0.8	/	/	0.05

المصدر :الملحق رقم (17) **مستوى الدلالة (0.05*)**

يوضح الجدول رقم (43) أن نتائج. التحليل التباين الأحادي أسفرت على وجود فروق في إدراك الأبناء لمستوى الصحة النفسية للأولياء تبعا لمتغير السن لأفراد العينة على الدرجة الكلية للاستبيان يوجد فروق

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بقيمة (f) تقدر ب (21.55) وقيمة الدلالة تقدر ب (0.00) فهي قيمة أصغر من مستوى الدلالة (0.05). وكذلك على المستوى المنخفض للصحة النفسية للأولياء دال إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05) بقيمة (f) قدرت ب(20.15) وقيمة الدلالة قدرت ب(0.00) فهي قيمة أصغر من مستوى الدلالة (0.05). وكذلك على المستوى المتوسط للصحة النفسية للأولياء دال إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05) بقيمة (f) قدرت ب(7.57) وبناء على هذه النتائج الإحصائية ونقبل الفرضية الثالثة التي تنص على وجود **فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك الأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي لمستويات الصحة النفسية للأولياء تبعا لمتغير السن** لصالح الفئة العمرية بين (15 وأقل من 17 سنة) أي أن النتائج الإحصائية تثبت دلالة الفرضية عند مستوى الدلالة (0.05) بحيث أنه توجد فروق بين أفراد العينة في إدراك مستويات الصحة النفسية للأولياء تبعا لمتغير السن . فمتغير السن له علاقة في إحداث فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك الأبناء المراهقين لمستويات الصحة النفسية للأولياء (المنخفض، والمتوسط)لأن مراحل العمر لأفراد العينة المراهقين متباينة في مظاهرها ونسبة تغيراتها المختلفة فإن التغير المفاجئ الذي يعرفه نمو المراهق وخاصة بين سن (15 إلى 17 سنة) يؤدي إلى التغير في السلوكيات ومطالبه وحاجاته وقدراته ، وطرق التفكير والتصورات ، مما يشير إلى اضطرابات في التوظيف النفسي والذي قد يؤدي إلى المعاناة ، القلق ،العزلة ،الانسحاب ،أي مجموعة من الصعوبات التي قد تعيق الفرد عن التكيف وتحقيق حاجاته المختلفة مما يجعل تأثير الأولياء وادراك الأبناء للحالات النفسية لأوليائهم مختلفة انطلاقا من خصوصيات المراحل الزمنية لهذه الفترة وعدم الاهتمام من طرف الأولياء نظرا لظروفهم النفسية غير السوية وغير العادية إن الصورة العامة للمراهقين كما اتضحت لنا من خلال تتبعنا للخصائص والتغيرات التي يتميزون بها خلال مراحل نموهم ، صورة مهتزة غير مستقرة ،نتيجة لمظاهر الحاجات التي يشعر بها المراهق ويريد أن يشبعها ولكنه لا يستطيع فيندفع نحو هذا السلوك أو ذاك مثلا كعدم التوافق الذاتي والاجتماعي والمشاكل العاطفية والانفعالية والسلوكية وكثير من المشاكل التي يواجهها المراهقون في هذه المرحلة وفي هذه الفترة الزمنية بين (15 سنة و17) فهي فترة تتميز بالسرعة في التغيرات الجسمية والوظيفية والنفسية وتتطلب أكثر اهتمام ايجابي ومرافقة ومتابعة وخاصة الأولياء وإذا كان هؤلاء الأولياء غير ذلك لظروف نفسية منخفضة ومتوسط فهذا ينعكس على مجرى الطبيعي لتغيرات الأبناء الذي بدوره يؤثر على الحياة النفسية و السلوكية مما ينعكس في ظهور

مؤشرات الاضطرابات الانفعالية و السلوكية كالحركة المفرطة وعدم الاستقرار النفسي وبعض السلوكيات العدوانية المتنوعة.

وبالرجوع لبعض الدراسات السابقة نتائجها تتفق مع نتائج دراستنا مثلا **دراسة لينسكا Lenceka** في مقالة لصحيفة أخبار نيويورك (2005) تأثير ضغط الوالدين على حياة أطفالهم المراهقين ، " وتوصلت الدراسة من خلال هذه الحالة إلى أن الضغوط النفسية للأولياء نتيجة الظروف الاقتصادية والاجتماعية الصعبة انعكست بشكل مباشر على الأبناء. وأثبتت دراستها على وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير السن. وكذلك **دراسة سامية ابر يعم (2011)** بعنوان إدراك الأبناء لمعاملة الوالدية وعلاقتها بالشعور بالأمن النفسي دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ الطور الثانوي لولاية تبسة. وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج هي :

- وجود علاقة ارتباطية بين إدراك الأبناء لأساليب المعاملة الوالدية المتمثلة في كل من أساليب التفرقة وأسلوب التحكم والتذبذب والسيطرة وبين شعورهم بالأمن النفسي . وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إدراك الأبناء لأساليب المعاملة الوالدية تبعا لمتغير السن ونتائج هذه الدراسات تتوافق مع نتائج دراستنا.وكذلك **دراسة محمد بدر (2008)** التي أظهرت أنه توجد علاقة ارتباط قوية بين إدراك البنات المراهقات للرفض الأولياء ومستوى السلوك العدواني لديهن، حيث يعتبر الرفض أحد أشكال الإهمال فالتنشئة الاجتماعية القائمة على الإهمال تحفز ظهور الروح العدوانية المكبوتة لدى المراهقات وأظهرت أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير السن لدى المراهقات .

وفي هذه الفترة الزمنية من المراهقة لما يفقد المراهق عنايته من الأولياء.نظرا لعدم توفر النضج النفسي وتدني مستوى الصحة النفسية للأولياء حيث يحل ظاهرة العدوان والانفصال النفسي والصراع والعنف الجسدي والنفسي، وبذلك تنتشر في الأسرة التحطيم والانتقام والاضطرابات النفسية المختلفة ،وفي كل الأحوال فالمراهق هو أكثر ضحايا لتصدع وتوتر النفسي ومن خلال نتائج هذه الفرضية بأن أفراد العينة من مختلف الفئات العمرية لا يدركون الصحة النفسية لأوليائهم بنفس الدرجة ،وهذه مرده حسب استنتاجاتنا أن هذه الفترة الزمنية أكثر حساسية وخصوصية وتميزا في التغيرات الجسمية والنفسية و الانفعالية والعقلية والمعرفية في سرعتها تقلباتها النمائية وأكثر تأثيرا بالبيئة المحيطة بهم وأشد تأثيرا هي الأسرة وخاصة الأولياء وما يصدر من الأولياء من تصرفات وسلوكيات انعكاسا للحالة النفسية ، فالصحة النفسية للأولياء تنعكس وأكثر إدراكا لها هي الفترة الزمنية التي يعيشها المراهق تكون لها تغيرات سريعة

وغير مستقرة. وحسب نتائج دراستنا هناك فروق في إدراك الأبناء لمستويات الصحة النفسية للأولياء لصالح الفترة الزمنية بين (15 وأقل من سنة17).

5 عـــــــرض ومناقشـــــــة نتائـــــــج الفرضيـــــــة الرابعـــــــة

نصت الفرضية الرابعة على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية كما يدركها الأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي لمستويات الصحة النفسية للأولياء تبعا لمتغير المستوى الدراسي.

نستعرض الفروق في إدراك لمستويات الصحة النفسية للأولياء لدى عينة التلاميذ المراهقين المتمدرسين بالطور الثانوي حسب متغير المستوى الدراسي .ونظرا لوجود أكثر من متغيرين تم تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي (Anova) وهذا بهدف معرفة الفروق تبعا المتغير المستوى الدراسي (الأولى والثانية والثالثة ثانوي) بين أفراد العينة على استبيان مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء تبعا للنتائج الموضحة في الجدول الموالي :

الجدول رقم (45) نتائج تحليل التباين الأحادي Anova (f) تبعا لمتغير المستوى الدراسي

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	درجة الحرية	قيمة (F)	مستوى الدلالة	م الدلالة
الدرجة الكلية لمستويات الصحة النفسية للأولياء	بين المجموعات	5599	2799.5	2	21.55	0.00	دالة
	داخل المجموعات	15196.2	129.8	117			
	مجموع	20795.3		119			
مستويات الصحة النفسية المنخفض للأولياء	بين المجموعات	2336.96	1168.4	2	20.15	0.00	دالة
	داخل المجموعات	6783.62	57.98	117			
	مجموع	9120.59		119			
مستويات الصحة النفسية المتوسط للأولياء	بين المجموعات	107.60	53.80	2	7.57	0.001	دالة
	داخل المجموعات	831.38	7.10	117			
	مجموع	938.99		119			

المصدر :الملحق (18،19) **المستوى الدلالة (0.05)**

ونظرا لوجود معنوية في اختبار التباين قام الباحث بإجراء اختبار شيفيه (Scheffe) لدلالة الفروق

الجدول رقم (46.) نتائج اختبار شيفيه اتجاه الفروق على متغير المستوى الدراسي

المتغيرات	المستويات الدراسية		الأولى ثانوي	قيمة الدلالة(p)	الثانية ثانوي	قيمة الدلالة(p)	الثالثة ثانوي	قيمة الدلالة(p)	مستوى الدلالة
	المستويات الدراسية	المتوسط الحسابي							
الدرجة الكلية لمستويات الصحة النفسية للأولياء	الأولى ثا	126.7	/	/	*12.175	0.00	*15.746	0.00	0.05
	الثانية ثا	114.5	-*12.175	0.73	0	0	3.54	0.55	0.05
	الثالثة ثا	111	-*15.746	0.00	-3.54	0.55	/	/	0.05
الصحة النفسية المنخفضة للأولياء	الأولى ثا	90.60	/	/	*7.177	0.00	*10.70	0.00	0.05
	الثانية ثا	83.42	-*7.177	0.00	0	0	3.52	0.28	0.05
	الثالثة ثا	79.90	-*10.70	0.00	-3.52	0.28	/	/	0.05
الصحة النفسية المتوسطة	الأولى ثا	14.52	/	/	*1.73	0.01	*2.14	0.00	0.05
	الثانية ثا	12.78	-*1.73	0.01	/	/	0.40	0.87	0.05
	الثالثة ثا	12.38	-*2.14	0.00	-0.40	0.87	/	/	0.05

المصدر :الملحق رقم (20) **مستوى الدلالة (0.05*)**

توضح النتائج الإحصائية المذكورة في الجدول رقم (45) بوجود فروق ذات دلالة إحصائية للمتوسطات على استبيان مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء فالدرجة الكلية دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05) بقيمة (f) (21.55) وقيمة الدلالة (0.00) والمستوى المنخفض للصحة النفسية للأولياء دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05) بقيمة (f) (20.15) وقيمة الدلالة (0.00) والمستوى المتوسط دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05) بقيمة (f) (7.57) وقيمة الدلالة (0.00).

حيث توجد فروق في إدراك مستويات الصحة النفسية للأولياء تبعا لمتغير المستوى الدراسي على الدرجة الكلية لمستويات الصحة النفسية للأولياء بين مستوى الأولى والثالثة ثانوي بقيمة تقدر ب(15.74 *) وقيمة دلالة تساوي (0.00) وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05) لصالح مستوى الأولى ثانوي بأكبر متوسط حسابي يساوي (126.74)، و مستوى الثالثة والثانية ثانوي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بقيمة تقدر ب(3.57) بقيمة دلالة تساوي (0.5) عند مستوى الدلالة (0.05) و توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى الأولى والثانية ثانوي بقيمة تقدر ب(15.74*) بقيمة دلالة تساوي (0.00) وبناء على هذه النتائج الإحصائية نقبل الفرضية الرابعة التي نصت على أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك الأبناء المتمدرسين للطور الثانوي لمستويات الصحة النفسية للأولياء تبعا لمتغير المستوى الدراسي .وبناء على هذه النتائج الإحصائية فإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى الثالثة ثانوي ومستوى الأولى والثانية ثانوي لصالح مستوى الأولى ثانوي أي أن المستوى الأولى ثانوي يختلف عن المستوى الثانية والثالثة من التعليم الثانوي في إدراك أفراد العينة لمستوى الصحة النفسية للأولياء ، لأن هذا المستوى الدراسي يعتبر مرحلة حرجة بين مستوى الثانوي ومراحل التعليم السابقة مما يتطلب اهتمام الأولياء أكثر من المراحل الأخرى وهو في حالة بحث وتشكيل مشروعه الدراسي مما يجعله أكثر تقربا وتأثرا بالأولياء، وإذا كانت البيئة الأسرية غير سوية تؤثر على مزاج وسلوكيات هذا التلميذ ،تأثيرا سلبيا ، لهذا يكون التلميذ أكثر إدراكا لمستويات الصحة النفسية لأوليائهم أما المراحل الأخرى من مراحل الطور الثانوي فالتلاميذ هم في حالة الاستقرار الدراسي مما يجعلهم أكثر تحملا لمسؤولية الدراسة وتأثيرهم بالحالات النفسية لأوليائهم يكون أقل إدراكا من مستوى الأولى ثانوي، حيث تعتبر مرحلة يصبح التلميذ فيها أكثر إدراكا لأن أكثر مرحلة يبحث فيها التلميذ على الاستقلالية الكاملة عن الآسرة وهذا بتحقيق الذات وأرادته في فرضها على بيئته وأول مواجهة وضغوطات يتلقاها هي مواجهة الأولياء وخاصة من الجانب السلوكي المضطرب وغير المستقر مما يجعل الأبناء أكثر صراعا مع تحقيق الذات أو عدمها مما يجعل هؤلاء

الأبناء يتأثرون سلبا في سلوكياتهم بالصحة النفسية المنخفضة و المتوسطة لأوليائهم ، ومقارنة بنتائج الدراسات السابقة فإن دراسة **جوزيف ولازر**، (1998) **Josef and lazar**) بعنوان تأثير الوالدين المضطربين نفسيا على أبنائهم المراهقين من حيث تحصيلهم العلمي ومن الناحية الاجتماعية وهدف الدراسة معرفة أثر الوالدين المضطربين نفسيا على أبنائهم ومن حيث علاقتهم الاجتماعية.

وأسفرت نتائج الدراسة ضعف في التكيف الاجتماعي وتحصيلهم العلمي مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير المستوى الدراسي.فنتائج هذه الدراسة تتوافق مع نتائج دراستنا بأن المستوى الدراسي كمتغير يوجد له تأثير في الفروق في إدراك مستويات الصحة النفسية للأولياء لأفراد العينة تبعا لمتغير المستوى الدراسي .وكذلك دراسة**(1993) Nelson C Valliant** بعنوان ديناميكية شخصية المراهقين الذكور والإناث في حال سوء الصحة النفسية للأولياء أجريت هذه الدراسة على (60) مراهقا ومراهقة هدف هذه الدراسة للكشف عن سمات شخصية المراهقين الذين أوليائهم يعانون من اضطرابات نفسية وتوصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سمات شخصيات الأبناء تبعا لمتغير المستوى الدراسي نظرا لخصوصية كل مرحلة من مراحل الدراسة .

وعليه فإن المستوى الأولى ثانوي يختلف عن المستوى الثالثة والثانية ثانوي في إدراك أفراد العينة لمستوى الصحة النفسية للأولياء ، لأن هذا المستوى الدراسي يعتبر التلميذ أكثر إتكالا على الأولياء واعتقاده أن حمايته وأمنه الدراسي يقوم على الأولياء وعدم القيام الأولياء بوظائف دراسية وتحفيزية للأبناء نظرا لضعفهم النفسي يجعل الأبناء في هذا المستوى أكثر تأثيرا بأوليائهم وهذا ما يجعل هؤلاء الأبناء يتأثرون بالحالة النفسية المنخفضة والمتوسطة للأولياء .

6 عـــــــرض ومناقشـــــة نتائـــــج الفرضيـــــة الخامســـــــة:

نصت الفرضية الخامسة على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى للأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي تبعا لمتغير الجنس.

