تطوير مقياس للاتجاهات نحو كبار السن في المجتمع الأردني

ذياب البداينة(*)

ملخص: هدفت هذه الدراسة إلى تطوير مقياس للاتجاهات نحو كبار السن في المجتمع الأردني، وبيان اتجاهات طلبة جامعة مؤتة (الأردن) نحو كبار السن. تمت ترجمة مقياس سهود، وبروفولد، وميرينو وتطبيقها (Sahud, Bruvold & Merino, 1990) على عينة من طلبة الجامعة مكونة من (300) طالب وطالبة. تم تطبيق التحليل العاملي على فقرات المقياس الأصلي الـ (200) فقرة، استخدمت محكات الإبقاء للفقرات وهي (متوسط 2,5 – 3,5، وانحراف معياري (1 – 1,5)، وألا تزيد نسبة (لا أدري) في أي فقرة عن 25%، ومعامل ارتباط بين الفقرة والدرجة الكلية لا يقل عن 0,30). واستبقيت (68) فقرة من أصل (200) فقرة بمحكات الإبقاء مثلت المقياس النهائي للاتجاهات نحو كبار السن. شملت فقرات المقياس (34 فقرة) إيجابية و(34) فقرة سلبية. كشفت نتائج التحليل العاملي بطريقة تحليل المكونات الأساسية عن (13) عاملاً تجاوزت جذورها الكامنة (1)، فسرت مجتمعة (54,8%) من التباين في فقرات المقياس. أما ثبات المقياس باستخدام طريقة كرونباخ ألفا فقد كان (0,93)، وهذا مؤشر لاتساق داخلي عالٍ بين الفقرات. وأظهرت النتائج وجود اتجاهات إيجابية وسلبية لدى الطلاب نحو المسنين، كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو كبار السن تعزى إلى المهنة، والحالة الاجتماعية. هذا ولم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى الجنس أو المستوى التعليمي، أو وجود كبار سن في الأسرة.

المصطلحات الأساسية: كبار السن، مقياس، الاتجاهات، الطلاب، الأردن.

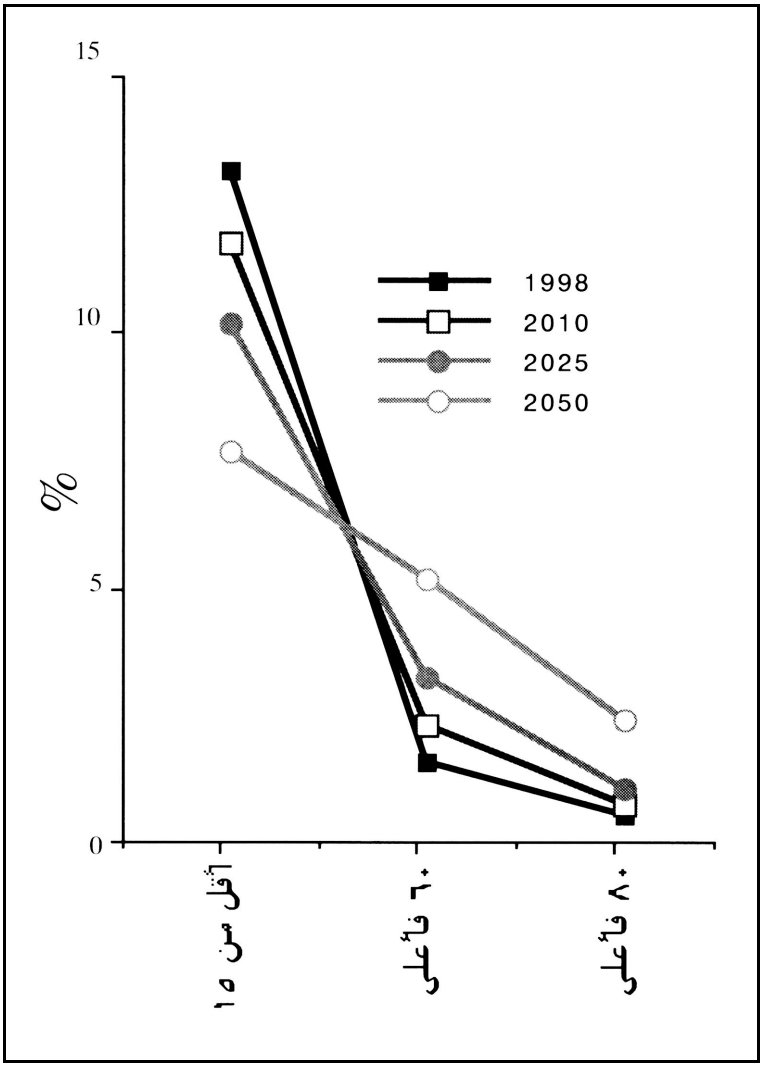
---

* أستاذ مشارك وعميد مركز الدراسات والبحوث – أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض – السعودية.

مقدمة:

يميل سكان العالم نحو كبر السن، حيث زاد متوسط العمر من (23,5 سنة) عام (1950) إلى (26,4 سنة) عام 1999، وهناك (593) مليون شخص مسن يشكلون (10%) من سكان العالم، ومن المتوقع أن يتضاعف هذا العدد (3) مرات في عام (2050) ليصل إلى ملياري نسمة يشكلون (22%) من سكان العالم. إن معظم كبار السن من الإناث، ومن بين من هم في عمر الستين فما فوق (55%) من الإناث، وفي الدول المتقدمة (59%) من كبار السن. كما أن (79%) من كبار السن الذكور متزوجون، يقابل ذلك (43%) من الإناث (UN, 1999: 3). ويظهر تقرير الأمم المتحدة توقع زيادة نسبة الفئة العمرية (60) سنة فأعلى وانخفاض نسبة الفئة العمرية (15) فما دون (انظر شكل 1). ويذكر الصالح أن من هم في الستين من العمر أو أكثر قد بلغ عام (1980) أكثر من (442) مليون نسمة، وهذا أكثر بـ (150) مليوناً عما كان عليه الوضع عام (1970) (عبدالناصر الصالح 1999:3)، ويشير تقرير الجمعية العالمية للشيخوخة (1993) إلى أن عدد المسنين في العالم عام 1950 كان في حدود (200) مليون نسمة، ارتفع إلى (350) مليوناً عام 1975، وسيصل إلى (590) مليوناً عام 2000، وسيكون (1,1) ملياراً ومئة مليون بحلول عام 2025 (ص 53). ويمتاز هذا القرن وبخاصة النصف الثاني منه بارتفاع معدل عمر الفرد في جميع المجتمعات، وتشير التوقعات إلى زيادة متوسط فترة الحياة لمن يبلغ (60) سنة إلى (14) سنة للذكور و(17) سنة للإناث، وهناك زيادة في أعداد المسنين قد تصل مع نهاية هذا القرن إلى (800) مليون نسمة (المكتب التنفيذي، 1999). إن زيادة مدة العمر المتوقع عند الولادة وانخفاض معدلات الوفيات، وبخاصة في فئة كبار السن، قد زادا حجم شريحة كبار السن في المجتمع، إلا أن ذلك لم يخل من منغصات لدى فئات كبار السن في العالم، فهم يعانون من أشكال متنوعة من الإهمال، والنبذ، والاكتئاب، والقلق، ويتعرضون للتعديات بمختلف أشكالها مما زاد عامل خطورة تعرضهم للإعاقات وخفض مستوى الحياة لديهم (Waidmann & Manton, 1998).

إن ما يعانيه كبير السن في مواجهة الذات لا يقارن بما يعانيه في مواجهة المجتمع، فالقلق والنكران يرتبطان بنظرة المجتمع السلبية لكبير السن (بدر العمر، 1999).



شكل (1)
نسبة سكان الأردن الذين يبلغ عمرهم 15 سنة فأدنى، و60 سنة فأعلى و80 سنة فأعلى 1998، 2010، 2025، 2050

Data Source: http://www.census.gov/cgi-bin/ipc/idbagg

لقد نبهت منظمة الصحة الدولية (WHO) إلى تزايد مجتمع كبار السن في العالم، ولقد حددت الأمم المتحدة عام 1999 بوصفه عاماً لكبار السن. ويقول بروندتلاند (Brandtland) المدير العام لمنظمة الصحة الدولية إن تقدم عمر سكان

الكون يمثل أحد أكبر التحديات التي تواجه العالم في القرن المقبل، إلا أن كبار السن أمامهم فرصة كبيرة لبيان أن لديهم كثيراً مما يقدمونه (Jones, 1999). هذا وتركز منظمة الصحة الدولية جهودها على الدول النامية، من أجل التوعية بأن كبر السن مشكلة عالمية. تزداد تفاقماً في الدول النامية بسبب أن معظم هذه الدول تفتقر إلى الضمان الاجتماعي أو نظام التقاعد (Pension System). إن على الدول النامية أن تطرح مشكلة كبار السن وتطور طرقاً جديدة لرعايتهم.

ومن أهم الخطط على مستوى الأمم المتحدة في مجال الاهتمام بكبار السن «خطة عمل ڤيينا الدولية للشيخوخة» والتي توصلت إلى تبني مبادئ عامة تؤكد على أن ربط كبار السن بمشروعات التنمية على أساس أن التنمية والمشاركة الجماعية فيها للجميع، ومن ثم يجب توزيع مكاسبها بعدالة على السكان وفق قدرات الأفراد، وبخاصة إسهام المسنين في الحياة الاجتماعية، إذ إنه ذو طابع روحي وثقافي وله قيمة في المجتمع، ويعد الإنفاق على المسنين استثماراً اجتماعياً. إن من أهداف التنمية إيجاد مجتمع متكامل خالٍ من التحيز على أساس العرق أو السلوك أو العمر أو الجنس، والحاجة لإجراء المزيد من الدراسات لجميع جوانب الشيخوخة (الجمعية العالمية للشيخوخة، 1993).

ولقد لوحظ الاهتمام الرسمي العربي بعام المسنين (عام 1999)، حيث أقيمت ندوات في دول عربية متعددة في موضوع كبار السن[1]. ويلاحظ في مجتمع الخليج العربي وليبيا زيادة عدد الذكور من عمر (60) سنة فأعلى مقابل كل (100) امرأة من عمر (60) سنة فأعلى وانخفاضها في بقية الدول العربية، والجدول (1) يبين ذلك.

ويُعرف المسن بأنه الشخص الذي تجاوز عمره (60) سنة[2]، وقد روى الترمذي عن الرسول ﷺ أنه قال: «أعمار أمتي بين الستين إلى السبعين»[3] (الحاكم، د. ت،

(1) ندوة قضايا المسنين بين متطلبات العصر ومسؤوليات المجتمع. المكتب التنفيذي، مجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية. الكويت 2223–27/10/1999.

(2) لقد اختارت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية (WHO) سن الستين (60) على أنه بداية الشيخوخة لأنه يتفق مع سن التقاعد في معظم الدول، وهو المعيار المستخدم في إحصاءات منظمة الصحة العالمية، ومكتب السكان في الأمم المتحدة، والدراسات الأكاديمية العربية، مثل عبدالمحسن، 1985، والأجنبية مثل، Sahud, Bruvold & Merino, 1990، انظر كذلك: المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية (1999)، المؤلف: 60.

(3) رواه ابن ماجه وقال عنه الألباني: حديث حسن صحيح.

ج427:2). ولقد رعى الإسلام كبار السن وحث على احترامهم وتقديرهم، وربط كلمة شيخ بالمكانة العالية من علم أو قيادة، وهناك من يميز بين المعمر، وكبر السن والهرم، ففي حين يعني المعمر الشخص الذي طال عمره، يعني كبر السن تجاوز عمر الستين، أما الهرم فيعني الزيادة في كبر السن وهو أرذل العمر، ولقد تعوذ منه النبي ﷺ في قوله: «اللهم إني أعوذ بك من العجز والكسل والجبن والهرم».

