The Problems of the Elderly in the City of Riyadh from their Point of View in the Light of some of the Variables

Khaled Ziada
Ali Alsubheen
Mohammed Alqudah

Abstract: The present study aimed to detect the most important problems facing the elderly in the city of Riyadh and to find out whether the degree of these problems vary depending on the variables of gender, age, marital status, educational level, and type of care center. The researchers developed an investiogation tool for the study of problems facing the elderly. This fell into four divisions pertaining to health/physical problems, psychological and social problems, as well as Cognitive problems. The tool was applied to a sample of 79 male and female of the elderly in Riyadh.

Results of the study showed that the order of the problems for the sample of the study was as follows: cognitive problems, health/physical problems, psychological problems, and finallym the social problems. There were gender differences of statistically significant values in favor of females; significant agerelated differences were noted in age groups (60-65 years) and (71-over). The marital status variable was found to be in favor of widows; and also, the results noted statistically significant differences in the education level variable in favor of widows; and also, the results noted statistically significant differences in the education level variable in favor of the illiterate, The type of the care center variable was in favor of residents in care centers and social care homes. The study came up with several recommendations.

Keywords: Elderly - behavioral problems - Cognitive problems - behavioral problems - Cognitive problems - health problems - psychological problems - social problems.

مشكلات كبار السن في مدينة الرياض من وجهة نظرهم في ضوء بعض المتغيرات

خالد زيادة(*)
علي الصبحيين(**)
محمد القضاة(***)

ملخص: هدفت الدراسة إلى الكشف عن أهم المشكلات التي تواجه كبار السن في مدينة الرياض، ومعرفة درجتها إذا ما كانت تختلف تبعاً لمتغيرات النوع الاجتماعي، والعمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، وبحسب نوع الرعاية ومركزها، واستخدمت أداة تتضمن مشكلات كبار السن من إعداد الباحثين، وزعت إلى أربعة أبعاد، هي: (المشكلات الصحية – الجسمية، والمشكلات النفسية، والمشكلات الاجتماعية والمشكلات العقلية المعرفية، وطبقت الأداة على عينة، تضم (79) مسناً ومسنة بمدينة الرياض.

توصلت نتائج الدراسة إلى أن ترتيب المشكلات بالنسبة إلى عينة الدراسة كانت على النحو التالي: المشكلات العقلية المعرفية، المشكلات الصحية – الجسمية، المشكلات النفسية، وأخيراً المشكلات الاجتماعية، كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً تبعاً لمتغير النوع الاجتماعي في اتجاه الإناث، كما وجدت فروق دالة وفقاً لمتغير العمر بين فئات الأعمار (60–65) سنة وبين فئة (71 فأكثر) في اتجاه الفئة الثانية، وتبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية بين المتزوجين والأرامل في اتجاه فئة الأرامل، كما كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً تعزى لمتغير المستوى التعليمي في اتجاه فئة الأمي،

يتقدم فريق البحث بالشكر لمركز بحوث كلية التربية بجامعة الملك سعود على دعمه لهذا البحث.
(*) قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الملك سعود، جامعة المنوفية.
(**) قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الملك سعود.
(***) قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الملك سعود، كلية التربية، قسم علم النفس.

وبحسب نوع الرعاية ومركزها في اتجاه المقيمين في مراكز دور الرعاية الاجتماعية، وخرجت الدراسة بعدة توصيات.

المصطلحات الأساسية: كبار السن، المشكلات السلوكية، المشكلات المعرفية، المشكلات الصحية، المشكلات النفسية، المشكلات الاجتماعية.

المقدمة:

تعد مرحلة الشيخوخة، مرحلة النضج واكتمال الشخصية، وضعفها وانحدارها، وربيع العمر وخريفه. وهي تتطور بالفرد من رعاية الأسرة إلى الاستقلال الذاتي وكسب الرزق، وإلى مسؤولية تكوين أسرة جديدة ورعايتها والإشراف على توجيهها (السيد، 2009: 357–358).

