

عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

الاضطرابات العصابية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في
محافظات شمال فلسطين

أزهار فوزي عارف جعفر

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1429هـ - 2008م

الاضطرابات العصابية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين

إعداد

أزهار فوزي عارف جعفر

بكالوريوس خدمة اجتماعية من جامعة القدس المفتوحة محافظة جنين

إشراف : د. إياد الحلاق

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الإرشاد النفسي
والتربوي من دائرة التربية وعلم النفس - جامعة القدس .

1429هـ - 2008م



جامعة القدس
عمادة الدراسات العليا
الإرشاد النفسي والتربوي

إجازة الرسالة

الاضطرابات العصابية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين

اسم الطالبة : أزهار فوزي عارف جعفر .
الرقم الجامعي : 20610056 .

المشرف : الدكتور إياد الحلاق .

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ : 2008/8/30م من لجنة المناقشة المدرجة
أسمائهم وتوقيعهم أدناه :

- | | |
|--|---------------|
| 1- رئيس لجنة المناقشة: د. إياد الحلاق. | التوقيع:..... |
| 2 - ممتحنا داخليا: د. نبيل عبد الهادي. | التوقيع:..... |
| 3- ممتحنا خارجيا: أ.د. عبد عساف. | التوقيع:..... |

القدس - فلسطين

1429هـ / 2008م

الإهداء

إلى من أمرني الله ببرهما وطاعتهما.
إلى من علمني بالحب كيف تكون الطاعة.
إلى من لم ولن أستطيع أن أوفيهما بعض حقوقهما.
إلى والدي رعاهما الله .
إلى مصدر القوة والتشجيع لوقوفهم جميعا طيلة مشواري هذا إلى جانبي بكل ما
استطاعوا إليه سبيلا .
إلى أخوتي وأخواتي.
إلى من علمني أن في الحياة أمل ما دام الإنسان حيا.
إلى أخي ياسر.
إلى من ضحى بمستقبله التعليمي من أجل أن ينيّر طريق الأسرة بالعلم.
إلى الشمعة التي تحترق كي تنير الطريق أمام الآخرين .
إلى أخي أيسر.
إلى من علمني أن قوة الإنسان بصبره وتحمله.
إلى رئيسي في عملي محمد حمزة صالح يحيى.
إلى شيوخ اليوم من أهل الحكمة والخبرة.
إلى شيوخ الغد شباب اليوم.

أزهار فوزي عارف جعفر

إقرار:

أقر أنا مقدمة هذه الرسالة بأنها قدمت لجامعة القدس، لنيل درجة الماجستير، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة، باستثناء ما تمت الإشارة له حيثما ورد، وأن هذه الرسالة أو أي جزء منها لم يقدم لنيل أي درجة عليا لأي جامعة أو معهد آخر.

التوقيع:.....

أزهار فوزي عارف جعفر

التاريخ: / / 2008

شكر وعرّفان

لا يسعني إلا أن أتقدم بجزيل الشكر والعرّفان إلى أستاذي الدكتور إياد الحلاق، الذي أشرف على هذه الرسالة، والذي كان لتوصياته وار شادته الصائبة الأثر الكبير في تنظيم وتنقيح هذه الرسالة.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى أعضاء لجنة المناقشة الأستاذ الدكتور عبد عساف، والدكتور نبيل عبد الهادي، الذين شرفوني بحضور هذه المناقشة.

والى لجنة تحكيم الاستبانة، وإلى المحلل الإحصائي الدكتور حسني عوض.

وأُتقدم بالشكر والتقدير إلى رئيس وأعضاء مجلس إدارة وموظفي جمعية بيت المسنين والمعوقين الخيرية.

وإلى كل من ساهم في انجاز هذا العمل ليخرج إلى النور.

أزهار فوزي عارف جعفر

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى الاضطرابات العصابية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين، وإلى معرفة أثر المتغيرات التالية (الجنس، العمر، والحالة الاجتماعية والحالة التعليمية والأحداث الصادمة التي تعرضت لها المسن، والقدرة على العناية بالنفس ومدة الإقامة ونوع الأسرة) على الاضطرابات العصابية لدى المسنين.

ومن أجل الإجابة عن أسئلة الدراسة: ما مدى انتشار الاضطرابات العصابية بين المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين؟ وما هي أكثر الاضطرابات العصابية انتشاراً لديهم؟ وما أثر المتغيرات الديمغرافية (الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، والحالة التعليمية، ونوع الأحداث الصادمة التي تعرضت لها المسن، والقدرة على العناية بالنفس، ومدة الإقامة، ونوع الأسرة) درجة الاضطرابات العصابية (الاكتئاب، القلق، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين.

وللإجابة على أسئلة الدراسة والتأكد من فرضيتها قامت الباحثة بإعداد استبانة لقياس الاضطرابات العصابية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية، وتكونت عينه الدراسة التي تم اختيارها بالطريقة الطبقيّة العشوائية من (145) مسن ومسنّة ويشكلون ما نسبته (60%) من مجتمع الدراسة البالغ عددهم (270) مسن ومسنّة في المحافظات الشمالية لفلسطين، وذلك في العام 2007-2008.

وقد استخدمت الباحثة الإجراءات التحليلية الإحصائية المناسبة باستخدام برنامج (SPSS) وأشارت النتائج إلى أن الاضطرابات العصابية منتشرة لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية بنسبة (100%) موزعة على الاضطرابات التالية: القلق (29%)، الاكتئاب (28%)، توهم المرض (25%)، والوسواس القهري (18%)، كما لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في درجة انتشار الاضطرابات العصابية تعزى إلى متغير (الجنس، والعمر والأحداث الصادمة)، بينما أشارت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة في درجة الاضطرابات العصابية وخاصة توهم المرض تعزى للحالة الاجتماعية ولصالح الأرامل والمطلقين، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوسواس القهري تعزى للمستوى التعليمي ولصالح الأيمن، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لنوع الأسرة ولصالح المسنين من الأسر الممتدة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في (القلق، والاكتئاب، وتوهم المرض) تعزى لقدرة المسن على العناية بنفسه

لصالح المسنين القادرين على العناية بأنفسهم، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب تعزى لمدة الإقامة في المؤسسة لصالح المسنين الذين مدة إقامتهم أقل من عامين.

وأوصت الباحثة على ضوء نتائج الدراسة، بالعمل على تهيئة المسن قبل دخوله المؤسسة والتأكد أن خيار المؤسسة هو خيار المسن وليس خيار الآخرين، والعمل على إعداد البرامج الاجتماعية والترفيهية التي تساعد المسن على التكيف مع المؤسسة.

The Neurotic disorders among the elderly at the residential homes in the Northern governorates of Palestine.

Prepared by the student: Azhar Fawzi Ja'far.

Supervised by: Dr. Iyad Al-Hallak.

Abstract.

This study aimed to define the Neurotic disorders level among the old people at the residential homes in the northern governorates of Palestine, and to find out the effect of the following variants: (sex, age, social status, educational status, the shocking events that the old one encountered, the self care capabilities, residency period, and the family type) on the neurotic disorders of the old people.

To answer the study questions which are: what is the extent of the effect of the neurotic disorders among those living at the residential homes in the northern governorates of Palestine? And what are the most common neurotic disorders among them. ?And the effect of Demographic variables (sex, age, social status, educational status, the shocking events that the old one encountered, the self care capabilities, residency period, and the family type) at the degree of Neurotic disorders (concern ,depression, sickness illusion, and Obsessive-compulsive disorder) level among the old people in the residential homes in the northern governorates of Palestine.

To assure these questions the researcher used a questionnaire to measure the neurotic disorders in the old people at the residential homes.

The study sample was chosen through the class random method it consisted of (145) male/female old people, 60% of the study community consisting of (270) old people in the northern governorates of Palestine on 2007/2008.

The researcher used the (SPSS) method. The results indicated that neurotic disorders prevalent among the elderly living in the residential homes (%100 are: distributed: concern (29%), depression ,(28) illusion disease (25%), obsessive-compulsive disorder (18%), and there is no significant differences at the level ($\alpha \leq 0.05$) on the spreading of the neurotic disorders related to (sex, age, and shocking events), but the study showed that there are significant differences at the degree of neurotic disorders related to hypochondriacal disorder related to the social status , and that there are differences at the obsessive-compulsive disorder related to the educational level for the benefit of widows and divorced who are effected by the family type, anxiety, depression and sickness illusion related to the old person's capability to take care of himself, and at depression the differences are related to the residency period at the residential homes, and that there are differences about depression related to the period of residency in the residential homes for the elderly less than two years in the residential homes.

The researcher introduced some recommendations about the necessity to improve the work conditions and the homes materials , and to prepare the old people before receiving them in the residential homes, and to make sure that it is the old person's choice to come into these homes , and the necessity to put down a plan to receive the new cases and daily programs to help the old in realizing their psychological health.

الفصل الأول

مقدمة الدراسة وأهميتها

1.1 مقدمة الدراسة

2.1 مشكلة الدراسة وأسئلتها

3.1 فرضيات الدراسة

4.1 أهمية الدراسة

5.1 أهداف الدراسة

6.1 محددات الدراسة

7.1 مصطلحات الدراسة

الفصل الأول

مقدمة الدراسة وأهميتها

1.1 المقدمة

مرحلة الشيخوخة ليست مرحلة مرضية عابرة يمكن الشفاء منها وتنتهي بذلك، بل إنها مرحلة عمرية لا بد من الوصول إليها بشكل عام، لها خصائصها ومطالبها حيث حددها (هافيجهرست) في نموذج الذي قسم فيه دورة الحياة إلى ستة مراحل يرتبط كل منها بمطالب محددة وتشكل تنظيم متسلسلا ومعقدا من المشكلات التي يواجهها جميع الأفراد عبر حياتهم، ونخص بالذكر المرحلة السادسة وهي مرحلة الشيخوخة (60 سنة فما فوق) حيث تتضمن هذه المرحلة مهام منها التكيف مع تناقص القوة الجسدية، التكيف مع التقاعد والانخفاض النسبي للدخل، التكيف مع موت الزوج أو الزوجة، الانتماء إلى مجموعة مناسبة من حيث العمر، ومواجهة الالتزامات الاجتماعية والمدنية وإقامة ترتيبات حياتية مرضية (الأشول، 1998).

وعلى المسن أن يطور القدرة على انجاز هذه المهام ليضمن نموا سليما، وفي حالة عدم قدرته على انجاز هذه المهام قد يترتب على ذلك اضطرابات نفسية، ومن المتعارف عليه أن المسنين من أكثر الفئات العمرية عرضة للاضطرابات العصابية بسبب التغيرات الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية التي يتعرض لها المسن في هذه المرحلة، ويؤكد علماء النفس أن التراجع البيولوجي والجسمي في الجسم البشري في مرحلة الشيخوخة قد يعوق فعلا أي تطور حقيقي، وتعد نظرية أريكسون في الشخصية والتطور النفسي والاجتماعي من أكثر النظريات تماسكا وتأثيرا في فهم مرحلة الشيخوخة حيث يصف مهمة الفرد في هذه المرحلة تكون بان ينظر إلى الوراء وان يحاول برضا وثقة أن يدمج هذه الحياة بسلبياتها وإيجابياتها، في كل منسجم مترابط ومقبول، إذا تمكن الفرد من انجاز هذه المهمة فانه يستطيع أن يسوي ويتصالح مع الخبرات السلبية الباقية في الماضي، وأن

يطور تكامل وحكمة الأنا التي تمكنه من التوافق الناجح مع نفسه ومع الآخرين، والرضا بالخسارات التي يمتلئ بها حاضره، ويتضح الفشل في تكامل الأنا من خلال مشاعر السخط والنقمة والغضب المسقط على الذات والآخرين، التي تعكس الحالة التي أطلق عليها أريكسون يأس الأنا (جابر، 1986).

ويزداد الأمر صعوبة عندما يضر المسن إلى ترك منزله أو العيش في مؤسسة وقد أكد الباحثون أن أهم الخصائص التي يتميز بها المسنون هي عدم رغبتهم في التنقل من مكان لآخر ومقاومتهم له وقد أجرت الجمعية الأمريكية للمتقاعدين مسحا على حوالي (1000) مسن أمريكي تتجاوز أعمارهم (60) عام، وأظهر البحث أن معظم المسنين لا يحبون ترك منزلهم ليس خوفاً عليها أو بسبب قلة النقود بل لرغبتهم في البقاء فيها ووصفوها بأنها الجنة، كما أظهرت نتائج المسح بأنه كلما تقدم الإنسان بالعمر فإن جذوره تصبح أكثر عمقا لارتباطهم بمنزلهم ارتباطا شديدا مع الذكريات الموجودة بها، وأوضحت الدراسة أن هناك أمنية واحدة تجمع بين معظم المسنين وهي الموت بسلام في بيوتهم.

فالمسنون عامة عندما ينتقلون لدور الرعاية يتجسد لديهم الشعور بالعجز، لارتباطها بالضعف والعجز ورفض ذويهم لهم وبالتالي يزداد شعورهم بالعزلة والاكتئاب (Lewi, 1989).

ويزداد الأمر صعوبة في المجتمع الفلسطيني التي تعرض الى أحداث سياسية أثرت على التركيب الاجتماعي وأهمها حرب (1948) وحرب (1967) وانتفاضة (1987) والتي انتهت بتسلم السلطة الفلسطينية إلى جزء من الأراضي الفلسطينية، وانتفاضة الأقصى (2000) حيث أدت هذه الأحداث إلى فقدان المسن الكثير من أملاكه، وأبنائه وأصدقائه وبقائه وحيدا، فجميع المسنين مروا بخبرات مؤلمة مستقرة في ذاكرة كل فرد منهم، كما أن الهجرة الداخلية والخارجية للشباب الفلسطيني التي فرضتها الظروف السياسية والاقتصادية الصعبة، ترتب عليها زيادة أعداد المسنين الوحيدين بدون وجود من يقدم الرعاية لهم، وتتفاقم حدة المشكلات في ظل غياب التشريعات التي تضمن الحياة الكريمة للمسنين، ووجودهم في ظل نظام سياسي واجتماعي غير مستقر.

هذه العوامل الأنفة الذكر والتغيرات المتسارعة التي يمر بها المجتمع الفلسطيني كلها كانت أسباب قوية في نشأت المؤسسات الإيوائية، حيث أنشئت أول مؤسسة في عام (1940) ثم أنشئت مؤسسات أخرى في العام (1944)، وهذا يعكس حاجة المجتمع الفلسطيني لمثل هذه المؤسسات منذ عهد

الانتداب البريطاني، ازدادت هذه الحاجة في العقود اللاحقة بدليل ازدياد عدد المؤسسات التي تعنى بالمسنين في فترة الثمانينات.

وفيما يتعلق بالهيئات والجهات المسؤولة عن إقامة هذه المؤسسات في المجتمع الفلسطيني، فقد بينت دراسة شلبي أن (67%) من المؤسسات أنشئت من قبل جمعيات خيرية محلية، معظمها ذات طابع ديني إسلامي أو مسيحي، وأن (27%) أقيمت من قبل جمعيات خيرية مسيحية أجنبية، فيما أقيمت (5%) تحت إشراف وزارة الشؤون الاجتماعية بمعدل مؤسسة واحدة تم أنشاؤها حكومياً، وهذا يدل على غياب سياسة اجتماعية موجهة حكومياً لتقديم الرعاية الشاملة المتكاملة للمسنين، وبالتالي انفردت المؤسسات الخيرية الدينية للقيام بهذه المهمة النبيلة انطلاقاً من دوافع إنسانية دينية بحته (الشلبي، 1999).

إن مشكلات المسن الفلسطيني تحت الاحتلال الإسرائيلي، لا تتعلق بالمشكلات الناتجة عن الظروف الصحية والسياسية والاقتصادية والنفسية فقط والتي يعاني منها في كل مكان في العالم بمقدار ما هي مشكلات تتعلق بالاحتلال وقهره، وعجز المسن على توفير الحماية لنفسه وللآخرين والتوتر الدائم بسبب الشعور بعدم الأمن، والضغط النفسي، والخوف على الأرض التي يحاول الاحتلال تغيير معالمها، والاعتقال والحصار، وعدم القدر على الانتقال بين المدن، وضعف قدرة المسن على التكيف مع التغيرات التي تفرضها ظروف العصر الحديث.

حيث أجرت جمعية العطاء لخدمات المسنين دراسة حول المسنين بهدف التعرف على أهم المشاكل التي يواجهها المسن خلال انتفاضة الأقصى، أشارت إلى أن (30%) من المسنين يعانون من الوهم و(26%) من المسنين قد عبروا عن مشاكل القلق والاكتئاب بسبب عدم الشعور بالأمن للمستقبل نتيجة عدم استقرار الوضع السياسي (جمعية العطاء لخدمات المسنين، 2002).

وتقدر الجمعية الأمريكية للطب النفسي أن حوالي (15%-25%) من المسنين تظهر عليهم أعراض في الاضطرابات العصابية والعقلية، وما يقارب من نصف عدد المسنين يدخلون المستشفيات لأسباب نفسية، وأغلب المسنين يقاسون من اضطرابات عصابية ونفسية بين خفيفة ومتوسطة، ومن أكثر في الاضطرابات العصابية والنفسية التي يواجهها المسنين، الحزن والأسى، وأواخر أيام الحياة توصف بأنها (فصل الخسران).

كما وجد أن حوالي (15 %) من المسنين يعانون من الاكتئاب، أما اضطرابات القلق حيث وجد إن حوالي (20 %) يقاسون من قلق يتعلق بأمراض جسمية ونفسية، أما اضطرابات النوم كشفت البحوث إن حوالي ثلث المسنين يشكون من مشكلات تتعلق باضطرابات النوم (هيلز وهيلز، 1999).

كما تناولت دراسة نيوكاسل- كاي وآخرين (Kay, et al., 1964) الأمراض النفسية المنتشرة لدى المسنين فتبين أن نسبة انتشار الاكتئاب بين المسنين حوالي (5.1%) أما في الاضطرابات العصبية واضطرابات الشخصية فنسبتها حوالي (12.5%)، أما دراسة وليامسون وآخرون (Williamson, et al., 1964) فقد وجدت أن (55%) من كبار السن يعانون من أمراض نفسية وأن الممارس العام لم يكن على علم بمرضهم في (60-90%) من الحالات (عبد الغني، 1997).

وكشفت دراسة عادل أن من أهم المشكلات النفسية التي يعانون منها المسنون هي الاكتئاب والقلق والخوف والشك وأشارت دراسة محمد سمير عبد الفتاح إلى أن المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية لديهم تصور سلبي لذاتهم مقارنة بالمسنين المقيمين بأسرهم (يوسف ومبروك، 2006).

2.1 مشكلة الدراسة وأسئلتها

يتعرض المجتمع الفلسطيني لمجموعة من التغيرات الاجتماعية والاقتصادية، التي بدورها أثرت على جميع الفئات العمرية، وخاصة المسنين الذين يحتاجون إلى رعاية من حولهم. ولقد لاحظت من خلال عملي في مجال رعاية المسنين لدى جمعية بيت المسنين والمعوقين الخيرية ان المسنين المقيمين في داخل المؤسسة الإيوائية تظهر عليهم علامات الحزن والألم والاكتئاب والقلق، والتذمر بشكل دائم، بالإضافة إلى الشكوى المستمرة من الآلام الجسمية، رغم البرامج المتنوعة التي تقوم بها الأخصائية الاجتماعية، وانطلاقاً من إحساس الباحثة بالمسؤولية وتصورها لحجم المعاناة النفسية لدى المسنين في هذه المؤسسات، فقد تبلورت فكرة هذه الدراسة الاضطرابات العصبية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين.

أسئلة الدراسة :

سنحاول في هذه الدراسة الإجابة عن الأسئلة الآتية:

- 1- ما مدى انتشار الاضطرابات العصابية (الاكتئاب، القلق، توهم المرض، الوسواس القهري) بين المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين ؟
- 2- ما هي أكثر الاضطرابات العصابية انتشارا (الاكتئاب، القلق، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين؟
- 3- ما أثر المتغيرات الديمغرافية (الجنس والعمر والحالة الاجتماعية والحالة التعليمية ونوع الأحداث الصادمة التي تعرض/ت لها المسن والقدرة على العناية بالنفس ومدة الإقامة ونوع الأسرة) في درجة الاضطرابات العصابية (الاكتئاب، القلق، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين؟

3.1 فرضيات الدراسة

تمت صياغة فرضيات الدراسة كالآتي :

- 1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في درجة الاضطرابات العصابية (الاكتئاب، القلق، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تعزى لمتغير الجنس.
- 2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في درجة الاضطرابات العصابية (الاكتئاب، القلق، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تعزى لمتغير العمر.
- 3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في درجة الاضطرابات العصابية (الاكتئاب، القلق، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في درجة الاضطرابات العصابية (الاكتئاب، القلق، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تعزى لمتغير الحالة التعليمية .
- 5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في درجة الاضطرابات العصابية (الاكتئاب، القلق، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تعزى لمتغير نوع الأسرة.

- 6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في درجة الاضطرابات العصبية (الاكتئاب، القلق، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تعزى لمتغير نوع الأحداث الصادمة التي تعرض/ت لها المسن/ه.
- 7- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في درجة الاضطرابات العصبية (الاكتئاب، القلق، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تعزى لمتغير قدرة المسن/ه على العناية بالنفس.
- 8- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في درجة الاضطرابات العصبية (الاكتئاب، القلق، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تعزى لمتغير مدة الإقامة.

4.1 أهمية الدراسة

تتبع أهمية هذه الدراسة من خلال الآتي:

- تكمن أهمية الدراسة كونها تلقي الضوء على فئة المسنين، هذه الفئة التي لم تنال الاهتمام الكافي حتى الآن في مجتمعنا العربي بشكل عام والفلسطيني بشكل خاص.
- تتبع أهمية الدراسة من تركيزها على الجوانب النفسية الخاصة بالمسنين.
- مرحلة الشيخوخة بحاجة إلى دراسة مستفيضة وفهم أعمق حتى نصل بالمسنين إلى المستوى الخاص من الرعاية أسوة بأقرانهم في المجتمعات المتقدمة الأخرى.
- النقص الحاد في دراسات على المستوى الفلسطيني التي تناولت المسنين في المؤسسات الإيوائية.
- تعد هذه الدراسة بداية متواضعة لبحث الباحثين على العديد من الدراسات في هذا المجال.
- إن معرفة الاضطرابات العصبية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تساعد الأخصائيين والمرشدين النفسيين في وضع برامج إنمائية وقائية علاجية لمساعدتهم في عملية التكيف.
- كونها أول دراسة - في حدود علم الباحثة - تناولت الاضطرابات العصبية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين.

5.1 أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

- التعرف على الاضطرابات العصابية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين.
- تحديد أكثر الاضطرابات العصابية انتشاراً بين المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية .
- التعرف على درجة الاضطرابات العصابية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين باختلاف متغيرات (الجنس والعمر والحالة الاجتماعية والحالة التعليمية ونوع الأحداث الصادمة التي تعرضت لها المسن والقدرة على العناية بالنفس ومدة الإقامة ونوع الأسرة).

6.1 محددات الدراسة

يمكن تحديد الدراسة بالآتي :

الحدود البشرية: تقتصر هذه الدراسة على المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين، والذين تسمح ظروفهم العقلية والصحية بذلك وقد اعتبرت العينة ممثلة للمجتمع المحلي في محافظات شمال فلسطين.

الحدود المكانية: تجري هذه الدراسة على المسنين في المؤسسات الإيوائية لمحافظات شمال فلسطين.

الحدود الزمانية: تبدأ هذه الدراسة في الفصل الثاني للعام الدراسي 2007/2008م.

محدد مفاهيمي: في الاضطرابات العصابية سوف تقتصر على (الاكتئاب، القلق، توهم المرض الوسواس القهري).

محدد إجرائي: تقتصر هذه الدراسة على نتائج إجابة عينة الدراسة على استبانة الاضطرابات العصابية لدى المسنين وعلى الأبعاد الذي تتضمنها الاستبانة، وقد اعتبرت الأداة صالحة لقياس ما وضعت لقياسه نظراً لما تتمتع به من صدق وثبات مناسبين.

7.1 مصطلحات الدراسة

مرحلة الشيخوخة : الشيخوخة هي مرحلة طبيعية من المراحل العمرية وليس مرضاً يمكن الشفاء منه و لها طابعها المميز يحدث فيها مجموعة من التغيرات الجسمية كالضعف العام في الصحة والانحدار في القوى البدنية وضعف الحواس، يرافقها مجموعة من التغيرات النفسية كضعف الانتباه والذاكرة والمحافظة والحساسية النفسية (إسماعيل، 1983).

أما تعريف المسن الفلسطيني حسب ما ورد في اللائحة التنظيمية لوزارة لشؤون الاجتماعية (2002) هو كل مواطن فلسطيني بلغ (60) عام من العمر.

المسنين : هم الذين يشكلون عينة الدراسة من عمر 60 فأكثر (تعريف إجرائي).

المؤسسة الإيوائية : هي المؤسسة تقدم خدمات إقامة دائمة للمسنين، تشمل الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية وكل ما يلزم المسن.

الاضطراب : يعبر عن وجود جملة من الأعراض أو التصرفات التي يمكن تميزها سريريا والتي تكون مصحوبة في معظم الحالات بضائقة وتشويش في الوظائف (ICD-10. 1992).

الاضطرابات : هي اضطرابات انفعالية تستخدم فيها بعض الأعراض الثابتة من أجل تناول العصبية: القلق والصراعات، والعصاب يمثل في أساسه حيلة دفاعية، ويعتمد الفرد عليها اعتماداً زائداً، وهو يحاول تجنب صعوبات الحياة ومشاكلها بدلا من أن يواجهها ويتعامل معها تعامل مباشراً، وهي أقل شدة إذا ما قيست بالمرض العقلي، حيث يتم تشخيصها وعلاجها خارج المستشفى، ولا تتضمن انهياراً كاملاً في الشخصية (عكاشة، 2003).

التعريف الإجرائي : هي العلامة التي يحصل عليها المسنين على استبانة في الاضطرابات العصبية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين. العصبية

الاكتئاب

: يصنف ضمن اضطرابات المزاج وهو حالة مزاجية مكثرة تعبر عن فقدان الاهتمام والمتعة في معظم الأحوال يشعر فيها المريض بالذنب، وصعوبة التفكير وفقدان الشهية للطعام، وتغير الوزن، وتراوده أفكار حول الموت و الانتحار (DSM-IV-TR. 1994) .

القلق

: هو ارتقاب شر أو توقع خطر أو سوء في المستقبل، يصاحبه شعور بعدم الارتياح وأعراض جسدية ترافق التوتر، وقد يكون مركز الخطر المرتقب داخليا أو خارجيا (DSM-IV-TR. 1994).

توهم المرض

: هو عبارة عن اعتقاد راسخ بوجود مرض رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك حيث يركز الفرد على أعراض جسدية ليس لها أساس عضوي، وذلك يؤدي إلى حصر تفكير الفرد في نفسه واهتمامه المرضي الدائم بصحته وجسمه حيث يطغي على كل الاهتمامات الأخرى (سوين، 1988).

الوسواس القهري

: الوسواس فكر متسلط، والقهر سلوك جبري يظهر بتكرار وقوة لدى المريض ويلزمه ويستحوذ عليه ويفرض نفسه عليه ولا يستطيع مقاومته، على الرغم من وعي المريض وتبصره بغرابته وسخفه وعدم فائدته (الميلادي، 2002) ويعد الوسواس اضطرابا عصبيا- سلوكيا (الزرا، 2005).

الفصل الثاني

الخلفية النظرية والدراسات السابقة.

المقدمة	1.2
خصائص مرحلة الشيخوخة والتغيرات المصاحبة لها	2.2
التغيرات البيولوجية والمشكلات المصاحبة لها	1.2.2
التغيرات النفسية والعصبية والمشكلات المصاحبة لها	2.2.2
التغيرات في العلاقات الاجتماعية والمشكلات المصاحبة لها	3.2.2
النظريات التي فسرت بعض الجوانب النفسية لمرحلة الشيخوخة	3.2
نظرية الانسحاب أو فك الارتباط	1.3.2
نظرية النشاط أو البدائل	2.3.2
نظرية الأزمة	3.3.2
نظرية النمو	4.3.2
نظرية التبادل الاجتماعي	5.3.2
أوضاع المسنين في المجتمع الفلسطيني	4.2
الخدمات التي يتلقاها المسنين في المجتمع الفلسطيني	1.4.2
المسن في القوانين والتشريعات	2.4.2
دور الأسرة والمجتمع في رعاية المسنين	3.4.2
اثر الانتقال إلى المؤسسات الإيوائية في المسنين	4.4.2
الإرشاد النفسي	5.4.2
مهام المرشد النفسي	1.5.4.2
الاضطرابات العصبية	5.2
أسباب الاضطرابات العصبية	1.5.2
النظرية التكوينية	1.1.5.2
النظرية البيئية	2.1.5.2
العوامل المساعدة على ظهور الاضطرابات العصبية	2.5.2
مؤشرات الاضطرابات العصبية	3.5.2
أسباب الاضطرابات العصبية لدى المسنين	4.5.2
التصنيف الدولي للاضطرابات العصبية	5.5.2

أعراض الاضطرابات العصابية	6.2
اضطراب الاكتئاب	1.6.2
معايير تشخيص الاكتئاب	1.1.6.2
تفسير الاكتئاب من وجهة نظر بعض نظريات علم النفس	2.1.6.2
الاضطراب القلبي	2.6.2
معايير التشخيص	1.2.6.2
تفسير القلق من وجهة نظر بعض نظريات علم النفس	2.2.6.2
اضطراب الوسواس القهري	3.6.2
معايير التشخيص	1.3.6.2
تفسير الوسواس القهري من وجهة نظر بعض نظريات علم النفس	2.3.6.2
اضطراب توهم المرض	4.6.2
معايير التشخيص	1.4.6.2
الدراسات السابقة	7.2
الدراسات المحلية	1.7.2
الدراسات العربية	2.7.2
الدراسات الأجنبية	3.7.2
تعليق على الدراسات السابقة	8.2
الدراسات المحلية	1.8.2
الدراسات العربية	2.8.2
الدراسات الأجنبية	3.8.2

الفصل الثاني

الخلفية النظرية والدراسات السابقة.

1.2 المقدمة

يشمل هذا الفصل الإطار النظري والدراسات العربية والأجنبية التي تناولت موضوع الشيخوخة.

يعد موضوع الشيخوخة من أبرز اهتمامات القرن الواحد والعشرين، ويستخدم الباحثون في مجال دراسة كبار السن (Old Age)، مفاهيم مثل المسنين (Elderly)، والمعمرين (Ageism) والشيخوخة (Senility) والكهولة (Geriatrics)، على الرغم من وجود بعض الاختلافات عند المتخصصين في هذه المرحلة، إلا أن كثيرا من الباحثين يستخدمونها كمترادفات مشيرين بذلك إلى المرحلة العمرية المتأخرة من حياة الفرد، كما أن المتخصصين لم يتفقوا على بداية هذه المرحلة فهي مسألة اعتبارية نسبية، تتوقف على ظروف الفرد الصحية والنفسية والحضارية، ومع ذلك فمن المتفق عليه اعتباريا أن تبدأ المرحلة عند سن الإحالة على التقاعد وهو ما بين الستين أو السبعين من العمر.

تعرف قناوي (1987) الكبر في السن على أنها حالة، تتأثر بفسولوجيا الفرد ونفسيته وبالبيئة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، التي يعيش فيها واتجاهاتها التي يتقبلها ويتصرف تبعاً لها.

ويعرف شاي (Schaie, 1982) التقدم في العمر بأنه نمط متراكم من الضغوطات البيئية والاجتماعية، التي تؤثر على إمكانيات وقدرات وطاقات الفرد، ويمثل هذا المفهوم سلسلة محددة من الأحداث، التي تشغل جزءا مهما من حياة الإنسان بعد مرحلة اكتمال النضج، وهي سلسلة تحقق مبدء الانتظام،

بمعنى أن لكل شخص فترة محددة من الحياة، يمر خلالها بعدد من التغيرات المنتظمة تصاحب تقدمه في العمر، ويتسم هذا الانتظام بالوضوح في عملية الارتقاء، أكثر منه في عملية التقدم في العمر، وقد أطلق على مرحلة الشيخوخة اسم مرحلة الراحة، وتبدأ من 60 إلى نهاية العمر.

كما يعرف إبراهيم (1997) الكبر في السن على أنها حالة، يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية والبدنية والعقلية واضحا، يمكن قياسه وله آثاره على العمليات التوافقية.

ويرى كرنال أن الشيخوخة هي فترة الانحدار التدريجي في حياة الإنسان (عبد اللطيف، 2000) كما عرفها بينت واندرسون على أنها انخفاض تدريجي بالوظيفة والأداء نتيجة لتقدم العمر، ويرجع هذا الانخفاض إلى الإرهاق العائد إلى تجمع الظروف والأحداث المجهدة والمسببة للإجهاد (يوسف ومبروك، 2006).

ومن الناحية الإحصائية لا بد من الاتفاق على سن افتراضي معين، وقد اختارت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية عام 1972، على اعتبار سن الستين بداية مرحلة الشيخوخة، باعتبار أن هذا السن يتفق مع سن التقاعد في معظم البلدان، كما عرفت الشيخوخة على أنها عملية مستمرة من التغيرات التي تصاحب المرحلة الأخيرة من حياة الإنسان، وقد استقرت هيئة الأمم المتحدة للمسنين على أن مرحلة الشيخوخة تبدأ عند سن الستين (عبد العال والعرقان، 1996).

وفي الحقيقة لا نستطيع تحديد بداية إلى مرحلة الشيخوخة، لذلك لم يتمكن العلماء في التوصل إلى تعريف واحد ومحدد لهذه المرحلة، وهناك عدد من المقاييس التي يمكن استخدامها في تحديد مرحلة الشيخوخة ومنها: العمر الزمني، العمر البيولوجي، والعمر السيكلوجي، والعمر الاجتماعي.

- العمر الزمني: تم اعتماد المعيار الزمني بشكل واضح بعد الثورة الصناعية في أوروبا، والذي نجم عنها تحديد سن التقاعد في معظم دول العالم بالخامسة والستين من عمر الفرد، وتحدهه معظم الدول العربية ومنها فلسطين بسن الستين (الغزاوي، 1988).

- العمر البيولوجي: يستخدم في تحديد بداية الشيخوخة العضوية وهو مقياس وصفي، يقوم على أساس المعطيات البيولوجية لكل مرحلة، مثل معدل الايض، ومعدل نشاط الغدد الصماء، وقوة دفع الدم والتغيرات العصبية الخ.

- العمر الاجتماعي: يشير إلى الأدوار الاجتماعية وعلاقة الفرد بالآخرين ومدى توافقه النفسي والاجتماعي حيث تختلف المجتمعات في نظرتها إلى بدء الشيخوخة مما يشير إلى عدم وجود زمن ثابت في حياة الشخص يصبح عنده كبيراً في السن، ومن الأمثلة على ذلك أن رجل في بلد مثل كينيا يعتبر كبيراً في السن إذا ما نام على جانب الطريق وأخذ الآخرين يمرون عنه أو عندما لا توقظه من نومه رائحة الطعام، أما عند الهنود الحمر فإن الشخص يصبح كبيراً في السن عندما يولد أول حفيد له (الميلادي ، 2002).

- العمر السيكولوجي: يستخدم هذا المقياس في تحديد الشيخوخة النفسية، وهو مقياس نفسي يقوم على جملة من الخصائص النفسية والتغيرات في سلوك الفرد ومشاعره وأفكاره (خليفة، 1999).

وقد قسم خبراء الأمم المتحدة الشيخوخة إلى عدة مراحل وهي:

- من 60 إلى 75 كبير السن
- من 76 إلى 84 الشيخوخة
- من 85 إلى 100 المعمرين.
- 100 فأكثر المتقدمين بالعمر (جامعة منيسوتا، 1995).

2.2 خصائص مرحلة الشيخوخة والتغيرات المصاحبة لها

1.2.2 التغيرات البيولوجية والمشكلات المصاحبة لها:

تتدهور كثير من الوظائف العضوية والحواس كالسمع والبصر والشم، بتقدم السن حيث يضعف أدائها مما يشكل صعوبة في الاتصال والتفاعل مع الآخرين، وتترهل العضلات ويذبل الجلد ويصبح جاف متجعداً، ويتغير لون الشعر إلى الأبيض وتتساقط الأسنان، وتضعف قدرة الرئة على استيعاب الهواء كما تتضاءل قوة القلب والأوعية الدموية وتقل مرونتهما، وتتراكم على جدارها الداخلي الرواسب مما يؤدي إلى الإصابة بالضغط وتصلب الشرايين كما تصبح العظام هشّة قابلة للكسر، وتتآكل الفقرات وتتيبس المفاصل، وعلى الأغلب يتناقص وزن الجسم وطوله ويحدث اعوجاج في العمود الفقري مما يؤدي إلى انحناء الظهر وتقوسه، ويحدث تغير في القوة العضلية، والأداء الحركي تبعاً للزيادة في العمر، وتتأثر قوة العضلات في سرعة انكماشها وامتدادها، وتصل إلى حالة من الضمور كذلك يتغير الصوت خاصة بعد تساقط الأسنان، ويصبح الصوت مرتعشاً متقطعاً

ويقل إحساس الكبار بالمادة السكرية، ويضعف تكيف الجسم لدرجات الحرارة، إن هذه التغيرات الفسيولوجية التي تحدث للمسّن وتؤدي إلى إضعاف قوته البدنية، سوف تجعله يخشى الفشل في تصرفاته، وتضعف ثقته بنفسه فيميل إلى أن يكون حريصاً في استجاباته وحركاته، وهذا يفسر بطيء السلوك التي يميز سلوك المسنين في العادة، كما تحدث تغيرات مهمة في الدورة الدموية وفي الجهاز الهضمي، وتضعف قدرة الأمعاء الغليظة، على التفريغ وهذا ما يفسر معاناة معظم كبار السن من الإمساك، وتحدث تغيرات في وظائف الكلى، ونشاط الغدة الصماء النشاط العام، والرغبة الجنسية سواء عند الذكور أو الإناث، ويتأثر الأداء الحركي حيث تصبح حركة كبير السن ضعيفة ومحدودة ومقيده وصعبة (السيد، 1975).

كما أشارت دراسة (درفمان) إلى أن الأمراض التنفسية والنوبات القلبية تعد أقوى مؤشر على تتدهور صحة الرجال، ويتبعها مباشرة الجلطة الدماغية، أما النساء فإن ألم المفاصل هو أكبر المؤشرات، ولا شك أن هذه الأمراض تترك ضغوط نفسية، وآثار ضارة ومحددات تنعكس على مختلف نواحي حياة الفرد على شكل مشاعر اكتئابية وصعوبات تكيفية (دعبس، 2002).

2.2.2. التغيرات النفسية والعصبية والمشكلات المصاحبة لها:

تعد مرحلة الشيخوخة من الناحية النفسية، حالة من التراجع في التوافق النفسي والاجتماعي للفرد فتقل قدرته على استغلال إمكانياته الجسمية والعقلية والنفسية في مواجهة ضغوط الحياة، لدرجة لا يتمكن معها من الوفاء الكامل لمطالب البيئة، أو تحقيق قدر مناسب من إشباع حاجاته المختلفة فهناك كثير من التغيرات الانفعالية التي تحدث لكبير السن، إضافة إلى ما يعانيه من تدهور بالحواس وتغير الهيئة وتناقص القدرة الجسمية، ويصاحب ذلك أزمات ومشاكل ويضطر معها كبير السن إلى استخدام حيل الدفاع المختلفة بشكل أكبر مما هم في غير عمره فهو يستخدم حيلة إنكار شيخوخته مصراً أنه في الخمسين أو الستين من عمره، ولم يصل سن السبعين بعد فيصبغ شعره وتخفي المرأة تجاعيد وجهها، أو تلجأ لعمليات التجميل المختلفة، وقد تكون التغيرات والمشكلات هي أكبر مما يستطيع المسن التكيف معها، وتكثر المخاوف المرضية، وتوصف بأنها شديدة ومتعددة مثل الخوف من ركوب وسائل المواصلات، كذلك المخاوف الاجتماعية كالخوف من الكلام أو الأكل في مكان عام، كذلك الخوف من الأماكن الواسعة والتي تشمل الخوف ضمن مواقف واسعة ومتعددة، ويصاحب هذه المخاوف نوبات من الهلع وسلوكيات تجنبية، ومن أهم الاضطرابات النفسية التي تصيب المسنين باعتباره من الأمراض الجانبية لمختلف الأمراض مثل السرطان والخرف، والتي ينتشر بشكل أكبر في دور المسنين، ويصاحب الاكتئاب حالة انفعالية تتصف بالشدة

والتذبذب العاطفي والحساسية الزائدة والخوف وتوهم المرض والشعور بالتوتر والإحساس بالتشاؤم وقرب النهاية والموت والوحدة وتشدد العزلة عندما تتباعد الصلات الاجتماعية، بترك الأبناء بيوتهم وتتحول إلى وحشة بفقدان المسن إلى شخص معين يرتبط به وجدانياً، ويجد بصحبته متعة وأمناً يناقش معه مشكلاته، وهذا ما يحدث عند فقدان الزوج أو الزوجة وخاصة أن المسن يكون في عمر تتقدم فيه الفرصة لإقامة علاقة بديله، ويرى (جومبرت) أن انفعالات كبير السن توصف بالحساسية والاضطراب وسرعة الاستثارة وسرعة الخوف والتشكيك، وما يعرف بجمع الأشياء التافهة وعديمة القيمة ولا يهتم المسن بمظهره، وقدراته المتدهورة ويصاب بالذهول بين الحين والآخر، وتكون مناقشاته غير منظمة ويتكلم كثيراً ولا يتثبت على موضوع، وتوصف أفكاره بالفقيرة وانفعالاته بالجامدة، ويرى (بتلر ولوين) إن ما يميز انفعالات المسنين، هي الحزن والأسى الناتج عن الوحدة من فقدان حب الآخرين والشعور بالذنب الناتج من الصراعات والحوادث الماضية المؤسفة والشعور بالوحدة لعدم وجود من يسمع حديثهم ويتفاعل معهم (عبد اللطيف، 2000).

ويلتفت الوجدان نحو الذات، وتصبح الذات مركز اهتمام المسن وبؤرة أساسية لاهتمامه، بل لحبه وكرهه وإعجابه بالماضي، حيث تلعب الدافعية للحياة لدى المسنين دوراً فعالاً في تحقيق الرضا والسعادة، ومن ثم التوافق النفسي والاجتماعي كي يحيا حياة سوية وعندما يشعر بضالة حاضره فإنه ينصرف إلى التركيز على تاريخه الماضي المملوء بالمآثر والبطولات، وقد يكون ذلك صدى لنقص تقدير الذات لديهم، فالمسنين يحتفظون بالذاكرة البعيدة حتى وإن أصاب ذاكرتهم القريبة التدهور والنسيان، كما يشعر المسنين باللامبالاة من الذات، غالباً ما يقف المسن موقف المتهكم والساحر، من كل الناس حتى من نفسه فلا هو ناقد على ذاته، ولا هو معجب بها، والواقع أن الفرد لا يستطيع أن يأخذ مثل هذا الموقف الساحر إلا إذا كان مبالغاً في التحيز ضد كل شيء.

وتعتبر مرحلة الشيخوخة في بعض الأحيان بمثابة أزمة للفرد لما تحمله هذه المرحلة من مشاعر الحزن واليأس والخوف من المستقبل، ليغلب على الفرد المسن حالة من الاكتئاب والعزلة الاجتماعية ويواجه المسن في هذه المرحلة أزمة الانقطاع عن العمل، وما تحمله من صفات يتصف بها الفرد مثل الاعتمادية وفقدان الثقة بالذات، وعدم الرضا عن حياته العائلية وعدم تقبله للآخرين، وغالباً ما يكون المسن فقداً لكثير من أهدافه، فهو إما أن يكون حقق الغالبية العظمى من أهدافه التي سبق وإن رسمها لنفسه، أو يكون قد فشل في تحقيق أهدافه المرسومة، بالإضافة إلى أن كثير من المسنين لا يجددون أهدافهم ليس لأن مرحلة الشيخوخة لا يسمح بتجديد الأهداف، بل لأن الواقع من حولهم يوحي لهم بأنهم لا فائدة لهم من تجديد الأهداف لأن الفترة المتبقية من الحياة قصيرة،

والمستقبل الضئيل المتبقي محفوف بالظلام وضعف الطموح والأمل، وغالبا ما يميل المسنين إلى المديح والإطراء والتشجيع لأن ذلك يعطيهم الإحساس بالثقة بالنفس، ولا يتحكموا بانفعالاتهم تحكما صحيحا فهم يعجزون عن ضبط مشاعرهم وانفعالاتهم، كما يميلون إلى ابتداع وتضخيم أشياء وتصرفات وأمراض للفت الانتباه من حولهم (فهيم وفهيم، 1999).

وكثيرا ما يكون الإحساس بالوحدة النفسية سببا في ظهور اضطرابات حادة لدى المسنين، وقد تكون الاضطرابات على المستوى الجسمي أو على المستوى النفسي (Shah, 2007).

كما يميل المسنين للتعصب للقديم، وضعف المرونة الاجتماعية، وتتكون لدى الفرد عادات وأنماط من السلوك الفردي الاجتماعي، وكلما تقدم العمر بالإنسان ازدادت هذه العادات والأنماط رسوخا وثباتا حتى تغدو جزء لا يتجزأ من مقومات شخصية الفرد، وهذا ما يؤدي إلى الجمود الاجتماعي ومقاومة التغير والمحافظة على القديم، فتقدم العمر يطبع المسن بطابع المحافظة على القديم، والتمسك الشديد بعادات وقيم نشأ عليها، مما يعرقل التقدم الاجتماعي ويجعلهم يشعرون بأنهم مضطهدون (يوسف ويوسف، 1992).

3.2.2. التغيرات في العلاقات الاجتماعية والمشكلات المصاحبة لها:

تعد مرحلة الشيخوخة مرحلة ترك الأدوار الاجتماعية، وتحدث فيها تغيرات اجتماعية متعددة، ومن التغيرات تراجع العلاقات الاجتماعية، والتغير في الاهتمامات وتزايد الاعتماد على الآخرين والخضوع لنفوذ الراشدين الأصغر سنا، وفقدان السكن المستقل والعيش مع الأبناء والانسحاب من نشاطات المجتمع والقيادات التنظيمية، وفقدان الاهتمام بالخطط والأهداف بعيدة المدى، أي أن مرحلة الشيخوخة قد يصاحبها نوع من الانسحاب من السياق الاجتماعي، ونقص في عملية التفاعل بين المسن والآخرين، ويصبح المظهر الاجتماعي المميز لهذه المرحلة هو العزلة والوحدة التي تزداد بزواج الأبناء أو وفاة شريك الحياة إضافة إلى الضعف البدني الذي يعتري المسن ويحد من تنقلاته وحركاته ويحول دون زيارته لأصدقائه ولأبناء جيله الذين يتناقصون يوما بعد يوم، وتختلف هذه التغيرات باختلاف الإطار الحضاري والثقافي الذي ينتمي إليه الفرد وباختلاف التصورات والاتجاهات السائدة نحو المسنين، كما ترتبط بسمات شخصية المسن وبجنسه وبالحالة الاجتماعية والمستوى الاقتصادي والتعليمي، فمثلا معظم الأمريكيين المسنين يفضلون العيش منفردين من أجل المحافظة على خصوصيتهم، على عكس اليابانيين الذين لا زال مجتمعهم يرى أن كبير السن هو

كبير العائلة له غرفته الخاصة، ومقعده المرتفع وصاحب القرار في كل شيء وتدل بعض المسميات مثل العمر الذهبي والعمر النقي على مكانة المسنين في المجتمع الياباني.

أما المجتمع العربي والفلسطيني بشكل خاص فنلاحظ أن المسن مازال يحظى باحترام العائلة وبالوقت نفسه نلاحظ التحول من الأسرة الممتدة إلى الأسرة النووية المقتصرة على الزوج والزوجة والأبناء وإذا وجد شخص مسن مع هذه الأسرة فإن كثير من المشكلات تنجم عن هذا الوجود، وقد زاد من تفاقم هذه المشكلات خروج المرأة للعمل، وقضاء معظم وقتها خارج البيت وتخصيص الوقت الباقي للأبناء والزوج، وعدم توفر وقت للعناية بالمسن كما أنه كلما زادت الهوة بين المسنين وغيرهم من الأعمار الأخرى، زادت انعزالية المسن وانطوائه وتناقصت علاقاته الاجتماعية، مما يشكل ضغوطاً متزايدة على المسنين (الشرقاوي، 1985).

3.2 النظريات التي فسرت بعض الجوانب النفسية لمرحلة الشيخوخة

تعتري التغيرات حياة الإنسان مادام على قيد الحياة، وفي كل مرحلة زمنية من مراحل عمره تطرأ على وظائفه الحياتية وأدواره الاجتماعية، تغيرات عديدة فتظهر مع كل مرحلة وظائف وأدوار جديدة مطلوب منه أدائها، ومن أحلك هذه المراحل وأشدّها على الإنسان مرحلة الشيخوخة، هذه المرحلة التي تؤثر بعمق في نفسيته ووظيفته ودوره الاجتماعي، من هنا ظهرت العديد من النظريات المفسرة للشيخوخة.

1.3.2. نظرية الانسحاب أو فك الارتباط:

قدم هذه النظرية الين كمنج ووليم هنري (1961) Elaine Cumming & W. Henry وبنيت على أساس بيانات أولية مستمدة من دراسات مستعرضة تمت بمدينة كينساس سيتي Kansas City فيما بين عامي (1957، 1960) ونشرت النظرية في كتاب Growing Old ويروي تالكوت بارسونز Talcott Parsons الذي كتب مقدمة هذا الكتاب أن نظرية فك الارتباط من أعظم المحاولات الجادة التي قدمت حتى الآن كتفسير نظري شامل للطبيعة الاجتماعية والنفسية لعملية كبر السن في المجتمع الأمريكي وتتنبأ بأنها ستكون محور الاهتمام للسنوات القادمة.

وكانت النظرية في صورتها الصلبة غاية في البساطة وتخلو من التفاصيل، لذا كان لابد من التوسع فيها وتطويرها وإضافة بعض التنوع إليها، ولذلك نقحت النظرية مرتين الأولى على يد كمنج

Cumming التي أضافت إليها بعض اللمسات عام 1963 والثانية على يد هنري Henry عام 1964.

وترى النظرية أن التقدم في السن سيؤدي لميل الفرد لفك ارتباطاته للمؤثرات والنشاطات والفعاليات التي كان يرتبط بها تدريجيا وزيادة ميله نحو العزلة والتمركز نحو الذات لذلك على المجتمع أن يهتم بإيجاد ادوار ايجابية للمسنين لزيادة تفاعلاته مع البيئة ومساعدة على التكيف المناسب (Coleman, & Hanlon, 2004).

2.3.2. نظرية النشاط أو البدائل:

يعتبر " فريدمان وهافجست وميلر من مؤسسي هذه النظرية التي ظهرت في جامعة شيكاغو الأمريكية في منتصف الخمسينات، حيث تركز على أهمية الأنشطة البديلة في حالة فقد المسن لوظيفته وعمله، والتي يمكن من خلالها شغل وقت فراغه وإعادة توافقه وخاصة الأنشطة التي تمثل مصدرا جديدا للدخل.

ويؤكد أصحاب هذه النظرية انه كلما استطع المجتمع توفير ضمانات للحفاظ على مستوى النشاط المناسب للعمر لدى المسن، كلما زادت ضمانات الدور الايجابي له وبقاء المفهوم الايجابي لذات لديه مما سيساعد المسنين على التكيف مع المشكلات النفسية، التي سيواجهها خلال المرحلة الأخيرة في حياته وسيكون اقدر على استيعاب دوره الجديد(خليفة، 1999).

3.3.2. نظرية الأزمة:

لقد كانت البداية الأولى لما يسمى بنظرية الأزمة فيما كتب هنزهار تمان واريك اريكسون، وفتت النظرية النظر إلى ما يواجهه الإنسان أثناء مراحل النمو من مشكلات رئيسية أطلقوا عليها أزمات نفسية ونظرية الأزمة، إحدى النظريات التي يحاول الباحثون من خلالها تفسير النتائج النفسية والاجتماعية لتتحية الفرد عن عملة وتغيير أدواره بعد إحالته للتقاعد.

4.3.2. نظرية النمو:

نتيجة الانتقادات التي أثارها كل من نظرية فك الارتباط ونظرية النشاط ، اتجه الباحثون نحو وجهة أخرى في النظر إلى مشكلات الشيخوخة، في محاولة لربطها بالتجارب والخبرات التي يمر

بها الشخص خلال مراحل العمر المتتالية، أو خلال دورة الحياة باعتبارها أن هذه الخبرات تساهم في تشكيل اتجاهات الفرد ومدرّكاته وأسلوبه في التكيف خلال مرحلة الشيخوخة ومن هنا كان الاتجاه إلى نظريات النمو من فرويد إلى أريكسون.

ترى هذه النظرية أن التكيف خلال مرحلة الشيخوخة يمكنه أن يستمر بعدة اتجاهات وذلك اعتماداً على الحياة الماضية للمسن، وتأكيد لاستمرارية النمو عبر مراحل الحياة الماضية للمسن وأطلق بعض العلماء على هذا المنظور نظرية الاستمرار (أبو المعاطي، 2005).

5.3.2. نظرية التبادل الاجتماعي:

بدأت هذه النظرية بفكرة جديدة قدمها هومانز (1961) وهي النظر إلى السلوك الاجتماعي كتبادل، ثم تطورت أكثر على يد بلاو (1964) وإيمرسون (1962.1972) في تحليلها للتبادل والسلطة في الحياة الاجتماعية وقوام النظرية هو أن التفاعل بين الأفراد أو الهيئات الجماعية يمكن وصفه على أنه محاولات للوصول إلى الحد الأقصى من المكافآت (المادية والغير المادية) وتقليل التكاليف (المادية وغير المادية) (شاذلي، 2001).

ترى هذه النظرية أن الحياة تقوم على الأخذ والعطاء، أي أن كل شخص يسعى لتحقيق أقصى فائدة ممكنة، وفي الوقت نفسه يقلل من التكلفة إلى أدنى حد ممكن، ذلك بمعيار احترام الذات، أي أن المسنين يحاولون إقامة العلاقات المجزية التي تحقق مصالحهم وقطع العلاقات التي تسبب لهم الجهد وصرف الأموال، والمسنون الذين يملكون القليل ليقدموه للآخرين يجدون صعوبة في الحصول على ما يريدون (عبد السميع، والسنهوري، 2001).

من الملاحظ أنه مهما اختلفت النظريات في تفسيرها لمرحلة الشيخوخة، فإنها تتفق بأن الشيخوخة تمتاز بحدوث التغيرات الجسمية والنفسية لدى الإنسان، ومعظم هذه التغيرات سلبية وتشكل تحديات كبيرة بالنسبة للمسنين.

2.4 أوضاع المسنين في المجتمع الفلسطيني

تشير الإحصاءات الصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني إلى التزايد المستمر في أعداد المسنين في الفئة العمرية من خمسة وستون سنة فأكثر، حيث بلغ عدد المسنين عام 2005 إلى

114.809 مسناً (بواقع 49.288 من الذكور، و 65.521 من الإناث) أي ما نسبته 3.1% ومن المتوقع أن يصل عدد المسنين في العام 2010 إلى 125.532 فرداً أي بزيادة مقدارها 9.3 % عن العام 2005، أما العمر المتوقع للبقاء على قيد الحياة يبلغ 73 سنة للإناث و 71 سنة للذكور في الأراضي الفلسطينية، بينما يصل في الدول المتقدمة 72 سنة للذكور و 79 سنة للإناث (فلسطين الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، العام 2005).

بالرغم من ضآلة نسبة المسنين من مجمل السكان في المجتمع الفلسطيني، والتي لم تتجاوز 3.1% في عام 2005، إلا أن التزايد في الأعداد المطلقة والتنبؤات في الزيادة على المدى الطويل في المجتمع الفلسطيني، سوف تزيد من حدة المشاكل التي يعاني منها المسنين، إضافة إلى عدم الاستقرار السياسي والتغيرات الاجتماعية المتسارعة والتي تنصب أساساً على بنية العائلة والعلاقات الاجتماعية والقيم الثقافية ومنها تحول نمط الأسرة في المجتمع الفلسطيني من الممتدة إلى النووية حيث بلغت نسبة الأسر الممتدة في العام 2005 (12.6%) بينما بلغت الأسرة النووية (88.4%).

أما الأسر التي يتواجد فيها مسن بلغت نسبتها (18.3%) في حين بلغت نسبة الأسر التي يرأسها مسن (12%) وبلغ متوسط حجم الأسرة التي يرأسها مسن (4.2) فرد، كما بلغت نسبة الإعاقة الحركية بين المسنين حوالي (8.7%) من مجمل المسنين.

وعند توزيع المسنين حسب حالتهم الزوجية نجد أن (89%) من المسنين الذكور متزوجين مقابل (36.9%) من الإناث متزوجات في حين بلغت نسبة الأرمل من الذكور (9.1%) مقابل (55%) للإناث، ويمكن تفسير هذه النسب للمسنيين الذكور عنها للإناث بسبب احتمال زواج الذكر بعد وفاة الزوجة أكبر من احتمال وفاة الأنثى، وارتفاع متوسط العمر المتوقع للإناث.

