دار المنظومة
DAR ALMANDUMAH
الرواد في قواعد المعلومات العربية

العنوان:	التدين وعلاقته بقلق الموت والاكتئاب واليأس ووجهة الضبط واحترام الذات: دراسة نفسية للمسنين فى مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية
المصدر:	المجلة المصرية للدراسات النفسية
الناشر:	الجمعية المصرية للدراسات النفسية
المؤلف الرئيسي:	المشوح، سعد بن عبدالله
المجلد/العدد:	مج21, ع70
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2011
الشهر:	فبراير
الصفحات:	203 - 259
رقم MD:	1009699
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
اللغة:	Arabic
قواعد المعلومات:	EduSearch
مواضيع:	الصحة النفسية، مرحلة الشيخوخة، السعودية، الاتجاهات السلوكية
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/1009699

© 2020 دار المنظومة. جميع الحقوق محفوظة.
هذه المادة متاحة بناء على الإتفاق الموقع مع أصحاب حقوق النشر، علما أن جميع حقوق النشر محفوظة. يمكنك تحميل أو طباعة هذه المادة للاستخدام الشخصي فقط، ويمنع النسخ أو التحويل أو النشر عبر أي وسيلة (مثل مواقع الانترنت أو البريد الالكتروني) دون تصريح خطي من أصحاب حقوق النشر أو دار المنظومة.

التدين وعلاقته بقلق الموت والاكتئاب واليأس ووجهة الضبط واحترام الذات: دراسة نفسية للمسنين في مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية

د. سعد بن عبدالله المشوح[1]

ملخص الدراسة

يعد التدين من المتغيرات المهمة في مرحلة الشيخوخة، وقد سعت الدراسة الحالية إلى التعرف على العلاقة المحتملة بين التدين ومستوى الصحة النفسية لدى المسنين، وقد تكونت عينة الدراسة من ١٢٠ فردا، (ن=٦٠) من الذكور، و(ن=٦٠) من الإناث، حيث استخدم الباحث مقياس التدين، وقلق الموت، والاكتئاب واليأس واحترام الذات ووجهة الضبط. وقد توصلت الدراسة إلى انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين الذكور والإناث في كل من التدين ومتغيرات الصحة النفسية، كما وجدت الدراسة أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين منخفضي ومتوسطي ومرتفعي التدين من المسنين الذكور والإناث على متغيرات قلق الموت والاكتئاب واليأس ووجهة الضبط واحترام الذات، كما وجدت الدراسة مجموعة من الارتباطات بين متغيرات الدراسة حيث وجد أن هناك ارتباطاً بين التدين وقلق الموت إيجابياً، وقلق الموت والاكتئاب واليأس (ايجابياً)، والتدين واحترام الذات واليأس (سلبياً)، والاكتئاب ووجهة الضبط (سلبياً). وباستخدام التحليل العاملي استخلصت من خلال الدراسة الحالية ثلاثة عوامل أساسية هي: ارتفاع الصحة النفسية مقابل التدين، اعتلال الصحة النفسية، و الاضطراب النفسي مقابل التدين لدى المسنين. كما وجدت الدراسة انه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين العمر والحالة الاجتماعية ومتغيرات الدراسة الحالية. وقد توصلت الدراسة إلى أن التدين ليس العامل الرئيسي في خفض مستوى الصحة النفسية لدى المسنين، ولكن شعور المسنين الذكور والإناث بقلق الموت، والاكتئاب، وشعورهم باليأس، وانخفاض الشعور بالأهمية لديهم، أدى إلى ارتفاع مستوى التدين لديهم، وقد خلصت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات التي تساهم برفع مستوى رعاية الصحة النفسية لدى المسنين في المملكة العربية السعودية.

المصطلحات الأساسية: التدين، قلق الموت، الاكتئاب، اليأس، وجهة الضبط، احترام الذات، المسنين.

---

[1] د. سعد بن عبدالله المشوح، أستاذ الصحة النفسية المساعد، قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض ت: ٠٠٩٦٦٥٥٥١٦٠٩٠
E-mail:moshawah@hotmail.com

التدين وعلاقته بقلق الموت والاكتئاب واليأس ووجهة الضبط واحترام الذات: دراسة نفسية للمسنين في مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية

د. سعد بن عبدالله المشوح
أستاذ الصحة النفسية المساعد
قسم علم النفس – كلية العلوم الاجتماعية
جامعة الأمام محمد بن سعود الإسلامية

مقدمة

اعتنى الدين الإسلامي برعاية الوالدين خصوصا والمسنين عموما، وهذا الاهتمام امتد إلى الرعاية النفسية والاجتماعية والوجدانية والعاطفية والطبية، وقد أمر الله سبحانه وتعالى عبادة المؤمنين على وجوب طاعة الوالدين ورعايتهم والاهتمام بشؤنهم، قال الله تعالى ﴿ وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا ۚ إِمَّا يَبْلُغَنَّ عِندَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُل لَّهُمَا أُفٍّ وَلَا تَنْهَرْهُمَا وَقُل لَّهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا (٢٣) وَاخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُل رَّبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا﴾ (الإسراء:اية ٢٣، اية ٢٤). وفي هذه الآيات دلالة واضحة على أهمية الاهتمام بالمسنين ورعايتهم في مرحلة الشيخوخة.

وقد بدأ الاهتمام بمرحلة الشيخوخة في البحوث النفسية والاجتماعية منذ أواخر الستينات من القرن الماضي، حيث ركزت معظم الدراسات على التغيرات النفسية والاجتماعية والفسيولوجية لمرحلة الشيخوخة، ويعد مفهوم الصحة النفسية من المفاهيم التي تحاول الدراسات النفسية حصرها وتحديد أبعادها لمرحلة الشيخوخة حيث تمثل مطلبا أساسيا لتوافق الفرد مع ذاته ومع المجتمع المحيط من حوله (Cicirell,2002;Field,2000). ويلاحظ انه على مستوى العالم يتزايد أعداد المسنين سنويا حيث يتوقع أن يتضاعف أعداد المسنين خلال هذا العام ٢٠١٠م إلى ٩٧٦ مليون نسمة، وإلى ١١٧١ مليون عام٢٠٢٠م، ويمكن عزو السبب الرئيس وراء ارتفاع نسبة المسنين عالمياً إنما يعود إلى تحسن أوضاع المسنين الاقتصادية والصحية والاجتماعية(Flint,2005). وفي المجتمع السعودي نجد أن أعداد المسنين قد تضاعفت خلال السنوات الماضية حيث بلغت أعداد المسنين في تعداد ١٤١٣هـ ٦٢٢،٢٨٨ ألف مسن يمثل الذكور ٣٥٥ ألف مسن، ويمثل عدد الإناث ٢٦٦،٧٣٥ ألف مسنة فقد بلغت نسبة المسنين الذكور بالنسبة لعدد السكان السعوديين الذكور ٥،٧% ونسبة الإناث بالنسبة لعدد الإناث ٤،٤% ،وقد بلغ نسبة سكان المملكة العربية السعودية

ممن تقل أعمارهم عن (١٥) سنة (٤٠%)، أما من تزيد أعمارهم عن (٦٥) سنه فتبلغ نسبتهم(٣%)، كما يبلغ متوسط العمر المتوقع للحياة في المملكة (٧٢) سنة لجميع السكان حيث يمثل ٧١ سنه للذكور و ٧٣ سنه للإناث (مصلحة التعداد السكاني،٢٠٠٥م). وترجع هذه الزيادة إلى ارتفاع مستوى الرعاية الصحية والعلاجية والوقائية، والتغير في نسبة المواليد والوفيات. وتعد دراسة أوضاع المسنين من الناحية النفسية والاجتماعية من ابرز موضوعات الدراسات النفسية، مع انه هناك ندرة في الدراسات النفسية للمسنين في المملكة العربية السعودية على وجهة الخصوص، كما أن المشكلات النفسية والتي تتعلق بمستويات الصحة النفسية والتكيف والتوافق النفسي والاجتماعي لمسنين ازدادت حدتها وانتشارها بين المسنين خلال السنوات الأخيرة، والتي أدت إلى زيادة انتشار المشكلات النفسية المتعلقة بالمسنين ورعايتهم ونوع الخدمات النفسية المقدمة لهم ومدى رضا وقبول المجتمع لهذه الفئة.

ويعتبر التدين المصدر الرئيسي للبشر في الوعي بالجوانب الروحية والقدرة على مواجهة الشدائد، والتي يأخذ التدين أو الالتزام الديني جانبا مهما في فعل الطاعات والابتعاد عن النواهي وعمل الخيرات، والإنسان المتدين هو الذي يحرص على الالتزام بقواعد الدين وإتباع أوامر الله سبحانه وتعالى واجتناب ما نهي عنه، ولذا كان التدين من أهم المتغيرات التي حاول المهتمين بدراسة السلوك الإنساني قياسه ومعرفة مدى تأثيره على الصحة النفسية للإفراد في مرحلة المراهقة والرشد، حيث اهتمت معظم الدراسات العربية لقياس التدين وعلاقته بالمتغيرات الاجتماعية والانحراف والجريمة، والتي تتركز في فئات عمرية محددة مثل المراهقين والراشدين(صالح الصنيع،٢٠٠٥م)، إلا انه ومن خلال الرصد العلمي للدراسات التي تتعلق بالتدين والالتزام في المجتمع السعودي اتضح أن هناك علاقة بين مستويات التدين المرتفعة والمتوسطة ونمو الشخصية والنضج الانفعالي وانخفاض الجريمة والتوافق النفسي والانفعالي لدى المراهقين والبالغين دون التطرق لمجال المسنين ومرحلة الشيخوخة، ومن هنا أصبح من الأهمية التعرف على العلاقة بين مستويات التدين في المجتمع السعودي وقلق الموت والاكتئاب واليأس ووجهة الضبط واحترام الذات كمتغيرات ذات دلاله لمستوى الصحة النفسية لدى المسنين وذلك نظرا لارتفاع أعداد المسنين في المملكة العربية السعودية خلال السنوات الماضية. وتعد التغيرات النفسية والخلو من الاضطرابات النفسية من أهم الخصائص التي يسعى الباحثين إلى تحديدها وتحديد العوامل التي تزيد من نسبة الاضطراب النفسي، وقد تناولت الدراسات العلمية في المملكة العربية السعودية والعالم العربي في حاجات المسنين اجتماعيا (ابراهيم العبيدي،٢٠٠٣م؛ عبدالعزيز الغريب،٢٠٠٩م)، أو الحاجات الغذائية(عامر،٢٠٠١م؛ايمان صادق،٢٠٠٥م؛ماريا

الزهراني وعفاف عامر،٢٠١٠م)، ولكن في حدود علم الباحث هناك ندرة في مجال الدراسات النفسية والسلوكية في المملكة العربية السعودية للمتغيرات التي تتعلق بمستوى الصحة النفسية للمسنين.

أن رعاية المسنين في المملكة العربية السعودية من المجالات التي تهتم بها وزارة الشؤون الاجتماعية حيث يوجد تسعة دور ايوائية وبلغ عدد المستفيدين منها (١٢١٥ مسن ومسنة) حتى نهاية عام ١٩٩٩م، من حيث تقديم الخدمات الايوائية التي تشمل السكن والخدمات الاجتماعية والرعاية الطبية للمسنين ممن لا يجدون عائلا لهم (عبدالله السدحان، ٢٠٠١م)، وتعد الدور الايوائية للمسنين في المملكة العربية السعودية من المؤسسات الاجتماعية التي تدعمها الدولة تحت مظلة المؤسسات الخيرية و وزارة الشؤون الاجتماعية مثل مؤسسة سلطان بن عبد العزيز للخدمات الإنسانية، التي تقدم الرعاية الطبية، والتأهيلية، والنفسية، والاجتماعية للمسنين، وأيضاً مركز الأمير سلمان الاجتماعي بالرياض، وقد تم إنشاؤه عام ١٤١٠هـ، ويقدم الرعاية المفتوحة لكبار السن، والعديد من البرامج الاجتماعية والصحية والثقافية والرياضية . وكذلك مركز الأمير فهد بن سلطان للمسنين بتبوك، حيث افتتح عام ١٤٢٠هـ، كما وضعت بعض الجمعيات مراكز متخصصة للمسنين، ومنها جمعية الملك عبدالعزيز بتبوك، وجمعية الخدمات الاجتماعية بسيهات ، والجمعيات الخيرية بحائل ، و بريدة، و الرس، و المنصورة، وجمعية الملك فهد النسائية بجيزان، وكلها أنشئت مراكز صغيرة لرعاية المسنين، وتقدم لهم رعاية طبية وغذائية ونفسية، إضافة إلى إعانات مادية وعينية تعين المسن الذي لديه أسرة في الإنفاق عليها، وتهتم جميع المؤسسات الايوائية بفئة المسنين الذين لا يجدون الخدمات داخل أسرهم أو من لا عائل لهم وبالتالي تعتبر الخدمات المقدمة للمسنين خدمات طارئة وتسعى لتقديم خدمات تمريضية أو اجتماعية محدودة (ابوبكر باقادر، ١٩٩٩م).

تعد مرحلة الشيخوخة من المراحل العمرية التي يمكن لقلق الموت والاكتئاب واليأس وانخفاض تقدير الذات و تغير وجهة الضبط الداخلية والخارجية التأثير فيها، فشعور المسن بدنو الأجل وتدهور القدرات العضوية وانخفاض التقدير الايجابي ووجود تصورات انفعالية غير سارة يمكن أن تؤدي إلى صعوبة في التكيف وانعزال اجتماعي ونفسي وتدهور بمستوى الصحة النفسية، كما يودي تقدم العمر بالمسنين إلى انخفاض في المشاركة الاجتماعية وعدم القدرة على التكيف، مما يؤدي إلى عدم قدرة البيئة الاجتماعية والأسرية على احتواء المسنين والقدرة على فهم مشكلاتهم النفسية ومدى ارتباط العديد من المتغيرات ببعضها البعض، كما أن التدين يمكن أن يعطى تصورا سلوكيا للعاملين بالمجال النفسي والاجتماعي لرفع مستوى التكيف والقدرة على مواجهة المشكلات

لدى المسنين (Cicirelli,2002). وتتناول الدراسة الحالية متغير التدين وعلاقته بمتغيرات ذات أبعاد مؤثرة في الصحة النفسية للمسنين، حيث يتضمن التراث النفسي إشارات واضحة لعلاقة التدين بالعديد من المتغيرات التي ترتبط بالصحة النفسية بشكل واضح.

مشكلة الدراسة:

تؤثر درجة التدين بمستوى التكيف الفردي للمسنين ومستوى الصحة النفسية لديهم، حيث أشار العديد من الدراسات الغربية إلى وجود علاقة ارتباطيه بين مستوى التدين لدى المسنين والصحة النفسية بما تتناوله من متغيرات مختلفة مثل قلق الموت والاكتئاب واليأس ووجهة الضبط واحترام الذات (Greenglass et al.,2006) كما أن العديد من الدراسات ترى أن هناك ارتباط موجب بين انخفاض مستوى التدين لدى المسنين وارتفاع مستوى قلق الموت والاكتئاب ومستوى التقبل الاجتماعي واحترام الذات لدى كلا الجنسين من المسنين، حيث أشار كلا من (Fried and Guralnik,1997; Carstensen,1992;Folkman,1984) إلى أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى التدين ومستوى الصحة النفسية (الاكتئاب واليأس واحترام الذات لدى المسنين، كما وجد ماك جوفرون وآخرين (McGovern et al., 2008) إن هناك ارتباط بين مستوى التدين ومستوى الصحة النفسية لكلا الجنسين من المسنين، والذي يشير إلى علاقات ارتباطيه بين ما يتعرض له المسنين من مشكلات في حياتهم اليومية وبين مستوى التدين، حيث وجد أن هناك ارتباط بين ارتفاع مستوى التدين وبين قدرة المسنين علي مواجهة ضغوط الحياة والقدرة على التوافق النفسي والاجتماعي بمن حولهم. وقد ذكر محمد غانم (٢٠٠٤م) أن التدين الجوهري والظاهري يلعب دورا بارزا في انخفاض قلق الموت والنظرة الايجابية للحياة لدى المسنين والمسنات في المجتمع المصري، وقد أشار في دراسته إلى أهمية دراسة التدين وعلاقته بالمتغيرات الأخرى المتعلقة بالشخصية لدى المسنين والمسنات.

تعد مرحلة الشيخوخة من المراحل العمرية التي تظهر من خلالها علامات الصحة النفسية الايجابية والسلبية بصورة واضحة. وقد أشار مدحت حسين (١٩٩٢م) أن أهم المتغيرات التي تكون مرتبطة بمرحلة الشيخوخة هي المتغيرات النفسية من حيث التمركز حول الذات، وشبه الانقطاع عن الحياة المجتمعية، وكذلك العناد وصلابة الرأي والميل إلى المديح والإطراء والتشجيع، وقد أشارت سهير احمد(١٩٨٧م) إلى أن معظم المسنين يتصف بالشك والريبة من الآخرين والانطواء والاكتئاب والخوف من الموت وانخفاض قيمة الذات، والإحساس بالفراغ الكبير وبدء العزلة التدريجية عن المجتمع، كل هذا يسبب الإحساس بفقدان أهميتهم، وعدم فائدتهم

للمجتمع، كما يشعر المسن بأن المجتمع قد حكم عليه بالنهاية وعدم الصلاحية وعليه أن ينتظر نهايته، حيث تعتبر مرحلة الشيخوخة الطريق لاعتلال الصحة النفسية والتي قد تساهم في إصابته بالمرض النفسي،كما يتعرض المسن لتغيرات مفاجئة لاضطرابات عقلية تؤثر على الصحة العامة للفرد، خاصة إذا ارتبطت بأحداث أخرى قاسية كموت شريك الحياة أو الأزمة الاقتصادية.

وقد توصل مدحت حسين (١٩٩٣م) إلى أن هناك العديد من المشكلات النفسية، التي يعاني منها المسنين ومن أهمها: الشعور بعدم الأهمية، والخوف الدائم، وصعوبة تعويض نقص القدرات، والاكتئاب. ويرى محمود(١٩٩٣م) أن المسنين معرضون للإصابة بالاكتئاب نتيجة شعورهم بالعزلة والخوف من المرض أو الموت أو التعرض للفقر نتيجة للتقاعد بعد حياة حافلة ومنتجة، مما قد يدفع البعض للانتحار، ومن أكثر المسنين تعرضاً لاكتئاب المسنين الذين عاشوا حياة هادئة منضبطة ومنسجمة في جميع نواحي الحياة، ثم واجهتهم صدمة التقاعد فيجدون أنفسهم ضحايا للاكتئاب، وقد يكون التدين هو المصدر الأساسي لارتفاع مستوى الصحة النفسية والشعور بالرضا حول الذات والقدرة على إبراز الهوية عند المسنين في مرحلة الشيخوخة حيث وجد (William and Chery,2004) أن الكثير من المسنين حينما يشعرون بتدهور في مستوى قدرتهم النفسية على التكيف وحينما يشعرون باليأس والانطواء فأنهم يلجأون إلى التدين واستخدام العبادات كأسلوب للتكيف النفسي والاجتماعي، وعلى الرغم من الاختلاف الديني والثقافي بين المجتمعات الإسلامية والمجتمعات الغربية إلا انه يمكن التنبؤ بمدى التأثير المتبادل بين التدين والصحة النفسية لدى المسنين، ولم يوجد حسب علم الباحث رصد علمي لمشكلات المسنين نفسياً في المملكة العربية السعودية من حيث مستوى الصحة النفسية وقدرتهم على تقبل المرحلة العمرية الحالية ومدى قدرة المجتمع على إدراك التغيرات النفسية لديهم، كما وجد الباحث أن الدراسات العلمية ركزت على المكانة الاجتماعية وتوزيع أعداد المسنين والرعاية الصحية المقدمة للمسنين، في حين أن هناك ندرة في حدود علم الباحث في الدراسات النفسية في المملكة العربية السعودية الجانب الديني وتأثيره في حياة المسنين واستخدام النواحي الدينية كمصدر للتحديد مستوى التوافق النفسي والرضا واحترام الذات والتكيف وعدم اليأس. ومن خلال ما سبق فان الدراسة تحاول الإجابة على التساؤل الأتي: **ما العلاقة بين مستوى التدين وقلق الموت والاكتئاب واليأس ووجهه الضبط واحترام الذات لدى المسنين في المملكة العربية السعودية.**

أهمية الدراسة:

تتحدد أهمية الدراسة الحالية من أهميتها متغيراتها في مرحلة الشيخوخة من حيث التغيرات البيولوجية التي يتعرض لها المسنين والتغيرات النفسية والاجتماعية، كما أن الزيادة المطردة في أعداد كبار السن حيث تشير الإحصائيات إلى أن عدد الأشخاص الذي بلغوا ٦٠ سنة فأكثر على مستوى العالم عام ٢٠٠٠م يصل إلى حوالي ٥٩٠ مليون شخص، ويتوقع أن يصل إلى ٩٧٦ مليون شخص عام ٢٠٢٠م. كما أن نسبة كبار السن أكثر ارتفاعاً في المنطقة العربية، حيث وصلة نسبتهم إلى (٥,٣%) عام ١٩٩٩م، ومن المتوقع أن تصل إلى (٦,٨%) في عام ٢٠٢٥م، وإلى (١٢,٥%) عام ٢٠٥٠م، وهذه الزيادة ترجع إلى انخفاض معدلات الوفيات وزيادة توقعات معدلات الحياة (Tabbara, 2002; United Nations ,1998; Willaims&Domingo,1993).