نستعرض الفروق بين متوسطي مجموعتين (ذكور وإناث) لدى للأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية باستعمال اختبار (T) للعينتين المستقلتين على استبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية كما يبين الجدول التالي :

الجدول رقم (47.) اختبار (T) للفروق بين المتوسطات في ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية تبعا لمتغير الجنس

المتغيرات	النوع	تكرار	م الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت (t)	درجة الحرية	قيمة الدلالة (p)	الدلالة
الدرجة الكلية مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية	ذكور	77	114.26	19.11	2.25	88.47	0.02	دالة
	إناث	43	106.14	18.74				
مؤشرات الاضطرابات الانفعالية	ذكور	77	48.16	9.09	2.05	91.13	0.04	دالة
	إناث	43	44.72	8.60				
المؤشرات الاضطرابات السلوكية	ذكور	77	66.10	10.71	2.21	118	0.02	دالة
	إناث	43	61.42	11.74				

المصدر *:الملحق* رقم(22،21) مستوى الدلالة (0.05)

يتضح من خلال الجدول رقم (47) نتائج المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري واختبار(t) للدلالة الفروق لعينتين مستقلتين (الذكور والإناث) في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المتمدرسين. حيث تشير نتائج على الدرجة الكلية للمتوسط الحسابي للذكور (ن=77) تقدر ب (114.26) وانحراف معياري تقدر ب(19.11) بينما الإناث (ن=43) يقدر ب(106.14) درجة وانحراف معياري (18.74) وقد بلغت قيمة اختبار(t) ب(2.25) بقيمة الدلالة (0.02) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وعليه ونقبل الفرضية الخامسة المتمثلة في وجود فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية تبعا لمتغير الجنس لصالح الذكور حيث وضحت النتائج أن الفروق دالة إحصائيا أما بالنسبة لمؤشرات الاضطرابات السلوكية فأثبتت نتائج اختبار (t) التي قدرت ب(2.21) وقيمة الدلالة قدرت ب (0.02) بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية تبعا لمتغير الجنس لصالح الذكور أما بالنسبة لمؤشرات الاضطرابات الانفعالية فأثبتت نتائج اختبار (T) التي قدرت ب(2.05) وقيمة الدلالة قدرت ب (0.04) يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات الانفعالية تبعا لمتغير الجنس لصالح الذكور. وبالرجوع للدراسات السابقة نجد أن نتائج دراستنا تتفق مع نتائج **دراسة جليط ماجدة (2008)** بعنوان المشاكل الأسرية في ظهور العنف المدرسي في دراستها للعائلة الجزائرية توصلت أن هناك فروق ذات دلالة

إحصائية بين المراهقين الذكور والإناث في ظهور العنف المدرسي ونتائج هذه الدراسة أن الذكور أكثر اضطرابا سلوكيا وانفعاليا من الإناث وهذا لسبب أن الذكور أكثر استقلالية في تصرفاتهم ولا يخضعون للرقابة الأسرية . وكذلك **دراسة عباس إبراهيم متولي (1997)** بعنوان العلاقة بين الخجل وبعض المتغيرات النفسية للأولياء كالاضطرابات النفسية والقبول والرفض على عينة من كلية التربية بدمياط وأكدت نتائج الدراسة على وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في الخجل لصالح الإناث ونتائج هذه الدراسة تتفق مع نتائج دراستنا في وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث

وكذلك **دراسة العريني**(1992) بعنوان أساليب معاملة الوالدية كما يدركها الأبناء وعلاقتها بسلوك العدواني وقد توصل الباحث إلى وجود علاقة بين أساليب غير السوية للأولياء مثل الحرمان والأداء الجسدي والأشعار بالذنب وبين السلوك العدواني للأبناء وهناك فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الجنس لصالح الذكور .تبين نتائج هذه الدراسة أن الإناث أكثر ثباتا وتوازنا انفعاليا من الذكور ،لأن الأولياء بحالتهم النفسية المضطربة يؤثرون على الأبناء الذكور أكثر من الإناث وهذا تماشيا مع المعتقدات الاجتماعية أن الذكور قادرين على تحمل المسؤولية من الإناث وهذا ما يؤدي إلى التصادم مع ضغوط الأولياء.

وعليه فإن دراستنا تتماشى مع بعض الدراسات السابقة التي تثبت بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية تبعا لمتغير الجنس.

7 عـــــــــرض ومناقشـــــــة نتائـــــــج الفرضيـــــــــة السادســـــــــة:

نصت الفرضية السادسة على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى للأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي تبعا لمتغير السن.

نستعرض الفروق في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى التلاميذ المراهقين المتمدرسين بالطور الثانوي الذين يعانون من هذه المؤشرات حسب متغير السن باستعمال اختبار تحليل التباين الأحادي(Anova) بهدف الفحص التباين في ظهور هذه مؤشرات حسب (الفئات العمرية)على استبيان ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المراهقين المتمدرسين في الطور الثانوي كما يبين الجدول التالي:

الجدول رقم (48) تحليل التباين الأحادي (f) في ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالي تبعا لمتغير السن

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	درجة الحرية	قيمة (F)	قيمة الدلالة	الدلالة
الدرجة الكلية مؤشرات الاضطرابات السلوكية و الانفعالية	بين المجموعات	9536.5	4778.2	2	16.06	0.00	دالة
	داخل المجموعات	34792.7	279.37	117			
	المجموع	44.349.3		119			
مؤشرات الاضطرابات الانفعالية	بين المجموعات	1954.64	977.32	2	14.73	0.00	دالة
	داخل المجموعات	7761.6	66.33	117			
	المجموع	9716.32		119			
مؤشرات الاضطرابات والسلوكية	بين المجموعات	3018.92	1509.46	2	14.59	0.00	دالة
	داخل المجموعات	12108.40	103.49	117			
	المجموع	15127.3		119			

المصدر : الملحق رقم (24،23) عند مستوى دلالة (0.05)

الجدول رقم (49) اختبار شيفيه لمعرفة اتجاه الفروق في ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية تبعا متغير السن

المتغيرات	الفئات	التكرار	المتوسط الحسابي	من 15 إلى اقل من17 السنة(فرق م)	مستوى الدلالة	من 17 إلى اقل من 19 السنة(فرق م)	مستوى الدلالة	من 19 إلى 20 السنة(فرق م)	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية لمتوسطات مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية	من 15 إلى اقل من 17 السنة	54	121.17	/	/	*18.58	0.00	*15.88	0.00	0.05
	من 19 إلى 20 السنة	18	102.58	*-15.88	0.00	2.694	0.85	/	/	0.05
مؤشرات الاضطرابات الانفعالية	من 17 إلى اقل من 19 السنة	48	42.48	*-8.725	0.00	/	/	-3.465	0.39	0.05
	من 15 إلى اقل من 17 السنة	54	51.20	/	/	*8.725	0.00	5.259	0.06	0.05
مؤشرات الاضطرابات السلوكية	من 15إلى اقل من 17 السنة	48	69.96			*9.859	0.00	*10.630	0.01	0.05
	من 19 إلى 20 السنة	18	59.33	*-10.630	0.00	-0.771	0.96	0	0	0.05

المصدر : الملحق رقم (25) **عند مستوى الدلالة (0.05)**

يتضح من خلال الجدول رقم (48) نتائج الإحصائية لاختبار التباين الأحادي على الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لأفراد العينة حيث قدرت قيمة (f) ب(16.06) وقيمة الدلالة تقدر ب(0.00) وهي قيمة أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وكذلك على مؤشرات الاضطرابات السلوكية تقدر قيمة (f) ب(14.59) وقيمة دلالة ب(0.00) وهي قيمة أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وعلى مؤشرات الاضطرابات الانفعالية تقدر قيمة (f) ب(14.73) وقيمة دلالة ب(0.00) وهي قيمة أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وبناء على هذه النتائج الإحصائية نقبل الفرضية السادسة التي نصت على **وجود فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأبناء المتمدرسين تبعا لمتغير السن** . حيث توجد فروق في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية تبعا لمتغير السن وللكشف عن اتجاه الفروق بين الفئات العمرية لأفراد العينة في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية على هذه المتغيرات ،تم استخدام اختبار (شيفيه) للكشف عن الفروق بين متوسطات الفئات العمرية في جدول رقم (49) الذي أسفر على النتائج التالية :

حيث أن هناك فرق بين قيمة المتوسط الحسابي للفئة العمرية التي تتراوح أعمارهم بين (15 وأقل من 17سنة) والفئة العمرية التي تتراوح أعمارهم بين (17 وأقل من 19 سنة) بفارق قدر ب(18.58*) وقيمة دلالة تساوي (0.00) لصالح الفئة التي تتراوح أعمارهم بين (15 و أقل من 17 سنة) بمتوسط حسابي يساوي (121.17 *) وبين هذه الفئة والفئة التي تتراوح أعمارهم بين (19 و 20 سنة) بفارق بين المتوسطات الحسابية تساوي(15.88*) وقيمة دلالة تساوي (0.004)وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05) لصالح الفئة التي تتراوح أعمارهم بين (15 وأقل من 17 سنة) نلاحظ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين الفئة العمرية (17 وأقل من 19) والفئة العمرية التي تتراوح أعمارهم بين (19 و20 سنة) بقيمة دلالة قدرت (0.9) وهي أكبر من مستوى الدلالة(0.05) تثبت هذه النتيجة الإحصائية عدم وجود فروق بين الفئتين تبعا لمتغير السن .

يمكن تفسير هذه النتائج على أساس أن ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المراهقين تختلف في شدتها حسب العمر ، أي أن متغير العمر له دور في اختلاف هذه المؤشرات بتأثير المستوى الصحي المنخفض للأولياء ، ويتجه الاختلاف لصالح الفئة العمرية بين (15 وأقل من 17) باعتبار هذه المرحلة العمرية للمراهق مرحلة أكثر حساسية وأكثر تأثير بالمثيرات التي تحيط بالمراهق ومن هذه المثيرات البيئة الوالدية في هذه المرحة من العمر فالأبناء يتجهون إلى الاستقلالية في الحياة مما

تواجههم ظروف غير معتادين عليها دون مساعدة من الوالدين الذين يعانون من ظروف نفسية غير سوية من خلالها لا يستطيعون تشخيص مميزات هذه المرحلة العمرية ولا يعطون أي اهتمام ولا اعتبار لأبنائهم المراهقين مما يؤثر في ظهور لديهم مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية اتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج **دراسة سلامة (1984)**حيث تهدف إلى معرفة العلاقة بين الجانب النفسي للأولياء وعلاقتها بمشكلات المراهق، حيث أظهرت نتائج هذه الدراسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير السن، وقد ترجع إلى الحياة النفسية الصعبة التي يعيشها الأولياء في طفولتهم من خلال تعرضهم للإساءة النفسية والخبرات الصادمة ، تعرضهم للإساءة أو الضرب من قبل أوليائهم ، واعتيادهم على تلك الوسيلة لا يجدون خيارا مع أبنائهم سوى الاستمرار على نفس النهج الذي كان مرفوضا من قبلهم وهم مراهقين .

كما تلعب أحداث الحياة الضاغطة دورا جوهريا في استثارت نوبات الغضب لدى بعض الأولياء حيث يجعلون أبنائهم متنفسا لهم لتفريغ غضبهم . وإحباطات الحياة اليومية هي الأخرى تسهم في عدوانية الأولياء اتجاه أبنائهم ، وسيطرت الغضب عنهم وعدم إيجاد طريقة سليمة للتعبير عنه يحتم الأولياء بإسقاط هذا الغضب بتعنيف الأبناء ونظرا لسوء الحالة النفسية لهؤلاء الأولياء تجعلهم يفتقرون لأساليب الحوار الاجتماعي داخل الأسرة وكذلك تجعلهم عاجزين على تحقيق متطلبات الحياة لأبنائهم ينعكس ذلك بالإساءة النفسية والاجتماعية والسلوكية كالعنف اللفظي كثرة السب والشتم والاحتقار والتوبيخ ويؤدي ذلك لدى الأبناء تكوين سلبي عن ذواتهم بأنهم منبوذين وغير مرغبين فيهم حيث يفقدون ثقتهم بأنفسهم ويشعرون بالنقص وتتولد في انفسهم مؤشرات القلق والسلوكيات العدوانية والحركة المفرطة والاندفاعي والانسحاب الاجتماعي والغضب والخجل ويصبحون غير قادرين على تحمل المسؤولية والتعامل الاجتماعي السليم وتكوين العلاقات الإيجابية مع الغير. وكذلك **دراسة محمد بدر (2008)**التي تناولت إدراك البنات المراهقات للرفض الأولياء ومستوى السلوك العدواني لديهن، التي أظهرت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير السن لمستوى السلوك العدواني للمراهقات. وتوافق كذلك مع **دراسة إيمان محمد أبو ضيف (1998)** بعنوان سوء معاملة الأبناء وعلاقتها ببعض الاضطرابات السلوكية دراسة تشخيصية طبقت الدراسة على (400) مراهق ومراهق بمصر. وأسفرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الفئات العمرية بالنسبة لسوء المعاملة ، إذن نتائج هذه الدراسة أثبتت وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير السن .

وكذلك **دراسة عزيزة عدو(2012)** بعنوان " :العنف الأسري والصحة النفسية للمراهق الجزائري" حيث

خلصت مجمل نتائج هذه الدارسة إلى نتيجة ذات شقين:

يتمثل الشق الأول في وجود تأثير دال إحصائيا بين الممارسات الوالدية الميالة إلى العنف، النبذ واضطراب الصحة النفسية للمراهق فيما يتجسد الشق الثاني في ميل المراهقين الذين تتسم ممارسات والديهم حيالهم بالتساهل والتقبل إلى عدم اضطراب الصحة النفسية.وأسفرت نتائج هذه الدراسة بوجود فروق دالة إحصائيا حسب متغير السن ، حيث تتفق هذه النتائج مع نتائج دراستنا.

ودراسة العريبي(1993) بعنوان أنماط الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء وعلاقتها بالسلوك العدواني ، وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة إلى وجود علاقة دالة بين الصحة النفسية الغير السوية للأولياء مثل الاضطراب النفسي والقلق والانسحاب والاكتئاب والغضب والانطواء و بين السلوك العدواني اللفظي وغير اللفظي بين الأبناء، وأسفرت نتائج هذه الدراسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة حسب متغير السن . وهذا ما يتوافق مع دراستنا .

وعليه فإن متغير السن له علاقة في إظهار الفروق بين فئات العمر في مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية. لأن الأولياء المضطربين نفسيا يتصرفون عشوائيا مع أبنائهم دون مراعات المراحل العمرية وما ينجر عليها من تغيرات فيزيولوجية وبيولوجية للمراهق لكن المراهقين لهم تغيرات تختلف من مرحلة عمرية إلى أخرى تتأثر بالصحة النفسية لأوليائهم هذا ما يؤدي إلى وجود الفروق حسب كل مرحلة .

في هذه الدراسة فإن الفروق لصالح الفئة التي تتراوح أعمارهم بين (15 واقل من 17) لأن في هذه الفترة من العمر يكون فيها التغيرات الفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية للمراهق في ذروتها والمراهق في حاجة ماسة للمساعدة التربوية والنفسية والاجتماعية لتحقيق استقلال والتحرر الذاتي ومن أهم الأفراد الذي يستعينون بهم الأولياء وإذا كانوا الأولياء لا يلبون حاجات هؤلاء المراهقين وعدم مساعدتهم على الاستقلال الذاتي ويزيدهم في الضغوطات النفسية والاجتماعية هذا ما يؤدي بهم إلى الانحياز إلى تصرفات وسلوكيات غير عادية وهذا ما تشير إليه مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية .

8 عـــــــــرض ومناقشـــــــة نتائـــــــج الفرضيـــــــة السابعـــــــة:

نصت الفرضية السابعة على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى للأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي تبعا لمتغير المستوى الدراسي.

نستعرض الفروق في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى التلاميذ المراهقين المتمدرسين بالطور الثانوي الذين يعانون من هذه المؤشرات حسب متغير المستوى الدراسي باستعمال اختبار تحليل

التباين الأحادي (Anova) بهدف الفحص التباين في ظهور هذه مؤشرات حسب مستوى الدراسي (الأولى والثانية والثالثة ثانوي) على استبيان ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المراهقين المتمدرسين في الطور الثانوي كما يبين الجدول التالي:

جدول رقم (50) نتائج التباين الأحادي (F) في ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية تبعا لمتغير المستوى الدراسي.