كما أشارت نتائج المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، (2006) أن (9.0%) من المسنين في المجتمع الفلسطيني يعيشون في مساكن بمفردهم بواقع (9.8%) في الضفة الغربية (7.3%) في قطاع غزة وأظهرت النتائج أن (18.9%) من المسنين الذين يعيشون بمفردهم أو مع أفراد أسراهم الآخرين يرون أن ظروف سكنهم غير مناسبة وغير مريحة، من جانب آخر بينت نتائج المسح أن (13.6%) من المسنين يرون أن أبناءهم لا يرعونهم بشكل دائم بواقع (12.6%) في الضفة الغربية و (15.4%) في قطاع غزة وأفاد (3.8%) أن أبناءهم لا يعاملهم باحترام بواقع (3.6%) في الضفة الغربية و (4.3%) في قطاع غزة (فلسطين، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007).

أما مشاركة المسنين في القوى العاملة فبلغت نسبتها (9.6 %) وأكثر من ثلثي العاملين منهم يعملون لحسابهم، أما عن انتشار الفقر بين المسنين فبلغت نسبته حوالي (42.1 %) من إجمالي المسنين وتشكل حوالي (4.2 %) من إجمالي الفقراء، كما تبين أن (66.5 %) من المسنين غير راضين عن أوضاعهم في مجالات وقت الفراغ، أما في مجال الصحة (64 %) منهم غير راضين عن الخدمات الصحية، وأقل من نصف المسنين راضين عن الجانب الخاص بالضمان الاجتماعي (43.5 %) كما يوجد تمايز واضح بين الذكور والإناث بالتحصيل العلمي، حيث بلغت نسبة المسنين الذكور الذين انهوا دبلوم متوسط فأعلى بلغت (6.7 %) وانخفضت لدى كبريات السن لتصل إلى (1.1 %) فقط، كما أن نسبة من لم ينهوا أية مرحلة تعليمية (67.2 %) مقارنة مع (29.4 %) للإناث (صحيفة القدس 2006/2/4).

وفي مسح العنف الأسري في الأراضي الفلسطينية الذي أعده معهد دراسات المرأة / جامعة بيرزيت تبين إن حوالي (24.2 %) من المسنين يعانون من بعض أنواع الإساءة وتشمل الإساءة العاطفية الجسمية، الاقتصادية، الإهمال الطبي، كما تبين إن المسنين المتعلمين والناشطين اقتصادياً أقل عرضة للإساءة، بينما سجلت النساء والمرضى وذوي الاحتياجات الخاصة منهم أكبر نسبة للإساءة، ومن العوامل التي قد تكون مهمة في تفسير هذه النسبة الكبيرة في عدد المسنين من ضحايا العنف الأسري حالة عدم الاستقرار السياسي والاقتصادي والاجتماعي في المنطقة، التي جاءت مترافقة مع ضعف وتدني اهتمام مؤسسات السلطة الفلسطينية في دعم وتوفير الحماية والأمان للمسنين، بالإضافة إلى عجز السلطة عن توفير أو تطوير نظام معاشات الشيخوخة، بحيث تشمل المسنين كافة، وليس فقط نظام التقاعد لمن خدموا في الجهاز الحكومي يعرض مجموعات أوسع من المسنين للوقوع تحت خط الفقر والاعتماد على الأقارب، كما تشير الدراسة إلى تراجع مخصصات الخدمات الاجتماعية من إجمالي ميزانية السلطة الفلسطينية، حيث انخفضت حصتها من الميزانية العام من (6.3 %) في العام 1997 إلى (4.9 %) في العام 1999 علماً بأن فئة المسنين تشكل إحدى الفئات المهمة ضمن أولويات وزارة الشؤون الاجتماعية (فلسطين، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2005-2006).

1.4.2. الخدمات التي يتلقى المسنين في المجتمع الفلسطيني:

يتم تقديم الخدمات للمسنين من خلال:

• المؤسسات الحكومية:

- الشؤون الاجتماعية:

بلغ عدد مديريات الشؤون الاجتماعية في العام (1998)، (13) مديرية (8) منها في الضفة الغربية و(5) منها في غزة، وبلغ عدد المنتفعين من الشؤون الاجتماعية حوالي (4817) قضية وهم يشكلون (16%) من عدد القضايا التي ترعاها الوزارة.

وتبعا لسياستها يستحق المسن الذي بلغ الستين من العمر ولا يقدر على إعالة أسرته أو ليس لديه دخل كاف، مع شرط إثبات ذلك فمثلا المسن الذي لديه أبناء ولا ينفقون عليه يشترط رفع دعوة عليهم من أجل النفقة، ثم تزويد الشؤون الاجتماعية بنسخة منها، و تقدم المساعدة بعد أن يتقدم المسن أو ذويه بطلب مساعدة إلى مديريات الشؤون الاجتماعية المنتشرة في المحافظات، ويقوم الأخصائي الاجتماعي بزيارة الحالة وتقديم تقرير للمديرية بخصوص المساعدة.

أما المساعدة التي تقدمها الوزارة فهي مساعدة نقدية شهرية بقيمة (30) دولار للمسن ومساعدة تموينية كلما توفر ذلك، والتأمين الصحي المجاني بالتنسيق مع وزارة الصحة، وأحيانا يقوم أخصائي اجتماعي خاص بالمسنين بالعمل كمستشار للمسنين يسهل حصولهم على المساعدة وتأمين بعض المستلزمات الحياتية المساعدة (كالنظارات، وأجهزة السمع) ولكن تبقى هذه الخدمة محدودة وغير كافية لتغطية الاحتياجات اليومية والحياتية، كما تعمل على مساعدة بعض المسنين بتحويلهم إلى المؤسسات الإيوائية، ولا تقدم لهم أية خدمات لهم داخل المؤسسة.

- وكالة الغوث الدولية:

تقدم وكالة الغوث الدولية التابعة للأمم المتحدة الاونروا خدماتها للمسنين، من خلال برنامج الحالات المعسرة وهي مساعدات مالية وعينية وصحية من خلال مراكزها العامة، وفقا لشروط وسلم المساعدات التي تعتمد عليها الاونروا، حيث يستحق المساعدة منها من بلغ من العمر 60 عام، ويحمل بطاقة لاجئ، وليس له دخل، ولا يوجد في بطاقته أبناء مسجلين من سن 18-60.

تلقى مساعدات من الاونروا (1998) في الضفة الغربية (4233) مسن وتشكل حوالي (52%) من المنتفعين (فلسطين، وزارة الشؤون الاجتماعية، 2002).

• المؤسسات والمنظمات غير الحكومية:

أ- خدمات مباشرة:

- مؤسسات الإيواء:

وهي مؤسسات اجتماعية تقدم خدمات الإقامة الدائمة أو المؤقتة للمسنين، وهدفها تقديم توفير مكان امن وملائم وصحي للمسن، وتوفير الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية، وتخليص المسن من مشاعر العزلة والوحدة وتزويده بمشاعر الأمن والحرية والاستقرار، وتنمية قدراته وإمكانياته وتوجيهها بشكل فاعل وايجابي وإشغال وقت الفراغ بطرق ايجابية، وتتفاوت الرسوم الشهرية التي يدفعها النزير بحسب قدرته المادية أو قدرة عائلته والمسنون الذين تحولهم وزارة الشؤون الاجتماعية والذين لا يتوفر لهم عادة معيل ولا مصدر دخل يتلقون الخدمة مجاناً.

بلغ عدد المؤسسات في عام 1998 (17) مؤسسة، (14) في المحافظات الشمالية (3) في قطاع غزة تدار من جمعيات ومنظمات أهلية ودينية، واحده فقط تديرها الشؤون الاجتماعية، و (6) مؤسسات للإناث و (8) مؤسسات مختلطة (ثيودوري، 1998). بينما بلغ عدد المؤسسات الإيوائية في العام (2008)، (16) مؤسسة إيوائية أنشئت (2) مؤسسة في العام (2005) وهناك ثلاثة مؤسسات تسعى للحصول على ترخيص من وزارة الداخلية.

- الأندية والمراكز النهارية :

أما بخصوص الأندية النهارية فقد بلغ عددها في العام (1998) (8) مراكز وأندية، يتمركز (7) منها في منطقة القدس وواحد في الضفة الغربية، و تأخذ الخدمات التي تقدمها شكل النشاطات الاجتماعية والترفيهية كالمحاضرات والرحلات، كما أن جزء من هذه المراكز هي جماهيرية أي تخدم عدة فئات عمرية ومن ضمنها المسنين في برامج خاصة، وهذه المراكز تدار من قبل بلدية القدس، أما عن المراكز التابعة للأجهزة غير الرسمية فتبقى برامجها غير منتظمة دون وجود وتيرة الاستمرارية لها بسبب الإمكانيات

المالية ونقص الكوادر العلمية المدربة، وعدم وجود خطة طويلة الأمد وقصيرة الأمد ،
تضمن إستمراريتها.

ب- خدمات غير مباشرة:

بعض المؤسسات والمنظمات الحكومية تعمل على تقديم خدماتها للمسنين بطريقة غير مباشرة، أي أنها تقدم خدماتها لجميع الفئات ومن ضمنها المسنين، مثل المؤسسات الدينية (لجان الزكاة والأديرة والكنائس) حيث تعمل على توفير المساعدات المادية والعينية للمسنين، ويشترط أن لا يوجد معيل للمسن، أو أي مصدر دخل ولا يستفيد من الخدمات التي تقدمها وزارة الشؤون الاجتماعية، بالإضافة إلى المراكز الصحية التي تقدم العلاج برسوم رمزية.

ومن الجدير بالذكر أن الخدمات التي تقدمها المؤسسات المجتمعية غير معروفة لغالبية أفراد المجتمع وبشكل خاص المسنين، فغالبا ما يعتمد تقديم أي خدمة من الخدمات السابقة على وعي المنتفع ببيروقراطية المؤسسة.

2.4.2. المسن في القوانين والتشريعات:

لا يوجد قوانين خاصة تعمل على حماية المسنين كما هو الحال عند المعاقين ولكن يوجد مشروع قانون وحتى هذه اللحظة لم يقر من قبل السلطة الفلسطينية، ولقد ورد ذكر المسنين في بعض التشريعات، ومنها:

- نظام التأمين الصحي: وزارة الصحة الفلسطينية.
قرار وزير الصحة رقم (1) لعام (1998) الصادر بتاريخ 1998/1/8 بمدينة غزة ملحق رقم 3 مادة (1) وينص على أن يشمل التأمين أسرة المؤمن وهم: الأب فوق الستين شريطة أن لا يكون له دخل، الأم إذا كان الأب فوق الستين شريطة أن لا يكون للأب دخل، الأم أرملة.

- قانون التأمينات الاجتماعية:
لقد اقر قانون التأمينات والمعاشات وتعديلاته بتاريخ 2004/10/19 ليضم الفصل الخامس منه تأمين الشيخوخة وتأمين العجز والوفاة الطبيعيين، ليضم المسنين العاملين في القطاع

الخاص حيث ان رب العمل ملزم باقتطاع جزء من الراتب لصالح صندوق التأمين، ويستحق للمسئول بعد بلوغه الخامسة والستين من العمر أو السنتين.

- صندوق ضمان النفقة الاجتماعية:

ويعمل الصندوق على دفع النفقة إلى الذين يتقدمون بشكوى على معيهم لعدم إنفاقه عليهم، وفي حالة قرار المحكمة الإنفاق يقوم الصندوق بتسديد المبلغ بشكل منتظم، وفي حالة عدم دفع المعيل للنفقة يقوم الصندوق بملاحقته القانونية (المصدر، 2008).

من الملاحظ ان القوانين والتشريعات غير موجهة الى المسنين بشكل مباشر فهي تركز على المتعلمين من المسنين ويعملون بوظائف حكومية، من خلال نظام التقاعد، وهذا القانون فاعل، أما قانون التأمينات الاجتماعية وصندوق ضمان النفقة فهو غير مطبق وقد يعود ذلك إلى الأوضاع السياسية والاقتصادية التي تمر بها القضية الفلسطينية.

3.4.2. دور الأسرة والمجتمع في رعاية المسنين:

يمكن القول بأن الأسرة هي وحدة النظم الاجتماعية الأساسية في المجتمع، والنظام الأسري هو النظام الذي يزود المجتمع بالأفراد وينظم العلاقة التي تقوم بين الذكور والإناث، كما ينظم علاقة الأزواج ويشمل علاقة الآباء بالأبناء، وكذلك فهو يحدد الأدوار الاجتماعية لكل عضو فيها والأسرة هي الوحدة الأساسية في المجتمع حيث تمتد الأسرة أفرادها بمعظم احتياجاتهم وتعمل على إشباعها (قناوي، 1987).

ومن بين الأفراد الذين يحتاجون إلى رعاية الأسرة الرعاية الكاملة وتحقيق كافة الاحتياجات الأساسية من مأكلاً (تغذية وملبس ومسكن) انتماء للآخرين وأمن، استقرار اجتماعي... الخ، هم المسنين الآباء والأمهات الذين وصلوا مرحلة تحتاج إلى رعاية أكثر من السابق، ومع التغير الاجتماعي المرتبط بالتصنيع والتحول السريع الذي طرأ على الثقافة الإنسانية، الذي أحدث تحولاً في وظائف الأسرة، فبعد أن كانت تتكون من الأب والأم وأبنائهما وأزواجهم وأحفادهم... الخ وهو ما يعرف بالأسرة الممتدة Extended Family والتي ما زال بعض آثار لوجودها في المجتمعات الأولية الريفية، فإن هذه الأسرة قد تحولت في تركيبها الاجتماعي إلى الأسرة النواة التي تتكون من الزوج والزوجة والأبناء Nature family، ولم تتغير الأسرة في بنائها فحسب بل أيضاً تغيرت في وظائفها وانتقلت بعض هذه الوظائف لنظم جديدة ومؤسسات أخرى تقوم بدورها، مما أثر بذلك على أفرادها المسنين، حيث بدأت تنتقل الرعاية إلى مؤسسات بديلة تقوم بهذا الدور، حيث يعتبر المجتمع

هو المقدم للرعاية العامة للمسنين من خلال تلك المؤسسات التي تعتبر أماكن تهيأ وتعد سكن للمحتاجين، وأصبح معظمها مساكن دائمة للمسنين فالأصل هو رعاية المسن في أسرته - ثم الفرع وهو ظهور هذه المؤسسات وعي في أساسها جهود شعبية من أفراد المجتمع دخلت الدولة في تنظيمها والإشراف عليها (سرحان، 2000).

حيث أصاب المجتمع والأسرة تغيرا وتطورا اجتماعيا غير من وضع المسنين في الأسرة، ومدى الرعاية التي يلقاها من أسرته، الأمر الذي دعا المسنين وأسرهم للبحث عن وسيلة أو رعاية بديلة ما دام أفراد الأسرة يتخلون عن مسؤولياتهم، وأصبح المسن نفسه يشعر بالحاجة للبحث عن الرعاية بعيدا عن رعاية الأبناء والأقارب تخفيفا للعبء الذي يلقيه المسن على غيره (الغزاوي، 1988).

ويزيد ثقل الأعباء الملقاة على عاتق الأسرة الفلسطينية في ظل غياب خدمات المساندة المقدمة من قبل الدولة من صعوبات تأقلم الأسرة خاصة الفقيرة منها مع احتياجات المسنين المتنوعة من دعم اقتصادي ورعاية اجتماعية وصحية، في ظل غياب أي قانون الضمان الاجتماعي أو أي قانون يتعلق برعاية المسنين.

إن فئة المسنين من أكثر الفئات العمرية التي يجب أن تحظى باحترام وتقدير المجتمع و احترام المجتمع وخاصة أنها هي التي عملت على بناء وتطوير المجتمع من خلال الدور التي يقوم به كل فرد في موقعه، فنههم المعلم، المهندس، المهني، العامل، لعب المسن الفلسطيني الدور الكبير في اتخاذ القرارات سوء على الصعيد العائلي أو الاجتماعي، وكذلك الدور البارز الذي كان يلعبه في حل الصراعات الاجتماعية والعائلية ناهيك عن القيادة السياسية، وهذه الفئة لها خصوصيتها في المجتمع الفلسطيني فهي الشاهد الحي على تاريخ فلسطين.

ولذلك فإن تقديم الرعاية للمسنين لا يعتبر استجابة لاحتياجات أفراد بحاجة للعناية والرعاية والاهتمام فحسب بل هو تقدير وتكريم لفئة كان لها الفضل الكبير في وصول المجتمع إلى ما هو عليه.

ويتجلى دور المجتمع في رعاية المسنين من خلال الخدمات الغير حكومية المقدمة للمسنين فاغلب المؤسسات والجمعيات الخيرية والمراكز التي تقدم خدماتها للمسنين تعتمد على جهود تطوعية من قبل القائمين عليها ويتم تغطية اغلب نفقاتها من خلال التبرعات النقدية والعينية، ولكن هذه الخدمات

لم ترتقي إلى المستوى التي يلبي احتياجات المسنين وأسرههم إذ على الدولة أن تعمل على سن القوانين والتشريعات التي تضمن حياة كريمة للمسنين مثل قانون الضمان الاجتماعي المطبق في الأردن وغيرها من الدول العربية، كما يجب على الدولة ان تعمل على تقديم التأمين الصحي الشامل، بصرف النظر عن الحالة الاقتصادية للمسن، ولقد نصت المادة السادسة من اللائحة التنظيمية لرعاية المسنين انه يجب على الدولة أن تعمل على توفير الخدمات الاجتماعية مثل خدمات الرعاية الاجتماعية، عدم استغلال المسن، تقديم وجبات ساخنة، دعم دخل المسن، برامج محو أمية، تقديم خدمات وقائية، وإرشاد وتوعية عائلة المسن، تجنيد وسائل الإعلام لصالح توعية المسنين.

ويجب العمل على توفير خدمات الإسكان من خلال توفير المسكن الملائم، صيانة بيوت المسنين بصفة دورية.

وعلى الدولة العمل على توفير الخدمات الصحية الشاملة المجانية، وتوعية المسنين بكيفية الوصول لها، كما يجب العمل على توفير المراكز النهارية لأنها تضمن بقاء المسن في إطار بيئته الطبيعية التأهيل والتشغيل كما يجب العمل على توفير برامج تأهيل مهني للمسنين مثل الإشغال اليدوية الرسم، النحت، زراعة حدائق و أشتال.

4.4.2. أثر الانتقال إلى المؤسسات الإيوائية في المسنين:

الانتقال يعني تغيرا ويعرف بأنه " مرور أو انتقال من حالة أو ظرف أو مكان إلى آخر " هذا الانتقال يولد عدد من الاستجابات، وفي دراسة للنماذج استجابات المسنين للانتقال إلى المؤسسات عرف بروك (Brooke) أربعة نماذج وهي : اختلال التنظيم، إعادة التنظيم، بناء العلاقة والتوازن وتبين أن 93% من المسنين وصلوا إلى التوازن خلال ثمانية شهور، ولوحظ أن المسنين إذا ما اختبروا أي تراجع عاطفي أو فيزيائي فأنهم يحاولون الرجوع إلى مرحلة اختلال النظام (Brooke, 1989).

وأكد كل من تشيك وماليس Chick & Meleis أن مفهوم الانتقال مهم جدا في المؤسسات الإيوائية، وبين أن استجابات المسنين للانتقال تعد مؤشرات للإدراك الحقيقي أو المعاني المنسوبة لهذا الانتقال، كما أن الظروف المحيطة بالمسن وحالته الصحية لهما تأثير أيضا في هذا الانتقال

وتبين أن المسن المقعد والذي يحتاج إلى رعاية أكبر من غيره يكون أكثر توافقاً، وتكون استجابة التوازن لديه أسرع من المسنين الآخرين (Chick & Meleis, 1986).

كما أظهرت عدد من الدراسات أن الانتقال إلى دور المسنين يؤدي إلى تناقص المعلومات المعرفية وزيادة مستويات الكتابة، فقد بينت دراسة لانجل وكراني (Engle & Graney) أن الحالة العقلية لم تتغير بعد مضي أربعة أيام على دخول المسن للدار، و بعد مضي شهرين هناك بداية تغير في الحالة المعرفية، على كل حال فإن المسنين الذين لديهم مستويات عالية من الاختلال المعرفي يواجهون بصفة عامة مخاطر أكبر في بداية وضعه في دار المسنين، ويدل دلالة واضحة على أنهم سيقفون لمدة أطول في الدار من المسنين الذين لديهم مستويات متدنية من الاختلال المعرفي (Engle & Graney, 1993).

كما أن المسنين الذين يشتركون في إعطاء الملاحظات في الدار يتحلون بمعنويات أعلى من المسنين الذين لا يشتركون في المناقشات وفي إبداء الملاحظات ، أن المسنين الذين يعيشون في الدار لمدة تقل عن ستة شهور، والذين يدركون انضباط أنفسهم في بيئتهم الحالية، معنوياتهم أعلى من المسنين المقابلين لهم ولكن ليس لديهم هذا الإحساس من الانضباط تجاه محيطهم الجديد، كما أن الحالة النفسية للمسن تؤدي دوراً كبيراً في تحسينهم، أو في موتهم فإذا كانت حالتهم الفيزيائية متدهورة، وحالته المعنوية مرتفعة فهو يبقى على قيد الحياة، بصور أكبر من المسن الذي حالته الفيزيائية غير متدهورة ولكن المعنوية متدهورة، وإن تأثيرات خبرة الانتقال إلى دار المسنين من خلال وصف مسار التغيرات هي في: السعادة، الحالة المعرفية، المعنويات الايجابية، الرضا.

فاستجابة المسن بصفتها حاله من الانتقال مبنية على الإدراك الحسي، وفهم الأحداث التي تجري في المؤسسة، ورضا المسن في المؤسسة يدل على مدى تحسنه أو بقاءه على حالة بعد مرور وقت على إقامته في المؤسسة، كما بينت الدراسات أن الرجال أكثر رضا من النساء في الإقامة في المؤسسة، وذلك لأنهم كانوا يمارسون بعض الواجبات التي يكلفون بها من الطاقم المشرف في المؤسسة (Krichbaum, 1999).

ولقد أطلق لويس (Lewis 1989) على الحالة النفسية التي تصيب المسن عندما يترك منزله وانتقاله إلى أي مؤسسة للرعاية بالحالة المؤسسية، لتصف استجابة المسن الذي يوضع في أي مؤسسة من هذه المؤسسات، ومن الجدير بالذكر بأن لهذه الحالة أعراضاً خاصة بها ومن أبرز السلوكيات الآلية وخلق الوجه من أية تعابير، التبدل الانفعالي العام، وإهمال المظهر الشخصي

وتدهور المعنويات وظهور بعض الاضطرابات الانفعالية كالقلق، والاكتئاب والوهام المرضية، وتدني تقدير الذات النابع من وجوده في المؤسسة الإيوائية (Lewis, 1989).

ويثير اسم المؤسسة الإيوائية في قلوب المسنين الرعب والخوف، وغالبا ما يرتبط ذلك بالانطباع السائد بان المؤسسة هي ذلك المكان المقيت بأرضيته القذرة المبتلة التي يترك فيها المسن مهملا وهو في حالة من الوهن ينتظر الموت وحيدا.

5.4.2. الإرشاد النفسي في مجال المسنين:

إن علاج المشكلات النفسية التي يعاني منها المسنين في المؤسسات الإيوائية والوقاية منذ حدوثها يستدعي تضافر الجهود والتي تشمل، وزارة الشؤون الاجتماعية، ومجالس الإدارة المشرفة على المؤسسات الإيوائية وإدارة المؤسسات، الأخصائيين، الأسرة، والأقارب، والجيران.

ويعرف الإرشاد النفسي في مجال المسنين على انه عملية المساعدة في رعاية وتوجيه المسنين نفسيا، واجتماعيا، وحل مشكلات مرحلة آخر العمر العام منها والمتعلق بالشيخوخة، والخاص منها والمتعلق بالظروف الخاصة للمسن نفسه (زهران، 2002).

1.5.4.2. مهام المرشد النفسي:

يجب أن يعمل على مساعدة المسنين من خلال تنمية مجموعة من المهارات التي تساعد على تحقيق نجاحات جديدة في حياتهم وزيادة قدرتهم على مواجهة مشكلاتهم بأنفسهم بفعالية خاصة وانه يمكن القول أن عمل المرشدين النفسيين في مجال الرعاية النفسية للمسنين يرتبط بتنمية اتجاهاتهم نحو الحياة مما يجعلهم مقبولين ومتعاونين في جوانب كثيرة من الحياة إلى جانب تنمية الاعتماد على النفس كقيمة أساسية يحتاجها المسنون في تلك المرحلة ومساعدتهم على التفاعل بايجابية مع الآخرين في المجتمع، ومساعدتهم في تحديد القوة الكامنة لديهم والاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن بما يرفع من مستوى الذات لديهم ومساعدتهم في تعلم بعض المهارات والسلوكيات الجديدة التي تساعد في التعامل مع المواقف الاجتماعية المختلفة وتجعلهم أكثر قدرة على الاستجابة لما حولهم (أبو عيطة، 1997).

ويجب على المرشد من أجل مساعدة المسن:

- أن يكون قادرا على نقل المشاعر الأحاسيس الخاصة بالمسن مثل قدرته على نقل المعلومات الخاصة بظروف المسن.
- أن يبدأ مع المسن من حيث هو على أن يكون مدركا للواقع الذي يعيشه والمشكلة التي تواجهه.
- مراقبة عملية الاتصال والتواصل بين المسن والعاملين معهم وبين المسنين أنفسهم وبين المسنين وذويهم.
- دمج المسنين مع المجتمع المحلي .
- وضع خطط إرشاد فردي وجماعي.
- زيارة الحالات قبل دخولها للمؤسسة، وتقييم الحالة ومعرفة مواطن القوة والضعف لدى المسن وأسرته.
- تهيئة المسنين الجدد قبل دخولهم المؤسسة، وكذلك تهيئة المسنين في المؤسسة لاستقبال المسن.
- القيام بالرصد المبكر للمشكلات وطبيعة العلاقات القائمة بينهم وبين القائمين على المؤسسات والعاملين فيها وبالتالي التحرك لمواجهة هذه المشكلات قبل ظهورها.
- تقوية وتحسين العلاقات الاجتماعية بين المسنين والقائمين على رعايتهم من خلال الإرشاد الجماعي التي يعمل على خلق فرصة لإجراء النقاش وتبادل الحديث مما يدخل السعادة في نفوس المسنين ويزيد من ترابطهم مع بعضهم البعض.
- إشباع الاحتياجات العاطفية لدى المسنين وتعويض ما فقدوه من صدقة ومكانة واحترام بسبب التقاعد.
- تشجيع المسنين لتعبير عن مشاعرهم بحرية وصراحة فيواسطة الجماعة يستطيع المسن العمل بالتنسيق مع الآخرين للتعبير عن وجهة نظره وأن يجعل صوته مسموعا داخل الجماعة، و تبادل الرأي والمشورة بين المسنين بعضهم البعض والقائمين على رعايتهم.
- يجب العمل على إشباع حاجات المسنين داخل المؤسسات الإيوائية كالحاجة إلى الانتماء وإلى الصداقة وإلى الدعم والفهم لظروف التغير التي يمر بها في هذه المرحلة(عبد اللطيف،2000).

5.2 الاضطرابات العصابية

أصبحت الأسرة متفككة بعد التقدم الصناعي والحضاري وسهولة المواصلات بين البلاد المختلفة فنجد إن الأجيال الجديدة تهاجر من بلد إلى بلد ولا مانع لديها من الانفصال عن ذويهم في سن مبكرة، فيجد الإباء والأمهات أنفسهم في عزلة عن بقية العائلة، ويصبحون في عزلة اجتماعية تعزز ظهور الأمراض النفسية والعقلية في هؤلاء المسنين، ويختلف هذا المناخ الاجتماعي عما كان قبل من تكامل وارتباط الأسرة، حيث كان الأبناء والأطفال يعيشون في منزل واحد، يرأسه كبير العائلة، ويعطي له الاحترام الكامل والسيادة المطلقة، ومن ثم تحترم شيخوخته.

مما لا شك فيه أن في الاضطرابات العصابية أصبحت تواجهنا مشكلة صحية عامة، إذ أن مدى انتشارها يفوق ما نعرفه عن الأمراض العقلية والعضوية، فهي بالحقيقة أكثر فروع الطب النفسي والعقلي شيوعاً (فريد، 1964).

ويعرف أحمد عزت راجح العصاب بأنه (اضطراب وظيفي في الشخصية، يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة، منها القلق، الاكتئاب، الوسواس، توهم المرض) والعصاب اضطراب انفعالي يتميز عن غيره من الاضطرابات الانفعالية بقلق شديد ومبالغة في استخدام الحيل الدفاعية في محاولة الفرد لسيطرة على القلق الذي يعاني منه.

ويعرف عبد المنعم الحنفي العصاب بأنه اضطراب انفعالي يسبب صراعا داخليا وتصدعا في العلاقات الشخصية.

ويصف كل من أحمد عكاشة، عبد الستار إبراهيم، وعما د الدين سلطان، العصابي بالتوتر، والقلق والانشغال، والافتقار إلى الشعور بالرضا التبصر بالذات، وعلى قدر محدود من تقدير الذات وعلى وعي بمشاعره.

كما يؤكدون أن عددا كبيرا من أطباء النفس يعتقدون أن عدد العصابين يتراوح بين 30-35% من عدد سكان أي دولة إن لم يكن أكثر من ذلك (شند، 1990).

ويتسم العصاب بصفة عامة بوجود صراعات داخلية، وبتصدع في العلاقات الشخصية، وظهور أعراض مختلفة، أهمها: القلق والخوف والاكتئاب، والوسواس، والأفعال القهرية، وسهولة

الاستثارة، والحساسية الزائدة واضطرابات النوم والطعام، وكذلك الأعراض التحولية الانشقاقية . ومن الأسباب التي تجعل المسنين عرضة للاضطرابات العصابية (الاكتئاب، والقلق، والوسواس القهري، وتوهم المرض) التغير المفاجئ الذي يحدث للمسنين بعد الانقطاع عن العمل والإحساس بالفراغ الكبير وبدء العزلة التدريجية عن المجتمع وهذا يسبب الإحساس بفقدان أهميتهم وعدم فائدتهم للمجتمع، كما أن نقص الحيوية بصفة عامة تؤدي للاكتئاب والشعور بالقلق، وكبر الأبناء واستقلالهم في حياتهم الخاصة وفقدان الأقرباء والأصدقاء بالوفاة يزيد من عزلة المسنين وإحساسهم بقرب الموت (حسين، 1996).

ويحدث العصاب دون المساس بترابط الشخصية، ويتحمل المريض المسؤولية كاملة، والقيام بالواجبات كمواطن صالح، والحياة والتجاوب مع الآخرين دون احتكاك واضح، مع سلامة الإدراك واستبصار المرضى بالأمهم والتحكم بالذات، وتبقى لديه بعض القدرة على تقدير الذات وتقدير ما يعاني منه وهو على تمام الوعي بمشاعر التوتر والقلق والانشغال وعدم الرضا وقد يعجز على فهم الطبيعة الدقيقة للمشكلات، وهذا مما يميز هذه الاستجابات العصابية عن الذهان الذي تضطرب فيه هذه الصفات (عكاشة، 1980).

وقد أصبح من المتفق عليه أن في الاضطرابات العصابية تحدث نتيجة لترابط عدة عوامل ومنها الاستعداد التكويني أو الوراثي، ومراحل النمو في الطفولة المبكرة، والعوامل الحضارية، والاستعداد الفسيولوجي للجهاز العصبي، والعوامل الفسيولوجية الحالية التي تساعد على ظهور الأعراض والعوامل الاجتماعية (محمد، 2004).

بالإشارة إلى ما ذكر أعلاه نجد إن المسنين من أكثر الفئات العمرية عرضة للاضطرابات العصابية مثل الاكتئاب، والقلق، و الوسواس القهري، وتوهم المرض.

1.5.2. أسباب الاضطرابات العصابية :

ما زالت الرؤية غير واضحة بالنسبة للأسباب الرئيسية للأمراض العصابية وما زال تفسر الأسباب بنظريات مختلفة، ومدارس متنافرة، ولكن البرهان العلمي لأي من هذه النظريات لم يثبت بعد، وان تعددت الأسباب، ونستطيع إن نلخصها بنظريتين: النظرية التكوينية التي تعتمد على العوامل البيولوجية الوراثية والفسيولوجية، و النظرية البيئية، ويجب أن لا نتحيز لإحدى هاتين النظريتين

بل يجب الاستفادة منهما لأن تكوين أسباب العصاب يعود الى تفاعل العوامل الوراثية مع البيئة ويمكن التعرف على أسبابها من خلال النظريات المفسرة لها:

1.1.5.2 النظرية التكوينية الوراثية:

يختلف العلماء بتفسيرهم لكلمة تكوين فالبعض يعني بها الأساس العقلي والجسمي للفرد، متأثرا بتجارب الحياة، والبعض الآخر يعني مجموعة الميزات الجسمية والنفسية والفسولوجية، التي تقوم على أساس الاستعداد الوراثي، وان للبيئة دورها البسيط.

ومما لا شك فيه أن العامل الوراثي يلعب الدور الكبير في نشأة في الاضطرابات العصابية فقد وجد انه إذا أصيب احد التوائم بالعصاب فعادة ما يصاب الآخر بالاضطراب نفسه، كما دلت دراسة العائلات على أن استجابات أفراد العائلة الواحدة تتشابه في نوعية العصاب، فإذا تعرض أحدهم لاستجابة القلق، فعادة ما يستجيب أفراد العائلة تحت الإجهاد لاستجابة القلق أيضا، ويمكن مناقشة ذلك بان التوائم المتشابهة وأفراد العائلة الواحدة غالبا ما يتعرضون لنفس العوامل البيئية والنفسية الأمر التي يجعل استجاباتهم متشابهة ولذا فانه من الصعب فصل العوامل الوراثية عن البيئية(عكاشة، 2003) ومما لا شك فيه أن جميع الأبحاث تشير إلى أن النسبة تزيد بين التوائم المتشابهة، وهذا يعزز دور العامل الوراثي، بالإضافة إلى دراسات الحيوان ودراسات تاريخ الأسرة البشرية، ودراسات السكان وتكشف هذه الدراسات تأثير الوراثة عن طريق استخدام تعداد السكان والإحصاءات الحيوية أو السجلات عن الأمراض التي لا بد من الإبلاغ عنها وفحص البيانات التي يتم الحصول عليها باستمرار من السكان وقد قام بوك (1953) بدراسة ثلاثة بيئات محلية صغيرة كاملة من البشر المنعزلين، فتوصل الى معدلات انتشار للفصام والسمات الفصامية من شأنها إن توحى بوجود جين متوسط من الجينات، أما المجموعة الثانية فهي مجموعة الهترائيت يقيمون في الولايات المتحدة وكندا وهم قوم يؤمنون إن الزواج من غير الأقارب خطيئة وإثم كبير تبين معدل انتشار كبير للأمراض النفسية، ولذلك فان ما يتميز به النظام الاجتماعي في الهوترائيت من جمود وثبات على مر العصور، وارتفاع نسبة الزواج الداخلي، بالإضافة إلى الانعزال المفروض عن كل المؤثرات الخارجية ذات الأهمية كل هذا يؤكد التفسير الوراثي ودراسات احتمالات المرض عند السكان، جميعها عززت دور العامل الوراثي(سوين، 1988).

2.1.5.2. النظرية البيئية:

تؤثر العوامل البيئية على نمو وتطور الفرد خلال كل مرحلة، ويبني المجتمع الحضاري على أساس التغير والتكيف، والتأثير على السلوك والشخصية من خلال التعليم والثقافة، مما يجعل استجابات الأفراد تختلف حسب مجتمعاتهم، ومن أهم النظريات البيئية:

- نظرية التحليل النفسي ومشتقاتها.
- النظريات غير التحليلية وأهمها النظرية السيكيوبولوجية.
- النظرية الشرطية السلوكية (التعلم الاجتماعي)
- العوامل الاجتماعية والجسمية المساعدة.

- نظرية التحليل النفسي:

افترض فرويد أن من العوامل الرئيسية التي تحدد ماهية الشخصية، وتسبب الاستجابة العصابية، هي مؤثرات بيئية في الخمس سنوات الأولى من الحياة، وان أي صدمة نفسية تؤثر على النمو الجنسي للطفل، وتجعله في حالة (تثبيت)، ولا يستطيع بعدها عبور المرحلة التالية، مما يؤثر فيما بعد على حالته النفسية، وبالتالي تظهر الأمراض النفسية عند تعرضه لأي إجهاد أو شدة.

وقد ميز فرويد بين العصاب الحقيقي والعصاب النفسي فالعصاب الحقيقي يظهر نتيجة حالات جسمية تنشأ من اضطراب الحياة الجنسية للفرد، مثل الزهد والانغماس الزائد، أما العصاب النفسي فهو سيكولوجي المنشأ، وقد فسر فرويد السلوك العصابي ينشأ نتيجة صدمة نفسية جنسية، خلال السنوات الأولى.

ثم فسر العصاب على أساس الصراع الاوديبى بين الطفل واحد الوالدين من الجنس الآخر، ثم أضاف في شرحه إن أصل العصاب النفسي هو الصراع الشديد بين مكونات الشخصية، خاصة الهو والانا و الانا الأعلى، وبين الإهمال البيئي المبكر أهم العوامل المسببة للعصاب.

وبعد ذلك وصل بعد عدة بحوث أن أسباب العصاب النفسي متعددة، وأرجعه لعدة عوامل ثم أظهر تصنيفه للاضطرابات العصابية الأربعة وهي عصاب الوسواس القهري، وهستريا القلق والهستريا التحويلية، والنيوراسثينيا(عبد القادر، 2002).

ولقد اعتبر ادلر احد أتباع فرويد أن العصاب ينشأ من محاولة الفرد التخلص من الشعور بالنقص لكي يحصل على الإحساس بالتفوق (الخواجا، 2002).

أما أوتو رانك، فقد عارض بعض الآراء الأساسية لفرويد، واعتبر صدمة الميلاد (عملية الولادة في حد ذاتها) مصدر لمعظم القلق التي يشعر به الفرد في مقتبل حياته، على أساس التهديد على أنه انفصال عن مأوي الحب والأمن، ومن ثم ظهر القلق كاستجابة لهذه الصدمة، وحفظا للحياة، وفي العصاب يشعر الفرد بالإثم والذنب دون أن يكون هناك مبرر فعلي لذلك، وتكون في الاضطرابات العصابية وسيلة دفاعية من الفرد لخفض القلق، ويرى رانك أن الإرادة هي أهم قوة حيوية في تكامل أو تفكك الشخصية، وأن العصابي شخص معتمد وغير ناجح انفعاليا، ولم تتطور إمكانياته التي تمكنه من الضبط وتأكيد ذاته.

أما كارن هورني فقد ابتعدت عن وجهة النظر البيولوجية لفرويد، ووضعت نظريتها في الشخصية بتأكيد أهمية التضاريس الحضارية، والخبرات الشخصية، واعتبرت القلق الأساسي سبب العصاب وهو شعور بالأس، ويظهر ذلك من التفاعل بين مشاعر القلق والكراهية التي تتبعث من إهمال الوالدين للطفل، كذلك سوليفان حيث ركز على التشكيل الحضاري، وأن بناء الشخصية الحضاري هو نتاج التفاعل مع الكائنات الإنسانية الأخرى (الخواجا، 2002).

من هنا نرى أن الفرويديون الجدد، حاولوا فهم العصاب في ضوء الضغوط الثقافية والتفاعل الإنساني ويرون أن إمكانيات المرضى النفسيين تظل مكبوبة وينالها الإحباط نتيجة لضغوط ثقافية متتالية.

- النظرية السيكلوجية:

ظهرت عدة نظريات مهمة لفهم الشخصية والسلوك العصابي مستقلة تماما عن المدارس الفرويدية أولها المدرسة السيكلوبيولوجية، التي أسسها أدولف ماير في العام (1866)، وقد ألح ماير على ضرورة دراسة البناء والميول الوراثية، وخبرات الحياة وضغوط البيئة جميعها، إذا أردنا إن نتتبع أصل اضطراب معين وفهمه، أي أننا نستطيع فهم السلوك فهما حقيقيا إذا درسنا الشخصية الكلية والتاريخ الكلي لحياة الفرد، ولتلخيص نظريته في العصاب يقول ماير أن مستويات الطموح غير الواقعية، وعدم تقبل الذات عاملان أساسيان في الشخصية المرضية، وهو يعتقد إن الناس يصابون

بالاضطرابات، لأنهم غير قادرين على تشكيل آمالهم وفقا لحالاتهم ومن ثم فهم يشعرون بالنقص والخوف والاتجاهات العصابية الأخرى.

ويميل الطب النفسي في الولايات المتحدة إلى الاعتقاد بنظرية ماير، وأن جميع الأمراض النفسية والعقلية ما هي إلا استجابات توافقية أو تكيفية بيئية للفرد مستخدما الإجراءات الدفاعية العصابية.

أما النظرية الوجودية فقد ركزت على فهم الخبرات الذاتية للمريض بعلاقتها بالمريض نفسه، وبالعالم وبالناس من حوله، وينشأ العصاب من الصراعات الوجودية، وأي عصاب يتكون من أربعة اتجاهات في كينونة الإنسان هي الجانب الفسيولوجي والجانب السيكلوجي، والجانب الاجتماعي، والجانب الروحي والوجودي (عكاشة، 2003).

- النظرية الشرطية (التعلم الاجتماعي):

لقد وضع سيشنوف وهو عالما نفسيا فسيولوجيا البذرة الأولى لنظريات الفعل المنعكس والكف الفسيولوجي كان يرى أن الفسيولوجيا هي العلم الوحيد القادر على تحويل علم النفس إلى علم موضوعي.

ويسمى بـالفولف المبدأ الموجه لنظرياته كلها الاتجاه العصبي، ويعني به محاولة مد وتوسيع تأثير الجهاز العصبي إلى أكبر عدد ممكن من أوجه نشاط الكائن العضوي، ويقوم هذا التأثير على أساس عملية الترابط أو الانعكاس الشرطي، فأصغر الأحداث أو التغيرات في العالم الخارجي والداخلي العضوي للكائن، يمكن أن ترتبط بحالات عصبية معينة مما يسمى بالفعل المنعكس الشرطي، وهناك نوعان من الانفعالات المنعكسة، الفعل المنعكس غير الشرطي ويقابله الفعل المنعكس الشرطي، أما ما يعرف بالغرائز فهي أنواع معقدة جدا ومركبة من الانعكاسات غير الشرطية ترتبط كل منها بالأخرى، بشكل مرتب أي أنها سلاسل مترابطة من الانعكاسات تتخذ شكلا نمطيا.

ويرى أن الاضطرابات النفسية تحدث بسبب تفكك هذه النظم العصبية، وهناك نوعين من الأمراض في رأيه هما الهستيريا، والإعياء النفسي، فالهستيريا تفكك يسيطر فيه النظام الاشاري الأول، ولذلك تصيب الإنسان والحيوان، أما الإعياء النفسي فانه يصيب الإنسان فقط إذ يسود في النظام الاشاري الثاني (عاقل، 1993).

وتطورت حديثاً نظرية بافلوف بواسطة كثير من العلماء مثل ولبى التي يرى أن القلق متعلم وانه أساس في الاضطرابات العصابية أما دولار وميلر فقد ركز على إن الأعراض العصابية عبارة عن عادات ناتجة عن التعلم الخاطئ لان هذه السلوكيات عززت في وقت من الأوقات لذا فان العنصر الهام في هذا التعلم هو دافع الخوف المتعلم، وهذا الدافع هو أساس الصراع ومنبع البؤس وسبب الغباء، حيث يتعلم الأطفال السلوك العصابي عن طريق الوالدين، بسبب عدم اتساق أساليب التربية والأساليب الخاطئة المتناقضة في عملية التنشئة الاجتماعية التي يتعرض لها الطفل، وأخيراً أيزنك الذي ابتع نظريته في نشأة الأمراض النفسية والعقلية، واتخذ أساسه فسيولوجيا الجهاز العصبي (أبو عيطة، 2002).

وفي رأي أيزنك انه يوجد اختلاف واضح بين الأفراد في تكوين الارتباطات الشرطية، وأن جوهر الاختلاف أساساً وراثياً، وحسب نظريته فان في الاضطرابات العصابية تنشأ من تكوين أفعال منعكسة خاطئة بتأثير تفاعل عاملي البيئة والوراثة، وان هذه الاضطرابات ماهي إلا أنماط من السلوك تعلمناها لتخفف من آلام القلق في ظروف خاصة، ويعزز دائماً السلوك الخاطئ بإحجام المريض عن القيام بأي عمل يؤدي إلى مخاوفه، مما يعزز المريض فالذي يخاف من الأماكن الضيقة يبتعد عن هذه الأماكن، ولا يرتادها حتى لا يشعر بالقلق.

وهذه العملية في حد ذاتها تعزز خوفه من هذه الأماكن، ومن ثم تنشأ دائرة مفرغة وتنشأ الأمراض النفسية من تفاعل أبعاد الشخصية ما بين انطوائي وانبساطي مع الاستعداد الوراثي للعصاب، فإذا تفاعلات الانطوائية مع الاستعداد الوراثي للعصاب نشأت بعض الأمراض مثل القلق، والوساوس القهرية، والاكتئاب، ويتميز هذا التفاعل بسهولة تكوين الأفعال المنعكسة الشرطية وصعوبة إطفائها أما إذا تفاعلت الانبساطية مع الاستعداد الوراثي فتنشأ الهستيريا والشخصية السيكوباتية، ويجد الأفراد صعوبة في تكوين الارتباطات الذي تساعدهم على التكيف والتأقلم مع المجتمع، ولذا فهم دائماً في صراع واحتكاك دائماً مع المجتمع، مما يؤدي إلى سلوك مضاد مع المجتمع، وإذا تكونت لديهم أفعال منعكسة شرطية فهي ضعيفة، ومن السهولة إطفائها، ولذا فهم قابلون للإحياء وحتى الأعراض الهستيرية فهي قابلة للتغير حسب الإحياء (Pervin & John, 2001).

ويقسم أيزنك العصاب إلى نوعين:

أعصبة النوع الأول : تناول المشكلات المتعلقة بالشخصية، هي الأعراض العصابية المتعلمة التي تسبب اضطراب المزاج الحالي للمريض وتشكل كاستجابات تشريطية للجهاز العصبي مثل

المخاوف المرضية، القلق، الاكتئاب، ويصاحب ذلك أعراض أهمها الاهتمام بالمعايير الأخلاقية والدينية ومحاسبة النفس وتأمل الذات والشعور بالذنب ونقص الكفاءة والإرهاق والإجهاد.

وتتناول أعصبة النوع الثاني: المشكلات المرتبة بالسلوك، وتعني الفشل في اكتساب استجابات متعلمة مناسبة وتتميز باختفاء القلق والاكتئاب والاستجابات الانفعالية طويلة المدى ومن هذه الأعصبة، التبول اللاإرادي، الأعراض الهستيرية والسيكوباتية (شند، 1990).

أما المنحنى الإنساني : والذي يمثله (كارل روجرز، ابرهام ماسلو) فيرى أن في الاضطرابات العصابية تنشأ نتيجة شعور الفرد بالإحباط والعجز عن التعبير عن مشاعره نتيجة لضغوطات المجتمع الواقعة عليه، مما يشعره بالغضب وخيبة الأمل واليأس والشعور بفقدان الأهمية، ومن ثم تظهر الأعراض العصابية كتنفيس عن مشاعر مكبوتة، ومتاعب يعاني منها الفرد، ولا يستطيع الإعلان عنها.

في حين نرى أن النظرية العقلية الانفعالية والتي يمثّلها ألبرت آليس تعتقد إن الشخص المضطرب نفسياً سوف يعاني من أعراض أساسية أو ثانوية أما الأعراض الثانوية تحدث عندما يكون الشخص فكرة لا عقلانية عن الأعراض الأساسية، مثل المرضى الذين يلومون أنفسهم بشدة عندما يكونوا كئيبيين بسبب فكرتهم اللاعقلانية، ويصبحون غاضبين جداً على أنفسهم (عاقل، 2004).

تعقيب : تناولت مدرسة التحليل النفسي ماضي الفرد وخاصة في مرحلة الطفولة وجعلت من العقدة الاوديبية أساس تكوين العصاب، واهتم الفريديون الجدد بإعادة النظر في تكوين الأعصبة، من علاقة الفرد في المجتمع، وتعرضه لبعض الضغوطات التي تؤدي إلى الكبت أو استخدام الحيل الدفاعية.

بينما ركزت المدرسة السلوكية على الأعصبة باعتبارها عادات متعلمة مما يعد اختزالاً للسلوك الإنساني، واغفلاً لكثير من المبادئ التي يمثّلها الإنسان.

ومن ثم تميز المنحنى الإنساني بنظرته السامية للإنسان، فقد نظر للإنسان باعتباره كائن حي مفكر حر، له توجهات نحو المستقبل، تشغله قضية وجوده وتحقيق ذاته، يلتمس معنى الحياة ويبحث عن حريته ويشغله المستقبل فقد يكون موجود فيه ولا يستطيع تحقيق إمكاناته، وقد يكون المستقبل ولا يكون موجد فيه، ومن ثم يكون القلق بشأن المستقبل والقلق هو محور العصاب، أن معرفة نشأة في

الاضطرابات العصبية تساعدنا على فهم وتحليل مرحلة الشيخوخة وتعمق فهمنا للاضطرابات العصبية، لأنه لا بد من الانطلاق من قاعدة علمية عند دراسة أي اضطراب.

العوامل الاجتماعية والجسمية المساعدة:

أثبت علماء الأجناس أن للحضارة والثقافة والحالة الاجتماعية أثرها البالغ في تكوين الشخصية وبالتالي استعداد الفرد للأمراض النفسية، وخاصة أبحاث عالمة الاجتماع مارجريت ميد، التي كان لها الدور الكبير بالتركيز على اثر عدم الاستقرار والحرمان العاطفي، والبطالة، والولادة غير الشرعية، وفقدان أو الانفصال عن احد الوالدين، والإدمان، والتبني أو النشأ في ملجأ، أو بيت للحضانة، في ظهور الشخصية السيكوباتية، أو الشخصية المتبلدة انفعاليا (سوين، 1988).

وقد أظهرت الدراسات الميدانية في الأمراض النفسية أن ما تعتبره بعض المجتمعات مرضا يستحق العلاج، ينظر إليه في مكان آخر على أنه نوع من الانحراف يجب استئصاله من المجتمع أو عزل صاحبه في احد السجون، وسنجد في مجتمع ثالث إنهم يقبلون هذا النوع من السلوك كظاهرة عادية لا تحتاج للعلاج أو العقاب إذا فالناحية الاجتماعية ومدى تفهم المجتمع لنوع من الأعراض والسلوك سيكون له أثره على نوع التفاعل الخاص والاستجابة بين المريض والمجتمع.

وقد كان الاعتقاد شائعا بان نسبة انتشار الأمراض النفسية في الأماكن المتحضرة تفوق نسبتها في المجتمعات النامية ولكن ثبت تشابه النسبة في كل المجتمعات ولكن مظاهر المريض تختلف أحيانا تبعا للناحية الحضارية وما يعتبر هناك مرضا يعتبر في مكان آخر سلوكا منحرفا وفي مجتمع ثالث يعتبر أسلوبا في الحياة (زهران، 2001).

وقد وجد عكاشة (1990) في بحث ميداني وبائي أن الأعراض الاكتئابية تزيد في الريف عن الحضر في مصر مما يشير إلى زوال الفروق السابقة التي كانت تميز سكان الريف عن الحضر.

ولكن بعض الدراسات الميدانية الإحصائية أظهرت أن الأمراض النفسية تزيد نسبتها بين أفراد الطبقات العليا من المجتمع وان الأمراض العقلية تكثر بين الطبقات السفلى كذلك لوحظ وجود علاقة واضحة بين نوع الاستجابة العصبية والطبقة الاجتماعية (عكاشة، 2003).

2.5.2. العوامل المساعدة على ظهور الاضطرابات العصبية:

- عوامل شخصية (ذاتية): ومن أهمها تراكم الخبرات و الأحداث الصادمة التي يتعرض لها الفرد خلال المراحل العمرية، تتحدى هذه الأحداث طاقة التأقلم والتكيف للفرد، وتلعب الصدمات الجنسية في الطفولة، أو فقدان احد الوالدين، أو الأعراء، فقدان العمل، أو فقدان المال المفاجئ، الدور الكبير في نشأة الاضطرابات.
- عوامل جسمية : مثال الأمراض الشديدة و إصابات المخ فتلك العوامل الجسمية تنقص من قدرة الفرد على التكيف مما يجعله ينهار تحت وطأة شدة بسيطة يستطيع مقاومتها في حالاته العادية، وهذا ما يحدث لدى المسنين فنجد إن أغلب المسنين مصابين بأكثر من مرض مزمن مثل الضغط والسكري بالإضافة الى التغيرات الجسمية والنفسية والعقلية التي تصيب المسنين في هذه المرحلة.
- الاستعداد الوراثي: حيث نجد أن الأفراد الذين تسجل لدى أسرهم حالات تعاني من هذا الاضطراب أكثر عرضة للإصابة بالمرض من غيرهم (العيسوي، 1994).

3.5.2. مؤشرات الاضطرابات العصبية:

تظهر هذه المؤشرات إما منفردة أو مجتمعة، وتتلخص فيما يلي:

- السلوك: يتصف سلوك العصابي بالقلق العام والخاص، وقد يعتريه الوهن أو الافتقار إلى النشاط، أو يتصف بالبطيء الناتج عن الإحساس بعدم جدوى الأشياء لأن المضطرب يعاني من الاكتئاب، وقد يحدث العكس فيتسبب القلق في توتر السلوك، بحيث يقوم المريض بحركات لأهداف من ورائها إلا التنفيس عن قلقه فيخطو ذهابا وإيابا بنفس المكان، أو يعيد ترتيب نفس الأشياء، وقد يقوم المضطرب بعض الأفعال القسرية كالنقر على أو هز الرقبة أو رجف الجفن أو أي من الخلجات الجسمية الأخرى، وكل واحد من أنماط السلوك تشير إلى قلة ثقة الفرد بنفسه.
- اللغة والكلام: ينتقي العصابي كلامه بحذر بحيث تكون ألفاظه منتقاة لا يشوبها الخطأ في حق الغير إلا فيهيج عن طوره لفترة وجيزة، وفي هذا الحالة يسرع أيضا في دخول مرحلة الاستبصار فيرى خطأه أو يعتذر ويتراجع عنه بسهولة، وهو يتكلم إما بسرعة شديدة أو ببطء مبالغ فيه، وقد يشوب كلامه، إما التهتهة، أو اللعثة والجلجة.
- المزاج: من النادر إن يظهر على العصابي أعراض المرح الشديد أو النشوة المبالغة.

- التفكير: ينتهج العصابي طرقاً شديدة الترتيب عند تنسيق أفكاره، ويلتزم بهذا المنهج في كل خطته للاستجابة بحيث يظهر تعبيره اللفظي أو العملي إما مدروساً أو هادفاً إلى تحقيق مأرب ثانوي بطرق شعورية أو لاشعورية.
- الأعراض الجسمية: قد يعاني المضطرب من سرعة التنفس والهيجان، أو من الآم لا مبرر لها بالصدر والقلب، ومن انعكاسات مبالغه عند فحص جهازه العصبي، وكثيراً ما ترتعش أصابعه ويتصبب عرقاً وتبتل راحته عندما يتعرض لما يوتره أو يقلقه، وقد يعاني من الصداع أو الدوار أو الغثيان بدون أصول مرضية.
- النوم: يقاسي العصابي من الأرق في معظم الأوقات، وقد يعاني من التجوال الليلي كما يعاني من الأحلام المزعجة والتبول اللاإرادي (رويدار، 1998).

4.5.2. أسباب في الاضطرابات العصابية لدى المسنين:

- أسباب بيولوجية : يعاني المسن غالباً من مشكلات صحية كثيرة مثل ضعف السمع وضعف البصر، كما يعاني من اضطرابات في الأجهزة المختلفة كأمراض القلب والسكر وارتفاع ضغط الدم، وآلام المفاصل واضطرابات الهضم أو التنفس وأمراض الكبد والكلى، وهذه المشاكل تجعل المسن يشعر بالضعف، وتحتل المساحة الأكبر من وعيه وتشعره بعدم الأمن وتزيد من شعوره بالعجز (Cheung & Chan, 1996).
- ويضاف إلى ذلك الأدوية المتعددة التي يتناولها المسن لعلاج الأمراض المختلفة، فهذه الأدوية رغم فوائدها له إلا أنها لا تخلو من أعراض جانبية تضاف إلى معاناته المرضية، فقد ثبت أن كثيراً من الأدوية التي يتناولها المسن يمكن أن تؤدي إلى ظهور الاضطرابات العصابية، وكثيراً ما نرى في العيادات النفسية مسنين قد أصيبوا بحالات اكتئاب، أو قلق، أو وسواس قهري، أو توهم مرض شديد على الرغم من أنهم يعيشون حياة طبيعية، ولكننا نكتشف أن هناك علاقة بين ظهور الاضطرابات العصابية، و تعاطي أنواع معينة من أدوية الضغط أو أدوية القلب أو مضادات الألم و غيرها، كما أن ضعف القدرة على الحركة يجعل المسن يعيش في دائرة ضيقة تشعره بالملل والضيق (Malasi, et al., 1988).
- أسباب نفسية: تتراكم على المسن خبرات فقدان لدى المسنين، مثل فقدان العمل والمكانة التي يمثلها العمل بالنسبة له، و فقدان الصحة، و فقدان احد الأبناء، و الأصدقاء، وأهم شيء فقدان الزوجة وأخطرها فقدان الهدف، وفقدان الدور والمكانة الاجتماعية داخل الأسرة. (Cairney & Kraus, 2005).

