

The Islamic University – Gaza
Research and Postgraduate Affairs
Faculty of Education
Master of Community Mental Health



الجامعة الإسلامية - غزة
شؤون البحث العلمي والدراسات العليا
كلية التربية
تخصص الصحة النفسية والمجتمعية

قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين

"دراسة مقارنة بين المسنين القائمين بدور المسنين وأقرانهم العاديين"

Death anxiety and its relationship with mental health for a sample of elderly a specific comparative study for the elderly whom live in home for the elderly

إعداد الباحثة:

أريج خليل محمد القيق

إشراف:

د. نبيل كامل محمد دخان

قدمت هذه الدراسة كأحد متطلبات الحصول على درجة الماجستير في كلية التربية برنامج علم النفس - تخصص الصحة النفسية والمجتمعية

محرم - 1438 هـ / أغسطس - 2016 م

إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين
"دراسة مقارنة بين المسنين القائمين بدور المسنين وأقرانهم العاديين"

Death anxiety and its relationship with mental health for a sample of elderly a specific comparative study for the elderly whom live in home for the elderly

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هو نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة ككل أو أي جزء منها لم يقدم من قبل الآخرين لنيل درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أي مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

Declaration

I understand the nature of plagiarism, and I am aware of the University's policy on this.

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted by others elsewhere for any other degree or qualification.

Student's name:	أريج خليل القيق	اسم الطالب:
Signature:		التوقيع:
Date:		التاريخ:



هاتف داخلي: 1150

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

الرقم: ج س غ/35

Date: 28/09/2016م
التاريخ:

نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة شئون البحث العلمي والدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحثة/ اريج خليل محمد القيق لنيل درجة الماجستير في كلية التربية/ قسم الصحة النفسية المجتمعية وموضوعها:

قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين دراسة مقارنة بين المسنين القائمين بدور المسنين وأقرانهم العاديين.

Death anxiety and its Relationship with Mental Health for a sample of elderly A specific Comparative Study for the elderly whom live in .homes for the elderly

وبعد المناقشة التي تمت اليوم الأربعاء 25 ذو الحجة 1437هـ، الموافق 28/09/2016م الساعة الحادية عشر صباحاً، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

.....
.....
.....

مشرفاً و رئيساً

د. نبيل كامل دخان

مناقشاً داخلياً

أ.د. محمد وفائي/ علاوي الحلو

مناقشاً خارجياً

د. هشام أحمد غراب

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحثة درجة الماجستير في كلية التربية/ قسم الصحة النفسية المجتمعية.

واللجنة إذ تمنحها هذه الدرجة فإنها توصيها بتقوى الله ولزوم طاعته وأن تسخر علمها في خدمة دينها ووطنها.

والله ولي التوفيق ،،،

مكتب الرئيس لشئون البحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. عبدالرؤوف علي المناعمة



الملخص

هدفت الدراسة الكشف عن مستوى قلق الموت ومستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة، وبيان علاقة قلق الموت بالصحة النفسية، ومقارنة قلق الموت لدى المسنين المقيمين بدار رعاية المسنين، وأقرانهم المقيمين مع أسرهم، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتمثلت أدوات الدراسة باستمارة بيانات شخصية، ومقياس قلق الموت لدى المسنين (اعداد الباحثة)، ومقياس الصحة النفسية لدى المسنين (اعداد الباحثة)، طُبقت على عينة بلغت (33) مسن مقيم في دار رعاية المسنين، و(47) مسن مقيم مع أسرته في محافظة رفح.

خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان أهمها أن مستوى قلق الموت لدى المسنين (65.63%). كما تبين أن مستوى الصحة النفسية التي يتمتع بها عينة الدراسة من المسنين بلغت (71.484%)، وتبين أنه لا توجد علاقة ارتباط دالة إحصائياً بين قلق الموت والصحة النفسية. لكن ظهرت علاقة دالة إحصائياً بين قلق الموت وبعد الخلو من الأمراض العصبية. وتبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان الإقامة، لصالح المقيمين مع الأسرة، ولم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير مكان الإقامة.

وفي ضوء نتائج الدراسة أوصت الباحثة بضرورة صياغة برامج إرشادية وعلاجية لعلاج قلق الموت لدى المسنين، وضرورة الاهتمام بدار رعاية المسنين، وتوفير متطلبات الحياة الكريمة لهم، والاهتمام بوجود مختصين نفسيين لمساعدة المسن على فهم وتقدير ذاته، وضرورة أن تقوم وسائل الإعلام والمؤسسات المختصة بحسن التعامل مع الإعلانات المتعلقة بالأمراض الجديدة، فيجب عدم التهويل منها، وطرق الوقاية.

Abstract

This study aims at identifying the level of death anxiety and the psychological health level of the sample of elderly in the Gaza Strip. The study also intends to show the relationship between death anxiety and psychological health and comparing the death anxiety of the elderly housing facility and their peers living with their families. To achieve the objectives of the study, the researcher used the descriptive analytical approach. The study tools were as follows: a personal data form, death anxiety scale for the elderly (prepared by the researcher), and psychological health scale for the elderly (prepared by the researcher). The sample of the study consisted of 33 elderly residing in a housing facility and (47) elderly living with their families in the city of Rafah.

The most important findings of the study:

The level of death anxiety of the elderly had a percentage of (65.63%). The level of psychological health of the elderly had a percentage of (71.484%). There is no statistically significant correlative relationship between death anxiety and psychological health. There is a statistically significant correlative relationship between death anxiety and being free from neurotic disease. There are statistically significant differences between the levels of death anxiety attributed to the variable place of residence. The differences are in favor of those living with their families. There are no statistically significant differences between the levels of psychological health attributed to the variable place of residence.

The most important recommendations of the study:

There is a need to make guiding and remedial programs to treat death anxiety of the elderly. More attention should be paid to the elderly housing facilities and providing the residents with the means of dignified life. There should be psychological specialists to care of elderly so as to enable them to understand themselves. Media and concerned organizations should deal properly with the topics related to new diseases. They should do that without intimidation and explain the methods of prophylaxis.

الآية القرآنية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ الْمَوْتِ وَإِنَّمَا تُوَفَّوْنَ أَجُورَكُمْ يَوْمَ
الْقِيَامَةِ فَمَنْ زُحِرَ عَنِ النَّارِ وَأُدْخِلَ الْجَنَّةَ فَقَدْ فَازَ وَمَا
الْحَيَاةُ الدُّنْيَا إِلَّا مَتَاعُ الْغُرُورِ ﴿١٨٥﴾

[آل عمران: ١٨٥]

الإهداء

- إلى من غرسوا فيَّ حبَّ العلم وذلَّلوا لي الصَّعاب
أبي وأمي الحبيبين
- إلى أجمل عائلةٍ أكرمني الله بها، هذا بعضُ غرسكم
أخواتي وإخوتي الأحبة
إلى زوج المستقبل ميسرة
- إلى روحٍ وعدتني بالحضور فغابت علَّ الجنة دارها وقرارها، إلى من أحببتي كثيرًا
وأحببتها أكثر
- إلى كلِّ أسرةٍ مسلمةٍ
- إلى كلِّ باحثٍ وباحثةٍ
- إليكم جميعًا أهدي هذا العمل المتواضع.

شكر وتقدير

قال تعالى: ﴿ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ ﴾ [النمل: 19].

الحمد لله ذي المنّ والفضل والإحسان، حمداً يليق بجلاله وعظمته. وصلّ اللهم على خاتم الرسل، من لا نبي بعده، صلاةً تقضي لنا بها الحاجات، وترفعنا بها أعلى الدرجات، وتبلغنا بها أقصى الغايات من جميع الخيرات، في الحياة وبعد الممات، بعد أن يسر العسير وذلل الصعاب، وفرج الهمم، وعلى تفضله عليّ بوالدين كريمين شقاً لي طريق العلم، فأشكر والدي العزيز الذي كان خير سند لي طيلة حياتي الدراسية، من تشجيع ودعاءٍ وصبرٍ وعطاءٍ، وأشكر أمي الحبيبة التي ما فتأت تدعمني بصادق دعواتها وحنان احتوائها، جعل الله ما قاما به في ميزان حسناتهما، وأمد في عمريهما، وأعاني على برهما.

كما أدينُ بفضيل فضل والشكر والعرفان في إنجاز هذه الدراسة إلى أستاذي المتفاني المعطاء الدكتور نبيل كامل دخان الذي علمني بصمتٍ وصوتٍ كيف يكون العمل متقناً، فكان خير مشرفٍ ومعينٍ لي فنعمة الأستاذ هو، أسأل الله أن يجزيه عني خير الجزاء، وكذلك الشكر الجزيل موصولاً إلى عضوي لجنة المناقشة: الأستاذ الدكتور: محمد وفائي الحلو مناقشاً داخلياً، والدكتور: هشام غراب مناقشاً خارجياً... حفظهما الله، وذلك لتفضلهما بالموافقة على مناقشة هذه الدراسة، وعلى ما سيديانته من ملاحظاتٍ سديدةٍ ستجود الدراسة بإذن الله.

كما وأتقدم بالشكر وأسمى آيات العرفان إلى كل أساتذتي الأفاضل في كلية التربية بالجامعة الإسلامية، فجزاهم الله جميعاً عني خير الجزاء. كما أوجه أسمى آيات الشكر والامتنان لأفراد عينة الدراسة من فئة المسنين، شاكرة لهم حسن تعاونهم، فلولاهم لما كان للدراسة وجود، ولولا عونهم لي، لما وصلت إلى هذه المرحلة، فأسأل الله أن يعينهم.

وبعد، فالحمد لله الذي تفرّد بالكمال لنفسه، وجعل النقص سمةً تستولي على جملة البشر، وهذا جهدي بين يد أساتذتي، فإن وفقت فتلك منة من الله وفضلٍ عليّ، وما توفيقي إلا بالله، وما أراني بلغت الغاية، وإن كانت الأخرى، فحسبي أنني بشرٌ أخطئ وأصيب، وقد حاولت واجتهدت، فالكمال لله وحده.

والله من وراء القصد، هو نعم المولى ونعم النصير.

الباحثة

أريج خليل الفيق

فهرس المحتويات

أ.....	الملخص
ب.....	ABSTRACT
ج.....	الآية القرآنية
د.....	الإهداء
ه.....	شكر وتقدير
و.....	فهرس المحتويات
ح.....	فهرس الجداول
2.....	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
2.....	المقدمة
4.....	مشكلة الدراسة وأسئلتها
5.....	أهداف الدراسة
6.....	أهمية الدراسة
7.....	مصطلحات الدراسة
8.....	حدود الدراسة
10.....	الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة
10.....	مقدمة
10.....	المبحث الأول: قلق الموت
21.....	المبحث الثاني: الصحة النفسية
31.....	المبحث الثالث: فئة المسنين
38.....	تعقيب عام على الإطار النظري
41.....	الفصل الثالث: الدراسات السابقة
41.....	مقدمة
41.....	أولاً: الدراسات العربية
48.....	ثانياً: الدراسات الأجنبية
51.....	التعقيب على الدراسات السابقة
54.....	فرضيات الدراسة
56.....	الفصل الرابع: المنهجية والإجراءات

56	تمهيد
56	منهج الدراسة
56	مجتمع الدراسة
56	عينة الدراسة
58	أدوات الدراسة
70	الأساليب الإحصائية
70	الصعوبات التي واجهت الباحثة
73	الفصل الخامس: عرض النتائج ومناقشتها
73	تمهيد
73	اختبار التوزيع الطبيعي
73	نتائج السؤال الأول ومناقشتها
75	نتائج السؤال الثاني ومناقشتها
77	نتائج السؤال الثالث ومناقشتها
79	نتائج السؤال الرابع ومناقشتها
81	نتائج السؤال الخامس ومناقشتها
88	نتائج السؤال السادس ومناقشتها
90	نتائج السؤال السابع ومناقشتها
99	تعقيب عام على النتائج
100	التوصيات
100	دراسات مقترحة
102	قائمة المصادر والمراجع
102	أولاً: المصادر والمراجع العربية
110	ثانياً: المصادر والمراجع الأجنبية
112	قائمة الملاحق

فهرس الجداول

- جدول (1. 4): الخصائص الشخصية لعينة الدراسة 57
- جدول (2. 4): معاملات الارتباط وقيم الاحتمال بين كل فقرة من فقرات مقياس قلق الموت والدرجة الكلية لفقراته 60
- جدول (3. 4): معاملات الارتباط وقيم الاحتمال بين بعد من أبعاد مقياس قلق الموت والدرجة الكلية لفقراته 61
- جدول (4. 4): معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد الاستبانة والدرجة الكلية لمحاورها 62
- جدول (5. 4): معامل الارتباط بين الفقرات فردية الرتب والفقرات زوجية الرتب لكل بعد من أبعاد الاستبانة والدرجة الكلية لمحاورها 62
- جدول (6. 4): طريقة إدخال وترميز مقياس قلق الموت عند المسنين 63
- جدول (7. 4): معاملات الارتباط وقيم الاحتمال بين كل فقرة من فقرات مقياس الصحة النفسية والدرجة الكلية لفقراته 65
- جدول (8. 4): معاملات الارتباط وقيم الاحتمال بين بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية والدرجة الكلية لفقراته 67
- جدول (9. 4): معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية والدرجة الكلية لفقراته 68
- جدول (10. 4): معاملات الارتباط بين الفقرات فردية الرتب والفقرات زوجية الرتب لكل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية والدرجة الكلية لفقراته 69
- جدول (11. 4): طريقة إدخال بيانات مقياس الصحة النفسية لدى المسنين 69
- جدول (1. 5): اختبار التوزيع الطبيعي لأدوات الدراسة 73
- جدول (2. 5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية والرتب لأبعاد قلق الموت والدرجة الكلية لفقراته 74
- جدول (3. 5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية والرتب لأبعاد قلق الموت والدرجة الكلية لفقراته 75
- جدول (4. 5): مصفوفة الارتباط بين قلق الموت والصحة النفسية لدى عينة من المسنين 77
- جدول (5. 5): اختبار ت للفروق في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين باختلاف متغير مكان الإقامة 79

جدول (6. 5): اختبار ت للفروق في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين باختلاف متغير الجنس	81
جدول (7. 5): اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى قلق الموت بين مجموعات متغير الحالة الاجتماعية	83
جدول (8. 5): اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى قلق الموت بين مجموعات متغير المستوى التعليمي	84
جدول (9. 5): اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى قلق الموت بين مجموعات متغير العمر	85
جدول (10. 5): اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى قلق الموت بين مجموعات متغير الحالة الاقتصادية	86
جدول (11. 5): اختبار (L.S.D) للمقارنات البعدية في بعد الخوف من الأمراض المميتة باختلاف متغير الحالة الاقتصادية	87
جدول (12. 5): اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى قلق الموت بين مجموعات متغير الحالة الصحية	87
جدول (13. 5): اختبار ت للفروق في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين باختلاف متغير مكان الإقامة	88
جدول (14. 5): اختبار ت للفروق في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين باختلاف متغير الجنس	90
جدول (15. 5): اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى الصحة النفسية بين مجموعات متغير الحالة الاجتماعية	92
جدول (16. 5): اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى الصحة النفسية بين مجموعات متغير المستوى التعليمي	93
جدول (17. 5): اختبار (L.S.D) للمقارنات البعدية في مستوى الصحة النفسية باختلاف متغير المستوى التعليمي	94
جدول (18. 5): اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى الصحة النفسية بين مجموعات متغير العمر	95
جدول (19. 5): اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى الصحة النفسية بين مجموعات متغير الحالة الاقتصادية	96

- جدول (20. 5): اختبار شيفيه للمقارنات البعدية مستوى الصحة النفسية باختلاف متغير الحالة الاقتصادية 97
- جدول (21. 5): اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى الصحة النفسية بين مجموعات متغير الحالة الصحية 97
- جدول (22. 5): اختبار (L.S.D) للمقارنات البعدية في مستوى الصحة النفسية باختلاف متغير الحالة الصحية 98

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

المقدمة:

يمر الإنسان خلال حياته بمراحل نمو متتالية تبدأ بالطفولة، مروراً بالمرحلة، والشباب، والكهولة، وصولاً لمرحلة الشيخوخة، ولكل مرحلة احتياجاتها، ومتغيراتها، ومشكلاتها، التي تزداد تعقيداً وحساسية بتقدم العمر، ويمرور الوقت تتضح انفعالات الإنسان مع نموه العمري.

وإن أهم خصائص مرحلة الشيخوخة التغيرات البيولوجية والعقلية والانفعالية والاجتماعية، وتراكم الأمراض، وانخفاض الدخل، ويترتب على هذه التغيرات خمول جسدي، وعقلي يترافق مع اضطرابات نفسية منها القلق والتفكير بالمستقبل، والتفكير بالموت (فهمي وفهمي، 1999م، ص 106).

أشار أوق (Ogg, 2005, p 75) إلى أن الشيخوخة مرحلة عمرية تكثر مشكلاتها، وتعقيداتها، لأن الإنسان يتولد لديه أفكار حول نهاية عمره، واقترب موعد موته، كما تتأثر الحالة النفسية لديه باختلاف ظروف مختلفة منها مكان الإقامة، والمساندة الاجتماعية، والجنس.

ومن الطبيعي أن الإنسان يتغير تغيراً عضوياً ونفسياً نتيجة لتقدم عمره، فبعد أن كان قادراً على مواجهة مشكلات حياته بقوة، أصبح كائناً ضعيفاً يعيش على ماضيه أكثر من حاضره، غير أن بعض المسنين ينجحون في مواجهة مشاكلهم وتحقيق ذواتهم (حمو علي، 2012م، ص 13).

وتزايدت في الآونة الأخيرة الدراسات المهمة بفئة المسنين وذلك لعدة أسباب أهمها تزايد أعداد المسنين، وجهود التنمية البشرية، وتوسع علم النفس والارشاد النفسي، إضافة إلى المسؤولية الاجتماعية تجاه فئة المسنين، كونها قضية نفسية وإنسانية (مرسي، 2008م، ص 35). ووجدت بالذکر أن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني أصدر نشرة تتعلق بنسبة المسنين في فلسطين عشية اليوم العالمي للمسنين (1/10/2016)، حيث أن نسبتهم في فلسطين بلغت (4.5%)، بينما كانت النسبة في الضفة الغربية (5.0%)، أما في قطاع غزة فكانت نسبة المسنين (3.8%) (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: <http://www.pcbs.gov.ps/default.aspx>).

ويهدف علم النفس إلى تعزيز توافق الفرد النفسي والاجتماعي، وتعزيز صحته النفسية، وبناء على ذلك ترى الباحثة بأن دراسة الصحة النفسية للمسن أمر في غاية الأهمية خاصة أن ديننا الإسلامي يدعونا إلى احترام هذه الفئة، ومساندتهم، وتقديم الدعم لهم، وانطلاقاً من هذه المسؤولية اهتمت الباحثة بهذه الفئة، ودراسة مستوى قلق الموت و الصحة النفسية لديهم.

ويرى عبد الخالق (1997م، ص 55) أن التفكير في المستقبل أساساً أحد مصادر القلق، ويعتبر الموت بطبيعته لكل كائن حي خبرة مستقبلية، لكنه لن يستفيد منها في حياته خاصة، وأن الموت ينهي ارتباطه بالحياة، لذا فإن التفكير فيه أمر صعب، ويفاقم الاضطرابات النفسية على كاهل الإنسان، ويؤدي الإنسان القلق من الموت أعراض اكتئابية، وجمود في التفكير.

ودراسة القلق وأنواعه له مكانة في الارشاد النفسي والعلاج النفسي، نظراً لأن القلق بشكل عام يقف وراء العديد من الاضطرابات النفسية الأخرى ولاسيما العصابية منها، حيث يرى كل من (Rowan & Ears) أن القلق قاتل صامت. لذلك نجد اهتمام بالغ من علماء النفس لدراسة القلق وأنواعه كقلق المستقبل، وقلق الموت، وغيرها من الأنواع (بلان، 2009م، ص 17).

حيث يعد قلق الموت أحد أكثر أنواع القلق تعقيداً، لأنه سبب في أنواع القلق الأخرى من وجهة نظر فرويد، وهو سمة نفسية تدرس في كل من علم نفس الشخصية، وعلم النفس المرضي؛ واتضح مؤخراً أن الأفراد المهينين بحكم تكوينهم النفسي للقلق العام هم أشد الأفراد إحساساً بقلق الموت، وهذا مردود ارتباطات موجبة بين القلق العام وقلق الموت. ومن أهم المراحل العمرية التي قد يشعر فيها الفرد بقلق الموت هي مرحلة ما قبل الموت نفسه، مرحلة الشيخوخة (أبو صالح، 2013م، ص 3).

وترى الباحثة أن تزايد مشكلات المسنين تجعل رعايتهم أمراً ضرورياً، فمنهم من يجد الدعم والمساندة من الأسرة، ومنهم من يلجأ لدور الرعاية لتلقي الخدمات الصحية والإعالة اللازمة، وهناك فروق كبيرة بين الحياة بدور الرعاية والحياة مع العائلة، لذا تعتقد الباحثة بأن هذه الفروق قد تنعكس على الصحة النفسية لدى المسن. حيث أشارت بعض الدراسات ومنها دراسة (الدهان، 2005م) بأنه توجد فروق في مستوى التوافق بين المسن المقيم بدور الرعاية والمسن المقيم مع أسرته، ولصالح المقيم مع أسرته.

والصحة النفسية تعبر عن الايجابية في التعامل مع الذات، والتعامل مع الآخرين، وتتجلى في مظاهر نفسية متعددة منها النفسية والاجتماعية والسلوكية مثل معرفة الذات وتقبلها، والثقة بالنفس، والقدرة على ضبط الانفعالات، والإيمان بحرية الإرادة، وتقبل المسؤوليات، والتوافق الشخصي والاجتماعي، والشجاعة في مواجهة تحديات الحياة، وإدراك الواقع بشكل واضح، وحب الذات والآخرين، والشعور بهدف الحياة (عبد الله، 2014م، ص 61 - 62).

ومن خلال اطلاع الباحثة على مجموعة من المسنين لاحظت بأن هناك ضعف في فهم الواقع، وإدراكه، وبالتالي قد يبني أهدافاً تصطمح بإمكاناته الضعيفة، وجسده الضعيف، فيتولد لديه مشاعر سلبية وتبدأ صحته النفسية بالتراجع، كما أن المسن يعلم جيداً بأنه مقبل على الموت، والموت حقيقة لا مفر منها، وهو خبرة مجهولة تجلب القلق، والتوتر الشديد، فإن كان المسن يجد من يدعمه ويسانده، ويهتم بشؤونه يبقى هذا القلق في معدله العادي، وإن لم يجد ذلك فسيقع فريسة الاضطرابات النفسية التي تؤثر في صحته النفسية.

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

مرحلة الشيخوخة مرحلة يصاحبها العديد من التغيرات البيولوجية والنفسية كتدهور الوظائف العقلية: مثل ضعف الذاكرة والنسيات والحديث عن الماضي، وتباطؤ في التفكير وضعف في عملية الإدراك، وذلك لتلف جزء من خلايا المخ إضافة إلى الضعف الجسدي، وظهور عديد من المشكلات الجسدية، وأكدت نتائج دراسة (حجازي وأبو غالي، 2010م، ص 132) أن هناك العديد من المشكلات التي يعاني منها المسنين في قطاع غزة كان أكثرها حدة المشكلات الاجتماعية والاقتصادية، يليها المشكلات النفسية، ثم الصحية، وأشارت نتائج دراسة (بلان، 2009م، ص 16) أن المسن يعاني من سمة القلق، وأنه توجد فروق في سمة القلق بين المسن المقيم مع أسرته، والمسن المقيم بدور المسنين، ولقد أكدت نتائج دراسة (صيام، 2010م، ص 176) أن هناك علاقة بين بعض سمات الشخصية، والتوافق النفسي عند المسن.

وانطلاقاً من ذلك ترى الباحثة أنه من الأهمية دراسة قلق الموت لدى المسنين، وعلاقتها بالصحة النفسية لديهم، حيث تنحصر مشكلة الدراسة في الأسئلة التالية:

1- ما مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة؟

- 2- ما مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة؟
- 3- هل توجد علاقة بين قلق الموت والصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة؟
- 4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان الإقامة؟
- 5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان الإقامة؟
- 6- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغيرات: الجنس، والحالة الاجتماعية، والمؤهل العلمي، والعمر، والحالة الاقتصادية، والحالة الصحية؟
- 7- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغيرات: الجنس، والحالة الاجتماعية، والمؤهل العلمي، والعمر، والحالة الاقتصادية، والحالة الصحية؟

أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- 1- تحديد مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة.
- 2- الكشف عن مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة.
- 3- الكشف عن العلاقة بين قلق الموت والصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة.
- 4- التعرف إلى الفروق في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة باختلاف متغير مكان الإقامة.
- 5- التعرف إلى الفروق في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة باختلاف متغيرات: الجنس، والحالة الاجتماعية، والمؤهل العلمي، والعمر، والحالة الاقتصادية، والحالة الصحية.
- 6- التعرف إلى الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة باختلاف متغير مكان الإقامة.

7- التعرف إلى الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة باختلاف متغيرات: الجنس، والحالة الاجتماعية، والمؤهل العلمي، والعمر، والحالة الاقتصادية، والحالة الصحية.

أهمية الدراسة:

تنقسم أهمية الدراسة إلى:

1- الأهمية النظرية:

- تعد الدراسة هامة كونها المحاولة الأولى - على حد علم الباحثة - التي تدرس العلاقة بين قلق الموت والصحة النفسية لدى عينة من المسنين، كما أنها المحاولة الأولى التي تدرس الفروق في مستوى قلق الموت والصحة النفسية لدى المسنين المقيمين بدور الرعاية والمقيمين مع أسرهم.
- وتعد الدراسة هامة كونها محاولة جادة للوقوف على مستوى الصحة النفسية لدى المسن، وهذا يفيد في طرح توصيات تساعد على تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي.
- كما تعد الدراسة مهمة كونها تحاول الكشف عن الفروق بين قلق الموت والصحة النفسية لدى المسنين المقيمين بدور الرعاية والمقيمين مع أسرهم، وذلك يفيد في رفع مستوى تحمل المجتمع المحلي مسؤولياته تجاه هذه الفئة.
- كما تعد دراسة الصحة النفسية أمراً مهماً لكافة الفئات، خاصة فئة المسنين، حيث أن تمتع المسن بصحة نفسية يجعله أكثر إيجابية في التعامل مع ذاته، والتعامل مع الآخرين.

2- الأهمية التطبيقية:

- قد تفيد نتائج الدراسة الحالية القائمين على دور المسنين في طرح برامج تعزز مستوى الصحة النفسية لدى المسن، وتخفف قلق الموت لديهم.
- قد تفيد نتائج الدراسة الحالية المؤسسات الاجتماعية؛ حيث أن دراسة قلق الموت، والصحة النفسية وعلاقتها يتيح لهم فرص طرح البرامج الإرشادية والعلاجية.
- قد تفيد نتائج الدراسة الحالية المختصين والباحثين، حيث أنها تفتح لديهم آفاق لدراسات مستقبلية على نفس الفئة المستهدفة.

- تقدم الدراسة إطاراً نظرياً وميدانياً يثري المكتبة النفسية الفلسطينية بموضوع قلق الموت، والصحة النفسية لدى فئة المسنين.

مصطلحات الدراسة:

قلق الموت:

التوتر والخوف من الموت، والتفكير المستمر به، وسيطرة فكرة الموت لدى المسن، وتكرار فكرة الموت (الحلو والشكعة والقدومي، 2003: 14).

وتعرفه الباحثة اجرائياً بأنه خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به كالقبر والأمراض المميتة، والخوف الشديد من مظاهر الموت المختلفة، ويقاس بالدرجة التي يحصل عليها المسن من خلال استجابته على مقياس قلق الموت.

الصحة النفسية:

التوافق التام، أو التكامل بين الوظائف النفسية، مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ عادة على الفرد، مع الإحساس الايجابي بالسعادة والكفاية، وهي حالة ثابتة نسبياً (أبو سيف والناشري، 2009: 26 - 27)

وتعرف الباحثة الصحة النفسية بأنها حالة دائمة نسبياً، تعبر عن تكامل طاقات الفرد ووظائفه المختلفة وتوازن القوى الداخلية والخارجية الموجهة لسلوكه في مجتمع، ووقت ما، ومرحلة نمو معينة، وتكون شخصيته متكاملة وسوية، وخالياً من الأمراض العصابية، ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة ورفاهية ورضا، وتقاس بالدرجة التي يحصل عليها المسن من خلال استجابته على مقياس الصحة النفسية.

المسنين:

تحدد الباحثة المسن بأنه الشخص الذي تجاوز عمر (60) عاماً، ويسكن في قطاع غزة، إما في دور رعاية المسنين، أو مع الأسرة.

حدود الدراسة:

- 1- الحدود الزمنية: تم اجراء الدراسة في العام (2016).
- 2- الحدود المكانية: اقتصرت الدراسة على محافظات رفح جنوب قطاع غزة.
- 3- الحدود البشرية: اقتصرت الدراسة على المسن الذي تجاوز عمره (60) عاماً ويقيم في دار الوفاء للمسنين، والمسن المقيم مع أسرته في محافظة رفح جنوب قطاع غزة.
- 4- الحدود الموضوعية: اقتصرت الدراسة على الكشف عن قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة "دراسة مقارنة".

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة

مقدمة:

يتناول الفصل الثاني أدبيات الدراسة النظرية، وينقسم إلى ثلاث مباحث رئيسية، وهي: مبحث قلق الموت، ومبحث الصحة النفسية، ومبحث فئة المسنين.

المبحث الأول: قلق الموت.

منذ أن تبين للإنسان أن الموت هو المواجهة الاخيرة مع المجهول لم يكن مفاجئاً له المعاناة الدائمة من الخوف والتوتر تجاه هذا المجهول، والموت أمراً حتمياً ومستحيل الهروب منه وبالتالي يصعب على الإنسان تجاهل هذا المثير، فالإنسان المؤمن الموت يمثل له ذلك المجهول الذي يرهبه ويدفعه نحو طاعة الله والعمل على حسن الخاتمة، أما غير المؤمن فتفكيره في الموت ليل نهار لن يدفع عنه الموت ولن يجيره من عذاب ما بعد الموت والقلق من الموت إما سويماً عادياً وإما عصابياً مرضياً، ويقول المولى عز وجل ﴿ أَيْنَمَا تَكُونُوا يُدْرِكْكُمُ الْمَوْتُ وَلَوْ كُنْتُمْ فِي بُرُوجٍ مُّشِيدَةٍ ﴾ [النساء: ٧٨]

مفهوم القلق:

عرف فرويد (Freud) القلق بأنه شيء يشعر به الفرد، أي أنه حالة انفعالية نوعية غير سارة، ويتضمن مكونات ذاتية وفيزيولوجية وسلوكية تتكرر بين الحين والآخر بشكل ضيق في الصدر أو التنفس أو آلام في المعدة أو زيادة عدد ضربات القلب (أبو الخير، 2002م، ص 103).

وعرفه ثورن (Thorn) بأنه الخوف من المستقبل، وما قد يحمله من أحداث تهدد وجوده؛ فالقلق ينشأ عما يتوقعه الفرد من أحداث في المستقبل، أي أن القلق ليس ناشئاً من خبرات الماضي؛ فالإنسان هو الكائن الوحيد الذي يدرك تماماً أن نهايته حتمية وأن الموت قد يحدث له في أي لحظة، وأن توقع حدوث الموت فجأة يعد التنبيه الأساسي للقلق عند الإنسان (الخالدي، 2006م، ص 197).

