



عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

المُساندة الاجتماعيّة وعلاقتها بقلق الموت لدى المُسنّين المُسجلّين في
وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس

سوزان محمد عبدالله أبو هلال

رسالة ماجستير

فلسطين — القدس

1434هـ/2013م

المُساندة الاجتماعيّة وعلاقتها بقلق الموت لدى المُسنّين المُسجلّين في
وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس

إعداد:

سوزان محمد عبدالله أبو هلال

بكالوريوس خدمة اجتماعية من جامعة بيت لحم – فلسطين

إشراف الدكتور: عمر الريماوي.

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الإرشاد النفسيّ
والتربويّ من عمادة الدراسات العليا/ كلية العلوم التربوية/ جامعة القدس

1434هـ/2013م



جامعة القدس

عمادة الدراسات العليا

كلية العلوم التربوية/ قسم الإرشاد النفسي والتربوي

إجازة الرسالة

المُساندة الاجتماعية وعلاقتها بقلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية
الفلسطينية في محافظة القدس

اسم الطالبة: سوزان محمد عبدالله أبوهلال.

الرقم الجامعي: 21011898

إشراف: د. عمر الريماوي

نُوقِشت هذه الرسالة وأُجيزت بتاريخ 4 / 7 / 2013 من لجنة المناقشة المُدرجة أسمائهم
وتوقيعاتهم:

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

التوقيع:

1. رئيس اللجنة : د. عمر الريماوي

التوقيع:

2. ممتحناً داخلياً: د. محسن عدس

التوقيع:

3. ممتحناً خارجياً: د. محمد شاهين

القدس/ فلسطين

1434هـ-2013م

الإهداء

إلى أسرتي الصغيرة زوجي الشريك الحقيقي الداعم، والمُساند في كل قرار وخطوة، وأبنائي الذين أحاول تشريبهم خصائص اجتماعية تساندُهم في حياتهم، وتكون لهم مبادئ أساسها الرحمة.....

إلى أسرتي الأصل والدي ووالدتي جذر الرحمة في عائلتنا ومنبع الحنان والأمان الذي يروي حياتنا في ظل جفاف هذا المجتمع

إلى أخي وأخواتي.... رفاق الدرب، شركاء الفرح والحزن، عناصر مشهدي اليومي بكم تكتمل بسمتي ورضاي.....

إلى حماتي.... أنا الأكثر حظاً ببصمتك في حياتي ... بتشجيعك لي والشّدّ على يدي لإكمال مسيرتي التعليميّة ... فما كنت لأُجح بالتوفيق بين التزاماتي لولا إحقاقك لحقوقي

إلى صديقتي المُخلصة هانية التي حظيت بها هبةً في مسيرتي العلميّة....

إلى أفراد عائلتي أصدقائي وصديقاتي...يا من تسعدون لسعادتي وتستأوون لاستيائي... أنتم ملح حياتي.

الباحثة:

سوزان محمد ابوهلال

إقرار

أقر أنا معدّ الرسالة أنّها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير، وأنّها نتيجة أبحاثي الخاصة، باستثناء ما تمّت الإشارة له حيثما ورد، وأنّ هذه الرسالة، أو أيّ جزء منها، لم يقدم لنيل أيّة درجة علمية علّيا لأي جامعة أو معهد آخر.

التوقيع:

سوزان محمد عبدالله أبو هلال

التاريخ: 2013/7/4م.

شكر وتقدير

أحمدُ الله وأشكره بدايةً على ما وفقني فيه لإتمام هذا العمل الذي ما كنت لأتمّه لولا توفيق الله وفضله، كما أتوجه بالشكر والعرفان للدكتور الفاضل عمر الريمائي المشرف على هذه الرسالة على ما منحني من دعم صادق، وما بذله من جهد ووقت طيلة إنجاز هذا العمل، فلقد كان لتوجيهاته السديدة وإرشاداته القيمة أثر كبير في إخراج هذا العمل على ما هو عليه، وأتقدم بوافر الشكر والامتنان إلى الدكتور محسن عدس والدكتور محمد شاهين لتفضلهما بقبول مناقشتي، وإلى كافة أعضاء الهيئة التدريسية في قسم الإرشاد النفسي والتربوي في جامعة القدس.

وكما أتقدم بجزيل الشكر إلى زميلتي هانية العيساوي، وزميلي محمد سليم لما تحملوه من عناء وما قدموه من عون لي، يفوق قدرتي على التعبير عن امتناني لهم، وإلى العاملين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية/ محافظة القدس لما قدموه لي من مساعدة وتسهيل لإتمام هذا العمل، وكل الشكر لزميلاتي عبير الصباح، وأمينة الخطيب، وعلياء علان، وكريستين ريناوي، وسماح شاهين، وأخي الدكتور عبدالله أبو هلال على تعاونهم ومساعدتهم لي من أجل إخراج هذه الرسالة إلى حيّز الوجود، وأقدم شكري وتقديري الخالص لكل من أسهم في هذا البحث، وساندني في إنجازه، وجعله يرى النور، فالشكر كثير، ومن يستحقونه أكثر.

وأخيراً.... إن كنت قد أحسنت فهذا فضل وتوفيق من الله، وإن كانت الأخرى فحسبي أنني قد بذلت قصارى جهدي، وما أنا إلا بشر أصيب وأخطئ، والكمال لله وحده، وإليه يرجع الفضل كله، وإليه يرجع الثناء كله، هو نعم المولى ونعم النصير.

سوزان محمد ابو هلال

مصطلحات الدراسة:

- **المُساندة الاجتماعية:** عرف سارسون (Sarson) المُساندة الاجتماعية على أنها إدراك الفرد بأنّ البيئة تمثل مصدراً للتدعيم الاجتماعي الفاعل، ومدى توافر أشخاص يهتمون بالفرد، يرعون، ويتقنون فيه، ويأخذون بيده، ويقفون بجانبه عند الحاجة، ومن ذلك الأسرة، والجيران، والأصدقاء (دياب، 2006).
- **التعريف الإجرائي للمُساندة الاجتماعية:** هي الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس المُساندة الاجتماعية المُستخدم في الدراسة الحالية.
- **قلق الموت:** عرفه هولتر (Holter) على أنه استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية مع عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت (عبد الخالق، 1987).
- **التعريف الإجرائي لقلق الموت:** هو الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس قلق الموت المستخدم في الدراسة الحالية.
- **المُسنون:** المُسن هو الشخص الذي تقدمت به السن، والذي يفترض فيه عدم قدرته على العمل (بدوي، 1987).
- **محافظة القدس:** منطقة جغرافية تضم ذلك الجزء من مدينة القدس وضواحيها الذي احتله الجيش الإسرائيلي عام (1967)، ويضم البلدة القديمة، والأحياء العربيّة المحيطة بها، والجزء الذي يقع تحت إشراف السلطة الوطنيّة الفلسطينية وتقسّم إلى:
 - قرى جنوب شرق القدس وتضم : أبوديس، والعيزرية، والسواخرة، والزعيم، والشيخ سعد، وعرب الجهالين.
 - قرى شمال غرب القدس وتضم: حزما، وعناتا، وجبع، والجديرة، وقطنة، وبيت إكسا، وبيرنبالا، والجيب، وبدو، والقبيبة، وبيت عنان، وبيت دقو، وبيت سوريك، وبيت حنيناء، والرام، وبيت إجزا (علي، 2007).

الملخص:

هدفت الدراسة التعرف إلى المُساندة الاجتماعية وعلاقتها بقلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس في ضوء المتغيرات المستقلة: (الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، وعدد الأبناء، والأمراض التي يعانون منها)، مستخدمة المنهج الوصفي الارتباطي.

عولجت البيانات إحصائياً باستخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، حيث أظهرت نتائج هذه الدراسة أن المستوى الكلي لاستجابات المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس على جميع فقرات مقياس المُساندة الاجتماعية كانت متوسطه بمتوسط حسابي درجة الكلية (3.528) وبانحراف معياري درجته الكلية (0.869)، والمستوى الكلي لاستجابات المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس على جميع فقرات مقياس قلق الموت كانت متوسطه بمتوسط حسابي درجة الكلية (3.164)، وبانحراف معياري درجته الكلية (0.946)، كذلك أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية تبعاً لمتغيري: (الجنس، والعمر)، بينما تبيّن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين، ومتغير عدد الأبناء لصالح أكثر من (7) أبناء، ومتغير الأمراض التي أعاني منها لصالح الذين لا يعانون من أمراض، كما وتبيّن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية تبعاً لمتغيرات (الجنس، والعمر، وعدد الأبناء)، بينما تبيّن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية تبعاً لمتغير العمر لصالح (80) فما فوق، ومتغير الحالة الاجتماعية لصالح العزاب، ومتغير الأمراض لصالح المصابين بأمراض مزمنة، كما تبيّن وجود علاقة عند مستوى الدلالة الإحصائية بين درجة المُساندة الاجتماعية ودرجة قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس، أي أنه كلما قلت المُساندة الاجتماعية زاد ذلك من مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس.

وفي ضوء ما تمّ التوصل إليه من نتائج توصي الباحثة بضرورة اهتمام الدولة بفئة المُسنين، ورفع الوعي الجماهيري حول طبيعة متطلبات المُسن والتغيرات التي تطرأ عليه في هذه المرحلة

من العمر، وكيفية التعامل معه لتوفير أكبر قدر من التفاعل الاجتماعي والتوازن الانفعالي للمُسن، وذلك من خلال تسخير الإعلام المرئي، والمقروء، والمسموع.

The social support and its relation with death anxiety for olds who are listed at the Palestinian ministry of social affairs in the Jerusalem governorate

Prepared by: Suzan Abu Hilal.

Supervisor: Dr. Omar Al-Rimawi

Abstract

The study aims to identify with the social support and its relation with death anxiety for olds who are listed at the Palestinian ministry of social affairs in the Jerusalem governorate, in the light of the variables of sex, age, social status, number of children, and the diseases they have. For the purpose of the study, the researcher uses the descriptive method.

The data were statistically processed using the SPSS program, and concludes with a number of results. The total level of responses of olds who are listed at the Palestinian ministry of social affairs in the Jerusalem governorate, of all the articles related to social support section is intermediate with an arithmetical average (3.528) and a normative deviation (0.869), while the total level of articles regarding death anxiety section of olds responses is intermediate with arithmetical average (3.164) and a normative deviation (0.946), the results also show no statistical differences in the level of social support for olds who are listed at the Palestinian ministry of social affairs according to the variables of sex and age. Whereas there are statistical differences in the level of social support for those olds according to the variable of social status of couples and the variable of the number of children for those who have more than seven children, in addition to the variable of diseases they have comparing with those who do not suffer from any disease. In addition, the data does not show statistical differences of death anxiety amongst the olds according to the variables of sex and the number of children. Nevertheless, these differences present in the death anxiety level according to the variable of age for those who are up to eighty years, the variable of social status for single ones and the variable of diseases for those who have chronic diseases, the data also shows that there is a relation between the death anxiety and the social support for those olds that is when the social support becomes less, the death anxiety increases for them.

According to the concluded results mentioned above, the researcher recommends for further research and studies about the subject of social support and its relation to death anxiety, and other psychological variables. She also recommends of paying more attention to senility issue for its importance, also recommends increasing the mass awareness about the way of dealing with the needs of olds, and the changes they pass through in order to achieve the best of social interaction and the emotional balance for those olds by utilizing the visual, audible and legible media for them.

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

- مقدمة.
- مشكلة الدراسة.
- أسئلة الدراسة.
- فرضيات الدراسة.
- أهمية الدراسة.
- أهداف الدراسة.
- محددات الدراسة.

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

1.1 المقدمة:

يمرّ الإنسان خلال حياته بمحطات متتالية تبدأ بالطفولة مروراً بالمراهقة والشباب وصولاً إلى الشيخوخة. ولكل محطة احتياجاتها ومتغيراتها ومشكلاتها التي تزداد تعقيداً وحساسية مع التقدم في العمر، حيث ركزت أبحاث ودراسات كثيرة على شرائح الطفل، والمرأة، والشباب، في حين أنّ هذه الدراسات لم تلتفت الالتفات المتأنيّة لمرحلة الشيخوخة، حيث تُعتبر هذه المرحلة من المراحل التي وجب الاهتمام بها كونها مرحلة نهائية من مراحل عُمر الإنسان التي تصاحبها تغييرات جسدية، وعقلية، وانفعالية، واجتماعية.

وأشار كلّ من سارسون وجونسون (Sarson & Johnson) إلى أنّ المُسن يحتاج إلى الدعم الاجتماعي حتى يخفف من العناء ويزيد من الشعور بالسعادة، وهذا الدعم يوفر تقديرًا عاليًا للذات والثقة بها، ويولد المشاعر الإيجابية، ويقلل من التأثير السلبي للأحداث الخارجية، فالعلاقات الاجتماعية عموماً هي من أهم مصادر السعادة التي يحتاجها الإنسان يومياً خلال حياته مع أسرته وأصدقائه (الشناوي وعبد الرحمن، 1994).

إنّ الفرد الذي يتمتع بمساندة اجتماعية من الآخرين، يصبح شخصاً واثقاً من نفسه وقادراً على تقديم المُساندة الاجتماعية للآخرين، وأقلّ عرضه للاضطرابات النفسية، وأكثر قدرة على المقاومة والتغلب على الإحباطات، ويكون قادراً على حلّ مشكلاته بطريقة إيجابية وسليمة، لذلك نجد أنّ المُساندة الاجتماعية تزيد من قدرة الفرد على مقاومة الإحباط، وتقلل من المعاناة النفسية (الربيعه، 1997).

وأشار الفايد (1998) إلى أنّ غياب أو انخفاض مستوى المُساندة الاجتماعية خاصة من الأسرة وجماعة الرفاق يمكن أن يؤدي إلى الكثير من المشكلات مثل ظهور الاستجابات السلبية في مواجهة الضغوط النفسية والمواقف السيئة التي يتعرض لها الفرد مما قد يؤدي إلى القلق، الاكتئاب والتوتر والوحدة النفسية.

ويعتبر القلق السمة الغالبة في العصر الحديث نتيجة لتسارع الأحداث وتلاحق مجريات الأمور بشكل مبالغ فيه، حيث أصبح الأفراد جميعهم معرضين للقلق لدرجة أنّ العلماء أطلقوا عليه مصطلح "لجنة العصر"، وفي حين افترضت بعض "نظريات التحليل النفسي" على أنّ الخوف من

الموت كامن وراء كل المعارف، وأن معظم أنواع القلق الأخرى ما هي إلا مظهر خادع لقلق الموت (الحلو والشكعة والقُدومي، 2003).

ووضّح رحيم وعلي (2009) في دراستهم بأنّ قلق المُسنين ينبع من أربع نواحٍ تشيع في حياة المسنين: قلق الصحة نتيجة الاضمحلال في بناء الجسم، ونقص قدرته على مقاومة المؤثرات الخارجية إلى جانب نقص التفاعلات الوظيفية للأعضاء التي تحول دون قدرة الفرد المُسن عن القيام بمتطلبات حياته مع إصابته ببعض الأمراض، وقلق التقاعد وترك العمل وما يعقبه من عدم الأمان الاقتصادي نتيجة لانخفاض الدخل، وتقلص المكانة الاجتماعية، مما يترتب عليه قلق المُسن على حاضره والخوف من مستقبله، وقلق الانفصال نتيجة الإحساس بمرارة الوحدة والفراغ القاتل، ولا سيّما بعد وفاة القرين وانشغال الأبناء بمطالب الحياة، وصولاً لقلق الموت، ويتمثل بالإحساس بالنهاية، واليأس، والقنوط من الشفاء لأي مرض، أو كلما رحل أحد المعارف أو الأقارب.

لذا سوف تهتم الدراسة الحالية بدراسة المُساندة الاجتماعية باعتبارها أحد المتغيرات الواقية التي يفترض بأنها تخفف من التأثير السلبي لضغوطات الحياة، فالمساندة الاجتماعية ترتبط بشكل عام بتخفيف الاضطرابات النفسية، ومنها قلق الموت.

2.1 مشكلة الدراسة:

من خلال الدراسة والاطلاع على الأدبيات المتعلقة بموضوع المُساندة الاجتماعية، واستعراض الباحثة للدراسات التي تناولت هذا الموضوع، تبين من خلالها أهمية مفهوم المُساندة الاجتماعية بوصفها مفهوماً أساسياً ومؤشراً من مؤشرات الصحة النفسية، إلا أنه لا توجد دراسات عربية كافية اهتمت بدراسة هذا المتغير لدى أفراد الفئة العمرية موضوع الدراسة- في حدود علم الباحثة- بالرغم من أهمية موضوع المُساندة الاجتماعية، وأهمية مرحلة الشيخوخة وهي المرحلة النهائية من مراحل حياة الإنسان التي من الضروري أن تحظى بالاهتمام والرعاية في شتى المجالات من حيث الخصائص أو المشكلات التي يتعرض لها الأفراد في هذه المرحلة العمرية، فقامت الباحثة باختيار دراسة المُساندة الاجتماعية وعلاقتها بقلق الموت لدى المُسنين، لما تتوقعه من أهمية دراسة المُساندة الاجتماعية باعتبارها أحد المتغيرات الواقية وبالتالي دورها في التخفيف من ضغوطات الحياة وكثير من الاضطرابات النفسية، ومنها قلق الموت.

وتتحدد مشكلة الدراسة من خلال الإجابة على التساؤل الآتي:

- هل هناك علاقة ارتباطية بين المُساندة الاجتماعية وقلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس؟

3.1 أسئلة الدراسة:

تسعى هذه الدراسة للإجابة عن الأسئلة الآتية:

1. ما مستوى المُساندة الاجتماعيّة لدى المُسنّين المُسجلّين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس؟

2. ما مستوى قلق الموت لدى المُسنّين المُسجلّين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس؟

3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة في المُساندة الاجتماعيّة لدى المُسنّين المُسجلّين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس تبعاً لمتغيرات: (الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعيّة، وعدد الأبناء، والأمراض التي يعاني منها)؟

4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائيّة في قلق الموت لدى المُسنّين المُسجلّين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس تبعاً لمتغير: (الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعيّة، عدد الأبناء، والأمراض التي يعاني منها)؟

5. هل هناك علاقة ارتباطيّة ذات دلالة إحصائيّة بين المُساندة الاجتماعيّة وقلق الموت لدى المُسنّين المُسجلّين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس؟

4.1 فرضيات الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى فحص الفرضيات التالية:

الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تَبَعاً لمتغير الجنس.

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تَبَعاً لمتغير العمر.

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تَبَعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تَبَعاً لمتغير عدد الأبناء.

الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تَبَعاً لمتغير الأمراض التي يعانون منها .

الفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تَبَعاً لمتغير الجنس.

الفرضية السابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير العمر.

الفرضية الثامنة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

الفرضية التاسعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير عدد الأبناء.

الفرضية العاشرة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الأمراض التي يعانون منها.

الفرضية الحادية عشر: لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين درجتي المُساندة الاجتماعية وقلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس.

5.1 أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في أنها تحاول البحث عن العلاقة ما بين المُساندة الاجتماعية وقلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس، وتأتي أهمية هذه الدراسة فيما يأتي:

أولاً: الأهمية النظرية

1. تفيد هذه الدراسة في إضافة المزيد إلى الأدب النفسي والتربوي الخاص بالمُساندة الاجتماعية وعلاقتها بقلق الموت لدى فئة المُسنين.
2. تتضح أهمية الدراسة في تناولها لمرحلة مهمة من مراحل العمر وهي مرحلة الشيخوخة كونها المرحلة النهائية لحياة الإنسان.
3. تعدّ هذه الدراسة رائدة في تناولها لمتغيري: " المُساندة الاجتماعية وقلق الموت " على مستوى مُسنّي فلسطين، في حدود علم الباحثة.

ثانياً: الأهمية التطبيقية

1. إثراء المكتبة الفلسطينية، إذ يُتوقع أن تتم الاستفادة منها لدى الفئات الآتية:
 - الباحثون
 - الأخصائيون النفسيون والاجتماعيون.
 - القائمون على ادارة شؤون فئة المُسنين، ومن ضمنها مؤسسات المجتمع المحلي، ووزارة الشؤون الاجتماعية.
2. تكمن أهمية إضافية على المستوى التطبيقي لهذا البحث، من حيث إمكانية تعميم النتائج، ليس على مستوى محافظة القدس فقط، بل على مستوى المحافظات الفلسطينية.

6.1 أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. التعرف إلى العلاقة الارتباطية بين المُساندة الاجتماعية وقلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية في محافظة القدس.
2. التعرف إلى دلالة الفروق في استجابات المُسنين في المُساندة الاجتماعية وعلاقته بقلق الموت تبعاً لمتغيرات الدراسة: (الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، وعدد الأبناء، والأمراض التي يعانون منها).

7.1 محددات الدراسة:

يتحدد إطار هذه الدراسة بالمحددات الآتية:

المحدد البشري: أُجريت هذه الدراسة على عينة من المُسنين المُسجلين في سجلات وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس "جنوب شرق القدس".

المحدد المكاني: أُجريت الدراسة على المُسنين المُسجلين في سجلات وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس "جنوب شرق القدس".

المحدد الزماني: أُجريت هذه الدراسة في الفصل الثاني من العام الدراسي (2012-2013).

المحدد الإجرائي: تحددت الدراسة بالمنهج والأدوات والمعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

المحدد المفاهيمي: كما وتحددت الدراسة بالمصطلحات والمفاهيم الإجرائية الخاصة بالدراسة.

الفصل الثاني

الإطار النظريّ والدراسات السابقة

أولاً: الإطار النظريّ.

ثانياً: الدراسات السابقة.

1. الدراسات التي تناولت المُساندة الاجتماعيّة.

2. الدراسات التي تناولت قلق الموت.

ثالثاً: التعقيب على الدراسات السابقة.

1.2 المُساندة الاجتماعيّة

لعلّ المُساندة الاجتماعيّة من المفاهيم التي اختلف الباحثون في طريقة تناولها تبعاً لتوجهاتهم النظرية، فقد تناول علماء الاجتماع هذا المفهوم في إطار تناولهم للعلاقات الاجتماعيّة، حيث صاغوا مصطلح شبكة العلاقات الاجتماعيّة، الذي يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح المُساندة الاجتماعيّة، ويطلق عليه البعض مصطلح الموارد أو الإمكانيات الاجتماعيّة، بينما يحدده البعض على أنّه إمدادات اجتماعيّة (الشناوي وعبد الرحمن، 1994).

لذا تعدّ المُساندة الاجتماعيّة مصدرًا مهمًا من مصادر الدعم الاجتماعي الفاعل الذي يحتاجه الإنسان، وتعتبر متغيرًا أساسيًا له أهمية كبيرة في حياة الأشخاص بصفة عامة، فكلما تقدم الفرد بالعمر كان بحاجة للتواصل الاجتماعي مع الآخرين، الذي يدعم حياة الإنسان بالحب، والقبول، والتقدير، والانتماء، ويزيد من قوته لمواجهة هذه الأزمات والكوارث سواء أكانت طبيعية أم كانت من صنع الإنسان وفعله، إذ إنّ المُساندة الاجتماعيّة ترتبط ارتباطًا وثيقًا بالصحة النفسيّة كما وأن غيابها يرتبط بزيادة الخوف والقلق والحزن، والشعور بالضياع وعدم الاستقرار (علي، 2000).

1.1.2. مفهوم المُساندة الاجتماعيّة لغةً واصطلاحاً

المُساندة لغةً:

من الجذر الثلاثي سَنَدَ : وهو ما أرتفع من الأرض في الجبل أو الوادي، والجمع إسناد، وكل شيء أَسْتَدَّتْ إليه شيئاً فهو سَنَدٌ، وما يسند إليه يسمى مسندًا، أو جمعه المساند، وتساندت إليه: استندت وساندت الرجل مساندة إذا عاضدته وكانفته (ابن منظور، 2003).