كما أن ضعف الذاكرة قصير المدى يلعب الدور الكبير في تكوين في الاضطرابات العصبية لدى المسن حيث يقف عاجزا عن تذكر الأحداث البسيطة والتي مرت قبل دقائق، وهذا بدوره يولد مشاعر القلق والغضب والإحباط (Darren, & Mckeen, 2004).

- أسباب اجتماعية: يعاني المسن من العزلة بسبب تزوج الأبناء وتكوين أسر مستقلة لهم وانشغالهم عن آبائهم، ويزداد شعور المسن بعدم النفع، وإذا كانت حياته خالية من الأعمال الثقافية أو إذا كان لا يستطيع القراءة أو ممارسة أية هواية، وخاصة عندما يتواجد المسن في مؤسسة إيوائية أو في مستشفى وقد يموت الفرد سيكولوجيا، أو حتى فيزيقيا (Carolien, et al., 2006).

- أسباب مادية: فبعض المسنين يعانون من مشكلات مادية خانقة خاصة إذا أهملهم ذويهم أو أهملهم المجتمع وبعضهم يضطر للخروج للتسول وبعضهم يجلس في بيته يجتر أحزانه ويعاني من الفقر، والاعتماد على الغير في النواحي الاقتصادية (Cornman, et al., 2003).

- أسباب روحية: فهو يقف على حافة المجهول حيث يدرك في أعماق وعيه بأنه مقبل على عالم مجهول لا يعرف مصيره فيه، ويترك أشياء طالما تعلق بها وسعى من أجل الحفاظ عليها (غانم، 2006).

5.5.2. التصنيف الدولي للاضطرابات و الأمراض النفسية:

إن التقسيم الحديث للاضطرابات العقلية في تصنيف منظم له جذوره في أعمال أميل كريبلن Emil Kraepelin (1856-1926)، الذي لاحظ أن هناك جملة من الأعراض تظهر لدى المرضى وعلى هذا الأساس وصف كريبلن وحدات مرضية عديدة ووضع أول تصنيف حديث للاضطرابات العقلية، واستمر هذا التصنيف عدة سنوات، مع حدوث تغيرات جوهرية بعد استعمال أساليب تشخيصية متطورة وتفسيرات مميزة أكثر من ذي قبل، ولقد تعرض تصنيف كريبلن في أمريكا إلى تعديلات عديدة في المراكز التي اهتمت بدراسة الأمراض العقلية، وفي عام 1917م وضعت الجمعية العامة الأمريكية للطب النفسي أول أساس للتصنيف، وبفضل مجهودات توماس سالمون واللجنة القومية للصحة النفسية انتشر استخدام هذا التصنيف، ومن الملاحظ أن الميل كان قويا لوضع علاقة عليا بين الحالات العقلية وبين المؤثرات البيئية المباشرة.

وفي عام 1934 ادخل تعديل كبير على تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي وظل مستعملا حتى السنوات الأولى من الحرب العالمية الثانية، وفي عام 1951 وضع تصنيف نهائي تم التركيز

فيه على أسماء موحدة للأمراض ونشر في كتيب عام 1952، وهذا التصنيف الجديد للجمعية الأمريكية للطب النفسي A.P.A. يقسم الاضطرابات العقلية إلى مجموعتين كبيرتين:

المجموعة الأولى: المرتبطة أساساً بتلف في الدماغ (عضوية الأصل)، والمجموعة الثانية التي نجد فيها صعوبات التوافق عامة ولا يصاحبها تلف في الدماغ (نفسية الأصل) (كوفيل وآخرين، 1986).

ويمكن للتصنيف أن يتم وفقاً للمنشأ المرضي أو حسب العرض الرئيس الغالب في الاضطراب وتصنيف منظمة الصحة العالمية يتبع مبدأ الأعراض وخاصة الطبعة التاسعة .

لقد كان التقسيم القديم للاضطرابات النفسية على أساس أسبابها فمنها نفسي المنشأ مثل الاضطرابات العصبية، أو فسيولوجي المنشأ مثل الاضطرابات الذهانية، وتشمل الاضطرابات العصبية، عصاب الصدمات، توهم المرض، الاستجابة التحويلية، الاستجابة الانفصالية، القلق، المخاوف المرضية عصاب الوسواس القهري والأفعال القهرية، الاكتئاب.

ولقد ألغت الجمعية الأمريكية لطب النفسي هذا لفظ العصابي ابتداءً من عام 1978 حيث أن هذا اللفظ يطلق على كل من لم يستطيع التكيف مع المجتمع، أو التأقلم مع العادات المألوفة، وأصيب بإثارة لحد المبالغة، ومن ثم كان المبدعون أو الخلاقون، والفنانون وكل من ثار على نظم أو أسس المجتمع أو الأسرة عصابياً (عكاشة، 2003).

أما المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض النفسية والسلوكية الصادر في العام (1992) فقد حاولت وصف السمات السريرية (الإكلينيكية) الرئيسية كل على حدة، مع ذكر أي سمات خاصة مصاحبة له وان لم تكن من خصائصه النوعية المميزة، ووردت بعد ذلك الدلائل التشخيصية تبين العدد اللازم من الأعراض والتوازن المطلوب بينها من أجل الوصول إلى تشخيص موثوق به ولكن هذه الإرشادات قد صيغت بحيث تكفل درجة من المرونة في اتخاذ القرارات التشخيصية في العمل السريري الإكلينيكي ولا سيما في الأوضاع التي تمس الحاجة فيها إلى التوصل لتشخيص مرحلي قبل أن تتضح الصورة السريرية الإكلينيكية وتكتمل المعلومات، وفي بعض الأحيان، وتقاديا للتكرار، تم عرض الأوصاف السريرية الإكلينيكية وبعض الدلائل التشخيصية العامة لمجموعات من الاضطرابات، بالإضافة إلى ذلك الخاصة بكل اضطراب على حد (ICD-10. 1992).

أما المرجع التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الأمريكي DSM-III وكذلك الطبعة المعدلة منه والتي تعرف بـ DSM-IV-R وصولاً إلى DSM-IV حيث تم إهمال كل التعاريف النفسية الديناميكية دون استثناء، كما لغي فيها مفهوم العصاب كوحدة تشخيصية، حيث اعتمد التصنيف على تحديد الأعراض من قبل المريض وتحديد أي هذه الأعراض يجب أن تتوفر لفترة زمنية معينة ويتبع DSM مبدأ التشخيص متعدد المحاور ويهدف إلى التحديد المستقل لمجال المعلومات المختلفة التي تعتبر ذات أهمية من أجل المعالجة والتنبؤ، ويرتكز التشخيص إلى عددة محاور الأول يهدف إلى تحديد الاضطراب النفسي الراهن، والثاني يهدف إلى تحديد اضطرابات الشخصية، والثالث يهدف إلى توثيق الأمراض الجسدية المهمة بالنسبة للمنشأ المرض، والرابع يهدف إلى تقويم أحداث الحياة التي أثارة المرض النفسي الراهن، و الخامس يهدف إلى تقييم أعلى درجة من التلاؤم الاجتماعي في السنة السابقة للمرض النفسي.

6.2 أعراض الاضطرابات العصابية

1.6.2. اضطراب الاكتئاب:

يمثل الاكتئاب أشد الاضطرابات النفسية التي يمكن أن تؤثر على حياة الإنسان وتعرضه للخطر أما بالسبة لحجم المشكلة، فقد أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن الاضطرابات العصبية والعقلية من الاكتئاب إلى خرف الشيخوخة، والمسماة بالزهايمر تصيب 400 مليون شخص في العالم، وهذا مؤشر على انتشارها الواسع، وقد توقعت المنظمة التابعة للأمم المتحدة أنه بحلول عام 2020 سيحتل الاكتئاب المرتبة الثانية من بين أهم أسباب الوفيات في العالم.

كما أنه من الصعب تحديد نسبة انتشار الاكتئاب، ولكن يمكن القول إن المرض ينتشر بنسبة تتراوح بين 1-5% بين أفراد المجتمع، أما المترددون على عيادات الطب النفسي فتبلغ نسبة المكتئبين منهم حوالي 23.5% من مجموع المرضى (الخطيب، 2001).

يصف بيك (1974) Beck الاكتئاب على أنه شكل من الاضطرابات الانفعالية التي تتميز بتغير مزاج الفرد وظهور مشاعر الحزن والوحدة والقنوط وتبدل المشاعر والعواطف، وخيبة الأمل، وصعوبة التفكير والتركيز، وأفكار تتعلق بالموت والانتحار، بالإضافة إلى ظهور أعراض جسمية كالصداع، وفقدان الشهية، واضطرابات النوم والآم العضلات واضطراب المعدة، ويرى بيك (1978) Beck أن هناك موافقا يمكن أن تعمل على استثارة الاكتئاب عند الإنسان، وهذه

المواقف هي: المواقف التي تؤدي إلى انخفاض تقدير الذات عند الفرد، المواقف التي تعمل على إعاقة الفرد من تحقيق أهداف هامة بالنسبة له أو عندما تفرض عليه ظروف لا قدرة له على حلها، المواقف التي تؤدي إلى التدهور الصحي.

ويعرف كولز (1982) Coles الاكتئاب على أنه خبرة وجدانية ذاتية تتميز بأعراض من الحزن والتشاؤم وفقدان الاهتمام، والشعور بالفشل واللامبالاة، والرغبة في إيذاء الذات، والتردد وعدم القدرة على اتخاذ القرار، والإرهاق، وفقدان الشهية، كما تظهر على المكتئب مشاعر الذنب والنظرة للذات، وعدم القدرة على بذل أي مجهود.

ويعرف ستيورات وآخرين (1984) Stewart الاكتئاب بأنه حالة شديدة من الغم والكآبة تتميز عادة بالأرق وعدم القدرة على التركيز، والعجز عن الاستمتاع بالحياة والشعور بالذنب، وهناك اعتقاد سائد لدى المكتئب بأنه لا يوجد شيء يمكن إن يحسن حالته أبداً، ويصاحبه شعور بالإعياء والكسل وبطء الحركة، ويكون تفكيره في حالة قلق وإثارة، وكلماته مفككة، ويستخدم عبارات البؤس والشقاء ليعبر عن حالته.

كما يشير إسماعيل (1992) إلى أن الفرد يشعر بالاكتئاب الانفعالي عندما يتعرض لمواقف كفقدان شخص عزيز، أو فقدان شيء حيوي وذو أهمية وقيمة خاص بالنسبة له.

ويعرفه دافيد ستات (Statt,D) بأنه واحد من المظاهر أو الأشكال العامة للاضطراب الانفعالي الذي قد تختلف كثافته من مجرد أزمات هموم الحياة اليومية إلى الحالة العقلية لليأس التام، وهو يتصف بالقلق والكآبة وانخفاض المزاج (أبو زيد، 2008).

أما ستراتون وهاييز (Stratton & Hayas, 1999) فيعرفان الاكتئاب بأنه خلل في كل من الوظائف العقلية والفسولوجية، وهناك مجموعة من الأعراض المشتركة وهي فقدان الرغبة في النوم، وأفكار انتحارية وفقدان الشهية، وغيرها من الأعراض غير العادية (العيسي، 2007).

ويعرف الغريب (2001) الاكتئاب بأنه وجود كثير من المشاعر السلبية، مثل انخفاض المعنويات وخيبة الأمل، وكذلك فإن زملة أعراض الاكتئاب الرئيسي تتضمن ليس فقط اضطراب المزاج بل الأعراض الأخرى المصاحبة مثل اضطراب في الشهية والنوم، واضطراب النشاط النفسي

الحركي، وانخفاض الطاقة، ومشاعر انعدام الثقة وصعوبة التركيز، و ضعف الذاكرة وأفكار تتعلق بالموت والانتحار.

مما ذكر حول تعريف الاكتئاب نستنتج أن جميع العلماء رغم اختلاف توجهاتهم النظرية يتفقوا أن الاكتئاب حالة انفعالية تنسم بانخفاض تقدير الذات، انتقادها، والشعور الذنب، و قلق، و حزن، و فقدان الاهتمام و اضطراب الشهية والنوم، ونقصان في النشاط العقلي والحركي.

1.1.6.2. معايير تشخيص الاكتئاب:

يتضمن التشخيص الوظيفي التحديد الدقيق لتفاعلات الفرد البيئية والأحداث ذات العلاقة بالاكتئاب ويمكن الاعتماد على المعايير التالية في تحديد الأنماط السلوكية التي يفترض أن تكون ذات العلاقة بالاكتئاب وهي :

- إذا زاد حدوث أنماط سلوكية معينة أو حتى قل حدوثها .
- إذا ظهر نمط معين من السلوك لدى الفرد في تفاعله مع البيئة وهو مكتئب واختفى عندما يكون غير مكتئب .
- ويحدد الدليل التشخيصي والإحصائي لأمراض العقلية في إصداره الرابع (D.M.S.IV,1994) المعايير التشخيصية لاضطراب الاكتئاب الرئيسي وهي كما يلي :
- خمسة أو أكثر من الأعراض التالية تظهر خلال فترة أسبوعين وتمثل تغيرا في الأداء الوظيفي للفرد وهي :

- مزاج مكتئب معظم اليوم وتقريبا في كل يوم.
- فقدان الاهتمام أو الاستماع في اليوم كله أو معظمه وتقريبا في كل يوم.
- انخفاض ملحوظ في الوزن دون إتياع حمية أو زيادة في الوزن.
- الأرق أو النوم الزائد تقريبا كل يوم.
- تأخر نفسي حركي وبطء في الحركة في كل يوم تقريبا.
- الشعور الذاتي بالإرهاق والتعب.
- الإنهاك أو الإعياء أو فقدان الطاقة كل يوم تقريبا.
- الشعور بعدم القيمة أو بالذنب بشكل متطرف أو غير مناسب في كل يوم تقريبا.

- تناقص في القدرة على التفكير أو التركيز أو التردد تقريبا في كل يوم .
- أفكار متكررة حول الموت أو تفكير متكرر بالانتحار بدون خطة.

الأعراض لا تطابق معايير النوبة المختلطة:

- 1- تسبب الأعراض معاناة جوهريّة في مجالات الأداء الاجتماعي والمهني أو غيرها من المجالات المهمة .
- 2- هذه الأعراض ليست بسبب الآثار الفسيولوجية لعقار ما مثل إساءة استعمال الأدوية أو العقاقير أو وضع صحي عام مثل القصور في الغدة الدرقية .
- 3- لا تفسر الأعراض بالحزن العادي .

إذا ظهرت اثنتان من أعراض الاكتئاب الرئيسية وفصلت بينهما فترة شهرين على الأقل ولم يكن الفرد خلالها مكتئبا فيتم تشخيص اضطراب الاكتئاب على انه اكتئاب رئيسي متكرر، حيث أن تكرار فترة الاكتئاب يعتبر أمرا هاما في التنبؤ بالمسار المستقبلي للاضطراب بالإضافة إلى أهميته في اختيار العلاج المناسب وإذا حدث مع شخص إن تكررت الفترة الاكتئابية الرئيسية مرة أخرى، فإن احتمالية مروره في الفترة المرضية للمرة الثالثة تقترب من 80% ولذلك يصبح من المهم التخطيط من أجل العلاج بطريقة تزيد من احتمالية الوقاية أو منع حدوث فترة مرضية ثالثة، كما أن الأفراد الذين اختبروا تكرار الفترات المرضية يأتون من عائلات ينتشر في تاريخها الاكتئاب أكثر من الأفراد الذين يعانون من فترات منفردة أو أحادية، وحوالي 50 % من الأفراد الذين اختبروا اضطراب اكتئاب رئيسي مفرد أو أحادي سيختبرون فترة ثانية وستطابق حالتهم معايير اضطراب الاكتئاب الرئيسي المتكرر (الشناوي، 1998) .

2.1.6.2 تفسير اضطراب الاكتئاب من وجهة نظر بعض نظريات علم النفس:

وجهة نظر النظرية التحليلية: يفترض فرويد وبعض تلاميذه أن الاكتئاب خبرة مؤلمة تحدث للفرد عندما تستثار مشاعره الوجدانية والانفعالية المرتبطة بخبرة الفقد والضياع في مرحلة الطفولة، وأن فقد علاقة حميمة مع شخص أو فقد العمل أو حتى فقد التقدير الذي كان يلقاه من الآخرين، حيث تستثير المشاعر المؤلمة الحاضرة مشاعر الفقد القديمة، ولما كان الأنا الأعلى يرفض هذه المشاعر فإنه يحولها إلى الذات، وما الاكتئاب إلا نوع من العدوان الموجه ضد الذات (إبراهيم، 1998).

وجهة نظر النظرية المعرفية: قد اقترح أرون بيك نظريته في الاكتئاب والتي تعد من أكثر النماذج المعرفية أصالة وأهمية، حيث يرى أن الاكتئاب يحدث من خلال نظرة الفرد إلى نفسه ثم إلى العالم والمستقبل نظرة تشاؤمية، وأن هذه النظرة المشوهة تعرف باسم الثالث السلبي (الذات والعالم والمستقبل)، وهذه النظرة التشاؤمية تتم من خلال تنظيم معرفي يعمل على تثبيت تشاؤمه السلبي بل وتأكيد من خلال انتقاء الشخص المكتئب لهذه الأحداث التي تؤكد هذه النظرة، وكلما أرجع الفرد سبب الفشل إلى عامل داخلي (دون أن تكون هناك أدلة على ذلك، كلما أدى ذلك إلى انخفاض تقدير الفرد لذاته والدخول في مرحلة الاكتئاب (Beck, 1978)).

وجهة نظر النظرية السلوكية: يرى أصحاب النظرية أن الاكتئاب مكتسب شأنه شأن أي سلوك آخر، ويمكن تفسيره على أساس نظرية الاشرط الكلاسيكي أو الإجرائي أو التعلم الاجتماعي، ففي الاشرط الكلاسيكي يركز على أن مثيرات معينة مشروطة ليها القدرة أن تولد استجابات انفعالية مشروطة، فإن بعض الأفراد يتبنون استجابات اكتئابية في مواجهة مثيرات معينة، أما في الاشرط الإجرائي، فأنهم يرون أن نوع الأحداث البيئية ونواتج السلوك هي العوامل الأساسية للمرض، كما أن نظرية التعلم الاجتماعي والذي من ابرز روادها باندورا، ترى انه يمكن فهم النشاط الوظيفي النفسي من خلال التفاعلات المتبادلة المستمرة للعوامل الشخصية مثل العمليات المعرفية والتوقعات والعوامل السلوكية والعوامل البيئية التي تعمل بشكل مستقل وتدعم كل منها الأخرى وان الأفراد قادرين على ضبط أنفسهم من خلال التفاعل المستمر بين الأفراد وبيئتهم وقدراتهم على تطوير وتعديل أنماط سلوكهم (مبروك، 2002).

والاكتئاب من الاضطرابات النفسية التي تصيب المسنين الأفراد الثكلى والحزينين، والأفراد الذين قهرتهم صعوبات الأيام وضغوطاتها التي ينوء كاهلهم عن حملها، إضافة إلى ذلك الأفراد الذين قهرتهم ذاتهم فصاروا أفراد متشائمين خائفين (Hassall and Gill, 2008).

تمثل الصعوبات والضغوطات الاجتماعية التي تواجه الفرد المكتئب مشكلة أساسية لديه، خاصة عندما تسيطر عليه الحالة الوجدانية المرتبطة بالاكتئاب من جهة وعندما يتعامل مع الغرباء من جهة أخرى، وهذا يثير إزعاج الأفراد المحيطين به بسبب اعتماده عليهم، كما أن الفرد يتعرض في حياته إلى العديد من المواقف والأحداث التي تقف عائقا أمام قدراته على تحقيق رغباته وأهدافه العامة والخاصة.

فالالاكتئاب كمرض يؤثر على جسم ومزاج، وأفكار المصاب وعلى آلية أو طريقة التفكير لديه وعلى الطريقة التي ينظر بها لذاته وعلى الأشياء من حوله (عبد اللطيف، 2002).

وقد أظهرت دراسة جيلويسكي (1988) أن هناك ارتباطا قويا بين الحرمان والاكتئاب، حيث أجريت دراسة على (393) شخصا تجاوزت أعمارهم الخامسة والخمسين، طبقت عليهم اختبارات تعتمد على مقياس بيك، وقد تم تقسيم المشتركين إلى مجموعتين حسب سبب وفاة أزواجهم "موت طبيعي أو انتحار" واتضح من النتائج وجود ارتباط قوي بين الحرمان وفقدان الأشخاص المهمين بالاكتئاب عند المسنين.

غالبا ما يكون اكتئاب المسنين متواريا وراء الشكوى من الألم الجسدية، ذلك أن المسن غالبا ما يرفضون مناقشة مشاعر اليأس، أو الحزن التي ينتابه نتيجة فقدانه لأحد أعزائه، أو عدم وجود شبكة دعم اجتماعي أو تعرض الفرد لأحداث مجهدة، ويلعب تاريخ الأسرة الدور الكبير بتعرض الفرد للاكتئاب كما أن الوسط التي يعيش فيه المسن يلعب الدور الأكبر، والحرمان الاقتصادي وهبوط نوعية الحياة، ويعاني المسنين المقعدين أو الذين لديهم أمراض مزمنة من الاكتئاب أكثر من غيرهم، وقد يؤدي الاكتئاب بالمسن إلى الانتحار أو التفكير المستمر بالانتحار (Frank, et al., 1993).

يعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة حتى أن درجة شيوعه بين الأفراد تفوقت على درجة شيوع القلق ومن جهة أخرى يعتبر من أكثر المشكلات الانفعالية التي تحت الفرد على طلب المساعدة والعون بأنواعها النفسية والاجتماعية وكذلك الأسرية.

وتعم آثار الاكتئاب لتشمل كل جانب من جوانب حياة الشخص النفسية والاجتماعية والتعليمية وبذلك تزداد لدى المكتئب المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية من ناحية، ونسبة شفاؤه من الأمراض الأخرى التي قد يعاني منها أقل من غيره ممن لا يتعرض للاكتئاب.

وينتشر الاكتئاب بنسب متقاربة في كل من المجتمعات المتقدمة وكذلك النامية، وأخذت نسبة انتشاره من جيل إلى آخر بالتوسع، ففي الولايات المتحدة الأمريكية تبلغ نسبة المصابين بالاكتئاب وفق آخر إحصائيات حوالي (9%) أي ما يعادل (18,8) مليون نسمة، ومما لاشك فيه أن الخسائر المالية التي تتكفها الولايات المتحدة باهظة جدا، ويؤثر الاكتئاب على قدرات الشخص وفعاليته في

العمل إضافة إلى مشاعر الألم والمعاناة، ولا يتوقف هذا الأثر عليه فقط، بل تظهر آثار واضحة على عائلة المكتئب أيضا (Rutledge, et al., 2006).

ومما يزيد الأمر صعوبة أن المصاب بالاكتئاب لا يطلب المساعدة أو العلاج والسبب بكل بساطة عدم معرفته بأعراض الاكتئاب، ولا يشمل الاكتئاب لدى المسنين عادة مزاجا مكتئبا صريحا، بدلا من هذا قد يتضمن أعراضا أولية من نقص الطاقة ونقص الاستمتاع بالأنشطة الطبيعية ونقص المزاج الإيجابي (ماسون، 2005).

ويجب أن لا تنجم الأعراض عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية عامة (Panagiotakos, et al. 2008)

ولا تُعلل الأعراض بصورة أفضل من خلال الفقد، أي، بعد فقد عزيز، إذ تستمر الأعراض لأكثر من شهرين أو تتصف باختلال وظيفي كبير أو انشغال مرضي بانعدام القيمة أو تفكير انتحاري أو أعراض ذهانية أو تعويق نفسي حركي. (DSM – 1994).

أما وزارة الصحة البريطانية في عام (2002) فقد ذكرت أن الاكتئاب النفسي من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا وبلغت نسبة المسنين 10% منهم في مؤسسات كبار السن 75% مقابل 25% للمسنين المقيمين في المجتمع (Rozzini, et al., 2007).

ووجد استقصاء للاضطرابات المسنين من نزلاء المستشفيات الهندية أن 27% منهم مصابين بالاكتئاب، وأجري بحث آخر في نيجيريا من مراجعي أحد المستشفيات النفسية، بلغت نسبة المصابين بالاكتئاب 9,8% أما معدل انتشار القلق العام بلغ 5,2% (Ford, et al., 1998).

2.6.2. الاضطراب القلبي:

يعد القلق عصب الحياة النفسية، وسمة مميزة لهذا العصر، وان كان في حقيقته تجربة إنسانية، وقد نال مفهوم القلق قدرا كبيرا من اهتمام الفلاسفة وعلماء النفس والطب النفسي.

يرى مخيمر (1973) أن القلق إشارة إنذار بالخطر لا يمكن إلا أن يكون إدراكا ينصب على المستقبل بأخطاره المحتملة.

ويؤكد منصور (1981) إن القلق حالة انفعالية دافعية مركبة نستدل عليها من عدد الاستجابات المختلفة وقد يكون القلق موضوعيا كرد فعل طبيعي لمواقف ضاغطة أو مرضيا كحالة مستمرة ومنتشرة غامضة مهددة (مرسي، 2002).

يشير جوزيف ورفاقه (1990) Joseph , Noshpitz , &Dean إلى أن تعرض الفرد لمواقف حياتية ضاغطة ينعكس سلبيا على بعض جوانب حياته الشخصية والاجتماعية، ويعرضه للأذى والإنهاك الجسمي والنفسي وقد يؤدي الى إصابته باضطرابات ومن ضمنها القلق.

ويمكن أن نعرف القلق على أنه انفعال غير سار وشعور مكرر بتهديد وعدم راحة أو استقرار مع إحساس بالتوتر والشد، وخوف دائم لا مبرر موضوعيا له، وغالبا ما يتعلق بالمستقبل والمجهول، مع استجابة مسرفة لمواقف لا تتضمن خطرا حقيقيا، أو الاستجابة لمواقف الحياة العادية كما لو كانت ضرورة ملحة أو طوارئ، كما أن القلق من أهم الاستجابات الفطرية لدى الكائن الحي والصادرة عن الجملة العصبية اللاإرادية، بسبب منه أو مثير يهدد الكائن الحي ويحتوي القلق على عناصر معرفية وحركية وسلوكية وهو السبب الرئيسي وراء الأعصاب الحادة.

ويرى سبيلبرجر (1992) Speilberger أن القلق عبارة عن انفعال غير سار وشعور بعدم الراحة والاستقرار مع الإحساس بالتوتر والشد وخوف لا مبرر له، واستجابة مفرطة لمواقف لا تشكل خطرا يستجيب لها الفرد بطريقة مبالغ فيها وقد ميز بين القلق كحالة والقلق كسمة حيث عرف القلق كحالة anxiety state بأنها استجابة انفعالية غير سارة تتسم بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر والخشية والعصبية والانزعاج وتحدث هذه الحالة عندما يدرك الفرد أن هناك ما يهدده وهي استجابة طارئة تزول بزوال الأمر المقلق بينما عرف القلق كسمة Anxiety Trait بأنها استعداد ثابت نسبيا لدى الفرد يتصف بقدر اكبر من الاستقرار بالمقارنة مع حالة القلق فهو يبقى كامنا حتى تنشطه منبهات داخلية أو خارجية فيثير القلق.

ويتوقف مستوى إثارة القلق عند الإنسان على مستوى الاستعداد للقلق وهناك فروق بين الأفراد في كيفية إدراكهم للعالم ويقال بان الفرد يمتلك سمة القلق عندما يدرك العالم باعتباره مصدرا للتهديد والخطر.

ويعتقد أن سمة القلق تشير إلى فروق ثابتة نسبيا في قابلية الأفراد للقلق أي تشير إلى وجود اختلافات بين الأفراد في ميلهم واستعدادهم إلى الاستجابة تجاه المواقف التي تدرك من قبلهم

كمواقف مهددة أو غير مهددة كما يتأثرون بالمواقف بدرجات مختلفة ومتفاوتة حيث أنها تنشط عن طريق الضغوط الخارجية المصحوبة عادة بمواقف خطر محددة .

ويعرفه فرويد (1983) على أنه نوع من الانفعالات المؤلمة في المواقف الحياتية المختلفة، ويظهر كرد فعل لحالة خطر شديدة، وقسم القلق إلى نوعين: القلق الموضوعي (السوي) يكون مصدر القلق موضوعي منطقي وموجود بالفعل يحدث القلق لدى الأسوياء والعادين في مواقف الانتظار مثل الامتحانات، تغير السكن، الدخول في مرحلة عمرية جديدة مثل المراهقة، الشيخوخة، القلق العصابي وهو مشاعر من التوتر وأعراض جسمية ناتجة عن الصراع بين الهو والانا والانا الأعلى، ويعتبر فرويد القلق العصابي بداية الأمراض العصابية والذهانية وهو التربة الخام التي تصنع المرض الأمراض النفسية والعقلية (فرويد، 1983).

وقد عرف عكاشة (1992) القلق بأنه شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية كزيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي شعور الفرد بضيق في التنفس والصداع.

ويورد الزيود (1998) تعريف كل من دولار وميلر (Dollard & Miller) للقلق على انه مشاعر بغیضة ومزعجه مشابهة للخوف الذي يصدر بدون تهديد خارجي واضح وقد يكون القلق حالة سيكولوجية أولية أو عرض لمرض جسمي ضماني أو حالة مرضية.

ويشير ماركس (1998) أن القلق استجابة انفعالية غير سارة وتتصف بمشاعر الضيق والعصبية والانزعاج.

ويعرفه زهران (1999) بأنه مركب انفعالي من الخوف المستمر دون ان يكون هناك مثير ظاهر ويتضمن خوف المصاب من تهديد متوقع غير موجود وهذا القلق يعوق الأداء الفعلي وسلوك الفرد بصفة عامة.

وتختلف نسبة الإصابة باضطرابات القلق في المجتمعات المختلفة لأسباب عدة، فهي قد ترتفع إلى حد يقارب 100% في حالات الحروب أو المجاعة أو الكوارث الطبيعية، وقد تنخفض إلى حد 15% في المجتمعات المستقرة بصفة عامة، يتمركز القلق العام عند المسنين حول صحتهم، ومآل وضعهم والتوجس والخوف من المستقبل، والإحساس بقرب النهاية (Chris, 2003).

وضمن فعاليات المؤتمر السنوي للرابطة الأميركية للأمراض النفسية الذي عقد فيما بين العشرين والخامس والعشرين من شهر مايو بمدينة تورنتو الكندية، أثار الباحثون من كلية الطب بجامعة بتسبيرغ الأميركية موضوع معاناة المسنين من القلق النفسي، حيث أشارت المراجعات للأبحاث في مجال الطب النفسي للمتقدمين في العمر أن القلق يمثل ربما أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً لديهم، حيث إن الإحصاءات تشير إلى أن واحداً بين كل عشرة أشخاص ممن تجاوزوا الستين من العمر يعاني منه، وأن حوالي 7% منهم يعانون تحديداً من اضطراب القلق العام Anxiety وهو مع هذا يظل واحداً من أكثر الحالات النفسية التي لا تلقى اهتماماً من الأطباء أو المسنين أنفسهم بتشخيصها أو معالجتها ويعلق الدكتور إيرك لينزي بأن الدراسات بينت أن اضطراب القلق العام أكثر شيوعاً لدى المسنين، إذ يصيب 7% منهم (مبارك، 2006).

كان يعتقد أن القلق ملازم للشيخوخة وأنه لا يوجد شيخوخة دون قلق ولكن الدراسات العلمية التي قامت بها الجمعية الأمريكية لطب الشيخوخة أن القلق منتشر في الشيخوخة كما في المراحل العمرية الأخرى وغالباً ما يكون القلق والاكتئاب متلازمان (Patricia & Raad, 2006).

1.2.6.2. معايير تشخيص القلق:

يتم تشخيص القلق بناء على ما حدده دليل تشخيص الاضطرابات النفسية الإصدار الرابع (IV 1994-DSM):

1- أن يشتمل على الأقل ستة من الأعراض التالية على أن تستمر هذه الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل ، وتشمل هذه الأعراض ما يلي:

- الارتعاش.
- الشد العضلي.
- كثرة الحركة.
- الشعور بإنهاك بسرعة.
- ضيق في التنفس.
- تسارع في نبضات القلب.
- التعرق أو الشعور بالبرودة.
- جفاف الفم.

- الشعور بالدوخة.
- الشعور بالغثيان.
- الشعور بسخونة الوجه.
- التبول المتكرر.
- صعوبة في البلع.
- التوتر.
- سرعة الجفان.
- صعوبة في التركيز.
- الأرق.
- قابلية الاستثارة.

2- لا يكون القلق مرتبطاً بالاضطرابات الأخرى كنوبات الفزع أو المخاوف والوسواس القهري وتوهم المرض وقلق الانفصال .

3- تتسبب أعراض القلق في اضطراب إكلينيكي واضح ويؤدي إلى اضطراب في مجال العمل وفي الحياة الاجتماعية

4- لا يعود الاضطراب إلى تأثيرات جسدية ناجمة عن استخدام العقاقير أو لأسباب طبية عامة وهناك

وتقسم الأعراض الشعور بالقلق تتمثل في:

- الأعراض النفسية: كالشعور بالكدر والضيق والخوف والشعور بالعجز والعزلة والعداوة كما يميل الفرد إلى توقع الشر والمصائب ويبدو عليه توتر الأعصاب والاضطراب.

- الأعراض الجسمية: تتمثل بالضعف ونقص الطاقة الحيوية، انخفاض النشاط والمثابرة، وتوتر العضلات، وقد يظهر النشاط الحركي الزائد للزلمات العصبية الحركية، التعب، الصداع المستمر، وأحيانا يظهر التقيؤ والإسهال، ويظهر شحوب الوجه سرعة التعب، الالام الصدر الإحساس، ارتفاع ضغط الدم اضطراب التنفس، جفاف في الحلق، والزيادة في الأدرينالين والهرمونات الأخرى، وهذا يؤدي بالكبد إلى زيادة كمية الجلوكوز المدفوعة إلى الدم، لا تستطيع هذه المادة السكرية تزويد العضلات بالطاقة اللازمة للحركات المفاجئة التي قد ترافق القلق، وإرهاق بالحواس مع شدة الحساسية للصوت والضوء كما تظهر اضطرابات النوم والأرق (الخطيب، 1989).

2.2.6.2. تفسير اضطراب القلق من وجهة نظر بعض نظريات علم النفس:

وجهة نظر النظرية التحليلية: بدأ البحث عن تفسير نفسي للقلق بدلا من التفسير الطبي له في بداية القرن العشرين على يد (فرويد) الذي افترض أن الاضطرابات النفسية يمكن ردها إلى صراعات داخلية لاشعورية والتي هي عبارة عن قوة داخلية تتصارع مع بعضها البعض، ويؤدي تصارعها إلى ظهور أعراض مرضية وميز فرويد بين نوعين من القلق هما القلق الموضوعي أو الحقيقي والقلق العصابي، عملت المدرسة الفرويدية على الربط بين القلق وخبرات الطفولة خاصة عقد الخصاء وعقدة الميلاد، ويظهر كرد فعل لحالة خطر شديدة.

أما (هورني) تعتقد أن التوتر والقلق حينما يوجدان لدى الأم تنعكس آثارهما في الوليد لان القلق يستحدث من خلال الارتباط العاطفي بين الأم والجنين (الكعبي، 1997).

وجهة نظر النظرية المعرفية: ترى النظرية المعرفية أن القلق ينتج عن تقييم الفرد لمواقف مهددة ويتضمن هذا التقييم عناصر رمزية متوقعة واعتبار رمزي لأنه يتأثر بواسطة الأفكار والقيم وكذلك الأنظمة المعرفية، بدل الأحداث المحسوسة والمباشرة، أي أن أصل القلق هو الأفكار اللامنطقية الموجودة عند الإنسان ونظرة الإنسان للأسباب والحوادث (العيسوي، 2002).

وجهة نظر النظرية السلوكية: ترجع المدرسة السلوكية اضطرابات السلوك بصفه عامة إلى تعلم سلوكيات خاطئة وسوء توافق مع البيئة وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة ويرون أن اكتساب تلك السلوكيات المرضية (الخاطئة) يتم طبقا لمبادئ التعلم في المدرسة السلوكية وتسهم الظروف الاجتماعية التي ينشأ فيها الطفل في دعم السلوكيات والعمل على استقرارها وبقائها (الخالدي، 2006).

3.6.2. اضطراب الوسواس القهري:

يعد اضطراب الوسواس القهري من الاضطرابات العصابية وإن كان أقلها شيوعا، وعلى الرغم من ذلك فإنه يعتبر مصدرا أساسيا لكل من القلق والاكتئاب والخوف، وهو بالتالي يؤثر في حسن توافق الفرد، ويقيد مجاله الحيوي، ويحصره في نطاق ضيق، ويبدأ الاضطراب عادة في فترة الطفولة وبداية الكهولة.

تُعرّف الوسواس بأنها: أفكار أو اندفاعات أو صور معاودة ومستديمة، يختبرها المريض، في وقت ما أثناء الاضطراب باعتبارها إقحامية (تطفلية) وغير مناسبة وتسبب قلقاً أو ضائقة واضحين. وليست الأفكار أو الاندفاعات أو الصور مجرد انشغالات عقلية مفرطة عن مشاكل الحياة الواقعية.

يحاول المصاب تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور أو تعطيلها بأفكار أو أفعال أخرى، يدرك المصاب أن الأفكار أو الاندفاعات أو الصور الوساوية نتاج عقله (ليست مفروضة عليه من الخارج كما في غرز الأفكار) وتُعرّف الأفعال القهرية بأنها سلوكيات متكررة مثل (غسل اليدين، الترتيب، التحقق) أو أفعال عقلية مثل (الدعاء، العد، تكرار الكلمات بصمت) والتي يشعر المريض أن مُساق لأدائها استجابةً لوسواس، أو وفقاً لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة.

وتهدف السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل الضائقة أو منع حادث أو موقف فظيع، إلا أن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية، إما أنها ليست مرتبطة بطريقة واقعية بما هي مُصممة لتعطيله أو منعه أو أنها مُفرطة (DSM-IV-TR.1994).

ويقوم المصاب بهذا الاضطراب بعمل أفعال قهرية لا يستطيع الامتناع عنها نظراً لأن هذه الأفعال تخفف قلقه، ولكن هذا القلق يخف لفترة محدودة ثم يعود مرة أخرى مما يستدعي الفرد إلى تكرار أفعاله بصورة مبالغ بها تؤدي إلى إضاعة وقته وخسارته المادية والمعنوية كما تؤدي الأفعال القهرية إلى الضرر البدني بالشخص مثل كثرة الغسيل لأماكن معينة من الجسم (أبو الهندي، 2002).

السمة الأساسية هنا أفكار وسواسية وأفعال قهرية متكررة، والأفكار الوسواسية هي أفكار، أو صور أو اندفاعات تطرأ على فكر الشخص المرة تلو المرة بشكل متكرر ونمطي، وهي دائماً مثيرة للانزعاج لأنها غالباً عنيفة أو خارجة عن اللائق، فهي سلوكيات تتكرر المرة تلو الأخرى وهي لا تحمل في ذاتها متعة ولا يترتب عليها انجاز مهام مفيدة في حد ذاتها، وغالباً ما يرى المريض فيها وقاية من حدث ما، لا يحتمل وقوعه موضوعياً، ويتضمن أذى موجه من الشخص أو إليه، وإن لم يكن دائماً، يدرك المريض أن سلوكه لا معنى له ولا تفسير له ويبذل محاولات عديدة لمقاومته، ويكثر وجود مشاعر مزعجة من التوتر الداخلي، وتوجد علاقة بين الأفكار الوسواسية والاكتئاب، فكثيراً ما يعاني مرضى الوسواس القهري من أعراض اكتئابية (ICD-10. 1992).

1.3.6.2. معايير التشخيص:

من أجل الوصول إلى تشخيص مؤكد يجب أن تتوفر:

- أعراض وسواسيه أو أفعال قهرية أو كلاهما في أغلب الأيام لمدة أسبوعين مستمرين على الأقل.
- أن تكون مصدرا للإزعاج أو لتثويش للأنشطة المعتادة.
- تسبب الوسواس والأفعال القهرية ضائقة واضحة وهي مضيعة للوقت (تستغرق أكثر من ساعة يومياً).
- تتدخل بشكل بارز في الأداء الوظيفي الروتيني الطبيعي أو المهني (أو الأكاديمي) أو الأنشطة أو العلاقات الاجتماعية الاعتيادية.
- لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة مثال (سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية عامة.
- بصيرة ضعيفة: إذا لم يدرك المصاب، لمعظم الوقت أثناء النوبة الحالية، أن الوسواس والأفعال القهرية خارجه عن إرادته.
- أدرك المصاب في محطة ما من سير الاضطراب، بأن الوسواس أو الأفعال القهرية مفرطة أو غير معقولة (DSM-IV-TR.1994).

ومن أهم الأعراض المرتبطة بمرض الوسواس القهري السلوك العام الغير مرغوب فيه أو الأفكار التي تحدث بشكل متكرر عدة مرات في اليوم، وإذا استمرت الأعراض بدون علاج، فقد تتطور إلى درجة أنها تستغرق جميع ساعات الصحو الخاصة بالمريض (عبد الخالق، 2002).

ومن أهم خصال الوسواس القهري:

- الشك: من أبرز خصال الوسواس ما يسميه الفرنسيون جنون الشك والذي يتسم بالشك الدائم والريبة والتذبذب والتردد بين الأمور وعدم الحزم
- الاجترار: ويقصد به استمرار مضمون عقلي معين ليس له هدف تكيفي، والعجز عن تحويل انتباه الفرد عن سيطرة الأفكار المزعجة.
- البطء: غالبا ما يستهلك المريض زمنا طويلا في القيام بالسلوكيات التي ترتبط بالعناية بالنفس كالإغتسال والحلاقة والاستحمام واللبس، ويمكن النظر إلى هذا البطء على أنه نتيجة لدفعة

قهرية للانفعال بأنواع السلوك المعينة بطرق خاصة، مع التأكد من أن كل خطوة قد تم انجازها بطريقة سليمة.

– النزعة إلى الكمال: يوجد لدى مجموعة من مرضى الوسواس القهري نزعة إلى الكمال ويكافحون للوصول إليه، فيشعرون بالتعاسة ما لم يؤدي شيء ما بطريقة كاملة (بالورت و فرج، 2002).

2.3.6.2. تفسير اضطراب الوسواس القهري من وجهة نظر بعض نظريات علم النفس:

وجهة نظر النظرية التحليلية: يرى فرويد أن الوسواسيين قد حدث لهم تثبيت على المرحلة الشرجية من التطور النفسي الجنسي نتيجة للصراع بين الطفل والوالدين حول التدريب على ضبط عملية الإخراج، ما بين رغبة الطفل في التخلص من فضلات جسمه تبعاً لإرادته، وطلب الوالدين أن ينظم العملية المتصلة بالشرج ليوافق المستويات الحضارية في النظافة والتحكم في الدفقات وتبعاً لذلك ينتج عن ضغوط الحياة عندما يكبر الطفل نكوص إلى المرحلة الشرجية، والتي هي أساس الوسواس القهري (شقيير، 2002).

يتضمن السلوك القهري لدى التحليلين على نحو نموذجي الإلتقان المتكرر بشكل نمطي طقوسي لطائفة من السلوك اليومي، كغسل اليدين، وتغيير الملابس.

وقد وصف فرويد ثلاثة آليات (حيل دفاعية) تحدد شكل وكيفية الوسواس القهري وهي (العزل والإبطال، والتكوين العكسي) ويرى أن الأعراض القهرية هي نتيجة جهود الأنا اللاشعورية لصد القلق المرتبط بالدفقات العدائية.

وهكذا يتضح أن الوسواس والسلوك القهري ما هما إلا أعراضاً لصراعات نفسية داخلية المنشأ نتيجة نكوص الفرد على خبرات تم تثبيتها في المرحلة الشرجية، يجد الفرد فيها طريقة آمنة نسبياً للتعبير عن أفكاره ومشاعره المكبوتة (توفيق، 2000).

وجهة نظر النظرية السلوكية: يفسر السلوكيون الوسواس القهري في ضوء نظرية التعلم شأنه شأن أي سلوك متعلم من البيئة تحت شروط التدعيم، والأفكار الوسواسية تكون لديها القدرة على إثارة القلق، أي نمط جديد من السلوك تم تعلمه، والأعمال القهرية تحدث عندما يكتشف الشخص أن

عملا معيناً مرتبطاً بالأفكار الوسواسية قد يخفف القلق وتدرجياً وبسبب الفائدة في تخفيف القلق فإن هذا الفعل يصبح ثابتاً من خلال النموذج المتعلم للسلوك (عبد الهادي و العزة، 2001).

وجهة نظر النظرية المعرفية: يرى أصحاب النظرية أن الوسواس القهري، أفكار مشوشة ومزعجة، ومضخمة، تحدث مصادفة، وتكون محرضة لتصبح طبيعية وحقيقية، أما السلوك القهري فهو سلوك علني مثل تكرار الاغتسال، ويأخذ شكلاً من السلوك المعرفي، وهذا التابع من الأفكار والسلوك يقود إلى الألم والبؤس، واضطراب ويؤدي إلى السلوك المزعج (سعفان، 1998).

4.6.2. اضطراب المراق (توهم المرض):

هو من أكثر في الاضطرابات العصابية في مرحلة الشيخوخة انتشاراً، وقد يرجع ذلك إلى القصور الجسماني المرتبط بهذه السن، وقد يكون الشعور بالمرض مبرراً للفشل والإحباط، كما تلعب حاجة المسنين الشديدة للفت الأنظار الدور الكبير في ظهور المرض، وتوهم المرض أشيع لدى الإناث منه لدى الذكور، ويلاحظ توهم المرض أيضاً في حالة العجز أو الإعاقة حيث يبالغ في الإصابة الجسمية والسمة الأساسية له، هي انشغال دائم باحتمال الإصابة بواحد أو أكثر من الاضطرابات الجسمية الخطيرة، يعبر عنه بشكوى جسدية مستمرة أو بانشغال بمظهر الجسم، وكثيراً ما يفسر الشخص الأحاسيس والظواهر الطبيعية والعادية باعتبارها شاذة ومصدراً للضغط، كما يركز الانتباه على واحد أو اثنين من الأعضاء أو الأجهزة بالجسم، وغالباً ما يضيف المريض احتمال وجود اضطرابات جسمية أخرى بالإضافة إلى الاضطراب الأساسي.

ويظهر المرض عند الرجال والنساء ولا يستدعي وجود خصائص عائلية خاصة، كثير من المرضى يظنون في إطار الرعاية الأولية أو تخصصات طبية غير نفسية أخرى (سوين، 1988).

1.4.6.2. معايير التشخيص:

لكي يكون التشخيص قاطعاً يجب أن يتوفر ما يلي:

- اعتقاد مستمر بوجود مرض جسمي خطير أو أكثر يسبب في العرض أو الأعراض الموجودة ذلك رغم أن الأبحاث والفحوصات المتكررة لم ينجح في التعرف على أي تفسير جسمي كافٍ أو انشغال مستمر بتشويبه مفترض.

- تضخيم شدة الإحساس العادي بالتعب والألم.
- المبالغة في الأعراض التافهة و تضخيمها و الاعتقاد أنها مرض خطير (فمثلاً المغص يعتبره قرحة في المعدة)
- الاهتمام المرضي و الانشغال الدائم بالجسم و الصحة و العناية الزائدة بها وكثرة التردد على الأطباء
- رفض مستديم لقبول النصح والطمأنينة من عدة أطباء مختلفين بعدم وجود مرض جسدي يفسر الأعراض (ICD-10. 1992).
- يعوق اتصاله السوي بالآخرين و يشعره بالنقص و الشك في النفس كما يعوق اتصاله أيضاً بالبيئة المحيطة به (كوفيل وآخرين ، 1986).
- أما السمات الشخصية قبل المرض فتمتاز بالتمركز حول الذات بشكل غير ناضج والميل إلى الانعزال والاهتمام الزائد بالصحة والجسم.
- من النادر أن يظهر توهم المرض كعصاب مستقل، ولكن الأغلب والأعم أن يظهر كعرض مرافق لاضطراب نفسي آخر مثل الاكتئاب، وفي بعض الأحيان يكون توهم المرض مجرد إضافة إلى مرض عضوي فعلي يجعل الأعراض مبالغاً فيها (الإمارة، 2005).

7.2 الدراسات السابقة العربية

1.7.2 دراسات أجريت على المجتمع الفلسطيني:

- دراسة الشلبي، (1999) "بيوت المسنين في الضفة الغربية وقطاع غزة واقع وآفاق مستقبلية" هدفت الدراسة إلى مسح بيوت المسنين في الضفة الغربية وقطاع غزة مسحاً شمولياً دقيقاً يتناول البيت كوحدة أساسية ثم يتناول كل عامل وكل مسن نزير فيه استخدم أسلوب المسح الشامل كما صممت ثلاث استمارات تقي بأعراض الدراسة.
- وكشفت نتائج الدراسة أن ثلثي النزلاء في بيوت المسنين من الإناث وأن هذه البيوت تتشابه في نوع الخدمات التي تقدمها للمسنين النزلاء ويمكن حصرها بالاتي: إيواء ورعاية شخصية وجبات غذائية ورعاية صحية وطبية أولية وغسيل ملابس وبرامج ترفيهية اجتماعية، إلا أن معظم البيوت أكدت صعوبة نجاح أي برنامج ترفيهي اجتماعي تأهيلي للمسنين لعدم قدرتهم على التفاعل.
- وأظهرت الدراسة أن طبيعة بناء بعض بيوت المسنين غير صحية وتوزيعها الداخلي غير ملائم مع نقص في وسائل التكيف والراحة حيث اعتبر 13% من العاملين إداريين وغير إداريين أن البناء المتواجدين فيه غير لائق لإيواء مسنين فيما اعتبر 24% من العاملين عدم وجود وسائل التكيف

والراحة وأشارت أن أكثر من نصف البيوت مازال يستخدم مدافئ الغاز والكاز والكهرباء أثناء الشتاء ودون مكيفات أثناء الصيف وبينت الدراسة أن 25% من البيوت فيها أكثر من طابق دون وجود مصاعد كهربائية وهناك بيتان على الأقل تقع حماماتها في أجنحة وأماكن خاصة بعيدة عن الغرف كذلك بيت الدراسة أن متوسط عمر العاملين في بيوت المسنين 40 سنة وان أكثر من 76% منهم إناثا حيث أن 12% من العاملين أميون تماما وحوالي الثلث بمستوى ابتدائي أو إعدادي و23% ثانوي و16% معهد بعد الثانوي والباقي 15% جامعي إضافة لذلك لم يلتحق أي من العاملين بدورة خاصة في مجال رعاية وإيواء المسنين حتى الجامعيين منهم متخصصون في مجالات بعيدة عن هذا المجال وأظهرت الدراسة تدني رواتب نسبة كبيرة من العاملين حيث الراتب الشهري لأكثر من نصف العاملين بلغ أقل من 200 دينار أردني وكذلك ابدى 65% رأيهم بأفضلية خدمة المسنين في بيوتهم أينما تواجدوا.

وفيما يتعلق بالخلفية الاجتماعية الاقتصادية للمسنين النزلاء تبين أن متوسط عمر النزلاء بلغ 73 سنة شكل المسلمون 65% منهم، قابلهم 35% مسيحيون وكشفت نتائج الدراسة أن 68% من النزلاء قادمون من مدن رئيسية في الضفة الغربية والقطاع و21% من قرى و11% من المخيمات.

وتوصلت الدراسة أيضا إلى أن 61% من النزلاء أميون و16% بمستوى ابتدائي و13% إعدادي وما تبقى 7% ثانوي و2% خريجو معاهد 1% جامعيون، وكانت حالتهم الاجتماعية كالاتي 44% أعزب 7% متزوج 7% مطلق 42% أرمل واتضح من نتائج الدراسة أن 60% من النزلاء لم يعملون مطلقا وبينت أن 43% من النزلاء مهملون من قبل ذويهم ولا احد يقوم بزيارتهم فكان قرار ذهاب حوالي 32% من النزلاء مبنى على رغبتهم الخاصة ومعظم هؤلاء غير متزوجين أما الباقي 68% فكان قرار الذهاب مبنى على رغبة الأسرة أو الأقارب والمعارف .

وفيما يتعلق بأمراض الشيخوخة للنزلاء اتضح من نتائج الدراسة أن أكثر من ربع النزلاء يعانون مرضا قلبيا أو سكري ويتناولون الأدوية لذلك، أما من عندهم اضطرابات ذهنية فقد شكلوا 28% ومثلهم من يستعمل فوط صحية واطهر 10% من النزلاء عن معاملة غير لطيفة من قبل العاملين في هذه البيوت وكشفت النتائج أن 67% من النزلاء اعتبروا العزلة والملل والإهمال أهم المشاكل التي تواجههم ومن ثم الجو الداخلي غير المريح إضافة إلى ضعف العلاقة بين المسنين وخشونتها مع العاملين في هذه المؤسسات.

وكشفت الدراسة إلى نتيجة مفادها أن 92% من المسنين النزلاء يفضلون وجودهم في بيت المسنين وفضل 8% منهم بيتهم الخاص في ظل مساعدة خارجية.

- دراسة صنصور (1999), Sansur: " انتشار ظاهرة العجز وتأثيراتها الاجتماعية الاقتصادية بين البالغين وكبار السن في الضفة الغربية".

حاولت الدراسة اختبار طبيعة ووجود العجز بين الكبار البالغين وكبار السن وعلاقتها في مفهوم المرض الصحة والصدمة وكذلك اختبار الخدمات المقدمة لكبار السن في المجتمع الفلسطيني في فترة انتقال غير مستقرة من الناحية الاجتماعية والسياسية حيث تكونت عينه الدراسة من 1700 مسن تتراوح أعمارهم بين 55-98 سنة وتم اختيارهم عشوائيا من مناطق مختلفة قروية وحضرية ومخيمات للاجئين في ثلاثة مناطق جغرافية في الضفة الغربية وتم جمع المعلومات من خلال مقابلات استخدمت فيها استبانته تتضمن العديد من المقاييس العالمية حيث تم إعادة ترجمتها وتعريفها بشكل يتفق مع الثقافة المحلية الفلسطينية واختبرت هذه المقاييس المفهوم الشخصي الفيزيائي والصحة العقلية التي تتضمن: الاكتئاب، والوظائف الإدراكية والنشاطات الأولية والثانوية للحياة اليومية لكبار السن .

بينت الدراسة أن 16 % من كبار السن يعانون من مشاكل إدراكية وهم بحاجة إلى مساعدة من قبل الأقرباء المحيطين بهم وكذلك أن أكثر من 28 % من كبار السن اظهروا اعتمادا في النشاطات الثانوية اليومية أقل من النشاطات الأولية المتعلقة بالعجز المرتبط بالأمراض المزمنة، وان أكثر من نصف المستجيبين اظهروا أعراض الاكتئاب وتدهور في الصحة النفسية والعقلية نتيجة إلى التقدم في السن حيث كانت مفاهيم النساء حول صحتهن ورفاهيتهن أكثر وضوحا منها لدى الرجال. وكشفت الدراسة إن مؤشرات الصحة العقلية والجسدية كانت مثل العجز حساسة للمستوى التعليمي والدخل ومستوى الدعم العائلي وأظهرت الدراسة عن وجود نقص واضح للخدمات الاجتماعية والصحية المقدمة لكبار السن وان هناك عبئا إنسانيا واقتصاديا ناتج عن رعاية كبار السن في العائلة الفلسطينية.

-دراسة حسنين، (2001) " المسنون : أوضاع - حاجات ومصادر دعم " هدفت إلى التوصل لأهم المتغيرات الضرورية التي من شأنها توضيح وتفسير أوضاع المسنين الساكنين في البلدة القديمة من القدس استخدمت الاستمارة من خلال المقابلة لجمع البيانات حيث أظهرت نتائج الدراسة أن حوالي 51% من المسنين هم في الأجيال 60-70 عاما 36.8% من المسنين يعيشون مع الزوج/ة و60% منهم يسكنون مع أولادهم و23% منهم يعيشون مع أقارب وأعرب 61% من مجموع المسنين عن وجود علاقات جيدة مع أبنائهم الذين يسكنون في نفس المنطقة وان 30% من المسنين يشاركون في فعاليات ومناسبات اجتماعية و34% منهم لديهم زيارات متبادلة مع الأهل و الجيران في حين أن حوالي الثلث أعرب بأنه لا يشارك في نشاطات اجتماعية

أو لا تتوفر لديه زيارات متبادلة مع الأقارب والجيران و 80% منهم وصف علاقته مع جيرانه بالجيده .