وتتسم هذه المرحلة من النمو بالتدهور والهبوط والضعف الذي يحدث في جميع جوانب حياة الإنسان. وهي مرحلة يشترك فيها الإنسان مع الحيوان. فالتغيرات التي تطرأ على جلد الإنسان وشعره وقامته وقوة عضلاته ونشاطه وكفاءته في الاستجابة تكاد نجد ما يناظرها عند الحيوان عندما يدخل طور الشيخوخة. ومع ذلك فإن هذه المرحلة في حياة الإنسان تتسم بالدينامية والتفاعل كغيرها من مراحل حياته، وتمر بتحديات التكيف ومشكلات التوافق التي تحتاج إلى معالجة حتى يمكن للمرء أن يستمر في حياته (صادق وأبوحطب، 1999: 504–505).

وتمثل الصحة الجسمية والنفسية لكبار السن انشغالاً محورياً لديهم؛ نظراً لقيمتها الاجتماعية، فكلما كانت حالتهم الصحية جيدة ساعدتهم على تعدد النشاطات التي يقومون بها، واستمرار علاقاتهم الاجتماعية وتعدد دوائر تفاعلاتهم سواء مع الأبناء أو الأهل أو الأصدقاء أو الجيران، ويمتد هذا التأثير ليشمل شعور المسن بالتوافق بشكل عام، وتمتعه بالصحة النفسية بوجه خاص. أما تدهور الصحة الجسمية فيترتب عليه المزيد من الأعباء بالنسبة إلى المسن والمجتمع على حد سواء؛ حيث تستهلك الجزء الأكبر من دخل الفرد والدولة (يوسف وعبدالكريم، 2005: 11–12).

وفي السنوات الأخيرة تزايدت معدلات أعمار المسنين في الدول المتقدمة والنامية على حد سواء، فقد حدث تغير في هرم العمر في العالم في القرن العشرين، وبخاصة بعد عام 1950، كما حدث زيادة في الأعمار في دول العالم النامي بمعدل سريع، تلك الزيادة التي كانت مقصورة على الدول المتقدمة قبل ذلك (عبدالخالق، 2012: 496).

وتشير الإحصائيات السكانية إلى أن القرن العشرين شهد زيادة كبيرة في أعداد المسنين في معظم دول العالم؛ فقد وصل عدد المسنين في عام 1980 إلى 376 مليون نسمة في العالم، وقفز العدد إلى 427 مليون نسمة في عام 1999، بنسبة 8,80% من السكان، وكذلك ارتفع في عام 2000 ليصل إلى 590 مليون نسمة، وتجدر ملاحظة أن عدد النساء يفوق عدد الرجال في الوقت الحالي بما يقدر بنحو 66 مليون نسمة بين السكان الذين تبلغ أعمارهم 60 سنة أو أكثر .ومن مجموع من بلغوا 80 سنة أو أكثر يصل عدد النساء إلى ضعف عدد الرجال تقريباً، ومن بين المعمرين الذين بلغوا من العمر 100 سنة، يصل عدد النساء إلى ما بين أربعة أو خمسة أضعاف عدد الرجال، وللمرة الأولى في تاريخ البشرية سيزيد عدد الأشخاص الذين تجاوزوا الستين عن عدد الأطفال في العالم عام 2050 (http://www.alarab.co.uk/?id=5136).

