



جمعية الوداد للتأهيل المجتمعي  
El Wedad Soc. for Community Rehabilitation

جمعية الوداد للتأهيل المجتمعي  
برنامج البحث العلمي والتدريب

دراسة بحثية بعنوان

المشاكل النفسية والاجتماعية لدى المسنين في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات

Research Study Entitled  
"Study on The Psychological and Social Problems at Elderly People of Gaza Strip in Relation to some Verifications"

أ. إسماعيل أبو ركاب

أخصائي نفسي

د. سمير قوته

استشاري نفسي للدراسة \_ فلسطين

متابعة وإشراف

أ.محمود أبو خليفة

مدير الجمعية

د.نعيم الغلبان

رئيس الجمعية

يونيو، ٢٠١٠



## المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
٣ - ٢	فهرس الموضوعات
٥ - ٤	ملخص الدراسة
٧-٦	Abstract
<b>الإطار العام</b>	
٨	مقدمة
١٠	مشكلة البحث
١٠	أهداف البحث
١٠	محددات البحث
١٢ - ١١	موضوع الدراسة وأهميته
١٦- ١٣	الدراسات السابقة
١٦	فروض الدراسة
١٦	مصطلحات الدراسة
١٨	هذه الدراسة ماذا تضيف
<b>مرحلة الشيخوخة</b>	
١٨	الشيخوخة
٢٦ - ٢٠	مفاهيم الدراسة
٣٠ - ٢٦	بعض المشاكل التي يتعرض لها كبير السن
٣٢ - ٣١	منهج الإسلام في رعاية الشيخوخة
<b>الدراسة الميدانية</b>	
٣٤	منهجية البحث
٣٤	الطريقة والإجراءات
٣٤	منهج الدراسة
٣٤	عينة الدراسة
٥١ - ٣٦	أداة الدراسة وخطوات بناء أداة الدراسة
٥٨ - ٥٢	وصف البيانات
<b>نتائج الدراسة الميدانية</b>	

	نتائج الدراسة
٦٠ - ٥٩	* نتائج التساؤل الأول
٦١	* نتائج التساؤل الثاني
٦٢	* نتائج التساؤل الثالث
	<b>فروض الدراسة والنتائج</b>
٦٦ - ٦٤	* الفرض الأول
٧٠ - ٦٧	* الفرض الثاني
٧١	* الفرض الثالث
٧٣ - ٧٢	* الفرض الرابع
٧٤	* الفرض الخامس
٧٥	* الفرض السادس
٧٧ - ٧٦	* الفرض السابع
٧٩ - ٧٨	* الفرض الثامن
٨٣ - ٨٠	<b>مناقشة النتائج</b>
٨٤	<b>الإحصائيات</b>
٨٥	<b>التوصيات</b>
	<b>المراجع</b>
٨٧ - ٨٦	* المراجع باللغة العربية
٨٨	* المراجع باللغة الانجليزية

## ملخص الدراسة

**هدف الدراسة:** تعتبر مرحلة كبار السن من المراحل الحرجة في حياة الإنسان، وانطلاقاً من هذا الافتراض فأن هدف هذه الدراسة هو التعرف على أهم المشاكل النفسية والاجتماعية لدى كبار السن وعلاقتها ببعض المتغيرات مثل الجنس، السكن، المواطنة، المستوى الاقتصادي، الدعم الاجتماعي، والوحدة النفسية .

**الطريقة:** وقد استخدمت طريق البحث الوصفي التحليلي وقد تكونت عينة الدراسة من ( ١٢٠٠ ) شخص ممن يبلغ عمرهم (٦٠) فأكثر، وقد توزعت العينة على محافظات غزة الخمس ، و تم استبعاد (٦٢) من أفراد العينة بسبب عدم تعاونهم في الدراسة وبلغ عدد أفراد الدراسة (١١٣٨) حالة من كبار العمر البالغين أكثر من (٦٠) سنة من جميع محافظات قطاع غزة ، و تم توزيع هذه العينة حسب نوع الجنس (٦١٨) حالة من الذكور بنسبة(٥٤.٣%)، و (٥٢٠) من الإناث بنسبة (٤٥.٧) % .

### الأدوات:

- (١) اختبار SCL والذي يقيس عدة اضطرابات نفسية.
- (٢) اختبار الدعم الاجتماعي.
- (٣) اختبار الوحدة النفسية.
- (٤) اختبار جودة الحياة.

وقد تم التأكد من الجوانب السيكومترية للأدوات السابقة

### النتائج:

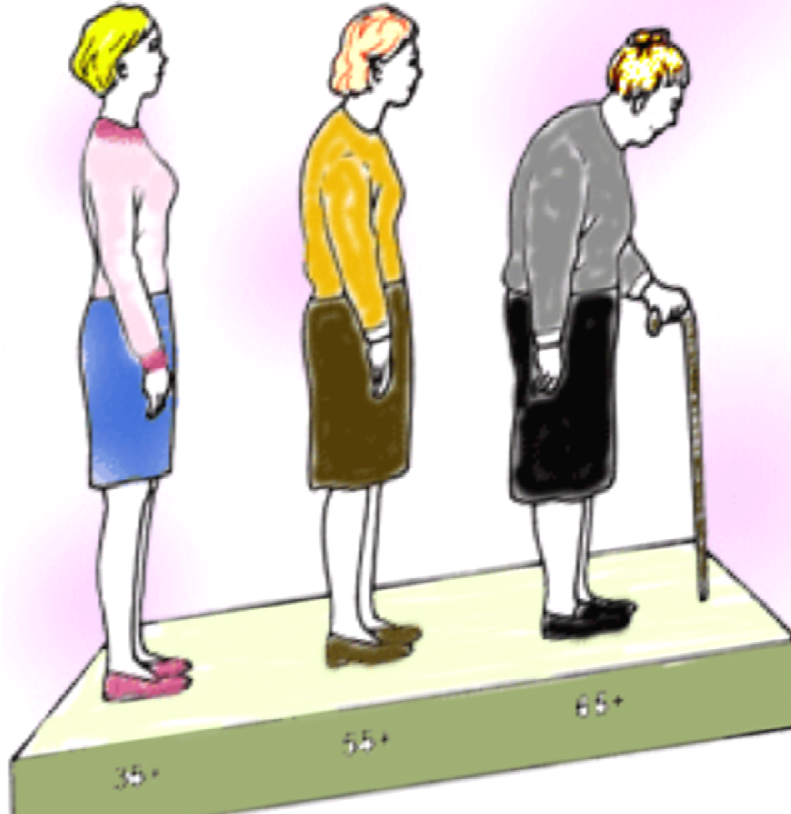
- ١.٦٦.١% يعانون من الخوف، و(١٦.٣%) يعانون من الحساسية الانفعالية، و(١٥.٨%) يعانون من الأعراض الحسية، و(١٥%) يعانون من الاكتئاب النفسي، و(١٥.٨%) يعانون من مشاعر العداوة.
٢. (١٨.٢%) من كبار السن في القطاع تتردى لديهم نوعية الحياة، وأن حوالي (١٩.٣%) يعانون من الوحدة النفسية.
٣. تشير النتائج إلى وجود علامة عكسية بين الدعم الاجتماعي والمشاكل النفسية لدى كبار السن في غزة، بعض المتغيرات، حيث انطبق ذلك على الأعراض الجسمية، الوسواس، الحساسية التفاعلية، الاكتئاب، القلق، العداوة، الخوف، البارنوليا، الذهانية).

٤. وجود فروق بين الذكور والإناث بالنسبة للمشاكل النفسية حيث وجدت فروق فقط على متغير الأعراض الجسمية، الحساسية التفاعلية، كذلك الخوف، أما باقي متغيرات SCL فلم تكن هناك دلالة.

٥. تبين أن المواطنين أكثر معاناة من اللاجئيين على متغيرات SCL ، حيث وجدت فروق دالة إحصائياً لصالح المواطنين.

٦. لا توجد فروق دالة على درجات الوحدة النفسية بالنسبة لمتغيرات الجنس، المواطنة والسكن، وكذلك متغير التعليم.

**الخلاصة :** تبين من خلال الدراسة أن كبار السن يعانون من مشاكل نفسية واجتماعية مختلف حسب طبيعة الجنس و مكان السكن ، وقد تبين أيضاً أن الذكور يعانون أكثر من الإناث في بعض الأعراض النفسية والاجتماعية، وبنسبة للمواطنين من المسنين فهم أكثر معاناة وضغط نفسي من اللاجئيين وقد تبين أيضاً أن الدعم الاجتماعي لكبار السن يعد من العوامل الأساسية في استقرار الجانب النفسي لهم وبناء علي ما ذكر من نتائج فإننا ننصح المؤسسات سواء الحكومية أو الأهلية بأخذ دور ريادي في التخفيف من الضغوط النفسية والاجتماعية عن كبار السن ومحاولة إيجاد برنامج وطني لمتابعتهم علي كافة المستويات ومحاول استغلال طاقاتهم وخبراتهم لأبعد الحدود بما يزيد من ثقتهم بأنفسهم وبمجتمعهم .



## Abstract

### Psycho-social Problems among Elders in the Gaza Strip



**Objective of the study :** The senility stage is one of the most critical stages in the human life. Starting from this assumption, this study tries to bridge the gap in the senility stage through identifying the most important psychological problems among the elders and their relationship to some varieties such as gender, residence, citizenship, economic level, social support and the psychological loneliness.

**Method:** The descriptive research used by the analytical The study sample consisted of 1200 persons whose ages are 60 and above. The sample was distributed to Gaza five governorates, 62 of the study sample were excluded because they did not cooperate in the study. The number of the study sample was 1138 elders whose ages were more than 60 years from all the Gaza Strip Governorates. This sample was distributed according to gender, 618 males about 54.3% and 520 females about 45.7%.

#### Tools:

- SCL test which measures several psychological disorders.
- Social support test.
- Psychological loneliness test.
- Life quality test.

#### Results:

1. 16.6% suffer from fear, 16.3 suffer from emotional sensitivity, 15.8% suffer from sensory symptoms, 15% suffer from psychological depression and 15.8% suffer from feelings of hostility.
2. 18.2% of elder people in the Strip suffer from the deterioration of their life quality, and 19.3% suffer from psychological loneliness.
3. The results show the existence of a reverse mark between social support and psychological problems among the elders in Gaza. This was applicable in case of physical symptoms, obsessive compulsion, reactive sensitivity, depression, anxiety, hostility, fear, paranoia and psychosis.

4. There are differences between males and females, in terms of psychological problems, in which the differences were only found in the physical symptoms, reactive sensitivity and fear varieties, while other SCL varieties showed no significance.
5. It was found that indigenous people suffer more than the refugees based on SCL varieties, in which there were statistically indicative differences in favor of the indigenous.
6. There are no indicative differences in the psychological loneliness degrees regarding gender, citizenship, and residence varieties as well as the educational variety.

**Conclusion:**

This study identified that elderly people are suffering different psychological and social problems according to their gender and place of residency. It was shown also, that males are more suffering than females in some psychological and social symptoms. And as for the non-refugees elderly, they were more psychologically pressured than the refugees elderly, and that social support for elderly people is considered of the basic factors on the stability of their psychological aspect. Accordingly, we recommend institutions either governmental or NGO's to take leading role in lowering psychological and social pressures of elderly people and trying to find a national program to follow them on different levels, and to make use of their energies and experiences as possible to increase their confident of self and community.



## مقدمة:

أصبح مجال رعاية المسنين من المجالات الرئيسية في المجتمعات المعاصرة، حيث يظهر الاهتمام برعايتهم من خلال النظم والقوانين التي حاولت قدر المستطاع تقديم الرعاية لهم بحيث لم تعد تقتصر على تقديم الخدمات المادية والمساعدات العينية فقط، بل امتدت مظلة تلك الخدمات إلى جميع النواحي ، بما يوفر السعادة للمسِن وترفع من روحه المعنوية لتشمل الخدمات الطبية والنفسية والاجتماعية والترويحية وخدمات العناية الشخصية وغيرها من صور الرعاية المختلفة، وتحظى قضايا وحاجات المسنين بالاهتمام العالمي نظرا لما يمثله كبار السن من نسبة متزايدة من سكان العالم، ونتيجة للتطور الهائل في علوم الطب وأساليب الرعاية الصحية وتقدم العلوم الإنسانية كالتب الطب النفسي والخدمة الاجتماعية، والاكتشافات العلمية حول أمراض الشيخوخة ومشكلاتهم وحاجاتهم وبداية ظهور تخصصات مستقلة في الطب وعلم النفس والخدمة الاجتماعية ، وفي مجتمعاتنا العربية والإسلامية يغيب عن الكثيرين منا خطورة هذه المرحلة التي تنتظرنا في محطات عمرنا الأخيرة، هذه المرحلة التي لها سماتها النفسية والانفعالية والاجتماعية حسب البيئة المحيطة بها ، وقد لوحظت بعض نواحي القصور في تقديم الخدمات والاهتمام بكبار السن ، وهذا ما يدل على الفئور في تقديم الخدمة التثقيفية من خلال الإعلام والاهتمام بقضاياهم ومشاكلهم ومتطلباتهم اليومية وما تفسر قلة الدراسات والبحوث في المجتمعات العربية والإسلامية إلا دليل آخر على وجود قصور في تركيز الأنظار على هذه الفئة من فئات المجتمع .

وفي جانب آخر اختلف أصحاب المناهج التربوية والنظريات النفسية في تحديد الحيز العمري لهذه المرحلة أو حتى سماتها النفسية والاجتماعية والانفعالية، خصوصا والمراحل العمرية المختلفة التي تسبقها وما لها من انعكاس مباشر عليها وذلك منذ الولادة، ومرورا بالطفولة والصبا ومرحلة الشباب وصولا إلى مرحلة الرجولة وتداخلها مع مرحلة الشيخوخة، وما ينتاب هذه المراحل المختلفة من انفعالات وتفاعلات ايجابية وسلبية تغرس في الإنسان ذاته كيانا له سمات خاصة تنعكس على شخصيته حين اكتمال سماتها وملامحها، والتي تجعل من الذات شخصية لا يشبهها شخصية بعينها في تفكيرها ومزاجها وانفعالاتها . بطبيعة الحال فان هذه المؤثرات والتفاعلات تحملها الذات وتتأثر بها لتحملها إلى مرحلة الشيخوخة التي نحن بصدد الغوص والدراسة والتحليل، حيث تكون للشيخوخة ألوان وأشكال وسمات وانفعالات لا تتفصل بالكلية عن مرحلة الكائن منذ ولادته.



وفي دلالة علي أهمية وحجم هذه الفئة فقد أكد الإحصاء الفلسطيني أن (٤.٤%) من سكان الأراضي الفلسطينية من المسنين، وأن نصفهم يعيشون تحت خط الفقر، و(١٣.٧%) من المسنين يشاركون في القوى العاملة، وأكثر من نصف العاملين منهم يعملون لحسابهم الخاص. وأشار الإحصاء في بيانه إلي أن الأراضي الفلسطينية تشهد تحسناً ملحوظاً في معدلات البقاء على قيد الحياة منذ بداية العقد الماضي، حيث ارتفعت معدلات توقع البقاء على قيد الحياة بمقدار ٥-٦ سنوات خلال العقد ونصف العقد الماضيين، إذ ارتفع من نحو ٦٧.٠ عاماً لكل من الذكور والإناث عام ١٩٩٢ إلى ٧٠.٥ عاماً للذكور و ٧٣.٢ عاماً للإناث منتصف العام ٢٠٠٩ مع التوقع بارتفاع هذا المعدل خلال السنوات القادمة ليصل إلى نحو ٧٢.٠ عاماً للذكور، و ٧٥.٠ عاماً للإناث في العام ٢٠١٥، وقد أدى ارتفاع معدل توقع البقاء على قيد الحياة عند الولادة إلى ارتفاع أعداد كبار السن في الأراضي الفلسطينية مما يستدعي ضرورة البحث والدراسة في مجال أوضاع المسنين في الأراضي الفلسطينية، وأكد الإحصاء ثبات نسبة كبار السن في الأراضي الفلسطينية خلال السنوات القادمة، إذ يمتاز المجتمع الفلسطيني في الأراضي الفلسطينية بأنه مجتمع فتي حيث تشكل فئة صغار السن حوالي نصف المجتمع، في حين لا تشكل فئة كبار السن أو المسنين سوى نسبة ضئيلة من حجم السكان.

ففي منتصف العام ٢٠٠٩ حسب الإحصاء الفلسطيني، بلغت نسبة كبار السن (الأفراد ٦٠ سنة فأكثر) ٤.٤% من مجمل السكان في الأراضي الفلسطينية (بواقع ٤.٩% في الضفة الغربية و ٣.٧% في قطاع غزة)، مع العلم أن نسبة كبار السن في الدول المتقدمة مجتمعة قد بلغت حوالي ١٦.٠% من إجمالي سكان تلك الدول، في حين تبلغ نسبة كبار السن في الدول النامية مجتمعة حوالي ٦.٠% فقط من إجمالي سكان تلك الدول.

ورغم الزيادة المطلقة لأعداد كبار السن في الأراضي الفلسطينية خلال السنوات القادمة، إلا أنه يتوقع أن تبقى نسبتهم من إجمالي السكان منخفضة وفي ثبات أي لن تتجاوز ٤.٤% خلال السنوات العشر القادمة، في حين أنه من الممكن أن تبدأ هذه النسبة في الارتفاع بعد عام ٢٠٢٠، ويعزى ثبات نسبة المسنين من إجمالي السكان خلال السنوات القادمة إلى استمرار تأثير معدلات الخصوبة المرتفعة على التركيب العمري للسكان في الأراضي الفلسطينية وخاصة في قطاع غزة.

فيما بلغت نسبة الأفراد الذكور ٦٠ سنة فأكثر في الأراضي الفلسطينية لعام ٢٠٠٩ حوالي ٣.٨% مقابل ٥.١% للإناث، بنسبة جنس مقدارها ٧٨.٣ ذكراً لكل ١٠٠ أنثى و يعود ارتفاع نسبة الإناث مقابل الذكور لدى كبار السن لأسباب بيولوجية وصحية، تؤدي إلى زيادة العمر المتوقع للبقاء على قيد الحياة للإناث مقابل الذكور في معظم دول العالم.

وعلى الصعيد الاجتماعي، يبين الإحصاء في بيانه أن أسرة من بين كل سبع أسر في الأراضي الفلسطينية يرأسها مسن، رغم أن نمط العائلة الممتدة آخذاً بالانخفاض ليسود مكانه نمط العائلة النووية، إلا أن العائلة في الأراضي الفلسطينية لا تزال تحافظ على ترابطها الأسري وعلى محبة واحترام ورعاية المسن بالرغم من التحولات الكبيرة التي طرأت على نمط حياة العائلة الفلسطينية خلال السنوات الماضية.

وفي مجتمعنا الفلسطيني مازال كبار السن يلعبون دوراً كبيراً في الحياة الأسرية ويسهمون بفاعلية في تقرير مصير الأفراد ، ويظل تدبير أمور الأسرة من واجباتهم التي لا يرضون بالتنازل عنها ، ويختلف الأمر باختلاف الظروف الاجتماعية والاقتصادية للأسرة ، وبالتالي فإن نوعية المشكلات النفسية التي قد يعاني منها المسنون في هذه المرحلة قد تختلف عن تلك الشائعة في مجتمعات أخرى وحتى كذلك ضمن المجتمع الواحد، والمشكلات النفسية قد تنجم عن التدخل - في كثير من الأحيان - في كل كبيرة وصغيرة في الحياة الأسرية كتعويض عن الإحساس بفقدان الدور المهني أو حتى الأسري بعد أن كبر الأولاد واستقلوا بحياتهم الخاصة، أو كردة فعل على إحساس الكبير بالسن أن المحيطين به يريدون أن يمارسوا الوصاية عليه ويملون عليه أسلوب حياته وتصرفاته ويراقبونه في كل شيء إذا كان مريضاً بالسكري مثلاً أو في حركاته إذا كان مريضاً بالقلب... الخ ويتصرفون معه - عن طيب نية - وكأنهم أدرى منه بمصلحته وصحته ، وبالتالي يمكن - لسوء الفهم لطبيعة هذه المرحلة العمرية - أن يزيد هذه المشكلات ويفاقمها. وهنا يغلب أن يقف المحيطون بالمسن موقفاً عاجزاً في التعامل معه فتارة يشعرون بالوصاية عليه وتارة يريدونه أن يستقل بحياته عنهم ، ومرة لا يريدونه التدخل في شؤونهم ومرة أخرى يريدونه أن يسهم في ذلك.

( الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ، ٢٠٠٧ )

### مشكلة البحث:

تبرز مشكلة البحث في هذا السؤال العريض "هل ترتفع نسبة المشاكل النفسية لدى كبار السن بقطاع غزة؟"

وينفرد من هذا السؤال الرئيسي التساؤلات التالية :

- هل ترتفع المشاكل النفسية لكبار السن تبعاً لمتغير الجنس؟
- هل ترتفع المشاكل النفسية لكبار السن تعزى لمتغير السكن؟
- هل ترتفع المشاكل النفسية لكبار السن تعزى لنوع المواطنة " لاجي ، مواطن "؟
- هل تتخفف المشاكل النفسية لكبار السن تبعاً لزيادة الدعم الاجتماعي؟
- هل يعاني كبار السن من الوحدة النفسية؟
- هل تختلف درجة الوحدة النفسية لمتغير الجنس ، السكن ، المواطنة ، الدعم الاجتماعي والمستوي التعليمي؟

### أهداف البحث :

معرفة أهم المشاكل النفسية والاجتماعية لدى كبار السن وعلاقتها ببعض المتغيرات ( الجنس والعمر، مكان السكن ، المستوي التعليمي ، الدعم الاجتماعي ....) .

ولتحقيق هذا الهدف العام لابد من تحقيق هذه الأهداف الفرعية ( الخاصة ) :

- معرفة طبيعة المرحلة العمرية التي يمر بها الكبار .
- الإلمام بالتغيرات التي تطرأ على الانفعالات وطرق التفكير والضعف العام الذي ينتاب معظم المسنين في هذه المرحلة .
- التعرف إلى المشكلات النفسية والاجتماعية التي تنتاب المسن في هذه المرحلة .
- التعرف إلى طبيعة هذه الفئة ومدى التجانس والاختلاف الموجود لدى أفرادها .
- المكتسبات البيئية والوراثية والاجتماعية والنفسية ومدى تأثيرها على نمطية الفروق الفردية في هذه المرحلة .
- الفترة الزمنية و المرحلة أو الحقبة التي تظهر فيها سمات الشيخوخة والمشاكل النفسية .
- المستوي التعليمي لدى كبار السن ومدى تأثيرها علي حياة كبار السن .

## حدود البحث:

- ❖ الحد البشري : سوف يتناول البحث عدد ( ١٢٥٦ ) من المسنين .
- ❖ الحد المكاني : تم توزيع الاستبيانات في كافة أنحاء قطاع غزة بمحافظاته الخمس.
- ❖ الحد الزمني : تم تناول البحث في الفترة ما بين شهر فبراير ألي نهاية أبريل لعام ٢٠١٠م

## موضوع الدراسة وأهميته:

■ تحظى فئة كبار السن في مجتمعنا خصوصا بمكانة متميزة ،كما تحتل منزلة رفيعة من التقدير والرعاية والاحترام وذلك بفضل تعاليم الدين والقيم الثابتة بما تصاحبه من عادات وتقاليد محمودة تسود علاقات الناس بعضهم ببعض وبفضل القيم الإنسانية والأخلاقية المستمدة من أحكام وتعاليم الشريعة الإسلامية من قول وفعل ...وليس هذا مقصوراً على الجانب الأخلاقي والديني فحسب بل على الجانب الاقتصادي بما يقدمه ويكفله المجتمع من ضمان اجتماعي وأسري وكثير من المجتمعات في وقتنا الحاضر، و لعل من أهم العوامل التي تزيد من رغبة في الاهتمام بموضوع الدراسة "المسنين" أو كبار السن سواء للباحث أو لبقية الدارسين والباحثين في مجال الشيخوخة عدة عوامل من أهمها على المستويين العالمي والمحلي ما يلي:

■ قلة الدراسات والمراجع العلمية في المكتبات التي تتحدث عن هذه الفئة العمرية سواء في الوطن العربي أم العالم الغربي .