عرف الكفافي (1990م، ص 342) القلق بأنه خبرة انفعالية غير سارة يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد ومخيف، أو عندما يقع في موقف صراعي أو احباط حاد، وكثيراً ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية الشعورية بعض المظاهر الفسيولوجية خاصة عندما تكون نوبة القلب حادة مثل زيادة ضربات القلب وزيادة التنفس وارتفاع ضغط الدم، إضافة إلى فقدان الشهية وزيادة إفراز العرق والارتعاش في الأطراف كما قد يتأثر إدراك الفرد للموضوعات المحيطة به في موقف القلق.

أما هارولدينفك (1997م، ص 122) فيعرف القلق بأن حالة من عدم الاتزان المستمر تنشأ بسبب وجود صراع داخل الفرد فيما بين الاستجابات الانفعالية.

أما سبيلبيرجر (Spielberger) فيفرق بين القلق كسمة، والقلق كحالة، فالقلق كسمة عنده عبارة عن استعداد سلوكي مكتسب في معظمه، يظل كامن عند الانسان لتنبهه، ويعمل على تنشيط المنبهات لديه سواء أكانت تلك المنبهات داخلية أو خارجية، فالقلق كسمة عبارة عن استعداد. والقلق كحالة فيرى أن حالة انفعال مؤقتة يمر بها الإنسان في موقف يدعو للقلق فينشط جهازه العصبي وتتوتر عضلاته ويستعد لمواجهة الموقف وتزول هذه الحالة بزوال الموقف، فيعود الإنسان إلى طبيعته، والموقف عبارة عن تهديد ما للإنسان (القرشي، 2012م، ص 27).

ورأى أبو مصطفى (1999م، ص 23) أن القلق خبرة انفعالية غير سارة تحمل إشارة خطر مجهول غير محدد، ويحتمل أن يحدث وتصاحبه تغيرات جسمية ونفسية، وقد ينمو في مرحلة الطفولة المبكرة.

مستويات القلق:

تشير الأدبيات السابقة إلى أن القلق لازم للإنسان منذ القدم، ويتفق علماء النفس على أن هناك ثلاث مستويات للقلق، وهي:

المستوى المنخفض للقلق:

يحدث حالة التنبيه العام للفرد ويزداد تيقظه وترتفع لديه الحساسية للأحداث الخارجية كما تزداد قدرته على مقاومة الخطر، ويكون الفرد في حالة تحفز لمواجهة مصادر الخطر في البيئة التي

يعيش فيها الفرد، ولهذا يكون القلق في هذا المستوى إشارة إلى إنذار لخطر على وشك الوقوع (قواجلية، 2013م، ص 13).

المستوى المتوسط:

يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة؛ حيث يفقد السلوك مرونته وتلقائيته، ويستولي الجمود بوجه عام على تصرفات الفرد في مواقف الحياة، وتكون استجاباته وعاداته هي تلك العادات الأولية الأكثر ألفة، وبالتالي يصبح كل شيء جديد مهدداً، وتنخفض القدرة على الابتكار ويزداد الجهد المبذول للمحافظة على السلوك المناسب في مواقف الحياة (فرج، 2009م، ص 145 - 146).

المستوى المرتفع:

يتأثر التنظيم السلوكي بصورة سلبية أو يقوم بأساليب سلوكية غير ملائمة للمواقف المختلفة؛ ولا يستطيع الفرد التمييز بين الميزات الضارة وغير الضارة، ويرتبط بعدم القدرة على التركيز والانتباه وسرعة التهيج والسلوك العشوائي (الشاذلي، 2001م، ص 115).

تصنيف القلق:

اختلف العديد من الباحثين والمهتمين بموضوع القلق في تصنيفهم لأنواع القلق وقد يرجع ذلك إلى اختلافهم في تحديد مفهوم دقيق للقلق، أو نظراً لاختلاف نظرتهم في القلق، وستعرض الباحثة التصنيفات الأكثر شيوعاً للقلق:

صنف الأزرق (2002م، ص 89) أن القلق بشكل عام ينقسم إلى نوعين هما:

1- **القلق العادي الموضوعي:** وهو قلق نابع من الواقع ومن ظروف الحياة اليومية وهذا النوع من أنواع القلق يمكن تحديد مصدره وحصر مسبباته ويكون في الغالب محدود الزمان والمكان، وينتج عن أسباب خارجية واقعية معقولة.

2- **القلق المرضي "العصابي":** وهو ملازم للفرد لمدة طويلة ويصعب تحديده لكن يمكن الاستدلال عليه من سلوك صاحبه وأسلوب حياته وقد لا يشعر المصاب بآثاره إلا بشعور غامض وبعد فترة.

فالقلق المرضي قلق داخلي غامض غير محدد المعالم تختلف شدته وعمقه من شخص لآخر وهنا نجد أن الفرد يجهل مصادر قلقه ولا تأتي تصرفاته وردود أفعاله جواباً على عوامل ومسببات معينة، بل على تهديدات غامضة وشاملة وهنا نلاحظ بأن رد الفعل يكون عشوائياً وبسلوك فوضوي، وقد لا يقضي هذا السلوك على الحالة بل يفاقم من أثارها ويزيد حالات التوتر لدى الفرد، والقلق المرضي يصبح لدى البعض سلوكاً ملازماً للفرد (فراج، 2006م، ص 222).

بينما يتعرض الفرد للقلق الموضوعي في فترة محدودة ثم ينجلي، وهو مفيد للفرد لأنه يجعل الفرد أكثر انتباهاً وتركيزاً وقدرة على المواجهة، وأكثر استعداداً لمعالجة الظروف الطارئة والمواقف التي تهدد الفرد وسلامته وأمنه وتوازنه الحيوي والاجتماعي (الأزرق، 2002م، ص 90).

فيما صنف فرويد (Frued) القلق على أنه ثلاثة أنواع ذكرها (القاضي، 2009م، ص 15-16) بما يلي:

- 1- **قلق واقعي:** وهو يشير إلى القلق الناشئ عن الخبرة الانفعالية المؤلمة والتي تنشأ عن إدراك الشخص لخطر خارجي كان يتوقعه.
 - 2- **قلق عصابي:** وهو يعبر عن القلق الذي يكون مصدره مجهولاً ولا يعرف له سبباً، القلق المرضي الغامض، وسبق الإشارة إليه.
 - 3- **قلق خلقي:** وهو يشير إلى الخبرة الانفعالية المؤلمة التي تنشأ عن شعور الفرد بالذنب أو الخجل نظراً لقيام هذا الشخص بارتكاب فعل يتعارض مع الأخلاق.
- وترى الباحثة بأن القلق ينقسم إلى صنفين الأول قلق عادي موضوعي، حيث أن التهديد الذي يواجه الفرد والخبرات الصادمة تجعله دائم القلق والخوف، وبالتالي يتكون لديه بعض مشاعر القلق، أما بالنسبة للقلق المرضي فهو بمثابة قلق عصابي من مواقف عادية.

الربط بين القلق والموت:

الموت نهاية الحياة، إذ يلعب دوراً كبيراً في ظهور القلق عند الإنسان، فالتصور الغامض والمبهم للحياة البرزخية، وكونه حقيقة مطلقة، وهو مجهول المكان والزمان، جميع هذه العوامل تبرر ظهور ما يسمى بقلق الموت.

إن ما يقوم به الإنسان والتظاهر أمام نفسه والآخرين تعبير بشكل واضح عن قلق الموت، والدفاعات التي يستعملها مثل التفكير بالعودة الأبدية، والرفض المرضي للموت، والانتحار.

وجميع مظاهر الموت، خاصة في عصرنا الحالي المليء بالضغوط والتحديات والأمراض المميتة تدعو للقلق، والموت خبرة لا بد أن يمر بها كل إنسان، رغم أنه يجهلها ولا يعلم الطريق من بعدها، والمسلم يعلم جيداً بأن الموت مرحلة انتقالية بين حياة الدنيا إلى حياة الآخرة، وقلقه من الموت يجب أن يدفعه للتقرب من الله، والخوف من هذا المقام العظيم،

مفهوم قلق الموت:

عرف ديكستين قلق الموت بأنه التأمل الشعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة (عبد الخالق، 2005م، ص 38).

عرف تمبلر (Templer) قلق الموت بأنه خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه (معمرية، 2007م، ص 212)

وعرف هولتر (Hulter) قلق الموت بأنه استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المتعمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت (قواجلية، 2013م، ص 26).

وعرف غالب (1981م) قلق الموت بأنه قلق ميتافيزيقي لا موضوع له، ولا باعث حول شيء، وهو قلق على المستقبل نفسه، وهو ناجم من حدث مقبل ليس للإنسان عليه سلطة (عماري، 2013م، ص 20).

وعرفت شوقي (2015م، ص 14) قلق الموت على أنه حالة انفعالية غير سارة تشير إلى القلق من المجهول بعد الموت، وكيفية الإعداد للموت، والقلق من العجز، وعدم القدرة، والوحدة.

ويُعرف قلق الموت بأنه حالة انفعالية غير سارة تتضمن مشاعر سلبية ذاتية من خلال تأمل شعوري في حقيقة مفروضة على الفرد ولا محال أنها قادمة لكن متى وأين وكيف؟ (عسليية وحمدونة، 2015م، ص 733).

ومن خلال اطلاع الباحثة على الأدبيات السابقة المتعلقة بقلق الموت وجدت أن معظم الباحثين يتفقون مع تعريف تمبلر لقلق الموت، وبناءً على ذلك ترى الباحثة بأن قلق الموت لا يمكن أن يجعل بموت الفرد، وذلك مصداقاً لقوله تعالى: ﴿ فَإِذَا جَاءَ أَجْلُهُمْ لَا يَسْتَجِرُّونَ سَاعَةً وَلَا يَسْتَقْدِمُونَ ﴾ [النحل: 61]. أي أن الموت حقيقة على كل البشر، وهو محدد بمشيئة الله تعالى، والتفكير فيه تدبر وخشية من الله سبحانه وتعالى، ولا يمكن أن يكون التفكير في الموت، أو قلق الموت سبباً في تعجيله، ولا يمكن لحياة الرفاهية بشتى ألوانها أن تؤخر الموت، وذلك لقوله سبحانه وتعالى: ﴿ أَيْنَمَا تَكُونُوا يُدْرِكَكُمُ الْمَوْتُ وَلَوْ كُنْتُمْ فِي بُرُوجٍ مُّشِيدَةٍ ﴾ [النساء: 78].

وتعرف الباحثة قلق الموت بأنه خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به كالقبر والأمراض المميتة، والخوف الشديد من مظاهر الموت المختلفة.

أسباب قلق الموت:

القلق من الموت له ثلاث جوانب مختلفة: الجانب الأول شعور ذاتي، والثاني خارجي ظاهر يشتمل على مختلف التغيرات والحركات والأوضاع، والثالث جانب سيكولوجي. كما أن مظاهر قلق الموت ترجع إلى الخوف من المجهول، والخوف من فقدان الأسرة والأصدقاء، والجسم، والذات. فالخوف من الموت هو خوف فقدان الذات، لكن حالة الموت لا أساس لها في الخبرة الشخصية، ومن ثم فهي أبعد من الخيال والتصور، وليس في مقدور أي شخص أن يتخيل فعلاً ما الذي يمكن أن يكون عليه عدم الوجود التام، أو أن يفقد ذاته، ويحدث انعدام الشعور للأبد (الحكمي، 2015م، ص 36).

لذا يبدو أن الخوف من الموت أو القلق بشأنه يرجع إلى أسباب متعددة ومرتبطة بالشخص ذاته، والشخص الذي يستجيب بسلوك كاره للمثير المرتبك بالموت هو في هذه الحالة يخاف من الموت، ويرجع ذلك إلى البناء المعرفي لهذا الشخص أو فهمه للموت، مما يجعله أكثر حساسية للاستجابة للمثير المرتبط بالموت سواء كان هذا الخوف عصبياً أو طبيعياً (نصر، 2011م، ص 5083).

وحدد عبد الخالق (1997م، ص 217) أسباب متعددة لقلق الموت أهمها الخوف من الحساب والعقاب، والخوف من نهاية الحياة، والخوف على الأولاد، والخوف من طقوس وسكرات الموت، والخوف من مصير الجسد بعد الموت، والخوف من الانتقال من حياة الدنيا إلى الحياة الآخرة، وقبلها الحياة البرزخية.

أعراض قلق الموت:

الجميع يعلم بأن الموت حتمية، حيث لكل بداية نهاية، ونهاية الإنسان الموت، وهي خبرة لا يمكن لأحد فهمها بشكل واضح ودقيق، وقد يكون قلق الموت عادياً وقد يكون قلقاً عصابياً، ويمكن تحديد درجة قلق الموت من خلال أعراضه التي تظهر على فرد، وفيما يلي عرض لأهم هذه الأعراض:

أولاً: الأعراض البدنية.

تتعدد أعراض القلق البدنية بشكل عام، وكذلك الأمر بالنسبة لقلق الموت، فمن أعراضه التوتر الزائد، والأحلام المزعجة، وسرعة النبض أثناء الراحة، وفقد السيطرة على الذات، ونوبات العرق، وغثيان المعدة، وتنميلات اليدين أو الذراعين أو القدمين، ونوبات من الدوخة أو الإغماء، وسرعة دقات القلب (شيهان، 1998م، ص 35).

ثانياً: الأعراض النفسية.

من أعراض قلق الموت الانفعالية نوبة من الهلع التلقائي، والاكتئاب، والانفعال الزائد، وعدم القدرة على التمييز، واختلاط التفكير، والميل للعدوان، وتوقع الأشياء السلبية في الحياة، وسرعة الغضب دون أسباب، والعزلة والانسحاب من العالم، وانتظار لحظة الموت (شيهان، 1998م، ص 35). ويضيف عبد الخالق (1998م، ص ص 42 - 43) الميل إلى توقع الشر والمصائب، وفقدان الثقة بالنفس، وهلاوس الاضطهاد المرتبطة بالموت، والارتباك والتردد في اتخاذ القرارات، والشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفزع.

وهناك أعراض أخرى كتعب العام، وجفاف الجسم، وفقدان الشهية، واضطرابات بولية، وصعوبة البلع، واضطرابات هضمية، والإمساك، والقيء، وتمزق الغشاء الفمي، واضطرابات التنفس،

واضطرابات سلوكية مختلفة، والاختلاج، واضطرابات النوم واليقظة، الترقب وانتظار أشياء غير موجودة فعلاً (Delbard, 2001, p 21).

النظريات المفسرة لقلق الموت:

أولاً: نظرية التحليل النفسي.

يعتقد فرويد أن قلق الموت هو أساس كل قلق، ويرى رواد التحليل النفسي أن قلق الموت يكون بمثابة حالة يكون فيه الأنا غير قادر على تقبل الموت، وإذا استندنا إلى ما جاء به فرويد فيما يخص التفريق بين القلق العصابي وقلق الموت، فإنه أشار إلى أن قلق الموت له ميكانزم أساسي يقع بين الأنا والأنا الأعلى (مباركي، 2015م، ص 13).

ثانياً: النظرية السلوكية.

يعتبر السلوكيون القلق بمثابة خوف من ألم أو عقاب يحتمل أن يحدث، لكنه غير مؤكد الحدوث، وهو انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر، لكنه يختلف عن الخوف ويثيره موقف خطر مباشر ملائم أمام الفرد، والقلق ينزع إلى الأزمات فهو يبقى أكثر من الخوف العادي، وقد يرتبط بالموت إذا زاد عن حده، ولا ينطلق في سلوك مناسب يسمح للفرد باستعادة توازنه إذن، فهو يبقى خوف محبوس لا يجد له مصرفاً (قواجلية، 2013م، ص 36). كذلك أن الإنسان حيث يشعر بانفعال قلق الموت أو خوف فإن التأثيرات الانفعالية تصاحبها تغيرات جسمية قد تكون بالغة الخطورة إذا تكرر الانفعال وأصبحت الحالة الانفعالية من مزمنة، فقد اتضح أن القلق المزمن كقلق الموت المتواصل قد يؤدي إلى ظهور تغيرات حركية ظاهرة تصعب الانفعال (عزت، 1994م، ص 17 - 26).

ثالثاً: نظرية التعلم الاجتماعي.

يتحدث دولارد وميللر (Dollard & Miller) أن علاقات المسن تقتصر على تحقيق الذات، وترتبط بالدور الاجتماعي للمسن، كما أن القلق كونه شكلاً من أشكال الخوف الذي يكون مصدره غامضاً، ويعتقدان أن أساس القلق صراع داخلي وإدراك الفرد للمثير، حيث أن هذا المثير يتحكم بدرجة القلق، فالإنسان يستجيب للمثيرات المكروهة أو الخطر فيتجنب هذه

التهديدات، وبما أن الموت تهديد حقيقي ولا مر منه، ولا يمكن مواجهته والموت مرداف للتلاشي، فبنشأ قلق خطير يطلق عليه قلق الموت (محمود، 2015م، ص 361).

رابعاً: النظرية المعرفية.

النظرية المعرفية: إن المشكلات العصابية تعكس أخطاء نسبية في الحكم ويعتبر قلق الموت بناء على ذلك سلوك انفعالي ناتج عن الأفكار التي يكونها الفرد حول نفسه، بما في ذلك ما قد يصيبه من أمراض، وهذه الأفكار التي تخرج عن حدود المنطق يكون بموجبها خطأ نسبياً، وحتى يتم التخلص من الاضطرابات المعرفية يجب القيام بتغيير بنيوي للفكرة، من خلال تزويد الفرد المصاب بالاضطرابات النفسية المتمثلة في مستوى قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة (عماري، 2013م، ص 24 - 25).

خامساً: نظرية الذات.

يرى رواد هذه النظرية ومنهم روجرز (Rogers) أن أي خبرة يمر بها الفرد في حياته ولا تتفق مع تنظيم أو بناء ذاته ستعمل كتهديد له، وكلما ازداد هذا التهديد ازداد جمود الذات، وهذا من شأنه أن يصيب الفرد بالقلق، الذي يدفع الفرد إلى إنكار مسببات هذا القلق، وإبعادها عن طريق آليات الدفاع في محاولة للإبقاء على صورة الذات متماسكة في حال تواتر الخبرات المؤلمة في تفكير الفرد سوف يضطرب وينشأ قلق الموت (محمود، 2015م، ص 362).

بناءً على ما تقدم من عرض للتفسير النظري لقلق الموت؛ وترى الباحثة بأن الموت قد يشكل تهديداً للفرد، وهو خبرة لا يعلمها عنها الكثير، وفي نفس الوقت لا يمكن له تكوين ميكانزمات ناجحة لمواجهة الموت، ولا يمكن أن يستفيد من علاقته ومحيطه الاجتماعي في مواجهته، وبالتالي لا يمكن الأخذ بآراء النظريات السابقة بشكل منفرد، ويجب التوفيق بينها، بحيث أن الموت خبرة يعلم الفرد أنه لا مفر منها، وب نفس الوقت يعلم أن يجهد حقيقة الموت، و حياة البرزخ، ويجهد مكان موته، ويجهد زمن موته، ويجهد طريقة موته، وذلك يعني أن القلق من الموت أمراً عادياً لكن كفرد مسلم يجب أن يتجه نحو التدين، والعمل الصالح لتكن هذه الخبرة حسنة، لأن المسلم يعلم أن أعماله في الدنيا يحاسب عليها يوم القيامة بعد الموت.

قلق الموت في الإسلام:

اهتم الإسلام بكافة جوانب اعداد الإنسان، فحسن الله صورته، وجعل لخلقه ووجوده هدف سامي يسعى الفرد لتحقيقه، فقال الله تعالى: ﴿ وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ ﴿٥٦﴾ ﴾ [الذاريات: 56]. فالهدف الأساسي لخلق الإنسان هو عبادة الله، وذلك لأجل الفوز بالدنيا والآخرة، ويمر الإنسان منذ خلقه إلى بعثه بمراحل متعددة، أوردتها القرآن، قَالَ تَعَالَى: ﴿ يَتَأْتِيهَا النَّاسُ إِنْ كُنْتُمْ فِي رَيْبٍ مِّنَ الْبَعْثِ فَإِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِّنْ تُرَابٍ ثُمَّ مِنْ نُطْفَةٍ ثُمَّ مِنْ عَلَقَةٍ ثُمَّ مِنْ مُضْغَةٍ مُّخَلَّقَةٍ وَغَيْرِ مُخَلَّقَةٍ لِّنُبَيِّنَ لَكُمْ وَنُقِرُّ فِي الْأَرْحَامِ مَا نَشَاءُ إِلَىٰ أَجَلٍ مُّسَمًّى ثُمَّ نُخْرِجُكُمْ طِفْلًا ثُمَّ لِتَبْلُغُوا أَشَدَّكُمْ وَمِنْكُمْ مَّنْ يُتَوَفَّىٰ وَمِنْكُمْ مَّنْ يُرَدُّ إِلَىٰ أَرْدَلِ الْعُمُرِ لِكَيْلَا يَعْلَمَ مِنْ بَعْدِ عِلْمٍ شَيْئًا وَرَىٰ الْأَرْضَ هَامِدَةً فَإِذَا أَنْزَلْنَا عَلَيْهَا الْمَاءَ اهْتَزَّتْ وَرَبَّتْ وَأَنْبَتَتْ مِنْ كُلِّ زَوْجٍ بَهِيجٍ ﴿٥٧﴾ ﴾ [الحج: 5].

فكان الموت حقيقة على جميع الخلق، وذلك لقوله تعالى: ﴿ قُلْ إِنْ أَلْمُوتَ الَّذِي تَفِرُّونَ مِنْهُ فَإِنَّهُ مُلَاقِيكُمْ ثُمَّ تُرَدُّونَ إِلَىٰ عِلِّيِّ الْعَالَمِ وَالشَّهَادَةِ فَيُنَبِّئُكُمْ بِمَا كُنْتُمْ تَعْمَلُونَ ﴿٨﴾ ﴾ [الجمعة: 8]. والآيات تنظم حياة الإنسان، فخلقه كان لهدف، ويمر بعدة مراحل من عمره، ثم ينتقل إلى الموت رغم محاولة الفرار منه، وبعد الموت فإن هناك الدار الآخرة، وخلقه لأجل العبادة، والعبادة سبيل من سبل الفوز بالدنيا والآخرة.

كذلك قال الله سبحانه وتعالى: ﴿ أَيِنَّمَا تَكُونُوا يَدْرِكِكُمُ الْمَوْتُ وَلَوْ كُنْتُمْ فِي بُرُوجٍ مُّشِيدَةٍ وَإِنْ تُصِبْهُمْ حَسَنَةٌ يَقُولُوا هَذِهِ مِنْ عِنْدِ اللَّهِ وَإِنْ تُصِبْهُمْ سَيِّئَةٌ يَقُولُوا هَذِهِ مِنْ عِنْدِكَ قُلْ كُلٌّ مِّنْ عِنْدِ اللَّهِ فَمَالِ هَؤُلَاءِ الْقَوْمِ لَا يَكَادُونَ يَفْقَهُونَ حَدِيثًا ﴿٧٨﴾ ﴾ [النساء: 78]. ومهما تحصن الإنسان من الموت فإنه سيدركه، فقال الله تعالى: ﴿ وَجَاءَتْ سَكْرَةُ الْمَوْتِ بِالْحَقِّ ذَلِكَ مَا كُنْتَ مِنْهُ تَحِيدُ ﴿١٩﴾ ﴾ [ق: 19].

أي ذلك الذي كنت منه تحيد ونفر منه في حياتك، فقد يصلك بأي لحظة، وهذا تحذير للإنسان من التهاون، واللهو وراء شهوات الدنيا، وأن الإنسان يجب أن يبادر بفعل الخيرات لأن الموت سيدركه من حيث لا يعلم.

ولقد أوصانا رسولنا الكريم - ﷺ - بالإكثار من ذكر الموت، لأن في ذكره عظة، واستعداد، فعن أبي هريرة - رضي الله عنه - قال: قال رسول الله - ﷺ - "أَكْثَرُوا ذِكْرَ هَادِمِ اللَّذَاتِ - يَعْنِي: الْمَوْتِ" (رواه الترمذي رقم الحديث (2307)).

وقال الشيخ عطية سالم رحمه الله: "المراد بذلك أن تكثر من ذكر الموت لتستعد له، لا لتكدر صفوك في الدنيا وتقول: أنا سأموت، لماذا اعمل؟! ثم يضيق صدرك؛ لا، المراد: أكثروا من تذكره في نفوسكم، من أجل أن تستعدوا له" (شرح بلوغ المراد، 1414هـ، 2/4).

ومن أكثر ذكر الموت أكرمه الله بثلاث: تعجيل التوبة، وقناعة القلب، ونشاط العبادة، ومن نسي ذكر الموت ابتلي بثلاث: تسويف التوبة، وترك الرضا، والتكاسل بالعبادة".

فينبغي أن يكون تذكرك للموت سبباً لقيامك بالطاعات، ومحفزاً على سرعة التوبة، ولا تجعل خوفك من الموت يسبب لك قلقاً، ولا وساوس، ولا يُقعدك عن العمل والطاعات، ولا يمنعك من الكسب، ولا يجعلك تقوم بحقوق نفسك وأسرتك، وإلا كان هذا التذكر عليك، لا لك.

ومع ذكرك للموت، بل إكثارك منه، أن تحسن الظن بربك تعالى، وأنه لا يظلم الناس شيئاً، وأنه تعالى يضاعف الحسنات، ويعفو ويصفح، ويقبل من عباده المسيئين توبتهم وإنابتهم، فاحذر أشد الحذر من القنوط من رحمة الله، واجمع في قلبك بين الخوف من الله وبين رجائه تعالى، فالخوف والرجاء للمؤمن كالجناحين للطائر، فلا يغني أحدهما عن الآخر. لذلك قال الله سبحانه وتعالى:

﴿ نَتَجَافَى جُنُوبَهُمْ عَنِ الْمَضَاجِعِ يَدْعُونَ رَبَّهُمْ خَوْفًا وَطَمَعًا وَمِمَّا رَزَقْنَاهُمْ يُنفِقُونَ ﴿١٦﴾ [السجدة: 16].

ومن خلال ما سبق يمكن الإشارة إلى أن الخوف والقلق لدى الإنسان يتولد من حتمية الموت، وجهله بمكان موته، وزمان موته، والطريقة التي سيموت عليها، فعليه أن يوظف قلقه في طاعة ربه، والتوبة السريعة، فقلق الموت في الإسلام يجب أن يشكل الدافع الحقيقي وراء العمل وطاعة الله، واحترام الحقوق والواجبات، خاصة وأن الموت لا مفر منه.

المبحث الثاني: الصحة النفسية.

مفهوم الصحة النفسية:

تُعرف الصحة النفسية على أنها حالة من التوازن والتكامل بين الوظائف النفسية للفرد، تؤدي به أن يسلك بطريقة تجعله يتقبل ذاته، ويقبله المجتمع، بحيث يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا والكفاية (الكفافي، 1990م، ص 8).

وعرف ميغاريوس (2001م، ص 21) الصحة النفسية بأنها درجة نجاح الفرد بتوافقه الداخلي بين دوافعه ونوازعه المختلفة وتوافقه الخارجي مع علاقاته بالبيئة المحيطة.

وعرف القريطي (2003م، ص 28) الصحة النفسية بأنها حالة عقلية انفعالية إيجابية، مستقرة نسبياً، تعبر عن تكامل طاقات الفرد ووظائفه المختلفة وتوازن القوى الداخلية والخارجية الموجهة لسلوكه في مجتمع، ووقت ما، ومرحلة نمو معينة، وتمتعه بالعافية النفسية والفاعلية الاجتماعية.

حالة دائمة نسبياً يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً (شخصياً، وانفعالياً، واجتماعياً) ويشعر فيها بالسعادة مع نفسه، ومع الآخرين، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكانياته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصية متكاملة سوية، ويكون سلوكه عادياً، بحيث يعيش في سلامة وسلام (المصدر وأبو كويك، 2007م، ص 7).

كما عرفها عبد الغفار (2007م، ص 213) حالة الفرد النفسية العامة والصحة النفسية السليمة هي حالة تكامل طاقات الفرد المختلفة بما يؤدي إلى تحقيق وجوده أي تحقيق إنسانيته.

وتُعرف منظمة الصحة العالمية إلى أن الصحة النفسية هي الرفاهة والكفاية الجسمية، والنفسية، والاجتماعية، وليست مجرد غياب المرض، وتعرفها الجمعية الوطنية الأمريكية للصحة النفسية بأنها مجموعة من مظاهر السلوك التي يتحلى بها الفرد، وتشمل الشعور بالرضا عن النفس، والقدرة على تقدير الآخرين، والقدرة على مقابلة متطلبات الحياة (عبدالله، 2014م، ص 68).

وتُعرف الصحة النفسية أيضاً بأنها القدرة على التآرجح بين الشك واليقين من خلال الشعور بالاستقرار النفسي والعقلي والجسدي، والقدرة على التوافق مع المجتمع (المصري، 2014م، ص 135).

تلاحظ الباحثة أن هناك اختلافاً بين العلماء في تعريف الصحة النفسية، ويعود ذلك إلى تباين مدارسهم النفسية التي ينتمون إليها، وكذلك إلى اختلافهم في تفسير وتحديد معايير ومؤشرات الصحة النفسية، فمنهم من أشار إلى أنها اكتمال الجوانب الجسمية والعقلية والاجتماعية وليست مجرد غياب المرض، ومنهم من يرى أنها حالة من التوافق بين كل جوانب الشخصية؛ وكذلك مع المجتمع، ويصفها آخرين بأنها حالة من الشعور الايجابي لدى الفرد يساعده، ويمكنه من أداء وظائفه بنجاح، ومنهم من يرى الصحة النفسية تبدو في مجموعة من شروط تحيط بالوظائف النفسية التي تتطوي عليها الشخصية، وبعضهم يرى بأنها نوع من التكامل بين الطاقات. وبناءً على ذلك ترى الباحثة بأن الصحة النفسية للصغار تختلف عن مفهومها لدى الكبار، لذا أشار (القريطي، 2003م) بأن الصحة النفسية مرتبطة بمرحلة النمو، ولخصوصية الفئة التي تهتم بها الدراسة الحالية تعرف الباحثة الصحة النفسية بأنها حالة دائمة نسبياً يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً وشخصياً وانفعالياً واجتماعياً، ويكون قادراً على تحقيق ذاته، تعبر عن تكامل طاقات الفرد ووظائفه المختلفة وتوازن القوى الداخلية والخارجية الموجهة لسلوكه في مجتمع، ووقت ما، ومرحلة نمو معينة، وتكون شخصيته متكاملة وسوية، وخالياً من الأمراض العصابية، ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة وسلام ورفاهية ورضا.

معايير الصحة النفسية:

ظهرت اتجاهات مختلفة لوضع معايير لتحديد السواء، وغير السواء في الصحة النفسية نتيجة تعدد النظريات النفسية، ومن هذه المعايير (الزبيدي، 2007م، ص 12):

1- **المعيار الذاتي:** وفيه يتخذ الفرد من ذاته إطاراً مرجعياً يرجع إليه في الحكم على السلوك السوي أو غير السوي.

2- **المعيار المثالي:** الذي يعد الشخصية السوية بأنها مثالية أو ما يقرب منها وأن اللاسوية هي انحراف عن المثل العليا، لهذا فإن الحكم عليها هو مدى اقتراب أو ابتعاد الفرد عن الكمال. يتميز هذا المعيار بالقيمية حيث أنه يُطلق أحكاماً خلقية على السلوك، ومقدار الحكم حسب هذا المعيار هو مدى اقتراب الفرد أو ابتعاده عن الكمال أو عما هو مثالي.

3- **المعيار الاجتماعي:** ويعتمد فيه على تحديد السواء وغير السواء بمدى الالتزام بالمعايير والقيم الاجتماعية والثقافية والدينية، أي التركيز على ضرورة إعطاء المكانة الأولى للأسس الاجتماعية، فإذا خرج الفرد بسلوكه عن معايير المجتمع، اعتبر هذا السلوك غير مقبول.

4- **المعيار الإحصائي:** يحصل فيه توزيع السوي واللاسوي من خلال الانحراف عن المتوسط إذ تتركز معظم التشابهات بين الأفراد في منتصف هذا التوزيع، فالشخص السوي لا ينحرف كثيراً عن المتوسط أو الشائع.