الأهمية النظرية: أن الإغفال التام الذي يعانيه مجال الصحة النفسية للمسنين، مع الاهتمام الكبير بالفئات العمرية الأدنى، إذ أن معظم الدراسات النفسية في الوطن العربي والمملكة العربية السعودية اهتمت بمتغيرات الصحة النفسية لدى الشباب، بينما دراسات المسنين في معظمها ركزت على مشكلاتهم واحتياجهم الاجتماعية والصحية والاقتصادية، وحسب علم الباحث أن هناك ندره من الدراسات التي تناولت مستويات الصحة النفسية ومدى التكيف النفسي للمسنين. كما تكمن أهمية الدراسة الحالية في تناولها لعدد من المتغيرات الهامة والتي تشمل التدين وقلق الموت والاكتئاب واليأس ووجهة الضبط واحترام الذات، وهذه الأهمية العلمية تسعى لإثراء المكتبة العربية العلمية في مجال الصحة النفسية وإلقاء المزيد من الدراسات حول المتغيرات المتعلقة في مجال المسنين.

الأهمية التطبيقية: تتمثل الأهمية التطبيقية في مساعدة المهتمين في مجال دراسة المسنين من الناحية النفسية والاجتماعية على التعرف على تأثير المتغيرات المرتبطة بمرحلة الشيخوخة على بعضها البعض ومدى قدرة المسنين على التلاؤم والتوافق وسط البيئات العربية التي يعيشون ويتعايشون فيها. كذلك يحاول الباحث أن يدرس العلاقات الارتباطية بين هذه المتغيرات ومدى تأثيرها على مستوى الصحة النفسية للمسنين.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين التدين قلق الموت والاكتئاب واليأس ووجهة الضبط واحترام الذات لدى المسنين في المجتمع السعودي. وتفرع من هذا الهدف الأهداف الفرعية التالية:

١- التعرف على علاقة التدين بقلق الموت،الاكتئاب،اليأس، وجهة الضبط واحترام الذات لدى المسنين.

٢- التعرف على مستوى الصحة النفسية لدى لدي عينة من المسنين في المجتمع السعودي.

٣- التعرف على الفروق بين المسنين من الذكور والإناث في مستوى التدين ومتغيرات الصحة النفسية(قلق الموت،الاكتئاب،اليأس، وجهة الضبط واحترام الذات).

٤- التعرف على علاقة الخصائص الديمغرافية (العمر والحالة الاجتماعية) وعلاقتها بمستوى التدين وقلق الموت والاكتئاب واليأس ووجهة الضبط واحترام الذات لدى المسنين.

حدود الدراسة:

- **الحدود المكانية:** مدينة الرياض، وقد تم اختيار مدينة الرياض باعتبار أنها العاصمة السعودية والتي يمكن للباحث الوصول إلى اكبر عدد ممكن من المسنين من خلال الاتصال بمراكز رعاية المسنين مثل(مركز الأمير سلمان الاجتماعي) والمؤسسات والجمعيات التي تعنى بالمسنين. كما قام الباحث بالاتصال بأماكن تجمعات المسنين مثل مراكز الترفيه للمسنين وأماكن تجمعاتهم في المراكز التجارية، وقد استعان الباحث باخصائيات نفسيات لتطبيق أدوات الدراسة الحالية على عينة الإناث، وتم عقد ورشة عمل مهنية لمدة ثلاثة أيام بمعدل ٤ ساعات كل يوم للتأكد من قدرة الأخصائيات على العمل مع المقاييس النفسية وجمع البيانات بصورة دقيقة.
- **الحدود البشرية :** المسنين والمسنات بمدينة الرياض والبالغ عددهم (١٢٠) مسن ومسنة وقت تطبيق الدراسة.
- **الحدود الزمانية:** تم تطبيق أداوت الدراسة على المبحوثين في المدة من ٢٠٠٩/٩/١م وحتى ٢٠١٠/٨/١م. وقت استغرقت الدراسة هذه المدة نظرا لصعوبة الوصل إلى عينة الدراسة الحالية، خصوصا الإناث وذلك بسبب خصائص المجتمع السعودية الدينية والثقافية.

مصطلحات الدراسة

اولا: مفهوم المسنين Elderly People

استعمل العرب كلمة (المسن) للدلالة على الرجل الكبير فتقول أسن الرجل أي كبر وكبرت سنة، يسن أسنانا فهو شيخ (ابن منظور ، غير محدد سنة النشر : ٢٢٢)، كما تستخدم العرب

صفات وخصائص من استبانت فيه علامات الكبر وظهر عليه الشيب(ابراهيم مصطفى، ١٤١٠هـ،ص٩٨٣).وبعضهم يطلقها على من جاوز الخمسين، ويقال هرم وهو من بلغ أقصى الكبر وضعف فالهرم هو كبر السن، وتقول كذلك كهل، وجميع هذه الألفاظ تدل على كبر السن.

ويصنف عبداللطيف خليفة (١٩٩٧م) المسنين من حيث فئاتهم العمرية:

١- الكهل : وهو من يتراوح عمره بين ٦٠ – ٦٥ عاما ولا زال نشطا مشاركا في الحياة العامة.

٢- المسن : وهو من يتراوح عمره بين ٧٥-٨٥ عاما والذي ضعفت مشاركته في الحياة العامة وغالبا ما يكون ملازما للبيت.

٣- الهرم : وهو من يتراوح عمره ما بين ٨٥-١٠٠ عاما وازداد وهنا وملازما لفراشه.

٤- المعمر : وهو من بلغ سن المائة وتعداها وهو من أصبح غير قادر كليا على أداء وظائفه الأساسية ويحتاج للعون دائما وأبدا (عبداللطيف خليفة، ١٩٩٧، ص١٠).

وقد اتفق الباحثون على أن المسنين كمرحلة عمرية من مراحل النمو لها مظاهرها البيولوجية والنفسية والإجتماعية المصاحبة لها فهي الفترة التي يحدث خلالها ضعف انهيار في الجسم، واضطراب في الوظائف العقلية ويصبح الفرد اقل كفاءة وليس له دور محدد ومنسحب اجتماعيا وسيء التوافق ومنخفض الدافعية وغير ذلك من التغيرات (عبداللطيف خليفة، ١٩٩٧ م)، وتعرف لائحة دور الرعاية الإجتماعية بالمملكة العربية السعودية للمسن بأنه" كل فرد أصبح عاجزا عن رعاية وخدمة نفسه لأثر تقدمه في العمر وليس بسبب إعاقة أو شبهها"(عبدالله السدحان،١٤١٨ هـ، ص١٤). ومن جميع ما سبق من المفاهيم العلمية حول المسنين يرى الباحث أن معظم التعاريف العلمية الدراجة تتناول الإنخفاض في القدرات والصحة البيولوجية والنفسية والاجتماعية والتي تكون عادة مصحوبة بتغيرات حادة على المستوى الذاتي والإجتماعي والتي تؤثر على التوافق النفسي والاجتماعي. والتعريف الإجرائي لكبير السن في الدراسة الحالية هو: الفرد البالغ من العمر أكثر من ستين عاماً، من الذكور والإناث ويقيم بمدينة الرياض، ويحمل الجنسية السعودية.

ثانيا: التدين Religiosity

اختلف مفهوم التدين بناء على الحضارة والمجتمع الذي ينطلق منه هذا المفهوم، فمصطلح التدين في المجتمعات الغربية يعكس الإلتزام الشعائري لطقوس دينية بحتة، وقد ذكر الصنيع (٢٠٠٥م) إن التدين هو"التزام الفرد بتعاليم الدين مما يساعده على الوقاية من الاختلالات النفسية، كما يساعده ذلك على معالجتها إذا أصيب بها"(صالح الصنيع،٢٠٠٥م:١٣). ويعرف التدين إجرائيا:

في الدراسة الحالية انه الدرجة التي يحصل عليها المسنين على مقياس التدين من إعداد صالح الصنيع(١٤١٩هـ) والتي تدل الدرجات المرتفعة على مستوى تدين مرتفع والدرجات المنخفضة على مستوى منخفض من التدين.

ثالثاً: قلق الموت Death Anxiety

يعتبر مصطلح قلق الموت من المفاهيم التي يصعب تحديدها، وقد ذكر احمد عبدالخالق (١٩٨٧م) "أن مفهوم قلق الموت هو تركيب متعدد الأبعاد" (احمد عبدالخالق،١٩٨٧م.ص:٤٨). ويقصد بقلق الموت في الدراسة الحالية بأنه حالة انفعالية غير سارة تتضمن مشاعر متوترة وسلبية تجاه الموت ونهاية الحياة، ويعرف قلق الموت اجرائيا في الدراسة الحالية بالدرجة التى يحصل عليها المسن على مقياس قلق الموت المستخدم في الدراسة الحالية من إعداد تمبلر (١٩٧٠م)، ترجمة احمد عبدالخالق(١٩٨٧م).

رابعاً: الاكتئاب Depression

يشير مصطلح الاكتئاب إلى خبرات وجدانية ذاتية تظهر في أعراض الحزن، والانطواء والكآبة، والتشاؤم، والشعور بالفشل ، وعـــدم الرضا، والشـــعور بالذنب، وكراهية الذات، وإيذاء الذات، والانسحاب الاجتماعي، والتردد، وتغير وتشويه صورة الذات، واضطرابات في النوم، وظهور علامات التعب والإعياء، وأخيراً فقدان للشهية (Whitfield and Davidson,2008)، ويعرف الاكتئاب إجرائيا في الدراسة الحالية انه الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على مقياس بيك للاكتئاب، ترجمة عبدالفتاح غريب (١٩٨٥م).

خامساً: اليأس Hopelessness

يشير مفهوم اليأس إلى عدم الرضا الكلي للفرد عن الحياة والتوقعات السلبية المعممة عن المستقبل ، فتتميز حياة الفرد بنغمة سائدة من التشاؤم الشامل، والقنوط، والشعور بالوحدة النفسية، والمزاج المكتئب، ومشاعر عدم جدوى الحياة وكذلك عدم القدرة على إحداث تغيير له أثره، ويعرف اليأس إجرائيا في الدراسة الحالية انه الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على مقياس اليأس من إعداد هشام عبدالله (١٩٩٥م).

سادساً: وجهة الضبط Locus of control

تعتبر نظرية وجهة الضبط من النظريات النفسية الاجتماعية والتي تعكس تفسيرات علمية للسلوك الإنسانيو الشخصية الإنسانية، وقد عرف روتر (Rotter(1989 وجهة الضبط بالجهة

التي يعزى إليها السبب في السلوك، فقد أشار أن الأفراد ذوي وجهة الضبط الداخلي يعتقدون أن التدعيمات الايجابية أو السلبية التي تحدث للفرد في حياته ترتبط بعوامل داخلية، أو عوامل تتعلق بشخصية الفرد مثل الذكاء أو المهارة أو سمات الشخصية المميزة له في حين أن الأفراد ذوي وجهة الضبط الخارجي يعتقدون أن التدعيمات الايجابية أو السلبية التي تحدث للفرد في حياته ، أو ما يحدث له من حوادث طيبة أو سيئة ، يرتبط بعوامل خارجية غير شخصية مثل الفرص أو المصادفات أو تأثير الآخرين ، هي من أهم العوامل التي تلعب دوراً كبيراً في حياتهم. وتنقسم وجهة الضبط إلى وجهة ضبط داخلية ووجهة ضبط خارجية(مليكة،٢٠٠٤م)، وتعرف وجهة الضبط إجرائيا في الدراسة الحالية انه الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على مقياس وجهة الضبط، إعداد روتر (١٩٦٦م) Rotter، تقنين سعد المشوح (٢٠١٠م).

سابعاً: احترام الذات Self Respect

يشير مصطلح احترام الذات إلى الحالة الوجدانية والمعرفية التي يشعر الفرد من خلالها بذاته من خلال التقدير والأهمية العالية والتي ترتبط بصورة كبيرة بالاتجاهات المعرفية والاجتماعية التي يرى الإفراد أنفسهم من خلالها، وتحمل المعايير السلبية تجاه الذات والأهمية مضمونا معرفيا غير متوازن وانخفاضا واضح في احترام الذات للأشخاص الذي لا يشعرون بمستوى متوازن من تقدير الذات (Whitfield and Davidson,2008). ويعتبر احترام الذات المرتفع من المؤشرات النفسية التي تدل على فاعلية وقدرة الفرد على الاندماج والتعامل مع جميع ما يحيط به من مشكلات نفسية واجتماعية ويتأثر احترام الذات بالحكم والتقدير الداخلي والخارجي للفرد من خلال علاقاته واندماجه نفسيا واجتماعيا، ويعرف احترام الذات إجرائيا في الدراسة الحالية انه الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على مقياس احترام الذات، ترجمة ممدوحة سلامة (١٩٩١م).

الإطار النظري للدراسة

إن بداية الاهتمام العلمي بالمسنين يعود إلى بداية القرن العشرين، وإن كان التركيز على رعاية المسنين منذ البداية يقتصر على النواحي البيولوجية والعضوية. ومنذ عام ١٩٣٠م أصبح يُنظر لما يرتبط بكبر السن من متاعب على أنها مشكلة نفسية اجتماعية تستوجب من المجتمع الوقوف إلى جانب كبار السن، ومساعدتهم فيما يواجهونه من مشكلات (ابراهيم العبيدي ، ١٤٠٩ هـ) .وتعود الأصول العلمية لبدء علم دراسة المسنين، عندما قامت الجمعية النفسية الأمريكية عام ١٩٤٦م بإنشاء قسم لدراسات المسنين والنضج المتأخر، حيث أدركت الجمعية ضرورة أن لا تقتصر الأبحاث في مجال المسنين على العمليات البيولوجية والطبية لشيخوخة الإنسان، لقصورها على فهم

طبيعة هذه المرحلة بصورة كاملة، فلم تعد المسنين مجرد ظاهرة بيولوجية، بل يتعداها إلى الجوانب النفسية والاجتماعية والاقتصادية (هدى قناوي،١٩٨٧م). وقد أشارت معظم الدراسات التي أجريت في مجال المسنين للعديد من الآثار والمشكلات الناجمة عن الكبر، وتعد مشكلات ذات تأثير متبادل فيما بينها، ومن الصعوبة بمكان الفصل بين الدراسات التي تناولت التغيرات الاجتماعية والتغيرات النفسية والتغيرات الاقتصادية للمسنين نظراً إلى التداخل الشديد بينها. كما أن هناك العديد من التغيرات الاجتماعية والنفسية التي تصاحب مرحلة المسنين، التي من أهمها فقدان العلاقات الاجتماعية، والشعور بالوحدة والانطواء، والاكتئاب واليأس، والاعتماد على الآخرين، والخضوع لسيطرة وتحكم الراشدين بحيث تكون وجهة الضبط خارجية.

التدين والمسنين

يعتبر التدين من المتغيرات التي تثير جدلا علميا في المجتمعات العلمية حول قياسها والتعرف عليها، حيث أشارت العديد من الدراسات (Bergdahl et al.,2007 ;Field,2000; Russac et al.,2007) أن التدين سمة لا يمكن قياسها أو تحديد إبعادها في المجتمعات الإنسانية وذلك لارتباطها بمناحي دينية وعقائدية يعصب تحديدها، وقد حاولت العديد من العلوم مثل علم الشريعة وعلم الأديان وعلم الاجتماع وعلم النفس وأدبيات اللغة إعطاء تعريف علمي دقيق للتدين ولكن جميع هذه التعريفات تتحدد بحدود اجرائيه علمية تنطبق على فحوى العلوم التي قدمت هذه التعريفات، ولكن ومن وخلال المنظور الإسلامي للتدين فان التدين يمكن أن يطلق علية انه الالتزام الحقيق بعقائد الإسلام والإيمان الصحيحة وقد ذكر صالح الصنيع (٢٠٠٥م) أن التدين هو " التزام المسلم بعقيدة الإيمان الصحيح(الإيمان بالله وملائكته وكتبه ورسله وباليوم الآخر وبالقدر خيره وشره)، وظهور ذلك على سلوكه بممارسة ما أمر الله به والانتهاء عن إتيان ما نهى الله عنه" (صالح الصنيع،٢٠٠٥م:١٣).

يرجع اهتمام علم النفس بالدين والتدين إلى محاولات وليم جيمس عام ١٩٠٣م، الاعتراف بعلم النفس الديني والدعوي كفرع مستقل من فروع علم النفس، وقد انشاءت جامعة اكسفور عام ١٩٦٩م وحدة البحوث والخبرات الدينية والتي تهتم بدراسة الجانب الإنساني للدين (محمد غانم،٢٠٠٤م). ورغم الاختلاف بين الشرائع السماوية إلا أن هناك خصائص أساسية لجميع الشرائع وتعتبر عنصرا مشتركا في تفسير علاقة الإنسان بخالق الكون وهي:تصوير العالم المحسوس وما وراء الطبيعية، و الآراء والمذاهب التي تفسر العلاقات المتبادلة دينيا والواجبات والالتزامات الإنسانية تجاه الأديان، وأخيرا أنماط السلوك التي تجلب الثواب والعقاب عن طريق

الالتزام بمعايير الأديان واحترام قدسيتها (موسى وآخرون،١٩٩٦م). أن النزعة للتدين عند البشر منذ القدم وهي فطرة حقيقة فطر الله سبحانه وتعالى عليها أبناء أدم، فالتقرب لله سبحانه وتعالى يجعل الإنسان يشعر بنوع من الاطمئنان والسعادة والحصول على درجة عالية من التكيف والتقبل النفسي والاجتماعي، كما أنْ منظومة الاعتقاد الديني تعطى الإنسان قدرة على الشعور بالتأثر والتأثير بمبادئ الدين مع إحداث قدر من التغيير الداخلي والخارجي نحو العالم الذي يعيش فيه من خلال الانتماء للعقائد الدينية التي يؤمن بها الإنسان، وقد ذكر الله سبحانه وتعالى أهمية الإيمان وأتباع الحق قال الله تعالى في سورة طه ﴿وَمَنْ أَعْرَضَ عَنْ ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكًا وَنَحْشُرُهُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ أَعْمَى﴾ (أية:١٢٤)وقد ذكر ابن كثير(ت،٧٧٤هـ،ط ١٣٨٤هـ) أن المراد بضنكاً في الآية الكريمة أي لا طمأنينة له ولا انشراح لصدره، بل هما وحرجاً وهي عذاب القبر، ويمكن وصف التدين من الناحية النفسية على أساس انه العمل على أيجاد معنى للحياة من خلال الصور المعرفية والسلوكية لدى البشر، وهذه الصور تعكس قدرة الفرد على أداء الشعائر والعبادات مما يعطى الإنسان قدرا من الإيمان والطمأنينة.

