

جامعة الجزائر-2- أبو قاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

دور السند الاجتماعي في التخفيف من الشعور بالوحدة النفسية
وتحسين نوعية الحياة لدى المسنين
(بحث مقارنة بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية)

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث ل.م.د في علم النفس الصحة

إشراف الأستاذة:

أ د/بوشدوب شهرزاد

إعداد الطالبة:

بوخنوس صارة

السنة الجامعية 2023/2022



شكر وتقدير

أحمد الله عز وجل الذي وفقني ويسّر لي إمكانية إنجاز هذا البحث فله الحمد وخدمة الفضل والمنة. وما التوفيق إلا من عند رب العالمين.

أتقدم بجزيل الشكر لوالدي العبيدين حيث كانت دعواتهما لي بالتوفيق والنجاح خير معين في إتمام هذا البحث. وإلى زوجي رفيق دربي على كل جهد وتعاون بذله.

ولا يفوتني أن أتوجه بأسمى عبارات الشكر وخالص الإحترام والتقدير إلى الأستاذة المشرفة "شهرزاد بوشدوب" التي تفضلت وأشرفت على هذه الأطروحة نظراً لما قدمته لي من إهتمام وتوجيه وتشجيع ومساعدة بكل طيبة قلب طيلة فترة البحث، فمهما تكلمت عن مجهودات التي بذلتها في إشرافي وتكويري لا أستطيع أن أوفي حقها من الشكر والإحترام والتقدير فجزاها الله خير الجزاء.

كما يسعدني أن أتقدم بالشكر والتقدير للأستاذة "دليلة زناد" على مجهوداتها وأرائها التي أنارت طريق تكويري، ولصديقتي وزميلاتي العزيزتان "إبتسام" و"أمينة"، كما أتقدم بأسمى عبارات الشكر والإمتنان لكل المسنين الذين وافقوا على المشاركة ضمن عينة البحث كما أتمنى لهم الصحة والعافية والحياة السعيدة.

إهداء

إلى حبيبتي وروح قلبي بنتاي "دانيا" و"دارين"

و

إلى أمي وأبي أطال الله في عمرهما

و

إلى زوجي عزيزي حفظه الله لنا

و

إلى كل إخوتي وأبنائهم والى كل الأهل والأقرباء والأصدقاء

إلى كل هؤلاء أهدي هذا العمل المتواضع

مع احترامي وحيي

سارة

المخلص باللغة العربية :

يهدف هذا البحث إلى الكشف عن دور السند الإجتماعي في التخفيف من الشعور بالوحدة النفسية وتحسين نوعية الحياة لدى المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية، كما يسعى إلى محاولة التعرف على الإختلاف بين المسنين في مختلف متغيرات البحث، كما يهدف أيضا إلى التعرف على الإختلاف بين الجنسين في درجة الشعور بالسند الإجتماعي ومصادره، وكذلك في درجة الشعور بالوحدة النفسية ونوعية الحياة وأبعادها.

ولتحقيق أغراض هذا البحث اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي المقارن، وقد بلغ حجم العينة (160) مسنا من كلا الجنسين، منهم (100) يقيمون في بيوتهم و(60) يقيمون في دور الرعاية بالجزائر العاصمة (باب الزوار، سيدي موسى، دالي إبراهيم) وذلك خلال الفترة الممتدة ما بين شهر جانفي (2018) إلى غاية شهر جانفي (2020).

كما تمت الإستعانة في هذا البحث بعدة أدوات لقياس متغيرات البحث والمتمثلة في: مقياس السند الإجتماعي ومقياس الشعور بالوحدة النفسية ومقياس نوعية الحياة. وذلك بعد دراسة خصائصها السيكومترية على بيئتنا المحلية.

وقد خلص البحث الحالي إلى مجموعة من النتائج تم تفسيرها على ضوء الخلفية النظرية والدراسات السابقة المتاحة وهي كما يلي:

1- وجود إختلاف بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في درجة الشعور بالسند الإجتماعي ومصادره (داخل إطار الأسرة، خارج إطار الأسرة).

2- وجود إختلاف بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في درجة الشعور بالوحدة النفسية.

3- وجود إختلاف بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في درجة الشعور بالوحدة النفسية تبعا لمستوى السند الإجتماعي.

4- وجود إختلاف بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في نوعية الحياة وأبعادها (النوم، الألم، التنقل، الإنعزال الإجتماعي، الإستجابة الإنفعالية).

5- وجود إختلاف بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في نوعية الحياة وأبعادها تبعا لمستوى السند الإجتماعي.

6- وجود إختلاف في درجة الشعور بالسند الإجتماعي تبعا للجنس والذي جاء لصالح المسنات، كما يوجد إختلاف في مصادر السند الإجتماعي (داخل إطار الأسرة، خارج إطار الأسرة) لصالح المسنات أيضا.

7- وجود إختلاف بين المسنين بدلالة الجنس في درجة الشعور بالوحدة النفسية الذي جاء لصالح الذكور.

8- وجود إختلاف بين المسنين في نوعية الحياة عامة تبعا للجنس والذي جاء لصالح المسنات في جُل أبعادها تقريبا والمتمثلة في (الألم، التنقل، الإنعزال الإجتماعي، الإستجابة الإنفعالية) مع عدم وجود إختلاف بين الجنسين في بعد النوم.

على ضوء ما سبق توصى الباحثة بضرورة العناية بهذه الشريحة الثمينة من المجتمع، حيث هذه الفئة لم تتل الإهتمام والبحث بشكل الكافي في مجال علم النفس عامة وكذلك علم النفس الصحة. حيث يجب أن تُعزز العلاقات الإجتماعية والأسرية المبنية على الحب والمودة والعطف، وأن يتمتع المسنين بقدر كافي من السند الإجتماعي الذي يعتبر عامل واقى لعدة مشكلات يمكن أن يتعرضوا لها.

Abstract :

This research aims to identify the role of the social support in lowering the psychological loneliness feeling and improving the quality of life among the elderly people residing with their families and those residing in retirement homes. This research aims also to identify the difference between elderly people, the difference between the two genders, the level of social support feeling, its sources, as well as the level of psychological loneliness feeling, quality of life and its dimensions.

To achieve the purposes of this research, the researcher adopted the comparative descriptive approach. The sample volume was (160) elderly people of both sexes, of whom (100) reside with their families and (60) reside in retirement homes in Algiers (Bab Ezzouar, Sidi Moussa, Dely-Brahim) in the period from January (2018) to January (2020).

Many tools were used in this research to measure the research variables, which are: Social Support Behaviors Scale, the Psychological Loneliness Scale and the Quality of Life Scale after studying its psychometric properties on our local environment.

The present research has reached a set of results, which were interpreted in light of the theoretical background and available previous studies, which are:

- 1- There is a difference between elderly people residing with their families and those residing in retirement homes in the level of social support feeling and its sources (within the family circle, outside the family circle).
- 2- There is a difference between the elderly people residing with their families and those residing in retirement homes in the level of psychological loneliness.

- 3- There is a difference between the elderly people residing with their families and those residing in retirement homes in the level of psychological loneliness depending on the level of social support.
- 4- There is a difference between the elderly people residing with their families and those residing in retirement homes in the quality of life and its dimensions (sleeping, pain, mobility, desocialization, emotional response).
- 5- There is a difference between the elderly people residing with their families and those residing in retirement homes in the quality of life and its dimensions depending on the level of social support.
- 6- There is a difference in the level of social support feeling depending on the gender, in favour of the elderly women. There is also a difference in the sources of social support (within the family circle, outside the family circle) also in favour of the elderly women.
- 7- There is a difference between the elderly people in terms of gender in the level of psychological loneliness, which came in favour of elderly men.
- 8- There is a difference between the elderly in the quality of life in general in favour of elderly women and almost all of its dimensions (pain, mobility, desocialization, emotional response) are in favour of elderly women. There no difference between the genders in the dimension of sleep.

In light of the above, the researcher recommends the need to take care of this precious social group which has not received sufficient attention and research in the field of psychology in general as well as health psychology. Whereas social and family relationships based on love, affection and kindness must be strengthened and the elderly people should have a sufficient amount of social support which is a protective factor for many issues they may be exposed to.

فهرس المحتويات

أ.....	ملخص باللغة العربية.....
ج.....	ملخص باللغة الأجنبية.....
ل.....	قائمة الجداول.....
ن.....	قائمة المخططات والأشكال.....
1.....	مقدمة.....

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

6.....	تمهيد:.....
6.....	1. إشكالية البحث:.....
15.....	2. فرضيات البحث:.....
16.....	3. أهداف البحث:.....
16.....	4. أهمية البحث:.....
17.....	5. التحديد الإجرائي للمفاهيم الأساسية للبحث:.....

الفصل الثاني: السند الإجتماعي

20.....	تمهيد:.....
20.....	1. تعريف السند الإجتماعي:.....
22.....	2. أنواع السند الإجتماعي:.....

3. مصادر السند الإجتماعي: 23.....
4. تصنيف السند الإجتماعي: 25.....
5. شروط السند الإجتماعي: 27.....
6. أهمية السند الإجتماعي: 28.....
7. نظريات السند الإجتماعي: 29.....
8. النماذج الرئيسية المفسرة لدور السند الإجتماعي: 31.....
9. مقاييس السند الإجتماعي: 33.....
10. أهمية السند الإجتماعي عند المسنين: 34.....
- 36..... خلاصة الفصل:

الفصل الثالث: الوحدة النفسية

- تمهيد: 38.....
1. مفهوم الوحدة النفسية: 38.....
2. المفاهيم المرتبطة بالوحدة النفسية: 40.....
3. تصنيفات الوحدة النفسية: 42.....
4. أسباب الوحدة النفسية: 45.....
5. الأضرار الناجمة عن الشعور بالوحدة النفسية: 47.....
6. نظريات الوحدة النفسية: 48.....
7. مقاييس الشعور بالوحدة النفسية: 50.....
8. سمات الشخصية المرتبطة بالشعور بالوحدة النفسية: 52.....

9. الوحدة النفسية لدى المسنين:.....53
10. كيفية الحد من الشعور بالوحدة النفسية:.....54
-57: خلاصة الفصل

الفصل الرابع: نوعية الحياة

-59: تمهيد
1. لمحة تاريخية لمفهوم نوعية الحياة:.....59
2. تعريف نوعية الحياة:.....60
3. المفاهيم ذات صلة بنوعية الحياة:.....63
4. الإتجاهات النظرية والنماذج المفسرة لنوعية الحياة:.....63
5. مكونات نوعية الحياة:.....69
6. مؤشرات نوعية الحياة:.....72
7. مجالات نوعية الحياة:.....74
8. مستويات نوعية الحياة:.....76
9. نوعية الحياة لدى المسنين:.....77
10. كيفية تحقيق نوعية الحياة:.....78
11. العادات الصحية لتحسين نوعية الحياة:.....81
-83: خلاصة الفصل

الفصل الخامس: الشيخوخة

-85: تمهيد

85.....	1.تعريف الشيخوخة:
88.....	2.التغيرات التي تحدث في الشيخوخة:
93.....	3.مُشكلات المسنين:
95.....	4.أنماط ونماذج التشيُخ:
100.....	5.نظريات دراسة الشيخوخة:
103.....	6. إحتياجات المسنين:
104.....	7.المكانة الإجتماعية للمسنين في الأسرة:
105.....	8.مراكز رعاية المسنين (دور الرعاية):
107.....	9.الدين الإسلامي ورعاية المسنين:
109.....	خلاصة الفصل:

الجانب الميداني

الفصل السادس: الإجراءات المنهجية للبحث

112.....	تمهيد:
112.....	1.منهج البحث:
113.....	2.عينة البحث:
113.....	2. 1. خصائص عينة البحث:
113.....	2. 2. مجال البحث (الزمني، المكاني):
114.....	3.أدوات البحث:
114.....	3. 1. مقياس السند الإجتماعي:

3. 2. مقياس الشعور بالوحدة النفسية:.....119
3. 3. مقياس نوعية الحياة:.....121
4. إجراءات البحث:.....126
5. الأساليب الإحصائية المعتمدة في البحث:.....127

الفصل السابع: عرض ومناقشة وتفسير نتائج البحث

- تمهيد:.....130
1. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:.....132
- 1.1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:.....132
1. 2. تفسير نتائج الفرضية الأولى:.....134
2. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:.....136
2. 1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:.....136
2. 2. تفسير نتائج الفرضية الثانية:.....136
3. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:.....138
3. 1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:.....138
3. 2. تفسير نتائج الفرضية الثالثة:.....140
4. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:.....143
4. 1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:.....143
4. 2. تفسير نتائج الفرضية الرابعة:.....144
5. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة:.....146

5. 1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:.....146
5. 2. تفسير نتائج الفرضية الخامسة:.....153
6. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة:.....154
6. 1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة:.....154
6. 2. تفسير نتائج الفرضية السادسة:.....156
7. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة:.....157
7. 1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة:.....157
7. 2. تفسير نتائج الفرضية السابعة:.....157
8. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثامنة:.....158
8. 1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة:.....158
8. 2. تفسير نتائج الفرضية الثامنة:.....160
9. الإستنتاج العام:.....161
10. الإقتراحات والتوصيات:.....165
11. الخاتمة:.....166

قائمة المراجع

- قائمة المراجع باللغة العربية:.....169
- قائمة المراجع باللغة الأجنبية:.....181

قائمة الملاحق

الملحق رقم(1): رخصة الدخول للمؤسسات دور الرعاية.

الملحق رقم (2): مقياس نوعية الحياة في صورته الأصلية.

الملحق رقم (3): إستمارة تحكيم مقياس نوعية الحياة.

الملحق رقم (4): قائمة الأساتذة المحكمين.

الملحق رقم (5): مقياس نوعية الحياة في صورته الأولية.

الملحق رقم (6): مقاييس البحث بعد دراسة الخصائص السيكومترية (في شكلها النهائي).

الملحق رقم (7): المعالجة الإحصائية المعتمدة في البحث.

قائمة الجداول :

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
1	مجالات نوعية الحياة ومؤشراتها حسب "شالوك"	66
2	مكونات نوعية الحياة لدى "جاكسون" (2010)	70
3	توزيع بنود مقياس السند الاجتماعي على الأبعاد الفرعية	114
4	تفسير الدرجات المستخرجة من بنود مقياس السند الاجتماعي	115
5	معاملات الإتساق الداخلي لبنود مقياس السند الاجتماعي	116
6	صدق الإتساق الداخلي لأبعاد مقياس السند الاجتماعي	117
7	معاملات ثبات معادلة ألفا كرونباخ لمقياس السند الاجتماعي	117
8	معاملات الارتباط المصححة بين درجة كل عبارة مع الدرجة الكلية لمقياس السند الاجتماعي ودلالاتها (ن:30)	118
9	ثبات ألفا كرونباخ لمقياس السند الاجتماعي (ن:30)	119
10	معاملات الارتباط المصححة بين درجة كل عبارة مع الدرجة الكلية لمقياس الشعور بالوحدة النفسية ودلالاتها (ن:30)	120
11	ثبات ألفا كرونباخ لمقياس الوحدة النفسية (ن:30)	121
12	أبعاد وبنود مقياس نوعية الحياة	122
13	العبارات قبل وبعد التعديل مقياس نوعية الحياة	125
14	معاملات الارتباط المصححة بين درجة كل عبارة مع الدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة ودلالاتها (ن:30)	125
15	ثبات ألفا كرونباخ لمقياس نوعية الحياة (ن:30)	126
16	مستويات السند الاجتماعي لدى المسنين	130
17	نتائج إختبار "مان - ويتني" (Mann-Whitney U Test) لدلالة الفروق بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في درجة الشعور بالسند الاجتماعي ومصادره	133
18	نتائج إختبار "مان - ويتني" (Mann-Whitney U Test) لدلالة	136

	الفروق في درجة الشعور بالوحدة النفسية لدى المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية	
139	نتائج إختبار "كروسكال - واليس" (kruskal_wallis Test) لدلالة الفروق في درجة الشعور بالوحدة النفسية تبعاً للمستوى السند الاجتماعي لدى المسنين	19
139	نتائج إختبار "مان - ويتي" (Mann-Whitney U Test) لدلالة الفروق بين المجموعات في درجة الشعور بالوحدة النفسية تبعاً لمستوى السند الاجتماعي	20
143	نتائج إختبار "مان - ويتي" (Mann-Whitney U Test) لدلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدى المسنين في نوعية الحياة وأبعادها	21
146	نتائج إختبار "كروسكال - واليس" (kruskal_wallis Test) لدلالة الفروق في نوعية الحياة وأبعادها تبعاً لمستوى السند الاجتماعي	22
148	نتائج إختبار "مان - ويتي" (Mann-Whitney U Test) لدلالة الفروق بين المجموعات في نوعية الحياة وأبعادها تبعاً لمستوى السند الاجتماعي	23
155	نتائج إختبار "مان - ويتي" (Mann-Whitney U Test) لدلالة الفروق بين المسنين في درجة الشعور بالسند الاجتماعي تبعاً للجنس	24
157	نتائج إختبار "مان - ويتي" (Mann-Whitney U Test) لدلالة إختلاف بين المسنين في درجة الشعور بالوحدة النفسية تبعاً للجنس	25
159	نتائج إختبار "مان - ويتي" (Mann-Whitney U Test) لدلالة إختلاف بين المسنين في نوعية الحياة وأبعادها تبعاً للجنس	26

قائمة المخططات والأشكال :

الصفحة	العنوان	رقم المخطط أو الشكل
32	نموذج الأثر الرئيسي	1
66	نوعية الحياة المدركة وفق مفهوم بصمة البيئة	2
67	تصور "أبو سريع" وآخرون لمحددات نوعية الحياة	3
97	نموذج الشيخوخة الناجحة	4
98	نموذج محددات الشيخوخة النشطة	5
99	نموذج من أجل شيخوخة صحية	6
100	نموذج استراتيجية التشيخ الصحي ورفاهية كبار السن	7
132	مستويات السند الاجتماعي لدى المسنين (ن:160)	8

مقدمة

مقدمة:

تعد الشيخوخة من المراحل العمرية النهائية لدورة حياة الإنسان من المهد إلى اللحد، ولهذا فالبعض يراها مرحلة الإشراف على النهاية، والبعض الآخر يرى فيها تبلور الحكمة وعمق التجربة والتمرس والحكمة بالحياة، حيث تكتنف مرحلة الشيخوخة عدة اضطرابات تمس المستوى الفسيولوجي والسيكولوجي والتي تتمثل في العزلة، الخوف والإكتئاب والشعور بالوحدة النفسية.

حيث يعتبر الشعور الوحدة النفسية تجربة مؤلمة يعيشها المسن نتيجة شعوره بإفتراد التقبل، الحب، والإهتمام من جانب الآخرين، بحيث يترتب على ذلك العجز عن إقامة علاقات إجتماعية مشبعة بالألفة والمودة والصدقة الحميمة. وعليه نجد المسن في أمس حاجة لمن يسانده في هذه المرحلة سواء من طرف الأسرة كونها المكان الطبيعي الذي يجد فيه الفرد الأمان والطمأنينة والشعور بالإنتماء والرعاية والتقبل أو من خارج إطار الأسرة كدور الرعاية والمؤسسات الإجتماعية. وبما أن الفرد بطبعه إجتماعي فهو في حاجة مستمرة للسند.

فالسند الإجتماعي هو مدى إدراك الفرد لوجود أشخاص مقربين له، يثق فيهم ويهتمون به في الأوقات الصعبة، ويمدونه بمختلف أنواع السند، سواء كان عطف ومودة، أو إحترام وتقدير، أو مساعدات مادية، أو علاقات حميمة مع الآخرين، أم كلهم معا، وعليه فهو جد مهم بالنسبة للمسن فمن خلاله يشعر بأنه مرغوب ومحبوب، وموضع إهتمام وتقدير من طرف الآخرين، مما يمنحه القوة والشجاعة في التغلب على الصعوبات التي قد يواجهها، وكذلك تلبية حاجاته المادية والنفسية، الأمر الذي يجعله يشعر بالأمن والإستقرار والطمأنينة، وأنه جزء من الشبكة الإجتماعية، ومن ثم تتحسن نوعية الحياة لديه حيث هي عبارة عن التكامل بين عدة إتجاهات لدى الفرد من ناحية الصحة الجسمية والنفسية والحياة الإجتماعية، متضمنة كلا من المكونات الإدراكية والذي يشمل الرضا، والمكونات العاطفية والتي تشمل السعادة.

فالكثير من الدراسات والبحوث أكدت على أهمية السند الإجتماعي في الوقاية من الوقوع فريسة الاضطرابات النفسية وتحقق الصحة وتحسين نوعية الحياة. حيث أن الروابط الإجتماعية المشبعة بالعطف والمودة تعمل كحواجز دفاعية للحماية الفرد، في حين غيابها يؤدي إلى عواقب وخيمة على الصحة عامة. من هذا المنظور جاء هذا البحث ليكشف عن دور السند الإجتماعي في التخفيف من

الشعور بالوحدة النفسية وتحسين نوعية الحياة لدى كبار السن من خلال المقارنة بين المسنين المقيمين في بيوتهم مع ذويهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية.

وعليه جاء هذا البحث مكون من جانبين، الجانب الأول نظري والثاني ميداني، حيث يحوي الجانب النظري على خمسة فصول وهي:

الفصل الأول : يشمل هذا الفصل عرضا للخلفية النظرية التي إنطلق منها البحث، متبوعة بالتساؤلات والفرضيات، كذلك الأهداف والأهمية، وتقديم التعريف الإجرائي للمفاهيم الأساسية الواردة في البحث.

الفصل الثاني : تضمّن هذا الفصل التعريف بمفهوم السند الإجتماعي، وأنواعه ومصادره كذلك تصنيفاته وشروطه، متبوعا بأهميته وبالخلفيات النظرية المفسرة للسند الإجتماعي ومقاييسه وفي الأخير أهمية السند الإجتماعي عند المسنين.

الفصل الثالث : خصص هذا الفصل لمفهوم الوحدة النفسية، وقد شمل على العناصر التالية : مفهوم الوحدة النفسية والمفاهيم المرتبطة بالوحدة النفسية متبوعة بتصنيفاتها وأسبابها وكذلك الأضرار الناجمة عن الشعور بالوحدة النفسية تم مختلف النظريات المفسرة للوحدة النفسية ومقاييس الشعور بالوحدة النفسية كذلك السمات الشخصية المرتبطة بالشعور بالوحدة النفسية وفي الأخير الوحدة النفسية عند المسنين وكيفية الحدّ منها.

الفصل الرابع : يتناول هذا الفصل لمحة تاريخية لمفهوم نوعية الحياة ليتسنى لنا الكشف عن مختلف التعريفات المقدمة لها، وأهم النظريات والنماذج المفسرة لها، تطرقنا كذلك إلى مكوناتها، مؤشراتنا، مجالاتها، مستوياتها وكذلك تم تناول نوعية الحياة لدى المسنين وفي الأخير كيفية تحقيق نوعية الحياة والعادات الصحية لتحسين نوعية الحياة.

الفصل الخامس : يُركز هذا الفصل على تقديم معلومات مفصلة عن مرحلة الشيخوخة من تعريفات وتغيرات التي تحدث في هذه المرحلة وكذلك مشكلات المسنين، متبوعة بأنماط ونماذج التشيخ وأيضا نظريات دراسة الشيخوخة والمكانة الإجتماعية للمسنين في الأسرة، كما تم تناول مراكز رعاية المسنين، وفي الأخير تم التطرق إلى الدين الإسلامي ورعاية المسنين.

أما الجانب الميداني فينقسم بدوره إلى فصلين وهما:

الفصل السادس : يتعلق هذا الفصل بالجانب المنهجي الذي يشمل الخطوات المنهجية التي تم إعمالها لإختبار الفرضيات إنطلاقاً من عرض المنهج المتبع، وتحديد المجالين المكاني والزمني للبحث، التعريف بعينة البحث وخصائصها، ثم الأدوات المعتمدة في البحث والخصائص السيكومترية لكل منها، بالإضافة إلى إجراءات البحث، وأخيراً الأساليب الإحصائية المتبعة في البحث.

الفصل السابع : تم تخصيص هذا الفصل لعرض نتائج البحث في ضوء فرضياته، كذلك مناقشتها وتفسيرها وربطها بالتراث النظري وأهم النتائج التطبيقية المتوصل إليها من خلال الدراسات السابقة المتاحة، متبوعة بالاستنتاج العام بالإضافة إلى التوصيات والاقتراحات التي ستفتح آفاق جديدة لميادين بحثية أخرى وأخيراً الخاتمة.

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام للبحث

تمهيد:

تعدّ مرحلة الشيخوخة مرحلة معقدة كونها تتسم بالإنكاس والفقدان والعجز، وتطرأ فيها العديد من الإضطرابات الجسمية، العقلية والنفسية كذلك الإجتماعية والإنفعالية. وعليه تستدعي الإهتمام بهذه المرحلة بالذات والمتابعة والمراقبة.

يأتي بحثنا كواحد من البحوث علم النفس الصحة التي تدعم الإهتمام بالجانب النفسي الإجتماعي لهذه الفئة الحساسة من المجتمع، حيث سنتطرق إلى عرض الخلفية النظرية لمشكلة البحث متبوعة بالفرضيات وأهداف البحث وأهميته كذلك التحديد الإجرائي للمفاهيم الأساسية للبحث.

1- إشكالية البحث:

يُمّر الإنسان في مسار حياته بعدة مراحل في نموه من الطفولة إلى المراهقة إلى الشباب ثم الكهولة فالشيخوخة. وهذه سنة الله في خلقه كما ذكر في قوله تعالى (الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعفاً وشيبة يخلق ما يشاء وهو العليم القدير) (سورة الروم الآية 54).

استناداً إلى الآية الكريمة تعتبر الشيخوخة المحطة الأخيرة في رحلة الإنسان الإنشائية والنمائية، ولهذه المرحلة خصائص جد معينة فهناك من يراها مرحلة الإشراف على النهاية، والبعض الآخر يرى فيها تبلور للحكمة وعمق التجربة والتمرس والحنكة بالحياة. عموماً تعرف الشيخوخة بأنها وضع نفسي وجسمي عام يتسم بالضعف والانحدار في قوى الفرد وأبنيته المختلفة ناتج عن تغيرات جسمية ونفسية تحدث في مراحل متأخرة من حياة الشخص. فمن المحتمل أن يصل الفرد إلى مرحلة الشيخوخة في حياته بعمر (60) سنة حين يبدأ يعاني من ضعف في صحته ونقص قواه الجسمية (حمو علي، 2012، ص.13).

في هذا الصدد يُضيف (الزبيدي، 2009، ص. 52) أن الأحداث الحياة المرتبطة بهذه المرحلة تتمثل في "الفقد" بأشكاله المختلفة والمتعلقة بالمجالات التالية وهي: الصحة، الإستقلالية، السلطة والأهمية والمكانة إضافة إلى مجموعة من الضغوطات التي يتعرض لها المسن وهي التقاعد، الضغوط الإقتصادية إضافة إلى الضغوط الأسرية والضغوط الصحية وإنخفاض تقدير الذات والعزلة الإجتماعية.

ومن خصائص هذه المرحلة أيضا أنها من أكثر المراحل العمرية التي تنبؤ الإنسان بقرب أجله والتي يكتنفها بصورة عامة نوع من الاضطرابات على المستوى الفسيولوجي والسيكولوجي والذي يتمثل في الخمول والعجز العزلة والحزن والفراغ الكبير، بعد أن كانت حياته تزدهر بالنشاط والفعالية والمتعة في المراحل العمرية السابقة.

كما هو معروف أن التقدم في السن يجلب العديد من المشكلات سواء كانت على المستوى الصحي كإصابة بالأمراض المزمنة وأمراض المفاصل والسرطان والأمراض العصبية والنفسية، أما على المستوى الاجتماعي نجد نقص في التفاعل الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية المبنية على الحب والإهتمام و المودة. وفي هذا الصدد يرى "ماسيونيس" (Macionis, 2012, p.349) أنهم عادة ما يتعرضون لمشكلات صحية ونفسية واجتماعية ومالية حيث يعتمدون على الآخرين في تأمين حاجاتهم الضرورية.

هذا ما كشفت عنه دراسة "القدومي" (Akdoumi 1991) أن من أهم المشكلات التي يعاني منها المسن هي ضعف الإهتمام والمشكلات الصحية. نفس الشيء توصلت إليه دراسة "عكروش" (2000) Arkouch حيث وجدت أن من أبرز الصعوبات التي يواجهها المسن كانت على المستوى الصحي والاجتماعي (العزام، 2017، ص.71).

من خلال ماتقدم يتضح لنا أن مرحلة الشيخوخة مرحلة حساسة يحتاج فيها المسن إلى العناية والإهتمام لكونه غير قادر على خدمة نفسه كما في السابق فنجد أول ما يقوم به المسن في هذه المرحلة هو البحث عن يسانده سواء من داخل الأسرة أو من خارجها لتخفيف وتجاوز الصعوبات التي يمر بها.

حيث يرى " ليبور " (Lepore 1994) أن السند الاجتماعي يتمثل في الإمكانيات الاجتماعية المتاحة للفرد التي يمكن أن يستخدمها في أوقات الضيق، والتي تهدف إلى تدعيم صحة ورفاهية متلقي للسند (السوسي وعبد المقصود، 2008، ص. 2).

في حين عرفه "هوس" (House 1981) بأنه تلك المساعدة ذات الأثر المخفف، وهي جدّ أساسية ومعقدة في نفس الوقت كونها تشمل مجموعة العلاقات البيئية والاجتماعية للفرد التي تمدّه بروابط عاطفية إيجابية، مساعدة مادية، ومساعدة بالمعلومات إتجاه الموقف المهدد (بوشدوب، خطار، 2016، ص.121).

كما يؤكد "تفاحة" (2005) بأن السند الاجتماعي هو ذلك العون الذي يشعر من خلاله الفرد بأنه مرغوب ومحبوب وموضع إهتمام من طرف الآخرين، مما يساعده على حل المشكلة والتغلب على صعوبات التي قد يواجهها وتلبية حاجاته المادية والنفسية، الأمر الذي يجعله يشعر بالأمن والاستقرار والطمأنينة، وأنه جزء من الشبكة الاجتماعية (صلاح ومجد عبد الرحيم، 2017، ص.48).

وفي هذا الصدد توصلت دراسة "نورسين" و"موريل" Norris & Murell إلى أن السند الاجتماعي يقلل شعور الفرد بالمشقة ويخفف أثارها السلبية على صحته بصورة عامة (عشماوي، 2001، ص.27).

كما أكدت دراسات أخرى حسب (قنون، 2007، ص.29) أن هناك علاقة بين السند الاجتماعي والجانب البيولوجي لدى الفرد حيث يرتبط تلقي مستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية بنشاط الجهاز المناعي والقدرة على مقاومة بعض الأمراض العضوية وسرعة الشفاء منها، حيث يعتبر السند الاجتماعي من العوامل المقوية والمنشطة للجهاز المناعي.

ويتحصل الفرد على السند الاجتماعي من مصادر متنوعة تختلف باختلاف المراحل العمرية التي يمر بها ففي مرحلة الطفولة يكون السند مُتمثل في الأسرة، وفي مرحلة المراهقة يتمثل في جماعات الرفاق والأسرة، أما في مرحلة الرشد فيتمثل في الزوج أو الزوجة والأبناء. (مخيمر، 1997، ص.108).

في هذا السياق أكدت العديد من الدراسات على الدور الذي تلعبه الأسرة في الوقوف إلى جانب هذه الفئة الهشة من المجتمع بحكم أن الأسرة هي المؤسسة الأولى التي يرتاح فيها الشخص المسن ويتنفس فيها عن كل مابداخله.

حيث أظهرت دراسة "عودة" (1986) التي أجريت على كبار السن في المجتمع الكويتي أن معظم أفراد العينة يرون أن المكان المفضل لديهم لحل مشاكلهم هو الأسرة (حجازي، 2004، ص.85).

كما كشفت دراسة "بيترتاونسند" (1958) Peter Tounsnd التي أقيمت على (200) حالة من المتقاعدين بلندن ما بين سنة (1954-1957) حيث وجد إزدياد الشعور بالقلق عند المسنين الذين كانوا يعانون من الوحدة والعزلة لشعورهم بالإهمال من أسرهم وأصدقائهم وأقاربهم والدولة على حد سواء (جودة، 2006، ص.90).

وعليه يتزود الفرد بالسند الاجتماعي من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم الأشخاص الذين لهم إتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد وتضم هذه الشبكة في الغالب الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل (Lepore, p247, 1994).

كما كشفت دراسة "جارل" 1983 Garl عن السمات الشبكية الاجتماعية بأبعادها الأربعة التي تساعد كبار السن على سدّ إحتياجاتهم، وهي التفاعل الاجتماعي، وبنية الشبكة، ومساهمة العضو، ومساهمة البيئة، التي أقيمت على عينة قوامها (133) مسناً، حيث توصلت الدراسة إلى أن الشبكات الاجتماعية أسهمت بشكل جوهري في توضيح القدرة على سدّ الإحتياجات بين أولئك الذين يعانون من صحة رديئة وإجهاد أكبر مع سمات تفاعلية وبنوية وبيئية (جودة، 2006، ص. 69).

كما وجدت دراسة "بورتمان" Bwortman أن المرأة التي تتحصل على المساعدة الاجتماعية المتعددة والمختلفة يزيد معدل عمرها بـ 2.8 والرجل بنسبة 2.3 مقارنة مع أولئك الذين لديهم تفاعلات اجتماعية قليلة (Bwortman, 1992, p.50).

من خلال ما سبق يتضح لنا أهمية السند الاجتماعي بالنسبة للفرد وبالأخص المسن فغيابهُ في هذه المرحلة الحساسة بالذات من حياة الإنسان يتولد عليه العديد من الإضطرابات النفسية.

وهذا ما أسفرت عنه العديد من الدراسات منها دراسة "تراسي" (1982) حيث وجدت أن الحرمان من السند الاجتماعي والرعاية النفسية الاجتماعية سواء في المؤسسات المتخصصة أو داخل أسرهم تساهم في ظهور العديد من المشكلات والإضطرابات منها "الوحدة النفسية" التي تعتبر من أبرز المشاكل النفسية التي تواجه المسنين خاصة الذين يجدون صعوبة في تكوين علاقات حميمة مع الآخرين وهذا ما يؤدي إلى سوء التكيف الملائم للظروف البيئية والمتغيرات الطارئة، مما يسبب الإكتئاب والإضطرابات الإنفعالية كما قد يختل توازنه النفسي والاجتماعي (حمو علي، 2012، ص. 14).

كما ترى "روكاش" Rokach أن الشعور بالوحدة النفسية يمثل إحدى المشكلات المهمة في حياة الإنسان فهو شعور مؤلم ناتج عن شدة الإحساس بالعجز، الإنعزال الاجتماعي والإنفعالي والشعور بأنه غير مرغوب فيه من الآخرين مما يؤدي للإحساس بالتعاسة والتشاؤم والقهر (القيق، 2008، ص. 598).

وتعرفه "جوردن" (Gordon 1976) بأنه الشعور بالحرمان ناتج عن نقص أنواع معينة من العلاقات الإنسانية، وأن نقص هذه العلاقات شيء مؤلم، فالفرد يحتاج دائماً إلى المودة والألفة والإحساس بالقيمة، كما تؤكد "جوردن" كذلك أن الفرد لا يختار وحدته بل يشعر بها على أنها عبء ثقيل عليه، وليس هناك أدنى سيطرة من جانبه على هذا الشعور (الدسوقي، 2013، ص.07).

ففي دراسة "كازار" وآخرون (Kazaz et al 2012) بعنوان "هل استخدام الأنترنت أسلوب فعال في التعامل مع المسنين التي شملت على العينة متكونة من (280 مسنة و289 مسن) تتراوح أعمارهم مابين (65-90) سنة، بينت نتائج الدراسة أن أعلى نسبة الشعور بالوحدة النفسية عند كبار الذين يعيشون وحدهم أكثر من كبار السن الذين يستخدمون الأنترنت وشبكات التواصل الإجتماعي، وكلما زاد المستوى التعليمي إزداد استخدام الأنترنت وقل الشعور بالوحدة النفسية، كما تبين أن لا وجود لأي فروق في مستوى الشعور بالوحدة النفسية بين المسنين الذكور والإناث، وأن الشعور بالوحدة النفسية يزداد مع التقدم في العمر وفقدان التواصل الإجتماعي (سعدي، 2017، ص.361).

ويضيف "جيرسن" و"بيرمان" Gerson et Berman أن الوحدة إحساس نفسي يعكس العجز في المهارات الإجتماعية وخاصة تلك التي ترتبط بعدم الإحساس بالراحة، ويعتقد الباحثان أن خبرات الشعور بالوحدة يمكن تقسيمها إلى قسمين هما: الشعور الحاد بالوحدة النفسية، والشعور الوقتي بالوحدة النفسية.

ويؤكد "بن عبد السلام" أن شعور بالوحدة النفسية يعبر عن إحساس الفرد بأنه دون أهمية وغير قادر على تأدية أي دور مما يساهم في ظهور الأمراض والإبتعاد عن الحياة اليومية (حمو علي، 2012، ص.18).

كما أن الشعور بالوحدة النفسية هو شعور مؤلم ونتاج تجربة ذاتية من شدة الحساسية وشعور الفرد بأنه غير مرغوب فيه نتيجة الغياب المدرك للعلاقات الإجتماعية (المرجع السابق، ص.29).

وقد ميز "ويس" Weis بين شكلين من أشكال الوحدة النفسية هما الوحدة الناشئة عن الإنعزال الإنفعالي Emotional isolation والوحدة النفسية التي تتجم عن العزل الإجتماعي Social isolation فأول ناتج عن غياب الإتصال والتعلق الإنفعالي، في حين يرجع الثاني إلى إنعدام الروابط الإجتماعية (ملحم، 2010، ص.627).

وعليه قد أكدت العديد من الدراسات عن دور السند الاجتماعي في تخفيف من الشعور بالوحدة النفسية ففي دراسة "برجمان" وآخرون (Bergman et al, 2003, p.640-646) التي سعت إلى توضيح أثر المساندة الاجتماعية كعامل مخفف من آثار الضغوط، حيث شملت العينة على (424) مسناً. وقد أظهرت النتائج أن المساندة الاجتماعية ترتبط سلبياً بأعراض الإكتئاب والشعور بالعزلة بمعنى كلما قلت مصادر المساندة أو إتسمت بعدم العمق تزايد معها الشعور بالعزلة والإكتئاب.

أما دراسة "آدن" (Aideen (2005) التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين العلاقات الاجتماعية والإكتئاب والوحدة النفسية لدى كبار السن الذين يحضرون إلى مركز الخدمة النفسية وقد شملت عينة على (100) مسناً أين توصلت نتائجها إلى أن الإكتئاب والشعور بالوحدة النفسية ناتج عن تحول العلاقات الاجتماعية وإضطرابها و أن الأفراد الذين يعانون من إضطرابات عقلية ونفسية أقل إندماجاً في المجتمع لذا يتوجب تقديم لهم الخدمات النفسية لمساعدتهم على الإندماج (حمو علي، 2012، ص.107).

فالسند الاجتماعي لا يساهم فقط في التخفيف من الشعور بالوحدة النفسية بل يعمل على تحسين نوعية الحياة كذلك وهذا بدليل ما توصلت إليه دراسة "شوماكر" و " براونل" (Brownell et shumaker(1984) حول السند الاجتماعي وإعتباره تبادل بين شخصين يهدف إلى تحسين نوعية حياة أحدهما (Brownell et shumaber, 1984, p.2).

حيث ينظر "الشرقاوي" إلى نوعية الحياة من خلال قدرة الفرد على إشباع حاجات الصحة النفسية مثل الحاجات البيولوجية والعلاقات الاجتماعية الإيجابية والإستقرار الأسري والرضا عن العمل، والإستقرار الإقتصادي والقدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية والإقتصادية، ويؤكد أن شعور الفرد بالصحة النفسية من المؤشرات القوية الدالة على تمتع بنوعية حياة جيدة (حسين، 2004، ص.15).

في حين يعتبر "روبن" (Rubin(2000) نوعية الحياة بأنها الدمج والتكامل بين عدة اتجاهات لدى الفرد من ناحية الصحة الجسمية والنفسية والحياة الاجتماعية، متضمنة كلا من المكونات الإدراكية الذي يشمل الرضا، والمكونات العاطفية والتي تشمل السعادة (Rubin, 2000, p.19).

ويشير "كلانري" (Clanary(2003) إلى أن نوعية الحياة نموذج موضوعي يشمل المجال الاجتماعي العائلي والانفعالي والجسدي وحتى المهني (بن خنيش، 2022، ص.173).

وتوصل كل من "دينر"، "سو"، "لوكس" و"سميت" (Diener,suh,lucas & smith,1999,p302) إلى أن نوعية الحياة ترتبط بمدى شعور الأفراد بامتلاكهم لعلاقات إجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين.

ففي دراسة "برجمان" وآخرون (2003) Bergman et al التي هدفت إلى توضيح الأثر السند الإجتماعي كعامل مخفف من آثار الضغوط الحياة على عينة قوامها (424) مسنا، من مملكة السويد حيث أظهرت النتائج أن السند الإجتماعي يرتبط سلبيا بأعراض الإكتئاب بمعنى كلما قلت مصادر السند الإجتماعي أو اتسمت بعدم العمق فإن هذا قد يرتبط بالإكتئاب. كما بينت نتائج الدراسة أيضا أن السند الإجتماعي يزيد من شعور الفرد بالرضا عن ذاته ونوعية حياته. (Bergman et al, 2003,p.640-646)

وفي دراسة " لكفاسكر" وآخرون (2015) Lcvasscur et al حول أثر السند على نوعية الحياة المسنين وكشفت نتائجها أن إستخدام المسنين لإستراتيجيات التعامل الإيجابية كالإبتعاد عن الضغط والضبط النفسي والبحث عن المساندة الإجتماعية والتخطيط للحل والتقييم الإيجابي للتعامل مع قيود الشيخوخة والمشكلات الصحية هو من شأنه أن يحسن من نوعية الحياة لديهم وكذا كيفية إدراكهم للمرض(العزام، 2017، ص. 74).

كما أظهرت دراسات أخرى الفروق بين الجنسين حيث بيّنت دراسة " هيجن " و" مونسل"(2009) Higgins et Munselle عن وجود فروق بين نوعية الحياة ككل عند كبار السن ومتغيرات العمر والجنس لصالح الإناث. (المرجع السابق، ص. 72).

استنادا لما سبق يظهر لنا دور السند الإجتماعي المقدم من طرف الأسرة في التخفيف من الضغوط وأزمات هذه المرحلة العمرية ومنه التمتع بنوعية حياة جيدة. لكن في المقابل هناك من المسنين من هم محرمون من هذا السند ويفتقدون لذويهم والدفع العائلي لسبب من الأسباب، ووجدوا أنفسهم في دور الرعاية.

هذه المراكز تعمل على رعاية مشكلات التكيف التي يعاني منها المسنين، وهي المكان الذي يوفر لهم حاجياتهم المفقودة في الخارج، كما أنها توفر مكان لقاء بين المسنين، ووسائل التسلية تناسبهم وفرص نشاطات متعددة، وتوفر فرص تعلم مهارات جديدة وهوايات تشغل جزءا كافيا من وقتهم دون أن تستنفذ

من طاقاتهم، ومثل هذه المراكز يتواجد فيها فريق طبي يسهر على سلامة وصحة المسنين كأخصائيين نفسانيين وإجتماعيين يتابعون حالتهم النفسية، وفريق متعدد الخدمات من (أكل، تنظيف، رعاية خاصة) (الجمعية الدولية للضمان الإجتماعي، 2011، ص.3).

ومع هذا نجد أن المسن المقيم في دور الرعاية ترافقه العديد من المشكلات كونه يفقد لمكانته الإجتماعية والعائلية، حيث كشفت "صباح" (2010) في دراسة ميدانية بدار الرعاية للمسنين في بغداد عن المشكلات التي يعانون منها سواء كانت مشكلات (صحية، إجتماعية، نفسية، ترويحوية) وكيفية إيجاد حلول لها وذلك على عينة بلغت (50) مسن من النتائج المتوصل إليها أنّ أغلب المسنين دخلوا دار الرعاية برغبتهم الخاصة وذلك بسبب الضيق المادي ومعاملة الأبناء السيئة لهم، كما تبين أيضا أن عدد كبيرا منهم لديه الرغبة في ترك دار الرعاية والعودة إلى عائلاتهم لكن بسبب المعاملة السيئة للأبناء يبقون في دور الرعاية. (احمدي وغريب، 2018، ص. 179).

كما أوضحت نتائج دراسة "شويكة" (1995) التي طبقت على عينة من كبار السن بمدينة الرياض والمستفيدين من خدمات مؤسسات الرعاية أن من بين أهم الإحتياجات الإجتماعية للمسنين هي الرغبة في الإتصال بأسرهم، وتكوين علاقات إجتماعية والحاجة إلى إستماع الآخرين لهم والحاجة إلى المشاركة في المناسبات المختلفة وشغل وقت الفراغ، ومن أهم الإحتياجات الصحية توفير العلاج والكشف المستمر والتشخيص السليم. أما أبرز الإحتياجات النفسية فكانت الحاجة إلى الشعور بالإهتمام وعدم الشعور بالإهمال وعدم الشعور بالوحدة النفسية والشعور بالراحة النفسية والرضا عن النفس (جبرين، 2018، ص.14).

كما أظهرت دراسة "غانم" (2002) التي هدفت إلى معرفة علاقة المساندة الإجتماعية المدركة بشكل عام والشعور بالوحدة النفسية والإكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات الإيواء وأسر طبيعية. حيث تكونت العينة من (100) مسنا و مسنة، وقد بينت النتائج أن إدراك المسنين الذين يعيشون في الأسر الطبيعية للمساندة الإجتماعية أفضل من المسنين المقيمين في دور الإيواء بالتالي الذين يدركون المساندة الإجتماعية أقل شعورا بالوحدة النفسية (سعدي، 2017، ص.360).

كنتيجة لما تقدم نجد أن دور الرعاية أو المؤسسات المتخصصة في تقديم الرعاية للمسن رغم الخدمات التي تقدمها إلى المسن إلا أنها لا يمكن أن تحل محل الجو الأسري لما للأسرة دور في تخفيف

من معاناتهم وذلك بتوفير السند والرعاية النفسية والاجتماعية والمودة وإشباع الحاجات العاطفية وإشباع الحاجات الاقتصادية التي تسمح له بتجاوز مشكلات هذه المرحلة العمرية ومساعدته على التكيف النفسي والاجتماعي ومنه التمتع بنوعية حياة مناسبة له.

إضافة إلى ذلك ترى الباحثة أن المسن يبحث عن السند الاجتماعي سواء كان مقيم في بيته أم في دور الرعاية لمواجهة المواقف الصعبة والمشكلات المرتبطة بالفقدان (الصحة، الأهل، العمل، الأصدقاء)، فالسند الاجتماعي يعتبر مطلب أساسي للجميع أفراد المجتمع.

وعليه فالسند الاجتماعي المقدم له من طرف الأشخاص المحيطين به (الأسرة وأعضائها، الأقارب، الأصدقاء) يساعده في التخلص من الشعور بالوحدة النفسية الذي يرافق معظم المسنين في هذه المرحلة العمرية وبالتالي يزيد شعوره بالرضا وتقديره لذاته ومن ثم إحساسه بسعادة والثقة والقدرة على تجاوز الأزمات التي يمكن أن يمر بها، من خلال هذا كله يصبح المسن يحظى بنوعية حياة جيدة تسمح له بالعيش الكريم.

إستنادا إلى ما تقدم وبالإضافة إلى عدد المسنين الذي هو في إرتفاع مستمر في جميع أنحاء العالم، ففي الجزائر مثلا تشير المعطيات الإحصائية إلى أن نسبة المسنين (60) عام فأكثر انتقلت من (9.3%) إلى (9.5%) من مجموع السكان بين سنتين 2018 و 2019 من حجم 413900 نسمة، ولأول مرة تم العبور إلى أربعة ملايين نسمة، ومن المتوقع أن تزداد هذه النسبة لتصل 10 ملايين نسمة في عام 2040 (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، 2019، ص.2).

وعليه نوّد التسلّط الضوء على هذه الشريحة من المجتمع بالبحث والتقصي عن دور السند الاجتماعي في التخفيف من الشعور بالوحدة النفسية وتحسين نوعية الحياة لدى المسنين من خلال المقارنة بين المسنين المقيمين في دور الرعاية والمسنين المقيمين في بيوتهم عبر الأسئلة الموالية :

1-1 هل يوجد إختلاف بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في درجة السند الاجتماعي ومصادره؟

2-1 هل يوجد إختلاف بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في درجة الشعور بالوحدة النفسية؟

3-1 هل يوجد إختلاف بين المسنين في درجة الشعور بالوحدة النفسية تبعاً لمستوى السند الاجتماعي؟

4-1 هل يوجد إختلاف بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمقيمين في دور الرعاية في نوعية الحياة وأبعادها؟

5-1 هل يوجد إختلاف بين المسنين في نوعية الحياة وأبعادها تبعاً لمستوى السند الاجتماعي؟

6-1 هل يوجد إختلاف بين المسنين في درجة الشعور بالسند الاجتماعي ومصادره تبعاً للجنس؟

7-1 هل يوجد إختلاف بين المسنين في درجة الشعور بالوحدة النفسية تبعاً للجنس؟

8-1 هل يوجد إختلاف بين المسنين في نوعية الحياة وأبعادها تبعاً للجنس؟

2- فرضيات البحث:

للإجابة على الأسئلة السابقة صيغت هذه الفرضيات:

1-2 هل يوجد إختلاف بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في درجة السند الاجتماعي ومصادره.

2-2 هل يوجد إختلاف بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في درجة الشعور بالوحدة النفسية.

3-2 هل يوجد إختلاف بين المسنين في درجة الشعور بالوحدة النفسية تبعاً لمستوى السند الاجتماعي.

4-2 هل يوجد إختلاف بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمقيمين في دور الرعاية في نوعية الحياة وأبعادها.

5-2 هل يوجد إختلاف بين المسنين في نوعية الحياة وأبعادها تبعاً لمستوى السند الاجتماعي.

6-2 هل يوجد إختلاف بين المسنين في درجة الشعور بالسند الاجتماعي ومصادره تبعاً للجنس.

7-2 يوجد إختلاف بين المسنين في درجة الشعور بالوحدة النفسية تبعاً للجنس.

8-2 يوجد إختلاف بين المسنين في نوعية الحياة وأبعادها تبعاً للجنس.

3- أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى الكشف عن دور السند الإجتماعي في التخفيف من الشعور بالوحدة النفسية وتحسين نوعية الحياة لدى المسنين المقيمين في بيوتهم والمقيمين في دور الرعاية ويتفرع عن هذا الهدف العام الأهداف الفرعية التالية:

- التعرف على الإختلاف بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في درجة السند الإجتماعي ومصادره.

- التعرف على الإختلاف بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في درجة الشعور بالوحدة النفسية.

- التعرف على الإختلاف بين المسنين في درجة الشعور بالوحدة النفسية تبعاً لمستوى السند الإجتماعي.

- الكشف عن الفروق بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمقيمين في دور الرعاية في نوعية الحياة وأبعادها.

- الوقوف على الإختلاف بين المسنين في نوعية الحياة وأبعادها تبعاً لمستوى السند الإجتماعي.

- التعرف على الفروق بين المسنين في درجة الشعور بالسند الإجتماعي ومصادره تبعاً للجنس.

- التعرف كذلك على الإختلاف بين المسنين في درجة الشعور بالوحدة النفسية تبعاً للجنس.

- الكشف عن الفروق بين المسنين في نوعية الحياة وأبعادها تبعاً للجنس.

4- أهمية البحث:

- على الرغم من تزايد عدد المسنين نظراً لتطور مستوى الخدمات الصحية وإرتفاع متوسط العمر، إلى أن الإهتمام بهذه الشريحة من المجتمع لا يزال دون المطلوب، وإنطلاقاً من ذلك نحاول

التسليط الضوء على هذه الفئة من أجل معرفة العوامل النفسية والاجتماعية التي تساعد في التغلب على صعوبات هذه المرحلة الحساسة من الحياة.

- تكمن أهمية البحث في إبراز دور السند الاجتماعي في التخفيف من الشعور الوحدة النفسية ومن تم تحسين نوعية الحياة لدى المسنين والمقارنة بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية.

- عدم وجود دراسات كافية في حدود علمنا تطرقت للمتغيرات المتناولة في هذا البحث مجتمعة معاً وهي (السند الاجتماعي، الوحدة النفسية، نوعية الحياة)، ويعد هذا البحث محاولة إسهام جديد في حقل البحث العلمي.

- القيمة العلمية لمثل هذا النوع من البحوث في مجال علم النفس الصحة كون علم النفس الصحة يهتم بالصحة والمرض وكذا العوامل الإنقاذية والعوامل المؤجلة للوقوع في المرض، وعليه إرتأينا البحث عن العوامل التي تساعد في الحفاظ على صحة المسن وتحسين من نوعية حياته.

- كما يتناول البحث فئة المسنين المحرومين من أسرهم والذين يعيشون في دور الرعاية ومقارنتها بالمسنين الذين يعيشون مع أسرهم في بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية.

- تعيد نتائج البحث في كونها تؤكد على ضرورة تلبية الأسر والمجتمع متطلبات المسن من خلال توفير الخدمات الصحية والاجتماعية والمادية الكافية وهذا ما ينعكس إيجابيا على حياة المسن ويمنحه الشعور بالرضا كما يجعله قادراً على التغلب على معظم مشكلات الشيخوخة ومنه ينعم بنوعية حياة جيدة.

5- التحديد الإجرائي للمفاهيم الأساسية للبحث:

5-1- السند الاجتماعي: يعرف السند الاجتماعي إجرائياً في هذا البحث بأنه يمثل مختلف أشكال السند المعنوي والمادي الذي يتلقاه المسن من قبل المحيطين به. قصد مساعدته في هذه المرحلة العمرية وما يرافقها من مشكلات صحية ونفسية. سواء كان هذا السند داخل إطار الأسرة أي (الزوج(ة)، الأبناء، زوجة الإبن، الحفيد(ة)). أم خارج إطار الأسرة أي من (الأصدقاء، الزملاء، الجيران). ويتمثل في البحث الحالي بمجموع الدرجات التي يتحصل عليها المسن المقيم في دور الرعاية والمسن

المقيم في بيته على مقياس السند الاجتماعي لـ "دانيال" (2008) والذي يتكون من بعدين بعد المساندة الاجتماعية داخل إطار الأسرة، وبعد المساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة. كما تم الإعتماد على نفس تقسيم الذي إعتدته صاحبة المقياس فيما يتعلق بمستويات السند الاجتماعي ككل وكذلك بالنسبة لأبعاده.

5-2- الوحدة النفسية: الوحدة النفسية هي شعور مؤلم ينتاب الشخص المسن، وينتج هذا الشعور عن الإحساس بالفقدان الأواصر العائلية (الزوج(ة)، الأبناء، الأحفاد) وعن الشعور بالعجز والإهمال من طرف الآخرين، وتقلص أدواره السابقة وتغير مكانته الاجتماعية.

وتقاس في بحثنا الحالي بمجموع الدرجات التي يتحصل عليها المسن في مقياس راسيل (1996) الذي يتكون من (20) عبارة وثلاث أبعاد تتمثل في البعد الاجتماعي، بعد رفض الآخرين، بعد فقدان الألفة المتبادلة مع الغير.

5-3- نوعية الحياة: نعني بنوعية الحياة في هذا البحث مدى شعور وإدراك المسن على أنه يحظى بصحة جسمية ونفسية وعقلية وإنفعالية سليمة، وتمتعه بعلاقات إجتماعية مدعمة بالحب والمودة والرحمة، وكذا مدى قدرة إستقلاليته على تلبية حاجاته الشخصية (التنقل، الملابس، المشي...).

وتُقاس بمجموع الدرجات التي يحصل عليها المسن على المقياس الفرعي الخاص بنوعية الحياة من مقياس مؤشر الصحة المدركة "لنوتنغهام" (NHP) (Nottingham Heath profile).

الذي وضعه هانت وآخرون (1980) وتم ترجمته من طرف الباحثة وتقنيته على البيئة المحلية ويحتوي المقياس على (38) بنداً ويتكون من ستة أبعاد وهي: النوم، النشاط، الألم، التنقل، الإنعزال الاجتماعي، الإستجابة الإنفعالية وكل بعد يحتوي بدوره على ثلاثة إلى تسعة عبارات.

5-4- المسن: يتمثل الشخص المسن في هذا البحث في كل فرد يبلغ سنه (60) سنة فما فوق بشرط أن يكون في صحة عقلية جيدة، سواء كان يعيش بين أهله أو في دور الرعاية.

وفي بحثنا هذا تم جمع العينة من مراكز الصندوق الوطني للتقاعد المتواجدة في الجزائر العاصمة، هذا فيما يتعلّق بالمسنين المقيمين في بيوتهم أما المسنين المقيمين في دور الرعاية فقد تم الإتصال بهم من خلال دور الرعاية للجزائر العاصمة (باب الزوار، دالي إبراهيم، سيدي موسى) خلال الفترة الممتدة بين (2018) و(2020).

الفصل الثاني

السند الإجتماعي

تمهيد:

إن الإنسان في هذه الحياة لا يمكنه بأي حال من الأحوال أن يعيش بمفرده منعزل عن الناس لأنه إجتماعي بطبعه، فهو يبحث دائماً عن إقامة روابط وتفاعلات مع أبناء جنسه لأنه يجد في إنتمائه إلى الآخرين تلبية لحاجاته الأساسية، وإلا سيجد نفسه عرضة للعديد من يعتبر المخاطر والأضرار، ومن بين هذه الحاجات التي يحققها تواجد الآخرين لدينا السند الإجتماعي حيث يعتبر مصدراً مهم لتنمية مهاراته الإجتماعية التي تجعله في حالة توازن وتكيف نفسي وذلك من خلال بناء علاقات إيجابية تمنحه الشعور بأنه محمي من طرف شبكته الإجتماعية.

وقد أعطى علم النفس الصحة أهمية كبيرة للسند الإجتماعي كونه أحد أهم العوامل الإجتماعية والنفسية المحددة لصحة والمرض، فالصحة والمرض حسب النموذج البيولوجي-النفسي-الإجتماعي نتاج مجموعة من العوامل البيولوجية والنفسية والإجتماعية.

وعليه سنتطرق في هذا الفصل للسند الإجتماعي، أنواعه، مصادره، أبعاده وشروط تقديمه وكذا أهميته وأهم النظريات التي تناولته.

1-تعريف السند الإجتماعي:

أ- **التعريف اللغوي:** يشير الأصل اللغوي للسند في المنجد للغة والأعلام إلى: سند سنوداً وإستند أي إعتد عليه، وساند مساندة وسناداً أ. الرجل: عاضده وكانفه، ب. على العمل: كافأه ج. إلى الشيء: جعل الشيء متكاً له (المنجد في اللغة والأعلام، 1982، ص.354).

ب- **التعريف الاصطلاحي:** تنوعت تعاريف السند الإجتماعي بتنوع آراء الباحثين كلا حسب توجهاته النظرية المختلفة.

فعرفه "كابلان" (1981) Caplan بأنه القاعدة التي تتضمن مجموعة من الروابط الإجتماعية مع الآخرين تتسم بأنها طويلة المدى، ويمكن الإعتماد عليها، والثقة بها وقت إحساس الفرد بالحاجة إليها لتمده بالسند العاطفي (عبد الهادي، 2005، ص. 271).

في حين عرفه "هوس" (1981) House بأنه تلك المساعدة ذات الأثر المخفف، وهي جد أساسية ومعقدة في نفس الوقت كونها تشمل مجموعة العلاقات البيئية والإجتماعية للفرد التي تمدّه بروابط عاطفية

إيجابية، مساعدة مادية، ومساعدة بالمعلومات إتجاه الموقف المهدد (بوشدوب، خطار، 2016، ص. 121).