5- **المعيار الطبي:** يحدد بعض المنظرين في الطب النفسي إن اللاسوية تعود إلى صراعات نفسية لا شعورية وأن السوية هي الخلو من الاضطرابات.

أبعاد الصحة النفسية:

اهتم علماء النفس بتحديد أبعاد تقيس الصحة النفسية لدى فئات متعددة، واختلف العلماء في تحديد هذه الأبعاد، وبعد اطلاع الباحثة على مجموعة من الأدبيات التربوية والنفسية المتعلقة بالصحة النفسية، وطرق قياسها، وأبعاد قياسها، قامت بتبني مجموعة من هذه الأبعاد تتفق مع طبيعة وخصائص مرحلة الشيخوخة، وتتفق أيضاً مع طبيعة المجتمع والبيئة الفلسطينية، وفيما يلي عرض لهذه الأبعاد وتعريف الباحثة لكل بعد منها:

1- **الشعور بالكفاءة والثقة في النفس:** ويعني إحساس المسن بقيمته، وتوفر ما لديه من إمكانيات تجعله قادراً على العطاء، ومواجهة الصعاب والتحديات.

2- **التفاعل الاجتماعي:** ويقصد به مقدرة المسن على بناء علاقات اجتماعية، وتبادل الزيارات، وتكوين علاقات إنسانية مشبعة، والإسهام بدور إيجابي في المناسبات والأنشطة.

3- **النضج الانفعالي:** ويعني قدرة المسن على مواجهة الصراعات النفسية، والسيطرة على الانفعالات والتعبير عنها بصورة مناسبة ومقبولة اجتماعياً.

4- **الخلو من الأعراض العصابية:** ويعني خلو المسن من الأنماط السلوكية الشاذة المصاحبة للاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية، وانتفاء كل ما يعوق مشاركته في الحياة الاجتماعية ويحد من تفاعله مع الآخرين.

5- البعد الإنساني والقيمي: ويقصد به تبني المسن لإطار قيمي يهتدي به ويوجه سلوكه ويراعي فيه مشاعر الآخرين، ويحترم مصالحهم وحقوقهم.

خصائص الشخصية التي تتمتع بصحة نفسية:

الشخص الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة، يمكنه مواجهة التحديات، والتكيف مع التغيرات، ونعيش اليوم في عالم متسارع، تشوبه النزاعات، ويواجه الفرد منا العديد من المشكلات والضغوط والمثيرات، والشخص السوي الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة يمكنه تكوين ميكانزمات للدفاع عن ذاته، ومواجهة التهديدات، ويعيش برفاهية نفسية، ويحقق ذاته، ويسعى لاستعادة التوازن بأسرع وقت ممكن، ويتميز الأشخاص الذي يتمتعون بصحة نفسية جيدة بعدة خصائص، قامت الباحثة بالاطلاع على الأدبيات السابقة ذات العلاقة، وفيما يلي عرضاً لهذه الخصائص:

1- التوافق: التوافق يعني إشباع الفرد لحاجاته النفسية وتقبله لذاته واستمتاعه بحياة خالية من التوترات والصراعات والاضطرابات النفسية، واستمتاعه بعلاقات اجتماعية حميمة ومشاركته في الأنشطة الاجتماعية، وتقبله لعادات وتقاليد وقيم مجتمعه (سفيان، 2004م، ص 153).

2- الشعور بالسعادة مع النفس: أي الراحة النفسية من ماضٍ نظيف، وحاضر سعيد، ومستقبل مشرق، والاستفادة من مسرات الحياة اليومية، وإشباع الحاجات والدوافع الأساسية، والشعور بالأمن والطمأنينة، والثقة ووجود اتجاه متسامح نحو الذات، واحترام النفس والثقة بها، والعمل الجاد على تحقيق الأهداف الشخصية (الزبيدي، 2007م، ص 5).

3- الشعور بالسعادة مع الآخرين: حب الآخرين والثقة فيهم واحترامهم وتقبلهم، ووجود اتجاه متسامح نحو الآخرين، والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية سليمة، ودائمة، والانتماء للجماعة، وخدمة الآخرين، وتحمل المسؤولية الاجتماعية، والاندماج في المجتمع، والدفاع عنهم (الزبيدي، 2007م، ص 5).

4- تحقيق الذات واستغلال القدرات: فهم النفس، والتقييم الواقعي، وتقبل الحقائق المتعلقة بالقدرات، وتقبل مبدأ الفرق الفردية، واحترام الفروق بين الأفراد، وتقدير الذات حق قدرها، والمحافظة عليها، واستغلال القدرات لتحقيق الأهداف (الزبيدي، 2007م، ص 5). وأكد علوي (2016م، ص 30) على أن تحقيق الذات يجب أن يتضمن فهم قيمة الذات، والثقة

بالقدرة، وحب الذات، والحفاظ على الذات، وذلك من أجل الحفاظ على الكيان الوجودي لها، وهذا يعتمد على الرصيد المعرفي للفرد وما يحمله من قيم، ومعتقدات، وأفكار، فتحقيق الذات يؤثر على النشاط الحالي للفرد، ونظرته نحو المستقبل، وقبوله التحدي، وقبوله للواقع الذي يعيش فيه.

5- القدرة على مواجهة مطالب الحياة ومشكلاتها: مواجهة مطالب الحياة وتحدياتها من خلال النظرة السليمة للحياة، ومشكلاتها اليومية، وتقبل الواقع والبصيرة والمرونة والايجابية والقدرة على مواجهة احباطات الحياة اليومية، والترحيب بالخبرات والأفكار الجديدة، والانفتاح على خبرات الآخرين، والقدرة على تحسس المشاكل ومواجهتها بطرق وأساليب مواجهة سليمة، والاستفادة من الفشل على أنه خبرة لتحقيق النجاح (العمرى، 2012م، ص 47 - 48).

6- التوجه نحو الحياة: وهي النزعة أو الميل إلى النظرة الايجابية والاقبال على الحياة، والاعتقاد بإمكانية تحقيق الرغبات رغم مواجهة التحديات، وأن المستقبل جميل، بالإضافة إلى الاعتقاد بحدوث الخير، أو الجانب الجيد من الأشياء بدلاً من حدوث الشر أو الجانب السيء (أبكر، 2015م، ص 62)

النظريات المفسرة للصحة النفسية:

قامت الباحثة بالاطلاع على النظريات والآراء التي حاولت تفسير الصحة النفسية، فلاحظت بأن هناك اتفاق شديد بين تفسير الصحة النفسية وتفسير التوافق النفسي والاجتماعي، كما لاحظت بأن هذه التفسيرات هي جُل اهتمام علماء النفس، وأن نظريات تفسير الصحة النفسية هي منطلق لتفسير الظواهر النفسية المختلفة، وفيما يلي عرضاً للنظريات التي فسرت الصحة النفسية.

أولاً: التحليل النفسي.

رأى رواد التحليل النفسي، خاصةً فرويد مؤسس مدرسة التحليل النفسي أن العناصر الأساسية التي يتكون منها البناء النظري للتحليل النفسي هي نظريات المقاومة، والكبت واللاشعور، فهي تقوم على بعض الأسس التي تعد بمثابة مسلمات لتفسير السلوك، منها الحتمية النفسية والطاقة الجنسية والثبات والاتزان ومبدأ اللذة. ويتوقف تحقيق الصحة النفسية على مقدرة الأنا على التوفيق بين أجهزة الشخصية ومطالب الواقع، أي أن الاضطراب يحدث عندما لا تتمكن الأنا من

الموازنة بين الهو الغريزية، والأنا العليا المثالية (العمرى، 2012م، ص 41). ورأى فرويد أن عودة الخبرات المكبوتة يؤثر تأثيراً رئيساً في تكوين الأمراض العصابية، وأن الفرد الذي يتمتع بصحة نفسية هو من يستطيع إشباع المتطلبات الضرورية للهو بوسائل مقبولة اجتماعياً.

ثانياً: الاتجاه السلوكي.

رأى رواد الاتجاه السلوكي بأن التعلم هو المحور الرئيس، وأن السلوك المرضي يمكن اكتسابه كما يمكن التخلص منه، فالعملية الرئيسة هي عملية تعلم إذ تتكون الارتباطات بين مثيرات واستجابات، ومن هنا فإن الصحة النفسية تعد نتاجاً لعملية التعلم والتنشئة، واكتساب عادات مناسبة وفعالة تساعد الفرد على التعاون مع الآخرين في مواجهة المواقف التي تحتاج إلى اتخاذ قرارات، فإذا اكتسب الفرد عادات تتناسب مع ثقافة مجتمعه النفسية هو محك اجتماعي، ومن مؤيدي هذا المنهج (سكنر) الذي يقول إن سوء الصحة النفسية يعود إلى إخطاء في التعلم الشرطي.

ثالثاً: الاتجاه الإنساني.

رأى رواد الاتجاه الانساني أن الصحة النفسية تتمثل في تحقيق الفرد لإنسانيته تحقيقاً كاملاً، وأن الطبيعة البشرية خيرة بالطبع، أو في الأقل محايدة وان الظاهرة السلوكية السيئة بمثابة أعراض، ويؤكدون الصحة النفسية، وأن الدراسة النفسية يجب إن تتوجه إلى الكائن الإنساني السليم وليس الافراد العصائيين، وأكد روجرز إن هنالك اتصالاً وثيقاً بين مفهوم تقبل الذات، وتحقيقها وبين الصحة النفسية. حيث أن روجرز يرى أن الإنسان كائن عقلائي اجتماعي متعاون، ويمكن الوثوق به، وأن الأفراد لديهم إمكانية أن يتعايشوا، ويخبروا عن وعي العوامل التي تسهم في عدم توافقهم. وأنه من الضروري الإيمان بقيمة الإنسان، وقدرته على مواصلة النمو والتطور الذاتي، فالإنسان مسؤول عن تقرير مصيره ورعاية مصالحه بطريقته الخاصة دون المساس بحرية الآخرين (الزعبى، 2004م).

ترى الباحثة بأن هناك اختلافاً بين النظريات في مدخل تفسير الصحة النفسية، لكن هناك اتفاق حول أهميتها في البناء النفسي وتحقيق الأهداف والموازنة بين القدرات المتاحة، وتحديات ومصاعب الحياة، أما الاتجاه السلوك فينظر على أن معارف الفرد وقدراته واستفادته من الخبرات

السابقة وربطه بين المثير والاستجابة هي المحك الرئيس في تحقيق الصحة النفسية، أما الاتجاه الانساني تنظر إلى أن الفرد سليم وله قيمة ويتمتع بصحة نفسية مالم يؤثر عليه مثيرات وإحباطات وخوضه في صراعات، ويجب النظر إلى النمو والتطور لتحقيق الاتزان وتحقيق الصحة النفسية.

وترى الباحثة بأن الاتجاهات التي فسرت الصحة النفسية حاولت فهم جانباً من جوانبها، لكن الباحثة ترى بأن الصحة النفسية وحدة متكاملة تؤثر فيها جوانب متعددة، وأن الصحة النفسية تختلف باختلاف السمات والخصائص الشخصية، وتختلف باختلاف المعارف والخبرات، وتختلف باختلاف المثيرات التي يتعرض لها الفرد.

الصحة النفسية في الإسلام:

يتبع الإسلام في تربية الإنسان منهجاً هادفاً يحقق التوازن بين الجانبين المادي والروحي في شخصية الإنسان مما يؤدي إلى تحقيق الشخصية السوية التي تتمتع بالصحة النفسية. ولما كان معظم الناس يميلون إلى الانشغال بتحصيل السعادة العاجلة في هذه الحياة الدنيا، ويغفلون عن العمل لتحصيل السعادة الآجلة في الحياة الآخرة، كان الإنسان في حاجة إلى منهج خاص، وترى الباحثة أن هذا المنهج تضمن ثلاثة أساليب:

الأسلوب الأول:

يعنى بتقوية الجانب الروحي في الإنسان عن طريق الإيمان بالله، وتقواه، وأداء العبادات المختلفة. حيث ربط الله سبحانه وتعالى الوجود الإنساني بهدف أسمى من الأهداف الدنيوية فقال تعالى: ﴿ وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ ﴾ [الذاريات: 56]. وهنا نلاحظ الفرق بين الفرد المسلم وغير المسلم، فالفرد غير المسلم يعاني من هدف وجودي، أما الفرد المسلم يعرف طريقه، ويعرف لماذا خلق، وما هدفه في الحياة الدنيا، والحياة الآخرة. ولقد حقق الإسلام الأسلوب الأول من خلال جوانب متعددة أهمها تقويم علاقة الفرد بربه، والإيمان بالله سبحانه وتعالى، وتقوى الله التي تعتبر أهم عوامل نضوج الشخصية وتكاملها واتزانها، وترسيخ ذلك بالعبادات والتقرب إلى الله من خلالها.

الأسلوب الثاني:

يعنى بالسيطرة علي الجانب البدني في الإنسان، وذلك بالتحكم في الدوافع والانفعالات، والتغلب علي أهواء النفس وشهواتها.

فإشباع الرغبات بالإسلام لا يكون إلا بطرق حلال، فقال الله تعالى: ﴿وَلَيْسَتَعَفِيفَ الَّذِينَ لَا يَجِدُونَ نِكَاحًا حَتَّى يُغْنِيَهُمُ اللَّهُ مِنْ فَضْلِهِ وَالَّذِينَ يَبْتَغُونَ الْكِتَابَ مِمَّا مَلَكَتْ أَيْمَانُكُمْ فَكَاتِبُوهُمْ إِنْ عَلِمْتُمْ فِيهِمْ خَيْرًا وَءَاتُوهُمْ مِنْ مَالِ اللَّهِ الَّذِي آتَاكُمْ وَلَا تُكْرَهُوا فَتَيْتَكُمْ عَلَى الْبِعَاءِ إِنْ أَرَدْتُمْ تَحَصُّنًا لِنَبْتِغُوا عَرْضَ الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَمَنْ يُكْرِهْنَهُنَّ فَإِنَّ اللَّهَ مِنْ بَعْدِ إِكْرَاهِهِنَّ غَفُورٌ رَحِيمٌ ﴿٣٣﴾﴾ [النور: 33]، وتتضمن الآية تنظيم للغريزة الإنسانية، حيث ترى الباحثة بأن انحلال المجتمعات، وضعف الصحة النفسية ناجم عن تغلب الغريزة على الجوانب الروحانية للفرد. وعزز الإسلام التسامح مع الآخرين، وتجنب الغضب والتحكم بالانفعالات.

الأسلوب الثالث:

يعنى بتعليم الإنسان مجموعة من الخصال والعادات الضرورية لنضجه الانفعالي والاجتماعي، ولنمو شخصيته، ولإعداده لتحمل مسؤولياته في الحياة، وللقيام بدوره في تقدم المجتمع وعمارته الأرض بحيوية وفعالية، ولتهيئته لكي يحيى حياة سوية تتحقق فيها الصحة النفسية. ويتحقق الأسلوب الثالث في الإسلام من خلال محكات وخصال مختلفة، ولأهميتها في تحقيق الصحة النفسية ستعرض الباحثة هذه الخصال على النحو التالي:

1. **الشعور بالأمن النفسي:** كان رسول الله - ﷺ - يحث أصحابه على التعاون، والتماسك، وتوطيد العلاقات فيما بينهم، واهتم ببناء المجتمع كوحدة متماسكة، فقال رسول الله - ﷺ - "مَنْ أَصْبَحَ مِنْكُمْ آمِنًا فِي سِرْبِهِ، مُعَافَى فِي جَسَدِهِ، عِنْدَهُ قُوَّةٌ يَوْمَهُ، فَكَأَنَّما حَبِيزَتْ لَهُ الدُّنْيَا" (سنن الترمذي رقم الحديث (2346)). ففي هذا الحديث أشار الرسول صلى الله عليه وسلم إلى ثلاثة أسباب رئيسية للسعادة، وهى: الشعور بالأمن في الجماعة، وصحة الجسم، والحصول على القوت. ولا شك في أن شعور الإنسان بالأمن النفسي في معيشتة في الجماعة التي ينتمي إليها، وصحته البدنية، وخلوه من الأمراض، وإشباعه لحاجاته الفطرية الضرورية لبقائه من جوع وعطش وغيرها من الحاجات الفسيولوجية الفطرية الأخرى، إنما من المؤشرات الهامة للصحة النفسية

2. **الاعتماد على النفس:** كان الرسول - ﷺ - يعلم أصحابه الاعتماد على النفس، وتولى شؤونهم بأنفسهم، وتحمل مسؤولياتهم، وعدم الاتكال على الغير في قضاء حاجاتهم. فقال رسولنا الكريم - ﷺ - "لَأَنْ يَأْخُذَ أَحَدُكُمْ أَحْبَلَهُ، ثُمَّ يَأْتِي الْجَبَلَ، فَيَأْتِي بِحُزْمَةٍ مِنْ حَطَبٍ عَلَى ظَهْرِهِ، فَيَبِيعَهَا، فَيَكْفَى اللَّهُ بِهَا وَجْهَهُ، خَيْرٌ لَهُ مِنْ أَنْ يَسْأَلَ النَّاسَ، أَعْطَوْهُ أَوْ مَنَعُوهُ" (رواه البخاري).

3. **الثقة بالنفس:** زادت التربية النبوية من ثقة المسلم بنفسه، وحققت له ذاته، وعملت على تخليصه من الشعور بالنقص والضعف والخوف، وحثه على الاعتزاز بالنفس، وعلى الشجاعة في إبداء الرأي والتعبير عن أفكاره ومشاعره دون خشية من الناس، فعن سعيد الخدري أن الرسول - ﷺ - قال: "لا يحقر أحدكم نفسه". قالوا: يا رسول الله، كيف يحقر أحدنا نفسه؟ قال: "يرى أمراً لله عليه مقال، ثم لا يقول فيه، فيقول الله عز وجل له يوم القيامة: ما منعك أن تقول في كذا وكذا؟ فيقول: خشية الناس، فيقول: فإياي كنت أحق أن تخشى" (سنن ابن ماجه، رقم الحديث (4006)).

4. **الشعور بالمسؤولية:** لقد اهتم الرسول - ﷺ - بتربية أصحابه على الشعور بالمسؤولية. فعن ابن عمر أن الرسول صلى الله عليه وسلم قال: "كلكم راعٍ وكلكم مسئول عن رعيته، فالإمام الذي على الناس راعٍ وهو مسئول عن رعيته، والرجل راعٍ على أهل بيته وهو مسئول عن رعيته، والمرأة راعية على أهل بيت زوجها وهي مسئولة عنهم، وعبد الرجل راعٍ على مال سيده وهو مسئول عنه، ألا كلكم راعٍ وكلكم مسئول عن رعيته" (رواه البخاري، رقم الحديث (853)).

5. **القناعة والرضا بالقضاء والقدر:** إن من أهم عوامل راحة البال الإنسان وسعادته قناعته بما قسمه الله تعالى له من رزق، وما وهبه من نعم، وعدم تطلعه إلى من هو أكبر منه ثراء، وأوفر منه نعماً. إن عدم القناعة، وعدم الرضا يؤديان إلى سخط الإنسان، وتبرمه ويسببان له التعاسة والشقاء. وكان الرسول صلى الله عليه وسلم يوصي أصحابه بالقناعة، والرضا لتتحقق لهم راحة البال، واطمئنان النفس ورضاها واستغنائها وتعففها. فعن أبي هريرة أن الرسول - ﷺ - قال: "ليس الغنى عن كثرة العَرَض، ولكن الغنى غني النفس" (النووي، 1996م، ص 1051)

6. **الصبر:** من المؤشرات الهامة للصحة النفسية قدرة الفرد على تحمل مشاق الحياة، والصمود في مواجهة الشدائد والأزمات، والصبر على كوارث الدهر ومصائبه، فلا يضعف أمامها ولا ينهار، ولا يملكه اليأس. إن الشخص الذي يقابل المصائب والمواقف العصبية بصبر وثبات، إنما هو شخص سوي الشخصية يتمتع بقدر كبير من الصحة النفسية. وقد أوصانا الله تعالى في كثير من الآيات بالصبر، فقال تعالى: ﴿وَأَسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ وَإِنَّهَا لَكَبِيرَةٌ إِلَّا عَلَى الْخَاشِعِينَ﴾ [البقرة: 45].

7. **العناية بصحة الجسم:** من مؤشرات الصحة النفسية أيضاً سلامة الجسم وصحته. وقديماً قيل: العقل السليم في الجسم السليم. وقد كان الرسول - ﷺ - يُعنى بتربية شخصيات أصحابه من جميع نواحيها النفسية والبدنية والاجتماعية. وكان يحثهم على العناية بصحة أجسامهم وبقوتها حتى يكونوا قادرين على تحمل مسؤوليات الجهاد في سبيل نشر الدعوة الإسلامية. فعن أبي هريرة أن الرسول صلى الله عليه وسلم قال: "المؤمن القوي خير وأحب إلى الله من المؤمن الضعيف" (رواه مسلم، رقم الحديث (4/2052)).

وهناك مداخل متعددة لتحقيق الصحة النفسية في الإسلام منها السمو بالفرد وتحقيق كرامته، وحثه على العمل بفاعلية، والتدبر بمخلوقات الله سبحانه وتعالى، وترفيه النفس عن السوء.

المبحث الثالث: فئة المسنين.

المسن لغةً:

عرف مجمع اللغة العربية (1990م، ص 539) المسن فاعل من أسن، والجمع مسان، وأسن الطفل الذي نبتت أسنانه، وأسن الرجل بمعنى كبر سنه، وتقدم في عمره، وورد أيضاً أن الجمع مسنون ومسان وهو ظهور علامات وأعراض الهرم والشيخوخة، وأسن بمعنى هرم.

المسن اصطلاحاً:

عرف ميداوار (Medawar) المسن بأنه الفرد الذي يعتري قدراته الجسدية والأحاسيس والطاقات التي تلزمه في شيخوخته؛ بحيث تؤدي به تدريجياً إلى الموت بأسباب عرضية أو أحداث اعتبارية (مرسي، 2008م، ص 27 - 28).

عرف بلان (2009م، ص 21) المسن بأنه الشخص الذي تجاوز الستين من عمره، ويزداد اعتماده على غيره بازدياد تراجع وظائفه الجسدية والنفسية والاجتماعية، ويختلف هذا تبعاً لشخصية المسن والمعايير الاجتماعية والثقافية السائدة في المجتمع.

وترى كل من حجازي وأبو غالي (2010م، ص 114) أن هناك عدة معايير يتم من خلالها فهم معنى الشيخوخة منها العمر الزمني، والعمر البيولوجي، والعمر الاجتماعي، والعمر السيكولوجي، والأنسب هو العمر الزمني لتحديد مرحلة الشيخوخة.

وعرف بيرن وريئر (Birren & Renner) مرحلة المسن بأنها التغيرات المنتظمة التي تحدث في الكائنات العضوية الناضجة وراثياً، والتي تعيش في ظل الظروف البيئية الممثلة ومذلك مع تقدمهم في العمر الزمني (حمو علي، 2012، ص 80).

وتُعرفها الباحثة بأنها المرحلة التي يكون فيها الشخص قد تجاوز سن الستين سنة وبدأت تظهر عليه علامات الشيخوخة من تراجع في الوظائف الجسدية والنفسية والاجتماعية.

خصائص مرحلة المسنين:

تُعد هذه المرحلة العمرية من المراحل التي يختتم فيها الإنسان حياته بصورة عامة، وهي كغيرها من المراحل تتميز ببعض التغيرات الطبيعية والنفسية والاجتماعية والعقلية؛ وهذه التغيرات في حقيقة الأمر تأخذ منحى نحو التدهور والضعف، والشعور بالعجز، وتختلف هذه المرحلة عن مراحل العمر الأخرى، ولقد اهتم علماء النفس بدراسة خصائص كل مرحلة عمرية.

ويُعد نموذج إريك إريكسون والمعروف بمراحل النمو النفسي الاجتماعي من أفضل الجهود التي اطّلت عليها الباحثة لوضع تصور متكامل لمراحل النمو الإنساني، حيث أطلق على هذا النموذج الإنسان من الرحم إلى اللحد، ويتميز نموذج إريكسون بالاهتمام بدور العوامل الاجتماعية في تأثير على شخصية الفرد، بدلاً من التركيز على العوامل البيولوجية وحدها (سليمان وفوزي، 1999م، ص 1058). وتتناول الباحثة هذه الخصائص على النحو التالي:

الخصائص الجسدية:

تتأثر التغيرات الجسدية في مرحلة المسنين بالعوامل الوراثية والبيئية؛ حيث تؤثر هذه العوامل على سن بداية التغيرات الجسدية ومدى تطورها وشدتها، وسرعتها وهي تغيرات انحلالية على المستوى الخلوي، حيث تضعف الخلايا وتتحلل في جميع أنواع أنسجة الجسم العصبية والعضلية والعظمية (المرعب، 2010م، ص 266).

وتتضمن هذه الخصائص التغيرات الظاهرية والمرئية مثل تغيرات الجلد، والشعر، والوجه، واليدين، وكذلك القدرة الحركية بشكل عام؛ والتي تتمثل بالبطء في المشي أو التوكؤ على عكازه بالإضافة إلى التغيرات الداخلية التي تحدث للهيكل العظمي والأحشاء وأجهزة الجسم المختلفة (الشيخ، 2003م، ص 96).

ويعاني المسن من ضعف في الجهاز العصبي؛ والذي ينعكس سلباً على النشاط الحركي حيث يفقد المسن الدقة والمهارة والاتزان، وكذلك فإن الأجهزة الداخلية يصيبها الوهن ويتسرب الضعف إلى القلب والمعدة والرئتين والجهاز العظمي لنقص مادة الكالسيوم فيه فتتقوس القامة وتضعف الساقين عن حمل الجسم وتتساقط الأسنان (المحمداوي، 2008م، ص 10).

أما بالنسبة للمخ فينقص وزنه، وتمتد التجويفات من الجانبين، ويضيق شريط اللحاء، ويظهر التدهور في الجهاز العصبي مبكراً في الشيخوخة (صادق وأبو حطب، 1990م، ص 373).

بالإضافة إلى ذلك فإن هناك تغيرات أخرى والتي تتمثل في تغير قوة دفع الدم وتغير السعة الهوائية للرئتين وانقطاع الحيض لدى المسنات (المحمداوي، 2008م، ص 10).

وترى الباحثة بأن المسن يصبح عاجزاً عن القيام بمهامه وواجباته وذلك يرجع إلى الضعف العام في بنيته الجسدية، والعقلية، إضافة إلى ذلك فإن المسن يصاب بالإحباط نتيجة التغيرات الجسدية التي تضعف همته، كذلك فإن هناك عدة علامات جسدية تظهر على المسن أهمها سقوط الشعر بدرجات متفاوتة، وتغير لونه، وظهور تجاعيد على الجسد خاصة الوجه، وتلف الأسنان.

الخصائص النفسية "الانفعالية":

تحدث التغيرات النفسية بسبب سلسلة من فقدان التي تؤدي إلى ضعف تقدير الذات، وعدم القدرة على الاستمتاع بالحياة، واضطراب المزاج العام، واضطراب الشخصية والانطواء، والعزلة الاجتماعية، وتتأثر التغيرات النفسية لدى الفرد في مرحلة الشيخوخة بقدرة الفرد على التكيف مع وضعه الراهن، بمعنى قدرته على التكيف مع الأوضاع المصاحبة للشيخوخة كفقدان شريك الحياة، وفقدان الأبناء، ونقص في الموارد المالية وغيرها (المرعب، 2010م، ص 266).

والخصائص الانفعالية للمسنين تتسم بأنها ذاتية المركز، أي أنها تدور حول الذات أكثر مما تدور حول الآخرين وهذا بدوره يؤدي إلى نوع من أنماط الأنانية لديهم حيث يلجأ المسنون من خلالها لاستحواذ أفتباه المحيطين به، وأن المسنين ليس لهم القدرة على التحكم الصحيح بانفعالاتهم فهي خليط مزدوج من انفعالات المراحل العمرية التي يمر بها الفرد، فترى بعضها يوافق انفعالات مرحلة الطفولة، وبعضها يتوافق مع انفعالات المراهقة وبعضها الآخر يحاكي مرحلة الشباب والرشد، بمعنى آخر أن هذه المرحلة العمرية تمثل محصلة الجوانب الانفعالية المتعلقة بمراحل النمو المختلفة للفرد (المحمداوي، 2008م، ص 11).

والجانب الانفعالي للمسن يغلب عليه لون غريب من التعصب للرأي، والعواطف للحيل الذي ينتمون إليه؛ وبالتالي لكل ما يمت إليهم بصله، فنراه متطرفاً في نقد سلوكيات الأجيال التالية

ومعاييرهم الاجتماعية، وعندما لا يتقبل الآخرون آرائهم وتعصبهم، فإنهم يشعرون بنوع من الاضطهاد في أعماق أنفسهم؛ بحيث يؤدي بهم هذا الشعور بالإحساس العميق بالفشل، وعدم القيمة، والمهانة أحياناً، أي تدني مفهوم الذات لديهم واعتقادهم بأن الآخرين لا يتقبلونهم ولا يرغبون بوجودهم في الحياة، الأمر الذي يؤدي إلى نمو السلوكيات العدوانية لديهم في مواجهة هذا الاضطهاد، وأحياناً يكون موقفهم من هذه الأمور بشكل سلبي بحيث لا يفعلون أو يتفاعلون معها وكأنهم يعبرون بذلك عن الهوة الساحقة بينهم وبين الأجيال الأخرى، لذا فإن كثير منهم تتصف انفعالاته بالخمول وبلادة الحس وأحياناً بالاغتراب عن البيئة والمحيط وهذا ما يزيد من تعاسته ونمو اليأس والسأم في ذاته.

وترى الباحثة بأن مرحلة الشيخوخة تتسم بالتراجع الانفعالي، واضطراب في الشخصية ومفهوم الذات، وعدم تقبل نقد الآخرين.

الخصائص الاجتماعية:

تصاحب مرحلة الشيخوخة مجموعة من التغيرات الاجتماعية يتمثل أهمها في فقدان العلاقات الاجتماعية، والأنشطة، والاهتمامات، والاعتماد على الآخرين، وغالباً تقتصر علاقاتهم على الأصدقاء القدامى مما يبعث في نفوسهم الملل، وانقطاع المسن عن عمله يؤدي إلى قطع صلته بمعظم الزملاء، والمعاناة من وقت الفراغ، وينخفض لديهم مستوى الطموح (حجازي وأبو غالي، 2010، ص 116).

وترى الباحثة بأن مرحلة الشيخوخة تتسم بضعف عام في الجوانب الاجتماعية، حيث انقرض بعض الأصدقاء والأقارب، والانقطاع عن زملاء العمل، وهذا يساعد على نمو الاضطرابات الاجتماعية لدى المسن.

الخصائص العقلية:

تتمو القدرات العقلية لدى الفرد بالتوازي مع عمره، وتشير الأدبيات النفسية والتربوية بأن هذا النمو يتوقف عند سن الخمسين، ثم تبدأ الكفاءة العقلية بعدها بالتدهور شيئاً فشيئاً (صادق وأبو حطب، 1990م، ص 387).

ويرى الطحان (1984م، 134) أن قدرة الفرد على الإدراك كعملية عقلية أساسية من عمليات التعلم بضعف القشرة المخية نتيجة كبر السن وتلف بعض الخلايا داخل الدماغ، والقدرة الاستدلالية هي أكثر القدرات العقلية تدهوراً عند المسنين.

وترى الباحثة بأن هناك أمراض تصيب العقل في مرحلة الشيخوخة منها فقدان الذاكرة، وشذوذ الأفكار، والزهايمر وغيرها من الأمراض العقلية، والتي جميعها تشير إلى تراجع الكفاءة العقلية.

مشكلات مرحلة المسنين:

أشارت العديد من الأدبيات السابقة أن مرحلة المسنين لها مشكلاتها الخاصة، ولعل هذه المشكلات ترجع إلى التغيرات العقلية والجسمية والنفسية والاجتماعية التي تطرأ على المسن.

