

الصحة النفسية لدى المسنين الفلسطينيين / دراسة ميدانية لواقع الصحة النفسية لدى المسنين الفلسطينيين (في بيوت المسنين ونوادي المسنين وفي البيوت في محافظة بيت لحم)

كامل حسن كتلو¹، ناهده العرجا²

ملخص

هدفت الدراسة إلى الكشف عن واقع الصحة النفسية لدى المسنين الفلسطينيين، والتعرف إلى أثر بعض المتغيرات على الصحة النفسية (الجنس، العمر، مكان الإقامة، المؤهلات العلمية، مكان السكن)، طبقت الدراسة على عينة قوامها (105) مسناً ومسنئة، استخدمت الدراسة قائمة كورنل الجديدة (1986)، تم التحقق من الكفاية السيكمترية للمقياس. توصلت الدراسة إلى أن أعراض الاضطرابات السيكمترية لدى المسنين كانت متوسطة، وكانت أبرز الأعراض المتعلقة بالحساسية، ثم الغضب، والتوتر، وعدم الكفاية، وأخيراً الاكتئاب. أظهرت النتائج فيما يتعلق بمتغير الجنس وجود فروق في البعد العيادي للحساسية لصالح المسنات، ولم تظهر فروق في أبعاد الدراسة الأخرى. أما مكان الإقامة فلم تظهر فروق على جميع الأبعاد، ما عدا، بعد الغضب ولصالح الذين يسكنون في بيوتهم؛ وكذلك متغير العمر لم تظهر فروق على جميع الأبعاد، ما عدا، بعد القلق لصالح الذين أعمارهم دون 65 سنة، في حين لم تظهر فروق على جميع الأبعاد والدرجة الكلية لمتغير الحالة الاجتماعية والمؤهلات العلمية، وفي متغير مكان السكن لم تظهر فروق في جميع الأبعاد، ما عدا، بعد الغضب لصالح الذين يسكنون القرى.

الكلمات الدالة: الصحة النفسية، المسنون.

المقدمة

تمثل حياة الإنسان رحلة نمائية تبدأ بالاعتماد التام على الآخرين وتنتهي بالضعف والعجز والاعتماد على الآخرين لتلبية أبسط المتطلبات الحياتية. يولد الإنسان ضعيفاً عاجزاً، غير قادر على الحياة لوحده ولا يمتلك سوى استعدادات بقائية قليلة تمكنه من البقاء لفترة قليلة جداً، وينمو الإنسان في مراحل نمائية وينتقل من مرحلة عمرية إلى أخرى في عملية نمائية متتابعة تكمل كلا منهما الأخرى ويعتمد عليها، إلى أن يصل إلى مرحلة الشيخوخة والتي تمثل نهاية النمو الإنساني. يقول الله سبحانه وتعالى: "اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً"

1 أستاذ مشارك صحة نفسية، قسم علم النفس، جامعة الخليل، فلسطين.

2 أستاذ مساعد علم نفس، قسم الخدمة وعلم الاجتماع، جامعة بيت لحم، فلسطين.

تاريخ استلام البحث 2015/3/16 وتاريخ قبوله 2015/9/17.

يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ ۗ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ" (الروم، 54).

وفي هذه المرحلة تظهر واضحة التغيرات البيولوجية/الجسمية والفسولوجية والعصبية والنفسية التي تطرأ على المرء؛ كما تشكل الصعوبات الجسمية والنفسية والحياتية، مثل التأقلم مع وقت الفراغ والضعف العام وفقدان الأحبة والأصدقاء، وفقدان الشريك... الخ، تحدياً عليهم مواجهته بمزيد من الصلابة والتحدي حتى يتمكنوا من العيش في هذه الفترة العمرية بدرجة مناسبة من الصحة النفسية.

الشيخوخة مرحلة يحسب لها الفرد حساباً خاصاً، لأنها مرحلة مشكلات جسمية ونفسية ومرحلة الإحساس بالعزلة وقلة الكفاءة (محمد واليخوف، 2007).

وبحسب التقرير الصادر عن الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة العام 2002 فإن عدد كبار السن سوف يزداد في الخمسين سنة القادمة أربعة أضعاف، وأن عدد المسنين سوف يرتفع من 600 مليون إلى بليونين مسن تقريباً (الجمعية العالمية للشيخوخة، 2002).

وترى باظة (1999) جملة من المظاهر التي تعبر عن الصحة النفسية، وهي: المحافظة على شخصية متكاملة، والتوافق مع المتطلبات الاجتماعية البيئية، والتكيف مع شروط الواقع، والمحافظة على الثبات النسبي، والنمو مع العمر، والمحافظة على قدر مناسب من الحساسية الانفعالية، والدور الاجتماعي للفرد في المجتمع.

ويرى الباحثان: أن تعريف الصحة النفسية لا بد وأن يحتوي على شقين أحدهما بيولوجي والآخر بيئي؛ لذا يعرف الباحثان الصحة النفسية على أنها القدرة على التوافق والتناغم بين مكونات النفس الداخلية، ومتطلبات البيئة الخارجية.

الشيخوخة واحدة من أهم المشكلات التي تواجه الإنسان في العصر الحديث؛ فمع تقدم الطب وعلومه واستعمال العقاقير الحديثة، أصبح بالإمكان القضاء على كثير من الأمراض، وتقدمت سبل الوقاية من الأمراض، مما أدى إلى رفع معدل العمر الوسطي للإنسان، وازدياد عدد المسنين زيادة كبيرة، وبالتالي يشكلون نسبة مهمة في المجتمعات لها مشاكلها وهمومها وآثارها على المجتمع.

واحتلت الشيخوخة مكاناً بارزاً في لائحة اهتمامات الأمم والشعوب والحكومات؛ إلا أن الدول النامية، ومنها عالمنا العربي، لم يول الاهتمام الكافي بعد لهذه المشكلة المهمة. ولعل السبب في عدم الانتباه للموضوع والانشغال عنه هو ما يجده المسنون في المجتمعات الشرقية من الرعاية والاحترام والعناية من قبل العائلة (أبوعوض، 2008، 115).

نلاحظ أن الصحة النفسية السليمة في مرحلة الشيخوخة تحتاج إلى التوافق مع التقاليد والعادات السائدة المتجددة والخاصة بالأجيال المختلفة. وتحتاج الصحة النفسية إلى التوافق مع الأجيال الأخرى حتى يحقق المسن لنفسه المتطلبات الضرورية للحياة الهادئة (زهران، 1997، 463).

إن تحديد سن الشيخوخة طبقاً للتاريخ المسجل بشهادة الميلاد يجعل من الصعب الوصول إلى اتفاق عام على تعريف دقيق لمفهوم الشيخوخة. والاتجاه السائد هو الأخذ بالتعريف الزمني للشيخوخة. فالمسن هو عادة من يبلغ خمسة وستين عاماً أو يتجاوزها ومع ذلك ينبغي تعريف الشيخوخة باعتبارها عملية لا مفر منها من حيث القصور المتزايد في القدرة على التكيف والتوافق والبقاء.

ان الأشخاص من متوسطي العمر والمتقدمين في السن هم أكثر وأعلى المجموعات العمرية تعرضاً للإصابة بالاضطرابات الانفعالية والمزاجية (Bootzin & Acocella, 1984).

يعتبر علم الصحة النفسية من العلوم الحديثة من حيث المنهج، إلا أنه يعتبر قديماً قدم الإنسانية نفسها من حيث ما يتناوله من موضوعات. وقد اختلف الباحثون حول تعريف هذا العلم وحول أهدافه ومجالاته، بل حول انتمائه أيضاً.

يذكر فهمي (1990) أن هناك مفهومين للصحة النفسية: المفهوم الأول يذهب للقول بأن الصحة النفسية هي الخلو من أعراض المرض العقلي أو النفسي. ويلقي هذا المفهوم قبولاً في ميادين الطب العقلي. أما المفهوم الثاني للصحة النفسية فيأخذ طريقاً إيجابياً، واسعاً، شاملاً، وغير محدد. إنه يرتبط بقدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه.

ويعرف كفاقي وجابر (1999) الصحة النفسية، بأنها مدخل عام يهدف إلى الحفاظ على الصحة العقلية، وبقي من الاضطراب العقلي من خلال وسائل مثل البرامج التربوية وترقية الحياة الانفعالية والأسرية الثابتة أو المستقرة والخدمات العلاجية والوقائية المبكرة وإجراءات الصحة العامة (غريب، 1999، 55).

ويرى العيد (2007) أن الصحة النفسية مفهوم افتراضي لا يمكن ملاحظته ملاحظة مباشرة، وإنما نفترض وجوده عن طريق الاستدلال عليه بواسطة بعض الخصائص السلوكية التي يمكن ملاحظتها ملاحظة علمية موضوعية، وقياسها باستخدام أدوات علمية كالاختبارات والمقاييس النفسية. والصحة النفسية حالة تنسم بالثبات النسبي، فقد عرفها عبد الخالق (1991) بأنها حالة دائمة نسبياً، وهي حالة لا يحكم عليها بالوجود أو عدمه، وإنما هي حالة ديناميكية ونسبية تتغير من فرد إلى آخر ولدى الفرد نفسه من وقت إلى آخر، وتختلف معاييرها وفقاً للمرحلة العمرية للفرد وكذا لتغير الزمان والمجتمع.

ويختلف مفهوم الصحة النفسية من مجتمع لآخر، وذلك يرجع لاختلاف الثقافة، والمعايير السلوكية التي يتفق عليها الناس في كل مجتمع، وهذا يترتب عليه اختلاف في الممارسات السلوكية والنشاطات (القريطي، 1995، 9).

والثابت علمياً ضرورة تواجد المسنين في جماعات، ويفضل عدم بقائهم بمفردهم. وإيماناً بذلك فقد أنشأت الدول إلى جانب دور إيواء المسنين العديد من الأندية الخاصة بهذه الفئة العمرية تكريماً وتحقيقاً للتوافق النفسي-الاجتماعي لهذه الفئة العمرية (حسن، وفهمي، 2000، 102)

يمتاز المجتمع الفلسطيني في الأراضي الفلسطينية، بأنه مجتمع فتي، حيث تشكل فئة صغار السن حوالي نصف المجتمع؛ بينما لا تشكل فئة كبار السن أو المسنين سوى نسبة ضئيلة من حجم السكان. ففي منتصف العام 2005م، بلغ عدد كبار السن (أعمارهم 65 فأكثر) (114.809) أفراد (بواقع 49.288 ذكور، 65.521 إناث)، أي ما نسبته 3.1% من مجمل السكان، مع العلم أن نسبة كبار السن في الدول المتقدمة مجتمعة قد بلغت 15.0% من إجمالي سكان تلك الدول، أعلاها في اليابان إذ تبلغ 19.0% من إجمالي سكانها، و16.0% من إجمالي سكان المملكة المتحدة، في حين تبلغ نسبة كبار السن في الدول النامية مجتمعة حوالي 5.0% فقط من إجمالي تلك الدول.

