

قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين

إعداد

د. احمد عبد الجواد فهمى حسنين

دكتوراه في علم النفس الاجتماع بكلية الآداب_ جامعة الزقازيق
أستاذ مشارك علم النفس، بكلية الدراسات الإنسانية والإدارية، بكليات عنيزة

المستخلص:

المسنون هم تلك الفئة من البشر داخل المجتمع ممن يلغوا سن الستين عاماً وما بعدها واصبحوا عاجزين عن رعاية أنفسهم وخدمتها، إثر تقدمهم في العمر نتيجة مجموعة تغيرات فسيولوجية وسيكولوجية ومرحلة الشيخوخة بها تدهور للوظائف العقلية كضعف الذاكرة والنسيان والحديث عن الماضي وبطئ التفكير وضعف في القدرة العقلية عملية الإدراك وذلك لتلف جزء من خلايا المخ وضعف جسدي وظهور عديد من المشكلات الجسمية والجسدية.

وتهدف هذه الدراسة إلى التحقق من تحديد مستويات قلق الموت عند المسنين (كبار السن) في محافظ عنيزة، والتعرف على الفروق في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين بعنيزة باختلاف المتغيرات مثل (الجنس- الحالة الاقتصادية- الحالة الاجتماعية- المؤهل الدراسي- العمر- الحالة الصحية)، كما هدفت إلى التعرف على الفروق في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين بعنيزة باختلاف مكان الإقامة (مع الأسرة- أو دور الرعاية)، وكذلك التعرف على الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين بعنيزة باختلاف مكان الإقامة (مع الأسرة أو دور الرعاية).

وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى قلق الموت لدى المسنين (٦١,٦٣%) وهي نسبة أدنى من المتوسط العام، لكنها تشير إلى وجود بعض مؤشرات قلق الموت حيث أن معظم الباحثين أكدوا على ضرورة ألا يتجاوز قلق الموت عند الأفراد المسنين عن (٦٠%) ويرى الباحث أن ضغوط الحياة وانتشار الأمراض القاتلة والمميتة مثل السرطان وجلطات القلب والمخ وما إلى ذلك من أمراض تؤدي بحياة الإنسان سبباً رئيسياً لوصول هذه النسبة (٦١,٦٣%)

الكلمات الإفتتاحية: قلق الموت، المسنين، الصحة النفسية.

مقدمة:

تشير إحصائيات صندوق السكان للأمم المتحدة إلى تزايد نسبة المسنين على مستوى العالم في المجتمعات المتقدمة، وكذلك النامية، ويعود السبب في ذلك إلى تطور الخدمات الصحية والعلاجية والوقائية مما أدى إلى ارتفاع متوسط الأعمار وانخفاض نسبة الوفيات وبالتالي زيادة عدد المسنين ومن المنتظر في الخمسين سنة القادمة، أن يزداد عدد كبار السن إلى نحو أربعة أضعاف وسيزدادون من نحو ٦٠٠ مليون نسمة إلى مليار نسمة تقريباً، وبحلول العام ٢٠٥٠، سيكون هناك واحد من كبار السن بين كل خمسة أشخاص وبحلول العام ٢١٥٠، من المتوقع أن يبلغ ثلث سكان العالم ستين سنة من العمر أو أكثر.^(١) (صندوق الأمم المتحدة للسكان ٢٠١٩، ص٣)

ومن الملاحظ أن الإنسان خلال حياته يمر بمراحل متعاقبة تبدأ بالطفولة ثم المراهقة، والشباب والكهولة وصولاً لمرحلة الشيخوخة، ولكل مرحلة احتياجاتها ومتغيراتها ومشكلاتها التي تزداد تعقيداً وحساسية بتقدم العمر وبمرور الوقت تتضح انفعالات الإنسان مع نموه العمري وأن من أهم خصائص مرحلة الشيخوخة التغيرات البيولوجية والفعلية والانفعالية والاجتماعية وتراكم الأمراض وانخفاض الدخل، ويترتب على هذه التغيرات خمول جسدي، وعقلي يترافق مع اضطرابات نفسية منها القلق والتفكير بالمستقبل والتفكير بالموت. (فهومي وفهومي ١٩٩٩م، ص١٠٦)

وتمثل الوفيات بين المسنين نحو ١,٦٦ من إجمالي الوفيات عام ٢٠٢٠، إذ بلغت نسبة الوفيات بين المسنين الذكور ٨,٦١% من إجمالي وفيات الذكور بينما بلغت نسبة وفيات المسنين الإناث ١,٧١% من إجمالي وفيات الإناث وذلك وفقاً لنشرة الموالية والوفيات عام ٢٠٢٠ (بيانات أولية)

وأشار أوون (p.vo، ٢٠٠٥، ogg) إلى أن الشيخوخة مرحلة عمرية تكثر مشكلاتها وتعقيداتها، لأن الإنسان يتولد إليه أفكار حول نهاية العمر واقترب موعد موته، كما تتأثر الحالة النفسية لديه اختلاف الظروف منها مكان الإقامة، والمساندة الاجتماعية، والجنس، وكثرت في الآونة الأخيرة الدراسات التي تتناول فئة المسنين وذلك لعدة أسباب منها تزايد أعداد المسنين وجهود التنمية البشرية وتوسع علم النفس والإرشاد النفسي هذا بجانب المسؤولية الاجتماعية تجاه فئة المسنين، كونها قضية نفسية وإنسانية، (در، ٢٠٠٨، ص٣٥) ويهدف علم النفس إلى تعزيز توافق الفرد النفسي والاجتماعي، وتعزيز صحته النفسية وبناء على ذلك فإن الباحث يرى دراسة الصحة النفسية للمسن وعلاقتها بالموت أمر في غاية الأهمية خاصة أن الدين الإسلامي يوصي بمعاملة هذه الفئة معاملة حسنة وأن أحاديث الرسول صلى الله عليه وسلم فيها ما يدعو إلى احترام فئة المسنين وأن لهم كرامة لا بد من المحافظة عليها وتقديم كافة أساليب المساندة لهم.

ودراسة القلق وأنواعه له مكانة في الإرشاد النفسي والعلاج النفسي نظراً لأن القلق بشكل عام يقف وراء العديد من الاضطرابات النفسية الأخرى ولا سيما العصابية منها، حيث يرى كل من (Rowanand Ears) أن القلق قاتل صامت. لذلك نجد اهتمام بالغ من علماء النفس لدراسة القلق وأنواعه كقلق المستقبل، وقلق الموت، وغيرها من أنواع القلق. (بلال ٢٠٠٩، ص١٧)

(١) جامعة الدول العربية، صندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA: الاستراتيجية العربية لكبار السن ٢٠١٩-٢٠٢٩، ص٣.

ويرى عبد الخالق (١٩٩٧م، ص ٥٥) أن التفكير في المستقبل أساساً أحد مصادر القلق، ويعتبر الموت الطبيعية لكل كائن حي خبرة مستقبلية لكن لن نستفيد منها في حياته خاصة، وأن الموت ينهي ارتباطه بالحياة، لذا فإن التفكير فيه أمر صعب وينتج عنه اضطرابات نفسية عن كاهل الإنسان، ويبيد الإنسان القلق من الموت أعراض اكتنابه وجمود في التفكير.

ويعد قلق الموت أحد أكثر أنواع القلق تعقيداً، لأنه سبب في أنواع القلق الأخرى من وجهة نظر فرويد، وهو سمة نفسية تدرس في كلا 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 وهي مرحلة ما قبل الموت نفسه مرحلة الشيخوخة. (أبو صالح، ٢٠١٣م، ص ٣)

ويرى الباحث أن تزايد مشكلات المسنين تجعل رعايتهم أمراً ضرورياً فمنهم من يجد الدعم والمساندة من الأسرة ومنهم من يلجأ إلى دور الرعاية، وهناك فروق كبيرة بين الحياة بدور الرعاية والحياة مع العائلة وهذه الفروق تؤثر على الصحة النفسية لدى المسنين الكبار في السن. وهذا ما أوضحت دراسات مثل دراسة الدهان، ٢٠٠٥، بأن توجد فروق في مستوى التوافق النفسي بين المسن المقيم بدور الرعاية والمسن المقيم مع الأسرة لصالح المقيم مع الأسرة.

مشكلة الدراسة:

المسنون هم تلك الفئة من البشر داخل المجتمع ممن يبلغوا سن الستين عاماً وما بعدها واصبحوا عاجزين عن رعاية أنفسهم وخدمتها، إثر تقدمهم في العمر نتيجة مجموعة تغيرات فسيولوجية وسيكولوجية ومرحلة الشيخوخة بها تدهور للوظائف العقلية كضعف الذاكرة والنسيان والحديث عن الماضي وبطئ التفكير وضعف في القدرة العقلية عملية الإدراك وذلك لتلف جزء من خلايا المخ وضعف جسدي وظهور عديد من المشكلات الجسمية والجسدية، ويوضح ذلك (حجازي وأبو غالي ٢٠١٠م، ص ١٣٢) أن هناك عدد من المشكلات التي يعاني منها المسنون في عيضة كان أكثرها حدة المشكلات الاجتماعية والاقتصادية يليها المشكلات النفسية ثم الصحة ويتضح ذلك في دراسات أخرى عديدة.

وإن المسن يعاني من سمة قلق وهي قلق الموت وأنه توجد فروق في سمة القلق بين المسنين خاصة الذين ينزلون في دور عامة وكذلك المقيمين مع أسرهم وأكدت ذلك دراسة (صيام، ٢٠١٠م، ص ١٧٦) أن هناك علاقة بين بعض سمات الشخصية والتوافق النفسي عند المسن.

ومن هنا يرى الباحث هناك ضرورة لدراسة قلق الموت لدى المسنين وعلاقتها بالصحة النفسية لديهم، حيث تمثل مشكلة الدراسة وتتبلور في الآتي:

- ١- ما مستويات قلق الموت لدى عينة من المسنين (كبار السن) في مدينة عيضة.
- ٢- ما مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين بمحافظة عيضة.
- ٣- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في عيضة ترجع لمتغير الإقامة (مشكلة السكن).
- ٤- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين في عيضة ترجع لعامل الإقامة (مكان السكن).
- ٥- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في عيضة ترجع لعامل النوع- والحالة الاجتماعية والمؤهل العلمي والسن والحالة الصحية والحالة الاقتصادية.

٦- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين في عينة ترجع للحالة الاجتماعية والاقتصادية والمؤهل العلمي والجنس والنوع والعمر والحالة الصحية.

أهداف الدراسة:

تحاول هذه الدراسة إلى التحقق من الأهداف الآتية:

- ١- تحديد مستويات قلق الموت عند المسنين (كبار السن) في محافظ عينزة.
- ٢- التعرف على الفروق في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين بعينة بااختلاف المتغيرات مثل (الجنس- الحالة الاقتصادية- الحالة الاجتماعية- المؤهل الدراسي- العمر- الحالة الصحية).
- ٣- التعرف على الفروق في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين بعينة بااختلاف مكان الإقامة (مع الأسرة- أو دور الرعاية).
- ٤- التعرف على الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين بعينة بااختلاف مكان الإقامة (مع الأسرة أو دور الرعاية).
- ٥- التعرف على الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين بعينة وفقاً لمتغيرات (الحالة الاجتماعية- النوع- المؤهل الدراسي- العمر- الحالة الاقتصادية- الحالة الصحية).

أهمية الدراسة:

هذه الدراسة تنقسم أهميتها إلى:

١- الأهمية النظرية:

هذه الدراسة تدرس قلق الموت والصحة النفسية لدى عينة من المسنين، كما أنها تعد تدرس الفروق في مستوى قلق الموت والصحة النفسية لدى المسنين المقيمين بدور الرعاية والمقيمين مع أسرهم.

وتحاول التعرف على مستوى الصحة النفسية لدى المسنين ومن شأنه أن يتيح الفرصة لإيجاد حلول للمشكلات النفسية لدى المسنين وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لهم.

هذه الدراسة تحاول أن تكشف النقاب عن الفروق بين قلق الموت والصحة النفسية لدى المسنين المقيمين بدور الرعاية والمقيمين مع أسرهم.

تحاول هذه الدراسة أيضاً وترجع أهميتها إلى أن تلفت الأنظار إلى الفئة من المسنين للاهتمام بهم من جانب المسؤولين وذويهم.

دراسة الصحة النفسية أمر ضروري وهام جداً خاصة لفئة المسنين بحيث تجعله يتمتع بصحة نفسية يجعله أيضاً إنسان إيجابي ومشارك في التعامل مع الآخرين وفي التعامل مع نفسه.

٢- الأهمية التطبيقية:

الدراسة الحالية قد تعد دراسة لفتح آفاق عديدة للباحثين لدراسة مثل هذه القضايا المتعلقة بكبار السن (المسنين).

- قد تفيد نتائج هذه الدراسة القائمين على دور المسنين والرعاية في طرح برامج لتنمية وتعزيز مستوى الصحة النفسية لدى المسنين.
- قد تطرح هذه الدراسة من خلال نتائجها رؤية لخفض مستوى القلق والموت لدى المسنين من خلال تعزيز بعض الإجراءات تجاه المسنين.
- تقدم الدراسة إطار نظري يفيد الباحثين والمكتبات بعنيزة والمملكة العربية السعودية بموضوع الصحة النفسية وقلق الموت لدى المسنين.

مصطلحات الدراسة:

قلق الموت:

التوتر والخوف من الموت والتفكير المستمر به، وسيطرة فكرة الموت لدى المسن، وتكراره لكلمة وفكرة الموت (الحلو والشكعة والقذوفي ٢٠٠٣، ص ١٤٥) ويعرفه الباحث بأنه خبرة أو ممارسة 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:

هي حالة نفسية تتسم بالثبات النسبي، ومن علامات الصحة النفسية نجد التوافق النفسي والتوافق الاجتماعي وهي قدرة الفرد على التوافق مع ذاته ومع الأفراد والآخرين وتعرف أيضاً الصحة النفسية بأنها التوافق أو التكامل بين الوظائف النفسية مع القدرة على مواجهة العقبات والأزمات النفسية العادية التي تطرأ على الفرد مع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية وهي حالة ثابتة نسبياً (أبو سيف والناشري ٢٠٠٩، ٢٦-٢٧)

ويعرف الباحث 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 شخصية سوية ومتكاملة وليس بها أي أعراض لأمراض عصابية، ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلام ورفاهية ورضا وتقاس بالدرجة التي يحصل عليها المسن من خلال استجابته على مقياس الصحة النفسية.

المسنين:

المسن هو كل إنسان أصبح عاجزاً عن رعاية نفسه وخدمتها إثر تقدمه في العمر نتيجة مجموعة تغييرات جسمية ونفسية كالضعف العام في الصحة ونقص القوى العضلية وضعف الطاقة الجسمية والبصرية وضعف الانتباه والذاكرة وغيرها.