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	درجة الحرية	قيمة (F)	قيمة الدلالة	الدلالة
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات الانفعالية والسلوكية	بين المجموعات	17529.0	8764.1	2	38.23	0.00	دالة
	داخل المجموعات	26820.2	229.23	117			
	المجموع	44349.3		119			
مؤشرات الاضطرابات الانفعالية	بين المجموعات	3682.3	1841.2	2	35.70	0.00	دالة
	داخل المجموعات	6033.8	51.57	117			
	المجموع	9716.3		119			
المؤشرات الاضطرابات السلوكية	بين المجموعات	5197.5	2598.7	2	30.62	0.00	دالة
	داخل المجموعات	9929.8	84.87	117			
	المجموع	15127.3		119			

المصدر : الملحق رقم (27،26) **دالة عند مستوى الدلالة (0.05)**

ولمعرفة دلالة الفروق لأفراد العينة حسب المتغيرات ولصالح أي مستوى دراسي استخدمنا اختبار شيفه (Scheffe) للمقارنات البعدية كانت النتائج كما يلي :

جدول رقم (51) اختبار شيفيه لمعرفة اتجاه الفروق في ظهور الاضطرابات السلوكية و الانفعالية حسب متغير المستوى الدراسي

المتغيرات	مستوى الدراسي	التكرار	المتوسط الحسابي	الأولى ثانوي	مستوى الدلالة	الثانية ثانوي	مستوى الدلالة	الثالثة ثانوي	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية مؤشرات الاضطرابات السلوكيةوالانفعالية	الأولى ثا	71	118.31	0	0	5.238	0.30	*32.76	0.00	0.05
	الثانية ثا	28	113.07	-5.238	0.3	0	0	27.548*	0.00	0.05
	الثالثة ثا	21	85.82	*-32.78	0.00	*-27.54	0.00	0	0	0.05
مؤشرات الاضطرابات الانفعالية	الأولى ثا	71	49.83	0	0	*1.295	0.7	*14.87	0.00	0.05
	الثانية ثا	28	48.45	-*1.295	0.7	0	0	*13.58	0.00	0.05
	الثالثة ثا	21	34.95	*-14.87	0.00	-*13.58	0.00	0	0	0.05
مؤشرات الاضطرابات والسلوكية	الأولى ثا	71	68.48	0	0	3.94	0.16	*17.90	0.00	0.05
	الثانية ثا	28	64.54	-3.943	0.16	0	0	*13.96	0.00	0.05
	الثالثة ثا	21	50.57	-*17.97	0.00	*-13.96	0.00	0	0	0.05

المصدر : الملحق رقم (28) **مستوى الدلالة 0.05***

يتضح من خلال الجدول رقم (50) نتائج الإحصائية لاختبار التباين الأحادي على الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لأفراد العينة تبعا لمتغير المستوى الدراسي حيث قدرت قيمة (f) ب(38.23) وقيمة الدلالة تقدر ب(0.00) وهي قيمة أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وكذلك على مؤشرات الاضطرابات السلوكية تقدر قيمة (f) ب(30.62) وقيمة دلالة ب(0.00) وهي قيمة أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وعلى مؤشرات الاضطرابات الانفعالية تقدر قيمة (f) ب(35.70) وقيمة دلالة ب(0.00) وهي قيمة أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وبناء على هذه النتائج الإحصائية نقبل الفرضية السابعة التي تنص على **وجود فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأبناء المتمدرسين تبعا لمتغير المستوى الدراسي** . حيث توجد فروق في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية تبعا لمتغير المستوى الدراسي وللكشف عن اتجاه الفروق بين هذه المستويات في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية ،تم استخدام اختبار (شيفيه) للكشف عن الفروق بين متوسطات المستويات الدراسية (الأولى والثانية والثالثة ثانوي) الموضح في جدول رقم (50) الذي أسفر على النتائج التالية :

بالنسبة لظهور مؤشرات الاضطرابات الانفعالية والسلوكية حيث أن هناك فرق بين قيمة المتوسط الحسابي لمستوى الدراسي الأولى ثانوي ومستوى الثالثة ثانوي لصالح المستوى الأولي ثانوي على الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المراهقين بمتوسط حسابي قيمته تساوي (118.31) ومتوسط حسابي لمستوى (الثالثة ثانوي) يساوي (85.52) بفارق يساوي (32.78*) وقيمة دلالة تساوي (0.00) لصالح مستوى الأولي ثانوي وقيمة دلالة تساوي (0.00) فهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05) تثبت هذه النتيجة الإحصائية بوجود فروق بين الفئتين تبعا لمتغير المستوى الدراسي . أما بالنسبة للأولى ثانوي والثانية ثانوي لا يوجد فروق في ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية بفارق يساوي (5.23) وقيمة دلالة تساوي (0.3) أما بالنسبة لمستوى الثانية والثالثة يوجد فروق في ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية بفارق يساوي (27.54*) وقيمة دلالة تساوي (0.00) فهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05).

أما بالنسبة لظهور مؤشرات الاضطرابات الانفعالية حيث أن هناك فرق بين قيمة المتوسط الحسابي لمستوى الدراسي (الأولى ثانوي) ومستوى (الثالثة ثانوي) لصالح المستوى (الأولي ثانوي) على مؤشرات الاضطرابات الانفعالية للأبناء المراهقين بمتوسط حسابي قيمته تساوي (49.83) ومتوسط حسابي

لمستوى (الثالثة ثانوي) يساوي (48.54) بفارق يساوي (14.87*) وقيمة دلالة تساوي (0.00) لصالح مستوى (الأولى ثانوي) وقيمة دلالة تساوي (0.00) فهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05) تثبت هذه النتيجة الإحصائية بوجود فروق بين الفئتين تبعا لمتغير المستوى الدراسي . أما بالنسبة للأولى ثانوي والثانية ثانوي لا يوجد فروق في ظهور الاضطرابات الانفعالية بفارق يساوي (1.29) وقيمة دلالة تساوي (0.7) أما بالنسبة لمستوى الثانية والثالثة يوجد فروق في ظهور الاضطرابات الانفعالية بفارق يساوي (13.58*) وقيمة دلالة تساوي (0.00) فهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05). تثبت هذه النتيجة الإحصائية بوجود فروق بين الفئتين تبعا لمتغير المستوى الدراسي.

أما بالنسبة لظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية حيث أن هناك فرق بين قيمة المتوسط الحسابي لمستوى الدراسي (الأولى ثانوي) ومستوى (الثالثة ثانوي) لصالح المستوى (الأولى ثانوي) على مؤشرات الاضطرابات السلوكية للأبناء المراهقين بمتوسط حسابي قيمته تساوي (68.48) ومتوسط حسابي لمستوى (الثالثة ثانوي) يساوي (50.57) بفارق يساوي (17.90*) وقيمة دلالة تساوي (0.00) لصالح مستوى (الأولى ثانوي) فهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05) تثبت هذه النتيجة الإحصائية بوجود فروق في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية بين الفئتين تبعا لمتغير المستوى الدراسي . أما بالنسبة للأولى ثانوي والثانية ثانوي لا يوجد فروق في ظهور الاضطرابات السلوكية بفارق يساوي (3.94.) وقيمة دلالة تساوي (0.16) أما بالنسبة لمستوى الثانية والثالثة يوجد فروق في ظهور الاضطرابات السلوكية بفارق يساوي (13.96*) وقيمة دلالة تساوي (0.00) فهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05). تثبت هذه النتيجة الإحصائية بوجود فروق في ظهور الاضطرابات السلوكية بين الفئتين تبعا لمتغير المستوى الدراسي لصالح مستوى الأولى ثانوي.

وعليه فإن مرحلة الأولى ثانوي تعتبر مرحلة يصبح التلميذ أكثر اضطرابا مقارنة بمستويات الدراسية الثالثة والثانية الثانوية ،وهذه النتائج تتوافق مع بعض نتائج الدراسات السابقة مثلا دراسة **جوزيف ولازر**، Josef and lazar، (1998) بموضوع تأثير الوالدين المضطربين نفسيا على أبنائهم المراهقين من حيث سلوكياتهم وعلاقتهم الاجتماعية ، وأسفرت نتائج الدراسة ضعف في التكيف الاجتماعي وتحصيلهم العلمي مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير المستوى الدراسي .فنتائج هذه الدراسة تتوافق مع نتائج دراستنا بأن المستوى الدراسي كمتغير يوجد له تأثير في الفروق في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لأفراد العينة تبعا لمتغير المستوى الدراسي وكذلك بالنسبة لدراسة **توماس جيه سكوفيلد وأخرون**

thomas .j.svhofield ate (2018) بالولايات المتحدة الأمريكية بعنوان التربية القاسية من جراء سوء الصحة النفسية للوالدين وعلاقتها بالصحة النفسية والبدنية والاضطرابات السلوكية للمراهقين والدور الوقائي الإيجابي . وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة سلوكيات الوالدين المشتركة التي قد تساعد إلى ظهور مخاطر صحية للمراهقين الأبناء. ومن النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير المستوى الدراسي للمراهقين.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراستنا بتأثير المستوى الدراسي على ظهور الفروق في الاضطرابات السلوكية والانفعالية للمراهقين المتمدرسين في الطور الثانوي. وكذلك **دراسة هند القيسي(2004)** بعنوان تأثيرات الإساءة بنوعها الانفعالية والجسدية والإهمال بنوعها الانفعالي والجسدي للأولياء على سلوكيات وانفعالات الأبناء في عمان. وتوصلت النتائج أن الإساءة الانفعالية والإهمال الانفعالي اللذان يعتبران جانب من جوانب الصحة النفسية لهما تأثير أكبر على الجانب السلوكي والانفعالي للأبناء. وأثبتت بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير المستوى الدراسي وكذلك بالنسبة لدراسة Nelson C (1993) Valliant بعنوان ديناميكية شخصية المراهقين الذكور والإناث في حال سوء الصحة النفسية للأولياء ، وتوصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سمات شخصيات الأبناء تبعا لمتغير المستوى الدراسي نظرا لخصوصية كل مرحلة من مراحل الدراسة وهذه الدراسة تتوافق مع دراستنا بتأثير متغير المستوى الدراسي في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

وبناء على نتائج الإحصائية لدراستنا لا يمكن أن ننكر دور المستوى الدراسي كمتغير مهم في ظهور الفروق في مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للمراهق المتمدرس في الطور الثانوي فحدة مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي يعاني منها التلميذ في مستوى الأولى ثانوي ليس بنفس الحدة التي يعاني منها تلميذ المستوى الثالثة ثانوي لأن الوسط المدرسي يختلف من مستوى إلى آخر كذلك التلميذ السنة الثالثة ثانوي في حاجة إلى مساعدة إرشادية وتوجيه نفسي للتعايش مع الحاجات الذاتية والوسط الاجتماعي وبداية اتخاذ المسؤوليات وفي حالة عدم الاهتمام والإهمال وسوء الفهم والمعاملة من الأولياء نتيجة لسوء الصحة النفسية تجعل لها تأثير على سلوكيات وانفعالات هؤلاء التلاميذ بحدة أكثر وعليه يمكن أن نثبت أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة تبعا لمتغير المستوى الدراسي في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

9 الاستنتـــــــــــــــــاج العـــــــــــام:

تعتبر تربية الأبناء من أهم مسؤوليات الأسرة وهي وظيفة لها درجة كبير من الأهمية ، ولتحقيق ذلك اتخذت أساليب مختلفة تتبنى أهدافا متنوعة ، وباعتبار أن الأولياء دورهم لا يقل أهمية بين أفراد الأسرة أو أنهم يعتبرون هم الأسر في حد ذواتهم ،من خلال ذلك فإن أي سلوك يصدر عن هؤلاء الأولياء لا يخلوا من التأثير على أفراد الآسرة إما بالإيجاب أو السلب ،وخاصة بالنسبة للأبناء الذين يجتازون مرحلة نمو حرجة وحساسة وهي مرحلة المراهقة .

وباعتبار موضوع الصحة النفسية له دور كبير في تحديد الشخصية السوية وغير السوية ،وعليه تجلت هذه الدراسة في توضيح مستويات الصحة النفسية للأولياء وكيف تكون كعامل من عوامل ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المراهقين المتمدرسين في الطور الثانوي .

وتعتبر الصحة النفسية للأولياء المتميزة بالهدوء والاستقرار والقبول والبعيدة عن التوتر والارتياح ، بهذه الصفة النفسية أقرب إلى أبنائهم في إدراك حاجاتهم وتلبيتها مما تجعل العلاقة بين الأولياء والأبناء علاقة طبيعية وتؤثر على نمو شخصية أبنائهم تأثيرا إيجابيا. أما إذا كانت الصحة النفسية للأولياء في حالة سيئة حيث يفتقد الهدوء والاستقرار ،ويسود العلاقة بين الأولياء وأبنائهم المراهقين جو من التوتر وعدم الاستقرار يتعذر من خلالها تلبية الحاجات النفسية والبيولوجية والاجتماعية التي تجعل حياة المراهق تتميز بعدم التوازن في سلوكياته ومزاجه الانفعالي.

وبما أن مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية تختلف في الدوافع والأسباب ، تبعا لاختلاف المؤثرات الاجتماعية والأسرية.

في هذا السياق جاءت الدراسة الحالية للكشف عن العلاقة الموجودة بين الأولياء واضطرابات الأبناء من خلال التعرف على جانب من جوانب شخصية الأولياء وهي حالتهم النفسية التي قد تكون سببا في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لأبنائهم المراهقين ،وقد تم تقسيم هذه الدراسة في جانبها النظري إلى أربعة فصول أما الجانب الميداني قد أدرج في فصلين ومن خلال هذه الخطوات المنهجية أسفرت نتائج هذه الدراسة على ما يلي : .

حيث تم عرض نتائج الفرضية الأولى في الجدول رقم (41) والتي نصت على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء وظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المراهقين المتمدرسين في الطور الثانوي المتمثلة في القيم الإحصائية التالية :

قيمة معامل الارتباط للدرجة الكلية للصحة النفسية للأولياء بالدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية ب(0.58**) وقيمة دلالة تقدر ب(0.00)،أي كلما زادت الصحة النفسية للأولياء انخفاض تزيد ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المراهقين وكذلك العلاقة ما بين الدرجة الكلية للصحة النفسية للأولياء بالدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية بلغت قيمة معامل الارتباط ب(0.49**) وقيمة دلالة تقدر ب(0.00)،أي كلما زادت الصحة النفسية للأولياء انخفاض تزيد ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية وما بين الدرجة الكلية للصحة النفسية للأولياء بالدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات الانفعالية بلغت قيمة معامل الارتباط ب(0.60**) وقيمة دلالة تقدر ب(0.00)،أي كلما زادت الصحة النفسية للأولياء انخفاض تزيد ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية وكذلك العلاقة ما بين مستوى الصحة النفسية المنخفضة للأولياء بالدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية بلغت قيمة معامل الارتباط ب(0.55**) وقيمة دلالة تقدر ب(0.00)،أي كلما زادت الصحة النفسية للأولياء انخفاض تزيد ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية وكذلك مستوى الصحة النفسية للأولياء المتوسط وعلاقته بالدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية كما يدركها الأبناء توجد لها علاقة ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية بمعامل الارتباط قدر ب (0.49 **) وقيمة دلالة قدر ب(0.00) أي أن الصحة النفسية للأولياء المتوسطة كما يدركها الأبناء لها علاقة في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المراهقين .

وأما بالنسبة لمستوى الصحة النفسية المرتفعة بالدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات الانفعالية للأولياء لا توجد لها علاقة ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية بمعامل ارتباط قدر ب(0.16) و قيمة دلالة قدرت ب(0.075)

في حين أن نتائج **الفرضية الثانية** المبينة في الجدول رقم (42) نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في ادراك الأبناء المتمدرسين بالطور الثانوي لمستوى الصحة النفسية للأولياء تبعا لمتغير الجنس لصالح الذكور وهذا طبقا لنتائج اختبار (T)التي تقدر ب(3.89) بقيمة الدلالة قدرت ب (0.00)

أما بالنسبة لنتائج **الفرضية الثالثة** في الجدول رقم (43) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ادراك الأبناء لمستويات الصحة النفسية للأولياء تبعا لمتغير السن وهذا طبقا لنتائج اختبار التباين الأحادي (Anova) التي تقدر ب(16.75) بقيمة الدلالة قدرت ب (0.00)

أما **الفرضية الرابعة** أوضحت النتائج في الجدول رقم (45)على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في ادراك الأبناء لمستوى الصحة النفسية المنخفض للأولياء تبعا لمتغير المستوى الدراسي لصالح الأولى ثانوي وهذا طبقا لنتائج اختبار التباين الأحادي (Anova) التي تقدر ب(21.55) بقيمة الدلالة قدرت ب (0.00).

كما اتضح من خلال عرض نتائج **الفرضية الخامسة** في الجدول رقم (47) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية تبعا لمتغير الجنس لصالح الذكور وهذا طبقا لنتائج اختبار (T) التي تقدر ب(2.25) بقيمة الدلالة قدرت ب (0.008)

أما بخصوص نتائج **الفرضية السادسة** المبينة في الجدول رقم (48) والتي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية تبعا لمتغير السن لصالح الفئة التي تتراوح أعمارهم بين (15 وأقل من 17 سنة) طبقا لنتائج اختبار (f) التي تقدر ب(16.06) بقيمة الدلالة قدرت ب (0.03)للدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لأفراد العينة.