على الرغم من الزيادة المطلقة والمتوقعة لأعداد كبار السن في الأراضي الفلسطينية في السنوات القادمة، فمن المتوقع أن تبقى هذه النسبة منخفضة، إذ يتوقع أن يبلغ عدد كبار السن في الأراضي الفلسطينية، 171.485 فرداً في العام (2020م)، بزيادة مقدارها 49.4% من إجمالي المسنين عام (2005م)، وبنسبة 2.9% من إجمالي سكان الأراضي الفلسطينية عام (2020م).

لقد مارست الأسر الفلسطينية دوراً مهماً في رعاية المسنين، قبل أزيد من أربعين سنة؛ فالأسرة الفلسطينية في الماضي، أسره ممتدة وهذا هو النمط السائد للعائلة الفلسطينية. وتعود سيادة هذا النمط من الأسر إلى طبيعة المجتمع الفلسطيني الزراعي، حيث تعتمد العائلة الفلسطينية على الزراعة مصدراً للدخل، الأمر الذي يتطلب عمل أفراد الأسرة كافة بالزراعة. أما السبب الآخر لوجود العائلة الممتدة فهو الحاجة إلى الأمن والحماية. ومع بداية سبعينيات القرن الماضي، فقد بدأ هذا النمط من العائلة بالانخفاض ليسود مكانه نمط العائلة النووية؛ ولكن على الرغم من ذلك فما زال لكبار السن المكانة والاحترام، ولا زالت العائلة في الأراضي

والشيخوخة حالة، يتضح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية والبدنية والعقلية، بحيث يمكن قياسه وعلى آثاره تكون العمليات التوافقية. وفي سن الخامسة والستين ينتشر التالف الحسي والحركي، إلا أن المسنين -حقيقة- هم عادة أشخاص أكبر سناً من ذلك، يعانون من تدهور وظيفي يؤثر بشكل ملموس على مجمل الوظائف الحيوية (الميلادي، 2002، 10).

وعرفت الأمم المتحدة وجامعة الدول العربية المسن تعريفاً إجرائياً للتعامل مع هذا المصطلح، وذلك بأن حددتاه بمن تجاوز عمره الستين سنة (احمد، 1992).

لقد أصبحت قضية الاهتمام بالمسنين من القضايا المهمة التي نالت قسطاً من اهتمام العلماء والمتخصصين في شتى المجالات، وذلك لما يجب أن تتأله هذه الفئة من رعاية واهتمام في فترة هم أحوج ما يكونون إليها بعدما بذلوا من جهد في خدمة المجتمع (الرازي، 1990)

لقد كان الاهتمام العالمي كبيراً بقضية رعاية المسنين وصحتهم، وقد تمثل هذا الاهتمام في أن الأمم المتحدة اعتبرت عام 1999م عاماً دولياً لكبار السن؛ كما أن منظمة الصحة العالمية طرحت هذه القضية موضوعاً ليوم الصحة العالمي (النعيم، 2001).

كما أكد تقرير الأمم المتحدة ضرورة توفير الحماية للمسنين بما يتجاوز مسألة الاتجاه نحو علاجهم، وضرورة الاتجاه نحو توفير أبعاد رفايتهم من خلال ملاحظة العلاقة بين السلامة الجسمية والنفسية والاجتماعية والبيئية.

حدثت تغيرات في المجتمع أدت إلى خلق ظروف مستجدة صعبة، أثرت سلباً على رعاية المسنين. فبينما كان الناس في السابق يتفرغون لخدمة المسن، يكاد التفرغ يكون اليوم مستحيلًا بسبب تغير أنماط الحياة ومشاكل المسنين الجسمية (أبو عوض، 2008، 193).

وقد تضطر الظروف بعضهم للالتجاء إلى دار المسنين؛ وقد تكون الإقامة بصفة دائمة أو تكون نهائية؛ لكن ينبغي أن تعد تلك الأماكن بطريقة علمية مدروسة، وتعلم خفايا وأسرار تلك المرحلة من العمر، وكيفية التعامل معها، وألا تتعامل بمفهوم أنها منزل للسكن والطعام والنوم، إنما هو مجتمع مثمر في نشاطات وعطاءات كل حسب قدرته. (أبو عوض، 2008،

145)

التغيير في توفير الرعاية الصحية والطب. التعليم الطبي في المناطق الفلسطينية من أجل تلبية الاحتياجات الصحية للنساء المسنات. الوضع الصحي للمسنات بحاجة إلى وجود برامج توعية، المشاركة في الأنشطة تؤثر بشكل إيجابي على الصحة البدنية والعقلية للمسنات. مثل الأنشطة والبرامج الاجتماعية رحلات، وتبادل الخبرات الشخصية مع بعضهم ومع أشخاص اصغر منهم.

وقام حجازي وأبوغالي (2010) بإجراء دراسة هدفت التعرف على المشكلات التي يعاني من ها المسنون الفلسطينيون في محافظات غزة، وعلى مستوى الصلابة النفسية لديهم؛ كما هدفت الكشف عن العلاقة بين المشكلات التي يعاني من ها المسنون ومستوى الصلابة النفسية، والتعرف على الفروق بين الجنسين في المشكلات، ومستوى الصلابة النفسية. وتكونت عينة الدراسة من 114 مسناً ومسنة من محافظة غزة. أظهرت نتائج الدراسة أن ترتيب أبعاد المشكلات التي يعاني من ها المسنون الفلسطينيون في محافظة غزة كانت على النحو التالي: المشاكل الاجتماعية الاقتصادية 76%، المشكلات النفسية (5.75%)، المشكلات الصحية الجسمية (4.56%). كما بينت نتائج الدراسة أن مستوى الصلابة النفسية لدى المسنين الفلسطينيين مرتفع ويزيد عن 70% كمستوى افتراضي، وأن هناك علاقة ارتباطية عكسية ودالة إحصائياً بين مشكلات المسنين والصلابة النفسية لديهم. كما أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في المشكلات لدى المسنين تعزى للجنس، بينما توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الصلابة النفسية لصالح الذكور.

كذلك قام بلان (2009) بإجراء دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية أو مع أسرهم. هدفت الدراسة إلى كشف الفروق بصدد معاناة القلق بين المسنين المقيمين في دور رعاية المسنين والمسنين المقيمين مع أسرهم، حسب متغيرات مكان الإقامة والضعمر والجنس. تكونت عينة الدراسة من 436 مسناً ومسنة منهم 222 ذكوراً و214 إناثاً، وقد كانت عينة المسنين المقيمين في دور رعاية المسنين 150 مسناً ومسنة والمقيمين مع أسرهم 286 مسناً ومسنة، من محافظات دمشق وريفها وحمص واللاذقية في الجمهورية العربية السورية. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة على وجود سمة القلق

الفلسطينية تحافظ على ترابطها الأسري، وعلى محبة المسن واحترامه ورعايته، بالرغم من التحولات الكبيرة التي طرأت على نمط حياة العائلة الفلسطينية خلال السنوات الماضية، إذ أظهرت النتائج أن نسبة الأسر الممتدة في الأراضي الفلسطينية قد انخفضت لتصل 12.6% في عام 2004، بواقع 12.2% في الضفة الغربية و13.4% في قطاع غزة. (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005).

الدراسات السابقة

تناولت العديد من الدراسات المسنين في ضوء متغيرات مختلفة؛ فقد قام النابلسي والعاملة (2013) بإجراء دراسة بعنوان: أنماط الإساءة الاجتماعية، الصحية، النفسية التي يتعرض لها كبار السن داخل أسرهم، دراسة ميدانية، بهدف التعرف على أنماط الإساءة التي يتعرض لها كبار السن داخل أسرهم في المجتمع الأردني. تكون مجتمع الدراسة من كبار السن المقيمين في دور رعاية المسنين، اعتمدت الدراسة الاستبانة المدعمة بالمقابلة أداة لجمع المعلومات، وطبقت الدراسة على عينة من كبار السن المقيمين في (4) دور بلغ عددهم 70 مسناً ومسنة. توصلت الدراسة إلى أن أكثر أنماط الإساءة الاجتماعية التي تعرض لها المسنون، عدم الشعور بالراحة في السكن مع الأسرة وعدم الرضا عن معاملة الأبناء، وعدم شعور المسن بأنه موضع احترام وتقدير الآخرين داخل الأسرة. أما الإساءة الصحية فقد تمثلت بعدم الاهتمام بإتباع الحمية الغذائية المناسبة لوضعه الصحي، وعدم توفر الغذاء الصحي المناسب للمسن، وعدم الحرص على تناول الوجبات الغذائية الثلاث بانتظام، كذلك عدم الحرص على النظافة الشخصية، وعدم توفير الأدوية اللازمة لمرضه باستمرار. أما الإساءة النفسية فتمثلت بعدم الشعور بالرضا عن معاملة أفراد الأسرة وعدم احترام الأبناء رغبة المسن في الجلوس مع أصدقائه القدامى. وقامت أمام (2010) بإجراء دراسة بعنوان: احتياجات السيدات المسنات في فلسطين، من النواحي الصحية والجسمية. وهدفت الدراسة تقييم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى كبار السن. استخدمت الدراسة المنهج المختلط الكمي والكيفي، بلغ حجم العينة 50 امرأة مسنة، تتراوح أعمارهن ما بين 65 و70 سنة. بينت النتائج ضرورة

المسننين المقيمين في دور الرعاية الاجتماعية، هدفت إلى التعرف على الخصائص العامة والاجتماعية للمسننين في هذه الدور، وعلى العلاقة بين المسننين المقيمين بدور الرعاية وذويهم وإلى أسباب دخول المسننين إلى دور الرعاي.تكونت عينة الدراسة من 462 مسناً ومسننة من المجتمع السعودي.

أظهرت نتائج الدراسة أنه يغلب على المسننين المقيمين في دور الرعاية عدم وجود شريك حياة، وعدم وجود من يقوم برعايتهم، وأن نصفهم تقريباً لم يتزوج أصلاً. اتصف المسنون المقيمون بدور الرعاية بالضعف الاقتصادي، ندرة الزيارات التبادلية بين المسننين وذويهم.وقام خليفة (1991) بإجراء دراسة حول المشكلات لدى المسننين، تألفت عينة الدراسة من 290 فرداً من الذكور ممن تجاوزوا الستين، منهم 123 من العاملين و167 من المتقاعدين عن العمل. هدفت الدراسة معرفة المشكلات التي يعاني منها المسنون ضمن ستة مجالات كبرى: الصحية، الاجتماعية، الاقتصادية، الترفيهية، الجنسية والأخلاقية والدينية. أظهرت نتائج الدراسة وجود اتفاق بين المجموعتين حول المشكلات التي يواجهونها، وجاءت المشكلات الاقتصادية في الترتيب الأول، ثم المشكلات الأخلاقية، يليها المشكلات الترفيهية والاجتماعية والصحية والجنسية. أظهرت الدراسة اختلاف أفراد المجموعتين في بعض الجوانب من أهمها الشعور بالعزلة والفراغ لدى المتقاعدين أكثر من العاملين.