المساندة الاجتماعيّة اصطلاحاً:

قدم المنظرون والباحثون تعريفات عديدة لمفهوم المُساندة الاجتماعيّة وتباينت هذه التعريفات من حيث العموميّة والنوعيّة، وكانت كما يأتي:

عرفها كابلان (Caplan) بأنها النظام الذي يتضمن مجموعة من الروابط والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين، وتتسم بأنها طويلة الأمد، ويمكن الاعتماد والثقة بها وقت إحساس الفرد بالحاجة إليها لتمده بالسند العاطفي (علي، 2000).

أما ثويتس (Thoits)، فعرفها على أنها مجموعة الأشخاص الذين يمثلون جزءاً من شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد، ويقدمون له الدعم الوجداني والمُساعدة الأدائية (رضوان وهريدي، 2001).

ويرى كل من الشناوي وعبد الرحمن (1994) بأنها تلك العلاقات القائمة بين الفرد والآخرين، ويدركها بأنها تعاضده عندما يحتاجها.

أما سارسون وزملاؤه (Sarson, et al)، وكما ورد لدى السليم (2005) فقد عرفوا المُساندة على أنها الاعتقاد بوجود بعض الأشخاص الذين يمكن للفرد أن يثق فيهم، والذين يتركون له انطباعاتاً بأنهم يحبونه ويقدرونه، ويمكنه اللجوء إليهم والاعتماد عليهم عندما يحتاجهم.

ويرى جاكوبسون (Jaccobson) بأنها السلوك الذي يعززه شعور الفرد بالطمأنينة النفسية والثقة بالنفس، وأنه يحظى بالتقدير والاحترام من أفراد البيئة المحيطة به، ومن المقربين له، وإحساسه أيضاً بالرضا عن مصادر المُساندة الاجتماعية التي يتلقاها، إذ تساعده على حل مشكلاته العملية (علي، 2005).

أما الصبان (2003)، فتري بأن مفهوم المُساندة الاجتماعية يشتمل على مكونين رئيسيين هما: المكون الأول: أن يدرك الفرد أن لديه عدداً كافياً من الأشخاص في حياته يمكنه أن يرجع إليهم عند الحاجة.

المكون الثاني: أن يكون لدى هذا الفرد درجة من الرضا عن هذه المُساندة المتاحة له.

2.1.2 أهمية المُساندة الاجتماعية

يشير سارسون (Sarson) إلى أن الفرد الذي ينشأ وسط أسر مترابطة تسودها المودة والألفة بين أفرادها يصبحون أفراداً قادرين على تحمل المسؤولية ولديهم صفات قيادية، لذا نجد أن المُساندة الاجتماعية تزيد من قدرة الفرد على مقاومة الإحباط وتقلل من المعاناة النفسية في حياته الاجتماعية، وأن المُساندة الاجتماعية يمكن أن تلعب دوراً مهماً في الشفاء من الاضطرابات النفسية، كما تسهم في التوافق الإيجابي والنمو الشخصي للفرد، وكذلك تقي الفرد من الأثر الناتج عن الأحداث الضاغطة (دياب، 2006).

وأكد ويس (Weiss) أنّ المُساندة الاجتماعية تعتبر متغيراً ملطفاً للعلاقة بين المشقة النفسية والإصابة بالمرض النفسيّ على أساس أنّها ترتبط بصورة سلبية بالمرض، فكلما تلقى الشخص الدعم الانفعاليّ، والوجدانيّ، والتقديرّي من جانب أفراد أسرته وأصدقائه وزملاء العمل، قلّ تبعاً لذلك نسبة المرض (Bunk & Hoorens, 1992).

ويذكر ليبيرمان (Lieberman) أنّ هناك مجموعة من المواقف في حياة الأفراد تلعب المُساندة الاجتماعية فيها دوراً مهماً، ومن هذه المواقف الوقائيّة من الاكتئاب في حالة الأحداث المؤلمة، والتخفيف من الأحران، والأعراض الجسميّة التي تنتج عن التعطل عن العمل، وتخفيف آثار الأسى والتخفيف أو الوقاية من وقوع اضطرابات انفعالية في فترة الشيخوخة (الشناوي وعبد الرحمن، 1994).

أمّا بالنسبة لأهمية المُساندة الاجتماعية، فقد أوجزها كل من كوترونا وروسيل (Cotrona & Russel, 1990) فيما يلي:

- تخفف من أعراض القلق والاكتئاب.
 - تسهم في التوافق الإيجابي والنمو الشخصي.
 - تؤثر في الصحة النفسيّة والجسميّة، وتزيد من الشعور بالرضا عن الذات، وعن الحياة، وتزيد من الجوانب الإيجابية مما يحسن من الصحة النفسيّة للأفراد.
 - تزيد من الارتباط بمصادر شبكة المُساندة الاجتماعية الخاصة بالأفراد التي تتمثل في الزوجة، والزوج، والأبناء، والأقارب، والجيران والأصدقاء.
- أمّا هاوس وأمبرسون، ولانديز (House, Umberson, & Landis, 1988)، فيرون أنّ الأفراد الذين يتمتعون بعلاقات تمكنهم من الحصول على المُساندة الاجتماعية تقل لديهم الشعور بالقلق، ويكونون أقل عرضه للاضطرابات النفسيّة من خلال إحساس الفرد بقيمته وأهميته في شبكة علاقاته الاجتماعية.

كما يرى الكثير من الباحثين أنّ للمساندة الاجتماعية ثلاثة أدوار أساسية في حياة الفرد، وتمثل أهدافاً للمُساندة الاجتماعية تسعى إلى تحقيقها وهي:

1. الدور الإنمائي:

حيث تلعب المُساندة الاجتماعية دوراً مهماً في بناء الذات، وزيادة إحساس الفرد بذاته، فقد تبين أنّ الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية يتبادلونها مع غيرهم، يدركون أنّ هذه العلاقات موثوق بها أفضل من ناحية الصحة النفسيّة من غيرهم ممن يفتقدون لمثل هذه العلاقات (الشناوي وعبد الرحمن، 1994).

2. الدور الوقائي:

تقوم المُساندة الاجتماعية بمهمة حماية الشخص لذاته وزيادة الإحساس بفاعليته، بل إنّ احتمالات إصابة الفرد بالاضطرابات النفسية والعقلية تقلّ، عندما يدرك الشخص أنّه يتلقّى المُساندة الاجتماعية المحيطة به، ولا شك أنّ هذه المُساندة تؤدي دوراً مهماً في تجاوز أيّ أزمة قد تواجه الشخص (العنبي، 2007).

3. الدور العلاجي:

أشار سارسون وآخرون إلى أنّ المُساندة الاجتماعية يمكن أن تلعب دوراً مهماً في الشفاء من الاضطرابات النفسية والعقلية، كما تسهم في التوافق الإيجابي والنمو الشخصي للفرد، بل تجعل الشخص أقلّ تأثراً في تلقيه أية ضغوط أو أزمات (غانم، 2002).

3.1.2 أنواع المُساندة الاجتماعية

تتضمن المُساندة الاجتماعية أربعة أنواع كما حددها بوشدوب (2009)، وهي كالاتي:

1. المُساندة الانفعالية:

تعود المُساندة الانفعالية على المستفيد منها إلى الشعور بالحماية، والأمن، والحب، وخاصة في الأوقات الصعبة مثل حالات فقدان شخص عزيز، أو فشل في الامتحان، أو التسريح من الخدمة.

2. المُساندة التقديرية: تعتمد المُساندة من هذا النوع على طمأنة الفرد من خلال إبراز قدراته وقيّمته، إذ تهتم هذه التشجيعات على تعزيز الثقة في الذات.

3. المُساندة بالمعلومات: تتضمن على تقديم مجموعة من النصائح، والاقتراحات، والتوجيهات التي تكون ضرورية بالنسبة للفرد؛ لأنّها تساعد في حل مشاكله، أو في كيفية البحث عن عمل أو علاج مرض مثلاً .

4. المُساندة المادية: تهتم المُساندة من هذا النوع بالتكفل المباشر للمشكلات أو الفترات الحرجة التي يجتازها الفرد مثل إقراضه أو منحه هبة.

أمّا علي (2005)، فقد أضاف نوعاً آخر وهو:

الصحة الاجتماعية: ويعني قضاء وقت الفراغ مع الآخرين المحيطين بالفرد في ممارسة بعض الأنشطة الترفيهية، والترفيهية، والمشاركة الاجتماعية في المناسبات المختلفة، لإشباع الحاجة إلى الانتماء والتواصل مع الآخرين، ومساعدة الفرد على التخلص من قلقه، وهمومه، والتخفيف عنه في

مواجهته لأحداث الحياة الضاغطة، ولقد أشار بعض الباحثين إلى مصطلح الصحة الاجتماعية بأنه يمثل الوقائية للمُساندة الاجتماعية.

4.1.2 مصادر المُساندة الاجتماعية

تختلف مصادر المُساندة الاجتماعية باختلاف المرحلة العمرية التي يمرّ بها الفرد إذ إنّ في مرحلة الطفولة تكون المُساندة متمثلة في الأسرة (الأم، والأب، والأشقاء) وفي مرحلة المراهقة تتمثل في جماعات الرفاق والأسرة. أمّا في مرحلة الرشد، فتتمثل في الزوج أو الزوجة، وعلاقات العمل، والأبناء أيضاً (الصبان، 2003).

أمّا نوربيك (Norbek)، فيلخص ثمانية مصادر للمُساندة الاجتماعية وهي: الزوج، والزوجة، والأسرة، والأقارب، والأصدقاء، والجيران، وزملاء العمل أو الدراسة، وموفرو الرعاية الصحية، والمرشد أو المعالج، ورجال الدين (سيد، 2012).

5.1.2 شروط تقديم المُساندة الاجتماعية :

يشير علي (2005) إلى أنّ هناك بعض الشروط التي يجب أن تتوافر في عملية المُساندة الاجتماعية لكي تكون فاعلة وذات تأثير إيجابي على متلقي المُساندة الاجتماعية، ومن أهم تلك الشروط:

- 1- كمية المُساندة: عند تقديم المُساندة لا بدّ وأن تكون معتدلة، حيث أن الزيادة في كميّة المُساندة قد تؤدي إلى اعتمادية المتلقي وسلبية.
- 2- اختيار التوقيت المناسب لتقديم المُساندة: إنّ من المهارات الاجتماعية تقديم المُساندة في وقتها المناسب، فيكون تأثيرها إيجاباً على المتلقي، أمّا إذا قدمت في وقت لا يحتاج إليها المتلقي، فإنّها لاتعني له شيئاً، وقد تسبب له المشكلات.
- 3- مصدر المُساندة : يجب أن تتوفر عدة خصائص في مقدمي المُساندة مثل: المرونة، والنضج، والفهم الكامل لطبيعة المشكلة التي يمرّ بها المتلقي، حتى يساهموا بفاعلية في تقديم المُساندة له.
- 4- كثافة المُساندة : ويقصد بها تعدد مصادر المُساندة الاجتماعية لدى المتلقي، مما قد يساهم سريعاً في حل مشكلته التي يمرّ بها، ويساعده على تخطي الأزمات المختلفة في حياته.
- 5- نوع المُساندة : وتتمثل في القدرة والمهارة والفهم لدى مانحي المُساندة في تقديمها مما يتناسب مع ما يدركه، وبرغبة المتلقي لطبيعة المُساندة التي تقدم إليه، وتتناسب مع تصرفاته وسلوكياته.
- 6- التشابه والفهم المتعاطف: المُساندة الاجتماعية يمكن تقبلها بشكل أفضل في حاله التشابه النفسي والاجتماعي للمانح والمتلقي، وبخاصة إذا كانت الظروف التي يمران بها متشابهة .

6.1.2 وظائف المُساندة الاجتماعيّة

تشير جمبي (2008) إلى أنّ للمساندة وظيفتين، هما:

أولاً: وظائف مساندة الحفاظ على الصحة الجسميّة، والنفسيّة، والعقليّة:

وتشير هذه الوظائف إلى الحفاظ على الوحدة الكلّيّة للصحة الجسميّة، والنفسيّة، والعقليّة وصولاً إلى تعزيز وتقوية سعادة المتلقي وإحساسه بالراحة النفسيّة والاطمئنان في حياته، وتنقسم مساندة الصحة إلى ما يلي:

1. إشباع حاجات الانتماء:

فالمُساندة الاجتماعيّة يمكن أن تشبع حاجات الأفراد بالاتصال بالآخرين والاندماج معهم ، مما يخفف من التأثير الضار للعزلة والوحدة ومن خلالها يستطيع الأفراد الحصول على مشاعر الانتماء التي تشبع حاجات الانتماء لديهم، والموارد المرتبطة بهذه الوظيفة يمكن أن تشمل (تعبيرات الرعاية، الحب، الفهم، الاهتمام، والمودة).

2. المحافظة على الهوية الذاتية وتقويتها:

تتكون الذات من مجموعة هويات متباينة من خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وتنمو شخصية الفرد مكتسبة بذلك وعيه بذاته الاجتماعيّة، كما أنّ الأفراد يقيمون ويوضحون نظم معتقداتهم بمقارنة آرائهم واتجاهاتهم ومعتقداتهم بالآخرين، ويكون ذلك عن طريق التغذية الراجعة المرتبطة بمظاهر الذات ونماذج السلوك الملائم في المواقف المختلفة للوصول إلى اتفاق في الآراء ووجهات النظر مع الآخرين.

3. تقوية تقدير الذات:

يمكن للمساندة الاجتماعيّة أن تقوي شعور الفرد بقيمته وإحساسه بكفاءته الشخصية، وذلك عن طريق تأكيد وتثبيت القيمة والاستحسان، والمدح وتعبيرات الاحترام للمتلقي.

وهذه الوظائف الثلاث ترتبط بطبيعة مساندة الذات الخاصة بهذه المظاهر، أي أنّه إذا تلقى الأفراد مساندة مستمرة توفر لهم شعوراً بالأمن وتدعم تقدير الذات لديهم، وتقوي هويتهم الذاتية، فيصبحون أقلّ تعرضاً لعوامل الضغط مقارنة مع الأفراد الذين لم يتلقوا مثل هذه المساندة.

ثانياً: وظائف التخفيف أو الوقاية من الآثار السلبية لأحداث الحياة الضاغطة:

تقوم هذه الوظائف على تخفيف الضغط أو الوقاية من الآثار النفسية السلبية لأحداث الحياة الضاغطة من خلال تعليم الفرد الأسلوب الأمثل لمواجهة الضغوط والمشكلات بأساليب إيجابية لمنع آثارها السلبية، وتنقسم هذه الوظائف إلى:

1. التقييم المعرفي:

حيث يقسم التقييم المعرفي إلى تقييم أولي وتقييم ثانوي، والتقييم الأولي يشير إلى تفسير الفرد لعوامل الضغط المحتملة وتستطيع المساعدة في هذه المرحلة توسيع التفسير الفردي للحدث، وتحسين فهمه بوضوح أكبر.

وتشمل المساعدة في هذه المرحلة معلومات لفظية عن الحدث والاستجابة النموذجية له، فإذا فسر الحدث على أنه تهديد له يظهر التقييم الثانوي الذي يشير إلى تقييم الأفراد لمصادر المواجهة المتاحة وتستطيع المساعدة في هذه المرحلة أن توسع عدد إخبارات المواجهة، وتوفير استراتيجيات مواجهة نموذجية: انفعالية سلوكية، وتوفر المعلومات اللازمة للمواجهة وأساليب حل المشكلات.

2. النموذج النوعي للمساعدة:

تقوم المساعدة في هذا النموذج بوظيفة مباشرة بإمداد المتلقي بالمصادر المطلوبة لمواجهة الحاجات النوعية التي هي عوامل الضغط.

1. التكيف المعرفي:

يمرّ الأفراد بثلاث عمليات لمواجهة الأحداث التي تهددهم بطريقة معرفية، البحث عن معنى الحدث الضاغط، ومحاولة استعادة السيطرة على حياتهم، ومواجهة الحدث، وتقوية تقدير الذات، والمساعدة يمكن أن تلعب دوراً مهماً في كل عملية من هذه العمليات وذلك عن طريق تزويد الفرد بالمعلومات اللازمة عن هذا الحدث، وأساليب مواجهته، وطرق السيطرة عليه، بالإضافة إلى دعمه بالمحافظة على تقوية تقديره لذاته.

7.1.2 النظريات والنماذج التي فسرت المساعدة الاجتماعية

أولاً: النظريات التي فسرت المساعدة الاجتماعية

1. نظرية التعلق الوجداني :

تعدّ نظرية بولبي من أفضل المناهج والطرق لدراسة التعلق الوجداني، إذ أوضح بولبي أنّ الأطفال هم بحاجة إلى التفاعل الاجتماعي الذي يمكن اكتسابه عن طريق التعلق والتفاعلات مع الكبار وبخاصة مع الأم، فالأم تزود أطفالها بمشاعر الحنان، وتشعرهم بالمودّة من خلال استجاباتها للرضيع بضمه إلى صدرها بحنان، وهذا من شأنه أن يكفل الراحة للرضيع، ومن شأن هذا الاتصال

أن يقود إلى نوع من التكيف والتعديل اللاحق. ولا يقتصر سلوك التعلق على الدور الذي يلعبه نمو التعلق ليس له نهاية محددة، وقد افترض بولبي أن الأفراد الذين يقومون بروابط تعلق طبيعية مع الآخرين ليكونوا أكثر أمناً واعتماداً على أنفسهم من أولئك الذين يفتقدون هذه الروابط، فعند إعاقة هذه الروابط يصبح الفرد عرضه للعديد من المخاطر والأضرار البيئية التي تؤدي إلى عزله وابتعاده عن الآخرين، حيث أوضح بولبي أن النظرية تركز على استخدام المُساندة الاجتماعية المتاحة لتجنب الاضطرابات النفسية التي قد يتعرض لها الفرد والتخفيف عنها (الشاعر، 2005).

2. نظرية المحنة الوجدانية:

يعتقد جولد سميث والانسكي أن الفرد عرضه للألم من خلال الخوف أو الغضب، أو الاحتياجات الجسمية، والذي قد يخلق أجواءً غير مريحة، ولذلك يسعى الفرد إلى الالتصاق بالآخرين من إشباع انفعالاته وتوفير الاحتياجات من أجل الحصول على الراحة، وهذه المقاومة هي صفة أساسية للتعلق، وهنا يجب التفريق بين السعي للبقاء بقرب أشخاص بعينهم، والتعلق بهم، وبين الاعتماديات وجذب الانتباه في الشكل العام، وتكون رابطة التعلق تتطوي على السعي للبقاء بالقرب من ممثل التعلق (عودة، 2010).

3. نظرية التبادل الاجتماعي:

يشير الشناوي وعبد الرحمن (1994) إلى اهتمام هذه النظرية في مجال المُسنين حيث لفتت النظر إلى وجود العديد من الآليات المعرفية التي يحبذ الشخص استخدامها عند تبادل المُساندة مع الآخرين، وهي:

أ. ادخار المُساندة الاجتماعية:

جوهر هذه الآلية أن الشخص لديه رصيد من المُساندات كان يقدمها في الماضي للآخرين، وأن ما يقدمه للآخرين حالياً من مساندة تعدّ قليلة في نطاق المُساندة التي قدمها لهم في الماضي.

ب. القابلية للمساواة: وتتضمن هذه الآلية على حقيقة مفادها أن الشخص يدرك مقدار المُساندة التي تبذل له من قبل الآخرين وبالتالي يحاول جاهداً ألا يطلب من الآخرين مساندة تفوق طاقاتهم.

ج. الوحدة المترابطة: وتعني أن أفراد المجتمع الواحد من المفترض أن يكونوا مترابطين في وحدة عضوية نفسية اجتماعية واحدة، وأن المودة والحب والعطاء سلوك ساند داخل الأسرة، وبالتالي فإن ذلك سينعكس عليهم.

د. الانتباه الانتقائي أو الاختياري: وتعني هذه الآلية قدرة الشخص على إدراك ما يقدمه الآخرون وما يعجزون عن تقديمه حتى وإن كان على المستوى الشعوري للشخص المُقدم للمساندة.

هـ. استمرارية الشخصية: جوهر هذه الآلية هو وعي الشخص أن المُساندة الاجتماعية بأنواعها المختلفة يمكن أن تقدم جميع مراحل الحياة المختلفة، وإن اختلفت الأنواع.

و. المقارنة الاجتماعية: حيث يقارن الشخص ما كان يحصل من مساندة في الماضي، وما يحصل عليه في الوقت الراهن.

ثانياً : النماذج التي فسرت المُساندة الاجتماعية

وفي هذا الصدد تشير محمد (2010) إلى أنّ هناك عمليتين أساسيتين من خلالهما يمكن أن تؤثر العلاقات الاجتماعية على الصحة، وهما نموذج التأثير الرئيس، ونموذج مصدات الضغوط،

1. نموذج التأثير الرئيس: يفترض أنّ المُساندة ذات فائدة؛ لأنّ يكون الفرد بخير سواء أكان واقعاً تحت ضغوط أم لا، فنجد أنّ الشخص المنخرط في شبكة اجتماعية من المحتمل أن يمرّ بخبرات إيجابية، وأن يعرف قيمة ذاته، وأن يتولد لديه الشعور بالانتماء والأمن أكثر من غيره، والتغير في أفكار الشخص فيما يتعلق بمفهومه للذات، والشعور بقيمتها، وكيفيه ضبطها جميعها يؤثر على صحته، فمن المحتمل أن مثل هذه الأشياء تقلل الضيق لدى الفرد وتزيد دافعيته للاهتمام بنفسه كما تزيد من وظيفته المناعية لديه.

2. نموذج الحماية من الضغوط: يظهر أنّ المُساندة الاجتماعية ذات فائدة لمن يمرون بضغوط بالفعل، ويركز كوهين وآخرون على سمات العلاقات الاجتماعية التي يعتقد بأنها ترتقي أو تحافظ على الصحة البدنية أو النفسية.

8.1.2 المُساندة الاجتماعية وكبار السن

تعتبر فئة المسنين من الفئات التي تحتاج إلى زيادة الرعاية والاهتمام من جانب الدولة والمهتمين بهذه الفئة، نظراً لتعرض المجتمع للتغيرات الاجتماعية وتحول نمط الأسرة من الأسرة الممتدة إلى الأسرة النووية، وخروج المرأة للعمل، وأزمة المساكن واتجاهها نحو الضيق، وعدم القدرة على استيعاب باقي أفراد الأسرة مما أدى إلى انشغال الأبناء عن الآباء وعدم إعطائهم القدر الكافي من الاهتمام والرعاية، وترتب على ذلك تعرض المسنين للعديد من المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية الخ، ونجد الأسرة قد تعجز أحياناً عن احتضان المسنين بها نتيجة لظروف السعي وراء الرزق أو التعليم أو الهجرة الداخلية أو الخارجية، أو تجبرهم ظروف العمل على عدم التفوّغ لرعاية المسنين بالقدر اللازم، إلا أن العائلة في الأراضي الفلسطينية لا تزال تحافظ على ترابطها الأسري وعلى محبة واحترام ورعاية المسن بالرغم من التحولات الكبيرة التي طرأت على نمط حياة العائلة الفلسطينية خلال السنوات الماضية، فهي ما زالت توفر الحماية والعون العاطفي

للمسنين، وتقدم لهم دعماً معنوياً ووجدانياً يقيهم من العزلة الاجتماعية، كما تخلق لهم جواً من المزاح بينهم وبين أفراد الأسرة خاصة الأحفاد، وتخلق علاقة تعاون بين أفرادها تعمل على توطيد أواصر الأسرة، وكذلك تعايش أفرادها بطريقة تؤمن استمراريته (إبراهيم، 2008).

2.2 قلق الموت

يعدّ القلق السمة الغالبة في العصر الحديث، وذلك لما يشهده من تسارع في الأحداث وتلاحق في مجريات الأمور بشكل مبالغ فيه، لذلك أصبح جميع الأفراد معرضين للقلق لدرجة أن العلماء يطلقون عليه لعنة العصر (الحلو والشكعة والقدومي، 2003).

فنظرية التحليل النفسي لفرويد ذكرت أن القلق إشارة تدل على وجود موقف خطر، وميزت بين نوعين من القلق: القلق الموضوعي، والقلق العصبي على أساس مصدر القلق، فالقلق الموضوعي يكون مصدر القلق فيه خارجياً، أما النوع الثاني، فهو القلق العصبي، فيكون مصدر القلق فيه هو النزاعات الداخلية (أبو علام وغالي، 1974).