ويرى الباحث أن الشخص المسن هو الذي تجاوز سن (٦٠) عاماً يكن في قطاع عنيزة إما في دور الرعاية للمسنين أو مع الأسرة.

حدود الدراسة:

- ١- الحدود الزمنية: تم إجراء الدراسة في العام ٢٠٢٢-٢٠٢٣.
- ٢- الحدود المكانية: اقتصرَت الدراسة على محافظة عنيزة بمنطقة القصيم.
- ٣- الحدود البشرية: حددت الدراسة الأفراد موضع العينة واقتصرَت على المسن الذي تجاوز سن ٦٠ عاماً ويقوم في دار لرعاية المسنين بعنيزة أو المقيمين مع أسرهم.

٤- الحدود الموضوعية: حددت الدراسة الكشف عن قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين في محافظة عنيزة.

فئة المسنين:

المسن: هو كل إنسان أصبح عاجزاً عن رعاية نفسه وخدمتها إثر تقدمه في العمر نتيجة مجموعة تغيرات جسمية ونفسية كالضعف العام في الصحة ونقص القوى العضلية وضعف الطاقة الجسمية والبصرية وضعف الانتباه والذاكرة وغيرها.^(١)

المسن لغة: وعرف مجمع اللغة العربية (١٩٩٠- ص٥٣٩) المسن فاعل من أسن، والجمع مسان، وأسن الطفل الذي نبت 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 لفرد الذي يعتري قدراته الجسدية والأحاسيس والطاقت التي تلزمه في شيخوخته، بحيث تؤدي به تدريجياً إلى الموت بأسباب عرضية كل من حجازي وأبو غالي (٢٠١٠، ص١١٤) أن هناك عدة معايير يتم من خلالها منهم معنى الشيخوخة منها العمر الزمني والعمر البيولوجي الاجتماعي العمر السيكلوجي والأنسب هو العمر الزمني لتحديد مرحلة الشيخوخة.

وعرف بيرن ورينر (Birren and Renner) مرحلة المسن بأنها التغيرات المنتظمة التي تحدث في الكائنات العضوية الناجمة وراثياً والتي تعيش في ظل الظروف البيئية الممتلئة ومتلازمة مع تقدم العمر الزمني للمسنين (حمو علي، ٢٠١٢، ص٨٠)

ويرى الباحث أن كلمة مسن تطلق على الشخص الذي تجاوز سن الـ ٦٠ أو الخمسة والستون عاماً وبدأت تظهر عليه علامات كبر السن أو الشيخوخة وعدم القدرة على ممارسة الأنشطة اليومية لتراجع الوظائف الجسدية والنفسية والاجتماعية.

خصائص مرحلة المسنين:

هذه المرحلة تعتبر مرحلة النهاية للإنسان والتي قد ينهي بها عمره بصورة عامة وهي كغيرها من المراحل تميز بعض التغيرات النفسية والجسدية والطبيعية والاجتماعية والعقلية، وهذه التغيرات في حقيقتها تأخذ في مرحلة الانتهاؤ والتدهور والضعف والشعور بعدم القدرة والعجز ولها خصائصها التي تختلف عن خصائص المراحل العمرية الأخرى مثل مرحلة الطفولة أو الشبا أو المراهقة.

وقد أشار العديد من الباحثين والمتخصصين إلى أن نموذج (إريك أريكسون) والمسمى بمراحل النمو النفسي الاجتماعي هو أنسب النماذج التي وصفت تطور لمراحل نمو الإنسان المتكاملة ويسمى نموذج من الرحم إلى اللحد ويهتم هذا النموذج بالعوامل الاجتماعية وتأثيرها على شخصية الفرد بدلاً من التركيز على العوامل البيولوجية.

وسوف نسرد الخصائص الخاصة بمرحلة المسنين وهما:

١- التغيرات الفسيولوجية والعقلية:

^(١) صلاح زين الدين، ٢٠٢٢، الرعاية الاقتصادية والاجتماعية للمسنين، ودراسة مقارنة، دراسة في مؤتمر حقوق المسنين بين الواقع والمأمول، كلية، المؤتمر العلمي بحقوق جامعة طنطا، ص٨.

إن التغيرات الفسيولوجية مهمة يتعرض لها الفرد مع التقدم في السن على مستوى النشاطات الفسيولوجية هذه التغيرات والتبدلات تبعث إلى الشيخوخة، وهذا ما يفسر ببعض القدرات المعرفية للمسنين. (Patrick, 2005, p.39) ومن هذه التغيرات ما يحدث مثلاً ضعف الذاكرة والنسيان ومظاهر تخريف الشيخوخة كتكرار الكلام ذاته عدة مرات ونسيان الأبناء والأهل والبطء في التفكير وتباطؤ القدرة على الابتكار وضعف القدرة على التعلم وتأثر عملية الإدراك والتذكر بنشاط خلايا بالمخ. (رافت، جريدة الدستور، ٢٠٠٦).

٢- الخصائص الاجتماعية:

تصاحب مرحلة الشيخوخة مجموعة من التغيرات الاجتماعية تمثل 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 زملاءه وأصدقائه. (حجازي وأبو غالي، ٢٠١٠، ص ١١٦).

٣- 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 وتنحل في جميع أنواع أنسجة الجسم العصبية والعضلية والعظمية. (المرعب، ٢٠١٠، ص ٢٦٦)

ويعاني المسن من ضعف في الجهاز العصبي والذي ينعكس سلباً على النشاط الحركي حيث يفقد المسن الدقة والمهارة والاتزان وكذلك الأجهزة الداخلية يصيبها الوهن وتسرب الضعف إلى القلب والمعدة والرئتين والجهاز العظمي لنقص مادة الكالسيوم فيه فتتقوس القامة وتضعف الساقين عن حمل الجسم وتتساقط الأسنان. (المحمداوي، ٢٠٠٨، ص ١٠)

مشكلات مرحلة المسنين:

١- المشكلات الاقتصادية:

يعاني فيها المسنون لنقص مواردهم المالية ولضعف الأداء لديهم أو للتقاعد أو لترك العمل، وهذا في حد ذاته مشكلة نفسية واجتماعية واقتصادية بأبعادها المؤثرة والمتأثرة كما يرى (Rock، ٢٠٠١) أن النقص المادي يمكن أن يعرقل سير العلاقات الاجتماعية بالنظر لمصاريف الانتقال والترفيه والمجاملات والتكاليف الأخرى. (Rock, 2001, p. 175)

٢- المشكلات السيكولوجية:

ترتبط المشكلات النفسية في الغالب بعدم التكيف مع التغيرات العمرية فالمسنون ينتابهم مشاعر الوحدة والفراغ والخوف من المستقبل وفقدان حب الآخرين وفقدان الأبناء والأهل.

المشكلات النفسية قائمة في الشيخوخة لا محالة لكنها تتراوح بين مساعر الملل والعزلة والفراغ أو الاضطرابات النفسية والعقلية الشديدة (كالخرف والشيخوخة) والاكنتاب النفسي الشديد الذي يدفع إلى الانتحار في بعض الأحيان.

ومن ضمن الاضطرابات النفسية نجد ذهان الشيخوخة وفيه يصبح الشيخ أقل استجابة وأكثر تركزاً حول ذاته.

ومن بين الاضطرابات النفسية أيضاً مشكلات أن تكون انفعالية وجدانية، كالشعور بالفشل أو الإحباط مما يؤدي إلى أن تغلب على هؤلاء روح التشاؤم ويكون سلوكهم متنم بالشك والحذر.

٣- المشكلات العاطفية:

المتعلقة بضعف الطاقة الجنسية أو التثبث بها فقد يتزوج الشيخ الميسور من فتاة في سن صغير مثل سن بناته ويتصابى وإذا ما ضعف جنسياً ألقى اللوم عليها وبدأ يشك في سلوكها وكذلك ما أحق العجوز المتصابية وقد يتصرف بعض الشيوخ بتصرفات جنسية شاذة وقد يأتون سلوكاً لا يستحسن ولا يوقر شبيهم كما يواجه الكثير من المسنين الوحدة إما بسبب الطلاق أو موت أحد الزوجين أو العزوبية وأكثرهم تعرضاً للمشكلات العاطفية هؤلاء الذين فقدوا أزواجهم فيصابون في الغالب بالاكتئاب لإحساسهم بالوحدة واليأس من الحياة أو لإحساسهم بأنهم صاروا حملاً ثقيلاً على أبنائهم. (بدوي الصافي، ١٩٩٨، ١٥٦)

٤- المشكلات الصحية:

المرتبطة بالضعف الصحي العام، والضعف الجسمي وضعف الحواس كالسمع والبصر وضعف القوة العضلية والانحناء بالنسبة للظهر وجفاف الجلد وترهله والإمساك وتصلب الشرايين والتعرض بدرجة أكبر من ذي قبل بالإصابة بالمرض وعدم المقاومة بالنسبة للجسم وقد يظهر لدى المسن توهم المرض وتركيز الاهتمام على الصحة وعسر الهضم أو الصداع وقد ننظر إليه على أنه مرض خطير. (زهراان حامد، ١٩٨٤، ص ٥٤٥)

٥- المشكلات الاجتماعية واضطراب العلاقات:

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.

وقد حدد حجازي وأبو غالي، (٢٠١٠، ص ١٧٧) بعض المشكلات التي يعاني منها المسنون وفيما يلي بعض المشكلات أيضاً مثل:

- أ- **مشكلة سن القعود:** وهو ما يعرف باسم سن اليأس ويكون مصاحباً باضطرابات نفسية أو عقلية قد يكون ملحوظاً أو غير ملحوظ وقد يكون في شكل الترهل والسمنة والإمساك والذبول والعصبية والصداع والاكتئاب النفسي والأرق. (حمو علي ٢٠١٢، ص ٩٧)
- 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 أم يألفه من قبل لا يجد في نفسه المرونة الكاملة لسرعة التوافق معه.
- ت- **ذهان الشيخوخة:** وقد يصبح الشيخ أقل استجابة وأكثر تركيزاً حول ذاته ويميل إلى الذكريات وتكرار حكايات الخبرات السابقة وتضعف ذاكرته ويقل اهتمامه وميوله وتقل شهيته للطعام والنوم وأيضاً تضعف طاقته وحيويته ويشعر بقلّة قيمة في الحياة، وهذا يؤدي إلى الاكتئاب. (بركات، ٢٠١٠، ص ٨)

- ث- الشعور الذاتي بعدم القيمة وعدم الجدوى في الحياة والشعور بأن الآخرين لا يقبلونه ولا يرغبون في وجوده وما يصاحبه ذلك من تصعيد وتوتر فقد يعيش البعض وكأنهم ينظرون إلى النهاية المحتومة وهي الموت (حمو علي، ٢٠١٢، ص ٩٧)
- 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 ٢٠١٠، ص ٨)
- ح- حاجات المسنين: لكل مرحلة عمرية خصائصها ومشكلاتها وحاجات مرحلة الشيخوخة عديدة وسوف نعرضها كالآتي: (بركات ٢٠١٠، ص ٧)
- ١- حاجات المسنين إلى أن يفهموا أنفسهم وينبغي أن يدرك المسنون كل ما يتصل بعملية النضج في العمر حتى يمكنهم أن يدركوا معنى التغيرات التي تؤثر في قدرتهم العقلية والجسمية وبناء شخصيتهم وبالتالي تتعكس على حالتهم النفسية ومكانتهم الاجتماعية وضروري أن يتقبلوا هذه التغيرات.
- ٢- 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.
- ٣- يحتاج المسنون إلى توفير علاقات اجتماعية سواء في داخل الأسرة أو خارجها يستدعي ذلك توعية المجتمع بأمراض الشيخوخة ومشكلات المسنين.

النظريات المفسرة للمسنين أو مرحلة التقاعد والشيخوخة:

فيما يلي نعرض أهم النظريات المفسرة لمرحلة التقاعد والشيخوخة:^(١)

١. نظرية الانسحاب أو فك الارتباط Disengagement Theory:

وهذه النظرية تقوم على افتراض أن الأفراد عندما يصلون إلى مرحلة الشيخوخة فإنهم يبدوون تدريجياً في الانسحاب من الحياة الاجتماعية وتتناقص أنشطتهم الاجتماعية وتضعف روابطهم بالآخرين ويعرفون عن مشاركتهم ويفضلون العزلة ويخشون الارتباط بأي نشاط اجتماعي.

٢. نظرية النشاط Activity Theory:

تفترض هذه النظرية أنه لكي يحدث التوافق مع فقدان العمل فإن الفرد يجد بديلاً للأهداف التي كانت يحققها العمل فينمي اهتماماته ويواصل نشاطاته بما يساعد على رفع روحه المعنوية.

٣. نظرية الأزمة Crisis Theory:

تؤثر هذه النظرية على أهمية الدور المهني بالنسبة للفرد داخل المجتمع حيث يكسبه الدور المهني هويته والتقاعد يمثل أزمة بالنسبة للمسنين خاصة الذين يعطون العمل أهمية كبيرة.

٤. نظرية الشخصية Personality Theory:

يرى أنصار هذه النظرية أن التوافق مع التقدم في العمر يرتبط بنمط وسمات شخصية الفرد وأن التغيرات المصاحبة للتقدم في العمر تكون نتيجة للتفاعل بين المتغيرات الاجتماعية الخارجية والتغيرات البيولوجية الداخلية، لذلك فإن الأفراد ذوي الشخصيات المتكاملة يمكنهم الأداء بشكل

(١) عبد اللطيف محمد خليفة، دراسات في سيكولوجية المسنين، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، ٢٠١٦، ص ٣٠-٣٧.

أفضل لان لديهم درجة مرتفعة من القدرات المعرفية والتحكم في الذات والمرونة والنضج والخبرة.

مفهوم الصحة النفسية:

تعددت تعريفات الصحة النفسية فكل تعريف يتأثر إلى حد كبير بثقافة المجتمع الذي ينتمي إليه وقيمة وأخلاقه وعاداته ومعتقداته وهو ما يجعل تعريفها يختلف من مجتمع إلى آخر وقد يختلف في المجتمع الواحد من زمان إلى زمان بحسب خلفياته واتجاهاته.

