



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة وهران 2 محمد بن أحمد
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علوم التربية

الكشف عن مستوى الصحة النفسية للمتخرج الجامعي البطل:
المنبئات الاجتماعية والنفسية عن الكدر النفسي مع اقتراح برنامج
إرشادي لتحسين الصحة النفسية له

إشراف الأستاذ الدكتور:
بلقوميدي عباس

إعداد الطالبة:
محمدي وهيبة

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	الصفة	مؤسسة الانتماء
غريب العربي	أستاذ	رئيسا	جامعة وهران 2
بلقوميدي عباس	أستاذ	مشرفا ومقررا	جامعة وهران 2
خطيب زوليخة	أستاذة	مناقشا	جامعة وهران 2
بشلاغم يحيى	أستاذ	مناقشا	جامعة تلمسان
فلوح أحمد	أستاذ	مناقشا	جامعة مستغانم

السنة الجامعية 2025/2024



كلمة شكر

الحمد لله فاطر السماوات والأرض، هو وليي في الدنيا والآخرة، علمني ما لم أكن أعلم، والحمد لله الذي منحني الصبر والعزيمة لإتمام هذا العمل المتواضع، أما بعد:

قد لا تسعني هذه الأسطر لأعبر عما يدور في خلدي من أسمى معاني التقدير والاحترام إلى أصحاب الفضل علي، وعلى رأسهم أستاذي الدكتور "بلقوميدي عباس" الذي تفضل بالإشراف على هذه الدراسة ومتابعتي بمواظبة وجدية طيلة إنجازها، وعلى توجيهاته ونصائحه القيمة، فلك مني جزيل الشكر أستاذي، سائلة المولى عز وجل أن يجعل ذلك في ميزان حسناتك.

كما أوجه كلمة شكر وعرفان إلى أساتذتي الكرام أعضاء لجنة المناقشة لتفضلهم بقبول مناقشة هذه الأطروحة، وعلى الوقت والجهد المبذول من أجل تقييمها، وإسداء النصح والملاحظات التي ستسهم بلا شك في إثراء هذه الدراسة، كما أشكر أفراد العينة (المتخرجين البطالين) على حسن تعاونهم معي أثناء القيام بالجانب التطبيقي لهذه الدراسة.

والشكر موصول إلى جميع أساتذتي الذين تتلمذت على أيديهم طيلة مشواري الدراسي والجامعي مع خالص الدعاء والثناء.

الباحثة

إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى روح أمي الغالية

أسكنها الله فسيح جناته

وإلى أبي الغالي أطل الله في عمره وزوجته عائشة

إلى من كانوا دائما سندا وعدة لي طيلة مشواري

زوجي وأبنائي محي الدين، ياسمين، إلياس

إلى رفيقة دربي أختي نوال وأخي حكيم

وأولادهما وليد، إيمان، رحاب

إلى كل من تربطني بهم أخوة أو محبة في الله صديقاتي الغاليات

فاطمة، سعاد، سلوى.

وهيبة

ملخص الدراسة باللغة العربية:

تهدف هذه الدراسة الموسومة بـ " الكشف عن مستوى الصحة النفسية للمتخرج الجامعي البطل: المنبئات الاجتماعية والنفسية عن الكدر النفسي مع اقتراح برنامج إرشادي لتحسين الصحة النفسية له"، إلى التعرف على واقع الصحة النفسية لدى المتخرجين البطالين، وكذا معرفة مدى مساهمة المنبئات الاجتماعية والنفسية للصحة النفسية في التنبؤ بأعراض الكدر النفسي (الاكتئاب)، وذلك من خلال استخدام أداتين للقياس النفسي وهما: مقياس الصحة النفسية من إعداد صالح فؤاد مكايي (2002) ومقياس الاكتئاب لرجب أحمد مصطفى علي (2012) على عينة حجمها 120 متخرجاً ومتخرجةً من البطالين الحاملين للشهادات الجامعية بمختلف مستوياتها (ليسانس، ماستر، ماجستير، دكتوراه)، منهم 31.67% متزوجين، و68.33% غير متزوجين، تتراوح مدة بطالتهم من سنة إلى أكثر من خمس سنوات، وانطلاقاً من الأسئلة المطروحة في هذه الدراسة، صاغت الباحثة الفرضيات المناسبة لها، كأجوبة مؤقتة، حيث تم اختبارها من خلال التحليل الإحصائي للبيانات المتحصل عليها ميدانياً، وقد أسفرت هذه المعالجة على النتائج التالية:

60.83% من أفراد عينة الدراسة يتمتعون بمستوى متوسط من الصحة النفسية.

65.83% من أفراد عينة الدراسة لديهم مستوى متوسط للاكتئاب.

توجد علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً بين مستوى الصحة النفسية ومستوى الاكتئاب لدى عينة الدراسة قدرت بـ (-0.51).

توجد علاقة ارتباطية عكسية بين مستوى المنبئات الاجتماعية للصحة النفسية، ومستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطل قدرت بـ (-0.37).

توجد علاقة ارتباطية عكسية بين مستوى المنبئات النفسية للصحة النفسية، ومستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطل بـ (-0.22).

توجد فروق دالة إحصائياً في مستويات الصحة النفسية تعزى للجنس ولصالح الذكور، ولمدة البطالة بينما لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستويات الصحة النفسية تعزى للمستوى الجامعي وللحالة الاجتماعية.

توجد فروق دالة إحصائياً في مستويات الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطل تعزى لمتغير الجنس ولصالح الإناث، ولم تكن هناك فروق دالة إحصائياً في مستوى الاكتئاب تعزى للمستوى الجامعي، الحالة الاجتماعية، ومدة البطالة.

تساهم المنبئات الاجتماعية بمقدار (37.6%) في رفع مستوى الاكتئاب لدى المتخرجين الجامعيين البطالين.

تساهم المنبئات النفسية بمقدار (22.5%) في رفع مستوى الاكتئاب لدى المتخرجين الجامعيين البطالين.

Abstract:

This study, titled "Revealing the Level of Mental Health of Unemployed University Graduates: Social and Psychological Predictors of Psychological Distress with a Proposed Counseling Program to Improve Their Mental Health," aims to identify the state of mental health among unemployed graduates and to understand the extent to which social and psychological predictors of mental health contribute to predicting symptoms of psychological distress (depression). This was done by using two psychological measurement tools: the Mental Health Scale by Saleh Fouad Makawi (2002) and the Depression Scale by Rajab Ahmed Mustafa Ali (2012) on a sample of 120 unemployed graduates holding university degrees at various levels (bachelor's, master's, doctorate). Of the sample, 31.67% were married, and 68.33% were unmarried, with unemployment durations ranging from one year to more than five years. Based on the questions posed in this study, the researcher formulated appropriate hypotheses as temporary answers, which were tested through statistical analysis of the data obtained in the field. This analysis yielded the following results:

- 60.83% of the study sample have an average level of mental health.
- 65.83% of the study sample have an average level of depression.
- There is a statistically significant inverse correlation between the level of mental health and the level of depression in the study sample, estimated at (-0.51).
- There is an inverse correlation between the level of social predictors of mental health and the level of depression among unemployed university graduates, estimated at (-0.37).
- There is an inverse correlation between the level of psychological predictors of mental health and the level of depression among unemployed university graduates, estimated at (-0.22).
- There are statistically significant differences in levels of mental health attributed to gender, favoring males, and to the duration of unemployment, while there are no statistically significant differences in levels of mental health attributed to university level or marital status.
- There are statistically significant differences in levels of depression among unemployed university graduates attributed to gender, favoring females, while there were no statistically significant differences in levels of depression attributed to university level, marital status, or duration of unemployment.
- Social predictors contribute 37.6% to raising the level of depression among unemployed university graduates.
- Psychological predictors contribute 22.5% to raising the level of depression among unemployed university graduates.

Résumé :

Cette étude, intitulée "Révéler le Niveau de Santé Mentale des Diplômés Universitaires au Chômage : Prédicteurs Sociaux et Psychologiques de la Détresse Psychologique avec une Proposition de Programme de Conseil pour Améliorer Leur Santé Mentale", vise à identifier l'état de santé mentale parmi les diplômés au chômage et à comprendre dans quelle mesure les prédicteurs sociaux et psychologiques de la santé mentale contribuent à prédire les symptômes de la détresse psychologique (dépression). Cela a été réalisé en utilisant deux outils de mesure psychologique : l'échelle de santé mentale de Saleh Fouad Makawi (2002) et l'échelle de dépression de Rajab Ahmed Mustafa Ali (2012) sur un échantillon de 120 diplômés au chômage titulaires de diplômes universitaires à divers niveaux (licence, master, doctorat). Parmi l'échantillon, 31,67% étaient mariés et 68,33% étaient célibataires, avec des durées de chômage allant d'un an à plus de cinq ans. Sur la base des questions posées dans cette étude, la chercheuse a formulé des hypothèses appropriées comme réponses temporaires, qui ont été testées par l'analyse statistique des données obtenues sur le terrain. Cette analyse a donné les résultats suivants :

- 60,83% de l'échantillon de l'étude ont un niveau moyen de santé mentale.
- 65,83% de l'échantillon de l'étude ont un niveau moyen de dépression.
- Il existe une corrélation inverse statistiquement significative entre le niveau de santé mentale et le niveau de dépression dans l'échantillon de l'étude, estimée à (-0,51).
- Il existe une corrélation inverse entre le niveau des prédicteurs sociaux de la santé mentale et le niveau de dépression chez les diplômés universitaires au chômage, estimée à (-0,37).
- Il existe une corrélation inverse entre le niveau des prédicteurs psychologiques de la santé mentale et le niveau de dépression chez les diplômés universitaires au chômage, estimée à (-0,22).
- Il existe des différences statistiquement significatives dans les niveaux de santé mentale attribuées au sexe, en faveur des hommes, et à la durée du chômage, tandis qu'il n'y a pas de différences statistiquement significatives dans les niveaux de santé mentale attribuées au niveau universitaire ou à l'état civil.
- Il existe des différences statistiquement significatives dans les niveaux de dépression chez les diplômés universitaires au chômage attribuées au sexe, en faveur des femmes, tandis qu'il n'y avait pas de différences statistiquement significatives dans les niveaux de dépression attribuées au niveau universitaire, à l'état civil ou à la durée du chômage.
- Les prédicteurs sociaux contribuent à hauteur de 37,6% à l'augmentation du niveau de dépression chez les diplômés universitaires au chômage.
- Les prédicteurs psychologiques contribuent à hauteur de 22,5% à l'augmentation du niveau de dépression chez les diplômés universitaires au chômage.

قائمة المحتويات

أ	كلمة شكر وتقدير
ب	إهداء
ج	ملخص الدراسة باللغة العربية
د	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
هـ	ملخص الدراسة باللغة الفرنسية
و	قائمة المحتويات
ي	قائمة الجداول
م	قائمة الأشكال
ن	قائمة الملاحق
1	مقدمة عامة

الجانب النظري

الفصل الأول: مدخل الدراسة	
5	1- إشكالية وتساؤلات الدراسة
12	2- فرضيات الدراسة
13	3- دواعي اختيار الموضوع
13	4- أهمية الدراسة
14	5- أهداف الدراسة
16	6- التعريفات الإجرائية لمتغيرات البحث
16	7- صعوبات البحث
17	8- الدراسات السابقة
34	9- التعقيب على الدراسات السابقة
الفصل الثاني: الصحة النفسية	

40	تمهيد
40	1- الجذور التاريخية لعلم الصحة النفسية
43	2- تعريف الصحة النفسية
47	3- علاقة الصحة النفسية ببعض المفاهيم القريبة منها
49	4- النظريات المفسرة للصحة النفسية
54	5- معايير الصحة النفسية
58	6- مؤشرات ومظاهر الصحة النفسية
61	7- الصحة النفسية للمتخرج الجامعي البطال
63	خلاصة
الفصل الثالث: الكدر النفسي (الاكتئاب)	
65	تمهيد
66	1- تعريف الاكتئاب
68	2- النظريات المفسرة للاكتئاب
70	3- أعراض الاكتئاب
73	4- تصنيفات الاكتئاب
75	5- أسباب الاكتئاب
77	6- الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال
78	7- علاج الاكتئاب
81	خلاصة
الفصل الرابع: البطالة	
83	تمهيد
84	1- مفهوم البطالة
87	2- بطالة المتخرج الجامعي
86	3- أسباب بطالة المتخرج الجامعي

88	4- الآثار المترتبة على بطلالة المتخرجين الجامعيين
92	5- إشكالية الموازنة بين مخرجات التعليم العالي وسوق العمل بالجزائر
94	6- الآليات المتبعة من طرف الدولة للحد من بطلالة خريجي الجامعات الجزائرية
98	خلاصة
الفصل الخامس: البرنامج الإرشادي	
100	تمهيد
100	1- مفهوم البرنامج الإرشادي
101	2- الأسس التي تقوم عليها البرامج الإرشادية
102	3- الخصائص العامة للبرامج الإرشادية
103	4- خطوات بناء البرامج الإرشادية
112	خلاصة

الجانب التطبيقي

الفصل السادس: الإجراءات المنهجية للدراسة	
114	أولاً: الدراسة الاستطلاعية
114	1- أهداف الدراسة الاستطلاعية
114	2- عينة الدراسة ومواصفاتها
116	3- أدوات الدراسة ومواصفاتها
131	4- نتائج الدراسة الاستطلاعية
131	ثانياً: الدراسة الأساسية
131	1- منهج الدراسة
132	2- حدود الدراسة الأساسية
132	3- الإطار الزمني والمكاني للدراسة الأساسية
133	4- عينة الدراسة
136	5- كيفية تطبيق أدوات الدراسة الأساسية

137	6- الأساليب الإحصائية المستخدمة
الفصل السابع: عرض وتفسير النتائج	
139	أولاً: عرض النتائج
139	1- عرض نتائج اختبار السؤال الاستكشافي الأول
141	2- عرض نتائج اختبار السؤال الاستكشافي الثاني
143	3- عرض نتائج الفرضية الأولى
144	4- عرض نتائج الفرضية الثانية
144	5- عرض نتائج الفرضية الثالثة
145	6- عرض نتائج الفرضية الرابعة
148	7- عرض نتائج الفرضية الخامسة
151	8- عرض نتائج الفرضية السادسة
153	9- عرض نتائج الفرضية السابعة
155	ثانياً: مناقشة النتائج
155	1- مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الاستكشافي الأول
156	2- مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الاستكشافي الثاني
157	3- مناقشة نتائج الفرضية الأولى
158	4- مناقشة نتائج الفرضية الثانية
159	5- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة
159	6- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة
162	7- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة
166	8- مناقشة نتائج الفرضية السادسة
167	9- مناقشة نتائج الفرضية السابعة
169	الاستنتاج العام

170	إسهامات الدراسة
177	الخاتمة
180	قائمة المراجع
215	ملاحق الدراسة

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
1	توزيع العينة الاستطلاعية حسب الجنس	115
2	توزيع العينة الاستطلاعية حسب المستوى الجامعي	115
3	توزيع العينة الاستطلاعية حسب الحالة الاجتماعية	115
4	توزيع العينة الاستطلاعية حسب مدة البطالة	116
5	أبعاد وفقرات مقياس الصحة النفسية	116
6	الاستجابات الثلاثية الموجبة والسالبة على مقياس الصحة النفسية	117
7	الفقرات الموجبة والفقرات السالبة لمقياس الصحة النفسية	117
8	أبعاد وفقرات مقياس الاكتئاب	118
9	معامل الارتباط بين درجات مقياس الصحة النفسية ودرجات مقياس جودة الصحة النفسية لدى عينة التقنين	119
10	قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد السعادة في الحياة	120
11	قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد الرضا عن الذات	120
12	قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد رضا الآخرين	121
13	قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد الرضا المهني	121
14	قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد الخلو النسبي من الأعراض المرضية	121
15	قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد وجود معنى في الحياة	137
16	قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد الأمن النفسي	122
17	قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد الأمن الاقتصادي	122

123	قيم ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية	18
124	نتائج المقارنة الطرفية لمقياس الصحة النفسية	19
124	قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس الصحة النفسية	20
125	قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس الصحة النفسية بعد حذف الفقرات	21
125	قيمة ثبات مقياس الصحة النفسية باستخدام التجزئة النصفية	22
126	قيمة معامل ثبات مقياس الاكتئاب باستخدام طريقة 'رولون المختصرة'	23
127	قيم معامل الارتباط بطريقة 'إعادة الاختبار' بين التطبيقين الأول والثاني لمقياس الاكتئاب	24
127	قيم ارتباط كل فقرة بمجموع البعد النفسي لمقياس الاكتئاب	25
128	قيم ارتباط كل فقرة بمجموع البعد الاجتماعي لمقياس الاكتئاب	26
128	قيم ارتباط كل فقرة بمجموع البعد الجسدي لمقياس الاكتئاب	27
129	قيم ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب	28
129	نتائج المقارنة الطرفية لمقياس الاكتئاب	29
130	قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس الاكتئاب	30
130	قيمة ثبات مقياس الاكتئاب باستخدام التجزئة النصفية	31
131	الفقرات الموجبة والفقرات السالبة بعد حذف الفقرات لمقياس الصحة النفسية	32
133	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس	33
133	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى الجامعي	34
134	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب الحالة الاجتماعية	35
135	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب مدة البطالة	36
139	نتائج اختبار اعتدالية التوزيع	37
140	مستويات الصحة النفسية	38
141	دلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لمقياس الصحة النفسية	39
142	مستويات الاكتئاب	40

143	دلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لمقياس الاكتئاب	41
143	معامل ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للصحة النفسية والدرجة الكلية للاكتئاب	42
144	معامل ارتباط بيرسون بين مستوى المنبئات الاجتماعية للصحة النفسية ومستوى الاكتئاب	43
144	معامل ارتباط بيرسون بين مستوى المنبئات النفسية للصحة النفسية ومستوى الاكتئاب	44
145	دلالة الفروق بين الذكور والإناث المتخرجين البطالين من حيث مستويات الصحة النفسية	45
146	دلالة الفروق في مستويات الصحة النفسية لدى المتخرجين البطالين باختلاف المستوى الجامعي	46
147	دلالة الفروق بين المتخرجين البطالين المتزوجين وغير المتزوجين من حيث مستوى الصحة النفسية	47
147	دلالة الفروق في مستويات الصحة النفسية لدى المتخرجين البطالين باختلاف مدة البطالة	48
149	دلالة الفروق بين الذكور والإناث المتخرجين البطالين من حيث مستويات الاكتئاب	49
149	دلالة الفروق في مستويات الاكتئاب لدى المتخرجين البطالين باختلاف المستوى الجامعي	50
150	دلالة الفروق في مستويات الاكتئاب لدى المتخرجين البطالين باختلاف الحالة الاجتماعية	51
151	يمثل دلالة الفروق في مستويات الاكتئاب لدى المتخرجين البطالين باختلاف مدة البطالة	52
152	نتائج تحليل الانحدار البسيط لمتغير المنبئات الاجتماعية (المستقل) ومتغير الاكتئاب (التابع)	53
152	نتائج تحليل التباين لأثر المنبئات الاجتماعية على مستوى الاكتئاب لدى أفراد العينة	54
153	نتائج تحليل الانحدار للمنبئات الاجتماعية والاكتئاب	55
153	نتائج تحليل الانحدار البسيط لمتغير المنبئات النفسية (المستقل) ومتغير الاكتئاب (التابع)	56

154	نتائج تحليل التباين لأثر المنبئات النفسية على مستوى الاكتئاب لدى أفراد العينة	57
154	نتائج تحليل الانحدار للمنبئات النفسية والاكتئاب	58

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
55	التوزيع الاعتمادي للصحة النفسية حسب المعيار الإحصائي	1
85	يوضح من هم العاطلون	2
96	يمثل المهام الأساسية لوكالة ANEM	3
133	يوضح توزيع عينة الدراسة من حيث الجنس	4
134	يوضح توزيع عينة الدراسة من حيث المستوى الجامعي	5
135	يوضح توزيع عينة الدراسة من حيث الحالة الاجتماعية	6
136	يوضح توزيع عينة الدراسة من حيث مدة البطالة	7
140	يمثل مستويات الصحة النفسية	8
142	يمثل مستويات الاكتئاب	9

قائمة الملاحق

الصفحة	العنوان	الرقم
215	استمارة البحث: البيانات الأولية للمفحوص	1
216	مقياس الصحة النفسية صلاح فؤاد مكاوي (2002) في صورته الأولية	2
218	الصورة النهائية لمقياس الصحة النفسية صلاح فؤاد مكاوي (2002)	3
220	مقياس الاكتئاب لرجب أحمد مصطفى علي (2013)	4
222	نتائج التحليل الإحصائي باستخدام (SPSS)	5
246	برنامج الروتين اليومي	6
248	نشاط حول أساليب التفكير	7
249	نشاط حول الشخصية الإيجابية والشخصية السلبية	8
251	نشاط حول استراتيجيات حل المشكلات	9
252	نشاط حول كيفية مواجهة الحدث الضاغط	10
253	روابط الفيديوهاات المقترحة في البرنامج الإرشادي	11
254	بطاقة تقييمية للبرنامج الإرشادي	12

مقدمة:

يعتبر تحقيق الصحة النفسية من أسمى الغايات التي يطمح إليها بني البشر، فهي مطلب رئيسي للشعور بالأمن والأمان والراحة والطمأنينة، وهي تقابل في أهميتها الصحة الجسدية في انسجام وتكامل عبيبين، كما يعبر مفهوم الصحة النفسية عن التوافق والتكامل بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات والمشاكل التي تطرأ عادة على الفرد، مع الإحساس الإيجابي بالحياة(خاطر2018، ص2)، ومما لاشك فيه أن ضغوط الحياة المتباينة وشدة معوقات ومدى قدرة الإنسان على الاستجابة لها ومدى الاستسلام أو التغلب عليها يتطلب العديد من الفعاليات النفسية والأساليب الدفاعية واستنزاف الطاقات الجسدية والنفسية.

وبغرض الوقاية والحفاظ على توازن الصحة النفسية والحد من الهدر الصحي للثروة البشرية اهتم العديد من الباحثين في هذا الحقل بسبل التقليل من المعاناة النفسية وذلك عن طريق تعزيز توافق وتكيف الفرد مع واقعه المعاش وسط بيئة مليئة بالأحداث والأزمات والضغوطات اليومية التي تفرض وجودها بحكم قانون الحياة. والتطور السريع الذي يشهده العالم بأسره، وبما أن شريحة الشباب هي أكثر الشرائح أهمية في كل المجتمعات، لأن آمال الشعوب معقودة عليهم، وسلاح القوة والنمو والرخاء والعزة كلها تعود إليهم لأنهم الطاقة المحركة لكل وطن يريد بناء مستقبل واعد مليء بالإنجازات والانتصارات، فإنه- وللأسف الشديد-أصبح الشباب العربي عامة والجزائري خاصة يعاني من اصطدامه بالواقع المرير، والقيود التي تكبل طموحاته وأهدافه وآماله جراء الوضع الاجتماعي والاقتصادي المتدهور بسبب الحرمان والعجز عن تحقيق ذاته وسوء معيشته نتيجة تعطله عن العمل وما يترتب عنه من فراغ يؤرق صاحبه ويثقل كاهله ويهدد استقراره، فالبطالة تشكل عائقا كبيرا أمام الشباب خاصة مع التزايد المستمر لعدد الأفراد القادرين على العمل والراغبين فيه والباحثين عنه دون الحصول عليه، وبالأخص بطالة أولئك الذين أفنوا أوقاتا من حياتهم وهم يمرون على مراحل التعليم مرحلة تلوى الأخرى وصولا إلى مرحلة التعليم العالي سعيا في اكتساب المعرفة والخبرات التعليمية وتنمية المهارات والقدرات المكتسبة بهدف الاستثمار فيها بعد الحصول على الشهادة الجامعية والدخول إلى عالم الشغل، لكن ارتفاع عدد طالبي العمل المتخرجين من الجامعات أصبح عائقا أمام اندماجهم في سوق العمل وأصبحت البطالة تطاردهم كغيرهم من عامة الشباب، ولم يصبح للشهادة الجامعية نفس القيمة التي عهدتها في السابق على أنها تأشيرة ولوج إلى الحياة المهنية بدون عراقيل وهذا ما يشكل اختلال بين مخرجات التعليم العالي وسوق العمل وتكتسب بطالة المتخرج الجامعي خطورتها

من آثارها السلبية النفسية والاجتماعية والاقتصادية على الفرد والمجتمع لأن تعطيل تلك الطاقة المفعمة بالحوية والنشاط والإنتاج تؤدي إلى شلل في استعدادات الشاب وقدراته وطموحاته وتجعل منه عبئا على أسرته من حيث الإنفاق والتبعية المادية.

أثبتت العديد من الدراسات أن البطالة تعيق عملية النمو النفسي وتولد شعورا بالدونية وبالتهميش، ويصبح العاطل عدوانيا اتجاه نفسه ومجتمعه، بسبب الفقر والحاجة والحرمان، ومن آثارها أيضا الإحساس بالملل وازدياد مستويات القلق والكآبة وعدم الاستقرار واليأس الذي قد يصل لحد الانتحار (آيت حمودة وفاضلي، 2007، ص59).

وفي هذا الإطار جاءت الدراسة الحالية كمحاولة للربط بين بطالة المتخرج الجامعي وصحته النفسية وما قد ينتج عنها من كدر نفسي (اكتئاب) ولعل الجمع بينهما في دراسة كهذه هو جد محدود على حسب اطلاع الباحثة.

جاءت هذه الدراسة الموسومة ب"الكشف عن مستوى الصحة النفسية للمتخرج الجامعي البطال: المنبئات الاجتماعية والنفسية عن الكدر النفسي مع اقتراح برنامج إرشادي لتحسين الصحة النفسية له «على عينة من المتخرجين الجامعيين الحاصلين على شهادات جامعية بمستويات مختلفة (ليسانس، ماستر، ماجستير، دكتوراه) والعاطلين عن العمل، اختارتهم الباحثة من ثلاث ولايات من الغرب الجزائري (وهران، مستغانم، تلمسان).

ثم تم اقتراح برنامج إرشادي بحكم تخصص الباحثة (الإرشاد والتوجيه) بهدف تحسين الصحة النفسية للمتخرج الجامعي البطال، وقد تمت معالجة هذا الموضوع نظريا وتطبيقيا من خلال عدد من الفصول التي يمكن استعراضها كالتالي:

الفصل الأول: كمدخل للدراسة وقد تضمن طرح الإشكالية ومجموعة من التساؤلات حول موضوع الدراسة، وكذا صياغة الفرضيات كإجابات مؤقتة لها، ثم أهمية الدراسة وأهدافها، والتحديد الاصطلاحي والإجرائي لمفاهيم الدراسة كما قامت الباحثة في هذا الفصل بتجميع عدد من الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع البحث ومناقشتها.

الفصل الثاني: بعنوان الصحة النفسية، حيث حُصص هذا الفصل للتدقيق في مفهوم الصحة النفسية بدءاً بالجزور التاريخية لهذا المصطلح، حيث أشارت الباحثة الى مجموعة من التعاريف حول هذا المفهوم وعلاقته ببعض المفاهيم المشابهة له، ثم تطرقت إلى أبرز النظريات المفسرة للصحة النفسية

واستعرضت معاييرها ومؤشراتها ومظاهرها مسلطة الضوء على الصحة النفسية للمتخرج الجامعي البطال على وجه الخصوص، ثم اختتمت هذه الفصل بملخص.

الفصل الثالث: خصص هذا الفصل لمفهوم الاكتئاب، وقد احتوى على العناصر التالية: مفهوم الاكتئاب من خلال عرض مجموعة من التعاريف والنظريات المفسرة له، ثم أشارت الباحثة إلى أعراض الاكتئاب ثم أنواعه وخصصت عنصر تركيز فيه على الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال، ثم علاج الاكتئاب حسب ما توصلت إليه الأبحاث والدراسات السابقة، وجاء في الختام ملخص الفصل.

الفصل الرابع: وقد خصص لمفهوم البطالة، وتحديدًا بطالة المتخرج الجامعي كما تم الكشف عن بعض أسباب انتشار بطالة حاملي الشهادات الجامعية والآثار الناجمة عنها، ثم طرح إشكالية المواءمة بين مخرجات التعليم العالي وسوق العمل بالجزائر والآليات المتبعة من طرف الدولة للحد من بطالة خريجي الجامعات الجزائرية، واختتم هذا الفصل بملخص حول أهم ما جاء فيه.

الفصل الخامس: حول البرنامج الإرشادي المقترح لهذه الدراسة، أشارت فيه الباحثة إلى المقصود بالبرنامج الإرشادي والأسس التي تقوم عليها أغلب البرامج الإرشادية، ثم إبراز أهمية الحاجة إلى تلك البرامج، حيث استعرضت البرنامج الإرشادي المقترح بهدف تحسين الصحة النفسية للبطال، لتختتم هذا الفصل بملخص.

الفصل السادس: انتقلت الباحثة فيه إلى الإجراءات المنهجية للدراسة، حيث تضمنت أولاً الدراسة الاستطلاعية والهدف منها، وكذا عينتها وأدواتها التي تم التحقق من خصائصها السيكومترية (الصدق والثبات)، ثم النتائج المتوصل إليها كما تضمن هذا الفصل أيضاً الدراسة الأساسية من خلال تحديد المنهج المتبع، وصف مجتمع الدراسة وتحديد عينته، ثم وصف أدوات القياس المستخدمة بعد التعديلات التي أجريت عليها وضبطها وطريقة تطبيقها في الدراسة الأساسية، مع ذكر الأساليب الإحصائية التي اعتمدها الباحثة في تحليل البيانات المتحصل عليها، وفي آخر هذا الفصل وصفت الباحثة البرنامج الإرشادي الذي اقترحته وكذا الأدوات التي يمكن الاعتماد عليها في بنائه.

الفصل السابع: حيث خصص هذا الفصل لعرض النتائج وتفسيرها ومناقشتها، وقد تم عرض النتائج أولاً حسب فرضيات الدراسة، ثم مناقشتها على ضوء بعض الدراسات السابقة، لتختتم بمجموعة من التوصيات والإسهامات البحثية التي تقترحها الباحثة استناداً إلى النتائج المتوصل إليها، ثم خاتمة.

الفصل الأول: مدخل الدراسة

1- إشكالية وتساؤلات الدراسة

2- فرضيات الدراسة

3- دواعي اختيار الموضوع

4- أهمية الدراسة

5- أهداف الدراسة

6- صعوبات الدراسة

7- التعريفات الإجرائية لمفاهيم الدراسة

8- الدراسات السابقة

9- تعقيب على الدراسات السابقة

1- إشكالية وتساؤلات الدراسة:

تعتبر مرحلة الشباب مرحلة تحول في حياة الفرد، فهذه المرحلة العمرية تكتسي أهمية كبرى، مما يجعلها محور اهتمام الساسة والاقتصاديين والاجتماعيين والنفسانيين باعتبار فئة الشباب رأس مال حقيقي تتوقف فاعليته على طريقة وشكل استثماره، ويرى علماء الاجتماع أن فترة الشباب تنطلق من بداية تأهيل الفرد لكي يحتل مكانة اجتماعية، فيأخذ دوره ضمن أدوار البناء الاجتماعي (دبلة وعباسي، 2015، ص38) إن أهمية الشباب وتأثيره في الحياة الاجتماعية سلاح ذو حدين، فإذا تم توجيهه وإعطائه الفرص المناسبة كان ذلك أدعى للاستقرار في المجتمع، أما إذا تعرض للتهميش فإنه يكون مصدر للقلق والمتاعب والكثير من المشاكل والاضطرابات النفسية.

تتجسد معظم المشكلات النفسية لدى الشباب في الصراعات النفسية التي تتولد بسبب رغبته الملحة في إشباع الحاجات الأساسية (الفسولوجية والاجتماعية والنفسية) وعدم توافر الإمكانيات الضرورية التي تتسبب في العجز عن تحقيق أهدافه وطموحاته، بل والتصادم بالظروف المزرية المحيطة به، فيظهر ذلك في شعور الشاب بالإحباط وعدم القدرة على ضبط النفس وعدم التوافق النفسي وانخفاض مستوى الصحة النفسية بوجه عام (غريبة، 2017، ص2).

وفي هذا السياق يجب الاهتمام بالصحة النفسية للشباب والعمل على تحقيقها خصوصا في هذا العصر المشحون بالتوترات والضغوطات النفسية والانحرافات السلوكية والأمراض العقلية، وما قابل ذلك من زيادة متطلبات الحياة وسيطرة الجانب المادي وطغيانه على الجانب الإنساني، حيث تدهورت القيم والمبادئ وأفرزت مشكلات حياتية تتناول بالدرجة الأولى صحة الإنسان الجسدية والنفسية على حد سواء، فأدت إلى زعزعة توافقه مع نفسه ومع بيئته (أبو حويج والصفدي، 2009، ص9).

يعتبر تحقيق التوافق النفسي وبلوغ المستوى المرغوب من الصحة النفسية لدى الفرد بصفة عامة والشباب بصفة خاصة مطلب رئيسي للتمتع بحياة خالية من الاضطرابات والأمراض النفسية، فهي تعبر عن السواء، والشخص السوي يتميز بقدرته في السيطرة على الإحباط واليأس والهزيمة (الزحيلي وسجان، 2014، ص90).

وفي هذا المسعى نجد أغلب البحوث العلمية والنفسية تهتم بتحقيق الصحة النفسية للفرد لأن هذه الأخيرة تدفعه لأداء واجباته بسهولة ويسر، فشعوره بالأمن والأمان والطمأنينة النفسية والرضا يجعله ذو فاعلية في بيئته ومحققا لذاته سعيدا في حياته، ولذلك قدم ماسلو (Maslow) الحاجة إلى الطمأنينة النفسية إلى المرتبة الثانية بعد إشباع الحاجات الفسيولوجية الأساسية للفرد، كما وضح أن

عدم تحقيقها يؤدي إلى آثار سلبية في شخصية الفرد، وعدم وصوله إلى تحقيق الذات الذي يؤثر بدوره في المجتمع ككل (المهداوي، 2022، ص187)، والصحة النفسية ليست فقط خلو الفرد من أعراض المرض النفسي وإنما هي حالة من التوازن العقلي والنفسي والجسدي، تجعل الفرد يتكيف مع بيئته وتمكنه من إنجاز مهامه وتحقيق ما يصبو إليه من آمال وطموحات (فول، 2018، ص6).

إن انتشار الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية نتيجة الضغوطات المختلفة التي يعيشها أفراد المجتمع، خاصة الشباب، يفسر لنا تسجيل انخفاض ملحوظ في مستوى الصحة النفسية لديهم، وهذا حسب النتائج المتوصل إليها من خلال البحوث والدراسات المنجزة في هذا المجال، فقد أجريت حديثاً عدة دراسات حول الكشف عن مستوى الصحة النفسية لدى الشباب وخاصة الشباب الجامعي من بينها دراسة عدة الزهراء (2017) بعنوان واقع الصحة النفسية ومستوى الرضا النفسي عن الحياة لدى الطالب الجزائري، ودراسة بلقندوز زينب (2018) بعنوان واقع الصحة النفسية لدى طلبة جامعة عبد الحميد بن باديس-مستغانم- ودراسة إبراهيمي وبن سعد (2020) تحت عنوان الصحة النفسية لدى طلاب الجامعة ودراسة أحمد عبد الخالق (2023) بعنوان الصحة النفسية بوصفها أحد المكونات الأساسية للحياة الطيبة وكان الهدف المشترك بين هذه الدراسات هو الكشف عن مستويات الصحة النفسية لدى الطالب الجامعي في ظل متغيرات (النوع- التخصص- المستوى الجامعي- الرضا النفسي- الحياة الطيبة) كما أجريت دراسات أخرى ربطت متغير الصحة النفسية بمتغيرات أخرى ذات أهمية في حياة الفرد ، كدراسة أبو حسونة (2017) بعنوان الضغوط النفسية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى الطالبات المتزوجات، وخلصت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الضغوط النفسية والصحة النفسية لدى الطالبات المتزوجات بجامعة إربد الأهلية بالأردن ، ودراسة سلطان الجراح (2018) بعنوان القلق الاجتماعي لدى المراهقين وعلاقته بمستوى الصحة النفسية لديهم، حيث يتسبب القلق حسب ما توصلت إليه هذه الدراسة في مشاكل تكيف الفرد مع مجتمعه والفشل في إقامة علاقات اجتماعية، كما يتسبب في الشعور بالخوف الذي يؤدي بالشخص إلى قتل التجربة والمغامرة وتهميش الحوافز وروح المبادرة والابتكار، وتوصلت دراسة لونيس وبوخيار (2021) والتي ربطت متغير الصحة النفسية بمتغير الاكتئاب إلى وجود علاقة ارتباطية طردية ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين لدى المراهق المتمدرس، أما دراسة الطائي (2021) فتوصلت إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين متغير الصحة النفسية و متغير الشخصية الهامشية لدى طلبة الجامعة.

وأضافت دراسة حديثة للقيسي (2023) حول تأثير التفكير الإيجابي على الصحة النفسية أن هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين كلا المتغيرين (الصحة النفسية والتفكير الإيجابي) لدى طلبة الجامعة.

نستنتج أن الصحة النفسية هي مظهر من مظاهر التوافق النفسي والاجتماعي، تعتمد على السلوك السوي، وتعبّر عن تماسك شخصية الفرد وتكاملها وتماسكها واتزانها، وتتأثر الصحة النفسية حسب الدراسات المذكورة سابقاً بمجموعة من العوامل من بينها الضغوطات الحياتية والظروف القاسية التي يعيشها الإنسان، وتختلف درجة استجابة الأفراد لتلك العوامل حسب خصائصهم الشخصية ونمط معيشتهم اليومية، وحسب شدة الأزمات التي يتعرضون إليها في حياتهم.

فإذا خصصنا دراسة الصحة النفسية لدى فئة الشباب تأسيساً على الدور المنوط بهم في التأثير على مردودية المجتمع، والظروف المؤثرة على توافقهم النفسي والاجتماعي، لوجدنا العديد من الأسباب والمشاكل، وفي هذا الشأن ذكر كفاي (2003) بأن الصحة النفسية تتطلب بأن يواجه الفرد طوال حياته سلسلة لا تنتهي من المشاكل والحاجات والمواقف، عن طريق انتهاج سلوك سوي يعمل على نقص التوتر وإعادة التوازن (السمادوني، 2007، ص148).

وبالنظر إلى حياة الشباب نجد أن أكثر ما يثير قلقه هو المستقبل، فالمستقبل يتضمن النجاح في العمل وتحقيق الذات، وتكوين علاقات ناجحة مع الآخرين، وتكوين أسرة، فالشاب إذا ما شعر بعدم وضوح أو عدم تحديد مستقبله فإنه يعيش إحباطاً على ذاته وعلى مستقبله ووجوده، حيث أن التفكير الناشئ عن قلق المستقبل يعد من العوامل التي تتسبب في اضطرابات نفسية وحالة من انعدام الأمن النفسي (الخفاف 2013، ص298).

ومن الأمور التي تشغل بال الشباب هو التخطيط للمستقبل وتحديد مجموعة من الأهداف والغايات أهمها الحصول على عمل أو وظيفة، فالعمل ضرورة من ضروريات الحياة، ليس لكسب لقمة العيش فقط بل هو وسيلة لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي، وعلى هذا الأساس، فإن الشاب لا يشعر بذاته الحقيقية إلا من خلال قيامه بنشاط فعال في إطار علاقته بالعالم الخارجي، وهذا النشاط يتجلى في العمل، فهو البناء الشخصي للإنسان وهذا ما أكده إنجلز وماركس (Anglez&Marx) بقوله: «إن العمل هو صانع الإنسان» (أشروف، 2005، ص19).

من جهة أخرى فإن إبراز أهمية العمل يعكس لنا خطورة مشكلة البطالة، وآثارها السلبية على الفرد والمجتمع حيث أن البطالة هي حدث حياتي ضاغط، له انعكاس سلبي مباشرة على الحياة النفسية

والاجتماعية، باعتبارها تضع الفرد في موقف غامض ومجهول، وتجعله يعيش فترات مملّة، تنعكس على صورته الشخصية إزاء مجتمعه، وتدفعه للشعور بالدونية، وأنه عضو غير فعال في بيئته (آيت حمودة وفاضلي، 2007، ص60).

وتشكل البطالة بوجه عام حالة توقف لا إرادي عن العمل، لاستحالة وجوده، وأنها حالة تعطل الشخص عن العمل لعدم توفره، وهي ذات تأثيرات سلبية اقتصاديا واجتماعيا، ولها أسباب متعددة (ربابعة، 2015، ص81)، وفي نفس السياق، أكدت العديد من الدراسات على أن البطالة تؤدي بصفة دالة إلى المعاناة النفسية لدى العاطلين عن العمل، كدراسة بريقل (2014) والتي وصفت العاطلين عن العمل بأنهم أشخاص لا يشعرون بالسعادة والرضا، ويسجلون انخفاضا في مستوى الصحة النفسية بسبب حالة الاكتئاب التي غالبا ما تصيب العاطلين عن العمل مقارنة بالعاملين، وأضافت نفس الدراسة أن الشخص العاطل ينعزل وينسحب أو يقوم بالبحث عن وسائل بديلة تعينه على الخروج من واقعه المؤلم، فلا يجد سوى الانحراف بشتى أنواعه كي يسلكه كالسرقة و تعاطي المخدرات أو الانتحار أما دراسة بلعسلة وآيت حمودة (2014) توصلت إلى وجود ارتباط موجب دال إحصائيا بين الضغوط الاقتصادية وانفعال الغضب لدى عينة من الشباب البطال وفسرت الدراسة النتائج المتوصل إليها بأن الشباب البطال يحاول البحث عن عمل مرارا وتكرارا لتحقيق ما يرغبه، وتستمر معه تلك الرغبة والحيلولة دون تحقيقها يدفعه إلى انفعال الغضب، والسلوك العدواني للتفيس عن مشاعره بإسقاطها على الناس من حوله، نتيجة الضغوط الاقتصادية الخانقة.

وتكاد تتفق جميع الدراسات والأبحاث التي تناولت موضوع البطالة لدى الشباب حول الإفرازات السلبية التي تخلفها، وتأثيرها على الوضع الاجتماعي وانسجام أعضائه. وما يزيد من خطورة مشكلة البطالة حديثا هو انضمام نخبة المجتمع من أصحاب الشهادات العليا إلى صفوف البطالين، حيث يشكل هذا النوع من البطالة عبئا آخر على المجتمع، فالشباب الحامل لشهادة جامعية، يطمح في الحصول على منصب عمل في مجال تخصصه، وهو ليس مجرد عمل يتلقى عليه أجرا، بل هو يرنو للحصول على الدور والمكانة الاجتماعية ويسعى لتحقيق توقعات عائلته فالأولياء يريدون استثمار جهودهم بعد مرور عدة سنوات من الرعاية ومتابعة المشوار التعليمي لأبنائهم(أشروف، 2005، ص24).

وفي هذا المسعى أجريت العديد من الدراسات التي اهتمت بمشكلة البطالة لدى خريجي الجامعات من بينها دراسة الجنابي(2013) والتي ركزت على الآثار الاجتماعية والاقتصادية لبطالة الخريجين

في منطقة الصدر بالعراق، حيث أشارت الدراسة إلى ارتفاع نسبة البطالة لدى الشباب المتخرج من الجامعة في السنوات الأخيرة، وصل إلى (68%) في منطقة الدراسة، وأن بطالة الخريجين تتسبب في تعطيل الخطط الآنية والمستقبلية للعائلة كون العاطل عن العمل لا يستطيع تلبية الحاجيات المادية، كتوفير مسكن الزوجية، فيعزف عن الزواج، وهذا ما يؤدي إلى الفساد الخلقي والذي انتشر بشكل مقلق في الآونة الأخيرة، وجاءت دراسة العمراوي وتمرابط (2020) لتسلط الضوء على مشكلة اختلال التوازن بين مخرجات التعليم العالي ومتطلبات سوق العمل، أي تفشي بطالة المتعلمين في الجزائر وأثبتت الدراسة من خلال ما توصلت إليه من نتائج أن الفجوة بين مخرجات الجامعة الجزائرية وفرص العمل المتاحة سببه التركيز على الإنتاج الكمي مقابل الانعدام النوعي للقيمة العلمية كما أشارت الدراسة إلى ما سمته بمأساة النخبة والتي انعكست سلبا على درجة تقدير الذات لدى الأفراد المعنيين وأدت إلى البحث عن انتماءات أخرى خارجية قادرة على الاستثمار في كفاءتهم المعرفية وهذا ما يسمى بهجرة الأدمغة.

وفي نفس السياق هدفت دراسة بوزيد وشفري(2004) إلى الكشف عن الطرق التي تجعل التكوين الجامعي فعالا في أداء دوره ومهمته من حيث إعداد الطالب الجامعي وتهيئته للانخراط في سوق العمل، بهدف تسهيل الانتقال إلى الحياة العملية والمهنية، والغاية هي التخفيف من حدة البطالة التي تشكل أكبر هاجس أمام الشباب عامة والخريجين الجامعيين خاصة، وأهم ما توصلت إليه الدراسة هو أن نقص التحضير والإعداد الجيد للطلبة لعالم الشغل يعرقل تخفيف تفشي البطالة بين الخريجين وغياب التقييم الجيد والدراسات الجادة حول المستقبل المهني يزيد من عدم فعالية وكفاءة التكوين الجامعي(بلعربي،2013،ص33)، وأضافت دراسة العيد وشاوي (2019) أن جهاز المساعدة على الإدماج المهني وعقود الإدماج لخريجي الجامعات وحملة الشهادات العليا، قد تمكنت من التخفيف من حدة البطالة، إلا أنها تبقى مجرد حلول مؤقتة، تعتمد على امتصاص الضغوط الاجتماعية للشباب العاطل بدل أن يكون هناك استجابة لاحتياجات اقتصادية واجتماعية ونفسية لدى طالبي العمل من الخريجين من جهة، ومتطلبات سوق العمل من جهة أخرى.

وخلاصة القول أن البطالة مهما كانت أسبابها هي أحد الأمراض الاجتماعية الخطيرة لما تخلفه من أعراض الإحباط واليأس والقنوط والضجر والسخط على المجتمع، ومن تم تتفق معظم الدراسات والبحوث التي تناولت موضوع الصحة النفسية لدى العاطلين عن العمل، على الإقرار بوجود علاقة عكسية بين البطالة وبين توافقهم النفسي، باعتبارها سبب رئيسي في تدهور واضطراب الشخصية.

علقت الدكتورة رجين هولين (Hollin) على الوضع الراهن لأزمة البطالة من خلال مؤتمر عالمي حول موضوع البطالة والصحة النفسية قائلة: "إن الناس في السبعينات كانوا عاطلين عن العمل بسبب المشكلات النفسانية التي كانوا يعانون منها، أما اليوم فهم يعانون من هذه المشكلات لأنهم عاطلون عن العمل (آيت حمودة وآخرون، 2011، ص21).

الأمر الذي أكدته العديد من الأبحاث، ففي دراسة لوازى (2013) بعنوان تقدير الذات لدى الشباب البطال، اتضح أن البطالة تؤدي إلى الشعور بالاغتراب النفسي في المجتمع، وأن خطر البطالة على الصحة النفسية هو ما تجلبه له من شعور بالفشل والإحباط واليأس وفقدان تقدير الذات. كما أجريت عدة مقارنات بحثية من طرف الدارسين لمجال علم النفس والصحة النفسية بين الأفراد العاملين والأفراد العاطلين عن العمل، وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة في تدني مستوى الصحة العقلية، ومؤشرات عالية للاكتئاب وانخفاض الرضا لصالح العاطلين عن العمل (بوعقادة، 2013، ص41)، الأمر الذي أكدته دراسة أخرى لعبود(2008) في محاولة للكشف عن آثار البطالة على الشباب، حيث لخصها في: ازدياد معدلات الجريمة، الانتماء إلى قوى التطرف، اعتلال الصحة النفسية وحالات الاكتئاب النفسي.

وبناءً على هذه المعطيات و النتائج التي توصل إليها الباحثون في الدراسات المذكورة سلفاً، تشير الباحثة -في حدود اطلاعها- إلى نقص الدراسات التي لها علاقة مباشرة بموضوع بحثها من حيث العدد و من حيث العمق، لكن هذا لا يمنع من الاستعانة بنتائج بعض الدراسات التي تعتبر الأقرب بالنسبة لمتغيرات الدراسة الأساسية للبحث، و منها مثلاً دراسة آيت حمودة وفاضلي (2007) بعنوان أثر البطالة على الصحة النفسية للشباب، وهي دراسة أساسها فحص الصحة النفسية لدى عينة من الشباب البطال والكشف عن الفروق في مستويات الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار لديهم، حيث أكدت النتائج المستخلصة من الدراسة أن البطالة باعتبارها حدث ضاغط لها انعكاس سلبي على الصحة النفسية للشباب وعلى سعادتهم، كما دلت نتائج الدراسة على وجود تأثير دال لمتغيري المستوى التعليمي ومدة البطالة في درجة كل من الاكتئاب وتصور الانتحار بين العاطلين عن العمل، ودراسة تكاري (2009) بعنوان مشكلة البطالة وأثرها على القلق لدى خريجي الجامعات الجزائرية حاولت الباحثة من خلال دراستها إبراز الآثار الناجمة عن مشكلة البطالة لدى خريجي الجامعات وركزت على اضطراب القلق وأهم ما توصلت إليه هو أن الشباب البطال الحامل للشهادات العليا(عينة الدراسة) يعاني من القلق بدرجة تفوق المتوسط وأن كلما طالقت الفترة التي يقضيها في حالة تعطل عن العمل

كلما تدهورت صحته النفسية ودراسة أبو بكر بسيوني(2017) والمعنونة بفاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى خريجي الجامعات العاطلين عن العمل بمدينة الكاملين حيث أبرز ما أسفرت عليه نتائج الدراسة هو معاناة الخريجين الجامعيين العاطلين عن العمل بمستوى مرتفع من الاكتئاب، كما أثبتت الدراسة فعالية البرنامج الإرشادي المطبق على عينة من الشباب المتخرج والعاطل عن العمل بولاية الجزيرة، مدينة الكاملين بالسودان.

وفي نفس السياق توصلت دراسة حديثة للباحث صابر الجميلي (2020) إلى أن مستوى قلق البطالة لدى عينة من طلبة الدراسات العليا غير الموظفين مرتفع، وأن تصورات الطلبة المستقبلية تتسم بالسلبية والتشاؤم، كما دلت النتائج كذلك على وجود ارتباط دال بين قلق البطالة والتصورات المستقبلية.

ومن خلال عرض أبعاد موضوع الدراسة الحالية والتصور الذي وضعتة الباحثة يمكن بلورة المشكلة المطروحة في السؤال التالي:

ما مستوى الصحة النفسية ومستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال؟

وهو عبارة عن سؤال استكشافي يضم شقين هما:

أ- ما مستوى الصحة النفسية لدى المتخرج الجامعي البطال؟

ب- ما مستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال؟

لن نتمكن من الإجابة عليهما إلا من خلال ما تفضي إليه نتائج هذه الدراسة، كما أن ذلك يستدعي بالضرورة الإجابة على التساؤلات التالية:

1- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مستوى الصحة النفسية ومستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال؟

2- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مستوى المنبئات الاجتماعية للصحة النفسية ومستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال؟.

3- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مستوى المنبئات النفسية للصحة النفسية ومستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال؟.

4- هل توجد فروق في مستوى الصحة النفسية لدى المتخرج الجامعي البطال تعزى لمتغير:

الجنس(ذكور/إناث)،المستوى الجامعي (ليسانس- ماستر- ماجستير- دكتوراه)، الحالة

الاجتماعية (أعزب/عزباء/متزوج(ة))، مدة البطالة؟

- 5- هل توجد فروق في مستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال تعزى لمتغير:
الجنس (ذكور/إناث)، المستوى الجامعي (ليسانس - ماستر - ماجستير - دكتوراه)، الحالة الاجتماعية (أعزب/عزباء/متزوج(ة))، مدة البطالة؟
- 6- هل يمكن أن تساهم المنبئات الاجتماعية للصحة النفسية (رضا الآخرين-السعادة في الحياة- الرضا المهني) في التنبؤ بظهور حالة الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال؟
- 7- هل يمكن أن تساهم المنبئات النفسية للصحة النفسية (الخلو النسبي من الأعراض المرضية- وجود معنى في الحياة - الأمن النفسي) في التنبؤ بظهور حالة الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال؟
بناءً على الأسئلة المطروحة صاغت الباحثة الفرضيات التالية، كأجوبة مؤقتة في انتظار اختبارها والتأكد من صحتها.

2-فرضيات الدراسة:

- 1- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين مستوى الصحة النفسية ومستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال.
- 2- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين مستوى المنبئات الاجتماعية للصحة النفسية ومستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال؟.
- 3- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين مستوى المنبئات النفسية للصحة النفسية ومستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال؟
- 4-1 توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى المتخرج الجامعي البطال تعزى لمتغير الجنس (ذكور-إناث).
- 4-2 توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى المتخرج الجامعي البطال تعزى لمتغير المستوى الجامعي (ليسانس- ماستر- ماجستير- دكتوراه).
- 4-3 توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى المتخرج الجامعي البطال تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب/عزباء/متزوج(ة)).
- 4-4 توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى المتخرج الجامعي البطال تعزى لمتغير مدة البطالة.
- 5-1 توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال تعزى لمتغير الجنس (ذكور-إناث).

2-5 توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال تعزى لمتغير المستوى الجامعي (ليسانس - ماستر - ماجستير - دكتوراه).

3-5 توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب/عزباء/متزوج(ة)).

4-5 توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال تعزى لمتغير مدة البطالة.

6- تؤثر المنبئات الاجتماعية للصحة النفسية (رضا الآخرين-السعادة في الحياة- وجود معنى في الحياة) في التنبؤ بظهور حالة الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال.

7- تؤثر المنبئات النفسية للصحة النفسية (الخلو النسبي من الأعراض المرضية، وجود معنى في الحياة، الأمن النفسي) في التنبؤ بظهور حالة الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال.

3- دواعي اختيار الموضوع:

بادرت الباحثة في دراسة موضوع الصحة النفسية لدى المتخرج الجامعي وعلاقته بمشكلة البطالة لدى عينة من الشباب الخريج (ذكورا وإناثا) انطلاقا من دوافع واهتمامات خاصة، أولا بحكم تخصصها الدراسي (الإرشاد والتوجيه)، وثانيا بحكم انشغالات كثيرة ناتجة عن تساؤلات الباحثة حول الواقع المعاش من نقشي الأمراض والاضطرابات النفسية بكل أنواعها، وارتفاع معدلات هجرة الشباب غير الشرعية والتي تعتبر انتحارا مقنعا، ناهيك عن انتشار تعاطي المخدرات بشكل رهيب ومقلق للغاية(نوبيات، 2006 ص57) فكان اختيار هذا الموضوع كمساهمة في تسليط الضوء على الجانب النفسي للشباب المتعلم والحاصل على الشهادات العليا والذي يعاني الكثير جراء عدم حصوله على المكانة الاجتماعية اللائقة به.

4- أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية هذه الدراسة فيما يلي:

الشباب عامة هم عدة المستقبل فما بالك بنخبة المجتمع وزيدتها، هذه الشريحة المهمة من شباب الغد هي من تعطي صورة لمستقبل البلاد، فمتى كان واقعهم يبعث على الرضا، كان المستقبل واعدا، لأنهم قادة التغيير نحو الأفضل في أي مجتمع من المجتمعات (ورد عن غانم وأبو سنيينة 2014).

أما موضوع الصحة النفسية فيستمد أهميته من دوره البارز في حياة الفرد بشكل عام، والشباب بشكل خاص، حيث يعتبر تحقيق الصحة النفسية مؤشرا على نجاح الفرد وسعادته وتكيفه مع ذاته و مع بيئته، وعليه فإن البحث والتقصي عن طبيعة العلاقة بين الصحة النفسية وبين المتغيرات التي تتسبب في انخفاضها كالبطالة (في الدراسة الحالية) تعتبر مساهمة في إثراء الدراسات النفسية التربوية والاجتماعية، خاصة وأن الدراسات التي جمعت بين هاذين المتغيرين قليلة في حدود اطلاع الباحثة بالإضافة إلى تقديم نموذج واقعي (من خلال عينة الدراسة) حول المعاش النفسي للشباب ذو المستوى الجامعي الحامل لشهادة عليا، والذي يعاني من تأزم الظروف الاجتماعية والاقتصادية والنفسية بسبب عدم حصوله على منصب عمل لطالما حلم به.

5- أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- الكشف عن مستويات الصحة النفسية لدى المتخرج البطل.
- الكشف عن مستويات الاكتئاب لدى المتخرج البطل.
- التعرف على طبيعة العلاقة بين الصحة النفسية والاكتئاب لدى مجموعة من الشباب البطل المتخرج من الجامعة (عينة الدراسة).
- التعرف على كون مستوى الصحة النفسية للمتخرج البطل منبئ على ظهور حالة الاكتئاب لديه.
- مساعدة المسؤولين وصناع القرار على انتهاز أفضل السبل والمناهج لمساعدة الشباب في الحصول على مناصب شغل والتخفيف من حدة البطل.

6- التعريفات الإجرائية لمتغيرات البحث:

5-أ الصحة النفسية:

يعرفها حامد زهران بأنها: "حالة دائمة نسبيا، يكون الفرد فيها متوافقا نفسيا، وشخصيا، وانفعاليا، واجتماعيا، ويشعر بالسعادة، وقادرا على تحقيق ذاته، واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، كما يكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة، يسلك سلوكا سويا، خاليا من التأزم والاضطراب" (زهران، 2005، ص9).

وقد تم التعامل مع متغير الصحة النفسية إجرائيا بأنه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص (المتخرج الجامعي البطل/ ذكورا وإناثا) من خلال الإجابة على مقياس الصحة النفسية المعتمد في هذه الدراسة لصالح فؤاد مكاوي (2002)، الوارد في الملحق (2) ص216.

5-ب الكدر النفسي:

الكدر النفسي هو حالة من المعاناة النفسية التي تتصف بأعراض الاكتئاب (فقدان الاهتمام الحزن، اليأس) وترتبط بأعراض جسدية مثل: الأرق والصداع ونقص الطاقة ومن أعراض الكدر النفسي: الغضب، الخوف، الشعور بفقدان السيطرة، الشعور بالتوتر وهذه الأعراض تنتج عن التعرض لحدث مرهق يهدد الصحة الجسمية والعقلية، مع عدم المقدرة على مواجهة الضغط الناتج عن هذا الاضطراب (الفاقي وأبو الفتوح 2020، ص 1057).

وفي هذه الدراسة وبعد اطلاع واسع للباحثة عن الخلفية النظرية لمفهوم الكدر النفسي وأعراضه وأسبابه، اتضح أن له نفس أعراض ومسببات الاكتئاب النفسي، حيث توصل الباحث عبد العزيز من خلال عمله بأحد مراكز رعاية الأطفال التوحديين (Autisme) أن بعض الأمهات تعانين من حالة نفسية **متكررة**، تتسم بالحزن والتشاؤم، واليأس، وفقدان الأمل، والقلق، بالإضافة إلى بعض الأفكار السلبية، وتتجلى حالة **الكدر النفسي** لديهن في ارتفاع مستوى الضغوط، واستمرارية الشعور بالقلق والهم، وزيادة الأعراض الاكتئابية، وانخفاض الرفاهية النفسية، والشعور باليأس والخمول (عبد العزيز، 2020 ص 420)، وبما أن الباحثة وجدت بعض الدراسات التي جاء فيها أن اضطراب الكدر النفسي له نفس أعراض اضطراب الاكتئاب النفسي كدراسة محمد الحلو (2018) ودراسة عبد العزيز محمد (2020) ودراسة رشا عادل إبراهيم (2021)، ودراسة علي راضي وإيمان جعدان (2023) فقد تناولت الباحثة مفهوم الكدر النفسي على أنه اكتئاب نفسي لتشابههما في الأعراض والاختلاف فقط في التسمية. وبناء على ذلك فقد تم تعريفه إجرائياً كما يلي:

هو الدرجة التي يحصل عليها المفحوص (المتخرج الجامعي البطل/ ذكورا وإناثا) من خلال الإجابة على المقياس النفسي الذي تم استخدامه في هذه الدراسة وهو مقياس الاكتئاب لرجب أحمد مصطفى علي (2013)، الوارد في الملحق رقم (4) ص 220.

5-د المنبئات الاجتماعية والنفسية:

يقصد بالمنبئات الاجتماعية في هذه الدراسة على أنها المؤشرات المتعلقة ببعض الجوانب الاجتماعية للشباب المتخرج البطل والمتمثلة في: رضا الآخرين، السعادة في الحياة، الرضا المهني والتي يتضمنها مقياس الصحة النفسية لصالح فؤاد مكاي (2002) بحيث يمكن أن نتوقع من خلالها ظهور حالة الاكتئاب لديه.

والمنبئات النفسية هي مؤشرات متعلقة ببعض الجوانب النفسية للشباب المتخرج البطل والمتمثلة في: الخلو النسبي من الأعراض المرضية، وجود معنى في الحياة، الأمن النفسي، والتي يتضمنها مقياس الصحة النفسية لصالح فؤاد مكاوي(2002) بحيث يمكن أن نتوقع من خلالها ظهور حالة الاكتئاب لديه.

7- صعوبات البحث:

من أهم الصعوبات التي واجهت الباحثة أثناء القيام بهذه الدراسة هي الحصول على عينة من المجتمع الأصلي، الأمر الذي جعلها تستغرق مدة طويلة في تجميع أكثر من (120) بطالاً من الجنسين من ذوي الشهادات العليا من ثلاث ولايات (وهران، مستغانم ، تلمسان) وكذلك في مواجهة الصد والنفور الذي أبداه بعض الأفراد المنتمين إلى المجتمع الأصلي، حيث تم الاتصال بهم من خلال عدة وكالات للتشغيل الوطنية الكائنة بالولايات المذكورة عن طريق بعض المسؤولين الإداريين في (ANEM) خاصة في ولاية وهران وتحديدا وكالة التشغيل الكائنة بالسانيا من معارف الباحثة لتسهيل وتمكين عملية التواصل مع الشباب البطل عبر البريد الإلكتروني أو مواقع التواصل الاجتماعي خاصة الفايسبوك، حيث كانت الباحثة تأخذ عناوينهم (الإيميلات وصفحات الفيسبوك وأحيانا أرقام الهاتف) وتسلمهم نسخ من المقياسين ثم تحرص على أن يرسلوا إجاباتهم عبر هذه الوسائل المذكورة، وطبعا كان البعض منهم لا يهتم ولا يبعث، في حين منهم من كان يتكرم بالإجابة جزاهم الله خيرا عن المقياسين أثناء انتظارهم فتح أبواب الوكالة كما تم الاستعانة بصديقاتي وحتى الزوج في البحث عن أفراد العينة وإقناعهم بالمشاركة في الفحص والإجابة على المقياسين المعتمدين في الدراسة.

وتمثلت الصعوبة تحديدا في اختيار أصحاب الشهادات الجامعية فقط، لأن البطالة منتشرة بكثرة لكن انتقاء ذوي الشهادات فقط صعب على الباحثة الحصول على العينة المقصودة. وهذا ما كان يجعل الباحثة تشعر بالإحباط أحيانا والأسف على انعدام تقدير المجتمع للباحث وللبحث العلمي.

أما بالنسبة للجانب النظري فتمثلت الصعوبة في إيجاد مراجع ومقاييس حول مفهوم الكدر النفسي حيث تأكدت الباحثة بعد التقصي حول الموضوع من قلة وشح في الدراسات التي استخدمت هذا المفهوم مع أنه ثبت تطابقه مع مفهوم الاكتئاب في بعض المراجع.

8- الدراسات السابقة:

تشكل الدراسات والبحوث العلمية السابقة تراثاً مهماً ومصدراً غنياً يساعد الباحث على توسيع قاعدة معرفته وفهمه للموضوع الذي هو بصدد البحث فيه، كما تقدم له خلفية عامة عنه وعن كيفية تناوله، لذا تُعد الدراسات السابقة من أهم المرجعيات التي يرجع إليها الباحث لتشخيص مشكلته وفهم وتفسير نتائج دراسته، وقد توصلت الباحثة من خلال الاطلاع على التراث الأدبي والسيكولوجي لموضوع هذه الدراسة إلى عدد من الدراسات العربية والأجنبية وباللغتين العربية والإنجليزية وهي في معظمها حديثة، وقامت بعرضها حسب أهميتها وعلاقتها بموضوع الدراسة الحالية، وتم ترتيبها من الأقدم إلى الأحدث على النحو التالي:

8-1 الدراسات التي لها علاقة مباشرة بموضوع الدراسة:

أ- دراسات باللغة العربية:

أ-1 دراسة أشروف سليمة (2005) بعنوان: "الاستجابة لضغط البطالة لدى المتخرج الجامعي" وهي دراسة تتمحور حول الكشف عن أساليب التعامل التي يتبناها المتخرج الجامعي اتجاه ضغط البطالة ومدى تأثير مدة البطالة ومستوى الفعالية الذاتية على تلك الأساليب، حيث قامت الباحثة بتطبيق قائمة أنماط استراتيجيات التعامل (Ways of Coping Check List) ومقياس الفعالية الذاتية على عينة قوامها (102) متخرج جامعي بطال، وقد خلصت نتائج هذه الدراسة إلى أن أفراد العينة يميلون إلى تبني الاستراتيجيات المركزة على الانفعال بالدرجة الأولى كما أكدت الدراسة أن أحد أهم الاضطرابات المصاحبة للبطالة هو الاكتئاب حيث أن الأفراد المكتئبين هم أقل استخداماً للإستراتيجيات المركزة على حل المشكل، وأكثر استخداماً للإستراتيجيات المركزة على الانفعال، وأن عدم القدرة على حل المشكل يعد مؤشراً من مؤشرات الاكتئاب.

أ-2 دراسة آيت حمودة وفاضلي (2007) بعنوان: "أثر البطالة على الصحة النفسية للشباب" حيث تناولت هذه الدراسة أزمة البطالة وتأثيرها على الصحة النفسية للشباب وذلك بالكشف عن الفروق في مستويات الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار لدى عينة مكونة من (56) شاباً عاطلاً عن العمل من الجنسين (33 ذكور و23 إناث).

ولتحقيق أهداف هذه الدراسة قام الباحثان باستخدام ثلاث مقاييس نفسية (مقياس بيك للاكتئاب، مقياس بيك لليأس، مقياس تصور الانتحار)، وقد دلت النتائج المتوصل إليها على وجود تأثير دال لمتغير الجنس في مستوى كل من اليأس وتصور الانتحار لدى الشباب البطال، كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة في درجة الشعور باليأس بين البطالين وفقاً لمتغير السن، ووجود تأثير دال لمتغير المستوى

التعليمي ومدة البطالة في مستوى كل من الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار بين عينة العاطلين عن العمل.

أ-3 دراسة الغباشي والشويخ (2008) بعنوان: "البطالة بين الشباب ومخاطر الصحة النفسية والجسمية المرتبطة بها"، سعت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين البطالة وشبه البطالة (حالة العمل غير المرضي أو غير المناسب) بالصحة النفسية والصحة الجسمية لدى الشباب العاطل بالإضافة إلى استكشاف أكثر مؤشرات الصحة النفسية والتي تعمل كمنبئات للصحة الجسمية في حالة البطالة وشبه البطالة والعمل، حيث طبقت الدراسة على عينة مكونة من (150) فرداً من الذكور والإناث، وقد أسفرت النتائج على عدم وجود فروق دالة في مستوى القلق بين الذكور والإناث، ووجود علاقة قوية بين حالة العمل والصحة النفسية للأفراد، وقد تبين أن الأفراد العاملين سجلوا انخفاضاً في مستوى القلق والاكتئاب والعجز المكتسب مقارنةً بالأفراد العاطلين وشبه العاطلين (اشتيه، 2021، ص47).

أ-4 دراسة تكاري نصيرة (2010) بعنوان: "مشكلة البطالة وأثرها على القلق لدى خريجي الجامعات الجزائرية" تمحورت هذه الدراسة حول الكشف عن مستويات القلق الناتج عن أزمة البطالة لدى مجموعة من المتخرجين الجامعيين مكونة من (120) بطالاً ذكوراً وإناثاً، حيث طبقت الباحثة مقياس القلق لصاحبه (Spielberger) بهدف معرفة الفروقات في مستويات القلق بين أفراد العينة من حيث: السن، الجنس، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، وأهم ما توصلت إليه هذه الدراسة هو أن البطالين الجامعيين (عينة الدراسة) يعانون من اضطراب القلق بدرجات عالية، أما الفروق في مستويات القلق بين أفراد العينة لم تكن دالة بالنسبة لمتغير السن ومتغير الجنس.

وأكدت الدراسة على أن البطالة تؤثر سلباً على الصحة النفسية للمتعلل لما تجلبه له من شعور بالفشل، الإحباط، اليأس، والحرمان.

أ-5 دراسة سناء علي محمد (2011) بعنوان: "الاضطرابات السلوكية المرتبطة بظاهرة البطالة لدى خريجي الجامعات"، هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على حجم مشكلة البطالة بين خريجي الجامعات في مصر، وما خلفه من اضطرابات سلوكية لدى العاطلين، اختارت الباحثة عينة قوامها (200) شاباً متخرجاً من الجامعة لم يتحصلوا بعد على الوظيفة المناسبة، وطبقت عليهم مقياس الاضطرابات السلوكية (من إعداد الباحثة) ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية (من إعداد عبد العزيز الشخص 2006) وأسفرت نتائج هذه الدراسة على ما يلي:

- يعاني الخريجون الجامعيون العاطلون عن العمل من اضطرابات سلوكية ونفسية أهمها: اضطراب الاكتئاب، الإحباط، اليأس والقلق.

- تزداد حدة الاضطرابات السلوكية لدى الشباب العاطلين ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض والمتوسط مقارنة بالعاطلين ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع.

- كلما طالت مدة البطالة لدى المتخرج البطال لأكثر من خمس سنوات، تظهر لديه الاضطرابات السلوكية بحدة مقارنة بالعاطلين حديثي التخرج.

أ-6 دراسة إبراهيم عكة (2014) بعنوان: "الآثار الاجتماعية والنفسية للبطالة على خريجي الجامعات في المجتمع الفلسطيني"، تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن الآثار الاجتماعية والنفسية للبطالة على المتخرجين الجامعيين في المجتمع الفلسطيني، ولتحقيق أغراض الدراسة استخدم المنهج الوصفي المناسب لوصف الظاهرة وتحليل آثارها الاجتماعية والنفسية على الفرد والمجتمع، وكذلك تصور العلاقات بين الجامعة وسوق العمل، كما قام الباحث بتصميم استبيان مكون من جزئين، الجزء الأول خاص بالمعلومات الشخصية حول المفحوص والجزء الثاني يحتوي على فقرات تقيس بعض الآثار الاجتماعية والنفسية للبطالة، وقد بلغ حجم العينة المستهدفة (154) خريجاً وخريجةً والذين كانوا يترددون باستمرار على مكاتب وزارة العمل، وأهم ما أسفرت عليه هذه الدراسة هو أنه:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية للآثار الاجتماعية والنفسية لبطالة خريجي الجامعات في المجتمع الفلسطيني تعزى للمتغيرات التالية: الجنس، المستوى الدراسي، نوع السكن، نوع العمل المطلوب ومعرفة الخريج بفرص العمل المتاحة في سوق العمل.

أ-7 دراسة عفان وموساوي (2014) بعنوان: "الصحة النفسية لدى البطالين خريجي الجامعات" وهي دراسة جمعت بين متغير الصحة النفسية وأزمة البطالة لدى فئة الشباب الحاصل على الشهادة الجامعية والذي لم يجد عملاً بعد تخرجه، حيث سلطت هذه الدراسة الضوء على الصحة النفسية لدى هؤلاء الخريجين البطالين من خلال تطبيق المنهج العيادي وفحص ست حالات باستخدام مقياس هـولاء الخريجين البطالين من خلال تطبيق المنهج العيادي وفحص ست حالات باستخدام مقياس (Sidney Croun & Crips) لقياس مستوى الصحة النفسية لدى أفراد العينة، وجاء دليل المقابلة الذي صممه الباحثان على شكل أسئلة مفتوحة تم صياغتها ضمن ستة محاور، وهي:

محور البيانات الشخصية، ومحور يضم أسئلة خاصة بعلاقة البطال بأسرته ومحيطه، ومحور يتضمن أسئلة حول الحالة الراهنة للبطال وكيف يتعايش مع بطالته، ومحور آخر حول الحالة النفسية للبطال، ثم محور خاص بنظرة البطال لمستقبله، وتبين من خلال نتائج هذه الدراسة أن جميع الحالات

(عينة الدراسة) تعاني من انخفاض في مستوى الصحة النفسية بدرجات متفاوتة، وهذا ما يدل حسب هذه الدراسة على وجود اضطرابات نفسية لدى أفراد العينة، وتم تفسير هذه النتائج على أن السبب الرئيسي وراء معاناة هؤلاء الخريجين البطالين هو عدم الحصول على العمل المناسب ويظهر ذلك جليا من خلال عدم الرضا عن الحياة، والشعور بالإحباط واليأس الذي أظهره أفراد عينة الدراسة أثناء استجوابهم، كما توصل الباحثان الى أن طول مدة البطالة يزيد من المعاناة النفسية لدى العاطل عن العمل.

أ-8 دراسة آيت حمودة وديهية (2015) بعنوان: "مصادر الضغوط النفسية لدى الشباب البطال وعلاقتها بظهور السلوك العدواني"، حيث اهتمت هذه الدراسة بالكشف عن مصادر الضغوط النفسية لدى الشباب البطال، وإلى أي مدى تؤدي البطالة الى ظهور السلوك العدواني لديه، ولتحقيق أهداف الدراسة تم اختيار عينة حجمها (78) بطالاً واستخدمت الباحثان أداتين للقياس إحداهما تقيس مواقف الحياة الضاغطة والأخرى تقيس السلوك العدواني لدى أفراد العينة، حيث خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- تؤدي البطالة إلى ظهور السلوك العدواني ببعديه المادي واللفظي لدى بعض الشباب البطال (عينة الدراسة).

- توجد علاقة موجبة ودالة إحصائيا بين مختلف مصادر الضغوط النفسية والدرجة الكلية للسلوك العدواني ببعديه المادي واللفظي لدى عينة الدراسة.

أ-9 دراسة زهير عبد الحميد النواجحة (2017) بعنوان: "التلوث النفسي لدى خريجي الجامعات العاطلين عن العمل في محافظة رفح"، حيث أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها (300) خريجا جامعيًا، ولأجل ذلك قام الباحث بتصميم مقياس التلوث النفسي، وقد أفرزت نتائج هذه الدراسة على وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى التلوث النفسي لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس ولصالح الذكور، كما دلت النتائج كذلك على وجود فروق في مستوى التلوث النفسي تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح العزاب، في حين لا توجد فروق في مستوى التلوث النفسي تبعا لمتغير المستوى التعليمي وبتغير مدة البطالة.