وتصاحب هذه المرحلة العديد من المشكلات النفسية؛ فقد كشفت مراجعة (Krasucki, Howard, & Mann,1998) التي هدفت إلى مراجعة الدراسات الوبائية الرئيسة – عن بعض الاضطرابات عند الأفراد ممن تزيد أعمارهم على 65 سنة، وبحثت التغيرات المرتبطة بالعمر في انتشارها. كشفت هذه المراجعة عن نسبة انتشار الفوبيا الاجتماعية 1%، ونسبة انتشار الفوبيا البسيطة 4%، وتراوح نسبة انتشار الخوف من الأماكن المغلقة (فوبيا الأماكن المغلقة) 1,4% و7,9%، وتراوح نسبة انتشار اضطراب الوسواس القهري بين 0,01% و 0,08%، وتبلغ نسبة انتشار اضطراب الهلع 0,01%، ونسبة انتشار القلق العام 4%. كما كشفت نتائج هذه المراجعة عن وجود نسب انتشار مرتفعة على نحو دال للقلق العام بين النساء مقارنة بالذكور، ولكن هذه الفروق تقل بالتقدم مع العمر.

وعلى المستوى العربي كشفت نتائج دراسة بشير معمرية وعبدالحميد خراز (2009) أن أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً لدى الذكور المسنين هي القلق العام، والاكتئاب النفسي، واليأس، وأن أقل الاضطرابات النفسية انتشاراً لدى المسنين هي الهوس، والوساوس، وتوهم المرض، في حين أن أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً بين المسنات القلق العام، والاكتئاب النفسي، واليأس وأقلها انتشاراً لديهن الوسواس وتوهم المرض. كما كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين

الذكور والإناث في توهم المرض في اتجاه الإناث، وفي العصبية الزائدة في اتجاه الذكور، ولم توجد فروق بين المسنين والمسنات في الاضطرابات النفسية الأخرى.

كما يصاحب هذه المرحلة – وفقاً لدراسة بشير معمرية وعبدالحميد خراز (2009) – العديد من الأمراض البدنية عند المسنين؛ حيث إن أكثر الاضطرابات انتشاراً لديهم: أمراض العيون، والإعاقة الحركية والضعف العام، وإن أقل الاضطرابات الجسمية انتشاراً لديهم: انسداد الشرايين، والتهاب الكبد، وهشاشة العظام.

كما كشفت دراسة جولتان حجازي وعطاف أبو غالي (2010) أن المشكلات التي يعانيها المسنون بحسب ترتيب أبعاد المشكلات هي: المشكلات الاجتماعية الاقتصادية (63,7%)، والمشكلات النفسية (57,5%)، والمشكلات الصحية الجسمية (4,56%).

وسوف تنقسم هذه الدراسة إلى النقاط الأساسية الآتية:

أولاً: مشكلات الشيخوخة.

ثانياً: الدراسات السابقة حول مشكلات الشيخوخة.

ثالثاً: مشكلة الدراسة وتساؤلاتها

رابعاً: أهداف الدراسة وأهميتها.

خامساً: تعريف المفاهيم

سادساً: منهج الدراسة وإجراءاتها.

سابعاً: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها.

أولاً – مشكلات الشيخوخة:

1 – المشكلات المعرفية في مرحلة الشيخوخة:

تتميز الاضطرابات المعرفية بالنقص الحاد في المعرفة أو الذاكرة، وهو يمثل تغيراً مهماً عن الأداء الوظيفي السابق وعدم القدرة على إدراك البيئة خاصية الزمان والمكان، وعدم القدرة على إنجاز المهام غير المألوفة في الوقت المناسب، ونقص الانتباه والتشتت وضعف القدرة على الحكم، واضطرابات الذاكرة.

وتبين الدراسات أن المسنين المصابين بخرف ما قبل الشيخوخة يستمرون

أحياء لمدة تمتد من 10 إلى 20 سنة، مع تدهور مستمر، في حين لا يعيش المسنون الذين يصابون بخرف الشيخوخة بعده إلا بضع سنوات (بركات، 2011: 215).