(1) المشكلات الصحية: مما لا شك فيه أن أمراض المسنين تكثر عن مختلف المراحل العمرية

الأخرى للإنسان وذلك نتيجة قلة المناعة الجسمية وضعف الجسم والأنسجة وعدم استطاعتها مقاومة الأمراض التي قد تكون موجودة في جسم الإنسان في مرحلة الشباب ووسط العمر، ولكن إذا كانت المناعة لديه قوية تستطيع مقاومتها، حيث أن هذه المشكلات مرتبطة بالضعف الصحي العام والضعف الجسدي وضعف الحواس كالسمع والبصر وضعف القوة العضلية وانحناء الظهر وجفاف الجلد والإمساك وتصلب الشرايين والتعرض بدرجة أكبر للإصابة بالمرض وعدم مقاومة الجسم (دعبس، 2002م، ص 359).

(2) مشكلات اضطراب العلاقات الاجتماعية: قد تضعف العلاقات الاجتماعية للمسن مع

أصدقائه المسنين من أمثاله خاصة عندما يقلون من حوله ممن هم في سنه بالموت أو البعد مما يخلف لدى المسن حالة من الأناية ونقد الآخرين خاصة الأحفاد وصغار السن مما يخلق فارق في التفكير والتباين في العواطف والبعد في المشاعر (خوجة، 2000م، ص 5).

(3) المشكلات النفسية والعاطفية: لا شك أن كثير من المسنين يعانون من وحدتهم وترك الأبناء

لهم لانشغالهم بأنفسهم وعائلاتهم، وأعمالهم و ربما يمر بعض المسنين بفرق الزوج أو الزوجة مما يترك فراغ عاطفي ووحدة لم يألفها من قبل مما يشعره بقرب الأجل وتخلي الأحبة من الأبناء والبنات والأصدقاء عنهم وربما ترك بعض المسنين للخدم والخادמות بعاداتهم الغربية على المسنين مما يعرض المسن أو المسنة للانطواء والعزلة و الدخول في

دوامة التفكير والوساوس والانشغال بالذات، والاضطرابات النفسية (خوجة، 2000م، ص 5). حيث أن الاضطرابات والمشكلات الوجدانية تشيع بين المسنين وتزداد معدلات حدوثها كلما تقدم في العمر، فالأمراض العصبية والذهانية من أهم أمراض الشيخوخة في المجتمع المعاصر (حجازي وأبو غالي، 2010م، 177). وتتعدد المشكلات النفسية لدى المسنين، وفيما يلي بعض هذه المشكلات:

(أ) **مشكلة سن القعود:** وهو ما يعرف عادة باسم سن اليأس ويكون مصحوباً باضطراب نفسي أو عقلي قد يكون ملحوظاً، أو غير ملحوظ وقد يكون في شكل الترهل، والسمنة، والإمساك، والذبول والعصبية والصداع والاكتئاب النفسي والأرق (حمو علي، 2012م، ص 97).

(ب) **مشكلة التقاعد:** وهو ما يشعر الفرد بالقلق على المستقبل والحاضر والخوف والانهيار العصبي وخاصة إذا فرضت عليه حياته الجديدة بعد التقاعد أسلوباً جديداً من السلوك لم يألفه من قبل ولا يجد في نفسه المرونة الكافية لسرعة التوافق معه، وخاصة إذا لم ينتهياً لهذا التغيير، وإذا شعر أو أشعره الناس أنه قد أصبح لا فائدة منه بعد أن كان يظن أنه ملء السمع والبصر.

(ت) **ذهان الشيخوخة:** وفيه يصبح الشيخ أقل استجابة وأكثر تركيز حول ذاته ويميل إلى الذكريات وتكرار حكاية الخبرات السابقة، وتضعف ذاكرته، ويقف اهتمامه، وميوله، وتقل شهيته للطعام والنوم، وأيضاً تضعف طاقته، وحيويته، ويشعر بقلة قيمته في الحياة، وهذا يؤدي إلى الاكتئاب، والتهيج، وسرعة، الاستثارة، والعناد، والنكوص إلى حالة الاعتماد على الغير، وإهمال النظافة، والملبس، والمظهر (بركات، 2010م، ص 8).

(ث) **الشعور الذاتي بعدم القيمة وعدم الجدوى في الحياة:** والشعور بأن الآخرين لا يقبلونه ولا يرغبون في وجوده وما يصاحب ذلك من تعويد وتوتر فقد يعيش البعض وكأنهم ينتظرون النهاية المحتومة (حمو علي، 2012م، ص 97).

(ج) **الشعور بالعزلة والوحدة النفسية:** هناك حاجات انفعالية عامة تميز كبار السن منها الحزن والأسى الناتج عن الوحدة من فقد حب الآخرين، والشعور بالذنب الناتج عن الوحدة من الحوادث الماضية (بركات، 2010م، ص 8).

(4) **المشكلات الاقتصادية:** تتسم الشيخوخة بضعف القدرة على العمل، وضعف النشاط، لذا فإن المسن غالباً ما يتخلى عن عمله، أو يتقاعد عن وظيفته، وبالتالي يقف أو ضعف دخله المادي، مما يجعله عرضة لتحديات اقتصادية، وترى (أحمد، 2009م، 103) بأن انخفاض دخل المسن نتيجة احلته للتقاعد يؤدي إلى عدم تلبية العديد من الحاجات الأساسية للمسن.

وترى الباحثة بأن جميع المشكلات الواردة قد تصيب المسنين وبدرجات متفاوتة، ولكل مسن مشكلاته الخاصة، سواء أكنت في علاقته مع الأسرة، أو علاقته مع نفسه، أو علاقته بالمحيطين.

حاجات المسنين:

لكل مرحلة عمرية خصائصها، ومشكلاتها، وحاجاتها، ولمرحلة الشيخوخة العديد من الحاجات، وفيما يلي عرض لأهم هذه الحاجات (بركات، 2010م، ص 7):

1. حاجات المسنون إلى أن يفهموا أنفسهم وينبغي أن يدرك المسنون كل ما يتصل بعملية لنضج في العمر حتى يمكنهم أن يدركوا معنى التغيرات التي تؤثر في قدرتهم العقلية والجسمية وبناء شخصيتهم وبالتالي تنعكس على حالتهم النفسية ومكانتهم الاجتماعية الأمر الذي يعتبر ضرورياً حتى يتقبلوا هذه التغيرات والآثار ويعترفوا بها وبذلك يتحقق لهم أقصى تكيف اجتماعي ممكن.

2. يحتاج المقبلون على سن التقاعد إلى التعرف على فرص العمل، والتطوع بعد التقاعد كما يحتاجون إلى التعرف على طرق المحافظة على الصحة الجيدة واتباع أساليب معيشية تلائم التقدم في السن وطرق تجنب الأمراض المزمنة والوقاية منها كما يحتاجون إلى تأمين الموارد المالية اللازمة عن طريق تنظيم صرف المعاشات والمساعدات الحكومية والرعاية الطبية.

3. يحتاج المسنون إلى توفير علاقات اجتماعية سواء في داخل الأسرة أو خارجها يستدعي ذلك توعية المجتمع بأمراض الشيخوخة ومشكلات المسنين، وأن الفكرة السائدة عند بعض الأشخاص أن كبار السن فئة غير منتجة ليست لديها أي قدرات يمكن تنميتها أو يمكنها الإسهام بأي جهد، وهكذا يسخر الناس من قدرتهم على مشاركتهم في التنمية الأمر الذي

يؤدي بهم إلى الغرس في أنفسهم الإحساس بالنقص والإحباط والقلق التي ينتج عنها كل اضطرابات الشخصية والأمراض النفسية والجسمانية.

وتتمثل تلك الحاجات النفسية في الاحتياجات التي يحتاجها الفرد ليعيش في أمان مع نفسه ومع الآخرين متحرراً من كل الضغوط النفسية، ومن أهم هذه الحاجات الشعور بالأمن والحاجة إلى التقدير، والحاجة إلى الشعور بالعطف والمحبة أي إشباع الجانب الوجداني للفرد ، فهو محتاج دائماً إلى أن يحب وأن يُحِب، وأن يُعترف به ويحس أنه ذو نفع للجماعة وأنها في حاجة إليه بما يؤدي إلى إحساسه بكيانه، وما يتعرض له المسن من تغيير في الوظائف العقلية يجعلهم عرضة للخوف والقلق فالأمراض المزمنة التي يعانون منها وإحالتهم إلى التقاعد وافتقاد بعض الأصدقاء وعدم تحقيق التكيف الشخصي والاجتماعي على وجه سليم إضافة إلى أن المسن كثيراً ما يفقد شريك الحياة وهو ما يجعله يشعر بالعزلة وافتقاد السند أو المعين، والتقدم في السن تصاحبه ديناميات نفسية تتصف بنقص الكفاءة الوظيفية وما يصاحبها من نكوص وهياج وعمليات دفاعية، وترتبط الاحتياجات النفسية للمسن بمشكلات عدم التكيف مع وضعه الجديد وتتضح الآثار النفسية والأخلاقية في ظل زيادة وقت الفراغ في مرحلة (بركات، 2010م، ص 7).

تعقيب عام على الإطار النظري:

يواجه الفرد منا تحديات مختلفة، منها نفسية واجتماعية وصحية وشخصية، وتعتقد الباحثة بأن هذه التحديات والضغوط منها معلوم ومنها مجهول، فالمثير الذي يعلمه الفرد الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة يمكنه مواجهته بأساليب مواجهة مناسبة، أما المثير غير المعلوم فغالباً ما يثير قلق الفرد، فإن كان الفرد يتمتع بصحة نفسية جيدة يكون القلق لديه عادياً، أما إن كان الفرد لا يتمتع بصحة نفسية فإن درجات القلق تزداد.

والموت حقيقة حتمية، وخبرة لا يعلم عنها المسن الكثير، والجدير بالذكر أن أعمار أمة سيدنا محمد - ﷺ - تتراوح ما بين (60 - 70) فتزيد قليلاً وتقل كذلك، فعن أبي هريرة - رضي الله عنه - قال: قال رسول الله - ﷺ -: "أعمار أمتي ما بين الستين إلى السبعين وأقلهم من يجوز ذلك" أخرجه الترمذي رقم الحديث (3550)، أي أن المسن مقبل على الموت خاصة أن الباحثة حددت في الدراسة الحالية المسن بمن تجاوز عمره الستين عاماً، وخبرة الموت مستقبلية بالنسبة له، ولا مفر

منها، وبنفس الوقت لا يعلم عنها الكثير. لذا فإن هناك مخاوف من هذا المثير، لكن الفرد المسلم المعتمد على الله المؤمن بقضائه وقدره، الواصل بأعماله وبنفسه يكون قلقه خوفاً وتقرباً من الله سبحانه وتعالى، وبالتالي يكون قلق الموت لديه دافعاً لفهم معنى الحياة، وتحقيق الذات، والعمل على لقاء الله بأفضل صورة ممكنة.

لكن مشكلات الشيخوخة النفسية والصحية قد تنعكس على الصحة النفسية للمسن، وبالتالي فهو بحاجة إلى الدعم والمساندة الجيدة، وتعتقد الباحثة بأن الأسرة هي البيئة الأولى لتقديم هذا الدعم، وهناك من يضطر للذهاب إلى دور الرعاية، حيث تتعدد أسباب اللجوء لدور الرعاية الخاصة بالمسنين، منها انقطاع الأوصال من العائلة والأقارب، ومنها سوء العلاقة بين المسن والأقارب.

على أي حال كان السائد لدى العامة أن دار الرعاية هي مقر هلاك للمسن، وانقطاع عن الحياة العادية السوية، لكن الاهتمام المتزايد بدور الرعاية، والاهتمام المتزايد بتدريب العاملين، وحسن اختيارهم أثر إيجاباً على تحقيق الرفاهية النفسية لديهم، والعمل الجاد على تقديم الدعم لهذه الفئة، وبالتالي تهتم الدراسة بالبحث في مستوى قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى المسنين المقيمين بدور الرعاية مقارنة بالمقيمين في كنف أسرهم. وقد لجأت إلى وضع إطاراً نظرياً يؤسس إطاراً مرجعياً لفهم وتفسير نتائج الدراسة.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

الفصل الثالث: الدراسات السابقة

مقدمة:

تهتم الدراسة بمتغيري قلق الموت، والصحة النفسية لدى فئة لها خصوصيتها وهي فئة المسنين، ويعرض الفصل الثالث الجهود والدراسات السابقة ذات العلاقة، حيث قسمت الباحثة الفصل إلى محورين: دراسات عربية، ودراسات أجنبية، وتم عرض الدراسات السابقة وفق تسلسل زمني من الأقدم إلى الأحدث وذلك على النحو التالي:

أولاً: الدراسات العربية.

أجرى **السدحان (2000م)** دراسة على المسنين المقيمين في دور الرعاية الاجتماعية، وهدفت إلى التعرف على الخصائص العامة والاجتماعية للمسنين في هذه الدور وعلى العلاقة بين المسنين المقيمين بدور الرعاية وذويهم وإلى أسباب دخول المسنين إلى دور الرعاية. وتكونت عينة الدراسة من (462) مسنًا ومسنة من المجتمع السعودي. وتوصلت الدراسة إلى أنه يغلب على المسنين المقيمين في دور الرعاية عدم وجود شريك حياة لهم، وعدم وجود من يقوم برعايتهم وأن نصفهم تقريباً لم يتزوج أصلاً، كما اتصف المسنون المقيمون بدور الرعاية بالضعف الاقتصادي.

وقام **نجوم (2000م)** بدراسة بعنوان الالتزام بالدين الإسلامي وعلاقته بكل من قلق الموت والاكنتاب لدى المسنين والمسنات بالعاصمة المقدسة ومحافظه جدة، ولتحقيق الأهداف تم استخدام المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (200) مسن ومسنة من دار الرعاية الاجتماعية بالعاصمة المقدسة، ومحافظه جدة، طبق عليهم مقياس الالتزام الديني إعداد طريفة الشويعر، ومقياس قلق الموت إعداد عبد الخالق (1996)، ومقياس الاكنتاب النفسي إعداد الدليم وآخرون (1414هـ)، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين الالتزام بالدين وقلق الموت وعلاقة بين الالتزام بالدين الإسلامي والاكنتاب.

وقام **علاء الدين (2004م)** بدراسة للتعرف إلى التوافق النفسي للتقاعد لدى كبار السن من المتقاعدين العاملين وغير العاملين من الجنسين، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي، وقد تألفت عينة الدراسة العشوائية من مائة (100) متقاعد ومتقاعدة (60 ذكور و 40 إناث)، وبمتوسط

عمرى تراوح ما بين (46 - 66) سنة، وينتمى معظمهم إلى مستوى اجتماعى اقتصادى متوسط، وكان (50%) منهم يعملون والبقية لا تعمل، معظمهم فى مدينة عمان وضواحيها، ولقد استخدم أسلوب الاتصال الشخصى لتطبيق مقياس التوافق لكبار السن إعداد (القطان، 1982)، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات المتقاعدين العاملين ومتوسط درجات غير العاملين على مقياس التوافق لصالح العاملين؛ ولم تشر النتائج إلى وجود فروق دالة بين متوسط درجات المتقاعدين الذكور (عاملين وغير عاملين) ومتوسط درجات المتقاعدات الإناث (عاملات وغير عاملات) على نفس المقياس . وأظهرت النتائج أيضاً وجود أثر دال إحصائياً لتفاعل متغيرى العمل والجنس يعود للفروق الدالة بين المتقاعدين والمتقاعدات الذين لا يعملون لصالح الإناث. وتؤكد هذه النتائج على دور العمل والجنس بالنسبة لتوافق آبار السن مع أزمة التقاعد والتقدم فى العمر.

وأجرى الغانم (2004م) بدراسة لفحص العلاقة بين التدين (الظاهرى والجوهرى) وكل من قلق الموت والأحداث السارة والنظرة للحياة لدى المسنين والمسنات، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفى، وكانت أداة الدراسة عبارة عن مقياس يتضمن التدين الظاهرى والجوهرى وقلق الموت والأحداث السارة والنظرة للحياة، طبق على عينة بلغت (400) مسناً ومسنة، فخلصت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط موجبة بين التدين الجوهرى وقلق الموت، والنظرة الإيجابية لدى المسنين، ووجود علاقة ارتباط سالبة بين التدين الجوهري والأحداث السارة لدى المسنين، كما أكدت نتائج الدراسة على وجود علاقة ارتباط سالبة بين قلق الموت والأحداث السارة، وعلاقة ارتباط موجبة بين قلق الموت والنظرة السلبية للحياة لدى المسنين، ووجود علاقة ارتباط سالبة بين التدين الظاهري وقلق الموت والأحداث السارة الإيجابية للحياة، ووجدت علاقة بين قلق الموت والنظرة السلبية للحياة، وعلاقة بين الأحداث السارة والنظرة السلبية للحياة لدى المسنين.

وأجرت الدهان (2005م) دراسة حول تغير الوسط الطبيعى للمسنين وعلاقته بتوافقهم الاجتماعى، وهدفت إلى الكشف عن الفرق فى مستوى التوافق الاجتماعى بين المسنين الذين يقيمون فى الوسط الطبيعى والمسنين الذين يقيمون فى دور الرعاية تبعاً لمتغيرات الجنس، العمر، المستوى التعليمى، والإقامة فى الدور الحكومية أو فى الدور الخاصة، وتألفت عينة

الدراسة من (164) مسناً ومسنة من محافظة دمشق سحبت بالطريقة العشوائية العرضية. وكانت أدوات الدراسة استبانة من إعداد الباحثة. وقد بينت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً في التوافق الاجتماعي بين المسنين الذكور الذين يعيشون في الوسط الطبيعي والذين يعيشون في دور الرعاية، ووجود فروق دالة إحصائياً في التوافق الاجتماعي بين المسنين الذكور والإناث الذين يعيشون في دور الرعاية، وتبين أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المسنين الذكور والإناث الذين يعيشون في الوسط الطبيعي، ولا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المسنين وفقاً لمتغيرات: الفئة العمرية، والمستوى التعليمي، والإقامة في الدور الحكومية أو الخاصة.

وهدفت دراسة **عبد الرحمن (2006م)** للتعرف على مستويات القلق والاكتئاب لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم ويرتادون نوادي المسنين، والذين يعيشون في دور المسنين، وبلغت عينة الدراسة (164) مسن من نوادي المسنين و(168) مسن من دور المسنين، وتم تشخيص القلق والاكتئاب لدى المسنين باستخدام مقياس هاملتون للقلق والاكتئاب، وأسفرت النتائج بأن ملازمة القلق للاكتئاب كانت أعلى نسبة وبلغت (34%) لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم ويرتادون نوادي المسنين و(57%) لدى المسنين الذين يعيشون في دور المسنين، وكانت نسبة الاكتئاب للمسنين الذين يعيشون بمفردهم (22%) في حين بلغت النسبة للمسنين الآخرين (23%).

وقام **أبو صاع (2007)** بدراسة هدفت إلى معرفة درجة قلق الموت لدى سكان المناطق المجاورة للمصانع الكيماوية الإسرائيلية في محافظة طولكرم إضافة إلى تحديد اثر متغيرات العمر والجنس والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي على درجة القلق، ولتحقيق ذلك أجريت الدراسة على عينة قوامها (120) من السكان المجاورين للمصانع الإسرائيلية تم اختيارها بطريقة عشوائية، طبق عليها مقياس قلق الموت (Death anxiety scale) الذي يتضمن ثلاثة مجالات وهي مجال الخوف من أمراض مميتة ومجال سيطرة فكرة الموت ومجال التفكير المستمر بالموت ويتألف من عشرين فقرة يجاب على كل فقرة وفق مقياس خماسي في صيغة لبركت (كثيرا جدا، كثيرا، إلى حد ما ، قليلا، قليلا جدا).

وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أنه يوجد درجة قلق موت عالية جداً لدى سكان المناطق المجاورة للمصانع الإسرائيلية حيث كانت النسب المئوية على مجالات مقياس قلق الموت والدرجة الكلية

على التوالي (83.2,80.8,83.3,82.2) . كذلك أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق الموت لدى سكان المناطق المجاورة للمصانع الكيماوية الإسرائيلية في محافظة طولكرم يعزى لمتغير العمر، والجنس، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي.

وقامت **الحلو (2008م)** بدراسة حول قلق الموت لدى كل من الشيوخ والشباب، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثة المنهج الوصفي المقارن، وكانت أداة الدراسة الأساسية عبارة عن مقياس قلق الموت إعداد تيمبلر (Templer)، طُبّق على عينة بلغت (40) مسناً، و(60) طالب جامعي؛ وخلصت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لصالح فئة الشيوخ، وظهرت فروق دالة بين الذكور والإناث في قلق الموت لصالح الإناث.

أما **الجندي (2008م)** فقام بدراسة للكشف عن الصورة العربية للاختبار اكتئاب الشيخوخة دراسة عاملين على عينة من المسنين الفلسطينيين، ولتحقيق الأهداف استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وطبق الباحث الصورة المعربة للاختبار بالتزامن مع كل من قائمة الشخصية لسيلبيرجر الحالة والسمة، واختبار زنك للاكتئاب، وتوصلت الدراسة إلى صورة عربية للاختبار اكتئاب الشيخوخة يتمتع بصدق وثبات، وأسفرت النتائج عن وجود دلالات اتساق داخلي مرتفعة ودالة إحصائية لجميع فقرات المقياس، وتمتع الاختبار بدرجات صدق تلازمي مع كل من اختبار زنك، وجميع أبعاد الشخصية (بعد القلق، حب الاستطلاع، الغضب، والاكتئاب)، وحظي الاختبار بدلالات ثبات مرتفعة.

وأجرى **المحمداوي (2008م)** دراسة للكشف عن بعض أعراض الاكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية في السويد، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي، ولتحقيق هذه الأهداف تطلب بناء مقياس للاكتئاب لدى المسنين، حيث أتبع الباحث الإجراءات المتعلقة ببناء المقاييس وتم جمع الفقرات من مصادر متعددة ومنها العينة الاستطلاعية والمقابلة ومراجعة الدراسات السابقة، ثم تم عرض فقرات المقياس على مجموعة من الخبراء في علم النفس لغرض تقييمها. وقام الباحث باستخراج ثبات المقياس بإجراء طريقتين هما، إعادة الاختبار حيث بلغ معامل الثبات على التوالي (87%)، (89%)، وأما طريقة الاتساق الداخلي فقد أشارت إلى وجود ارتباط موجب دال بين درجة كل بعد من أبعاد الاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس، وقد اختيرت عينة البحث بالطريقة العشوائية، حيث بلغ قوامها (50) مسن من أفراد الجالية العربية

المقيمة في السويد، وأسفرت النتائج عن وجود أعراض الاكتئاب لدى عينة البحث وأن الإناث والمترملين أكثر شعوراً بالاكتئاب من الآخرين.

كما أجرت كامل (2008م) دراسة للكشف عن فاعلية العلاج بالمعنى في تخفيف قلق الموت لدى المسنين، واستخدمت الباحثة المنهج التجريبي، وتكونت عينة الدراسة من (20) مسناً ومسننة تم تقسيمهم إلى أربع مجموعات، مجموعتان تجريبيتان ومجموعتان ضابطتان بالتساوي، وأعدت الباحثة مقياساً موقفياً لقل الموت، واستخدمت اختبار الهدف من الحياة لكرومباخ تعريب إسماعيل بدر، وخلصت الدراسة إلى أن العلاج بالمعنى يتمتع بفاعلية في تخفيف قلق الموت، وفاعلية في رفع مستوى الهدف من الحياة حيث ظهرت فروق لصالح المجموعات التجريبية، ولم تظهر فروق بين القياس البعدي والقياس التتبعي.

وقام بلان (2009م) بدراسة تهدف إلى مقارنة سمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية أو مع أسرهم في محافظات دمشق، وريفها، وحمص، واللاذقية، ولتحقيق الأهداف تم استخدام المنهج الوصفي، وكانت الأداة الأساسية عبارة عن مقياس سمة القلق لسبيلبرجر ويحتوي على عشرين عبارة، وتكونت عينة الدراسة من (436) مسناً، منهم (222) من الذكور، و(214) من الإناث، وأسفرت النتائج أن المسن يعاني من سمة القلق، وأنه توجد فروق في سمة القلق بين المسن المقيم مع أسرته، والمسن المقيم بدور المسنين، وتوجد فروق دالة على وجود سمة القلق بين المسنين الذكور المقيمين مع أسرهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية، وتوجد فروق دالة على وجود سمة القلق بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية وفقاً لمتغير الفئة العمرية (71) سنة فما فوق.

وقام كل من أبو رباب وقوثة (2010م) بدراسة هدفت إلى تحديد المشاكل النفسية والاجتماعية لدى المسنين في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات، ولتحقيق الأهداف تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت عينة الدراسة من (1138) مسناً ومسننة، طبق عليهم مجموعة من الأدوات أهمها: اختبار (SCL) ويقيس عدة اضطرابات نفسية، واختبار الدعم الاجتماعي، واختبار الوحدة النفسية، واختبار جودة الحياة، وأسفرت الدراسة عن عدة نتائج أهمها (16.6%) يعانون من الخوف، و(16.3%) يعانون من الحساسية الانفعالية، وأن (15.8%) يعانون أعراض حسية، وأن (15%) يعانون اكتئاب نفسي، وأن (15.8%) يعانون مشاعر العداوة، وأن

(18.2%) تتردى لديهم نوعية الحياة، وتبين أن (19.3%) منهم يعانون الوحدة النفسية، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة عكسية بين الدعم الاجتماعي والمشاكل النفسية.

وأجرى كل من **حجازي وأبو غالي (2010م)** دراسة هدفت إلى الكشف عن مشكلات المسنين وعلاقتها بالصلابة النفسية في محافظات غزة، ولتحقيق الأهداف تم استخدام المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (114) مسناً ومسنّة، وكانت الأداة الأساسية عبارة عن مقياس مشكلات المسنين، ومقياس الصلابة النفسية إعداد الباحثان، وتبين أن هناك العديد من المشكلات التي يعاني منها المسنين في قطاع غزة كان أكثرها حدة المشكلات الاجتماعية والاقتصادية، يليها المشكلات النفسية، ثم الصحية، وتبين أن مستوى الصلابة النفسية لدى المسنين الفلسطينيين مرتفع، وتبين أن هناك علاقة عكسية دالة إحصائياً بين مشكلات المسنين، والصلابة النفسية لديهم، وتبين عدم وجود فروق في مشكلات المسنين تعزى لمتغير الجنس، لكن الفروق ظهرت في الصلابة النفسية لصالح الذكور.

وقامت **صيام (2010م)** بدراسة للتعرف إلى سمات الشخصية وعلاقتها بالتوافق النفسي للمسنين، ولتحقيق الأهداف استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (200) مسناً ومسنّة، طُبّق عليهم مقياس سمات الشخصية إعداد ايزنك، ومقياس التوافق النفسي لمسنين إعداد الباحثة، وتبين وجود علاقة بين سمات الشخصية والتوافق النفسي لدى المسنين. وتبين وجود علاقة بين سمة تقدير الذات والسعادة والدرجة الكلية على التوافق الاقتصادي، وبين كل من سمة التوكيدية والمسؤولية والسيطرة والدرجة المتدنية على التوافق الشخصي، وبين سمة الاستقلال والدرجة المتدنية على التوافق النفسي ككل، وبين سمة السيطرة والدرجة المتدنية على التوافق الأسري والزواجي، ووجود علاقة سالبة دالة إحصائياً بين سمة السعادة وتقدير الذات والدرجة المتدنية على توافق الصحة الجسمية.

وأجرت **المرعب (2010م)** بدراسة للكشف عن فاعلية برنامج إرشادي متعدد الأوجه في تنمية تقدير الذات والتوافق الاجتماعي لدى المسنين المتقاعدين في المجتمع السعودي، وتمحورت الدراسة حول بناء برنامج إرشادي متعدد الأوجه، ومقياس فاعليته في تنمية تقدير الذات والتوافق الاجتماعي عند المسنين المتقاعدين، ولتحقيق الأهداف تم استخدام المنهج التجريبي، وكانت أدوات الدراسة عبارة عن مقياس تقدير الذات، ومقياس التوافق الاجتماعي إعداد الباحثة، طبقت

على عينة بلغت (100) مسن متقاعد تتراوح أعمارهم ما بين (65 - 68) سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، فأثبتت النتائج أن هناك أثراً إيجابياً للبرنامج الإرشادي متعدد الأوجه في تنمية تقدير الذات والتوافق الاجتماعي.

وقامت **علي (2012م)** بدراسة هدفت للكشف عن العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين، ولتحقيق الأهداف استخدمت الباحثة المنهج العيادي، وتكونت عينة الدراسة من (12) مسن، طبق عليهم مقياس الشعور بالوحدة النفسية لعبد الرقيب البحيري، ومقياس بيك للاكتئاب، وبعض المقابلات الشخصية وتبين أن هناك علاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين وتبين أن هناك فروق بين المسن المقيم بدور الرعاية والمسن المقيم مع أسرته في الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب.

وقامت **أبو صالحه (2013م)** بدراسة للكشف عن مستوى الاغتراب النفسي وعلاقته بقلق الموت لدى عينة من المعلمين المسنين بجمهورية مصر العربية، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (56) معلماً مسناً تتراوح أعمارهم ما بين (65 - 85) عاماً، طبقت عليهم عدة أدوات وهي: مقياس الاغتراب النفسي إعداد محمد إبراهيم عيد، ومقياس قلق الموت إعداد زينب شقير، فأسفرت النتائج عن ارتفاع مستويات الاغتراب النفسي لدى عينة الدراسة من المسنين المعلمين، وتبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاغتراب النفسي وقلق الموت لدى المسنين المعلمين.

وأجرت **شوقي (2015م)** دراسة للتعرف إلى فاعلية برنامج للعلاج النفسي التكاملي لتخفيف حدة الضغوط وقلق الموت لدى عينة من كبار السن، واستخدمت الباحثة المنهج التجريبي، وتكونت عينة الدراسة من (80) سيدة تم اختيارهن من أندية كبار السن، وكانت أدوات الدراسة عبارة عن مقياس الضغوط لدى كبار السن، ومقياس قلق الموت، وبرنامج العلاج النفسي التكاملي، وخلصت الدراسة إلى أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة نفسها بعد تطبيق البرنامج في أبعاد مقياس الضغوط والدرجة الكلية لصالح التطبيق البعدي، توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج في أبعاد مقياس الضغوط والدرجة الكلية لصالح

المجموعة التجريبية، ولا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة نفسها بعد فترة المتابعة في أبعاد مقياس الضغوط والدرجة الكلية للمقياس، توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة نفسها بعد تطبيق البرنامج في أبعاد مقياس قلق الموت والدرجة الكلية لصالح التطبيق البعدى، توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج في أبعاد مقياس قلق الموت والدرجة الكلية لصالح المجموعة التجريبية.

وقامت **محمود (2015م)** بدراسة للكشف عن قلق الموت عند المسنين وعلاقته بالرضا عن أهداف الحياة والنزعة الاستهلاكية لديهم، ولتحقيق الأهداف تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت عينة الدراسة من (308) مسناً ومسنّة، تم اختيارهم من المترددين على مصارف مدينة بغداد لتلقي رواتب التقاعد، وكانت أدوات الدراسة عبارة عن مقياس قلق الموت اعداد الباحثة، ومقياس الرضا عن أهداف الحياة اعداد الباحثة، ومقياس النزعة الاستهلاكية اعداد الباحثة، وخلصت الدراسة إلى أن مستوى قلق الموت منخفضاً عند المسنين، وأن مستوى الرضا عن أهداف الحياة عالية، وأن مستوى النزعة الاستهلاكية متوسطة، وتبين أنه يمكن التنبؤ بقلق الموت من خلال الرضا عن أهداف الحياة والنزعة الاستهلاكية.

ثانياً: الدراسات الأجنبية.