جدول (1)
عدد الذكور من عمر (60 فأكثر) مقابل كل (100) أنثى من عمر (60 فأكثر) في المجتمع العربي وفق الدولة

الدولة	العدد	الدولة	العدد
البحرين	107	الجزائر	87
الكويت	128	مصر	82
ليبيا	119	الأردن	97
عُمان	106	سوريا	89
قطر	271	لبنان	86
السعودية	111	المغرب	82
الإمارات	247	السودان	93
العراق	90	تونس	99
اليمن	78	موريتانيا	81
الصومال	86		

المصدر: http://www.un.org/depts/unsd/social/youth.html

ومع محاربة المرض وتحسين الخدمات الصحية في العالم، فلم يعد معيار العمر البيولوجي كافياً لتحديد كبر السن، مما أدى إلى دخول معايير أخرى في تعريف المسن، منها العمر الاجتماعي الذي يركز على (المكانة الاجتماعية) والأدوار الاجتماعية للمسن والعمر النفسي ويركز على الخصائص النفسية، ومنها الصحة النفسية للمسن. فكبر السن مرحلة في حلقة النمو، قال تعالى: ﴿الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل بعد ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعفاً وشيبة يخلق ما يشاء وهو العليم القدير﴾ (سورة الروم، الآية 54).

تنتشر في كثير من المجتمعات بعض أمراض الشيخوخة مثل: ارتفاع ضغط الدم، والسكر، والشلل، وأمراض العظام، والرعاش، وتدهور قدرات السمع والبصر والتركيز... إلخ. مما يجعل المسن في حاجة ماسة إلى مساعدة الآخرين (الأسرة أو الحكومة). وهذه الأوضاع ليست حتمية في نمو المسن، بمعنى أنه ليس بالضرورة أن يمر بها كل مسن، فهناك حالات كثيرة من المسنين ممن يتمتعون بصحة جيدة، ويؤدون أعمالاً مهمة للمجتمع حتى آخر لحظة في حياتهم (المكتب التنفيذي، 1999).

مشكلة الدراسة

ينظر إلى كبار السن نظرات متباينة بتباين المجتمعات التي يعيشون فيها، فهم يتبوأون مكانات مرموقة في المجتمعات العربية والإسلامية تجعلهم يتمتعون بالهيبة والاحترام والتقدير، ويشكلون مرجعية في الوسط الاجتماعي الذي يعيشون فيه. لأن احترامهم وتقديرهم له قيمة اجتماعية يحرص عليها المجتمع العربي عامة. أما في المجتمعات الغربية فيلاحظ أن الفردية قد لونت النظام الاجتماعي الغربي وانعكس ذلك على علاقة المجتمع بكبير السن الذي غالباً ما يعاني من الوحدة والعزلة.

إن وضع المسن في أي مجتمع محكوم باتجاهات المجتمع نحوه، وبما يحمله المجتمع من مشاعر وسلوكيات ومعتقدات عن المسنين، وهذا ينعكس على الميزات الاجتماعية التي يمكن أن يحصل عليها المسنون، ومن هنا تبرز الأهمية لتطوير أدوات بحث ومقاييس (scales) مقننة تمكن من الكشف عن اتجاهات المجتمع نحو المسنين. وتجدر الإشارة إلى وجود بعض الدراسات العربية التي تناولت موضوع كبار السن، وهي قليلة، وهناك محاولات قليلة كذلك لقياس الاتجاهات نحو كبار السن في الوطن العربي[4].

وتتحدد مشكلة الدراسة بتطوير مقياس للاتجاهات نحو كبار السن في المجتمع الأردني، يمكن أن يستخدم في المستقبل في قياس الاتجاهات نحو كبار السن في المجتمع العربي أيضاً. وإلى بيان اتجاهات عينة من طلبة جامعة مؤتة نحو كبار السن في الأردن.

(4) انظر على سبيل المثال: دراسة منصور، 1987؛ العمر، 1999; وباقادر، 1999; والخاطر، 1994; وأبوسوسة، وفخرو، 1993; وإسماعيل، 1984; والديب، 1994; والمكتب التنفيذي، 1999.

أهمية الدراسة

إن بناء الاتجاهات التي يحملها فرد ما يعكس محتوى الثقافة الاجتماعية في المجتمع الذي ينتمي إليه، ولكبار السن أمكنة اجتماعية متباينة في المجتمعات الإنسانية، ففي حين نجدهم يحتلون مكانة اجتماعية عالية في المجتمع العربي والإسلامي نجد أنهم يعانون من الوحدة والإهمال في المجتمعات الغربية، مما يجعلهم أكثر ارتكاباً لجرائم قتل النفس مقارنة بكبار السن في المجتمعات العربية (ذياب البداينة، 1995: 567 – 605).

تكمن أهمية هذه الدراسة في توفير مقياس صادق وثابت لقياس الاتجاهات نحو كبار السن في المجتمع الأردني بخاصة، وتعميمه على المجتمع العربي عامة، وتوفير أداة يمكن استخدامها في قياس الاتجاهات نحو كبار السن من قبل فئات اجتماعية ومهنية مختلفة.

الإطار النظري للدراسة

1 – النظريات المفسرة لكبر السن

هناك عدد من النظريات التي تناولت موضوع الشيخوخة في حقول متعددة، منها علم الحياة (Biology)، حيث نجد أن محط اهتمام النظريات البيولوجية معرفة الأسباب التي تجعل الإنسان يهرم، ويمر بمرحلة الشيخوخة عوضاً عن النمو والتقدم بخط مستقيم. ومن أهم هذه النظريات نظرية كبر السن (التشيخ) (Aging). وتركز النظريات البيولوجية على المشكلات الصحية والنمو والفسيولوجية لدى المسنين والأمراض التي تصيبهم (Deptula, Singh & Pomara, 1993; Forsell & Winblad, 1994; Flint, 1994).

أما النظريات النفسية وبخاصة نظرية إيركسون، فتركز على نمو الشخصية وفق المراحل العمرية المختلفة، وتنظر إلى الشيخوخة بوصفها مرحلة من مراحل النمو، والتي تتشكل وفق الثقافة الاجتماعية السائدة، وتسير وفق محددات بيولوجية، ونفسية واجتماعية، ولكل مرحلة أزمة لابد من تجاوزها. ويذكر طلعت منصور أن (بيرين، 1964: 237 – 238) قد قدم محكين رئيسين للشيخوخة الناجحة هما: محك داخلي (نفسي)، ويشمل الرضا عن الحياة والذات لدى كبار السن، ومحك خارجي (اجتماعي) ويشمل كفاية الفرد في تحقيق أدوار اجتماعية، وموقف المجتمع من كبير السن (طلعت منصور، 1987). أما النظريات الاجتماعية فتركز على علاقة الحس بالجماعة وبالمكانة الاجتماعية التي يحتلها المسن وبالأدوار

الاجتماعية المتصلة بتلك المكانة، وبالسلوكيات المنبثقة عن تلك المكانة وما يحمله الفرد والجماعة من توقعات متبادلة بينهما. أما نظرية الانسحاب وكما يذكر هنري وكمنج (Henry & Cumming) فإنها تركز على عملية الانفصال، وأنها عملية تحدث بين الفرد والمجتمع. وهذا يعني أن المسن ينسحب من العلاقات والتفاعلات الاجتماعية تدريجياً، وهو بذلك يتخلى عن المكتسبات الاجتماعية التي حققها طوال حياته الاجتماعية، مما يجعل المجتمع يعفي المسن من مسؤوليات كثيرة، وينظر له نظرة فيها إعفاء من المسؤولية عامة بفعل التقدم في العمر. وعملية الانسحاب ناتجة عن القصور (Regression) في الوظائف العامة لدى المسن. ولقد قدم سترايب وشنايدر (Streib & Schneider) تعديلاً للنظرية باستخدام فكرة الانسحاب التباينى تأكيداً على فكرة أنه ليس بالضرورة أن يمر جميع المسنين بالانسحاب المجتمعي (المكتب التنفيذي، 1999).

أما نظرية الأزمة فترى أن الأوضاع السيئة والاضطرابات النفسية ناجمة عن الأزمة التي تتكون لدى كبار السن بفعل ترك العمل، وسحب الأدوار، وانخفاض المكانة الاجتماعية، وضعف العلاقات الاجتماعية مع الآخرين. وتركز هذه النظرية على أهمية العمل وعلاقته بالحيوية، ونظرة المسن إلى الحياة، وقيم العمل في حياة المسن... إلخ[5].

الاتجاه (Attitude)

هناك عدد كبير من تعاريف الاتجاهات لعدد من علماء النفس الاجتماعيين، ولم يتفق جميع باحثي علم النفس الاجتماعي على تعريف موحد للاتجاه، إلا أن التعريف المشترك الذي يجمع بين كثير من التعريفات المعاصرة يشير إلى أنه ميل أو استعداد (Disposition) ذهني وعصبي ونفسي للفرد تتضمنه خبراته الشخصية لأنه يستجيب لصالح نوع معين من الأشياء أو المواقف أو الموضوعات أو الأفراد أو يستجيب لضدها (رشاد موسى، 1998: 179).

وتتفق معظم التعاريف على أن الاتجاه هو مجموعة من الأفكار والمشاعر والإدراكات والمعتقدات نحو موضوع ما توجه سلوك الفرد وتحدد موقفه من ذلك الموضوع، والاتجاه إيجابي أو سلبي نحو ذلك الموضوع يتبناه الفرد ويقتنع بوجهة نظره نحوه (عبدالله الغامدي، وإبراهيم الراشد، 1417هـ). كما أن الاتجاه كما يراه

(5) لمزيد من الاطلاع انظر: المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية (1999)، المؤلف: 59 – 100.

(زكي هاشم) يمثل حالة ذهنية وعصبية ونفسية للفرد، ويحكم رأي الفرد (Opinion) أو اعتقاده (Belief) نحو موضوع أو حادث معين، ومن ثم يحكم سلوكه نحو هذا الموضوع أو الحادث (زكي هاشم، 1987). وتتكون الاتجاهات نتيجة اتصال الفرد بالبيئة المحيطة به، فالفرد لا يولد بأي اتجاه معين إزاء أي موضوع خارجي وإنما تتكون هذه الاتجاهات نتيجة تفاعل الفرد بمواقف خارجية متباينة تؤثر فيه بطريقة تؤدي إلى تكوين بعض الاتجاهات الخاصة به، فإشباع الحاجات الفسيولوجية (مثل الأكل والشرب) تكون الاتجاهات نحو موضوعات الطعام والماء (Bem, 1967). وللخبرة دور مهم في تكوين الاتجاهات، فإذا كانت الخبرة الانفعالية الناتجة عن موقف معين إيجابية يتكون اتجاه إيجابي (سالم السالم، 1993).

كما أن الاتجاه في العلوم الاجتماعية يشير إلى الحالة العقلية (Posture of the mind)، ولقد راجع البورت (Allport, 1935) تعاريف الاتجاه فتوصل إلى تعريف ما يزال من أكثر التعاريف شيوعاً حتى الآن، فالاتجاه «حالة عقلية أو عصبية من الاستعداد تُنظم من خلال الخبرة، ولها أثر توجيهي أو ديناميكي في استجابة الفرد لجميع المواقف المرتبط بها (Allport, 1935: 810) إذا شمل هذا التعريف الخصائص التالية:

1 – الاستعداد للاستجابة: وتشير هذه الخاصية إلى أن الاتجاه ليس بالسلوك وليس شيئاً يقوم الفرد بعمله ولكنه استعداد للسلوك.

2 – موضوع الاتجاه: ويشمل الأفراد والأفكار والأشياء والمواقف.

3 – الدافعية: فالاتجاه ليس نتيجة محايدة لخبرة سابقة ولكنه يشمل دفع السلوك وتوجيهه وتشكيله بطريقة ما.

4 – البقاء النسبي: حيث تميل هذه الاتجاهات إلى الثبات والاستقرار لدى الأفراد ولفترات زمنية معينة.

5 – خاصية التقويم: التي توضح أن الاتجاه يمثل خاصية شخصية بشكل محبب أو غير محبب لموضوع ما (موثق في: ماجد أبو جابر وذياب البداينة، 1993).