فيما أشار شقير (2003) بأنه من أشد مثيرات القلق للإنسان هو توقع الموت، وبخاصة في العصر الذي نعيش فيه، عصر السرعة، وعصر الحروب، والصراعات مع ازدياد التشبث في الحياة، إلا أن الإنسان المؤمن بالله والذي يؤمن بقضائه وقدره يدرك بأن الموت حق ولا محالة منه. قال تعالى: " فَإِذَا جَاءَ أَجْلُهُمْ لَا يَسْتَأْخِرُونَ سَاعَةً وَلَا يَسْتَقْدِمُونَ " (سورة الأعراف: 34).

وفي السنوات الأخيرة ظهر الاهتمام بدراسة قلق الموت على اعتبار أن الموت ظاهرة حتمية لكل إنسان في هذه الحياة، كما أنها ظاهرة كانت وما زالت تلعب دوراً حاسماً في تفكير الإنسان وسلوكه وانفعالاته منذ أقدم العصور، فقد شهدت العقود الثلاثة الماضية اهتماماً ملحوظاً بالبحوث والدراسات الميدانية المتعلقة بظاهرة الموت، من حيث علاقتها بالعديد من الظواهر الاجتماعية، والصحية، والنفسية، والتربوية، دراسةً وبحثاً وتحليلاً، وبخاصة بعد الحرب العالمية الثانية، وما خلفته من كوارث، ودمار، وآلام، ومن إزهاق لأرواح ملايين البشر، وظهرت العديد من الدراسات التي حاولت البحث عن العوامل النفسية والاجتماعية التي لها علاقة وطيدة بالموت مثل الوسواس والقلق والاكتئاب والإحباط، وسيطرة فكرة الموت على عقول وعواطف الناس (النيال، 1991).

1.2.2 مفهوم قلق الموت :

إنّ مفهوم الموت مرتبط لدى الكثيرين بانفعالات عنيفة ومشاعر جياشة واتجاهات سلبية، تتجمع معا مكونة ما ندعوه قلق الموت أو الخوف منه، ذلك أنّ الموت حادث من نوع مختلف تماما، إنّهُ حادث عنيف يكسر ايقاع الحياة الرتيب، وليس هذا فقط بل إنّهُ يوقف دورتها، ويجعلها تقف جامدة عند تاريخ يستحيل أن تتحرك بعده (العرجا، 2004).

ويمكن تعريف قلق الموت كما عرفه تمبرلر بأنّه "حالة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور نتيجة التأمل الشعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة" (عبد الخالق، 1987: 39).

أمّا شقير (1998)، فقد عرفت قلق الموت بأنّه حالة من الخوف الغامض المبهم اتجاه كل ما يتعلق بموضوع الموت، وما ينتظره الإنسان من مصير بعد الموت، أي أنّه حاله انفعالية غير ساره ناتجة عن استجابة الخوف الهائم عند الفرد اتجاه كل ما يتعلق بموضوع الموت، والتقدير السلبي لموقف الموت، وما ينتظر بعد الموت من مصير.

في حين أورد عبد الخالق والنيال (2002) أنّ قلق الموت هو الإحساس والمشاعر المرتبطة بالموت، ويتفاوت هذا الإحساس بالنسبة للفرد المريض والسليم، ومن هم في مرحلة الشباب والشيخوخة.

2.2.2 أسباب القلق من الموت

أشار ابن مسكويه (الفيلسوف الإسلامي) إلى أسباب الخوف والقلق من الموت، وهي: عدم معرفة ماهية الموت، والظن أنّ النفس تضمحل كالجسد عند حلول الجسد، وأنّ العالم سيبقى موجوداً، وهو ليس موجوداً فيه، وأنّ للموت ألماً عظيماً، وأنّ عقوبة كبيرة تنتظره بعد الموت (الكايد، 1995).

أمّا أسباب قلق الموت كما أشار إليها عبد الخالق (1987) من خلال الدراسات التي قام بها، فهي كالآتي:

1. الخوف من الحساب والعقاب.

2. الخوف على الأولاد.

3. الخوف من مصير الجسد بعد الموت.

4. الخوف من الموت بعد مرض عضال.

5. الخوف من التوقيت في أية لحظة مفاجئة.

6. حب البقاء والتمسك بالدنيا.

7. عدم الإيمان بالله وضعف الوازع الديني.

8. الخوف من النار ويوم القيامة.

9. توقع الموت في كل لحظة.

أما السعدي (2007)، فقد أشارت إلى الأسباب التالية لقلق الموت:

1. غموض حقيقة الموت.

2. الشعور بالخطيئة من الذنوب والمعاصي.

3. الافتراق عن الأحبه والملذات والآمال.

4. انحلال الجسد.

5. فقدان القيمة الاجتماعية والمعنوية.

6. تحول الشخص إلى شيء مخيف وكريه.

4.2.2 أعراض قلق الموت

أشار زهران (1977) إلى ظهور أعراض نفسية، وعقلية، وانفعالية عامة على الفرد القلق، ومن أبرزها:

1. توترات الجهاز العصبي المستقل مثل الإحساس بالاختناق، وسرعة ضربات القلب، وبرودة

اليدين، والإحساس بالدوخة، الإحساس بالسخونة، وصعوبة البلع.

2. سرعة الاستثارة وصعوبة التركيز.

3. صداع، وخفقان في القلب، ورعشة، وعرق مفرط.

4. اتساع حدقة العين، واضطراب في عمليتي الإخراج والتبول، إضافة إلى توقع المصائب.

5. العصبية والتعب بسرعة.

6. ارتباك واضطراب بالنوم.

7. اللجوء لأحلام اليقظة، والتلجلج بالكلام، والجوع أو النهم غير العاديين.

كما وأضاف شقير (2003) الطرق والأساليب المستخدمة التي تحدث للفرد تغيرات بسلوكه الداخلي، ومن هذه الطرق:

1. السلوك التجنبي: وهذا السلوك يعبر الفرد عنه أما بشكل شعوري، كأن يقول لن أذهب

للمشاركة بالجنائز؛ لأنها تشكل ضغطاً على نفسي، فالجنائز هنا هي رمز للموت، وقد

يتجنب الفرد أيضاً زيارة المستشفى، أو التعبير عن الموت وعن المشاعر الملازمة له عند

فقدان أحد الأصدقاء والأقارب، والشكل الآخر لا شعوري من السلوك التجنبي يتمثل في

الضيق الشديد جداً في حالة ذكر جنازة، فينشغل الفرد بأشياء أخرى، وينتقل الأعذار لتجنب زيارة صديق يحتضر أو ميت، وهناك مظاهر أخرى منها إقحام نفسه بالعمل، أو المتعة، وهذا كله بشكل متطرف، وإضافة لذلك يتجنب التعبير عن التوتر والقلق فيلجأ إلى النوم.

2. تغيير أسلوب الحياة: حيث يهتم الفرد ويبالغ بنصيحة الاختصاصيين بالصحة أكثر من غيرهم، وكأنه يؤجل موعد الموت، ويتمثل هذا بالتغذية السليمة والصحية والصحيحة، مثل تجنب أكل المواد الغنيّة بالكوليسترول، ومراقبة وزن الجسم، وتناول الفيتامينات، وممارسة تمارين رياضية مناسبة، والامتناع عن التدخين والقهوة، فالتطرف في هذه السلوكيات هو هروب لا عقلاني من الموت.

3. الأحلام والموت: يتم التعبير عن قلق الموت بصورة لا شعورية أثناء النوم، وتمثل الأحلام رموزاً لآمال ومخاوف وقلق الفرد، وتعبر عن أحاسيسه وأفكاره وصراعاته بالحلم الليلي، فتظهر الأحلام أمّا على شكل كوابيس ليلية، أو قد لا تأخذ مظهر الاضطرابات، كما يتم التعبير عن قلق الموت من خلال أحلام اليقظة والتخيلات اليومية، وبخاصة لحظة ما قبل النوم، فقد يتخيل نفسه في جنازته ميتاً.

4.2.2 النظريات المُفسرة لقلق الموت

لقد برزت العديد من النظريات التي حاولت في جوانب منها تفسير قلق الموت، ومنها:

أولاً: نظرية التحليل النفسي:

اهتمت نظرية التحليل النفسي بموضوع الموت والقلق منه، فقد أشار عبد الحميد (1995: 105) بأن "غريزة الموت وغريزة الحياة هما أساس الحياة النفسية عند الإنسان، بالرغم من أنهما تعلمان نقيض بعضهما، فغريزة الحياة تعمل على استمرارية الحياة وفقاً لمبدأ اللذة الذي كان أساساً عند فرويد لتفسير الظواهر النفسية والأمراض العصبية، في حين اعتبر فرويد غريزة الموت هي السادية ممثلاً لها، ومن مهماتها إعادة الحياة العضوية إلى حالة غير حيّة، وهذه الغريزة تهدف إلى الهدم وإنهاء الحياة، وأنّ الموت يخيف الإنسان ويهدد حياته، وأنّ الخوف من الموت هو أصل القلق الذي يصيب الإنسان في حياته وأساس الأفكار والتصرفات العدائية".

في حين أورد زيود (1998) أنّ فرويد اعتبر أنّ هدف الحياة هو الموت، وذلك على اعتبار أنّ كل إنسان يموت، وأنّ هناك صراعاً مستديماً بين غريزة الحياة وغريزة الموت، ونتيجة هذا الصراع ينتج سلوك متوافق أو متعارض مع الغريزتين، أمّا إذا حصل العكس، فإنّ هذا يؤدي إلى اضطراب في السلوك الانسانيّ.

إلا أن السعدي (2007) أشارت إلى أن غريزة الموت إذا اتجهت للخارج فإنها تبدو في صورة رغبة في العدوان والتدمير والكرهية، وإذا اتجهت للداخل فإنها تبدو في صورة قلق مرضي، كما وأن الموت يخيف الإنسان ويهدد حياته، ويُعتقد بأنّ الخوف من الموت هو أصل كل القلق الذي يصيب الإنسان في حياته.

وأشار عبد الوهاب (2000) إلى أن اهتمام الأفراد بدفن أفكارهم عن الموت لا يقل شأنًا عن دفن موتاهم، وأنه لو كان الناس لم يهتدوا لعلاج الموت، فإنّ خير الطرق للتنعم بالحياة هي عدم التفكير في هذا الأمر على الإطلاق.

أما (فروم)، فهو يعتقد أنه "طالما نعيش وفق نمط التملك، فلا مناص من الخوف من الموت، ولا تستطيع أية تفسيرات عقلانية أن تزيل هذا الخوف، ولكن من الممكن أن تخفف من هذا الخوف حتى تأتي لحظة الموت، وذلك بتأكيد الرابطة بالحياة بالتجارب مع الآخرين حتى يستطيعوا أن يضيئوا نور الحب في نفوسنا" (عبد، 1993: 35-36).

ثانياً: نظرية روجرز:

يرى روجرز أن الاضطراب يحدث نتيجة تكوّن خبرة، وانضمام خبرة جديدة إلى الخبرات السابقة، وهذه الخبرة لا تتسجم مع شروط تقدير الذات لديه، ولا تنظم الخبرة ضمن نظام خبرات الشخص بشكل مقبول، فيناله التشويه والتحريف والإنكار، لذلك يحدث النقص بين الذات والخبرة، ويصاحب هذا التناقض شعور بالتهديد والقلق، وبهذا عندما يحدث النقص في التطابق بين تجارب الفرد ومفهوم الذات لديه فهذا النقص في التكامل سوف يعود بالفرد إلى الشعور بالاضطراب والتوتر، ونظراً لحاجته لتقدير ذات إيجابي فإنه يسلك بطريقة تتعارض مع قيمة الذاتيه، وبهذا يدفع ثمن ذلك بأنه يشعر بالقلق (شقيّر، 2003).

ثالثاً: النظرية السلوكية:

ترتكز النظرية السلوكية على عدة فرضيات منها:
تعتبر هذه النظرية أن معظم السلوك متعلم ومكتسب سواء أكان هذا السلوك سويًا أم مضطرباً، وهذا السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف من حيث المبادئ عن السلوك العادي المتعلم إلا أن السلوك المضطرب غير متوافق، إضافة إلى أن السلوك المضطرب يتعلمه الفرد نتيجة التعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي إليه، وحدث ارتباط شرطي بين تلك الخبرات وبين السلوك المضطرب، لذا فإن السلوك المتعلم يمكن تعديله (القاسم وعبيد والزعبي، 2000).

وتشكل نظرية "جوزيف ولبى" جزءاً مهماً من النظرية السلوكية، حيث يعتبر ولبى أن القلق يمثل جزءاً أساسياً من السلوك العصائى، ويحدث القلق عن طريق التعلم، والقلق والخوف كلمتان مترادفتان ضارَتان تؤديان إلى سلوك غير مرغوب فيه، ويختفي عادة طالما أنه لم يعزز، والسلوك غير المرغوب فيه والذي يستمر يعتبر سلوكاً عصائياً، وأن أسباب هذا القلق متعددة، وهي الصراع الذي أحدثه المثير المحايد الذي تحول إلى مثير شرطي للقلق، والتعلم السلبي، والمعلومات الخاطئة أو الناقصة (زيود، 1998).

رابعاً: نظرية هورنى:

اعتبرت هورنى (Horney) بأن القلق هو مركز ديناميكي عند العصائين، وقد استعملت تعبير الخوف مرادفاً له، فكلاهما ردود فعل عاطفية للخطر، والاثتان متلازمان في الأساس النفسي، فموضوع الخوف معروف ومُدرَك من الفرد وكذلك الخطر، أما القلق، فالفرد يخاف من شيء مجهول، كما أن هناك قيمة حيوية مهددة عند الشخص في حالة الخوف، أما القلق، فالخطر موجّه إلى جوهر الشخصية ووجودها (السعدي، 2007).

- في حين أشار عثمان (2001) إلى أن القلق عند (هورنى) ينشأ من عدة عناصر، وهي:
- انعدام الدفء العاطفي في الأسرة: مما يجعل الطفل منبوذاً، وهذا من أهم مصادر القلق.
 - العلاقة بين الوالدين لها أهمية في نشأة القلق لدى الطفل، فكثير من مشكلات الطفل المستقبلية ترجع إلى حرمانه من الدفء العاطفي والحنان بين الطفل وأمه.
 - البيئة التي يعيش فيها تسهم إسهاماً كبيراً في نشأة القلق لدى الطفل.

5.2.2 دور المرشد النفسي في التخفيف من قلق الموت

أشار المالح (1997) إلى عدد من الأساليب الوقائية والعلاجية التي يستخدمها المرشد النفسي بالتخفيف من قلق الموت حيث يعمل على الكثير من المحاور لمساعدة الأشخاص على تحسين نوعية حياتهم ومعالجة قضاياهم الصحية والنفسية ومنها:

- تثقيف المرضى وتزويدهم بالمعلومات حول مرضهم وتأثيره على أجسادهم، لأن فهم ذلك سيؤدي إلى التعامل بشكل أفضل مع المواقف الحياتية مثل إدارة الإجهاد واتخاذ القرارات المناسبة المبنية على الوعي والمعرفة، مما يساعد على التأقلم بطريقة ايجابية وصحية تسهم في التخفيف من الأعراض الجانبية للقلق.

- تدريب المرضى على استخدام التقنيات المعرفية السلوكية التي يمكن أن تساعد في الحد من القلق مثل: التحكم بالتنفس والتنفس العميق بدلاً عن التنفس السريع السطحي، ومن خلال تمارين

الاسترخاء وتمارين التنفس، ومن المفيد مواجهة القلق بدلاً عن الهروب منه، وتعديل أفكار المريض التلقائية ونمط التفكير السلبي الذي تعود عليه والمرتبط بنوبات القلق حيث يعتقد مريض القلق بجملة من الأفكار الخاطئة التي تساهم في تثبيت الخوف والقلق، ويجري مناقشة مثل هذه الأفكار وتحديدها ومن ثم تعديلها من خلال الحوار والجلسات العلاجية .

- يعمل على إيصال منظوراً شاملاً للصحة، ليس فقط للمرض والأعراض وما يحدث جسدياً وعاطفياً، ولكن يتخطاه إلى العلاقات المحيطة بالمريض وعائلته، ومقدار الدعم لديه، وكيفية التفاعل والتعامل معه.

- العمل مع فريق متعدد التخصصات لإعداد برامج رعاية متكاملة للمريض، يتضمن الأطباء والمختصين، حيث يقوم الفريق بمناقشة وتبادل المعلومات ذات الصلة لتقديم أفضل الخدمات العلاجية للمريض.

6.2.2 علاقة المُساندة الاجتماعية بقلق الموت

يؤكد كثير من الباحثين على أنّ المُساندة الاجتماعية من العوامل المهمة التي تقي الفرد من العديد من الاضطرابات النفسية التي قد تتمثل في القلق بأنواعه، الاكتئاب، والشعور بالوحدة النفسية، كما وتقوم بدور كبير في خفض الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها الفرد، وهي مؤشر مهم من مؤشرات الصحة النفسية، ومتغير وسيط مخفف من الآثار السلبية الناتجة عن ارتفاع مستوى الضغوط التي تتمثل في القلق بأنواعه، الاكتئاب، التوتر، والوحدة النفسية، كما تلعب المُساندة الاجتماعية دوراً مهماً في الشفاء من الاضطرابات النفسية، وتسهم في التوافق الإيجابي، والنمو الشخصي للفرد، فكلما اتسع حجم شبكة العلاقات الاجتماعية تمتع الأفراد بصحة نفسية عالية مقارنة بالأفراد الذين لديهم شبكة من العلاقات الاجتماعية المحدودة، في حين يرى جيبسون (Gibson) أنّ كفاءة التفاعل الاجتماعي هو المؤشر الحاسم للصحة النفسية، وليس حجمه أو مقداره، لذا تعتبر المُساندة الاجتماعية أحد المتغيرات الواقية التي يفترض بأنها تخفف من التأثير السلبي لضغوط الحياة، فالمُساندة الاجتماعية ترتبط بشكل عام بتخفيف الاضطرابات النفسية، ومنها قلق الموت (السرسى وعبد المقصود، 2000).

3.2 مرحلة الشيخوخة

تعدّ مرحلة الشيخوخة من أكثر المراحل العمرية التي تنبئ الإنسان بقرب أجله، والتي يكتنفها بصورة عامة نوع من الاضطرابات على المستويين: الفسيولوجي، والسيكولوجي، واللذين يتمثلان

بالخمول، والعجز، والعزلة، والحزن، والفراغ الكبير، بعد أن كانت حياته حافلة بالنشاط، والفعالية، والمتعة في المراحل العمرية السابقة لهذه المرحلة، حيث إن فتور حيوية الحياة وفعاليتها يضيف نوعاً من الحزن والقنوط بالنسبة للمسّن، وبخاصة عندما يشعر بفارق التغيرات التي تحدث له مع مرور الزمن، على الأصعدة والميادين كافة (المحمداوي، 2008).

فيعرف علماء النفس الشيخوخة بأنها حالة من الاضمحلال، تعتري إمكانات التوافق النفسي والاجتماعي للشخص، فتقل قدرته على استغلال إمكاناته الجسمية، والنفسية، لمواجهة ضغوط الحياة، مما يؤدي إلى تناقص في إشباع الحاجات المختلفة (قناوي، 1987).

والفرد وفق نظرية إريك إريكسون (E.Ericson) في النمو النفسي الاجتماعي، يمرّ بثمانى مراحل تشكل كل منها تطوراً جديداً في شخصية الفرد وعلاقاته بالآخرين، وآخر هذه المراحل هي مرحلة تكامل الأنا مقابل اليأس، وهي مرحلة الشيخوخة وأزمة إحساس الفرد بأن هويته قد تحددت بما فعل، فإذا كان ما فعله يبعث على السعادة والإحساس بالإنجاز فسوف يتجاوز هذه المرحلة بنجاح، وهو يشعر بالتكامل والرضا، أما إذا كانت نظرته مثل ماضيه تتسم بالإحباط وخيبة الأمل، فسوف يشعر باليأس (خليفة، 1997).

1.3.2 مفهوم الشيخوخة

تعرف الشيخوخة بأنها مجموعة تغيرات جسمية ونفسية تحدث بعد سن الرشد، في الحلقة الأخيرة من العمر، ومن التغيرات الجسمية العضوية، الضعف العام في الصحة، ونقص القوة العضلية، وضعف الحواس، وضعف الطاقة الجسمية والجنسية، ومن المتغيرات النفسية ضعف الانتباه والذاكرة، وضيق الاهتمامات، وشدة التأثير الانفعالي، والحساسية النفسية (زهران، 1977).

أما كبير السن، فيعرف عالمياً وفقاً لمنظمة الأمم المتحدة، ومنظمة الصحة العالمية على أنه من بلغ الستين من عمره (فهيمى، 2000).

2.3.2 خصائص مرحلة الشيخوخة

تعدّ هذه المرحلة العمرية من المراحل التي يختتم فيها الإنسان حياته بصورة عامة، وهي مثل غيرها من المراحل المتميزة ببعض التغيرات الجسمية، والنفسية، والاجتماعية، والعقلية، وهذه التغيرات تأخذ مجالات وجوانب عديدة، ويمكن إجمالها كالآتي:

1 - الخصائص الجسمية:

وتتضمن هذه الخصائص التغيرات الظاهرية والمرئية مثل تغيرات الجلد، والشعر، والوجه، واليدين، وكذلك القدرة الحركية بشكل عام، والتي تتمثل بالبطء في المشي أو التوكؤ على عكازه،

بالإضافة إلى التغيرات الداخلية التي تحدث للهيكل العظمي والأحشاء وأجهزة الجسم المختلفة (الشيخ، 2003).

وبصورة عامة، فإنّ المُسنين يعانون من ضعف في الجهاز العصبيّ الذي ينعكس سلباً على النشاط الحركي حيث يفقد المُسن الدقة والمهارة والاتزان، وكذلك فإنّ الأجهزة الداخليّة يصيبها الوهن، ويتسرب الضعف إلى القلب والمعدة والرئتين والجهاز العظمي لنقص مادة الكالسيوم فيه، فتتقوس القامة وتضعف الساقين عن حمل الجسم وتتساقط الأسنان، أمّا بالنسبة للمخ فينقص وزنه وتمتد التجويفات من الجانبين، ويضيق شريط اللحاء، ويظهر التدهور في الجهاز العصبي مبكراً في الشيخوخة، بالإضافة إلى ذلك فإنّ هناك تغيرات أخرى تتمثل في تغير قوة دفع الدم وتغير السعة الهوائية للرئتين وانقطاع الحيض لدى المُسنات (الهاشمي، 1980).

2 – الخصائص الانفعالية:

تنتم الخصائص الانفعالية للمُسنين بأنّها ذاتية المركز، أي أنّها تدور حول الذات أكثر مما تدور حول الآخرين، وهذا بدوره يؤدي إلى نوع من أنماط الأنانية لديهم حيث يلجأ المُسنون من خلالها لاستحواذ انتباه المحيطين به، وأنّ المُسنين ليس لديهم القدرة على التحكم الصحيح بانفعالاتهم، فهي خليط مزدوج من انفعالات المراحل العمرية التي يمرّ بها الفرد، فترى بعضها يوافق انفعالات مرحلة الطفولة وبعضها يتوافق مع انفعالات المراهقة وبعضها الآخر يحاكي مرحلة الشباب والرشد، بمعنى آخر أنّ هذه المرحلة العمرية تمثل محصلة الجوانب الانفعالية المتعلقة بمراحل النمو المختلفة للفرد، وبشكل عام يمكن القول إنّ الجانب الانفعالي للمُسن يغلب عليه لون غريب من التعصب للرأي والعواطف وللجيل الذي ينتمون إليه، وبالتالي لكل ما يمت إليهم بصله، فنراه متطرفاً في نقد سلوكيات الأجيال التالية، ومعاييرهم الاجتماعية وعندما لا يتقبل الآخرون آراءهم وتعصبهم، فإنّهم يشعرون بنوع من الاضطهاد في أعماق أنفسهم بحيث يؤدي بهم هذا الشعور بالإحساس العميق بالفشل، وعدم القيمة والمهانة أحياناً، أي تدني مفهوم الذات لديهم واعتقادهم بأنّ الآخرين لا يتقبلونهم ولا يرغبون بوجودهم في الحياة، الأمر الذي يؤدي إلى نمو السلوكيات العدوانية لديهم في مجابهة هذا الاضطهاد، وأحياناً يكون موقفهم من هذه الأمور بشكل سلبي بحيث لا ينفعلون أو يتفاعلون معها وكأنّهم يعبرون بذلك عن الهوية الساحقة بينهم وبين الأجيال الأخرى، لذا فإنّ كثيراً منهم تتصف انفعالاته بالخمول وبلادة الحس، وأحياناً بالاغتراب عن البيئة والمحيط، وهذا مايزيد من تعاسته ونمو اليأس والسأم في ذاته (المحمداوي، 2008).