وقام سكوجن وزملاؤه (Scogin et al., 2007) بدراسة هدفت إلى البحث في تأثير العلاج المعرفي- السلوكي (CBT) في تحسين نوعية الحياة والحد من الأعراض النفسية لدى البالغين الأكبر سناً. وتكونت عينة الدراسة من (134) مشاركاً غالبيتهم من الأمريكيين من أصول أفريقية من سكان المناطق الريفية ويعانون من تندي الموارد، والوهن البدني. وتشير النتائج إلى أن المشاركين في البرنامج (CBT) أشاروا إلى تحسينات في نوعية الحياة وانخفاض في الأعراض النفسية. وقام كروف وبنكنج، ومينهونج (Kroph, Eunkyung, Minhong, 2007) بإجراء دراسة هدفت فحص العوامل التي تؤثر على عبء توفير الرعاية لكبار السن والمعوقين في كوريا الجنوبية. وتكونت عينة الدراسة من (1000) من مقدمي الرعاية الأولية في سيئول في كوريا الجنوبية. وتم

لدى المسننين تبعاً لمتغير مكان الإقامة في الأسرة وفي دور المسننين.ووجدت فروق دالة على سمة القلق بين المسننين الذكور المقيمين مع أسرهم، والمسننين المقيمين في دور الرعاية. ووجدت فروق دالة على سمة القلق بين المسننين المقيمين مع أسرهم والمسننين المقيمين في دور الرعاية وفقاً لمتغير الفئة العمرية 71 سنة فما فوق. وأجرى تفاحة (2009) دراسة هدفت الكشف عن الفروق في كل من الصلابة النفسية والرضا عن الحياة بين المسننين المقيمين مع أسرهم، والمسننين المقيمين بدور الرعاية من الجنسين.تكونت عينة الدراسة من (120) مسناً ممن تزيد أعمارهم عن (65) سنة، ستون منهم يقيمون مع أسرهم، وستون يقيمون بدور الرعاية منذ أكثر من ثلاث سنوات. توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين المقيمين مع أسرهم والمقيمين بدور الرعاية في درجة الرضا عن الحياة والصلابة النفسية لصالح المقيمين مع أسرهم، وكذلك وجود فروق دالة إحصائياً بين الجنسين لصالح الإناث في الرضا ولصالح الذكور في الصلابة النفسية، وعدم وجود تفاعل بين الجنس والإقامة إلا على بعدي الثبات الانفعالي والتفاؤل والدرجة الكلية للصلابة النفسية؛ وظهر تفاعل مشترك بين الجنس والإقامة عليها. وقامت الدهان (2005) بإجراء دراسة حول تغير الوسط الطبيعي للمسننين وعلاقته بتوافقهم الاجتماعي، هدفت معرفة الفرق في مستوى التوافق الاجتماعي بين المسننين الذين يقيمون في الوسط الطبيعي والمسننين الذين يقيمون في دور الرعاية تبعاً لمتغيرات الجنس، العمر، المستوى التعليمي، والإقامة في الدور الحكومية أو في الدور الخاصة. تألفت عينة الدراسة من 164 مسناً ومسننة من محافظة دمشق سحبت بالطريقة العشوائية العرضية. بينت نتائج الدراسة: وجود فروق دالة إحصائياً في التوافق الاجتماعي بين المسننين الذكور الذين يعيشون في الوسط الطبيعي والذين يعيشون في دور الرعاية، وجود فروق دالة إحصائياً في التوافق الاجتماعي بين المسننين الذكور والإناث الذين يعيشون في دور الرعاية، بينما لم تظهر فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات المسننين الذكور والإناث الذين يعيشون في الوسط الطبيعي، ولم تظهر فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات المسننين وفقاً لمتغيرات: الفئة العمرية والمستوى التعليمي الإقامة في الدور الحكومية أو الخاصة. وأجرى السدحان (2000) دراسة اجتماعية على

الحالية؛ إضافة إلى أنه لم يعثر - في حدود علم الباحثين ومعرفتهما - على أية دراسة تناولت ابعاد ومتغيرات الدراسة الحالية معاً، وهذا ما تتميز به الدراسة الحالية. هذا ما حفز إلى إجراء مثل هذه الدراسات، وجاءت الدراسة الحالية لمعرفة الصحة النفسية لدى المسنين الفلسطينيين.

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

يواجه المسنون، صعوبات جمة على شكل مشكلات وصعوبات يومية حياتية أو اضطرابات نمائية وسيكوسوماتية، يكون فيها المسن في أمس الحاجة للمساعدة. وفي بعض الأحيان ولأسباب سيكولوجية واجتماعية أو اقتصادية لا يتوفر مثل هذه الدعم من الأسرة الطبيعية للمسن. وفي هذه الحالة فإن دور (بيوت) المسنين تكون بمثابة خيار بديل مفضل للمسنين لتوفير مصادر الرعاية والدعم والأمن النفسي يوفره القائمون على رعاية بيوت المسنين، وهذه الدراسة تحاول التعرف على واقع الصحة النفسية للمسنين الفلسطينيين نزلاء بيوت المسنين من خلال الإجابة على تساؤلات الدراسة الآتية:

- (1) سؤال الدراسة الرئيس: ما ابرز أعراض الاضطرابات السيكوماتية المؤثرة على الصحة النفسية لدى المسنين في منطقة بيت لحم؟
- (2) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الصحة النفسية الستة (عدم الكفاية، والاكتئاب، والقلق، والحساسية، والغضب، والتوتر) لدى المسنين الفلسطينيين في منطقة بيت لحم وفقاً لمتغيرات الجنس، العمر، مكان الإقامة، المؤهلات العلمية، مكان السكن؟

فرضيات الدراسة:

الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسطات الصحة النفسية في الأبعاد العيادية الستة (عدم الكفاية، والاكتئاب، والقلق، والحساسية، والغضب، والتوتر) لدى المسنين الفلسطينيين في منطقة بيت لحم تعزى إلى الجنس.

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسطات الصحة النفسية في الأبعاد العيادية الستة (عدم الكفاية، والاكتئاب، والقلق،

تحليل المتغيرات المستقلة وتشمل الخصائص الديموجرافية للمتلقى ومقدمي الرعاية والقدرات الفنية والمالية وكفاية مقدمي الرعاية ودرجة الدعم الاجتماعي. وانتهت نتائج الدراسة إلى تدني مستوى الرعاية الصحية والدعم الاجتماعي، وعدم كفاية الموارد المالية.

كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن بعض جوانب الرعاية هي فريدة من نوعها في كوريا الجنوبية. وقام توفان (Tufan, 2009) بدراسة طولية هدفت التعرف إلى السلوك الصحي لدى المسنين في تركيا؛ شملت الدراسة سبع مدن مختلفة في سبع مناطق جغرافية في تركيا للكشف عن الحالة الصحية، والأمراض لدى كبار السن. وأظهرت نتائج الدراسة أن من المشاكل الرئيسية لدى المسنين في تركيا تكمن في السلوكيات المتعلقة بالصحة، والوضع المالي، والضمان الاجتماعي. كما أشارت الدراسة إلى أن الأبحاث العلمية كشفت أن السلوكيات الصحية والحالات المرضية مرتبطة بالحالة الاجتماعية والاقتصادية للمسنين، ونوع الجنس، والعوامل الثقافية.

كذلك تبين أن الأمراض المزمنة شائعة بين كبار السن بالمقارنة مع باقي السكان. كما قام هوجو (Ogg, 2005) بدراسة هدفت إلى إجراء مسح حول المسنين في المنزل حيث تبين أن المجتمع البريطاني يغلب عليه المسنون، ويزداد عدد المسنين باستمرار، وأن العجز الشديد يزداد بطريقة واضحة عند المسن بعد سن السبعين. أما بالنسبة لقبول المسنين في أسرهم أو في دور الرعاية فقد بينت الدراسة أن 13% من الأسر يرغبون في إيداع المسنين في دور الرعاية و57% لا يرغبون بذلك. وأظهرت المقابلة للأسر الذين لم يقبلوا وضع أقاربهم في دور المسنين أن رأيهم قد اختلف بعد عام من مرافقة المسنين ورعايتهم في المنزل حيث رغبوا في إيداعهم دور المسنين.

يلاحظ من خلال استعراض الدراسات السابقة التي تناولت المسنين، أن معظم الدراسات اتفقت على معاناة المسنين من مشكلات متعددة، أهمها المشكلات الصحية والاقتصادية، والاجتماعية، والنفسية، والترويحية. كما تناولت الدراسات السابقة عدة متغيرات نفسية منها: القلق، والصلابة النفسية، والرضا عن الحياة، والتوافق الاجتماعي. وبما أن الدراسات التي تناولت هذا الموضوع قليلة وخاصة تلك التي تتعلق بالصحة النفسية وابعادها لدى المسنين، والتي تناولتها الدراسة

والسيكوماتية ذات التأثير الفعال على حياة المسن، مما يزدادنا بالمزيد من المعلومات والحقائق عن هذه الاضطرابات، وما يصاحب ذلك من إسهامات في بناء برامج وقائية وعلاجية تسهم في تحسين درجة الصحة النفسية لدى المسنين.

2. تسد ثغرة في هذا المجال، حيث تندر الدراسات التي تناولت الصحة النفسية لدى المسنين الفلسطينيين في بيوت المسنين والنوادي والبيوت في محافظة بيت لحم.
 3. قد تساعد نتائج هذه الدراسة الباحثين الذين يرغبون في عمل دراسات مشابهة لهذه الدراسة في بقية المحافظات الفلسطينية.
 4. توفر للمعنيين والمهتمين بعلم نفس الشيخوخة والمسنين بيانات ومعلومات لاتخاذ القرارات وإعداد البرامج التي قد تساعد في مواجهة تلك المشكلات والاضطرابات والتخفيف منها.
 5. الأهمية المجتمعية: تتمثل في إبراز دور بيوت المسنين من جهة في العناية والتكافل الاجتماعي وتقديم الخدمات للمسنين الفلسطينيين، ومن جهة أخرى تحقيق التوافق والصحة النفسية لهم.
- محددات الدراسة:** الدراسة محددة بأدواتها وعينيتها. فأدوات الدراسة (قائمة كورنل الجديدة، 1986) محددة بالتعريفات الإجرائية المستخدمة في هذه الدراسة. كما تتحدد بنتائجها، فلا يمكن تعميمها على كل المسنين الفلسطينيين والذين يعيشون خارج بيوت المسنين مع أسرهم الممتدة.

مصطلحات الدراسة:

- (1) الشيخوخة، Aging: يعرف كورسيني (Corsini, 1999) أن الشيخوخة من حيث انها العملية التي تتميز بتقدم الإنسان في العمر مع التشديد على التغيرات التي تطرأ على العمليات النفسية والعقلية والوظيفية، هي عملية تتأثر بعدة عوامل بيولوجية وسيكولوجية واجتماعية وبيئية.
- (2) الصحة النفسية Mental health: حالة ثابتة نسبياً يكون فيها الفرد متوافقاً من النواحي النفسية والاجتماعية والانفعالية مع نفسه ومع الآخرين، ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادراً على تحقيق ذاته

والحساسية، والغضب، والتوتر) لدى المسنين الفلسطينيين في منطقة بيت لحم تعزى إلى مكان الإقامة.