وفيما يتعلق بالخصائص الصحية والقدرات الوظيفية فقد أشار 91.2% من المسنين أنهم يعانون من مرض ما منهم 34% يعانون من أمراض مختلفة في نفس الوقت 17% يعانون من مرض السكري بالتحديد و 11% منهم يعانون من أمراض القلب وأعرب 68% من المسنين أن للمرض تأثيراً على تنفيذ وظائفهم ومهامهم اليومية .

وأظهرت معطيات الوضع الاقتصادي أن 12.5% من المسنين لا تتوفر لديهم أية مصادر دخل حيث عبر أكثر من نصف المسنين عن عدم كفاية الدخل وعدم الرضا عنه وكذلك بينت نتائج الدراسة أن 74% من المسنين يسكنون بالإيجار وحوالي 60% يسكنون في بيت مكون من 2-3 غرف.

-دراسة عبد الله و العسيلي، (2005) "المشاكل التي يعاني منها المسن الفلسطيني في ظل التحولات المعاصرة"

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على المشاكل التي يعاني منها المسن الفلسطيني في ظل التحولات المعاصرة، ومعرفة احتياجات ومتطلبات المسن الفلسطيني في ظل الحصار التي يفرضه الاحتلال على المدن والقرى الفلسطينية، استخدمت الدراسة المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من 319 مسن، تراوحت أعمارهم بين 60 - 93 سنة، وتم تطوير أداة للتعرف على المشاكل التي يعاني منها المسن الفلسطيني.

أظهرت الدراسة أن المشكلة الأولى التي يعاني منها المسن الفلسطيني هي المشاكل النفسية في المرتبة الأولى، يلي ذلك العلاقة مع الآخرين ثم المشاكل الصحية وأخيراً مشكلة التسلية والترفيه. كذلك بينت أن أبرز المشكلات التي يعاني منها المسن الفلسطيني على التوالي هي: الخوف على الأبناء، والشعور بالقلق على مستقبل الأبناء، وعدم وجود أماكن ترفيهية للكبار، والمعاناة من سرعة الغضب، وأن برامج التلفاز غير مناسبة لكبار السن، وبأن برامج الإذاعة غير مناسبة لكبار السن، والمعاناة من القلق والأرق عند النوم، والشعور بالخوف، وأخيراً عدم وجود اهتمام لقضاء وقت الفراغ.

لم تظهر الدراسة فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين والمسنات تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية للمسن وحسب مكان السكن، والحالة الزوجية، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشاكل بين المسنين الذين يعملون ولا يعملون ولصالح الذين لا يعملون، وبين المتعلمين وغير المتعلمين لصالح غير المتعلمين.

-دراسة ادكيدك، (2006) " العنف ضد المسنين في القدس الشرقية : وصف وتفسير لبعض مظاهر العنف من وجهة نظر المسنين أنفسهم "

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى انتشار ظاهرة العنف بجميع أشكاله عند المسنين الفلسطينيين الذين يستخدمون مراكز المسنين في القدس الشرقية والكشف عن جميع مظاهر أو أبعاد العنف التي يمكن أن يتعرض لها المسنون حيث تكون مجتمع الدراسة من المسنين الذين يستخدمون مراكز وأندية المسنين التابعة لدائرة الرفاه الاجتماعي في القدس الشرقية حيث استخدمت الباحثة المنهج الكيفي على عينة قوامها (10) مسنين، والمنهج الكمي على عينة بلغت (101) مسن من الجنسين (35) مسن (66) مسنة، أشارت نتائج الدراسة أن ظاهرة العنف ضد المسنين بكافة أشكاله موجودة في المجتمع الفلسطيني فيما يتعلق بالعنف النفسي فقد بينت النتائج أن 6.5 % من المسنين لديهم شعور بالخوف من قبل أفراد عائلاتهم و 17% شعروا بالاهانة بعد تعرضهم للمسبات من قبل أفراد عائلاتهم و 59% شعروا بعدم الحرية في اتخاذ قرارات تتعلق بحياتهم وبالنسبة للعنف اللفظي أوضحت نتائج الدراسة أن 15% من المسنين تعرضوا للشتائم و 17% تعرضوا للحرب من قبل عائلاتهم (عدم التكلم معهم) في حين أن 15% من أفراد العينة تعرضوا للاهانة و 19% من المسنين تعرضوا للصراخ، وفيما يتعلق بالعنف الجسدي بينت النتائج أن 2% من المسنين تعرضوا لجميع أبعاد العنف الجسدي (الدفع ، الضرب باليد ، والتوجيه)، أما العنف المادي فقد كشفت النتائج أن 5% من المسنين منعوا من المصروفات المادية و 2% تعرضوا لسرقة أموالهم و 3% تعرضوا لسرقة أشياءهم الخاصة و 6% من المسنين افترض منهم احد أفراد عائلتهم بدون موافقتهم و 15% من أفراد العينة افترض منهم أفراد عائلتهم ولم يرجعوا لهم المبلغ المقترض و 4% من المسنين اجبروا على التنازل عن أموالهم الخاصة و 2% أيضا اجبروا على التنازل عن أملاكهم الخاصة و 3% من المسنين اجبروا على بيع أثاثهم أو ذهبهم و 2% اجبروا على كتابة وصية تنازل عن أملاكهم الخاصة.

وفيما يتعلق بالإهمال المقصود وغير المقصود فقد أشارت النتائج أن 12% من المسنين لم تقدم لهم وجبات بشكل منتظم يوميا في حين أن 28% من المسنين أشاروا أن الوجبات تقدم لهم بشكل منتظم في بعض الأحيان، أما عن نوعية الوجبات المقدمة فقد أشار 15% من المسنين إلى أن نوعية الوجبات المقدمة غير جيدة و 26% من المسنين أشاروا إلى أن نوعية الوجبات المقدمة هي متوسطة الجودة وحول اهتمام أفراد عائلة المسن بتقديم الأدوية للمسن بمواعيد منتظمة أشار 7% من المسنين إلى عدم تقديم الدواء لهم بمواعيده و 33% من المسنين أشاروا إلى إهمال من قبل أفراد عائلتهم في بعض الأحيان في تقديم الدواء بمواعيده وفيما يتعلق بأخذ المسن إلى الطبيب في حالة المرض أشار 13% من المسنين إلى عدم اهتمام أفراد عائلتهم بأخذهم للطبيب في حالة المرض و 25% أشاروا إلى عدم اهتمام في بعض الأحيان من قبل أفراد عائلتهم بأخذهم للطبيب في حالة

المرض، وبالنسبة للاستحمام أشار 11% من المسنين إلى عدم اهتمام أفراد عائلتهم بمساعدة جزئية في الغسيل وحول مساعدة المسن من قبل أفراد عائلته في تنظيف غرفته فقد أشار 12% من المسنين إلى عدم تقديم المساعدة لهم في تنظيف غرفتهم، بينما أشار 23.2% منهم إلى تقديم أفراد عائلتهم مساعدة جزئية في هذا الموضوع .

- دراسة جودة، (2006) " أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالوحدة النفسية لدى عينة من المسنين".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة والوحدة النفسية لدى عينة من المسنين، ومعرفة مدى تأثر أساليب مواجهة الضغوط النفسية بالجنس ومكان الإقامة والعمر ومستوى التعليم وبلغت عينة الدراسة (53) مسن و (47) مسنه وقد استخدمت الباحثة في الدراسة مقياسين أحدهما لقياس أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة والآخر لقياس الوحدة النفسية و أسفرت نتائج الدراسة عن أن المسنين يستخدمون أساليب متعددة في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، كما أسفرت عن عدم وجود فروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في أبعاد أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة تعزى لمتغير الجنس ومكان الإقامة والعمر ومستوى التعليم كما أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في مقياس الوحدة النفسية تعزى لمتغير الجنس ولصالح المسنات، وعدم وجود فروق تعزى للعمر والمستوى التعليم .

-دراسة غنادري، (2006) "مصادر الضغط النفسي واستراتيجيات التوافق لدى كبار السن من عرب إسرائيل".

هدفت هذه الدراسة التعرف على مصادر الضغط النفسي التي يواجهها كبار السن من عرب إسرائيل الممتدين من الشمال وحتى النقب في الجنوب وهدفت كذلك إلى التعرف على الاستراتيجيات المستخدمة من قبلهم للتوافق مع هذه الضغوط، كما هدفت التعرف على أثر متغير الجنس، ومكان الإقامة، على الضغوط التي يواجهونها كبار السن والاستراتيجيات التي يستخدمونها للتوافق مع الضغوط، فتم تطبيق مقياس لمصادر الضغط النفسي ومقياس لاستراتيجيات التوافق على عينة من 694 كبار السن من كلا الجنسين وأظهرت نتائج هذه الدراسة ما يلي:

هناك مصادر ضغوط نفسية لدى كبار السن من عرب إسرائيل متمثلة بالضغوط الشخصية والاقتصادية والانفعالية وكان أكثرها الضغط الانفعالي، هناك فروق في مصادر الضغوط لدى كبار السن من عرب إسرائيل تعزى إلى جنس المسن وتميل الفروقات لصالح الذكور و توجد فروقات في مصادر الضغوط تعزى لمكان الإقامة وتميل الفروقات لصالح المقيمين في المنازل، يستخدم كبار السن من عرب إسرائيل استراتيجيات التوافق في التغلب على مصادر الضغط التي يعانون

منها وقد جاءت الاستراتيجيات المعرفية والضبط الداخلي ومكافأة الذات في المراتب الثلاثة الأولى بينما احتلت العزلة المرتبة الأخيرة، ووجد فروقات في استراتيجيات التوافق لدى كبار السن من عرب إسرائيل وتميل الفروقات لصالح الذكور وتتركز هذه الفروقات من استراتيجيات التوافق التالية (الدعم الاجتماعي ، المعرفية ، الاسترخاء ، الحديث الايجابي مع الذات الضبط الداخلي وتجنب الموقف ومكافأة الذات) بينما تميل الفروقات بالنسبة لإستراتيجية الدعم الاجتماعي وتجنب الموقف لصالح الإناث.

كما أشارت الدراسة إلى وجود فروقات في استراتيجيات التوافق لدى كبار السن من عرب الداخل تعزى لوجودهم في دار العجز وتتركز هذه الفروقات في استراتيجيات التوافق التالية (اللجوء إلى العزلة، المعرفية، الحديث الايجابي مع الذات، الضبط الداخلي تجنب الموقف محاربة الحركات الجسمية) وتميل الفروقات لصالح المقيمين في المنزل بينما تميل إستراتيجية العزلة لصالح المقيمين في بيت العجزة.

2.7.2 الدراسات العربية:

- دراسة السباسي، (1983) "اثر أسلوب الرعاية في مشكلات التكيف و الشخصية لدى كبار السن في الأردن"

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر أسلوب الرعاية في مشكلات التكيف والشخصية لدى كبار السن في الأردن، استخدمت الباحثة مقياس كورنل المعرب والمعدل للبيئة الأردنية وتكونت العينة من 150 مسناً ومسنة 50 منهم يتلقون رعاية مؤسسية و 100 يتلقون رعاية أسرية للكشف عن المشكلات التي يعاني منها كبار السن وقامت بإجراء المقابلات الفردية مع كبار السن الذين يتلقون رعاية مؤسسية في كل من دار الضيافة/عمان ، ودار السلام/عمان، ومركز الأميرة منى/الزرقاء.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن كبار السن الذين يتلقون رعاية مؤسسية يعانون من مشكلات في التكيف والشخصية أقل من أولئك الذين يتلقون رعاية أسرية وفيما يتعلق بمتغير الجنس فقد ظهر أن كبار السن من الإناث يعانون من مشكلات في التكيف والشخصية أكثر من الذكور أما بالنسبة لعاملي الجنس ونوع الرعاية فلم تظهر فروق بين الجنسين ممن يتلقون رعاية مؤسسية.

- دراسة راشد، (1989): "السمات الشخصية لكبار السن المقيمين في دور المسنين في الإسكندرية".

شملت عينة الدراسة (152) مسناً من المقيمين بدور المسنين بالإسكندرية استخدمت فيها اختبار ميدل سكس للشخصية لقياس سمات القلق والفوبيا والوساوس والاكتئاب والأمراض السيکوسوماتية

والهستيريا وتوصلت الية وجود علاقة موجبة ودالة إحصائية بين كل من الوسواس والاكتئاب والأمراض السيكوسوماتية والهستيريا، وان المرض الجسمي والوحدة والعزلة والمشاكل الاجتماعية وقلة النشاط هي العوامل التي تساعد على ظهور التغيرات المصاحبة للكبر.

دراسة أبو سوسو، (1991) "الحاجات النفسية للمرأة المسنة".

هدفت إلى الكشف عن حاجات المرأة المسنة في المجتمع المصري، اشتملت العينة على 60 سيدة من المقيمات في دور الرعاية وقسمت العينة إلى مجموعتين متساويتين في العدد اشتملت المجموعة الأولى على مسنات أعمارهن من 60-65 سنة أما المجموعة الثانية فقد اشتملت على سيدات أعمارهن من 30-35 سنة وتم استخدام مقياس للتفضيل الشخصي يحتوي على خمس عشرة حاجة نفسية و أشارت نتائج الدراسة إلى أن أهم الحاجات النفسية لدى المرأة المسنة هي العطف والتحمل والسيطرة والانجاز وعند مقارنة المرأة المسنة مع غير المسنة تفوقت المسنة في القدرة على القيادة والانجاز واتخاذ القرارات.

- دراسة القدومي (1991) "تحديد مشكلات المسنين في الأردن في ضوء متغيرات الجنس والحالة الاجتماعية ومكان الإقامة".

هدفت الدراسة إلى تحديد مشكلات المسنين ومجالات هذه المشكلات في ضوء متغيرات الجنس والحالة الاجتماعية ومكان الإقامة وتكونت عينة الدراسة من (100) مسن من الذكور والإناث يعيشون في محافظة اربد وتم استخدام أسلوب المقابلات الفردية للإجابة عن فقرات الاستبانة التي طورتها الباحثة واشتملت على (59) فقرة وقد دلت نتائج الدراسة على أن أهم خمس مشكلات يعاني منها المسنون هي: الظروف السكنية غير المناسبة وعدم الذهاب للنوادي والحدائق العامة وعدم تقديم الاحترام للأباء من قبل الأبناء والانفعال بسرعة وكره الذهاب إلى الأطباء، أما أهم مجالات المشكلات فكان المجال التروحي ولم تظهر فروق في درجة شعور المسنين بالمشكلات تعود لمتغير الجنس، والحالة الاجتماعية.

- دراسة محافظة، (1993) "مشكلات المسنين في دور الرعاية في الأردن"

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد المشكلات التي يعاني منها المسنون في دور الرعاية في الأردن وأهم مجالاتها ومدى اختلاف شعورهم بها باختلاف جنسهم وعمرهم ومدة إقامتهم في تلك الدور، تكون مجتمع الدراسة من جميع المسنين القادرين على التجاوب مع الباحث في كافة دور الرعاية في الأردن والبالغ عددهم (80) مسنا من ذكور وإناث وبعد أن تم استثناء (20) مسنا منهم وهم أفراد

العينة العشوائية التي طبقت عليهم أداة الدراسة للتأكد من صدقها وثباتها، فقد تألفت عينة الدراسة من جميع أفراد مجتمع الدراسة الباقين والبالغ عددهم (60) مسناً منهم (26) ذكور و(34) إناث. ولجمع المعلومات طور الباحث استبانة مؤلفة من جزأين تضمن الجزء الأول على معلومات من المسنين حول متغيرات الدراسة وتضمن الجزء الثاني على فقرات الاستبانة التي اشتملت على (68) فقرة توزعت على خمسة مجالات للمشكلات هي المجال الصحي والنفسي والاجتماعي وتقديم الخدمات والتروحي .

وقام الباحث بإجراء المقابلات الفردية مع جميع أفراد الدراسة، وقد أظهرت النتائج أن أهم مجالات المشكلات من وجهة نظرهم هو المجال التروحي يليه في الترتيب المجال الاجتماعي ثم المجال الصحي ثم مجال تقديم الخدمات وأخيراً المجال النفسي .

كما أظهرت نتائج الدراسة أن المسنين في دور الرعاية يعانون من مشكلات عديدة توزعت في درجة حدتها إلى خمسة فئات على المشكلات الحادة جداً وتمثلت بعدم وجود أعمال مسلية يقومون بها أثناء وقت الفراغ وشعورهم بأنه لا يوجد لهم بديل آخر عن الإقامة في المؤسسة وعدم توفر المكتبة والصحف اليومية والمجلات وأفلام الفيديو المختارة والعباب فكرية مسلية، وقلّة البرامج والنشاطات الترفيهية للنزلاء وتدني القيمة الغذائية لوجبات الطعام التي لا يراعى فيها نظام الحماية وعدم قيام أبناء المسنين باستشارتهم في قرارات تخص الأسرة كما يعانون من صعوبة في الحركة والتنقل ولا يوجد من يشكون إليه همومهم ومشكلاتهم .

- دراسة جمعة، (1994) "دراسة وصفية مقارنة للمشكلات الاجتماعية والنفسية للمسنين في دور الرعاية الإيوائية والمتريدين على نوادي رعاية المسنين". وتمثلت أهداف الدراسة في التعرف على المشكلات الاجتماعية والنفسية للمسنين في دور الرعاية الإيوائية والمسنين في بيئاتهم الطبيعية ولكنهم يترددون على نوادي المسنين وكذلك المقارنة بين المشكلات الاجتماعية والنفسية للمسنين في دور الرعاية الإيوائية والمسنين في بيئاتهم الطبيعية في مصر استخدمت منهج المسح الاجتماعي بطريقة الحصر الشامل ومنهج دراسة الحالة، كما استخدمت استمارة الاستبيان، المقابلة المقننة، الملاحظة، وتكونت عينة الدراسة من 91 مسناً من البيئة الطبيعية، 73 مسناً من دور الرعاية الإيوائية، وقد تم التطبيق في تسع دور لرعاية المسنين وتسع نوادي للمسنين.

توصلت الدراسة إلى أن المسنين في دور الرعاية يعانون من مشكلات اجتماعية مثل سوء علاقتهم بزوجاتهم وأبنائهم وأقاربهم وفقد الأصدقاء وصعوبة التكيف مع زملائهم بالدار وعدم شعورهم باهتمام الآخرين، بينما المسنين في البيئة الطبيعية يعانون من عدم قدرتهم على التكيف خاصة بعد إحالتهم للمعاش وفقدانهم لبعض الأدوار وفقد الشعور بالمسؤولية والاهتمام الذي يمنحه العمل وكذلك

مشكلات كيفية شغل وقت الفراغ، وقد تبين أيضا أن المسنين في البيئة الطبيعية يشعرون أحيانا بمشكلات نفسية مثل الشعور بالوحدة والشعور بالانقباض والضيق والقلق من ضغوط الحياة التي تزداد، بينما المسن في الدار يشعر دائما بهذه المشكلات إلى جانب التوتر وقلة النوم وما ينجم عن ذلك من سوء التوافق النفسي وعدم الشعور بالأمان والطمأنينة.

كما توصلت الدراسة إلى أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بالنسبة للمشكلات الاجتماعية والنفسية للمسنين في دور الرعاية الإيوائية والمسنين في بيئاتهم الطبيعية لصالح المسنين المقيمين في الدور الإيوائية، وأظهرت أن هناك علاقة ارتباطية بين هذه المشكلات وبعض المتغيرات مثل الحالة الاجتماعية للمسن لصالح الأرامل، دخل المسن بعد التقاعد لصالح المسنين الأقل دخلا وكذلك التكوين الأسري للمسن لصالح المسنين من الأسر الممتدة.

- دراسة النبال و خميس، (1995) "السعادة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والشخصية" هدف الدراسة إلى بناء مقياس الشعور بالسعادة لدى المسنين والمسنات مع بيان أهم خصائصه السيكمترية، والوقوف على البناء العامل لبنوده إلى جانب فحص العلاقة بين بعض المتغيرات الشخصية (كالقلق، والاكتئاب، والعصابية، والوساوس، والانبساط) لدى عينة من المسنين والمسنات في مدينة الإسكندرية، تكونت عينة الدراسة من (60) فردا من المسنين والمسنات بواقع 30 مسنة و30 مسن وبلغت أعمارهن في المتوسط 68.23% وتم تطبيق مقياس السعادة وهو من إعداد الباحثين وقد أشرت نتائج الدراسة إلى فروقا جوهرية بين عينة المسنين والمسنات في متغير السعادة، لصالح المسنين الذكور كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المسنات في متغيرات الشخصية كالقلق والاكتئاب والعصابية والوساوس والانبساط (غانم، 2004).

- دراسة الشوا، (1995) "العلاقة بين أسلوب رعاية المسنين ومستوى الاكتئاب عندهم". هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى تأثير مستوى الاكتئاب عند المسنين باختلاف نوع الرعاية المقدمة لهم في الاردن وفيما إذا كان مستوى الاكتئاب يختلف باختلاف جنس المسن ومستواه التعليمي ولفحص فرضيات الدراسة تم استخدام قائمة بيك المعربة للاكتئاب على عينة تكونت من (150) مسن ومسنة (75) يقيمون في دور الرعاية و(75) يقيمون في منازلهم أظهرت نتائج تحليل التباين الثلاثي وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب بين المسنين المقيمين في دور الرعاية والمسنين المقيمين مع أسرهم حيث ظهر أن درجة الاكتئاب عند المسنين في دور الرعاية أعلى منها عند أولئك المقيمين مع أسرهم، ولم تشر النتائج إلى أية فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بين المسنين تعزى لمتغير الجنس أو المستوى التعليمي، كما لم تظهر أية فروق ذات دلالة إحصائية للتفاعلات الثنائية أو المشتركة بين متغيرات الدراسة على درجة الاكتئاب.

- دراسة عباس، (1995) "النوع و الإقامة بدور المسنين ودورهما في تباين بعض المتغيرات النفسية".

هدفت الدراسة إلى معرفة التباين بين المسنين من كلا الجنسين على الشعور بالقلق، والاعتراب ومفهوم الذات، و أثر الإقامة في دور المسنين على الشعور بالقلق والاعتراب ومفهوم الذات، وذلك بالمقارنة بالمسنين خارج دور الرعاية في الإسكندرية، وأثر التفاعل بين النوع والإقامة على الشعور بالقلق والاعتراب، ومفهوم الذات لدى المسنين، ولتحقيق أهداف البحث قامت الباحثة بتطبيق الأدوات التالية: استمارة تاريخ الحالة، استمارة جمع البيانات من إعداد الباحثة مقياس مفهوم الذات لكبار السن، ومقياس سمة القلق لسبيلبرجر، وقائمة الاعتراب على عينة تكونت من مجموعتين من المسنين والمسنات المقيمين داخل دور المسنين وخارجها، حيث تكونت العينة الأولى من 60 مسنا ومسنة يعيشون مع أسرهم، منهم 30 من الذكور و30 من الإناث، أما المجموعة الثانية تكونت من 60 مسنا ومسنة يعيشون مع أسرهم، منهم 30 ذكور، 30 إناث، وتم اختيار العينة بطريقة عشوائية وتراوحت أعمار العينة ما بين 60-70 سنة وكانت جميع أفراد العينة من الذين سبقوا لهم الزواج ولهم أبناء من 2 إلى 5، أظهرت الدراسة عددا من النتائج كان أهمها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين داخل دور الرعاية والمقيمين خارجها في سمة القلق اتجاه المقيمين داخل دور الرعاية كما وجدت الدراسة فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث على سمة القلق في اتجاه الذكور.

- دراسة أحمد، (1998) "الحرمان من البيئة الطبيعية وعلاقتها بالصحة النفسية، لدى عينة من المسنات بدور الرعاية الخاصة".

هدفت الدراسة إلى التعرف على الجوانب المتعددة للشخصية لدى عينتين من المسنات، الأولى في دور الرعاية الخاصة، والثانية مسنات ذوات أسر طبيعية في مصر وقد استخدمت الباحثة اختبار الشخصية المتعدد الأوجه للتحقيق الهدف الأول، وتمثل الهدف الثاني من الدراسة في التعرف على ما يمكن للبيئة إن تعكسه من بناء نفسي مميز لدى عينة من مسنات دور الرعاية الخاصة وذلك باستخدام أدوات المنهج الإكلينيكي المتمثل في دراسة الحالة، والمقابلة الإكلينيكية، واختبار تفهم الموضوع للمسنين.

المجموعة الأولى من عينة الدراسة تكونت من عشرة مسنات من المقيمات بدور الرعاية الخاصة والثانية عشرة مسنات من ذوات الأسر الطبيعية وأظهرت النتائج أن حرمان المسنات من البيئة الطبيعية يؤثر على شخصيتهن وتوافقهن النفسي والاجتماعي، وقد تبين إن هناك فروقا دالة لصالح مجموعة دور الرعاية الخاصة في كل من (توهم المرض، الاكتئاب، البارانويا، الفصام، الانطواء الاجتماعي).

- دراسة أحمد، (1998) "دراسة- عبر ثقافية- عن الاكتئاب والانطواء لدى المسنين المتقاعدين في البيئتين المصرية والسعودية".

هدفت الدراسة إلى التعرف على سمتي الاكتئاب والانطواء الاجتماعي لدى عينة من المسنين وما إذا كانت هذه السمات تعزى إلى متغير التقدم بالعمر أم إلى عوامل اجتماعية أخرى كالنقاعد والبعد عن العمل وانصب الاهتمام على الثقافتين العربيتين المصرية والسعودية، وقد استخدمت الباحثة مقياس الانطواء الاجتماعي ومقياس الاكتئاب من اختبار الشخصية متعددة الأوجه التي أعده لويس ملكية، وقامت الباحثة بحساب الصدق والثبات على عينة الدراسة، التي تكونت من (60) مسن موزعين على ثلاثة مجموعات ممن هم في سن التقاعد ويعملون وآخرين متقاعدين ولا يعملون من البيئتين المصرية والسعودية، وقد تبين إن هناك فروقا لصالح المسنين المتقاعدين والذين لا يعملون في كل من الاكتئاب والانطواء الاجتماعي.

- دراسة العكروش، (1999) "مشكلات كبار السن في المجتمع الأردني مقارنة سوسولوجية". فقد قامت بدراسة مشكلات كبار السن في المجتمع الأردني من جميع الجوانب (الاجتماعية النفسية، الصحية، الاقتصادية، والترفيهية) للمسنين المقيمين داخل منازلهم وكذلك المسنين المقيمين داخل المؤسسات الإيوائية، وأيضاً نظرة المجتمع الأردني إلى كبار السن، تألفت عينة ادراسة من (1200) مسن يقيمون داخل بيوتهم و(42) مسنا في المؤسسات الإيوائية، و(200) من المجتمع الاردني، ومن ابرز النتائج التي توصلت إليها الباحثة، ارتفاع نسبة الأبناء الذين يستشيرون آباءهم في أمورهم في المناطق الريفية عن المناطق الحضرية، أن المسنين المتزوجين والذين يقيمون مع أبنائهم وبناتهم كانوا يشعرون بالراحة والسعادة والرضا، إن حوالي نصف أفراد العينة المقيمين في دور المسنين يعتمدون في إقامتهم على الرعاية الاجتماعية أي تقوم وزارة التنمية الاجتماعية والجمعيات بدفع تكاليف إقامتهم في دور الإيواء بسبب تدني الدخل المادي لدى هؤلاء المسنين، أن حوالي نصف المسنين المقيمين في دور المسنين لديهم أبناء متزوجون يقيمون داخل الأردن، وهذا يدل على بعض التراجع في قيمنا الدينية والتربوية واتضح خلال الدراسة ارتباطا بين المشكلات الاجتماعية والنفسية والصحية والاقتصادية وأنها تؤثر وتتأثر ببعضها البعض .

- دراسة غانم، (2000) "الاكتئاب وجوانب التشويه المعرفي لدى المتقاعدين العاملين وغير العاملين".

هدفت الدراسة إلى معرفة درجات الاكتئاب وجوانب التشويه المعرفي لدى المتقاعدين العاملين وغير العاملين، تكونت عينة الدراسة من المتقاعدين العاملين وعددهم (96) والمتقاعدين غير العاملين وعددهم (153) وجميعها من الذكور، وقد استخدم الباحث مقياس بيك للاكتئاب، تعريف

وإعداد غريب عبد الفتاح غريب، ومقياس الأحكام التلقائية عن الذات، إعداد ممدوحة سلامة، وقد أظهرت الدراسة أن المتقاعدين غير العاملين لديهم درجات عالية من الاكتئاب، والتشويه المعرفي مقابل المتقاعدين العاملين، كما أظهرت النتائج زيادة في درجات الاكتئاب لصالح مجموعة المهن الإدارية والكتابية في حين أن لوم الذات والمبالغة جاء لصالح أفراد المهن العليا (غانم، 2002).

- دراسة فارس، (2000) "التغير الاجتماعي وأثره على واقع المسنين" أجريت الدراسة على المسنين المقيمين في بلدة حبراص وهي إحدى قرى التابعة لمحافظة أربد- عمان، هدفت الدراسة إلى تقديم صورة عن أهم المشكلات الاجتماعية والاقتصادية والأسرية التي يعاني منها كبار السن وطبيعة التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي ساهمت في إحداث تلك المشكلات ولتحقيق هدف الدراسة اعتمدت الباحثة على المنهج الانثربولوجي باستخدام الملاحظة المباشرة والمقابلة الشخصية الفردية غير الرسمية والاطلاع على السجلات والوثائق الرسمية أظهرت نتائج الدراسة أن هناك أنماط مختلفة من الرعاية التي يمكن أن تقدمها الأسرة لمسنيتها منها: الرعاية الصحية والاقتصادية وأخيراً الاجتماعية وقد تبين أن أنواع الرعاية المقدمة لكبار السن ارتبطت بعدة متغيرات منها: الحالة الزوجية للمسنين ومكان إقامته والوضع الاقتصادي له وأشارت أن هناك مجموعة من العوامل التي ساعدت على إضعاف القيم والتوجهات والعادات والتقاليد التي كانت سائدة في المجتمع الريفي والتي كان من أبرزها انشطار الأسرة الممتدة لتحل محلها الأسرة النواة وقد تبين أن تلك العوامل أثرت وبشكل واضح على واجبات ووظائف أفراد الأسرة تجاه شيوخهم وبالتالي قلصت من تلك الوظائف وحجبت الكثير منها وأوضحت نتائج الدراسة بأن هناك جهات حكومية تقوم ببعض المهام تجاه كبار السن بعد أن تخلت الأسرة عن القيام بها متمثلة ذلك بالرعاية الاقتصادية والمساعدات المادية التي يقدمها صندوق المعونة الوطنية التابع لوزارة التنمية الاجتماعية للكثير من المسنين ممن ضاق بهم الحال وكشفت نتائج الدراسة أن أهم المشكلات والأكثر شدة لدى كبار السن والتي احتلت الأولوية من حيث شدتها كانت المشكلات الاقتصادية والاجتماعية والمشكلات والسكنية إضافة إلى المشكلات الصحية والمشكلات الدينية.

- دراسة السدحان، (2000) "العقوق : دراسة اجتماعية ميدانية على المسنين المقيمين في دور الرعاية الاجتماعية".

هدف الدراسة إلى التعرف إلى الخصائص العامة والاجتماعية للمسنين المقيمين بدور الرعاية والتعرف إلى أسباب دخول المسنين دور الرعاية، والتعرف إلى العلاقة بين المسنين المقيمين بدور الرعاية وذويهم ومحاولة تلمس هل هناك ظاهرة تخلي الأبناء عن الوالدين في المجتمع السعودي

تكونت عينة الدراسة من (462) مسنا ومسنة منهم (277) مسنا و(185)مسنة، وقد صمم الباحث استبانته لهذا الغرض.

أسفرت نتائج الدراسة أنه يغلب على المسنين المقيمين في دور الرعاية عدم وجود شريك حياه لهم اتصف المسنون المقيمون بدور الرعاية بالضعف الاقتصادي بشكل عام، ويغلب عليهم الوحدة وعدم وجود من يقوم برعايتهم، وأكثر من ثلث المسنين المقيمين بدور الرعاية الاجتماعية لا يعرف لهم مأوى محدد قبل دخولهما الدار، كما اتصفت الزيارات التبادلية بين المسنين (ذكورا وإناثا) وذويهم خارج الدار بالقلّة وتباعد الفترات بين الزيارة والأخرى، وهناك قرابة الثلث من المسنين بدور الرعاية لم يزرهم احد، كما وجد نسبة كبيرة من المسنين لم يتزوجوا أصلا وهؤلاء يصلون إلى النصف تقريبا، ووجد أن عدد كبير منهم ليس لديهم أي قريب يعتني بهم، ووجد نسبة قليلة من المسنين المقيمين في الدور يلحون في طلب الخروج لأسرهم وذويهم خارج الدار ولكن الأسرة ترفض ذلك الطلب.

- دراسة رزق، (2002) "مشكلات المسنين المقيمين مع أسرهم وفي دور المسنين" دراسة تشخيصية إرشادية مقارنة.

هدفت إلى التعرف على مشكلات كبار السن والكشف عن مدى الاختلاف في الاستجابة على هذه المشكلات باختلاف نوع الجنس البيئية الجغرافية الإقامة مع الأسرة أو في مؤسسات رعاية كبار السن ولتحقيق أهداف البحث قامت الباحثة باستخدام المقابلة الإكلينيكية واختبار تفهم الموضوع للمسنين S.A.T بطارية جيلفورد (اختبار الاكتئاب) والنموذج اليومي المتدرج لمراقبة الحالة المزاجية للمسنين وكذلك مقياس مشكلات المسنين من إعداد الباحثة على عينة قوامها 289 فردا من المسنين ذكورا وإناثا يقيمون مع أسرهم ويقيمون في دور المسنين تم اختيارهم بطريقة عشوائية من ثلاث محافظات (القاهرة ، طنطا ، بور سعيد) تراوحت أعمارهم مابين 60-75 عام.

توصلت نتائج الدراسة إلى أن الإناث بشكل عام أكثر معاناة من المشكلات النفسية والصحية والمادية ويمكن تفسير ذلك على ضوء أن تعدد ادوار المراه كزوجة وأم وعاملة يعرضها لضغوط كثيرة تؤثر على صحتها النفسية والجسمية وأظهرت أن المسنين المقيمين في دور المسنين أكثر معاناة من المسنين المقيمين مع أسرهم في الجانب النفسي والاجتماعي والصحي والديني وبيئت أن هناك تفاعل دال وحقيقي في البعد الاجتماعي بين نوع الجنس ومكان الإقامة وأن درجة تواجد المشكلات الاجتماعية عالية عند الإناث أكثر من الذكور.

- دراسة غانم، (2002) "المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات إيواء وأسر طبيعية".

هدفت الدراسة إلى التعرف على علاقة المساندة الاجتماعية المدركة بكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات إيواء واسر طبيعية، تكونت عينة الدراسة من (100) مسن ومسنة يعيشون في دور إيواء واسر طبيعية تراوحت أعمارهم ما بين (60-74).

وتم تطبيق مقاييس: المساندة الاجتماعية المدركة، مقياس الشعور بالوحدة النفسية، وقائمة بيك للاكتئاب تبين من خلال الدراسة أن إدراك المسنين والمسنات الذين يعيشون في بيئة طبيعية للمساندة الاجتماعية بأبعادها المختلفة أفضل من المسنين والمسنات الذين يقيمون في دور الإيواء وأن إدراك الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب يتزايد لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الإيواء.

- دراسة الصالح، (2002) "الأسرة ودورها في معالجة مشاكل المسنين في الأردن". هدفت الدراسة إلى معرفة دور الأسرة في رعاية كبار السن من خلال قياس العلاقات الأسرية الداخلية والخارجية مع كبير السن ومعرفة طبيعة المساعدة التي يتلقاها كبير السن من قبل أفراد الأسرة إضافة إلى رأي كبار السن في الرعاية المؤسسية كبديل لرعاية الأسرة ومدى رضاهم عن حياتهم في هذه المرحلة، ولتحقيق هذه الأهداف فقد عملت الدراسة على استيفاء البيانات من خلال عينة احتمالية عشوائية بلغ حجمها (850) من كبار السن الذين يعيشون في محافظتي عمان والزرقاء وذلك باستخدام استبانته تم إعدادها لإغراض الدراسة الحالية .

وخلصت الدراسة إلى أن 55.6% من أفراد عينة الدراسة كانوا من الفئة العمرية (60-64) سنة وأمين ومتزوجون ومسلمون ويشارك البعض منهم في سوق العمل 27.3% ذو دخل متعدد المصادر ويعيشون في مساكن مملوكة، وبينت النتائج أيضاً أن أهم المساعدات التي يتلقاها أفراد العينة تمثلت في التدبير المنزلي ومراجعة الطبيب، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين طبيعة المساعدة المتلقاه من الأسرة والأعمال التي مازال ينجزها كبير السن نفسه وأن نصف أفراد عينة الدراسة يفضلون الذهاب إلى مؤسسات الرعاية البديلة حتى لا يكونوا عبئاً ثقيلاً على أسرهم ومجتمعهم، وعبر 55.5% عن رضاهم عن حياتهم في هذه المرحلة من عمرهم، ورغم ذلك فإنهم يواجهون صعوبات كثيرة فيما يتعلق بالعلاقات الأسرية الداخلية خاصة فئة الإناث منهم .

- دراسة الخالدي، (2003) "تقويم مدى فعالية برامج رعاية المسنين في الأردن دار الضيافة لرعاية المسنين".

هدفت هذه الرسالة إلى تقويم فعالية البرامج المقدمة لرعاية المسنين في دار الضيافة لرعاية المسنين في عمان وذلك من خلال معرفة مدى تحقيق هذه البرامج لأهدافها ومعرفة نقاط القوة ونقاط الضعف في كل برنامج ومدى اختلاف درجة تحقيق الأهداف باختلاف الجنس والعمر ومدة الإقامة والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية ومكان السكن وعدد الأبناء.

طبقت الدراسة على جميع المقيمين في دار الضيافة لرعاية المسنين بعد أن تم استثناء من لا تسمح قدراتهم الصحية والعقلية بالإجابة وتكون مجتمع الدراسة بصورة النهائية من (45) مسناً منهم (30) من الذكور و(15) من الإناث.

وتم جمع البيانات عن طريق المقابلة الشخصية بواسطة استبيان اعد لهذه الغاية واشتمل الاستبيان على جزأين الأول : بيانات أولية (خصائص مجتمع الدراسة) والثاني مقياس تقويم البرامج على (52) فقرة وقد تناول المقياس البرامج (الصحية والاجتماعية والنفسية والثقافية والترفيهية والعاملين والمبنى).

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن تحقيق الأهداف كان عالياً في البرامج الصحية والبرامج الترفيهية كذلك معاملة العاملين في الدار وتصميم المبنى، أما درجة تحقيق البرامج الثقافية لأهدافها فكانت متدنية، أما البرامج الاجتماعية النفسية فكانت درجة تحقيقها لأهدافها متوسطة، وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس على مجالات البرامج الصحية (الطبية) والبرامج الاجتماعية النفسية والبرامج الترفيهية لصالح الإناث وأظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين، على مجال البرامج الثقافية والعاملين والمبنى، وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغيرات العمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية وعدد الأبناء على جميع مجالات البرامج، وكذلك لمتغير مدة الإقامة على جميع مجالات البرامج باستثناء البرامج الثقافية، لصالح مدة الإقامة أكثر من 6 سنوات، أما بالنسبة لمتغير مكان السكن فقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مجالات البرامج (الاجتماعية النفسية، الترفيهية، المبنى) والى وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مجال البرنامج الصحي (الطبي) لصالح فئة سكان المدينة ومجال البرنامج الثقافي لصالح فئة سكان الريف والبادية.

- دراسة إبراهيم، (2004) "الفروق بين الاضطرابات النفسية (الوحدة النفسية - سمة القلق - الاكتئاب) بين المسنين المقيمين بدور الرعاية الاجتماعية".

في ضوء اختلاف بعض الظروف الخاصة بهم والتي تتمثل في: الجنس، السن، المستوى التعليمي الحالة الزوجية، وجود الأبناء معاملة الأبناء لهم، القدرة على خدمة النفس، وجود احد الأمراض المزمنة، استخدم الباحث في المنهج الوصفي الارتباطي المقارن على عينة مكونة من 100 من

المسنين المقيمين بدور الرعاية الاجتماعية بمدينة (القاهرة وطنطا) 49 ذكور 51 إناث واشتملت عينة الدراسة على فئتين من المسنين قادرين على خدمة أنفسهم وغير قادرين على خدمة أنفسهم . أسفرت الدراسة عن عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المسنين في الاضطرابات النفسية (الوحدة النفسية - سمة القلق - الاكتئاب) وفقا لاختلاف السن والجنس والمستوى التعليمي ووفقا للحالة الزوجية، كما أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائية بين المسنين في الاضطرابات النفسية تعزى إلى قدرة المسن على خدمة نفسه.

- دراسة الطعاني، (2004) "اثر برنامج إرشاد جمعي في خفض حدة المشكلات وزيادة درجة الرضا عن الحياة لدى المسنين في دور الرعاية".

أجريت هذه الدراسة على المجتمع الأردني بهدف التعرف على أثر برنامج إرشاد جمعي قائم على التدريب على أسلوب حل المشكلات وتنمية المهارات الاجتماعية في خفض حدة مشكلات كبار السن وتحسين الرضا عن الحياة لديهم تألفت عينة الدراسة من 24 شخصا من الذكور كبار السن والذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة ويقيمون في دار الضيافة لرعاية المسنين في مدينة عمان تم توزيع أفراد عينة الدراسة توزيعا عشوائيا إلى مجموعتين متساويتين تجريبية وضابطة، تكونت المجموعة التجريبية من 12 شخصا من كبار السن تلقوا برنامج إرشاد جمعي للتدريب على حل المشكلات وتنمية المهارات الاجتماعية لمدة 12 أسبوعا بمعدل جلسة واحدة 90 دقيقة أسبوعيا وتكونت المجموعة الضابطة من 12 شخصا من كبار السن لم يتلقوا البرنامج الإرشادي.

تم استخدام مقياس مشكلات كبار السن ومقياس الرضا عن الحياة كمقاييس قبلية وبعدية ومتابعة للتعرف على أثر البرنامج في خفض حدة المشكلات وزيادة الرضا عن الحياة عند أفراد الدراسة أظهرت نتائج استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية على مقياس المشكلات أن ترتيب مجالات المشكلات تنازليا جاء على النحو التالي: المجال الترفيهي الترويحي والمجال الأخلاقي والروحي المجال المادي والاقتصادي المجال النفسي والاجتماعي ثم المجال الصحي.

وفيما يتعلق بدرجة الرضا عن الحياة فقد أظهرت نتائج استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية على مقياس الرضا جاءت مرتبة تنازليا حسب الأبعاد على النحو التالي الدين، الأبناء والأحفاد، الدراسات وتنمية الذات، المجتمع، الأسرة فهم الذات، الراحة المادية العلاقات العاطفية الحميمة، العمل أو المهنة، وسائل الاستجمام الصداقة، كما أظهرت نتائج تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) وجود أثر لبرنامج الإرشاد الجمعي القائم على أسلوب التدريب على حل المشكلات وتنمية المهارات الاجتماعية على المتغيرات التابعة التي اهتمت بها الدراسة، حيث أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية فيما يتعلق بخفض حدة المشكلات لدى

أفرادها وزيادة درجة رضاهم عن الحياة كما أظهرت نتائج الدراسة أن اثر البرنامج الإرشادي استمر بعد انقضاء فترة المتابعة والتي استمرت لمدة شهر.

أوصت الدراسة بناء على النتائج توفير برامج إرشادية وترفيهية وترويحوية للمسنين في دور الرعاية وعلى تشجيع التفاعل الاجتماعي وتوثيق العلاقات الاجتماعية بينهم وبين المجتمع المحلي لا سيما الأقارب والأصدقاء.

- دراسة الدهان، (2004) "تغير الوسط الطبيعي للمسنين وعلاقته بتوافقهم الاجتماعي- دراسة ميدانية على عينة من المسنين في محافظة دمشق".

هدف الدراسة إلى معرفة مستوى التوافق بين المسنين الذين يعيشون بوسطهم الطبيعي والمسنين الذين يعيشون في دور الرعاية، وهل يختلف التوافق باختلاف متغيرات الجنس، الفئة العمرية، المستوى التعليمي. تكونت عينة الدراسة من (164) مسن ومسنة، واستخدمت الباحثة مقياس التوافق الاجتماعي، توصلت نتائج الدراسة إلى انه يوجد فروق في التوافق الاجتماعي بين المسنين الذين يعيشون في الوسط الطبيعي والمسنين اللذين يعيشون في دور الرعاية لصالح المسنين الذين يعيشون في أسرهم كما توجد فروق لصالح المسنات المقيمات في أسرهم، كما انه لا يوجد فروق دالة تعزى للمتغير الفئة العمرية ومستواهم التعليمي.

- دراسة يوسف و مبروك، (2006) "الصحة الجسمية والنفسية للمسنين".

هدفت الدراسة إلى استكشاف أهم الاحتياجات الصحية للمسنين المقيمين في المجتمع والمقيمين في دور الرعاية، ومعرفة محددات الحالة الصحية لكبار السن المصريين المقيمين في المجتمع مقارنة بالمقيمين في دور الرعاية وكذلك هدفت الى معرفة أوجه القصور التي يعاني منها كبار السن في نشاطاتهم الحياة اليومية وتحديد الحياة للمسنين من حيث عاداته الصحية، استخدم المنهج الوصفي المقارن على عينة قوامها 501 من المسنين تراوحت أعمارهم بين 50- 99 سنة.

أظهرت نتائج الدراسة فروق ذات دلالة احصائية في الصحة الجسمية والأداء العقلي لصالح المسنين المقيمين في المجتمع، وكذلك في اسلوب الحياة لصالح المسنات بغض النظر عن مكان الإقامة متمثلا في انخفاض نسبة المدخنات وارتفاع نسبة من يقمن بالاطمئنان على صحتهن إلا أن وفي القدرة الوظيفية لصالح المسنين.

وكذلك بينت نتائج الدراسة أن نسبة ارتفاع ضغط الدم لدى المسنين في المجتمع اعلي منها لدى المسنين المقيمين في دور الرعاية بغض النظر عن النوع وان الغالبية العظمى من المسنين (بغض النظر عن النوع ومكان الإقامة لا يعانون من مرض السكر وأشارت النتائج أن المسنين الى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المسنين المقيمين في دور المسنين و المقيمين في المجتمع في كل

من القلق والاكتئاب لصالح المسنين المقيمين في دور الرعاية وبين الذكور و الاناث لصالح المسنات وانه لا توجد فروق جود ذات دلالة احصائية بين المسنين والمسنات المقيمين في المجتمع في الأداء العقلي.

وكذلك كشفت نتائج الدراسة أن العمر وإدراك المساندة الاجتماعية المقدمة من قبل الآخرين هما أكثر المحددات قدرة على التنبؤ بالصحة الجسمية لدى المسنين المقيمين في المجتمع وذلك في مقابل محدد الحالة الزوجية بالنسبة لنزلاء الدور وان محدد أسلوب الحياة فقط هو المحدد الوحيدة الذي لديه القدرة على التنبؤ بالصحة الجسمية لدى الذكور بغض النظر عن مكان الإقامة في مقابل أن المستوى التعليمي كان هو المحدد في عينة السيدات المسنات وتبين أن كلا من إدراك المساندة الاجتماعية والحالة الزوجية والصحة الجسمية كانت المحددات ذات القدرة الأكثر على التنبؤ بالصحة النفسية لدى المسنين الذكور بغض النظر عن مكان الإقامة مقارنة بالمسنات اللاتي كان محدد إدراك المساندة الاجتماعية والعمر والصحة الجسمية والمستوى التعليمي هي المحددات ذات القدرة على التنبؤ بالصحة النفسية لديهن(يوسف، ومبروك 2006).

- دراسة النوايسة، (2006) "مشكلات كبار السن في الأردن وبناء برنامج تدريبي لمساعدتهم على التكيف مع تلك المشكلات"

هدفت هذه الدراسة إلى تعرف على مشكلات كبار السن في الأردن وبناء برنامج تدريبي لمساعدتهم على التكيف مع تلك المشكلات، تكونت عينة الدراسة في المرحلة الأولى من جميع كبار السن في مدينة الكرك ممن بلغت أعمارهم 65 عاماً أو أكثر وقد بلغ عددهم 235 كبير سن من الجنسين وفي المرحلة الثانية استخدمت عينة عشوائية من 40 سيدة من كبار السن بلغت أعمارهن 65 عاماً أو أكثر قسموا إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية من منطقة الشهابية.

وقد تم بناء مقياسين احدهما للكشف عن المشكلات لدى كبار السن والآخر لتعرف على استراتيجيات التكيف الايجابي لديهم وقد تم التأكد من الصدق والثبات للمقاييس قبل استخدامها واستخدمت طريقة المقابلة المقننة لتطبيق المقياسين على أفراد العينة، كما تم بناء برنامج تدريبي لمساعدة كبار السن على التكيف مع المشكلات تم تطبيقه على المجموعة التجريبية فقط .

بعد الانتهاء من تطبيق مقياس التكيف مع المشكلات على المجموعتين الضابطة والتجريبية ثم أعيد تطبيق مقياس التكيف مع المشكلات مرة أخرى على المجموعتين بعد انتهاء تطبيق البرنامج التدريبي.

وقد أشارت نتائج الدراسة بوجود مشكلات بدرجة عالية لدى أفراد العينة في المجال المعرفي والصحي والاجتماعي والترفيهي كما أوضحت الدراسة أن أفراد العينة أكثر ميلاً لاستخدام استراتيجيات التكيف الايجابية ضمن مجالات: البحث عن الدعم الاجتماعي والتعبير عن المشاعر

وممارسة سلوكيات التقبل، كما أشارت النتائج بوجود اثر للبرنامج التدريبي المستخدم في هذه الدراسة في مساعدة كبار السن على التكيف مع المشكلات وقد أوصت الدراسة بإجراء دراسات لتعرف أثر البرنامج التدريبي المستخدم في هذه الدراسة في كبار سن ممن يقيمون في دور رعاية المسنين.

- دراسة طه، (2006) "القلق و الاكتئاب لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم في منازلهم و يرتادون نوادي المسنين و كذلك الذين يعيشون في دور المسنين". أجريت هذه الدراسة بمدينة الاسكندرية بهدف دراسة معدل انتشار القلق والاكتئاب لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم في منازلهم و يرتادون نوادي المسنين وهؤلاء الذين يعيشون في دور المسنين.

ولهذا فقد تم عمل مسح شامل على نوادي المسنين وكذلك دور المسنين، وقد شارك في البحث 164 مسن من نوادي المسنين و 168 مسن من دور المسنين، وقد تم تشخيص القلق لدى المسنين باستخدام مقياس هاميلتون للقلق وتم تشخيص الاكتئاب لدى المسنين باستخدام مقياس هاميلتون للاكتئاب.

وأُسفرت النتائج أن نسبة ملازمة القلق للاكتئاب كانت أعلى نسبة وهي 34.1% لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم في منازلهم و يرتادون نوادي المسنين و 57.1% لدى هؤلاء الذين يعيشون في دور المسنين، بينما الاكتئاب بمفرده يمثل 22.0% لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم في منازلهم و يرتادون نوادي المسنين و 23.8% لدى هؤلاء المسنين الذين يقيمون في الدور ونسبة القلق بمفرده يمثل 2.4% لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم في منازلهم و يرتادون نوادي المسنين و 1.2% لدى هؤلاء الذين يعيشون في دور المسنين، وأن من العوامل الرئيسية للاكتئاب والقلق وملازمة الاكتئاب للقلق هي العيش في دور المسنين وكذلك الفئة العمرية ما بين الستين والسبعين، وقد وجد أيضا أن النوع "ذكر أم أنثى" من العوامل الرئيسية للاكتئاب فالذكور أكثر عرضة للاكتئاب من الإناث.

دراسة العبسي، (2007) "أثر العلاج المعرفي والمشاركة بالنشاطات في خفض مستوى الاكتئاب لدى كبار السن".

أجريت هذه الدراسة على المجتمع الأردني بهدف هذه الدراسة إلى تقييم مدى فاعلية برنامج العلاج المعرفي والمشاركة بالنشاطات في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من المسنين الموجودين في دار الضيافة لرعاية المسنين .

وقد تم تحديد أفراد الدراسة من خلال تطبيق قائمة بيبك للاكتئاب بصورتها المعربة وبلغ عدد أفراد الدراسة 30 فردا وقسمت العينة عشوائيا إلى ثلاث مجموعات المجموعة الأولى (العلاج المعرفي) وعدد أفرادها 10 والمجموعة التجريبية الثانية (المشاركة بالنشاطات) وعدد أفرادها 10 والمجموعة الضابطة الثالثة وعدد أفرادها 10 وقد حصل جميع أفراد الدراسة على درجات مرتفعة على قائمة بيبك للاكتئاب بصورتها المعربة في القياس القبلي .

وتم استخدام برنامج العلاج المعرفي مع المجموعة التجريبية الأولى وبرنامج المشاركة بالنشاطات مع المجموعة التجريبية الثانية في حين لم تخضع المجموعة الضابطة لأي برنامج . واستمر البرنامج لمدة ثلاث شهور بواقع جلسة أسبوعيا لكل برنامج مدتها 60 دقيقة واجري القياس البعدي بعد توقف البرنامجين مباشرة، ثم اجري قياس المتابعة بعد ذلك بأسبوعين . وأظهرت النتائج أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي) والمجموعة الضابطة التي لم تتعرض للعلاج لصالح المجموعة التجريبية حيث كانت قيمة الإحصائي " ف " (19.46) للفروق على القياس البعدي .

- دراسة نجار، (2007) "مقارنة لأنماط الحياة بين الراشدين وكبار السن في منطقة الجليل الأسفل. هدفت الدراسة إلى التعرف على أنماط الحياة السائدة لدى الراشدين وكبار السن في منطقة الجليل الأسفل واختلاف هذه الأنماط باختلاف الفئة العمرية والجنس ومستوى الدخل. حيث تم اختيار (300) فرد من الراشدين العاملين في قطاع التربية والتعليم و150 من كبار السن في منطقة الجليل الأسفل.

وتم استخدام مقياس أنماط الحياة المطور خصيصا لهذه الدراسة، أشارت النتائج إلى وجود أبعاد صحية إيجابية لدى كبار السن أما أبعاد الحياة الاجتماعية والانفعالية والمعروفة فيلاحظ وجود اتجاهات سلبية لدى كبار السن كما أشارت النتائج إلى وجود فروق في نمط الحياة بين كبار السن والراشدين وكانت لدى الراشدين أكثر إيجابية.

خلصت الدراسة إلى بعض التوصيات ومنها: ضرورة العمل على توفير أماكن للرعاية الكاملة لكبار السن في ضوء ما تواجه وتحتاج إليه هذه الفئة من رعاية خاصة وإجراء دراسات وأبحاث علمية متخصصة في تحليل أنماط الحياة لكل مرحلة من مراحل العمر لا نعاكس ذلك على زيادة القدرة على التفاعل والتعامل معها بأسلوب علمي.

3.7.2. الدراسات الأجنبية:

- دراسة جيروسمان (Gerossman, 1982): " الوحدة بين الأرامل في سن الشيخوخة".

هدفت الدراسة إلى البحث والتقصي عن الشعور بالوحدة لدى الأرامل في سن الشيخوخة وتناولت في دراستها ذكورا أرامل وعددهم 38 وإناثا وعددهن 135 وكان أفراد العينة جميعهم أصحابا ومتعلمين ويعيشون ضمن مجتمعهم وتراوح أعمارهم بين 60-91 عاما وقد حصل جميع أفراد العينة على مستوى عال من الدعم الاجتماعي ويتمتعون بمعنويات عالية وأظهرت النتائج أن جميع أفراد العينة قد حصلوا على مستويات منخفضة من الشعور بالوحدة كالكشف على أن المعنويات العالية والدعم الاجتماعي من أقوى عوامل التنبؤ بمدى الشعور بالوحدة .

- دراسة بيرتس وهيلر (Byerts & Heller, 1985): "الآثار المترتبة على النقل إلى مساكن للعيش الجماعي لكبار السن".

تكونت عينتها من (67) مسنا غير متزوج من الذين انتقلوا للإقامة في مشروع للإسكان الجماعي التابع لهيئة الإسكان في شيكاغو، و (70) مسنا غير متزوج يقيمون في إسكان يقدم الحد الأدنى من الخدمات وتمت مقارنة المستوى الصحي والمعيشي ودرجة الرضي بينهما وقد استمرت هذه الدراسة لمدة أربع سنوات وتم إجراء عمليات التقييم والمقارنة باستخدام أدوات للتصنيف والتقييم المتعدد المستويات ودراسة مستوى الخدمات المقدمة بالإضافة للمقابلات ومراقبة السلوك وتسجيل الملاحظات وقد أشارت النتائج إلى أن معدل الوفاة بين المقيمين في المساكن الجماعية أقل كما دلت على وجود مشكلات في التكيف الشخصي ومستوى الرضي عن نوعية السكن والخدمات المقدمة لهم.

- دراسة مكارثي (Mccarthy, 1985): "أهم المتغيرات التي تعطي معنى لحياة المسنين داخل أحد مراكز رعاية المسنين".