أ-10 دراسة يحيوي وشيناز (2022) بعنوان : "قلق المستقبل، الاكتئاب واحتمال الانتحار وظهور فكرة الهجرة لدى الطلاب الجامعيين المقبلين على التخرج"، حيث اهتمت هذه الدراسة بقلق المستقبل والاكتئاب واحتمال الانتحار لدى فئة من الشباب المقبل على التخرج، وقام الباحثان بتطبيق مقياس

قلق المستقبل لـ (زينب شقير) ومقياس الاكتئاب لـ (بيك) ومقياس احتمال الانتحار لـ (بشير معمريّة) على عينة قوامها (400) طالب مقبل على التخرج مقسمين إلى (200) طالب و(200) طالبة من جامعة مولود معمري بتيزي وزو، حيث بينت النتائج أن 5% من أفراد العينة لديهم مستوى مرتفع من قلق المستقبل، ونسبة 52.05% يعانون من الاكتئاب، ونسبة 57.96% لديهم أفكار حول الانتحار ونسبة 52.18% لديهم ميل نحو الهجرة إلى خارج الوطن، كما تبين من خلال ما توصل إليه الباحثان أن هناك فروق دالة في مستوى الاكتئاب واحتمال الأفكار الانتحارية بين الجنسين لصالح الإناث، أما بالنسبة لمستوى قلق المستقبل فكان لصالح الذكور.

ب- دراسات باللغة الإنجليزية (مترجمة):

ب-1 دراسة بيتر وور وآخرون (Peter Warr & Al, 1988) بعنوان: "البطالة والصحة النفسية" وهي عبارة عن مجموعة من الدراسات التي أجريت في بريطانيا حول علاقة الصحة النفسية بالبطالة قام بتجميعها بيتر وآخرون، وتم تقديم ملخص شامل ومفصل حول المقاربات بين الأشخاص العاملين والأشخاص البطالين، كما سلطت هذه الدراسة الضوء على البحوث التي أجريت حول البطالة لفترات طويلة، وتم التطرق إلى تنوع التأثيرات الناجمة عن البطالة على الصحة النفسية للبطالين، ويمكن استنتاج ما يلي من خلال هذه الدراسة:

- يعاني الأشخاص العاطلون عن العمل من مستويات عالية من الاكتئاب، والقلق، والضيق العام مع انخفاض تقدير الذات والثقة.

- البطالة ليست تجربة موحدة وإنما هي تراكم العديد من العوامل الوسيطة.

- أكدت الدراسة على أهمية الحفاظ على التواصل والدعم الاجتماعي للعاطلين عن العمل.

ب-2 دراسة لوسيا وآخرون (Lucia & Al, 2004) بعنوان: "البطالة والصحة العقلية، فهم التفاعلات بين الجنس والأدوار الأسرية والمستوى الاجتماعي حيث تم الكشف عن تأثير البطالة على الصحة العقلية لمجموعة من الأفراد العاطلين عن العمل حجمها (638) فرداً ذكوراً وإناثاً، تتراوح أعمارهم ما بين [25 و64] عاماً، حيث أسفرت النتائج على وجود فروق دالة بين الرجال والنساء البطالين (عينة الدراسة) في مستوى الصحة العقلية لصالح النساء، وبررت الدراسة هذه النتيجة باختلاف المسؤوليات والأوضاع في المجتمع بين الرجل والمرأة، كما توصلت الدراسة إلى أن تدهور الصحة العقلية بسبب البطالة قد يرجع كذلك إلى غياب تقدير الذات والنشاط البدني والعقلي واستخدام المهارات التي يكون عليها الفرد في حالة ممارسة عمله.

ب-3 دراسة فرانسيس وآخرون (Frances & Al, 2005) بعنوان: "الصحة النفسية والجسدية أثناء البطالة" حيث استهدفت هذه الدراسة تأثيرات البطالة على الصحة النفسية والجسدية للشخص الفاقد للعمل، كما حاولت الدراسة الربط بين الصحة النفسية والصحة الجسدية خلال فترة معايشة البطالة وتطرت أيضا إلى العلاقة بين مستوى الرفاهية النفسية والجسدية للفرد أثناء البطالة واحتمال إعادة توظيفه، وأهم ما توصل إليه الباحثون من خلال هذا البحث هو أن الأفراد العاطلون عن العمل يتمتعون برفاهية نفسية وجسدية بمستوى أقل من أقرانهم الذين يعملون.

ب-4 دراسة رضا ارفاني (Reza Irvani, 2011) بعنوان: "دراسة مقارنة بين مستوى البطالة لدى خريجي وخريجات جامعة أصفهان ومستوى صحتهم العاطفية والعقلية"، حيث كان الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو الكشف عن الفروق في مستوى البطالة بين الخريجين في جامعة أصفهان بإيران من حيث الجنس ومن حيث مستوى الصحة العاطفية والعقلية لدى الخريجين الجامعيين العاطلين والخريجين الذين تحصلوا على مناصب شغل بعد تخرجهم. اختار الباحث عينة مكونة من (100) خريج قسمهم إلى أربع مجموعات: المجموعة الأولى تضم (25) خريجاً عاطلاً عن العمل والمجموعة الثانية تضم (25) خريجةً عاطلةً عن العمل، والمجموعة الثالثة تضم (25) خريجاً موظفاً، أما المجموعة الرابعة تضم (25) خريجةً موظفةً، وتم استخدام مقياس الصحة العامة (GHQ) الذي يقيس السمات والخصائص العقلية والعاطفية للأشخاص بهدف جمع بيانات حول أفراد عينة الدراسة، وقد أشارت النتائج التي تم استخلاصها إلى وجود فروق دالة في مستوى الصحة العقلية والعاطفية لدى الخريجين تعزى لمتغير الجنس، ووجود فروق دالة في مستوى الصحة العقلية والعاطفية بين الخريجين الموظفين والخريجين العاطلين عن العمل.

ب-5 دراسة تيمودي وآخرون (Timothy & Al, 2012) بعنوان: "العلاقة السببية بين الصحة النفسية والبطالة" تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة السببية بين ظاهرة البطالة والصحة النفسية للبطال، وقد دلت النتائج على وجود علاقة ارتباطية مباشرة بين متغير الصحة النفسية ومتغير البطالة وقد فسّر الباحثون هذه العلاقة السببية أنها ناتجة عن حجم الأثر السلبي الذي تخلفه البطالة وخاصة عندما تطول مدتها على صحة الفرد النفسية وتسبب ما يسمى بالضيق النفسي وهو أحد الاضطرابات النفسية الشائعة.

ب-6 دراسة رينفلوت وايفينسن (Reneflot & Evensen, 2014) بعنوان: "البطالة والضيق النفسي بين الشباب في بلدان الشمال الأوروبي"، حيث استعرضت هذه الدراسة مجموعة من الأبحاث التي

عالجت موضوع البطالة وتأثيرها على الصحة العقلية للشباب منذ عام 1995 وما بعده، والتي أُجريت في بلدان الشمال الأوروبي، وقد تم حصر بعض النتائج المُتوصل إليها بعد إجراء دراسات مقارنة بين الصحة العقلية لدى العاطلين عن العمل وغير العاطلين، حيث أشارت النتائج إلى أن البطالين يعانون من مشاكل الصحة العقلية ومن مشاكل مادية ومشاعر العار التي يسببها العطل عن العمل وخاصة إذا اقترن بضعف الدعم الاجتماعي، وهذا ما يسبب الضيق النفسي، وقد يؤدي إلى محاولة الانتحار كما أكدت الدراسة على أن الدخول في حالة بطالة يرتبط ارتباطاً وثيقاً بتدهور الرفاهية النفسية في حين أن الشروع في برنامج تدريبي للتوظيف يرتبط بشدة بزيادة الرفاهية النفسية.

ب-7 دراسة زليزا هانابي وآخرون (Zaliza Hanapi & Al,2013) بعنوان: "البطالة بين خريجي ماليزيا، صفات الخريجين، المحاضرين، الكفاءة وجودة التعليم"، حيث كشفت هذه الدراسة على العوامل التي تؤدي إلى مشكلة البطالة لدى خريجي الجامعات في ماليزيا، وقد ركزت الدراسة على ثلاث جوانب رئيسية وهي: سمات الخريجين الجامعيين - كفاءة المحاضرين - جودة التعليم.

حيث اعتمد الباحثان على تقنية المقابلة في جمع البيانات حول سبعة خبراء في التدريس والعمل في الصناعة واتفق غالبية أفراد العينة على أن خصائص الخريجين الماليزيين وعدم كفاءة الأساتذة المحاضرين ونقص فعالية التعليم العالي هي عوامل مساهمة في تدني جودة الخريج الجامعي وهذا ما يؤدي إلى انتشار البطالة بين خريجي الجامعات في ماليزيا.

ب-8 دراسة محمد مضوي (Mohamed Madoui,2015) بعنوان: " البطالة بين الشباب الخريجين في الجزائر: قراءة سوسيولوجية"، حيث تطرقت هذه الدراسة إلى موضوع البطالة بين الخريجين الجامعيين في الجزائر، وقد أحصت هذه الدراسة نسبة البطالة بين هؤلاء الخريجين العاطلين في بعض دول المغرب العربي، وفي مقدمتها دولة تونس التي بلغت نسبة البطالة فيها لدى الخريجين من الجامعات حوالي 30.5% وتليها دولة المغرب الأقصى بنسبة 30%، ثم الجزائر بنسبة 22% (حسب إحصائيات رسمية لعام 2014)، وقد ركزت الدراسة على ثلاث نقاط أساسية:

أولها: إعطاء صورة عامة على سوق العمل الجزائري، بما في ذلك من خصائص الأشخاص العاملين ومشكلة البطالة بين صفوف الخريجين الجامعيين.

ثانياً: تسليط الضوء على تجربة البطالة ومكانة العمل بالنسبة للشباب الذي استثمر وقته في الدراسة الجامعية.

ثالثاً: لجوء العاطلين عن العمل إلى التعبئة الاجتماعية والعمل الجماعي لتحقيق مطالبهم وإيصال أصواتهم الغاضبة إلى الجهات المعنية.

وقد خلصت هذه الدراسة إلى أن البطالة هي تجربة صعبة يسميها البعض "بالمحنة" لأنها مؤلمة وخاصة بالنسبة لذوي الشهادات العليا، فهي كوصمة العار، حيث يمكن فهم هذا الوصم في ضوء المكانة المركزية التي يشغلها العمل في حياتنا، وكون الفرد عاطلاً عن العمل يعني حرمانه من الراتب وبالتالي من مصدر قوته وعيشه وهذا ما يؤدي حسب هذه الدراسة إلى أزمة هوية حادة.

كما أشارت هذه الدراسة إلى أن البطالين لا يطالبون فقط بالحصول على الوظيفة وإنما يطالبون بالمواطنة الحقيقية وليس مجرد خيال قانوني كما سماه البعض، وتعبّر مطالبهم عن مدى إحباطاتهم إزاء الفجوة بين المثل الاجتماعية والتوقعات من جهة، وإجراءات إعادة التوزيع التي تقوم بها الدولة من جهة أخرى، وما ينتج عن ذلك من نموذج سياسي يتسم بالمحسوبية.

ب-9 دراسة يونغ ليم وآخرون (Younglim & Al, 2018) بعنوان: "ضغوط البحث عن عمل ومشاكل الصحة العقلية ودور الدعم الاجتماعي المتصور بين الخريجين في جامعة كوريا"

كان الغرض من هذه الدراسة هو فحص حالة الصحة العقلية لدى الشباب الذي تخرج من الجامعة والباحث عن عمل وتحديد أهم العوامل الاجتماعية والديموغرافية المتعلقة بالإجهاد النفسي أثناء البحث عن عمل، وكذلك الاكتئاب والتفكير في الانتحار، كما تطرقت هذه الدراسة إلى الدور الوسيط الذي يلعبه الاكتئاب بين ضغوط البحث عن عمل والتفكير في الانتحار، و دور الدعم الاجتماعي في التخفيف من حدة هذه العلاقة، وقد أجري البحث على عينة مكونة من (124) خريجا جامعيًا ، قام الباحث بقياس حجم الإجهاد النفسي الناتج عن البحث عن عمل بواسطة مقياس مصمم لذلك، كما طبق مقياس الاكتئاب ومقياس التفكير في الانتحار، ومقياس آخر للدعم الاجتماعي المدرك، حيث سجلت الدراسة ما يقارب 39.5% من حجم العينة تعاني من حالة اكتئاب و15.3% تفكر في الانتحار، كما دلّت النتائج على وجود فروق دالة في مستويات الإجهاد الناتج عن البحث عن عمل والاكتئاب والتفكير في الانتحار تعزى لمتغيرات اجتماعية وديموغرافية وهي: الجنس، التخصص الأكاديمي، قرض النفقات التعليمية، الرغبة في قبول العمل غير النظامي، أما بالنسبة لمتغير الدعم الاجتماعي فتبين من خلال نتائج هذه الدراسة أن له الأثر الواضح في تخفيف ضغوط البحث عن عمل وعلى مستوى الاكتئاب والتفكير في الانتحار.

ب-10 دراسة هارونور وأشرفول (Harunur & Ashraful, 2020) بعنوان: "آثار البطالة على الخريجين في البنغلاديش" حيث سعت هذه الدراسة إلى استكشاف ثم تقييم حالة البطالة لدى الخريجين العاطلين عن العمل مع تحديد أسبابها في البنغلاديش، وقد استخدم الباحثان منهج دراسة الحالة اعتماداً على عدة مقابلات متعمقة وجها لوجه مع ثمانية خريجين من كلية العلوم الاجتماعية بجامعة دكا (البنغلاديش) والذين أصبحوا عاطلين عن العمل بعد أكثر من عام من تخرجهم، وقد استُخدمت طريقة الملاحظة لاستكشاف التعبير الداخلي والحالة النفسية بسبب حالة البطالة، وقد دلت النتائج المتوصل إليها إلى أن البطالة في المجتمع البنغلاديشي تُخلف ورائها الاكتئاب النفسي ومشاعر الإحباط تدهور الشخصية والضعف الاجتماعي والاقتصادي.

وأضافت الدراسة أن الثقة في عملية توظيف الخريجين في الوظائف الحكومية لا تزال منخفضة وأن المناهج القديمة وطرق التدريس التقليدية تخلق عدم توافق قدرات الخريجين مع متطلبات سوق العمل، وأهمها ضعف إجادة اللغة الإنجليزية والرياضيات وضعف التكوين حول الحياة المهنية.

8-2 الدراسات التي لها علاقة غير مباشرة بموضوع الدراسة:

أ- دراسات باللغة العربية:

أ-1 دراسة عبد الله عبد الله (2009) بعنوان: "الاغتراب النفسي وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلاب الجامعة في الجزائر"، هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين متغير الاغتراب النفسي ومتغير الصحة النفسية لدى عينة من طلبة الجامعة، وكذا معرفة الفروق في مستويات كل من الاغتراب النفسي والصحة النفسية تبعاً للمتغيرات التالية: الجنس، التخصص الأكاديمي والمستوى الجامعي، مكان السكن، وقد تم تطبيق مقياس الاغتراب النفسي للمرحلة الجامعية (من إعداد سميرة حسن أبكر، 1989) ومقياس الصحة النفسية (Symptômes Check List-90-R) والذي قام بتعريبه (أبو الهين) على عينة قوامها (260) طالباً (141 ذكراً و119 أنثى) من مختلف التخصصات والمستويات الجامعية، وقد أظهرت النتائج المتوصل إليها أن هناك علاقة ارتباطية عكسية بين ظاهرة الاغتراب النفسي ومستوى الصحة النفسية لدى عينة الدراسة، كما تبين وجود فروق دالة في مستوى الاغتراب النفسي تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث وبتغير نوع السكن لصالح الطلاب المقيمين بالحي الجامعي، وبتغير التخصص الأكاديمي والمستوى الجامعي، أما بالنسبة لمتغير الصحة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة فتبين وجود فروق دالة في مستويات الصحة النفسية تبعاً للتخصص الأكاديمي

والمستوى الجامعي في حين لا توجد فروق دالة في مستوى الصحة النفسية تبعاً لمتغير الجنس ونوع السكن.

أ-2 دراسة طاوس وازي (2013) بعنوان: "تقدير الذات لدى الشباب البطال"، حاولت هذه الدراسة تفسير العلاقة بين أحد المؤشرات الهامة للشخصية وهي تقدير الذات وأزمة البطالة لدى الشاب الجزائري العاطل عن العمل، حيث انطلقت الدراسة من التساؤل الآتي:

- ماهي درجة تقدير الذات لدى الشباب البطال؟

ولتحقيق أهداف هذه الدراسة استخدم الباحث المنهج الوصفي الاستكشافي، حيث قام بتطبيق مقياس (Cooper Smith) لقياس مستوى تقدير الذات على عينة حجمها (100) بطالاً من الجنسين، وأهم ما خلصت إليه هذه الدراسة هو أن تقدير الذات منخفض لدى الشباب البطال وأنه لا توجد فروق في مستوى تقدير الذات لدى الشباب البطال تعزى لمتغير الجنس وكذلك بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية.

أ-3 دراسة محمد السيد (2015) بعنوان: "مؤشرات الصحة النفسية وعلاقتها بدافعية الإنجاز لدى عينة من الطلبة" حيث سعت هذه الدراسة إلى التعرف على مؤشرات الصحة النفسية لدى طلاب وطالبات جامعة الجوف بالمملكة العربية السعودية، ومدى علاقتها بدافعية الإنجاز، حيث قام الباحث بقياس مستوى الصحة النفسية ومستوى دافعية الإنجاز لدى عينة من طلاب جامعيين قوامها (200) طالباً وطالبة، وقد استخدم لذلك مقياس الصحة النفسية للقرطي والشخص (1992) ومقياس دافعية الإنجاز للقاسمي (2002)، وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة على أن هناك علاقة ارتباطية دالة بين مؤشرات الصحة النفسية والدافعية للإنجاز لدى عينة الدراسة، كما بينت النتائج تمتع الطلبة بمستويات الصحة النفسية.

أ-4 دراسة عدة الزهراء (2015) بعنوان "واقع الصحة النفسية ومستوى الرضا عن الحياة لدى الطالب الجزائري حيث كان الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو التقصي عن طبيعة العلاقة بين الصحة النفسية والرضا النفسي (الرضا عن الذات- الرضا الدراسي) لدى عينة من طلاب الجامعة فاختارت الباحثة (260) طالباً منهم (120 ذكراً و140 أنثى) ولتحقيق أغراض هذه الدراسة استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، واعتمدت على مقياس الصحة النفسية للقرطي والشخص (1992) لقياس مستوى الصحة النفسية، ومقياس الرضا النفسي عن الحياة من (إعداد الباحثة).

وقد تبين من خلال النتائج المتوصل إليها أن هناك علاقة ارتباطية دالة بين مستوى الصحة

النفسية، ومستوى الرضا النفسي عن الحياة لدى أفراد العينة، وكذلك وجود فروق دالة بين الطلبة (عينة الدراسة) في مستوى الصحة النفسية تبعاً لمتغير الجنس والمستوى الدراسي، بينما لا توجد فروق في مستوى الرضا النفسي عن الحياة تبعاً لمتغير الجنس والمستوى الدراسي.

أ-5 دراسة نشأت محمود (2016) بعنوان: "الضغوط النفسية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى الطالبات المتزوجات" حيث هدفت هذه الدراسة الى التعرف على مستوى كل من الضغوط النفسية والصحة النفسية والعلاقة بينهما لدى مجموعة من الطالبات المتزوجات بجامعة "إربد الأهلية" في ضوء المتغيرات التالية: (السنة الدراسية، المعدل التراكمي، الإنجاب) كما سعت هذه الدراسة أيضا إلى معرفة أكثر مجالات الضغوط النفسية شيوعاً لديهن، وقد تكونت عينة الدراسة من (120) طالبة متزوجة، طبق الباحث عليهن مقياسين هما: مقياس الضغوط النفسية (من تطوير الباحث) ومقياس الصحة النفسية (الشريفين، 2014)، وأوضحت نتائج هذه الدراسة أن مستوى الضغوط النفسية كان مرتفعاً فيحين كان مستوى الصحة النفسية منخفضاً، وهذا ما يفسر وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الضغوط النفسية والصحة النفسية لدى الطالبات المتزوجات (عينة الدراسة).

كما بينت النتائج أن الضغوط الأسرية جاءت في مقدمة الضغوط النفسية، تليها الضغوط الدراسية، ثم الضغوط الاقتصادية والاجتماعية، وآخرها الضغوط الصحية، بالإضافة إلى وجود فروق في مستويات الصحة النفسية بين الطالبات (عينة الدراسة) تعزى لمتغير السنة الدراسية والمعدل التراكمي والإنجاب لصالح طالبات السنة الرابعة وبمعدل أكثر من (76)، وغير المنجبات على التوالي.

أ-6 دراسة بيبى وليد (2016) بعنوان: "خريجو الجامعات الجزائرية (عمال المعرفة) بين وهم العمل وهاجس البطالة الذكية" وهي دراسة نظرية ركزت اهتمامها على واقع التعليم العالي في الجزائر ما بين أزمة البطالة المعرفية وسياسات الإصلاح ومتطلبات سوق الشغل، حيث تطرقت الدراسة إلى الكشف عن مكانة التعليم العالي ودوره الفعال في بناء اقتصاد المعرفة، ثم التعليم العالي في الجزائر بين الواقع والإصلاحات والتطورات الحاصلة في التعليم منذ الاستقلال إلى الوقت الحاضر، كما أشارت الدراسة إلى خصائص مخرجات التعليم العالي التي يتطلبها سوق العمل في الجزائر، وأسباب البطالة لدى الخريجين الجامعيين والتي سماها الباحث "بالبطالة الذكية"، كما جاء في هذه الدراسة بعض الاقتراحات كأساليب علاجية للحد من بطالة خريجي الجامعات الجزائرية.

أ-9 دراسة شهري توفيق (2018) بعنوان: "الصحة النفسية للطلاب الجامعي" حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى الصحة النفسية لدى الطالب الجامعي، وقد طبق الباحث مقياس

عفراء إبراهيم خليل (2006) لقياس مستوى الصحة النفسية لدى عينة مكونة من (219) طالباً جامعياً ينتسبون إلى كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بولاية المدينة، منهم (77) ذكراً و(142) أنثى، وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

يتمتع أفراد عينة الدراسة بمستوى متوسط من الصحة النفسية.

توجد فروق دالة في مستويات الصحة النفسية لدى أبناء الأمهات العاملات وغير العاملات لصالح الطلبة أبناء الأمهات غير العاملات.

أ-10 **دراسة البهنساوي ليلي (2018)** بعنوان: "المواءمة بين مخرجات التعليم الجامعي وسوق العمل" حيث كانت تهدف هذه الدراسة إلى التعرف عن واقع التعليم الجامعي وتقييم مخرجاته، والكشف عن واقع الخريجين في سوق العمل وكذا التحديات التي تواجههم في رحلة البحث عن عمل، مع الإشارة إلى بعض المعلومات والمهارات اللازمة للخريجين لتلبية احتياجات سوق العمل، كما حاولت هذه الدراسة اقتراح بعض الآليات التي تجعل الخريج الجامعي يتكيف مع المشكلات التي تواجهه في سوق العمل وذلك قبل وبعد التخرج، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، واختارت عينة حجمها (502) خريجاً وخريجةً (54.9% من الإناث و45.1% من الذكور) تراوحت أعمارهم بين [21 و35 سنة]، ومن خلال إجراءات المقابلة والأسئلة المفتوحة مع أفراد عينة الدراسة توصلت الباحثة إلى مجموعة من المعلومات والبيانات حول التحديات التي تواجه الخريجين الجامعيين وطبيعة الاستعدادات التي يمتلكونها قبل وبعد التخرج، كما أدلى الخريجون خلال استجوابهم بالمعوقات المانعة لهم بمزاولة المهنة الملائمة للتخصص الدراسي، كما أبدوا رأيهم في مدى تحقيق العدالة الاجتماعية في الحصول على فرصة عمل.

أ-11 **دراسة زاهدة أبو عيشة (2021)** بعنوان: "الصحة النفسية ودورها في تعزيز التنمية الأكاديمية لدى الطلبة الجامعيين"، حيث تطرقت الباحثة إلى دور الصحة النفسية في تعزيز وتنمية الأداء الأكاديمي للجامعات بالمملكة العربية السعودية وذلك لأهميته في تطور أغلب المجتمعات، وتمحورت هذه الدراسة حول الطرح الاستكشافي: ما مستوى الصحة النفسية بأبعادها (الأعراض الجسمية، الحساسية والتفاعلية، الاكتئاب، القلق، والخوف) وكذا مستوى التنمية الأكاديمية لدى الطلبة الجامعيين (عينة الدراسة)؟ كما حاولت الباحثة الكشف عن طبيعة العلاقة بين متغير الصحة النفسية ومتغير التنمية الأكاديمية، وعن وجود فروق دالة في أبعاد الصحة النفسية تعزى لمتغير نوع الكلية (إنسانية، علمية، صحية، إدارية) ومتغير المستوى الدراسي لدى الطلبة الجامعيين، حيث طبقت الباحثة مقياس

الصحة النفسية واستبيان التنمية الأكاديمية على عينة بلغ حجمها (100) طالبا، وتبين من خلال النتائج المتوصل إليها أن هناك علاقة ارتباطية عكسية دالة بين أبعاد الصحة النفسية (الأعراض الجسمية، الحساسية والتفاعلية، الاكتئاب، القلق، والخوف) وبين التنمية الأكاديمية، كما تبين أن أكثر بعدين أسهما في التنبؤ بالتنمية الأكاديمية هما: الاكتئاب، الحساسية والتفاعلية.

أ-12 دراسة عبد الخالق وزين العابدين (2023) بعنوان: "الصحة النفسية بوصفها أحد المكونات الأساسية للحياة الطيبة" حيث كان محور هذه الدراسة هو اختبار الفرض القائل بأن الصحة النفسية هي أحد أهم المكونات الأساسية لتحقيق السعادة والحياة الطيبة، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة استخدم الباحثان عينة من طلاب جامعة ولاية سيدي بلعباس (الجزائر) تكونت من (400) طالبا وطالبة (171 ذكر و229 أنثى) من مختلف التخصصات الجامعية أجابوا على مقياس الصحة النفسية ومقياس السعادة، وأهم ما استنتجته الدراسة هو أن الصحة النفسية هي من أهم المكونات الأساسية للتمتع بالحياة الطيبة والشعور بالسعادة، وأن رفع معدل الصحة النفسية يمكن أن يحسن من نوعية الحياة لدى الفرد.

ب- دراسات باللغة الإنجليزية (مترجمة):

ب-1 دراسة كونغ وجيانغ (Kong & Jiang, 2011) بعنوان: "العوامل المؤثرة على فرص العمل لخريجي الجامعات في الصين"، حيث ركزت هذه الدراسة على البحث عن العوامل التي تحدد ما إذا كان الخريج الجامعي سيجد عملاً في الصين وتحديداً في مدينة بيكين الصينية، وقد تمثلت تلك العوامل حسب هذه الدراسة في: سمعة الكلية أو الجامعة التي يدرس بها الطالب ثم يتخرج منها والمقصود بذلك هو أن تكون تلك الجامعة ذات شهرة واسعة وأنها تتميز عن غيرها من الجامعات ربما لجودة خدماتها والتعليم بها، وكذلك نوع التخصص، والجنس بالإضافة إلى عوامل أخرى نسبية مثل: التحصيل الأكاديمي، التدريب، المستوى الجامعي، ولتحقيق أغراض هذه الدراسة قام الباحثان بتصنيف بعض الجامعات في بكين إلى فئة ذات سمعة عالية ومشهورة وفئة أخرى عادية، وتوصلت الدراسة إلى أن الخريج الجامعي إذا تخرج من جامعة ذات سمعة عالية وذات مكانة مرموقة فإنه يجد وظيفة بشكل أسرع ممن يتخرجون من جامعات عادية، كما أن هناك بعض التخصصات التي يجد أصحابها وظائف بسهولة أكثر من غيرهم وهي تخصص الهندسة والأعمال مقارنة بالآداب والعلوم الاجتماعية، وتضيف الدراسة أن أكثر التخصصات صعوبة في إيجاد عمل هو تخصص القانون والعلوم، كما

أشارت الدراسة أن الإناث الخريجات لهن الحظ الأوفر في الحصول على وظيفة مقارنة بالخريجين الذكور.

ب-2 دراسة مارسيلوس (Marcellus, 2014) بعنوان: "مشكلة بطالة الخريجين في ظل الفقر والاقتصاد الهش بإفريقيا" حيث صرحت هذه الدراسة بأن الاتجاه المتزايد لبطالة الخريجين يشكل خطراً ويدعو للقلق، فرغم أن البطالة هي ظاهرة منتشرة في جميع أنحاء العالم إلا أن الوضع خاص في إفريقيا (الكاميرون)، ورغم أن التعليم الجامعي هو سبيل الحصول على الوظيفة لتحقيق ظروف معيشية أفضل لكن الواقع المعاش هو عكس ذلك، اعتمدت هذه الدراسة على دراسة حالة إحدى الجامعات الإفريقية الحكومية، قام الباحث من خلالها بإجراء مقابلات شبه منظمة، ومناقشات جماعية مع الطلبة الجامعيين لتقصي الوضع حول أسباب بطالة الخريج الجامعي، والتأثير السلبي للبطالة على مستقبل الشباب وعلى الأسرة، وتبين من خلال البيانات والمعلومات التي تم جمعها أن للجامعة دور في تعزيز قابلية توظيف خريجها وذلك عن طريق ربط الجامعة بالمجتمع المحلي والعالم، بحيث يمكن تخصيص البرامج الأكاديمية في الجامعة بما يخدم المصالح المحلية وتقديم التوجيه المهني للطلاب، وتعزيز قدرات ريادة الأعمال الحرة من خلال التركيز على الدقة والجودة الأكاديمية.

ب-3 دراسة مسكون وآخرون (Moscone & Al, 2015) بعنوان: 'تأثير العمالة غير المستقرة على الصحة النفسية' حيث قامت هذه الدراسة بالتحقيق في تأثير عدم الاستقرار الوظيفي على الصحة النفسية للعامل حاول الباحثون من خلالها فهم طبيعة العلاقة بين العمل لفترات مؤقتة وبين الصحة النفسية للفرد، قام الباحثون بدراسة مسحية شملت أكثر من 2.7 مليون عامل في إيطاليا، وتمت متابعتهم على مدار أربع سنوات من [2007 إلى 2011] حيث تتبّع الباحثون احتمالية وصف الأدوية ذات المؤثرات العقلية للعاملين بموجب عقود مؤقتة خلال تلك الفترة.

وأهم ما توصلت إليه هذه الدراسة هو أن الشخص الذي يكون في حالة عمل مؤقت تزيد احتمالية إصابته بمشاكل الصحة النفسية وأهمها القلق والاكتئاب لدرجة أخذ أدوية للعلاج وخاصة بالنسبة للعمال الأكبر سناً، كما أظهرت النتائج أن انتقال العامل من العمل الدائم إلى العمل المؤقت يسبب تدهور في صحته النفسية، والعكس إذا تحول العامل من عمل مؤقت إلى عمل دائم فهذا ينعكس إيجابياً على صحته النفسية.

ب-4 دراسة أونجيو دوان (Hongbo Duan, 2015) بعنوان: "هل الخريجون مسؤولون عن بطالتهم" وهي دراسة ماليزية أراد الباحث من خلالها لقاء اللوم على بعض الخريجين الذين يفضلون البطالة

والتي سماها بالبطالة الطوعية، وذلك ربما لبحث الخريج الجامعي عن وظيفته المثالية فاستخدم الباحث للقيام بهذه الدراسة مقياس السعادة النفسية، حيث أراد أن يقدر مدى سعادة العاطلين عن العمل طوعاً ويقارنها بسعادة الخريجين الذين قبلوا بوظائف أقل جودة، وقد بينت النتائج المتوصل إليها أن بطالة الخريجين في ماليزيا هي طوعية إلى حد ما، وأن هناك تدني في سعادة الخريج الجامعي الماليزي أثناء مرحلة انتقاله من الجامعة إلى سوق العمل وأنه لا توجد فروق دالة في مستوى السعادة النفسية بين الخريجين العاطلين عن العمل طوعاً وبين الخريجين الذين يعملون لحسابهم الخاص أو الذين يشغلون مناصب لا تتناسب مع مؤهلاتهم، وبالتالي يمكن إلقاء اللوم على الخريجين العاطلين عن العمل فيما يتعلق ببطالتهم.

ب-5 دراسة خوسيه وبيلايو (Jose & Pelayo, 2018) بعنوان: "الكشف عن الاكتئاب لدى طلاب المدارس العليا" تشكل هذه الدراسة حصاد معرفي لمجموعة من الدراسات التي أنجزت حول موضوع شيوع الاكتئاب بين طلاب الجامعات، وقد أكدت معظمها على انتشار أعراض الاكتئاب النفسي والقلق بين طلاب الدراسات العليا في العديد من الجامعات الأمريكية والأوروبية، كما جاء في إحدى الدراسات السابقة المعتمدة في هذه الدراسة أن 41% من طلاب الجامعات الذين تم فحصهم يعانون من قلق شديد أو معتدل، و39% منهم يشكون من اكتئاب متوسط إلى حاد، وتفسر الدراسة هذه النتائج على أن مؤسسات الدراسات العليا مرهقة للغاية، وأن انتقال الطلبة إلى مرحلة التعليم العالي يولد مسؤوليات جديدة حيث على الطالب التوفيق بينها من خلال تقسيم الوقت بكفاءة بين الدراسة والبحث العلمي والدورات الدراسية والتدريس بالإضافة إلى الضيق المالي الذي يقع فيه الطالب والذي يساهم أيضاً في حالة القلق والاكتئاب، ويضيف أحد طلبة الدراسات العليا أن الروتين اليومي المطلوب خلال المسار الدراسي الجامعي يمكن أن يؤدي إلى التوتر والاكتئاب.

ب-6 دراسة لبلعيد وسارنو (Belaid & Sarnou, 2019) بعنوان: "طلاب اللغة الإنجليزية في الجامعة الجزائرية ووجهات نظرهم حول قابلية التوظيف بعد التخرج"، تناولت هذه الدراسة تطوع الطلبة المقبلين على التخرج من الجامعة بشأن حياتهم المهنية المستقبلية، حيث كان الهدف من هذه الورقة البحثية هو معرفة مدى استعداد الطلاب لدخول عالم الشغل بعد التخرج، وقد قامت الباحثتان بتطبيق استبانة تضم أسئلة مغلقة تتعلق بالبيانات الشخصية والخبرات والخلفيات العلمية للطلاب وأخرى مفتوحة تسمح للعينة بالتعبير عن أفكارها بحرية فيما يتعلق بوجهات النظر حول قابلية التوظيف ومكان العمل بعد التخرج.

وخلصت الدراسة إلى أن الطلبة أبدوا خوفهم وقلقهم من البطالة بسبب قلة فرص العمل المتاحة، كما تبين أن هناك نقص في مهارات العمل لدى الطلبة (عينة الدراسة).

ب-7 دراسة كاظم عادل الغول (Kazim Adil Al – Ghoul,2020) بعنوان: "أسباب البطالة المرتبطة بالمؤهل العلمي وبيئة العمل من وجهة نظر الطلاب المقبلين على التخرج"، حيث اعتمدت هذه الدراسة على عينة حجمها (196) طالباً من جامعة الملك سعود بالمملكة العربية السعودية تم استجوابهم من خلال تطبيق استبانة صممها الباحث لجمع البيانات حول أسباب البطالة المتعلقة بالمؤهل العلمي وبيئة العمل، وتوصلت هذه الدراسة إلى معرفة أهم الأسباب التي تؤدي إلى ارتفاع معدلات البطالة بين خريجي مؤسسات التعليم العالي من وجهة نظر الطلاب المقبلين على التخرج والمتمثلة في: عدم مواكبة البرامج الأكاديمية الجامعية للمعرفة، للاقتصاد، ولزيادة الأعمال والابتكار.

بالإضافة إلى أسباب أخرى مرتبطة ببيئة العمل وهي: ندرة فرص العمل المتاحة، عدم قدرة الخريجين على استخدام التقنيات والبرمجيات الحديثة في بيئة العمل، عدم تفضيل العمالة العمومية.

ب-8 دراسة أونور موتلو (Onur Mutlu, 2020) بعنوان: "قلق البطالة لدى طلبة الجامعة بتركيا" حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن القلق النفسي الذي يسببه التعطل عن العمل، والذي وصفه الباحث على أنه حالة نفسية تشعر الفرد بالفشل وتدهور صحته ونظام نموه وتؤثر على علاقاته الاجتماعية، وقد قام الباحث بتقدير مستويات القلق لدى طلبة الجامعة المقبلين على التخرج بجامعة "Kastamonu" بتركيا كما استخدم مقياس قلق البطالة لـ (Denir, 2016) المكون من خمسة أبعاد موزعة على 21 فقرة ووفقاً للنتائج المتحصل عليها تم تحديد قلق البطالة لدى عينة الدراسة بمستوى مرتفع، كما بينت النتائج عدم وجود فروق دالة في مستوى قلق البطالة بين الإناث والذكور، في حين توجد فروق دالة في مستوى قلق البطالة لدى أفراد العينة تعزى لمتغير التخصص الجامعي.

ب-9 دراسة كيتيل وآخرون (Kjetil & Al, 2021) بعنوان: "فعالية تدخل إرشادي في تحسين الرضا عن الحياة لدى الشباب العاطلين عن العمل" حيث أثبتت هذه الدراسة فعالية تدخل إرشادي علاجي لمجموعة من الشباب البطالين في دولة النرويج، وذلك عن طريق تحسين نمط وأسلوب حياتهم بغية التوظيف لاحقاً، وكان البرنامج المستخدم في هذه الدراسة يعتمد على تغيير بعض العادات السيئة من جهة وهي: تعاطي المخدرات، عدم ممارسة الرياضة، النوم متأخراً، ومن جهة أخرى الحرص على تحديد الأهداف والتقليل من الاعتماد على إعانات البطالة. حيث تم تصميم هذا التدخل كتجربة على ما يقارب من (700) شاب عاطل عن العمل، وكان السؤال المطروح هو: هل يؤثر تغيير العادات

الأساسية بشكل إيجابي على إمكانية الحصول على وظيفة والرضا عن الحياة؟ وكانت النتائج المتوصل إليها أن حوالي نصف المشاركين أبدوا رغبتهم في مواصلة ممارسة الرياضة والذهاب للنوم باكراً، حيث تغيرت عاداتهم فعلاً بعد التدخل الإرشادي، كما تغير موضع التحكم والرضا العام عن الحياة وبعد الدراسة التتبعية لأفراد العينة بعد 12 شهراً من التدخل الإرشادي لاحظ الباحثون انخفاضاً في نسبة المستفيدين من منحة البطالة وهذا ما يدل على إمكانية الحصول على الوظيفة.

ب-10 دراسة فرحاوي وأويحيى (Ferhaoui & Ouyahia, 2022) بعنوان: "تصورات أصحاب العمل حول قابلية توظيف الخريجين الشباب في الجزائر"، تسلط هذه الدراسة الضوء على توقعات أصحاب العمل الذين يستقبلون الشباب خريجي الجامعات الباحثين عن العمل، حيث حددت هذه الدراسة بعض المعايير والقدرات اللازمة لتحقيق تكامل اجتماعي ومهني أفضل، من خلال تصميم استبيان إلكتروني موجه لأرباب العمل لمعرفة معايير اختيار الخريجين الشباب وتقييم معارفهم وقدراتهم ومواقفهم بما يتوافق مع توقعات واحتياجات الشركات وكان مجموع الاستبيانات المتحصل عليها هو (49) استبانة موزعة على (33% شركات القطاع العام و67% شركات القطاع الخاص) وتبين من خلال الإجابات التي تلقاها الباحثان أن أساليب التوظيف التي تستخدمها الشركات وأصحاب العمل أغلبها يعتمد على الوكالة الوطنية للتشغيل (ANEM) بنسبة 53.1%، بينما يستخدم آخرون المواقع الإلكترونية ووكالات التوظيف والشبكات الاجتماعية المهنية، كما توصلت الدراسة إلى أن أهم القدرات التي يجب أن يتميز بها الخريجون الباحثون عن عمل والتي تهم أصحاب العمل هي :

قدرات الاتصال الشفهية والكتابية

الكفاءة في استخدام وسائل التكنولوجيا الحديثة

التميز بالمرونة والتعاون

وأشارت الدراسة إلى أن المسؤولية الأساسية للجامعة هي دمج التدريب العملي والتنمية الشخصية إلى التعليم النظري، وهذا حسب رأي غالبية المشاركين في هذه الدراسة (أرباب العمل).

9-التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال عرض مجموعة متنوعة من الدراسات السابقة، العربية والأجنبية، والتي لها علاقة إما

مباشرة أو غير مباشرة بموضوع الدراسة الحالية والتي جمعت بين متغير الصحة النفسية وبطالة المتخرج الجامعي، توصلت الباحثة إلى مجموعة من الاستنتاجات، وهي كما يلي:
من حيث الموضوع:

تناولت الدراسات متغير الصحة النفسية وعلاقته بمتغير البطالة:

كدراسة بيتر وور وآخرون (Peter Warr & al,1988)، دراسة لوسيا وآخرون (Lucia & Al,2004) دراسة فرانسيس وآخرون (Frances & Al, 2005)، دراسة آيت حمودة وفاضلي (2007)، دراسة الغباشي والشويخ (2008)، دراسة تيمودي وآخرون (Timothy & Al, 2012) دراسة عفان وموساوي (2014).

أما بعض الدراسات فتناولت متغير الصحة النفسية وعلاقته:

بمتغير الاغتراب النفسي كدراسة عبد الله عبد الله (2009)، متغير الدافعية للإنجاز كدراسة محمد السيد (2015)، متغير مستوى الرضا عن الحياة كدراسة عدة الزهراء (2015)، متغير العمالة غير المستقرة كدراسة مسكون وآخرون (Moscone & Al, 2015)، متغير الضغوط النفسية كدراسة نشأت محمود (2016)، متغير الحياة الطيبة كدراسة عبد الخالق وزين العابدين (2023).

ومن الدراسات التي تناولت موضوع البطالة لدى المتخرج الجامعي:

دراسة أشروف سليمة (2005)، دراسة تكاري نصيرة (2010)، دراسة سناء علي محمد (2011)، دراسة (Réza Arvani,2011)، دراسة كونغ وجيانغ (Kong & Jiang, 2011)، دراسة إبراهيم عكة (2014) عفان وموساوي (2014)، دراسة ماريسيلوس (Marcellus, 2014)، دراسة زليزاهانابي وآخرون (Zaliza Hanapi & Al, 2014)، دراسة محمد مضوي (2015)، دراسة أونجبو دوان (Hongbo Duan, 2015) دراسة بيبي وليد (2016) دراسة زهير عبد الحميد النواجحة (2017)، دراسة يونغ ليم وآخرون (Younglim & Al, 2018)، دراسة هارونور وأشرفول (Harunur & Ashraf,2020).

أما بعض الدراسات تناولت واقع الصحة النفسية وأهميتها لدى الطلبة الجامعيين:

كدراسة عبد الله (2009)، دراسة عدة الزهراء (2015)، دراسة شهري توفيق (2018)، ودراسة زاهدة أبو عيشة (2021).

وأخرى تناولت أسباب ظهور الاكتئاب لدى الطلبة الجامعيين:

كدراسة خوسيه وبيلايو (Jose & Pelayo, 2018)، دراسة يحياوي وشيناز (2022).

وفي حدود اطلاع الباحثة على الدراسات السابقة، وجدت عدد من الدراسات التي اهتمت بالبرامج الإرشادية الهادفة إلى ترقية الصحة النفسية بصفة عامة، لكن لاحظت ندرة في الدراسات التي اهتمت بالبرامج الإرشادية الهادفة إلى تحسين الصحة النفسية للبطالين بصفة خاصة، حيث عثرت على دراسة واحدة فقط وهي دراسة كيتيل وآخرون (Kjetil & Al, 2021) والتي كانت بعنوان "فعالية تدخل إرشادي في تحسين الرضا عن الحياة لدى الشباب العاطلين عن العمل" في دولة النرويج.

من حيث الهدف من الدراسة:

كانت معظم الدراسات التي قامت بتجميعها الباحثة حول موضوع دراستها، تحمل هدفاً استراتيجياً وهو الآثار النفسية للبطالة على الصحة النفسية للشباب بصفة عامة ولدى المتخرجين الجامعيين بصفة خاصة، وهي كالتالي:

دراسة بيتر وور وآخرون (1988)، لوسيا وآخرون (2004)، فرانسيس وآخرون (2005)، آيت حمودة وفاضلي (2007)، الغباشي والشويخ (2008)، تكاري نصيرة (2010) سناء علي محمد (2011)، رضا أرفاني (2011)، تيمودي وآخرون (2012)، طاوس وازي (2013)، رينفلوت وايفينسن (2014)، إبراهيم عكة (2014)، عفان وموساوي (2014)، مسكون وآخرون (2015)، آيت حمودة وديهية (2015) يونغ ليم وآخرون (2018) عبد الحميد النواجحة (2017)، هارورنور وأشرفول (2020)، أونور موتلو (2020).

أما باقي الدراسات فتوزعت أهدافها الرئيسية حول:

الكشف عن مستويات الصحة النفسية لدى الطلبة الجامعيين كدراسة عبد الله عبد الله (2009) عدة الزهراء (2015)، محمد السيد (2015)، نشأت محمود (2016)، شهري توفيق (2018)، زاهدة أبو عيشة (2021).

الكشف عن الاستراتيجيات التي يتبناها المتخرج الجامعي لمواجهة ضغوط البطالة كدراسة أشرف سليم (2005).

الكشف عن مصادر الضغوط النفسية لدى الشباب البطل كدراسة آيت حمودة وديهية (2015) وضغوط البحث عن عمل كدراسة يونغ ليم وآخرون (2018).

الكشف عن بعض الاضطرابات النفسية لدى الطلبة الجامعيين كالتلوث النفسي في دراسة عبد الحميد النواجحة (2017)، والاكتئاب في دراسة خوسيه وبيلانو (2018)، وقلق المستقبل، الاكتئاب واحتمال الانتحار وظهور فكرة الهجرة لدى المقبلين على التخرج في دراسة يحيوي وشيناز (2022).

الكشف عن أسباب البطالة لدى الخريجين كدراسة زليزاهانابي وآخرون(2014)، ودراسة مارسيلوس (2014)، ودراسة كاظم عادل الغول(2020)، ونسبة انتشار بطالة الخريجين الجامعيين في بعض دول المغرب العربي وعلى رأسها الجزائر في دراسة محمد مضوي(2015)، كما هدفت دراسة بيبي وليد(2016) الى وصف واقع التعليم العالي في الجزائر ومتطلبات سوق العمل، وكان الهدف من دراسة البهنساوي ليلي(2018) هو تقييم مخرجات التعليم العالي ومواءمته مع سوق العمل كما اهتمت دراسة كونغ وجيانغ(2011) بإبراز العوامل المؤثرة على فرص العمل لدى خريجي الجامعات في الصين.

وتميزت دراسة ماليزية لـ أونجيو دوان(2015) بطرح إشكالية هل الخريجون هم المسؤولون عن بطالتهم؟، وهي دراسة انفردت بإلقاء اللوم على بعض الخريجين الذين يفضلون البطالة، والتي سماها بالبطالة الطوعية، ودراسة أخرى لبلعيد وسارنو(2019)، تمحور هدفها حول وجهة نظر الطلاب حول قابلية التوظيف بعد التخرج، ودراسة فرحاوي وأويحيى(2022) حول تصورات أصحاب العمل حول قابلية توظيف الخريجين الجامعيين في الجزائر.

من حيث العينة:

لقد عمدت الباحثة أن تكون عينة الدراسات السابقة متشابهة مع عينة دراستها الحالية وهي: عينة من المتخرجين الجامعيين العاطلين عن العمل من كلا الجنسين(ذكورا وإناثاً) كدراسة: أشروف سليمة(2005)، تكاري نصيرة(2010)، سناء علي محمد(2011)، رضا أرفاني(2011)، كونغ وجيانغ(2011)، مارسيلوس(2014)، زليزاهانابي وآخرون(2014)، إبراهيم عكة(2014)، عفان وموساوي(2014)، أونجيو دوان(2015)، محمد مضوي(2015)، بيبي وليد(2016)، عبد الحميد النواجحة(2017)، البهنساوي ليلي(2018)، يونغ ليم وآخرون(2018)، هارونور وأشرفول(2020). عينة من طلبة جامعيين مقبلين على التخرج (ذكوراً وإناثاً) كدراسة كاظم عادل الغول(2020) دراسة يحيوي وشيناز(2022).

عينة من طلبة مازالوا يزاولون دراستهم بالجامعة (ذكوراً وإناثاً) كدراسة عبد الله عبد الله(2009) ودراسة عدة الزهراء(2015)، دراسة محمد السيد(2015)، شهري توفيق(2018)، خوسيه وبيلانو(2018)، بلعيد وسارنو(2019)، أونور موتلو(2020)، زاهدة أبو عيشة(2021)، عبد الخالق وزين العابدين(2023)، دراسة نشأت محمود(2016) والتي كانت العينة إناثا فقط.

عينة من الشباب البطال (ذكوراً وإناثاً)، كدراسة فرانسيس وآخرون(2005)، آيت حمودة وفاضلي(2007)، الغباشي والشويخ(2008)، وازي طاوس(2013)، آيت حمودة وديهيية(2015) مسكون وآخرون (2015)، لوسيا وآخرون(2004) فرانسيس وآخرون (2005)، تيمودي وآخرون(2012)، رينفلوتوايفينسن(2014)، كيتيل وآخرون(2021).

من حيث الأدوات التي استخدمت لقياس المتغيرات :

تنوعت الأدوات التي استخدمت في الدراسات السابقة وذلك حسب تنوع أهدافها، ومن المقاييس النفسية المستخدمة ، نذكر :

مقياس (Sidney Croun & Crips) للصحة النفسية، مقياس بيك للاكتئاب، مقياس الصحة العامة (GHQ)، مقياس (Symptômes Check List-90-R) للصحة النفسية، مقياس بيك لليأس وتصور الانتحار، مقياس (Cooper Smith) لقياس تقدير الذات، مقياس الصحة النفسية للقريطي والشخص (1992)، مقياس (Spielberger) لقياس القلق، مقياس الصحة النفسية للشريفين(2014) مقياس عفراء إبراهيم خليل(2006) للصحة النفسية، مقياس قلق البطالة (Denir,2016)، قائمة أنماط استراتيجيات التعامل (Ways of coping Check List)، مقياس الاضطرابات السلوكية(سناء علي محمد)، أما الدراسة الحالية فقد استخدمت مقياس الصحة النفسية لصالح فؤاد مكاوي(2002)، ومقياس الاكتئاب لرجب أحمد مصطفى علي(2013).

من حيث النتائج المتوصل إليها :

تنوعت النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة، حيث أكدت غالبيتها على وجود انعكاسات سلبية للبطالة على الصحة النفسية تمثلت أهمها في: تدني مستوى الصحة النفسية لدى العاطل عن العمل كدراسة بيتر وآخرون(1988)، لوسيا وآخرون(2004)، فرانسيس وآخرون(2005)، رضا أرفاني(2011)، تيمودي وآخرون(2012)، عفان وموساوي(2014) وظهور أعراض اضطرابات نفسية كالقلق والاكتئاب والإحباط، واليأس وتصور الانتحار لدى العاطلين عن العمل، كدراسة حمودة وفاضلي(2007)، الغباشي والشويخ(2008)، تكاري نصيرة (2010)، مسكون وآخرون(2015) وظهور بعض الاضطرابات السلوكية كدراسة سناء علي محمد(2011)، ظهور السلوك العدواني ببعديه المادي واللفظي كدراسة آيت حمودة وديهيية(2015)، ظهور التلوث النفسي لدى الخريجين البطالين كدراسة عبد الحميد النواجحة(2017)، ظهور الضيق النفسي كدراسة تيمودي وآخرون(2012) ودراسة رينفلوت وايفينسن(2014)، ظهور مشاكل في الصحة العقلية كدراسة يونغ

ليم وآخرون(2018) مشاعر الإحباط وتدهور الشخصية والضعف الاجتماعي والاقتصادي كدراسة هارونور وأشرفول(2020)، انخفاض تقدير الذات لدى البطل كدراسة طاوي وازي(2013).

أما الدراسة الحالية فقد توصلت إلى أن المتخرجين الجامعيين (عينة الدراسة) لديهم درجة متوسطة من الصحة النفسية وظهرت لديهم بعض أعراض الاكتئاب بدرجة متوسطة، كما أثبتت نتائج الدراسة أن المنبئات الاجتماعية (رضا الآخرين-السعادة في الحياة- الرضا المهني) والمنبئات النفسية(الخلو النسبي من الأمراض-وجود معنى في الحياة-الأمن النفسي) للصحة النفسية لهم القدرة التنبؤية بظهور الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطل.

وختاماً تشير الباحثة إلى أنها استفادت من الدراسات السابقة في تعميق الفكر البحثي والنمو المعرفي لها مما ساعدها في بناء الإطار النظري لدراستها، كما استفادت من بعض الجوانب المنهجية في صياغة أسئلة الدراسة والفرضيات، ومقارنة النتائج المتوصل إليها بنتائج الدراسات السابقة المشابهة لها.

الفصل الثاني: الصحة النفسية

تمهيد

- 1- الجذور التاريخية لعلم الصحة النفسية
- 2- مفهوم الصحة النفسية
- 3- علاقة الصحة النفسية ببعض المفاهيم القريبة منها
- 4- النظريات المفسرة للصحة النفسية
- 5- معايير الصحة النفسية
- 6- مظاهر ومؤشرات الصحة النفسية
- 7- الصحة النفسية للمتخرج الجامعي البطل.

خلاصة

تمهيد:

تعتبر دراسة النفس البشرية والتوصل إلى تحديد ملامحها وأبعادها ومكوناتها من الأمور الصعبة فليست هناك خطوط حاسمة للسواء واللاسواء وهذا راجع لطبيعة الإنسان المعقدة والمحيرة والمثيرة وكذلك اختلاف المعايير من مجتمع لآخر فما يكون سويا في مجتمع ما، قد لا يكون كذلك في مجتمع آخر. ويعد موضوع الصحة النفسية ذو أهمية كبرى لاقتارانه بحالة الأفراد وحياتهم ومشاعرهم فقد يعيش بعض الناس حياة صعبة، وقد يعيش البعض الآخر حياة أقل قسوة وبعضهم يعيش حياة سعيدة وسارة لبعض الوقت وقد تواتتهم الحياة في بعض أوقاتها بمواقف مؤلمة هكذا هي حياة البشر يتخللها المتناقضات والتناقضات وعلى الإنسان أن يعيشها بجلوها ومرها، وعليه أن يستمتع بها مهما كانت قساوتها ومرارتها(منسي، 2001، ص20).

عرفت الصحة النفسية عدة اتجاهات في تفسيرها وذلك لاختلاف الباحثين في توجهاتهم النظرية فتعددت التعريفات والمفاهيم حولها، مما يجعل صحة الإنسان النفسية كمجال للدراسة يتطلب جهد الباحث واتساع وشمولية اطلاعه وسنتطرق في هذا الفصل إلى أكثر تفصيل حول هذا المفهوم.

1-1 الجذور التاريخية لعلم الصحة النفسية:

إن الأمراض النفسية والعقلية قديمة قدم الوجود الإنساني، غير أنه لم تجرأ أية محاولات لدراستها وفهمها إلا من وقت قريب نسبيا وبعد كفاح مرير ضد عصور الظلام الفكري وقد مرت بمحطات عديدة متعاقبة من التطورات العلمية والإنسانية، والتي سنستعرضها في المراحل التالية:

1-1 العصور القديمة:

حظيت الصحة النفسية باهتمام العلماء والمفكرين منذ الحضارة اليونانية، وعرفت ازدهارا في الحضارات العربية كالحضارة المصرية والبابلية وكذلك الحضارة الصينية والسومرية والهندية منذ (3000 سنة قبل الميلاد) حيث كان الاعتقاد آنذاك بأن المرض العقلي سببه مس الجن أو أن أرواح شريرة تسكن جسد الإنسان بدون رغبة صاحبه عقابا له من الآلهة على ما ارتكبه من ذنوب وآثام أو برغبة منه باتفاق مسبق مع الشيطان والتحالف معه عن طريق السحرة والمشعوذين(غانم 2009، ص25).

وقد ذُكر مثال شهير في كتب العهد القديم بما فيها التوراة وهو "شاؤول" الذي كان يظن أن المرض العقلي أصابه بواسطة روح شريرة أرسلها الله إليه مما دفعه إلى الإصابة بالاكْتئاب فطلب من خادمه أن يقضي عليه و لما رفض هذا الطلب لجأ إلى الانتحار(عكاشة 2010، ص24) وكان المريض

يُعزل حتى لا يؤذي نفسه والآخرين و كان رجال الدين يأخذون المُصاب بالمرض إلى المعابد اعتقاداً منهم أنه سيستعيد صحته ويعود السلام إلى حياته، ثم تطورت المعرفة وخاصة في زمن الحضارتين اليونانية والرومانية في الفترة بين (500 ق.م - 200 ق.م) وأصبح يُفسر المرض على أنه اضطراب المخ، على أساس أن المخ هو الذي يركز فيه النشاط العقلي المعرفي، وأن المرض العقلي دليل على اضطراب المخ (التميمي، 2013، ص23).

وربما كانت هذه الملاحظات قد بنيت في ذلك الماضي البعيد على أساس من المشاهدات التشريحية وأيضاً النفسية خصوصاً وقد أثبت أحد علماء التشريح الحديثين وجود تصلب في شرايين المخ داخل جماجم بعض الموميوات المصرية (عكاشة، 2010، ص24).

أما بالنسبة للعالم العربي والإسلامي فعرف ازدهاراً كبيراً في علوم الطب والعلاج وكان متفرداً في الرعاية الصحية العقلية وعلاج الاضطرابات النفسية، حيث أنشئت مستشفيات للأمراض العقلية (بغداد سنة 705 م) و(القاهرة 805م) وتناولت مؤلفات العلماء العرب والمسلمين -أمثال "الرازي" الذي كان في وقت ما كبير الأطباء في مستشفى الطب النفسي في بغداد - العديد من المسائل المتعلقة بالصحة النفسية فشرحوا الأمراض النفسية وطرائق الوقاية منها والعلاج قبل نشأة علم الصحة النفسية الحديث(الخرامي، 2016 ص44).

1-2 العصور الوسطى :

شهدت هذه العصور ضعف الحضارة اليونانية والرومانية وبسقوطها عادت التفسيرات البدائية فحدثت النكسة وعاد الفكر الخرافي وسادت الشعوذة والدجل مرة أخرى، فسُميت هذه الفترة العصور المظلمة بالنسبة للعلاج النفسي وانتشر العلاج الديني أو ما يسمى بالعلاج الأخلاقي وهو عبارة عن التداوي بالأعشاب ومياه الآبار (المباركة) والتعويزات والأناشيد بقصد طرد الشيطان والجان وكانوا يربطون المريض بالسلاسل ويضربونه بالسياط ويُجوعونه بحجة أن هذا يفتح شهية المريض ويعيد له صحته (التميمي، 2013، ص24).

1-3 العصر الحديث :

عرف هذا العصر انتعاشاً بفضل النهضة العلمية، وأعيد النظر في الأفكار التقليدية وبرزت عدة شخصيات مثل **جوهان واير "Johanwayer"** (1515-1588) والذي قاد حملة حول الشعوذة وتعذيب المرضى وكان "واير" أول طبيب متخصص في الأمراض العقلية، وأيضاً **أنطوان مسمر "Mesmer"** (1734-1815) حيث قام هذا الطبيب بتحدي أحد أشهر الكهنة المسيحيين المشهورين

بالعلاج النفسي بدأ بمقارنة نتائج علاجاته بالتتويم المغناطيسي بنتائج هذا الكاهن(غانم،2009، ص28).

وفي أواخر القرن التاسع عشر برز الاهتمام بالمرضى العقليين من حيث الرعاية والعلاج فأقيمت المستشفيات للعلاج وتحرر المرضى من الزنانات في فرنسا وألمانيا وأمريكا وتحسنت معاملتهم في المجتمع، كما ظهرت نظريات فسرت الأمراض النفسية من بينها نظرية التحليل النفسي والنظرية السلوكية وغيرها، وأصبحت الكثير من الأمراض النفسية تُدرس على شكل محاضرات لمعرفة أسبابها وعلاجها مثل الهوس والاكتئاب والفصام (التميمي،2013، ص24).

كما ظهرت في هذه الفترة أربع اتجاهات تُفسر المرض النفسي وهي:

الاتجاه الأول: الجانب العضوي يفسر المرض على أنه تلف في الأنسجة أو اختلال كيميائي في المخ إما بسبب عيوب وراثية أو إصابات في الجهاز العصبي.

الاتجاه الثاني: يرى على العوامل النفسية المرتبطة بالتنشئة الاجتماعية والأسرية والعمليات اللاشعورية هي السبب في ظهور المرض العقلي.

والاتجاه الثالث: يُرجع السبب في المرض النفسي إلى أعماق الشخصية وما يحدث فيها من اختلال وصراع.

أما الاتجاه الرابع: يفسر الأمراض النفسية بأنها عادات سلوكية غير توافقية نتيجة مثيرات خارجية(العبودي،2010، ص17).

بعد مراحل التطور التي مرت بها الصحة النفسية أصبح العلاج النفسي يشمل جميع النواحي النفسية والجسمية والطبية، حيث أصبح علما قائما بذاته يقدم الكثير نحو تحقيق شخصيات إيجابية متكيفة مع نفسها ومع مجتمعا وقادرة على تجنب كل ما يعصف بحياتهم ويسبب لهم الاضطراب والقلق، كما أنها تُعنى بمساعدة الأفراد على تأدية أدوارهم في الحياة في أحسن صورة مما يجعلهم في حالة من الرضا والسعادة والثقة بالنفس (الداهري،2010، ص27).

نستنتج مما سبق أن الاهتمام بالصحة النفسية تزايد مع مرور الوقت حسب مراحل تطور الفكر الإنساني وتحليله للأزمات والمشاكل النفسية والحياتية، فبعدما كان تفسير البشر قديما على أن الأمراض النفسية سببها أرواح شريرة تسكن الجسد وكان العلاج عبارة عن خرافات من سحر وشعوذة ودجل، أصبح علم الصحة النفسية يستخدم تقنيات متطورة في التشخيص والعلاج النفسي كالاختبارات

والمقاييس النفسية العالمية وتم تخصيص العديد من المراكز والمستشفيات للتكفل بالأمراض والاضطرابات النفسية المختلفة.

2- تعريف الصحة النفسية:

2-1 الصحة لغة:

الصحة: خلاف السقم، وقد صح فلان من علته واستصح(الرازي،1999،ص215).

وقال ابن منظور: "الصحة خلاف السقم وذهاب المرض"(ابن منظور،2016، ص2401).

وجاء في المعجم الوسيط على أن الصحة في البدن "حالة طبيعية تجري أفعاله معها على المجرى الطبيعي"(المعجم الوسيط، 2005، ص507).

2-2 الصحة اصطلاحا:

هي حالة وجدانية معرفية مركبة دائمة دواما نسبيا، من الشعور بأن كل شيء على ما يرام والشعور بالسعادة مع الذات ومع الآخرين، والشعور بالرضا والطمأنينة، والأمن، وسلام العقل والإقبال على الحياة، مع شعور بالنشاط والقوة، والعافية (عبد الخالق، 2016، ص9).

2-3 النفس لغة:

وتأتي على عدة معاني، حيث جاءت النفس في كلام العرب على ضربين، أحدهما أن تقول خرجت نفس فلان أي روحه، وفي نفس فلان أن يفعل كذا وكذا أي في روعه، أما المعنى الآخر، أن النفس هي حقيقة الشيء وجملته، كأن يقال أهلك فلان نفسه، ليس معناه أن الإهلاك وقع ببعضه إنما الإهلاك وقع بذاته كلها، ووقع بحقيقته(ابن منظور،2016، ص4500).

2-4 النفس اصطلاحا:

هي القوى الكامنة في الجسم الإنساني، والتي تتجمع فيها مشاعر الخير ونوازع الشر، وتستقر فيها الغرائز والشهوات المحركة للجسم المادي في تصرفه واتجاهه (الجوابرة، 2002، ص8).

حظيت الصحة النفسية باهتمام وفير لدى العلماء والباحثين في مجال علم النفس، حيث يرونها لا تقل أهمية عن الصحة الجسمية والأمراض العضوية، وتعد الصحة النفسية من المكونات المهمة للشعور بالهناء، وهي فعلا أحد عناصره الموضوعية، وترتبط ارتباطا وثيقا بالسعادة، إلا أنها تعددت وجهات النظر وتفاوتت في إعطاء معاني ومفاهيم محددة للصحة النفسية، وذلك لأنها تعتبر حالة دينامية تظهر في قدرة الفرد على عقد صلات اجتماعية تتميز بالأخذ والعطاء والتعاون والتسامح

(لمين، 2013، ص112) فما من نظرية أو مذهب أو مدرسة في علم النفس إلا وافترضت تعريفا للصحة النفسية، وهذا ما جعل الإجماع على تعريف موحد لها أمرا صعبا. فظهر اتجاهان لمفهوم الصحة النفسية، أحدهما سلبي بمعنى التركيز على غياب أعراض الاضطرابات التي تصيب الصحة النفسية، والآخر إيجابي ويركز على توفر بعض الخصائص والقدرات والإمكانات لدى الفرد.

2-5 الاتجاه السلبي :

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الصحة النفسية هي «البراء من أعراض المرض العقلي أو النفسي» (فهيمى، 1995، ص15) بمعنى الخلو من أعراض المرض النفسي، أو هي سلامة الفرد من الأعراض المرضية وقدرته على التوافق مع نفسه والمجتمع الذي يعيش فيه (منسي، 2001، ص20). ويدافع أصحاب المنظور السلبي للصحة النفسية بقولهم إن الحالة النفسية للفرد لا تصبح شاذة إلا حين تتحرف بدرجة شديدة، وأن تعريف الصحة النفسية بخلو الحالات المرضية والنفسية يوازي تعريف الخير بانتقائه من الشر، والعدالة بانتقائها من الظلم (شاذلي، 1999، ص15). ويذهب فرانسيسكو جاميريل (1992) إلى أن مفهوم الصحة يعني غياب المرض وأن فائدة استخدام المفهوم السلبي للصحة يؤدي إلى التعريف الإجرائي للصحة ذلك الذي يخضع للقياس الموضوعي (أبو النيل، 2014، ص21). واجه أصحاب الاتجاه السلبي عدة انتقادات، وذلك كونه يعطي مفهوما ضيقا ومحدودا للصحة النفسية فهو يعتمد على النفي والخلو من أعراض المرض، وهو في الحقيقة جانب واحد فقط من جوانب الصحة النفسية وهذا ما يخلق الصعوبة في تشخيص بعض الحالات التي تتمتع بخلوها من أعراض المرض العقلي أو النفسي، لكن نجد الشخص لا يتمتع بالتكيف والتوافق المطلوبين، ولا يشعر بالسعادة وغير ناجح في حياته وفي علاقاته الاجتماعية مع الآخرين (الداهري، 2010، ص28).

2-6 الاتجاه الإيجابي :

يرى القائلون بهذا الاتجاه أمثال وليم وول (William Well) أن الصحة النفسية لا تقتصر فقط على تحرر المرء من المخاوف والقلق بل كذلك شعوره بالأمن الذي يأتي من إدراكه لما يجب أن يفعله في مواجهة خطر حقيقي (نبيه، 2002، ص23).

تتحدد الصحة النفسية من خلال توافر بعض المظاهر والتي تحددتها وتعبر عنها فهي ليست مجرد الانتفاء من أعراض المرض النفسي وإنما تتضمن قدرة الفرد على التمتع بصحة النفس والجسم، وتظهر من خلال التناسق والتوافق بين وظائفه النفسية المختلفة (أسعد، 2010، ص35).

وأهم ما جاء في تقرير منظمة الصحة العالمية بعنوان **تعزيز الصحة النفسية (2015)** أن الصحة النفسية هي حالة من الكمال البدني والنفسي والعافية الاجتماعية، حيث تجمع بين الكمال البدني والنفسي وكذلك السلامة الاجتماعية، عن طريق الإدراك الذاتي لقدرات الفرد واستغلالها، ومن جهة أخرى الإحساس بالسيطرة على البيئة، واستقلالية الأفراد في القدرة على مواجهة المشاكل وحلها (منظمة الصحة العالمية، 2005، ص26).

إن مفهوم الصحة النفسية حسب هذا الاتجاه يرتبط بقدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع مجتمعه مما يؤدي إلى التمتع بحياة خالية من التأزم والاضطرابات، وهذا يعني أن يرضى الفرد عن نفسه وأن يتقبل ذاته، كما يتقبل الآخرين، وألا يسلك سلوكا اجتماعيا شاذاً، بل يسلك سلوكاً معقولاً يدل على اتزانه الانفعالي والعاطفي والعقلي (فهمي، 1995، ص16).

ترى الباحثة أن الاتجاه الإيجابي لمفهوم الصحة النفسية مبني على المظاهر السلوكية والعقلية والعاطفية للفرد والتي تعد دليلاً على تمتعه بالصحة النفسية، على عكس الاتجاه السلبي المبني على خلو الفرد من الاضطراب والمرض لا غير، وعلى ضوء ما سبق فإنه يتبين لنا أن الاتجاه الإيجابي في تعريف الصحة النفسية واسع وشامل لأنه يجمع بين فاعلية الفرد وبين قدرته على التأثر والتأثير بمختلف الاستجابات السلوكية السائدة في محيطه مع مراعاة الخصائص التي تتمتع بها الطبيعة البشرية.

وإذا تحدثنا عن الصحة النفسية في الإسلام، نجده يعطي لها معنى نفسي وروحي يرتكز على التناؤل المرتبط بالثقة في الله عز وجل، و الرضا بقضائه، فلن يصيب الإنسان إلا ما كتبه الله له، لا يجب أن يقلق على مستقبله ولا يتعجل على نجاحه، لكن يسعى لكسب رزقه، فتوكله على الله سبحانه يجعله متفائلاً حتى في الظروف الصعبة التي قد يمر بها في حياته، فهو يثق في عدل الله، ويطمئن لحكمه، فتناؤله قائم على أساس " قل لن يصيبنا إلا ما كتب الله لنا [سورة التوبة، الآية 51] وليس على أساس قانون الاحتمالات والتوقعات، لكن مع الأخذ بالأسباب والاجتهاد والمثابرة في مواجهة الأزمات والصعوبات، مع توقع النجاح (مرسي، 2000، ص104).

وكما أشرنا سابقاً، فإن مفهوم الصحة النفسية صعب التحديد، لهذا سنستعرض بعض التعاريف التي حاول أصحابها الإلمام بمفهوم شامل وجامع للصحة النفسية، ومن بينها:

تعريف منظمة الصحة العالمية (1946):

الصحة النفسية حسب دستور منظمة الصحة العالمية «هي حالة كاملة من العافية الجسمية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد غياب المرض أو الإعاقة» (حجازي، 2004، ص26).
وعرفها القوسي (1948) على أنها: "التوافق التام أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ عادة على الإنسان، ومع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية" (القوسي، 1948، ص6).

يضع جودا (Jahoda، 1958) عدداً من المظاهر السلوكية، كتقبل الذات ومرونة الأنا، والقدرة على تحمل الإحباط والاعتماد على النفس، والقدرة على تحمل القلق والحساسية الاجتماعية كمحددات لمعنى الصحة النفسية السليمة (نبيه، 2001، ص25).

ويرى ماسلو (Maslow، 1964) أن الصحة النفسية ليست حالة من التلاؤم فقط، ولكنها تلك النزعة التي تحتنا على البحث عن القيم والمبادئ، أي أن يكون للفرد قدر من الاستقلال الذاتي الذي يحقق له التوافق مع ذاته (المطيري، 2005، ص23).

أما ريبن (Reben، 1985) فعرف الصحة النفسية على أنها أعلى مستوى من التكيف السلوكي والانفعالي، وليس مجرد الخلو من المرض أو الاضطراب (عبد الله، 2001، ص20).

ويعرف القريطي (1998) الصحة النفسية أنها: "حالة عقلية، انفعالية، إيجابية، مستقرة نسبياً تعبر عن تكامل طاقات الفرد ووظائفه المختلفة، وتوازن القوى الداخلية والخارجية الموجهة لسلوكه في مجتمع ووقت ما ومرحلة معينة، وتمتعه بالعافية الاجتماعية" (الشربيني، 2014، ص17).

وهناك من لخص الصحة النفسية في أنها تمتع الفرد بالرضا عن الحياة، وتحقيق قدر من التوافق الشخصي والاجتماعي، واحترام المعايير المجتمعية التي ينتمي إليها (بطرس، 2008، ص17).

وهناك من تناول جوانب متعددة من شخصية الفرد، حيث عرف الصحة النفسية بأنها: «حالة إيجابية توجد عند الفرد وتكون في مستوى قيام وظائفه النفسية بمهامها كما يبدو ذلك في عدد من المظاهر وإن كانت الوظائف النفسية تقوم بمهامها على شكل حسن ومتناسق ومتكامل ضمن وحدة الشخصية، كانت الصحة النفسية سليمة وحسنة وإن لم يكن الأمر كذلك كان من اللازم البحث عن أوجه الاضطراب فيها". (الداهري، 2010، ص28).

أما **حامد زهران** فقال إنها «حالة دائمة نسبيا، يكون فيها الفرد متوافقا شخصيا وانفعاليا واجتماعيا مع نفسه ومع بيئته» (زهران، 2005، ص9).

ووفق المنظور الإسلامي للصحة النفسية، هي وجود حالة من التعادل والتوازن بين سائر القوى والدوافع الجسدية والنفسية والروحية. (التميمي، 2013، ص21).

كذلك هي حالة من الرخاء، يدرك الفرد من خلالها قدراته الخاصة ويواجه ضغوط الحياة التي يعيشها بحيث يكون منتجا ويساهم بفاعلية في مجتمعه (الزهرة، 2020، ص87).

نستخلص من التعريفات المذكورة سالفا أن الصحة النفسية لا تعني فقط خلو الفرد من أعراض الاضطرابات النفسية وإنما يمتد مفهومها ليشمل العديد من جوانب شخصية الفرد واتجاهاته، وميوله وقدراته، كما أنها تتميز بالثبات النسبي وهي مزيج من التوافق الشخصي والاجتماعي والاتزان الانفعالي على أن يشعر الفرد من خلالها بالرضا والسعادة، والقدرة على تحقيق طموحاته، والتغلب على كافة المحبطات والعوائق التي تواجهه في حياته.