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسطات الصحة النفسية في الأبعاد العيادية الستة (عدم الكفاية، والاكتئاب، والقلق، والحساسية، والغضب، والتوتر) لدى المسنين الفلسطينيين في منطقة بيت لحم تعزى إلى العمر.

الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسطات الصحة النفسية في الأبعاد العيادية الستة (عدم الكفاية، والاكتئاب، والقلق، والحساسية، والغضب، والتوتر) لدى المسنين الفلسطينيين في منطقة بيت لحم تعزى إلى الحالة الاجتماعية.

الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسطات الصحة النفسية في الأبعاد العيادية الستة (عدم الكفاية، والاكتئاب، والقلق، والحساسية، والغضب، والتوتر) لدى المسنين الفلسطينيين في منطقة بيت لحم تعزى إلى المؤهلات العلمية.

الفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسطات الصحة النفسية في الأبعاد العيادية الستة (عدم الكفاية، والاكتئاب، والقلق، والحساسية، والغضب، والتوتر) لدى المسنين الفلسطينيين في منطقة بيت لحم تعزى إلى مكان السكن.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة التعرف إلى واقع الصحة

النفسية لدى المسنين الفلسطينيين في بيوت المسنين والنوادي والبيوت في محافظة بيت لحم، وكذلك التعرف على أثر بعض المتغيرات على الصحة النفسية للمسنين (الجنس، العمر، مكان الإقامة، المؤهلات العلمية، مكان السكن). وقصد الباحثان أيضاً معرفة مدى انتشار بعض الاضطرابات الانفعالية والمزاجية والسيكوماتية لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

أهمية الدراسة: تأتي قيمة وأهمية هذه الدراسة من

كونها:

1. تتمثل في دراسة الاضطرابات الانفعالية والمزاجية

من التوتر والإدراك والعصبية المصحوبة بنشاطات من الجهاز العصبي الذاتي (اللاإرادي) (صالح، 2009)

التعريفات الإجرائية لمفاهيم المقاييس الفرعية

القلق: يشير إلى الدرجة التي يحصل عليها المسن على قائمة كورنل المستخدمة في هذه الدراسة لقياس النواحي الانفعالية والمزاجية، ويكون المسن أكثر قلقاً كلما ارتفعت درجته عن المتوسط، وأقل قلقاً كلما انخفضت عن المتوسط، كما تعكسها البنود الفرعية لمقياس القلق.

الاكتئاب: يشير إلى الدرجة التي يحصل عليها المسن، ويكون أكثر اكتئاباً كلما زادت درجته عن المتوسط، وأقل اكتئاباً كلما انخفضت عن المتوسط، وذلك كما تم قياسها بالمقياس الفرعي "الاكتئاب" المتضمن في قائمة كورنل للنواحي الانفعالية والمزاجية.

عدم الكفاية: يشير إلى الدرجة التي يحصل عليها المسن، ويكون أقل كفاية وفاعلية كلما زادت درجته عن المتوسط، وأكثر كفاية وفاعلية كلما انخفضت عن المتوسط، وذلك كما تم قياسها بالمقياس الفرعي "عدم الكفاية" المتضمن في قائمة كورنل للنواحي الانفعالية والمزاجية.

الحساسية: يشير إلى الدرجة التي يحصل عليها المسن، ويكون أكثر حساسية كلما زادت درجته عن المتوسط، وأقل حساسية كلما انخفضت عن المتوسط، وذلك كما تم قياسها بالمقياس الفرعي "الحساسية" المتضمن في قائمة كورنل للنواحي الانفعالية والمزاجية.

الغضب: يشير إلى الدرجة التي يحصل عليها المسن، ويكون أكثر غضباً كلما زادت درجته عن المتوسط، وأقل غضباً كلما انخفضت عن المتوسط، وذلك كما تم قياسها بالمقياس الفرعي "الغضب" المتضمن في قائمة كورنل للنواحي الانفعالية والمزاجية.

التوتر: يشير إلى الدرجة التي يحصل عليها المسن، ويكون أكثر توتراً كلما زادت درجته عن المتوسط، وأقل توتراً كلما انخفضت عن المتوسط، وذلك كما تم قياسها بالمقياس الفرعي "التوتر" المتضمن في قائمة كورنل للنواحي الانفعالية والمزاجية.

واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن ولديه القدرة على مواجهة مطالب الحياة، إلى جانب الشخصية المتكاملة والسوية (زهران، 2001).

ويعرف الباحثان الصحة النفسية إجرائياً: بأنها الخلو أو البرء من أعراض الاضطرابات الانفعالية والمزاجية، كما تم قياسها بقائمة كورنل الجديدة في المقاييس الفرعية العيادية التالية، عدم الكفاية، الاكتئاب، القلق، الحساسية، الغضب، التوتر، حيث انه كلما ارتفعت درجة المفحوص دل ذلك على غياب الصحة النفسية، وكلما انخفضت دل ذلك على التمتع بالصحة النفسية.

(3) **الاضطرابات الانفعالية** Emotional disorders: عرّف بوار (2007, par) الأفراد المضطربين انفعاليا بأنهم أولئك الذين يظهرون اضطراباً في واحدة أو أكثر من مظاهر الصعوبة المتمثلة في القدرة على التعلم والتي تفسر بأسباب عقلية أو حسية أو جسمية، صعوبة القدرة على بناء علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين، صعوبة التعبير عن الموقف الاجتماعي بطريقة مناسبة، الاستمرار في إظهار الانفعالات غير المناسبة أو حالة الحزن المستمرة، الاستمرار في إظهار الأعراض الجسمية المرضية أو المخاوف الشخصية. (الجرف، 2007) (www.b-dss.org/Down/main/Workshop)

أما إنجليش English فيري أنها حالة معقدة من الشعور تصاحبها بعض الأفعال الحركية والغدية (العيوسي، 2001). ويعرف الباحثان إجرائياً الاضطرابات الانفعالية بأنها حالة تائرة تغطي الجسم كله داخلياً وخارجياً، مصحوبة بتغيرات وجدانية تجعل السلوك يأخذ شكلاً معيناً هو الاضطراب

(4) **الاضطرابات المزاجية:** Mood disorders: تتسم الاضطرابات المزاجية بهبوط "اكتئاب، حزن، أو ارتفاع "ابتهاج أو مرح" مرضي في المزاج يستمر لأسبوع أو أكثر. هذا التغير في المزاج يمكن ان يحدث نتيجة لضغوط بيئية واضحة أو بدون ذلك. وغالبا ما يصاحب اضطراب المزاج تغير واضح في التفكير والسلوك والنوم وتقدير الذات (البخاري، 2008) (special.alwazer.com/show.php)

(5) **القلق:** Anxiety حالة انفعالية تتصف بأحاسيس "طارئة"

الطريقة والإجراءات:

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (105) مسناً ومسننةً من بين 201 مسناً ومسننة. وقد تم اختيار العينة من بيت القديس نيقولاوس (25)، ومن دار المسنين من الجمعية الانطونية في بيت لحم (30) والنوادي في بيت ساحور وبيت لحم (78) والبيوت (32) مسناً ومسننة تم اختيارهم بالطريقة الطبقيّة العشوائية البسيطة، والجدول (1) يبين توزيع أفراد العينة حسب خصائصها.

مجتمع الدراسة: مجتمع الدراسة هم المسنون الفلسطينيون في محافظة بيت لحم في العام 2013-2014، والذين يقيمون في بيوت المسنين وأندية المسنين والبيوت في مدن بيت جالا وبيت لحم وبيت ساحور والذين تتمثل نسبتهم في محافظة بيت لحم بنسبة 3.8% من إجمالي سكان محافظة بيت لحم وذلك بناءً على إحصائيات دائرة الإحصاء في محافظة بيت لحم.

جدول (1)

خصائص العينة الديمغرافية

القيم الناقصة	النسبة المئوية	العدد	المتغيرات
	23.8	25	ذكر
	76.2	80	أنثى
	15.2	16	أعزب
	40.0	42	متزوج
	44.8	47	مطلق وأرمل
	19.0	20	أمي
	42.9	45	ابتدائي
	10.5	11	إعدادي
	20.0	21	ثانوي
	7.6	8	جامعي فما فوق
5	86.1	87	مدينة
	13.9	14	قرية
	21.4	22	دون 65 سنة
	34.0	35	65-75 سنة
	44.7	46	فوق 75
	51.9	55	أندية
	17.9	19	داخلي
	30.2	32	خارجي

برودمان وزملاؤه.

وهي صورة مطورة عن نسخة كورنل الأصلية الصادرة العام 1946 والتي كانت تضم 101 سؤال و10 مقاييس فرعية وأصبحت تضم الآن 223

أدوات الدراسة:

وصف الأداة وصلاحيتها السيكمترية: لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على أسئلتها وفرضياتها، أعتمد الباحثان على قائمة كورنل الجديدة (1986) والقائمة من أعداد كيف

كيفية تطبيق المقياس وطريقة تصحيحه: تعد قائمة كورنل من المقاييس التي تُطبق بشكل فردي أو جماعي. تعطى الأسئلة للمفحوص، ويطلب منه الإجابة عن أسئلتها بعد إعطائه تعليمات الإجابة والمتمثلة في وضع علامة X أمام الإجابة، يستغرق وقت الإجابة عن الأسئلة ما بين 10-30 دقيقة، ويعتمد ذلك على المستوى التعليمي والحالة النفسية للمفحوص. وفي هذه الدراسة قام الباحثان بالتطبيق الجماعي على المفحوصين، واستغرق وقت الإجابة ما بين 45-60 دقيقة لكل جلسة جماعية ضمت كل جلسة 15 من المسنين من كلا الجنسين.

طريقة التصحيح: استخدم في هذه الدراسة الجزء المتعلق بالاضطرابات الانفعالية والمزاجية فقط. ويتضمن هذا الجزء بعد التعديل 48 سؤالاً، تتوزع على النحو الآتي:

جدول (2)

يبين المقاييس الفرعية ورموزها وعدد الأسئلة

عدد الأسئلة	الرمز	المقاييس الفرعية
9	M	عدم الكفاية
6	N	الاكتئاب
9	O	القلق
6	P	الحساسية
9	Q	الغضب
9	R	التوتر

يتم تصحيح المقاييس الفرعية بشكل مستقل، وذلك بإعطاء درجة على كل سؤال أجاب عنه المفحوص بـ "نعم"، أما الإجابة بـ "لا" فتعطى دائماً "صفر"، وعدد العبارات على المقياس الفرعي يساوي الدرجة الكلية له. للحصول على درجة المفحوص تجمع العبارات التي أجاب عنها المفحوص بكلمة "نعم" فقط، وكلما ارتفعت الدرجة زاد الاضطراب، وكلما قلت درجة المفحوص انخفض الاضطراب، وتتراوح درجة المفحوص بين صفر خال من الاضطرابات الانفعالية والمزاجية إلى (48) وتشير إلى اضطراب مرتفع.

سؤالاً و18 مقياساً فرعياً، أعدها للعربية محمود السيد أبو النيل (1995) جامعة عين شمس.