■ تزايد نسبة المسنين على المستويين العالمي والمحلي في المجتمعات المتقدمة ، وكذلك النامية بسبب الارتقاء بالخدمات الصحية والعلاجية والوقائية مما أدى إلى انخفاض نسبة الوفيات على المستوى العالمي وبالتالي زيادة عدد المسنين ، وأما على المستويين العربي المحلي فقلد ازدادت نسبة أعداد المسنين في سنة ١٩٨٠ من 2,400,000 إلى 4,635,000 في سنة ٢٠٠٠ أي بنسبة ٩٥% علماً بأن هذه الزيادة مرشحة لارتفاع نسبي أكبر نظراً لارتقاء الخدمات الطبية والاجتماعية التي تنعكس إيجاباً على شريحة المسنين وبالتالي ارتفاع متزايد لأعدادهم.

■ تزايد نسبة المسنين الذين يؤثرون في عادات وثقافات أسرهم حيث أكد الإحصاء الفلسطيني أن كل أسرة من بين كل ثماني أسر في الأراضي الفلسطينية يرأسها مسن (١٠.٣%)

■ تزداد أهمية هذه الدراسة حينما نكتشف بشهادة الواقع أن معظم قيادات العالم هم فوق الستين وعلى المستويين العربي المحلي فإن القيادات التي تستند إلي المهام القيادية الحساسة غالباً ما نشاهدها من هذه الشريحة العمرية مما يزيد من ضرورة فهم إمكانيات وسمات هذه الشريحة الإنسانية.

■ لا يمكن تفهم سمات وصفات ومتطلبات هذه الشريحة بدون دراسات ناضجة وجدية ومتنوعة فكلما توغلنا في سبر وتمحيص حاجات ومتطلبات هذه المرحلة كلما ازداد عطاؤها وانفتحت البشرية من

خبراتها الزاخرة. فإن هذه المرحلة تمثل تراكمًا خبراتي ونضوجاً عقلياً ومعرفياً تتحسر عملية النهضة والتنمية بدون الانتفاع منه واستثمار مخزونه للأجيال المقبلة.

■ وأما بخصوص الخصوصية الأهم بالنسبة لنا فهي الناحية القيمية والدينية التي تمثلها وجهة نظر الإسلام تجاه المسنين في قوله تعالى: ﴿وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحساناً فلما يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما وقل لهما قولا كريماً﴾، وكذلك قوله تعالى: ﴿ووصينا الإنسان بوالديه حملته أمه وهنا على وهن وفصاله في عامين أن اشكر لي ولوالديك إلى المصير وإن جاهداك على أن تشرك بي ما ليس لك به علم فلا تطعهما وصاحبهما في الدنيا معروفا﴾ (سورة لقمان، آية ١٤).

■ وهذه قيمة دينية ترسخت في جذور الحياة الاجتماعية لدى المجتمع المسلم رغم الأعباء أو ضيق الحال، فإنك تجد الشعور بالواجب تجاه هؤلاء الكبار يغلب عليه النمط الاجتماعي العربي المسلم، فالكفالة للكبار جزء من التركيبة الدينية والاجتماعية مما يسهل احتضان هذه الفئة إلا أن التطلع لفهم شعورية وانفعالات هذه الفئة يظل مطلباً ضرورياً لإيجاد تناغم وتوازن نفسي للطرفين، أعني المسن والأسرة الحاضنة و في ضوء ذلك يتبين مدى إلحاح الحاجة لدراستنا للمسنين وما يكتنفهم من انفعالات وأحاسيس ومشاعر قد تخفى على كثير من المحيطين بالمسنين، وسوف نعرض لاحقاً تحليلاً أكثر تفصيلاً للبنود العريضة التي تضمنها البحث وهي:

■ الجانب النفسي.

■ الجانب الاجتماعي.

■ آلية العلاقة بين متغيرات الدراسة.

■ كذلك سيتناول البحث كل ما يرتبط بحياة المسن بشكل عام خاصة من النواحي الاجتماعية والنفسية والوجدانية من حيث مدى تأثير هذه العوامل على حياة المسن وكيفية الارتقاء بهذه العوامل لإتاحة حياة اجتماعية ونفسية وصحية أفضل، إلا أنه سيتم التركيز بشكل محدد في سياق البحث على الجوانب الرئيسية الثلاث سيتعرض لها البحث الميداني والتحليلي بشكل أساسي وهي كما يلي:

■ أولاً: الجانب النفسي والوجداني في هذه المرحلة والتغيرات الطارئة عليه وعلاقتها ببعض المتغيرات.

■ ثانياً: الجانب الاجتماعي ومدى الاهتمام والرعاية التي يتلقاها المسن من الأسرة ومن المجتمع ومدى علاقتها بنفسية المسن.

■ بالإضافة إلى فروع معرفية أخرى سيتم الاستفادة منها من خلال تطبيق البحث الميداني ونتائج الاستبيان المتعلقة بفرائض البحث والتي غالباً ما تدور حول العناوين العريضة الأربعة السابقة.

## الدراسات السابقة:

★ سوف نتطرق لبعض الدراسات السابقة والتي أجريت في البيئة العربية والأجنبية حول مشاكل كبار السن ، وعند استعراضنا لهذه الدراسات سوف نلاحظ وجود عدة اتجاهات للدراسات السابقة بعضها يركز على الجوانب النفسية لكبير السن وبعضها الآخر يركز على الجوانب الاجتماعية لكبار السن ودراسات آخر تركز على العلاقة بين الجانب النفسي والجانب الاجتماعي.

### - دراسات تتعلق بالجانب النفسي لكبار السن .

\* قامت كاسيدى 1983 ، بدراسة أثر التقاعد على الاستقرار الانفعالي أو الاتزان الوجداني ، وتوصلت إلى أن التقاعد يؤثر سلبيا على الروح المعنوية للمسنين. وأن للعمر تأثيره السلبي على الاستقرار الانفعالي أو الوجداني.

كما كشفت نتائج الدراسات السابقة عن وجود علاقة بين الأسباب التي تدعو للعمل بعد بلوغ سن الستين والمستوى المهني. وذلك على النحو الآتي:

١. تتمثل الأسباب التي تدعو كبار السن من الحرفين إلى العمل بعد التقاعد في الحاجة للمال، والرغبة في تجنب الملل ، وحب العمل ، وعدم تقاعد شريك الحياة.  
أما دواعي الاستمرار في العمل بعد التقاعد لدى المهنيين الأكاديميين (مثل أساتذة الجامعة) فتتمثل في استمرار أنشطة العمل . عن (الغلبان، ٢٠٠٨: ٤٨)

\* كما أجري (محمد غانم ) ٢٠٠٢ دراسة هدفت إلى الوقوف على علاقة المساندة الاجتماعية المدركة بكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكنتاب لدي المسنين والمسنات وقد كانت نتيجة من النتائج التي خرجت بها الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الوحدة النفسية و الاكنتاب لصالح عينة الإناث والمسنات .

\* كما أجري عبد الخالق ، و دويدار ١٩٨٩ دراسة هدفت إلى فحص تطور القلق بين أربع مجموعات عمرية مصرية من الجنسين في المراحل الآتية : المراهقة ، وبدايات الرشد وأواسط العمر ، والشيوخوخة واستخدم مقياس سمة القلق من وضع " سبيلبيرجر " وزملائه في صيغته العربية ، واتضح من خلال الدراسة أن أعلى المجموعات قلقا في عينة الذكور هم طلبة الجامعات وأقلهم قلقا هم المسنون .

## - دراسات تتعلق بالجانب الاجتماعي لكبار السن .

\* تعاملت "شاهيناز عبد الهادي" ١٩٨٦ مع مشكلات المسنين على أنها تعبير عن حاجات المسنين والذين هم في حاجة إلى إشباعها، وأوضحت نتائج الدراسة التي قامت بها أن هذه الحاجات تتمثل فيما يأتي:

١. حاجة المسن إلى الرعاية الصحية وتجنب الضرر. فقد تبين من نتائج الدراسة أن غالبية المسنين يعانون من المتاعب الصحية والآلام والأمراض.
٢. الحاجة إلى الأمن، نظراً لشعور المسن بالوحدة.
٣. الحاجة إلى التقدير والاحترام من جانب المجتمع الذي يعيش فيه المسن.
٤. الحاجة إلى تجنب الاعتماد على الآخرين.
٥. الحاجة إلى الاندماج في النشاطات الترويحية.
٦. الحاجة إلى مساعدة الأبناء.
٧. الحاجة إلى مساعدة الجهات الحكومية لمواجهة مشكلات المسنين .
٨. الحاجة إلى ضبط الانفعالات ، والإنجاز، ومعرفة الإمكانيات المتاحة وتنمية المهارات.

\* اجري " نفيسون" (1962) دراسة على عينة من المسنين الذكور تراوحت أعمارهم ما بين ٥٥-٨٤ سنة وكان من نتائج هذه الدراسة ما يأتي:

١. هناك علاقة بين توافق الأفراد في مرحلة الشيخوخة، والأنشطة الاجتماعية التي يمارسونها. فالأفراد الأكثر توافقاً أكثر نشاطاً اجتماعياً مقارنة بالأفراد غير المتوافقين.
٢. ترتبط الحالة الاجتماعية بالتوافق في مرحلة الشيخوخة . فالأفراد المتزوجون أكثر توافقاً من المنفصلين أو الأرامل.
٣. لا توجد فروق بين الأفراد مرتفعي التوافق والأفراد منخفضي التوافق في الجوانب الصحية. وبوجه عام يتأثر التوافق في مرحلة الشيخوخة بعدد من العوامل كالمستوى الاقتصادي والحالة الاجتماعية والصحية ، وغيرها. عن (الغلبان، ٢٠٠٨: ٣٥).

\* كما قام "توسيبام" 1975 بدراسة أنماط التفاعل ، وتحديد السلوك التفاعلي للمسنين فوق (٦٥) سنة وعلاقة ذلك بالرضا عن الحياة، وأوضحت نتائج هذه الدراسة أن العلاقة بين السلوك التفاعلي لدى المسنين ومستوى الرضا عن الحياة علاقة معقدة تتوسطها متغيرات عديدة مثل الظروف البيئية التي يعيش فيها الفرد ، والحالة الاجتماعية ، وغير ذلك من المتغيرات . كما تبين أن المسن يميل إلى التفاعل والمشاركة الاجتماعية بسبب الإحالة إلى المعاش ووجود وقت الفراغ . عن ( الغلبان، ٢٠٠٨: ٤٥).

## - دراسات تتعلق بالعلاقة بين الجانب النفسي والجانب الاجتماعي .

\* دراسة قامت بها سهام راشد ١٩٨٣ حول أوضاع المسنين المقيمين في مؤسسات مدنية بالإسكندرية في مصر العربية ، وكشفت نتائجها عن وجود علاقة موجبة بين الإصابة ببعض الأمراض النفسية والاجتماعية والتقدم بالعمر، كما أوضحت أن أعراض الوسواس والاكتئاب والقلق والهستيريا والوحدة والعزلة والمشاكل الاجتماعية عوامل تؤدي إلى ظهور المتغيرات المصاحبة لكبر السن .

\* كما أجرت "سهير كامل أحمد" دراسة عن الاكتئاب والانطواء الاجتماعي لدى المسنين المتقاعدين في البيئتين المصرية والسعودية. وكان من نتائج هذه الدراسة ما يأتي:

١. المسنون المتقاعدون أكثر شعورا بالاكتئاب من المسنين الذين يعملون بعد سن التقاعد. والفرق بين المجموعتين دال إحصائيا.

٢. لا توجد فروق دالة إحصائية بين المسنين المتقاعدين والمسنيين العاملين بعد التقاعد في الانطواء الاجتماعي.

٣. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب والانطواء الاجتماعي بين المتقاعدين المصريين والمتقاعدين السعوديين- لصالح العينة السعودية.

٤. هناك ارتباط دال بين درجات الاكتئاب ودرجات الانطواء الاجتماعي لدى عينة الدراسة في كل من المجتمعين المصري والسعودي.

• أما الدراسة التي قام بها "محمد نبيل عبد الحميد" ١٩٨٧، عن العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي، فقد أوضحت نتائجها أن التقاعد عن العمل المهني، وما يترتب على ذلك من تغيير في أدوار الرجل الاجتماعية يسبب لأسرته (الزوجة والأبناء) نوعا من المحنة أو الأزمة تنعكس في اتجاهاتهم السلبية نحو هذا التغيير. كما تبين أن هناك فرقا بين توافق الأسرة قبل إحالة عائلها وبعد هذه الإحالة. فالإحالة إلى التقاعد تؤثر سلبيا على المناخ والتوافق الأسري ، فالنقاع لا تقتصر آثاره السلبية على المتقاعد فقط بل تمتد لتشمل كل أفراد الأسرة.





### تعقيب علي الدراسات السابقة:

يتضح من خلال عرض الدراسات ما يلي :

١. كشفت الدراسات التي تناولت دور المساندة الاجتماعية عن أهميتها في التخفيف من أعراض المشاكل النفسية والتي منها الاكتئاب والوحدة النفسية لدى المسنين بصفة عامة ومن أمثلتها دراسة ( ليفسون ، شاهيناز عبد الهادي ، عبد الخالق ودويدار ) .

٢. عدم وجود دراسات حتى لو دراسة واحدة ( حسب علم الباحث ) تتناول كبار السن في فلسطين وخصوصا علاقة المشاكل النفسية باختلاف المكان واختلاف الجنس واختلاف المواطنة (المواطن واللاجئ).

٣. قلة الدراسات التي تناولت المشاكل النفسية وعلاقتها بالعامل الاجتماعي لكبار السن .

٤. ندرة الدراسات التي تحدثت عن المشاكل النفسية لكبار السن وعلاقتها بالجنس .

٥. أغلب الدراسات التي عثر عليها الباحث من إيجادها في البيئة الفلسطينية والعربية هي دراسات قديمة مثل دراسة ( محمد عبد الحميد ١٩٨٧ ، كاسيدي ١٩٨٣ ، شاهيناز عبد الهادي ١٩٨٦ ، سهام راشد ١٩٨٣ ) .

### فروض الدراسة :

١. لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المشاكل النفسية لكبار السن و الدعم الاجتماعي " .

٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المشكلات النفسية تعزى لمتغير الجنس .

٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المشكلات النفسية تعزى لمتغير نوع المواطنة .

٤. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المشكلات النفسية تعزى لمتغير السكن .

٥. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجة الوحدة النفسية تعزى لمتغير الجنس .

٦. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الوحدة النفسية تعزى لمتغير نوع الموطنة .

## مصطلحات الدراسة :

- المسنون : هم الأشخاص الذين بلغوا سن الستين أو تعدوها ، ويوجد عديد من المحكات التي تستخدم لتحديد مرحلة الشيخوخة منها : الشيخوخة العضوية والشيخوخة النفسية والشيخوخة الاجتماعية ، بالإضافة إلي الشيخوخة الزمنية .

( غانم ، ٢٠٠٢ : ٥٨ )

- الأعراض الجسمانية : وهي فئة سلوكية تتضمن الألم والضغط الذي يحدث لأعضاء الجسم خاصة المعدة والجهاز التنفسي والدوري والصداع وآلام الظهر - وهي أعراض سيكوسوماتية.

(الدوة ، ٢٠٠٧ : ٢١)

الحساسية التفاعلية : أعراض مرضية خاصة بقصور في المشاعر وإحساس بالنقص عند المقارنة بالغير. والدرجات المرتفعة تشير إلى الأفراد الذين يتصفون ببخس الذات -Self depreciation

(الدوة ، ٢٠٠٧ : ٢١)

- الوسواس القهري: أفكار أو صور أو اندفاعات تستمر وتدوم بصورة عنيدة تستحوذ علي تفكير الإنسان وتسيطر عليه وتتخذ صورة معادية .

(عبد الخالق ، ١٩٩٢ : ٧)

- القلق : ويعرف بأنه انفعال غير سار وشعور مكرر بتهديد أو هم مقيم أو عدم راحة وعدم استقرار مع إحساس بالتوتر والشدة ، وخوف دائم لا مبرر له من الناحية الموضوعية ، وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول ، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة لمواقف لاتعني خطرا حقيقيا ، حيث لاتخرج هذه المواقف في الواقع عن طريق الحياة اليومية .

( عبد الخالق ١٩٨٧ : ٢٧ )

- الاكتئاب : وهو الخبرة الوجدانية الذاتية تتبدي في أعراض الحزن والتشاؤم والشعور بالفشل وعدم الرضا والشعور بالذنب وعدم حب الذات وإيذاء الذات والانسحاب الاجتماعي والتردد وتغير صورة الذات وصعوبة النوم ، والتعب ، وأخيرا فقدان الشهية .

( غريب ، ١٩٩٠ : ٧ )

- الشعور بالوحدة: وهو إحدى المشكلات المعبرة عن الآسي الناتج عن عدم الرضا بالعلاقات الاجتماعية غير المشبعة ، وقلة العلاقات الاجتماعية .

(ميروك ، ٢٠٠٢ : ١٩١)

قلق الموت : هو نوع خاص من القلق العام يشير إلي حالة انفعالية مكدره ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول كل ما يتصل بالموت والاحتضار لدي الشخص نفسه أو ذويه ، ومن الممكن أن تشير أحداث الحياة إلي هذه الحالة الانفعالية غير السارة وترفع من درجاتها

( إبراهيم ، عبد الخالق ، ٢٠٠٥ : ٦٣ )

### أما بخصوص هذه الدراسة فماذا تضيف ؟

لعل أهم ما يميز دراستنا هذه هو التركيز على الجانب الوجداني النفسي والاجتماعي وإلقاء الضوء عليها للكشف عن أفضل الوسائل العلاجية من الناحية النفسية والاجتماعية التي ينبغي أن يفهمها المجتمع وأصحاب القرار خاصة أولئك المحيطين بالمرضى والتعامل مع المرضى من خلال هذا المنظور والوعي بالسمات الانفعالية والنفسية التي تطرأ على المرضى في هذه المرحلة والذي في أمس الحاجة لأن يجد فهما ووعيا لدى الآخرين تمكنهم من التعامل معه بشكل واعي لهذه المتغيرات .

كذلك ركزت هذه الدراسة على خصوصية تاريخية أثرت على التركيبة النفسية والاجتماعية لدى المرضى الفلسطينيين ألا وهي خصوصية معاناة الهجرة والتهجير من الوطن والتشرد وما أحدثه ذلك من معاناة نفسية وارتباطات عاطفية ووجدانية بالأرض والتاريخ والقيم... الخ..

كل هذه الاعتبارات والأحداث والانفعالات تجعلنا أكثر قدرة على التعامل بفهم أوسع في ضوء هذه المؤثرات التي تركت بصماتها وسماتها النفسية والاجتماعية لدى المرضى في فلسطين، خاصة آلية التعامل التي راعي هذه التركيبة الانفعالية الخاصة والتي تحتاج منا مراعاة لخصوصية هذه المرحلة، خاصة آلية التعامل مع المرضى داخل الأسرة الفلسطينية ومدى القدرة على التعاطي مع التكوين النفسي والشعوري للمرضى وتوفير حد مناسب من البيئة الاجتماعية التي تتناسب سيكولوجية المرضى في هذه المرحلة .



## الشيخوخة

هي مرحلة وجودها مرتبط بوجود الإنسان ، إذ إنها مرحلة تمثل حلقة واسعة ومهمة وغنية في عمر البشرية ، ولقد نالت هذه المرحلة اهتمام العوام عامة والدارسين خاصة بما تتطوي عليه من انفعالات ومشاعر ذات معاني وآلام جديرة بالدراسة والاهتمام

ومن قبل اهتمام اليونان البارز بفئة المسنين واتساع خيالهم في التفاعل مع خصائصها، ثم من بعدهم الرومان في القرن الأول قبل الميلاد ويعتبر المسيح أول من اهتم بسلوكيات الكبار.

لقد بدأ الاهتمام بهذه المرحلة ١٨٦٠ عندما أخرج ملورنس كتابا واسعا عن الشيخوخة وانتشارها السكاني على سطح الأرض وطور كتاباته بعد ذلك حول المشكلات الاجتماعية التي تخص هذه المرحلة. إلا أن كتاب هول Hall سنة ١٩٢٢ عن النصف الأخير من عمر الإنسان حيث يعتبر هذا الكتاب جهداً حقيقياً في مجال الدراسات البيولوجية النفسية الخاصة بالكبار. وللإنصاف العلمي فإن كتاب كاودري Dawadri سنة ١٩٣٩ يتميز بجهد واضح في المجال البيولوجي الطبي لمرحلة الشيخوخة والذي استخدم فيه لأول مرة مصطلح gerontology وتعني الدراسات العلمية لظاهرة الشيخوخة .

(الغبان، ٢٠٠٨ : ٣٥).

إن اتساع الثورة العلمية وشموليتها في العصر الحديث انعكس إيجابيا على الاهتمام بظاهرة كبار السن وما تعترضها من مشكلات وانفعالات وحاجات ، وازداد الاهتمام بدراسة المشكلات الاجتماعية والصحية بهدف تحسين حياة وظروف كبار السن فالدارس لهذه الظاهرة يجد قفزة واضحة في مجال العلوم والبحوث فيما يخص مرحلة الشيخوخة ممن تجاوز سن الستين خاصة في الفترة ما بعد النصف الثاني من القرن العشرين، ففي الولايات المتحدة وحدها تضاعف عدد الدراسات والبحوث في الفترة الواقعة ما بين ١٩٦٩ إلى ١٩٧٥ بنسبة ٥٠% (د. عبد اللطيف خليفة- سيكولوجية المسنين) إلا أن هذه الحركة البحثية والعلمية لم تظل فقط معلوماتية معرفية بل واكبتها إنشاء الجمعيات الدولية للشيوخ وعقد المؤتمرات الدولية أيضاً للنظر في مشكلات الشيخوخة مما أصبح حتماً ظهور علم الشيخوخة الاجتماعي Social Gerontology .

## مفاهيم الدراسة

### ١. الشيخوخة

#### معنى الشيخوخة:

**المعنى اللغوي:** المقصود بالشيخوخة هو المرحلة العمرية المتقدمة ، وبالرغم من اختلاف المحافل التي تهتم بهذه الظاهرة في تحديد عمر وسنة فاصلة لمرحلة الشيخوخة. إلا أن التوافق الواضح فيما بين هذه المحافل والدراسات هو اعتبار أن سن ما بعد الستين هو المقصود بمرحلة الشيخوخة.

وأما أصل اشتقاق اللفظ فيرجع إلى شاخ الإنسان شيخاً وشيخوخة. والشيخ من أدرك الشيخوخة وهي غالباً عند الخمسين وهي مرحلة فوق الكهولة ودون الهرم ، وهو أي الشيخ ذو المكانة في العلم أو الفضل أو الرياسة .

(مجمع اللغة العربية، ١٩٩٥ : ص ١٣-٥٥).

#### وفي مجال الشيخوخة والكبر:

يقال: شاب الرجل، ثم شبط، ثم شاخ، ثم كبر، ثم توجه، ثم دلف، ثم دب، ثم مج، ثم هـج ثم تلب، ثم الموت. ويقال عن الرجل إذا شاخ وعلت سنه، فهو محب فإذا ولى وساء عليه أثر الكبر فهو يفن ودرح ، فإذا ازداد ضعفه ونقص عقله فهو جلاب ومهتر .

(الثعالبي. ١٩٧٢ ص ١١١-١١٢).

ويستخدم الدارسون في مجال الشيخوخة كلمة شيخوخة ومفهوم التقدم في العمر Aging على أنهما مترادفان ويشيران إلى المعنى نفسه إلا أن المقاييس لتحديد مرحلة الشيخوخة تنوعت فشملت العمر الزمني، والعمر البيولوجي، والعمر السيكولوجي والعمر الاجتماعي (د. عبد اللطيف خلف، سيكولوجية المسنين).

وفي دراسة أجراها د. محمود قناوي يفرق فيها بين العمر السني والعمر الحيوي chronologic and biologic age فهو يفرق بين العمر الزمني بالسنين منذ الولادة والعمر الحيوي والذي يحسب بعدة عوامل مثل المحتوى المعدني للعظام وأقصى قدرة على استهلاك الأكسجين والقوة العضلية والمرونة ، فمن الممكن أن يكون عمر الشخص الزمني ( ٥٥ ) عام بينما عمره الحيوي ٥٥ عاماً حسب لياقته وحالته الصحية.

ويمكن أن نعرف المسن من الناحية الاجتماعية بقيمة ما يقوم به الفرد من الواجبات والالتزامات الواجبة عليه وقراراته الصائبة في المشاكل وتنبؤاته واتصالاته الواسعة وليس بسنوات عمرة العديدة .