3 – الخصائص العقلية:

في الحقيقة تشير دراسات النمو إلى أنّ الكفاءة العقلية العامة للمرء تبقى ثابتة نسبياً حتى أول الخمسينيات، ثم تبدأ بعد ذلك بالتدهور ببطء مع تقدم العمر نحو الستين، أمّا من حيث قدرة المُسنين على التعلم والتذكر فإنّها أيضاً تبدأ بالتدهور قليلاً مع تزايد العمر، ولو أنّ هناك بعض الآراء التي

تؤكد -وخاصة بالنسبة لعملية التذكر- بأنها قد تتناسب طردياً مع التقدم العمري، حيث إنّ المُسن قد يتذكر أحداثاً وقعت له في السنوات الأولى من عمره (أبو حطب وصادق، 1999).

ويرى الطحان (1984) أنّ قدرة الفرد على الإدراك كعملية عقلية أساسية من عمليات التعلم تتأثر بضعف القشرة المخية نتيجة كِبَر السنّ، وأنّ الدراسات أكدت على أنّ القدرة الاستدلالية أكثر القدرات تدهوراً في سنّ الشيخوخة.

4 - الخصائص الاجتماعية:

إنّ الخصائص الاجتماعية للمُسن ترتبط في حقيقة الأمر بالعديد من المتغيرات إذ تكمن في النسق الاجتماعي الذي يعيش فيه المُسن بالإضافة إلى سماته الشخصية، كما يلاحظ أنّ العلاقات الاجتماعية للمُسن بشكل عام تكاد تكون مقتصرة إلى حد كبير على أقرانه القدماء الذين يعيشون بالقرب منه، بالإضافة إلى ذلك فإنّ المُسن ليست لديه الهمة والاندفاع لتكوين علاقات جديدة، وهذا ما يجعل العلاقات الاجتماعية لهم ضيقة، وقد تقتصر أحياناً على الأبناء والأحفاد، مما ينتج عن هذا شعور المُسن بالوحدة القاسية، والذي يؤدي إلى شعورهم بالسأم والملل وعدم الابتهاج لما هم عليه، ولهذا السبب تعزريهم الوحشة بسبب موت أقرانهم واحدا تلو الآخر، فلا يرى أحداً من أقرانه أو أصدقاء طفولته، فتدب الوحشة في نفسه ويستوحش المكان والزمان وخاصة بعد رحيل رفيق العمر (الزوج أو الزوجة)، فعندها تتحول الحياة بالنسبة إليه إلى جحيم (المحمداوي، 2008).

4.2. الدراسات السابقة:

1.4.2. الدراسات العربية التي تناولت المُساندة الاجتماعية

دراسة الكردي (2012):

هدفت الدراسة التعرف إلى العلاقة بين الإسناد الاجتماعي والضغوط النفسية لدى الجالية الفلسطينية المقيمة في المملكة العربية السعودية، وشملت عينة الدراسة (300) فرد من أفراد الجالية الفلسطينية المقيمة بالسعودية نصفهم من الذكور، والنصف الآخر من الإناث، واستخدمت الباحثة مقياساً للمُساندة الاجتماعية، ومقياساً للضغوط النفسية من إعداد الباحثة، وأظهرت نتائج الدراسة أن أكثر مجالات مقياس المُساندة الاجتماعية شيوعاً هو المُساندة من قبل الأسرة، يليه مجال المُساندة من قبل الأصدقاء، ثم مجال الشعور الذاتي بالمُساندة، ثم أخيراً يأتي مجال المُساندة من قبل المؤسسات الحكومية والاجتماعية، وأشارت النتائج إلى أن مستوى المُساندة الاجتماعية لدى أفراد الجالية الفلسطينية في المملكة العربية السعودية ضعيف، وكذلك أظهرت الدراسة بأن هناك علاقة ارتباطية عكسية سالبة بين الدرجة الكلية لمقياس المُساندة الاجتماعية والضغوط النفسية، وأن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في الدرجة الكلية لمقياس المُساندة الاجتماعية لصالح الإناث.

دراسة كفا (2012):

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الصلابة النفسية والمُساندة الاجتماعية للمُسنين، كما هدفت إلى معرفة الفروق في متوسط أداء أفراد العينة على مقياسي الصلابة النفسية، والمُساندة الاجتماعية تبعاً لمتغيرات الدراسة (الجنس، ومكان الإقامة، والحالة الاجتماعية، والحالة الصحية)، وتألّفت عينة الدراسة من المُسنين الذين بلغوا (65)، وأكثر في محافظتي دمشق واللاذقية، حيث بلغت عينة الدراسة من (620) مسناً ومسنة منهم (330) مسناً، و(290) مسنة داخل دور الرعاية وخارجها، وقامت الباحثة باستخدام مقياس مسح الآراء لقياس الصلابة النفسية، ومقياس المُساندة الاجتماعية للمُسنين، ومقياس الحالة الصحية، وهم من ترجمة وإعداد الباحثة، ومن أهم النتائج وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية والمُساندة الاجتماعية، وبيّنت وجود فروق في متوسطات أداء أفراد العينة على مقياس المُساندة الاجتماعية تبعاً لمتغيرات (الجنس، ومكان الإقامة، والحالة الاجتماعية، والحالة الصحية).

دراسة (الجبلي، 2006):

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المُساندة الاجتماعية وبين الضغوط النفسية لدى طلبة كلية الطب والعلوم الصحية بجامعة صنعاء، وقد تكونت عينة البحث من (261) طالباً وطالبة

من طلبة المستويين الدراسيين: الأول، والثالث بكلية الطب والعلوم الصحية، منهم (136) ذكراً، و(125) أنثى، ولتحقيق أهداف البحث استخدمت الباحثة مقياس المُساندة الاجتماعية من إعداد النمراشي (2001). كما تمّ بناء مقياس الضغوط النفسية وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: أنّ مستوى المُساندة الاجتماعية لدى طلبة كلية الطب والعلوم الصحية مرتفع. وأنّه لا توجد فروق دالة إحصائية في المُساندة الاجتماعية لدى طلبة كلية الطب وفقاً لمتغير الجنس ، والمستوى الدراسي والتخصص.

دراسة غانم (2002):

هدفت الدراسة إلى الوقوف على علاقة المُساندة الاجتماعية المدركة بكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المُسنين والمُسنات المقيمين في مؤسسات إيوائية وأسر طبيعية. وتكونت عينة الدراسة من (100) مسنّ ومسنّة المقيمين في مؤسسات إيوائية أو أسر طبيعيّة، تراوحت أعمارهم ما بين (60-74)، وتم تطبيق مقاييس المُساندة الاجتماعية المدركة ومقياس الشعور بالوحدة النفسية ومقياس بيك للاكتئاب، وقد تبين من النتائج أنّ إدراك المُسنين والمُسنات الذين يعيشون في بيئة طبيعية للمُساندة الاجتماعية بأبعادها المختلفة أكبر وأفضل من المُسنين والمُسنات الذين يقيمون في دور الإيواء، وأنّ إدراك الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب يتزايد لدى المُسنين والمُسنات المقيمين في دور الإيواء.

2.4.2 الدراسات الأجنبية التي تناولت المُساندة الاجتماعية:

دراسة حبيب (Habebe, 2013):

هدفت الدراسة إلى فحص مستوى المُساندة الاجتماعية من قبل الأسرة والأصدقاء لدى المُسنين المقيمين في بيت اليوبييل الفضّي في بينانغ - ماليزيا، وتكونت عينة الدراسة من المُسنين المقيمين في بيت اليوبييل الفضّي في ماليزيا، واستخدم الباحث مقياس (LSNS) لتقييم الأبعاد الثلاثة للمُساندة الاجتماعية لدى المُسن، وهذه الأبعاد هي: تكرار الزيارات والاتصالات، وإحساسهم بالأمن والأمان، وعملية اتخاذ القرار وصنعه ، ومن أبرز نتائج هذه الدراسة انخفاض مستوى المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين (ذكوراً وإناثاً).

دراسة كانديس وآخرون (Candyce, et al. 2006):

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الروابط الاجتماعية والمُساندة الاجتماعية وبين البقاء على قيد الحياة وذلك بعد التشخيص بسرطان الثدي، وقد شملت عينة الدراسة (2835) امرأة، وتمّ

تشخيصهم بسرطان الثدي بمراحله الأربعة، وذلك خلال الفترة مابين (1992-2000)، وقد توفيت (224) امرأة من عينة الدراسة خلال هذه الفترة، (107) من الوفيات كان سببها سرطان الثدي، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن المرأة التي تعاني من عزلة اجتماعية تواجه خطراً أعلى باحتمالية الوفاة بعد تشخيص مرضها بسرطان الثدي، وذلك لأن المريضة تعاني من نقص الرعاية وتحديدًا الرعاية النفسية التي يمنحها الأصدقاء والأقارب والأطفال الكبار.

دراسة شوشوان وي يونغ (Shuchuan & Yea Ying, 2003):

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن تأثير المُساندة الاجتماعية على الوظيفة الإدراكية لدى المُسنين في تايوان، حيث اختبرت هذه الدراسة فرضية وجود ارتباط بين المُساندة الاجتماعية والوظيفة الإدراكية لدى المُسنين، وتكونت عينة الدراسة من (7.993) مسناً ممن أعمارهم فوق ال (65) عاماً، وكان (12)% منهم أكبر من (80) عاماً، (53.2) منهم ذكوراً، (67.1) منهم متزوجين، ومن أبرز النتائج أنه كلما كان هناك مُساندة اجتماعية قوية كلما كانت الوظيفة الإدراكية للمسّن أعلى، وأن هناك فروق دالة إحصائية في مستوى المُساندة الاجتماعية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين، وأشارت النتائج أيضاً إلى انخفاض الوظيفة الإدراكية للمُسّن بانخفاض مستوى التعليم.

دراسة دين وآخرون (Dean, et al. 1990):

هدفت الدراسة إلى معرفة الدور الوقائي للمُساندة الاجتماعية من مصادر مختلفة على الاكتئاب، وذلك على عينة مكونة من (997) من الجنسين نصفهم من الذكور ونصفهم من الإناث ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (50-85) سنة، مستخدمين عدة أدوات تضمنت: مقياس الأعراض الاكتئابية، ومقياساً للمُساندة الاجتماعية التعبيرية، ومقياساً لأحداث الحياة، وأظهرت نتائج الدراسة أن أحداث الحياة تؤثر بشكل موجب ودال على زيادة الأعراض الاكتئابية، كما أن انخفاض المُساندة الاجتماعية أدى إلى زيادة الأعراض الاكتئابية، بينما ارتبطت المُساندة الاجتماعية المرتفعة بظهور أعراض اكتئابية أقل.

دراسة كوترونا وروسل (Cutrona & Russell, 1990):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة دور المُساندة الاجتماعية في التخفيف ومواجهة الضغوط لدى المُسنين، وقد طبقت الدراسة على عينة بلغ قوامها (50) من المُسنين، وقد تراوحت أعمارهم ما بين (60-88) سنة بمتوسط عمري (70) سنة، وتم استخدام مقياس تقدير إعادة التوافق ومقياس المُساندة الاجتماعية، ومقياس الصحة الجسمية النفسية، ومقياس الشعور بالوحدة النفسية، ومقياس

زونج لتقدير الاكتئاب، وأظهرت الدراسات أن المُساندة الاجتماعية تخفف من حدة وقع الضغوط على الفرد وتزيد من شعوره بالثقة والقيمة من خلال ما يدركه الفرد من علاقات تمثل سندا اجتماعياً بالنسبة له، وأنّ العلاقات الاجتماعية تزيد من المهارات الاجتماعية، وتقلل من أعراض الاكتئاب لديه خاصة في مرحلة الشيخوخة التي تتسم بفقد بعض العلاقات والأشخاص ذوي الأهمية في حياة الفرد.

3.4.2. الدراسات العربية التي تناولت قلق الموت

دراسة (أبو صاع، 2010):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة درجة قلق الموت لدى سكان المناطق المجاورة للمصانع الكيماوية الإسرائيلية في محافظة طولكرم، إضافة إلى تحديد أثر متغيرات العمر، والجنس، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي على درجة القلق، ولتحقيق ذلك أجريت الدراسة على عينة قوامها (120) من السكان المجاورين للمصانع الكيماوية الإسرائيلية تم اختيارها بطريقة عشوائية، وطبق عليها مقياس قلق الموت، وتوصلت النتائج إلى وجود درجة قلق موت عالية جداً لدى سكان المناطق المجاورة للمصانع الإسرائيلية، كما وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق الموت لدى سكان المناطق المجاورة للمصانع الكيماوية الإسرائيلية في محافظة طولكرم يُعزى لمتغير العمر، والجنس، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي.

دراسة نصر (2010):

هدفت هذه الدراسة تحديد العلاقة بين قلق الموت والمساندة الاجتماعية لدى المصابين بمرض السرطان في المستشفيات الحكومية، وتحديد الاختلاف بين كل من المُساندة الاجتماعية وقلق الموت لدى المصابين بالسرطان في المستشفيات الحكومية باختلاف الجنس، حيث طبقت الدراسة على عينة مكونة من (30) مصاباً بمرض سرطان الدم، تتراوح أعمارهم ما بين (18-22) عاماً، واستخدم الباحث مقياس قلق الموت من إعداد أحمد عبد الخالق، واستبيان المُساندة الاجتماعية من إعداد أمينة محمد مختار، ومن أبرز نتائج هذه الدراسة وجود علاقة سالبة بين قلق الموت والمُساندة الاجتماعية لدى المصابين بمرض السرطان، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين: (الذكور، والإناث).

دراسة رحيم وعلي (2009):

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى القلق لدى المُسنين المقيمين في دور الدولة وعلاقته ببعض متغيرات العمر، والجنس، والحالة الاجتماعية، والتفاعل بينهما، وطُبقت الدراسة على مجموعة من المُسنين، وقد تكونت عينة الدراسة من المُسنين الذين تتراوح أعمارهم من (60-69) الفئة الأولى، أما الفئة الثانية، فمن (70-80)، والفئة الثالثة من (80) فما فوق، وقد توزعت حسب متغيري العمر والجنس، حيث تم استخدام مقياس قلق الموت لأحمد عبد الخالق (1987)، ومقياس القلق الصريح لمصطفى فهمي (1974)، ومن أبرز هذه النتائج عدم وجود فروق بين المُسنين في القلق العام، وقلق الموت حسب متغير الجنس، وأن المُسنين المتقاعدين أكثر إحساساً بالقلق العام، وقلق الموت من المُسنين الذين لا يعملون، وأوضحت النتائج أن المُسنين الذين تبلغ أعمارهم (70) فما فوق كانوا أكثر إحساساً بالقلق العام، وقلق الموت من المُسنين الذين تقع أعمارهم ما بين (60-69) عاماً.

دراسة السعدي (2007):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى القلق والضغوط النفسية لأهالي مرضى التلاسيميا في الضفة الغربية، وهدفت أيضاً إلى معرفة الاختلاف في مستوى القلق والضغوط النفسية لدى أهالي مرضى التلاسيميا مع متغيرات (العمر للأم/ الأب، الجنس للأم/ الأب، المستوى التعليمي للأم/ الأب، جنس الإبن المريض، وعدد الأبناء المرضى)، حيث تألف مجتمع الدراسة من مرضى التلاسيميا في الضفة الغربية والبالغ عددهم (486) مريضاً تم اختيارهم بطريقة الطبقة العشوائية من خلال عينة ممثلة بنسبة (30%) من مجتمع الدراسة، وقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة من خلال تطبيق استبانة قلق الموت والمؤلفة من ثلاثين فقرة، واستبانة الضغوط النفسية المؤلفة من اثنتين وسبعين فقرة، ومن أهم نتائج هذه الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى أهالي مرضى التلاسيميا تعزى إلى متغيرات (العمر، والمستوى التعليمي، وجنس الإبن المريض، وعدد الأبناء المرضى)، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى أهالي مرضى التلاسيميا تعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث.

دراسة الغانم (2004):

هدفت الدراسة إلى معرفة طبيعة كل من الاكتئاب وقلق الموت لدى المُسنين في المجتمع المصري، وكذلك معرفة طبيعة المشكلات التي يواجهها المسنين، وتحديد العلاقة بين زيادة قلق الموت والاكتئاب، ومدى تأثيرها على طبيعة المشاكل التي يواجهها المسنين، حيث استخدمت

الدراسة المقياسين الآتين، مقياس بيك للاكتئاب ومقياس قلق الموت والاستبيان الخاص بمشاكل المتقاعدين العاملين وغير العاملين وتم تطبيق الأدوات السابقة على عينة من المُسنين والمسنات (82) ذكراً و(82) أنثى، وأوضحت النتائج وجود فروق جوهريّة ذات دلالة بين قلق الموت والاكتئاب والمشكلات الاجتماعيّة لدى الإناث مقارنة بالذكور من المسنين، كما أوضحت أنّ هناك علاقة ارتباطية بين المشكلات الاجتماعيّة وكل من الاكتئاب وقلق الموت لدى الإناث بينما ارتبطت المشكلات الدينية بقلق الموت لدى المُسنين الذكور.

دراسة الكايد (1995):

هدفت الدراسة إلى بيان العلاقة بين القيم الدينية وقلق الموت لدى المُسنين المقيمين في دور الرعاية في الاردن ومعرفة إذا كان هناك أثر دال إحصائياً لمتغيرات الجنس، والمستوى التعليمي، والعمر، والتواصل الاجتماعي على قلق الموت، وقد تكونت عينة الدراسة من جميع المُسنين القادرين على التجاوب مع الباحثة في كافة دور الرعاية في الاردن، والبالغ عددهم (60) مسناً منهم (28) ذكراً و (32) أنثى، وقد استخدمت الباحثة مقياس قلق الموت الذي اعده عبد الخالق بالاضافة إلى مقياس خاص بالقيم الدينية، وأشارت النتائج إلى أنّ هناك درجة متوسطة من قلق الموت لدى المُسنين المقيمين في دور الرعاية في الاردن، وان هناك درجة عالية من القيم الدينية لديهم، كما ان هناك علاقة عكسية بين قلق الموت والقيم الدينية (كلما زاد مستوى القيم الدينية قل قلق الموت لديهم) وأشارت هذه الدراسة أيضاً إلى عدم وجود فروق ذات دلالة على مقياس قلق الموت تعزى لمتغيرات الجنس والمستوى التعليمي والعمر والدعم الاجتماعي.

4.4.2. الدراسات الاجنبية التي تناولت قلق الموت

دراسة عزايذة وآخرون (Azaiza, Ron, Shoham, & Gigini, , et al. 2010):

هدفت هذه الدراسة للتعرف على قلق الموت لدى المُسنين فلسطيني الداخل (48)، حيث تكونت العينة من (145) مسناً ومسنّة، وكانت أعمارهم من (60) عاماً فما فوق، وطبق عليهم مقياس ثابت عن قلق الموت تم تطبيقه من خلال عمل مقابلات مع المسنين. حيث حصل المُسنون ممن هم في دور الرعاية على نسبة عالية من قلق الموت وكان هناك فروق فردية تعزى للجنس، المؤهل العلمي، مكان السكن أو إن كان في دار للرعاية، أم يعيش وسط أسرته، فنسبة قلق الموت كانت عالية لدى الإناث وغير المتعلمين ولدى المقيمين في دور الرعاية، ولم يكن هناك فروق حسب درجة التدين، وعلاقة ذلك بإدراك المُسن للمساندة الاجتماعية، ومن نتائج الدراسة أيضاً أنّه كلما

تلقي المُسنين مساندة اجتماعية من شبكة العلاقات الاجتماعية كلما قل قلق الموت لديهم وأيضاً كان لشبكة العلاقات الاجتماعية فائدة في تخفيف الأفكار والمعلومات التي تقود لقلق الموت.

دراسة غفران وانصاري (Ghaufuran & Ansari, 2008):

هدفت الدراسة الوقوف على تأثير حدث الترميل على كل من التدين وقلق الموت لدى عينة من المُسنين في الهند، وتكونت عينة الدراسة من (120) مسناً ومسنّة، تتراوح أعمارهم بين (60-75) سنة، استخدم الباحثان مقياس قلق الموت لتاكور ومقياس التدين لبوشان، وجد الباحثان أن الترميل يؤدي إلى ارتفاع دال في مستوى التدين لدى الأرامل دون فروق تذكر بين الذكور والإناث، كما وأن الترميل يرفع وبصورة دالة من مستوى قلق الموت، وإن كان بدرجة أكبر لدى الأرامل من النساء مقارنة بالأرامل الرجال.

بوفيدا وآخرون (Poveda, et al, 2001):

هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين قلق الموت ومتغيرات الجنس والإصابة بالأمراض المزمنة واستهلاك العقاقير النفسية والتردد على العيادات، حيث تكونت عينة الدراسة من (226) مريضاً إسبانياً تزيد أعمارهم عن (18) عاماً بمتوسط عمر (25.5) عاماً، وقد تم اختيار العينة عشوائياً من بين (1829) شخصاً حضروا إلى العيادة للاستشارة في الفترة ما بين أيار وتموز 1999، جمعت البيانات من المرضى عن طريق إجراء مقابلات وجهاً لوجه معهم باستخدام مقياس قلق الموت لتمبلر، وأشارت النتائج بوجود فروق ذات دلالة بين الذكور والإناث في مستوى قلق الموت (الإناث أظهرن مستوى أعلى)، وكذلك تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد المصابين بأمراض نفسية والأفراد غير المصابين في مستوى القلق، وإلى عدم وجود فروق ذات دلالة في مستويات القلق الموت يُعزى إلى اختلاف عدد مرات التردد على العيادة، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة في مستويات قلق الموت بين المرضى المصابين بأمراض مزمنة من غير المضطربين نفسياً.

دراسة راسموسير و بريمز (Rasmusser & Brems, 1996):

هدفت الدراسة إلى بحث علاقة قلق الموت بالعمر وكذلك بالنضج النفسي والاجتماعي، وقد تكونت عينة الدراسة من (196) راشداً من الذكور والإناث تتراوح أعمارهم من (18-80) عاماً،

واستخدم الباحثان مقياس قلق الموت وقائمة النمو النفسي والاجتماعي، وأشارت النتائج إلى أنه كلما زاد العمر والنضج النفسي والاجتماعي انخفض قلق الموت.

دراسة بوند (Bond,1994):

اعدّ الباحث دراسة بعنوان التدخين والجنس والقلق من الموت، والهدف من هذه الدراسة استند إلى مقدمة أنّ كل انسان سيموت يوماً ما، أمّا الاداة المستخدمة فهي مقياس الخوف من الموت لכולيت، ومقياس لستر لمقياس قلق الموت، تكونت العينة من طلبة جامعة ولاية انديانا والمدرسة المهنية الفنية في ولاية انديانا ومسنين يحضرون إلى المراكز المحلية، ومن أهم النتائج أنّ هناك متغيرين فقط لهما تأثير على درجة شعور القلق من الموت وهما التدخين والعمر، وأن لدى النساء المسنات والمتدينات درجة أقل بالشعور بالقلق من الموت.

5.4.2. التعقيب على الدراسات السابقة:

إن الدراسات السابقة التي تمكنت الباحثة من الاطلاع عليها، والمتعلقة بموضوع الدراسة الحالية ساعدت في تكوين تصور شامل لموضوع الدراسة وذلك من خلال الطرق والمناهج المتبعة من قبل الدارسين والباحثين، وما توصلوا اليه من نتائج ، الأمر الذي ساعد الباحثة على تحديد صياغة المشكلة وتحديد التساؤلات التي تسعى الدراسة للإجابة عليها.