في حين يرى "ليبور" (1994) Lepore أن السند الإجتماعي يتمثل في الإمكانيات الإجتماعية المتاحة للفرد التي يمكن أن يستخدمها في أوقات الضيق، والتي تهدف إلى تدعيم صحة ورفاهية متلقي للسند (السريسي وعبد المقصود، 2008، ص. 2).

وقد عرفه "سارسون" (2000) Sarason بأنه إدراك الفرد بأن البيئة التي تحيط به تمثل مصدراً فعالاً للتخفيف من الضغوطات والإنفعالات، ومدى توفر أفراد أو أشخاص يهيئون له الظروف المناسبة، والرعاية، ويقفون بجانبه عند الحاجة مثل الأسرة، الدولة (صلاح ونجدة، 2017، ص. 47).

كما عرفته "تفاحة" (2005) بأنه ذلك العون الذي يشعُر من خلاله الفرد بأنه مرغوب ومحبوب، وموضع إهتمام من طرف الآخرين، مما يساعده على حل المشكلة والتغلب على الصعوبات التي قد يواجهها، وتلبية حاجاته المادية والنفسية، الأمر الذي يجعله يشعر بالأمن والإستقرار والطمأنينة، وأنه جزء من الشبكة الإجتماعية (المرجع السابق، ص. 48).

ويعرف "دافيد" (2006) David السند الإجتماعي على أنه إعتقاد الفرد بأن البيئة المحيطة به من أشخاص ومؤسسات تعتبر مصدر من مصادر السند الفعال، والذي يؤثر في كيفية إدراك الفرد للأحداث الضاغطة وفي كيفية مواجهتها، فهو زيادة عن التخفيف من وقع الحدث فهو عامل واقى وشفافي للصدّات (المبحوح، 2015، ص. 16).

في حين تعرف (شويخ، 2007، ص. 91) السند الإجتماعي بأنه إدراك الفرد لوجود أشخاص مقربين له، يثق فيهم ويهتمون به في الأوقات الصعبة، ويمدونه بمختلف أنواع السند، سواء كان عطف ومودة، أو إحترام وتقدير، أو مساعدات مادية، أو علاقات حميمة مع الآخرين، أم كلهم معا.

ويرى (تايلور، 2008، ص. 445) بأن حصول الفرد على المعلومات من الأشخاص الذين يشعر نحوهم بالحب والإهتمام، والإحترام والتقدير يشكّلون جزءا من دائرة علاقاته الإجتماعية، وترتبط معهم مجموعة من الإلتزامات المتبادلة كالوالدين، الزوج، الأقرباء والأصدقاء الذين يرتبط معهم بعلاقات إجتماعية (النوادي) أو حتى حيوان أليف.

أما (مبارك، 2008، ص. 189) فتعرفه بأنه سلوك المساعدة المقدم على أكثر من بعد من أبعاد الدعم الإجتماعي (الوجداني، الرفقاوي، المعلوماتي، المادي) خاصة في الحالات التي يكون فيها الفرد تحت تأثير الأحداث الضاغطة والتي قد تسبب له مجموعة من المشكلات النفسية والإجتماعية، فيؤدي إلى تقوية الروابط الاجتماعية بين الأفراد الآخرين أو الجماعات الأخرى.

وبالنسبة لـ "الدماصي" (2010) تعرف السند الإجتماعي بأنه شبكة تعاونية تتضمن كل فرد له علاقة بطالب المساعدة، سواء من أقربائه وأصدقائه، جيرانه وزملاء العمل، وتحديد العون والدعم بشتى أنواعه الإقتصادي والإجتماعي والنفسي والديني (الدماصي، 2010، ص. 45).

مما سبق يمكننا إعتبار السند الإجتماعي أنه الوسيلة التي تربط الأفراد فيما بينهم سواء وقت الضيق أم الرخاء، إضافة إلى إدراك الفرد وشعوره بأنه محمي من طرف شبكة إجتماعية يلجأ إليها عندما يحتاجها.

2-أنواع السند الاجتماعي:

للسند أنواع و هي:

2-1- السند التقييمي: السند التقييمي هو مساعدة الفرد على تحقيق فهم أفضل للحدث الضاغط وللاستراتيجيات التي يجب حشدّها للتعامل معه، ومن خلال تبادل التقييمات يستطيع الفرد أن يواجه الحدث الضاغط، وأن يقرر مقدار التهديد الذي يسببهُ الحدث الضاغط ويستطيع الإستفادة من المقترحات حول كيفية إدارة الموقف.

2-2- السند المادي: يرتبط السند المادي بالعون المالي كتقديم البضائع، تقديم الهدايا مثل الأشياء التي يحتاج إليها (Canty, 2000, p. 63).

2-3- السند المعلوماتي: يكون السند المعلوماتي عن طريق إمداد الأفراد بالمعلومات التي هم بحاجة ماسة إليها، فمثلا الشخص الذي يواجه مشاكل في مهنته يمكن لرفقائه مساعدته عن طريق المعلومات التي تجعله ينظم وقته وينجز عمله بدقة أكثر ويعلمونه كيفية التعامل مع الرؤساء (تايلور، 2008، ص. 945).

2-4- السند الوجداني: في أوقات الضغط غالباً ما يعاني الأفراد من نوبات الكآبة، الحزن، القلق، نقص تقدير الذات، لذلك فإن الأصدقاء وأفراد العائلة الذين يقدمون السند الوجداني يركزون على الأهمية التي يحتلها الفرد في نفوسهم، كما أن الدفء والرعاية التي يزوده بها الأشخاص الآخرون يمكن أن تساعد على تناول الأمر بثقة أكبر (خرف الله، 2015، ص. 371-372).

2-5- الصحة الإجتماعية: يرى "اكسفورد" (1994) Oxford أن مصطلح الصحة الإجتماعية أدخل تحت مفهوم المساندة الإجتماعية بفضل كل من "كوهن" و "ويليس" cohen & willis (1985) ويشير مصطلح الصحة الإجتماعية إلى قضاء وقت الفراغ مع الآخرين المحيطين بالفرد، وذلك بممارسة بعض النشاطات الترفيهية والترفيهية والمشاركات الإجتماعية في المناسبات المختلفة لإشباع حاجة الإنتماء إلى الجماعة والتواصل مع الغير ومساعدة الفرد على التخلص من قلقه وهمه والتخفيف عنه في مواجهته أحداث الحياة الضاغطة. ولقد أشار بعض الباحثين إلى مصطلح الصحة الاجتماعية بأنه يمثل الوظيفة الوقائية للمساندة الاجتماعية (بوشدوب، 2009، ص.38).

اعتماداً على ما سبق نرى أن للسند الإجتماعي أنواع متعددة، حيث أنها تختلف باختلاف السلوك الذي يتم به التعبير عن هذا السند، والذي يرتبط بالظروف التي يكون تحتها المستفيد من السند، فيمكن أن يكون السند مادي، معلوماتي، وجداني أو كلها مجتمعة.

3- مصادر السند الإجتماعي: لقد أشرنا في العنصر السابق إلى أن الفرد يتلقى السند الإجتماعي بثتى أنواعه من الشبكة الإجتماعية المحيطة به، وفيما يلي سنعرض مختلف مصادر السند الإجتماعي والمتمثلة في:

1- الأسرة: تعتبر مصدر لجمع المعلومات بين أعضائها فيما يتعلق بالمعلومات التي يتوارثها الأجيال عن البيئة التي يعيش فيها. كما توفر الأسرة التغذية فيما يتعلق بسلوكياتهم وخبرتهم التي يعيشونها، وتعتبر مصدراً للقيم والمعتقدات، ومصدراً للخدمة والمساعدة اليومية. كما تعتبر الأسرة مرجعاً وملاذاً في وقت الشدائد. حيث تعتبر الأسرة المحضن الأول الذي يتلقى الفرد ويكفله ويسانده.

ويبرز " هولهان " و " فولكمان " (1991) "Hollahan & folkman" أهمية السند الإجتماعي العائلي في التخفيف من العزلة وتقديم المعلومات، وإعطاء نماذج من الأدوار الواجب أداؤها (شويطر، 2017، ص.142).

2-الأصدقاء: تعرف جماعة الأصدقاء بأنهم الأفراد المتشابهون في بعض الجوانب مثل المهارة والمستوى التعليمي، والسن والوضع الاقتصادي حيث يعتبر دور الأصدقاء في تقديم السند الإجتماعي يتلازم مع دور الأسرة.

ولقد بينت دراسة " بيريس " وآخرون (1991) أن هناك علاقة عكسية بين الشعور بالوحدة النفسية والمساندة الإجتماعية المقدمة من طرف الأب والأم والصديق كما بينت هذه الدراسة أن المساندة الإجتماعية التي يتلقاها أفراد العينة من الصديق اقوى بكثير من المساندة التي يتلقونها من الأب والأم (قدور بن عباد، 2014، ص.89-90).

3- محيط العمل: إن المشرفين على العمل لهم دور في تعزيز العلاقات الإجتماعية، فقد بينت دراسة "هندرسون وارجايل" (1985) Henderson and Argel أن من أهم الأنشطة المشتركة الأكثر ممارسة بين ذوي العلاقات الوثيقة داخل العمل هي : تبادل النكات، والحديث العابر مع الشخص الآخر ومناقشة العمل، وتناول الوجبات معا ومساعدة بعضهم البعض في العمل، ومناقشة الحياة الشخصية، وتعليم الطرف الآخر أو اطلاعه على شيء يتعلق بالعمل.

كما أشار كل من "سيرز" وآخرون " Seers et al بأن التماسك في جماعة العمل وارتفاع درجة التفاعل الايجابي والمودة بين العاملين والعاملات يؤدي إلى انخفاض تأثير أحداث الحياة الضاغطة عليهم، والى التمتع بالصحة النفسية (شويطر، 2017، ص.144-145).

كما يوجد من يقسم مصادر السند الإجتماعي إلى نوعين:

أ- مصادر السند الإجتماعي الرسمية: يتحصل الفرد على هذا النوع من السند الإجتماعي عن طريق المؤسسات الحكومية المتخصصة أو الجمعيات، دور الرعاية، ويقوم بتقديمها الأخصائيون النفسانيون والإجتماعيون، الأطباء، حيث يهرع هؤلاء الأخصائيون إلى تقديم السند الإجتماعي في مواقف الأزمات.

ب- مصادر السند الإجتماعي غير الرسمية: يقصد بها المساعدات المقدمة من طرف الأهل، الأصدقاء، الزملاء، و الجيران بدافع المحبة والمصالح المشتركة والإلتزامات الأسرية والإجتماعية والأخلاقية والإنسانية والدينية، فمن يساعد أخاه اليوم سوف يجده في مساعدته غدا فهذه هي سنة الحياة، أي إذا ساعدت الناس عند حاجتهم إليك سوف تجدهم في مساعدتك عند حاجتك إليهم (مرسي، 2000، ص. 198).

كما يجب أن نشير إلى ما جاء به "هوبفول" (Hobfoll, 1986) الذي يرى بأنه ليس مهم أن يكون لدينا عددا كبير من المصادر أو الروابط الإجتماعية وإنما المهم أن يكون لدينا واحد أو اثنين من مجموع الأفراد يمكن الرجوع إليه أثناء الحاجة وعلاقتنا به جد حميمة (Rasclé, 1994, p.127).

يتضح مما سبق أنه تختلف مصادر السند الإجتماعي حسب متطلبات الفرد في حياته، فقد يتلقى السند الإجتماعي من مصادر غير رسمية : كالأسرة والجيران والأقارب والزملاء أو من مصادر رسمية التي تكون مرتبطة بالمؤسسات الخدمائية: الحكومة، الإدارة، الأطباء، الأخصائيون النفسانيون والإجتماعيون.

4- تصنيف السند الإجتماعي: نجد أن للسند الإجتماعي عدداً من التصنيفات وهي على النحو التالي:

4-1- تصنيف شافير:

أ- **المساندة الانفعالية:** تشمل المساندة الإنفعالية الإعتقاد بالحب والرعاية والتعاطف والتفهم، أو التقدير والقيمة من الآخرين المهمين. كما تعرف على إنها إدراك الفرد للتعاطف، والرعاية، والطمأنينة، والتفهم التي تقدمها أعضاء الشبكة الإجتماعية.

ب- **المساندة الإقتصادية:** تتضمن المساندة الإقتصادية تزويد الفرد بالخدمات والمساعدة المباشرة.

ج- **المساندة المعرفية:** تتمثل المساندة المعرفية في تقديم النصائح وتوجيهات تساعد الفرد في حل مشكلاته وتعطيه تغذية الراجعة عن سلوكه (دياب، 2006، ص. 65).

4-2- تصنيف الشناوي:

- أ- **المساندة بالتقدير:** تسمى المساندة بالتقدير بالمساندة النفسية، وتتجلى في شعور الفرد بأن الآخرين مقدرون لقيمتهم الذاتية.
- ب- **المساندة بالمعلومات:** تشمل المساندة بالمعلومات إعطاء الفرد معلومات تساعده في حل المشكلات وتسمى بالتوجيه المعرفي أو النصح.
- ج- **الصحة الإجتماعية:** تشمل الصحة الإجتماعية قضاء بعض الوقت مع الآخرين في أنشطة الفراغ و الترويح وتسمى بمساندة الإنتشار والإنتماء.
- د- **المساندة الإجرائية:** تسمى أيضا بالمساندة المادية وتشمل تقديم العون المالي، والإمكانات المادية.

4-3- تصنيف عبد الله:

- أ- **الحاجة للمساندة:** تعني الحاجة للمساندة بمدى حاجة الفرد للمساندة الإجتماعية من مصادر متعددة.
- ب- **المساندة المدركة:** يقصد بالمساندة المدركة بمدى إدراك الفرد لها وكذلك رضاه عنها.
- ج- **المساندة الواقعية:** تمثل المساندة الواقعية تلك المساندة الفعلية التي يتلقاها الفرد من المحيطين به.
- وفي السياق نفسه ذكرت "رضوان" (2008) تسعة أبعاد للسند الإجتماعي وهي كالتالي: السند العاطفي، السند الأدائي، السند المعرفي، والسند التقويمي، المساعدات المالية الملموسة، الإرشاد والتوجيه المعرفي، حل المشكلات، التقديرات الذاتية للمساندة والمشاركة السلوكية (الهملان، 2008، ص. 46).

5- شروط السند الإجتماعي: يرى "تايلور" (1995) أن نمط السند الإجتماعي الذي يحتاجه الفرد يختلف باختلاف الضغط والمشقة التي يمر بها، فالفرد الذي لديه طمأنينة من الأهل والأقارب الذي يتلقى منهم النصح والإرشاد في تلك المرحلة.

فمن المحتمل أن يصيبه هذا النوع خيبة الأمل بالرغم من تلقيه نمط السند لذا يؤكد الباحثون مراعاة التوقيت ونمط السند اللازمان في وقت المشقة حتى يكون للسند آثاره الإيجابية المتوقعة، لذلك هناك بعض الشروط يجب أن تتوفر في عملية السند الإجتماعي عند تقديمه وتتمثل في:

5-1- عملية السند: لابد أن يكون معدل السند الإجتماعي معتدل عند تقديمه للمتلقي حتى لا تجعله أكثر اعتمادية وبالتالي ينخفض تقديره لذاته.

5-2- إختيار التوقيت المناسب لتقديم السند:

أ- بالنسبة للفرد: يجب أن يستشعر الفرد المتلقي أن من حوله في شبكة العلاقات الإجتماعية يقدمون له السند في شتى صورها كما وكيفا عند حاجته لذلك.

ب- بالنسبة لشبكة العلاقات الإجتماعية: يجب أن تتوفر لدى المانح مهارات إجتماعية كثيرة لتحديد الوقت المناسب لتقديم ذلك السند الذي يحقق النتائج المطلوبة.

5-3- مصدر السند: يتوقف مصدر السند الذي يحتاجه الفرد سواء من الأسرة أو الأصدقاء أو الجيران أو الزملاء العمل على:

أ- **طبيعة الموقف:** حيث إن أفضل سند يمكن أن يقدم في مجال العمل هو من زملاء العمل.

ب- **طبيعة العلاقة بين الفرد ومصدر السند:** لابد أن تتسم تلك العلاقة بين المانح ومتلقي السند بالوضوح والشفافية والمرونة والنضج حتى يستطيع المتلقي اللجوء للمانح عند الحاجة، فعلى سبيل المثال قد يلجأ الفرد إلى صديق أكثر من أن يلجأ إلى زميل العمل أو الأخ أحياناً.

5-4- كثافة السند: إن تعدد مصادر السند الإجتماعي لدى المتلقي تؤدي سريعاً إلى حل المشكلات التي يمر بها المتلقي وتساعد على تخطي الأزمات التي يمر بها في حياته.

5-5- نوع السند: يتمثل هذا الشرط في القدرة والمهارة والفهم والإختيار المحكم لنوع السند الذي

يناسب مع ما يدركه ويرغبه المتلقي (شويخ، 2007، ص.10).

يتضح مما سبق أن هناك خمسة شروط محكمة للسند الإجتماعي يجب أن يلتزم بها معطي السند وهذا ما يجعل عملية السند تمر لمتلقي بنجاح، حيث عند نجاح عملية السند تعطي فوائد جما سوف نتطرق إليها في العنصر الموالي.

6- أهمية السند الإجتماعي: للسند الإجتماعي أهمية كبيرة تتعكس على صحة الفرد

بالإيجاب، إذ نجد أن السند الإجتماعي له دور في:

6-1- تخفيف الضغوط: هناك العديد من الدراسات والبحوث التي بينت أثر الروابط

الإجتماعية الوثيقة في تخفيف الضغوط ونذكر على سبيل المثال الدراسة التي أجراها "لاروكو"، "هاوس" و"فرانش" سنة (1980) والتي تبين القيمة الوقائية للروابط الاجتماعية وقوة تأثيرها في تخفيف الضغوط وفي دراسة على عينة مكونة من (200) عامل من مختلف الوظائف قام هؤلاء الباحثون بقياس مدى توفر المساندة الإجتماعية لكل عامل ومستوى الضغط لديه، فتوصلوا إلى أنه كلما توفرت المساندة الإجتماعية وزادت نسبتها للعامل، كلما إنخفض مستوى الضغط لديه.

6-2- الوقاية والعلاج: أثبتت الكثير من البحوث والدراسات حسب " لاكلن" Lakine أن تمتع

الأفراد بشبكة من العلاقات الإجتماعية الوثيقة من شأنه أن يقي من أمراض متعددة وخاصة الأمراض المزمنة.

ففي دراسة حديثة لـ "أشنو" Uchino et al.(1966) حول العلاقة بين المساندة الإجتماعية وإرتفاع ضغط الدم فوجدوا هؤلاء الباحثون أن إرتفاع ضغط الدم لدى الأفراد كان مرافقا ومصحوبا بإنعدام علاقات إجتماعية لديهم وأن إنعدام العلاقات الإجتماعية وقلة المساندة الإجتماعية التي يتلقاها الأفراد، كانت مصحوبة بحالات إرتفاع ضغط الدم بينما الأشخاص الذين كانوا ينتمون إلى نوادي إجتماعية ولديهم علاقات إجتماعية وثيقة، كانوا لا يعانون من إرتفاع ضغط الدم (Larkin, 2005, p. 246).

6-3- تنمية إستراتيجيات المواجهة (Le Coping): تكلمت العديد من البحوث عن

دور السند الإجتماعي في تنمية وتعزيز إستراتيجيات المواجهة، ففي دراسة فرنسية للباحثين "بولهان" و

"بورجوا" Paulhan et Bourgeois حول الأشخاص المقبلين على إجراء عملية جراحية، وجد الباحثان أن الأشخاص الذين يتلقون مساعدة إجتماعية (الحصول على معلومات حول سيرورة العملية الجراحية، ودعم وجداني)، ينجحون في التخلص من الضغط والقلق وحتى مضاعفات ما بعد العملية الجراحية (complication post-operation) بأنهم يظهروا إستراتيجيات مواجهة فعالة وناجحة (قارة وجبالي، 2013، ص. 549).

6-4- المساعدة في تقبل العلاج: أثبتت دراسات عديدة أن السند الإجتماعي الذي يتلقاه الفرد من أسرته وأصدقائه ومحيطه تساعده على تقبل العلاج. ففي دراسة "دوبليك" (De Blic 2007) حول تقبل العلاج عند الطفل المصاب بالربو، وجد أن مرافقة الأولياء وتكفلهم بطفله المصاب بالربو أعطت نتائج جيدة فيما يخص العلاج.

نفس الشيء توصلت إليه دراسة "عمر" وآخرون (2005-2006) Oumar et al و فرق من مستشفى "باماكو" حول العوامل المساعدة على تقبل العلاج عند المريض المصاب بالسيدا، وجد أن أهم عوامل تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بالسيدا هي مساندة أهلهم لهم بتناول الدواء ومساعدتهم على التنقل للمستشفى لإجراء الفحوصات الدورية والمعالجة (المرجع السابق، 2013، ص. 550).

7- نظريات السند الإجتماعي: تعددت وإختلفت النظريات المفسرة للسند الإجتماعي نذكر أهمها:

7-1- النظرية البنائية: إن الإتجاه البنائي في تناوله للسند الإجتماعي ركز على الخصائص الكمية لشبكة المساندة التي تؤثر على التفاعلات المتبادلة بين الأفراد، وعلى عمليات التوافق مع أحداث الحياة الضاغطة، هي التي تلعب دوراً هاماً في تعزيز المواجهة الإيجابية لهذه الأحداث دون إرجاع أي آثار سلبية على صحة الفرد (المحتسب، 2010، ص. 14).

ولقد ركزت النظرية البنائية على تدعيم بناء شبكة العلاقات الإجتماعية المحيطة بالفرد لتعدد مصادرها، ولزيادة حجمها، وتوسيع مجالاتها وذلك من أجل توظيفها في خدمة الفرد.

إذا كلما إزداد حجم السند، وتنوعت مجالاته ساعد ذلك الفرد بجعله أكثر قوة على المواجهة. كما أكد ذلك "دوك" و "سيلفر" (1995) بأن الخصائص الكمية لشبكة السند تؤثر على التفاعلات المتبادلة

بين الأفراد، وعلى عمليات التوافق مع الأحداث الحياة الضاغطة، كما تلعب دورا حيويا في تدعيم المواجهة الفعالة للأحداث الضاغطة دون إحداث أي آثار سلبية على الصحة النفسية لمتلقي السند (سليمان، 2009، ص. 30).

لقد أعطت النظرية البنائية الخصائص الكمية لشبكة السند الإجتماعي أهمية قصوى بخصوص تعزيزها للمواجهة الإيجابية إتجاه الضغوط التي يتعرض لها الفرد.

7-2- نظرية المقارنة الإجتماعية: تشير هذه النظرية إلى أن الأفراد قد يفضلون أحيانا

الإندماج مع الآخرين الذين يتساوون معهم أو يفضلونهم، حيث يقدم لهم هذا الإندماج تفاعلات سارة ومعلومات تحسن موقفهم في البيئة المحيطة بهم، أي أن التفاعل هنا أو السند يتطلب من أفراد بعينهم دون آخرين للوصول إلى أوجه السند التي يرغبونها (فايد، 1998، ص. 155).

حسب هذه النظرية إن تماثل في الظروف هو الذي يجذب الأفراد نحو تكوين شبكات إجتماعية متماسكة فيما بينها.

7-3- نظرية التبادل الإجتماعي: يرى رواد هذه النظرية نذكر منهم "تايبوت" و"كلي" (1959)

أن العلاقات الإجتماعية عبارة عن تبادل للمصالح، والفوائد أي أن الأفراد المشتركين في علاقات تبادل يفترضون أن تقديم منفعة أو فائدة يرتبط بتلقي الفرد المنفعة أخرى في المقابل، إذ تلقي المنفعة يعتبر ديناً ملزماً بإعادة تقديم منفعة في المقابل، وأي خلل في هذا التبادل المتوقع يؤدي إلى ردود أفعال وجدانية سلبية (قنون، 2013، ص. 85-86).

حسب هذه النظرية إن مقدار ما يقدمه الآخرون من مكافآت إجتماعية له دور في غاية الأهمية في تعزيز العلاقات الإجتماعية التي تربط الأفراد فيما بينهم، فسلوك المساعدة الذي يتلقاه الفرد في الشبكة من العلاقات الإجتماعية الساندة والمدعمة يعزز من عملية إتصاله بالآخرين ويقلل من سلوك الإنعزال (مبارك، 2008، ص. 194).

بالرغم من أهمية عملية التبادل الإجتماعي، إلا أنه لا يمكننا إنكار وجود نوع من الأفراد من يقدمون خدمات نفعية في إطار علاقاتهم الإجتماعية وليس لهم مقابل لتلك الخدمات كالجمعيات الخيرية، والمتطوعين، فالأمر قد يتعلق بأولويات الأفراد وطرق تفكيرهم لا بما يحصلون عليه من فوائد متبادلة

بينهم وبين الآخرين، زيادة على ذلك الجماعات غير الرسمية كالأُسرة والأصدقاء التي تمنح السند الإجتماعي بدون مقابل.

4-7- نظرية التعلق الوجداني: يفترض "بولبي" Bowlby أن الأفراد الذين يكونون علاقات وروابط تعلق إيجابية مع الآخرين يكونون أكثر أماناً وإعتماداً على أنفسهم مع الآخرين الذين لا يكونون هذه الروابط، فالفرد الذي لا يستطيع تكوين سلوكيات تعلق إيجابية يكون أكثر عرضة للمخاطر وللأضرار النفسية والجسمية. ويشير الأساس النظري لهذه النظرية إلى توجيه الفرد ومساعدته لإستخدام مصادر السند الإجتماعي المتاحة له لتجنب الأضرار والمخاطر التي يمكن أن تلحق به في البيئة المحيطة (علي، 2005، ص. 52).

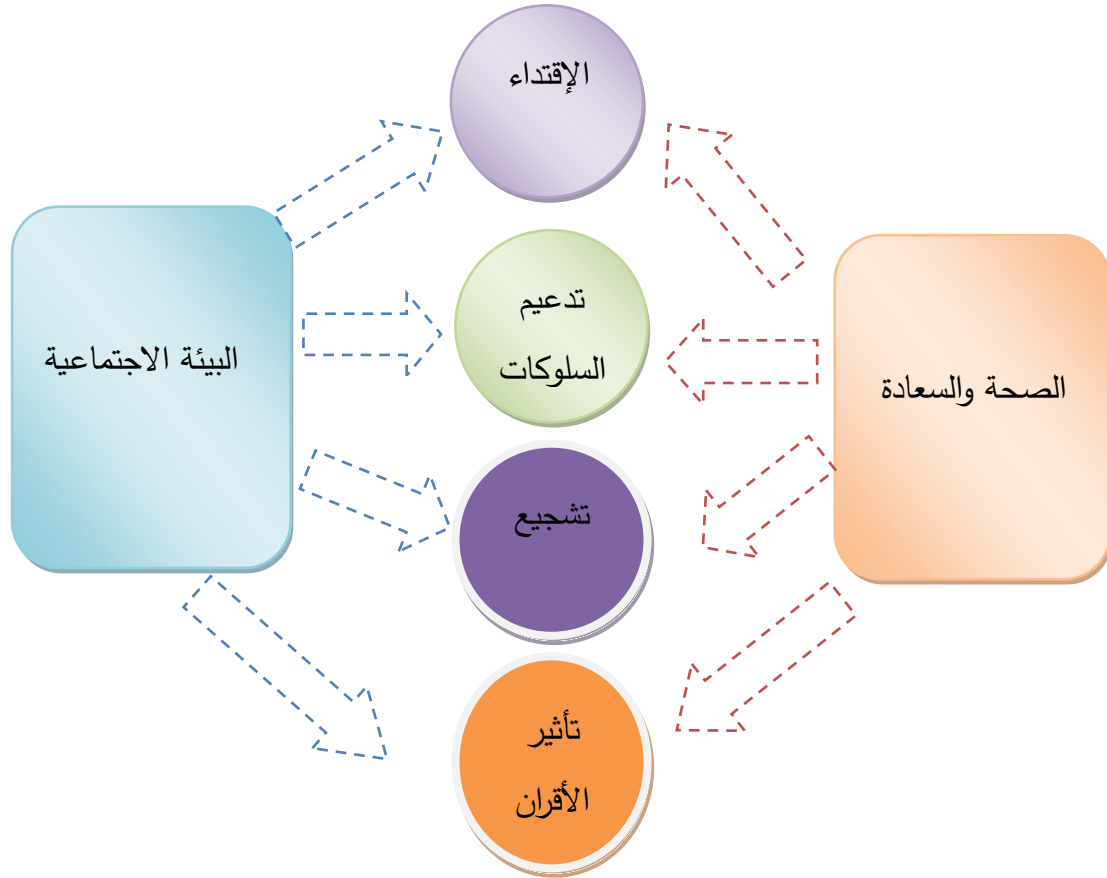
فحسب "بولبي" السند الإجتماعي الذي يقدمه الأهل والأصدقاء لا يعوض الفرد عن النقص الكبير الذي يكون قد حدث له بسبب فقدان شخص عزيز بإعتباره يمثل الإرتباط، فهناك نوعان من الشعور بالوحدة النفسية هما الشعور بالوحدة الوجدانية، والشعور بالوحدة الإجتماعية (الصبان، 2003، ص. 29).

إن صميم موضوع هذه النظرية هو التعلق إلا أن التعلق غير الناضج يشكل عائقاً للفرد، مما يجعله عبئاً وإعتمادياً على غيره مما لا يمكنه من إكتساب الإستقلالية في حل المشكلات التي قد يواجهها.

لقد إختلفت النظريات السالفة الذكر في تناولها لسند الإجتماعي فنجد أن النظرية البنائية ركزت حول الخصائص الكمية لشبكة الإجتماعية، ودورها في مواجهة الأحداث الضاغطة للفرد، ومن جهة أخرى اعتبرت نظرية المقارنة الإجتماعية أن تماثل ظروف الأفراد هو العامل الذي يجذبهم نحو تكوين العلاقات الإجتماعية المساندة، بينما ترى نظرية التبادل الإجتماعي أن العلاقات الإجتماعية قائمة على تبادل المصالح بين الأفراد. في حين إهتمت نظرية التعلق الوجداني بموضوع التعلق بالآخرين كمكسب نحو السند.

8- النماذج الرئيسية المفسرة لدور السند الإجتماعي:

8-1- نموذج الأثر الرئيسي: يفترض هذا النموذج أن السند الإجتماعي تأثير مفيد على حياة الفرد وسعادته بغض النظر عما إذا كان الفرد يقع تحت ضغط أم لا، وقد استنتج هذا النموذج أدلته من واقع التحليلات الإحصائية التي أظهرت وجود اثر رئيسي لمتغير المساندة، وعدم وجود تأثير للتفاعل بين الضغط والمساندة، فهناك اثر عام مفيد للسند الإجتماعي على الصحة النفسية والبدنية لأن الشبكات الإجتماعية يمكن أن تزود الأفراد بخبرات إيجابية منتظمة ومجموعة من الأدوار التي تتلقى مكافأة من المجتمع، وهذا النوع من المساندة يرتبط مع السعادة ويجنب الخبرات السالبة التي قد تزيد من احتمال حدوث الاضطراب السيكوسوماتي (دياب، 2006، ص.28).



المخطط رقم(1): نموذج الأثر الرئيسي

(الكردى، 2012، ص.17)

8-2- نموذج الأثر الواعي: يشير هذا النموذج إلى أن السند الإجتماعي في المواقف الضاغطة الصعبة يمنحنا الوقاية من التعرض للآثار النفسية السلبية، ويرى "كابلن" وآخرون (1993) أن أحداث الحياة المرتفعة تؤدي إلى إحداث الكثير من الإضطرابات السلوكية والأمراض النفسية لدى الفرد إذا ما إنخفضت مستويات السند التي يتلقاها من الآخرين، وأن إرتفاع مستوى السند الإجتماعي يقي الفرد من الوقوع تحت تأثير الأمراض ويؤدي إلى الرضا عن حياته وعن عمله (Cohen & Wills, 1985, p. 312).

في نفس السياق يرى "جاب الله" أن السند الإجتماعي الذي يتلقاه الفرد من الآخرين سواء في الأسرة أو خارجها تعد عاملا هاما في صحته النفسية، من ثم يمكن التنبؤ بأنه في ظل غياب السند أو انخفاضه يمكن أن ينشط الآثار السلبية والمواقف السيئة التي يتعرض لها الفرد، مما يؤدي إلى إختلال الصحة النفسية لديه (جاب الله، 1993، ص. 236).

يتضح من النماذج السالفة الذكر أن دور السند الإجتماعي في التخفيف من الأحداث الضاغطة، وكذا تقوية الفرد على مقاومتها وإدارتها بدلا من الإستسلام لها، ونظرا لأهمية السند الإجتماعي ودوره الفعال والإيجابي في الحفاظ على الصحة النفسية والجسدية فقد وضعت له عدة مقاييس سوف نتطرق إليها في العنصر القادم.

9-1- مقاييس السند الإجتماعي: البحث العلمي في علم النفس يتطلب توفر أدوات علمية من أجل قياس المتغير، والتراث العلمي السيكولوجي يوفر للباحث عدة مقاييس في مجال السند الإجتماعي، ما على الباحث إلا إنتقاء الأداة بدقة وتكون حسب موضوع دراسته.

وفيما يلي عرض أهم المقاييس السند الإجتماعي:

9-1- مقياس السند الاجتماعي كما تدركه الزوجة من قبل الزوج لـ"تايلور" (1974):

يتكون مقياس "تايلور" من (16) بند تقيس ثمانية أبعاد، حيث يطلب من المرأة أن تقرأ كل بند وأن تحدد على مقياس متدرج من (11) نقطة (صفر - 10) الدرجة التي تنطبق عليها وأن تضع دائرة حولها. ويعد المقياس محاولة لتحديد الدرجة التي تشعر بها المرأة بالمساندة من قبل الزوج من خلال الأبعاد: المدح، المساعدة، الإعجاب بها، التعاون معها، الإستمتاع بمصاحبته، إحترامها، مشاركتها للمعلومات، تقبلها كما هي، ويقاس كل بعد بواسطة بندين إحدهما موجب الإتجاه والآخر سالب الإتجاه ويمثل مجموع

الأبعاد الثمانية درجة المساندة التي تتلقاها المرأة من قبل الزوج، وبذلك تتراوح درجة كل بعد بين (0 و20) والدرجة الكلية للمقياس بين (0 و120) درجة (الشناوي وعبد الرحمن، 1994، ص. 117).

9-2- مقياس المساندة الاجتماعية لـ "فوكس" (1982):

صمم هذا المقياس من طرف "فوكس" وأعده "حسن" (1996) على البيئة العربية وهو يحتوي على (43) عبارة تقيس خمسة أبعاد فرعية هي: المساندة العاطفية، الصحة الاجتماعية، المساعدة العملية، المساندة المالية، النصيحة والإرشاد. وهذا المقياس يقيس المساندة الاجتماعية من الأسرة والأقرباء والأصدقاء وزملاء العمل ورؤساء العمل (أرنوط، 2004، ص. 100).

9-3- مقياس المساندة الاجتماعية لـ "سار سون" وآخرون (1983):

تتضمن المساندة الاجتماعية حسب "سارسون" وآخرون عنصرين أساسيين:

أ- إدراك الشخص بوجود عدد كاف ممن يقدمون إليه المساندة الاجتماعية وقت الحاجة إليها.

ب- درجة الرضا لدى الفرد عن هذه المساندة المتاحة.

وقد أعد هذا المقياس بناء على هذا التصور عن المساندة، أي كمية المساندة المتاحة ومدى الرضا عن المساندة، ويشمل المقياس على (27) بند موقفا يتعرض لها الناس ويولي كل موقف سؤال عن الأشخاص الذين يشاركون هذا الموقف، ويولي ذلك سؤال حول مدى الرضا عن هذه العلاقات محددة بست مستويات (الشناوي وعبد الرحمان، 1994، ص. 43).

9-4- مقياس المساندة الأسرية للعمال لـ "كينج" وآخرون (1995):

وضع "كينج" وآخرون مقياس للمساندة الأسرية يتكون من (44) عبارة. (15) تقيس المساندة الأدائية للعمال من الأسرة و(29) عبارة تقيس المساندة الإنفعالية للعمال من أفراد الأسرة، لكل عبارة منها خمس إختيارات تتراوح بين الموافقة بشدة إلى عدم الموافقة التامة (أرنوط، 2004، ص. 100).

10- أهمية السند الاجتماعي عند المسنين:

تعد فئة المسنين الفئة العمرية الأكثر تعرضا للمشكلات الصحية كونها تتسم هذه المرحلة بالضعف العام وإنحدار القوى البدنية، كما تتميز كذلك هذه المرحلة بالمشكلات النفسية والاجتماعية مثل الشعور

بالإكتئاب والشعور بالعزلة والوحدة النفسية، نتيجة لفقدان العلاقات الاجتماعية، والإبتعاد عن النشاطات الاجتماعية السابقة، صُف إلى ذلك نقص الروابط الأسرية حيث يلجاء البعض منهم إلى دور الرعاية كونه يشعر أنه شخص غير مرغوب فيه وأنه عبئ على الآخرين.

كل تلك الإضطرابات التي يعيشها المسن هي نتيجة الغياب المدرك للعلاقات الاجتماعية المشبعة بالمودة والمحبة والعطف والحنان. فالسند الاجتماعي له أهمية كبيرة بالنسبة لمسنين لتجاوز أزمات مرحلة الشيخوخة، حيث يعرف على أنه العون الذي يشعر من خلاله الفرد بأنه مرغوب ومحبوب وموضع إهتمام من طرف الآخرين، مما يساعده على التغلب على الصعوبات التي قد يواجهها، وتلبية الحاجات المادية والنفسية، كما أنه الأمر الذي يجعله يعيش الأمن والطمأنينة (صلاح ونجدة، 2017، ص.48).

في هذا السياق أقيمت دراسات عديدة تؤكد على أهمية السند الاجتماعي لكبار السن خاصة الذين يعانون من مشكلات الشيخوخة منها دراسة " الطحان " (1982) حيث وجدت أن السند الاجتماعي من بين حاجات الأساسية للمسن (جودة، 2006، ص.108).

كما أظهرت دراسة "بيتر تاونسند" (1958) أن المسنين يعانون من العزلة والوحدة النفسية لشعورهم بالإهمال من أسرهم وأصدقائهم وأقاربهم والدولة على حد سواء(المرجع السابق، ص.90).

وفي نفس السياق أكدت دراسات أخرى على الدور الذي تلعبه الأسرة في الوقوف إلى جانب هذه الفئة الهشة من المجتمع بحكم أن الأسرة هي المؤسسة الأولى التي يرتاح فيها الشخص المسن وينفس فيها عن كل مكنونات قلبه، ومن بين هذه الدراسات دراسة "فراح" (2010) حيث قامت بدراسة إجتماعية ميدانية في دار رعاية المسنين في بغداد والمشكلات التي يعانون منها وتبين أن عدد كبير منهم لديه الرغبة في العودة إلى أسرهم وترك دار الرعاية لكنهم لا يرجعون بسبب معاملة الأبناء السيئة وعدم وجود منزل مستقل لهم.

وفي دراسة "يمينة خلادي" (2011) هدفت إلى التعرف على مفهوم الذات وعلاقته بالتكيف الاجتماعي لدى المسنين، حيث توصلت النتائج إلى وجود إرتباط بين مفهوم الذات والتكيف الاجتماعي (الأسرة) (خلادي، 2011، ص. 10).

يتضح لنا من خلال ما تم ذكره سابقاً أن السند الاجتماعي له أهمية كبيرة حيث يعتبر في علم النفس الصحة عامل وقائي من الوقوع في المرض فهو مورداً هام في تحقيق الصحة بشكل عام.

خلاصة الفصل:

إختلف الباحثون في تحديد مفهوم السند الإجتماعي وهذا راجع إلى إختلاف توجهاتهم النظرية، وعلى العموم يمكن تعريف السند الإجتماعي بأنه ذلك العون الذي يتلقاه الفرد بمختلف أشكاله (مادي، معلوماتي، معنوي، أدائي، تقييمي) من شبكته الإجتماعية، وقد تكون غير رسمية كالتي تقدم من طرف الأقارب، الأصدقاء، الزملاء، الجيران أو رسمية كالتي تقدمها المؤسسات الخدمائية (الإدارة، الأطباء، النوادي)، وهذا سعياً لتحقيق الصحة النفسية والجسدية، إذ للسند الإجتماعي دور فعال في الوقاية والعلاج وتنمية إستراتيجيات المواجهة وكذا يساعد المريض في تقبل العلاج.

ولكي يقوم السند الإجتماعي بدوره بفعالية يشترط توفر مجموعة من الشروط لدى الفرد المانح له مثل: كمية السند، وقت تقديمه، ومصدره، وعليه نرى أن للسند الإجتماعي أهمية كبيرة في حياة الفرد نظراً للإرتباطه الإيجابي بالصحة النفسية والجسمية، فهو من جهة وسيلة للتخفيف من شدة الضغوط التي يعاني منها الفرد مما يجعله يكتسب طابعا نفسياً إيجابياً يتجه نحو تحقيق الصحة النفسية، ومن جهة أخرى يمكن إعتباره من أهم الأساليب المساعدة في مواجهة الإضطرابات العضوية التي تصيب الفرد والتخفيف من حدة الآثار السلبية التي قد تحدثها.

الفصل الثالث

الوحدة النفسية

تمهيد:

تعتبر الوحدة النفسية حالة من المعاناة العاطفية تظهر عندما يشعر الفرد بأنه غريب أو مرفوض، وقد يعاني منها الفرد على الرغم من وجوده مع غيره من الناس، وكذلك عندما تخلو حياته من العلاقات الاجتماعية المشبعة بالمحبة والمودة.

ولا تقتصر الوحدة على فئة عمرية معينة، قد نجدها عند الأطفال، المراهقين، والمسنين لكن بنسب متفاوتة، فخبرة الشعور بالوحدة النفسية تعد خبرة أليمة حيث ينتج عنها مجموعة من الإضطرابات النفسية التي قد تؤثر على نوعية حياته وعلى علاقاته مع المحيطين به وتفاعله معهم.

1- مفهوم الوحدة النفسية:

1-1- المفهوم اللغوي: لقد تناولت معاجم اللغة العربية مفهوم الوحدة، حيث يشير (ابن المنظور، 1968، ص. 448) إلى أن "الوحدة" هي التوحد، وكان الرجل متوحداً أي منفرداً لا يخالط الناس ولا يجالسهم، والرجل الوحيد أي لا أحد معه يؤنسه.

وبالنسبة لـ (مسعود، 2005، ص. 948) أن كلمة "وحدة" هي الإنفرد بالنفس والعيش وحيداً.

في حين يذكر (إدريس، 2007، ص. 490) أن الوحدة تعني الإنفرد والوحشة.

وهكذا فإن الوحدة النفسية بهذا المعنى تعني الإنفرد والوحشة والإنقطاع عن الناس وعدم وجود الأنيب.

1-2- المفهوم الإصطلاحي:

إختلف الباحثون في تعريفهم للوحدة النفسية ويرجع هذا الإختلاف إلى إختلاف النظريات التي يستند إليها كل واحد منهم.

فيعرف "جوردن" (Gordon (1976) الشعور بالوحدة النفسية بأنه شعور بالحرمان ناتج عن نقص أنواع معينة من العلاقات الإنسانية، وأن نقص هذه العلاقات شيء مؤلم، فالفرد يحتاج دائماً إلى المودة والألفة والإحساس بالقيمة كما يؤكد "Gordon" أن الفرد لا يختار وحدته بل يشعر بها على أنها عبء ثقيل عليه، وليس هناك أدنى سيطرة من جانبه على هذا الشعور (الدسوقي، 2013، ص. 07).

كما يعرفها "فاندلي" (2003) Findlay على أنها تجربة ذاتية وسلبية للفرد، ونقص تصور نوعي وكمي للعلاقات الاجتماعية، وكذا عدم الرضا عن الاتصالات والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين (Findlay, 2003, p. 21).

في حين يرى "بلافت" و"جوشي" Ballafet et Joshi أن الشعور بالوحدة النفسية يأتي نتيجة عدم رضا الفرد عن علاقاته الاجتماعية الراهنة، وذلك بسبب توقعاته الخيالية إزاء هذه العلاقات أو بالأحرى بسبب التفاوت الموجود بين علاقاته الراهنة وما يتطلع إليه من علاقات (حمو علي، 2012، ص. 13).

أما "الدسوقي" (2004) فيرى أن الوحدة النفسية هي إحساس الفرد بوجود فجوة نفسية تباعد بينه وبين الأفراد المحيطين به نتيجة إفتقاده لإمكانية الإنخراط أو الدخول في علاقات مشبعة ذات معنى، مما يؤدي إلى شعوره بعدم التقبل والنبذ، وإهمال الآخرين له رغم أنه محاط بهم (نعاب، 2017، ص. 132).

تعرف "هشت" و"بووم" (2005) Heath & Baum الشعور بالوحدة النفسية على أنها شعور بالحرمان الناتج عن نقص في الإتصال مما يجعل الفرد يشعر بالفراغ نتيجة غياب العلاقات الإنسانية بإعتبار أن الفرد دائما بحاجة إلى المودة والدفء والإحساس بالقيمة والإعتراف بالهوية. كما أن الفرد الشاعر بالوحدة النفسية لا يختار وحدته بل يشعر بها على أنها عبء ثقيل من الخارج وليس هناك أي سيطرة من جانبه على هذا الشعور (Hecht, & Baum, 2005, p. 196).

وتعرفها "جودة" (2005) بأنها خبرة شخصية مؤكدة يعيشها الفرد نتيجة شعوره بإفتقاد التقبل، الحب، والإهتمام من جانب الآخرين، بحيث يترتب على ذلك العجز عن إقامة علاقات إجتماعية مشبعة بالألفة والمودة والصدقة الحميمة، وبالتالي يشعر الفرد بأنه وحيد رغم أنه محاط بالآخرين (جودة، 2005، ص. 02).

ويذكر "جيفلد" (2006) Gierveld أن الوحدة النفسية حالة تحدث من عدم وجود علاقات جيدة، وتكون تعبير عن المشاعر السلبية، وتكون في جميع الأعمار وتتنشأ عندما تذوب العلاقة بين الأزواج والأهل والأقارب، الطلاق، وتتميز بمشاعر مكثفة من الفراغ، وبذلك تعتبر تجربة من نقص في العلاقات الاجتماعية سواء من الناحية الكمية أو النوعية (Gierveld, 2006, p. 583).

ويعرفها "روك" (Rook 2007) بأنها حالة مستمدة من المعاناة العاطفية، تظهر عندما يشعر الفرد بأنه غريب أو غير مفهوم أو مرفوض من الآخرين، ويفقد الأنماط الإجتماعية للأنشطة المطلوبة المرغوب فيها خاصة تلك الأنشطة التي تمدده الإحساس بالتكامل الإجتماعي وإتاحة الفرصة لإقامة علاقات عاطفية حميمية (Rook, 2007, p. 1389).

وعرفت كذلك "علوان" (2008) الوحدة النفسية بأنها حالة نفسية تنشأ من إحساس الفرد ببعده عن الآخرين نتيجة موقف أو أزمة أملت به، مما يترتب عليها العزلة والانسحاب وقلة الأصدقاء، والشعور بالإهمال (نعاب، 2017، ص.133).

وفي النهاية نهي بوجهة نظر "غنايم" و"خليفة" (2009) اللذان يجدان بأن الوحدة النفسية هي خبرة نفسية مؤلمة تنتج عن شعور الفرد بعدم القرب النفسي من الآخرين، وفقدان الثقة والعلاقات الإجتماعية الدافئة معهم، وتوقع الرفض منهم وشعوره بالعزلة عنهم، فلا ينخرط معهم في إقامة علاقات إجتماعية مشبعة ومثمرة (ديب، 2018، ص. 82).

نستنتج من التعريفات السابقة أن الوحدة النفسية هي حالة يشعر فيها الفرد بالإنفصال عن الآخرين، إذ يصاحبها الكثير من المعاناة والألم النفسي عندما يفقد للإهتمام والمودة والمحبة من طرف الآخرين، وقد ينتج عن الوحدة الكثير من الإنفعالات السلبية كالإحساس بالنبذ والفراغ وتدني تقدير الذات، إذ توجد مفاهيم مرتبطة بمفهوم الشعور بالوحدة النفسية، لذلك سوف نتطرق إليها في الفقرة الموالية.

2-المفاهيم المرتبطة بالوحدة النفسية: ترتبط بعض المفاهيم بمفهوم الوحدة النفسية والتي

قد تتداخل مع الوحدة النفسية التي تكون مرتبطة بها، ولكي لا يكون تداخل بينها ارتأينا توضيح الاختلاف بينها، وهي على النحو التالي:

2-1-الإنفراد بالنفس: بالرغم من أن كلا المصطلحين الوحدة (Lonely) والإنفراد بالنفس

(Alone) مشتقتان من نفس الكلمة الإنجليزية إلا أنهما ليستا مترادفتين، فمن الممكن أن يكون الإنسان وحيدا دون أن يكون منفردا بنفسه، والعكس صحيح يمكن أن يكون منفردا بنفسه ولا يشعر بالوحدة النفسية (نعاب، 2017، ص.135).

وعليه يتضح أن الإنفراد بالنفس (Aloneness) الذي يعني البعد عن الآخرين والأهل والأصدقاء يختلف عن الوحدة النفسية (Loneliness) التي قد يعانها الفرد حتى ولو كان بين أهله وأصدقائه، وبالتالي فإن الوحدة النفسية هي خبرة ذاتية قد يعانها الفرد على الرغم من وجوده مع غيره من الناس، وعندما تخلو حياته من علاقات إجتماعية مشبعة بالألفة والمودة.

وفي هذا الصدد يرى "كيلين" أن التمييز بين الوحدة النفسية والإنفراد بالنفس يعتمد على عنصر الاختيار لدى الفرد، فالفرد الذي يعاني من الوحدة النفسية لا يرغب أن يكون وحيدا، أما الفرد المنفرد بنفسه فهو يختار البعد عن الناس (جودة، 2005، ص. 07).

2-2- الإغتراب: هو اضطراب نفسي يعبر عن إغتراب الذات عن هويتها وعن الواقع والمجتمع، وهو غربة عن النفس وعن العالم، ومن أهم مظاهره (العجز، اللاجدوى، الإلتواء، الإنسحاب، الانفصال، السخط، الرفض، العنف، إحتقار الذات، كراهية الجماعة والتفكك)، وله عدة أشكال منها: الإغتراب الديني، الإغتراب الفكري، الإغتراب الإجتماعي، الثقافي والتعليمي (عرفات، 2009، ص. 03).

2-3- الإنطواء: هو نمط من أنماط الشخصية، والمنطوي يفضل العزلة والإعتكاف ويجد صعوبة في الإختلاط بالناس، يقابل الغرباء بحذر وتحفظ، وهو خجول، شديد الحساسية، يجرح شعوره بسهولة وكثير الشك، يكلم نفسه، يستسلم لأحلام اليقظة، يهتم بالتفاصيل ويضخم الصغائر، دائم التأمل في نفسه وتحليلها، ولديه رغبة في الإنعزال والوحدة (المرجع السابق، ص. 04).

مما سبق يظهر أن الوحدة النفسية هي حالة إنفعالية ذاتية لا يستطيع الفرد التحكم فيها على عكس المفاهيم السابقة الذكر، والفرق بين الوحدة والإنفراد بالنفس هو عنصر الاختيار، فالفرد الذي يعاني من الوحدة لا يرغب في كونه وحيدا أما المنفرد فهو يختار الإبتعاد.

كما قد تظهر الوحدة النفسية كنتيجة لنمط الشخصية المنطوي فهو شخص يفضل العزلة، وهذا لا يعني أن الشخص المنطوي دائما يعاني من الوحدة النفسية.

وللشعور بالوحدة النفسية أشكال عديدة سوف نذكرها في العنصر الموالي.

3- تصنيفات الوحدة النفسية: توجد عدة تصنيفات للوحدة النفسية وهي كما يلي:

3-1- تصنيف "ويس" Weiss: يشير "ويس" (1973) Weiss إلى وجود صنفين من

الوحدة النفسية وهما:

3-1-1- الوحدة العاطفية: إن وجود علاقة عاطفية في حياة الفرد يجعله يشعر بالحب

والأمن والتقبل، لكن إفتقاده لهذه الصلة الحميمة التي ترتبط بشخص ما سيؤدي إلى ظهور الوحدة العاطفية، على العموم يقل الشعور بالوحدة العاطفية في حالة قيام الفرد بعلاقة حميمة.

3-1-2- الوحدة الإجتماعية: تنشأ هذه الوحدة من إفتقار الفرد إلى جماعة من أصدقاء

ترتبطه بهم إهتمامات وأنشطة مشتركة، وينجر عن هذه الوحدة الشعور بالذنب والتهميش والملل والقلق وكثرة الحركة، ولا يمكن علاج هذه الوحدة إلا بتطوير الشبكة الإجتماعية التي يتلقى فيها الدعم.

ويضيف "تيلبورج" (2007) Tilburg أن هذين الشكلين للوحدة لا يظهران بالضرورة في نفس

الوقت، فبعض الأشخاص لا يشعرون إلا بالوحدة الإجتماعية، بينما يعاني البعض الآخر من الوحدة العاطفية فقط، وغالبا ما يكون وقع الوحدة العاطفية أقل تحملا من الوحدة الإجتماعية، أما في حالة شعور الفرد بالوحدة العاطفية والإجتماعية معا فتكون الآثار السلبية أكثر خطورة. (Vaudenbrouke etal. 2012, p. 15-16).

كما ميز باحثون آخرون بين شكلين فرعيين للوحدة العاطفية وذلك لاستكمال أعمال Wiss،

وهما:

أ- الوحدة العائلية: تتميز هذه الوحدة بإنعدام التواصل مع الوالدين، فالعلاقة التي تربط الآباء

بالأبناء ليست حميمة بل تتصف بالجفاء والتباعد.

ب- الوحدة الغرامية: يتميز الشخص الذي يعاني من هذه الوحدة بصعوبة في الإفصاح عما

في نفسه، وفي إقامة علاقات حميمة مع الشريك ويعيش في خوف من الإرتباط، كذلك فإن الأفراد الذين انفصلوا عن أزواجهم أو أنهموا علاقة طويلة يعيشون هذا النزاع من الوحدة النفسية.

وتجدر الإشارة إلى أن الوحدة العائلية والقرابية منفصلتان عن بعضهما البعض، حيث يمكن أن يكون لبعض الأفراد علاقات مريحة مع العائلة والأصدقاء لكن يجدون صعوبة في إقامة علاقات عاطفية. (Macqueron, 2014, p. 60- 61).

3-2-2- تصنيف "يونغ" Young: ميز "يونغ" Young بين ثلاثة أشكال للوحدة النفسية

وهي:

3-2-1- الوحدة النفسية العابرة: يشعر الفرد بالوحدة النفسية العابرة في فترات زمنية على الرغم من إتسام حياته الإجتماعية بالتوافق والمواءمة.

3-2-2- الوحدة النفسية التحولية: في هذا النوع من الوحدة كان يتمتع الفرد بعلاقات إجتماعية طيبة في الماضي القريب، لكنه يشعر بالوحدة النفسية نتيجة لبعض الظروف المستجدة كالطلاق أو وفاة شخص عزيز.

3-2-3- الوحدة النفسية المزمنة: تستمر الوحدة النفسية المزمنة لفترات طويلة تصل إلى عدة سنين، ولا يشعر الفرد بأي نوع من أنواع الرضا فيما يتعلق بعلاقاته الإجتماعية، وفي الواقع فإن النوعين الأولين شائعان ولكنهما لا يصلان إلى حد التطور في الدخول في نطاق دائرة الوحدة النفسية المزمنة (عبد الغني، 2008، ص. 137).

3-3- تصنيف "قشقوش": يرى " قشقوش" (1983) أن الشعور بالوحدة النفسية يأخذ صوراً وأشكالاً متعددة منها:

3-3-1- الوحدة النفسية الأولية: يحدث الشعور بالوحدة النفسية الأولية بسبب اضطراب في إحدى سمات الشخصية، يرتبط بالانسحاب الإنفعالي عن الآخرين، وفي الوقت الذي يجد فيه كثير من الأفراد ذو الإحساس بالوحدة النفسية الأولية أنفسهم غير قادرين على تكوين علاقات مشبعة، يحاول بعض هؤلاء الأفراد أن يهذبوا من إحساسهم بالوحدة عن طريق الإنخراط أو الدخول في علاقة مؤذية أو مرضية مع الآخرين، وقد تتجح مثل هذه العلاقات في رد أو دفع الإحساس بالوحدة النفسية مؤقتاً، ولكن يشعر أطرافها في نهاية الأمر بالإحباط لأن هذه العلاقات تخفق في تخفيف ما لديهم من إحساس بالوحدة.

- 3-3-2- الوحدة النفسية الثانوية:** يظهر الشعور بالوحدة النفسية عادة في حياة الفرد عقب حدوث مواقف معينة في حياته، كالطلاق أو الترميل أو تصدع علاقات الحب، وهناك ثلاث محكات على الأقل يمكن بواسطتها تمييز الشعور بالوحدة النفسية الثانوية عن الشعور بالوحدة النفسية الأولية وهي:
- حدوث تمزق مفاجئ في البيئة الإجتماعية للفرد بعد أن كانت تربطه بالآخرين ذوي الأهمية بالنسبة إليه -علاقات سليمة مشبعة.
- يحدث الشعور بالوحدة النفسية فجأة كإستجابة من جانب الفرد، كحرمان مفاجئ يطرأ في حياته من أفراد آخرين يعتبرهم ذوي أهمية بالنسبة إليه.
- يكمن الشعور بالوحدة النفسية الثانوية عندما يتغير الموقف المؤلم الذي كان قد طرأ على حياة الفرد (الدسوقي، 2013، ص. 10-11).

3-4-4- تصنيف "ماكرون" Macqueron: يشير "ماكرون" (Macqueron, 2014, p. 62) إلى وجود نوعين من الوحدة النفسية وهما:

3-4-1- الوحدة النفسية المؤقتة: تنشأ الوحدة النفسية في الغالب كإستجابة لظروف خارجية تؤدي إلى إضطراب في العلاقات الإجتماعية أو العاطفية للفرد، مثل ما يحدث عند تغير مقر الإقامة أو الإنتقال إلى عمل جديد.

3-4-2- الوحدة النفسية المزمنة: الوحدة النفسية المزمنة أكثر خطورة مقارنة بالوحدة النفسية المؤقتة، وهي أقل تأثراً بالتغيرات التي تطرأ في المحيط الإجتماعي، وتعزى هذه الوحدة إلى خصائص شخصية، لذلك يعاني منها الفرد بشكل مستمر مهما كانت نوعية العلاقات التي تربطه بالآخرين، هذا ونجد الأشخاص الذين يعانون من الوحدة المزمنة لديهم سمات مشتركة وبالأخص النظرة السلبية إلى ذواتهم وإلى الآخرين، مما يجعلهم يتجنبون الدخول في علاقات خوفاً من الرفض، إضافة إلى ذلك فهم يفتقرون في الغالب إلى المهارات الإجتماعية. (ديب، 2018، ص. 88).

مما سبق يتبين أن للوحدة النفسية عدة أشكال، كما تتسم بالمعاناة والألم النفسي الراجع للإضطراب في التفاعل الاجتماعي وفقر في العلاقات الاجتماعية التي تتسم بالرضا والتفاهم، وقد تتباين الوحدة النفسية من كونها مؤقتة وعابرة إلى مستوى عالي لتصبح مزمنة.

4-أسباب الوحدة النفسية: لقد اهتمت عدة دراسات وأبحاث بتحديد أهم الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى الشعور بالوحدة النفسية وقد تعددت هذه الأسباب حسب طبيعة الأفراد والخلل الذي تحدثه الإضطرابات في العلاقات الاجتماعية والنفسية والعاطفية، وفي هذا الصدد فقد ترجع إلى الأفراد أو إلى البيئة في توليد الوحدة النفسية وهذا حسب إختلاف آراء الباحثين الذين تناولوا أسباب الوحدة النفسية.

فقد شخص "سوليفان" (1954) أن أحد أسباب الوحدة النفسية تنشأ عن حاجة الطفل إلى الإتصال أي حاجة الطفل إلى والديه، وحاجة المراهق إلى القبول في البيئة الاجتماعية، وحاجة البالغ إلى الإنضمام في جماعة (عرفات، 2009، ص. 05).