تكونت عينتها من 26 مسنا من الجنسين أغلبيتهم من الإناث وجميعهم نزلاء في مركز أورليانز للمتقاعدين، تراوحت أعمارهم بين 60-80 عاما وأشارت النتائج إلى أن متغير العلاقات الاجتماعية المتمثل بالعلاقة مع الأزواج أو أفراد الأسرة أو الأصدقاء ومتغير الحالة الصحية للمسنين ومتغير الخدمات المقدمة كانت أهم المتغيرات التي تعطي معنى لحياة المسنين داخل مركز الرعاية.

- دراسة جيفاريس (Jeffares, 1986): "حرية الاختيار وعلاقتها بالسعادة في مجموعة من المسنين في مراكز رعاية المسنين".

تمثلت أهداف الدراسة في التعرف على حرية الاختيار لقرار الدخول لهذه المراكز ودور الرعاية وعلاقتها بمستوى الرضا عن الحياة على عينة من النزلاء الجدد في أحد المراكز الحكومية

المخصصة لرعاية المسنين، وافترضت الدراسة أن كبار السن اللذين تنقصهم حرية الاختيار لقرار الدخول في مراكز الرعاية يتمتعون بقدر أقل من الرضي الحياتي وتم استخدام مقياس السعادة الذي طورته جامعة ميموريال لقياس مستوى الرضي عن الحياة وقد أيدت الدراسة تلك الفرضية وأشارت إلى تدني مستوى الرضا على الحياة لدى المسنين اللذين يعانون من مشكلات صحية وتنقصهم حرية الاختيار لقرار الدخول في مراكز الرعاية ولم يظهر اثر لمتغير العمر أو الجنس أو مستوى الدخل.

- دراسة شافر (Shaver, 1986): " أثر الخبرات المأساوية على الضبط الانفعالي لدى المسنين في مؤسسات رعاية المسنين".

فقد هدفت إلى التعرف على أثر الخبرات المأساوية على الضبط الانفعالي والعلاقات الاجتماعية في مؤسسات رعاية المسنين (دور الإيواء) وقد عني البحث بقياس اثر (Impact) ثلاثة أنواع من الذكريات الخبروية على التوافق النفسي الاجتماعي لدى عينة مكونة من (150) مسنا من الجنسين مودعين في دور الرعاية تقع أعمارهم جميعهم فوق الستين اختيروا من (32) دارا إيواء واختيرت لهم مجموعة ضابطة متكافئة في العدد والعمر والسن من المسنين الذين يعيشون في أسرهم الطبيعية، وقد كشفت نتائج المقابلات والفحوص الطبية والنفسية أن الذين ذكروا حوادث مأساوية في حياتهم لا يستجيبون للعلاج، كما أنهم ذوو علاقات اجتماعية ضعيفة وقصيرة للغاية، وقد تبين أنهم أضعف من غيرهم (الضابطة) في الذاكرة السمعية والبصرية، وأقل استجابة للضوابط الطبية، وأقل إحساسا بالرضا النفسي.

- دراسة تابلوسكي (Tabloski, 1989): "تقرير المفاهيم الصحية للمسنين بمدينة لوس انجلوس". هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة ما بين التقييم الذاتي للصحة وبين متغيرات تشكل العوامل المؤثرة على دور المسن ونشاطاته مثل الحالة الصحية والحالة النفسية أو الكابه في سن الشيخوخة على عينة من المسنين بلغ عددهم 239 مسنا ومسنة تم تقسيمهم إلى مجموعات بحسب الجنس والعمر من 64-79 عاما ومن 80 عاما فأكثر ومكان الإقامة: مقيمون في مجتمعهم العادي ومقيمون في دور الرعاية أشارت النتائج إلى أن المسنين في دور الرعاية يعانون من المشكلات النفسية المتمثلة بالاكئاب، وأن هذا الاكئاب ناتج عن الإقامة في دور الرعاية، وقد أشارت الدراسة أيضا إلى أن الذكور يعانون من المشكلات النفسية أكثر من الإناث، كما أن درجة الاكئاب تزداد مع التقدم بالعمر.

- دراسة بكاروجلو، الاتكا (Bekaroglu & Ulutka, 1992): "دراسة مقارنة لمعرفة مستوى الاكئاب عند كبار السن".

تكونت عينة الدراسة من مجموعتين من المسنين: المجموعة الأولى تقيم بإحدى دور الرعاية بينما تقيم المجموعة الثانية في منازلهم وقد تم قياس الاكتئاب حسب مقياس هاملتون للاكتئاب (Hamelton Scale For Depression) وقد دلت النتائج على أن نسبة انتشار الاكتئاب تختلف باختلاف متغير الجنس حيث تصل نسبة انتشاره عند الرجال المسنين بين (33%-35%) أما النساء فقد تراوحت النسبة ما بين (37%-40%) اخذين بعين الاعتبار نوع الرعاية المقدمة للمسن وكانت النتائج كالتالي :

نسبة انتشار الاكتئاب عند المسنات من النساء المقيّمات في دور الرعاية أعلى منها عند الرجال المقيّمين في نفس الدور، إذ أنها بلغت عند النساء 42% بينما بلغت عند الرجال 40% أما بالنسبة للمقيّمين في بيوتهم فكانت النتائج متشابهة عند كلا الجنسين .

ومن الأمور التي لاحظها الباحثون أن المسنين المقيّمين في دور الرعاية غير قادرين على العمل بنشاط واهتماماتهم الدينية ضعيفة وهم من متعاطي الكحول بصورة كبيرة، ووجدت الدراسة أن هناك أثراً كبيراً لأسلوب الرعاية في المؤسسات على انتشار الاكتئاب عند المسنين المقيّمين هناك ولم تشر الدراسة لوجود علاقة بين الاكتئاب والجنس أو التعليم أو المهنة أو المستوى الاقتصادي.

- دراسة سينزيري و ويلجنسون (Sainsbury & Wiljinson, 1992): "التغيرات المختلفة التي تطرأ على المسنين بعد تحويلهم إلى دور للرعاية " دراسة طولية.

وكان الهدف منها معرفة مدى ضرورة تحويل المسنين إلى دور للرعاية كوضع نهائي لهم حاولت الدراسة التنبؤ بما يكون عليه الوضع في دور الرعاية والعوامل التي ستؤثر على المسنين هناك تكونت العينة من (200) مسن روقبوا لمدة ثلاثة أشهر وذلك لقياس مدى تأقلم المسن بعد وجوده لفترة زمنية محددة في دار المسنين وبعد انقضاء المدة لاحظ الباحثان وجود أعراض اكتئابية لم تكن موجودة عندهم في السابق بالإضافة إلى صعوبة في التكيف داخل الدار، مما أوجد ضرورة لإعادة حوالي (74) من المسنين إلى منازلهم وتم وضع الباقي منهم تحت الملاحظة لمدة ستة أشهر أخرى وذلك للتأكد فيما إذا كانت هذه الأعراض الاكتئابية هي نتيجة لوجودهم داخل الدار لمدة زمنية أطول وبعد انقضاء المدة المحددة وجد أن أكثر من 58% من المسنين زادت لديهم الأعراض الاكتئابية، ولم يستطيعوا تقبل استمرار وجودهم هناك مما جعل الباحثان يؤكدان على ضرورة تحسين مستوى الرعاية والإدارة في دور المسنين في حالة قرار المسن البقاء في الدار، أما بالنسبة للمسنين الراغبين في العيش في منازلهم مع ذويهم أو بمفردهم فقد أكد الباحثان على ضرورة دعم البيئة الأسرية وتحسينها لما لها من اثر ايجابي على المسن.

دراسة شرينيما وميندرت (Schrinermæ & Meindert, 1993): "مستوى الاكتئاب عند السيدات المسنات الهولنديات"

وكانت الدراسة تهدف لتقييم فاعلية مقياس زانج (Zang) للتقييم الذاتي للاكتئاب لقياس الأعراض الاكتئابية لسيدات مسنات يقمن في دور الرعاية ومقارنتها مع مجموعة أخرى لمسنات يقمن في منازلهن تكونت عينة الدراسة من (222) مسنة متوسط أعمارهن (75) سنة اجبن على مقياس يهتم بالمشاكل الحياتية اليومية لهن، أشارت النتائج إلى أن حوالي 28% من المشاكل الحياتية للمسنات تعود للشكاوي الاكتئابية وان هذه الشكاوي تزداد عند الإناث اللواتي تزيد أعمارهن عن (85) سنة مقارنة بالمسنات الأصغر سنا منهن وان الاكتئاب كان أكثر شيوعا عند المسنات اللواتي يعشن في دور الرعاية مقارنة مع اللواتي يقمن في منازلهن مع ذويهن.

- دراسة ليكونين وارجا (Liukkonen & Arja, 1995): حياة كبار السن الضعفاء في بيوت الإيواء: الروتين اليومي".

تشكل هذه الدراسة جزء من مشروع بحث يرمي إلى تحديد ماهية العناية بكبار السن المقيمين في بيوت الإيواء حيث تمثل هدف هذا الجهد في إلقاء الضوء على حياة وتجارب علاج المقيمين من كبار الضعفاء حيث تم جميع البيانات من مقابلة 31 من النزلاء وتحليلها باستخدام طرق المقارنة المستمرة وأظهرت النتائج أن موظفي الرعاية كانوا منشغلين مسبقا بالنشاطات اليومية فيما كانت حياة النزلاء كبار تحظى بقدر اقل من الاهتمام، وكان شعور سائد بين النزلاء بان أعضاء طاقم العناية كانوا دائما مضغوطين بالوقت ولم تتوفر الفرصة لمحادثتهم. وأوصت الدراسة بأنه يتوجب على فريق العاملين تشجيع كبار السن على الحديث حول أمنياتهم رغباتهم، وأفكارهم اليومية وهذا يعمل على مساعدة هؤلاء العاملين (الممرضين) على فهم وتقدير أمانى مرضاهم .

- دراسة كريتشبوم (Krichbaum, 1999): "تأثير الانتقال إلى دار الرعاية في الحالة الإدراكية للمسنين (السعادة والرضا في دار الرعاية)".

هدف الدراسة إلى معرفة أثر الانتقال إلى دار المسنين في الحالة المعرفية والمزاجية للمسنين مع تأثيرات الملاحظة ومدى الإشباع للحاجات، تكونت العينة من 79 نزلا جديدا من المسنين لمدة ست أشهر، تم استخدام مقياس الرضا مؤشرا على نجاح عملية التوافق إذ وجد الباحثون أن ثلاث خصائص للنزلاء تسرع في اختلاف درجات الرضا وهي، الجنس الحالة المعرفية ومستوى الاكتئاب.

- دراسة مورينو (Moreno, 2000): " استراتيجيات التعامل والاكتئاب عند المسنين الاسبان". هدف إلى اختبار العلاقة بين استراتيجيات التعامل المستخدمة والكآبة بحيث تم اختبار ثلاثة أنواع من هذه الاستراتيجيات وهي حل المشكلات وطلب الدعم الاجتماعي وتجنب بعض نماذج التعامل السلبية وقد تم جمع المعلومات من خلال مقابلات فردية مع 30 فردا من المسنين الاسبان بحيث تم تقسيم الاستبانة إلى ثلاثة مقاطع تتكون من مؤشر استراتيجيات التعامل ومقياس جريأتترك Geriatric للإحباط ومعلومات ديموغرافية. أظهرت نتائج الدراسة أن الزيادة في استخدام استراتيجيات حل المشكلات وطلب الدعم الاجتماعي وأنواع التعامل مرتبطة بمستويات قليلة من الإحباط وفي المجال المقابل لم تكن هناك علاقة واضحة بين تجنب بعض نماذج التعامل السلبية والاكتئاب، بالإضافة إلى ذلك فان الخاصية الديموغرافية الوحيدة التي تم إيجادها ولها تأثيرها على الإحباط تتمثل في الدخل، واقتُرحت نتائج الدراسة بأن تقييم استراتيجيات التعامل المستخدمة جنبا إلى جنب مع الإحباط هي أدوات اختبار مهمة عند تقييم الرفاهية النفسية للمسنين الاسبان.

- دراسة دي بيورز وآخرون (De- Beurs, et al., 2000): "الصحة البدنية وقلق الأشخاص الأكبر سنا". هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير الصحة البدنية على التغير في أعراض القلق بالنسبة لكبار السن وللتحقيق هدف البحث استخدمت الدراسة مقياس Hospital Anxiety And Depression Scale وبلغت عينة الدراسة 2160 مسنا تراوحت أعمارهم بين 55 سنة فأكثر وتم تقسيم هذه العينة إلى مجموعتين الأولى لا تعاني من القلق والثانية تعاني من القلق توصلت نتائج الدراسة إلى أن الضعاف في الصحة البدنية هم أكثر عرضة للإصابة بالقلق، كما أن الإصابة بأكثر من مرض مزمن تجعل المسن أكثر قلقا وقد يصبح هذا القلق مزمنًا وبالتالي فالأمراض الجسمية لا تؤدي فقط إلى الاكتئاب ولكن أيضا تزيد من أعراض القلق.

- دراسة مايندلديز (Melendez, 2001): "الصحة الذاتية لدى المسنين غير المقيمين في دور الرعاية". هدفت الدراسة إلى تقييم مفهوم الصحة الذاتية لدى المسنين غير المقيمين في دور الرعاية مع متغيرات العمر، الجنس، المستوى الاقتصادي والاجتماعي، تكونت عينة الدراسة من 425 مسنا ومسنة، أسفرت نتائج الدراسة عمايلي: تميز مفهوم الصحة الذاتية لدى المسنين بشكل أفضل عما هو موجود لدى المسنات وقد حدد المسنون حالتهم الصحية باستقرار اكبر، يتأثر مفهوم الصحة الذاتية بالتقدم بالعمر ويصبح أسوء مع التقدم بالعمر، كانت المستويات الاقتصادية والاجتماعية

الأعلى اقل استخداما لخدمات الصحة ومفهومها عن الصحة الذاتية أفضل من المستويات الاقتصادية والاجتماعية الأدنى .

- دراسة بنكورات (Pinquart, 2003): "الشعور بالوحدة النفسية لدى المسنين الذين لم يسبق لهم الزواج والمتزوجين والأرامل والمطلقين".

هدفت الدراسة إلى فحص الشعور بالوحدة النفسية لدى المسنين اللذين لم يسبق لهم الزواج والمتزوجين والأرامل والمطلقين حيث تكونت عينة الدراسة من مجموعة من المسنين تراوحت أعمارهم بين 53-79 سنة، أظهرت نتائج الدراسة أن الاتصال بالأبناء والإخوة والأصدقاء والجيران كان له علاقة سلبية في الشعور بالوحدة النفسية لدى المسنين الغير المتزوجين أكثر من المسنين المطلقين والأرامل بينما كان الاتصال بالأصدقاء والإخوة والجيران يقلل من الشعور بالوحدة النفسية لدى المسنين الذين لم يسبق لهم الزواج والذين ليس لديهم أبناء وقد وجدت الارتباط بين الحالة الصحية الجيدة والمستوى المنخفض بالوحدة النفسية لدى الراشدين المطلقين والأرامل في حين لم تظهر هذه النتيجة لدى المتزوجين وان الرجال الغير متزوجين أكثر شعورا بالوحدة النفسية من السيدات الغير متزوجات وهناك فروق طفيفة ترجع إلى اختلاف الجنس في الشعور بالوحدة النفسية لدى المسنين المتزوجين كما وجد أن الرجال الأرامل كانوا أكثر وحدة من السيدات الأرامل.

- دراسة ادامز (Adams, 2004): " تغير النشاطات والميول لدى كبار السن وعلاقتها بالاكتئاب". تألفت العينة من مرضى العيادات الخارجية والذين تتراوح أعمارهم ما بين 65-94 سنة وقد تم تطبيق مقياس (CATT) وهو مؤشر تغير النشاطات والميول المؤلف من 30 بندا أظهرت النتائج أن 30% من أفراد العينة تراجعت استجاباتهم في مجال الترفيه المنزلي والاهتمام بآراء الآخرين وبالتسوق وشراء الأشياء أو حضور مناسبات اجتماعية وهذه مؤشرات لها علاقة بالاكتئاب كذلك أشارت النتائج إلى ازدياد الميل الروحي لدى الكبار ونقص النشاطات الحركية كما أكدت النتائج على أن النشاطات الفعالة والنشاطات الاجتماعية هي ذات صلة كبيرة بانخفاض اكتئاب كبار السن أو ازدياده.

- دراسة كريشان وما كويد (Krishan & Mcquoid, 2004): " اكتئاب كبار السن". تألفت العينة من مجموعتين المجموعة التجريبية وتضم 370 شخصا ممن يعانون من اكتئاب الكبار والمجموعة الضابطة وتضم 157 شخصا غير اكتئابيين.

قسم المشاركون على أساس عدة أبعاد منها تنوع الأنشطة الاجتماعية سن المسن بداية المرض وقد قيمت الحالة المرضية لكافة المشتركين على أساس التقرير الذاتي وبوساطة مقياس الحالة السريرية

المتراكمة وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية ما بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة .

- دراسة ايمانيل وستيلا (Emmanuel & Stella,2004): "دراسة أثار القلق في حياة كبار السن وانتشار ظاهرة الأرق كأحدى نتائج القلق".

هدفت الكشف عن مدى انتشار مشكلة الأرق لدى كبار السن الذين تزيد أعمارهم عن 65 عاما في منطقة كافالا (kavala) في شمال اليونان وعلاقة ذلك بمتغيرات ديمغرافية ونفسية وصحية وقد تكونت عينة الدراسة من (201) مسن وآخرين أعمارهم اقل من (50) عاما واستخدم مقياس للأرق مكون من (28) فقرة وقد أشارت نتائج الدراسة لانتشار ظاهرة الأرق بين أفراد العينة كبار السن وان هناك عوامل مرتبطة بذلك مثل الشعور بالقلق ووجود أمراض عضوية كما تبين أن الأرق منتشر أكثر بين كبار السن ممن هم اصغر سنا.

- دراسة بروغلن (Broglin , 2005): "نوعية الحياة والصحة النفسية والجسمية لدى مجموعة من كبار السن في السويد"

ممن يبلغ معدل أعمارهم (75) عاما وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات الديمغرافية مثل الحاجة للمساعدة والشعور بالألم والنشاطات اليومية والدعم الاجتماعي وأشارت نتائج الدراسة إلى تدني مستوى نوعية الحياة لدى أفراد العينة حيث اظهروا الشعور بعدم العدل في الحياة والمعاناة من الفقر والقلق والعصبية وعدم القدرة على إشغال وقت الفراغ كما أشارت الدراسة لأثر الدعم الاجتماعي الايجابي على تحسين نوعية الحياة ورفع الصحة النفسية والجسمية لديهم وان النساء كن يشعرون بتدني معنى الحياة أكثر من الرجال.

- دراسة بروتس (Protas, 2005): "علاقة نقص الأداء الجسماني باكتئاب كبار السن" أجريت الدراسة على 203 أشخاص قسموا إلى ثلاث فئات قادر على الحركة، واهن، وغير قادر بناء على ما ذكره هؤلاء الأشخاص عن أنفسهم .

أشارت النتائج إلى وجود علاقة عكسية ما بين الأداء الجسمي لدى كبار السن وما بين اكتئابهم كما أشارت النتائج إلى إمكانية الاستفادة من هذه الدراسة في حالة المعالجة أو في برامج الوقاية.

- دراسة ليبينيت وآخرون (Bennett, et al., 2005): "استراتيجيات التوافق المستخدمة من قبل كبار السن في التعامل مع الضغوطات النفسية"

هدفت الدراسة على التعرف إلى استراتيجيات التوافق المستخدمة من قبل كبار السن في التعامل مع الضغوط النفسية خاصة فقدان الزوج/الزوجة واثـر متغير الجنس في استخدام هذه الاستراتيجيات على عينة مكونة من 46 كبير بالسن من الذكور و46 من الإناث والتي تـرداد أعمارهم عن 55 عاما عن طريق القيام بمقابلات شخصية معهم وتوصلت الدراسة إلى أن الفئة الأكبر من العينة استطاعت التوافق مع الضغط النفسي وكذلك أن الأراـمل وجدن صعوبة اكبر في استخدام استراتيجيات التوافق وبالتالي واجهن ضغط نفسي أكبر.

- دراسة أنا و آخرون (Anna , et al., 2005): "العلاقة بين الوحدة النفسية وجودة الحياة". هدفت إلى معرفة العلاقة بين الوحدة النفسية وجودة الحياة وتقديم الخدمة للمسنين الآخرين وشبكة العلاقات الاجتماعية والجنس تكونت عينة الدراسة من 4278 من المسنين يعيشون في السويد 18% من أفراد العينة يهتمون بغيرهم من المسنين وأسفرت نتائج الدراسة عن أن المسنات أكثر شعورا بالوحدة النفسية من المسنين كذلك أسفرت عن وجود علاقة دالة بين الوحدة النفسية وقلة شبكة العلاقات الاجتماعية وجودة الحياة لدى المسنين.

8.2 تعليق على الدراسات السابقة

لقد استفادت الباحثة من خلال الاطلاع على الأدب التربوي والدراسات السابقة لموضوع في الاضطرابات العصابية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية، والمناطق التي تناولتها الدراسات السابقة حتى تسنى لها عمل دراسة في مناطق وفئات لم تتناولها الدراسات من قبل وان تناولت بعض جوانبها فهي قليلة جدا ولا تكاد تذكر خاصة في فلسطين وبالذات موضوعات المسنين كما واستفادـة الباحثة من نتائج الدراسات السابقة من التوصيات والاقتراحات حيث أخذت من اقتراحات بعض منها وخاصة في اختيار المتغيرات الخاصة بالدراسة، إذ تم تناول بعض المتغيرات وعلاقتها بـفي الاضطرابات العصابية التي لم تنطرق لها الدراسات السابقة وكذلك في بناء فقرات مقياس الدراسة والذي تم أخذه من عدة مقاييس تم ذكرها في الفصل الثالث.

1.8.2. الدراسات المحلية :

من خلال مراجعة الباحثة للأدب التربوي لاحظت أنها قليلة جدا وتاريخها حديث فتجد أن أول دراسة تناولت المسنين في المجتمع الفلسطيني هي دراسة الشلبي (1999) التي تناولت مسح شامل لبيوت المسنين والعاملين فيها والمسنين، ودراسة حسنين (2001) تناولت أوضاع المسنين اقتصر

على المسنين في القدس، ودراسة عبد الله والعسيلي (2005) تناولت مشاكل المسنين الفلسطينيين في ظل التحولات المعاصرة.

دراسة (Sansur, 1999) التي تناولت ظاهرة العجز وانتشارها وتأثيراتها الاجتماعية والاقتصادية بين كبار السن في الضفة الغربية ركزت على الصحة العقلية والتي تتضمن الاكتئاب والوظائف الإدراكية والنشاطات الأولية والثانوية للحياة اليومية لكبار السن وهذه الدراسة ترتبط بجزء من الدراسة الحالية حيث أنها بحثت موضوع الاكتئاب.

دراسة ادكيدك (2006) ركزت على العنف ضد المسنين واقتصرت على القدس الشرقية .

دراسة جودة (2006) ركزت على أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالوحدة النفسية لدى المسنين على قطاع غزة واحد متغيراتها مكان الإقامة المؤسسة الإيوائية أو المنزل.

دراسة غنادري (2006) مصادر الضغط النفسي واستراتيجيات التوافق لدى كبار السن من عرب إسرائيل، احد متغيرات مكان الإقامة المؤسسة أو المنزل.

من خلال مراجعة الدراسات السابقة المحلية نلاحظ أنها لم تركز على المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية بشكل مباشر بل إعتبرتها احد متغيرات الدراسة كما أن عينة الدراسة محدودة بمناطق جغرافية وغير شاملة لجميع المحافظات.

ومن الملاحظ أن أول دراسة تناولت المسنين في فلسطين كانت في عام (1999) وهذا يدل على حداثة الاهتمام العلمي بدراسة المسن الفلسطيني.

وأهم ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في المجتمع الفلسطيني أنها ركزت على شريحة المسنين في المؤسسات الإيوائية وتناولت الجانب النفسي من خلال عنوان الدراسة في الاضطرابات العصبية (الاكتئاب، القلق، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات فلسطين الشمالية. كما أن عينة الدراسة شملت جميع المحافظات.

2.8.2. الدراسات العربية:

تناولت كثير من الدراسات العربية المسنين ومعاناتهم ولكنها لم تشمل جميع المحافظات، ومن الملاحظ أن الاهتمام بدراسة المسنين في الدول العربية سبق المجتمع الفلسطيني، حيث أجريت أول دراسة على المجتمع الأردني في عام (1983).

قسمت الدراسات التي تناولت المسنين إلى ثلاثة محاور:

المحور الأول: دراسات ركزت على المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية (دور الرعاية الاجتماعية) وهي دراسة محافظة (1993) ودراسة احمد (1998) ودراسة السدحان (2000) ودراسة الخالدي (2003) ودراسة إبراهيم (2004) ودراسة الطعاني (2004) ودراسة العبسي (2007) .

من خلال تتبع الدراسات السابقة التي اهتمت بالمسنين في المؤسسات الإيوائية نجد أنها ركزت في البداية على تشخيص مشكلات المسنين في المؤسسات الإيوائية ومنها دراسة محافظة (1993) مشكلات المسنين، الصحة النفسية دراسة احمد (1998) الاضطرابات النفسية دراسة إبراهيم (2004)، ثم انتقلت إلى تقويم مدى فعالية برامج رعاية المسنين، ومنها دراسة الخالدي (2003) إلى أن بحثت المشكلات وطرق معالجتها، دراسة الطعاني (2004)، ودراسة العبسي (2007).

المحور الثاني: دراسات تناولت المسنين المقيمين في المؤسسات مع مقارنتهم بالمسنين المقيمين مع أسرهم أو المتنقلين من النوادي ومنها دراسة السباسي (1983)، دراسة سعادة (1994)، دراسة العكروش (1999)، دراسة رزق (2002)، دراسة غانم (2002)، دراسة الدهان (2004)، دراسة يوسف ومبروك (2006).

كما نجد أن أغلب الدراسات ركزت على مشكلات المسنين ومنها، السباسي (1983)، سعادة 1994، العكروش (1999)، رزق (2002)، يوسف ومبروك (2006).

كما تناولت حاجات المرأة المسنة دراسة أبو سوسو (1991)، و تغير الوسط الطبيعي وعلاقته بالتوافق الاجتماعي، دراسة الدهان (2004)، المساندة المدركة وعلاقتها بالوحدة والاكنتاب دراسة غانم (2002) .

المحور الثالث: دراسات تناولت المسنين في المجتمع، وركزت على جانب من جوانب الدراسة الحالية وهي: دراسة النبال و خميس، (1995) السعادة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والشخصية حيث تم تحديد المتغيرات الشخصية بالقلق والاكتئاب، والعصابية، والوساوس، والانبساط، و دراسة أحمد (1998) دراسة- عبر ثقافية- عن الاكتئاب والانطواء لدى المسنين المتقاعدين في البيئتين المصرية والسعودية، و دراسة غانم، (2000) الاكتئاب وجوانب التشويه المعرفي لدى المتقاعدين العاملين وغير العاملين، و دراسة النوايسة، (2006) مشكلات كبار السن في الأردن وبناء برنامج تدريبي لمساعدتهم على التكيف مع تلك المشكلات.

تبين من خلال مراجعة الدراسات السابقة انها لم تبحث موضوع في الاضطرابات العصابية (الاكتئاب والقلق، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين، وهذا ما تفردت به هذه الدراسة عن غيرها.

أما بالنسبة لعينة الدراسة من حيث الجنس وذلك تبعا لدراسات المتوفرة لدي فان معظمها تناولت الجنس ذكورا وإناثا باستثناء دراسة أبو سوسو (1991) ودراسة أحمد (1998) تناولت الإناث بينما تناولت دراسة غانم (2000) الذكور، أما متغير الحالة الاجتماعية فقد تناولته دراسة القدومي (1991) وجمعة (1994) والعكروش (1999) وفارس (2000) والخالدي (2003) وإبراهيم (2004)، أما متغير الحالة التعليمية فقد تناولته دراسة صنصور (1999) وجودة (2006) وجمعة (1994) والشوا (1995) واحمد (1998) وغانم (2000) وإبراهيم (2004) والدهان (2004).

أما متغير نوع الأسرة فقد تناولته دراسة جمعة (1994) وفارس (2000).

أما متغير نوع الأحداث الصادمة فلم تتناوله أية دراسة عربية.

أما متغير القدرة على العناية بالنفس فقد تناولته دراسة إبراهيم (2004).

أما متغير مدة الإقامة فقد تناولته دراسة محافظة (1993) و الخالدي (2003).

3.8.2. الدراسات الأجنبية:

قسمت الدراسات التي تناولت المسنين إلى ثلاثة محاور:

المحور الأول : دراسات تناولت موضوع الدراسة بشكل غير مباشر ومنها دراسة (Gerossman, 1982) الوحدة بين الأرامل في سن الشيخوخة و دراسة مورينو (Moreno,2000) استراتيجيات التعامل والاكتئاب عند المسنين الاسبان و دراسة شرينما وميندريت (Schrinemae & Meindert, 1993) مستوى الاكتئاب عند السيدات المسنات الهولنديات ودراسة مايندلديز (Melendez, 2001) الصحة الذاتية لدى المسنين غير المقيمين في دور الرعاية و دراسة بنكورات (Pinquart , 2003)الشعور بالوحدة النفسية لدى المسنين الذين لم يسبق لهم الزواج والمتزوجين والأرامل والمطلقين ودراسة ادامز (Adams,2004) تغير النشاطات والميول لدى كبار السن وعلاقتها بالاكتئاب و دراسة كريشان وما كويد (Krishan & Mcquoid, 2004) اكتئاب كبار السن و دراسة بروتس وأولسن (Protas, 2005) علاقة نقص الأداء الجسماني باكتئاب كبار السن و دراسة ليبينيت وآخرون (Bennett, et , 2005) استراتيجيات التوافق المستخدمة من قبل كبار السن في التعامل مع الضغوطات النفسية و دراسة آنا و آخرون (Anna , et al, 2005) العلاقة بين الوحدة النفسية وجودة الحياة.

المحور الثاني: دراسات مقارنة مع اسرهم والمقيمين في دور الرعاية: دراسة بكاروجلو، الاتكا (Bekaroglu & Ulatka,1992) دراسة مقارنة لمعرفة مستوى الاكتئاب عند كبار السن و دراسة تابلوسكي (Tabloski, 1989) تقرير المفاهيم الصحية للمسنين بمدينة لوس انجلوس ودراسة شرينما وميندريت (Schrinemae & Meindert, 1993) مستوى الاكتئاب عند السيدات المسنات الهولنديات.

المحور الثالث: دراسات تناولت اثر الانتقال إلى المؤسسات الإيوائية:

دراسة بيرتس وهيللر (Byerts & Heller, 1985) الآثار المترتبة على النقل إلى مساكن للعيش الجماعي لكبار السن و دراسة جيفاريس (Jeffares,1986) حرية الاختيار وعلاقتها بالسعادة في مجموعة من المسنين في مراكز رعاية المسنين و دراسة سينزبري و ويلجنسون (Sainsbury & Wiljinson, 1992) التغيرات المختلفة التي تطرأ على المسنين بعد تحويلهم إلى دور للرعاية " دراسة طولية، دراسة شافر (Shaver, 1986) أثر الخبرات المأساوية على الضبط الانفعالي لدى المسنين في مؤسسات رعاية المسنين دراسة كريتشبوم (Krichbaum, 1999) تأثير الانتقال إلى دار الرعاية في الحالة الإدراكية للمسنين.

أما بالنسبة لعينة الدراسة من حيث الجنس فقد تناولته دراسة جيروسمان (Gerossman, 1982) ودراسة بيرتس وهيللر (Byerts & Heller, 1985) ودراسة مكارثي (Mccarthy ,1985)

ودراسة جيفاريس (Jeffares, 1986) ودراسة تابلوسكي (Tabloski, 1989) ودراسة مايندلديز (Melendez, 2001).

متغير العمر قد تناولته دراسة دراسة جيروسمان (Gerossman, 1982)، دراسة جيفاريس (Jeffares, 1986)، دراسة تابلوسكي (Tabloski, 1989)، دراسة مايندلديز (Melendez, 2001).

متغير الحالة الاجتماعية تناولته دراسة بيرتس وهيلر (Byerts & Heller, 1985) ودراسة بكاروجلو، الاتكا (Bekaroglu & Ulatka, 1992) ودراسة بنكورات (Pinquart, 2003).

متغير الحالة التعليمية ونوع الاسرة وضمان الدخل فلم تتناوله الدراسات الاجنبية التي قمت بالاطلاع عليها.

متغير نوع الأحداث الصادمة تناولته دراسة شافر (Shaver, 1986) دراسة لبينيت وآخرون (Bennett, et al, 2005) متغير العناية بالنفس تناولته دراسة دراسة بروتس و أولسن (Protas, 2005).

متغير مدة الإقامة تناولته دراسة سينزبري و ويلجنسون (Sainsbury & Wiljinson, 1992)

موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

- البحث بأربعة اضطرابات عصابية لدى المسنين.
- التركيز على المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية.
- عينة الدراسات شملت جميع المحافظات الشمالية بما فيها القدس.
- متغيرات الدراسة جزء منها لم يبحث بالدراسات العربية.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

- 1.3 منهج الدراسة
- 2.3 مجتمع الدراسة
- 3.3 عينة الدراسة
- 4.3 أداة الدراسة
- 1.4.3 استمارة البيانات الشخصية
- 2.4.3 استبانة في الاضطرابات العصبية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين .
- 3.4.3 طريقة تفسير النتائج
- 4.4.3 صدق الأداة
- 5.4.3 ثبات الأداة
- 5.3 متغيرات الدراسة
- 6.3 إجراءات الدراسة
- 7.3 المعالجة الإحصائية

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل وصفاً لمنهج الدراسة، ومجتمعها، وعينتها، وأدواتها، وإجراءات الدراسة وتطبيق الأداة، وكذلك التحليل الإحصائي.

1.2 منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، وأسلوب الدراسة الميدانية في جمع المعلومات، لأنه المنهج المناسب في مثل هذه الدراسة النفسية، وهو منهج يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما هي في الواقع، ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً، ويعبر عنها تعبيراً كمياً بإعطاء وصف رقمي يوضح مقدارها أو حجمها، أو يعبر عنها تعبيراً كمياً بأن يصفها ويوضح خصائصها.

2.3 مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات فلسطين الشمالية، والبالغ عددهم (270) ما بين الذكور والإناث، موزعين على (14) مؤسسة، (1) في محافظة جنين، (3) في محافظة نابلس، (4) في محافظة رام الله، (2) في محافظة بيت لحم، (1) في محافظة أريحا (2) في محافظة القدس، والجدول الآتي (1.3) يبين توزيع مجتمع الدراسة حسب تواجدهم في محافظات الشمالية .

جدول 1.3: توزيع مجتمع الدراسة حسب المحافظة والمؤسسة والجنس.

الرقم	اسم المؤسسة	المحافظة	ذكر	أنثى	المجموع
1	جمعية بيت المسنين والمعوقين الخيرية	جنين	8	22	30
2	دار المحبة والوثام للمسنات .	نابلس	0	12	12
3	دار المحبة والسلام .		0	7	7
4	جمعية الهلال الأحمر.		10	10	20
5	جمعية الاتحاد النسائي العربي	رام الله	0	20	20
6	بيت العمر الذهبي .		7	7	7
7	جمعية الاتحاد النسائي العربي / البيرة		0	30	30
8	جمعية بيت المسنين / الطيبة .		1	11	12
9	الجمعية الانطوانية الارثوذكسية .	بيت لحم		30	30
10	دار نيقولاس للمسنين / بيت جالا.		6	6	12
11	بيت الأجداد .	أريحا	0	0	0
12	بيت الرحمة الإسلامي .	القدس	10	10	20
13	سيدة الالام للمسنين.		25	35	60
14	الملجأ الأرثوذكسي العربي .		5	5	10
المجموع			72	198	270

3.3 عينة الدراسة

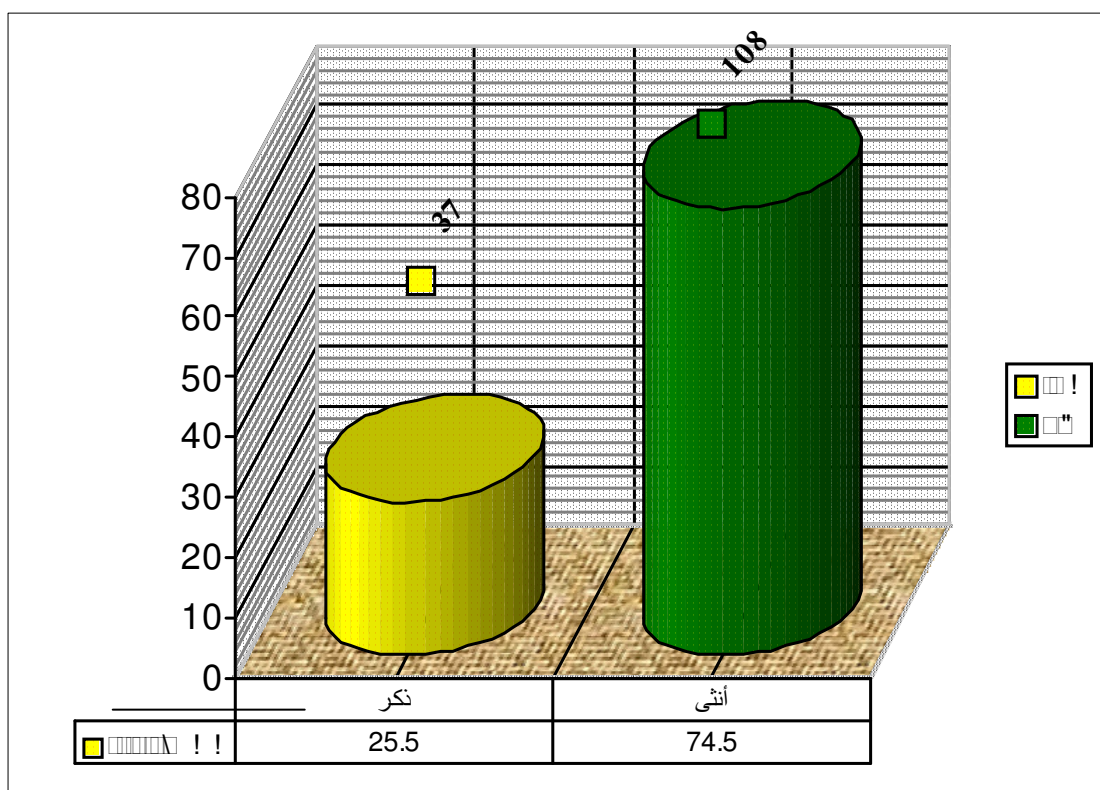
تكونت عينة الدراسة من (148) مسن ومسنة، إذ بلغ عدد الذكور (37) مسناً، وبلغ عدد الإناث (108) مسنة، وشكلت العينة ما نسبته (60%) من المجتمع الكلي للدراسة كون الباحثة قامت بنفسها وبمساعدة الاختصاصية الاجتماعية في جمعية بيت المسنين والمعوقين الخيرية بملىء الاستبانات وهذا عدد مناسب لاغراض البحث الوصفي، وتم اختيارهم بالطريقة الطبقيّة العشوائية تم استبعاد (3) استبانات بسبب نقص المعلومات وعدم صلاحيتها للتحليل الإحصائي لكي تصبح عينة الدراسة التي

تم تفريغها إلى الحاسوب وإجراء التحليل الإحصائي عليها (145) والجداول (2.3) (3,3) (4,3) (5,3) (6,3) (7,3) (8,3) (9,3) (10,3) (11,3) تبين أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغيراتها المستقلة.

1- متغير الجنس.

جدول 2.3: توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الجنس.

الجنس	التكرار	النسبة المئوية %
ذكر	37	25.5
أنثى	108	74.5
المجموع	145	%100

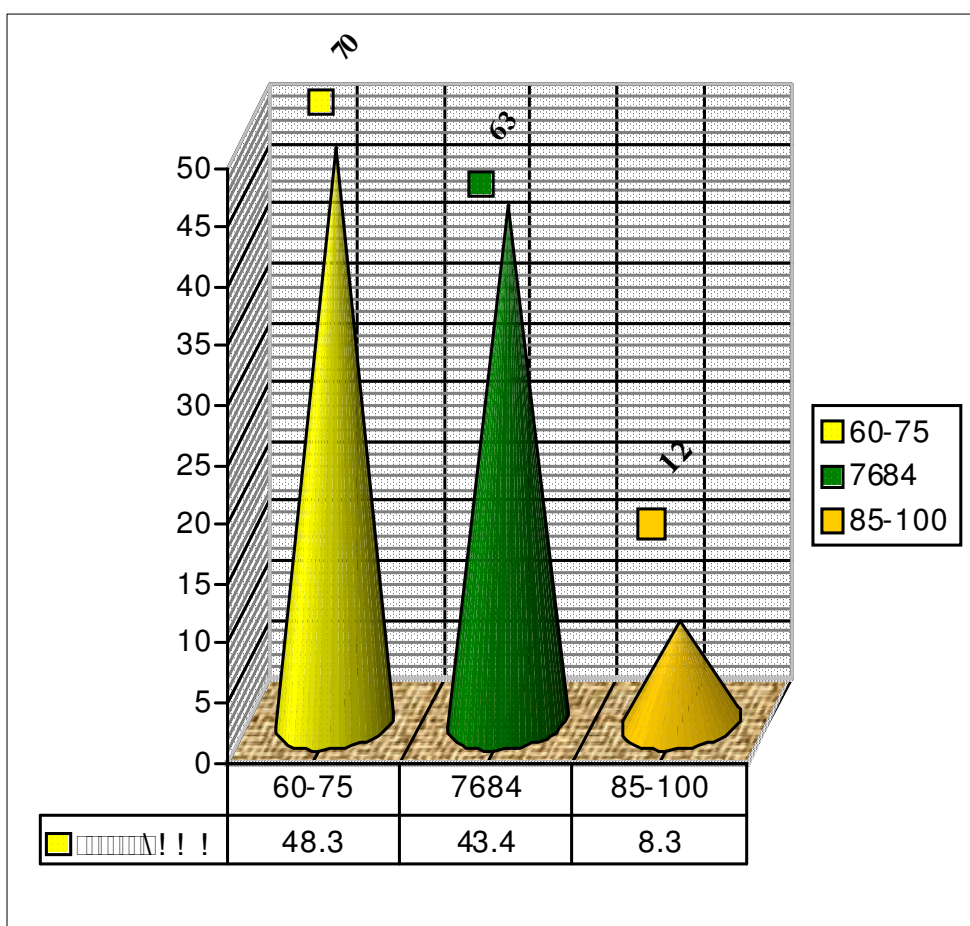


شكل 1.3: يوضح توزيع أفراد العينة تبعا لمتغير الجنس.

2- متغير العمر:

جدول 3.3: توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير العمر.

العمر	التكرار	النسبة المئوية %
75-60	70	48.3
84-76	63	43.4
100-85	12	8.3
المجموع	145	%100

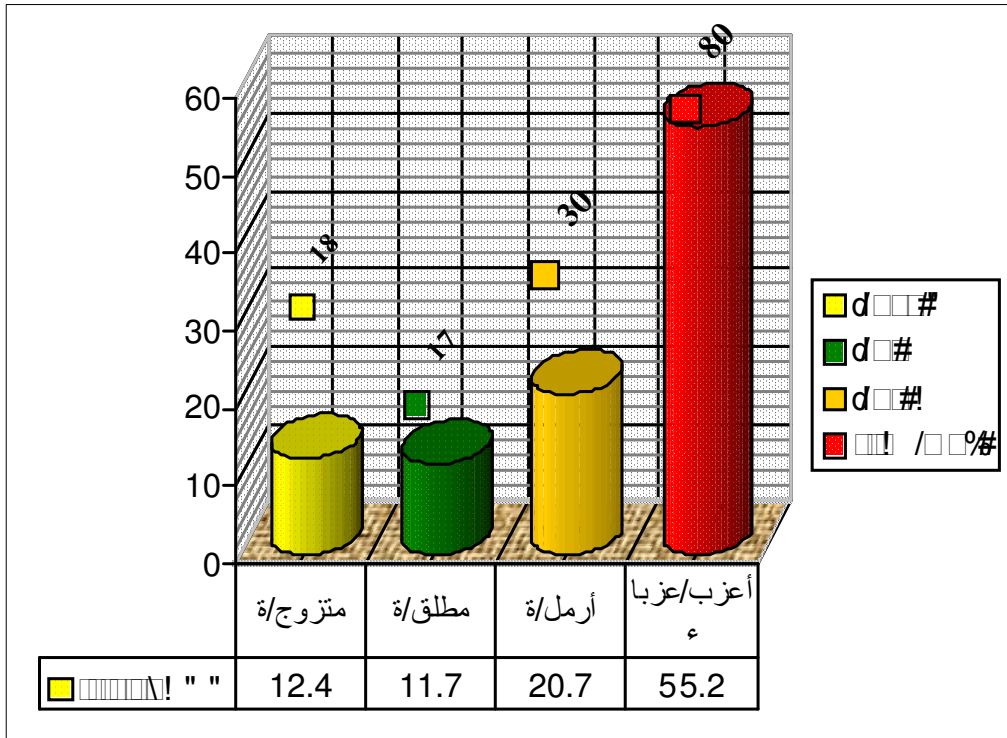


شكل 2.3: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير العمر.

3-متغير الحالة الاجتماعية:

جدول 4.3: توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية.

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة المئوية %
متزوج/ة	18	12.4
مطلق/ة	17	11.7
أرمل/ة	30	20.7
أعزب/عزباء	80	55.2
المجموع	145	%100

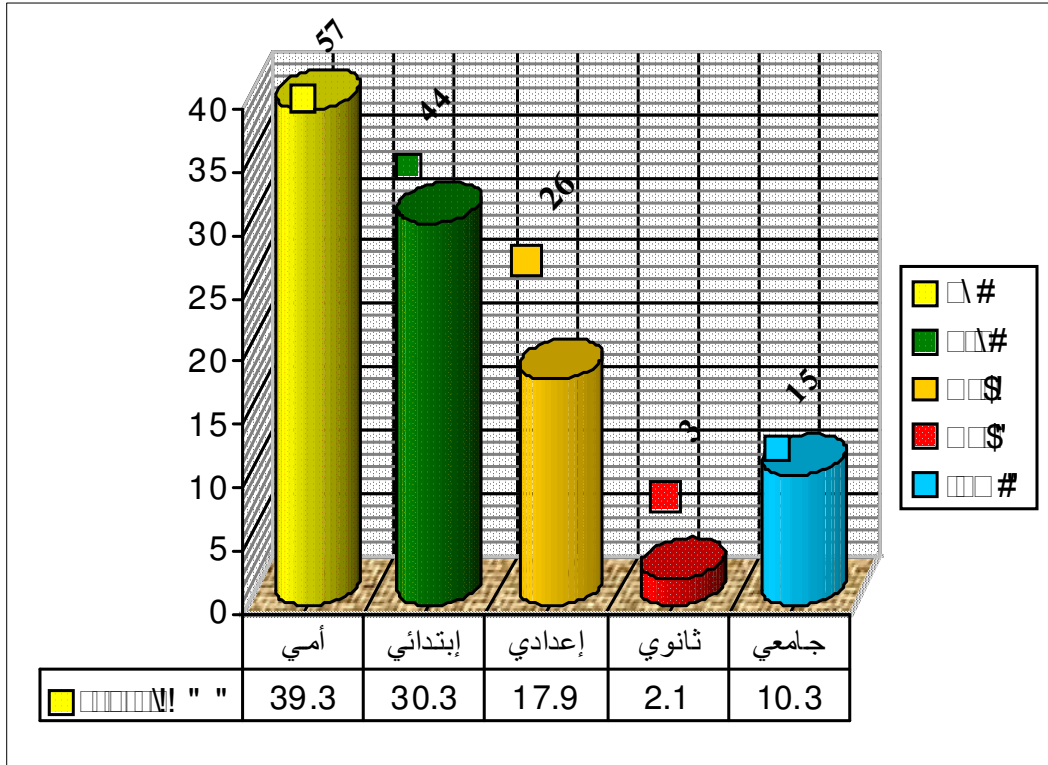


شكل 3.3: يوضح توزيع عينة الدراسة تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية.

4-متغير الحالة التعليمية:

جدول 5.3-أ: توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الحالة التعليمية.

الحالة التعليمية	التكرار	النسبة المئوية %
أمي	57	39.3
ابتدائي	44	30.3
اعدادي	26	17.9
ثانوي	3	2.1
جامعي	15	10.3
المجموع	145	%100

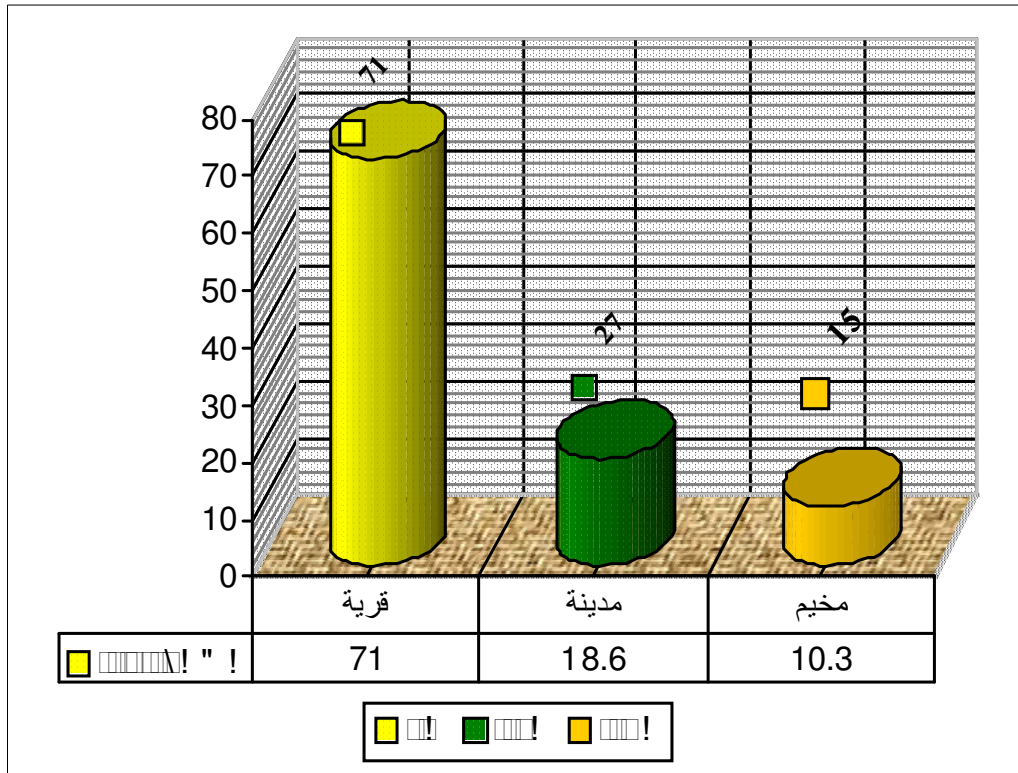


شكل 4.3: يوضح توزيع عينة الدراسة تبعا لمتغير الحالة التعليمية.

5- متغير مكان السكن:

جدول 6.3: توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير مكان السكن.

مكان السكن	التكرار	النسبة المئوية %
قرية	103	71.0
مدينة	27	18.6
مخيم	15	10.3
المجموع	145	%100

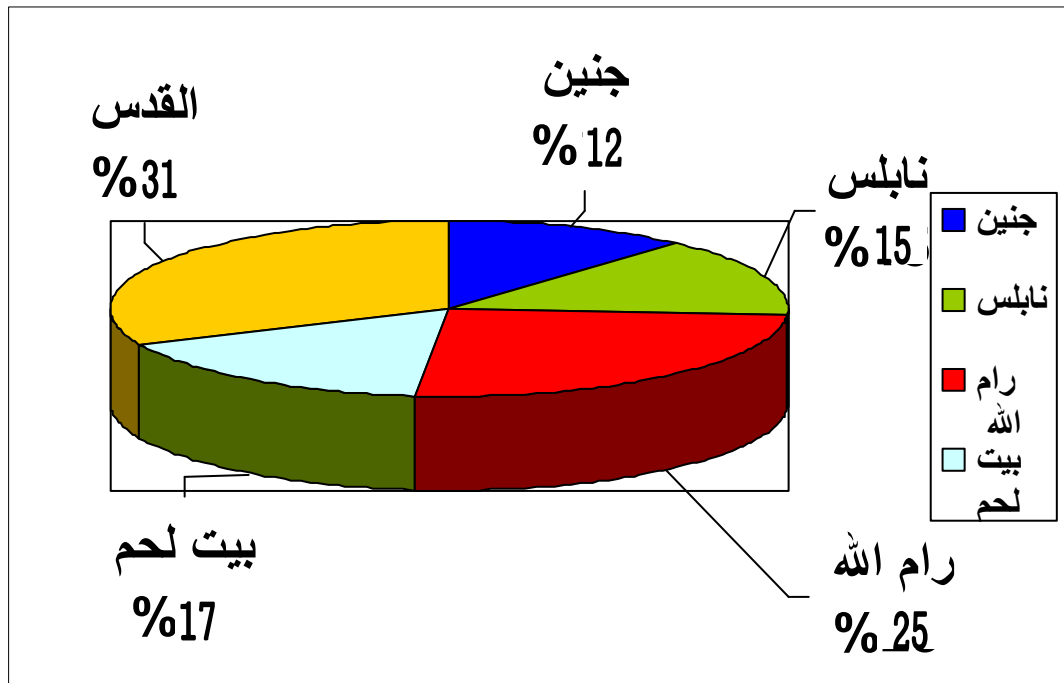


شكل 5.3: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير مكان السكن.

6-متغير مكان المؤسسة:

جدول 7.3: توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير مكان المؤسسة.

المحافظة	التكرار	النسبة المئوية %
جنين	17	11.7
نابلس	21	14.5
رام الله	37	25.5
بيت لحم	24	16.6
القدس	46	31.7
المجموع	145	%100

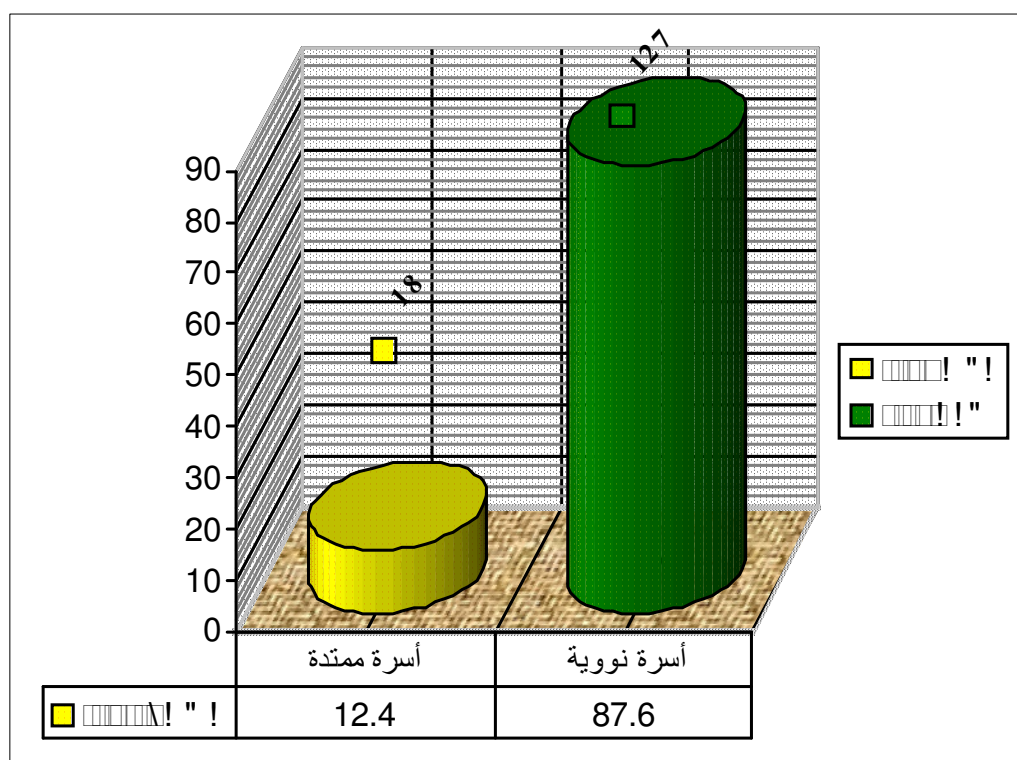


شكل 6.3: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير مكان المؤسسة.

7- متغير نوع الأسرة:

جدول 8.3: توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير نوع الأسرة.