أن محاولات النظريات النفسية إعطاء تصور حقيقي للتدين عن الإنسان كسلوك يمكن أن يتم قياسه والتنبؤ به وفق محددات نفسية، أسهم في جعل مصطلح التدين وفق النظريات النفسية أكثر تعقيدا وأصعب قياسا، وقد ظهرت تفسيرات للتدين ذات اتجاه تحليلي وتفسيرات غير تحليلية. حيث أشارت التفسيرات ذات الاتجاه التحليلي، سيجموند فرويد S.Freud أن التدين عصاب اجتماعي، وان الشعوب والإفراد يلجاؤن إلى التدين لتخفيف القلق والشعور بالذنب والتخلص من تأنيب الضمير نتيجة أفعال أو سلوكيات تم ارتكابها في مراحل عمرية مبكرة، كما أن الإفراد يلجاؤن إلى التدين لشعور داخلي لديهم بعدم الأمان والتهديد المستمر مما يجعل قدرتهم على التكيف داخل المجتمعات المتحضرة امراً صعب، وبالتالي ربط فرويد بين العصاب القهري لدى الشعوب والتدين، أي أن التدين سلوك جبري لا يستطيع البشر مقاومته، في حين اعتبر كارل يونج Jung أن التدين عملية تفاعلية ومكونا أساسيا من مكونات البشر والذي يعتمد على الإرث الثقافي والاجتماعي، وبالتالي يسعى البشر للوصول إلى الرضا النفسي عن طريق التدين (Sollod,1993). بينما فسر اريك فروم (١٩٧٨م) التدين من خلال النظرة إلى أن هناك نوعين من التدين لدى الشعوب، تدين تسلطي قهري وفيه يكمن مصدر قوة أعلى من البشر مما يشعرهم بالعجز والاستسلام ويجبرهم إلى التفكير بقدره الإله، وتدين إنساني وهو تدين اقل حده ويعطى البشر قدرة على تحقيق مستويات الذات المختلفة. كما أشارت النظريات ذات الاتجاه غير التحليلي مثل السلوكية والمعرفية أن التدين إنما يعكس سلوك اجتماعيا متعلم يحاول الإفراد تعلمه من خلال

المحاكاة، حيث ذكر كارل روجرز(١٩٦١م)Rogers أن التدين يعكس شروط الأهمية عند البشر، والتي تتمثل في الاستراتيجيات التي رسمها المجتمع والثقافة للمتدين و يجب أن يتصرف الأفراد تبعا لهذه الشروط وذلك كي يرون أنفسهم بشكل ايجابي، ونمو شروط الأهمية لدى الفرد إنما راجع إلى تقدير الآخرين ومدى حكمهم على خبرات الفرد على أساس أنها أكثر أو اقل استحقاقا للاعتبار الايجابي أو التقبل. وفي التفسيرات السابقة يبرز بوضوح التصور النفسي والربط التحليلي عن تأثير التدين على حياة البشر، وقد وجدت معظم الدراسات النفسية لدى المسنين أهمية التدين في مرحلة الشيخوخة حيث يركز المسنين الالتزام بأداء الواجبات الدينية والالتزام بزيارة دور العبادة والتقرب للخالق بفعل الطاعات واجتناب النواهي، وهي مؤشر على الإحساس بالمرحلة العمرية التي يمر بها المسن والإحساس بدنو الأجل لديهم.

المسنين و متغيرات الصحة النفسية

قامت العديد من الدراسات بحصر مشكلات المسنين في : قلق الموت والاكتئاب والأرق، والاضطراب الانفعالي، والشعور بالوحدة النفسية والتعصب للرأي، والانطواء، وصعوبة اتخاذ القرار، ومشكلات وقت الفراغ، والعزلة النفسية والاجتماعية اضافة إلى المشكلات الصحية والتي تشمل التدهور في الوظائف العضوية والفسيولوجية والطبية لدى المسنين (Fried & Guralnik,1997 Carstensen,1992;Folkman,1984).

ولقد حاولت العديد من النظريات الاجتماعية والنفسية تفسير سلوك المسنين وتحديد احتياجاتهم في مرحلة الشيخوخة وما يمكن أن يصاحبها من تغيرات اجتماعية وصحية ونفسية واقتصادية، وما ينتج عنها من احتياجات أو مشكلات، من خلال النظرة التكاملية والشمولية لمرحلة الشيخوخة، حيث ذكرت نظرية الانسحاب لكمنج Cumming أن الأفراد حين يصلون إلى سن الستين يبدؤون تدريجياً في تقليص الأنشطة التي كانوا يمارسونها حين كانوا في منتصف العمر، ذلك أن المسن يشعر انه بدأ يفقد ارتباطه بأوجه الحياة المحيطة به، و ينسحب المسن انسحاباً تاماً من البداية، ويظهر ذلك في زيادة الانشغال بنفسه، ويكثر الارتباط الديني لديه بالجوانب الروحانية والمعنوية التي يحاول من خلالها الاستعداد للحياة الأخرى والتي تقترب من مرحلة الموت، وتغيير أنماط العلاقات (في-عبدالطيف خليفة ،١٩٩٧م). بينما ركزت نظرية الأزمة هورلوك Hurlock على أن الكبر يمثل أزمة بالنسبة للمسن حيث تتمثل الأزمة التي يتبناها هذا الاتجاه بحالة سوء التوافق والقلق والخوف والاكتئاب والشعور بالدونية التي قد تنتاب المسن بعد أن سحب المجتمع منه أدواره ومسؤولياته، فإما أن يعبر عن ذلك بالصمت والانزواء وعدم التفاعل وظهور علامات

اعتلال الصحة النفسية وارتفاع نسبة الانطواء والاكتئاب والخوف والقلق من الموت، أو أن يعبر عن ذلك بالتوتر والمشاحنات والإساءة إلى علاقاته بالمحيطين به (في-فيصل الغرايبه، ١٩٩٩م). وترى نظرية الاستمرارية أن مرحلة الشيخوخة الناجحة هي التي تتصف بالقدرة على المحافظة، والاستمرار على الأدوار والنشاطات والعلاقات في مرحلة المسنين (ابراهيم العبيدي، ١٩٨٩م). وتفترض النظرية أن المسن يحاول ما أمكن أن يتكيف مع مرحلة الشيخوخة من خلال إعطاء وقت أكبر للأدوار التي كان يزاولها قبل شيخوخته، عوضاً عن مزاولة أدوار جديدة، وتسند نظرية الاستمرارية في فرضيتها على النتائج التي تشير إلى أن كبار السن يحاولون أن يتمسكوا بأنماط حياتهم التي درجوا عليها، والتي من أبرزها الالتزام الديني والارتباط الروحاني بالقيم الدينية والتي توجد لدى المسنين مجال اكبر في التكيف والشعور بالقبول الذاتي والاجتماعي.

وقد ذكر اريكسون (١٩٨٦م) Erikson أن مرحلة المسنين بأنها مرحلة التكامل وهي المرحلة الأخيرة في حياة الإنسان (في-محمد غانم،٢٠٠٤م)، كما ذكر زهران (١٩٧٤م) " أزمة الكبر تعد على راس المشكلات التي يجب وضعها في الاعتبار فعندما يحل الكبر وما يصاحبة من زيادة وقت الفراغ، ونقص الدخل، يشعر الفرد في أعماق نفسه بالقلق على حاضره والخوف من مستقبله، مما قد يؤدي به إلى الانهيار العصبي، وخاصة إذا فرضت عليه حياته الجديدة بع الكبر الفجائي أسلوبا جديدا من السلوك لم يألفه من قبل ولا يجد في نفسه المرونة الكافية لسرعة التوافق معه، وعندما لا يكون مهيئا لهذا التغير إذا شعر أو أشعر من قبل الآخرين انه قد أصبح بلا فائدة (زهران، ١٩٧٤م: ٥١٣). وقد اختلفت النظريات النفسية في تفسير سبب ظهور الاعتلال العام في مستوى الصحة النفسية وتفسير الاضطراب النفسي بناء على المحددات العامة لتلك النظريات، حيث هاجم جورج كيلي(1977)G.Kelly بشدة فكرة النظر إلى الأشخاص الذين يعانون من مشكلات نفسية واجتماعية على أنهم مرضى، حيث يرى أن استخدام ما يطلق عليه "النموذج الطبي" للاضطراب يعيق محاولاتنا لفهم الناس، و تُعَرِّف نظرية البناءات الشخصية Personal Construct Theory(PCT) الاضطراب على أنه أي تصور شخصي يستخدم بشكل متكرر بالرغم من الإخفاق المتواصل. وبالتالي لا يوجد أي تصنيفات مرضية تستدعي التعامل معها مثل نوبات القلق أو الاكتئاب أو الفصام، أو اليأس، حيث ترى النظرية أن يمكن النظر للفرد على انه عالق نفسياً في تاؤيلات شخصية متكررة، وقد يصبح التأويل دائرة مغلقة فيميل الفرد إلى اختبار فرضياته مرات ومرات. ومن ثم يصبح غير قادر على تقبل ما تتضمنه المستجدات فبما يراه. قد يكون الفرد في حالة تشوش حين يصبح تأويله مبهماً إلى درجة أنه لا يستطيع أن يجمع الأشياء مع بعضها بالقدر الكافي الذي يمكنه من اختبار أي شيء. وقد ذكر البرت ايليس (Ellis,1987) في نظريته السلوكية

المعرفية Rational Emotive Behaviour Therapy أن هناك ارتباط بين وجود الاضطراب النفسي مثل القلق والاكتئاب وانخفاض تقدير الذات والأفكار غير العقلانية لدى البشر، حيث هناك اتصال وثيق بين التفكير والانفعال وهذا الاتصال قد يعيق السلوك الواقعي لدى البشر إذا اعتمد على الأفكار غير العقلانية. كما توصل بيك Beck إلى أن الاكتئاب ينشأ عند البشر بسبب التشويش والتشويه للواقع والذي يعتمد على الأفكار التقائية بشكل مباشر، في حين يرى مكينيوم Meichenbaumأن سبب ظهور الاضطراب النفسي عند البشر ناتج عن اختلال البناء المعرفي والذي يرتبط بالأحاديث الداخلية (حديث الذات) والتي ترتبط بصياغة السلوك والذي يدل على مؤشرات الاضطراب النفسي مثل قلق الموت والاكتئاب وانخفاض التقدير الذاتي (في-محمد الشناوي،١٩٩٤م).

اولا: قلق الموت Death Anxiety

اختلفت تعريفات قلق الموت تبعا لاختلاف الأطر النظرية التي تنبثق منها، وقد ذكر عبدالخالق(١٩٨٧م) أن قلق الموت لا يشير إلى خوف محدد وبالتالي يصعب تحديده وتعريفه إجرائيا، ويشير تمبلر Templer (١٩٧٠م) إلى أن قلق الموت حالة انفعالية غير سارة تتضمن تصورا معرفيا لحالة الوفاة والاحتضار. كما عرف هولتر Hoelter (١٩٧٩م) قلق الموت بأنه استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت. أن قلق الموت شعور يهيمن على الفرد بان الموت يتربص به، في كل مكان وزمان يتواجد به، مما يجعله خائفا وغير قادر على التكيف النفسي والاجتماعي بشكل طبيعي. ومن ابرز أسباب قلق الموت ضعف الإيمان وعدم الإيمان بالقضاء والقدر، وتدنى مستوى العقيدة، وعدم القدرة على التكيف الديني لدى الإفراد (هشام مخيمر وعمرو عمر،١٩٩٩م).

وتختلف النظرة الإنسانية للموت وتصوره، حيث تشير معظم الدراسات إلى أن تصور قلق الموت عند المسنين يختلف عن الفئات العمرية الأخرى، حيث ذكر جرينجلاس وزملائه (Greenglass et al.,2006) أن تصورات الموت عند المسنين تتركز في ثلاثة أبعاد أساسية:

- الرغبة بالموت والإفصاح عنه كوسيلة لإشباع حالة اليأس وعدم التوافق النفسي والتكيف الاجتماعي.
- الموت يعد حالة للانتقال للعالم الأخر، وبالتالي يجب الاستعداد له والانتظار لمجيئه.

- أن الموت حادث لا محالة ولا يجب إنكاره.

كما أشار روساك واخرون (Russac et al.,2007) إلى أن هناك مكونات أساسية لقل الموت والتي تتمثل في الخوف ساعة الاحتضار، الخوف من الحياة الأخرى، الخوف انتزاع واحتضار الذات، الخوف من موت الآخرين، الخوف من فكرة التحلل وفناء الجسد. ومن ذلك يعتبر قلق الموت يعد مظهر للسلوك الإنساني المرتبط ببعد الصحة النفسية، والذي يمكن قياسه من خلال ملاحظة الأشخاص ومعرفة قدرتهم على مواجهة المواقف الشخصية التي يمرون بها، كما أن ارتباط قلق الموت بمتغيرات أخرى مثل الاكتئاب واليأس ووجهة الضبط ومستوى احترام الذات قد يزيد من عدم قدرة هؤلاء الأفراد على مواجهة مشكلاتهم النفسية والاجتماعية.

ثانيا:الاكتئاب واليأس واحترام الذات Depression, Hopelessness and Self Respect

يعرف الدليل التشخيصي والاحصائى الرابع للاضطرابات العقلية والنفسية (DSM-IV-TR,2004) الاكتئاب بأنه حالة مزاجية مكررة تعبر عن فقدان الاهتمام والمتعة في معظم الأحوال, حيث يشعر المريض بالذنب وصعوبة التركيز وفقدان الشهية للطعام وتغير الوزن، ومشاعر مؤلمة وكسل وفقدان الشهية للأكل, وتراوده أفكار حول الموت والانتحار. و يرى ميدن و بترسون (Maiden and Peterson,2002)، أن الاكتئاب واليأس وانخفاض تقدير الذات لدى المسنين بأنه حاله عصابية تتسم بالقلق الحاد وانتقاد وتشويه صورة الذات والقنوط, كما يمكن اعتبار الاكتئاب واليأس حالة انفعالية يشعر فيها الفرد بالحزن وفقدان السعادة والانسحاب الاجتماعي, والإحساس بعدم القيمة والنظرة التشاؤمية للمستقبل, كما يصاحبه هذا عدم القدرة على الانجاز وضعف الدافعية مع زيادة الحساسية الانفعالية, و الإحساس بالذنب نحو الذات والآخرين, كما يتسم بوجود بعض الإعراض الجسمية مثل التوهم المرضى, واضطراب الشهية والشعور بالإجهاد الدائم وتذبذب الرغبة في الأكل. و يفسر الاكتئاب واليأس من وجهة نظر التحليل النفسي انه شكل من أشكال الغضب الذي يتحول إلى الذات, حيث أن المسنين الذين يتعرضون للاكتئاب واليأس لا يستطيعون أن يعبروا عن هذا الغضب بشكل طبيعي، وهو ما يشعرهم بعدم القدرة والعجز وعدم القيمة (رشاد موسى،١٩٩٣م).

وهناك اختلاف في تحديد دوافع النظرة التشاؤمية وتحقير الذات لدى المسنين ـ يث يرى فيلد (Field,2000)أنها مرتبطة بالتكيف النفسي والاجتماعي للبيئة المحيطة بالمسن، حيث يتحول الفشل في الحصول على التقبل من الآخرين إلى حالة من عدم القدرة على التأقلم والإحباط وبالتالي إلى صورة من صور اليأس وتحقير الذات والتي غالبا ما تكون مرتبطة بمتغيرات متعددة للصحة

النفسية. في حين ترى النظرية السلوكية إن الاكتئاب واليأس عند المسنين حدث نتيجة ارتباط عدد من العوامل الاجتماعية والنفسية والتي تتضمن انخفاض تفاعلات المسن مع البيئة المؤدية إلى نتائج ايجابية له أو ارتفاع الخبرات السيئة التي مر بها خلال مراحل عمرية معينة مما يساعد على انخفاض تقدير الذات وتحقير الأعمال التي يقوم بها في البيئة المحيطة. كما ترى النظرية المعرفية (Ellis,1987) أن الاكتئاب واليأس إنما يحدث نتيجة النظرة الغير عقلانية للمسن حول ذاته وأفكاره وتأملاته والعالم المحيط به، حيث يشعر المسن انه عديم الجدوى وغير قادر على اتخاذ القرارات التي تؤثر بالبيئة المحيطة من حوله، مع وجود توقعات متكررة بأنه غير مرغوب فيه وفاشل ومنبوذ اجتماعياً، وبالتالي تكون هذه الأفكار مصدر تأملاته وحكمه على العالم المحيط من حوله، وهي صورة تعكس التنظيم المعرفي المحرف للمسن حول ذاته والعالم المحيط به، وتكون هذه الصورة التي يحملها في ذهنه هي مصدر حكمه لذاته والمجتمع من حوله.

ثالثا: وجهة الضبط Locus of control

تعد نظرية التعلم الاجتماعي لروتر Social Learning Theory (Rotter) من النظريات النفسية الاجتماعية والتي تعكس تفسيرات علمية للسلوك البشر وشخصياتهم، حيث أن هذه النظرية في الأساس لا تعتمد على تقديم تفسير دقيق للأساليب التي من خلالها يتم اكتساب أنماط معينة من السلوك الإنساني، وإنما هي نظرية كلية تهدف إلى التنبؤ بالسلوك الإنساني الذي يمكن حدوثه في موقف ما، فهي تؤكد على أداء الإنسان في المواقف الاجتماعية المختلفة (المشوح،٢٠١٠م).

وقد عرف روتر Rotter(1989) وجهة الضبط بالجهة التي يعزى إليها السبب في السلوك ، فقد أشار أن الأفراد ذوي وجهة الضبط الداخلي يعتقدون أن التدعيمات الايجابية أو السلبية التي تحدث للفرد في حياته ترتبط بعوامل داخلية، أو عوامل تتعلق بشخصية الفرد مثل الذكاء أو المهارة أو سمات الشخصية المميزة له في حين أن الأفراد ذوي وجهة الضبط الخارجي يعتقدون أن التدعيمات الايجابية أو السلبية التي تحدث للفرد في حياته ، أو ما يحدث له من حوادث طيبة أو سيئة ، يرتبط بعوامل خارجية غير شخصية مثل الفرص أو المصادفات أو تأثير الآخرين ، هي من أهم العوامل التي تلعب دوراً كبيراً في حياتهم. (سعد المشوح،٢٠١٠م). ويعرف لازاروس Lazarus (١٩٨٢م) وجهة الضبط حيث ذكر " أن الضبط الداخلي يتأثر بمعتقدات الفرد حول كفاءاته وقدراته على ضبط النتائج في عالمه الخاص، وكذلك فإن الضبط الداخلي يتوقف على توقعات الفرد الايجابية فيما يتعلق بالثقة والاعتماد على الأفراد الآخرين في عالمه، أما الضبط

الخارجي فهو عبارة عن توقعات الفرد السلبية مثل عدم قدرته على التحكم في نتائج الأحـــداث، أو اعتقاده بأنه يعمل في عالم عدائي " (Lazarus,1982,p10).

ويشير روتر (Rotter(1989 إلى أن وجهة الضبط تنقسم إلى قسمين :

١. وجهة الضبط الداخلية : وهي الدرجة التي يعتقد عندها الفرد انه يمارس عملية الضبط الذاتي في الأحداث ، ويشعر بالمسئولية عما يحدث له باعتباره نتيجة تصرفاته وتحكمه .

٢. وجهة الضبط الخارجية وهي الدرجة التي يرجع فيها الفرد أفعاله السلبية والايجابية لخـــارج نطاق ضبطه الشخصي.