أولاً: التعقيب على الدراسات المتعلقة بالمساندة الاجتماعية:

1. ترى الباحثة من خلال الدراسات السابقة التي تناولت موضوع المُساندة الاجتماعية أنّها ربطت المُساندة بالعديد من المتغيرات مثل: الضغوط النفسية، الصلابة النفسية، الشعور بالوحدة النفسية، الشعور بالاعراض الاكتئابية، الشعور بالاغتراب، والوظيفة الإدراكية ومن هذه الدراسات: (الكردي، 2012)، (كفا، 2012)، (الجبلي، 2006)، (غانم، 2003)، (السيد، 2002)، (Habebe, 2013 ,

(Dean, et al, 1990), (Shuchuan & Yea, Ying. 2003), (Candyce, et al, 2006) (Cutrona & Russell, 1990)

2. كما وجدت الباحثة أن هناك اتفاقاً بين هذه الدراسات على أهمية المُساندة الاجتماعية في التخفيف من حدة وقع الضغوط على الفرد، ودورها في تقوية المصادر النفسية والتقليل من الأعراض الاكتئابية، وتحسين الوظائف الإدراكية، وتزيد من شعور الفرد بالقيمة والأهمية، وتزيد من قدرته على التحدي مما يجعله أكثر نجاحاً في مواجهة الضغوط.

3. بالنسبة للعينات التي تناولتها الدراسات السابقة المتعلقة بالمساندة الاجتماعية، فقد أُجريت بعض الدراسات على عينات من المُسنين، وعينات من المُسنين المقيمين في الدور الإيوائية مثل (كفا، 2012)، (غانم، 2003)، (Habebe, 2013)، (shuchuan, yea, ying. 2003)، (cutrona & Russell, 1990) (Dean, et al. 1990)، وهذه العينة اتفقت مع عينة الدراسة الحالية. أمّا الدراسات الأخرى، فقد اهتمت بفئة الشباب و طلبة الجامعات والمراهقين والشباب والمسنين والنساء المصابات بمرض سرطان الثدي، مثل دراسة كل من: (الكردي، 2012)، (الجبيلي، 2006)، (السيد، 2002)، و دراسة (Candyce, et al. 2006).

4. في ضوء المتغيرات التي تعرضت لها الدراسات السابقة والتي تتفق ومتغيرات الدراسة الحالية وخاصة المتغيرات الديمغرافية مثل: الجنس والحالة الاجتماعية والأمراض التي يعاني منها، فقد اظهرت دراستين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الجنس لصالح الاناث، كدراسة (الكردي، 2012) ودراسة (كفا، 2012)، أمّا دراسة (الجبيلي، 2006)، فقد اظهرت بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير الجنس حيث تتفق ونتيجة الدراسة. أمّا بخصوص متغير العمر، فتظهر دراسة (السيد، 2002) عدم وجود فروق دالة احصائياً تعزى لمتغير العمر، أمّا في دراسة كل من (كفا، 2012) ودراسة (shuchuan, yea, ying. 2003)، فتظهر النتائج وجود فروق دالة احصائياً تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين.

ثانياً: التعقيب على الدراسات المتعلقة بقلق الموت:

1. ترى الباحثة من خلال الدراسات السابقة التي تناولت قلق الموت أنها ربطت قلق الموت بالعديد من المتغيرات، مثل: الضغوط النفسية، الاكتئاب، القيم الدينية، المُساندة الاجتماعية، العمر، النضج النفسي والاجتماعي ومن هذه الدراسات (نصر، 2010)، (السعدي، 2007)، (الكايد، 1995)، (الغانم، 2003)، (Ghaufan & Ansari, 2008)، (Rasmusser & Brems, 1996).

2. كما وأن دراسة (نصر، 2010) تشابهت والدراسة الحالية بنتيجة العلاقة بين المُساندة الاجتماعية وقلق الموت، حيث أظهرت كلا الدراستين وجود علاقة عكسية سالبة بين المُساندة الاجتماعية وقلق الموت، أي أنه كلما زادت المُساندة الاجتماعية كلما قل قلق الموت.

3. وأظهرت نتائج دراسة (Azaiza, Ron, Shoham, & Gigini, 2013) أنه كلما تلقى المُسن مساندة اجتماعية من شبكة علاقات اجتماعية، كلما قل قلق الموت لديهم، كما وبينت الدراسة أهمية شبكة العلاقات في تخفيف الأفكار التي تقود إلى قلق الموت، حيث تؤكد هذه النتيجة أهمية المُساندة الاجتماعية في التخفيف من قلق الموت.

4. بالنسبة للعينات التي تناولتها الدراسات السابقة المتعلقة بقلق الموت حيث أُجريت بعض الدراسات على عينات من المُسنين ، وعينات من المُسنين المقيمين في الدور الايوائية مثل دراسة كل من (رحيم وعلي، 2009)، (الغانم، 2004)، (الكايد، 1995)، (Rasmusser & Brems, 1996) (Azaiza, Ron, Shoham, & Gigini, 2013), (Ghaufan & Ansari, 2008), (Bond, 1990), وهذه العينة اتفقت مع عينة الدراسة الحالية.

أما الدراسات الأخرى فقد اهتمت بفئة الشباب و مرضى التلاسيما، ومرض السرطان، والسكان المجاورين للمصانع الموجودة بالمستوطنات الاسرائيلية مثل: (السعدي، 2007)، (ابو صاع، 2010)، (نصر، 2010)، (Poveda, et al, 1996).

5. في ضوء المتغيرات التي تعرضت لها الدراسات السابقة والتي تتفق ومتغيرات الدراسة الحالية وخاصة المتغيرات الديمغرافية مثل: الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، فقد اظهرت ست دراسات وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الجنس لصالح الاناث، كدراسة (رحيم وعلي، 2009) (والسعدي، 2007)، (الغانم، 2004)، (Azaiza, Ron, Shoham, & Gigini, 2013), (Ghaufan & Ansari, 2008), (Poveda, et al, 1996)، ودراسة واحدة لصالح الذكور (Bond, 1990).

واظهرت دراستين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير الجنس: (الكايد، 1995) و (ابو صاع، 2010) وهما تتشابهان مع نتائج الدراسة الحالية.

أما من حيث متغير العمر فتظهر دراسة (ابو صاع، 2009) و(الكايد، 1995) بعدم وجود فروق دالة احصائياً تعزى لمتغير العمر، في حين أظهرت دراسة (رحيم وعلي، 2009) و(السعدي، 2007) وجود فروق دالة احصائياً تعزى لمتغير العمر.

أما من حيث متغير الحالة الاجتماعية، فتظهر النتائج وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في دراسة (Ghaufan & Ansari, 2008) تعزى للحالة الاجتماعية لصالح الأرامل، أما دراسة (أبوصاع، 2010) فقد أظهرت عدم وجود فروق دالة احصائياً تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

ثالثاً: تميزت هذه الدراسة عن الدراسات السابقة بأن عينتها أُجريت على المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية في محافظة القدس، حيث لم تجد الباحثة دراسات تتحدث حول هذا الفئة في الفترة التي تمت مراجعة الدراسات السابقة فيها، وتتعرض ايضاً لدراسة علاقة المُساندة الاجتماعية بقلق الموت لدى المسنين.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

- منهج الدراسة.
- مجتمع الدراسة.
- عينة الدراسة.
- أدوات الدراسة.
- صدق الأداة.
- ثبات الأداة.
- إجراءات تطبيق الدراسة.
- متغيرات الدراسة.
- متغيرات مستقلة.

- متغيرات تابعة.
- المعالجات الإحصائية.

الفصل الثالث

الطريقة والجراءات

من أجل تحقيق هدف الدراسة وهو معرفة العلاقة بين المُساندة الاجتماعية وقلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس، وعلاقة ذلك بالمتغيرات الديموغرافية للدراسة وهي: (الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، وعدد الأبناء، والأمراض التي يعاني منها)، فقد تضمن الفصل وصفاً لمنهج الدراسة، ومجتمعها، وعينتها، كما يعطي وصفاً مفصلاً لأدوات الدراسة، صدقها وثباتها، وكذلك إجراءات الدراسة والمعالجة الإحصائية التي استخدمتها الباحثة في استخلاص نتائج الدراسة وتحليلها.

1.3 منهج الدراسة

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي، وهو المنهج المناسب لهذه الدراسة النفسية، وذلك لأنّ المنهج الارتباطي يدرس "العلاقة بين المتغيرات" ويصف درجة العلاقة بين المتغيرات وصفاً كمياً وذلك باستخدام مقاييس كمية (أبو علام، 1998).

2.3 مجتمع الدراسة

تمثل المجتمع الأصلي للدراسة من جميع المُسنّين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينية في محافظة القدس " جنوب شرقي القدس"، والبالغ عددهم (943) ذكراً وأنثى، (579) أنثى، و(364) ذكراً.

3.3 عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (184) مسناً ومسنّة من المُسنّين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينية في محافظة القدس، وقد اختيروا بطريقة العينة الطبقية العشوائية حسب متغير الجنس، وقد شكلت العينة ما نسبته (20%) تقريباً من مجتمع الأصلي، ويبين الجدول (1.3) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

جدول (1.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرات الدراسة.

المتغير	المستوى	العدد	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	73	39.7
	انثى	111	60.3
العمر	69-60	76	41.3
	79-70	66	35.9
	80 فما فوق	42	22.8
الحالة الاجتماعية	أعزب/عزباء	15	8.2
	متزوج/ة	84	45.7
	غير ذلك	85	46.2
عدد الأبناء	3-0	35	19.0

39.7	73	7-4	الأمراض التي أعاني منها
41.3	76	أكثر من 7	
46.2	85	مرض مزمن	
33.2	61	مرض عادي	
20.7	38	لا أعاني من أي مرض	

4.3 أدوات الدراسة

أولاً: مقياس المُساندة الاجتماعية

استخدمت الباحثة مقياس المُساندة الاجتماعية لكل من (السمادوني، 1997)، (السرسى وعبد المقصود، ب ت)، وبشرى (اسماعيل، 2004)، وذلك بعد تطويره على البيئة الفلسطينية، والتحقق من صدقه وثباته، وقد صيغت فقرات المقياس لتكون الاستجابة للمفحوصين، وطريق التصحيح بحسب مقياس ليكرت الخماسي الأبعاد، حيث تكون استجابة المبحوث على الفقرات بالموافقة حسب التدرج الآتي: بدرجة كبيرة جداً، بدرجة كبيرة، محايد، بدرجة قليلة، بدرجة قليلة جداً، وقد بنيت الفقرات بالاتجاهين السلبي والإيجابي وأعطيت الأوزان للفقرات كالآتي:

بدرجة كبيرة جداً (خمس درجات)، بدرجة كبيرة (أربع درجات)، محايد (ثلاث درجات)، بدرجة قليلة (درجتان)، وبدرجة قليلة جداً (درجة واحدة)، وقد عكست الأوزان للفقرات السلبية.

وتعبر الدرجة المرتفعة على المقياس عن مستوى عال من المُساندة الاجتماعية بينما تعبر الدرجة المنخفضة عن مستوى منخفض من المُساندة الاجتماعية.

صدق المقياس:

للتأكد من صدق أداة الدراسة المتمثلة بمقياس المُساندة الاجتماعية، عرضت الأداة على (15) محكماً من حملة درجة الدكتوراه في مجال الارشاد النفسي والتربوي، وعلم النفس والصحة النفسية، والخدمة الاجتماعية، وكانت من أبرز المعوقات التي واجهتها الباحثة استجابة (8) محكمين واعطائها التغذية العلمية الراجعة على الاستبانة، وقد أخذت الباحثة بآراء وتوجيهات المحكمين حيث أجريت التعديلات المناسبة كما هو مبين في ملحق رقم (3). وتم حذف (6) فقرات بإجماع أعضاء لجنة التحكيم ملحق رقم (4) فتكون المقياس في صورته النهائية من (21) فقرة ملحق رقم (5).

من ناحية أخرى تم التحقق من صدق الأداة أيضاً بحساب معامل الارتباط بيرسون لفقرات الاستبانة مع الدرجة الكلية للأداة، واتضح وجود دلالة إحصائية في جميع فقرات الاستبانة ويدل على أن هناك التصاقاً داخلياً بين الفقرات، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (2.3): نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات درجة المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس

الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية
1	0.750**	0.000	8	0.214**	0.004	15	0.849**	0.000
2	0.581**	0.000	9	0.712**	0.000	16	0.779**	0.000
3	0.395**	0.000	10	0.797**	0.000	17	0.673**	0.000
4	0.530**	0.000	11	0.810**	0.000	18	0.765**	0.000
5	0.327**	0.000	12	0.698**	0.000	19	0.858**	0.000
6	0.723**	0.000	13	0.316**	0.000	20	0.839**	0.000
7	0.788**	0.000	14	0.736**	0.000	21	0.720**	0.000

ثبات المقياس:

قامت الباحثة من التحقق من ثبات مقياس المساندة الاجتماعية، من خلال حساب ثبات الدرجة الكلية لمعامل الثبات، لمجالات المقياس حسب معادلة الثبات كرونباخ الفا، وكانت الدرجة الكلية للمقياس المُساندة الاجتماعية (0.93)، وهذه النتيجة تشير إلى تمتع هذه الأداة بثبات يفي بأغراض الدراسة.

ثانياً: مقياس قلق الموت:

استخدمت الباحثة مقياس قلق الموت الذي أعده كل من (عبد الخالق، 1987)، (شقيير، 1998)، ومقياس (عيد، 1993)، وذلك بعد تطويره على البيئة الفلسطينية، والتحقق من صدقه وثباته، وقد صيغت فقرات المقياس لتكون الاستجابة للمفحوصين وطريق التصحيح بحسب مقياس ليكرت الخماسي الأبعاد، حيث تكون استجابة المبحوث على الفقرات بالموافقة حسب التدرج الآتي: بدرجة كبيرة جداً، بدرجة كبيرة، محايد، بدرجة قليلة، بدرجة قليلة جداً، وقد بنيت الفقرات بالاتجاه السلبي: بدرجة كبيرة جداً (خمس درجات)، بدرجة كبيرة (أربع درجات)، محايد (ثلاث درجات)، بدرجة قليلة (درجتان)، وبدرجة قليلة جداً (درجة واحدة).

وتعبر الدرجة المرتفعة على المقياس عن مستوى عالٍ من قلق الموت، بينما تعبر الدرجة المنخفضة عن مستوى منخفض من قلق الموت.

صدق المقياس:

للتأكد من صدق أداة الدراسة المتمثلة بمقياس قلق الموت، عرضت الأداة على (15) محكماً من حملة درجة الدكتوراه في مجال الإرشاد النفسي والتربوي، وعلم النفس والصحة النفسية، والخدمة الاجتماعية، وكانت من أبرز المعوقات التي واجهتها الباحثة باستجابة (8) محكمين وإعطائها التغذية العلمية الراجعة على الاستبانة، وقد أخذت الباحثة بآراء وتوجيهات المحكمين حيث أجريت التعديلات المناسبة كما هو مبين في ملحق رقم (3)، وتم حذف فقرة بإجماع أعضاء لجنة التحكيم ملحق رقم (4) فتكون المقياس في صورته النهائية من (20) فقرة ملحق رقم (5). من ناحية أخرى تم التحقق من صدق الأداة أيضاً بحساب معامل الارتباط بيرسون لفقرات الاستبانة مع الدرجة الكلية للأداة، واتضح وجود دلالة إحصائية في جميع فقرات الاستبانة ويدل على أن هناك التصاقاً داخلياً بين الفقرات، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (3.3): نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس

الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية
1	0.734**	0.000	8	0.636**	0.000	15	0.713**	0.000
2	0.645**	0.000	9	0.691**	0.000	16	0.791**	0.000
3	0.687**	0.000	10	0.651**	0.000	17	0.679**	0.000
4	0.726**	0.000	11	0.565**	0.000	18	0.763**	0.000
5	0.582**	0.000	12	0.709**	0.000	19	0.771**	0.000
6	0.690**	0.000	13	0.543**	0.000	20	0.596**	0.000
7	0.728**	0.000	14	0.779**	0.000			

ثبات المقياس:

قامت الباحثة من التحقق من ثبات امقياس قلق الموت، من خلال حساب ثبات الدرجة الكلية لمعامل الثبات، لمجالات المقياس حسب معادلة الثبات كرونباخ الفاء، وكانت الدرجة الكلية (0.94) لقلق الموت، وهذه النتيجة تشير إلى تمتع هذه الاداة بثبات يفي بأغراض الدراسة.

5.3 إجراءات تطبيق الدراسة

طبقت الدراسة وفق الخطوات الآتية:

1. تحديد مجتمع الدراسة وعينتها.
2. بناء المقياس اللازم لجمع البيانات.
3. الحصول على موافقة وزارة الشؤون الاجتماعية في محافظة القدس لإجراء الدراسة من أجل جمع البيانات التي تسهل الوصول للمفحوصين، وكذلك السماح للباحثة بتوزيع الاستبانة عليهم.
4. التأكد من صدق وثبات أداة الدراسة.
5. قامت الباحثة بتوزيع مقياس الدراسة وجمعتها بنفسها.
6. بلغت حصيلة الاستبيانات (184) استبانة.

7. بوبت البيانات ورمزت قبل إدخالها في الحاسوب.
8. عولجت البيانات إحصائياً باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

6.3 متغيرات الدراسة

1. المتغيرات التصنيفية :

- اشتملت الدراسة على المتغيرات المستقلة الآتية :
1. الجنس: 1. ذكر 2. أنثى
 2. العمر بالسنوات: 1. (60-69) 2. (70-79) 3. (80 فما فوق)
 3. الحالة الاجتماعية: 1. أعزب/عزباء 2. متزوج/ة 3. أرمل/ة 4. مطلق
 4. عدد الأبناء: 1. (0-3) 2. (4-7) 3. (أكثر من 7)
 5. الأمراض التي أعاني منها: 1. مرض مزمن 2. مرض عادي 3. لا أعاني من أي مرض

2. المتغيرات التابعة:

وتمثلت في استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياسي الدراسة والمتمثلة بمقياس المُساندة الاجتماعية، ومقياس قلق الموت.

7.3 المعالجة الإحصائية للبيانات:

عولجت البيانات إحصائياً من خلال استخراج الأعداد، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، وقد فحصت فرضيات الدراسة عند المستوى $(\alpha \geq 0.05)$ ، عن طريق الاختبارات الإحصائية الآتية:

- اختبار ت (t.test): لفحص الفرضيات المتعلقة بمتغيرات الجنس.
- اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance): لفحص الفرضيات المتعلقة (بالعمر، الحالة الاجتماعية، عدد الأبناء، والأمراض التي يعاني منها).
- معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation): لإختبار الفرضية الأخيرة والمتعلقة بالعلاقة بين درجتَي المُساندة الاجتماعية وقلق الموت لدى المسنين المسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية في محافظة القدس.

- معامل الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha): لقياس ثبات مقياس الدراسة.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

- عرض النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة.

- عرض النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

يتضمن هذا الفصل عرضاً كاملاً ومفصلاً لنتائج الدراسة، التي توصلت إليها الباحثة عن موضوع الدراسة وهو " **المُساندة الاجتماعية وعلاقتها بقلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس** "، وذلك للإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من صحة فرضياتها، وفهم نتائج الدراسة يمكن الاستعانة بمفتاح المتوسطات الحسابية، وذلك كما هو واضح في الجدول (1.4)، والذي يبين المتوسطات الحسابية لكل من المُساندة الاجتماعية وقلق الموت، فإذا كان المتوسط الحسابي لكل من المُساندة الاجتماعية وقلق الموت أقل من (2.33) يكون المستوى لكل من المُساندة الاجتماعية وقلق الموت منخفض، أما إذا كان المتوسط الحسابي لكل من المُساندة الاجتماعية وقلق الموت يتراوح بين (2.34-3.67) فمستوى كل منها يكون منخفض، أما إذا كان متوسط الحسابي لكل من المُساندة الاجتماعية وقلق الموت أعلى من (3.68) فيكون مستوى كل من المُساندة الاجتماعية وقلق الموت عالي.

جدول (1.4) مفتاح المتوسطات الحسابية لسلم الإجابة:

الدرجة	مدى متوسطها الحسابي
منخفضة	2.33 فأقل
متوسطة	2.34-3.67
عالية	3.68 فأعلى

1.4 النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة:

1.1.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

ما مستوى المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس؟

للإجابة عن هذا السؤال حسب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن درجة المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس.

جدول (2.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لدرجة
المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة
القدس

الرقم التسلسل لي	الرقم الترتيبي	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
1	1	يتقبلني أفراد أسرتي	3.93	1.19	عالية
2	5	لا يثق بي أفراد أسرتي	3.83	1.18	عالية
3	10	تراعي أسرتي احتياجاتي	3.83	1.20	عالية
4	7	أشعر بارتباط قوي مع أفراد أسرتي	3.83	1.32	عالية
5	6	أفراد أسرتي يساعدونني	3.82	1.28	عالية
6	18	أجد من يصحبني للطبيب عند الحاجة	3.82	1.36	عالية
7	13	أشعر بعدم وجود مساندة حقيقية من عائلتي	3.77	1.30	عالية
8	12	أجد من يساعدني عندما أحتاج إلى مساعدة	3.73	1.31	عالية
9	17	أجد من يساعدني في مهماتي اليومية	3.70	1.25	عالية
10	9	أتلقي المُساندة من عائلتي	3.70	1.28	عالية
11	2	أشعر بالوحدة حتى عندما أكون مع أصدقائي	3.67	1.19	متوسطة
12	21	يساعدني أفراد الأسرة في قضاء الحاجات الضرورية	3.57	1.39	متوسطة
13	15	أجد من يحبني ويشعرنني بأهمية الحياة	3.56	1.39	متوسطة
14	11	أشعر أنني محل اهتمام من الآخرين	3.53	1.33	متوسطة
15	20	يتيح لي أفراد أسرتي مناقشة أموري معهم	3.45	1.44	متوسطة
16	19	أفراد أسرتي يشعرون بي عندما أكون متضايقاً	3.45	1.45	متوسطة
17	4	أشعر بأن حريتي مقيدة	3.40	1.35	متوسطة
18	16	أجد من يتفهم مشاكلي	3.32	1.36	متوسطة
19	14	أجد من يشاركني همومي	3.29	1.38	متوسطة
20	3	يشاركني أصدقائي نفس اهتماماتي في الحياة	2.77	1.22	متوسطة
21	8	أعتمد كثيراً على أصدقائي	2.15	1.21	منخفضة
		الدرجة الكلية	3.52	0.86	متوسطة

يلاحظ من الجدول (2.4) أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية لدى المسنين
المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس بلغت (3.52) وبانحراف

معياري (0.86) وهذا يدل على أن درجة المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس جاءت بدرجة متوسطة. كما وتشير النتائج في الجدول (2.4) أن (10) فقرات جاءت بدرجة عالية، و (10) فقرات جاءت بدرجة متوسطة وفقرة واحدة بدرجة منخفضة. وحصلت الفقرة " يتقبلني أفراد أسرتي " على أعلى متوسط حسابي (3.93)، يليها فقرة " لا يثق بي أفراد أسرتي " والفقرة " أشعر بارتباط قوي مع أفراد أسرتي " والفقرة " تراعي أسرتي احتياجاتي " بمتوسط حسابي (3.83). وحصلت الفقرة " أعتد كثيراً على أصدقائي " على أقل متوسط حسابي (2.15)، يليها الفقرة " يشاركني أصدقائي نفس اهتماماتي في الحياة " بمتوسط حسابي (2.77).

2.1.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

ما مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس؟

للإجابة عن هذا السؤال حسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس.