وقد تعددت التفسيرات النظرية لمفهوم الاتجاه وتكوينه، فنظرية هايدر (Hieder) في الاتزان ركزت على ثلاثة أنماط من العناصر هي:

1 – الشخص موضع الاتزان الظاهرياتي (Phenomenological balance).

2 – الآخرون (المدركون).

3 – الأحداث أو الأفكار أو الأشياء ويرمز هايدر إلى الشخص بالرمز (P)، والآخر بالرمز (O)، والموضوع بالرمز (X)، حيث يمكن أن تقوم علاقة أو أكثر بين أي وحدتين من الوحدات الثلاث. والعلاقة هنا تشمل التعاطف أو علاقة الوحدة (U)، وهذه تمثل نوعاً من الاتجاهات تحوي الميل أو الحب أو الكراهية، والتفضيل أو عدم التفضيل لشيء ما، والاتزان في النظريات يعني انسجام العناصر بعضها مع بعض.

أما نظرية (روزنبرج) (Rosenberg) في الاتساق المعرفي الوجداني ترى أن الاتجاهات بناء سيكولوجي يشمل مجموعة من العلاقات الترابطية بين المكونات، وإن تغيراً في أحد هذه المكونات يؤدي إلى تغير في المكونات الأخرى، فالتغير في المكون المعرفي قد يؤدي إلى التغير في المكون الوجداني، والتغير الوجداني قد يؤدي إلى تغيير معرفي. إلا أن نظرية (أوسجود وتانيب) (Osgood & Tanneb) في الانسجام، فترى أن الانسجام يظهر عندما يكون هناك مصدر ذا تقويم موجب ويشكل ارتياحاً لدى الفرد. والانسجام (consistency) حالة دافعة، إذا ما اختلت فإن الفرد يسعى إلى استعادتها (سكوبلر، وانسكوو، عبدالحميد إبراهيم 1993). وتجمع نظريات الاتجاهات ودراساتها على أنها متعلمة، ومكونة من جانب معرفي وسلوكي وعاطفي، وتسبق السلوك، وتقويمه.

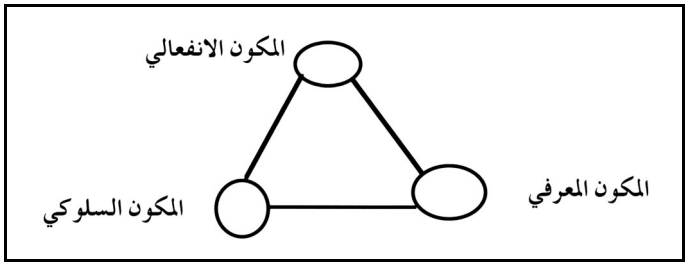
2 – العلاقة بين الاتجاه والسلوك

تعد الاتجاهات من أهم المحددات التي تمكن من التنبؤ بالسلوك الإنساني، فمعرفة اتجاه الأشخاص نحو كبار السن ذات علاقة بالسلوك الفعلي تجاه كبار السن وبتكوين أفكار خاطئة تسهم في التعامل السلبي مع كبار السن، وتجمع معظم النظريات على أن الاتجاه يتكون من ثلاثة أبعاد هي:

أ – المكون المعرفي أو الإدراك (Cognitive Component)، ويشمل الأفكار والمعتقدات التي يحملها الفرد تجاه موضوع ما، ويكتسب عن طريق الثقافة والتعليم والتنشئة الاجتماعية.

ب – المكون الوجداني أو الانفعالي (Affective or Emotional Component)، ويرجع إلى المشاعر والعواطف التي يحملها الفرد تجاه موضوع الاتجاه، حيث تتأثر الاتجاهات بدرجة السرور أو التوتر عند التفاعل مع المواقف والأحداث المختلفة.

ج – المكون السلوكي (Behavioral Component)، ويشمل النزعات السلوكية تجاه موضوع الاتجاه (ماجد أبو جابر، وذياب البداينة، 1993).



شكل (2): العلاقة بين مكونات الاتجاه

الدراسات السابقة

لقد لاقى موضوع الاتجاهات نحو كبار السن اهتماماً عالمياً، فقد درست (سهود، وبروفولد، وميرينو) (Sahud, Bruvold & Merino, 1990) الاتجاهات نحو كبار السن لدى الأمريكيين والإسبان بهدف تطوير أداة قادرة على قياس الاتجاهات نحو كبار السن في سياق بين الثقافات. ولقد خُلص إلى تطوير مقياسين للاتجاهات نحو كبار السن بأسلوب ليكرت وباستخدام التحليل العاملي. لقد تم تجميع جمع من الفقرات بالإنجليزية والإسبانية، وتم تطبيقها على عينتين: (369) أمريكيا، و(202) من الإسبان. لقد تم استخدام التحليل العاملي على كل من العينتين، ونجم اتساق في نتائج التحليل. حيث تشبعت إحدى مجموعات الفقرات بعامل سمي الإيجابية نحو كبار السن، وتركز في موضوعات الفضيلة، والأمانة، والمسؤولية، والنضج. ويعد هذا عاملاً داخلياً. وهناك (54) فقرة مشتركة بين الإسبانيين والأمريكيين في عامل الإيجابية. في حين تشبعت مجموعة فقرات أخرى بعامل سمي السلبية نحو كبار السن. وهناك (51) فقرة مشتركة بين الإسبانيين والأمريكيين في عامل السلبية. وتركزت هذه الفقرات في موضوعات البنية العقلية والنفسية لكبير السن. ولقد خلصت الدراسة إلى تصنيف رباعي للاتجاهات على النحو التالي:

جدول (2): تصنيف الاتجاهات نحو كبار السن

العامل الإيجابي	العامل السلبي	
	عالٍ	منخفض
عالٍ	صراع	إيجابي
منخفض	سلبي	غير مهتم

المصدر: Sahud, Bruvold & Merino, 1990: 339

ويلاحظ من جدول (2) وجود أربعة اتجاهات، وأن علامة الفرد النهائية على المقياس تكون على النحو التالي: اتجاه الصراع، وتكون العلامة الكلية للفرد مرتفعة على كل من الإيجابية والسلبية. الاتجاه الإيجابي، وتكون العلامة الكلية للفرد مرتفعة على الإيجابية ومنخفضة على السلبية. الاتجاه السلبي، وتكون العلامة الكلية للفرد مرتفعة على السلبية ومنخفضة على الإيجابية. وأخيراً اتجاه عدم الاهتمام، وتكون العلامة الكلية للفرد منخفضة على كل من الإيجابية والسلبية. وبناء على ذلك تم تطوير مقياسين (48 فقرة لكل مقياس) لكل من الأمريكيين والإسبانيين أحدهما إيجابي والآخر سلبي.

لقد أجريت دراسات عدة في الولايات المتحدة الأمريكية في هذا المجال، منها دراسة (بدر) (Bader, 1980)، لقد لخص بدر نتائج هذه الدراسات بقوله: «إن الشباب يطورون اتجاهات سلبية متزايدة نحو كبار السن، والناس الكبار في العمر. ويزداد تباين الاستجابات مع التقدم في العمر، وينزع الأفراد عامة إلى تكوين اتجاهات سلبية نحو كبار السن ممن لا يعرفونهم أكثر مقارنة بكبار السن الذين يعرفونهم (Bader, 1980: 10)، وتنزع اتجاهات الشباب عامة إلى السلبية نحو كبار السن، ولقد رد ذلك كاجان وشيلتون (موثق في طلعت منصور، 1987) (Kagan & Shelton, 1962) إلى الصراع بين جماعة الأكثرية (يمثلها الشباب) وجماعة الأقلية (يمثلها كبار السن).

أظهرت دراسة (هابي) (Happe, 1988) أن الحكمة والعقلانية تزدادان لدى كبار السن، في حين ترى كايت وزملاؤها (Kit, et.al) أن كبار السن يحملون صوراً إيجابية عن أنفسهم (Kit, Deaux & Miele, 1991). ويتعرض كبار السن لأنواع متعددة من سوء المعاملة، وتقدر الإحصاءات في الولايات المتحدة الأمريكية عدد الضحايا لأنواع مختلفة من سوء المعاملة من مجتمع كبار السن بنحو (10%) أو (2,5 مليون شخص). وفي عام 1996 قدر عدد من تعرضوا لسوء معاملة من كبار السن بـ (820,000) إلى (1,860,000) شخص. ولقد شمل سوء المعاملة الأنماط التالية: التعدي الجسدي (الضرب البدني)، والجنسي (الإجبار الجنسي)، والعاطفي (الألم والضغوط)، والمالي والمادي (الاستخدام غير القانوني للممتلكات)، والرفض، والمنع (Tatara, 1996)، لقد أظهرت دراسة قام بها المركز الوطني لسوء معاملة كبار السن (الأمريكي) أن الإناث كبيرات السن قد تعرضن لسوء معاملة أكثر من كبار السن الذكور. أما المتقدمون في

العمر من كبار السن (80 سنة فأكثر) فقد تعرضت هذه الشريحة إلى (2 – 3) مرات أكثر من سوء المعاملة مقارنة بباقي شرائح كبار السن، وأنه في قرابة (90%) من الحالات كان الفاعل معروفاً، وهو عضو في الأسرة (National center on Elder abuse, 1996). أما دراسة رابطة المتقاعدين الأمريكيين (AARP) فقد بينت أن أكثر من نصف ضحايا الاحتيال المالي عبر الهاتف هم من كبار السن (National Consumer League, 1999). وفي دراسة مكتب العدالة الأمريكي في مسح ضحايا الجريمة الوطني (1994)، وفيما يتعلق بضحايا الجريمة من كبار السن، أظهرت الدراسة أنه في آخر (20) سنة قد سجل عام (1990) أعلى انخفاض في معدلات جرائم العنف ضد كبار السن (3,55 جريمة لكل 100,000) من كبار السن ممن بلغوا عمر (65 فأعلى). وفي عام (1994) كان معدل ضحايا جرائم العنف لكل (100,000) من كبار السن (65 سنة فأعلى) (4)، والسرقة (19,5)، وجرائم المنازل (78,5)، يقابل ذلك في الفئة العمرية (12 – 24 سنة) (644,6، و112,7، و309,3 على التوالي). أما الإصابات (injuries) فتبين أن ثلث الضحايا قد تعرضوا لإصابات نتيجة لجرائم العنف، وعانى (9%) منهم من إصابات بليغة (كسر عظام، أو فقدان وعي)، يقابل ذلك (5%) عند الشباب. وكبار السن أكثر عرضة للتعرض للسطو المسلح من قبل شخص لا يعرفونه، وهم أكثر احتمالية للتعرض لجرائم الاغتصاب، أو السرقة، أو الإهانة (في/أو) داخل منازلهم، وتشكل هذه الاحتمالية ضعف احتمالية تعرض الشباب للجرائم نفسها (US Department of Justice, 1994). وفي روسيا تتلخص مشكلات كبار السن في الحالة الاقتصادية السيئة والوحدة، والعلاقات بين صغار السن وكبار السن، وقلة الرعاية الصحية، وضعف التكيف النفسي (Belokogne, Komarov & Moontyanum, 1995). وقد تسهم التعديات المختلفة على كبار السن في تكوين صور واتجاهات سلبية عن المجتمع، مما يؤثر سلباً في تكيفهم مع المجتمع.

إن التعرض للصور النمطية الإيجابية للتقدم في السن يؤثر إيجاباً في مقدرة كبار السن على التذكر، والعكس صحيح (Levy, 1996)، وفي تكوين اتجاهات إيجابية نحو الآخرين. وإن المسنات من الإناث يعانين أكثر من التنميط الاجتماعي (Troll, 1984). هذا ويتعرض كثير من كبار السن للاكتئاب والقلق، فقد أظهرت دراسة

(دبتولا، وسينج، وبومارا) وجود علاقة ارتباطية مهمة بين أداء كبار السن والسلوك اللفظي (التذكر) وكل من القلق والاكتئاب والانسحاب (Deptula, Singh & Pomara, 1993)، وأن الاضطرابات المعرفية مقترنة مع أعراض الاكتئاب (Forsell, Winblad, 1994 &). كما بينت دراسة (فلنت) أن اضطرابات القلق والمخاوف مسؤولة عن القلق لدى كبار السن (Flint, 1994).