كما أثبتت نتائج **الفرضية السابعة** في الجدول رقم (50) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية تبعا لمتغير المستوى الدراسي لصالح مستوى الأولى ثانوي وهذا طبقا لنتائج اختبار التباين الأحادي (F)(Anova)التي تقدر ب(38.23) بقيمة الدلالة قدرت ب (0.00)

وبناء على النتائج الإحصائية توصلنا إلى ما يلي :

- قبول الفرضية الأولى التي نصت على أنه توجد علاقة ارتباطية بين مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء المتمدرسين للطور الثانوي وظهور لديهم مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية .
- قبول الفرضية الثانية التي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك الأبناء المتمدرسين في الطور الثانوي لمستويات الصحة النفسية لأوليائهم تبعا لمتغير الجنس لصالح الذكور.
- قبول الفرضية الثالثة التي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك الأبناء المتمدرسين في الطور الثانوي لمستويات الصحة النفسية للأولياء تبعا لمتغير السن لصالح (15 إلى أقل من 17 سنة).

- قبول الفرضية الرابعة التي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك الأبناء المتمدرسين في الطور الثانوي لمستويات الصحة النفسية للأولياء تبعا لمتغير المستوى الدراسي لصالح الأولى ثانوي.
- قبول الفرضية الخامسة التي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المتمدرسين في الطور الثانوي تبعا لمتغير الجنس لصالح الذكور.
- قبول الفرضية السادسة التي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المراهقين المتمدرسين في الطور الثانوي تبعا لمتغير السن لصالح الفئة العمرية (15 إلى أقل من 17 سنة) .
- قبول الفرضية السابعة التي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المتمدرسين لطور التعليم الثانوي تبعا لمتغير المستوى الدراسي لصالح الأولى ثانوي.

بعد عرض ومناقشة نتائج كل الفرضيات توصلنا إلى أن مستوى الصحة النفسية المنخفضة والمتوسطة للأولياء كما يدركها الأبناء لها علاقة طردية موجبة بظهور مؤشرات الإضطرابات السلوكية والإنفعالية للأبناء المراهقين أما مستوى الصحة النفسية المرتفع لا علاقة له في ظهور مؤشرات الإضطرابات السلوكية والإنفعالية للأبناء المراهقين .

ومن خلال ذلك فإن سوء حالة الصحة النفسية للأولياء ، يخلق جو من التوتر النفسي في الأسرة ، حيث العدوانية ، والصراع الخفي ،والشكاوي والاتهامات، أين يعيش الإبن المراهق واقع الصراع والعدوانية الكامنة وراء الهدوء الظاهري بين الوالدين ، وتتراكم في نفسه حالة القلق والضيق والإحباطات النفسية ومشاعر الغيظ تجاه الوالدين .

فالحب والانتماء حين يفقدان في الأسرة ، لا يمكن أن يظل مكانهما شاغرا ، بل هما يملأن ببدائل تعويضية هي أبعد ما تكون عن الإضطرابات الانفعالية والسلوكية .

وفي حالة عدم توفر النضج النفسي وتدني مستوى الصحة النفسية للأولياء حيث يحل ظاهرة العدوان والانفصال النفسي والصراع والعنف الجسدي والنفسي، وبذلك تنتشر في الأسرة التحطيم والانتقام والاضطرابات النفسية المختلفة ،وفي كل الأحوال فالمراهق هو الأكثر ضحايا لتصدع والتوتر النفسي للأولياء فنوعية العلاقة بين الأولياء وأبناءهم في إطار مستوى صحتهم النفسية تؤدي إلى تهيئة مناخ

نفسي معين ، لهذا يرى كثير من علماء النفس أن ما يحدث من استقرار في محيط الأسرة يسهم في مستوى الصحة النفسية لأفرادها، وهذا يتفق مع رأي "**عبد العزيز القوصي** "عندما ذكر أن الصحة النفسية السليمة تبدأ في المنزل ، وهذا يشير إلى حيوية وخطورة الدور الذي يستطيع مستوى الصحة النفسية للأولياء بما يشيعه من عوامل الأمن والطمأنينة أن يقوم به في تحديد ما يمكن أن يكون عليه الفرد من صحة نفسية وينبه "**بول لاندس و جوان هير**" (1954) أن تواجد الولدين مع الأبناء وشيوع مناخ من الألفة والدفء والمودة بين جميع أفراد الأسرة ،تحقق لأبنائها الشعور بالاستقرار والطمأنينة ، وتجنبهم ما قد يحدث في حياتهم من قلق واضطراب، وأن ابتعاد الوالدين عن الأبناء وانشغالهم عنهم وعدم القيام كل منهم بأداء وظيفة الوالدية بسبب سوء الصحة النفسية يؤدي إلى اضطرابات في جو الأسري عامة .

ويؤكد كل من " **رمزية الغريب**" ، (1960) و" **مصطفى فهمي** " (1975) و"**تور برت ريجر**" و"**كون ديفرز**"(1984) و"**علي احمد علي**"(1986)على أن الإستقرار العائلي الذي يتمثل في حسن التعامل بين الوالدين من جهة والأبناء من جهة أخرى وقيام كل فرد من أفراد الأسرة بدوره تجاه الآخر ، والمشاركة الفعلية في حل ما يصادف الأسرة من مشكلات ، والتسامح وعدم التعصب هي شروط لابد من أن تتوفر في الجو الأسري حتى يتسنى لأفرادها إمكانية التمتع بالصحة النفسية السليمة .

وتمثل صحة الأولياء النفسية ضمان تماسك الأسرة وأفرادها واستقرارها وقيامها بوظائفها الحيوية بالفعالية المطلوبة ، ولذلك أخذت الصحة النفسية للأولياء تحتل أهمية خاصة في سياسات رعاية الأسرة وتمكينها.

وعليه فإن ضعف النضج النفسي للأولياء وعدم قدرتهم ومسايرة التغيرات التي تظهر على أبنائهم في مرحلة المراهقة تؤثر على مجرى سلوكيات وانفعالات أبنائهم. حيث تؤدي بهم إلى إظهار مؤشرات سلوكية وانفعالية مضطربة (مثل مؤشرات القلق ،مؤشرات الخجل ، مؤشرات العدوانية ، الحركة المفرطة ، السلوك الاندفاعي).

ومن خلال العرض السابق لنتائج الدراسة ،يتضح أن مستوى الصحة النفسية المنخفض للأولياء لها علاقة في ظهور مؤشرات الإضطرابات السلوكية والإنفعالية للأبناء المراهقين، فالمراهقين الذين تظهر لديهم مؤشرات الإضطرابات السلوكية والإنفعالية فإن الحالة النفسية للأولياء الغير العادية لها نسبة كبيرة في حدوث هذه الإضطرابات لدى الأبناء ، وهذا بناء على أن الأولياء في احتكاك دائم ومستمر مع أبنائهم وما يصيب الأولياء ينعكس ذلك على الأبناء إيجابيا كان أو سلبيا وفي هذه الدراسة أثبت أن الحالة غير عادية للأبناء لها علاقة بالظروف النفسية غير سوية للأولياء وهي مستوى الصحة النفسية

المنخفضة التي تشوبها الإضطرابات وعدم الإستقرار وعدم التكيف والتوترات الاجتماعية والنفسية للأولياء تنعكس على شخصية الأبناء المراهقين بظهور لديهم مؤشرات الإضطرابات السلوكية والإنفعالية تتجسد في سلوكيات عدوانية ،الحركة المفرطة ، سلوك اندفاعي ،انسحاب اجتماعي وهذه التصرفات بدورها تؤثر على مجرى حياتهم العادية ومنها العمل الدراسي الذي يصبح التلميذ غير قادر على التكيف والتوافق بالمحيط الدراسي وعدم القدرة على مسايرة البرامج والنظام الدراسي مما يؤثر على تحصيله ونتائجه الدراسية والعلمية والتربوية ومستقبله المهني.

الاقتـــــــــــراحـــــات

استنادا لما أسفرت عنه دراستنا الحالية من نتائج فإننا نقترح مجموعة من الاقتراحات التي تسهم في توضيح الطريقة التي بها يكتسب الأولياء صحة نفسية مرتفعة (سوية) وبدورها تسهم في تقليل أو حد من ظهور مؤشرات الإضطرابات السلوكية والانفعالي لأبنائهم المراهقين.

1. ضرورة تنبيه وتوعية الأولياء بمفهوم الجانب النفسي وأهميته ودوره وتأثيره على حياة الفرد والأسرة والمجتمع.
2. يجب على الجهات المختصة بشؤون الصحة النفسية أن تقدم توعية كافية للأولياء على موضوع الصحة النفسية الإيجابية منها والسلبية ومخلفاتها على شخصية الأبناء.
3. إجراء دراسات تشمل برنامج علاج نفسي لحالات النفسية غير سوية للأولياء.
4. إجراء دراسات علمية على الأبناء المراهقين المضطربين سلوكيا وإنفعاليا للكشف عن دور الأولياء في حدوث هذه الإضطرابات .والعمل على إحداث برامج نفسية علاجية للحد من المؤثرات السلبية
5. إدراج مواضيع إرشادية نفسية كمادة دراسية بالمنهاج الدراسي في المنظومة التربوية الجزائرية للطورين المتوسط والثانوي.
6. على المختصين النفسانيين إجراء حصص إعلامية لأولياء التلاميذ على مستوى مؤسسات التربوية بموضوع الصحة النفسية.
7. تخصيص برامج على مستوى الوسائل الإعلامية لمعالجة موضوع الصحة النفسية للأولياء وانعكاساتها على التنشئة السوية للأبناء.
8. العناية بالمراهقين الذين يعانون من مؤشرات الإضطرابات السلوكية والإنفعالية بحصص إرشادية نفسية ومعاملة خاصة من طرف الطاقم الإداري والتربوي بالمؤسسات التربوية.
9. إجراء دراسات تتناول طرق وقاية المراهقين من التعرض لإساءة من طرف الأولياء نظرا لظروفهم النفسية غير سوية.
10. توعية خاصة من المختصين النفسانيين للمعلمين والأساتذة بإبراز لهم خصائص وأنواع الإضطرابات السلوكية والإنفعالية حتى يتمكنوا من تحديد التلاميذ الذين لديهم هذه الإضطرابات وتوجيههم توجيها إيجابيا ومعاملتهم معاملة هادفة وخاصة.

11. تحسيس الأولياء عن طريق كل الوسائل التوعية والتربوية كالملتقيات والتجمعات الخاصة بالأولياء بالمؤسسات التربوية بأهمية الجانب النفسي للأولياء في تنشئة الأبناء المراهقين، من أجل تحقيق الأمن النفسي والتوافق السلوكي والانفعالي لهؤلاء الأبناء.
12. العمل على تنشيط ندوات ومحاضرات وتوزع المنشورات حول أهمية ودور الصحة النفسية للأولياء على الأبناء.
13. إنشاء مراكز توجيهية وإرشادية نفسية تتكفل بالمساعدة النفسية للأولياء والأبناء في حل المشاكل بطريقة سليمة وصحيحة.
14. على أن تكون نتائج هذه الدراسة بداية لدراسات أخرى تبرز عوامل وأسباب أخرى نجهلها قد تكون لها دور في ظهور مؤشرات الإضطرابات السلوكية والإنفعالية للمراهق .

خاتمة

خاتمـــــــــــــــــــــــــــة

يتدرج الإنساني في سلسلة من الحلقات العمرية تتوالى بانتظام حسب قوانين محكمة ، منذ بدايتها حتى نهايتها ومن أهم هذه الحلقات العمرية هي مرحلة المراهقة ،وللمراهقة مميزاتها وطبيعتها الخاصة والمنفردة ، التي تعرف وتتصف بعدم الإستقرار، وللسعي إلى الاستقرار، يكمن في الاعتماد على توجيه وإرشاد من الأفراد أكثر رشدا وخبرة الذين هم من حوله وهذا عن طريق إرشاد المراهق وإعطائه عناية تكون في مستوى تلك المرحلة العمرية ومن أجل هذا تعتبر الأسرة هي النواة الأساسية للمجتمع والتي تتعهد للأبناء بالعناية المتوازية والرعاية الكافية والتوجيه والإرشاد الصحيح ، وتحقيق الحاجات النافعة ، وذلك من خلال التفاعل الأولياء بأبنائهم لمساعدتهم في نضج شخصيتهم وتوجيههم توجيها سليما وفعالا يتماشى مع حاجات المراهق وقدراته واستعداداته وسعي لظهورها في إطار مقبول ذاتيا واجتماعيا .

وباعتبار الصحة النفسية للأولياء بمستوياتها وأنماطها من المواضيع التي أخذت من اهتمام علماء النفس والتربية حيزا وافرا ، وأعتبر هذا الموضوع صعب الإلمام به مما يتميز بتشعبات متداخلة ومن تأثيرات متنوعة ومختلفة على نمط حياة الأفراد الذاتية منها والاجتماعية ، وما يصدر عن الأفراد من تصرفات وسلوكيات وانفعالات غير سوية إلا ونجد الجانب النفسي له نصيبا أوفر في ذلك .

إذن هو عامل من عوامل الشخصية السوية وغير السوية للأفراد. ومن خلال ذلك اتخذنا من هذه الدراسة سبيلا لمعالجة موضوع مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء وعلاقتها بظهور الإضطرابات السلوكية والإنفعالية للأبناء المراهقين المتمدرسين في الطور الثانوي في البيئة الجزائرية (ولاية المدية).

حيث شملت الدراسة على جانبي نظري وآخر تطبيقي. ونتائج هذه الدراسة أسفرت على وجود علاقة بين مستوى الصحة النفسية للأولياء وظهور مؤشرات الإضطرابات السلوكية والإنفعالية للأبناء المراهقين

وتعتبر الصحة النفسية للأولياء من أقوى الحالات المؤثرة على شخصية الأبناء في الاستقرار النفسي والسلوكي والاجتماعي والجسدي، فالفشل في تزويد الإبن المراهق بالرعاية النفسية السلبية ، وعدم إشباع حاجاته العاطفية وعدم مراعاة خصائص نمو مرحلة المراهقة وتلبية مطالبها وعدم توجيهها توجيها سليما وفعالا ، تجعل من المراهق أكثر اضطرابا سلوكيا وانفعاليا .

فالأولياء الذين صحتهم النفسية غير سوية يظهر لديهم تصرفات غير عادية مع أبنائهم كالإساءة وأساليب معاملة سيئة ، واضطرابات أسرية ،وسلوكيات غير متوازنة وأمراض نفسية متعددة وهذا حتما تؤثر على أبنائهم المراهقين وهذا ما أكدته هذه الدراسة في المجتمع الجزائري المتمثل في عينة من تلاميذ المتمدرسين في الطور الثانوي. وأخيرا يمكن التعامل مع الآثار الناجمة عن الصحة النفسية غير السوية للأولياء بموضوعية وتطوير مداخل أكثر فاعلية للعلاج وتوجيه الآباء إلى أن يكتسبوا صحة نفسية قادرة على التأثير الإيجابي على الحياة النفسية والسلوكية والوجدانية للأبناء المراهقين حتى ينشؤون تنشئة منعدمة من الآفات الذاتية والاجتماعية التي تؤثر بالسلب على حياته بصفة خاصة وعلى المجتمع بصفة عامة .

قائمـــة المراجـــع

المراجـــــــــــــــــع

1. إبراهيم عصمت مطاوع:(**1981**)، **علم النفس وأهميته في حياتنا** ،ط1 ،دار المعارف كورنيش النيل.
2. إبراهيم وجيه محمود: (1981)، **المراهقة خصائصها ومشاكلها**، ط1، دار المعارف الإسكندرية.
3. أبو حويج مروان ، و الصفدي عصام :(2001)،**مدخل إلى الصحة النفسية** ، ط1،،دار المسيرة عمان
4. أبو حويج مروان ، عصام الصفدي : (2009) ،**المدخل إلى الصحة النفسية** ، ط 1 ، دار المسيرة عمان الأردن.
5. أبو دف محمود:(1994)، **مقدمة في التربية الإسلامية**، ط2، غزة، الجامعة الإسلامية.
6. أبو شمالة أنيس عبد الرحمان : (2002)، **أساليب الرعاية في مؤسسات رعاية الأيتام وعلاقتها بتوافق النفسي** ، رسالة ماجستير غير منشورة – الجامعة الإسلامية غزة .
7. أبو عطية سهام درويش:(1997) **مبادئ الإرشاد النفسي**، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر عمان.
8. ابواسحاق، وأخرون :(1997) ، **محاضرات في الصحة النفسية** ،(د ط) ،الجامعة الإسلامية غزة ، فلسطين.
9. أحمد عبد العزيز سلامة:(1986) **أسس سيكولوجية الطفولة والمراهقة، مكتبة الفلاح**، ط1، مصر.
10. آدم، حاتم محمد:(2003)، **الصحة النفسية للطفل من الميلاد وحتى 12 سنة**، ط1، مؤسسة اقرأ للنشر والتوزيع والترجمة، مصر.
11. أسامة فاروق مصطفى :(2011)، **مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية** ، ط1، ، دار المسير للنشر والتوزيع عمان.
12. البلاوي، إيهاب : (2001) ، **قلق الكفيف تشخيصه وعلاجه** ، ط 2، سلسلة ذوي التربية الخاصة مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
13. الجبوري يوسف عبود : (1996)،**انتهاك حرمة الطفل وعلاقتها بظهور بعض الاضطرابات السلوكية** – رسالة ماجستير غير منشورة .
14. الحياني، صبرم برداف. :(2011)،**الصحة النفسية والعلاج النفسي**، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع عمان.
15. الداهري الحسن صالح: (2008)، **أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية والانفعالية** ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع عمان .
16. الداهري صالح ، والعبيدي ناظم :(2005)،**الشخصية والصحة النفسية** ، ط2، دار الكندي.