أ-أسباب بيئية: وهي تتركز على النقص أو المشكلات والصعوبات في البيئة باعتبارها أسباب مؤدية للوحدة، فمن الواضح أن المواقف كالموت أحد الزوجين أو الطلاق أو الإنتقال إلى مدينة أخرى، أو العيش في بيئة منعزلة جغرافياً تعتبر من العوامل المؤدية إلى الشعور بالوحدة النفسية، بحيث تلعب هذه الأخيرة دوراً مهماً في خلل شبكة العلاقات الاجتماعية.

حيث توصل كل من "بلبو" و"برلمان" Pelpeau et Perlman إلى أربعة أنواع من الأحداث تلعب دوراً في تخفيض الإحتكاك الاجتماعي، وتؤدي إلى الوحدة النفسية وهي إنهاء علاقة عاطفية حميمة بالطلاق أو الموت، الانفصال الجسدي عن الأسرة والأصدقاء بالهجرة إلى مجتمع جديد، تغيرات في المكانة، خفض نوعي لعلاقة موجودة (عبد الباقي، 2002، ص. 82).

ب-أسباب ذاتية: تؤثر الفروق الفردية في تقدير الفرد للموقف، فالناس يختلفون في الدرجة التي يشعرون بها بالوحدة كونهم لا يتلقون المساعدة من أحد، وغير معتنى بهم، وأنهم يختلفون في إستجاباتهم لوضعية معينة (خضر والشناوي، 1988، ص. 122).

ويرى "روكاش" أن من أهم العوامل التي يمكن أن تسبب الشعور بالوحدة النفسية هي فقدان كموت شخص ذو أهمية، كما أن خبرة فقدان الأطفال لأحد الوالدين في الطفولة بموت أو طلاق يجعله

مستهدف للشعور بالوحدة، كما أن عدم قدرة الفرد على تحقيق إمكاناته وعدم وضوح المستقبل بالنسبة له، وعدم كفاية نظام المساندة الإجتماعية، كل هذه العوامل تجعله عرضة للوقوع في الوحدة النفسية.

كما يعتبر التطور والتقدم التكنولوجي مصدرا للشعور بالوحدة النفسية عدم الأمن في بعض الأحيان، فطبيعة التفاعل الإنساني في المجتمع التكنولوجي الحديث أضعف الروابط الإجتماعية بين أفراد المجتمع مما قلل من أهمية دور الأسرة وإفتقاد الفرد لكثير من مقومات بناء الشخصية السوية، وإنتشار وسائل معقدة في الإتصال الإجتماعي مع الآخرين كالإعلام والإنترنت ما جعل الفرد يكتسب قيما قد تخالف عادات أسرته (النفيعي، 2002، ص. 22).

أما "روي" Roy (1997) فيرى أن الوحدة النفسية هي نتيجة الحاجة للشعور بالإنتماء، فلكل فرد ثلاث حاجات نفسية أساسية وهي: الحاجة إلى الحب والمشاركة الوجدانية، الحاجة إلى وجود طرف آخر يتفهم المشاعر والأحاسيس المختلفة، الحاجة لوجود من يشعر المرء بالإحتياج إليه، وفي حالة عدم إشباع هذه الحاجات يشعر الفرد بالفراغ، وينتج هذا الشعور بالوحدة كنتيجة لنقص المهارات الإجتماعية للتواصل مع الآخرين (بركات، 2007، ص.39).

ويضيف (Dupont,2010,p.35) أن الباحثون يؤكدون أن الوحدة النفسية هي نتيجة إدراك الفرد بأن علاقاته الإجتماعية الراهنة لا تحقق له الرضا، وذلك بسبب التناقض الموجود بين العلاقات التي تشكل حياته الإجتماعية وما يتطلع إليه من علاقات. هذا مايفسر إمكانية تعرض الأفراد إلى الشعور بالوحدة النفسية رغم ما لديه من علاقات إجتماعية غنية بسبب التفاوت الموجود بين مطالبهم العالية وما يعيشونه من علاقات.

ومنه يتضح لنا أن الخصائص الفردية تلعب دورا هاما في الشعور بالوحدة النفسية أي هناك أفراد مستهدفين أكثر من غيرهم بالشعور بالوحدة النفسية بسبب السمات الشخصية الموجودة لديهم.

اعتمادا على ما تقدم يظهر أن العزلة وإعتلال الصحة وضعفها، والظروف والمواقف الحياتية التي يعيشها الأفراد من موت وهجرة وفراق، وكذا البيئة الاجتماعية، الإفتقاد للمودة والتفاعل وبناء العلاقات يجعل الفرد أكثر عرضة للشعور بالوحدة النفسية، ولهذا الشعور أضرار بالغة على نفسية الفرد، ولتوضيح أكثر لابد من تصفح العنصر الموالي.

5- الأضرار الناجمة عن الشعور بالوحدة النفسية: يرى الباحثون أن للوحدة النفسية أضرار عديدة:

وفي هذا الصدد يقر "شرك" و"جونس" (1981) Cherk et Jones أن الأشخاص الذين يشعرون بالوحدة النفسية يصبحون متشائمين وخائفين، وخجولين وعصبيين وقلقين، ولا يتقون في أنفسهم. ويرى "روك" (1984) Rook أن الشعور الحاد والمستديم بالوحدة النفسية بإمكانه أن يثير الإكتئاب.

وحسب "نيو" و"بنتلر" (1986) New Bentler يؤدي الشعور بالوحدة النفسية إلى بعض الإضطرابات النفسية كالقلق أو الاكتئاب أو التفكير في الإنتحار، كذلك معاناة الفرد من أعراض مرضية جسمية كالصداع وضعف الشهية والتعب والإجهاد، وأيضاً العدوانية والمشكلات الدراسية والهروب من المنزل مما يؤثر بشكل حاد على الأداء الأكاديمي والتوافق النفسي. (علي، ورحيم، 2011، ص.370).

وبالنسبة لـ "قشقوش" (1988) فإن الوحدة النفسية تجعل الفرد يعاني من الأعراض العصابية مثل الإحساس بالملل، وإنعدام القدرة على تركيز الإنتباه، والإستغراق في أحلام اليقظة.

ففي الدراسة التي أجراها "روبرتس" و"شام" (1995) Roberts et Chem على عينة قوامها (3200) مراهقا ومراهقة مابين (12 - 15) سنة، كشفت النتائج أن المراهقين الذين ترتفع لديهم درجة الشعور بالوحدة النفسية تزداد لديهم الأعراض الإكتئابية والأفكار الخاصة بالميل الإنتحارية (الدليم، وعامر، 2004، ص.15).

كما يشير "ويس" Weiss إلى أنه يترتب عن الشعور بالوحدة النفسية الإحساس بالنبذ والهامشية، والملل وكثرة الحركة.

وحسب "شنغ" و"فورهان" (2002) Cheng et Furhan فإن خبرة الشعور بالوحدة النفسية تؤثر سلبا على الثقة بالنفس والشعور بالسعادة.

ويشير "نوتو" (2002) Noto إلى أن الشخص الذي يشعر بالوحدة النفسية لديه مستويات عالية من الخجل، وتقديره لذاته منخفض (ديب، 2018، ص. 102 - 103).

6- نظريات الوحدة النفسية: تعددت النظريات والمدارس التي تناولت الوحدة النفسية، وهذه

بعضها:

6-1- الوحدة النفسية من منظور الدين الإسلامي: إن الإسلام يجمع بين قلوب

المسلمين ومشاعرهم وأحوالهم المعيشية من خلال أداء شعائر فريضة الصوم في شهر رمضان الكريم، أيضا فإن أداء فريضة الزكاة وما ينتج عنها من تكافل إجتماعي وتآلف إنساني بين أبناء الأمة الإسلامية، يقرب ويجمع فيما بينهم، مما يجعل الأغنياء يعطفون على الفقراء، ويحب الفقراء الأغنياء.

ومن هنا فإن الإسلام عموما ينمي شعور الفرد بالإنتماء للجماعة، والإفتخار والإعتزاز بها، وأيضا ينمي روح التعاون والتآلف، التعاون والتماسك، التراحم والمحبة والمودة، الإخاء وتبادل المنفعة والمساعدة بين أبناء الأمة الإسلامية، وليس أدل على ذلك من قول الله سبحانه وتعالى في محكم التنزيل ("إنما المؤمنون إخوة فأصلحوا بين أخويكم واتقوا الله لعلكم ترحمون") (الحجرات، الآية 10) و ("تعاونوا على البر والتقوى ولا تعاونوا على الإثم والعدوان") (المائدة، الآية 2) و ("اعتصموا بحبل الله جميعا ولا تفرقوا واذكروا نعمه الله عليكم إن كنتم أعداء فألف بين قلوبكم فأصبحتم بنعمته إخوانا") (آل عمران، الآية 103)(الدليم، وعامر، 2004، ص.11).

6-2- الوحدة النفسية من وجهة نظر نظرية التحليل النفسي: يرى زعماء هذه النظرية

وعلى رأسهم "فرويد" Freud أن الوحدة النفسية ذات خصائص مرضية، ويرجعونها إلى التأثيرات المبكرة التي مر بها الفرد.

ويعتبر "زلبورغ" Zelboorg أول من قام بدراسة عن الوحدة النفسية، وفرق بين الشخص الذي ينتابه شعور مؤقت بالوحدة النفسية والشخص الوحيد، فالشعور المؤقت بالوحدة النفسية أمر طبيعي عابر ينتج عن فقدان شخص معين، أما الوحدة المزمنة فهي إستجابة لفقدان الحب أو شعور الفرد بأنه شخص غير مرغوب فيه لا فائدة منه مما يؤدي إلى الإكتئاب.

ويرى "سوليفان" Solifen أنه يمكن إعتبار الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهق متأثيا من إدراكه بأن ليس لديه مساندة من مصادر الإشباع والدفء والحب، حيث يشعر المراهق بالعجز فلا يجد لمن يلجأ إليه، فيستجيب المراهق إلى ذلك الشعور بالوحدة المصحوب بالقلق والخوف.

وحسب "سوليفان" يمكن الربط بين الوحدة النفسية وبين الفشل في الحب وعدم القدرة على تكوين الصداقات في مرحلة المراهقة (بركات، 2007، ص. 51-52).

3-6- الوحدة النفسية من وجهة نظر النظرية السلوكية: يرى "واطسن" Watson أن الشعور بالوحدة النفسية نمط سلوكي لم يتوفر له تعزيز إجتماعي إيجابي.

أما "سكينر" Skinner فيعتقد أن الشعور بالوحدة النفسية سلوك يتخذه الفرد على أساس إدراكه لإستجابات الآخرين في البيئة الإجتماعية.

4-6- الوحدة النفسية من وجهة نظر نظرية التعلم الإجتماعي: يرى رواد هذه النظرية "ولترز" و"باندورا" Walters et Bandoura أن الشعور بالوحدة النفسية ينشأ على أساس التعلم بالملاحظة، لأنه سلوك ارتبط بالتعزيز من خلال نموذج، وهو عبارة عن إحساس الفرد بضعف فعالية الذات وتوقعه عدم القدرة على السيطرة في المواقف الاجتماعية بجهوده الذاتية (خويطر، 2010، ص. 59).

5-6- الوحدة النفسية من وجهة نظر نظرية السمات: عبر "البورت" Alport عن الشعور بالوحدة النفسية بعدم قدرة الفرد على تحقيق الذات، وإنعدام الإهتمام الحقيقي في مجال العلاقات الاجتماعية، مع تركيزه الكلي على دوافعه ومقاصده الخارجية، مع نظرة سلبية على نفسه وعدم تقبل الذات.

6-6- الوحدة النفسية من وجهة نظر النظرية الظاهرية: اتفق أصحاب هذه النظرية على أن الشعور بالوحدة النفسية ينشأ من تناقض بين حقيقة الذات الداخلية للفرد والذات الخارجية التي يراها الآخرون.

حيث يرى "روجرز" Rogers أن سبب الوحدة النفسية هي ضغوط المجتمع الواقعة على الفرد التي تجعله يتصرف بطرق محددة ومتفق عليها إجتماعيا، مما يؤدي إلى التناقض بين ذات الفرد الداخلية والذات الواضحة أمام الآخرين، وهكذا يؤدي الفرد دوره المطلوب في المجتمع من غير دقة أو إهتمام، مما ينشأ عنه شعور بالفراغ، ويرى "روجرز" أن الوحدة النفسية هي تمثيل للتوافق السيئ (العنزي، 2010، ص. 30-31).

6-7- الوحدة النفسية من وجهة نظر نظرية التدرج الهرمي للحاجات الإنسانية: يرى

"ماسلو" Maslow أن الشعور بالوحدة النفسية ينشأ بسبب عدم إشباع حاجات الإنتماء والحب، والوحيد نفسياً يكون مدفوعاً بغرض الإحتكاك والصداقة الحميمة والإنتماء، والحاجة إلى التغلب على مشاعر الإغتراب والعزلة التي سادت بسبب الحراك الإجتماعي وتحطيم الجماعات التقليدية، وبعثرة الأسرة والفجوة بين الأجيال بسبب التحضر المستمر، وإختفاء علاقة الوجه لوجه (عرفات، 2009، ص. 06).

يتضح لنا من خلال ما سبق أن الوحدة النفسية حظيت بإهتمام كبير من طرف الباحثين، وعليه إختلفت وجهات النظر حسب كل مدرسة وتفسيرها للوحدة النفسية، كما تولد عن هذا الإهتمام عدة مقاييس سوف نذكرها في العنصر القادم.

7- مقاييس الشعور بالوحدة النفسية: حظي مفهوم الشعور بالوحدة النفسية بإهتمام الكثير

من الباحثين، مما تولد عنه عدة مقاييس نذكر منها:

7-1- مقياس الشعور بالوحدة النفسية لـ "روسل" (Russell 1996): أعد "روسل"

(Russell 1996) مقياساً للشعور بالوحدة النفسية، يصلح للتطبيق مع تلاميذ المرحلة الثانوية وطلاب الجامعة وكذا لكبار السن.

يتكون في صورته النهائية من (20) عبارة، بعضها إيجابية وأخرى سلبية، ثم صياغتها على هيئة أسئلة حيث يجيب الفرد على كل سؤال إجابة واحدة من بين أربعة إختيارات: أبداً، نادراً، أحياناً، دائماً، ووضعت الدرجات: 1، 2، 3، 4 للإجابة على العبارات السلبية، أما العبارات الإيجابية فيتم تصحيحها في الإتجاه العكسي للتقديرات السابقة، وبالتالي تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (20-80) درجة، وتشير إلى الدرجة المرتفعة إلى الشعور الشديد بالوحدة النفسية والعكس صحيح (الدسوقي، 2013، ص. 18-21).

7-2- مقياس الشعور بالوحدة النفسية "قشقوش" (1988): وضع "قشقوش"

مقياساً للشعور بالوحدة النفسية لدى طلاب الجامعة، يتكون في صورته النهائية من (34) عبارة، يطلب من المفحوص إبداء الرأي فيها على مقياس متدرج من (4) نقاط يتضمن أربع إستجابات، هذا مع تخصيص الدرجات (1-2-3-4) لكل هذه الإستجابات على النحو التالي:

4- أشعر بما تنطوي عليه هذه العبارة في معظم الأحيان.

3- أشعر بما تنطوي عليه هذه العبارة في بعض الأحيان.

2- أشعر بما تنطوي عليه هذه العبارة.

1- لا أشعر بما تنطوي عليه هذه العبارة.

ويتكون المقياس من أربعة أبعاد أساسية هي:

أ- إحساس الفرد بالفخر نتيجة إفتقاده للتقبل والتواد والحب من جانب الآخرين.

ب- إحساس الفرد بوجود فجوة نفسية تباعد بينه وبين أشخاص الوسط المحيط.

ج- معاناة الفرد لعدد من الأعراض العصابية كالملل، الإجهاد والإرهاق.

د- إحساس الفرد بإفتقاد المهارات الإجتماعية اللازمة للانخراط في علاقات مثمرة مع الآخرين.

7-3- مقياس الشعور بالوحدة النفسية "جيرفلد" و"كمفيس" (1985) Gierveld

:et Kamphis

يشمل هذا المقياس إحدى عشر (11) عبارة، تكون الإجابة على كل عبارة ب (نعم) أو (إلى حد

ما) أو (لا)، كما يحتوي المقياس على فرعين:

- مقياس فرعي خاص بالوحدة الإنفعالية و يتكون من ست (6) عبارات سالبة.

- مقياس فرعي خاص بالوحدة الإجتماعية ويتكون من خمس (5) عبارات موجبة.

تكون الدرجة الكلية على المقياس عبارة عن مجموع درجات الوحدة الإنفعالية والوحدة الإجتماعية،

تدل الدرجة ما بين 0 إلى 20 على غياب الشعور بالوحدة النفسية، وإذا تراوحت الدرجة ما بين 3 و8

فهي تشير إلى وجود شعور معتدل للوحدة النفسية ، بينما تدل الدرجة ما بين 9 و10 إلى شعور حاد

بالوحدة النفسية، أما إذا كانت الدرجة المتحصل عليها هي 11، فهذا يشير إلى أقصى درجة في الشعور

بالوحدة النفسية.

والجدير بالذكر أن هذا المقياس يستخدم لدى الشباب والراشدين والمسنين، وهو كثير الإستعمال في أوروبا (ديب، 2013، ص.89-90).

7-4- مقياس الشعور بالوحدة النفسية "ماركين" و "برونين" (1985) :Marcoen et Brunogne

يتكون هذا المقياس في صورته النهائية من (18) بند، تتدرج في ثلاثة مقاييس فرعية لقياس الشعور بالوحدة النفسية. المقياس الفرعي الأول يتعلق بالأقارب، والمقياس الفرعي الثاني فهو خاص بالوالدين، أما المقياس الفرعي الثالث فيرتبط بالذات.

يطلب من المفحوص إبداء الرأي بالنسبة لكل بند من البنود وفقا لأربع اختيارات، والدرجة الكلية على المقياس عبارة عن مجموع درجات المقياس الفرعية الثلاثة، وتدل الدرجة المرتفعة على زيادة الإحساس بالوحدة النفسية والعكس صحيح.

وقام "عبد الحميد" (1989) بإعداد هذا المقياس في صورته العربية والتأكد من صدقه وثباته على تلاميذ وتلميذات الصف السادس ابتدائي والصف الثاني إعدادي في دولة قطر (الدسوقي، 2013، ص.17-18).

8- سمات الشخصية المرتبطة بالشعور بالوحدة النفسية: اهتمت بعض الدراسات بتحديد الصفات أو السمات الشخصية التي ترتبط بالأشخاص الذين يشعرون بالوحدة النفسية كالخجل والإنطواء وقلة الرغبة في القيام بعلاقات إجتماعية، وعليه أشارت "أل مشرف" (1998) لنتائج دراسات وبحوث رسمت صورة واضحة لسمات الشخص الذي يعاني من الشعور بالوحدة النفسية ومن هذه السمات: الإنعزال والحزن، عدم الشعور بالراحة والضيق العام، الإتصاف بالحساسية الشخصية المفرطة والتقدير المنخفض، الإكتئاب والقلق الإجتماعي، والشعور بالخجل بدرجة كبيرة (المشرف، 1996، ص.172).

كما ترى "شقيير" (2000) أن الشخص الوحيد يفضل دائما البقاء بمفرده أكبر وقت ممكن، ولذلك فهو يفتقر إلى الأصدقاء ويعجز عن التفاعل مع الآخرين بشكل إيجابي ومقبول إلى جانب شعوره بالخجل

والتوتر والنقص، عدم الثقة بالنفس، وعدم تقديره لنفسه حق قدرها، كما أنه يشعر بالوحدة حتى في وجود الآخرين (خوخ، 2002، ص. 24).

في حين يرى "سايمت" و "كوردك" (Saimtt et Kurdek 1985) أن هناك متغيرات تترابط والشعور بالوحدة النفسية مثل تقدير الذات المنخفض، الخجل، الشعور بالإغتراب، الضجر، عدم السعادة والإكتئاب، لذا فإن الأشخاص الشاعرين بالوحدة النفسية يتصفون باللامبالاة ينسبون لها إلى البيئة الإجتماعية التي سلبتهم قوتهم (بركات، 2007، ص. 49).

مما سبق نستنتج أن الشعور بالوحدة النفسية يثير لدى الفرد العديد من السمات السلبية أغلبها تتمثل في التوتر، الإنطواء، تقدير الذات المنخفض، القلق، الإكتئاب، الحساسية المفرطة، الإحساس بالإهمال وعدم الإهتمام خصوصا لدى فئة المسنين كونها فئة جد حساسة في المجتمع، وهذا ما سنتطرق إليه في العنصر الموالي.

9- الوحدة النفسية لدى المسنين: تعد مرحلة الشيخوخة من المراحل التي لها طابع خاص ومميز، حيث يحدث في هذه المرحلة العديد من التغيرات العضوية والنفسية إذ تزيد احتمالية شعورهم بالوحدة النفسية، حيث أن أغلبهم يعانون من مشاعر الفقدان مثلا للأهل، العمل، الأصدقاء، الصحة، وربما فقدان الأشخاص الذين يحبونهم، وكثيرا ما يكون الإحساس بالوحدة النفسية سبباً لظهور الإضطرابات النفسية تكون أكثر حدة في حياتهم، إذ أظهرت العديد من الدراسات وجود علاقة بين الوحدة النفسية وكل من الإكتئاب والأفكار الإنتحارية وتقدير الذات المنخفض وقلة التوافق النفسي الإجتماعي لديهم (جودة، 2005، ص. 03).

حيث أظهرت دراسة "البريري" (2002) التي تناولت الوحدة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية لدى المسنين، أن هناك علاقة وطيدة بين الوحدة النفسية والتوافق الأسري للمسن، وأن الأشخاص الذين يحالون مبكرا للمعاش بصورة إجبارية أكثر شعورا بالوحدة النفسية من الذين يحالون مبكرا للمعاش بصورة اختيارية (البريري، 2002، ص. 111).

كما تناولت دراسة "تراسي" (Trasse 1982) الوحدة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية، إن الأشخاص الأكبر سننا الذين يعيشون بمفردهم لديهم إحساس قوي بالوحدة النفسية.

وأخيراً دراسة "هانا" (Hanna 2005) بعنوان الوحدة النفسية لدى المسنين، حيث توصلت النتائج أن المسنين الذين يعانون من الوحدة النفسية بنسب مرتفعة هم الأرامل (حمو علي، 2012، ص. 104-105).

يتضح لنا مما سبق أن الشعور بالوحدة النفسية يختلف باختلاف عوامل المؤدية لظهوره لكن يتفق في خلق العديد من المشاعر السلبية التي تُولد العديد من الإضطرابات العقلية وكذا الإضطرابات السلوكية وعليه الوحدة النفسية مشكلة يترتب عنها العديد من المخلفات السلبية على الفرد بشكل خاص وعلى المجتمع بشكل عام، لذا ينبغي العمل للحد من هذا الشعور وهذا ما سنتناوله في العنصر الموالي.

10- كيفية الحد من الشعور بالوحدة النفسية: إن الشعور بالوحدة النفسية حالة قد يمر بها الفرد في حياته، ونظراً لما ينجر عليها من ألم ومعاناة نفسية يجب العمل للحد منها وتخفيفها قدر المستطاع.

وفي هذا الصدد يرى "ركاش" (Rokach 1988) أنه يجب على الفرد إتخاذ القرار للتصدي لها بشجاعة عن طريق المداومة على الأنشطة التالية:

- المداومة على أنشطة أوقات الفراغ مثل المشي لفترات طويلة أو قراءة الكتب أو كتابة روايات وغيرها.
- إنجاز الأعمال والمهام اليومية منها الذهاب للعمل، التسوق، الاعتناء بالبيت والأولاد، وأيضاً الالتحاق بالوظائف الإضافية وغير ذلك (حدواس، 2012.2013، ص. 47).

ويضيف (عبد الرحمان، 1998، ص. 138) أن إستغلال وقت الفراغ بالإندماج في الأنشطة الإجتماعية والثقافية وغيرها يفيد ويساعد في التغلب على الشعور بالوحدة النفسية.

كذلك يمكن التقليل من حدة الشعور بالوحدة النفسية من خلال برامج إرشادية، ففي دراسة قام بها كل من "كوبت" و"ماكر" (Coopet et Macor 1992) على عينة قوامها (24) مراهقاً ممن يدمنون على تعاطي الكحوليات، وذلك بهدف التعرف على أثر إستخدام العلاج النفسي الجماعي السلوكي في التخفيف من حدة الشعور بالوحدة النفسية وعدد من المشكلات المرتبطة بها وهي القلق والعدوان والإحباط، وقد كشفت نتائج الدراسة على مدى فعالية العلاج السلوكي الجماعي في تخفيف حدة مستوى

الشعور بالوحدة النفسية وكذلك انخفاض مستوى المشكلات النفسية الأخرى المصاحبة لها (الدليم، وعامر، 2004، ص.18).

وفي دراسة "الرفاعي" (2007) حول فعالية برنامج إرشادي في خفض الإحساس بالوحدة النفسية لدى عينة قوامها (10) مسن من الذكور، حيث أوضحت النتائج فعالية البرنامج الإرشادي في خفض الإحساس بالوحدة النفسية لدى المسنين لصالح المجموعة التجريبية وتحويلهم من حالة الإحساس بالوحدة النفسية إلى حالة يزداد معها الإحساس بالدفء ومعنى الحياة (حمو علي، 2012، ص.91).

ويرى بعض الباحثين أنه يمكن التخفيف من الشعور بالوحدة النفسية من خلال تنمية المهارات الإجتماعية.

وفي هذا السياق يقترح (عبد الرحمان، 1998، ص. 138) الإهتمام ببرامج التدريب على المهارات الإجتماعية في العيادات النفسية ومراكز الصحة النفسية لما لها من آثار إيجابية في الوقاية والعلاج من الشعور بالوحدة النفسية.

وحسب "بالوفي" و"جاشي" (Ballofet et Jashi, 2003, p. 18) ينبغي القيام بعملية تحسيسية مناسبة لجعل الفرد يرضى عن علاقاته الإجتماعية ويتمكن من تقبل الآخرين، وهذا من شأنه أن يخلصه من شعوره بالوحدة النفسية الناتج عن توقعاته إتجاه علاقاته الإجتماعية (حمو علي، 2012، ص.18).

كما أن للمساندة الإجتماعية دور فعال في التقليل من الشعور بالوحدة النفسية فبالنسبة لكل من "مورفي" و"كوبشك" (Murphy et Kupshik (1992) إن المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من غيره لها أثر إيجابي إذ تعتبر من أهم العوامل المخفضة للشعور بالوحدة النفسية.

وفي هذا السياق أظهرت دراسة (عابد، 2008، ص. 88) على عينة شملت (153) زوجة من زوجات شهداء إنتفاضة الأقصى من محافظة غزة وجود علاقة إرتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الشعور بالوحدة النفسية ومستوى المساندة الإجتماعية. فعندما تكون أسرة زوجها عوناً لها ولأولادها، بالإضافة إلى إهتمام المؤسسات الأهلية بها يعتبر عاملاً أساسياً في التخفيف من الشعور بالوحدة النفسية الراجع لفقدان الزوج، فالمساندة الإجتماعية تعطي نوع من الوقاية والحماية من الوقوع في الوحدة النفسية.

وتؤكد أيضا دراسة (علوان، 2008، ص. 517-519) على عينة شملت (211) زوجة شهيد في محافظة غزة وجود علاقة سالبة دالة بين كل من متوسطات درجة الرضا عن الحياة والوحدة النفسية، فكلما زاد الشعور بالرضا خفت الوحدة النفسية، ومن بين أسباب الشعور بالرضا الدعم المقدم من طرف المؤسسات المجتمعية، كالمساعدات المادية والموائد الرمضانية وكسوة الأبناء التي تقام لأسر الشهداء بصورة مستمرة، كل ذلك جعل زوجة الشهيد تشعر بسعادة تعوضها عن حرمانها لزوجها، فالسند الاجتماعي يخفف حدة الشعور بالوحدة النفسية ويزيد من الشعور بالرضا (ديب، 2018، ص. 108-110).

خلاصة الفصل:

من خلال تطرقنا لمفهوم الوحدة والمفاهيم المرتبطة بها وأشكالها وأسبابها وكذلك النظريات المفسرة لها والأضرار الناجمة عنها يتضح لنا أن الشعور بالوحدة النفسية خبرة مؤلمة يمر بها الفرد في مختلف مراحل حياته، حيث يشعر بفقدان العلاقات الإجتماعية التي تتميز بالموودة والمحبة، وقد تتفاوت درجة الوحدة النفسية التي يمر بها الفرد من مؤقتة إلى مزمنة حسب أسباب ذاتية وبيئية وإجتماعية مما يتولد عنها أضرار نفسية وإجتماعية تغير مصير حياة الفرد من سعيد إلى تعيس.

وعليه فالشعور بالوحدة النفسية تجربة مؤلمة يعيشها المسن، مما تتسبب له الألم والضيق والأسى، فالتغيرات المتعددة المصاحبة لمرحلة الشيخوخة تحمل في طياتها الكثير من المواقف التي تتضمن الضغط والتوتر، وهذا ما يدفع الفرد إلى العزلة والإبتعاد حين لا يجد من يسانده لمواجهة هذه الصراعات لذا يجب وضع كل الجهود لتجنب الوقوع فيها أو الخروج منها في حال الشعور بها.

الفصل الرابع

نوعية الحياة

تمهيد:

لا يرب في أن الكائن البشري لا تنحصر مقومات حياته في تأمين الحاجات الأساسية والضرورية لبقائه بل تتعدى ذلك إلى ما يشمل كل ما يحسن نوعية الحياة لديه، وتختلف وجهات النظر حول مفهوم نوعية الحياة وفقاً لذات الشخص، أي ما يدركه الشخص وفقاً للمتغيرات البيئية التي تحيط بنا والإمكانات المادية والمعنوية و لذلك يمكن أن نعتبره مفهوم نسبي يختلف من إنسان إلى آخر، وأصبح موضوع نوعية الحياة في السنوات الأخيرة موضع إهتمام العديد من البحوث والدراسات. ولفهم أكثر مضامين هذا المفهوم سيتم التطرق أولاً إلى عرض مختلف التعاريف المقدمة لمفهوم نوعية الحياة، مجالاتها ومكوناتها والنظريات المفسرة لها وكذا مؤشراتها ومستوياتها وأهم السبل لتحقيقها، كما سيتم التطرق إلى نوعية الحياة المتعلقة بفئة المسنين.

1- لمحة تاريخية لمفهوم نوعية الحياة: لقد كان أول ظهور لمصطلح نوعية الحياة في

الفلسفة الإغريقية، فقد ركز كل من "أرسطو" و"سقراط" و"أبيقراط" على مفهوم السعادة الذي كان الموضوع الرئيسي لإهتمامهم وذلك عبر تساؤلات عديدة: ما هي؟ هل يمكن الوصول إليها؟ وكيف؟ حيث إعتبروها أنها مشتقة من فعالية ونشاط الروح. (الهمص، 2010، ص. 46).

استخدم "بيغو" (Pigou, 1920) مفهوم نوعية الحياة لأول مرة في كتابه عن الرفاهية الإقتصادية، لكن تم تجاهله حتى نهاية الحرب العالمية الثانية، وفي ذلك الوقت وسعت منظمة الصحة العالمية تعريف الصحة وضمنتها مفاهيم الرفاه البدني والنفسي والإجتماعي (Ruzevicius, 2014, p.318).

دخل مفهوم نوعية الحياة في الميدان السياسي في الستينات من القرن الماضي كمؤشر على الرفاه السكاني المرتبط بالنمو الاقتصادي، وفي السبعينات وبعد التعرف على أوجه القصور في هذا المنهج الموضوعي الذي يركز على الجوانب الاقتصادية، ركز الباحثون بدلا من ذلك على المؤشرات الذاتية لنوعية الحياة (Levasseur, Tribble & Desrosiers, 2006, p.164).

حيث ظهر مصطلح نوعية الحياة في الخطاب الشهير للرئيس الأمريكي "ليندون" (1964) Lyndon تحت عنوان "المجتمع العظيم" حيث صرح أن أهداف سياستنا لا يمكن أن تكون مقيمة فقط من خلال ميزان الرواتب كما لا يمكن أن تقاس إلا بنوعية الحياة المعاشة من قبل المواطنين (Serge & Varscon, 2012, p.20).

إن هذا الشعار كان مسجل كجزء من جوهر الدستور الذي أعده الرئيس الأمريكي "جيفرسون" Jefferson سنة 1809-1881 والذي إعتبر فيه أن السعادة حق ثابت لكل مواطن أمريكي. لقد كان المعنى السياسي لهذا المصطلح غامضا بما فيه الكفاية ليشمل كل من عناصر نوعية الحياة الذاتية والموضوعية المتفق عليها حاليا، حيث كان يسعى في البداية إلى إعطاء بعد أخلاقي وهدف وضع مشروع (Corten, 1998, p. 04).

وأصبحت نوعية الحياة من المصطلحات الطبية في سنة (1987) حيث وسعت منظمة الصحة العالمية المصطلح وأوضحت أن للأفراد الحق في الرعاية النفسية ونوعية حياة كافية بالإضافة إلى الرعاية الجسمية (الهمص، 2010، ص. 46-47).

فالتطورات الطبية أحدثت تغيرات كثيرة غيرت طريقة البحث. حيث أصبحت تسعى لإطالة عمر المرضى وتخفيف من إنتشار الأمراض المزمنة ذات عواقب متنوعة (جسمية، عقلية، إجتماعية) التي تصيب رفاة المرضى وليس بقائهم فحسب فأصبح المختصون يهتمون بنوعية حياة هؤلاء المرضى (Brouchon, 2002, p.48).

لأن المرضى خاصة المتقدمين في العمر يريدون أن يحيوا حياة طيبة وليس مجرد أن يبقوا على قيد الحياة، فقد لاحظ الكاتب الإنجليزي "سويفت" (1745-1667) Swift أن كل إنسان يتمنى أن يعيش طويلا، ولكن ليس هناك أي إنسان يرغب أن يكون عجوزا (عبد الخالق، 2008، ص. 248).

2- تعريف نوعية الحياة:

2-1- التعريف اللغوي: إن لفظ Quality في الإنجليزية يشير إلى مستوى شيء ما، غير أن أغلب مدلولاتها تشير إلى التمييز والجودة خاصة في المنتجات السلعية، لكن الملاحظ أن أصل الكلمة يعود إلى الفرنسية القديمة Qualité والتي تعود إلى اللاتينية Qualitas من Qualitis بمعنى النوعية.

2-2- التعريف الإصطلاحي: رغم آلاف البحوث التي تناولت مفهوم نوعية الحياة منذ الستينات حتى اليوم بل وتخصيص مجالات علمية وجمعيات عالمية في البحث لا يزال يشكل تعريفها أحد النقاط الخلافية بين الباحثين.

يرى "هونتر" و"اربونا" (Hunter et Arbona, 1995) أن إنتشار الفقر والعزلة وسوء التغذية، والإهمال ونقص مراكز الرعاية الصحية تؤدي إلى إنخفاض مستوى نوعية الحياة.

في حين يعرف "فرانك" (Frank, 2000) نوعية الحياة بأنها إدراك الفرد للعديد من الخبرات، وبالمفهوم الواسع شعور الفرد بالرضا مع وجود الضروريات في الحياة مثل الغذاء والمسكن وما يصاحب هذا الإحساس من شعور بالإنجاز والسعادة (الهمص، 2010، ص. 5).

ويعتبر "روبن" (Rubin, 2000) نوعية الحياة بأنها " الدمج والتكامل بين عدة إتجاهات لدى الفرد من ناحية الصحة الجسمية والنفسية والحياة الإجتماعية، متضمنة كلا من المكونات الإدراكية والذي يشمل الرضا، والمكونات العاطفية والتي تشمل السعادة (Rubin, 2000, p. 19).

وينظر "الشرقاوي" إلى نوعية الحياة من خلال قدرة الفرد على إشباع حاجات الصحة النفسية مثل الحاجات البيولوجية والعلاقات الإجتماعية الإيجابية والإستقرار الأسري والرضا عن العمل، والإستقرار الإقتصادي والقدرة على مقاومة الضغوط الإجتماعية والإقتصادية، ويؤكد أن شعور الفرد بالصحة النفسية من المؤشرات القوية الدالة على نوعية الحياة جيدة (حسين، 2004، ص. 15).

يصف "مونس" (Moons, 2006) مصطلح نوعية الحياة بالمصطلح المظلة (Umbrella term) لتغطيته أو تضمينه مصطلحات أخرى مثل الأداء الوظيفي و الوضع الصحي و إدراكات الفرد وخبراته المعاشة، وظروف حياته وسلوكه العام ونمط معاشه، والأعراض التي تظهر عليه السعادة والهناء وطيب العيش وغيرها مما يزيد المفهوم غموضا (زعطوط، 2014، ص. 243).

وأشار "ريف" (Ryff, 2006) إلى أن نوعية الحياة "هي الإحساس الإيجابي بحسن الحال كما يرصد بالمؤشرات السلوكية التي تدل على إرتفاع مستويات رضا الفرد عن ذاته وعن حياته بشكل عام، وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية ذات قيمة بالنسبة له، وإستقلاليته في تحديد وجهة ومسار حياته، وإقامة علاقات إجتماعية إيجابية مع الآخرين. كما ترتبط جودة الحياة بكل من الإحساس العام بالسعادة والسكينة والطمأنينة النفسية" (Ryff et al, 2006, p.85-95).

في نفس السياق يرى كل من عبد " الفتح" و"حسن" (2006) أن نوعية الحياة هي درجة الإستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات والرضا عن

الحياة، فضلا عن مدى إدراك الفرد لجوانب حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية وتوافقه مع القيم السائدة في المجتمع (المنسي وكاظم، 2010، ص.44).

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية (2013) نوعية الحياة بأنها إدراك الفرد لوضعيته في الحياة وهذا في سياق الثقافة والقيم التي يعيش فيها، وربطها مع أهدافه الخاصة وتوقعاته ومعتقداته واهتماماته، فمفهوم نوعية الحياة مفهوم واسع النطاق يتأثر بحالة الفرد النفسية والبدنية وعلاقاته الاجتماعية (القشار وطشطوش، 2017، ص. 134).

كما تعتبر منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة "UNESCO" نوعية الحياة بأنها مفهوم شامل يضم كل الجوانب الحياة كما يدركها الفرد، وهو يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحقيقه لذاته، وبناء على ذلك فإن لنوعية الحياة ظروف موضوعية ومكونات ذاتية.

يرى "الحبيب" بأن نوعية الحياة هي درجة إحساس الفرد بالتحسن المستمر لجوانب شخصيته من النواحي النفسية، المعرفية، الإبداعية، الثقافية، الرياضية والجسمية والتنسيق بينها مع تهيئة المناخ المزاجي والإنفعالي المناسبين للعمل والإنجاز، والتعلم المتصل للعادات والمهارات والإتجاهات، وكذا تعلم حل المشكلات وأساليب التوافق والتكيف، وتبني منظور التحسن المستمر للأداء كأسلوب للحياة، وتلبية الفرد لإحتياجاته ورغباته بالقدر المتوازن، واستمرارية في توليد الأفكار والإهتمام بالإبداع والإبتكار والتعلم التعاوني بما ينمي مهارات الفرد النفسية والإجتماعية (مجدي، 2006، ص. 84).

حسب "ثيوفيلو" (Theofilou, 2013, p.151) يشمل مفهوم نوعية الحياة بشكل عام كيف يقيس الفرد الحياة الجيدة من جوانبها المتعددة، تتضمن هذه التقييمات ردود فعل الفرد الإنفعالية تجاه أحداث الحياة والإستعدادات الشخصية، والشعور بالرضا عن الحياة، والرضا عن العمل والعلاقات الشخصية.

من خلال ما تقدم يمكننا أن نعتبر نوعية الحياة على أنها قدرة الفرد على التعامل مع معطيات بيئته. بمعنى آخر مدى قدرة الفرد في تحقيق الأفضل لنفسه وذلك من خلال التوافق والتكيف مع مجالات الحياة (الصحية، الإجتماعية، الإقتصادية)، وكذا توقعه المسبق للمعوقات التي يمكن أن يتلقاها من البيئة التي يعيش فيها ومنه كيفية التصدي لها.

3- المفاهيم ذات صلة بنوعية الحياة: في الحقيقة هناك عدة مصطلحات تستخدم كمفاهيم

متصلة بنوعية الحياة تارة ومنفصلة تارة أخرى، خاصة إن البعض يرى أنها مجرد تسميات تعبر عن مستوى معين يعيشه الفرد، فمنهم من يستخدم مصطلح نوعية الحياة (Quality of life) ومنهم من يستخدم مصطلح أسلوب الحياة (Style of life) ومنهم من يستخدم مصطلح نمط الحياة (Pattern of life) أو جودة الحياة.

3-1 أسلوب الحياة: هو نمط السلوكيات والعادات التي يتميز بها الفرد ويمكن تغير أسلوب

الحياة إذ لم يعد متلائم مع الحالة الصحية أو النفسية. يعرف أيضا على أنه: تغيير يدل على وحدة الشخصية النفسية المنظمة إنطلاقا من خيار للقيم يساهم في تماسك صورة الذات في العالم الخارجي.

3-2 نمط الحياة: هو مصطلح يستخدم في الجغرافيا البشرية، يدل من خلال أعمال الجغرافيين

الفرنسيين في مطلع القرن 20 على مجموعة من الأشكال المادية لوجود الجماعات البشرية التي تعيش ضمن اقتصاد مغلق أو شبه مغلق، متميز بموضوع أساسي للنشاط الحيوي، كأنماط الحياة التي تقوم على الصيد البري والبحري... الخ.

3-3 نوعية: بمعنى الكيف، وهو الخاصية والجودة، ويعني المنزلة الجيدة والوصف الكيفي

qualitative هو ضمان الجودة أو الجودة النوعية، فهو أسلوب للإرتقاء بالموصفات للخدمات والإنتاج، وفي الطب يعني تقديم خدمة طبية جيدة متكاملة.

3-4 جودة الحياة: هو تعبير عن حالة إيجابية من الصحة البدنية والنفسية والإستمتاع بالحياة

(بن غذفة، 2007، ص.56-57).

4- الإتجاهات النظرية والنماذج المفسرة لنوعية الحياة: لقد حاول العديد من الباحثين

صياغة نظريات لتفسير نوعية الحياة وتحديد العوامل الرئيسية المؤثرة فيها، ومن أهم الأطر النظرية المقترحة في هذا الإتجاه نجد ما يلي:

4-1- الإتجاه النفسي: يركز الإتجاه النفسي على إدراك الفرد كمحدد أساسي للمفهوم وعلاقته

بالمفاهيم النفسية الأخرى، وأهمها القيم والحاجات النفسية وإشباعها، وتحقيق الذات ومستوى الطموح لدى الأفراد، وبالتالي فالعنصر الأساسي لنوعية الحياة يتضح في العلاقة الإنفعالية القوية بين الفرد وبيئته، هذه العلاقة تتوسطها مشاعر وأحاسيس الفرد ومدركاته، فالإدراك ومعه بقية المؤشرات النفسية كلها عناصر تمثل المخرجات التي تظهر من خلالها نوعية حياة الفرد.

كما ينظر إلى مفهوم نوعية الحياة وفقاً للمنظور النفسي على أنه البناء الكلي الشامل، الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية وأخرى ذاتية.

ويرى البعض أن جوهر الحياة يكمن في إشباع الحاجات كمكون أساسي لنوعية الحياة، وذلك وفقاً لمبدأ إشباع الحاجات في نظرية "ماسلو"، والذي صنف الحاجات إلى خمس مستويات (الحاجات الفيزيولوجية، الحاجة للأمن، الحاجة للإنتماء، الحاجة لتقدير الذات، الحاجة لتحقيق الذات).

وكلما إنتقل الإنسان إلى مرحلة جديدة من الحاجات، فرضت عليه متطلبات وحاجات جديدة لهذه المرحلة تلح على الإشباع، أو عدم الرضا "في حالة عدم الإشباع" وهو الأمر الذي يحدد مستوى معين من نوعية الحياة.

ومن هنا نستطيع القول أن نوعية الحياة تتضمن الإستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية، والإحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة، وكذا إدراك الفرد لقوى ومتضمنات حياته وشعوره بمعنى الحياة، إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية وإحساسه بمعنى السعادة، وصولاً إلى عيش حياة متناغمة متوافقة مع جوهر الإنسان والقيم المساندة للمجتمع.

وفي نوعية الحياة يتطلب الإستمتاع بالأشياء بشكل تراكمي أن يفهم الإنسان ذاته وقدراته، ويحقق إهتمامه وطموحاته في تفاعل وإنهماك يمكنه من التغلب على مشكلات الحياة وتحديد معنى وهدف يسعى دوماً لبلوغه، ولا يدخر جهداً في الإندفاع التام تجاه تحقيقه (الشرافي، 2012، ص. 72).

4-2- الإتجاه المعرفي: يرتكز المنظور المعرفي في تفسيره لنوعية الحياة على الفكرتين

التاليتين:

الأولى: أن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بنوعية حياته.

الثانية: في إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد، فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أثراً من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بنوعية الحياة.

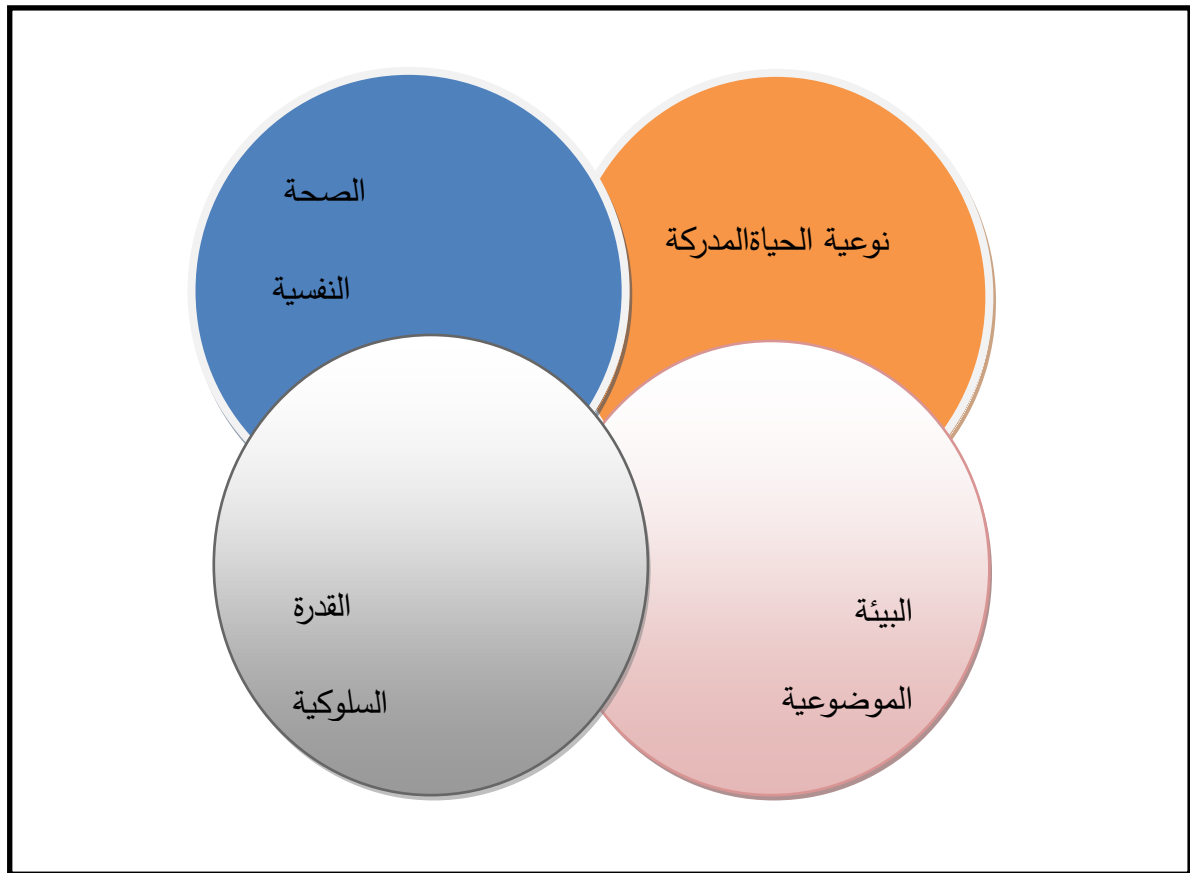
وفقاً لذلك، وفي هذا المنظور تبرز لدينا نظريتان حديثتان في تفسير نوعية الحياة هما:

أ-نظرية "لاوتين" (Lawton (1996): طرح "لاوتين" مفهوم طبيعة البيئة (Environmental Press) ليوضح فكرته عن نوعية الحياة، والتي تدور حول الآتي:
أن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفان هما:

-الظرف المكاني: يوجد تأثير للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لنوعية حياته، حيث تأثر البيئة إما بشكل مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلا، أو غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضا الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

-الظرف الزمني: إن إدراك الفرد لتأثير بصمة البيئة على نوعية حياته يكون أكثر إيجابية كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في العمر كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته، وبالتالي يكون التأثير أكثر إيجابية على شعوره بنوعية الحياة.

ويبين الشكل رقم (2) أثر بصمة البيئة على إدراك الفرد لنوعية حياته، وتأثر قدرته السلوكية والصحة النفسية بهذا الأثر.



شكل رقم (2): نوعية الحياة المدركة وفق مفهوم بصمة البيئة

(Lawton, 1996, p. 201)

ب-نظرية "شالوك" (Schalok 2002): قدم "شالوك" تحليلاً مفصلاً لمفهوم نوعية الحياة على أساس أنه مفهوم مكون من ثمان مجالات، وكل مجال يتكون بدوره من ثلاث مؤشرات، تؤكد جميعها على أثر الأبعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تقرير درجة شعور الفرد بنوعية الحياة، على أن هناك نسبة في درجة هذا الشعور، فالعامل الحاسم في ذلك يكمن في طبيعة إدراك الفرد لنوعية حياته.

ويوضح الجدول رقم (1) تفصيلات نظرية "شالوك" لهذه المجالات الثمانية ومؤشرات كل مجال من هذه المجالات.

جدول رقم (1): مجالات نوعية الحياة ومؤشراتها حسب "شالوك"

المجالات							
الحقوق البشرية والقانونية	الإندماج الاجتماعي	تقرير المصير	السعادة البدنية	النمو الشخصي	السعادة المادية	العلاقات بين شخصية	السعادة الوجدانية
الحقوق الفردية	التكامل	الاستقلالية	الصحة	التعليم	الحالة المادية	التفاعلات	الرضا
حقوق الجماعة	التربط الاجتماعي	الأهداف	الأنشطة اليومية	الكفاءة الشخصية	العمل	العلاقات	مفهوم الذات
القانون والعمليات الواجبة	الأدوار المجتمعية	الإختبارات	وقت الفراغ	الأداء	المسكن	المساندة	إنخفاض الضغط

(مبارك، 2012، ص. 723-725)

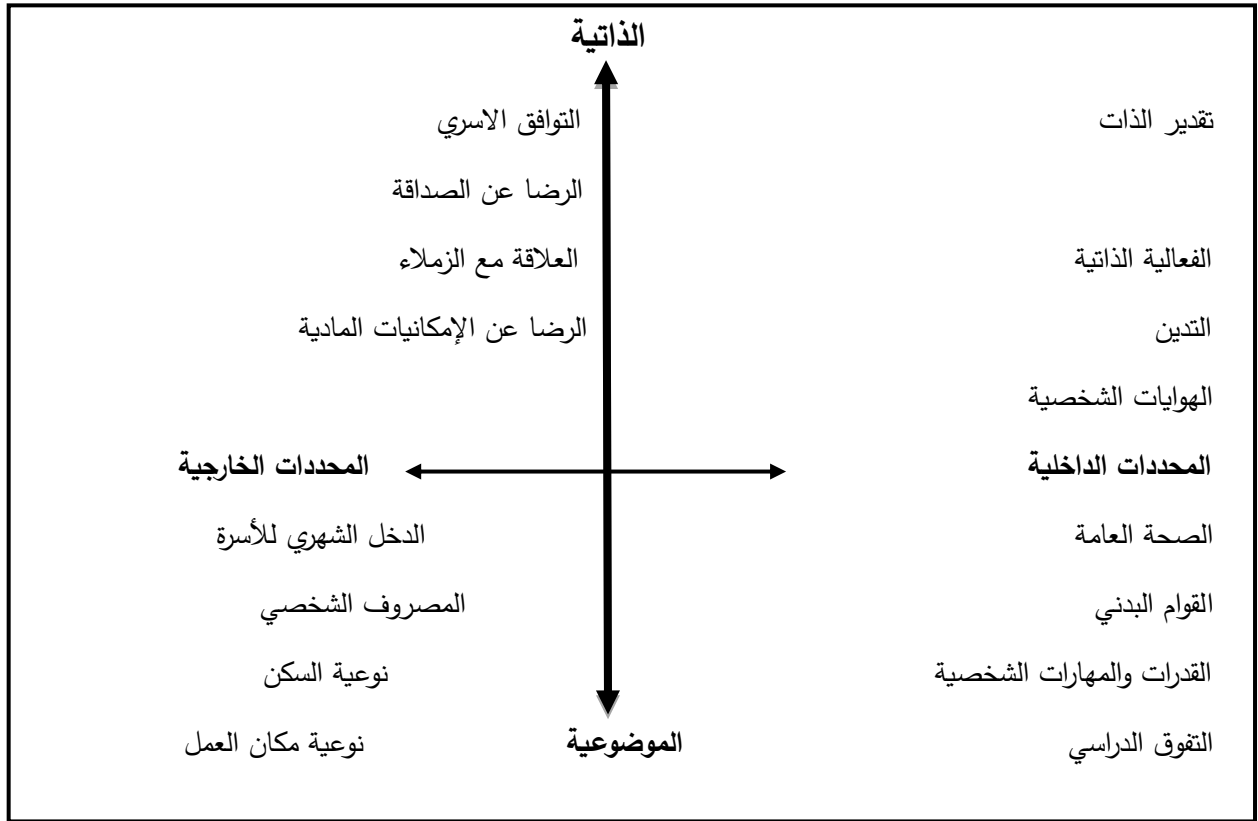
4-3-الإتجاه الطبي: لقد بدأ الإهتمام بمفهوم نوعية الحياة في المجال الطبي حين لاحظ

الأطباء العلاقة بين الحالة الصحية للفرد ونوعية الحياة لديه، وذلك من خلال معايير النوعية في الرعاية الصحية، وضرورة الإهتمام بقضايا الحياة لدى المرضى، حيث يدرك المريض نوعية الحياة من خلال

معايير النوعية في رعاية الصحة بصورة تختلف عن الأسوياء، والعمل على تنمية شبكة العلاقات الإجتماعية لديهم من خلال تدخلات واستراتيجيات فعالة، ويهدف هذا الاتجاه إلى تحسين نوعية حياة الأفراد الذين يعانون من أمراض مختلفة (جسمية، نفسية أو عقلية) وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية (هشام، 2008، ص.146).

4-4- النموذج أبو سريع لنوعية الحياة: قدم "أبو سريع" وآخرون (2006) نموذجاً لتقدير

وتفسير نوعية الحياة يعتمد على المتغيرات المؤثرة فيها، وهي موزعة على بعدين متعامدين كما هو موضح في الشكل رقم (3).



الشكل رقم (3): تصور أبو سريع وآخرون لمحددات نوعية الحياة

(مبارك، 2012، ص.729-731)

ويمكن تفسير الشكل رقم (3) كالآتي:

- أن البعد الأفقي يشمل قطبي توزيع محددات نوعية الحياة، كونها من داخل الشخص أو خارجه، وتسمى "بعد المحددات الشخصية الداخلية" في مقابل "بعد المحددات الخارجية".

- أن البعد الرأسي يمثل توزيع تلك المحددات وفق قياسها وتحققها، وهي تتوزع بين الأسس الذاتية (المنظور الشخصي للفرد) والأسس الموضوعية التي تشمل الاختبارات والمقاييس التي تتيح للفرد موازنة نفسه مع غيره أو بمتوسط جماعته المعيارية.

وفق هذا التصور، فإن نوعية الحياة تمثل ظاهرة متعددة الجوانب (صحية، إجتماعية، اقتصادية ونفسية) تتأثر بالنظام السائد في المجتمع فضلا عن النظام السياسي، والتقاليد الإجتماعية، ومفهوم الرفاهية، ومعتقدات الأفراد المختلفة.

كما تتمثل نوعية الحياة في إشباع الحاجات الإنسانية سواء كانت هذه الحاجات مادية أو معنوية، كما أن نوعية الحياة تعتمد على بعض المؤشرات غير المادية مثل:

- الرضا والقناعة.

- التوافق الشخصي، الإجتماعي، الصحي والأسري.

- درجة الولاء والانتماء للأسرة والوطن.

- مفهوم الذات والوعي بها.

- درجة المرونة الفكرية وتقبل الآخر (مبارك، 2012، ص. 729-731).

4-5- نموذج "بوليز" (Bubolz(1980): نموذج "بوليز" مستوحى إلى حد كبير من

المبادئ الأساسية للإيكولوجيا الحضرية، فمن وجهة نظرهم تتمثل نوعية الحياة بالمعنى العام في مستويات الرفاهية الذاتية للأفراد ضمن البيئة المحيطة التي يعيشون فيها، فتقييم الفرد الذاتي لنوعية حياته يركز خاصة على درجة تحقيق وإرضاء إحتياجاته المادية، البيولوجية، النفسية، الإقتصادية والإجتماعية الأساسية، هذه الإحتياجات التي يتم تلبيتها من موارد البيئة المتاحة في المحيط.

إنطلاقاً من ذلك فنوعية الحياة تركز على مدى قدرة البيئة على توفير الموارد اللازمة لتلبية الإحتياجات الأساسية للأفراد (بوخروف، 2018، ص.110).

4-6- نموذج "رويش" (Reich (1984): يستند هذا النموذج على الإعتقاد بأن نوعية حياة الفرد مرتبطة بأنواع الأحداث التي يواجهها، فهذا النموذج يركز بصفة عامة أساسية على التأثير العاطفي والإدراكي الذي تتركه مختلف الأحداث على نوعية الحياة.

انطلاقاً من هذا المنظور يمكن تقسيم كيفية معايشة هذه الأحداث إلى مجالين متميزين وهذا تبعا لما إذا كان الفرد سببا في وقوع هذه الأحداث، أو أن هذه الأخيرة تقع بشكل مستقل عن إرادته.

إن المبدأ الأساسي العام الذي يدعم هذا الطرح هو مبدأ التحكم المعرفي، والأسباب الداخلية والخارجية التي تدفع الفرد وتحفزه للمشاركة في أعمال معينة، فالأفراد يفعلون الأشياء لأنهم يريدون القيام بها، ولحرية الاختيار هذه تأثير كبير على كيفية تفسيرهم لمسار حياتهم (بوخروف، 2018، ص 108).

4-7- نموذج "بيجلو" (Bigelow (1986): يستند هذا النموذج على نظريتين: نظرية

نوعية الحياة لـ "بيجلو" (Bigelow (1982 ونظرية الأدوار لـ "صاربين" و"ألان" (Sarbin & Allen، حيث أن نوعية حياة الفرد وفق هذا النموذج تستند على عنصرين أساسيين هما: الشعور العام بالرفاهية الذاتية (تلبية الإحتياجات الرئيسية للفرد) ومستوى الأداء (تحديث مهاراته وتطويرها)، فأهم هذه الإحتياجات مأخوذة من نظرية "ماسلو" (Maslow (1943 المتمثلة خاصة في الإحتياجات الأساسية (الفيزيولوجية والمتعلقة بالأمن)، وإحتياجات الإنتماء، الإحترام والتقدير، الإستقلال وتحقيق الذات، حيث أن البيئة توفر فرصا لتلبية هذه الإحتياجات، كالإمكانات المادية (الطعام، السكن...)، والفرص الإجتماعية (الأصدقاء والعلاقات، الزواج، العمل... ..)(Mercier & Filion 1987, p. 137).