تطوير المقياس

(أ) في البيئة الأمريكية والإسبانية

لقد تم تطوير المقياس من قبل سهود وآخرين (Sahud, Bruvold & Merino, 1990) ويتكون من (200) فقرة، والمقياس مصمم للاستخدام بين الثقافات. ولقد تم الحصول على هذه الفقرات من الناس في مختلف المهن والأعمار والخلفيات الاجتماعية والاقتصادية ومن كبار السن. وهذا ما أكد عليه ليكرت (Likert, 1932) في بناء المقاييس بأن جميع فقرات المقياس يجب أن تكون من مجتمع متنوع يجعلها ذات صلة بموضوع الاتجاه. ولقد طلب من طلبة الجامعة (كاليفورنيا) أن يكتب كل واحد خمس فقرات إيجابية وخمس فقرات سلبية حول كبار السن. والهدف هو المقارنة العرضية آخذين بعين الاعتبار العمر، والجنس، والخلفية الاجتماعية والاقتصادية والمهنة، ولقد شمل ذلك المتقاعدين في منطقتين: إحداهما في سان فرانسيسكو والأخرى في فلوريدا. أما البقية فكانت من كبار السن ممن يعيشون في منازلهم، فقد تم اختيارهم من الباحثين، ولقد تم استخدام أسلوب كرة الثلج في معاينة هؤلاء الأفراد. أما الممرضات اللواتي ساعدن في تكوين الفقرات فَكُنَّ من: (1) طلبة البكالوريوس في التمريض (أربع سنوات)، و(2) الممرضات القانونيات واللواتي لهن على الأقل (2) سنة خبرة عمل في كليات المجتمع. وكذلك الطلبة في برنامج الدراسات اللاتينية الأمريكية، ومن يدرسون اللغة الإسبانية. كما شارك طلبة دراسات عليا من المكسيك ومن طلبة برنامج الصحة العامة وأساتذة جامعة، ومراهقون، وطلبة مدارس ثانوية.

لقد تم جمع (200) فقرة وفق المحددات التي نادى بها كل من (Edwards, 1957; Sudman & Bradburn, 1982; Comrey, 1988) موثق في (Sahud, et.al, 1990: 335)، وقد تمت ترجمة المقياس إلى الإسبانية وفق التفضيلات التالية:

1 – فضلت الفقرات التي تعنى بالوضع الحالي.

2 – تم تجنب الفقرات التي تحمل أكثر من إجابة.

3 – اختيرت الفقرات التي تحمل إجابة عامة.

4 – اختيرت الفقرات البسيطة في الصياغة، وتمثل فكرة واحدة.

5 – حذفت الفقرات الغامضة.

6 – استخدمت اللغة التي يستطيع فهمها أي شخص.

7 – حذفت الأسئلة المزدوجة.

ولقد تمت ترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى الإسبانية والعكس من قبل خبراء ترجمة.

(ب) تطوير المقياس في البيئة الأردنية

لقد تم الحصول على موافقة مسبقة من المؤلفة لترجمة المقياس للغة العربية، وقد تمت ترجمة الـ (200) فقرة وفق التفضيلات التالية:

1 – تمت الصياغة اللغوية السليمة، ودققت من أحد المتخصصين في اللغة العربية.

2 – تمت المراجعة من فئات اجتماعية مختلفة (طلبة، وموظفون) لبيان مدى الوضوح.

3 – تمت التعديلات اللغوية في الصياغة وفق الملاحظات الواردة.

4 – أخذت فنيات كتابة الاستبانة في الحسبان، والتي تركز على الإخراج السليم للأداة (انظر ذياب البداينة، 1999؛ وخليل الخليلي، ونصر مقابلة، 1990؛ وطلعت منصور، 1987).

5 – تم التطبيق الأولي للمقياس على عينة من (30) طالباً.

6 – تمت ترجمة المقياس من قبل الباحث، وتمت مراجعة الترجمة من قبل متخصص في اللغة الإنجليزية، وأساتذة في علم الاجتماع ثنائي اللغة (لغة إنجليزية ولغة عربية).

إجراءات الدراسة

1 – **الاتجاهات نحو كبار السن:** بناء على ما قدمه [ألبورت، وأوسكمب، وفشبن (Allport, 1935; Oskamp, 1977; Fishbein, 1967) وخليل الخليلي، ونصر مقابلة، 1989؛ وطلعت منصور، 1987؛ وأبو جابر والبداينة، 1993] في

موضوع الاتجاهات وتكوينها، وقياسها، وما جاء في الإطار النظري من دراسات (وبخاصة دراسة سهود، بروفولد، وميرينو) (Sahud, Bruvold & Merino, 1990) وما شمله المقياس من فقرات فإنه قد تم تحديد الاتجاهات نحو كبار السن بـ (مجموعة الأفكار والمعتقدات والمشاعر والسلوكيات التي يحملها الطلبة نحو كبار السن «عمر 60 فأعلى»).

2 – **تحديد الأبعاد:** عند قياس الاتجاهات لابد من الأخذ في الحسبان مكوناتها الثلاثة (المعرفي والسلوكي والانفعالي) لكي تتسق الاتجاهات في علاقاتها بالسلوك والتنبؤ به. وبالرجوع إلى فقرات المقياس الـ (200) تم توزيع هذه الفقرات على أربعة أبعاد رئيسة (25 فقرة لكل بعد) هي:

1 – الاتجاهات نحو المكانة الاجتماعية لكبار السن.

2 – الاتجاهات نحو مرحلة الشيخوخة.

3 – الاتجاهات نحو البنية الفسيولوجية والجسدية لكبار السن.

4 – الاتجاهات نحو البنية النفسية والعقلية لكبار السن.

ويلاحظ أن هذه الأبعاد تتمركز ببعدين رئيسين هما: بعد داخلي يتعلق بالخصائص الفسيولوجية والنفسية والعقلية والجسدية لكبار السن، والبعد الآخر خارجي يتعلق بمكانة كبار السن في المجتمع. وبالرجوع إلى فقرات المقياس يلاحظ أنها تتمركز حول الذات، والجماعة، والفعل، وهو ما أوصى به شريغلي كما ذكر في الخليلي ومقابلة، (1990) ويذكر الخليلي (1989) بعض المحكات التي وضعها شريغلي وكبالا (Shrigley & Koballa, 1984) في قياس الاتجاهات منها:

1 – توزيع الاستجابات على مستوى المقياس، بحيث تكون منخفضة لاستجابات لا أدري (غير متأكد) وأن تقل نسبتهم عن 25% والانحراف المعياري بين (1 – 1,5).

2 – قدرة الفقرة على التمييز بين الفئتين العليا والدنيا (أعلى 27%)، وعند تطبيق المقياس على (300) طالب وطالبة لم يبق إلا (68) فقرة؛ نصفها موجب ونصفها سالب وفت بمحكات المقياس.

3 – **ترجمة فقرات المقياس وكتابتها:** تمت ترجمة الفقرات الـ (200) وتمت إعادة صياغة بعضها لتتناسب ثقافياً واجتماعياً مع المجتمع الأردني. تم توزيع هذه

الفقرات على أبعاد الأداة. وقد روعي في المقياس الأصلي والمترجم في كتابة هذه الفقرات أن تصف سلوكاً أو فعلاً أو شعوراً أو عاطفة أو معتقداً يمارسها أو يمكن أن يمارسها الشخص تجاه كبير السن. والفقرات نصفها سلبي ونصفها إيجابي. وعند كتابة الفقرات بشكلها النهائي تم أخذ فنيات كتابة المقاييس الموثقة (الخليلي ومقابلة، 1990: 65) وهي:

1 – تجنُّب صياغة الفقرات بلغة الماضي.

2 – تجنُب صياغة الفقرات على شكل حقائق أو على شكل تفسر به على أنها حقائق.

3 – تجنُّب الفقرات التي يمكن أن تفهم بأكثر من معنى واحد.

4 – تجنُّب الفقرات غير المناسبة لما يراد قياسه.

5 – تجنُّب الفقرات التي يوافق عليها معظم المستجيبين أو يعارضها معظمهم.

6 – اختيار الفقرات بحيث تغطي المجال الانفعالي الذي يرغب قياسه بشكل كامل.

7 – جعل لغة الفقرات بسيطة وسهلة ومباشرة.

8 – أن تكون الفقرات قصيرة.

9 – تجنُّب إدخال فكرتين في الفقرة نفسها.

10 – تجنُّب الكلمات التي توحي بالتطرف مثل: جميع، غالباً. لا أحد، إطلاقاً.

11 – الحذر عند استخدام كلمات مثل: فقط، ومجرد.

12 – محاولة أن تكون الجمل بسيطة لا مركبة.

13 – تجنُّب الكلمات التي يمكن ألا يفهمها المفحوصون.

14 – تجنُّب استخدام نفيين في الجملة نفسها.

وقد كتبت الفقرات باتجاهات إيجابية وسلبية، وعكست عند الإدخال في الحاسب وعند تحليل الفقرات السلبية.

4 – **تجريب الفقرات:** تم تجريب فقرات المقياس على عينة استطلاعية من طلبة الجامعة (30) طالباً (15 ذكراً، 15 أنثى) وقد طلب منهم الإجابة عن فقرات المقياس وتسجيل ملاحظاتهم على كل فقرة من حيث درجة الوضوح، والفهم، وإن كانت في

حاجة إلى تعديل أو إن كانت غير واضحة أو غامضة. تمت إعادة صياغة الفقرات التي هي في حاجة إلى إعادة صياغة.

5 – **التطبيق الفعلي:** تم تطبيق المقياس على عينة الدراسة التي تكونت من (300) طالب وطالبة منهم [144 (48%)] ذكراً و[156 (52%)] أنثى، وكان متوسط أعمار العينة (19,9) سنة، وبانحراف معياري (1,6) سنة. وكان المتوسط والمنوال لأعمارهم (19) سنة. أما الالتواء والتفلطح فكانا (0,874، 0,08 على التوالي). أما وفق المستوى الدراسي (السنة الأولى، والثانية، والثالثة، والرابعة) فكان توزيع العينة على النحو التالي: [(69 (23%)، 145 (48,3%)، 45 (15%)، 41 (13,7%) على التوالي]. أفاد (70 فرداً (23,3%) من العينة بوجود كبار سن في أسرهم. منهم (66) أنثى، و(78) ذكراً. أما وفق العمل فكان معظم العينة طلبة (87,3%)[6]، كما أن معظمهم عزاب (93%). كان المتوسط العام لجميع فقرات المقياس (3,3)، أما المتوسط العام لمجموع الفقرات فكان (663,7).

6 – **المحكات:** تم استخدام الرزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية .SPSS) V. 9) في تحليل البيانات، واستخدمت محكات شريغلي وكبالا (Shrigley & Koballa, 1984) في قياس الشدة الانفعالية وهي:

1 – تم استخراج التوزيع التكراري لجميع الفقرات الـ (200)، موافق بشدة، وموافق، ولا أدري، وغير موافق، وغير موافق بشدة، حيث استبعدت الفقرات التي لا تتجاوز نسبة من أجابوا بلا أدري 25%.

2 – تم استخراج المتوسط، والوسيط والمنوال لكل فقرة من الفقرات، حيث (موافق بشدة = 5، وموافق = 4، ولا أدري = 3، وغير موافق = 2، وغير موافق بشدة = 1)، هذا وقد تم عكس الفقرات السلبية.

أبقيت الفقرات التي وفت بالمحك وهي التي كانت كما يلي:

1 – متوسطها بين 2,5 و 3,5

2 – انحرافها المعياري 1 – 1,5

(6) يسمح لطلبة الدراسات المسائية بالتسجيل في المساقات التي تبدأ بعد الساعة (12)، ومعظمهم من الموظفين في القطاعين الحكومي والخاص.

3 – معامل ارتباطها مع الدرجة الكلية بعد حذفها لا يقل عن (0,30).