يعرفها كل من صبرة محمد علي (٢٠٠٤) وحامد زهران (٢٠٠٥) بأنها تلك الحالة النفسية التي تتسم بالثبات النسبي والتي يكون فيها الفرد متمتعاً بالتوافق الشخصي والاجتماعي والاتزان الانفعالي خالياً من التأزم والاضطراب مليئاً بالتحمس، وأن يكون إيجابياً خلاقاً مبدعاً يشعر بالسعادة والرضا قادراً على أن يؤكد ذاته ويحقق طموحاته واعياً بإمكانياته الحقيقية، قادراً على استخدامها في أمثل صورة ممكنة، فمثل هذا الشخص يعتبر في نظر الصحة النفسية شخصاً سوياً. (محمد علي ٢٠٠٦، ص ٩٥)

هذا وجاء في تعريف المنظمة العالمية للصحة (WHO) الذي يقول "الصحة النفسية بأنها حالة من الراحة الجسمية والنفسية والاجتماعية وليست مجرد عدم وجود المرض ومن خلال التعريف يتضح لنا أن هذه المنظمة تنظر إلى الصحة النفسية على أنها حالة إيجابية تتضمن التمتع بالصحة العقل وسلامة السلوك وليست مجرد غياب أو الخلو أو البرء من أعراض المرض النفسي. (محمد القذافي، ١٩٩٨، ص ٥٣-٥٤)

كما عرفها عبد الغفار (٢٠٠٧م، ص ٢١٣) حالة الفرد النفسية العامة والصحة النفسية السليمة هي حالة تكامل طاقات الفرد المختلفة بما يؤدي إلى تحقيق وجوده أي تحقيق إنسانيته.

وعرفها القريطي (٢٠٠٣، ص ٢٢٨) 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 مام ومرحلة نمو معينة وتمتعه بالعافية النفسية والفاعلية الاجتماعية.

ويرى الباحث أن هناك تنوعاً واختلافاً بين التعريفات التي ذكرها العلماء والمتخصصين بالصحة النفسية في تعريفهم لها ويرجع ذلك إلى اختلاف المدارس النفسية لهم والتي ينتمون لها وكذلك في اختلافاتهم في تحديد مؤشرات الصحة النفسية وغياب أيضاً بعض المعايير فمنهم من يرى أنها حالة توافق بين كل جوانب الشخصية وهناك من يرى أنها اكتمال الجوانب الجسمية والعقلية والاجتماعية وليست مجرد غياب المرض وهناك من يعرفها ويصفها بأنها حالة من الشعور الإيجابي لدى الفرد يساعده ويمكنه من أداء وظائفه بنجاح. وهناك من يشير إلى أنها نوع من التكامل بين الطاقات وبناء على ذلك يرى الباحث أن الصحة النفسية لدى المسنين مرتبطة بمرحلتهم العمرية ككبار في السن فوق (٦٠) عاماً تختلف عن الصحة النفسية للشخص صاحب الـ (٥٠) عاماً وكذلك تختلف عند الشباب في بداية مرحلتهم العمرية وأنها مرتبطة بخصائص النمو في المراحل العمرية المختلفة للإنسان وتختلف من مرحلة إلى أخرى حسب متطلبات كل مرحلة.

لذلك يرى الباحث أن الصحة النفسية حالة دائمة نسبياً يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً وشخصياً وانفعالياً واجتماعياً ويكون قادراً على تحقيق ذاته تعبر عن تكامل طاقاته ووظائفه المختلفة

وتوازن القوى الداخلية والخارجية الموجهة لسلوكه في مجتمع ووقت ما ومرحلة نمو معينة وتكون شخصية متكاملة وسوية وخالية من الأمراض العصبية.

معايير الصحة النفسية:

من خلال عرض عدد من التعريفات السابقة للرعاية الصحية ، فالعلماء والباحثين يحاولون تحديد عدد من المؤشرات التي يمكن للفرد عن طريق وضع مجموعة من المعايير واضحة تحدد حالات السوء وعدم السوء منها:

١- المعيار الطبي الإكلينيكي:

يشير هذا المعيار إلى أن الصحة النفسية تعني الخلو من المرض النفسي أو العقلي، حيث اعتمد الأطباء على ظهور الأعراض العضوية أو الخو منها كدليل وعلامة من علامات الصحة النفسية وبناء على هذه النظرية فإن اضطراب الصحة النفسية يعتبر خلافاً، ويبدو ذلك في شكل أعراض مرضية مؤقتة أو مزمنة، يتضح من هذا المعيار الإكلينيكي أنه يهتما إيجابيات الصحة النفسية فهو معيار سلبي لأنه ينظر إلى الاضطرابات النفسية بنفس النظرة التي يتم بها النظر إلى المرض العضوي في حين أن معظم المشاكل التي يعاني منها الفرد ترجع إلى ظروف حياته أو بيئته. (محمد القذافي، ١٩٩٨، ص ٥٣)

٢- 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 بالقيمة، حيث أنه يطلق أحكاماً خلقية على السلوك ومقدار الحكم حسب هذا المعيار هو مدى اقتراب الفرد أو ابتعاده عن الكمال أو عما هو مثالي.

٣- المعيار الاجتماعي:

ويعتمد فيه على تحديد السوء وغير السوء 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.

٤- المعيار الإحصائي:

حيث يتخذ المتوسط أو المنوال أو الشائع معياراً يمثل السوية وتكون اللاسوية هي الانحراف عن هذا المتوسط بالزائد أو الناقص ويعمل هذا المعيار على تنوع الصفات والسمات البشرية والسلوكية وفقاً لتوزيع المنحنى الهرمي بحيث تقع غالبية الجماهير وبنسبة (٩٥%) في الوسط بينما تقع أقلية قليلة ناحية الطرفين (٢,٥%) في كل اتجاه لهذا المعنى تصبح السوية هي المتوسط الإحصائي للظاهرة أما طرفي المنحنى تشير إلى اللاسوية، إلا أن بعض المظاهر اللاسوية قد يأخذ بعضها طابعاً إيجابياً مثل: الذكاء، والابتكار، وهو ما يعرف باللاسوية الإيجابية، ويمكن القول أن المعيار الإحصائي يعتبر من الطرق التي تستخدم لتعريف السوء وعدم السوء بصورة عامة ويفهم من هذا المعيار أن هناك مظاهر للسلوك يشترك فيها جميع الناس وخروجاً عن المؤلف وميلاً عن السوء.

أبعاد الصحة النفسية:

بعد إطلاع الباحث على مجموعة من الأدبيات السابقة التربوية والنفسية المتعلقة بالصحة النفسية اتضح هناك مجالات كثيرة للصحة النفسية، منها ما يختص بالإنسان الفرد نفسه ومنها ما يختص بعلاقته مع الآخرين ومنها ما يتعلق بأسرته تسمى أبعاد هذه الأبعاد هي:

- ١- **الشعور بالكفاءة والثقة في النفس:** ويعني أحساس المسن بقيمته وتوفر ما لديه من إمكانيات تجعله قادر على العطاء ومواجهة الصعاب والتحديات.
- ٢- **النضج الانفعالي:** ويعني قدرة المسن على مواجهة الصراعات النفسية والسيطرة على الانفعالات والتعبير عنها بصورة مناسبة ومقبولة اجتماعياً.
- ٣- **التفاعل الاجتماعي:** يقصد به قدرة المسن على بناء علاقات اجتماعية وتبادل الزيارات وتكوين علاقات إنسانية مشبعة والاسهام بدور غيجابي في المناسبات والأنشطة.
- ٤- **الخلو من الأعراض العصبية:** أو يعني خلو المسن من الأنماط السلوكية الشاذة المصاحبة للاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية، وانتفاء كل ما يعوق مشاركته في الحياة الاجتماعية ويحد من تفاعله مع الآخرين.
- ٥- **البعد الإنساني والقيمي:** ويقصد به تبني المسن لإطار قيمي يهذي به ويوجه سلوكه ويراعي فيه مشاعر الآخرين ويحترم مصالحهم وحقوقهم.

خصائص الشخصية التي تتمتع بصحة نفسية:

الشخص الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة يمكن مواجهة التحديات والتكيف مع التغيرات ويواجه الفرد في الآونة الأخيرة العديد من الضغوط والعديد من المشكلات والمثيرات والشخص الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة يمكنه التكيف وتكوين ميكانيكيات لصد الضغوطات ومواجهة التهديدات ويعد اطلاع الباحث على الدراسات السابقة وأدبيات عديدة وجد أن هناك خصائص للشخصية التي تتمتع بصحة نفسية جيدة وهذه الخصائص هي:

- ١- **الشعور بالسعادة مع النفس:** أي الراحة النفسية من ماضي نظيف وحاضر سعيد ومستقبل واعد مشرق والاستفادة من مسرات الحياة اليومية. (الزبيدي، ٢٠٠٧، ص٥)
- ٢- **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. (سفيان، ٢٠٠٤، ص١٥٣)
- ٣- **الشعور بالسعادة مع الآخرين:** حب الآخرين والثقة بينهم واحترامهم وتقبلهم ووجود اتجاه متسامح نحو الآخرين والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية سليمة ودائمة والانتماء للجماعة وخدمة الآخرين، وتحمل المسؤولية الاجتماعية والاندماج في المجتمع. (الزبيدي، ٢٠٠٧، ص٥)
- ٤- **القدرة على مواجهة مطالب الحياة ومشكلاتها:** ومواجهة مطالب الحياة وتحدياتها من خلال النظرة السليمة للحياة ومشكلاتها اليومية وتقبل الواقع والبصيرة والمرونة والإيجابية على مواجهة إحباطات الحياة اليومية، والترحيب بالخبرات والأفكار الجديدة والانفتاح على خبرات الآخرين والقدرة على تحسس المشاكل ومواجهتها بطرق وأساليب موجهة سليمة والاستفادة من الفشل على أنه خبرة لتحقيق النجاح. (العمرى، ٢٠١٢، ص٤٧-٤٨)
- ٥- **تحقيق الذات واستغلال القدرات:** منهم النفس، والتقييم الواقعي وتقبل الحقائق المتعلقة بالقدرات وتقبل مبدأ الفردية واحترام الفروق بين الأفراد وتقدير الذات حق قدرها والمحافظة عليها واستغلال القدرات لتحقيق الأهداف، على أن تحقيق الذات يجب أن يتضمن منهم قيمة الذات والثقة بالقدرات وحب الذات والحفاظ عليها من أجل الحفاظ على الكيان الوجودي لها. (علوي، ٢٠١٦، ص٣٠)

٦- **التوجه نحو الحياة:** وهي النزعة أو الميل إلى النظرة الإيجابية والإقبال 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 المكروه. (أبكر، ٢٠١٥، ص ٦٢)

أهمية الصحة النفسية:

موضوع الصحة النفسية موضوعاً ذا أهمية كبيرة فالصحة النفسية تهتم كل إنسان في المجتمع، ويشترك في دراستها الطبيب وعالم التربية وعالم النفس والباحث في ميادين الخدمة الاجتماعية سعياً للوقاية من مظاهر الاختلال في الصحة النفسية وإيجاد العلاج رغبة في الاستمتاع بالحياة والشعور بالوقاية والسعادة.

فالفرء المتمتع بالصحة النفسية أقدر على غيره من مواجهة المواقف الحياتية المختلفة مما يجعله يحيا في المجتمع بفاعلية ويشعر بالسعادة في الحياة ولا شك أن المجتمع الذي يتمتع أفراده بالصحة النفسية مجتمع يتسم بالازدهار والرخاء والتقدم ولذلك فإن أهمية الصحة النفسية بالنسبة للفرء والمجتمع تتمثل في الآتي:

أولاً: أهمية الصحة النفسية للفرء:

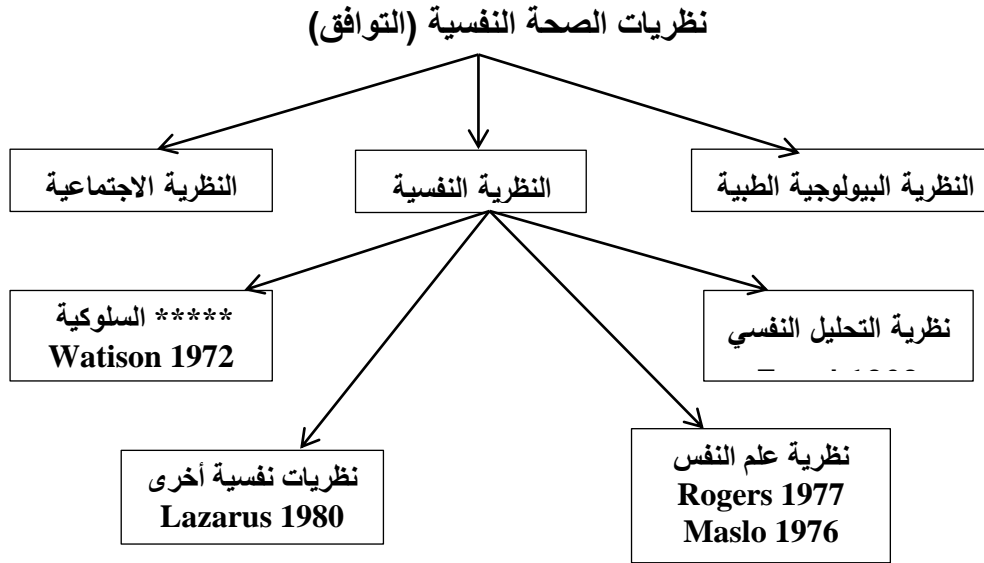
تساعده على التوافق الصحيح في المجتمع وكذلك تساعده على انسياب حياته النفسية وجعلها خالية من التوترات والصراعات المستمرة، مما يجعله يعيش في طمأنينة وسعادة تتيح للفرء النمو الاجتماعي السليم لإقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين.

تدعيم صحة الفرء البدنية لأن هناك علاقة تبادلية بين الصحة النفسية والصحة البدنية.

وتساعد الفرء في تحقيق أهدافه الذاتية والراقي بها وتجعله شخص يتقن عمله ليرتقي به. (محمد جبل، ٢٠٠٠، ص ٤٦-٤٩)

ثانياً: أهمية الصحة النفسية للمجتمع:

أن المجتمع الذي يتسم أفراده بالصحة النفسية يكون أكثر تماسكاً ويتسمون أفرادهم بالتعاون مع الآخرين وتكوين علاقات اجتماعية جيدة مع الآخرين أيضاً ويؤدي أيضاً إلى الانسجام والتفاعل مع بعضهم البعض مما يجعلهم وحدة متكاملة ضد كثير من المشكلات التي يتعرضون لها وتهدد حياتهم، وأن الصحة النفسية تساعد أفرادها على أن يسلكوا السلوك الذي يتوافق مع قيم وعادات وتقاليد المجتمع الذي يعيشون فيه، كما تساعدهم على زيادة التعاون والتماسك والتفاعل والتكافل لتحقيق أهداف هذا المجتمع ورفقيه ويسوده الاجتماعي. (شريت أشرف، ٢٠٠٣، ص ٥٧-٥٨)



شكل تخطيطي لنظريات الصحة النفسية (التوافق)، محمد عوض ١٩٩٠، ص ٩٠.