كما أن هناك مشكلات معرفية تتعلق بالقدرات العقلية الأولية ويختلف معدل انحدارها تبعاً لاختلاف نوعها ومحتواها وطريقة قياسها. ولذلك لا تتناقص هذه القدرات بالنسبة نفسها، ولا بالسرعة نفسها، وبعض هذه القدرات يعتمد في جوهره على المحتوى نفسه مثل القدرة العددية، والقدرة اللفظية، وبعضها يعتمد على العمليات العقلية العليا، مثل القدرة الاستدلالية، والبعض الآخر يعتمد على سرعة الاستجابة مثل القدرة الإدراكية. وأكثر القدرات انحداراً من وسط العمر إلى الشيخوخة هي القدرة الاستدلالية، ثم القدرة المكانية ثم القدرة اللفظية ثم القدرة العددية. ولا تتأثر القدرة العددية كثيراً بزيادة العمر الزمني، شأنها في ذلك شأن القدرة اللفظية، ويمكن أن نفسر الثبات النسبي لهاتين القدرتين على أساس مفهوم الدافع والتدريب؛ وذلك لاعتماد الفرد اعتماداً مباشراً طوال حياته على الأرقام والألفاظ. (قناوي، 2001: 70).

كلما زاد العمر الزمني زادت تبعاً لذلك الفروق القائمة بين استجابات الأفراد بالنسبة إلى القدرات العقلية المختلفة. وتتأثر هذه الظروف بسرعة النمو وبمعدل الانحدار. ولذلك تزداد هذه الفروق بشكل واضح في مرحلتي المراهقة والشيخوخة.

ولا شك أن درجة الذكاء تتناقص تدريجياً مع تقدم العمر وتقل القدرة على التفكير والاستنتاج، وعندما يصل العقل إلى درجة القصور فإن الإنسان يفقد القدرات الأكثر تعقيداً كتعرف الأشخاص والزمان والمكان، وربما يصاب بالذهول ويصبح عاجزاً عن الربط بين الأحداث وربما يهيم على وجهه (الكيلاني، 1982: 214).

2 – المشكلات الصحية الجسمية عند المسنين:

إن أبرز المعالم التي تجعل الناس يعدون شخصاً ما قد دخل مرحلة المسنين هو المظهر الجسمي أكثر من أي مظهر آخر. ويلاحظ على التغيرات أمران، الأول: أن هذه التغيرات تتراكم من سنوات عدة حتى تصبح في هذه المرحلة واضحة للفرد وللآخرين، والثاني أنها تصبح مؤثر ة في نشاط الفرد اليومي. (المفدي. 2006: 488).

وتحدث تغيرات في الشكل العام للجسم؛ فالشخص المسن غالباً ما يكون

خفيف الجسم، وأوضحت دراسة أجريت على ثلاثة آلاف مسن أن متوسط الوزن لدى المسنين الذكور (68)، والسيدات (70)، وينخفض الوزن مع التقدم في العمر.

وينقص الطول بعد سن الستين بمعدل 3 إلى 5 سم عنه في الشباب، وفي الغالب يكون نقص الطول مصاحباً للانثناء في العمود الفقري. وتشيع في الشيخوخة ظاهرة تساقط الشعر وقد يصل إلى الصلع التام مع زيادة في شعر الأذنين والأنف ولدى السيدات ينبت الشعر في الوجه. كما تظهر التجاعيد في جلد الوجه واليدين، ويصبح جافاً، ويترتب على ذلك انخفاض سمك الجلد إلى نصف سمكه عن الشباب. (الريماوي، 2009: 515).

وتظهر على المسن بعض مشكلات الإبصار، المتعلقة بما يلي:

أ – الضعف العام في الرؤية: يزداد الضعف في الرؤية خصوصاً في الموجات الدنيا مثل اللون البنفسجي والأزرق.

ب – تعتيم العدسة: يزداد التعتيم إلى الدرجة التي تعوق رؤية الأشياء بوضوح خصوصاً الحدود الفاصلة بين الأشياء، فرؤية باب الغرفة سيكون صعباً إذا كان باللون نفسه للجدار، وقد يصل هذا التعتيم إلى درجة تتطلب إزالتها، وهو ما يعرف بإزالة الماء الأبيض.

