University of Benghazi
Faculty of Education Almarj

جامعة بنغازي
كلية التربية – المرج
ISSN 2518-5845

Global Libyan Journal

المجلة الليبية العالمية

العدد الثامن والأربعون / يوليو / 2020

الصحة النفسية لدى المسنين المقيمين بدار الرعاية والمقيمين مع أسرهم

(دراسة مقارنة)

د. علي عمر بولطيعة / أستاذ مساعد بقسم الإرشاد وعلم النفس كلية الآداب/ جامعة عمر المختار

د. حميدة عبد السلام الأوجلي / محاضر بقسم الإرشاد وعلم النفس كلية الآداب/ جامعة عمر المختار

University of Benghazi
Faculty of Education Almarj

جامعة بنغازي
كلية التربية – المرج
ISSN 2518-5845

Global Libyan Journal

المجلة الليبية العالمية

العدد الثامن والأربعون / يوليو / 2020

الصحة النفسية لدى المسنين المقيمين بدار الرعاية والمقيمين مع أسرهم

(دراسة مقارنة)

مستخلص الدراسة:

هدفت الدراسة الى معرفة مستوى الصحة النفسية لدى المسنين بدور المسنين والمسنين مع أسرهم ، والكشف عما إذا كانت هناك فروق بين المسنين بدور المسنين والمسنين مع أسرهم وفقاً لمتغيرات (الاقامة – النوع – الفئة العمرية– المستوى التعليمي – الحالة الصحية) .أجريت الدراسة على عينة قوامها (56) مسن ومسنة من المقيمين في دار رعاية المسنين مسه ببلدية الجبل الأخضر والمسنين المقيمين مع اسرهم والمسجلين بقسم الخدمات الضمانية البيضاء، تراوحت أعمارهم ما بين(65 – 79) عاماً، بمتوسط عمري وانحراف معياري (70.93 ±3.77).

استخدمت الدراسة المنهج الوصفي المقارن، وتحقيقاً لأهداف الدراسة قام الباحثان باستخدام مقياس الصحة النفسية اعداد محمد (2016)المتكون من (46) عبارة، وبعد التأكد من صدق وثبات المقياس طبق على عينة الدراسة، وبعد جمع البيانات ومعالجتها إحصائيا باستعمال اختبار (ت)لعينة واحدة ولعينتين مستقلتين و تحليل التباين أحادي الاتجاه .

اظهرت النتائج:

-ارتفاع متوسط العينة عن المتوسط الفرض للمقياس ومجالاته وهذا يدل علىتمتع العينة بمستوى متوسط من الصحة النفسية.

-عدم وجود فروق دالة احصائيا بين المسنين المقيمين بدار رعاية المسنين والمسنين المقيمين مع اسرهم على الدرجة الكلية وكل ابعاد مقياس الصحة النفسية الا على بعد الكفاءة والثقة بالنفس حيث كانت الفروق لصالح المقيمين بدار رعاية المسنين.

-عدم وجود فروق بين المسنين المقيمين بدار الرعاية والمقيمين مع اسرهم "في الدرجة على مقياس الصحة النفسية ومجالاتهوفقا لمتغير النوع.

-وجود فروق دالة احصائيا المسنين المقيمين بدور المسنين والمقيمين مع اسرهم وفقاً لمتغير الحالة الصحية والجسمية على الدرجة الكلية وعلى الابعاد (الكفاءة والثقة بالنفس و التفاعل الاجتماعي و البعد الإنسانيوالقيمي)، وكانت الفروق لصالح الحالة الصحية الجيدة، بينما لم تكن هناك فروق على بعدى (النضج الانفعالي والخلو من الامراض العصبية)

-عدم وجود فروق بين المسنين المقيمين بدار الرعاية والمقيمين مع اسرهم "في الدرجة على مقياس الصحة النفسية ومجالاتهوفقا لمتغير الفئة العمرية.

-عدم وجود فروق بين المسنين المقيمين بدار الرعاية والمقيمين مع اسرهم "في الدرجة على مقياس الصحة النفسية ومجالاتهوفقا لمتغير المستوى التعليمي.

وقد نوقشت هذه النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، واستكمالاً للجوانب ذات العلاقة بالدراسة فقد خرج الباحثان بعدد من التوصيات والمقترحات.

الكلمات المفتاحية:

– الصحة النفسية، المسنين المقيمين بدار الرعاية، والمقيمين مع أسرهم.

Abstract:

This is a comparative study that aimed at recognizing levels of of mental health among the old people who live in institutions and those who live with their families. and to find whether there were differences between the old people who live in institutions and those who live with their families to the variables (gender - age group - educational level - health status). The sample of the study consists of (56) old people (both males and females).the old people who live in institutions and those who live with their families and registered with Security Services Office their ages ranged between (65 - 79) years, with an average age and standard deviation (70.93 ± 3.77).

The study used the comparative descriptive approach, and to achieve the goals, the researchers used the mental health measure, which consists of (46) paragraphs prepared by (Muhammad, Areej Khalil 2016). The data was analyzed with the help of the SPSS statistical package, and after verification of the validity and consistency of the scale, it was applied to the study sample, and after data collection and statistical treatment using t-test for two samples and two independent samples and the direction of mono-contrast analysis

Results showed:

-The average sample height is higher than the assumed mean of the scale and its fields, and this indicates that the sample has an average level of mental health

-There are no statistically significant differences between the elderly residing in the nursing home and the elderly residing with their families on the total score and all dimensions of the mental health scale except for the competence and self-confidence dimension where the differences were in favor of the residents of the nursing home

- There are no differences between the elderly residing in the care home and those residing with their families "in the degree on the scale of mental health and its fields according to the gender variable.

-There are statistically significant differences for the elderly residing in the role of the elderly and residents with their families according to the variable of health and physical

condition on the total degree and on the dimensions (efficiency, self-confidence, social interaction and human and values dimension), and the differences were in favor of good health status, while there were no differences on the dimension (Emotional maturity and freedom from neurological diseases).

-There are no differences between the elderly residing in the care home and those residing with their families "in the grade on the mental health scale and its fields according to the variable of the age group

- There are no differences between the elderly residing in the care home and those residing with their families "in the degree on the scale of mental health and its fields according to the variable of the educational level

-These results were discussed in the light of the theoretical framework and previous studies, and to complete the aspects related to the study, the two researchers came up with a number of recommendations and proposals

تحديد مشكلة الدراسة:

يُعدّ ميدان الصحة النفسية من أكثر ميادين علم النفس أثارة الاهتمام الناس سواءً للباحثين أو عامة الناس، وذلك لأن الجميع يسعى إلى التعرف على الظاهرة التي ينبغي أن يتمتع بها الفرد كي يكون ذا صحة نفسية سليمة[1].

وقد أشار الخالدي[2] إلى هذه الظاهرة وهي الاتزان الانفعالي ووجود دافعية للحياة والانجاز لدى الفرد، وأيضاً الشعور بالسعادة والرضا عن النفس والرضا عن الحياة، كي تتضمن هذه الظاهرة شعورالفرد بأنه محقق لذاته.

ومرحلة المسنين مرحلة عمرية كسائر المراحل السابقة تكون عرضة للقوة والضعف وعرضة للصحة والمرض، ولا تقصد ما يصيب الجسم فحسب بل ما قد يصيب الجهاز النفسي أيضاً[3].

ومن المسلم به أن هناك نوعاً من الاضمحلال يعتري القدرات الجسمية والعقلية مع التقدم في السن، حيث تضعف قدرة الفرد، وتتباطأ استجاباته، فيجد صعوبة كبيرة في المحافظة على مكانته في المجتمع المتطور الذي يتحرك بسرعة تفوق سرعة تكيفه مع هذه التغيرات التي تحيط به، لذلك يعاني المسنون كثيراً من الصعاب مما قد يكون له أثراً نفسياً عند الكثير منهم[4].

وعلى الرغم من أن التغيرات المصاحبة لمرحلة المسنين لا تحدث بصورة فجائية، إلا أنها مع الوقت والتقدم في العمر تجعل المسنين يتوهمون العجز، ويبدؤون بالانشغال الزائد بشأن القيود والمعوقات الجسمية والعقلية التي قد تصاحب كبر السن، فتحمله على الانعزال، وقد يبالغ المسنون في شأن وحدتهم، وقد تراودهم المخاوف من فقدان مركزهم في الجماعة، وكذلك من حالتهم الصحية، وقد تسيطر عليهم فكرة انعدام الفائدة، وقد يراودهم أيضاً شعور بأنهم أصبحوا أفراد غير مرغوب فيهم[5].

فالحالة النفسية لدى المسنين، تعتبر محصلة خبرة سنين طويلة أثرت بها عوامل سلبية وإيجابية بدرجات متفاوتة على الصحة النفسية للمسنين تصل في النهاية إلى حالة نفسية غير متساوية لكل المسنين، بل تختلف تبعاً لكل مسن، وحسب الظروف النفسية والاجتماعية والاقتصادية والصحية التي يعيشها في حياته منذ الطفولة والمراهقة والشباب وصولاً إلى مرحلة المسنين، ويكون ذلك حتى بالنسبة للمسنين في دور رعاية المسنين حيث تظهر خلافات كثيرة حسب البيئات التي انحدروا منها، بل وفي كل بيئة حالة خاصة بكل مسن[6].

وبما أن الصحة النفسية للمسنين هي نتاج عوامل نجاح وفشل، وسرور وحزن، واحباطات واخفاقات، وتكيف وصراع هي في مجملها عوامل تجعلناهتم أكثر بفئة المسنين من جميع النواحي بما فيها الناحية النفسية ورعايتهم ومساعدتهم على التكيف في هذه المرحلة العمرية المتأخرة مع الآخرين حصوصاً الذين يفتقدون الأهل والزوجة والأولاد.

فلمسنين يكونون بالفعل أكثر سعادة ورضا عن انفسهم وأكثر توافقا إذا أمكن إن يبقى في بيئتهم وبين أفراد أسرتهم، فمن المؤكد إنه لا أحد غير الأبناء والبنات يمكن أن يوفر الرعاية والعطف والمساعدة لهم، وإنه مهما بلغ غيرهم من الخدمة في فن الرعاية، ومهما أوتي من قلب مفعم بالحب والمودة الإنسانية فإنه لن يعوض حنان الأسرة ورعايتها[7].

ومع التقدم في العمر يصبح الفرد أكثر اعتمادية على الاخرين، خصوصاً الأبناء فبعد أن كانوا مصدر للعطاء والتوجيه اصبحوا متلقين للخدمات، وهناك من الابناء من يتقبل رعاية آبائهم وهناك من لا يتقبل ذلك، وهذا الامر بالضرورة قد لا يتقبله الآباء فيكون لذلك تأثيراً سلبياً على صحتهم النفسية[8].

ويزداد الأمر مرارة عند انتقال المسن للإقامة بدور المسنين حيث يعد ذلك تحول مهم في حياتهم، حيث تركوا منازلهم التي قضوا فيها طيلة حياتهم مع هذا الوضع الجديد، فالغالبية العظمى من المسنين لا يرغبون في ترك منازلهم وبيئتهم، ولا يريدون بديلا عن أسرهم والابتعاد عن الوجوه المألوفة من أهل وأصدقاء وكل ما هو قائم في بيئتهم التي عاشوا فيها سنوات طويلة من عمرهم[9].

فمع التقدم في العمر ولإقامة بالدارتزداد مشاعر الحزن والاسوالمرارة والحسرة وذلك نتيجة لشعورهم بهجر الابناء وعدم زيارتهم لهم .والمسنون خارج دار المسنين يمارسون حياتهم العادية مع ذويهم واولادهم تلك الحياة التي اعتادوا عليها طوال حياتهم خصوصاً في حالة وجود أبناء ابنائهم وكذلك فقدان الزوج او الزوجة تكون الحياة طبيعية الى حد – ما –، فالمسنون خارج دار رعاية المسنين افضل حالا، اما المسنين داخل الدار يشعرون بعدم الرضا، ويشعرون بان المجتمع لا يقدرهم أو يعطيهم حقوقهم كاملة بعد فترة العطاء الطويلة[10].