وتعد وجهة الضبط بعدا من أبعاد الشخصية وتأخذ شكلاً متصلاً يشير إلى درجة اعتقاد المسن انه يمارس تحكماً ذاتياً في الأحداث المختلفة ويتحمل المسئولية الشخصية عما يحدث له، وعندما يحقق المسن انجازه مهما يكون مقداره باعتباره محصلة عوامله الدافعية، فإنه يشعر بقدر مناسب من الرضا الذاتي ويترتب على ذلك تحديد نمط انجازه ومستوى كفاءته، أما إذا كان المسن من ذوي الضبط الخارجي فسوف يعتمد على المتغيرات الموقفية الخارجية متوقعاً أن يحصل على ما يحصل عليه الآخرين من فرص أو حظ، وبالتالي يختلف نمط انجازه وتوقعاته ورضاه الذاتي.

الدراسات والبحوث السابقة

هناك العديد من الدراسات التي أجريت عن المسنين في المجتمع السعودي، وقد توصلت إلى النتائج التي تعطي مؤشرات معينة حول أوضاع المسنين في المجتمع السعودي، و حسب علم الباحث انه هناك ندره في الدراسات النفسية الميدانية التي يمكن أن تكون مؤشرا على الاهتمام النفسي بالمسنين بالمملكة العربية السعودية، وقد وجد الباحث دراسات تناولت التدين وعلاقته ببعض متغيرات الصحة النفسية لدى فئات عمرية تختلف عن المسنين ومعظم الدراسات التي طبقت في العالم العربي عن التدين كانت موجهة نحو طلاب وطالبات الجامعة، حيث أشارت عدد من الدراسات مثل دراسة (عبدالحميد نصار،١٩٨٨م، حسن حسن،١٩٩٠م، عبدالمحسن حماده، ١٩٩٢م، رشاد موسى،١٩٩٣م) إلى علاقة التدين بسمات الشخصية والسلوك ألتكيفي والتوافق النفسي لدى طلاب الجامعة، ولم يرد حسب علم الباحث دراسات علمية تطبيقية تناولت التدين وعلاقته بمتغيرات الصحة النفسية في مرحلة الشيخوخة في المجتمع السعودي، حيث وجد الباحث أن معظم الدراسات الميدانية ترتبط بالنواحي الاجتماعية مثل الدور الاجتماعي والمكانة الاجتماعية والاتجاهات الاجتماعية نحو المسنين وطرق رعاية المسنين وشعور المسنين بوقت الفراغ وعدم

التقبل النفسي والاجتماعي لهم، مثل دراسات(سهير احمد،١٩٨٧م؛ عفاف عدس، ١٤٠٩هـ؛ ابراهيم العبيدي، ١٤٠٩هـ ؛ابراهيم العبيدي، ١٤١٠ هـ؛ منى شويكة، ١٤١٥هـ؛ الخيف،١٩٩٧م؛البعد الواحد، ١٩٩٧م؛ سميرة المشهراوي، ١٩٩٨م؛ محمد المرعول ،١٩٩٨م؛ ثريا جبريل، ١٩٩٨م؛ عبدالله الرشود، ١٩٩٩م؛ لولوه البريكان،٢٠٠٠م؛عبدالمحسن السيف،١٩٩٩م ؛ثريا لاشين،٢٠٠٠م؛ابراهيم العبيدي وسامي الدامغ، ٢٠٠١م؛ عبدالله السدحان،٢٠٠١م؛ طلال الاسمري،٢٠٠٢م؛عبدالعزيز الغريب ،٢٠٠٩م).

وقد أشارمحمد غانم(٢٠٠٤م) في دراسته التي تناولت التدين وعلاقته بقلق الموت والإحداث السارة والنضرة للحياة لدى المسنين الذكور والإناث، وتوصل إلى ان هناك علاقة ذات دلاله ايجابية بين التدين الجوهري للمسنين الذكور وقلق الموت والنظرة الايجابية للحياة، كما توصل إلى انه هناك علاقة ارتباطيه سلبية بين قلق الموت والإحداث السارة للمسنين، بينما وجد أن هناك علاقة ارتباطيه سالبه بين التدين الظاهري وقلق الموت و الإحداث السارة والنظرة الايجابية للحياة لدى المسنات، وقد وجد الباحث أن متغير التعليم الجامعي للمسنين يلعب دورا ايجابيا في رفع قلق الموت لدى المسنين، كما أن متغير العمر يلعب دورا مهما في التدين لدى المسنين الذكور والإناث حيث وجد الباحث عدم وجود فروق ذات دلاله إحصائية بين المسنين الذكور في أبعاد التدين الظاهري وقلق الموت والنظرة للحياة، في حين انه توجد فروق لصالح الفئة العمرية الأقل من ٦٥ عاما في التدين الجوهري للمسنين الذكور والإناث. كما أن هناك فروق ذات دلاله إحصائية بين التعليم ما قبل الجامعي وما بعده بين المسنات في التدين الظاهري و قلق الموت و الإحداث السارة.

كما توصل سلطان العويضة (٢٠٠١م) في دراسته التي طبقت على عينة من المتقاعدين وغير المتقاعدين من الذكور والإناث بمدينة الرياض، إلى أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المتقاعدين من المسنين الذكور والإناث في قلق الموت وسمة القلق، حيث توصل إلى أن النساء المسنات أكثر إحساسا بقلق الموت من نظرائهم من الذكور في المجتمع السعودي. كما وجدَ جبر محمد(٢٠٠٢م) في دراسته عن الحالة العقلية لدى المسنين ومرضى العته والفصام أن هناك فروق بين الذكور والإناث من المسنين المصابين بالعته والفصام في الحالة العقلية، وهذه الفروق تعود لصالح الذكور، كما وجد أن هناك فروق بين المسنين في مرحلة الشيخوخة المبكرة والمتأخرة والمستوى التعليمي في الحالة العقلية، حيث ترتفع الحالة العقلية للمسنين الذكور والإناث بارتفاع المستوى التعليمي.

وقد توصل فيلد (Field,2000) خلال دراسته على المسنين من الذكور والإناث إلى انه لا

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين والمسنات في الاكتئاب والتدين واليأس وقلق الموت، كما توصل إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين التوجه للتدين واحترام الذات وانخفاض الاكتئاب واليأس. وقد وجدت ودراسة سيسيرل (Cicirelli,2002)،التي طبقت على المسنين والمسنات الخاضعين للرعاية النفسية بدور الإيواء، أن هناك تأثير واضح للرعاية النفسية في ارتفاع مستوى التدين لدى المسنين في مرحلة الشيخوخة وتأثيره على الشعور لديهم بالتوافق النفسي وفق متغيرات الصحة النفسية.

وقد أشارت دراسة ميدن و بترسون (Maiden and Peterson,2002)، التي طبقت على عينة من المسنين والمسنات في الولايات المتحدة، إلى أنه ليس هناك ارتباط بين متغير السن والحالة الاقتصادية والاجتماعية ومستوى الدخل والشعور بقلق الموت والاكتئاب واحترام الذات، كما وجدت الدراسة أن وقت الفراغ يمثل أهم المشكلات التي يواجهها المسنين مع صعوبة اكتشاف أدوار ووظائف اجتماعية جديدة تحل محل الأدوار والوظائف السابقة، كما أشارت الدراسة إلى أن هناك ارتباط بين مستوى التدين وشعور المسنين بقلق الموت والاكتئاب وانخفاض احترام الذات وتدهور صورة الهوية لديهم. في حين وجدت دراسة كلا من فيلينت (Flint,2006)، ودراسة روساك واخرون (Russac et al.,2007) إن التدين يعتبر مصدرا أساسيا في خفض قلق الموت عند المسنين الذكور والإناث، حيث وجدت الدراسة أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين ارتفاع مستوى التدين وانخفاض الشعور بقلق الموت لدى المسنين من كلا الجنسين من الذكور والإناث. وتعد دراسة كلا من فيلد(Field,2000)، و دراسة برجاهي واخرون (Bergdahl et al.,2007)، من أهم الدراسات التي تناولت التدين وعلاقته بمتغيرات الصحة النفسية، حيث وجدت الدراسة أن هناك علاقات ذات ارتباطات إحصائية بين متغيرات الصحة النفسية والتدين، وبين التدين وبعض المتغيرات الشخصية للمسنين، حيث وجد أن هناك علاقة طردية بين التدين ومستوى الشعور بقلق الموت لدى الذكور والإناث من المسنين وبين التدين والاكتئاب والشعور باليأس ووجهة الضبط.

وقد وجد ماك غوفر واخرون (McGover et al.,2008) أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مستويات التدين لدى المسنين ومتغيرات الصحة النفسية مثل قلق الموت، و الاكتئاب، واليأس، ووجهة الضبط، واحترام الذات، حيث وجد أن هناك فررق ذات دلالة بين منخفضي التدين ومتوسطي التدين من المسنين الذكور والإناث على الاكتئاب، واحترام الذات، كما وجدت الدراسة أن هناك علاقة بين الشعور بالرضا لدى المسنين للخدمات النفسية والاجتماعية وشعورهم بالتوافق النفسي والاجتماعي في المؤسسات الايوائية.

التعليق على الدراسات السابقة

من خلال العرض السابق للدراسات السابقة يرى الباحث أن جميع الدراسات السابقة كانت تتناول المسنين في مرحلة الشيخوخة من حيث الفئة العمرية، ويمكننا القول انه ليس هناك دراسة علمية في المملكة العربية السعودية تناولت متغيرات الدراسة الحالية من حيث متغير التدين وعلاقته بالصحة النفسية، حيث كانت معظم الدراسات تتشابه مع الدراسة الحالية من حيث عينة الدراسة من المسنين الذكور والإناث والفئة العمرية ولكن تختلف من حيث المتغيرات، إلا أن دراسة سلطان العويضة(٢٠٠٤م) تكاد تكون الدراسة العلمية الوحيدة التي تتناول أبعاد نفسية للمسنين في المملكة العربية السعودية وهي تتفق مع الدراسة الحالية في تناولها لمتغير واحد من متغيرات الدراسة الحالية وهو قلق الموت.

كما وجدت العديد من الدراسات الغربية والتي تتفق مع الدراسة الحالية من حيث العينة والمتغيرات مثل دراسات فيلد (Field,2000) و ميدن وبترسون (Maiden and Peterson,2002) و فيلينت (Flint,2006)، و روساك واخرون (Russac et al.,2007)، و برجاهي واخرون (Bergdahl et al.,2007)، وماك غوفر واخرون (McGover et al.,2008)، وسيسيرل (Cicirelli,2002). وبالتالي حاول الباحث من خلال استقراء الدراسات السابقة بناء الفروض الأساسية للدراسة الحالية والتي من خلالها تم التحقق من صحتها عن طريق التطبيق الإجرائي لأدوات الدراسة.

فروض الدراسة :

في ضوء الدراسات العلمية في الإطار النفسي والاجتماعي، في مجال التدين ومتغيرات الصحة النفسية لدى المسنين، تحددت الفروض على النحو التالي :

١- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين درجات الذكور والإناث من المسنين في كل من التدين ودرجاتهم في متغيرات الصحة النفسية(قلق الموت، الاكتئاب، اليأس، وجهة الضبط، احترام الذات).

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المسنين (مرتفعي ومتوسطي ومنخفضي) التدين على متغيرات الصحة النفسية (قلق الموت، الاكتئاب، اليأس، وجهة الضبط، احترام الذات) لصالح مرتفعي التدين من الذكور والإناث.

٣- توجد مكونات عامليه أساسية ذات علاقة بين متغيرات الدراسة (التدين والاكتئاب وقلق الموت واليأس ووجهة الضبط واحترام الذات) لدى المسنين.

٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت،و الاكتئاب، واليأس، ووجهة الضبط، و احترام الذات) والمتغيرات الديمغرافية (العمر، الحالة الاجتماعية)، لدى المسنين الذكور والإناث بمدينة الرياض في المملكة العربية السعودية.

إجراءات الدراسة

أولا: منهج الدراسة

المنهج هو الإطار العام الموجه للدراسة، وأحد الأركان الأساسية في الدراسات النفسية والعلوم الاجتماعية، وهو الذي من خلاله تتجه الدراسة وتتحد وفق أسلوب علمي متقن. وتم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي، حيث يرى الباحث بعد الإطلاع على مناهج البحث أن هذا المنهج مناسب للدراسة الحالية.

ثانياً: مجتمع وعينة الدراسة

أشتمل مجتمع الدراسة الكلي فئة كبار السن في مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية، ووفق إحصاء ٢٠٠٢م، يبلغ العدد الكلي للمسنين (٨٠٤.٢٢٨) مسن، منهم (٤٣٧.٢٤٣) من الذكور بما نسبته (٥٤.٦%) و (٣٦٦.٩٨٥) من المسنات بما نسبته (٤٥.٤%)، موزعين وفق الجدول التالي يوضح خريطة توزيع المسنين في مناطق المملكة المختلفة.

جدول رقم (١) توزيع المسنين في المملكة العربية السعودية

المنطقة	أعداد كبار السن					
	ذكور		إناث		المجموع	
	ن	%	ن	%	ن	%
الرياض	٧٣.٣٨١	٥٣.٤	٦٤.٠١٨	٤٦.٦	١٣٧.٣٩٩	١٧.٠٨
مكة المكرمة	١٠١.٤٥٦	٥٢.٥	٩١.٩٦٧	٤٧.٥	١٩٣.٤٣٢	٣٨.٣٦
الشرقية	٤٤.٧٦٩	٥٣.٥	٣٩.٠٣٣	٤٦.٥	٨٣.٨٠٢	١٠.٤
المدينة المنورة	٣٥.٩٦٩	٦٢.٠	٢١.٩٥٥	٣٨.٠	٥٧.٩٢٤	٧.٢
القصيم	٢٦.٣٧٧	٦٣.٣	١٥.٣٠٣	٣٦.٧	٤١.٦٨٠	٥.٩

المنطقة	أعداد كبار السن					
	ذكور		إناث		المجموع	
	ن	%	ن	%	ن	%
حائل	١٥.٩٥٣	٥٨.٩	١١.١٠٢	٤١.٤	٢٧.٠٥٥	٣.٣١
تبوك	٩.١٧٤	٥٦.٨	٦.٩٧٤	٤٣.٢	١٦.١٢١	٧.٩
الجوف	٧.٠٢٧	٦٢	٤.٣٠٥	٣٨.٠	١١.٣٣٢	١.٠٤
الحدود الشمالية	٥.٣٧٤	٦٣.٢	٣.١٢٨	٣٦.٨	٨.٥٠٢	١.٠٥
عسير	٤٦.٧٤٧	٥٠.٧	٤٥.٥٨٠	٤٩.٣	٩٢.٣٢٧	١١.٤
الباحة	١٩.٨٥٥	٤٤.٦	٢٤.٦٧٠	٥٥.٤	٤٤.٥٢٥	٥.٥
جازان	٤٣.٥٣٨	٥٧.٥	٣٢.٢١٧	٤٢.٥	٧٥.٧٥٥	٩.٤
نجران	٧.٦٥٠	٥٣.١	٦.٧٣٣	٤٦.٩	١٤.٣٨٣	١.٠٨
الإجمالي	٤٣٧.٢٤٣		٣٦٦.٩٨٥		٨٠٤.٢٢٨	%١٠٠

* وزارة التخطيط والاقتصاد (٢٠٠٥م). الكتاب الإحصائي الثامن والثلاثون. ص ٤٩-٦٠.

أما مجتمع الدراسة الفعلي فهم كبار السن المقيمين في مدينة الرياض، والذين يبلغ عددهم وفق الجدول السابق (١٣٧.٣٩٩) من الذكور والإناث، بما نسبته (١٧.٠٨%) من المسنين في المجتمع السعودي ككل. أما مجتمع عينة الدراسة فهم جزء من مجتمع كبار السن في منطقة الرياض، من السعوديين والسعوديات والذين تزيد أعمارهم عن ستين عاماً، وقد بلغ حجم (١٢٠) مسن (ذكور ن=٦٠، إناث ن=٦٠) وهذه العينة تمثل ما تنطبق عليهم محددات الدراسة من العمر والجنسية، ويمثلون ما نسبته (٠.٢%) من المجتمع الكلي لكبار السن في مدينة الرياض. وقد تم اختيار العينة عن باستخدام أسلوب العينة العشوائية البسيطة.

ثالثا: أدوات الدراسة

استخدمت الدراسة الحالية الأدوات التالية:

اولاً: مقياس التدين Religiosity Scale

وضع هذا المقياس صالح الصنيع(١٤١٩هـ)، وقد أطلق علية اسم مقياس التدين، ويقيس أربعة أبعاد أساسية في التدين وهي أولا: أركان الإيمان ويشمل هذا البعد على ٦ عبارات، ثانياً: أركان الإسلام ويشمل هذا البعد على ٩ عبارات، ثالثاً: الواجبات ويشمل على ١٨ عبارة، رابعاً:

المنهيات ويشمل على ٢٧ عبارة. ويتكون لكل عبارة ثلاث خيارات. حيث يشير المقياس إلى أن الحصول على درجات مرتفعه تدل على ارتفاع مستوى التدين والحصول على درجات منخفضة يدل على انخفاض مستوى التدين.وقد طبق وقنن المقياس على البيئة السعودية حيث تم اختبار ثبات وصدق المقياس في العديد من الدراسات مثل، دراسة الصنيع(١٤١٩هـ)، حيث قام الباحث بحساب قيم معاملات الثبات بطريقتين: إعادة التطبيق وكان معامل الارتباط ٠,٨٩ وطريقة التجزئة النصفية وكان معامل الارتباط٠,٩٤، (الصنيع،١٤٢٣هـ). وقـــد قام الباحث في الدراسة الحالية بحساب ثبات المقياس بطريقتين هما:

أ- إعادة الاختبار على عينة قوامها ٢٥ فردا من الذكور والإناث المسنين، بفاصل زمني ١٤ يوماً، وقد بلغت معاملات الثبات لدى الذكور ٠,٨١، ولدى الإناث ٠,٧٥، ولدى المجموعة الكلية ٠,٨٠، وهي معاملات مرتفعة.

ب- تحليل التباين وذلك باستخدام معادلة كيودر ريتشاردسون لحساب الاتساق الداخلي للأسئلة وكانت قيمة معامل الثبات (٠,٩٢) للذكور و (٠,٩٠) للإناث وهي قيم مرتفعه. وقد أستخدم معد المقياس عدة طرق لحساب صدق المقياس، منها صدق المحكمين والاتساق الداخلي والذي اظهر معدلات صدق مقبولة. وقد قام الباحث في الدراسة الحالية باستخدام الصدق التلازمي لحساب صدق المقياس، وذلك على عينة قوامها ٢٥ فرداً من الذكور والإناث من المسنين، وقد بلغ معامل الارتباط لدى الذكور (٠.٣٧) ، ولدى الإناث (٠,٤٠) ، ولدى المجموعة الكلية (٠,٣٦) ، وهى معاملات دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ .

ثانياً: مقياس قلق الموت Death Anxiety Scale

وضع هذا الاختبار دونالد تمبلر عام ١٩٧٠م، وقد أطلق علية اسم مختصـــر (DAS) وتعـــد اختصار للحروف الأولى من اسم المقياس الأصلي Death Anxiety Scale ويتكون المقياس من ٨٨ عبارة يجيب عنها المفحوص بنعم او لا بحيث تعطى درجة واحدة فقط لكل إجابة دالة علـــى قلق الموت(نعم او لا)، ثم تجمع الدرجات وتكون الدرجة النهائية هي التي تعبر عـــن ارتفـــاع او انخفاض قلق الموت، وافترض المقياس أن العبارات تقيس جوانب لحظة الاحتضار والموت كحقيقة نهائية ومطلقة. وقد اتسم هذا المقياس بثبات عالي في صورته الأصلية حيث كان معامـــل الثبـــات بطريقة إعادة الاختبار بفاصل زمني ثلاثة أسابيع إلى ٠,٨٠ أما الاتساق الـــداخلي فوصـــل الـــى ٠,٧٦، كما اتسم مقياس قلق الموت بالانتشار العالمي حيث تم ترجمتة وتقنينه علـــى العديـــد مـــن اللغات والثقافات ومنها العربية حيث قام احمد عبدالخالق(١٩٨٦م)، بترجمة و صـــياغة وتقنـــين

عبارات المقياس على البيئة العربية (الكويتية والمصرية والسعودية)، وكانت جميع معاملات الثبات لعبارات المختلفة للمقياس عالية حيث قام احمد عبدالخالق(١٩٨٧م) بحساب الثبات بطريقة إعادة الاختبار بعد أسبوع وكان معامل الثبات ٠,٩٠، وبطريقة التجزئة النصفية عن طريق معامل الارتباط باستخدام معادلة سبيرمان-براون تصل إلى ٠,٩٢ لدى الذكور و ٠,٩٤ لدى الإناث، وقد قام مترجم المقياس احمد عبدالخالق (١٩٨٧م) بحساب الصدق التلازمي للمقياس حيث بلغت معاملات الارتباط لمقياس قلق الموت النسخة العربية إلى ٠,٤٩ للذكور و ٠,٣٤ للإناث وكلها معاملات جوهرية عند مستوى ٠.٠١ وتشير هذه المعاملات إلى صدق تلازمي للمقياس يمكن الوثوق بها. وقد قام الباحث في الدراسة الحالية بحساب الصدق عن طريق استخدام الصدق التلازمي حيث تم حساب الارتباط بين المقياس الحالي وبين مقياس قلق الموت النسخة العربية (عبدالخالق،١٩٩٦م)، وذلك على عينة قوامها ٢٥ فرداً من الذكور والإناث من المسنين، وبلغت معاملات الارتباط لدى مجموعتي الذكور ٠,٥٧ والإناث ٠,٦٠ والعينة الكلية ٠.٥٨، وهي معاملات جوهرية عند مستوى ٠,٠١ .كما استخدم الباحث في الدراسة الحالية طريقتين لحساب ثبات المقياس، هما :

أ – الاتساق الداخلي للمقياس : حيث تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل بند بالدرجة الكلية للمقياس بعد حذف درجة البند ، وجاءت جميع الارتباطات جوهرية عند مستوى ٠,٠١ باستثناء الارتباطات الخاصة بالعبارات أرقام (٣،٦،٢٧،٥٥) فجاءت عند مستوى ٠,٠٥ .

ب – طريقة إعادة التطبيق: قام الباحث في الدراسة الحالية بحساب الثبات بطريقة التطبيق وإعادته بفاصل زمني ١٤ يوما، وبلغ معامل الثبات ٠,٨٩ ، كما تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية (فردي – زوجي) وبلغ معامل الارتباط بين نصفى المقياس ٠,٦٧، ثم صُحح الطول بمعادلة " سبيرمان – براون" وبلغ معامل الثبات ٠,٨٢ للذكور، و ٠,٨٠ بالنسبة للإناث،وهي معاملات ثبات مقبولة علمياً.

ثالثاً: مقياس الاكتئاب Depression Scale

قام بترجمة مقياس الاكتئاب للعربية عبد الفتاح (٢٠٠٠م) عن الصورة المختصرة لمقياس بيك للاكتئاب والمعروف إختصاراً بـ Beck Depression Inventory BDI، وهو من أكثر المقاييس النفسية شيوعاً في الاستخدام سواء على العينات الإكلينيكية أو العينات غير الإكلينيكية. ويتكون المقياس من ١٣ مجموعة من العبارات تتعلق كل منها بعرض من أعراض الإكتئاب وتتدرج بحسب الشدة في أربع عبارات بجوار كل عبارة درجة موضوعة تتراوح مابين صفر إلى

ثلاث درجات ويضع المفحوص دائرة حول الدرجة الموضوعة للعبارة التي يرى أنها تنطبق عليه. ويتراوح مجموع الدرجات على هذه الأداة ما بين صفر إلى ٣٩ درجة. وقد أستخدم معد المقياس طريقتين لحساب ثبات المقياس هما : طريقة القسمة النصفية. وقد قام عبدالفتاح غريب (٢٠٠٠م) بحساب الارتباط بين البنود الزوجية والفردية ، وبلغ معامل الارتباط ٠,٧٧، وطريقة إعادة التطبيق : فقد طبق المقياس مرتين بفاصل زمني شهر ونصف، وبلغ معامل الثبات ٠,٧٧ وفي إطار الدراسة الحالية، تم حساب ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق وبلغ معامل الثبات لدى الذكور (٠,٧١) ، ولدى الإناث (٠,٦٧) ، ولدى المجموعة الكلية (٠,٦٩) ، وهى معاملات ثبات مقبولة. وقد قد قام الباحث في البحث الحالي بحساب الصدق التلازمي للمقياس، من خلال الارتباط بينه وبين مقياس الاكتئاب في قائمة مراجعة الأعراض (SCL 90) (البحيري،١٩٨٤م)، وقد بلغت معامل الارتباط لدى الذكور (٠,٤٨)، ولدى الإناث (٠,٥١) ، ولدى المجموعة الكلية (٠,٤٩) ، وهى معاملات دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ .

رابعاً: مقياس اليأس Hopelessness Scale

قام هشام عبدالله (١٩٩٠م) بإعداد مقياس اليأس وهو مقياس سيكومتري يهدف إلى تقييم مشاعر اليأس ومكوناته وإعراضه، ويتم الإجابة على المقياس بطريقة ليكرت، حيث يعطي للمفحوص فرصة تحديد درجة موافقته على العبارة بين عدة درجات تتراوح بين ١ (أبدا) وحتى ٤(دائماً)، ويتراوح مجموع الدرجات على هذا المقياس مابين ٣٠ إلى ١٢٠ درجة، أعتمد مُعد المقياس في التحقق من صدق المقياس على الصدق التمييزي والصدق التلازمي. وقد جاءت الفروق جوهرية عند مستوى ٠,٠١. وقد قام الباحث الحالي بحساب ثبات المقياس بطريقة إعادة الاختبار وذلك بفاصل زمني مقداره أسبوعين، على نفس عينة الثبات المستخدمة في مقياس الاكتئاب، وقد بلغت معاملات الثبات لدى الذكور (٠,٨٢) ، ولدى الإناث (٠,٧٥)، ولدى المجموعة الكلية (٠,٨٠) ، وهي معاملات مرتفعة. كما قام الباحث باستخدام الصدق التلازمي لحساب صدق المقياس، وذلك من خلال حساب الارتباط بين المقياس الحالي وبين مقياس بيك للاكتئاب (عبد الفتاح، ٢٠٠٠ م)، وقد بلغ معامل الإرتباط لدى الذكور (٠,٣٧)، ولدى الإناث (٠,٤٠) ، ولدى المجموعة الكلية (٠,٣٦) ، وهى معاملات دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ .

خامساً: مقياس وجهة الضبط Locus of Control Scale

يعرف هذا المقياس بمقياس أو استخبار روتر (1966) Rotter لوجهة الضبط الداخلي-الخارجي ويرمز له بالرمز I-E Locus of Control ، وينسب إلى جوليان روتر G.Rotter ،

وقام بتقنينه على البيئة العربية علاء الدين كفافي (١٩٨٢م)، ويقيس إدراك الفرد للعالم المحيط به من ناحية علاقته بسلوكه، وما يحصل عليه من تدعيمات إيجابية أو سلبية ، كما يكشف عن طبيعة فهم الفرد لمفهوم العلية (السببية). ويتكون المقياس من ثلاثة وعشرين بندا، وكل واحد منها يتضمن عبارتين، إحداهما تشير إلى وجهة الضبط الداخلية والأخرى تشير إلى وجهة الضبط الخارجية. وقد قام سعد المشوح (٢٠١٠م) بتطبيق مقياس وجهة الضبط على البيئة السعودية حيث قام بحساب صدق الاتساق الداخلي وذلك باستخدام معامل الارتباط بيرسون بهدف معرفة ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للمقياس وقد أظهرت قيم معاملات ارتباط مرتفعه ودالة عند مستوى دلالة (٠,٠١) حيث تراوحت القيم بين(٠,٥١٠) و (٠.٧٩٥) وهي درجات مرتفعه من الاتساق الداخلي للمقياس وقوة الارتباط بين جميع عبارات المقياس. كما قام الباحث بحساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق بفاصل زمني ١٦ يوما، وقد تراوحت قيم الثبات باستخدام الفاكرونباخ مابين (٠,٦١-٠,٨٦)، وقد بلغت قيمة معامل الثبات الكلية (٠,٨٤٠) ، وبالتالي تعتبر درجة ثبات المقياس مناسبة لأغراض الدراسة. وفي إطار الدراسة الحالية قام الباحث بحساب الثبات بطريقة إعادة الاختبار- بفاصل زمني أسبوعين - وذلك على نفس عينة الثبات المستخدمة في مقياس الاكتئاب واليأس، وقد بلغت معاملات الثبات لدى الذكور (٠,٨٥) ، ولدى الإناث (٠,٨٢)، ولدى المجموعة الكلية (٠,٨٤) ، وهي معاملات مرتفعة . كما قام الباحث في البحث الحالي بحساب الصدق لمقياس وجهة الضبط وذلك باستخدام الصدق التلازمي للمقياس الحالي مع مقياس وجهة الضبط المشوح (٢٠١٠م). وبلغت معاملات الارتباط بين المقياس الحالي بمقياس اليأس لدى مجموعة الذكور، ومجموعة الإناث، والعينة الكلية ٠,٥٧، ٠,٦٠، ٠,٥٨ على التوالي. وهي معاملات دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ .

سادساً: مقياس احترام الذات Self Respect Scale

قامت ممدوحة سلامة (١٩٩١م) بترجمة الصورة العربية لمقياس روزنبرج لتقدير الذات، وهو أداة سيكومترية لقياس اتجاهات الفرد نحو نفسه سواء كانت سالبة أم موجبة. ويتكون المقياس من عشر عبارات، تمت صياغة نصفها بشكل ايجابي والنصف الأخر بشكل سلبي، ويجيب المفحوص عليها بطريقة ليكرت لخمس مستويات(موافق جدا إلى غير موافق جدا)، وتشير الدرجة المرتفعه على المقياس إلى مستوى عالي من أهمية و احترام وتقدير الذات، بينما تشير الدرجات المنخفضة إلى مستوى متدني من الشعور بالاحتقار وعدم الرضي عن الذات. وقد قامت ممدوحة سلامة بحساب ثبات المقياس على عينة قوامها ٩٧ طالبا وطالبة من كلية الآداب بجامعة الزقازيق وبلغ معامل الثبات (٠,٨٧) وتم حساب الصدق عن طريق الصدق التلازمي وبلغ معامل الارتباط

(ر=-٠,٦٦). وفي الدراسة الحالية قام الباحث بحساب الثبات بطريقة إعادة الاختبار بفاصل زمني أسبوعين، وذلك على نفس عينة الثبات المستخدمة في مقياس الاكتئاب واليأس ووجهة الضبط، وقد بلغت معاملات الثبات لدى الذكور (٠,٨٨). ولدى الإناث (٠,٨٦)، ولدى المجموعة الكلية (٠,٨٧)، وهي معاملات مرتفعة. كما قام الباحث في البحث الحالي بحساب الصدق، وذلك باستخدام الصدق التلازمي للمقياس الحالي مع مقياس تقدير الذات لممدوحة سلامة (١٩٩١م). وبلغت معاملات الارتباط بين المقياس الحالي بمقياس اليأس لدى مجموعة الذكور(٠,٥٥) ، ومجموعة الإناث(٠,٦٨)، والعينة الكلية (٠,٦٦) وهى معاملات دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١.

جمع البيانات وتحليلها :

بعد اعتماد مقاييس الدارسة الحالية (التدين وعلاقته بقلق الموت والاكتئاب، واليأس، ووجهة الضبط، واحترام الذات) بصورتها النهائية، وحصر مجتمع البحث، قام الباحث بجمع بيانات الدراسة بنفسه بالنسبة للمسنين الذكور وتمت الاستعانة بالأخصائيات النفسيات والاجتماعيات بالنسبة لعينة البحث النسائية، حيث تم تدريبهم وإعدادهم مهنيا وأخلاقيا لجمع مقاييس الدراسة، وذلك من خلال زيارات لمراكز تجمع المسنين بمدينة الرياض والتي تشمل مركز الأمير سلمان الاجتماعي، مدينة الأمير سلطان الخيرية لرعاية المسنين، جمعية المتقاعدين، مراكز تجمع المسنين الترفيهية، بمعدل ثلاث زيارات أسبوعيا وتكون الزيارات في أوقات متفرقة، ومقابلة كبار السن في أماكن تجمعهم، ثم تم تحليل تلك البيانات بالحاسب الآلي باستخدام برنامج (SPSS) الإحصائي لتحليل بيانات الدراسة.

خصائص عينة الدراسة

وقد جاءت خصائص عينة الدراسة كما يلي:

جدول رقم (٢) خصائص عينة الدراسة (ن =١٢٠)

المتغير		ذكور ن =٦٠		إناث ن =٦٠	
		ك	%	ك	%
العمر	من ٦٠ سنة إلى أقل من ٦٥ سنة	٢٥	%٤٢	٣٠	%٥٠
	من ٦٥ سنة إلى أقل من ٧٠ سنة	٢٠	%٣٣	١٥	%٢٥

المتغير		ذكور ن =٦٠		إناث ن =٦٠	
		ك	%	ك	%
	من ٧٠ سنة إلى أقل من ٧٥ سنة	١١	١٨%	١٢	٢٠%
	من٧٥ سنة فأكثر	٤	٧%	٣	٥%
الحالة الاجتماعية	متزوج	٤٢	٧٠%	٤٨	٨٠%
	أرمل	١٠	١٧%	١	٢%
	مطلق	٨	١٣%	١١	١٨%
	أعزب	٠	٠%	٠	٠%

يشير الجدول السابق رقم (٢) الى عدد من المتغيرات لدى المسنين لكلا الجنسين بمدينة الرياض حيث وجدت الدراسة الحالية من حيث متغير العمر، نجد أن كبار السن الذكور الذين في الفئة العمرية (من ٦٠ سنة إلى أقل من ٦٥ سنة) بما نسبته (٤٢%) بينما كانت نسبة الإناث (٥٠%)، وفي المرتبة الثانية الذكور في الفئة العمرية (من ٦٥ سنة إلى أقل من ٧٠ سنة) بما نسبته (٣٣%)، وكانت نسبة الإناث (٢٥%)، وفي المرتبة الثالثة كبار السن الذكور الذين في الفئة العمرية (من ٧٠ سنة إلى أقل من ٧٥ سنة) بما نسبته (١٨%) وكانت نسبة الإناث (٢٠%)، وفي المرتبة الرابعة كبار السن الذكور الذين في الفئة العمرية (من٧٥ سنة فأكثر) بما نسبته (٧%). وبالنسبة للإناث (٥%). ومما سبق يرى الباحث أن ارتفاع نسبة المسنين الذكور والإناث خلال الفئة العمرية بين (٦٠-٦٥) إنما يعزى إلى التغير الحاصل في بناء المجتمع السعودي والذي يدل على تضاعف أعداد المسنين في السنوات الأخيرة، وهذه النتيجة تتفق الى ما توصل إليه الغريب(٢٠٠٩م). كما أشار الجدول رقم (٢) أن نسبة الذكور المتزوجين تمثلت في (٧٠%)، بينما بلغت نسبة المسنات المتزوجات (٨٠%)، في حين بلغ نسبة الذكور الأرامل (١٧%) والإناث الأرامل (٢%)، في حين أن نسبة المسنات المطلقات بلغ (١٨%) ولم تتجاوز نسبة المسنين المطلقين من الذكور (١٣%).

نتـــائج الدراســـة :

أولاً : نتائج الفرض الأول

ينص هذا الفرض على أنه " لا توجد فروق دالة إحصائيا بين درجات الذكور والإناث من المسنين في كل من التدين ودرجاتهم في متغيرات الصحة النفسية(قلق الموت، الاكتئاب، اليأس، وجهة الضبط، احترام الذات). ولاختبار صحة هذا الفرض ، أستخدم الباحث اختبار (ت) T.test لحساب دلالة الفروق بين الذكور والإناث في كل من مستوى التدين، قلق الموت، الاكتئاب، واليأس، ووجهة الضبط، واحترام الذات، وجاءت النتائج كما هو واضح في الجدول رقم (٣).

جدول رقم (٣) الفروق بين المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة ت بين الذكور والإناث في كل من التدين، قلق الموت، الاكتئاب، واليأس و وجهة الضبط و احترام الذات (ن =١٢٠)

م	المجموعـــــة	مجموعة الذكور ن = ٦٠		مجموعة الإناث ن = ٦٠		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	المتغيرات	م	ع	م	ع		
١	التدين	١٣,٥٦	٧,٠٣	١٤,٢٥	٥,٦	٠,٧٨٣	غير داله
٢	قلق الموت	٩,٢٩	٦,١٨	٨,٠٥	٥,٧١	٠,٨٢٨	غير داله
٣	الاكتئاب	١٥,٤١	٨,٩٨	١٥,٥٥	١٠,٠٤	٠,٦٤٣	غير داله
٤	اليأس	٢١,٤٨	٤,٣٥	٢١,٢٢	٤,١٠	٠,٤٩	غير داله
٥	وجهة الضبط	٢٣,٠٨	٩,٦٦	٢١,٤	٨,٧٧	٠,٧٢	غير داله
٦	احترام الذات	٢١,٢٣	٩,٨٦	٢٣,٨٥	١٠,٨٥	١,٠٢	غير داله

يتضح من الجدول رقم (٣) عدم وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في كل من التدين وقلق الموت والاكتئاب واليأس و وجهة الضبط واحترام الذات. ويرى الباحث بهذه النتيجة انه يمكن الوصول إلى انه لا توجد فروق بين درجات المجموعتين من المسنين الذكور والإناث على متغيرات التدين وقلق الموت والاكتئاب واليأس، ومن خلال هذه النتيجة يمكن القول أن الفرض الأول قد تحقق بصورة واضحة.

ثانياً : نتائج الفرض الثاني :

يقوم هذا الفرض على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المسنين (مرتفعي ومتوسطي ومنخفضي) التدين على متغيرات الصحة النفسية (قلق الموت، الاكتئاب، اليأس، وجهة

الضبط، احترام الذات) لصالح مرتفعي التدين من المسنين الذكور والإناث. ولاختبار صحة الفرض الثاني قام الباحث بتقسيم العينة الكلية طبقاً للإرباعيات (ن =١٢٠) إلى ثلاث مجموعات: مجموعة مرتفعي التدين الإرباعي الأول (ن=٣٧)؛ مجموعة متوسطي التدين الإرباعي الثاني والثالث (ن= ٥٢)؛ مجموعة منخفضي التدين الإرباعي الرابع (ن=٣١). ومن ثم تم حساب تحليل التباين أحادي الاتجاه One Way ANOVA ، بين الثلاث مستويات للتدين على متغيرات الصحة النفسية في الدراسة الحالية (قلق الموت،الاكتئاب، اليأس، وجهة الضبط، و احترام الذات)، كما يلي في جدول رقم (٤).