النظريات المفسرة للصحة النفسية:

هناك نظريات عديدة وضعت لتفسير التوافق الاجتماعي لدى الفرد وبطبيعة الحال يصعب سردها بأسرها ويرى الباحث أنه يجب أن نشير إلى أهمها وما يخص الدراسة سواء النظريات المتعلقة بالصحة النفسية أو نظريات المسنين الذين هم موضع الدراسة بمحافضة عنيزة وأهم هذه النظريات هي:

١- النظرية البيولوجية- الطبية:

يعد داروين (Darwin، ١٨٧٠) و مندل (Mendel، ١٩٥٢) من الرواد الأوائل لهذه النظرية ويتفق هؤلاء أن جميع أشكال الفشل في التوافق ينتج عن أمراض تصيب أنسجة الجسم خاصة المخ وهذه الأمراض يمكن توارثها واكتسابها خلال الحياة عن طريق العدوى والإصابة بالجروح والخلل الهرموني الناتج عن الضغط المستمر الواقع على الفرد.

ويرى رواد هذه النظرية أن عدم توافق الفرد في حياته يعود إلى إصابته بالأمراض العضوية التي قد تكون مكتسبة أو متوارثة بغض النظر عن الجوانب الأخرى النفسية منها، والاجتماعية التي لها أكبر الأثر في توافقه. (عبد الحليم عبد اللطيف، ١٩٩٨، ص ٩٣)

أي أن الاضطراب يحدق عندما لا تتمكن الأنا من الموازنة بين الهو الغريزية والأنا العليا المثالية (العمرى، ٢٠١٢، ص ٤١)

ورأى فرويد أن عودة الخبرات المكبوتة تؤثر تأثيراً رئيسياً في تكوين الأمراض العصبية.

٢- نظرية الاتجاه السلوكي:

رأي رواد هذا الاتجاه السلوكي بأن التعليم هو المحرر الرئيسي وأن السلوك المرضي يمكن اكتسابه كما يمكن التخلص منه، فالعملية الرئيسية هي عملية تعلم إذا تتكون الارتباطات بين مثيرات واستجابات، ومن هنا فإن الصحة النفسية تعد نتاجاً لعملية التعليم والتنشئة واكتساب عادات مناسبة وفعالة تساعد الفرد على التعاون مع الآخرين في مواجهة المواقف التي يحتاج

إلى اتخاذ القرار فيها فإذا اكتسب الفرد عادات تتناسب مع ثقافته المجتمعية والنفسية هو محك اجتماعي، ومن مؤيد هذا المنهج (سكنر) الذي يقول أن سوء الصحة النفسية يعود إلى أخطاء في التعليم الشرطي.

٣- نظرية الاتجاه الإنساني:

رواد هذا الاتجاه يرون أن الصحة النفسية تتمثل في تحقيق الفرد لإنسانيته تحقيقاً كاملاً، وأن الطبيعة البشرية خبرة بالطبع، أو ف الأقل محايدة وأن الظاهرة السلوكية السيئة بمثابة أعراض ويؤكدون الصحة النفسية وأن الدراسة النفسية يجب أن تتوجه إلى الكائن الإنساني السليم وليس الأفراد العصابين، وأكد روجرز أن هناك اتصالاً وثيقاً بين مفهوم تقبل الذات وتحقيقها بين 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

ويرى الباحث أن هناك بعض الاختلافات والفروق بين هذه النظريات في مداخل تفسير الصحة النفسية ولكن هناك شبه اتفاق عام حول أهميتها في عملية البناء النفسي وتحقيق التوافق النفسي وتحقيق الأهداف والموازنة بين القدرات المتاحة وتحديات ومصاعب الحياة، أما الاتجاه السلوكي فينظر على أن معارف الفرد وقدرته واستعداده وتعليمه من الخبرات السابقة وربطها بين المثير والاستجابة هي المحك الرئيسي في تحقيق الصحة النفسية ويتضح من ذلك أن الصحة النفسية وحدة متكاملة تؤثر فيها جوانب متعددة.

الدراسات السابقة:

هذه الدراسة متعلقة بقلق الموت والصحة النفسية لدى عينة من المسنين أي متغيرين هما قلق الموت والصحة النفسية لدى المسنين بمدينة أو محافظة عنيزة وقام الباحث بتقسيم الدراسات السابقة إلى قسمين هما: الدراسات العربية والدراسات الأجنبية.

أولاً: الدراسات العربية:

دراسة أريج خليل محمد (٢٠١٦):^(١)

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، خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: أن مستوى قلق الموت لدى المسنين (٦٣,٦٥%) كما تبين أن مستوى الصحة النفسية التي يتمتع بها عينة الدراسة من المسنين بلغت (٧١,٤٨٤%) وتبين أنه لا توجد علاقة ارتباط دالة إحصائية بين قلق الموت وبعد الخلو من الأمراض العصابية وبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في قطاع غزة ترجع إلى متغير مكان الإقامة لصالح المقيمين مع الأسر ولم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية ترجع لمتغير مكان الإقامة.

(١) أريج خليل محمد، ٢٠١٦، قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين (دراسة مقارنة بين المسنين القائمين بدور المسنين وأقرانهم العاديين)، كلية التربية، قسم الصحة النفسية والمجتمعية، الجامعة الإسلامية، غزة.

دراسة نجوى سعيد عبد الجواد وعلي عثمان عبد اللطيف ٢٠١٦: (١)

هدفت الدراسة إلى التعرف على رضا المسنين عن دور المسنين وعلاقته بتوافقه الصحي والاجتماعي والنفسي وتمثلت عينة الدراسة في (١٥٠) من المسنين ذو احتياجات للرعاية واستخدم الباحثين استبيان رضا المسنين عن دور المسنين استبيان التوافق النفسي والصحي والاجتماعي.

وتوصلت الدراسة إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند البحث في رضا المسن عن دور المسنين تبعاً لمتغيرات المستوى الاجتماعي وتوصلت أيضاً إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ٠,٠٥ بين متوسط درجات عينة البحث في رضا المسن عن دور المسنين تبعاً للحالة الصحية للمسن (مرضية/ غير مرضية)

وتوصلت أيضاً إلى وجود علاقة دالة معنوية عند ٠,٠٥ بين رضا المسن عن دور الرعاية المسن وتوافق المسن بأبعاده إلى الدار مع عدد مرات الإقامة وعدد سنوات الإقامة بدور المسنين والمستوى الاجتماعي (منخفض- متوسط- مرتفع) لعينة البحث.

دراسة فقه العبد (٢٠٠٩) (٢)

هدفت الدراسة إلى تقييم الوضعية النفسية والجسدية لدى المسنين بمؤسسات الرعاية (الشيخوخة) وتحديد مظاهر الصحة النفسية وسمات الشخصية وأنماطها التي تميزهم وتعرف مدى ارتباط المستوى التعليمي والاقتصادي والمؤهل بالصحة النفسية لدى المسنين واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي واتبع الباحث المعايير الاجتماعية العشوائية البسيطة ومقياس سمات الشخصية للمسنين وخلصت الدراسة إلى أن المشكلات النفسية تحتل الصدارة في قائمة مختلف المشكلات التي يعانها كبار داخل مؤسسات رعاية الشيخوخة ويعد مستوى الصحة النفسية لديهم منخفض وتوجد علاقة ارتباطية بين متغير المستوى الاقتصادي للمسن ومتغير الوضعية العائلية ومتغير أنماط الشخصية، ومستوى الصحة النفسية لديهم.

دراسة محمود، ضحى عادل محمود، ٢٠١٥: (٣)

هذه الدراسة هدفت إلى الكشف عن قلق الموت عند المسنين وعلاقته بالرضا عن أهداف الحياة والنزعة الاستهلاكية لديهم ولتحقيق الأهداف تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي وتكونت عينة الدراسة من (٣٨٠) مسناً ومسنة تم اختيارهم من المترددين على مصارف مدينة بغداد لتلقي رواتب التقاعد وكانت أدوات الدراسة عبارة عن مقياس لقلق الموت.

وخلصت الدراسة إلى أن مستوى قلق الموت منخفض 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.

دراسة شوقي، فاطمة الزهراء محمد، ٢٠١٥: (١)

(١) نجوى سيد عبد الجواد وعلي عثمان عبد اللطيف، (٢٠١٦)، رضا المسن عن دار المسنين وعلاقته بتوافقه الصحي والاجتماعي والنفسي، المجلة العلمية لكلية التربية النوعية، جامعة المنوفية، العدد الخامس، يناير ٢٠١٦، الجزء الأول.

(٢) فقه العبد (٢٠٠٩) واقع الصحة النفسية للمسنين في الجزائر، دراسة على عينة من المسنين بمرافق رعاية الشيخوخة، مجلة العلوم الاجتماعية، الكويت، المجلد ٣٧، العدد ٤.

(٣) ضحى عادل محمود ٢٠١٥، قلق الموت عند لمسنين وعلاقته بالرضا عن أهداف الحياة والنزعة الاستهلاكية، مجلة الأستاذ، العدد ٢١٥، ص ٣٥٥ - ٣٧٨.

هدفت ٢١ التعرف على فاعلية برنامج للعلاج النفسي التكاملي لتخفيف حدة الضغوط وقلق الموت لدى عينة من كبار السن واستخدمت الباحثة المنهج التجريبي وتكونت عينة الدراسة من ٨٠ 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 فرق دالة إحصائياً 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.

دراسة أبو صالح شيرين أحمد عزت، ٢٠١٣: (٢)

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الاغتراب النفسي وعلاقته بقلق الموت لدى عينة من المسنين المعلمين بجمهورية مصر العربية ولتحقيق الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي فتكونت عينة الدراسة من (٥٦) مسناً تتراوح أعمارهم ما بين ٦٥، ٨٥ عاماً طبقت عليهم عدة أدوات وهي مقياس الاغتراب النفسي ومقياس قلق الموت.

وأسفرت النتائج عن ارتفاع مستويات الاغتراب النفسي لدى عينة الدراسة من المسنين وتبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاغتراب النفسي وقلق الموت لدى المسنين.

دراسة خديجة حمو علي، ٢٠١٢: (٣)

هدفت الدراسة الكشف عن العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين ولتحقيق الأهداف استخدمت الباحثة المنهج العيادي وتكونت عينة الدراسة من (١٢) 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.

دراسة المرعب، منيرة بنت محمد صالح ٢٠١٠: (٤)

هدفت الدراسة الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي متعدد الأوجه في تنمية تقدير الذات والتوافق الاجتماعي لدى المسنين المتقاعدين في المجتمع السعودي ومحورت الدراسة حول بناء برنامج إرشادي متعدد الأوجه ومقياس فاعليته في تنمية تقدير الذات والتوافق الاجتماعي عند المسنين المتقاعدين ولتحقيق الأهداف تم استخدام المنهج التجريبي عبارة عن مقياس تقدير الذات ومقياس التوافق الاجتماعي طبقت على عينة قدرها (١٠٠) مسن متقاعد تتراوح أعمارهم ما بين ٦٥-

(١) فاطمة الزهراء محمد شوقي، (٢٠١٥) فاعلية برنامج للعلاج النفسي التكاملي لتخفيف حدة الضغوط وقلق الموت لدى عينة من كبار السن، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر.

(٢) شيرين أحمد عزت، أبو صالح، ٢٠١٣، الاغتراب النفسي، وعلاقته بقلق الموت لدى عينة من المعلمين المسنين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر.

(٣) خديجة حمو علي، ٢٠١٢، علاقة الشعور بالوحدة النفسية بالاكتئاب لدى عينة من المسنين المقيمين بدور العجزة والمقيمين مع ذويهم، دراسة مقارنة لـ ١٢ حالة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، الجزائر.

(٤) منيرة بنت محمد صالح المرعب، ٢٠١٠، فاعلية برنامج إرشادي متعدد الأوجه في تنمية تقدير الذات والتوافق الاجتماعي لدى المسنين المتقاعدين في المجتمع السعودي، دراسات تربوية ونفسية لكلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد (٦٩) ص ٢٥٧-٣٠٨.

٦٨ سنة وأثبتت الدراسة أن هناك أثراً إيجابياً للبرنامج الإرشادي متعدد الأوجه في تنمية تقدير الذات والتوافق الاجتماعي.

ثانياً: الدراسات الأجنبية:

دراسة (Aziz et.al 2010):

هدفت الدراسة إلى فحص مستوى قلق الموت لدى المسنين المسلمين من عرب الأراضي المحتلة (١٩٨٤) ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المقابلة الشخصية ومقياس قلق الموت والاستعانة بالمنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (١٤٥) مسناً ومسنة وخلصت الدراسة إلى وجود مستوى مرتفع من قلق الموت، وظهرت فروق لصالح المقيمين في دور الرعاية، وكانت هناك فروق ترجع لمتغير الجنس لصالح الإناث، وفروق تعزي لمتغير المستوى التعليمي لصالح غيلا المتعلمين، كما أوضحت النتائج عن وجود فروق في مستوى قلق الموت تعزي لمتغير درجة التدخين.

دراسة سوزان ونايت (Suzan and Night 2007):^(١)

هدفت الدراسة إلى الكشف عن رؤية المسنين أنفسهم لمرحلة الشيخوخة بعد الانقطاع عن العمل ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الدراسة المنهج الوصفي وتكونت عينة الدراسة من (٧٥٠) من المسنين المتقاعدين عن العمل (٣٢٥) ذكوراً و (٥٢٥) إناثاً طبقت عليهم استبانة من تصميم الباحثان فأسفرت النتائج أن (٣٤%) من المسنين يشعرون بعدم الأمان المادي والتهديد النفسي والخوف وعدم القدرة على إعالة النفس فتيين أن (٩٢%) منهم يعانون من مشكلات نفسية حادة بسبب ابتعاد الأبناء ورأى (٣٢%) من عينة الدراسة يشعرون بأن الشيخوخة فترة تحضير الموت وأثبتت النتائج أن ٩٨% من المسنين يعانون من عدم القدرة على الاستمتاع بمناهج الحياة وتبين أن ١٣% من المسنين لديهم إحساس قوي بأنهم مهملين بينما أكد ٢١% أن الشيخوخة مرحلة القيام بأعمال مؤجلة من مراحل العمر الأخرى.

دراسة أرنولد بوتاني (Aenold Boutany 2007):

هدفت الدراسة إلى تحديد أهم المعوقات التي تواجه المسنين الذين يخصصون لبرنامج التنمية النفسية والاجتماعية ولتحقيق الأهداف تم استخدام المنهج الوصفي وتم جمع البيانات عبر مقابلات شخصية فردية من عينة بلغت (٥٠٠) مسناً ومسنة فأثبتت النتائج أن المعوقات النفسية والطبية تعتبر أكثر المعوقات لدى المسن وجاء أهمها ضعف البصر حقق السمع ومشكلات الحركة وتميز ذوي ضعف البصر رغبة بالعزلة وعدم الرغبة في التواصل مع الآخرين أما ضعيفي السمع اتسموا بالعصبية وعدم الرغبة بالمشاركة بينما اتسمت 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.