قام **هوكسيما وجرايسو ولارسون (Hoeksema, Grayso, & Larson, 2000)** بدراسة هدفت للكشف عن الفروق الجنسية والأعراض الاكتئابية لدى المسنين، وقد نص فرض الدراسة على أن الإناث المسنات أكثر قابلية للتعرض للأعراض الاكتئابية مقارنة بالذكور المسنين، ويعزوا ذلك إلى حصولهن على معانٍ ضعيفة للموضوع ويقمن بالتركيز عليه، كما أنهن ينجذبن نحو التعامل مع التخيلات والتأملات بشكل كبير، وأجريت هذه الدراسة على عينة تمتد من عمر (25 - 75) سنة وتم قياس الحالة المزاجية وضعف السيطرة والسرطان، وتوصلت الدراسة إلى أن هذه المتغيرات كانت أكثر شيوعاً لدى المسنات مقارنة بالذكور وكذلك وجود فروق جنسية دالة بالنسبة للأعراض الاكتئابية مع وجود علاقة دالة بين السرطان والسيطرة على الأعراض

الاكتئابية، كما أتضح وجود علاقة متبادلة بينهما حيث تسهم الأعراض الاكتئابية في حالة السرحان وضعف السيطرة مع التقدم العمري.

وقامت أردلت (Ardelt, 2000) بدراسة تهدف فحص العلاقة بين الحكمة والتدين والهدف من الحياة والموقف من الموت، ولتحقيق الأهداف استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، وكانت أداة الدراسة عبارة عن مقياس يتكون من أبعاد الحكمة والتدين والهدف من الحياة والموقف من الموت، طبق على عينة بلغت (123) مسناً يعيشون بوسط فلوريدا. خلصت الدراسة إلى وجود تأثير موجب للحكمة على الموقف من الموت وقبول التهرب منه، ووجود علاقة ارتباط بيم درجات التدين الخارجي والموقف من الموت وتجنب الموت، ولم تظهر علاقة بين الهدف من الحياة والموقف من الموت، وظهرت علاقة عكسية بين الموقف من الموت وتجنب الموت وقبوله، وتبين وجود علاقة ارتباط سلبية بين الحالة الاجتماعية والاقتصادية وتجنب الموت وقبوله، حيث يميل كبار السن من البيض والذكور إلى قبول الموت كحقيقة من حقائق الحياة أكثر من كبار السن من الإناث والأمريكيين من أصل أفريقي.

أجرى أوق (Ogg, 2005) دراسة مسحية حول "المسنين في المنزل"، ولتحقيق الأهداف تم استخدام المنهج المسحي، وكانت أداة الدراسة عبارة عن مقابلة شخصية فردية، طبقت على عينة طولية تجاوزت (1000) مسناً، حيث تبين أن المجتمع البريطاني يغلب عليه المسنون، ويتزايد هذا العدد من المسنين باستمرار، وأن العجز الشديد يزداد بطريقة واضحة عند المسن بعد عمر السبعين. أما بالنسبة لقبول المسنين في أسرهم أو في دور الرعاية فقد بينت الدراسة أن (13%) من الأسر يرغبون في إيداع المسنين في دور الرعاية و(57%) لا يرغبون بذلك. وقد أظهرت المقابلة للأسر الذين لم يتقبلوا وضع أقاربهم في دور المسنين أن رأيهم قد اختلف بعد عام من مرافقة المسنين ورعايتهم في المنزل حيث رغبوا في إيداعهم دور المسنين.

قام أرنولد بوتاني (Arnold Bountany, 2007) بدراسة هدفت لتحديد أهم المعوقات التي تواجه المسنين الذين يخضعون لبرنامج التنمية النفسية والاجتماعية، ولتحقيق الأهداف تم استخدام المنهج الوصفي، وتم جمع البيانات عبر مقابلات شخصية فردية، من عينة بلغت (500) مسناً ومسنة، فأثبتت النتائج أن المعوقات النفسية والطبية تعتبر أكثر المعوقات لدى المسنين، وجاء أهمها ضعف البصر، ضعف السمع، ومشكلات الحركة، وتميز ذوي ضعف

البصر برغبة بالعزلة، وعدم الرغبة في التواصل مع الآخرين، أما ضعيفي السمع فاتسموا بالعصبية وعدم الرغبة بالمشاركة، بينما اتسم ذوي مشكلات الحركة بالعصبية، كما أظهرت النتائج أن المسنين عينة الدراسة يعانون بعض المشكلات العقلية. وتبين أن المعوقات النفسية تنقسم إلى مجموعتين الأولى مرتبطة بالمشكلات الطبية، وأهمها عدم الرغبة بالمشاركة، والعزلة، والعصبية الزائدة، بينما كانت هناك مشكلات نفسية بسبب الشيخوخة أهمها نقص الاستمتاع بالحياة، والتفكير المتواصل بالموت، وعدم الشعور بالأمان المادي والمعنوي.

وقام كل من سوزان ونايت (Suzan & Nights, 2007) بدراسة للكشف عن رؤية المسنين أنفسهم لمرحلة الشيخوخة بعد الانقطاع عن العمل، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الدراسة المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (750) من المسنين المتقاعدين عن العمل (325 ذكوراً، و525 إناثاً)، طبقت عليهم استبانة من تصميم الباحثان، فأسفرت النتائج أن (34%) من المسنين يشعرون بعدم الأمان المادي والتهديد النفسي والخوف وعدم القدرة على إعالة النفس، وتبين أن (92%) منهم يعانون مشكلات نفسية حادة بسبب ابتعاد الأبناء، ورأى (32%) من عينة الدراسة أن المسنين يشعرون بأن الشيخوخة فترة تحضير للموت، وأثبتت النتائج أن (98%) من المسنين يعانون من عدم القدرة على الاستمتاع بمباهج الحياة، وتبين أن (13%) من لمسنين لديهم إحساس قوي بأنهم مهملين، بينما أكد (21%) أن الشيخوخة مرحلة القيام بأعمال مؤجلة من مراحل العمر الأخرى.

وأجرى عزيزة وآخرون (Aziza et. al, 2010) دراسة هدفت إلى فحص مستوى قلق الموت لدى المسنين المسلمين من عرب الأراضي المحتلة (1984) ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المقابلة الشخصية ومقياس قلق الموت، والاستعانة بالمنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (145) مسناً ومسننة. خلصت الدراسة إلى وجود مستوى مرتفع من قلق الموت، وظهرت فروق لصالح المقيمين في دور الرعاية، وكانت هناك فروق تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث، وفروق تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح غير المتعلمين، كما أسفرت النتائج عن وجود فروق في مستوى قلق الموت تعزى لمتغير درجة التدين (مشار إليها في الحكمي، 2015م، ص 53).

التعقيب على الدراسات السابقة:

أولاً: من حيث الأهداف.

قامت الباحثة بجمع الدراسات السابقة ذات العلاقة بفئة المسنين فكانت هناك دراسات تتعلق بالخصائص العامة والاجتماعية عند المسنين (دراسة السدحان، 2000م)، ودراسات للكشف عن التزام المسن بالدين الإسلامي وعلاقته بقلق الموت والاكتئاب (دراسة نجوم، 2000م)، أما دراسة (الدهان، 2005م) فهدفت للكشف عن تغيير الوسط الطبيعي للمسنين وعلاقته بتوافقهم الاجتماعي، أما دراسة (عبد الرحمن، 2006م) فهدفت لتحديد مستويات القلق والاكتئاب عند المسنين، وهدفت دراسة (الجندي، 2008م) بالتعرف إلى خصائص مقياس اكتئاب الشيخوخة في صورته العربية، بينما هدفت دراسة (المحمدوي، 2008م) لبناء مقياس للأعراض الاكتئابية عند المسنين، وهدفت دراسة (بلان، 2009م) إلى مقارنة سمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية أو مع أسرهم، وهدفت دراسة (أبو ركاب وقوته، 2010م) إلى تحديد المشاكل النفسية والاجتماعية لدى المسنين في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات، أما دراسة (حجازي وأبو غالي، 2010م) فهدفت للكشف عن مشكلات المسنين وعلاقتها بالصلابة النفسية في محافظات غزة، وقامت (صيام، 2010م) بدراسة للتعرف إلى سمات الشخصية وعلاقتها بالتوافق النفسي للمسنين، وهدفت دراسة (علي، 2012م) للكشف عن العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب. وهدفت دراسة (المرعب، 2010م) لبناء برنامج وقياس فاعليته في تنمية تقدير الذات والتوافق الاجتماعي لدى المسنين. وهدفت دراسة (أوق، 2005م) إلى مسح مظاهر الشيخوخة وآثارها لدى المسنين في المجتمع البريطاني، وهدفت دراسة (أرنولد بوتاني، 2007م) إلى تحديد معوقات مرحلة الشيخوخة، أما دراسة (سوزان ونايت، 2007م) فهدفت لتحديد رؤية المسن لمرحلة الشيخوخة، أما دراسة (أبو صالح، 2013م) فهدفت للكشف عن العلاقة بين الاغتراب النفسي وقلق الموت لدى المسنين.

ثانياً: من حيث المنهج والإجراءات.

على مستوى المناهج الدراسية فاستخدمت دراسة (نجوم، 2000م)، ودراسة (الجندي، 2008م)، ودراسة (بلان، 2009م) ودراسة (أبو ركاب وقوته، 2010م) ودراسة (حجازي وأبو غالي،

2010م)، ودراسة (صيام، 2010م) ودراسة (أرنولد بوتاني، 2007م)، ودراسة (سوزان ونايت، 2007م) ودراسة (أبو صالح، 2013م) المنهج الوصفي أو الوصفي التحليلي.

بينما استخدمت دراسة (السدحان، 2000م)، ودراسة (الدهان، 2005م) المنهج المقارن، واستخدمت دراسة (علي، 2012م) المنهج العيادي. واستخدمت دراسة (أوق، 2005م) المنهج المسحي، أما دراسة (المرعب، 2010م) فاستخدمت المنهج التجريبي.

ثالثاً: من حيث النتائج.

أسفرت نتائج الدراسات السابقة عن مجموعة من النتائج أهمها أن المسنين المقيمين في دور الرعاية يعانون من عدم وجود شريك حياة لهم وعدم وجود من يقوم برعايتهم، كما اتصف المسنون المقيمون بدور الرعاية بالضعف الاقتصادي (السدحان، 2000م).

وتبين وجود علاقة بين الالتزام بالدين وقلق الموت وعلاقة بين الالتزام بالدين الإسلامي والاكتئاب (نجوم، 2000م).

وقد بينت نتائج الدراسات السابقة وجود فروق دالة إحصائية في التوافق الاجتماعي بين المسنين الذكور الذين يعيشون في الوسط الطبيعي والذين يعيشون في دور الرعاية (الدهان، 2005م).

وأسفرت نتائج دراسة (أرنولد بوتاني، 2007م) عن وجود معوقات ومشكلات نفسية وطبية وعقلية لدى المسنين، كذلك بينت نتائج دراسة (سوزان ونايت، 2007م) إلى معاناة المسنين من مشكلات في الصحة النفسية أهمها ضعف الاستمتاع بالحياة، والعزلة والعصبية.

وأسفرت نتائج دراسة (الجندي، 2008م) عن وجود دلالات اتساق داخلي مرتفعة ودالة إحصائية لجميع فقرات المقياس. وأكدت نتائج دراسة (المحمداوي، 2008م) إلى وجود أعراض اكتئابيه عند المسنين، وتبين أنه توجد فروق في سمة القلق بين المسن المقيم مع أسرته، والمسن المقيم بدور المسنين (بلان، 2009م).

وأسفرت نتائج دراسة (أبو ركاب وقوته، 2010م) عن عدة نتائج أهمها أن (16.6%) يعانون من الخوف، و(16.3%) يعانون من الحساسية الانفعالية، وأن (15.8%) يعانون أعراض حسية، وأن (15%) يعانون اكتئاب نفسي، وأن (15.8%) يعانون مشاعر العداوة، وأن

(18.2%) تتردى لديهم نوعية الحياة، وتبين أن (19.3%) منهم يعانون الوحدة النفسية، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة عكسية بين الدعم الاجتماعي والمشاكل النفسية.

وتبين أن هناك العديد من المشكلات التي يعاني منها المسنين في قطاع غزة كان أكثرها حدة المشكلات الاجتماعية والاقتصادية، يليها المشكلات النفسية، ثم الصحية، وتبين أن مستوى الصلابة النفسية لدى المسنين الفلسطينيين مرتفع، وتبين أن هناك علاقة عكسية دالة إحصائياً بين مشكلات المسنين، والصلابة النفسية لديهم (حجازي وأبو غالي، 2010م). وتبين وجود علاقة بين سمات الشخصية والتوافق النفسي لدى المسنين (دراسة صيام، 2010م).

وتبين أن هناك علاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين وتبين أن هناك فروق بين المسن المقيم بدور الرعاية والمسن المقيم مع أسرته في الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب (علي، 2012م). كما تبين أن هناك علاقة بين الاغتراب النفسي وقلق الموت (أبو صالح، 2013م).

رابعاً: أوجه الاتفاق بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة.

تتفق الدراسة الحالية مع جميع الدراسات السابقة في أنها تهتم بفئة المسنين، وتتفق بالتحديد مع دراسة (السدحان، 2000م)، ودراسة (الدهان، 2005م)، ودراسة (بلان، 2009م)، ودراسة (علي، 2012) في أنها تقارن بين المسن المقيم مع الأسرة والمسن المقيم بدور الرعاية.

وتتفق أيضاً مع دراسة (نجوم، 2000م)، ودراسة (بلان، 2009م) في أنها تتناول متغير القلق لدى المسنين.

خامساً: أوجه الاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة.

تكمن خصوصية الدراسة الحالية (قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين - دراسة مقارنة) في أنها تربط بين قلق الموت والصحة النفسية لدى المسن، كما أنها تقارن بين المسن المقيم بدور الرعاية والمسن المقيم مع أسرته في مستوى قلق الموت والصحة النفسية، كما بحثت الدراسة الحالية في الفروق باختلاف متغيرات متعددة مثل الجنس، والمستوى التعليمي، والحالة الاقتصادية، والحالة الصحية، والعمر.

سادساً: أوجه الاستفادة بين الدراسات السابقة.

- 1- تحديد أبعاد ومتغيرات الدراسة (قلق الموت والصحة النفسية).
- 2- إثراء الإطار النظري وتفسير نتائج الدراسة الحالية.
- 3- فهم الأسباب الكاملة وراء قلق المسنين من الموت، والتفكير المستمر فيه.
- 4- التعرف إلى مشكلات المسنين وحاجاتهم ووسائل من شأنها تعزيز صحتهم النفسية.

فرضيات الدراسة:

- 1- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين قلق الموت والصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة.
- 2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان الإقامة.
- 3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغيرات: مكان الإقامة، والجنس، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، والعمر، والحالة الاقتصادية، والحالة الصحية.
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان الإقامة.
- 5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغيرات: مكان الإقامة، والجنس، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، والعمر، والحالة الاقتصادية، والحالة الصحية.

الفصل الرابع

المنهجية والاجراءات

الفصل الرابع: المنهجية والإجراءات

تمهيد:

تهتم الدراسة بالكشف عن علاقة قلق الموت بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين، وتهتم أيضاً بدراسة الفروق بين المسنين المقيمين بدار رعاية المسنين والمقيمين بين أسرهم، ولتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بمجموعة من الإجراءات الميدانية، ويتناول الفصل الرابع عرضاً لهذه الإجراءات؛ حيث يتضمن: منهج الدراسة، ومجتمع الدراسة، وعينة الدراسة، وأدوات الدراسة، والأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

منهج الدراسة:

تستخدم الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، كونه أنسب المناهج في الدراسات والبحوث الإنسانية، والذي يناسب طبيعة أهداف الدراسة الحالية، ويُعرف المنهج الوصفي التحليلي على أنه أحد أشكال الوصف والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة، وتصويرها كمياً عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة، وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسات الدقيقة (ملحم، 2000م، ص 324).

مجتمع الدراسة:

حددت الباحثة المسن على أنه الشخص الذي تجاوز عمره (60) سنة، وبناءً على ذلك فإن مجتمع الدراسة عبارة عن جميع المسنين المقيمين بدار رعاية المسنين وتحديداً بمركز الوفاء الخيرية للمسنين، وأقرانهم المقيمين مع أسرهم في محافظة رفح. وبلغ عدد المسنين في مركز الوفاء لرعاية المسنين (36) مسناً ومسنّة، أما المسنين المقيمين مع أسرهم في محافظة رفح، فيصعب حصرهم، وتبين أن نسبة المسنين في قطاع غزة (3.8%) من إجمالي عدد السكان.

عينة الدراسة:

قامت الباحثة بمشورة ذوي الاختصاص في اختيار عينة الدراسة، وبناءً على ذلك تم أخذ مسح شامل لكافة المسنين المقيمين بمركز الوفاء لرعاية المسنين، طبقت عليهم أدوات الدراسة فاستردت الباحثة (33) منها، حيث لم يستجيب ثلاث من المسنين المقيمين بالمركز لأسباب

خارج عن إرادة الباحثة منها جهل المسن، أو افتقاره للقدرات العقلية التي تؤهله لتعبئة المقاييس، وفي المقابل طبقت الباحثة أدوات الدراسة على (50) مسناً من محافظة رفح، فاستردت (47) منها. أي أن الباحثة طبقت (86) أداة، فاستردت (80) منها، بنسبة استجابة بلغت (93%).

الجدول رقم (4.1) يوضح الخصائص الشخصية لعينة الدراسة:

جدول (4.1): الخصائص الشخصية لعينة الدراسة

النسبة المئوية	العدد	المتغيرات	البيان
41.25	33	دار الرعاية	مكان الإقامة
58.75	47	مع الأسرة	
100.0	80	الإجمالي	
37.50	30	ذكر	الجنس
62.50	50	أنثى	
100.0	80	الإجمالي	
22.50	18	أعزب/ أنسة	الحالة الاجتماعية
56.30	45	متزوج/ متزوجة	
8.80	7	مطلق/ مطلقة	
12.50	10	أرمل/ أرملة	
100.0	80	الإجمالي	
20.00	16	أمي	المستوى التعليمي
7.50	6	يقرأ ويكتب فقط	
11.30	9	ابتدائي	
8.80	7	اعدادي	
18.80	15	ثانوي	
33.80	27	جامعي	
100.0	80	الإجمالي	
32.50	26	60 - 65 سنة	العمر
33.80	27	66 - 70 سنة	
23.80	19	71 - 75 سنة	
10.00	8	أكثر من 75 سنة	
100.0	80	الإجمالي	
النسبة المئوية	العدد	المتغيرات	البيان

37.50	30	متدنية	الحالة الاقتصادية
38.80	31	متوسطة	
15.00	12	جيدة	
8.80	7	ممتازة	
43.80	35	معاناة من أمراض بسيطة	الحالة الصحية
30.00	24	معاناة من أمراض مزمنة	
22.50	18	معاناة من إعاقة	
3.80	3	معاناة من أمراض خطيرة	
100.0	80	الإجمالي	

أدوات الدراسة:

تمثلت أدوات الدراسة بمقياس قلق الموت لدى المسنين، ومقياس الصحة النفسية لدى المسنين، واتبعت الباحثة مجموعة من الإجراءات في تصميم وتطبيق المقياسين السابقين، وفيما يلي عرض لذلك:

أولاً: مقياس قلق الموت عند المسنين.

تصميم مقياس قلق الموت عند المسنين.

قامت الباحثة بالاطلاع على الأدبيات التربوية والنفسية السابقة ذات العلاقة بقلق الموت، كما اطلعت على مجموعة من المقاييس العربية المقننة مثل مقياس زينب شقير (2005م)، ومقياس أبو صاع (2007م)، وفي ضوء ذلك قامت بتحديد تعريف اصطلاحي ومن ثم تعريف اجرائي مناسب لقلق الموت؛ ثم قامت بالتعرف إلى كافة الأبعاد التي تناولها الباحثون، واعتمدت ثلاث أبعاد اتفق عليها معظمهم. وتم صياغة مجموعة من العبارات لكل بعد من الأبعاد، وعرضها على مشرف الدراسة، ومجموعة من المختصين لكسب الصدق الظاهري للمقياس.

وصف مقياس قلق الموت عند المسنين.

اشتمل مقياس قلق الموت في صورته النهائية على (21) فقرة تتوزع بالتساوي إلى ثلاث أبعاد رئيسية، وهي:

1- الخوف من الأمراض المميتة (7 فقرات).

2- سيطرة فكرة الموت (7 فقرات).

3- التفكير المستمر بالموت (7 فقرات).

وتأكدت الباحثة من صدق المقياس، وثبات نتائجه من خلال عينة استطلاعية بلغت (40) مسناً ومسنة، من خارج عينة الدراسة الفعلية، وفقاً للإجراءات التالية:

صدق مقياس قلق الموت عند المسنين (Validity):

الصدق بمفهومه العام يعني أن تقيس الأداة الظاهرة التي وضعت لأجل قياسها، وأن تكون الأبعاد قادرة على قياس الدرجة الكلية، وأن تكون الفقرات قادرة على قياس الأبعاد، والدرجة الكلية للظاهرة (عبيدات وعدس، 2001م، ص 179)، واتبعت الباحثة مجموعة من الإجراءات للتأكد من صدق المقياس، وذلك على النحو التالي:

1) صدق المحكمين (Trustees Validity):

عرضت الباحثة مقياس قلق الموت على مجموعة من أستاذة الجامعات الفلسطينية المختصين بمجالات علم النفس والإحصاء، حيث استرشدت الباحثة بآراء (11) محكماً، وأخذت بمعظم الآراء التي وردت حول العبارات وصياغتها، وبناءً على ذلك قامت بحذف بعض الفقرات، وإعادة صياغة فقرات أخرى، وإضافة فقرات جديدة.

2) صدق الاتساق الداخلي لمقياس قلق الموت (Internal Consistency Validity):

يعد صدق الاتساق الداخلي من أهم أنواع الصدق، وتكمن أهميته بأنه يشير إلى اتساق المقياس الفقرات وتجانسها لقياس الظاهرة المدروسة، ويشير إلى تجانس المحاور والأبعاد والفقرات، وثبات النتائج، ويعبر عن العلاقة بين الفقرات والأبعاد، والأبعاد والدرجة الكلية للمقياس (أبو علام، 2010م، ص 465). وذلك من خلال احتساب معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه الفقرة. الجدول رقم (2. 4) يعرض نتائج الاتساق الداخلي لفقرات مقياس قلق الموت:

جدول (2. 4): معاملات الارتباط وقيم الاحتمال بين كل فقرة من فقرات مقياس قلق الموت والدرجة الكلية لفقراته

م.	فقرات البعد الأول: القلق من الأمراض المميتة	معامل الارتباط	قيمة (Sig.) الاحتمالية
1	يرعبني احتمال أن تجرى لي عملية جراحية.	**0.657	0.000
2	أخاف أن أصاب بنوبة قلبية.	**0.617	0.000
3	أخاف من الأمراض المميتة كالسرطان.	**0.813	0.000
4	أمتنع عن السفر والتنقل لتجنب الحوادث.	**0.481	0.000
5	أخشى أن يحرمني الموت من شخص عزيز علي.	**0.660	0.000
6	أخشى من احتمال اصابتي بضرية قوية.	**0.618	0.000
7	أقلق عند سماع وفاة شخص بشكل مفاجئ.	**0.590	0.000
م.	فقرات البعد الثاني: سيطرة فكرة الموت	معامل الارتباط	قيمة (Sig.) الاحتمالية
8	لدي إحساس عميق بأني سأموت قريباً.	**0.761	0.000
9	ينتابني شعور مفاجئ بأني سأموت.	**0.729	0.000
10	يرعبني التفكير بالألم الذي صاحب لحظة الموت.	**0.594	0.000
11	كانت تسيطر عليّ فكرة أنني سأموت في سن مبكرة.	**0.493	0.001
12	أخشى أن أنام فلا استيقظ أبداً.	**0.606	0.000
13	التفكير بالموت يسبب لي التوتر والأرق.	**0.626	0.000
14	أخشى أمور مجهولة بعد الموت.	**0.458	0.003
م.	فقرات البعد الثاني: التفكير المستمر في الموت	معامل الارتباط	قيمة (Sig.) الاحتمالية
15	أنظر إلى الحياة نظرة متشائمة لأنها تنتهي حتماً بالموت.	*0.329	0.038
16	أخشى أن أموت فيحاسبني الله على ذنوبي.	**0.492	0.001
17	يتملكني إحساس بالتشاؤم من الموت عندما أصلي أو أشاهد صلاة الميت.	**0.577	0.000
18	حينما أجلس وحيداً مع نفسي أشعر بأن الموت قريب مني جداً.	**0.726	0.000
19	لا أحب رؤية أحد يحتضره الموت.	**0.580	0.000
20	أشعر برعب شديد حينما يتحدث أمامي أحد عن الموت.	**0.607	0.000
21	أود معرفة طبيعة حياة القبر لكنني أخشى أن أسأل عن القبر.	**0.503	0.001

**ر الجدولية عند درجة حرية (38) وعند مستوى دلالة (0.01) = 0.393

*ر الجدولية عند درجة حرية (38) وعند مستوى دلالة (0.05) = 0.304

الجدول رقم (2. 4) يوضح أن جميع قيم معاملات الارتباط أعلى من معامل الارتباط عند درجات حرية (0.05) ومستوى دلالة (0.05)، أو مستوى دلالة (0.01)، وهذا يدل على أن

جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، وعليه فإن فقرات مقياس قلق الموت تتمتع بصدق اتساق داخلي مناسب، وأن جميع الفقرات قادرة على قياس ما وضعت لأجل قياسه.

(3) الصدق البنائي (External Validity):

يقصد بالصدق البنائي أن تكون الأبعاد قادرة على قياس ما وضعت لأجل قياسه (أبو علام، 2010م، ص 465)، ويتم هذا الأمر من خلال احتساب معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية لفقراته. الجدول التالي يوضح النتائج:

جدول (3. 4): معاملات الارتباط وقيم الاحتمال بين بعد من أبعاد مقياس قلق الموت والدرجة الكلية لفقراته

م.	الأبعاد	عدد الفقرات	معامل الارتباط	قيمة (Sig.) الاحتمالية
1	الخوف من الأمراض المميتة	7	**0.762	0.000
2	سيطرة فكرة الموت	7	**0.853	0.000
3	التفكير في الموت	7	**0.749	0.000

** الجدولية عند درجة حرية (38) وعند مستوى دلالة (0.01) = 0.393

* الجدولية عند درجة حرية (38) وعند مستوى دلالة (0.05) = 0.304

الجدول رقم (3. 4) يوضح أن جميع قيم معاملات الارتباط أعلى من معامل الارتباط عند درجات حرية (0.05) ومستوى دلالة (0.01)، وهذا يدل على أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، وعليه فإن أبعاد مقياس قلق الموت تتمتع بصدق، وأن المقياس يتمتع بصدق بنائي جيد.

ثبات مقياس قلق الموت (Reliability):

يقصد بالثبات دقة المقياس أو اتساقه حيث يعتبر المقياس ثابتاً إذا حصل نفس الفرد على نفس الدرجة، أو درجة قريبة منها في نفس القياس أو مجموعة الفقرات المتكافئة عند تطبيقه أكثر من مرة (أبو علام، 2010م، ص 481)، ويقصد بالثبات الاستقرار وعدم تغير النتائج بشكل جوهري لو أعيد تطبيق المقياس عدة مرات تحت نفس الظروف والشروط المواتية، وللتحقق من ثبات الاستبانة اتبعت الباحثة الإجراءات التالية:

1) طريقة معاملات ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha coefficient):

تقوم هذه الطريقة على أساس احتساب معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس، والدرجة الكلية لفقراته، ويوضح الجدول رقم (4.4) نتائج معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس:

جدول (4.4): معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد الاستبانة والدرجة الكلية لمحاورها

م.	الأبعاد	عدد الفقرات	ألفا كرونباخ
1	الخوف من الأمراض المميتة	7	0.754
2	سيطرة فكرة الموت	7	0.717
3	التفكير في الموت	7	0.710
	الدرجة الكلية لمقياس قلق الموت	21	0.824

الجدول السابق رقم (4.4) يوضح أن جميع معاملات ألفا كرونباخ كانت أكبر من (0.6)، وبلغ معامل ألفا كرونباخ للدرجة الكلية لمقياس قلق الموت (0.824)، وهو معدل مرتفع.

2) طريقة التجزئة النصفية (Split Half Coefficient):

تقوم هذه الطريقة على أساس تقسيم المقياس وأبعاده، إلى فقرات فردية الرتب، فقرات زوجية الرتب، واحتساب معامل الارتباط بينهما، ومن ثم استخدام معادلة جتمان لتصحيح الارتباط، حيث تستخدم في حال عدم تساوي طرفي الارتباط وذلك حسب المعادلة: $\left(\frac{2E_1 + E_2}{E} - 1 \right) / 2$ (أبو

علام، 2010م، ص 481)، وكانت النتائج كما في الجدول رقم (4.5) التالي:

جدول (4.5): معامل الارتباط بين الفقرات فردية الرتب والفقرات زوجية الرتب لكل بعد من أبعاد الاستبانة

والدرجة الكلية لمحاورها

م.	المحاور والأبعاد	عدد الفقرات	معامل الارتباط	معامل الارتباط المصحح	مستوى الدلالة
1	الخوف من الأمراض المميتة	7	**0.508	0.665	Sign at (0.01)
2	سيطرة فكرة الموت	7	**0.403	0.553	Sign at (0.01)
3	التفكير في الموت	7	**0.599	0.680	Sign at (0.01)
	الدرجة الكلية لمقياس قلق الموت	21	0.660	0.787	Sign at (0.01)

يتضح من الجدول (4.5) أن معاملات الارتباط دالة إحصائياً، وبلغ معامل الارتباط للدرجة الكلية لمقياس قلق الموت (0.66)، وبعد التصحيح بلغ (0.787)، وهي معدلات مرتفعة مطمئن الباحثة على ثبات المقياس.

تصحيح مقياس قلق الموت:

اتبعت الباحثة سلم قياس خماسي الترتيب (ليكارت)، وتم إدخال البيانات وترميزها إلى الحاسب الآلي وفق لمفتاح التصحيح الموضح بالجدول رقم (6)، وتم ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي باستخدام برنامج رزمة التحليل الإحصائي للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for Social Science) (SPSS)، ولتحديد طول فترة المقياس الخماسي (الحدود الدنيا والعليا) المستخدم، تم حساب المدى (4=1-5)، ثم تقسيمه على عدد فترات المقياس الخمسة للحصول على طول الفترة أي (0.8=5/4)، بعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس (وهي الواحد الصحيح) وذلك لتحديد الحد الأعلى للفترة الأولى؛ وهكذا:

جدول (4.6): طريقة إدخال وترميز مقياس قلق الموت عند المسنين

لا تنطبق علي أبدأ	لا تنطبق علي	تنطبق علي نادراً	تنطبق علي أحياناً	تنطبق علي تماماً	الاستجابة
1	2	3	4	5	الترميز للحاسب الآلي
1 - 1.8	1.8-2.6	2.6-3.4	3.4-4.2	4.2-5.0	الفترة
Less than 36%	36%- 52%	52%- 68%	68%- 84%	More than 84%	الوزن النسبي المقابل

ثانياً: مقياس الصحة النفسية لدى المسنين.

تصميم مقياس الصحة النفسية لدى المسنين.

قامت الباحثة بالاطلاع على الأدبيات التربوية والنفسية ذات العلاقة بالصحة النفسية لدى المسنين، واطلعت على مجموعة من المقاييس أهمها مقياس ليونارد وديروجيتس وليمان و لينو كوفي، الذي عربه (أبو هين، 1992م)، والمعروف باسم (SCL- 90 - R)، ومقياس كولديبيرغ

تعريب (محمد وادي، 1999م). وقامت بتحديد الأبعاد التي يمكن من خلالها قياس الصحة النفسية لدى المسنين، وتم تعريف الصحة النفسية لدى المسنين اصطلاحاً وإجراءً. وتم صياغة فقرات المقياس، وعرض المقياس في صورته الأولى على مشرف الدراسة ومجموعة من المختصين.