( الشريبي ، ٢٠٠٢ : ص ١١ )

فهناك عوامل كثيرة تؤثر على العوامل الحيوية والصحية لدى المسن كالمحافظة على برنامج منتظم لرفع اللياقة البدنية (كالمشي والسباحة وركوب الدراجة) حيث تؤثر هذه النشاطات على منع التدهور في القوى بنسبة (١٥.٩%) وتحسين المستوى الحيوي، حيث أثبت العالم تاكورما في بحث نشرته المجلة الأوروبية للفسولوجية التطبيقية أن الأشخاص الذين يحافظون على التمارين الرياضية بانتظام كان عمرهم الحيوي أصغر من عمرهم السني بـ ٤.٧ عاماً مما يعطي فرصة أفضل لعمر أطول وصحة أجود ، لذلك فإن هناك عوامل متعددة تؤثر سلباً وإيجاباً على مرحلة الشيخوخة وتمتد هذه العوامل والمؤثرات منذ الفترة المبكرة لعمر الإنسان منذ الطفولة مروراً بمرحلة الشباب وطبيعة العمل والوظيفة ونسبة الوعي والثقافة لدى الفرد في المحافظة على الصحة والحيوية وممارسة العادات الصحية والرياضية التي تغذي هامش الحيوية لديه حتى أننا لنرى مسناً في السبعينات يتمتع بالحيوية والمرونة وكأنه في الخمسينات والعكس كذلك.

(الغلبان، ٢٠٠٨: ٣٧)



هذا كله يسلب الضوء على مدى أهمية العوامل الاجتماعية والفسولوجية والنفسية في التأثير المباشر على هذه المرحلة، فالمجتمعات الأكثر رقياً وتقدماً في توفير الخدمات والاهتمام بالرعاية الاجتماعية لأفرادها يمكنها أن تمهد لشيخوخة متوازنة حيوية لا تكاد تلاحظ فواصل واضحة بين مرحلة النصف عمرية (الكهولة) ومرحلة الشيخوخة لما يلقاه الفرد من رعاية وعناية على مدى فترات عمره المختلفة.

## أولاً \_ الخصائص والتغيرات الفسيولوجية والبيولوجية:

تكاد تجمع الأبحاث في علم الحياة والعلوم الطبيعية على أن الشيخوخة من الناحية البيولوجية عبارة عن نمط شائع من الاضمحلال الجسمي في البناء والوظيفة يحدث بتقدم السن لدى كل كائن حي بعد إكمال النضج ، وهذه التغيرات الاضمحلالية المسيرة لتقدم السن تعتري كل الأجهزة الفسيولوجية والعضوية والحركية والدورية والهضمية والبولية والتناسلية والعصبية والفكرية (قناوي ١٩٨٧، ص ١٩) ومن هنا فإن هذه الأحقاب العمرية بقدر ما تكون العناية في الصحة الجسدية والمحافظة على اللياقة الجسدية وأسباب العناية الصحية يكون المسن أكثر تحملاً ومقاومة لعوامل الضعف والشيخوخة بل قد لا تجد عوامل الشيخوخة ظاهرة في سن متقدمة كالسبعين ولقد اتجه تعريف الشيخوخة من الناحية البيولوجية إلى جانبين أساسيين:

**الأول:** يتعلق بالبناء الذي يشير إلى زيادة التفاعلات الكيماوية الهدامة بالجسم والنتيجة عن التفاعلات الكيماوية البناءة مما يترتب عليه نقص مستمر في مقدرة الجسم على مقاومة المؤثرات الخارجية.

**الثاني:** يتعلق بالقدرة الوظيفية للجسم حيث يؤدي هذا النقص المستمر في مقدرة الجسم على مقاومة المؤثرات الخارجية إلى نقص في المقدرة الوظيفية لهذه الأعضاء خاصة في الأعضاء غير القابلة لتعويض الخلايا مثل خلايا الجهاز العصبي عامة والغدة النخامية التي تتحكم في وظائف الغدد الصماء ومقدرتها على إفراز الهرمونات وكلا النوعين يؤدي إلى اضمحلال وظيفة العضو وهو الذي يؤثر على بقية الجسم بكيافته وإحداث الشيخوخة أي أن تقدم سن بيولوجي + تقدم سن كيميائي يؤدي إلى تقدم في السن مع حدوث اضمحلال في القدرة الوظيفية يؤدي في النهاية إلى الشيخوخة التي ينتج عنها تغيرات جسمية بيولوجية كالتالي:

١. **تغير في الشكل العام للجسم:** حيث يأخذ الوزن بالنقصان وكذلك سقوط الشعر ورعشة في اليدين مع جفاف في الجلد وتورم في القدمين بسبب اختزان السوائل بهما كأحد مضاعفات الدوالي في الساقين ، حيث تبلغ هذه الظاهرة ما بين ٣٠ إلى ٥٠ بالمائة من المسنين (الغلبان، ٢٠٠٨: ٣٨)

### ٢. التغيرات البيولوجية والفسيولوجية:

حيث نقل نسبة الأيض من ٣٨ سعراً إلى ٣٥ سعراً في الساعة في سن السبعينات ويظل في هبوطه حتى نهاية العمر وحيث إن للأيض علاقة مباشرة بقدرة الجسم على تجديد نفسه في عمليتي البناء والهدم بانخفاض نسبي يؤدي إلي تغلب عوامل الهدم على عوامل البناء في الجسم.

من ناحية أخرى تهبط إفرازات هرمونات الغدد الصماء كلما تقدم العمر. وكذلك تتناقص سعة الرئتين الهوائية وتظل قدرة الإنسان على التنفس في انحدار لتتخفص بنسبة ٢٥% عما كانت عليه في الرشد، هذا بالإضافة إلي تناقص قوة دفع الدم كلما زاد العمر، أما بالنسبة للجهاز الهضمي فتتخفص كمية اللعاب وكذلك تقل نسبة إفراز المعدة لحمض الهيدروكلوريك و أنزيمات الهضم وقصور الأمعاء الدقيقة على الامتصاص للمواد الغذائية، وضعف الأمعاء الغليظة على التفريغ مع تغيرات مماثلة من وظائف الكلى والكبد والجهاز العصبي .. الخ.

(قناوي ١٩٨٧- فكري ١٩٧٥- السيد ١٩٨٤:١٩٧٥-Hall).

٣. أما بالنسبة لفاعلية الحواس ونشاطها فيطراً أيضاً انخفاض تدريجي في أدائها يختلف حسب الظروف الصحية والوضع الاجتماعي والثقافي العام ، فيقدر ما يكون هناك محافظة على العوامل الصحية والانتظام على ممارسة الرياضة والعادات والآليات المناسبة تكاد هذه التغيرات لا تظهر بشكل كبير رغم تقدم سني العمر وتغير في الشكل والهيئة العامة إلا أن النشاط والحيوية يمكنه المحافظة عليها بقدر الإمكان في وجود العادات الصحية المذكورة ، أما التغيرات التي تنتاب الحواس بشكل عام فهي:

- ❖ ضعف في البصر حيث تضعف قوة الاستجابة الضوئية للعين بتقدم العمر بسبب فقدان جزء كبير من مرونة حدقة العين.
- ❖ حدوث ضعف في حاسة السمع بعد سن الخمسين حيث يصعب إدراك الأصوات الحادة و بالتالي حاجة المسن لأن يرفع الآخرون أصواتهم حتى يتمكن من سماعهم.
- ❖ ضعف الصوت وتغيره ويصبح مرتعشاً ومقطعاً ويرتبط هذا التغير بمخارج الحروف التي تعتمد في جوهرها على التكوين السليم لجوف الفم.
- ❖ تغير حاسة التذوق بسبب ضعف براعم التذوق المنتشر على طرفي وجانبي اللسان بسبب قدم العمر، ويقل إحساس الكبار بالمادة السكرية.
- ❖ تغير حاسة اللمس فالجلد يضعف إحساسه بسبب تقدم العمر خاصة فيما بين ٤٠ - ٦٥ سنة ويصبح تكيف الجسم لدرجات الحرارة الباردة والساخنة ضعيفاً .

#### ٤. التغير في القوة العضلية والأداء الحركي:

بتزايد العمر تضمر العضلات وتقل مرونتها بسبب التغيرات الفسيولوجية والعضوية في الخلايا وبالتالي تضعف القوة العضلية بالعموم وتقل سرعة الحركة كلما ازداد العمر.

(السيد، ١٩٧٥:٢٥).



### أما الأمراض التي تصاحب مرحلة الشيخوخة فهي:

ارتفاع ضغط الدم، تصلب الشرايين، الروماتزم وآلام المفاصل، التهاب القصبة الهوائية، تضخم البروستاتة وغيرها ، وهي كما يبدو مشكلات ناتجة عن اضطراب في وظائف الجسم البيولوجية والفسولوجية

(فتاوى ١٩٨٧، ١٩٧٦ Hess).

كل هذه التغيرات البيولوجية والفسولوجية السابقة يكون التغيير فيها نسبياً ويتأثر بعديد من العوامل البيئية والوعي الاجتماعي والمستوى الثقافي العام والظروف النفسية والاجتماعية مما يجعل التفاعل مع هذه العوامل يؤثر سلباً وإيجاباً على طبيعة هذه المرحلة.

### ثانياً\_ الخصائص والتغيرات السيكولوجية:

يصعب الفصل بين المؤثرات النفسية والاجتماعية فهما يرتبطان بتأثير متبادل فحين نقول : توافق نعني به الجانب النفسي المنعكس في الأداء الاجتماعي والعكس حادث وأيضاً فالأداء الاجتماعي هو انعكاس للذات والحالة النفسية للفرد.

ولقد عرف الباحثون الشيخوخة من الناحية السيكولوجية بأنها: حالة من الاضمحلال تعتري إمكانات التوافق النفسي والاجتماعي للفرد، فنقل قدرته على استغلال إمكاناته الجسمية والعقلية والنفسية التي بطبيعتها هي الأخرى يتناقص أداؤها لمواجهة ضغوط الحياة مما يؤدي إلى تناقص في إشباع الحاجات المختلفة .

ينضح ذلك بشكل قوي في قوله تعالى: ﴿اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ﴾. (الروم آية ٥٤)

### ويظهر هذا جليا في التغيرات المصاحبة لهذه المرحلة العمرية والتي من أبرزها:

- انحدار تدريجي في عملية التعلم تبعا لزيادة العمر ويقصد بالتعلم التغيير في الأداء نتيجة الممارسة، فكلما تكرر الموقف تحسن الأداء ويستمر هذا التحسن في الزيادة حتى يصل إلى مرحلة يثبت فيها على مستوى معين لا يزيد فيها مع استمرار الممارسة.

ويرى ثورندايك أن التعلم يصل إلى ذروته القصوى في مرحلة الرشد وتدل أبحاث كوبو Kubo على أن الانحدار الذي يعقب الذروة يبدأ بطيئاً حتى يصل سن الفرد إلى حوالي (٧٠) سنة فيتغير معدل الانحدار من التدرج البطئ إلى الهبوط السريع.

لكن دراسة جلبرت Gilbert تشير إلى أن هذا الانحدار يختلف من فرد إلى آخر تبعاً لاختلاف نسب الذكاء وطبيعة المادة التي يتعلمها الفرد والدافع إلى التعلم (السيد ١٩٧٥، ص ٣٦٥) وكما يرى بعض العلماء فإن حدوث ضعف في عملية التعلم يرجع إلى التقدم في السن ويعود ذلك إلى ضعف التسجيل في هذه المرحلة المتقدمة بمراحل الشباب ، وجاء أيضاً في دراسة (السيد ١٩٧٥) أن عملية التذكر تتناقص بسبب التداخل بين الخبرات القديمة والجزئية. ونختتم بقول الله تعالى الذي يختصر كل ما ذكرنا ويزيد في هذه الآية الساطعة "والله خلقكم ثم توفاكم ومكم من يرد إلى أمر ذل العمر لكي لا يعلم من بعد علم شيئاً إن الله عليم قدير" (النحل آية ٧٠).

(الغلبان، ٢٠٠٨ : ٤٣)

### حدوث تناقص في القدرات العقلية:

تعتبر القدرة الاستدلالية من أبرز القدرات التي تحدث فيها الضعف في هذه المرحلة المتقدمة من وسط العمر إلى مرحلة الشيخوخة ، وكذلك بالنسبة للقدرات الإدراكية واللفظية والعديدية (السيد ١٩٧٥) والقدرة العقلية مثل القدرة الجسمية التي تبلغ ذروتها بين سن العشرين والثلاثين ثم تأخذ في التناقص بعد سن الأربعين ، وعند سن الستين يقل أداء الفرد بنسبة ٢٥% وقد أثبتت الدراسات أن كبار السن يشكون من تدهور في كثير من الوظائف العقلية ، لعل من أبرز هذه المظاهر ضعف الذاكرة والنسيان وقد يعاني البعض من مظاهر خرف الشيخوخة الذي يبتدىء بنكرار الحديث مرات ومرات وعدم التعرف على الأبناء والأقارب .

( الشربيني، ٢٠٠٢ : ٤١ )

### تغير الشخصية والحالة النفسية للفرد مع تقدم العمر:

يقول أريكسون Erikson إن الفرد منا يمر بثماني مراحل تشكل كل منها تطوراً جديداً في شخصية الفرد وعلاقته بالآخرين، وآخر هذه المراحل هي مرحلة التكامل في مقابل اليأس وهي أزمة الشيخوخة وإحساس الفرد بأن هويته قد تحددت بما فعل، فإذا كان ما فعله يبعث على السعادة والإحساس بالإنجاز فإنه سوف يتجاوز هذه المرحلة بنجاح وهو يشعر بالتكامل والرضا.

أما إذا كانت نظرتة لماضيه تتسم بالإحباط وخيبة الأمل فسوف يشعر باليأس ( Femeld and 1978) ويرى ضرورة أن يتقبل المسنون حتمية كبر السن والتغيرات المصاحبة له وأن يواجهها هذه الظروف بنضج الأنا ودون يأس (sze.1975).

لهذا نرى أن مشكلات الصحة النفسية للمسنين تتفاعل سلبياً مع عدة عوامل منها: العجز الجنسي، والفقر وسوء التغذية والوحدة وافتقاد الهدف وافتقاد الأصدقاء. وقد تبين أيضاً أن الزيادة في أعداد المسنين صاحبها زيادة في أعداد المرضى المترددين على مستشفيات الأمراض العقلية. فحوالي (١%) من المسنين يعانون من عته الشيخوخة وهو أحد أمراض ذهان الشيخوخة. (عكاشة ١٩٧٦) وأن القلق هو سمة تلاحق المسنين في هذه المرحلة وأن قلق المسنين ناتج عن أربعة مصادر هي:

١. قلق ناتج عن انحدار الصحة وضعف بناء الجسم.
٢. قلق التقاعد وترك العمل وما ينجم عنه من عدم أمان اقتصادي.
٣. قلق العزلة والشعور بالوحدة والفراغ.
٤. قلق الخوف من الموت والإحساس بالنهاية واليأس من الشفاء مما يسبب للمسن توهماً مرضياً وكثرة الشكوى ، وبالتالي كثرة التردد على الطبيب دون وجود سبب فعلي يدعو إلى ذلك.

#### بعض المشاكل النفسية التي يتعرض له كبار السن :

أ . الاكتئاب : يمثل الاكتئاب حالة انفعالية يشعر فيها الفرد بالحزن ، وفقدان السعادة والانسحاب الاجتماعي وفقدان الأمن والإحساس بعدم القيمة وفقدان أمل في المستقبل هذا بالإضافة إلي عدم القدرة علي الانجاز وزيادة الحساسية الانفعالية والشعور بالوحدة النفسية ، والإحساس بالذنب نحو الذات والآخرين ، كما يتميز بوجود بعض الأعراض واضطرابات الشهية والشعور بالإجهاد ونقصان الوزن .

( مبروك ، ٢٠٠٢ : ١٨٥ )

وبالنسبة للعلاقة بين الاكتئاب والتقدم في العمر ، وجدت معدلات انتشار مرعبة للاكتئاب لدي المسنين المقيمين في المجتمع فقد وجد أن نسبة الاكتئاب في المجتمع الأمريكي تتراوح ما بين (١٠% ) إلي (٤٥% ) وكانت نسبة انتشار المقيمين في المستشفيات (٣٠% ) بينما تصل تلك النسبة لدي مرضي القلب والمقيمين في المستشفيات إلي (١٧%) لدى المسنين المصابين بأمراض الشرايين المزمنة .

( cornerry , 1995,p.88 ,Rotenderg&harnel,1988,p.305 )

ب. الشعور بالوحدة النفسية : يلقي مفهوم الوحدة النفسية اهتمام كل من علماء النفس والاجتماع وعلماء الشخصية وعلماء النفس العيادي ، وقد تمثل هذا الاهتمام في تنوع طرق تناوله حيث حاول فريق البحث الوقوف علي الفروق بين الأفراد الذين يشعرون بالوحدة والأفراد الذين لا يشعرون بها ، هذا ويمثل الشعور بالوحدة إحدى المشكلات المعبرة عن الأسى

الناتج عن عدم الرضا بالعلاقات الاجتماعية غير المشبعة وقلّة العلاقات الاجتماعية ، وتعد تلك المشكلة من المشكلات الشائعة لدى كبار السن ، فالإحساس بالاكتئاب أو العزلة الاجتماعية والافتقار إلي الآخرين ربما يكون البداية بالنسبة لكثير من الاضطرابات كظهور أعراض الاكتئاب مما يؤدي إلي زيادة شعور المسن بعدم القدرة علي التوافق، ويرى الكثير من المهتمين والباحثين بدراسة كبار السن وجود علاقة ارتباطية بين الوحدة والاكتئاب ، فالأشخاص مرتفعو الشعور بالوحدة النفسية أكثر إظهاراً للأعراض الاكتئابية والنفسية .

( مبروك ، ٢٠٠٢ : ١٩٢ )

٢. **الوسواس القهري** : هو أفكار أو صور أو انفعالات تستمر بإصرار وتدوم بصورة عنيدة ، تستحوذ علي تفكير الإنسان وتسيطر عليه ، وتتخذ صورة معادية .

( عبد الخالق ، ١٩٩٢ : ٧ )

واضطراب الوسواس القهري من الاضطرابات التي يسهل وصفها ، وتشخيصها ، والتعرف عليها ، فهي شديدة الوضوح ، بعكس معظم الاضطرابات النفسية التي تحتاج جهداً ووقتاً طويلاً لوضع تشخيص دقيق لها ، ومن خلال استخدام المقاييس النفسية ، يمكن التوصل إلي صورة موضوعية عن الوسواس القهري ومدى انتشاره في بيئة معينة ، ومهما كانت معدلات انتشاره تظل قائمة أهمية اكتشافه والتشخيص المبكر له ، نظراً لتأثيره الواضح علي كفاءة الفرد وقدرته في مظاهر الحياة المختلفة .

( جودة ، ٢٠٠٥ : ٢٠٧ )

### ثالثاً\_ الخصائص والتغيرات الاجتماعية:

إن العلاقة الاجتماعية الناجحة مع الآخرين من مظاهر الصحة النفسية عند الفرد ، لذلك فإن علاقات الفرد الاجتماعية تعتبر أحد المؤشرات الأساسية للسواء في سلوكه .

( الشريبي ، ٢٠٠٢ : ٤٥ )

فقد يواجه المسن في هذه المرحلة العديد من المشكلات والعقبات التي تعيق توافقه النفسي والاجتماعي وهذه العوامل قد تكون ذاتية أو بيئية أو من كليهما، فقد تكون بيئية مثل العامل الاقتصادي وانخفاض الدخل الشهري وازدراء الآخرين المحيطين بالمسن وانعكاس ذلك بالشعور بالعزلة وكثرة الخلافات الأسرية وفقدان الزوج مما ينعكس على مؤثرات ذاتية تؤثر سلباً على قدرة المسن للتوافق والتكيف الاجتماعي مع البيئة المحيطة.

ويقصد بالتوافق الاجتماعي: إحداث تغييرات مقصودة في الشخص ذاته أو في بيئته لتحقيق التوافق النفسي (English 1958).

ويميز بعض الباحثين (Burgess and Cavan) بين نوعين من التوافق لأفراد المجتمع من جانب آخر.

(الغلبان ، ٢٠٠٢ : ١٩).

إذا يتأثر التوافق الاجتماعي للمسنين بعدة عوامل نحصرها في فئتين كما يلي:

أ. عوامل متعلقة بالمسنين أنفسهم كالحالة الاجتماعية والعوامل الصحية، والمستوى الاقتصادي، والجنس (النوع) والمستوى التعليمي ومدى تقبل الفرد لذاته والتفاعل والتكيف مع البيئة المحيطة.. الخ.

ب. عوامل خاصة بالبيئة المحيطة بالمسن مثل الأفراد المحيطين بالمسن وأدائهم وتعاملهم مع المسن من حيث نظرتهم إليه وتقديرهم له وإشعاره بقيمته واستشارته في الأمور المختلفة ومستوى الرعاية والاهتمام الذي يؤديه الآخرون للمسن.. الخ.

مما سبق يتضح أهمية التوافق الاجتماعي للمسنين لتحقيق الكفاءة الاجتماعية والقدرة على عمل بناء علاقات اجتماعية وثيقة مع الآخرين والتغلب على ما يواجهه المسن من صعاب ومشكلات قد تعوق أداءه الاجتماعي وتوازنه النفسي.

ويشير هاوس إلي أن المساعدة الاجتماعية يمكن أن تأخذ عدة أنواع هي :

١. المساعدة الانفعالية : وتشمل كافة أنواع الرعاية الانفعالية التي يتلقاها الشخص ( أو يتوقع أن يتلقاها ) من الآخرين ، والتي تشتمل علي : الرعاية والثقة والقبول والتعاطف والمعاضدة .

٢. المساعدة الأدائية : والتي تشمل المساعدة التي يتلقاها الشخص ( أو يتوقع أن يتلقاها ) من الآخرين من خلال الحاقه بعمل ( يتناسب وإمكانياته ) وكذلك مسانده بالمال .

٣. المساعدة بالمعلومات : والتي تشمل المساعدة التي يتلقاها ( أو يتوقع أن يتلقاها ) من الآخرين من خلال النصائح والمعلومات الجديدة المفيدة وتعلم مهارة حل المشكلات وإعطاء ( معلومات ) يمكن أن تساعد في تحضي موقف أو أزمة ضاغطة .

٤. مساندة الأصدقاء : وهي تلك المساعدة التي يتلقاها ( أو يتوقع أن يتلقاها ) من خلال ما يقدمه الأصدقاء بعضهم لبعض حين يمر أحدهم بموقف ضاغط وشدة .

ويضيف بعض الباحثين إلي ما سبق ، المساعدة النفسية أو المساعدة بالتقدير ، أي إدراك الفرد أنه موضع رعاية وتقدير من قبل الآخرين ، وذلك لأن المساعدة الاجتماعية تتعدد أنواعها .

( غانم ، ٢٠٠٢ : ٣٩ )

## رابعاً\_ تغير الاهتمامات والحاجات:

ونعني بالاهتمامات: وجود رغبة أو ميل لأداء نشاط ما يحقق إرضاء أو إشباعاً لدى الفرد فهي ميول نحو أشياء يشعر الفرد نحوها بجاذبية خاصة .

### أما اهتمامات المسنين فتتمثل في الجوانب التالية:

- ❖ **الاهتمامات الشخصية:** وهي الاهتمامات الخاصة بالذات، والمظهر الخارجي فيصبح المسن أكبر تمركزاً حول ذاته وأقل اهتماماً برغبات الآخرين.
- ❖ **الاهتمامات الترفيهية:** مثل الاهتمام بكتابة الخطابات والاستماع للمذيع وتشكل أيضاً القراءة...، والرحلات...، وزيارة الأصدقاء...، والأقارب...، والاشتراك في الجمعيات والمؤسسات...، محط انتباه كثير من المسنين في هذه المرحلة.
- ❖ **الاهتمامات الاجتماعية:** حيث يعاني المسن في هذه المرحلة بين الشعور بالفراغ والعزلة والانسحاب من البيئة الاجتماعية نظراً لنقص الاندماج مع الآخرين وتناقص الأدوار الاجتماعية التي كان يقوم بها .

(خليفة، ٢٠٠٤: ٤٤).

- ❖ **الاهتمامات الدينية:** حيث تقل نسبة التعصب ويصبح الفرد أكثر انسجاماً في مرحلة الشيخوخة ويكون أكثر ميلاً للتعبد والتردد على أماكن العبادة).

كذلك فإن عدداً من الدراسات الاجتماعية التي أجريت على فئة المسنين أظهرت تغيراً واضحاً في نسق القيم والتي يؤدي تفاعلها معاً إلى تحقيق وظيفة واضحة بالنسبة للمسن

(خليفة ، ١٩٨٧ : ٦٥).