لقد تعددت التفسيرات النظرية لمفهوم نوعية الحياة فهناك من يدرج نوعية الحياة ضمن المناحي الإجتماعية ويذكرها البعض الآخر ضمن المناحي النفسية أو المعرفية وآخرون ضمن المناحي الطبية. ويرجع هذا الإختلاف لمدى تعقد مفهوم نوعية الحياة.

5- مكونات نوعية الحياة: يجمع "جاكسون" (Jackson (2010 مكونات نوعية الحياة تحت

مسمى الباءات الثلاث the three B's وهي كالتالي:

1- الكينونة Being

2- الإنتماء Belonging

3- الصيرورة Becoming

ويصنفها كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (2) : مكونات نوعية الحياة لدى "جاسون" (2010)

المجال	الأبعاد الفردية	الأمثلة
الكيونة Being	الوجود البدني Physical being	القدرة البدنية على التحرك وممارسة النشاطات أساليب التغذية وأنواع المأكولات المتاحة
	الوجود النفسي Psychological Being	التحرر من الضغط والقلق الحالة المزاجية العامة (ارتياح/عدم ارتياح)
	الوجود الروحي Spiritual Being	وجود أمل في المستقبل أفكار الفرد عن ذاته (أنا مذنب، أنا على صواب)
الإنتماء Belonging	الإنتماء المكاني البدني Physical Belonging	مكان العيش (المنزل) نطاق الجيرة التي تحتوي الفرد
	الإنتماء الاجتماعي Social belonging	القرب من أعضاء الأسرة التي أعيش معها وجود أشخاص مقربين وأصدقاء (شبكة علاقات إجتماعية قوية)
	الانتماء المجتمعي Community Belonging	توفر فرص الحصول على الخدمات المهنية المتخصصة (طبية، إجتماعية...), الأمن المالي
الصيرورة Becoming	الصيرورة العملية Practical Becoming	القيام بأشياء حول منزلي العمل في الوظيفة أو الذهاب للمدرسة
	الصيرورة الترفيهية Leisure Becoming	الأنشطة الترفيهية الخارجية (التنزه) الأنشطة الترفيهية الداخلية (وسائل إعلام، الانترنت...)
	الصيرورة الإرتقائية Growth Becoming	تحسين الكفاءة البدنية والنفسية القدرة على التكيف مع متغيرات وتحديات الحياة

(شويعل، 2018، ص.17)

في حين توصلت كل من "كيت" و"هيل" Keith & Heal في دراستهما لتحديد المفاهيم الأساسية لنوعية الحياة عبر الثقافات المختلفة إلى وجود عشرة مفاهيم أساسية أو مكونات لنوعية الحياة هي:

-الحقوق Rights

-العلاقات Relations

-الرضا Satisfaction

-البيئة Environement

-الصحة Health

-الخصوصية Privacy

-الاحتواء الاجتماعي Social Inclusion

-النضج والنمو Gout & Development

-الضبط الفردي Individual Control

-الأمن الاقتصادي Economic Security

وتتدرج هذه المفاهيم ضمن ثلاث أبعاد رئيسية هي القيم (Values) والفعالية (Potency) والنشاط (Activity) (Keith & Heal, 1996, p. 273 – 394).

ويضيف "جود" Good أربعة عوامل رئيسية في تشكيل نوعية الحياة:

-حاجات الفرد (الحب، التقبل، الجنس، الصداقة، الأمن، الصحة).

- التوقعات بأن هذه الحاجات خاصة بالمجتمع الذي يعيش فيه الفرد.

- المصادر المتاحة لإشباع هذه الحاجات بصورة مقبولة إجتماعيا.

- النسيج البيئي المرتبط بإشباع هذه الحاجات.

كما توصل "جود" إلى بعض الحقائق الخاصة بنوعية الحياة منها:

- يشعر الفرد بنوعية الحياة عندما تشبع حاجاته الأساسية وتكون لديه الفرصة لتحقيق أهدافه في مجالات حياته الرئيسية.
- تتكون نوعية الحياة للأشخاص المعاقين من نفس العوامل والعلاقات ذات الأهمية في تكوين جودة الحياة للأشخاص العاديين.
- ترتبط نوعية الحياة لدى الأفراد بجودة حياة الأشخاص الآخرين الذين يعيشون في البيئة نفسها.
- يتضمن تعزيز نوعية الحياة الأنشطة، وبرامج التأهيل والعلاج والمساندة الإجتماعية.
- نوعية الحياة بناء نفسي يمكن قياسه من خلال المؤشرات الذاتية والمؤشرات الموضوعية (Good, 1994, p. 63-75).

6- مؤشرات نوعية الحياة: إنه من غير السهل تحديد مؤشرات نوعية الحياة بشكل نهائي

ودقيق. وهذا راجع لطبيعة المفهوم في حد ذاته، حيث أنه مفهوم شامل لكل المتغيرات التي يمكن أن يدركها الفرد كمحددات لتقييم مستوى معيشة ومدى رضاه عن هذا المستوى، وبالتالي فاعن الإدراك في حد ذاته تحكمه مؤشرات موضوعية وأخرى ذاتية وكذا الأمر بالنسبة لمفهوم نوعية الحياة، حيث يمكن أن نشير إلى مؤشرات ذاتية وأخرى موضوعية والتي لها علاقة مباشرة بخصائص المحيط الذي يعيش فيه الفرد وسمات المجتمع الذي ينتمي إليه.

هذا وبعد الإطلاع على بعض الدراسات التي حاولت تحديد مؤشرات نوعية الحياة وجدنا أن هناك إختلاف واضح في تحديد هذه المؤشرات، ويرجع هذا إلى أن الأفراد المجتمعات تحدد أولويات تدرك من خلالها نوعية الحياة تختلف عن التي تعيشها. في حين تقدر مجتمعات أخرى أولويات تختلف عن سابقتها، ويعود هذا إلى الإيديولوجية المسطرة على المجتمع، ومدى توفر الإمكانيات لديه، وكذا لطبيعة المحيط وما يحويه من موارد. وبالتالي فإن أهم المؤشرات هي كالآتي:

-الصحة أو وضعية الصحة العامة (الجسدية والنفسية).

-الأمن والإستقرار السياسي.

-الحياة العائلية والسكن.

-البيئة والمناخ الجغرافي ومكان السكن.

-التعليم والثقافة والإعلام.

-العمل والدخل الفردي.

-النقل والمواصلات.

-العلاقات الإجتماعية والسند الإجتماعي.

-الدين والمعتقدات.

-الرضا عن الحياة والسعادة.

-التطور التكنولوجي.

-مستوى المعيشة. (OMS, 1996, p.385)

وقد حدد فلوفيد (1990) Fallowfield مؤشرات نوعية الحياة فيمايلي:

- 1- الإحساس بنوعية الحياة: حالة شعورية تجعل الفرد يرى نفسه قادرا على إشباع حاجاته المختلفة (الفطرية والمكتسبة) والاستمتاع بالظروف المحيطة به. وتقاس عادة بالدرجة التي يحصل عليها عن فقرات مقياس الإحساس التي يعدها الباحثون.
- 2- المؤشرات النفسية: وتتبدى في شعور الفرد بالقلق ولاكتئاب أو التوافق مع المرض أو الشعور بالسعادة والرضا.
- 3- المؤشرات الإجتماعية: وتتضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية.
- 4- المؤشرات المهنية: وتتمثل بدرجة الرضا عن مهنته وحبها، والقدرة على تنفيذ مهام وظيفته، وقدرته على التوافق مع واجبات عمله.
- 5- المؤشرات الجسمية والبدنية: وتتمثل في رضا الفرد عن حياته الصحية، والتعايش مع الألام والنوم والشهية في تناول الغذاء والقدرة الجنسية (نعيسة، 2012، ص.149).

7- مجالات نوعية الحياة: يرتبط مفهوم نوعية الحياة بعدة مجالات وهي على التوالي:

7-1-المجال النفسي: يضم المجال النفسي لنوعية الحياة جميع الإنفعالات والحالات

العاطفية الإيجابية. مع غياب الوجدانات السلبية مثل: القلق والإكتئاب.

بمعنى آخر أن تقييم الحالات العاطفية السلبية من خلال المقياس الذاتي المخصص لقياس نوعية الحياة يعتبر عنصرا مهما لتحديد بعض الجوانب النفسية المتعلقة بنوعية الحياة التي يمتاز بها كل فرد (بهلول، 2009، ص. 52).

وتدمج "علام" ضمن المجال النفسي لنوعية الحياة المفاهيم الدينامية الإجرائية مثل التنمية الشخصية، تقدير الذات، التذكر، التركيز، التعلم، التفكير (سحر، 2012، ص. 258). من خلال هذه التوجهات نستنتج أن المجال النفسي لنوعية الحياة يضم كل من الحالات الإنفعالية الإيجابية وكذلك جميع المهارات الأدائية للفرد وبذلك التقرب من مفهوم الصحة النفسية.

7-2-المجال الإجتماعي: يرى "جريفن" (Griffin 1988) أنه يجب الإهتمام أكثر بنوعية

العلاقات الإجتماعية للأفراد أكثر من الإهتمام بكمية هذه العلاقات. أما "فلاناجون" (Flanagan 1982) فهو يهتم أكثر بكمية العلاقات الاجتماعية، حيث يرى أن هذا المجال يندرج ضمن طريقة الفرد في تقييم الوظائف الاجتماعية (تقدير الذات الاجتماعية، الإحساس بتقدير الذات، النجاحات والفشل...الخ). وكذلك أهمية التطرق إلى فعالية الشبكة الإجتماعية للأفراد (التكوين، الكثافة، التشتت الجغرافي، وتيرة الاتصال بين الأفراد، كثافة العلاقات...الخ) (داهم، 2015، ص. 41).

نرى من خلال هذين الإتجاهين أن المجال الإجتماعي لنوعية الحياة من جانب يتضمن نوعية العلاقات الإجتماعية، ومن جانب آخر يهتم بكمية العلاقات الإجتماعية، وهنا لا يمكن النظر إلى هذا المجال بشكل متكامل إلا إذا تطرقنا إلى شبكة هذه العلاقات من الناحية الكمية (أي مدى إندماج الفرد في المجتمع) والنوعية (أي فعالية المساندة الاجتماعية في حياة الفرد) (Gustave, 2006, p.156).

7-3-المجال الجسمي: يحتوي المجال الجسمي على الصحة الجسدية والقدرات الأدائية

حيث تتضمن الصحة الجسمية: الطاقة (L'énergie)، الحيوية (La vitalité)، التعب (Lafatigue)، النوم (Le sommeil)، الراحة (Le repos)، الآلام (Les douleurs)، الأعراض ومختلف المؤشرات البيولوجية (Les indicateurs biologiques).

وتتضمن القدرات الأدائية: الوضع الوظيفي (Le statut fonctionnel)، تنقل الفرد (Lamobilité du sujet)، الأنشطة اليومية التي تمكن الفرد من الأداء ومن الاستقلالية النسبية (بهلول، 2009، ص.53).

7-4-الرضا عن الحياة: تضم الرضا عن الحياة مجموعة المشاعر والإتجاهات الإيجابية التي تعبر عن قناعة الفرد ورضاه بما يمتلكه من إمكانات شخصية وأسرية ومهنية ومجتمعية وصدقات وغير ذلك، والتي تبدو منعكسة في تكرار حدوث الإنفعالات السارة ومشاعر البهجة والتفاؤل.

7-5-السعادة: تمثل السعادة الجانب الإنفعالي السوي في الشخصية والتي يوازن بها الفرد بين المشاعر السلبية والمشاعر الإيجابية ليتغلب بمشاعر السعادة على الجانب السلبي في الإنفعالات، ويسمو الفرد بإنفعالاته إلى الجانب السار في الحياة المتمثل في البهجة والسرور والرضا والتفاؤل والإرتياح النفسي في حياته الشخصية، الأسرية، العملية والإجتماعية والتي تمثل إنعكاسا لمشاعر الرضا عن الحياة (شقيير، 2009، ص.8).

أما "فينهوفن" (2003) Veenhoven فيرى بأن السعادة هي الدرجة التي يحكم فيها الشخص إيجابيا عن نوعية حياته الحالية بوجه عام، وبمعنى آخر تشير السعادة إلى حب الشخص للحياة التي يعيشها وإستمتاعه بها وتقديره الذاتي لها، إذن السعادة نتاج تفاعل مركب بين الشخص وبيئته مما يجعلهما عوامل أساسية في السعادة (مجدي، 2006، ص.80).

7-6-الرفاهية الذاتية: يعرف "رولند" (2002) Rolland الرفاهية الذاتية عبر ثلاثة معايير أساسية وهي:

- 1- ذاتي: تقدير ذاتي لا علاقة له بالظروف الحياتية الموضوعية (أي الحياة المادية).
- 2- مرتبط بتقدير إيجابي شمولي لحياة الفرد (الرضا عن الحياة).
- 3- لا يتحصر في غياب الإنفعالات السلبية لإرتباطه بإنفعالات سعيدة (عاطفية إيجابية) (عمران، 2009، ص.67).

نلاحظ أن الرضا عن الحياة والسعادة يعتبران مكونان أساسيان لمفهوم الرفاهية الذاتية، وعليه يجب توفر هذين المكونين بأقل قدر ممكن حتى يتحقق هذا المفهوم.

8- مستويات نوعية الحياة: يتضمن مفهوم نوعية الحياة حسب (الجوهري، 1997، ص.

110-111) أربع مستويات وهي:

8-1- المستوى الأول: وهو مجموع المتغيرات الموضوعية التي تشكل مدخلات بناء نوعية الحياة، ويشكل هذا النوع المستوى البنائي لنوعية الحياة، حيث يحدد حجم فاعلية المتغيرات بحجم الموارد التي يمتلكها المجتمع في ضوء العدالة التوزيعية لها، حيث يمكن أن تكون هناك موارد هائلة لكن لتلبية حاجات البعض دون الآخر، وبالتالي تندي مستوى نوعية الحياة لهؤلاء عن الآخرين فتتباين الشرائح الإجتماعية.

8-2- المستوى الثاني: ويتمثل في المتغيرات الذاتية التي تساعد على إدراك نوعية الحياة من خلال مستويات رضا الأفراد عن مستوى الإشباع الذي تحقق لهم في المجتمع في إطار نوعية الحياة التي يعيشونها وتوقعاتهم لما هو مرغوب من نوعية الحياة هذه.

ويعتبر الرضا نوعاً من الإدراك الذاتي لفاعلية المتغيرات الموضوعية، أو لقدرة نوعية الحياة في مجملها على إشباع حاجاتهم الأساسية، ويتحدد هذا الإدراك أو مستوى الرضا بعوامل لها علاقة بالفرد كالحالة الصحية، مستوى التعليم، الدخل الفردي ... الخ، وعوامل بيئية كظروف السكن والمستوى الإجتماعي، والإقتصادي للمنطقة التي يعيش فيها وفرص الترويج والمشاركة مع الآخر.

8-3- المستوى الثالث: يدرس هذا المستوى طبيعة نوعية الحياة من خلال إدراك الفرد للحياة العامة للمجتمع، فبرغم أن الفرد يحقق مستوى عالياً من الرضا عن الحياة نظراً لإشباع حاجاته، فإن الحياة العامة في المجتمع قد تحتوي على بعض التفاعلات التي يمكن أن تشكل مستويات رضائه عن الحياة ككل إضافة إلى نظرته العامة للحياة.

8-4- المستوى الرابع: بينما يتمثل المستوى الرابع في طبيعة النظرة إلى الحياة الفردية أو الأسرية بشكل شخصي وفي هذا الإطار فإن الفرد قد يحقق إشباعاً لحاجاته الكائنة وبالتالي قدراً من الرضا عن الإشباع المتاح لهذه الحاجات. ولكنه مع ذلك يحقق مستويات أقل من الرضا عن حياته ككل، ويتعلق

ذلك بأن ممارسة الحياة تتم في إطار ما هو كائن بالفعل إضافة إلى ما ينبغي أن يكون يحتوي على مساحة أخرى من الإشباع الذي لم يحقق أو الإشباع المبتغى، وبالتالي فإن الإثنين معا يشكلان نظرة الإنسان الشاملة لحياته الشخصية ككل. وفي هذه الحالة قد تختلف درجة الرضا عن الإشباع العام المبتغى من حياته ككل وهي الاختلاف المتوقع بين الرؤية الجزئية أو الواقعية وبين الرؤية الكلية الشاملة (الجوهري، 1997، ص. 110-111).

9- نوعية الحياة لدى المسنين: تعد مرحلة الشيخوخة من مراحل العمر التي تتسم بالتغيرات

السريعة والمتلاحقة في جميع جوانب الشخصية التي تؤثر على نوعية حياة المسنين وإحداث تغيير جذري في كل الجوانب حيث تحدث تغيرات جسمية فيزيولوجية بيولوجية تنتج عنها مشكلات تتأثر بالنواحي الحركية، فتقل قدرة المسن على المشي عن ذي قبل، كما يحدث تغير حسي وعقلي مع التقدم في العمر، فتضعف الحواس على أداء وظائفها وتتأثر وتبدو مظاهر الخرف المبكر لضمور خلايا المخ و يترتب عليه ضعف القدرة على التفكير والفهم وبالتالي تسيطر الأمراض مثل القلب والروماتيزم وغيرها وفي ضوء تلك التغيرات الصحية والأمراض التي تصيب المسنين فيصبحوا بأمر حاجة إلى المساعدة على القيام بوظائفهم المعيشية اليومية، والمساندة النفسية، والإجتماعية وكذا الرعاية الطبية والوقائية والأسرية ومنه تحسن نوعية الحياة لديهم (الفاقي، 2008، ص. 33-47).

هذا ما أظهرته العديد من الدراسات عن نوعية الحياة لدى المسنين نذكر منها دراسة "سنوتر" و"جوتر" (2016) Sonter and Chuter الموسومة (العلاقة بين علل و أمراض الأطراف والصحة المتعلقة بنوعية الحياة عند كبار السن). والتي طبقت على عينة قوامها (452) مسنا ومسنة من المجتمع الإسترالي، حيث هدفت إلى معرفة نوعية الحياة (الصحة الجسمانية) عند كبار السن، ومدى تمكينهم القيام بواجباتهم وبناء علاقاتهم بنجاح مع الآخرين. وكشفت الدراسة أن علل الأطراف الطبيعية أو الصناعية عند كبار السن سببت تواعلا ضعيفا مع أبنائهم أو أصدقائهم، كما أعاققت صحتهم الجسمية الضعيفة العناية بأنفسهم أو المشاركة في الرياضة أو في العمل الثقافي.

كما بينت دراسة "كوك" و "هوروكس" (2016) Cook and Horrecks حول نوعية حياة كبار السن في بولندا. والتي طبقت على عينة قوامها (879) مسنا ومسنة، وقد كشفت النتائج أن إرتفاع مستوى التغذية عند كبار السن في البيئة الحضرية كان أعلى من مستوى التغذية في البيئة الريفية، كما إنعكست إيجابا نوعية التغذية الجيدة على الصحة الجسمية لكبار السن، مما مكنتهم من التواصل مع الآخرين

بشكل جيد، كما أن المقيمين في مؤسسات الرعاية كانت لديهم علاقات متناقضة مع الآخرين، وهم عكس المقيمين مع أبنائهم (العزام، 2017، ص74).

كما سعت دراسة "محمد" و "ديكميتاس" (2012) Mehmed and Dikmetas إلى معرفة نوعية الحياة والمواقف تجاه كبار السن في تركيا، والتي طبقت على عينة قوامها (120) مسنا ومسنة. والتي هدفت إلى معرفة الصحة الجسمانية والنفسية والإجتماعية عند كبار السن في المجتمع التركي. وقد أسفرت النتائج عن وجود علاقة إيجابية بين نظرة كبار السن لحياتهم، مع تمتعهم بالصحة الجسمانية والنفسية التي مكنتهم من التغلب على صعوبات الحياة المختلفة، كما إرتبطت نظرتهم للحياة ككل بمدى رضاهم عن حياتهم.

كما هدفت دراسة "تان" وزملاؤه (2011) Tan et al إلى معرفة نوعية الحياة عند كبار السن ذوي الأمراض المزمنة، والتي طبقت على عينة قوامها (100) مسنا ومسنة، وقد توصلت النتائج أن مستوى نوعية الحياة عند كبار السن كان عاليا كونهم يعيشون حياتهم كما هي، ويستغلون كل لحظة جميلة فيها، كما أظهر الكبار (فوق سن السبعين) رضا عن حياتهم أقل من الكبار تحت سن السبعين سنة (المرجع السابق، ص.71).

10- كيفية تحقيق نوعية الحياة: ليستطيع الإنسان الشعور بنوعية الحياة والوصول إليها،

لابد من أن تتضافر وتتوفر مجموعة من العوامل وهي كالأتي:

10-1- تحقيق الفرد لذاته وتقديرها: يعرف كلا من "عبد الحميد" و"كفاي" (1995) مفهوم

الذات على أنه فكرة الفرد وتقييمه لنفسه، بما تشمل عليه من قدرات وأهداف وإستحقاق شخصي.

وتذكر " فرغلي" (1994) إن مفهوم الذات لدى الفرد يتكون من مجموعة من العوامل من أهمها:

تحديد الدور، والمركز، المعايير الإجتماعية، والتفاعل الإجتماعي، واللغة، والعلاقات الإجتماعية.

10-2- إشباع الحاجات كمكون أساسي لنوعية الحياة:

ويذكر "غندور" (1999) أن البعض قد يرى أن لب موضوع نوعية الحياة يكمن في دراسة

"ماسلو" عن الحاجات الإنسانية والنظرية الاقتصادية للمتطلبات الإنسانية، ومن المعلوم لدى أهل

التخصص في علم النفس أن تصنيف "ماسلو" للحاجات الإنسانية يشتمل على خمسة مستويات متدرجة حسب أولويتها وهي:

-الحاجات الفسيولوجية.

-الحاجة للأمن.

-الحاجة للانتماء.

-الحاجة إلى المكانة الإجتماعية.

-الحاجة لتقدير الذات.

10-3- الوقوف على معنى إيجابيا للحياة : يعتبر مفهوم معنى الحياة مفهوما هاما جدا، ويعتبر "فارنكل" (1969) Frankl الحياة يجب أن تكون لها معنى تحت كل الظروف، وأن هذا المعنى في حالة دائمة من التغيير، إلا أنه يظل موجودا دائما، ويرى " فارنكل" أن لإنسان يستطيع إكتشاف ذلك المعنى في حياته بثلاث طرق مختلفة، وهي كالتالي:

- عمل شيء جديد أو القيام بعمل ما.

- تجربة الخبرات وقيم سامية مثل الخير والحق والجمال.

- الإلتقاء بإنسان آخر في أوج تفرد الإنسان (مجدي، 2009، ص. 71).

ولقد حدد "فرانكل" ثلاثة قيم يستطيع الإنسان من خلالها تحقيق معنى لحياته وهي كالتالي:

- القيم الإبداعية Creative Values: وتشمل كل ما يستطيع الفرد إنجازه، فقد يكون ذلك الإنجاز عملا فنياً أو إكتشافا علمياً.

- القيم الخبراتية Experiential: تتضمن كل ما يمكن أن يحصل عليه الإنسان من خبرات حسية ومعنوية، وخاصة ما يمكن أن يحصل عليه من خلال الإستمتاع بالجمال، أو محاولات البحث عن الحقيقة، أو الدخول في علاقات إنسانية مشبعة كالحب أو الصداقة.

- القيم الإتجاهية Attitudinal Values: تتكون من الموقف الذي يتخذه الإنسان إزاء معاناته التي لا يمكن أن يتجنبها كالموت أو المرض أو الموت.

فمعنى الحياة يمكن تحقيقه من خلال الإتجاه الذي يتخذه الإنسان حيال مواقف الألم والمعاناة التي لا يمكنه تجنبها في رحلته مع الحياة.

ويضيف كلا من "سليمان" و "فوزي" (1999) أن السعي الرئيسي للإنسان هو تحقيق معنى لحياته، فالإنسان لا يسعى فقط ليشبع غرائزه، أو لتهيئة أفضل الظروف الإجتماعية ليعيشها، لأن هذا وحده لا يسعده ولا يرضيه، ولكنه يسعى ويهتم بأن يكون هناك معنى ومغزى لحياته، وهدفا وقيمة يتوجه إليها، من خلال هذا المعنى و تلك القيمة يجد الحياة بكل ماتحملة من كبد ومعاناة تستحق أن تعاش.

10-4- توفر الصلابة النفسية:

ويعرفها "حمزة" (2002) بأنها مجموعة متكاملة من الخصال الشخصية ذات الطبيعة النفسية الإجتماعية، وهي خصال تضم الإلتزام والتحدي والتحكم، والتي يراها الفرد على أنها خصال مهمة له تمكنه من مجابهة المواقف الصعبة والتصدي لها، وكذلك المواقف المثيرة للمشقة النفسية، والتي تمكنه من التعايش معها بنجاح.

10-5- التوجه نحو المستقبل:

تؤكد "شقيير" (2005) إلى أن قلق المستقبل يمثل أحد أنواع القلق والذي يشكل خطورة في حياة الفرد، والذي يمثل خوف من مجهول ينجم عن خبرات ماضية وحاضرة أيضا يعيشها الفرد، والذي يجعله يشعر بعدم الأمن وتوقع الخطر، ومن تم الشعور بعدم الإستقرار، وقد تسبب له هذه الحالة شيئا من التشاؤم واليأس الذي قد يؤدي به في النهاية الأمر إلى إضطراب حقيقي خطير، كالإكتئاب والإضطرابات النفسية العصبية الخطيرة، وتشير أيضا إلى أن قلق المستقبل قد ينشأ عن أفكار خاطئة وغير عقلانية لدى الفرد تجعله يؤول الواقع من حوله، وكذلك المواقف والأحداث والتفاعلات بشكل خاطئ، مما يدفعه إلى حالة من الخوف والقلق الذي يفقده السيطرة على مشاعره وأفكاره العقلانية، ومن ثم عدم الأمن والإستقرار النفسي، وقد يتسبب هذا القلق في حالة من عدم الثقة بالنفس، وعدم القدرة على مواجهة المستقبل، وكذلك الخوف من الذعر الشديد من التغيرات الإجتماعية والسياسية المتوقع حدوثها في المستقبل، مصحوبا بالتوقعات السلبية لما يحمله هذا المستقبل.

ويشير "حبيب" (2006) إلى وجود خطوات هامة يستطيع الفرد إستخدامها من اجل الوصول إلى نوعية الحياة وتتمثل في التالي:

- بناء الوعي بضرورة الحاجة إلى التحسين والتطوير.
- تحديد أهداف التحسين المستمر للأداء وبناء تنظيم لتحقيق تلك الأهداف.
- تنفيذ جوانب الجودة الحياتية (الهنداوي، 2011، ص. 46-48).

نستنتج من خلال العرض السابق أنه لتحقيق نوعية جيدة يستوجب على الفرد أن يدرك ما يمتلك من طاقات وقدرات وعليه أن يقدر ذاته ويحترمها وأن لا يقلل من قيمة نفسه وعليه أن يعمل جاهداً على تحقيق ذاته على الرغم من وجود العقبات التي تعترضه في الحياة، فتحقيق الذات يعتبر بمثابة قمة الشعور والإحساس بالرضا عن الذات ومن تم شعوره بنوعية الحياة، كما أنه يجب أن يسعى الفرد إلى إشباع حاجاته الأساسية كما نجد أن لصلابة النفسية دورا هام في تحقيق نوعية حياة جيدة لفرد فالصلابة النفسية تزرع في داخله روح التحدي والصمود وتقوي عزمته كما أنها تعمل على إمداد الفرد بإملاكه المقدر على تحمل الواقع الذي يعيشه كما ينبغي لفرد أن يتحلى بأفكار عقلانية إيجابية إتجاه الحياة المستقبلية التي تمده التفاؤل في الحياة وتساعده على تحمل صعوبات الحياة وتقبل الحياة بحلوها ومرها ومن تم التمتع بنوعية حياة جيدة.

11-العادات الصحية لتحسين نوعية الحياة: الحديث عن تحسين مستوى الحياة بمعنى

الحديث عن مستوى المؤشرات التي من خلالها تقاس نوعية الحياة، وهذا لا يأتي إلا بتابع سلوكيات صحية لتطوير هذه المؤشرات ومن أهم هذه السلوكيات نذكر مايلي:

- النوم بشكل كاف: يقول "فليمينغ" رئيس الأكاديمية الأمريكية للأطباء أن النوم ضروري للحوية والإستقرار العاطفي والمزاج الجيد ولصحة بدنية ممتازة، والحرمان من النوم يؤثر على العمليات المعرفية والتفكير عموما.

- الإفطار صباحا كل يوم: أشارت "جونسون" الناطقة باسم الجمعية الأمريكية للغذاء أن تناول الإفطار يؤخر الإحساس بألم المعدة حتى الغذاء، وبالتالي لا يضطر الفرد للأكل كثيرا بين فترة الصباح والغذاء، وأن الإفطار الجيد مكون من وجبات غنية بالكربوهيدرات والبروتين وكميات قليلة من الشحوم.

- تناول وجبات خفيفة إضافة إلى الفواكه والخضروات.
- الحفاظ على شرب الماء وتناول مشتقات الحليب.
- الحفاظ على نظافة الجلد.
- المحافظة على نظافة الأسنان: يقول "رويزن" في كتابه العمر الحقيقي أن تنظيف الأسنان يزيد في عمرها فصحة الفم مرتبطة بالصحة العامة.
- ممارسة تمارين رياضية والمشى.
- إقامة علاقات إجتماعية طيبة: العلاقات الجيدة تساعد على الصحة بدنية وذهنية جيدة وفقا لدراسة المنشورة في المجلة الأمريكية لسلوك الصحي (2004)، لذلك ينصح بالذهاب إلى أماكن العبادة والنوادي والتي تؤدي إلى توسع الثقافة وتنوع المعارف، تبادل المساعدات وتلقي الدعم الإجتماعي الذي يعتبر مؤشر مهم في نوعية الحياة، وأيضا تقوية الثقة بالنفس من خلال توكيد الذات.
- ممارسة الهوايات المفضلة.
- التخطيط والبرمجة للحياة. (بن غذفة، 2006، ص. 64-66).

خلاصة الفصل:

يعد مفهوم نوعية الحياة من المفاهيم التي يصعب تحديدها نظرا لتعدد مكوناتها وتداخلها وإرتباطها بجوانب الحياة، ولقد اختلفت وجهات نظر الباحثين حول هذا المفهوم فهناك من ربطه بالصحة الجسمية والنفسية وهناك من أضاف العلاقات الإجتماعية والحياة المهنية وكذا الجانب الإقتصادي، ومنهم من عرف نوعية الحياة من خلال مدى تلبية الحاجات الضرورية للعيش، وعليه نجد أن نوعية الحياة تختلف من شخص لأخر وذلك حسب طبيعة المعيشية والعلاقات الإجتماعية التي يتمتع بها كل فرد.

كما أن لنوعية الحياة عدة مكونات تشمل (الصحة، البيئة، العلاقات الإجتماعية) كما تحتوي على عدة مؤشرات أساسية لقياس مدى تحققها منها المؤشرات الشخصية (السن، الجنس، المستوى التعليمي) وأخرى بيئية (المحيط، الأنماط السلوكية، أنظمة الخدمات).

وعليه إن نوعية الحياة مفهوم متداخل يحتاج إلى مجموعة من العوامل لتحقيقها، ومن بين هذه العوامل نرى أنه يجب على الفرد تحقيق حاجاته الأساسية للعيش وكذا تحقيق ذاته، وإعطاء معنى إيجابي للحياة والنظرة الإيجابية للمستقبل.

من خلال ماسبق يمكن التماس مدى أهمية نوعية الحياة في المجال الصحي وعلم النفس الصحة، ومدى أهمية تحسينها في فترة الشيخوخة، إذ يعتبر تحسين نوعية حياة لدى المسنين الهدف الأسمى لأجل رعاية هذه الفئة.

الفصل الخامس

الشيخوخة

تمهيد:

الشيخوخة مرحلة عمرية تتسم بالمعاناة البدنية والنفسية والاجتماعية، فعلى المستوى الجسدي يحدث هبوط في نشاط الجسم وإنتكاس في وظائفه وضعف في حواسه، والضعف العام وإختلال في بعض الوظائف العقلية، أما على المستوى النفسي نجد الكثير منهم من يعاني من الشعور بالوحدة النفسية والإكتئاب والدونية أما على المستوى الإجتماعي قد يشنكي بعضهم من فقر في العلاقات والعزلة الإجتماعية، لكن هذا لا يمنع من وجود فئة من المسنين تعيش حياة صحية جيدة كما تعمل على تقديم تجاربها في الحياة وخبراتها لإستفاد الآخرين منها، كما تستطيع الحفاظ على علاقاتها الإجتماعية، وعليه في هذا الفصل سنحاول التعريف بشي من التفصيل على هذه الفئة العمرية من حيث حاجاتها وسبل الوقاية من مشكلات هذه المرحلة ليعيش المسن قدر المستطاع شيخوخة صحية جسمياً ونفسياً.

1- تعريف الشيخوخة:

أ- **التعريف اللغوي:** الشيخوخة مشتقة من الفعل شَاخَ الإنسان شَيْخًا وشَيْخُوخَةً، والشَّيْخُ هو من أدرك الشيخوخة وهي غالباً فوق الستين، وهو فوق الكهل ودون الهرم، وهو ذو المكانة من علم أو فضل أو رئاسة، ويقولون أَسْنُ الشياخة يعني منصب الشيخ وموضوع ممارسة سلطته. ويقال هَرَمَ الشيخ هَرَمًا: أي بلغ أقصى الكبر وضعف فهو هرم، فالهرم هو كبير السن (معمرية وخزار، 2009، ص. 75).

ب- **التعريف الاصطلاحي:** قسم العلماء حسب (السدحان، 2008، ص. 20-22) مراحل حياة الإنسان إلى أربعة مراحل هي: مرحلة الطفولة، ثم الشباب، ثم الكهولة، فالشيخوخة، وكان العرب يطلقون على من وصل إلى مرحلة الشيخوخة أسماء عدة مثل: شيخ وهو من إستبان في السن وظهر عليه الشيب، وبعضهم يطلقها على من تجاوز الخمسين وقد تقول الهرم وهو أقصى الكبر، وتقول كذلك كهل، وجميع هذه الألفاظ تدل على كبر السن.

ويستخدم الباحثون في مجال دراسة المسنين أحياناً مفهوم الشيخوخة وأحياناً أخرى مفهوم التقدم في العمر (Aging) على أنهما مترادفان ويشيران إلى نفس المعنى وكلاهما قد إستخدم بأشكال مختلفة، فمفهوم التقدم في العمر هو أحد المفاهيم المراوغة إلى درجة جعلت من غير المستطاع لعدد كبير من الباحثين تناوله تجريبياً، كما تعددت المقاييس المستخدمة في تحديد مرحلة الشيخوخة نذكر منها:

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

- العمر الاجتماعي: وهو مرتبط بالأدوار الاجتماعية، وعلاقة الفرد بالآخرين ومدى توافقه الاجتماعي.

- العمر السيكولوجي: ويستخدم هذا المقياس في تحديد الشيخوخة النفسية، وهو مقياس وصفي يقوم على جملة من الخصائص النفسية والتغيرات في الفرد ومشاعره وأفكاره ... الخ (حمو علي، 2012، ص.79).

- العمر الزمني: يرى "بروملي" أن مرحلة الشيخوخة تنقسم إلى أربعة مستويات:

1- المستوى الأول: فترة ما قبل التقاعد وتمتد من 55 إلى 65 سنة.

2- المستوى الثاني: فترة التقاعد 65 سنة فأكثر، حيث الانفصال عن الدور المهني وشؤون المجتمع، ويصاحبها تغيرات عديدة في النواحي العقلية، البيولوجية، النفسية والاجتماعية.

3- المستوى الثالث: فترة التقدم في العمر التي تمتد من 70 سنة فأكثر، حيث الإعتماد على الآخرين والضعف الجسمي والعقلي.

4- المستوى الرابع: فترة الشيخوخة والعجز التام والمرض، الوفاة والتي تمتد حتى 110 سنة (المرجع السابق، ص.80).

اعتماداً على ما سبق يظهر عدم إتفاق على تعريف جامع للشيخوخة، وذلك لأنها ليست من الظواهر الثابتة التي تحدث في المراحل الأخيرة من حياة الفرد أو الكائن الحي ولكنها حالة تتأثر بفسولوجية الفرد ونفسيته، وبالبيئة الاجتماعية والإقتصادية والثقافية التي يعيش فيها، والإتجاهات التي يستقبلها ويتصرف طبقاً لها، وهنا سنتناول تعريفات بعض العلماء في مجال علم النفس.

إن كلمة الشيخوخة (Gérontologie) ذات أصل قديم فقد استخدم اليونان كلمتي Geronto, Geron للإشارة إلى الرجل العجوز.

ويقدم "بيرن" و"رينر" Birren & Renne تعريفاً للشيخوخة بقوله: تشير الشيخوخة إلى التغيرات المنتظمة التي تحدث في الكائنات العضوية الناضجة وراثياً، والتي تعيش في ظل الظروف البيئية الممثلة وذلك مع تقدمهم في العمر الزمني.

أما "كمفرت" Comfort فيعرفها بأنها ليست إلا عملية إفساد وتلف تدريجي، وأن ما يقاس فيها إنما يظهر على هيئة نقص في الحيوية أو زيادة في العطب.

كما يعرفها "ميداوار" Medawar بالتغير الذي يعتري القدرة الجسدية والأحاسيس والطاقات التي تلزم الفرد في شيخوخته، حيث تؤدي به تدريجياً إلى الموت لأسباب عرضية أو أحداث إعتباطية، وبالتحديد أكثر فإن كلمة عرضية كلمة فيها غزارة وإسهاب إذ أن الموت بكل أنواعه في حقيقته إلا شيئاً عرضياً إلى درجة ما، فليس هناك موت طبيعي ولا أحد يموت من مجرد عبء السنين (مرسي، 2008، ص. 27-28).

في حين يعرف "بيلن" Belin الشيخوخة بأنها حالة من الإضمحلال تعتري إمكانات التوافق النفسي والاجتماعي للفرد، فتقل قدراته على استغلال إمكاناته الجسمية والعقلية والنفسية في مواجهة ضغط الحياة لدرجة لا يمكن معها الوفاء الكامل بمطالب البيئة أو تحقيق قدر مناسب من الإشباع للحاجات المختلفة (البربري، 2002، ص. 31-33).

أما بالنسبة لـ "هنراد" (Hernad, 1997, p. 25) الشيخوخة عملية معقدة من التغيرات البيولوجية التي تحدث داخل الجسم نتيجة تراكم عدة آثار ضارة تؤدي إلى ضعف الأداء وبعض الوظائف الفكرية ومما قد تسبب الوفاة نتيجة لانخفاض الطاقة.

حسب "جنين" (Janine, 2002, p. 127) الشيخوخة ماهي إلا تقدم في السن يحدث فيها تراجع للوظائف الجسمية والفكرية والثقافية والأخلاقية المتمثلة في المكانة الاجتماعية والسلطة.

يضيف "لوينان" (Laouénan, 2007, p. 09) أن الشيخوخة عبارة عن التطور البطيء الذي يحدث في جميع مراحل الحياة، وهي عملية مستمرة ناتجة عن التفاعل بين العوامل الوراثية والبيئية، والتي يحدث فيها عدة تغيرات، الأزمات والإصابة ببعض الأمراض التي تؤثر على الفرد وتشعره بالعجز، كما

تتأثر هذه المرحلة بالوضع الاجتماعي والإقتصادي ونوعية العلاقات الإجتماعية (حمو علي، 2012، ص.82).

في حين يرى " سمورا " (Samora, 2007, p. 02) أن الشيخوخة عبارة عن تدهور وظائف معينة، فقدان تدريجي لعدة وظائف حيوية للجسم مثل: فقدان القوة، المهارة، المرونة، الرؤية والسمع، وفقدان القدرة على التذكر وضعف الذاكرة والذكاء، عدم الراحة والألم والعجز.

أما "غالوواي" (Galloway, 2008, p. 36) فيجد أن الشيخوخة عبارة تناقص تدريجي للأجهزة الداخلية وقدرتها الوظيفية، وهي مرحلة أو تجربة لا مفر منها يعيشها الجميع (حمو علي، 2012، ص.82).

نستنتج من خلال التعاريف السابقة أن مرحلة الشيخوخة هي مرحلة من مراحل حياة الفرد لا مفر منها، تتسم بالضعف والوهن والتدهور التدريجي لخلايا الجسم ووظائفه وهذا راجع لعدة عوامل بيولوجية، نفسية، أو وراثية والتي تؤدي في النهاية إلى الموت.

2-التغيرات التي تحدث في الشيخوخة:

2-1-التغيرات البيولوجية والفيزيولوجية: تمثل الشيخوخة ظاهرة بيولوجية طبيعية ناتجة

عن تأثيرات مرور الزمن والتقدم في العمر على جسم الإنسان، فالشيخوخة هي نتيجة مباشرة للتراكم التدريجي للخلايا المتعبة على مرور السنين (غسان، 2003، ص. 07). كما أنها عبارة عن نمط شائع من الإضمحلال الجسمي في البناء والوظيفة يحدث بتقدم السن لدى كل كائن حي بعد إكتمال النضج، وهذه التغيرات الإضمحلالية المسيرة لتقدم السن تعترى كل الأجهزة الفسيولوجية، العضوية، الحركية، الدورية، الهضمية، البولية، التناسلية، الغدية، العصبية والفكرية (قناوي، 1987، ص. 17).

يرتكز تعريف الشيخوخة من الناحية البيولوجية على جانبين أساسيين هما:

الأول يتعلق بالبناء: ويشير إلى زيادة التفاعلات الإجتماعية الهدامة بالجسم عن التفاعلات الكيميائية البناءة، مما يترتب عليه نقص مستمر في مقدرة الجسم على مقاومة المؤثرات الخارجية.

الثاني يتعلق بالوظيفة: حيث يؤدي هذا النقص المستمر في مقدرة الجسم على مقاومة المؤثرات الخارجية إلى نقص في المقدرة الوظيفية لهذه الأعضاء، وهذا أوضح ما يكون في نوعين من أعضاء الجسم ذلك الذي ليس عنده المقدرة على تعويض نقص الخلايا، والثاني ذلك الذي يتميز بأنه يتحكم في أعضاء أخرى بالجسم، وأي من النوعين أو كلاهما يؤدي في النهاية إلى إضمحلال وظيفة العضو والجسم، وهو ما يسمى على مستوى الجسم كله عند حدوثه بالشيخوخة (عكلة، 2009، ص. 154).

وفيما يلي عرض للتغيرات البدنية التي تحدث في كل الأجهزة العامة للجسم:

أولاً-الجهاز الحسي (The sensory System): ربما تكون التغيرات في الأعضاء

الحسية أكثر خطورة لدى كبار السن، فمن خلال الأحاسيس تستلم المعلومات وتقدم الإستجابات التي تحكم تفاعلاتنا مع الآخرين ومع البيئة، فالنقصان في البصر والسمع واللمس أو في الألم، أو في الإحساس والتذوق، أو في الشم والتوازن يؤثر في نوعية هذه التفاعلات، وعموماً فإن فقدان الحسي يكون تدريجياً وحين تصل هذه التغيرات إلى مستوى يعوق الوظائف فإن المساعدات والتعديلات في البيئة تقدم مباشرة، وأكثر فقدان شيوعاً ما يعانيه كبار السن في درجة حدّة البصر والسمع.

أ. البصر: إن التغيرات في البصر تكون بصورة أولية على أشكال من الضعف في دقة الرؤية وإدراك الضوء، وتعديل الصورة أو التركيز بدرجة شديدة قرب الصورة، وهذه التغيرات تتأثر بالتبديلات في تركيب العين وفقدان المرونة في عضلاتها، وتتضمن التغيرات الأخرى المرتبطة بالعمر أيضاً فقدان العضلات الوجهية لمطاطيتها ومرونتها حول العين، وفقدان في الشحوم حول كرة العين وينتج عن هذه التغيرات ترهل في جفن العين مما يؤثر في مظهر الوجه (المرجع السابق، ص. 155).

ب.السمع: لا شك أن فقدان الشخص للقدرة التي يعتمد عليها في التعايش مع الآخرين، إضافة إلى ما قد يصاحب الإعاقة السمعية الناتجة عن إعتلال عام في الصحة البدنية وتناقص الحيوية والنشاط (إفترقاد الإحساس بالأمان، عدم الإستمتاع بمنهج الحياة العادية التي كانت متاحة لهم من قبل الفقد السمعي، صعوبات التفاعل مع الآخرين)، والإستجابات التالية للمتغيرات المصاحبة أو المرتبطة بفقد السمع الناتج عن التقدم في العمر، ربما يصبح التعامل معها ودراستها إستناداً إلى ما يعرف بنظريات رد الفعل للأزمة الصادمة (أبو حلاوة، 2010، ص. 6).

ج. **اللمس:** إن السمات البدنية المسؤولة عن عدم الإحساس اللمسي (الألم، الضغط، الحرارة، البرودة والعلاقات المكانية) تكون جزء من الجلد وكذلك من الجهاز العضوي الداخلي للجسم، وبينما يكبر الجسم فإن الضعف في الحساسية للحرارة والبرودة والألم يتراكم، ولهذا فإن إرادة الحرارة البيئية تكون مهمة في إسناد درجة الحرارة الملائمة ومريحة للجسم عند كبار السن (عكلة، 2009، ص. 158).

ثانياً-الجهاز العصبي: يتدهور الدماغ والجهاز العصبي المركزي بصورة سريعة عند كبار السن، وإذا أثرت هذه التغيرات على الدماغ تأثيراً تدريجياً فإن هذه الحالة تسمى بانحلال أو تدهور الشيخوخة Senile Degeneration، أما إذا حدثت هذه التغيرات بصورة فجائية وكانت نوعية أو محلية فإننا نكون أمام حالة تصلب شرايين القشرة الدماغية وانسدادها، وعلى ذلك يمكن تصنيف جملة الأعراض الدماغية في الشيخوخة إلى فئتين هما:

أ-إضطرابات ما قبل الشيخوخة: وتصيب الأشخاص من سن 45-60 سنة، ومن أكثر الأعراض شيوعاً في هذه المرحلة مرض الزهايمر، لقد وصف هذه المرض لأول مرة من طرف عالم الأعصاب الألماني "الزهايمر" (1907) Alzheimer أي منذ 100 عام، ويحدث في سن ما بين 40 و60 عاماً ويسير بسرعة أزيد من مرض آخر.

ب-إضطرابات الشيخوخة: ومن إضطرابات الشيخوخة مرض "بيك" (Maladie de Pick) ولقد وصفه لأول مرة عالم الفيزياء "بيك" (1982) Pick من تشيكو سلوفاكيا، وينحل أو يتفكك الجهاز العصبي المركزي حيث تحدث إصابات في الفص الجبهي والصدغي، وهو عبارة عن ضمور في الدماغ حيث يتحول من (1300) ملغ إلى أقل من (1000) ملغ ويعاني المريض من النسيان وعدم القدرة على التفكير، ويعاني من العجز في الكلام، كما يبدو المريض مريضاً وغير منظم في مظهره هو يفتقر إلى الوعي أو فهم حالته، ويبدأ هذا الإضطراب بإيجاد صعوبة في التركيز ويبدو على المريض السرحان وشروذ الذهن وعدم الراحة، كما يعاني من الإضطهاد ويميل إلى لوم الآخرين، وتحدث الوفاة بعد 4 إلى 7 سنوات (العيسوي، 1989، ص. 68).

2-2- الخصائص والتغيرات السيكولوجية والإجتماعية: لا تتفصل التغيرات النفسية للشيخوخة عن التغيرات الإجتماعية بل هي على علاقة وثيقة وترتبط ببعضها البعض، فتراجع القدرات الجسمية والعقلية يؤثر على عملية التوافق الشخصي والإجتماعي، وهذا ما يؤكد تعريف الباحثين للشيخوخة من

الناحية السيكولوجية بأنها "حالة من الإضمحلال يعترى إمكانات التوافق النفسي والاجتماعي للفرد فتقل قدراته على إستغلال إمكاناته الجسمية والعقلية والنفسية في مواجهة ضغط الحياة لدرجة لا يمكن معها الوفاء الكامل بالمطالب البيئية أو تحقيق قدر ممكن من الإشباع لحاجاته المختلفة" (قناوي، 1987، ص. 51).

وتتمثل التغيرات السيكولوجية لدى المسن في ظهور مشكلات الصحة النفسية والتي يتمثل أهمها في: الإعتماضية، العدوانية، ضعف الثقة بالنفس، الحساسية الزائدة بالذات، المعاناة من نوبات البكاء أحياناً، كما تتميز إنفعالاتهم بأنها ذاتية المركز، الخمول، بلادة الحس وبضعف القدرة على التحكم فيها، كما يتميزون بالعدا وصلاية الرأي، ويغلب عليهم التعصب وتوخي الحرص والحذر (حجازي وأبو غالي، 2009، ص. 116).

وفيما يلي سوف نعرض الخصائص السيكولوجية لمرحلة الشيخوخة:

1- **تغير الشخصية والحالة النفسية للفرد مع تقدم العمر:** في ضوء نظرية "إريكسون" Erickson يمر الفرد بثمانية مراحل كل منها يعد تطوراً جديداً في شخصية الفرد وعلاقاته بالآخرين، وآخر هذه المراحل هي مرحلة التكامل في مقابل اليأس، وهي أزمة الشيخوخة وإحساس الفرد أن هويته قد تحددت، فإذا كان ما فعله يبعث على السعادة والإحساس بالإنجاز فإنه سوف يتجاوز هذه المرحلة بنجاح وهو يشعر بالتكامل والرضا، أما إذا كانت هذه المرحلة تتسم بالإحباط وخيبة الأمل فسوف يشعر باليأس ويرى "إريكسون" ضرورة أن يتقبل المسنون حتمية كبر السن والتغيرات المصاحبة له، وأن يواجهوا هذه الظروف دون يأس.

ب- **القدرات العقلية:** إن ما نلاحظه من ضعف في مرحلة الشيخوخة أو خطأ في التفكير إنما نرده إلى ما قد يحدث من عطب في التفكير نتيجة ضمور خلايا المخ أو لسبب حدوث مرض به أو إصابته بحادث، وقد يرجع عطب التفكير إلى عدم تغذية المخ بالخبرات المعرفية الجديدة مما يؤدي إلى التغير في النشاط العقلي لدى المسنين في القدرات العقلية كالإدراك، التفكير، التذكر والتخيل، التغير في القدرة والذكاء والأداء النفسي الحركي وغير ذلك مع تقدم العمر، كما أن للسن تأثير على مختلف الجوانب العقلية العامة والذاكرة قصيرة المدى كإنعدام القدرة على تنظيم عملية الإختزان ونقص القدرة على الإلتباه نظراً لضعف القدرة على التعلم والإكتساب القدرة العقلية مثل القدرة الجسمية تبلغ ذروتها بين سن العشرين

والثلاثين، ثم تأخذ في التناقص بعد سن الأربعين وعند سن الستين يقل أداء الفرد بنسبة (25%) (قناوي، 1987، ص. 31-32).

ج- **تغير الإهتمامات والحاجات:** نعني بالتغير الإهتمامات والحاجات وجود رغبة أو ميل لأداء نشاط ما يحقق إرضاء أو إشباع لدى الفرد فهي ميول نحو أشياء يشعر الفرد نحوها بجاذبية خاصة، ولقد أشار "هيرلوك" Hurlock إلى أن إهتمامات المسنين تشمل الجوانب التالية:

أ. الإهتمامات الشخصية Personal Interests: أهمها ما يتعلق بالذات والجسم، المظهر والشكل العام، ويصبح المسن متمركزا حول ذاته عن ذي قبل، أكثر اهتماما بنفسه وأقل اهتماما بالآخرين.

ب. الإهتمامات الترفيهية Recreational Interests: وتشمل القراءة، مشاهدة التلفزيون، الرحلات وزيارة الأصدقاء.

ت. الإهتمامات الإجتماعية Social Interests: حيث يعاني المسن من الشعور بالفراغ، العزلة، الوحدة النفسية، وتناقص الأدوار الإجتماعية.

ج. الإهتمامات الدينية Religious Interests: حيث يصبح الفرد أكثر تسامحا وأقل تعصبا، وكذلك تتسم مرحلة الشيخوخة بأن المسنين يكونون أكثر تردداً على دور العبادة.

2-3- الخصائص والتغيرات الإجتماعية: تعتبر الشيخوخة من الناحية الإجتماعية حالة من هجر العلاقات الإجتماعية والأدوار التي تطابق مرحلة الرشد التي تم فيها قبول العلاقات الإجتماعية، والأدوار التي تطابق السنوات المتأخرة من مرحلة الرشد (قناوي، 1987، ص. 51).

تتعدد التغيرات الإجتماعية التي تصاحب مرحلة الشيخوخة وتتداخل مع بعضها البعض، إلا أن أبرز هذه التغيرات لدى المسنين هي: تقلص علاقاتهم الإجتماعية إذ تقتصر على الأصدقاء القدامى ومن كان يسكن بقربه نظرا لصعوبة تنقلاته بسبب التغيرات الجسمية آفة الذكر وهذا قد يؤدي إلى تقلص المكانة الإجتماعية للمسن، كما ينتج عن هذا التغير مظهر جديد في حياة المسن ألا وهو: الفراغ والعزلة والشعور بالغرابة وذلك نتيجة للإسحاب المتبادل بين المسن والمجتمع الذي يؤدي بدوره إلى ضيق الإتصال بالمجتمع وإلى تدهور المشاركة الإجتماعية لديه، وهو ما يسمى بإغتراب المسنين عن المجتمع

وهذا راجع إلى فقدان الأدوار الإجتماعية المتمثلة في رعاية الأبناء والأسرة (السدحان، 2008، ص. 28).

يتضح من خلال ما تقدم أن مرحلة الشيخوخة تمر بعدة تغيرات بيولوجية، وسيكولوجية وإجتماعية لهذا نجد المسن يعاني من عدة مشكلات وأزمات سوف نتطرق لها في العنصر الموالي.

3- مشكلات المسنين: يعاني المسن من عدة مشكلات أبرزها ما يلي:

3-1- المشكلات الصحية: مما لا شك فيه أن الأمراض لدى المسنين تكثر في هذه المرحلة وذلك نتيجة قلة المناعة وضعف الجسم والأنسجة وعدم إستطاعتها على مقاومة الأمراض التي قد تكون موجودة في جسم الإنسان في مرحلة الشباب ووسط العمر، ولكن إذا كانت المناعة لديه قوية تستطيع مقاومتها، حيث أن هذه المشكلات مرتبطة بالضعف الصحي العام والضعف الجسمي، وضعف الحواس كالسمع والبصر، وضعف القوى العضلية وإنحناء الظهر وجفاف الجلد، والإمساك، تصلب الشرايين، والتعرض بدرجة أكبر للإصابة بالمرض وعدم مقاومة الجسم.

3-2- مشكلات إضطراب العلاقات الإجتماعية: قد تضعف العلاقات الإجتماعية للمسن مع أصدقاءه المسنين من أمثاله خاصة عندما يقلون من حوله ممن هم في سنه بالموت أو البعد مما يخلف لدى المسن حالة من الأناية ونقد الآخرين خاصة الأحفاد وصغار السن مما يخلق فارق في التفكير والتباين في العواطف والبعد في المشاعر (عبس، 2002، ص. 359).

3-3- المشكلات النفسية والعاطفية: لا شك أن كثير من المسنين يعانون من وحدتهم وترك الأبناء لهم لإنشغالهم بأنفسهم وعائلاتهم وأعمالهم، وربما يوجد بعض المسنين من يفارق الزوج أو الزوجة مما يترك فراغ عاطفي ووحدة لم يألفها من قبل، مما يشعره بقرب الأجل وتخلي الأحبة من الأبناء والبنات والأصدقاء عنهم، وربما ترك بعض المسنين للخدم والخادمت بعاداتهم الغريبة على المسنين مما يعرض المسن أو المسنة للإنطواء والعزلة والدخول في دوامة التفكير والوسواس والإنشغال بالذات، والإضطرابات النفسية. حيث أن بعض الإضطرابات الوجدانية تشيع بين المسنين وتزداد معدلات حدوثها كلما تقدم العمر، فالأمراض العصابية والذهانية من أهم أمراض الشيخوخة في المجتمع المعاصر (حجازي وأبو الغالي، 2009، ص. 118).

ومن أمثلة المشكلات النفسية حسب (بركات، 2009، ص. 8-9) لدينا :

- مشكلة سن القعود: وهو ما يعرف عادة بإسم سن اليأس ويكون مصحوبا باضطراب نفسي أو عقلي قد يكون ملحوظا أو غير ملحوظ وقد يكون في شكل الترهل والسمنة، الإمساك، الذبول، العصبية، الصداع، الإكتئاب النفسي والأرق.

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

- ذهان الشيخوخة: وفيه يصبح الشيخ أقل إستجابة وأكثر تركزا حول ذاته ويميل إلى الذكريات وتكرار حكايات الخبرات السابقة، وتضعف ذاكرته ويقل إهتمامه وميوله، وتقل شهيته للطعام والنوم، وأيضا تضعف طاقته وحيويته ويشعر بقلّة قيمته في الحياة، وهذا ما يؤدي إلى الإكتئاب والتهيج وسرعة الإستثارة والعناد، والنكوص إلى حالة الإعتماد على الغير وإهمال النظافة والملبس والمظهر، وباختصار يبدي الشيخ صورة كاريكاتيرية لشخصيته السابقة.

- الشعور الذاتي بعدم القيمة وعدم الجدوى في الحياة: والشعور بأن الآخرين لا يقبلونه ولا يرغبون في وجوده وما يصاحب ذلك من تصعيد وتوتر، فقد يعيش البعض وكأنهم ينتظرون النهاية المحتومة.

- الشعور بالعزلة والوحدة النفسية: هناك حاجات إنفعالية عامة تميز كبار السن منها الحزن والأسى الناتج عن الوحدة وفقد حب الآخرين، والشعور بالذنب الناتج عن الوحدة من الحوادث الماضية.

- يضيف (أحمد، 2009، ص. 103) مشكلات أخرى تتعلق بـ:

- المشكلات الإقتصادية: هي إنخفاض دخل المسن وذلك نتيجة إحالته إلى التقاعد عند بلوغه السن النظامية، وهذا يؤدي إلى عدم تلبية العديد من الحاجات الأساسية للمسن.

اعتمادا على ماتقدم يظهر أن للمسنة عدة مشكلات قد تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على حياته وتفاعله، وتعرقل تكيفه مع البيئة من حوله، وتمتد هذه المشكلات لتصل إلى أفراد أسرته من أبناء وبنات وأزواج وأقارب يجدون أنفسهم ملزمين بتقديم الرعاية والمساعدة له، وتتنوع هذه المشكلات التي يعاني منها المسن من مشكلات ذات طابع إجتماعي مثل الوحدة النفسية، ومشكلات صحية ومشكلات نفسية.

4- أنماط ونماذج التشيخ:

4-1- أنماط التشيخ: بصورة عامة يمكن التمييز بين ثلاثة مسارات تطويرية للشيخوخة:

4-1-1- التشيخ الناجح: يتمثل في غياب أو إصابة ضئيلة في الوظائف الفيزيولوجية وغياب المرض، ويعتبر من الأهداف الرئيسية لعلم الشيخوخة الوقائي، ويتطلب هذا النموذج من الشيخوخة حضور في نفس الوقت الأداء البدني والعقلي والنفسي والإجتماعي مع بعد ذاتي هام يشمل مفاهيم الرفاه والرضا عن الحياة.

4-1-2- التشيخ الإعتيادي: يتميز بإصابات معتبرة كإصابات نفسية إجتماعية لبعض الوظائف المرتبطة بالسن ولكن بدون أمراض محددة، ويمكن إعتبار الأشخاص في هذا النموذج من الشيخوخة بالفئة الهشة ومصطلح الهشاشة من بين أهم المصطلحات المستعملة في طب الشيخوخة.