^(١)Suzan Perry & Tolson M. Nights. The attitude and view of retired elderly towards senility. The International journal of psychology welfare, 2007

دراسة أوق (Ogg, 2005):^(١)

دراسة مهمة حول المسنين في المنزل ولتحقيق الأهداف تم استخدام المنهج المسحي وكانت أهداف الدراسة عبارة عن مقابلة شخصية فردية طبقت على عينة طولية تجاوزت (١٠٠٠) مسناً حيث تبين أن المجتمع البريطاني يغلب عليه المسنون ويتزايد العدد من المسنين باستمرار وأن العجز الشديد يزداد بطريقة واضحة عند المسنين بعد عمر السبعين أما بالنسبة لقول المسنين في أسرهم أو في دور الرعاية فقد بينت الدراسة أن ١٣ % من الأسر يرغبون في إيداع المسنين في دور الرعاية و (٥٧%) لا يرغبون في ذلك وقد أظهرت المقابلة للأسر الذين لم يقبلوا وضع أقاربهم في دور المسنين أما رأيهم قد اختلف بعد عام من مرافقة المسنين ورعايتهم في المنزل حيث رغبوا إيداعهم في دور المسنين.

التعليق على الدراسات السابقة:

من حيث الأهداف لاحظ الباحث أن هناك دراسات تتعلق بالكشف عن مستوى قلق الموت كما في دراسة (أريج ٢٠١٦) وعلاقته بالصحة النفسية وهناك دراسات هدفت إلى الكشف عن قلق الموت وعلاقة بالرضا كما في دراسة (ضحى ٢٠١٥) وعلاقتهم بالرضا عن أهداف الحياة والنزعة الاستهلاكية لدى المسنين.

ودراسات هدفت إلى إعداد برنامج للعلاج النفسي التكاملي لتخفيف حدة الضغوط وقلق الموت كما في دراسة (فاطمة الزهراء، ٢٠١٥) ودراسات هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والاكئاب لدى المسنين (خديجة حمو علي، ٢٠١٢).

ودراسات هدفت إلى الكشف عن تقدير الذات والتوافق الاجتماعي لدى المسنين من خلال برنامج إرشادي (منيرة بنت محمد صالح المرعب، ٢٠١٠)

ثانياً: من حيث المنهج والإجراءات المستخدمة:

على مستوى الدراسات لاحظ الباحث أن أغلب الدراسات السابقة استخدمت المنهج الوصفي كما في دراسة (أريج ٢٠١٦) دراسة ضحى ٢٠١٥.

كما أن هناك دراسات اعتمدت على المنهج التجريبي والسيادي فاطمة الزهراء ٢٠١٥، خديجة حمو علي ٢٠١٢ ودراسة منيرة بنت صالح ٢٠١٠ التي استخدمت المنهج التجريبي.

أما من حيث النتائج فقد بينت الدراسات السابقة وجود فروق دالة إحصائية التوافق الاجتماعي بين المسنين الذكور الذين يعيشون في الوسط الطبيعي والذين يعيشون في دور الرعاية (الدهان ٢٠٠٥) وأسفرت نتائج دراسة (أرنولد بوتاني ٢٠٠٧) عن وجود معوقات ومشكلات نفسية وطبية وعقلية لدى المسنين كذلك بينت دراسة (سوزان ونايت ٢٠٠٧) إلى معاناة المسنين من مشكلات في الصحة النفسية أهمها ضعف الاستمتاع بالحياة والعزلة والعصبية.

ثالثاً: أوجه الاتفاق بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة: في أنها تهتم بفئة المسنين وتتفق بالتحديد مع دراسة (أريج خليل، ٢٠١٦) وكذلك دراسة ضحى عادل محمود ٢٠١٥، ودراسة فاطمة الزهراء ٢٠١٥ ودراسة خديجة حمو علي ٢٠١٢.

رابعاً أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

^١ Ogg, J. Social Exclusion and Insecurity Among Older Europeans: The Influence of Welfare Regimes. Ageng Society, 2005.

- ١- إثراء الإطار النظري وتحليل النتائج ومقارنتها بنتائج الدراسة الحالية.
- ٢- تحديد متغيرات وأبعاد الدراسة (قلق الموت والصحة النفسية).
- ٣- معرفة أسباب قلق الموت لدى المسنين والاهتمام بهم.
- ٤- معرفة مشكلات فئة المسنين والأشياء التي من شأنها تعزيز صحتهم النفسية.

فروض الدراسة:

قام الباحث في إطار موضوع الدراسة قلق المسنين وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين بمحافظة عنيزة بالمملكة العربية السعودية بفرض مجموعة من الفروض وهي كالآتي:

- ١- توجد علاقة إحصائية ذات دلالة بين قلق الموت والصحة النفسية لدى عينة من المسنين في محافظة عنيزة.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات قلق الموت لدى عينة من المسنين في محافظة عنيزة تعزي لمتغير مكان الإقامة.
- ٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في محافظة عنيزة ترجع لمتغير الإقامة والجنس والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي والعمر والحالة الاقتصادية والحالة الصحية.
- ٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى عينة المسنين في محافظة عنيزة ترجع لمتغير الإقامة.
- ٥- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين في محافظة عنيزة ترجع لمتغيرات مكان الإقامة، والجنس والحالة الاقتصادية والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي والعمر والحالة الصحية.

الإطار المنهجي للدراسة وإجراءاتها:

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين قلق الموت بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين بمحافظة (بمدينة) عنيزة وتهتم أيضاً هذه الدراسة بمعرفة الفروق بين المسنين المقيمين بدور الرعاية الخاصة بالمسنين والمقيمين بين ذويهم وأسرهم ولتحقيق هذه الأهداف قام الباحث بمجموعة من الإجراءات الميدانية وسوف يتناول الباحث في هذا الإطار الإجراءات حيث يتضمن المنهجية المتعلقة بالدراسة ومجتمع الدراسة وعينة الدراسة وأدوات الدراسة والأساليب الإحصائية التي تم استخدامها في هذه الدراسة.

منهج الدراسة:

المنهج المستخدم في هذه الدراسة فيتمثل في المنهج الوصفي للحصول على معلومات دقيقة تصور الواقع الاجتماعي وتصفه ويساهم في تحليل ظواهره ويعرف (تركي رابح) هذا المنهج على أنه "كل استقصاء ينصب على ظاهرة من الظواهر التعليمية أو النفسية، كما هي قائمة في الحاضر بقصد تشخيصها وكشف جوانبها وتحديد العلاقات بين عناصرها أو بينها وبين ظواهر تعليمية أو نفسية أو اجتماعية أخرى. (تركي، ١٩٨٤)

مجتمع الدراسة:

تمثل مجتمع الدراسة كما حدده الباحث على أنه الشخص الذي تجاوز سن الـ ٦٠ عاماً ومن خلال هذا التحديد فإن مجتمع الدراسة يتمثل في المسنين المقيمين بدار رعاية المسنين بمحافظة عنيزة وخاصة (دار الرعاية الاجتماعية للمسنين لرعاية المسنين ودار الرعاية للمسنين بعنيزة) وبلغ عددهم ٣٠، أما المسنين المقيمين مع أسرهم فبلغ عددهم ٥٠ مسناً.

عينة الدراسة:

تم مسح شامل لكافة المسنين المقيمين بدار للمسنين حيث بلغ عددهم ٣٠ أما الذين يقيمون مع ذويهم تم اختيار ٥٠ مسناً يقيمون مع ذويهم وأسرهم ويوضح الجدول التالي الخصائص الشخصية للمسنين عينة الدراسة.

جدول رقم (١): الخصائص الشخصية للمسنين عينة الدراسة.

البيان	المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
مكان الإقامة	دار الرعاية	٣٠	٣٧,٥
	مع الأسرة	٥٠	٦٢,٥
	الإجمالي	٨٠	١٠٠%
الجنس	ذكر	٤٥	٥٦,٢٥
	أنثى	٣٥	٤٣,٧٥
	الإجمالي	٨٠	١٠٠%
الحالة الاجتماعية	متزوج/ متزوجة	٥٥	٦٢,٢٥
	أعزب/ أنسة	٣	٣,٧٥
	مطلق/ مطلقة	١٥	١٨,٧٥
	أرمل/ أرملة	١٧	٢١,٢٥
	الإجمالي	٨٠	١٠٠%
المستوى التعليمي	يقرأ ويكتب	٤	٥
	ابتدائي	١٦	٢٠
	إعدادي	٢٢	٢٧,٥
	ثانوي	١٩	٢٣,٧٥
	جامعي	١٩	٢٣,٧٥
الإجمالي	٨٠	١٠٠%	
العمر	٦٥ - ٦٠	٣٠	٣٧,٠
	٧٠ - ٦٦	٢٠	٢٥
	٧٥ - ٧١	١٨	٢٢,٥
	٧٦ فأكثر	١٢	١٥
الإجمالي	٨٠	١٠٠%	
الحالة الاقتصادية	فقير جداً	٢٥	٣١,٢٥
	متوسط	٣١	٣٨,٧٥
	جيدة	١٣	١٦,٢٥
الحالة الصحية	ممتازة	١١	١٣,٧٥
	أمراض طارئة	٢٥	٣١,٢٥
	أمراض مزمنة	٢٥	٣١,٢٥
	إعاقة	١٣	١٦,٢٥
	أمراض مميتة	١٧	٢١,٢٥
الإجمالي	٨٠	١٠٠%	

أدوات الدراسة:

اعتمد الباحث بالنسبة لأدوات الدراسة على مقياس قلق الموت لدى المسنين، ومقياس الصحة النفسية لدى المسنين واتباع الباحث مجموعة من الإجراءات في تصميم وإعداد وتطبيق المقياسين مقياس قلق الموت ومقياس الصحة النفسية وهذه أهم الخطوات

أولاً مقياس قلق الموت عند المسنين:

تصميم مقياس قلق الموت عند المسنين بعد الاطلاع:

على العديد من الأدبيات والدراسات التربوية والنفسية السابقة ذات العلاقة بموضوع قلق الموت، كما تم الاستعانة بعدد من المقاييس العربية والجيدة كما في مقياس أبو صاع (٢٠٠٧) وفي ضوء ذلك قام الباحث بتحديد وتعريف مصطلحي وتعريف إجرائي لقلق الموت من خلال الدراسات السابقة أيضاً ثم قام بالاطلاع على كافة الأبعاد التي تناولتها الدراسات السابقة وركز على ثلاث أبعاد تم الاتفاق عليها من جانب كافة الباحثين وقام بصياغة مجموعة من العبارات لكل بعد من الأبعاد وعرضها على محكمين.

وصف لمقياس قلق الموت عند المسنين:

اشتمل مقياس قلق الموت على ١٨ فقرة وزعت كالاتي على الثلاثة أبعاد:

- ١- الخوف من الإصابة بالأمراض القاتلة ٦ فقرات.
- ٢- التفكير في الموت دائماً ٦ فقرات.
- ٣- سيطرة هوس الموت الدائم ٦ فقرات.

صدق مقياس قلق الموت عند المسنين:

الصدق أي تقيس الإدارة الظاهرة التي وضعت لأجل قياسها، وأن تكون الأبعاد قادرة على قياس الدرجة الكلية وأن تكون الفقرات أيضاً تقيس الأبعاد والدرجة الكلية للظاهرة (عبيدات وعدس، ٢٠٠١، ص ١٧٩)، وقام الباحث كالاتي:

١- صدق المحكمين: عرض الباحث المقياس المتعلق بقلق الموت على مجموعة من المتخصصين النفسيين والتربويين من أساتذة الجامعات بالمملكة العربية السعودية بكليات عنيزة وقام الباحث بالأخذ بتوصيات المتخصصين وصياغة بعض الفقرات وحذف بعض الفقرات وإضافة فقرات لم تكن موجودة.

٢- صدق الاتساق الداخلي لمقياس قلق الموت: يعد صدق الاتساق الداخلي من أهم أنواع الصدق، لأن الأهمية هنا تشير إلى اتساق داخلي لفقرات المقياس وانسجامها لقياس الظاهرة التي هي موضع الدراسة ويشير أيضاً إلى تجانس المحاور والأبعاد والفقرات وثبات النتائج (أبو علام، ٢٠١٠، ص ٤٦٥)

جدول رقم (٢): قيم معاملات الارتباط بالنسبة لفقرات مقياس قلق الموت

م	فقرات البعد الأول الخوف من الإصابة بالأمراض القاتلة	معامل الارتباط	قيمة الاحتمالية sig
١	أخاف أن أجري أي عملية طبية	٠٠٥,٦٠٦	٠,٠٠٠
٢	أقلق عند سماع نبأ شخص ما	٠٠٥,٦١٨	٠,٠٠٠
٣	أخاف عندما تذكر أمامي أمراض سرطانية	٠٠٥,٨١٢	٠,٠٠٠
٤	أخاف من احتمال ولو بالتفكير الإصابة بالأمراض	٠٠٥,٦٦١	٠,٠٠٠
٥	أخاف أن أصيب بمرض متعلق بالقلب	٠٠٥,٦١٧	٠,٠٠٠
٦	لا أحب السفر خشية وقوع حادثة	٠٠٥٦١٥	٠,٠٠٠
م	البعد الثاني هوس	معامل الارتباط	قيمة الاحتمال sig
١	أتوقع الأسوأ لأن النهاية موت	٠٠٠,٣٢٧	٠٠٠,٠٢٧
٢	التشاؤم دائماً من الموت	٠,٤٩١	٠,٠٠٠
٣	أخشى أن أموت من حساب الآخرة	٠,٧٢٤	٠,٠٠٠
٤	أتصور نهايتي وأنا مدفون في القبر	٠,٠٧٦	٠,٠٠٠
٥	أشعر بحزن شديد ورعب من الموت	٠,٠٦٠٦	٠,٠٠٠
٦	أخشى أن يموت أحداً أمامي	٠,٠٥٢٣	٠,٠٠١
م	فقرات البعد الثالث التفكير الدائم في الموت	معامل الارتباط	قيمة الاحتمالية sig
١	دائماً ما أحس أنني سأموت قريباً	٠٠٥,٧٥٩	٠,٠٠٠
٢	شعور دائماً بان الموت سيأتي	٠٠٥,٧٣٩	٠,٠٠٠
٣	أخاف أن أنام وأموت	٠٠٥,٥٩٣	٠,٠٠٠
٤	دائماً ما أفكر بالموت	٠٠٥٤٩١	٠,٠٠٢
٥	التفكير الدائم يصيبني بالقلق	٠٠٥٦٢٦	٠,٠٠٣
٦	كنت أخاف من الموت وأنا شباب	٠٠٦٣٨	٠,٠٠٠

يشير الجدول أن جميع قيم معاملات الارتباط أعلى من معامل الارتباط عند درجات الحرية (٠,٠٥) ومستوى دلالة (٠,٠٥) أو مستوى دلالة (٠,٠١) ويوضح ذلك أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠٥) وعليه فإن فقرات مقياس قلق الموت تتمتع بصدق عال واتساق داخلي مناسب، وأن جميع الفقرات قادرة على قياس قلق الموت أو ما وضعت من أجله.