ج – ارتفاع ضغط العين: وهذه من الأمراض الشائعة لدى المسنين، وقد يؤدي إلى فقد الرؤية بالكامل، وهو ما يعرف بالماء الأزرق. (قناوي، 1987: 40).

3 – المشكلات الانفعالية والاجتماعية والنفسية:

يلاحظ على انفعالات الأفراد في مرحلة الشيخوخة أنها ذاتية المركز، تدور حول أنفسهم، كما يعانون القلق الذي يؤدي بهم إلى الاكتئاب، والشك والريبة في الآخرين، ويتميزون بالتعصب لجيلهم وآرائهم (الصباطي و رسلان، 2008).

ويعاني معظم المسنين في هذه المرحلة الفشل في القدرة على التكيف مع الواقع الاجتماعي للشيخوخة بكل ما يصاحب تلك المرحلة من مظاهر الانطواء والعزلة واللامبالاة والشعور بالغربة والشك والريبة في الآخرين؛ مما يؤثر على العلاقات بينهم وبين الأجيال التالية من أبناء وأحفاد (الريماوي، 2009).

ويعاني كبار السن مشكلات عاطفية ذات منشأ نفسي، تسمى بالاضطرابات

الوظيفية، مثل اضطراب القلق النفسي، والاضطراب الانطوائي والعاطفي مثل الاكتئاب والوسواس القهري، والخوف من الموت المفاجئ (الصباطي ورسلان، 2008).

ثانياً – الدراسات السابقة:

هناك عدد من الدراسات التي تناولت موضوع المشكلات التي تواجه كبار السن، وقد تناول بعض الدراسات العربية والأجنبية المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية عند المسنين، وفقاً لمتغيرات ديموجرافية، مثل العمر والنوع والمستوى الاقتصادي الاجتماعي ونوع الإقامة (مع أسر طبيعية، في دور رعاية المسنين) والثقافة والعمل، وسيتم عرضها في أربعة محاور هي:

المحور الأول – دراسات تناولت الفروق بين المسنين المقيمين مع أسرهم ونظرائهم المقيمين في دور الرعاية في بعض المشكلات:

حاولت دراسة محمد سمير عبدالفتاح (1987) الكشف عن طبيعة العلاقة بين القدرات العقلية ومفهوم الذات لدى المسنين المقيمين في المجتمع (المترددين على النوادي) ونظرائهم المقيمين في الدور. كونت عينة الدراسة من (25) مسناً من دور الرعاية و(25) مسناً من نوادي المسنين، وقد راعى الباحث تثبيت جميع المتغيرات بين المجموعتين من حيث السن والنوع والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية. استخدم الباحث لتقدير الحالة العقلية للمسنين مقياس وكسلر للذكاء ومقياساً لمفهوم الذات. كشفت نتائج الدراسة أن المسنين المقيمين في دور الرعاية لديهم تصور سلبي للذات وأداء عقلي أضعف على نحو دال مقارنة بالذين يعيشون مع أسرهم الطبيعية.

سعت دراسة مرزوق عبدالمجيد (1990) إلى تعرف أهم مشكلات الكبار في المجالات الصحية، النفسية، الاجتماعية، الدينية، المادية، والترفيهية. كما سعت إلى معرفة الفروق في هذه المشكلات وفقاً لمتغيري العمل (العاملين – غير العاملين) والإقامة (يقيمون في دور الرعاية – يقيمون مع أسرهم). كونت عينة الدراسة من 55 من كبار السن الذكور الذين تزيد أعمارهم على 60 عاماً؛ منهم 32 فرداً من الذين يقيمون مع أسرهم، 23 ممن يقيمون في دور الرعاية، كما احتوت عينة الدراسة على 20 مسناً من العاملين و35 مسناً من غير العاملين. طبق على أفراد العينة مقياس مشكلات كبار السن المتضمن مجموعة من المقاييس النفسية تقيس المشكلات