النسبة المئوية %	التكرار	نوع الأسرة
12.4	18	أسرة ممتدة
87.6	127	أسرة نووية
%100	145	المجموع

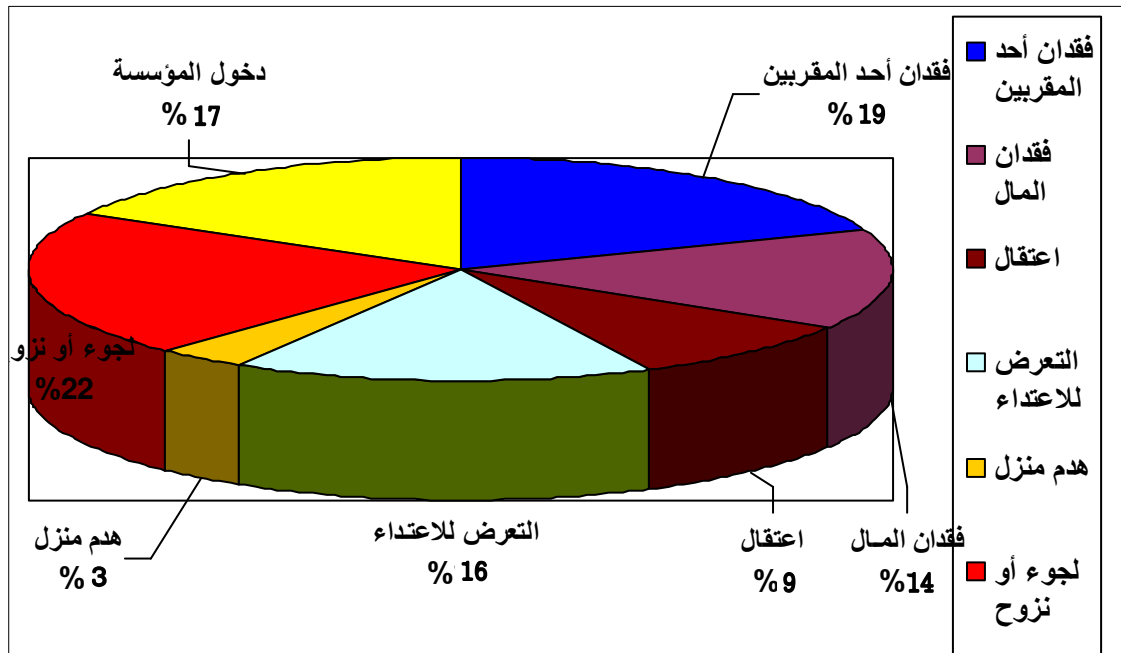


شكل 7.3: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير نوع الأسرة .

8- متغير نوع الأحداث الصادمة التي تعرض لها المسن/ه:

جدول 9.3: توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير نوع الأحداث الصادمة التي تعرض لها المسن/ه.

النسبة المئوية %	التكرار	الأحداث الصادمة التي تعرض لها المسن/ه
19.3	28	فقدان احد الأشخاص المقربين
14.5	21	فقدان المال
9.0	13	اعتقال
15.9	23	التعرض لاعتداء
3.4	5	هدم المنزل
21.4	31	لجوء أو نزوح
16.6	24	دخول المؤسسة
%100	145	المجموع

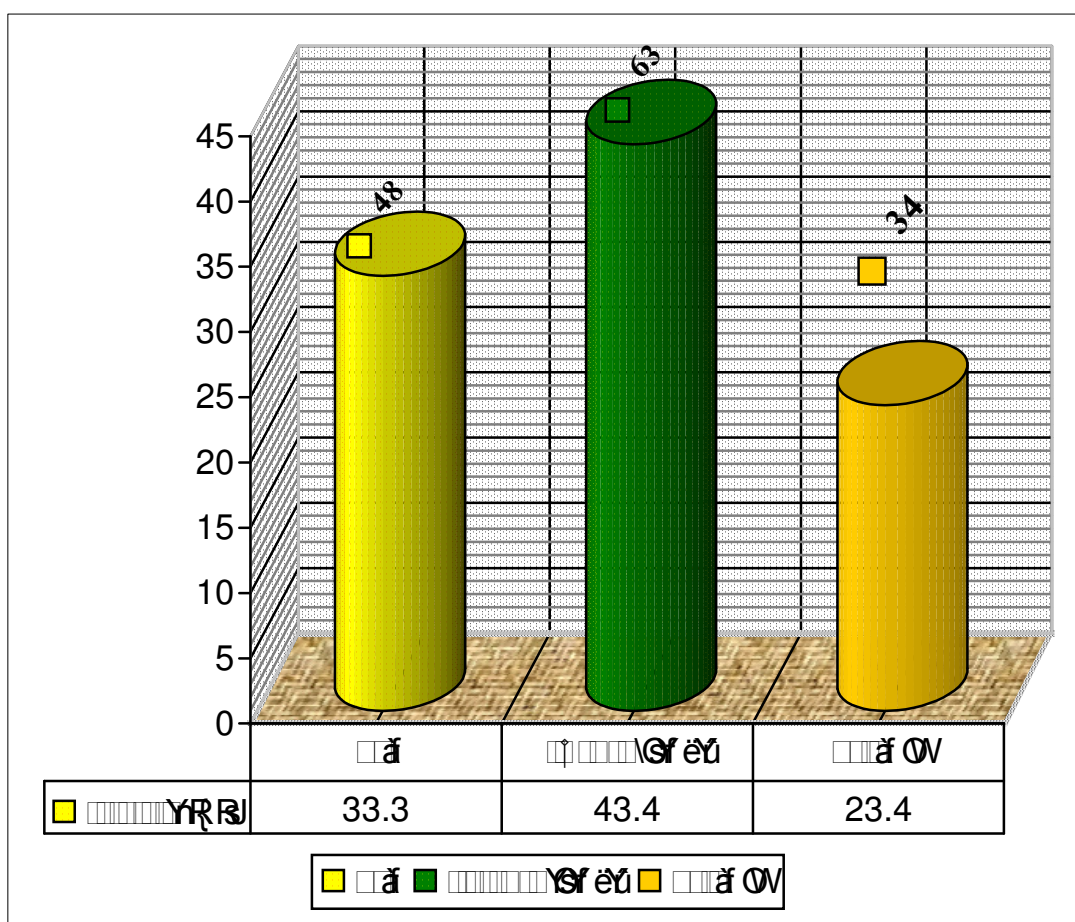


شكل 8.3: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير نوع الأحداث الصادمة التي تعرض لها المسن/ه.

9- متغير القدرة على العناية بالنفس:

جدول 10.3: توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير القدرة على العناية بالنفس.

القدرة على العناية بالنفس	التكرار	النسبة المئوية %
قادر	48	33.2
قادر إلى حد ما	63	43.4
غير قادر	34	23.4
المجموع	145	%100

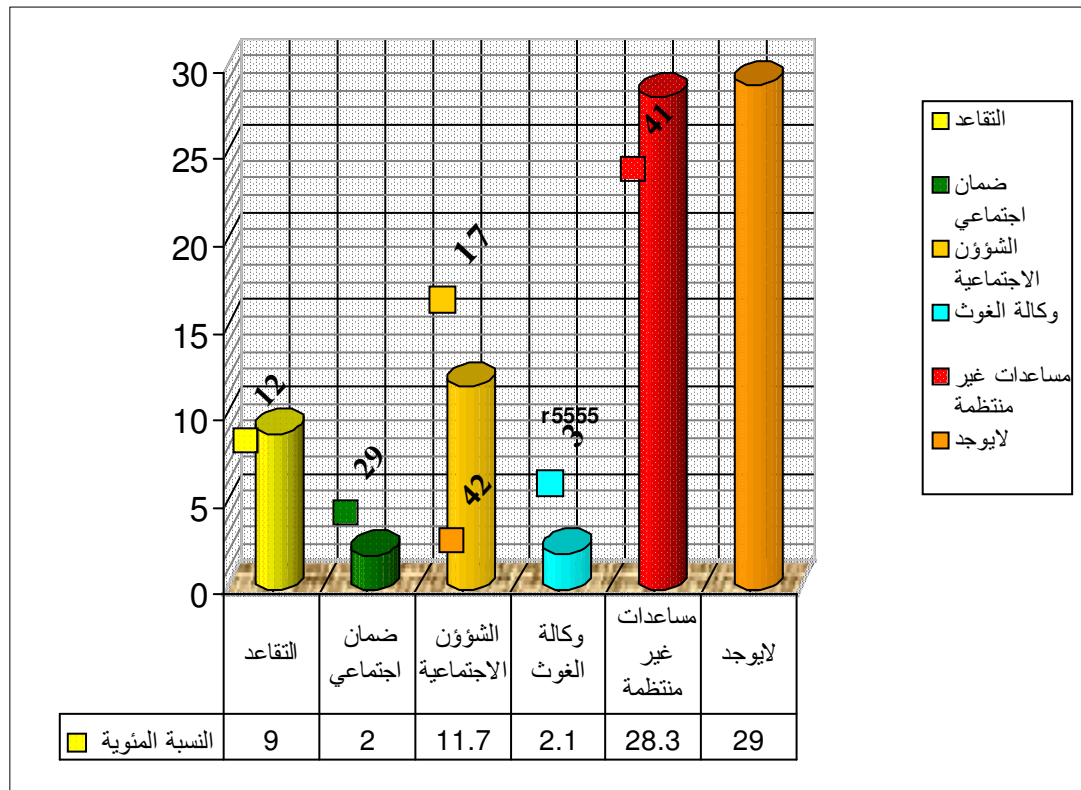


شكل 9.3: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير القدرة على العناية بالنفس.

10- متغير ضمان الدخل:

جدول 11.3: توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير مصدر الدخل.

النسبة المئوية %	التكرار	مصدر الدخل
9.0	13	التقاعد
20.0	29	ضمان اجتماعي
11.7	17	الشؤون الاجتماعية
2.1	3	وكالة الغوث الدولية
28.3	41	مساعدات غير منتظمة
29.0	42	لا يوجد
%100	145	المجموع

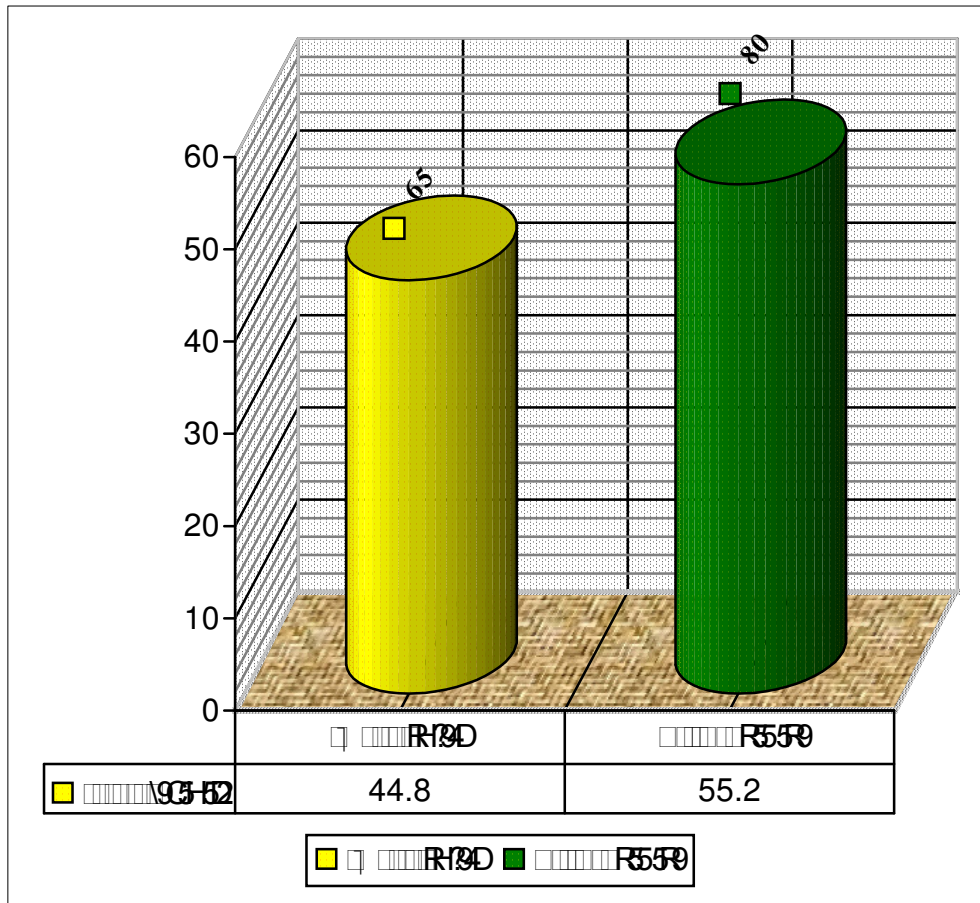


شكل 10.3: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير ضمان الدخل.

11- متغير مدة الإقامة بالمؤسسة :

جدول 12.3: توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير مدة الإقامة .

النسبة المئوية %	التكرار	مدة الإقامة في المؤسسة
44.8	65	سنتين فما دون
55.2	80	أكثر من سنتين
%100	145	المجموع



شكل 11.3: يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير مدة الإقامة.

4.3 أداة الدراسة

استخدمت الباحثة الأدوات الآتية لجمع بيانات الدراسة:

1.4.3. استمارة البيانات الشخصية:

وهي عبارة عن البيانات الديمغرافية الخاصة بالمسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين من حيث الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، الحالة التعليمية، مكان السكن المحافظة، نوع الأسرة، نوع الأحداث الصادمة التي تعرض لها المسن/ة، القدرة على العناية بالنفس مصدر الدخل، مدة الإقامة، وعلى الباحثة أن تقوم بوضع دائرة حول الإجابة التي تتناسب مع المسن/ه، ولم يطلب أسم المسن أو أسم المؤسسة لضمان صدق الإجابة.

2.4.3. استبانة في الاضطرابات العصابية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين في محافظات شمال فلسطين :

قامت الباحثة باعداد استبانة لقياس الاضطرابات العصابية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين في محافظات فلسطين الشمالية، حيث تكونت الاستبانة من (47) فقرة، وزعت على أربعة محاور رئيسية والجدول (13) يبين توزيع الفقرات على محاور الدراسة:

جدول 13.3: توزيع فقرات أداة الدراسة على محاورها الرئيسية.

المحور	أرقام الفقرات	عدد الفقرات
الاكتئاب	14-1	14
القلق	26-15	12
توهم المرض	37-27	11
الوسواس القهري	47-38	10
المجموع		47

ومن أجل اعداد الاستبانة قامت الباحثة بمراجعة الأدب التربوي الخاص بموضوع الدراسة واعتمدت في بناء فقرات الاستبانة على الدليل التشخيصي والإحصائي لأمراض العقلية في إصداره الرابع (D.M.S.IV,1994) والمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض النفسية

والسلوكية (1992)، وتعتمد هذه المراجع على تشخيص الاضطرابات من خلال أعراضها، كما قامت الباحثة بمراجعة المقاييس الخاصة بالاضطرابات النفسية وأهمها: مقياس (SCL- 90-R) لمراجعة الأعراض النفسية والعقلية ذات التسعين عبارة، وهذا المقياس عبارة عن تقدير إكلينيكي ذاتية التقدير لتشخيص الأعراض السلوكية لدى المرضى المترددين على العيادات النفسية، كما قامت الباحثة بالاطلاع على اختبار الشخصية المتعددة الأوجه، اقتباس وإعداد عطية محمود هنا، ومحمد عماد الدين إسماعيل، ولويس كامل مليكه.

وأثناء بناء الاستبانة ركزت الباحثة على العبارات المشتركة ما بين المقاييس والدليل التشخيصي والإحصائي لأمراض العقلية في إصداره الرابع (D.M.S.IV,1994) والمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض النفسية والسلوكية (1992).

وتم استقائها العبارات التالية (1، 2، 3، 4، 6، 7، 8، 9، 11، 13، 16، 18، 20، 21، 23، 24، 25، 28، 38، 39، 40، 41، 43، 44، 45، 46، 47) من مقياس (SCL- 90-R)

والعبارات (5، 12، 15، 17، 19، 22، 26،) من اختبار الشخصية متعددة الأوجه، والعبارات (27، 29، 30، 31، 32، 33، 34، 35، 36، 37، 42) من الأدب التربوي.

وقد تم تصميم الاستبانة على اساس ثلاثي الأبعاد، بنيت الفقرات بالاتجاه السلبي وأعطيت الأوزان التالية:

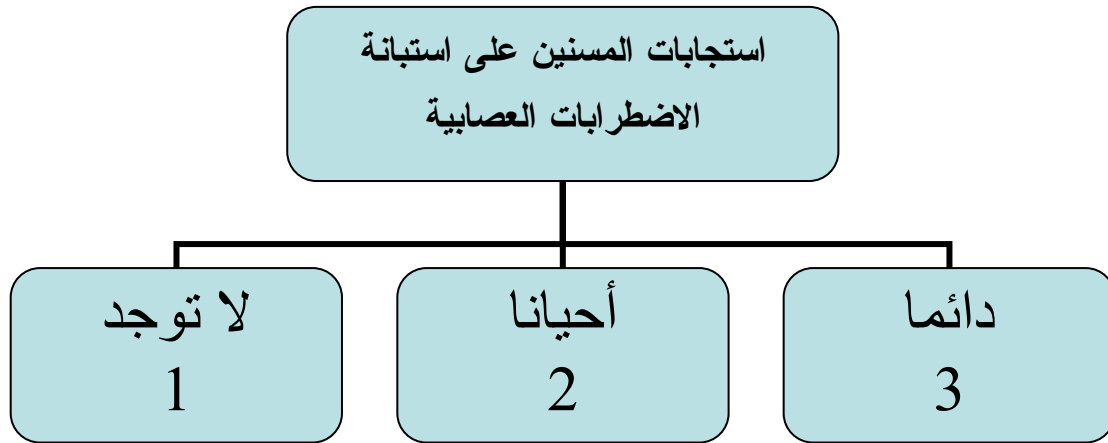
- دائما : 3 درجات
- أحيانا : درجتين
- لا توجد : درجة واحدة

وبذلك تكون أعلى درجة في المقياس $141 = 47 \times 3$

وتكون أقل درجة $47 = 47 \times 1$

وقد استندت الباحثة في تفسيرها لنتائج المقياس لأسلوب ليكرت الذي يحدد درجة المبحوث على المقياس في ضوء درجة موافقته أو عدم موافقته على بنود المقياس، وتحدد درجة الاضطراب في

هذه الدراسة بإعطاء أوزان مختلفة للاستجابة، بحيث يستجيب المبحوث على ميزان أو متصل رتبي متدرج يشتمل على ثلاث نقاط كما هو موضح في الشكل:



شكل 12.3: يوضح الميزان الرتبي لاستبانة الاضطرابات العصبية لدى المسنين.

3.4.3. طريقة تفسير النتائج:

بعد تحويل المتوسطات الحسابية إلى نسب مئوية تفسر النتائج على هذا الأساس وفق المعيار الآتي:

الوزن بالنسبة المئوية	درجة الاضطراب
أقل من 50%	منخفضة جدا
من 50-59.9%	منخفضة
من 60-69.9%	متوسطة
من 70-79.9%	كبيرة
من 80% فما فوق	كبيرة جدا

4.4.3. صدق الأداة:

بعد إعداد الأداة بصورتها الأولية قامت الباحثة بالتأكد من صدق الأداة بعرضها على عدد من المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص بلغ عددهم (10) محكمين من جامعة القدس، وجامعة

النجاح الوطنية، ومركز علاج وتأهيل ضحايا التعذيب، ومراكز الصحة النفسية التابعة لوزارة الصحة.

طلبت الباحثة منهم إبداء آرائهم حول مدى وضوح فقرات الاستبانة وسلامتها اللغوية وقدرة الفقرات على قياس ما وضعت لقياسه، وقد أشار المحكمين بصلاحيّة الأداة للدراسة وصدقها وأنها تقيس ما وضعت لقياسه، والملحق رقم (5) يبين أسماء المحكمين.

وفي ضوء ملاحظات المحكمين، تم حذف الفقرات التي تحمل الأرقام في النسخة قبل التعديل (18، 27، 30، 35، 40، 46، 49) وتم تعديل الفقرات (14، 15، 19، 20)، وتم إضافة بعض الفقرات، كما تم تعديل المقياس من ليكرت الخماسي الأبعاد إلى ثلاثي الأبعاد، وذلك نظراً لخصوصية فئة المسنين. حيث أصبحت الأداة بصورتها الحالية تتكون من (47) عبارة بعد أن كانت (49) عبارة والملحق رقم (2) يوضح صورة الاستبانة قبل إجراء صدق المحكمين عليه والملحق رقم (4) يوضح صورة الاستبانة على شكلها النهائي بعد الأخذ بملاحظات المحكمين.

5.4.3. ثبات الأداة:

قام الباحث باحتساب ثبات الأداة بعدة طرق على النحو الآتي:

أولا ثبات التجانس الداخلي (Consistency): وهذا النوع من الثبات يشير إلى قوة الارتباط بين الفقرات في أداة الدراسة، ومن أجل تقدير معامل التجانس استخدم الباحث طريقة (كرونباخ ألفا) (Cronbach Alpha). والجدول (14) يبين نتائج اختبار معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا على محاور الأداة المختلفة: .

جدول 14.3: يبين نتائج اختبار معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا على محاور أداة الدراسة وأقسامها المختلفة.

المحور	قيمة معامل الثبات
الاكتئاب	0.85
القلق	0.84
توهم المرض	0.81
الوسواس القهري	0.79
درجة الثبات الكلية	0.90

يتضح من الجدول (14) أن درجة الثبات لمحاور الاستبانة المختلفة تراوحت بين (0.79-0.90) بينما بلغت قيمة معامل ألفا للثبات الكلي (0.90) وهي بصورة عامة معاملات مرتفعة مناسبة لأغراض الدراسة ويمكن الوثوق بها.

ثانياً: طريقة التجزئة النصفية (Split-Half Method): حيث تم تقسيم فقرات المقياس إلى قسمين متساويين بحيث احتوى القسم الأول على الفقرات الفردية (1، 3، 5....) واحتوى القسم الثاني الفقرات الزوجية للاستبانة (2، 4، 6...) ثم تم استخراج معامل الارتباط بين الدرجات الفردية والدرجات الزوجية، حيث بلغ معامل الثبات الكلي (0.90) وهذا يعتبر معامل ثبات مرتفعاً ومناسباً لأغراض الدراسة الحالية.

5.3 متغيرات الدراسة :

أ- المتغيرات المستقلة Independent variables

- الجنس وله مستويان:
 - 1- ذكر
 - 2- أنثى.
- العمر وله أربعة مستويات:
 - 1- 60-75
 - 2- 76-84
 - 3- 85-100
 - 4- 100 فأكثر.
- الحالة الاجتماعية وله أربع مستويات:
 - 1- متزوج/ة
 - 2- مطلق/ة
 - 3- أرمل /ة
 - 4- أعزب/عزباء.
- الحالة التعليمية وله خمسة مستويات:
 - 1- أمي
 - 2- ابتدائي
 - 3- إعدادي
 - 4- ثانوي
 - 5- جامعي.
- مكان السكن وله ثلاثة مستويات:
 - 1- قرية
 - 2- مدينة
 - 3- مخيم.
- متغير مكان المؤسسة وله خمسة مستويات:
 - 1- رام الله
 - 2- نابلس
 - 3- بيت لحم
 - 4- جنين
 - 5- القدس.
- نوع الأسرة وله مستويان:
 - 1- أسرة ممتدة
 - 2- أسرة نووية
- نوع الأحداث الصادمة التي تعرض لها المسن / ه: وله سبعة مستويات:
 - 1- فقدان احد الأشخاص المقربين
 - 2- فقدان المال
 - 3 - اعتقال
 - 4- التعرض للاعتداء
 - 5- هدم المنزل
 - 6- لجوء أو نزوح
 - 7- دخول المؤسسة

- القدرة على العناية بالنفس ولها ثلاثة مستويات:

- 1- قادر
- 2- قادر الى حد ما
- 3- غير قادر .

ويتم تحديدها بناء على قدرة المسن على القيام بالواجبات الشخصية الأساسية مثل (القدرة على تناول الطعام ، و استخدام الحمام، و الاستحمام، و لبس ملابسه، و ترتيب فراشه، وتمشيط شعره، والتنقل داخل المؤسسة)

- مصدر الدخل: وله ستة مستويات:

- 1- التقاعد
- 2- ضمان اجتماعي
- 3- الشؤون الاجتماعية 4- وكالة الغوث الدولية
- 5- مساعدات غير منتظمة
- 6- لا يوجد

- مدة الإقامة في المؤسسة: وله مستويان:

- 1- سنتين فما دون
- 2- أكثر من سنتين

ب- المتغيرات التابعة: تتمثل في إجابة أفراد عينة الدراسة وهم المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية على استبانة الاضطرابات العصبية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين.

6.3 إجراءات الدراسة:

بعد أن قامت الباحثة بتجميع فقرات الاستبانة من عدة مقاييس مناسبة للدراسة والتأكد من صدقها وثباتها قامت بالتوجه إلى وزارة الشؤون الاجتماعية، وذلك خلال كتاب رسمي من كلية الدراسات العليا -جامعة القدس- من أجل المساعدة في اختيار العينة بعدما تم تحديد مجتمع الدراسة، وبعدها تم التوجه إلى المؤسسات الإيوائية في محافظات فلسطين الشمالية، وتم اختيار العينة (طبقية عشوائية)، حيث أن مجتمع الدراسة يحتوي على محافظات، وجمعيات في كل محافظة، وذكر وانات.

قامت الباحثة بمراجعة الادب التربوي واعداد استبانة لقياس الاضطرابات العصبية على المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين، وعرضها على المحكمين وأجراء التعديلات اللازمة، وبعدها تم تطبيقها في جميع محافظات فلسطين الشمالية في العام 2008 باستثناء محافظة أريحا لعدم قدرة المسنين المقيمين في بيت الأجداد التابع لوزارة الشؤون الاجتماعية على التجاوب مع أداة الدراسة، لقد تم جمع البيانات من خلال مقابلة الباحثة للمسنين بشكل فردي بالتعاون مع الأخصائية الاجتماعية في جمعية بيت المسنين والمعوقين الخيرية، نظرا

لعدم وجود أخصائيين في المؤسسات الإيوائية، وبعد أن اكتملت عملية ملئ الاستبانات، قامت الباحثة بفرز وتصنيف هذه الاستبانات لفحصها والتأكد من الإجابة عنها بالطريقة الصحيحة، وقد تبين للباحثة أن (3) استبانات لم تستكمل كافة المعلومات وبذلك بقي عدد الاستبانات الصالحة (145) استبانة من أصل (148) استبانة وأجري التحليل الإحصائي لـ (145)، ولقد قامت الباحثة بعمل تصريح مرضي الى مستشفى المقاصد كي تتمكن من زيارة بيوت المسنين في القدس.

7.3 المعالجة الإحصائية:

من أجل معالجة البيانات استخدم برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وذلك باستخدام المعالجات الإحصائية التالية:

- 1- المتوسطات الحسابية والنسب المئوية للإجابة عن أسئلة الدراسة.
- 2- اختبار (ت) للمجموعات المستقلة (Independent t-Test) لفحص الفرضيات المتعلقة بمتغيرات الجنس، ومدة الإقامة في المؤسسة، ونوع الأسرة، تم استخدام هذا الاختبار كون المتغير المستقل لكل منهم له مستويين فقط.
- 3- تحليل التباين الأحادي (One-Way Analysis Variance) لفحص الفرضيات المتعلقة بمتغيرات المحافظة، العمر، مصدر الدخل، مكان السكن، تم استخدام تحليل التباين الاحادي كون المتغير المستقل لكل منهم له أكثر من مستويين.
- 4- معادلات كرونباخ الفا والتجزئة النصفية لقياس الثبات
- 5- التمثيل البياني للمتغيرات المستقلة.
- 6- اختبار (LSD) للمقارنات البعدية.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

1.4	النتائج المتعلقة بالسؤال الأول والثاني
2.4	النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى
3.4	النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية
4.4	النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة
5.4	النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة
6.4	النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة
7.4	النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة
8.4	النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة
9.4	النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

هدفت الدراسة التعرف على الاضطرابات العصابية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين، إضافة إلى تحديد أثر كل من متغيرات الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، الحالة التعليمية، مكان السكن، المحافظة، نوع الأسرة، نوع الأحداث الصادمة التي تعرض لها المسن/ه، القدرة على العناية بالنفس، مصدر الدخل، مدة الإقامة في المؤسسة، على درجة الاضطرابات العصابية، وبعد عملية جمع البيانات عولجت إحصائياً باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وفيما يلي عرضاً للنتائج التي توصلت إليها الدراسة:

1.3 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول والذي نصه:

ما درجة الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين؟

من أجل الإجابة عن هذا السؤال استخدمت المتوسطات الحسابية والنسب المئوية ودرجة الاضطراب والجدول (15,4) و (16,4) و (17,4) و (18,4) تبين ذلك.

1- الاكتئاب:

جدول 1.4: المتوسطات الحسابية والنسب المئوية ودرجة اضطراب الاكتئاب لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين مرتبة تنازلياً حسب درجة الاضطراب.

الترتيب	الرقم في الاستبانة	الفقرة	المتوسط	النسبة المئوية	درجة الاضطراب
1	9	أشعر بالحزن.	2.74	91.1	كبيرة جدا
2	6	أشعر بالوحدة .	2.70	89.8	كبيرة جدا
3	8	أشعر بالفراغ.	2.67	89.0	كبيرة جدا
4	1	أفقد الاهتمام بالأشياء من حولي.	2.35	78.3	كبيرة
5	5	أشعر بالذنب.	2.23	74.2	كبيرة
6	11	أشعر بفقدان الأمل.	2.23	74.1	كبيرة
7	14	أشعر باضطراب النوم	2.21	73.4	كبيرة
8	4	أبكي بسهولة.	2.13	70.9	كبيرة
9	13	أشعر بأن كل شيء يحتاج إلى مجهود كبير.	2.09	69.6	متوسطة
10	2	أشعر بالبطء.(البطء عند تناول الطعام)	2.05	68.2	متوسطة
11	12	أنظر بصورة متشائمة للمستقبل.	2.01	66.8	متوسطة
12	10	أشعر باضطراب الوزن (فقدان الشهية للطعام أو زيادتها)	1.96	65.2	متوسطة
13	3	تراودني أفكار للتخلص من الحياة.	1.93	64.3	متوسطة
14	7	أشعر بانخفاض الثقة بالنفس.	1.92	63.7	متوسطة
		الدرجة الكلية للاكتئاب	2.23	74.2	كبيرة

*أقصى درجة للفقرة (5) *وللمجال (70) درجة.

يتضح من خلال الجدول (1.4) أن درجة اضطراب الاكتئاب لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين، كانت كبيرة جدا على الفقرات (9، 6، 8)، حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات المفحوصين على هذه الفقرات على التوالي (91.1%، 89.8%، 89%)، بينما كانت درجة اضطراب الاكتئاب كبيرة على الفقرات (1، 5، 11، 14، 4) حيث بلغت النسبة

المئوية لاستجابات المفحوصين على هذه الفقرات على التوالي (74.1%، 74.2%، 78.3%)،
 73.4%، 70.9%) بينما كانت درجة اضطراب الاكتئاب متوسطة على الفقرات (13، 2، 12،
 10، 3، 7) حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات المفحوصين على هذه الفقرات على التوالي
 (69.6%، 68.2%، 66.8%، 65.2%، 64.3%، 63.7%)، أما الدرجة الكلية لاضطراب
 الاكتئاب فقد كانت كبيرة حيث بلغت النسبة المئوية الكلية لاستجابات المفحوصين على هذا
 الاضطراب (74.2%).

2- القلق:

جدول 2.4: المتوسطات الحسابية والنسب المئوية ودرجة اضطراب القلق لدى المسنين المقيمين في
 المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين مرتبة تنازليا حسب درجة الاضطراب.

الترتيب	الرقم في الاستبانة	الفقرة	المتوسط	النسبة المئوية	درجة الاضطراب
1	25	أشعر بالتعب.	2.62	87.27	كبيرة جدا
2	20	أشعر بالضيق.	2.48	82.68	كبيرة جدا
3	15	أشعر بعدم القدرة على التركيز.	2.47	82.22	كبيرة جدا
4	22	أشعر بالانقباض.	2.39	79.69	كبيرة
5	21	أشعر بالخوف فجأة بدون سبب محدد.	2.25	74.87	كبيرة
6	18	أشعر بالارتجاف.	2.23	74.41	كبيرة
7	19	أشعر بجفاف الفم.	2.15	71.65	كبيرة
8	23	أشعر بأن أشياء سيئة سوف تحدث لي.	2.14	71.19	كبيرة
9	26	أشعر بعدم القدرة على الإنجاز.	2.12	70.73	كبيرة
10	24	تتردد في رأسي أفكار وتخيلات غريبة.	2.10	69.82	كبيرة
11	17	"أشعر بعدم القدرة على الاندماج مع الآخرين.	2.02	67.29	متوسطة
12	16	أشعر بتوتر عضلي. (شد في اليدين أو الأرجل).	1.87	62.24	متوسطة
		الدرجة الكلية لاضطراب القلق	2.24	74.49	كبيرة

*أقصى درجة للفقرة (5) *وللمجال (60) درجة.

يتضح من خلال الجدول (2.4) أن درجة لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين كانت كبيرة جدا على الفقرات (25، 20، 15)، حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات المفحوصين على هذه الفقرات على التوالي (87.2%، 82.6%، 82.2%)، بينما كانت درجة اضطراب القلق كبيرة على الفقرات (22، 21، 18، 19، 23، 26، 24) حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات المفحوصين على هذه الفقرات على التوالي (79.6%، 74.8%، 74.4%، 71.6%، 17.1%، 70.7%، 69.8%) بينما كانت درجة اضطراب القلق متوسطة على الفقرات (17، 18) حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات المفحوصين على هذه الفقرات على التوالي (67.2%، 62.2%)، أما الدرجة الكلية لاضطراب القلق فقد كانت كبيرة حيث بلغت النسبة المئوية الكلية لاستجابات المفحوصين على هذا الاضطراب (74.49%).

3- توهم المرض:

جدول 3.4: المتوسطات الحسابية والنسب المئوية ودرجة اضطراب توهم المرض لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين مرتبة تنازليا حسب درجة الاضطراب.

الترتيب	الرقم في الاستبانة	الفقرة	المتوسط	النسبة المئوية	درجة الاضطراب
1	29	أشعر بألم معظم الوقت في جميع أجزاء جسمي.	2.54	84.51	كبيرة جدا
2	33	أشعر بضغط شديد حول رأسي.	2.37	79.00	كبيرة
3	32	أشعر بأنني لا أستطيع ممارسة حياتي كالمعتاد	2.35	78.39	كبيرة
4	30	يضايقني أن تسوء صحتي .	2.20	73.26	كبيرة
5	28	أشعر بسرعة دقات القلب.	2.13	70.96	كبيرة
6	31	أشعر بأنني على وشك الانهيار.	2.10	69.82	متوسطة
7	34	أشعر بالإنهاك.	2.03	67.75	متوسطة
8	27	أشعر بالتعرق أكثر من المعتاد.	1.88	62.47	متوسطة
9	36	لا أشعر بالارتياح عند زيارة الطبيب.	1.81	60.40	متوسطة
10	37	أتابع الأمور الطبية التي تهتم بالصحة العامة.	1.74	58.10	منخفضة
11	35	أهتم بجسدي بشكل دائم.	1.36	45.22	منخفضة
		الدرجة الكلية لاضطراب توهم المرض	1.95	65.05	كبيرة

*أقصى درجة للفقرة (5) *وللمجال (55) درجة.

يتضح من خلال الجدول (3.4) أن درجة اضطراب توهم المرض لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين كانت كبيرة جدا على الفقرة (29)، حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات المفحوصين على هذه الفقرة (84.5%)، بينما كانت درجة اضطراب توهم المرض كبيرة على الفقرات (33، 32، 30، 28) حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات المفحوصين على هذه الفقرات على التوالي (79%، 78.3%، 73.2%، 70.9%)، بينما كانت درجة اضطراب توهم المرض متوسطة على الفقرات (31، 34، 27، 36) حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات المفحوصين على هذه الفقرات على التوالي (69.8%، 67.7%، 62.4%، 60.4%)، وكانت درجة اضطراب توهم المرض منخفضة على الفقرة (37) حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات المفحوصين على هذه الفقرة (58.1%)، وكانت درجة اضطراب توهم المرض منخفضة جدا على الفقرة (35)، حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات المفحوصين على هذه الفقرة (45.2%) أما الدرجة الكلية لاضطراب توهم المرض فقد كانت متوسطة حيث بلغت النسبة المئوية الكلية لاستجابات المفحوصين على هذا الاضطراب (65.05%).

4- الوسواس القهري:

جدول 4.4: المتوسطات الحسابية والنسب المئوية ودرجة اضطراب الوسواس القهري لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين مرتبة تنازليا حسب درجة الاضطراب.

الترتيب	الرقم في الاستبانة	الفقرة	المتوسط	النسبة المئوية	درجة الاضطراب
1	40	أشعر بالانزعاج بسبب الإهمال.	2.10	69.82	متوسطة
2	44	أعمل الأشياء ببطء شديد.	1.74	58.1	منخفضة
3	46	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات.	1.52	50.7	منخفضة
4	39	يوجد لدي صعوبة في تذكر الأشياء.	1.50	50.0	منخفضة
5	38	يوجد لدي أفكار وصور غير ايجابية.	1.36	45.2	منخفضة جدا
6	41	أشعر بالانزعاج بسبب عدم النظافة.	1.31	43.6	منخفضة جدا
7	42	أشعر أن السلوك والأفكار من عقلي وغير صحيحة.	1.29	42.9	منخفضة جدا
8	43	أشعر بعدم القدرة على التفكير.	1.24	41.3	منخفضة جدا
9	47	أكرر نفس الأشياء عدة مرات يوميا .	1.19	39.7	منخفضة جدا
10	45	أفحص ما أقوم به عدة مرات.	1.19	39.7	منخفضة جدا
		الدرجة الكلية للوسواس القهري	1.45	48.1	منخفضة جدا

*أقصى درجة للفقرة (5) *وللمجال (50) درجة.

يتضح من خلال الجدول (4.4) أن درجة اضطراب الوسواس القهري لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين كانت متوسطة على الفقرة (40)، حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات المفحوصين على هذه الفقرة (69.8%)، بينما كانت درجة اضطراب الوسواس القهري منخفضة على الفقرات (44، 46، 49) حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات المفحوصين على هذه الفقرات على التوالي (58.1%، 50.7%، 50%) بينما كانت درجة اضطراب الوسواس القهري منخفضة جدا على الفقرات (38، 41، 42، 43، 47، 45)، حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات المفحوصين على هذه الفقرات على التوالي (45.2%، 43.6%، 42.9%، 41.3%، 39.7%، 39.7%)، أما الدرجة الكلية لاضطراب الوسواس القهري فقد كانت منخفضة جدا حيث بلغت النسبة المئوية الكلية لاستجابات المفحوصين على هذا الاضطراب (48.1%).

2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني والذي نصه:

ما هي أكثر الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) انتشارا لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين؟

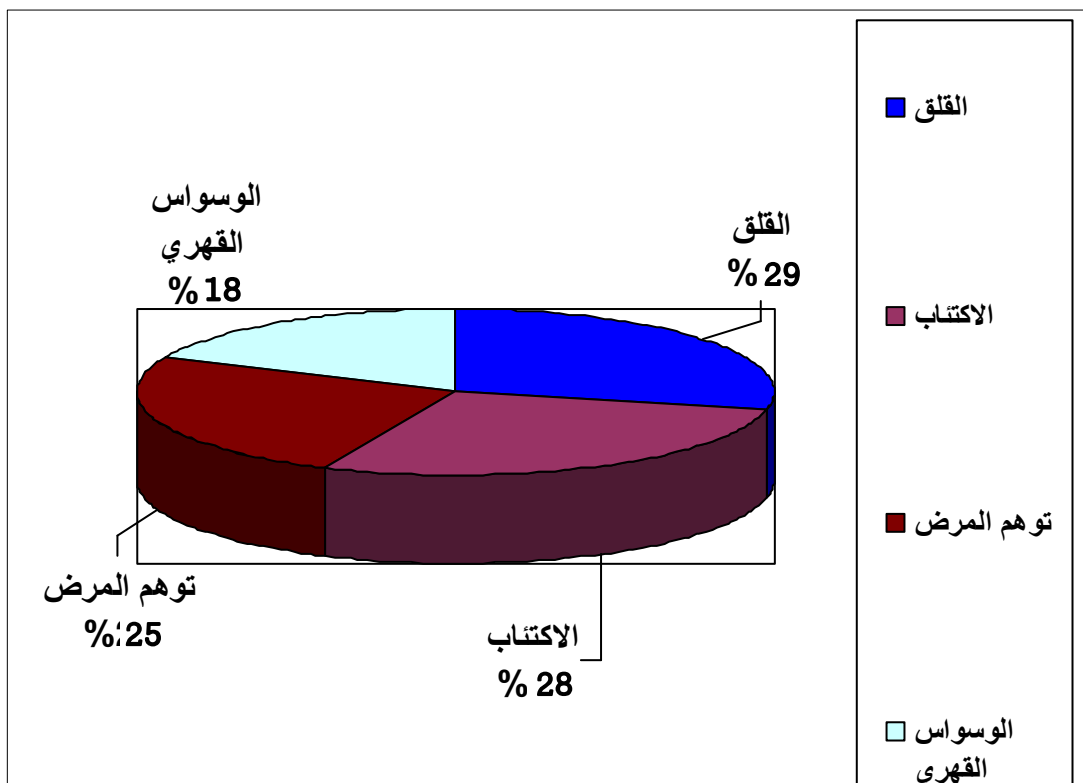
ومن أجل الإجابة على هذا السؤال استخدمت المتوسطات الحسابية والنسب المئوية ودرجة الاضطراب.

جدول 5.4: ترتيب الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين حسب درجة شيوعتها.

الترتيب	الاضطرابات	المتوسط الحسابي	النسبة المئوية	درجة الاضطراب
1	القلق	2.24	74.49	كبيرة
2	الاكتئاب	2.23	74.24	كبيرة
3	توهم المرض	1.95	65.05	متوسطة
4	الوسواس القهري	1.45	48.12	منخفضة جدا

يتضح من خلال الجدول (5.4) إن ترتيب الاضطرابات العصبية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين حسب درجة شيوعها جاء على النحو الآتي:

- المرتبة الأولى: القلق.
- المرتبة الثانية: الاكتئاب.
- المرتبة الثالثة: توهم المرض.
- المرتبة الرابعة: الوسواس القهري.



شكل 1.4: يوضح نسبة انتشار الاضطرابات العصبية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين.

3.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى والتي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في درجة الاضطرابات العصبية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تعزى لمتغير الجنس.

ومن أجل فحص الفرضية استخدم اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين (Independent t-Test) ونتائج الجدول (6.4) تبين ذلك:

جدول 6.4: نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق في درجة الاضطرابات العصابية (القلق ، الاكتئاب ، توهم المرض ، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير الجنس.

مستوى الدلالة المحسوب	(ت) المحسوبة	أنثى (ن=108)		ذكر (ن=37)		الجنس في الاضطرابات العصابية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.11	1.60	0.4616	2.1924	0.5069	2.3374	الاكتئاب
0.07	1.79	0.4796	2.1937	0.5474	2.3634	القلق
0.42	0.79	0.4420	1.9335	0.6843	2.0115	توهم المرض
0.24	1.15	0.3524	1.4222	0.5588	1.5135	الوسواس القهري
0.06	2.60	0.1980	1.9354	0.2242	2.0565	الدرجة الكلية للاضطرابات العصابية

* دال إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) * بدرجة حرية (143).

يتضح من الجدول (6.4) أن قيمة مستوى الدلالة المحسوب قد بلغت على الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) وعلى الدرجة الكلية للاضطرابات العصابية تبعا لمتغير الجنس على التوالي (0.11، 0.07، 0.42، 0.24، 0.06) وهذه القيم أكبر من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة ($\alpha \leq 0.05$) أي أننا نقبل الفرضية الصفرية القائلة بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في درجة الاضطرابات العصابية (القلق الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تعزى إلى متغير الجنس.

4.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية والتي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في درجة الاضطرابات العصبية (القلق ، الاكتئاب ، توهم المرض ، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تعزى إلى متغير العمر .

ومن أجل فحص الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية تبعا لمتغير العمر ومن ثم استخدم تحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA) للتعرف على دلالة الفروق في درجة الاضطراب تبعا لمتغير العمر والجدول (7.4) و (8.4) تبين ذلك:

جدول 7.4 : المتوسطات الحسابية لدرجة الاضطرابات العصبية (القلق ، الاكتئاب، توهم المرض الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير العمر .

العمر	75-60 ن=70	84-76 ن=63	100-85 ن=12
	المتوسط	المتوسط	المتوسط
الاكتئاب	1.8473	1.7309	1.5321
القلق	1.8377	1.7090	1.6111
توهم المرض	2.0143	1.9245	1.7500
الوسواس القهري	2.6229	2.5032	2.4250
الدرجة الكلية للاضطرابات العصبية	2.0805	1.9669	1.8295

يتضح من خلال الجدول (7.4) وجود فروق بين المتوسطات الحسابية، ومن أجل معرفة إن كانت هذه الفروق قد وصلت لمستوى الدلالة الإحصائية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA) والجدول (8.4) يوضح ذلك:

جدول 8.4: نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في درجة الاضطرابات العصبية (القلق الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير العمر.

العمر	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع مربعات الانحراف	متوسط الانحراف	"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
الاكتئاب	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	2 142 144	1.193 31.433 32.627	0.597 0.221	2.69	0.07
القلق	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	2 142 144	0.851 35.341 36.192	0.425 0.249	1.70	0.18
توهم المرض	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	2 142 144	0.808 37.119 37.927	0.404 0.261	1.54	0.21
الوسواس القهري	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	2 142 144	0.694 24.065 24.760	0.347 0.169	2.04	0.13
الدرجة الكلية للاضطرابات العصبية	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	2 142 144	0.856 15.307 16.162	0.428 0.108	2.09	0.11

* دال إحصائيا عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$).

يتضح من الجدول (8.4) أن قيمة مستوى الدلالة المحسوب قد بلغت على الاضطرابات العصبية (الاكتئاب، القلق، توهم المرض، الوسواس القهري) وعلى الدرجة الكلية للاضطرابات العصبية تبعا لمتغير العمر على التوالي (0.07 ، 0.18 ، 0.21 ، 0.13 ، 0.11) وهذه القيم أكبر من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة ($\alpha \leq 0.05$) أي أننا نقبل الفرضية الصفرية القائلة بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في درجة الاضطرابات العصبية (القلق الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تعزى لمتغير العمر.

5.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة والتي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في درجة الاضطرابات العصبية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية.

ومن أجل فحص الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية ومن ثم استخدم تحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA) للتعرف على دلالة الفروق في درجة الاضطراب تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية والجدول (9.4) و (10.4) تبين ذلك:

جدول 9.4 : المتوسطات الحسابية لدرجة الاضطرابات العصبية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية.

الحالة الاجتماعية	متزوج/ة ن=18	مطلق/ة ن=17	أرمل/ة ن=30	أعزب/عزباء ن=80
	المتوسط	المتوسط	المتوسط	المتوسط
الاكتئاب	1.6587	1.8571	1.8381	1.7521
القلق	1.6944	1.9069	1.9306	1.6850
توهم المرض	2.0758	2.1604	2.0627	1.8409
الوسواس القهري	2.5278	2.6000	2.4633	2.5850
الدرجة الكلية للاضطرابات العصبية	1.9892	2.1311	2.0737	1.9658

يتضح من خلال الجدول (9.4) وجود فروق بين المتوسطات الحسابية، ومن أجل معرفة إن كانت هذه الفروق قد وصلت لمستوى الدلالة الإحصائية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA) والجدول (10.4) يوضح ذلك:

جدول 10.4: نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في درجة الاضطرابات العصبية (القلق الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية.

الحالة الاجتماعية	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع مربعات الانحراف	متوسط الانحراف	"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
الاكتئاب	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	3 141 144	0.517 32.110 32.627	0.172 0.228	0.75	0.52
القلق	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	3 141 144	1.765 34.427 36.192	0.588 0.244	2.41	0.07
توهم المرض	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	3 141 144	2.369 35.558 37.927	0.790 0.252	3.13	*0.02
الوسواس القهري	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	3 141 144	0.372 24.388 24.760	0.124 0.173	0.71	0.54
الدرجة الكلية للاضطرابات العصبية	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	3 141 144	0.535 15.627 16.162	0.178 0.111	1.61	0.19

* دال إحصائيا عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$.

يتضح من الجدول (10.4) أن قيمة مستوى الدلالة المحسوب قد بلغت على الاضطرابات العصبية (الاكتئاب، القلق، الوسواس القهري) وعلى الدرجة الكلية للاضطرابات العصبية تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية على التوالي (0.52، 0.07، 0.54، 0.19) وهذه القيم أكبر من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة $(\alpha \leq 0.05)$ أي أننا نقبل الفرضية الصفرية بعدم وجود فروق في هذه في الاضطرابات العصبية تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية. بينما بلغت قيمة مستوى الدلالة المحسوب على اضطراب توهم المرض (0.02) وهذه القيمة أقل من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة $(\alpha \leq 0.05)$ ، أي أننا نرفض الفرضية الصفرية على هذا الاضطراب.

ومن أجل تحديد لصالح من كانت الفروق تتبع تحليل التباين الأحادي باختبار (LSD) للمقارنات البعدية ونتائج الجدول (11.4) تبين ذلك:

جدول 11.4: نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية لدلالة الفروق في درجة اضطراب توهم المرض لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

المقارنات	المتوسط	متزوج/ة	مطلق/ة	أرمل/ة	أعزب/عزباء
متزوج/ة	2.0758				
مطلق/ة	2.1604				
أرمل/ة	2.0627				
أعزب/عزباء	1.8409		0.319-	0.221-	

* دال إحصائياً عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$.

يتضح من خلال الجدول (11.4) ما يلي :

- 1- وجود فروق في درجة اضطراب توهم المرض بين فئة العزباء من المسنين وبين فئة المطلقين لصالح فئة المطلقين أي أن المسنين المطلقين يعانون من اضطراب توهم المرض أكثر من العزباء.
- 2- وجود فروق في درجة اضطراب توهم المرض بين فئة الأرامل من المسنين وبين فئة العزباء لصالح فئة الأرامل أي أن المسنين المرمولين يعانون من اضطراب توهم المرض أكثر من العزباء.
- 3- عدم وجود فروق دالة إحصائية على باقي الاضطرابات العصابية.

6.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة والتي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في درجة الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تعزى لمتغير الحالة التعليمية.

ومن أجل فحص الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية تبعا لمتغير الحالة التعليمية ومن ثم استخدم تحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA) للتعرف على دلالة الفروق في درجة الاضطراب تبعا لمتغير الحالة التعليمية والجدول (12.4) و(13.4) تبين ذلك:

جدول 12.4: المتوسطات الحسابية لدرجة الاضطرابات العصبية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير الحالة التعليمية.

العمر	أمي ن=57	ابتدائي ن=44	إعدادي ن=26	ثانوي ن=3	جامعي ن=15
	المتوسط	المتوسط	المتوسط	المتوسط	المتوسط
الاكتئاب	1.7197	1.7652	1.9159	1.7143	1.7396
القلق	1.7553	1.8049	1.7756	1.5556	1.6889
توهم المرض	1.8990	2.0620	1.9476	1.5152	1.9394
الوسواس القهري	2.4509	2.6273	2.6769	2.1667	2.6000
الدرجة الكلية للاضطرابات العصبية	1.9562	2.0649	2.0790	1.7379	1.9920

يتضح من خلال الجدول (12.4) وجود فروق بين المتوسطات الحسابية، ومن أجل معرفة إن كانت هذه الفروق قد وصلت لمستوى الدلالة الإحصائية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA) والجدول (13.4) يوضح ذلك:

جدول 13.4-أ : نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في درجة الاضطرابات العصبية (القلق الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير الحالة التعليمية.

الحالة التعليمية	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع مربعات الانحراف	متوسط الانحراف	"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
الاكتئاب	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	4 140 144	0.722 31.905 32.627	0.180 0.228	0.79	0.53

جدول 13.4-ب : نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في درجة الاضطرابات العصابية (القلق الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير الحالة التعليمية.

الحالة التعليمية	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع مربعات الانحراف	متوسط الانحراف	"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
القلق	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	4 140 144	0.296 35.895 36.192	7.409 0.256	0.28	0.88
توهم المرض	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	4 140 144	1.267 36.660 37.927	0.317 0.262	1.21	0.30
الوسواس القهري	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	4 140 144	1.717 23.043 24.760	0.429 0.165	2.60	*0.03
الدرجة الكلية للاضطرابات العصابية	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	4 140 144	0.648 15.514 16.162	0.162 0.111	1.46	0.21

* دال إحصائيا عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$.

يتضح من الجدول (13.4) أن قيمة مستوى الدلالة المحسوب قد بلغت على في درجة في الاضطرابات العصابية (القلق، توهم المرض) وعلى الدرجة الكلية للاضطرابات العصابية تبعا لمتغير الحالة التعليمية على التوالي (0.53، 0.88، 0.30، 0.21) وهذه القيم أكبر من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة $(\alpha \leq 0.05)$ أي أننا نقبل الفرضية الصفرية بعدم وجود فروق في الاضطرابات العصابية تبعا لمتغير الحالة التعليمية، بينما بلغت قيمة مستوى الدلالة المحسوب على اضطراب الوسواس القهري (0.03) وهذه القيمة أقل من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة $(\alpha \leq 0.05)$ ، أي أننا نرفض الفرضية الصفرية على هذا الاضطراب.

ومن أجل تحديد لصالح من كانت الفروق اتبع تحليل التباين الأحادي باختبار (LSD) للمقارنات البعدية ونتائج الجدول (14.4) تبين ذلك:

جدول 14.4: نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية لدلالة الفروق في درجة اضطراب الوسواس القهري لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعاً لمتغير الحالة التعليمية.

المقارنات	المتوسط	أمي	ابتدائي	إعدادي	ثانوي	جامعي
أمي	2.4509		-0.176	-0.226		
ابتدائي	2.6273					
إعدادي	2.6769				-0.510	
ثانوي	2.1667					
جامعي	2.6000					

* دال إحصائياً عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$).

يتضح من خلال الجدول (14.4) ما يلي:

- 1- وجود فروق في درجة اضطراب الوسواس القهري بين فئة الأميين من المسنين وبين فئة مستوى تعليمي ابتدائي لصالح الفئة الأولى أي أن المسنين الأميين يعانون من اضطراب الوسواس القهري أكثر من المسنين من مستوى تعليمي ابتدائي .
- 2- وجود فروق في درجة اضطراب الوسواس القهري بين فئة الأميين من المسنين وبين فئة مستوى تعليمي إعدادي لصالح الفئة الأولى أي أن المسنين الأميين يعانون من اضطراب الوسواس القهري أكثر من المسنين من مستوى تعليمي إعدادي .
- 3- وجود فروق في درجة اضطراب الوسواس القهري بين فئة المسنين من مستوى تعليمي إعدادي وبين فئة مستوى تعليمي ثانوي لصالح الفئة الأولى أي أن المسنين من مستوى تعليمي إعدادي يعانون من اضطراب الوسواس القهري أكثر من المسنين من مستوى تعليمي ثانوي.
- 4- عدم وجود فروق دالة إحصائية على باقي الاضطرابات العصبية.

*استنتاج: يلاحظ من خلال النتائج السابقة أنه وكلما قل مستوى التعليم لدى المسنين تزداد درجة إصابتهم باضطراب الوسواس القهري.

7.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة والتي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في درجة الاضطرابات العصبية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تعزى لمتغير نوع الأسرة.

ومن أجل فحص الفرضية استخدم اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين (Independent t-Test) ونتائج الجدول (15.4) تبين ذلك:

جدول 15.4: نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق في درجة الاضطرابات العصبية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير نوع الأسرة.

نوع الأسرة / الاضطرابات العصبية	ممتدة (ن=18)		نووية (ن=127)		(ت) المحسوبة	مستوى الدلالة المحسوب
	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف		
الاكتئاب	2.3217	0.4892	2.2163	0.4746	0.87	0.38
القلق	2.3674	0.4341	2.2185	0.5090	1.18	0.24
توهم المرض	1.9783	0.6047	1.9499	0.5016	0.21	0.82
الوسواس القهري	1.6833	0.6308	1.4118	0.3655	2.65	**0.00
الدرجة الكلية للاضطرابات العصبية	2.0877	0.2781	1.9491	0.1950	2.66	* 0.02

* دال إحصائيا عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) * بدرجة حرية (143).

يتضح من الجدول (15.4) أن قيمة مستوى الدلالة المحسوب قد بلغت على الاضطرابات العصبية (الاكتئاب، القلق، توهم المرض) تبعا لمتغير نوع الأسرة على التوالي (0.38، 0.24، 0.82) وهذه القيم أكبر من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة ($\alpha \leq 0.05$) أي أننا نقبل الفرضية الصفرية القائلة بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في درجة الاضطرابات العصبية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تعزى إلى متغير نوع الأسرة، بينما بلغت أن قيمة مستوى

الدلالة المحسوب على اضطراب الوسواس القهري وعلى الدرجة الكلية للاضطرابات العصابية على التوالي (0.00، 0.02) وهذه القيم أقل من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة ($\alpha \leq 0.05$) أي أننا نرفض الفرضية الصفرية على هذا الاضطراب وعلى الدرجة الكلية للاضطرابات العصابية بمعنى وجود فروق دالة إحصائية، وقد كانت الفروق لصالح المسنين من الأسر الممتدة.