3- علاقة الصحة النفسية ببعض المفاهيم المشابهة له:

3-1 الصحة النفسية والتوافق النفسي:

الأصل في التوافق هو التعديل، حيث يلجأ الكائن الحي إلى إحداث تعديل في البيئة لإعادة حالة التوازن ويتناول التوافق عدة نواحي: فيزيائية، بيولوجية، فيزيولوجية، نفسية، واجتماعية (الداهري، 2008، ص63) وكثيرا ما يستخدم الباحثين مفهوم التوافق النفسي كمرادف للصحة النفسية، وذلك لارتباط المفهومين مع بعضهما البعض ارتباطا شديدا، فالتوافق النفسي هو من أكثر المفاهيم استخداما في علم النفس، وهو كما عرفه الكثير من العلماء نتاج قوى متصارعة بين إمكانيات الفرد والفرص المتاحة في بيئته، فلا يمكن لباحث في علم النفس أن يدرس الإنسان بدون التطرق لدراسة التوافق النفسي باعتباره لحظة اتزان بين الجانبين (سهير، 2013، ص31).

وقد عرف مصطفى فهمي (1995) الصحة النفسية أنها علم التكيف أو التوافق النفسي، الهدف منه تماسك الشخصية، بحيث يتقبل الفرد ذاته والآخرين له وكل هذا يترتب عنه الشعور بالسعادة والراحة النفسية (فهمي، 1995، ص18)

لكن التوافق النفسي ليس هو الصحة النفسية، بل أحد مظاهرها، فالسلوك التوافقي دليل على تحقيق الصحة النفسية، حيث تتلخص العلاقة بين المفهومين في أن الصحة النفسية هي توافق مستمر، غير ثابت، وأساسي لتحقيق الشخصية السوية، وأن الصحة النفسية هي حالة إيجابية تتمثل

في عدة جوانب جسمية وعقلية واجتماعية وانفعالية وهي جوانب متداخلة فيما بينها، وتتمو خلال عملية التوافق.

وتتضمن الصحة النفسية عملية التوافق لإيصال الفرد إلى أعلى مراتب تحقيق الذات (ملوكة، 2013، ص88).

3-2 الصحة النفسية والرضا عن الحياة:

يعد الرضا عن الحياة أحد المكونات الجوهرية لتحقيق الصحة النفسية الإيجابية، كما أنه مؤثر على التكيف الشخصي والاجتماعي للفرد، ويعكس شعوره بالسعادة والطمأنينة، وإقباله على الحياة بحيوية نتيجة تقبله لذاته ولعلاقاته، ورضاه عن إشباع حاجاته (جعفر، 2018، ص241).

كما يشير الرضا عن الحياة إلى موازنة الفرد لظروفه وأحواله، والمستوى الذي يراه ملائماً له، يظهر هذا الأخير على شكل إحساس داخلي ينعكس على سلوكه واستجاباته وقدرته على التكيف مع المشكلات الشخصية والاجتماعية التي تواجهه (شليبي، 2012، ص27).

ويعرف الرضا عن الحياة على أنه حكم الأفراد على حياتهم وتقييمهم لها من خلال وجهة نظرهم الخاصة ويكون على شكلين، الأول يعتمد على إدراك هؤلاء الأفراد وتقديرهم للحياة بوجه عام أو تقدير جوانب محددة مثل: الرضا الزوجي، الرضا عن العمل وغير ذلك من جوانب الحياة.

والثاني تقدير الأفراد لحياتهم استناداً على الأحداث السارة التي تسبب لهم الفرح والسعادة، أو غير السارة التي تسبب لهم التوتر والقلق والاكتئاب، وبالتالي إما شعورهم بالرضا أو عدم الرضا عن الحياة بدرجات متفاوتة (العمرات والرفوع، 2014، ص268).

ويعتبر الرضا عن الحياة مؤشراً على جودة حياة الفرد، حيث يُقاس من خلال استطلاعات وأبحاث لتجارب شخصية حية، وتبين أنه إذا زاد مستوى رضا الشخص عن حياته فإن ذلك يشير إلى جودة حياته (Veenhoven & Scherpenzeel, 1996, p4).

3-3 الصحة النفسية والأمن النفسي:

يعرف ماسلو Maslow (1970) الأمن النفسي بأنه حاجة الفرد إلى الاستقرار وإحساسه بالحماية وبعدم الخطر وكذلك تحرره من الخوف والقلق (مظلوم، 2014، ص6).

أما حامد زهران (1989) فيعرف الأمن النفسي بأنه الطمأنينة النفسية أو الانفعالية، وهو شخصي أي خاص بكل فرد على حدا، ويحرك الأمن النفسي صاحبه لتحقيق أمنه لأنه مرتبط ارتباطاً وثيقاً بغيرية المحافظة على البقاء (فالح، 2018، ص40).

وترى شقير (2005) أن الأمن النفسي هو شعور مركب، فهو يتكون من عدة عوامل منها: شعور الفرد بالسعادة والرضا عن حياته مما يولد لديه شعور بالسلامة والاطمئنان، ويحقق له مكانته بين الآخرين فيشعر بذاته وباهتمام المحيطين به وثقتهم فيه، وهذا يجعله يستشعر قدرا من الدفء والمودة مما ينعكس إيجابيا على صحته النفسية، ويجعله متفائلا في تحقيق رغباته ومشاريعه المستقبلية، بعيدا عن خطر الإصابة باضطرابات نفسية أو صراعات أو أي خطر قد يهدد أمنه واستقراره في الحياة(خطاب، 2017، ص464).

أما الصوافي(2019) فيفسر الأمن النفسي بزوال الخوف، والشعور بالحب والقبول، والانتماء مما يجعل الفرد يتقبل ذاته ويشعر باستقلاليته، وتكون لديه علاقات إيجابية مع أفراد بيئته، وبحوزته أهداف محددة في حياته (الزهراني، 2022، ص106).

نستخلص من خلال المفاهيم المذكورة سلفا وهي (التوافق النفسي - الرضا عن الحياة- الأمن النفسي) أن لها علاقة وطيدة بالصحة النفسية، والدليل على ذلك أنها تصب في نفس مجرى الصحة النفسية لأن الأهداف المرجو تحقيقها مشتركة بينهم، وأهم ما يذكر منها هو التكيف وتحقيق الأمن والاستقرار والشعور بالسعادة والرضا.

4- النظريات المفسرة للصحة النفسية:

إن التفسيرات النظرية للصحة النفسية تختلف باختلاف المدارس التي ينتمي إليها المنظرين فكل نظرية أو تيار نفسي يقدم منظورا خاصا به استناداً على مفهومه للإنسان وتحليل سلوكياته، وفيما يلي عرض لما قدمته أهم النظريات النفسية:

4-1 نظرية التحليل النفسي لسيفغوند فرويد (Sigmund Freud):

يعتبر طبيب الأعصاب النمساوي "سيفغوند فرويد" مؤسس مدرسة التحليل النفسي وعلم النفس الحديث أن الصحة النفسية الكاملة مجرد خرافة يستحيل تحقيقها في الحياة الواقعية، ويزعم أنها تكون من خلال ثلاث وظائف هي: الإنجاز (Création) والإنجاب (Procréation) والترويح (Recréation)، أما عن الإنجاز فهو توظيف الطاقات والإمكانات لممارسة حياة بناءة، يليها الإنجاب الذي يعتمد على الحب والارتباط الزوجي والعاطفي وبالوصول إلى النضج النفسي الذي يعتبره شرطا ضروريا للقيام بالأدوار الحياتية(الزوجية والوالدية) أما القدرة على الترويح فهي تكمل باقي الوظائف عن طريق الاستمتاع بالحياة وتجديد الطاقات الحيوية، ويرى أنصار "فرويد" أن المرض النفسي يحمل دوما اضطرابا في أحد أركان هذه الثلاثية أو فيها كلها(عطار، 2017، ص74).

ويعتقد "فرويد" أن الفرد المتمتع بالصحة النفسية والشخصية المتوازنة يعتمد على قوة الأنا (Ego) لأن حسب رأيه وظيفة الأنا هو الدفاع عن الشخصية وتكييفها مع البيئة الخارجية وحل الصراع بين الحاجات المتعارضة وإيجاد التوازن بين الهو (ID) التي تتطلب الإشباع والانا الأعلى (Super-ego) الذي يعارض الإشباع، وإلا يكون الفرد معرضاً لسوء التوافق.

كما يرى أصحاب هذا الاتجاه (التحليل النفسي) أن الفرد الذي يستطيع ضبط غرائزه ودوافعه ولا يبالغ في الإشباع، ويكون على وعي تام بأداء الوسائل الواقعية للإشباع حيث لا يسمح للقيم المثالية بأن تعزله عن الواقع فهو شخص يتمتع بالصحة النفسية (التميمي، 2013، ص 86).

وخلافاً لذلك توصل "آدر" (Alfred Adler) وهو من الرواد مدرسة التحليل النفسي الحديثة أن المجتمع هو البنية الأساسية للإنسان وهي حقيقة لا يمكن نفيها، حيث يعتبر الشعور الجماعي معياراً للصحة النفسية والتفريق بين السواء واللاسواء، معنى ذلك أن السلوك النافع للمجتمع هو سلوك صحي ولا يعتبر الإنسان سليماً إلا عندما يتوافق طموحه مع سعادة مجتمعه، وقد فرق "آدر" بين الشعور الجماعي الضيق والشعور الجماعي الواسع، فالأول يكون من خلال قدرة الفرد على كسب رضا والديه وتقبل شريك حياته وتعزيزه والتعامل الطيب مع زملائه في العمل والحفاظ على صداقاته وتمييزها، أما الشعور الجماعي الواسع فهو الإحساس بالمسؤولية اتجاه المجتمع، والمساهمة في بناء مستقبل إنساني، وحسب "آدر" كلما كان الفرد يتمتع بشخصية قادرة على استيعاب الماضي والتخطيط للمستقبل كلما كانت أعظم وأكبر (سامر 2007، ص 52-54).

ترى الباحثة أن هذه النظرية تركز على الصراعات التي تعيق الجهاز النفسي في تحقيق الصحة النفسية والذي يعتبره "فرويد" مكون من الأنا والهو والانا الأعلى، وفي هذا السياق تتمثل الصحة النفسية الجيدة في قدرة الأنا على التوفيق بين الهو والانا الأعلى.

أما "أدلر" فقد أعطى الأولوية لمطالب الجماعة على حساب مطالب الفرد، واعتبر الشعور الجماعي معياراً للصحة النفسية بغض النظر عن مشروعيتها.

2-4 النظرية السلوكية:

يهتم أنصار هذه النظرية بنواتج السلوكيات الظاهرة كاستجابات للمثيرات التي يتلقاها الفرد من محيطه ومن أهم مبادئها أن جميع السلوكيات سواءً المرضية أو السوية هي نتاج التعلم، أي أن السلوك المضطرب حسب هذه النظرية هو نتيجة تعلم خاطئ من البيئة (حافري، 2021، ص 21) حيث يرى "سكينر" (Skinner) أن السلوك ينمو ويتطور من خلال تعزيزه أثناء التنشئة الاجتماعية، فإذا كان

التعزيز غير ملائم فإن الفرد يستجيب إلى المواقف الاجتماعية بطريقة غير سليمة، أما "بافلوف" (Pavlov) فيفسر السلوك غير السوي على أنه نتيجة خطأ مزمن في العلاقة بين المثير والاستجابة وكذلك خطأ في عمليتي التدريب والتعود منذ الصغر مما يجعل الدماغ في حالة من الاضطراب الوظيفي (التمييز، 2013، ص 89).

وحسب ماجدة عبيد (2015) فإن النظرية السلوكية تركز على مجموعة من الفرضيات وهي:

- معظم السلوكيات هي مكتسبة بغض النظر عما إذا كانت سوية أو شاذة.
- لا يختلف السلوك المضطرب عن السلوك العادي من حيث المبادئ، إلا أن السلوك المضطرب غير متوافق.
- السلوك المضطرب يكتسبه الفرد من خلال التعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي إليه فيحدث ارتباط شرطي بينهما.
- تعتبر الأعراض النفسية جملة من العادات السلوكية الخاطئة التي يتعلمها الفرد.
- يمكن تغيير السلوك المُتعلّم وتعديله.
- لدى الفرد دوافع فسيولوجية أولية وعن طريق التعلم يكتسب دوافع جديدة ثانوية، فإذا كان تعلمها غير سوي فإنه يحتاج إلى تعلم آخر أكثر توافقاً (عبيد، 2015، ص 117).

نستخلص مما جاء في النظرية السلوكية أنها اعتبرت الصحة النفسية مجرد عملية اكتساب وتعلم سلوكيات وعادات إيجابية تكون متوافقة مع البيئة الخارجية ولكي يستمر السلوك لابد من وجود تعزيز حتى لا تنطفئ الاستجابة، وكأن الإنسان يعمل بصورة آلية، حيث أهملت هذه النظرية طبيعة الإنسان وقدراته على التعامل والتكيف مع الضغوط الحياتية المحيطة به.

3-4 النظرية المعرفية:

ساعدت الانتقادات الموجهة للاتجاه السلوكي في ظهور الاتجاه المعرفي، ومن أهم رواده أرون بيك (Aron Beck) الذي أجرى دراسات حول الاكتئاب وأبرامسون (Abramson) صاحب نظرية التشاؤم وألبرت إليس (Albert Eliss) واضع تقنيات العلاج العقلاني-الانفعالي، حيث تعتمد هذه النظرية على الأساليب المعرفية التي يستخدمها الإنسان في تفسير الخبرات المُهددة في بيئته بطريقة منطقية وفي مواجهة الأزمات وحل المشكلات فحسب ما يراه هذا الاتجاه أن الشخص المتمتع بالصحة النفسية هو شخص له القدرة على استخدام استراتيجيات معرفية مناسبة للتخلص من الضغوط النفسية

أما الفرد الذي لا يتمتع بالصحة النفسية يشعر بالعجز من الاستجابة لمطالب بيئته ويستخدم استراتيجيات غير مناسبة في مواجهة الأزمات النفسية التي تواجهه (التميمي، 2013، ص 91).

ينظر الاتجاه المعرفي للسلوكيات غير السوية بأنها ناجمة عن عمليات فكرية سيئة التكيف ولهذا يعمل العلاج المعرفي على تغيير الأنماط السلبية للتفكير باعتبارها أسبابا للسلوكيات الشاذة، ومن أهم صفات هذا الاتجاه أنه يقبل التفاعل المتبادل بين الأسباب، فهو يصف الإنسان بأنه مساهم نشط في البيئة، وهو قادر على التأثير في الكثير من العوامل التي تؤثر في سلوكه (قاسم، 2015، ص 120).

يعتقد "ألبرت إليس" أن الاضطرابات النفسية هي نتاج للتفكير غير العقلاني، وهو تفكير يتضمن جوانب غير منطقية، منشأها التعليم الذي يتلقاه الطفل من بيئته، ويضيف إليس أن المشاعر السلبية لا تحدث تلقائيا من نفسها، ولكن لدى الشخص الخيار الفعال في حدوثها كما يشير "إليس" إلى الخبرات الخاطئة أو العصابية أو غير المنطقية على أنها تستمر ولا تتطفي رغم عدم تعزيزها من الخارج، والسبب هو أن الأفراد يكررون تلقينها داخليا لأنفسهم حتى تصبح فلسفة لهم ونظرة خاصة بهم (فول، 2018، ص 87).

وبهذا تكون النظرية المعرفية قد لخصت العلاج المعرفي في أنه تغيير في نمط التفكير عند الشخص، أي أن المعالج المعرفي يحاول تشكيل أفكار لدى الفرد عن طريق تقديم معلومات والشرح بهدف أن يتخلى المريض عن أفكاره الخاطئة واستبدالها بأفكار منطقية كما يراها المعالج إذ يسقط عليها أفكاره ووجهة نظره الخاصة، وهذا ربما (حسب رأي الباحثة) لا يصلح مع الأفراد العنيدون أو يتطلب وقت وجهد كبيرين مع الأشخاص المتعصبين لآرائهم دون أن ننسى الفروق الفردية والتي تعطي نتائج غير متماثلة بين الأفراد في العلاج.

4-4 الصحة النفسية في الإسلام:

اهتم المسلمون بموضوع الصحة النفسية، حيث كانت جهودهم واضحة ولا تقل عن جهود علماء الغرب في هذا المجال، فقد برعوا في تشخيص الأمراض العقلية وعلاجها كما اهتم فقهاء المسلمين بدراسة علاقة الإنسان بربه وبنفسه وبالناس، حيث تناول القرآن الكريم قصة الإنسان وما قد ينتج من اضطرابات ومشاكل التوافق التي تؤثر على صحته النفسية (الداهري، 2010، ص 34).

تُعرف الصحة النفسية من المنظور الإسلامي بأنها " حالة نفسية يشعر فيها الإنسان بالرضا والارتياح عندما يكون حسن الخلق مع الله ومع نفسه والناس" والمقصود بحسن الخلق هو الالتزام بالأدب مع الله ومع الناس ومع النفس، فنجد أن حسن الخلق يجعل المسلم قريبا من ربه، معافى في بدنه، في سلام مع نفسه وانسجام مع الآخرين فيشعر بالصحة النفسية التي ينشدها علم النفس الحديث(التميمي،2013،ص67)، ويذكر القرآن الكريم عدة مصادر تجعل الإنسان في حالة نفسية غير مريحة، منها: الخوف والجوع ونقص الأموال(الفقر) ونقص الأنفس(الموت) والأذى البدني والنفسي(المرض)، حيث يتم التعامل مع هذه المواقف الحياتية في المجتمعات الإسلامية من خلال مجموعة من الأوامر القرآنية أهمها:

قوة الصلة بالله: لقوله تعالى "الذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ألا بذكر الله تطمئن القلوب"[سورة الرعد،28].

الصبر: وهو عدم إظهار الجزع، وعدم التكلم بما يعبر عن اعتراض المسلم على ما أصابه من سوء لقوله تعالى: "يا أيها الذين آمنوا استعينوا بالصبر والصلاة إن الله مع الصابرين"[سورة البقرة، 153]. فتأكيد القرآن على الصبر وتعظيم أجر الصابر حافز يدفع المسلم إلى أن ينظر إلى الصبر نظرة إيجابية ويدفعه دفعا قويا حتى يكون مما يوفون أجورهم بغير حساب، لقوله تعالى: "إنما يُوفى الصابرون أجرهم بغير حساب"[سورة الزمر، 10].

الصلاة: هي وسيلة لتخفيف حدة الضغوط النفسية، والصلاة هنا ليست فقط المعروفة بالتكبير والتسليم والقيام والركوع والسجود، بل تشمل الدعاء كذلك، فالله سبحانه وتعالى أخبر نبيه صلى الله عليه وسلم أن صلاته على المسلمين، أي دعاؤه لهم، مصدر سكينه لهم لقوله تعالى: "وصل عليهم إن صلواتك سكن لهم"[سورة التوبة،103].

التفاؤل وعدم اليأس: يجب أن يكون المؤمن متفائلا لا يترك اليأس يتسلل إلى داخله، لقوله جل وعلى: "ولا تيأسوا من روح الله إنه لا ييأس من روح الله إلا القوم الكافرون"[سورة يوسف،87].

تعزير المنظومة المعرفية: والمقصود بذلك أن القرآن الكريم يعلم المسلمين أن ما أصابهم من هزيمة لم يكن بسبب خارج عن إرادتهم وإنما هم المسؤولون عنها لقوله تعالى "أو لما أصابتكم مصيبة قد أصبتم مثليها قلتم أنى هذا قل هو من عند أنفسكم" [آل عمران،165] حتى لا يحمل المسلم في منظومته المعرفية أنه ليس المسؤول عما يصيبه، وأن عليه أن يتحمل عواقب أخطائه.

وفي آية أخرى يقول عز وجل "إن يمسسكم قرح فقد مسّ القوم قرح مثله وتلك الأيام نداولها بين

الناس" [سورة آل عمران، 140].

من خلال هذه الآية يعزز القرآن الكريم المنظومة المعرفية للمسلمين بعد الهزيمة، وذلك بالإشارة إلى المصيبة التي لحقت بهم هذه المرة كانت قد لحقت بعدوهم في المرة الأولى، أي أنهم ليسوا أول من يُصاب بالهزيمة في الحرب، وهذه إشارة لطيفة أن المصاب إذا علم أن هناك آخرين ممن أصيبوا بمثل مصيبتهم فهذا يخفف من حالته النفسية (آزاد، 2014، ص133).

نستخلص مما سبق أن الدين الإسلامي اهتم بالصحة النفسية للفرد أكثر من أي علم آخر، فقد جعل الله سبحانه وتعالى منهاجا لعباده من خلال القيام بالعبادات كالصلاة والصيام والدعاء والتحلي بمكارم الأخلاق، والتي من شأنها الوقاية من الأمراض النفسية والعضوية والتخفيف من ضغوطات الحياة، وتمنح الفرد شعورا داخليا بقيمة ذاته، وإحساسا بالكفاءة، وإدراكا بأن الفرد يمكن أن يتحكم في شؤون نفسه، وهذه الجوانب كلها تنمي الصحة النفسية لدى الفرد المتدين.

5- معايير الصحة النفسية:

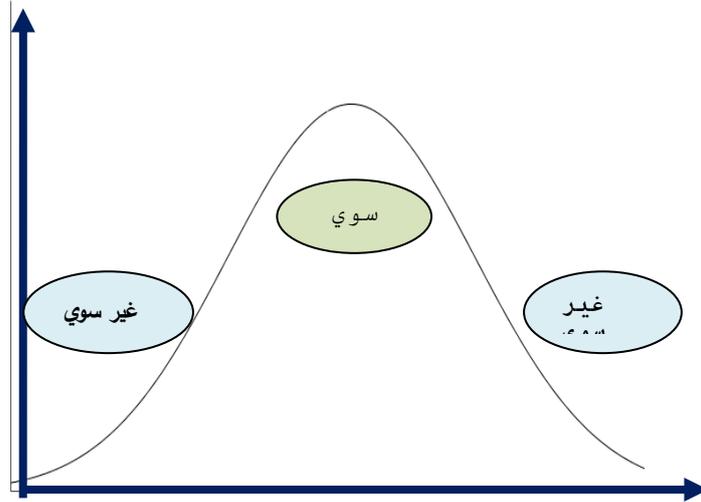
نظرا للتراكم المعرفي في مجال الصحة النفسية، حاول العلماء والباحثون تحديد بعض المؤشرات التي يمكن على ضوءها الفصل بين السلوك السوي والسلوك غير السوي، حرصا على دقة النتائج والتشخيص وذلك عن طريق وضع مجموعة من المعايير، والمقصود بالمعيار أنه مؤشر، أو مقياس أو تعليمات يتم وفقها أو على أساسها قياس الأشياء، ويتم بناء المعيار على أساس المقارنة بين سمات متعددة لدى الفرد أو بين الأفراد (سامر، 2007، ص86).

لكن نظرا للطبيعة البشرية المعقدة، تصبح المهمة صعبة على المختصين والخبراء في مجال علم النفس وخصوصا عندما يتعلق الأمر بتحديد معايير الصحة النفسية، حيث أن الفرق بين المتمتع بالصحة النفسية والواهن فيها هو فرق في درجتي الصحة والوهن وهما درجتان يصعب تقديرهما (جدو، 2017، ص51) ومن بين المعايير التي تنطوي عليها الصحة النفسية:

5-1 المعيار الإحصائي:

يصف علوان الزبيدي هذا المعيار بأنه عبارة عن توزيع تتركز في منتصفه معظم التشابهات بين الأفراد ويكون توزيع السواء واللاسواء من خلال الانحراف عن المتوسط بالزائد أو بالناقص (الزبيدي، 2007، ص 12) والمقصود هنا هو أن المتوسط هو معيار يمثل السواء، أما الانحراف عن هذا المتوسط بشكل أقل أو أكثر يعد سلوكا منحرفا يتم تمثيل هذا التوزيع على أساس تكرار أو توزيع سلوك ما في عينة من المجتمع على شكل جرس غاوس، كما هو موضح في الشكل رقم (1).

ويسمى المجال المتوسط في هذا التوزيع بالمدى الطبيعي أو المدى المتوسط أو السوي، حيث يمثل هذا المجال مجموع المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، في حين تبقى المجالات المتطرفة على الجانبين شاذة أو غير سوية (سامر، 2007، ص 89).



الشكل رقم (1) يوضح التوزيع الاعتدالي للصحة النفسية حسب المعيار الإحصائي

رغم أن المعيار الإحصائي سهل التمثيل والفهم إلا أن دقته الإحصائية تعتمد على جودة ودقة اختيار العينة الممثلة للسلوك المراد تحديده وقياسه (بن الصغير، 2016، ص 143). نستنتج من خلال ما جاء به المعيار الإحصائي أن هناك سلوكيات مشتركة بين أغلب أفراد المجتمع فإذا تطرف وانحرف بعضهم عن ذلك الإطار وأظهر ما يخالفهم، فإنه يعتبر خروجاً عن المألوف وانحرافاً عن السواء.

2-5 المعيار الاجتماعي:

يرتكز هذا المعيار على القيم والمعايير السائدة في المجتمع للحكم على السلوك بالسواء أو بالانحراف فيعتبر ما يقبله المجتمع ويرضى عنه سلوكاً سوياً، وما يرفضه سلوكاً منحرفاً، ومعنى ذلك أن القبول الاجتماعي هو المحك الأساسي للحكم على سلوكيات الأفراد (بلان والزعبي، 2012، ص 25).

وهناك من صنف هذا المعيار على أنه توافق اجتماعي بمعنى قدرة الفرد على إقامة علاقات اجتماعية سوية وهي علاقات خالية من الصراع أو الشعور بالاضطهاد، حيث يكون للفرد القدرة على

ضبط نفسه في المواقف التي تتطلب ذلك، فإذا نجح قيل إنه سوي التوافق، وإذا عجز بالرغم مما يبذله من جهد للتكيف قيل إنه سيء التوافق (أبو النيل، 2014، ص23).

وفي هذا السياق يضيف سامر رضوان (2007) أنه ليس من الضروري تقبل الفرد الكامل والخضوع لجميع معايير المجتمع وقيمه، وإنما يكفي أن ينسجم سلوك الفرد مع ما يتوقعه المجتمع، وألا يسلك ما يؤدي أو ما يكون مضاداً لمجتمعه (سامر، 2007، ص93).

وعلى هذا الأساس يتضح أن المعيار الاجتماعي يفرق بين الشخص المتمتع بالصحة النفسية وغيره ممن يعاني من انخفاض على مستوى صحته النفسية من خلال المعايير السائدة في مجتمعه فالأول هو شخص متكيف مع الظروف المحيطة به إلى الحد الذي يجعله يشعر بالرضا والارتياح والسعادة، أما الثاني فهو ذلك الشخص الذي انحرف بسلوكه عن الجماعة، مما قد يؤدي به إلى الهروب أو العزلة عن مجتمعه.

3-5 المعيار الذاتي:

يرى أصحاب هذا المحك أن الإنسان هو الذي يحكم على سلوكه، أي أن الفرد يتخذ من ذاته إطاراً مرجعياً في تصنيف سلوكياته بين السواء والانحراف على ضوء ما يراه مقبولاً ويرضى عنه ويتغلب من خلاله على القلق والتوتر، أو ما يراه شاذاً وتتجر عنه مشاعر الإحباط والذنب وغيرها (فول، 2018، ص110)، ويعتبر المعيار الذاتي من المعايير الحديثة في تحديد طبيعة السلوك، فإذا كان الشخص راضياً عن حياته إلى حد ما ولا يوجد ما يعكر صفو حياته، حُكم عليه بأنه شخص سوي حسب هذا المعيار، أما الشخص الذي يعاني الإحباط والخوف فتُعتبر مشاعره وأفكاره وأفعاله شاذة أو تحتاج إلى معاملة خاصة لأن هناك اضطراب في شخصيته (الداهري، 2010، ص38).

وأضاف العالمان (موس وهانت) أن فكرة المعيار الذاتي تعتمد على الحكم الصادر من الأفراد على السلوك، حيث نقول إنه سلوك سوي حين ينسجم مع أفكارنا وآرائنا الذاتية، ونقول إنه سلوك غير سوي حين يختلف عن هذه الأفكار والآراء، وبهذا نكون قد حكمنا حكماً ذاتياً عما هو سوي أو غير سوي معتمدين على خبراتنا السابقة وما يتلاءم مع ما نرغب به، ومن وجهة نظرنا الشخصية، ويكون الشاذ نقيض ذلك (عبيد، 2008، ص145).

تعرض هذا المعيار للكثير من الانتقادات، أهمها أن الثقافات تختلف من مجتمع لآخر فما هو سواء في مجتمع ما قد يعتبر شاذاً في مجتمع آخر، وحتى في نفس المجتمع نجد اختلاف في الأحكام

باختلاف الفروق الفردية، وكذلك اختلاف التربية والتوجه، كما يرى أصحاب هذا الرأي أن الفرد ليس معصوماً من الخطأ وبالتالي قد تكون أحكامه الذاتية غير صائبة (مرسي، 1997، ص 156).

4-5 المعيار المثالي:

يقصد بالمعيار المثالي توفر مجموعة من الشروط للوصول بالفرد إلى حالة من الكمال، فيحكم عليه أنه سوي، أي أن الكمال والمثالية تعبر عن السواء، أما الشذوذ واللاسواء هو انحراف عن المثل العليا.

ويعتبر الوصول والسعي إلى تلك الشروط أمر جدير بالطموح، وقد تبنى هذا الاتجاه كل من جهودا (Jahoda) ماسلو (Maslow)، روجرز (Rogers) حيث يرى أصحاب هذا التيار أن الشخص السليم هو من يكون منسجماً مع ذاته ومتعاطفاً معها، وقادراً على التعبير بحرية عن مشاعره وخبراته الانفعالية ويمك مفهوماً واقعياً عن ذاته (سامر، 2007، ص 96).

ويتفق هذا المعيار مع الاتجاه الإيجابي في تعريفه للصحة النفسية والذي يرى أنها ليست فقط الخلو من المرض أو الاضطراب النفسي وإنما هي كذلك قدرة الفرد على الاستمتاع بصحة النفس والجسد ولكن المشكلة في هذا المعيار أن إمكانية الوصول إلى الكمال غي واقعي، لأنه من المستحيل وجود إنسان خال تماماً من التوترات النفسية، ولا يمكن أن يكون الإنسان السوي هو المحقق لذاته بشكل كامل (عبيد، 2008، ص 149).

يتبين لنا من خلال ما سبق أن الصحة النفسية حسب المعيار المثالي هي مجموعة من الأهداف التي يسعى الإنسان إلى تحقيقها، لكن من الناحية الواقعية تعتبر تلك الأهداف المثالية صعبة المنال وكل فرد يحاول بلوغها بشكل نسبي لأن ليس هناك إنسان كامل فالكمال لله وحده عز وجل.

5-5 المعيار الوظيفي:

والمقصود به وجود علاقة وظيفية بين وضع الفرد ونشاطه الهادف، معنى ذلك أن الفرد عندما يقوم بسلوك معين ويكون هذا السلوك متناسباً مع المرحلة العمرية التي يمر بها ومع إمكانياته، يعد سلوكاً سويًا، أما إذا أخفق الإنسان في تحقيق وظيفة محددة رغم توفر الإمكانيات اللازمة، وتوفر المعارف والمعلومات الكافية لذلك فهذا نتحدث عن ضرر وظيفي ونحكم على السلوك بعدم السواء.

وقد وضع سامر جميل رضوان (2007) ذلك بمثابة مثال حول العمل في أيام العطل وقال إنه يعتبر ممنوعاً وفقاً للمعيار المثالي، وحتى بالنسبة للمعيار الإحصائي سوف نجد قليل من الناس ممن يعملون أيام العطل، ولكن من وجهة نظر المعيار الوظيفي فإنه يمكن النظر للعمل بالنسبة لشخص ما

أنه أمر اعتيادي من الناحية الوظيفية، بمعنى آخر عندما نتعرف على الهدف الكامن خلف السلوك نستطيع الحكم عليه أنه إما سوي أو مضطرب (سامر، 2007، ص98).

يركز المعيار الوظيفي على الأداء الفعلي للفرد في حياته اليومية وليس على الأعراض والتشخيصات لكن أهمل هذا المعيار بعض العوامل الداخلية للشخص كالمشاعر والأفكار واختلاف الثقافات وكذلك الظروف الاجتماعية والاقتصادية والتي تؤثر على أداء الوظائف الأساسية للحياة حتى لو كان ذلك الشخص لا يعاني من اضطرابات نفسية.

5-6 المعيار الديني:

يستند المعيار الديني في تفسير السلوك السوي إلى القيام بما هو واجب أو مباح ابتغاء مرضاة الله عز وجل واجتناب ما هو محرم أو مكروه، أو إهمال الواجبات المفروضة رغم القدرة على القيام بها (التميمي، 2013، ص68) فالسلوك السوي بالنسبة لهذا المعيار هو السلوك الذي يتماشى مع مبادئ وقيم الدين الحنيف، أما السلوكيات التي تتعارض معه، فهي سلوكيات غير سوية، ومن أمثلة ذلك فعل المحرمات كالقتل، والزنا والسرقه، وشرب الخمر، وشهادة الزور وغيرها من الأفعال المحرمة في الدين الإسلامي (إبراهيمي، 2018، ص174).

ويتميز المعيار الديني حسب كمال مرسي (1997)

- أنه يقوم على قواعد تتناسب مع فطرة الإنسان، ويدركها العقل السليم.
- أنه يقدم قواعد ثابتة لا تختلف باختلاف الزمان أو المكان، وتتميز بالموضوعية حيث لا تتأثر بتغير الأفراد والمجتمعات.
- أنه جمع مميزات المعيار الذاتي والاجتماعي والإحصائي (فول، 2018، ص 116).

نستنتج أن المعيار الديني يرى الصحة النفسية من خلال استقامة الفرد والتزامه بالأحكام المفروضة عليه في الإسلام، والتي تسعى إلى إصلاح الفرد والمجتمع ومحاربة الانحراف، والاضطرابات السلوكية والنفسية.

6- مؤشرات ومظاهر الصحة النفسية:

اهتم علماء النفس بتحديد مؤشرات للصحة النفسية، وذلك لأنها حالة ديناميكية ونسبية تتغير من فرد لآخر، فيصعب تحديد ملامحها ومظاهرها، لكن هناك بعض المؤشرات والتي يمكن من خلالها الاستدلال على الصحة النفسية وهي:

1-6 التوافق الذاتي:

إن فكرة الشخص عن نفسه هي النواة الرئيسية التي تقوم عليها شخصيته، وتعتبر عامل أساسي في توافقه النفسي والاجتماعي، وللتوافق الذاتي ثلاث أبعاد:

البعد الأول: يتمثل في فكرة الشخص عن نفسه، وهي الصورة الذهنية التي يكونها عن نفسه، فمثلا قد يرى الشخص أنه عاجز أو فاشل أو أن فرص النجاح أمامه ضئيلة.

البعد الثاني: يتمثل في فكرة الفرد عن علاقته بغيره، بمعنى قد يرى نفسه شخصا محبوبا أو العكس يرى نفسه منبوذا من طرف الآخرين.

البعد الثالث: وهو نظرة الفرد إلى ذاته كما يجب أن تكون، بمعنى أن الفرد يطمح لتحقيق الذات المثالية، بحيث كلما انخفضت نسبة الاختلاف بين الصورة الواقعية والصورة المثالية للفرد كلما ازداد النضج، وأصح الفرد أكثر تقبلا لذاته (فهمي، 1978، ص107).

2-6 التوافق الاجتماعي:

إن الإنسان اجتماعي بطبيعته، فهو لا يعيش بعزل عن الآخرين، وترتبطه بهم علاقات متنوعة يعرف (Barker) التوافق الاجتماعي على أنه مجموعة السلوكيات التي يسلكها الفرد ليتوافق مع البيئة المحيطة به، ويضيف أن التوافق الاجتماعي ما هو إلا نتاج تكيف متزن مع بيئة الفرد الداخلية والخارجية، بما يشبع حاجاته ويحقق أهدافه.

كما يُعرف التوافق الاجتماعي بأنه الشعور بالسعادة مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الاجتماعية والضبط الاجتماعي، وله عدة اعتبارات منها:

تقبل الفرد وإدراكه لحقوق الآخرين.

أن يكون الفرد متسامحا مع الآخرين.

أن يشعر الفرد بالمسؤولية اتجاه مجتمعه.

أن يكون لديه قبول اجتماعي وحسن التكيف مع الآخرين (عبد الحسن وعبد اليمه، 2011، ص 182).

3-6 الشعور بالسعادة:

يعد الشعور بالسعادة النفسية مؤشرا هاما من المؤشرات الأساسية للتكيف والصحة النفسية والقدرة على التأثير في البيئة، حيث أشار كمال مرسي (2000) إلى وجود علاقة وثيقة بين السعادة والصحة النفسية، وأكد أن ما يسعد الإنسان ينمي صحته النفسية، وما يشقيه يضعفها وقد ينحرف بها، فحسب رأيه لا توجد صحة نفسية بدون سعادة، ولا سعادة بدون صحة نفسية (مرسي، 2000، ص39).

أما المطيري (2005) فتقسم الشعور بالسعادة إلى:

الشعور بالسعادة مع النفس: وهو شعور الفرد بالأمن والطمأنينة والثقة، واحترام النفس وتقبلها بمعنى تقدير موجب للذات مما يخلق الشعور بالراحة النفسية.

الشعور بالسعادة مع الآخرين: وهو وجود اتجاه متسامح نحو الآخرين وتكوين علاقات اجتماعية سليمة مبنية على الثقة والاحترام والتقبل المتبادل، حيث أن صحة الفرد النفسية تظهر من خلال استمتاعه بالحياة مع أسرته وأصدقائه، حتى لو تعرض أحيانا لقلق عرضي فإنه يواجه تلك الأزمات ويحاول حلها حلا سويا إذا كان متمتعا بصحة نفسية جيدة (المطيري، 2005، ص35).

4-6 الاتزان الانفعالي:

يفسر الاتزان الانفعالي كمظهر من مظاهر الصحة النفسية بأنه القدرة على الضبط والتحكم في النفس، مع التعبير المناسب عن الانفعال، فهو يعبر عن حالة من الاستقرار النفسي أو الثبات الانفعالي، بمعنى قدرة الشخص على السيطرة على انفعالاته المختلفة والتصرف حسب ما يستدعيه ذلك الموقف، فالإنسان عندما يتعرض لمثيرات معينة يتحول إلى حالة من التوتر أو عدم الاتزان الانفعالي مما يدفع بجهازه النفسي إلى محاولة العودة إلى حالة الاتزان (زميت، 2017، ص200). وبهذا المعنى فإن الشخص ذو الصحة النفسية السليمة يتسم بالمحافظة على قدر مناسب من الحساسية الانفعالية، أي تكون حساسية الفرد متناسبة مع ما تستدعيه الظروف المحيطة به (الخواجة، 2010، ص19).

5-6 القدرة على العمل والإنجاز:

يعتبر العمل إحدى صور النشاط الطبيعي للإنسان، ولهذا تعد قدرة الفرد على العمل والإنتاج حسب قدراته ومهاراته من أهم الدلائل على صحته النفسية، والسر وراء ذلك هو أن ممارسة العمل يؤثر بفاعلية على الاتزان النفسي للشخص، ذلك أن العمل له صلة وثيقة بالأهداف التي تكمن وراء السلوك الإنساني، كما يزيد العمل من قوة الفرد وذلك بتحقيق المكانة المرموقة في المجتمع الذي ينتمي إليه، ولا شك في أن الفشل والإحباط في العمل قد يؤدي إلى اضطرابات في صحته وعدم الاستقرار النفسي (الداهري، 2010 ص45).

ويضيف الزبيدي (2017) أن النجاح في العمل يساعد الفرد على تأكيد ذاته، ويجلب له السعادة والرضا والثقة بالنفس، وهي كلها أمور تدعم الصحة النفسية، والأهم من ذلك أن يكون الفرد محبا

لعمله، وأن يكون هذا العمل متفقا مع ميوله ورغباته وقدراته، وهذا ما يجعله يشعر بالرضا والسعادة والنجاح (ابراهيم، 2018، ص184).

من خلال ما سبق يتبين لنا أن للصحة النفسية مؤشرات ومظاهر، لكن الأكيد أنها لا تتواجد في الشخص الواحد بأكملها، وإنما هي نسبية وتختلف من شخص لآخر، فالحكم على سلوك معين بأنه مؤشر على الصحة النفسية يرتبط بعوامل مختلفة ومتداخلة كالزمان والمكان والمجتمعات، ولذا لا يستطيع التعرف على هذه المؤشرات والمظاهر والتمييز بينها إلا المختصون في مجال علم النفس.

7- الصحة النفسية للمتخرج الجامعي البطال:

تتفق معظم الدراسات والبحوث التي تناولت موضوع الصحة النفسية لدى البطالين على وجود تأثيرات سلبية لحالة البطالة على الصحة النفسية للفرد، وهي أحد الأسباب المباشرة التي تؤدي إلى تدهور واضطراب الشخصية، حيث أن البطالة هي حدث حياتي ضاغط له انعكاسات سلبية مباشرة على الحياة النفسية والاجتماعية للفرد، وذلك لأهمية العمل ومكانته في المجتمع (آيت حمودة وآخرون، 2011، ص21)، وفي نفس السياق تؤكد بعض الدراسات أن الواقع الاجتماعي للخريج الجامعي البطال وهو الشخص الذي يمتلك مؤهلا علميا ولا يعمل، مع أنه قادر على العمل وراغب فيه، وفي حالة بحث مستمر عن العمل ولكن لا يجده (الجنابي، 2013، ص326) يكون مخالفا لتوقعاته فبعد حصوله على الشهادة الجامعية التي كان ينتظرها لينال الاحترام والتقدير من قبل المجتمع وفقا للاعتبارات التي تؤهله إياها شهادته، يجد نفسه في حالة بطالة والتي تستثير إحساسه بالظلم والغبن خصوصا إذا طالت مدة البطالة الأمر الذي يقود البطال إلى اليأس، الإحباط، القلق، الانطواء، التوتر، والاكتئاب (تكاري، 2009، ص7).

وجاء في دراسة بانكس وجاكسون (Jakson، banks) أن غياب العمل يزيد من هشاشة الفرد ويعرضه للمشاكل النفسية، حيث وجدا الباحثان علاقة موجبة بين البطالة وظهور اضطرابات نفسية لدى الفرد البطال، وهي نتيجة منطقية حيث ذلك الشاب الذي لا يملك مصدرا ماليا ثابتا للعيش، يرى مستقبله غير واضح المعالم، وهذا قد يجره إلى ممارسات لا قانونية ولا شرعية (نوبيات، 2006، ص58).

يظهر تأثير البطالة على الصحة النفسية للأشخاص من خلال حالات الاكتئاب ومحاولة الانتحار والإدمان ومختلف الاضطرابات النفسية، حيث أشارت بعض الدراسات أن الصحة النفسية والجسمية تكون في أسوأ حالاتها بعد ستة أشهر من التعطل، كما وجد أن للبطالة تأثيرات واضحة على مقياس

"بيك" للاكتئاب، وأن 69% من الذين يحاولون الانتحار هم من فئة البطالين (حاج محمد، 2014، ص60).

وحسب رأي الباحثة فإن البطالة هي أحد الهواجس التي تَورق المجتمع، لأن أكثر ما يخشاه الناس هو المجهول، وفي ظل التحولات السريعة وازدياد المشاكل والضعف في جميع المجالات السياسية والاقتصادية والاجتماعية تصبح النظرة العامة للمستقبل سلبية، ولهذا يعد ما يسمى بقلق البطالة يشكل خطراً على صحة الأفراد النفسية، ويؤدي إلى اختلال في توازنهم العقلي والجسمي والسلوكي.

خلاصة:

بناءً على الخلفية النظرية التي تم عرضها في هذا الفصل، ونظراً للتراكم المعرفي في مجال الصحة النفسية، وجدت الباحثة اختلافات في تحديد مفهوم للصحة النفسية وذلك لتعدد وتنوع وجهات نظر الباحثين والمختصين في ميدان علم النفس، الأمر الذي جعل الإجماع على تعريف موحد أمراً صعب المنال، حيث قدم الباحثون على اختلاف مدارسهم واتجاهاتهم مجموعة من المعايير والمظاهر التي تمثل منظورهم للصحة النفسية من زوايا مختلفة، إلا أنها تتفق جميعها في الإطار العام حيث تؤكد معظمها على أن الصحة النفسية نسبية وغير ثابتة، فهي تتغير حسب مراحل النمو، كما أنها تختلف من ثقافة إلى أخرى، ومن جيل لآخر وفق التغيرات الزمنية والمكانية والحضارية.

وفي آخر الفصل سلطت الباحثة الضوء على الصحة النفسية للمتخرج الجامعي البطال وهي أحد المحاور الرئيسية لموضوع الدراسة، ونافلة القول أن الصحة النفسية عموماً لها أهمية بالغة في تحقيق سعادة الفرد ورضاه عن الحياة، وهي لا تقل أهمية عن صحته الجسمية.

الفصل الثالث: (القدر النفسي) الاكتئاب

تمهيد

1- مفهوم القدر النفسي (الاكتئاب)

2- النظريات المفسرة للاكتئاب

3- أعراض الاكتئاب

4- تصنيفات الاكتئاب

5- أسباب الاكتئاب

6- الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطل

7- علاج الاكتئاب

خلاصة

تمهيد:

بداية وقبل التطرق للعناصر التي جاءت في هذا الفصل، هناك إشارة قد سبق للباحثة أن تطرقت إليها في الفصل الأول، والذي يضم المفاهيم الأساسية للدراسة، حيث تم استبدال مفهوم الكدر النفسي بمفهوم الاكتئاب وذلك استنادا على عدة دراسات سابقة تم التطرق إليها في مدخل الدراسة، والتي جاء فيها التطابق بين المفهومين (الكدر النفسي، الاكتئاب النفسي) حيث وُجد أن لهما نفس الأعراض ونفس الأسباب وحتى نفس العلاج.

من طبيعة الإنسان أن يتأثر بالمؤثرات الحياتية، ويتفاعل معها من خلال انفعالاته المختلفة كالفرح والحزن، الاطمئنان والخوف، الارتياح والقلق، إلى غير ذلك، وليس غريبا أن يتعرض الشخص من حين لآخر لتقلبات في المزاج، فيطغى الحزن على أيامه ويشعر بالقلق والتوتر وخيبة الأمل، لكن غالبا ما يعود إلى طبيعته بعد فترة وجيزة، لكن إذا استمرت المعاناة النفسية لفترات طويلة يصبح لدينا حالة غير طبيعية، وهي حالة مرضية أو حالة اضطراب نفسي، وهذا ما يسمى بحالة الاكتئاب والتي تحتاج إلى تدخل أخصائيين عيادين من أطباء وفسانيين.

يعد الاكتئاب من أبرز الأمراض النفسية عبر التاريخ، وهو من الاضطرابات التي يصعب تصنيفها حيث يقول أودلف ماير (Aldolf Meyer) وهو طبيب نفساني سويسري-أمريكي: "لا نعرف كيف نُعرّف الاكتئاب" وهذا القول يعكس صعوبة تحديد تعريف للاكتئاب بفعل تعدد أسبابه وأعراضه، مما يجعل إيجاد تعريف مقبول من طرف المختصين مسألة صعبة جدا لحد الآن (زقعار، 2013، ص8). سنتطرق في هذا الفصل إلى مجموعة من التعاريف حول الاكتئاب، النظريات المفسرة للاكتئاب وأعراضه وتصنيفاته، ثم طرق علاجه.

1- تعريف الاكتئاب:

بالرغم من أن مصطلح الاكتئاب يبدو مألوفا لدى معظم الناس، إلا أنه يظل يفنقر إلى تعريف دقيق وموحد، وذلك لتعدد أسباب وأنواع الاكتئاب، حيث أن هناك تعريفات كثيرة ومختلفة باختلاف العلماء والباحثين، وتوجهاتهم النظرية، وقبل التطرق للمفهوم الاصطلاحي للاكتئاب، نعرف الاكتئاب:

1-ألغة: هو مصدر اكتأب، بمعنى اغتم وحزن، وساءت حالته، تغيرت نفسه من شدة الحزن والهم (مختار، 2008، ص1887).

الكآبة تغير النفس بالانكسار من شدة الهم والحزن، وأكأب: دخل في الكآبة، ورماد مكتئب اللون إذا ضرب إلى السواد كما يكون وجه الكئيب (ابن منظور 2006، ص3801).

1-ب اصطلاحا: هناك عدة تعريفات للاكتئاب:

حيث عرفه وولمان **Wollman** (1973) بأنه "شعور بالعجز واليأس، والدونية، والحزن، ويمكن أن تحدث تلك المشاعر أيضا لدى الأفراد العاديين.

ويعرفه آرون بيك **Aaron Beck** (1982) بأنه "اضطراب في التفكير نتيجة لنشاط النماذج المعرفية السالبة التي تؤدي إلى تكوين نظرة سلبية عن الذات والعالم والمستقبل" (إبراهيم، 2014، ص119).

ويعرفه ايمري **Emery** (1988) بأنه "خبرة وجدانية، ذاتية، أعراضها الحزن والتشاؤم، فقدان الاهتمام واللامبالاة، والشعور بالفشل، وعدم الرضا، والتردد، وفقدان الشهية، والإرهاق، واحتقار الذات وبطء الاستجابة، وعدم القدرة على بذل أي مجهود(تونسي، 2002، ص39).

ويرى ستات **Statt** (1982) أن الاكتئاب هو أحد المظاهر العامة للاضطراب الانفعالي الذي يتدرج في شدته من مجرد أزمات وهموم الحياة اليومية إلى حالة عقلية تتسم باليأس التام(بوقري، 2008، ص131).

وعرفه كمال دسوقي(1988) أنه "اتجاه انفعالي، باثولوجي، ينطوي على شعور بعدم الكفاية وبفقدان الأمل، ويصاحبه عموما انخفاض في النشاط الجسمي النفسي، والتكدر، والاعتنام" (يحياوي، 2013، ص208)، ويعرفه معجم علم النفس والتحليل النفسي(1989) بأنه " حالة من الاضطراب النفسي، تبدو أكثر وضوحا في الجانب الانفعالي لشخصية المريض، حيث يتميز بالحزن الشديد واليأس من الحياة ووخز الضمير(معجم علم النفس والتحليل النفسي، 1989، ص62).

ويعرفه (العيسوي، 1992، ص339) بأنه "الإحساس بالحزن والكآبة، لدرجة تقعد صاحبه عن العمل مع البلادة والكسل والخمول، ورفضه للطعام والشعور بالذنب مع البكاء".

ويعرفه (زهران، 1997، ص514) بأنه "عبارة عن حالة من الحزن الشديد المستمر، تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعبير عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه".

ويرى روكلين **Rockelen** (1998) أن الاكتئاب هو "حالة مزاجية، تتميز بالإحساس بعدم القيمة والشعور بالكآبة، والحزن والتشاؤم، ونقص النشاط، وتتضمن مجموعة من الاختلالات النفسية التي تختلف في التكرار والمدة والشدة(مصطفى، 2011، ص356).

وطبقا لتقرير منظمة الصحة العالمية(2001) يتسم الاكتئاب بالحزن، وفقدان الاهتمام بالأنشطة وانخفاض الطاقة، وفقدان الثقة، وانخفاض تقدير الذات، والشعور بالذنب، ووجود أفكار انتحارية وتقلص القدرة على التركيز، واضطراب النوم والشهية، وقد يتضمن أعراضا جسدية (رجب،2013، ص25).

ويعرف الاكتئاب أيضا أنه "زلة الأعراض المؤلمة والمحزنة التي يشعر بها الفرد والتي تتضح من خلال وصفه لحالته المزاجية بالحزن واليأس والهبوط، وبأنه شخص سيئ، كثير الخطأ، يكره ذاته، ولا يتقبل شكله، هو فاقد لمتعة الحياة ولذتها، ويشعر بالوحدة، ويعجز عن إنجاز أعماله (النجمة، 2008، ص16) ويعرف الاكتئاب أنه "شعور بالحزن والكدر واليأس، وفقدان الاهتمام، وعدم القدرة على الاستمتاع بأي شيء سار أو ممتع"(جبار،2016، ص26).

وقدم إدريس(2008) تعريفا للاكتئاب على أنه "مرض نفسي مزمن وشامل، يؤثر على جسم الإنسان ومزاجه وأفكاره، ويعد من المشاكل الرئيسية الصحية في المجتمعات الحديثة ومن أهم أعراضه هو الشعور بالحزن الشديد، والفراغ والملل، والوحدة وعدم القيمة، حيث كثيرا ما ينتاب المريض حالات من الزهد وعدم الشعور بمتعة الحياة، ويصاحب ذلك تعكر في المزاج، لكن هذه المشاعر لا تعيق الإنسان عن مواصلة حياته الطبيعية، لكن الاكتئاب يصعبها ويجعلها تبدو أقل قيمة"(إدريس، 2008، ص1).

ويعرف الاكتئاب أيضا على أنه "خلل في كثير من جوانب الفرد، بما فيها الجسم والأفكار والمزاج ويؤثر على نظرتة لنفسه، ولمن حوله، بحيث يفقد المريض اتزانه الجسدي والنفسي والعاطفي (عبد الوهاب 2018، ص191) وتعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي(2000) أنه انخفاض كبير في الطابع المزاجي للفرد، وفقدان الاستمتاع بالنشاطات اليومية، يصاحبه إحساس بالتعب، وفقدان الطاقة والشعور بالضعف، ونقص القدرة على التفكير والتركيز (الفارسي، 2020، ص80).

وتعرف الباحثة الاكتئاب على أنه: اضطراب نفسي له عدة أعراض، أهمها الحزن الشديد والكدر واليأس والعجز، وعدم الاستمتاع بالسعادة، مما يؤدي إلى تعطيل الفرد عن القيام بأعماله بشكل طبيعي وتؤدي به إلى العزلة وفقدان الثقة والشعور بالذنب، وقد تظهر لديه بعض اضطرابات النوم والأكل حيث تصبح حياته عموما متكدرة.

2- النظريات المفسرة للاكتئاب:

لقد تعددت وتباينت النظريات والنماذج المفسرة للاكتئاب كغيره من الاضطرابات النفسية التي يصعب إيجاد تفسير دقيق لها، فكل نظرية حددت أسباب ظهور الاكتئاب وفقا لما تتبناه من مذاهب فلسفية ومنطلقات نظرية، وتعرض الباحثة بعض التفسيرات المختلفة والتي وضعت حسب وجهة نظر كل مدرسة وهي كالتالي:

1-2 النظرية البيولوجية الكيميائية:

يشير أنصار هذا الاتجاه أن أسباب الاضطرابات السلوكية لدى الفرد هي حدوث خلل في الاتصال العصبي في الخلايا والتشابكات العصبية مما يؤدي إلى اختلاف كيميائية الدماغ في الجسم إما بنقصانها أو زيادتها، فتظهر السلوكيات المضطربة الصادرة عن الفرد، وقد أشار "كروكشانك" وآخرون (1981) إلى أن سوء الأداء الوظيفي للمخ أو التلف المخي يؤثر بصورة مباشرة على طبيعة سلوكيات الفرد.

كما أكد "كوفمان" (Kauffman) (1989) إلى أن العوامل الفسيولوجية والعوامل البيوكيميائية واتحاد العاملين مع بعض سبب حدوث الاضطرابات السلوكية (يحيي، 2000، ص69).

يتبين من خلال عرض هذا الاتجاه أنه يفترض بشكل مبسط ومختصر أنه كلما قامت الأعضاء بوظائفها بشكل عادي بدون حدوث أي اختلال كان سلوك الفرد طبيعيا ومائلا للسواء، أما في حالة حدوث اضطراب في وظائف الأعضاء المختلفة لجسم الإنسان، أدى ذلك إلى ظهور أعراض لاضطرابات سلوكية متعددة (عبيد، 2015، ص137).

2-2 النظرية المعرفية:

يرى أصحاب الاتجاه المعرفي أن السلوك الإنساني ليس مجرد استجابة مباشرة لمثيرات معينة، إنما هو عبارة عن إطار عام تظهر من خلاله أفكار الإنسان، اعتقاداته، تنبؤاته وتفسيراته، حيث ركز المعرفيون على تقصي أسباب الاضطرابات النفسية، وطرق علاجها، وتوصل هذا التناول المعرفي إلى أن الأفكار التي تؤدي إلى الاكتئاب تتجم عن مشكلات في الطريقة التي يدرك ويخزن ويسترجع بها الفرد المعلومات.

يعتبر بيك (Beck) أول من وضع قواعد النظرية المعرفية للاكتئاب سنة (1979) وهي تؤكد أن مصدر الاكتئاب يكمن في اختلال العمليات التي تحول المعلومات إلى تصورات نفسية، فلاحظ أن المكتئبين يتسمون بنظام تفكير سلبي حول الذات وحول العالم الخارجي وحول المستقبل، وهذا ما سماه بالثلاثية المعرفية السلبية(زهاني، 2015، ص82).

وأضاف "بيك" أن الإحساس بالضياع هو العامل الأساسي في حدوث الاكتئاب، وهذا الضياع هو نتيجة توقعات الفرد التي تتميز بالواقعية، وأن المكتئبون يميلون لمقارنة أنفسهم بالآخرين، وهذا ما يعطيهم مفهوماً سلبياً عن ذاتهم(بلخير، 2018، ص79).

ويعتقد "بيك" أن الوظائف المعرفية لدى المكتئبين تتلخص في ثلاث خصال:

لديهم خلل في تنظيم أفكارهم، أو خطأ في التقدير مما يؤدي إلى تكوين أفكار ومعتقدات خاطئة يصعب التوفيق بينها.

يقوم المكتئب بأفعال سلبية ناتجة عن خلل في طريقة تفكيره وعدم فهمه للمواقف بشكل سليم.

معتقدات المكتئب تسيطر عليها الثلاثية المعرفية السلبية، وهو ما يجعله يشعر بأنه بلا قيمة

أو احترام، ويرى العالم بلا عدل، ويرى المستقبل مظلماً وخالياً من الآمال(سحاب، 2017، ص154).

لا شك أن هذه النظرية لها أهمية كبرى في تغيير نمط تفكير المكتئبين، وأن الجانب المعرفي يقوم بدور فعال في علاج أسباب ومظاهر الاكتئاب، لكنها ركزت على تصحيح الأفكار والمعتقدات الخاطئة وأهملت المشاعر والانفعالات.

3-2 النظرية الاجتماعية:

يُعزى ظهور الاكتئاب من منظور النظريات الاجتماعية لعدد من الأسباب، قد يكون من بينها غياب الروابط الأسرية والعطف والحب، والعزلة الاجتماعية، والإحساس بالنبذ الاجتماعي وسوء الأحوال الاقتصادية، وانخفاض الإنجاز أو الفشل في تحقيق الأهداف المادية والعلاقات الشخصية والاجتماعية(عبد الواحد إبراهيم، 2014، ص123).

ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن الاكتئاب يعتبر فقداناً لهدف قيم أو دور اجتماعي لدى الفرد الذي يفتقر إلى مصادر أخرى لقيمة الذات، ومن جهة أخرى يُفسر الاكتئاب بناءً على أساليب مواجهة ضغوط الحياة، وأيضا التفاعلات بين الأشخاص المكتئبين وبيئاتهم، حيث يعبر الاكتئاب عن فشل في المواجهة الفعالة لضغوط الحياة وذلك لأن استراتيجيات التجنب والمواجهة المركزة على الانفعال هي

أساليب غير جيدة وتساعد على بقاء نوبات الاكتئاب، وفي حقيقة الأمر هناك عدة عوامل تساهم في ظهور الأعراض الاكتئابية لدى الأشخاص داخل مجتمعاتهم، أهمها الفشل المتكرر في بناء العلاقات الاجتماعية مما يجعل الفرد عزوفا عن الاحتكاك والتفاعل الاجتماعي ويؤدي به إلى الإحباط ومشاعر الفشل والتعاسة (يحياوي، 2013، ص 264-266).

إن تصور المرض وفق النموذج الاجتماعي غير كافي لتفسير المرض العقلي أو النفسي لأن سلوك الفرد تتداخل في تشكيله عدة عوامل (نفسية، بيولوجية، اجتماعية، وغيرها) ولهذا نادى "باندورا" وهو صاحب نظرية التعلم الاجتماعي بالتفاعل المتبادل والمستمر بين السلوك والعوامل المعرفية والمثيرات البيئية وأطلق اسم الحتمية التبادلية الذي يفسر السلوك على أنه نتاج عوامل متداخلة وهي المعتقدات والتصورات والتوقعات والإدراكات الذاتية، وهي تتفاعل بشكل تبادلي مستمر بين الشخصية والمحددات الاجتماعية (بورنان، 2006، ص82).

كان الهدف من عرض هذه النظريات هو التعرف على بعض الجوانب والأسباب المفسرة للاكتئاب حيث تباينت وجهات النظر بين الاتجاه البيولوجي والمعرفي والاجتماعي، فالأول يركز على الوظائف الحيوية لجسم الإنسان، والثاني يرى أن الاكتئاب يحدث نتيجة التشوهات التي تصيب التفكير والاعتقادات والاتجاهات الفكرية، أما الاتجاه الثالث فيفترض أن الاكتئاب هو نتيجة عجز الفرد في محاولاته لتأكيد ذاته وفشله في بناء العلاقات والمهارات الاجتماعية.

وترى الباحثة أنه من الأفضل الأخذ بأكثر من نظرية للوصول إلى تشخيص تكاملي للاضطراب النفسي قدر المستطاع، ولا ننسى أن هناك العديد من النظريات والتي لا حصر لها تفسر الأمراض والاضطرابات النفسية والتي لا نستطيع ذكرها كلها في دراسة واحدة.

3- أعراض الاكتئاب:

يفصح الاكتئاب عن نفسه من خلال مجموعة من الأعراض وهي تشمل نواحي أساسية يمكن

مناقشتها تحت الظواهر التالية:

3-1 الأعراض النفسية:

يشعر المكتئب بأنه قد تغير وفقد شعوره بالسعادة، ويتعجب لما أصابه من تغيير في نظرتة وسلوكه، وأن العالم متغير حوله ولا يعطيه الاستجابة نفسها، حيث أصبح يرى الحياة أمامه وكأنها سحابة كثيفة عاتمة ومن أهم الأعراض النفسية التي تنتابه هي:

مزاج حزين يائس: السمة الرئيسية للاكتئاب هي المزاج المنقبض، والحزين واليائس حيث يشكو المكتئب بالفقدان المستمر للرغبة وفقدان المشاعر بما يشبه تضيق أفق المشاعر، ويكون المكتئب يائسا وقانطا كما يمكن أن يكون القلق والقابلية للإثارة وعدم الصبر من الأعراض الوجدانية المرافقة للاكتئاب(سامر، 2009، ص 59-60).

3-2 الأعراض السلوكية:

وتتمثل في المظهر الخارجي حيث يبدو على المكتئب إهمال مظهره ونظافته الشخصية، فهو لا يبالي بالبيئة الخارجية، وقد يقوم ببعض السلوكيات كقطع الأظافر، انخفاض صوته عند الكلام وارتسام علامات اليأس عليه، وعموما عدم الاهتمام بأمور حياته اليومية (سحاب، 2017، ص135).

3-3 الأعراض الجسدية:

قد يشتكي الشخص المكتئب من بعض الأمراض كالصداع، ألم في الصدر، أو البطن، أو الظهر أو جميعها معا، فيتردد على العيادات الطبية ويجري الكثير من الفحوصات، ولا يقتنع بكل الآراء الطبية المطمئنة والفحوصات السليمة، وذلك لتوهمه بالمرض العضوي، وتزداد هذه الأعراض الجسدية كلما ترافق الاكتئاب مع القلق (سرحان وآخرون، 2001، ص33).

ويرى عبد الستار (1989) أن الاكتئاب يظهر من خلال مجموعة من الأعراض المترامنة مع بعضها منها أعراض عضوية وأعراض مزاجية وأخرى اجتماعية، وهذا ما سماه بالزملة الاكتئابية وهي تضم مجموعة من جوانب السلوك والأفكار والمشاعر التي تحدث مترابطة أغلبها أو بعضها، وتتمثل هذه الزملة الاكتئابية فيما يلي:

الإرهاك والكدر .

الشعور بتثاقل الأعباء .

ضعف مستوى النشاط الحركي والخمول .

الشكاوى الجسمية والآلام العضوية .

توتر العلاقات الاجتماعية

الإدراك السلبي للبيئة والتفكير الانهزامي .

الشعور بالذنب ولوم الذات (روبي، 2011، ص94).

أما "آرون بيك" فلخص أعراض الاكتئاب في المظاهر التالية:

المظاهر الانفعالية: وتتضمن فقدان الشخص القدرة على الاستمتاع بمباهج الحياة، وضعف الثقة بالنفس.

المظاهر المعرفية: وتتضمن المفاهيم السلبية للفرد حول ذاته ولومها، وتضخيم المشكلات والتردد في اتخاذ القرارات.

المظاهر الواقعية: وتتضمن تعطل القدرة على الإنجاز، وضعف المثابرة والطموح في تحقيق أهداف الحياة، والرغبة في الهروب من الواقع، والميول إلى الاتكالية، والأفكار الانتحارية. كما أن هذه الأعراض تختلف من شخص لآخر، وقد يجتمع بعضها في نفس الشخص أو تختلط مع غيرها من أعراض نفسية وجسمية أخرى (يحياوي، 2013، ص216).

وتحصر الجمعية الأمريكية للطب النفسي أعراض الاكتئاب في مجموعة من النقاط التالية:

المزاج المكتئب (Dépression Mood) معظم اليوم وكل يوم تقريباً.

فقدان المرح (Loss of pleasure) في الأنشطة اليومية.

التغير في الجانب الحركي (Change of Mobility) فيصبح بطيئاً وظهور الإيحاءات العصبية (Nervous Gestures).

الشعور بعدم الأهمية والقيمة (Worthless) ولوم الذات (Self Reproch).

الأفكار الانتحارية (Suicidal thoughts) (بوقري، 2008، ص145).

بعد أن استعرضت الباحثة أعراض الاكتئاب حسب عدة تصنيفات، يبدو أنها تتفق على جوهر الأعراض الاكتئابية والتمثلة في: اضطراب المزاج، عدم الاستمتاع بالحياة، النظرة التشاؤمية للماضي والحاضر والمستقبل، الشعور بالذنب والتقدير السلبي للذات، الخمول والكسل، وتعطل الدافعية للإنجاز والرغبة في الهروب والعزلة، والملاحظ أن أعراض الاكتئاب تظهر في كل الجوانب المتعلقة بشخصية للفرد وليس في جانب واحد فقط.

4- تصنيفات الاكتئاب:

مزال تصنيف الاكتئاب يمثل إشكالية لدى المعنيين بالاضطرابات النفسية، وهذا بسبب التباين في الخلفيات والتوجهات النظرية التي يتبناها القائمون بالتصنيف من العلماء والباحثين، مما أسفر عن وجود كمٍ هائل من الأنواع الفرعية للاكتئاب.

ومن خلال هذه الدراسة سنعرض التصنيفات التي جاءت على أساس شدة أو درجة الاكتئاب، حيث اتفق معظمها على وجود ثلاث حالات تتوزع على ضوئها شدة الاكتئاب وهي: الاكتئاب الخفيف(البسيط)، الاكتئاب متوسط الشدة(المعتدل)، الاكتئاب مرتفع الشدة(الشديد).

يصنف القريطي (1998) الاكتئاب إلى:

نوبة اكتئاب طفيفة:

وهي الأقرب إلى عسر المزاج الاكتئابي، حيث يشعر الشخص المصاب بالهم وفقدان الاهتمام، والتعب ويصعب عليه ممارسة معظم نشاطاته اليومية، ولكن تغيب عن هذا النوع من الاكتئاب سمات الهياج والأوهام والأفكار الانتحارية، فالإكتئاب الخفيف غالبا ما تزول آثاره دون تدخل نفسي أو طبي متخصص.

نوبة اكتئابية متوسطة الشدة:

وهو اضطراب الروتين اليومي للمريض مما يؤدي إلى صعوبة قيامه بالأداء الاجتماعي والمهني لكن لا يعجزه تماما، وإنما يعرقل تفكيره بحيث يفكر في عدم الكفاءة والفاعلية، وأفكار أخرى ذات مضمون اكتئابي، وبعض الهياج، مع عدم وجود أوهام.

وقبل تشخيص هذه الحالة لابد من استمرار هذه الأعراض لمدة أسبوعين على الأقل.

نوبة اكتئابية شديدة:

ويطلق عليها أيضا اسم اكتئاب ذهاني، وهي مثل النوبة السابقة إلا أنها تتضمن أعراض حادة وذهانية وضلالات وهلاوس، وبطء نفسحركي، قد يتطور إلى حالة من السبات وعلامات أخرى تنبئ بتهديد حياة المكتتب من بينها الإضراب عن الطعام، وهياج يصعب السيطرة عليه، وأعمال اندفاعية، انتحارية، وهو ما يطلق عليه بالسوداوية الفجائية (أبو فايد، 2010، ص23).

وتصنف سناء نصر حجازي(2009) الاكتئاب إلى:

الاكتئاب الخفيف: وقد وصفته بمجموعة من الأعراض الآتية:

- الشعور بالحزن والكآبة (ضيق في الصدر - البكاء بسهولة).

- الإحساس باليأس والتشاؤم وضياع الأمل.
- اضطراب الشهية بالضعف أو الزيادة.
- الأرق واضطراب النوم.
- التعب والإرهاق ونقص الطاقة.
- تدني تقدير الذات والثقة بالنفس.
- التردد في اتخاذ القرارات مع ضعف التركيز.

وتضيف (سناء نصر) أن هذه الأعراض يجب أن تكون معظم الوقت لمدة سنتين على الأقل

وتؤكد على وجود العرض الأول (الشعور بالحزن) مع اثنين من الأعراض الأخرى على الأقل.

الاكتئاب الشديد: حيث يجب توفر خمسة أعراض على الأقل مما يلي، منها عرض واحد

أو اثنين لمدة أسبوعين على الأقل:

- مزاج مكتئب وشعور بالحزن.
- فقدان الرغبة والاستمتاع بالأمور الاعتيادية (العمل والحياة اليومية).
- الأرق وزيادة النوم تقريبا كل يوم.
- تناقل وبطء في الحركة، وسرعة التهيج.
- التعب والإرهاق ونقص الطاقة الداخلية.
- الشعور بالدونية بشكل غير مناسب.
- نقص في الوزن بشكل واضح.
- العجز عن التفكير والتركيز واتخاذ القرارات.
- التفكير بالانتحار والموت.

الاكتئاب العميق أو السوداوية: حيث يجب توفر العرض الأول مع توفر عرضين أو ثلاث أعراض

مما يلي:

- فقد الرغبة في الاستمتاع بمعظم النشاطات اليومية.
- عدم الاستجابة للأمور المفرحة ولو مؤقتا.
- يكون الاكتئاب صباحا أسوأ من أي وقت آخر.
- الاستيقاظ المتكرر مبكرا عن الموعد الاعتيادي.
- البطء والكسل الواضح النفسي والحركي، وزيادة التهيج الواضحة.

- فقدان الوزن الواضح.
 - الإفراط في الإحساس بمشاعر الذنب.
 - الشعور بالحزن المختلف عن الحزن الاعتيادي (حجازي، 2009، ص168-169).
- وقد اتخذ قاسم حسين صالح (2015) نفس الأساس (من حيث الشدة) في تصنيفه للاكتئاب إلى:
- الاكتئاب الخفيف:** يتصف هذا المستوى من الاكتئاب بالمزاج المنقبض، والتعب، وفقدان الاهتمام والمتعة، غالبا ما يكون مصحوبا باضطرابات سيكوسوماتية، ويجد الشخص المصاب صعوبة في استمراره والتزامه بأعماله، إلا أنه لا يتوقف عن الإيفاء بها.
- الاكتئاب المعتدل:** تظهر في هذا المستوى من الاكتئاب أعراض المستوى الخفيف زائد أعراض أخرى تتمثل في اضطرابات النوم والشهية.
- الاكتئاب الحاد:** وتظهر فيه أعراض الاكتئاب المعتدل (متوسط الشدة) مع مشاعر فقدان احترام الذات وعدم القيمة والإحساس بالذنب، ويكون الحزن والكرب شديدا قد تصحبه أفكار انتحارية.
- (قاسم، 2015، ص218).

5- أسباب الاكتئاب:

تتلخص أسباب الأمراض النفسية بصفة عامة في تفاعل عوامل كثيرة ومتعددة ومعقدة، منها ما هو داخلي لدى الفرد (عوامل جسمية ونفسية) ومنها ما هو خارجي (البيئة الاجتماعية)، وفيما يلي أهم الأسباب التي يُعتقد أن لها دور في حدوث الاكتئاب:

5-1 العوامل البيولوجية:

أ- **العوامل الوراثية:** تؤكد نتائج بعض الدراسات أن أفراد العائلات المصابة بالاكتئاب تكون لديهم القابلية للإصابة بنفس أعراض الاكتئاب مقارنة بالعائلات التي لا تعاني من الاكتئاب، وتؤيد أبحاث الوراثة بشكل عام وجود دور للاستعداد الوراثي في ظهور الاكتئاب، ولكن بما أن هذا الاستعداد لا يقود بالضرورة إلى الإصابة بالاضطراب، فلا بد من توافر عوامل أخرى (سامر، 2002، ص633).

ب- العوامل الكيميائية:

يبدو أن الأشخاص المصابين بالاكتئاب لديهم اختلالات فيزيائية وكيميائية في أدمغتهم ولا تزال تقديرات تلك الاختلالات غير مؤكدة، ومن جهة أخرى برهنت النتائج العلاجية بالأدوية المضادة للاكتئاب والصدمة الكهربائية كعلاج على فعاليتها وعلى تدخل العوامل الكيميائية والحيوية في

حدوث الاكتئاب وكذلك الهبوط الشديد في مستويات البروجسترون المصنع في المشيمة والذي يصيب المرأة بعد الولادة بسبب لها ما يسمى باكتئاب ما بعد الولادة.

وقد أثبت كل من "كوين" وجماعته وجود اضطراب في مادتي الصوديوم والبوتاسيوم إثر الإصابة بالاكتئاب الذهاني، وهذا خير دليل على أن هناك عوامل كيميائية تتسبب في ظهور الاكتئاب (العبيدي، 2013، ص384).

2-5 العوامل النفسية والاجتماعية:

هناك العديد من الأسباب النفسية والاجتماعية والتي أثبتتها البحوث والتجارب السابقة والتي اعتبرها البعض من أهم الأسباب التي تساهم في حصول الاكتئاب وهي:

- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية، ومن أمثلة ذلك: فقدان الوالدين أو الأقارب أو الأصدقاء، ويكون الانهزام استجابة لهذه الأحداث.
- الحرمان، ويكون نتيجة الفقد كفقد الحب والعطف والمساندة، أو فقد وظيفة، أو ثروة، أو مكانة اجتماعية.
- الوحدة والعنوسة وسن القعود والشيخوخة والتقاعد.
- التربية الخاطئة للوالدين اتجاه أبنائهم كالتفرقة في المعاملة، التسلط والإهمال، إلى غير ذلك من الأساليب غير السليمة في التربية.
- من العوامل الاجتماعية كذلك اختلاف الذات الواقعية وعدم تطابقها مع الذات المثالية (شاذلي، 1999، ص135).