الصدق البنائي:

أي أن الأبعاد تكون قادرة على قياس ما وضعت من أجله أي من أجل قياسه ويتم هذا من خلال احتساب معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية لفقراته.

جدول رقم (٣)

معاملات الارتباط وقيم الاحتمال بين بعد من أبعاد مقياس قلق الموت والدرجة الكلية لفقراته

م	الأبعاد	عدد الفقرات	معامل الارتباط	قيمة الاحتمالية sig
١	سيطرة فكرة الموت	٦	٠٠٥٠٧٦١	٠,٠٠٠
٢	الخوف من الأمراض القاتلة والخطرة	٦	٠٠٥٢٨٥٣	٠,٠٠٠
٣	التفكير في الموت	٦	٠٠٥٧٤٨	٠,٠٠٠

الجدولية عند درجة حرية (٣٧) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) - ٠,٣٩٢

الجدول رقم ٣ يشير إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط أعلى من معامل الارتباط عند درجة حرية (٠,٠٥) مستوى دلالة (٠,٠١) وهذا يدل على أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠٥) وعليه فإن أبعاد المقياس (قلق الموت) تمتع بصدق.

ثبات مقياس قلق الموت:

تم قياس ثبات المقياس باستخدام إعادة الاختبار وذلك بتطبيق المقياس على أفراد العينة، ثم إعادة تطبيق بعد أسبوعين من التطبيق الأول على نفس العينة، ووجد أن معامل الارتباط ٠,٧٩ مما يدل على ارتفاع ثبات المقياس ويقصد بالثبات هنا الاستقرار وعدم تغير النتائج بشكل جوهري لو أعيد تطبيق المقياس (أبو علام، ٢٠١٠، ص٤٨) وللتحقق من ثبات الاستبيان قام الباحث باستخدام التالي:

أ- طريقة معاملات ألفا كرونباخ: وتقوم طريقة ألفا كرونباخ على أساس احتساب معامل ألفا لكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس.

جدول رقم (٤)

معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد الاستبيان والدرجة الكلية لمحاورها:

الأبعاد	عدد الفقرات	ألفا كرونباخ
١- سيطرة فكرة الموت باستمرار	٦	٠,٧٢١
٢- الخوف من الأمراض القاتلة	٦	٠,٧١٢
٣- التفكير الدائم في الموت	٦	٠,٧١٣
الدرجة الكلية لمقياس قلق الموت	١٨	٠,٨١٤

جدول يوضح جميع معاملات ألفا كرونباخ كانت أكبر من ٠,٥ وبلغ معامل ألفا كرونباخ الدرجة الكلية لمقياس قلق الموت (٠,٨١٤) وهو معدل مرتفع .

ثانياً: مقياس الصحة النفسية لدى المسنين:

صمم الباحث بعد الاطلاع على الأدبيات النفسية والتربوية ذات العلاقة بالصحة النفسية لدى المسنين كما في دراسة (نجوى عبد الجواد وعلي عثمان، ٢٠١٦) ودراسة (فقيه العيد، ٢٠١٩) والاطلاع على عدد من المقاييس المتعلقة بالصحة النفسية وجد أن مقياس بيوناردو ليمان ولينو

الذي قام بترجمته (أبو هين، ١٩٩٢) ومعروف باسم (Scl-go-R) وقام الباحث بتحديد الأبعاد التي يمكن من خلالها قياس النفسية لدى المسنين وتم تعريف الصحة النفسية لدى المسنين وإجراءً ثم صياغة فقرات المقياس.

وصف مقياس الصحة النفسية:

تم صياغة مقياس الصحة النفسية في ضوء الأدبيات النفسية التربوية التي تم الاطلاع عليها وبلغت فقرات المقياس في صورتها (٤٠) فقرة تم توزيعها على خمس أبعاد هي:

- ١- التفاعل الاجتماعي ٨
- ٢- النضج الانفعالي ٨
- ٣- البعد الإنساني والقيمي ٨
- ٤- الخلو من الأمراض العصابية ٨
- ٥- الكفاءة والثقة بالنفس ٨

وتم التحقق من صدق المقياس من خلال عينة استطلاعية وتم أيضاً الاطلاع على جدية المقياس لقياس ما تم من أجله وقام الباحث بمجموعة من الخطوات هي:

صدق المقياس:

تم التحقق من صدق المقياس من خلال:

- ١- صدق المحكمين عرض الباحث المقياس على عدد من المتخصصين النفسيين والتربويين بمجالات الصحة النفسية وعلم النفس وتم صياغته في شكله النهائي بعد عمل التعديلات اللازمة بناء على وجهات نظر المحكمين من حذف وإضافة.
- ٢- تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي للمقياس الخاص بالصحة النفسية من خلال احتساب معاملات الارتباط بين كل فقرة من الفقرات المتعلقة بالمقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه كما في الجدول التالي:



جدول رقم (٥): معاملات الارتباط بين كل فقرة من الفقرات المتعلقة بالمقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه

م	فقرات البعد الأول التفاعل الاجتماعي	معامل الارتباط	قيمة الاحتمالية sig
١	أحب أن أكون بين الأفراد والناس	٠٠٥,٧٦٣	٠,٠٠٠
٢	أحب الظهور بأني فرد رغم الظروف	٠٠٥,٥٥٢	٠,٠٠٠
٣	أشعر بالوحدة ولو كنت بين الأصدقاء	٥,٤٢١	٠,٠٠٦
٤	من السهل أن أكون صداقة حتى وأنا كبير	٠٥,٤٥٤	٠,٠٠٠
٥	أتعامل بإخلاص مع الآخرين	٠٠٥,٦٦٢	٠,٠٠٠
٦	أحب أن ألفت النظر إلي	٠٠٥,٤٨١	٠,٠٠٠
٧	أزور أصحابي وأقاربي وأصدقائي	٠٠٥,٧٣٢	٠,٠٠٠
٨	لا أحب أن أكون سبب في مشاكل وقلق	٠٠٥,٥٤٢	٠,٠٠٠
فقرات البعد الثاني النضج الانفعالي			
٩	أتفهم مشاعر الآخرين	٠٠٥,٤٦٥	٠,٠٠٠
١٠	أغضب بسرعة	٠٠٥,٣٥٤	٠,٠٠٠
١١	أخذ الأمور على أعصابي	٠٠٥,٤٦٥	٠,٠٠٠
١٢	أستطيع ضبط نفسي وانفعالاتي	٠٠٥,٣٦٦	٠,٠٢١
١٣	أشعر بالفخر عند الحديث عن نفسي	٠٠٥,٥٤٢	٠,٠٠٠
١٤	أعتذر للآخرين إذا تطلب الأمر	٠٠٥,٥٥٨	٠,٠٠٠
١٥	أعاني من الآلام التي حدثت لي في الماضي	٠٠٥,٤٦٥	٠,٠٠٠
١٦	أتفهم شعور وأحاسيس الآخرين	٠٠٥,٦٤٢	٠,٠٠٥
فقرات البعد الثالث البعد الإنساني القيمي			
١٧	أتفاعل دائماً بالمستقبل	٠٠٥,٤٤٣	٠,٠٠٤
١٨	أتحدث بعبارات واضحة	٠٠٥,٧٤٨	٠,٠٠٠
١٩	أحرص على حسب ود الآخرين	٠٠٥,٦٧٣	٠,٠٠٠
٢٠	أراعي مشاعر الآخرين	٠٠٥,٨٦٢	٠,٠٠٠
٢١	أحاول أن أغير مواقف الخاطئ	٠٠٥,٤٠٥	٠,٠٠٠
٢٢	أحب الخير للآخرين	٠٠٥,٧٧٣	٠,٠٠٠
٢٣	أحب أن يعيش الآخرين في سلام	٠٠٥,٧٠٣	٠,٠٠٠
٢٤	أتحدث بعبارات صحيحة واضحة	٠٠٥,٧٤٨	٠,٠٠٠
فقرات البعد الرابع الخلو من الأمراض العصابية			
٢٥	تراودني أحلام سيئة	٠٠٥,٦٣٢	٠,٠٠٠
٢٦	أكون وحيداً أحياناً ولو معي أفراد	٠٠٥,٦٩٨	٠,٠٠٠
٢٧	أحس أنني غير مستقر ودرجة حرارتي عالية	٠٠٥,٤١٦	٠,٠٠٢
٢٨	أشعر بضيق تنفس ومغص دائم	٠٠٥,٦٦٤	٠,٠٠٠
٢٩	أقبل انتقادات الآخرين	٠٠٥,٣٧١	٠,٠١٧
٣٠	أشعر بالقلق دائماً	٠٠٥,٧٦٥	٠,٠٠٠
٣١	أعاني من قلة النوم واضطراب	٠٠٥,٦٤٢	٠,٠٠٠



٣٢	لابد من إجراء كشف وفحوصات طبية	٠٠٥,٦٧١	٠,٠٠٠
	فقرات البعد الخامس الكفاءة والثقة النفسية		
٣٣	أشعر بأني بصحة جيدة	٠٠٥,٤٥٢	٠,٠٠٤
٣٤	أنا مقتنع بقضاء الله وقدره	٠٠٥,٥٨٣	٠,٠٠٠
٣٥	أنا دائماً راضي عن نفسي	٠٠٥,٤٦٥	٠,٠٠٠
٣٦	أشعر بثقل يدي ورجلي وحركتي	٠٠٥,٥٤٤	٠,٠٠٣
٣٧	أحب أن أحاسب نفسي وأراجعها	٠٠٥,٦٩٦	٠,٠٠٠
٣٨	أواجه المصاعب مهما بلغت	٠٠٥,٧٧٢	٠,٠٠٠
٣٩	أركز في أعمالي ولي القدرة على ذلك	٠٠٥,٥٣٤	٠,٠٠٢
٤٠	أشعر بالسرور عندما أواجه مشكلاتي وأحلها	٠٠٥,٦٨٦	٠,٠٠٠

الصدق البنائي لمقياس الصحة النفسية:

قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين كل بعد من الأبعاد المتعلقة بمقياس الصحة النفسية والدرجة الكلية للمقياس كما في الجدول الآتي:

جدول رقم (٦): معاملات الارتباط بين كل بعد من الأبعاد المتعلقة بمقياس الصحة النفسية

الأبعاد	عدد الفقرات	معامل الارتباط	قيمة الاحتمالية sig
التفاعل الاجتماعي والمشاركة	٨	٠٠٥,٦٣٢	٠,٠٠٠
النضج الانفعالي	٨	٠,٠٠٠,٧٨٨	٠,٠٠٠
البعد الإنساني والقيمي	٨	٠,٠٠٧٦٢	٠,٠٠٠
الخلو من الأمراض العصبية	٨	٠,٠٦٦٧	٠,٠٠٠
الكفاءة والثقة بالنفس	٨	٠٠٠,٧١١	٠,٠٠٠

الجدولية عند درجة حرية (٣٧) وعند مستوى دلالة (٠,٠١) = ٠,٣٩٢

الجدول رقم (٦) يوضح أن جميع قيم معاملات الارتباط أعلى من معامل الارتباط عند درجات حرية (٠,٠٥) ومستوى دلالة (٠,٠١) إذن أبعاد المقياس لها نسبة صدق عالية وأن المقياس يتمتع بالصدق البنائي.

ثبات مقياس الصحة النفسية: تأكد الباحث من صدق مقياس الصحة النفسية من خلال

أ- طريقة معاملات ألفا كرونباخ: تم حساب معاملات ألفا كرونباخ لفقراته كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (٧): يوضح معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية

م	الأبعاد	عدد الفقرات	النسبة
١	التفاعل الاجتماعي	٨	,٦٦٨
٢	النضج الانفعالي	٨	,٧٩٨
٣	البعد الإنساني القيمي	٨	,٨٦٧
٤	؛ الخلو من الأمراض العصابية	٨	,٧٦٤
٥	د الكفاءة والثقة بالنفس	٨	,٧٤٤
	الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية	٤٠	,٨٧١

الجدول السابق (٧) يوضح أن جميع معاملات ألفا كرونباخ كانت أكبر من (٠,٦) وتراوحت معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد المقياس ما بين (٠,٦٦٨ و ٠,٨٦٧) وهي معدلات مرتفعة وبلغ معامل ألفا لدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية عند المسنين (٠,٨٧١) وهو معدل مرتفع.

الأساليب الإحصائية:

لكي نجد إجابة عن أسئلة الدراسة واختيار الفرضيات التي تم فرضها في ضوء هذه الدراسة استخدم الباحث مجموعة من الأساليب الإحصائية منها:

- التكرارات، النسب المئوية.
- معاملات الارتباط للتحقق من صدق المقياس وثباته والعلاقة بين المتغيرات.
- معامل ألفا كرونباخ للتعرف على ثبات المقياسين مقياس قلق الموت ومقياس الصحة النفسية.

- المتوسط الحسابي (Mean) والانحراف المعياري (Standard Deviation)
- اختبار (T Test) للتعرف على الفرد من بين مجموعتين.
- اختبار (oneway Anovas)

نتائج الدراسة: والإجابة على فروض الدراسة

يتبادل هذا الجزء عرض لتحليل البيانات والتحقق من صحة القروض والإجابة عن أسئلة الدراسة أو التعقيب على النتائج

اختبار التوزيع الطبيعي:

ويستخدم ذلك إلى معرفة وطبيعة لبيانات التي تم جمعها بهدف التعرف إذا ما كانت يتبع توزيعاً طبيعياً أم لا وهذا يفيد في طبيعة الاختبارات التي يجب اتباعها حيث بلغت عنه الدراسة ٨٠ شخص وتم استخدام اختبار كولمغوروف وسمرنوف sample kolmogorov-smirnov للتعرف على اعتدالية البيانات كما هو موضح

جدول رقم (٨): اختبار التوزيع الطبيعي لأدوات الدراسة

م	الأدوات	عدد الفقرات	قيمة الاختبار	قيمة sig
١	مقياس قلق الموت	١٨	٠,٠٥١	٠,٢٦١
٢	مقياس الصحة النفسية	٤٠	٠,٠٨٥	٠٠,٧٢

يوضح الجدول رقم (٨) أن جميع قيم (sig) الاحتمالية كانت أكبر من مستوى الدلالة ٠,٥٥ (sig > ٠,٠٥) ولذلك فإن مقياس الدراسة تتبع توزيعاً طبيعياً.

جدول رقم (٩): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيار والأوزان النسبية والرتب لأبعاد قلق الموت والدرجة الكلية لفقراته.