8.4 النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة والتي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في درجة الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تعزى لمتغير نوع الأحداث الصادمة التي تعرض لها المسن/ه.

ومن أجل فحص الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية تبعا لمتغير نوع الأحداث الصادمة التي تعرض لها المسن ومن ثم استخدم تحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA) للتعرف على دلالة الفروق في درجة الاضطراب تبعا لمتغير نوع الأحداث الصادمة التي تعرض لها المسن والجدول (16.4) و (17.4) تبين ذلك:

جدول 16.4: المتوسطات الحسابية لدرجة الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير نوع الأحداث الصادمة التي تعرض لها المسن/ه.

الأحداث الصادمة التي تعرض لها المسن/ه	فقدان احد الأشخاص المقربين ن=28	فقدان المال ن=21	اعتقال ن=13	التعرض لاعتداء ن=23	هدم المنزل ن=5	لجوء أو نزوح ن=31	دخول المؤسسة ن=24
	المتوسط	المتوسط	المتوسط	المتوسط	المتوسط	المتوسط	المتوسط
الاكتئاب	1.7800	1.8482	2.0275	1.7547	1.5571	1.7263	1.6696
القلق	1.7589	1.8452	1.8718	1.7029	1.5333	1.7302	1.7847
توهم المرض	1.9026	2.0909	2.0140	1.9277	1.7273	1.9062	1.9924
الوسواس القهري	2.5750	2.6333	2.4923	2.5565	2.5200	2.5097	2.5583
الدرجة الكلية للاضطرابات العصابية	2.0041	2.1044	2.1014	1.9854	1.8344	1.9681	2.0013

يتضح من خلال الجدول (16.4) وجود فروق بين المتوسطات الحسابية، ومن أجل معرفة إن كانت هذه الفروق قد وصلت لمستوى الدلالة الإحصائية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA) والجدول (17.4) يوضح ذلك:

جدول 17.4: نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في درجة الاضطرابات العصبية (القلق الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير نوع الأحداث الصادمة التي تعرض لها المسن/ه.

الأحداث الصادمة التي تعرض لها المسن/ه	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع مربعات الانحراف	متوسط الانحراف	"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
الاكتئاب	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	6 138 144	1.526 31.101 32.627	0.254 0.225	1.12	0.34
القلق	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	6 138 144	0.688 35.504 36.192	0.115 0.257	0.44	0.84
توهم المرض	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	6 138 144	0.894 37.034 37.927	0.149 0.268	0.55	0.76
الوسواس القهري	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	6 138 144	0.261 24.498 24.760	4.354 0.178	0.24	0.96
الدرجة الكلية للاضطرابات العصبية	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	6 138 144	521. 15.641 16.162	8.684 0.113	0.76	0.59

* دال إحصائيا عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$.

يتضح من الجدول (17.4) أن قيمة مستوى الدلالة المحسوب قد بلغت على الاضطرابات العصبية (الاكتئاب، القلق، توهم المرض، الوسواس القهري) تبعا لمتغير نوع الأحداث الصادمة التي تعرض لها المسن على التوالي (0.34 ، 0.84 ، 0.76 ، 0.96) وهذه القيم أكبر من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة $(\alpha \leq 0.05)$ أي أننا نقبل الفرضية الصفرية القائلة بأنه لا توجد فروق ذات دلالة

إحصائية على مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في درجة الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تعزى إلى متغير نوع الأحداث الصادمة التي تعرض لها المسن.

9.4 النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة والتي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في درجة في الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تعزى لمتغير القدرة على العناية بالنفس.

ومن أجل فحص الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية تبعا لمتغير القدرة على العناية على العناية بالنفس ومن ثم استخدم تحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA) للتعرف على دلالة الفروق في درجة الاضطراب تبعا لمتغير القدرة على العناية بالنفس والجداول (18.4) و(19.4) تبين ذلك:

جدول 18.4: المتوسطات الحسابية لدرجة الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير القدرة على العناية بالنفس.

القدرة على العناية بالنفس	قادر ن=48	قادر إلى حد ما ن=63	غير قادر ن=34
	المتوسط	المتوسط	المتوسط
الاكتئاب	1.9779	1.7599	1.4979
القلق	1.9271	1.7204	1.6103
توهم المرض	2.1364	1.8899	1.8128
الوسواس القهري	2.5229	2.5317	2.6412
الدرجة الكلية للاضطرابات العصابية	2.1411	1.9755	1.8906

يتضح من خلال الجدول (18.4) جود فروق بين المتوسطات الحسابية، ومن أجل معرفة إن كانت هذه الفروق قد وصلت لمستوى الدلالة الإحصائية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA) والجدول (19.4) يوضح ذلك:

جدول 19.4: نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في درجة الاضطرابات العصابية (القلق الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير القدرة على العناية بالنفس.

القدرة على العناية بالنفس	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع مربعات الانحراف	متوسط الانحراف	"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
الاكتئاب	بين المجموعات	2	4.599	2.299	11.64	0.00 **
	داخل المجموعات	142	28.028	0.197		
	المجموع	144	32.627			
القلق	بين المجموعات	2	2.199	1.100	4.59	0.00 **
	داخل المجموعات	142	33.992	0.239		
	المجموع	144	36.192			
توهم المرض	بين المجموعات	2	2.533	1.266	5.08	0.00 **
	داخل المجموعات	142	35.395	0.249		
	المجموع	144	37.927			
الوسواس القهري	بين المجموعات	2	0.336	0.168	0.97	0.37
	داخل المجموعات	142	24.424	0.172		
	المجموع	144	24.760			
الدرجة الكلية للاضطرابات العصابية	بين المجموعات	2	0.692	0.692	6.65	0.00 **
	داخل المجموعات	142	0.104	0.104		
	المجموع	144				

* دال إحصائيا عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

يتضح من الجدول (19.4) أن قيمة مستوى الدلالة المحسوب على اضطرابات (الاكتئاب، القلق توهم المرض) (0.00) وعلى الدرجة الكلية للاضطرابات العصابية (0.00) وهذه القيمة أقل من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة ($\alpha \leq 0.05$) أي أننا نرفض الفرضية الصفرية على هذه الاضطرابات وعلى الدرجة الكلية للاضطرابات تبعا لمتغير القدرة على العناية بالنفس.

بينما بلغت مستوى الدلالة المحسوب على اضطراب الوسواس القهري تبعا لمتغير القدرة على العناية بالنفس (0.37) وهذه القيمة أكبر من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة ($\alpha \leq 0.05$) أي أننا نقبل الفرضية الصفرية بعدم وجود فروق على اضطراب الوسواس القهري تبعا لمتغير القدرة على العناية بالنفس.

ومن أجل تحديد لصالح من كانت الفروق اتبع تحليل التباين الأحادي باختبار ((LSD)) للمقارنات البعدية ونتائج الجدول (20.4) تبين ذلك:

جدول 20.4: نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية لدلالة الفروق في درجة اضطرابات (الاكتئاب، القلق، توهم المرض) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير القدرة العناية بالنفس.

الاضطراب	المقارنات	قادر	قادر إلى حد ما	غير قادر
الاكتئاب	قادر			
	قادر إلى حد ما			
	غير قادر	-0.480		
القلق	قادر			
	قادر إلى حد ما			
	غير قادر	-0.316		
توهم المرض	قادر			
	قادر إلى حد ما			
	غير قادر	-0.323		
الدرجة الكلية للاضطرابات العصبية	قادر			
	قادر إلى حد ما			
	غير قادر	-0.250		

* دال إحصائيا عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$).

يتضح من خلال الجدول (20.4) ما يلي :

- 1- وجود فروق في درجة اضطرابات (الاكتئاب، القلق، توهم المرض) بين المسنين القادرين على العناية بأنفسهم وغير القادرين لصالح الفئة الأولى، بمعنى أن درجة الإصابة باضطرابات (الاكتئاب، القلق، توهم المرض) وعلى الدرجة الكلية أعلى لدى المسنين القادرين على العناية بأنفسهم.
- 2- عدم وجود فروق دالة إحصائية على اضطراب الوسواس القهري.

10.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة والتي نصها:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في درجة في الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تعزى لمتغير مدة الإقامة في المؤسسة.

ومن أجل فحص الفرضية استخدم اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين (Independent t-Test) ونتائج الجدول (21.4) تبين ذلك:

جدول 21.4: نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق في درجة الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير مدة الإقامة في المؤسسة.

مستوى الدلالة المحسوب	(ت) المحسوبة	أكثر من سنتين (ن=80)		سنتين فما دون (ن=65)		مدة الإقامة في المؤسسة الاضطرابات العصابية
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.00 **	3.66	0.4697	1.6453	0.4400	1.9249	الاكتئاب
0.40	0.82	0.4929	1.7319	0.5128	1.8013	القلق
0.49	0.67-	0.5371	1.9795	0.4843	1.9213	توهم المرض
0.53	0.62	0.4258	2.5350	0.4025	2.5785	الوسواس القهري
0.13	1.50	0.3402	1.9729	0.3252	2.0565	الدرجة الكلية للاضطرابات العصابية

* دال إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) * بدرجة حرية (143)

يتضح من الجدول (21.4) أن قيمة مستوى الدلالة المحسوب قد بلغت على الاضطرابات العصابية (القلق، توهم المرض، الوسواس القهري) وعلى الدرجة الكلية للاضطرابات العصابية تبعا لمتغير مدة الإقامة في المؤسسة على التوالي (0.04، 0.49، 0.53، 0.13) وهذه القيم أكبر من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة ($\alpha \leq 0.05$) أي أننا نقبل الفرضية الصفرية القائلة بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في درجة الاضطرابات العصابية (القلق الوسواس القهري، توهم المرض) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تعزى إلى متغير مدة الإقامة في المؤسسة. بينما بلغت أن قيمة مستوى الدلالة المحسوب على اضطراب الاكتئاب (0.00) وهذه القيمة أقل من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة ($\alpha \leq 0.05$) أي أننا نرفض الفرضية الصفرية على هذا الاضطراب، بمعنى وجود فروق دالة إحصائية، وقد كانت الفروق لصالح المسنين الذين لم تزيد مدة إقامتهم في المؤسسة عن سنتين.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

1.5	مناقشة النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة
1.1.5	مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول
2.1.5	مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني
2.5	مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضيات
1.2.5	مناقشة نتائج الفرضية الأولى
2.2.5	مناقشة نتائج الفرضية الثانية
3.2.5	مناقشة نتائج الفرضية الثالثة
4.2.5	مناقشة نتائج الفرضية الرابعة
5.2.5	مناقشة نتائج الفرضية الخامسة
6.2.5	مناقشة نتائج الفرضية السادسة
7.2.5	مناقشة نتائج الفرضية السابعة
8.2.5	مناقشة نتائج الفرضية الثامن.
3.5	اقتراحات الدراسة.
4.5	التوصيات
5.5	استنتاجات

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

1.5 مناقشة النتائج :

يتناول هذا الفصل مناقشة نتائج دراسة الاضطرابات العصبية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين، وتفسير هذه النتائج وفقا لأسئلتها وفرضياتها، ثم عرضا للتوصيات و مقترحات الدراسة .

1.1.5. النتائج المتعلقة بالسؤال الأول ما درجة الاضطرابات العصبية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين؟

بلغت النسبة المئوية لانتشار القلق (74.49) والاكتئاب (74.24) توهم المرض (65.05) والوسواس القهري (48.12).

بمراجعة النسب الواردة أعلاه نجد أن نسبة انتشار القلق والاكتئاب متساوية تقريبا، وربما يعود ذلك إلى الاحتلال وقهره، وعجز المسن عن توفير الحماية لنفسه ولأهله، والتوتر الدائم بسبب الشعور بعدم الأمن والضغط النفسي، والخوف على الأرض التي يحاول الاحتلال تغيير معالمها، والاعتقال والحصار، وعدم القدرة على الانتقال بين المدن للعلاج، وعدم وجود التأمين الصحي للمسن الفلسطيني، وعدم قدرة المسن على التواصل مع ذويهِ، وانتقاله من مكان سكنه الأصلي إلى المؤسسة الإيوائية، وينتج قلق المسنين من أربعة مصادر وهي، قلق الصحة نتيجة للاضمحلال في

بناء الجسم و نقص القدرة على مقاومة المؤثرات الخارجية، وقلق الانفصال والإحساس بالوحدة والفراغ، وقلق الموت حيث الإحساس بقرب النهاية، و إحساس المسن بفقدان الحب والعطف والطمأنينة ممن حولهم والتي تعتبر من الحاجات الأساسية للمسن في هذه المرحلة والتي تزداد يوم بعد يوم كلما تقدم به العمر، ولقد أوضحت شاهيناز عبد الهادي (1983) أن أهم حاجات المسنين الحاجة إلى الرعاية الصحية، الأمن، التقدير والاحترام، تجنب الاعتماد على الآخرين، الاندماج في النشاطات الترويحية، مساعدة الأبناء، ضبط الانفعالات، والانجاز، ومعرفة الإمكانيات المتاحة وتنمية المهارات(أحمد، 1998).

ولقد احتلت الأعراض التالية مرتبة تصاعديا في الاكتئاب أكثر ثلاثة أعراض انتشار وهي الشعور بالحزن، والشعور بالوحدة، والشعور بالفراغ، الشعور بالوحدة تناولته دراسة عبد الله (2005) غنادري (2006) وجوده (2006) والشعور بالحزن تناولته دراسة محافظة (1993) السباسي (1983)، أما فيما يتعلق بأكثر الأعراض انتشارا في القلق مرتبة تصاعديا وهي الشعور بالتعب الشعور بالضيق، وعدم القدرة على التركيز، الشعور بالتعب تناولته دراسة النوايسة (2006) والشعور بالضيق تناولته دراسة محافظة(1993) والشعور بعدم القدرة على التركيز تناولته دراسة الخالدي (2003).

2.1.5. النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني ما هي أكثر الاضطرابات العصبية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) انتشارا لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين ؟

أظهرت نتائج الدراسة أن في الاضطرابات العصبية منتشرة بين المسنين بنسبة (100%) موزعة على الأبعاد التالية: القلق (29%)، الاكتئاب (28%)، توهم المرض (25%)، والوسواس القهري(18%).

ومن خلال زيارة الباحثة للمؤسسات الإيوائية لاحظت أن الظروف البيئية التي يتواجد فيها المسنين في المؤسسات الإيوائية تلعب الدور الكبير في انتشار الاضطرابات العصبية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية، ومنها عدم احترام وتلبية حاجات المسنين، وخاصة الحاجة إلى العطف والحنان، حيث نجد أن القائمين على الرعاية الشخصية للمسنين من الأجانب ولا يتكلمون العربية ويترتب على ذلك عدم الانسجام ما بين المسنين والعاملين وعدم القدرة على التواصل بين الطرفين مما يولد لدى المسن شعور بالعجز و الإحباط، و توزيع الغرف غير مناسب فيتواجد في الغرفة

أربعة أو خمسة مسنين ، ولا يوجد تجانس بينهم فنجد من يعاني من خرف الشيخوخة، أو أفراد ليس مسنين ولديهم مشاكل عقلية، أو مسن غير قادر على العناية بنفسه، وعدم توفر الحدايق وان وجدت فالمسنين لا يستخدمونها، وعدم توفر الوسائل الترفيهية، مثل بعض الألعاب الرياضية الخفيفة، عدم توفر التلفاز أو الراديو واقتصاره على جهاز واحد في قاعة الجلوس، ولا يوجد أخصائيين اجتماعيين ونفسيين في المؤسسات الإيوائية، وإن وجد فهم لم يتلقوا أي دورة تدريبية في مجال المسنين ولم تتوفر في المؤسسات أية مراجع علمية لها علاقة بالمسنين، أو اتصال مع أية مراكز تعمل في نفس المجال سواء كان داخل الوطن أو خارجه، و عدم توفر الرعاية الصحية والنفسية للمسنين في بعض المؤسسات وان توفرت فهي لا تلبي حاجة المسنين، و هذا يتفق مع ما جاء بدراسة الشلبي (1999)، حيث أشار أن طبيعة بناء بعض بيوت المسنين غير صحية وتوزيعها الداخلي غير ملائم مع نقص في وسائل التكيف والراحة حيث اعتبر 13% من العاملين إداريين وغير إداريين أن البناء المتواجدين فيه غير لائق لإيواء المسنين و بينت الدراسة أن متوسط عمر العاملين في بيوت المسنين 40 سنة وان أكثر من 76% منهم إناثا حيث أن 12% من العاملين أميون تماما وحوالي الثلث بمستوى ابتدائي أو إعدادي و 23% ثانوي و 16 % معهد بعد الثانوي والباقي 15 % جامعي إضافة لذلك لم يلتحق أي من العاملين بدورة خاصة في مجال رعاية وإيواء المسنين حتى الجامعيين منهم متخصصون في مجالات بعيدة عن هذا المجال وأظهرت الدراسة تدني رواتب نسبة كبيرة من العاملين حيث الراتب الشهري لأكثر من نصف العاملين بلغ اقل من 200 دينار أردني، كما أظهرت الدراسة أن (67%) من النزلاء اعتبروا العزلة والملل والإهمال أهم المشاكل التي تواجههم ومن ثم الجو الداخلي غير المريح إضافة إلى جفاف العلاقة بين المسنين والعاملين وخشونتها..

كما أن المرض الجسدي والعزلة والوحدة والمشاكل الاجتماعية وقلة النشاط هما من العوامل التي تساعد على ظهور التغيرات المصاحبة لكبر السن، وإحساس المسنين بفقدان الأسرة، والمكانة الاجتماعية، وإحساسهم أن المجتمع تخطى عنهم وأصبحوا عبء على الآخرين، و المسن عندما يبتعد عن أسرته تسوده مشاعر الدونية، وينظر إلى وجوده بالمؤسسة على أنها نهاية المطاف بالنسبة له، ومن المتفق عليه أن الصحة النفسية إنما تستمد أصولها من العلاقة الحارة الوثيقة الدائمة التي تربط الفرد بالآخرين، وأن أي حاله يحرم فيها المسن من هذه العلاقة تكون سببا في اضطرابه النفسي (أحمد، 1998).

وقد يرجع ذلك إلى عدم توفر ضمان دخل للمسنين حيث أظهرت الدراسة انه ما نسبته (29.0%) من المسنين لا يوجد لهم دخل، (28.3%) مساعدات غير منتظمة، (20%) ضمان اجتماعي، (11.7%) الشؤون الاجتماعية، (9.0%) التقاعد، و (2.1%) وكالة الغوث.

وهذا يدل أن الحاجة للأمن الاقتصادي غير مشبعة لدى المسنين وخاصة إذا علمنا أن مساعدة الشؤون الاجتماعية هي عبارته عن (\$20) شهري ولا يتم تقديمها بموعد منتظم بل تقدم أحيانا في بدء الشهر وأحيانا بعد شهرين، ويتم صرفه بحضور مندوب البنك إلى المؤسسة الإيوائية، وبعض المؤسسات تطلب من المسن تغطية تكاليف أدوات النظافة الخاصة بالعناية الشخصية من هذا المبلغ.

ويتفق هذا مع ما ذكره لويس (1989) حيث أطلق على الحالة النفسية التي تصيب المسن عندما يترك منزله وانتقاله إلى أي مؤسسة فأطلق عليها (حالة المؤسسة) فانه يظهر لدى المسنين بعض الاضطرابات الانفعالية كالقلق، والاكتئاب والأوهام المرضية، وتدني تقدير الذات النابع من وجوده في المؤسسة الإيوائية (Lewis, 1989).

أما وزارة الصحة البريطانية في عام (2002) فقد ذكرت أن الاكتئاب النفسي من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا وبلغت نسبة المسنين 10% منهم في مؤسسات كبار السن 75% مقابل 25% للمسنين المقيمين في المجتمع (Rozzini, et al, 2007).

كما وجد استقصاء للاضطرابات المسنين من نزلاء المستشفيات الهندية أن 27% منهم مصابين بالاكتئاب، وأجري بحث آخر في نيجيريا على مراجعي أحد المستشفيات النفسية، بلغت نسبة المصابين بالاكتئاب 9,8% أما معدل انتشار القلق العام بلغ 5,2% (Ford, et al., 1998).

ويعلق الدكتور إيرك لينزي بأن الدراسات بينت أن اضطراب القلق العام أكثر شيوعاً لدى المسنين إذ يصيب 7% منهم (مبارك، 2006).

كان يعتقد أن القلق ملازم للشيخوخة وانه لا يوجد شيخوخة دون قلق، ولكن أشارت الدراسات العلمية التي قامت بها الجمعية الأمريكية لطب الشيخوخة أن القلق منتشر في الشيخوخة كما في المراحل العمرية الأخرى وغالبا ما يكون القلق والاكتئاب متلازمان (Patricia & Raad, 2006).

وتقدر الجمعية النفسية الامريكية(1994) نسبة انتشار الاكتئاب لدى المسنين في الولايات المتحدة الامريكية (10%) عند المسنين، منهم (3.64%) من المسنات، وتقدر نسبة الانتشار في المؤسسات الإيوائية (12-40%) (Beaumont et al., 1999).

أما فيما يتعلق بتوهم المرض فتعزو الباحثة هذه النسبة، إلى انسحاب اهتمام المسنين بالعالم الخارجي واهتمامهم بأنفسهم نتيجة لكونهم أكثر شعورا بالعزلة، وشعورا بالألم، وشعور بضغط شديد حول رأسي، وشعور بعدم القدرة على ممارسة الحياة كالمعتاد، بالإضافة إلى رغبة المسنين بجذب اهتمام العاملين معهم كي يشعروا بالاهتمام التي فقدوا عندما تركوا منازلهم، ومن المعروف أن توهم المرض من الأمراض لتي تصيب المسنين أكثر من غيرهم، وربما يكون توهم المرض هو المصدر الأساسي للاكتئاب أو العكس.

أما فيما يتعلق بالوسواس القهري فانه يعد من اقل الاضطرابات شيوعا بين المسنين.

2.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث الخاص بفرضيات الدراسة

1.2.5. مناقشة نتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

تم قبول الفرضية الصفرية القائلة لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدالة ($\alpha \leq 0.05$) في الاضطرابات العصابية لدى المسنين المقيمين في محافظات شمال فلسطين تعزى للمتغير الجنس.

بلغ عدد الذكور (37) وبلغ عدد الإناث (108)، تعزو الباحثة هذه النتيجة كون ظروف المسنين الذكور والإناث في المؤسسات الإيوائية متساوية ولا يوجد أي تفريق في المعاملة لصالح أحدهما، فالمسنين يشعرون عند دخولهم المؤسسة أنهم يعيشون خبرة روحية مزللة، ويشعروا أنهم أعطوا ظهرهم للحياة وقد حانت لحظة الرحيل، وأنهم مقبلين على مجهول لا يعرف فيه مصيره على وجه التحديد، كما يعاني المسن غالبا من مشكلات صحية كثيرة مثل ضعف السمع وضعف البصر، وهذا يجعله معزولا عن حوله، ويعاني المسنين من المشاكل الصحية المختلفة التي تجعله يشعر بالضعف وتقل ساعات نومه ويشعر بالآلام متعددة في جسده ويصبح منشغلا أغلب الوقت بمشكلاته الصحية التي تحتل المساحة الأكبر من وعيه، وتراجع الأحاسيس الممتعة التي كان يشعر بها في شبابه وفتوته، كما تتراكم على المسنين خبرات الفقد مثل فقد الزوجة، وأصبح وحيدا أو فقد معظم

أصدقائه إما بالموت أو بصعوبة لقائهم بسبب مرضهم ومرضه، أو فقد مكانته الوظيفية، أو فقد القدرة على الكسب، ولم يعد أمامه أهداف يحققها، وأصبح يعيش منتظرا النهاية وشبح الموت يحوم حوله ليلا نهارا، حيث يعاني عزلة شديدة بسبب بعده عن ذويه ويشعر أنه أصبح عبئا على الجميع فهو بلا فائدة لأحد، ويتزامن مع ذلك عدم قدرة المسن على بناء علاقات اجتماعية مع المسنين، أي عدم قدرتهم على تعويض المكانة الاجتماعية والعلاقات التي كانوا يتمتعوا بها أثناء وجودهم في أسرهم، وهذه المعطيات لا تفرق بين ذكر وأنثى، كما أن الظروف السياسية والاجتماعية والاقتصادية في فلسطين لا تميز بين الذكر والأنثى فهم عانوا من قهر وظلم الاحتلال فنجد أن المرأة المسنة مرت بظروف تعادل الظروف التي يمر بها الذكور ففي الوقت التي يتعرض فيه الرجل إلى أي مشكلة بالرزق أو الاعتقال فان تبعيات هذه المواقف تتأثر بها المرأة فغالبا ما تقوم بدور الرجل.

ومن الجدير ذكره أن هذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه دراسة إبراهيم (2004) الفروق بين الاضطرابات النفسية (الوحدة النفسية - سمة القلق - الاكتئاب) بين المسنين المقيمين بدور الرعاية الاجتماعية، كما اتفقت هذه النتيجة في الاكتئاب مع دراسة الشوا (1995).

واختلفت مع دراسة النبال وخميس (1995) حيث أشارت إلى وجدت فروق ذات دلالة إحصائية في متغيرات الشخصية كالقلق والاكتئاب والعصابية والوساوس والانبساط لصالح المسنات، و دراسة عباس (1995) حيث أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سمة القلق ولصالح الذكور دراسة رزق (2002) أشارت نتائجها إلى أن الإناث بشكل عام أكثر معاناة من المشكلات النفسية والصحية والمادية من الذكور، ودراسة الدهان (2004) أشارت نتائجها إلى وجود فروق في التوافق الاجتماعي لدى المسنين الذين يعيشون في دور الرعاية لصالح المسنات، ودراسة تماضر (2006) حيث أشارت نتائجها إلى أن النوع "ذكر أم أنثى" من العوامل الرئيسية للاكتئاب فالذكور أكثر عرضة للاكتئاب من الإناث.

2.2.5. مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

تم قبول الفرضية الصفرية القائلة لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدالة ($\alpha \leq 0.05$) الاضطرابات العصابية لدى المسنين المقيمين في محافظات شمال فلسطين تعزى الى متغير العمر.

بلغ عدد المسنين الذين ضمن الفئة العمرية (60-75) (70) مسن ما بين (ذكر و انثى) والمسنين ضمن الفئة العمرية (76-84) (63) مسن ما بين (ذكر و انثى) وضمن الفئة العمرية (85-100) (12) مسن ما بين (ذكر و انثى).

تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى السمات المشتركة مابين المسنين بعد سن الستين كما لاحظت الباحثة من خلال جلستها مع المسنين أن العمر لا يعني شيء بالنسبة لهم فنجد أن أغلبهم يوصف أنفسهم أنهم بالثمانيات وعند مراجعة البطاقات الشخصية تبين أنهم في السبعينات، كما أن المسنين يعيشون في بيئة واحدة متشابهة في مستوى ونوعية الرعاية المقدمة لهم والمشكلات التي تواجههم، وأحيانا الظروف الذي جعلتهم يقيمون في المؤسسة، وجميع المسنين في فلسطين عاصروا الأحداث السياسية والاجتماعية، والاقتصادية نفسها، ولكن بدرجات متفاوتة، و مهما اختلفت ظروفهم الخاصة فهم في نهاية المطاف في مكان واحد وضمن قوانين وتعليمات موحدة، لا تميز بين أعمارهم.

ومن الجدير ذكره أن هذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه دراسة محافظة (1993) في مجال المشكلات النفسية، ودراسة الخالدي (2003) تقويم مدى فعالية برامج رعاية المسنين في الأردن ودراسة إبراهيم (2004) الاضطرابات النفسية لدى المسنين في دور الرعاية، و دراسة الدهان (2004) تخير الوسط الطبيعي للمسنين وعلاقته بتوافقهم الاجتماعي.

واختلف نتائج هذه الدراسة مع دراسة تابلوسكي (1989) Tabloski والتي أشارت أن الاكتئاب يزداد مع التقدم بالعمر، ودراسة ليكونين وارج (1995) Liukkonen & Arja والتي أشارت نتائجها أن درجة الاكتئاب تزداد لدى المسنات المقيمات في دور الرعاية كلما تقدم بهم العمر ودراسة مايندلديز (2001) Melendez التي أشارت أن مفهوم الصحة الذاتية يصبح أسوأ كلما تقدم العمر لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية.

3.2.5. مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:

تم قبول الفرضية الصفرية القائلة لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدالة ($\alpha \leq 0.05$) الاضطرابات العصابية لدى المسنين المقيمين في محافظات شمال فلسطين تعزى الى متغير الحالة الاجتماعية، وذلك على الاضطرابات التالية (الاكتئاب، القلق، الوسواس القهري) وعلى الدرجة الكلية للاضطرابات العصابية، وتم رفض الفرضية على اضطراب توهم المرض.

تعزو الباحثة هذه النتيجة الى الظروف المشتركة التي جمعت بينهم في المؤسسة حيث أظهرت الدراسة أن نسبة المتزوجين (12.4) المطلقين (11.7) الأرامل (20.7) الأعزب، عزباء (55.2) أي أن نسبة العزابين أكثر من المتزوجين و المطلقين والأرامل، ومن المعروف أن هناك خبرات مشتركة غالبا ما تجمع بين أفراد الفئة من المتزوجين أو الأرامل، فمهما كانت خبرات الفرد الشخصية فهو بالنهاية مشترك في غرفة مع شخص آخر، وغالبا لا يعرفه فقد يكون من محافظة مختلفة أو خلفية اجتماعية وثقافية لا تمتد إلى ثقافة الفرد الآخر بصلة و يجب على كلاهما التكيف والتأقلم.

أما فيما يتعلق بتوهم المرض فقد أظهرت نتائج الدراسة بعد استخدام اختبار (LSD) للمقارنات البعدية لدلالة الفروق في درجة اضطراب توهم المرض بين فئة العزاب من المسنين وبين فئة المطلقين لصالح فئة المطلقين (-0.319) أي أن المسنين المطلقين يعانون من اضطراب توهم المرض أكثر من العزاب.

وجود فروق في درجة اضطراب توهم المرض بين فئة الأرامل من المسنين وبين فئة العزاب لصالح فئة الأرامل (-0.221) أي أن المسنين المرملين يعانون من اضطراب توهم المرض أكثر من العزاب.

تعزو الباحثة ذلك لكون الأرامل والمطلقين من المسنين عاشوا تجربة الزواج ووجود شخص مقرب جدا لهم، يمنحهم الرعاية والاهتمام والتقدير والحب والاحترام، أكثر من أي شخص آخر، وفقدان هذا الفرد يعتبر من أصعب تجارب فقدان في هذه المرحلة، فهم بحاجة إلى الاهتمام أكثر من غيرهم، ويزداد الأمر تعقيدا بالشعور بالإهمال، وينشأ الشعور بالفراغ وبقلة النفع، كما أن وجوده في المؤسسة يعني فقدان العلاقات التي كان يتمتع بها المسنين قبل دخولهم المؤسسة الإيوائية ويزداد الأمر صعوبة مع بعد المؤسسة عن مكان السكن، ويعوض ذلك المسنين بإحساسهم بالمرض حيث أظهرت الدراسة أن ما نسبته (84.51%) يشعرون بألم معظم الوقت في جميع أجزاء جسمهم و(79.0%) يشعرون بضغط شديد حول رأسهم، (78.39%) يشعرون بأنهم لا يستطيعون ممارسة حياتهم كالمعتاد، (60.40%) لا يشعرون بالارتياح عند زيارة الطبيب، وقد يرجع ذلك كوسيلة لتعويض ما فقدوا، وكتعبير أنهم ما زالوا موجدين، ومما يؤكد ذلك دراسة جرينوود (1983) حيث أظهرت أن هناك علاقة دالة بين الزواج وتقدير الذات(خليفة، 1999).

ومن الجدير ذكره أن هذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه دراسة القدومي (1991) حيث أظهرت الدراسة انه لا يوجد فروق في المشكلات ، كما اتفقت مع دراسة إبراهيم (2004) حيث أظهرت عدم وجود فروق في الاضطرابات النفسية تعزى للحالة الاجتماعية.

اختلفت مع دراسة جمعة (1994) حيث أظهرت وجود فروق بدرجة المشكلات النفسية والاجتماعية، ودراسة بنكورات (2003) Pinquart, التي أشارت نتائجها الى وجود فروق بالشعور بالوحدة النفسية.

4.2.5. مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة:

تم قبول الفرضية الصفرية القائلة لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدالة ($\alpha \leq 0.05$) في درجة الاضطرابات العصابية لدى المسنين المقيمين في محافظات شمال فلسطين تعزى الى متغير الحالة التعليمية، وذلك على الاضطرابات التالية (الاكتئاب، القلق، توهم المرض) وعلى الدرجة الكلية للاضطرابات العصابية، وتم رفض الفرضية على اضطراب الوسواس القهري.

أظهرت عينة الدراسة أن نسبة الأمين هي (39.3) ابتدائي (30.3) إعدادي (17.9) ثانوي (2.1) جامعي (10.3)، من هنا نستنتج ان النسبة الأكبر للأمين وأن نسبة الجامعي بسيطة وهي (10.3) وقد يدل ذلك على القواسم المشتركة فيما بينهم، ولاحظت الباحثة من خلال زيارة المؤسسات الإيوائية عدم توفر مكاتب في بيوت المسنين وعدم توفر الصحف بشكل يومي، وعدم خروج المسنين إلى المكتبات أو حضور اية ندوات أو اجتماعات، وعدم مناقشة أية أمور مع المتعلمين، أو الاستفادة من خبراتهم، حتى أثناء التعريف من قبل القائمين بالمؤسسة على المسن يذكر أسمه دون ذكر المؤهل العلمي له، ولكن نجد بالمقابل أن المسن أثناء الحديث يقول "أنا فلان معلم متقاعد". هذه الأمور تجعل من يوم المتعلم وغير المتعلم بالمؤسسة نفس الشيء، وهذا ما يبرر عدم وجود فروق بدرجة الاضطرابات العصابية تعزى للمتغير الحالة التعليمية.

ومن الجدير ذكره أن هذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه دراسة الشوا (1995) حيث لم تظهر الدراسة أي نتائج دالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بين المسنين، ودراسة إبراهيم (2004) حيث أظهرت عدم وجود فروق بدرجة الاضطرابات النفسية ودراسة الدهان (2004) حيث أظهرت عدم وجود فروق بالتوافق الاجتماعي تعزى للمستوى التعليمي.

واختلفت نتائج هذه الدراسة مع دراسة عبد الله (2005) حيث أظهرت أن المسنين الأميين أكثر إحساساً بالمشاكل النفسية والاجتماعية و دراسة صنصور (1999) أظهرت أن مؤشرات الصحة العقلية والجسدية حساسة للمستوى التعليمي، و دراسة غنادري (2006) حيث أظهرت أن هناك فروق في مقياس الوحدة النفسية تعزى للمتغير الحالة التعليمية.

أما فيما يتعلق بالوسواس القهري فقد تبين وجود فروق في درجة اضطراب الوسواس القهري بين فئة الأميين من المسنين وبين فئة مستوى تعليمي ابتدائي لصالح الفئة الأولى أي أن المسنين الأميين يعانون من اضطراب الوسواس القهري أكثر من المسنين من مستوى تعليمي ابتدائي.

وجود فروق في درجة اضطراب الوسواس القهري بين فئة الأميين من المسنين وبين فئة مستوى تعليمي إعدادي لصالح الفئة الأولى أي أن المسنين الأميين يعانون من اضطراب الوسواس القهري أكثر من المسنين من مستوى تعليمي إعدادي.

وجود فروق في درجة اضطراب الوسواس القهري بين فئة المسنين من مستوى تعليمي إعدادي وبين فئة مستوى تعليمي ثانوي لصالح الفئة الأولى، أي أن المسنين من مستوى تعليمي إعدادي يعانون من اضطراب الوسواس القهري أكثر من المسنين من مستوى تعليمي ثانوي، كما نلاحظ من خلال النتائج السابقة أنه وكلما قل مستوى التعليم لدي المسنين تزداد درجة إصابتهم باضطراب الوسواس القهري.

تعزو الباحثة ذلك إلى إن ارتفاع نسبة الأمية بين المسنين قد تكون مؤشر إلى انتشار الأمراض بينهم خاصة أن المسنين بشكل عام يرفضون التعبير عن مشاعر الخاصة ويعتبروا التعبير عنها ضعفاً ويتجنبوا الحديث عن مشاعرهم في المقابل نجد أن الأفراد المتعلمين بغض النظر عن درجة تعلمهم فإنهم قد يعبروا عن مشاعرهم أكثر من خلال القراءة أو الكتابة أو اتصالهم بمن حولهم كما أن المسن المتعلم أقدر على حل مشاكلهم، والتصرف في المواقف الصعبة، واتخاذ القرار بشكل أعلى من المسن الأمي الذي يجهل الكثير في أموره الحياتية، و المتعلمين أكثر دراية وتقبل وتفهم للتغيرات التي تطرأ عليهم.

5.2.5. النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة:

تم قبول الفرضية الصفرية القائلة لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدالة ($\alpha \leq 0.05$) في درجة الاضطرابات العصابية لدى المسنين المقيمين في محافظات شمال فلسطين تعزى الى متغير نوع الاسرة، وذلك على الاضطرابات التالية (الاكتئاب، القلق، توهم المرض)، وتم رفض الفرضية على اضطراب الوسواس القهري وعلى الدرجة الكلية للاضطرابات العصابية. بمعنى وجود فروق دالة احصائيا، وكانت الفروق لصالح المسنين من الأسر الممتدة.

ومن الجدير ذكره أن نسبة الأسر الممتدة (12.4%) والأسر النووية (87.6%)، تعزو الباحثة هذه النتيجة لعدم تتوفر الحياة الأسرية والصلات الاجتماعية لبعض المسنين مما اضطرهم إلى قبول الإيداع بدور المسنين وحرمانهم من ممارسة حياتهم الاجتماعية والاستمتاع بالدفع العائلي بين الأبناء والأحفاد وتقديم ثمرات خبراتهم إلى الجيل الجديد.

إن الإيداع بالمؤسسات الإيوائية يحرمهم من الجو العائلي الذي يحتاجونه ويألفونه، ويرون أن المؤسسات الإيوائية ركنه هادئة ينتظرون فيها الموت، كما أن الحرمان العاطفي والتي ينجم عن فقدان الحب والعطف ممن حولهم يجعلهم أكثر عرضة للاضطرابات العصابية، وحرمان المسنين من العلاقات العائلية التي كانت تؤلف جزءا من نشاطهم واهتماماتهم اليومية، وبوجودهم بالمؤسسة أصبح لديهم قيود على عالمهم الاجتماعي وعلاقاتهم الشخصية بأفراد مجتمعهم، بالإضافة إلى إحساسهم بعدم الأمن وشعورهم بعدم النفع نتيجة لفقدانهم لمكانتهم الاجتماعية المستمدة من وجودهم في وسط أبنائهم وأحفادهم والانتقال إلى حياة تنصف بالركود والفراغ الاجتماعي.

كما أن الأسرة الممتدة والتي تتكون من الجد والحدة وأبنائهم وأحفادهم، تزداد فيها مكانة المسن قوة ووضوحا فهو التي يتخذ القرارات الخاصة به ورأي المسن هو الأول في اتخاذ القرارات التي تخص جميع أفراد العائلة، ويعد الشعور بالانتماء للعائلة مصدر للقوة والحماية والأمن النفسي، من هنا فإن انتقال المسن إلى المؤسسة يعني فقدان هذه الأدوار وفقدان للانتماء والحماية والأمن النفسي، حيث لا يوجد في المؤسسة ادوار بديلة لدور المسن التي كان يلعبه بالعائلة فبعد أن كان هو الأول في الأسرة أصبح لا يمثل شيء فهو يخضع للأنظمة و قوانين تتعلق بالمؤسسة قد لا تتناسب مع شخصيته، بينما نجد أن المسنين الذين يأتون من الأسر النووية، أقل معاناة من في الاضطرابات العصابية وقد يعود ذلك لكون المسنين في الأسرة النووية قد اعتدوا على الحياة لوحدهم وذلك لتزوج الأبناء وانفصالهم عن أسرهم.

ومن الجدير ذكره أن هذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه دراسة جمعة (1994) حيث أظهرت وجود علاقة ارتباطية بين التكوين الأسري وإحساس المسنين بالمشكلات النفسية والاجتماعية.

6.2.5. النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة:

تم قبول الفرضية الصفرية القائلة لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدالة ($\alpha \leq 0.05$) في درجة الاضطرابات العصبية لدى المسنين المقيمين في محافظات شمال فلسطين تعزى الى متغير نوع الاحداث الصادمة التي تعرض لها المسن /ه ، وذلك على الاضطرابات التالية (الاكتئاب، القلق، توهم المرض، الوسواس القهري) .

من خلال مراجعة النسب الواردة في جدول رقم (9.3) والتي تدل على مدى تعرض المسنين للإحداث الصادمة تبين أن جميع المسنين تعرضوا لإحداث صادمة وأهمها لجوء أو نزوح (21.4 %) فقدان احد الأشخاص المقربين (19.3 %) دخول المؤسسة (16.6 %)، التعرض للاعتداء (15.9 %) فقدان المال (14.5 %) اعتقال (9.0 %) وهدم المنزل (3.4 %).

إن تعرض المسنين للأحداث الصادمة يعجل بظهور الشيخوخة وتراكم هذه الأحداث يعتبر من الأسباب المباشرة لحدوث الاضطرابات العصبية، ومعروف أن المسنين غالباً لا يتحدثون عن مشاعرهم ولكن عندما قامت الباحثة بسؤال المسنين عن هذه الأحداث لاحظت استرسالهم بالحديث عنها مع ظهور علامات الم في وجوههم، وكذلك معروف لدينا انه لم تعمل أي مؤسسة قبل انتفاضة (1987) مع أي فئة عمرية في المجتمع في المجال الإرشادي فاغلب المؤسسات في ذلك الوقت عملت على توفير الدعم المادي من خلال الإغاثة، ولم تعمل على توفير الدعم النفسي الأمر التي جعل هذه الأحداث مهيمنة على حياة المسنين، ومن الملفت للنظر أن (16.6 %) من المسنين اعتبروا دخولهم للمؤسسة حدث صادم فقد عبر بعض المسنين انه دخل المؤسسة دون علم انه في مؤسسة فعندما أدخلهم ذويهم للمؤسسة عبر لهم أنها مشفى، وهنا تتحمل المؤسسات المسؤولية في هذا الحدث، وهذا يتفق مع دراسة جيفاريس (1986) Jeffares التي أظهرت نتائجها أن المسنين الذين يتحلون بحرية اختيار دخولهم دار المسنين أكثر رضا عن الحياة من المسنين الذين تنقصهم هذه الحرية فهم أقل رضا عن الحياة وأكثر عرضة للاضطرابات العصبية.

ومن الجدير ذكره أن هذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه دراسة شافر (1986) Shaver, والتي أظهرت نتائجها ان المسنين الذين تعرضوا لخبرات مأساوية ويتواجدون في دور الرعاية لا يستجيبون للعلاج، وأنهم ذو علاقات اجتماعية ضعيفة وأقل إحساسا بالرضا عن الحياة.

7.2.5. النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة:

تم قبول الفرضية الصفرية القائلة لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدالة ($\alpha \leq 0.05$) في درجة الاضطرابات العصابية لدى المسنين المقيمين في محافظات شمال فلسطين تعزى الى متغير القدرة على العناية بالنفس، وذلك على اضطراب الوسواس القهري ، وتم رفض الفرضية على اضطرابات (الاكتئاب، القلق، توهم المرض) وعلى الدرجة الكلية للاضطرابات العصابية. بمعنى وجود فروق دالة احصائيا، وكانت الفروق لصالح المسنين القادرين على العناية بانفسهم .

بلغ عدد المسنين القادرين على العناية بأنفسهم (48) ما نسبته (33.2%) والقادر الى حد ما (63) ما نسبته (43.4%) والغير قادر (34) ما نسبته (23.4%).

تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى ارتفاع نسبة القادرين على العناية بأنفسهم والقادر إلى حد ما مقارنة بالغير قادرين، وربما يعود ذلك إلى أن القادرين على العناية بأنفسهم تتفوق قدرتهم الجسمية والاجتماعية والعقلية والمعرفية على الغير قادرين مما يجعلهم أكثر إحساس بظلم الأسرة والمجتمع لهم، وهم لا يتقبلون وجودهم بالمؤسسة الإيوائية لأنهم يشعرون انه باستطاعتهم ممارسة حياتهم العادية، ولا تتوفر لهم هذه الفرصة في المجتمع أو في المؤسسة، كما أنهم اقل تقبل للأنظمة والقوانين الموجودة داخل المؤسسة، فمثلا قد يتقبل المسن الغير قادر على العناية بنفسه عدم الخروج من المؤسسة بينما لا يتقبلها المسن القادر على العناية بنفسه، واغلبا ما ينظر المسن الغير قادر على العناية بنفسه إلى وجوده في منزله انه عبء على الآخرين، ووجوده بالمؤسسة يخفف من العبء الأسري.

ومن الجدير ذكره أن هذه النتيجة تختلف مع ما توصلت إليه دراسة دي بيورز وآخرون (2000) De- Beurs E., et al الصحة البدنية وقلق الأشخاص الأكبر سنا، حيث توصلت نتائجها إلى أن الضعاف في الصحة البدنية هم أكثر عرضة للإصابة بالقلق، ودراسة إبراهيم (2004) حيث إشارة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القادرين على خدمة أنفسهم والغير قادرين على

خدمة أنفسهم بدرجة الاضطرابات النفسية الوحيدة - سمة القلق و لصالح الغير قادرين ودراسة بروتس (2005) Protas, حيث أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة عكسية بين اكتئاب المسنين ونقص الأداء الجسدي.

8.2.5. النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة:

تم قبول الفرضية الصفرية القائلة لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الدالة ($\alpha \leq 0.05$) في درجة الاضطرابات العصابية لدى المسنين المقيمين في محافظات شمال فلسطين تعزى الى متغير القدرة مدة الإقامة في المؤسسة، وذلك على اضطرابات (القلق، توهم المرض، الوسواس القهري)، وعلى الدرجة الكلية للاضطراب وتم رفض الفرضية على اضطراب الاكتئاب، بمعنى وجود فروق دالة احصائية، وكانت الفروق لصالح المسنين الذين مدة إقامتهم أقل من سنتين.

بلغت نسبة المسنين الذين مدة إقامتهم أقل من سنتين (44.8%) من مجتمع الدراسة وشكل المسنين الذين مدة إقامتهم أكثر من سنتين (55.2 %) من مجتمع الدراسة.

وتعزو الباحثة ذلك إلى صدمة المسنين عند دخولهم المؤسسة حيث أن (16.6%) عبروا أن دخولهم للمؤسسة حدث صادم، والانتقال للمؤسسة يعني انتقال من البيئة التي عاش بها المسن إلى بيئة أخرى يجهلها ولا يعلم عنها شيء، وما يفسر ذلك أيضا أننا نحن فئة الشباب عندما ننقل إلى بيئة أخرى فإننا نواجه في البداية صعوبة بالتكيف مع البيئة الجديدة فماذا نتوقع من المسنين الذين معروف عنهم أن قدرتهم على التكيف تقل مع التقدم في العمر وانه من خصائص الشيخوخة ضعف المرونة والجمود وعدم القدرة على بناء علاقات اجتماعية جديدة، ومع مرور الوقت قد يستطيع المسن التكيف مع المؤسسة، وهذه النتيجة منطقية وخاصة انه من خصائص الشخصية المكتتبة النزعة إلى القلق والضيق، وتتقصه المرونة، لأنه يتبع تعليمات صارمة وتصرفات سلبية ووسائل غير ناضجة وهذا ما نلاحظه أثناء العمل مع المسنين.

ومن الجدير ذكره أن هذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه دراسة محافظة (1993) حيث أظهرت نتائجها أن مدة الإقامة لا تؤثر بدرجة شعور الأفراد بالمشكلات النفسية والاجتماعية.

واختلفت نتائج هذه الدراسة مع دراسة سينزبري و ويلجنسون (1992) & Sainsbury Wiljinson ، حيث أظهرت نتائجها أن مدة الإقامة في المؤسسة تلعب الدور الكبير في زيادة الأعراض الاكتئابية لدى المسنين.

3.5 اقتراحات الدراسة

- إجراء دراسات للأسباب والمعطيات التي دفعت بالمسنين للإقامة في المؤسسات الإيوائية.
- إجراء دراسات تركز على السمات النفسية والاجتماعية للمسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية.
- إجراء دراسات تركز على الأحداث الصادمة وأثرها على حياة الفرد.
- إجراء دراسات تركز على برامج تجريبية مثل (أثر العلاج المعرفي والمشاركة بالانشطات على خفض درجة الاضطرابات النفسية لدى المسنين)
- إجراء دراسات تركز على أعراض اضطراب معين عند المسنين.
- إجراء دراسات تتعلق بالعاملين على رعاية المسنين وعلاقتهم مع المسنين.
- إجراء دراسات تركز على أوضاع بيوت المسنين .

4.5 التوصيات

من خلال النتائج التي توصلت إليها الباحثة فإنها تقدم التوصيات الآتية:

- تهيئة المسن قبل دخوله المؤسسة والتأكد أن خيار المؤسسة هو خيار المسن وليس خيار الآخرين.
- التأكد أن وجود المسن في المؤسسة هو آخر حل بالنسبة للمسن وذويه.
- زيارة المسن في منزله قبل دخوله المؤسسة، وعمل تقرير نفسي اجتماعي عن المسن كي يتسنى للأخصائي وضع الخطة العلاجية للمسن، كما ان معرفة خلفية المسن الاجتماعية والثقافية، تساعد القائمين على رعايته بالتعامل معه.
- عمل ملف للحالات يشمل التقارير النفسية والاجتماعية، والخدمات المقدمة للمسن والصعوبات التي يعاني منها القائمين على رعاية المسن.
- وضع برنامج بالتنسيق مع المسنين المقيمين بالمؤسسة لاستقبال الحالات الجديدة.
- العمل على الإعداد العلمي للكوادر التي تعمل في مجال رعاية المسنين.

- زيادة الاهتمام بتحسين شبكة العلاقات الاجتماعية للمسنين داخل المؤسسة باستخدام أساليب الإرشاد الجماعي، ومحاولة إدماجهم بمختلف النشاطات في المجتمع، والقيم بزيارة من تبقى لهم من أفراد أسرهم.
- العمل على بناء برامج علاجية تساعد المسنين على التكيف وتقلل من نسبة انتشار الاضطرابات لديهم.
- إيجاد قنوات اتصال بين المسنين وذويهم أو جيرانهم.
- التركيز على الجوانب النفسية في حياة المسنين وخاصة إن جميع المسنين في المؤسسات الإيوائية تعرضوا لإحداث صادمة.

ومن خلال ملاحظة الباحثة على بيوت المسنين فإنها توصي بما يلي:

- المباني : يجب العمل على تعديل المباني لتتناسب مع احتياجات المسنين، مثل توفير مصعد كهربائي، تعديل دورات المياه لتتناسب مع قدرات المسنين.
- توفير الحقائق الخارجية الآمنة والتي يسهل للمسنين الوصول إليها، توفير الصحف اليومية والمكتبات، توفير الوسائل الترفيهية مثل التلفاز، توفير شبكة اتصالات داخلية ما بين غرف النزلاء والعاملين على رعايتهم.
- مراعاة مساحات الغرف والعمل على توفير استقلالية للنزلاء في غرفهم.
- مراعاة توزيع الحالات على الغرف فيجب العمل على مراعاة الظروف الصحية و النفسية والاجتماعية للنزلاء عند تواجدهم في الغرف الخاصة بهم.
- مراعاة برنامج التغذية لكل مسن حسب وضعه الصحي.
- العمل على تعيين موظفين مؤهلين علميا و عمليا للعمل مع المسنين.
- تحديد معايير لقبول المسن في المؤسسة حيث لاحظت من خلال زيارتي أن بعض بيوت المسنين يتواجد بها مرضى عقليين ليس بسن الشيخوخة.
- تعريف المجتمع المحلي بالخدمات التي تقدمها المؤسسات، ليتسنى ترتيب برامج ترفيهية وللمساعدة بدمج المسنين مع المجتمع.
- العمل على دعم المسن في بيئته الطبيعية من خلال توفير المستلزمات الأساسية لحياتهم مثل ترميم المنازل، تأثيثها، توفير الوجبات الساخنة، غسل الملابس، توفير الخدمات التمريضية المنزلية.

- العمل على توفير برامج يومية للمسنين داخل المؤسسة لشغل وقت فراغهم، إشراك المسنين بالتخطيط للبرامج داخل المؤسسة، وتأهيل القادرين على العمل منهم والاستفادة من قدراتهم وإشراكهم بأعمال المؤسسة الخفيفة مثل العمل في الحدائق.
- العمل على تنفيذ برنامج جليس المسن، من خلال الاستفادة من طلاب الجامعات بالبرامج المختلفة.
- زيارة الاهتمام بالظروف المعيشية لنزلاء (من غذاء وكساء وأماكن نوم وأسلوب تعامل).

5.5 استنتاجات

- الاضطرابات العصابية منتشرة لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين بنسبة (100%) موزعة على الاضطرابات التالية التالية: القلق (29%)، الاكتئاب (28%)، توهم المرض (25%)، والوسواس القهري (18%).
- لا يوجد فروق بدرجة انتشار الاضطرابات العصابية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات في محافظات شمال فلسطين تعزى للمتغير الجنس والفئة العمرية.
- يعاني المسنين الأرامل والمطلقين من اضطراب توهم المرض أكثر من العزابين و المتزوجين وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى فقدان شريك الحياة.
- كلما قل المستوى التعليم لدى المسنين يصبحون أكثر تعرضا للإصابة باضطراب الوسواس القهري، وتعزو الباحثة هذا كون المسنين المتعلمين أكثر دراية بأمور حياتهم وتفهم لمرحلة الشيخوخة.
- المسنين الذين يقيمون مع أسر ممتدة يعانون من الاضطرابات العصابية أكثر من المسنين الذين يقيمون مع أسرة نووية قبل دخولهم المؤسسة الإيوائية وتعزو الباحثة ذلك لصدمة والفقدان التي تصيب المسنين من الأسرة الممتدة عند دخولهم المؤسسة الإيوائية.
- جميع المسنين في المؤسسات الإيوائية تعرضوا لأحداث صادمة وهي فقدان احد الأشخاص المقربين، فقدان المال، اعتقال، التعرض لاعتداء، هدم المنزل، لجوء أو نزوح، ودخول المؤسسة الإيوائية.
- المسنين القادرين على العناية بأنفسهم والقادرين إلى حد ما، أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات العصابية كونهم أكثر وعيا وإدراكا وقدرة على العطاء من المسنين الغير القادرين على العناية بأنفسهم، كما أن المسنين الغير قادر على العناية بأنفسهم يشعرون ان وجدهم بالمؤسسة يخفف من العبء الملقى على عاتق الأسرة.

- يعاني المسنين في الفترة الأولى من دخولهم للمؤسسة من اضطراب الاكتئاب وتعزو الباحثة ذلك لصدمة المسنين عند دخولهم المؤسسة.

6. المراجع

1.6 المراجع العربية:

- الأمانة ، أ. (2005): توهم المرض .. هل يعيق البعض. الحوار المتمدن، العدد 2211
<http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid=127010> تاريخ زيارة الموقع
2008/1/25
- إبراهيم، أ. (2004): الفروق بين الاضطرابات النفسية لدى عينة من المسنين المقيمين
بدور الرعاية في ضوء اختلاف الظروف الخاصة بهم. جامعة الأزهر، مصر (رسالة
ماجستير غير منشورة).
- إبراهيم، س. (1997): رعاية المسنين: قضايا ومشكلات الرعاية الاجتماعية، الجزء
الثاني. المكتب العلمي للكمبيوتر، الإسكندرية.
- إبراهيم، ع. (1998): الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه. عالم
المعرفة الكويت.
- أبو المعاطي، م . (2005) : الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية
المسنين. جامعة حلون، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي.
- أبو الهندي، و. (2002): الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي. المجلس الوطني
للثقافة والفنون، الكويت.
- أبو زيد، م. (2008): الاكتئاب - دراسة في السيكيوباتومتري. دار المعرفة الجامعية،
القاهرة.
- أبو سوسو، س. (1990): " الحاجات النفسية للمرأة المسنة". مجلة علم النفس، الهيئة
العربية 16، ص ص 60-71.