وفي هذا قد أشارت دراسة هانت وهيتت [11] إلى أن وضع المسنين في دور رعاية المسنين قد يكون بحد ذاته صدمة شديدة لهم وبالتالي تدني في مستوى الصحة النفسية لديهم[12].من العرض السابق يمكن تحديد مشكلة الدراسة في الأسئلة الآتية:

1- ما مستوى الصحة النفسية لدى المسنين المقيمين بدور رعاية المسنين والمقيمين مع أسرهم؟

2- هل هناك فروق في مستوى الصحة النفسية بين المسنين المقيمين بدور رعاية المسنين والمقيمين مع أسرهم بصفة عامة؟

3- هل هناك فروق في مستوى الصحة النفسية بأبعادها المختلفة بين أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغيرات (النوع- الفئة العمرية- المستوى التعليمي- الحالة الاجتماعية- نوع الإقامة)؟

أهمية الدراسة:

1- تعد دراسة الصحة النفسية أمراً مهماً لكافة الفئات خاصة فئة المسنين، حيث أن تمتع المسنين بصحة نفسية يجعلهم أكثر إيجابية في التعامل مع أنفسهم والتعامل مع الآخرين.

2- هذه الدراسة تعد محاولة جادة للوقوف على مستوى الصحة النفسية لدى المسنين، وهذا قد يفيد في طرح توصيات تساعدهم على تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي، كما أن الرعاية النفسية للمسنين قد تؤدي إلى مساعدتهم على الاندماج مع مجتمعاتهم التي ينتمون إليها.

3- قد تفيد نتائج الدراسة الحالية القائمين على دور المسنين في طرح برامج تعزز الصحة النفسية لدى المسنين من خلال اقتراح البرامج الإرشادية والعلاجية، كما قد تفيد نتائج هذه الدراسة المختصين والباحثين حيث أنها تفتح لديهم آفاق لدراسات مستقبلية على نفس الفئة المستهدفة.

4- إثراء المعرفة في مجال رعاية المسنين وترقية الخدمات النفسية في دور رعاية المسنين، والمساهمة في تدريب الكوادر للعمل بدور الرعاية كي تسهم في ترقية الخدمات النفسية ومعالجة اضطرابات المسنين.

اهداف الدراسة:

1. التعرف على مستوى الصحة النفسيةلدى افراد العينة بصفة عامة.
2. التعرف على الفروق في الصحة النفسية بين المسنين المقيمين بدار المسنين والمسنين المقيمين مع اسرهم
3. التعرف على الفروق في الصحة النفسية بين عينة المسنين المقيمين بدور المسنين والمقيمين مع اسرهم وفقاً لمتغير النوع.
4. التعرف على الفروق في الصحة النفسية بين عينة المسنين المقيمين بدور المسنين والمقيمين مع اسرهم وفقاً لمتغير الفئة العمرية .
5. التعرف على الفروق في الصحة النفسية بين عينة المسنين المقيمين بدور المسنين والمقيمين مع اسرهم وفقاً لمتغير المستوى التعليمي.
6. التعرف على الفروق في الصحة النفسية بين عينة المسنين المقيمين بدور المسنين والمقيمين مع اسرهم وفقاً لمتغير الالة الاجتماعية .
7. التعرف على الفروق في الصحة النفسية بين عينة المسنين المقيمين بدور المسنين والمقيمين مع اسرهم وفقاً لمتغير الحالة الصحية .

تحديد المصطلحات:

1- الصحة النفسية:

يعرف زهران[13] الصحة النفسية بأنها " حالة دائمة نسبياً، يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً مع نفسه ومع بيئته، ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادر على تحقيق ذاته، واستغلال قدراته الى اقصى حد ممكن، ويكون قادر على مواجهة مطالب الحياة .

– والتعريف الإجرائي للصحة النفسيةفي الدراسة الحالية هو:

شعور المسنين بالتوافق مع حياتهم الداخلية والخارجية بحيث تكون شخصيتهم متزنة وفق الأبعاد التي يقيسها مقياس الصحة النفسية المستخدم في هذه الدراسة وهذه الابعاد هي: الكفاءة والثقة بالنفس – التفاعل الاجتماعي – النضج الانفعالي – الخلو من الأمراض العصابية – البعد الإنساني والقيمي .

2– المسنين:

يجب ألا يقتصر تعريف المسنين عن الناحية البيولوجية وحدها بل يتسع ليشمل المحاكات (الزمنى – النفسي – الاجتماعي) لما لها من دوراً عمر الانسان.

– المحك الزمني:

"السنوات الأخيرة من رحلة الحياة التي تبدأ فرضياً من سن الستين (65) عاماً فما فوق"[14].

– ووفقاً للمحك النفسي:

تعرف على أنها "حالة من الاضمحلال تعتري إمكانيات التوافق النفسي والاجتماعي للفرد، فتقل قدرته على استغلال إمكاناته الجسمية والعقلية في مواجهة ضغوط الحياة لدرجة لا يمكن معها الوفاء الكامل بالمطالب البيئية أو تحقيق قدر مناسب من الإشباع لحاجاته المختلفة[15].

– بالنسبة للمحك الاجتماعي:

تعرف بأنها "حالة من التغير في العلاقات الاجتماعية والأدوار التي كانت تطابق السنوات الأولى من مرحلة الرشد ويتم فيها قبول العلاقات الاجتماعية والأدوار التي تطابق السنوات المتأخرة من مرحلة الرشد"[16].

– والتعريف الإجرائي للمسنين في الدراسة الحالية هو:

"الفرد الذي وصل سن الخامسة و الستين (65) عاماً فأكثر ويعيش مع أسرته وكذلك المسنين بدور رعاية المسنين، ويكون قادراً على ممارسة أنشطة الحياة اليومية المعتادة معتمداً على نفسه ".

3– دور رعاية المسنين:

أي الدور التي ترعى فئات المسنين.الذين لا يجدون الرعاية داخل أسرهم الطبيعية لسبب أو لآخر، حيث توفر لهم الإعاشة الكاملة وألوان الرعاية المتكاملة والمختلفة (صحية – اجتماعية – نفسية – ترفيهية – ثقافية)[17].

– التعريف الإجرائي لدور رعاية المسنين:

تجرى الدراسة الحالية بدار الوفاء لرعاية المسنين مسه بلدية البيضاء الليبية وهي تشمل الأعمار من (65) عاماً فما فوق، والذين لا يجدون من يعولهم، وهي دار حكومية وليست خاصة، وتقدم خدمات الإقامة الدائمة.

– حدود الدراسة:

اشتملت الدراسة على عينة من المسنين المقيمين مع اسرهم المقيمين بدار المسنين بمدينة مسه الواقعة في نطاق بلدية البيضاء الليبية في الفترة الممتدة من31-07-2019 وحتى 01-09-2019.

الإطار النظري:

يعتبر علم الصحة النفسية من العلوم الحديثة من حيث النهج، إلا أنه يعتبر علماً قديماً قدم الإنسانية نفسها من حيث ما يتناوله من موضوعات، وقد اختلف الباحثون حول تعريف هذا العلم وحول أهدافه ومجالاته بل وحول انتمائه أيضا[18].

ويختلف مفهوم الصحة النفسية من مجتمع لآخر، وذلك يرجع إلى اختلاف الثقافة والمعايير السلوكية التي اتفق عليها الناس في كل مجتمع، وهذا يترتب عليه اختلاف في الدراسات السلوكية والنشاطات المختلفة[19].

وتعرف الصحة النفسية على أنها حالة من التوازن التكامل بين الوظائف النفسية للفرد، يؤدي به إلى أن يسلك بطريق تجعله يتقبل ذاته ويقبله المجتمع، بحيث يشعر جراء ذلك بدرجة من الرضا والكفاية[20].

والصحة النفسية تعبر عن الإيجابية في التعامل مع النفس، والتعامل مع الآخرين، وتتجلى في مظاهر نفسية متعددة منها النفسية والاجتماعية السلوكية، مثل معرفة النفس وتقبلها، والثقة بالنفس، والقدرة على ضبط الانفعالات، والإيمان بحرية الإرادة، وتقبل المسئوليات أو التوافق والشخصي والاجتماعي والشجاعة في مواجهة تحديات الحياة، وإدراك الواقع بشكل واضح، وحب النفس والآخرين بهدف الحياة الهانئة[21].

ويعرفها القريطي [22]بأنها حالة عقلية انفعالية إيجابية مستقرة نسبياً، تعبر عن تكامل طاقات الفرد ووظائفه المختلفة وتوازن القوى الداخلية والخارجية الموجهة لسلوكه في مجتمع ما، ووقت ما، ومرحلة نمو معينة، وتمتعه بالعافية النفسية والفاعلية الاجتماعية.

فالصحة النفسية ليست الخلو من الأعراض النفسية والمرضية فحسب، بل في الواقع أنها قدرة الفرد على الشعور بالسعادة والطمأنينة، وإيمانه بقيمته وقيمة الآخرين، حتى يمكنه التعامل مع المواقف المختلفة في الحياة بإيجابية[23].

ويُلاحظ أن الصحة النفسية السليمة في مرحلة المسنين تحتاج إلى التوافق مع التقاليد والأعراف والعادات السائدة المتجددة والخاصة بالأجيال المختلفة، وتحتاج الصحة النفسية إلى التوافق مع الأجيال الأخرى حتى يحقق المسنين لأنفسهم المتطلبات الضرورية.

ويرى الباحثان أن تعريف الصحة النفسية لابد وأن يحتوي على شقين أحدهما بيولوجي والآخر بيئي، لذا يعرف الباحثان الصحة النفسية بانها القدرة على التوافق بين مكونات النفسية الداخلية ومتطلبات البيئة الخارجية .

خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية:

1- التوافق:

كالتوافق الشخصي الذي يتضمن الرضا عن النفس والتوافق الاجتماعي الذي يشمل التوافق الأسري والمدرسي والمهني.

2- الشعور بالسعادة مع النفس:

كالشعور بالسعادة والراحة النفسية لما للفرد من ماض نظيف وحاضر سعيد ومستقبل مشرق واستقلال الاستفادة من مسرات الحياة اليومية، وإشباع الدوافع والحاجات النفسية الأساسية، والشعور بالأمن والطمأنينة والثقة بالنفس، ووجود اتجاه متسامح نحو الذات، واحترام النفس وتقبلها والثقة فيها[24].

3- الشعور بالسعادة مع الآخرين:

كحب الآخرين والثقة بهم واحترامهم وتقبلهم، والاعتماد على ثقتهم المتبادلة ووجود اتجاه متسامح مع الآخرين (التكافل الاجتماعي)، والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية سليمة ودائمة (الصداقات الاجتماعية) والانتماء للجماعة والتفاعل الاجتماعي السليم.

4- تحقيق الذات واستغلال القدرات:

كفهم النفس والتقييم الموضوعي والواقعي للقدرات، وتقبل نواحي القصور، وتقبل مبدأ الفروق الفردية، ووضع أهداف ومستويات طموح وفلسفة في الحياة يمكن تحقيقها، وتنويع النشاط وشموله، وبذل الجهد في العمل، والشعور بالنجاح فيه والرضا عنه.

5- القدرة على مواجهة مطالب الحياة:

كالنظرة السليمة الموضوعية الواقعية للحياة ومطالبها، ومشكلاتها اليومية والعيش في الحاضر والواقع والقدرة على مواجهة احباطات الحياة اليومية، وتقدير وتحمل المسئوليات الاجتماعية وتحمل مسئولية السلوك الشخصي، السيطرة على ظروف البيئة والترحيب بانجذاب الأفكار الجديدة.

6- التكامل النفسي:

كالأداء الوظيفي الكامل "جسمياً وعقلياً وانفعالياً واجتماعياً" والتمتع بالصحة ومظاهر النمو العادي.