جدول (3.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمستوى

قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرات	الرقم الترتيبي	الرقم التسلسلي
عالية	1.24	4.01	يقلقني موت شخص عزيز عليّ	5	1
عالية	1.32	3.79	تخطر ببالي فكرة الموت	11	2
عالية	1.44	3.76	أخشى من أن أصاب بمرض مميت	7	3
متوسطة	1.41	3.59	أخاف من أن أصاب بنوبة قلبية	4	4
متوسطة	1.37	3.57	عندما أكون مريضاً أفكر بالموت	15	5
متوسطة	1.33	3.51	أشعر بأن الموت قريب مني	13	6
متوسطة	1.40	3.48	أخاف أن أموت بحادث مؤلم	17	7
متوسطة	1.52	3.32	أخشى أن أنام فلا استيقظ أبداً	9	8
متوسطة	1.41	3.18	أخاف من الموت عندما يصيبني أي مرض	1	9
متوسطة	1.40	3.17	أخاف عند سماع خبر موت أحدهم	6	10
متوسطة	1.40	3.04	أشعر بالتشاؤم من الموت	12	11
متوسطة	1.50	2.99	أحلم بالموت	20	12

13	3	يرعيني احتمال دخول المستشفى	2.95	1.42	متوسطة
14	18	أخشى الموت عندما يُذكر أمامي أن شخصاً يحتضر	2.89	1.38	متوسطة
15	19	يخيفني ذكر الموت	2.89	1.42	متوسطة
16	16	أقلق عند حديثي عن الموت	2.79	1.31	متوسطة
17	8	ترعيني مشاهدة عملية دفن الميت	2.76	1.41	متوسطة
18	14	أشعر بالرعب عندما يتحدث أحد أمامي عن الموت	2.63	1.35	متوسطة
19	10	يزعجني مشاهدة جنازة	2.51	1.29	متوسطة
20	2	أخاف من زيارة القبور	2.48	1.35	متوسطة
		الدرجة الكلية	3.16	0.94	متوسطة

يلاحظ من الجدول (3.4) أن الدرجة الكلية لمستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس قد بلغت (3.16) وبإنحراف معياري (0.94) وهذا يدل على أن مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس جاءت بدرجة متوسطة. كما وتشير النتائج في الجدول رقم (3.4) أن (3) فقرات جاءت بدرجة عالية و(17) فقرة جاءت بدرجة متوسطة. وحصلت الفقرة " يقلقني موت شخص عزيز علي " على أعلى متوسط حسابي (4.01)، يليها فقرة " تخطر ببالي فكرة الموت " بمتوسط حسابي (3.79). وحصلت الفقرة " أخاف من زيارة القبور " على أقل متوسط حسابي (2.48)، يليها الفقرة " يزعجني مشاهدة جنازة " بمتوسط حسابي (2.51).

2.4 نتائج فرضيات الدراسة:

نتائج الفرضية الأولى:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الجنس"

ولفحص الفرضية الصفرية الأولى حسب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على درجة المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الجنس.

جدول (4.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة للفروق في متوسطات المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الجنس

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
ذكر	73	3.4031	0.89063	1.59	0.11
أنثى	111	3.6109	0.84892		

يتبين من خلال الجدول (4.4) أنَّ قيمة "ت" للدرجة الكلية (1.59)، ومستوى الدلالة (0.11)، أي أنه لا توجد فروق في درجة المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الجنس، وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية الأولى.

نتائج الفرضية الثانية:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير العمر.

ولفحص الفرضية الصفرية الثانية حسبت المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على درجة المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير العمر.

جدول (5.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات درجة المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية

الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير العمر بالسنوات

العمر بالسنوات	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
69-60	76	3.61	0.83
79-70	66	3.55	0.74
89-80	42	3.32	1.07

يلاحظ من الجدول (5.4) وجود فروق ظاهره في مستوى المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير العمر، ولمعرفة دلالة الفروق استخدم تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول (6.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في متوسطات المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير العمر بالسنوات

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	2.329	2	1.164	1.55	0.22
داخل المجموعات	135.957	181	0.751		
المجموع	138.286	183			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (1.55) ومستوى الدلالة (0.22) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير العمر بالسنوات، وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية الثانية.

نتائج الفرضية الثالثة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية"

ولفحص الفرضية الصفرية الثالثة حسبت المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على درجة المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

جدول (7.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات درجة المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
أعزب/عزباء	15	2.59	0.87
متزوج/ة	84	3.82	0.60
غير ذلك	85	3.39	0.94

يلاحظ من الجدول (7.4) وجود فروق ظاهره في مستوى المُساندة الاجتماعيّة لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعيّة، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول (8.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في متوسطات المُساندة الاجتماعيّة لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعيّة.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	21.881	2	10.94	17.01	0.00
داخل المجموعات	116.405	181	0.64		
المجموع	138.286	183			

يلاحظ أن قيمة (ف) للدرجة الكلية (17.01) ومستوى الدلالة (0.00) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) أي أنه توجد فروق دالة إحصائية في درجة المُساندة الاجتماعيّة لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعيّة ولتحديد دلالة الفروق تم استخدام اختبار (LSD) كما يظهر في الجدول التالي :

الجدول (9.4): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعيّة

المتغيرات	الفروق في المتوسطات	مستوى الدلالة
أعزب/عزباء	*-1.22914	0.000
متزوج/ة	*-0.80205	0.000
متزوج/ة	*0.42708	0.001

وبين الجدول (9.4) أن الفروق بين المتزوجين والعزباء كانت لصالح المتزوجين، وبين غير ذلك (الآرامل والمطلقين) والعزباء لصالح غير ذلك، وبين المتزوجين وغير ذلك، لصالح المتزوجين، وبذلك تم رفض الفرضية الصفرية الثالثة.

نتائج الفرضية الرابعة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير عدد الأبناء"

ولفحص الفرضية الصفرية الرابعة حسبت المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على درجة المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير عدد الأبناء.

جدول (10.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات درجة المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير عدد الأبناء

عدد الأبناء	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
3-0	35	3.02	0.9
4-7	73	3.49	0.84
أكثر من 7	76	3.80	0.77

يلاحظ من الجدول رقم (10.4) وجود فروق ظاهره في مستوى المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير عدد الأبناء، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول (11.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة للفروق في متوسطات المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير عدد الأبناء

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	14.830	2	7.42	10.87	0.000
داخل المجموعات	123.457	181	0.68		
المجموع	138.286	183			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (10.87) ومستوى الدلالة (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) أي أنه توجد فروق دالة إحصائية في درجة المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير عدد الأبناء. ولتحديد دلالة الفروق تم استخدام اختبار (LSD) كما يظهر في الجدول التالي :

الجدول (12.4): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير عدد الأبناء

المتغيرات	الفروق في المتوسطات	مستوى الدلالة
3-0	-0.47019*	0.006
أكثر من 7	-0.78170*	0.000
7-4	-0.31152*	0.022

يبين الجدول (12.4) أن الفروق كانت لصالح أكثر من 7 أبناء، وبذلك تم رفض الفرضية الصفرية الخامسة.

نتائج الفرضية الخامسة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في متوسطات المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الأمراض التي أعاني منها"

ولفحص الفرضية الصفرية الخامسة حسب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على درجة المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الأمراض التي أعاني منها.

جدول (13.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات درجة المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الأمراض التي أعاني منها

الأمراض التي أعاني منها	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مرض مزمن	85	3.24	0.92
مرض عادي	61	3.70	0.76
لا أعاني من أي مرض	38	3.87	0.68

يلاحظ من الجدول (13.4) وجود فروق ظاهره في مستوى المُساندة الاجتماعيّة لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس تبعاً لمتغير الأمراض التي أعاني منها، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول (14.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في متوسطات المُساندة الاجتماعيّة لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس تبعاً لمتغير الأمراض التي أعاني منها

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	13.437	2	6.719	9.74	0.00
داخل المجموعات	124.849	181	0.690		
المجموع	138.286	183			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (9.74) ومستوى الدلالة (0.00) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) أي أنه توجد فروق دالة إحصائية في درجة المُساندة الاجتماعيّة لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس تبعاً لمتغير الأمراض التي أعاني منها.

ولتحديد دلالة الفروق تم استخدام إختبار (LSD) كما يظهر في الجدول التالي :

الجدول (15.4): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد

عينة الدراسة حسب متغير الأمراض التي اعاني منها

المتغيرات	الفروق في المتوسطات	مستوى الدلالة
مرض مزمن	-0.46300*	0.001
لا أعاني من أي مرض	-0.63294*	0.000
مرض عادي	-0.16993-	0.323

يبين الجدول (15.4) أن الفروق لصالح الذين لا يعانون من أي مرض، وبذلك تم رفض الفرضيّة الصفريّة السادسة.

نتائج الفرضيّة السادسة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الجنس"

ولفحص الفرضية الصفرية السادسة حسب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الجنس.

جدول (16.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة للفروق في متوسطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الجنس

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
أنثى	73	3.18	1.00	0.24	0.80
ذكر	111	3.15	0.91		

يتبين من خلال الجدول (16.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.24)، ومستوى الدلالة (0.80)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الجنس، وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية الأولى.

نتائج الفرضية السابعة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير العمر"

ولفحص الفرضية الصفرية السابعة حسب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير العمر بالسنوات.

جدول (17.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفروق في متوسطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير العمر

العمر بالسنوات	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
69-60	76	3.05	0.94
79-70	66	2.99	0.91
89-80	42	3.62	0.87

يلاحظ من الجدول (17.4) وجود فروق ظاهره في درجة مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير العمر بالسنوات، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول (18.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير العمر بالسنوات

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	11.787	2	5.894	7.007	0.001
داخل المجموعات	152.233	181	0.841		
المجموع	164.020	183			

يلاحظ أنّ قيمة ف للدرجة الكلية (7.007) ومستوى الدلالة (0.001) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) أي أنّه توجد فروق دالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير العمر بالسنوات.

ولتحديد دلالة الفروق تم استخدام إختبار (LSD) كما يظهر في الجدول التالي :

الجدول (19.4): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير العمر بالسنوات

المتغيرات	الفروق في المتوسطات	مستوى الدلالة
69-60	0.06188	0.689
89-80	-0.57080*	0.001
79-70	-0.63268*	0.001

الجدول (19.4) يبين أن الفروق لصالح من 89-80، وبذلك تم رفض الفرضية الصفرية الثانية.

نتائج الفرضية الثامنة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية"

ولفحص الفرضية الصفرية الثامنة حسبت المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

جدول (20.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
أعزب/عزباء	15	3.92	0.63
متزوج/ة	84	2.90	0.91
غير ذلك	85	3.2	0.93

يلاحظ من الجدول (20.4) وجود فروق ظاهره في مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، ولمعرفة دلالة الفروق استخدم تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول (21.4):

جدول (21.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في متوسطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	15.291	2	7.645	9.30	0.00
داخل المجموعات	148.729	181	0.822		
المجموع	164.020	183			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (9.30) ومستوى الدلالة (0.00) وهي أقل من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه توجد فروق دالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية. ولتحديد دلالة الفروق تم استخدام اختبار (LSD) كما يظهر في الجدول التالي :

الجدول (22.4): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية

المتغيرات	الفروق في المتوسطات	مستوى الدلالة
أعزب/عزباء	متزوج/ة	0.000
	غير ذلك	0.013
متزوج/ة	غير ذلك	0.008
		-0.37*

الجدول (22.4) يبين أن الفروق كانت لصالح العزاب، وبذلك تم رفض الفرضية الصفرية الثالثة.

نتائج الفرضية التاسعة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير عدد الأبناء"

ولفحص الفرضية الصفرية التاسعة حسبت المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير عدد الأبناء.

جدول (23.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير عدد الأبناء

عدد الأبناء	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
3-0	35	3.31	0.93
7-4	73	3.23	0.91
أكثر من 7	76	3.02	0.97

يلاحظ من الجدول رقم (23.4) وجود فروق ظاهره في مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير عدد الأبناء، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول (24.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير عدد الأبناء

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	2.574	2	1.287	1.44	0.24
داخل المجموعات	161.447	181	0.892		
المجموع	164.020	183			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (1.44) ومستوى الدلالة (0.24) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير عدد الأبناء، وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية الخامسة.

نتائج الفرضية العاشرة:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الأمراض التي أعاني منها"

ولفحص الفرضية الصفرية العاشرة حسب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الأمراض التي أعاني منها.

جدول (25.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الأمراض التي أعاني منها

الأمراض التي أعاني منها	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مرض مزمن	85	3.42	0.96
مرض عادي	61	3.04	0.91
لا أعاني من أي مرض	38	2.76	0.79

يلاحظ من الجدول (25.4) وجود فروق ظاهره في درجة مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الأمراض التي أعاني منها، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (one way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول (26.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في متوسطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الأمراض التي أعاني منها

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	12.811	2	6.406	7.67	0.001
داخل المجموعات	151.209	181	0.835		
المجموع	164.020	183			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (77.6) ومستوى الدلالة (0.001) وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) أي أنه توجد فروق دالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الأمراض التي أعاني منها.

ولتحديد دلالة الفروق تم استخدام إختبار (LSD) كما يظهر في الجدول التالي :

الجدول (27.4): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير الأمراض التي اعاني منها

المتغيرات	الفروق في المتوسطات	مستوى الدلالة
مرض مزمن	0.382*	0.014
مرض عادي	0.662*	0.000
لا أعاني من أي مرض	0.280	0.140

الجدول (27.4) يبين أن الفروق كانت لصالح المصابين بمرض مزمن، وبذلك تم رفض الفرضية الصفرية السادسة.

النتائج المتعلقة بالفرضية الحادية عشر:

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين درجتي المُساندة الاجتماعية وقلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس.

وبذلك حسبت قيمة معامل الارتباط بيرسون (ر) والدلالة الإحصائية لاستجابات أفراد عينة الدراسة بين درجة المُساندة الاجتماعية ومستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس، والجدول (28.4) يبين ذلك:

جدول رقم (28.4): معامل ارتباط بيرسون والدلالة الإحصائية بين درجة المُساندة الاجتماعية ومستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس

المتغيرات	قيمة معامل الارتباط (ر)	الدلالة الإحصائية
المساندة الاجتماعية	-0.419	0.000

يلاحظ من الجدول (28.4) أن قيمة معامل ارتباط بيرسون للدرجة الكلية (-0.419)، وبلغ مستوى الدلالة الإحصائية (0.000) وهي قيمة دالة إحصائية، لذا رفضت الفرضية، وتبين وجود علاقة معنوية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \geq 0.05$) بين درجتي المُساندة الاجتماعية وقلق

الموت لدى المُسنّين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس، أي أنه كلما قلت المُساندة الاجتماعيّة زاد ذلك من مستوى قلق الموت لدى المُسنّين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

- مناقشة نتائج أسئلة الدراسة.

- مناقشة نتائج فرضيات الدراسة.

- التوصيات

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى المُساندة الاجتماعية وعلاقتها بقلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية، في ضوء متغيرات الدراسة: (الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، وعدد الأبناء، الأمراض التي يعاني منها)، وذلك من خلال توضيح المفاهيم النظرية في الفصل الثاني من الدراسة والاستنتاجات التي يتم التوصل إليها في الفصل الرابع للوصول إلى تفسير شامل لنتائج الدراسة، وفي هذا الفصل ستقوم الباحثة بعرض، تفسير ومناقشة النتائج وفق الترتيب الذي عرضت فيه النتائج في الفصل الرابع، وفي نهاية هذا الفصل سوف تتوجه الباحثة بعدد من التوصيات في ضوء نتائج الدراسة ومناقشتها.

1.5 مناقشة النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة

1.1.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول

ما مستوى المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس؟

للإجابة عن هذا السؤال حسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن مستوى المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس.

أظهرت النتائج أنَّ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للمُساندة الاجتماعية (3.52) وللانحراف المعياري بلغت (0.86)، وهذا يدل على أن درجة المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس جاءت بدرجة متوسطة.

وتعزو الباحثة نتائج مستوى المُساندة الاجتماعيّة لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة والتي جاءت بدرجة متوسطة إلى سببين أثراً على هذه النتيجة، السبب الأول هو أنّ مفهوم المُساندة الاجتماعيّة يشتمل على مكونين رئيسيين، الأول أن يدرك من خلالها المُسن أنّ لديه عدداً كافياً من الأشخاص في حياته يمكنه أن يرجع إليهم عند الحاجة، والثاني يكون لدى المُسن درجة من الرضا عن المُساندة المتاحة والمقدمة له، السبب الثاني يعتمد على النتائج السابقة، حيث وجدت الباحثة حصول الفقرات المتعلقة بمساندة المُسن من قبل أفراد أسرته على درجة عالية بينما حصلت الفقرات ذات العلاقة بمساندة الاصدقاء على درجة منخفضة وهذا إن دلّ، فإنّما يدلّ على غياب الصحبة الاجتماعيّة والتي تساعد المُسن لاشباع الحاجة إلى الانتماء والتواصل مع الآخرين، وتساعدته في التخلص من قلقه وهمومه والتخفيف عنه في مواجهته لأحداث الحياة الضاغطة، حيث تعتبر الصحبة الاجتماعيّة بمثابة الوقائية للمساندة الاجتماعيّة.

ولدى مقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة التي أمكن للباحثة الإطلاع عليها ومراجعتها تبين أنّها تتفق مع دراسات: (الجبلي، 2006)، واختلفت مع دراسة (السيد، 2002) و (Habeb, 2013 و (غانم، 2003).

2.1.5 مناقشة النتائج المتعلّقة بالسؤال الثاني

ما مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس؟

للإجابة عن هذا السؤال حسبت المتوسطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس.

وأظهرت النتائج أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لقلق الموت (3.164) والانحراف المعياري بلغ (0.946) وهذا يدلّ على أنّ مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس جاء بدرجة متوسطة.

وتعزو الباحثة نتائج مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة والتي جاءت بدرجة متوسطة إلى سببين: السبب الأول هو أنّ الموت هو المواجهة الأخيرة مع المجهول، وهو أمر حتمي فإنّه من المستحيل الهروب من حقيقة القلق منه، خصوصاً أن القلق من الموت يحدث لكثير من الناس، فمعظم الناس ينفرون من الحديث عن الموت لأنّه ينهي أي فرصة لهم للاستمرار في متع ومباهج الحياة، أمّا السبب الثاني، فتعزوه الباحثة إلى أنّ الموت

بالنسبة للإنسان المؤمن سواء أكان ذكراً أم أنثى لا يمثل له ذلك المجهول الذي يرهبه ويرعبه ولكنه قضاء الله وحكمته وكما أن للحياة حكمة كذلك فإن للموت حكمة وغاية.

ولدى مقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بمستوى قلق لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية في محافظة القدس والتي أمكن للباحثة الاطلاع عليها ومراجعتها تبين أنها تتفق مع دراسة (الكايد، 1995) ، وتتعارض مع دراسة (ابو صاع، 2010)، (Azaiza, Ron, Shoham, & Gigini, et al, 2010)

2.5. مناقشة النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة

1.2.5. مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير الجنس"

أظهرت النتائج أن قيمة "ت" للدرجة الكلية بلغت (1.59)، ومستوى الدلالة (0.11)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير الجنس، وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية الأولى. وتعزو الباحثة عدم وجود فروق في مستوى المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير الجنس، إلى أن المُسن سواء أكان ذكراً أم أنثى يحتاج إلى الدعم الاجتماعي حتى يخفف من العناء ويزيد من الشعور بالسعادة والأمن والأمان، وهذا الدعم يوفر له تقديراً عالياً للذات والثقة بها، ويولد المشاعر الإيجابية ويقلل من التأثير السلبي للأحداث الخارجية. فالعلاقات الاجتماعية من أهم مصادر الدعم الاجتماعي، والحماية من تأثير ضغوطات الحياة بأكملها، كما وتعتبر المُساندة الاجتماعية من الموضوعات المهمة التي اجمع الباحثون على أهميتها فهي مصدر من مصادر الدعم النفسي والاجتماعي الذي يحتاجها المُسن في حياته اليومية، ولما لها من دور هام في إشباع حاجته للأمن النفسي والاجتماعي.

ولدى مقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بمستوى المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية في محافظة القدس يُعزى لمتغير الجنس والتي

أمكن للباحثة الاطلاع عليها ومراجعتها تبين أنها تتفق مع دراسة دراسة (الجبلي، 2006)، وتتعارض مع دراسة (الكردى، 2012) ودراسة (كفا، 2012).

2.2.5. مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير العمر.

أظهرت النتائج أن قيمة ف للدرجة الكلية بلغت (1.550) ومستوى الدلالة (0.215) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير العمر بالسنوات، وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية الثانية.

وتعزو الباحثة عدم وجود فروق في مستوى المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير العمر، إلى أن الإنسان في المراحل المختلفة من حياته يحتاج للمساندة الاجتماعية، ففي طفولته يحتاج لأفراد الأسرة ليكونوا مساندين حقيقيين له، وفي المراهقة يحتاج لأصدقائه، وفي الرشد نجده يحتاج للزوج والزوجة والأقارب وزملاء العمل، وفي الشيخوخة نجد كل هؤلاء إلى جانبه، وقد يشترك أكثر من فرد من هؤلاء في تقديم المُساندة للفرد أي أن المُساندة الاجتماعية تختلف طبقاً للمرحلة العمرية التي يمر بها الفرد، لذا فالمُساندة الاجتماعية لا تختص بفئة عمرية محددة.

ولدى مقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بمستوى المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية في محافظة القدس يُعزى لمتغير العمر والتي أمكن للباحثة الاطلاع عليها ومراجعتها تبين أنها تتفق ودراسة (السيد، 2002)، ولم تجد الباحثة اختلافاً مع الدراسات السابقة بخصوص متغير العمر لعدم تناولها له.

3.2.5. مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية"

أظهرت النتائج أن قيمة ف للدرجة الكلية (17.012) ومستوى الدلالة (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه توجد فروق دالة إحصائية في مستوى المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وكانت الفروق بين المتزوجين والعزاب لصالح المتزوجين، وبين غير ذلك (الآرامل والمطلقين) والعزاب لصالح غير ذلك، وبين المتزوجين وغير ذلك، لصالح المتزوجين، وبذلك تم رفض الفرضية الصفرية الثالثة.

وتعزو الباحثة وجود فروق في مستوى المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين إلى أن أهم مصدر من مصادر المُساندة الاجتماعية هو الزوج أو الزوجة لما له من أهمية في الشعور بالحماية والامن والحب، وخاصة في الاوقات الصعبة مثل حالات فقدان شخص عزيز، وتعويض المشاعر السالبة التي يشعر بها، وتعزيز احترام الذات لديه، والشعور بالقيمة في هذه الحياة، وإشباع حاجاته بالإتصال بالآخرين والاندماج معهم ، مما يخفف من التأثير الضار للعزلة والوحدة ومن خلالها يستطيع المسن الحصول على مشاعر الانتماء.

ولدى مقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بمستوى مستوى المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية والتي أمكن للباحثة الاطلاع عليها ومراجعتها تبين أنها تتفق مع دراسات كل من: (كفا، 2012) و دراسة (Shuchuan, Yea, Ying. 2003) فتظهر النتائج وجود فروق داله احصائيا تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين. ولم تتمكن الباحثة من إيجاد اختلاف مع دراسات سابقة بخصوص متغير الحالة الاجتماعية لعدم تناولها له.

4.2.5. مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير عدد الأبناء"

أظهرت النتائج أن قيمة ف للدرجة الكلية (10.871) ومستوى الدلالة (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه توجد فروق دالة إحصائية في مستوى المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير عدد الأبناء، وكانت الفروق لصالح لأكثر من 7 أبناء، وبذلك تم رفض الفرضية الصفرية الخامسة.

وتعزو الباحثة وجود فروق في مستوى المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير عدد الأبناء لصالح أكثر من 7 أبناء؛ لأن الأبناء هم المصدر الثاني من مصادر المُساندة الاجتماعية فكلما زاد عدد الأبناء زاد من مستوى المُساندة الاجتماعية لدى المُسن لما لديه من أهمية وتواجد المُسن بين أبنائه والاندماج معهم يخفف من التأثير الضار للعزلة والوحدة والتخلص من مشاعر القلق والخوف ويشعر بالانتماء، وكلما اتسع حجم شبكة العلاقات الاجتماعية، تمتع الأفراد بصحة نفسية عالية مقارنة بالأفراد الذين لديهم شبكة من العلاقات الاجتماعية المحدودة.