4-1-3- التشيخ المرضي: هذا النموذج من الشيخوخة يكون مصحوبا بأمراض حادة متطورة أو معقدة مع مرافقة الإعاقة المسؤولة عن التبعية الوظيفية - ludwing et chicherio, 2009,p.355- (358).

4-1-4- التشيخ النشط: المفهوم الحديث للصحة في مرحلة الشيخوخة:

قبلت منظمة الصحة العالمية التشيخ النشط كهدف يمكن تحقيقه لرعاية الفئات المريضة والمسننة، كان نموذجا لتغيير التركيز من النموذج السريري إلى نموذج تعزيز الصحة في الرعاية، وقدمت ورقة مناقشة منظمة الصحة العالمية المتداولة في الجمعية العالمية للأمم المتحدة عن التشيخ في عام (2002) الأساس المفهومي لتشيخ النشط. وعرفت منظمة الصحة العالمية التشيخ بأنها عملية تعطي أمثل الفرص لصحة الأشخاص المسنين ومشاركتهم وأمنهم على تعزيز نوعية الحياة أثناء التقدم في العمر(منظمة

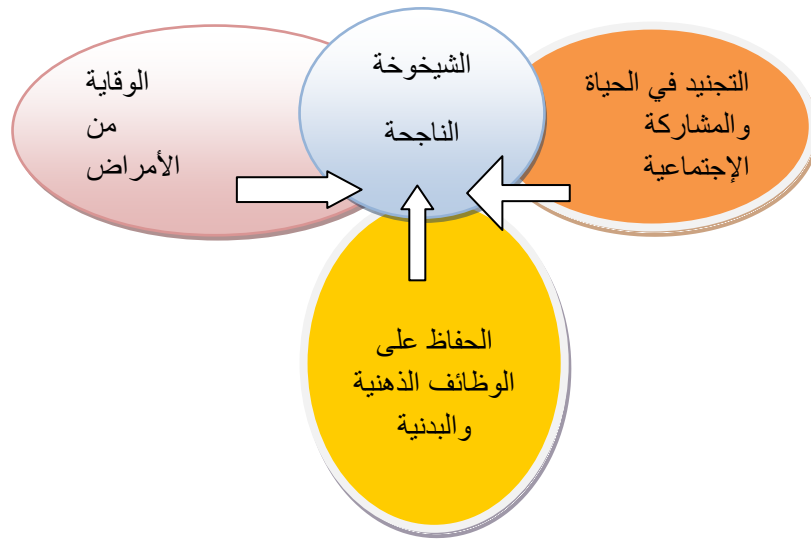
الصحة العالمية، 2007، ص.58). وقد تم تبني مصطلح الشيخ النشط من قبل منظمة الصحة العالمية في أواخر تسعينات القرن الماضي حيث جرت مداولات في إجتماعات جمعية الصحة العالمية الثامنة و الخمسين لمنظمة الصحة العالمية سنة (2005) في جنيف حول إستراتيجيات تعزيز الشيخ النشط والصحي في ضوء توصيات الجمعية العالمية الثانية للأمم المتحدة عام (2002)، وبعد النظر إلى الأساليب المختلفة التي تبنتها منظمة الصحة العالمية في السنوات السابقة، ركزت جمعية الصحة العالمية إهتمامها على تطوير رعاية صحية أولية للمسنين وحثت على إتخاذ تدابير من أجل تعزيز الشيخ النشط والصحي من خلال الرعاية الصحية الأولية، وأسلوب تمديد العمر في التنمية ومشاركة المسنين في العملية التنموية وتأمين بيئة داعمة لإستمرارية الصحة والمعافاة للمسنين (Dragana et Mirosalava, 2001, p.27-28).

من جهة أخرى يتمثل مفهوم الشيخ النشط في شيخوخة ذات تجربة إيجابية وتتميز بفرص متواصلة للإستمتاع والإنتاج. وتتمثل محددات الشيخ النشط فيما يلي: الجنس، الثقافة، نظام الخدمة الصحية والإجتماعية، العوامل الإقتصادية كالدخل، العمل والحماية الإجتماعية، المحيط المادي، العوامل الشخصية، العوامل البيولوجية والوراثية، العوامل السلوكية، الطعام الصحي وإستهلاك التبغ والكحول، المحيط الإجتماعي، الدعم الإجتماعي والتعليم (O M S, 2008, p.80-87).

4-2- نماذج الشيخ: تتمثل في أربعة نماذج وهي كالتالي:

4-2-1- نموذج الشيخ الناجح (1998): قام كل من "رووي" و"كاهن" Kahn et Rowe

في أواخر التسعينات بإعداد نموذج يتمحور حول مفهوم الشيخ الناجح حيث يعرفانه حسب ثلاثة عوامل وهي: إحتمال ضعيف للتعرض للمرض والعجز، أداء جسدي وعقلي جيد، مشاركة إجتماعية نشيطة. وتكون هذه العوامل الثلاثة مرتبطة ببعضها البعض. وحسب الباحثين فإن غياب الأمراض وحالات العجز يسهل الأداء البدني والعقلي، ومنه تكون المشاركة الإجتماعية نشطة والتي يكون لها آثار إيجابية على الصحة البدنية والعقلية (Rowe et kahn, 1998, p.26-52).

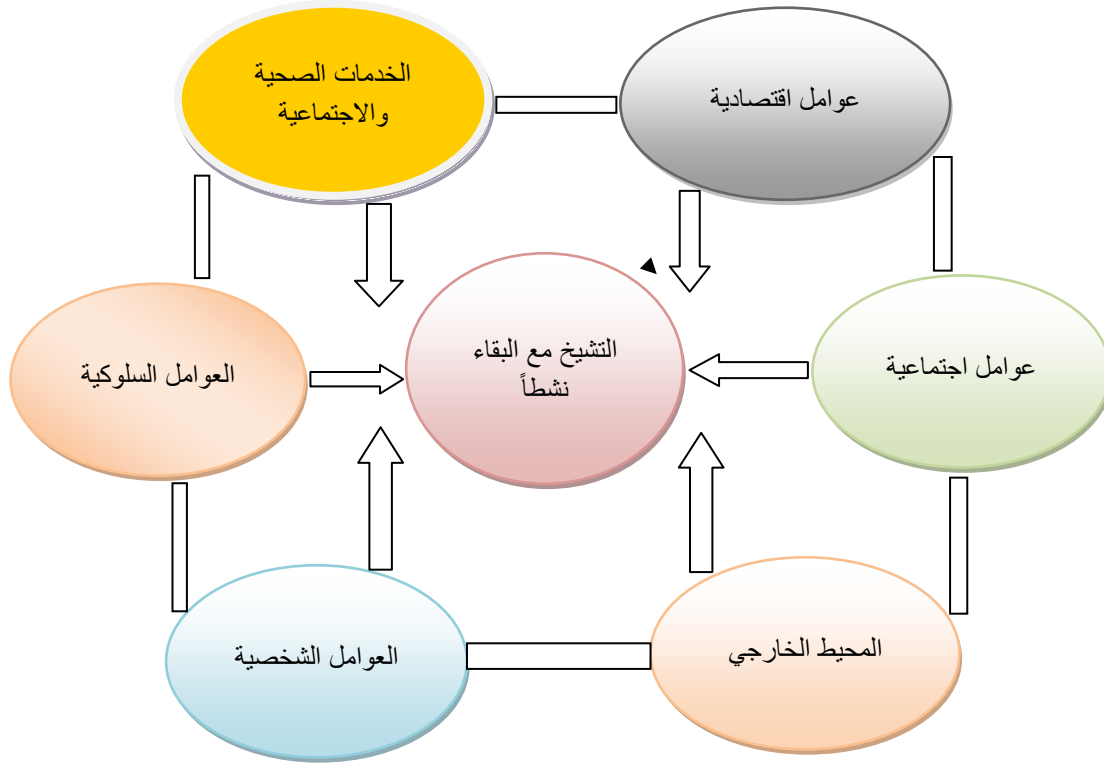


شكل (4): نموذج الشيخوخة الناجحة

(المرجع السابق، ص.40)

4-2-2- نموذج محددات التشيخ النشط (2002): أثار مصطلح التشيخ إهتمام بعض التنظيمات والهيئات على المستوى العالمي، وعلى سبيل المثال فإن المنظمة العالمية للصحة تطرح فكرة إيجابية حول التشيخ من زاوية التشيخ النشط وحسب هذا الأخير فإن الفكرة تكمن في رفع مستوى إمكانيات الحصول على الصحة الجيدة وذلك بغية ترقية نوعية الحياة خلال مرحلة الشيخوخة (O M S, 2002, p.40).

وحسب المنظمة العالمية للصحة فإن التشيخ النشط سته محددات هي: العوامل الشخصية، السلوكية، الإجتماعية والإقتصادية، إضافة إلى الجوانب المتعلقة بالبيئة والمصالح الصحية والإجتماعية. كما يجسد النموذج الذي تقترحه المنظمة العالمية للصحة أيضا تأثير عاملين معدلين للحالة الصحية ومحدداتها وهما النوع والثقافة. وأخيرا كل هذه العوامل لها تأثير على الحالة الصحية وعلى مستوى التفاعل والمشاركة في الأنشطة السوسيو-اقتصادية والثقافية والعقائدية (O M S, 2008, p.26).



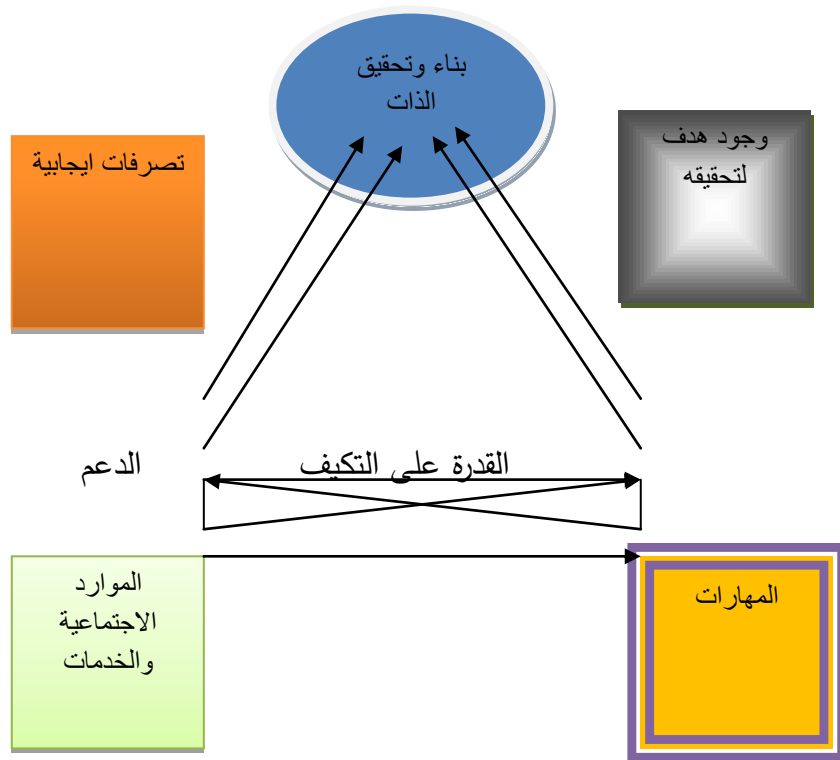
شكل (5): نموذج محددات الشيخوخة النشطة

(O.M.S,2002,p. 40)

4-2-3- نموذج التشيخ الصحي: حسب هذا النموذج المقترح من قبل "بريانت، كورباتوكيتنار"

Bariant, Korbatokitnar حول التشيخ الصحي، فإن هذا الأخير هو ثمرة مجموعة الروابط القائمة بين مختلف النواحي ويمكن تلخيصه تحت شعار تحرك وتصرف « going and doing » والذي يتناول الرفاهية وتحقيق الذات. ويتم التركيز في هذا النموذج المقترح على أهمية العوامل التي بوجودها تؤثر إيجابيا على تصورات الأشخاص المسنين حول التشيخ كما يؤدي غيابها إلى تصور سلبي للشيخوخة. وتتخلص هذه العوامل في أربعة محددات وهي مرتبطة ببعضها البعض، العامل الأول هو أن يكون للمسن هدف وأنشطة قيمة لتحقيقها تتعلق بأداء أنشطة الحياة اليومية وكذلك أهمية أداء الأدوار الاجتماعية. ثانيا يجب أن يكون له قدرات وإستعدادات مكتسبة لرفع التحديات التي تواجهه (مثلا: الحركة، الوظائف الذهنية الجيدة، غياب الإضطرابات السمعية) (Aguerre et Bouffard,2003,

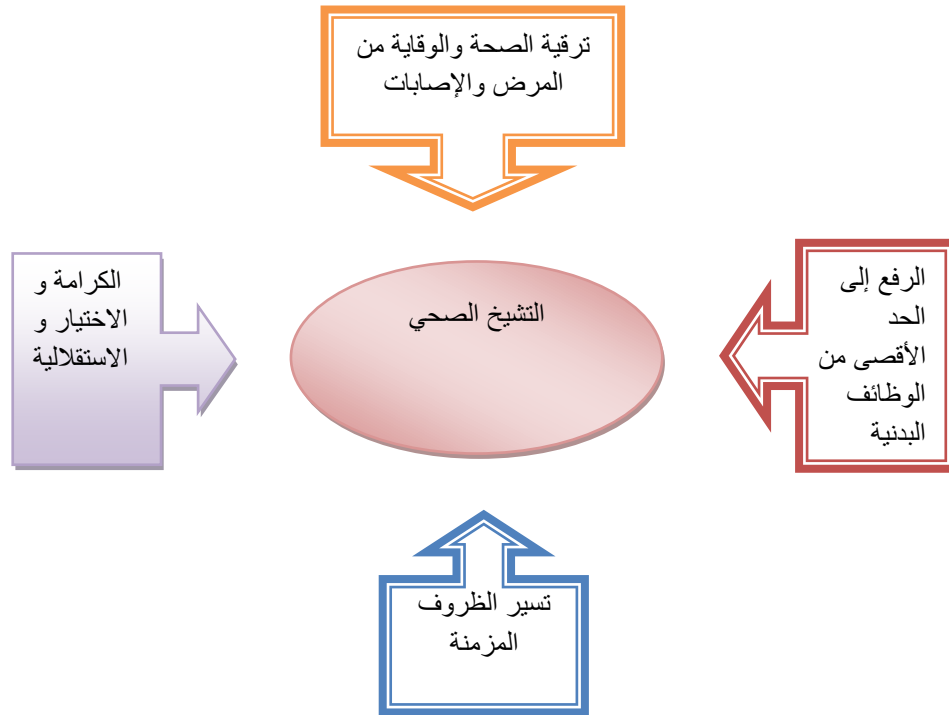
p.52-66)



شكل رقم (6): نموذج من اجل شيخوخة صحية

(Aguerre et Bouffard, 2003, p.59)

4-2-4- نموذج إستراتيجية التشيخ الصحي ورفاهية كبار السن (2002): تم اقتراح هذا النموذج من قبل حكومة "البرتا" (كندا) يحمل بين طياته أربعة أهداف، الأول هو ترقية الصحة والوقاية من الأمراض والعجز والذي يتطلب جعل الأشخاص قادرين على التكفل بصحتهم بهدف تحسينها، أما الهدف الثاني فهو بلوغ الحد الأقصى للأداء البدني والعقلي وذلك قصد جعل الأشخاص المسنين أكثر إستقلالية في أداء الأنشطة المنزلية واليومية بالرغم من الخسائر الوظيفية، ويتمثل الهدف الثالث المرجو في المشاركة الإجتماعية النشيطة أي بمعنى القيام ببناء علاقات ذات معنى مع الآخرين والإستثمار في الأنشطة الإجتماعية الكافية، وأخيرا يأتي الهدف الرابع المتمثل في تسيير الظروف الزمنية أي بتقوية الإمكانيات والقدرات الشخصية للتسيير الأمراض بشكل فعال وتقليص الآثار السلبية لها، وبشكل عام، يهدف هذا النموذج إلى تسهيل عملية الإستقلالية لدى المسنين ودفعهم إلى العمل والمساهمة مع المختصين في مجال الصحة لتحديد إحتياجاتهم كما يقترح هذا النموذج مبادئ الكرامة، الإختيار والإستقلالية، المساواة والمساهمة الإجتماعية والأمان لكبار السن (Alberta Heath and Wellness, 2002, p.1-53).



شكل (7): نموذج إستراتيجية التشخيص الصحي ورفاهية كبار السن

(Alberta Health and Wellness, 2002,p.1-53)

5- نظريات دراسة الشيخوخة: تختلف نظريات الشيخوخة بإختلاف المنظور الذي ننظر

إليها من خلاله، فالشيخوخة عملية متعددة ومتشابكة الجوانب والأبعاد، وفيها تتم مجموعة من التغيرات البيولوجية، الإجتماعية والسيكولوجية، وعليه ظهرت مجموعة من النظريات تلقي الضوء وتفسر هذه التغيرات والمظاهر:

5-1- نظرية الانسحاب: تقوم هذه النظرية على إفتراض أساسه أن الأفراد حين يصلون لسن

الشيخوخة فهم تدريجيا يبدءون في تقليص الأنشطة التي إكتسبها حين كانوا في منتصف العمر، وتقول "كمنج" Cumming التي تعتبر مؤسسة هذه النظرية تبدأ مظاهر الانسحاب بالملاحظة الموضوعية ذلك أن المسن يشعر ببداية فقدان إرتباطه بأوجه الحياة المحيطة به إذا ما قارن نفسه حين كان أصغر في السن وأكثر إيجابية وأكثر حركة، على إعتبار أنه شخص غير مرغوب فيه ولذلك يعتبر التقاعد مظهرًا للإنسحاب المتبادل، فالفرد ينعزل عن المجتمع في الوقت الذي يبدأ فيه المجتمع بالانسحاب من حياة

الفرد، وقد ينسحب المسن تماما من المجتمع ويبقى نسبيا مغلقا عن الآخرين، وقد يرافق هذا الإنسحاب التام المسن من البداية ويظهر ذلك في زيادة الإنشغال بنفسه وحين تكتمل عمليات الشيخوخة فإن التوازن الذي يوجد في منتصف العمر بين الفرد ومجتمعه يذهب ليحل محله توازن يتميز ببعده المسافة وتغيير أنماط العلاقات.

لقد نقدت هذه النظرية حين أشار البعض إلى أن نظرية الإنسحاب لا تنطبق على كل الأفراد فالذين يعملون أعمال لا تتصل بالآداب أو الفن أو أعضاء السلك الجامعي الذين لا تنطبق عليهم نظرية الإنسحاب، ولذلك عدلت "كمنج" من نظريتها وأشارت إلى الرضا عن الحياة قد يرتبط إيجابا بالأنشطة لدى بعض المسنين وبالإنسحاب لدى البعض الآخر، فالشخص النشط الذي يوجه إهتماماته للعالم الخارجي سوف يكون سعيداً إذا ما استمر على ذلك من خلال مرحلة التقاعد، أما الآخرين أصحاب النظرة السلبية والذين يعتبرون البيت مركزهم الرئيسي فإنهم سوف يرحبون بالإنسحاب من المجتمع (حمو علي، 2012، ص.93).

5-2- نظرية النمطية واللامنطية: تنظر النظرية النمطية واللامنطية للشيخوخة نظرة قائمة على

التعميم، مما أدى إلى معاملة المسنين كأنهم فئة واحدة وتحديد سن التقاعد بناء على ذلك بسن الستين، أو ما يعادل ذلك، والملاحظة في الواقع هو عكس هذه النظرة النمطية، إذ يتباين المسنون في قدراتهم الجسمية والروحية والعقلية والوجدانية تباينا كبيرا، ونلاحظ أيضا أن كثيرا من قادة السياسة ورجال الأعمال، وأصحاب المهن الحرة الناجحين هم من المسنين الذين بلغوا سن التقاعد الرسمي الذي تعترف به الأمم المتحدة.

تستند هذه النظرية الجديدة (اللامنطية) على التأكيد على ضرورة اعتماد مبدأ "الفروق الفردية" في معاملة كبار السن في مجالات عدة وخاصة في إدارة الموارد البشرية، حيث أن هناك حاجة ماسة لتوظيف المسنين في كثير من البلدان التي ارتفعت فيها نسبة الشيخوخة كثيرا، ولا ينبغي أن يقتصر توظيف المسنين في الوظائف المناسبة لقدراتهم الجسمية والعقلية والوجدانية على البلدان التي ارتفعت فيها نسبة الشيخوخة، كما هو الحال في معظم البلدان المتقدمة صناعيا، بل ينبغي أن يكون الأمر كذلك في دول الخليج، حيث هناك حاجة ماسة لكل الأيدي العاملة وخاصة المتعلمة والماهرة منها (المرجع السابق، ص.94).

5-3- نظرية النشاط والفعالية: ترى هذه النظرية أن كبار السن لا يتخلون عن أدوارهم التي كانوا يمارسونها في منتصف العمر بسهولة، وإذا ما اضطروا لذلك فسوف يستبدلونهم بأدوار وأنشطة جديدة مناسبة لقدراتهم بحيث توفر لهم الشعور بالرضا عن الذات والتوافق الاجتماعي، وقبلت هذه النظرية بصورة واسعة وكانت ذات أهمية خاصة بالنسبة للمتخصصين بالنشاط، ويمكن أن تعزى شعبية هذه النظرية بصورة خاصة إلى الطريقة التي تظهر فيها، وتستند هذه النظرية على أساس أن المستويات العالية للنشاط ترتبط بإدراك ورضا نفسي عالي عند كبار السن، وعلى الرغم من ظهور نتائج دراسات ميدانية تؤيد هذه النظرية إلا أنها نقدت كونها بسيطة لا تتضمن شرحا كافيا للرضا عن الحياة في الأعمار المتقدمة، ومن محدوديتها أنها لا تأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية والشخصية في مستوى النشاط عبر مسار الحياة.

كما أظهرت دراسات أخرى أن النشاط الذي يكون له معنى من الناحية الشخصية يرتبط بالرضا عن الحياة، في حين أن النشاط المنظم والمبني بناء عاليا لا يرتبط بالرضا عن الحياة (عكلة، 2000، ص. 210-211).

5-4- نظرية الأزمة: تؤكد نظرية الأزمة على أهمية الدور المهني بالنسبة للفرد داخل المجتمع، فقيام الشخص المسن بعمل ما يعد في غاية الأهمية بالنسبة له، حيث يكسبه الدور المهني هويته ويمكنه من وضع نفسه في علاقات مع الآخرين ويساعده على التوافق النفسي والاجتماعي.

ويرى أنصار هذه النظرية أن التقاعد يمثل أزمة بالنسبة للمسنين خاصة هؤلاء الأشخاص الذين يعطون للعمل أهمية كبيرة ويعتبرونه قيمة في حياتهم، وقد قسم الباحثون إزاء هذه النظرية إلى فريقين:

الفريق الأول: يرى ممثلوه أن فقدان الفرد لعمله وتغيير أدواره بعد إحالته للتقاعد يؤثر في نظرتة لنفسه، وفي علاقاته مع أسرته والمجتمع الذي يعيش فيه.

والفريق الثاني: ينظر أصحابه إلى أن الإحالة على التقاعد ليس العامل الوحيد والأهم في رضا المسن عن نفسه وعن حياته، فتأثير التقاعد يتوقف على عدة عوامل منها المستوى الاقتصادي والاجتماعي، وأهمية العمل بالنسبة للفرد والحالة الصحية... الخ (حمو علي، ص. 95).

6- إحتياجات المسنين: للمسن إحتياجات عديدة لخصّها (عبد الحميد 1983، ص.24) في

هذه النقاط:

- حاجة كبار السن إلى التفهم، حيث يتطلب أمر توافقهم وتكيفهم ضرورة الإحاطة بكل ما يتصل بعملية النضج والتقدم في العمر حتى يمكنهم أن يدركوا التغيرات التي تطرأ على طاقتهم البدنية في المجتمع.

- الإعداد لعملية التقاعد، يتطلب ذلك إمداد الأفراد الذين يصلون إلى مرحلة العمر المتوسط بمجموعة من المعلومات والمهارات التي تساعد على:

- زيادة فرص التوظيف بعد التقاعد من عملهم.

- الإحتفاظ بصحة جيدة، وإتباع أساليب معيشية تلائم المتقدمين في السن، والإحاطة بطرق الوقاية من الأمراض المزمنة.

- تأمين مورد مالي.

- توفير حياة أسرية وصلات اجتماعية مناسبة.

- إيجاد أنواع من النشاطات والمهارات تكون بديلاً لكبار السن عن العمل.

- توعية المجتمع بمشكلات كبار السن، حيث أن الفكرة السائدة في المجتمع حول كبار السن أنهم فئة غير منتجة، وأنهم يعيشون على هامش الحياة وهم في إنتظار الموت، هذه الفكرة يجب أن تستبدل بصورة أخرى توضح الحقيقة التي مفادها أنه من يصل إلى مثل سنهم تصبح لديه خبرة في الحياة وأن المجتمع يعوزه، ولهذا يجب أن يكون على دراية بجميع المشكلات التي تصادف المسن والبحث عن طرق التصدي لها.

- ضرورة تثقيف المتخصصين بكيفية تعاملهم مع المسنين، حيث من البديهي أن هذا التثقيف سيختلف نوعاً وكماً بإختلاف الأشخاص والمسؤوليات الملقاة على عاتقهم، غير أنه بإمكاننا تحديد الحد الأدنى من المعارف التي يجب الإلمام بها لمن يعمل مع هذه الفئة مثل: ظروف المتقدمين في السن كفئة من فئات المجتمع.

- خبرات في العلاقات الإنسانية، وفي أساليب العمل مع الجماعات في مواجهة وحل مشكلات المسنين في المجتمع.

- الإمام بالنواحي التربوية ودورها في مواجهة احتياجات المتقدمين في السن، وفي حل مشكلات الإقامة، الدخل، الصحة والعمل (عبد الحميد، 1983، ص. 24).

كما يضيف (مرسي، 1997، ص. 143) إلى:

- ضرورة مشاركة المسنين في الحياة العائلية، إذا في هذا الصدد نجد عائلات تلتزم برعاية المسنين، في حين نجد عائلات أخرى ترفض هذا الإلتزام أو الواجب، لذلك على الباحثين الإجتماعيين إشراك العائلة والمجتمع في مساعدة المسنين ليس من منطلق ضرورات أخلاقية فقط بل لكون هذه الفئة لها حق على المجتمع ككل.

7- المكانة الإجتماعية للمسن:

7-1- المكانة الإجتماعية للمسن في الأسرة التقليدية (الممتدة): إن طبيعة الحياة في نطاق

نظم العلاقات الوثيقة والحياة الجماعية ذات الصلات العميقة والمتبادلة والمتكاملة كانت تضمن للمسن مكانة إجتماعية عالية بين أفراد العائلة، كما أن نمط المعيشة الجماعية والعملية الإقتصادية المشتركة تحت قيادة رب العائلة والذي غالبا ما يكون هو المسن تساعد على ترابط العائلة ووضوح القيادة والتبعية.

والعائلة التقليدية هي عائلة موسعة تعيش في أحضانها عدة أسر زوجية تحت سقف واحد، والسلطة فيها ترتبط بالقيم والتقاليد وغالبا ترتكز في أيدي كبار السن، فالمسن في هذه العائلة يعتبر من محددات المكانة الإجتماعية للفرد، فكلما تقدم إنسان في العمر كلما زادت قيمته وإرتفعت مكانته داخل العائلة، لقد كان المسن في هذه العائلة هو القائد وصاحب الرأي السديد والمرجع الذي يستند إليه أفراد الأسرة في تسيير أمور حياتهم، فوجوده داخل الأسرة يساهم في التماسك والترابط بين أفرادها، ولقد كان للعائلة التقليدية نظام صارم يفرض على أعضائها نوعا من الإلتزامات والمسؤوليات المتبادلة، فدور المسن مهم جدا فكان مثل القاضي الذي يحكم إليه في حال نشوب المشاكل، وهو المسؤول عن تزويج أبنائه وأحفاده (بوتغنوشنت، 1984، ص. 253).

7-2- المكانة الاجتماعية للمسنين في الأسرة الحديثة (النوعية): إن ظروف الحياة وإختلاف بنيات الأسرة في المجتمع العصري أدى إلى عدم قيام الأسرة بواجبها إتجاه المسن من منحه الرعاية وشروط الحياة المناسبة، لأن الأسرة الحديثة غلب عليها الطابع الفردي فتم عزل المسن من طرف أولاده بالإبتعاد عنه وحرمانه من عطفهم بشراء مسكن جديد خاص بحياته الزوجية أو بالإنعزال عنه داخل المسكن الكبير، إلا أن الطريقة الأخيرة هذه نجم عنها إحتكاكات ومشاحنات جعلت بعض الأبناء يحاولون ويفضلون الإستغناء عن أوليائهم المسنين لأنهم يعتبرونهم عالة عليهم وسببا في سوء معيشتهم لأنهم لا يطاقون بسبب ما يعانونه من إضطرابات المزاج كتصلب أفكارهم وعدم قدرتهم على الصبر وعجزهم وتمردهم. والإستغناء عنهم أيضا بوضعهم في دور العجزة وذلك لتقوم هذه الأخيرة برعايتهم وخدمتهم لأن شبكة إتصالاتهم الإجتماعية لا يمكنها القيام بذلك والإعتناء بهم في البيت، إلا أننا نجد البعض من المسنين من يترك منزله بنفسه ويذهب لمثل هذه الدور حتى يترك مجال العيش لأولاده، غير أن المسن يرى في عائلته المنزل أو السكن، فالمنزل والعائلة هي نفس الشيء بالنسبة له (المرجع السابق، ص. 254).

وعليه نستنتج أنه رغم التطور في بنية الأسرة وتقلص وظائفها إلا أنها تبقى تنظيماً أساسياً له وظائفه الخطيرة والهامة كما حددها الإسلام، فهي تحقق وظائف السكن، الأمن، المودة والرحمة، إشباع الحاجات العاطفية، ووظائف الإنجاب، وإشباع الحاجات الإقتصادية والإجتماعية وال نفسية.

8- مراكز رعاية المسنين (دور الرعاية): ينحصر عمل هذه المراكز في رعاية مشكلات

التكيف التي يعاني منها المسنين، وهي المكان الذي يوفر لهم حاجياتهم المفقودة في الخارج، كما أنها توفر مكان لقاء بين المسنين، ووسائل التسلية تناسبهم وفرص نشاطات متعددة، وتوفر فرص تعلم مهارات جديدة وهوايات تشغل جزءا كافيا من وقتهم دون أن تستنفذ من طاقاتهم، ومثل هذه المراكز يتواجد فيها فريق طبي يسهر على سلامة وصحة المسنين كأخصائيين نفسانيين واجتماعيين يتابعون حالتهم النفسية، وفريق متعدد الخدمات من (أكل، تنظيف، رعاية خاصة).

8-1- أنواع مراكز رعاية المسنين: تختلف مراكز رعاية المسنين حسب ثقافة كل مجتمع

وبحسب الغرض من وجودها ومن أنواع هذه المراكز ما يأتي:

8-1-1-1- مراكز الرعاية طويلة المدى: هذا النمط من مراكز الرعاية الاجتماعية تم إستحداثه في المراكز الرعاية الصحية المخصصة للمسنين، بحيث تهتم كافة أوجه الرعاية الاجتماعية من خلال برامج الخدمة الاجتماعية للمسنين، بحيث تهتم بتقديم كافة أوجه الرعاية الاجتماعية من خلال برامج الخدمة الاجتماعية للمسنين الذين لم يجدوا من يرعى ويلبي إحتياجاتهم الخاصة، ويعتبر هذا النوع من أنواع الرعاية الشاملة التي تقدم مرافق متعددة سواء منزلية أو محطات رعاية أخرى والذي استعملته هولندا لأول مرة (الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي، 2011، ص3).

8-1-1-2- مراكز الرعاية المفتوحة: ويعتبر هذا النوع مكمل للرعاية الاجتماعية للمسنين، وقد تم تطبيقه في عدة دول من العالم مثل (الدنمارك، السويد، إنجلترا، الولايات المتحدة الأمريكية، اليابان... الخ)، ويستهدف هذا النمط تخفيف العبء على الأسرة التي لا يوجد لديها عائل يقوم برعاية المسن من خلال توفير من يقوم بخدمته في منزله أو فندق اعد خصيصا لذلك، بالإضافة تقديم الخدمات لجميع المسنين وليس الأغنياء منهم فقط حيث تقدم الخدمة في حدود إمكانيات المسن وتضمن له مستوى لائقا وكريما من الرعاية (رشاد أحمد، 2007، ص. 244).

8-1-1-3- أندية المسنين أو مراكز الرعاية الاجتماعية: يوجد هذا النوع في الدول العربية وخاصة جمهورية مصر العربية وهو ما يقابل مراكز المسنين، وهي عبارة عن مؤسسات إجتماعية يقضي فيها المسنون بقية عمرهم ممن عجزوا عن خدمة أنفسهم أو عجز ذويهم عن خدمتهم، وتتوفر الرعاية التامة بما فيها الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية والترويحية، وتعتبر أندية المسنين كفضاء كبير لإدماج هؤلاء المسنين في العلاقات الاجتماعية كبقية أفراد المجتمع، لأنهم إذا لم يشعروا أن لديهم نشاط فإنهم سيشعرون باليأس وإختلافهم عن بقية الأفراد، لذلك فالمسنون يحتاجون إلى الإشتراك في الأندية ليعبروا عن إحتياجاتهم النفسية والجسمية بنوع من النشاط ومما يسهل من توفير هذه الأندية لأنها لا تحتاج لملاعب المتسعة التي تنتم بها الأندية العادية، بل هي أماكن صغيرة يشترك فيها أكبر عدد من المسنين لمزاولة نشاطهم المحبب، والإشتراك في بعض البرامج الاجتماعية والثقافية والترفيهية التي يتم تنظيمها من قبل المهنيين في تلك الأندية(الشربيني، 2008، ص.139).

8-1-1-4- مراكز الرعاية النهارية: الأندية هي عبارة عن المكان الذي يقدم البرامج والخدمات الترويحية والصحية والاجتماعية والتثقيفية للمسنين لمساعدتهم على ممارسة نشاطاتهم المختلفة خلال

أوقات النهار ثم ينصرفون في المساء إلى بيوتهم، وتقدم هذه البرامج لمنتسبي هذه المراكز من خلال متابعة وتسجيل كل التغيرات الطارئة عليهم لتحقيق أفضل تكيف بينهم وبين أفراد أسرهم وبيئتهم المحيطة بهم، والعمل على استمرار صلة كبار السن بالمجتمع الخارجي وذلك عن طريق الزيارات والجولات الخارجية، بالإضافة إلى وضع برنامج يومي للخدمات الإجتماعية والحرص على راحة واستقرار المسن وتحقيق أقصى إستفادة له خلال تواجده في المراكز.

8-1-5- مراكز إعادة التأهيل: وهي مراكز تهتم بمعالجة المسنين والعجزة من كافة الأعمار لفترة قصيرة المدى، تقدم لهم خدمات ومساعدات علاجية تأهيلية وذهنية بواسطة العلاج الفيزيائي والنفسي والإجتماعي، وتعمل هذه المراكز على عملية إرجاع المسنين إلى المجتمع ودمجهم في الحياة العامة وشغل أوقات فراغهم في أمور مفيدة (المرجع السابق، ص 140).

8-1-6- مراكز الرعاية الخاصة: هي مراكز وضعت لرعاية المسنين تابعة لقطاع الخاص، لاثمولها الحكومة بل يتم تمويلها من خلال المالك الأصلي أو المتبرعين من الجمعيات، وضعت خصيصاً لتقديم مختلف الخدمات الإجتماعية للمسنين وخاصة الصحية منها (Albertaontario,) (2005, p.4).

9- الدين الإسلامي ورعاية المسنين: أكرم الله سبحانه وتعالى بني آدم وجميع الخلق دون استثناء نظراً لكونهم ينتمون للبشرية، وخصهم بالمزيد من الكرامة على غيرهم من المخلوقات، وزاد إكرام المسنين والوالدين، وتقوم رعاية كبار السن في الإسلام على أسس عدة، وأبرز هذه الأسس كما ذكرها (الدبل، 1439):

1- الإنسان مخلوق محفوظ الكرامة: يقول الله عز وجل: ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا﴾ {الاسراء، 70}. وقال تعالى: ﴿إِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي خَالِقٌ بَشَرًا مِنْ طِينٍ، فَإِذَا سَوَّيْتُهُ وَنَفَخْتُ فِيهِ مِنْ رُوحِي فَقَعُوا لَهُ سَاجِدِينَ، فَسَجَدَ الْمَلَائِكَةُ كُلُّهُمْ أَجْمَعُونَ﴾ {سورة "ص" 71-73}، وسجود الملائكة للبشر هو من قبيل التوقير والإحترام مؤشر كاف على المنزلة الرفيعة التي يفترض أن يحظى بها الإنسان بشكل عام وكبير السن بشكل خاص.

أ- يعد المجتمع المسلم من أكثر المجتمعات تراحمًا وتماسكًا، قال تعالى: ﴿مُحَمَّدٌ رَسُولُ اللَّهِ وَالَّذِينَ مَعَهُ أَشِدَّاءُ عَلَى الْكُفَّارِ رُحَمَاءَ بَيْنَهُمْ﴾ {الفتح، 29}، وقال تعالى واصفًا المؤمنين: ﴿وَتَمَّ كَانَ مِنَ الَّذِينَ آمَنُوا وَتَوَاصَوْا بِالصَّبْرِ وَتَوَاصَوْا بِالْمَرْحَمَةِ﴾ {البلد، 17}، ويصف الرسول صل الله عليه وسلم المؤمنين بأنهم كالجسد الواحد، ففي الحديث أن الرسول صل الله عليه وسلم قال "تَرَى الْمُؤْمِنِينَ فِي تَرَاحُمِهِمْ وَتَوَادِهِمْ وَتَعَاطُفِهِمْ كَمَثَلِ الْجَسَدِ إِذَا اشْتَكَى مِنْهُ عُضْوٌ تَدَاعَى لَهُ سَائِرُ الْجَسَدِ بِالسَّهْرِ وَالْحُمَى".

ج- يؤكد الدين الإسلامي أن الإحسان يجزى بالإحسان: قال الله تعالى: ﴿هَلْ جَزَاءُ الْإِحْسَانِ إِلَّا الْإِحْسَانُ﴾ {الرحمان، 60}، والأمور في هذه الدنيا تجري وفق سنن الله تعالى في كونه والتي منها أن الجزاء من جنس العمل ﴿جَزَاءً وَفَاقًا﴾ {النبأ، 26}، فإذا أحسن الصغار للكبار كان ذلك سببا لأن يقبض الله لهؤلاء من يكرمهم عند كبرهم.

د- كبير السن المؤمن له مكانة خاصة في المجتمع ورعايته والاهتمام به تعد من الأعمال الجليلة التي يكتسب بها الإنسان الحمد والثناء والجزاء من الله سبحانه وتعالى.

هـ- توقير المسن والتشبه به سمة من سمات المجتمع الإسلامي التي يختص بها مجتمعنا: ومن ذلك أن رسول الله صل الله عليه وسلم قال: "إِنَّ مِنْ إِجْلَالِ اللَّهِ إِكْرَامُ ذِي الشَّيْبَةِ الْمُسْلِمِ...".

وبعد فهذه أبرز الأسس التي تنطلق منها جميع أوجه الرعاية المقدمة لكبار السن في الإسلام، فهذه الرعاية تركز على أسس متينة، وليست وليدة لحظة عابرة من العاطفة أو الرحمة.

خلاصة الفصل:

من خلال ما تم التطرق إليه من تعريفات متنوعة حول مرحلة الشيخوخة والتغيرات المصاحبة لهذه المرحلة العمرية، وكذا المشكلات التي يعاني منها المسنون وكذا إحتياجاتهم، بالإضافة إلى النظريات المفسرة لمرحلة الشيخوخة. يتضح لنا أنه رغم التغيرات الفيزيولوجية التي تطرأ في هذه المرحلة ناتجة عن تقدم السن ونقص وظائف الجسم، وكذلك تغيرات على المستوى الإجتماعي والنفسي إلى أنه يوجد منهم من يعيش حياة صحية جيدة حتى أنه من الممكن أن يكونوا مورداً بشرياً مهماً ليس داخل الأسرة فحسب بل بإمكانهم ولوج سوق العمل، وإعطاء تجاربهم في مختلف المجالات العلمية والمهنية، فالعديد من الدول المتقدمة لا تعترف بسن معين للعطاء والإبداع والمشاركة في بناء المجتمع، وهذا إعترافاً بأهمياتهم المستدامة لخدمة المجتمع.

الجانِب المِيداني

الفصل السادس

الإجراءات المنهجية للبحث

تمهيد:

يعتمد البحث العلمي على مجموعة من الخطوات المنتظمة التي يتبناها الباحث في معالجة المشكلة محل الدراسة، والباحث الجيد هو الذي يصمم بحثه تصميماً منهجياً دقيقاً ومتكاملاً بكل تفاصيله وكافة خطواته مراعيًا الموارد المتاحة والإمكانيات المتوفرة والزمن المتيسر لإجراء هذا البحث، وحتى يمكن إتمام البحث العلمي بشكل يحقق أهدافه المحددة والمسيطره، فإن هناك عدد من الخطوات المتتابعة والمتراطة.

وعليه سنتناول في هذا الفصل وصفاً دقيقاً للخطوات المنهجية المتبعة في بحثنا، حيث تضمن التعريف بالمنهج المتبع والعينة وكيفية إختيارها، بالإضافة إلى أدوات البحث المعتمدة وخصائصها السيكمترية في البيئة المحلية، وكذلك التعرف على إجراءات البحث وفي الأخير التطرق إلى مختلف الأساليب الإحصائية المستخدمة لإختبار الفرضيات المطروحة.

1- منهج البحث: إعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي وبالتحديد المنهج الوصفي المقارن

لأنها تبحث عن دور السند الإجتماعي في التخفيف من الشعور بالوحدة النفسية وتحسين نوعية الحياة من خلال المقارنة بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية، ويعرف المنهج الوصفي بأنه: "كل إستقصاء يتّصب على ظاهرة من الظواهر التعليمية أو النفسية كما هي قائمة في الحاضر بقصد تشخيصها وكشف جوانبها وتحديد العلاقات بين عناصرها أو بين ظواهر تعليمية أو نفسية أو إجتماعية أخرى (تركي، 1984، ص. 129).

كما يعرف أيضا بأنه: "وصف دقيق وتفصيلي لظاهرة أو موضوع محدد على صورة نوعية أو كمية، فالتعبير الكيفي يصف الظاهرة ويوضح خصائصها، أما الكمي فيعطينا وصفاً رقمياً يوضح مقدار هذه الظاهرة وحجمها ودرجة إرتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى (عطية، 2017، ص. 216).

أما المنهج الوصفي المقارن فهو يعرف بأنه الدراسة التي تقوم على طريقة بحثية وتتضمن مجموعة من الإجراءات التي تعمل في إتجاه معرفة خصائصها وتفسير الفروق بين مجموعتين أو أكثر في جانب أو متغير معين إعتامادا على الإختلاف في المتغير المستقل والتشابه في بقية المتغيرات (الرشدي، 2000، ص. 59).

2- عينة البحث: يعتبر تحديد العينة من الأمور الهامة التي يجب على الباحث أن يوليها أهمية وعناية خاصة، لاسيما أنه يوجد أكثر من طريقة لإختيارها، حيث تعرف العينة حسب (النبهان، 2001) بأنها مجموعة جزئية من مجتمع البحث وممثلة لعناصر المجتمع أفضل تمثيل بحيث يمكن تعميم نتائج تلك العينة على المجتمع بأكمله (عباس، نوفل، العبسي، وأبو عواد، 2007، ص. 218).

إعتمدت الباحثة عند إختيار العينة في هذا البحث على أسلوب العينة المقصودة، وهي عينة يتم إختيارها بطريقة غير عشوائية حيث يعرف (عبد الرسول، 2015، ص. 218) العينة المقصودة بأنها: "العينة التي يقوم فيها الباحث بإختيار أفراد عينة دراسته بطريقة مقصودة نظراً لتوفر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم، فالباحث عند إختياره لهذه العينة يعتقد بأنها تمثل المجتمع الأصلي للدراسة أفضل تمثيل".

2-1- خصائص العينة: تتكون عينة البحث الحالي من (160) مسن (94) ذكر و(66) إناث، (100) منهم مقيم مع ذويه، تم أخذهم أثناء تواجدهم بمراكز الصندوق الوطني للتقاعد لأحياء وسط الجزائر العاصمة و(60) مقيم في أحد دور الرعاية التالية: (باب الزوار، دالي إبراهيم، سيدي موسى) بالجزائر العاصمة، تم إنتقائهم وفقاً للخصائص التالية:

- أن يكون المسن بكامل قواه العقلية.
- أن لا يقل سنه عن (60) سنة كونه السن المعمول به في تحديد بداية مرحلة الشيخوخة حسب منظمة الصحة العالمية (O.M.S,2012).

- أن يكون في إقامة دائمة داخل مؤسسة الرعاية بالنسبة للمسنين المقيمين في دور الرعاية.
- الحالة الإجتماعية للمسن: أن يكون لديه أسرة تماشيا مع مقياس السند الإجتماعي.

2-2- مجال البحث (الزماني، المكاني):

2-2-1- الحدود الزمنية: إستغرق الجانب التطبيقي (سنتين) أي من شهر جانفي (2018) إلى غاية جانفي (2020)، وذلك بغية جمع أكبر عدد ممكن من أفراد عينة البحث.

2-2-2- الحدود المكانية: تم إجراء هذا البحث بمراكز الصندوق الوطني للتقاعد المتواجدة بالجزائر العاصمة، و أيضا بدور الرعاية بالجزائر العاصمة (مصلحة الطب النفسي)، وذلك كل يوم الثلاثاء على مستوى دار الرعاية "باب الزوار"، ويوم الأربعاء على مستوى دار الرعاية "دالي إبراهيم"، ويوم الخميس على مستوى دار الرعاية "سيدي موسى".

3- أدوات البحث: لكل بحث علمي أدوات يركز عليها لإختبار فرضياته وفي هذا البحث إعتدت الباحثة على الأدوات التالية:

3-1- مقياس السند الإجتماعي:

3-1-1- وصف المقياس: أعد هذا المقياس "جيورج" (2001) George وقامت الباحثة "دانيال" بترجمته وإعداده للبيئة العربية، ويتكون المقياس من (42) بنداً مقسمة على بعدين، بعد السند الإجتماعي داخل إطار الأسرة وبعد السند الإجتماعي خارج إطار الأسرة (دانيال، 2008، ص. 2).

ويبين الجدول (3): توزيع بنود المقياس على بعدي السند داخل وخارج الأسرة على النحو التالي:

الجدول رقم (03): توزيع بنود مقياس السند الإجتماعي على الأبعاد الفرعية

السند الإجتماعي خارج إطار الأسرة	السند الإجتماعي داخل إطار الأسرة
-17-15-14-13-12-10-8-5-4-3	-26-24-23-16-11-9-7-6-2-1
-36-31-27-25-22-21-20-19-18	-38-37-35-34-33-32-30-29-28
42-40	41-39
21 بند	21 بند

3-1-2- تنقيط المقياس: يطلب من المبحوث في مقياس السند الإجتماعي إختيار إجابة من بين أربع إجابات (موافق تماما، موافق بصفة عامة، موافق إلى حد ما، غير موافق). أما فيما يخص تصحيح المقياس فلكل إجابة من هذه الإجابات درجة على النحو التالي: موافق تماما = 4، موافق بصفة عامة = 3، موافق إلى حد ما = 2، غير موافق = 1.

3-1-3- تفسير الدرجات: تشير "دانيال" في دليل المقياس إلى أن الدرجة الكلية على المقياس تتراوح بين (42) و(168) درجة، ويوضح الجدول الموالي تفسير الدرجات على مقياس السند الإجتماعي (دانيال، 2008، ص. 4).

جدول رقم (04): تفسير الدرجات المستخرجة من بنود مقياس السند الإجتماعي

تفسير الدرجة على الأبعاد الفرعية	
الدرجة	الدلالة
41-21	لا يتلقى المساندة الإجتماعية
62-42	يتلقى قدر محدود من المساندة الإجتماعية
63 فما فوق	يتلقى قدر مناسب من المساندة الإجتماعية
تفسير الدرجة الكلية	
الدرجة	الدلالة
83-42	لا يتلقى المساندة الإجتماعية
125-84	يتلقى قدر محدود من المساندة الإجتماعية
126 فما فوق	يتلقى قدر مناسب من المساندة الإجتماعية

3-1-4- الخصائص السيكومترية للمقياس في صورته الأصلية: تم تقنين المقياس وذلك بحساب معاملات صدقه وثباته على عينة قوامها (120) فرداً من الجنسين، تم توزيعهم على مجموعتين، المجموعة الأولى بلغت 60 من الأرامل (30) ذكور و(30) إناث (بمتوسط عمري 59 وانحراف معياري بلغ 1.57)، أما المجموعة الثانية بلغت 60 من غير الأرامل (30) ذكور و(30) إناث (بمتوسط عمري 59 وانحراف معياري بلغ 2.8) (دانيال، 2008، ص. 5).

وفيما يلي بعض الطرق المستعملة من طرف الباحثة:

أ- الصدق: تم حساب صدق مقياس السند الإجتماعي بطريقتين هما: الصدق

العالمي وصدق الإتساق الداخلي وذلك على النحو التالي:

أولاً-الصدق العاملي: تم حساب الصدق بإستخدام طريقة الصدق العاملي على العينة الكلية (120)، حيث أظهرت النتائج تشبع بعدي المقياس على ثلاثة عوامل مما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة صدق مرتفعة.

ثانياً-صدق الإتساق الداخلي: كما تم حساب الصدق بإستخدام طريقة أخرى وهي صدق الإتساق الداخلي عن طريق حساب معامل الارتباط بيرسون "ر" بين درجة كل بند من البنود ودرجة بعده الفرعي، وبين درجة البند والدرجة الكلية له (دانيل، 2008، ص. 10)، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم (05): يوضح معاملات الإتساق الداخلي لبنود مقياس السند الإجتماعي

رقم البند	"ر" بين درجة البند ودرجة البعد الفرعي	رقم البند	"ر" بين درجة البند والدرجة الكلية	"ر" بين درجة البند ودرجة البعد الفرعي	رقم البند
01	0.54	22	0.49	0.37	0.33
02	0.47	23	0.43	0.60	0.57
03	0.90	24	0.84	0.50	0.43
04	0.57	25	0.55	0.37	0.34
05	0.81	26	0.74	0.71	0.68
06	0.53	27	0.51	0.66	0.62
07	0.87	28	0.80	0.84	0.80
08	0.90	29	0.85	0.90	0.86
09	0.33	30	0.29	0.61	0.58
10	0.52	31	0.49	0.41	0.37
11	0.69	32	0.51	0.63	0.59
12	0.66	33	0.60	0.81	0.77
13	0.47	34	0.42	0.60	0.54
14	0.35	35	0.29	0.38	0.34
15	0.49	36	0.44	0.45	0.41
16	0.91	37	0.87	0.66	0.63
17	0.44	38	0.40	0.54	0.50

0.62	0.69	39	0.53	0.57	18
0.50	0.57	40	0.57	0.61	19
0.90	0.93	41	0.57	0.60	20
0.51	0.55	42	0.69	0.74	21

يتضح من النتائج أن معاملات صدق الإتساق الداخلي تتراوح بين (0.29 و 0.91) وهي معاملات إرتباط مرتفعة تشير إلى مدى ما يتمتع به المقياس من قدر عالي ومرتفع من الصدق.

كما تم حساب معاملات صدق الإتساق الداخلي بالنسبة للأبعاد الفرعية وبين الدرجة الكلية للمقياس والنتائج المتحصل عليها موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (06): يبين صدق الإتساق الداخلي لأبعاد مقياس السند الإجتماعي

م	أبعاد المقياس	معامل الإرتباط بيرسون بين درجة البعد وبين الدرجة الكلية
01	بعد السند الإجتماعي داخل إطار الأسرة	0.89
02	بعد السند الإجتماعي خارج إطار الأسرة	0.91

ويتضح من النتائج أن معاملات صدق الإتساق الداخلي بين الدرجة على البعد الفرعي وبين الدرجة الكلية تتراوح بين (0.89 و 0.91) وهي معاملات إرتباط مرتفعة تشير إلى مدى ما يتمتع به المقياس من قدر عالي ومرتفع من الصدق (دانيل، 2008، ص. 11).

ب - الثبات: تم حساب ثبات المقياس عن طريق معادلة "ألفا كرونباخ"، وأسفرت عن النتائج

التالية:

جدول رقم (07): معاملات ثبات معادلة ألفا كرونباخ لمقياس السند الإجتماعي

م	أبعاد المساندة	معاملات ثبات معادلة ألفا كرونباخ
01	بعد المساندة الإجتماعية داخل إطار الأسرة	0.80
02	بعد المساندة الإجتماعية خارج إطار الأسرة	0.89
	الدرجة الكلية	0.84

يتضح من الجدول أن معاملات ثبات معادلة ألفا كرونباخ تتراوح ما بين (0.80 و 0.89) وهي معاملات ثبات عالية ومرتفعة تشير إلى مدى ما يتمتع به المقياس من قدر عالي ومرتفع من الثبات (دانيل، 2008).

3-1-5- الخصائص السيكومترية لمقياس السند الاجتماعي في البيئة المحلية:

إعتمدت الباحثة عند دراستها لصدق مقياس السند الاجتماعي على طريقة الإتساق الداخلي.

1- صدق الإتساق الداخلي: يشير صدق الإتساق الداخلي حسب "انستازي" (1982)

Anstasi إلى مجموع إجابات المبحوث عن الأسئلة التي تتناول جوانب مختلفة لمجال واحد، تلتقي فيما بينهما على تكوين صورة متكاملة خالية من التناقضات الداخلية (فايد، 2000، ص.290). والجدول الموالي يوضح معاملات الارتباط بيرسون Pearson المصححة بين كل بند من بنود مقياس المساندة الاجتماعية والدرجة الكلية للمقياس.

جدول رقم (08): يوضح معاملات الارتباط المصححة بين درجة كل عبارة مع الدرجة الكلية لمقياس

السند الاجتماعي ودالاتها (ن:30)

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	رقم البند		
*	**	**	**	*	*	**	**	**	**	معامل ارتباط		
0.36	0.87	0.76	0.46	0.37	0.41	0.68	0.57	0.64	0.84	مصحح		
20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	رقم البند		
**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	معامل ارتباط		
0.70	0.79	0.60	0.47	0.87	0.77	0.91	0.92	0.82	0.93	مصحح		
30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	رقم البند		
*	**	**	**	**	**	**	**	**	**	معامل ارتباط		
0.40	0.93	0.56	0.54	0.92	0.91	0.85	0.74	0.73	0.76	مصحح		
42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	رقم البند
**	0.0	**	**	0.91**	**	**	**	**	**	**	**	معامل ارتباط
0.88		0.49	0.85		0.91	0.64	0.91	0.92	0.46	0.65	0.67	مصحح

(**) دالة عند مستوى (α:0.01)، (*) دالة عند مستوى دلالة (α:0.05)

يتضح من الجدول أعلاه أن كل البنود التي يتضمنها مقياس السند الاجتماعي ترتبط ارتباطاً دالاً عند مستوى الدلالة (α:0.01)، وأخرى عند مستوى الدلالة (α:0.05) و منه المقياس يتمتع بالصدق،

نستثني فقط البند رقم (41) الذي تم إستبعاده من المقياس ككل، وعليه أصبح المقياس يتكون في صورته النهائية من (41) بدلا من (42) بنداً، أنظر الملحق رقم (6).

ب-الثبات: لتأكد من ثبات مقياس السند الإجتماعي لجأنا إلى معادلة الفا كرونباخ Cranbach Alpha Method وقد جاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (09): ثبات ألفا كرونباخ لمقياس السند الإجتماعي (ن:30)

ألفا كرونباخ قبل حذف البند غير الدال		ألفا كرونباخ بعد حذف البند غير الدال	
عدد البنود	ألفا كرونباخ	عدد البنود	ألفا كرونباخ
42	0.84	41	0.97

أظهرت لنا النتائج من خلال هذا الجدول أن مقياس السند الإجتماعي يتمتع بقدر مرتفع من الثبات مما يسمح لنا وبكل ثقة الإعتماد عليه في هذا البحث، كما بينت النتائج أن قيمة معامل الثبات إرتفعت أكثر بعد حذفنا البند الذي لم يكن له دلالة مع الدرجة الكلية عند حسابنا للصدق الإتساق الداخلي أنظر الملحق رقم (7).

3-2- مقياس الشعور بالوحدة النفسية: أعد هذا المقياس "راسيل" (1996)، ويتكون

مقياس الشعور بالوحدة النفسية في صورته النهائية من عشرين (20) عبارة، إحدى عشر (11) سالبة، وتسعة (9) موجبة، تمت صياغتها على هيئة أسئلة حيث يجيب المفحوص على كل سؤال بإجابة واحدة من بين أربع اختيارات: (أبداً، نادراً، أحياناً، دائماً)، ووضعت التقديرات أي الدرجات (1، 2، 3، 4) لكل منها على التوالي: (أبداً= 1، نادراً= 2، أحياناً= 3، دائماً= 4) وذلك للإجابة على العبارات التي تحمل الأرقام (2، 3، 4، 7، 8، 11، 12، 13، 14، 17، 18)، أما العبارات التي تحمل الأرقام (1، 5، 6، 9، 10، 15، 16، 19، 20) فيتم تصحيحها في الاتجاه العكسي للتقديرات السابقة (أبداً= 4، نادراً= 3، أحياناً= 2، دائماً= 1).

وبالتالي تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (20) و(80) درجة، والدرجة المرتفعة تشير إلى الشعور الشديد بالوحدة النفسية والعكس صحيح (الدسوقي، 2013).

كما ترجم المقياس من قبل "الدسوقي" (2013) وقام بتطبيقه على عينة شملت (200) تلميذا وتلميذة في المرحلة الثانوية بمصر، حيث تراوحت أعمارهم بين (15 و17) عاما.

3-2-1- الخصائص السيكومترية لمقياس الوحدة النفسية في صورته الأصلية:

تراوحت معاملات الارتباط بين (0.37) و(0.74) بالنسبة للذكور، وبين (0.36) و(0.76) بالنسبة للإناث، وجميع هذه المعاملات دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) وتشير إلى إتساق المقياس وصدق بنوده في قياس ما وضع لقياسه.

وفيما يخص الثبات فقد بلغ معامل الارتباط بين التطبيقين لدرجات أفراد العينة (0.72) مما يشير إلى توفر الثبات بالنسبة للمقياس (الدسوقي، 2013).

3-2-2- الخصائص السيكومترية لمقياس الوحدة النفسية في البيئة المحلية:

أ- الصدق: تم الإعتماد على طريقة صدق الإتساق الداخلي، والجدول الموالي يوضح معامل الارتباط بيرسون المصحح بين كل بند من بنود مقياس الشعور بالوحدة النفسية والدرجة الكلية للمقياس.

جدول (10): يوضح معاملات الارتباط المصححة بين درجة كل عبارة مع الدرجة الكلية

لمقياس الشعور بالوحدة النفسية ودلالاتها (ن: 30)

البنود	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
معامل الارتباط	**	0.27	**	**	**	**	**	**	**	**
	0.68	0.85	0.80	0.77	0.87	0.81	0.67	0.57	0.67	0.67
البنود	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
معامل الارتباط	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
	0.69	0.82	0.84	0.92	0.72	0.82	0.81	0.86	0.73	0.79

(**) دالة عند مستوى دلالة (α:0.01)

يتضح من الجدول أعلاه أن كل البنود التي يتضمنها مقياس الشعور بالوحدة النفسية ترتبط ارتباطا دالا بالدرجة الكلية للمقياس عند مستوى دلالة (α:0.01)، مما يشير إلى إتساق المقياس

وتماسكه ماعدا البند رقم (2) الذي تم استبعاده من المقياس ككل وعليه أصبح المقياس يتكون من (19) بندا عوض (20) بندا، أنظر الملحق رقم (6).