7- السلوك العادي:

كالسلوك السوي العادي المعتدل المألوف الغالب على حياة غالبية الناس العاديين، والعمل على تحسين مستوى التوافق النفسي، والقدرة على التحكم في الذات .

8- العيش في سلامة وسلام:

كالتمتع بالصحة النفسية والجسمية والاجتماعية، والسلم الداخلي والخارجي والاقبال على الحياة بوجه عام والتمتع بها والتخطيط للمستقبل بنية وأمل[25].

معايير قياس الصحة النفسية:

1- المعيار الإحصائي:

أي ظاهرة نفسية عند قيامها إحصائياً تتوزع وفقاً للتوزيع الاعتدالي، أي الغالبية من الفئة الإحصائية تحصل على درجات متوسطة في حين تحصل فئتان متناظرتان على درجات مرتفعة (أعلى من المتوسط) أو درجات منخفضة (أقل من المتوسط). وبالتالي فالفئة السوية هي الواقعة في الوسط[26].

2- المعيار الإكلينيكي:

يشير إلى أن معنى الصحة النفسية هو الخلو من الأمراض النفسية أو العقلية .

3- المعيار الذاتي (الظاهري):

تتحدد الصحة النفسية من خلال إدراك الفرد لمعناها، فهي كما يشعر بها الفرد ويراها من خلال نفسه، فالسواء هو إحساس داخلي وخبرة ذاتية، فإذا كان الفرد يشعر بالضيق يعد وفقاً لهذا المعيار غير سوي .

4- المعيار الاجتماعي:

الصحة النفسية تكون في مسايرة السلوك المعترف به اجتماعياً، فالسلوك السوي و اللاسوي لا يمكن التوصل إليه إلا بعد دراسة ثقافة الفرد وعادات وتقاليد وأعراف مجتمعه.

5- المعيار الباطني:

يجمع هذا المعيار بين معظم مزايا المعاير السابقة، فالحكم ليس خيار اجتماعي كما هو الحال في المعايير الإحصائية أو الاجتماعية، وكذلك ليس ذاتياً كما هو الحال في المعيار الذاتي، بل يعتمد هذا المعيار على أساليب فعالة تمكن الباحث قبل أن يصدر أحكامه من أن يصل إلى حقيقة شخصية الإنسان إمكانية في خبراته الشعورية واللاشعورية أيضاً[27].

المظاهر الانفعالية التي تنفرد بها مرحلة المسنين عن بقية المراحل:

1- يحلو المسنين أحياناً أن يقفوا من البيئة المحيطة بهم موقفاً سلبياً لا ينفعلون لها ومعها وكأنهم يعبرون عن شعورهم بالهوة السحيقة التي تفصلهم عن الأجيال الأخرى التي تضطرب بها الحياة من حولهم.

2- اتصاف انفعالاتهم في غالبيتها بالخمول وبلادة الحس.

3- الشعور بالسلبية والبلادة إلى عدم إدراك المسن للمسئولية التي تواجه من يحيطون به، فهو بمعنى في حياته، ومشاكل الناس من حوله تدفعهم إلى ألوان مختلفة من الكفاح المرير وهو لا يشعر نحوهم ولا نحو مشاكلهم بأنه مسئولية تتطلب منه استجابة انفعالية محددة.

4- يقل حماس المسنين لما يحيط بهم من مشكلات انفعالية يضطرب منها الآخرين.

5- عند انفعال المسنين كثيراً ما يخطئون إدراك الموقف المحيط بهم، لذلك تأتي انفعالاتهم شاذة لا تتناسب ومقومات الموقف الذي آثار في نفوسهم ذلك الانفعال.

6- يغلب على انفعالات المسنين لون غريب من التعصب الذي لا يقوم في جوهرة على أساس، مهم يتعصبون بجيلهم ولآرائهم وعواطفهم ولكل ما يمت بصلة قريبة.

7- عندما لا يتقبل الآخرون بعض المسنين بروح المشاركة والولاء فإنهم يحسون في أعماق أنفسهم بأنهم مضطهدون.

8- الشعور بالاضطهاد يؤدي بالمسنين إلى الاحساس العميق بالفشل، وقد يتخذون سلوكاً معادياً، فيجابهون الاضطهاد الذي يقع عليهم باضطهاد الآخرين[28].

مطالب مرحلة المسنين:

يمكن تحديد أهم مطالب هذه المرحلة فيما يلي:

1- راحة جسمية في الأعمال التي تتطلب جهداً بدنياً وذلك لضعفهم الجسمي والحركي.

2- راحة نفسية واستقرار عاطف، فالانفعال الشديد والازمات النفسية لها آثارها السيئة في زيادة الضغط وضعف القلب.

3- رعاية صحية وغذائية، وذلك لكثرة تناوب الأمراض على المسنين وضعف مقاومتهم ومناعتهم.

4- حياة اجتماعية حافلة بالأهل مع الأقران، بحيث يشعر معها المسنين أنهم ذوي قيمة وأنهم لا يزالون ذوي نفع ومكانة في حياة جماعتهم، وينبغي مساعدتهم على تنمية هوايات منزلية هادئة بعيداً عن الهموم.

5- تأمين مورد مادي أو ضمان اقتصادي لتوفير حاجاتهم الضرورية على الأقل في الغذاء والدواء والكساء والمأوى[29].

الدراسات السابقة:

وأجرى نيوجارتن (Neugarten, 1978) دراسة هدفت إلى التعرف على أثر التفاعل مع الأسرة والأصدقاء والعوامل البيئية على الصحة النفسية للمسنين. تكونت العينة من (1968) مسن ومسنة، تزيد أعمارهم عن (65) سنة. أظهرت النتائج أن نوع التفاعل الأسري كان مرتبطاً بالصحة النفسية وإن الدخل والصحة النفسية يسهمان في تحقيق الصحة النفسية، كما أن الرضا عن الخدمات البيئية الخاصة بالسكن وتسهيلات المواصلات كانت منبئاً بالصحة النفسية للمسنين[30].

واورد هيميلفارب(Himmelfarb 1984)دراسة هدفت إلى الكشف عن الفروق في الفئة العمرية والنوع في الصحة النفسية على عينة من المسنين مكونة من 2051 من الذكور والإناث أعمارهم من 60 سنة فأكثر، استخدمت الدراسة مقاييس القلق ،الاكتئاب، والتوافق . اظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والاناث في الاكتئاب، كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق في القلق والاكتئاب والتوافق تبعا للفئة العمرية لصالح الفئة العمرية الأكبر[31].

وهدفت دراسة[32] إلى فحص الصحة النفسية والجسمية للمسنين المقيمين في دار المسنين من الجنسين، تكونت العينة من (52) مسن ومسنة، تراوحت أعمارهم ما بين (65-75). أظهرت النتائج أن الترمل هو السمة السائدة بين المسنين، وأنهم لجأوا إلى دار المسنين بسبب صعوبة توافقهم الشخصي مع أبنائهم وانخفاض صحتهم النفسية وأن بعضهم ليس لديه مأوى، إضافة إلى أنهم بحاجة دائمة للرعاية النفسية والطبية.

كما هدفت دراسة[33]إلى تحديد اتجاهات المسنين المقيمين بدور رعاية المسنين والمقيمين مع أسرهم والمترددين على أندية المسنين نحو الشيخوخة، وكذلك دراسة العلاقة بين إدراك المسنين للرعاية المقدمة لهم وبين توافقهم النفسي وصحتهم النفسية. تكونت العينة من (114) تتعدى أعمارهم 60سنة. أظهرت النتائج أن اتجاهات المسنين المقيمين مع أسرهم كانت أكثر إيجابية نحو الشيخوخة أكثر من المسنين المقيمين بدور المسنين، كما أظهرت النتائج أن المسنين المقيمين مع أسرهم لديهم مستوى منخفض من النواحي النفسية والرعاية الأسرية.

وأوردت[34]دراسة هدفت إلى أثر الحرمان من البيئة الطبيعية وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنات المقيمات بدور رعاية المسنين والمقيمات مع أسرهن. تكونت العينة من (20) مسنة بواقع (10) مقيمات بدور المسنين و(10) مقيمات مع أسرهن. تم اختيار هاتين المجموعتين بطريقة المزاوجة والتماثل في التعليم والعمر والحالة الصحية وعدد الأبناء والترمل و الدخل، وكان الافتراق الوحيد بينهما الإقامة في دور الرعاية، وقد تراوح متوسط العمر مابين (60-69عاماً)، وكانت المسنات جميعهن في العينتين من الأرامل ولهن أبناء

أظهرت النتائج وجود نظرة تشاؤمية وفقدان الأمل وقلة الثقة في العالم الخارجي، والشعور بالعزلة وانخفاض الروح المعنوية لدى المسنات المقيمات بدور المسنين وبالتالي ارتفاع مستوى القلق وانخفاض مستوى الصحة النفسية لديهن.

وأجرى[35]دراسة هدفت إلى التعرف على الفروق في بعض الاضطرابات النفسية (الوحدة النفسية- القلق- الاكتئاب) بين المسنين المقيمين بدور المسنين وفقاً لمتغيرات (النوع- الفئة العمرية- المستوى التعليمي- الحالة الاجتماعية- وجود الأبناء- معاملة الأبناء لهم- القدرة على خدمة النفس- وجود الأمراض المزمنة).

أظهرت النتائج عدم وجود فروق بين أفراد عينة الدراسة في الاضطرابات النفسية (الوحدة النفسية– القلق– الاكتئاب) وفقاًلمتغيرات (الفئة العمرية– المستوى التعليمي– الحالة الاجتماعية). بينما وجدت فروق في متغير الإصابة بالأمراض المزمنة وكانت لصالح الإناث حيث اظهرن مستوى متدنى من الصحة النفسية .

وقام كل من[36] بدراسة هدفت إلى الوقوف على محددات الصحة النفسية والجسمية لدى عينة من المسنين المقيمين بدار المسنين والمسنين المقيمين مع أسرهم. تكونت العينة من (501) مسن ومسنة. كما هدفت الدراسة إلى مدى تنبؤ (المستوى التعليمي– تقدير الدعم الاجتماعي– مكانة الإقامة) بمستوى الصحة النفسية والجسيمة.

أظهرت النتائج أن المستوى التعليمي وتقدير الدعم الاجتماعي متغيران منبئان بكل من الصحة النفسية الجسمية لدى أفراد العينة ككل بغض النظر عن مكان الإقامة.

قام[37] بإجراء دراسة هدفت إلى التعرف على سمة القلق والصحة النفسية بين المسنين المقيمين بدور رعاية المسنين والمسنين المقيمين مع ذويهم، والتعرف على الفروق في متغيرات مكان الإقامة والفئة العمرية والنوع بين أفراد عينة الدراسة في مستوى القلق والصحة النفسية. تكونت العينة من (436) مسن ومسنة بواقع (222) مسن و(214) مسنة، أظهرت النتائج وجود فروق في مستوى القلق والصحة النفسية بين أفراد العينة تبعاً لمتغير مكان الإقامة لصالح المقيمين مع ذويهم حيث اظهروا مستوى متوسط من الصحة النفسية، وكذلك وجدت فروق وفقاً لمتغير الفئة العمرية وكانت الفروق لصالح الفئة العمرية من 71 فما فوق.

كما أورد[38] دراسة هدفت إلى معرفة آثار التقدم في العمر على الصحة النفسية للمسنين. تكونت العينة من (789) مسن ومسنة تراوحت أعمارهم ما بين (70–80) سنة. أظهرت النتائج أن مستوى الصحة النفسية كان متوسط، كما لم تظهر النتائج أي فروق في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير النوع (ذكور– إناث).

كما أجرى[39] دراسة هدفت إلى التعرف على واقع الصحة النفسية لدى المسنين المقيمين بدور الرعاية والمقيمين مع ذويهم وكذلك التعرف على الفروق بين أفراد العينة وفقاً لمتغيرات (النوع– الفئة العمرية– مكان الإقامة– المؤهلات العلمية– مكان السكن). تكونت العينة من (105) مسن ومسنة، استخدمت الدراسة قائمة كورنيل الجديدة (1986).