م	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة
١	الخوف من الأمراض القاتلة المميتة	٣,٧٠٣٥	٠,٩٢	٠,٧١	١
٢	سيطرة فكرة الموت	٢,٩٤٢٨	٠,٨٧	٥٨٩٠	٣
٣	التفكير المستمر في الموت	٣,٠٩٨١	٠,٨٨٥	٠,٩٦٣	٢
	قلق الموت	٣,٢٨١٤	٠,٨٧	٦٥٦٢	

يشير الجدول السابق (٩) أن مستوى قلق الموت لدى المسنين (٦٥,٦٢) وهي نسبة مرتفعة نسبياً، وهذا يؤكد أن القلق يصبح طبيعياً ويشكل عام عصابياً لدى المسنين إذا تجاوز (٦٠%) وجاء بعد الخوف من الأمراض المميتة بالمرتبة الأولى بوزن نسبي بلغ (٧٦٠٧١) وهي نسبة مرتفعة يليه بعد ذلك التفكير باستمرار في الموت وبوزن نسبي (٦١٠٩٦٥) ويليه بالمرتبة الأخيرة سيطرة فكرة الموت بوزن نسبي (٥٨,٩٠)

ويوضح الجدول أن الخوف من الأمراض القاتلة والمميتة جاءت في المرتبة الأولى لأن هناك نتائج كثيرة لتعرض الأشخاص المسنين لمرض قاتلة مميتة منها الجلطات وأمراض القلب والأمراض السرطانية وجاءت نسبة قلق الموت مرتفعة لدى عينة المسنين لأن المسن يتعرض ويصاب بضعف جسمي وقلة إنجاز وعجز في أداء العديد من المهام وهذا نسيان على الانسحاب على فترات للمس من الحياة الاجتماعية ويفضل العزلة وهذا يساعد على زيادة نسبة القلق وأن هناك تهديدات نفسية واجتماعية يواجهها المسن مثل الإهمال المتزامن مع حالة التوتر والتشاؤم وفقدان الثقة بالنفس وبالأفراد الآخرين بسبب ارتفاع نسبة قلق الموت وارتفاع نسبة القلق بشكل عام لكثرة متابعة وسائل الإعلام وما يسمع ويشاهد من مخاطر الأمراض العصرية وما يتم تبادلها في الأحاديث بين الناس هذا من شأنه أن يجعل القلق أكثره شدة وحدة وتنتج أفكار حول الموت لدى المسنين والحياة الآخرة فيصبح قلقاً من الموت.

بينما اختلفت الدراسة مع نتائج (محمود ٢٠١٥) حيث أكد أن قلق الموت لدى المسنين لم يكن مرتفعاً وتتفق الدراسة مع دراسة (بلان ٢٠٠٩)

جدول رقم (١٠): لمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية والرتب والأبعاد بالنسبة لمقياس الصحة النفسية

م	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة
١	التفاعل الاجتماعي	٣,٠٧١٨٧	٦,٩٣	٧٤,٣٧٥	٣
٢	النضج الانفعالي	٣,٧٥٧٧	٠,٦٧١	٧٥,١٥٥	٢
٣	البعد الانساني والقيمي	٣,٤٢٣٥	٠,٦٩	٦٨,٤٧١	٤
٤	الخلو من الأمراض العصبية	٣,٠٥٠	٠,٨٠٠	٦١,٠٥١	٥
٥	الكفاءة والثقة بالنفس	٣,٨٩١	٠,٨٦	٧٧,٨٠	١
-	الإجمالي	٣٥٧٤١	٠,٨٤٣	٤٠٨٤,٧١	-

يوضح الجدول (١٠) أن مستوى الصحة النفسية التي يتمتع بها عينة الدراسة من المسنين بلغت (٧١,٤٠٨٤) وهو معدل مرتفع وجاء البعد الخامس بالمرتبة الأولى بوزن نسبي بلغ (٧٧,٨٠) يليه البعد المتعلق بالنضج الانفعالي بنسبة (٧٥,١٥٥) ثم جاء بُعد التفاعل الاجتماعي ذلك بالمرتبة الثالثة بوزن نسبي بلغ (٦٨,٤٧١) ثم جاء في المرتبة الرابعة بُعد البعد الإنساني والقيمي (٦١,٠٥١) جاء بالمرتبة الأخير بُعد الخلو من الأمراض العصبية بوزن نسبي بلغ (٦١,٠٥١) ويرى الباحث أن مجتمع محافظ عنيزة مجتمع إسلامي بالدرجة الأولى ويتبع عادات تعزز البعد الإنساني والقيمي لدى أفرادها لذا جاء البعد الكفاءة والثقة بالنفس بالمرتبة الأولى وهو مجتمع يهتم بالمناسبات وبناء العلاقات الاجتماعية سواء مع الأسرة أو مع المحيط الخارجي وبالنسبة للمسنين من كبار السن المقيمين بدار الرعاية لوحظ بانهم تربطهم علاقات ببعضهم البعض ساعدت على ارتفاع نسبة التفاعل الاجتماعي والاجتماعي تساعد المسن على تجاوز العديد من المشكلات الخاصة بالخلو من الأمراض العصبية لذا جاءت بالمرتبة (٥).

ولوحظ أن المسن يسعى جاهداً لاستعادة التوازن بين متطلبات الحياة وقدرته، فإن استطاع مواجهة ذلك تأقلم وتكيف على الوضع الجديد وإن لم يستطع فإن يقع فريسة للاضطرابات النفسية.

ومن الممكن أن يحاول المسن لاستعادة التوازن بين متطلبات الحياة وقدرته فإن استطاع مواجهة ذلك تأقلم وتكيف مع الظروف والوضع الجديد وبعد لم يستطيع يقع فريسة للاضطرابات النفسية.

يشير المرعب (٢٠١٠، ص ٢٦٠) باتجاه المسن نحو تبني نظرة إيجابية تجاه تقدم العمر يحقق الرفاهية النفسية ويتقبل ذاته ويتقبل الآخرين حيث أن هناك علاقة إيجابية بين نظرة المسن لعمره وقدرته والتكيف مع الوضع الحالي.

وتتفق الدراسة مع دراسة (محمود، ٢٠١٥) والتي أكد بأن الرضا عن أهداف الحياة مرتفعة لدى المسنين، ويتفق مع دراسة (محمود ٢٠١٥) والتي أكد بأن الرضا عن أهداف الحياة مرتفعة لدى المسنين.

جدول رقم (١١): مصفوفة الارتباط بين قلق الموت والصحة النفسية لدى عينة من المسنين.

م	الأبعاد	البيان	الخوف من الأمراض القاتلة المميّزة	سيطرة فكرة الموت	التفكير المستمر بالموت	قلق الموت
١	الكفاءة والثقة بالنفس	معامل الارتباط	٠,٠٦	٠,٠٥٧	٠,١١٢	٠,١٠١
		قيمة الاحتمال	٠,٥٣٣	٠,٦١٦	٠,٣٢١	٠,٣٧٢
٢	التفاعل الاجتماعي	معامل الارتباط	٠,٠٩١	٠,١٥٠	٠,٠١٦	٠,١٠٨
		قيمة الاحتمال	٠,٤٢١	٠,١٨٣	٠,٨٨٣	٠,٣٣٤
٣	النضج الانفعالي	معامل الارتباط	٠,٠٩٢	٠,٠٣٩	٠,٠٠٤	٠,٠٥٤
		قيمة الاحتمال	٠,٤١٥	٠,٧٣٤	٠,٩٦٧	٠,٦٣٢
٤	الخلو من الأمراض العصبية	معامل الارتباط	٠,١٨٢	٠,٣٦٠	٠,٣٦٤	٠,٣٨٠
		قيمة الاحتمال	٠,١٠٧	٠,٠٠١	٠,٠٠١	٠,٠٠١
٥	البعد الإنساني القيمي	معامل الارتباط	٠,٠٦٤	٠,٠٩١	٠,١٠١	٠,١٠٨
		قيمة الاحتمال	٠,٥٧٢	٤١٨	٠,٣٧٤	٠,٣٤١
٦	الصحة النفسية	معامل الارتباط	٠,٠٤٦	٠,٠٩٣	٠,٠٣١	٠,٠٧٢
		قيمة الاحتمال	٠,٦٧٨	٠,٤٠٤	٠,٧٨٥	٠,٥٢٢

يتضح من الجدول (١١) أن معظم قيم الاحتمال كانت أكبر من مستوى الدلالة (٠,٠٥) وكانت معاملات الارتباط ضعيفة جداً، بمعنى أنه لا توجد علاقة ارتباط دالة إحصائياً بين قلق الموت والصحة النفسية لكن نرى بالجدول السابق أن هناك علاقة بين قلق الموت والبعد الخلو من الأمراض العصبية ويرى الباحث أن الأمراض العصبية تتضمن القلق نفسه، وبالتالي ظهرت علاقات طردية بين الأمراض العصبية وقلق الموت لدى المسنين وأن الخوف والتوتر الشديد من الموت والتفكير المستمر فيه وسيطرة أفكار مميتة على الفرد تجعله عاجزاً عن الأداء 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 المميّزة والقاتلة تجعل المسن أكثر يقظة وحذراً والصحة النفسية هي الحالة النفسية والعاطفية والسلوكية.

جدول رقم (١٢): اختبارات للفروق في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين باختلاف متغير المكان بالنسبة للإقامة

م	الأبعاد	مكان الإقامة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار	قيمة الاحتمال
١	الخوف من الأمراض القاتلة والمميتة	دار الرعاية	٣٠	٣,٤٨٩٣	٠,٨٩٧	٣٩٠٤	٠٠٠
		مع الأسرة	٥٠	٤,٢٥١١	٠,٨٠٢		
٢	سيطرة فكرة الموت	دار الرعاية	٣٠	٢,٧٣٢٤	٠,٨٧١	٦١٤	٠٠٠
		مع الأسرة	٥٠	٣,٢٤٢٤	٠,٨٤١		
٣	التفكير المستمر في الموت	دار الرعاية	٣٠	٢٧٧٨٢	٠,٧٨١	٤٢٥١	٠٠٠
		مع الأسرة	٥٠	٣٥٥٤١	٠,٨٣٤		
٤	قلق الموت	دار الرعاية	٣٠	٣,٠٠١	٠,٦٨٦	٧٦١	٠٠٠
		مع الأسرة	٥٠	٣,٦٨٢٤	٠,٥٤١		

يشير الجدول (١٢) أن قيم الاحتمال كانت اقل من مستوى الدلالة وكانت قيم (ن) المحسوبة أكبر من (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) ودرجات حرية (٦٨) وهذا يدل على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في محافظة عنيزة ترجع لمتغير مكان الإقامة وبنظرة إلى الجدول يتضح أن الفروق على خلاف التوقعات 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 (اسم دار الرعاية)

جدول رقم (١٣): اختبارات للفروق في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين باختلاف متغير الجنس

الأبعاد	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار	قيمة الاحتمال
الخوف من الأمراض القاتلة المميتة	ذكر	٤٥	,٧٧١٣	,٧٥٦	,٢٣٦	,٨١٢
	أنثى	٣٥	,٨٢٢٨	,٠	,٠	,٠
سيطرة فكرة الموت	ذكر	٤٥	٣,٢٠١	,٨٢٥	٢,٠٤٢	,٠٤١
	أنثى	٣٥	,٧٨٨٥	,٠٩٠٠	,٠	,٠
التفكير المستمر في الموت	ذكر	٤٥	,٠٨٥٧	,٧٦٦	,٠٩٦	,٩٢٣
	أنثى	٣٥	,١٠٥٦	,٠٩٥٧	,٠	,٠
قلق الموت	ذكر	٤٥	,٣٥٢٣	,٦٠٢	,٦٨٥	,٤٩٤
	أنثى	٣٥	,٢٣٩٠	,٧٨٠	,٠	,٠

يتضح من الجدول (١٣) أن قيم الاحتمال على الدرجة الكلية لقلق الموت والأبعاد الأول والثالث أكبر من مستوى الدلالة (٠,٠٩) وثابت قيم (ت) المحسوبة أقل من قيمة (ت) الجدولية عند درجات حرية (٧٨) ومستوى الدلالة (٠,٠٥) وهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات تقديرات المسنين على مقياس قلق الموت تغري لمتغير الجنس لكن ظهرت فروق على البعد الثاني المقلق بسيطرة فكرة الموت وكانت تلك الفروق لصالح الذكور على حساب الإناث.

ويتضح بالنسبة للذكور 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 مثل تجاعيد وشحوب لون الوجه وهذه العوامل المشتركة بين الذكور والإناث كان لها أثر في متوسطات تعديلات العينة فلم تظهر فروق رغم اختلاف الجنس وهذه النتائج تختلف مع نتائج (Ar delt 2002) حيث أكد أن الذكور أكثر تقبلاً لفكرة الموت ولا تسيطر على مشاعر وأفكار حول الموت.

جدول رقم (١٤): اختبار الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين باختلاف متغير المكان / الإقامة

م	الأبعاد	مكان الإقامة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار	قيمة الاحتمال
١	الكفاءة والثقة	دار الرعاية	٣٠	,٤١٤٣	١,٠١٢	٢,٩٢٨	,٠٠٤
		مع الأسرة	٥٠	,٤٣٠٢	,٧٠٦		
٢	التفاعل الاجتماعي	دار الرعاية	٣٠	٣٢٢٥٥	,٧٢	,٠٨٠٤	,٤٢٤
		مع الأسرة	٥٠	٩٢٦٧	,٦٤٤		
٣	النضج الانفعالي	دار الرعاية	٣٠	,٥٧٥٧	,٧٩٤	,١٠٣	,٠٩١٨
		مع الأسرة	٥٠	,١١٠٥	,٨٧٠		
٤	الخلو من الأمراض العصبية	دار الرعاية	٣٠	,٣٦٩٧	,٦٦٣	,١٦٦٢	,١٠١
		مع الأسرة	٥٠	,٩٦٣٨	,٩٧٠		
٥	البعد الإنساني والقيمي	دار الرعاية	٣٠	,٥٧٥٧	,٩٥٢	٢٨٢٠	,٠٠٦
		مع الأسرة	٥٠	,١١٠٦	,٧٤٣		
٦	الصحة النفسية	دار الرعاية	٣٠	,٤٤٩٨	,٦٠٢	١,٧٧٥	,٠٠٨٠
		مع الأسرة	٥٠	,٦٦١٤	,٦٣٢		

يتضح من الجدول (١٤) أن قيم الاحتمال على البعد الثاني والثالث والرابع والدرجة الكلية أكبر من مستوى الدلالة (٠,٠٥) وكانت قيمة (ت) المحسوبة أقل من قيمة (ت) الجدولية عند درجات الحرية (٧٨) ومستوى دلالة (٠,٠٥) وهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين ترجع إلى متغير المكان بالنسبة للإقامة.