لا شك أن العوامل الاجتماعية والثقافية والبيئية المحيطة بالفرد تلعب دورا أساسيا ومهما ومتباينا في اكتساب اليأس والمعاناة، وذلك لأن الأحداث الضاغطة للحياة والتي تعتبر أسبابا خارجية للاكتئاب كالطلاق والهجرة، الانفصال عن الأحبة بالموت أو الفراق، كلها عوامل قد تفجر النوبة الاكتئابية (أجحادن، 2015، ص61).

وخلاصة القول في هذا الموضوع أنه مهما تعددت الأسباب فإن الاكتئاب النفسي هو نتيجة فقدان الإنسان قدرته على التوافق داخليا مع أحداث الحياة المختلفة فمنها السارة ومنها ما يدعو للحزن والكآبة فبدلا من التفاعل مع هذه الأحداث بشكل مؤقت والعودة إلى الحياة بشكل طبيعي، يستمر تأثر الإنسان ويتغير مزاجه، ويعيش حالة الاكتئاب (الشربيني، 2001، ص44).

6-الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال:

يعتبر العمل مصدرا للرضا الداخلي للفرد، لأن قيمة المرء يحكم عليها من خلال عمله، وهو المعيار الموضوعي الذي يقوم على أساسه تقييم المجتمع لأفراده، وقد يكون العمل مؤشرا على نجاح الفرد في مختلف حياته الأسرية والاجتماعية، وفي هذا السياق أشار "ودسورث" (Wadsoworth) وآخرون (1999) إلى أن البطالة تقل بشكل دال كل من المستوى الاقتصادي والاجتماعي، والشعور بالرضا والسعادة وأيضا الصحة العامة(خزري،2011، ص110) ويرى البعض أن البطالة تشكل أزمة في جميع المجتمعات حيث تنعكس آثارها على شخصية البطال وتظهر لديه بعض المشاكل والاضطرابات النفسية وعلى رأسها الاكتئاب والقلق وسرعة الانفعال وروح التمرد وعدم الولاء، والسلبية في النظر إلى الحياة، وهذا كله ينعكس بدوره سلبيا على المجتمع الذي ينتمي إليه البطالين(خميس، 2019 ، ص205).

يعد الاكتئاب من أهم مظاهر الاعتلال النفسي التي قد يصاب بها العاطلون عن العمل مما يؤدي إلى انعزالهم والبحث عن وسائل بديلة تعينهم على الخروج من معاشية الواقع المؤلم، وكثيرا ما تتمثل هذه الوسائل في تعاطي المخدرات أو الانتحار (بريقل، 2014، ص150).

ومن بين الدراسات التي توصلت إلى أن العاطلين عن العمل يعانون من انخفاض في مستويات الصحة النفسية دراسة (Friedland,Price,2003) على المجتمع الأمريكي حيث أكدت على أن البطالين هم أكثر عرضة للاكتئاب، وانخفاض المفاهيم الذاتية بالمقارنة مع العاملين (الخمشي، الخليف، 2016، ص5)، وفي دراسة أخرى ل (Mossakowski، 2009) توصلت إلى أن مدة البطالة تؤثر على زيادة أعراض الاكتئاب لدى الشباب حيث أن فترات البطالة الطويلة تتنبأ بمستويات أعلى من الاكتئاب بين الشباب (Mossakowski,2009 , p1826) وأضاف (Alan Doman) لائحة تحتوي على مجموعة من الأمراض الناتجة عن البطالة وكان أولها الإرهاق والقلق، أما (Debot) فاختصر بقوله: "إن البطالة تقوي الاضطرابات النفسية الكامنة (فاضلي وآيت حمودة، 2007، ص59).

نستخلص مما سبق أن البطالة تسبب في معاناة نفسية وعائلية واجتماعية، والاكتئاب هو من أبرز الحالات حسب الدراسات السابقة التي تظهر بنسبة كبيرة لدى العاطلين عن العمل مقارنة بمن يلتزمون بأداء أعمال ثابتة، وتتفاقم حالة الاكتئاب باستمرار بوجود حالة البطالة عند الفرد مما يؤدي إلى العزلة والانسحاب والانطواء على الذات (ذبيح،2007، ص51).

7- علاج الاكتئاب:

تتعدد طرق العلاج النفسي وتختلف فيما بينها وهي جميعها تسعى إلى تحقيق الأهداف العامة للعلاج، ومن أهم المبادئ الأساسية في العلاج أن يستخدم المعالج الطريقة التي تناسب كل حالة على حدا حتى يضمن نجاح تلك الطريقة.

إن الأمراض النفسية بما فيها الاكتئاب قابلة للشفاء، كغيرها من الأمراض البدنية، وإنه لمن الخطأ النظر إلى المرض النفسي على أنه عرض بسيط، أو أنه من العيب اللجوء إلى الطبيب النفسي للاستشارة والعلاج، بل إنه من الضروري الاستعانة بالطبيب المختص في الأمراض النفسية لأن المرض النفسي قادر على التطور إلى الأسوأ، وقد يؤدي أحيانا إلى المرض العقلي (سليمان، 2008، ص183).

هناك عدة طرق للتخلص من أعراض الاكتئاب، وهي عبارة عن كفاءات علاجية انبثقت عن النظريات المفسرة للمرض النفسي، وفيما يلي ستعرض الباحثة بعض هذه الطرق:

7-1 العلاج بالأدوية والصدمات الكهربائية:

حيث انبثق هذا العلاج عن النظرية البيولوجية وهو عبارة عن مجموعة من المهدئات وعقاقير مضادة للاكتئاب حيث أسفرت معظم الدراسات على نجاعة هذا العلاج بنسبة فاعلية قدرت بين 60% و80% ومن دواعي استعمال هذه الأدوية هو الاكتئاب الجسيم أو ما يسمى بالسوداوية، ذهان الهوس الاكتئابي، النوبة الاكتئابية، حيث أن مضادات الاكتئاب لها تأثير فعال على المزاج المكتئب وتتميز بتأثيرها المهدئ كذلك، وتبدأ فاعلية هذه الأدوية بعد مرور من ثلاث أسابيع إلى ست أسابيع، وتستمر لمدة لا تقل عن ثلاث أشهر، وبعدها يقرر الطبيب متابعة العلاج أو عدم الحاجة إليه حسب حالة المريض وعدد النكسات (يحياوي، 2013، ص282).

وتختلف المعالجة الدوائية في آلية تأثيرها من شخص لآخر وهذا ما قد يجعل الطبيب يغير مضاد الاكتئاب بعد عدة أسابيع من العلاج، ويعد هذا إجراء روتيني في علاج الاكتئاب، ولا يشكل عدم التأثير للدواء الأول دليلا على شدة الاكتئاب.

كما يخشى بعض المرضى أن يصبح متعلقا بمضادات الاكتئاب، وهذا بسبب سوء فهمهم على أن هذه المضادات هي من الأدوية التي تؤثر على الوظائف النفسية، والتي تقود إلى الإدمان بعد تناولها لفترة زمنية طويلة، ولكن الحقيقة عكس ذلك، لأن المعالجة الدوائية يمكن أن تتم من قبل الطبيب الذي يشرف عليها، ويمكن كذلك أن يصفها المعالج النفسي (جاسم، 2002، ص642).

أما عن العلاج بالصدمات الكهربائية فهو نوع آخر من العلاج، ويؤخذ به عندما لا تستجيب حالات الاكتئاب الشديد للعقاقير، أو في حالة عدم تحمل المريض للتأثيرات الجانبية لمضادات الاكتئاب وتستخدم هذه الجلسات الكهربائية في علاج حالات الاكتئاب والهوس، ويكون العلاج فعالاً وفي مدة أقصر مقارنة بالعلاج بالعقاقير، خاصة في بعض الحالات التي يكون فيها المريض عرضة للانتحار أو بسبب وجود وظيفة حساسة تتطلب سرعة التحسن، لأن التحسن باستخدام الجلسات الكهربائية يتم في غضون أسبوعين إلى ثلاث أسابيع (بترس، 2008، ص319).

2-7 العلاج النفسي التحليلي للاكتئاب:

يعتبر العلاج النفسي التحليلي من أقدم الطرق المستخدمة في علاج الأمراض النفسية، حيث أنه يعتمد على نظريات التحليل النفسي، والتي تعتمد في أساسها على تذكر الفرد لخبراته الماضية، وكشف نظريته للعالم، ويتميز هذا العلاج بالدقة والصرامة والمرونة، وقصر مدة العلاج، حيث تتم هذه العملية بجلوس المفحوص وجها لوجه مع الفاحص، ويبوح بجميع ميكانيزماته اللاشعورية والتي تجعله مكتئباً (زقعار، 2013، ص20) وهذا النوع من العلاج هو أحد أوجه التكفل النفسي بمريض الاكتئاب، حيث يستخدم المعالجون النفسانيون عدة طرق، وكل طريقة تختلف عن الأخرى، حيث يرى البعض أن العلاج يجب أن يتضمن خبرات الطفولة الكامنة والصدمات التي يتلقاها المريض خلال الخمس سنوات الأولى من عمره ويستخدم المعالج أسلوب التداعي الحر والتحول والكشف عن العمليات الدفاعية اللاشعورية، كما يتضمن العلاج النفسي التحليلي جلسات علاجية فردية أو جماعية، ويضم عدة أساليب وفنيات دقيقة منها استخدام الإيحاء والمساندة والتدعيم (الشربيني، 2001، ص238).

الهدف الأساسي لهذه النظرية هو مساعدة المريض على استحضار المخزونات الموجودة في اللاشعور إلى حيز الشعور والتعامل معها (النجمة، 2008، ص34).

3-7 العلاج من وجهة نظر السلوكية:

هناك عدة دراسات أكدت على نجاعة العلاج عن طريق تقنيات تغيير السلوك السلبي عند المريض ونظريته السوداوية، وذلك بتعزيز السلوك الإيجابي الجديد، كما أن التغييرات في نوعية وتكرار ونموذج نشاطات المريض خلال تفاعلاته الاجتماعية هي عوامل هامة في تعلم مواجهة التوترات الخارجية المسببة للاكتئاب والسيطرة عليها.

وتعتمد الاستراتيجية العلاجية التي طرحها لازاروس "Lazarus" (1968) على المقولة التالية:
"إن الحوادث الخارجية هي خالية من أي مؤثر أو إزعاجات، ولكن تأويلنا لهذه الحوادث هو الذي يخلق الإزعاجات في نفوسنا" (بلخير، 2018، ص84).

7-4 العلاج من وجهة نظر المعرفية:

العلاج المعرفي هو أسلوب علاجي مميز ذو طابع استقرائي وتساھمي، ويتطلب لدى المعالج المعرفي تكويننا خاصا، ويستوجب معرفته العميقة بالاكتئاب وأشكاله وتعقيداته المحتملة.
يهدف هذا العلاج إلى تخفيف أعراض الاكتئاب عن طريق تعلم المريض طرق ومناهج أكثر فاعلية لمواجهة المشاكل والصعوبات التي أدت إلى اكتابه، وقد أثبتت الدراسات أن العلاج المعرفي له فعالية كبيرة في معالجة مختلف الأعراض، وأنه أحيانا أكثر فعالية من العلاج الدوائي في علاج الاكتئاب (زقعار، 2013، ص21).

يعتمد المعالج المعرفي على البحث عن الأفكار والاعتقادات المسببة للاكتئاب، ثم يقوم بتحليلها وأخيرا بتغييرها بأفكار أخرى أكثر منطقية، ويتم هذا العلاج من خلال جلسات ومن خلال بعض النشاطات المنزلية والتي تجعل المفحوص نشيطا وفعالاً، إذ يتلقى برنامجا من النشاطات الموجهة أساسا لرفع عدد الوضعيات التي تجلب له الراحة والاطمئنان وتبين قدراته وفعاليتها، بالإضافة إلى تزويده ببرامج خاصة تجعله يختبر تلك الأفكار اللامنطقية بصورة واقعية (الساسى، 2009، ص134).

وترى الباحثة بعض عرض بعض الطرق العلاجية للاكتئاب أن اختلاف تلك الطرق هو بسبب اختلاف الأسباب التي تساهم في ظهور حالات الاكتئاب، وبالتالي لا يمكن الاعتماد على نظرية واحدة من النظريات السابقة في التعامل مع مريض الاكتئاب، فيجب على كل معالج نفسي البحث عن الأسباب الحقيقية التي كانت وراء ظهور هذا الاضطراب وطبقا لتلك الأسباب يقوم المعالج باختيار الطريقة العلاجية التي يراها مناسبة في علاج الاكتئاب.

خلاصة

من خلال ما تقدم في هذا الفصل يمكن أن نستنتج أن الاكتئاب هو نوع من الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعا والأكثر تعقيدا من حيث تعريفه وتحديده، فهو يتخذ أشكالا عدة حسب الأعراض الإكلينيكية والأشكال العيادية، ويبقى محل جدل بين الأخصائيين فيما يتعلق بأسبابه وأساليب علاجه حيث يطرح كل اتجاه تفسيره الخاص، ويأخذ هذا التفسير عدة مناحي حسب تعدد النظريات والنماذج المفسرة للاكتئاب، ولم يعد الاكتئاب ذلك الاضطراب الذي لا يمكن علاجه ففي حالة الإصابة به يجب طلب الاستشارة النفسية من المختصين وإن تطلب الأمر التدخل العلاجي فمن الأحسن أن يكون مبكرا حتى يتجنب المريض الوقوع في اضطرابات أشد خطورة.

ومن الأفضل الأخذ بأكثر من نظرية في العلاج للوصول إلى النظرة التكاملية قدر الإمكان، ولمعرفة الأسباب الحقيقية للاكتئاب حيث أن لكل نظرية انتقادات مختلفة بسبب عدم اهتمامها وإهمالها لجوانب عديدة.

الفصل الرابع: البطالة

تمهيد

- 1- مفهوم البطالة
 - 2- بطالة المتخرج الجامعي
 - 3- أسباب بطالة المتخرج الجامعي
 - 4- الآثار المترتبة على بطالة المتخرجين الجامعيين
 - 5- إشكالية الموازنة بين مخرجات التعليم العالي وسوق العمل بالجزائر
 - 6- الآليات المتبعة من طرف الدولة للحد من بطالة خريجي الجامعات الجزائرية
- خلاصة

تمهيد:

تعتبر البطالة من أهم المشاكل التي تتخبط فيها المجتمعات مما جعلها تحظى باهتمام العديد من الباحثين في عدة تخصصات منها الاقتصادية والاجتماعية والنفسية. وتعد ظاهرة البطالة من الظواهر الاجتماعية المعقدة والتي أثقلت كاهل المجتمعات لما لها من آثار سلبية على جميع فئاته وخاصة فئة الشباب، لأن هذا الأخير هو جيل العمل والإنتاج وجيل القوة والطاقة والمهارة، فالشباب يفكر في بناء أوضاعه الاقتصادية والاجتماعية بالاعتماد على نفسه من خلال ممارسة النشاط المهني المناسب لقدراته وميولاته لاسيما ذوي الكفاءات والشهادات العليا منهم والذين أمضوا الشطر المهم من حياتهم في الدراسة واكتساب الخبرات العلمية ثم يصطدمون بشح التوظيف الذي يناسب مؤهلاتهم العلمية.

إن ارتفاع حجم البطالة بين حاملي الشهادات الجامعية يطرح جدلا كبيرا، لأنها مشكلة تتعارض مع الافتراض الذي ينص على أن زيادة مستوى التعليم يقلل من احتمال التعطل، وأن معدل البطالة بين المتعلمين يُتوقع أن يكون منخفضا، والبطالة بوجه عام هي تعبير عن قصور في تحقيق الغايات من العمل في المجتمعات الإنسانية، وبما أن الغايات من العمل هي متعددة فإن مفاهيم البطالة تعددت أيضا ومن خلال هذا الفصل ستعرض الباحثة مجموعة من التعريفات للبطالة بصفة عامة وبطالة حامل الشهادة الجامعية بصفة خاصة، ثم الأسباب والآثار الناجمة عن بطالة المتعلمين و نقل بعض الحلول والتدابير التي طُرحت في علاج البطالة.

1- مفهوم البطالة:

تعتبر البطالة من المصطلحات الشائع استخدامها منذ القديم، ولكن تختلف الرؤى حول تصنيفها فهناك من ينظر إليها على أنها ظاهرة اجتماعية، وهناك من يصنفها ضمن الظواهر الاقتصادية وآخر يدمجها ضمن الظواهر السياسية، كما نجد تعريفاتها تختلف بناءً على المدة التي يقضيها الشخص عاطلا عن العمل، أو الوضعية المهنية التي يعيشها باشتغال مناصب عمل مؤقتة قد لا تتناسب مع مؤهلاته الفكرية والتي تدفعه إلى السعي حول البحث عن عمل آخر، أو منصب آخر (عبدلي، 2006، ص42).

وقبل أن نتطرق إلى اختلاف الآراء والأفكار حول تحديد مفهوم البطالة نعرف البطالة:

1-أ لغة:

البِطَالَةُ مأخوذة من الفعل بَطَلَ، فنقول بَطَلَ الشيء: أي ذهب ضياعاً وخسراً فهو بَاطِلٌ. ونقول بَطَلَ الأجيرُ أي تَعَطَّلَ فهو بَاطِلٌ، ويُقال ذَهَبَ دَمُهُ بَطْلاً أي هَدَّرًا (ابن منظور، 2006، ص302)

يقول الشيخ عبد القادر المغربي في كتابه "عثرات الأعلام في اللغة": صاحبُ بَطَالَةٍ أي عَاطِلٌ من العمل (العدناني، 1999، ص65).

والبِطَالَةُ هي العَطَالَةُ والتَعَطُّلُ عن العمل لسبب خارج عن إرادة العامل رغم قدرته على العمل، وورغبته الشديدة فيه، كما أنها ضياعٌ وتوقفٌ وسقوطٌ (الجرساني، 2013، ص100).

البِطَالَةُ هي الكَسَالَةُ المؤدية إلى إهمال المهْمَات، والبِطَالُ هو نقيض العامل، حيث كان يُطلق مصطلح البِطَالِ في العصر المملوكي على الأجناد والأمراء العاطلين من أعمال الدولة، إما لغضب السلطان عليهم أو لضرورات كالسن أو المرض أو الاعتكاف أو الاختفاء (عمارة، 1993، ص9).

1-ب اصطلاحاً:

يُعرف مكتب العمل الدولي (1996) البطالة على أنها تشمل كل الأشخاص الذين لا يعملون، وهم قادرون على العمل، وهم في بحث عنه، ويُعرف العاطل عن العمل بأنه كل فرد قادر على العمل وراغب فيه و يبحث عنه ويقبله عند مستوى الأجر السائد دون أن يجده (حاج محمد، 2014، ص48).

ويعرف جوردون مارشال البطالة بأنها: "عدم قدرة الشخص على أن يبيع قوة عمله في سوق العمل رغم رغبته في ذلك" (الجوهري، 2000، ص281).

وتُعرف البطالة على أنها حالة عدم وجود عمل رغم الرغبة فيه والبحث عنه، أي وجود أشخاص لا يعملون إلا أنهم قادرون على العمل وراغبون فيه وباحثون عنه، وهم جزء من قوة العمل ولكنهم متعطلون، والتعطل يكون بشكل دائم أو مؤقت ولأسباب مختلفة حسب نوع البطالة (بلول، 2002، ص256).

وتعرف أيضاً على أنها الفجوة بين النشاط الاقتصادي والعمالة، أو هي قصور في تحقيق الغايات من العمل لدى الإنسان (صديق، 2006، ص14).

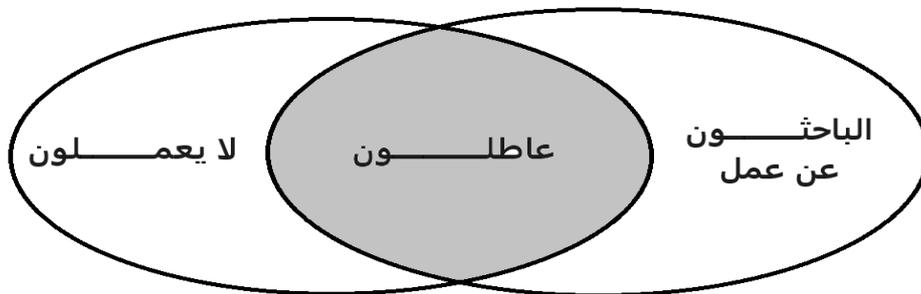
الفصل الرابع : البطالة

وهناك من يرى أن البطالة مشكلة اقتصادية واجتماعية ومرضية، تتجلى في مطاردة عدد كبير من الراغبين في العمل وراء عدد قليل من فرص التشغيل المتاحة، وأن المجتمع الذي لا يستطيع تشغيل كافة أبناءه القادرين على العمل هو كالجسم الذي لا يستطيع تشغيل كل أعضائه (منصور، 2014، ص30)، ويعرف طارق عبد الرؤوف عامر (2015) البطالة بأنها بقاء العامل خارج نطاق العمل المنتج رغم قدرته عليه، وهي أيضا ندرة توافر العمل المناسب لشخص ما راغب فيه وقادر عليه نظرا لزيادة القوى البشرية المؤهلة عن حجم فرص العمل التي يتيحها المجتمع سواءً أكانت إنتاجية أم خدماتية (عامر، 2015، ص12).

وتُعتبر البطالة عن أولئك الأشخاص الذين وصلوا إلى سن العمل ولكن لا يجدونه، مع قصور كل من الاقتصاد والجهود الأهلية والحكومية على إيجاد فرص عمل لهم، وما يترتب عن ذلك من تأثيرات سلبية على كل من الفرد والاقتصاد في آن واحد، ويتم قياس البطالة من خلال معدل البطالة، وهو عبارة عن عدد الأشخاص المتعطلين كنسبة من قوة العمل (الشوربجي، 2016، ص198).

يلخص رمزي زكي (1998) كل ما قيل عن البطالة بقوله: ليس كل من لا يعمل عاطلاً وفي نفس الوقت ليس كل من يبحث عن عمل يُعد ضمن دائرة العاطلين وأن دائرة من لا يعملون أكبر بكثير من دائرة العاطلين وعموماً هناك شرطان أساسيان ويجتمعان معاً لتعريف العاطل بحسب إحصائيات رسمية وهما:

- أن يكون الشخص قادراً على العمل.
 - أن يبحث عن فرصة العمل.
- ويوضح ذلك بالشكل التالي:



الشكل رقم (2) يوضح من هم العاطلون (رمزي، 1998، ص15)

2- بطالة المتخرج الجامعي:

هي بطالة الشباب الذين أنهوا دراستهم داخل إحدى المؤسسات التعليمية (معهد، كلية، جامعة) من مختلف التخصصات العلمية والإنسانية، والذين يبحثون عن عمل ولم يجدوه، بعدما قطعوا شوطا كبيرا في حياتهم الدراسية من الابتدائية إلى الجامعة أملا في الحصول على عمل يناسب شهاداتهم وتخصصاتهم بما يحقق لهم طموحاتهم المادية بالدرجة الأولى (إسماعيل وفدعم، 2023، ص951).

ومن المظاهر التي أثرت على سوق العمل في العديد من الدول التطور الكبير في عدد المتخرجين من مؤسسات التعليم العالي، مما أدى إلى اتساع الفجوة بين مخرجات الجامعة ومتطلبات سوق العمل ما نتج عنه زيادة نسبة البطالين الحاملين للشهادات العليا (العمراوي وتمرابط، 2020، ص93).

وتؤكد الإحصائيات (في الجزائر) على وجود تناسب طردي بين معدلات البطالة والمستوى التعليمي حيث بارتفاع هذا الأخير ترتفع نسبة البطالة بين هؤلاء المتعلمين خاصة الجامعيين منهم، والذين يفضلون الالتحاق بمناصب عمل تتوافق ومستواهم التعليمي ولا يقبلون بأقل من ذلك، فالدخول إلى سوق العمل يمثل الانتقال الطبيعي للشباب بعد إنهاء الدراسة الجامعية ولكن التقدم لأول مرة لسوق العمل بدون تجربة أو خبرة مهنية يعرض صاحبه للرفض وبالتالي إلى البطالة (بودربالة، 2018، ص145)، وبالرغم من جهود الدولة في الجزائر لتوفير فرص الشغل لكنها لم تكن كافية لاحتواء العدد الكبير من الطلبة المتخرجين، حيث ورد في تقرير التنمية البشرية لسنة (2005) أن نسبة البطالين ذوي المستوى الجامعي قد بلغت (12%) من العدد الإجمالي للبطالين (بخوش وتقرارت، 2017، ص47)، ولقد شهدت الفترة ما بين (2008-2012) في الجزائر نسبة بطالة بين الجامعيين بلغت 13.9% بالنسبة للذكور، و(14.4%) للإناث، وتعتبر بطالة المتعلمين وأصحاب الشهادات العليا من أخطر أنواع البطالة حسب اعترافات الباحثين الاقتصاديين والاجتماعيين وحتى أصحاب القرار، والذين علقوا على تغير شكل البطالة من بطالة الأميين إلى بطالة المتعلمين (حريزي، 2020، ص135).

و هناك من يعتبر أن الشهادة الجامعية هي عائق أمام المتخرج الجامعي، وذلك لأنه لا يستطيع التأقلم مع أي وظيفة لا تتناسب مع تلك الشهادة، عكس غير المتعلم والذي يمكنه القبول والتكيف مع العمل إن توفر له مهما كان هذا العمل، ويضيف الباحث أن التعليم الذي يحصل عليه الطالب الجامعي لا يقدم له سوى القدر القليل من المعارف العصرية، والقدر الأقل من الخبرات الأساسية، والقدر المحدود من المهارات العملية الضرورية للحياة المستقبلية، وذلك يؤدي إلى تعطيل فرص

اكتساب خبرات عملية نتيجة عدم توافر فرص العمل، وإلى قتل روح الابتكار والإبداع، وينمي قيم الاتكالية واللامبالاة والسلبية في جميع مناحي الحياة (سيد جاب الله، 2003، ص 674).

نستنتج مما سبق أنه من الواضح ظهور البطالة بين صفوف المتخرجين من مؤسسات التعليم العالي في حالة عدم استيعاب سوق العمل للكفاءات من حاملي الشهادات العليا في مختلف التخصصات العلمية وفي كل المجتمعات عامة وفي الدول العربية خاصة، وهذا إن دل على شيء فإنه يدل على وجود خلل هيكلي في علاقة أنظمة التعليم وسوق العمل، والذي يؤدي بدوره إلى عدم التوافق بين الكفاءات التي تتخرج من الجامعات والكفاءات المطلوبة في سوق العمل، وهذا الواقع يتعارض مع توقعات نظرية مفادها أن زيادة المستوى التعليمي يزيد من احتمالات التوظيف ويقلل من احتمالات البطالة.

3- أسباب بطالة المتخرج الجامعي:

هناك عدة أسباب تقف وراء تفاقم مشكلة البطالة لدى شريحة المتعلمين، والتي تشكل هدراً تربوياً خطيراً فبعد إنفاق الدولة لأموال طائلة خلال فترة التعليم والتكوين لم تأت بعائد ملموس، فبطالة الخريجين الجامعيين تشكل اختلالاً بين التوقعات المهنية التي يولدها النظام التعليمي لدى خريجه وفرص الشغل المتاحة بسوق العمل (الجرساني، 2013، ص 138).

وتتمثل أهم أسباب بطالة المتخرجين الجامعيين في:

عدم مواءمة مخرجات التعليم العالي مع احتياجات سوق العمل، وذلك بسبب عدم توفر الإمكانيات اللازمة لدى مؤسسات التعليم العالي على وضع برامج تدريبية للخريجين بعد تخرجهم أو أثناء دراستهم بالإضافة إلى ضعف التنسيق بين المؤسسات المحلية والمؤسسات التعليمية العربية والأجنبية من أجل تبادل المعارف والخبرات والتجارب.

ضعف التخطيط من طرف الجهات المعنية والاعتماد على أساليب تقليدية في التدريس والتدريب والتقييم مما أدى إلى هشاشة برامج التوجيه والإرشاد الأكاديمي والمهني (جنان، 2015، ص 107).

تدني المستوى المهاري للخريجين، وضعف قدراتهم على مواكبة المهن العصرية، حيث أن مخرجات التعليم العالي لم تعد مناسبة لظروف ومتطلبات التنمية، مع أنها مكلفة بالنسبة للدولة، ويبدو أن نوعية هذه المخرجات تتميز بالتدني والتدهور، حيث جاء على لسان عبد الحليم أحمد المهدي (1999) في كتابه **إعادة بناء التعليم: "إن التعليم يقدم للسوق منتجاً راکداً يُشكل بطالة"**.

وقد يعود ذلك لعدة عوامل منها التوسع الكمي للخريجين على حساب جودة التعليم، فالجامعات تُعد طلابها بشكل لا يخضع لمعايير محددة ودقيقة، وبمعنى أوضح أن الأجهزة والمعدات المستخدمة في عالم الشغل أحدث مما يتدرب عليه الطلاب في مؤسسات التعليم العالي، ولهذا يكتشف هؤلاء بعد تخرجهم أن مهاراتهم وخبراتهم لا ترق لمستوى التعامل مع هذه التكنولوجيا الحديثة ومتغيرات العصر. وهذا ما جعل أصحاب الأعمال والمشاريع لا يثقون كثيرا في مهارات وكفايات خريجي التعليم العالي وخاصة الجدد منهم (عياد، 2019، ص 219).

ويرى طارق عبد الرؤوف (2015) أن أسباب البطالة تكمن في: الإقبال الشديد وزيادة الطلب الاجتماعي على التعليم الجامعي نظرا لمجانية التعليم، وتعظيم الشهادة الجامعية.

الزيادة المطردة في أعداد الخريجين بمعدلات متضاعفة عما كانت عليه في السنوات الماضية. الخلل والفجوة وعدم التنسيق بين سياسات التعليم واحتياجات التنمية وسوق العمل. التوقف عن سياسة تعيين الخريجين حتى في بعض الكليات التي كان يتم تعيين خريجها إلزاميا مثل كلية التربية.

نوعيات العمل المطلوبة أصبحت تتطلب مهارات معينة كإتقان اللغات والمعلوماتية وهي لا تتوفر لدى أغلب خريجي الجامعة (عامر، 2015، ص 20).

4- الآثار المترتبة على بطالة المتخرجين الجامعيين:

البطالة باعتبارها مشكلة لها أسبابها والتي سبق وأن ذكرناها هي كذلك مُسببة لمشكلات أخرى كبيرة في المجتمع، حيث تُعد البطالة سببا رئيسيا لمعظم الأمراض النفسية والاجتماعية، وتمثل تهديدا للاستقرار السياسي والاقتصادي، فالبطالة بعناها الواسع لا تعني فقط حرمان الشخص من مصدر قوته وعيشه وإنما أيضا حرمانه من الشعور بأهميته ومكانته الاجتماعية وعدة مشاكل أخرى متشابكة فيما بينها سنتطرق إليها كالاتي:

4-1 الآثار النفسية للبطالة:

يقول سقراط: "البطالة أساس الفساد لأنها تبلى ذهن وتضعف الصحة" (رشوان، 2015، ص 167).

وقد ينشأ عن البطالة انخفاض المكانة، والانحرافات الفكرية، والشعور بالحقد والبغضاء اتجاه الطبقات والمستوى الأعلى، وتقضي البطالة على مواهب الفرد الفنية والعقلية، بل يفقد الشخص ميزة التعود على العمل وإتقانه وينحط مستواه (نفس المرجع، ص170).

تؤدي العوامل النفسية المصاحبة للبطالة، لاسيما إذا طال أمدها إلى آثار سلبية على تكوين شخصية العاطل وسلوكه النفسي والاجتماعي قد يدفع به أحيانا إلى السلوك الإجرامي، حيث يؤكد أنصار النظريات النفسية في تفسير هذا الأخير أنه عبارة عن تطور الشعور النفسي بالضيق والإحباط مما يؤدي إلى تعاطي الكحول والمخدرات، ويدفع البطال إلى ارتكاب جرائم معينة كالاعتداء على الأموال أو الأشخاص (عجوة، 1989، ص 43).

كما تخلق البطالة حالة من الإحباط النفسي لدى الشخص العاطل عن العمل، فيعيش جوا نفسيا مضطربا وينشأ لديه فقدان الأمل والثقة بالنفس وبالأخرين، وعدم الإيمان بالمستقبل، وذلك بسبب عجزه عن القيام بمتطلبات أسرته (لعقاب، 2014، ص121).

ويعيش الفرد العاطل عن العمل حالة من العزلة النفسية الاجتماعية، بمعنى آخر يفصل البطال عن مجتمعه وتراثه لأنه يرى المعايير المتفق عليها اجتماعيا تتهاوى فيظهر لديه ما يسمى بالانفصام الاجتماعي، ونتيجة لهذه المظاهر الاغترابية التي يعيشها البطال تبرز لديه العديد من المشكلات النفسية في مقدمتها سوء التكيف واهتزاز الهوية وضعف الانتماء الوطني والإصابة بأمراض التبدل والسلبية واللامبالاة وغيرها من الأمراض النفسية المدمرة (الحويتي وآخرون، 1998، ص142).

ومن الآثار النفسية للبطالة على الفرد البطال هو شعوره باليأس والضيق والسخط والملل والتمرد والإحباط والضعف والاضطرابات النفسية، حيث تضطرب لديه مواقيت النوم واليقظة والأكل، ويشعر دائما بالقلق واللوم والاكنتاب والاضطراب، والخوف من المستقبل المجهول، وعدم وضوح الهدف من الحياة، مما ينعكس على علاقته بمن حوله، ويكون أكثر حساسية واستثارة وتأثيراً بالمتغيرات والظروف الحياتية(عامر، 2015، ص29).

أجمعت معظم الدراسات على أن كثيرا من العاطلين عن العمل يعانون من الاضطرابات النفسية والشخصية، ويشعرون بعدم السعادة وعدم الرضا وعدم الكفاءة مما يؤدي إلى اعتلال في الصحة النفسية ومن أهم مظاهر هذا الاعتلال هو الاكنتاب الذي يصيب العاطلين عن العمل بنسبة أكبر ممن يلتزمون بأداء أعمال ثابتة، وتدني اعتبار الذات الناتج عن العجز والضجر وعدم الرضا (البشاري، 2015، ص46) وقد توصلت نتائج بعض الدراسات أن البطالة ترتبط إلى حد بعيد بالصحة النفسية

لدى الشباب البطال، لأنها تؤدي إلى نقص الثقة بالنفس، وضعف معنى الاستقلالية، وعدم قدرة البطال على مواجهة المشاكل، وعدم الرضا عن المحيط الذي يعيش فيه (وازي، 2013، ص136).

4-2 الآثار الاجتماعية للبطالة:

إن المشاكل الاجتماعية التي تفرزها البطالة هي مشاكل مركبة، لا يمكن وضع حد لها لكونها تجر مشكلة خلف أخرى، وتتأثر كل منها بالأخرى، وفي مقدمة تلك المشكلات هي ظاهرة الفقر والذي يُعرف على أنه النقص الحاد في الموارد على المستوى الذي يقابل حاجات الفرد الضرورية، والفقر هو الشخص الذي يعيش على أقل من دخل خط الفقر (خيارى، 2013، ص128).

يعتبر الفقر حالة من مستوى المعيشة المنخفض الذي إذا طال أمده أثر على صحة الفرد وأخلاقه واحترامه لذاته، كما أنه جريمة لأنه يجرّد الإنسان من إنسانيته.

إن الفقر الناتج عن البطالة يؤدي إلى حالة من الرفض والعداء اتجاه المجتمع، وعدم الإيمان بشرعية الأنظمة والامتنال لها مما يؤدي إلى الانحراف والسلوك الإجرامي، وخاصة جرائم الاعتداء على الأملاك كما تحدث البطالة حالة من عدم التكيف الاجتماعي للفرد مما يدفع به إلى العزلة وعدم الانتماء (الحيالي، 2009، ص23).

وللبطالة آثار سلبية على تماسك العلاقات داخل المجتمع، وأهمها العلاقات الأسرية، حيث يؤدي عجز الزوج عن تأمين احتياجات زوجته وأبنائه من مسكن وملبس وعلاج وتعليم إلى غير ذلك من متطلبات الحياة إلى مشاحنات بين الزوجين يترتب عليها في كثير من الأحيان الانفصال وتشرّد الأبناء فسلامة الروابط الاجتماعية تتطلب توفير جانب من الأمن والصحة العامة والاستقرار الاجتماعي والرفاهية (روشو، 2021، ص1002).

وتحت وطأة البطالة ينهار البناء القيمي للمجتمع وتفكك الإنجازات الأمنية القومية، وتزيد المشاكل المتعلقة بمصير الشباب ويشدّد الصراع ما بين القيم التي يُفترض أن يؤمن بها الشباب، والتي لا تحقق له الآمال في الحصول على عمل ثم سكن وتكوين أسرة وبين الواقع المُعاش (خضر، 2005، ص13-14) بالإضافة لهذه الآثار هناك مشكلة سببها الرئيس هو البطالة وهي هجرة الشباب وترك الأهل والأسر للبحث عن لقمة العيش خارج الوطن ناهيك عن الهجرة غير الشرعية والتي أدت إلى وفاة العديد من الشباب الذين أرادوا الهروب من بلادهم التي لم توفر لهم وسائل الحياة الكريمة مهما كلفهم ذلك حتى وإن كانت حياتهم، والجدير بالذكر أن البطالة تعمل على تقليل سنوات العمر الإنتاجي

للفرد، حيث يهدر الشباب أكثر من نصف عمره تقريبا بين سنوات التعليم الجامعي والبحث عن العمل مما يترتب عليه إضاعة الوقت دون استثمار أمثل لوقته وجهده (صديق، 2006، ص 72-73).

كما أن البطالة تعمل على تدني مستوى الحياة اللائق الذي يؤثر على الناحية الصحية للبطال وأسرته وخاصة الأطفال وكبار السن، وكذلك تدني المستوى الغذائي الجيد وما يرافق ذلك من مشاكل وأمراض صحية، وزيادة العبء على مؤسسات الصحة أو المؤسسات التي تقدم خدمات اجتماعية كالجمعيات الخيرية (برهومة، 2022، ص5).

وخلاصة القول أن البطالة تتسبب تدريجيا في حدوث سلسلة من الحالات المختلفة وهي كالتالي: من حالة البطالة إلى حالة الإقصاء الاجتماعي، ومن الإقصاء إلى التهميش، ومن التهميش إلى الجنوح وهذا ما يزيد من حدة الفوارق الاجتماعية، والشعور بعدم المساواة بين أفراد المجتمع، فهي تعمل على تفكيك النسيج الاجتماعي وإضعاف العلاقة بين الأفراد والمجتمع (ستي، 2000، ص55).

3-4 الآثار الاقتصادية للبطالة:

تكمن الآثار الاقتصادية التي تخلفها البطالة في هدر الطاقات الإنتاجية، انخفاض معدلات الادخار والاستثمار، هدر الموارد البشرية، وهدر النفقات التعليمية، انخفاض الإيرادات من الضرائب، ارتفاع حجم تكاليف الإعالة، وانخفاض مستويات المعيشة، فعندما يفشل الاقتصاد في خلق فرص عمل كافية لجميع الأفراد القادرين والراغبين في العمل سينخفض الإنتاج الفعلي عن الإنتاج الكامن، ويحدث ما يسميه الاقتصاديون بفجوة الناتج وهي فجوة تعبر عن الفرق بين الإنتاج الفعلي والإنتاج الكامن، وذلك نتيجة عدم استغلال الموارد المتاحة، وتؤدي البطالة إلى انخفاض الرفاهية الاقتصادية للمجتمع وانخفاض معدلات الاستثمار وبالتالي نقص فرص عمل جديدة (بشرى، 2017، ص72-73).

إن المنظور الاقتصادي لتعشي البطالة في المجتمع يُعرب عن ضعف مردود التكلفة الاقتصادية للتعليم والتدريب والتأهيل حيث يتم الإنفاق على خدمات تأهيلية لا يستفيد منها المجتمع بقدر كبير في المدى القصير (توتو، 2017، ص102).

وتعتبر البطالة تبديد للموارد المالية فضلا عن أنها أعباء إضافية على الأسرة والمجتمع لأنها تُعطل الطاقات التي تساهم في الإنتاج والتنمية، ومن جهة أخرى تنفق الدولة تكاليف على أفراد المجتمع من تعليم ورعاية وصحة، وفي حالة البطالة يكون ذلك هدرًا اقتصاديا لأن الدولة لم تحصل

على تغذية مرتدة لما صرفته، كما أصبحت البطالة من سمات الدول المتخلفة اقتصاديا (عامر، 2015، ص33).

وتهدد البطالة الاستقرار الاقتصادي بسبب اختلال الأسعار وضعف القدرة الشرائية وجودة الحياة في المجتمع نتيجة إهدار جزء من الطاقة الإنتاجية الذي يؤدي بدوره إلى ضياع جزء من الموارد (بلحاجي، 2020، ص68).

ومن المعلوم في علم الاقتصاد أن العلاقة بين البطالة والإنتاج تخضع لقانون أوكان (Okun law) والذي ينص على أن الزيادة في معدل البطالة بنسبة (1%) يقابله انخفاض في الناتج الوطني الكلي بنسبة (2%) ومنه تقع تكاليف البطالة على عاتق المجتمع كجماعة وتجعله متخلفا تخلفاً مزمناً وتضعف قوة العمل الجمعي التي تتضاءل بجانبها قوة العمل الفردي (جامع، 2019، ص177).

وتضيف دراسة أخرى (السراحنة وحسن، 2000) أن البطالة تدفع بالدولة إلى الاعتماد على العالم الخارجي من خلال القروض والمعونات الخارجية لشراء الاحتياجات الأساسية لمواطنيها، وهذا ما يجعل الاقتصاد الوطني تحت سيطرة الاقتصاديات العالمية مما يضعف القدرة التنافسية للاقتصاد المحلي في الأسواق الخارجية ويصبح تابع لمراكز الاقتصاد العالمي، وما يترتب على ذلك من فرض شروط اقتصادية وثقافية وحتى سياسية قاسية مما يفقد هذا البلد سيادته وقراره ومرجعيته فيصبح قراره نابعا من غيره (منصور، 2014، ص100).

وعليه يمكن القول أن البطالة تؤدي إلى اختلال الأمن الاقتصادي وتتسبب في حرمان الأفراد من مصدر دخل مادي يكفي لإقامة حياة مسقرة، وأن الارتفاع الكبير لعدد العاطلين يعكس فشل السياسة الاقتصادية للدولة في توفير فرص الشغل، كما أن تعطيل رأس المال البشري هو تعطيل للمحرك الأساسي لكل عناصر الإنتاج وهذا ما يؤدي حتما إلى انعكاسات سلبية على اقتصاد تلك الدولة.

5- إشكالية المواءمة بين مخرجات التعليم العالي وسوق العمل بالجزائر:

تعاني الجامعات الجزائرية من مشكلة عدم التوافق بين محتويات المناهج الجامعية مع خصائص الشغل في السوق المحلي، وهذا يعكس وجود فجوة كبيرة بين المعارف الأكاديمية التي يتلقاها الطلبة والمكاسب المهنية التي يحتاجون إليها في سوق الشغل.

من هذا المنطلق ظهرت الحاجة وبشكل ملح إلى إعادة النظر في سياسة التعليم الجامعي وذلك من خلال إيجاد صيغة توافقية بين العالم الأكاديمي وعالم الشغل عن طريق البحث على سياسات

فعالة مع تطويرها بما يحقق أغراض التنمية المحلية للاقتصاد المحلي، ولا يتحقق ذلك إلا باستغلال الكفاءات البشرية التي يتم إعدادها تربويا وعلميا ومهنيا بالشكل المناسب (بيبي، 2016، ص 61-62). أخذت دول العالم المتقدم والنامي تتفحص أنظمتها التربوية والتعليمية بحثا عن مواقع الخلل والاضطراب وتوصلت إلى قناعة مفادها أن الجامعة بصورتها التقليدية لم تعد قادرة على القيام بأدوارها ومهامها الجديدة والتي دعت إليها التغيرات العالمية مما يستدعي مراجعة جذرية وشاملة لمدجها في سياق هذه التحولات، وكانت الدول المتقدمة السبابة في إجراء هذه التحولات وحرصت على أن يصبح التعليم العالي فعلا منفتحا وذو جودة، وأن يكون متماشيا مع التطورات الاجتماعية والاقتصادية وخصصت من أجل ذلك ميزانيات ضخمة (Sitayeb, 2020, p69).

إن الجزائر كغيرها من الدول العربية تواجه مجموعة من التحديات المتعلقة بنظام التعليم في الجزائر ولعل التحدي الأكبر هو العرض المناسب للخبرات والمهارات التي تتوافق مع متطلبات سوق العمل، والحرص على الارتقاء بمستوى هذا العرض بصورة مستمرة.

ولتطوير التعليم والوصول إلى ركب الدول المتقدمة، يجب اتباع بعض الاستراتيجيات، منها:
بناء رأس مال بشري راقى النوعية من خلال صياغة تظافر قوية بين التعليم والمنظومة الاجتماعية والاقتصادية، وإقامة برامج لتطوير التعليم للمواءمة بين التعليم والعمل.
استخدام التكنولوجيا الحديثة في تطوير التعليم وخصوصا في مجال تقنية المعلومات والطاقات المتجددة، وكذا الاهتمام بالجامعة نظراً لدورها في تعزيز المعرفة ببرامج وأنشطة البحث والتطوير (قريبي، 2015، ص 156).

أشارت العديد من الدراسات إلى ضعف المواءمة بين المتخرجين من الجامعة ومناصب الشغل المناسبة لهم خاصة في الدول النامية، والجزائر كنموذج لهذه الدول تعاني هي أيضا من هذه الظاهرة المعقدة والتي تعددت أسبابها ولعل أهم تلك الأسباب هو ما يتعلق بمناهج التعليم الجامعي والتدريب أو ما يسميه البعض بجودة التعليم العالي، وهي إحدى وسائل تحسين وتطوير نوعية التعليم والنهوض بمستواه في عصر العولمة الذي يعتبر عصر الجودة، حيث أصبحت الجودة في التعليم ضرورة ملحة تُمليها التغيرات المتسارعة التي يشهدها قطاع التعليم العالي (بوكبوس ومرسلي، 2020، ص 207) وأضافت دراسة (حريزي وهامل 2020) على أن أسباب عدم المواءمة بين التعليم العالي وعالم الشغل يرجع إلى:

ضعف برامج التوجيه والإرشاد الأكاديمي والمهني في التعليم العالي. سوء سياسة التخطيط والبرمجة المركزية في توزيع أعداد الطلبة حيث يتم خلافاً لمؤهلاتهم ورغباتهم مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى الفشل.

الأمية الميدانية التي يعاني منها معظم خريجي التعليم العالي والتي يواجه بسببها الخريجون صعوبات في تطبيق ما تعلموه والخوف في مواجهة المهنة.

عدم توفر مشاريع تكون داعمة ومساندة لتوظيفهم (حريزي وهامل، 2020، ص132).

كما أوصت دراسة (أحسن وشابونية 2018) بضرورة الاهتمام بمواءمة التكوين الجامعي لمتطلبات سوق العمل من خلال مراعاة العدد والمؤهلات والمعارف والتي تعتبر من بين الشروط اللازمة التي لا بد العمل بها في الجامعات الجزائرية، سواء في سياسة قبول الطلاب (العدد والمؤهلات العلمية) أو من حيث تكوينهم معرفياً ومهارياً (أحسن وشبونية 2015، ص 65).

إن الاستثمار في قطاع التعليم العالي في الجزائر يحتاج إلى مراجعة حتى يكون المعيار الكيف والجودة وليس الكم مثلما نشهده في الكثير من الدول العربية بما فيها الجزائر، فقد أصبح من الضروري إحداث إصلاحات جذرية في منظومة التعليم العالي والتكوين بهدف ضمان الجودة الشاملة وتطوير الاهتمام بالبحث العلمي للوصول الى مواءمة بين مخرجات التعليم العالي ومتطلبات سوق العمل إلى حد ما (Sitayeb,2020, p67).

يتضح مما سبق أن التعليم العالي يحتاج إلى إعادة النظر فيه، وأن دوره لا يكون فعالاً إذا لم يتم استغلال مخرجاته التي تم تكوينها علمياً، وذلك لضعف ثقافة العمل لدى الخريجين حول فرص العمل المتاحة في السوق، وقد أصبح من الضروري ربط التعليم بسوق العمل وفتح المجالات العملية أمام الشباب للتدريب بالشركات وتنمية المهارات والخبرات.

6- الآليات المتبعة من طرف الدولة للحد من بطالة خريجي الجامعات الجزائرية:

خطت الجزائر خطوات كبيرة من أجل محاربة بطالة خريجي الجامعات، حيث قامت بوضع قوانين وبرامج هدفها تحقيق انسجام حقيقي مع المحيط الاقتصادي عبر تطوير كل التفاعلات الممكنة ما بين مؤسسات التعليم العالي وسوق العمل، وقد صادق مجلس الوزراء بتاريخ 30 أبريل 2002 على مخطط توجيهي حددت فيه وزارة التعليم العالي والبحث العلمي استراتيجية عشرية (2013/2004)

تنص على إعداد وتطبيق إصلاح شامل وعميق للتعليم العالي بهدف:

- ضمان نوعية التكوين الجامعي، وتطوير آليات التكيف المستمر مع تطور المهن.

- تدعيم المهمة الثقافية لمؤسسة التعليم العالي من خلال ترقية القيم في إطار قواعد أخلاقيات المهنة الجامعية وآدابها.
- التفتح أكثر على التطورات العالمية خاصة تلك المتعلقة بالعلوم والتكنولوجيا.
- تشجيع التبادل والتعاون الدوليين وتويعهما.
- إنشاء فضاءات جامعية إقليمية ودولية لتسهيل حركة الطلبة والأساتذة والباحثين ومن تم تشجيع التبادلات العلمية والتكنولوجية والثقافية على مستوى التعليم والبحث (بن سيد أحمد ووهابي، 2018، ص 169) ونظرا للتحديات التي تطرحها مشكلة بطالة الخريج الجامعي، لم تتوان الحكومة الجزائرية في البحث عن آليات لحل هذه المشكلة، حيث كان إزاماً عليها وضع وتطبيق سياسات تشغيل تأخذ بعين الاعتبار هذه الشريحة من المجتمع، وذلك بالنظر إلى العدد الهائل من خريجي الجامعات الوافدين إلى سوق العمل كل سنة، الأمر الذي دفع بالدولة إلى اقتراح جهاز المساعدة على الإدماج المهني والذي شكل إحدى الآليات المعتمدة في إطار السياسة الوطنية للتشغيل حيث يدعم هذا الجهاز الراغبين في العمل وبوجه خاص حاملي الشهادات الجامعية على حد تصريح السيد" الطيب لوح" الوزير السابق للعمل والتشغيل والضمان الاجتماعي (بودريالة، 2018، ص 148).
- يعمل جهاز المساعدة على الإدماج المهني على تدعيم الشراكة المحلية، ويرتكز على خلق النشاط من طرف الشباب المسجلين ضمن الوكالة الوطنية للتشغيل، والذين تتراوح أعمارهم بين [18 و35 سنة] ويضم الجهاز ثلاث أنواع من العقود:
- عقود إدماج حاملي الشهادات (CID) موجهة لحاملي شهادات التعليم العالي والتقنيين السامين خريجي المؤسسات الوطنية للتكوين المهني.
- عقود الإدماج المهني (CIP) موجهة لخريجي التعليم الثانوي، ومراكز التكوين المهني.
- عقود تكوين/ إدماج (CFI) موجهة للشباب بدون تكوين ولا تأهيل.
- بالنسبة لعقود حاملي الشهادات (CID) فإن الدولة تتكفل بالأجرة الشهرية والأعباء الاجتماعية لهم اعتماداً على نسب مئوية حددها المشرع الجزائري بالاستناد إلى الراتب الأساسي للأصناف والأرقام الاستدلالية المنصوص عليها في المرسوم الرئاسي رقم 304-07 الخاص بالموظفين (بن قيلة وبومدفع، 2021، ص153).

الفصل الرابع : البطالة

وفي نفس السياق سعت سياسات التشغيل الموجهة لخريجي الجامعات لإدماج أكبر عدد ممكن من البطالين في الحياة المهنية عن طريق عقود ما قبل التشغيل يعتبر أحد أشكال الآليات المستخدمة لإدماج خريجي الجامعة، حيث يشتغل هذا الأخير مدة زمنية محددة مؤقتاً ليحل محل العامل المُتغيب أو يشتغل البطال بموجب عقد يربط بينه وبين الهيئة المستخدمة، وذلك لمنح فرصة للعاطلين عن العمل ولو بشكل مؤقت وبدون ضمان اجتماعي من أجل المساهمة في تقليص حجم البطالة (بوعلي، 2023، ص268) وفي إطار تكثيف جهود الدولة لمواجهة البطالة، تم إنشاء عدة أجهزة لمساعدة ودعم المقاولات نذكر منها:

الوكالة الوطنية للتشغيل (ANEM):

وهي مؤسسة عمومية ذات تسيير خاص، تخضع لأحكام المرسوم التنفيذي رقم (06-77) موضوعة تحت وصاية وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي، وهي تلعب دور الوسيط بين أصحاب العمل الباحثين عن اليد العاملة وبين الراغبين في العمل، والوكالة هي المسؤولة عن جمع وربط العرض وطلب العمل كما أن لها مهام أخرى كتنظيم وضمان معرفة الوضع وتطور سوق العمل الوطني والقوى العاملة، وأهم ما تهدف إليه هذه الوكالة (ANEM) هو:

- تنظيم وتسهيل النشاط الاستثماري والسيطرة على سوق العمالة، والمحافظة على التوازن الإقليمي والمساهمة في مكافحة البطالة.
 - تقديم الإصلاحات العميقة للخدمة العامة في التشغيل من أجل التكيف مع العالم المتغير للعمل والاستجابة لاحتياجات الباحثين عن العمل (خليلي، 2019، ص 271-272)
- وتضيف الوكالة في موقعها جملة من المهام نوجزها في الشكل التالي:



الشكل رقم (3) يمثل المهام الأساسية لوكالة ANEM

الوكالة الوطنية لدعم تشغيل الشباب (ANSEJ) وهي مؤسسة عمومية مكلفة بتشجيع وتدعيم ومرافقة الشباب البطال الذي يتراوح سنه ما بين 19 و 40 سنة، وتتولى هذه الوكالة المهام الآتية:

- دعم وتقديم الاستشارة ومرافقة الشباب ذوي المشاريع الصغيرة.
 - إتاحة جميع المعلومات (الاقتصادية، التقنية، التشريعية والتنظيمية) للمقاولين الشباب.
 - تطوير العلاقات مع مختلف الشركاء (البنوك، ضرائب، صناديق الضمان الاجتماعي،...).
 - إقامة شراكة بين القطاعات لتحديد الفرص الاستثمارية في مختلف القطاعات.
 - التدريب على تقنيات إدارة المشاريع الصغيرة للمقاولين الشباب.
 - منح الإعانات المالية والامتيازات الجبائية وشبه الجبائية في مرحلتي الانطلاق والاستغلال.
- (إسماعيل، رديف، 2021، ص933).

الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمارات (ANDI):

وتهدف هذه الوكالة إلى تشجيع الاستثمارات وذلك من خلال الخدمات التي تقدمها، وعلى رأسها المزايا الضريبية المرتبطة بالاستثمار، وهذا ما يساهم في توفير مناصب الشغل، حيث منذ إنشاء الوكالة (ANDI) سنة 2001 تم توفير 178166 منصب عمل، وتتوقف فعالية هذه الوكالة على توفير محيط مشجع للاستثمار (خالدي ويخلف، 2018، ص941).

بناءً على ما سبق، يمكن القول أن النهوض بتشغيل الشباب عامة وحملة الشهادات العليا خاصة أصبح من الأولويات التي تفرض نفسها على قائمة برامج الإصلاحات والتنمية، وذلك لأن انتشار بطالة المتعلمين على نطاق واسع يهدد الأمن القومي والإنساني في مختلف المجالات، ورغم الإمكانيات التي سخرتها الدولة من جهود وتدابير متخذة للحد من ظاهرة المتخرجين الجامعيين في الجزائر إلا أنها تبقى غير كافية وتشوبها تعقيدات قانونية وإدارية، فضلاً عن بطء الإجراءات اللازمة للاستفادة من القروض وتعقيدها، وهذا ما يجب أن تأخذه الحكومة بعين الاعتبار للحد الفعلي من ظاهرة البطالة في الجزائر.

الخلاصة:

تم في هذا الفصل التطرق الى مفهوم البطالة بشكل عام، ثم بطالة المتخرج الجامعي بشكل خاص وتم الكشف عن بعض الأسباب الكامنة وراء أزمة البطالة لدى خريجي الجامعات والحاملين للشهادات العليا، ومن تم الآثار المترتبة على ذلك، والتي انقسمت إلى الجانب النفسي والاجتماعي والاقتصادي.

ثم سلطت الباحثة الضوء على جانب مهم وهو إشكالية المواءمة بين مخرجات التعليم العالي وسوق العمل بالجزائر، وذلك من خلال عرض بعض الدراسات التي تطرقت لهذا الموضوع، باعتباره أحد الأسباب الأساسية والهامة في حدوث بطالة خريجي الجامعات.

وأخيرا تم وصف بعض الآليات المنتهجة من طرف الحكومة الجزائرية، والمتمثلة في وضع قوانين وتشريعات واقتراح أجهزة تخص سياسة التشغيل وإعادة النظر فيها من أجل إدماج البطالين وخاصة المتخرجين الجامعيين في سوق العمل وبالتالي التقليل من حجم البطالة.

الفصل الخامس: البرنامج الإرشادي

تمهيد

- 1- مفهوم البرنامج الإرشادي
- 2- الأسس التي تقوم عليها البرامج الإرشادية
- 3- الخصائص العامة للبرامج الإرشادية
- 4- خطوات بناء البرامج الإرشادية
- 5- البرنامج الإرشادي المقترح لتحسين الصحة النفسية للمتخرج الجامعي

البطل

خلاصة

تمهيد:

البرامج الإرشادية هي التنفيذ الفعلي لمفهوم الإرشاد النفسي، لأنها من أهم الأدوات التي يعتمد عليها المرشد النفسي لأداء المهام المنوطة به، وقد غدت في الوقت الحاضر الوسيلة الأكثر شيوعاً لتقديم الخدمات الإرشادية للمسترشدين الذي هو بحاجة إلى يد العون لاستعادة توازنه النفسي، وتنمية مهاراته الشخصية والاجتماعية وتحسين توافقه مع الحياة المتغيرة وتدريبه على حل المشكلات والاعتماد على نفسه في اتخاذ القرارات، فهي خبر إنسانية في عالم مشحون بالاضطرابات النفسية والسلوكية والانفعالية.

وفي الغالب ترمي البرامج الإرشادية إلى تحقيق أهداف معينة يُسطر لها مسبقاً، ويخطط لها بشكل سليم ومنظم على ضوء أسس ونظريات علمية بما يتناسب مع طبيعة المشكل أو السلوك وكذا عمر المسترشد وجنسه، وكل خطوة من خطوات البرنامج تمهد للخطوة التي تليها، بحيث تصبح عبارة عن استراتيجية تدخل إرشادي مترابطة ومتناسقة وشاملة، يسعى المرشد من خلالها إلى تعديل أفكار ومشاعر المسترشد من حالة اللاسواء إلى حالة السواء والتوافق النفسي والاجتماعي.

1- مفهوم البرنامج الإرشادي:

وردت العديد من التعريفات التي تناولت مفهوم التدخل الإرشادي الذي يكون على شكل برنامج والذي يعده المرشد النفسي ويطبقه على الفرد أو على مجموعة من الأفراد، من بينها:
تعريف زهران (1994): البرنامج الإرشادي هو "برنامج علمي مخطط ومنظم لتقديم مجموعة من الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة، فردياً أو جماعياً للمسترشدين داخل الأسرة وخارجها بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي وتحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي والتربوي والاجتماعي بشكل سليم، بحيث يقوم بإعداده وتخطيطه وتنفيذه فريق من المختصين في العمل الإرشادي" (العاسمي، 2012، ص 25).

ويعرفه عارف (2003) بأنه: "برنامج يعمل وفق نظريات الإرشاد النفسي على مساعدة وتبصير الأفراد في فهم مشكلاتهم، ويعمل البرنامج على حل هذه المشكلات بما يحقق سعادة الفرد مع الآخرين بحيث يصل إلى أفضل مستوى من التوافق والرضا والصحة النفسية" (حمودة الهور، 2016، ص 130).

ويعرفه تريكر (Trecker) بأنه "أي شيء وكل شيء تمارسه الجماعة لتحقيق حاجاتها ورغباتها بمساعدة المرشد" (سايحي، 2004، ص 24).

ويرى محمد سغفان (2005) أنه: " مزيج من الأهداف الخاصة والاستراتيجية الإرشادية الموجهة لتحقيق هذه الأهداف والتصميم البحثي الملائم، ومحتوى البرنامج والإجراءات التنظيمية وتنفيذ البرنامج وتقويمه، والتنسيق بين كل ما سبق" (بومجان، 2015، ص 233).

وهناك من عرفه بأنه: مجموعة من الخطوات العلمية المنظمة وفق تسلسل منطقي، الهدف منها تقديم خدمة علاجية فعالة، وتتحدد خطوات البرنامج من خلال الإطار النظري للمدرسة أو النظرية التي يتبناها المرشد النفسي (حمدي، 2013، ص 12).

أما جودت والعزة (2007) فيعرفانه على أنه "البيان الكلي لأنواع النشاط الذي تقرر اتخاذه للقيام بعمل إرشادي معين، أو تحديد المشكلات النفسية، والأهداف المنشودة، ثم وضع خطة عمل يمكن من خلال تنفيذها التغلب على المشاكل وتحقيق الأهداف في أقصر وقت وبأقل جهد وتكاليف ممكنة" (بن دعيمة، 2020، ص 80).

عموماً ومن خلال التعاريف المذكورة سلفاً، نجد أن أغلب الباحثين اتفقوا على أن البرنامج الإرشادي هو خطوات منظمة ومنتالية يعدها مختصون معتمدين على نظريات الإرشاد النفسي، الهدف منها تقديم الدعم والمساعدة للأفراد في حل مشاكلهم.

2- الأسس التي تقوم عليها البرامج الإرشادية:

تتطوي البرامج الإرشادية على مجموعة من الأسس المتعارف عليها، حيث لا بد أن يراعى من يقوم ببناء وتصميم البرنامج الإرشادي الاعتبارات التالية:

مراعاة ثبات ومرونة السلوك الإنساني وإمكانية التنبؤ به وقابليته للتعديل والتغيير.

مراعاة الفروق الفردية بين المسترشدين في النمو العقلي والجسمي والاجتماعي، واستعدادهم ورجبتهم في التدخل الإرشادي، مع مراعاة الفروق بين الجنسين.

الاهتمام بالفرد باعتباره عضواً في الجماعة، فلا ينظر إليه بحد ذاته دون الجماعة التي ينتمي إليها والمجتمع الذي يعيش فيه.

احترام المرشد للقيم الدينية والأخلاقية، فالدين ركن أساسي في العملية الإرشادية.

لا بد أن يفهم المرشد طبيعة النسق الفلسفي للمسترشد ويبني البرنامج بما يتماشى مع ذلك النسق حتى لا يتعارض التدخل الإرشادي بما يتضمنه من أهداف مع طبيعة المسترشدين وإطارهم المرجعي.

الحرص على السرية التامة لكل خبرات المسترشد دون استغلال لإمكانياته المادية والمعنوية ومشاركته في العملية الإرشادية دون ضغط أو إجبار.

الحرص على عدم حدوث أي تناقض بين أهداف البرنامج وفنياته وبين خصائص الأفراد الخاضعين للبرنامج وأهدافهم (العاسمي، 2012، ص41)

وعلى هذا الأساس نستنتج أن الحاجات الإرشادية تختلف باختلاف الأفراد من عدة جوانب: فيزيولوجية، اجتماعية، تربوية، فلسفية، أخلاقية ودينية، وعليه يجب أن يكون المرشد النفسي واعياً ومدركاً لهذه الجوانب أثناء تصميمه للبرنامج الإرشادي من أجل تحقيق الأهداف التي وُضع من أجلها.

3- الخصائص العامة للبرامج الإرشادية:

الخصائص والسمات التي يجب أن تتوفر في البرامج الإرشادية تتلخص فيما يلي (يحيى، 2019، ص154):

1-3 التنظيم والتخطيط: حيث يجب أن يكون للبرنامج الإرشادي استراتيجية منظمة ومخطط لها من قبل المتخصصين في مجال تصميم البرامج الإرشادية.

2-3 المرونة: والمقصود بها أن يكون البرنامج قابلاً للتعديل إذا تطلب الأمر ذلك حسب الظروف والمستجدات التي قد تطرأ على العملية الإرشادية.

3-3 الشمولية والتكامل: وهي أن يكون البرنامج شاملاً لجميع الأبعاد الاجتماعية والنفسية والانفعالية

ومتكاملاً كوحدة واحدة كل جزء فيها يكمل الآخر، وتكمل كل جلسة فيه الأخرى.

4-3 الموضوعية: حيث يجب البرنامج موضوعياً من حيث المحتوى النظري الذي يستند إليه.

تشخيص المرشد للمشكلة الذي استوجب التدخل الإرشادي وعلاجه.

الأدوات والمقاييس المستخدمة في التشخيص والتقييم والتقييم.

الفنيات والآليات الإرشادية المستخدمة

5-3 الدقة وسهولة التطبيق: مفاد ذلك أن تكون أهداف البرنامج محددة بدقة، وأن تكون إجراءاته سهلة التنفيذ من قبل المرشد والمسترشدين كذلك.

4- خطوات بناء البرامج الإرشادية:

تعتمد البرامج الإرشادية في تصميمها على مجموعة من الخطوات المنظمة والمتتابعة، تجيب في مضمونها على التساؤلات المطروحة قبل بناء أي برنامج إرشادي، وهي لمن سيقدم هذا البرنامج؟ ولماذا؟ كيف؟ متى؟ وماهي الوسيلة؟ وعلى هذا الأساس يخطو المرشد هذه الخطوات الأساسية:

4-1 تحديد الأهداف العامة والفرعية:

الأهداف هي التغيرات السلوكية المرغوب إحداثها لدى المسترشدين، حيث يجب أن تكون محددة بدقة وتصاغ في عبارات تصف التغير السلوكي المتوقع حدوثه بعد تطبيق البرنامج الإرشادي.

4-2 تحديد المحتوى:

تحديد الأهداف لوحدها ووضعها في صورة سلوك لا يكفي بل يجب وصف المادة التي ينجم عنها هذا السلوك، كما يجب أن يراعي القائم بالبرنامج المحتوى الأقرب إلى حياة الأفراد وأشدهم نفعاً لهم في حل المشاكل وتلبية الاحتياجات، وأن يكون مناسباً لقدرات المسترشدين ويتماشى مع اهتماماتهم.

4-3 اختيار وتخطيط الأنشطة والوسائل التعليمية:

حيث يتوقف نجاح إخراج المحتوى إلى حيز التنفيذ والاستفادة منه على الأنشطة والوسائل التعليمية التي سوف يعتمد عليها البرنامج والذي يتضمن إعداد بعض المواقف الإرشادية المناسبة وهي عبارة عن المعلومات والمهارات والاتجاهات والقيم المرغوب فيها لتعديل السلوكيات غير المرغوبة (الفريخ وآخرون 2018، ص 37-38).

4-4 تحكيم البرنامج الإرشادي:

قبل تطبيق البرنامج وتنفيذه ينبغي التحقق من صدقه وثباته، ومدى قدرته على تحقيق الأهداف التي وُضع لأجلها، ومناسبته لسن العينة المستهدفة وثقافة بيئتها، ويتم ذلك من خلال عرضه على مجموعة من المتخصصين في مجال الإرشاد والصحة النفسية، ثم يقوم صاحب البرنامج بإجراء التعديلات ومعالجتها حتى يصل إلى الصورة النهائية للبرنامج.

4-5 التنفيذ:

وهو الجانب العملي للبرنامج حيث يقدم فيه الخدمات الإرشادية المستهدفة، ويتبع ذلك الأسلوب المعتمد حسب الموقف والهدف إما إرشاد فردي أو جماعي، ومن أهم الخصائص المساعدة على تنفيذ

البرنامج: وضوح الأهداف وجودة التخطيط وارتباطه بواقع المسترشدين، مع توفر الوسائل وحماسة القائمين والمشاركين فيه.

6-4 التقييم:

والهدف من التقييم هو الكشف عن نقاط القوة والضعف في البرنامج الإرشادي، من أجل تعديله ليحقق الأهداف المرجوة منه، فالتقييم عملية هامة وضرورية، لكن يجب أن تُراعى الموضوعية والحياد التام أثناء القيام بعملية التقييم، ويرى زهران (1986) أن الهدف من تقييم البرامج الإرشادية هو معرفة الإنجازات التي تم التوصل إليها بفضل عملية التدخل المهنية، وتحديد جوانب القوة لتدعيمها مستقبلاً وجوانب القصور لتعديلها أو تحسينها (بنين، 2018، ص55).

7-4 المتابعة:

ويقصد بالمتابعة التحقق من تحسن المسترشد الذي نُفذ عليه البرنامج، وذلك من خلال متابعة ما تم إنجازه أثناء العملية الإرشادية، والهدف منها هو التأكد من استمرارية تقدم الحالة ومدى استفادتها من الخبرات الإرشادية وذلك خوفاً من الانتكاس ورجوع المشكلة التي كان المرشد بصدد علاجها، وتعكس أهمية المتابعة مدى نجاح البرنامج الإرشادي ومدى فاعليته (الفريخ وآخرون 2018، ص 39).

وعليه فإن تصميم برنامج إرشادي هو عبارة عن عملية منظمة، تتسلسل فيها الخطوات المذكورة سلفاً بغية تحقيق الأهداف المحددة، وما يجدر بنا الإشارة إليه هو أن بناء أي برنامج إرشادي يتطلب الكثير من الجهد أثناء إعداده وتنفيذه ويتطلب عدة مهارات إرشادية يجب أن تتوفر لدى المرشد النفسي الجيد.

5- البرنامج الإرشادي المقترح لتحسين الصحة النفسية للمتخرج الجامعي البطال:

تعرف الباحثة البرنامج الإرشادي المقترح في هذه الدراسة بأنه: تصميم يضم مجموعة من الخطوات المحددة والمنظمة والمتتابعة تستند على أسس نظرية في الإرشاد النفسي، وهي عبارة عن أنشطة تحمل مهارات وتدريبات موجهة لعينة من الشباب (ذكوراً وإناثاً) حيث يتميز أفراد العينة المستهدفة بانخفاض في مستوى الصحة النفسية مع ظهور أعراض الاكتئاب، بسبب التعطل عن العمل رغم حصولهم على شهادة جامعية، وتقتصر الباحثة أن يطبق هذا البرنامج خلال فترة زمنية محددة بهدف مساعدة هذه العينة على كيفية التعامل مع هذه الوضعية (البطالة) مع مواجهتها بفاعلية ومحاولة إيجاد الحلول المناسبة لها، بغية الرفع من مستوى صحتهم النفسية.

5-1 إجراءات تصميم البرنامج المقترح:

بعد قيام الباحثة بعملية مسح شامل للدراسات والبحوث التي تناولت البرامج الإرشادية العلاجية باختلاف النظريات المتبعة في كل برنامج والتي اهتمت أغلبها بتحسين مستوى الصحة النفسية للفرد وتحديدًا تخفيض درجات الاكتئاب النفسي وخاصة لدى فئة الشباب، والتي من أهمها:

دراسة يوسف النجمة(2008) بعنوان: "مدى فاعلية برنامج إرشادي نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية"، دراسة أبو فايد(2010) بعنوان: "فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي"، دراسة برزوان(2012) بعنوان: "دراسة حالة علاج سلوكي معرفي لحالة اكتئاب نفسي"، دراسة الجميلي(2013) بعنوان: "فاعلية برنامج إرشادي في خفض مستوى الاكتئاب لدى الطلبة المكتئبين"، دراسة زعتر(2015) بعنوان: "فاعلية برنامج علاج سلوكي متعدد المحاور بمحتوى ديني في تخفيض الاكتئاب النفسي"، دراسة المناحي(2015) بعنوان: "فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الصلابة النفسية لدى المكتئبين في ضوء نظرية العلاج المعرفي السلوكي"، ودراسة عبد الباقي ونائلة(2016) بعنوان: "فعالية برنامج إرشادي علاجي لتدعيم حب الحياة والهناء الشخصي لمرضى الاكتئاب الخالي من أعراض ذهنية"، دراسة علاء صبح(2016) بعنوان: "فاعلية برنامج إرشادي نفسي إسلامي لخفض أعراض الاكتئاب النفسي، دراسة يمينة فالح(2017) بعنوان: "مدى فاعلية برنامج إرشادي قائم على إكساب مشاعر الأمن النفسي للراشدين للرفع من مستوى صحتهم النفسية"، دراسة أحلام يحيى(2019) بعنوان: "فاعلية برنامج قائم على الإرشاد النفسي الديني في التخفيف من قلق المستقبل لدى طلبة الجامعة"، دراسة علي نايف(2019) بعنوان: "فاعلية برنامج إرشادي لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين في مدينة عجلون، دراسة رامي يوسف(2020) بعنوان "فاعلية برنامج إرشادي تكاملي في تنمية الشفقة بالذات لتحسين الصحة النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة"، دراسة السعيد جبريا(2021) بعنوان "فاعلية برنامج إرشادي مهني قائم على الحكمة لتنمية ريادة الأعمال وخفض قلق البطالة لدى طالبات المرحلة الثانوية التجارية"، دراسة سارة عبد السلام(2022) بعنوان "فعالية برنامج إرشادي قائم على بعض فنيات علم النفس الإيجابي لتحسين الصلابة النفسية وخفض قلق البطالة لدى الطالبات المعلمات بكلية التربية"، دراسة مروان مسعد(2021) بعنوان "

فعالية برنامج بعنوان " فعالية برنامج إرشادي قائم على التدخلات الإيجابية في خفض الطلاق العاطفي لدى المتزوجين العاطلين عن العمل في ظل انتشار فيروس كورونا"، دراسة أمل بدر (2021) بعنوان: 'فاعلية برنامج إرشادي جماعي قائم على العلاج بالتقبل والالتزام في خفض أعراض الاكتئاب والقلق والشعور بالنقص لمجموعة من المطلقات السعوديات، قامت الباحثة بتحديد أهداف البرنامج المقترح لهذه الدراسة:

5-2 أهداف البرنامج المقترح:

5-2-1 الهدف العام:

يهدف البرنامج الذي اقترحته الباحثة في هذه الدراسة التي تضمنت متغير الصحة النفسية للمتخرج الجامعي البطال كمتغير تابع ومتغير البطالة كمتغير مستقل، وكان متغير الاكتئاب النفسي كمتغير مُتنبأ به، إلى تحسين مستوى الصحة النفسية لدى الشاب الحامل للشهادة الجامعية والعاطل عن العمل رغم أنه راغب فيه، والتخلص من الأعراض المرضية (أعراض الاكتئاب) دون اللجوء إلى تعاطي الأدوية العلاجية.