أظهرت النتائج أن أعراض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المسنين كانت متوسطة، وكانت أبرز الأعراض هي تلك المتعلقة بالحساسية ثم الغضب والتوتر وعدم الكفاية وأخيراً الاكتئاب وكانت لصالح الاناث .

كما أظهرت النتائج وجود فروق في متغير النوع (ذكور– إناث) على بعد الحساسية لصالح الإناث بينما لم تظهر فروق في الأبعاد الأخرى، كما لم تظهر فروق من حيث مكان الإقامة على جميع الأبعاد ما عدا بعد الغضب وكانت الفروق لصالح

المسنين المقيمين مع ذويهم وكذلك لم تظهر فروق من حيث الفئة العمرية على جميع الأبعاد ما عدال بعد القلق وكانت الفروق لصالح المسنين في الفئة العمرية من 65 فما فوق.

وأيضاً لم تظهر فروق من حيث الحالة الاجتماعية والمؤهلات العلمية ومكان السكن على جميع الأبعاد، ما عدا بعد الغضب وكانت الفروق لصالح المسنين الذين يسكنون القرى.

كما قام[40] م بدراسة هدفت الى التعرف على مستوى قلق الموت ومستوى الصحة النفسية لدى المسنين، لدى عينة من المسنين المقيمين بدار المسنين وأقرانهم المقيمين مع أسرهم. تكونت العينة من (80) مسن ومسنة بواقع (33) مقيمين بدار المسنين و (47) مقيمين مع أسرعهم. أظهرت النتائج تمتع عينة الدراسة بالكامل بمستوى متوسط من الصحة النفسية وكذلك لم تظهر النتائج أي فروق في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير مكان الإقامة.

هدفت دراسة[41] مصطفى (2016) الى التعرف على الصحة النفسية بدور رعاية المسنين. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي. تكونت العينة من 42 فردا بواقع 26 مسن، و 16 مسنة تم اختيارهم قصدياً، استخدم مقياس الصحة النفسية من اعداد الباحثة. اظهرت النتائج انخفاض الصحة النفسية لدى المسنين عموماً، كما اظهرت النتائجعدم وجود فروق دالة في مستوى الصحة النفسية وفق متغيرات النوع، الفئة العمرية ،المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية والصحية .

كما قام[42] بدراسة هدفت إلى التعرف على مستوى الصحة النفسية لدى المسنين المقيمين مع أسرهم والمسنين المقيمين بدار المسنين، إضافة إلى التعرف على الفروق في مستوى الصحة النفسية وأبعادها بين أفراد العينة. تكونت العينة من (80) مسن ومسنة. أظهرت النتائج أن المسنين بدار المسنين وكذلك المسنين المقيمين مع أسرهم يتمتعون بمستوى مستوط من الصحة النفسية. كما أظهرت النتائج وجود فروق بين المسنين المقيمين بدار المسنين والمقيمين مع أسرهم في الدرجة الكلية على مقياس الصحة النفسة، وكذلك وجدت فروق في مستوى الصحة النفسية بين المسنين المقيمين بدار المسنين والمقيمين مع أسرهم في أبعاد (الوسواس القهري والاكتئاب والقدرة) لصالح المقيمين مع اسرهم، ولم توجد فروق في أبعاد (الأعراض الجسمية والقلق والذهانية والبارانويا والحساسية التفاعلية والمخاوف المرضية).

– مناقشة الدراسات السابقة:

أن معظم الدراسات السابقة تناولت المنهج الوصفي وبذلك تتفق مع الدراسة الحالية. هدفت بعض الدراسات السابقة إلى التعرف على مستوى الصحة النفسية لدى المسنين المقيمين بدار الرعاية والمقيمين مع أسرهم كما في دراسةهيميلفارب(Himmelfarb 1984)، قناوي (1988)،يوسف ومبروك (2005)، بلان (2009)، كتلو والعرجا (2016)،محمد (2016)، مصطفى (2016)،ودراسة بن حليم (2018)، بينما هدفت الدراسات إلى التعرف على الفروق في متغيرات (مكان الاقامة، الفئة العمرية ،النوع)كدراسة هيميلفارب(Himmelfarb 1984)، عبد الفتاح (2004)،بلان

(2009)، كتلو والعرجا (2016)، ودراسةزايزنسكي ويكيت (Zauszniewski&Bekhet, 2012)، كما هدفت دراسة كامل (1991) الى التعرف على اثر الحرمان من الب يئة الطبيعية وعلاقة ذلك بالصحة النفسية، كما هدفت دراسة نيوجارتن (Neugarten, 1978) إلى التعرف على اثر التفاعل مع الأسرة والأصدقاء والعوامل البيئية على مستوى الصحة النفسية للمسنين ،وتتفق الدراسة الحالية في معظم أهدافها مع معظم هذه الدراسات.

– أجريت الدراسات السابقة على عينات من المسنين المقيمين بدار الرعاية والمقيمين مع أسرهم، كدراسة قناوي (1988)، احمد (1991)، يوسف ومبروك (2005)، بلان (2009)، كتلو والعرجا (2016)، محمد (2016)، ودراسة بن حليم (2018)، ومن الدراسات ما أجرى على مقيمين بدار رعاية المسنين فقط كدراسة عاشور (1987) ،عبد الفتاح (2004)، ودراسة مصطفى (2016) ،بينما أجريت دراسات أخرى على مسنين مقيمين مع أسرهم كدراسة نيوجارتن (Neugarten, 1978)، هيميلفارب (Himmelfarb 1984)، ودراسة زايزنسكي ويكيت (Zauszniewski&Bekhet, 2012)، بينما اعتمدت دراسة كامل (1991) على مسنات مقيمات بدور رعاية المسنينوتتفق الدراسة الحالية مع الدراسات التي استخدمت عينة المسنين، إلا أنها تتشابه مع الدراسات التي استخدمت المسنين المقيمين بدار الرعاية والمقيمين مع أسرهم كدراسة قناوي (1988)، احمد (1991)، بلان (2009)، كتلو والعرجا (2016)، محمد (2016)، ودراسة بن حليم (2018) ،

– أما حجم العينة فقد اختلف من دراسة إلى أخرى حيث كان أكبر حجم عينة (2051) في دراسة هيميلفارب(Himmelfarb 1984)، وأصغر حجم في دراسة كامل (1991) حيث بلغت (20) فقط.

– أسفرت نتائج الدراسات السابقة عن تمتع المسنين عامةً بمستوى متوسط من الصحة النفسية كدراسة قناوي (1988)، ودراسة زايزنسكي ويكيت (Zauszniewski&Bekhet, 2012)، بينما اشارت دراسات أخرى إلى انخفاض في مستوى الصحة النفسية كدراسة عاشور (1987) ،كامل (1991)، ودراسة مصطفى (2016)

كما اظهرت نتائج الدراساتوجود اختلاف في مستوى الصحة النفسية وفقاً لمتغير مكان الاقامة لصالح المقيمين مع اسرهم حيث اظهروا مستوى متوسط من الصحة النفسيةكدراسة بلان (2009)، ودراسة بن حليم (2018)، بينما اشارت دراسة محمد (2016)، كتلو والعرجا (2016) الى عدم وجود فروق في مستوى الصحة النفسية وفقا لمكان الاقامة الاعلى بعد الغضب وكانت الفروق لصالح المقيمين مع اسرهم .

كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق في مستوى الصحة النفسية وفقا للنوع (ذكور – إناث)، كدراسة هيميلفارب(Himmelfarb 1984)، ودراسة زايزنسكي ويكيت (Zauszniewski&Bekhet, 2012)، الا دراسة كتلو والعرجا (2016)التي وجدت فروق على بعد الحساسية لصالح الاناث .

واظهرت النتائج فروق بين افراد العينة وفقا للحالة الصحية والجسمية لصالح الحالة الصحية الجيدة حيث كانوا اكثر تمتع بالصحة النفسية وكان هذا في دراسة عاشور(1987)، ودراسة احمد (1999)،بينما لم تكن هناك فروق بين افراد العينة وفقا لمتغير الحالة الصحية والجسمية كما في دراسة بن حليم (2018) مصطفى (2016)

وكذلك أظهرت نتائج الدراسات السابقة وجود فروق في مستوى الصحة النفسية وفقا لمتغير الفئة العمرية وكانت الفروق للفئة العمرية الأكبر من 71 فما فوق وكان ذلك في دراسة بلان (2009)،أما في دراسة كتلو والعرجا (2016) فلم توجد فروق في كل أبعاد الصحة النفسية الا على بعد القلق وكانت الفروق لصالح عمر 65 فما فوق .

وكذلك لم تشر الدراسات الى وجود فروق بين المسنين وفق متغيرات المستوى التعليمي والحالة الاجتماعية ،إلا في دراسة يوسف و مبروك (2005) التي أشارت إلى تمتع ذوى المستوى التعليمي الأعلى بمستوى عال من الصحة النفسية .

– منهج الدراسة:

لمناسبة أهداف الدراسة استخدم المنهج الوصفي المقارن، وهو ذلك النوع من المناهج الذي يحاول فيه الباحثان استنتاج أسباب الفروق القائمة في حالة أو سلوك مجموعة من الأفراد، أي أن الباحث يلاحظ أن هناك فروقًا بين بعض المجموعات في متغير ما، ويحاول التعرف على العامل الرئيسي الذي أدى إلى هذا الاختلاف[43].

وحيث إن طبيعة الدراسة الحالية تتمثل في دراسة قلق الموت لدى عينة من المسنين المقيمين بدور المسنين والمقيمين مع اسرهم وبالتالي يرجح استخدام المنهج الوصفي المقارن في الدراسة الحالية للتعرف على الفروق بين المسنين المقيمين بدور المسنين والمقيمين مع اسرهم في متغيرات (النوع، الفئة العمرية، المستوى التعليمي)

– عينة الدراسة:

مجتمع الدراسة الحالية بالنسبة للمقيمين في دار رعاية المسنين مسه ببلدية الجبل الأخضر بلغ (39) بواقع (21) ذكوراً، (18) إناثا، وبعد استبعاد عدد(09) مسنين لظروفهم الصحية، أصبح العدد الإجمالي (30) مسناً، اختير من بينهم (28) مسن ومسنة بطريقة عشوائية بواقع (14) ذكور، (14) إناث، وذلك استنادا إلى معامل كريجسى ومرجان[44]وهو حجم العينة المناسبة عند مستويات مختلفة من مجتمع الدراسة.

علما بأن عينة الأفراد المقيمين في دار رعاية المسنين تم اختيارها بالطريقة العشوائية البسيطة، حيث لجميع أفراد مجتمع الدراسة فرصة متساوية ومستقلة لكي يدخلوا العينة، كما أن الاختيار العشوائي هو أفضل طريقة مفردة للحصول على عينة مماثلة، علما بأنه لا يوجد أسلوب للاختيار حتى الأسلوب العشوائي يضمن الحصول على عينة مماثلة، ولكن الاحتمال الأكبر أن يحقق هذا الأسلوب أفضل تمثيل عن الأساليب الأخرى، وثمة نقطة أخرى في صالح العينة العشوائية، وهى أنها ضرورية حتى تستخدم

الأساليب الإحصائية الاستدلالية، وهذا أمر مهم، لأن الإحصاء الاستدلالي يتيح للباحث أن يتوصل إلى استدلالات عن مجموعات البحوث، مستندا في ذلك إلى أسلوب العينات وخصائصها[45].

أما بالنسبة للمسنين المقيمين مع اسرهم والمسجلين بقسم الخدمات الضمانية ماسة تم اختيارهم بطريقة المزاوجة مع المقيمين في دار رعاية المسنين مسه في متغيرات (الفئة العمرية، النوع، المستوى التعليمي). حيث أصبح عدد أفراد العينة الإجمالي تبعا لذلك (56) فردا من المسنين المقيمين في دار رعاية المسنين والمسنين المقيمين مع أسرهم.