جدول رقم (٤) نتائج تحليل التباين لمرتفعي ومتوسطي ومنخفضي التدين ومتغيرات الصحة النفسية للمسنين الذكور والإناث (ن = ١٢٠)

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	مربع المتوسطات	نسبة ف	مستوى الدلالة
قلق الموت	بين المجموعات	٥٤٣,٨٧٩	٢	٢٧٦,٩٩٩	٧,٩٩٩	٠,٠٥
	داخل المجموعات	٤٨٤٥,٩٧٣	١١٨	٣٤,٦٢٨		
	المجموع الكلي	٥٢٩٨,٩٦٢	١٢٠			
الاكتئاب	بين المجموعات	١٩٢٤,٢١٢	٢	٩٦٢,١٠٦	١٢,٤٨٤	٠,٠١
	داخل المجموعات	١٠٥٦٧,٤٧٠	١١٨	٧٧٠,٠٦٧		
	المجموع الكلي	١٣٤٨٢,٤٤٥	١٢٠			
اليأس	بين المجموعات	٤٣١,٥٢١	٢	٢١٣,٢٦٠	٥,٧٥٨	٠,٠١
	داخل المجموعات	٥٠٧٥,١٥٣	١١٨	٣٧,٣٧		
	المجموع الكلي	٥٦٠٠,٥٧٤	١٢٠			
وجهة الضبط	بين المجموعات	١٧٥٧,٨١٦	٢	٨٧٨,٤٠٨	٩,٨٦٩	٠,٠١
	داخل المجموعات	١٢١٩٣,٦١٠	١١٨	٨٩,٠٠٤		
	المجموع الكلي	١٣٩٥٠,٤٢١	١٢٠			
احترام الذات	بين المجموعات	٧٧٠,٥٢٤	٢	٣٨٥,٢٦٢	٣,٥١٨	٠,٠١
	داخل المجموعات	١٥٠٠٤,٦٩٧	١١٨	١٠٩,٥٢٣		
	المجموع الكلي	١٥٧٧٥,٢٢١	١٢٠			

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	مربع المتوسطات	نسبة ف	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية للتدين	بين المجموعات	١٠٤٦٣,٧٨٨	٢	٥٢٣١,٨٩٧	٨,١٢٨	٠,٠١
	داخل المجموعات	٨٧٦٠٨,٣٧٨	١١٨	٦٣٩,٤٥٥		
	المجموع الكلي	٩٨٠٦٩,١٧١	١٢٠			

من خلال الجدول رقم (٤) يلاحظ الاتي:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين مرتفعي ومتوسطي ومنخفضي التدين من المسنين على متغير قلق الموت والدرجة الكلية للتدين.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين مرتفعي ومتوسطي ومنخفضي التدين من المسنين على متغير الاكتئاب والدرجة الكلية للتدين.

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين مرتفعي ومتوسطي ومنخفضي التدين من المسنين على متغير اليأس والدرجة الكلية للتدين.

٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين مرتفعي ومتوسطي ومنخفضي التدين من المسنين على متغير وجهة الضبط والدرجة الكلية للتدين.

٥- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين مرتفعي ومتوسطي ومنخفضي التدين من المسنين على متغير احترام الذات والدرجة الكلية للتدين.

ولمعرفة نتائج المقارنات البعدية بين مرتفعي ومتوسطي ومنخفضي التدين على متغيرات الصحة النفسية(قلق الموت،الاكتئاب،اليأس، وجهة الضبط،احترام الذات) استخدم الباحث مقاييس LSD البعدية لمتغيرات الدراسة الحالية كما يوضحها جدول رقم (٥).

جدول رقم (٥) نتائج المقارنات البعدية بين مرتفعي ومتوسطي ومنخفضي التدين على مقاييس متغيرات الصحة النفسية(قلق الموت،الاكتئاب،اليأس،وجهة الضبط واحترام الذات) ن =١٢٠

المتغير	مقياس المقارنة البعدية	الدرجة الكلية للتدين أ	الدرجة الكلية للتدين ب	الفروق في المتوسطات (أ & ب)	مستوى الدلالة
قلق الموت	LSD	منخفض التدين*	متوسط التدين	٤,٠٩٥٠	٠,٠١
		مرتفع التدين	منخفض التدين*	٥,١٧٦٨	٠,٠١
		مرتفع التدين	متوسط التدين	١,٠٨١٩	غير دالة
الاكتئاب	LSD	منخفض التدين*	متوسط التدين	٦,٦٥٥٩	٠,٠١
		مرتفع التدين	منخفض التدين*	١٠,١٤٥٩	٠,٠١
		مرتفع التدين	متوسط التدين	٣,٤٩٠١	٠,٠٥
اليأس	LSD	منخفض التدين*	متوسط التدين	٣,١٠١٣	٠,٠١
		مرتفع التدين	منخفض التدين*	٤,٧٨٦٩	٠,٠١
		مرتفع التدين	متوسط التدين	١,٦٨٥٦	غير دالة
وجهة الضبط	LSD	منخفض التدين	متوسط التدين*	٦,٠١٢٦	٠,٠١
		مرتفع التدين*	منخفض التبين	٩,٧٨٧٦	٠,٠١
		مرتفع التدين*	متوسط التدين	٣,٧٧٥٠	٠,٠٥
احترام الذات	LSD	منخفض التدين	متوسط التدين*	٤,٨٤٧١	٠,٠١
		مرتفع التدين*	منخفض التدين	٦,٠٩١٩	٠,٠١
		مرتفع التدين	متوسط التدين	١,٢٤٤٨	غير دالة
الدرجة الكلية للتدين	LSD	منخفض التدين*	متوسط التدين	١٥,٠١٧٦	٠,٠١
		مرتفع التدين*	منخفض التدين*	٢٣,٨٠٥٤	٠,٠١
		مرتفع التدين	متوسط التدين	٨,٧٨٧٨	غير دالة

*تشير إلى اتجاه الفرق لصالح المجموعة.

يتضح من جدول رقم (٥) أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين مرتفعي التدين ومنخفضي التدين من عينة الدراسة من المسنين الذكور والإناث على متغيرات قلق الموت، والاكتئاب، واليأس، ووجهة الضبط، واحترام الذات. كما يشير الجدول السابق إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين منخفضي التدين ومتوسطي التدين من عينة الدراسة من المسنين الذكور والإناث على متغيرات الاكتئاب، واليأس، ووجهة الضبط، واحترام الذات. كذلك يشير الجدول السابق إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين مرتفعي التدين ومتوسطي التدين من عينة الدراسة من المسنين الذكور والإناث

على متغيرات الاكتئاب ووجهة الضبط. في حين يتضح من الجدول السابق انه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مرتفعي التدين ومتوسطي التدين لدى عينة الدراسة من المسنين الذكور والإناث على المتغيرات قلق الموت، واليأس واحترام الذات.

نتائج الفرض الثالث

يقوم الفرض الثالث على انه توجد مكونات عامليه أساسية ذات علاقة بين متغيرات الدراسة (التدين والاكتئاب وقلق الموت واليأس ووجهة الضبط واحترام الذات) لدى المسنين، وقد قام الباحث بإجراء التحليل العاملي لبيانات عينة الدراسة الحالية (ن=١٢٠) وذلك على جميع المقاييس المستخدمة في هذه الدراسة، حيث يبين الجدول التالي رقم (٦) مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة(متغيرات الصحة النفسية لدى المسنين).

جدول رقم (٦) مصفوفة الارتباطات بين متغيرات الدراسة (ن = ١٢٠)

		١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩
١	التدين									
٢	مرتفعي التدين	٠٠,٣٤								
٣	متوسطي التدين	٠٠,٠٢	٠٠,٠٠							
٤	منخفضي التدين	٠٠,٢٧	٠٠,٣١	٠٠,٣٥						
٥	قلق الموت	٠٠,١٨	٠,٠٣	٠٠,٢١	٠٠,٢٥					
٦	الاكتئاب	٠٠,٣١	٠,٢٢	٠,٣٦	٠٠,٠٥٥	٠,٢٦				
٧	اليأس	٠٠,٣٩-	٠٠,٢٥-	٠,٢٠	١,٠	٠,١٧	٠٠,٤٤			
٨	وجهة الضبط	٠٠,٤١	٠٠,٣٨	٠٠,٢٧	٠٠,١٧-	٠٠,٣٠	٠,٣٩-	٠٠,٥٣		
٩	احترام الذات	٠,٢٣-	٠٠,١٨-	٠٠,٢٤-	٠,٢٠-	٠٠,٢٩-	٠٠,٥٤	٠,٢٣-	٠,١٦	

* دالة إحصائيا عند مستوى ٠,٠٥ بدلالة الطرفين.

** دالة إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ بدلالة الطرفين.

يتضح من جدول(٦) أن هناك ارتباطات بين متغيرات الدراسة، ويوجزها الباحث كما يلي:

أولا: وجدت الدراسة الحالية أن مجموعة من الارتباطات الايجابية بين كلا من التدين ومتغيرات الدراسة، حيث يتضح أن هناك علاقة ارتباطيه موجبة بين التدين وقلق الموت(٠,١٨)، والاكتئاب (٠,٣١)، و وجهة الضبط(٠,٤١), بينما يتضح من الجدول السابق أن هناك علاقة سلبية دالة إحصائيا بين كلا من التدين واليأس (-٠,٣٩)، والتدين واحترام الذات (-٠,٢٣).

ثانياً: يتضح من خلال الجدول السابق إن هناك علاقة ايجابية دالة إحصائيا بين كل من قلق الموت

والاكتئاب (٠,٢٦)، و اليأس (٠,١٧)، ووجهة الضبط الداخلية (٠,٣٠)، ومن خلال هذه النتيجة يرى الباحث أن هناك بعداً نفسياً جديد تم التوصل إلية من خلال هذه الدراسة وهو يتعلق بعلاقة قلق الموت بمتغيرات الصحة النفسية التي تم تناولها بهذه الدراسة وهي الاكتئاب واليأس ووجهة الضبط لدى المسنين، والتي أظهرت ارتباطات دالة إحصائيا عند مستوى (٠,٠٥) و (٠,٠١).

ثالثاً: من خلال الجدول رقم (٦) يتضح أن هناك علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب واليأس (٠,٤٥) والاكتئاب واحترام الذات (٠,٥٤)، بينما وجدت علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب ووجهة الضبط الخارجية (-٠,٣٩).

رابعاً: هناك علاقة ايجابية دالة إحصائيا بين اليأس ووجهة الضبط (٠,٥٣)، بينما توجد علاقة سلبية دالة إحصائيا بين اليأس واحترام الذات (-٠,٣٣)، ويلاحظ على الجدول رقم (٦) أن أعلى معدلات ارتباط سجلها متغير مع متغيرات الدراسة، بين منخفضي التدين ومقياس الاكتئاب (٠,٥٥)، و الاكتئاب واحترام الذات (٠,٥٤)، وبين اليأس ووجهة الضبط (٠,٥٣)، وبين الاكتئاب واليأس (٠,٤٥)، من خلال معاملات الارتباط في جدول رقم (٦) والتي تدفع الباحث إلى إجراء التحليل العاملي لمتغيرات الدراسة وذلك لتحديد الإبعاد الارتباطية المشتركة بين هذه المتغيرات الثمانية، بطريقة المكونات الرئيسية ومن ثم تدوير العوامل تدويرا متعامدا بطريقة فاريماكس، واعتبر إن العامل دالاً إحصائياً عندما يكون جذره الكامن اكبر من (١,٠)، وقد استخرجت ثلاثة عوامل دالة إحصائياً حيث اشتملت على (٧١,٢٥٥%) من التباين.

جدول(٧) العوامل المستخرجة وتشبعات المتغيرات عليها (ن =١٢٠)

	المقياس	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث
١	مرتفعي التدين	٠,٨٤		
٢	متوسطي التدين			
٣	منخفضي التدين		-٠,٤٤	
٤	قلق الموت	-٠,٧٠		٠,٥٦
٥	الإكتئاب	-٠,٤٣	٠,٤١	٠,٤٧
٦	اليأس	-٠,٤٩	٠,٦٧	٠,١٥
٧	وجهة الضبط	-٠,١٨		
٨	احترام الذات	-٠,٦٢	٠,٣٤	٠,٧٨

يتضح من مصفوفة العوامل بعد التدوير في الجدول السابق(٧) أن أغلبية الفقرات لها تشبعات مرتفعة على معظم العوامل، وقد استوعب العامل الأول ٣٧,٤٤% من التباين، وأشتمل على ستة تشعبات جوهرية تشير إلى مستوى متوافق بين الصحة النفسية والتدين وهي: التدين المرتفع و قلق الموت والاكتئاب واليأس ووجهة الضبط واحترام الذات وجميعها ذات علاقات عكسية، وبالتالي يمكن تسمية العامل الأول ارتفاع الصحة النفسية مقابل التدين, أما العامل الثاني فقد استوعب ٢٣,١١% من التباين، وأشتمل على أربع تشبعات جوهرية تمثل الجانب الأكثر وضوحا في اعتلال الصحة النفسية وهي: انخفاض التدين (عكسي) والاكتئاب واليأس واحترام الذات، وبالتالي يمكن تسمية العامل الثاني اعتلال الصحة النفسية مقابل التدين, أما العامل الثالث فقد استوعب ١٠,٧٠% من التباين، وشمل أربع تشبعات جوهرية وهي: قلق الموت والاكتئاب واليأس واحترام الذات، وهي تمثل الجانب الأكثر وضوحا في الاعتلال النفسي النفسي، وبالتالي يمكن تسمية هذا العامل بمظاهر الاضطراب النفسي مقابل التدين.

رابعاً: نتائج الفرض الرابع :

ينص هذا الفرض على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق الموت،و الاكتئاب، واليأس، ووجهة الضبط، و احترام الذات) والمتغيرات الديمغرافية (العمر، الحالة الاجتماعية)، لصالح مرتفعي قلق الموت والاكتئاب واليأس و وجهة الضبط واحترام الذات من المسنين الذكور

والإناث, ولاختبار صحة هذا الفرض، أستخدم الباحث اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه One Way ANOVA, كما يوضح ذلك جدول رقم (٨).

جدول رقم(٨ أ) نتائج " تحليل التباين الأحادي الاتجاة للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة طبقاً إلى اختلاف المرحلة العمرية

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	مربع المتوسطات	نسبة ف	مستوى الدلالة
قلق الموت	بين المجموعات	٤٢,٩٣٩	٤	١٤,٣١٣	٠,٦٦٧	٠,٥٧٥
	داخل المجموعات	١٧٦٠,٥٤٩	١١٦	٢١,٤٧٠		
	المجموع	١٨٠٣,٤٨٨	١٢٠	-		

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	مربع المتوسطات	نسبة ف	مستوى الدلالة
الاكتئاب	بين المجموعات	٦٧,٤٢٢	٤	٢٢,٤٧٤	٠,١٩٦	٠,٨٩٩
	داخل المجموعات	٩٣٨٤,٦٣٧	١١٦	١١٤,٤٤٧		
	المجموع	٩٤٥٢,٠٥٨	١٢٠	–		
اليأس	بين المجموعات	١٠,٠٣١	٤	٣,٣٤٤	٠,٣٩٧	٠,٧٥٦
	داخل المجموعات	٦٩٠,٧٢٥	١١٦	٨,٤٢٣		
	المجموع	٧٠٠,٧٥٦	١٢٠	-----		
وجهة الضبط	بين المجموعات	٥٧,٦٩١	٤	١٩,٢٣٠	٠,٨٩٧	٠,٤٤٧
	داخل المجموعات	١٧٥٨,٤٠٢	١١٦	٢١,٤٤٤		
	المجموع	١٨١٦,٠٩٣	١٢٠	-----		
احترام الذات	بين المجموعات	٢٦٦,٨١٨	٤	٨٨,٩٣٩	٢,٠٠٧	٠,١١٩
	داخل المجموعات	٣٦٣٤,٤٩٦	١١٦	٤٤,٣٢٣		
	المجموع	٣٩٠١,٣١٤	١٢٠	–		

جدول رقم(٨ ب) نتائج " تحليل التباين الأحادي الاتجاة للفروق

في متوسطات إجابات أفراد الدراسة طبقاً إلى اختلاف الحالة الاجتماعية

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	مربع المتوسطات	نسبة ف	مستوى الدلالة
قلق الموت	بين المجموعات	٩٩,٦٦٧	٤	٣٣,٢٢٢	١,٠٨٦	٠,٣٦٠
	داخل المجموعات	٢٥٠٩,٢٦٣	١١٦	٣٠,٦٠١		
	المجموع	٢٦٠٨,٩٣٠	١٢٠	----		
الاكتئاب	بين المجموعات	٨٩٦,٦١٧	٤	٢٩٨,٨٧٢	١,٥٤٩	٠,٢٠٨
	داخل المجموعات	١٥٨٢٣,٢٥٥	١١٦	١٩٢,٩٦٧		
	المجموع	١٦٧١٩,٨٧٢	١٢٠	----		

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	مربع المتوسطات	نسبة ف	مستوى الدلالة
اليأس	بين المجموعات	٣٩٣٧,١٠٥	٤	١٣١٢,٣٦٨	١,١٤٠	٠,٣٣٨
	داخل المجموعات	٩٤٣٦٥,٩١٨	١١٦	١١٥٠,٨٠٤		
	المجموع	٩٨٣٠٣,٠٢٣	١٢٠	----		
وجهة الضبط	بين المجموعات	٨٣,٦٨٨	٤	٢٧,٨٩٦	١,٤٤٠	٠,٢٣٧
	داخل المجموعات	١٥٨٨,١٨٤	١١٦	١٩,٣٦٨		
	المجموع	١٦٧١,٨٧٢	١٢٠	----		
احترام الذات	بين المجموعات	١٣٠,٤٧٢	٤	٤٣,٤٩١	١,٩٦٣	٠,٠١٢٦
	داخل المجموعات	١٨١٦,٣٦٥	١١٦	٢٢,١٥١		
	المجموع	١٩٤٦,٨٣٧	١٢٠	----		

يتضح من خلال جدول رقم(٨ أ) أنه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين في متغيرات قلق الموت والاكتئاب، واليأس، ووجهة الضبط ،واحترام الذات طبقا للمرحلة العمرية التي ينتمي إليها أفراد عينة الدراسة،كما وجدت الدراسة الحالية من خلال جدول رقم (٨ب) انه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متغيرات الصحة النفسية(قلق الموت،الاكتئاب،اليأس، وجهة الضبط، واحترام الذات) والحالة الاجتماعية لعينة الدراسة.

مناقشة النتائج والتعليق عليها

سعت الدراسة الحالية في هدفها الأساسي إلى فحص علاقة التدين بمتغيرات الصحة النفسية والتي تشمل قلق الموت والاكتئاب واليأس ووجهة الضبط واحترام الذات، وقد صاغ الباحث أربعة فروض أساسية لتحقق من صحة الارتباطات بين متغيرات الدراسة، وقد كانت خصائص عينة الدراسة الحالية للذكور والإناث تمتاز بالتجانس من حيث العدد والخصائص الديمغرافية (العمر والحالة الاجتماعية) وقد وجد الباحث كما ورد في جدول رقم (٢)أن أعلى نسبة من الذكور تقع في الفئة العمرية (من ٦٠ سنة إلى أقل من ٦٥ سنة) بما نسبته (٤٢%)، بينما كانت نسبة الإناث (٥٠%)، وفي المقابل اقل نسبة السن الذكور الذين في الفئة العمرية (من٧٥ سنة فأكثر) بما نسبته (٧%), وبالنسبة للإناث (٥%), ومن خلال ما سبق يجد الباحث ارتفاع نسبة المسنين الذكور والإناث خلال الفئة العمرية بين (٦٠-٦٥) سنه ويعزى الباحث ذلك إلى التغير الحاصل في بناء

المجتمع السعودي والذي يدل على تضاعف أعداد المسنين في السنوات الأخيرة، وهذه النتيجة تتفق إلى ما توصل إلية الغريب(٢٠٠٩م), كما أشار الجدول رقم (٢) أن نسبة الذكور المتزوجين تمثلت في (٧٠%)، بينما بلغت نسبة المسنات المتزوجات (٨٠%)، في حين بلغ نسبة الذكور الأرامل (١٧%) والإناث الأرامل (٢%)، في حين أن نسبة المسنات المطلقات بلغ (١٨%) ولم تتجاوز نسبة المسنين المطلقين من الذكور (١٣%), وتتمثل نتائج فروض الدراسة كما يلي:

أولاً : نتائج الفرض الأول :

ينص هذا الفرض على أنه " لا توجد فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث من المسنين في كل من التدين ومتغيرات الصحة النفسية(قلق الموت، الاكتئاب، اليأس، وجهة الضبط، احترام الذات), وقد وجدت الدراسة الحالية عدم وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في كل من التدين وقلق الموت والاكتئاب واليأس و وجهة الضبط واحترام الذات, ويرى الباحث بهذه النتيجة انه يمكن الوصول إلى انه لا توجد فروق جوهرية بين المجموعتين من المسنين الذكور والإناث في متغيرات التدين وقلق الموت والاكتئاب واليأس يمكن إرجاعها إلى متغير الجنس، وتختلف هذه الدراسة مع نتائج دراسة العويضة (٢٠٠٤م)، من حيث وجود فروق بين الجنسين من المسنين في قلق الموت كمتغير من متغيرات الصحة النفسية، بينما تتفق نتائج الفرض الأول مع دراسة كلا من فيلد(Field,2000)، و دراسة ميدن وبترسون (Maiden and Peterson,2002)، ودراسة سيسيرل (Cicirelli,2002)، ودراسة ماك غوفر واخرون (McGover et al.,2008)، ويرى الباحث أن متغير الجنس لم يشكل أثرا جوهريا في مستوى الصحة النفسية لدى المسنين حيث وجدت النتائج من خلال الفرض الأول إن عامل الجنس لا يمكن أن يكون له أثرا فعال في ارتفاع مستوى الصحة النفسية للذكور عنه في الإناث, وتعطي هذه النتيجة تفسيرا علميا حول تعامل المسنين للحياة من حولهم ودرجة التوافق النفسي لكلا الجنسين ترتبط بشكل كبير بعوامل كبرى ذات تأثير على مستوى الصحة النفسية أكثر من عامل تغير الجنسين من الذكور والإناث، كما من خلال نتيجة الفرض الأول يرى الباحث انه من الصعوبة التأكيد على أهمية وجود فروق في مستوى الصحة بين الجنسين خلال مرحلة الشيخوخة، كما أن العوامل الاجتماعية في المجتمع السعودي وتغير البناء التركيبي الأسري والبناء الثقافي وقدرة كلا الجنسين من الذكور والإناث من المسنين تخطى العديد من المراحل والأزمات خلال مراحل العمر المختلفة ومعايشة العديد من التغيرات أن يجعل هناك قدرا من التقارب في مستوى الصحة النفسية لكلا الجنسين، ومن خلال هذه النتيجة يمكن القول أن الفرض الأول قد تحقق بصورة واضحة.