17. الروسان فاروق: (1999) ، **مقدمة في الإعاقة العقلية** ، ط1 ، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان الأردن.
18. العبيدي ، محمد جاسم : (2004) ، **مشكلات الصحة النفسية وأمراضها وعلاجها** ، ط1 ، مكتبة دار الثقافة عمان.
19. العزة ، سعيد :(2002)، **التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية** ، ط 3،الدارالعلمية للنشر والتوزيع. عمان.
20. العنان حنان عبد الحميد:(2003)، **الصحة النفسية** (د، ط) دار الفكر عمان.
21. القبالي يحي :(2008)، **الاضطرابات السلوكية والانفعالية** ، ط1 ، دار المسيرة عمان .
22. القريطي ، عبد العزيز وأخرون :(1992) ،**مقياس الصحة النفسية للشباب** ، ط2، مكتبة الأنجلو مصرية –القاهرة .
23. القريطي ،عبد المطلب أمين:(2003) ، **في الصحة النفسية** ، ط3، دار الفكر العربي القاهرة .
24. القريطي عبد المطلب أمين: (1998)، **في الصحة النفسية** ، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة مصر.
25. المطيري ، معصومة سهيل : (2005) ،**الصحة النفسية مفهومها اضطراباتها** ، ط1 ، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع . عمان الأردن.
26. المعهد الوطني للبحث في التربية(1999) **مذكرة تقيم مناهج اللغة العربية وآدابها**، المرحلة الثانوية، وزارة التربية.
27. الميثاق الوطني (1986).
28. النشرة الرسمية للتربية الوطنية: (2008)،**القانون التوجيهي للتربية الوطنية** رقم 04 – 08 المؤرخ في 23 جانفي 2008 .
29. الأن كازدين ت،عادل عبد الله محمد :(2010)،الاضطرابات السلوكية للأطفال و المراهقين ،ط 3، دار الرشاد القاهرة
30. باظة أمال عبد السميع : (1999) ، **الصحة النفسية** ، ط2، القاهرة مكتبة انجلوا مصرية .
31. ترجمة وجيه اسعد. ، (2001)، **المعجم الموسوعي في علم النفس** منشورات وزارة الثقافة العربية الجزء الثاني سوريا.
32. تركي رابح : (1989)، **أصول التربية والتعليم** ، ط2 ، دوان المطبوعات الجامعية الجزائر.
33. جبل، فوزي محمد:(2000)، **الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية**، ط 2، المكتبة الجامعية الإسكندرية.
34. جمال أبو دلو:(2009)، **الصحة النفسية**، ط2، دار أسامة للنشر والتوزيع الأردن عمان.

35. جميل حمداوي :(د ت) ،**المراهقة خصائصها و مشاكلها و حلولها، دراسة علمية** ، (د، ط) شبكة الألوكة المغرب.
36. حامد عبد السلام زهران :(1997)، الصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط2، عالم الكتب القاهرة.
37. حامد عبد السلام زهران :(2005)، الصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط4 ، الشركة الدولية للطباعة
38. حامد عبد السلام زهران:(1986) ،علم النفس النمو الطفولة والمراهقة ،(د، ط) دار المعارف القاهرة.
39. حسانين محمد صبحي: (1995)، **القياس والتقويم في التربية الرياضية**، ط1، القاهرة دار الفكر العربي.
40. حسن سليمان (1970) : **التربية في أتمعين اليوناني والروماني**، (د ط) دار النهضة ، مصر القاهرة .
41. خولة احمد يحي :(2000)،**الاضطرابات السلوكية والانفعالية** ،ط1. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع عمان .
42. خير الله السيد:(1981)، **بحوث نفسية وتربوية**، (د ، ط) ، دار النهضة العربية، القاهرة.
43. راجح احمد عزت:(1970)،**أصول علم النفس** (د ،ط) المكتب المصري الحديث القاهرة .
44. راشد عدنان غائب :(2004) **الاضطرابات الانفعالية عند الأطفال ،مجلة الطفولة والتنمية** ، المجلد الرابع ،العدد 15.
45. رحيم يونس كروا العزاوي:(2008) ، **مقدمة في منهج البحث العلمي**، ط1 ، دار الدجلة عمان.
46. رشيد لعبودي:(2003) ،**التعلم والصحة النفسية**، (د ط) ، دار الهدى للطباعة، الجزائر.
47. رضوان سامر جميل :(2007)،**الصحة النفسية** ، ط2 ،عمان ، دار المسيرة للنشر.
48. رغدة شريم :(2009)، **سيكولوجية المراهقة** ، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة عمان.
49. سامي محمد ملحم: (2004) ، **علم النفس النمو دورة حياة الأنسان**، ط1 ، دار الفكر عمان الأردن.
50. سري إجلال :(2000)،**علم النفس العلاجي** ، ط2، علم الكتب القاهرة .
51. سليم مريم:(2002)، **علم نفس النمو**، (د . ط)، بيروت دار النهضة العربية.
52. سيجمند فرويد: (1966) ، **محاضرات تمهيدية في التحليل النفسي** ، (د ط) ، ترجمة احمد عزت راجح القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية.
53. سيد محمد الطواب :(1993)، **سيكولوجية النمو الإنساني** ، ط1، مكتبة الأنجلو مصرية القاهرة.
54. سيدي محمد بلحسن :(2008)، **سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والتوافق النفسي لدى المراهقين**، ط1، منشورات المعارف، الرباط، المغرب.

55. شعبان كاملة، يتيم عبد الجبار: (1999)، **الصحة النفسية للطفل**، ط1، دار الضيف للنشر والتوزيع.
56. شيفر ، شارلز وميلمان، هوارد، ترجمة سمية داود ، ونزيه حمدي :(1989)،**"مشكلات الأطفال والمراهقين .وأساليب المساعدة فيها** ، ط1، منشورات الجامعة الأردنية، عمان .
57. صالح محمد علي أبو جادو:(2007) ،**علم النفس التطوري الطفولة والمراهقة** ، ط2 ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة عمان.
58. صموائيل مغار يوس (1986) **الصحة النفسية والعمل المدرسي** (د ط) القاهرة دار النهضة المصرية
59. عادل عبدالله محمد :(2000) ، **الصحة النفسية ،الهوية ، الاغتراب والاضطرابات النفسية** ، ط1 دار الرشاد للنشر و التوزيع القاهرة مصر.
60. عبد الحميد محمد الهاشمي: (1979)، **علم النفس التكوين**، ط1 ، دار المجمع العلمي جدة .
61. عبد الخالق احمد: (1991)، **أصول الصحة النفسية**، ط1، دار المعرفة الإسكندرية مصر.
62. عبد الرحمان الوافي، زيان سعيد: (2004)،**النمو من الطفولة إلى المراهقة** ، ط 1،الخنساء للنشر والتوزيع الجزائر.
63. عبد الرحمان عيسوي :(1984)، **معالم علم النفس** ، ط1 ، دار النهضة العربية للطباعة والنشر بيروت.
64. عبد الرحمان عيسوي:(2000)،**علم النفس العام** ، (د ط) ، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية .
65. عبد الرحيم جلال:(2007) ،**محددات الرضا الوظيفي لدى أساتذة التعليم الثانوي بالجزائر** رسالة الدكتوراه جامعة سطيف.
66. عبد الرزاق ياسين :(2009)، **الاضطرابات السلوكية** ،العدد (56) مجلة كلية الأساسية الجامعة المستنصرية
67. عبد العلي الجسماني: (1994)،**سيكولوجية الطفولة والمراهق وحقائقها الأساسية**، ط1 ، الدار العربية للعلوم، ، بيروت.
68. عبد الغفار عبد السلام : (2001)، **مقدمة في الصحة النفسية** ، ط1، دار النهضة العربية مصر.
69. عبد الفتاح دويدار :(1993)، **سيكولوجية النمو والارتقاء** (د ط) ، دار النهضة العربية بيروت .
70. عبد الفتاح دويدار:(1994) ، **سيكولوجية النمو والارتقاء** ، (د، ط) دار المعرفة الجامعية للطبع والتوزيع للنشر.
71. عبد اللطيف محمد خليفة : (2003)، **دراسات في سيكولوجية الاغتراب**، ط1، (د ، نشر)
72. عبد المجيد الخليدي ،كمال الحسن الوهبي ، (1997)،**الصحة النفسية**، ط1، دار الفكر العربي بيروت .

73. عبد المعطي، حسن مصطفى:(2006) ،**علم النفس الإكلينيكي** ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع القاهرة.

74. عبد الله محمد قاسم : (2004)، **مدخل إلى الصحة النفسية**، ط3 ، دار الفكر عمان.

75. عصام حسن الدليمي وعلي عبد الرحيم صالح :(2014) ،**البحث العلمي وأسسه ومناهجه**، ط1، دار الرضوان للنشر والتوزيع عمان.

76. عماد عبد الرحيم الزغول : (2006)،**الاضطرابات الانفعالية والسلوكية** ، ط1 ،، دار الشروق للنشر والتوزيع عمان.

77. غريب عبد الفتاح غريب:(1999) ، **علم الصحة النفسية** ،ط1، مكتبة الأنجلو القاهرة .

78. فؤاد البهي السيد:(1998)،**الأسس النفسية للنمو، دار الفكر العربي**، ط2، القاهرة.

79. فوزي إيمان :(2001) ، **دراسات في الصحة النفسية** ، ط1، القاهرة .

80. كاظم محمد نبيل :(2001) ، **كيف نتعامل مع مراهقة أبنائنا** ، (د ط)،القاهرة دار السلام .

81. كامل علوان الزبيدي : (2007)،**دراسات في الصحة النفسية** ، ط1 ،الوراق للنشر والتوزيع جامعة النجران.

82. كامل محمد عويضة : (1996)، **علم النفس** ، ط1 ، دار الكتب العلمية بيروت لبنان.

83. كفافي، علاء الدين : (1990)،**الصحة النفسية** ، ط 2 ، هجر للطباعة والنشر والتوزيع مصر.

84. كوفيل وأخرون ترجمة الدكتور محمد الزيادي: (1967)،**علم النفس الشواذ**، (د، ط) ، دار النهضة العربية .

85. كيللي ، بي وتشانغ ،ريتشارد :(2001) ، **حل المشكلات خطوة خطوة ،ترجمة هناء العمري** ، (د ط) مكتبة العبيكان ، الرياض.

86. ماجد السيد عبيد : (2015)، **الاضطرابات السلوكية** ، ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع عمان.

87. مجدي أحمد محمد عبد الله :(1996) **النمو النفسي بين السواء والمرض**، (د ط) . دار المعرفة الجامعة ،الإسكندرية .

88. محمد ،جمال محمد شاكر:(2005) ، **المرشد في التحليل الإحصائي للبيانات لاستخدام (spss)**، ط1 ، مصر .

89. محمد السيد محمد الزعبلاوي :(1998)،**المراهق المسلم**، ط1 ، مؤسسة الكتب الثقافة، بيروت مكتبة التوبة، السعودية.

90. محمد بعلاق :(2009)، **الموجه في الإحصاء الوصفي والاستدلالي في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية**،ط1 ،الجزائر، دار الأمل للطباعة والنشر.

91. محمد عبيدات ومحمد أبو نصار أخرون:(1999) ، **منهجية البحث العلمي** ، ط2، دار وائل للنشر للطباعة والنشر الأردن.
92. محمد عماد الدين إسماعيل : (1986)،**النمو في فترة المراهقة** ، ط1، دار القلم الكويت.
93. محمد مصطفى زيدان : (1975)، **دراسة سيكولوجية تربوية لتلميذ التعليم العام** ، ط2، دوان المطبوعات الجامعية الجزائر.
94. محمد مصطفى زيدان :(1972)، **النمو النفسي للطفل والمراهق وأسس الصحة النفسية** ، ط1 ، منشورات الجامعة الليبية.
95. محمد وليد البطش، وفريد كامل أبو زينة:(2007)، **مناهج البحث العلمي تصميم البحث وتحليل الإحصائي** ، ط1 ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، عمان ،الأردن.
96. محمود طه : (1980)،**قراءات في علم النفس الصناعي** ، د ط ، القاهرة .
97. محي الدين مختار: (1982)، **محاضرات في علم النفس الاجتماعي**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
98. مختار، وفيق صفوت: (1999)، **مشكلات الأطفال السلوكية**، ط 2، القاهرة دار العلم والثقافة.
99. مخيمر صالح :(1979) ، **المدخل إلى الصحة النفسية** (د ط) مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة.
100. مصطفى القمش و المعايطة خليل: (2007)،**الاضطرابات السلوكية والانفعالية** ، ط1 ، دار المسيرة عمان .
101. مصطفى النوري القمش ، خليل معايطة :(2009)، **الاضطرابات السلوكية والانفعالية** ،(ط 2) ،دار المسيرة للنشر والتوزيع عمان .
102. مصطفى حجازي : (2004)،**الصحة النفسية منضور دينامي تكاملي في البيت والمدرسة** ، ط4،التاكد من النشر .
103. مصطفى سويف :(2001) ،**اللياقة النفسية**، مجلة كلية الآداب، جامعة القاهرة، المجلد (61) العدد(2)، ص 279
104. مصطفى عشوي :(2004)، **مدخل إلى علم النفس المعاصر**، ط2 ، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر.
105. مصطفى فهمي: (1986)، **دراسات في سيكولوجية التكيف**، ط 3. دار مصر للطباعة.
106. مصطفى فهمي:(1967)، **الصحة النفسية في المدرسة و المجتمع و الآسرة** ، ط2 ، دار الثقافة القاهرة .
107. مصطفي فهمي: (1978)، **التكيف النفسي**، ط1، دار مصر للطباعة

108. مصطفي فهمي: (1995)، **الصحة النفسية دراسات في سيكولوجية التكيف**، ط 3 ، دار مصر للطباعة.

109. مليكة لويس : (1976)،**قراءات في علم النفس الاجتماعي** ، ط4 ، مكتبة النهضة المصرية القاهرة .

110. منسي حسين، و منسي إيمان: (2004)، **أساسيات في الإرشاد والتوجيه النفسي والتربوي** ، ط1، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع الكويت.

111. منظمة الصحة العالمية : (2005) **تعزيز الصحة النفسية**. ص09

112. نبيه إبراهيم إسماعيل : (2001)،**عوامل الصحة النفسية السليمة** ، ط1، ايتراك للنشر والتوزيع مصر.

113. هادي مشعان ربيع :(2003) ، **الإرشاد التربوي** ، ط1 ، دار الثقافة ،الأردن .

114. وزارة التربية :ا(1976)،**لمنشور الرسمي عدد خاص يتضمن القوانين الصادرة في الجزائر**، المناشير الوزارية

115. وزارة التربية الوطنية:(2002) ،النظام التربوي الجزائري.

المراجـــــــع باللغة الأجنبيـــة

1. BLOCK, J., & GJERDE, P. (1991**). Personality antecedents of depressive tendencies in 18-year-olds: perspective** study. Journal of Personality and Social Psychology
2. BAUDIN5 N.5 & JUDGE5 T. (1996). **Le noyau de l'évaluation de soi. *Research in organisational behaviors*,**
3. BOB, P. (2008). Pain, **dissociation and subliminal self-representation**. ***Consciousness and Cognition***, *17*, 335-369.
4. CASPI, A., ELDER, G. E., & HERBENER, E. (1990). **Childhood personality and the prediction of life-course patterns**.
5. Clark, R & Shields, G. (1997**)** :**Family communication and Adolescence**
6. Cleas.(1968).**L'expérience adolescente** .Pierre Maradaga .Bruxelles Clark, R & Shields, G.
7. Davis ،.S، Palladino & 2004) .J **Psycholog**y .Y.N
8. E Erickson (1968) **adolescence et crise** ; de quête d'identité Flammarion; paris
9. GUILLON, M.-S., & Crocq, M.-A. (2014**). Estime de soi à l'adolescence** : revue de la littérature Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence
10. Gutton.PH.(2008)**Adolescence et création**. In revue psychologie N14/15.2007/2008 problématique et adolescence Algérie .éduction SARP p 100-104
11. Hallahan Kauffman (1982) **Exceptional Children introduction to special Education** (2 ed)Englewood chiffs. N. J. Prince Hall
12. Joseph Leif & Paul Juif **(1971): psychologie et éducation psychologie de l'adolescent. Edition**. Fernand Nathan Paris
13. Marcellin D,(2004**) adolescence et psy pathologie .**Masson Paris
14. Maurice Debesse (1993) **: L'adolescence. Presses universitaires** de France Edition Delta Paris.
15. Mazet PH Houzel D**(1999).Psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescence** Malouin. .SA**.** Editors ;Paris
16. Pupalia D E. olds .z. and Feldman(2001)**Human Development new york Mc grow Hill**
17. Quay, H.C., Routh, D.R., & Shapiro, S. K. (1987**). Psychology of childhood from to validation**. Annuel Review of Psychology
18. R. L.V (1995) **Compenhondt.Manual de Recherche en sciences sociales** Ed dunod
19. RODRIGUEZ-TOME, H., JACKSON, S., & BARIAUD, F. (1997). **Regards actuels sur l'adolescence**. (S.l.) : Puf
20. Ross .A. . O .(1974) **psychological disorders of children** M.C. .jaraw. Hill . new York.1974
21. RYMOND-RIVIER, B. (1980). ***Le* développement social de l'enfant et de l'adolescent** (2e éd.). Bruxelles : Pierre Mardaga.
22. Steinberg.L (2002) .**Adolescence** (Gth-ed) Boston.Mc grow Hill
23. Taborda. Semoes .M.D.C (2005**).L Adolescence :une transition une crise ou une changement in bulletin de psychologie** / tome (58)5/479/ Septembre- october2005
24. VOIZOT 5 B. ((2007). **Le message que la mère adresse à l'adolescent. Neuro**
25. **psychiatrie de l'enfance et de adolescence**, 55(5-6), 269-276.