وتقل هذه القيم في مرحلة المراهقة (مثل القيم الشخصية الخاصة بالتخيل والعقلانية والمنطقية والتناسق الداخلي) لكنها تزداد خلال فترة الدراسة الجامعية ، كما كشفت نتائج الدراسات المختلفة عن تزايد أهمية القيم الدينية والجمالية والاجتماعية بتزايد العمر .

وفي ضوء ذلك يتبين أهمية التعامل مع مختلف المظاهر والتغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة في ضوء التفاعل ومنظومة العلاقات القائمة بينها ، فهناك علاقة بين القلق والحالة الصحية العامة وعدم الكفاءة الجسمية ، وتبين أيضاً أن العوامل الاجتماعية تؤثر تأثيراً واضحاً في انتشار ذهان وعصاب الشيخوخة.

إذا فالشيخوخة ليس مجرد عملية بيولوجية بحتة تظهر آثارها في التغيرات الفيزيائية والسيولوجية التي تطرأ على الفرد حتى يصل إلى تلك السن المتقدمة ، وإنما هي بالأساس ظاهرة اجتماعية تتمثل في موقف المجتمع من المسن حين يفرض على هؤلاء قيوداً تتمثل في الحكم عليهم بالعجز أو القصور أو التقاعد التعسفي من وظائفهم وما يترتب على ذلك من آثار سلبية كنتيجة لعدم ممارسة الكثير من النشاطات والأعمال في أوجه النشاط اليومي التي ألفوا القيام بها والمشاركة فيها لسنوات طويلة. كما تتمثل في توقع المجتمع منهم أن يتبعوا أنماطاً سلوكية معينة يحددها المجتمع نفسه لهم. ويؤدي هذا بطبيعة الحال إلى آثار نفسية عميقة تنجم من الشعور بالوحدة والإحساس بعدم الجدوى بالنسبة للمجتمع. وبعدم رغبة المجتمع فيه نظراً لأنه لم يعد قادراً أو صالحاً لأن يعود على المجتمع بالنفع والفائدة .

(أبو زيد ، 1975 : 4).



## منهج الإسلام ورعاية الشيخوخة:

لقد برز أهمية هذا الجانب الديني في أجواء أسرية معينة كالتالي يظهر فيها الالتزام العقدي الديني والذي يظهر في الأداء والسلوك تجاه المسنين من قبل الأبناء خاصة، والشعور بالرغبة الشديدة لإرضائهم بشتى السبل لاعتقادهم أن هذه القيم الإسلامية لا بد منها لتحقيق رضا الله عز وجل والفوز بالجنة ، وينعكس ذلك على الشعور بالمحبة والرغبة الحقيقية في إسعاد هذا الأب أو الأم وأحيانا الجد... هذه الرغبة والعاطفة تتعكس بشكل واضح في إحداث الرضا والشعور بالأمن والأمان والتكافل الأسري والدفء الوجداني الذي هو أهم من المتطلبات المادية.

وحتى نكون منصفين لا بد أن نعترف بأن العالم الغربي والأمريكي أبدي اهتماما واضحا لقضايا المسنين بعقد المؤتمرات واللقاءات المختلفة، فقد أعلنت الأمم المتحدة من خلال اجتماع لماندوبي ( ١٣٤ ) دولة ، إن العقد التاسع من القرن العشرين هو عقد المسنين ورفعت منظمة الصحة العالمية عام ١٩٨٣ شعار " فلننصف الحياة إلى سنين العمر " ولقد تبنى مؤتمر الأمم المتحدة الذي انعقد في مدريد عام ٢٠٠٢ خطة عمل لمعالجة مشاكل المسنين في مختلف بلدان العالم، فهذا كله أمر جميل ومطلوب لكنه يظل إطارا مفرغاً من الايجابية الشعورية التي هي الهدف في النهاية لإحداث المشاعر الإنسانية والدفء الوجداني والاجتماعي للمسسن وهو الذي رفع شعاره وأمر بتحقيقه الدين الإسلامي الحنيف حين نادي بأروع الوصايا الإنسانية قائلاً: " وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحساناً فإذا يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما وقل لهما قولاً كريماً .." . انه الاعتراف بالفضل والجميل لمن بذلوا العمر والشباب من أجلنا انه الرحيق الإنساني الجميل الذي نتنسمه من هذه الآيات الربانية... انه التماسك الاجتماعي والتضامن الاجتماعي والتوازن الاجتماعي الذي يشعركنا جميعاً أن مستقبلنا مكفول بهذا الدين إن سادت قيمه وانتشرت تعاليمه ووظفت قيمه فلا خوف ولا قلق على الدنيا ولا عزله ولا الم ولا وحدة ولا ضجر انه الحب الإنساني الذي يغمر الحياة وان كانت على تراب تحت شجرة في بيت بسيط يحفه الأمن والوثام فيكون خيراً من قصور تزخر بالصمت والوحدة وتئن من فقدان الأحبه ، وتتوجع من النسيان وإنكار الجميل .

إنها الأوامر الإلهية التي تفرض قانون الحب وتبادل المعروف وغرس قيم الوفاء والانتماء سواء أكان المسن مؤمناً أم كافراً أم صالحاً أم غير ذلك، فالعرفان بالجميل واحترام وقار الشيب وضعف المسن مبدأً ناصعاً يفرضه هذا الدين الشامل ويظهر ذلك في قول نبي الإسلام: " ما أكرم شابٌ شيخاً لسنه إلا قبيض الله له من بكرمه عند سنه " ( حديث حسن رواه ﷺ محمد أبو داوود).



" ليس منا من لم يرحم صغيرنا ويوقر كبيرنا (حديث صحيح رواه الترمذي) فجعل ﷺ وقوله من لم يحترم الكبير ويوقره شاذ عن الأمة ومنبوذ بفعله... (محمد مسعد ياقون - عناية الإسلام بالمسنين).

ويظهر تقدير المسن وتوقيره في كل الأمور من الحديث الذي رواه أبو بكر الشافعي حيث قال: " أمرني جبريل أن أقدم الأكابر". وهو نوع من التشريف والإكبار ﷺ حديث صحيح عنه الذي يضفي شعورا بالرضا وتحقيق الذات .

ولقد راعى الإسلام بوضوح الضعف الجسدي والنفسي الذي ينتاب المسن في هذه المرحلة من حيث التكاليف في الجهاد والصوم وحتى أداء وهيئة الصلاة كي تتم بما لا يشكل عبئاً على هذا المسن الذي بلغ من الضعف ما يستلزم الرحمة .

وحين جاء عتبة بن ربيعة "أبو الوليد" ليخاطبه ويعرض عليه أمورا ليترك هذا الدين وأغظ له في القول رد عليه صلي الله عليه وسلم باللين والرحمة والاحترام لكبر سنه وبياض شيبته وخاطبه قائلاً: "أفرغت يا أبا الوليد (بالكنية التي يحب) ( نفس المصدر السابق).

وحين دخل رسول الله مكة فاتحاً (في رمضان ٨ هجرية، الموافق يناير ٦٣٠م) ودخل المسجد الحرام أتى أبو بكر بوالده أبي قحافة بين يدي رسول الله ليبايعه فحين رآه ﷺ أكبر سنه وشيبته وشبيهه رغم كفره فقال مخاطباً أبا بكر: "هلا تركت الشيخ في بيته حتى أكون أنا آتية فيه" فأجابه أبو بكر ﷺ يارسول الله هو أحق أن يمشي إليك من أن تمشي أنت إليه " وأجلسه بين يدي رسول الله فكلمه ثم مسح على صدره ثم قال: "اسلم فاسلم... هذا هو الحب... هذه هي الإنسانية والرحمة... هذه هي الحياة الآمنة التي لن يوجدها مساكن فاخره... ولا رحلات ترفهية... لكن يحققها الحب والحنان والتواؤم والعرفان من خلال ظلال هذا الدين العظيم.

لذلك لا يتردد باحث منصف يتوق إلى تحقيق المنهجية العلمية الواقعية أن يبرز هذه الحقيقة الاجتماعية والوجدانية الناصعة والتي تتمثل بمنهجية تربوية وأخلاقية في المنهج القرآني الفريد كي تحقق التوازن النفسي والاجتماعي والوجداني لجميع فئات المجتمع وعلى رأسهم هذه الفئة الضعيفة التي كدت وأعطت عمرها ومالها وحياتها للأبناء والأحفاد، فحفظ الإسلام حقوقها وجعل احترامها والرحمة بها وتقديم الاحترام والعون لها من العبادة التي يفرضها هذا الدين.

(الغلبان، ٢٠٠٨: ٤٦)

## إجراءات الدراسة الميدانية

- ◆ منهج الدراسة
- ◆ مجتمع الدراسة
- ◆ عينة الدراسة
- ◆ أدوات الدراسة
- ◆ إجراءات التطبيق
- ◆ المعالجة الإحصائية
- ◆ الأساليب الإحصائية



## إجراءات الدراسة الميدانية

### الطريقة والإجراءات:

يوضح الباحث من خلال هذا الفصل " المبحث " الخطوات والإجراءات التي تمت في الجانب والمجال الميداني من الدراسة ، ويتضمن تحديد منهجها والمجتمع الأصلي والعينة كذلك أدوات الدراسة وإجراءات تطبيق الاستبانة وتحديد الأسلوب الإحصائي المستخدم في الدراسة، وذلك على النحو التالي:

### منهج الدراسة:

استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي الذي يعتمد على تجميع الحقائق و المعلومات ، ثم مقارنتها و تحليلها و تفسيرها للوصول إلى نتائج مقبولة .

### مجتمع الدراسة :

يتكون مجتمع الدراسة من فئة كبار السن البالغة أعمارهم أكبر من ٦٠ سنة ، و لنجاح الدراسة تم اختيار الفئة المستهدفة من جميع محافظات قطاع غزة حسب التعداد السكاني لكل منطقة وهي كالتالي :

جدول (١) توزيع مجتمع الدراسة في محافظات قطاع غزة

المحافظة	التعداد السكاني لفئة كبار العمر < 60 سنة
شمال قطاع غزة	86728
غزة	183939
الوسطى	76651
خان يونس	102629
رفح	62381
المجموع	512328

و يقصد بالمجتمع كل الأفراد التي تنتمي لمجال الدراسة .

## عينة الدراسة :

تألفت عينة الدراسة من عينتين :

**العينة الاستطلاعية :** حيث تم تطبيق الاستبانة على (٣٥) حالة من كبار العمر البالغ أعمارهم أكثر من ٦٠ سنة ، بالطريقة العشوائية البسيطة بغرض التأكد من صلاحية أداة الدراسة واستخدامها لحساب الصدق والثبات.

**عينة الدراسة الكلية:** بلغت العينة في الدراسة (١٢٠٠) فرد من كبار السن البالغ أعمارهم أكثر من ٦٠ سنة من جميع محافظات قطاع غزة ، و تم استبعاد (٦٢) حالة بسبب عدم استكمال شروط الاستجابة عليها ، أي أن (١١٣٨) حالة التي دخلت التحليل في الدراسة و يتضح من التالي جدول ( ٢ ) مواصفات أفراد عينة الدراسة حسب المحافظات :

جدول (٢) توزيع عينة الدراسة في محافظات قطاع غزة

النسبة	التعداد السكاني لفئة كبار العمر < 60 سنة	المحافظة
15.4%	175	شمال قطاع غزة
35.6%	405	غزة
15.5%	176	الوسطى
20.5%	233	خان يونس
13.0%	149	رفح
100.0%	1138	المجموع

أداة الدراسة :

مقياس الاتجاه نحو المشاكل النفسية "اختبار SCL-90":

قام الباحث بالتحقق من ثبات وصدق المقياس بالطرق التالية :

### أولاً: ثبات الاختبار Reliability

للتحقق من ذلك تم حساب الثبات للمقياس بطريقتين وهما كالتالي:

#### ١- الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ Alpha :

تم تطبيق المقياس SCL-90 على عينة استطلاعية قوامها (٣٥) فرداً من كبار السن لقياس المشاكل النفسية ، وبعد تطبيق المقياس تم حساب معامل الفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس الكلي تساوي ٠.٩١، وهذا دليل كافي على أن مقياس الاتجاه نحو المشاكل النفسية وأبعاده يتمتع بمعامل ثبات عالٍ ومرتفع .

#### ٢- الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split half methods :

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (٣٥) فرداً من كبار السن لقياس المشاكل النفسية ، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة أبعاد المقياس إلى نصفين ، حيث تم حساب معامل الارتباط بين مجموع أبعاد النصف الأول ومجموع أبعاد النصف الثاني للمقياس ، وقد بلغ معامل الارتباط لبيرسون لمقياس الاتجاه نحو المشاكل النفسية بهذه الطريقة (٠.٨٨)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (٠.٩٤) ، وهذا يدل على أن مقياس الاتجاه نحو المشاكل النفسية لديه درجة ثبات مرتفعة .

## ثانياً: صدق الاختبار:

### صدق الاتساق الداخلي Internal consistency :

يعتبر صدق الاتساق الداخلي هو عبارة عن معامل ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية لكل بعد مع الدرجة الكلية للاختبار ، وعليه فقد تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد اختبار SCL-90 والدرجة الكلية للاختبار ، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للاختبار ، ولهدف التحقق من مدى صدق الاختبار ، ويتضح ذلك من خلال جدول رقم

(٣):

جدول(٣): معاملات الارتباط بين أبعاد اختبار SCI-90 والدرجة الكلية للاختبار

الرقم	الأبعاد	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
١	الأعراض الجسمانية	٠.٧٦**	0.00
٢	الوسواس القهري	٠.٧٧**	0.00
٣	الحساسية التفاعلية	٠.٨٤**	0.00
٤	الاكتئاب	٠.٨١**	0.00
٥	القلق	٠.٨٦**	0.00
٦	العداوة	0.66**	0.00
٧	قلق الخواف	٠.٦٥**	0.00
٨	البارانويا التخيلية	٠.٦٩**	0.00
٩	الذهانية	٠.٨٢**	0.00
١٠	عبارات اضافية	٠.٨١**	0.00

\*\* دالة إحصائياً عند ٠.٠١ \* دالة عند ٠.٠٥ // غير دالة

تبين من جدول رقم (٣) أن أبعاد اختبار SCL-90 تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من ٠.٠١ ، وحيث بلغت معاملات الارتباط لأبعاد اختبار SCL-90 بين (٠.٦٥ - ٠.٨٦) ، وهذا يدل على أن اختبار SCL-90 يتمتع بمعامل صدق عالي .

وبما أن اختبار SCL-90 يتكون من عشرة أبعاد ، فقد تم إجراء معاملات الارتباط بين فقرات كل بعد من الأبعاد العشرة والدرجة الكلية لكل بعد على حدة ويتضح ذلك من خلال الجداول التالية :

جدول (٤): معاملات الارتباط بين فقرات بعد الأعراض الجسمانية والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد الأعراض الجسمانية
0.00	٠.٦٤**	(١) الصداع
0.00	٠.٥٤**	(٤) الشعور بالإعياء أو الإغماء أو الدوخة
0.00	٠.٦١**	(١٢) آلام في القلب أو الصدر
0.00	٠.٦١**	(٢٧) الإحساس بآلام في أسفل الظهر
0.00	٠.٦٨**	(٤٠) الاحساس بالغثيان أو اضطراب المعدة
0.00	٠.٧٣**	(٤٢) الشعور بآلام في العضلات
0.00	٠.٤٦**	(٤٨) صعوبة التقاط الأنفاس
0.00	٠.٧٥**	(٤٩) الإحساس بنوبات من البرودة والسخونة في جسمك
0.00	٠.٨١**	(٥٢) تنميل أو شكشة في أجزاء من جسمك
0.00	٠.٤٤**	(٥٣) الاحساس بان شئ يقف في زورك (يسد زورك)
0.00	٠.٤٩**	(٥٦) الشعور بالضعف في أجزاء من جسمك
0.00	٠.٤٤**	(٥٨) الشعور بتقل في ذراعيك وأرجلك

\*\* دالة إحصائية عند ٠.٠١ \* دالة عند ٠.٠٥ // غير دالة

تبين من جدول رقم (٤) أن فقرات بعد الأعراض الجسمانية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من (٠.٠١) حيث تراوحت معاملات الارتباط بين ما (٠.٤٤ - ٠.٨١)، وهذا يدل على أن بعد الأعراض الجسمانية وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول (٥): معاملات الارتباط بين فقرات بعد الوسواس القهري والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد الوسواس القهري
0.00	٠.٦٧**	(٣) وجود أفكار أو خواطر أو ألفاظ غير مرغوب فيها
0.00	٠.٧٢**	(٩) الصعوبة في تذكر الأشياء
0.13	0.26//	(١٠) الانشغال الزائد فيما يتعلق بالقذارة والإهمال
0.00	٠.٤٧**	(٢٨) عدم القدرة على اتمام أعمالك
0.00	٠.٤٦**	(٣٨) الاضطرار إلى أداء أعمالك ببطء شديد حتى تتأكد من صحتها
0.00	٠.٧٩**	(٤٥) الاضطرار إلى إعادة التأكد من أعمالك (تعيد وتزيد)
0.00	٠.٧٧**	(٤٦) صعوبة اتخاذ القرارات
0.00	٠.٥٥**	(٥١) الإحساس بأن ذهنك خالي من الأفكار
0.02	0.41*	(٥٥) صعوبة في التركيز
0.00	٠.٧٣**	(٦٥) تكرار نفس الأفعال مثل اللمس والعد والغسل

\*\* دالة إحصائية عند ٠.٠١ \* دالة عند ٠.٠٥ // غير دالة

تبين من جدول رقم (٥) أن فقرات بعد الوسواس القهري تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من ٠.٠١ ، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين ما (٠.٤٦ - ٠.٧٩)، ما عدا الفقرة رقم (٥٥) دالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من (٠.٠٥) ، أما الفقرة رقم (١٠) فهي غير دالة إحصائية ، وهذا لا يتعارض مع أن بعد الوسواس القهري وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ .

جدول (٦) معاملات الارتباط بين فقرات بعد الحساسية التفاعلية والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد الحساسية التفاعلية
0.02	٠.٤٠**	(٦) الشعور بالحساسية تجاه الآخرين
0.00	٠.٥٤**	(٢١) الشعور بالخجل أو الاضطراب مع الجنس الآخر
0.00	٠.٤٦**	(٣٤) الإحساس بأن مشاعرك يمكن أن تجرح بسهولة
0.00	٠.٦٢**	(٣٦) الشعور بأن الآخرين لا يفهمونك أو لا يتعاطفون معك
0.00	٠.٧٢**	(٣٧) الشعور بعدم صداقة الناس لك أو أنهم لا يحبونك
0.00	٠.٦٦**	(٤١) الإحساس بأنك أقل من الآخرين (الشعور بالنقص)
0.05	0.34**	(٦١) الشعور باضطراب والضيق عندما يتحدث الناس عنك .
0.00	٠.٥٩**	(٦٩) الشعور بالخجل والهيبة في وجود الآخرين
0.00	٠.٦٢**	(٧٣) الإحساس بالضيق عند تناول طعام أو شراب في مكان عام

\*\* دالة إحصائية عند ٠.٠١ \* دالة عند ٠.٠٥ // غير دالة



تبين من جدول رقم (٦) أن فقرات بعد الحساسية التفاعلية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من (٠.٠١)، حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (٠.٤٦ - ٠.٧٢)، أما عدا الفقرتين رقم (٦ ، ٦١) فهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من ٠.٠٥ وهذا لا يمنع من أن بعد الحساسية التفاعلية وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول (٧) معاملات الارتباط بين فقرات بعد الاكتئاب والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد الاكتئاب
0.02	0.40**	(٥) أشعر بأن رغباتي وحياتي الجنسية غير طبيعية
0.00	٠.٥٩**	(١٤) الشعور بالخمول أو قلة النشاط
0.01	0.43**	(١٥) التفكير في إنهاء حياتك
0.00	٠.٤٦**	(٢٠) البكاء بسهولة
0.00	٠.٥٨**	(٢٢) الشعور بأنك محبوس أو مقيد الحركة
0.00	٠.٥٣**	(٢٦) لوم نفسك على الأحداث التي تمر بك
0.00	٠.٦٠**	(٢٩) الإحساس بالوحدة
0.00	٠.٦٥**	(٣٠) الشعور بالإنقباض
0.00	٠.٥٩**	(٣١) في الفلق على الأشياء بصورة مبالغ فيها
0.00	٠.٥١**	(٣٢) الشعور بعدم الإهتمام بما حولك
0.00	٠.٥٥**	(٥٤) الشعور باليأس من المستقبل
0.16	0.24//	(٧١) الشعور بأن كل شيء عناء في عناء (تعب في تعب)
0.00	٠.٧١**	(٧٩) الشعور بأنك عديم الأهمية

\*\* دالة إحصائياً عند ٠.٠١ \* دالة عند ٠.٠٥ // غير دالة

تبين من جدول رقم (٧) أن فقرات بعد الاكتئاب تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من ٠.٠١، حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (٠.٥١ - ٠.٧١)، أما عدا الفقرات (٥ ، ١٥) دالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من ٠.٠٥ وهذا يدل على أن بعد الاكتئاب وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول (٨): معاملات الارتباط بين فقرات بعد القلق والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد القلق
0.00	٠.٥٠**	(٢) سرعة الانفعال والاضطراب الداخلي
0.08	0.30//	(١٧) رعشة بالجسم
0.00	٠.٧٢**	(٢٣) رعب مفاجئ بلا سبب
0.14	0.26//	(٣٣) الشعور بالخوف
0.00	٠.٧٠**	(٣٩) الإحساس بضربات القلب وزيادة سرعتها
0.00	٠.٦٤**	(٥٧) الشعور بالتوتر أو أنك مشدود داخليا
0.00	٠.٦٨**	(٧٢) نوبات من الفزع والذعر بدون سبب معقول
0.00	٠.٦٢**	(٧٨) الشعور بعدم الاستقرار
0.00	٠.٥١**	(٨٠) أشعر بصعوبة في التعرف على الأشياء المألوفة لى
0.00	٠.٦٨**	(٨٦) أشعر بوجود قوة داخلية تدفعني للقيام بأعمال معينة

\*\* دالة إحصائيا عند ٠.٠١ \* دالة عند ٠.٠٥ // غير دالة

تبين من جدول رقم (٨) أن فقرات بعد القلق تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائيا عند مستوي دلالة أقل من ٠.٠١ ، حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (٠.٥٠-٠.٧٢)، ما عدا الفقرات (١٧، ٣٣) فهي غير دالة إحصائيا وهذا لا يمنع أن بعد القلق وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول (٩) :معاملات الارتباط بين فقرات بعد العداوة والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد العداوة
0.00	٠.٦٠**	(١١) الشعور بسرعة المضايقة والاستثارة
0.00	٠.٧٦**	(٢٤) ثورات مزاجية لا يمكنك السيطرة عليها
0.00	٠.٦٤**	(٦٣) الشعور برغبة ملحة في ضرب أو جرح أو إيذاء شخص ما
0.00	٠.٥٨**	(٦٧) الشعور بدافع ملح لتكسير أو تخريب الأشياء
0.00	٠.٧٣**	(٧٤) الدخول في كثير من الجدل والمناقشات
0.00	٠.٤٤**	(٨١) أشعر بالعصبية والتوتر لدرجة ابدأ بالصراخ وقذف الأشياء التي تقع في يدي.

\*\* دالة إحصائيا عند ٠.٠١ \* دالة عند ٠.٠٥ // غير دالة

تبين من جدول رقم (٩) أن فقرات بعد العداوة تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائيا عند مستوي دلالة أقل من (٠.٠١) ، حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (٠.٤٤-٠.٧٦)، وهذا يدل على أن بعد العداوة وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول (١٠): معاملات الارتباط بين فقرات بعد قلق الخوف والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد قلق الخوف
0.00	٠.٧٧**	(١٣) الشعور بالخوف في الأماكن المفتوحة أو الشوارع
0.00	٠.٧٧**	(٢٥) الشعور بالخوف من أن تخرج من المنزل بمفردك
0.00	٠.٧٩**	(٤٧) الشعور بالخوف عند السفر بالسيارات أو الاتوبيسات
0.00	٠.٥٨**	(٥٠) الاضطرار إلى تجنب أشياء أو أفعال لأنها تسبب لك الإحساس بالخوف
0.00	٠.٥٨**	(٧٠) الشعور بضيق في الأماكن المزدحمة كالسوق أو السينما
0.00	٠.٥٣**	(٧٥) الشعور بالعصبية عندما تكون بمفردك
0.02	0.43**	(٨٢) الشعور بالخوف من الإغماء في الأماكن العامة

\*\* دالة إحصائية عند ٠.٠١ \* دالة عند ٠.٠٥ // غير دالة

تبين من جدول رقم (١٠) أن فقرات بعد قلق الخوف تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوي دلالة أقل من ٠.٠١ ، حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (٠.٥٣ - ٠.٧٩) ما عدا الفقرة (٨٢) دالة إحصائية عند مستوى معنوية أقل من ٠.٠٥ وهذا يدل على أن بعد قلق الخوف وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ .

جدول (١١): معاملات الارتباط بين فقرات بعد البارانونيا التخيلية والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد البارانونيا التخيلية
0.00	٠.٥١	(٨) القاء اللوم على الآخرين في معظم متاعبك
0.00	٠.٦٠	(١٨) الشعور بعدم الثقة في معظم الناس
0.00	٠.٧٤	(٤٣) الشعور بأن الآخرين يراقبونك أو يتحدثون عنك
0.00	٠.٦٩	(٦٨) وجود افكار او معتقدات لا يشارك فيها الاخرون
0.00	٠.٤٥	(٧٦) الشعور بأن الآخرين لا يعطونك ما تستحق من ثناء وتقدير على أعمالك وانجازاتك
0.00	٠.٧٤	(٨٣) الشعور بأن الناس سيأخذون فرصتك لو مكنتهم من ذلك

\*\* دالة إحصائية عند ٠.٠١ \* دالة عند ٠.٠٥ // غير دالة

تبين من جدول رقم (١١) أن فقرات بعد البارانويا التخيلية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوي دلالة أقل من ٠.٠٠١ ، حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (٠.٤٥-٠.٧٤) وهذا يدل على أن بعد البارانويا التخيلية وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول (١٢) معاملات الارتباط بين فقرات بعد الذهانية والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	فقرات بعد الذهانية
0.00	٠.٨٢**	(٧) الشعور بأن شخصا ما يستطيع السيطرة على أفكارك
0.00	٠.٧٩**	(١٦) سماع أصوات لا يسمعها آخرون
0.00	٠.٦٨**	(٣٥) الإحساس بأن الآخرين يطلعون على أفكارك الخاصة
0.00	٠.٦٥**	(٦٢) الشعور بأن أفكارك ليست من صنعك
0.00	٠.٥٧**	(٧٧) الشعور بالوحدة حتى في وجود الآخرين
0.00	٠.٥٩**	(٨٤) أشعر بالتعب وعدم الراحة كلما فكرت في الجنس
0.26	0.19//	(٨٥) أفكار تسيطر عليك بأنك لا بد وأن تعاقب على ذنوبك
0.19	0.22//	(٨٧) الاعتقاد بأن هناك شيئا خطيرا قد حل بجسمك
0.02	0.40*	(٨٨) عدم الشعور بأنك قريب من أي إنسان آخر
0.00	0.51**	(٩٠) الشعور بأن هناك تغيرا غريبا قد طرأ على أفكارك

\*\* دالة إحصائياً عند ٠.٠٠١ \* دالة عند ٠.٠٥ // غير دالة

تبين من جدول رقم (١٢) أن فقرات بعد الذهانية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوي دلالة أقل من ٠.٠٠١ ، حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (٠.٥١-٠.٨٢) و الفقرة رقم (٨٨) دالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من ٠.٠٥ أما الفقرتان (٨٥ ، ٨٧) فهي غير دالتين إحصائياً وهذا لا يتعارض مع أن بعد الذهانية وفقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول (١٣): معاملات الارتباط بين فقرات بعد البارنويا التخيلية والدرجة الكلية للبعد

الفقرات الإضافية	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
(١٩) ضعف الشهية للطعام	٠.٥٠**	0.00
(٤٤) صعوبة الاستغراق في النوم	٠.٦٨**	0.00
(٥٩) التفكير في الموت	٠.٥١**	0.00
(٦٠) الإفراط في تناول الطعام	٠.٤٥**	0.00
(٦٤) الاستيقاظ من النوم مبكراً	٠.٦٣**	0.00
(٦٦) نوم مضطرب أو غير مريح	٠.٥٠**	0.00
(٨٩) الشعور بالذنب	0.26//	0.12

\*\* دالة إحصائية عند ٠.٠١ \* دالة عند ٠.٠٥ // غير دالة

تبين من جدول رقم (١٣) أن فقرات بعد البارنويا التخيلية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوي دلالة أقل من ٠.٠١ ، حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (٠.٤٥ - ٠.٦٨) ما عدا الفقرة (٨٩) فهي غير دالة إحصائية و بذلك يمكن حذفها من المقياس و بالتالي يتضح لنا أن هذه العبارات الإضافية و الدرجة الكلية لها تتمتع بمعامل صدق عالٍ. مقياس الاتجاه نحو نوعية الحياة :

قام الباحث بالتحقق من ثبات وصدق المقياس بالطرق التالية :

أولاً- ثبات الاختبار **Reliability** :

ثبات مقياس الاتجاه نحو نوعية الحياة :

للتحقق من ذلك تم حساب الثبات للمقياس بطريقتين وهما كالتالي:

#### ١- الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ **Alpha** :

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (٣٥) فرداً من كبار السن لقياس جودة نوعية الحياة ، وبعد تطبيق المقياس تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس الكلي تساوي ٠.٨١، وهذا دليل كافي على أن مقياس الاتجاه نحو نوعية الحياة وأبعاده يتمتع بمعامل ثبات عالٍ .

#### ٢- الثبات بطريقة التجزئة النصفية **Split half methods** :

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (٣٥) فرداً من كبار السن لقياس جودة نوعية الحياة ، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود

المقياس إلى نصفين ، تم حساب معامل الارتباط بين مجموع أبعاد النصف الأول ومجموع أبعاد النصف الثاني للمقياس ، وقد بلغ معامل الارتباط لبيرسون لمقياس الاتجاه نحو نوعية الحياة بهذه الطريقة (0.74)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.85) ، وهذا يدل على أن مقياس الاتجاه نحو نوعية الحياة لديه درجة ثبات مرتفعة

إبعاد مقياس نوعية الحياة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الصحة العامة	0.82**	0.00
القدرة على العمل	0.79**	0.00
الشعور بالرضا	0.86**	0.00
الدعم الاجتماعي	0.74**	0.00

#### ثانياً صدق الاختبار:

##### ١- صدق الاتساق الداخلي Internal consistency :

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس الاتجاه نحو نوعية الحياة والدرجة الكلية للمقياس ، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس ، ويتضح ذلك من خلال جدول (١٤):

جدول (١) معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس الاتجاه نحو نوعية الحياة و الدرجة الكلية للمقياس  
\*\* دالة عند ٠.٠١ \* دالة عند ٠.٠٥

تبين من جدول رقم (١٤) أن أبعاد مقياس الاتجاه نحو نوعية الحياة تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى معنوية أقل من ٠.٠١ ، حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (0.86-0.74)، وهذا يدل على أن مقياس الاتجاه نحو نوعية الحياة يتمتع بمعامل صدق عالٍ وبما أن مقياس نوعية الحياة يتكون من أربعة أبعاد فقد تم إجراء معاملات الارتباط بين فقرات كل بعد من الأبعاد الأربعة و الدرجة الكلية لكل بعد على حدة و يتضح ذلك من خلال جدول رقم (١٥) .

جدول (١٥) معاملات الارتباط بين فقرات بعد الصحة العامة و الدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	فقرات بعد الصحة العامة
0.00	0.76**	كيف تقيم نوعية حياتك؟
0.00	0.63**	كم أنت راضي عن صحتك؟
0.00	0.46**	إلى أي مدى تشعر بأن الألم (الجسماني) يحول دون قيامك بما ينبغي عليك عمله؟
0.01	0.40*	إلى أي حد تحتاج علاجاً طبياً في حياتك اليومية؟
0.00	0.82**	إلى أي حد تستمتع بالحياة؟
0.00	0.85**	إلى أي حد تشعر بأن حياتك ذات معنى؟
0.00	0.69**	إلى أي حد تستطيع التركيز جيداً؟
0.00	0.78**	إلى أي حد تشعر بالأمان في حياتك اليومية؟
0.00	0.63**	ما مدى صحة محيطك المادي؟

\*\* دالة عند ٠.٠١ \* دالة عند ٠.٠٥

تبين من جدول رقم (١٥) أن فقرات بعد الصحة العامة تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى معنوية أقل من ٠.٠٠١، حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (0.40-0.85)، وهذا يدل على أن بعد الصحة العامة و فقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول (١٦) معاملات الارتباط بين فقرات بعد القدرة على العمل و الدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	فقرات بعد القدرة على العمل
0.00	0.70**	أ لديك طاقة كافية للحياة اليومية؟
0.00	0.68**	هل تستطيع تقبل مظهرك الجسماني؟
0.00	0.64**	أ لديك مال كاف لمواجهة احتياجاتك؟
0.00	0.69**	ما مدى توفر المعلومات التي نحتاج إليها في حياتك اليومية؟
0.03	0.39*	إلى أي حد تتوفر لك فرصة أنشطة ترويحية؟

\*\* دالة عند ٠.٠١ \* دالة عند ٠.٠٥

تبين من جدول رقم (١٦) أن فقرات بعد القدرة على العمل تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى معنوية أقل من ٠.٠٠٥، حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (0.39-0.70)، وهذا يدل على أن بعد القدرة على العمل و فقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ.

جدول (١٧) معاملات الارتباط بين فقرات بعد الشعور بالرضا و الدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	فقرات بعد الشعور بالرضا
0.00	0.52**	كم أنت راضٍ عن نومك؟
0.00	0.78**	كم أنت راضٍ عن قدرتك على أداء أنشطتك اليومية؟
0.00	0.74**	كم أنت راضٍ عن قدرتك على العمل؟
0.00	0.64**	كم أنت راضٍ عن نفسك؟
0.00	0.47**	كم أنت راضٍ عن علاقاتك الشخصية؟
0.00	0.63**	كم أنت راضٍ عن حياتك الجنسية؟
0.03	0.36*	كم أنت راضٍ عن الدعم الذي تتلقاه من أصدقائك؟
0.00	0.52**	كم أنت راضٍ عن أحوال المكان الذي تعيش فيه؟
0.00	0.55**	كم أنت راضٍ عن توفر الخدمة الصحية لك؟
0.00	0.75**	كم أنت راضٍ عن تنقلاتك؟
0.00	0.69**	ما مدى استطاعتك التنقل؟

\*\* دالة عند 0.01 \* دالة عند 0.05

تبين من جدول رقم (١٧) أن فقرات بعد الشعور بالرضا تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى معنوية أقل من 0.05، حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (0.36-0.78)، وهذا يدل على أن بعد الشعور بالرضا و فقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ .

جدول (١٨) معاملات الارتباط بين فقرات بعد الدعم الاجتماعي و الدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	فقرات بعد الدعم الاجتماعي
0.44	0.14	كم يتكرر شعورك بمشاعر سلبية مثل الكآبة، اليأس، القلق الإحباط؟
0.84	0.38-	كم يتكرر شعورك بأن الناس الذين عاشوا هنا قبل حضورك لا يعاملوك معاملة حسنة؟
0.00	0.53**	كم أنت راضي عن إمكانية الدراسة
0.15	0.25	كم أنت راضي عن إمكانية ممارستك شعائرك الدينية أو القيام بطقوسك الخاصة؟
0.00	0.53**	كم أنت راضي عن توفر وظيفة لك
0.00	0.57**	إلى أي حد يتوفر لك الاتصال بمنظمة حقوق إنسان؟
0.00	0.64**	إلى أي حد تستطيع المشاركة في تنظيم مخيمك/ مأواك/ مجتمعك؟
0.00	0.83**	إلى أي حد تستطيع العمل في مهنتك السابقة؟

\*\* دالة عند 0.01 \* دالة عند 0.05



تبين من جدول رقم (١٨) أن فقرات بعد الدعم الاجتماعي تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى معنوية أقل من (٠.٠١) ، حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (0.53-0.83)، وهذا يدل على أن بعد الدعم الاجتماعي و فقراته يتمتع بمعامل صدق عالٍ ، ما عدا الفقرات رقم ( ١ ، ٢ ، ٤ ) غير دالة إحصائياً فلذلك من الأفضل حذفها من المقياس .

### مقياس الاتجاه نحو الدعم الاجتماعي :

قام الباحث بالتحقق من ثبات وصدق المقياس بالطرق التالية :

### أولاً ثبات الاختبار Reliability

ثبات مقياس الاتجاه نحو نوعية الحياة :

للتحقق من ذلك تم حساب الثبات للمقياس بطريقتين وهما كالتالي :

#### ١- الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ Alpha :

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (٣٥) فرداً من كبار السن لقياس الدعم الاجتماعي لكبار العمر ، وبعد تطبيق المقياس تم حساب معامل الفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس الكلي تساوي ٠.٧٩، وهذا دليل كافٍ على أن مقياس الاتجاه نحو الدعم الاجتماعي و فقراته يتمتع بمعامل ثبات عالٍ .

#### ٢- الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split half methods :

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (٣٥) فرد من كبار السن لقياس الدعم الاجتماعي لكبار السن ، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين ، حيث تم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس ، وقد بلغ معامل الارتباط لبيرسون لمقياس الاتجاه نحو الدعم الاجتماعي بهذه الطريقة (٠.٧٠)، وبعد استخدام معادلة سيبرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (٠.٨٢) ، وهذا يدل على أن مقياس الاتجاه نحو الدعم الاجتماعي لديه درجة ثبات مرتفعة .

## ثانياً: صدق الاختبار:

### ١ - صدق الاتساق الداخلي Internal consistency :

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات مقياس الإتجاه نحو الدعم الاجتماعي والدرجة الكلية للمقياس ، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس ، ويتضح ذلك من خلال جدول (١٩):

جدول (١٩) معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاتجاه نحو الدعم الاجتماعي و الدرجة الكلية للمقياس

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	فقرات مقياس الدعم الاجتماعي
0.00	0.59**	هناك أناس أستطيع الاعتماد عليهم لمساعدتي عند الحاجة
0.00	0.68**	لدي علاقات وثيقة تزودني بشعور من الأمن العاطفي والرفاه.
0.00	0.69**	هناك شخص أستطيع التحدث إليه بشأن قرارات هامة في حياتي
0.00	0.64**	لدي علاقات تعترف بكفاءتي ومهاراتي.
0.00	0.65**	هناك شخص جدير بالثقة أستطيع اللجوء إليه طلباً للنصح لو تعرضت لمشاكل
0.00	0.59**	أشعر برباط عاطفي قوي مع على الأقل شخص آخر
0.00	0.64**	هناك أناس معجبون بمواهبتي وقدراتي
0.00	0.63**	هناك أناس أستطيع الاعتماد عليهم في الحالات الطارئة

\*\* دالة عند ٠.٠١ \* دالة عند ٠.٠٥

تبين من جدول رقم (١٩) أن ابعاد مقياس الاتجاه نحو نوعية الحياة تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى معنوية أقل من ٠.٠١ ، حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (0.69-0.59) ، وهذا يدل على أن مقياس الاتجاه نحو الدعم الاجتماعي يتمتع بمعامل صدق عالٍ .

مقياس الاتجاه نحو الوحدة النفسية :

قام الباحث بالتحقق من ثبات وصدق المقياس بالطرق التالية :

### أولاً: ثبات الاختبار Reliability

ثبات مقياس الاتجاه نحو الوحدة النفسية :

للتحقق من ذلك تم حساب الثبات للمقياس بطريقتين وهما كالتالي:

#### ١- الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ Alpha :

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (٣٥) فرداً من كبار السن الذين يعانون من الوحدة النفسية ، وبعد تطبيق المقياس تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للمقياس الكلي تساوي ٠.٧٢، وهذا دليل كافٍ على أن مقياس الاتجاه نحو الوحدة النفسية وفقراته يتمتع بمعامل ثبات عالٍ .

#### ٢- الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split half methods :

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (٣٥) فرداً من كبار السن الذين يعانون من الوحدة النفسية ، وبعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين ، حيث تم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس ، وقد بلغ معامل الارتباط لبيرسون لمقياس الاتجاه نحو الوحدة النفسية بهذه الطريقة (٠.٦١)، وبعد استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (٠.٧٦) ، وهذا يدل على أن مقياس الاتجاه نحو الوحدة النفسية لديه درجة ثبات مرتفعة .

## ثانياً: صدق الاختبار:

### ١- صدق الاتساق الداخلي Internal consistency :

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات مقياس الإتجاه نحو الوحدة النفسية والدرجة الكلية للمقياس ، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس ، ويتضح ذلك من خلال جدول (٢٠):

جدول (٢٠) معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاتجاه نحو الوحدة النفسية و الدرجة الكلية للمقياس

الفقرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الفقرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	0.53**	دالة إحصائياً 0.00	١١	0.64**	دالة إحصائياً 0.00
٢	0.51**	دالة إحصائياً 0.00	١٢	0.64**	دالة إحصائياً 0.00
٣	-0.33	0.85 غير دالة	١٣	0.51**	دالة إحصائياً 0.00
٤	0.51**	دالة إحصائياً 0.00	١٤	0.43**	دالة إحصائياً 0.01
٥	0.34*	دالة إحصائياً 0.05	١٥	0.43*	دالة إحصائياً 0.01
٦	0.49**	دالة إحصائياً 0.00	١٦	0.35*	دالة إحصائياً 0.04
٧	0.33	0.052 غير دالة	١٧	0.35*	دالة إحصائياً 0.04
٨	0.29	0.09 غير دالة	١٨	0.56**	دالة إحصائياً 0.00
٩	0.41*	دالة إحصائياً 0.017	١٩	0.57**	دالة إحصائياً 0.00
١٠	0.65*	دالة إحصائياً 0.00	٢٠	0.34*	دالة إحصائياً 0.04

\*\* دالة عند ٠.٠١ \* دالة عند ٠.٠٥

تبين من جدول رقم (٢٠) أن فقرات مقياس الاتجاه نحو الوحدة النفسية تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً ، حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (0.34-0.64)، وهذا يدل على

أن مقياس الاتجاه نحو الوحدة النفسية يتمتع بمعامل صدق عالٍ ، ما عدا الفقرات رقم

( ٣ ، ٧ ، ٨ ) غير دالة إحصائياً ، فلذلك من الأفضل حذفها من المقياس .

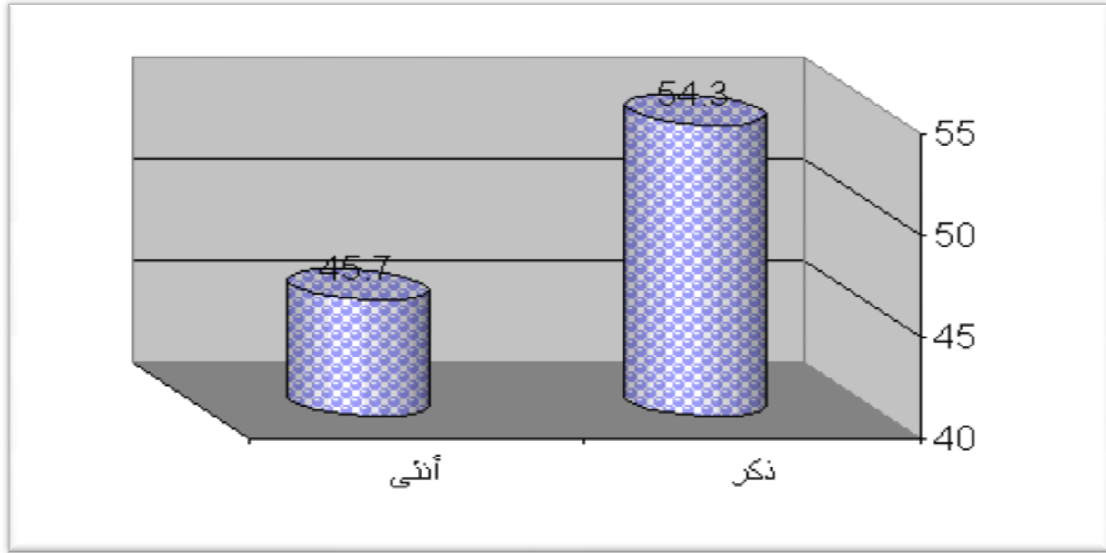
## وصف البيانات :

### أولا \_ البيانات الديموغرافية لأفراد العينة :

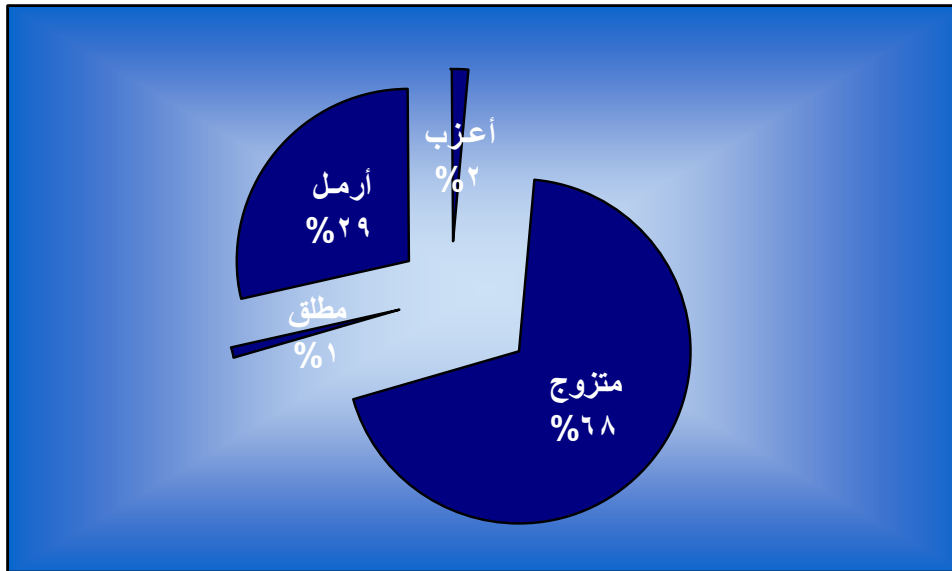
بلغ عدد أفراد الدراسة (١١٣٨) حالة من كبار العمر البالغين أكثر من ٦٠ سنة من جميع محافظات قطاع غزة ، و تم توزيع هذه العينة حسب نوع الجنس (٦١٨) حالة من الذكور بنسبة (٥٤.٣%)، و (٥٢٠) من الإناث بنسبة (٤٥.٧%) ، و نلاحظ أن نسبة الذكور أكبر من نسبة الإناث بشكل بسيط ، وقد تراوحت أعمارهم ما بين (٥٨) حتى (٩٧) سنة ، وبمتوسط عمري (٦٨.٣٨) سنة و بانحراف معياري (٧.٦) سنة ، وقد تبين أن (١.٩%) فقط من كبار العمر في العينة أعمارهم أقل من (٦٠) سنة ، في حين أن (٥٦.٣%) أعمارهم تتراوح بين (٦٠ - ٦٩ سنة) وهم معظم أفراد العينة، و (٣١.١%) تتراوح أعمارهم بين (٧٠ - ٧٩ سنة) ، في حين (١٠.٧%) من كبار العمر أعمارهم كانت (٨٠) سنة فما فوق ، أما بالنسبة للحالة الاجتماعية لأفراد العينة فقد تبين أن الغالبية العظمى من كبار العمر متزوجون وذلك بنسبة (٦٨.٨%) ، و (٢٨.٦%) من الأرمال ، بينما (١.٦%) حالتهم الاجتماعية أعزب ، و (١%) فقط من كبار العمر مطلقون ، و بالنسبة للمؤهل العلمي لاحظنا أن (٤٠.٧%) من كبار العمر وهم أكثر فئة من فئات الدراسة غير متعلمين اي غير حاصلين على أي مؤهل علمي (أميين) ، وأن (٢٤.٤%) من أفراد العينة حاصلين على شهادة الابتدائية ، و (١٤.١%) حاصلون على التعليم الثانوي ، و (٩.٥%) حاصلون على تعليم ما بعد الثانوي و (٩%) حاصلين على تعليم المرحلة الإعدادية ، و (٢.٤%) فقط من كبار العمر حاصلون على التعليم المهني ، و نلاحظ أيضا بالنسبة للعمل أو الوظيفة أن (٥.٢%) من أفراد العينة من الموظفين و اغلب أعمارهم كانت أقل من (٦٠) سنة ، و (٢٥.٧%) هم ربوات البيوت ، و (٥٨.٢%) من كبار العمر لا يعملون و هم أغلب أفراد العينة ، في حين (١.٩%) و (١.٨%) فقط من كبار العمر مهنيون و أصحاب عمل أو مشاريع على التوالي ، ويتضح ذلك من خلال جدول رقم (٢١) والأشكال (١ ، ٢ ، ٣ ، ٤) .