وصف مقياس الصحة النفسية:

قامت الباحثة بصياغة مقياس الصحة النفسية في ضوء الدراسات السابقة والأدبيات التربوية والنفسية، حيث بلغت فقرات المقياس في صورته النهائية (46) فقرة تتوزع إلى خمسة أبعاد رئيسية، وذلك على النحو التالي:

1- الكفاءة والثقة بالنفس (10 فقرات).

2- التفاعل الاجتماعي (8 فقرات).

3- النضج الانفعالي (9 فقرات).

4- الخلو من الأمراض العصبية (9 فقرات).

5- البعد الإنساني والقيمي (10 فقرات).

وتأكدت الباحثة من صدق فقرات وأبعاد المقياس من خلال عينة استطلاعية، واتبعت لأجل ذلك مجموعة من الإجراءات الميدانية، وذلك على النحو التالي:

صدق مقياس الصحة النفسية لدى المسنين:

قامت الباحثة بالتأكد من صدق المقياس من خلال عدة إجراءات، وفيما يلي عرضاً لهذه الإجراءات:

1) صدق المحكمين:

عرض المقياس على مجموعة من المختصين بمجالات علم النفس والصحة النفسية، وتم تعديل فقراته بناءً على توصيات لجنة التحكيم، علماً بأن الباحثة أخذت بمعظم آراء لجنة التحكيم، حيث حذف وأعاد صياغة وأضاف فقرات جديدة.

(2) صدق الاتساق الداخلي لفقرات مقياس الصحة النفسية:

قامت الباحثة باحتساب معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، والجدول التالي يعرض نتائج صدق الاتساق الداخلي:

جدول (4.7): معاملات الارتباط وقيم الاحتمال بين كل فقرة من فقرات مقياس الصحة النفسية والدرجة الكلية

لفقراته

م.	فقرات البعد الأول: الكفاءة والثقة بالنفس	معامل الارتباط	قيمة (Sig.) الاحتمالية
1	أشعر بارتياح تام وصحة جيدة.	**0.453	0.005
2	أمتلك قدرة على التركيز في الأعمال التي أقوم بها.	**0.530	0.000
3	أنا راضي عن طريقتي في إنجاز مهماتي.	**0.466	0.002
4	أنا مقتنع بأن الله قدر لي الخير.	**0.581	0.000
5	أراجع نفسي مراراً حتى لا أقع في أخطاء ارتكبتها سابقاً.	**0.697	0.000
6	أواجه مشكلاتي مهما بلغت.	**0.771	0.000
7	أشعر بالسعادة عندما أعالج مشكلاتي بنفسي.	**0.687	0.000
8	أنا راضي عن نفسي.	**0.659	0.000
9	أرى بأنني لازلت قادراً على أداء واجباتي.	**0.555	0.000
10	أشعر بثقل يدي ورجلي وحركتي بشكل عام.	**0.448	0.004
م.	فقرات البعد الثاني: التفاعل الاجتماعي	معامل الارتباط	قيمة (Sig.) الاحتمالية
11	أود أن أكون بين الناس.	**0.764	0.000
12	أظهر أمام الآخرين بأنني سعيد رغم الأحزان التي بداخلي.	**0.551	0.000
13	من السهل علي تكوين صداقات حتى وأنا كبير في السن.	**0.456	0.000
14	أشعر بالوحدة حتى وإن كنت بين الناس.	**0.420	0.007
15	أتعامل بصدق مع الآخرين.	**0.663	0.000
16	أستمتع كثيراً عندما أكون محط أنظار الآخرين.	**0.482	0.000
17	أحب زيارة الأقارب في منازلهم.	**0.733	0.000
18	أهتم بحضور المناسبات (الأفراح والأحزان).	**0.599	0.000
م.	فقرات البعد الثالث: النضج الانفعالي	معامل الارتباط	قيمة (Sig.) الاحتمالية
19	أشعر بالفخر عند الحديث عن الماضي.	**0.466	0.002
20	أتفهم مشاعر الآخرين.	**0.410	0.009

م.	فقرات البعد الثالث: النضج الانفعالي	معامل الارتباط	قيمة (Sig.) الاحتمالية
21	أفسر أي موقف حدث لي بحساسية عالية.	**0.643	0.000
22	أغضب لأتفه الأسباب.	*0.364	0.021
23	أستطيع ضبط انفعالاتي.	*0.367	0.020
24	أعطى تفسيرات متسرعة حول مواقف الآخرين.	**0.563	0.000
25	أتجنب النظر إلى المواقف المؤثرة.	**0.573	0.000
26	أعتذر للآخرين عند الخطأ.	**0.559	0.000
27	أعاني من أرق شديد.	**0.426	0.006
م.	فقرات البعد الرابع: الخلو من الأمراض العصبية	معامل الارتباط	قيمة (Sig.) الاحتمالية
28	أعاني من اضطرابات النوم.	**0.633	0.000
29	تراوضني أحلاماً مزعجة.	**0.590	0.000
30	أتوتر من أقل موقف يواجهني.	**0.478	0.002
31	أنا قلق طوال الوقت.	**0.764	0.000
32	أجد نفسي وحيداً حتى لو كنت بين الآخرين.	**0.669	0.000
33	أشعر بمغص دائم ولا أعرف سببه.	**0.665	0.000
34	أشعر بعدم استقرار درجة حرارة جسدي.	**0.717	0.000
35	أنا بحاجة إلى إجراء فحوصات طبية باستمرار.	**0.670	0.000
36	أقبل انتقادات الآخرين.	*0.372	0.018
م.	فقرات البعد الخامس: البعد الإنساني والقيمي	معامل الارتباط	قيمة (Sig.) الاحتمالية
37	أتحديث بعبارة واضحة المعنى.	**0.749	0.000
38	أمتلك قدراً كافياً من الصبر عند الشدائد.	**0.738	0.000
39	أحرص على كسب ود الآخرين.	**0.672	0.000
40	ألتزم بالعادات والتقاليد الفلسطينية.	**0.631	0.000
41	أراعي مشاعر الآخرين.	**0.861	0.000
42	أتمتع بمرونة كافية لتغيير مواقفي الخاطئة.	**0.406	0.009
43	أتمنى الخير للآخرين.	**0.772	0.000
44	أتمنى أن تنعم البشرية بالأمن والسلام.	**0.702	0.000
45	أشعر بالضيق لما يحصل من حروب وصراعات حول العالم.	**0.582	0.000
46	أنا متفائل بأن المستقبل سيكون جميلاً.	**0.442	0.004

** ر الجدولية عند درجة حرية (38) وعند مستوى دلالة (0.01) = 0.393

* ر الجدولية عند درجة حرية (38) وعند مستوى دلالة (0.05) = 0.304

الجدول (7. 4) يوضح أن جميع قيم معاملات الارتباط أعلى من معامل الارتباط عند درجات حرية (0.05) ومستوى دلالة (0.05)، أو مستوى دلالة (0.01)، وهذا يدل على أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، وعليه فإن فقرات مقياس الصحة النفسية تتمتع بصدق اتساق داخلي مناسب، وأن جميع الفقرات قادرة على قياس ما وضعت لأجل قياسه.

(3) الصدق البنائي لمقياس الصحة النفسية:

قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية والدرجة الكلية للمقياس، والجدول رقم (8. 4) يوضح النتائج:

جدول (8. 4): معاملات الارتباط وقيم الاحتمال بين بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية والدرجة الكلية لفقراته

م.	الأبعاد	عدد الفقرات	معامل الارتباط	قيمة (Sig.) الاحتمالية
1	الكفاءة والثقة بالنفس	10	**0.710	0.000
2	التفاعل الاجتماعي	8	**0.623	0.000
3	النضج الانفعالي	10	**0.787	0.000
4	الخلو من الأمراض العصبية	10	**0.668	0.000
5	البعد الإنساني والقيمي	9	**0.763	0.000

**ر الجدولية عند درجة حرية (38) وعند مستوى دلالة (0.01) = 0.393

*ر الجدولية عند درجة حرية (38) وعند مستوى دلالة (0.05) = 0.304

الجدول رقم (8. 4) يوضح أن جميع قيم معاملات الارتباط أعلى من معامل الارتباط عند درجات حرية (0.05) ومستوى دلالة (0.01)، وهذا يدل على أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، وعليه فإن أبعاد مقياس الصحة النفسية تتمتع بصدق، وأن المقياس يتمتع بصدق بنائي جيد.

ثبات مقياس الصحة النفسية:

قامت الباحثة بالتأكد من ثبات مقياس الصحة النفسية من خلال مجموعة من الإجراءات، وذلك على النحو التالي:

1) طريقة معاملات ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha coefficient):

تم حساب معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية عند المسنين، والدرجة الكلية لفقراته، والجدول التالي يعرض النتائج:

جدول (9. 4): معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية والدرجة الكلية لفقراته

م.	الأبعاد	عدد الفقرات	ألفا كرونباخ
1	الكفاءة والثقة بالنفس	10	0.745
2	التفاعل الاجتماعي	8	0.667
3	النضج الانفعالي	10	0.799
4	الخلو من الأمراض العصبية	10	0.765
5	البعد الإنساني والقيمي	9	0.868
	الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية	46	0.876

الجدول السابق رقم (9. 4) يوضح أن جميع معاملات ألفا كرونباخ كانت أكبر من (0.6)، وتراوحت معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد المقياس ما بين (0.667 إلى 0.868)، وهي معدلات مرتفعة، وبلغ معامل ألفا كرونباخ للدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية عند المسنين (0.876)، وهو معدل مرتفع.

2) طريقة التجزئة النصفية (Split Half Coefficient):

تقوم هذه الطريقة على أساس تقسيم المقياس وأبعاده، إلى فقرات فردية الرتب، فقرات زوجية الرتب، واحتساب معامل الارتباط بينهما، ومن ثم استخدام معادلة سبيرمان براون لتصحيح المعامل (Spearman-Brown Coefficient) وذلك حسب المعادلة: $\frac{2R}{R+1}$ في حال تساوي طرفي الارتباط، أو معادلة جتمان في حال عدم تساوي طرفي الارتباط وذلك حسب المعادلة: $\left(\frac{2C_1 + C_2}{C} - 1 \right)^2$ (أبو علام، 2010: 481)، وكانت النتائج كما في الجدول رقم (10. 4) التالي:

جدول (10. 4): معاملات الارتباط بين الفقرات فردية الرتب والفقرات زوجية الرتب لكل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية والدرجة الكلية لفقراته

م.	الأبعاد	عدد الفقرات	معامل الارتباط	معامل الارتباط المصحح	مستوى الدلالة
1	الكفاءة والثقة بالنفس	10	**0.400	0.571	Sign at (0.01)
2	التفاعل الاجتماعي	8	**0.417	0.589	Sign at (0.01)
3	النضج الانفعالي	9	**0.626	0.758	Sign at (0.01)
4	الخلو من الأمراض العصابية	9	**0.628	0.761	Sign at (0.01)
5	البعد الإنساني والقيمي	10	**0.651	0.789	Sign at (0.01)
	الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية	46	0.714	0.833	Sign at (0.01)

يتضح من الجدول رقم (10. 4) أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً، حيث بلغ معامل الارتباط للدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية (0.714)، وبعد التصحيح بلغ (0.833). وهذا يؤكد على ثبات المقياس ودقة نتائجه.

تصحيح مقياس الصحة النفسية:

قامت الباحثة بإدخال بيانات مقياس الصحة النفسية عند المسنين إلى برنامج رزمة التحليل الإحصائي للعلوم الاجتماعية وفق سلم ليكارت الخماسي، وذلك حسب المفتاح التالي:

جدول (11. 4): طريقة إدخال بيانات مقياس الصحة النفسية لدى المسنين

الاستجابة	تنطبق علي تماماً	تنطبق علي أحياناً	تنطبق علي نادراً	لا تنطبق علي	لا تنطبق علي أبداً
الترميز للحاسب الآلي	5	4	3	2	1
الفترة	4.2-5.0	3.4-4.2	2.6-3.4	1.8-2.6	1-1.8
الوزن النسبي المقابل	More than 84%	68%- 84%	52%- 68%	36%- 52%	Less than 36%

الأساليب الإحصائية:

- لإجابة عن أسئلة الدراسة، وتحليل البيانات واختبار الفرضيات قامت الباحثة باستخدام مجموعة من الاختبارات الإحصائية المناسبة منها الوصفية، ومنها الاستدلالية، وهي:
- التكرارات والنسب المئوية (Frequencies and Percent): ويستخدم هذا الأمر للتعرف إلى تكرار استجابات الفئة.
- معاملات الارتباط (Correlation Coefficient): للتحقق من صدق المقياس وثباته، والعلاقة بين المتغيرات.
- معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha Coefficient): للتعرف إلى ثبات مقاييس الدراسة.
- اختبار التوزيع الطبيعي (Normal Test): ويستخدم هذا الأمر للتعرف إلى طبيعة البيانات إذا كانت تتبع توزيعاً طبيعياً أم لا، حيث تم استخدام اختبار كولمغوروف- سمرنوف (1-Sample Kolmogorov-Smirnov) لمناسبته لطبيعة العينة.
- المتوسط الحسابي (Mean)، والانحراف المعياري (Standard deviation)، والوزن النسبي (Percentage): وتستخدم للتعرف إلى طبيعة استجابات العينة على فقرات المقياس، وتبويب البيانات التي تم جمعها.
- اختبار (Independent Samples T - Test): للتعرف إلى الفروق بين مجموعتين مستقلتين.
- اختبار (One Way ANOVAs): للتعرف إلى الفروق بين ثلاث مجموعات مستقلة فأكثر.

الصعوبات التي واجهت الباحثة:

- 1- ندرة الإحصاءات والبيانات المتعلقة بفئة المسنين.
- 2- اختلاف وجهات نظر علماء النفس حول متغيرات الدراسة خاصة متغير قلق الموت، ومفهوم الشيخوخة.
- 3- واجهت الباحثة مشكلات متعددة فيما يتعلق بالتفسير النظري لقلق الموت، حيث أن معظم المراجع الأجنبية التي تناولت قلق الموت تتعارض مع وجهة نظر الإسلام.

4- نقص الدراسات السابقة والأدبيات التربوية والنفسية المهتمة بفئة المسنين.

5- جهل العديد من المسنين بهدف تطبيق أدوات الدراسة.

ولقد تجاوزت الباحثة بعضاً من هذه الصعوبات من خلال مشورة مشرف الدراسة، وبعض

المختصين بمجالات علم النفس، والقائمين على رعاية المسنين في دار الوفاء لرعاية المسنين.

الفصل الخامس

عرض النتائج ومناقشتها

الفصل الخامس: عرض النتائج ومناقشتها

تمهيد:

يتناول الفصل الخامس عرضاً لتحليل البيانات والإجابة عن أسئلة الدراسة، واختبار الفرضيات، وتوصيات الدراسة وأهم البحوث المستقبلية، حيث قامت الباحثة باختيار أنسب الاختبارات الاحصائية وذلك بعدما تأكدت من طبيعة منحى البيانات.

اختبار التوزيع الطبيعي (Normality Distribution Test):

يستخدم الباحثون والمختصون اختبارات للتعرف إلى طبيعة البيانات التي تم جمعها بهدف التعرف إلى إذا ما كانت تتبع توزيعاً طبيعياً أم لا، وهذا يفيد في طبيعة الاختبارات التي يجب اتباعها معلمية أو لا معلمية، والعينة تبلغ (80) شخص، وعليه تم استخدام اختبار كولمغوروف - سمرنوف (1-Sample Kolmogorov-Smirnov)، للتعرف إلى اعتدالية منحى البيانات، وكانت النتائج كما هو مبين بالجدول التالي رقم (5.1):

جدول (5.1): اختبار التوزيع الطبيعي لأدوات الدراسة (1-Sample Kolmogorov-Smirnov)

م.	الأدوات	عدد الفقرات	قيمة الاختبار	قيمة (Sig.)
1	مقياس قلق الموت	21	0.061	0.200
2	مقياس الصحة النفسية	46	0.095	0.073

يوضح الجدول رقم (5.1) أن جميع قيم (Sig.) الاحتمالية كانت أكبر من مستوى الدلالة 0.05، ($sig. > 0.05$)، وعليه يمكن القول بأن مقاييس الدراسة تتبع توزيعاً طبيعياً، وعليه يجب استخدام الاختبارات المعلمية في هذه الدراسة.

نتائج السؤال الأول ومناقشتها: ما مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة؟

للإجابة عن السؤال الأول قامت الباحثة باستخدام الاختبارات الوصفية المناسبة: المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية والرتب لكل بعد من أبعاد قلق الموت والدرجة الكلية لفقراته:

جدول (2. 5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية والرتب لأبعاد قلق الموت والدرجة الكلية لفقراته

م.	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة
1	الخوف من الأمراض المميتة	3.8036	0.93	76.072	1
2	سيطرة فكرة الموت	2.9429	0.89	58.90	3
3	التفكير المستمر في الموت	3.0982	0.886	61.964	2
	قلق الموت	3.2815	0.88	65.63	

يتضح من الجدول السابق رقم (2. 5) أن مستوى قلق الموت لدى المسنين (65.63%)، وهي نسبة مرتفعة نسبياً حيث أشار (بلان، 2009) بأن القلق بشكل عام يصبح عصابياً لدى المسنين إذا تجاوز (60%)، وجاء بعد الخوف من الأمراض المميتة بالمرتبة الأولى بوزن نسبي بلغ (76.072%) وهي نسبة مرتفعة، يليه بعد التفكير المستمر في الموت ووزن نسبي بلغ (61.964%)، يليه بالمرتبة الأخيرة بعد سيطرة فكرة الموت بوزن نسبي بلغ (58.90%).

وترى الباحثة بأن بعد الخوف من الأمراض المميتة جاء بالمرتبة الأولى لأن عصرنا الحالي أفرز أمراضاً مختلفة مميتة منها الجلطات الدماغية، وأمراض السرطان وغيرها من الأمراض، وجاء نسبة قلق الموت مرتفعة لدى عينة الدراسة من المسنين لأن الطبيعة البشرية والمسئول يصاب بضعف جسمي وقلة إنجاز وعجز في أداء العديد من المهام، وهذا يعمل على الانسحاب التدريجي للمسن من الحياة الاجتماعية وقد يصل الحال إلى العزلة، وهذه جميعها عوامل تؤدي إلى ارتفاع نسبة القلق.

كما ترى الباحثة بأن التهديدات النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها المسن مثل الإهمال يترافق مع حالة من التوتر والتشاؤم وفقدان الثقة بالنفس وبالآخرين بسبب رفع مستوى القلق لدى المسن بشكل عام، لكن كثرة السماع لوسائل الإعلام وما تبثه حول مخاطر الأمراض العصرية وما يتم تداوله بين الناس يجعل القلق أكثر حدة ويتولد لدى المسن أفكار حول الموت والحياة الآخرة، فيصبح قلقاً من الموت. وترى الباحثة أن غموض المستقبل مصدراً من مصادر القلق لدى الفرد العادي، والموت هو حقيقة حتمية لا مفر منها، وهو آت لا محال لذا يتولد لدى المسن فكرة بأن موته اقترب ويبدأ يفكر في الحياة الآخرة وحياة البرزخ التي تعد من الأشياء التي يجهلها الإنسان.

بينما اختلفت النتائج السابقة مع نتائج دراسة (محمود، 2015م) حيث أكد بأن قلق الموت لدى المسنين لم يكن مرتفعاً. وتتفق أيضاً مع نتائج دراسة (بلان، 2009م) واتفقت أيضاً مع نتائج دراسة (عبد الرحمن، 2006م)، واختلفت النتائج الواردة مع نتائج دراسة (أبو صاع، 2007م) حيث أشارت نتائج دراسة أبو صاع إلى ارتفاع معدلات القلق.

نتائج السؤال الثاني ومناقشتها: ما مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة؟

للإجابة عن السؤال الثاني قامت الباحثة باستخدام الاختبارات الوصفية المناسبة: المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية والرتب لكل بعد من أبعاد قلق الموت والدرجة الكلية لفقراته:

جدول (3. 5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية والرتب لأبعاد قلق الموت والدرجة الكلية لفقراته

م.	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة
1	الكفاءة والثقة بالنفس	3.7188	0.94	74.376	3
2	التفاعل الاجتماعي	3.7578	0.672	75.156	2
3	النضج الانفعالي	3.4236	0.69	68.472	4
4	الخلو من الأمراض العصبية	3.050	0.801	61.00	5
5	البعد الإنساني والقيمي	3.890	0.87	77.80	1
	الصحة النفسية	3.5742	0.844	71.484	

يوضح الجدول رقم (3. 5) أن مستوى الصحة النفسية التي يتمتع بها عينة الدراسة من المسنين بلغت (71.484%) وهو معدل مرتفع، وجاء البعد الإنساني والقيمي بالمرتبة الأولى بوزن نسبي بلغ (77.80%)، يليه بعد التفاعل الاجتماعي بوزن نسبي بلغ (75.156%)، ثم جاء بعد الكفاءة والثقة بالنفس بالمرتبة الثالثة بوزن نسبي بلغ (74.376%)، ثم جاء بالمرتبة الرابعة بعد النضج الانفعالي بوزن نسبي بلغ (68.472%)، وجاء بالمرتبة الأخيرة بعد الخلو من الأمراض العصبية بوزن نسبي بلغ (61%).

وترى الباحثة بأن المجتمع الفلسطيني إسلامي بالفطرة ويتبع عادات وتقاليد تعزز البعد الإنساني والقيمي لدى أفرادها لذا جاء البعد الإنساني والقيمي بالمرتبة الأولى، وهو مجتمع يهتم بالمناسبات وبناء العلاقات الاجتماعية سواء مع الأسرة أو مع المحيط الخارجي، وبالنسبة للمسنين المقيمين بدار الرعاية لاحظت الباحثة بأنه تربطهم علاقات بعضهم ببعض جيدة ساعدت على ارتفاع نسبة التفاعل الاجتماعي، وترى الباحثة بأن الدعم النفسي والاجتماعي يساعد المسن على تجاوز العديد من مشكلاته خاصة الخلو من الأمراض العصابية لذا جاءت بالمرتبة الأخيرة.

وأشارت المرعب (2010م، ص 260) أن المسنين لديهم حاجات متعددة مرتبطة بممارسة أنشطتهم المختلفة الحياتية، وهذا يعني أنهم في حاجة إلى تحقيق التوافق مع قدراتهم وحالتهم الجديدة مع متطلبات البناء الاجتماعي للمحافظة على أكبر درجة من نشاط المسن.

وفي هذا الصدد ترى الباحثة بأن المسن يسعى جاهداً لاستعادة التوازن بين متطلبات الحياة وقدراته، فإن استطاع مواجهة ذلك تأقلم وتكيف مع الوضع الجديد، وإن لم يستطع فإن يقع فريسة الاضطرابات النفسية، والمسنين في قطاع غزة سواء القائمين بدار الرعاية أو المسنين المقيمين بين أسرهم يتلقون الدعم والمساندة الاجتماعية التي تحقق لهم التكيف والتوافق مع متطلبات مرحلة الشيخوخة لذا كان مستوى الصحة النفسية لديهم مرتفعاً.

ولقد أشارت المرعب (2010م، ص 260) أيضاً بأن اتجاه الشخص المسن نحو تبني نظرة ايجابية تجاه تقدمه في العمر يحقق له الرفاهية النفسية ويتقبل ذاته ويتقبل الآخرين، حيث أن هناك علاقة ايجابية بين نظرة المسن لعمره وقدراته والتكيف مع الوضع الحالي.

وتتفق النتائج السابقة مع نتائج دراسة (محمود، 2015م) والتي أكد بأن الرضا عن أهداف الحياة مرتفعة لدى المسنين.

نتائج السؤال الثالث ومناقشتها: هل توجد علاقة بين قلق الموت والصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة؟

للإجابة عن السؤال الثالث قامت الباحثة باختبار الفرض الأول باستخدام معامل الارتباط بيرسون للكشف عن العلاقة بين قلق الموت والصحة النفسية لدى المسنين، والجدول التالي يعرض مصفوفة الارتباط:

الفرضية الأولى: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين قلق الموت والصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة.

جدول (4. 5): مصفوفة الارتباط بين قلق الموت والصحة النفسية لدى عينة من المسنين

م.	الأبعاد	البيان	الخوف من الأمراض المميّنة	سيطرة فكرة الموت	التفكير المستمر بالموت	قلق الموت
1	الكفاءة والثقة بالنفس	معامل الارتباط	-0.07	-0.057	-0.112	-0.101
		قيمة الاحتمال	0.533	0.617	0.322	0.373
2	التفاعل الاجتماعي	معامل الارتباط	0.091	0.150	0.017	0.109
		قيمة الاحتمال	0.421	0.184	0.884	0.335
3	النضج الانفعالي	معامل الارتباط	0.092	0.039	-0.005	0.054
		قيمة الاحتمال	0.416	0.734	0.968	0.632
4	الخلو من الأمراض العصبية	معامل الارتباط	0.182	**0.360	**0.364	**0.380
		قيمة الاحتمال	0.107	0.001	0.001	0.001
5	البعد الإنساني والقيمي	معامل الارتباط	-0.064	-0.092	-0.101	-0.108
		قيمة الاحتمال	0.572	0.418	0.375	0.341
	الصحة النفسية	معامل الارتباط	0.047	0.094	0.031	0.073
		قيمة الاحتمال	0.679	0.405	0.785	0.522

يتضح من الجدول السابق رقم (4. 5) أن معظم قيم الاحتمال كانت أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وكانت معاملات الارتباط ضعيفة جداً، بمعنى أنه لا توجد علاقة ارتباط دالة إحصائياً بين قلق الموت والصحة النفسية. لكن نلاحظ من الجدول السابق بأن هناك علاقة بين قلق الموت وبعد الخلو من الأمراض العصبية، وترى الباحثة بأن الأمراض العصبية قد تتضمن القلق نفسه، وبالتالي ظهرت علاقات طردية بين الأمراض العصبية وقلق الموت لدى المسنين.

كما ترى الباحثة بأن الخوف والتوتر الشديد من الموت، والتفكير المستمر فيه، وسيطرة أفكار مميتة على الفرد تجعله عاجزاً عن القيام بمهامه مما يجعله يشعر بضعف شديد في الجسم، وهذا بدوره يولد أمراض عصبية كالتوتر والقلق والخوف، والشعور ببعض الآلام المصاحبة.

ولم تظهر علاقة بين قلق الموت والصحة النفسية بشكل عام لأن التفكير بالموت وسيطرة الأفكار المتعلقة به، والخوف من الأمراض المميتة تجعل المسن أكثر يقظة وحذراً، والصحة النفسية هي الحالة النفسية والعاطفية والسلوكية، ومن وجهة نظر علم النفس الإيجابي أو النظرة الكلية للصحة العقلية من الممكن أن تتضمن قدرة الفرد على الاستمتاع بالحياة، وخلق التوازن بين أنشطة الحياة ومتطلباتها لتحقيق المرونة النفسية، وهي تتأثر بعوامل مختلفة منها القدرات العقلية والقدرة على إنجاز المهام وبناء العلاقات الاجتماعية السوية والدعم والمساندة الاجتماعية لكنها لا تتأثر بحالة القلق الناجمة عن التفكير بالموت، كما ترى الباحثة بأن الموت حتمي على جميع البشر والتفكير به أمر فطري كونه يتعلق بالمستقبل كما أن التفكير به والقلق من الموت قد ينجم نتيجة جهل الحياة البرزخية وحياة الآخرة، وبالتالي لا يؤثر في رفاهية الفرد النفسية، لأن الله سبحانه وتعالى قال ﴿وَأَن أَسْتَغْفِرُوا رَبَّهُمْ ثُمَّ تُوبُوا إِلَيْهِ يُمْنِعْكُمْ مِّنْعَا حَسَنًا إِلَىٰ أَجَلٍ مُّسَمًّى وَيُؤْتِ كُلَّ ذِي فَضْلٍ فَضْلَهُ﴾ [هود: 3]. فهذه الآية تدل على أن الرفاهية النفسية والصحة النفسية للفرد المسلم مرتبطة بعلاقته بربه ومتاع الحياة مرتبط بالاستغفار، وأن الله سيؤتي كل فرد المتاع الحسن نتاج أعماله الحسنة.

كما أن الله سبحانه وتعالى سخر لنا كل ما على الأرض للاستمتاع به، وطالما أن الموت حتمي على الفرد فإن المؤمن بالله وقضائه وقدره يدرك بأن متعة الحياة والرفاهية النفسية تتحقق بالتقرب من الله، لذا لم يؤثر قلق الموت والتفكير فيه بمستوى الصحة النفسية لدى المسنين عينة الدراسة. وترى الباحثة بأن الصحة النفسية تعبر وتتأثر بعوامل مثل الاستقلال والجدارة والكفاءة الذاتية بين الأجيال وإمكانات الفرد الفكرية والعاطفية، وإدراك المسنين لقدراتهم والتعامل مع ضغوط الحياة العادية، أي أن المسن لو عرف إمكاناته جيدة، وما يستطيع القيام به، فإن ذلك ينعكس على صحته النفسية، لأن اضطراب الصحة النفسية قد يكون بسبب اصطدام أهداف الفرد وعدم فهمه لقدراته وما يستطيع القيام به بكفاءة.

وهذه النتائج تتفق مع نتائج دراسة (Ardelt, 2000) حيث أشار بأنه لا يوجد ارتباط بين الهدف من الحياة والصحة النفسية لدى كبار السن والموقف من الموت. بينما اختلفت هذه النتائج مع نتائج دراسة (محمود، 2015م) والتي أكدت أن هناك علاقة بين قلق الموت والرضا عن أهداف الحياة.

نتائج السؤال الرابع ومناقشتها: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان الإقامة (دار الرعاية، مع الأسرة)؟

للإجابة عن السؤال الرابع قامت الباحثة بصياغة الفرض الثاني، وتم اختياره باستخدام (Independent Samples T test) اختبار (ت) للفروق بين مجموعتين للكشف عن الفروق بين مجموعتين، وفيما يلي بيان لذلك:

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان الإقامة (دار الرعاية، مع الأسرة).

جدول (5.5): اختبار ت للفروق في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين باختلاف متغير مكان

الإقامة

م.	الأبعاد	مكان الإقامة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار	قيمة الاحتمال
1	الخوف من الأمراض المميتة	دار الرعاية	33	3.4894	0.898	3.905	0.000
		مع الأسرة	47	4.2511	0.801		
2	سيطرة فكرة الموت	دار الرعاية	33	2.7325	0.872	2.615	0.011
		مع الأسرة	47	3.2424	0.840		
3	التفكير المستمر في الموت	دار الرعاية	33	2.7781	0.782	4.251	0.000
		مع الأسرة	47	3.5541	0.835		
	قلق الموت	دار الرعاية	33	3.000	0.687	4.760	0.000
		مع الأسرة	47	3.6825	0.542		

* * ت الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) ودرجات حرية (78) تساوي (2.639)

* ت الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) ودرجات حرية (78) تساوي (1.99)

يتضح من الجدول رقم (5.5) أن قيم الاحتمال كانت أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وكانت قيم ت المحسوبة أكبر من قيمة ت الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) ودرجات حرية (78)، وهذا يدل على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان الإقامة. وبالاطلاع على الجدول يتضح أن الفروق على خلاف توقعات الباحثة حيث كانت الفروق لصالح القائمين مع الأسرة وعلى حساب القائمين بدار رعاية المسنين. ويتضح أن قلق الموت لدى المسنين المقيمين مع الأسرة أعلى من المقيمين بدار الرعاية (جمعية الوفاء الخيرية).