وفيما يلي عرض توضيحي لتوزيع أفراد العينة من حيث (الفئة العمرية والنوع والمستوى التعليمي):

أ.من حيث الفئة العمرية: تم اختيار عينة متجانسة من المسنين المقيمين مع أسرهم مع المسنين المقيمين بدور المسنين وذلك من حيث الفئة العمرية، إذ يقعون جميعا في مرحلة الشيخوخة وقد تراوحت أعمار أفرادها بين (65 – 79) عاماً، وذلك بمتوسط عمري قدره (78.75)، وانحراف معياري قدرة (7.1).

جدول (1) يوضح توزيع أفراد العينة وفقا للفئة العمرية

الفئة العمرية	المسنين المقيمين بدور الرعاية		المسنين المقيمين مع اسرهم		الإجمالي
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور
69-65	6	6	6	**6**	24
74 – 70	5	5	5	**5**	20
79 -75	3	3	3	**3**	12
الإجمالي	**14**	**14**	**14**	**14**	**56**

ب.من حيث المستوى التعليمي: تم اختيار عينة متجانسة من المسنين المقيمين مع أسرهم مع المسنين المقيمين بدور المسنين وذلك من حيث المستوى التعليمي.

جدول (2) يوضح توزيع أفراد العينة وفقا للمستوى التعليمي

المستوى التعليمي	المسنين المقيمين بدور الرعاية		المسنين المقيمين مع اسرهم		الإجمالي
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	
لا يقرأ ولا يكتب	6	5	5	5	**21**
اساسي	8	4	8	4	**24**
ثانوي	4	2	3	2	**11**
المجموع	**18**	**11**	**16**	**11**	**56**

ج.من حيث الحالة الاجتماعية: تم اختيار عينة متجانسة من المسنين المقيمين مع أسرهم مع المسنين المقيمين بدور المسنين وذلك من حيث الحالة الاجتماعية.

جدول (3) يوضح توزيع أفراد العينة وفقا للحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	المسنين المقيمين بدور الرعاية		المسنين المقيمين مع اسرهم		الإجمالي
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور
مطلق	5	5	5	**5**	20
ارمل	3	3	4	**3**	13
اعزب	6	6	6	**5**	23
الإجمالي	**14**	**14**	**14**	**14**	**56**

د.من حيث الحالة الصحية: تم اختيار عينة متجانسة من المسنين المقيمين مع أسرهم مع المسنين المقيمين بدور المسنين وذلك من حيث الحالة الصحية.

جدول (4) يوضح توزيع أفراد العينة وفقا للحالة الصحية

الحالة الصحية	المسنين المقيمين بدور الرعاية		المسنين المقيمين مع اسرهم		الإجمالي
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور
جيدة	5	5	5	**5**	20
متوسطة	**9**	**9**	**9**	**9**	36
الاجمالي	**14**	**14**	**14**	**14**	**56**

– اداة الدراسة:

اعتمدت الدراسة الالية على مقياس الصحة النفسية اعداد محمد (2016)يتكون المقياسمن (46) عبارة تتوزع على خمسة ابعاد هي:

جدول (5) يوضح توزيع فقرات المقياس على أبعاده

البعد	فقراته	عددها
الكفاءة والثقة بالنفس	10- 9- 8- 7- 6-5- 4- 3-2-1	10
التفاعل الاجتماعي	18 – 17 – 16 – 15 – 14 -13 – 12 – 11	8

النضج الانفعالي	19 – 20 – 21 – 22 – 23 – 24 – 25 – 26 -27	9
الخلومن الأمراض العصابية	28 -29- 30 – 31 – 32 – 33 – 34 – 35 – 36	9
البعد الإنسانيوالقيمي	37 -38 -39 – 40 – 41 – 42 – 43 – 44 – 45 – 46	10
الاجمالي		46

– تصحيح المقياس:

للإجابة(تنطبق على تماماً 5 – تنطبق على احياناً 4 –تنطبق على تماماً 3 – لاتنطبق على 2- لاتنطبق على ابدا1) ، وتعكس هذه الدرجات في حالة الاسئلة السلبية ،وتشير الدرجة المرتفعة الى التمتع بصحة نفسية عالية اما الدرجة المنخفضة تشير الى تدنى في مستوى الصحة النفسية.

جدول (6) يوضح عبارات المقياس السالبة والموجبة

اتجاه الفقرات	الفقرات
السالبة	35-34-33-32-31-30-29-28-27-24-22-21-14-10
الموجبة	-23-20-19-18-17-16-15-13-12-11-9-8-7-6-5-4-3-2-1 46 -45-44-43-42-41-40-39-38-37-36-26-25

– الخصائص السيكومترية الأصلية للمقياس:

اولاً–الصدق:

أ.صدق المحكمين:عرضت معدة المقياس الفقرات على (10) عشرة متخصصين في علم النفس والصحة النفسية حيث وصلت نسبة الاتفاق الى 89%

ب.الصدق البنائي:حيث وتراوحت معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس مابين 0.62 و 0. 79 وكانت دالة عند مستوى دلالة 0.5

ثانياً–الثبات:

أ.ألفاكرونباخ:تراوح مابين 0.67 و 0. 87 ومع الدرجة الكلية 0. 88

ب.التجزئة النصفية:قسمت الفقرات الى زوجي / فردى واحتساب معامل الارتباط بينهما ومن ثم استخدام معادلة سبيرمان براون التصحيحية حيث وصل معامل الارتباط بين الفقرات الفردية والزوجية0.83

– الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية:

اولاً–الصدق:

أ. **الصدق الظاهري:**

تم حسابه بتوزيع نسخ من المقياس على عشرة (10) من الأساتذة المتخصصين في علم النفس بجامعتي عمر المختار و بنغازي وقد حصل الباحثان على نسبة اتفاق تراوحت من (8– 10) من الأساتذة المحكمين، بنسبة مئوية تراوحت ما بين (80 – 100 %)، مع بعض التوضيحات في اتجاه توضيح المعنى.

ب. صدق الاتساق الداخلي:

يشير بعض المؤلفين ومنهم خليفة (2000) ومعمرية(2007) إلى أنه يمكن الاعتماد على معاملات الارتباط بين درجات المقياس ككل والدرجة الكلية لكل بعد، وكذلك معاملات الارتباط بين الدرجات الكليةللأبعادفيما بينها، واستناداً لذلك تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد مع الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية ، فضلاً عن ساب الارتباط بين الابعاد فيما بينها.

جدول (7) يوضح معاملات ارتباطالمقياس بأبعاده والابعاد فيما بينها

ابعاد المقياس	الكفاءة والثقة بالنفس	التفاعل الاجتماعي	النضج الانفعالي	الخلومن الأمراض العصابية	البعدالإنسانيوا لقيمي	الدرجة الكلية
الكفاءة والثقة بالنفس	--	0.52**	0.24*	0.22*	0.59**	0.65**
التفاعل الاجتماعي	0.52**	--	0.38*	0.29*	0.68**	0.69**
النضج الانفعالي	0.24*	0.38*	--	0.63*	0.35*	0.49**
الخلومن الأمراض العصابية	*0.36	0.42*	0.61*	--	0.28*	0.58**
البعدالإنسانيوالقيمي	0.59**	0.69**	0.35*	0.28	--	0.80**
الدرجة الكلية	0.65**	0.69**	0.49**	0.58**	0.80**	--

يتضح من الجدول (7) تمتع ابعاد مقياس الصحة النفسيةبمعاملات ارتباط قوية سواء مع الدرجة الكلية او ارتباطها مع بعضها البعض، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين الابعاد والدرجة الكلية للمقياس ما بين (0.65 – 0.80)وهي دالةإحصائياً عند مستوى دلالة(0.01)، أما بين الابعاد فيما بينها فتراوحت معاملات الارتباطما بين (0.22 -0.69) وهي كلها دالة إحصائيا عند مستوى (0.01)و (0.05)،مما يؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي

ج– الصدق التمييزي:

تم حساب الصدق التمييزي عن طريق اخذ اعلى الدرجات واقل الدرجات وبعد ذلك تم حساب دلالة الفروق باستخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين للكشف عن قدرة المقياس على التمييز بين المجموعتين (الدرجات العليا والدرجات الدنيا) في الصحة النفسية .

جدول (8) يوضح دلالة الفروق باستخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين

المجموعات	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجات الحرية	مستوى الدلالة
الدرجات الدنيا	15	145.93	7.99	-8.45	28	0.01
الدرجات العليا	15	180.33	13.59			

يتضح من الجدول (8) وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى دلالة(0.01)لصالح مجموعة الدرجات العليا مما يدل على قدرة المقياس على التمييز بين اعلى الدرجات على مقياس الصحة النفسية واقلها وهذا يدل على صدق المقياس وملائمته لما وضع لقياسه.

ثانياً– الثبات:

أ– طريقة ألفاكرونباخ والتجزئة النصفية:

تم حساب ثبات المقياس عن طريق حساب معامل الفاكرونباخ وطريقة التجزئة النصفية بطريق سيبرمان براون التصحيحية على العينة الكلية والجدول (9) يوضح ذلك:

جدول (9) يوضح ثبات المقياس باستخدام الفاكرونباخ والتجزئة النصفية للمقياس وأبعاده

ابعاد المقياس	فقراته	الفاكرونباخ	(التجزئة النصفية (سبيرمان براون	
			معامل ارتباط بيرسون	معادلة سبيرمان براون التصحيحية
الكفاءة والثقة بالنفس	1 - 10	0.67	0.47	0.59
التفاعل الاجتماعي	11 – 18	0.64	0.51	0.63
النضج الانفعالي	19 -27	0.58	0.45	0.58
الخلومن الأمراض العصابية	28 - 36	0.56	0.48	0.64
البعدالإنسانيوالقيمي	37-46	0.89	0.71	0.83

الدرجة الكلية	46 - 1	0.81	0.69	0.81

يتضح من الجدول (9) تمتعالمقياسبدة عالية من الثبات ن تراوحت بين (0.56، 0.89) باستخدام الفاكرونباخ، وبالنسبة للتجزئة النصفية للمقياس وأبعادهفقد تراوحت معاملات الثبات بين (0.58 – 0.83) باستخدام معادلة سبيرمان براون التصحيحية، هذا يدل على تمتعالمقياس بمستوى ثبات عال .

ب– ثبات الاتساق الداخلي:

تم حساب ثبات المقياس عن طريق ايجاد معاملات الارتباط بين درجات كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس.

جدول (10) يوضح معاملات الارتباط بين درجات كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس

الفقرة	الارتباط بالدرجة الكلية	مستوى المعنوية	الفقرة	الارتباط بالدرجة الكلية	مستوى المعنوية	الفقرة	الارتباط بالدرجة الكلية	مستوى المعنوية
1	0.26	0.01	16	0.80	0.01	31	0.18	0.05
2	0.46	0.01	17	0.38	0.01	32	0.24	0.05
3	0.50	0.01	18	0.26	0.01	33	0.23	0.05
4	0.50	0.01	19	0.45	0.01	34	0.22	0.05
5	0.55	0.01	20	0.21	0.05	35	0.20	0.05
6	0.57	0.01	21	0.21	0.05	36	0.30	0.01
7	0.43	0.01	22	0.21	0.01	37	0.71	0.01
8	0.44	0.01	23	0.45	0.01	38	0.68	0.01
9	0.93	0.01	24	-0.25	0.01	39	0.62	0.01
10	-0.22	0.05	25	0.25	0.01	40	0.76	0.01
11	0.53	0.01	26	0.22	0.01	41	0.62	0.01
12	0.55	0.01	27	0.21	0.01	42	0.63	0.01
13	0.52	0.01	28	-0.21	0.01	43	0.77	0.01
14	-0.41	0.01	29	0.17	0.01	44	0.69	0.01
15	0.60	0.01	30	0.19	0.01	45	0.76	0.01

				46	0.82	0.01

ومن الجدول(**10**) يتضح إن جميع قيم معاملات الارتباط بين درجات كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس كانت دالة ومرضية عند مستوى اقل من (0.01) و (0.05)مما يشير إلى ثباتالمقياس.