الملاحـــــــــق

الملحق رقم (01) قائمةأساتذة المحكمين (الخبراء)لأدوات الدراسة

اسم ولقب المحكم	الدرجة العلمية	التخصص العلمي	مؤسسة الانتماء
أ.د/ عادل أتشي	أستاذ التعليم العالي	علوم التربية	جامعة يحي فارس المدية
د/نادية دشاش	أستاذة محاضرة أ	علم النفس و علوم التربية	جامعة 08 ماي 1945 قالمة
د/زموري سنوسي	أستاذ محاضرة أ	علم النفس وعلوم التربية	جامعة يحي فارس المدية
د/ محمد أباجي	أستاذ محاضرة أ	علم النفس و علوم التربية	جامعة يحي فارس المدية
د/ سماش راضية	أستاذة محاضرة أ	علم النفس و علوم التربية	جامعة الجزائر 02
د/ حيواني صباح	أستاذة محاضرة أ	علم النفس و علوم التربية	جامعة قسنطينة

د/واكد رابح	أستاذ محاضر–أ –	علوم التربية	جامعة يحي فارس المدية
شليحي رابح	أستاذة محاضرة أ	علوم التربية	جامعة يحي فارس المدية
مرداس سميرة	أستاذة التعليم العالي	علم النفس العيادي	جامعة يحي فارس المدية
بوجلين حياة	أستاذة محاضرة أ	علوم التربية	جامعة مولود المعمري تيزي وزو

الملحـــــــــق رقم (02)

الأول :نموذج من استمارة الاستبيان الأولية (مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء)

جامعة الدكتور يحي فارس المديـة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
طالب دكتوراه : اعمر ستي أعمر
التخصص : التربية والتعليم

الموضوع: طلب تحكيم مقاييس الدراسة

تحية طيبة أستاذي، أستاذتي الفاضل(ة) وبعد

في إطار تحضير رسالة دكتوراه(ل م د) تحت عنوان مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء وعلاقتها بظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى عينة من تلاميذ الطور الثانوي قمنا ببناء استبيانين الأول خاص بمستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء

والاستبيان الثاني خاص مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للتلاميذ مرحلة التعليم الثانوي وعليه نلتمس من سيادتكم تحكيم هذه الأدوات بما يخدمها ويعدلها، من خلال خبرتكم في هذا المجال. حيث تمثلت تساؤلات الدراسة في ما يلي

الأبعاد	الرقم	الفقرات	مناسبة	غير مناسبة	البديل المقترح
البعد النفسي	1	يظهر على والدي التوتر والارتعاش			
	2	يفكر والدي بطريقة سيئة للحياة			
	3	يخشى والذي ويقلقان من المستقبل			
	4	ينفعل والدي بسهولة			
	5	يتجادلان والدي كثيرا.			
	6	يظهر على والدي عدم السعادة			
	7	يظهر على ولدي كثير الغضب و القلق.			
	8	مزاج والدي متقلب بين (الفرح و الحزن و الغضب)			
	9	يغلب على والدي الضيق وعدم الارتياح			
	10	يشعر والدي انهما غير مهمان في هذه الحياة			

	11	يشعر والدي بالذنب			
	12	يظهر والدي انهما غير قدران على التفكير في مختلف المواقف			
	13	يصعب على والدي التركيز والانتباه			
	14	يصرح والدي انهما لديهما مشاكل نفسية			
البعد الجسدي	15	يشعر والدي بالصداع المستمر			
	16	يعاني والدي بالألم في المعدة			
	17	يعاني والدي بالألم في اسفل الظهر			
	18	يشتكي والدي من التعرق المستمر			
	19	يظهر على والدي عدم النشاط			
	20	يظهر على والدي ضعف عام على جسدهما			
	21	يجد والدي صعوبة في التنفس			
	22	يظهر على والدي الخمول والكسل			
	23	يعتقد والدي أن كل شيئي يحتاج إلى مجهود كبير			
	24	يشتكي والدي كثيرا من التعب الجسدي و الإرهاق.			

	25	يظهر على والدي حركة جسدية غير عادية			
البعد السلوكي	26	يراقب والدي ما يقومان به عدة مرات			
	27	والدي كثير الصراخ و الشجار			
	28	يصرح والدي في الرغبة في الانتحار			
	29	يتعاطى احد والدي المهدئات والمخدرات			
	30	يتجادل والدي كثيرا.			
	31	يفشل والدي في إنجاز الأشغال اليومية			
	32	يظهر على والدي الخمول وعدم النشاط			
	33	يتحدث والدي بسرعة			
	34	يجلس والدي في مكان واحد طويلا			
	35	يظهر على والدي كثير الحركة			
	36	يفرط والدي في لنوم			
	37	يتحدث والدي في بعض الأوقات بكلام غير مفهوم.			
البعد الاجتماعي	38	يلوم والدي الأخرين عن فشلهما في العمل.			
	39	يتجنب والدي الأماكن العامة والشوارع			

	40	يخاف والدي من فقدان الوعي أمام الأخرين			
	41	يعتقد والدي أن الآخرين يستغلونهما			
	42	يقضي والدي معظم الوقت بعيدان على بعظهم البعض و على أفراد الآسرة			
	43	يظهر والدي بعدم الارتياح عندما يكونا مع أشخاص أخرين			
	44	يعتقد والدي أن كل الناس لا يريدون لهما الخير			
	45	يفضل والدي عدم التحدث مع الآخرين			
	46	ينتقد والدي الآخرين كثيرا			
	47	يشتكي والدي بعدم الارتياح عندما يكون مع الآخرين.			
	48	يمتنع والدي على مقابلة الآخرين			
	49	يشتكي والدي من أن الناس يتكلمون عليهما و يراقبونهما باستمرار			
	50	يمتنع والدي من تكوين علاقات مع الآخرين			

02 -- مدى ملائمة البدائل:

البدائـــــل	ملائمة	غير ملائمة	البديل المقترح
دائما ، أحيانا ،ابدأ			

03 ملاحظات إضـــافية أخـــرى

:.....

الملحق (03) نموذج من استمارة الاستبيان الأولية(مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المراهقين الطور الثانوي)

الأبعاد	الرقم	الفقـــــرات		غير مناسبة	البد يل المقترح
القلق	1	أعاني من اضطرابات النوم			
	2	لا ابقى طويلا في مقعدي في بعض الأحيان			
	3	يصعب عليا التركيز في موضوع ما			
	4	ارغب في البكاء لأسباب بسيطة			
	5	اعترق بسهولة			
	6	أشعر بالقلق وعدم الاستقرار			
	7	اشعر بالقلق لأشياء لا قيمة لها			
الاكتئاب	8	لا استطيع أن اركز بشكل جيد عند القراءة أو الكتابة			
	9	أفضل أن أكون بعيدا عن الآخرين			

	10	أعاني من الكأبة			
	11	ينتابني الحزن الدائم			
	12	اشعر بالملل والتعاسة			
	13	اشعر بان الحياة لا تساوي شيء			
	14	اشعر باني إنسان فاشل			
	15	اشعر بالتشاؤم بشأن المستقبل			
الغضب	16	لا استطيع السيطرة على نفسي			
	17	يصعب علي ضبط نفسي في مختلف المواقف			
	18	أرغب في الانتقام			
	19	اشعر بالضيق و عدم الارتياح			
	20	ارغب في التكلم بصوت مرتفع على شخص ما			
	21	أغضب بشدة حينما أتعرض للنقد			
الخجل	22	اشعر بالتوتر حينما أكون مع أناس لا أعرفهم			
	23	اجد صعوبة في طلب المساعدة من الأخرين			
	24	أجد صعوبة في التحدث مع الغرباء			
	25	أشعر بعدم الارتياح في اللقاءات و الاجتماعات مع الزملاء و الأصدقاء			
	26	لدي مخاوف كثيرة من كل ما يحيط بي			

	27	أتردد في اتخاذ القرارات			
العدوانية	28	استخدم العنف ضد الآخرين			
	29	اتلف ممتلكاتي وممتلكات غيري			
	30	أشعر بالشجاعة عندما أهين ز ملائي في القسم			
	31	أتدخل بقوة لما نجد زملائي يتشاجرون رغبة مني في المشاجرة			
	32	ارمي بعض الأشياء على الزملاء في القسم (كقطع الأوراق)			
	33	أتحدث بألفاظ رديئة مع الزملاء والأخرين			
	34	أعتدي على ممتلكات المدرسة أو أحطم (كالطاولات والأبواب ...)			
السلوك الاندفاعي	35	أستمتع برؤية شخص ما وهو يقوم بعمل شيء يسيئ للأخرين			
	36	أرغب في القيام بعدة أعمال في وقت واحد			
	37	أتسرع في الإجابة على الأسئلة التي يطرحها الأستاذ أثناء الدرس			
	38	لا أضيع وقتي في أشياء غير مهمة			
	39	أقاطع غير ي عن الحديث			
	40	أجد أن الوقت غير كافي لإتمام كل الأعمال			
	41	أناقش الأستاذ كثيرا عند شرح			
المفر كة	42	أتحرك باستمرار داخل القسم			

	43	أتكلم بشكل مستمر			
	44	اجد صعوبة في تنظيم واجباتي ونشاطاتي			
	45	يصعب علي التركيز داخل القسم			
	46	لا أجيد التصرف في مختلف المواقف			
	47	اتكل في مواضيع لا تعنيني			
السلوك الفوضوي	48	اشترك في أعمال الشغب داخل المدرسة			
	49	أتعمد مضايقة الأخرين (ادفعهم اضربهم ...)			
	50	أجد صعوبة في اللعب أو الاشتراك بهدوء في الأنشطة وقت الفراغ			
	51	اجد متعة في إعاقة سير الحصص التعليمية في القسم			
	52	أجد متعة في عدم متابعة الدرس داخل القسم			
	53	اشعر بالمتعة لما يتعرض الأستاذ للإهانة من طرف الزملاء داخل القسم			
	54	أشوش. على المعلم عندما يقوم باللقاء الدرس			
	55	أتكلم دائما أثناء الدرس			
الانسحاب الاجتماعي	56	اشعر إنني بعيد على كل الأشخاص			
	57	ارغب في عدم مشاركة أي شخص في اهتماماتي و أفكاري			
	58	علاقتي مع الأخرين ليست لها قيمة			

	59	أشعر بالراحة عندما أكون بعيد			
	60	ارغب أن أقوم بالأعمال و النشاطات دون مشاركة الأخرين			
	61	ارتاح لما أتناول الغذاء بمفردي			
	62	انزعج كثيرا عندما أكون في وسط التلاميذ في القسم الدراسي			
	63	لا ارغب في الصداقة مع الأخرين			

02 مدى ملائمة البدائل:

البدائـــــل	ملائمة	غير ملائمة	البديـــــــــل المقترح
(نعم)، (لا)			

-- مدى وضوح التعليمات المقدمة لأفراد العينة:

التعليـــــمات	واضحة	غير واضحة	البديـــــل المقترح
أعزاء التلاميذ نضع بين أيديكم استمارة بحث و نطلب منكم الإجابة عليها بوضع إشارة زائد (+) في خانة (نعم) أو (لا) .مع العلم أن هذه المعلومات سرية و لا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي ، و تستخدم لغرض البحث العلمي ،كما انه لا توجد إجابة خاطئة و أخرى صحيحة ، و إنما تعتبر صادقة عندما تعبر عن حقيقة ما تشعر به اتجاه معني العبارة و نشكرك على حسن تعاونك معنا . كل البنود متعلقة بظهور أو عدم ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية و الانفعالية لدة التلاميذ المراهقين المتمدرسين في الطور الثانوي للحذف غير ضرورية .			

ملاحظات إضـــافية أخـــرى: .....

في الأخير أشكركم جزيل الشكر على تعاونكم معنا

اسم ولقب المحكم	الجامعة	الدرجة العلمية	التخصص العلمي	الإمضاء

ملحق رقم (04)استمارة استبيان في صيغتها النهائية (مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء)

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الدكتور يحي فارس المدية

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية التخصص : التربية والتعليم

قسم العلوم الاجتماعية

استبيان مستويات الصحة النفسية للأولياء كما يدركها الأبناء

الثانوية ..... السنة الدراسية .....

الرقم	الفقرات	أبدا	أحيانا	دائما

1	يظهر على والدي التوتر			
2	يفكر والدي بطريقة سيئة في حياة			
3	يخشى والدي من المستقبل			
4	ينفعل والدي بسهولة			
5	يشعر والدي أن الأشياء لا تسير على ما يرام			
6	يظهر على والدي الحزن الشديد			
7	يظهر على ولدي كثير من الغضب			
8	مزاج والدي متقلب بين (الفرح والحزن والغضب)			
9	يغلب على والدي الانزعاج			
10	والدي لا يتمتعان بحياتهما كثيرا			
11	يشعر والدي بالذنب			
12	يظهر والدي انهما غير قدران على التفكير في مختلف المواقف			
13	يصعب على والدي التركيز و الانتباه			
14	يصرح والدي انهما يعانيان مشاكل نفسية			
15	يشعر والدي بالصداع المستمر			
16	يعاني والدي بالألم في المعدة			
17	يعاني والدي بالألم في اسفل الظهر			

18	يشتكي والدي من التعرق المستمر			
19	يظهر على والدي عدم النشاط			
20	يظهر على والدي ضعف عام في جسدهما			
21	يجد والدي صعوبة في التنفس			
22	يظهر على والدي الخمول			
23	يعتقد والدي أن كل شيئي يحتاج إلى مجهود كبير			
24	يشتكي والدي من الإرهاق			
25	يظهر على والدي حركة جسدية غير عادية			
26	يراقب والدي ما يقومان به عدة مرات			
27	من سيمات والدي الصراخ			
28	يصرح والدي في الرغبة في الانتحار			
29	يتعاطى احد والدي المهدئات			
30	يتجادل والدي كثيرا.			
31	يفشل والدي في إنجاز الأشغال اليومية			
32	يظهر على والدي عدم النشاط			
33	يتحدث والدي بسرعة			
34	يجلس والدي في مكان واحد دون ملل			
35	يظهر على والدي كثير الحركة			
36	يفرط والدي في لنوم			
37	يتحدث والدي في بعض الأوقات بكلام غير			

	مفهوم.			
38	يلوم والدي الآخرين عن فشلهما في العمل.			
39	يتجنب والدي الأماكن العامة			
40	يخاف والدي من فقدان الوعي أمام الآخرين			
41	يعتقد والدي أن الآخرين يستغلونهما			
42	يقضي والدي معظم الوقت بعيدان على بعظهم البعض			
43	يعتقد والدي بأن الآخرين مسؤولين عن مشاكلهما			
44	يعتقد والدي أن كل الناس لا يريدون لهما الخير			
45	يفضل والدي عدم التحدث مع الآخرين			
46	ينتقد والدي الآخرين كثيرا			
47	يشتكي والدي بعدم الارتياح عندما يكون مع الآخرين.			
48	يمتنع والدي على مقابلة الآخرين			
49	يشتكي والدي من أن الناس يراقبونهما باستمرار			
50	يمتنع والدي من تكوين علاقات مع الآخرين			

الجنس : . ذكر ☐ أنثى ☐

السن ..... المستوى الدراسي :.....