خطوات التحليل العاملي للمقياس

يرى إبراهيم الفار (1987) أن التحليل العاملي معني بمصدرين مهمين هما: (1) عينة الأفراد والتي يجب أن تكون موحدة الخصائص (مثل التشابه في العمر والجنس... إلخ)، و(2) عينة المتغيرات التي تشير إلى ضرورة وجود إطار نظري أو دراسات سابقة ينطلق منها تحديد العوامل. والتحليل العاملي المستخدم في هذه الدراسة هو التحليل العاملي الاستطلاعي أو الاستكشافي (Exploratory Factor Analysis (EFA))، وهو النوع الذي يهدف إلى الاقتصاد في المتغيرات.

ضمانات التحليل العاملي الآمن

لكي يناسب التحليل العاملي للبيانات محط الاهتمام لابد من:

(أ) اختبار مصفوفة معاملات الارتباط

تم احتساب معاملات الارتباط بين فقرات المقياس، وقد تبين أن جميع معاملات الارتباط ذات دلالة إحصائية (ألفا = 0,05)، ومُحدد مصفوفة الارتباط لا يساوي الصفر (000005. = R ،0 ≠ |R|) وغير منفردة (non-singular) ودالة إحصائياً باستخدام اختبار بارتليت (Bartlett's test) عند مستوى (ألفا = 0,000)، (قيمة اختبار بارتليت = 12395,3).

(ب) درجة تجانس العينة

لفحص مدى تجانس العينة، طبق اختبار كايزر – ماير – اولكن (KMO)، حيث تبين أن العينة متجانسة، وأن مقدار تجانسها ككل طبقاً لاختبار كايزر – ماير – أولكن (KMO = 0.836)، وهو أكبر من (0,5). كما أن جميع القيم للفقرات الـ (68) فقرة لاختبار كايزر لقياس توافق العينة (MSA) عن طريق مصفوفة الارتباط الصورية («Anti - Image Correlation «AIC) والمشتملة على قيم (MSA) وجميعها أكبر من (0,50)، وهي تستحق التقدير وفقاً لمحكات كايزر، ويظهر جدول (3) توافق العينة لكل فقرة من الفقرات الـ 68.

جدول (3)
قيم اختبار كايزر لقياس توافق العينة (MSA)
عن طريق مصفوفة الارتباط الصورية للفقرات الـ (68).

رقم الفقرة	القيمة	رقم الفقرة	القيمة	رقم الفقرة	القيمة
1	0,86	2	0,84	3	0,84
4	0,78	5	0,81	6	0,85
7	0,88	8	0,88	9	0,87
10	0,85	11	0,83	12	0,88
13	0,69	14	0,69	15	0,87
16	0,88	17	0,88	18	0,90
19	0,86	20	0,81	21	0,82
22	0,87	23	0,88	24	0,88
26	0,71	27	0,87	28	0,71
27	0,87	28	0,71	29	0,73
30	0,88	31	0,80	32	0,84
33	0,87	34	0,79	35	0,88
36	0,86	37	0,90	38	0,84
39	0,86	40	0,87	41	0,84
42	0,85	43	0,83	44	0,89
45	0,88	46	0,84	47	0,81
48	0,58	49	0,67	50	0,74
51	0,86	52	0,89	53	0,70
54	0,88	55	0,82	56	0,86
57	0,84	58	0,88	59	0,81
60	0,87	61	0,84	62	0,76
63	0,79	64	0,74	65	0,81
66	0,91	67	0,79	68	0,79

وبناءً على نتائج هذه الخطوات يمكن السير قدماً في التحليل العاملي باطمئنان.

محكات اختيار الفقرات

تم تطبيق محكات شريغلي وكبالا (Shrigley & Koballa, 1984) لقياس الشدة الانفعالية للمقياس في إبقاء الفقرات بقي (68) فقرة (انظر جدول 4) والمحكات هي:

1 – استبعدت الفقرات التي لا تتجاوز نسبة من أجابوا بلا أدري 25%.

2 – أبقيت الفقرات التي كان متوسطها بين 2,5 و 3,5.

3 – أبقيت الفقرات التي كان انحرافها المعياري 1 – 1,5.

4 – أبقيت الفقرات التي كان معامل ارتباطها مع الدرجة الكلية بعد حذفها لا يقل عن (0,30).

بعد تطبيق المحكات بقيت الفقرات (68 فقرة وفت بالمحكات)، وهي فقرات المقياس النهائي.

الإحصاءات الأولية (Initial Statistics)

باستخدام طريقة المكونات الأساسية (Principle Components) تبين الإحصاءات الأولية أرقام المتغيرات، والاشتراكيات أو الشيوع (Communality) وهي نسبة تباين المتغيرات المفسرة بالعوامل (ماعدا في طريقة المكونات الأساسية = 1، أما في الإحصاءات النهائية فتحسب على أنها نسبة تباين المتغيرات المفسرة بالعوامل)، كما تشمل المتغيرات (68) متغيراً، وتشتمل على الجذور الكامنة (eignvalues) والتي تبين التباين الكلي المُفسر لكل عامل، كما يشتمل على نسبة مشاركة كل عامل للتباين الكلي («Percentage of Variance «Pct of Var)، وأخيراً النسبة المتجمعة الصاعدة لنسبة مشاركة العوامل للتباين الكلي (Cumulative Percentage of Variance «Cum Pct»)، ويلاحظ أن العوامل الأربعة الأولى قد فسرت أكثر بقليل من ثلث التباين في المقياس (33,4%)، وفسرت العوامل الـ (13) أكثر من نصف التباين (54,8%). الجدول (4) يبين الوسط والانحراف المعياري و(%) لا أدري، ومعامل الارتباط مع العلامة الكلية للمقياس لفقرات المقياس التي اجتازت محكات الإبقاء.

جدول (4)
المتوسط (م) والانحراف المعياري (ع) و(%) لا أدري، ومعامل الارتباط مع الدرجة الكلية للمقياس لفقرات المقياس التي اجتازت محكات الإبقاء

الرقم	البند	م	ع	%	الارتباط*	الاتجاه
1	التاريخ	4,2	1,0	1,7	0,36	+
2	الإرشاد	4,1	0,8	6,0	0,32	+
3	الإحساس	3,8	0,9	21,3	0,30	+
4	الخبرات	3,8	0,9	9,0	0,32	+
5	القصص	4,2	0,8	6,0	0,40	+
6	الاحترام	4,4	0,8	1,7	0,43	+
7	الإنجاز	4,1	0,9	9,7	0,35	+
8	الاستقرار	3,6	1,1	17,0	0,30	+
9	التوفير	4,1	0,9	3,0	0,39	+
10	الإحساس	3,4	0,9	24,0	0,33	+
11	المهم	3,5	1,0	17,3	0,30	+
12	الهوية	3,6	1,0	21,7	0,36	+
13	الحاجة	8,3	1,0	7,3	0,34	+
14	الوحدة	3,6	1,1	10,0	0,33	−
15	الضعف	4,1	1,0	7,7	0,41	−
16	الوصم	3,5	1,0	19,7	0,34	−
17	اللباس	3,3	1,1	23,3	0,31	−
18	التدين	3,6	0,9	18,7	0,37	+
19	المتعة	3,5	1,0	14,7	0,23	+
20	الإخلاص	3,8	0,9	18,3	0,38	+
21	الاستقلالية	3,4	0,9	18,7	0,31	+
22	الاتزان	3,9	1,0	11,7	0,44	+
23	طول العمر	3,5	1,0	17,7	0,40	+
24	الأصدقاء	4,1	0,9	6,7	0,34	+
25	العادات	4,1	0,9	4,7	0,36	+
26	البخل	4,3	0,8	4,7	0,35	−

* جميع الفقرات ذات دلالة عند مستوى 0,0001.

تابع/جدول (4)

الرقم	البند	م	ع	%	الارتباط*	الاتجاه
27	التفكير	4,0	1,0	8,3	0,35	–
28	الماضي	4,0	0,9	5,3	0,45	–
29	عدم الرضا	3,4	1,2	11,7	0,33	–
30	الإزعاج	3,0	1,0	21,0	0,36	–
31	الاعتمادية	3,4	1,1	11,7	0,40	–
32	الشكوى	3,5	1,1	11,3	0,39	–
33	العناية	3,9	0,9	3,7	0,36	–
34	صعوبة الحياة	4,0	4,0	4,0	0,35	–
35	النتائج	3,7	1,0	12,3	0,37	+
36	الصحة	3,2	1,2	9,3	0,36	+
37	الوقت	3,1	1,1	23,0	0,30	+
38	الطبخ	3,6	1,1	10,7	0,35	+
39	النسيان	3,7	1,1	9,7	0,33	–
40	الصحة السيئة	3,2	1,0	18,3	0,38	–
41	العناية	3,9	0,9	9,7	0,39	–
42	البطء	3,9	1,0	8,0	0,31	–
43	تراجع الصحة	3,7	0,9	10,7	**0,38	–
44	المرض	3,4	1,1	9,3	0,38	–
45	الشكوى	3,2	1,2	9,3	0,36	–
46	الإعاقة الجسمية	3,8	1,0	10,3	0,36	–
47	عدم كفاية الأكل	3,1	1,1	18,0	0,33	–
48	قيادة السيارة	3,2	1,0	19,0	0,36	–
49	الصحة	3,7	1,0	15,3	0,33	–
50	فقدان الشعر	3,9	0,8	8,7	0,43	–
51	الانتقال	3,5	1,0	17,3	0,35	–
52	العاطفة	3,0	1,1	20,7	0,35	+
53	الحنان	3,9	1,0	7,7	0,31	+
54	المعرفة	3,6	0,9	19,3	0,32	+

* جميع الفقرات ذات دلالة عند مستوى 0,0001.

** دال عند مستوى 0,002.

تابع/جدول (4)

الرقم	البند	م	ع	%	الارتباط*	الاتجاه
55	الثقة	3,7	0,8	16,7	0,42	+
56	الحب	3,9	0,9	11,7	0,43	+
57	الرفقة	3,8	0,9	12,3	0,34	+
58	الذكريات	4,0	0,9	8,3	0,35	+
59	المتعة	3,9	0,9	18,0	0,33	+
60	الحديث	4,0	0,9	5,7	0,48	+
61	التعب	3,2	1,2	11,3	0,39	−
62	النقد	3,9	1,0	8,0	0,30	−
63	التفكير	3,0	1,1	20,7	0,34	−
64	القلق	3,8	0,9	11,0	0,35	−
65	الملل	3,3	1,0	23,7	0,32	−
66	الخوف	3,5	0,9	19,3	0,31	−
67	العند	3,5	1,0	11,7	0,31	−
68	العصاب	3,6	0,9	19,0	0,32	−

* جميع الفقرات ذات دلالة عند مستوى 0,0001. ** دال عند مستوى 0,002.

مصفوفة العوامل (Factor Matrix)

تعرف مصفوفة معاملات العوامل بتشبعات العوامل (Factor Loading) وبمصفوفة نمط العوامل (Factor Pattern Matrix) وتبين مقدار التشبعات بغض النظر عن الإشارة (+ ، −)، فالعامل ذو التشبع الأكبر أكثر تأثيراً في المتغير. أظهرت نتائج التحليل لمصفوفة العوامل وجود (13) عاملاً قد تشبعت عليها فقرات المقياس، ممن وفت بمحك التحديد (وهو الجذر الكامن أكبر من 1)[7].

الإحصاءات النهائية (Final Statistics)

تشمل نتائج الإحصاءات النهائية، وأرقام المتغيرات، والاشتراكيات (الشيوع)، والعوامل التي وفت بمحك التحديد (العشرون عاملاً)، والجذور الكامنة (eignvalues) ونسبة مشاركة كل عامل في التباين الكلي («Pct of Var» Percentage of Variance)

(7) مصفوفة العوامل قبل التدوير وبعده وقيم الشيوع والجذر الكامن والتباين المفسر لكل عامل متوافرة لدى الباحث.