5-2-2 الأهداف الخاصة:

وضعت الباحثة تصور للأهداف الخاصة التي يمكن تحقيقها إذا ما طُبّق هذا البرنامج المقترح على العينة المستهدفة، والتي تم حصرها فيما يلي:

- مساعدة أفراد العينة على اتخاذ القرار بالتغيير نحو الأفضل.
- مساعدة أفراد العينة على التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم، وفهم طبيعة مشكلاتهم.
- تزويد أفراد العينة بالمعلومات والأساليب اللازمة لتنمية القدرة على مواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية.
- استبدال الأفكار والمشاعر والنظرة السلبية للمستقبل بأخرى إيجابية وبناءة.
- مساعدة أفراد العينة على تقبل وضعيتهم (حالة العطالة عن العمل) وتحقيق التكيف الاجتماعي.
- تنمية الوعي لدى المشاركين في البرنامج وحثهم على إطلاق طاقاتهم الكامنة.
- التغلب على الشعور بالعزلة وتحبيبتهم في اللقاءات الجماعية والاستمتاع بها.
- تعزيز الثقة بالنفس وتدعيم الذات لدى هؤلاء البطالين (عينة الدراسة).
- تدريب المشاركين في البرنامج على فنيات ومهارات واستراتيجيات تخفف من الاكتئاب النفسي الناتج عن حالة التعطل عن العمل.

- ترسيخ بعض المفاهيم والأفكار المساعدة في تحقيق التوازن بين حاجات الروح وحاجات الجسد لدى المشاركين.
- تنمية القيم الروحية والأخلاقية المتمثلة في مبادئ وتشريعات الدين الإسلامي، كمصدر للدعم الروحي والانفعالي للتخفيف من المعاناة النفسية.
- اكتساب فنيات علم النفس الإيجابي مثل: التفاؤل، الأمل، كفاءة الذات، الانفعالات الإيجابية الثقة بالنفس، والتفكير الإيجابي.

5-2-3 محتوى البرنامج الإرشادي المقترح:

اعتمدت الباحثة أثناء تصميم هذا البرنامج على بعض نظريات الإرشاد النفسي (العلاج المعرفي السلوكي)، والإرشاد الديني (ما ورد في القرآن والسنة النبوية)، وعلى بعض فنيات علم النفس الإيجابي.

أ- العلاج المعرفي السلوكي:

يعد العلاج المعرفي السلوكي اتجاها يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفنائه المتعددة والعلاج السلوكي بأساليبه المختلفة، ويتضمن التعامل مع الاضطرابات والضغوط النفسية من منظور ثلاثي: أي معرفيا وانفعاليا وسلوكيا، ويهدف هذا العلاج إلى إقناع المسترشد بأن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هي سبب في ردود أفعاله والدالة على سوء تكيفه، كما يحاول هذا العلاج تعديل نظرة الفرد المشوهة والسلبية لذاته وللمستقبل، ويحاول أن يضع محلها طرق أكثر ملائمة للتفكير وذلك من أجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى المسترشد (الجميلي، 2013، ص38).

ب- الإرشاد الديني:

يقوم الإرشاد الديني على أن الدين هو ركن أساسي في حياة البشر، ويهدف إلى تنمية الإنسان الحر صاحب الإرادة والعقيدة والإيمان الذي يعيش في أمان وسلام وتحقيق الصحة النفسية في أعلى مستوياتها (الفيتوري وعبد الخالق، 2013، ص174).

ويرى زهران (2003) أنه: 'أسلوب يقوم على مبادئ وأسس ومفاهيم وأساليب دينية وروحية منها: التوبة الاستبصار، الدعاء، التعلم، الاستغفار، ذكر الله والتوكل عليه، الصبر، ويقوم على معرفة الفرد لنفسه ودينه وربيه، والقيم والمبادئ الروحية والأخلاقية (الهو، 2016، ص130).

ت- علم النفس الإيجابي:

يركز علم النفس الإيجابي على دراسة وتحليل مكامن القوة والسمات والفضائل الإنسانية الإيجابية لتعزيز السعادة الشخصية للفرد في ممارساته وأنشطته وشؤون حياته اليومية، ولتحسين صحته وإنتاجيته وتحسين نوعية الحياة بصفة عامة، ويهتم بمساعدة الأفراد لاكتشاف قدراتهم، كما يهتم بتحليل فعالية صيغ التدخل الإيجابي التي تستهدف تحسين وزيادة الرضا عن الحياة، وتعزيز أدائه في مختلف سياقات ومواقف الحياة (شريف، 2016، ص118).

5-2-4 الاستراتيجية المقترحة لهذا البرنامج:

تقترح الباحثة الإرشاد الجماعي كاستراتيجية أساسية لهذا البرنامج وذلك لما تقتضيه طبيعة الدراسة فالمشكلة التي تجمع أفراد العينة هي نفسها (البطالة)، وترى الباحثة أن التفاعل بينهم يجعل كل واحد منهم يؤثر ويتأثر بالآخر مما يجعل الاندماج فيما بينهم يزودهم بأفكار وسلوكيات جديدة، كما أن تواجد الفرد داخل المجموعة يساعده على تصحيح أفكاره الخاطئة وتعديل نظرته للحياة.

ويرى البعض أن الإرشاد الجماعي يجعل أكبر عدد من المسترشدين يستفيدون من البرنامج الإرشادي وبأقل تكلفة وفي أسرع وقت، زيادة على هذا فهي الطريقة التي تقوم على فلسفة أن الإنسان كائن اجتماعي لا يستطيع أن يعيش بمعزل عن الآخرين، ولديه حاجات نفسية واجتماعية ولديه مشكلات لا يمكن أن يشبعها أو يحلها بمفرده، ولهذا لا بد له أن يتفاعل مع الآخرين (يحيى، 2019، ص183).

وترى الباحثة أن العمل الإرشادي داخل جماعة يحدث نوعا من المواساة بين أفرادها ويستفيد كل فرد من خبرات وتجارب الأفراد الآخرين.

5-2-5 الفنيات المقترحة:

أسلوب المحاضرة: هو فنية مهمة في الإرشاد النفسي، حيث ترى الباحثة استخدام هذه الفنية أثناء الجلسات الإرشادية هو الأمثل لتزويد المسترشدين بالمعلومات واطلاعهم على الحقائق العلمية والدروس التعليمية التي يهدف من خلالها المرشد إلى تحقيق الغاية من هذا البرنامج الإرشادي.

أسلوب الحوار والمناقشات الجماعية: حيث لا يكاد يخلو الإرشاد الجماعي من هذه الفنية وذلك لأهميتها في إحداث التفاعل بين أفراد المجموعة الإرشادية، وبينهم وبين المرشد النفسي كما أنها تتيح الفرصة أمام كل عضو من الأعضاء لإبداء رأيه والتعبير عن مشاعره، حيث تقترح الباحثة أن يتم طرح الأسئلة والمناقشة حولها بعد كل محاضرة، مما يتيح للمرشد تصحيح بعض الأفكار اللاعقلانية، وتدريب الجماعة المستهدفة على التفكير الإيجابي وتنمية روح التفاؤل لديهم.

فنية الإقناع والتأثير: حيث يعمل المرشد النفسي على تغيير آراء أو اتجاهات أو معتقدات أو ترسيخ أفكار وتعزيزها لدى المسترشدين عن طريق استخدام كلمات وحركات وإيماءات لنقل المعلومات والمشاعر والتعبير الاستدلالية قصد تهيئ المخاطب لاستقبال المعلومة التي يود المرشد إقناعه بها.

التكليف ببعض الواجبات خارج الجلسات الإرشادية: ترى الباحثة أن تكليف أفراد المجموعة المشاركة في البرنامج الإرشادي ببعض النشاطات هو بمثابة تكملة لما يجري أثناء الجلسات الإرشادية، حيث فكرت الباحثة في بعض الأنشطة التي يمكن توظيفها على شكل روتين يومي طيلة البرنامج الإرشادي بحيث يكلف به أفراد المجموعة خارج الجلسات الإرشادية وهو مجموعة من المهام اليومية، بحيث يُطلب من المسترشد وضع علامة (x) تحت كل نشاط يقوم به في اليوم وقد اعتمدت الباحثة في تصميم هذا الروتين اليومي على فكرة المزج بين الحاجيات الروحانية للفرد (الصلاة والدعاء وقراءة القرآن) والحاجيات البيولوجية (النوم، الأكل الصحي، الرياضة، نظافة الجسم) بناءً على ما جاء في بعض الدراسات التي أثبتت فعالية برامجها العلاجية، منها ما هو قائم على المحتوى الديني كدراسة (أبو وردة، 2014)، دراسة (موسى وعبد الخالق 2013)، دراسة (زعتري، 2016)، دراسة (يحيى، 2019) دراسة (مليباري ولمفرجي، 2021)، حيث أثبتت هذه الدراسات أن الالتزام بالواجبات الدينية تساعد الفرد على التعايش مع الأحداث الضاغطة وأن المتدين يشعر بالسعادة ويتمتع بالصحة الجسمية والعقلية ودراسات أخرى أشارت إلى أن ممارسة الرياضة تساعد على التخفيض من الضغوطات الحياتية وتحسين الصحة النفسية، كدراسة (زايد وآخرون، 2013) دراسة (بلال، 2018) دراسة (دربال وقاصدي، 2021)، دراسة (دردون، 2022)، في حين وجدت دراسات أخرى أن الصحة العقلية والنفسية للفرد ترتبط بالغذاء الصحي كدراسة (Gomez-Pinilia، 2008) ودراسة (McMillan&Al، 2010) التي أثبتت أن النظام الغذائي الصحي يحسن الحالة المزاجية للفرد ودراسة (سراج، 2017) التي كشفت عن العلاقة بين أسلوب الحياة الصحي والصحة النفسية أما دراسة كل من (حافظ، 2015) ودراسة (علو وعاصمي، 2023) فاهتمت بالانعكاس السلبي لاضطرابات النوم على الصحة النفسية والجسدية حيث أن قلة النوم وعدم أخذ القسط الكافي منه يزيد من احتمالية الإصابة بالاكئاب (ستيفنوراسل، ص112) أما بالنسبة للنظافة الشخصية فقد أثبتت دراسة (Shamika & Al، 2016) أن سلوكيات النظافة ترتبط أيضاً بحالة الصحة العقلية، حيث وجدت أن الضيق النفسي وتدني احترام الذات والتعاسة ترتبط بسوء النظافة الشخصية، وجاء على لسان

"الدويكات" أن النظافة الشخصية تزيد من قدرة الشخص على التركيز في الأعمال الموكلة إليه، لأنها تمنحه النشاط والحيوية والشعور بالانتعاش، وهذا ما يزيد من ثقته في نفسه(الدويكات،2022).

الوسائل المستخدمة في البرنامج:

يمكن الاستعانة بوسائل بسيطة أثناء إدارة الجلسات الإرشادية وهي:

- جهاز الحاسوب.

- جهاز عرض (Data Show).

- نشاطات وجداول.

- مجموعة من الفيديوهات.

- بطاقات

- سيورة.

- أوراق وأقلام.

عدد الجلسات المقترحة:

تفضل الباحثة ألا تتعدى المدة الزمنية للبرنامج شهرين، وإلا قد يكون مملاً بالنسبة للمشاركين حيث رعت الباحثة وضعية المسترشدين وحالتهم النفسية، وعليه من الأحسن أن تكون الجلسات مقسمة على مدة ثمانية أسابيع بمعدل جلستين في الأسبوع الواحد، لتصبح عدد جلسات هذا البرنامج الإرشادي هي (16) جلسة، أما بالنسبة للمدة التي تستغرقها كل جلسة فتقترح الباحثة أن تكون الجلسات غير مقيدة بوقت محدد وإنما على حسب مضمون كل جلسة(تتراوح ما بين 60 دقيقة و90 دقيقة) وعلى حسب تدخلات المشاركين ومناقشتهم للموضوع، طبعاً مع تحكم المرشد النفسي وتقديره للوقت وهذا ما يتطلب منه مهارة إدارة الوقت.

العينة المستهدفة:

هذا البرنامج الإرشادي يستهدف عينة يجب أن تتوفر فيها الشروط الآتية:

- مجموعة مكونة من [6 أفراد على الأقل إلى 10 أفراد على الأكثر] وتفضل الباحثة أن تكون المجموعة

الإرشادية متجانسة من حيث الجنس(إما مجموعة من الذكور أو مجموعة من الإناث) حتى يكون

هناك مجال للتعبير عن المشاعر بكل أريحية، ولمراعاة الفروق بين الجنسين.

- يحملون شهادة جامعية (ليسانس، ماستر، ماجستير، دكتوراه)

- يعيشون وضعية بطالة لمدة سنة على الأقل.

- يسجلون انخفاضاً في مستوى الصحة النفسية ولديهم أعراض الاكتئاب من خلال القياس القبلي، وذلك عن طريق تطبيق أدوات القياس (مقياس الصحة النفسية، مقياس الاكتئاب).
- ونقترح الباحثة تطبيق القياس القبلي على العينة قبل الشروع في البرنامج، حتى يتسنى للمرشد اختيار أفراد العينة حسب نتائج القياس المتحصل عليها، فيختار فقط الأفراد الذين يسجلون انخفاضاً في مستوى صحتهم النفسية، وارتفاعاً في مستوى الاكتئاب لديهم، والراغبين في المشاركة في البرنامج الإرشادي.

5-2-6 الخطوات العامة لتنفيذ الجلسات الإرشادية:

يمكن توضيح الخطوات التي يجب اتباعها خلال تنفيذ الجلسات المقترحة لهذا البرنامج الإرشادي

كما يلي:

- تمهيد قبل كل جلسة إرشادية.
- تعريف المجموعة بأهداف الجلسة.
- مزاولة النشاطات التي تحدد من طرف المرشد حسب موضوع الجلسة والهدف منها.
- المناقشة والرد على تساؤلات أعضاء المجموعة.
- تلخيص موضوع الجلسة.
- تحديد وتكليف أفراد المجموعة بالالتزام بالروتين اليومي.
- إنهاء الجلسة مع تقديم الشكر للمجموعة.

الخلاصة:

تم في هذا الفصل التعرف على مفهوم البرنامج الإرشادي، والأسس والخصائص العامة وخطوات بناء البرامج الإرشادية حسب المتفق عليه من طرف غالبية المتخصصين في تصميم البرامج الإرشادية.

حيث نستنتج من خلال ما ورد أن البرنامج الإرشادي هو عبارة عن استراتيجية علمية منظمة تستند على مقومات وأسس راسخة من واقع الإرشاد النفسي، ولها أهداف أصيلة جوهرها مساعدة الأفراد الذين هم بحاجة إلى من يتعاون معهم في تنمية بعض القدرات والمهارات لمواجهة الصعوبات والمعوقات التي تواجههم في حياتهم من أجل تحقيق التوافق النفسي مع الذات ومع الآخرين.

كما تم من خلال هذا الفصل الإشارة إلى الاعتماد في تصميم البرنامج الإرشادي المقترح لهذه الدراسة على ما جاءت به نظرية العلاج المعرفي السلوكي، والإرشاد الديني (ما ورد في القرآن والسنة النبوية) وعلى بعض فنيات علم النفس الإيجابي.

الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للدراسة

أولاً: الدراسة الاستطلاعية

ثانياً: الدراسة الأساسية

أولاً: الدراسة الاستطلاعية:

وتسمى كذلك بالدراسة الكشفية أو الدراسة التمهيديّة، ويتم من خلالها استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث في دراستها وفتح المجال أمام أفكار جديدة عن مشكلة البحث وأهم الفروض التي يمكن وضعها وإخضاعها للبحث العلمي، كما تساعد الباحث على تحديد أوجه التقصير في إجراءات الدراسة لیتفادها منذ البداية، وتعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة لا بد منها في أغلب الدراسات والبحوث العلمية لأنها تمكن الباحث من التعرف على الظاهرة التي يرغب في دراستها بشكل معمق، وجمع بيانات ومعلومات عنها كما أنها تكشف الظروف والملابسات والعقبات التي تعترض طريق البحث لیتفادها الباحث لاحقاً في الدراسة الأساسية (مروان، 2000، ص38).

1- أهداف الدراسة الاستطلاعية:

إجراء الدراسة الاستطلاعية يهدف إلى ما يلي:

- ضبط المجتمع الأصلي للدراسة، وذلك عن طريق جمع المعلومات الكافية حول المتخرج الجامعي البطال حيث قامت الباحثة بالتوجه إلى وكالات التشغيل الوطنية للتحري عن إمكانية الاتصال بالشباب البطال شرط أن يكون حامل لشهادة جامعية.
- اختبار أدوات الدراسة (مقياس الصحة النفسية ومقياس الاكتئاب النفسي) والتحقق من خصائصها السيكومترية (الصدق والثبات) وإجراء التعديلات اللازمة قبل تطبيقها في الدراسة الأساسية.
- وتمكنت الباحثة من خلال الدراسة الاستطلاعية من رصد بعض الحالات التي تتوفر فيها مواصفات العينة المطلوبة في الدراسة، كما أجرت مقابلات مع بعض الشباب البطال للتأكد من إمكانية تقبلهم لفكرة الفحص والإجابة على فقرات المقياس المعتمدين في الدراسة (مقياس الصحة النفسية ومقياس الاكتئاب).

2- أ العينة ومواصفاتها:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من 60 متخرجاً ومتخرجة من الجامعة بدون عمل ينحدرون من ثلاث ولايات: وهران، تلمسان، مستغانم، تم اختيارهم بطريقة قصدية، وجاءت موزعة كما هو مبين في الجداول رقم (1) و(2) و(3) و(4).

جدول رقم(1) يوضح توزيع العينة الاستطلاعية حسب (الجنس)

المتغير	الخصائص	التكرارات	النسب المئوية
الجنس	ذكر	26	%43.3
	أنثى	34	%56.7
	المجموع	60	%100

من خلال الجدول رقم(1) نلاحظ الفرق بين نسبة الإناث ونسبة الذكور في العينة الاستطلاعية حيث توزعت العينة على (56.67%) من الإناث و(43.33%) من الذكور.

جدول رقم(2) يوضح توزيع العينة الاستطلاعية حسب (المستوى الجامعي)

المتغير	الخصائص	التكرارات	النسب المئوية
المستوى الجامعي الأكاديمي	ليسانس	10	%16.7
	ماستر	19	%31.7
	ماجستير	2	%3.3
	دكتوراه	29	%48.3
	المجموع	60	%100

من خلال الجدول رقم(2) يتضح أن أكبر نسبة من العينة لصالح المتحصلين على شهادة الدكتوراه بنسبة (48.3%) بعدها حاملي شهادة الماستر بنسبة (31.7%) ثم حاملي الليسانس بنسبة (16.7%)، أما المتحصلين على شهادة الماجستير فكانت أدنى نسبة وهي (3.3%) من حجم العينة.

جدول رقم(3) يوضح توزيع العينة الاستطلاعية حسب (الحالة الاجتماعية)

المتغير	الخصائص	التكرارات	النسب المئوية
الحالة الاجتماعية	أعزب/عزباء	40	%66.7
	متزوج(ة)	20	%33.3
	المجموع	60	%100

من خلال الجدول رقم(3) نلاحظ أن هناك فرق واضح في متغير الحالة الاجتماعية بين المتخرجين البطالين المتزوجين وغير المتزوجين حيث كانت النسبة الأكبر لصالح الأفراد غير المتزوجين وهي (66.7%)، أما بالنسبة للمتزوجين فبلغت (33.3%).

جدول رقم(4) يوضح توزيع العينة الاستطلاعية حسب (مدة البطالة)

المتغير	الخصائص	التكرارات	النسبة المئوية
مدة البطالة	من سنة إلى 3 سنوات	20	%33.3
	من 3 سنوات إلى 5 سنوات	12	%20
	أكثر من 5 سنوات	28	%46.7
	المجموع	60	%100

من خلال الجدول(4) نلاحظ أن مدة البطالة أكثر من 5 سنوات كانت تمثل أكبر نسبة وهي (46.7%) مقارنة بالمدة التي تتراوح بين 1 سنة و3 سنوات والتي تمثل(33.3%)، أما المدة التي تتراوح بين 3 سنوات و5 سنوات فبلغت(20%).

3- أدوات الدراسة ومواصفاتها:

3-أ مقياس الصحة النفسية:

استخدمت الباحثة مقياس الصحة النفسية لصالح فؤاد مكايي(2002)، والذي يهدف إلى التعرف التقديري على مستوى الصحة النفسية لدى الشرائح العمرية التي تتراوح ما بين (18 و55 سنة فأكثر) لدى كلا الجنسين، وتنقسم مستويات الصحة النفسية حسب هذا المقياس إلى(مكايي، 2002، ص12) مستوى منخفض- مستوى متوسط - مستوى مرتفع، بناء على المجالات الافتراضية للمقياس حيث يقع المستوى المنخفض ما بين الدرجات [56-93] ، والمستوى المتوسط ما بين الدرجات [93-130] والمستوى المرتفع ما بين [130-168].

جدول رقم(5) يمثل أبعاد وفقرات مقياس الصحة النفسية

الأبعاد	الفقرات	مجموع الفقرات
السعادة في الحياة	2- 5- 10- 16- 18- 24- 27- 34- 38 40 43- 47- 50	13
الرضا عن الذات	1- 7- 12- 21- 29- 31- 34- 38	7
رضا الآخرين	3- 9- 13- 19- 26- 31- 34- 38	7
الرضا المهني	6- 11- 17- 28- 36- 44	6
الخلو النسبي من الأعراض المرضية	4- 8- 14- 29- 37- 42	6

5	46 -39 -25-20-15	وجود معنى في الحياة
6	54-41-35 -32-30-22	الأمن النفسي
6	56-53 -51 -48 -33 -23	الأمن الاقتصادي
56	56	المجموع

ويجيب المفحوص على فقرات المقياس باختيار أحد البدائل الثلاثة المقترحة :

أوافق / أوافق إلى حد ما/ لا أوافق

جدول رقم(6) يوضح الاستجابات الثلاثية الموجبة والسالبة على مقياس الصحة النفسية

الاستجابات السالبة		الاستجابات الموجبة	
البديل	الدرجة	البديل	الدرجة
أوافق	1	أوافق	3
أوافق إلى حد ما	2	أوافق إلى حد ما	2
لا أوافق	3	لا أوافق	1

جدول رقم (7) يوضح الفقرات الموجبة والفقرات السالبة

الفقرات السالبة	الفقرات الموجبة	المقياس
18- 17 -15-14-11-10-8-7 -4	13 -12- 9- 6 -5- 3- 2- 1	مقياس الصحة النفسية
34-33 -32- 29- 27- 23 -22 -19	26 -25 -24 -21- 20 -16-	
46- 43- 42 -41 -40- 37- 36 -35	- 44- 39 38- 31 -30 -28-	
56-55-54-53 -51- 50 -49	52 -48 -47 -45	
32 فقرة	24 فقرة	المجموع

3-ب مقياس الاكتئاب:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على مقياس الاكتئاب لرجب أحمد مصطفى علي (2013)، المتكون من

36 عبارة مُوزعة على ثلاث أبعاد : (رجب، 2013، ص34).

جدول رقم(8) يمثل أبعاد وفقرات مقياس الاكتئاب

عدد الفقرات	الفقرات	أبعاد مقياس الاكتئاب
13	19 -16 -13 -10 - 7 -4 -1 34 -33 -31 -28-25 -22	البعد النفسي
11	-26-23-20-17-14-11-8-5-2 35-29	البعد الاجتماعي
12	-27-24-21-18-15-12-9-6-3 36-32-30	البعد الجسدي

وكانت طريقة الإجابة على فقرات المقياس (كلها موجبة)، باختيار إجابة واحدة من ثلاث بدائل الإجابة

هي : دائما (3) أحيانا (2) نادرا (1)

وُقُسمت مستويات الاكتئاب إلى:

مستوى منخفض - مستوى متوسط - مستوى مرتفع، بناء على المجالات الافتراضية للمقياس حيث

يقع المستوى المنخفض ما بين الدرجات [36-60]، والمستوى المتوسط ما بين الدرجات [61-85]

والمستوى المرتفع ما بين [86-110].

الدراسة السيكومترية لأدوات القياس:

مقياس الصحة النفسية:

تم اختيار مقياس الصحة النفسية في هذه الدراسة لصالح فؤاد مكاوي(2002) لأنه استخدم في

عدة دراسات نفسية على البيئة العربية والجزائرية، كدراسة (صالح 2012) حيث طبقت على البيئة

ال فلسطينية ودراسة (عقوب وأبوتبينة، 2020) والتي كانت على البيئة الليبية، أما الدراسات الجزائرية

التي استخدمت نفس المقياس فهي كثيرة ومتعددة نذكر منها دراسة (رحماوي، 2009) ودراسة (ملوكة

عواطف 2014) ودراسة (بوطاوي، 2017) ودراسة(بوكايس، 2018)، وقد أثبتت نتائج هذه الدراسات

كلها على تمتع المقياس بمستويات مرتفعة من الصدق والثبات وأيضا هو من أكثر المقاييس استخداما

في الدراسات النفسية (السيد، 2021، ص240).

ويتفق هدف مقياس الصحة النفسية لصالح فؤاد مكاوي (2002) مع أحد أهداف هذه الدراسة وهو

تحديد مستويات الصحة النفسية، فبتحديد الدرجة الخام التي يحصل عليها المفحوص من خلال

الإجابة على المقياس، يمكن التعرف على مستوى الصحة النفسية المقابل لتلك الدرجة.

صدق المقياس :

يعد الصدق من أهم الخصائص السيكومترية التي يتطلب توافرها في المقياس النفسي، لأنه يمثل أحد الوسائل المهمة في الحكم على صلاحية المقياس (بن صافي، 2017، ص10).
والمقصود هنا هو دقة الأداة في قياس ما وُضعت لقياسه، استخدم صاحب المقياس صلاح فؤاد مكاوي(2002) طريقة الصدق التلازمي، عن طريق تطبيق مقياس الصحة النفسية الذي أعده، على عينة حجمها (1035) فرداً، كما طبق مقياس جودة الصحة النفسية لمصطفى الشراوي (1999) على نفس العينة وقد دلت النتائج المحصل عليها على وجود ارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة(0.01) بين درجات أفراد عينة التقنين في مقياس الصحة النفسية وبين درجاتهم على مقياس جودة الصحة النفسية والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم (9) يوضح معامل الارتباط بين درجات مقياس الصحة النفسية ودرجات مقياس جودة

الصحة النفسية لدى عينة التقنين

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	
دالة عند 0.01	0.62	مقياس الصحة النفسية
		مقياس جودة الصحة النفسية

(رحماوي، 2009، ص108)

كما استخدم صاحب المقياس صلاح فؤاد مكاوي(2002) كذلك الصدق العاملي، حيث أسفرت النتائج بعد تحليل المصفوفة العاملية لمفردات المقياس على ثمانية عوامل وهي: السعادة في الحياة- الرضا عن الذات - رضا الآخرين- الرضا المهني- الخلو النسبي من الأعراض المرضية - وجود معنى في الحياة- الأمن النفسي- الأمن الاقتصادي، والتي في مجملها تعبر عن الصحة النفسية لدى الفرد(ملوكة، 2014، ص119).

تم حساب معامل ثبات مقياس الصحة النفسية باستخدام طريقة إعادة الاختبار وذلك بعد ثلاثة أسابيع من التطبيق الأول على عينة التقنين(حجمها1035) حيث بلغ (0.639)، وللتأكد أيضاً من ثبات المقياس تم استخدام طريقة التجزئة النصفية حيث بلغ معامل ثبات المقياس (0.78) وهي جميعها نسب دالة عند(0.01)، وهذا ما يجعل المقياس على درجة من الصدق والثبات ومناسب للتطبيق (مكاوي، 2002، ص14).

أما في هذه الدراسة، وللتأكد من صدق وثبات مقياس الصحة النفسية اعتمدت الباحثة على :
 أ- حساب الصدق لمقياس الصحة النفسية:
 أ/1- صدق الاتساق الداخلي:

حيث تم حساب معامل ارتباط كل فقرة بمجموع البعد الذي تنتمي إليه، وجاءت نتائج ذلك كالآتي:

جدول رقم(10) يبين قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد السعادة في الحياة

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
2	0.62	0.01	34	0.54	0.01
5	0.21	0.94	38	0.09	0.46
10	0.53	0.01	40	0.74	0.01
16	0.58	0.01	43	0.39	0.02
18	0.13	0.31	47	0.51	0.01
24	0.18	0.15	50	0.32	0.01
27	0.29	0.02			

من خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم(10)، يبدو أن أغلب فقرات البعد الأول(السعادة في الحياة) ارتبطت بمجموعها بين مستوى دلالة (0.01 و 0.02) سوى الفقرات رقم(5 - 18 - 24 - 38) والتي كانت قيم ارتباطاتها غير دالة كما هو موضح (الفقرات المضللة) وبالتالي يتقرر حذفها من الأداة في صورتها النهائية.

جدول رقم(11) يبين قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد الرضا عن الذات

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.74	0.01	49	0.54	0.01
7	0.17	0.178	52	0.69	0.01
12	0.73	0.01	55	0.44	0.01
21	0.76	0.01			

من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم(11) يبدو أن جميع فقرات بعد الرضا عن الذات ترتبط ارتباطا دالا بمجموعها عند مستوى دلالة(0.01)، إلا الفقرة رقم (7) حيث كان مستوى الدلالة يساوي(0.17)، وهي أكبر من(0.05)، وبالتالي تُحذف من الأداة.

جدول رقم(12) يبين قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد رضا الآخرين

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
3	0.08-	0.05	26	0.75	0.01
9	0.71	0.01	31	0.84	0.01
13	0.63	0.01	45	0.49	0.01
19	0.23	0.76			

من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم(12) يتبين أن جميع الفقرات ترتبط ارتباطاً قوياً ودالاً لبعدها رضا الآخرين ما عدا الفقرة رقم(19)، حيث كان مستوى الدلالة يساوي(0.76)، وهي أكبر من(0.05) وبالتالي تُحذف الفقرة من الأداة.

جدول رقم(13) يبين قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد الرضا المهني

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
6	0.09-	0.48	28	0.77	0.01
11	0.43	0.01	36	0.75	0.01
17	0.56	0.01	44	0.61	0.01

يتضح من الجدول رقم(13) أن جميع الفقرات ترتبط ارتباطاً دالاً ببعدها الرضا المهني ما عدا الفقرة رقم (6) حيث كان مستوى الدلالة يساوي(0.48)، وهي أكبر من(0.05)، وبالتالي تُحذف الفقرة من الأداة.

جدول رقم(14) يبين قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد الخلو النسبي من الأعراض المرضية

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
4	0.52	0.01	29	0.68	0.01
8	0.76	0.01	37	0.69	0.01
14	0.28	0.02	42	0.27	0.03

يتضح من خلال الجدول رقم(14) أن جميع الفقرات ترتبط ارتباطاً دالاً بالمجموع الكلي للبعد، حيث تراوحت مستوى الدلالة المعنوية بين(0.01) و(0.03).

جدول رقم(15) يبين قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد وجود معنى في الحياة

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
15	0.10	0.44	39	0.74	0.01
20	0.37	0.03	46	0.49	0.01
25	0.59	0.01			

يتضح من خلال الجدول رقم(15) أن جميع الفقرات ترتبط ارتباطا دالا بالمجموع الكلي للبعد إلا الفقرة رقم(15) حيث كان مستوى الدلالة(0.44) وهي أكبر من (0.05) وبالتالي يتقرر حذفها من الأداة.

جدول رقم(16) يبين قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد الأمن النفسي

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
22	0.41	0.01	35	0.50	0.01
30	0.49	0.01	41	0.55	0.01
32	0.06	0.60	54	0.47	0.03

من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم(16) يبدو أن جميع فقرات بعد الأمن النفسي ترتبط ارتباطا دالا بمجموعها، إلا الفقرة رقم (32) حيث كان مستوى الدلالة يساوي(0.60)، وهي أكبر من(0.05) كما هو موضح وبالتالي تُحذف من الأداة.

جدول رقم(17) يبين قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد الأمن الاقتصادي

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
23	0.38	0.03	51	0.33	0.008
33	0.23	0.70	53	0.40	0.01
48	0.60	0.01	56	0.62	0.01

يتضح من خلال الجدول رقم(17) أن جميع الفقرات ترتبط ارتباطا دالا بالمجموع الكلي للبعد إلا الفقرة رقم(33) حيث كانت مستوى الدلالة(0.70) وهي أكبر من (0.05) وبالتالي يتقرر حذفها من الأداة.

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجداول (10، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 17) تقرر حذف الفقرات رقم:(3، 5، 6، 7، 15، 18، 19، 24، 32، 33، 38) والتي كانت قيم ارتباطها

غير دالة على الأقل عند مستوى (0.05) ليصبح عدد فقرات مقياس الصحة النفسية في صورته النهائية 45 فقرة، وعليه يمكن القول بأن مقياس الصحة النفسية يتمتع باتساق داخلي معقول مما يدل على صدقه لدى عينة الدراسة.

ثم قامت الباحثة بحساب الارتباط بين الأبعاد الثمانية والدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية وجاءت النتائج معروضة في الجدول كالتالي:

جدول رقم (18) يبين ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية

أبعاد مقياس الصحة النفسية	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
السعادة في الحياة	0.91	0.01
الرضا عن الذات	0.84	0.01
رضا الآخرين	0.82	0.01
الرضا المهني	0.73	0.01
الخلو النسبي من الأعراض المرضية	0.82	0.01
وجود معنى في الحياة	0.57	0.01
الأمن النفسي	0.61	0.01
الأمن الاقتصادي	0.68	0.01

يتضح من خلال الجدول رقم (18) أن قيم معاملات ارتباط أبعاد مقياس الصحة النفسية بالدرجة الكلية كلها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) مما يؤكد صدق المقياس من خلال الاتساق بين أبعاده الثمانية.

أ/2- صدق المقارنة الطرفية:

ويسمى كذلك بالصدق التمييزي، وهي طريقة تعتمد على ترتيب القيم تنازلياً ثم أخذ نسبة 27% أو 33% من درجات البنود في الطرف الأعلى، و 27% أو 33% من درجات البنود في الأدنى، ثم نقوم بالمقارنة بينهما باستخدام اختبار (T test) ثم يتم تفسير هذه القيمة وفقاً لحالتين هما:

- إذا كانت (T test) دالة عند مستوى دلالة (0.05 أو 0.01) فهذا يعني أن المقياس صادق لأنه استطاع أن يميز بين الطرفين.

- إذا كانت قيمة (T test) غير دالة عند مستوى دلالة (0.05 أو 0.01) فهذا يعني أن المقياس غير صادق لأنه لم يميز بين الطرفين (نصيرة، 2014، ص214).

الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للدراسة

قامت الباحثة بترتيب درجات أفراد العينة ترتيباً تنازلياً من أعلى درجة إلى أدنى درجة، ثم أخذت المجموعتين الطرفيتين : الطرف الأعلى (33%) وهم المتحصّلين على الدرجات القصوى في مقياس الصحة النفسية وعددهم (19) مفحوصاً ، والطرف الأدنى (33%) وهم المتحصّلين على أدنى الدرجات في المقياس وعددهم (19) مفحوصاً، وباستخدام اختبار (ت) لحساب الفرق بين متوسطي الدرجات القصوى والدرجات الدنيا للمقياس تحصلنا على النتائج المبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (19) يوضح نتائج المقارنة الطرفية لمقياس الصحة النفسية

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	
0.01	17.68	4.86	140.63	19	المجموعة العليا
		7.89	103	19	المجموعة الدنيا

من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم (19) يتبين لنا دلالة الفرق بين متوسطي المجموعتين الطرفيتين (العليا والدنيا) حسب قيمة (ت) التي بلغت 17.68 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01 مما يجعل المقياس قادراً على التمييز بين المجموعتين، وبالتالي هو صادق وصالح للتطبيق في الدراسة الأساسية.

ب- حساب الثبات:

للتحقق من ثبات مقياس الصحة النفسية تم إتباع طريقتين:

ب-1 طريقة الاتساق الداخلي (بمعامل ألفا كرونباخ):

بعد جمع البيانات من العينة الاستطلاعية (60) تم استخدام معامل ألفا كرونباخ للتحقق من تجانس فقرات مقياس الصحة النفسية وكانت النتائج كالآتي:

جدول رقم (20) يبين قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس الصحة النفسية

عدد أفراد العينة	عدد فقرات مقياس الصحة النفسية	قيمة ألفا كرونباخ
60	56	0.88

يتضح من خلال الجدول رقم (20) أن قيمة الثبات بلغت (0.88) وهي قيمة مرتفعة تدل على تجانس فقرات المقياس.

وبما أنه تقرر حذف الفقرات التي سبق الإشارة إليها، أعادت الباحثة حساب الثبات للتحقق من تجانس فقرات المقياس الذي أصبح عدد فقراته (45) فقرة، وكانت النتائج كالآتي:

جدول رقم (21) يبين قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس الصحة النفسية بعد حذف الفقرات

عدد أفراد العينة	عدد فقرات مقياس الصحة النفسية	قيمة ألفا كرونباخ
60	45	0.92

يتضح من خلال الجدول رقم (21) أن قيمة الثبات بلغت (0.92) وهي قيمة مرتفعة، تدل على تجانس فقرات المقياس.

ب عن طريق التجزئة النصفية:

قامت الباحثة بتقسيم مقياس الصحة النفسية الى قسمين متساويين، الفقرات الفردية والفقرات الزوجية

(28) فقرة في كل قسم من أجل حساب الثبات وجاءت نتائج ذلك كالتالي:

جدول رقم (22) يوضح ثبات مقياس الصحة النفسية باستخدام التجزئة النصفية

قيمة معامل الارتباط بين نصفي المقياس بعد التصحيح	قيمة معامل الارتباط بين نصفي المقياس	عدد الفقرات	مقياس الصحة النفسية
0.85	0.74	28	النصف الأول
		28	النصف الثاني

يتبين من خلال الجدول رقم (22) أن معامل الارتباط بين النصف الأول والثاني لمقياس الصحة النفسية بلغ (0.74) ، وباستخدام معادلة التصحيح لسبيرمان- براون ارتفعت قيمة معامل الثبات إلى (0.85) وهي قيمة مقبولة ودالة إحصائياً عند (0.01) تسمح لنا باستخدام المقياس في الدراسة الأساسية.

2-4 مقياس الاكتئاب:

قام صاحب المقياس (أحمد رجب مصطفى، 2013) بتطبيق المقياس على عينة قوامها (200) طالبا من طلاب عدة كليات (كلية التربية-كلية الآداب-كلية التجارة-كلية الحقوق-كلية الهندسة-كلية الطب-كلية العلوم-كلية الزراعة) حيث تم حساب الصدق والثبات من خلال الدرجات المتحصل عليها من طرف عينة البحث على مفردات المقياس، وذلك عن طريق:

صدق المحكمين:

قام صاحب المقياس بعرض مفردات أبعاد المقياس على مجموعة من المحكمين من أساتذة علم النفس والصحة النفسية، والبالغ عددهم (12) أستاذا، للتأكد من مدى انتماء كل مفردة للبعد الذي تنتمي إليه، ومدى انتماء الأبعاد لمجموع القياس، وقد تكوّن المقياس في صورته الأولية من (73) مفردة تم اختصارها إلى (36) مفردة بعد العرض على السادة المحكمين.

الصدق المرتبط بمحك:

تم حساب معامل الارتباط بين درجات الطلاب على مقياس الاكتئاب المستخدم في هذه الدراسة ودرجاتهم على مقياس الاكتئاب آخر من إعداد (عادل عبد الله، 2000) وذلك على عينة حجمها (50) طالبا وطالبة، فكانت قيمة معامل الارتباط بين المقياس والمحك هي (0.657) وهذه القيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01).

أما بالنسبة لثبات مقياس الاكتئاب (لأحمد رجب مصطفى) فقد تم التأكد منه عن طريق:

التجزئة النصفية:

وذلك باستخدام معادلة (رولون المختصرة) حيث قام صاحب المقياس بحساب معامل ارتباط درجات (50) طالبا جامعيا على الأسئلة الفردية والزوجية للمقياس، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (23) يبين قيم معامل ثبات مقياس الاكتئاب باستخدام طريقة 'رولون المختصرة'

قيمة معامل الثبات	البعد
0.713	النفسي
0.706	الاجتماعي
0.634	الجسمي
0.675	الدرجة الكلية

يتضح من خلال الجدول رقم(23) أن قيم معاملات الثبات مرتفعة مما يشير إلى ثبات مقياس الاكتئاب(رجب، 2013، ص37).

طريقة إعادة تطبيق الاختبار:

تم حساب معامل الثبات لمقياس الاكتئاب(لأحمد رجب مصطفى) عن طريق إعادة التطبيق على عينة قوامها (50) طالباً جامعياً، بفاصل زمني قدره شهر بين التطبيقين الأول والثاني حيث دلت النتائج على ما يلي:

جدول رقم(24) يبين قيم معامل الارتباط بطريقة 'إعادة الاختبار' بين التطبيقين الأول والثاني

البعد	قيمة معامل الثبات
النفسي	0.685
الاجتماعي	0.718
الجسمي	0.709
الدرجة الكلية	0.783

يشير الجدول رقم(24) بأن معاملات الثبات باستخدام طريقة إعادة الاختبار مقبول، مما يدل على ثبات المقياس(رجب، 2013، ص: من 35 إلى 37).

أما في هذه الدراسة، وللتأكد من صدق وثبات مقياس الاكتئاب لرجب مصطفى(2013) اعتمدت الباحثة على :

1- حساب الصدق لمقياس الاكتئاب:

1-أ صدق الاتساق الداخلي: حيث تم حساب معامل ارتباط كل فقرة بمجموع البعد الذي تنتمي إليه وجاءت نتائج ذلك كالآتي:

جدول رقم (25) يبين قيم ارتباط كل فقرة بمجموع البعد النفسي

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.47	0.01	22	0.60	0.01
4	0.47	0.01	25	0.67	0.01

0.01	0.62	28	0.01	0.46	7
0.01	0.30	31	0.01	0.56	10
0.01	0.45	33	0.01	0.48	13
0.01	0.63	34	0.01	0.54	16
			0.01	0.63	19

يتضح من خلال الجدول رقم(25) أن جميع الفقرات ترتبط ارتباطا قويا ودالا بالمجموع الكلي للبعد النفسي، عند مستوى دلالة(0.01).

جدول رقم (26) يبين قيم ارتباط كل فقرة بمجموع البعد الاجتماعي

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
2	0.41	0.01	20	0.51	0.01
5	0.50	0.01	23	0.39	0.01
8	0.55	0.01	26	0.62	0.01
11	0.56	0.01	29	0.32	0.01
14	0.52	0.01	35	0.61	0.01

من خلال الجدول رقم(26)، يبدو أن جميع الفقرات ترتبط ارتباطا دالا بمجموع البعد الاجتماعي عند مستوى دلالة(0.01).

جدول رقم (27) يبين قيم ارتباط كل فقرة بمجموع البعد الجسمي

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
3	0.42	0.01	21	0.49	0.01
6	0.44	0.01	24	0.20	0.05

0.01	0.51	27	0.01	0.61	9
0.01	0.43	30	0.01	0.67	12
0.01	0.44	32	0.01	0.48	15
0.01	0.66	36	0.01	0.61	18

من خلال الجدول رقم(27)، يبدو أن جميع الفقرات ترتبط ارتباطا دالا بمجموع البعد الجسمي عند مستوى دلالة (0.01) و(0.05).

جدول رقم (28) يبين ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب

أبعاد مقياس الاكتئاب	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
البعد النفسي	0.90	0.01
البعد الاجتماعي	0.83	0.01
البعد الجسمي	0.73	0.01

يتضح من خلال الجدول رقم(28) أم قيم معاملات ارتباط أبعاد مقياس الاكتئاب بالدرجة الكلية دال إحصائيا عند مستوى دلالة(0.01)، مما يؤكد صدق المقياس من خلال الاتساق بين أبعاده الثلاث.
2- أ صدق المقارنة الطرفية:

للتأكد من صدق مقياس الاكتئاب(رجب مصطفى، 2013) قامت الباحثة بالمقارنة الطرفية، وذلك بعد ترتيب درجات المفحوصين على مقياس الاكتئاب، تم أخذ نسبة 33% من العينة كمجموعة عليا، ثم 33% من العينة كمجموعة دنيا، حُسب الفرق بين المجموعتين وجاءت النتائج معروضة في الجدول التالي:

جدول رقم(29) نتائج المقارنة الطرفية لمقياس الاكتئاب

مستوى الدلالة	قيمة(ت)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	
0.01	12.56	6.87	79.89	19	المجموعة العليا
		8.38	48.63	19	المجموعة الدنيا

من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم (29) يتبين لنا دلالة الفرق بين متوسطي المجموعتين الطرفيتين (العليا والدنيا) حسب قيمة (ت) التي بلغت (12.56) وهي دالة عند مستوى دلالة (0.01) مما يشير إلى أن المقياس له القدرة على التمييز بين المجموعتين الطرفيتين وهذا يدل على صدقه.

2- ثبات مقياس الاكتئاب:

قامت الباحثة بحساب الثبات لهذا المقياس بطريقتين:

1- ب طريقة التناسق الداخلي بمعادلة ألفا كرونباخ، حيث كانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (30) يبين قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس الاكتئاب

عدد أفراد العينة	عدد فقرات مقياس الاكتئاب	قيمة ألفا كرونباخ
60	36	0.86

يتضح من خلال الجدول رقم (30) أن قيمة الثبات بلغت (0.86) وهي قيمة مقبولة تدل على تجانس فقرات المقياس.

2- ب طريقة التجزئة النصفية:

تم تقسيم مقياس الاكتئاب إلى قسمين متساويين، فقرات فردية وفقرات زوجية، (18) فقرة في كل قسم من أجل حساب الثبات وجاءت نتائج ذلك كالتالي:

جدول رقم (31) يوضح ثبات مقياس الاكتئاب باستخدام التجزئة النصفية

مقياس الاكتئاب	عدد الفقرات	قيمة معامل الارتباط بين نصفي المقياس	قيمة معامل الارتباط بين نصفي المقياس بعد التصحيح
الاكتئاب	النصف الأول	18	0.80
	النصف الثاني	18	

يتبين من خلال الجدول رقم (31) أن معامل الارتباط بين النصف الأول والثاني لمقياس الاكتئاب بلغ (0.67) وهي قيمة مقبولة ودالة إحصائياً عند (0.01)، وباستخدام معادلة التصحيح لسبيرمان- براون ارتفعت قيمة معامل الثبات إلى (0.80) مما يجعلها قابلة للتطبيق في الدراسة الأساسية بكل موثوقية.

4- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

بعد إجراء مجموعة من التعديلات اللازمة تبعاً للنتائج الإحصائية للصدق، والتي أسفرت على عدم دلالة قيم ارتباط بعض الفقرات بالأداة (مقياس الصحة النفسية)، حيث تم حذف بعض الفقرات، وهي الفقرة رقم (3- 5- 6- 7- 15- 18- 19- 24- 32- 33- 38) وبذلك تقلص عدد فقرات مقياس الصحة النفسية من (56) إلى (45) فقرة، وجاءت بعد إعادة تنظيمها وترتيبها على الشكل التالي :

جدول رقم (32) يوضح الفقرات الموجبة والفقرات السالبة بعد حذف الفقرات

المجموع	الفقرات السالبة	الفقرات الموجبة	المقياس
فقرة 45	15 - 12 - 10 - 7 - 6 - 4 - 3	13 - 11 - 9 - 8 - 5 - 2 - 1	مقياس الصحة النفسية
	26 - 25 - 24 - 21 - 19 - 16	23 - 22 - 20 18- 17- 14	
	35 - 32 31 - 30 - 29 - 27	41 - 37 - 34 33 - 28	
	43 - 42 - 40 - 39 38 - 36		
	45 - 44		
	فقرة 27	فقرة 18	

أما بالنسبة لمقياس الاكتئاب (رجب أحمد مصطفى 2013) وبعد التأكد من صدقه وثباته كما هو موضح سابقاً، تم استخدامه كما هو دون حذف أو تعديل في فقراته، وذلك على أساس ما أسفرت عليه النتائج الإحصائية التي تؤكد صدقه وثباته.

ثانياً: الدراسة الأساسية:

1- منهج الدراسة:

نظراً لتعدد المناهج التي يلجأ إليها الباحث لتناول ظاهرة معينة في ميدان العلوم الاجتماعية والإنسانية، فإن طبيعة وموضوع الدراسة والهدف منه هو الذي يفرض طبيعة المنهج الواجب إتباعه في إجراء تلك الدراسة، وانطلاقاً من طبيعة موضوع الدراسة الحالية ومتغيراته، فإن المنهج المناسب هو المنهج الوصفي التحليلي والذي يهدف إلى وصف الظواهر والأحداث، ويعمل على تحليلها عن طريق جمع بيانات ومعلومات معينة حول الظاهرة المدروسة بالاعتماد على عينة البحث ويرى "عبد

السلام" أن أهم أهداف المنهج الوصفي التحليلي هو فهم الحاضر والتنبؤ بالمستقبل وتوجيهه، للتحويل نحو الأفضل (عبد السلام، 2020، ص163).

2- حدود الدراسة الأساسية:

الغرض من اختيار العينة هو الحصول على معلومات تتعلق بالمجتمع الأصلي للدراسة، والهدف منها هو توفير الوقت والجهد والتكاليف المتعلقة بالبحث لأن العينة تحمل نفس خصائص المجتمع والتي يمكن ملاحظتها، ويتحكم الباحث في كمية المعلومات التي يحصل عليها من العينة وذلك عن طريق عاملين هامين هما: عدد الأفراد الذي يحدده الباحث للعينة والأسلوب الذي يستخدمه لاختيار هذه العينة (أبو علام، 2011، ص160).

ويعتبر مجتمع البحث الخاص بالدراسة الحالية هو مجموع الشباب (من الجنسين) المتحصل على شهادة جامعية من مختلف المستويات الأكاديمية المستهدفة (ليسانس، ماستر، ماجستير، دكتوراه) والذي يعاني من البطالة أي عدم حصوله على عمل مناسب له.

أختيرت العينة بطريقة قصدية، بحيث يجب على كل فرد حتى يكون من أفراد العينة أن يكون بطالا وحاملا لشهادة جامعية، مهما كان تخصصه وحالته الاجتماعية (متزوج/عزب) ومدة البطالة. ويرى زياد أحمد الطويسي (2001) أن الباحث ينتقي عينته بطريقة قصدية بما يخدم أهداف دراسته وبناء على معرفته، دون أن يكون هناك قيود أو شروط غير التي يراها هو مناسبة، وهي عينة غير ممثلة لكافة وجهات النظر، ولكنها تعتبر أساس متين للتحليل العلمي، ومصدر ثري للمعلومات التي تشكل قاعدة مناسبة للباحث حول موضوع الدراسة (الطويسي، 2001، ص6).

3- الإطار الزمني والمكاني للدراسة الأساسية:

3-1 الإطار المكاني :

بالنسبة لمكان إجراء الدراسة فقد وقع اختيار الباحثة على ثلاث ولايات من الوطن وهي: وهران تلمسان، مستغانم، من خلال تفقد عدة وكالات للتشغيل الوطنية (ANEM) والتي يتواجد عدد من الشباب العاطل عن العمل على أبوابها (اختارت الباحثة حاملي الشهادات الجامعية فقط) فكانت فرصة للتقرب منهم وتوزيع نسخ من مقياس الصحة النفسية ومقياس الاكتئاب عليهم.

3-2 الإطار الزمني:

تم إجراء هذه الدراسة من تاريخ 2022/10/25 إلى 2023/08/19، أي استغرقت الدراسة حوالي عشرة أشهر.

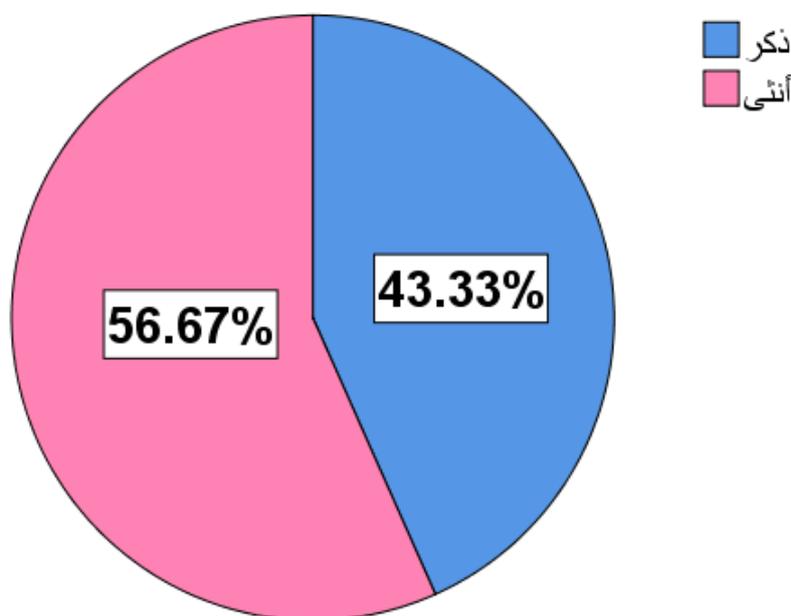
4- عينة الدراسة:

فيما يتعلق بعينة الدراسة فقد تمثلت في (120) متخرجاً ومتخرجة من الجامعة بدون عمل ينحدرون من ثلاث ولايات: وهران، تلمسان، مستغانم، تم اختيارهم بطريقة قصدية، يعني شباب (ذكور وإناث) حاملين لشهادات جامعية بمستويات مختلفة (ليسانس - ماستر - ماجستير - دكتوراه) مهما كان تخصصهم الجامعي والحالة الاجتماعية لديهم ومدة البطالة، وجاءت موزعة كما هو مبين في الجدول رقم (33) بناءً على عدد الاستمارات المستوفية لشروط التفريغ (كاملة البيانات).

جدول رقم(33) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكور	52	%43.33
إناث	68	%56.67
المجموع	120	%100

من خلال الجدول أعلاه يظهر أن هناك فرق بسيط بين نسبة الذكور والتي تمثل (43.3%) ونسبة الإناث التي تمثل (56.7%) يميل لصالح الإناث.



الشكل رقم(4) يوضح توزيع عينة الدراسة من حيث الجنس

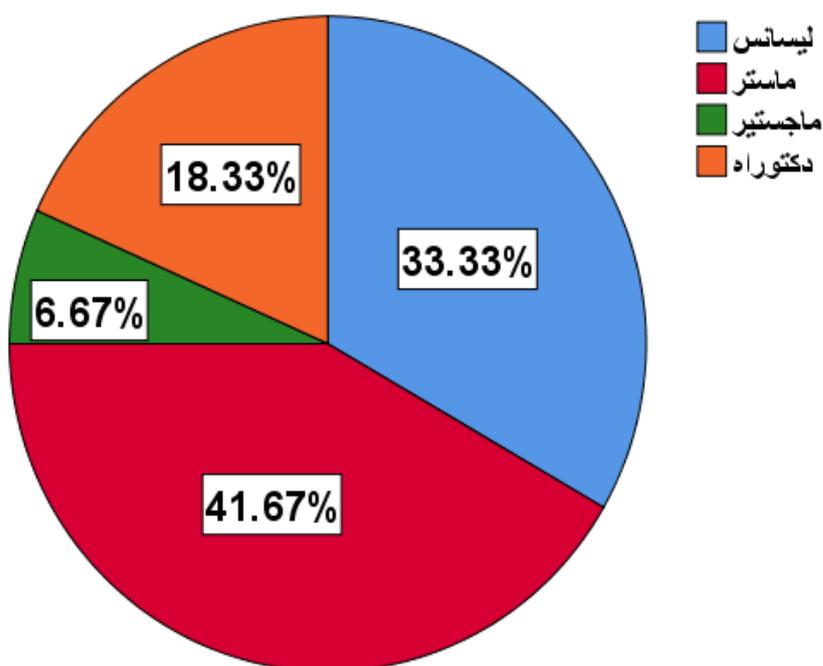
كما توزعت عينة الدراسة على أساس المستوى الجامعي، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم(34) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى الجامعي

الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للدراسة

النسبة المئوية	التكرار	المستوى الجامعي
33.33%	40	ليسانس
41.67%	50	ماستر
6.67%	8	ماجستير
18.33%	22	دكتوراه
100%	120	المجموع

من خلال الجدول أعلاه يظهر الفرق واضحا في توزيع النسب المئوية بين المستويات الجامعية الأربعة (ليسانس، ماستر، ماجستير، دكتوراه) حيث مثل مستوى الماستر أعلى نسبة وهي (41.67%) يليه مستوى الليسانس بـ (33.33%)، ومستوى الدكتوراه بـ (18.33%)، أما مستوى الماجستير فكانت أدنى نسبة وهي (6.67%) من حجم العينة.



الشكل رقم (5) يوضح توزيع عينة الدراسة من حيث المستوى الجامعي

وفيما يلي توزيع عينة الدراسة الأساسية على أساس الحالة الاجتماعية (متزوج(ة)/أعزب-عزباء) كما هو موضح في الجدول أدناه.

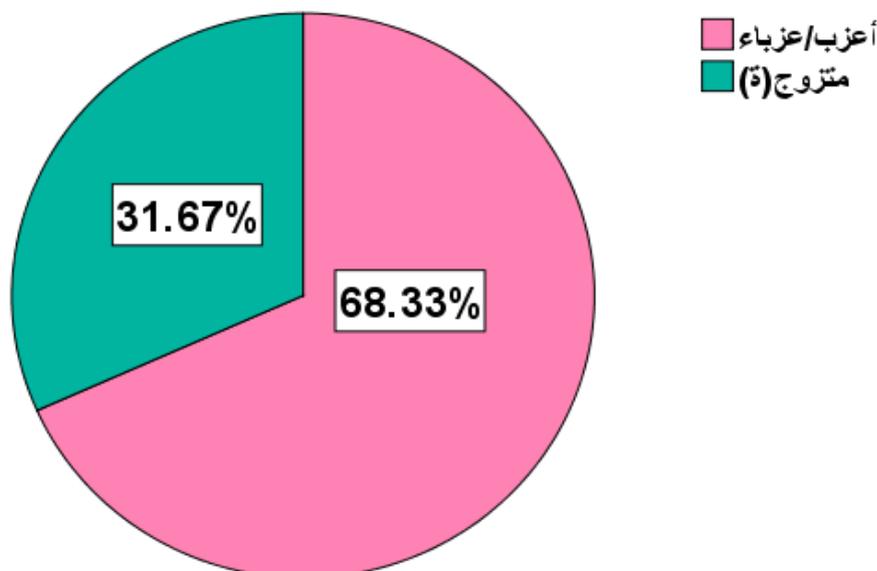
جدول رقم (35) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية

النسبة المئوية	التكرار	الحالة الاجتماعية
----------------	---------	-------------------

الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للدراسة

أعزب/عزباء	82	%68.33
متزوج(ة)	38	%31.67
المجموع	120	%100

من خلال الجدول رقم(35) يظهر جليا التفاوت بين الفئتين فئة [أعزب/عزباء] والتي مثلت (%68.33) وفئة [متزوج/متزوجة] والتي مثلت %31.67، حيث كان الفرق يساوي %36.66 .



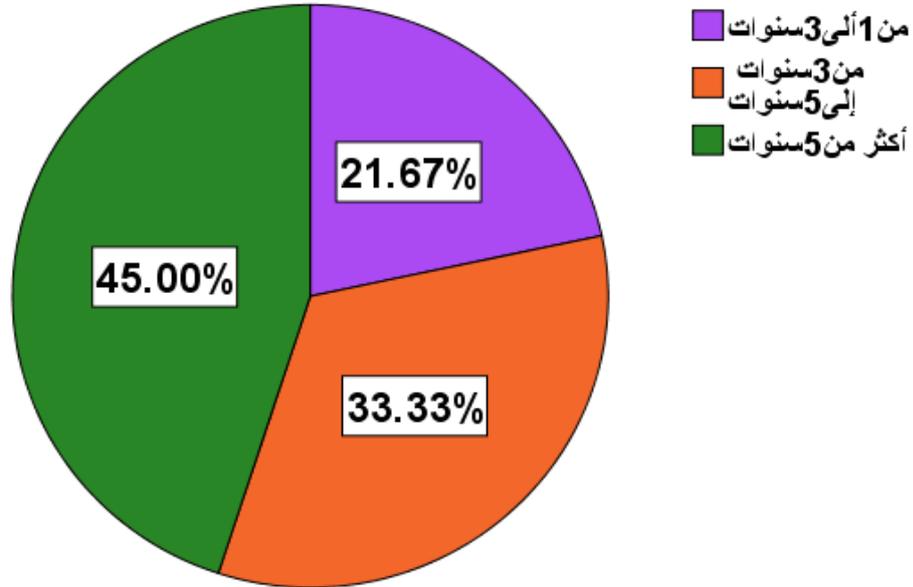
الشكل رقم(6) يوضح توزيع عينة الدراسة من حيث الحالة الاجتماعية

كما توزعت عينة الدراسة المتمثلة في مجموعة من المتخرجين البطالين على أساس مدة البطالة كما جاء في الجدول التالي:

جدول رقم (36) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مدة البطالة

النسبة المئوية	التكرار	مدة البطالة
%21.67	26	من سنة إلى 3 سنوات
%33.33	40	من 3 سنوات إلى 5سنوات
% 45	54	أكثر من 5 سنوات
%100	120	المجموع

يوضح الجدول أعلاه (36) أن أفراد العينة يتوزعون حسب مدة البطالة إلى ثلاث فئات، حيث سجلت أعلى نسبة وهي (45%) والتي تمثلها مدة البطالة أكثر من 5 سنوات، تليها مدة البطالة من 3 سنوات إلى 5 سنوات بنسبة قدرت ب(33.33%)، وأخيرا الفئة الثالثة المحددة ب من سنة إلى 3 سنوات بنسبة(21.67%).



الشكل رقم(7) يوضح توزيع عينة الدراسة من حيث مدة البطالة

5- كيفية تطبيق أدوات الدراسة الأساسية:

بعدما تم التأكد من الخصائص السيكومترية المتمثلة في الصدق والثبات لأدوات البحث، تم الاعتماد على هذه الأخيرة في الدراسة الأساسية كالتالي:

على أساس طبيعة الموضوع وخصائص عينة الدراسة تم توزيع نسخ من المقياسين (مقياس الصحة النفسية و مقياس الاكتئاب) على الأفراد بطريقة متفرقة أي على العديد من المرات ، في كل مرة تحصد الباحثة عدد من الحالات التي تجيب على فقرات مقياس الصحة النفسية ومقياس الاكتئاب مع إقناعهم بالسرية التامة في حفظ معلوماتهم الشخصية وإعطائهم الوقت الكافي للإجابة، وإزالة بعض الغموض عن الفقرات التي كان البعض يسأل عن تفسيرها، وبما أن أفراد العينة يتمتعون بمستوى جامعي أبدوا ارتياحهم في وضوح وسهولة فهم فقرات مقياس الصحة النفسية وكذا مقياس الاكتئاب. وكان تقدير معظمهم لقيمة البحث العلمي مما انعكس إيجابيا على الدراسة وهو حرصهم على الموضوعية أثناء الإجابة وملء كل البيانات المطلوبة والإجابة على كل البنود لأنهم يدركون أن أي نقص في الإجابة سيؤدي حتما إلى إلغائها.

بعد الانتهاء من جمع الاستمارات قامت الباحثة بتصحيح أدوات القياس كل واحدة على حدى حسب طريقة التصحيح التي تم الإشارة إليها في الدراسة الاستطلاعية، باستخدام أوراق تصحيح تحمل أوزان الإجابات على الفقرات الموجبة والسالبة، وذلك تقاديا للأخطاء المحتملة، ثم قامت بتفريغها وتحليل البيانات.

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

للتحقق من فرضيات هذه الدراسة، استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية التالية في معالجة البيانات المتحصل عليها بعد تطبيق أدوات البحث التي سبق وصفها، وذلك بالاعتماد على البرنامج الإحصائي المعروف بالحزم الإحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS) وهي:

- اختبار سميرنوف (Smirnov) وشابيرو (Shapiro) للتحقق من اعتدالية التوزيع.
- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.
- التكرارات والنسب المئوية.
- معامل ارتباط بيرسون ومعادلة سبيرمان براون.
- اختبار (Levene) للتحقق من التجانس.
- اختبار "ت" (T-test) لاختبار الفرق بين متوسطي عينتين مستقلتين.
- اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه (One Way ANOVA) للمقارنة بين متوسطات أكثر من مجموعتين مستقلتين.
- اختبار شيفيه (sheffé) للمقارنات البعدية.
- معادلة الانحدار البسيط.

الفصل السابع

عرض ومناقشة النتائج

أولاً: عرض النتائج

ثانياً: مناقشة النتائج

أولاً: عرض النتائج:

بعد عرض الإجراءات المنهجية من خلال الفصل السابق، سيتم عرض مفصل لنتائج الدراسة في هذا الفصل كما أفرزتها المعالجات الإحصائية للبيانات المتحصل عليها بعد تطبيق أدوات البحث على عينة الدراسة (120 متخرجاً ومتخرجةً عاطلين عن العمل)، حيث تسعى الباحثة من خلال هذا العرض إلى تفسير النتائج ومناقشتها على ضوء أدبيات موضوع الدراسة والدراسات السابقة، وقبل التحقق من فرضيات الدراسة، يجب اختيار الأساليب الإحصائية المناسبة لذلك، ولهذا قامت الباحثة بتطبيق اختبار سميرونوف (Smirnov) وشابيرو (Shapiro) للتحقق من اعتدالية التوزيع والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (37) يوضح نتائج اختبار اعتدالية التوزيع

المتغيرات	اختبار سميرونوف	مستوى الدلالة	اختبار شابيرو	مستوى الدلالة
الصحة النفسية	0.073	0.17	0.98	0.15
الاكتئاب	0.083	0.40	0.96	0.05

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة اختبار اعتدالية التوزيع "سميرونوف" بالنسبة للصحة النفسية بلغ (0.073) عند مستوى دلالة (0.17)، أما اختبار "شابيرو" فقد بلغ (0.98) عند مستوى دلالة (0.15) وبما أن مستوى الدلالة لاختبار «سميرونوف» و"شابيرو" أكبر من (0.05) فهذا يعني أننا أمام توزيع اعتدالي، وكذلك بالنسبة لمتغير الاكتئاب نلاحظ أن قيمة اختبار اعتدالية التوزيع "سميرونوف" بلغ (0.083) عند مستوى دلالة (0.40)، وقيمة اختبار "شابيرو" وهي (0.96) عند مستوى دلالة (0.05) وهي قيم ذات مستوى دلالة أكبر من (0.05) ما يؤكد أن التوزيع اعتدالي وبالتالي نستطيع استخدام الأساليب الإحصائية البارامترية (انظر الملحق رقم 5).

1- عرض نتائج اختبار السؤال الاستكشافي الأول: والذي ينص على ما يلي:

"ما مستوى الصحة النفسية لدى المتخرج الجامعي البطال؟".

حيث تم الاعتماد على حساب التكرارات والنسب المئوية لتوزيع أفراد العينة على المستويات الثلاثة لمقياس الصحة النفسية (منخفض - متوسط - مرتفع) وذلك باستخراج المجالات الافتراضية لمقياس الصحة النفسية والتي تقع فيه الدرجات (45-75) مستوى منخفض في الصحة النفسية، والمجال الافتراضي الذي تقع فيه الدرجات (76-106) مستوى متوسط في الصحة النفسية والمجال الافتراضي الذي تقع فيه الدرجات (107-137) مستوى مرتفع في الصحة النفسية حسب صاحبه (مكاوي، 2002)، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (38) مستويات الصحة النفسية

النسبة المئوية	التكرار	المجال المفترض لمقياس الصحة النفسية	مستويات الصحة النفسية
21.67%	26	[75 - 45]	مستوى منخفض
60.83%	73	[106 - 76]	مستوى متوسط
17.50%	21	[137 - 107]	مستوى مرتفع
100%	120		المجموع

يتضح من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم (38) أن أكبر نسبة وهي (60.83) % كانت لصالح الفئة ذوي المستوى المتوسط من الصحة النفسية، ويتلوه المستوى المنخفض بنسبة (21.67%)، بينما يبقى المستوى المرتفع للصحة النفسية يمثل (17.50%) فقط، وهذا يدل على أن أغلب أفراد عينة الدراسة يتمتعون بمستوى متوسط من الصحة النفسية، والشكل رقم (8) أسفله يوضح ذلك:



الشكل رقم (8) يمثل مستويات الصحة النفسية

كما قامت الباحثة بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الصحة النفسية، ثم تطبيق اختبار (ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق بين المتوسطين (المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي) والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم(39) يمثل دلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي

لمقياس الصحة النفسية

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار (ت)	المتوسط الفرضي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد أفراد العينة	مقياس الصحة النفسية
0.01	5.97	90	4,04	92,21	120	مقياس الصحة النفسية

من خلال الجدول أعلاه يظهر أن المتوسط الحسابي لدرجات المفحوصين على مقياس الصحة النفسية قدر بـ(92.21)، وانحراف معياري قدره (4.04) أما المتوسط الفرضي للمقياس فقدر بـ(90) وباستخدام اختبار (ت) لاختبار الفروق بين المتوسطين لعينة واحدة، ظهر أن القيمة التائية تساوي (5.97) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01)، أي توجد فروق دالة إحصائية بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي للدرجة الكلية للأداة، وبما أن المتوسط الحسابي أكبر من المتوسط الفرضي فإن المتخرج الجامعي البطل لا يعاني من انخفاض في مستوى الصحة النفسية لديه، لكن بما أن الفرق بسيط جدا بين المتوسطين (الحسابي والفرضي) نستنتج أن أفراد العينة يتمتعون بمستوى متوسط من الصحة النفسية، وهذا ما أكدته النسبة المئوية لمستوى الصحة النفسية المتحصل عليها سابقا وهي (60.83%)، والتي تمثل المستوى المتوسط لأفراد العينة.

2- عرض نتائج اختبار السؤال الاستكشافي الثاني: والذي ينص على ما يلي:

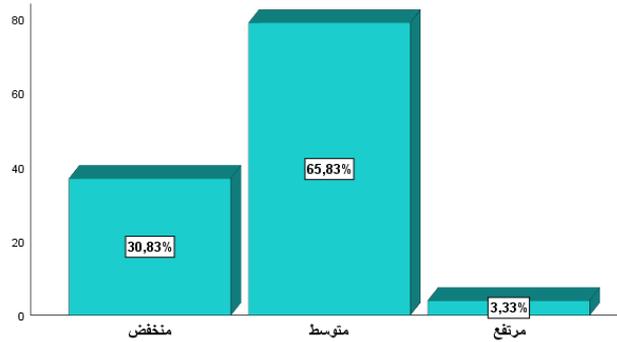
"ما مستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطل؟".

تم اختبار هذه الفرضية من خلال حساب التكرارات والنسب المئوية لتوزيع أفراد العينة على المستويات الثلاثة لمقياس الاكتئاب (منخفض - متوسط - مرتفع) وذلك باستخراج المجالات الافتراضية لمقياس الاكتئاب والتي تقع فيه الدرجات (36-60) مستوى منخفض من الاكتئاب والمجال الافتراضي الذي تقع فيه الدرجات (61-85) مستوى متوسط من الاكتئاب، والمجال الافتراضي الذي تقع فيه الدرجات (86-110) مستوى مرتفع من الاكتئاب، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم(40): مستويات الاكتئاب

مستويات الاكتئاب	المجال المفترض لمقياس الاكتئاب	التكرار	النسبة المئوية
مستوى منخفض	[60 - 36]	37	30.83%
مستوى متوسط	[85 - 61]	79	65.83%
مستوى مرتفع	[110 - 86]	4	3.33%
المجموع		120	100%

يتضح من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم (40) أن المستوى المتوسط من الاكتئاب يمثل أعلى نسبة وهي (65.83%)، ثم المستوى المنخفض بنسبة (30.83%)، بينما يمثل المستوى المرتفع للاكتئاب أدنى نسبة وهي (3.33%) فقط، وهذا يدل على أن أفراد عينة الدراسة يتمتعون بمستوى متوسط من الاكتئاب والشكل رقم (9) يوضح ذلك.



الشكل رقم (9) يمثل مستويات الاكتئاب

كما قامت الباحثة بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب، ثم تطبيق اختبار(ت) لعينة واحدة لدراسة دلالة الفروق بين المتوسطين (المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي) والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم(41) يمثل دلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لمقياس الاكتئاب

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار(ت)	المتوسط الفرضي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد أفراد العينة	مقياس الاكتئاب
0.01	6.01-	72	16.87	62.73	120	مقياس الاكتئاب

الفصل السابع : عرض ومناقشة النتائج

يتبين من خلال الجدول رقم (41) أن متوسط درجات أفراد العينة على أداة قياس الاكتئاب بلغ (62.73) بانحراف معياري قدره (16.87)، بينما كان المتوسط الفرضي للأداة (72)، كما ظهر أن قيمة اختبار (ت) هي (-6.01) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) مما يشير إلى وجود فروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي للدرجة الكلية للأداة، وبما أن المتوسط الفرضي أكبر من المتوسط الحسابي، فإن المتخرج الجامعي الباطل (عينة الدراسة) لا يعاني من ارتفاع في مستوى الاكتئاب لديه، بل لديه مستوى متوسط من الاكتئاب، حسب النسبة المئوية المتحصل عليها (65.83%) من أفراد العينة يتمركزون حول المستوى المتوسط من الاكتئاب.

3- عرض نتائج الفرضية الأولى: والتي تنص على ما يلي:

"توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مستوى الصحة النفسية ومستوى الاكتئاب بأبعاده لدى المتخرج الجامعي الباطل".

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم إيجاد معامل ارتباط "بيرسون" بين الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية والدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (42) معامل ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للصحة النفسية والدرجة الكلية للاكتئاب

الدالة الإحصائية	قيمة معامل بيرسون	حجم العينة	
0.01	0.51 -	120	الصحة النفسية الاكتئاب

يظهر من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم (41) وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الدرجة الكلية للصحة النفسية والدرجة الكلية للاكتئاب، حيث بلغت قيمة معامل بيرسون (-0.51) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، وتعني هذه العلاقة أنه كلما انخفض مستوى الصحة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة كلما ارتفع مستوى الاكتئاب لديهم، والعكس صحيح أي كلما ارتفع مستوى الصحة النفسية انخفض مستوى الاكتئاب لديهم.