ثانياً: نتائج الفرض الثاني :

يقوم هذا الفرض على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين (مرتفعي ومتوسطي ومنخفضي) التدين على متغيرات الصحة النفسية (قلق الموت، الاكتئاب، اليأس، وجهة الضبط، احترام الذات) لصالح مرتفعي التدين من الذكور والإناث,وقد وجدت الدراسة الحالية من خلال اختبار صحة الفرض الثاني انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين مستوى التدين عند المسنين على متغير قلق الموت، الاكتئاب، اليأس ووجهة الضبط واحترام الذات والدرجة الكلية للتدين، وهذه النتيجة تؤكد التأثير الواضح للتدين على مستوى القلق لدى المسنين وهذه النتيجة تؤكد على ما توصل له احمد عبدالخالق (١٩٨٧م) و محمد غانم (٢٠٠٤م)، و(Russac et al.,2007;Flint,2006).

كما وجدت الدراسة أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين مرتفعي التدين ومنخفضي التدين من عينة الدراسة من المسنين الذكور والإناث على متغيرات قلق الموت، و الاكتئاب، واليأس، ووجهة الضبط، واحترام الذات، حيث وجد أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين منخفضي التدين ومتوسطي التدين من عينة الدراسة من المسنين الذكور والإناث على متغيرات الاكتئاب، واليأس، ووجهة الضبط، واحترام الذات، وتعد هذه النتيجة المتعلقة بالاكتئاب واليأس ووجهة الضبط واحترام الذات مرتبطة بما توصلت اليه دراسات كل من فيلد(Field,2000)، و دراسة برجاهي واخرون (Bergdahl et al.,2007) ودراسة ماك غوفر واخرون (McGover et al.,2008)، في حين وجدت الدراسة انه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مرتفعي التدين ومتوسطي التدين لدى عينة الدراسة من المسنين الذكور والإناث على المتغيرات قلق الموت، واليأس واحترام الذات، ويرى الباحث أن مفهوم التدين مفهوم روحاني ولا يمكن قياس مستوياته ومدى تأثيرها على مستوى الصحة النفسية بشكل مباشر، بحيث انه لا يرتبط بشكل كبير بمستوى مرتفع او منخفض للتدين بقدر انه يرتبط بحالة من الرضا والتقييم الذاتي للمسنين عن أدائهم للشعائر الدينية والقدرة على التكيف ومواجهة مناشط الحياة ومشكلاتها بعد أداء الشعائر الدينية والشعور بمستوى معتدل من الصحة النفسية، وهذه النتيجة تعكس الخطأ الشائع لدى الكثير من الباحثين في مجال التدين وعلاقته بالعديد من متغيرات الصحة النفسية من حيث ارتفاع مستوى التدين يؤدي إلى ارتفاع في مستوى التكيف النفسي، ولم يستطع الباحث من خلال هذا الفرض أثبات أن مستوى التدين المنخفض والمتوسط والمرتفع يعد السبب

الرئيس لخفض قلق الموت والاكتئاب واليأس ووجهة الضبط واحترام الذات لكلا الجنسين من المسنين.

ثالثا: نتائج الفرض الثالث

يقوم الفرض الثالث على انه "توجد مكونات عامليه أساسية ذات علاقة بين متغيرات الدراسة (التدين والاكتئاب وقلق الموت واليأس ووجهة الضبط واحترام الذات) لدى المسنين",وقد قام الباحث بإجراء التحليل ألعاملي لبيانات عينة الدراسة الحالية (ن=١٢٠) وذلك على جميع المقاييس المستخدمة في هذه الدراسة، حيث وجدت الدراسة أن هناك ارتباطات بين متغيرات الدراسة كما يلي:

أولا: وجدت الدراسة الحالية أن هناك شبكة من الارتباطات الايجابية بين كلا من التدين ومتغيرات الدراسة، حيث يتضح أن هناك علاقة ارتباطيه ايجابية بين التدين وقلق الموت(٠,١٨)، والاكتئاب (٠,٣١)، و وجهة الضبط(٠,٤١), في حين ان الدراسة الحالية وجدت أن هناك علاقة سلبية دالة إحصائيا بين التدين واليأس (٠,٣٩)، والتدين واحترام الذات (٠,٢٣)، وهذه العلاقة الإحصائية تعطى دلالة علمية بوجود علاقة بين شعور المسنين باليأس ومن ثم توجههم إلى التدين كأسلوب روحاني يساعدهم على التكيف، وتعد هذه النتيجة تتفق مع ما توصل إلية ميدن و بترسون (Maiden and Peterson,2002)، في دراستهما عن التأثير المتبادل لمتغيرات الصحة النفسية والتدين، كما وجدت الدراسة الحالية تأثير حالة المسنين من الذكور والإناث من انخفاض مستوى الشعور باحترام الذات ومن ثم ارتباطهم بالتدين كأسلوب للتكيف والقدرة على مواجهة مشكلاتهم اليومية وتعد هذه النتيجة دلالة يمكن للمهتمين في مجال الشيخوخة في المجتمع السعودي استثمارها لبناء مهارات شخصية واستراتيجيات مهنية لرفع مستوى الصحة النفسية لدى المسنين.

ثانياً: يتضح من خلال نتائج الفرض الثالث إن هناك علاقة ايجابية دالة إحصائيا بين كل من قلق الموت و الاكتئاب (٠,٢٦)، و اليأس (٠,١٧)، ووجهة الضبط الداخلية (٠,٣٠), ومن خلال هذه النتيجة يرى الباحث أن هناك بعداً نفسياً جديد تم التوصل إلية من خلال هذه الدراسة وهو يتعلق بعلاقة قلق الموت بمتغيرات الصحة النفسية التي تم تناولها بهذه الدراسة وهي الاكتئاب واليأس ووجهة الضبط لدى المسنين، والتي أظهرت ارتباطات دالة إحصائيا عند مستوى (٠,٠٥) و (٠,٠١),

ثالثاً: هناك علاقة ارتباطيه ايجابية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب و اليأس (٠,٤٥) والاكتئاب

واحترام الذات (٠,٥٤)، بينما وجدت علاقة ارتباطيه سلبية ذات دلالة إحصائية بين الاكتئاب ووجهة الضبط الخارجية (-٠,٣٩).

رابعاً: هناك علاقة ايجابية دالة إحصائيا بين اليأس ووجهة الضبط (٠,٥٣)، بينما توجد علاقة سلبية دالة إحصائيا بين اليأس واحترام الذات (-٠,٣٣)، ويلاحظ على الجدول رقم (٦) أن أعلى معدلات ارتباط سجلها متغير مع متغيرات الدراسة، بين منخفضي التدين ومقياس الاكتئاب (٠,٥٥)، و الاكتئاب واحترام الذات (٠,٥٤)، و بين اليأس ووجهة الضبط (٠,٥٣)، وبين الاكتئاب واليأس (٠,٤٥).

ومن خلال النتائج التي دلت عليها الدراسة الحالية في جدول رقم (٧) يتضح من مصفوفة العوامل بعد التدوير أن هناك تشبعات مرتفعة على معظم العوامل التي تم تحليلها، حيث أشتمل العامل الأول على ستة تشبعات جوهرية تشير إلى مستوى متوافق بين الصحة النفسية والتدين وهي: التدين المرتفع و قلق الموت والاكتئاب واليأس ووجهة الضبط واحترام الذات وجميعها ذات علاقات عكسية، وبالتالي يرى الباحث انه يمكن لنا قياس هذا العامل بصورة جلية والذي يمكن لنا أن نسميه بالتوافق النفسي والديني للمسنين (ارتفاع الصحة النفسية مقابل التدين)، وهي نتيجة تدل على ارتفاع مستوى التدين يلعب دورا بارزا في انخفاض شعور المسنين من الذكور والإناث بقلق الموت والاكتئاب واليأس واحترام الذات ويزيد من ارتفاع وجهة الضبط الداخلية ومن قدرتهم على تحمل المشكلات اليومية، وبالتالي يمكن الحكم على أن التدين يعتبر أكثر وضوحا في ارتفاع مستوى الصحة النفسية من خلال تأثير مستويات التدين على المسنين في انخفاض مستوى قلق الموت مع تقدم السن وانخفاض الشعور بالاكتئاب واليأس من الحياة واحترام الذات وارتفاع وجهة الضبط الداخلية وبالتالي ارتفاع مستوى قدرة المسنين على التعامل مع مشكلات التقدم بالعمر وفق الاهتمام بمستويات التدين والارتباط الروحاني بالمشاعر الدينية والتي تأخذ قيمة اكبر من المستويات الاجتماعية, كما وجدت الدراسة مدى التأثير الواضح لمتغيرات الدراسة بعضها ببعض حيث وجد أن هناك تشبعات بين معظم المتغيرات ويوجد تأثير متبادل بين قلق الموت والاكتئاب، والاكتئاب واليأس، ووجهة الضبط واحترام الذات، وبهذه النتيجة يرى الباحث انه لا يمكن لنا عزل كل متغير من متغيرات الصحة النفسية عن الأخر وإنما يجب أن يتم التعامل مع مستوى الصحة النفسية لدى المسنين كوحدة واحدة من المتغيرات التي تهتم بمستوى التوافق لدى الذكور والإناث بمرحلة الشيخوخة واعتبارها عوامل مرتبطة ومشتركة في تحديد مستوى الصحة النفسية لدى المسنين، وذلك في حين إذا أراد العاملين في مجال الصحة النفسية قياس مستوى التوافق النفسي للمسنين في مرحلة الشيخوخة.

كما وجدت الدراسة الحالية من خلال التحليل العاملي لمتغيرات البحث إن هناك أربع تشبعات أساسية للعامل الثاني والتي تمثل الجانب الأكثر وضوحا في اعتلال الصحة النفسية مقابل التدين وهي: انخفاض التدين (عكسي) والاكتئاب واليأس واحترام الذات، وبالتالي يمكن تسمية العامل الثاني اعتلال الصحة النفسية، والتي تتمثل في مظاهر متعددة منها انخفاض مستوى الاهتمام بالتدين والجوانب الإيمانية و الانطواء وعدم القدرة على التكيف وانخفاض في أهمية الشعور بالهوية وعدم القدرة على التعامل مع المحيطين بالمسنين والشعور بفقدان لذة الحياة لديهم، وقد وجدت النتيجة الحالية في دراسات أجنبية وهي دراسة ميدن وبترسون (Maiden and Peterson,2002)، وهي تتفق مع النتيجة الحالية رغم ارتباطها بعينة تمثل المجتمع السعودي وما يحيط به من اختلاف ثقافي وديني عن المجتمعات الغربية، ويرى الباحث انه هذه الحالة تمثل عدم الاتزان النفسي والتكيف الاجتماعي والتي من خلالها يمكن لنا معرفة وقياس مستوى اعتلال الصحة النفسية والتنبؤ بها لدى المسنين عن طريق قياس مستوى اليأس والاكتئاب ومستوى الشعور بالأهمية ومن ثم رسم برامج علاجية إرشادية تقوم على تقوية الجوانب الدينية وتركز على تنمية ورفع مستوى التدين لدى المسنين من كلا الجنسين. كما وجدت الدراسة الحالية ان هناك جوانب تدل على اعتلال الصحة النفسية والدخول في أطوار الاضطراب النفسي لدى المسنين وهي ما وجدت الدراسة من خلال التحليل العاملي أن العامل الثالث والأخير(الاضطراب النفسي مقابل التدين) قد شمل أربع تشبعات رئيسية (قلق الموت والاكتئاب واليأس واحترام الذات)، وتمثل الجانب الأكثر وضوحا في بروز المرض النفسي وتدهور مستوى الصحة النفسية والتي تتطلب العناية النفسية والعلاج النفسي والاجتماعي، وهي ما يوضح الخطأ الشائع لدى الكثيرين في مجال رعاية المسنين وهي تمثل الجانب الأكثر وضوحا في الاعتلال و الاضطراب النفسي.

رابعاً: نتائج الفرض الرابع :

ينص هذا الفرض على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغيرات الصحة النفسية (قلق الموت، الاكتئاب، اليأس ووجهة الضبط، احترام الذات) والمتغيرات الديمغرافية (العمر، الحالة الاجتماعية) المسنين من الذكور والإناث بمدينة الرياض في المملكة العربية السعودية، وقد وجدت الدراسة أنه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين في متغيرات قلق الموت والاكتئاب، واليأس، ووجهة الضبط واحترام الذات طبقا للمرحلة العمرية التي ينتمي إليها أفراد عينة الدراسة،كما وجدت الدراسة الحالية انه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متغيرات الصحة

النفسية(قلق الموت،الاكتئاب،اليأس، وجهة الضبط، واحترام الذات) والحالة الاجتماعية لعينة الدراسة، وقد عززت هذه النتيجة ما توصلت إلية العديد من الدراسات مثل دراسة ماك كوفر وآخرون (McGover et al.,2008)، ودراسة سيسيرال (Cicirelli,2002)،ودراسة فيلد (Field,2000) وتعطي النتيجة الحالية للفرض الرابع تصورا علميا حول الاعتقاد الشائع لدى العديد من الباحثين بوجود الارتباط بين المستوى العمري للمسنين و ارتفاع مستوى قلق الموت حيث أشار سلطان العويضة (٢٠٠٤م) أن قلق الموت يرتفع مع تقدم السن لدى المسنين من كلا الجنسين، وهي لا تتفق مع النتائج الحالية لهذه الدراسة و التي قد تعود لاختلاف عينة الدراسة من حيث أن الدراسة الحالية اشتملت على عدد اكبر لعينة البحث وبالتالي كان هناك تأثير على حجم وتنوع الفئات العمرية مما قد يعكس اختلافاً في نتائج الدراسة الحالية عن دراسة سلطان العويضة (٢٠٠٤م). ويرى الباحث أن المتغيرات الديمغرافية لا يجب إهمالها كعوامل مساعدة على اعتلال الصحة النفسية واختلاف درجة التدين عند المسنين، بل يجب إجراء مزيد من البحث حول التأثيرات المتبادلة لهذه العوامل ومرحلة الشيخوخة في المجتمع السعودي.

توصيات الدراسة

من خلال نتائج الدراسة الحالية بالتوصيات والمقترحات التالية :

١) حيث توصلت الدراسة إلى أن انه ليس هناك علاقة بين الجنس والتدين وقلق الموت والاكتئاب واليأس وقلق الموت واحترام الذات ووجهة الضبط، فأنة لابد من وضع استراتيجيات مناسبة لكلا الجنسين من المسنين، ترتبط بمستوى متقدم من الرعاية النفسية والتاهيلية للمسنين في مرحلة الشيخوخة.

٢) حيث أن الدراسة توصلت إلى أن هناك علاقة بين التدين بمستوياته المختلفة والشعور بقلق الموت والاكتئاب واليأس واحترام الذات ووجهة الضبط الخارجية، فتوصي الدراسة الحالية ضرورة الاهتمام بالاتجاهات الدينية وان تقوم المؤسسات والجهات المسئولة عن رعاية كبار السن بتنظيم حملات توعوية دينية من أجل إزالة بعض المفاهيم الخاطئة لدى كبار السن بالنسبة لأهمية الصحة النفسية.

٣) حيث توصلت الدراسة إلى وجود علاقات متبادلة بين متغيرات الصحة النفسية والتي تشمل قلق الموت والاكتئاب واليأس ووجهة الضبط واحترام الذات، فانه توصي الدراسة الحالية ضرورة الاهتمام بوضع معايير نفسية محددة يمكن من خلالها التنبؤ بتدني الصحة النفسية للمسنين ومن ثم العمل على تطبيقها بشكل دوري في المؤسسات التي

تهتم برعاية المسنين، والمركز الطبية والمؤسسات المدنية والحكومية التي تقدم خدماتها للمسنين من كلا الجنسين.

٤) ضرورة تفعيل دور اللجنة العامة لرعاية المسنين للقيام بدورها الحقيقي لخدمة كبار السن في المجتمع، وعدم تركيزها على رعاية المقيمين في الدور الإيوائية فقطن وإبراز اثأر تدهور الصحة النفسية للمسنين على ممارسة حياتهم بشكل طبيعي.

٥) إعداد خطة نفسية للعمل على مساندة المسنين في جميع مناطق المملكة للتوافق والتكيف النفسي وتكون ذات طابع الاستمرارية والإشراف النفسي المهني التام عليها.

٦) إجراء مزيد من البحوث العلمية من قبل كافة التخصصات لإبراز التأثيرات الفعالة لمستوى الصحة النفسية لكبار السن، وإبراز تلك النتائج في كافة وسائل الإعلام المختلفة.

٧) إجراء دراسات علمية على عينة أخرى في مناطق أخرى في المجتمع السعودي، قد تؤدي إلى زيادة في البحث في أبعاد المتغيرات الأساسية للصحة النفسية، كذلك إجراء دراسات تأخذ الأبعاد المستقبلية لمتغيرات التدين قلق الموت والاكتئاب واليأس واحترام الذات ووجهة الضبط عبر المدى الزمني، يجعل من قراءة المستقبل والتوقعات لمعرفة مستوى الصحة النفسية لدى المسنين من الذكور والإناث يمكن التنبؤ به والوصول بشكل واضح إلى استراتيجيات وطنية شاملة لرعاية المسنين خلال السنوات القادمة.

المراجـــع

المراجع العربية:

١- ابراهيم محمد العبيدي (١٩٨٩م). دور النظريات الاجتماعية في أبحاث الشيخوخة , **مجلة العصور**، المجلد (٤) ، الجزء (٢) ، دار المريخ للنشر، لندن ، ص٦١-٧٣.

٢- إبراهيم محمد العبيدي و سامي عبدالعزيز الدامغ (٢٠٠١م). **مرض الخرف في المملكة العربية السعودية انتشاره والخصائص المرتبطة به**. مؤسسة الأمير سلطان بن عبدالعزيز آل سعود الخيرية، الرياض.

٣- ابراهيم مصطفى (١٤١٠هـ). **المعجم الوسيط**، دار الدعوة. تركيا.

٤- ابن منظور، أبو الفضل (١٩٨٨م). **لسان العرب**, الجزء الحادي عشر، بيروت: دار صادر.