وأخيراً النسبة المتجمعة الصاعدة لنسبة مشاركة العوامل في التباين الكلي (Cumulative Percentage of Variance (Cum Pct)). لقد فسرت العوامل مجتمعة (الـ 13) عاملاً بما نسبته (54,8%) من التباين الكلي للمقياس. يبين جدول (5) العوامل وتشبعات الفقرات (البنود) على كل منها ونسبة التباين المفسر بوساطة كل عامل.

الصيغة النهائية للمقياس

تم تحديد فقرات المقياس بصورته النهائية (68) فقرة. شملت (34) فقرة إيجابية و(34) فقرة سلبية.

توزيع الفقرات وفق العوامل

توزعت فقرات المقياس على نحو غير متساوٍ على (13) عاملاً، حيث استوعب العامل الأول (18,3%) من التباين، وتشبعت عليه (25) فقرة وسمي الانطباعات العامة عند كبار السن. العامل الثاني وفسر (7,9%) من التباين وتشبعت عليه (6) فقرات وسمي الوضع الصحي لكبار السن. العامل الثالث وفسر (3,8%) من التباين وتشبعت عليه (4) فقرات وسمي الوضع العقلي لكبار السن. العامل الرابع وفسر (3,5%) من التباين وتشبعت عليه (6) فقرات وسمي خبرة الحياة لدى كبار السن. العامل الخامس وفسر (3,0%) من التباين وتشبعت عليه (4) فقرات وسمي القلق عند كبار السن. العامل السادس وفسر (2,9%) من التباين وتشبعت عليه (4) فقرات وسمي الوهن عند كبار السن. العامل السابع وفسر (2,7%) من التباين وتشبعت عليه فقرتان وسمي التفاعل مع الآخرين. العامل الثامن وفسر (2,6%) من التباين وتشبعت عليه (3) فقرات وسمي كبار السن كمصدر للتعلم. العامل التاسع وفسر (2,2%) من التباين وتشبعت عليه (3) فقرات وسمي العزلة عند كبار السن. العامل العاشر وفسر (2,1%) من التباين وتشبع عليه (3) فقرات وسمي الإحساس بالاستقلالية عند كبار السن. العامل الحادي عشر وفسر (2,1%) من التباين وتشبعت عليه (4) فقرات وسمي محدودية الحراك المكاني عند كبار السن. العامل الثاني عشر وفسر (1,9%) من التباين وتشبعت عليه فقرتان وسمي الملل عند كبار السن. العامل الثالث عشر وفسر (1,8%) من التباين وتشبعت عليه فقرتان وسمي التدهور الصحي عند كبار السن.

جدول (5)
تشبعات المتغيرات على العوامل ونسبة التباين المفسر من كل عامل بعد التدوير بطريقة الكيورتماكس

العامل	البند	الفقرة	التشبع
الأول (18,3%)	5	لدى كبار السن كثير من القصص ليروووها.	0,72679
	15	كبار السن ضعفاء.	0,71384
	34	يتحدث كبار السن دائماً عن مقدار صعوبة الحياة عندما كانوا شباباً.	0,62389
	6	كبار السن يستحقون الاحترام.	0,62168
	25	يحافظ كبار السن على عاداتهم.	0,61700
	68	كبار السن عنداء.	0,59734
	58	ذكريات الماضي من الأشياء الجيدة بالنسبة للمسنين.	0,58805
	9	يعرف كبار السن قيمة توفير النقود.	0,57927
	24	يقدر كبار السن الأصدقاء القدامى.	0,56740
	28	يرتبط كبار السن بالماضي.	0,55403
	60	لدى المسنين الرغبة في التحدث.	0,54443
	26	كبار السن بخلاء.	0,50528
	59	لدى كبار السن المتعة بوجودهم مع أسرهم.	0,49654
	27	لا يفكر كبار السن بوضوح.	0,48252
	22	يسخر كبار السن من تهور الشباب.	0,47709
	53	كبار السن حنونون جداً.	0,47059
	56	غالباً ما يكون المسنون مصدراً للحب.	0,46338
	55	لدى كبار السن إحساس بالثقة بأنفسهم.	0,44816
	1	كبار السن جزء من تاريخنا.	0,43833
	10	لدى كبار السن اتجاه مثالي نحو ما هو مهم في حياتهم.	0,43773
	4	لدى كبار السن خبرات كثيرة يمكن أن يشاركوا الآخرين بها.	0,43606
	38	تعرف كبيرات السن كيف يطبخن جيداً.	0,40528
	67	كبار السن عصابيون، لا تسيطر عليهم فكرة الموت.	0,39622
	33	يحتاج كبار السن إلى عناية أكثر من عوائلهم.	0,38377
	37	كبار السن لا يخافون الحياة.	0,34480

تابع/جدول (5)

العامل	البند	الفقرة	التشبع
الثاني (7,9%)	36	كبار السن أصحاء أكثر من أي وقت مضى.	0,87921
	45	كبار السن كثيرو الشكوى.	0,87908
	32	كبار السن كثيرو التشكي.	0,62379
	31	يعتمد كبار السن على الآخرين.	0,58534
	29	من الصعب إرضاء كبار السن.	0,42436
	44	غالباً ما نجد جميع كبار السن مرضى.	0,41646
الثالث (3,8%)	63	لا يستطيع كبار السن التفكير بوضوح.	0,93907
	52	كبار السن أكثر عاطفة.	0,93738
	30	كبار السن مزعجون.	0,93422
	61	كبار السن دائماً متعبون.	0,34777
الرابع (3,5%)	57	كبار السن رفقاء جيدون.	0,62660
	8	كبار السن مصدر استقرار لصغار السن.	0,49446
	20	كبار السن مخلصون وصادقون.	0,48517
	35	يعرف كبار السن النتائج بعكس الشباب الذين يعملون بتهور.	0,46960
	12	لدى كبار السن إحساس قوي بالهوية الشخصية.	0,40489
	39	كبار السن كثيرو النسيان.	0,38697
الخامس (3,0%)	46	لدى كبار السن معوقات جسمية في بعض النشاطات الرياضية.	0,59874
	64	كبار السن قلقون على الصحة.	0,53454
	66	يخاف كبار السن من أن يمرضوا.	0,47678
	19	يحب كبار السن مشاركة الآخرين.	0,36506–
السادس (2,9%)	40	لا يتمتع كبار السن بصحة جسدية جيدة.	0,56240
	3	لدى كبار السن إحساس جيد بالتاريخ.	0,50252
	41	كبار السن في حاجة إلى كثير من العناية.	0,48803
	43	إن صحة كبار السن في تراجع.	0,48154
السابع (2,7%)	62	كبار السن كثيرو النقد	0,89836
	42	ينزع كبار السن إلى البطء.	0,89609
الثامن (2,6%)	13	نحن في حاجة إلى خبرات كبار السن القيمة ليعلمونا أخطاءنا.	0,64051
	54	يعرف كبار السن أنفسهم.	0,50874
	11	يمكن لكبار السن فهم الموقف أكثر من الشباب.	0,41663

تابع/جدول (5)

العامل	البند	الفقرة	التشبع
التاسع (%2,2)	14	غالباً ما ينزع كبار السن إلى الوحدة.	0,45890
	2	يقدم كبار السن الوعظ إلى الشباب.	0,43547
	18	كبار السن متدينون.	0,36273
العاشر (%2,1)	21	لدى كبار السن إحساس بالاستقلالية.	0,67041
	23	يعرف كبار السن العالم لأنهم عاشوا طويلاً.	0,42106
	17	لا يستطيع كبار السن أن يلبسوا وحدهم.	0,40809
الحادي عشر (%2,1)	48	لا يستطيع كبار السن قيادة السيارة جيداً.	0,59882
	51	كبار السن محدودون في انتقالهم.	0,47348
	7	يشعر كبار السن أنهم حققوا كثيراً في حياتهم.	–0,43289
	16	يجب أن يوصم كبار السن بالمواطن الهرم.	0,39281
الثاني عشر (%1,8)	65	يشعر كبار السن بالملل من الحياة.	0,66090
	47	لا يأكل كبار السن بما فيه الكفاية.	0,25571
الثالث عشر (%1,9)	49	يدفع كبار السن كثيراً من المال للمحافظة على صحتهم.	0,64347
	50	في معظم الأوقات يفقد كبار السن شعر الرأس.	0,35236

صدق الأداة وثباتها

صدق الأداة: يعد صدق الأداة من أهم عوامل موثوقيتها، ولقد أوصى شبيكي (Schibeci, 1984) المذكور في الخليلي ومقابلة (1990) واللذين يتفقان معه في التشدد في جوانب صدق أدوات القياس وثباتها. وبالإضافة إلى إجراءات تقدير الصدق التي أجريت في بناء المقياس الأصلي من قبل المؤلفين، فقد تم استخدام طريقة إجماع المحكمين (وعددهم خمسة محكمين)، فقد أجمع (98%) من فقرات المقياس مناسبتها للمقياس. وهو مُقدر عال للصدق.

ثبات الأداة: بعد تحديد الفقرات التي وفت بالمحكات، والتي تتمتع بصدق عالٍ في قياس الشدة الانفعالية، تم احتساب الثبات باستخدام طريقة الاتساق الذاتي (كرونباخ ألفا) لتقدير معامل ثبات الأداة، وكانت قيمته (0,93). وكانت قيمة (ف =

19,8) مهمة عند (ألفا = 0,0001). وتعد قيمة (كرونباخ ألفا) مؤشراً على الصدق كذلك، حيث تبين مدى الاتساق الداخلي بين الفقرات والمجموع الكلي لعلامات المقياس. كما تم استخدام طريقة الصور المتكافئة وأظهر معامل ثبات (0,84).

اتجاهات طلبة الجامعة نحو كبار السن:

لقد تبين أن المتوسط العام لجميع الفقرات هو (3,7)، والوسيط العام (3,8)، والمنوال العام (4,4). ويلاحظ ارتفاع متوسطات التقدير، وكذلك بالنسبة للوسيط والمنوال، حيث تركزت أكثر القيم تكراراً في التقدير في (4)، وهي الموافقة. وعند فصل الفقرات الإيجابية عن الفقرات السلبية تبين من الجدولين (6، 7) الإحصاءات الوصفية لاستجابات عينة الدراسة على الفقرات في كل صيغة. ولقد تبين وجود اتجاهات إيجابية وسلبية نحو كبار السن. وتتركز الاتجاهات الإيجابية في موضوعات مكانة كبار السن، والقيم الاجتماعية والدينية المرتبطة بكبار السن. كما يلاحظ انخفاض قيم الانحراف المعياري، مما يعني وجود اتفاق عام في الاتجاهات نحو كبار السن. كما تركزت الاتجاهات السلبية في موضوعات التدهور لصحة كبير السن الجسدية والعقلية والنفسية.

أظهرت النتائج وجود (39) فقرة مشتركة مع المقياس الأصلي الذي طبق على الأمريكيين منها: (20) فقرة إيجابية، و(19) فقرة سلبية، مما يدعم عالمية المقياس وصلاحيته للتطبيق عبر الثقافات.

ويظهر جدول (8) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو كبار السن تعزى إلى المهنة، والحالة الاجتماعية، إلا أنه تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى كل من الجنس، والمستوى التعليمي، ووجود كبار سن في الأسرة.