وصف المقياس: أعد هذا المقياس في الأصل كوسيلة للحصول على بيانات تتعلق بالنواحي السيكوسوماتية والعصابية لأغراض التفسير الإكلينيكي، إضافة إلى التقييم الإحصائي الذي يحدد وضع المفحوص بالنسبة لمقياس متخصص بالنواحي العصابية والاضطرابات السيكوسوماتية.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

صدق المقياس في البيئة الأمريكية: يشير معد المقياس بالعربية أبو النيل (1995) إلى أنه تم اختبار دقة القائمة في التشخيص و التقييم على 191 من المرضى الذين دخلوا القسم الطبي العام بمستشفى نيويورك؛ وعندما تم فحصهم بواسطة الأطباء دون أن تتوافر لديهم أية معلومات أخرى غير نتائج قائمة كورنل وجد أن التشخيص بواسطتها يتسم بالدقة بالنسبة لكل الحالات، إذ يتطابق التشخيص من خلالها في 94% من الحالات مع البيانات التي بالمستشفى، وجد أن معامل التقييم الإكلينيكي ونتائج القائمة تصل قيمته إلى 0.83.

صدق المقياس في البيئة المصرية: وجد أبو النيل (1995) أن معامل الثبات للمقياس يساوي 0.92 بطريقة التجزئة النصفية، ودرس صدقه بطريقة المجموعات المتناقضة فوجد أن معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى الدلالة الإحصائية 0.01، لدى فئتي الأسوياء وكذلك المرضى، مما يؤكد صدق المقياس.

صدق المقياس في البيئة الفلسطينية:

بحساب الصدق الظاهري للقائمة على البيئة الفلسطينية، من خلال عرض القائمة على مجموعة من المحكمين الذين يحملون درجة الدكتوراه في علم النفس والصحة النفسية. وقد تم بناء على الاقتراحات للسادة المحكمين استبعاد الفقرات التالية من القائمة كونها لا تنطبق على المسنين 48 C-D64- H111-135-K137-164-175-L. اشتملت القائمة المعدلة على ست مقاييس فرعية تقيس جوانب الصحة النفسية التالية (عدم الكفاية، الاكتئاب، القلق، الحساسية، الغضب، التوتر) يجيب عليها المفحوص بنعم أو لا.

المقياس (0.88) وقد عد ذلك مؤشرا ملائما للثبات. الجدول التالي (3) يبين ذلك.

ثبات الأداة: قام الباحثان باستخراج الثبات بطريقة كرونباخ α للاتساق الداخلي حيث تراوحت معاملات ثبات المقاييس الجزئية بين (0.46-0.75)، وبلغت α لجميع فقرات

جدول (3)

يبين مصفوفة معاملات الثبات للمقاييس الفرعية والدرجة الكلية

المجال	المقاييس الفرعية	عدد الفقرات	قيمة معامل الثبات كرونباخ α
الأول	عدم الكفاية	9	46.
الثاني	الاكتئاب	6	63.
الثالث	القلق	9	69.
الرابع	الحساسية	6	47.
الخامس	الغضب	9	70.
السادس	التوتر	9	75.
المجموع /الدرجة الكلية للثبات		48	88.

وتشخيصها كما هي عليه في الواقع للوصول إلى النتائج، فهو المنهج الأكثر مناسبة واستخداما لمثل هذه الدراسات، إضافة إلى سهولة فهم الظاهرة وفق هذا المنهج وبالتالي سهولة تفسيرها.

المعالجة الإحصائية: بعد جمع بيانات الدراسة وتبويبها، قام الباحثان باستخراج الأعداد والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، نتائج اختبار بيرسون ونتائج معامل الثبات كرونباخ ألفا ونتائج اختبار (ت) T. test لمعرفة الفروق بين المتوسطات، ونتائج تحليل التباين الأحادي ونتائج اختبار شيفية للمقارنات الثنائية البعدية وذلك باستخدام برنامج الرزم الإحصائية (SPSS).

نتائج الدراسة ومناقشتها:

أولاً: أسئلة الدراسة:سؤال الدراسة الرئيس: ما هي أبرز أعراض الاضطرابات السيكوماتية المؤثرة على الصحة النفسية لدى المسنين في منطقة بيت لحم؟ للإجابة على هذا التساؤل تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية كما هو واضح من الجدول (4).

إجراءات الدراسة: اتبعت الخطوات التالية لجمع وتحليل البيانات مع تحديد المتغيرات المطلوبة. تم تطبيق المقياس، قائمة كورنل الجديدة (1986) بشكل مباشر على المسنين في بيوت وأندية المسنين بحضور الباحثين. جرى التطبيق في بعض الحالات بشكل جماعي للمسنين الذين تسمح قدراتهم بذلك وخاصة الذين يعرفون القراءة والكتابة؛ وتمت المقابلات فرادى في الحالات المغايرة. استغرق التطبيق للحالات الجماعية (على شكل مجموعات) ما يقارب 45-60 دقيقة لكل جلسة جماعية؛ أما بعض الحالات الفردية فزاد عن 90 دقيقة. وكلف مساعدو البحث التعامل مع المسنين في البيوت. بعد جمع البيانات، تم ترميز المتغيرات وإعطائها قيمة رقمية، ونفس الأمر بالنسبة لفقرات أبعاد المقياس. ثم أدخلت البيانات إلى الحاسوب لإجراء المعالجات الإحصائية المناسبة له، وقد أجريت عمليات التحليل كما هو مبين في تصميم الدراسة ومعالجاتها الإحصائية.

منهجية الدراسة: نم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي في هذه الدراسة وذلك للإجابة على التساؤلات والفرضيات التي قدمتها الدراسة. يقوم هذا المنهج على وصف الظاهرة

جدول (4)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأعراض الاضطرابات السيكوماتية المؤثرة على الصحة النفسية لدى المسنين في منطقة بيت لحم مرتبة حسب الأعراض الأكثر شيوعاً كما توضحها أبعاد الدراسة وعلى الدرجة الكلية

رقم البعد ورمزه في القائمة	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
(P)4	الحساسية	1.45	.26
(Q)5	الغضب	1.41	.26
(R)6	التوتر	1.41	.29
(M)1	عدم الكفاية	1.40	.20
(N)2	الاكتئاب	1.33	.28
(O)3	القلق	1.30	.23
الدرجة الكلية		1.38	.18

في حين كانت أقل أعراض الاضطرابات السيكوماتية المؤثرة على الصحة النفسية لدى المسنين في منطقة بيت لحم تواتراً، المعالجة في احد المستشفيات النفسية بسبب الأعصاب بمتوسط حسابي (1.12)، تلاها اختبار انهيار عصبي بمتوسط حسابي (1.13)، ومن ثم اختبار احد الأفراد بانهيار عصبي بمتوسط حسابي (1.14)، تلاها معالجة احد أفراد الأسرة في مستشفى صحي أو عقلي (1.14) أخيراً الخوف من الناس الأماكن المألوفة والناس الأغرار بمتوسط حسابي (1.19).

ثانياً: فرضيات الدراسة:

الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسطات الصحة النفسية في الأبعاد العيادية الستة (عدم الكفاية، والاكتئاب، والقلق، والحساسية، والغضب، والتوتر) لدى المسنين الفلسطينيين في منطقة بيت لحم تعزى إلى الجنس. ولفحص هذه الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبارات العينات المستقلة وذلك كما هو واضح من الجدول (5).

يتضح من الجدول (4) أن متوسط أعراض الاضطرابات السيكوماتية المؤثرة على الصحة النفسية لدى المسنين في منطقة بيت لحم كانت متوسطة بشكل عام، حيث بلغ متوسط تقدير هذه الدرجات على مقياس الصحة النفسية المعدل (1.38). كانت ابرز هذه الأعراض المتعلقة بالحساسية بمتوسط حسابي (1.45)، تلاها أعراض ومشاعر الغضب بمتوسط حسابي (1.41) تلاها على التوالي التوتر (1.41) ومن ثم عدم الكفاية بمتوسط حسابي (1.40). جاء في المرتبة ما قيل الأخير الاكتئاب بمتوسط حسابي (1.33) وأخيراً الأعراض المتعلقة بالقلق بمتوسط حسابي (1.30). أما فقرات الدراسة المتعلقة بأبرز أعراض الاضطرابات السيكوماتية المؤثرة على الصحة النفسية لدى المسنين في منطقة بيت لحم، فكانت الرغبة في حضور أحد ما لتقديم النصح بمتوسط حسابي (1.64)، تلاها القيام بعمل الأشياء بشكل بطيء حتى لا يقعوا في الأخطاء بمتوسط حسابي 1.63، ومن ثم جاء في المقام الثالث الاحتراس على النفس وحتى مع تواجد الأصدقاء بمتوسط حسابي 1.61، تلاها في المقام الرابع من السهل إيذاء شعورهم بمتوسط حسابي (1.53)؛ وأخيراً في المقام الخامس أن المضايقات الصغيرة تثير أعصابهم وتجعلهم غاضبين بمتوسط حسابي (1.52).

جدول (5)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبارات للعينات المستقلة للفروق بين متوسطات الصحة النفسية في الأبعاد العيادية الستة (عدم الكفاية، والاكتئاب، والقلق، والحساسية، والغضب، والتوتر) لدى المسنين الفلسطينيين في منطقة بيت لحم تعزى إلى الجنس

الأبعاد العيادية	الجنس	العدد	المتوسطات الحسابية	الانحرافات المعيارية	درجات الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة الإحصائية
عدم الكفاية	ذكر	25	1.36	.18	103	1.297	.198
	أنثى	80	1.42	.21			
الاكتئاب	ذكر	25	1.25	.25	103	1.516	.132
	أنثى	80	1.35	.28			
القلق	ذكر	25	1.28	.21	103	.515	.608
	أنثى	80	1.31	.24			
الحساسية	ذكر	25	1.36	.26	103	2.132	.035
	أنثى	80	1.49	.26			
الغضب	ذكر	25	1.38	.25	103	.805	.422
	أنثى	80	1.43	.27			
التوتر	ذكر	25	1.29	.22	103	2.325	.022
	أنثى	80	1.44	.30			
الدرجة الكلية	ذكر	25	1.32	.16	103	1.947	.054
	أنثى	80	1.40	.19			

(عدم الكفاية، والاكتئاب، والتوتر، والقلق، والغضب).

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسطات الصحة النفسية في الأبعاد العيادية الستة (عدم الكفاية، والاكتئاب، والقلق، والحساسية، والغضب، والتوتر) لدى المسنين الفلسطينيين في منطقة بيت لحم تعزى إلى مكان الإقامة. ولفحص هذه الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة فيما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الدراسة وعلى الدرجة الكلية تعزى إلى مكان الإقامة. وذلك كما هو واضح من جدول (6).