جدول (٢١) : يوضح البيانات السكانية لأفراد العينة (N = ١١٣٨)

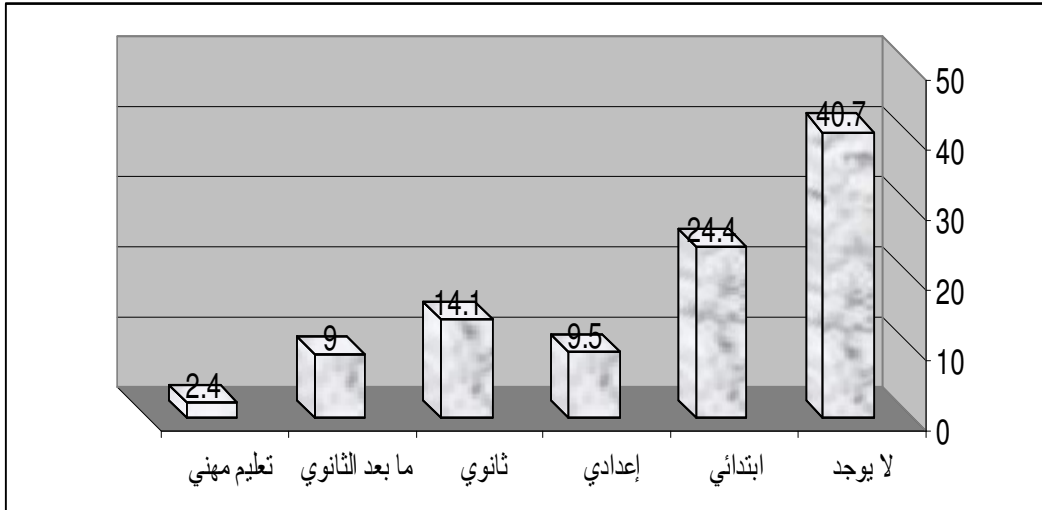
النسبة	التكرار	الخصائص الاجتماعية
%	N	نوع الجنس
54.3	618	ذكر
45.7	520	أنثى
الفئات العمرية		
1.9	22	أقل من ٦٠ سنة
56.3	641	من ٦٠ إلى ٧٠ سنة
31.1	353	من ٧٠ إلى ٧٩ سنة
10.7	122	أكثر من ٨٠ سنة
الحالة الاجتماعية		
1.6	18	أعزب
68.8	783	متزوج
1.0	11	مطلق
28.6	326	أرمل
المؤهل العلمي		
40.7	463	لا يوجد
24.4	278	ابتدائي (١ - ٦)
9.5	108	إعدادي (٧ - ٩)
14.1	160	ثانوي (١٠ - ١٢)
9.0	102	ما بعد الثانوي (أكثر من ١٣)
2.4	27	تعليم مهني
الوظيفة		
5.2	59	موظف/ة
25.7	292	ربة بيت
58.2	662	لا تعمل
4.0	46	عامل/ة
3.2	36	مهنة أخرى
1.9	22	مهني / فني
1.8	21	صاحب عمل
100.0	1138	المجموع



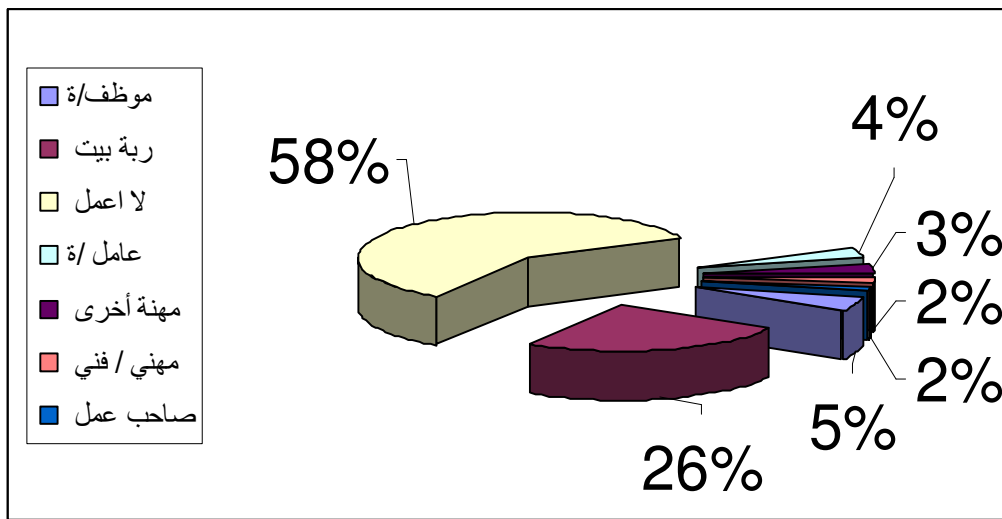
شكل ( ١ ) يوضح توزيع أفراد العينة حسب النوع



شكل ( ٢ ) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية



شكل ( ٣ ) يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي



شكل ( ٤ ) يوضح توزيع أفراد العينة حسب المهنة



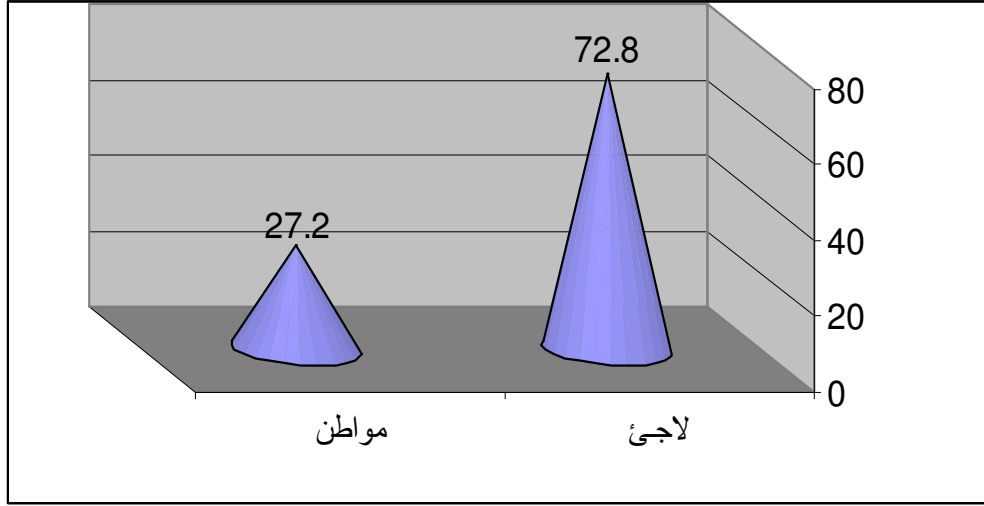
## ثانياً \_ الخصائص السكانية لأفراد العينة :

الغالبية العظمى من كبار العمر من اللاجئين و ذلك بنسبة (٧٢.٨%) ، مقابل (٢٧.٢ % ) من المواطنين ، و (٤٥.٤ % ) من أفراد العينة يسكنون في المدينة و هم حوالي نصف أفراد العينة ، بينما (٣٦.٢%) يسكنون في المخيم ، و (١٠.٨%) يسكنون في القرى ، و (٧.٦%) فقط يسكنون في مناطق إسكان جديدة ، أما بالنسبة للنوع الأسرة فقد تبين أن أكثر فئتين من كبار العمر يسكنوا في أسر ممتدة بنسبة (٣٧.٧%)، و(٣٧.٤%) يسكنوا في أسر نووية ، و (١٠.٢%) فقط من كبار العمر يسكنوا مع الحمولة ، و نلاحظ أيضا بالنسبة للوضع الاقتصادي لكبار العمر أن (٣٩.٣%) وضعهم الاقتصادي متوسط ، بينما (٣٨.٥%) وضعهم الاقتصادي سيئ ، و(١٩.٠%) وضعهم الاقتصادي جيد ، بينما (٣.٣%) فقط من كبار العمر وضعهم الاقتصادي ممتاز ، ويتضح ذلك من خلال جدول رقم (٢٢) و الأشكال (٥ ، ٦ ، ٧ ، ٨) .

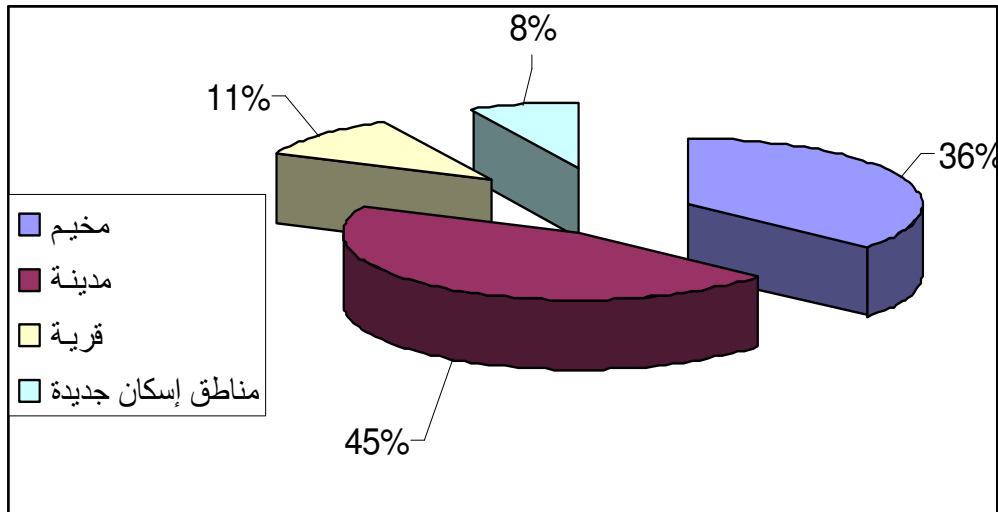
جدول (٢٢) يوضح الخصائص السكانية لأفراد العينة (N = 1138)

النسبة	التكرار	الخصائص السكانية
%	N	نوع المواطنة
72.8	828	لاجئ
27.2	310	مواطن
مكان السكن		
36.2	412	مخيم
45.4	517	مدينة
10.8	123	قرية
7.6	86	مناطق إسكان جديدة
نوع الأسرة		
10.2	116	الحمولة
14.7	167	العائلة الممتدة مع الحمولة
37.7	429	العائلة الممتدة
37.4	426	العائلة النووية
الوضع الاقتصادي		
3.3	37	ممتاز
19.0	216	جيد
39.3	447	متوسط
38.5	438	سيئ

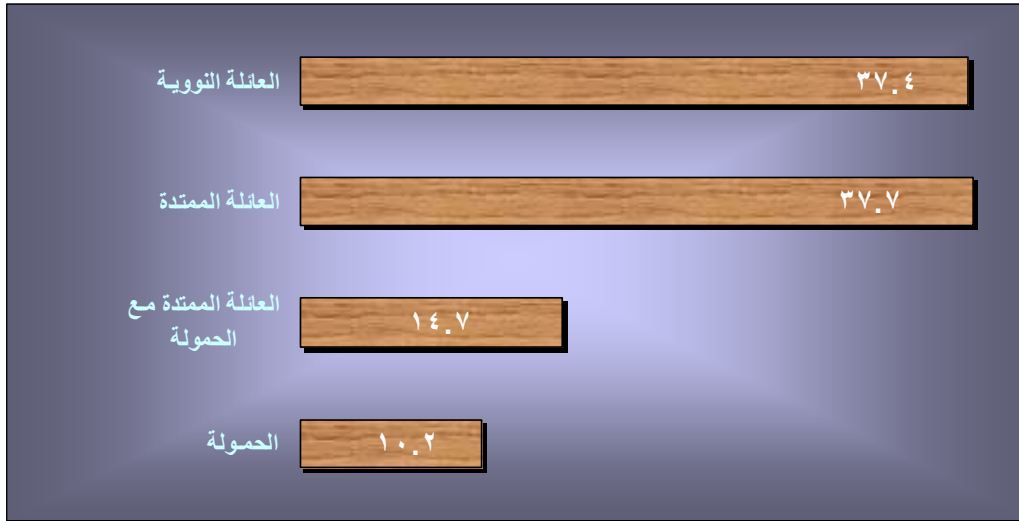
100.0	1138	المجموع
-------	------	---------



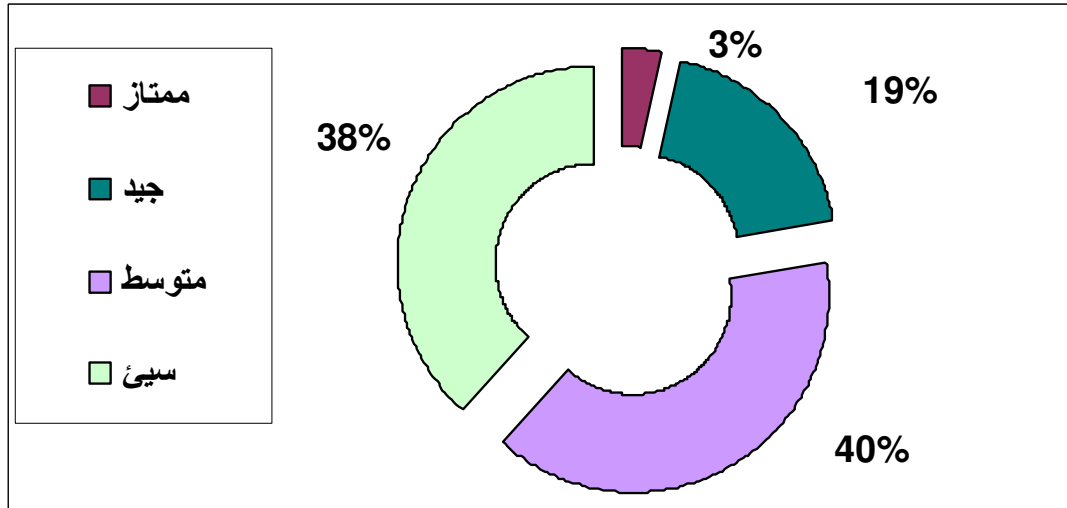
شكل ( ٥ ) يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوع المواطنة



شكل ( ٦ ) يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوع السكن



شكل ( ٧ ) يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوع العائلة



شكل ( ٨ ) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الوضع الاقتصادي

## تساؤلات الدراسة :

### التساؤل الأول : ما مستوى المشاكل النفسية لدى كبار السن بقطاع غزة ؟

أشارت النتائج إلي أن متوسط الدرجات الكلي لكبار السن في المشاكل النفسية قد بلغ ( ١٢٤.٥ ) درجة وبانحراف معياري (٥٠.٧) درجة ، و بوزن نسبي (٣١.٩%) ، وهذا يدل على أن كبار السن يعانون من المشاكل النفسية بشكل عام بدرجة متوسطة وبنسبة (٣١.٩%)، أما بالنسبة لأبعاد مقياس المشاكل النفسية لدى كبار السن بقطاع غزة فقد تبين أن بعد الأعراض الجسمانية قد أحتل المرتبة الأولى و بوزن نسبي (٤٤.٢%)، ويليهما الاكتئاب و بوزن نسبي (٣٦.٩%)، ثم الوسواس القهري (٣٥.٥%) ، ويليه الحساسية التفاعلية (٣٢.٨%) ، ثم جاء بعد ذلك القلق بوزن نسبي (٣٢.٧%)، تلاه كل من العداوة والبارانويا التخيلية بوزن نسبي (٢٩.٦%) و من ثم الخوف بوزن نسبي (٢٩.٣%)، في حين سجلت أقل نسبة للذهانية بوزن نسبي (٢٧.٣%) ، و جدول رقم ( ٢٣ ) يوضح ذلك .

و من خلال نتائج الدراسة تبين لنا أيضا أن نسبة كبار السن الذين زادت درجة المشاكل النفسية عندهم عن الانحراف المعياري الأول ، كانت نسبة كبار السن الذين زادت عندهم الدرجة الكلية للمشاكل النفسية عن الانحراف المعياري الأول ١٤.٦% من أفراد العينة .

- ١٧.٤% من كبار السن زادت درجة القلق عندهم عن الانحراف المعياري الأول .
- ١٦.٦% من كبار السن زادت درجة الخوف عندهم عن الانحراف المعياري الأول .
- ١٦.٣% من أفراد العينة لكبار السن زادت درجة الحساسية التفاعلية عندهم عن الانحراف المعياري الأول .

- ١٦.١% من أفراد العينة لكبار السن زادت درجة الوسواس القهري عندهم عن الانحراف المعياري الأول .

- ١٥.٩% من كبار السن زادت درجة البارانويا التخيلية عندهم عن الانحراف المعياري الأول .

- و ١٥.٨% من أفراد العينة لكبار السن زادت درجة الأعراض الجسمانية و درجة العداوة عندهم عن الانحراف المعياري الأول .

- ١٥.١% من كبار السن زادت درجة الاكتئاب عندهم عن الانحراف المعياري الأول .

- ١٥% من كبار السن زادت درجة الذهانية عندهم عن الانحراف المعياري الأول و هي اقل نسبة من المشاكل النفسية الأخرى ، و يتضح ذلك من خلال جدول رقم ( ٢٤ ) .

جدول ( ٢٣ ) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي و نسبة كبار السن الذين تريد درجتهم عن الانحراف المعياري الأول لمقياس المشاكل النفسية لكبار السن و أبعاده (N = ١١٣٨)

الترتيب	الوزن النسبي %	نسبة المرضى $Sd.1 <$	الانحراف المعياري	المتوسط	الدرجة الكلية	عدد الفقرات	المشاكل النفسية
١	٤٤.٢	١٥.٨	٩.٢	٢١.٢	٤٨	١٢	الأعراض الجسمانية
٤	٣٥.٥	١٦.١	٦.٥	١٤.٢	٤٠	١٠	الوسواس القهري
٥	٣٢.٨	١٦.٣	٥.٩	١١.٨	٣٦	٩	الحساسية التفاعلية
٣	٣٦.٩	١٥.١	٨.٩	١٩.٢	٥٢	١٣	الاكتئاب
٦	٣٢.٧	١٧.٤	٦.٧	١٣.١	٤٠	١٠	القلق
٧	٢٩.٦	١٥.٨	٤.٣	٧.١	٢٤	٦	العداوة
٨	٢٩.٣	١٦.٦	٥.٥	٨.٢	٢٨	٧	الخوف
٧	٢٩.٦	١٥.٩	٤.٢	٧.١	٢٤	٦	البارانويا التخيلية
٩	٢٧.٣	١٥.٠	٦.٣	١٠.٩	٤٠	١٠	الذهنية
٢	٤١.٨	١٤.٦	٤.٨	١١.٧	٢٨	٧	عبارات إضافية
	٣١.٩	١٤.٦	٥٠.٧	١٢٤.٥	٣٦٠	٩٠	الدرجة الكلية

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي على الدرجة الكلية ثم ضرب الناتج في ١٠٠

Sd.1: الانحراف المعياري الأول

## التساؤل الثاني : ما مستوى نوعية جودة الحياة لدى كبار السن بقطاع غزة ؟

أشارت النتائج إلي أن متوسط الدرجات الكلية لكبار السن في نوعية جودة الحياة قد بلغ (٩٣.٧) درجة وبانحراف معياري (١٨.٢) درجة ، و بوزن نسبي (٥٦.٨ %) ، وهذا يدل على أن كبار السن يتمتعون بنوعية جيدة للحياة بشكل عام بدرجة مرتفعة وبنسبة (٥٦.٨%)، أما بالنسبة لأبعاد مقياس جودة الحياة لدى كبار السن بقطاع غزة فقد تبين أن بعد الرضا قد احتل المرتبة الأولى و بوزن نسبي (٥٨.٧%) أي أن نسبة كبيرة من كبار السن راضون عن شؤون حياتهم من جوانب عديدة ، يليها بعد نوعية الصحة و تمثلت بوزن نسبي (٥٨.٠%)، و تليها بند القدرة على عمل أشياء معينة في حياتهم و تمثلت بنسبة (٥٥.٢%)، في حين سجلت أقل نسبة من بنود مقياس نوعية الحياة لكبار السن الدعم المتوفر لهم من عائلاتهم أو أصدقائهم و تمثلت بنسبة (٥٤.٠%)، و جدول رقم (٢٤) يوضح ذلك .

جدول ( ٢٤ ) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس نوعية الحياة وأبعاده  
(1138 = N)

الترتيب	الوزن النسبي %	الانحراف المعياري	المتوسط	الدرجة الكلية	عدد الفقرات	جودة الحياة
٢	٥٨.٠	٥.٧	٢٦.١	٤٥	٩	الصحة العامة
٣	٥٥.٢	٣.٨	١٣.٨	٢٥	٥	القدرة على العمل
١	٥٨.٧	٧.٦	٣٢.٣	٥٥	١١	الشعور بالرضا
	٥٤.٠	٤.٣		٤٠	٨	الدعم الاجتماعي
٤			٢١.٦			
	٥٦.٨	١٨.٢	٩٣.٧	١٦٥	٣٣	الدرجة الكلية

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة الوسط الحسابي على الدرجة الكلية ثم ضرب الناتج في ١٠٠

### التساؤل الثالث : ما مستوى معانات كبار السن بالوحدة النفسية ؟

أشارت النتائج إلي أن متوسط الدرجة الكلية لكبار السن لمقياس الوحدة النفسية قد بلغ (٥٨.٣) درجة وبانحراف معياري (٩.٥) درجة ، و بوزن نسبي (٧٣.٠ % )، وهذا يدل على أن كبار السن يعانون من الوحدة النفسية بدرجة مرتفعة وذلك بنسبة (٧٣ %).  
و نلاحظ أيضا أن نسبة كبار السن الذين زادت درجة الوحدة النفسية عن الانحراف المعياري الأول بلغت (١٩.٣ %) من مجموع أفراد العينة، و هذه نسبة كبيرة من العينة ، و يتضح ذلك من خلال جدول ( ٢٥ ) .

جدول (٢٥) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس الوحدة النفسية  
(N = 1138)

الوحدة النفسية	عدد الفقرات	الدرجة الكلية	المتوسط	الانحراف المعياري	نسبة المرضى $Sd.1 <$	الوزن النسبي %
الدرجة الكلية	٢٠	٨٠	٥٨.٣	٩.٥	%١٩.٣	%٧٣.٠

## فرضيات الدراسة :

الفرضية الأولى : تنص على أنه " لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المشاكل النفسية لكبار السن و الدعم الاجتماعي " .

بعد التحقق من صحة افتراضات الفرضية الأولى تم إجراء معامل ارتباط "بيرسون" بين مقياس المشاكل النفسية وأبعاده و الدعم الاجتماعي لكبار السن ، ويوضح جدول ( ٢٦ ) التالي النتائج المتعلقة بهذه الفرضية :

جدول (٢٦) معاملات الارتباط (r) بين المشاكل النفسية و الدعم الاجتماعي

المشاكل النفسية	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
الأعراض الجسمانية	-.٢٠	**0.00
الوسواس القهري	-.٢٠	**0.00
الحساسية التفاعلية	-.٢٦	**0.00
الاكتئاب	-.٢٧	**0.00
القلق	-.٢٥	**0.00
العداوة	-.٢٥	**0.00
الخوف	-.٢٨	**0.00
البارانويا التخيلية	-.٢٢	**0.00
الذهانية	-.٢٨	**0.00
عبارات إضافية	-.١٢	**0.00
الدرجة الكلية	-.٢٩	**0.00

\*\* دالة عند ٠.٠١ \* دالة عند ٠.٠٥ // غير دالة

تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق ( ٢٦ ) ما يلي :

- المشاكل النفسية الكلية بالنسبة للدعم الاجتماعي لكبار السن :

وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين المشاكل النفسية لكبار السن و الدعم الاجتماعي المقدم لهم من قبل عائلاتهم ، أصدقائهم ، زملائهم في العمل أو آخرين في مجتمعهم ، (r= -0.29, p-value<0.00) ، وهذا يدل على أنه كلما زاد الدعم الاجتماعي لكبار السن كلما انخفضت المشاكل النفسية والعكس صحيح .



• **بعد الأعراض الجسمانية بالنسبة للدعم الاجتماعي لكبار السن :**

كما وجدت علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين بعد الأعراض الجسمانية والدعم الاجتماعي المقدم لدى كبار السن من قبل عائلاتهم ، (  $r = -0.20$  ,  $p\text{-value} < 0.00$  ) ، وهذا يدل على أنه كلما زاد الدعم الاجتماعي لكبار السن كلما انخفضت الأعراض الجسمانية والعكس صحيح .