جدول (6)
المتوسط* والوسيط، والمنوال، والانحراف المعياري
لاستجابات الطلبة على الفقرات الإيجابية للمقياس

الرقم	البند	المتوسط	الوسيط	المنوال	الانحراف المعياري
1	التاريخ	4,2	4	5	1,0
2	الإرشاد	4,1	4	4	0,8
3	الإحساس	3,8	4	4	0,9
4	الخبرات	3,8	4	4	0,9
5	القصص	4,2	4	4	0,8
6	الاحترام	4,5	5	5	0,8
7	الإنجاز	4,4	5	5	0,8
8	الاستقرار	3,6	4	4	1,1
9	التوفير	4,1	4	4	0,9
10	المهم	3,4	4	4	0,9
11	الفهم	3,5	4	4	1,0
12	الهوية	3,6	4	4	1,0
13	الحاجة	3,8	4	4	1,0
14	التدين	3,6	4	4	0,9
15	المتعة	3,5	4	4	1,0
16	الإخلاص	3,8	4	4	0,9
17	الاستقلالية	3,4	4	4	0,9
18	الاتزان	3,9	4	4	1,0
19	طول العمر	3,5	4	4	1,0
20	الأصدقاء	4,1	4	5	0,9
21	العادات	4,1	4	4	0,9

تابع/جدول (6)

الرقم	البند	المتوسط	الوسيط	المنوال	الانحراف المعياري
22	النتائج	3,7	4	4	1,0
23	الصحة	3,2	4	4	1,2
24	الوقت	3,1	3	4	1,1
25	الطبخ	3,6	4	4	1,1
26	العاطفة	3,0	3	4	1,1
27	الحنان	3,9	4	4	1,0
28	المعرفة	3,6	4	4	0,9
29	الثقة	3,7	4	4	0,8
30	الحب	3,9	4	4	0,9
31	الرفقة	3,8	4	4	0,9
32	الذكريات	4,0	4	4	0,9
33	المتعة	3,9	4	4	0,9
34	الحديث	4,0	4	4	0,9

* المتوسط العام (3,8)

جدول (7)
المتوسط*، والوسيط، والمنوال، والانحراف المعياري
لاستجابات الطلبة على الفقرات السلبية للمقياس

الرقم	البند	المتوسط	الوسيط	المنوال	الانحراف المعياري
1	الوحدة	3,6	4	4	1,1
2	الضعف	4,1	4	5	1,0
3	الوصم	3,5	4	4	1,0
4	اللباس	3,3	4	4	1,1
5	البخل	4,4	4	5	0,8
6	التفكير	4,0	4	4	1,0
7	الماضي	4,0	4	4	0,9
8	الرضا	3,5	4	4	1,1
9	الإزعاج	3,0	3	4	1,0
10	الاعتمادية	3,4	4	4	1,1
11	الشكوى	3,5	4	4	1,1
12	العناية	3,9	4	4	0,9
13	صعوبة الحياة	4,0	4	4	0,9
14	النسيان	3,7	4	4	0,1
15	الصحة السيئة	3,2	4	4	1,0
16	العناية	3,9	4	4	0,9
17	البطء	3,9	4	4	1,0
18	تراجع الصحة	3,7	4	4	0,9
19	المرض	3,4	4	4	1,1
20	الشكوى	3,2	4	4	1,2
21	الإعاقة الجسمية	3,8	4	4	1,0

تابع/جدول (7)

الرقم	البند	المتوسط	الوسيط	المنوال	الانحراف المعياري
22	عدم كفاية الأكل	3,1	3	4	1,1
23	قيادة السيارة	3,2	3	4	1,0
24	الصحة	3,7	4	4	1,0
25	فقدان الشعر	3,9	4	4	0,8
26	الانتقال	3,5	4	4	1,0
27	التعب	3,2	4	4	1,2
28	النقد	3,9	4	4	1,0
29	التفكير	3,0	3	4	1,1
30	القلق	3,8	4	4	0,9
31	الملل	3,3	4	4	1,0
32	الخوف	3,5	4	4	0,9
33	العند	3,5	4	4	1,0
34	العصاب	3,6	4	4	0,9

* المتوسط العام (3,5)

جدول (8)
تحليل التباين الأحادي لفحص الفروق في متغيرات الجنس، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، ووجود كبار سن، والمهنة في الاتجاهات نحو كبار السن

المصدر المتغير	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	ف	ألفا
الجنس					
بين المجموعات	1	1015,8339	1015,8339	1,2	0,27
داخل المجموعات	298	248082,4161	832,4913		
الإجمالي	299	249098,2500			
الحالة الاجتماعية					
بين المجموعات	1	15044,4548	15044,4548	19,2	*0,0000–
داخل المجموعات	298	234053,7952	785,4154		
الإجمالي	299	249098,2500			
المستوى التعليمي					
بين المجموعات	3	2423,3551	807,7850	0,69	0,40
داخل المجموعات	298	246674,8949	833,3611		
الإجمالي	301	249098,2500			
وجود كبار سن في الإسرة					
بين المجموعات	1	53,3339	53,3339	0,06	0,80
داخل المجموعات	298	249044,9161	835,7212		
الإجمالي	299	249098,2500			
المهنة					
بين المجموعات	1	10847,725	10847,7925	13,5	*0,0003
داخل المجموعات	297	237674,9366	800,2523		
الإجمالي	298	248522,7291			

* دال إحصائياً.

مناقشة النتائج

جاءت هذه الدراسة لتقدم أداة ذات صدق وثبات عاليين في قياس الاتجاهات نحو كبار السن بناء على محكات محددة بإطار نظري. لقد اعتمد كثير من المقاييس على المحكات التي وضعها شريغلي وكبالا (Shrigley & Koballa, 1984)، من هذه المقاييس في البيئة الأردنية مقياس (الخليلي ومقابلة، 1990)، ولقد أظهرت مراجعة الدراسات السابقة وجود بعض الدراسات التي تناولت موضوع كبار السن، أما في مجال تطوير المقاييس فيعتقد أن هذه أول مرة يطور فيها مقياس (scale) باللغة العربية لقياس الاتجاهات نحو كبار السن في المجتمع الأردني.

كانت بداية المقياس (200) فقرة، وبعد المرور بمراحله التطويرية المختلفة وضمن المحكات المحددة لتطوير هذا المقياس بقيت (68) فقرة تمثل المقياس في حالته النهائية (34 فقرة إيجابية و34 فقرة سلبية)، حيث أوفت هذه الفقرات بجميع المحكات، ويمتاز المقياس بثبات عال (كرونباخ ألفا 0,93)، والمؤمل من الباحثين إجراء المزيد من الدراسات لتطوير المقياس مع عينات من فئات اجتماعية ومهنية أخرى. ولقد تبين عالمية المقياس، حيث اشترك المجتمع الأردني مع العينة الأمريكية في (39) من الفقرات، مما يدعم تطبيق المقياس بين الثقافات.

ويمكن تصنيف الاتجاهات إلى أربعة أنواع بناء على العاملين اللذين تشبعت بهما الفقرات وهما:

1 – المتطلبات الاجتماعية (Social requirements)، وهي ما يتعلق بمرحلة الشيخوخة والمكانة الاجتماعية لكبار السن، وهذا عامل خارجي يتعلق بالسياق الاجتماعي لكبر السن.

2 – الخصائص الشخصية (Personal disposition)، وتتعلق بالخصائص النفسية والاجتماعية والفسيولوجية للشخص الكبير في السن (مثل مرحلة نمو)، وهذا عامل داخلي. وبناءً على ذلك يمكن التمييز بين أربعة أنواع من الاتجاهات:

1 – الاتجاه الإيجابي: وتكون علامة الفرد الكلية مرتفعة على كل من الخصائص الشخصية والمتطلبات الاجتماعية.

2 – الاتجاه الاجتماعي: وتكون علامة الفرد الكلية منخفضة على الخصائص الشخصية ومرتفعة على المتطلبات الاجتماعية.

3 – الاتجاه الشخصي: وتكون علامة الفرد الكلية مرتفعة على الخصائص الشخصية ومنخفضة على المتطلبات الاجتماعية.

4 – الاتجاه السلبي: وتكون علامة الفرد الكلية منخفضة على كل من الخصائص الشخصية والمتطلبات الاجتماعية.

جدول (10)
تصنيف الاتجاهات نحو كبار السن

	الخصائص الشخصية	عالي	منخفض
المتطلبات الاجتماعية	عالٍ منخفض	إيجابي شخصي	اجتماعي سلبي

ويختلف هذا التصنيف عن تصنيف آدا سهود، وبروفولد، وميرينو (Sahud, Bruvold & Merino, 1990)، حيث إن الفرد الذي يحمل اتجاهات إيجابية في بعد، وسلبية في بعد آخر ليس بالضرورة يحمل صراعاً في اتجاهه. وإن الفرد المنخفض في علاماته النهائية في المقياس على بعد الإيجابية والسلبية ليس بالضرورة غير مهتم بكبار السن.

أظهرت نتائج الدراسة وجود اتجاهات إيجابية وسلبية لدى طلاب الجامعة نحو كبار السن. وتتركز الاتجاهات الإيجابية في موضوعات مكانة كبار السن، والقيم الاجتماعية والدينية المرتبطة بكبر السن. ويمكن رد الاتجاهات الإيجابية نحو كبار السن إلى الثقافة الاجتماعية والدينية التي تعزز قيم احترام كبير السن، وتوجب رعايته. ولقد انعكست هذه المكانة في الأمثال الشعبية العربية عامة (مثل لا طاح شيخ القوم طفيت نارهم، أي أن كبير السن بركة للجميع). كما يلاحظ انخفاض قيم الانحراف المعياري، مما يعني وجود اتفاق عام في الاتجاهات الإيجابية نحو كبار السن. أما الاتجاهات السلبية فقد تركزت في موضوعات تتعلق بالحالة الجسدية والنفسية والعقلية لكبير السن مثل الإعاقة، والاعتمادية، والخرف... إلخ. وتمثل مثل هذه الاتجاهات صوراً نمطية يحملها الشباب، ويتم تناقلها ثقافياً، وهو ما تعززه كذلك الأمثال الشعبية (مثل بعد ما شاب ودوه الكتّاب). وهذه الصور منتشرة عالمياً، وهو ما ذهبا إليه توكمان ولورج (موثق في منصور، 1980) بأن الشباب يحملون صوراً نمطية عن المسنين (Tuckman & Lorge, 1953). وتختلف هذه

النتيجة عما توصلت إليه بعض الدراسات في المجتمع الغربي (مثل دراسة بدر «Bader, 1980») والتي بينت وجود اتجاهات سلبية فقط لدى الشباب نحو كبار السن. ويعود ذلك إلى الفروق الثقافية، وإلى مكانة كبار السن في كل من المجتمعين.

إن الاتجاهات نحو كبار السن تبين التغير في مكانتهم في المجتمع، حيث إن المسن قد احتل مكانة اجتماعية معينة (غالباً عالية) وقام بسلوكيات، وأدى أدواراً بناء على احتلاله تلك المكانة، وهذا أدى إلى توقعات متبادلة بين المسن وبين الآخرين في المجتمع. ويأتي التقدم في السن واحتلال كبير السن لمكانته بما يحمله الآخرون عنه من توقعات مرتبطة بالمكانة الجديدة، مما يجعل كبير السن يحس بفقدان مميزات المكانة السابقة له، وينعكس ذلك على اتجاهات الأفراد نحو كبير السن، وبيان أي تغيرات في النظام الاجتماعي تتعلق بكبار السن.

إن أهم التطبيقات العملية لاستخدام مقياس الاتجاهات نحو كبار السن هو في تحديد المستوى المعرفي لطلبة الجامعة تجاه كبار السن، حيث يمثل طلبة الجامعة الشريحة الاجتماعية المتعلمة، ومعرفة اتجاهاتها نحو كبار السن يعكس نظام القيم الاجتماعي السائد، مما يشكل رصداً اجتماعياً لمنظومة القيم الاجتماعية ومدى تغيرها في المستقبل. وبما أن الاتجاه يسبق السلوك، فإن معرفة اتجاهات الطلبة تحدد الطريق التي يتصرف بها هؤلاء الطلبة تجاه كبار السن، كما يُمكِّن من وضع برامج توعوية وإعلامية تسهل قبول كبار السن في المجتمع وتدعم تكيفهم الاجتماعي العام بالنظر إلى التغيرات التي تصيب هذه الفئة بسبب التقدم في العمر. كما أن من الممكن أن تسهم نتائج هذه الدراسة في رسم السياسات الاجتماعية في التعامل مع الفئات الاجتماعية المتقدمة في العمر، مثل ميزات نهاية الخدمة، والرعاية الاجتماعية... إلخ.