- أبو عيطة، س. (1997) : مبادئ الإرشاد النفسي، الطبعة الثانية. دار الفكر للطباعة والنشر، عمان.
- أبو عيطة، س. (2002): مبادئ الإرشاد النفسي. دار الفكر، عمان.
- أحمد، س.(1998): دراسات في سيكولوجية المسنين. مركز الإسكندرية للكتاب.
- الإحصاء الفلسطيني يصدر تقرير حول كبار السن في الأراضي الفلسطينية، صحيفة القدس (2006، 24 شباط) ص 14.
- ادكيدك، م. (2006): العنف ضد المسنين في القدس الشرقية: وصف وتفسير ظاهرة العنف من وجهة نظر المسنين أنفسهم. جامعة بيرزيت، فلسطين. (رسالة ماجستير غير منشور).
- اسماعيل، أ. (1992): الشيخوخة في عصرنا الراهن، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربي، مطابع المؤسسة العربية للطباعة والنشر، البحرين.
- إسماعيل، ع. (1983) : الشيخوخة، أسبابها، مضاعفاتها والوقاية منها. وكالة المطبوعات، الكويت .
- الأشول، ع. (1998) : علم نفس النمو. مكتبة الانجلو المصرية، مصر.
- بالورت، د. فرج، ص. (2002): مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي، ترجمة جمعة سيد يوسف، محمد نجيب الصبوه، مصطفى احمد تركي. مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة .
- توفيق، ت. (2000): "الوسواس القهري دراسة على عينات بحرينية". مجلة علم النفس، 55، ص ص 64-77.

- ثيودوري، ج. (1998): المؤسسات التي تعنى بالمسنين في الضفة الغربية، خدمات العطاء لمساعدة المسنين، بيت حنينا، القدس .
- جابر، ع. (1986): نظريات الشخصية، دار النهضة العربية، القاهرة .
- جامعة منيسوتا (1995): مكتبة حقوق الانسان، الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية
لكبار السن، الدورة الثالثة عشر لعام 1995
<http://www1.umn.edu/humanrts/arabic.html> تاريخ زيارة الموقع
20007/9/30
- جمعة، ح. (1993): دراسة وصفية مقارنة للمشكلات الاجتماعية والنفسية للمسنين في دور الرعاية الإيوائية والمتقدمين على نوادي رعاية المسنين في محافظة القاهرة، جامعة حلوان مصر. (رسالة ماجستير غير منشورة).
- جمعية العطاء لخدمات المسنين، الجمعية الفلسطينية للوقاية من ترقق (هشاشة) العظام (2002) الأجداد، أثر انتفاضة من كبار السن، العديدين الخامس والسادس.
- جودة، أ. (2006): "أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالوحدة النفسية لدى عينة من المسنين". مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، 7، ص ص 85 - 103.
- حسنين، س. (2001): أوضاع، حاجيات ومصادر دعم. جمعية العطاء لخدمة المسنين، جمعية حاملات الطيب الأرثوذكسية.
- حسين، م. (1996): تنظيم مجتمع المسنين، الطبعة الثانية. دار النهضة العربية، القاهرة.
- الخالدي، أ. (2006): علم النفس الإكلينيكي (المرض) الفحص والعلاج، دار وائل للنشر الأردن .

- الخالدي، أ. (2003): تقويم مدى فعالية برامج رعاية المسنين في الأردن دراسة حالة: دار الضيافة لرعاية المسنين". الجامعة الأردنية، الأردن. (رسالة ماجستير غير منشورة).
- الخطيب، ج. (2001): تعديل السلوك الإنساني. مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، عمان.
- الخطيب، م. (1989): العلاقة بين مستوى القلق والتحصيل الدراسي لدى المراهقين الفلسطينيين وتصميم برنامج إرشادي للتخفيف من حدة القلق. جامعة عين شمس، القاهرة (رسالة دكتوراه غير منشورة).
- خليفة، ع. (1999): دراسات في سيكولوجية المسن. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- الخواجا، ع. (2002): الإرشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيق - مسؤوليات وواجبات دليل الآباء والمرشدين. الدار العلمية الدولية، عمان.
- دعبس، ي. (2002): أوضاع المسنين في الثقافات المختلفة، الطبعة الأولى. الملتقى المصري للإبداع والتنمية، الإسكندرية .
- الدهان، ف. (2004): تغير الوسط الطبيعي للمسنين وعلاقته بتوافقهم الاجتماعي- دراسة ميدانية على عينة من للمسنين في محافظة دمشق. جامعة دمشق. (رسالة ماجستير غير منشورة).
- راشد، س. (1989): السمات الشخصية لكبار السن المقيمين في دور المسنين في الإسكندرية. جامعة الإسكندرية، الإسكندرية. (رسالة ماجستير غير منشورة).
- رزق، ك. (2002): مشكلات المسنين المقيمين في أسرهم وفي دور المسنين. دراسة تشخيصية إرشادية مقارنة، المؤتمر الإقليمي العربي الثالث لرعاية المسنين ، الجودة الشاملة في رعاية المسنين، مركز الرعاية الصحية والاجتماعية للمسنين، جامعة حلوان.

- رويدار، ع. (1998): في الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي، دار النهضة العربية بيروت.
- الزراد، ف. (2005) : العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري. دار العالم للمالين، بيروت.
- زهران، ح. (2002): التوجيه والإرشاد النفسي، الطبعة الثانية. عالم الكتب، القاهرة .
- زهران، ح. (2001): الصحة النفسية والعلاج النفسي. عالم الكتب، مصر.
- زهران، ح. (1999): علم نفس النمو الطفولة والمراهقة. عالم الكتب، القاهرة.
- الزيود، ن. (1998): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. دار الفكر، الأردن.
- السباسي، ه. (1983): أثر أسلوب الرعاية في مشكلات التكيف والشخصية عند كبار السن في الأردن. الجامعة الأردنية، عمان. (رسالة ماجستير غير منشورة).
- سبيلبرجر، ج. ولوشين، و. (1992): دليل تعليمات قائمة القلق (الحالة والسمة). الطبعة الثانية، تعريب وإعداد أحمد عبد الخالق، دار نشر الثقافة بالإسكندرية، مصر.
- السدحان، ع. (2000) العقوق: دراسة اجتماعية ميدانية على المسنين المقيمين في دور الرعاية الاجتماعية. دار شقراء، الرياض.
- سرحان، ع. (2000): رعاية المسنين في الإسلام. مجمع البحوث الإسلامية، الأزهر القاهرة.
- سعفان، م. (1998): الوسواس والأفعال القهرية. دار النهضة العربية، القاهرة.
- سوين، ر. (1988) : علم الأمراض النفسية والعقلية، ترجمة احمد عبد العزيز. مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت .

- السيد، ف. (1975) : الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة. دار الفكر العربي بيروت.
- شاذلي، ع. (2001) : التوافق النفسي للمسنين. المكتبة الجامعية، الإسكندرية.
- الشرقاوي، أ (1985): الفروق في الأساليب المعرفية و الإدراكية لدى الأطفال والشباب والمسنين من كلا الجنسين، مجلة العلوم الاجتماعية 13 (4) 89-113
- الشلبي، ف.(1999): بيوت المسنين في الضفة الغربية وقطاع غزة. القدس، منتدى أبحاث السياسات الاجتماعية والاقتصادية في فلسطين.
- الشناوي، م. (1998): العلاج السلوكي الحديث. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- شند، س. (1990): صراع الأدوار لدى الأم العاملة وعلاقته ببعض الاضطرابات العصبية. جامعة عين شمس، مصر. (رسالة دكتوراة غير منشورة).
- الشوا، س. (1995): العلاقة بين أسلوب رعاية المسنين ومستوى الاكتئاب عندهم. الجامعة الأردنية، الأردن. (رسالة ماجستير غير منشورة).
- الصالح، ه. (2002): الأسرة ودورها في معالجة مشاكل المسنين في الأردن. الجامعة الأردنية. الأردن. (رسالة ماجستير غير منشورة).
- طه، ت. (2006): القلق و الاكتئاب لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم في منازلهم و يرتادون نوادي المسنين و كذلك الذين يعيشون في دور المسنين. القاهرة، تاريخ زيارة الموقع 2008/6/22 <http://www.globalaging.org/health/world/2006/Anxiety.htm>

- عاقل، ف. (2004): علماء نفس اثروا في التربية وبحوث أخرى - عرض لأهم أفكار علماء التربية وبحوث قيمة في الشيخوخة والتربية والتفوق وغيرها. شعاع للنشر والعلوم، حلب .
- عاقل، ف. (1993): التعلم ونظرياته. دار العلم للملايين، بيروت.
- عباس، ص. (1995): النوع والإقامة بدور المسنين ودورهما في تباين بعض المتغيرات النفسية. جامعة طنطا، مصر (رسالة ماجستير غير منشورة).
- عبد الخالق، أ. (2002): الوسواس القهري التشخيص والعلاج. مجلس النشر العالمي، الكويت
- عبد السميع، م. السنهوري، م (2001): التخطيط للرعاية الاجتماعية. دار النهضة العربية، القاهرة.
- عبد العال، س. العرقان، م . (1996) : تقويم أندية المسنين، القاهرة .
- عبد الغني، م (1997): الأمراض النفسية والجسدية للمسنين، الدورة التدريبية والزيارات الاستطلاعية للقيادات الإشرافية والتخطيطية العاملة في مجال المسنين بالدول العربية من القطاعين الحكومي والأهلي في الفترة من 27 سبتمبر - 4 أكتوبر 1997م.
- عبد القادر، ح. (2002): التحليل النفسي ماضيه ومستقبله. دار الفكر، دمشق.
- عبد اللطيف، آ. (2002) : الاكتئاب مرض العصر، دمشق.
- عبد اللطيف، ر. (2000) : في بيتنا مسن مدخل اجتماعي متكامل، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية.

- عبد الله، ت. العسيلي، ر.(2005): المشاكل التي يعاني منها المسنون في المجتمع الفلسطيني في ظل التحولات المعاصرة، بحث مقدم إلى مؤتمر الدوحة العالمي لرعاية المسنين في ظل التحولات المعاصرة.
- عبد الهادي، ج. العزة، س. (2001): تعديل السلوك الإنساني. دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
- العبسي، ب. (2007): اثر العلاج المعرفي والمشاركة بالنشاطات في خفض مستوى الاكتئاب لدى كبار السن. الجامعة الأردنية، الأردن. (رسالة ماجستير غير منشورة).
- عكاشة، أ. (1980): الطب النفسي المعاصر، الطبعة الرابعة. مكتبة الانجلو المصرية القاهرة .
- عكاشة، أ. (2003): الطب النفسي المعاصر. مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- عكاشة، أ. (1992): الطب النفسي المعاصر. لأنجلو المصرية، القاهرة.
- العكروش، ل. (1999): مشكلات كبار السن في المجتمع الأردني. الجامعة اللبنانية بيروت. (رسالة دكتوراه غير منشورة).
- العيسوي، ع. (2002): الأمراض النفسية وعلاجها. دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
- العيسوي، ع. (1994): الأمراض السيكوسوماتية. دار النهضة العربية، بيروت.
- غانم، م. (2002): " المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات إيواء وأسر طبيعية ". دراسات عربية في علم النفس، 3، ص ص 35- 88.
- غانم، م. (2004): مشكلات كبار السن التشخيص والعلاج رؤية نفسية دينية. المكتبة المصرية للطباعة والنشر و التوزيع، مصر.

- غانم، م. (2006): دراسات نفسية لقضايا معاصرة. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع القاهرة.
- غانم، م. (2004): مشكلات كبار السن التشخيص والعلاج. المكتبة المصرية للطباعة والتوزيع والنشر.
- الغريب، ع. (2001): أزمة التقاعد كيف نواجهها؟. مؤسسة الإمامة، الرياض.
- الغزاوي، ج. (1988): "ظاهرة الشيخوخة ودور الخدمة الاجتماعية". حولية كلية الآداب، الحولية (9) ص ص 9-37.
- غنادري، س. (2006): مصادر التوافق النفسي واستراتيجيات التوافق لدى كبار السن من عرب إسرائيل. الجامعة الأردنية، الأردن. (رسالة ماجستير غير منشورة).
- فارس، ن. (2000): "التغير الاجتماعي وأثره على واقع المسنين". جامعة اليرموك، اربد (رسالة ماجستير غير منشورة).
- فرويد، س. (1983): الكف والعرض والقلق، الطبعة الثانية. ترجمة محمد عثمان نجاتي، دار الشروق، القاهرة.
- فريد، ع. (1964): الأمراض النفسية العصبية. الشركة العربية، القاهرة.
- فلسطين، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. (2005): كبار السن في الأراضي الفلسطينية - حقائق وأرقام رام الله.
- فلسطين، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. (2005-2006) العنف ضد كبار السن - من مسح بيانات مسح العنف الأسري.
- فلسطين، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. (2006): المسح الفلسطيني لصحة الأسرة التقرير الأول، رام الله. (2007)

- فلسطين، وزارة الشؤون الاجتماعية الإدارية العامة للتخطيط والمتابعة.(2002): **اللائحة التنظيمية لرعاية المسنين.**
- فهمي، م. فهمي، ن. (1999) : **الرعاية الاجتماعية للمسنين**، المكتبة الجامعية، الإسكندرية
- القدومي، خ.(1991): **مشكلات المسنين في الأردن في ضوء متغيرات الجنس والحالة الاجتماعية ومكان الإقامة.** جامعة اليرموك، الأردن. (رسالة ماجستير غير منشورة).
- قناوي، ه. (1987): **سيكولوجية المسن.** مركز التنمية البشرية والمعلومات، القاهرة.
- الكعبي، م. (1997) : **ممارسة برنامج إرشادي مع حالات القلق النفسي.**الرياض، السعودية.
- كوفيل، ا. كوستيللو، ت. روك، ف. (1986): **الأمراض النفسية، الطبعة الثانية.** ترجمة احمد زبادي، مكتبة الفلاح، الكويت .
- ماركس، ا. (1998): **التعايش مع الخوف مع الخوف فهم القلق ومكافحته**، ترجمة محمد عثمان نجاتي. دار الشروق، القاهرة.
- ماسون، د. (2005): **كتاب تدريبات الذاكرة – أساليب مبتكرة لتدريب العقل وتحسين الذاكرة.** مكتبة جرير، الرياض.
- مبارك، ع .(2006): **قلق كبار السن .. لا يلقى العناية الطبية.** تاريخ زيارة الموقع

2008/6/22

<http://www.globalaging.org/foreignlang/arabic.htm>2006/06/01

- مبروك، ع. (2002) : "تقييم الذات وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين". دراسات عربية في علم النفس، العدد، 2، ص ص 185-200.
- محافظة، و. (1993): مشكلات المسنين في دور الرعاية في الأردن. جامعة اليرموك دمشق. (رسالة ماجستير غير منشورة).
- محمد، م. (2004): مشكلات الصحة النفسية، أمراضها، وعلاجها. مكتبة دار الثقافة عمان .
- مرسي، م. (2002): أزمة الهوية في المراهقة والحاجة للإرشاد النفسي. مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- المصدر الفلسطيني (2008): قوانين ومراسيم وقرارات / قانون التأمين والمعاشات لقوى الأمن الفلسطيني.
<http://www.p-s-ws.com/comment.php?go=post&insert=new&newsid=204>
- الميلادي، ع. (2002) : الأبعاد النفسية للمسن. مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية .
- الطعاني، ا. (2004): اثر برنامج إرشاد جمعي في خفض حدة المشكلات وزيادة درجة الرضا عن الحياة لدى المسنين في دور الرعاية. جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان (رسالة دكتوراه غير منشورة).
- نجار، ع. (2007): مقارنة لأنماط الحياة بين الراشدين وكبار السن في منطقة الجليل الأسفل جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان. (رسالة دكتوراه غير منشورة).
- النوايسة، س. (2006): مشكلات كبار السن في الأردن وبناء برنامج تدريبي لمساعدتهم على التكيف مع تلك المشكلات. جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان. (رسالة دكتوراه غير منشورة).
- هيلز، دي، هيلز، ر. (1999): العناية بالعقل والنفس، ترجمة عبد العلي الجسماني. الدر العربية للعلوم، بيروت.

- يوسف، ج. مبروك، ع. (2006) : الصحة الجسمية والنفسية للمسنين. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة .
- يوسف، م، يوسف، ع. (1992): الشيخوخة: دراسة طبية جنسية نفسية اجتماعية، بحث علمي لنيل إجازة دكتور – جامعة دمشق.

2.6 المراجع الأجنبية

- Adams, M. (2004): Changing investment in activities and interests in elders lives: Theory and measurement. Aging and Human Development, Vol (58), (2), PP (57-108).
- American Psychiatry Association. (1994): Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder. **4rd ED. Rev. DSM_IV_R** and sense of coherence. From URL: <http://wwwlib.umi.com/dissertations/gateway>.
- American Psychiatry Association. (1994). Diagnostic and statistical anual of Mental Disorder. **4rd ED. Rev. DSM_IV_R** .
- Anna , k. (2005): loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. Journal Of Advanced Nursing. Vol (49),(1), PP (23 -32).
- Beaumont, J; Kenealy M. and Rogers, J.(1999). The blackwell dictionary of neuropsychology, Oxford: Blackwell Publishers.
- Beck, A. (1974): **Coping with depression**. Newyork: Institute For Rational living.
- Beck, A. (1978): **Cognitive therapy and emotional disorders** .Newyork, International Universities Press.
- Bekaroglu, M. and Ulutku, N. (1992): **Depression in elderly population in Turkey**. Acta-Psycnatr-Scand, Agu.
- Bennett, K., Mary, G. and Hughes, M.(2005): **Psychological response to widowhood, the effects of gender**, liverpool : Baywood Publishing.

- Broglin, G. (2005). Quality of life among older people: Their experience, need of help, health, social support, everyday activities. Journal Of Advanced Nursing. vol. (48). 1, PP(23 -32).
- Brooke, V. (1989): How elders adjust: Through what phases do newly admitted residents pass? Geriatric Nursing. Vol (10), (2), PP (66-68).
- Byerts, T. and Heller, T. (1985): Longitudinal research on congregate public housing, Find project report, executive summary. Illinois University, Chicago. (Eric Document Reproduction Service) No.(ED) PP (261-312).
- Cairney, J. and Krause, N. (2005): The social distribution of psychological distress and depression in older adults. Journal of Aging and Health, Vol (17), PP (807 – 835).
- Carolien, L., Brink, V. Geertrudis, A. and Tijhuis, M. (2006): Hierarchy levels, Sum Score, and Worsening of disability are related to depressive symptoms in elderly men from three european countries. Journal of Aging and Health, Vol (18), (125 – 141).
- Cheung, A, and Chan, M. (1996): Clinical validation of the geriatric depression scale. Journal of Aging and Health, 8 (2) 238-253
- Chick, N. and Meleis, A. (1986): **Transition: anursing concern, new approaches to theory development, national league for nursing**, New York.
- Chris, S., (2003): Symptoms of depression, relational quality, and loneliness in dating relationships. Journal of Personal Relationships, Vol (10) (1), PP (25-36)rrfcjce depression. Journal of Geriatric Psychiatric. Vol (1), PP (99-119).
- Coles, E. (1982): **Clinical psychopathology: an introduction**. London: Ledge-Ront And Kagan Paul.
- Coleman, P. and O"H anlon, A. (2004): **Ageing and development: theories and research**, London.
- Cornman, J., Goldman, N., Gleib, D. and Weinstein, M. (2003): Social ties and perceived support. Journal of Aging and Health, Vol (15), (4), PP (616 – 644).

- De- Beurs, E. (2000): **Physical health and anxiety of older persons, alongitudinal perspective**, Tidschrift Voor Gerontologie En Geriatric, (31) PP (203-210).
- Emmannel, P.A. & Stella, A.R (2004). Investigation of insomnia among the elderly in primary care settings in Greece: The efficient collaboration of GPs and psychiatrists, **Primary Care Mental Health**, Vol (2), (2), PP (115-124).
- Engle, V. and Graney, M. (1993): Stability and improvement of health after nursing home admission, Journal of Gerontology. Vol (48), PP (251- 258).
- Ford, D ., Mead, L ., Chang, P ., Cooper-Patrick, L. and Wang, N . (1998): **Depression is a risk factor for coronary artery disease in men**: the precursors study. Department of medicine, the Johns Hopkins University School of medicine, Welch Center for Prevention, Epidemiology, and Clinical Research, Baltimore, USA. Vol (13), (13), PP(1422-1442).
- Frank, J., Kohout, L., Berkman, D. and Joan, C. (1993): Two shorter forms of the CES-D depression symptoms index. Journal of Aging and Health, Vol (8), PP (179-193).
- Gerossmann, M.(1982): **Loneliness among widowed persons in later Life polytechnic- institute and state University**, Virginia.
- Hassall, S. and Gill, T. (2008): Providing care to the elderly with depression: the views of aged care staff. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, Vol (15), (1), PP(17-23)
- ICD-10. (1992): **Clinical Descriptions and Diagnostic guidelines**.
- Jeffares, D. (1986). Freedom of Choice and its relationship to elderly doctoral dissertation, University of Nebraska-Lincoln, Dissertation Abstracts International, Vol (47), PP (2697-A)
- Joseph, D., Noshpitz, R. and Dean, C. (1990): **Stress and adjustment disorders**. New York: John Wiley And Sons.

- Krichbaum, K.(1999): The impact of transition to nursing home on elders cognitive status, Well-being, and satisfaction with nursing home, journal of Mental Health and Aging. Vol (5), (2), PP (140 – 160).
- Krishan, M. and Mc puoid, A. (2004): Medical comorbidity in Late-Life depression. Journal of Geriatric Psychiatric. Vol (1), PP (99-119).
- Lewis, R. (1989): **Later Life**, Lawrence eribaum associates publisher, hill saddle, Newjersy.
- Liukkonen, A. and Arja, B. (1995): Life In A nursing home for the frail elderly daily routines, Clinial Nursing Research, Vol (4). Academic Search Elite, Finland.
- Malasi, M., El-Hilu, A., Mirza, S. and El-Islam, F. (1988):Some psycho-social aspects of old people living outside their families in Kuwait, Journal of Social Psychiatry, Vol (34), (1), PP (13 – 24).
- Mccarthy, S. (1985): Gropsychology meaning in life for elder hostellers. Psychological Report. (56), PP (351-354).
- Mckeen, G. and Darren, W. (2004): Longitudinal analysis of discrete negative emotions and health-services use in elderly individuals. Journal of Aging and Health, Vol (16), PP (204 – 227).
- Melendez, H. (2001): Self –Perception of health in non institutional elderly, Journal of Gerontological Nursing. Vol (28), (2), PP (30- 40).
- Moreno, G. (2000): **Coping strategies and depression among hispanic older adults**. State University Long Beach, California of neuropsychology, Oxford: Blackwell Publishers.
- Panagiotakos, D., emosthenes, K., Papaerakleous, N., Papoutsou, S. and Toutouzas, P. (2008): Depressive symptomatology and the prevalence of cardiovascular risk factors among older men and women from Cyprus; the MEDIS (Mediterranean Islands Elderly) epidemiological study. Journal of Clinical Nursing, Vol (17), (11), PP (688-695).
- Patricia, A., and Raad, J,. (2006) Psychometric analyses scores in a sample of Older Adult of the AMAS-E s, Individual Differences Research, Vol (4), (4), PP (272-290).

- Pervin, L. and John, O. (2001): **Personality, 8th ed, Wiley ,inc**, United States of America.
- Pinquart, M. (2003). Loneliness in Married, Widowed, Divorced and Never Married Older Adults, Journal And Personal Relationships, Vol (20), (1), PP (150-155).
- Protas, O. (2005): Physical-Performance tests to evaluate mobility disability in community- dwelling elder. Journal of Aging and Physical Activity, Vol (13) pp (184-197).
- Rutledge, T., Steven, E. and Reis, O. (2006): Depression symptom severity and reported treatment history in the prediction of cardiac risk in women with suspected myocardial ischemia. The NHLBI-Sponsored WISE Study, Arch Gen Psychiatry, Vol (63) PP (874 – 880).
- Rozzini, R., Morandi, A., Sleiman, I. and Trabucchi, M.(2007): Depression elderly patients: IS there A sex effect. Journal of the American Geriatrics Society, Vol (55), (10), PP (1688 – 1689).
- Sainsbury, R. Wilkinson, T. and.(1992): Institutional Care... Is Prior Assessment necessary? N.Z.M May.
- Sansur, M. (1999): **Prevalence of disability and its socio- economic impact among adults and older people in the in the West Bank**. Atta Services Aid To The Aged. Jerusalem.
- Schaie, W. (1982): **Afield theory approach to age changes in cognitive behavior human**. London ,HMSO
- Schrinemae, V. and Meindert, J. (1993): Depression in frail dutchy elderly, the reliability of zung sgale, Clinilal Gernotologist. Vol. 13, pp59-60
- Shah, E.(2007): Disability and psychosocial outcomes in old age. Journal of Aging and Health, Vol (19), (5), PP (723-741).
- Shaver, D .(1986): The effect of reminiseing on the perceived control and social relation in institutionalized elderly, journal of a ctivites adaptation and aging, Vol (8), (8), PP (95- 110).

- Stewart, J., Dewit, H . and Eikelboom, R. (1984): The Rol of unconditioned and conditioned drug effects In the self administration of opiates and stimulants. Psychological Review. Vol (130), (3), PP (2350-2360).
- Tabloski, P. (1989): Self perceptions of healthy by older person, University of Rochester, Dissertation Abstracts international, Vol (50), (4) PP (1053- 1056).

ملحق 1.3: استبانة البيانات الشخصية قبل التعديل.

بسم الله الرحمن الرحيم

عزيزي المسن/ة

تحية طيبة وبعد

يهدف هذا المقياس للتعرف على الاضطرابات التي يعاني منها المسنون المقيمون في المؤسسات الإيوائية في المحافظات الشمالية، كجزء من مقتضيات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي، إن مساهمتك في هذا البحث ستساعد في الوصول إلى الحقائق العلمية المتعلقة بهذا الموضوع، ومن أجل هذه الغاية تضع الباحثة بين أيديكم مجموعة من الفقرات، وستقوم الباحثة بنفسها بمليء المقياس معكم .

ولكم جزيل الشكر.

الباحثة: أزهار جعفر

المشرف : د. إياد الحلاق

البيانات الشخصية:

ضعاي إشارة (X) داخل المربع الذي ينطبق على حالتك.

- (1) الجنس: ☐ ذكر. ☐ أنثى.
- (2) العمر: ☐ 60-65 . ☐ 66-70. ☐ 71 فأكثر.
- (3) الحالة الاجتماعية: ☐ متزوجة. ☐ مطلقة. ☐ أرملة . ☐ أعزبا عز باء.
- (4) الحالة التعليمية: ☐ أمي. ☐ ابتدائي. ☐ إعدادي. ☐ ثانوي. ☐ جامعي.
- (5) مكان السكن: ☐ مدينة ☐ قرية. ☐ مخيم.
- (6) مكان المؤسسة : ☐ جنين . ☐ نابلس. ☐ رام الله . ☐ بيت لحم . ☐ القدس. ☐ أريحا.
- (7) نوع الأسرة: ☐ أسرة ممتدة. ☐ أسرة نووية.
- (8) القدرة على العناية بالنفس: ☐ قادر. ☐ غير قادر. ☐ قادر إلى حد ما.

ملحق 2.3: مقياس الاضطرابات العصابية للمسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية قبل التعديل.
ضع/ي إشارة (X) داخل المربع الذي ينطبق عليك:

الرقم	الفقرة	توجد دائماً	توجد غالباً	توجد أحياناً	توجد نادراً	لا توجد أبداً
(الوسواس القهري) هل تكررت لديك الأعراض التالية ولمدة أسبوعين.						
(1)	يوجد لدي أفكار و صور غير ايجابية وتستمر					
(2)	يوجد لدي صعوبة في تذكر الأشياء.					
(3)	اشعر بالانزعاج بسبب الإهمال وعدم النظافة .					
(4)	اشعر ان افعالي و تصرفاتي وافكاري من بنات					
(5)	اشعر بعدم القدرة على التفكير .					
(6)	اعمل الأشياء ببطء شديد.					
(7)	أفحص ما أقوم به عدة مرات					
(8)	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات.					
(9)	اكرر نفس الأشياء عدة مرات يوميا .					
(الاكتئاب) هل تكررت لديك الأعراض التالية خلال الأسبوعين الماضيين.						
(10)	افقد الرغبة والاهتمام بالأشياء من حولي .					
(11)	اشعر بالبطء وفقدان الطاقة .					
(12)	تراودني أفكار للتخلص من الحياة .					
(13)	ابكي بسهولة.					
(14)	اشعر بالذنب وفقدان القيمة .					
(15)	اشعر بانخفاض احترام الذات والثقة بالنفس .					
(16)	اشعر بالفراغ.					
(17)	اشعر بالحزن.					
(18)	اشعر بانخفاض المزاج.					
(19)	اشعر بفقدان الوزن بشكل ملحوظ .					
(20)	اشعر بفقدان الأمل في المستقبل مع نظرات					
(21)	اشعر بان كل شيء يحتاج إلى مجهود كبير .					
(22)	اشعر باضطراب النوم					

(القلق) هل تكررت لديك الأعراض التالية خلال الستة شهور الأخيرة					
					23) أشعر بعدم القدرة على التركيز والنسيان.
					24) أشعر بتوتر عضلي.
					25) أشعر بعدم القدرة على الاندماج مع الآخرين.
					26) أشعر بالخوف فجأة وبدون سبب محدد .
					27) أشعر بعدم الكفاية .
					28) أشعر بالضيق .
					29) أشعر بجفاف الفم .
					30) أشعر بالخوف من المرض .
					31) إحساس بالإنقباض وقابلية الإثارة
					32) أشعر بأن أشياء سيئة سوف تحدث لي.
					33) تتردد في رأسي أفكار وتخيلات غريبة.
					34) أشعر بالتعب وعدم القدرة على الإنجاز .
					35) أخاف من المرض.
					36) أشعر بالتعرق أكثر من المعتاد.
					37) أشعر بسرعة بدقات القلب .
					38) أشعر بألم معظم الوقت في جميع أجزاء رأسي
					39) يضايقني أن تسوء صحت.
					40) أشعر أن معدتي تتعبني.
					41) أشعر بأنني على وشك الإنهيار.
					42) أشعر بأنني لا أستطيع القيام بعملتي كالمعتاد .
					43) أشعر بضغط شديد حول رأسي .
					44) أشعر بالإنهاك الشديد وضعف الطاقة.
					45) أهتم بجسدي بشكل دائم .
					46) اصطنع المرض أحيانا لإنقاذ نفسي من المأزق
					47) أشعر بالارتياح عند زيارة الطبيب .
					48) أتابع الأمور الطبية التي تهتم بالصحة العامة .
					49) لا أستطيع القيام بعملتي كالمعتاد.

انتهت

ملحق 3.3: استبانة البيانات الشخصية بعد التعديل.

بسم الله الرحمن الرحيم

عزيزي المسن/ة

تحية طيبة وبعد

يهدف هذا المقياس للتعرف على الاضطرابات التي يعاني منها المسنون المقيمون في المؤسسات الإيوائية في المحافظات الشمالية، كجزء من مقتضيات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي، إن مساهمتك في هذا البحث ستساعد في الوصول إلى الحقائق العلمية المتعلقة بهذا الموضوع، ومن أجل هذه الغاية تضع الباحثة بين أيديكم مجموعة من الفقرات، وستقوم الباحثة بنفسها بمليء المقياس معكم .

ولكم جزيل الشكر.

الباحثة: أزهار جعفر

المشرف : د. اياد الحلاق

البيانات الشخصية:

ضع/ي إشارة (X) داخل المربع الذي ينطبق على حالتك.

- (1) الجنس: ☐ ذكر. ☐ أنثى.
- (2) العمر: ☐ 75-60 . ☐ 84-76 . ☐ 100-85 ☐ 100 فأكثر.
- (3) الحالة الاجتماعية: ☐ متزوجة. ☐ مطلقة. ☐ أرملة . ☐ أعزبا عزباء.
- (4) الحالة التعليمية: ☐ أمي. ☐ ابتدائي. ☐ إعدادي. ☐ ثانوي. ☐ جامعي.
- (5) مكان السكن: ☐ مدينة ☐ قرية. ☐ مخيم.
- (6) مكان المؤسسة : ☐ جنين . ☐ نابلس. ☐ رام الله. ☐ بيت لحم . ☐ القدس. ☐ أريحا.
- (7) نوع الأسرة: ☐ أسرة ممتدة. ☐ أسرة نووية.

(8) الأحداث الصادمة التي تعرض /ت لها:

- ☐ فقدان احد الأشخاص المقربين. ☐ فقدان المال. ☐ اعتقال.
- ☐ التعرض لاعتداء. ☐ هدم المنزل. ☐ لجوء أو نزوح.
- ☐ أحداث أخرى حدد ()

(9) القدرة على العناية بالنفس: ☐ قادر. ☐ غير قادر. ☐ قادر إلى حد ما.

(10) هل تحصل/ي على ضمان دخل من خلال: ☐ التقاعد. ☐ ضمان اجتماعي.

- ☐ الشؤون الاجتماعية. ☐ وكالة الغوث الدولية.
- ☐ مساعدات غير منتظمة ☐ لا يوجد .

(11) مدة الإقامة في المؤسسة:

- ☐ سنتين فما دون. ☐ أكثر من سنتين.

ملحق 4.3: مقياس الاضطرابات العصابية للمسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية بعد التعديل.

ضع/ي إشارة (X) داخل المربع الذي ينطبق عليك:

الرقم	الفقرة	دائما	أحيانا	لا توجد
هل تكررت لديك الأعراض التالية خلال الأسبوعين الماضيين.				
(1)	أفقد الاهتمام بالأشياء من حولي.			
(2)	أشعر بالبطء. (البطء عند تناول الطعام)			
(3)	تراودني أفكار للتخلص من الحياة.			
(4)	أبكي بسهولة.			
(5)	أشعر بالذنب.			
(6)	أشعر بالوحدة .			
(7)	أشعر بانخفاض الثقة بالنفس.			
(8)	أشعر بالفراغ.			
(9)	أشعر بالحزن.			
(10)	أشعر باضطراب الوزن. (فقدان الشهية للطعام أو			
(11)	أشعر بفقدان الأمل.			
(12)	أنظر بصورة متشائمة للمستقبل.			
(13)	أشعر بان كل شيء يحتاج إلى مجهود كبير.			
(14)	أشعر باضطراب بالنوم. (النوم كثيرا أو عدم القدرة على			
هل تكررت لديك الأعراض التالية خلال الستة شهور الأخيرة				
(15)	أشعر بعدم القدرة على التركيز.			
(16)	أشعر بتوتر عضلي. (شد في اليدين أو الأرجل).			
(17)	أشعر بعدم القدرة على الاندماج مع الآخرين.			
(18)	أشعر بالارتجاف.			
(19)	أشعر بجفاف الفم.			
(20)	أشعر بالضيق.			
(21)	أشعر بالخوف فجأة بدون سبب محدد.			
(22)	أشعر بالإنقباض.			

			أشعر بان أشياء سيئة سوف تحدث لي.	(23)
			تتردد في رأسي أفكار وتخيلات غريبة.	(24)
			أشعر بالتعب.	(25)
			أشعر بعدم القدرة على الإنجاز.	(26)
هل تكررت لديك الأعراض التالية خلال الستة شهور الأخيرة.				
			أشعر بالتعرق أكثر من المعتاد.	(27)
			أشعر بسرعة دقات القلب.	(28)
			أشعر بآلم معظم الوقت في جميع أجزاء جسمي	(29)
			يضايقني أن تسوء صحتي .	(30)
			أشعر بأنني على وشك الانهيار.	(31)
			أشعر بأنني لا أستطيع ممارسة حياتي كالمعتاد	(32)
			أشعر بضغط شديد حول رأسي.	(33)
			أشعر بالإرهاك.	(34)
			أهتم بجسدي بشكل دائم.	(35)
			لا أشعر بالارتياح عند زيارة الطبيب.	(36)
			أتابع الأمور الطبية التي تهتم بالصحة العامة.	(37)
			يوجد لدي أفكار و صور غير ايجابية.	(38)
			يوجد لدي صعوبة في تذكر الأشياء.	(39)
			أشعر بالانزعاج بسبب الإهمال.	(40)
			أشعر بالانزعاج بسبب عدم النظافة.	(41)
			أشعر أن السلوك والأفكار من عقلي وغير صحيحة.	(42)
			أشعر بعدم القدرة على التفكير.	(43)
			أعمل الأشياء ببطء شديد.	(44)
			أفحص ما أقوم به عدة مرات.	(45)
			أجد صعوبة في اتخاذ القرارات.	(46)
			أكرر نفس الأشياء عدة مرات يوميا .	(47)

انتهت

ملحق 5.3: كتاب قسم الدراسات العليا في جامعة القدس إلى وزارة الشؤون الاجتماعية

Al-Quds University
Faculty of Arts
Department of Education & Psychology



جامعة القدس
كلية الآداب
دائرة التربية وعلم النفس

الرقم: ت ع ن/597/12

التاريخ: 2008/4/14

معالي وزير الشؤون الاجتماعية المحترم

الموضوع: تسهيل مهمة

تحية طيبة وبعد،،

تقوم الطالبة: أزهار فوزي عارف جعفر ورقمها الجامعي (20610056)، بدراسة تتعلق برسالة ماجستير،
بعنوان

" الإضرابات العصبية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في المحافظات الشمالية "

لذا يرجى من حضرتكم تسهيل مهمة الطالبة المذكورة أعلاه والتعاون معها في توزيع الاستبيانات.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

والله الموفق



د. غسان سرحان

رئيس دائرة التربية وعلم النفس

ملحق 6.3: كتاب قسَم الدراسات العليا في جامعة القدس إلى دار نيقولاس لرعاية المسنين.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Al-Quds University Faculty of Arts Department of Education & Psychology		جامعة القدس كلية الآداب دائرة التربية وعلم النفس
---	---	--

الرقم: ت ع ن/598/12
التاريخ: 2008/4/14

حضرة السادة دار نيقولاس للمسنين / بيت جالا

الموضوع: تسهيل مهمة

تحية طيبة وبعد،،
تقوم الطالبة: أزهار فوزي عارف جعفر ورقمها الجامعي (20610056)، بدراسة تتعلق برسالة ماجستير،
بعنوان

" الإضرابات العصبية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في المحافظات الشمالية "

لذا يرجى من حضرتكم تسهيل مهمة الطالبة المذكورة أعلاه والتعاون معها في توزيع الاستبيانات.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

والله الموفق


د. غسان سرحان
رئيس دائرة التربية وعلم النفس

ملحق 7.3: كتاب قسَم الدراسات العليا في جامعة القدس إلى الجمعية الانطوانية الأرثوذكسية .

بسم الله الرحمن الرحيم

Al-Quds University

Faculty of Arts

Department of Education & Psychology



جامعة القدس

كلية الآداب

دائرة التربية وعلم النفس

الرقم: ت ع ن/598/12

التاريخ: 2008/4/14

حضرة السادة جمعية الانطونية الأرثوذكسية المحترمين

الموضوع: تسهيل مهمة

تحية طيبة وبعد،،

تقوم الطالبة: أزهار فوزي عارف جعفر ورقمها الجامعي (20610056)، بدراسة تتعلق برسالة ماجستير،
بعنوان

" الإضرابات العصبية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في المحافظات الشمالية "

لذا يرجى من حضرتكم تسهيل مهمة الطالبة المذكورة أعلاه والتعاون معها في توزيع الاستبيانات.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

والله الموفق



د. غسان سرحان

رئيس دائرة التربية وعلم النفس

ملحق 8.3: كتاب موجه من الطالبة إلى وزارة الشؤون الاجتماعية.

2008/5/13

بسم الله الرحمن الرحيم
معالي وزير الشؤون الاجتماعية حفظه الله ورعاه
تحية طيبة وبعد،

المستدعية: أزهار فوزي عارف جعفر - جنين
أرجو إعلامكم أنني طالبة في جامعة القدس / أبو ديس (ماجستير إرشاد نفسي وتربوي)
وأعمل مديرة لجمعية بيت المسنين والمعوقلين الخيرية في جنين .
أقوم بعمل رسالة ماجستير بعنوان الاضطرابات المصاحبة لدى المسنين المقيمين في المؤسسات
الإيوائية في المحافظات الشمالية وذلك استكمالاً لمتطلبات المصطلح على شهادة الماجستير ولذا
أتوجه إلى حضرتكم لمساعدتي في الحصول على المعلومات التالية:
1- السماح لي بزيارة بيت الأجداد في أريحا وهذا يتطلب منكم تزويدي بكتاب من معاليكم
بالسماح لي بزيارة بيت الأجداد .
2- تزويدي بكتاب تسهيل مهمة كي أتمكن من زيارة بيوت المسنين في المحافظات
الشمالية.

مع احترامي وتقديري

الطالبة
أزهار فوزي عارف جعفر

ولا أفق أزهار فوزي عارف جعفر
للمتابعة تنفيذ المشروع
ببشرى مني

20.5.08

المرفقات:
كتاب تسهيل مهمة من الجامعة.



الأخ عصمت

ر. هـ. الأمانة لمقدمة
القائم بـ لانتقال إلى
المختبر لمرة الوزارة للقائم بـ لانتقال إلى
12/988.989.989/10599

ملحق 9.3: كتاب موجه من الطالبة إلى جمعية الهلال الأحمر نابلس .

التاريخ: 2008/5/14

بسم الله الرحمن الرحيم
عناية السيد مدير عام جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني
السيد يحيى عودة حفظه الله

تحية طيبة وبعد،

المستدعية: أزهار فوزي عارف جعفر - جنين

أرجو إعلامكم أنني طالبة في جامعة القدس / أبو ديس (ماجستير إرشاد نفسي وتربوي)
أقوم بعمل رسالة ماجستير بعنوان "لاضطرابات العصائية لدى المسنين المقيمين في
المؤسسات الإيوائية في المحافظات الشمالية" وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على
شهادة الماجستير، أتمنى عليكم التعاون معي بترتيب زيارة إلى بيت المسنين التابع للجمعية
اليوم الأربعاء الموافق 2008/5/14 في الساعة التي ترونها مناسبة.
مع احترامي وتقديري

الطالبة

أزهار فوزي عارف جعفر

هاتف 042430195

جوال 0599988121

المرفقات:

كتاب تسهيل مهمة من الجامعة.



ملحق 10.3: تصريح للدخول إلى القدس.

מספר: 7712483172 رقم: טלפון לבירורים: 04-6407312 تلفون للإيضاحات:	מנהלת התאום והקישור באזור יהודה ושומרון - ג'נין היתר כניסה לישראל تصريح دخول الى إسرائيل								
הרשאות ומגבלות נוספות !!! أذون وقيود إضافية!!! הערות תקפות: 1, 2, 3, 5. אינו רשאי לנהוג ברכב במדינת ישראל. רשאי לנוע ללא כרטיס מגנטי. מلاحظات سارية المفعول: ١, ٢, ٣, ٥ لا يسمح بقيادة سيارة داخل إسرائيل. يسمح له بالحركة بدون بطاقة ممغنطة.	היתר כניסה לישראל تصريح دخول الى إسرائيل בתוקף סמכותי כנציג מפקד כוחות צה"ל באיו"ש, הריני מאשר כניסה לישראל עבור: שם מרובע: الاسم الرباعي: <table border="1"> <tr> <td>פרטי: אזהאר</td> <td>אב ואזוי: الأب فاوري</td> <td>סב: الجدة</td> <td>עארף: عارف</td> </tr> <tr> <td>משפחה: געפר</td> <td>العائلة: جعفر</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> נושא ת.ז: 976825976 חامل هوية: רשאי לצאת ל: בי"ח מוקאצד يسمح له بالخروج الى: مستشفى المقاصد למסרת: צרכים רפואיים لغرض: احتياجات طبية	פרטי: אזהאר	אב ואזוי: الأب فاوري	סב: الجدة	עארף: عارف	משפחה: געפר	العائلة: جعفر		
פרטי: אזהאר	אב ואזוי: الأب فاوري	סב: الجدة	עארף: عارف						
משפחה: געפר	العائلة: جعفر								
משרד התאום והקישור - ג'נין مكتب التنسيق والارتباط جنين תאריך: 18/05/2008 שעה: 11:05	תוקף ההיתר מ: 20/05/2008 עד: 20/05/2008 سريان التصريح من: الى: משעה: 05:00 עד שעה: 22:00 من الساعة: وحتر الساعة: באסם הינו רס"ן קצין קישור ג'נין חתימה ופרטי המאשר:								

ملحق 11.3: قائمة أسماء المحكمين

الرقم	اسم المحكم	مكان العمل
1.	د. إبراهيم مراد.	أستاذ مشارك/ جامعة القدس .
2.	أ. د. احمد فهيم جبر.	أستاذ دكتور جامعة أبو ديس .
3.	د. توفيق سليمان.	طبيب نفسي/ منسق مراكز الإرشاد النفسي والاجتماعي.
4.	د. زياد العرندي.	طبيب نفسي وزارة الصحة.
5.	د. سهير الصباح.	أستاذ مساعد جامعة القدس.
6.	د. عبد عساف.	رئيس قسم علم النفس جامعة النجاح أستاذ مشارك.
7.	د. مالك مسعود.	أخصائي الأمراض النفسية صحة جنين/ مدير مركز ضحايا التعذيب في محافظة جنين.
8.	د . محسن عدس.	أستاذ مساعد جامعة القدس .
9.	د. محمود سحويل.	طبيب نفسي / مدير مراكز ضحايا التعذيب.
10.	د. وائل أبو الحسن.	أستاذ مساعد الجامعة العربية الأمريكية.

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
98	توزيع مجتمع الدراسة حسب المحافظة والمؤسسة والجنس.....	1.3
99	توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الجنس.....	2.3
100	توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير العمر.....	3.3
101	توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية.....	4.3
102	توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير الحالة التعليمية.....	5.3
103	توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير مكان السكن.....	6.3
104	توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير مكان المؤسسة.....	7.3
105	توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير نوع الأسرة.....	8.3
106	توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير نوع الأحداث الصادمة التي تعرض لها المسن/ه.....	9.3
107	توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير القدرة على العناية بالنفس.....	10.3
108	توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير مصدر الدخل.....	11.3
109	توزيع أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير مدة الإقامة.....	12.3
110	توزيع فقرات أداة الدراسة على محاورها الرئيسية.....	13.3

113	14.3	يبين نتائج اختبار معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا على محاور أداة الدراسة وأقسامها المختلفة.....
119	1.4	المتوسطات الحسابية والنسب المئوية ودرجة اضطراب الاكتئاب لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين مرتبة تنازليا حسب درجة الاضطراب.....
120	2.4	المتوسطات الحسابية والنسب المئوية ودرجة اضطراب القلق لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين مرتبة تنازليا حسب درجة الاضطراب.....
121	4.3	المتوسطات الحسابية والنسب المئوية ودرجة اضطراب توهم المرض لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين مرتبة تنازليا حسب درجة الاضطراب.....
122	4.4	المتوسطات الحسابية والنسب المئوية ودرجة اضطراب الوسواس القهري لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين مرتبة تنازليا حسب درجة الاضطراب.....
123	5.4	ترتيب الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين حسب درجة شيوعتها.....
125	6.4	نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق في درجة الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير الجنس.....
126	7.4	المتوسطات الحسابية لدرجة الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير العمر.....

- 8.4 نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في درجة الاضطرابات
العصابية (القلق الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى
المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين
تبعاً لمتغير العمر..... 127
- 9.4 المتوسطات الحسابية لدرجة الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب،
توهم المرض الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات
الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية..... 128
- 10.4 نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في درجة الاضطرابات
العصابية (القلق الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى
المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين
تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية..... 129
- 11.4 نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية لدلالة الفروق في درجة اضطراب
توهم المرض لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في
محافظات شمال فلسطين تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية 130
- 12.4 المتوسطات الحسابية لدرجة الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب،
توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات
الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعاً لمتغير الحالة التعليمية..... 131
- 13.4 نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في درجة الاضطرابات
العصابية (القلق الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى
المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين
تبعاً لمتغير الحالة التعليمية..... 131
- 14.4 نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية لدلالة الفروق في درجة اضطراب
الوسواس القهري لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في
محافظات شمال فلسطين تبعاً لمتغير الحالة التعليمية..... 133

- 15.4 نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق في درجة الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير نوع الأسرة..... 134
- 16.4 المتوسطات الحسابية لدرجة الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير نوع الأحداث الصادمة التي تعرض لها المسن/ه..... 135
- 17.4 نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في درجة الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير نوع الأحداث الصادمة التي تعرض لها المسن/ه..... 136
- 18.4 المتوسطات الحسابية لدرجة الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير القدرة على العناية بالنفس..... 137
- 19.4 نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في درجة الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير القدرة على العناية بالنفس..... 138
- 20.4 نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية لدلالة الفروق في درجة اضطرابات (الاكتئاب، القلق، توهم المرض) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير القدرة على العناية بالنفس..... 139

نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق في درجة الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين تبعا لمتغير مدة الإقامة في المؤسسة.....

الصفحة	عنوان الشكل	شكل
99	توزيع أفراد عينة دراسة تبعا لمتغير الجنس.....	1.3
100	توزيع أفراد عينة دراسة تبعا لمتغير العمر.....	2.3
101	توزيع أفراد عينة دراسة تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية.....	3.3
102	توزيع أفراد عينة دراسة تبعا لمتغير الحالة التعليمية.....	4.3
103	توزيع أفراد عينة دراسة تبعا لمتغير مكان السكن.....	5.3
104	توزيع أفراد عينة دراسة تبعا لمتغير مكان المؤسسة.....	6.3
105	توزيع أفراد عينة دراسة تبعا لمتغير نوع الأسرة.....	7.3
106	توزيع أفراد عينة دراسة تبعا لمتغير نوع الأحداث الصادمة التي تعرض لها المسن.....	8.3
107	توزيع أفراد عينة دراسة تبعا لمتغير القدرة على العناية بالنفس.....	9.3
108	توزيع أفراد عينة دراسة تبعا لمتغير ضمان الدخل.....	10.3
109	توزيع أفراد عينة دراسة تبعا لمتغير مدة الإقامة.....	11.3
112	شكل يوضح الميزان الرتبي لمقياس الاضطرابات العصابية لدى المسنين..	12.3
124	يوضح نسبة انتشار الاضطرابات العصابية (القلق، الاكتئاب، توهم المرض الوسواس القهري) لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين.	1.4

ملحق	عنوان الملحق	الصفحة
1.3	استبانة البيانات الشخصية قبل التعديل.....	178
2.3	مقياس الاضطرابات العصابية قبل التعديل.....	179
3.3	مقياس البيانات الشخصية بعد التعديل.....	181
4.3	مقياس الاضطرابات العصابية بعد التعديل.....	183
5.3	قائمة أسماء المحكمين.....	185
6.3	كتاب قَسَم الدراسات العليا في جامعة القدس إلى وزارة الشؤون الاجتماعية.....	186
7.3	كتاب قَسَم الدراسات العليا في جامعة القدس إلى دار نيقولا لرعاية المسنين.....	187
8.3	كتاب قَسَم الدراسات العليا في جامعة القدس إلى الجمعية الانطوانية الأرثوذكسية.....	188
9.3	كتاب موجه من الطالبة إلى وزارة الشؤون الاجتماعية.....	189
10.3	كتاب موجه من الطالبة إلى جمعية الهلال الأحمر نابلس.....	190
11.3	تصريح للدخول إلى القدس.....	191

فهرس المحتويات

الرقم	المحتوى	الصفحة
	الإقرار.....	أ
	شكر و عرفان.....	ب
	ملخص باللغة العربية.....	ج
	ملخص باللغة الانجليزية (Abstract).....	هـ
1	الفصل الأول: مقدمة الدراسة وأهميتها.....	1
1.1	مقدمة الدراسة.....	2
2.1	مشكلة الدراسة وأسئلتها.....	5
3.1	فرضيات الدراسة.....	6
4.1	أهمية الدراسة.....	7
5.1	أهداف الدراسة.....	8
6.1	محددات الدراسة.....	8
7.1	مصطلحات الدراسة.....	9
11	الفصل الثاني : الخلفية النظرية والدراسات السابقة.....	11
1.2	المقدمة.....	13
2.2	خصائص مرحلة الشيخوخة والتغيرات المصاحبة لها.....	15
1.2.2	التغيرات البيولوجية والمشكلات المصاحبة لها.....	15
2.2.2	التغيرات النفسية والعصبية والمشكلات المصاحبة لها.....	16
3.2.2	التغيرات في العلاقات الاجتماعية والمشكلات المصاحبة لها.....	18
3.2	النظريات التي فسرت بعض الجوانب النفسية لمرحلة الشيخوخة.....	19
1.3.2	نظرية الانسحاب أو فك الارتباط.....	19
2.3.2	نظرية النشاط أو البدائل.....	20
3.3.2	نظرية الأزمة.....	20
4.3.2	نظرية النمو.....	20

21	 نظرية التبادل الاجتماعي	5.3.2
21	 أوضاع المسنين في المجتمع الفلسطيني	4.2
23	 الخدمات التي يتلقاها المسنين في المجتمع الفلسطيني	1.4.2
26	 المسن في القوانين والتشريعات	2.4.2
27	 دور الأسرة والمجتمع في رعاية المسنين	3.4.2
29	 اثر الانتقال إلى المؤسسات الإيوائية في المسنين	4.4.2
31	 الإرشاد النفسي	5.4.2
31	 مهام المرشد النفسي	1.5.4.2
33	 الاضطرابات العصابية	5.2
34	 أسباب الاضطرابات العصابية	1.5.2
35	 النظرية التكوينية	1.1.5.2
36	 النظرية البيئية	2.1.5.2
42	 العوامل المساعدة على ظهور الاضطرابات العصابية	2.5.2
42	 مؤشرات الاضطرابات العصابية	3.5.2
43	 أسباب الاضطرابات العصابية لدى المسنين	4.5.2
44	 التصنيف الدولي للاضطرابات العصابية	5.5.2
46	 أعراض الاضطرابات العصابية	6.2
46	 اضطراب الاكتئاب	1.6.2
48	 معايير تشخيص الاكتئاب	1.1.6.2
49	 تفسير الاكتئاب من وجهة نظر بعض نظريات علم النفس	2.1.6.2
52	 الاضطراب القلبي	2.6.2
55	 معايير التشخيص	1.2.6.2
57	 تفسير القلق من وجهة نظر بعض نظريات علم النفس	2.2.6.2
57	 اضطراب الوسواس القهري	3.6.2
59	 معايير التشخيص	1.3.6.2
60	 تفسير الوسواس القهري من وجهة نظر بعض نظريات علم النفس	2.3.6.2
61	 اضطراب توهم المرض	4.6.2
61	 معايير التشخيص	1.4.6.2
62	 الدراسات السابقة	7.2
62	 الدراسات المحلية	1.7.2

68	الدراسات العربية.	2.7.2
82	الدراسات الأجنبية.	3.7.2
90	تعليق على الدراسات السابقة	8.2
90	الدراسات المحلية.	1.8.2
92	الدراسات العربية.	2.8.2
93	الدراسات الأجنبية.	3.8.2

96 الفصل الثالث : الطريقة والإجراءات

97	منهج الدراسة.	1.3
97	مجتمع الدراسة.	2.3
98	عينة الدراسة.	3.3
109	أداة الدراسة.	4.3
110	استمارة البيانات الشخصية	1.4.3
110	استبانة في الاضطرابات العصابية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الإيوائية في محافظات شمال فلسطين	2.4.3
112	طريقة تفسير النتائج.	3.4.3
112	صدق الأداة	4.4.3
113	ثبات الأداة	5.4.3
114	متغيرات الدراسة.	5.3
115	إجراءات الدراسة.	6.3
116	المعالجة الإحصائية.	7.3

117 الفصل الرابع : مناقشة نتائج الدراسة

118	النتائج المتعلقة بالسؤال الأول والثاني.	1.4
123	النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى.	2.4
124	النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية.	3.4
126	النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة.	4.4
128	النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة.	5.4
130	النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة.	6.4

134	 النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة.	7.4
135	 النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة.	8.4
137	 النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة.	9.4
143	 الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات.	
143	 مناقشة النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة.	1.5
143	 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول.	1.1.5
144	 مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني.	2.1.5
147	 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضيات.	2.5
147	 مناقشة نتائج الفرضية الأولى.	1.2.5
148	 مناقشة نتائج الفرضية الثانية.	2.2.5
149	 مناقشة نتائج الفرضية الثالثة.	3.2.5
151	 مناقشة نتائج الفرضية الرابعة.	4.2.5
153	 مناقشة نتائج الفرضية الخامسة.	5.2.5
154	 مناقشة نتائج الفرضية السادسة.	6.2.5
155	 مناقشة نتائج الفرضية السابعة.	7.2.5
156	 مناقشة نتائج الفرضية الثامن.	8.2.5
157	 اقتراحات الدراسة.	3.5
157	 التوصيات.	4.5
159	 استنتاجات.	5.5
161	 قائمة المراجع.	6.
161	 المراجع العربية.	1.6
172	 المراجع الأجنبية.	2.6
178	 الملاحق.	
192	 فهرس الجداول.	
197	 فهرس الأشكال.	
198	 فهرس الملاحق.	
199	 فهرس المحتويات.	