ب-الثبات: لتأكد من ثبات مقياس الوحدة النفسية لجأنا إلى معادلة الفاكرونباخ Cranbach Alpha Method وقد جاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (11): ثبات ألفا كرونباخ لمقياس الوحدة النفسية(ن:30)

ألفا كرونباخ قبل حذف البند غير الدال		ألفا كرونباخ بعد حذف البند غير الدال	
عدد البنود	ألفا كرونباخ	عدد البنود	ألفا كرونباخ
20	0.72	19	0.96

أظهرت لنا النتائج من خلال هذا الجدول أن مقياس الشعور بالوحدة النفسية يتمتع بقدر مرتفع من الثبات مما يسمح لنا وبكل ثقة الإعتماد عليه في هذا البحث، كما بينت النتائج أن قيمة معامل الثبات إرتفعت أكثر بعد حذفنا البند الذي لم يكن له دلالة مع الدرجة الكلية عند حسابنا للصدق الإتساق الداخلي أنظر الملحق رقم (7).

3-3-مقياس نوعية الحياة: إتمدنا لدراسة متغير نوعية الحياة في هذا البحث على

مقياس مؤشر الصحة المدركة "نوتنغهام" باللغة الإنجليزية (Nottingham Health Profil (ISPN) والمترجم إلى اللغة الفرنسية بـ (Percue de Nottingham (NHP)، وهو مقياس عام لنوعية الحياة والحالة الصحية.

وضع المقياس من طرف كل من "هانت" وآخرون (Hant & al (1980) كأداة معيارية لرصد المشاكل الصحية للسكان وكوسيلة لتقييم نتائج التدخلات الطبية والإجتماعية، وتتمثل أهدافه فيما يلي:

- القياس الكمي لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة.

- مقارنة إحصائية لنوعية حياة المجموعات السكانية المختلفة (وهذا هو الهدف من البحث الحالي والتمثل في مقارنة نوعية الحياة ما بين المسنين المقيمين في دور الرعاية والمسنين المقيمين في بيوتهم).

- قياس المخاطر النسبية لتدهور نوعية الحياة المتعلقة بالصحة وفقاً للتعرض للمخاطر.

- تقييم نتائج الإجراءات الصحية.

ويتكون هذا المقياس من (38) سؤال مجزئاً إلى (6) أبعاد وهي: النوم، النشاط، الألم، التنقل، الإنعزال الإجتماعي، الإستجابة الانفعالية، وهذه الأبعاد تحتوي على ثلاثة إلى تسعة أسئلة حيث تنقط هذه الأخيرة بمعامل إذا كانت الإجابة نعم، ومجموع كل بعد هو (100) نقطة، وسنعرض كل من الأبعاد والبنود في الجدول الآتي:

جدول (12): أبعاد وبنود مقياس نوعية الحياة

الأبعاد	النوم	النشاط	الألم	التنقل	الإنعزال الإجتماعي	الإستجابة الإنفعالية
البنود	05	01	02	10	09	03
	13	12	04	11	15	06
	22	26	08	14	21	07
	29		19	17	30	16
	33		24	18	34	20
			28	25		23
			36	27		31
			38	35		32
						37

وترتبط نوعية الحياة عكسيا بدرجات هذا المقياس فالحصول على درجة عالية تعني سوء نوعية الحياة والعكس صحيح، أي الحصول على درجة منخفضة تعني نوعية حياة جيدة، وبالتالي فإن كل مجال من نوعية الحياة ينقط من (0) (نوعية حياة جيدة) إلى (100) (نوعية حياة سيئة) (Ueberham, 2001, p. 26).

3-3-1- الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الأصلية:

أ- الصدق: قام "هانت" وآخرون (Hant & al 1985) بالتحقق من صدق

المقياس من خلال إستخدام الصدق الظاهري وصدق المحتوى، حيث تم إختبارهم في مجموعات مختلفة

من الأفراد وبدت النتائج مرضية فتقبل مؤشر الصحة المدركة لـ "نوتنغهام" كان جيد، حيث أن مجمل الإجابات على المقياس كانت ما بين (72%) و(93%) حسب الدراسات.

وقال "كليوباس" وآخرون (Cleopas & al (2006) أنه بالنسبة لنتائج البنود الستة لمؤشر الصحة المدركة لـ "نوتنغهام" (N= 882) النسبة المئوية للبيانات المفقودة هي دائما أقل من واحد بالمئة (1%)، وهذا ما يترجم بالقبول الجيد لمؤشر الصحة المدرجة لـ "نوتنغهام".

ومن أجل المقارنة بين الأوزان المخصصة لكل بند من النسخة الإنجليزية ومن النسخة الفرنسية، قام "بوكات" وآخرون (Bucket & a (1999) بإختيار عينة من (625) فردا من بينهم (306) رجلا (176) منهم لديهم مشاكل صحية مختلفة و(140) بصحة جيدة، و(319) امرأة (179) منهن لديهن مشاكل صحية مختلفة و(140) بصحة جيدة.

النتائج لم تظهر فروق ذات دلالة بين الترتيب المقام في النسخة الإنجليزية والفرنسية المتعلق بالأبعاد التالية: النشاط، الإنعزال الإجتماعي، النوم، التنقل، في حين لوحظ إختلاف بسيط في أبعاد الإستجابة الإنفعالية والألم.

-الصدق التنبئي: تم إختباره من طرف "هانت" وآخرون. Hant & al. إنطلاقا من أربع مجموعات لديهم حالات صحية مختلفة (مجموعتين بصحة جيدة، ومجموعتين يعانون من أمراض).

والمجموعات ككل (167) فرد قاموا بالإجابة على مؤشر الصحة المدركة لـ "نوتنغهام"، وكما كان متوقع كانت النتائج مرتفعة في كلتا المجموعتين التي تعاني من الأمراض، حيث وجدنا علاقة خطية بين كل من نتيجة مؤشر الصحة المدركة ومقياس إدراك الحالة الصحية العامة، فكلما كان إدراك الصحة العام سيء كلما كانت النتائج مرتفعة.

كما قام كل من "أوبراينو" وآخرون (O'brien & al. (1993) بحساب الصدق الداخلي حيث تراوحت معاملات الارتباط بين مختلف نتائج أبعاد مؤشر الصحة المدركة لـ "نوتنغهام" بين (0.32) و(0.70)، أما الصدق الخارجي فمن أجل إختباره قام كل من "كليوباس" وآخرون (Cleopas&al.(2006) بتطوير سلم رقمي لكل بند يتراوح بين أفضل وأسوء حالة صحية، وكان الارتباط

الملاحظ بين مؤشر الصحة المدركة لـ "نوتنغهام" والسلم الرقمي يتراوح بين (0.52) بالنسبة لبند الإنعزال الإجتماعي، و(0.72) بالنسبة للنوم والتنقل.

ب- الثبات: تراوحت معاملات ثبات الإختبار بين (0.77) بالنسبة لبعء النشاط و(0.85) لبعء النوم، وهذا ما يترجم إعادة تطبيق جيد للأداة، ونتائج إعادة تطبيق أبعاد التنقل، الألم والنشاط لمؤشر الصحة لـ "نوتنغهام" لدى (38) فرد يعانون من التهاب المفاصل كانت مرضية، حيث تراوحت معاملات الإرتباط بين (0.68) و(0.73)، أما نتائج إعادة التطبيق بعد مرور أسبوعين والمحسوبة بمعاملات الإرتباط المصنفة كانت جيدة والمعاملات دوما أعلى من (0.70).

- الإتساق الداخلي:

بعد تطبيق المقياس على (116) فرد يعانون من التهاب المفاصل تم الحصول على معاملات ألفا كرونباخ بالنسبة للأبعاد التالية على التوالي: النشاط، الحركة، والألم (0.77)، (0.82) و(0.63)، وفي دراسة أخرى كان معامل الإرتباط ألفا كرونباخ بالنسبة للأبعاد الستة لمؤشر الصحة المدركة لـ "نوتنغهام" دائما أعلى من (0.73) وهذا ما يدل على إتساق داخلي جيد (Langevin & al., 2013, p. 127-130).

3-3-2- الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة المحلية:

1- الصدق:

أ- الصدق الظاهري: (صدق المحكمين)

تم التأكد من الصدق الظاهري بعد أن قمنا بعرضه على سبع أساتذة محكمين من قسم علم النفس بجامعة الجزائر2 (أنظر الملحق رقم (4)) وهذا بعد ترجمته من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية، حيث طُلب منهم إبداء وجهة نظرهم إزاء وضوح كل عبارة من العبارات من حيث الصياغة والتركيبات اللغوية واللفظية البساطة والدقة، ومدى تماشيها مع البيئة الجزائرية، وقد أبدى المحكمون ملاحظات دقيقة ومهمة والتي من خلالها قامت الباحثة بإجراء التعديلات اللازمة على العبارات التي لم تصل نسبة الإتفاق عليها (80%)، والجدول الموالي يبين العبارات التي تم تعديلها.

جدول رقم (13): يبين العبارات قبل وبعد تعديل مقياس نوعية الحياة

الرقم	العبارات قبل التعديل	العبارات بعد التعديل
01	أنا متعب طوال الوقت.	أشعر بالتعب طوال الوقت.
05	أنا آخذ الدواء للنوم.	أتناول الأدوية لأنام.
09	أنا وحيد (ة).	أنا أشعر بالوحدة.
16	أجد أن الأيام لا حصر لها.	أجد أن الأيام لا نهاية لها.
29	أقضي الكثير من الوقت في النوم.	أستغرق الكثير من الوقت لأنام.
31	لدي مشاكل تمنعني من النوم.	لدي إنشغالات تمنعني من النوم.
33	أنام بسوء في الليل (أنام بصعوبة في الليل).	أنام بشكل سيء في الليل.

ب- صدق الإتساق الداخلي: إعتمدت الباحثة على أسلوب الإتساق الداخلي والجدول الموالي

يوضح معاملات إرتباط بيرسون المصححة بين كل بند من بنود مقياس نوعية الحياة والدرجة الكلية للمقياس.

جدول رقم (14) : يبين معاملات الإرتباط المصححة بين درجة كل عبارة مع الدرجة الكلية لمقياس

نوعية الحياة ودلالاتها (ن: 30)

البنود	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
معامل الإرتباط	0.19	0.02	-0.10	0.00	**	**	0.14	0.20	**	**
البنود	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
معامل الارتباط	**	0.09	-0.08	0.00	**	**	**	0.33	**	0.09
البنود	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
معامل الإرتباط	**	-0.09	0.14	-0.20	0.12	0.25	0.34	-0.00	0.04	**
البنود	31	32	33	34	35	36	37	38		
معامل الإرتباط	**	**	**	**	0.34	**	**	-0.31		
البنود	31	32	33	34	35	36	37	38		
معامل الإرتباط	0.47	0.80	0.66	0.59	0.58	0.84				

(** دال عند مستوى الدلالة (0.01:α))

يتضح من الجدول أعلاه انه يوجد بنود لمقياس نوعية الحياة إتسقت مع الدرجة الكلية عند مستوى الدلالة (0.01:α)، في حين يوجد بنود غير دالة وهي: (1، 2، 3، 4، 7، 8، 12، 13، 14، 18، 20، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 35، 38) حيث تم إلغائها وأصبح المقياس يتكون من 17 بنود عوض 38 بنوداً.

2-الثبات: لتأكد من ثبات مقياس نوعية الحياة لجانا إلى معادلة الفا كرونباخ Cranbach Alpha Method وقد جاءت النتائج كمايلي:

جدول رقم (15): ثبات ألفا كرونباخ لمقياس نوعية الحياة (ن:30)

ألفا كرونباخ قبل حذف البنود غير الدالة		ألفا كرونباخ بعد حذف البنود غير الدالة	
عدد البنود	ألفا كرونباخ	عدد البنود	ألفا كرونباخ
38	0.72	17	0.85

أظهرت لنا النتائج من خلال هذا الجدول أن مقياس نوعية الحياة يتمتع بقدر مرتفع من الثبات مما يسمح لنا وبكل ثقة الإعتماد عليه في هذا البحث، كما بينت النتائج أن قيمة معامل الثبات إرتفعت أكثر بعد حذفنا البنود التي لم يكن لها دلالة مع الدرجة الكلية عند حسابنا للصدق الإتساق الداخلي، أنظر الملحق رقم (7).

4-إجراءات البحث:

أولاً: قبل التطبيق النهائي للمقاييس والمتمثلة في مقياس السند الإجتماعي، مقياس الشعور بالوحدة النفسية ومقياس نوعية الحياة قامت الباحثة بتجريبها على عينة قوامها (30) مسن (15) مسن مقيم في دور الرعاية و(15) مسن مقيم مع ذويهم، وهذا للتأكد من صحة المقاييس قبل التطبيق النهائي وذلك بهدف دراسة الخصائص السيكومترية، وكذلك تحديد النقاط التالية:

-مدى وضوح العبارات اللغوية وسلامتها.

-مدى قدرة المسن على إستيعاب وفهم المقاييس.

- التأكد من الفترة الزمنية اللازمة من أجل تطبيق المقاييس بدون إجهاد المسن أو شعوره بالملل.
- ثانيا: بعد التأكد من الخصائص السيكومترية لمقاييس البحث قامت الباحثة بتطبيقها على أفراد العينة الأساسية:
- تقديم الباحثة بنفسها وشرحها الغرض من البحث وأهدافه.
- أخذ إذن من أجل المشاركة.
- تحديد موعد مناسب للمسن الذي يشارك في البحث.
- شرط تواجد الباحثة والمسن فقط دون وجود أي شخص آخر.
- توضيح أهمية صدق الإجابات وأنه لا توجد إجابات خاطئة.
- كسب ثقة المسن من خلال التحدث عن سرية الإجابات.
- إعادة الشرح والتوضيح في حالة عدم فهم العبارات.
- بعد إستلام كل المقاييس قامت الباحثة بشكر كل من ساهم في تقديم يد العون والمساعدة في إنجاز هذا البحث.

ثالثا : قمنا بتنقيط إجابات المسنين على مقاييس البحث وإستخراج الدرجة الكلية للمقياس نفس الشيء بالنسبة للأبعاد الفرعية.

-إدخال البيانات الخام على الحاسب الآلي بإستخدام رزمة البرنامج الإحصائي للعلوم الإجتماعية (spss).

-القيام بالمعالجات الإحصائية المناسبة وفق ما تتطلبه كل فرضية.

5-الأساليب الإحصائية المعتمدة في البحث: إعتدنا في هذا البحث عند تناولنا للخصائص السيكومترية لأدوات البحث، وعند إختبارنا لفرضيات البحث على الحاسب الآلي باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية (spss)، لتحليل البيانات المستقاة من الميدان، وذلك من خلال

تحويلها إلى بيانات كمية وإجراء عملية الترميز عليها حتى يسهل تفريغها وتصنيفها في جداول إحصائية، ثم إستعملنا عدة أساليب إحصائية على مراحل وهذا بحسب متطلبات كل مرحلة وما يتوافق مع طبيعة البيانات، ومن بين الأساليب الإحصائية المعتمدة لدينا:

- التكرارات Frequency

- النسب المئوية Percentages

- معامل الارتباط بيرسون Pearson Correlation

- معادلة ألفا كرونباخ Alpha -Cronbach

- إختبار تحليل التباين اللابرامتري ل كروسكال- واليس Wallis-kruskal test

- إختبار اللابرامتري لعينتين مستقلتين ل مان ويتني testMann-Whiteny

الفصل السابع

عرض ومناقشة وتفسير نتائج البحث

تمهيد:

تطرقنا في الفصل السابق لمختلف الإجراءات المنهجية للبحث بما فيها التحقق من الشروط السيكومترية لأدوات البحث حتى يتسنى لنا تطبيقها على العينة الأساسية، لنصل في الأخير إلى عرض ومناقشة النتائج البحث المتوصل إليها بعد معالجتها إحصائياً لتتحقق من صحة فرضيات البحث، ثم مناقشتها وتفسيرها في ضوء ما تم تناوله في الجانب النظري متبوعة بإستنتاج عام بالإضافة إلى مجموعة من التوصيات والإقتراحات وأخيراً الخاتمة.

وقبل الكشف عن النتائج ارتأينا أن من الأهمية الكشف عن مستوى السند الإجتماعي لدى المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية وذلك بتحديد ثلاث مستويات (لايتلقى السند الإجتماعي، يتلقى قدر محدود من السند الإجتماعي، يتلقى قدر مناسب من السند الإجتماعي) كما جاء في دليل المقياس، وقد جاءت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي:

رقم (16): مستويات السند الاجتماعي لدى المسنين (ن160)

المسنين	المتغير	المستوى	التكرار	النسبة المئوية%
المسنين ككل	السند الاجتماعي ككل	لا يتلقى السند الاجتماعي	64	40
		يتلقى قدر محدود من السند الاجتماعي	60	37.5
		يتلقى قدر مناسب من السند الاجتماعي	36	22.5
		المجموع	160	100
	السند الاجتماعي داخل الأسرة	لا يتلقى السند الاجتماعي	61	38.1
		يتلقى قدر محدود من السند الاجتماعي	46	28.8
		يتلقى قدر مناسب من السند الاجتماعي	53	33.1
		المجموع	160	100
	السند الاجتماعي خارج الأسرة	لا يتلقى السند الاجتماعي	64	40
		يتلقى قدر محدود من السند الاجتماعي	64	40
		يتلقى قدر مناسب من السند الاجتماعي	32	20
		المجموع	160	100
المسنين في بيوتهم	السند الاجتماعي ككل	لا يتلقى السند الاجتماعي	07	07
		يتلقى قدر محدود من السند الاجتماعي	57	57
		يتلقى قدر مناسب من السند	36	36
		المجموع	100	100

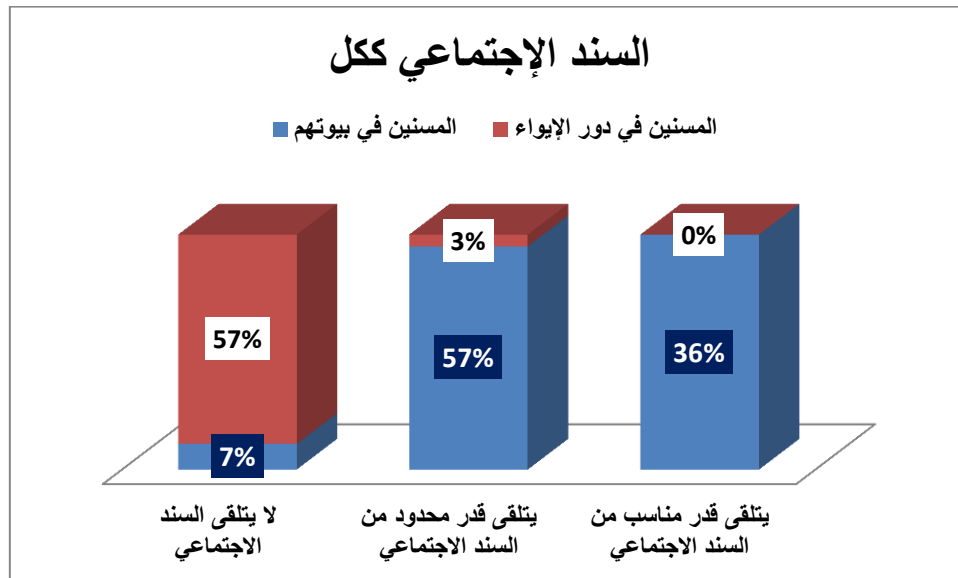
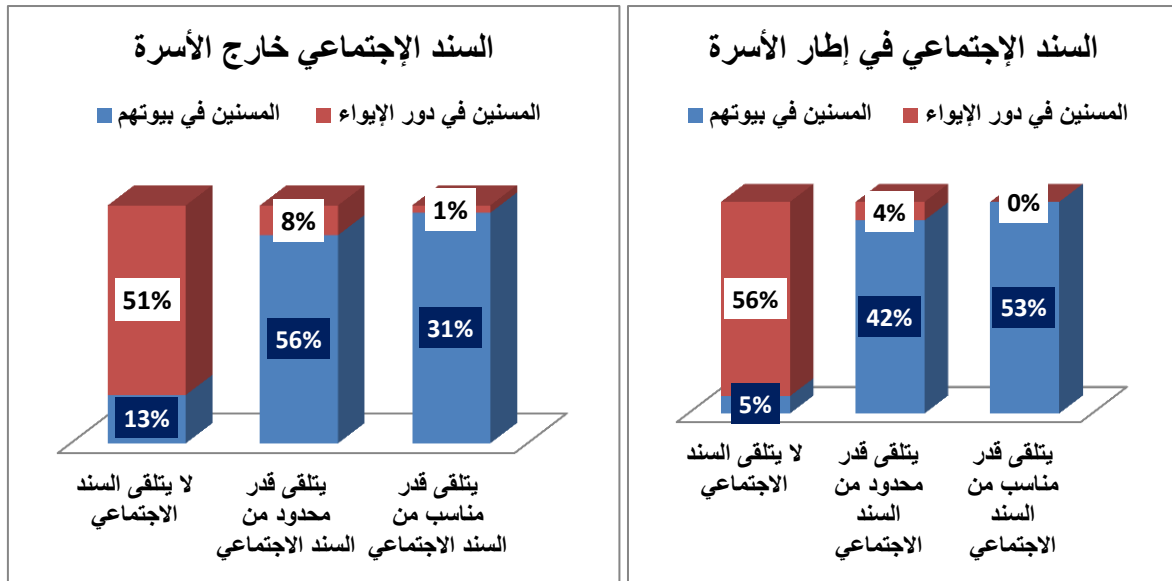
05	05	لا يتلقى السند الإجتماعي	السند الإجتماعي داخل الأسرة	
42	42	يتلقى قدر محدود من السند الإجتماعي		
53	53	يتلقى قدر مناسب من السند الإجتماعي		
100	100	المجموع		
13	13	لا يتلقى السند الاجتماعي	السند الإجتماعي خارج الأسرة	
56	56	يتلقى قدر محدود من السند الإجتماعي		
31	31	يتلقى قدر مناسب من السند الإجتماعي		
100	100	المجموع		
95	57	لا يتلقى السند الإجتماعي	السند الاجتماعي ككل	
05	03	يتلقى قدر محدود من السند الإجتماعي		
00	00	يتلقى قدر مناسب		
100	60	المجموع		
93.3	56	لا يتلقى السند الإجتماعي	السند الإجتماعي داخل الأسرة	المسنين في دور الرعاية
06.70	04	يتلقى قدر محدود من السند الإجتماعي		
00	00	يتلقى قدر مناسب من السند الإجتماعي		
100	60	المجموع		
85	51	لا يتلقى السند الإجتماعي	السند الإجتماعي خارج الأسرة	
13.3	08	يتلقى قدر محدود من السند الإجتماعي		
01.70	01	يتلقى قدر مناسب من السند الإجتماعي		
100	60	المجموع		

يتبين من الجدول أعلاه تميز عينة بحثنا بعدم تلقي السند الإجتماعي بشكل عام حيث سجلنا نسبة (40%)، هذا من جهة، ومن جهة أخرى نجد عند تفحصنا لأبعادها أن المستوى المرتفع للسند الإجتماعي. جاء لصالح السند الإجتماعي خارج الأسرة بنسبة (40%).

كما نجد أن المستوى المرتفع للسند الإجتماعي بالنسبة للمسنين المقيمين في بيوتهم جاء لصالح السند الإجتماعي خارج الأسرة بنسبة (56%)، كما سجلنا نسبة (93%) لايتلقون السند الإجتماعي داخل إطار الأسرة من المسنين المقيمين في دور الرعاية.

ولتتضح الصورة أكثر فيما يتعلق بمستوى السند الإجتماعي لدى عينة بحثنا نعرض المخطط

التالي:



المخطط رقم (8): مستويات السند الاجتماعي لدى المسنين (ن160)

1- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

1-1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى: تنص الفرضية الأولى على أنه يوجد اختلاف بين

المسنين المقيمين في بيوتهم والمقيمين في دور الرعاية في درجة الشعور بالسند الاجتماعي

ومصادره، وللتحقق من صدق الفرضية، طبقنا إختبار مان - ويتني لعينتين مستقلتين (Mann-

Whitney U test)، لإختبار دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لأفراد عينة البحث في درجة

الشعور بالسند الاجتماعي ومصادره، وقد جاءت النتائج كما هو موضح في جدول الموالي:

الجدول رقم (17): يبين نتائج اختبار مان-ويتني لدلالة الفروق بين المسنين المقيمين

في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في درجة الشعور بالسند الاجتماعي

ومصادره

الدالة الإحصائية	القيمة الإحتمالية sig	قيمة u	متوسط الرتب	العدد	المسنين	السند ومصادره
دالة عند مستوى ($\alpha : 0.05$)	0.00	215.500	108.35	100	في بيوتهم	السند الاجتماعي
			34.09	60	في دور الرعاية	
				160	المجموع	
دالة عند مستوى ($\alpha : 0.05$)	0.00	143.000	109.07	100	في بيوتهم	السند داخل الأسرة
			105.26	60	في دور الرعاية	
				160	المجموع	
دالة عند مستوى ($\alpha : 0.05$)	0.00	524.000	32.88	100	في بيوتهم	السند خارج الأسرة
			39.29	60	في دور الرعاية	
				160	المجموع	

يتضح من الجدول (17) وجود إختلاف دال إحصائياً بين المسنين المقيمين في بيوتهم و المسنين المقيمين في دور الرعاية في درجة الشعور بالسند الاجتماعي، حيث بلغت القيمة الإحتمالية لـ sig (0.00) وهي دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha : 0.05$)، كما يتضح أنه يوجد إختلاف دال إحصائياً بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في مصدر السند الاجتماعي (داخل إطار الأسرة)، حيث بلغت القيمة الإحتمالية لـ sig (0.00) وهي دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha : 0.05$)، كذلك يوجد إختلاف دال إحصائياً بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في مصدر السند الاجتماعي (خارج إطار الأسرة)، حيث بلغت القيمة الإحتمالية لـ sig (0.00) وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha : 0.05$) وبذلك تحققت الفرضية الأولى.

1-2- تفسير نتائج الفرضية الأولى: بينت نتائج الفرضية الأولى على أنه يوجد إختلاف بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في درجة الشعور بالسند الاجتماعي ومصادره (داخل إطار الأسرة وخارج إطار الأسرة) هذا يعني أن المسنين المقيمين في بيوتهم تحصلوا على درجة عالية في السند الاجتماعي في إطار داخل الأسرة أفضل من المسنين المقيمين في دور الرعاية، بينما تحصلوا المسنين المقيمين في دور الرعاية على درجة السند خارج إطار الأسرة أفضل من المسنين المقيمين في بيوتهم.

بشكل عام المسنين المقيمين مع ذويهم يتمتعون بالسند الاجتماعي أفضل من المسنين المقيمين في دور الرعاية. حيث تتماشى نتائج بحثنا مع دراسة Caruand Harelzev (1983) التي تناولت العلاقة بين السند الاجتماعي والصحة النفسية للمسنين، ودراسة الزبيدي (1999) التي تناولت مشكلات المسنين والرعاية النفسية والاجتماعية.

وفي نفس السياق أكدت العديد من الدراسات على الدور الذي تلعبه الأسرة في الوقوف إلى جانب هذه الفئة الهشة من المجتمع بحكم أن الأسرة هي المؤسسة الأولى التي يرتاح فيها الشخص المسن و ينفس فيها عن كل ما بداخله، و من هذه الدراسات نجد دراسة "بالخير" (2011) التي توصلت نتائجها إلى وجود علاقة بين مفهوم الذات وطبيعة العلاقات الأسرية والعلاقات الاجتماعية للمسن.

كما أظهرت دراسة "عودة" (1986) التي أجريت على كبار السن في المجتمع الكويتي، أن معظم أفراد العينة يرون أن المكان المفضل لديهم لحل مشاكلهم هو الأسرة (حجازي، 2004، ص.85).

ويضيف كل من "هولمز" و "راه" Holmas & Rahe (1976) بأن من أبرز الحوادث الضاغطة هي التي لها علاقة بفقدان الأواصر العائلية أو السند العائلي (كموت زوج، الطلاق، الانفصال، موت أحد أفراد العائلة) (Dantzer, Bruchon,1994).

نفس الشيء توصلت إليه دراسة "خلادي" (2011) حيث كشفت عن وجود إرتباط بين مفهوم الذات والتكيف الاجتماعي (الأسرة) (خلادي، 2011، ص.10).

فالسند الاجتماعي المقدم من طرف الأسرة يجعل المسنين يشعرون بأنهم محمون ومقدرون من طرف شبكة إجتماعية تمنحهم كل الوسائل لسد حاجياتهم، في حين يلجأ البعض إلى السند خارج إطار الأسرة كما هو الحال عند المسنين المقيمين في دور الرعاية لإفتقادهم الدور الأسري والإحتواء العائلي.

فيعتبر المسنين المقيمين في دور الرعاية السند المقدم من طرف الزملاء والأصدقاء والمصالح دور الرعاية والدولة أهم المصادر السند التي توفر إحتياجاتهم بعد تخلي أسرهم عنهم.

هذا ما أظهرته نتائج دراسة "المرعول" (1988) أجريت على نزلاء دار الرعاية فقد إتضح أن الأسر تفضل إيداع المسن بمؤسسة الرعاية و شعورها بنهاية دورها عند إيداع المسن في المؤسسة كما أنها تتمتع الأسرة عن التعاون مع المؤسسة.

وفي نفس السياق أسفرت نتائج دراسة "الخميس" (1989) والتي طبقت على عينة بدار الرعاية الإجتماعية بالرياض إلى أن أغلبية كبار السن من كلا الجنسين يعانون من تسلط أحد أفراد الأسرة وسخطه من وجود المسن بينهم وإنشغال أفراد الأسرة وعدم تفرغهم لرعاية المسن، وأن ذلك من بين أسباب رغبتهم في الإستمرار في الإقامة في دار الرعاية.

كما أوضحت أيضا نتائج دراسة "شويكة" (1995) التي طبقت على عينة في مدينة الرياض أن كبار السن المستفيدين من خدمات مؤسسات رعاية المسن أن إحتياجات تعكس معاناتهم من الإهمال حيث و ظهر أن من بين أهم الإحتياجات الإجتماعية هي الرغبة في الإتصال بأسرهم، وتكوين علاقات إجتماعية والحاجة إلى إستماع الآخرين لهم والحاجة إلى المشاركة في المناسبات المختلفة وشغل وقت الفراغ، ومن أهم الإحتياجات الصحية توفير العلاج والكشف المستمر والتشخيص السليم. أما أبرز الإحتياجات النفسية فكانت الحاجة إلى الشعور بالإهتمام وعدم الشعور بالإهمال وعدم الشعور بالوحدة النفسية والشعور بالراحة النفسية والرضا عن النفس (جبرين، 2018، ص.14).

من خلال ما تقدم يتضح لنا أهمية السند الاجتماعي للمسن سواء كان السند داخل إطار الأسرة كما هو الحال عند المسنين المقيمين مع ذويهم وهذا عندما تقوم الأسرة بتقديره ومحبتة وتشعره بدوره الحيوي داخلها، وتقدم له الإحترام الكامل وتشبع حاجاته وتحل مشاكله النفسية والجسمية التي ترافقه في هذه المرحلة العمرية وهذا ما يساعده في تحقيق الثقة بالنفس وزيادة تقديره لذاته ويجعله أكثر راحة وراضيا بحياته. أما في حالة غياب السند الاجتماعي المقدم في إطار الأسرة فيلجأ المسن إلى البحث عن مصادر

أخرى كم هو الحال عند المسن المقيم في دور الرعاية يلجأ إلى السند خارج الأسرة مثل الأصدقاء وزملاء في دور الرعاية ومدراء مصالح دور الرعاية والدولة لتلبية حاجياته.

2- عرض ومناقشة وتفسير الفرضية الثانية:

2-1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تشير الفرضية الثانية أنه يوجد إختلاف بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمقيمين في دور الرعاية في درجة الشعور بالوحدة النفسية. وللتأكد من صدق الفرضية طبقنا إختبار "مان - ويتني" على عينتين مستقلتين، لإختبار دلالة الفروق متوسطات الرتب لأفراد عينة البحث في درجة الشعور بالوحدة النفسية، حيث جاءت النتائج كما يلي :

الجدول (18): يبين نتائج اختبار مان - ويتني لدلالة الفروق في درجة الشعور بالوحدة

النفسية لدى المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية

المتغير	المسنين	العدد	متوسط الرتب	قيمة U	القيمة الاحتمالية Sig	الدلالة الإحصائية
الوحدة النفسية	في بيوتهم	100	51.91	141.000	0.000	دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)
	في دور الرعاية	60	128.15			
	المجموع	160				

يتضح من الجدول أعلاه وجود إختلاف دال إحصائياً بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمقيمين في دور الرعاية في درجة الشعور بالوحدة النفسية، حيث بلغت القيمة الإحتمالية ل sig (0.00) وهي دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$) وبهذا تحققت الفرضية الثانية.

2-2- تفسير الفرضية الثانية:

بينت نتائج الفرضية الثانية أنه يوجد إختلاف بين المسنين المقيمين مع ذويهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في درجة الشعور بالوحدة النفسية. أي أن المسنين المقيمين في دور الرعاية تحصلوا على درجة عالية من الوحدة النفسية أكثر من المسنين المقيمين مع ذويهم، و تتناغم هذه النتائج مع ما جاءت به دراسة " غانم " (2002) التي أقيمت على عينة قوامها (100) مسن ومسنة تتراوح أعمارهم بين (70-60) سنة.

حيث بينت النتائج أن إدراك الشعور بالوحدة النفسية يتزايد لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الرعاية (سعدي، 2017، ص.360).

و في نفس السياق أظهرت نتائج دراسة Aslan et al (2012) التي أجريت على عينة قوامها (913) فرد بعمر (60) فما فوق المسجلين في دور الرعاية أنهم يعانون بدرجة كبيرة من الشعور بالوحدة النفسية و أن من سمات العوامل المؤثرة في مستوى الشعور بالوحدة النفسية هي العمر، النوع، الحالة الإجتماعية، مستوى الدخل، الحالة الصحية، وعدد الأولاد ووجود الشريك.

كما تضيف دراسة Kazaz et al (2012) التي أقيمت على عينة تكونت من (569) مسنين (289) مسن و(280) مسنة تتراوح أعمارهم من (65-90) سنة حيث أظهرت النتائج على أنه أعلى نسبة الشعور بالوحدة النفسية عند كبار السن الذين يعيشون لوحدهم أكثر من المسنين الذين يستخدمون الأنترنت وشبكات التواصل الإجتماعي ولديهم شبكات إجتماعية واسعة(المرجع السابق، ص. 361-362).

كما تتفق نتائج بحثنا مع دراسة Turanovic et al التي أجريت على عينة متكونة من (2000) شخص بعمر (60) فما فوق، حيث أسفرت النتائج إلى أن هناك علاقة إيجابية بين ضعف الصحة والشعور بالوحدة النفسية، كما أن وجود شريك والأولاد يقلل من أثر الصحة الضعيفة على الوحدة النفسية فالمشاركين الذين لديهم علاقات أسرية قوية كان لديهم شعور أقل بالوحدة النفسية عكس المشاركين الآخرين (سعدي، 2017، ص. 362).

وعليه يعود الشعور المرتفع للوحدة النفسية لدى المسنين المقيمين في دور الرعاية إلى معاناتهم من الحرمان الأسري وقلة الإتصال العائلي ونقص في العلاقات الإجتماعية. في حين نرى المسن المقيم

مع ذويه أقل شعوراً بالوحدة النفسية كونه تحت جناح الحماية والدفع العائلي فتلقيه الدعم الأسري الكافي وتمتعه بالعلاقات الإجتماعية المشبعة بالمحبة والإهتمام تقيه من الوقوع في الوحدة النفسية.

وهذا ما يتفق مع دراسة "البريري" (2002) التي تناولت الوحدة النفسية لدى المسنين حيث أجريت الدراسة على مجموعة من الذكور تتراوح أعمارهم ما بين (55-63) سنة حيث بينت النتائج أن الوحدة النفسية ترتبط بمفهوم الذات خاصة الإنفعالي لدى المسن كما أن هناك علاقة بين صراع الدور بمتغيراته الثلاثة (العلاقة مع الزوجة و الأبناء، الإتجاه العام نحو التقاعد، الحالة النفسية والإجتماعية) وإحساس المسن بالوحدة النفسية. بالإضافة إلى وجود علاقة بين الوحدة النفسية والتوافق الأسري للمسن (حمو علي، 2012، ص. 103).

كذلك أظهرت دراسة "بهاتيا" Bhatia (2007) التي أقيمت على عينة من (361) مسن ومسنة تتراوح أعمارهم من (65) سنة فما فوق، أن نسبة الشعور بالوحدة النفسية جاء مرتفعاً لدى الأشخاص الذين يعيشون وحدهم (92.2%) بالمقارنة مع الذين يعيشون مع زوجاتهم (58.9%) وكانت أعلى بين الأرامل (85.2%).

في حين لا تتفق نتائج بحثنا مع دراسة "عكروش" (2000) التي أقيمت على عينة مكونة من (1700) مسن يقيمون داخل أسرهم والتي هدفت إلى التعرف على المشكلات التي تواجه كبار السن في المجتمع الأردني، وقد كشفت النتائج أن حوالي (25%) من كبار السن يشعرون بأن أبنائهم منشغلون عنهم ويشعرون بالوحدة و أن (21%) من أفراد العينة يعانون من الوحدة النفسية والإكتئاب ويشعرون أنهم منسيون (العزام، 2017، ص. 22).

3- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

3-1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أنه يوجد إختلاف بين المسنين في درجة الشعور بالوحدة النفسية تبعاً لمستوى السند الإجتماعي، ولتحقق من صدقها أجري إختبار كروسكال واليس (kruskal-Wallis) لإختبار مستوى دلالة فروق متوسطات الرتب لدى أفراد عينة البحث في درجة الشعور بالوحدة النفسية تبعاً للمستوى السند الإجتماعي، حيث جاءت النتائج كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم (19): يبين نتائج اختبار كروسكال - واليس لدلالة الفروق في درجة الشعور

بالوحدة النفسية تبعا للمستوى السند الاجتماعي لدى المسنين

المتغير	مستوى السند الاجتماعي	العدد	متوسط الرتب	قيمة chi square	درجة الحرية	القيمة الإحتمالية sig	الدلالة الإحصائية
الوحدة النفسية	لا يتلقى	64	120.3	79.260	2	0.00	دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)
	يتلقى قدر محدود	60	56.28				
	يتلقى	36	50.08				
	المجموع	160					

يتضح من الجدول أعلاه أنه توجد فروق دالة إحصائية بين المسنين في درجة الشعور بالوحدة النفسية تبعا لمستوى السند الاجتماعي، حيث بلغت القيمة الإحتمالية ل sig (0.00) وهي قيمة أصغر من مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$)، ولمعرفة وتحديد ماهي متوسطات الرتبة التي يوجد بينها فرق دال وأزواج المتوسطات الرتبة التي ليس بينهما فرق دال. كان لابد من الرجوع إلى إختبار مان-ويتني، وقد ظهرت النتائج كمايلي:

الجدول رقم (20): يبين نتائج إختبار مان-ويتني لدلالة الفروق بين المجموعات في

درجة الشعور بالوحدة النفسية تبعا لمستوى السند الاجتماعي

المتغير	مستويات السند الاجتماعي	العدد	متوسط الرتب	قيمة U	القيمة الإحتمالية Sig	الدلالة الإحصائية
الوحدة النفسية	لا يتلقى السند	64	87.2	350.500	0.00	دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)
	يتلقى قدر محدود	60	36.34			

				124	المجموع
دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)	0.00	173.500	65.79	64	لا يتلقى السند
			23.32	36	يتلقى قدر مناسب
				100	المجموع
غيردالة	0.37	963.500	50.44	60	يتلقى قدر محدود
			45.26	36	يتلقى قدر مناسب
				96	المجموع

يتضح من الجدول (20) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$) بين المسنين في درجة الشعور بالوحدة النفسية تبعاً للمستوى السند الاجتماعي (لا يتلقى السند الاجتماعي يتلقى قدر محدود من السند الاجتماعي) حيث بلغت القيمة الاحتمالية ل sig (0.00) وهي أصغر من مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$). كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$) بين المسنين في درجة الشعور بالوحدة النفسية تبعاً لمستوى السند الاجتماعي (لا يتلقى السند الاجتماعي، يتلقى قدر مناسب من السند الاجتماعي) حيث بلغت القيمة الاحتمالية ل sig (0.00) وهي أصغر من مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$).

في حين وجدنا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$) بين المسنين في درجة الشعور بالوحدة النفسية تبعاً لمستوى السند (يتلقى قدر محدود من السند الاجتماعي، يتلقى قدر مناسب من السند الاجتماعي)، حيث بلغت القيمة الاحتمالية ل sig (0.37) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$). مما يعني تحقق الفرضية الثالثة.

3-2- تفسير الفرضية الثالثة: تشير الفرضية الثالثة على أنه يوجد اختلاف بين المسنين في درجة الشعور بالوحدة النفسية تبعاً لمستوى السند الاجتماعي (لا يتلقى السند الاجتماعي، يتلقى قدر محدود من السند) كذلك يوجد اختلاف بالنسبة لمستوى الثاني لسند الاجتماعي (لا يتلقى السند، و يتلقى قدر مناسب

من السند) في حين لا يوجد إختلاف بين المسنين في درجة الشعور بالوحدة النفسية تبعاً لمستوى الثالث (يتلقى قدر محدود، قدر مناسب من السند الاجتماعي). هذا يعني أنه يرتبط الشعور بالوحدة النفسية بالمستوى السند الاجتماعي فالمسنين الذين لا يتلقون السند يكون لديهم الشعور بالوحدة النفسية أكثر من المسنين الذين يتلقون قدر محدود إلى قدر مناسب من السند الاجتماعي، كما أنه لا تختلف درجة الشعور بالوحدة النفسية للمسنين بالنسبة لتلقيهم السند المحدود، والسند المناسب.

فالسند الاجتماعي له دور كبير في الوقاية من العديد الإضطرابات النفسية والتخفيف من حدتها من بينها نجد الوحدة النفسية، حيث تعتبر شعور مؤلم نتاج تجربة ذاتية من شدة الحساسية وشعور الفرد بأنه غير مرغوب فيه ومنفصل عن الآخرين هذا الشعور ناتج عن الغياب المدرك للعلاقات الاجتماعية المشبعة.

وقد ميز Weis بين شكلين من أشكال الوحدة النفسية هما الوحدة النفسية الناشئة عن الإنعزال الإنفعالي Emotional isolation، والوحدة النفسية التي تنجم عن العزل الاجتماعي Social isolation.

فالأول نتاج عن غياب الإتصال والتعلق الإنفعالي. في حين يرجع الثاني إلى إنعدام الروابط الاجتماعية (ملحم، 2010، ص. 627).

وعليه تتفق نتائج بحثنا مع نتائج دراسة Abir bekhet el al (2012) حيث توصلت إلى أن (40%) من كبار السن الذين يعانون من الشعور بالوحدة النفسية غالباً ما تتجلى لديهم الشعور بالفراغ والعزلة وإحساسهم بفقدان التواصل والانتماء الآخرين (سعدي، 2017، ص. 358).

في نفس السياق تؤكد دراسة (Turanovic et al (2015) على وجود علاقة بين تقدير الضعيف لذات والوحدة النفسية وأهمية العلاقات الأسرية الداعمة في التخفيف من الشعور بالوحدة النفسية (المرجع السابق، ص. 362).

حيث ترى "شحته" (2001) أن السند الاجتماعي هو إعتقاد الفرد بأنه مقدر ومراع من قبل الآخرين وأنهم له في أوقات الحاجة كما أنه راضٍ عن علاقاته الاجتماعية بالآخرين. حيث أكدت أن السند الاجتماعي هو ما يدركه الفرد من علاقات الاجتماعية بالآخرين من حيث ما يقدمونه من دعم في المجالات : السند بالمعلومات، السند الأدائي، السند الوجداني، السند التكاملي الاجتماعي.

وفي هذا الصدد أظهرت دراسة "مورال" وآخرون (Murall et al, 2000) حول دور المساندة الإجتماعية في التخفيف من خبرة الفقد حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على الدور الذي تلعبه المساندة الإجتماعية في التخفيف من خبرة الفقد، شملت العينة (130) فرد منهم (45) الذين فقدوا زوجاتهم وأزواجهم (40) من الذين فقدوا أولادهم، (45) ممن لم يصابوا بالفقدان. حيث أسفرت النتائج أن لمساندة دور فعال في التخفيف من خبرة الفقد.

كما تتماشى مع نتائج بحثنا مع نتائج دراسة "برجمان" وآخرون (Bergman et al, 2003) حيث هدفت الدراسة إلى توضيح أثر المساندة الإجتماعية كعامل مخفف من آثار الضغوط. وقد شملت العينة على (424) مسنا. حيث أظهرت النتائج أن المساندة الإجتماعية ترتبط سلبيا بأعراض الإكتئاب والشعور بالعزلة بمعنى كلما قلت مصادر المساندة أو إتسمت بعدم العمق تتزايد الشعور بالعزلة والإكتئاب.

ففي دراسة "أدن" (Aideen (2005) التي سعت إلى معرفة العلاقة بين العلاقات الإجتماعية، الإكتئاب والوحدة النفسية تبعا لمتغير الزمن لدى كبار السن الذين يحضرون إلى مركز الخدمة النفسية وقد شملت عينة الدراسة (100) مسن وقد توصلت نتائجها إلى أن الإكتئاب والشعور بالوحدة النفسية ناتج عن تحول العلاقات الإجتماعية وإضطرابها وأن الأفراد الذين يعانون من إضطرابات عقلية ونفسية كما أنهم أقل إندماجاً في المجتمع لذا يتوجب تقديم لهم الخدمات النفسية المناسبة بغية مساعدتهم (حمو علي، 2012، ص.107).

كما تتفق نتائج بحثنا مع دراسة "غانم" (2002) التي هدفت إلى معرفة علاقة المساندة الإجتماعية المدركة بشكل عام الشعور بالوحدة النفسية والإكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات الإيواء وأسر طبيعية. حيث تكونت العينة من (100) مسنا و مسنة، وقد بينت النتائج أن إدراك المسنين الذين يعيشون في الأسر الطبيعية للمساندة الإجتماعية أفضل من المسنين المقيمين في دور الإيواء بالتالي الذين يدركون المساندة الإجتماعية أقل شعوراً بالوحدة النفسية (سعدي، 2017، ص.360).

بنأً على ما تقدم يظهر لنا الدور الأساسي لسند الإجتماعي في حماية المسن من الوقوع فريسة العديد من المشكلات النفسية التي تصادفه في هذه المرحلة العمرية فإدراكه لمستوى مناسب من السند يحميه من الوقوع في الوحدة النفسية و اليأس والإستسلام كونه يجلب الإحساس بالراحة الجسمية والنفسية والتوافق مع المحيط.

4- عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

4-1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تشير الفرضية الرابعة إلى أنه يوجد إختلاف بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في نوعية الحياة وأبعادها، وللتحقق من صدقها قمنا بتطبيق إختبار "مان ويتي" لعينتين مستقلتين، وقد جاءت النتائج كما هو موضح في الجدول الآتي:

الجدول رقم (21): يبين نتائج إختبار مان _ ويتي لدلالة الفروق بين متوسطات الرتب

لدى المسنين في نوعية الحياة وأبعادها

المتغير	نوعية الحياة وأبعادها	المسنين	العدد	متوسط الرتب	قيمة U	القيمة الإحتمالية sig	الدالة الإحصائية
نوعية الحياة	نوعية الحياة ككل	في بيوتهم	100	52.12	162.000	0.00	دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)
		في دور الرعاية	60	127.80			
		المجموع	160				
	النوم	في بيوتهم	100	67.51	1701.00	0.00	دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)
		في دور الرعاية	60	102.11			
		المجموع	160				
	الأم	في بيوتهم	100	58.68	817.500	0.00	دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)
		في دور الرعاية	60	116.88			
		المجموع	160				
	التنقل	في	100	56.71	621.000	0.00	دالة عند

مستوى ($\alpha:0.05$)			120.15	60	بيوتهم في دور الرعاية		
				160	المجموع		
				54.89	100		
دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)	0.00	438.500	60	في دور الرعاية			
			123.19	المجموع			
دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)			53.50	100	في بيوتهم		
				60	في دور الرعاية		
				125.51	المجموع		
دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)	0.00	299.500		60	في دور الرعاية		الإستجابة الإنفعالية
				160	المجموع		

يتضح من الجدول أعلاه أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$) بالنسبة للمسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في نوعية الحياة، حيث بلغت القيمة الإحتمالية ل sig (0.00) وهي دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$).

كما توجد أيضا فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة للمسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في كل أبعاد نوعية الحياة (النوم، الألم، التنقل، الإنعزال الإجتماعي، الإستجابة الإنفعالية) حيث بلغت قيمتهم الإحتمالية ل sig (0.00) وهذا بالنسبة لجميع الأبعاد، وهي دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$)، وبهذا تحققت الفرضية الرابعة.

4-2- تفسير الفرضية الرابعة: بينت نتائج الفرضية الرابعة أنه يوجد إختلاف بين المسنين المقيمين مع ذويهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في نوعية الحياة وأبعادها (النوم، الألم، التنقل، الانعزال الاجتماعي، الاستجابة الانفعالية).

أي أن المسنين المقيمين في بيوتهم تحصلوا على درجات أحسن في بعد النوم والألم والتنقل والإنعزال الإجتماعي وكذلك الإستجابة الإنفعالية مقارنة مع المسنين المقيمين في دور الرعاية كونهم

محدودين المشي والتنقل داخل دور الرعاية فقط، كما أنهم يعانون من إضطرابات النوم حيث يستخدمون أدوية من أجل النوم، كذلك بالنسبة لإنعزالهم الإجتماعي بسبب فقرهم في العلاقات الإجتماعية ونقص في الإستجابات الإنفعالية ومعاناتهم للألم نتيجة التدهور الصحي في هذه المرحلة العمرية.

وعليه نجد لديهم نوعية الحياة سيئة مقارنة مع المسنين المقيمين مع ذويهم وتتماشى هذه النتيجة مع دراسة "مقدادي" و"إبراهيم" (2014) التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين الصلابة النفسية والرضا عن الحياة والإكتئاب ومعرفة نوعية الحياة من حيث الصحة الجسدية والنفسية لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الرعاية في الأردن والتي طبقت على عينة قوامها (140) مسن، حيث أظهرت النتائج إنخفاض مستوى الصحة النفسية عند كبار السن وإنخفاض مستوى رضاهم عن الحياة وإرتفاع مستوى الإكتئاب لديهم.

كما تتفق مع دراسة "كوستكا" وزملاؤه (Kostka et al (2014) حول الحالة الغذائية ونوعية الحياة عند كبار السن في بولندا والتي طبقت على عينة قوامها (879) مسن وقد كشفت النتائج أن إرتفاع مستوى التغذية عند كبار السن في البيئة الحضرية كان أعلى من مستوى التغذية في البيئة الريفية. كما إنعكست إيجابيا نوعية التغذية الجيدة على الصحة الجسمية لكبار السن مما مكنتهم من التواصل بشكل جيد مع الآخرين عكس المقيمين في دور الرعاية كانت لديهم علاقات متناقضة مع الآخرين(العزام، 2017، ص،71).

كما تتناغم نتائج بحثنا مع دراسة "رشيد" و"ودس" (Rasheed and woods (2014) التي وجدت أن الرضا عن الحياة عند كبار السن ترتبط بدرجة إمتلاكهم الصحة الجيدة، فكلمنا كانوا قادرين على شراء حاجاتهم زاد شعورهم بالرضا عن حياتهم، وكلمنا كانوا مستقلين في قرارات اليومية زاد شعورهم بالسيطرة على حياتهم وكلمنا زادت سيطرتهم على الأشياء من حولهم زاد شعورهم بالسعادة.

في نفس السياق أظهرت دراسة "كوستكا" و زملاؤه (Kostaka et al (2014) أن شعور كبار السن بالسعادة يرتبط بالأمن حيثما يعيشون ويرتبط بمدى توفر الخدمات الترفيهية ووجود الجيران.

كما توصلت دراسة "درويش"، "سلوتسكيس" وآخرون (2012) إلى أن المسنين المقيمين مع ذويهم كانت نوعية حياتهم أحسن من المسنين المقيمين في المراكز حيث إرتبطت سوء نوعية الحياة بسوء الحالة

الصحية، فبالنسبة للأشخاص الذين يعيشون في منازلهم معظمهم كانوا في صحة جيدة مقارنة مع الذين يعيشون في المؤسسات (المرجع السابق، ص.72).

كما أسفرت دراسة " كومار " وآخرون (2013) هي الأخرى إلى وجود فروق في المجال الاجتماعي بين المسنين لصالح كبار السن الذين يقعون قريبين من أفراد أسرهم والحي الذين يعيشون فيه فيما يتعلق بنوعية الحياة (العزام، 2017، ص.75).

من خلال ما سبق يتبين لنا أن نوعية الحياة الجيدة للمسنين المقيمين مع ذويهم ترجع لشعورهم بالراحة والإطمئنان للتكفل المقربين بهم وإحساسهم بأنهم ذو قيمة ومكانة في الأسرة، وهذا من خلال حرصهم على رعايتهم عن طريق المراجعة الدورية للطبيب والسماع لحاجياتهم وتلبيتها، أخذ بنصيحتهم والعبر من تجاربهم وإستشارتهم في أمور الحياة وغيرها من أساليب المعاملة المبنية على المحبة وعطف والتفهم، في حين يتجه المسن الذي يشعر أنه عبء على الآخرين وأنه شخص غير مرغوب فيه إلى دور الرعاية.

وهذا ما تؤكدته دراسة "غويا لا كريشنان" وآخرون (2002) في كون إنخفاض مستوى نوعية الحياة للمسنين كان بسبب الإكتئاب وضعف المصادر المالية والتقليل المحدود والصعوبات في القيام الأنشطة اليومية بينما تتحسن نوعية الحياة من خلال علاقات الثقة مع العائلة والأصدقاء، والتواصل المتكرر مع الأصدقاء (المرجع السابق).

5- عرض ومناقشة وتفسير الفرضية الخامسة:

5-1- عرض ومناقشة الفرضية الخامسة: تشير الفرضية الخامسة إلى أنه يوجد إختلاف بين المسنين في نوعية الحياة وأبعادها تبعاً لمستوى السند الاجتماعي ولتحقق من صدقها أجري إختبار كروسكال _ واليس (kruskal_ wallis) لإختبار مستوى الفروق بين متوسطات الرتب لدى في المسنين نوعية الحياة تبعاً لمستوى السند الاجتماعي، حيث جاءت النتائج كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم(22) : يبين نتائج إختبار كروسكال واليس لدلالة الفروق في نوعية الحياة

وأبعادها تبعاً لمستوى السند الاجتماعي

نوعية	مستوى	العدد	متوسط	قيمة	درجة	قيمة	الدلالة
-------	-------	-------	-------	------	------	------	---------

الإحصائية	الإحتمالية sig	الحرية	Chi-square	الرتب	السند	الحياة وأبعادها
دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)	0.00	2	88.05	122.11	64	لا يتلقى السند
				55.37	60	محدود
				48.42	36	مناسب
				160		المجموع
دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)	0.00	2	19.29	97.21	64	لا يتلقى
				74.99	60	محدود
				59.97	36	مناسب
				160		المجموع
دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)	0.00	2	71.05	115.02	64	لا يتلقى
				58.10	60	محدود
				56.46	36	مناسب
				160		المجموع
دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)	0.00	2	74.184	115.89	64	لا يتلقى
				59.23	60	محدود
				53.03	36	مناسب
				160		المجموع
دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)	0.00	2	76.71	117.21	64	لا يتلقى
				56.03	60	محدود
				56.03	36	مناسب
				160		المجموع
دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)	0.00	2	83.810	119.48	64	لا يتلقى
				54.69	60	محدود
				54.21	36	مناسب
				160		المجموع

يتضح من جدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$) بين المسنين في نوعية الحياة تبعاً لمستويات الثلاثة للسند الاجتماعي (لا يتلقى السند الاجتماعي، يتلقى قدر محدود من السند الاجتماعي، يتلقى قدر مناسب من السند الاجتماعي). حيث بلغت القيمة الاحتمالية $sig(0.00)$ وهي دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$).

كما وجدنا فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$) بين المسنين في كل أبعاد نوعية الحياة (النوم، الألم، التنقل، الإنعزال الاجتماعي، الإستجابة الإنفعالية) تبعاً لمستويات الثلاثة للسند الاجتماعي (لا يتلقى السند الاجتماعي، يتلقى قدر محدود من السند الاجتماعي، يتلقى قدر مناسب من السند الاجتماعي) حيث بلغت قيمتهم الاحتمالية $sig(0.00)$ وهي دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$).

ولمعرفة وتحديد ماهي المتوسطات الرتبية التي يوجد بينها فرق دال وأزواج المتوسطات الرتبية التي ليس بينها فرق دال بالنسبة لنوعية الحياة وأبعادها كان لابد من الرجوع إلى إختبار "مان ويتني". وقد ظهرت النتائج كما يلي:

جدول رقم (23): يبين نتائج إختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين المجموعات في نوعية الحياة وأبعادها تبعاً لمستوى السند الاجتماعي

نوعية الحياة وأبعادها	مستويات السند الاجتماعي	العدد	متوسط الرتب	قيمة u	القيمة الاحتمالية sig	الدلالة الإحصائية
نوعية الحياة ككل	لا يتلقى السند	64	88.19	276.000	0.000	دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)
	محدود	60	35.10			
	المجموع	124				
	لا يتلقى	64	66.42	133.000	0.000	دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)
	مناسب	36	22.19			
	المجموع	100				
	محدود	60	50.77	944.000	0.286	

غير دالة			44.72	36	مناسب	النوم
				96	المجموع	
دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)	0.006	1404.500	70.55	64	لا يتلقى	
			53.91	60	محدود	
				124	المجموع	
دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)	0.000	598.000	59.16	64	لا يتلقى	
			35.11	36	مناسب	
				100	المجموع	
غير دالة	0.101	895.000	51.58	60	محدود	
			43.36	36	مناسب	
				96	المجموع	
دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)	0.000	520.500	84.37	64	لا يتلقى	الألم
			39.18	60	محدود	
				124	المجموع	
دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)	0.000	342.000	63.16	64	لا يتلقى	
			28.00	36	مناسب	
				100	المجموع	
غير دالة	0.573	1024.500	49.43	60	محدود	
			46.96	36	مناسب	
				96	المجموع	
دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)	0.000	545.000	83.98	64	لا يتلقى	
			39.58	60	محدود	
				124	المجموع	
دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)	0.000	262.000	64.41	64	لا يتلقى	
			25.78	36	مناسب	

				100	المجموع	
غير دالة	3.44	981.000	50.15	60	محدود	
			45.75	36	مناسب	
				96	المجموع	
دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)	0.000	434.000	85.72	64	لايتلقى	
			37.73	60	محدود	
				124	المجموع	
دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)	0.000	288.500	63.99	64	لايتلقى	الإنعزال الإجتماعي
			26.51	36	مناسب	
				100	المجموع	
غير دالة	0.859	1062.500	48.79	60	محدود	
			48.01	36	مناسب	
				96	المجموع	
دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$)	0.00	365.00	86.80	64	لايتلقى	
			36.58	60	محدود	
				124	المجموع	
دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)	0.00	212.00	65.19	64	لايتلقى	الإستجابة الإنفعية
			24.39	36	مناسب	
				100	المجموع	
غير دالة	0.953	1073.50	48.61	60	محدود	
			48.32	36	مناسب	
				90	المجموع	

يكشف الجدول رقم (23) عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$) في نوعية الحياة بين أفراد عينة البحث تبعاً لمستوى السند الإجتماعي ويتعلق الأمر بمستوى (لا يتلقى السند الإجتماعي، يتلقى قدر محدود من السند الإجتماعي) نفس الأمر بالنسبة للمستوى (لا يتلقى السند

الإجتماعي، يتلقى قدر مناسب من السند الإجماعي) حيث جاءت قيمتهما الإحتمالية ل sig (0.00) وهي دالة عند مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha:0.05$).