4- عرض نتائج الفرضية الثانية: والتي تنص على ما يلي:

"توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مستوى المنبئات الاجتماعية للصحة النفسية ومستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي الباطل".

الفصل السابع : عرض ومناقشة النتائج

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم إيجاد معامل ارتباط "بيرسون" بين درجات المنبئات الاجتماعية للصحة النفسية والتي تضم الأبعاد: (رضا الآخرين- السعادة في الحياة- الرضا المهني) والدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (43) قيمة معامل ارتباط بيرسون بين مستوى المنبئات الاجتماعية للصحة النفسية ومستوى الاكتئاب

الدالة الإحصائية	قيمة معامل الارتباط	حجم العينة	
0.01	-0.37	120	المنبئات الاجتماعية
			الاكتئاب

من خلال الجدول رقم(43) يتضح أن معامل الارتباط بين المنبئات الاجتماعية والمتمثلة في الأبعاد: (رضا الآخرين-السعادة في الحياة- الرضا المهني) دال إحصائياً حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (-0.37) عند مستوى دلالة (0.01) وهي قيمة سالبة ما يفسر وجود ارتباط سلبي بين مستوى المنبئات الاجتماعية للصحة النفسية ومستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطل وبالتالي تحققت الفرضية الثانية.

5- عرض نتائج الفرضية الثالثة: والتي تنص على ما يلي:

"توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مستوى المنبئات النفسية للصحة النفسية ومستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطل".

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم إيجاد معامل ارتباط "بيرسون" بين درجات المنبئات النفسية للصحة النفسية والتي تضم الأبعاد: (الخلو النسبي من الأمراض- وجود معنى في الحياة- الأمن النفسي) والدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (44) قيمة معامل ارتباط بيرسون بين مستوى المنبئات النفسية للصحة النفسية ومستوى الاكتئاب

الدالة الإحصائية	قيمة معامل الارتباط	حجم العينة	
دالة عند 0.05	-0.22	120	المنبئات النفسية
			الاكتئاب

الفصل السابع : عرض ومناقشة النتائج

من خلال الجدول رقم(44) يتضح أن معامل الارتباط بين المنبئات النفسية والمتمثلة في الأبعاد: (الخلو النسبي من الأمراض- وجود معنى في الحياة- الأمن النفسي)دال إحصائيا حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (-0.22) عند مستوى دلالة(0.05)وهي قيمة سالبة ما يفسر وجود علاقة عكسية بين المنبئات النفسية للصحة النفسية ومستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال وبالتالي تحققت الفرضية الثالثة.

6- عرض نتائج الفرضية الرابعة: والتي تنص على ما يلي:

"توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى المتخرج الجامعي البطال تعزى لمتغيرات الجنس (ذكور-إناث)، المستوى الجامعي، الحالة الاجتماعية، مدة البطالة".

قامت الباحثة بتجزئة هذه الفرضية إلى أربع فرضيات جزئية حسب عدد المتغيرات كالتالي:

6-1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى: والتي تنص على ما يلي:

"توجد فروق دالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية لدى المتخرج الجامعي البطال تعزى لمتغير الجنس (ذكور- إناث)".

مدى تجانس العينتين:

تم التأكد من تجانس المجموعتين (ذكور- إناث) من خلال تطبيق اختبار "ليفين" (Levene) للتجانس(ف) على الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية حيث بلغت قيمته(0.28) عند مستوى دلالة (0.59) وهي أكبر من مستوى الدلالة(0.05) وهذا ما يؤكد على التجانس بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث، مما يسمح بتطبيق اختبار(ت) لحساب الفروق بين متوسطي درجات المجموعتين.

جدول رقم(45) يوضح دلالة الفروق بين الذكور والإناث المتخرجين البطالين

من حيث مستويات الصحة النفسية:

الجنس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار "ت"	الدلالة الإحصائية
ذكور	52	94.50	3.54	6.22	0.01
إناث	68	90.46	3.51		

يتبين من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم(45) أن متوسط الصحة النفسية للذكور بلغ (94.50) بانحراف معياري قدره(3.54) أما متوسط الصحة النفسية للإناث فقد بلغ (90.46) بانحراف معياري قدره (3.51)أما قيمة اختبار "ت" فقدرت بـ (6.22) وهي دالة عند مستوى دلالة

الفصل السابع : عرض ومناقشة النتائج

(0.01) بمعنى توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في مستويات الصحة النفسية ولصالح الذكور وهذا يعني تحقق الفرضية الجزئية الأولى.

2-6 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

توجد فروق دالة إحصائياً في مستويات الصحة النفسية لدى المتخرج الجامعي البطل تعزى لمتغير المستوى الجامعي (ليسانس/ماستر/ماجستير/دكتوراه).

للتحقق من هذه الفرضية استخدمت الباحثة تحليل التباين الأحادي (Anova One Way) لحساب الفروق بين متوسطات درجات الصحة النفسية باختلاف المستويات الجامعية لديهم. وجاءت نتائج اختبارها كالاتي:

جدول رقم(46) يمثل دلالة الفروق في مستويات الصحة النفسية لدى المتخرجين البطلين

باختلاف المستوى الجامعي

مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	
0.07	4.18	63.49	3	190.47	بين المجموعات
		15.16	116	1759.31	داخل المجموعات
			119	1949.79	المجموع

تشير النتائج الواردة في الجدول رقم(46) أن قيمة "ف" تقدر ب(4.18) وهي قيمة دالة عند(0.07) لكن بما أن مستوى الدلالة (0.07) أكبر من(0.05)، نرفض فرض البحث ونقبل الفرض الصفري أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستويات الصحة النفسية لدى المتخرج الجامعي البطل تعزى لمتغير المستوى الجامعي(ليسانس/ماستر/ماجستير/دكتوراه)، ومنه لم تتحقق الفرضية الجزئية الثانية.

3-6 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

توجد فروق دالة إحصائياً في مستويات الصحة النفسية لدى المتخرج الجامعي البطل تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية(متزوج(ة)/أعزب/عزباء).

مدى تجانس العينتين:

بلغت قيمة اختبار "ليفين" (Levene) للتجانس(ف) على الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية(3.28) عند مستوى دلالة(0.07) وهي أكبر من مستوى الدلالة المعنوية(0.05) وهذا يدل على تجانس المجموعتين، ويسمح للباحثة باستخدام اختبار"ت" للمقارنة بين متوسطي درجات المجموعتين حسب متغير الحالة الاجتماعية، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم(47)يمثل دلالة الفروق بين المتخرجين البطالين المتزوجين وغير المتزوجين من حيث مستوى الصحة النفسية

الدلالة الإحصائية	قيمة اختبار "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	الحالة الاجتماعية
0.64	0.45	4.24	92.32	82	أعزب/عزباء
		3.62	91.97	38	متزوج(ة)

يتضح لنا من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول (47) أن قيمة "ت" تُقدر ب(0.45) وهي غير دالة إحصائياً لأن مستوى الدلالة (0.64) أكبر من (0.05) أي أنه: لا توجد فروق دالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية لدى المتخرجين البطالين باختلاف الحالة الاجتماعية لديهم.

4-6 عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

توجد فروق دالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية لدى المتخرج الجامعي البطال تعزى لمتغير مدة البطالة، تم اختبار هذه الفرضية من خلال مقارنة متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس الصحة النفسية بناءً على اختلاف مدة البطالة، حيث تم حساب الفروق باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (Anova One Way)، وجاءت النتائج معروضة كالآتي:

جدول رقم(48) يمثل دلالة الفروق في مستويات الصحة النفسية لدى المتخرجين البطالين باختلاف

مدة البطالة

مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	بين المجموعات
0.01	8.62	125.24	2	250.48	بين المجموعات

		14.52	117	1699.30	داخل المجموعات
			119	1949.79	المجموع

من خلال الجدول رقم(48) وبالنظر إلى قيمة "ف" التي تساوي(8.62) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01)، يتبين وجود فروق دالة إحصائية بين المتخرجين البطالين في مستوى الصحة النفسية باختلاف مدة البطالة وبالتالي نستطيع القول أن الفرضية الجزئية الرابعة قد تحققت. وقبل تطبيق اختبار "شيفيه" (Scheffé) تم التحقق من تجانس المجموعات عن طريق اختبار "ليفين" (Levene) على الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية حيث بلغت قيمة (1.41) عند مستوى دلالة(0.24) وهي أكبر من مستوى الدلالة المعنوية(0.05) وهذا يدل على تجانس المجموعات ويسمح باستخدام اختبار "شيفيه" للمقارنات البعدية بين متوسطات درجات المجموعات الثلاثة حسب متغير مدة البطالة، حيث كشف لنا اختبار (Scheffé) مصدر الفروق والتي كانت ما بين المجموعة الأولى لمدة البطالة [من 1 سنوات إلى 3سنوات] وبين المجموعة الثالثة لمدة البطالة [أكثر من 5سنوات] حيث قدرت قيمة الفرق بينهما ب(2.88) ثم بين المجموعة الثانية من [3 سنوات إلى 5 سنوات] والمجموعة الثالثة [أكثر من 5 سنوات] حيث قدرت قيمة الفرق بينهما ب(2.91) وعدم وجود فروق بين المجموعة الأولى من [1 إلى 3 سنوات] والمجموعة الثانية من[3 سنوات إلى 5 سنوات] وبالتالي كانت الفروق في المتوسطات لصالح المجموعة الثانية أي لصالح مدة البطالة من[3 إلى 5 سنوات] بقيمة(2.91) (أنظر الملحق رقم 5) ص 242.

7- عرض نتائج الفرضية الخامسة والتي تنص على ما يلي:

توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال تعزى لمتغير الجنس (ذكور - إناث)، المستوى الجامعي، الحالة الاجتماعية، مدة البطالة. وقد تفرعت إلى الفرضيات الجزئية التالية:

7-1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

مدى تجانس العينتين:

تم التأكد من تجانس المجموعتين (ذكور - إناث) من خلال تطبيق اختبار "ليفين" (Levene)

الفصل السابع : عرض ومناقشة النتائج

للتجانس(ف) على الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب حيث فُدرت قيمته ب(1.96) عند مستوى دلالة (0.16) وهي أكبر من مستوى الدلالة(0.05) وعليه فإن المجموعتين (م الذكور/ م الإناث) متجانستين وبالتالي نستطيع تطبيق اختبار "ت" للمقارنة بين متوسطي درجات المجموعتين، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم(49) يوضح دلالة الفروق بين الذكور والإناث المتخرجين الباطلين من حيث مستويات

الاكتئاب

الجنس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار "ت"	الدلالة الإحصائية
ذكور	52	57.46	18.20	3.09-	0.02
إناث	68	66.76	14.76		

يتبين من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم(49) أن متوسط درجة الاكتئاب للإناث بلغ (66.76) بانحراف معياري قدره(14.76) وهو أعلى من متوسط درجة الاكتئاب لدى الذكور والذي بلغ (57.46) بانحراف معياري قدره (18.20)، أما قيمة اختبار "ت" فقدرت ب(3.81) وهي قيمة دالة بمعنى توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في مستويات الاكتئاب، وبالتالي تحققت الفرضية الجزئية الأولى.

2-7 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

توجد فروق دالة إحصائياً في مستويات الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي الباطل تعزى لمتغير المستوى الجامعي(ليسانس/ماستر/ماجستير/دكتوراه).

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب الفروق باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Anova) ، وجاءت النتائج معروضة كالآتي:

جدول رقم(50) يمثل دلالة الفروق في مستويات الاكتئاب لدى المتخرجين الباطلين باختلاف

المستوى الجامعي

مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة

الفصل السابع : عرض ومناقشة النتائج

0.67	2.44	672.31	3	2016.93	بين المجموعات
		274.74	116	31870.53	داخل المجموعات
			119	33887.46	المجموع

تشير النتائج الواردة في الجدول رقم(50) أن قيمة "ف" تقدر ب(2.44) وهي غير دالة(0.67 < 0.05) بمعنى لا توجد فروق دالة إحصائية في مستويات الاكتتاب لدى المتخرج الجامعي البطل تعزى لمتغير المستوى الجامعي(ليسانس/ماستر/ماجستير/دكتوراه)وهذا يعني أنه لم تتحقق الفرضية الجزئية الثانية.

3-7 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

توجد فروق دالة إحصائية في مستويات الاكتتاب لدى المتخرج الجامعي البطل تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوج(ة)/أعزب/عزباء).

مدى تجانس العينتين:

تم التأكد من تجانس المجموعتين حيث تضم المجموعة الأولى (متزوج/متزوجة) أما المجموعة الثانية تضم (أعزب/ عزباء)من خلال تطبيق اختبار"ليفين" (Levene) للتجانس على الدرجة الكلية لمقياس الاكتتاب حيث قُدرت قيمته ب(0.70) عند مستوى دلالة (0.40) وهي أكبر من مستوى الدلالة(0.05) وعليه فإن المجموعتين متجانستان، وبالتالي نستطيع تطبيق اختبار "ت" للمقارنة بين المتوسطين، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم(51) يوضح دلالة الفروق في مستويات الاكتتاب لدى المتخرجين البطالين باختلاف

الحالة الاجتماعية

الدالة الإحصائية	قيمة اختبار "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	الحالة الاجتماعية
0.11	1.58-	17.60	61.09	82	أعزب/عزباء
		14.76	66.29	38	متزوج(ة)

يتبين من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم(51) أن متوسط درجة الاكتتاب لمجموعة المتزوجين بلغ (66.29) بانحراف معياري قدره(14.76) وهو أعلى من متوسط درجة الاكتتاب لدى

الفصل السابع : عرض ومناقشة النتائج

مجموعة غير المتزوجين والذي بلغ (61.09) بانحراف معياري قدره (17.60)، أما بالنسبة لقيمة اختبار "ت" (-1.58) فهي غير دالة ($0.05 < 0.11$) بمعنى لا توجد فروق دالة إحصائية بين المتخرجين الجامعيين البطالين في مستويات الاكتئاب باختلاف الحالة الاجتماعية لديهم، وبالتالي لم تتحقق الفرضية الجزئية الثالثة.

4-7 عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

توجد فروق دالة إحصائية في مستويات الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال تعزى لمتغير مدة البطالة، حيث تم اختبار هذه الفرضية من خلال مقارنة متوسطات درجات الاكتئاب لدى أفراد العينة باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي AnovaOne Way، وجاءت النتائج معروضة كالآتي:

جدول رقم(52) يمثل دلالة الفروق في مستويات الاكتئاب لدى المتخرجين البطالين باختلاف مدة

البطالة

مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	
		485.23	2	916.47	بين المجموعات
0.20	1.62	281.80	117	32970.99	داخل المجموعات
			119	33887.46	المجموع

تشير النتائج الواردة في الجدول رقم(52) أن قيمة "ف" تقدر ب(1.62) وهي قيمة غير دالة عند مستوى دلالة(0.05)، بمعنى لا توجد فروق دالة إحصائية في مستويات الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال تعزى لمتغير مدة البطالة، مما يعني عدم تحقق الفرضية الجزئية الرابعة.

8- عرض نتائج الفرضية السادسة :والتي تنص على أنه:

"تؤثر المنبئات الاجتماعية للصحة النفسية (رضا الآخرين-السعادة في الحياة- الرضا المهني) في التنبؤ بظهور حالة الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال".

تم استخدام تحليل الانحدار البسيط للكشف عن نسبة تأثير المنبئات الاجتماعية للصحة النفسية في تفسير التغير الحاصل في مستوى الاكتئاب، عن طريق حساب معامل الارتباط ومعامل التحديد ونسبة التباين المعدل لقياس القوة التفسيرية لنموذج الاكتئاب، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم(53) يوضح نتائج تحليل الانحدار البسيط لمتغير المنبئات الاجتماعية(المستقل) ومتغير الاكتئاب (التابع)

النموذج	معامل الارتباط R	مربع معامل الارتباط R ²	مربع معامل الارتباط المعدل R ²	الخطأ المعياري المقدر
1	0.37	0.14	0.134	15.70

يتبين من خلال الجدول رقم(53) أن قيمة معامل الارتباط R قدرت ب(0.37) ومربع معامل الارتباط R² الدال على قوة المنبئات الاجتماعية في التنبؤ بمستوى الاكتئاب قدر ب(0.14) وهو دال عند مستوى دلالة (0.01)، أما قيمة R² وهي قيمة التباين المعدل فبلغت (0.134) ، وهذا يعني أن المنبئات الاجتماعية فسرت التنبؤ بالاكتئاب بنسبة(13.4%) حيث كان خطأ التقدير (15.70). وللتحقق من صدق هذه العلاقة قامت الباحثة باستخدام تحليل التباين لاختبار معنوية الانحدار كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (54) يوضح نتائج تحليل التباين لأثر المنبئات الاجتماعية على مستوى الاكتئاب لدى أفراد العينة

النموذج	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
الانحدار	4783.899	1	4783.899	19.39	0.01
المتبقي	29103.568	118	246.640		
المجموع	33887.467	119			

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن قيمة "ف" وهي(19.39) دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وهذا ما يدل على أن الانحدار معنوي. أما الجدول الموالي فيلخص نتائج الانحدار للمنبئات الاجتماعية كمتغير مستقل والاكتئاب كمتغير تابع.

جدول رقم(55) يوضح نتائج تحليل الانحدار للمنبنات الاجتماعية والاكتئاب

النموذج	قيمة المعامل B	قيمة الخطأ المعياري	قيمة المعامل Beta	قيمة "ت"	الدلالة المعنوية
الاكتئاب	138.189	17.193		4.40-	0.01
المنبنات الاجتماعية	1.968-	0.44	0.376-		

نلاحظ من خلال الجدول (55) أن متغير المنبنات الاجتماعية دال إحصائياً وفقاً لنتائج اختبار "ت" (-4.40) عند مستوى دلالة (0.01) وهذا يعني أن متغير الاكتئاب يرتبط بعلاقة عكسية بمتغير المنبنات الاجتماعية، حيث قدرت نسبة هذا التنبؤ ب(14%)، مما يعني أن المنبنات الاجتماعية تؤثر سلباً على مستوى الاكتئاب وتساهم في رفعه بنسبة (37.6%).

ومن هنا نستنتج تحقق الفرضية الخامسة أي تؤثر المنبنات الاجتماعية للصحة النفسية (رضا الآخرين - السعادة في الحياة - الرضا المهني) في التنبؤ بظهور حالة الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطل.

9- عرض نتائج الفرضية السابعة: والتي تنص على:

"تؤثر المنبنات النفسية للصحة النفسية (الخلو النسبي من الأمراض - وجود معنى في الحياة - الأمن النفسي) في التنبؤ بظهور حالة الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطل".

تم التعامل مع متغير المنبنات النفسية بنفس الطريقة التي استخدمتها الباحثة في الكشف عن نسبة تأثير المنبنات النفسية للصحة النفسية في تفسير التغير الحاصل في مستوى الاكتئاب، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (56) يوضح نتائج تحليل الانحدار البسيط لمتغير المنبنات النفسية (المستقل)

ومتغير الاكتئاب (التابع)

النموذج	معامل الارتباط R	مربع معامل الارتباط R ²	مربع معامل الارتباط المعدل R ²	خطأ المعياري المقدر
1	0.22	0.051	0.043	16.51

الفصل السابع : عرض ومناقشة النتائج

يتبين من خلال الجدول رقم(56) أن قيمة معامل الارتباط R قدرت ب(0.22) ومربع معامل الارتباط R^2 الدال على قوة المنبئات النفسية في التنبؤ بمستوى الاكتئاب قدر ب(0.051) وهو دال عند مستوى دلالة (0.01)، أما قيمة R^2 وهي قيمة التباين المعدل فبلغت (0.043)، وهذا يعني أن المنبئات النفسية فسرت التنبؤ بالاكتئاب بنسبة(4.3%) حيث كان خطأ التقدير(16.51). وللتحقق من صدق هذه العلاقة قامت الباحثة باستخدام تحليل التباين لاختبار معنوية الانحدار، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (57) يوضح نتائج تحليل التباين لأثر المنبئات النفسية على مستوى الاكتئاب لدى أفراد العينة

النموذج	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
الانحدار	1716.26	1716.26	6.29	0.013
المتبقي	32171.20	272.637		

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن قيمة "ف" وهي(6.29) دالة عند مستوى دلالة (0.013) وهذا ما يدل على أن الانحدار معنوي.

أما الجدول الموالي فيلخص نتائج الانحدار للمنبئات النفسية كمتغير مستقل والاكتئاب كمتغير تابع.

جدول رقم(58) يوضح نتائج تحليل الانحدار للمنبئات النفسية والاكتئاب

النموذج	قيمة المعامل B	قيمة الخطأ المعياري	قيمة المعامل Beta	قيمة "ت"	الدلالة المعنوية
الاكتئاب	112.85	20.03		5.63	0.01
المنبئات النفسية	1.519-	0.60	0.225-	2.50-	

نلاحظ من خلال الجدول (58) أن قيمة اختبار "ت" وهي (-2.50) دالة عند مستوى دلالة (0.01) وهذا يعني أن متغير الاكتئاب يرتبط بعلاقة عكسية بمتغير المنبئات النفسية، حيث قدرت نسبة هذا التنبؤ ب(4.3%)، مما يعني أن المنبئات النفسية تؤثر على مستوى الاكتئاب وتساهم في رفعه بنسبة (22.5%).

ومنه نستنتج تحقق الفرضية الثامنة أي تؤثر المنبئات النفسية للصحة النفسية (الخلو النسبي من الأمراض- وجود معنى في الحياة- الأمن النفسي) في التنبؤ بظهور حالة الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال.

ثانياً: مناقشة النتائج:

بناءً على نتائج التحليل الإحصائي التي تم التوصل إليها لاختبار صحة الفرضيات والإجابة على الأسئلة المطروحة في هذه الدراسة، تقوم الباحثة بمناقشة النتائج المتعلقة بكل فرضية على حدى وربطها بنتائج الدراسات السابقة حول موضوع الدراسة.

1- مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الاستكشافي الأول:

من خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم(38)، يبدو أن أغلب أفراد عينة الدراسة يتمتعون بمستوى متوسط من الصحة النفسية والذي بلغ(60.83%)، يليه المستوى المنخفض بنسبة (21.67%)، ثم المستوى المرتفع بنسبة(17.50%)، والجدول رقم(39)الذي يظهر من خلاله أن المتوسط الحسابي لمقياس الصحة النفسية أكبر من المتوسط الفرضي، حيث كانت النتائج المتحصل عليها خلافا لتوقعات الباحثة والتي كانت تظن أن الشباب البطال يتميز بانخفاض في مستوى صحته النفسية، لكن بما أن مستوى الصحة النفسية لأفراد العينة كان بين المتوسط والمنخفض ولم يرق إلى المستوى الأعلى فإن ذلك حسب رأي الباحثة يعكس التجاوب الإيجابي للشباب الجامعي العاطل وقدرته على تحمل الضغوطات التي يعيشها، و محاولة البحث عن حلول للأزمات التي يعيشها، مما يمكنه من الحفاظ على التوازن المتوسط لصحته النفسية.

وبالرجوع إلى الدراسات السابقة التي تناولت التأثير السلبي للبطالة على مستوى الصحة النفسية للفرد نجد: دراسة آيت حمودة وفاضلي(2007) والتي أكدت على أن الأفراد العاطلين عن العمل لديهم مستويات عالية من القلق والاكتئاب، ودراسة الغباشي والشويخ (2008) التي خلصت إلى وجود علاقة قوية بين حالة العمل والصحة النفسية للأفراد، حيث تبين من خلال النتائج المتوصل إليها أن الأفراد العاملين سجلوا انخفاضا في مستوى القلق والاكتئاب والعجز المكتسب مقارنة بالأفراد العاطلين عن العمل، وفي نفس السياق أضافت دراسة تكاربي(2010) أن أفراد عينة الدراسة من المتخرجين الجامعيين البطالين يعانون من القلق بمستويات عالية بسبب التعطل عن العمل، لما تسببه البطالة من شعور بالفشل، الإحباط، اليأس، والحرمان، أما دراسة بريقل(2014) فوصفت العاطلين عن العمل

بأنهم أشخاص لا يشعرون بالسعادة والرضا، ويسجلون انخفاضا في مستوى الصحة النفسية، حيث أنهم يميلون إلى الانسحاب والعزلة، كما أشارت عدة دراسات أجريت حول الكشف عن مستويات الصحة النفسية وأهميتها لدى الطلبة الجامعيين، منها دراسة العربي وشلاللي (2019)، دراسة بكر (2021)، دراسة بدوي ودبار (2023) إلى أن الطالب الجامعي يسجل انخفاضا واضحا في درجاته على المقاييس النفسية المستخدمة في هذه الدراسات، مما يفسر انخفاض مستوى الصحة النفسية لديه، أما بالنسبة للنتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية فتتفق مع دراسة كل غالي (2014) الزحيلي والملحم (2014)، زناتي (2016)، بن الصغير وبوداود (2016)، شهري (2018)، خماد وبن نويوة (2023)، إيلاس (2024)، والتي أكدت على أن مستويات الصحة النفسية لدى الطلبة لا تصل إلى درجة المعاناة النفسية، حيث كانت مستوياتها تتراوح بين المتوسط وفوق المتوسط في حين توصلت دراسات أخرى كدراسة بلقندوز (2017)، ودراسة حيدر (2017) ودراسة الأسود (2020) والتي اتفقت كلها حسب النتائج المتحصل عليها، على أن الشباب الجامعي يتمتع بمستوى عال من الصحة النفسية.

وفي ظل هذه الدراسات المتنوعة في نتائجها يمكن أن نستنتج أن فعلا الصحة النفسية هي نسبية وليست ثابتة، وأن الأفراد يختلفون في ردود أفعالهم، وفي استجاباتهم للأحداث الضاغطة التي تدور حولهم، وهذا ما تم توضيحه في الجانب النظري.

2- مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الاستكشافي الثاني:

دلت النتائج الموضحة في الجدول رقم (40) و(41) أن المستوى المتوسط للاكتئاب تصدر باقي المستويات بنسبة (65.83%)، وهذا يعني أن المتخرج الجامعي البطل لا يعاني من ارتفاع في مستوى الاكتئاب لديه، لكن ترى الباحثة أن المستوى المتوسط من الاكتئاب هو في حد ذاته مؤشر على وجود خلل في الصحة النفسية للبطل مما يؤكد النتيجة السابقة (مستوى صحة نفسية متوسط) فهذا يعني بأن أغلب أفراد العينة تخطوا المستوى المنخفض من الاكتئاب، مما قد يجعل لديهم الاستعداد واحتمالية الإصابة بالاكتئاب النفسي بمستويات أعلى من ذلك مستقبلا، في حالة استمرار الأحداث الضاغطة (البطالة) وعدم التدخل العلاجي، وقد اهتمت العديد من الدراسات بالكشف عن مستويات الاكتئاب النفسي لدى الشباب الجامعي، ومن بين الدراسات التي توافقت نتائجها مع الدراسة الحالية دراسة زايد ومحززي (2007)، النجمة (2008)، سلمان (2013)، غالي (2013)، شينار (2020) حيث أسفرت نتائجها على أن أفراد العينة (الطلبة الجامعيين) يشكون من الاكتئاب بمستويات متوسطة

أو خفيفة أما دراسة المرعي(2021) التي كانت تهدف إلى الكشف عن الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعا بين الطلبة الجامعيين، فتوصلت إلى أن اضطراب الاكتئاب جاء على رأس قائمة الاضطرابات المنتشرة بين الشباب الجامعي، ومن الدراسات التي اختلفت نتائجها مع نتائج الدراسة الحالية، دراسة سناء علي محمد (2011)، دراسة خوسيه وبيلايو (Jose & Pelayo, 2018)، الطائي(2018) بسيوني(2017) حيث أجمعت هذه الدراسات كلها على أن الاكتئاب من أهم مظاهر الاعتلال النفسي التي قد يصاب بها العاطلون عن العمل مما يؤدي إلى انعزالهم والبحث عن وسائل بديلة تعينهم على الخروج من معيشة الواقع المؤلم، وكثيرا ما تتمثل هذه الوسائل في تعاطي المخدرات أو الانتحار (بريقل، 2014، ص150).

3- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

أثبتت النتائج المدونة في الجدول رقم (42) على وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مستوى الصحة النفسية ومستوى الاكتئاب لدى عينة الدراسة، وهي علاقة عكسية، أي كلما ارتفع مستوى الصحة النفسية، انخفض مستوى الاكتئاب، والعكس صحيح، أي كلما انخفض مستوى الصحة النفسية ارتفع مستوى الاكتئاب، وهي نتيجة منطقية حيث أن الفرد الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة يشعر بالرضا والسعادة والاستقرار النفسي مما يجعله في حالة من السواء، خاليا من أعراض الاكتئاب الواضحة كمشاعر الحزن والضيق والإحباط واليأس وغيرها من الأعراض التي تصيب المكتئب، وقد توافقت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة لونيس وبوخيار(2021) والتي كانت تهدف إلى الكشف عن العلاقة بين الصحة النفسية والاكتئاب، حيث بلغت قيمة الارتباط(-0.48)، وبالرجوع إلى النتائج المتوصل إليها من خلال هذه الدراسة وهي أن مستويات الصحة النفسية لدى المتخرجين البطالين (أفراد العينة) كانت متوسطة عموما تميل إلى الانخفاض، مما أدى إلى ظهور الأعراض الاكتئابية بدرجة متوسطة فيمكن تفسير هذه النتيجة من منطلق أن المفحوص الذي يتحصل على درجة متوسطة من الصحة النفسية معناه صحته النفسية ليست على ما يرام، مقارنة بمن تحصل على درجات أعلى منه وأكد هناك أسباب أدت إلى انخفاضها، وهي نفس الأسباب التي أدت إلى ظهور أعراض الاكتئاب لديه (بمستوى متوسط)، وإذا افترضنا أن تلك الأسباب تتمثل في الوضعية الصعبة التي يعيشها المتخرج البطال فربما بمجرد تحسن وضعيته كحصوله على وظيفة، ستتحسن صحته النفسية أي يرتفع مستواها، وتتلاشى بذلك أعراض الاكتئاب لديه فينخفض مستواه، ولعل أغلب الدراسات- حسب اطلاع الباحثة- التي تناولت الآثار النفسية للبطالة على الصحة النفسية توصلت إلى أن

الاكتئاب هو أكثر الاضطرابات الناجمة عن حالة التعطل، والذي يقترن دائماً بسوء الصحة النفسية للفرد، كما هو الحال في دراسة عراقي(2009) التي وجدت أن نسبة كبيرة من العاطلين الذين يشعرون بفقدان الأمل يزحف الاكتئاب إليهم زحفاً حتى تتعمق لديهم مظاهر سوء الصحة النفسية بوجه عام وهو نفس ما توصلت إليه دراسة عكة(2014) التي وصفت أهم الاضطرابات النفسية التي يُصاب بها العاطلون عن العمل هي حالة الاكتئاب التي تؤدي بهم إلى الانعزال والانسحاب نحو الذات، وتتفق هذه النتيجة كذلك مع دراسة عبدلي(2016) حول الآثار النفسية للبطالة على الفرد والتي أكدت على ظهور حالة الاكتئاب بنسب كبيرة لدى البطالين مقارنة بمن يلتزمون بأداء أعمال ثابتة.

4- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

تحققت الفرضية الثانية استناداً إلى النتائج المعروضة في الجدول رقم(43)، وهي وجود علاقة ارتباطية عكسية بين مستوى المنبئات الاجتماعية للصحة النفسية، ومستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال، أي كلما ارتفع مستوى هذه الأبعاد(رضا الآخرين، السعادة في الحياة، الرضى المهني) كلما انخفض مستوى الاكتئاب، يعتبر رضا الآخرين مؤشراً على الصحة النفسية ذلك لأن الفرد الذي يستطيع تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين، ويشعر بالانسجام مع المحيطين به فهو شخص سوي، وهذا ما أكدته(الداهري، 2010، ص25) حينما وصف الشخص المتمتع بالصحة النفسية الجيدة بأنه "المتكيف مع العالم الخارجي بطريقة تكفل له الشعور بالرضا كما تجلعه قادراً على مواجهة المشكلات المختلفة"، وفي نفس السياق يضيف رضوان(2002) بأن الإنسان عندما يتمكن من بناء علاقات اجتماعية فعالة، ويتمكن من التوافق والاندماج مع أفراد مجتمعه، وعندما يستطيع تكيف حياته مع الظروف المعقدة والمتنوعة للمحيط فهو بذلك يتمتع بالصحة، أما بالنسبة لبعد السعادة في الحياة فهو تقدير الأفراد لحياتهم استناداً على الأحداث السارة التي تسبب لهم الفرح والسعادة، أو غير السارة التي تسبب لهم التوتر والقلق والاكتئاب، وبالتالي إما شعورهم بالرضا أو عدم الرضا عن الحياة بدرجات متفاوتة (العمرات والرفوع، 2014، ص268)، ويبقى بعد الرضا المهني وهو مفهوم متعدد الأبعاد يمثل في مجمله الرضا الكلي الذي يستمدّه الموظف من وظيفته وجماعة العمل التي يعمل معها، ورؤسائه الذين يعمل تحت إشرافهم والبيئة التي يعمل فيها، كما أن تحقيق الرضا في العمل يمكنه أن يؤثر على نظرة الشخص لنفسه ولقدراته، فحسب دراسة هرزبرغ(Herzberg) توصلت إلى وجود علاقة ارتباط بين رضا الشخص الوظيفي وثقته بنفسه، بمعنى أن الرضا الوظيفي يساهم في رفع الثقة بالنفس(عبد الحلیم، 2016، ص176).

وفي ظل ذلك يمكن استنتاج أن كل من رضا الآخرين، السعادة في الحياة، الرضى المهني هي فعلا منبئات اجتماعية نستدل من خلالها على الصحة النفسية، وغيابها أو انخفاض مستوياتها يؤدي إلى ظهور الأعراض الاكتئابية، وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الثانية.

5- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:

دلت النتائج المبينة في الجدول رقم(44) على وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مستوى المنبئات النفسية للصحة النفسية ومستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال، وهي علاقة عكسية حيث توافقت هذه النتيجة مع توقعات الباحثة، فمن خلال اطلاعها على الدراسات السابقة تأكدت أن كل بعد من هذه الأبعاد(الخلو النسبي من الأمراض، وجود معنى في الحياة، الأمن النفسي) هو منبئ نفسي للصحة النفسية، والدليل على ذلك حسب (فهيمى،1995) أن الصحة النفسية هي البرء من أعراض المرض العقلي أو النفسي، وفي نفس السياق يرى(منسي، 2001) أنها الخلو من أعراض المرض النفسي، وأهي سلامة الفرد من الأعراض المرضية، ويعزز البعض هذا المفهوم بأننا نستدل على الصحة النفسية من خلال خلوها من الأمراض مثلما نستدل على الخير بانتقائه من الشر والعدالة بانتقائها من الظلم (شاذلي،1999، ص15)، وبالنسبة لبعده وجود معنى في الحياة، فيعتقد فرانكل(Frankel) أن الحياة تعطي للشخص مهمة وأن على الفرد أن يتعلم ماهي هذه المهمة من أجل تحقيق هدف الحياة، كما أثبتت دراسة أسلو وآخرون(László & al, 2011) والتي أجريت بهدف البحث عن معنى الحياة كعامل وقائي للصحة النفسية لمجموعة من المراهقين، حيث أسفرت النتائج عن وجود ارتباط قوي بين معنى الحياة والصحة النفسية (زقاوة، 2020، ص589).

أما بالنسبة للأمن النفسي فيرى زهران(2005)أنه الطمأنينة النفسية أو الانفعالية، وهو الأمن الشخصي، حيث يكون إشباع الحاجات مضمونا وغير معرض للخطر"، وهناك من أكد على أن الأمن النفسي هو أحد أبعاد الصحة النفسية والذي يتضمن الطمأنينة النفسية والانفعالية، والاتزان والتوافق والاستقرار، وبالتالي فإن شعور الفرد بالأمن النفسي ينعكس على جوانب حياته المختلفة، بل وينعكس على شخصية والتي تتمثل في زيادة تقديره لذاته، وثقته بنفسه، وتحرره من الخوف والتهديد وقدرته على مواجهة ضغوط ومخاطر الحياة بكفاءة وفعالية(خطاب، 2018، ص464-479).

وهذا ما يؤكد صحة العلاقة الارتباطية بين المنبئات النفسية والاكنتاب أي كلما كان الشخص خاليا من الأمراض النفسية والجسمية ومدركا لوجود معنى لحياته، ويشعر بالطمأنينة والاستقرار النفسي فإنه شخص قادر على طرد الاكنتاب من حياته والتخلص من أعراضه.

6- مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة:

حيث قسمت الباحثة هذه الفرضية إلى أربع فرضيات جزئية:

1-6 الفرضية الجزئية الأولى:

دلت نتائج هذه الفرضية على وجود فروق دالة إحصائيا في مستويات الصحة النفسية بين الذكور والإناث، حيث كانت قيمة اختبار 'ت' دالة لصالح الذكور، تتماشى هذه النتيجة مع دراسة الوشلي (2003)، ابن عوف (2011)، اقروفة (2018)، عبارة وآخرون (2019)، دفع الله والظاهر (2021) خرموش (2021)، اللباد (2021)، موسى السيد (2022) حيث أظهرت هذه الدراسات كلها فروقا دالة في مستويات الصحة النفسية لصالح الذكور، وتعارضت مع دراسة زناتي (2006)، بلقندوز (2017) العربي وشلاي (2019)، المرعي (2021)، حيث كانت الفروق دالة في مستويات الصحة النفسية لصالح الإناث، أما دراسة كل من: مجذوب (2016)، حيدر (2017)، عدة (2017)، شهري (2018) القيسي (2019)، إبراهيمي وبن سعد (2020)، براخيلية وبركات (2021)، بعايري وجلاب (2022) ايلاس (2024) فلم تجد فروقا دالة في مستويات الصحة النفسية بين الجنسين. وبالرجوع إلى الجدول رقم (45) نلاحظ أن الفرق بسيط في المتوسطات الحسابية لدرجات الصحة النفسية بين الذكور (94.50) والإناث (90.64)، وترى الباحثة أن هذه النتيجة ترجع ربما إلى طبيعة التباين في الخصائص الشخصية، والحالة الاجتماعية بين الجنسين، أو الاختلاف في الاستراتيجيات التي يتبناها ويستخدمها كل نوع منهما في مواجهة المشاكل والأحداث الضاغطة.

2-6 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

أظهرت النتائج المدونة في الجدول رقم (46) عدم وجود فروق دالة إحصائيا في مستويات الصحة النفسية لدى المتخرج الجامعي البطال تعزى لمتغير المستوى الجامعي، حيث كانت مستويات الصحة النفسية متقاربة بين حاملي شهادة الليسانس، أو الماستر، أو الماجستير، أو الدكتوراه، وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن المتخرجين الجامعيين البطالين يعيشون نفس الظروف (حالة البطالة) بغض النظر عن الشهادة التي يحملونها، وحتى آمالهم وطموحاتهم مشتركة ولعل أهمها الحصول على الوظيفة

المناسبة لمؤهلاتهم، وتتشابه هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة كل من: المصري(2014) حيدر(2017)، عدة(2017)، الأسود(2019)، عبد الله(2020)، ايلاس (2024)، حيث لم تجد هذه الدراسات ما يدل على وجود فروق في مستويات الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى الدراسي. في حين تعارضت هذه النتائج مع ما توصلت اليه دراسة فقيه(2007)، مجذوب(2016) الزيادات(2023)، الأبرط والنهمي(2023)، حيث أسفرت نتائجها عن وجود فروق دالة إحصائيا بين المستويات التعليمية لأفراد العينة.

3-6 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

لقد أظهرت نتائج هذه الفرضية والمعروضة في الجدول رقم(47) بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتزوجين وغير المتزوجين(عينة الدراسة) في مستوى صحتهم النفسية، وانجمت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة وازي(2013) حيث تبين من خلالها أن تقدير الذات عند البطال لا يختلف باختلاف حالته الاجتماعية(أعزب- متزوج)، واختلفت مع دراسة بن الصغير(2016) التي أسفرت نتائجها على وجود فروق دالة إحصائيا في مستويات الصحة النفسية والتي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وترى الباحثة أن الزواج في حد ذاته هو من أصعب القرارات التي يأخذها الشخص في حياته وذلك لما له من مسؤوليات كبيرة مادية ومعنوية أهمها الاستعداد للأبوة والأمومة، فإذا كان الشخص مسؤولا عن زوجة وأولاد، فمعنى ذلك أنه ملزم بتلبية احتياجات أسرته مما يستوجب توفر الدخل المادي لديه، فإذا كان هذا الشخص عاطلا عن العمل فهي مشكلة كبيرة لها آثار سلبية على حياته وحياة أفراد أسرته بشكل عام ، أهمها: تعرض العاطل عن العمل لكثير من مظاهر عدم التوافق النفسي وإصابته بحالات من الاضطرابات النفسية والشخصية(عكة، 2014، ص311)، وهذا ما أسفرت عليه نتائج دراسة البكر(2008) التي ترى أنه كلما كان لدى الشخص مسؤوليات وواجبات كلما زاد العبء النفسي عليه أكثر، وفي نفس السياق ورد عن دراسة ماركوس(Marcus, 2013) أن البطالة لدى المتزوجين تؤثر على الصحة العقلية لكلا الزوجين، ومن جهة أخرى تعد البطالة أحد أهم الأسباب المؤدية إلى عزوف الشباب عن الزواج، وهذا حسب بعض الدراسات كدراسة صالي(2017) والتي توصلت إلى أن تأخر سن الزواج لدى الشباب والعنوسة لدى الشابات راجع إلى حالة البطالة التي يعيشونها، وفي نفس السياق تحققت دراسة لبرش(2017) من أن أزمة السكن وارتفاع قيمة المهور وتكاليف الزواج العالية هي ما تجعل الشباب يصرف نظره عن تكوين أسرة، وهي أسباب مادية

بالدرجة الأولى، وهذا ما أكدته عطيات(2015) من خلال دراستها حول الشباب الذي يتخرج من الجامعة ليصطدم بعدم وجود فرص عمل مناسبة له، فيضطر إلى التنقل بين الأعمال التي يقوم بها أشخاص لم يكملوا تعليمهم فكيف له أن يفكر بالزواج الذي يحتاج لمبالغ كبيرة وتكاليف باهظة وأضافت دراسة جنان(2016) حول مساهمة ودور عقود الإدماج في إشباع حاجات خريجي الجامعة المتعاقدين، حسب هرم ماسلو، أن الأجر المحدد بالعقد لا يكفي لسد وإشباع الحاجيات الذاتية البسيطة، أما رب الأسرة فلا تكفيه حتى لسد قوت يومه، وبالتالي فهذه العقود قد تكون مصدر رضا للمستفيدين منه من فئة العزاب، ومصدر تدمر للمتزوج الذي تجده مرتبط ومقيد بالعائلة والأسرة، وهذا رغم الإجراءات المتتالية التعديلات والمستمرة حول مشاريع التعاقد، لكن تبقى من بين البرامج غير القادرة على تحقيق أهدافها على المستوى البعيد.

1-6 عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

فيما يتعلق بنتيجة هذه الفرضية والمدونة في الجدول رقم (48)، فقد بينت تحقق الفرضية التي تنص على وجود فروق دالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية بين المتخرجين البطالين باختلاف مدة البطالة، وتعتبر الباحثة هذه النتيجة منطقية حيث كلما زادت مدة البطالة كلما تأزمت وضعية البطال وهذا حسب النتائج المتوصل إليها لعدة دراسات، نذكر منها دراسة: حسن وآخرون(1999) التي أثبتت أن الفرد الذي يمكث فترة طويلة دون عمل، أو يقوم بعمل مثلما يقوم به من ليس لديه مستوى تعليمي عالي مثله، فهذا يهز ثقته بنفسه وبقيمة التعليم في نظره وفي نظر مجتمعه(عفان وموساوي،2015). أما دراسة تيمودي وآخرون (Timothy & Al, 2012) والتي كانت تهدف إلى الكشف عن العلاقة السببية بين ظاهرة البطالة والصحة النفسية للبطال، فدللت نتائجها على وجود علاقة ارتباطية مباشرة بين متغير الصحة النفسية ومتغير البطالة، وقد فسر الباحثون هذه العلاقة السببية أنها ناتجة عن حجم الأثر السلبي الذي تخلفه البطالة وخاصة عندما تطول مدتها على صحة الفرد النفسية وتسبب ما يسمى بالضيق النفسي وهو أحد الاضطرابات النفسية الشائعة، وهذا ما أكدته دراسة ليتشن وآخرون (Lichen& Al,2012) حول طول مدة البطالة وتأثيرها على الصحة العقلية لما كشفت عن فروق دالة إحصائية بين للعمال العاطلين عن العمل لمدة طويلة والعمال العاطلين عن العمل لمدة قصيرة.

7- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

حيث قسمت الباحثة هذه الفرضية إلى أربع فرضيات جزئية:

1-7 مناقشة الفرضية الجزئية الأولى:

يتبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم(49)، أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في مستوى الاكتئاب، ولصالح الإناث حيث تفوق المتوسط الحسابي لهن والمقدر ب(66.76) على المتوسط الحسابي للذكور والذي بلغ(57.46)، وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الجزئية السابقة والتي كانت فيها الفروق في مستويات الصحة النفسية لصالح الذكور، مما يفسر سبب انخفاض مستويات الصحة النفسية لدى الإناث هو حصولهن على مستويات اكتئاب أعلى مقارنة بالذكور. ومن خلال اطلاع الباحثة على الدراسات السابقة المتعلقة بالفروق في مستوى الاكتئاب بين الجنسين وجدت أن أغلب الدراسات تشير للفروق لصالح الإناث بمعنى أن الأنثى أكثر اكتئاباً من الذكر. ويفسر الكثير منهم هذه النتيجة بأن الإناث عامة أكثر حساسية ورهافة من الذكور، ونتيجة لشعورهن بالعجز يظهرن الاكتئاب لاستمرار الاهتمام وجلب الدعم والعطف من الآخرين، في حين يخفي الذكور مشاعر الحزن والاكتئاب حفاظاً على مظهرهم الشخصي، وحتى لا تبدو عليهم ملامح الضعف في أداء أدوارهم بصفتهن رجلاً، وهذا ما يسميه البعض بالعقاب الاجتماعي الذي يجعل الذكر يخفي اكتتابه(الشبؤون،2006، ص789)، ومن الدراسات التي تفوقت فيهن الإناث على الذكور في اختبارات الاكتئاب: دراسة رضوان(2001)، الأنصاري وكاظم(2007)، الشقيرات(2012) كنز(2014)، الحارثي(2021)، يحيوي(2022)، صبري والسيد(2022)، هدى السيد(2022)، وفي المقابل وجدت دراسة كل من فقيه (2007)، غالي (2014)، اشتيه وشاهين(2014) أن الذكور يعانون من الاكتئاب بمستويات أعلى من الإناث، في حين لم تجد بعض الدراسات فروقا دالة في مستوى الاكتئاب تعزى لمتغير الجنس كدراسة مخيمر(1997)، سلامة(2011) ودراسة خليفة(2014).

7-2 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

تشير النتائج الواردة في الجدول رقم(50) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستويات الاكتئاب لدى أفراد عينة الدراسة باختلاف مستوياتهم الجامعية، مما يدل على أن مستوى الشهادة التي يحملها المتخرج البطل لم تصنع الفروق في درجات الاكتئاب النفسي بين أفراد العينة، وهذا إن دل على شيء فإنه يدل على أن حاملي الشهادات الجامعية بجميع مستوياتها يعيشون ضغوطات حياتية متشابهة إلى حد ما، مما يجعلهم يسجلون مستويات متقاربة من الاكتئاب نتيجة خوفهم وقلقهم من المستقبل، وتتفق نتيجة هذه الفرضية مع دراسة سلامة(2011)، رمضان والجباري(2015) ودراسة النواجحة(2017) حيث كانت نتائجها توحى بانعدام الفوارق في مستوى التلوث النفسي والاكتئاب لدى

خريج الجامعات العاطلين عن العمل وفقاً للمؤهل العلمي، ودراسة التويجري(2017) التي كشفت عن عدم ظهور فروق دالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية والاكتئاب بين أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، وفي نفس السياق أسفرت نتائج دراسة بشرى(2018) على عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في الآثار الاجتماعية للبطالة حسب اختلاف المستوى التعليمي لدى أفراد العينة، وقد تتشابه نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة الزعبي(2018) والتي لم تُظهر نتائجها فروقا دالة في مستوى التلوث النفسي لدى خريجي كليات التربية البطالين بالأردن تعزى لمتغير نوع الجامعة (حكومية/خاصة)، أما الدراسات التي كانت نتائجها مختلفة عن نتائج الدراسة الحالية، فنذكر منها: دراسة تكارى(2010) التي توصلت بأن درجة القلق لدى البطالين الجامعيين تختلف باختلاف المستوى التعليمي، ودراسة كنز(2014) التي كشفت عن التباين في مستويات الاكتئاب بين طلاب الجامعات تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، وفي نفس الاتجاه أكدت دراسة دخيخ(2019) على وجود الفروق في مستويات الاكتئاب بين الطلبة باختلاف مستوياتهم التعليمية.

3-7 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

لم تكن النتائج المدونة في الجدول رقم(51) دالة على وجود اختلاف في مستويات الاكتئاب بين المتزوجين وغير المتزوجين، ويبدو أن الحالة الاجتماعية للمتخرج الجامعي البطال في هذه الدراسة، لم تحدث الفرق في متوسطات درجة الاكتئاب لدى المجموعتين (المتزوجين/ غير المتزوجين) وهي نتيجة منسجمة مع نتيجة الفرضية الجزئية المنبثقة عن الفرضية الرابعة، والتي لم تثبت وجود فروق في الصحة النفسية لدى الخريجين البطالين (عينة الدراسة) تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، اتفقت هذه النتيجة مع دراسة اللحياني(1996) حيث بينت نتائجها أن مستوى الاكتئاب لدى أفراد العينة لم يتأثر باختلاف حالاتهم الاجتماعية، وعززت دراسة سلامة(2011) هذه النتيجة من خلال توصلها إلى عدم وجود فروق دالة في مستويات القلق والاكتئاب بين العزاب والمتزوجين، وهذا ما أكدته دراسة المشوح(2015) من خلال الكشف عن فعالية الذات وعلاقتها بالاكتئاب حيث أشار إلى انعدام الفروق بين أفراد العينة في مستويات الاكتئاب تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، ونفس النتيجة أظهرتها دراسة شلهوب(2016) حول قلق المستقبل لدى عينة من الشباب، ودراسة بشرى(2018) التي بينت عدم وجود فروق دالة إحصائية في الآثار الاجتماعية للبطالة حسب حالتهم الاجتماعية. وهو ما وضحه بلخير(2019) في دراسته حول مستوى الاكتئاب لدى عينة من مرضى السرطان لما توصل إلى عدم وجود فروق بين المرضى المتزوجين والمرضى غير المتزوجين.

اختلفت هذه النتائج مع دراسة (Baykan & Yargic, 2012) التي توصلت أن المتزوجين أظهروا أعراضا اكتئابية أكثر وضوحا مقارنة بغير المتزوجين معناه الفروق كانت لصالح المتزوجين، لكن لم تتوافق هذه النتيجة مع دراسة النواجحة (2017) والزرعي (2018) التي وجدت أن الفروق في مستوى التلوث النفسي لدى الخريجين العاطلين عن العمل كانت لصالح العزاب، واتفقت معه دراسة مؤيد (2010) حول قلق المستقبل لدى الشباب، ودراسة التويجيري (2017) حول مستويات الاكتئاب والتي أجمعت كلها على وجود فروق دالة وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوج، غير متزوج) لصالح غير المتزوجين.

4-7 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

لقد أظهرت نتائج هذه الفرضية بأنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستويات الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال تعزى لمتغير مدة البطالة، مما يعني عدم تحقق الفرضية الجزئية الرابعة وهذا يدل أن المتخرجين البطالين يعانون من الاكتئاب بدرجات متفاوتة ولكن لم ترق الفروق لمستوى الدلالة الإحصائية تبعا لمتغير مدة البطالة، كما يمكن تفسير هذه النتيجة من منطلق أنها تعكس نتيجة السؤال الاستكشافي الثاني وهو أن المستوى المتوسط من الاكتئاب يمثل أعلى نسبة وهي (65.83%) من أفراد العينة، وفي ظل ذلك يمكن أن نستنتج أنّ غالبية أفراد عينة الدراسة الحالية لديهم مستوى متوسط من الاكتئاب سواء كان الخريج الجامعي حديث التخرج أو مرّ على تخرجه فترة طويلة، إذ أن الخريج القديم يعيش معاناة اليأس والإحباط، والخريج الجديد يعيش قلق المستقبل، فالجميع يعيش المعاناة على حد سواء. وهذا ما توصلت إليه دراسة أشروف (2005) من خلال دراستها حول الاستجابة لضغط البطالة لدى المتخرج الجامعي والتي توصلت إلى أن مستوى الفعالية الذاتية لا يتغير تبعا لمتغير مدة البطالة، وأنه لا توجد فروق في مستوى التحكم الداخلي بين البطالين ذوي المدة الطويلة المدى والبطالين ذوي المدة القصيرة المدى، ويؤكد النواجحة (2017) من خلال النتائج التي توصل إليها أن مستوى التلوث النفسي الذي يعاني منه الخريجين الجامعيين لم يتأثر بعدد سنوات التعطل عن العمل، كما جاء في دراسة بشرى (2018) أن الفروقات في مستوى الآثار الاجتماعية للبطالة تبعا لمتغير مدة البطالة لم تكن دالة إحصائية، لكن تختلف نتيجة فرضية الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة (Mossakowski, 2009) وهو أن مدة البطالة تؤثر على زيادة أعراض الاكتئاب لدى الشباب حيث أن فترات البطالة الطويلة تتبأ بمستويات أعلى من الاكتئاب بين الشباب، وفي دراسة أخرى لإيت حمودة وفاضلي (2011) وجدت أن استمرار حالة البطالة وزيادة الفترة التي يقضيها

الشخص عاطلا عن العمل تزيد من شدة شعوره اتجاه قيمته الذاتية، وتكون مصدرا للعديد من المشكلات النفسية التي تؤثر على حياته، كما هو الحال في دراسة (Gul & Al, 2012) والتي أسفرت نتائجها على وجود علاقة قوية بين فترة البطالة والآثار الاقتصادية والاجتماعية لها، حيث خلصت إلى أن التكاليف الاقتصادية للبطالة تزداد أكثر مع زيادة فترة البطالة، وتتبعها التكاليف الاجتماعية والنفسية، أما دراسة البشاري (2015) فأشارت إلى أن مستوى الإحباط النفسي يرتفع لدى الخريجين غير العاملين كلما طالت فترة بطالتهم وهذا حسب نتائج دراستها، وجاء على لسان منظمة انترناشيونال ألت (2022) أنه كلما طالت فترة البطالة وصارت تُحسب بالسنوات لا بالأشهر ولا الأسابيع كلما يبدأ الشاب المتخرج في التساؤل حول ما فائدة شهادته الجامعية والمعارف التي اكتسبها خلال فترة تعليمه، والتي في كثير من الأحوال يشعر أنها تتبخر تدريجيا لدرجة أنه في بعض الحالات يتساءل إن كان قادرا حقا على ممارسة الوظائف التي تؤهله لها دراسته الجامعية (انترناشيونال ألت، 2022، ص 30).

8- مناقشة الفرضية السادسة:

بعد التحليل الإحصائي ثبتت صحة هذه الفرضية والتي عُرضت نتائجها في الجدول رقم (53) تبين أن قيمة مربع معامل الارتباط R^2 تساوي (0.14)، وهي قيمة تدل على قدرة متغير المنبئات الاجتماعية للصحة النفسية والمتكونة من بعد: (رضا الآخرين-السعادة في الحياة- الرضا المهني) في التنبؤ بمستوى الاكتئاب، وهي قيمة دالة إحصائيا مما يعني أن المنبئات الاجتماعية للصحة النفسية استطاعت أن تفسر (14%) من التغيرات الحاصلة في مستويات الاكتئاب والباقي وهو (86%) يعزى إلى عوامل أخرى، وكانت قيمة المعامل $B\hat{e}t\alpha$ تساوي (-0.37.6) مما يدل على وجود علاقة عكسية بين المنبئات الاجتماعية والاكتئاب، وأن تلك المنبئات الاجتماعية تساهم بمقدار (37.6%) في رفع مستوى الاكتئاب لدى أفراد العينة.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن المتخرج الجامعي العاطل عن العمل والذي يعاني من مشاكل اجتماعية على مستوى علاقاته بالآخرين أو على مستوى تقبله لذاته وتقديره لنفسه، أو عدم شعوره بالسعادة والرضا المهني بسبب عدم حصوله على الوظيفة المناسبة له، فإن هذا كله يساهم في رفع مستوى الاكتئاب لديه والعكس صحيح أي كلما تمكن الشاب البطال من إظهار التكيف الشخصي والاجتماعي الذي يُشعره بالسعادة والطمأنينة، وإقباله على الحياة بحيوية نتيجة تقبله لذاته ولعلاقاته مع الآخرين، ورضاه عن إشباع حاجاته، كلما انخفض مستوى الاكتئاب لديه، وترى الباحثة أن قدرة المنبئات الاجتماعية للصحة النفسية على التنبؤ بالاكتئاب تتوافق مع الدراسات التي أثبتت أهمية

مؤشرات الصحة النفسية كدراسة مجذوب(2022) والتي كانت حول القدرة التنبؤية لأساليب الحياة بالصحة النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة بالسودان، حيث كشفت هذه الدراسة عن مدى مساهمة أساليب الحياة المتمثلة في الأسلوب الاجتماعي، أسلوب التحكم بالذات، وأسلوب النشاط، في التنبؤ بالصحة النفسية لدى الطالب الجامعي، وقد فسر الباحث هذه النتيجة استناداً على شروط تحقيق الصحة النفسية المتمثلة في التكيف مع النفس ومع الآخرين، والشعور بالسعادة مع النفس ومع البيئة التي ينتمي إليها الشخص، وفي دراسة أخرى لريحاني وطنوس(2012) وجدت أن هذه الأساليب الحياتية وهي: أسلوب المنتمي، الباحث عن الاستحسان، الضحية، غير الكفاء، والمذعن(وهو كثير الخضوع) والتي يتبناها بعض الأفراد في علاقاتهم الاجتماعية، ساهمت بمقدار (6.3%) في التنبؤ بالاكتئاب، وبينت أيضاً نتائج دراسة المصلوخي(2023) أنه يمكن التنبؤ بالاكتئاب لدى طلبة الجامعة، من خلال أبعاد تنظيم الانفعال والمتمثلة في(لوم الذات، لوم الآخرين، الاجترار، الاستقلال الذاتي، الكفاءة البيئية، العلاقات الإيجابية مع الآخرين، الهدف من الحياة) وجودة الحياة، حيث دلت نتائج هذه الدراسة على أن حوالي 94% من التباين في درجات الاكتئاب لدى أفراد العينة يمكن تفسيره في ضوء هذه الأبعاد مجتمعة مع جودة الحياة، وفي دراسة أخرى لمنصور(2022) حول نمذجة العلاقات السببية بين النور من السعادة والتفكير المفعم بالأمل وأعراض الاكتئاب، من أهم النتائج التي توصل إليها الباحث في دراسته هي أن التفكير المفعم بالأمل يُعدّل العلاقة بين النور من السعادة وأعراض الاكتئاب.

لا شك أن العوامل الاجتماعية والثقافية والبيئية المحيطة بالفرد تلعب دوراً أساسياً ومهماً ومتبايناً في اكتساب اليأس والمعاناة، وذلك لأن الأحداث الضاغطة للحياة والتي تعتبر أسباباً خارجية للاكتئاب كالطلاق والهجرة، الانفصال عن الأحبة بالموت أو الفراق، كلها عوامل قد تقجر النوبة الاكتئابية (دحمانى، 2015، ص 61).

وقد يدفعنا هذا إلى استخلاص أن فكرة الاهتمام بالجانب الاجتماعي وأساليب الحياة التي يتبناها الفرد في بناء العلاقات مع الأشخاص الإيجابيين، المفعمين بالأمل، الذين لديهم نظرة تفاؤلية في الحياة، والاحتكاك بمن يملكون القدرة على المواجهة والتحدى وتحديد الأهداف واتخاذ القرارات الصائبة يمكن توظيفها كلها في خفض القلق من المستقبل، وتحقيق الرضا والسعادة، والوقاية من اضطراب الاكتئاب وغيره من اضطرابات الصحة النفسية.

9- مناقشة نتائج الفرضية السابعة:

بناءً على ما أسفرت عليه نتائج التحليل الإحصائي والتي يوضحها الجدول رقم(56) يظهر بأن المنبئات النفسية للصحة النفسية والمتكونة من بعد:(الخلو النسبي من الأمراض- وجود معنى في الحياة- الأمن النفسي) تساهم في التنبؤ بظهور حالة الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال، حيث بلغت نسبة تفسير هذا التنبؤ ب(4.3%) فقط، وبما أن قيمة المعامل $B\hat{e}t\alpha$ تساوي (-0.225) مما يعني أن المنبئات النفسية لها علاقة عكسية مع الاكتئاب، فكلما انخفض مستواها(المنبئات النفسية) يرتفع مستوى الاكتئاب بنسبة (22.5%)، وهي قيمة بسيطة لكنها كانت دالة على إحداث التباين.

تفسر الباحثة هذه النتيجة بأن اضطراب الاكتئاب هو اضطراب مرتبط غالباً باضطرابات نفسية أخرى كاضطراب الخوف والقلق، وبأمراض جسدية مزمنة، كالسرطان وداء السكري، أو الاعتلالات الهرمونية المسببة للكآبة، كما هو الحال في اضطراب الغدة الدرقية(الدليل الإرشادي، 2016، ص12)، وهذا ما يدل على أن الخلو النسبي من الأمراض هو مؤشر من مؤشرات الصحة النفسية وفي نفس السياق حاول الشريفين وآخرون(2015) الكشف من خلال دراسة تنبؤية لبعض المتغيرات النفسية عن الدور الذي يؤديه الشعور بالنقص والحرمان والإحباط واليأس والنظرة التشاؤمية التي تسيطر على أفراد العينة في تفسير الاكتئاب لدى عينة من الطلبة، حيث توصلت الدراسة إلى أن جميع متغيرات الدراسة أسهمت إسهاماً دالاً إحصائياً في تفسير التباين في أعراض الاضطرابات النفسية.

أما بالنسبة لوجود معنى في الحياة، فهو يضم عدة عوامل من بينها تحديد الأهداف، حيث تشير في هذا الصدد عدة دراسات إلى أن الأهداف المشوشة وغير الواضحة لها ارتباط دال بأعراض الاكتئاب ولها تأثير سلبي على صحته الفرد، وهي مسبب للنكد النفسي، كما يمكن للأهداف أن تكون مصدراً للاستياء والاكتئاب عندما تصبح غير قابلة أو تتجاوز الموارد الشخصية(زقاوة، 2020، ص592).

وبالرجوع إلى المنبئات النفسية للصحة النفسية نجد أن الأمن النفسي هو عبارة عن الشعور بمجموعة من المشاعر والأحاسيس المتمثلة في السكينة والاستقرار والطمأنينة والثقة والحب والانتماء والانسجام والتوافق، مما يجعل الفرد يتمتع بشخصية إيجابية منتجة، خالية من الخوف والحرمان والتهديد والقلق.

وهذا ما أكده (صبحي،2000، ص11) بقوله "أن الأمن النفسي هو وصول الإنسان إلى الصحة النفسية"، وفي المقابل وجدت دراسة (روبرت،1996) أن انعدام الأمن النفسي يؤدي إل ظهور أعراض الاكتئاب، ومن خلال الاطلاع على الدراسات التي توصلت إلى وجود علاقة عكسية بين الأمن

النفسي وظهور الأعراض الاكتئابية (سليمان، 2009، ص11)، كما دلت نتائج دراسة بخيتي وخوان (2017) على وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الأمن النفسي وحالة الاكتئاب لدى أفراد العينة. وفي ظل هذه النتائج وتفسيراتها يمكن أن نخلص إلى أن للصحة النفسية عدة مؤشرات منها ذات الطابع الاجتماعي والتي سبق وأن تطرقنا إليها في الفرضية الخامسة، وأخرى ذات طابع نفسي والتي تم النقاش حولها في هذه الفرضية السادسة، بحيث تبين للباحثة أن كل المنبئات سواء الاجتماعية أو النفسية للصحة النفسية هي متداخلة ومتشابكة فيما بينها، والتأثير فيما بينها متبادل، ويستحيل عزلها عن بعضها البعض، حيث تم تصنيفها إلى منبئات اجتماعية ومنبئات نفسية، فقط بغرض دراستها وتحليلها إحصائياً وتفسير نتائجها على ضوء دراسات سابقة.

الاستنتاج العام:

بعدما تم عرض نتائج الدراسة التي كانت تهدف إلى الكشف عن مستويات الصحة النفسية ومستويات الاكتئاب لدى عينة من المتخرجين الجامعيين البطالين، حسب الفرضيات المعروضة سلفاً ومناقشتها في ظل بعض الدراسات السابقة الموافقة لها أو القريبة منها، وكذا المخالفة لها، يمكننا القول أن مجمل الفرضيات قد تحققت وفقاً لهذه الدراسة ولهذه العينة (تحفظ الباحثة عن تعميم النتائج)، وما يمكن استخلاصه هو:

أن مستوى الصحة النفسية لدى المتخرجين البطالين كان متوسطاً، وهذا ما يعكس نتيجة السؤال الاستكشافي الثاني، الذي أُثبت من خلاله عدم وجود مستوى عالي من الاكتئاب لدى أفراد العينة.

- تحققت الفرضية الأولى التي أثبتت العلاقة الارتباطية بين مستوى الصحة النفسية ومستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي البطال.

- تحققت الفرضية الثانية والثالثة حيث دلت نتائجها على وجود علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً بين المنبئات الاجتماعية للصحة النفسية ومستوى الاكتئاب، ووجود علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً بين المنبئات النفسية والصحة النفسية لدى أفراد عينة هذه الدراسة.

أما بالنسبة إلى الفرضية الرابعة، والتي تفرعت إلى أربع فرضيات جزئية، كانت نتائجها كالتالي:

وجود فروق دالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية لدى المتخرج الجامعي البطال تعزى لمتغير الجنس، لصالح الذكور، أي تحققت الفرضية الجزئية الأولى.

عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية لدى المتخرج الجامعي البطال تعزى لمتغير المستوى الجامعي، أي لم تتحقق الفرضية الجزئية الثانية.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية بين المتخرجين البطالين باختلاف الحالة الاجتماعية لديهم، أي لم تتحقق الفرضية الجزئية الثالثة.

وجود فروق دالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية لدى المتخرجين البطالين تعزى لمدة البطالة وبهذا تحققت الفرضية الجزئية الرابعة.

وقد تفرعت الفرضية الخامسة كذلك إلى أربع فرضيات جزئية وكانت نتائجها كالتالي:

وجود فروق دالة إحصائية في مستويات الاكتئاب لدى المتخرجين البطالين تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث، أي تحققت الفرضية الجزئية الأولى.

عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستويات الاكتئاب لدى المتخرجين البطالين تعزى لمتغير المستوى الجامعي، أي لم تتحقق الفرضية الجزئية الثانية.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الاكتئاب بين المتخرجين البطالين تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، أي لم تتحقق الفرضية الجزئية الثالثة.

عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستويات الاكتئاب لدى المتخرجين البطالين تعزى لمدة البطالة وبهذا لم تحقق الفرضية الجزئية الرابعة.

أما بالنسبة للفرضية السادسة والسابعة فقد أثبتت نتائجها على أن المنبئات الاجتماعية (رضا الآخرين-السعادة في الحياة- الرضا المهني) والمنبئات النفسية (الخلو النسبي من الأمراض-وجود معنى في الحياة-الأمن النفسي) للصحة النفسية لهم القدرة التنبؤية بظهور الاكتئاب، بمعنى أن كلما كانت هناك مؤشرات اجتماعية ونفسية نستدل من خلالها على مستوى جيد من الصحة النفسية كلما اختفت أعراض الاكتئاب وتلاشت وانخفض مستواه، والعكس صحيح أي كلما دلت المؤشرات الاجتماعية والنفسية على تدني مستوى الصحة النفسية كلما تنبأنا بظهور أعراض الاكتئاب لدى أفراد عينة الدراسة.

إسهامات الدراسة:

لا شك أن الأعمال العلمية هي بناء متكامل، وكل باحث من الباحثين أو عالم من العلماء يضيف لبنة إلى هذا البناء من خلال ما يتوصل إليه من نتائج ومعارف جديدة باستمرار، وهذا ما يساهم في إثراء دائرة العلم والمعرفة، وعلى ضوء ما توصلت إليه الباحثة من نتائج، وسعيًا للمزيد من التطوير والتجويد في مجال البحث العلمي، جاءت هذه الدراسة المتواضعة مكملًا للدراسات الواردة في مجال الصحة النفسية، وأهم ما أسهمت به هو الالتفات إلى شريحة الحاملين للشهادات العليا والتي تعتبر

العمود الفقري للقوى البشرية، والكشف عن مخلفات البطالة من الناحية النفسية، وهي أحد أهم النواحي التي تمسها ظاهرة البطالة إضافةً إلى الجانب الاقتصادي والاجتماعي والسياسي، وهو جانب يحمل في طياته المعاناة المجسدة في مشاعر الإحباط واليأس والقنوط والاكتئاب وكل ما يؤثر سلباً على الصحة النفسية، فالدراسة الراهنة تربط بين الصحة النفسية وبطالة المتخرج الجامعي والاكتئاب المتنبئ به وهي دراسة تمثل خطوة هامة في المجال النفسي حيث حاولت إبراز أهمية الصحة النفسية بالنسبة للفرد وللمجتمع الذي يعيش فيه، ومن جهة أخرى أهمية العينة المستهدفة وهي فئة ذوي التعليم العالي وما لها من مكانة خاصة في المجتمعات وخطورة بطالتهم مقارنة بالفئات الأخرى من الشباب ذوي التعليم المحدود، مع إمكانية التنبؤ بظهور الاكتئاب النفسي لدى البطال، من خلال المنبئات أو المؤشرات الاجتماعية والنفسية والتي نستدل من خلالها على مستوى الصحة النفسية للشخص العاقل عن العمل.

زيادة على ذلك تم تسليط الضوء على عدم المواءمة بين مخرجات الجامعة وسوق العمل لعل ذلك يساهم في إعادة النظر في سياسة التعليم العالي، والقوانين الداعمة لتشغيل الشباب المتخرج والحاصل على الشهادات العليا.