تشير نتائج اختبار (ت) للفروق بين متوسطات الصحة النفسية في الأبعاد العيادية الستة لدى المسنين في منطقة بيت لحم تعزى إلى الجنس أن هنالك فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في الأبعاد العيادية المتعلقة بالحساسية والتوتر وعلى الدرجة الكلية ولقد كانت هذه الفروق لصالح المسنين اللواتي كانت متوسطات الصحة النفسية في الأبعاد العيادية أعلى من الذكور؛ حيث بلغت هذه الدرجة بشكل عام لدى الإناث 1.40 مقابل (1.32) لدى المسنين. بلغت تقديرات المسنين في البعد العيادي الحساسية (1.49) مقابل (1.36) لدى الإناث. وفي البعد العيادي التوتر (1.44) مقابل (1.29) لدى الإناث. في المقابل أظهرت نتائج اختبار (ت) عدم وجود فروق دالة إحصائية في أبعاد الدراسة المتعلقة

جدول (6)

يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق بين متوسطات الصحة النفسية في الأبعاد العيادية الستة (عدم الكفاية، والاكتئاب، والقلق، والحساسية، والغضب، والتوتر) لدى المسنين الفلسطينيين في منطقة بيت لحم تعزى إلى مكان الإقامة

الأبعاد العيادية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة الإحصائية
عدم الكفاية	بين المجموعات	.229	2	.114	2.867	.061
	داخل المجموعات	4.111	103	.040		
	المجموع	4.340	105			
الاكتئاب	بين المجموعات	.226	2	.113	1.487	.231
	داخل المجموعات	7.815	103	.076		
	المجموع	8.040	105			
القلق	بين المجموعات	.248	2	.124	2.403	.095
	داخل المجموعات	5.322	103	.052		
	المجموع	5.571	105			
الحساسية	بين المجموعات	.042	2	.021	.295	.745
	داخل المجموعات	7.261	103	.070		
	المجموع	7.303	105			
الغضب	بين المجموعات	.408	2	.204	3.113	.049
	داخل المجموعات	6.748	103	.066		
	المجموع	7.156	105			
التوتر	بين المجموعات	.208	2	.104	1.279	.283
	داخل المجموعات	8.385	103	.081		
	المجموع	8.594	105			
	داخل المجموعات	.152	2			
	المجموع	3.375	103			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	3.527	105	.076	2.318	.104
	داخل المجموعات	4.428	58	.033		
	المجموع	4.482	61			

من الجدول (7). في حين أظهرت نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي عدم وجود فروق دالة إحصائية في الأبعاد العيادية التالية (عدم الكفاية، والاكتئاب، والتوتر، والقلق، والحساسية) وعلى الدرجة الكلية حيث كانت الدلالات الإحصائية لهذه المجالات $\alpha \geq 0.05$ وهي غير دالة إحصائياً.

تشير النتائج الواردة في الجدول (6) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) للفروق بين متوسطات الصحة النفسية في الأبعاد العيادية الستة لدى المسنين في منطقة بيت لحم تعزى إلى مكان الإقامة في البعد العيادي الغضب. لمعرفة مصدر الفروق تم استخراج نتائج اختبار شيفيه للمقارنات الثنائية البعدية وذلك كما هو واضح

جدول (7)

يبين نتائج اختبار شيفيه للمقارنات الثنائية البعدية للفروق بين متوسطات الصحة النفسية في الأبعاد العيادية الستة (عدم الكفاية، والاكتئاب، والقلق، والحساسية، والغضب، والتوتر) لدى المسنين الفلسطينيين في منطقة بيت لحم تعزى إلى مكان الإقامة

الأبعاد العيادية	مكان الإقامة	المتوسطات الحسابية	الأندية	داخلي	خارجي
الغضب	الأندية	1.36			0.141
	داخلي	1.41			
	خارجي	1.50	0.141		

في الأبعاد العيادية الستة (عدم الكفاية، والاكتئاب، والقلق، والحساسية، والغضب، والتوتر) لدى المسنين الفلسطينيين في منطقة بيت لحم تعزى إلى العمر. ولفحص هذه الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار تحليل التباين الأحادي، وذلك لمعرفة فيما إذا كانت هنالك دلالة إحصائية في أبعاد الدراسة وعلى الدرجة الكلية تعزى إلى العمر وذلك كما هو واضح من الجدول (8).

تشير نتائج اختبار شيفيه للمقارنات الثنائية البعدية في البعد العيادي الغضب وفق مكان الإقامة انها كانت ما بين المسنين والمسنات الذين يقيمون خارج دور الرعاية والذين يترددون على الأندية ولصالح الذين يسكنون في بيوتهم وفارق (0.141).

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسطات الصحة النفسية

جدول (8)

يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق بين متوسطات الصحة النفسية في الأبعاد العيادية الستة (عدم الكفاية، والاكتئاب، والقلق، والحساسية، والغضب، والتوتر) لدى المسنين الفلسطينيين في منطقة بيت لحم تعزى إلى العمر

الأبعاد العيادية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة الإحصائية
عدم الكفاية	بين المجموعات	.158	2	.079	2.048	.134
	داخل المجموعات	3.867	100	.039		
	المجموع	4.025	102			
الاكتئاب	بين المجموعات	.184	2	.092	1.183	.311
	داخل المجموعات	7.771	100	.078		
	المجموع	7.955	102			
القلق	بين المجموعات	.369	2	.184	3.596	.031
	داخل المجموعات	5.130	100	.051		
	المجموع	5.499	102			

.178	1.758	.119	2	.237	بين المجموعات	الحساسية
		.067	100	6.749	داخل المجموعات	
			102	6.986	المجموع	
.366	1.015	.067	2	.133	بين المجموعات	الغضب
		.066	100	6.561	داخل المجموعات	
			102	6.695	المجموع	
.071	1.451	.117	2	.235	بين المجموعات	التوتر
		.081	100	8.089	داخل المجموعات	
			102	8.324	المجموع	
		.088	2	.176	داخل المجموعات	
		.032	100	3.247	المجموع	
.071	2.716		102	3.423	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		.076	58	4.428	داخل المجموعات	
			61	4.482	المجموع	

أظهرت نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي عدم وجود فروق دالة إحصائية في الأبعاد العيادية التالية (عدم الكفاية، الاكتئاب، التوتر، الغضب، الحساسية) وعلى الدرجة الكلية حيث كانت الدلالات الإحصائية لهذه المجالات $0.05 \geq \alpha$ وهي غير دالة إحصائياً.

تشير النتائج الواردة في الجدول (8) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) وفق متغير العمر لدى المسنين في البعد العيادي القلق ولمعرفة مصدر الفروق تم استخراج نتائج اختبار شيفيه للمقارنات الثنائية البعدية وذلك كما هو واضح من الجدول (10). هذا بينما

جدول (9)

نتائج اختبار شيفيه للمقارنات الثنائية البعدية للفروق بين متوسطات الصحة النفسية في الأبعاد العيادية الستة (عدم الكفاية، والاكتئاب، والقلق، والحساسية، والغضب، والتوتر) لدى المسنين الفلسطينيين في منطقة بيت لحم تعزى إلى العمر

الأبعاد العيادية	العمر	المتوسطات الحسابية	الأندية	داخلي	خارجي
القلق	دون 65 عاماً	1.40			0.156
	65-75 عاماً	1.31			
	فوق 75 عاماً	1.24	0.156		

المسنين في منطقة بيت لحم في البعد العيادي القلق تعزى إلى العمر كانت ما بين المسنين والمسنات الذين أعمارهم دون 65 سنة والذين أعمارهم فوق 75 سنة ولصالح الذين أعمارهم دون 65 سنة وفارق (0.156)

تشير نتائج اختبار شيفيه للمقارنات الثنائية البعدية للفروق بين متوسطات الصحة النفسية في الأبعاد العيادية الستة لدى

الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة فيما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية في الأبعاد العيادية للدراسة وعلى الدرجة الكلية تعزى إلى الحالة الاجتماعية وذلك كما هو واضح من الجدول (10).

الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسطات الصحة النفسية في الأبعاد العيادية الستة (عدم الكفاية، والاكتئاب، والقلق، والحساسية، والغضب، والتوتر) لدى المسنين الفلسطينيين في منطقة بيت لحم تعزى إلى الحالة الاجتماعية. ولفحص هذه

جدول (10)

يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق بين متوسطات الصحة النفسية في الأبعاد العيادية الستة (عدم الكفاية، والاكتئاب، والقلق، والحساسية، والغضب، والتوتر) لدى المسنين الفلسطينيين في منطقة بيت لحم تعزى إلى الحالة الاجتماعية

مستوى الدلالة الإحصائية	قيمة ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الأبعاد العيادية
.897	.109	.004	2	.009	بين المجموعات	عدم الكفاية
		.041	102	4.167	داخل المجموعات	
			104	4.176	المجموع	
.490	.718	.056	2	.111	بين المجموعات	الاكتئاب
		.077	102	7.899	داخل المجموعات	
			104	8.010	المجموع	
.691	.371	.020	2	.040	بين المجموعات	القلق
		.054	102	5.530	داخل المجموعات	
			104	5.570	المجموع	
.619	.481	.034	2	.068	بين المجموعات	الحساسية
		.071	102	7.220	داخل المجموعات	
			104	7.288	المجموع	
.888	.119	.008	2	.017	بين المجموعات	الغضب
		.070	102	7.103	داخل المجموعات	
			104	7.119	المجموع	
.850	.162	.014	2	.027	بين المجموعات	التوتر
		.084	102	8.532	داخل المجموعات	
			104	8.560	المجموع	
		.001	2	.001	داخل المجموعات	
		.034	102	3.508	المجموع	
.984	.016		104	3.509	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		.076	58	4.428	داخل المجموعات	
			61	4.482	المجموع	

والقلق، والحساسية، والغضب، والتوتر) لدى المسنين الفلسطينيين في منطقة بيت لحم تعزى إلى المؤهلات العلمية. ولفحص هذه الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة فيما إذا كانت هنالك فروقا ذات دلالة إحصائية في أبعاد الدراسة وعلى الدرجة الكلية تعزى إلى المؤهلات العلمية، وذلك كما هو واضح من الجدول (11).

تشير النتائج الواردة في الجدول (10) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) وفق متغير الحالة الاجتماعية على جميع الأبعاد وعلى الدرجة الكلية حيث كانت الدلالات الإحصائية لهذه المجالات $0.05 \geq \alpha$ وهي غير دالة إحصائياً. الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسطات الصحة النفسية في الأبعاد العيادية الستة (عدم الكفاية، والاكتئاب،

جدول (11)

يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق بين متوسطات الصحة النفسية في الأبعاد العيادية الستة (عدم الكفاية، والاكتئاب، والقلق، والحساسية، والغضب، والتوتر) لدى المسنين الفلسطينيين في منطقة بيت لحم تعزى إلى المؤهلات العلمية

الأبعاد العيادية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة الإحصائية
عدم الكفاية	بين المجموعات	.014	4	.004	.082	.988
	داخل المجموعات	4.321	100	.043		
	المجموع	4.335	104			
الاكتئاب	بين المجموعات	.301	4	.075	.987	.418
	داخل المجموعات	7.631	100	.076		
	المجموع	7.932	104			
القلق	بين المجموعات	.038	4	.009	.172	.952
	داخل المجموعات	5.532	100	.055		
	المجموع	5.570	104			
الحساسية	بين المجموعات	.064	4	.016	.227	.923
	داخل المجموعات	7.031	100	.070		
	المجموع	7.094	104			
الغضب	بين المجموعات	.067	4	.017	.238	.916
	داخل المجموعات	6.997	100	.070		
	المجموع	7.064	104			
التوتر	بين المجموعات	.118	4	.030	.356	.839
	داخل المجموعات	8.309	100	.083		
	المجموع	8.428	104			

.982	.100	.003	4	.014	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		.035	100	3.456	داخل المجموعات	
			104	3.470	المجموع	

النفسية في الأبعاد العيادية الستة (عدم الكفاية، والاكتئاب، والقلق، والحساسية، والغضب، والتوتر) لدى المسنين الفلسطينيين في منطقة بيت لحم تعزى إلى مكان السكن. لفحص هذه الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبارات للعينات المستقلة وذلك كما هو واضح من الجدول (12).