– الأساليب الإحصائية:

أعتمد الباحثان على الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) في المعالجات الإحصائية واستخراج نتائج الدراسة، وقد استعمل الوسائل الإحصائية الآتية:

– الاختبار التائي (t-test) لعينة واحدة.

– الاختبار التائي (t-test) لعينتين مستقلتين.

– تحليل التباين أحادي الاتجاه One Way ANOVA

– عرض نتائج الدراسة وتفسيرها:

1– نتائج الهدف الأول والذي ينص على معرفة مستوى الصحة النفسية لدى افراد العينة بصفة عامة.

جدول (11) قيمة اختبار (ت) ودلالته الإحصائية للفروق بين متوسط العينة والمتوسط الفرضي لمقياسالصحة النفسية

الابعاد	المتوسط الفرضي	متوسط العينة	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجات الحرية	مستوى الدلالة
الكفاءة والثقة بالنفس	30	40.56	3.80	20.59	55	0.01
التفاعل الاجتماعي	24	31.98	3.70	16.14	55	0.01
النضج الانفعالي	27	28.43	2.70	3.97	55	0.01
الخلومن الأمراض العصابية	27	20.75	7.48	-6.26	55	0.01
البعدالإنسانيوالقيمي	30	43.29	5.68	17.49	55	0.01
الدرجة الكلية	138	165.42	14.95	13.60	55	0.01

يتضح من جدول (11)ارتفاع متوسط العينة عن المتوسط الفرض للمقياس ومجالاته وهذا يدل على تمتع العينة بمستوى متوسط من الصحة النفسية اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة قناوي (1988)، ودراسة زايزنسكي ويكيت (Zauszniewski&Bekhet, 2012)، بينما اختلفت مع نتيجة دراسة عاشور (1987) ،كامل (1991)، ودراسة مصطفى (2016)، التي أشارت إلى انخفاض مستوى الصحة النفسية للمسنين عامة، ويفسر الباحثان هذه النتيجة بان المسنين

سواء بدار رعاية المسنين أو مع أسرهم يتلقون الدعم والمساندة الاجتماعية التي تحقق التكيف لهم والتوافق مع متطلبات مرحلة المسنين لذا كان مستوى الصحة النفسية لديهم مرتفعاً.

2– نتائج الهدف الثاني والذي ينص على التعرف على الفروق في الصحة النفسية بين المسنين المقيمين بدار المسنين والمسنين المقيمين مع اسرهم.

جدول (12) قيمة اختبار (ت)لعينتين مستقلتين ودلالته الإحصائية لدلالة الفروق بين متوسطات "عينة المسنين المقيمين بدار الرعاية والمقيمين مع اسرهم "في الدرجة على مقياس الصحة النفسية

المجموعات		العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجات الحرية	مستوى الدلالة
الكفاءة والثقة بالنفس	مقيمين بدار المسنين	28	41.52	4.18	2.48	54	0.01
	مقيمين مع اسرهم	28	39.20	2.69			
التفاعل الاجتماعي	مقيمين بدار المسنين	28	32.06	3.70	0.19	54	0.85
	مقيمين مع اسرهم	28	31.86	3.88			
النضج الانفعالي	مقيمين بدار المسنين	28	28.27	2.92	-0.46	54	0.63
	مقيمين مع اسرهم	28	28.62	2.38			
الخلومن الأمراض العصابية	مقيمين بدار المسنين	28	21.06	9.11	0.33	54	0.79
	مقيمين مع اسرهم	28	20.48	3.93			
البعدالإنسانيوالقيمي	مقيمين بدار المسنين	28	43.89	5.99	0.89	54	0.40
	مقيمين مع اسرهم	28	42.52	5.24			
الدرجة الكلية	مقيمين بدار المسنين	28	167.49	16.24	1.,218	54	0.23
	مقيمين مع اسرهم	28	162.67	12.69			

يتضح من جدول (12)عدم وجود فروق دالة احصائيا بين المسنين المقيمين بدار رعاية المسنين والمسنين المقيمين مع أسرهم على الدرجة الكلية وكل أبعاد مقياس الصحة النفسية إلا على بعد الكفاءة والثقة بالنفس حيث كانت الفروق لصالح المقيمين بدار رعاية المسنين، اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة مُحَمَّد (2016)، ودراسة كتلو والعرجا (2016) اللتان اشارتا إلى عدم وجود فروق في مستوى الصحة النفسية بين المسنين المقيمين بدار رعاية المسنين والمسنين المقيمين مع أسرهم الأعلى بعد واحد وهو بعد الغضب وكانت الفروق لصالح المقيمين مع أسرهم، واختلفت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة كدراسة بلان (2009)، ودراسة بن حليم (2018)التي أشارت إلى وجود فروق لصالح المقيمين مع أسرهم في كل أبعاد المقياس ومجالاته، حيث اظهروا مستوى متوسط من الصحة النفسية ، ويفسر الباحثان وجود فروق بين المسنين المقيمين بدار رعاية المسنين والمسنين المقيمين مع أسرهم على مجال الكفاءة والثقة بالنفس إلى أن اغلب المتواجدين بدار رعاية المسنين كانوا يتمتعون برعاية واهتمام عال، بل قد تفوق هذه المعاملة مما ولو كانوا داخل أسرهم وبالتالي جميعهم من ذوى الكفاءة الذاتية المرتفعة، ويفسر الباحثان هذه النتيجة كذلك بأن القائمين بدار رعاية المسنين يهتمون بتطبيق البرامج الإرشادية لتخفيف حدة التوتر والخوف لدى المسنين، كما أن المعاملة الحسنة بدار الوفاء للمسنين تبعث في نفوس المسنين الراحة والطمأنينة، تماما كما ولو كانوا مع أسرهم، كما أن العلاقات الاجتماعية داخل دار المسنين تتشابه إلى حد ما مع العلاقات الطبيعية التي يتميز بها المسنين المقيمين مع أسرهم إضافة إلى أن دار الوفاة للمسنين تضع المسنين في الجو العادي والطبيعي خصوصاً في المناسبات الاجتماعية والأعياد وهذه بدورها تبعث الراحة والسعادة في نفوس المسنين.

3– نتائج الهدف الثالث والذي ينص على التعرف على الفروق في الصحة النفسية بين عينة المسنين المقيمين بدور المسنين والمقيمين مع اسرهم وفقاً لمتغير النوع.

جدول (13) قيمة اختبار (ت)لعينتين مستقلتين ودلالته الإحصائية لدلالة الفروق بين متوسطات "عينة المسنين المقيمين بدار الرعاية والمقيمين مع اسرهم "في الدرجة على مقياس الصحة النفسية وفقا لمتغير النوع

المجموعات		العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجات الحرية	مستوى الدلالة
الكفاءة والثقة بالنفس	ذكور	28	40.36	4.13	-1.05	54	0.30
	إناث	28	41.11	3.43			
التفاعل الاجتماعي	ذكور	28	31.93	3.55	-0.10	54	0.92
	إناث	28	32.04	3.91			

النضج الانفعالي	ذكور	28	28.96	2.27	1.50	54	0.14
	إناث	28	27.89	3.01			
الخلومن الأمراض العصابية	ذكور	28	20.57	4.59	-0.17	54	0.86
	إناث	28	20.93	9.63			
البعدالإنسانيوالقيمي	ذكور	28	42.75	5.59	-0.70	54	0.49
	إناث	28	43.82	5.83			
الدرجة الكلية	ذكور	28	164.25	12.72	-0.58	54	0.56
	اناث	28	166.63	17.12			

يتضح من جدول (13) عدم وجود فروق بين المسنين المقيمين بدار الرعاية والمقيمين مع أسرهم "في الدرجة على مقياس الصحة النفسيةومجالاتهوفقا لمتغير النوع، اتفقت هذه النتيجة مع دراسة هيميلفارب(Himmelfarb 1984)، ودراسة زايزنسكي ويكيت (Zauszniewski&Bekhet, 2012)، واتفقت كذلك مع دراسة كتلو والعرجا (2016) إلا على بعد الحساسية حيث كانت الفروق لصالح الإناث، ويفسر الباحثان هذه النتيجة بالمعاملة الحسنة والمتوافقة التي يتلقاها المسنين من النوعين (ذكور – إناث)

3– نتائج الهدف الثالث والذي ينص على التعرف على الفروق في الصحة النفسية بين عينة المسنين المقيمين بدور المسنين والمقيمين مع اسرهم وفقاً لمتغير الحالة الصحية والجسمية

جدول (14) قيمة اختبار (ت)لعينتين مستقلتين ودلالته الإحصائية لدلالة الفروق بين متوسطات "عينة المسنين المقيمين بدار الرعاية والمقيمين مع اسرهم "في الدرجة على مقياس الصحة النفسية وفقا لمتغير الصحة النفسية

المجموعات		العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجات الحرية	مستوى الدلالة
الكفاءة والثقة بالنفس	متوسطة	20	39.32	3.79	-1.80	54	0.04
	جيدة	36	41.22	3.70			
التفاعل الاجتماعي	متوسطة	20	30.75	3.88	-1.84	54	0.04
	جيدة	36	32.67	3.46			
النضج الانفعالي	متوسطة	20	28.1	2.27	-0.95	54	0.35
	جيدة	36	28.67	2.91			
الخلومن الأمراض العصابية	متوسطة	20	19.95	3.71	-0.73	54	0.47
	جيدة	36	21.19	8.93			
البعدالإنسانيوالقيمي	متوسطة	20	40.10	5.23	-3.41	54	0.05
	جيدة	36	45.06	5.19			
الدرجة الكلية	متوسطة	20	159.1	12.19	-2.59	54	0.01
	جيدة	36	168.8	15.30			

يتضح من جدول (14) وجود فروق دالة احصائيا المسنين المقيمين بدور المسنين والمقيمين مع اسرهم وفقاً لمتغير الحالة الصحية والجسمية على الدرجة الكلية وعلى الابعاد (الكفاءة والثقة بالنفس و التفاعل الاجتماعي و البعد الإنساني والقيمي)، وكانت الفروق لصالح الحالة الصحية الجيدة، بينما لم تكن هناك فروق على بعدى (النضج الانفعالي والخلو من الامراض العصبية)، اتفقت هذه النتيجة مع دراسة عاشور(1987)، ودراسة احمد (1999)التي أظهرت فروق بين أفراد العينة

وفقا للحالة الصحية والجسمية لصالح الحالة الصحية الجيدة حيث كانوا اكثر تمتع بالصحة النفسية،بينمااختلفت هذه النتيجة مع دراسة بن حليم (2018)، ودراسة مصطفى (2016) التي لم تظهر فروق بين افراد العينة وفقا لمتغير الحالة الصحية والجسمية .

ويفسر الباحثان هذه النتيجة بان ذوى الصحة الجسمية الجيدة يشعرون بالأفضلية والشعور بالسعادة والطمأنينة والتوافق مع الظروف المتغيرة معتبرين انهم افضل من غيرهم من المسنين المقيمين معهد بدار المسنين من ذوى الحالة الصحية والجسمية المتوسطة، اما عن عدم وجود فروق في مجالي النضج الانفعالي والخلو من الامراض العصابية راجع الى تمتع كل المسنين بغض النظر عن حالتهم الصحية والجسمية بنفس المستوى من الاهتمام .

4- نتائج الهدف الرابع والذي ينص على التعرف على الفروق في الصحة النفسية بين عينة المسنين المقيمين بدور المسنين والمقيمين مع اسرهم وفقاً لمتغير الفئة العمرية.