-مع من تعيش : اللاب ☐ الأم ☐

عزيزي التلاميذ (ة)نضع بين يديك استمارة بحث و نطلب منك الإجابة عليها بوضع إشارة زائد (+) في خانة (نعم) أو(لا)،.مع العلم ان هذه المعلومات سرية ، تستخدم لغرض البحث العلمي و كما انه لا توجد إجابة خاطئة و أخرى صحيحة ، و إنما تعتبر صادقة عن حقيقة ما تشعر به اتجاه معني العبارة و نشكرك على حسن تعاونك معنا .

ملحق رقم (05)

استمارة استبيان في صيغته النهائية (مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية للأبناء المراهقين)

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الدكتور يحي فارس المدية

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

استبيان ظهور مؤشرات الاضطرابات السلوكية و الانفعالية للأبناء المراهقين في الطور الثانوي

الثانوية ..... السنة الدراسية .....

الجنس :ذكر ☐ أنثى السن ..... ☐

المستوى الدراسي :.....

مع من تعيش : الأب ☐ الأم ☐

عزيزي التلاميذ نضع بين يديك استمارة

بحث و نطلب منك الإجابة عليها بوضع إشارة زائد (+) في خانة (دائما) أو(أحيانا)، أو(أبدا) .مع العلم أن هذه المعلومات سرية ، تستخدم لغرض البحث العلمي وكما انه لا توجد إجابة خاطئة وأخرى صحيحة ، وإنما تعتبر صادقة عن حقيقة ما تشعر به اتجاه معني العبارة ونشكرك على حسن تعاونك معنا .

الرقم	الفقرات	نعم	لا
1	أعاني من اضطرابات النوم		

2	لا ابقى طويلا في مقعدي في بعض الأحيان		
3	يصعب عليا التركيز في موضوع ما		
4	ابكي لأسباب بسيطة		
5	أتعرق بسهولة		
6	أشعر بالقلق وعدم الاستقرار		
7	اشعر بالقلق لأشياء لا قيمة لها		
8	لا استطيع أن اركز بشكل جيد عند القراءة أو الكتابة		
9	أفضل أن أكون بعيدا عن الآخرين		
10	أعاني من الكأبة		
11	ينتابني الحزن الدائم		
12	اشعر بالملل		
13	اشعر بان الحياة لا تعني شيء		
14	اشعر أني إنسان فاشل		
15	اشعر بالتشاؤم بشأن المستقبل		
16	لا استطيع التحكم في نفسي		
17	يصعب علي ضبط نفسي في مختلف المواقف		
18	أرغب في الانتقام من الأخرين		
19	اشعر بالضيق و عدم الارتياح		
20	ارغب في التكلم بصوت مرتفع مع الأخرين		
21	أغضب بشدة حينما أتعرض للنقد		

22	اشعر بالتوتر حينما أكون مع أناس لا أعرفهم		
23	اجد صعوبة في طلب المساعدة من الأخريين		
24	أجد صعوبة في التحدث مع الغرباء		
25	أشعر بعدم الارتياح في اللقاءات و الاجتماعات مع الزملاء و الأصدقاء		
26	لدي مخاوف كثيرة من كل ما يحيط بي		
27	أتردد في اتخاذ القرارات		
28	استخدم العنف ضد الآخرين		
29	أرغب في أتلاف ممتلكات غيري		
30	أشعر بالقوة عندما أهين ز ملائي في القسم		
31	أرغب في المشاجرة مع الأخرين		
32	ارمي بعض الأشياء على الزملاء في القسم (كقطع الأوراق)		
33	أتحدث بألفاظ رديئة مع الزملاء والأخرين		
34	أعتدي على ممتلكات المدرسة (كالطاولات والأبواب ...)		
35	أستمتع برؤية شخص ما وهو يقوم بعمل شيء يسيئ للأخرين		
36	أرغب في القيام بعدة أعمال في وقت واحد		
37	أتسرع في الإجابة على الأسئلة التي يطرحها الإستاد أثناء الدرس		
38	لا أضيع وقتي في أشياء غير مهمة		
39	أقاطع غير ي أثناء الحديث		

40	أجد أن الوقت غير كافي لإتمام كل الأعمال		
41	أناقش الأستاذ كثيرا عند شرح		
42	أتحرك باستمرار داخل القسم		
43	أتكلم بشكل مستمر		
44	اجد صعوبة في. في تنظيم واجباتي ونشاطاتي		
45	يصعب علي الانتباه داخل القسم		
46	لا أجيد التصرف في مختلف المواقف		
47	أتكلم في مواضيع لا تعنيني		
48	اشترك في أعمال الشغب داخل المدرسة		
49	أتعمد مضايقة الأخرين (ادفعهم اضربهم ...)		
50	أجد صعوبة في اللعب أو الاشتراك بهدوء في الأنشطة وقت الفراغ		
51	اجد متعة في إعاقة سير الحصص التعليمية في القسم		
52	أجد متعة في عدم متابعة الدرس داخل القسم		
53	اشعر بالمتعة لما يتعرض الإستاد للإهانة من طرف الزملاء داخل القسم		
54	أشوش. على المعلم عندما يقوم باللقاء الدرس		
55	أتكلم دائما أثناء الدرس		
56	اشعر إنني بعيد على كل الأشخاص		
57	ارغب في عدم مشاركة أي شخص في اهتماماتي و أفكاري		
58	علاقتي مع الأخرين ليست مهمة		

59	أشعر بالراحة عندما أكون بعيدا عن الأخرين		
60	ارغب أن أقوم بالأعمال و النشاطات دون مشاركة الأخرين		
61	ارتاح لما أتناول الغذاء بمفردي		
62	انزعج عندما أكون في وسط التلاميذ في القسم الدراسي		
63	لا ارغب في الصداقة مع الأخرين		

الملحق رقم(06) نتائج معامل الارتباط بيرسون (r)بين الأبعاد والدرجة الكلية والأبعاد لاستبيان (مستويات الصحة النفسية للأولياء)

Correlations

		الدرجة الكلية لمستويات الصحة النفسية للاولياء	البعد النفسي(س1 الى س14)	البعد الجسدي(س15 الى س25)	البعد السلوكي(س26 الى 37)	البعد الاجتماعي (س38 الى س50)
الدرجة الكلية لمستويات الصحة النفسية للاولياء	Pearson Correlation	1	.915**	.853**	.829**	.804**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000
	N	120	120	120	120	120
البعد النفسي(س1 الى س14)	Pearson Correlation	.915**	1	.710**	.648**	.661**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000
	N	120	120	120	120	120
البعد الجسدي(س15 الى س25)	Pearson Correlation	.853**	.710**	1	.624**	.548**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000
	N	120	120	120	120	120
البعد السلوكي(س26 الى 37)	Pearson Correlation	.829**	.648**	.624**	1	.628**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000
	N	120	120	120	120	120
البعد الاجتماعي(س38 الى س50)	Pearson Correlation	.804**	.661**	.548**	.628**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	
	N	120	120	120	120	120

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

الملحق رقم (07) نتائج معامل الارتباط بيرسون (r)بين الأبعاد والدرجة الكلية والأبعاد لاستبيان (مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية)

Correlations

		الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية و الانفعالية من 1الى 63	بعد القلق (من1 الى 7)	بعد الاكتئاب (من8 الى 15)	بعد التعصب (من16 الى 21)	بعد التدمير (من22 الى 27)	بعد العدوانية (من28الى 34)	بعد السلوك الاندفاعي (من35الى 41)	بعد الحركة المفرطة (من42الى 47)	بعد السلوك الوسوسي (من48الى 53)	بعد الاضطراب الاندماجي (من54الى 63)
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية و الانفعالية من 1الى 63	Pearson Correlation	1	.780**	.888**	.802**	.823**	.866**	.883**	.835**	.850**	.879**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
بعد القلق (من1 الى من7)	Pearson Correlation	.780**	1	.753**	.562**	.510**	.613**	.583**	.557**	.548**	.647**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
بعد الاكتئاب (من8 الى من15)	Pearson Correlation	.888**	.753**	1	.822**	.756**	.663**	.692**	.649**	.648**	.724**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
بعد التعصب (من16 الى من21)	Pearson Correlation	.802**	.562**	.822**	1	.764**	.547**	.625**	.551**	.589**	.686**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
بعد التدمير (من22 الى من27)	Pearson Correlation	.823**	.510**	.756**	.764**	1	.624**	.690**	.606**	.625**	.753**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
بعد العدوانية (من28الى من34)	Pearson Correlation	.866**	.613**	.663**	.547**	.624**	1	.812**	.790**	.810**	.735**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
بعد السلوك الاندفاعي (من35الى من41)	Pearson Correlation	.883**	.583**	.692**	.625**	.690**	.812**	1	.868**	.815**	.711**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
بعد الحركة المفرطة (من42الى من47)	Pearson Correlation	.835**	.557**	.649**	.551**	.606**	.790**	.868**	1	.783**	.633**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
بعد السلوك الوسوسي (من48الى من53)	Pearson Correlation	.850**	.548**	.648**	.589**	.625**	.810**	.815**	.783**	1	.733**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
بعد الاضطراب الاندماجي (من54الى من63)	Pearson Correlation	.879**	.647**	.724**	.686**	.753**	.735**	.711**	.633**	.733**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120

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

الملحق رقم (08) نتائج الإحصائية الفا كرونبخ لاستبيان مستويات الصحة النفسية

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.887	50

الملحق رقم (09) نتائج الفا كرو نبخ على استبيان مؤشرات الاضطرابات السلوكية و الانفعالية

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.986	63

الملحق رقم(10) وصف العينة على متوسطات أبعاد استبيان مستويات الصحة النفسية للأولياء

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Deviation
الدرجة الكلية لمتوسطات ابعاد الاستبيان	120	1.56	2.92	290.76	2.4230	.26439
متوسط البعد النفسي (س1 الس14)	120	1.29	3.00	285.79	2.3815	.37700
متوسط البعد الجسدي (س15الس25)	120	1.27	3.00	284.18	2.3682	.34978
متوسط البعد السلوكي (س26الس37)	120	1.83	3.00	308.08	2.5674	.27316
متوسط البعد الاجتماعي (س38الس50)	120	1.62	2.85	285.69	2.3808	.22868
Valid N (listwise)	120					

ا

لملحق رقم(11) وصف العينة على متوسطات أبعاد مؤشرات الاضطرابات السلوكية والانفعالية

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Deviation
متوسط بعد القلق(س1الى س7	120	1.00	2.00	202.00	1.6833	.44339
متوسط بعد الاكتئاب(س8الى س15	120	1.00	2.00	208.38	1.7365	.36804
متوسط بعد الغضب(س16الى س21	120	1.00	2.00	212.67	1.7722	.35761
متوسط بعد الخجل(س22الى س27	120	1.00	2.00	212.33	1.7694	.34785
متوسط بعد العدوانية(س28الى س34	120	1.00	2.00	213.10	1.7758	.35147
متوسط السلوك الاندفاعي(س35الى س41	120	1.00	2.00	215.29	1.7940	.33067
متوسط الحركة المفرطة(س42الى س47	120	1.00	2.00	213.67	1.7806	.37235
متوسط السلوك الفوضوي(س48الى س53	120	1.00	2.00	218.00	1.8167	.33221
متوسط الانسحاب الاجتماعي (س54الى س63	120	1.00	2.00	216.10	1.8008	.32681
الدرجة الكلية لمتوسطات الاستبيان (س1 الس63)	120	1.00	2.00	212.10	1.7675	.30643
Valid N (listwise)	120					

الملحق رقم(12)) نتائج التحليل الإحصائية لمعامل الارتباط بيرسون للفرضية الأولى

Correlations

		الدرجة الكلية لمستويات الصحة النفسية للاولياء	المستوى الصحة النفسية المنخفض للاولياء	المستوى الصحة النفسية المتوسط للاولياء	المستوى الصحة النفسية المرتفعة للاولياء	الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية و الانفعالية س 1الى 63	الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات الانفعالية س 1 الى س 27	الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية س 28 الى 63
الدرجة الكلية لمستويات الصحة النفسية للاولياء	Pearson Correlation	1	.913**	.812**	.464**	.583**	.495**	.602**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	120	120	120	120	120	120	120
المستوى الصحة النفسية المنخفض للاولياء	Pearson Correlation	.913**	1	.679**	.149	.553**	.459**	.579**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.105	.000	.000	.000
	N	120	120	120	120	120	120	120
المستوى الصحة النفسية المتوسط للاولياء	Pearson Correlation	.812**	.679**	1	.276**	.494**	.421**	.509**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.002	.000	.000	.000
	N	120	120	120	120	120	120	120
المستوى الصحة النفسية المرتفعة للاولياء	Pearson Correlation	.464**	.149	.276**	1	.163	.153	.157
	Sig. (2-tailed)	.000	.105	.002		.075	.096	.086
	N	120	120	120	120	120	120	120
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية و الانفعالية س 1الى 63	Pearson Correlation	.583**	.553**	.494**	.163	1	.938**	.961**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.075		.000	.000
	N	120	120	120	120	120	120	120
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات الانفعالية س 1 الى س 27	Pearson Correlation	.495**	.459**	.421**	.153	.938**	1	.804**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.096	.000		.000
	N	120	120	120	120	120	120	120
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية س 28 الى 63	Pearson Correlation	.602**	.579**	.509**	.157	.961**	.804**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.086	.000	.000	
	N	120	120	120	120	120	120	120

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

نتائج الإحصائية الفرضية الثانية

الملحق **رقم (13) نتائج التحليل الإحصائي الوصفي للفرضية الثانية**

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجة الكلية لمستويات الصحة النفسية للاولياء	ذكر	77	124.4675	9.84296	1.12171
	انثى	43	115.2093	16.23277	2.47547
المستوى الصحة النفسية المنخفض للاولياء	ذكر	77	88.2597	6.03804	.68810
	انثى	43	84.9070	11.99169	1.82872
المستوى الصحة النفسية المتوسط للاولياء	ذكر	77	14.4026	2.33542	.26615
	انثى	43	12.5581	3.20195	.48829

الملحق رقم (14) نتائج اختبار (t) للفرضية الثانية

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
الدرجة الكلية لمستويات الصحة النفسية للاولياء	Equal variances assumed	12.469	.001	3.891	118	.000	9.25823	2.37923	4.54671	13.96975
	Equal variances not assumed			3.407	59.629	.001	9.25823	2.71776	3.82121	14.69525
المستوى الصحة النفسية المنخفض للاولياء	Equal variances assumed	23.707	.000	2.038	118	.044	3.35276	1.64501	.09519	6.61033
	Equal variances not assumed			1.716	54.135	.092	3.35276	1.95389	-.56432-	7.26985
المستوى الصحة النفسية المتوسط للاولياء	Equal variances assumed	4.279	.041	3.620	118	.000	1.84446	.50948	.83554	2.85337
	Equal variances not assumed			3.317	67.376	.001	1.84446	.55611	.73456	2.95435

الملحق رقم (15) نتائج الإحصائية للفرضية الثالثة الإحصاء الوصفي

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
الدرجة الكلية لمستويات الصحة النفسية للاولياء	من 15 الى اقل من 17 سنة	54	127.3889	8.34722	1.13591	125.1105	129.6672	108.00	146.00
	من 17 الى اقل من 19 سنة	48	118.1875	10.62445	1.53351	115.1025	121.2725	87.00	131.00
	من 19 الى 20 سنة	18	110.3333	20.53405	4.83992	100.1220	120.5447	78.00	132.00
	Total	120	121.1500	13.21932	1.20675	118.7605	123.5395	78.00	146.00
المستوى الصحة النفسية المنخفض للاولياء	من 15 الى اقل من 17 سنة	54	90.3889	4.57811	.62300	89.1393	91.6385	66.00	96.00
	من 17 الى اقل من 19 سنة	48	86.0000	8.46268	1.22148	83.5427	88.4573	62.00	96.00
	من 19 الى 20 سنة	18	79.8889	13.42907	3.16526	73.2108	86.5670	60.00	94.00
	Total	120	87.0583	8.75463	.79919	85.4759	88.6408	60.00	96.00
المستوى الصحة النفسية المتوسط للاولياء	من 15 الى اقل من 17 سنة	54	14.6111	1.94661	.26490	14.0798	15.1424	9.00	18.00
	من 17 الى اقل من 19 سنة	48	13.1250	2.34861	.33899	12.4430	13.8070	8.00	17.00
	من 19 الى 20 سنة	18	12.7778	4.86954	1.14776	10.3562	15.1993	6.00	18.00
	Total	120	13.7417	2.80904	.25643	13.2339	14.2494	6.00	18.00

الملحق رقم (16) نتائج الإحصائية لاختبار تحليل التباين الأحادي (F)الثالثة

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
الدرجة الكلية لمستويات الصحة النفسية للاولياء	Between Groups	4629.154	2	2314.577	16.751	.000
	Within Groups	16166.146	117	138.172		
	Total	20795.300	119			
المستوى الصحة النفسية المنخفض للاولياء	Between Groups	1577.981	2	788.990	12.239	.000
	Within Groups	7542.611	117	64.467		
	Total	9120.592	119			
المستوى الصحة النفسية المتوسط للاولياء	Between Groups	75.797	2	37.899	5.137	.007
	Within Groups	863.194	117	7.378		
	Total	938.992	119			