في حين لم نسجل أي فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة للمستوى (يتلقى قدر محدود من السند الإجتماعي، يتلقى قدر مناسب من السند الإجماعي) حيث بلغت القيمة الإحتمالية ل sig (0.286) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$).

كذلك توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$) بين المسنين في البعد الأول نوعية الحياة (النوم) تبعاً لمستوى السند الإجتماعي ويتعلق الأمر بمستوى (لا يتلقى السند الإجتماعي، يتلقى قدر محدود من السند الإجماعي) نفس الأمر بالنسبة للمستوى (لا يتلقى السند الإجتماعي، يتلقى قدر مناسب من السند الإجماعي) حيث جاءت قيمتهما الإحتمالية ل sig (0.00) وهي دالة عند مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha:0.05$).

في حين لم نسجل أي فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة للمستوى (يتلقى قدر محدود من السند الإجتماعي، يتلقى قدر مناسب من السند الإجماعي) حيث بلغت القيمة الإحتمالية ل sig (0.101) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$).

كما يتضح أيضاً من الجدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$) بين المسنين في البعد الثاني لنوعية الحياة (الألم) تبعاً لمستوى السند الإجتماعي ويتعلق الأمر بمستوى (لا يتلقى السند الإجتماعي، يتلقى قدر محدود من السند الإجماعي)، نفس الأمر بالنسبة للمستوى (لا يتلقى السند الإجتماعي، يتلقى قدر مناسب من السند الإجماعي) حيث جاءت قيمتهما الإحتمالية ل sig (0.00) وهي دالة عند مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha:0.05$).

في حين لم نسجل أي فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة للمستوى (يتلقى قدر محدود من السند الإجتماعي، يتلقى قدر مناسب من السند الإجماعي) حيث بلغت القيمة الإحتمالية ل sig (0.573) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$).

ويظهر من الجدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$) بين المسنين في البعد الثالث لنوعية الحياة (التنقل) تبعاً لمستوى السند الإجتماعي ويتعلق الأمر بمستوى (لا يتلقى السند الإجتماعي، يتلقى قدر محدود من السند الإجماعي) نفس الأمر بالنسبة للمستوى (لا يتلقى

السند الإجتماعي، يتلقى قدر مناسب من السند الإجتماعي) حيث جاءت قيمتهما الإحتمالية ل sig (0.00) وهي دالة عند مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha:0.05$).

في حين لم نسجل أي فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة للمستوى (يتلقى قدر محدود من السند الإجتماعي، يتلقى قدر مناسب من السند الإجتماعي) حيث بلغت القيمة الاحتمالية ل sig (3.44) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$).

كما يكشف الجدول أعلاه عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$) بين المسنين في البعد الرابع لنوعية الحياة (الإنعزال الإجتماعي) تبعا لمستوى السند الإجتماعي ويتعلق الأمر بمستوى (لا يتلقى السند الإجتماعي، يتلقى قدر محدود من السند الإجتماعي) نفس الأمر بالنسبة للمستوى (لا يتلقى السند الإجتماعي، يتلقى قدر مناسب من السند الإجتماعي) حيث جاءت قيمتهما الإحتمالية ل sig (0.00) وهي دالة عند مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha:0.05$).

في المقابل لم نسجل أي فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة للمستوى (يتلقى قدر محدود من السند الإجتماعي، يتلقى قدر مناسب من السند الإجتماعي) حيث بلغت القيمة الإحتمالية ل sig (0.859) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$).

كما يوجد أيضا فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$) بين المسنين في البعد الخامس لنوعية الحياة (الإنعزال الإجتماعي) تبعا لمستوى السند الإجتماعي ويتعلق الأمر بمستوى (لا يتلقى السند الإجتماعي، يتلقى قدر محدود من السند الإجتماعي) نفس الأمر بالنسبة للمستوى (لا يتلقى السند الإجتماعي، يتلقى قدر مناسب من السند الإجتماعي) حيث جاءت قيمتهما الإحتمالية ل sig (0.00) وهي دالة عند مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha:0.05$).

بينما لم نسجل أي فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة للمستوى (يتلقى قدر محدود من السند الإجتماعي يتلقى قدر مناسب من السند الإجتماعي) حيث بلغت القيمة الإحتمالية ل sig (0.953) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$). مما يعني أنه لا توجد فروق بين المسنين الذين يتلقون قدر محدود من السند الإجتماعي والمسنين الذين يتلقون قدر مناسب من السند الإجتماعي في نوعية حياتهم، وعليه تحققت الفرضية الخامسة.

5-2 تفسير الفرضية الخامسة: بينت نتائج الفرضية الخامسة أنه يوجد إختلاف بين

المسنين في نوعية الحياة وأبعادها تبعاً لمستوى السند الاجتماعي، حيث أظهرت النتائج عامة أنه لا يوجد فرق بين الذين يتلقون السند الاجتماعي بقدر مناسب مع الذين يتلقون السند الاجتماعي بقدر محدود في نوعية الحياة، في حين وجدنا فروقا ذات دلالة إحصائية بين المسنين الذين لا يتلقون السند الاجتماعي مع غيرهم من المسنين في نوعية الحياة وأبعادها. فالمسن في هذه المرحلة العمرية الحساسة يحتاج من يسانده كونه أكثر عرضة لمشاكل صحية ونفسية من السابق، فالسند يخفف من حدة هذه المشاكل ومضاعفاتها كما يعتبر عامل إنقاذي يحمي المسن من الوقوع فيها ومنه يساعده على تحقيق نوعية الحياة جيدة.

من خلال تقديم مثالا السند المعلوماتي وذلك عن طريق مدّ معلومات الخاصة بالمشكل المراد علاجه وطرق الصحيحة لتعزيز السلوكيات الصحية وتقليل سلوكيات الخطر، كذلك تقديم السند المادي الذي يعتبر ضروري كدفع التكاليف الطبية والعلاجية ودفع تكاليف الترفيهية كرحلات (حمامات معدنية، عمرة، الحج، جولات سياحية)، إضافة إلى السند المعنوي من خلال الإستماع إليه وتلبية حاجاته وأخذ بنصيحته وإحساسه بمكانته في المجتمع.

تتفق نتائج بحثنا مع دراسة "نورسين" و"موريل" Norris & Murell التي توصلت إلى أن السند الاجتماعي يقلل شعور الفرد بالمشقة وتخفف أثارها السلبية على صحته بصورة عامة (عشماوي، 2001، ص.27).

ووجدت دراسة "وبر" و آخرون (Weber et al (2014 أن المستوى المرتفع من الطيبة له علاقة بنوعية الحياة لدى المسنين. في نفس السياق أظهرت بعض الأبحاث أن الطيبة مرتبطة بالسلوكيات الإيجابية من حيث التماسك الإجتماعية (قنون، 2007، ص.27).

وفي دراسة "لاكفاسكير" و آخرون (Lcvasscur et al (2015 حول أثر السند على نوعية الحياة حيث أقيمت على مسنين وتوصلت النتائج أن إستخدام المسنين لإستراتيجيات التعامل الإيجابية كالإبتعاد عن الضغط والضبط النفسي والبحث عن المساندة الإجتماعية والتخطيط للحل والتقييم الإيجابي لتعامل مع قيود الشيخوخة والمشكلات الصحية من شأنه أن يحسن من نوعية الحياة لديهم وكذا كيفية إدارتهم للمرض.

كما أكدت دراسات أخرى أنه هناك علاقة بين المساندة الإجتماعية والجانب البيولوجي لدى الفرد حيث إرتبط تلقي مستوى مرتفع من المساندة الإجتماعية بنشاط الجهاز المناعي والقدرة على المقاومة بعض الأمراض العضوية وسرعة الشفاء منها، حيث تعتبر المساندة الإجتماعية من العوامل المقوية والمنشطة للجهاز المناعي (قنون، 2007، ص.29).

في نفس السياق كشفت دراسة أجريت في جامعة ستانفورد على مجموعة من النساء المصابات بسرطان الثدي أثناء علاجهن أن المريضات اللواتي يجتمعن أسبوعيا مع صديقاتهن ويتلقين مساندة عاطفية عشنا حياتهن ضعف عمر المريضات اللواتي واجهن المرض وحدهن ولم يلتحقن بمجموعة مساندة قد تساعدهن على مواجهة المرض (يخلف، 2001، ص. 136).

من خلال ما تقدم نجد أن الأفراد الذين يتميزون بوجود السند الإجتماعي عالي لديهم القدرة كبيرة على مواجهة صعوبات الحياة وتغيرات الحياة في حين إدراك الفرد لعدم وجود السند يجعله ضعيف ويشعر بعدم القيمة، والعجز عن المقاومة فيكون بالضرورة أكثر عرضة للإضطرابات النفسية والأمراض العضوية (Neill, 2006, p.05).

فأي تحدي مهما كان مستواه يشترط وجود قدر معين من السند الإجتماعي كما هو الحال في مواجهة مشاكل مرحلة الشيخوخة، ففي حالة عدم إدراك المسن لسند أو في حالة نقصه أو غيابه يصبح التحدي بالنسبة له تجربة مؤلمة.

6- عرض ومناقشة وتفسير الفرضية السادسة:

6-1- عرض ومناقشة الفرضية السادسة: تنص الفرضية السادسة على أنه يوجد إختلاف

بين المسنين في درجة الشعور بالسند الإجتماعي ومصادره بدلالة الجنس، ولتحقق من صدق الفرضية طبقنا إختبار "مان ويتي"، لمعرفة دلالات الإختلاف بين متوسطات الرتب لأفراد عينة البحث في درجة الشعور بالسند الإجتماعي ومصادره تبعا للجنس المسن.

وقد جاءت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (24).

الجدول رقم (24) يبين نتائج إختبار "مان ويتني" لدلالة الفروق بين المسنين في درجة

الشعور بالسند الاجتماعي تبعا للجنس

الدلالة الإحصائية	القيمة الإحصائية sig	قيمة u	متوسط الرتب	العدد	الجنس	السند ومصادره	السند الاجتماعي
دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)	0.00	1998.5	68.76	94	ذكر	السند الاجتماعي ككل	السند الاجتماعي
			97.22	66	أنثى		
			160		المجموع		
دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)	0.00	1836.0	67.03	94	ذكر	السند داخل الأسرة	
			99.68	66	أنثى		
			160		المجموع		
دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)	0.02	2200.0	70.90	94	ذكر	السند خارج الأسرة	
			94.17	66	أنثى		
			160		المجموع		

يتضح من الجدول رقم (24) وجود إختلاف دال إحصائيا بين المسنين في درجة الشعور بالسند الاجتماعي لصالح المسنات، حيث بلغت القيمة الإحصائية لـ sig (0.00) وهي دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$).

كما يتضح كذلك وجود إختلاف دال إحصائيا بين المسنين في مصدر السند الاجتماعي (داخل إطار الأسرة) لصالح المسنات كذلك، حيث بلغت القيمة الإحصائية لـ sig (0.00) وهي دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$).

كما يوجد إختلاف دال إحصائياً بين المسنين في مصدر السند الإجماعي (خارج إطار الأسرة) لصالح الإناث أيضاً، حيث بلغت القيمة الإحتمالية ل sig (0.02) وهي دالة عند مستوى الدلالة (α:0.05) وبهذا تحققت الفرضية السادسة.

6-2- تفسير الفرضية السادسة: أظهرت نتائج الفرضية السادسة وجود إختلاف بين

المسنين في درجة الشعور بالسند الإجماعي بمصادره داخل إطار الأسرة وخارج إطار الأسرة لصالح الإناث.

وما يفسر حصول الإناث على درجات أعلى في السند الإجماعي سواء كان مقدم في إطار الأسرة أو خارج إطار الأسرة مقارنة بالذكور كون الأنثى أكثر إستعمالاً للتواصل الإجماعي وكثيرة العلاقات والصدقات والمعارف الإجماعية، كما أنها تستعمل كل المصادر السند الإجماعي المتاحة لها لتلبية متطلباتها كونها عضو ضعيف في المجتمع مقارنة مع الرجل حيث عند وقوعه في مشكلة يحاول مواجهتها لوحده إلا في حالة الضرورة أما الأنثى فبمجرد إحساسها بخطر تتصل بكل مصادر السند فتبحث عن السند المعلوماتي والسند المعنوي والسند المادي لحل مشكل الضاغظ.

وتتفق نتائج بحثنا مع دراسة "الخالدي" (2008)، ودراسة "عودة" (2010) و"الهنداوي" (2011) التي بينت وجود فروق دالة إحصائياً في درجة الشعور بالسند الإجماعي تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

كذلك تتفق مع نتائج دراسة "المعبود" (2007) بعنوان تأثير السند الإجماعي على الضغوط الناجمة عن صدمات الحوادث وتوصلت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً في درجة الشعور بالسند الإجماعي لصالح الإناث (الكردي، 2012، ص46).

وتتماشى أيضاً مع نتائج دراسة "سليمان" (2009) حول المساندة الإجماعية وعلاقتها بجودة الحياة، حيث توصلت نتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في إدراك السند الإجماعي لصالح الإناث.

في حين إختلفت هذه النتيجة مع نتائج دراسة "فلكنبرغ" (2006) Valkenburg التي بينت عدم وجود فروق في مستوى السند الإجماعي تعزى لمتغير الجنس.

نفس الشيء توصلت إليه "حداد" و "الزيتاوي" (2002) عن عدم وجود فروق في مستوى السند الإجتماعي المقدم من طرف الأسرة و الأصدقاء تعزى لمتغير الجنس (بن خنيش، 2022، ص.152).

7- عرض ومناقشة وتفسير الفرضية السابعة:

7-1 - عرض ومناقشة الفرضية السابعة: تشير الفرضية السابعة إلى أنه يوجد إختلاف

بين المسنين في درجة الشعور بالوحدة النفسية تبعاً للجنس، وللتحقق من صدق الفرضية طبقنا إختبار "مان ويتني" لعينتين مستقلتين. وقد جاءت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (25).

الجدول رقم (25): يبين نتائج إختبار "مان ويتني" لدلالة إختلاف بين المسنين في درجة

الشعور بالوحدة النفسية تبعاً للجنس

المتغير	الجنس	العدد	متوسط الرتب	قيمة U	القيمة الإحتمالية sig	الدالة الإحصائية
الوحدة النفسية	ذكر	94	91.49	2069.000	0.000	دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)
	أنثى	66	64.85			
	المجموع	160				

يتضح من الجدول أعلاه وجود إختلاف دال إحصائياً بين المسنين في درجة الشعور بالوحدة النفسية لصالح الذكور. حيث بلغت القيمة الإحتمالية ل sig (0.00) وهي دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$) وبهذا تحققت الفرضية السابعة.

7-2 تفسير الفرضية السابعة: بينت نتائج الفرضية السابعة أنه يوجد إختلاف بين المسنين

في درجة الشعور بالوحدة النفسية والتي جاءت لصالح الذكور، وما يفسر حصول الذكور على درجات أعلى في الشعور بالوحدة النفسية مقارنة مع الإناث هو أن الإناث تتحدث عن مشاكلها والصعوبات التي تواجهها و كذا الإنفعالات السلبية كالخوف والحزن والشعور بالعزلة والفراغ وتبحث عن حلول لمشاكلها

مقارنة مع الذكور الذين لا يعطون أهمية للمشاعر السلبية التي يمرون بها إذ لا يتحدثون عنها أصلاً ويرونها أنها فترة عابرة فلا يبحثون عن الحلول لتجاوز تلك الأزمة عكس الإناث التي تتجه إلى السند الإجتماعي وتستعمل كل مصادره (الأسرة، الأصدقاء، الزملاء، الجيران).

وعليه تكون الأنثى أقل وقوعاً في الوحدة النفسية مقارنة مع الذكور، كما يرجع إرتفاع شعور بالوحدة النفسية لديهم لمشكلة التقاعد فبعد التوقف عن العمل تبدأ العلاقات الإجتماعية السابقة في التناقص مما يشعره بالفراغ لعدم تقديمه الدور الإجتماعي كما في السابق ومن تم يقع فريسة لوحدة النفسية.

وتتفق نتائج مع دراسة "البريري" (2002) التي تناولت الوحدة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية للمسنين. حيث تكونت العينة من المسنين الذكور تتراوح أعمارهم بين 55-63 سنة و إنقسمت عينة إلى المحالين إلى المعاش إلى فئة من الذين لا يعملون بعد سن التقاعد وفئة يعملون بعد التقاعد وفئة أخرى محالين إلى التقاعد قبل سن 60 سنة. وتوصلت النتائج أن الأشخاص الذين يحالون للمعاش المبكر أكثر شعوراً بالوحدة النفسية من الذين يعملون بعد سن التقاعد، والذين يحالون لتقاعد بصورة اختيارية (حمو علي، 2012، ص.110).

كما تتفق نتائج بحثنا مع دراسة "زمينر" (2008) Zammuner التي تناولت الوحدة النفسية وعلاقتها بالمتغيرات الإجتماعية والديمغرافية مثل العمر والجنس والوضع العائلي والمستوى التعليمي والدخل وقد توصلت النتائج أن المسنين الذكور يشعرون بالوحدة أكثر من الإناث (المرجع السابق).

في حين اختلفت مع نتائج دراسة "ملحم" (2010) التي تناولت الشعور بالوحدة النفسية وعلاقتها بالعوامل الخمسة للشخصية ومن أبرز النتائج التي توصلت إليها هي عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث بالنسبة لدرجة الشعور بالوحدة النفسية.

8- عرض ومناقشة وتفسير الفرضية الثامنة:

8-1- عرض ومناقشة الفرضية الثامنة: تنص الفرضية الثامنة على وجود إختلاف بين

المسنين في نوعية الحياة وأبعادها تبعاً للجنس. ولتحقق من صدق الفرضية طبقنا إختبار مان ويتي

لعينتين مستقلتين، لإختبار دلالات الإختلاف بينمتوسطات الرتب لأفراد عينة البحث في نوعية الحياة وأبعادها تبعاً للجنس. وقد جاءت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (26).

الجدول رقم (26): نتائج إختبار مان ويتني لدلالة إختلاف بين المسنين في نوعية الحياة وأبعادها تبعاً للجنس

نوعية الحياة وأبعادها	الجنس	العدد	متوسط الرتب	القيمة U	القيمة الإحتمالية sig	الدلالة الإحصائية
نوعية الحياة	ذكر	94	89.83	2225.00	0.02	دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)
	أنثى	66	67.21			
	المجموع	160				
النوم	ذكر	94	79.75	3031.500	0.790	غير دالة
	أنثى	66	81.57			
	المجموع	160				
الألم	ذكر	94	89.11	2292.500	0.02	دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)
	أنثى	66	68.23			
	المجموع	160				
التنقل	ذكر	94	88.77	2325.000	0.03	دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)
	أنثى	66	68.23			
	المجموع	160				
الإنعزال الإجتماعي	ذكر	94	89.80	22228.00	0.01	دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)
	أنثى	66	67.26			
	المجموع	160				
الإستجابة الإنفعالية	ذكر	94	89.96	2213.000	0.01	دالة عند مستوى ($\alpha:0.05$)
	أنثى	66	67.03			
	المجموع	160				

يتضح من الجدول رقم (26) أنه يوجد إختلاف دال إحصائياً بين المسنين في نوعية الحياة لصالح الإناث (بما أن تصحيح مقياس نوعية الحياة يكون بطريقة العكسية) حيث بلغت القيمة الإحتمالية $p < 0.02$ وهي أصغر من مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$).

ويتضح كذلك أنه لا يوجد إختلاف دال إحصائياً في بعد الأول لنوعية الحياة (النوم) بدلالة الجنس، حيث بلغت القيمة الإحتمالية (0.790) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$).

كما يوجد إختلاف دال إحصائياً في البعد الثاني لنوعية الحياة (الألم) لصالح الإناث حيث بلغت القيمة الإحتمالية (0.002) وهي أصغر من مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$).

كما يتضح كذلك أنه يوجد إختلاف دال إحصائياً في البعد الثالث لنوعية الحياة (التنقل) الذي جاء لصالح الإناث حيث بلغت القيمة الإحتمالية $p < 0.03$ وهي أصغر من مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$). كما يوجد إختلاف دال إحصائياً في البعد الرابع (الإنعزال الإجتماعي) والبعد الخامس (الإستجابة الإنفعالية) لصالح الإناث حيث بلغت قيمتهما الإحتمالية $p < 0.01$ وهي أصغر من مستوى الدلالة ($\alpha:0.05$) وعليه تحققت الفرضية.

8-2- تفسير الفرضية الثامنة: أظهرت نتائج الفرضية الثامنة وجود إختلاف بين المسنين

في نوعية الحياة وأبعادها لصالح الإناث، وهو ما يفسر حصول الإناث على درجة عالية في نوعية الحياة وأبعادها (التنقل، الألم، الإستجابة الإنفعالية، الإنعزال الإجتماعي) مقارنة مع الذكور. يرجع هذا كون الإناث أكثر إهتماماً بوضعيتهم الجسمية والنفسية والإجتماعية، حيث يعتبرن أكثر تردداً على الطبيب وأكثرهن تمسكاً بالحماية الغذائية والتزاماً بتعليمات الطبيبة وأكثرهن مشاركة في الشبكة الإجتماعية. وعليه تتفق نتائج بحثنا مع دراسة "سلامة" و"حسن" (2015) التي هدفت إلى معرفة أثر المشكلات الإجتماعية والإقتصادية والصحية والنفسية على نوعية الحياة عند كبار السن في مصر والتي طبقت على عينة قوامها (201) مسن وقد كشفت النتائج عن وجود فروق إحصائية في نوعية حياتهم لصالح النساء (العزام، 2017، ص.74).

كما بينت دراسة "رجب" (2018) وجود فروق دالة إحصائية في نوعية الحياة بين مقدمي الرعاية لذويهم تعزى للمتغير للجنس لصالح الإناث.

وتتفق مع دراسة (Hart gerink et al (2015) التي كشفت وجود فروق بين وقت التسلية والفرغ والنشاطات عند كبار السن ومتغير الجنس لصالح الإناث.

كما بينت دراسة (Higgins and Munselle, et al (2009) عن وجود فروق بين نوعية الحياة ككل عند كبار السن ومتغيرات العمر والجنس لصالح الإناث.

في نفس السياق أظهرت دراسة (Abbatecola, et al (2015) التي كشفت عن وجود فروق بين نوعية الحياة عند كبار السن ومتغير الجنس لصالح الإناث (المرجع السابق، ص. 72).

في حين لا تتفق نتائج بحثنا مع دراسة "عبد الخالق" (2010) حول الفروق بين الجنسين في نوعية الحياة فقد توصلت النتائج إلى ارتفاع متوسط الذكور عن الإناث في بعض الأبعاد نوعية الحياة والمتمثلة في الصحة النفسية السعادة، الرضا عن الحياة والمعتقد الديني ولم يكن ثمة فروق جوهرية بين الجنسين في بعد الصحة الجسمية والتدين (الشمي، 2019، ص. 260).

كما أظهرت دراسة كل من "شوقي" (2014) و"محسن" (2018) أنه لا يوجد فروق في درجة نوعية الحياة تبعاً لمتغير الجنس (المرجع السابق، ص. 262).

9-الإستنتاج العام: رعاية المسنين والإهتمام بهم واجب شرعي وأخلاقي يجب القيام به على

المستويات الفردية والأسرية والاجتماعية وهو إستجابة لنداء الشريعة الإسلامية التي أكدت على ذلك بشكل واضح لقوله الله تعالى: "وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحساناً إما يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما وقل لهما قولا كريماً و أخفض لهما جناح الذل من الرحمة وقل رب أرحمهما كما ربياني صغيراً" (الاسراء 22-24).

فتعتبر مرحلة الشيخوخة من أكثر المراحل العمرية التي لها طابع متميز كونها تنبئ الإنسان بقرب أجله، والتي يكتنفها بصورة عامة الكثير من الإضطرابات على المستوى الفسيولوجي والسيكولوجي نذكر منها الخمول وقلة النشاط والعجز والشعور بالحزن والفرغ الكبير، بعدما كانت حياة المسن تتسم بالنشاط والحيوية والفعالية والمتعة في المراحل العمرية السابقة ويعتبر هذا التغير الطبيعي في حياة كبير السن مما يجعله عرضة لوقوع في العديد من المشكلات الصحية منها الأمراض المزمنة وأمراض المفاصل وإضطرابات الحواس والإضطرابات العصبية والنفسية مثل الشعور بالوحدة النفسية والإكتئاب.

فالمسن في هذه المرحلة يحتاج من يقف بجانبه ليدير معه هذه الصعوبات والمشكلات وذلك عن طريق تقديم السند من طرف الأشخاص المقربين له كالعائلة والأصدقاء والزملاء والجيران.

لذلك يرى "هوس" (1981) House بأن للسند أثر المخفف، فهو جدّ أساسي ومعقد في نفس الوقت كونه يشمل مجموعة العلاقات البيئية والاجتماعية للفرد التي تمده بروابط عاطفية إيجابية، مساعدة مادية، ومساعدة بالمعلومات إتجاه الموقف المهدد (بوشدوب ، خطر ، 2016، ص. 121).

فالسند الاجتماعي يجعل الفرد يقيم الضغوط النفسية تقيماً واقعياً ويواجهها، كما يجعله أكثر إدراكاً وتفسيراً للموقف الضاغط (Charles & Rudolph, 1994, p.370).

ويتزود الفرد بالسند الاجتماعي من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم الأشخاص الذين لهم إتصال اجتماعي بشكل أو بآخر مع الفرد وتضم هذه الشبكة في الغالب الأسرة.

وتختلف الأسر في رعاية المسنين فمنهم من تحتوي المسن في هذه المرحلة وتلبي حاجاته النفسية والمادية والاجتماعية وتكن له الإحترام والتقدير وتقدر مكانته في الأسرة والمجتمع. في حين نجد منهم من يشعرونه بعدم القيمة والفائدة وأنه عبء عليهم ولا يقدمون له خدمات و إن قاموا بتقديم خدمات تكون سيئة. فيتجه المسن بعد ذلك إلى دور الرعاية لتكفل مصالح الدولة به كونه عاجز عن خدمة نفسه وإشباع رغباته النفسية والاجتماعية والصحية والمادية.

حيث ينحصر عمل هذه المراكز في رعاية مشكلات التكيف التي يعاني منها المسنين، وهي المكان الذي يوفر لهم حاجياتهم المفقودة في الخارج، كما أنها توفر مكان لقاء بين المسنين، ووسائل التسلية تتاسبهم وفرص نشاطات متعددة، وتوفر فرص تعلم مهارات جديدة وهوايات تشغل جزءاً كافياً من وقتهم دون أن تستنفذ من طاقاتهم، ومثل هذه المراكز يتواجد فيها فريق طبي يسهر على سلامة وصحة المسنين كأخصائيين نفسانيين وإجتماعيين يتابعون حالتهم النفسية، وفريق متعدد الخدمات من أكل، تنظيف، رعاية خاصة (الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي، 2011، ص. 3).

فالمسن الذي يتلقى السند الاجتماعي الكافي يشعر بأنه محمي من طرف أشخاص يمكن أن يثق فيهم وهم يتركون لديه إنطباعاً بأنهم يحبونه ويقدرونه فيمكن أن يلجأ إليهم ويعتمد عليهم في تلبية حاجاته وهذا ما يشعره بالراحة والرضا عن حياته ومن تم يتمتع بنوعية حياة جيدة تحفظ كرامته.

لذلك يمكن اعتبار السند الإجتماعي من أهم الموارد التي تساعد المسن في التغلب على مشكلات الشيخوخة كونه يقدم علاقات عاطفية مبنية على المودة والمحبة ويقدم المساعدات المادية والدعم المعنوي ويبعث في روح المسن الشعور بالأمن والاستقرار والطمأنينة كل هذا يجعل المسن يمر بشيخوخة ناجحة.

وعليه خُصّ البحث الحالي إلى مجموعة من النتائج تم تفسيرها في ضوء الخلفية النظرية والدراسات السابقة وهي كالآتي:

- يوجد إختلاف بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في درجة الشعور بالسند الإجتماعي (داخل/خارج إطار الأسرة).
- يوجد إختلاف بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في درجة الشعور بالوحدة النفسية.
- يوجد إختلاف بين المسنين في درجة الشعور بالوحدة النفسية تبعاً لمستوى السند الإجتماعي (لا يتلقى السند الإجتماعي - يتلقى قدر محدود من السند الإجتماعي) كذلك يوجد إختلاف بالنسبة لمستوى السند الإجتماعي (لا يتلقى السند الإجتماعي - يتلقى قدر مناسب من السند الإجتماعي)، في حين لا يوجد إختلاف بين المسنين في درجة الشعور بالوحدة النفسية تبعاً لمستوى السند الإجتماعي (يتلقى قدر محدود من السند الإجتماعي - يتلقى قدر مناسب من السند الإجتماعي).
- يوجد إختلاف بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية في نوعية الحياة وأبعادها (النوم، الألم، التنقل، الإستجابة الإنفعالية، الإنعزال الإجتماعي).
- يوجد إختلاف بين المسنين في نوعية الحياة وأبعادها تبعاً لمستوى السند الإجتماعي (لا يتلقى السند الإجتماعي - يتلقى قدر محدود من السند الإجتماعي) وكذلك بالنسبة للمستوى السند الإجتماعي (لا يتلقى السند الإجتماعي - يتلقى قدر مناسب من السند الإجتماعي)، في حين لم يوجد إختلاف بين المسنين في نوعية الحياة وأبعادها تبعاً لمستوى السند الإجتماعي (يتلقى قدر محدود من السند الإجتماعي - يتلقى قدر مناسب من السند الإجتماعي).
- وجود إختلاف بين المسنين في درجة الشعور بالسند الإجتماعي بمصادره داخل/خارج إطار الأسرة لصالح الإناث.
- يوجد إختلاف بين المسنين في درجة الشعور بالوحدة النفسية لصالح الذكور.

- وجود إختلاف بين المسنين في نوعية الحياة وأبعادها (الألم، التنقل، الإنعزال الإجتماعي، الإستجابة الانفعالية) حيث ظهر أن المسنات أكثر تمتعا بنوعية الحياة مقارنة بالمسنين.

وأهم ما كشف عنه هذا البحث ملخص في النقاط التالية:

* للسند الإجتماعي دور في التخفيف من الشعور بالوحدة النفسية وتحسين نوعية الحياة لدى المسنين.

* المسنين المقيمين في بيوتهم أحسن في مستوى السند الإجتماعي مقارنة مع المسنين المقيمين في دور الرعاية.

* المسنين المقيمين في دور الرعاية أكثر شعوراً بالوحدة النفسية.

* يعتمد المسنين المقيمين في دور الرعاية على السند الإجتماعي خارج إطار الأسرة.

* المسنين المقيمين في بيوتهم أحسن في درجة الشعور بنوعية الحياة من المسنين المقيمين في دور الرعاية.

* الإناث أكثر شعوراً بالسند الإجتماعي مقارنة مع الذكور.

* الإناث أكثر شعوراً بنوعية حياة الجيدة مقارنة مع الذكور.

في الأخير نؤكد على ضرورة تقديم للمسن السند الإجتماعي سواء كان مقدم من داخل إطار الأسرة أو من خارجها بهدف التخفيف من الإضطرابات النفسية والجسمية المصاحبة لهذه المرحلة العمرية وكذلك تحسين نوعية الحياة مختلف مجالات حياته الجسمية، النفسية، الإجتماعية والإقتصادية ومنه التمتع المسن بشيخوخة ناجحة.

10-التوصيات والاقتراحات:

- في ضوء ما كشفت عنه نتائج بحثنا الحالي، ارتأينا إلى تقديم بعض التوصيات والإقتراحات التي يمكن أن تخفف من حجم المشكلات التي يُعاني منها المسنين، وهذه التوصيات تتمثل فيما يلي:
- وضع برامج التربية الصحية التي تهدف إلى تعليم الأسر والمجتمع كيفية تحقيق حياة صحية وجسمية ونفسية وكذا إجتماعية جيدة للمسنين. من خلال تزويدهم بمهارات وأساليب لفهم إحتياجاتهم وفهم مشكلاتهم والطرق الصحيحة لتعامل معها.
 - إنشاء جمعيات خاصة بالمسنين لتقديم الخبرات والتجارب لإستفادة الجيل الجديد منها.
 - توفير الخدمات المنزلية المتنقلة (خدمات طبية، نفسية، خدمات المرافقة).
 - ضرورة توفير أنشطة إجتماعية وترفيهية لشغل أوقات فراغ المسنين وإختيار ما يتناسب مع ثقافتهم.
 - ضرورة تقديم الدولة الدعم المادي لأسر ضعيفة الدخل التي تقوم برعاية المسنين.
 - ضرورة فصل المسنين الذين يعانون من إضطرابات عقلية بدور الرعاية عن المسنين الأسوياء وتوجيههم إلى الأماكن المعينة للعناية بمثل هذه الحالات.
 - من المفيد تخصيص مؤسسات إجتماعية عمومية أو خاصة لتكفل بالمسنين العاجزين في أوقات عمل المعيل أو المتكفل بهم مثلما هو الحال بالنسبة للروضة الأطفال، على أن يتم إرجاعهم إلى منازلهم عند إنتهاء أوقات العمل يمكن لهذه المؤسسات تقديم أنشطة ترفيهية.
 - من المهم تخصيص دورات وأيام إعلامية لتكوين وتلقين المواطنين الطرق الصحيحة للرعاية والتعامل مع المسن.
 - كما ندعو أيضا إلى توجيه المزيد من البحوث المستقبلية عن السند الإجتماعي ونوعية الحياة لهذه الفئة نظرا لنقص الدراسات.
 - إنجاز بحوث حول المشكلات النفسية والإجتماعية والإقتصادية لهذه الفئة.
 - بناء مقاييس نفسية حول السند الإجتماعي ونوعية الحياة خاص بالمسنين.
 - فتح تخصص جامعي في علم النفس الشيخوخة.

11- الخاتمة:

يعتبر السند الاجتماعي من أهم المصادر الأساسية التي يحتاجها الفرد في شتى مراحل حياته فهو كل مايتلقاه الفرد من دعم بأنواعه (المادي، المعنوي، الأدائي، معلوماتي، تقيمي) من أشخاص الفاعلين الموجودين ضمن شبكته الاجتماعية قد تكون غير الرسمية من طرف الزوج(ة)، الأقارب، الأصدقاء، الجيران، أو زملاء العمل أو الرسمية يقدمها الأطباء الأخصائيين النفسيين والاجتماعيون. فتمتع الفرد بالسند الاجتماعي من أساسيات الحياة كونه يقوم بإشباع حاجاته من حب وإحترام وتقدير وتفهم.

هذا الدور الحيوي للسند الاجتماعي بعث فينا حيوية البحث والإطلاع على مختلف البحوث والدراسات التي تناولت السند الاجتماعي وعلاقاته بعدة متغيرات نفسية، من خلالها إتضح لنا أن السند الاجتماعي يقوم بعدة وظائف كالعلاج والوقاية والتخفيف من الضغوطات النفسية، والمساعدة على تقبل العلاج وكذلك تنمية إستراتيجيات المواجهة.

أما فيما يتعلق بتفاعل السند الاجتماعي ونوعية الحياة فيمكن إعتبار السند الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد من الآخرين سواء داخل الأسرة أو من خارجها عامل أساسي في تحسين نوعية حياة لديه. كون الشبكة الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية المصحوبة بحب والمودة والتعاون تعمل كحاجز دفاعي ضد الأحداث السلبية الضاغطة على الصحة الجسمية والنفسية.

وبحكم أن تخصص علم النفس الصحة يهتم بكل الفئات العمرية من الطفولة إلى الشيخوخة فقد تناولنا هذه الأخيرة كونها شريحة حساسة من المجتمع. فمرحلة الشيخوخة تمر بعدة تغيرات بيولوجية، وسيكولوجية واجتماعية لهذا نجد المسن يعاني من عدة مشكلات وأزمات تعود إلى التناقص التدريجي لقوى الجسم ومهارته، وهذا لايعني على أنها مرحلة الضعف والوهن والإشراف على الموت كما يعتقد البعض.

فمن خلال إحتكاكنا بالمسنين وجدنا منهم من يعيش شيخوخة ناجحة ويتمتع بنوعية حياة جيدة كونه داخل شبكة إجتماعية فعالة تمنحه الإحترام والتقدير وتجعله جزء حيوي من المجتمع وتشعره بقدرته على العطاء رغم التقدم في السن فيستطيع أن يتصدى لمعظم مشكلاتها، في حين وجدنا مسنين يمرون بأصعب مراحل حياتهم كما يصفونها بالنهاية السيئة كونهم يشعرون بعدم تقبل الآخرين كما يفتقدون للسند الاجتماعي حيث معظمهم يجدون صعوبة في حل أزمات التي تواجههم وهذا ماينعكس على نوعية حياتهم.

وعليه فمن الواجب الإهتمام بالمسنين فجميعنا معنيين بهذه المرحلة سواء على المدى القريب أو المتوسط أو البعيد لذلك علينا التفكير بجديّة في سبل تحقيق الشيخوخة الناجحة التي تحفظ كرامة المسن. وفي الأخير نتمنى أن يساهم بحثنا المتواضع في ميلاد أبحاث أخرى تهتم بفئة المسنين مع متغيرات أخرى لا تقل أهمية.

قائمة المراجع

- المراجع باللغة العربية:

- 1- القران الكريم.
- 2- ابن المنظور، أبي الفضل جمال الدين محمد بن مكرم. (1968). *لسان العرب*. بيروت: دار بيروت.
- 3- احمدي، علي العربي، غريب. (2018). *المساندة الإجتماعية لمشكلات الشيخوخة*. دراسة ميدانية على عينة من المسنين ولاية أدرار نموذجاً. *مجلة العلوم النفسية والتربوية*، جامعة وهران 2، الجزائر. (7). 173-196.
- 4- أبو حلاوة، محمد السعيد. (2010، 13-14 ابريل). *جودة الحياة: المفهوم والأبعاد*. بحث مقدم في المؤتمر السنوي لكلية التربية، جامعة كفر الشيخ، القاهرة.
- 5- إدريس، سهيل. (2007). *المنهل قاموس فرنسي عربي*. (ط38). بيروت: دار الآداب.
- 6- أرنوط، بشرى إسماعيل احمد. (2004). *المساندة الإجتماعية والتوافق المهني*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 7- ال مشرف، فريدة عبد الوهاب. (1996). *تأثير متغيرات الجنس والجنسية والتخصص الدراسي في درجة الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طلاب جامعة الخليج العربي*. *مجلة دراسات الخليج والبحوث العربية*. (88). 171-199.
- 8- بركات، آسيا بنت على راجح. (2000). *العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاكنتاب لدى بعض المراهقين المراجعين بمفشى الصحة بالطائف*. رسالة ماجستير. جامعة ام القرى السعودية.
- 9- البربري، مها محمد عبد الرؤوف. (2002). *الوحدة النفسية وعلاقتها بضعف التحفيزات الشخصية لدى المسنين*. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الآداب جامعة طنطا.
- 10- بركات، عبد الحق. (2007). *الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بمستوى تقدير الذات لدى عينة من طلبة جامعة الجزائر*. رسالة ماجستير. جامعة الجزائر 2.
- 11- بوشدوب، شهرزاد. (2009). *المساندة الإجتماعية وأثرها على بعض العوامل الشخصية واستراتيجيات التعامل مع الضغط المدرسي*. رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس الإجتماعي. جامعة الجزائر.

- 12- بكر، فاطمة احمد محمد.(2015). تحسين نوعية الحياة والتخطيط الإجتماعي. *المجلة العلمية للخدمة الإجتماعية*، 1(2)، 410-422.
- 13- بن خنيش، أمينة.(2022). دور المساندة الإجتماعية في تسير الإنفعالات وتحسين مستوى جودة الحياة لدى مرافق مريض الزهايمر. أطروحة دكتوراه في علم النفس الصحة. جامعة الجزائر 2.
- 14- بهلول، سارة أشواق. (2009). سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة(التدخين، الكحول، سلوك قيادة السيارات وقلة النشاط البدني) وعلاقتها بكل من جودة الحياة والمعتقدات الصحية. رسالة ماجستير في علم النفس الصحة، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
- 15- بوتفوشت، م.(1984). *العائلة الجزائرية*، ترجمة دمري احمد، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 16- بوخروف، سمير.(2019). دور استراتيجيات المواجهة والصلابة النفسية في تعديل العلاقة بين الضغط النفسي المهني ونوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية. أطروحة دكتوراه في علم النفس الصحة. جامعة الجزائر 2.
- 17- بوشدوب، شهرزاد. خطار، زهية.(2016). دور المساندة الإجتماعية في التخفيف من حدة القلق عند المرأة الحامل. *مجلة دراسات في علم النفس الصحة*. 1، 117-131 جامعة الجزائر 2.
- 18- تايلور، شيلي.(2008). *علم النفس الصحي*. (مترجم: وسام درويش بريك وفوزي شاكرا طعمية داود). عمان: دار الحامد العمل الأصلي نشر سنة 1986.
- 19- تركي، رابح.(1984). *مناهج البحث في علوم التربية وعلم النفس*. الجزائر: المؤسسة الوطنية للكتاب.
- 20- تفاحة، جمال السيد.(2005). الشعور بالوحدة النفسية والمساندة الإجتماعية من الآباء والأقران لدى الأطفال العميان. *مجلة كلية التربية بالمنصورة*. 58. الجزء 2. 130.
- 21- الجبرين، جبرين علي.(2018). مسؤولية رعاية المسنين. دراسة نظرية على المجتمع السعودي. *مجلة الخدمة الإجتماعية*. 60 (4)، 205-232.
- 22- الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي.(2011). *اضاءات على السياسات الإجتماعية مرتكزات الضمان الإجتماعي*. مجلة الجمعية الدولية للضمان الإجتماعي، 16. جنيف. سويسرا. 17-20.

- 23- جودة، أمال عبد القادر.(2005). الوحدة النفسية، علم الصحة النفسية. جامعة الأقصى.
- 24- جودة، أمال عبد القادر.(2006).أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالوحدة النفسية لدى المسنين. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، (7)، 45-51.
- 25- الجوهري، هناء.(1997). المتغيرات الإجتماعية والثقافية المؤثرة على نوعية الحياة في المجتمع المصري في السبعينات. دراسة ميدانية على عينة من الأسر بمدينة القاهرة. رسالة لنيل شهادة الدكتوراه جامعة عين الشمس القاهرة. مصر.
- 26- حجازي، جولتان وأبو غالي، عطف.(2009). مشكلات المسنين(الشيخوخة) وعلاقتها بالصلابة النفسية، دراسة ميدانية على عينة من المسنين في محافظات غزة. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية). (1)24.110-156.
- 27- حجازي، مصطفى.(2004). الصحة النفسية، منظور دينامي تكاملي للخزف البيت والمدرسة. مكتب المركز الثقافي العربي.
- 28- حدواس، منال.(2012-2013). الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالتوافق النفسي الإجتماعي ومستوى تقدير الذات لدى المراهق. رسالة في علم النفس الإجتماعي. جامعة مولود معمري. تيزي وزو.
- 29- حسين، علي محمد فايد.(1998).الدور الدينامي للمساندة الإجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الإكتئابية. مجلة دراسات النفسية، 3. كلية الآداب. جامعة حلوان، القاهرة.153-192.
- 30- حسين، مصطفى حسن.(2004). بعض المتغيرات النفسية لنوعية الحياة وعلاقتها بسمات الشخصية لمدمني الهيروين. رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، مصر.
- 31- حمو علي، خديجة.(2012).علاقة الشعور بالوحدة النفسية بالإكتئاب لدى عينة من المسنين المقيمين بدور العجزة والمقيمين مع نوبيهم. دراسة مقارنة. رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 2.
- 32- خلادي، يمينة.(2012). درجة الإتصال النفسي بين المسنين وأفراد أسرته كما يدركها المسن وعلاقتها بتواقفه النفسي والإجتماعي: مقارنة تحليلية نظرية للتراث النظري حول الشيخوخة. مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية،(9)، جامعة ورقلة. 47-57.

- 33- خرف الله، علي.(2015).المساندة الإجتماعية في العلاقة الخاصة كعامل وسيط للتخفيف من آثار الضغوط. مجلة الدراسات والبحوث الإجتماعية. (13). 367-376.
- 34- الخشاب، ناجي عباس إسماعيل. (2002). دينامية العلاقة بين المساندة الإجتماعية النفسية الإجتماعية وإرادة الحياة والإكتئاب لدى مرضى الإيز-دراسة اكلينكية-رسالة دكتوراه في علم النفس، جامعة عين الشمس، مصر.
- 35- خضر، علي والشناوي، محمد محروس.(1988).الشعور بالوحدة والعلاقات الإجتماعية المتبادلة. مجلة رسالة الخليج العربي، الرياض. 25. 119-150.
- 36- الخميس، أسماء.(1989). برامج رعاية المسنين ودور الخدمة الإجتماعية. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الدراسات الإجتماعية، كلية الآداب جامعة الملك سعود، الرياض.
- 37- خوج، حنان بنت اسعد.(2002). الخجل وعلاقته بكل من الوحدة النفسية وأساليب المعاملة الوالدية لي عينة من طالبات المرحلة المتوسطة بمدينة مكة المكرمة. رسالة ماجستير في علم النفس، جامعة أم القرى.
- 38- خويطر، وفاء حسن علي.(2010). الأمن النفسي و الشعور بالوحدة النفسية لدى المرأة الفلسطينية (المطلقة والأرملة) وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي. الجامعة الإسلامية، غزة.
- 39- داهم، فوزية.(2015). جودة الحياة وعلاقتها بأفكار اللاعقلانية المرتبطة بقلق لإمتحان لدى تلاميذ سنة الثالثة ثانوي، رسالة ماجستير. جامعة الوادي.
- 40- الدبل، صالح.(1439). رعاية كبار السن في الأسرة السعودية. كرسي خبراء التربية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.
- 41- الدسوقي، مجدي محمد.(2013). مقياس الشعور بالوحدة النفسية. ط2، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية.
- 42- الدليم فهد بن عبد الله، عامر شفيق.(2004).الشعور بالوحدة النفسية لدى عينات من المراهقين والمراهقات بالمملكة العربية السعودية.مركز البحوث التربوية. 233-
www.scribd.com/doc/82804110/337

- 43- ديب، فتيحة. (2009-2010). العقاب المدرسي وأثره على التحصيل الدراسي لدى تلاميذ مرحلة التعليم المتوسط. رسالة ماجستير في علوم التربية، جامعة الجزائر 2.
- 44- ديب، فتيحة. (2017-2018). تأثير العقاب الأسري والمدرسي على تقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية لدى تلاميذ التعليم المتوسط. رسالة دكتوراه في علوم التربية. جامعة الجزائر 2.
- 45- دياب، مروان عبد الله. (2006). دور المساندة الإجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين. رسالة ماجستير في علم النفس، الجامعة الإسلامية. غزة، فلسطين.
- 46- الدماصي، هاجر اسماعيل. (2010). المساندة الإجتماعية المدركة وعلاقتها بجودة الحياة لدى المسنين. رسالة ماجستير. جامعة مصر.
- 47- رشاد احمد، عبد اللطيف. (2007). في بيئتنا مسن- مدخل اجتماعي متكامل- دار الوفاء. ط(1). الإسكندرية.
- 48- الرشدي، بشير صالح. (2000). مناهج البحث التربوي رؤية تطبيقية مبسطة، الكويت: دار الكتاب الحديث. الطبعة الأولى. 330-384.
- 49- الزبيدي، كامل علوان. (2009). علم نفس الشيخوخة. عمان: الوراق للنشر والتوزيع.
- 50- زعطوط، رمضان. (2014). نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين. رسالة دكتوراه في علم النفس الاجتماعي، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- 51- سحر، فاروق علام. (2012). جودة الحياة وعلاقتها بالرضى الوظيفي لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة، مجلة دراسات عربية في علم النفس، مصر. 11. 243-306.
- 52- السدحان، عبد الله بن ناصر. (2008). الشيخوخة وكيفية تعامل الإسلام مع متغيراتها. الإدارة العامة للثقافة والنشر السعودية.
- 53- سعدي، ريما. (2017). مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى المسنين المقيمين في دور الرعاية الإجتماعية في مدينتي اللاذقية وطرطوس. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية. سلسلة الأداء والعلوم الإنسانية، (39)، 335-369.
- 54- سليمان، عبد الغفار. (2009) المساندة الإجتماعية وعلاقتها بتقبل الحياة لدى عينات من مرضى الجرحات الطبية الحرجة. أطروحة دكتوراه. كلية الآداب. علم النفس الاجتماعي. جامعة المنيا. مصر.

- 55- السرسري، أسماء وعبد المقصود، أماني.(2008). مقياس المساندة الإجتماعية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 56- شحتة، مروى محمد.(2009). بعض الاقتراحات العلمية للتعاش مع مرضى الزهايمر "تطبيقات للأهل ومؤسسات الرعاية". مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 57- الشربيني، لطفي.(2007). الزهايمر المرض والمريض. القاهرة: دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع.
- 58- الشرافي، مازن إبراهيم.(2012). أساليب المواجهة الخبرة الصادمة لدى معلمي وكالة الغوث بغزة وعلاقتها بجودة الحياة، رسالة ماجستير غير منشورة، تخصص علم النفس، جامعة الأزهر، غزة.
- 59- شقير، زينب.(2009). مقياس تشخيص معايير جودة الحياة (العاديين وغير العاديين). مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 60- الشناوي، محمد محروس والسيد، محمد عبد الرحمان.(1994). المساندة الإجتماعية والصحة النفسية: مراجعة نظرية دراسات تطبيقية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 61- شويخ، هناء احمد.(2007).أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية: مع تطبيقات على حالات أورام المثانة السرطانية. القاهرة: ايتراك للنشر والتوزيع.
- 62- شويطر، خيرة.(2017). استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى الأمهات على ضوء متغيري الصلابة النفسية والمساندة الإجتماعية. أطروحة دكتوراه في علم النفس، جامعة وهران 2.
- 63- شويعل، يزيد.(2018). نوعية الحياة من المنظور علم النفس الإيجابي- دراسة تحليلية- مجلة تطوير العلوم الإجتماعية، 11(01)، 8-26.
- 64- الصبان، عبير بنت محمد حسن.(2003). المساندة الإجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والإضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة. رسالة دكتوراه في علم النفس غير منشورة، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- 65- الصبوة، محمد نجيب احمد.(2008). علم النفس الإيجابي، تعريفه وتاريخه وموضوعاته والنموذج المقترح له. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- 66- صلاح، حمدان الحاج احمد ونجدة، محمد عبد الرحيم.(2017). المساندة الإجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى الأطفال الفلسطينيين في مناطق المواجهة، مجلة العلوم التربوية، 18(4)، 95-110.

- 67- طه، عبد العظيم حسين وسلامة، عبد العظيم حسين.(2006). استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية. عمان: دار الفكر.
- 68- عباس، نوفل، العبسي، وأبو عواد.(2007). مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس. ط1، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- 69- عابد، وفاء جميل دياب.(2008). الوحدة النفسية لدى زوجات الشهيد في ضوء بعض المتغيرات النفسية، رسالة ماجستير في الصحة النفسية. الجامعة الإسلامية. غزة.
- 70- العزام، عبد الباسط.(2017). نوعية الحياة عند كبار السن في المجتمع الأردني. مجلة المنارة، 22، (4). 102-57.
- 71- عبد الباقي، سلوى.(2002). موضوعات في علم النفس الاجتماعي. مركز الإسكندرية.
- 72- عبد الحميد، محمد.(1983). العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي. الإسكندرية الفنية للطباعة والنشر.
- 73- عبد الخالق، احمد محمد.(2008). الصيغة العربية لمقياس نوعية الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية: نتائج أولية. مجلة دراسات نفسية، 18(2)، 247-257.
- 74- عبد الرحمان، محمد السيد. (1998). دراسات في الصحة النفسية. المهارات الاجتماعية والإستقلال النفسي، الهوية. القاهرة. دار قباء.
- 75- عبد الرسول، فتحي محمد.(2015). البحوث النفسية والتربوية (البحث التربوي- أسس وقواعد). القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- 76- عبد الفادي، دانيال عفاف.(2008). مقياس المساندة الاجتماعية، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 77- عبد الغني، خالد.(2008). الذكاء والشخصية. دراسات في القلق والشعور بالوحدة النفسية. القاهرة. مؤسسة طيبة.
- 78- عبد الهادي، نبيل.(2005). مداولات النمو ومشكلاته (مرحلة تكوين الجنين وحتى المراهقة). ط1. الأهلية: الأردن.
- 79- عيس، يسري.(2002). أوضاع المسنين في الثقافات المختلفة. الطبعة الأولى. الملتي المصري للإبداع والتنمية الإسكندرية.

- 80- عبيدات، محمد، أبو نصار. (1999). *منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات*. عمان: دار وائل.
- 81- العبيدي، إبراهيم محمد والدامغ، سامي عبد العزيز. (2001). *مرض الخرف في المملكة العربية السعودية: انتشاره والخصائص المرتبطة به*. الرياض: مؤسسة سلطان بن عبد العزيز آل سعود الخيرية.
- 82- العتيبي، بندر بن محمد حسن. (2008). *اتخاذ القرار وعلاقته بكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينة من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف*. رسالة ماجستير في التوجيه التربوي والمهني، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- 83- عشاوي، فيفان احمد فؤاد علي. (2001). *العلاقة بين التعرض لمثيرات المشقة والإصابة بسرطان الثدي مع إشارة خاصة إلى التأثير المعدل لبعض سمات الشخصية*. رسالة دكتوراه في علم النفس، جامعة القاهرة. مصر.
- 84- عطية، وليد. (2017). *مناهج البحث العلمي بين جدول التصنيف وطرائق الإستخدام*. في نادي سعيد عيشور (محرر)، (209-244). قسنطينة: مؤسسة حسين رأس الجبل للنشر والتوزيع.
- 85- عطية، عبد الرحمان طارق. (2013). *دليل تصميم وتنفيذ البحوث في العلوم الاجتماعية*. منهج تطبيقي لبناء مهارات البحثية. معهد الإدارة العامة. مركز البحوث. الرياض.
- 86- عرفات، فضيلة. (2009). *الوحدة النفسية. مفهومها، أشكالها وأسبابها وعلاجها*. مركز النور للدراسات.
- 87- عكلة، علي جاسم. (2009). *سيكولوجية الكبر الشيخوخة: مراحل ما بعد النمو في حياة الإنسان*. ط(1). إثراء للنشر والتوزيع.
- 88- علي، شنان ورحيم عبد القادر. (2011). *بناء أداة لقياس الشعور بالوحدة النفسية لدى طلبة المرحلة الثانوية*. مجلة آداب البصرة. 2. 365-388.
- 89- علي، عبد السلام علي. (2000). *المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الجامعية*. مجلة علم النفس، (53)، 9-22.
- 90- علي، عبد السلام علي. (2005). *المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العلمية*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

- 91- علوان، نعمات شعبان.(2008).الرضا عن الحياة وعلاقته بالوحدة النفسية دراسة ميدانية على عينة من زوجات الشهداء الفلسطينيين. مجلة الجامعة الإسلامية، (16)، 475-532.
- 92- عمران، لخضر.(2009). الإصابة بداء السكري وعلاقتها بتدهور جودة الحياة لدى المصابين، رسالة ماجستير في علم النفس غير منشورة، جامعة باتنة، الجزائر .
- 93- عمر، احمد مختار.(2008). معجم اللغة العربية المعاصرة. القاهرة: عالم الكتب.
- 94- العنزي، فارس بن محمود بن حماد.(2010). الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالسلوك العدوانى لدى نزلاء التربية الإجتماعية بمدينة الرياض. رسالة ماجستير في العلوم الإجتماعية.
- 95- عيسوي، عبد الرحمان.(1989).اضطرابات الشيخوخة وعلاجها. دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع.
- 96- غانم، محمد حسن.(2002). المساندة الإجتماعية المدركة وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية والإكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في المؤسسات إيواء واسر طبيعية. مجلة دراسات عربية في علم النفس، 1(3)، 35-89.
- 97- غسان، جعفر.(2003). الشيخوخة بين الأمل والشباب الدائم. الهلال للطباعة والنشر. بيروت.
- 98- الغندور، العارف بالله محمد.(2016، 29 يوليو). أسلوب حل المشكلات وعلاقتها بنوعية الحياة. استرجعت من [http:// search.mandumah.com/Record/31437](http://search.mandumah.com/Record/31437).
- 99- فايد، حسين علي محمد. (1998). الدور الدينامي للمساندة الإجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية. مجلة دراسات نفسية، 8(2)، 153-192.
- 100- الفقي، مصطفى محمد احمد.(2008). رعاية المسنين بين العلوم الوضعية والتطور الإسلامى. كلية التربية جامعة الأزهر.
- 101- قارة، سعيد وجبالي، نور الدين.(2013). المساندة الإجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسى. مجلة الحقيقة، 12(27)، 539-560.
- 102- قدور، بن عباد هورية. (2014). المساندة الإجتماعية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات (دراسة ميدانية بقطاع الصحة العمومية بوهران). رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس العمل). وهران. الجزائر.

- 103- القشار محمد، طشطوش رامي.(2017). نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، (2)، 133-151.
- 104- قنون، خميسة. (2007).الدعم الإجتماعي المدرك وعلاقته بالإكتئاب لدى المصابين بالأمراض الإنتانية دراسة على عينة من مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" بالمستشفى الجامعي لولاية باتنة. رسالة ماجستير في علم النفس المرضي الإجتماعي، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- 105- قناوي، هدى.(1987). سيكولوجية المسنين، مركز التنمية البشرية والمعلومات، الجيزة، الطبعة الأولى.
- 106- الكردي، فوزية.(2012).الإسناد الإجتماعي وعلاقته بالضغوط النفسية لدى أفراد الجالية الفلسطينية المقيمة في المملكة العربية السعودية. رسالة ماجستير. كلية الآداب والتربية، الأكاديمية العربية المفتوحة.الدنمارك.
- 107- كفاقي، علاء الدين.(2014).الإنفعالات.عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.
- 108- مبارك، بشرى عناد.(2008).الإسناد الإجتماعي وعلاقته بالعتزلة الإجتماعية لدى شرائح إجتماعية مختلفة من النساء الأرامل. مجلة الفتح، العراق.(32)، 186-226.
- 109- مبارك، بشرى عناد.(2012).جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الإجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج. مجلة كلية الآداب،العراق. 2(99)، 714-771.
- 110- المبوح، أسامة.(2015). المساندة النفسية الإجتماعية وعلاقتها بالتوافق الأكاديمي لدى الطلاب المستفيدين من صندوق الطالب بالجامعة الإسلامية بغزة. رسالة ماجستير.علم النفس.الجامعة الإسلامية. غزة.
- 111- المحتسب، أية.(2010). علاقة المساندة الإجتماعية بدرجة الخبرة الصادمة لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في الخليل. رسالة ماجستير. جامعة القدس. فلسطين.
- 112- مجدي، عبد الكريم حبيب. (2006، 17-18-19 ديسمبر). فعالية استخدام تقنيات المعلومات في تحقيق أبعاد جودة الحياة لدى عينات من الطلاب العمانيين. بحث مقدم في وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان.