كما اقترحت الباحثة في آخر هذه الدراسة برنامجاً إرشادياً بحكم تخصصها (الإرشاد والتوجيه) يهدف إلى تحسين الصحة النفسية للمتخرج البطال، وهو عبارة عن إضافة متواضعة، تهدف إلى تقديم بعض الخطوات الإرشادية المنهجية في سبيل تغيير السلوكيات غير الصحية المتعلقة بنمط العيش لدى العاقل عن العمل، واستبدالها بأخرى مثبتة علمياً أنها إيجابية وفعالة، والهدف منها تحسين نوعية وجودة الحياة التي يعيشها الشاب البطال والتي غالباً ما تكون معكرة بمشاعر القلق من المستقبل والخوف من المجهول، ومشحونة بأعراض اكتئابية، وهذا حسب ما أثبتته عدة دراسات سابقة حول هذا الموضوع، حيث يمكن توضيح الخطوات التي يجب اتباعها خلال تنفيذ الجلسات المقترحة لهذا البرنامج الإرشادي كما يلي:

الفصل السابع : عرض ومناقشة النتائج

التقييم	الوسائل المستخدمة	الفنيات المقترحة	مدة كل جلسة	أهداف الجلسات	عنوان الجلسة	الجلسات
	جهاز الحاسوب جهاز (DataShow) بطاقات تحتوي على جدول الروتين اليومي (أنظر الملحق رقم 6 ص 246)	إلقاء محاضرة المناقشة الجماعية	تتراوح ما بين 60 إلى 90 دقيقة	فتح باب التعارف بين المرشد والمسترشدين. تركيز المرشد على أهمية هذا البرنامج بأسلوب مقنع لكسب ثقة المسترشدين وجعلهم يحرصون على متابعة المشاركة في باقي الجلسات الإرشادية. التمهيد والتحضير النفسي لأفراد المجموعة وبناء الحلف الإرشادي. الاتفاق حول مواعيد الجلسات ومدة البرنامج	التعريف بالبرنامج وبناء العلاقة الإرشادية	الجلسة الأولى
	جهاز الحاسوب جهاز (DataShow) استخدام السبورة (بطاقات الروتين اليومي)	إلقاء محاضرة المناقشة الجماعية الواجب المنزلي	تتراوح ما بين 60 إلى 90 دقيقة	التعرف على مفهوم الصحة النفسية في مرحلة الشباب. إبراز أهمية الصحة النفسية في تحقيق السعادة والعيش في استقرار نفسي واجتماعي. الإشارة إلى الصحة النفسية من منظور إسلامي حسب ما جاء في القرآن والسنة النبوية. إقناع المسترشدين بضرورة تحقيق الصحة النفسية المتوازنة من أجل التغيير للأفضل وبالتالي تحقيق الطموحات والآمال.	أهمية الصحة النفسية للفرد ولأسرته	الجلسة الثانية

الفصل السابع : عرض ومناقشة النتائج

<p>جهاز الحاسوب جهاز (DataShow) السبورة (بطاقات الروتين اليومي) أقلام وأوراق تحتوي كل واحدة على قائمة من أساليب التفكير الخاطئة والمشوهة(أنظر الملحق رقم7ص248)</p>	<p>إلقاء محاضرة المناقشة الجماعية التركيز على فنيات التأثير والإقناع الواجب المنزلي</p>	<p>تتراوح ما بين 60 إلى 90 دقيقة</p>	<p>التعرف على اضطراب الاكتئاب وأعراضه وأسبابه بشكل مبسط. التعرف على مخاطر الاكتئاب وانعكاساته السلبية على الصحة النفسية للفرد وعلى حياته بصفة عامة. إبراز عدم منطقية وعدم عقلانية بعض الأفكار التي تدور في أذهان المكتئب، وأنه من الممكن تغيير نمط التفكير من اللاعقلاني إلى العقلاني.</p>	<p>الاكتئاب أعراضه أسبابه آثاره وإمكانية العلاج منه.</p>	<p>الجلسة الثالثة</p>
<p>السبورة بطاقات الروتين اليومي(أنظر الملحق رقم6 ص 246) أقلام</p>	<p>إلقاء محاضرة المناقشة الجماعية حول الالتزام بتطبيق الروتين اليومي</p>	<p>تتراوح ما بين 60 إلى 90 دقيقة</p>	<p>كسر روتين الجلسات الإرشادية. تثبيت تلك النشاطات الصحية (جدول الروتين اليومي) لدى كل مسترشد وجعلها عادات يومية. تفقد مدى التزام المسترشدين بالروتين اليومي المطلوب منهم.</p>	<p>مناقشة الواجب المنزلي (الروتين اليومي)</p>	<p>الجلسة الرابعة</p>
<p>جهاز الحاسوب جهاز (DataShow) السبورة</p>	<p>إلقاء محاضرة الحوار والمناقشة الجماعية حول موضوع الابتلاء والرضا بقضاء الله مع فنية الإصغاء.</p>	<p>تتراوح ما بين 60 إلى 90 دقيقة</p>	<p>التعرف على معنى الابتلاء. التعرف على معنى الرضا بقضاء الله وقدره والصبر عليه. المساعدة على تغيير النظرة السلبية للابتلاء بإظهار محاسنه ومقاصده.</p>	<p>الابتلاء والصبر عليه</p>	<p>الجلسة الخامسة</p>

الفصل السابع : عرض ومناقشة النتائج

	<p>جهاز الحاسوب جهاز (DataShow) السيبورة أوراق النشاط (أنظر الملحق رقم 9 ص 251)</p>	<p>التدريب على مهارة اتخاذ القرارات الصائبة وعلى خطوات حل المشكل</p>	<p>تتراوح ما بين 60 إلى 90 دقيقة</p>	<p>التعرف على مهارة حل المشكل ومهارة اتخاذ القرار بأسلوب مبسط. إبراز أهمية هاتين المهارتين في التخلص من الضغوط النفسية والإحباط الناتج عن اليأس وفقدان الأمل. العمل على إكساب المسترشدين مهارتي حل المشكلات واتخاذ القرارات، لمساعدتهم على تحمل المسؤولية ومواجهة ظروفهم ومشاكلهم بدل الهروب منها والاستسلام للاضطرابات النفسية المخربة والمدمرة للنفس.</p>	<p>التدريب على حل المشكلات واتخاذ القرارات</p>	<p>الجلسة السادسة</p>
	<p>استخدام السبورة (بطاقات الروتين اليومي)</p>	<p>المناقشة الجماعية حول الالتزام بتطبيق الروتين اليومي يركز على أهميته عن طريق فنية الإقناع</p>	<p>تتراوح ما بين 60 إلى 90 دقيقة</p>	<p>كسر روتين الجلسات الإرشادية. تفقد مدى التزام المسترشدين بالروتين اليومي المطلوب منهم. إكساب المشاركين معلومات مفيدة حول الأكل الصحي والنوم الصحي</p>	<p>مناقشة الواجب المنزلي(الروتين اليومي) فوائد الغذاء الصحي والنوم الصحي</p>	<p>الجلسة السابعة</p>
	<p>جهاز الحاسوب جهاز (DataShow) أوراق النشاط حول الاستراتيجيات المناسبة للتعامل مع الأحداث الضاغطة البطالة كنموذج لحدث ضاغطة(أنظر الملحق رقم 10 ص 252)</p>	<p>استخدام المرشد لاستراتيجيتين في مواجهة الأحداث الضاغطة إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي والتكيف مع الحدث واستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي</p>	<p>تتراوح ما بين 60 إلى 90 دقيقة</p>	<p>تقديم تعريف شامل ومختصر حول مفهوم الضغوط النفسية وحول أساليب التعامل معها ودور تلك الأساليب في تحقيق الصحة النفسية والجسمية للفرد. اقتراح بعض الاستراتيجيات للتعامل مع الضغوط كنموذج للتطبيق، بهدف إكساب المسترشدين مهارات التعامل مع الظروف الضاغطة والتكيف معها.</p>	<p>التعرف على أساليب التعامل مع الضغوط النفسية</p>	<p>الجلسة الثامنة</p>

الفصل السابع : عرض ومناقشة النتائج

	<p>جهاز الحاسوب جهاز (DataShow) مقاطع فيديو (الرابط في الملحق رقم 11 ص 253)</p>	<p>عرض مقاطع فيديو تحمل تلاوة بعض الآيات القرآنية الداعمة للجانب النفسي الهدف منها ممارسة الاسترخاء التأملي حيث تعرض تلك الآيات في قالب جميل ومريح مناظر طبيعية وصوت هادئ يبعث على الطمأنينة النفسية المناقشة الجماعية حول الموضوع</p>	<p>تتراوح ما بين 60 إلى 90 دقيقة</p>	<p>تقوية الوازع الديني وتعزيز الجانب الإيماني والروحاني للمشاركين. تقديم بعض الأمثلة التي ذُكرت في القرآن الكريم حول الطمأنينة النفسية والسكينة والاستقرار الذي يحل بالمرء إذا ما لزم تأدية العبادات. تزويد المشاركين بمعلومات حول أهمية وفضل الذكر والاستغفار والتسبيح في تحقيق الصحة النفسية للفرد وزيادة البركة في الرزق.</p>	<p>أهمية الوازع الديني في تحقيق الرضا والسعادة</p>	<p>الجلسة التاسعة</p>
	<p>يقوم المرشد بتشغيل مقاطع لأدعية وأذكار الصباح والمساء بصوت هادئ لمدة 15 دقيقة (الرابط في الملحق رقم 11 ص 253)</p>	<p>التدريب الاسترخاء باستخدام الذكر</p>	<p>تتراوح ما بين 60 إلى 90 دقيقة</p>	<p>كسر روتين الجلسات الإرشادية. تقصد مدى التزام المسترشدين بالروتين اليومي المطلوب منهم. التدريب على الاسترخاء باستخدام الذكر.</p>	<p>مناقشة الواجب المنزلي (الروتين اليومي) والتدريب على الاسترخاء باستخدام الذكر.</p>	<p>الجلسة العاشرة</p>
	<p>جهاز الحاسوب جهاز (DataShow) فيديو قصير حول التفكير الإيجابي (الرابط في الملحق رقم 11 ص 253)</p>	<p>إلقاء محاضرة الحوار والمناقشة الجماعية حول موضوع التفكير الإيجابي</p>	<p>تتراوح ما بين 60 إلى 90 دقيقة</p>	<p>إكساب المشاركين القدرة على التفكير الإيجابي. تدريب المشاركين على فنيات الحديث الإيجابي مع الذات. مساعدة المشاركين على التخلص من مشاعر الذنب وتأنيب الضمير</p>	<p>التفكير الإيجابي</p>	<p>الجلسة الحادية عشر</p>

الفصل السابع : عرض ومناقشة النتائج

<p>جهاز الحاسوب جهاز (DataShow) الاستدلال ببعض الأحاديث النبوية الشريفة</p>	<p>إلقاء محاضرة الحوار والمناقشة الجماعية حول الموضوع مصاحبة الصالحين</p>	<p>تتراوح ما بين 60 إلى 90 دقيقة</p>	<p>تعزيز القدرة على اختيار الصديق الصالح. إبراز أهمية مجالسة الصديق الصالح في التخفيف من المعاناة النفسية، واكتساب طاقة إيجابية. التعرف على صفات الصديق الصالح.</p>	<p>مصاحبة الصالحين</p>	<p>الجلسة الثانية عشر</p>
<p>أنشطة تفاعلية كاللعب بالكرة اكتشاف الطبيعة من خلال التجول الجماعي، تناول الطعام معًا، القيام بالصلاة جماعة الجلوس على شكل حلقة دائرية</p>	<p>جولة إلى غابة من الغابات أو منطقة بحرية أو أي مكان جميل وهادئ به مناظر طبيعية تبعث على الراحة النفسية ويشعر المسترشدون بالتغيير وبالتفيس</p>	<p>تتراوح ما بين 60 إلى 90 دقيقة</p>	<p>إخراج المسترشدين من روتين الجلسات الإرشادية. أخذ بعض القسط من التسلية والترفيه والترويح عن النفس. بناء علاقات اجتماعية قوية بين المسترشدين.</p>	<p>القيام بجولة ترفيهية</p>	<p>الجلسة الثالثة عشر</p>
<p>بتوزيع مجموعة من النسخ حول النشاط (الملحق رقم 8 ص 250)</p>	<p>إلقاء محاضرة الحوار والمناقشة الجماعية حول الشخص الإيجابي والشخص السلبي</p>	<p>تتراوح ما بين 60 إلى 90 دقيقة</p>	<p>إبراز أهمية اكتساب الطاقة الإيجابية في مواجهة ظروف الحياة. التعرف على مصادر الطاقة الإيجابية للفرد. محاولة استبدال الطاقة السلبية بطاقة إيجابية.</p>	<p>كن شخصا إيجابيا</p>	<p>الجلسة الرابعة عشر</p>
<p>بطاقات الروتين اليومي وأقلام (أنظر الملحق رقم 6 ص246)</p>	<p>إلقاء محاضرة الحوار والمناقشة الجماعية</p>	<p>تتراوح ما بين 60 إلى 90 دقيقة</p>	<p>كسر روتين الجلسات الإرشادية. تفقد مدى التزام المسترشدين بالروتين اليومي المطلوب منهم. إكساب المشاركين معلومات مفيدة حول ممارسة الرياضة.</p>	<p>مناقشة الواجب المنزلي(الروتين اليومي) وأهمية ممارسة الرياضة</p>	<p>الجلسة الخامسة عشر</p>

الفصل السابع : عرض ومناقشة النتائج

	بطاقات تقييمية أقلام	تلخيص أهم ما جاء في البرنامج الإرشادي، ثم توزيع بطاقات تقييمية للبرنامج	تتراوح ما بين 60 إلى 90 دقيقة	تلخيص عام لجلسات البرنامج الإرشادي. تقييم المسترشدين لجلسات البرنامج الإرشادي. تطبيق القياس البعدي (قياس مستوى الصحة النفسية ومستوى الاكتئاب). اختتام البرنامج الإرشادي.	الختام الإنهاء والتقييم	الجلسة السادسة عشر
--	-------------------------	---	-------------------------------	---	----------------------------	--------------------------

الخاتمة:

انطلقت الإشكالية المحورية لهذه الدراسة من البحث عن مدى تأثير بطالة الخريجين الجامعيين على صحتهم النفسية، وعن مدى التنبؤ بأعراض الكدر النفسي (الاكتئاب) من خلال مستوى المنبئات الاجتماعية والنفسية للصحة النفسية لدى المتخرج الجامعي البطال، على ضوء متغير الجنس المستوى الجامعي، الحالة الاجتماعية، ومدة البطالة، وقد أفرزت المعالجة بالمنهج الوصفي التحليلي الذي تبنته الدراسة على مجموعة من النتائج ذات القيمة العلمية النظرية والقيمة العملية التطبيقية والتي يمكن تلخيصها في أن: مستوى الصحة النفسية ومستوى الاكتئاب لدى المتخرج الجامعي العاقل عن العمل هو مستوى متوسط، وأن العلاقة بين الصحة النفسية والاكتئاب هي علاقة ارتباطية عكسية، ويمكن أن نتبأ بظهور الاكتئاب من خلال المنبئات الاجتماعية والنفسية للصحة النفسية.

وقد ساهم متغير الجنس ومتغير مدة البطالة في إحداث الفروق في مستويات الصحة النفسية أما متغير المستوى الجامعي ومتغير الحالة الاجتماعية فلم يكن لهما تأثير دال في اختلاف مستوى الصحة النفسية لدى أفراد العينة، أما بالنسبة لمستويات الاكتئاب، فلم تكن هناك فروق دالة تعزى للمستوى الجامعي ولا للحالة الاجتماعية ولا لمدة البطالة، فقط متغير الجنس هو الذي ساهم في إحداث الفروق في مستويات الاكتئاب، وكان لصالح الإناث.

يبقى أن نشير إلى أن الخلفية النظرية للموضوع ساهمت في تفسير جزء من التساؤلات المطروحة في الدراسة، لكن مع ذلك لم يحض موضوع الصحة النفسية لدى المتخرج الجامعي البطال بالاهتمام الكافي وهذا ما لاحظته الباحثة بعد الاطلاع على الدراسات السابقة، خاصة وأن انتشار نسبة البطالة بين المتعلمين يزداد يوماً عن يوم، مما يخلق الانتشار الواسع للاضطرابات والأمراض النفسية بين هذه الشريحة المهمة في جميع المجتمعات على حد سواء، ومن هنا نؤكد على سعة هذا الموضوع وحاجته إلى المزيد من البحث والتقصي، استكمالاً للجهود المبذولة حول هذا الموضوع.

واستنادا إلى نتائج المتحصل عليها من خلال الدراسة الآتية وما تمت ملاحظته ميدانيا حول وضعيات أفراد العينة المستهدفة يمكن أن توصي الدراسة بما يلي:

توفير الرعاية النفسية لفئة البطالين عامة وفئة المتخرجين الجامعيين خاصة من خلال برامج توعوية إرشادية تعمل على تخفيف الآثار النفسية للبطالة، وتساهم في الرفع من مستوى الصحة النفسية لديهم.

ربط مخرجات التعليم العالي والبحث العلمي مع الجهاز الاقتصادي للدولة، بإلزام المؤسسات العامة والخاصة على إبرام اتفاقيات مع المؤسسات الجامعية، حتى يتمكن الطلاب من تطوير مكتسباتهم بما يتوافق مع متطلبات سوق العمل من كفاءات بشرية.

تفعيل وتنشيط برامج تربية الاختيارات وبرامج تربية المهن لمساعدة الطالب على تأسيس وبناء أهداف ومشاريع واقعية وقابلة للتحقق.

ضرورة تشجيع الفكر المقاوлатي وتدعيم الوكالات التي تهتم بتشغيل ومساعدة الشباب المتعلم على خلق مؤسسات صغيرة.

المراجع

مراجع باللغة العربية:

- إبراهيم، رشا عادل. (2021). الدور الوسيط للضجر في العلاقة بين المخاوف الاجتماعية والكدر النفسي. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، 112(31)، 236-280.
https://ejcj.journals.ekb.eg/article_182640_9ba9b9c4b313589c6e9da455849f5255.pdf
- إبراهيمي، صالح الدين. (2018). الاغتراب النفسي وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلبة كلية العلوم الاجتماعية [أطروحة دكتوراه، جامعة الأغواط].
<http://dspace.lagh-univ.dz/handle/123456789/6109>
- إبراهيمي، صالح الدين وبن سعد، أحمد. (2020). الصحة النفسية لدى طلاب الجامعة. *مجلة الفكر المتوسطي*، 9(2)، 41-71. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/147590>
- الأبرط، نايف علي صالح والنهمي، مبروك محمد عبده. (2023). أثر البيئة التعليمية على الصحة النفسية لدى طلبة معهد التعليم المستمر برداع وعلاقتها ببعض المتغيرات. *مجلة جامعة البيضاء*، 5(4)، 759-771. <https://doi.org/10.56807/buj.v5i4.483.771-759>
- ابن عوف، أمل علي. (2011). الرضا عن التخصص لدى طلاب بعض الجامعات في ولاية الخرطوم وعلاقته بالصحة النفسية [رسالة ماجستير، جامعة السودان].
<http://search.shamaa.org/FullRecord?ID=70054>
- ابن منظور، أبو الفضل، جمال الدين محمد. (2006). *لسان العرب*. دار المعارف.
- أبو النيل، محمود السيد. (2014). *الصحة النفسية*. جامعة عين شمس.
- أبو تبينة، محمد فرج. (2020). مدى امتلاك معلمات رياض الأطفال في مدارس مدينة زليتن لبعض المؤشرات الإيجابية: (الارتياح النفسي، الفاعلية الذاتية، الجهد العاطفي) وعلاقته بمستوى الصحة النفسية لديهن. *أريد الدولية للعلوم الإنسانية والاجتماعية*، 2(4)، 282-310.
<https://doi.org/10.36772/arid.ajssh.2020.2413>
- أبو حسونة، نشأت محمود. (2017). الضغوط النفسية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى الطالبات المتزوجات في جامعة إربد الأهلية الأردن. *المجلة الدولية للبحث في التربية وعلم النفس*، 5(2)، 316-346. <http://search.shamaa.org/FullRecord?ID=249453>
- أبو حويج، مروان والصفدي، عصام. (2009). *المدخل الى الصحة النفسية*. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

- أبو علام، رجاء محمود. (2011). *مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية*. (ط.6). دار النشر للجامعات.
- أبو فايد، ريم محمود يوسف. (2010). *فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي* [رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية غزة].
<https://iugspace.iugaza.edu.ps/bitstream/handle/20.500.12358/21237/file>
- أبو وردة، نائل علي عيد. (2014). *برنامج إرشادي نفسي إسلامي مقترح لتخفيف أعراض الاكتئاب النفسي* [رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية غزة].
<https://mobt3ath.com/pdf>
- أحجادن، دحماني ليلي. (2016). *اختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب لدى عينة من الأطفال المتأخرين دراسيا* [رسالة ماجستير، جامعة الجزائر2].
<http://193.194.83.152:8080/xmlui/handle/20.500.12387/591>
- أحسن، صليحة وشابونية، زهية. (2015). *مخرجات التكوين الجامعي ومدى مواءمتها لمتطلبات سوق العمل*. مجلة هيرودوت، 2(8)، 52-66. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/126385>
- إدريس، أحمد أكرم. (2008). *الاكتئاب: قصة الصراع بين اليأس والأمل*. دار الفكر دمشق.
- آزاد، علي إسماعيل. (2014). *الدين والصحة النفسية*. المعهد العالمي للفكر الإسلامي.
- أسامة، فاروق مصطفى. (2011). *مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية*. دار المسيرة.
- أسعد خوج، حنان. (2010). *المبادئ العلمية للصحة النفسية: (منظور تربوي خاص)*. مكتبة الرشد.
- الأسود، الزهرة. (2020). *مستوى الصحة النفسية لدى طلبة جامعة الوادي*. *المجلة العلمية للعلوم التربوية والصحة النفسية*، 2(1)، 82-105.
<http://search.shamaa.org/FullRecord?ID=278166>
- اشتية، إياد بسام أحمد. (2021). *العلاقة بين قلق البطالة والأمن النفسي لدى الطلبة المتوقع تخرجهم في جامعة القدس المفتوحة* [أطروحة دكتوراه، جامعة الأردن].
<http://search.shamaa.org/PDF>
- اشتية، إياد وشاهين، محمد. (2015). *قلق البطالة وعلاقته بفاعلية الذات لدى طلبة السنة الأخيرة في جامعة القدس*. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، 11(3)، 319 - 330.
<https://journals.yu.edu.jo/jjes/Issues/2015/Vol11No3/5.pdf>
- أشروف كبير، سليمة. (2005). *الاستجابة لضغط البطالة لدى المتخرج الجامعي* [رسالة ماجستير
<https://theses-algerie.com>]. جامعة الجزائر].

- اقروفة، صفية. (2018). الذكاء الانفعالي والصحة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة العلوم النفسية والتربوية، 4(2)، 224-247. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/54036>
- الأنصاري، بدر محمد وكاظم، علي مهدي. (2007). الفروق في الاكتئاب بين طلاب وطالبات جامعتي الكويت والسلطان قابوس. حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية. كلية الآداب. الحولية الثالثة. جامعة القاهرة.
- أنمار، إسماعيل محمد وفدعم، محمد علي. (2023). المتغيرات الاجتماعية لبطالة خريجي الجامعات. مجلة جامعة الأنبار للعلوم الإنسانية، 20(1)، 948-965. <https://www.iasj.net/iasj/article/268057>
- آيت حمودة، حكيمة وفاضلي، أحمد. (2007) أثر البطالة على الصحة النفسية للشباب، دراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية، 7(1)، 56-82. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/130811>
- آيت حمودة، حكيمة، فاضلي، أحمد ومسيل، رشيد. (2011). أهمية المساندة الاجتماعية في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لدى الشباب البطال. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية 2(2)، 1-36. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/5086>
- ايلاس، محمد. (2024). واقع الصحة النفسية في البيئة المدرسية-دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ ثانوية بن عمر أحمد تلمسان-. مجلة دراسات إنسانية واجتماعية، 13(1)، 257-274. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/238392>
- بخوش، وليد وتقرارت، يزيد. (2017). التخطيط التعليمي كاستراتيجية لتقليص بطالة خريجي الجامعة الجزائرية. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، 5(21)، 38-52. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/79412>
- بخيتي، البشير وخوان، أمينة. (2017). الأمن النفسي وعلاقته بالاكتئاب لدى الأطفال اليتامى تطوير العلوم الاجتماعية، 10(3)، 71-83. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/36726>
- بدوي، زينب ودبار، حنان. (2023). مستوى الصحة النفسية لدى طلبة الجامعة. مجلة الشامل للعلوم التربوية والاجتماعية، 6(1)، 9-21. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/227072>
- براخلية، عبد الغني وبركات، عبد الحق. (2021). الصحة النفسية لدى عينة من طلبة قسم العلوم الاجتماعية بجامعة تيارت-دراسة مقارنة في ضوء بعض المتغيرات الشخصية-. مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، 6(1)، 545-562. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/153861>

- برزوان، حسيبة. (2012). دراسة حالة علاج سلوكي معرفي لحالة اكتئاب نفسي. *دراسات نفسية وتربوية مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية*، 8، 1-13.
<https://dspace.univ-ouargla.dz/jspui/bitstream/123456789/6980/1/P0801.pdf>
- بريقل، هاشمي. (2014). البطالة وأثرها على الفرد والمجتمع. *مجلة مركز جيل البحث العلمي*، (3) 141-160.
<https://jilrc.com/wp-content/uploads>
- بشرى، محمد. (2018). *الآثار الاقتصادية والاجتماعية للبطالة في محافظة اللاذقية* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة تشرين سوريا.
- بطرس، حافظ بطرس. (2008). *التكيف والصحة النفسية للطفل*، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- بعايري، حسان وجلاب، مصباح. (2022). مستوى الصحة النفسية لدى طلبة الجامعة. *مجلة الأسرة والمجتمع*، 10(2)، 133-152.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/210874>
- بكير، مليكة. (2021). مستوى الصحة النفسية والدافعية نحو التعلم والذاكرة في ظل الحجر الصحي لدى الطلبة الجامعيين. *مجلة دراسات نفسية وتربوية*، 14(2)، 145-161.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/163188>
- بلال، حسين. (2018). دور النشاط البدني الرياضي التربوي في التخفيف من درجة القلق لدى المراهقين. *مجلة دراسات*، 9(8)، 284-304.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/55756>
- بلان، كمال يوسف والزعبي، أحمد محمد. (2012). *الصحة النفسية*. منشورات جامعة دمشق.
- بلحاجي، محمد. (2021). *الشباب ومشكلة البطالة بالجزائر* [أطروحة دكتوراه، جامعة وهران2].
<https://ds.univ-oran2.dz>
- بلخير، رشيد. (2019). *المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالتخفيض من درجة الاكتئاب لدى مرضى السرطان* [أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر].
<http://ddeposit.univ-alger2.dz>
- بلعربي، أسماء. (2014). *واقع سياسة الإدماج لدى خريجي الجامعة الجزائرية* [رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر بسكرة].
<http://thesis.univ-biskra.dz/id/eprint/1054>
- بلعسلة، فتحة وآيت حمودة، حكيمة. (2014). علاقة كل من الضغوط الاقتصادية وانفعال الغضب بظهور السلوك العدواني لدى فئة من الشباب البطال، *مجلة دراسات نفسية وتربوية*، 7(1)، 127-142.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article>
- بلقندوز، زينب. (2018). واقع الصحة النفسية لدى طلبة جامعة عبد الحميد بن باديس -مستغانم- *مجلة العلوم النفسية والتربوية*، 4(1)، 248-266.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/11970>

- بلول، صابر. (2002). الأبعاد الحقيقية لمشكلة البطالة في سورية، الواقع، الأسباب، الحلول
مجلة جامعة دمشق، 18(2)، 253-287. <https://koha.birzeit.edu/cgi-bin/koha/opac-detail.pl>
- بن الصغير، عائشة وبوداود، حسين. (2016). مستوى الصحة النفسية لدى طلبة كلية العلوم
الاجتماعية وقسم علم النفس. مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، 1(4)، 113-128.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/64375>
- بن الصغير، عائشة. (2017). التفاوض وعلاقته بالصحة النفسية [أطروحة دكتوراه، جامعة
الأغواط]. <https://theses-algerie.com/2739313375239713>
- بن دعيمة، لبنى. (2020). فعالية برنامج إرشادي لخفض حدة بعض الاضطرابات النفسية لدى
المرأة المعنفة [أطروحة دكتوراه، جامعة باتنة]. <http://dspace.univ-batna.dz>
- بن سيد أحمد، عثمان ووهابي، طارق. (2018). خريجي مؤسسات التعليم العالي وسوق العمل،
مجلة مينا للدراسات الاقتصادية، 2(1)، 159-182.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/121964>
- بن صافي، عبد الرحمن. (2017). دراسة تقييمية لطرق تقدير صدق وثبات أدوات جمع
المعطيات [أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر2]. <http://e-biblio.univ-mosta.dz/handle/123456789/859>
- بن قيلة، سلمان وبومدفع، الطاهر. (2021). فعالية عقود إدماج حاملي الشهادات في التخفيف
من حدة بطالة خريجي الجامعات. مجلة الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، 13(2)، 147-
162. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/159998>
- بنين، آمال. (2019). فاعلية برنامج إرشادي في تنمية القدرة على اتخاذ القرار الدراسي [أطروحة
دكتوراه منشورة جامعة ورقلة]. <http://dspace.univ-ouargla.dz>
- البهنساوي، ليلي كامل. (2018). المواءمة بين مخرجات التعليم الجامعي وسوق العمل. مجلة
كلية الآداب جامعة القاهرة، 1، 1-63.
https://jarts.journals.ekb.eg/article_82020.html
- بودربالة، عائشة. (2018). تقييم دور جهاز المساعدة على الإدماج المهني في معالجة مشكلة
البطالة بين حاملي الشهادات الجامعية في الجزائر (2008-2016). مجلة الأكاديمية للدراسات
الاجتماعية والإنسانية، 10(1)، 142-153. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/73964>

- بورنان، سامية. (2006). *التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى عينة من الطلبة الجامعيين* [رسالة ماجستير، جامعة بسكرة].
<http://thesis.univ-biskra.dz/id/eprint/3385>
- بوطاوي، نجاه. (2017). *النسق القيمي وعلاقته بالصحة النفسية لدى الطالب الجامعي* [أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر 2].
<https://www.pnst.cerist.dz/pnst>
- بوعقادة، هند. (2013). *تقدير الذات لدى المراهق البطل* [رسالة ماجستير، جامعة وهران 2].
<https://www.univ-oran2.dz>
- بوعلي، وسيلة. (2023). *التشغيل المؤقت كآلية لإدماج خريجي الجامعة والحد من البطالة، مجلة التنمية وإدارة الموارد البشرية-بحوث ودراسات- 1(10)، 264-282*.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/downArticle/357/10/1/224677>
- بوقري، مي كامل محمد. (2009). *إساءة المعاملة البدنية والإهمال الوالدي والطمأنينة النفسية والاكتمال لدى عينة من تلميذات المرحلة الابتدائية بمدينة مكة المكرمة* [رسالة ماجستير، جامعة أم القرى].
<http://repository.hess.sa/xmlui/handle/123456789/279>
- بوكايس، آمال. (2018). *أساليب التفكير وعلاقتها بالصحة النفسية* [أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر 2].
<http://www.ddeposit.univ-alger2.dz:8080/xmlui/handle/20.500.12387/1563>
- بوكبوس، مريم ومرسلي، دنيا. (2020). *إشكالية الموازنة بين مخرجات التعليم العالي وسوق الشغل بالجزائر، مجلة الإدارة والتنمية للبحوث والدراسات، 9(1)، 203-220*.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/116055>
- بومجان، نادية. (2016). *بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغط النفسي لدى الأستاذة الجامعية المتزوجة* [أطروحة دكتوراه، جامعة بسكرة].
<http://thesis.univ-biskra.dz/2488>
- بيببي، وليد. (2016). *خريجو الجامعات الجزائرية (عمال المعرفة) بين وهم العمل وهاجس البطالة الذكية، مجلة الإنسان والمجال، 2(3)، 61-89*.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/13091>
- تكاري، نصيرة. (2009). *مشكلة البطالة وأثرها على القلق لدى خريجي الجامعات الجزائرية* [رسالة ماجستير، جامعة بوزريعة].
<https://www.ccdz.cerist.dz/admin/notice.php?id=000000000000043087>
- التميمي، محمود كاظم. (2013). *الصحة النفسية مفاهيم نظرية وأسس تطبيقية*. دار الصفاء للنشر والتوزيع.

- توتو، إبراهيم محمد النور. (2017) أثر معدلات البطالة على التضخم في السودان خلال الفترة (2005-2014) [رسالة ماجستير، جامعة الخرطوم]
<https://search.mandumah.com/Record/917900>
- تونسي، عديلة حسن طاهر. (2002). القلق والاكتئاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات في مدينة مكة المكرمة [رسالة ماجستير، جامعة أم القرى].
<http://repository.hess.sa/xmlui/handle/123456789/85>
- التويجري، ربا. (2017). الاكتئاب وعلاقته بالصلاية والضغط النفسية لدى مرضى السكري من النوع الثاني بمستشفيات مدينة الرياض [رسالة ماجستير غير منشورة]، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.
- جامع، محمد نبيل. (2019). علم المجتمع الريفي وتطبيقاته التنموية، جامعة الإسكندرية.
<https://www.noor-book.com>
- جبار، شهيدة. (2006). الزمن الذاتي لدى المكتئب الحصري، إسهامات اختبار الروشاخ وTAT مقارنة سيكو ديناميكية [أطروحة دكتوراه، جامعة وهران2].
<https://www.univ-oran2.dz>
- جدو، عبد الحفيظ. (2018) الصحة النفسية وعلاقتها بسوء التوافق الزوجي لدى الزوجة المعنفة في المجتمع الجزائري [أطروحة دكتوراه، جامعة سطيف2].
<https://theses-algerie.com/5746757142220386>
- الجراح، سلطان. (2018). القلق الاجتماعي لدى المراهقين وعلاقته بمستوى الصحة النفسية لديهم المجلة الإلكترونية الشاملة متعددة المعرفة لنشر الأبحاث العلمية والتربوية، (2)، 1- 14.
<https://www.mecsj.com>
- الجرساني، وائل محمد سعد أحمد. (2013). التعليم الجامعي في مصر وبطالة المتعلمين [رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة].
<https://fr.slideshare.net/slideshow>
- جعفر، أحمد كرم. (2018). الرضا عن الحياة لدى الأبناء. المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال (2)، 5-274.
http://srv3.eulc.edu.eg/Eulc_v5/Libraries/start.asp
- الجميلي، صابر. (2020). قلق البطالة وعلاقته بالتصورات المستقبلية لدى طلبة الدراسات العليا (غير الموظفين)، مجلة جامعة تكريت للعلوم الإنسانية، 6(27)، 465-487.
- الجميلي، علي عليج خضر. (2013). فاعلية برنامج إرشادي في خفض مستوى الاكتئاب لدى الطالبة المكتئبة، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، 3(12)، 31-68.
<https://search.shamaa.org/FullRecord?ID=85581>

- الجنابي زيدان، عبير. (2013). الأثار الاجتماعية والاقتصادية لبطالة الخريجين في العراق مجلة البحوث الجغرافية، (18)، 323-352.
<https://journal.uokufa.edu.iq/index.php/kjg/article/view/7129>
- جنان، شريفة. (2016). عقود العمل ودورها في إشباع حاجات خريجي الجامعة حسب هرم ماسلو [أطروحة دكتوراه، جامعة بسكرة].
<http://search.shamaa.org/FullRecord?ID=315127>
- الجوابرة، باسم فيصل. (2002). الأحاديث الواردة في الصحة النفسية جمعاً وتصنيفاً ودراسة [رسالة ماجستير]. جامعة الأردن.
<https://www.noor-book.com>
- الجوهري، محمد محمود. (2000). موسوعة علم الاجتماع جوردين مارشال. المجلي الأعلى للثقافة.
- حاج محمد، صليحة. (2015). التوظيف النفسي ونوعية الحياة لدى بطالين جامعيين [رسالة ماجستير، جامعة الجزائر2].
<http://ddeposit.univ-alger2.dz>
- الحارثي، سارة ومفلح، شالح. (2021). الاكتئاب في ضوء متغير النوع ومستوى السمعة لدى طلاب الجامعة. مجلة العلوم التربوية، 1(28)، 317-382.
<https://imamjournals.org/index.php/joes/article/view/1641/1410>
- حافري، زهية غنية. (2022). محاضرات في مقياس الأطر النظرية المفسرة للاضطرابات النفسية كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة سطيف2.
<https://www.elmarjaa.com/2024/06/explanation-mental-disorders.html>
- حجازي، سناء نصر. (2009). علم النفس الإكلينيكي للأطفال. دار المسيرة للطباعة والنشر.
- حجازي، مصطفى. (2004). الصحة النفسية: (منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة) (ط.2). المركز الثقافي العربي.
- حريزي، منال وهامل، مهدية. (2020). العلاقة بين التعليم العالي وسوق العمل في الجزائر بين الطرح الكلاسيكي والجديد-دراسة تحليلية- مجلة التميز الفكري للعلوم الاجتماعية والإنسانية 2(2) 125-144.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/135406>
- الحسن، رانيا محمد عثمان. (2016). الصحة النفسية لدى النزلاء وعلاقتها ببعض المتغيرات
- الحلفي، عبد الجبار عبود. (2008). البطالة في العراق مع إشارة خاصة إلى بطالة الشباب. بحوث اقتصادية عربية، 17(43) و(44)، 94-106.
<https://journals.ekb.eg/article>

- حمدي، عبد الله عبد العظيم. (2013). برامج تعديل السلوك، مجموعة برامج عملية ونماذج تطبيقية. مكتبة أولاد الشيخ للتراث.
- حمودة الهور، علاء. (2016). فاعلية برنامج إرشادي نفسي إسلامي لخفض أعراض الاكتئاب النفسي [رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية غزة].
<https://www.sanadkk.com>
- حويتي، أحمد، عبد المنعم، بدر ودمبا، شيرنوديالو. (1998). البطالة وعلاقتها بالجريمة والانحراف في الوطن العربي. أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.
https://ncys.ksu.edu.sa/sites/ncys.ksu.edu.sa/files/397_2.pdf
- الحياي، وليد ناجي. (2009). دراسة بحثية حول البطالة الأكاديمية العربية المفتوحة، الدانمارك.
https://www.academia.edu/6846115/Al_battalah_1211009
- حيدر، ريم عطية. (2017). مستوى الصحة النفسية لدى عينة من طلاب كلية التربية. مجلة التربية، 3(3)، 95-111.
<https://journals.asmarya.edu.ly/jedu/index.php/jedu/article/view/12/34>
- خالدي، عبد الكامل، يخلف، جمال الدين. (2018). التجربة الجزائرية في محاربة أفة البطالة وتأثيرها على الأمن الاجتماعي، مجلة البر، 8(10)، 934-944.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/60061>
- خاطر، منى إلياس نياي. (2018). الصحة النفسية وعلاقتها بالإنجاز الأكاديمي لدى طلبة جامعة القدس [رسالة ماجستير، جامعة القدس].
<https://dspace.alquds.edu/server/api/core/bitstreams>
- خرموش، سميرة. (2021). بعنوان الصلابة النفسية وعلاقتها بالصحة النفسية في ظل الشعور بقلق المستقبل لدى الطالب الجامعي. مجلة الناصرية للدراسات الاجتماعية والتاريخية، 11(2) 279-298.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/147125>
- الخزامي، أحمد عبد الحكم. (2016). العلاج النفسي- الصحة النفسية أساس نجاح الفرد والمجتمع دار الفجر للنشر والتوزيع.
- خزري، غنية. (2011). أهمية المهارات الاجتماعية في تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي لدى الشباب البطال [رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 2].
https://archive.org/details/156-pdf_20210529/mode/2up
- خضر صالح، سامية. (2005). البطالة بين الشباب حديثي التخرج، كتاب الكتروني.
<https://ebook.univeyes.com/28940>

- خطاب، محمد شفيق محمود. (2017). الأمن النفسي وتأثيره على الأبناء. *المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة*، 4(1)، 460-482. DOI : 10.21608/maml.2017.131361
- الخفاف، إيمان عباس. (2013). *النكاء الانفعالي*. دار المناهج للنشر والتوزيع.
- خليفة، السيد فاطمة. (2014). الاتجاه نحو العولمة وعلاقته بارتباك الهوية الثقافية والاكثاب لدى طلاب الجامعة. *مجلة العلوم التربوية*، 22(4)، 267-294. <http://search.shamaa.org/FullRecord?ID=110247>
- خليلي، أحمد. (2019). دور الوكالة الوطنية ANEM في تحقيق عدالة التشغيل من وجهة نظر الإداريين. *مجلة شعاع للدراسات الاقتصادية*، 3(1)، 269-282. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/82462>
- خماد، محمد وبونويوة، سعيد. (2023). الضغوط النفسية والمدرسية وعلاقتها بمستوى الصحة النفسية لدى تلاميذ المرحلة الثانوية. *مجلة العلوم الإنسانية*، 34(2)، 527-542. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/221354>
- خميس غربي، حسين. (2019). آثار البطالة على الشباب ومعالجتها في المنظور الإسلامي. *مجلة العلوم الإسلامية*، (42)، ص 179-219.
- الخواجة، عبد الفتاح. (2010). *مفاهيم أساسية في الصحة النفسية والإرشاد النفسي*. دار البداية.
- خيارى، رقية. (2014). *السياسة التنموية في الجزائر وانعكاساتها الاجتماعية (الفقر-البطالة)* [أطروحة دكتوراه، جامعة بسكرة]. <https://core.ac.uk/download/pdf/35403504.pdf>
- الداھري، صالح حسن أحمد. (2008). *أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية والانفعالية* دار صفاء للنشر والتوزيع.
- الداھري، صالح حسن أحمد. (2010). *مبادئ الصحة النفسية*. (ط.2). دار وائل للنشر والتوزيع.
- دبله، عبد العالي وعباسي، يزيد. (2015). الشباب بين الحاجات والمشكلات. *مجلة علوم الإنسان والمجتمع*، 4(3)، 37-50. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/50077>
- دربال، خديجة وقاصدي، حميدة. (2021). مساهمة الممارسات الرياضية في تحسين الصحة النفسية لدى المرأة في ظل جائحة كورونا كوفيد19. *مجلة علوم الأداء الرياضي*، 3(2)، 66-84. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/165964>
- دردون، كنزة. (2022). دور الرياضة في تنمية الصحة النفسية لدى الممارسين. *مجلة عصور الجديدة*، 12(2)، 474-487. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/197927>

- دفع الله، أسماء والطاهر، زينب بدر. (2020). الصحة النفسية وعلاقتها بالسمات الشخصية لدى طلاب وطالبات الجامعات الحكومية بولاية الخرطوم. *المجلة الأكاديمية للأبحاث والنشر العلمي* (21)، 59-74. <https://www.ajrsp.com/vol/issue21>
- الدليل الإرشادي. (2016). *الكآبة النفسية: معرفتها، فهمها، والمساعدة عليه*. <https://www.mimi-bestellportal.de/wpcontent/uploads/2016/09/Leitfaden-Depression-arabisch-web-2016-02.pdf>
- دليو، فضيل. (2011). *دراسات في المنهجية*. ديوان المطبوعات الجامعية.
- الدويكات، سناء. (2022). أهمية النظافة الشخصية. موقع موضوع. متاح من خلال الرابط <https://mawdoo3.com>
- الرازي، أبو بكر ومحمد، بن عبد القادر. (1999)، *مختار الصحاح*. دار إحياء التراث العربي.
- راضي، علي عبد السادة وجعدان، إيمان حسن. (2023). الضيق النفسي لدى طلبة الجامعة في ظل جائحة كورونا، *مجلة نسق*، 37(6)، 1270-1297. <https://nasaqiraq.com/volume-37-issue-6>
- ربابعة، عمر. (2015). أثر البطالة على خريجي الجامعات الأردنية وانعكاساتها على روح المواطنة *مجلة علوم الإنسان المجتمع*، 4(17)، 79-103. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article>
- رجب، أحمد مصطفى علي. (2013). مقياس الاكتئاب. *مجلة القراءة والمعرفة*. (152)، 21-44.
- رحماوي، سعاد. (2009). *الصحة النفسية وأثرها في الدافعية للإنجاز لدى طالبات السنة الثانية علم النفس وعلوم التربية [رسالة ماجستير، جامعة الجزائر]* <https://theses-algerie.com>
- رشوان، حسين عبد الحميد أحمد. (2015). *أزمات الشباب والبطالة، دار التعليم الجامعي*.
- رمضان، هادي صالح والجباري، جنار عبد القادر أحمد. (2015). التلوث النفسي لدى طلبة كلية التربية وعلاقته ببعض المتغيرات. *مجلة كركوك للدراسات الإنسانية*، 10(2)، 1-33. <https://www.iasj.net/iasj/search>
- روبي، محمد. (2014). فاعلية برنامج علاجي قائم على تعديل الأفكار اللاعقلانية في خفض زملة التعب العصبي، *مجلة البحوث والدراسات الإنسانية*، 9، 268-294. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/20693>
- روشو، عبد القادر. (2021). الآثار الاجتماعية لظاهرة البطالة في المجتمعات العربية، المجتمع الجزائري نموذجا خلال الفترة (2001-2018). *مجلة دراسات وأبحاث*، 13(1)، 996-1010. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/144494>

- ريحاني، سليمان وطنوس، عادل. (2012). *العلاقة بين أساليب الحياة وكل من القلق والاكتئاب*. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، 8(3)، 183-194.
<https://journals.yu.edu.jo/zjes/Issues/2012/Vol8No3/1.pdf>
- زاهدة، أبو عيشة. (2021). *الصحة النفسية ودورها في تعزيز التنمية الأكاديمية لدى الطلبة الجامعيين*، *مجلة كلية التربية*، 3(18)، 2013-245.
<https://dx.doi.org/10.21608/jfe.2021.154227>
- زايد، كاشف، الكيلاني، هاشم والكيثاني، محفوظة. (2013، سبتمبر). *العلاقة بين ممارسة الرياضة وأعراض الاكتئاب ومستوى تقدير الذات [عرض ورقة]*. المؤتمر الخامس للمجلس الدولي للصحة والتربية البدنية والترويح والرياضة والتعبير الحركي لمنطقة الشرق الأوسط، دبي.
- زايد، كاشف والمحززي، راشد سيف. (2007). *معدلات الاكتئاب لدى الطلبة المستجدين بقسمي التربية الإسلامية والتربية الرياضية بكلية التربية بجامعة السلطان قابوس*، *مجلة العلوم التربوية*، 13(13)، 355-377.
<https://qspace.qu.edu.qa/handle/10576/4551?show=full>
- الزبيدي، كامل علوان. (2007). *دراسات في الصحة النفسية*. الوراق للنشر والتوزيع.
- الزحيلي، غسان والملحم، سجان. (2014) *مستوى الصحة النفسية لدى عينة من طلبة جامعة دمشق وفقا لمتغير السنة الدراسية*. *مجلة بحوث جامعة حلب*، (91)، 89-107.
<https://www.noormags.ir/view/ar/search>
- الزعبي، نزار محمد يوسف. (2018). *التلوث النفسي لدى خريجي كليات التربية في الجامعات الحكومية والخاصة العاطلين عن العمل في الأردن*، *مجلة كلية التربية للبنات* 29(3)، 2532-2547
<https://jcoeduw.uobaghdad.edu.iq/index.php/journal/article/downloa.2547>
- زعتر، نور الدين. (2016). *فاعلية برنامج علاج سلوكي متعدد المحاور بمحتوى ديني في تخفيض الاكتئاب النفسي [أطروحة دكتوراه، جامعة باتنة]*
http://theses.univ-batna.dz/index.php/theses-en-ligne/doc_details/4905
- زقاوة، أحمد. (2020). *معنى الحياة كمؤشر على الصحة النفسية لدى عينة من الشباب الجامعي* *مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية*، 2(12)، 585-598.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/118534>
- زقعار، فتحي. (2013). *الاكتئاب مرض العصر: (أساليب تشخيصه، والوقاية منه وعلاجه)*. *الحكمة للدراسات التربوية والنفسية*، 1(2)، 8-24.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/71516>

- زكي، رمزي. (1998). *الاقتصاد السياسي للبطالة*. عالم المعرفة.
- زميت، دليلة. (2018). *علاقة الصلابة النفسية والذكاء الانفعالي وإدراك الضغط النفسي بمستوى الصحة النفسية لدى الشباب البطل* [أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر2]. <http://ddeposit.univ-alger2.dz:8080/xmlui/handle/20.500.12387/2213>
- زناتي، بشير. (2016). *مستوى الصحة النفسية لدى الطالب الجامعي*. *مجلة الحوار الثقافي*، 5(2) 367-373. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/100024>
- زهران، حامد عبد السلام. (2005). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. (ط.4). عالم الكتب.
- الزهراني، بشرى علي يحيي. (2022). *الانتماء الوطني المدرك وعلاقته بالأمن النفسي لدى عينة من طلاب الجامعة بمدينة جدة*. *مجلة الفنون والأدب وعلوم الإنسانيات والاجتماع*، (75) 102-117. <https://doi.org/10.33193/JALHSS.75.2022.623>
- الزيادات، مريم عواد. (2023). *مشكلات الصحة النفسية لدى طلبة الجامعة الأردنية*. *مجلة دراسات العلوم التربوية*، 3(50)، 18-32. <https://doi.org/10.35516/edu.v50i3.2148>
- زيدان، حنان السيد عبد القادر. (2021). *دراسة مقارنة للصحة النفسية لدى طلبة الدراسات العليا في كلية التربية النوعية ومعهد الدراسات والبحوث البيئية*. *مجلة دراسات في التعليم الجامعي* (51)، 217-265. <https://deu.journals.ekb.eg/article187458.html>
- السادات شلبي، عالية. (2012). *الرضا عن الحياة وعلاقته بتقدير الذات والوحدة النفسية في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدى الأخصائي الاجتماعي*. *مجلة بحوث التربية النوعية*، (27)، 127-159. <https://dx.doi.org/10.21608/mbse.2012.145098>
- ساسي، كريمة. (2010). *الاكتئاب والقلق لدى عينة من المتأخرات عن سن الزواج* [رسالة ماجستير، جامعة الجزائر]. <https://www.mobt3ath.com/pdf.php?ext=pdf&id=2147&tit>
- سامر، جميل رضوان. (2007). *الصحة النفسية*. (ط.2). دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- سامر، جميل رضوان. (2009). *في الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي*. دار الكتاب الجامعي.
- سايجي، سليمة. (2004). *فاعلية برنامج إرشادي لخفض مستوى قلق الامتحان لدى تلاميذ السنة الثانية ثانوي* [رسالة ماجستير، جامعة ورقلة]. <https://dspace.univ-ouargla.dz/jspui/handle/123456789/983>

- ستيفن، دبليو لوكلي وراسل، جي فوستر. (2015). النوم (نهى بهمن، مترجم). مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة. <https://fr.slideshare.net/slideshow>
- السدحان، عبد الله بن ناصر. (2018). تصميم البرامج الإرشادية في الإرشاد الأسري. جمعية المودة للتنمية الأسرية.
- سراج جان، نادية. (2017). أسلوب الحياة الصحي وعلاقته بالصحة النفسية لدى طالبات جامعة أم القرى، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، (46)، 269-306. <https://imamjournals.org/index.php/jsbs/article/view/378/317>
- سرحان، وليد، الخطيب، جمال وحباشة، محمد. (2001). الاكتئاب. دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.
- السعيد، جبريل. (2021). فاعلية برنامج إرشادي مهني قائم على الحكمة لتنمية ريادة الأعمال وخفض قلق البطالة لدى طالبات المرحلة الثانوية التجارية، مجلة كلية التربية المنصورة، <https://doi.org/10.21608/maed.2021.207470.851-511> (115)115
- سلامة، سعاد إبراهيم محمد. (2011). أعراض القلق والاكتئاب وأساليب التفكير لدى مرضى
- سلمان، ندى رحيم. (2013). الاكتئاب وعلاقته بالأمن النفسي لدى طلبة جامعة بغداد. مجلة كلية التربية للبنات، 24(4)، 1161-1176. <http://search.shamaa.org/FullRecord?ID=116489>
- سليمان، سناء محمد. (2008). الأمراض النفسية والأمراض العقلية. عالم الكتب.
- سليمان، عبد الواحد إبراهيم. (2014). الشخصية الإنسانية واضطراباتها النفسية. الورق للنشر والتوزيع.
- السمدونى، السيد إبراهيم. (2007). النكاء الوجداني أسسه-تطبيقاته-تنميته. دار الفكر ناشرون وموزعون.
- سي الطيب، فاطمة الزهراء (2020)، التعليم العالي وسوق العمل في الجزائر: من أجل تحقيق تنمية وطنية، مجلة الإحصاء والاقتصاد التطبيقي، 17(2)، 66-86. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/115420>
- السيد أبو النيل، محمود. (2014). الصحة النفسية. جامعة عين شمس.
- سيد جاب الله، السيد. (2003). المصاحبات الاجتماعية لعمالة بعض خريجي الجامعات المصرية في أنشطة القطاع غير الرسمي بمدينة طنطا، مجلة الآداب والعلوم الإنسانية، 48(2)، 657-707. https://fjhj.journals.ekb.eg/article_132959.html

- شاذلي، عبد الحميد محمد. (1999). *الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية*. المكتب العلمي للكمبيوتر.
- الشبؤون، دانيا. (2011). *القلق وعلاقته بالاكتئاب عند المراهقين*، مجلة جامعة دمشق، 27(3) 759-797. <http://search.shamaa.org/FullRecord?ID=31096>
- الشربيني، كامل منصور. (2014). *الصحة النفسية للعاديين ونوي الاحتياجات الخاصة*. دار العلم والإيمان.
- الشربيني، لطفي. (2001). *الاكتئاب المرض والعلاج*. منشأة المعارف.
- شريفي، هناء. (2016). *الصحة النفسية من منظور علم النفس الإيجابي*. مجلة دراسات نفسية، 7(13)، 109-118. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/22387>
- الشرفين، أحمد، حجازي، تغريد والشرفين، نضال. (2015). *القدرة التنبؤية لبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية والديموغرافية في أعراض الاضطرابات النفسية لدى طلبة جامعة اليرموك*. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، 2(37)، 209-252. <https://journals.qou.edu/index.php/jrresstudy/article/view/670>
- الشوربجي، راوية محسوب النبي عبد الجليل. (2016). *ظاهرة البطالة في جمهورية مصر العربية* مجلة المجمع العلمي المصري، 91(91)، 191-260. <https://doi.org/10.21608/jfnile.2016.87953>
- صالح، نوال أحمد حسين. (2012). *الصحة النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى أعضاء الهيئة التدريسية في الجامعات الفلسطينية* [رسالة ماجستير، جامعة القدس]. <https://dspace.alquds.edu/handle/20.500.12213/2916>
- صالي، محمد. (2017). *تأخر سن الزواج في المجتمع الجزائري الواقع والأسباب*. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 9(30)، 117-136. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/78369>
- صبحي، سيد. (2003). *الإنسان وصحته النفسية*. مكتبة الأسرة.
- صبري، إيمان محمد والسيد، آمنة محمد. (2022). *الصلابة النفسية وعلاقتها بكل من الاكتئاب وضغوط الحياة لدى عينة من طلاب الجامعة*. مجلة المنهج العلمي والسلوك، 3(6) 50-116. <https://doi.org/10.21608/psyb.2022.141787.100>
- صديق، محمد خليفة. (2006). *البطالة تشخيص أزمة ومحاولة علاج روية تأصيلية*، هيئة الأعمال الفكرية. <https://www.noor-book.com>

- الطائي، إيمان عبد الكريم. (2021، أيار 2-3). الشخصية الهامشية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طلبة الجامعة مجلة كلية التربية الأساسية [عرض ورقة]. المؤتمر العلمي الحادي والعشرون في مجال العلوم التربوية والنفسية، الجامعة المستنصرية، بغداد، العراق.
- الطائي، نهى حامد. (2018). قياس الاضطرابات الانفعالية لدى الشباب الذين يعانون من البطالة في العراق. مجلة البحوث التربوية والنفسية، (57)، 349-376.
<https://www.researchgate.net/publication/328354622>
- الطويسي، زياد أحمد. (2001). مجتمع الدراسة والعينات. مديرية تربية لواء البتراء.
- العابد، سميرة وعبار، زهية. (2012). ظاهرة البطالة في الجزائر بين الواقع والطموحات. مجلة الباحث، (11)، 75-84. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/494>
- العاسمي، رياض نايل. (2012). المبادئ العامة في تخطيط وإدارة برامج الإرشاد النفسي. دار العراب؛ دار نور. <https://books4arab.me>
- عامر، طارق عبد الرؤوف. (2015). ظاهرة البطالة وانعكاساتها السلبية على الفرد والأسرة والمجتمع ودور الدولة في مواجهتها. (ط.2). دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- عبارة، محمد هاني، رجال، ماريو جرجس وحاج موسى، أحمد. (2019). الاتزان الانفعالي وعلاقته بالمشكلات الدراسية لدى طلبة المرحلة الثانوية في مدينة حمص في سوريا. مجلة جامعة القدس للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، 10(27)، 108-127.
<https://journals.qou.edu/index.php/nafsia/article/view/1966/pdf>
- عبد الحسن، علي وعبد اليمه، حسين. (2011). التوافق النفسي والاجتماعي وعلاقته بتقدير الذات لدى طلبة كلية التربية الرياضية جامعة كربلاء. مجلة القادسية لعلوم التربية الرياضية، 11(3) 177-218. <https://www.iasj.net/iasj/pdf/f3bb4e99b42b1b10>
- عبد الحليم، جلال. (2016). محددات الرضا الوظيفي لدى أساتذة التعليم الثانوي. دار حامد للنشر والتوزيع.
- عبد الخالق، أحمد محمد. (2016). دليل تعليمات المقياس العربي للصحة النفسية. مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد السلام، محمد. (2020). مناهج البحث في العلوم الاجتماعية والإنسانية، مكتبة نور.

- عبد العزيز، صابر عبد الوهاب. (2018). فاعلية برنامج العلاج بالواقع لخفض الاكتئاب وعلاقته بسعة الذاكرة العاملة لدى الصم، دراسات في الإرشاد النفسي والتربوي 2(2)، 01-20. <https://dx.doi.org/10.21608/dapt.2018.109254>
- عبد الله، عبد الله. (2020). الاغتراب النفسي وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلاب الجامعة دراسة ميدانية على عينة من طلاب الجامعة في الجزائر العاصمة جوان 2009-. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، 8(1)، 170-197. <http://search.shamaa.org/FullRecord?ID=277573>.
- عبد المجيد، الخليدي. (1997). الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال. دار الفكر العربي.
- عبدلي، فاطمة. (2007). دراسة البطالة عند خريجي الجامعات في الجزائر [رسالة ماجستير، جامعة الجزائر]. <https://theses-algerie.com/273064156502299>.
- العبودي، رشيد. (2010). الصحة النفسية والمرض العقلي. دار الكتاب الثقافي.
- عبيد، ماجدة السيد. (2015). الاضطرابات السلوكية. دار صفاء للنشر والتوزيع.
- العبيدي، محمد جاسم. (2013) علم النفس الإكلينيكي. (ط.3). دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- عوجة، عاطف عبد الفتاح. (1985). البطالة في العالم العربي وعلاقتها بالجريمة. المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض.
- العدناني، محمد. (1999). معجم الأغلط اللغوية المعاصرة. مكتبة لبنان.
- العربي، مليكة وشلاي، لخضر. (2019). مستوى الصحة النفسية لدى تلاميذ المرحلة الثانوية تطوير العلوم الاجتماعية، 12(2)، 8-21. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/107500>
- عطار، سعيد. (2017). الصحة النفسية بين التنظير وتطور المفهوم ودور المساندة الاجتماعية النشر الجامعي الجديد.
- العطيات، فايز ورحيل، فرحان. (2015). دور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية في التخفيف من عزوف بعض الشباب الجامعي عن الزواج في المجتمع السعودي. مجلة التربية (الأزهر) 34(166)، 347-396. <https://doi.org/10.21608/jsrep.2015.311618>
- عقل، وفاء علي سليمان. (2009). الأمن النفسي وعلاقته بمفهوم الذات لدى المعاقين بصريا [رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية غزة]. <http://search.shamaa.org/FullRecord?ID=71297>.

- عكاشة، أحمد وعكاشة، طارق. (2010). *الطب النفسي المعاصر*. (ط.15) مكتبة الأنجلو المصرية.
- علاوي، محمد (2021) انعكاسات التهميش الاجتماعي على الصحة النفسية للشخص البطل مجلة تطوير. 8(2)، 149-171. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/174304>
- علو، زهير وعاصمي، نبيلة. (2023). اضطرابات النوم والصحة النفسية والجسمية لدى أعوان الأمن بالمناوبات الليلية. مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف، 8(1)، 264-281. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/222014>
- علي محمد، سناء. (2011). الاضطرابات السلوكية المرتبطة بظاهرة البطالة لدى خريجي الجامعات [ماجستير، جامعة عين شمس القاهرة]. http://www.eulc.edu.eg/eulc_v5/Libraries/Thesis.
- عمارة، محمد. (1993)، قاموس المصطلحات الاقتصادية في الحضارة الإسلامية. دار الشروق.
- العمرات، محمد سالم والرفوع، محمد أحمد. (2014). مستوى الرضا عن الحياة الجامعية وعلاقته بتقدير الذات لدى طالبات جامعة الطفيلة التقنية في الأردن. المجلة الدولية التربوية المتخصصة 3(12)، 266-283. <https://www.semanticscholar.org>
- العمرابي، زكية وتمرابط، نورة. (2020). مشكلة البطالة لدى حاملي الشهادات العليا في الجامعة الجزائرية دراسة سوسيولوجية حول الأسباب والانعكاسات، مجلة التمكين الاجتماعي، 2(4)86-110. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/137771>
- العيد، عماد وشاوي، رندة. (2019). واقع تشغيل خريجي الجامعات بين مواصفات الشهادة الجامعية ومتطلبات سوق العمل. مجلة التنمية وإدارة الموارد البشرية، 6(1)، 7-28. <https://www.asjp.cerist.dz/en/downArticle/357/6/1/94533>
- العيسوي، عبد الرحمن محمد. (1992). علم النفس الإكلينيكي. الدار الجامعية.
- غالي، عبد الكريم محسن. (2013). الاكتئاب لدى طلبة الجامعة وعلاقته بالجنس والتخصص. مجلة دراسات وبحوث التربية الرياضية، (37)، 106-138. <http://search.shamaa.org/FullRecord?ID=110566>
- غانم، محمد حسن. (2009). مقدمة في علم الصحة النفسية: (تأصيل نظري ودراسات ميدانية). المكتبة المصرية.

- غريبة، سمراء. (2017). مشكلات الشباب في الوطن العربي، مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، 2(1) 01-20. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/63940>
- فارسي، إبراهيم الخليل. (2020). الخجل وعلاقته بالاكتئاب لدى عينة من تلاميذ السنة أولى ثانوي مجلة العلوم الاجتماعية، 14(2)، 77-89. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/126997>
- فالح، يمينة. (2018). مدى فعالية برنامج إرشادي قائم على إكتساب مشاعر الأمن النفسي للراشدين [أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر2]. <http://www.ddeposit.univ-alger2.dz>
- فرج، عبد القادر طه. (1989). معجم علم النفس والتحليل النفسي. دار النهضة العربية للنشر.
- فقيه، العيد. (2007). أهمية الصحة النفسية للطالب الجامعي (دراسة ميدانية لواقع الصحة النفسية لدى طلاب الجامعة-جامعة تلمسان- الجزائر). مجلة جامعة دمشق، 23(2)، 273-298. <http://search.shamaa.org/FullRecord?ID=31156>
- فهمي، مصطفى. (1995). دراسات في سيكولوجية التكيف، (ط.3). مكتبة الخانجي.
- فول، عبد الحليم. (2019). الصحة النفسية وتقدير الذات لدى الشباب الجزائري [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة الجزائر2.
- الفيتوري، نجاه موسى وأحمد عبد الخالق، شادية. (2013). دور الإرشاد النفسي الديني في علاج الاضطرابات النفسية. مجلة البحث العلمي في التربية، 3(14)، 173-181. <https://drasah.com/Archiving/website/1313202102033171.pdf>
- قاسم، حسين صالح. (2015). الاضطرابات النفسية والعقلية: نظرياتها، أسبابها، طرائق علاجها) دار دجلة للنشر والتوزيع.
- قريبي، ناصر الدين. (2015). مواءمة مخرجات التعليم العالي لسوق العمل في الجزائر-دراسة استكشافية- مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، 2(2)، 147-163. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/4775>
- القوسي، عبد العزيز. (1948). أسس الصحة النفسية. (ط.3). مكتبة النهضة المصرية.
- القيسي عبد حداد، جيهان. (2023). الصحة النفسية وعلاقتها بالتفكير الإيجابي، مجلة نسق 47(1) 239-264. <https://nasaqiraq.com/volume-37-issue-1>
- كاشف، زايد والمحزري، راشد. (2007). أعراض الاكتئاب لدى عينات مختارة من طلبة كلية التربية بجامعة السلطان قابوس، مجلة العلوم التربوية 13، 355-378. <https://search.shamaa.org/FullRecord?ID=29640>

- كامل أحمد، سهير. (2003). *الصحة النفسية والتوافق*. (ط.2). مركز الإسكندرية للكتاب.
- الكناني، أحمد بن ضيف الله. (2019). درجة الاكتئاب وعلاقته بالنزعة الكمالية لدى الطلاب الموهوبين بمدينة جدة. *المجلة العلمية لكلية التربية، 35*(5)، 2-53. https://journals.ekb.eg/article_104027.html
- كنز، محمد عبد الرحمن نجية. (2014). الاكتئاب النفسي لدى طلاب الجامعة وعلاقته ببعض المتغيرات. *مجلة كليات التربية، 1*(1)، 166-185. <https://zu.edu.ly/uploadfiles/file-185-166-1553765161105.pdf>
- اللباد، عبد الله المختار مبروك. (2021). الصحة النفسية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى طلبة المرحلة الثانوية. *مجلة القرطاس للعلوم الإنسانية والتطبيقية*، عدد الجزء الثاني (يونيو) <https://alqurtas.alandalus-libya.org.ly/ojs/index.php/qjhar/article>.
- لبرش، راضية. (2017). أسباب عزوف الشباب عن الزواج. *مجلة علوم الإنسان والمجتمع 6*(3)، 123-143. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/82408>
- اللحياني، سامي. (1996). *الكشف عن العلاقة بين مستوى الاكتئاب وقلق الموت لدى مرضى ومريضات الفشل الكلوي المزمن* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة أم القرى.
- لعقاب، مليكة. (2015). *التصورات الاجتماعية للعمل والبطالة لدى الشباب الجزائري* [أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر]. <https://theses-algerie.com/3111863769224596>
- لمين، نصيرة. (2014). *فعالية برنامج إرشادي في تحسين مستوى الصحة النفسية لدى عينة من الطلاب الأجانب الذين يعانون من الاغتراب النفسي* [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة الجزائر 2.
- لونيس، زهير وبوخيار، ربيع. (2021). الصحة النفسية وعلاقتها بالاكتئاب لدى المراهق المتمدرس *مجلة الأسرة والمجتمع، 9*(2)، 362-381. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article>
- مجذوب، أحمد قمر. (2016). الصحة النفسية والذكاء الوجداني وعلاقتها ببعض المتغيرات دراسة على عينة من طلبة كلية مزوي التقنية. *مجلة العلوم النفسية والتربوية، 2*(1)، 161-183. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/500>
- مجذوب، أحمد محمد قمر. (2022). القدرة التنبؤية لأساليب الحياة بالتنبؤ بالصحة النفسية لدى عينة من طلبة كلية التربية جامعة دنقلا- السودان. *مجلة التكامل في بحوث العلوم الاجتماعية والرياضية، 6*(2)، 12-36. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/210791>

- مجمع اللغة العربية. (2005). المعجم الوسيط. (ط.2). مكتبة الشروق الدولية.
- محمد عياد، محمد. (2019). بظالة الجامعيين في مصر (التشخيص- العلاج)، مجلة كلية التربية بالمنصورة، 107(4)، 213-243. <https://dx.doi.org/10.21608/maed.2019.132812>
- محمد قاسم، عبد الله. (2001). مدخل الى الصحة النفسية. (ط.4). دار الفكر للنشر والتوزيع.
- مخيمر، عماد محمد. (1997). الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية متغيرات وسيطية في العلاقات بين ضغوط الحياة وأعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 2، 6(2)، 275-299.
- مراد، إسماعيل، رديف، مصطفى وبن حاسين، بن عمر. (2021). أثر أجهزة دعم التشغيل على البطالة في الجزائر، تحليل اقتصادي وقياسي خلال الفترة (2005-2018) مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي، 8(2)، 927-943. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/16179>
- مرسي، إبراهيم كمال. (1997). المدخل إلى علم الصحة النفسية. (ط.3). دار القلم.
- مرسي، إبراهيم كمال. (2000). السعادة وتنمية الصحة النفسية، (الجزء الأول: مسؤولية الفرد في الإسلام وعلم النفس). دار النشر للجامعات.
- المرعي، أميرة عبد الكريم. (2021)، قياس مستوى الصحة النفسية لدى طلبة جامعة البصرة، مجلة ميسان للدراسات الأكاديمية، 20(41)، 164-181. <http://www.misan-jas.com/index.php/ojs/article/view/240/162>
- مروان، عبد المجيد إبراهيم. (2000). أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية. مؤسسة الورق للنشر والتوزيع.
- مسعد، مروان. (2021). فعالية برنامج إرشادي قائم على التدخلات الإيجابية في خفض الطلاق العاطفي لدى المتزوجين العاطلين عن العمل في ظل انتشار فيروس كورونا ، مجلة العلوم التربوية والنفسية 5(36)، 162-180.
- <https://journals.ajsrp.com/index.php/jeps/article/view/4195>
- المشوح، سعد عبد الله. (2015). فاعلية الذات وعلاقتها بالاكتئاب لدى المصابين بالفشل الكلوي في مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية. مجلة العلوم الإنسانية والإدارية، (7)، 123-166. https://m.mu.edu.sa/sites/default/files/content-files/mag7_1.pdf

- المصري، سليمان إبراهيم. (2014). تقدير الذات وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلبة الخدمة الاجتماعية في جامعة القدس المفتوحة. *مجلة دراسات نفسية وتربوية*، 7(2)، 131-148
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/5428.148>
- المصلوخي، مضي ساير (2023)، الإسهام النسبي لتنظيم الانفعال وجودة الحياة في التنبؤ بالاكْتئاب لدى طلاب الجامعة. *مجلة العلوم التربوية*، 31(1)، 49-82.
<https://doi.org/10.21608/ssj.2023.292563>
- المطيري، سهيل. (2005). *الصحة النفسية: مفهوما اضطراباتها*. مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- مظلوم، مصطفى علي. (2014). العلاقة بين الأمن النفسي والولاء للوطن لدى طلاب الجامعة
دراسات تربوية ونفسية، 29(84)، 275-326. <http://search.shamaa.org>
- ملوكة، عواطف. (2014). *اتجاهات المعلمين نحو ممارسة مديري المدارس الابتدائية للعلاقات الإنسانية وعلاقتها بالصحة النفسية* [رسالة ماجستير، جامعة ورقلة]. <http://dspace.univ-ouargla.dz>
- مليباري، وحيد والمفرجي، سالم. (2021). الالتزام الديني وعلاقته بالسعادة لدى طلاب الجامعات السعودية. *المجلة العربية للأداب والدراسات الإنسانية*، 5(18)، 35-86.
<https://doi.org/10.21608/ajahs.2021.164207>
- منسي، حسن. (2001). *الصحة النفسية*. (ط. 2). دار الكندي للنشر والتوزيع.
- منصور، فاتن علي. (2014). *البطالة وأثرها على التنمية الاجتماعية* [رسالة ماجستير، جامعة سوريا]. <http://mohe.gov.sy/master/Message/Mc/fatin%20mansor.pdf>
- منظمة الصحة العالمية. (2005). *تعزيز الصحة النفسية*. المكتب الإقليمي للشرق الأوسط.
- منظمة انترناشيونال ألرت. (2022). <https://www.international-alert.org/app/uploads/2024/01/International-Alert-Strategy-2024-30-AR-2023.pdf>
- موسى السيد عبد الله، حنان. (2022). الوفاء الوجودي والصحة النفسية الإيجابية لدى طلاب الجامعة دراسة تنبؤية فارقة. *مجلة الإرشاد النفسي*، 2(70)، 2-86.
<https://doi.org/10.21608/cpc.2022.256113>
- مؤيد، هبة محمد. (2010). قلق المستقبل عند الشباب وعلاقته ببعض المتغيرات. *البحوث التربوية والنفسية*، (26) و(27)، 321-379. <https://www.iasj.net/iasj/article/2693>
- نبيل حافظ، داليا. (2015). اضطرابات النوم وعلاقتها بالتفكري اللاعقلاني. *مجلة الإرشاد النفسي* 43(43)، 101-146. <https://doi.org/10.21608/cpc.2015.49011>

- نبيه، إبراهيم. (2001). *عوامل الصحة النفسية السليمة*. ايتراك للنشر والتوزيع.
- النواجحة، زهير عبد الحميد. (2017). التلوث النفسي لدى خريجي الجامعات العاطلين عن العمل في محافظة رفح. *مجلة العلوم النفسية والتربوية*، 4(1)، 267-289.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/11971>
- نويبات، قدور. (2006). *اتجاهات الشباب البطال نحو تعاطي المخدرات* [رسالة ماجستير، جامعة ورقلة].
<http://dspace.univouargla.dz/jspui/handle/123456789/1000>
- وازي، طاموس. (2013). تقدير الذات لدى الشباب البطال. *مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية*، 5(13)، 131-138.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/36599>
- وحشة، نايف علي نايف. (2021). فاعلية برنامج إرشادي لتحسين درجات الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين في مدينة عجلون، *دراسات وأبحاث*، 13(1)، 200-215.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/144432>
- الوشلي، أمة الرازق. (2003). *الصحة النفسية لدى طلبة جامعة صنعاء وعلاقتها بالضغط النفسية وأساليب التعامل مع الضغوط وقوة تحمل الشخصية* [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة الخرطوم.
- الوكالة الوطنية للتشغيل. متاح من خلال الرابط <http://www.anem.dz>.
- يحيوي، حسينة وشينار، سامية. (2022). قلق المستقبل، الاكتئاب واحتمال الانتحار وظهور فكرة الهجرة لدى الطلاب الجامعيين المقبلين على التخرج. *مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية*، 19(2) 9-17.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/206350>
- يحيى، أحلام. (2019). فاعلية برنامج قائم على الإرشاد النفسي الديني في التخفيف من قلق المستقبل لدى طلبة جامعة محمد بوضياف المسيلة [أطروحة دكتوراه، جامعة المسيلة].
<https://search.shamaa.org/FullRecord?ID=291692>
- يحيوي، وردة. (2014). اختبار فعالية برنامج علاجي انتقائي متعدد الأبعاد لعلاج الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة [أطروحة دكتوراه، جامعة بسكرة]. <http://thesis.univ-biskra.dz/id/eprint/1169>
- يحيى، خولة أحمد. (2000). *الاضطرابات السلوكية والانفعالية*. دار الفكر للطباعة والنشر.
- يوسف، محمود رامز. (2020). فاعلية برنامج إرشادي تكاملي في تنمية الشفقة بالذات لتحسين الصحة النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة، *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، 30(108) 327-384.
<https://doi.org/10.21608/ejcz.2020.99948>

- يوسف النجمة، علاء الدين إبراهيم. (2008). فعالية برنامج إرشادي نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية [رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية بغزة].
<https://www.manaraa.com/upload/5ecc06d7-d6a8-4569-a1d6-aaa0115b2df7.pdf>

- Ah Young, Lim., Seung-Hee Lee., Yeongju Jeon., Rankyung Yoo., & Hee-Yeon Jung. (2018). Job-Seeking Stress, Mental Health, and Social Support in University Graduates in Korea. *J Korean Med Sci*, 33(19), 1-13. <https://doi.org/10.3346/jkms.2018.33.e149>
- Anne Reneflot., & Miriam Evensen. (2014). Unemployment and psychological distress among young adults in the Nordic countries A review of the literature. *International Journal of Social Welfare*, (23), 3-15. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12000>
- Baykan, H., & Yargic, J. (2012). Dépression, anxiety disorders, quality of life and stress coping strategies in Hemodialysis and continus ambulatory peritoneal Dialysis patients, *bulletin of clinical psycopharmacology*, 22(2), 167-176. <http://dx.doi.org/10.5455/bcp.20120412022430>
- F. Moscone a., E. Tosetti a., & G. Vittadini b. (2016). The impact of precarious employment on mental health: The case of Italy. *Social Science & Medicine* 158, 86-95. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.008>
- Frances M. McKee-Ryan., Zhaoli Song., Connie R. Wanberg., & Angelo J. Kinicki. (2005). Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta-Analytic Study. *Journal of Applied Psychology*, 90(1), 53-76. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.1.53>
- Gomez-Pinilia, F. (2008): Brain Foods: The effect of nutrients on brain function. *Nature Reviews Neuroscie*, (9), (7), 568-578. <https://doi.org/10.1038%2Fnrn2421>
- Gul, Amen., Zaman, Khalid., Khan, Muhammad Mushtaq., & Ahmad, Mehboob (2012). Measuring Unemployment Costs on Socio-Économique life of Urban Pakistan. *Journal of American Science*, 8(5), 703-714. <http://www.americanscience.org>
- Hock-Eam, Lim., & Hongbo, Duan. (2015). Should web lame the Graduates for their Unemployment? À Hapness Approach. *Journal of Economics*, 56. 243-258. <https://hermes-ir.lib.hit-u.ac.jp/hermes/ir/re/27602/HJeco0560202430.pdf>
- Jan, Marcus. (2013). The effet of unemployment on the mental Health of épouses – Évidence from plant closures in Germany. *Journal of Heath Economic* 3(32), 546-585. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2013.02.004>
- Jan, Marcus. (2013). The effet of unemployment on the mental Health of épouses – Évidence from plant closures in Germany, *Journal of Heath Economic*, 32 (3), 546-585. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2013.02.004>
- Jose, Maria., G. Pelayo III., & Masd. (2018). A Review on Depression in Graduate Retrieved from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED590560.pdf>
- Kazim, Adil Al-Ghoul. (2020). The Reasons of Unemployment Related to Academic Qualification and Work Environment from the viewpoint of Students Expected to

- Graduate from King Saud University. *Academia A publication of the Higher Education*, (20-21), 30-50. <https://doi.org/10.26220/aca.3439>
- Kjetil, Bjorvatn., Mathias Ekström., & Armando J. Garcia Pires. (2021). Setting goals for keystone habits improves labor market prospects and life satisfaction for unemployed youth: Experimental evidence from Norway. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 188, 1109–1123. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2021.06.013>
 - Kong, Jun., & Jiang, Fan. (2011). Factors Affecting Job Opportunities for University Graduates in China-the Evidence from University Graduates in Beijing. *Research in World Economy*, 2(1), 24-37. <https://doi.org/10.5430/rwe.v2n1p24>
 - Krysia N, Mossakowski. (2009). The Influence of Past Unemployment Duration on Symptoms of Depression Among Young Women and Men in the United States American. *Journal of public Health*. 99(10), 1826-1832. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2741513>
 - Louiza, Belaid & Hanane, Sarnou. (2019). Students of English in Algeria University and their perspectives of employability after Graduation. *LLT Journal*, 22(1), 1-10. <http://e-journal.usd.ac.id/index.php/LLT>
 - Lucia Artazcoz, MPH., Joan Benach, PhD., Carme Borrell, PhD., & Immaculada Cortès, MPH. (2004). Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions Among Gender, Family Roles, and Social Class, *American Journal of Public Health*, 94(1), 82-88. <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH>.
 - Madoui, M. (2015). Unemployment among Young Graduates in Algeria: A Sociological Reading. *Open Journal of Social Sciences*, 3 (11), 35-44. <http://dx.doi.org/10.4236/jss.2015.311006>
 - Marcellus, Forh Mbah. (2014). The Dilemma of Graduate Unemployment within a Context of Poverty, Scarcity and Fragile Economy: Are there Lessons for the University? *International Journal of Economics and Finance*, 6(12), 27-36. <https://doi.org/10.5539/ijef.v6n12p27>
 - Mc Millan, L., Owen, L., Kras, M., & Scholey A. (2011). Behavioural effects of a 10-days Mediterranean diet. Result from a pilot study evaluating mood and cognitive performance. *Appetite*, 56(1), 143-147. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.11.149>
 - Md, Harunur, Rashid., & Md. Ashraful, Islam. (2020). Impacts of Unemployment on Graduates in Bangladesh: A Case Study. *British Journal of Arts and Humanities*, 2(5) 87-94. <https://doi.org/10.34104/bjah.020087094>
 - Mohammadm, Reza, Iravani. (2011). The Investigation and Comparison of the Level of Isfahan University Female and Male Graduates' Unemployment with that of their Emotional/Mental Health in 2009. *International Journal of Humanities and Social Science* 1(10), 80-89. <https://www.ijhssnet.com/journal/index/296>
 - Mustapha, Ferhaoui., & Zoubida, Ouyahia. (2022). Employers' perceptions of young graduates' employability in Algeria: How do recruiters view young Algerian graduates? *Al Bashaer Economic Journal*, VIII, (02), 808-820. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/199782>

- Onur, Mutlu Yasar. (2020). Unemployment anxiety of last year college students *Cypriot Journal of Educational Sciences* 15(1), 56-64. <https://doi.org/10.18844/cjes.v15i1.4588>
- Peter, Warr., Paul, Jackson., Michael, Banks. (1988). Unemployment and Mental Health: Some British Studies. *Journal of Social Issues*, 44(4), 47-68. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1988.tb02091.x>
- Timothy M. Diette., Arthur H. Goldsmith., Darrick Hamilton., & William Darity Jr. (2012). Causality in the Relationship between Mental Health and Unemployment. *MI: W.E. Upjohn Institute for Employment Research*, 63-94. <http://dx.doi.org/10.17848/9780880994095.ch4>
- Veenhoven, R., Saris, W. E., Scherpenzeel, A. C., & Bunting, B. (1996). A Comparative Study of Satisfaction with Life in Europe. *Budapest Eotvos University Press*, 11- 48. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2510479>
- Zaliza, Hanapi & Mohd, Safarin, Nordin. (2013). Unemployment Among Malaysia Graduates' attributes, Lecturers' competency and Quality of Education. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 112, 1056 – 1063. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.1269>

قائمة الملاحق

ملحق رقم (1)

جامعة وهران 2 محمد بن أحمد

كلية العلوم الاجتماعية- قسم علوم التربية- تخصص إرشاد وتوجيه
استمارة البحث

تقوم الباحثة بدراسة أكاديمية على عينة من الشباب البطال الحامل لشهادة جامعية بعنوان: "الكشف عن مستوى الصحة النفسية لمتخرج الجامعي البطال"، ولأنه لا يكتمل هذا العمل إلا بمشاركتك أخي البطال، أختي البطالة نرجو منكم المساهمة بفاعلية وملء استمارة المعلومات والإجابة على المقياسين المرفقين بكل أمانة وصدق وفقا للتعليمات المدرجة، علما أنه:

- لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما الإجابة الصحيحة هي التي تنطبق عليك.
- معلوماتك سرية وغايتها البحث العلمي فقط.
- نرجو منك ألا تترك أي فقرة دون إجابة.