ولدى مقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة، لم تجد الباحثة في الدراسات التي تمت مراجعتها دراسات تتحدث حول مستوى المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير عدد الأبناء لذلك تميزت هذه الدراسة بإظهار نتائج حول متغير عدد الأبناء.

5.2.5. مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير الأمراض التي أعاني منها"

وأظهرت النتائج أن قيمة ف للدرجة الكلية (9.740) ومستوى الدلالة (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة ($0.05 \leq \alpha$) أي أنه توجد فروق دالة إحصائية في درجة المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير الأمراض التي أعاني منها، وكانت الفروق لصالح الذين لا يعانون من أي مرض، وبذلك تم رفض الفرضية الصفرية السادسة.

وتعزو الباحثة وجود فروق في مستوى المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير الأمراض التي يعاني منها لصالح

الذين لا يعانون من اي مرض إلى أنّ المُسن الذي لا يعاني من أيّة مرض من السهل عليه إيجاد مصادر مساندة له متمثلة بأفراد عائلته على عكس المُسن الذي يعاني من امراض مزمنة فهو يحتاج إلى مساندة أقرب الناس إليه، وهم أفراد أسرته الذين اعتادوا على رؤيته، وحتى تتمكن الأسرة من دعم المريض والوقوف إلى جانبه، وتقديم المُساندة، فلا بدّ من توفر شبكة دعم متكاملة مكونة من كوارر مؤهلة ومتخصصة لدعم ومساندة المريض، وهذا يؤكد صحة الفرضيّة بأنّ المُسن الذي لا يعاني من أمراض يكون مستوى المُساندة الاجتماعيّة اعلى لديه لسهولة الحصول على مصادر المساندة.

ولدى مقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بمستوى المُساندة الاجتماعيّة لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة في محافظة القدس يُعزى لمتغير الأمراض التي يعاني منها والتي أمكن للباحثة الاطلاع عليها ومراجعتها تبين أنها تتفق مع دراسة (كفا، 2012)، ولم تتمكن الباحثة من إيجاد اختلاف مع دراسات سابقة بخصوص متغير الامراض التي يعاني منها لعدم تناولها له.

6.2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس يُعزى لمتغير الجنس"

أظهرت النتائج أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.243)، ومستوى الدلالة (0.809)، أي أنه لا توجد فروق في مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس يُعزى لمتغير الجنس، وبذلك تم قبول الفرضيّة الصفرية الأولى.

وتعزو الباحثة عدم وجود فروق في مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس يُعزى لمتغير الجنس، إلى أن الإنسان سواء أكان ذكراً أم أنثى هو الكائن الوحيد بين المخلوقات الذي يعرف أنّه سيموت، فالموت حالة من الخوف الغامض المبهم اتجاه كل ما يتعلق بموضوع الموت، وما ينتظره الإنسان سواء أكان ذكراً أم أنثى من مصير بعد الموت، فقلق الموت حاله انفعالية غير سارّه ناتجة عن استجابة الخوف الهائم عند الإنسان سواء كان ذكراً أم أنثى، اتجاه كل ما يتعلق بموضوع الموت، والتقدير السلبي لموقف الموت، وما ينتظر بعد الموت من مصير.

ولدى مقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بمستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية في محافظة القدس يُعزى لمتغير الجنس والتي أمكن الباحثة الاطلاع عليها ومراجعتها، تبين أنها تتفق مع دراسة (الكايد، 1995) و (أبو صاع، 2010)، بعدم وجود فروق مستوى قلق الموت تبعاً لمتغير الجنس. وتتعارض نتيجة هذه الدراسة مع دراسة (رحيم وعلي، 2009) و (السعدي، 2007)، (الغانم، 2004)، (Azaiza, Ron, Shoham, & Gigini, , 2013)، (Ghaufan & Ansari, 2008)، (Poveda, et al, 1996)، (Bond, 1990)

7.2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير العمر "

أظهرت النتائج أن قيمة ف للدرجة الكلية (7.007) ومستوى الدلالة (0.001) وهي أقل من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه توجد فروق دالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير العمر بالسنوات، وكانت الفروق لصالح من (80-89)، وبذلك تم رفض الفرضية الصفرية الثانية.

وتعزو الباحثة وجود فروق في مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير العمر لصالح المُسنين التي تتراوح أعمارهم من (80 فما فوق)، إلى أن مرحلة الشيخوخة من أكثر المراحل العمرية التي تتبئ الإنسان بقرب أجله وبأنها المرحلة الأخيرة من مراحل حياته فهو ينتظر الموت نتيجة فتور حيوية الحياة وفعاليتها فهذا يضفي نوعاً من الحزن والقنوط بالنسبة للمسن، وبخاصة عندما يشعر بفارق التغيرات التي تحدث له مع مرور الزمن ، فكلما تقدم الإنسان بالعمر، كلما ازداد قلق الموت لديه.

ولدى مقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بمستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية في محافظة القدس يُعزى لمتغير العمر والتي أمكن للباحثة الاطلاع عليها ومراجعتها تبين أنها تتفق وجود فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير العمر، دراسة (رحيم وعلي، 2009) و (السعدي، 2007). وتتعارض نتائج هذه الدراسة مع (أبو صاع، 2009) و (الكايد، 1995).

8.2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية"

أظهرت النتائج أن قيمة ف للدرجة الكلية (9.304) ومستوى الدلالة (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه توجد فروق دالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وكانت الفروق لصالح العزاب، وبذلك تم رفض الفرضية الصفرية الثالثة.

وتعزو الباحثة وجود فروق في مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير الحالة الاجتماعية وكانت الفروق لصالح العزاب، إلى دور الأسرة الذي يعدّ عاملاً أساسياً ومهماً في التقليل من قلق الموت ممثلة بالزوج أو الزوجة والأبناء والأقارب، فكون المُسن العازب يعيش وحده يحرم من الشعور بالدعم العائلي، الإحساس بالأمن والاستقرار، وممارسته للأنشطة الأسرية المشتركة، لذا تكثر لدى المُسن العازب الأفكار التي تقود إلى قلق الموت.

ولدى مقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بمستوى المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية في محافظة القدس يُعزى لمتغير الجنس والتي أمكن للباحثة الاطلاع عليها ومراجعتها تبين أنها تتفق مع دراسة (Ghaufran & Ansari, 2008) ، وتعارض النتائج مع دراسة (أبوصاع، 2010) والتي أظهرت نتائجها بعدم وجود فروق دالة إحصائية لمستوى قلق الموت تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

9.2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية التاسعة

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير عدد الأبناء"

أظهرت النتائج أن قيمة ف للدرجة الكلية (1.443) ومستوى الدلالة (0.239) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير عدد الأبناء، وبذلك تم قبول الفرضية الصفرية التاسعة.

وتعزو الباحثة عدم وجود فروق في مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير عدد الأبناء، بأن قلق الموت هو حالة من

التوتر الشامل نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي، ويصاحبه غموض، لذا هو ليس مرتبط بفرد أو عدة أفراد بل هو استجابة انفعالية داخلية المنشأ، وأن أسباب القلق من الموت ترتبط بعدم معرفة ماهية الموت، والظن أن النفس تضمحل كالجسد عند حلول الجسد، وأن العالم سيبقى موجوداً، وهو ليس موجوداً فيه، للموت ألماً عظيماً، وأن عقوبة كبيرة تنتظره بعد الموت.

ولدى مقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة، لم تجد الباحثة في الدراسات التي تمت مراجعتها دراسات تتحدث حول مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعاً لمتغير عدد الأبناء، لذلك تميزت هذه الدراسة بإظهار نتائج حول هذا المتغير.

10.2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية العاشرة

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في متوسطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير الأمراض التي أعاني منها"

أظهرت النتائج أن قيمة ف للدرجة الكلية (7.66) ومستوى الدلالة (0.00) وهي أقل من مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) أي أنه توجد فروق دالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير الأمراض التي أعاني منها، وكانت الفروق لصالح المصابين بمرض مزمن، وبذلك تم رفض الفرضية الصفرية العاشرة.

وتعزو الباحثة وجود فروق في مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير الأمراض التي أعاني منها، لصالح المصابين بمرض مزمن، لأن المرض يتضمن تهديداً مضاعفاً ضد حياة الإنسان نفسها، فعندما يصاب الشخص بمرض مزمن فإن ذلك يولد لديه القلق من الموت لأن وعي الأفراد بالموت يزداد عند التعرض للاحداث المؤلمة والخطرة، ومن أكثر هذه المخاطر إثارة للقلق هو أن هذا المرض قد ينهي حياته في أية لحظة ومن ثم يجعله وجهاً لوجه أمام نهايته المحتومة.

ولدى مقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة، لم تجد الباحثة في الدراسات التي تمت مراجعتها دراسات تتحدث حول مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس تبعا لمتغير الأمراض التي أعاني منها لذلك تميزت هذه الدراسة بإظهار نتائج حول هذا المتغير.

11.2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الحادية عشرة

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين درجتي المُساندة الاجتماعية و قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس.

أظهرت النتائج أن قيمة معامل ارتباط بيرسون للدرجة الكلية بلغت (-0.419)، وتبين بوجود علاقة معنوية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($0.05 \geq \alpha$) بين درجتي المُساندة الاجتماعية و قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس. أي أنه كلما قلت المُساندة الاجتماعية زاد ذلك من مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس.

وتعزو الباحثة ذلك إلى أهمية الأدوار التي تقوم بها المُساندة الاجتماعية: حيث تلعب المُساندة الاجتماعية دوراً مهماً في بناء الذات، وزيادة إحساس الفرد بذاته، فقد تبين أن الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية يتبادلونها مع غيرهم، يدركون أن هذه العلاقات موثوق بها أفضل من ناحية الصحة النفسية من غيرهم ممن يفتقدون إلى هذه العلاقات، وتقوم بمهمة حماية الشخص لذاته وزيادة الإحساس بفاعليته، بل إن احتمالات إصابة الفرد بالاضطرابات النفسية والعقلية تقل، عندما يدرك الشخص انه يتلقى المُساندة الاجتماعية المحيطة به، ولا شك ان هذه المُساندة تؤدي دوراً مهماً في تجاوز أية أزمة قد تواجه الشخص، كما وأنها تلعب دوراً مهماً في الشفاء من الاضطرابات النفسية والعقلية، كما تسهم في التوافق الإيجابي والنمو الشخصي للفرد بل تجعل الشخص أقل تأثراً في تلقيه أية ضغوط أو أزمات. لذا كلما زادت المُساندة الاجتماعية، قل قلق الموت.

ولدى مقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بعلاقة المُساندة الاجتماعية بقلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية في محافظة القدس والتي أمكن للباحثة

الاطلاع عليها ومراجعتها تبين أنها تتفق مع دراسة (الكايد، 1995) و (Azaiza, Ron, Shoham,) و (Gigini, , 2010 & (نصر، 2010) و (Rassmusser & brems, 1996).

3.5 التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة ومناقشتها توصي الباحثة بما يلي:

1. إجراء المزيد من الدراسات والبحوث العلمية حول موضوع المُساندة الاجتماعية وعلاقتها بقلق الموت وغيرها من المتغيرات النفسية، حيث إنّ المكتبات الفلسطينية تفتقر لمثل هذه الدراسات، خاصة بعد أن ثبت من خلال نتائج الدراسة الحالية وجود العلاقة السلبية العكسية بين المُساندة الاجتماعية وقلق الموت.
2. الاهتمام بدراسة موضوع الشيخوخة، لما له من أهمية بالغة، والتركيز على هذه الشريحة المهمة التي قدمت وأعطت للمجتمع الكثير من جهدها وخبراتها، وتوفير الرعاية لهم.
3. ضرورة اهتمام الدولة بفئة المُسنين وإنشاء العديد من الأندية النهارية والمؤسسات، ووضع برامج تثقيفية، واجتماعية، ورياضية وترفيهية، ويمكن من خلالها تنمية ميول واهتمامات المُسنين وهواياتهم، وذلك من خلال شغل أوقات فراغهم في ممارسة بعض الأعمال والأنشطة التي تعود عليهم وعلى مجتمعهم بالنفع.
2. رفع الوعي الجماهيري حول طبيعة متطلبات المُسن والتغيرات التي تطرأ عليه في هذه المرحلة من العمر، وكيفية التعامل معه لتوفير أكبر قدر من التفاعل الاجتماعي والتوازن الانفعالي للمُسن، وذلك من خلال تسخير وسائل الإعلام المرئية، والمقروءة، والمسموعة.
3. ضرورة التنسيق بين مؤسسات المجتمع المختلفة من الجمعيات الخيرية الموجودة في المجتمع، ومراكز الرعاية الاجتماعية، وذلك للمساهمة والتعاون في تمويل البرامج التي تضطلع بها تلك المراكز في خدمة ورعاية المُسنين وتوفير احتياجاتهم الصحية المختلفة في أماكن سكنهم.
4. تاهيل أخصائيين اجتماعيين ونفسيين قادرين على التعامل مع هذه الفئة.

المصادر والمراجع:

المراجع العربية

القرآن الكريم.

ابن منظور، محمد بن مكرم. (2003): لسان العرب. ج7، 13، دار صادر، بيروت.

إبراهيم، قصي. (2008): مشكلات المسنين في المجتمع الفلسطيني: دراسة ميدانية في مؤسسات

الرعاية الاجتماعية للمسنين في الضفة الغربية، القاهرة: معهد البحوث والدراسات العربية.

أبوحطب، فؤاد و صادق، أمال. (1999): نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين.

ط.4، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

- أبوعلام، رجاء وغالي، محمد.(1974): **القلق وامراض الجسم**. ، دمشق: مطبعة الحلبوتي.
- أبوعلام، رجاء. (1998): **مناهج البحث في العلوم النفسية**. القاهرة: دار النشر للجامعات.
- أبو صاع، جعفر. (2010): **قلق الموت لدى سكان المناطق المجاورة للمصانع الكيماوية الإسرائيلية في محافظة طولكرم وعلاقته ببعض المتغيرات**. بحث غير منشور، مكتب محافظة طولكرم.
- إسماعيل، بشرى. (2004): **المُساندة الاجتماعية والتوافق المهني**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- بدوي، أحمد.(1987): **معجم مصطلحات الرعاية والتنمية الاجتماعية**. بيروت: دار الكتاب اللبناني.
- بوشدوب، شهرزاد. (2009): **المُساندة الاجتماعية وائرها على بعض العوامل الشخصية واستراتيجيات التعامل مع الضغط المدرسي**. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الجزائر.
- الجبلي، منى. (2006): **المُساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى طلبة كلية الطب**. رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة صنعاء.
- جمبي، نسرين. (2008): **تقدير الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينة من مجهولي الهوية ومعروفي الهوية من الذكور والإناث بمنطقة مكة**. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- الحو، غسان والشكعة، علي والقُدومي، عبد الناصر. (2003): **أثر انتفاضة الأقصى في مستوى الشعور بقلق الموت لدى طلبة جامعة النجاح الوطنية**. مجلة رسالة الخليج العربي، (88)، 26-58.
- خليفة، عبد اللطيف. (1997): **دراسات في سيكولوجية المسنين**. قسم علم النفس، جامعة القاهرة، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

دياب، مروان. (2006) : دور المُساندة الاجتماعيّة كمتغير وسيط بين الاحداث الضاغطة والصحة النفسيّة للمراهقين الفلسطينيين. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاسلاميّة، فلسطين.

الربيعه، فهد. (1997): الوحدة النفسيّة والمساندة الاجتماعيّة لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة :دراسة ميدانية. ، الهيئة المصريّة العامة للكتاب، القاهرة. مجلة علم النفس. (43)، 30_49.

رحيم ،عبد القادر وعلي، علي. (2009): قياس مستوى قلق الموت لدى المُسنين المقيمين في دور الرعاية الاجتماعيّة وعلاقته بالجنس والعمر والحالة الاجتماعيّة. مجلة أبحاث البصرة للعلوم الإنسانيّة، (1)، 14-125.

رضوان شعبان، وهريدي، عادل. (2001): العلاقة بين المُساندة الاجتماعيّة وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة. الهيئة المصريّة العامة للكتاب، القاهرة. مجلة علم النفس، (58)، 72-109.

زهران، حامد. (1977): الصحة النفسيّة والعلاج النفسي. ط2، القاهرة: عالم الكتب.

زيود، نادر. (1998): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. عمان: دار الفكر.

السرسى، أسماء وعبد المقصود، أماني. (2001): مقياس المُساندة الاجتماعيّة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصريّة.

السرسى، أسماء وعبد المقصود، أماني. (2000): المُساندة الاجتماعيّة كما يدركها المراهقين وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسيّة. مجلة كلية التربية بينها، 10 (44)، 197-244.

السعدي، رحاب. (2007) : قلق الموت والضغط النفسيّ لدى أهالي مرضى التلاسيميا في الضفة الغربيّة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس، فلسطين.

السليم، محمد. (2005):علاقة مستوى التدين والمساندة الاجتماعيّة بالانتكاسة : دراسة المعتمدين المنتكبين من المنومين بمجمع الامل بالرياض. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلاميّة، السعوديّة.

السيد، نهلة. (2002): المُساندة الاجتماعية وعلاقتها بكل من تقدير الذات والاعتزاز النفسي لدى الأطفال المحرومين من أسرهم. مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية، 13 (2)، 123-178.

سيد، الحسن. (2012): الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى عينة من المتضررين وغير المتضررين من السيول بمحافظة جدة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، السعودية.

الشاعر، درداح. (2005): اتجاهات طلبة الجامعات الفلسطينية في محافظات غزة نحو المخاطرة وعلاقتها بكل من المُساندة الاجتماعية وقيمة الحياة لديهم. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس بالتعاون مع جامعة الأقصى .

شكير، زينب. (1998): مقياس قلق الموت. كراسة التعليمات، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

شكير، سمير. (2003): فاعلية برنامج إرشادي نفسي في خفض مستوى الاكتئاب وقلق الموت لدى عينة من طلبة جامعة القدس. رسالة دكتوراه غير منشورة، القاهرة، جامعة عين شمس.

الشناوي، محمد وعبد الرحمن، محمد. (1994): المُساندة الاجتماعية والصحة النفسية: مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

الشيخ، دعد. (2003): رحلة مع المتقاعدين ومفهوم الذات والتكيف. دمشق: دار كيوان.

الصبان، عبير. (2003): المُساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغط النفسي والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

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

غانم، محمد. (2002): المُساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المُسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات إيوائية وأسر طبيعية. دراسات عربية في علم النفس، (3) ، 35-89.

غانم، محمد. (2004): مشكلات كبار السن، التشخيص، العلاج، رؤية نفسية دينية. الإسكندرية: المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع.

عبد الحميد، محمد. (1995): قلق الموت وعلاقته بكل من دافعية الإنجاز والجنس ونوعية التعليم لدى عينة من طلاب الجامعة. المنصورة. مجلة علم النفس، (35) ، 104-136.

عبد، سمير. (1993): التحليل النفسي لحالة انتظار الموت. القاهرة: دار الكتاب العربي.

عبد الخالق، أحمد. (1987): قلق الموت. الكويت، عالم المعرفة، العدد (111)، 5-217.

عبد الخالق، احمد. (2000): العلاقة بين نمط السلوك أو قلق الموت. دراسات نفسية، 10(40)، 497-504.

- عبد الخالق، احمد والنيال، مایسة. (2002): الدافع للإنجاز وعلاقته بقلق الموت لدى طلاب من دولة قطر، دراسات نفسية، 12(3)، 383-395.

عبد الوهاب، طارق. (2000): قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية في أنماط شخصية المدمن. الهيئة المصرية للكتاب مجلة علم النفس، (54)، 632-667.

العتيبي، بندر. (2007): اتخاذ القرار وعلاقته بكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينة من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.

عثمان، عثمان. (2001): القلق وإدارة الضغوط النفسية. القاهرة: دار الفكر العربي.

العرجا، ناهدة. (2004): قلق الموت عند الفلسطينيين في محافظة بيت لحم وعلاقته ببعض المتغيرات أثناء انتفاضة الأقصى. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس، فلسطين.

علي، عبد السلام. (2000): المُساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الجامعية لدى طلاب الجامعة المقيمين مع أسرهم والمقيمين في المدن الجامعية. الهيئة المصرية العامة للكتاب مجلة علم النفس، 53 (4)، 6-22.

علي، عبد السلام. (2005): المُساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية. القاهرة: مكتبة الأنجلو.

علي، خضرة. (2007): دور مدير المدرسة في أحداث التغيير التربوي من وجهة نظر القادة التربويين في محافظة القدس. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة القدس، فلسطين.

عودة، محمد. (2010): الخبرة الصادمة وعلاقتها باساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

الفايد، حسين. (1998): الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية. رابطة الأخصائيين المصريين النفسيين المصرية، (2)، 153_192، القاهرة.

فهيم، محمد. (2000): مدخل إلى الرعاية الاجتماعية من منظور إسلامي. المكتب الجامعي الحديث.

القاسم، محمد وعبيد، ماجدة والزعبي، عماد. (2000): الاضطرابات السلوكية. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.

قناوي، هدى. (1987): سيكولوجية المسنين. مصر: مركز تنمية البشرية والمعلومات.

الكايد، ليلي. (1995): قلق الموت والقيم الدينية لدى المُسنين في دور الرعاية في الأردن. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، الأردن.

الكردي، فوزية. (2012): الإنسان الاجتماعي وعلاقته بالضغط النفسية لدى أفراد الجالية الفلسطينية المقيمة في المملكة العربية السعودية. رسالة ماجستير غير منشوره.

كفا، رزان. (2012): الصلابة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى المسنين: دراسة ميدانية على عينة من المسنين في دور الرعاية الاجتماعية وخارجها في محافظة دمشق واللاذقية. رسالة ماجستير غير منشوره، كلية التربية، جامعة دمشق.

المالح، حسان. (1997): الطب النفسي والحياة. ط2، دمشق: دار الإشرافات.

محمد، شيماء. (2010): المساندة الاجتماعية لمرضى السرطان جامعة الزقازيق. بحث غير منشور، جامعة الزقازيق.

المحمداوي، حسن. (2008): دراسة بعض أعراض الاكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية في السويد. بحث غير منشور، مؤسسة النور للثقافة والإبداع.

نصر، أحمد. (2010): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بقلق الموت لدى مرضى السرطان ببعض المستشفيات الحكومية. المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، كفر الشيخ.

النيال، مایسة. (1991): الفروق في كل من حالة القلق وقلق الموت قبل إجراء العملية الجراحية وبعدها. دراسات نفسية، (1)، 111-124.

الهاشمي، عبد الحميد. (1980): علم النفس التكويني، أسسه وتطبيقه من الولادة إلى الشيخوخة. جدة: دار المجتمع العربي.

المراجع الأجنبية :

Azaiza, Ron, Shoham, & Gigini, , F. Ron, P. Shoham, M & Gigini, I. (2010): "Death and Anxiety Among Eldery Arab Muslims In Israel" .**Death Studies** , (34), 351-364.

Bond, C. (1994): Reliogisty, Age, and Death Anxiety. **Death Studies**. (3), 120-125.

Buunk, B. & Hoorens, V. (1992): Social Support and Stress: The Roal of Social Comparison and Social Exchange Processes . **British Journal Of Clinical Psycholog**. (31), 445 – 457.

Candyce, H. Kroenke, L. Kubzansky, E. Schernhammer, M. Holmes & Ichiro, K. (2006): Social Networks, Social Support, and Survival After Breast Cancer Diagnosis. Journal of Clinical Oncology , by **American Society of Clinical Oncolog**, 24 (7), 1105-1111.

Cutrona,C. Russell,D.(1990): Social Support and Adaption to Stress by The Eldery. **journal of Psychology And Aging**. 1 (1), 47-54.

Dean,A. (1990): Effects of Social Support Various Sources on Depression in Eldery Person. **Journal Of Health and Social Behavior**.31 (2), 148-152.