- 113- مخيمر، عماد.(1997).الصلابة النفسية والمساندة الإجتماعية متغيرات وسيطية في العلاقة بين ضغوط الحياة وأعراض الإكتئاب لدى الشباب الجامعي. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*.7 (17). 138-103.
- 114- مرسي، محمد منير.(1997).*المعلم وحفظ النظام*. القاهرة: عالم الكتاب.
- 115- مرسي، كمال إبراهيم.(2000).*السعادة وتنمية الصحة النفسية (مسؤولية الفرد في الإسلام وعلم النفس)*. القاهرة: دار النشر للجامعات.
- 116- مسعود، جبران.(2005).*الرائد، معجم الغبائي في اللغة والإعلام*. (ط3). بيروت. دار العلم للملايين.
- 117- مشري، سلاف.(2014). جودة الحياة من منظور علم النفس الإيجابي(دراسة تحليلية). *مجلة الدراسات والبحوث الإجتماعية*،(8)،215-237.
- 118- مقدادي، يوسف موسى و إبراهيم، أسماء بدري.(2014).الصلابة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة والإكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الرعاية في الأردن. *مجلة المنارة*، 20 (2).340-317.
- 119- ملحم، سامي محمد.(2014). *علم نفس النمو دورة حياة الإنسان*. الأردن: دار الفكر ناشرون وموزعون.
- 120- منظمة الصحة العالمية.(2007). *إستراتيجية التشيخ النشط والصحي ورعاية المسنين في إقليم شرق المتوسط*. المكتب الولائي الإقليمي لشرق المتوسط جنيف.
- 121- المنجد في اللغة والإعلام. (1982). بيروت: دار المشرق.
- 122- المنسي، محمود عبد الحليم وكاظم، على مهدي.(2010). تطوير وتقنين مقياس جودة الحياة لدى طلبة الجامعة في سلطنة عمان. *مجلة الأكاديمية الأمريكية للعلوم والتكنولوجيا*، 1 (1)،41-60.
- 123- النابلسي، حياة.(2009). *المساندة الإجتماعية وعلاقتها بالضغط النفسي والتوافق مع الحياة الجامعية*. رسالة ماجستير في علم النفس جامعة دمشق، دمشق.
- 124- نعاب، سارة.(2017). *العجز المتعلم وعلاقته بسلوك ابناء الذات والشعور بالوحدة النفسية في ضل بعض المتغيرات الديموغرافية لدى مرضى السرطان المستقيم الحاملين لجهاز الستوما*. رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس الإجتماعي. جامعة الجزائر2.

- 125- النفيعي، عابد بن عبد الله.(2002). الخجل وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية وأساليب المعاملة الوالدية لدى عينة طالبات المرحلة المتوسطة بمدينة مكة المكرمة. رسالة ماجستير في علم النفس النمو. جامعة أم القرى.
- 126- نعيصة، رغداء علي.(2012). جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين. مجلة جامعة دمشق، 28(1)، 145-181.
- 127- هشام، إبراهيم.(2008). جودة الحياة لدى عينة من الراشدين في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية. مجلة جامعة الزقازيق 14(4). 137-180.
- 128- الهمص، صالح إسماعيل عبد الله.(2010). قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة. رسالة ماجستير في علم النفس، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين.
- 129- الهملان، أمل فلاح.(2008). الإحترق النفسي والمساندة الإجتماعية باتجاه العاملين الكويتيين نحو التقاعد المبكر- دراسة سيكومترية - اكلينكية، رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة الزقازيق.
- 130- الهنداوي، محمد حامد إبراهيم.(2011). الدعم الإجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظات غزة. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الأزهر بغزة. فلسطين.
- 131- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.(2018، 4 ديسمبر). صحة المسنين- الزهايمر- استرجعت من <http://www.gov.sante>
- 132- يخلف، عثمان.(2001). علم النفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة. قطر: دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع.

- المراجع باللغة الأجنبية:

- 133- Aguerre, C, & Bouffard, L. (2003). Le vieillissement réussi: Théories, recherches et applications cliniques. *Revue Québécoise de Psychologie*, 24(3), 107–129.
- 134- Alberta health and Wellness .(2002). *Alberta's healthy aging and senior's wellness strategic framework*. (2002-2012). Alberta health and Alberta seniors, Edmonton, canada.pp1-53.
- 135-Alberta, Ontario. (2005). *fonctionnement des residence privées pour personnes agees: Approches mise de l'avant par lesadministrations canadiennes*. Edition secrétariat aux aînés, Quebec.
- 136-Ballofet,Q., Joshi,P.(2003).Sentiment de solitude et jeu des possessions matérielles chez les personnes âgées. *Cahierde recherche*,5,(3).1-25.
- 137-Bergman,C., Plomi,R.,Pedersen.N.L,&Clean.,G.E.(2008).Genetic mediation of the relation ships between social support and psycholological well being. *Psychology and aging*,6(4).640-646.
- 138- Bowling, A.(2001).Health-related Quality of life (*Review of disease-specific Quality of life Measurment scales*).Libraryof congress cataloging-in-pablication Data.philadelphia Britishopen University press Buckingham,pp1-19.
- 139-Brouchon-Schweitzer M, & Dantze, R. (2003). *Introduction à la psychologie de la santé*. 4emeédition, France: PUF.
- 140-Bruchon, M., Dantzer, R.(1994).*Introduction à la psychology*. Edition Marry C Marshall.
- 141-Bwortman, c., Flotus, E.(1992).*Health stress and coping psychology*.Edition Marry, C, Marshall.
- 142-Canty–Mitchell, J, & Zimet, G. (2000). *Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban*.*Adolescents*,28(3):391-400. Doi: 10.1023/A:1005109522457.
- 143-Charles, H,& Rudolf, M.(1991). Lifestressons personal and social resources and depression:A 4-year Structural model. *Journal of abnormal psychology*,100(1),31-38.
- 144-Cohen, S, & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis.*Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- 145-Corten, P.(1998). *Le concept de qualité de vie vu à travers la littérature anglo-saxonne*, L'Information Psychiatrique, 9, 922-932.
- 146-Diener ,E., Suh,E., M, Lucasm,R.E,&Smith, H,E.(1999).*Subjectivewell-being:three decades of progress*. *Psychologicalbulletin*,125(2),276-302.
- 147-Dragana, A., Miroslava, M.(2001).*Vieillissementactif en Europe, IN Etudes demographiques*. Edition du conseil de l'Europe, Strasbourg,n41.vol1.
- 148-Dupont, S. (2010).*Seul parmi les autres les sentiments de solitude chez l'enfant et l'adolescent de A à Z*, Paris :Dunod.

- 149-Findlay, R.A.(2003).*Intervention to reduce social isolation amongst older people:whereis the evidence?* Ageingsociety.23.647.658.
- 150-Gierveld, J., DeJong, G., Van, Tilburg Pearl, A, & Dykstra Pearl, A. (2006). Lonelinessand Social Isolation.*Cambridge University Press*, 485-499. DOI: 10.1017/CBO9780511606632.027.
- 151-Goode, D. (1994). *Quality of life for persons with disabilities: international perspectives and issues*. Cambridge, MA : Brookline Books.
- 152-Gustave, N., Fisher, & Cyril,T.(2006).*Lesconcepts fondamentaux de la psychologie de la sante*. Traduitpar :Olivier Desrichard, Dunod, Paris.
- 153-Hecht, D., & Baums, S.(2005).Lonelinessand Attachment patterns yong Adults.*Journal of clinical psychology*,1(40).193-196.
- 154-Janine, C.(2002).*Vieillir: Angoisse ou esperance ?* Editions Scientifique et Medicales.
- 155-Jean-Claude Henrard.(1997). *Perceptionsde la santé chez les personnes agees*. Dossiersante publique et grand age,n25.Paris.
- 156-Jean–Claude Henrard.(1997).*Viellissementet agractualite de dossier en sante publique*.n21,pp1-9.
- 157-Keith, K., & Heal, L. (1996). *Cross cultural measurement of critical quality of life concepts*. Journal of intellectual & development aldisability.Vol24(4).
- 158-Langevin,V., Boinis, S., Francois, M., Rion .A.(2013).*Nottingham Health profil (NHP) Indicateur de la santé perçue (ISPN)*. Référence en santé du travail, N°133.Paris.
- 159-Larkin, K.(2005).*Stress & Hypertension examining the relation between psychological stress& high blood pressure*.New haven &London:Yale Univesity press.
- 160-Lawton, P.(1996).*A multidimensional view of quality of life in frail elders*.InJ. Birren, J Lubben, J.Rowe, D. Deutchman(eds), *the concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp.1-27), California: Academic press, inc.
- 161-Lepore, J.(1994). Socialsupport.*Encyclopedia of human behavior*,(4),247-251.
- 162-Levasseur, M., Tribble, D., & Desrosiers, J.(2006).Analysedu concept qualité de vie dans le contexte des personnes âgées avec incapacités physique.*Canadianjournal of occupational therapy*,73(3),163-177.
- 163-Ludwing, C., Chicherio, C.(2009).*Transitions et inegalites, reserve cerebrale et cognitive au cours du vieillissement*. Pressespolytechniques et universitaires romandes,1^{er}editions. Lausanne.
- 164-Macqueron,G.(2014).*Psychologiede la solitude*. Paris, Odile Jacob.
- 165-Marilou, Bruchon-Schweitzer., Emilie Boujut.(2014).*Psychologie de la sante concepts, methodes et modeles*. Edition DUNOD. 2^{ème} Edition.
- 166-Mercier, C., Filion, J.(1987). La qualité de la vie : perspectives théoriques et empiriques, *Santé Mentale au Québec*, 12 (1), 135-143.DOI : 10.7202/030380ar.

- 167-Neill,J.(2006). *What is psychological resilience ?* Enlignee <http://www.widerdom.com/psychology/resilience/psychologicalresilience.htm1006>,consulté le 03 janvier 2021.
- 168-Organisation Mondiale de la sante. (2002). *Vieillir en restant actif*. Cadred'orrirntation, Geneve.
- 169-Organisation Mondiale de la sante. (2008). *LesPersonnes agees et urgences dans la perspective d'un vieillissement actif*.OMS, Geneve.
- 170-Rasclé, N. (1994). *Lesoutien social dans la relation stress-maladie*, Dans Bruchon-schweitzer, Dantzer, R. Introductionà la psychologie de la santé.Paris :PUF,125-153.
- 171- Rook,K.(2007). Promoting Social Bonding:strategies for helping the lonely and socially isolated.American psychologist.39.(12).1389.1407.
- 172-Rowe, J., Kahn, R. L.(1988). *Thestructure of successful ageing*, New York.
- 173-Rubin, R.(2000). *Diabetes Quality of life*.Diabetes spectrum volume 13; Looks mart LTD, USA.
- 174-Ruzevicius,J.(august28-29-2014). *Qualityof life and of working life:conceptions and research*. In17th Toulon-verona international conference, excellence in service (pp.317-334),Liverpool John Moores University, Liverpool.
- 175-Ryff, C, & al.(2006). *Psychological well-bein; do they have disinter minors biological correlates?* Psychotherapy & Psychosomatics.
- 176-Serge, S, & Isabelle, V. (2012). *Psychologie de la santé*. France : presse universitaire de France.
- 177-Shumaker,S., & Brownell, A.(1984).Towarda theory of social support: closing conceptual gaps. *Journal of social issues*,40(4),11-36.
- 178- Theofilou, P.(2013).Qualityof life: definition and measurement.*Europe's journal of psychology*,9(1),150-162.
- 179-Ueberham,K.(2001). *Determination de la qualite de vie d'un echantillon de 542 sujets presentant une amputation majeur des membres par l'indicateur sante perceptuelle de nottingham*. Thèsede doctorat en medecine. Faculté de medecine de Nancy.
- 180-Vandenbrouke,S.,Lebrun,J., Lucas Leven, K.,Vermulem,B.,Declerq,A.(2012). *Vieillir mais pas tout seul*. Uneenquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique.Liège.<http://www.kbs-frb.be/fr/virtual-libray/2012/295161>.

قائمة الملاحق

الملحق رقم (1) : رخصة الدخول إلى دور الرعاية

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الجزائر*2* أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس

مصلحة الدراسات العليا



- إلى السيد:

بِحـث مـيداني حول:

الموضوع: * دور السند الاجتماعي في التخفيف من الشعور
بالوحدة النفسية و تحسين نوعية الحياة لدى المسنين*

يشرفني سيدي، أن أطلب من سيادتكم السماح
للطالب (ة) : " بوخنوس صارة" بالقيام ببحث ميداني
في مؤسساتكم و تحيطكم علماء، أن الطالب (ة) المذكور(ة)
يحضر حاليا بحثا على مستوى قسمنا لنيل
شهادة دكتوراه العلوم تخصص " علم النفس الصحة"

Foyer pour personnes
agées de Sidi Moussa
Arrivée Le... 04 OCT. 2018...
Arrivée Sous Le N° 148

تقبلوا مناسيدي فائق الاحترام والتقدير.

الجزائر في: 29/01/2018

رئيس القسم:

قسم علم النفس

أ.د. رياض سعيد

avis favorable
Said

avis favorable
S/C Avis de la
D.A.S
Said

avis favorable
S/C Avis de la
D.A.S
Said

الملحق رقم (2): مقياس نوعية الحياة في صورته الأصلية

Qualité de vie

La liste suivante évoque quelques problèmes rencontrés par beaucoup de personnes dans leur vie quotidienne.

Lisez attentivement cette liste et cochez la réponse « oui » ou « non » selon votre état actuel.

N°		Oui	Non
1	Je me sens tout le temps fatigué(e).		
2	J'ai des douleurs la nuit.		
3	Je suis de plus en plus découragé(e).		
4	J'ai des douleurs insupportables.		
5	Je prends des médicaments pour dormir.		
6	Je me rends compte que plus rien ne me fait plaisir.		
7	Je me sens nerveux(se), tendu(e)		
8	J'ai des douleurs quand je change de position.		
9	Je me sens seul(e).		
10	Pour marcher, je suis limité(e) à l'intérieur (de mon domicile, du bâtiment)		
11	J'ai des difficultés à me pencher en avant (pour lacer mes chaussures, ramasser un objet).		
12	Tout me demande un effort		
13	Je me réveille très tôt le matin et j'ai du mal à me rendormir.		
14	Je suis totalement incapable de marcher.		
15	J'ai des difficultés à entrer en contact avec les autres.		
16	Je trouve que les journées sont interminables.		
17	J'ai du mal à monter ou à descendre les escaliers ou les marches.		
18	J'ai du mal à tendre le bras (pour attraper les objets).		
19	Je souffre quand je marche.		

20	Je me mets facilement en colère ces temps-ci.		
21	J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler.		
22	Je reste éveillé (e) une grande partie de la nuit.		
23	J'ai du mal à faire face aux événements.		
24	J'ai des douleurs quand je suis debout.		
25	J'ai des difficultés à m'habiller ou à me déshabiller.		
26	Je me fatigue vite.		
27	J'ai des difficultés à rester longtemps debout.		
28	J'ai des douleurs en permanence		
29	Je mets beaucoup de temps à m'endormir		
30	J'ai l'impression d'être une charge pour les autres.		
31	J'ai des soucis qui m'empêchent de dormir		
32	Je trouve que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.		
33	Je dors mal la nuit.		
34	J'ai des difficultés à m'entendre avec les autres.		
35	j'ai besoin d'aide pour marcher dehors (une canne, quelqu'un pour me soutenir).		
36	J'ai des douleurs en montant ou en descendant les escaliers ou les marches.		
37	Je me réveille déprimé (e) le matin.		
38	Je souffre quand je suis assis (se).		

الملحق رقم (3): إستمارة تحكيم مقياس نوعية الحياة

جامعة الجزائر 2
أبوقاسم سعد الله
قسم علم النفس

الأستاذ(ة) الدكتور(ة) الفاضل(ة) تحية طيبة أما بعد،

تقوم الباحثة بوخنوس صارة بإجراء بحث حول دور السند الإجتماعي في التخفيف من الشعور بالوحدة النفسية وتحسين نوعية الحياة لدى المسنين (بحث مقارنة بين المسنين المقيمين في بيوتهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية). وذلك في إطار تحضير شهادة الدكتوراه في علم النفس الصحة، لذلك نضع بين أيديكم مقياس فرعي الخاص بنوعية الحياة من مقياس مؤشر الصحة المدركة لـ "نوتنغهام" (NHP) Nottingham Health Profile ويتكون مقياس نوعية الحياة الذي قمنا بترجمته إلى اللغة العربية بغية تطبيقه في البيئة المحلية على 38 عبارة.

لذا نرجو التكرم بإبداء رأيكم السديد ومقترحاتكم بشأن عبارات المقياس فيما إذا كانت ملائمة أو غير ملائمة ومدى إمكانية تطبيقها في البيئة الجزائرية وسلامة بناؤها اللغوي وأية تعديلات ترونها مناسبة بغية تحقيق الهدف من البحث.

معلومات خاصة بالأستاذ المحكم

الاسم الكامل للأستاذ المحكم:

الدرجة العلمية:

الجامعة:

الكلية:

القسم:

مع خالص الشكر والإحترام الباحثة "بوخنوس صارة"

رأي المحكمين			العبارات	البنود
البديل	غير موافق	موافق		
			أنا متعب طوال الوقت	1
			عندي ألام في الليل	2
			أنا أكثر فأكثر محبط	3
			لدي ألام لا تطاق	4
			أنا أخذ الدواء لنوم	5
			أدرك أن لاشيء يجعلني أشعر بالسعادة بعد الآن	6
			أشعر بأنني متوتر (ة)	7
			أشعر بالألم عندما أغير وضعيتي	8
			أنا وحيد (ة)	9
			أنا محدود المشي داخل (من المنزل - المبنى)	10
			أجد صعوبة في الانحناء للأمام (إرتداء حذائي - إلتقاط أشياء)	11
			كل شيء يتطلب مني جهدا	12
			أستيقظ مبكرا جدا في الصباح واجد صعوبة في العودة إلى النوم	13
			أنا عاجز تماما عن المشي	14
			أجد صعوبة في التواصل مع الآخرين	15
			أجد أن الأيام لا حصر لها	16
			أواجه صعوبة في صعود أو نزول السلالم	17
			أواجه صعوبة في مدي لالتقاط الأشياء	18
			أنا أعاني عندما امشي	19

			20 أنا اغضب بسهولة هذه الأوقات
			21 أشعر وكأنني لست على مقربة ممن يتحدثون
			22 أبقى مستيقظا معظم الليل
			23 لدي مشكلة في التعامل مع الأحداث
			24 أشعر بالألم عندما أقف
			25 أجد صعوبة في لبس أو خلع الملابس
			26 أشعر بالتعب بسرعة
			27 لدي صعوبة في البقاء مستيقظ لوقت طويل
			28 لدي ألم طوال الوقت
			29 اقضي الكثير من الوقت في النوم
			30 لدي انطباع أنني عبئ على الآخرين
			31 لدي مشاكل تمنعني من النوم
			32 أعتقد أن الحياة لا تستحق العيش
			33 أنام بسوء في الليل (أنام بصعوبة في الليل)
			34 أجد صعوبة في سماع الآخرين
			35 أحتاج للمساعدة للمشي في الخارج (عكاز - شخص ما يدعمني)
			36 اشعر بالألم عند صعود أو نزول السلالم
			37 أشعر بالإكتئاب عندما أستيقظ صباحا
			38 أعاني عندما أجلس

المعلق رقم (4) : قائمة الأساتذة المحكمين

جامعة الإنتماء	الرتبة العلمية	قائمة الأساتذة المحكمين
جامعة الجزائر (2) أبو قاسم سعد الله	أستاذ التعليم العالي	1- زناد دليلة
	أستاذ التعليم العالي	2- حكيمة ايت حمودة
	أستاذ محاضر "ا"	3- زهية خطار
	أستاذ التعليم العالي	4- شهرزاد بوشدوب
	أستاذ التعليم العالي	5- صليحة بلاش
	أستاذ التعليم العالي	6- شبلي براهيم

الملحق رقم (5) : مقياس نوعية الحياة في صورته الأولية

الرقم	العبارة	نعم	لا
1	اشعر بالتعب طوال الوقت		
2	لدى الألم في الليل		
3	أنا أكثر فأكثر محبط		
4	لدى الأم لا تطاق		
5	أتناول الأدوية لأنام		
6	أدرك أنا لا شيء يشعرنى بالسعادة بعد الآن		
7	اشعر أنني متوترة		
8	اشعر بالألم عندما أغير وضعيتي		
9	أنا اشعر بالوحدة		
10	للمشي أنا محدود بداخل المنزل أو العمارة		
11	أجد صعوبة في الانحناء لأمام (لارتداء حذائي .التقاط شيء)		
12	كل شيء يتطلب مني جهد		
13	استيقظ مبكرا جدا في الصباح واجد صعوبة في العودة إلى النوم		
14	أنا عاجز تماما عن المشي		
15	أجد صعوبة في التواصل مع الآخرين		
16	أجد أن الأيام لا نهاية لها		
17	أواجه صعوبة في صعود أو نزول السلالم		
18	أوجه صعوبة في مدي الالتقاط الأشياء		
19	أعاني عندما امشي		
20	أنا اغضب بسهولة هذه الأوقات		
21	لدى انطباع بأنه ليس لدي أي شخص مقرب يمكن التحدث معه		
22	أبقى مستيقظ معظم الليل		
23	أجد صعوبة في التعامل مع الأحداث		
24	اشعر بألم عندما أقف		
25	أجد صعوبة في لبس أو خلع ملابس		
26	اشعر بالتعب بسرعة		

		أجد صعوبة في الوقوف لمدة طويلة	27
		لدى الم طوال الوقت	28
		استغرق الكثير من الوقت لأنام	29
		لدي انطباع أنني عبئ على الآخرين	30
		لدي انشغالات تمنعي من النوم	31
		أجد أن الحياة لا تستحق العيش	32
		أنام بشكل سيء في الليل	33
		أجد صعوبة في التفاهم مع الآخرين	34
		احتاج للمساعدة لمشي خارجا (عصى .شخص يسندني)	35
		اشعر بالألم عند صعود أو نزول السلالم	36
		اشعر بالاكتئاب عندما استيقظ صباحا	37
		أعاني عندما اجلس	38

الملحق رقم (6) : مقاييس البحث بعد دراسة الخصائص السيكومترية

(في شكلها النهائي)

البيانات العامة :

السن:

الجنس : ذكر أنثى

المستوى التعليمي :

الحالة الإجتماعية :

أعزب مطلق متزوج أرمل

لديه أولاد بدون أولاد

مع من تعيش (تقيم):

ملاحظة: للعلم المعلومات المصرح بها سرية للغاية وتستعمل لغرض البحث العلمي فقط.

مع خالص الشكر والتقدير الباحثة/ بوخنوس صارة.

التعليمات:

تحتوي الأوراق التي بين يديك على مجموعة من المقاييس التي تصف بعض المواقف الحياتية اليومية التي تعيشها (تعيشينها)، أرجو منك (ي) قراءتها بعناية والإجابة على فقراتها بكل صراحة، للعلم انه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة، لا تترك (ي) أي عبارة دون الإجابة عليها ضع العلامة (x) في الخانة المناسبة .

1-6 مقياس السند الاجتماعي:

رقم	العبرة	مستويات التقدير
	نادرا	دائما
1	يزورني أقاربي في مواعيد محددة	
2	أتلقي مساعدة أشقائي	
3	أحظي بالدعم ممن حولي عندما أقوم بعمل جيد	
4	أجد العون أثناء قيامي بمهمة ما	
5	أتلقي النصائح و الإرشادات من الأكبر سنا	
6	ألقى العون من شقيقاتي في اختيار ملابسي	
7	يزورني أبناء أعمامي وأبناء خالاتي في مواعيد محددة	
8	أعتقد أنني موضع رعاية واهتمام من الآخرين	
9	يزورني أشقائي للإطمئنان على	
10	يدعوني أصدقاء للخروج معهم في مواعيد منتظمة	
11	أتلقي مساعدة من أبنائي في أعمال المنزل	

				أحظى بعلاقات إجتماعية طيبة	12
				علاقتي مع جيراني جيدة جداً	13
				يزورني جيراني في المنزل للإطمئنان علي	14
				أجد من يقيم أدائي	15
				أحظى بحب أبنائي	16
				أتلقي النصيحة من المحيطين بي كلما إحتجت لها	17
				عندما أكون في ضائقة مادية من المحيطين المساعدات الكافية	18
				أحظى بالتشجيع الدائم	19
				عندما أكون سعيدا أجد السعادة في وجوه من يحيطون بي	20
				في أوقاتي العصبية أجد من يهتم بي	21
				أحظى بقدر كافي من حب الأصدقاء	22
				أعتبر نفسي محبوبا من والدي	23
				مازلت أحظى بحب ورعاية والدي	24
				هناك من يحفظ اسراري	25
				احظي ب صداقتي مع أبنائي	26
				أحظى بحب زملائي في العمل	27
				عندما أقوم بسلوك خاطئ أجد من يقومني	28

				لا اشعر بالغربة وسط أقاربي	29
				القي العون من أسرة زوجي	30
				أتلقي الجوائز التقديرية على الأعمال التي أقوم بها	31
				أجد من يساندني من إخوتي عندما أوجه مشكلة مع احد أبنائي	32
				يساعدني أفراد أسرتي في تربية الأبناء	33
				لايترك لي أفراد أسرتي الفرصة لكي اجلس وحيدا	34
				يشجعني أبنائي على تحمل أعباء الحياة	35
				أحظي بعدد من الأصدقاء المخلصين	63
				أشعر بان أبنائي يقدمون لي النصح دون أن اطلب منهم ذلك	37
				أشعر بان أبنائي يقدمون لي النصح دون أن اطلب منهم ذلك	38
				ألقى منأبنائي الهدايا في المناسبات	39
				زملائي في العمل يقفون بجواري عند الحاجة	40
				أتلقي إتصالا من احد أفراد أسرتي للاطمئنان على صحتي	41

2-6 مقياس الوحدة النفسية:

البند	العبارة	أبدا	نادرا	أحيانا	دائما
1	إلى أي مدى تشعر بأنك على وفاق مع الناس من حولك				
2	إلى أي مدى تشعر بأنه لا يوجد الشخص الذي تستطيع أن تلجأ إليه عندما تريد				
3	إلى أي مدى تشعر بأنك وحيد				
4	إلى أي مدى تشعر بأنك عضو في صحبة أو جماعة				
5	إلى أي مدى تشعر بأنك تشارك الناس في الأشياء عديدة				
6	إلى أي مدى تشعر بأنك لم تعد قريبا من احد				
7	إلى أي مدى تشعر بان الآخرين من حولك لا يشاركونك الاهتمامات و الأفكار				
8	إلى أي مدى تشعر بأنك شخص اجتماعي وانبساطي				
9	إلى أي مدى تشعر بأنك قريب من الناس				
10	إلى أي مدى تشعر بأنك مهمل ومنبوذ				
11	إلى أي مدى تشعر بان علاقاتك مع الآخرين بلا معنى				
12	إلى أي مدى تشعر بأنه لا يوجد الشخص الذي يفهمك جيدا				
13	إلى أي مدى تشعر بأنك في عزلة عن الآخرين				
14	إلى أي مدى تشعر بأنك سوف تجد الصحبة عندما تريد				
15	إلى أي مدى تشعر بان هناك آخرين يفهمونك جيدا				

				إلى أي مدى تشعر بالخجل	16
				إلى أي مدى تشعر بأن الناس من حولك ولكنهم ليسوا معك	17
				إلى أي مدى تشعر بأنك هناك من تستطيع التحدث معه	18
				إلى أي مدى تشعر بأن هناك من يمكنك أن تلجأ إليه عندما تريد	19

3-6 مقياس نوعية الحياة:

الرقم	العبارة	نعم	لا
1	أتناول الأدوية للأنام		
2	أدرك أن لاشيء يشعرنى بالسعادة بعد الآن		
3	أنا اشعر بالوحدة		
4	للمشي أنا محدود بداخل المنزل أو العمارة		
5	أجد صعوبة في الإحناء لأمام (لإرتداء حذائي،التقاط شيء)		
6	أجد صعوبة في التواصل مع الآخرين		
7	أجد أنا الأيام لا نهاية لها		
8	أواجه صعوبة في نزول أو صعود السلالم		
9	أعاني عندما أمشي		
10	لدي إنطباع بأنه ليس لدي أي شخص مقرب يمكن التحدث معه		
11	لدي إنطباع أنني عبء على الآخرين		
12	لدي إنشغالات تمنعني من النوم		
13	أجد أن الحياة لا تستحق العيش		
14	أنام بشكل سيء في الليل		
15	أجد صعوبة في التفاهم مع الآخرين		
16	أشعر بالألم عند صعود أو نزول السلالم		
17	أشعر بالإكتئاب عندما أستيقظ		

الملحق رقم (7) : المعالجة الإحصائية المعتمدة

1-7 الخصائص السيكومترية لأدوات البحث:

بالنسبة لمقياس 42 بندا : Reliability

Scale: ALL VARIABLES

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Cronbach's Alpha	N of Items
,979	42

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	78,9333	843,168	,847	,978
VAR00002	79,5667	867,633	,645	,979
VAR00003	78,8333	866,351	,578	,979
VAR00004	78,7333	845,720	,685	,979
VAR00005	79,8333	875,316	,413	,979
VAR00006	80,1000	882,783	,373	,979
VAR00007	79,7333	870,616	,462	,979
VAR00008	79,1333	853,706	,767	,978
VAR00009	79,2333	848,806	,872	,978
VAR00010	79,3000	872,493	,361	,979
VAR00011	78,8667	815,292	,933	,978
VAR00012	78,6667	851,057	,823	,978
VAR00013	78,9000	833,541	,920	,978
VAR00014	79,4333	847,564	,913	,978
VAR00015	79,1667	854,006	,774	,978
VAR00016	78,9333	822,961	,872	,978
VAR00017	79,7667	875,082	,478	,979
VAR00018	79,4667	861,016	,607	,979
VAR00019	79,2000	847,062	,791	,978
VAR00020	79,5000	868,534	,702	,979
VAR00021	78,9667	849,551	,769	,978
VAR00022	79,1333	855,361	,735	,978
VAR00023	79,4000	856,593	,744	,978
VAR00024	79,6667	858,230	,850	,978
VAR00025	78,7333	823,099	,915	,978
VAR00026	79,0333	824,171	,920	,978
VAR00027	79,7000	865,321	,543	,979
VAR00028	79,3333	869,816	,561	,979
VAR00029	78,9667	822,516	,934	,978
VAR00030	80,1000	881,748	,406	,979

VAR00031	79,8333	865,523	,672	,979
VAR00032	79,7667	862,668	,654	,979
VAR00033	80,0000	873,793	,468	,979
VAR00034	78,9333	819,237	,920	,978
VAR00035	78,9333	818,409	,914	,978
VAR00036	79,0667	861,995	,646	,979
VAR00037	79,2667	837,926	,917	,978
VAR00038	79,0333	824,723	,913	,978
VAR00039	79,4333	844,944	,854	,978
VAR00040	79,9000	878,300	,492	,979
VAR00041	80,2667	894,823	,000	,979
VAR00042	79,1667	841,247	,880	,978

Reliability : بالنسبة لمقياس 20 بنداً

Notes

Output Created		07-SEP-2019 00:52:58
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	30
	Matrix Input	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
Syntax		RELIABILITY /VARIABLES=VAR00001 VAR00002 VAR00003 VAR00004 VAR00005 VAR00006 VAR00007 VAR00008 VAR00009 VAR00010 VAR00011 VAR00012 VAR00013 VAR00014 VAR00015 VAR00016 VAR00017 VAR00018 VAR00019 VAR00020 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA /SUMMARY=TOTAL.
Resources	Processor Time	00:00:00,00
	Elapsed Time	00:00:00,00

[DataSet0]

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,962	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	43,8667	182,120	,684	,960
VAR00002	43,0333	200,033	-,270	,969
VAR00003	43,4000	177,421	,850	,958
VAR00004	43,0667	171,651	,805	,959
VAR00005	43,5000	177,707	,771	,959
VAR00006	43,4333	177,082	,878	,958
VAR00007	43,4667	172,464	,813	,958
VAR00008	43,1667	176,902	,670	,960
VAR00009	43,6667	182,299	,578	,961
VAR00010	43,5333	182,533	,679	,960
VAR00011	44,0000	175,586	,690	,960
VAR00012	43,4667	171,361	,827	,958
VAR00013	43,1667	171,799	,847	,958
VAR00014	43,7000	170,769	,931	,957
VAR00015	43,4000	175,903	,721	,960
VAR00016	43,2000	172,993	,864	,958
VAR00017	43,8000	171,062	,811	,959
VAR00018	43,3667	172,447	,860	,958
VAR00019	43,3333	176,023	,739	,959
VAR00020	43,3667	171,757	,797	,959

```

RELIABILITY
/VARIABLES=
    بند 5 بند 13 بند 22 بند 29 بند 33 بند 1 بند 12 بند 26 بند 2 بند 4 بند 8 بند 19 بند 24
    بند 28 بند 36
    بند 38 بند 10 بند 11 بند 14 بند 17 بند 18 بند 25 بند 27 بند 35 بند 9 بند 15 بند 21 بند 30
    بند 34 بند 3 بند 6 بند 7
    بند 16 بند 20 بند 23 بند 30 مکرر بند 32 بند 37
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/SUMMARY=TOTAL.

```

ثبات وصدق الاتساق الداخلي لمقياس نوعية الحياة

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,855	38

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
بند5	1623,3333	389436,782	,546	,847
بند13	1580,0000	427862,069	-,080	,861
بند22	1620,0000	429241,379	-,099	,864
بند29	1583,3333	420747,126	,047	,859
بند3	1586,6667	429471,264	-,106	,863
بند1	1643,3333	414264,368	,196	,855
بند12	1573,3333	419954,023	,091	,857
بند26	1563,3333	418954,023	,252	,854
بند2	1603,3333	421022,989	,026	,860
بند4	1660,0000	425241,379	,000	,856
بند8	1630,0000	411137,931	,200	,856
بند19	1646,6667	403954,023	,457	,850
بند24	1636,6667	434816,092	-,201	,864
بند28	1653,3333	424643,678	-,001	,857
بند36	1590,0000	389206,897	,582	,846
بند38	1646,6667	438436,782	-,314	,864
بند10	1623,3333	385298,851	,617	,845
بند11	1596,6667	394816,092	,455	,849
بند14	1660,0000	425241,379	,000	,856
بند17	1596,6667	389988,506	,537	,847
بند18	1613,3333	401195,402	,334	,852

بند25	1646,6667	418436,782	,125	,856
بند27	1580,0000	405793,103	,343	,852
بند35	1636,6667	404471,264	,346	,852
بند9	1616,6667	371091,954	,840	,838
بند15	1626,6667	382022,989	,690	,843
بند21	1620,0000	378206,897	,727	,841
بند30	1643,3333	401160,920	,472	,849
بند34	1620,0000	385793,103	,597	,845
بند3	1620,0000	381655,172	,668	,843
بند6	1616,6667	389022,989	,536	,847
بند7	1580,0000	416137,931	,142	,856
بند16	1613,3333	374988,506	,767	,840
بند20	1583,3333	417988,506	,097	,858
بند23	1616,6667	413160,920	,147	,857
بند30 مكرر	1643,3333	401160,920	,472	,849
بند32	1616,6667	373160,920	,805	,839
بند37	1610,0000	370586,207	,841	,838

2-7 المعالجة الإحصائية لفرضيات البحث:

مستويات السند الاجتماعي:

FREQUENCIES VARIABLES= مستوى السند الاجتماعي مستوي داخل الأسرة مستوي خارج الأسرة
/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

Statistics				
		مستوي السند الاجتماعي	مستوي داخل الأسرة	مستوي خارج الأسرة
N	Valid	160	160	160
	Missing	0	0	0

Frequency Table

مستوي السند الاجتماعي

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا يتلقا السند الاجتماعي	64	40,0	40,0	40,0
	يتلقا قدر محدود من السند الاجتماعي	60	37,5	37,5	77,5
	يتلقا قدر مناسب من السند الاجتماعي	36	22,5	22,5	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

مستوي داخل الأسرة

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا يتلقا السند الاجتماعي	61	38,1	38,1	38,1
	يتلقا قدر محدود من السند الاجتماعي	46	28,8	28,8	66,9
	يتلقا قدر مناسب من السند الاجتماعي	53	33,1	33,1	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

مستوي خارج الأسرة

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا يتلقا السند الاجتماعي	64	40,0	40,0	40,0
	يتلقا قدر محدود من السند الاجتماعي	64	40,0	40,0	80,0
	يتلقا قدر مناسب من السند الاجتماعي	32	20,0	20,0	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

البحث\مستوي السند الاجتماعي
/COMPRESSED.

FREQUENCIES VARIABLES= مستوى السند الاجتماعي مستوي داخل الأسرة مستوي خارج الأسرة
/ORDER=ANALYSIS

Frequencies

		Statistics		
		مستوى السند الاجتماعي	مستوى داخل الأسرة	مستوى خارج الأسرة
N	Valid	100	100	100
	Missing	0	0	0

Frequency Table

مستوى السند الاجتماعي					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا يتلقا السند الاجتماعي	7	7,0	7,0	7,0
	يتلقا قدر محدود من السند الاجتماعي	57	57,0	57,0	64,0
	يتلقا قدر مناسب من السند الاجتماعي	36	36,0	36,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

مستوى داخل الأسرة					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا يتلقا السند الاجتماعي	5	5,0	5,0	5,0
	يتلقا قدر محدود من السند الاجتماعي	42	42,0	42,0	47,0
	يتلقا قدر مناسب من السند الاجتماعي	53	53,0	53,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

مستوى خارج الأسرة					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا يتلقا السند الاجتماعي	13	13,0	13,0	13,0
	يتلقا قدر محدود من السند الاجتماعي	56	56,0	56,0	69,0
	يتلقا قدر مناسب من السند الاجتماعي	31	31,0	31,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

البحث\ في دور الرعاية .
/COMPRESSED.

FREQUENCIES VARIABLES= مستوى السند الاجتماعي مستوى داخل الأسرة مستوى خارج الأسرة
/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

		Statistics		
		مستوى السند الاجتماعي	مستوى داخل الأسرة	مستوى خارج الأسرة
N	Valid	60	60	60
	Missing	0	0	0

Frequency Table

مستوى السند الاجتماعي					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا يتلقا السند الاجتماعي	57	95,0	95,0	95,0
	يتلق قدر محدود من السند الاجتماعي	3	5,0	5,0	100,0
Total		60	100,0	100,0	

مستوى داخل الأسرة					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا يتلقا السند الاجتماعي	56	93,3	93,3	93,3
	يتلق قدر محدود من السند الاجتماعي	4	6,7	6,7	100,0
Total		60	100,0	100,0	

مستوى خارج الأسرة					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا يتلقا السند الاجتماعي	51	85,0	85,0	85,0
	يتلق قدر محدود من السند الاجتماعي	8	13,3	13,3	98,3
	يتلق قدر مناسب من السند الاجتماعي	1	1,7	1,7	100,0
Total		60	100,0	100,0	

NPAR TESTS

/M-W= المسنين BY السند الاجتماعي داخل الأسرة خارج الأسرة (1 2)
 /STATISTICS=DESCRIPTIVES
 /MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
السند الاجتماعي	160	94,39	33,524	41	149
داخلاً لأسرة	160	47,42	19,934	20	77
خارجاً لأسرة	160	46,89	15,080	21	75
المسنين	160	1,38	,486	1	2

Mann-Whitney Test

Ranks

	المسنين	N	Mean Rank	Sum of Ranks
السند الاجتماعي	فبيوتهم	100	108,35	10834,50
	فيدور الرعاية	60	34,09	2045,50
	Total	160		
داخلاً لأسرة	فبيوتهم	100	109,07	10907,00
	فيدور الرعاية	60	32,88	1973,00
	Total	160		
خارجاً لأسرة	فبيوتهم	100	105,26	10526,00
	فيدور الرعاية	60	39,23	2354,00
	Total	160		

Test Statistics^a

	السند الاجتماعي	داخلاً لأسرة	خارجاً لأسرة
Mann-Whitney U	215,500	143,000	524,000
Wilcoxon W	2045,500	1973,000	2354,000
Z	-9,816	-10,080	-8,730
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000

a. Grouping Variable: المسنين

NPAR TESTS

/M-W= الوحدة النفسية BY المسنين (1 2)
 /STATISTICS=DESCRIPTIVES
 /MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
الوحدة النفسية	160	41,56	17,682	19	74
المسنين	160	1,38	,486	1	2

Mann-Whitney Test

Ranks				
	المسنين	N	Mean Rank	Sum of Ranks
الوحدة النفسية	فبيوتهم	100	51,91	5191,00
	فيدور الرعاية	60	128,15	7689,00
	Total	160		

Test Statistics ^a	
	الوحدة النفسية
Mann-Whitney U	141,000
Wilcoxon W	5191,000
Z	-10,083
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: المسنين

NPAR TESTS

/K-W= الوحدة النفسية BY مستوى السند الاجتماعي (1 3)

/STATISTICS DESCRIPTIVES

/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
الوحدة النفسية	160	41,56	17,682	19	74
مستوى السند الاجتماعي	160	1,83	,773	1	3

Kruskal-Wallis Test

Ranks			
	مستوى بالسند الاجتماعي	N	Mean Rank
الوحدة النفسية	لا يتلقا السند الاجتماعي	64	120,31
	يتلقا قدر محدود من السند الاجتماعي	60	56,28
	يتلقا قدر مناسب من السند الاجتماعي	36	50,08
	Total	160	

Test Statistics ^{a,b}	
	الوحدة النفسية
Chi-Square	79,260
Df	2
Asymp. Sig.	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

مستوى بالسند الاجتماعي

NPAR TESTS

/M-W= الوحدة النفسية BY مستوى بالسند الاجتماعي (1 2)

/STATISTICS=DESCRIPTIVES

/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
الوحدة النفسية	160	41,56	17,682	19	74
مستوى بالسند الاجتماعي	160	1,83	,773	1	3

Mann-Whitney Test

Ranks				
	مستوى بالسند الاجتماعي	N	Mean Rank	Sum of Ranks
الوحدة النفسية	لا يتلقا السند الاجتماعي	64	87,02	5569,50
	يتلقا قدر محدود من السند الاجتماعي	60	36,34	2180,50
	Total	124		

Test Statistics ^a	
	الوحدة النفسية
Mann-Whitney U	350,500
Wilcoxon W	2180,500
Z	-7,853
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: مستوى بالسند الاجتماعي

NPAR TESTS

/M-W= الوحدة النفسية BY مستوىالسندالاجتماعي (1 3)
 /STATISTICS=DESCRIPTIVES
 /MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
الوحدة النفسية	160	41,56	17,682	19	74
مستوىالسندالاجتماعي	160	1,83	,773	1	3

Mann-Whitney Test

Ranks

	مستوىالسندالاجتماعي	N	Mean Rank	Sum of Ranks
الوحدة النفسية	لايتلقاالسندالاجتماعي	64	65,79	4210,50
	يتلققدر مناسبمناالسندالاجتماعي	36	23,32	839,50
	Total	100		

Test Statistics^a

	الوحدة النفسية
Mann-Whitney U	173,500
Wilcoxon W	839,500
Z	-7,031
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: مستوىالسندالاجتماعي

NPAR TESTS

/M-W= الوحدة النفسية BY مستوىالسندالاجتماعي (2 3)
 /STATISTICS=DESCRIPTIVES
 /MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
الوحدة النفسية	160	41,56	17,682	19	74
مستوىالسندالاجتماعي	160	1,83	,773	1	3

Mann-Whitney Test

Ranks

	مستوىالسندالاجتماعي	N	Mean Rank	Sum of Ranks
الوحدة النفسية	يتلققندر محدودمناالسندالاجتماعي	60	50,44	3026,50
	يتلققدر مناسبمناالسندالاجتماعي	36	45,26	1629,50
	Total	96		

Test Statistics^a

	الوحدة النفسية
Mann-Whitney U	963,500
Wilcoxon W	1629,500
Z	-,883
Asymp. Sig. (2-tailed)	,377

a. Grouping Variable: مستوىالسند الاجتماعي

NPAR TESTS

BY نوعية الحياة النوم الألم التنقل الانعز الاجتماعي الاستجابة الانفعالية
 /M-W= (1 2) المسنين
 /STATISTICS=DESCRIPTIVES
 /MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
نوعية الحياة	160	39,4284	34,57217	,00	100,00
النوم	160	34,69	38,032	0	100
الألم	160	41,56	44,939	0	100
التنقل	160	43,96	45,843	0	100
الانعز الاجتماعي	160	40,25	43,321	0	100
الاستجابة الانفعالية	160	38,63	41,852	0	100
المسنين	160	1,38	,486	1	2

Mann-Whitney Test

Ranks

	المسنين	N	Mean Rank	Sum of Ranks
نوعية الحياة	فيبيوتهم	100	52,12	5212,00
	فيديور الرعاية	60	127,80	7668,00
	Total	160		
النوم	فيبيوتهم	100	67,51	6751,00
	فيديور الرعاية	60	102,15	6129,00
	Total	160		
الألم	فيبيوتهم	100	58,68	5867,50
	فيديور الرعاية	60	116,88	7012,50
	Total	160		
التنقل	فيبيوتهم	100	56,71	5671,00
	فيديور الرعاية	60	120,15	7209,00
	Total	160		
الانعز الاجتماعي	فيبيوتهم	100	54,89	5488,50
	فيديور الرعاية	60	123,19	7391,50
	Total	160		

Total	160		
الاستجابة الانفعالية	100	53,50	5349,50
فيديوهم	60	125,51	7530,50
فيديو الرعاية			
Total	160		

Test Statistics^a

	نوعية الحياة	النوم	الألم	التنقل	الانعزالاجتماعي	الاستجابة الانفعالية
Mann-Whitney U	162,000	1701,000	817,500	621,000	438,500	299,500
Wilcoxon W	5212,000	6751,000	5867,500	5671,000	5488,500	5349,500
Z	-10,090	-4,990	-8,424	-9,125	-9,663	-10,027
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a. Grouping Variable: المسنين

NPAR TESTS

/K-W=نوعية الحياة BY مستوىالسند الاجتماعي (1 3)
 /STATISTICS DESCRIPTIVES
 /MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
نوعية الحياة	160	39,4284	34,57217	,00	100,00
مستوىالسند الاجتماعي	160	1,83	,773	1	3

Kruskal-Wallis Test

Ranks

	مستوىالسند الاجتماعي	N	Mean Rank
نوعية الحياة	لايتلقاالسند الاجتماعي	64	122,11
	يتلققدر محدودمناالسند الاجتماعي	60	55,37
	يتلققدر مناسبمناالسند الاجتماعي	36	48,42
Total		160	

Test Statistics^{a,b}

	نوعية الحياة
Chi-Square	88,059
Df	2
Asymp. Sig.	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

مستوىالسند الاجتماعي

NPART TESTS

/M-W= (1 2) مستوىالسند الاجتماعي BY نوعية الحياة
 /STATISTICS=DESCRIPTIVES
 /MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
نوعية الحياة	160	39,4284	34,57217	,00	100,00
مستوىالسند الاجتماعي	160	1,83	,773	1	3

Mann-Whitney Test

Ranks

	مستوىالسند الاجتماعي	N	Mean Rank	Sum of Ranks
نوعية الحياة	لا يتلقا السند الاجتماعي	64	88,19	5644,00
	يتلق قدر محدود من السند الاجتماعي	60	35,10	2106,00
	Total	124		

Test Statistics^a

	نوعية الحياة
Mann-Whitney U	276,000
Wilcoxon W	2106,000
Z	-8,250
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: مستوىالسند الاجتماعي

NPART TESTS

/M-W= (1 3) مستوىالسند الاجتماعي BY نوعية الحياة
 /STATISTICS=DESCRIPTIVES
 /MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
نوعية الحياة	160	39,4284	34,57217	,00	100,00
مستوىالسند الاجتماعي	160	1,83	,773	1	3

Mann-Whitney Test

Ranks

	مستوىالسند الاجتماعي	N	Mean Rank	Sum of Ranks
نوعية الحياة	لا يتلقا السند الاجتماعي	64	66,42	4251,00
	يتلق قدر مناسب من السند الاجتماعي	36	22,19	799,00
	Total	100		

Test Statistics^a

	نوعية الحياة
Mann-Whitney U	133,000
Wilcoxon W	799,000
Z	-7,353
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: مستوىالسند الاجتماعي

NPAR TESTS

/M-W= نوعية الحياة BY مستوىالسند الاجتماعي (2 3)
/STATISTICS=DESCRIPTIVES
/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
نوعية الحياة	160	39,4284	34,57217	,00	100,00
مستوىالسند الاجتماعي	160	1,83	,773	1	3

Mann-Whitney Test

Ranks

	مستوىالسند الاجتماعي	N	Mean Rank	Sum of Ranks
نوعية الحياة	يتلقفندر محدودمنالسند الاجتماعي	60	50,77	3046,00
	يتلقفندر مناسبمنالسند الاجتماعي	36	44,72	1610,00
Total		96		

Test Statistics^a

	نوعية الحياة
Mann-Whitney U	944,000
Wilcoxon W	1610,000
Z	-1,066
Asymp. Sig. (2-tailed)	,286

a. Grouping Variable: مستوىالسند الاجتماعي

NPAR TESTS

BY النومألنمالتنقلانعز الالاجتماعيا لاستجابة الانفعالية =K-W/
(1 3) مستوىالسند الاجتماعي
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
النوم	160	34,69	38,032	0	100
الألم	160	41,56	44,939	0	100
التنقل	160	43,96	45,843	0	100
الانعز الالاجتماعي	160	40,25	43,321	0	100
الاستجابة الانفعالية	160	38,63	41,852	0	100
مستوىالسندالاجتماعي	160	1,83	,773	1	3

Kruskal-Wallis Test

Ranks

	مستوىالسندالاجتماعي	N	Mean Rank
النوم	لايتلقاالسندالاجتماعي	64	97,21
	يتلققدر محدودمنالسندالاجتماعي	60	74,99
	يتلققدر مناسبمنالسندالاجتماعي	36	59,97
	Total	160	
الألم	لايتلقاالسندالاجتماعي	64	115,02
	يتلققدر محدودمنالسندالاجتماعي	60	58,10
	يتلققدر مناسبمنالسندالاجتماعي	36	56,46
	Total	160	
التنقل	لايتلقاالسندالاجتماعي	64	115,89
	يتلققدر محدودمنالسندالاجتماعي	60	59,23
	يتلققدر مناسب منالسندالاجتماعي	36	53,03
	Total	160	
الانعز الالاجتماعي	لايتلقاالسندالاجتماعي	64	117,21
	يتلققدر محدودمنالسندالاجتماعي	60	56,03
	يتلققدر مناسبمنالسندالاجتماعي	36	56,03
	Total	160	
الاستجابة الانفعالية	لايتلقاالسندالاجتماعي	64	119,48
	يتلققدر محدودمنالسندالاجتماعي	60	54,69
	يتلققدر مناسبمنالسندالاجتماعي	36	54,21
	Total	160	

Test Statistics^{a,b}

	النوم	الألم	التنقل	الانعز الالاجتماعي	الاستجابة الانفعالية
Chi-Square	19,291	71,055	74,184	76,716	83,810
Df	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,000	,000	,000	,000	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: مستوىالسندالاجتماعي

NPAR TESTS

BY النوم لألم التنقل الانعز الاجتماعي الانفعالية /M-W= (1 2) مستوى السند الاجتماعي
 /STATISTICS=DESCRIPTIVES
 /MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
النوم	160	34,69	38,032	0	100
الألم	160	41,56	44,939	0	100
التنقل	160	43,96	45,843	0	100
الانعز الاجتماعي	160	40,25	43,321	0	100
الاستجابة الانفعالية	160	38,63	41,852	0	100
مستوى السند الاجتماعي	160	1,83	,773	1	3

Mann-Whitney Test

Ranks

	مستوى السند الاجتماعي	N	Mean Rank	Sum of Ranks
النوم	لا يتلقا السند الاجتماعي	64	70,55	4515,50
	يتلق قدر محدود من السند الاجتماعي	60	53,91	3234,50
	Total	124		
الألم	لا يتلقا السند الاجتماعي	64	84,37	5399,50
	يتلق قدر محدود من السند الاجتماعي	60	39,18	2350,50
	Total	124		
التنقل	لا يتلقا السند الاجتماعي	64	83,98	5375,00
	يتلق قدر محدود من السند الاجتماعي	60	39,58	2375,00
	Total	124		
الانعز الاجتماعي	لا يتلقا السند الاجتماعي	64	85,72	5486,00
	يتلق قدر محدود من السند الاجتماعي	60	37,73	2264,00
	Total	124		
الاستجابة الانفعالية	لا يتلقا السند الاجتماعي	64	86,80	5555,00
	يتلق قدر محدود من السند الاجتماعي	60	36,58	2195,00
	Total	124		

Test Statistics^a

	النوم	الألم	التنقل	الانعز الاجتماعي	الاستجابة الانفعالية
Mann-Whitney U	1404,500	520,500	545,000	434,000	365,000
Wilcoxon W	3234,500	2350,500	2375,000	2264,000	2195,000
Z	-2,766	-7,527	-7,437	-7,779	-8,106
Asymp. Sig. (2-tailed)	,006	,000	,000	,000	,000

a. Grouping Variable: مستوى السند الاجتماعي

NPAR TESTS

BY النوم لألم التنفلا لانعز الالاجتماعيا لاستجابة الانفعالية M-W=
 (3 1) مستو بالسند الاجتماعي
 /STATISTICS=DESCRIPTIVES
 /MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
النوم	160	34,69	38,032	0	100
الألم	160	41,56	44,939	0	100
التنقل	160	43,96	45,843	0	100
الانعز الالاجتماعي	160	40,25	43,321	0	100
الاستجابة الانفعالية	160	38,63	41,852	0	100
مستو بالسند الاجتماعي	160	1,83	,773	1	3

Mann-Whitney Test

Ranks

	مستو بالسند الاجتماعي	N	Mean Rank	Sum of Ranks
النوم	لا يتلقا السند الاجتماعي	64	59,16	3786,00
	يتلق قدر مناسبنا السند الاجتماعي	36	35,11	1264,00
	Total	100		
الألم	لا يتلقا السند الاجتماعي	64	63,16	4042,00
	يتلق قدر مناسبنا السند الاجتماعي	36	28,00	1008,00
	Total	100		
التنقل	لا يتلقا السند الاجتماعي	64	64,41	4122,00
	يتلق قدر مناسبنا السند الاجتماعي	36	25,78	928,00
	Total	100		
الانعز الالاجتماعي	لا يتلقا السند الاجتماعي	64	63,99	4095,50
	يتلق قدر مناسبنا السند الاجتماعي	36	26,51	954,50
	Total	100		
الاستجابة الانفعالية	لا يتلقا السند الاجتماعي	64	65,19	4172,00
	يتلق قدر مناسبنا السند الاجتماعي	36	24,39	878,00
	Total	100		

Test Statistics^a

	النوم	الألم	التنقل	الانعز الالاجتماعي	الاستجابة الانفعالية
Mann-Whitney U	598,000	342,000	262,000	288,500	212,000
Wilcoxon W	1264,000	1008,000	928,000	954,500	878,000
Z	-4,311	-6,351	-7,026	-6,464	-7,024
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000

a. Grouping Variable: مستو بالسند الاجتماعي

NPAR TESTS

BY النوم لألم التنفلا لانعز الالاجتماعيا لاستجابة الانفعالية M-W=
 (3 2) مستو بالسند الاجتماعي

/STATISTICS=DESCRIPTIVES
/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
النوم	160	34,69	38,032	0	100
الألم	160	41,56	44,939	0	100
التنقل	160	43,96	45,843	0	100
الانعزالات الاجتماعية	160	40,25	43,321	0	100
الاستجابة الانفعالية	160	38,63	41,852	0	100
مستوى السند الاجتماعي	160	1,83	,773	1	3

Mann-Whitney Test

Ranks

	مستوى السند الاجتماعي	N	Mean Rank	Sum of Ranks
النوم	يتلق قدر محدود من السند الاجتماعي	60	51,58	3095,00
	يتلق قدر مناسب من السند الاجتماعي	36	43,36	1561,00
	Total	96		
الألم	يتلق قدر محدود من السند الاجتماعي	60	49,43	2965,50
	يتلق قدر مناسب من السند الاجتماعي	36	46,96	1690,50
	Total	96		
التنقل	يتلق قدر محدود من السند الاجتماعي	60	50,15	3009,00
	يتلق قدر مناسب من السند الاجتماعي	36	45,75	1647,00
	Total	96		
الانعزالات الاجتماعية	يتلق قدر محدود من السند الاجتماعي	60	48,79	2927,50
	يتلق قدر مناسب من السند الاجتماعي	36	48,01	1728,50
	Total	96		
الاستجابة الانفعالية	يتلق قدر محدود من السند الاجتماعي	60	48,61	2916,50
	يتلق قدر مناسب من السند الاجتماعي	36	48,32	1739,50
	Total	96		

Test Statistics^a

	النوم	الألم	التنقل	الانعزالات الاجتماعية	الاستجابة الانفعالية
Mann-Whitney U	895,000	1024,500	981,000	1062,500	1073,500
Wilcoxon W	1561,000	1690,500	1647,000	1728,500	1739,500
Z	-1,639	-,563	-,947	-,177	-,059
Asymp. Sig. (2-tailed)	,101	,573	,344	,859	,953

a. Grouping Variable: مستوى السند الاجتماعي

NPAR TESTS

/M-W= (1 2) الجنس BY السند الاجتماعي خلا الأسرة خارج الأسرة
/STATISTICS=DESCRIPTIVES
/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
السند الاجتماعي	160	94,39	33,524	41	149
داخلاً لأسرة	160	47,42	19,934	20	77
خارجاً لأسرة	160	46,89	15,080	21	75
الجنس	160	1,41	,494	1	2

Mann-Whitney Test

Ranks

	الجنس	N	Mean Rank	Sum of Ranks
السند الاجتماعي	ذكر	94	68,76	6463,50
	أنثى	66	97,22	6416,50
	Total	160		
داخلاً لأسرة	ذكر	94	67,03	6301,00
	أنثى	66	99,68	6579,00
	Total	160		
خارجاً لأسرة	ذكر	94	70,90	6665,00
	أنثى	66	94,17	6215,00
	Total	160		

Test Statistics^a

	السند الاجتماعي	داخلاً لأسرة	خارجاً لأسرة
Mann-Whitney U	1998,500	1836,000	2200,000
Wilcoxon W	6463,500	6301,000	6665,000
Z	-3,826	-4,393	-3,127
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,002

a. Grouping Variable: الجنس

NPAR TESTS

/M-W= الوحدة النفسية BY الجنس (1 2)
 /STATISTICS=DESCRIPTIVES
 /MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
الوحدة النفسية	160	41,56	17,682	19	74
الجنس	160	1,41	,494	1	2

Mann-Whitney Test

Ranks				
	الجنس	N	Mean Rank	Sum of Ranks
الوحدة النفسية	ذكر	94	91,49	8600,00
	أنثى	66	64,85	4280,00
	Total	160		

Test Statistics ^a	
	الوحدة النفسية
Mann-Whitney U	2069,000
Wilcoxon W	4280,000
Z	-3,583
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: الجنس

NPAR TESTS

1) الجنس BY نوعية الحياة النوم الألم التنقل الانعزالاجتماعي الاستجابة الانفعالية

2) /STATISTICS=DESCRIPTIVES

/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
نوعية الحياة	160	39,4284	34,57217	,00	100,00
النوم	160	34,69	38,032	0	100
الألم	160	41,56	44,939	0	100
التنقل	160	43,96	45,843	0	100
الانعزالاجتماعي	160	40,25	43,321	0	100
الاستجابة الانفعالية	160	38,63	41,852	0	100
الجنس	160	1,41	,494	1	2

Mann-Whitney Test

		Ranks		
	الجنس	N	Mean Rank	Sum of Ranks
نوعية الحياة	ذكر	94	89,83	8444,00
	أنثى	66	67,21	4436,00
	Total	160		
النوم	ذكر	94	79,75	7496,50
	أنثى	66	81,57	5383,50
	Total	160		
الألم	ذكر	94	89,11	8376,50
	أنثى	66	68,23	4503,50
	Total	160		
التنقل	ذكر	94	88,77	8344,00
	أنثى	66	68,73	4536,00
	Total	160		
الانعزالات الاجتماعية	ذكر	94	89,80	8441,00
	أنثى	66	67,26	4439,00
	Total	160		
الاستجابة الانفعالية	ذكر	94	89,96	8456,00
	أنثى	66	67,03	4424,00
	Total	160		

Test Statistics^a

	نوعية الحياة	النوم	الألم	التنقل	الانعزالات الاجتماعية	الاستجابة الانفعالية
Mann-Whitney U	2225,000	3031,500	2292,500	2325,000	2228,000	2213,000
Wilcoxon W	4436,000	7496,500	4503,500	4536,000	4439,000	4424,000
Z	-3,066	-,266	-3,073	-2,931	-3,242	-3,246
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002	,790	,002	,003	,001	,001

a. Grouping Variable: الجنس