وهذا يعود إلى اشتراكهم في بعض الخصائص والعديد منها وأهم ظواهر الشيخوخة، لكن ظهرت فروق على مستوى البعد الأول الكفاءة والثقة وكانت تلك الفروق لصالح المقيمين مع أسرهم ويؤكد ذلك أن المسنين بدور الرعاية ممن ليس لهم علاقات أو أقارب لزيارتهم أو ليسوا لهم أقارب وأنهم غير قادرين على القيام بمهامهم وذوي الكفاءة المنخفضة وانهم ذهبوا إلى دار المسنين أنهم فاقدوا الثقة في المحيطين بهم، وبالتالي كانت الفروق لصالح المقيمين مع أسرهم حيث يجد بعضاً منهم المساندة من الأسرة المقيم معها.

جدول رقم (١٥): اختبارات للفروق في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين باختلاف متغير الجنس

الأبعاد	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار	قيمة الاحتمال
الكفاءة والثقة	ذكر	٤٥	٤,٠٨٠	٠,٧٠٦	٢١٢٨	٠,٣٥
	أنثى	٣٥	٣,٥٣٧	١,٠٢		
التفاعل الاجتماعي	ذكر	٤٥	٣,٩٦٦	٠,٥٧٦	٢,٢٠٦	٠,٣٠
	أنثى	٣٥	٣,٦٣٤	٠,٦٩٨		
النضج الانفعالي	ذكر	٤٥	٣,٤٨٥	٠,٥٦١	١,٦٥١	٠,١٠٣
	أنثى	٣٥	٣,٣٢٦	٠,٧٣٧		
الخلو من الأمراض العصبائية	ذكر	٤٥	٢,٩٠٦	٠,٦٩٦	١,٢٣٧	٠,٢١٨
	أنثى	٣٥	٣,١٣٧	٠,٧٣٦		
البعد الإنساني	ذكر	٤٥	٣,٩٩٢	٠,٨٣١	٠,٨٨٠	٠,٤١٤
	أنثى	٣٥	٣,٨٢٧	٠,٩٥٢		
الصحة النفسية	ذكر	٤٥	٣,٦٩٧	٠,٦٤	١,٦٢٧	٠,١٠٨
	أنثى	٣٥	٣,٥٠٠	٠,٦٠		

يتضح من الجدول (١٥) السابق أن قيم الاحتمال على الثالث والرابع والخامس ولدرجة الكلية أكبر من مستوى الدلالة (٠,٠٥) وكانت قيمة (ت) المحسوبة أقل من قيمة (ت) الجدولية عند درجات حرية (٧٨) ومستوى دلالة (٠,٠٥) وهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى عينة من المسنين ترجع لمتغير الجنس لكن ظهرت فروق تعزى لمتغير الجنس على البعد الأول والكفاءة والثقة وكانت الفروق لصالح الذكور ولعل ذلك يرجع إلى الاختلاف في البنية النفسية والجسمية بين الرجل والأنثى حيث يعد الرجل أكثر قدرة (كفاءة) على القيام بمهامه حتى في مراحل العمر المتأخرة الشيخوخة كذلك ظهرت فروق على البعد الثاني المتعلق بالتفاعل الاجتماعي أيضاً كانت الفروق لصالح الذكور والمجتمع السعودي مجتمع مسلم فالرجل يمكن إقامة علاقات اجتماعية واسعة أما الأنثى فهي ملزمة بالبقاء في منزلها وبالتالي كان التفاعل الاجتماعي عند الذكور أكثر من الإناث.

تعليق على النتائج:

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى قلق الموت لدى المسنين (٦١,٦٣%) وهي نسبة أدنى من المتوسط العام، لكنها تشير إلى وجود بعض مؤشرات قلق الموت حيث أن معظم الباحثين أكدوا على ضرورة ألا يتجاوز قلق الموت عند الأفراد المسنين عن (٦٠%) ويرى الباحث أن

ضغوط الحياة وانتشار الأمراض القاتلة والمميتة مثل السرطان وجلطات القلب والمخ وما إلى ذلك من أمراض تؤدي بحياة الإنسان سبباً رئيسياً لوصول هذه النسبة (٦١,٦٣%)

ويتضح أن مستوى الصحة النفسية التي يتمتع به أفراد عينة الدراسة من المسنين بلغت (٧١,٤٨٤%) وهي نسبة مرتفعة نسبياً وترجع إلى سببين وهما أن لكل فئة من فئات الدراسة سبب خاص بها حيث أن إقامة المسنين 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 لهم من شأنها تعزيز التوافق النفسي والاجتماعي والأسري وتحقيق الصحة النفسية كما تبين أنه لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين قلق الموت والصحة النفسية لكن ظهرت دالة إحصائية بين قلق الموت وبعد الخو من الأمراض العصبية وتبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين في محافظة عنيزة ترجع إلى متغير مكان الإقامة لصالح المقيمين مع الأسرة لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزي لمتغير مكان الإقامة.

التوصيات:

- ١- يجب أن تركز وسائل الإعلام والمؤسسات التعليمية بنشر فكر وقيم إيجابية حول المسنين وضرورة مساندتهم.
- ٢- التركيز على المساندة الأسرية حيث أنها هي العامل الرئيسي للحفاظ على المسنين والإحساس بكيانهم.
- ٣- ضرورة قيام وسائل الإعلام بحملات توجيهية لكيفية تقديم الدعم والمساندة للمسنين.
- ٤- صياغة برامج علاجية للمسنين الذين يعانون من قلق الموت والمسنين الذين يعانون من سوء الصحة النفسية.

دراسات مقدمة:

- ١- دراسات للكشف عن الوحدة النفسية للمسنين وعلاقتها بالقلق.
- ٢- دراسة مسمية لمشكلات المسنين بعنيزة.
- ٣- الكشف عن العلاقة بين معنى الحياة وعلاقتها بالحاجات النفسية والإرشادية للمسنين في المملكة العربية السعودية.

قائمة المصادر والمراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية:

- ١- فهمي، محمد سيد وفهمي، نورهان حسين (١٩٩٩). الرعاية الاجتماعية للمسنين، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية: المكتب الجامعي الحديث.
- ٢- بلال، كمال يوسف (٢٠٠٩). 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، ٢٥ (١ + ٢).
- ٣- عبد الخالق، أحمد محمد (١٩٩٧). قلق الموت، عالم المعرفة، العدد (١١١)، سلسلة كتب ثقافية، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- ٤- أبو صالح، شيرين أحمد عزت (٢٠١٣). الاغتراب النفسي وعلاقته بقلق الموت لدى عينة من المعلمين المسنين، (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية بجامعة عين شمس، جمهورية مصر العربية.
- ٥- حجازي، جولتان وأبو غالي، عطف. (٢٠١٠)، مشكلات المسنين "الشيخوخة" وعلاقتها بالصلابة النفسية "دراسة ميدانية على عينة من المسنين الفلسطينيين في محافظات غزة"، مجلة جامعة النجاح للأبحاث، ٢٤ (١).
- ٦- صيام، صفاء عيسى. (٢٠١٠) سمات الشخصية وعلاقتها بالتوافق النفسي للمسنين في محافظات غزة، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الأزهر بغزة، فلسطين.
- ٧- الحلو، غسان حسين والشكعة. علي عادل والقدومي. عبد الناصر عبد الرحيم. (٢٠٠٣). أثر انتفاضة الأقصى في مستوى الشعور بقلق الموت لدى طلبة الجامعة "دراسة تطبيقية على طلبة جامعة النجاح الوطنية بنابلس"، مجلة رسالة الخليج، (٨٨).
- ٨- أبو سيف، حسم أحمد محمد. والناشري، أحمد محمد (٢٠٠٩). الصحة النفسية، سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر، القاهرة، جمهورية مصر العربية: دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- ٩- مجمع اللغة العربية (١٩٩٠). المعجم الوجيز، القاهرة، جمهورية مصر العربية: مطابع وزارة التربية والتعليم.
- ١٠- حمو علي، خديجة. (٢٠١٢). علاقة الشعور بالوحدة النفسية بالاكتئاب لدى عينة من المسنين المقيمين بدور العجزة والمقيمين مع ذويهم دراسة مقارنة لـ (١٢) حالة، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الجزائر، الجزائر.
- ١١- رأفت رندا. (٢٠٠٦). الشيخوخة الحقيقية لا لها بكبر السن، جريدة الدستور، أول فبراير ٢٠٠٦ م.
- ١٢- المرعب، منيرة بنت محمد صالح. (٢٠١٠). فاعلية برنامج إرشادي متعدد الأوجه في تنمية تقدير الذات والتوافق الاجتماعي لدى المسنين المتقاعدين في المجتمع السعودي، دراسات تربوية ونفسية، كلية التربية بالزقازيق.
- ١٣- المحمداوي، حسن إبراهيم حسن. (٢٠٠٨). دراسة بعض أعراض الاكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية في السويد، منشورات مؤسسة النور للثقافة والإعلام، مهرجان النور للإبداع.
- ١٤- بدوي الصافي محمد. (١٩٩٨). السلوك الإنساني والبيئة الاجتماعية، ب.ط، دار الفكر للنشر والتوزيع.
- ١٥- زهران حامد عبد السلام. (١٩٨٤). الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتاب، القاهرة، ب.ط.

- ١٦- بركات، وجدي محمد. (٢٠١٠). دمج المقيمين في دور الإيواء والمؤسسات الاجتماعية بالمجتمع "التدخل المهني مع المسنين لدمجهم كنموذج تطبيقي"، دراسة نفسية مقدمة لجامعة أم القرى بمكة المكرمة، جمهورية مصر العربية.
- ١٧- محمد القذافي رمضان. (١٩٩٨). الصحة النفسية والتوافق، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ط٣.
- ١٨- عبد الغفار، عبد السلام. (٢٠٠٧). مقدمة في الصحة النفسية، ط١، القاهرة، جمهورية مصر العربية، دار النهضة العربية.
- ١٩- القريطي، عبد المطلب أمين. (٢٠٠٣). في الصحة النفسية، ط٣، القاهرة، مصر، دار الفكر العربية.
- ٢٠- الزبيدي، كامل علوان. (٢٠٠٧). دراسات في الصحة النفسية، عمان، الأردن، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.
- ٢١- سفيان، صالح نبيل. (٢٠٠٤). المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي "دليلك لاكتشاف شخصيتك وشخصية الآخرين، ط١، القاهرة، مصر، دار إيزاك للطباعة والنشر.
- ٢٢- العمري، مرزوق بن أحمد عبد المحسن. (٢٠١٢). الضغوط النفسية المدرسية وعلاقتها بالإنجاز الأكاديمي ومستوى الصحة النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة الليث، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية.
- ٢٣- علوي، إبراهيم. (٢٠١٦). تقدير الذات والصحة النفسية المدرسية أية علاقة؟، مجلة علوم التربية، ٥٨.
- ٢٤- أبكر، سميرة حسن. (٢٠١٥). فاعلية برنامج قائم على العلاج بالمعني لمواجهة الأحداث الضاغطة والتوجه نحو الحياة لدى عينة من المطلقات بمدينة جدة، مجلة العلوم التربوية، ١ (١).
- ٢٥- محمد جبل فوزي. (٢٠٠٠). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، الأزريطة، الإسكندرية.
- ٢٦- شريت أشرف محمد عبد الغني، الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق، المكتب الجامعي الحديث، ب.ط، الإسكندرية.
- ٢٧- محمود عوض عباس. (١٩٩٠). الصحة النفسية والتفوق الدراسي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
- ٢٨- عبد الحليم عبد اللطيف مدحت. (١٩٩٨). الصحة النفسية والتوافق الدراسي، دار النهضة العربية، ب.ط.
- ٢٩- الدهان، فاتن. (٢٠٠٥). تغير الوسط الطبيعي للمسنين وعلاقته بالتوافق الاجتماعي، رسالة ماجستير، جامعة دمشق، سوريا.
- ٣٠- محمود، ضحى عادل. (٢٠١٥). قلق الموت عند المسنين وعلاقته بالرضا عن أهداف الحياة والنزعة الاستهلاكية، مجلة الأستاذ، (٢١٥).
- ٣١- تركي راجح. (١٩٨٤). مناهج البحث في علوم التربية وعلم النفس، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر.
- ٣٢- عبيدات، ذوقان وعدس، عبد الرحمن. (٢٠٠١). البحث العلمي مفهومه وأدواته وأساليبه، عمان، الأردن، دار الفكر للنشر والطباعة والتوزيع.
- ٣٣- أبو علام، رجا. (٢٠١٠). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، القاهرة، مصر، دار النشر للجامعات.



ثانياً: المراجع باللغة الأجنبية:

- Ogg, J. Social Exclusion and Insecurity Among Older -٣٤
Europeans: The Influence of Welfare Regimes. Ageng Society,
2005.
- Ardelt, M. Wisdom, Religiosity in life ,and Attitudes towards -٣٥
death. Paper presented at international conference on searching
for meaning in the New Millennium Vancouver, 2002.
- Suzan Perry & Tolson M. Nights. The attitude and view of -٣٦
retired elderly towards senility. The International journal of
psychology welfare, 2007.
- Patrick L, Psychologie du vieillissement une perspective -٣٧
cognitive, éditions De Boeck université, Paris, 2005.
- Rook, K.S, Chambart L, Famille et habitation, Paris, -٣٨
C.N.R.S, Tome1, 1975.
- Sillamy, N, Dictionnaire encyclopédique de psychologie, -٣٩
edition Borda, Paris, 1980



Death anxiety and its relationship to mental health in a sample of the elderly

By

Dr. Ahmed Abdel-Gawad Fahmy Hassanein

PhD in Social Psychology Faculty of Arts _Zagazig University

Abstract:

The elderly are that group of people within society who have reached the age of sixty years or beyond and have become incapable of caring for and serving themselves, as a result of their advanced age as a result of a set of physiological and psychological changes. Cognition, due to damage to part of the brain cells, physical weakness, and the emergence of many physical and physical problems.

This study aims to verify the determination of the levels of death anxiety among the elderly (the elderly) in the governorate of Unaizah, and to identify the differences in the level of death anxiety among a sample of the elderly in Unaizah according to variables such as (sex - economic status - social status - academic qualification - age - status).

It also aimed to identify the differences in the level of death anxiety among a sample of the elderly in Onaizah according to the place of residence (with the family - or care homes), as well as to identify the differences in the level of mental health among a sample of the elderly in Onaizah according to the place of residence (with the family or care homes).

The results of the study showed that the level of death anxiety among the elderly was (63.61%), which is lower than the general average, but it indicates the presence of some indicators of death anxiety, as most researchers stressed the need for death anxiety among elderly individuals not to exceed (60%). The researcher found that the pressures of life and the spread of fatal and deadly diseases such as cancer, heart and brain strokes, and other diseases that lead to human life are a major reason for this percentage to reach (63.61%).

Keywords: death anxiety, the elderly, mental health.