تشير النتائج الواردة في الجدول (11) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) وفق المؤهلات العلمية على جميع الأبعاد وعلى الدرجة الكلية حيث كانت الدلالات الإحصائية لهذه الأبعاد $0.05 \geq \alpha$ وهي غير دالة إحصائياً.

الفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسطات الصحة

جدول (12)

يبين المتوسطات الحسابية واستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبارات للعينات المستقلة للفروق بين متوسطات الصحة النفسية في الأبعاد العيادية الستة (عدم الكفاية، والاكتئاب، والقلق، والحساسية، والغضب، والتوتر) لدى المسنين الفلسطينيين في منطقة بيت لحم تعزى إلى مكان السكن

الأبعاد العيادية	مكان السكن	العدد	المتوسطات الحسابية	الانحرافات المعيارية	درجات الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة الإحصائية
عدم الكفاية	مدينة	87	1.40	.19	19	-536	.600
	قرية	14	1.44	.28			
الاكتئاب	مدينة	87	1.32	.28	19	-520	.604
	قرية	14	1.36	.27			
القلق	مدينة	87	1.29	.24	19	-1.215	.227
	قرية	14	1.37	.21			
الحساسية	مدينة	87	1.44	.27	19	-776	.440
	قرية	14	1.50	.25			
الغضب	مدينة	87	1.39	.25	19	-2.048	.043
	قرية	14	1.54	.27			
التوتر	مدينة	87	1.39	.29	19	-708	.481
	قرية	14	1.45	.29			
الدرجة الكلية	ذكر	87	1.37	.18	19	-1.417	.159
	أنثى	14	1.45	.22			

فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) في البعد العيادي المتعلقة بالغضب ولقد كانت هذه الفروق لصالح المسنين والمسنات الذين يسكنون في القرى بمتوسط

تشير نتائج اختبارات للفروق بين متوسطات الصحة النفسية للفروق في الأبعاد العيادية الستة لدى المسنين في منطقة بيت لحم تعزى إلى متغير مكان السكن أن هنالك

الفلسطينيين. هذه النتيجة تتفق مع الاعتقاد أن درجة انتشار الحساسية لدى الإناث أكثر منها لدى الذكور. ويرجع ذلك إلى جنسها بالدرجة الأولى. ترتبط الحساسية بمشاعر عدم الكفاءة لدى المسنات الفلسطينيات، بحكم التكوين الفسيولوجي والمرحلة العمرية والتي تعطي للمسنين الذكور أفضلية الشعور بالكفاءة إلى مراحل عمرية متأخرة. فالإناث أكثر تأثراً بالتغيرات العمرية المتعلقة بالجاذبية الجسمية، وتعاني الإناث بشكل عام من الحساسية بفعل التكوين الفسلجي العصبي المرتبط بالتغيرات الهرمونية، مثل الدورة الشهرية وانقطاع الطمث؛ وفي هذه المرحلة يصبح من الشائع نقص المهارة أو التناسق مما يجعلهن يفرطن في الحساسية بشكل عام.

فيما يخص متغير مكان الإقامة، بينت النتائج دلالة تعزى إلى المكان في البعد العيادي المتعلق بالغضب؛ في حين لم يتبين وجود دلالة في الأبعاد العيادية التالية: عدم الكفاءة، الاكتئاب، التوتر، القلق، الحساسية. وتشير النتائج إلى ارتفاع منسوب الغضب بين المسنين والمسنات الذين يقيمون خارج دور الرعاية، والذين يترددون على الأندية ولصالح الذين يسكنون في بيوتهم. هذه النتيجة تتفق مع دراسة تقاحة (2009) والدهان (2005) وتختلف مع دراسة بلان (2009).

أن معاناة المسنين الذين يقيمون في بيوتهم من الغضب أمر يدعو إلى التساؤل، لماذا؟ يعاني المسنون من مشاعر الغضب علماً بأنهم موجودون في بيئاتهم الطبيعية؛ قد يرجع ذلك إلى أن المسنين تتناهب مشاعر الغضب بسبب ما يحيط بهم من تهديدات حالية ومستقبلية، وإنهم لا يمتلكون القدرة على تغير الواقع الذي يعيشون فيه؛ كما تدل هذه النتيجة على أن المسنين أقل رضا عن أنفسهم وعن المجتمع (عوائلم)، مما يعزز الشعور بالغضب. ويعني ذلك أن غضبهم نابع من العزلة والشعور بالاغتراب الذاتي في بيئاتهم، ربما بسبب صعوبة تكوين علاقات مع الآخرين بسبب فجوة الأجيال أو فقدان الشريك أو وقت الفراغ.

أما ما يتعلق بمتغير العمر، فقد أظهرت النتائج دلالة تعزى إلى العمر في البعد العيادي القلق، في حين لم يتبين وجود دلالة في الأبعاد العيادية المتعلقة بعدم الكفاءة، الاكتئاب، التوتر، الغضب، الحساسية؛ والدرجة الكلية ما بين المسنين

حسابي 1,54 مقابل 1.39 لدى سكان المدن في المقابل أظهرت نتائج اختبار ت عدم وجود فروق دالة إحصائية في الأبعاد العيادية التالية (عدم الكفاءة، الاكتئاب، التوتر، القلق، والحساسية) وعلى الدرجة الكلية وهي غير دالة إحصائياً.

مناقشة النتائج وتفسيرها:

فيما يتعلق بنتائج سؤال الدراسة الرئيس عن أبرز الاضطرابات المؤثرة على الصحة النفسية، بينت نتائج الدراسة أن درجة شيوع هذه الاضطرابات كانت متوسطة بشكل عام. وجاءت الأعراض المتعلقة بالحساسية أولاً، ثم المشاعر الدالة على الغضب، يليها التوتر وعدم الكفاءة، وأخيراً الاكتئاب والقلق. أما المؤشرات الدالة عليها من فقرات المقاييس، فقد تمثلت في المعاناة من الوحدة، البطء في القيام بالأعمال، الاحتراس على النفس، إيداء الشعور بسهولة ثم سرعة الغضب. ويرى الباحثان أن شيوع الاضطرابات الدالة على غياب الصحة النفسية هو طبيعي بسبب المرحلة العمرية، وأن درجة الانتشار لهذه الاضطرابات يعتبر مؤشراً طبيعياً في هذه المرحلة العمرية، كما تؤكد النتائج أن المسنين والمسنات يعيشون الاضطرابات الدالة على غياب الصحة النفسية نفسها، والتي تضع المسنين في حالة من الارتباك والعجز والضعف وإلى مزيد من مشاعر القلق والتربق والخوف وفقدان الأمن. رغم ذلك لا يزال المسنون في المجتمع الفلسطيني يتمتعون بالدعم النفسي والاجتماعي والانفعالي من عوائلهم رغم وجودهم في بيوت المسنين؛ وتجدر الإشارة هنا إلى أن الغالبية منهم لا تقيم بصورة دائمة في بيوت ونوادي المسنين؛ إنما يمضون النهار فقط لتمضية وقت الفراغ ثم تتم إعادتهم إلى منازلهم الطبيعية في نهاية اليوم.

فيما يتعلق بمتغير الجنس، بينت النتائج دلالاته في البعد العيادي المتعلق بالحساسية والتوتر، لصالح المسنات، في حين لم يتبين وجود دلالة في الأبعاد العيادية التالية: عدم الكفاءة، الاكتئاب، التوتر، القلق، الغضب بين المسنين والمسنات. هذه النتيجة تختلف مع دراسة بلان (2009) وتقاحة (2005) والدهان (2005).

إذا كانت المسنات أكثر حساسية من المسنين، فإن ذلك يعني أن المسنات الفلسطينيات هن أكثر حساسية من المسنين

الانفعالات السلبية، الأمر الذي يتيح للفرد تكوين صورة واضحة عن ذاته يتمثل بها بشكل يضمن له الاستقرار الداخلي وحسن صحته النفسية.

فيما يخص متغير مكان السكن، بينت النتائج وجود دلالة في البعد العيادي المتعلق بالغضب لصالح المسنين الذين يسكنون القرى؛ بينما لم يتبين وجود دلالة في الأبعاد العيادية لعدم الكفاية، الاكتئاب، التوتر، القلق، الحساسية والدرجة الكلية ما بين المسنين والمسنات. واختلفت هذه النتيجة مع دراسة بلان (2009) وتفاحة (2009) وانفقت الدهان (2005).

لا يزال المجتمع الفلسطيني مجتمعاً تقليدياً محافظاً تشكل غالبية الأسرة الممتدة، والتي من أهم ما يميزها احترام وتقدير كبار السن والعناية بهم وتسمية الأبناء على أسمائهم، وكذلك استمرار سلطتهم سارية المفعول على الأبناء والأحفاد، الأمر الذي يفسر الشعور بالغضب لدى المسنين ذوي الأصول الاجتماعية الريفية بشكل خاص. الشيخوخة هي حالة عابرة في أطوار الحياة الفردية؛ يذهب جيل فيأتي غيره، تموت نبتة فتنبت أعداد كبيرة مكانها. إنها دورة الحياة التي يعتقد الشيخوخ أنها تشيخ معهم، وهم في ذلك واهمون. الجيل الذي استهلكت طاقاته وحيويته يتلاشى كي تأتي أجيال شابة تضحّ بالحياة من بعده، تجدد الحياة حيويتها وطاقاتها الوثابة من خلالهم، مستمرة في عملية النماء الذي لا يتوقف (حجازي، 2012، 56).

التوصيات

1. تقديم برامج إرشادية للمسنين تنمي قدراتهم على مواجهة ما يتعرضون له من مشكلات من خلال مؤسسات الصحة النفسية والإرشاد النفسي الحكومية وغير الحكومية.
2. توفير تأمين اجتماعي يوفر دخلاً ثابتاً للمسن.
3. تأكيد أهمية العلاقات الأسرية الدافئة في تخفيف الحساسية لدى المسنين وخاصة المسنات.
4. زيادة عدد المرشدين النفسيين المؤهلين والمتخصصين في الإرشاد النفسي للمسنين.
5. توفير الأجواء الملائمة في دور الرعاية لتخفيف القلق لدى المسنين المقيمين فيها.

والمسنات الذين تقل أعمارهم عن 65 سنة، والذين تزيد أعمارهم عن 75 سنة ولصالح الذين أعمارهم دون 65 سنة هذه النتيجة تتفق مع دراسة بلان (2009)، دراسة حجازي وأبو غالي (2010)، واختلفت مع دراسة الدهان (2005).