يمكن استخدام المقياس في قياس الاتجاهات نحو كبار السن في المجتمع العربي وفي بيئات مختلفة مثل: (الخليج العربي والمغرب العربي، وبلاد الشام، ومصر، وليبيا، والسودان). كما يمكن استخدام المقياس في تقدير الصدق التنبؤي (perdictive validity)، ويمكن استخدام مؤشرات مثل التفاعل الاجتماعي مع كبار السن في دراسة ميدانية تجريبية، مع بيانات دراسة ملاحظة صدق البناء المفاهيمي أو تقديره (construct validity)، والصدق التلازمي (concurrent validity)، ويمكن أن يشمل مقارنة بيانات جمعت بطريقتين: (مثلاً مقابلة، والمسح الاجتماعي). كما

يمكن إجراء دراسات وفحص العوامل النظرية التي يقوم عليها المقياس، والتحقق من أنواع الاتجاهات نحو كبار السن.

المصادر

إبراهيم عبدالوكيل الفار (1995). **التحليل العاملي باستخدام الـ spss-x**. الدوحة: دار قطري بن الفجاء.

الحاكم (د. ت.). **المستدرك على الصحيحين**. بيروت: دار الكتاب العربي، ج2.

الجمعية العالمية للشيخوخة (1993). **خطة عمل ڤيينا الدولية للشيخوخة**. المكتب الاقتصادي والاجتماعي: الأمم المتحدة.

المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية (1999). **كبار السن: عطاء بلا حدود، دور الرعاية ودور التواصل والمشاركة**. المنامة: المكتب التنفيذي.

بدر عمر العمر (1999). الاتجاهات المجتمعية حول كبار السن في المجتمع العربي الخليجي: الكويت نموذجاً. ورقة قدمت في ندوة قضايا المسنين بين متطلبات العمر ومسؤوليات المجتمع. الكويت، 23 – 1999/10/27م. المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية.

خليل الخليلي (1989). الاتجاهات نحو الفيزياء: بنيتها وقياسها. **أبحاث اليرموك**. المجلد الخامس، العدد الأول.

ذياب البداينة (1999). **المرشد إلى كتابة الرسائل الجامعية**. الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.

ذياب البداينة (1995). جريمة قتل النفس في المجتمع الأردني، **مجلة جامعة الملك سعود**، الآداب (7): 567 – 605.

روبرت شريغلي (1987). مفهوم الاتجاه وتعليم العلوم. ترجمة: خليل الخليلي. **منشورات مركز البحث والتطوير التربوي**، جامعة اليرموك إربد، الأردن.

رشاد علي موسى (1998). اتجاهات الطلاب نحو التربية البدنية وعلاقته ببعض المتغيرات بكلية التربية. **مجلة البحوث التربوية**، (13): 176 – 181.

زكي هاشم (1978). **الجوانب السلوكية في الإدارة**. الكويت: وكالة المطبوعات.

سالم عبدالعزيز السالم (1993). اتجاهات بعض فئات المجتمع السعودي نحو العمالة الوافدة في مجال الأسرة، رسالة ماجستير (غير منشورة) أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

سكوبلر، أنسكووج. (1993). **علم النفس الاجتماعي التجريبي**. ترجمة: عبدالحميد صفوت إبراهيم، الرياض، جامعة الملك سعود.

طلعت منصور (1987). دراسة في الاتجاهات النفسية نحو المسنين لدى بعض الفئات العمرية في المجتمع الكويتي: استخدام الأمثال الشعبية الكويتية. **مجلة العلوم الاجتماعية**، 15 (1): 69 – 102.

عبدالمحسن عبدالحميد (1985). **الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين في الوطن العربي (النظرية والتطبيق).** القاهرة: مكتبة نهضة الشرق.

عبدالله مغرم الغامدي، وإبراهيم محمد الراشد (1417هـ). اتجاهات الطلاب نحو الالتحاق بكلية المعلمين بالرياض، المملكة العربية السعودية، **رسالة الخليج العربي**، (67): 173 – 174.

ماجد أبو جابر، وذياب البداينة (1993). اتجاهات الطلبة نحو استخدام الحاسوب. **مجلة رسالة الخليج**، ع 45: 133 – 161.

Allport, G. W. (1935). *Attitudes* P (810) in C. Murchison (Ed.), *A handbook of social psychology*. Worcester, Mass.: Clark University Press.

Bader, J. (1980). Attitudes toward aging, old age, and old people. *Aged Care and Services Review, 2:*1-14.

Belokogne, Ou., & Komarov, Y., & Moontyanu, Lv. (1995). *The forming of priorities of state policy regarding the elderly in Russia* http:// in/ Congres/3deuropeancongres il 1995 abstract.

Bem, D. J. (1967). An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychological Review, 74*:182-200.

Birran, J.E. (1964). *The psychology of aging*. New Jersey: Prentice-Hall.

Center for Social Gerontology (1990). Fact sheet on tobacco and older persons. http://www.tcsg.org/tobacco/facts.htm.

Cole, M., Bellavance, F., & Mansour, A. (1999). Prognosis of depression in elderly community and primary care population: A systematic review and meta analysis. *American Journal of Psychiatry*, 156: 1182 - 1189 (Abstracts). American Psychiatric Association.

Comrey, A.L. (1988). Factor-analytic methods of scale development in social and clinical psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 56: 75 - 4761.

Conwell, Y., Caine, E. O., & Olsen, K. (1990). Suicide and cancer in late life. *Journal of Hospital and Community Psychiatry,* Vol. 41 (12). http:// comlpublmen/heath/suicide/cancer.htm/

Deleo, D., Carollo, G., & Buono, M.D. (1995). Lower suicide rates associated with a tele-Help/Tele-Check Service for the elderly at home. *American Journal of Psychiatry,* 152: 632 - 643. (Abstract).

Deptula, D., Singh, R., & Pomara, N. (1993). Aging, emotional/states, and memory. *American Journal of Psychiatry*, 150: 429 - 434. (Abstract).

Edwards, A.L. (1957). *Techniques of attitude scale construction*. New York: Prertice-Hall.

Estes, C.L. (1979). *The aging enterprise*. San Francisco: Jossey - Bass.

Fishbein, M. (1967). *Readings in attitude theory and meaurement*. New York: John Wiley.

Flint, A.J. (1994). Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *American Journal of Psychiatry*, 151: 640 - 699. (Abstract).

Oskamp, S. (1977). *Attitudes and opinions*. New Jersey: Prentice - Hall, Inc.

Forsell, Y., Jorm, A.F., & Winbald, B. (1994). Association of age, sex, cognitive disfuction, and disability with major depressive symptoms in an elderly sample. *American Journal of Psychiatry*, 151: 1600 - 1605. (Abstract).

Geriatric Medicine, (1999). *Short notes on depression*. http://www.docnet.org.UK/germed/apr 96/depression.htm.

Happe, G.G. (1988). The getting wisdom of mind in old age. *Developmental psychology*, 34, 385 - 362.

Henerson, M.E., Morris, L.L. & Fitz-Gibbor C.T. (1987). *How to measure attitudes*. New Delhi: Sage.

IAS, (1999). *Alcohol and the elderly*. http://www.ias.org.UK/factsheets/elderly.htm.

Jones, M. (1999). *WHO Day 1999: The world is getting older*. http://www.Foxnews.Com/health/040299 Iwhoage Sml.

Kagan, N. & Shelton, F.C. (1962). Beliefs about "old age": A comparative study of older and younger samples. *Journal of Genetic Psychology*, 100: 93 - 111.

Kennedy, G.J., Kelman, H.R., Thomas, C., Wisniewski, W., Metz, & Bijur, P. E. (1989). Hierarchy of characteristics association with depressive symptoms in an urban elderly sample. *American Journal of Psychiatry*, 146: 220 - 225. (Abstract).

Kit, M. E., Deaux, K., & Mieler M. (1991). Stereotypes of young and old does not weight gender. *Psychology and Aging* 6: 19-27.

Koening, H. G., Cohen, H. J., Blazer, D. G., Pleper, C., Meador, K. G., Shelp, F., Goli, V. and Dipasquale, B., (1992). Religious coping and depression among elderly hospitalized medically ill men. *American Journal of Psychiatry*, 149: 1693-1700. (Abstract).

Levy, B. (1996). Improving memory in old age through implicit self-sterotyping. *Journal of Personality and Social Psychology,* 71: 1092 - 1107.

Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140: 5 - 54.

Mike Mldvn (1995). *Cancer and suicide among older men*. Mikemldvn@aol.com.

Muller, D.J. (1986). *Measuring social attitudes: A handbook of researchers and practioners*. New York: Teachers College.

National Center on Elder Abuse (1996). *The national elder abuse incidence study*. http://www.fraud.org.

National Consumers League (1999). *Fighting fraud against older consumers*. http://www.fraud.org.

Sahud A.R., Bruvold, W.H., & Merino, A.E. (1990). An international cross cultural assessment of attitudes toward the elderly. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 5, 333 - 334.

Shrigley, R., & Koballa, T. (1984). Attitude measurement: Judging the emotional intensity of Likert - type science attitude statement. *Journal of Research in Science Teaching*, 21 (2): 111 - 118.

Schibeci, R. A. (1984). Attitudes to science: An update. *Studies in Science Education*. 11: 26 - 59.

Skoog, I., Aevarsson, O., Beskow, J. Larsson, L. Palsson, S. Waern, M., & Landahl, S. (1996). Suicidal feelings in a population sample of non demented 84 - year old. *The American Psychiatric Association*. http:// ajp.psychiatry Online.org/cgi/contrt/abstract/153/8/1015.

Streib G. F., & Schneider, J. (1972). *Retirement in the American society*. New York: Cornell University Press.

Sudman, S., & Bradburn, N. (1982). *Asking question*. San Francisco: Jossey Bass.

Tatara T. (1996). *Domestic elder information series* #1 Types and number of domestic elder abuse case. http://www.National Center.

Tran, T.V., Roosevelt, W., & Chattes, L. (1991). Health, stress, psychological resources, and subjective well being among older blacks. *Psychology and Aging,* 6, 100 - 108.

Troll, L. (1987). Mother - daughter relations across life span. *Applied Social Psychology Annual,* 7: 284 - 305.

Tuckman, J., & Lorge I. (1953). Attitudes toward old people. *Journal of Social. Psychology*, 37: 249 - 260.

U.S. Department of Justice, (1994). *Elderly crime victims: National Crime Victimization Survey*. http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/pub/ascii/ ecv.txt.

UN (1999). *The world at six billion population division*. Department of Economic and Social Affairs.

Waidmann, T., & Manton, K., (1998). *International evidence or disability trends among the elderly*. http://aspc.os.dhhs.gv./daltcp/reports/trends.htm.

مقدم في: سبتمبر 1999.

أجيز في: مارس 2001.

Social Psychology

Developing a Likert-Type Scale to Assess Attitudes Toward the Elderly in Jordan

Diab M. Al -Badayneh[*]

This study aims at developing and designing a valid and reliable instrument to assess attitudes towards the elderly in Jordan. An attitudinal scale of (200 items) developed by Sahud, Bruvold & Merino (1990) was translated into Arabic and used as pool items for this study. A sample of 300 students was generated from Mutah University (Jordan).

A factor analysis runs on (200) items. Inclusion criterion consisted of four criteria-item mean 2.5-3.5; SD 1-1.5, Do not know < 25%, and correlation with the total score > 0.30. Sixty-eight items were left after employing the four criteria and consider being the final scale items. Four theoretical factors were determined social status of the elderly, ageing as a developmental stage, physical, and psychological status of elderly. The total scale shows a high reliability (Chonbach@ = 0.93). Students show positive and negative attitudes toward the elderly. Two factors are identified: the social requirements of ageing and the personal disposition of old people. Significant differences found in attitudes towards the elderly attributed to job and social status. However, there were no significant differences that could be attributed to sex, education and number of elderly in the family.

Keywords: Elderly, Scale, Attitudes, Students, Jordan.

* Assistant Prof. Dean, Studies & Research Center Naif Arab Academy for Security Sciences, Saudi Arabia.

Journal of the Social Sciences
Vol. 29, No. 3, 2001, pp. 79 - 119.