جدول (15) نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه للتعرف علىاثر الفئة العمرية فيمستوى الصحة النفسية لدى (المسنين المقيمين بدور المسنين والمقيمين مع اسرهم)

مصدر التباين		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى المعنوية
الكفاءة والثقة بالنفس	بين المجموعات	25.698	2	12.849	0.88	0.42
	داخل المجموعات	755.830	53	12.535		
	الكلي	781.527	55			
التفاعل الاجتماعي	بين المجموعات	36.732	2	18.366	1359	0.27
	داخل المجموعات	716.250	53	13.514		
	الكلي	752.982	55			
النضج الانفعالي	بين المجموعات	6.639	2	3.320	0.45	0.64
	داخل المجموعات	393.075	53	7.417		
	الكلي	399.714	55			
الخلومن الأمراض العصابية	بين المجموعات	125.492	2	62.746	1.13	0.33
	داخل المجموعات	2949.008	53	55.642		
	الكلي	3074.500	55			

البعدالإنسانيوالقيمي	بين المجموعات	121.854	2	60.927	1.95	0.15
	داخل المجموعات	1655.575	53	31.237		
	الكلي	1777.429	55			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	456.08	2	228.04	1.02	0.37
	داخل المجموعات	11613.30	53	223.33		
	الكلي	12069.38	55			

يتضح من جدول (15) عدم وجود فروق بين المسنين المقيمين بدار الرعاية والمقيمين مع أسرهم "في الدرجة على مقياس الصحة النفسية ومجالاته وفقا لمتغير الفئة العمرية ، اتفقت هذه النتيجة مع دراسة كتلو والعرجا (2016)التي أشارت إلى عدم وجود فروق على مقياس الصحة النفسية كل أبعاد الصحة النفسية ولكنها اختلفت معها في وجود فروق دالة على بعد القلق وكانت الفروق لصالح عمر 65 فما فوق، واختلفت هذه النتيجة كذلك مع دراسة بلان (2009)التي أشارت بوجود فروق في مستوى الصحة النفسية وفقا لمتغير الفئة لصالح الفئة العمرية الأكبر من 71 فما فوق، ويرجع الباحثان عدم وجود فروق بين المسنين المقيمين بدار الرعاية والمقيمين مع أسرهم في مستوى الصحة النفسية وفقاً لمتغير الفئة العمرية إلى أن التقدم في العمر يحتم على المسنين التكيف مع التغيرات الجسمية والعقلية، وكذلك توقع المزيد من التغيرات، كما أن العبادات والاتجاه إلى الله تعالى من شأنها أن تعمق مفهوم الصحة النفسية، وإكساب المسنين نوعا من الراحة والاطمئنان .

5- نتائج الهدف الخامس والذي ينص على التعرف على الفروق في الصحة النفسية بين عينة المسنين المقيمين بدور المسنين والمقيمين مع اسرهم وفقاً لمتغير المستوى التعليمي.

جدول (16) نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه للتعرف علىاثر المستوى التعليمي فيمستوى الصحة النفسية لدى (المسنين المقيمين بدور المسنين والمقيمين مع اسرهم)

مصدر التباين		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى المعنوية
الكفاءة والثقة بالنفس	بين المجموعات	15.270	2	0.940	0.063	0.94
	داخل المجموعات	737.712	53	14.993		
	الكلي	752.982	55			
التفاعل الاجتماعي	بين المجموعات	1.880	2	7.635	0.549	0.58

		13.919	53	779.647	داخل المجموعات	
			55	781.527	الكلي	
0.59	0.533	3.941	2	7.881	بين المجموعات	النضج الانفعالي
		7.393	53	391.833	داخل المجموعات	
			55	399.714	الكلي	
0.40	0.931	52.199	2	104.399	بين المجموعات	الخلومن الأمراض العصابية
		56.040	53	2970.101	داخل المجموعات	
			55	3074.500	الكلي	
0.95	0.048	1.610	2	3.221	بين المجموعات	البعدالإنسانيوالقيمي
		33.476	53	1774.208	داخل المجموعات	
			55	1777.429	الكلي	
0.79	0.234	53.782	2	107.564	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		230.035	53	11961.817	داخل المجموعات	
			55	12069.382	الكلي	

يتضح من جدول (16) عدم وجود فروق بين المسنين المقيمين بدار الرعاية والمقيمين مع أسرهم "في الدرجة على مقياس الصحة النفسية ومجالاته وفقا لمتغير المستوى التعليمي، اختلفت هذ النتيجة مع دراسة يوسف و مبروك (2005) التي اشارت الى تمتع ذوى المستوى التعليمي الاعلى بمستوى عال من الصحة النفسية، ويفسر الباحثان هذه النتيجة بان عدم وجود فروق بين المسنين المقيمين بدار الرعاية والمقيمين مع اسرهم سواء اكانوا متعلمين او غير متعلمين يرجع الى توفر الصحة النفسية للمسنين بكل جوانبها ليس بالضرورة ان يرتبط بمستوى التعليم، وذلك لان الصحة النفسية حالة نفسية داخلية يشعر فيها الافراد بالرضا والتوافق والسعادة، كما ان عدم ارتباط الصحة النفسية بالمستوى التعليمي لايمنع ان يكون التعليم عامل مهم ومؤثر في شخصيات الافراد، فالأفراد المتعلمين يختلفون عن غير المتعلمين في الخصائص والاتجاهات والميول.

– التوصيات والمقترحات:

أ– التوصيات:

من خلال النتائج التي توصلت إليها الدراسة، فإن الباحثان يوصيان بالآتي:

1– على الدولة تقديم الدعم المادي الكافي الذي يوفر لفئة المسنين حياة كريمة سواء المحالين على التقاعد أم الذين لا يملكون راتبا تقاعديا، فهذا يساهم في شعورهم بالرضا وأنهم ليسوا عالة على أسرهم مما ينعكس على ذاتهم بالاتجاه الإيجابي.

2– ضرورة الاهتمام بالجانب الصحي لفئة المسنين وتوفير الأدوية لذوي الأمراض المزمنة وبخاصة المقيمين منهم في دور الدولة، فهذا أحد العوامل التي تساهم في رفع معنوياتهم وهذا من شأنه ان يساهم في مدى تقديرهم لذواتهم.

3– القيام بالزيارات الميدانية المتكررة لدار رعاية المسنين من قبل المسؤولين والجهات ذات العلاقة للاطلاع على واقع الرعاية المقدمة والعمل على سد الاحتياجات الضرورية.

4– العمل على إنشاء أندية ترفيهية خاصة بالمسنين تساعدهم في توسيع شبكة علاقاتهم الاجتماعية وشغل أوقات فراغهم وتساعدهم في استمرار ارتباطهم بالحياة.

5– إعداد كوادر متخصصة في رعاية المسنين من خلال الاهتمام بمرحلة الشيخوخة في أقسام علم النفس والاجتماع والخدمة الاجتماعية في كليات الآداب ومعاهد الخدمة الاجتماعية، وتنظيم دورات تدريبية مستمرة للعاملين في مجال رعاية المسنين ليتفهموا طبيعة الخصائص النفسية لهذه المرحلة العمرية.

6– القيام بسفرات ترفيهية بين الحين والآخر لكبار السن المقيمين في دور الدولة، فذلك يساعد في الترويح عن النفس وخفض درجة الشعور بالاكتئاب الناجم عن العزلة الاجتماعية.

8– ويرى الباحثان ضرورة إقامة ورش خاصة يمارس فيها المسنين المقيمون في دور الدولة هواياتهم ونشاطاتهم.

ب– المقترحات:

1– ويقترح الباحثان أجراء المزيد من الدراسات المتعلقة بهذه المرحلة العمرية من أجل تحسين الصحة النفسيةلدى هذه الشريحة الاجتماعية .

2– استحداث برامج تربوية وإرشادية تتأتى أساساً من الدراسات والبحوث في هذا المجال من أجل التخفيف من وطأة وشدة الأعراض الاكتئابية والنفسية التي يتعرض لها المسنون .

هوامش البحث

1- كتلو، كامل حسن(2009). نوعية الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طلبة جامعة الخليل. مجلد المؤتمر الإقليمي الاول لقسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس، ص 119 – 151 .

2- الخالدى، اديب (2001). الصحة النفسية. غريان – ليبيا. المكتبة الجامعية .

3- على، خديجة حمو (2012). علاقة الشعور بالوحدة النفسية بالاكتئاب لدى المسنين المقيمين بدور العزة والمقيمين مع ذويهم "دراسة مقارنة "، معهد علم النفس وعلوم التربية، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية – جامعة الجزائر.

4- عبدالمعطى، حسن مصطفى (2005). سيكولوجية المسنين. القاهرة. زهراء الشرق .

5- قناوي، هدى أحمد (1988). سيكولوجية المسنين، القاهرة، مركز التنمية البشرية والمعلومات.

6-على، خديجة حمو (2012). علاقة الشعور بالوحدة النفسية بالاكتئاب لدى المسنين المقيمين بدور العزة والمقيمين مع ذويهم "دراسة مقارنة "، معهد علم النفس وعلوم التربية، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية – جامعة الجزائر.

7- إسماعيل، عزت سيد (1983). الشيخوخة، اسبابها ومضاعفاتها. الكويت. وكالة المطبوعات، ص553.

8- خليفة، عبد اللطيف مُحَمَّد (1996).دراسات في سيكولوجية المسنين. القاهرة . دار غريب للطباعة والنشر.

9- الزراد، فيصل مُحَمَّد (2003). الرعاية الأسرية للمسنين في دولة الأمارات العربية المتحدة. دراسة نفسية اجتماعية ميدانية في أمارة أبو ظبي. مركز الأمارات للدراسات والبحوث الاستراتيجية ص23.

10-محمود، عادل مُحَمَّد و ابراهيم، فاطمة مُحَمَّد (2000). الاغتراب لدى كبار السن من المقيمين داخل دور المسنين وخارجها. مجلة بحوث، كلية الآداب، جامعة المنوفية. ع (42) – يوليو، ص309.

11- إسماعيل، عزت سيد (1983). الشيخوخة، اسبابها ومضاعفاتها. الكويت. وكالة المطبوعات.

12-غانم، مُحَمَّد حسن (2002). المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتهابالشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب للمسنين والمسنات المقيمين في دور الايواء. رسالة ماجستير (غير منشورة)،كلية الآداب، جامعة الخرطوم .

13- زهران، حامد عبدالسلام (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط4. القاهرة. عالم الكتب، ص9.

14- العيسوي، عبد الرحمن (1990). اضطرابات الشيخوخة وعلاجها بيروت. دار النهضة العربية ص15.

15- الشعراوي، مروة فتحي عوض (2008). تقدير الذات وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى المسنين (دراسة ميدانية) رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية البنات، جامعة القاهرة، ص14.

16- قناوي، هدى أحمد (1988). سيكولوجية المسنين، القاهرة، مركز التنمية البشرية والمعلومات ص36.

17-أبو المعاطي، ماهر (2002). الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين، القاهرة، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، جامعة حلوان، ص223.

18- زهران، حامد عبدالسلام (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط4. القاهرة. عالم الكتب .

19- القريطى، عبدالمطلب امين (2003).في الصحة النفسية .ط3. القاهرة. دار الفكر العربي.

20- الكفافي، علاء الدين (1997). الصحة النفسية. ط4. القاهرة. دار هجر للطباعة والنشر.

21-عبدالله، محمد قاسم (2014). التسويف وعلاقته با لصحة النفسية لدى الأطفال المراهقين " دراسة ميدانية في مدينة حلب". مجلة الطفولة العربية . ع (56)، ص 58 – 85، ص62.

22- القريطى، عبدالمطلب امين (2003).في الصحة النفسية .ط3. القاهرة. دار الفكر العربي، ص28.

23- كتلو، كامل حسن(2009). نوعية الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طلبة جامعة الخليل. مجلد المؤتمر الإقليمي الاول لقسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس، ص 119 – 151 .

24- زهران، حامد عبدالسلام (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط4. القاهرة. عالم الكتب .

25- زهران، حامد عبدالسلام (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط4. القاهرة. عالم الكتب .