وترى الباحثة بأن تلك الفروق كانت خلاف توقعاتها لكنها تعمدت زيارة دار الوفاء للمسنين لتفسير هذه النتائج؛ فوجدت أن القائمين على المركز يهتمون بتطبيق البرامج الإرشادية لتخفيف حدة التوتر والخوف والقلق لدى المسنين، كما أن التمتع بمظاهر الطبيعة المتوفرة بدار الوفاء للمسنين يبعث في النفس الراحة والطمأنينة، إضافة إلى السيكودراما، واللعب الهادف الذي يقدمه القائمون على دار الوفاء المسنين حقق نتائج جيدة لدى المسنين، كما أن العلاقات الاجتماعية التي لاحظتها الباحثة بين المسنين أنفسهم كان لها أثراً في خفض القلق لديهم، هذا ولاحظت الباحثة من خلال ألبوم الصور المعروض بمباني دار الوفاء للمسنين اهتماما القائمون بإقامة المناسبات كالأعياد، والمناسبات، وهذه مظاهر وعوامل تبعث بالنفس الطمأنينة، والاستقرار والراحة النفسية، فكانت نسبة قلق الموت لديهم أقل من المقيمين مع الأسرة.

وترى الباحثة بأن قلق الموت غالباً ما يحضر لدى المسن عند الشعور بالمرض، والعجز عن أداء المهام، وضعف القدرات المادية، وضعف القدرات الجسمية، ودار الوفاء للمسنين تعمل على تعزيز هذه الجوانب، فلا تطلب من المسن أن يقوم بأعباء سوى أعباء اعتيادية يمكنه القيام بها، وهناك اهتمام شديد بالصحة الجسمية لدى المسنين، وهنا أطباء مختصون يعملون لحساب دار الوفاء للمسنين. وفئة المسنين المقيمين بدار الرعاية كانت قليلة مقارنة بالمقيمين بين أسرهم، أما المقيمين فلعل ارتفاع نسبة قلق الموت لديهم يرجع إلى احتكاكهم بالحياة العادية المليئة بالضغوط والتحديات ومن أهمها رؤية المشكلات الاجتماعية، ورؤية بيوت العزاء والسماع عن الأمراض المميتة، والسماع عن وفاة أشخاص أعزاء، وهذه العوامل بدرجة أقل لدى المسن المقيم

بدار الوفاء لرعاية المسنين. وتختلف هذه النتائج مع نتائج دراسة (عبد الرحمن، 2006م)، ونتائج دراسة (بلان، 2009)، ونتائج دراسة (علي، 2012م)

نتائج السؤال الخامس ومناقشتها: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغيرات: الجنس، والحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، والعمر، والحالة الاقتصادية، والحالة الصحية؟

للإجابة عن السؤال الخامس قامت الباحثة بصياغة الفرض الثالث، وتم اختياره باستخدام الاختبارات الاستدلالية المناسبة؛ حيث تم استخدام (Independent Samples T test) اختبار (ت) للفروق بين مجموعتين للكشف عن الفروق باختلاف متغير الجنس، واستخدم (One Way ANOVAs) اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق بين ثلاث مجموعات فأكثر للكشف عن الفروق باختلاف متغيرات المؤهل العلمي والعمر والحالة الاقتصادية والحالة الصحية، وفيما يلي بيان لذلك:

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغيرات: مكان الإقامة، والجنس، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، والعمر، والحالة الاقتصادية، والحالة الصحية.

أولاً: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير الجنس (ذكر، أنثى).

جدول (5.6): اختبار ت للفروق في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين باختلاف متغير الجنس

م.	الأبعاد	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار	قيمة الاحتمال
1	الخوف من الأمراض المميتة	ذكر	30	3.7714	0.757	0.237	0.813
		أنثى	50	3.8229	1.100		
2	سيطرة فكرة الموت	ذكر	30	3.200	0.825	2.042	0.045
		أنثى	50	2.7886	0.900		
3	التفكير المستمر في الموت	ذكر	30	3.0857	0.767	0.097	0.923
		أنثى	50	3.1057	0.959		

0.495	0.686	0.603	3.3524	30	ذكر	قلق الموت
		0.780	3.2390	50	أنثى	

* * ت الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) ودرجات حرية (78) تساوي (2.639)

* ت الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) ودرجات حرية (78) تساوي (1.99)

يتضح من الجدول السابق رقم (6. 5) أن قيم الاحتمال على الدرجة الكلية لقلق الموت والأبعاد الأول والثالث أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وكانت قيم ت المحسوبة أقل من قيمة ت الجدولية عند درجات حرية (78) ومستوى دلالة (0.05) وهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات تقديرات المسنين على مقياس قلق الموت تعزى لمتغير الجنس، لكن ظهرت فروق على البعد الثاني المتعلق بسيطرة فكرة الموت وكانت تلك الفروق لصالح الذكور وعلى حساب الإناث.

وترى الباحثة بأن الذكور والإناث في مراحل العمر المتأخرة الشيخوخة لديهم مجموعة من الخصائص المشتركة أهمها العجز الجسدي، وتراكم بعض المشكلات الصحية، وفقدان القدرة على القيام بإنجاز المهام والأعمال المنوطة بهم، إضافة إلى ظهور معالم الشيخوخة كشحوب الوجه، وتجاعيد الجسم التي تظهر، وهذه العوامل المشتركة بين الذكور والإناث كان لها أثراً في متوسطات تقديرات العينة فلم تظهر فروقاً رغم اختلاف الجنس. ويعتاد الرجل الذهاب لعمله أما الأنثى فهي غير مطالبة بذلك، لكن مراحل الشيخوخة كلاهما يقوم بنفس الأدوار، وغير مطالب بالعمل. وهذه النتائج تختلف مع نتائج دراسة (Ardelt, 2000) حيث أكد بأن الذكور أكثر تقبلاً لفكرة الموت ولا تسيطر على مشاعر وأفكار حول الموت. وترى الباحثة بأن سبب هذا الاختلاف اختلاف البيئة التي طبقت فيها (Ardelt, 2000) دراستها وهي المجتمع الأمريكي. واختلفت النتائج الواردة في الجدول السابق مع نتائج دراسة (الحلو، 2008) والذي أكد على وجود فروق في مستوى قلق الموت لصالح الإناث.

ثانياً: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، مطلق، أرمل).

جدول (5.7): اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى قلق الموت بين مجموعات متغير الحالة الاجتماعية

م.	الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المتوسطات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة الاختبار	قيمة الاحتمال
1	الخوف من الأمراض المميتة	بين المجموعات	5.300	3	1.767	2.115	0.105
		داخل المجموعات	63.491	76	0.835		
		الإجمالي	68.791	79			
2	سيطرة فكرة الموت	بين المجموعات	1.457	3	0.486	0.604	0.614
		داخل المجموعات	61.098	76	0.804		
		الإجمالي	62.555	79			
3	التفكير المستمر في الموت	بين المجموعات	0.813	3	0.271	0.336	0.799
		داخل المجموعات	61.252	76	0.806		
		الإجمالي	62.065	79			
	قلق الموت	بين المجموعات	0.281	3	0.094	0.178	0.911
		داخل المجموعات	39.838	76	0.524		
		الإجمالي	40.119	79			

يتضح من الجدول رقم (5.7) أن قيم الاحتمال كانت أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المسنين على مقياس قلق الموت تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

وترى الباحثة أنه رغم اختلاف الحالة الاجتماعية لدى المسنين إلا أنهم يشتركون بالعديد من العوامل والظواهر أهمها ظهور علامات الشيخوخة، والشعور بعجز المهارات الجسمية، وهذه العوامل له أثراً في مستوى قلق الموت باختلاف حالة المسن الاجتماعية. وهذه النتائج تختلف مع نتائج دراسة (Ardelt, 2000) حيث أشار بوجود علاقة بين الحالة الاجتماعية والموقف من الموت.

ثالثاً: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي (أمي، يقرأ ويكتب، ابتدائي، اعدادي، ثانوي، جامعي).

جدول (5.8): اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى قلق الموت بين مجموعات متغير المستوى التعليمي

م.	الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المتوسطات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة الاختبار	قيمة الاحتمال
1	الخوف من الأمراض المميتة	بين المجموعات	4.870	5	0.974	1.128	0.353
		داخل المجموعات	63.921	74	0.864		
		الإجمالي	68.791	79			
2	سيطرة فكرة الموت	بين المجموعات	3.127	5	0.625	0.779	0.568
		داخل المجموعات	59.428	74	0.803		
		الإجمالي	62.555	79			
3	التفكير المستمر في الموت	بين المجموعات	8.385	5	1.677	2.312	0.052
		داخل المجموعات	53.680	74	0.725		
		الإجمالي	62.065	79			
	قلق الموت	بين المجموعات	4.417	5	0.883	1.831	0.117
		داخل المجموعات	35.702	74	0.482		
		الإجمالي	40.119	79			

يتضح من الجدول رقم (5.8) أن قيم الاحتمال كانت أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المسنين على مقياس قلق الموت تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

وترى الباحثة أنه رغم اختلاف المستوى التعليمي لدى المسنين إلا أنهم يشتركون بالعديد من العوامل والظواهر أهمها ظهور علامات الشيخوخة، والشعور بعجز المهارات الجسمية، وهذه العوامل له أثراً في مستوى قلق الموت، إضافة إلى أن التعليم يفيد الفرد في مواجهة تحديات ومشكلات حياته، كما أن الخبرة والتقدم بالعمر يعتبر عاملاً من عوامل تعليم الفرد المهارات، وهذه يشترك فيها معظم المسنين.

رابعاً: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر (60 - 65، 66 - 70، 71 - 75، أكثر من 75).

جدول (9. 5): اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى قلق الموت بين مجموعات متغير العمر

م.	الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المتوسطات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة الاختبار	قيمة الاحتمال
1	الخوف من الأمراض المميتة	بين المجموعات	3.474	3	1.158	1.347	0.265
		داخل المجموعات	65.317	76	0.859		
		الإجمالي	68.791	79			
2	سيطرة فكرة الموت	بين المجموعات	0.231	3	0.077	0.094	0.963
		داخل المجموعات	62.324	76	0.820		
		الإجمالي	62.555	79			
3	التفكير المستمر في الموت	بين المجموعات	0.832	3	0.277	0.344	0.793
		داخل المجموعات	61.233	76	0.806		
		الإجمالي	62.065	79			
	قلق الموت	بين المجموعات	0.457	3	0.152	0.292	0.831
		داخل المجموعات	39.661	76	0.522		
		الإجمالي	40.119	79			

يتضح من الجدول السابق رقم (9. 5) أن جميع قيم الاحتمال كانت أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين تعزى لمتغير العمر.

وترى الباحثة بأن مراحل العمر تنقسم إلى فئات عمرية محددة وفقاً للعديد من الخصائص، ومرحلة المسنين تبدأ من سن (60) كما حددتها الباحثة في الدراسة الحالية، وأن هذه المرحلة لها مشاكلها وخصوصيتها، واتفاق المسنين في هذه المرحلة انعكس على استجاباتهم على مقياس قلق الموت، خاصة وأنها أقرب الفئات لخبرة الموت، وهذا ما أكد عليه (المرعب، 2010م)، وذكر (الشيخ، 2003م، ص 96 - 100) بأن مرحلة المسنين لها خصائص مشتركة منها ترقب خبرة الموت.

خامساً: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير الحالة الاقتصادية (متدنية، متوسطة، جيدة، مرتفعة).

جدول (5.10): اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى قلق الموت بين مجموعات متغير الحالة الاقتصادية

م.	الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المتوسطات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة الاختبار	قيمة الاحتمال
1	الخوف من الأمراض المميتة	بين المجموعات	7.898	3	2.633	3.286	0.025
		داخل المجموعات	60.893	76	0.801		
		الإجمالي	68.791	79			
2	سيطرة فكرة الموت	بين المجموعات	0.782	3	0.261	0.321	0.810
		داخل المجموعات	61.773	76	0.813		
		الإجمالي	62.555	79			
3	التفكير المستمر في الموت	بين المجموعات	4.435	3	1.478	1.950	0.129
		داخل المجموعات	57.630	76	0.758		
		الإجمالي	62.065	79			
	قلق الموت	بين المجموعات	3.215	3	1.072	2.207	0.094
		داخل المجموعات	36.904	76	0.486		
		الإجمالي	40.119	79			

يتضح من الجدول رقم (5.10) أن معظم قيم الاحتمال كانت أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المسنين على مقياس قلق الموت تعزى لمتغير الحالة الاقتصادية. لكن ظهرت فروق فقط على البعد الأول الخوف من الأمراض المميتة. وقامت الباحثة باستخدام اختبار شيفيه للكشف عن الفروق فلم يستطع اكتشاف هذه الفروق فلجأت الباحثة إلى اختبار (L.S.D) كونه يتعلق بأقل الفروق الدالة إحصائياً. والجدول (5.11) يوضح النتائج:

جدول (5.11): اختبار (L.S.D) للمقارنات البعدية في بعد الخوف من الأمراض المميتة باختلاف متغير الحالة الاقتصادية

ممتازة	جيدة	متوسطة	متدنية	الحالة الاقتصادية
3.4793	3.798	3.6122	4.1857	المتوسط الحسابي
				متدنية
			*0.71	متوسطة
		//0.320	//0.388	جيدة
	//1.186	//0.133	*0.580	ممتازة

يتضح من الجدول السابق رقم (5.11) أن الفروق في بعد الخوف من الأمراض المميتة كان لصالح ذوي الحالة الاقتصادية المتوسطة والممتازة وعلى حساب الحالة الاقتصادية المتدنية، وهذه النتائج تتفق مع نتائج (Ardelt, 2000) حيث أكد بأن هناك علاقة بين الحالة الاقتصادية والموقف من الموت ومظاهره خاصة الأمراض.

سادساً: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير الحالة الصحية (معاناة من أمراض بسيطة، أمراض مزمنة، إعاقة، خطرة).

جدول (5.12): اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى قلق الموت بين مجموعات متغير الحالة الصحية

م.	الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المتوسطات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة الاختبار	قيمة الاحتمال
1	الخوف من الأمراض المميتة	بين المجموعات	2.589	3	0.863	0.991	0.402
		داخل المجموعات	66.202	76	0.871		
		الإجمالي	68.791	79			
2	سيطرة فكرة الموت	بين المجموعات	2.601	3	0.867	1.099	0.355
		داخل المجموعات	59.954	76	0.789		
		الإجمالي	62.555	79			
3	التفكير المستمر في الموت	بين المجموعات	1.762	3	0.587	0.740	0.531
		داخل المجموعات	60.303	76	0.793		
		الإجمالي	62.065	79			
	قلق الموت	بين المجموعات	1.760	3	0.587	1.162	0.330
		داخل المجموعات	38.359	76	0.505		
		الإجمالي	40.119	79			

يتضح من الجدول رقم (5.12) أن قيم الاحتمال كانت أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات المسنين على مقياس قلق الموت تعزى لمتغير الحالة الصحية. ولقد ذكر (دعبس، 2002م، ص 359 - 360) أن مرحلة الشيخوخة والمسنين بشكل عام تتراكم عليهم المشكلات الصحية، فالجسد لم يعد قادراً على أداء كافة المهام المطلوبة منه، وتتعدد المشكلات الصحية لكن أثرها النفسي واحداً على المسن بأنه يشعر بالضعف وعدم القدرة على الانجاز. وترى الباحثة بأن المسنين يشتركون في العديد من الخصائص والتغيرات ومن أهمها تراجع وضعف في القدرات الجسدية الأمر الذي ينعكس على الحالة الصحية لديهم، وهذه الحالة غالباً ما تؤثر في انفعالاتهم وترقيهم لخبرة الموت.

نتائج السؤال السادس ومناقشتها: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان الإقامة (دار الرعاية، مع الأسرة)؟

للإجابة عن السؤال السادس قامت الباحثة بصياغة الفرض الرابع، وتم اختياره باستخدام (Independent Samples T test) اختبار (ت) للفروق بين مجموعتين، كالتالي:

الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان الإقامة (دار الرعاية، مع الأسرة).

جدول (5.13): اختبار ت للفروق في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين باختلاف متغير مكان الإقامة

م.	الأبعاد	مكان الإقامة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار	قيمة الاحتمال
1	الكفاءة والثقة	دار الرعاية	33	3.3697	1.12	2.928	0.004
		مع الأسرة	47	3.9638	0.700		
2	التفاعل الاجتماعي	دار الرعاية	33	3.6856	0.73	0.804	0.424
		مع الأسرة	47	3.8085	0.645		

م.	الأبعاد	مكان الإقامة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار	قيمة الاحتمال
3	النضج الانفعالي	دار الرعاية	33	3.4141	0.794	0.103	0.918
		مع الأسرة	47	3.4303	0.606		
4	الخلو من الأمراض العصبية	دار الرعاية	33	3.2256	0.664	1.662	0.101
		مع الأسرة	47	2.9267	0.870		
5	البعد الإنساني والقيمي	دار الرعاية	33	3.5758	0.953	2.820	0.006
		مع الأسرة	47	4.1106	0.743		
0.080	الصحة النفسية	دار الرعاية	33	3.4499	0.602	1.775	0.080
		مع الأسرة	47	3.6614	0.633		

* * ت الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) ودرجات حرية (78) تساوي (2.639)

* ت الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) ودرجات حرية (78) تساوي (1.99)

يتضح من الجدول السابق رقم (5.13) أن قيم الاحتمال على البعد الثاني والثالث والرابع والدرجة الكلية أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وكانت قيم ت المحسوبة أقل من قيم ت الجدولية عند درجات حرية (78) ومستوى دلالة (0.05)، وهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين تعزى لمغير مكان الإقامة.

وترى الباحثة بأن ذلك يرجع إلى اشتراكهم بالعديد من الخصائص والعوامل أهمها ظواهر الشيخوخة، لكن ظهرت فروق على مستوى البعد الأول الكفاءة والثقة وكانت تلك الفروق لصالح المقيم مع أسرته، وترى الباحثة بأن المسنين المقيمين بدار الرعاية معظمهم ممن تقطعت بهم الأوصال والأقارب، ومعظمهم غير قادر على القيام بأداء مهام تساعد على التكيف، وبالتالي جميعهم من ذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة، كذلك فإن ذهابه لدار المسنين لأنه فقد الثقة بالمحيطين به. وبالتالي كانت الفروق لصالح المقيم مع الأسرة حيث يجد بعضاً من المساندة من الأسرة.

وكانت هناك فروق على البعد الإنساني والقيمي لصالح المقيم مع الأسرة، وترى الباحثة بأن المسنين المقيمين بدار الرعاية من ذوي فاقد الأوصال ولا يختلطون سوى بالعاملين والمسنين أمثالهم، فأصبحت علاقاتهم الإنسانية والقيمية مرتبطة بفئتين فقط تقريباً وهذا بخلاف المقيم مع

أسرته فمعظمهم يرتبطون بالناس المحيطين وبالمؤسسات الاجتماعية المختلفة كالأسرة والمسجد ووسائل الإعلام. لذا كانت الفروق في البعد الإنساني والقيمي لصالح المقيم مع أسرته.

نتائج السؤال السابع ومناقشتها: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغيرات: الجنس، والحالة الاجتماعية، والمؤهل العلمي، والعمر، والحالة الاقتصادية، والحالة الصحية؟

للإجابة عن السؤال السابع قامت الباحثة بصياغة الفرض الخامس، وتم اختياره باستخدام الاختبارات الاستدلالية المناسبة؛ حيث تم استخدام (Independent Samples T test) اختبار (ت) للفروق بين مجموعتين للكشف عن الفروق باختلاف متغير الجنس، واستخدم (One Way ANOVAs) اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق بين ثلاث مجموعات فأكثر للكشف عن الفروق باختلاف متغيرات المؤهل العلمي والعمر والحالة الاقتصادية والحالة الصحية، كالتالي:

الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغيرات: الجنس، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، والعمر، والحالة الاقتصادية، والحالة الصحية.

أولاً: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير الجنس (ذكر، أنثى).

جدول (14. 5): اختبار ت للفروق في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين باختلاف متغير

الجنس

م.	الأبعاد	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار	قيمة الاحتمال
1	الكفاءة والثقة	ذكر	30	4.000	0.707	2.129	0.036
		أنثى	50	3.550	1.02		
2	التفاعل الاجتماعي	ذكر	30	3.967	0.577	2.206	0.030
		أنثى	50	3.633	0.699		
3	النضج الانفعالي	ذكر	30	3.585	0.561	1.652	0.103
		أنثى	50	3.327	0.738		

م.	الأبعاد	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختيار	قيمة الاحتمال
4	الخلو من الأمراض العصبية	ذكر	30	2.907	0.736	1.238	0.219
		أنثى	50	3.136	0.832		
5	البعد الإنساني والقيمي	ذكر	30	3.993	0.951	0.820	0.415
		أنثى	50	3.828	0.523		
	الصحة النفسية	ذكر	30	3.698	0.65	1.627	0.108
		أنثى	50	3.500	0.60		

* * ت الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) ودرجات حرية (78) تساوي (2.639)

* ت الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) ودرجات حرية (78) تساوي (1.99)

يتضح من الجدول السابق رقم (5.14) أن قيم الاحتمال على الثالث والرابع والخامس والدرجة الكلية أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وكانت قيم ت المحسوبة أقل من قيمة ت الجدولية عند درجات حرية (78) ومستوى دلالة (0.05).

وهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين تعزى لمغير الجنس. لكن ظهرت فروق تعزى لمتغير الجنس على البعد الأول الكفاءة والثقة وكانت الفروق لصالح الذكور.

ولعل ذلك يرجع إلى الاختلاف في البنية النفسية والجسمية بين الرجل والأنثى، حيث يعد الرجل أكثر قدرة وكفاءة على القيام بمهامه حتى في مراحل العمر المتأخرة الشيخوخة، كذلك ظهرت فروق على البعد الثاني المتعلق بالتفاعل الاجتماعي أيضاً كانت تلك الفروق لصالح الذكور. والمجتمع الفلسطيني مجتمع مسلم فالرجل يمكن إقامة علاقات اجتماعية واسعة أما الأنثى فهي ملزمة بالبقاء في منزلها وإدارة شؤونه وبالتالي كان التفاعل الاجتماعي عند الذكر أكثر من الأنثى.

ثانياً: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، مطلق، أرمل).

جدول (5.15): اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى الصحة النفسية بين مجموعات متغير الحالة الاجتماعية

م.	الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المتوسطات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة الاختبار	قيمة الاحتمال
1	الكفاءة والثقة	بين المجموعات	2.320	3	0.773	0.880	0.455
		داخل المجموعات	66.802	76	0.879		
		الإجمالي	69.122	79			
2	التفاعل الاجتماعي	بين المجموعات	1.096	3	0.365	0.803	0.496
		داخل المجموعات	34.571	76	0.455		
		الإجمالي	35.667	79			
3	النضج الانفعالي	بين المجموعات	0.923	3	0.308	0.647	0.587
		داخل المجموعات	36.141	76	0.476		
		الإجمالي	37.064	79			
4	الخلو من الأمراض العصبية	بين المجموعات	2.122	3	0.707	1.108	0.351
		داخل المجموعات	48.517	76	0.638		
		الإجمالي	50.640	79			
5	البعد الإنساني والقيمي	بين المجموعات	1.181	3	0.394	0.509	0.677
		داخل المجموعات	58.751	76	0.773		
		الإجمالي	59.932	79			
	الصحة النفسية	بين المجموعات	0.197	3	0.066	0.226	0.878
		داخل المجموعات	22.145	76	0.291		
		الإجمالي	22.343	79			

ينضح من الجدول السابق رقم (5.15) أن قيم الاحتمال على كافة الأبعاد والدرجة الكلية أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية. وترى الباحثة بأن الفرد بعد سن الشباب يبدأ لديه مرحلة المسنين تتأثر بالعديد من العوامل، وأن الصحة النفسية ترتبط بالاستقرار الاجتماعي أكثر من الحالة الاجتماعية نفسها، فالمطلق قد تأقلم على هذه الحالة، والمتزوج استقر على هذه الحالة، وكذلك الأمر لباقي الفئات.

لذا فإن الصحة النفسية لديهم قد تتأثر بحالة الاستقرار وليس نوعية الحالة الاجتماعية ذاتها. وتضيف الباحثة بأن المسن يعلم تماماً حتى إن كان له شريك في الحياة فهما مقبلان على الفرقة، لأن الموت سيفرقهم.

ثالثاً: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي (أمي، يقرأ ويكتب، ابتدائي، اعدادي، ثانوي، جامعي).

جدول (5.16): اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى الصحة النفسية بين مجموعات متغير المستوى التعليمي

م.	الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المتوسطات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة الاختبار	قيمة الاحتمال
1	الكفاءة والثقة	بين المجموعات	14.412	5	2.882	3.899	0.003
		داخل المجموعات	54.710	74	0.739		
		الإجمالي	69.122	79			
2	التفاعل الاجتماعي	بين المجموعات	0.583	5	0.117	0.246	0.941
		داخل المجموعات	35.084	74	0.474		
		الإجمالي	35.667	79			
3	النضج الانفعالي	بين المجموعات	6.090	5	1.218	2.910	0.019
		داخل المجموعات	30.975	74	0.419		
		الإجمالي	37.064	79			
4	الخلو من الأمراض العصبية	بين المجموعات	2.354	5	0.471	0.721	0.609
		داخل المجموعات	48.286	74	0.653		
		الإجمالي	50.640	79			
5	البعد الإنساني والقيمي	بين المجموعات	8.165	5	1.633	2.334	0.049
		داخل المجموعات	51.767	74	0.700		
		الإجمالي	59.932	79			
الصحة النفسية	بين المجموعات	3.370	5	0.674	2.628	0.030	
	داخل المجموعات	18.973	74	0.256			
	الإجمالي	22.343	79				

يتضح من الجدول السابق رقم (5.16) أن قيم الاحتمال على البعد الأول والبعد الثالث والبعد الخامس والدرجة الكلية أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يدل على أنه توجد فروق ذات

دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين تعزى لمغير المستوى التعليمي. ولم تظهر فروق على البعد الثاني والرابع تعزى لمغير المستوى التعليمي، وللكشف عن اتجاه الفروق قامت الباحثة باستخدام اختبار شيفيه فلم يكتشف الفروق على مستوى الدرجة الكلية فلجأت الباحثة إلى اختبار (L.S.D) فوجدت الباحثة أن الفروق على البعد الأول والثالث والخامس والدرجة الكلية بنفس الاتجاه لذا تكتفي الباحثة بعرض الجدول المختص بالفروق على الدرجة الكلية للصحة النفسية:

جدول (5. 17): اختبار (L.S.D) للمقارنات البعدية في مستوى الصحة النفسية باختلاف متغير المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	أمي	يقرأ ويكتب	ابتدائي	اعدادي	ثانوي	جامعي
المتوسط الحسابي	3.3696	3.4746	3.31	3.33	3.700	3.799
أمي						
يقرأ ويكتب فقط	//0.1051					
ابتدائي	//0.06	//0.165				
اعدادي	//0.037	//0.142	//0.023			
ثانوي	//0.33	//0.225	//0.391	//0.367		
جامعي	*0.43	//0.32	*0.490	*0.465	//0.098	

يتضح من الجدول رقم (5. 17) أن الفروق كانت لصالح الجامعيين وعلى حساب الفئات (أمي، يقرأ ويكتب، وابتدائي، واعدادي). ولعل الدراسة الجامعية تكسب الفرد مهارات تساعده على التكيف مع تحديات الحياة المختلفة ومن بينها مشكلات الشيخوخة مما يرفع مستوى الرفاهية النفسية والتوافق النفسي والاجتماعي والصحة النفسية لدى الفرد.

رابعاً: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير العمر (60 - 65، 66 - 70، 71 - 75، أكثر من 75).

جدول (5.18): اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى الصحة النفسية بين مجموعات متغير العمر

م.	الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المتوسطات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة الاختبار	قيمة الاحتمال
1	الكفاءة والثقة	بين المجموعات	1.635	3	0.545	0.614	0.608
		داخل المجموعات	67.487	76	0.888		
		الإجمالي	69.122	79			
2	التفاعل الاجتماعي	بين المجموعات	2.761	3	0.920	2.125	0.104
		داخل المجموعات	32.906	76	0.433		
		الإجمالي	35.667	79			
3	النضج الانفعالي	بين المجموعات	3.527	3	1.176	2.664	0.054
		داخل المجموعات	33.537	76	0.441		
		الإجمالي	37.064	79			
4	الخلو من الأمراض العصبية	بين المجموعات	1.795	3	0.598	0.931	0.430
		داخل المجموعات	48.844	76	0.643		
		الإجمالي	50.640	79			
5	البعد الإنساني والقيمي	بين المجموعات	0.640	3	0.213	0.273	0.844
		داخل المجموعات	59.292	76	0.780		
		الإجمالي	59.932	79			
	الصحة النفسية	بين المجموعات	1.408	3	0.469	1.704	0.173
		داخل المجموعات	20.935	76	0.275		
		الإجمالي	22.343	79			

ينضح من الجدول السابق رقم (5.18) أن قيم الاحتمال على كافة الأبعاد والدرجة الكلية أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين تعزى لمتغير العمر. وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة (الدهان، 2005م) حيث أكد على أن العمر غير مؤثر في توافق المسنين، وترى الباحثة بأن الخصائص الانفعالية لدى المسنين مشتركة، فهي مرحلة لها خصوصيتها في الجوانب الانفعالية

والنضج الانفعالي، والبعد الإنساني والقيمي، أي أن المسنين يمرون بحالة نفسية مشتركة، خاصة وأن هذه المرحلة من العمر لها خصائص ومشكلات وتحديات مشتركة.

خامساً: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير الحالة الاقتصادية (متدنية، متوسطة، جيدة، مرتفعة).

جدول (5.19): اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى الصحة النفسية بين مجموعات متغير

الحالة الاقتصادية

م.	الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المتوسطات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة الاختبار	قيمة الاحتمال
1	الكفاءة والثقة	بين المجموعات	13.571	3	4.524	6.189	0.001
		داخل المجموعات	55.551	76	0.731		
		الإجمالي	69.122	79			
2	التفاعل الاجتماعي	بين المجموعات	1.920	3	0.640	1.441	0.237
		داخل المجموعات	33.747	76	0.444		
		الإجمالي	35.667	79			
3	النضج الانفعالي	بين المجموعات	2.243	3	0.748	1.632	0.189
		داخل المجموعات	34.821	76	0.458		
		الإجمالي	37.064	79			
4	الخلو من الأمراض العصبية	بين المجموعات	0.487	3	0.162	0.246	0.864
		داخل المجموعات	50.153	76	0.660		
		الإجمالي	50.640	79			
5	البعد الإنساني والقيمي	بين المجموعات	8.798	3	2.933	4.359	0.007
		داخل المجموعات	51.134	76	0.673		
		الإجمالي	59.932	79			
الصحة النفسية		بين المجموعات	3.095	3	1.032	4.073	0.010
		داخل المجموعات	19.248	76	0.253		
		الإجمالي	22.343	79			

يتضح من الجدول السابق رقم (5.19) أن قيم الاحتمال على البعد الأول والبعد الخامس والدرجة الكلية أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يدل على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين تعزى لمتغير الحالة الاقتصادية، ولم

تظهر فروق على البعد الثاني والثالث والرابع، وللكشف عن طبيعة الفروق قامت الباحثة باستخدام اختبار شيفيه للكشف عن الفروق، والجدول التالي يوضح النتائج:

جدول (5.20): اختبار شيفيه للمقارنات البعدية مستوى الصحة النفسية باختلاف متغير الحالة الاقتصادية

الحالة الاقتصادية	متدنية	متوسطة	جيدة	ممتازة
المتوسط الحسابي	3.344	3.795	3.60	3.60
متدنية				
متوسطة	*0.450			
جيدة	//0.24	//0.207		
ممتازة	//0.22	//0.024	//0.232	

يوضح الجدول السابق رقم (5.20) أن الفروق لصالح الحالة الاقتصادية المتوسطة وعلى حساب الحالة الاقتصادية متدنية. وترى الباحثة بأن الشبخوخة مرحلة تتراكم فيها المشكلات الصحية والجسمية ويبقى الفرد بحاجة إلى إعالة اقتصادية لذا تدني الحالة الاقتصادية قد تؤثر في مستوى صحته النفسية كونه عاجزاً على التمتع بأخر أيام حياته حيث لا يملك المال لشراء الأدوية ولا يملك مالاً للترفيه عن نفسه، وبالتالي كانت الفروق لصالح الحالة الاقتصادية المتوسطة.