أنها سيكولوجية العمر؛ فمن المتوقع أن تزداد الاضطرابات الدالة على القلق مع الكبر نتيجة لفقدان الأمل في الحياة، وظهور التغيرات الجسمية والسيكولوجية والهormونية الدالة عليها، مثل العجز والضعف وبطء الحركة، وفقدان القدرة على الأبصار، وضعف السمع، والتي تعتبر نذير شؤم وفقدان للأمل والشعور باقتراب الأجل. وهذا يتفق مع ما جاء في دراسة هوجو (Ogg, 2005) من أن العجز الشديد يزداد بطريقة واضحة عند المسنين بعد السبعين. وتؤكد ذلك حجازي وأبو غالي (2010) أن المعاناة من القلق لدى المسنين يرتبط بظروف المجتمع الفلسطيني خاصة، حيث إن الصراع الفلسطيني-الفلسطيني من جهة ومع إسرائيل من جهة ثانية، وكذلك الأوضاع الاقتصادية السيئة، وسوء الأوضاع الصحية، والتفكك الاجتماعي كلها ظروف تؤدي إلى الشعور بالقلق.

أما ما يخص متغير الحالة الاجتماعية، فبينت النتائج عدم وجود دلالة على جميع الأبعاد العيادية والدرجة الكلية لها. تعتبر هذه النتيجة مخالفة لما جاء في الأدب السيكولوجي من أن الزواج من أهم مصادر الدعم النفسي والاجتماعي والعاطفي، فيما يتعلق بالحماية من تأثيرات الحياة الضاغطة والقاسية، وهو مؤثر في كل مستويات الحياة (كتلو وعبد الله، 2011).

وبصدد متغير المؤهلات العلمية، فتبين من النتائج عدم وجود دلالة على جميع الأبعاد العيادية والدرجة الكلية. هذه النتيجة تتفق مع دراسة الدهان (2005). من المتوقع أن يكون للمستوى التعليمي المرتفع آثار جانبية ايجابية تنعكس على الفرد في كل المراحل العمرية، تجعل الأشخاص ذوي المستوى التعليمي المرتفع أكثر وعياً من ناحية الصحة الجسمية أي الوعي الصحي، وكذا النفسية؛ فالمتعلمون أكثر وعياً بانفعالاتهم خاصة السلبية منها والسيطرة عليها والتحكم بها من مثل الضيق والتوتر والقلق والاكتئاب وغيرها من

المصادر والمراجع

المراجع العربية

- القرآن الكريم، سورة الروم (آية 54).
- أبو عوض، سليم (2008) *التوافق النفسي للمسنين*، ط1، دار أسامة، عمان.
- أحمد، علي فؤاد (1992) *الأبعاد الاجتماعية لرعاية المسنين* في (رعاية المسنين في المجتمعات المعاصرة)، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، البحرين.
- أمام، أسماء (2010) احتياجات السيدات المسنات في فلسطين، واحتياجاتهن الصحية والجسمية. *مجلة دراسات العلوم التربوية*، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن، 25 (2).
- باطة، أمال عبد السمیع (1999) *الصحة النفسية*، ط1، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- بن صنيان، محمد (1993) *التقاعد. المركز العربي للدراسات الأمنية: الرياض، السعودية*.
- بلان، كمال يوسف (2009) دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية أو مع أسرهم (دراسة ميدانية لدى عينة من المسنين في محافظات دمشق وريفها وحمص واللاذقية) *مجلة جامعة دمشق*، 25 (2+1).
- تفاحة، جمال السيد (2009) الصلابة النفسية والرضا عن الحياة لدى عينة من المسنين/ دراسة مقارنة، *مجلة كلية التربية، جامعة الإسكندرية*، 19 (3)، (أ).
- الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة (2002) *اليوم العالمي لكبار السن*، منظمة الأمم المتحدة.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2005) *كبار السن في الأراضي الفلسطينية: حقائق وأرقام* رام الله، فلسطين.
- حجازي، مصطفى (2012) *إطلاق طاقات الحياة (قراءات في علم النفس الإيجابي)*. التنوير للنشر والتوزيع والطباعة، بيروت.
- حجازي، جولتان، أبو غالي، عطف (2010) مشكلات المسنين (الشيخوخة) وعلاقتها بالصلابة النفسية "دراسة ميدانية على عينة من المسنين الفلسطينيين في محافظات غزة"، *مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)*، 24 (1).
- حسن، نورهان، فهمي، محمد (2000) *الرعاية الاجتماعية للمسنين*، المكتبة الجامعية، الإسكندرية.
- خليفة، عبد اللطيف محمد (1997) *دراسات في سيكولوجية المسنين*، دار الغريب للطباعة والنشر والتوزيع: القاهرة.
- الدهان، فانتن (2005) *تغير الوسط الطبيعي للمسنين وعلاقته*
- بالتوافق الاجتماعي*، (دراسة ميدانية على عينة من المسنين في محافظات دمشق وريفها وحمص واللاذقية)، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق، سوريا.
- الرازي، فخر الدين (1990) *"التفسير الكبير (مفاتيح الغيب)"*، ط1، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان.
- زهران، حامد عبد السلام (2001) *الصحة النفسية والعلاج النفسي*، عالم الكتب، القاهرة.
- زهران، حامد عبد السلام (1997) *الصحة النفسية والعلاج النفسي*، ط3، عالم الكتب، القاهرة.
- السدحان، عبد الله ناصر (2000) *العقوق - دراسة اجتماعية ميدانية على المسنين*، المكتبة الاجتماعية، المملكة العربية السعودية.
- صالح، قاسم حسين (2009) *الاضطرابات النفسية والعقلية وسيكولوجيا الشواند*، الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية، 14.
- عبد الخالق، أحمد محمد (1991) *أصول الصحة النفسية*، دار المعارف الجامعية، الإسكندرية.
- العبد، فقيه (2007) *أهمية الصحة النفسية للطلاب الجامعي، مجلة جامعة دمشق*، دمشق، 23 (2).
- العيسوي، محمد عبد الرحمن (2001) *موسوعة علم النفس الحديث*، علم النفس الشواد والصحة النفسية، (ط1)، دار الراتب الجامعية، بيروت، 5.
- غريب، عبد الفتاح غريب (1999) *علم الصحة النفسية*، ط1، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- فهمي، مصطفى (1990) *الصحة النفسية: دراسات في سيكولوجية التكيف*، ط2، مطبعة الخانجي، القاهرة.
- القريطي، عبد المطلب (1995) *مدخل إلى الصحة النفسية*، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- كتلو، كامل وعبد الله، تيسير (2011) نوعية الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية، *مجلة علم النفس*، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ع 89/88.
- كفاي، علاء الدين (1997) *الصحة النفسية*، ط4، هجر للطباعة، القاهرة.
- كيف برودمان وزملاؤه وآخرون (1986) قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية؛ ترجمة وتعريب، أبو النيل، محمود السيد (2001)، المؤسسة الإبراهيمية لطباعة الأوقست، القاهرة.
- محمد، نبال الحاج، واليحفوفي، نجوى (2007) *القلق العام والاضطرابات الجسدية لدى المسنين المتقاعدین والعاملین بعد*

المقيمين في دور رعاية المسنين في الأردن، *المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب*، 29 (58).
 النعيم، عبد الله العلي (2001) "رعاية المسنين: بين مسؤوليات المجتمع ودور الأسرة والمؤسسات الأهلية والرسمية"، ورقة مقدمة إلى ندوة (المدينة والمسنون: دور المدن والبلديات في رعاية المسنين) القاهرة، 20-22 فبراير.

سن التقاعد، دراسات عربية في علم النفس، رابطة الأخصائيين النفسيين، القاهرة، (2).
 الميلادي، عبد المنعم (2002) *الأبعاد النفسية للمسن*، مؤسسة شباب الجامعة، القاهرة.
 النابلسي، هناء حسني، العواملة، حنين علي (2013) أنماط الإساءة الاجتماعية، الصحة، النفسية التي يتعرض لها كبار السن داخل أسرهم، دراسة ميدانية على عينة من المسنين

المراجع الأجنبية

Bootzin, R.R. and Acocella, J.R. 1984. *Abnormal Psychology: Current Perspectives*. Random House Fourth ed.
 Corsini, Raymond. 1999. *The Dictionary of Psychology*, Oxford University Press. T.J. International Pad Stow, Cornwall, P. 301.
 Ecovich, E. 2005. "Elder Abuse and Neglect in Israel: A comparison between the General Elderly Population and Elderly New Immigrants". *Family Relations*. 54 (3): 436-447.
 Krop, N., Eunkyung, Y. and Minhong, L. 2007. "Factors Affecting Burden of South Koreans Providing Care to Disabled Older family". *International Journal of Aging and Human Development*. 64 (3): 245-262.
 Ogg, J. 2005. Social Exclusion and Insecurity Among Older Europeans: The Influence of Welfare Regimes.

Ageing Society, 1: 69- 90.
 Scogin, F., Morthland, M., Kaufman, A., Burgio, L., Chaplin, W. and Kong, G. 2007. "Improving quality of life in Diverse Rural Older Adults: A randomized Trial of Psychological Treatment". *Psychology and Aging*. 22 (4): 657-665.
 Tufan, I. 2009. Health Behavior among the elderly in Turkey: An Early Evaluation of the Geroatlas Study, *Educational Gerontology*. 35(5): 383-392.

مواقع الكترونية

الجراف، حصة (2007) الاضطرابات الانفعالية، (www.b-dss.org/Down/main/Workshop)
 البخاري، أمين (2008) اضطراب المزاج (special.alwazer.com/show.php)

**Mental Health Among Palestinian Elderly. Field Study of Mental Health Reality
Conditions among Palestinian Elderly (in elderly homes, and clubs) in
Bethlehem Governorate**

Kamil Katalo¹, Nahida al-Arja²

ABSTRACT

The study aimed to reveal the reality of mental health among the Palestinian elderly, and identify the effect of some variables on mental health (*sex, age, place of residence, educational qualifications, and marital status*). The study sample consisted of (105) Palestinian elderly (*males and females*). The study utilized the new Cornell Scale (1986) which has verified the psychometric efficiency of the scale. The study concluded that the symptoms of psychosomatics disorder affecting the mental health of the elderly were intermediate, and the most important symptoms were related mostly to sensitivity, then anger, tension, insufficiency, and finally depression. Regarding the sex variable, the study showed differences in the clinical sensitivity dimension in favor of the elderly, however, it did not show differences in the other dimensions of the study. As for the place of residence, it did not show differences at all dimensions, except for the anger dimension, in favor of those who live in their homes. The same applies to age variable with no differences of all dimensions, except for anxiety dimension in favor of those below 65 years, however, differences did not exist at all dimensions, the total degree of the marital status variable, and scientific qualifications. In the variable place of residence, there were no differences at all dimensions, except the anger dimension in favor of those who live in villages.

Keywords: Mental Health, the elderly.

1 Department of Psychology, Hebron University.

2 Department of Sociology, Bethlehem University.

Received on 16/3/2015 and Accepted for Publication on 17/9/2015.