• **بعد الوسواس القهري بالنسبة للدعم الاجتماعي لكبار السن :**

وجدت أيضا علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين بعد الوسواس القهري والدعم الاجتماعي المقدم لدى كبار السن من قبل عائلاتهم ، (  $r = -0.20$  ,  $p\text{-value} < 0.00$  ) ، وهذا يدل على أنه كلما زاد الدعم الاجتماعي لكبار السن كلما انخفض الوسواس القهري لديهم والعكس صحيح .

• **بعد الحساسية التفاعلية بالنسبة للدعم الاجتماعي لكبار السن :**

وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين بعد الحساسية التفاعلية والدعم الاجتماعي المقدم لدى كبار السن من قبل عائلاتهم ، (  $r = -0.26$  ,  $p\text{-value} < 0.00$  ) ، وهذا يدل على أنه كلما زاد الدعم الاجتماعي لكبار السن كلما انخفضت الحساسية التفاعلية لديهم والعكس صحيح .

• **بعد الاكتئاب بالنسبة للدعم الاجتماعي لكبار السن :**

وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين بعد الاكتئاب والدعم الاجتماعي المقدم لدى كبار السن من قبل عائلاتهم ، (  $r = -0.27$  ,  $p\text{-value} < 0.00$  ) ، وهذا يدل على أنه كلما زاد الدعم الاجتماعي لكبار السن كلما انخفض الاكتئاب لديهم والعكس صحيح .

• **بعد القلق بالنسبة للدعم الاجتماعي لكبار السن :**

وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين بعد القلق والدعم الاجتماعي المقدم لدى كبار السن من قبل عائلاتهم ، (  $r = -0.25$  ,  $p\text{-value} < 0.00$  ) ، وهذا يدل على أنه كلما زاد الدعم الاجتماعي لكبار السن كلما انخفض القلق لديهم والعكس صحيح .

• **بعد العدوة بالنسبة للدعم الاجتماعي لكبار السن :**

وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين بعد العداوة والدعم الاجتماعي المقدم لدى لكبار السن من قبل عائلاتهم ، (  $r = -0.25$  ,  $p\text{-value} < 0.00$  ) ، وهذا يدل على أنه كلما زاد الدعم الاجتماعي لكبار السن كلما انخفضت العداوة لديهم والعكس صحيح .

• **بعد الخوف بالنسبة للدعم الاجتماعي لكبار السن :**

وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين بعد الخوف والدعم الاجتماعي المقدم لدى لكبار السن من قبل عائلاتهم ، (  $r = -0.28$  ,  $p\text{-value} < 0.00$  ) ، وهذا يدل على أنه كلما زاد الدعم الاجتماعي لكبار السن كلما انخفض الخوف لديهم والعكس صحيح .

• **بعد البارانونيا التخيلية بالنسبة للدعم الاجتماعي لكبار السن :**

وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين بعد البارانونيا التخيلية والدعم الاجتماعي المقدم لدى لكبار السن من قبل عائلاتهم ، (  $r = -0.22$  ,  $p\text{-value} < 0.00$  ) ، وهذا يدل على أنه كلما زاد الدعم الاجتماعي لكبار السن كلما انخفض البارانونيا التخيلية لديهم والعكس صحيح .

• **بعد الذهانبة بالنسبة للدعم الاجتماعي لكبار السن :**

وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين بعد الذهانبة والدعم الاجتماعي المقدم لدى لكبار السن من قبل عائلاتهم ، (  $r = -0.28$  ,  $p\text{-value} < 0.00$  ) ، وهذا يدل على أنه كلما زاد الدعم الاجتماعي لكبار السن كلما انخفضت أعراض الذهانبة لديهم والعكس صحيح .

**الفرضية الثانية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات**

**المشكلات النفسية تعزى لمتغير الجنس ؟**

للتحقق من ذلك تم استخدام اختبار ( T ) للمقارنة بين متوسط درجات المشكلات النفسية بالنسبة لمتغير الجنس ، و يتضح ذلك من خلال جدول ( ٢٧ ) :

• **الفروق بين الذكور والإناث بالنسبة للمشكلات النفسية الكلية :**

أشارت النتائج إلي انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث بالنسبة للمشكلات النفسية الكلية (  $t\text{-test} = -2.536$  ,  $P\text{-value} < 0.01$  ) ، و هذا يدل على أن المشاكل النفسية عند الذكور أقل مما هي عند الإناث بشكل عام ، فقد بلغ متوسط درجات الذكور (120.98) درجة و بانحراف معياري (51.70) درجة ، بينما بلغ متوسط درجات الإناث ( 128.98 ) و بانحراف معياري (49.23) درجة ، و النتائج موضحة من خلال الجدول ( ٢٧ ) .

• **الفروق بين الذكور والإناث بالنسبة للأعراض الجسمانية :**

أشارت النتائج إلي انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث بالنسبة بند الأعراض الجسمانية (  $t\text{-test} = -4.802$  ,  $P\text{-value} < 0.01$  ) ، و هذا يدل على أن الأعراض الجسمانية عند الذكور اقل ما هي عند الإناث ، فقد بلغ متوسط درجات الذكور (20.06) درجة و بانحراف معياري (9.33) درجة ، بينما بلغ متوسط درجات الإناث (22.64) و بانحراف معياري (8.73) درجة ، و النتائج موضحة من خلال الجدول ( ٢٧ ) .

• **الفروق بين الذكور والإناث بالنسبة للوسواس القهري :**

أشارت النتائج انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث بالنسبة لعامل الوسواس القهري (  $t\text{-test} = -1.419$  ,  $P\text{-value} > 0.05$  ) ، و هذا يدل على أن الوسواس القهري عند الذكور تقريبا مساوٍ للإناث ، فقد بلغ متوسط درجات الذكور (13.95) درجة و بانحراف معياري (6.43) درجة ، بينما بلغ متوسط درجات الإناث (14.50) و بانحراف معياري (6.58) درجة ، و النتائج موضحة من خلال الجدول ( ٢٧ ) .

• **الفروق بين الذكور والإناث بالنسبة للحساسية التفاعلية :**

أشارت النتائج انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث بالنسبة لعامل الحساسية التفاعلية ( $t\text{-test} = -2.601, P\text{-value} < 0.01$ ) ، و هذا يدل على أن الحساسية التفاعلية عند الذكور أقل مما هي عند الإناث ، فقد بلغ متوسط درجات الذكور (11.40) درجة و بانحراف معياري (5.91) درجة ، بينما بلغ متوسط درجات الإناث (12.30) و بانحراف معياري (5.78) درجة ، و النتائج موضحة من خلال الجدول ( ٢٧ ) .

• **الفروق بين الذكور والإناث بالنسبة للاكتئاب :**

أشارت النتائج انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث بالنسبة لعامل الاكتئاب ( $t\text{-test} = -3.823, P\text{-value} < 0.01$ ) ، و هذا يدل على أن الاكتئاب عند الذكور أقل مما هي عند الإناث ، فقد بلغ متوسط درجات الذكور 18.28 درجة و بانحراف معياري 8.83 درجة ، بينما بلغ متوسط درجات الإناث 20.29 و بانحراف معياري 8.76 درجة ، و النتائج موضحة من خلال الجدول ( ٢٧ ) .

• **الفروق بين الذكور والإناث بالنسبة للقلق :**

أشارت النتائج انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث بالنسبة لعامل القلق ( $t\text{-test} = -1.740, P\text{-value} > 0.05$ ) ، و هذا يدل على أن القلق عند الذكور تقريبا مساوٍ للإناث ، فقد بلغ متوسط درجات الذكور 12.79 درجة و بانحراف معياري 6.80 درجة ، بينما بلغ متوسط درجات الإناث 13.49 و بانحراف معياري 6.65 درجة ، و النتائج موضحة من خلال الجدول ( ٢٧ ) .

• **الفروق بين الذكور والإناث بالنسبة للعداوة :**

أشارت النتائج انه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث بالنسبة لعامل العداوة ( $t\text{-test} = 1.898, P\text{-value} = < 0.05$ ) ، و هذا يدل على أن العداوة عند الذكور أكثر مما هي عند الإناث ، فقد بلغ متوسط درجات الذكور 7.30 درجة و بانحراف معياري 4.30 درجة ، بينما بلغ متوسط درجات الإناث 6.82 و بانحراف معياري 4.18 درجة ، و النتائج موضحة من خلال الجدول ( ٢٧ ) .

• الفروق بين الذكور والإناث بالنسبة للخوف :

أشارت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث بالنسبة لعامل الخوف ( t-test= -3.854, P-value =< 0.01)، و هذا يدل على أن الخوف عند الذكور أقل مما هي عند الإناث ، فقد بلغ متوسط درجات الذكور (7.59) درجة و بانحراف معياري (5.31) درجة ، بينما بلغ متوسط درجات الإناث (8.84) و بانحراف معياري 5.58 درجة ، و النتائج موضحة من خلال الجدول ( ٢٧ ) .

• الفروق بين الذكور والإناث بالنسبة البارانويا التخيلية :

أشارت النتائج انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث بالنسبة لعامل البارانويا التخيلية ( t-test= -0.342, P-value > 0.05)، و هذا يدل على أن البارانويا التخيلية عند الذكور تقريبا مساوية للإناث ، فقد بلغ متوسط درجات الذكور (7.03) درجة و بانحراف معياري (4.00) درجة ، بينما بلغ متوسط درجات الإناث ( 7.12) و بانحراف معياري (4.35) درجة ، و النتائج موضحة من خلال الجدول ( ٢٧ ) .

• الفروق بين الذكور والإناث بالنسبة الذهانية:

أشارت النتائج إلي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث بالنسبة لعامل الذهانية ( t-test= 0.679, P-value > 0.05)، و هذا يدل على أن الذهانية عند الذكور تقريبا مساوية للإناث ، فقد بلغ متوسط درجات الذكور (11.03) درجة و بانحراف معياري (6.41) درجة ، بينما بلغ متوسط درجات الإناث (10.78) و بانحراف معياري (6.21) درجة ، و النتائج موضحة من خلال الجدول ( ٢٧ ) .

جدول (٢٧) نتائج اختبار "T" لكشف الفروق بين الذكور و الإناث بالنسبة للمشاكل النفسية

المشاكل النفسية	نوع الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة
الأعراض الجسمانية	ذكر	618	20.06	9.33	-4.802	0.00 دالة إحصائياً
	أنثى	520	22.64	8.73		
الوسواس القهري	ذكر	618	13.95	6.43	-1.419	0.156 غير دالة إحصائياً
	أنثى	520	14.50	6.58		
الحساسية التفاعلية	ذكر	618	11.40	5.91	-2.601	0.009 دالة إحصائياً
	أنثى	520	12.30	5.78		
الاكتئاب	ذكر	618	18.28	8.83	-3.823	0.00 دالة إحصائياً
	أنثى	520	20.29	8.76		
القلق	ذكر	618	12.79	6.80	-1.740	0.082 غير دالة إحصائياً
	أنثى	520	13.49	6.65		
العداوة	ذكر	618	7.30	4.30	1.898	0.050 دالة إحصائياً
	أنثى	520	6.82	4.18		
الخوف	ذكر	618	7.59	5.31	-3.854	0.00 دالة إحصائياً
	أنثى	520	8.84	5.58		
البارانويا التخيلية	ذكر	618	7.03	4.00	-0.342	0.733 غير دالة إحصائياً
	أنثى	520	7.12	4.35		
الذهانية	ذكر	618	11.03	6.41	0.679	0.497 غير دالة إحصائياً
	أنثى	520	10.78	6.21		
عبارات إضافية	ذكر	618	11.53	4.82	-0.972	0.331 غير دالة إحصائياً
	أنثى	520	11.81	4.76		
المشاكل النفسية الكلية	ذكر	618	120.98	51.70	-2.536	0.01 دالة إحصائياً
	أنثى	520	128.98	49.23		

**الفرضية الثالثة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المشكلات النفسية تعزى لمتغير نوع المواطنة .**

للتحقق من ذلك تم استخدام اختبار ( T ) للمقارنة بين متوسط درجات المشكلات النفسية بالنسبة لمتغير نوع المواطنة ، و يتضح ذلك من خلال جدول ( ٢٨ ) .

**الفروق بين اللاجئين والمواطنين بالنسبة للمشكلات النفسية الكلية :**

أشارت النتائج إلي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اللاجئين و المواطنين بالنسبة للمشكلات النفسية الكلية ( t-test= -4.43 , P-value < 0.01 )، و هذا يدل على أن المشاكل النفسية عند اللاجئين أقل مما هي عند المواطنين بشكل عام ، فقد بلغ متوسط درجات اللاجئين (120.42) درجة و بانحراف معياري(49.50)درجة ، بينما بلغ متوسط درجات المواطنين ( 135.25 ) و بانحراف معياري(52.36)درجة ، والنتائج موضحة من خلال الجدول ( ٢٨ ) .

**جدول (٢٨) نتائج اختبار "T" لكشف الفروق بين اللاجئين و المواطنين بالنسبة للمشاكل النفسية**

المشاكل النفسية الكلية	نوع المواطنة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة
	اللاجئين	828	120.42	49.50	-4.43	0.00 دالة إحصائية
	المواطنين	310	135.25	52.36		

\* دالة عند ٠.٠٥

\*\* دالة عند ٠.٠٠١

الفرضية الرابعة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المشكلات النفسية تعزى لمتغير السكن .

للتحقق من ذلك تم استخدام اختبار (تحليل التباين الأحادي - One-Way ANOVA) لدراسة الفروقات بين متوسطات درجات المشاكل النفسية بالنسبة لأنواع أماكن السكن المختلفة لكبار السن ، ويوضح الجدول (٢٩) النتائج المتعلقة بهذه الفرضية :

جدول (٢٩) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي بين أماكن السكن المختلفة لكبار السن بالعمر بالنسبة للمشاكل النفسية

مستوى الدلالة	قيمة (F) المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	المشاكل النفسية الكلية
**0.00	11.82	29537.4	3	88612.1	بين المجموعات	
		2499.9	1134	2834946.4	داخل المجموعات	
			1137	2923558.5	المجموع	

\*\* دالة عند ٠.٠٠١ \* دالة عند ٠.٠٥ // غير دالة

تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أماكن السكن المختلفة بالنسبة للمشاكل النفسية الكلية عند كبار السن ، ( F test = 11.815 ، P-value <0.01 ) أي أن المشاكل النفسية عند كبار السن تختلف حسب مكان السكن ، و من خلال اختبار ليفن للتجانس وجد أن الاختبار معنوي ، و بذلك تم استخدام اختبار " LSD " للمقارنات البعدية لتجانس التباين لمعرفة الفروق بين أماكن السكن المختلفة ، فقد تبين أن كبار السن الذين يسكنون المخيم يواجهون المشاكل النفسية أكثر من كبار السن الذين يسكنون في كل من المدينة و القرية و مناطق الإسكان الجديدة ، و كبار السن الذين يسكنون في القرية يواجهون مشاكل نفسية أكثر من الذين يسكنون في كل من المدينة و مناطق الإسكان الجديدة ، في حين لم نلاحظ فرقاً بين كبار السن الذين يسكنون في المدينة و



مناطق الإسكان الجديدة ، و جدول ( ٣٠ ) يبين المتوسطات و الانحرافات المعيارية و مستوى المعنوية بين مناطق السكن لكبار السن .

جدول (٣٠) نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية لاماكن السكن المختلفة لكبار السن للمشاكل النفسية

إسكان جديد	قرية	مدينة	مخيم	الانحراف المعياري	المتوسط	أماكن السكن	المشاكل النفسية الكلية
**0.00	*0.021	**0.001	١	48.92	129.9	مخيم	
0.072	**0.00	1		52.83	118.7	مدينة	
**0.00	1			44.34	141.8	قرية	
1				44.91	108.2	إسكان جديد	

\* دالة عند ٠.٠٥

\*\* دالة عند ٠.٠٠١

## الفرضية الخامسة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجة الوحدة النفسية تعزى لمتغير الجنس .

للتحقق من ذلك تم استخدام اختبار ( T ) للمقارنة بين متوسط درجات الوحدة النفسية بالنسبة لمتغير الجنس ، و يتضح ذلك من خلال جدول ( ٣١ ) :

أشارت النتائج إلي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث بالنسبة للوحدة النفسية الكلية ( t-test= 0.91 , P-value > 0.05 )، و هذا يدل على أن الذكور والإناث يواجهون الوحدة النفسية بالدرجة نفسها بشكل عام ، فقد بلغ متوسط درجات الذكور 58.52 درجة و بانحراف معياري 9.45 درجة ، و بلغ متوسط درجات الإناث 58.01 و بانحراف معياري 9.601 درجة أي أن متوسطي الذكر و الإناث تقريبا متساويان ، و النتائج موضحة من خلال الجدول ( ٣١ ) .

جدول (٣١) نتائج اختبار "T" لكشف الفروق بين الذكور و الإناث بالنسبة للوحدة النفسية

الوحدة النفسية الكلية	نوع الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة
	ذكر	618	58.52	9.467	0.91	// 0.36 غير دال إحصائياً
	أنثى	520	58.01	9.601		

\*\* دالة عند ٠.٠٠١ \* دالة عند ٠.٠٥ // غير دالة

الفرضية السادسة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الوحدة النفسية تعزى لمتغير نوع الموطنة .

للتحقق من ذلك تم استخدام اختبار ( T ) للمقارنة بين متوسط درجات الوحدة النفسية بالنسبة لمتغير نوع الموطنة ، و يتضح ذلك من خلال جدول ( ٣٢ ) .

الفروق بين اللاجئين والمواطنين بالنسبة للوحدة النفسية الكلية :

أشارت النتائج إلي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اللاجئين و المواطنين بالنسبة للوحدة النفسية الكلية ( t-test= 3.39 , P-value < 0.01 ) ، و هذا يدل على أن اللاجئين يعانون من الوحدة النفسية أكثر من المواطنين بشكل عام، فقد بلغ متوسط درجات اللاجئين 58.87 درجة و بانحراف معياري 9.56 درجة ، بينما بلغ متوسط درجات المواطنين 56.73 و بانحراف معياري 9.27 درجة ، و النتائج موضحة من خلال الجدول ( ٣٢ ) .

جدول (٣٢) نتائج اختبار "T" لكشف الفروق بين اللاجئين و المواطنين بالنسبة للوحدة النفسية

المشاكل النفسية الكلية	نوع الموطنة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة
	اللاجئين	828	58.87	9.56	3.39	**0.00
	المواطنين	310	56.73	9.27		

\*\* دالة عند ٠.٠٠١ \* دالة عند ٠.٠٥ // غير دالة

الفرضية السابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الوحدة النفسية تعزى لمتغير السكن .

للتحقق من ذلك تم استخدام اختبار (تحليل التباين الأحادي - One-Way ANOVA) لدراسة الفروقات بين متوسطات درجات الوحدة النفسية بالنسبة لأنواع أماكن السكن المختلفة لكبار السن ، ويوضح الجدول (٣٣) النتائج المتعلقة بهذه الفرضية :

جدول (٣٣) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي بين أماكن السكن المختلفة لكبار السن بالنسبة للوحدة النفسية

مستوى الدلالة	قيمة (F) المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الوحدة النفسية الكلية
*0.015	3.51	316.2	3	948.7	بين المجموعات	
		90.2	1134	102261.5	داخل المجموعات	
			1137	103210.2	المجموع	

\*\* دالة عند ٠.٠٠١ \* دالة عند ٠.٠٥ // غير دالة

تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أماكن السكن المختلفة بالنسبة للوحدة النفسية الكلية عند كبار السن ، (  $F \text{ test} = 3.51$  ،  $P\text{-value} < 0.05$  ) أي أن الوحدة النفسية عند كبار السن تختلف حسب مكان السكن ، و من خلال اختبار ليفن للتجانس وجد أن الاختبار معنوي و بذلك تم استخدام اختبار شيفيه " Scheffe " للمقارنات البعدية لتجانس التباين لمعرفة الفروق بين أماكن السكن المختلفة ، فقد تبين أن كبار السن الذين يسكنون في المناطق السكنية الجديدة يواجهون الوحدة النفسية أكثر من كبار السن الذين يسكنون المخيم ، في حين لم نلاحظ أي فروق أخرى بين متوسطات الوحدة النفسية لكبار السن تعزى لمناطق السكن و جدول ( ٣٤ ، ٣٥ ) يبين

المتوسطات و الانحرافات المعيارية و الفروق و مستوى المعنوية بين مناطق السكن لكبار السن .

جدول ( ٣٤ ) يبين متوسطات و الانحراف المعياري لمناطق السكن لكبار السن للوحدة النفسية

الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	التكرار	مكان الإقامة الحالي
9.648	57.52	412	مخيم
9.542	58.63	517	مدينة
9.926	57.59	123	قرية
7.668	60.90	86	مناطق اسكان جديدة
9.528	58.29	1138	المجموع

جدول ( ٣٥ ) نتائج اختبار Scheffe للمقارنات البعدية لأماكن السكن المختلفة لكبار السن للمشاكل النفسية

مستوى المعنوية	الفرق بين المتوسطين (I-J)	(J)مكان الإقامة الحالي	(I)مكان الإقامة الحالي
.373	-1.11	مدينة	مخيم
1.000	-.07	قرية	
.030	-3.38(*)	مناطق إسكان جديدة	
.373	1.11	مخيم	مدينة
.753	1.04	قرية	
.241	-2.27	مناطق إسكان جديدة	
1.000	.07	مخيم	قرية
.753	-1.04	مدينة	
.105	-3.31	مناطق إسكان جديدة	
.030	3.38(*)	مخيم	مناطق إسكان جديدة
.241	2.27	مدينة	
.105	3.31	قرية	

**الفرضية الثامنة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الوحدة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي ؟**

للتحقق من ذلك تم استخدام اختبار (تحليل التباين الأحادي - One-Way ANOVA) لدراسة الفروقات بين متوسطات درجات الوحدة النفسية بالنسبة للمستويات التعليمية المختلفة لكبار السن ، ويوضح الجدول (٣٦) النتائج المتعلقة بهذه الفرضية :

جدول (٣٦) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي بين المستوى التعليمي لكبار السن بالنسبة للوحدة النفسية

مستوى الدلالة	قيمة (F) المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	المشاكل النفسية الكلية
**0.00	8.09	711.9	5	3559.7	بين المجموعات	
		88.0	1132	99650.5	داخل المجموعات	
			1137	103210.2	المجموع	

\*\* دالة عند ٠.٠٠١ \* دالة عند ٠.٠٥ // غير دالة

تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أماكن السكن المختلفة بالنسبة للمشاكل النفسية الكلية عند كبار السن ، (  $F \text{ test} = 8.09$  ،  $P\text{-value} < 0.01$  ) أي أن الوحدة النفسية عند كبار السن تختلف حسب المستوى التعليمي ، و من خلال اختبار ليفن للتجانس و جد أن الاختبار غير معنوي و بذلك تم استخدام اختبار " Dunnett C " للمقارنات البعدية غير متجانسة التباين ، لمعرفة الفروق بين المستويات التعليمية المختلفة ، فقد تبين أن كبار السن غير المتعلمين يواجهون وحدة نفسية أقل من كبار السن المتعلمين " المستوى التعليمي لهم ابتدائي ، ثانوي ، ما بعد الثانوي " ، و يوجد فروق بين المستوى التعليمي الابتدائي و ما بعد الثانوي لكبار السن بالنسبة للوحدة النفسية لصالح المستوى التعليمي الابتدائي ، في حين لم نلاحظ أي فروق أخرى للمستوى

التعليمي بين كبار السن و جدول ( ٣٧ ، ٣٨ ) يبين المتوسطات و الانحرافات المعيارية و الفروق و مستوى المعنوية بين المستويات التعليمية لكبار السن .