٥- ابوبكر احمد باقادر(١٩٩٩م). **كبار السن، عطاء متواصل: دور للرعاية ودور للتواصل والمشاركة**. البحرين : المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية ، إصدار بمناسبة السنة الدولية لكبار السن.

٦- احمد محمد عبدالخالق (١٩٨٧م). قلق الموت، **سلسلة عالم المعرفة**، العدد (١١١) مارس، الكويت.

٧- احمد محمد عبدالخالق (١٩٩٦م). المقياس العربي لقلق الموت, خطوات إعداده وخصائصه، **مجلة دراسات نفسية**، القاهرة, العدد (٤) مجلد (٦) رابطة الأخصائيين النفسيين، ص ٤٤٣-٤٥٦.

٨- اريك فروم (١٩٧٨م). **الدين والتحليل النفسي**، ترجمة فؤاد كامل، القاهرة: مكتبة غريب للطباعة والنشر.

٩- اسماعيل بن عمر بن كثير بن ضوء بن كثير(ت-٧٧٤هـ)، **تفسير القران العظيم**(٢٠٠٩م) بيروت: دار الكتب العلمية.

١٠- إسماعيل كتبخانة (١٩٩٩م). مشاركة كبار السن في المجتمعات المحلية, المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية، البحرين.

١١- اقبال الأمير(١٩٩٥م). نحو رؤية تنموية لمواجهة مشكلات المسنين, مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية، العدد (١)، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، القاهرة، ص ٣٤٥-٣٩٦.

١٢- ايمان صادق(٢٠٠٥م). دراسة تأثير النمط الغذائي والعادات الغذائية على الحالة التغذوية للمسنات في محافظة جدة, رسالة ماجستير غير منشورة,كلية التربية والاقتصاد المنزلي,جدة المملكة العربية السعودية.

١٣- بدر الدين علي (١٩٩٠م). قضاء وقت الفراغ لدى الشباب العربي, الرياض : المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب .

١٤- بدر العيسى (١٩٩٨م). أهمية العمل التنموي لكبار السن ما لهم وما عليهم, المجلة العربية للعلوم الإنسانية، العدد (٥١)، جامعة الكويت، الكويت، ص٤٠-٥٧ ,

١٥- ثريا جبريل (١٩٨٨م). اتجاهات الشباب السعودي المتعلم نحو مرحلة الشيخوخة، ودور خدمة الفرد في علاج آثارها. المؤتمر العلمي الثاني لكلية الخدمة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلون. القاهرة

١٦- ثريا يوسف لاشين (٢٠٠٠م). دراسة لاتجاهات قطاعات مختلفة من أفراد المجتمع السعودي نحو المسنين. جامعة حلوان، المؤتمر الإقليمي الأول لرعاية الشيوخ، ٣-٥/أبريل. جامعة حلوان، جامعة حلوان.

١٧- جبر محمد جبر (٢٠٠٢م). الحالة العقلية لدى المسنين ومرضى العته والفصام, مجلة بحوث كلية الآداب جامعة المنوفية، جامعة المنوفية, كلية الآداب, العدد التاسع والأربعون.

١٨- جمعة الخولي (١٩٩٢م).فلسفة الترويح في الإسلام, الرياض: الرئاسة العامة لرعاية الشباب.

١٩- حامد عبدالسلام زهران(١٩٧٧م). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب.

٢٠- حسن حسن(١٩٩٠م). **الدين ودافعية الانجاز**: دراسة مقارنة لمستوى الانجاز, المسلم المعاصر العدد ٥٦.

٢١- رشاد موسى(١٩٩٣م). **اثر التدين على الاكتئاب النفسي**، مؤسسة مختار للطباعة والنشر, القاهرة.

٢٢- رشاد موسى، إحسان الأغا، مديحة منصور، محمد رشاد، فاتن علي، السعيد غازي، هناء متولي(١٩٩٦م). علم النفس الديني. دار المعرفة، مؤسسة مختار للنشر والتوزيع، القاهرة.

٢٣- سعد عبدالله المشوح(٢٠١٠م). هروب الفتيات وعلاقته بوجهة الضبط والأساليب المعرفية(الاندفاع والتروي) بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية, **مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية**، العدد السابع عشر, جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض.

٢٤- سلطان موسى العويضة (٢٠٠١م). المقارنة بين المتقاعدين وغير المتقاعدين من المسنين في قلق الموت وسمة القلق: دراسة ارتباطيه مقارنة، **مجلة علم النفس المعاصر**، العدد(١٢) ابريل ٢, مركز البحوث النفسية، قسم علم النفس, جامعة المينا, مصر، ص ١٢٩-١٥٦,

٢٥- سميرة جمال المشهراوي (١٩٩٨م). الروابط الأسرية وصلتها بمشكلات نبار السن , رسالة **ماجستير غير منشورة** ، قسم الدراسات الاجتماعية، جامعة الملك سعود، الرياض.

٢٦- سهير كامل احمد(١٩٨٧م). دراسة عبر ثقافية عن الاكتئاب والانطواء الاجتماعي لدى الشيوخ المتقاعدين . ***مجلة دراسات تربوية*** ، المجلد الثاني ، القاهرة : رابطة التربية الحديثة.

٢٧- شاكر عبدالحميد (٢٠٠١م). التفضيل الجمالي : دراسة في سيكولوجية التذوق الفني, المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، **سلسلة عالم المعرفة**، الكويت.

٢٨- شكرية عبد العزيز الخليف (١٤١٧هـ). الممارسة المهنية مع المتخلى عنهم من كبار السن. رسالة ماجستير غير منشورة ، قسم الدراسات لاجتماعية. كلية الآداب،جامعة الملك سعود ، الرياض

٢٩- صالح ابراهيم الصنيع (١٤١٩هـ). **التدين علاج الجريمة**، مكتبة الرشد، الطبعة الثانية, الرياض.

٣٠- صالح ابراهيم الصنيع(٢٠٠٥م).**الصحة النفسية من منظور إسلامي بين علماء الإسلام وعلماء النفس**, دار الهدي النبوي, مصر.

٣١- طلال ناصر الأسمري (٢٠٠٣م). مدى ملاءمة أدوار الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في إشباع احتياجات كبار السن, ***رسالة ماجستير غير منشورة***، قسم الدراسات الاجتماعية، جامعة الملك سعود.

٣٢- عبد العزيز علي الغريب (٢٠٠٩م). التفضيل الترويحي لكبار السن في المجتمع السعودي، **مجلة دراسات الخليج العربي**, مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، العدد ١٣٢: ٩٥-١٦١.

٣٣- عبد العزيز علي الغريب (٢٠٠٥م). **المكانة الاجتماعية للمسنين في ضوء التغيرات الحضارية**, الرياض: جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، عمادة البحث العلمي.

٣٤- عبد الفتاح غريب (٢٠٠٠م). **مقياس بيك الثاني للاكتئاب** ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

٣٥- عبد اللطيف خليفة (١٩٩٧م). **دراسات في سيكولوجية المسنين**, القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

٣٦- عبد الله ناصر السدحان (٢٠٠١م). **العقوق**، دراسة اجتماعية ميدانية على المسنين المقيمين في دور الرعاية. الرياض ، دار شقراء للنشر.

٣٧- عبدالحميد نصار(١٩٨٨م). بعض المتغيرات الشخصية والاجتماعية المرتبطة بالاتجاه الديني, رسالة دكتوراه غير منشوره، كلية التربية، جامعة المنصورة, جمهورية مصر العربية.

٣٨- عبدالله الرشود(١٩٩٩م). **اتجاهات رعاية المسنين، دراسة على العاملين و المسنين بدار الرعاية الاجتماعية بالرياض** . ندوة " قضايا الشيوخ بين متطلبات العصر ومسؤوليات المجتمع " المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعي بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية. الكويت.

٣٩- عبدالمحسن السيف (١٩٩٩م).**الكبر والتكيف الاجتماعي**, الرياض: مركز البحوث، كلية الآداب، جامعة الملك سعود.

٤٠- عبدالمحسن حماده(١٩٩٢م). التوجه نحو التدين وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية, **رسالة دكتوراه غير منشور**, كلية التربية، جامعة الأزهر.

٤١- عفاف بشيرعامر (٢٠٠١م). دراسة الحالة الغذائية والصحية لدار المسنين بمنطقة المدينة المنورة ومدى جدوى الاستفادة من المشاركة في الأنشطة الاجتماعية, **مجلة بحوث الاقتصاد المنزلي**، جامعة المنوفية, مجلد ١١(١):١٠٩.

٤٢- عفاف عدس (١٤٠٩هـ). المشكلات والحاجات الإرشادية للمسنات: دراسة ميدانية في مكة المكرمة . **رسالة ماجستير غير منشورة** . مكة المكرمة : قسم علم النفس ، كلية التربية – جامعة أم القرى .

٤٣- علاء الدين كفافي (١٩٨٢ م) مقياس وجهة الضبط، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

٤٤- فريدة العبد الواحد(١٩٩٧م). اثر العوامل الاجتماعية في التوافق الاجتماعي للمسنات, جامعة الملك سعود، **رسالة ماجستير غير منشورة**، قسم الدراسات الاجتماعية، الرياض.

٤٥- فيصل محمد الغرايبه(١٩٩٩م). **الشيخوخة داخل منظومة العلاقات الأسرية في المجتمع العربي الخليجي** . ندوة " قضايا الشيوخ بين متطلبات العصر ومسؤوليات المجتمع "، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية. الكويت

٤٦- قبلان المجالي (١٩٩٦م). الحراك الاجتماعي بين جيلي الأجداد والآباء والتفضيل المهني لدى الأبناء, **مجلة مركز البحوث التربوية**، العدد (٩)، جامعة قطر، ص ٢٠٧-٢٤٣.

٤٧- لولوه البريكان(١٤٢٠هـ). تغير دور المسن في الأسرة السعودية، *رسالة ماجستير غير منشورة*، كلية الآداب، قسم الدراسات الاجتماعية، جامعة الملك سعود.

٤٨- ليلى شرف (١٩٩٧). توافق كبار السن مع الحياة الأسرية والاجتماعية, **رسالة ماجستير غير منشورة**، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، قسم الاجتماع. جامعة الملك عبدالعزيز، جده.

٤٩- مارية طالب الزهراني وعفاف حمزة بشير عامر (٢٠١٠م) دراسة مقارنة بين العادات الغذائية والنمط المعيشي للمسنين في مكة المكرمة والمدينة المنورة, **مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية**, جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض, العدد (١٤).

٥٠- محمد الشناوي (١٩٩٤م). نظريات **الإرشاد والعلاج النفسي**، دار غريب.القاهرة.

٥١- محمد حسن غانم (٢٠٠٤م). التدين وعلاقتة بقلق الموت والاحداث السارة والنظرة للحياة: دراسة نفسية مقارنه بين المسنين والمسنات، **دراسات عربية في علم النفس**, العدد(٣)، مجلد ٣, ص ١٩٧-٢٥٥.

٥٢- محمد عبد الحميد (١٩٨٧م). **العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي**, الدار الفنية، القاهرة.

٥٣- محمد عبدالله المرعول (١٤١٨هـ) . تكامل دور الاسرة والمؤسسات الاجتماعية في رعاية المسنين. **رسالة ماجستير غير منشورة**، كلية الآداب، قسم الدراسات الاجتماعية، جامعة الملك سعود، الرياض.

٥٤- مصطفى زيور (١٩٨٢م). **في علم النفس**, القاهرة: درا النهضة العربية.

٥٥- معتز سيد عبدالله (١٩٨٩م) الاتجاهات التعصبية, المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، **سلسلة عالم المعرفة**، الكويت.

٥٦- ممدوحة سلامة (١٩٩١م). المعاناة الاقتصادية وتقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية، لدى طلاب الجامعة، **مجلة دراسات نفسية**، القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، العدد(١) جـ ٣ ، ٤٧٥ – ٤٩٦ .

٥٧- منى محمد شويكة(١٤١٥هـ). دور طريقة تنظيم المجتمع في إشباع الاحتياجات الاجتماعية للمسنين. رسالة دكتوراه غير منشورة، الرئاسة العامة لتعليم البنات.كلية الخدمة الاجتماعية،الرياض.

٥٨- هدى قناوي(١٩٨٧م). **سيكولوجية كبار السن** , القاهرة : مركز التنمية البشرية .

٥٩- هشام عبد الله (١٩٩٥م). **المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب واليأس لدى عينة من الطلاب والعاملين**، المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي، القاهرة، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس , ٤٧٣ – ٥١٧ .

٦٠- هشام محمد مخيمر وعمرو رفعت عمر(١٩٩٩م). **فاعلية برنامج إرشادي في خفض قلق الموت لدى المسنين المبصرين والمكفوفين**, المؤتمر الدولي للمسنين، جامعة عين شمس, مصر، ص٦٧-١٣٠.

٦١- وزارة التخطيط والاقتصاد السعودي (٢٠٠٥م). الكتاب الإحصائي الثامن والثلاثون, ص ٤٩-٦.

٦٢- يحي حداد(١٩٩٩م). التخطيط الاجتماعي لرصد وتلبية احتياجات كبار السن, **سلسلة دراسات اجتماعية وعمالية**، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية. العدد (٣٨)، البحرين.

٦٣- مدحت حسين (١٩٩٢ م). **تنظيم مجتمع المسنين**. القاهرة، المطبعة التجارية الحديثه.

٦٤- مدحت حسين (١٩٩٣م). **دور طريقة تنظيم المجتمع في تغيير اتجاهات المسنين السلبية نحو المجتمع** . القاهرة : جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، كتاب المؤتمر العلمي السنوي السابع لكلية الخدمة الاجتماعية، ٧-٩ديسمبر.

65- American Psychiatric Association (2004). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (4TH edition). Wilson Boulevard. Arlington, VA.

66- Atchley .,C (1980). **The Social Forces in batter life** (3rd edn) Wads worth , Inc , Betmont , California.

67- Bergdahl, E; Allard, P; and Gustafson,Y(2007). Depression in the oldest old in urban and rural municipalities, *Journal of Aging & Mental Health*, 11(5):570-578.

68- Brightbill , C and Meyer , H (1960). **Recreation,** Prentice Hall , Ins .

69- Burgio,L, and ,Burgio,K (1996). Behavioral gerontology: Application of behavioral methods to the problems of older adults, *Journal Applied Behavior Analysis*, Vol, 12(4).

70- Carstensen,L.(1992).Motivation for social contact across the life span: a theory of socioemtional selectivity, In, R, Dienstbier, and J,Jacob (Eds) **Development perspective on motivation:** Lincoln, NE: university of Nebraska.

71- Cicirelli,VG(2002). **Older adults' views on death,** New York: Springer Publishing Company.

72- Ellis, A. (1987). The evolution of rational emotive therapy (RET) and cognitive behavior therapy (BET). In I. K. Zeig (Ed.), **The evolution of psychotherapy.** New York: Brunner/Mazel.

73- Field D,(2000) Older people's attitudes toward death in England, *Mortality* , 5:277-299.

74- Flint, A(2006). Generalised Anxiety Disorder in Elderly Patients: Epidemiology, Diagnosis and Treatment Options, *Journal of Drugs Aging,* V (22), pp100-114.

75- Folkman,S(1984). Personal control, stress, and coping processes : A theoretical analysis, *Journal of Personality and social Psychology*, 46, 839-852 .

76- Fried, L. P & Guralnik, J. M.(1997). Disability in older adult: Evidence regarding significance, etiology, and risk, *Journal of the American Geriatrics, Society*, 45, 92-100.

77- Greenglass,L, Flksenbaum, and Eaton,J (2006). the relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly, *Journal of Anxiety, Stress, and Coping*;19(1):15-31.

78- Heribert , Michael (1997). **Adult Education and development , Adult learning a Key for the 21 st Century** , HAMBURG 14 - 18 July,p, 27.

79- Kelly. G.A. (1977). 'The psychology of the unknown', in D. Bannister (ed.). **New Perspectives in Personal Construct Theory.** London: Academic Press.

80- Kelly. G.A. (1986) .A **Brief Introduction to Personal Construct Theory.** London: Centre for Personal Construct Psychology.

81- Lazarus,P.,I (1982). Incidence of shyness in elementary school age children .*Psychological reports*, pp ,904 –.906.

82- Maiden, R & Peterson, S(2002). Use of mental health services by the rural aged: a longitudinal study. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 15, 1-6.

83- McGovern,R; Lee,M; Johnson,J ;Morton,B (2008). ElderLynk: A community Outreach Model for the integrated treatment of Mental Health Problems in their Rural Elderly, *Journal of Aging Int*, 32:43 –53.

84- Ragheb, M, Griffith, C,(1982),The Contribution of Leisure Participation and Leisure Satisfaction to Life Satisfaction of Older Parsons, *Journal Leisure Research*,14(4) PP259-265.

85- Robert, T, Wood (1999). **Psychological Problems of Aging**, John Wiley & Sons.

86- Rogers, C.R. (1961). **On Becoming a Person**: A therapist's View of Psychotherapy, London: Constable.

87- Rotter, J. B. (1989). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*, 45, 489-493.

88- Russac,R Gatlife,C; Reece,M; Spottswood,D(2007). Death Anxiety Across the adult years: An Examination of age and gender effects, *Journal of Death Studies*, 31:549-561.

89- Shaun, D (1993). **Retirement**: The All-in-one Retirement Planner, London: Chapmans Publishers.

90- Sollod, R. N. (1993). Integrating spiritual healing approaches and techniques into psychotherapy. In G. Stricker and J. R. Gold (eds) **Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration**. New York: Plenum.

91- Tabbara, R, (2002). **Demographic of Tenders of Ageing in Arab Countries**, ESCW: Beirut, Lebanon.

92- Tinsley, H ,(1986).A system of classifying leisure activities in term of psychological benefits. *Journal Gerontology*, Vol, 40(2) .

93- United Nations (1998). **Aging and The Family**, New York.

94- Whitfiled,G and Davidson,A (2008). **Cognitive Behavioural Therapy Explained**, Oxon, U.K, Radclife Publishing Ltd.

95- Willaims, L & Domingo (1993). The Social Status of Women and Men Within Filipino Family, *Journal of Marriage and the Family*, Vol (55), PP415-426.

96- World Health Organization,(2006).**physical activity and Older people.** http://www,who,int/topics/ageing/ar

Exploring the links between Religiosity and death anxiety, depression, hopelessness, locus of control, and self respect: Psychological study among Elderly people, in Saudi Arabia

Dr. Saad A. Almoshawah

B.Sc., (Hons), P.G. C.E., P.G. Dip, M.Sc., C. Psychol., Ph.D.

Ass.Pro of Health Psychology, Psychology Dep, Imam Muhammed Bin Saudi University

Objective: The objective of this study are to explore the links between religion and psychological mental health among elderly people in living in the capital city of Saudi Arabia, Riyadh.

Method: The research sample consisted of 120 elderly people (Male=60; and Female =60). A demographic data (age, Social status) was given to the participants, the majority of the subjects range from60 to 75 years. Religion, death anxiety, depression, hopelessness, locust of control, and self respect, scales was applied in this study. T.test, correlation, and factor analysis were used to evaluate the data obtained in this study.

Results: data in this study showed no significant relationship between elderly genders and religion, death anxiety, depression, hopelessness, locust of control, and self respect, while, were a greater correlation between level of religion and low level of death anxiety, depression, hopelessness, locust of control, and self respect ($P< 0.01$). Factor analysis revealed that the following were significant ($P < 0.05$), religion and death anxiety($p= 0.18$); religion and depression($p=0.31$); religion and locust of control ($p=0.41$). variable of religion was negatively associated with hopelessness and self respect.

Conclusion: this finding suggest that religion, death anxiety, depression, hopelessness, locust of control, and self respect, are highly interrelated among elderly population in Saudi Arabia and may influence mastery of the developmental psychological problems of aging. Further research is warranted to better understand these complex between psychology health factors in late life.

Keywords: Elderly People, Religion, Death Anxiety, Depression, Hopelessness, Locust of control, Self Respect.