سادساً: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير الحالة الصحية (معاناة من أمراض بسيطة، أمراض مزمنة، إعاقة، خطرة).

جدول (5.21): اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى الصحة النفسية بين مجموعات متغير الحالة الصحية

م.	الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المتوسطات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة الاختبار	قيمة الاحتمال
1	الكفاءة والثقة	بين المجموعات	8.149	3	2.716	3.386	0.022
		داخل المجموعات	60.973	76	0.802		
		الإجمالي	69.122	79			
2	التفاعل الاجتماعي	بين المجموعات	0.743	3	0.248	0.539	0.657
		داخل المجموعات	34.924	76	0.460		
		الإجمالي	35.667	79			

م.	الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المتوسطات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة الاختبار	قيمة الاحتمال
3	النضج الانفعالي	بين المجموعات	1.548	3	0.516	1.104	0.353
		داخل المجموعات	35.516	76	0.467		
		الإجمالي	37.064	79			
4	الخلو من الأمراض العصبائية	بين المجموعات	0.606	3	0.202	0.307	0.820
		داخل المجموعات	50.034	76	0.658		
		الإجمالي	50.640	79			
5	البعد الإنساني والقيمي	بين المجموعات	6.545	3	2.182	3.106	0.031
		داخل المجموعات	53.387	76	0.702		
		الإجمالي	59.932	79			
	الصحة النفسية	بين المجموعات	2.066	3	0.689	3.00	0.042
		داخل المجموعات	20.277	76	0.267		
		الإجمالي	22.343	79			

يتضح من الجدول السابق رقم (21. 5) أن قيم الاحتمال على البعد الأول والخامس والدرجة الكلية للصحة النفسية أقل من مستوى الدلالة (0.05) وهذا يدل على أنه توجد فروق في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين تعزى لمتغير الحالة الصحية، ولم تظهر فروق على البعد الاجتماعي والنضج الانفعالي والخلو من الأمراض العصبائية، وللكشف عن اتجاه الفروق استخدمت الباحثة اختبار شيفيه فلم يكتشف كافة الفروق فلجأت لاختبار (L.S.D)، والجدول رقم (22. 5) يعرض النتائج:

جدول (22. 5): اختبار (L.S.D) للمقارنات البعدية في مستوى الصحة النفسية باختلاف متغير الحالة الصحية

الحالة الصحية	أمراض بسيطة	أمراض مزمنة	أمراض معيقة	أمراض خطيرة
المتوسط الحسابي	3.7236	3.812	3.339	3.5027
معاناة من أمراض بسيطة				
أمراض مزمنة	//0.087			
أمراض معيقة	*0.401	*0.47		
أمراض خطيرة	*0.384	*0.308	//0.163	

يتضح من الجدول السابق رقم (33) أن الفروق لصالح ذوي الحالة الصحية (أمراض بسيطة وأمراض مزمنة) وعلى حساب ذوي الحالة الصحية (أمراض معيقة وأمراض خطيرة). وترى

الباحثة بأن الصحة الجسمية جزء من الصحة النفسية ولها تأثير في رفاهية الفرد وقدرته على القيام بواجباته وقدرته على التكيف مع تحديات ومشكلات الحياة وضغوطها، وأن الإعاقة تحد من قدرات الفرد على إنجاز المهام المنوطة به، وتحد من تفاعله وتكيفه مع الظروف المحيطة، كما أن المعاناة من الأمراض الخطرة كالسرطان والتهاب الكبد الوبائي وغيرها من الأمراض الخطرة له تأثير عميق في صحة الفرد النفسية، حيث تراكم المشكلات الصحية وتلف بعض أجزاء الجسد يجعل الفرد يشعر بعجزه على المقاومة وبالتالي كان مستوى الصحة النفسية لذوي الإعاقات والأمراض الخطرة منخفضاً نسبياً مقارنة مع ذوي الأمراض الصحية العادية.

تعقيب عام على النتائج.

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى قلق الموت لدى المسنين (65.63%)، وهي نسبة أدنى من المتوسط العام، لكنها تشير إلى وجود بعض مؤشرات قلق الموت، حيث أن معظم الباحثين ومنهم (بلان، 2009م) أكدوا على ضرورة ألا يتجاوز قلق الموت عند الأفراد المسنين عن (60%)، وترى الباحثة بأن ظروف الحياة الضاغطة، وما يحيط بقطاع غزة من حصار وحروب، وانتشار بعض الأمراض الخطرة مثل السرطان، والجلطات الدماغية سبباً رئيساً في وصول النسبة (65.63%).

وتبين أن مستوى الصحة النفسية التي يتمتع بها عينة الدراسة من المسنين بلغت (71.484%)، وهي نسبة مرتفعة نسبياً، وترجع إلى سببين، لكل فئة من فئات الدراسة سبب خاص بها، حيث أن إقامة المسن في دور الرعاية تحقق له الصحة النفسية، خاصة أن هناك عناية بالمسنين، وتتوفر أساليب الراحة، والإعالة اللازمة لهم، أما بالنسبة للمسنين المقيمين مع أسرهم فإن الدور الاجتماعي والمساندة التي تقدمها الأسرة من شأنها تعزيز التوافق النفسي، والاجتماعي، والأسري، وتحقيق الصحة النفسية لديهم.

كما تبين أنه لا توجد علاقة ارتباط دالة إحصائياً بين قلق الموت والصحة النفسية. لكن ظهرت علاقة دالة إحصائياً بين قلق الموت وبعد الخلو من الأمراض العصبية. وتبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان الإقامة، لصالح المقيمين مع الأسرة، ولم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير مكان الإقامة.

التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة توصي الباحثة بما يلي:

1. صياغة برامج إرشادية وعلاجية لعلاج قلق الموت لدى المسنين.
2. ضرورة الاهتمام بدار رعاية المسنين، وتوفير متطلبات الحياة الكريمة لهم، والاهتمام بوجود مختصين نفسيين لمساعدة المسن على فهم وتقدير ذاته.
3. يجب أن تقوم المؤسسات التعليمية ووسائل الإعلام بتكوين قيم واتجاهات إيجابية نحو المسنين، وضرورة دعمهم ومساندتهم.
4. ضرورة أن تقوم وسائل الإعلام والمؤسسات المختصة بحسن التعامل مع الإعلانات المتعلقة بالأمراض الجديدة، فيجب عدم التهويل منها، وطرق الوقاية.
5. صياغة برامج علاجية للمسنين الذي يعانون قلق الموت، والمسنين الذين يعانون من سوء في الصحة النفسية.

دراسات مقترحة:

- 1- الكشف عن العلاقة بين معنى الحياة وعلاقتها بالحاجات النفسية والارشادية للمسنين في قطاع غزة.
- 2- دراسة مسحية لمشكلات المسنين في قطاع غزة "دراسة مقارنة".
- 3- دراسة للكشف عن الوحدة النفسية لدى المسنين وعلاقتها بالقلق كحالة وسمة.

المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

القرآن الكريم.

أولاً: المصادر والمراجع العربية.

أبكر، سميرة حسن. (2015). فاعلية برنامج قائم على العلاج بالمعنى لمواجهة الأحداث الضاغطة والتوجه نحو الحياة لدى عينة من المطلقات بمدينة جدة، مجلة العلوم التربوية، 1(1)، ص: 51 - 84.

ابن ماجة، (د.ت). سنن ابن ماجة، تحقيق محمد فؤاد عبد الباقي، بيروت، لبنان: المكتبة العلمية.

أبو الخير، عبد الكريم قاسم (2002). التمريض النفسي، عمان، الأردن: دار وائل للطباعة والنشر.

أبو ركاب، إسماعيل، وقوتة، سمير. (2010). المشاكل النفسية والاجتماعية لدى المسنين في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات، برنامج البحث العلمي والتدريب، جمعية الوداد للتأهيل المجتمعي.

أبو سيف، حسام أحمد محمد والناشري، أحمد محمد. (2009). الصحة النفسية، سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر، القاهرة، جمهورية مصر العربية: دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

أبو صالح، شيرين أحمد عزت. (2013). الاغتراب النفسي وعلاقته بقلق الموت لدى عينة من المعلمين المسنين، (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية بجامعة عين شمس، جمهورية مصر العربية.

أبو علام، رجاء (2010). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، القاهرة، جمهورية مصر العربية: دار النشر للجامعات.

أبو مصطفى، نظمي. (1999). دراسة مقارنة لسمات الشخصية بين أبناء البدو والحضر في البيئة الفلسطينية، مجلة مستقبل التربية العربية، القاهرة.

أحمد، إيمان شعبان. (2009). مشكلات التقاعد لدى المسنين وأثرها على الرضا عن الحياة، مجلة بحوث التربية النوعية بجامعة المنصورة، (14).

الأزرق، فاروق سامي (2002). القلق، الاسكندرية، جمهورية مصر العربية: الدار الجامعية.

البخاري، أبو عبد الله محمد بن اسماعيل (دون تاريخ). الجامع المسند الصحيح المختصر من أمور رسول الله صلى الله عليه وسلم وسننه وأيامه "صحيح البخاري"، الرياض، المملكة العربية السعودية: دار السلام للنشر والتوزيع.

بركات، وجدي محمد. (2010). دمج المقيمين في دور الإيواء والمؤسسات الاجتماعية بالمجتمع "التدخل المهني مع المسنين لمجهم كنموذج تطبيقي"، دراسة نفسية مقدمة لجامعة أم القرى بمكة المكرمة، جمهورية مصر العربية.

بلان، كمال يوسف. (2009). دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية أو مع أسرهم "دراسة ميدانية لدى عينة من المسنين في محافظات دمشق وريفها وحمص واللاذقية"، مجلة جامعة دمشق، 25(1 + 2)، ص ص 15 - 47.

الترمذي، أبو عيسى محمد بن عيسى (دون تاريخ). سنن الترمذي، 4 أجزاء، تحقيق: أحمد شاکر وآخرون، بيروت، لبنان: دار إحياء التراث العربي.

الجندي، نبيل جبرين. (2008). الصورة العربية لاختبار اكتئاب الشيخوخة: دراسة عملية على عينة من المسنين الفلسطينيين، مجلة جامعة الأقصى، 12(1)، ص ص 173 - 195.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. (2016). نشرة خاصة بمناسبة اليوم العالمي للمسنين، الرابط الإلكتروني (<http://www.pcbs.gov.ps/default.aspx>).

حجازي، جولتان وأبو غالي، عطف. (2010). مشكلات المسنين "الشيخوخة" وعلاقتها بالصلافة النفسية "دراسة ميدانية على عينة من المسنين الفلسطينيين في محافظات غزة"، مجلة جامعة النجاح للأبحاث، (1)24، ص ص 110 - 156.

الحسن، السيد محمد أبو هاشم. (2006). الخصائص السيكومترية لأدوات القياس في البحوث النفسية والتربوية باستخدام (SPSS)، مركز البحوث التربوية، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.

الحكمي، علي بن أحمد. (2015). برنامج علاج معرفي لتخفيف قلق الموت لدى مرضى القلب، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية.

الطو، بثينة منصور. (2008). قلق الموت لدى كل من الشيوخ والشباب، مجلة كلية الآداب بجامعة بغداد، (95)، ص ص 524 - 546.

الطو، غسان حسين والشكعه، علي عادل والقدومي، عبد الناصر عبد الرحيم. (2003). أثر انتفاضة الأقصى في مستوى الشعور بقلق الموت لدى طلبة الجامعة "دراسة تطبيقية على طلبة جامعة النجاح الوطنية بنابلس"، مجلة رسالة الخليج، (88).

حمو علي، خديجة. (2012). علاقة الشعور بالوحدة النفسية بالاكئاب لدى عينة من المسنين المقيمين بدور العجزة والمقيمين مع ذويهم دراسة مقارنة ل(12) حالة، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الجزائر، الجزائر.

الخالدي، أديب محمد (2009). الصحة النفسية، ط(3)، عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.

الداهري، صالح حسن (2005). مبادئ الصحة النفسية، ط(1)، عمان، الأردن: دار وائل للطباعة والنشر.

الدهان، فاتن. (2005). تغير الوسط الطبيعي للمسنين وعلاقته بالتوافق الاجتماعي، رسالة ماجستير، جامعة دمشق، سوريا.

الزبيدي، كامل علوان (2007). *دراسات في الصحة النفسية، عمان، الأردن: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.*

الزبيدي، أحمد محمد (2004). *التوجيه والإرشاد النفسي: أسسه - نظرياته - طرائقه - مجالاته - برامج، دمشق، سورية: دار الفكر.*

السدحان، عبد الله ناصر (2000). *العقوق / دراسة اجتماعية ميدانية على المسنين المقيمين في دور الرعاية الاجتماعية، الرياض، المملكة العربية السعودية: دار شقراء.*

سفيان، صالح نبيل (2004). *المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي "دايك لاكتشاف شخصيتك وشخصية الآخرين، ط(1)، القاهرة، جمهورية مصر العربية: دار إيزاك للطباعة والنشر.*

الشاذلي، عبد الحميد محمد (2001). *الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، ط(2)، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية: المكتبة الجامعية.*

شوقي، فاطمة الزهراء محمد (2015). *فاعلية برنامج للعلاج النفسي التكاملي لتخفيف حدة الضغوط وقلق الموت لدى عينة من كبار السن، (رسالة دكتوراه غير منشورة)، كلية التربية بجامعة عين شمس، جمهورية مصر العربية.*

الشيخ، دعد (2003). *رحلة مع المتقاعدین (مفهوم الذات والتكيف)، ط (1). دمشق، سورية: دار كيوان.*

شيهان، دافيد (1998). *مرض القلق، ترجمة: عزت شعلان، الكويت: عالم المعرفة.*

صادق، أمال وأبو حطب، فؤاد (1990). *نمو الإنسان من المرحلة الجنينية إلى مرحلة المسنين، ط(2). القاهرة، جمهورية مصر العربية: مكتبة الأنجلو المصرية.*

صيام، صفاء عيسى. (2010). *سمات الشخصية وعلاقتها بالتوافق النفسي للمسنين في محافظات غزة، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الأزهر بغزة، فلسطين.*

الطحان، محمد خالد (1984). قضايا الشيخوخة، نظرة مستقبلية في التقدم في السن ودراسة اجتماعية نفسية. الكويت: دار القلم.

عبد الخالق، أحمد محمد (1997). قلق الموت، عالم المعرفة، العدد (111)، سلسلة كتب ثقافية، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

عبد الخالق، أحمد محمد. (1998). قلق الموت قبل العدوان العراقي وبعده، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، (64).

عبد الغفار، عبد السلام (2007). مقدمة في الصحة النفسية، ط(1)، القاهرة، جمهورية مصر العربية: دار النهضة العربية.

عبد الله، محمد قاسم. (2014). التسوية وعلاقته بالصحة النفسية لدى الأطفال والمراهقين "دراسة ميدانية في مدينة حلب"، مجلة الطفولة العربية، (56)، ص ص 58 - 85.

عبيدات، ذوقان وعدس، عبد الرحمن (2001). البحث العلمي مفهومه وأدواته وأساليبه، عمان، الأردن: دار الفكر للنشر والطباعة والتوزيع.

عزت، راجح أحمد (1994). أصول علم النفس، الاسكندرية، جمهورية مصر العربية: المكتب المصري الحديث.

عسلي، محمد إبراهيم وحمدونة، أسامة سعيد. (2015). الالتزام الديني وعلاقته بكل من قلق الموت وخبرة الأمل لدى طلبة كلية التربية بجامعة الأزهر بغزة، دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، (3)42، ص ص 731 - 750.

علاء الدين، جهاد (1999). التوافق النفسي للتقاعد لدى كبار السن المتقاعدين العاملين وغير العاملين من الجنسين، دراسة مقدمة لكلية العلوم التربوية بالجامعة الهاشمية، الأردن.

علوي، إبراهيم. (2016). تقدير الذات والصحة النفسية المدرسية أية علاقة؟، مجلة علوم التربية، (58)، ص ص 31 - 43.

عماري، حنان. (2013). قلق الموت لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي "دراسة عيادية لثلاث حالات بمركز مكافحة السرطان"، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة محمد خضير بسكرة، الجزائر.

العمري، مرزوق بن أحمد عبد المحسن. (2012). الضغوط النفسية المدرسية وعلاقتها بالإنجاز الأكاديمي ومستوى الصحة النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة الليث، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة أم القرى بمكة المكرمة، المملكة العربية السعودية.

فراج، محمد أنور ابراهيم. (2006). قلق المستقبل وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلاب كلية التربية بجامعة الإسكندرية، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.

فرج، عبد اللطيف حسين (2009). الاضطرابات النفسية (الخوف، القلق، التوتر، الانفصام، الأمراض النفسية للأطفال)، ط(1)، مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية: دار حامد للنشر والتوزيع.

فهمي، محمد سيد وفهمي، نورهان حسين (1999). الرعاية الاجتماعية للمسنين، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية: المكتب الجامعي الحديث.

القاضي، وفاء محمد احميدان. (2009). قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة، (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين.

القرشي، محمد بن عابد بن خبتي. (2012). الدافع للإنجاز وعلاقته بقلق المستقبل لدى عينة من طلاب جامعة أم القرى، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.

القريطي، عبد المطلب أمين (2003). في الصحة النفسية، ط(3)، القاهرة، جمهورية مصر العربية: دار الفكر العربي.

قواجلية، آية. (2013). قلق الموت لدى الراشد المصاب بالسرطان "دراسة ميدانية بمركز مكافحة السرطان بولاية باتنة"، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة محمد خضير بسكرة، الجزائر.

كامل، هند يحيى. (2008). فاعلية العلاج بالمعنى في تخفيف قلق الموت لدى عينة من المسنين، (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية بجامعة بنها، جمهورية مصر العربية.

الكفافي، علاء الدين (1990). التنشئة الوالدية والأمراض النفسية، القاهرة، جمهورية مصر العربية: دار هجر للنشر.

مباركي، أسماء (2015). قلق الموت عند الراشد المصاب بالقصور الكلوي المزمن "دراسة اكلينيكية لثلاث حالات بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ابن زهر قالمة"، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة محمد خضير بسكرة، الجزائر.

مجمع اللغة العربية (1990). المعجم الوجيز، القاهرة، جمهورية مصر العربية: مطابع وزارة التربية والتعليم.

المحمداوي، حسن إبراهيم حسن. (2008). دراسة بعض أعراض الاكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية في السويد، منشورات مؤسسة النور للثقافة والإعلام، مهرجان النور للإبداع.

محمود، ضحى عادل. (2015). قلق الموت عند المسنين وعلاقته بالرضا عن أهداف الحياة والنزعة الاستهلاكية، مجلة الأستاذ، (215)، ص ص 355 - 378.

مرسي، محمد بدر (2008). المسنون في عالم متغير: مقدمة في علم الشيخوخة، ط(1)، الاسكندرية، جمهورية مصر العربية: دار الوفاء لدنيا الطبع والنشر.

المرعب، منيرة بنت محمد صالح. (2010). فاعلية برنامج إرشادي متعدد الأوجه في تنمية تقدير الذات والتوافق الاجتماعي لدى المسنين المتقاعدین في المجتمع السعودي، دراسات تربوية ونفسية كلية التربية بالزقازيق، (69)، ص ص 257 - 308.

مسلم، أبو حسين بن حجاج (2006م). صحيح مسلم، ط(1)، الرياض، المملكة العربية السعودية، دار طيبة للنشر والتوزيع.

المصدر، عبد العظيم وأبو كويك، باسم علي. (2007). ضغوط مهنة التدريس علاقتها بأبعاد الصحة النفسية لدى معلمي ومعلمات المرحلة الأساسية في قطاع غزة فلسطين، دراسة مقدمة لكلية التربية بجامعة الأزهر بغزة، فلسطين.

المصري، إبراهيم سليمان. (2014). تقدير الذات وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلبة الخدمة الاجتماعية في جامعة القدس المفتوحة، دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، (13)، ص ص 131 - 148.

معمرية، بشير (2007). بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، ج(4)، الجزائر: منشورات الحبر.

المغربي، الحسين بن محمد (1414هـ / 1994م). البدر التمام شرح بلوغ المراد، تحقيق: علي بن عبد الله الزين، عدد المجلدات (10)، ط(1)، المكتبة الوقفية.

ملحم، سامي (2000). مناهج البحث في التربية وعلم النفس، عمان، الأردن: دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة.

ميغاريوس، صامويل (2001). أضواء على المراهقة المصرية، القاهرة، جمهورية مصر العربية: دار الفكر العربي.

نجوم، خالد شكري عمر. (2000). الالتزام بالدين الإسلامي وعلاقته بكل من قلق الموت والاكنتاب لدى المسنين والمسنات بالعاصمة المقدسة ومحافظه جدة، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة أم القرى بمكة المكرمة، المملكة العربية السعودية.

نصر، أحمد محمد. (2011). المساندة الاجتماعية في علاقتها بقلق الموت لدى مرضى السرطان ببعض المستشفيات الحكومية، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، 31(11)، ص ص 5069 - 5113.

النووي، يحيى بن شرف أبو زكريا النووي (1996م). شرح النووي على مسلم، (6 أجزاء، سورية، دمشق: دار الخير للطباعة والنشر.

هارولدينفك، دافيد (1997). الاسترخاء النفسي والعصبي، ترجمة: ميخائيل أسعد، جمهورية مصر العربية: دار النهضة للطباعة والنشر.

ثانياً: المصادر والمراجع الأجنبية.

Ardelt, M.(2002).Wisdom, Religiosity in life ,and Attitudes towards death. *Paper presented at international conference on searching for meaning in the New Millennium Vancouver.*

Arnold N. Boutany. (2007). Potential barriers to teaching the older adults and suggested solving. *American Psychological Digest, 122(1), pp. 166-189.*

Déllbard Céline et. al. (2001). *Et si nous parlions? l'infirmier face à la mort*, EPPA, Op DEL.

Heoksema, S. N., Grayso, C.,& Larson. J. (2000). Explaining the gender difference in depressive symptoms, *Journal of personality and social psychology, 77(5).*

Ogg, J. (2005). Social Exclusion and Insecurity Among Older Europeans: The Influence of Welfare Regimes. *Ageing Society, (1), pp. 69- 90.*

Suzan Perry & Tolson M. Nights. (2007). The attitude and view of retired elderly towards senility. *The International journal of psychology welfare, 98(1), pp. 80-97.*

قائمة الملاحق

قائمة الملاحق

ملحق رقم (1): أسماء السادة المحكمين

م.م	الاسم	الدرجة العلمية	مكان العمل
1	د. عطف أبو غالي	أستاذ مشارك	جامعة الأقصى
2	د. محمد الشريف	أستاذ مساعد	جامعة الأقصى
3	د. ياسرة أبو هديوس	أستاذ مساعد	جامعة الأقصى
4	د. جميل الطهراوي	أستاذ مساعد	الجامعة الإسلامية
5	د. رائدة عبيد	دكتوره	جامعة الأقصى
6	د. نعمه أبو حلو	دكتوره	جامعة القدس المفتوحة
7	أ. ضياء أبو عون	ماجستير	وزارة التربية والتعليم
ترتيب القائمة بناءً على الدرجة العلمية			

ملحق رقم (2): استمارة البيانات الشخصية



الجامعة الإسلامية - غزة
شئون البحث العلمي والدراسات العليا
كلية التربية
تخصص الصحة النفسية والمجتمعية

الأخوة والأخوات المسنين:

تحية طيبة وبعد

تقوم الباحثة بدراسة بعنوان: "قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين القائمين بدور المسنين وأقرانهم العاديين"، وذلك بهدف الحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية والمجتمعية/ قسم علم النفس، وتحقيقاً لأهداف الدراسة قامت الباحثة بإعداد مقياس قلق الموت، ومقياس الصحة النفسية.

وأرجو من حضرتكم التعاون مع الباحثة في تطبيق الأدوات، وذلك من خلال قراءة كل فقرة بعناية ووضع علامة (√) أمام الرأي الذي يتفق مع الواقع الذي تعيشه.

وأحيطكم علماً بأن البيانات والمعلومات التي ستدلون بها ستعامل بسرية تامة، وهي فقط لأغراض البحث العلمي.

شاكراً لكم حسن تعاونكم

أولاً: البيانات الشخصية.

1. مكان الإقامة: دار المسنين مع الأسرة
2. الجنس : ذكر أنثى.
3. الحالة الاجتماعية: أعزب/ أنسة متزوج/ متزوجة
- مطلق/ مطلقة أرمل/ أرملة
4. المستوى التعليمي: أمي يقرأ ويكتب فقط
- ابتدائي اعدادي
- ثانوي جامعي
5. العمر: 60 - 65 سنة 65 - 70 سنوات
- 70-75 سنة أكثر من 75 سنة
6. الحالة الاقتصادية: متدنية متوسطة
- جيدة ممتازة
7. الحالة الصحية: معاناة من أمراض عادية بسيطة
- معاناة من أمراض مزمنة مثل (السكري، الضغط، ...)
- معاناة من إعاقات (إعاقة حركية، إعاقة بصرية، أو أي نوع من أنواع الإعاقة)
- معاناة من أمراض خطيرة (التهاب الكبد الوبائي، السرطان، أمراض القلب،)

ملحق رقم (3): مقياس قلق الموت لدى المسنين في صورته النهائية

مقياس قلق الموت عند المسنين:

م.	الفقرات	تنطبق علي تماماً	تنطبق علي أحياناً	تنطبق علي نادراً	لا تنطبق علي	لا تنطبق علي أبداً
1	يرعبني احتمال أن تجرى لي عملية جراحية.					
2	أخاف أن أصاب بنوبة قلبية.					
3	أخاف من الأمراض المميتة كالسرطان.					
4	أمتنع عن السفر والتنقل لتجنب الحوادث.					
5	أخشى أن يحرمني الموت من شخص عزيز علي.					
6	أخشى من احتمال اصابتي بضرية قوية.					
7	أقلق عند سماع وفاة شخص بشكل مفاجئ.					
8	لدي إحساس عميق بأنني سأموت قريباً.					
9	ينتابني شعور مفاجئ بأنني سأموت.					
10	يرعبني التفكير بالألم الذي صاحب لحظة الموت.					
11	كانت تسيطر علي فكرة أنني سأموت في سن مبكرة.					
12	أخشى أن أنام فلا استيقظ أبداً.					
13	التفكير بالموت يسبب لي التوتر والأرق.					
14	أخشى أمور مجهولة بعد الموت.					
15	أنظر إلى الحياة نظرة متشائمة لأنها تنتهي حتماً بالموت.					
16	أخشى أن أموت فيحاسبني الله علي ذنوبي.					
17	يتملكني إحساس بالنشأوم من الموت عندما أصلي أو أشاهد صلاة الميت.					
18	حينما أجلس وحيداً مع نفسي أشعر بأن الموت قريب مني جداً.					
19	لا أحب رؤية أحد يحتضره الموت.					
20	أشعر برعب شديد حينما يتحدث أمامي أحد عن الموت.					
21	أود معرفة طبيعة حياة القبر لكنني أخشى أن أسأل عن القبر.					

ملحق رقم (4): مقياس الصحة النفسية لدى المسنين في صورته النهائية

مقياس الصحة النفسية عند المسنين:

م.	الفقرات	تنطبق علي تماماً	تنطبق علي أحياناً	تنطبق علي نادراً	لا تنطبق علي	لا تنطبق علي أبداً
1	أشعر بارتياح تام وصحة جيدة.					
2	أمتلك قدرة على التركيز في الأعمال التي أقوم بها.					
3	أنا راضي عن طريقتي في إنجاز مهماتي.					
4	أنا مقتنع بأن الله قدر لي الخير.					
5	أراجع نفسي مراراً حتى لا أقع في أخطاء ارتكبتها سابقاً.					
6	أواجه مشكلاتي مهما بلغت.					
7	أشعر بالسعادة عندما أعالج مشكلاتي بنفسي.					
8	أنا راضي عن نفسي.					
9	أرى بأنني لازلت قادراً على أداء واجباتي.					
10	أشعر بثقل يدي ورجلي وحركتي بشكل عام.					
11	أود أن أكون بين الناس.					
12	أظهر أمام الآخرين بأنني سعيد رغم الأحزان التي بداخلي.					
13	من السهل علي تكوين صداقات حتى وأنا كبير في السن.					
14	أشعر بالوحدة حتى وإن كنت بين الناس.					
15	أتعامل بصدق مع الآخرين.					
16	أستمع كثيراً عندما أكون محط أنظار الآخرين.					
17	أحب زيارة الأقارب في منازلهم.					
18	أهتم بحضور المناسبات (الأفراح والأحزان).					
19	أشعر بالفخر عند الحديث عن الماضي.					
20	أتفهم مشاعر الآخرين.					
21	أفسر أي موقف حدث لي بحساسية عالية.					
22	أغضب لأتفه الأسباب.					
23	أستطيع ضبط انفعالاتي.					
24	أعطى تفسيرات متسرعة حول مواقف الآخرين.					
25	أتجنب النظر إلى المواقف المؤثرة.					
26	أعتذر للآخرين عند الخطأ.					
27	أعاني من أرق شديد.					

لا تنطبق علي أبداً	لا تنطبق علي	تنطبق علي نادراً	تنطبق علي أحياناً	تنطبق علي تماماً	الفقرات	م.
					أعاني من اضطرابات النوم.	28
					تراوضني أحلاماً مزعجة.	29
					أتوتر من أقل موقف يواجهني.	30
					أنا قلق طوال الوقت.	31
					أجد نفسي وحيداً حتى لو كنت بين الآخرين.	32
					أشعر بمغص دائم ولا أعرف سببه.	33
					أشعر بعدم استقرار درجة حرارة جسدي.	34
					أنا بحاجة إلى إجراء فحوصات طبية باستمرار.	35
					أقبل انتقادات الآخرين.	36
					أتحدث بعبارات واضحة المعنى.	37
					أمتلك قدراً كافياً من الصبر عند الشدائد.	38
					أحرص على كسب ود الآخرين.	39
					ألتزم بالعادات والتقاليد الفلسطينية.	40
					أراعي مشاعر الآخرين.	41
					أتمتع بمرونة كافية لتغيير مواقفي الخاطئة.	42
					أتمنى الخير للآخرين.	43
					أتمنى أن تنعم البشرية بالأمن والسلام.	44
					أشعر بالضيق لما يحصل من حروب وصراعات حول العالم.	45
					أنا متفائل بأن المستقبل سيكون جميلاً.	46

ملحق رقم (5): خطاب تسهيل مهمة الباحثة في تطبيق أدوات الدراسة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



الجامعة الإسلامية - غزة
The Islamic University - Gaza

هاتف داخلي 1150

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

الرقم: ج س ع /35/ Ref
2016/06/01 Date
التاريخ

حفظهم الله،،

الأخوة الأفاضل / مركز الوفاء لرعاية المسنين

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

الموضوع/ تسهيل مهمة طالبة ماجستير

تهديكم شئون البحث العلمي والدراسات العليا أعطر تحياتها، ونرجو التكرم بمساعدة الطالبة/ اريج خليل محمد القيق، برقم جامعي 220140020 المسجلة في برنامج الماجستير بكلية التربية تخصص الصحة النفسية المجتمعية وذلك بتطبيق أدوات دراستها التي تساعدنا في إعداد رسالة الماجستير والتي بعنوان:

قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين دراسة مقارنة

بين المسنين القائمين بدور المسنين وأقرانهم العاديين

والله ولي التوفيق،،

نائب الرئيس لشئون البحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. عبدالرؤف على المناعمة

صورة إلى:-
الرف. *