الملحق رقم (17) نتائج اختبار شيفيه للفرضية الثالثة

Multiple Comparisons

Scheffe

Dependent Variable	العمر (I)	العمر (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
الدرجة الكلية لمستويات الصحة النفسية للاولياء	من 15 الى اقل من 17 سنة	من 17 الى اقل من 19 سنة	9.20139*	2.33181	.001	3.4199	14.9829
		من 19 الى 20 سنة	17.05556*	3.19922	.000	9.1234	24.9878
	من 17 الى اقل من 19 سنة	من 15 الى اقل من 17 سنة	-9.20139-*	2.33181	.001	-14.9829-	-3.4199-
		من 19 الى 20 سنة	7.85417	3.24882	.058	-.2010-	15.9094
	من 19 الى 20 سنة	من 15 الى اقل من 17 سنة	-17.0556-*	3.19922	.000	-24.9878-	-9.1234-
		من 17 الى اقل من 19 سنة	-7.85417-	3.24882	.058	-15.9094-	.2010
المستوى الصحة النفسية المنخفض للاولياء	من 15 الى اقل من 17 سنة	من 17 الى اقل من 19 سنة	4.38889*	1.59276	.025	.4398	8.3380
		من 19 الى 20 سنة	10.50000*	2.18525	.000	5.0818	15.9182
	من 17 الى اقل من 19 سنة	من 15 الى اقل من 17 سنة	-4.38889-*	1.59276	.025	-8.3380-	-.4398-
		من 19 الى 20 سنة	6.11111*	2.21913	.025	.6090	11.6133
	من 19 الى 20 سنة	من 15 الى اقل من 17 سنة	-10.5000-*	2.18525	.000	-15.9182-	-5.0818-
		من 17 الى اقل من 19 سنة	-6.11111-*	2.21913	.025	-11.6133-	-.6090-
المستوى الصحة النفسية المتوسط للاولياء	من 15 الى اقل من 17 سنة	من 17 الى اقل من 19 سنة	1.48611*	.53882	.025	.1501	2.8221
		من 19 الى 20 سنة	1.83333*	.73926	.050	.0004	3.6663
	من 17 الى اقل من 19 سنة	من 15 الى اقل من 17 سنة	-1.48611-*	.53882	.025	-2.8221-	-.1501-
		من 19 الى 20 سنة	.34722	.75072	.899	-1.5141-	2.2086
	من 19 الى 20 سنة	من 15 الى اقل من 17 سنة	-1.83333-*	.73926	.050	-3.6663-	-.0004-
		من 17 الى اقل من 19 سنة	-.34722-	.75072	.899	-2.2086-	1.5141

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

الفرضية الرابعة

الملحق رقم (18) التحليل الإحصائي الوصفي للفرضية الرابعة

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
الدرجة الكلية لمستويات الصحة النفسية للاولياء	الاولى ثانوي	71	126.7465	7.57386	.89885	124.9538	128.5392	108.00	146.00
	الثانية ثانوي	28	114.5714	17.55716	3.31799	107.7635	121.3794	78.00	129.00
	الثالثة ثانوي	21	111.0000	11.95408	2.60859	105.5586	116.4414	87.00	132.00
	Total	120	121.1500	13.21932	1.20675	118.7605	123.5395	78.00	146.00
المستوى الصحة النفسية المنخفض للاولياء	الاولى ثانوي	71	90.6056	4.36702	.51827	89.5720	91.6393	66.00	96.00
	الثانية ثانوي	28	83.4286	11.70131	2.21134	78.8913	87.9659	60.00	94.00
	الثالثة ثانوي	21	79.9048	9.35898	2.04230	75.6446	84.1649	62.00	91.00
	Total	120	87.0583	8.75463	.79919	85.4759	88.6408	60.00	96.00
المستوى الصحة النفسية المتوسط للاولياء	الاولى ثانوي	71	14.5211	1.85055	.21962	14.0831	14.9591	11.00	18.00
	الثانية ثانوي	28	12.7857	3.84281	.72622	11.2956	14.2758	6.00	18.00
	الثالثة ثانوي	21	12.3810	3.10606	.67780	10.9671	13.7948	8.00	18.00
	Total	120	13.7417	2.80904	.25643	13.2339	14.2494	6.00	18.00

الملحق رقم (19) نتائج الإحصائية لاختبار تحليل التباين الأحادي (F) للفرضية الرابعة

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
الدرجة الكلية لمستويات الصحة النفسية للاولياء	Between Groups	5599.006	2	2799.503	21.554	.000
	Within Groups	15196.294	117	129.883		
	Total	20795.300	119			
المستوى الصحة النفسية المنخفض للاولياء	Between Groups	2336.967	2	1168.484	20.153	.000
	Within Groups	6783.624	117	57.980		
	Total	9120.592	119			
المستوى الصحة النفسية المتوسط للاولياء	Between Groups	107.607	2	53.803	7.572	.001
	Within Groups	831.385	117	7.106		
	Total	938.992	119			

الملحق رقم (20) نتائج اختبار شيفيه للفرضية الرابعة

Multiple Comparisons

Scheffe

Dependent Variable	المستوى (I)	المستوى (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
الدرجة الكلية لمستويات الصحة النفسية للاولياء	الاولى ثانوي	الثانية ثانوي	12.17505*	2.54323	.000	5.8693	18.4808
		الثالثة ثانوي	15.74648*	2.83094	.000	8.7274	22.7656
	الثانية ثانوي	الاولى ثانوي	-12.1751-*	2.54323	.000	-18.4808-	-5.8693-
		الثالثة ثانوي	3.57143	3.28992	.556	-4.5857-	11.7285
	الثالثة ثانوي	الاولى ثانوي	-15.7465-*	2.83094	.000	-22.7656-	-8.7274-
		الثانية ثانوي	-3.57143-	3.28992	.556	-11.7285-	4.5857
المستوى الصحة النفسية المنخفض للاولياء	الاولى ثانوي	الثانية ثانوي	7.17706*	1.69921	.000	2.9640	11.3901
		الثالثة ثانوي	10.70087*	1.89144	.000	6.0112	15.3906
	الثانية ثانوي	الاولى ثانوي	-7.17706-*	1.69921	.000	-11.3901-	-2.9640-
		الثالثة ثانوي	3.52381	2.19810	.281	-1.9262-	8.9738
	الثالثة ثانوي	الاولى ثانوي	-10.7009-*	1.89144	.000	-15.3906-	-6.0112-
		الثانية ثانوي	-3.52381-	2.19810	.281	-8.9738-	1.9262
المستوى الصحة النفسية المتوسط للاولياء	الاولى ثانوي	الثانية ثانوي	1.73541*	.59486	.016	.2605	3.2103
		الثالثة ثانوي	2.14017*	.66216	.007	.4984	3.7819
	الثانية ثانوي	الاولى ثانوي	-1.73541-*	.59486	.016	-3.2103-	-.2605-
		الثالثة ثانوي	.40476	.76952	.871	-1.5032-	2.3127
	الثالثة ثانوي	الاولى ثانوي	-2.14017-*	.66216	.007	-3.7819-	-.4984-
		الثانية ثانوي	-.40476-	.76952	.871	-2.3127-	1.5032

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

الملحق رقم (21) نتائج الإحصائية للفرضية الخامسة الإحصاء الوصفي

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية و الانفعالية س 1الى 63	ذكر	77	114.26	19.118	2.179
	انثى	43	106.14	18.742	2.858
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات الانفعالية س1 الى س27	ذكر	77	48.16	9.092	1.036
	انثى	43	44.72	8.603	1.312
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية س 28 الى 63	ذكر	77	66.10	10.717	1.221
	انثى	43	61.42	11.744	1.791

الملحق رقم (22) نتائج الإحصائية لاختبار(T)للفرضية الخامسة

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية و الانفعالية س 1الى 63	Equal variances assumed	.564	.454	2.247	118	.027	8.120	3.614	.963	15.277
	Equal variances not assumed			2.259	88.479	.026	8.120	3.594	.979	15.262
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات الانفعالية س1 الى س27	Equal variances assumed	.033	.856	2.023	118	.045	3.435	1.698	.072	6.798
	Equal variances not assumed			2.055	91.134	.043	3.435	1.672	.114	6.756
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية س 28 الى 63	Equal variances assumed	4.332	.040	2.218	118	.028	4.685	2.112	.503	8.867
	Equal variances not assumed			2.161	80.525	.034	4.685	2.168	.372	8.999

الجدول رقم (23) الفرضية السادسة التحليل الإحصائي الوصفي

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية و الانفعالية س 1الى 63	15الى اقل من 17 سنة	54	121.17	5.843	.795	119.57	122.76	107	126
	من 16 الى اقل من19 سنة	48	102.58	24.356	3.516	95.51	109.66	63	125
	من 19 سنة الى 20 سنة	18	105.28	17.323	4.083	96.66	113.89	84	126
	Total	120	111.35	19.305	1.762	107.86	114.84	63	126
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات الانفعالية س1 الى س27	15الى اقل من 17 سنة	54	51.20	3.853	.524	50.15	52.26	40	54
	من 16 الى اقل من19 سنة	48	42.48	10.985	1.586	39.29	45.67	27	54
	من 19 سنة الى 20 سنة	18	45.94	8.755	2.063	41.59	50.30	27	54
	Total	120	46.93	9.036	.825	45.29	48.56	27	54
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية س 28 الى 63	15الى اقل من 17 سنة	54	69.96	2.881	.392	69.18	70.75	58	72
	من 16 الى اقل من19 سنة	48	60.10	14.276	2.061	55.96	64.25	36	72
	من 19 سنة الى 20 سنة	18	59.33	11.088	2.613	53.82	64.85	42	72
	Total	120	64.43	11.275	1.029	62.39	66.46	36	72

الملحق رقم (24) تحليل النتائج الإحصائية لتحليل اختبار الأحادي (Anova)

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية و الانفعالية س 1الى 63	Between Groups	9556.522	2	4778.261	16.068	.000
	Within Groups	34792.778	117	297.374		
	Total	44349.300	119			
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات الانفعالية س1 الى س27	Between Groups	1954.642	2	977.321	14.732	.000
	Within Groups	7761.683	117	66.339		
	Total	9716.325	119			
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية س 28 الى 63	Between Groups	3018.920	2	1509.460	14.585	.000
	Within Groups	12108.405	117	103.491		
	Total	15127.325	119			

الملحق رقم(25) نتائج الإحصائية الوصفية للفرضية السابعة

Multiple Comparisons

Scheffe

Dependent Variable	العمر (I)	العمر (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية و الانفعالية س 1الى 63	15الى اقل من 17 سنة	من 16 الى اقل من19 سنة	18.583*	3.421	.000	10.10	27.07
		من 19 سنة الى 20 سنة	15.889*	4.693	.004	4.25	27.53
	من 16 الى اقل من19 سنة	15الى اقل من 17 سنة	-18.583-*	3.421	.000	-27.07-	-10.10-
		من 19 سنة الى 20 سنة	-2.694-	4.766	.853	-14.51-	9.12
	من 19 سنة الى 20 سنة	15الى اقل من 17 سنة	-15.889-*	4.693	.004	-27.53-	-4.25-
		من 16 الى اقل من19 سنة	2.694	4.766	.853	-9.12-	14.51
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات الانفعالية س1 الى س27	15الى اقل من 17 سنة	من 16 الى اقل من19 سنة	8.725*	1.616	.000	4.72	12.73
		من 19 سنة الى 20 سنة	5.259	2.217	.064	-.24-	10.76
	من 16 الى اقل من19 سنة	15الى اقل من 17 سنة	-8.725-*	1.616	.000	-12.73-	-4.72-
		من 19 سنة الى 20 سنة	-3.465-	2.251	.309	-9.05-	2.12
	من 19 سنة الى 20 سنة	15الى اقل من 17 سنة	-5.259-	2.217	.064	-10.76-	.24
		من 16 الى اقل من19 سنة	3.465	2.251	.309	-2.12-	9.05
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية س 28 الى 63	15الى اقل من 17 سنة	من 16 الى اقل من19 سنة	9.859*	2.018	.000	4.86	14.86
		من 19 سنة الى 20 سنة	10.630*	2.769	.001	3.76	17.49
	من 16 الى اقل من19 سنة	15الى اقل من 17 سنة	-9.859-*	2.018	.000	-14.86-	-4.86-
		من 19 سنة الى 20 سنة	.771	2.812	.963	-6.20-	7.74
	من 19 سنة الى 20 سنة	15الى اقل من 17 سنة	-10.630-*	2.769	.001	-17.49-	-3.76-
		من 16 الى اقل من19 سنة	-.771-	2.812	.963	-7.74-	6.20

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

نتائج التحليل الإحصائي للفرضية السابعة

الجدول رقم (26) التحليل الإحصائي الوصفي

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية و الانفعالية س 1الى 63	الاولى ثانوي	71	118.31	11.424	1.356	115.61	121.01	76	126
	الثانية ثانوي	28	113.07	14.275	2.698	107.54	118.61	84	126
	الثالثة ثانوي	21	85.52	24.681	5.386	74.29	96.76	63	126
	Total	120	111.35	19.305	1.762	107.86	114.84	63	126
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات الانفعالية س1 الى س27	الاولى ثانوي	71	49.83	6.192	.735	48.37	51.30	29	54
	الثانية ثانوي	28	48.54	4.985	.942	46.60	50.47	40	54
	الثالثة ثانوي	21	34.95	11.574	2.526	29.68	40.22	27	54
	Total	120	46.93	9.036	.825	45.29	48.56	27	54
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية س 28 الى 63	الاولى ثانوي	71	68.48	6.418	.762	66.96	70.00	43	72
	الثانية ثانوي	28	64.54	10.261	1.939	60.56	68.51	42	72
	الثالثة ثانوي	21	50.57	14.497	3.163	43.97	57.17	36	72
	Total	120	64.43	11.275	1.029	62.39	66.46	36	72

الملحق رقم (27) نتائج التحليل الإحصائي لاختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA)

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية و الانفعالية س 1الى 63	Between Groups	17529.022	2	8764.511	38.234	.000
	Within Groups	26820.278	117	229.233		
	Total	44349.300	119			
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات الانفعالية س1 الى س27	Between Groups	3682.437	2	1841.218	35.702	.000
	Within Groups	6033.888	117	51.572		
	Total	9716.325	119			
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية س 28 الى 63	Between Groups	5197.500	2	2598.750	30.620	.000
	Within Groups	9929.825	117	84.870		
	Total	15127.325	119			

الملحق رقم (28) التحاليل الإحصائية لاختبار شيفيه

Multiple Comparisons

Scheffe

Dependent Variable	المستوى (I)	المستوى (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية و الانفعالية س 1الى 63	الاولى ثانوي	الثانية ثانوي	5.238	3.379	.304	-3.14-	13.62
		الثالثة ثانوي	32.786*	3.761	.000	23.46	42.11
	الثانية ثانوي	الاولى ثانوي	-5.238-	3.379	.304	-13.62-	3.14
		الثالثة ثانوي	27.548*	4.371	.000	16.71	38.38
	الثالثة ثانوي	الاولى ثانوي	-32.786-*	3.761	.000	-42.11-	-23.46-
		الثانية ثانوي	-27.548-*	4.371	.000	-38.38-	-16.71-
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات الانفعالية س1 الى س 27	الاولى ثانوي	الثانية ثانوي	1.295	1.603	.722	-2.68-	5.27
		الثالثة ثانوي	14.879*	1.784	.000	10.46	19.30
	الثانية ثانوي	الاولى ثانوي	-1.295-	1.603	.722	-5.27-	2.68
		الثالثة ثانوي	13.583*	2.073	.000	8.44	18.72
	الثالثة ثانوي	الاولى ثانوي	-14.879-*	1.784	.000	-19.30-	-10.46-
		الثانية ثانوي	-13.583-*	2.073	.000	-18.72-	-8.44-
الدرجة الكلية لمؤشرات الاضطرابات السلوكية س 28 الى 63	الاولى ثانوي	الثانية ثانوي	3.943	2.056	.163	-1.15-	9.04
		الثالثة ثانوي	17.907*	2.288	.000	12.23	23.58
	الثانية ثانوي	الاولى ثانوي	-3.943-	2.056	.163	-9.04-	1.15
		الثالثة ثانوي	13.964*	2.659	.000	7.37	20.56
	الثالثة ثانوي	الاولى ثانوي	-17.907-*	2.288	.000	-23.58-	-12.23-
		الثانية ثانوي	-13.964-*	2.659	.000	-20.56-	-7.37-

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.