جدول ( ٣٧ ) يبين المتوسطات و الانحراف المعياري لمناطق السكن لكبار السن للوحدة النفسية

الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	التكرار	المستوى التعليمي
9.357	56.38	463	لا يوجد
9.436	58.86	278	ابتدائي 1 - 6
9.267	59.01	108	إعدادي 7 - 9
10.020	59.69	160	ثانوي من 10 - 12
8.173	61.88	102	ما بعد الثانوي
10.073	60.19	27	تعليم مهني
9.528	58.29	1138	المجموع

جدول ( ٣٨ ) نتائج اختبار **Dunnett C** للمقارنات البعدية، الفرق بين متوسطات الوحدة النفسية للمستويات التعليمية المختلفة لكبار السن

المستوى التعليمي	لا يوجد	ابتدائي	إعدادي	ثانوي	ما بعد الثانوي	تعليم مهني
لا يوجد	0	*-2.48	-2.63	*-3.31	*-5.50	-3.8
ابتدائي 1-6		0	-0.15	-0.83	*-3.02	-1.33
إعدادي 7-9			0	-0.68	-2.87	-1.18
ثانوي 10-12				0	-2.19	-0.49
ما بعد الثانوي أكثر 13					0	1.7
تعليم مهني						0

\*\* دالة عند ٠.٠٠١ \* دالة عند ٠.٠٥ // غير دالة

## مناقشة النتائج

فيما يلي نعرض لنتائج ودلالاتها والتي تم الوصول إليها في ضوء فروض الدراسة

### مناقشة نتائج الفرض الأول :

يتضح من النتائج وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين المشاكل النفسية لكبار السن والدعم الاجتماعي المقدم لهم من قبل عائلاتهم ، أصدقائهم ، زملائهم في العمل أو آخرين في مجتمعهم ، وهذا يدل على أنه كلما زاد الدعم الاجتماعي لكبار السن كلما انخفضت المشاكل النفسية والعكس صحيح ، وهذا يدل على أهمية التفاعل الاجتماعي والتواصل مع كبار السن ، يشير هاوس ( House , 1981 ) إلى أن المساندة الاجتماعية أو الدعم الاجتماعي يمكن أن يأخذ عدة أنواع منها :

أ. المساندة الانفعالية: والتي تشمل كافة أنواع الرعاية الانفعالية التي يتلقاها كبار السن و التي تشمل الرعاية والثقة والقبول والتعاطف والمعاوضة.

ب. المساندة الأدائية : والتي تشمل المساندة التي يتلقاها كبار السن من خلال الحاقه بعمل يتناسب وإمكانيته .

ج. المساندة بالمعلومات والتي تشمل المساندة التي يتلقاها من الآخرين من خلال النصائح والمعلومات الجديدة المفيدة أو تعليم مهارة وحل مشكلة وإعطاء معلومات من الممكن أن تساعد في تخطي موقف أو أزمة ضاغطة .

د. مساندة الأصدقاء : وهي تلك الخدمة التي يتلقاها كبار السن من خلال ما يقدمه الأصدقاء بعضهم لبعض حين يمر أحدهم بموقف ضاغط أو شدة .

ويضيف بعض الباحثين إلي ما سبق المساندة النفسية أو المساندة بالتقدير أي إدراك الفرد انه موضع رعاية و تقدير من قبل الآخرين ( غانم ، ٢٠٠٢ : ٤٠ )

كما أشار ( ساراسون وآخرون ) إلى أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تلعب دورا هاما في الشفاء من الاضطرابات النفسية والعقلية كما تسهم في التوافق الإيجابي والنمو الشخصي للفرد بل تجعل الشخص أقل تأثراً في تلقيه أي ضغوط أو أزمات (المرجع السابق ٢٠٠٢ )

كما يعرف هوب فيل (Hopfol) الدعم الاجتماعي بأنه التفاعلات أو العلاقات الاجتماعية التي توفر لأعضائها مساعدة فعلية أو تدمجهم في النظام الاجتماعي الذي يعتقدون أنه يوفر لهم الحب والرعاية أو الإحساس بالارتباط مع مجموعة اجتماعية ذات قيمة وموضع تقدير بالنسبة لهم.

وفي تعريف آخر للدعم الاجتماعي كما أشار إليه جونسون وساراسون بأنه اعتقاد الفرد أن الآخرين يحبونه ويقدرونه ويرعونهم ويعدونهم ذا قيمة. (حسين، ١٩٩٦:٤٥)



كما وتتفق هذه الفرضية مع دراسة " لفيسون" (1962) والتي أجراها على عينة من المسنين الذكور تراوحت أعمارهم ما بين ٥٥-٨٤ سنة ، وكان من نتائج هذه الدراسة ما يأتي:  
أن هناك علاقة بين توافق الأفراد في مرحلة الشيخوخة، والأنشطة الاجتماعية التي يمارسونها. فالأفراد الأكثر توافقاً أكثر نشاطاً اجتماعياً مقارنة بالأفراد غير المتوافقين وتتفق أيضاً مع الدراسة التي قامت بها (سهير كامل) والتي بينت أن التدرج الهرمي للحاجات النفسية لكبار السن تحتل فيه الحاجة للمساندة الاجتماعية المرتبة الأولى بنسبة ١٧% كما تتفق هذه النتيجة أيضاً مع دراسة شهيناز عبد الهادي ١٩٨٦ في أن للدعم الاجتماعي التأثير الواضح علي الجانب النفسي ( انظر دراسة شهيناز عبد الهادي ص ٨ ) .  
وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل اليه Husaini 1982

### مناقشة نتائج الفرض الثاني :

يتضح عدم تحقق هذا الفرض حيث بينت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث بالنسبة للمشكلات النفسية الكلية ، وقد دلت النتائج على أن المشاكل النفسية عند الذكور أقل مما هي عند الإناث بشكل عام ، ويشار إلي أن تراث علم النفس وعلم الاجتماع يزخران بالفروق بين اللاجئين والمواطنين فعندما نذكر اللاجئين الفلسطينيين فإن مفهوم اللاجئ الفلسطيني يختلف عن أي مفهوم ، إذ اللجوء بالنسبة للفلسطيني قضية مهمة نظراً للاستئصال الكامل وفقد الوطن والانتقال إلي مناطق جديدة وقد أثر ذلك علي سيكولوجيا اللاجئ الفلسطيني لان هجرة الفلسطيني ليست أن تحزم الأمتعة وتضعها في حقيبة ولكن للهجرة متضمنات ذاتية ورمزية ولا يمكن فهم سيكولوجيا اللاجئ بدون فهم الظواهر النفسية والاجتماعية ، ( Walsh 1977, Rossi 1977 ) وقد تفسر هذه النتيجة بأن مجتمعنا مجتمع ذكوري للرجل فيه السيطرة الكاملة وذلك ما يعوض النقص في القدرات العامة عند المسن وقد تدلل تلك النتيجة أيضاً أن المرأة بطبيعتها عاطفية تتأثر أكثر من الرجل بالمتغيرات السياسية المحيطة من خوفها علي أبنائها وأسرتها، ولذلك هي دائماً مستثارة ولأن الرجال في الغالب يجدون ما يملؤون به وقت فراغهم وهو ما يقلل من المشاكل بعكس المرأة والتي ليس لها متنفس إلا منزلها وأسرتها وأن المرأة أيضاً أكثر احتياجاً للمساندة الوجدانية والإحساس بأنها موضع حب وتقدير واحترام وأنها ما زالت مرغوبة ومطلوبة وتقوم بدور أساس(شريف كناعنه ، ٢٠٠٠ ) ، وهذه النتيجة تتفق مع الدراسة التي قام بها ( محمد غانم ٢٠٠٢ ) والتي أكدت علي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الوحدة النفسية و الاكتئاب لصالح عينة الإناث والمسنان .

### مناقشة نتائج الفرض الثالث:

أشارت النتائج إلي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين اللاجئين و المواطنين بالنسبة للمشكلات النفسية الكلية، و هذا يدل على أن المشاكل النفسية عند اللاجئين أقل مما هي عند المواطنين بشكل عام ويمكن تفسير ذلك بأن المسن اللاجئ عمل جاهداً منذ الهجرة علي تأسيس واقع جديد لحياته بدءاً من تكوين مسكن وأسرة وقد استغرق ذلك كل وقته وفكرة وتحمل الضغوط النفسية التي تعرض لها وهو ما يسمي بتحقيق الذات والاستقرار النفسي أي الرضا عن النفس و عما قام به ، أما في المقابل فإن المسن المواطن في الغالب قد ورث عن آباءه ما كون به مستقبلة وذلك لما وصل إلي مرحلة متقدمة من العمر أصبح لزاماً عليه توريث غيره سواء لمساحات من الأرض أو غيرها، وهذا ما زاد الضغط النفسي علي كبير السن من المواطنين الأمر الثاني الذي يمكن تفسير هذه النتيجة من خلاله أن المسن اللاجئ لا يخاف علي أملاكه وعقاراته مثل المسن المواطن. ( حسب علم البحث لا توجد أي دراسة تؤكد أو تنفي هذه النتيجة حتى الآن ) .

### مناقشة نتائج الفرض الرابع:

أشارت النتائج الموضحة في الجدول السابق وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أماكن السكن المختلفة بالنسبة للمشاكل النفسية الكلية عند كبار السن ، أي أن المشاكل النفسية عند كبار السن تختلف حسب مكان السكن ، وقد تبين أيضاً أن كبار السن الذين يسكنون المخيم يواجهون المشاكل النفسية أكثر من كبار السن الذين يسكنون في كل من المدينة و القرية و مناطق الإسكان الجديدة ، و كبار السن الذين يسكنون في القرية يواجهون مشاكل نفسية أكثر من الذين يسكنون في كل من المدينة و مناطق الإسكان الجديدة ، في حين لم يلاحظ أي فرق بين كبار السن الذين يسكنون في المدينة و مناطق الإسكان الجديدة وقد يفسر ذلك بالاحتفاظ السكاني في المخيم و قلة أماكن الترفية وكثرة المشاكل الأسرية لقرب الأسر من بعضها البعض وما لذلك من تأثير علي نفسية كبير السن باعتباره هو الشخص المخول بحل هذه المشاكل في الغالب، ويمكن أن تفسر هذه النتيجة أيضاً بأن المسن الذي يسكن في المخيم في الغالب عاش النكبة وعاش جميع الظروف السياسية التي مرت بهذا الشعب و تأثر بها أكثر من غيره وعاش الحرمان منذ الصغر وما ترتب علي ذلك من سوء في حالته النفسية ويمكن تفسير أن كبار السن في المدن والفري اقل في حدة المشاكل النفسية من المسن الذي يعيش في القرية أو المدينة بأن سكان الفري والمدن في الغالب يجدون ما يقلل من تفكيرهم في مشاكلهم الخاصة مثل العمل بالزراعة أو بأي مهنة تتناسب مع عمر هذا المسن وهذا ما يقلل من المشاكل النفسية التي يعاني منها هؤلاء الكبار، والأمر الآخر الذي من الممكن أن يقلل من

حدة هذه المشاكل أيضا أن كبير السن في الفري والمدن لدية ما يملكه من الناحية المادية أكثر من كبار السن الذين يعيشون المخيمات وهذا ما يزيد ثقتهم بأنفسهم ويزيد من قدرتهم على التصرف بأموالهم بما يوفر لهم بعض الاستقرار النفسي (Qouta,Punamaki,Sarraaj.1992 (1993,1995,1996,2003,2006)

#### مناقشة نتائج الفرض الخامس:

أشارت النتائج إلي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث بالنسبة للوحدة النفسية الكلية ،و هذا يدل على أن الذكور والإناث يواجهون الوحدة النفسية بالدرجة ذاتها بشكل عام ، يقول stokes 1986 (عن محمد غانم ) أن الشعور بالوحدة النفسية يرتبط بكم أو كيفية طبيعة العلاقات مع الآخرين ، وأن معيار عدد الأصدقاء والمعارف وقوة العلاقات معهم يدل على وجود أو عدم وجود الشعور بالوحدة النفسية وأن نقص عدد الأصدقاء وهامشية العلاقات معهم يعد محكا أساسيا لوقوع الفرد في الإحساس بالشعور بالوحدة النفسية ، وهذا ما يفسر النتيجة السابقة بعدم وجود فروق بين الجنسين، وهذا الفرض يختلف مع دراسة (نيفين محمد، ٢٠٠١) والتي بينت أن المسنات أكثر إدراكا لمشاعر الوحدة النفسية وأن المرأة أكثر احتياجا للمساندة الوجدانية ، والإحساس بأنها موضع حب وتقدير واحترام وإنها ما زالت مرغوبة ومطلوبة وتقوم بدور أساسي من قبل الآخرين وقد يبرر عدم وجود فوارق بين الذكور و الإناث في جانب الوحدة النفسية بان الذكور والإناث يواجهون نفس الظروف الأسرية والبيئية والمجتمعية وبالدرجة ذاتها فالمستوي العمري يفرض على الجنسين الاستجابة بالطريقة نفسها أو تكوين ردود فعل مشابهه ويمكن تبرير هذه النتيجة أيضا بأن الذي يتحكم بحجم العلاقات الاجتماعية بالزيادة أو القلة هم المسنين و المسنات أنفسهم فلذلك تكون النتيجة واحدة لكلا للجنسين في التأثير بالوحدة النفسية .

#### مناقشة نتائج الفرض السادس:

أشارت النتائج انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اللاجئين و المواطنين بالنسبة للوحدة النفسية الكلية، و هذا يدل على أن اللاجئين يعانون من الوحدة النفسية أكثر من المواطنين بشكل عام ، ويمكن تعريف الوحدة النفسية كما يقول ( إبراهيم قشقوش ، ١٩٨١ ) أن الوحدة النفسية هي حالة نفسية تنشأ من إحساس الفرد بأنه ليس على قرب نفسي من الآخرين وهذه الوحدة ناتجة عن افتقار الفرد لأن يكون طرفا في علاقة محددة أو مجموعه من العلاقات ، ويترتب عليها كثير من صنوف الضيق والضرر ، إذا ما تتبعنا التعريف السابق وعلاقته

بنتائج هذا الفرض لوجدنا أن الألاجئين من الفلسطينيين لهم خاصية مميزة عن غيرة لان الألاجئ الفلسطيني مرة بظروف نفسية متكررة منها التهجير من ارض الوطن ومنها الوضع الاقتصادي الذي تعرض له وما لذلك من تأثير نفسي كبير ومن شدة هذه الضغوط أصبح كبير السن من الألاجئين يحب الوحدة ويبتعد عن الآخرين ليجد لنفسه فسحة للتفكير في مستقبله ومستقبل أولاده ويمكن أن نجد تفسيراً آخر لهذه النتيجة وهي أن المسن الألاجئ منذ التهجير القصري الذي تعرض له وهو يحاول أن يكون لنفسه ويؤسس لحياة جديدة في مناطق الترحيل الجديدة ولذلك أخذ يكسب ويعمل لتكوين مستقبله وما لذلك من نتيجة مؤكدة وهي البعد عن الاختلاط بالناس لعدم وجود وقت فراغ لهذه العلاقات حتى أصبحت هذه الجوانب ظاهرة نفسية مرتبطة بشخصية كبير السن الألاجئ ( Walsh 1977, Rossi 1977 )

### المعالجات الإحصائية:

من أجل الإجابة عن أسئلة الدراسة وفرضياتها قام الباحث باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

١. التكرارات والنسب المئوية .
٢. المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي.
٣. معامل ارتباط بيرسون Pearson Correlation.
٤. اختبار "ت" لعينتين مستقلتين Independent Samples Test.
٥. تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA.
٦. اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين Scheffe.
٧. اختبار LSD للمقارنات البعدية لتجانس التباين .
٨. اختبار Dunnett C للمقارنات البعدية لعدم تجانس التباين .

## التوصيات

### نتائج وتوصيات في ضوء الدراسة:

في ضوء ما كشفت عنه نتائج بحثنا الحالي يمكننا تقديم عدة توصيات سيكون لها أثر كبير في التخفيف من حجم المشكلات التي تعاني منها شريحة المسنين إذا ما وُظفت من خلال خطة علمية وطنية شاملة ، ويتم متابعتها من خلال جدول وبرنامج يخضع للمتابعة والاهتمام... وهذه التوصيات تتمثل فيما يلي:

١. ضرورة بذل اهتمام أكبر بمرحلة الشيخوخة من قبل المؤسسات الحكومية والأهلية كإحدى مراحل النمو التي يصاحبها تغيرات عديدة من النواحي النفسية والاجتماعية والبيولوجية وغيرها ووضع البرامج الإرشادية التي تتلاءم مع فئة هذه المرحلة.
٢. تحديد المشاكل التي يواجهها المسنون في فلسطين ومحاولة إيجاد الحلول لها خاصة النواحي التي أظهر أهميتها البحث الذي بين أيدينا وهي النواحي النفسية والوجدانية والاجتماعية..... الخ ، ووضع آلية حلول تتناسب مع طبيعة المشكلات ممثلاً :
٣. الانتباه للحاجات النفسية والاجتماعية التي تتطلبها هذه المرحلة كالحاجة إلى الراحة والهدوء والأمان وتقدير الذات والحاجة إلى العطف والحنان والحب والاحترام وإشراك المسن في الحياة اليومية الاجتماعية، ومحاولة تحسين الخدمات النفسية المقدمة للمسنين بما يتناسب واحتياجات هذه المرحلة من الناحية النفسية والاجتماعية بما يراعي خصوصية المسن الفلسطيني .
٤. إيجاد مراكز لتوجيه المسنين ومساعدتهم في إيجاد حلول لمشاكلهم النفسية والاجتماعية بشكل دوري والاستعانة ببعض التقنيات مثل الخط الهاتفي المباشر.
٥. رفع منسوب الوعي الجماهيري حول طبيعة متطلبات المسن والتغيرات التي تطرأ عليه في هذه المرحلة من العمر وكيفية التعامل معه لتوفير أكبر قدر من التفاعل الاجتماعي والتوازن الانفعالي للمسن وذلك من خلال تسخير الإعلام المرئي والمسموع والمقروء.... الخ.
٦. ضرورة وضع قانون تشريعي للضمان الاجتماعي الذي يضمن توفير الرعاية النفسية والاقتصادية والاجتماعية والصحية لجميع المسنين.

## المراجع

### المراجع العربية:

١. احمد( سهير كامل)، " دراسة عبر ثقافية عن الاكتئاب والانطواء الاجتماعي لدى المسنين المتقاعدين في البيئتين المصرية
٢. إبراهيم( هبة ) ، عبد الخالق ( احمد ) دراسة بعنوان " الفلق والاتجاه نحو الموت لدى المراهقين والراشدين والمسنين " دراسات عربية في علم النفس ، المجلد ٤ ، العدد ٣
٣. عبد الحميد (محمد نبيل) ، العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي ، القاهرة : الدار الفنية للنشر والتوزيع ، ١٩٨٧.
٤. عبد الخالق ( احمد محمد ) المقياس العربي للوسواس القهري ، دار المعرفة الجامعية بالإسكندرية ١٩٩٢
٥. عبد الخالق ( احمد محمد ) قلق الموت . الكويت : المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، عالم المعرفة ١٩٨٧
٦. عبد الهادي (شاهيناز إسماعيل) ، الحاجات النفسية للمسنين: دراسة ميدانية ، رسالة ماجستير، كلية البنات ، جامعة عين شمس ، ١٩٨٦
٧. عبد الخالق ( احمد عبد الخالق ) ، دويدار ( عبد الفتاح محمد ) ، النبال ( مایسة احمد ) ، كريم ( عادل شكري ) ، الفروق في الفلق والاكتئاب بين مجموعته عمرية مختلفة من الجنسين ، بحوث المؤتمر الخامس لعلم النفس في مصر ، القاهرة ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية ص ٩٧- ١١٣
٨. مجمع اللغة العربية ، المعجم الوجيز ، القاهرة ، وزارة التربية والتعليم ١٩٩٠.
٩. غانم (محمد حسن ) ٢٠٠٢ دراسات عربية في علم النفس مجلد ١ عدد ٣ .
١٠. عبد المحسن (عبد الحميد) ، الخدمة الاجتماعية في مجال المسنين في الوطن العربي: مكتبة نهضة الشرق ١٩٨٦.
١١. جودة (أمال عبد القادر) ٢٠٠٥، مجلة كلية التربية ، جامعه عين شمس ، العدد التاسع والعشرون ( الجزء الثاني ) .
١٢. خليفة(عبد اللطيف محمد) ، نشق القيم لدى المسنين المتقاعدين عن العمل ، في عبد اللطيف محمد خليفة ، دراسات في سيكولوجية المسنين ، التقرير الثالث ، ١٩٩١ "ج".
١٣. عودة (محمد)، "مشكلات مرحلة الشيخوخة في المجتمع الكويتي، دراسة ميدانية لعينة من المسنين"، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، ١٩٨٦ المجلد السادس العدد ٢٣.(ص٤٨-ص٩٦).

١٤. خليفة (عبد اللطيف محمد) ، جامعة القاهرة ، قسم علم النفس ٢٠٠٤ ، سيكولوجية المسنين.
١٥. غريب (غريب عبد الفتاح) مقياس الاكتئاب وضع بيك الطبعة الثانية القاهرة : مكتبة النهضة المصرية ، ١٩٩٠ .
١٦. المركز الفلسطيني للإحصاء الفلسطيني، ٢٠٠٧ ، التعداد العام للسكان والمساكن والمشاعات ، إصدار ٢٠٠٨ .
١٧. الثعالبي (أبو منصور) ، فقه اللغة وسر العربية ، القاهرة ، ١٩٧٢ .
١٨. فتاوى، هدى محمد، سيكولوجية المسنين، القاهرة، مركز التنمية البشرية والمعلومات ، ١٩٨٧.
١٩. السيد (فؤاد البهي)، الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، القاهرة، دار الفكر العربي، ١٩٧٥ .
٢٠. الغلبان (نعيم مطر جمعه) رسالة دكتوراه بعنوان "مرحلة الشيخوخة متغيرات ومتطلبات في الجانب النفسي والبيولوجي ، جامعه العالم الأمريكية ، ٢٠٠٨
٢١. الدوة (أمل محمد) دراسة بعنوان " علاقة بعض المتغيرات النفسية والمعرفية والاجتماعية بمستويات تقبل المرأة للعنف الزوجي " ٢٠٠٧
٢٢. حامد(نهى فهمي السيد) ، التوافق الاجتماعي للمسنين ، رسالة ماجستير كلية الآداب جامعة القاهرة ، ١٩٦٦ .
٢٣. خليفة(عبد اللطيف محمد)، ارتفاع نسق القيم لدى الفرد، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة القاهرة ١٩٨٧ .
٢٤. أبو زيد(احمد) ، " مقدمة عن الشيخوخة " ، عالم الفكر ، ١٩٧٥ ، المجلد السادس ، العدد الثالث، (ص٣-ص١٢).
٢٥. احمد(سهير كامل)، " دراسة عبر ثقافية عن الاكتئاب والانطواء الاجتماعي لدى المسنين المتقاعدین في البيئتين المصرية.
- ٢٦.الرازي(أبو بكر)، مختار الصحاح، القاهرة: المطبعة الأبجدية ببولاق، الطبعة الثانية ، ١٩٣٧ .
٢٧. النفسية لدى المطلقات، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد ٩٩ .
٢٨. مبروك (عزة عبد الكريم) ، ٢٠٠٢ دراسات عربية في علم النفس مجلد ١ عدد ٢٩ .
٢٩. عودة (محمد) . " مشكلات مرحلة الشيخوخة في المجتمع الكويتي: دراسة ميدانية لعينة من المسنين"، المجلة العربية للعلوم الإنسانية ، ١٩٨٦ ، المجلد ٦ ، العدد ٢٣ ، ص٤٨-٩٦ .
٣٠. كناعنه (شريف) ، ٢٠٠٠ " دراسة في بعض المتغيرات الاجتماعية ، دراسة صادرة عن وزارة الشؤون الاجتماعية .

### المراجع باللغة الانجليزية

1-Husain,B.A.& others,1988 the stress buffering role social support , J. of community psychology,vol 10 .409

2-Rossi, R. "Psychogenic aspects in Psychology of immigration" In Ch. Zwingman, Uprooting and Related Phenomena, WHO. 1977.

1. Walsh, N. "The Psychology of emigration " In Ch. Zwingman, Uprooting and Related Phenomena, WHO. 1977.

2. Qouta, S. Sarraj E. (1999), Level of anxiety before and after the Intifada. J. of Derrassat Naffsia. V03 P15-25

3. Qouta, S., & EL Sarraj, E. (1992). Curfew and children's mental health. Journal of Psychological Studies, 4, 13-18.

4. Qouta, S., Peltonen, K., Punamaki, R. L., & El Sarraj, E. (2006). Trauma and social relations: Peer and sibling relations and their mental health function among war traumatized children. *Manuscript*.

5. Qouta, S., Punamaki, R. L., & El Sarraj, E. (1996). House demolition and mental health: The victims and witnesses. Journal of Social Distress and Homeless, 6, 203-211.

6. Qouta, S., Punamaki, R. L., & El Sarraj, E. (2003). Prevalence and determinants of ptsd among Palestinian children exposed to military violence. European Child & Adolescent Psychiatry, 12, 265-272.

7. Qouta, S., Punamäki, R. L., & I Sarraj, E. (1995). Relations between traumatic experiences, activity and cognitive and emotional responses among palestinian children. International Journal of Psychology, 30, 289-304.

8.Qouta, S., Punamäki, R. L., Montgomery, E., & El Sarrja, E. (2006). Predictors of psychological distress and positive resources among palestinian adolescents: Trauma, child, and mothering characteristics. Child Abuse & Neglect