Ghaufuran, M. Ansari, S. (2008): Impact of Widowhood on Religiosity and Death Anxiety among Senior Citizens. **Journal Of The Indian Academy of Applied Psychology**. 34 (1), 175-180

Habeb, A. (2013): Social Support among Eldery People : Case Study Focused on the Silver Jubilee Home in Penang, Malaysia. **American International Journal Of Social Science**. 1 (1), 121-128.

House,J. Umberson, D. & Landis, K.(1988): Structures and Processes of Social Support. **Annual Review of Social**. (14), 293-318.

Poveda, M. Roya, G. Aldemunde, P. Fuentes, C. Juan, T. Ortola, P & Oltra ,M. (2000): Anxiety About Death In Primary Care: Relation With Frequency Of Consultation And Psycho Morbidity Of Patients. **A Ten Primaria**. 26 (7), 446-452.

Rasmussen, C & Brems, C. (1996): The Relation of Death Anxiety with Age and Psychology Social Maturity. **Journal Of Psychology**. (130), 141-144.

Shu-Shaun, J. Yea-Ying. (2003): Influence of Social Support on Cognitive Function in the Eldery. **BMC Health Service Res**. (3).234-276.

الملاحق

الملاحق :

ملحق رقم (1): تسهيل المهمة

Al-Quds University
Faculty of Educational Science
Graduate Studies Programs

بسم الله الرحمن الرحيم



جامعة القدس
كلية العلوم التربوية
برامج الدراسات العليا

الرقم: ب د ع/624/46/13/04
التاريخ: 2013/04/01

حضرة السادة مديرية الشؤون الاجتماعية المحترمين ،،
القدس،،

الموضوع: تسهيل مهمة

تحية طيبة وبعد،،
تقوم الطالبة : سوزان محمد عبد الله ابو هلال ورقمها الجامعي (21011898)، بدراسة تتعلق
برسالة ماجستير، بعنوان:

"المساندة الاجتماعية وعلاقتها بقلق الموت لدى المسنين المسجلين في وزارة الشؤون
الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس"

لذا يرجى من حضرتكم تسهيل مهمة الطالبة المذكورة أعلاه والتعاون معها ، وذلك خلال الفصل
الثاني 2012/2013.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

الدكتور عمر الريماوي

منسق برنامج الارشاد النفسي والتربوي

14/4/2012

كلية العلوم التربوية
Faculty of Educational Sciences



الأستاذة د. سوزان محمد عبد الله
14/4/2012

المرفق (2): قائمة بأسماء أعضاء لجنة تحكيم المقياس المستخدم في الدراسة الحالية

الرقم	الاسم	الدرجة العلمية والتخصص	الوظيفية الحالية
1.	د. إياد الحلاق	دكتوراه في علم النفس	مدرس في جامعة القدس
2.	د. نبيل عبد الهادي	دكتوراه في علم النفس	مدرس في جامعة القدس
3.	أ.د. زياد بركات	دكتوراه في علم النفس	أستاذ في جامعة القدس المفتوحة
4.	د. سهير الصباح	دكتوراه في علم النفس	مدرسة في جامعة القدس
5.	د. خضر مصلح	دكتوراه في علم النفس	مدرس في جامعة بيت لحم
6.	د. موسى نجيب	دكتوراه صحة نفسية	مدير مركز المرفأ للصحة النفسية
7.	د. محمد شاهين	دكتور في الإرشاد النفسي والتربوي	عميد شؤون الطلبة/ جامعة القدس المفتوحة/ رام الله
8.	د. خالد هريش	دكتوراه في الخدمة الاجتماعية	عميد كلية الخدمة الاجتماعية / جامعة القدس

ملحق رقم (3) : صورة الإستبيان في صورته الأولى:

بسم الله الرحمن الرحيم

حضرة الأخ/ت الدكتور/ة المحترم/ة

تحية طيبة :

تقوم الطالبة " سوزان محمد أبو هلال " بإجراء دراسة ميدانية بعنوان "المساندة الإجتماعية وعلاقتها بقلق الموت لدى المسنين المسجلين في وزارة الشؤون الإجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس". وذلك استكمالاً لنيل درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي من جامعة القدس . ولتحقيق أهداف الدراسة أضع بين أيديكم مقياسين لجمع البيانات اللازمة للدراسة، يرجى منكم التكرم بالإطلاع لإبداء الرأي في مدى صلاحية الفقرات ومناسبتها وإضافة الفقرات التي تقترحون إضافتها، مع إجراء ما ترونه مناسباً من تعديلات لتزيد من دقة الأداة وقياس ما وضعت لقياسه. * المقاييس المستخدمة، المساندة الاجتماعية: مقياس كل من السمدوني(1997) والسرسى وعبد المقصود(2001) واسماعيل (2004)، ومقياس قلق الموت لعبد الخالق(1987)، عيد (1993)، وشقير(1998).

شاكراً حُسن تعاونكم

الباحثة

سوزان محمد أبو هلال

أولاً : متغيرات الدراسة :

1. الجنس : أ - ذكر ب - انثى
2. العمر : أ- (60-74) ب- (75-89) ج - (90 فما فوق)
3. الحالة الاجتماعية : أ - اعزب/اء ب - متزوج/ة ج - ارملة/ة د- مطلق
4. عدد الأبناء : أ- (0-3) ب - (4-7) ج - (أكثر من 7)
5. الأمراض التي يعاني منها- حدد :

ثانياً: مقياس المساندة الإجتماعية :

الرقم	الفقرة	صالحة	غير صالحة	ملاحظات
1.	يتقبلني أفراد أسرتي			
2.	أشعر بالوحدة حتى عندما أكون مع أصدقائي			
3.	يشاركني أصدقائي نفس اهتماماتي في الحياة			
4.	أشعر بأن حريتي مقيدة			
5.	لا يثق بي أفراد أسرتي			
6.	أفراد أسرتي يساعدونني			
7.	أشعر بارتباط قوي مع أفراد أسرتي			
8.	أعتمد كثيراً على أصدقائي			
9.	أشعر بالراحة عندما أكون بمفردي			
10.	لا أحب أن يشاركني أفراد أسرتي همومي			
11.	لا أثق بأحد			
12.	لا أبوح لأحد عن همومي			
13.	أنتقي قدراً كبيراً من مساندة عائلتي			
14.	أطلب المساندة من أسرتي			
15.	أشعر بالوحدة			
16.	أشعر أنني محل اهتمام			
17.	أجد من يساعدني عندما أحتاج إلى مساعدة			
18.	تساعدني عائلتي عندما أحتاج إلى المساعدة			
19.	أشعر بعدم وجود مساندة حقيقية من عائلتي			
20.	أجد من يشاركني همومي			
21.	أجد من يحبني ويشعروني بأهمية الحياة			
22.	أجد من يتفهم مشاكلي			
23.	أجد من يساعدني في مهماتي اليومية			
24.	أجد من يصطحبني للطبيب عند الحاجة			
25.	أفراد أسرتي يشعرون بي عندما أكون متضايقاً			
26.	يتيح لي أفراد أسرتي مناقشة أموري معهم			
27.	يساعدني افراد الأسرة في قضاء الحاجات الضرورية			

ثالثاً : مقياس قلق الموت :

الرقم	الفقرة	صالحة	غير صالحة	ملاحظات
1.	أخاف من الموت عندما يصيبني أي مرض			
2.	أخاف من زيارة القبور			
3.	يرعبني احتمال دخول المستشفى			
4.	أخاف من أن أصاب بنوبة قلبية			
5.	يقلقني موت شخص عزيز عليّ			
6.	أخاف من سماع أحداً يموت			
7.	أخاف من أن أصاب بمرض خطير			
8.	ترعبني مشاهدة عملية دفن الميت			
9.	أخشى أن أنام فلا استيقظ أبداً			
10.	يزعجني مشاهدة جنازة			
11.	تخطر ببالي فكرة الموت			
12.	أشعر بالتشاؤم من الموت.			
13.	أشعر بأن الموت قريباً مني .			
14.	أشعر بالرعب حينما يتحدث أحد أمامي عن الموت			
15.	عندما أكون مريضاً أفكر بالموت			
16.	أقلق عند حديثي عن الموت			
17.	أخاف أن أموت بحادث مؤلم			
18.	أفضل مشاركة الآخرين الآخرين أفرأحهم			
19.	أشعر بالموت عندما يُذكر أمامي أن شخصاً يحتضره الموت			
20.	يخيفني ذكر الموت			
21.	أحلم بالموت			

ملحق رقم (4): الفقرات التي تم حذفها وتعديلها من الاستبيان بناءً على اقتراح المحكمين

الفقرات التي تم حذفها من استبيان المساندة الاجتماعية:

رقم الفقرة	الفقرة
9	اشعر بالراحة عندما اكون بمفردي
10	لا أحب أن يشاركني أفراد أسرتي همومي
11	لا أثق بأحد
12	لا أبوح لأحد عن همومي
15	أشعر بالوحدة
18	تساعدني عائلتي عندما أحتاج لمساعدة

الفقرات التي تم تعديلها من استبيان المساندة الاجتماعية:

رقم الفقرة	الفقرة قبل التعديل	الفقرة بعد التعديل
13	اتلقى قدراً كبيراً من مساندة عائلتي	أُتلقى المساندة من عائلتي
14	أطلب المساندة من أسرتي	تُراعي أسرتي احتياجاتي
16	أشعر أنني محل اهتمام	أشعر أنني محل اهتمام من الآخرين

الفقرات التي تم حذفها من استبيان قلق الموت:

رقم الفقرة	الفقرة
18	أفضل مشاركة الآخرين أفراحهم

الفقرات التي تم تعديلها من استبيان قلق الموت:

رقم الفقرة	الفقرة قبل التعديل	الفقرة بعد التعديل
6	أخاف من سماع أحداً يموت	أخاف عندما اسمع خبر موت أحدهم
7	أخاف أن أصاب بمرض خطير	أخشى من أن أصاب بمرض مميت
16	أخاف عند حديثي عن الموت	أقلق عند حديثي عن الموت
19	أشعر بالموت عندما يذكر أمامي أن شخصاً يحتضره الموت	أخشى أن أموت عندما يذكر أمامي أن شخصاً يحتضر

ملحق رقم (5): مقياسي المساندة الاجتماعية وقلق الموت في صورتها النهائية

بسم الله الرحمن الرحيم

أخي الكريم أختي الكريمة :

تقوم الباحثة بإجراء دراسة حول " المساندة الاجتماعية وعلاقتها بقلق الموت لدى المسنين المسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس " ولتحقيق أهداف هذه الدراسة تضع الباحثة بين أيديكم مقياسين لجمع البيانات اللازمة، لذا يرجى منكم التكرم بالإجابة على فقرات المقياسين في العمود المناسب لكل فقرة، محددين أنسب الإجابات بالنسبة لكم متوخين الصدق والموضوعية، علماً بأن المقياسين الذين بين أيديكم هي لأغراض البحث العلمي فقط واستكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في كلية الدراسات العليا - كلية العلوم التربوية - قسم الإرشاد النفسي والتربوي / جامعة القدس.

وتقبلوا فائق الشكر و الإحترام

الباحثة

سوزان محمد أبو هلال

أولاً: متغيرات الدراسة

1. الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى
2. العمر بالسنوات: ☐ (69-60) ☐ (79-70) ☐ (80 فما فوق)
3. الحالة الاجتماعية: ☐ أعزب/عزباء ☐ متزوج/ة ☐ أرمل/ة ☐ مطلق
4. عدد الأبناء: ☐ (3-0) ☐ (7-4) ☐ (أكثر من 7)
5. الأمراض التي أعاني منها: ☐ مرض مزمن ☐ مرض عادي ☐ لا أعاني من أي مرض

ثانياً: مقياس المساندة الاجتماعية

الرقم	الفقرة	بشكل كبير جداً	بشكل كبير	محايد	بشكل قليل	بشكل قليل جداً
1.	يتقبلني أفراد أسرتي					
2.	أشعر بالوحدة حتى عندما أكون مع أصدقائي					
3.	يشاركني أصدقائي نفس اهتماماتي في الحياة					
4.	أشعر بأن حريتي مقيدة					
5.	لا يثق بي أفراد أسرتي					
6.	أفراد أسرتي يساعدونني					
7.	أشعر بارتباط قوي مع أفراد أسرتي					
8.	أعتمد كثيراً على أصدقائي					
9.	أتلقي المساندة من عائلتي					
10.	تراعي أسرتي احتياجاتي					
11.	أشعر أنني محل اهتمام من الآخرين					
12.	أجد من يساعدني عندما أحتاج إلى مساعدة					
13.	أشعر بعدم وجود مساندة حقيقية من عائلتي					
14.	أجد من يشاركني همومي					
15.	أجد من يحبني ويشعرني بأهمية الحياة					
16.	أجد من يتفهم مشاكلي					
17.	أجد من يساعدني في مهماتي اليومية					
18.	أجد من يصحبني للطبيب عند الحاجة					
19.	أفراد أسرتي يشعرون بي عندما أكون متضايقاً					
20.	يتيح لي أفراد أسرتي مناقشة أموري معهم					
21.	يساعدني أفراد الأسرة في قضاء الحاجات الضرورية					

ثالثاً: مقياس قلق الموت

الرقم	الفقرة	بشكل كبير جداً	بشكل كبير	محايد	بشكل قليل	بشكل قليل جداً
1.	أخاف من الموت عندما يصيبني أي مرض					
2.	أخاف من زيارة القبور					
3.	يرعبني احتمال دخول المستشفى					
4.	أخاف من أن أصاب بنوبة قلبية					
5.	يفلقني موت شخص عزيز عليّ					
6.	أخاف عند سماع خبر موت أحدهم					
7.	أخشى من أن أصاب بمرض مميت					
8.	ترعبني مشاهدة عملية دفن الميت					
9.	أخشى أن أنام فلا استيقظ أبداً					
10.	يزعجني مشاهدة جنازة					
11.	تخطر ببالي فكرة الموت					
12.	أشعر بالتشاؤم من الموت					
13.	أشعر بأن الموت قريباً مني					
14.	أشعر بالرعب عندما يتحدث أحد أمامي عن الموت					
15.	عندما أكون مريضاً أفكر بالموت					
16.	أقلق عند حديثي عن الموت					
17.	أخاف أن أموت بحادث مؤلم					
18.	أخشى الموت عندما يُذكر أمامي أن شخصاً يحتضر					
19.	يخيفني ذكر الموت					
20.	أحلم بالموت					

شكراً لتعاونكم

ملحق رقم (6) احصائيات اعداد المسنين المسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية /

محافظة القدس

Palestinian National Authority
Ministry Of Social Affairs
MIS



السلطة الوطنية الفلسطينية
وزارة الشؤون الاجتماعية
دائرة نظم المعلومات

احصائيات الميدان- احصائية مسنين

المجموع	إناث	ذكور	التجمع	القدس
7	5	2	مخماس	
3	1	2	جبع (تجمع بدوي)	
6	5	1	قلنوربا	
20	11	9	بيت دقو	
48	30	18	جبع	
11	5	6	الجديرة	
97	60	37	الزكام وضاحية البريد	
113	74	39	بيت عتات	
90	53	37	الجيب	
27	15	12	يبر تبالا	
17	8	9	بيت إجرأ	
42	34	8	القيبية	
30	16	13	بيت حنيفا	
164	101	63	يدو	
8	3	5	التيبي صموئيل	
140	80	60	جزما	

4/2/2013

4/2/2013

Palestinian National Authority
 Ministry Of Social Affairs
 MIS



السلطة الوطنية الفلسطينية
 وزارة الشؤون الاجتماعية
 دائرة نظم المعلومات

المجموع	إناث	ذكور	التجمع	القدس	
22	14	8	بيت حنيبا التلد		
188	120	68	قطنه		
95	58	37	بيت سوريك		
19	15	4	بيت إكسا		
66	27	39	مخيم شعفاط		
14	11	3	شعفاط		
99	66	33	عتاتا		
90	44	44	العيسوية		
13	6	7	الشيخ جراح		
19	10	8	وادي الجوز		
12	8	4	الزعيم		
62	38	23	الطور (جبل الزيتون)		
59	34	24	القدس - بيت المقدس		
294	188	106	الغيزرية		
16	7	8	راس العامود		
23	9	14	سلوان		
9	4	4	النوري		
276	165	110	ابو ديس		
87	56	31	عرب الجهالين		

4/2/2013

Palestinian National Authority

Ministry Of Social Affairs

MIS



السلطة الوطنية الفلسطينية

وزارة الشؤون الاجتماعية

دائرة نظم المعلومات

39	21	18	جبل المكبر	القدس
5	2	3	بيت صفا	
185	110	75	السواجرة الشرقية	
7	3	4	صور باهر	
90	52	38	الشيخ سعد	
2612	1569	1034	المجموع	

4/2/2013

فهرس الملاحق

الصفحة	اسمه	رقم الملحق
97	احصائيات اعداد المسنين المسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية - محافظة القدس	1
94	مقياسي المساندة الاجتماعية وقلق الموت في صورتها النهائية	2
92	الفقرات التي تم حذفها وتعديلها من الاستبيان بناءً على اقتراح المحكمين	3
89	صورة الإستبيان في صورته الأولى	4
88	قائمة بأسماء أعضاء لجنة تحكيم المقياس المستخدم في الدراسة الحالية	5
87	تسهيل المهمة	6

فهرس الجداول

رقم الجدول	اسمه	الصفحة
1.3	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرات الدراسة.	41
2.3	نتائج معامل ارتباط بيرسون لمصفوفة ارتباط فقرات درجة المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس	42
3.3	نتائج معامل ارتباط بيرسون لمصفوفة ارتباط فقرات مستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس	44
1.4	مفتاح المتوسطات الحسابية لسلم الاجابة	47
2.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمستوى المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس	48
3.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمستوى قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس	49
4.4	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة للفروق في متوسطات المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير الجنس	51
5.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمتوسطات المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير العمر بالسنوات	51
6.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في متوسطات المُساندة الاجتماعية لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير العمر بالسنوات	52
7.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة	52

	الدراسة لمتوسطات المُساندة الاجتماعيّة لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس يُعزى لمتغير الحالة الاجتماعيّة	
53	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في متوسطات المُساندة الاجتماعيّة لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس يُعزى لمتغير الحالة الاجتماعيّة.	8.4
54	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابيّة لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعيّة	9.4
54	المتوسطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات درجة المُساندة الاجتماعيّة لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس يُعزى لمتغير عدد الأبناء	10.4
55	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في متوسطات المُساندة الاجتماعيّة لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس يُعزى لمتغير عدد الأبناء	11.4
56	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابيّة لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير عدد الأبناء	12.4
56	المتوسطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات درجة المُساندة الاجتماعيّة لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس يُعزى لمتغير الأمراض التي أعاني منها	13.4
57	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في متوسطات المُساندة الاجتماعيّة لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس يُعزى لمتغير الأمراض التي أعاني منها	14.4
57	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابيّة لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير الأمراض التي أعاني منها	15.4
58	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة للفروق في متوسطات قلق الموت	16.4

	لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس يُعزَى لمتغير الجنس	
59	المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لاستجابات أفراد عينة الدراسة لمتوسّطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس يُعزَى لمتغير العمر	17.4
59	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في متوسّطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس يُعزَى لمتغير العمر بالسنوات	18.4
60	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسّطات الحسابيّة لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير العمر بالسنوات	19.4
60	المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسّطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس يُعزَى لمتغير الحالة الاجتماعيّة	20.4
61	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في متوسّطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس يُعزَى لمتغير الحالة الاجتماعيّة	21.4
61	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسّطات الحسابيّة لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعيّة	22.4
62	المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسّطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس يُعزَى لمتغير عدد الأبناء	23.4
62	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في متوسّطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعيّة الفلسطينيّة في محافظة القدس يُعزَى لمتغير عدد الأبناء	24.4
63	المتوسّطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسّطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة	25.4

	الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير الأمراض التي أعاني منها	
63	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق في متوسطات قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس يُعزى لمتغير الأمراض التي أعاني منها	26.4
63	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير الأمراض التي أعاني منها	27.4
64	معامل ارتباط بيرسون والدلالة الإحصائية بين درجتي المُساندة الاجتماعية و قلق الموت لدى المُسنين المُسجلين في وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في محافظة القدس	28.4

فهرس الموضوعات

أ.....	إقرار
ب.....	شكر وتقدير
ت.....	مصطلحات الدراسة:
ث.....	الملخص بالعربية:
ج.....	الملخص بالانجليزية
2.....	الفصل الأول: خلفية الدراسة وأهميتها
2.....	1.1 المقدمة:
3.....	2.1 مشكلة الدراسة:
4.....	3.1 أسئلة الدراسة:
5.....	4.1 فرضيات الدراسة:
6.....	5.1 أهمية الدراسة:
7.....	6.1 أهداف الدراسة:
8.....	7.1 محددات الدراسة:
9.....	الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة
10.....	1.2 المُساندة الاجتماعية
10.....	1.1.2 مفهوم المُساندة الاجتماعية لغةً واصطلاحاً:
11.....	2.1.2 أهمية المُساندة الاجتماعية :
13.....	3.1.2 أنواع المُساندة الاجتماعية :
14.....	4.1.2 مصادر المُساندة الاجتماعية:
14.....	5.1.2 شروط تقديم المُساندة الاجتماعية :
15.....	6.1.2 وظائف المُساندة الاجتماعية :
16.....	7.1.2 النظريات والنماذج التي فسرت المُساندة الاجتماعية :
18.....	8.1.2 المساندة الاجتماعية وكبار السن:
19.....	2.2 قلق الموت:
19.....	1.2.2 مفهوم قلق الموت :
20.....	2.2.2 أسباب القلق من الموت:
21.....	3.2.2: أعراض قلق الموت:
22.....	4.2.2. النظريات المُفسرة لقلق الموت:
24.....	5.2.2 دور المرشد النفسي في تخفيف قلق الموت:
25.....	6.2.2 علاقة المساندة الاجتماعية بقلق الموت:
25.....	3.2 مرحلة الشيخوخة:

26	1.3.2 مفهوم الشيوخوخة:
26	2.3.2 خصائص مرحلة الشيوخوخة:
29	4.2 الدراسات السابقة:
29	1.4.2 الدراسات العربية التي تناولت المُساندة الاجتماعية:
30	2.4.2 الدراسات الأجنبية التي تناولت المُساندة الاجتماعية:
32	3.4.2 الدراسات العربية التي تناولت قلق الموت:
34	4.4.2 الدراسات الأجنبية التي تناولت قلق الموت:
36	5.4.2 التعقيب على الدراسات السابقة:
39	الفصل الثالث: الطريقة والجراءات
40	1.3 منهج الدراسة:
40	2.3 مجتمع الدراسة:
41	3.3 عينة الدراسة:
41	4.3 أدوات الدراسة:
44	5.3 إجراءات تطبيق الدراسة:
45	6.3 متغيرات الدراسة:
45	7.3 المتغيرات التابعة:
45	8.3 المعالجة الإحصائية للبيانات:
47	الفصل الرابع: نتائج الدراسة
48	1.4 النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة:
48	1.1.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:
50	2.1.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:
51	2.4 نتائج فرضيات الدراسة:
52	نتائج الفرضية الأولى:
53	نتائج الفرضية الثانية:
54	نتائج الفرضية الثالثة:
55	نتائج الفرضية الرابعة:
56	نتائج الفرضية الخامسة:
57	نتائج الفرضية السادسة:
58	نتائج الفرضية السابعة:
60	نتائج الفرضية الثامنة:
61	نتائج الفرضية التاسعة:
62	نتائج الفرضية العاشرة:

64	النتائج المتعلقة بالفرضية الحادية عشر:
65	الفصل الخامس: مناقشة النتائج
66	1.5 مناقشة النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة:
66	1.1.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:
67	2.1.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:
68	2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة:
68	1.2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:
68	2.2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:
69	3.2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:
70	4.2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة:
71	5.2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة:
72	6.2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة:
72	7.2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة:
73	8.2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة:
74	9.2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية التاسعة:
75	10.2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية العاشرة:
75	11.2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الحادية عشر:
76	3.5 التوصيات:
78	المصادر والمراجع:
87	الملاحق :