لكم جزيل الشكر على حسن تعاونكم

الباحثة

- بيانات عامة:

الجنس :	<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى		
المستوى الأكاديمي الجامعي :	<input type="checkbox"/> ليسانس	<input type="checkbox"/> ماجستير	<input type="checkbox"/> ماستر	<input type="checkbox"/> دكتوراه
الحالة الاجتماعية :	<input type="checkbox"/> أعزب /عزباء	<input type="checkbox"/> متزوج(ة)		
نوع السكن العائلي:	<input type="checkbox"/> ملكية	<input type="checkbox"/> إيجار		
مدة البطالة :	<input type="checkbox"/> من سنة إلى 3 سنوات	<input type="checkbox"/> من 3 سنوات إلى 5 سنوات	<input type="checkbox"/> أكثر من 5 سنوات	

مقياس الصحة النفسية لصالح فؤاد مكاوي (2002)
في صورته الأولية

رقم	العبارات	أوافق	أوافق إلى حد ما	لا أوافق
1	معاملة الآخرين تجعلني راض عن نفسي			
2	أشعر بالسعادة لأن حياتي جديرة بأن تُعاش			
3	أشعر أن الآخرين راضون عني			
4	منذ الصغر وأنا أعاني من بعض الأمراض المزمنة			
5	أشعر بالسعادة لأنني قادر على حل مشاكلي			
6	أشعر بأن تخصصي له مستقبل ناجح			
7	رغم بذل مجهود لإنجاز أعمالي إلا أنني غير راض عن نفسي			
8	أشعر أنني أعاني من بعض المشكلات النفسية			
9	أشعر أن معظم أصدقائي راضون عني			
10	أشعر باليأس عندما أجد الآخرين غير سعداء			
11	تخصص دراستي له قيمة، ولكن ليس في بلدي			
12	أشعر أنني راض عن نفسي رغم ضغوط الحياة			
13	منذ صغري والآخرين يتقبلونني			
14	أود الذهاب إلى الطبيب النفسي لكن الظروف تحول دون ذلك			
15	ليس لدي عزيمة وإرادة في إيجاد معنى في حياتي			
16	أكون سعيدا عندما أكون راض عن حياتي			
17	أود أن أغير من تخصص دراستي لأن لا قيمة له في نظري			
18	منذ فترة واليأس يملأ حياتي			
19	رغم تصرفاتي الجيدة إلا أن الآخرين غير راضين عني			
20	الحب هو الأساس الذي يجعل لحياتي معنى			
21	اقترابي من الله يجعلني راض عن نفسي			
22	أشعر بالخوف من المستقبل			
23	أشعر بأن مستقبلي المادي غير مستقر			
24	أشعر بالراحة عندما أجد الآخرين سعداء			
25	عندما ألتزم بقضاء الشعائر الدينية، تكون حياتي ذات قيمة			
26	أشعر أن الله راض عني			
27	الشعور باليأس يقلل من همتي			
28	رغم أن الآخرين لا يقبلون نوع دراستي إلا أنني أحبه			

			بعض أقاربي يعانون من بعض الأمراض النفسية	29
			أشعر بالأمان عندما أكون مع الآخرين	30
			أحاول أن أتصرف بطريقة يتقبلني من خلالها أقربائي	31
			رغم محاولاتي لحل مشاكلي، إلا أنني أشعر بعدم الأمان	32
			الأمر المادية تستدعي اهتمامي أكثر من أي شيء آخر	33
			لا أشعر بالسعادة رغم أنني راض عن نفسي	34
			أشعر بالقلق اتجاه مستقبلي	35
			الآخرون ينظرون لنوع دراستي بغير اهتمام	36
			أشعر أنني أعاني من بعض الاضطرابات النفسية	37
			رغم أن حياتي مليئة بالضغوط إلا أن السعادة تلازمي	38
			معنوياتي المرتفعة لها دور في إيجاد معنى في حياتي	39
			أظهر للآخرين أنني سعيد ولكنني غير ذلك	40
			أشعر بالخوف دون سبب منذ الصغر	41
			منذ فترة وأنا أعاني من الأرق	42
			حياتي مليئة بالحزن رغم قلة المشاكل بها	43
			أرى أن مهنتي في المستقبل لها قيمة	44
			أتعهد أن أحسن من أفعالي كي يتقبلني الآخرون	45
			الإحباط المتكرر يجعل حياتي بلا معنى	46
			رغم أن الحزن لا يفارقني، إلا أنني أعمل بجدية	47
			لا أجد صعوبة من الناحية المادية في حياتي	48
			لا أشعر بالرضا عن ذاتي لعدم التزامي بواجباتي الدينية	49
			أشعر أن السعادة الحقيقية لا توجد في حياتي	50
			أشعر بالقلق لعدم اطمئناني على مستقبلي المادي	51
			أشعر بالرضا لأنني أعمل بجدية	52
			رغم أن نوع دراستي له قيمة إلا أنني أشعر بأنه غير مريح ماديا	53
			أشعر باليأس سريعا عندما أقع في أي مشكل	54
			لا أتقبل ذاتي لتقصيري في القيام بواجباتي	55
			كثيرا ما أشعر بالعوز المادي	56

الملحق (3)

الصورة النهائية لمقياس الصحة النفسية لصالح فؤاد مكاوي (2002)

رقم	العبارات	أوافق	أوافق إلى حد ما	لا أوافق
1	معاملة الآخرين تجعلني راض عن نفسي			
2	أشعر بالسعادة لأن حياتي جديرة بأن تعاش			
3	منذ الصغر وأنا أعاني من بعض الأمراض المزمنة			
4	أشعر أنني أعاني من بعض المشكلات النفسية			
5	أشعر أن معظم أصدقائي راضون عني			
6	أشعر باليأس عندما أجد الآخرين غير سعداء			
7	تخصص دراستي له قيمة، ولكن ليس في بلدي			
8	أشعر أنني راض عن نفسي رغم ضغوط الحياة			
9	منذ صغري والآخرين يتقبلونني			
10	أود الذهاب إلى الطبيب النفسي لكن الظروف تحول دون ذلك			
11	أكون سعيدا عندما أكون راض عن حياتي			
12	أود أن أغير من تخصص دراستي لأن لا قيمة له في نظري			
13	الحب هو الأساس الذي يجعل لحياتي معنى			
14	اقترابي من الله يجعلني راض عن نفسي			
15	أشعر بالخوف من المستقبل			
16	أشعر بأن مستقبلي المادي غير مستقر			
17	عندما ألتزم بقضاء الشعائر الدينية، تكون حياتي ذات قيمة			
18	أشعر أن الله راض عني			
19	الشعور باليأس يقلل من همتي			
20	رغم أن الآخرين لا يقبلون نوع دراستي إلا أنني أحبه			
21	بعض أقاربي يعانون من بعض الأمراض النفسية			
22	أشعر بالأمان عندما أكون مع الآخرين			
23	أحاول أن أتصرف بطريقة يتقبلني من خلالها أقربائي			
24	لا أشعر بالسعادة رغم أنني راض عن نفسي			

			أشعر بالقلق اتجاه مستقبلي	25
			الآخرون ينظرون لنوع دراستي بغير اهتمام	26
			أشعر أنني أعاني من بعض الاضطرابات النفسية	27
			معنوياتي المرتفعة لها دور في إيجاد معنى في حياتي	28
			أظهر للآخرين أنني سعيد ولكنني غير ذلك	29
			أشعر بالخوف دون سبب منذ الصغر	30
			منذ فترة وأنا أعاني من الأرق	31
			حياتي مليئة بالحزن رغم قلة المشاكل بها	32
			أرى أن مهنتي في المستقبل لها قيمة	33
			أتعمد أن أحسن من أفعالي كي يتقبلني الآخرون	34
			الإحباط المتكرر يجعل حياتي بلا معنى	35
			رغم أن الحزن لا يفارقني، إلا أنني أعمل بجدية	36
			لا أجد صعوبة من الناحية المادية في حياتي	37
			لا أشعر بالرضا عن ذاتي لعدم التزامي بواجباتي الدينية	38
			أشعر أن السعادة الحقيقية لا توجد في حياتي	39
			أشعر بالقلق لعدم اطمئناني على مستقبلي المادي	40
			أشعر بالرضا لأنني أعمل بجدية	41
			رغم أن نوع دراستي له قيمة إلا أنني أشعر بأنه غير مريح ماديا	42
			أشعر باليأس سريعا عندما أقع في أي مشكل	43
			لا أتقبل ذاتي لتقصيري في القيام بواجباتي	44
			كثيرا ما أشعر بالعوز المادي	45

ملحق رقم(4)مقياس الاكتئاب لرجب أحمد مصطفى علي(2013)

رقم	العبارات	دائما	أحيانا	نادرا
1	أشعر بالحزن والتعاسة			
2	أفضل أن أكون بمفردي بعيدا عن الآخرين			
3	أشعر بالأرق أثناء النوم			
4	ينقبض صدري لأبسط الأسباب			
5	أنا أشكو من أحوالي وممن حولي			
6	أشعر بعدم النشاط والحيوية			
7	أنا عابس الوجه مقطب العينين			
8	فقدت اهتمامي بالآخرين			
9	أشعر بالتعب حتى وإن لم أقم بأي مجهود			
10	أرى نفسي شخصا فاشلا			
11	تفتقر علاقتي بالآخرين للعمق والثبات			
12	أشعر بالإرهاق والتعب عند قيامي بأقل مجهود			
13	أشعر بأنني لم أحقق شيئا له معنى			
14	تتأثر علاقتي بالآخرين بدوافع وأغراض شخصية وأنانية			
15	أشعر بالآلام شديدة في أماكن مختلفة من جسمي دون سبب			
16	أشعر بأنني تافه وعديم الفائدة			
17	أنا منطوي على نفسي			
18	ينقص وزني بشكل ملحوظ في فترة قصيرة دون ريجيم			

			لم أجد شيئاً يحقق لي المتعة والرضا	19
			أرى أن قراراتي غير صائبة	20
			عندي صداع شبه دائم	21
			أشعر بالذنب من تصرفاتي	22
			أتضجر من تصرفات أصحابي اتجاهي	23
			أشعر بالغثيان لمجرد النظر للأكل	24
			ألوم نفسي	25
			أعجز عن اتخاذ أي قرار	26
			أرى أن صحتي تدهورت وأخشى الأمراض	27
			أشعر بخيبة الأمل في نفسي	28
			أرى أن شكلي قبيح ومنفر	29
			لا أجد مقدرة أو جهد لإنجاز أعمالي	30
			لا أستطيع محادثة نفسي	31
			لا أتق في الجنس الآخر	32
			أشعر بعدم تقبلي لذاتي	33
			أشعر بالملل	34
			أرى نفسي أقل من زملائي	35
			وزني ليس ثابتاً	36

نتائج التحليل الإحصائي باستخدام (spss)

نتائج حساب الصدق والثبات لمقياس الصحة النفسية (مكاوي، 2002)

قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد السعادة في الحياة (مقياس الصحة النفسية)

Corrélations

		س2	س5	س10	س16	س18	س24	س27	س34	س38	س40	س43	س47	س50	السعادة في الحياة
س2	Corrélation de Pearson	1	.085	.303*	.506**	-	-	-	.425**	-.280-	.442**	.087	.549**	-	.621**
	Sig. (bilatérale)		.518	.019	.000	.751	.349	.587	.001	.030	.000	.508	.000	.894	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
س5	Corrélation de Pearson	.085	1	-	-	-	-	.305*	.083	-.016-	.066	.067	.234	-	.218
	Sig. (bilatérale)	.518		.247	.525	.120	.578	.018	.530	.905	.617	.611	.072	.805	.094
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
س10	Corrélation de Pearson	.303*	-	1	.199	.361**	.061	.078	.049	.052	.309*	.389**	.038	.396**	.533**
	Sig. (bilatérale)	.019	.247		.127	.005	.645	.551	.708	.691	.016	.002	.773	.002	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
س16	Corrélation de Pearson	.506**	-	.199	1	-	-	-	.477**	-.282-	.440**	.087	.565**	-	.581**
	Sig. (bilatérale)	.000	.525	.127		.290	.816	.670	.000	.029	.000	.510	.000	.195	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
س18	Corrélation de Pearson	-	-	.361**	-	1	-	.039	-	.000	.018	.201	-	.337**	.131
	Sig. (bilatérale)	.751	.120	.005	.290		.878	.766	.683	1.000	.890	.124	.032	.009	.318
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
س24	Corrélation de Pearson	-	-	.061	-	-	1	.081	-	.123	-	.006	-	.170	.186
	Sig. (bilatérale)	.349	.578	.645	.816	.878		.539	.399	.348	.745	.966	.811	.195	.154
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
س27	Corrélation de Pearson	-	.305*	.078	-	.039	.081	1	.104	-.199-	.239	.071	.053	-	.295*
	Sig. (bilatérale)	.587	.018	.551	.670	.766	.539		.429	.127	.066	.590	.689	.835	.022
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60

34س	Corrélation de Pearson	.425**	.083	.049	.477**	-	-	.104	1	-.255-	.550**	-	.355**	-	.561**
	Sig. (bilatérale)	.001	.530	.708	.000	.054-	.111-	.429		.049	.000	.865	.005	.391	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
38س	Corrélation de Pearson	-	-	.052	-	.000	.123	-	-	1	-	-	-	.498**	-.097-
	Sig. (bilatérale)	.280-*	.016-		.282-*			.199-	.255-*		.222-	.146-	.500-*		
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
40س	Corrélation de Pearson	.442**	.066	.309*	.440**	.018	-	.239	.550**	-.222-	1	.172	.359**	.203	.742**
	Sig. (bilatérale)	.000	.617	.016	.000	.890	.745	.066	.000	.089		.189	.005	.119	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
43س	Corrélation de Pearson	.087	.067	.389**	.087	.201	.006	.071	-	-.146-	.172	1	.183	.073	.397**
	Sig. (bilatérale)	.508	.611	.002	.510	.124	.966	.590	.865	.267	.189		.162	.577	.002
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
47س	Corrélation de Pearson	.549**	.234	.038	.565**	-	-	.053	.355**	-.500-	.359**	.183	1	-	.510**
	Sig. (bilatérale)	.000	.072	.773	.000	.032	.811	.689	.005	.000	.005	.162		.007	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
50س	Corrélation de Pearson	-	-	.396**	-	.337**	.170	-	-	.498**	.203	.073	-	1	.321*
	Sig. (bilatérale)	.018-	.033-		.170-			.027-	.113-			.344-*			.012
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
السعادة_في_الحياة	Corrélation de Pearson	.621**	.218	.533**	.581**	.131	.186	.295*	.561**	-.097-	.742**	.397**	.510**	.321*	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.094	.000	.000	.318	.154	.022	.000	.460	.000	.002	.000	.012	
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد الرضا عن الذات

Corrélations

		1س	7س	12س	21س	49س	52س	55س	الرضا عن الذات
1س	Corrélation de Pearson	1	-.091-	.484**	.612**	.218	.501**	.033	.743**
	Sig. (bilatérale)		.488	.000	.000	.094	.000	.799	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60
7س	Corrélation de Pearson	-.091-	1	-.234-	.007	-.618**	-.311*	-.302*	-.176-
	Sig. (bilatérale)	.488		.072	.958	.000	.016	.019	.178
	N	60	60	60	60	60	60	60	60
12س	Corrélation de Pearson	.484**	-.234-	1	.486**	.453**	.341**	.228	.734**
	Sig. (bilatérale)	.000	.072		.000	.000	.008	.080	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60
21س	Corrélation de Pearson	.612**	.007	.486**	1	.230	.509**	.087	.761**
	Sig. (bilatérale)	.000	.958	.000		.077	.000	.507	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60
49س	Corrélation de Pearson	.218	-.618**	.453**	.230	1	.327*	.402**	.541**
	Sig. (bilatérale)	.094	.000	.000	.077		.011	.001	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60
52س	Corrélation de Pearson	.501**	-.311*	.341**	.509**	.327*	1	.180	.698**
	Sig. (bilatérale)	.000	.016	.008	.000	.011		.170	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60
55س	Corrélation de Pearson	.033	-.302*	.228	.087	.402**	.180	1	.447**
	Sig. (bilatérale)	.799	.019	.080	.507	.001	.170		.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60
الرضا عن الذات	Corrélation de Pearson	.743**	-.176-	.734**	.761**	.541**	.698**	.447**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.178	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	60	60	60	60	60	60	60	60

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد رضا الآخرين:

Corrélations

		3س	9س	13س	19س	26س	31س	45س	رضا الآخرين
3س	Corrélation de Pearson	1	-.256*	-.436**	.261*	-.435**	-.132-	-.123-	-.084-
	Sig. (bilatérale)		.048	.000	.044	.001	.316	.350	.052
	N	60	60	60	60	60	60	60	60
9س	Corrélation de Pearson	-.256*	1	.326*	-.068-	.599**	.536**	.573**	.717**
	Sig. (bilatérale)	.048		.011	.604	.000	.000	.000	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60
13س	Corrélation de Pearson	-.436**	.326*	1	.103	.436**	.496**	.056	.636**
	Sig. (bilatérale)	.000	.011		.432	.001	.000	.672	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60
19س	Corrélation de Pearson	.261*	-.068-	.103	1	.030	-.033-	-.149-	.231
	Sig. (bilatérale)	.044	.604	.432		.818	.800	.256	.076
	N	60	60	60	60	60	60	60	60
26س	Corrélation de Pearson	-.435**	.599**	.436**	.030	1	.615**	.571**	.764**
	Sig. (bilatérale)	.001	.000	.001	.818		.000	.000	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60
31س	Corrélation de Pearson	-.132-	.536**	.496**	-.033-	.615**	1	.474**	.849**
	Sig. (bilatérale)	.316	.000	.000	.800	.000		.000	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60
45س	Corrélation de Pearson	-.123-	.573**	.056	-.149-	.571**	.474**	1	.496**
	Sig. (bilatérale)	.350	.000	.672	.256	.000	.000		.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60
رضا الآخرين	Corrélation de Pearson	-.084-	.717**	.636**	.231	.764**	.849**	.496**	1
	Sig. (bilatérale)	.523	.000	.000	.076	.000	.000	.000	
	N	60	60	60	60	60	60	60	60

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد الرضا المهني

Corrélations

		6س	11س	17س	28س	36س	44س	الرضا المهني
6س	Corrélation de Pearson	1	-.319*	-.380**	.013	-.021-	-.552**	-.092-
	Sig. (bilatérale)		.013	.003	.921	.876	.000	.486
	N	60	60	60	60	60	60	60
11س	Corrélation de Pearson	-.319*	1	.157	.251	.128	.180	.434**
	Sig. (bilatérale)	.013		.230	.053	.329	.169	.001
	N	60	60	60	60	60	60	60
17س	Corrélation de Pearson	-.380**	.157	1	.335**	.257*	.364**	.560**
	Sig. (bilatérale)							
	N	60	60	60	60	60	60	60

	Sig. (bilatérale)	.003	.230		.009	.047	.004	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60
28س	Corrélation de Pearson	.013	.251	.335**	1	.406**	.379**	.776**
	Sig. (bilatérale)	.921	.053	.009		.001	.003	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60
36س	Corrélation de Pearson	-.021-	.128	.257*	.406**	1	.450**	.754**
	Sig. (bilatérale)	.876	.329	.047	.001		.000	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60
44س	Corrélation de Pearson	-.552-**	.180	.364**	.379**	.450**	1	.614**
	Sig. (bilatérale)	.000	.169	.004	.003	.000		.000
	N	60	60	60	60	60	60	60
الرضا_المهني	Corrélation de Pearson	-.092-	.434**	.560**	.776**	.754**	.614**	1
	Sig. (bilatérale)	.486	.001	.000	.000	.000	.000	
	N	60	60	60	60	60	60	60

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد الخلو النسبي من الأعراض المرضية

Corrélations

		4س	8س	14س	29س	37س	42س	الخلو من المرض
4س	Corrélation de Pearson	1	.391**	-.092-	.110	.268*	.050	.523**
	Sig. (bilatérale)		.002	.485	.402	.038	.704	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60
8س	Corrélation de Pearson	.391**	1	-.012-	.537**	.569**	-.142-	.767**
	Sig. (bilatérale)	.002		.929	.000	.000	.279	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60
14س	Corrélation de Pearson	-.092-	-.012-	1	.019	-.127-	.189	.283*
	Sig. (bilatérale)	.485	.929		.883	.332	.148	.028
	N	60	60	60	60	60	60	60
29س	Corrélation de Pearson	.110	.537**	.019	1	.458**	-.011-	.687**
	Sig. (bilatérale)	.402	.000	.883		.000	.933	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60
37س	Corrélation de Pearson	.268*	.569**	-.127-	.458**	1	.062	.694**
	Sig. (bilatérale)	.038	.000	.332	.000		.636	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60
42س	Corrélation de Pearson	.050	-.142-	.189	-.011-	.062	1	.272*
	Sig. (bilatérale)	.704	.279	.148	.933	.636		.035
	N	60	60	60	60	60	60	60
الخلو من المرض	Corrélation de Pearson	.523**	.767**	.283*	.687**	.694**	.272*	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.028	.000	.000	.035	
	N	60	60	60	60	60	60	60

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد وجود معنى في الحياة

Corrélations

		15س	20س	25س	39س	46س	وجود معنى في الحياة
15س	Corrélation de Pearson	1	.252	-.129-	.000	-.232-	.100
	Sig. (bilatérale)		.052	.326	1.000	.075	.447
	N	60	60	60	60	60	60
20س	Corrélation de Pearson	.252	1	-.185-	.162	-.129-	.373**
	Sig. (bilatérale)	.052		.158	.215	.327	.003
	N	60	60	60	60	60	60
25س	Corrélation de Pearson	-.129-	-.185-	1	.366**	.090	.576**
	Sig. (bilatérale)	.326	.158		.004	.493	.000
	N	60	60	60	60	60	60
39س	Corrélation de Pearson	.000	.162	.366**	1	.162	.746**
	Sig. (bilatérale)	1.000	.215	.004		.217	.000
	N	60	60	60	60	60	60
46س	Corrélation de Pearson	-.232-	-.129-	.090	.162	1	.493**
	Sig. (bilatérale)	.075	.327	.493	.217		.000
	N	60	60	60	60	60	60
وجود معنى في الحياة	Corrélation de Pearson	.100	.373**	.576**	.746**	.493**	1
	Sig. (bilatérale)	.447	.003	.000	.000	.000	
	N	60	60	60	60	60	60

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد الأمن النفسي

Corrélations

		22س	30س	32س	35س	41س	54س	الأمن النفسي
22س	Corrélation de Pearson	1	.133	.324*	-.050-	.035	-.331-**	.410**
	Sig. (bilatérale)		.311	.011	.703	.789	.010	.001
	N	60	60	60	60	60	60	60
30س	Corrélation de Pearson	.133	1	-.127-	.043	.171	-.003-	.495**
	Sig. (bilatérale)	.311		.332	.742	.192	.985	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60
32س	Corrélation de Pearson	.324*	-.127-	1	-.306-*	-.280-*	-.387-**	.068
	Sig. (bilatérale)	.011	.332		.017	.030	.002	.603
	N	60	60	60	60	60	60	60
35س	Corrélation de Pearson	-.050-	.043	-.306-*	1	.063	.504**	.502**
	Sig. (bilatérale)	.703	.742	.017		.635	.000	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60
41س	Corrélation de Pearson	.035	.171	-.280-*	.063	1	.341**	.555**
	Sig. (bilatérale)	.789	.192	.030	.635		.008	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60
54س	Corrélation de Pearson	-.331-**	-.003-	-.387-**	.504**	.341**	1	.470**

Sig. (bilatérale)	.010	.985	.002	.000	.008		.000	
N	60	60	60	60	60	60	60	
الأمن_النفسى	Corrélation de Pearson	.410**	.495**	.068	.502**	.555**	.470**	1
Sig. (bilatérale)		.001	.000	.603	.000	.000	.000	
N		60	60	60	60	60	60	60

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

قيم ارتباط كل فقرة بمجموع بعد الأمن الاقتصادي

Corrélations

		23س	33س	48س	51س	53س	56س	الأمن الاقتصادي
23س	Corrélation de Pearson	1	-.413**	.084	-.245-	-.331**	.537**	.382**
	Sig. (bilatérale)		.001	.525	.059	.010	.000	.003
	N	60	60	60	60	60	60	60
33س	Corrélation de Pearson	-.413**	1	-.116-	.358**	.404**	-.278*	.236
	Sig. (bilatérale)	.001		.376	.005	.001	.032	.070
	N	60	60	60	60	60	60	60
48س	Corrélation de Pearson	.084	-.116-	1	.208	-.013-	.334**	.605**
	Sig. (bilatérale)	.525	.376		.111	.924	.009	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60
51س	Corrélation de Pearson	-.245-	.358**	.208	1	.275*	-.125-	.338**
	Sig. (bilatérale)	.059	.005	.111		.034	.343	.008
	N	60	60	60	60	60	60	60
53س	Corrélation de Pearson	-.331**	.404**	-.013-	.275*	1	-.113-	.404**
	Sig. (bilatérale)	.010	.001	.924	.034		.389	.001
	N	60	60	60	60	60	60	60
56س	Corrélation de Pearson	.537**	-.278*	.334**	-.125-	-.113-	1	.624**
	Sig. (bilatérale)	.000	.032	.009	.343	.389		.000
	N	60	60	60	60	60	60	60
الأمن الاقتصادي	Corrélation de Pearson	.382**	.236	.605**	.338**	.404**	.624**	1
	Sig. (bilatérale)	.003	.070	.000	.008	.001	.000	
	N	60	60	60	60	60	60	60

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

ارتباط كل بعد من الأبعاد بالدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية

Corrélations

		المجموع الكلي	الرضا عن الذات
المجموع الكلي	Corrélation de Pearson	1	.845**
	Sig. (bilatérale)		.000
	N	60	60
الرضا عن الذات	Corrélation de Pearson	.845**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	
	N	60	60

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		المجموع الكلي	السعادة في الحياة
السعادة في الحياة	Corrélation de Pearson	1	.913**
	Sig. (bilatérale)		.000
	N	60	60
المجموع الكلي	Corrélation de Pearson	.913**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	
	N	60	60

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		المجموع الكلي	الرضا المهني
المجموع الكلي	Corrélation de Pearson	1	.731**
	Sig. (bilatérale)		.000
	N	60	60
الرضا المهني	Corrélation de Pearson	.731**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	
	N	60	60

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		المجموع الكلي	رضا الآخرين
المجموع الكلي	Corrélation de Pearson	1	.826**
	Sig. (bilatérale)		.000
	N	60	60
رضا الآخرين	Corrélation de Pearson	.826**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	
	N	60	60

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		المجموع الكلي	وجود معنى في الحياة
المجموع الكلي	Corrélation de Pearson	1	.577**
	Sig. (bilatérale)		.000
	N	60	60
وجود معنى في الحياة	Corrélation de Pearson	.577**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	
	N	60	60

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		المجموع الكلي	الخلو من المرض
المجموع الكلي	Corrélation de Pearson	1	.827**
	Sig. (bilatérale)		.000
	N	60	60
الخلو من المرض	Corrélation de Pearson	.827**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	
	N	60	60

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		المجموع الكلي	الأمن الاقتصادي
المجموع الكلي	Corrélacion de Pearson	1	.682**
	Sig. (bilatérale)		.000
	N	60	60
الأمن الاقتصادي	Corrélacion de Pearson	.682**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	
	N	60	60

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		المجموع الكلي	الأمن النفسي
المجموع الكلي	Corrélacion de Pearson	1	.619**
	Sig. (bilatérale)		.000
	N	60	60
الأمن النفسي	Corrélacion de Pearson	.619**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	
	N	60	60

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس الصحة النفسية

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.888	56

قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس الصحة النفسية بعد حذف الفقرات غير الدالة

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.925	45

حساب الصدق والثبات لمقياس الاكتئاب (رجب مصطفى 2013)

قيم ارتباط كل فقرة بمجموع البعد النفسي

Corrélations

		مجموع البعد النفسي	أشعر بالملل	أشعر بالهزيمة	أشعر بالذنب من تصرفاتي	لم أجد شيئاً يحق لي المتعة والرضا	أشعر بانني تافه و عديم الفائدة	أشعر بانني لم أحقق شيئاً له معنى	أرى نفسي شخصاً فاشلاً	ينقبض صدري لأبسط الأسباب	أشعر بالحزن والتعاسة	مجموع البعد النفسي		
مجموع البعد النفسي	Corrélacion de Pearson	1	.477**	.474**	.562**	.480**	.549**	.637**	.603**	.679**	.620**	.309*	.456**	.631**
	Sig. (bilatérale)		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.013	.000	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
أشعر بالحزن و	Corrélacion de Pearson	.477**	1	.141	.101	.189	.059	.367**	.237	.291*	.129	-.137-	.122	.391**
	Sig. (bilatérale)													

التعاسة	Sig.	.000		.268	.429	.135	.641	.003	.059	.020	.310	.281	.336	.001
	(bilatérale)													
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
ينقبض صدري	Corrélation de Pearson	.474**	.141	1	.342**	.072	.097	.221	.207	.337**	.168	-.075-	.074	.386**
	Sig.	.000	.268		.006	.569	.444	.079	.101	.006	.183	.556	.563	.002
لأبسط الأسباب	(bilatérale)													
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
أرى نفسي شخصا فاشلا	Corrélation de Pearson	.562**	.101	.342**	1	.102	.489**	.236	.129	.283 ⁺	.269 ⁺	.286 ⁺	.155	.195
	Sig.	.000	.429	.006		.424	.000	.061	.308	.023	.032	.022	.221	.123
	(bilatérale)													
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
أشعر بأنني لم أحقق شيئا	Corrélation de Pearson	.480**	.189	.072	.102	1	.165	.328**	.188	.379**	.400**	-.014-	.062	.276 ⁺
	Sig.	.000	.135	.569	.424		.193	.008	.137	.002	.001	.913	.625	.027
له معنى	(bilatérale)													
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
أشعر بأنني تافه و عديم الفائدة	Corrélation de Pearson	.549**	.059	.097	.489**	.165	1	.205	.353**	.343**	.211	.239	.509**	.162
	Sig.	.000	.641	.444	.000	.193		.105	.004	.006	.094	.057	.000	.201
	(bilatérale)													
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
لم أجد شيئا يحق لي	Corrélation de Pearson	.637**	.367**	.221	.236	.328**	.205	1	.374**	.237	.380**	.077	.088	.495**
	Sig.	.000	.003	.079	.061	.008	.105		.002	.059	.002	.547	.489	.000
المتعة و الرضى	(bilatérale)													
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
أشعر بالذنب من تصرفاتي	Corrélation de Pearson	.603**	.237	.207	.129	.188	.353**	.374**	1	.438**	.391**	.089	.351**	.320 ⁺
	Sig.	.000	.059	.101	.308	.137	.004	.002		.000	.001	.484	.004	.010
	(bilatérale)													
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
ألوم نفسي	Corrélation de Pearson	.679**	.291 ⁺	.337**	.283 ⁺	.379**	.343**	.237	.438**	1	.518**	.070	.305 ⁺	.315 ⁺
	Sig.	.000	.020	.006	.023	.002	.006	.059	.000		.000	.585	.014	.011
	(bilatérale)													
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
أشعر بخيبة الأمل في نفسي	Corrélation de Pearson	.620**	.129	.168	.269 ⁺	.400**	.211	.380**	.391**	.518**	1	.146	.213	.415**
	Sig.	.000	.310	.183	.032	.001	.094	.002	.001	.000		.250	.091	.001
	(bilatérale)													
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60

لا أستطيع محادثة نفسي	Corrélation de Pearson	.309*	-.137-	-.075-	.286*	-.014-	.239	.077	.089	.070	.146	1	.362**	.041
	Sig. (bilatérale)	.013	.281	.556	.022	.913	.057	.547	.484	.585	.250		.003	.748
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
أشعر بعدم تقبلي لذاتي	Corrélation de Pearson	.456**	.122	.074	.155	.062	.509**	.088	.351**	.305*	.213	.362**	1	.048
	Sig. (bilatérale)	.000	.336	.563	.221	.625	.000	.489	.004	.014	.091	.003		.707
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
أشعر بالمثل	Corrélation de Pearson	.631**	.391**	.386**	.195	.276*	.162	.495**	.320*	.315*	.415**	.041	.048	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.001	.002	.123	.027	.201	.000	.010	.011	.001	.748	.707	
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

ارتباط كل فقرة بمجموع البعد الاجتماعي

Corrélations

		أرى نفسي أقل من زملائي	أرى أن شكلي قبيح و	أعجز عن اتخاذ أي قرار	أتضجر من تصرفات أصحابي اتجاهي	أرى أن قراراتي غير صائبة	أنا منطوي على نفسي	تتأثر علاقتي بالأخرين بدوافع وأغراض شخصية و أنانية	تفتقر علاقتي بالأخرين للعمق و الثبات	أنا أشكو من أحوالي و ممن حولي	أفضل أن أكون بمفردتي بعيدا عن الآخرين	مجموع البعد الاجتماعي	
مجموع البعد الاجتماعي	Corrélation de Pearson	.613**	.320*	.620**	.391**	.515**	.550**	.520**	.568**	.554**	.502**	.414**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.010	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001	
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
أفضل أن أكون بمفردتي بعيدا عن الآخرين	Corrélation de Pearson	.371**	-.268*	.020	-.008-	.142	.085	.111	.240	.163	.201	.414**	1
	Sig. (bilatérale)	.003	.032	.875	.948	.262	.506	.381	.056	.197	.112	.001	
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
أنا أشكو من أحوالي و ممن حولي	Corrélation de Pearson	.218	-.045-	.474**	.096	.299*	.168	-.032-	.200	.270*	1	.502**	.201
	Sig. (bilatérale)	.084	.723	.000	.452	.016	.184	.804	.114	.031		.000	.112
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
فقدت اهتمامي بالأخرين	Corrélation de Pearson	.122	.193	.214	-.024-	.177	.181	.229	.311*	1	.270*	.163	.554**

	Sig. (bilatérale)	.000	.197	.031		.012	.069	.152	.163	.848	.089	.126	.336
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
تفتقر علاقاتي بالآخرين	Corrélation de Pearson	.568**	.240	.200	.311*	1	.312*	.172	.420**	.263*	.293*	.116	.076
للمعق و الثبات	Sig. (bilatérale)	.000	.056	.114	.012		.012	.173	.001	.036	.019	.363	.552
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
تتأثر علاقتي بالآخرين	Corrélation de Pearson	.520**	.111	-.032-	.229	.312*	1	.307*	.191	.057	.127	.468**	.169
بدوافع وأعراض	Sig. (bilatérale)	.000	.381	.804	.069	.012		.014	.130	.655	.317	.000	.183
شخصية و أنايية	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
أنا منظوي على نفسني	Corrélation de Pearson	.550**	.085	.168	.181	.172	.307*	1	.316*	.119	.460**	.175	.347**
	Sig. (bilatérale)	.000	.506	.184	.152	.173	.014		.011	.349	.000	.166	.005
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
أرى أن قراراتي غير صائبة	Corrélation de Pearson	.515**	.142	.299*	.177	.420**	.191	.316*	1	.366**	.491**	.007	.431**
	Sig. (bilatérale)	.000	.262	.016	.163	.001	.130	.011		.003	.000	.958	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
أتضجر من تصرفات أصحابي اتجاهي	Corrélation de Pearson	.391**	-.008-	.096	-.024-	.263*	.057	.119	.366**	1	.182	.128	.322**
	Sig. (bilatérale)	.001	.948	.452	.848	.036	.655	.349	.003		.151	.312	.010
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
أعجز عن إتخاذ أي قرار	Corrélation de Pearson	.620**	.020	.474**	.214	.293*	.127	.460**	.491**	.182	1	.130	.443**
	Sig. (bilatérale)	.000	.875	.000	.089	.019	.317	.000	.000	.151		.305	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
أرى أن شكلي قييح و مُنفر	Corrélation de Pearson	.320*	-.268-*	-.045-	.193	.116	.468**	.175	.007	.128	.130	1	.081
	Sig. (bilatérale)	.010	.032	.723	.126	.363	.000	.166	.958	.312	.305		.524
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
أرى نفسي أقل من زملائي	Corrélation de Pearson	.613**	.371**	.218	.122	.076	.169	.347**	.431**	.322**	.443**	.081	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.003	.084	.336	.552	.183	.005	.000	.010	.000	.524	
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

ارتباط كل فقرة بمجموع البعد الجسمي

Corrélations

		مجموع البعد الجسمي	أشعر بالأرق أثناء النوم	أشعر بعدم النشاط و الحيوية	أشعر بالتعب حتى و إن لم أقم بأي مجهود	أشعر بالإرهاق و التعب عند قيامي بأقل مجهود	عندي صداع شبه دائم	أشعر بالغثيان لمجرد النظر للاكل	أرى أن صحتي تدهورت و أخشى الأمراض	لا أجد مقدرة أو جهد لإنجاز أعمالي
مجموع البعد الجسمي	Corrélacion de Pearson	1	.427**	.441**	.610**	.672**	.499**	.205	.519**	.431**
	Sig. (bilatérale)		.000	.000	.000	.000	.000	.103	.000	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60
أشعر بالأرق أثناء النوم	Corrélacion de Pearson	.427**	1	.084	.184	.176	.149	-.091-	-.094-	.092
	Sig. (bilatérale)	.000		.507	.146	.165	.241	.474	.458	.471
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60
أشعر بعدم النشاط و الحيوية	Corrélacion de Pearson	.441**	.084	1	.498**	.485**	.021	.060	.203	.219
	Sig. (bilatérale)	.000	.507		.000	.000	.866	.638	.107	.082
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60
أشعر بالتعب حتى و إن لم أقم بأي مجهود	Corrélacion de Pearson	.610**	.184	.498**	1	.701**	.049	.220	.298*	.290*
	Sig. (bilatérale)	.000	.146	.000		.000	.701	.081	.017	.020
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60
أشعر بالإرهاق و التعب عند قيامي بأقل مجهود	Corrélacion de Pearson	.672**	.176	.485**	.701**	1	.194	.126	.260*	.319*
	Sig. (bilatérale)	.000	.165	.000	.000		.124	.322	.038	.010
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60
عندي صداع شبه دائم	Corrélacion de Pearson	.499**	.149	.021	.049	.194	1	-.002-	.361**	.039
	Sig. (bilatérale)	.000	.241	.866	.701	.124		.990	.003	.762
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60
أشعر بالغثيان لمجرد النظر للاكل	Corrélacion de Pearson	.205	-.091-	.060	.220	.126	-.002-	1	.230	.123
	Sig. (bilatérale)									

	Sig. (bilatérale)	.103	.474	.638	.081	.322	.990	.067	.333
	N	60	60	60	60	60	60	60	60
أرى أن صحتي تدهورت و أخشى الأمراض	Corrélation de Pearson	.519**	-.094	.203	.298*	.260*	.361**	.230	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.458	.107	.017	.038	.003	.067	.048
	N	60	60	60	60	60	60	60	60
لا أجد مقدرة أو جهد لإنجاز أعالي	Corrélation de Pearson	.431**	.092	.219	.290*	.319*	.039	.123	.249*
	Sig. (bilatérale)	.000	.471	.082	.020	.010	.762	.333	.048
	N	60	60	60	60	60	60	60	60

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب

Corrélations

		الدرجة الكلية للمقياس	مجموع البعد النفسي	مجموع البعد الجسدي	مجموع البعد الاجتماعي
الدرجة الكلية للمقياس	Corrélation de Pearson	1	.901**	.739**	.833**
	Sig. (bilatérale)		.000	.000	.000
	N	60	60	60	60
مجموع البعد النفسي	Corrélation de Pearson	.901**	1	.469**	.724**
	Sig. (bilatérale)	.000		.000	.000
	N	60	60	60	60
مجموع البعد الجسدي	Corrélation de Pearson	.739**	.469**	1	.395**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000		.001
	N	60	60	60	60
مجموع البعد الاجتماعي	Corrélation de Pearson	.833**	.724**	.395**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.001	
	N	60	60	60	60

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس الاكتئاب

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.869	36

مواصفات عينة الدراسة الأساسية:

حسب الجنس:

		الجنس		Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
		Fréquence	Pourcentage		
Valide	ذكر	52	43.3	43.3	43.3
	أنثى	68	56.7	56.7	100.0
Total		120	100.0	100.0	

حسب المستوى الجامعي:

		المستوى الجامعي		Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
		Fréquence	Pourcentage		
Valide	ليسانس	40	33.3	33.3	33.3
	ماستر	50	41.7	41.7	75.0
	ماجستير	8	6.7	6.7	81.7
	دكتوراه	22	18.3	18.3	100.0
Total		120	100.0	100.0	

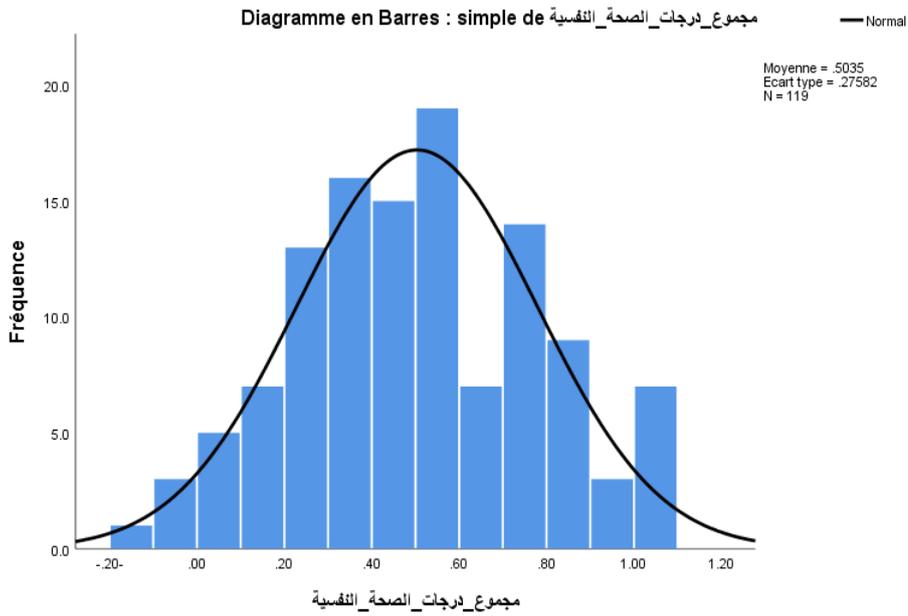
حسب الحالة الاجتماعية:

		الحالة الاجتماعية		Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
		Fréquence	Pourcentage		
Valide	أعزب/عزباء	82	68.3	68.3	68.3
	متزوج(ة)	38	31.7	31.7	100.0
Total		120	100.0	100.0	

حسب مدة البطالة:

		مدة البطالة		Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
		Fréquence	Pourcentage		
Valide	من 1 إلى 3 سنوات	26	21.7	21.7	21.7
	من 3 سنوات إلى 5 سنوات	40	33.3	33.3	55.0
	أكثر من 5 سنوات	54	45.0	45.0	100.0
Total		120	100.0	100.0	

اختبار اعتدالية التوزيع (بيانات الصحة النفسية)

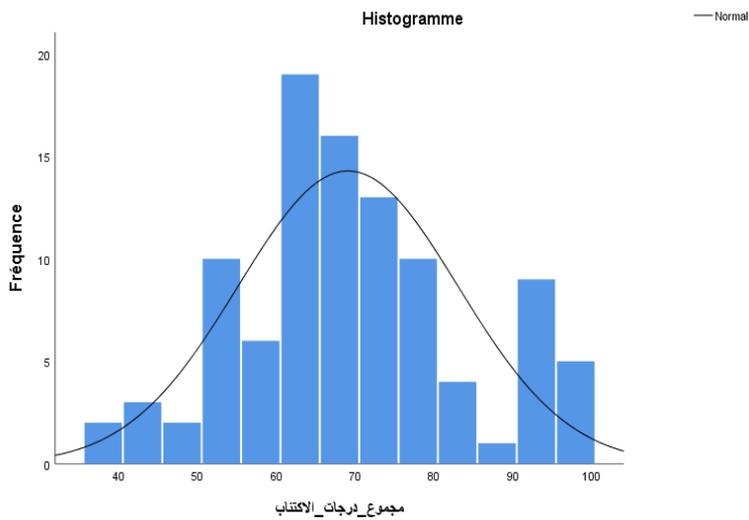


Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
الطبيعي التوزيع	,073	119	,179	,984	119	,157

a. Correction de signification de Lilliefors

اختبار اعتدالية التوزيع (بيانات الاكتاب)



Tests de normalité

Kolmogorov-Smirnov^a

Shapiro-Wilk

	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	Ddl	Sig.
الاكتئاب_درجات_مجموع	,082	120	,096	,974	120	,042

مستويات الصحة النفسية

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	منخفض	26	21.7	21.7	21.7
	متوسط	73	60.8	60.8	82.5
	مرتفع	21	17.5	17.5	100.0
Total		120	100.0	100.0	

دلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لمقياس الصحة النفسية

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 90

	T	ddl	Sig. (Bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
النفسية_الصحة_مجموع	5,976	119	,000	2,208	1,48	2,94

مستويات الاكتئاب

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	منخفض	37	30.8	30.8	30.8
	متوسط	79	65.8	65.8	96.7
	مرتفع	4	3.3	3.3	100.0
Total		120	100.0	100.0	

دلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لمقياس الاكتئاب

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 72

	t	Ddl	Sig. (Bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
الاكتئاب_مجموع	-6,015	119	,000	-9,267	-12,32	-6,22

قيمة الارتباط بين الصحة النفسية والاكتئاب

Corrélations

	الصحة_مجموع_النفسية	الاكتئاب_مجموع
النفسية_الصحة_مجموع	Corrélation de Pearson	1
		-,516**

	Sig. (Bilatérale)		,000
	N	120	120
الاكتئاب_مجموع	Corrélacion de Pearson	-,516**	1
	Sig. (Bilatérale)	,000	
	N	120	120

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

قيمة الارتباط بين المنبئات الاجتماعية والاكتئاب

Corrélations

		الاكتئاب_مجموع	مجموع السعادة في الحياة ورضا الآخرين والرضا المهني
الاكتئاب_مجموع	Corrélacion de Pearson	1	-,376**
	Sig. (Bilatérale)		,000
	N	120	120
مجموع السعادة في الحياة ورضا الآخرين والرضا المهني	Corrélacion de Pearson	-,376**	1
	Sig. (Bilatérale)	,000	
	N	120	120

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

قيمة الارتباط بين المنبئات النفسية والاكتئاب

Corrélations

		الاكتئاب_مجموع	مجموع الخلو النسبينا لأعراض المرضية أو الأماند فسبب وجود معنفي الحياة
الاكتئاب_مجموع	Corrélacion de Pearson	1	-,225*
	Sig. (Bilatérale)		,013
	N	120	120
مجموع الخلو النسبينا لأعراض المرضية أو الأماند فسبب وجود معنفي الحياة	Corrélacion de Pearson	-,225*	1
	Sig. (Bilatérale)	,013	
	N	120	120

مدى تجانس العينتين (ذكور/إناث) - الصحة النفسية -

Test d'homogénéité de variance

		Statistique de Levene	df1	df2	Sig.
النفسية_الصحة_مجموع	Basé sur la moyenne	,285	1	118	,595
	Basé sur la médiane	,383	1	118	,537
	Basé sur la médiane avec ddl ajusté	,383	1	115,567	,537
	Basé sur la moyenne tronquée	,316	1	118	,575

دلالة الفروق بين الذكور والإناث المتخرجين البطالين من حيث مستويات الصحة النفسية:

Statistiques de groupe

	الجنس	N	Moyenne	Écart type	Moyenne erreur standard
الصحة_مجموع النفسية	ذكر	52	94,50	3,545	,492
	أنثى	68	90,46	3,513	,426

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes				Intervalle de confiance de la différence à 95 %		
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
الصحة_مجموع النفسية	Hypothèse de variances égales	,285	,595	6,224	118	,000	4,044	,650	2,757	5,331
	Hypothèse de variances inégales			6,217	109,395	,000	4,044	,651	2,755	5,333

دلالة الفروق في مستويات الصحة النفسية لدى المتخرجين البطالين باختلاف المستوى الجامعي

ANOVA

الصحة_مجموع النفسية	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	190,473	3	63,491	4,186	,007
Intragroupes	1759,319	116	15,167		
Total	1949,792	119			

مدى تجانس العينتين: (مجموعة المتزوجين/مجموعة غير المتزوجين) - الصحة النفسية -

Test d'homogénéité de variance

		Statistique de Levene		df1	df2	Sig.
الصحة_مجموع النفسية	Basé sur la moyenne	3,286	1	118	,072	
	Basé sur la médiane	4,165	1	118	,044	
	Basé sur la médiane avec ddl ajusté	4,165	1	115,354	,044	
	Basé sur la moyenne tronquée	3,375	1	118	,069	

دلالة الفروق بين المتخرجين البطالين المتزوجين وغيرالمتزوجين من حيث مستوى الصحة النفسية

Statistiques de groupe

	الاجتماعية_الحالة	N	Moyenne	Écart type	Moyenne erreur standard
النفسية_الصحة_مجموع	عزباء/اعزب	82	92,32	4,248	,469
	(ة)متزوج	38	91,97	3,620	,587

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (Bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
النفسية_الصحة_مجموع	Hypothèse de variances égales	3,286	,072	,431	118	,667	,343	,797	-1,235	1,922
	Hypothèse de variances inégales			,457	83,710	,649	,343	,752	-1,151	1,838

دلالة الفروق في مستويات الصحة النفسية لدى المتخرجين البطالين باختلاف مدة البطالة

		البطالة_مدة			
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	سنوات3الى1من	26	21,7	21,7	21,7
	سنوات5سنواتالى3من	40	33,3	33,3	55,0
	سنوات5أكثرمن	54	45,0	45,0	100,0
Total		120	100,0	100,0	

ANOVA

النفسية_الصحة_مجموع		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes		250,483	2	125,242	8,623	,000
Intragroupes		1699,308	117	14,524		
Total		1949,792	119			

مدى تجانس المجموعات (مدة البطالة):

Test d'homogénéité des variances

		Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Sig.
مجموع الصحة النفسية	Basé sur la moyenne	1.411	2	117	.248
	Basé sur la médiane	.627	2	117	.536
	Basé sur la médiane avec ddl ajusté	.627	2	94.243	.536
	Basé sur la moyenne tronquée	1.342	2	117	.265

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: مجموع الصحة النفسية

Scheffé

مدة البطالة (I)	مدة البطالة (J)	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
من 1 إلى 3 سنوات	من 3 سنوات إلى 5 سنوات	-.025	.960	1.000	-2.41	2.36
	أكثر من 5 سنوات	2.889*	.910	.008	.63	5.14
من 3 سنوات إلى 5 سنوات	من 1 إلى 3 سنوات	.025	.960	1.000	-2.36	2.41
	أكثر من 5 سنوات	2.914*	.795	.002	.94	4.89
أكثر من 5 سنوات	من 1 إلى 3 سنوات	-2.889*	.910	.008	-5.14	-.63
	من 3 سنوات إلى 5 سنوات	-2.914*	.795	.002	-4.89	-.94

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

مدى تجانس العينتين: (ذكور/إناث) - الاكتئاب -

Test d'homogénéité de variance

		Statistique de Levene	df1	df2	Sig.
اكتئاب طبيعي توزيع	Basé sur la moyenne	1,964	1	118	,164
	Basé sur la médiane	1,837	1	118	,178
	Basé sur la médiane avec ddl ajusté	1,837	1	116,251	,178
	Basé sur la moyenne tronquée	1,824	1	118	,179

دلالة الفروق بين الذكور والإناث المتخرجين البطالين من حيث مستويات الاكتئاب

Statistiques de groupe

	الجنس	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الاكتئاب_مجموع	ذكر	52	57,46	18,207	2,525
	أنثى	68	66,76	14,676	1,780

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
الاكتئاب_مجموع	Hypothèse de variances égales	17,731	,000	-3,099	118	,002	-9,303	3,002	-15,248	-3,358
	Hypothèse de variances inégales			-3,012	96,191	,003	-9,303	3,089	-15,435	-3,172

دلالة الفروق في مستويات الاكتئاب لدى المتخرجين البطالين باختلاف المستوى الجامعي

ANOVA

الاكتئاب_مجموع

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergruppes	2016,933	3	672,311	2,447	,067
Intragruppes	31870,534	116	274,746		
Total	33887,467	119			

مدى تجانس العينتين: (مجموعة المتزوجين/مجموعة غير المتزوجين) - الاكتئاب -

Test d'homogénéité de variance

		Statistique de Levene		df1	df2	Sig.
الاكتئاب_طبيعي_توزيع	Basé sur la moyenne	,709	1	118	,401	
	Basé sur la médiane	,694	1	118	,406	
	Basé sur la médiane avec ddl ajusté	,694	1	114,504	,406	
	Basé sur la moyenne tronquée	,696	1	118	,406	

دلالة الفروق في مستويات الاكتئاب لدى المتخرجين البطالين باختلاف الحالة الاجتماعية

Statistiques de groupe

	الاجتماعية الحالة	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الاكتئاب_مجموع	عزباء/أعزب	82	61,09	17,608	1,945
	(ة)متزوج	38	66,29	14,768	2,396

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 % Inférieur Supérieur	
الاكتئاب_مجموع	Hypothèse de variances égales	10,522	,002	-1,581	118	,116	-5,204	3,291	-11,721	1,313
	Hypothèse de variances inégales			-1,687	84,964	,095	-5,204	3,086	-11,339	,931

دلالة الفروق في مستويات الاكتئاب لدى المتخرجين البطالين باختلاف مدة البطالة

ANOVA

الاكتئاب_مجموع

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	916,474	2	458,237	1,626	,201
Intragroupes	32970,993	117	281,803		
Total	33887,467	119			

المنبئات الاجتماعية (رضا الآخرين- السعادة في الحياة- الرضا المهني)

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
الاكتئاب_مجموع	62,73	16,875	120
الاجتماعية_المنبئات	38,33	3,221	120

نتائج تحليل الانحدار البسيط لمتغير المنبئات الاجتماعية (المستقل) ومتغير الاكتئاب (التابع)

Récapitulatif des modèles^b

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,376 ^a	,141	,134	15,705

a. Prédicteurs : (Constante), الاجتماعية المنبئات,

b. Variable dépendante : الاكتئاب_مجموع

نتائج تحليل التباين لأثر المنبئات الاجتماعية على مستوى الاكتئاب لدى أفراد العينة

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	4783,899	1	4783,899	19,396	,000 ^b
	de Student	29103,568	118	246,640		
	Total	33887,467	119			

a. Variable dépendante : الاكتئاب_مجموع

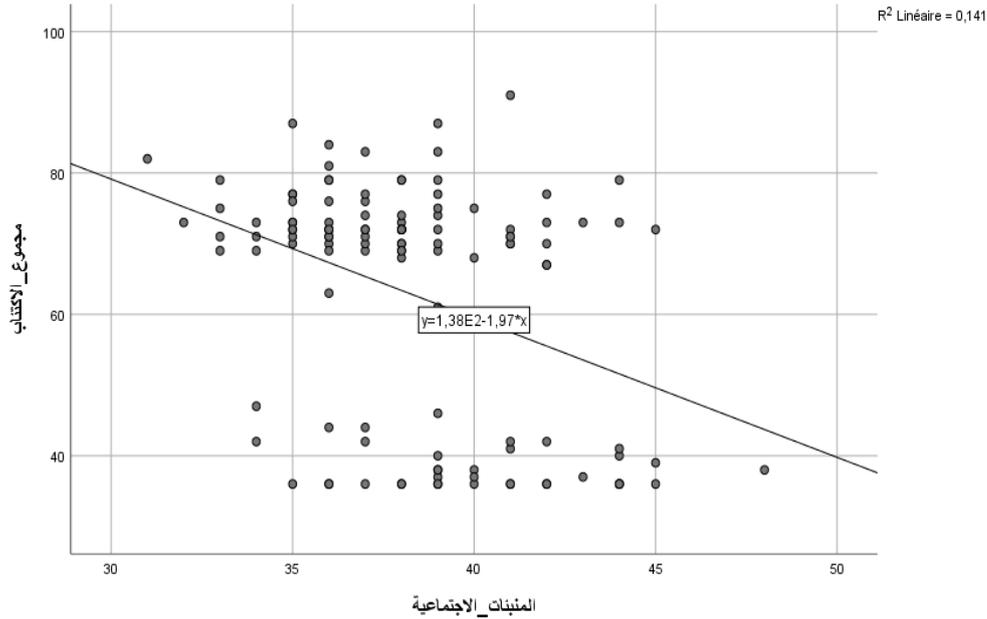
b. Prédicteurs : (Constante), الاجتماعية المنبئات,

نتائج تحليل الانحدار للمنبتات الاجتماعية والاكتئاب

Coefficients^a

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard			
1	(Constante)	138,189	17,193		8,038	,000
	الاجتماعية_ المنبتات	-1,968	,447	-,376	-4,404	,000

a. Variable dépendante : مجموع_الاكتئاب



شكل توضيحي لانحدار المنبتات الاجتماعية والاكتئاب

نتائج تحليل الانحدار البسيط لمتغير المنبتات النفسية (المستقل)

ومتغير الاكتئاب (التابع)

Récapitulatif des modèles^b

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,225 ^a	,051	,043	16,512

a. Prédicteurs : (Constante), النفسية_ المنبتات

b. Variable dépendante : مجموع_الاكتئاب

نتائج تحليل التباين لأثر المنبتات النفسية على مستوى الاكتئاب لدى أفراد العينة

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	1716,263	1	1716,263	6,295	,013 ^b
	de Student	32171,203	118	272,637		
	Total	33887,467	119			

a. Variable dépendante : مجموع_الاكتئاب

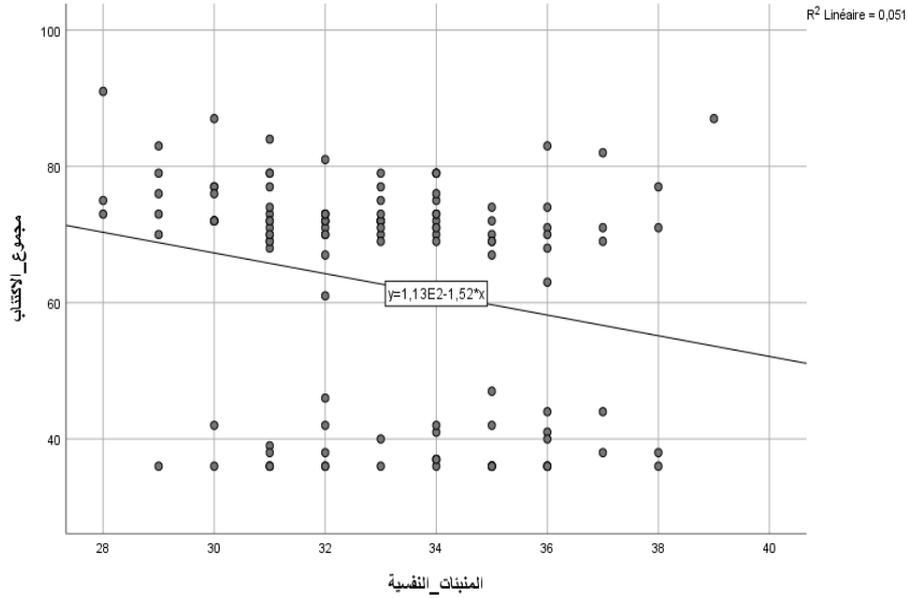
b. Prédicteurs : (Constante), النفسية_ المنبتات

يوضح نتائج تحليل الانحدار للمنبتات النفسية والاكنتاب

Coefficients^a

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	T	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	112,854	20,033		5,633	,000
	النفسية_ المنبتات	-1,519	,605	-,225	-2,509	,013

a. Variable dépendante : الاكنتاب_ مجموع



شكل توضيحي لانحدار المنبتات النفسية والاكنتاب

برنامج الروتين اليومي

هذا الجدول يمثل برنامج أنشطة يومية لمدة ثمانية أسابيع (60 يوماً)، المطلوب: ضع علامة (×) أما كل نشاط تقوم به خلال اليوم، وإن لم تقم بالنشاط أترك الخانة فارغة.

نسبة الأداء المتحصل عليها %	النوم مبكراً	تنظيف الجسم	تناول الأكل الصحي	التسبيح والاستغفار والدعاء	ممارسة الرياضة لمدة نصف ساعة	قراءة شيء من القرآن	تأدية صلاة الفجر	الاستيقاظ باكراً	60 يوماً
100%	×	×	×	×	×	×	×	×	الأحد
62.5%	×	×		×			×	×	الاثنين
									الثلاثاء
									الأربعاء
									الخميس
									الجمعة
									السبت
									الأحد
									الاثنين
									الثلاثاء
									الأربعاء
									الخميس
									الجمعة
									السبت
									الأحد
									الاثنين
									الثلاثاء
									الأربعاء
									الخميس
									الجمعة
									السبت
									الأحد
									الاثنين
									الثلاثاء
									الأربعاء
									الخميس

									الجمعة
									السبت
									الأحد
									الاثنين
									الثلاثاء
									الأربعاء
									الخميس
									الجمعة
									السبت
									الأحد
									الاثنين
									الثلاثاء
									الأربعاء
									الخميس
									الجمعة
									السبت
									الأحد
									الاثنين
									الثلاثاء
									الأربعاء
									الخميس
									الجمعة
									السبت
									الأحد
									الاثنين
									الثلاثاء
									الأربعاء
									الخميس
									الجمعة
									السبت
									الأحد
									الاثنين
									الثلاثاء
									الأربعاء

إليك الجدول التالي والذي يحتوي على بعض أساليب التفكير الخاطئة، المطلوب منك أن تقرأ العبارات جيدا وتفهم معناها ثم تقوم بتصحيح الفكرة حسب ما تراه مناسباً

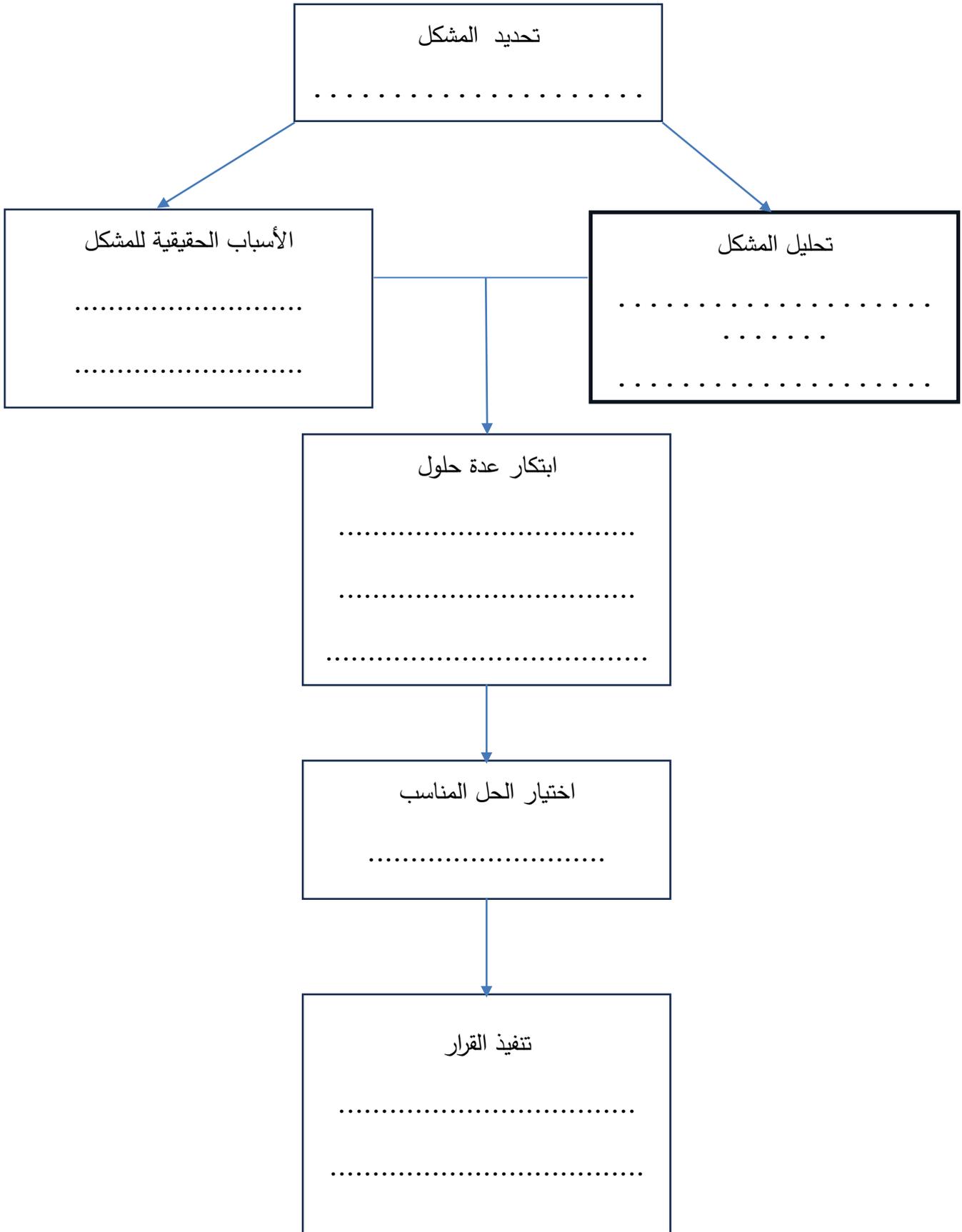
أسلوب التفكير	معناه
التضخيم والمبالغة	إضفاء دلالات مبالغ فيها على الموضوعات المحايدة أو التي يتعذر تفسيرها، والمبالغة في إدراك جوانب القصور الذاتي، والتقليل من المزايا الشخصية والنجاح الشخصي.
التعميم الزائد	تعميم خبرة سلبية منعزلة على الذات ككل.
الكل أو لا شيء	النظر إلى الأشياء بصورة مطلقة، وتقسيمها إما إيجابية تماماً أو سلبية تماماً (تقسيم الأمور إلى فئة أبيض وأسود فقط)
عزل الأشياء عن سياقها	وهو الانتقاء السلبي أي عزل الخاصية عن سياقها العام، وع ربطها بسياق آخر لا علاقة له بالنتيجة السلبية السابقة.
التفسير السلبي لما هو إيجابي	تفسير الأمور التي يكون من الواضح أنها إيجابية وطيبة تفسيراً سلبياً (مثلاً حب الناس وتقديرهم لي شفقة على حالي وليس لأشياء إيجابية لدي)
القفز إلى النتائج	إدراك أي موقف ينطوي على تهديد وخطر وامتهان من دون أن تكون هناك دلائل على ذلك.
قراءة المستقبل سلبياً وحتماً	التوقع السلبي للمستقبل والتصرف كما لو كان هذا التوقع حقيقة.
التأويل الشخصي للأمور	أن ينسب الشخص لنفسه مسؤولية النتائج السلبية في المواقف التي يمر بها، فبدلاً من قول "لقد فعلت خطأ" يقول لنفسه "إنني شخص أحمق".
استخدام عبارة "لو" أو جملة "يجب أن"	لانتقاد نفسك أو الناس الآخرين بقول "يجب أن يفعلوا كذا، أو كان يجب أن لا يفعلوا كذا، أو "لو أنني فعلت كذا".

نشاط حول الشخصية الإيجابية والشخصية السلبية

إليك بعض سمات الشخصية، منها الإيجابية ومنها السلبية، المطلوب تصنيفها في الجدول التالي:

- تهتم بإيجاد حلول للأزمات
- الاعتراض والشكوى ونقد الآخرين
- أول ما يلفت نظرها نقاط القوة
- أول ما يستدعي انتباهها نقاط الضعف
- تخشى الانتقاد والتقييم لأنهما يكشفان عدم تماسكها
- تخطط للنجاح وتسعى له
- تراجع نفسها وتعمل على التطوير
- تعيش على ذكريات الماضي
- ترى الصعوبات والتحديات فرصة سانحة لاكتساب خبرات جديدة
- ترى المستقبل مشرقاً
- تستطيع أن ترى الصورة الكلية وتقيم أبعادها
- تغوص في التفاصيل لأنها تفتقر إلى النظرة الشمولية
- حديثها مفعم بالتشجيع والحماس
- تفتقر إلى قبولها لنفسها وللآخرين
- تهتم بالأهداف العامة
- حديثها يعكس ضعف ثقتها بنفسها
- سريعة الشعور بالإحباط والفشل
- الصعوبات تهدم معنوياتها وتزيد من إحباطها
- متمركزة حول ذاتها
- متوافقة مع نفسها ومع الآخرين
- صلبة لا تتكيف مع المتغيرات
- مرنة في تعاملاتها تثير المشكلات لأنها تبحث عن النقائص والعيوب
- ودودة منفتحة على الحياة وعلى الآخرين

حدد أحد المشاكل التي تعترضك، وقم بتطبيق هذه الخطوات في إيجاد الحل لمشكلتك



الملحق رقم(10) نشاط حول كيفية مواجهة الحدث الضاغط

تعتبر البطالة حدث ضاغط في حياة البطال، استخدم إحدى هاتين الاستراتيجيتين لتبين كيف ستواجه هذا الحدث الضاغط.

إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي والتكيف مع الحدث:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

واستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

روابط الفيديوهات المقترحة في البرنامج الإرشادي:

<https://www.youtube.com/watch?v=yuiCph9573g> أذكار الصباح والمساء

<https://www.youtube.com/watch?v=3iXnGkfcNhM> تلاوات قرآنية

<https://www.youtube.com/watch?v=4wCcXreDbLc> تلاوات قرآنية

<https://www.youtube.com/watch?v=Qu-7PDB-nJo> التفكير الإيجابي

<https://www.youtube.com/watch?v=qQbkv9tpxj8> قصة الإمام بن حنبل مع الخباز

بطاقة تقييمية للبرنامج الإرشادي المقترح

<p>ماذا استفدت من البرنامج؟</p>	<p>ما رأيك في محتوى هذا البرنامج الإرشادي؟</p>
<p>ما هي اقتراحاتك حول البرنامج؟</p>	<p>ما رأيك في أداء المرشد؟</p>