26- ربيع، محمد شحاتة (2000). اصول الصحة النفسية. القاهرة .مؤسسة نبيل للطباعة .

27-القذافي، محمد رمضان (1998). الصحة النفسية والتوافق. ط3. الاسكندرية. المكتب الجامعي الحديث .

28-عبدالعزيز، مفتاح محمد (2001). الصحة النفسية والعقلية " نظرة معاصرة لنماذج من الاضطرابات النفسية والمعرفية والانحرافات السلوكية والتربوية. بنغازي – ليبيا. دار المعرفة الجامعية للطباعة والنشر، ص294.

29-عبدالعزيز، مفتاح محمد (2001). الصحة النفسية والعقلية " نظرة معاصرة لنماذج من الاضطرابات النفسية والمعرفية والانحرافات السلوكية والتربوية. بنغازي – ليبيا. دار المعرفة الجامعية للطباعة والنشر، ص294.

30- عبدالمعطى، حسن مصطفى (2005). سيكولوجية المسنين. القاهرة. زهراء الشرق، ص29.

31- الجبوري، سيف محمد (2009). صورة الذات وعلاقتها بالاضطرابات النفسية"الاكتئاب، القلق من الموت، الأفكار الو سواسية "دى كبار السن. رسالة دكتوراه (غير منشورة). قسم الارشاد النفسي، كلية التربية، الجامعة المستنصرية ، ص118.

32- عاشور، عبدالمنعم (1987). سيكولوجية المسنين. مجلة البحوث والدراسات النفسية. ع (1)، ص 65 – 85 .

33- قناوي، هدى أحمد (1988). سيكولوجية المسنين، القاهرة، مركز التنمية البشرية والمعلومات.

34-كامل، احمد سعيد (1999). الحرمان من البيئة الطبيعية وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنات بدور الرعاية الخاصة. مجلة دراسات نفسية، ع (41)، ص 571 – 640 .

35-عبدالفتاح، احمد (2004). الفروق بين الاضطرابات النفسية لدى هينة من المسنين المقيمين بور الرعايتي في ضوء اختلاف الظروف الخاصة بهم. رسالة ماجستير (غير منشورة). كلية التربية – جامعة القاهرة.

36-يوسف، جمعة سيد و مبروك عزة عبدالكريم (2006). محدداتالصحة الجسمية والنفسية لكبار السن. مجلة دراسات عربية فى علم النفس مج (4)، (4)، ص 11 - 83.

37-بلان،كمال يوسف (2009). دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية أو مع اسرهم "دراسة ميدانية لدى عينة من المسنين في محافظات- دمشق وريفها وحمص واللاذقية. ملة امعة دمشق. مج (25)، ع (2)، ص ص 15 – 47 .

38- Zauszniewski,J; &Bekhet,A) (2012). (Mentalhealth of Eldrsin Retirement communities :IsL one liness Okey factor? Sciveres Science direct , V)55 (,)1(,pp. 212 – 234.

39-كتلو، كامل حسن و العرجا، ناهدة (2016). الصحة النفسية لدى المسنين الفلسطينيين " دراسة ميدانية لواقع الصحة النفسية لدى المسنين الفلسطينيين في بيوت المسنين ونوادي المسنين وفى البيوت في محافظة بيت لحم. المجلة الاردنية للعلوم الاجتماعية. مج (9). ع (2)، ص 175-198.

40- مُحَمَّد، اريج خليل (2016). قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين " دراسة مقارنة بين المسنين القائمين بدور المسنين واقرانهم العاديين " رسالة ماجستير (غير منشورة). قسم علم النفس، كلية التربية، الجامعة الاسلامية – غزة .

41-مصطفى، مروة عثمان (2016). الصحة النفسية بدور الايواء بولاية الخرطوم وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير(غير منشورة). قسم علم النفس، كلية الدراسات العليا والبحث العلمي، جامعة الرباط الوطني – الجزائر.

42-بن حليم، اسلام (2018). الصحة النفسية لدى المسنين المقيمين بدور العجزة والمقيمين مع ذويهم "دراسة مقارنة ". مجلة العلوم التربوية والاجتماعية. مج (5)، ع(11)، ص ص 493 – 505.

43- أبو علام، رجاء محمود (2010). مناهج البحث في العوامل النفسية والتربوية. القاهرة، دار النشر للجامعات.

44- Krejcie, Robert. V. & Morgan, Daryle. W; (1970). Determining sample size for research activities educational and psychological measurement, 30, pp. 607-610.

45- جاي (1993). مهارات البحث التربوي، ترجمة جابر عبد الحميد جابر،، القاهرة. دار النهضة العربي ة، 112.

قائمة المراجع

1-أبو المعاطي، ماهر (2002). الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين، القاهرة، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، جامعة حلوان.

2- أبو علام، رجاء محمود (2010). مناهج البحث في العوامل النفسية والتربوية. القاهرة، دار النشر للجامعات.

3- إسماعيل، عزت سيد (1983). الشيخوخة، اسبابها ومضاعفاتها. الكويت. وكالة المطبوعات.

4- الجبوري، سيف مُحَمَّد (2009). صورة الذات وعلاقتها بالاضطرابات النفسية"الاكتئاب، القلق من الموت، الأفكار الو سواسية "دى كبار السن. رسالة دكتوراه (غير منشورة). قسم الارشاد النفسي، كلية التربية، الجامعة المستنصرية.

5- الخالدي، أديب (2001). الصحة النفسية. غريان – ليبيا. المكتبة الجامعية .

6- الزراد، فيصل مُحَمَّد (2003). الرعاية الأسرية للمسنين في دولة الأمارات العربية المتحدة. دراسة نفسية اجتماعية ميدانية في أمارة أبو ظبي. مركز الأمارات للدراسات والبحوث الاستراتيجية.

7- الشعراوي، مروة فتحي عوض (2008). تقدير الذات وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى المسنين (دراسة ميدانية) رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية البنات، جامعة القاهرة

8- العيسوي، عبد الرحمن (1990). اضطرابات الشيخوخة وعلاجها بيروت. دار النهضة العربية.

9-القذافي، مُحَمَّد رمضان (1998). الصحة النفسية والتوافق. ط3. الاسكندرية. المكتب الجامعي الحديث .

10- القريطى، عبد المطلب أمين (2003).في الصحة النفسية .ط3. القاهرة. دار الفكر العربي.

11- الكفافى، علاء الدين (1997). الصحة النفسية. ط4. القاهرة. دار هجر للطباعة والنشر .

12-بلان،كمال يوسف (2009). دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية أو مع اسرهم "دراسة ميدانية لدى عينة من المسنين في محافظات– دمشق وريفها وحمص واللاذقية. ملة امعة دمشق. مج (25)، ع (2)، ص 15 – 47 .

13-بن حليم، اسلام (2018). الصحة النفسية لدى المسنين المقيمين بدور العجزة والمقيمين مع ذويهم "دراسة مقارنة ". مجلة العلوم التربوية والاجتماعية. مج (5)، ع(11)، ص ص 493 – 505.

14- جاي (1993). مهارات البحث التربوي، ترجمة جابر عبد الحميد جابر،، القاهرة. دار النهضة العربية

15- خليفة، عبد اللطيف مُحَمَّد (1996).دراسات في سيكولوجية المسنين. القاهرة . دار غريب للطباعة والنشر.

16-خليفة، مرفت حبيب (2007). دراسة مقارنة في الأعراض السيكوسوماتية والتوجه الزماني بين المسنين بدور الرعاية والمقيمين مع ذويهم. رسالة ماجستير (غير منشورة). قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس

17- ربيع، مُحَمَّد شحاتة (2000). اصول الصحة النفسية. القاهرة .مؤسسة نبيل للطباعة .

18- زهران، حامد عبدالسلام (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط4. القاهرة. عالم الكتب .

19- عاشور، عبدالمنعم (1987). سيكولوجية المسنين. مجلة البحوث والدراسات النفسية. ع (1)، ص 65 – 85 .

20- عبدالمعطى، حسن مصطفى (2005). سيكولوجية المسنين. القاهرة. زهراء الشرق .

21-عبدالعزيز، مفتاح مُحَّد (2001). الصحة النفسية والعقلية " نظرة معاصرة لنماذج من الاضطرابات النفسية والمعرفية والانحرافات السلوكية والتربوية. بنغازي – ليبيا. دار المعرفة الجامعية للطباعة والنشر .

22-عبدالفتاح، احمد (2004). الفروق بين الاضطرابات النفسية لدى هينة من المسنين المقيمين بور الرعايتي في ضوء اختلاف الظروف الخاصة بهم. رسالة ماجستير (غير منشورة). كلية التربية – جامعة القاهرة.

23-عبدالله، مُحَّد قاسم (2014). التسويف وعلاقته با لصحة النفسية لدى الاطفال المراهقين " دراسة ميدانية في مدينة حلب". مجلة الطفولة العربية . ع (56)، ص 58 – 85

24-على، خديجة حمو (2012). علاقة الشعور بالوحدة النفسية بالاكتئاب لدى المسنين المقيمين بدور العزة والمقيمين مع ذويهم "دراسة مقارنة "، معهد علم النفس وعلوم التربية، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية – جامعة الجزائر.

25-غانم، مُحَّد حسن (2002). المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتهابالشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب للمسنين والمسنات المقيمين في دور الإيواء. رسالة ماجستير (غير منشورة)،كلية الآداب، جامعة الخرطوم .

26- قناوي، هدى أحمد (1988).سيكولوجية المسنين، القاهرة، مركز التنمية البشرية والمعلومات.

27- كتلو، كامل حسن و العرجا، ناهدة (2016). الصحة النفسية لدى المسنين الفلسطينيين " دراسة ميدانية لواقع الصحة النفسية لدى المسنين الفلسطينيين فى بيوت المسنين ونوادى المسنين وفى البيوت في محافظة بيت لحم. المجلة الاردنية للعلوم الاجتماعية. مج (9). ع (2)، ص ص 175-198.

28-كتلو، كامل حسن(2009). نوعية الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طلبة جامعة الخليل. مجلد المؤتمر الإقليمي الاول لقسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس، ص 119 – 151 .

29-كامل، احمد سعيد (1999). الحرمان من البيئة الطبيعية وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنات بدور الرعاية الخاصة. مجلة دراسات نفسية، ع (41)، ص 571 – 640 .

30- مُحَّد، اريج خليل (2016). قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين " دراسة مقارنة بين المسنين القائمين بدور المسنين واقرانهم العاديين " رسالة ماجستير (غير منشورة). قسم علم النفس، كلية التربية، الجامعة الاسلامية – غزة .

31-محمود، عادل مُحَّد و ابراهيم، فاطمة مُحَّد (2000). الاغتراب لدى كبار السن من المقيمين داخل دور المسنين وخارجها. مجلة بحوث، كلية الآداب، جامعة المنوفية. ع (42) – يوليو .

32-مصطفى، مروة عثمان (2016). الصحة النفسية بدور الايواء بولاية الخرطوم وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير(غير منشورة). قسم علم النفس، كلية الدراسات العليا والبحث العلمي، جامعة الرباط الوطني – الجزائر.

33- معمرية، بشير (2007). القياس النفسي وتصميم أدواته للطلاب والباحثين في علم النفس والتربية، سلسلة دراسات. الجزائر. منشورات الحبر .

34-يوسف، جمعة سيد و مبروك عزة عبدالكريم (2006). محدداتالصحة الجسمية والنفسية لكبار السن. مجلة دراسات عربية فى علم النفس مج (4)، (4)، ص ص 11 - 83.

35- Krejcie, Robert. V. & Morgan, Daryle. W; (1970). Determining sample size for research activities educational and psychological measurement, 30, pp. 607-610.

36 - Zauszniewski,J; &Bekhet,A). 2012 (Mentalhealth of Eldrsin Retirement communities :IsL one lines Okey factor? Sciveres Science direct , V)55 (,)1(,pp. 212 – 234.