النفسية (28 مشكلة). أظهرت نتائج الدراسة فيما يتعلق بمدى معاناة كبار السن من المشكلات وفقاً لمتغير العمل (عاملين – غير عاملين) وجود فروق دالة إحصائياً بين كبار السن العاملين وغير العاملين من حيث درجة معاناتهم من المشكلات في المجال الصحي، المجال النفسي، المجال الاجتماعي، المجال المادي، والمجال الترفيهي، في حين لا توجد فروق بين المجموعتين من حيث درجة معاناتهم مشكلات في المجال الديني والترفيهي. وأشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين كبار السن الذين يقيمون في دور الرعاية الاجتماعية ونظرائهم الذين لا يقيمون مع أسرهم من حيث معاناتهم للمشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية والدينية والمادية، في حين وجدت فروق بين المجموعتين في معاناتهم المشكلات الخاصة بالنشاط الترفيهي.

وعلى عينة من المسنات أجرت سهير أحمد (1991) دراسة هدفت إلى تعرف الجوانب المتعددة للشخصية لدى عينة من المسنات المقيمات بدور الرعاية (ن=10) ونظرائهن المقيمات مع أسرهن الطبيعية (ن=10)، وكان اختيارهن بطريقة المزاوجة والتماثل في التعليم، والعمر، والحالة الصحية وعدد الأبناء والترمل والدخل، وكان الاختلاف الوحيد تقريباً بين المجموعتين هو الإقامة في دور الرعاية بالنسبة إلى المجموعة الأولى والإقامة في ظل الأسرة الطبيعية بالنسبة إلى المجموعة الثانية. واستخدمت الباحثة اختبار الشخصية المتعدد الأوجه. كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين مسنات دور الرعاية ومسنات الأسر الطبيعية في الأداء على مقاييس توهم المرض، والاكتئاب، والبارنويا، السيكاثينيا، والفصام، والانطواء الاجتماعي في اتجاه مسنات دور الرعاية، ووجود فروق بين مسنات دور الرعاية ومسنات الأسر الطبيعية في الأداء على مقاييس الهستريا، والذكورة والأنوثة، والهوس الخفيف في اتجاه مسنات الأسر الطبيعية، ولم تظهر النتائج فروقاً بين المجموعتين على مقياس الانحراف السيكوباتي.

وعلى عينة من المسنات أيضاً أجرت سميرة كردي (2006) دراسة هدفت إلى الكشف عن الفروق بين درجات المسنات المقيمات في دور الرعاية الاجتماعية ودرجات المسنات اللاتي يسكن مع أسرهن في الأداء على مقياس النوم ومقياس الاكتئاب ومقياس الشعور بالوحدة النفسية. كونت العينة من (25) مسنة بدور الرعاية الاجتماعية و(30) مسنة مقيمة مع أسرهن، وكان اختيارهن بطريقة عشوائية. وبعد إحداث التجانس بين المجموعتين في العمر، والمستوى الاقتصادي،

والحالة الاجتماعية طبقت الباحثة مقياساً لاضطرابات النوم من إعدادها ومقياس الاكتئاب (يسافاج) ومقياساً للشعور بالوحدة النفسية. وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المسنات المقيمات في دار الرعاية الاجتماعية ومتوسطات درجات المسنات المقيمات مع ذويهن على مقاييس اضطراب النوم والاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية في اتجاه المسنات المقيمات بدار الرعاية؛ مما يشير إلى حجم المشكلات الاجتماعية والنفسية والظروف التي تعانيها المسنات بدار الرعاية.

وهدفت دراسة تماضر محمد (2006) إلى تحديد معدلات انتشار القلق والاكتئاب لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم في منازلهم ويرتادون نوادي المسنين (ن= 164) ونظرائهم الذين يعيشون في دور المسنين (ن= 168). شخّص القلق لدى المسنين باستخدام مقياس هاملتون للقلق، وشخّص الاكتئاب باستخدام مقياس هاملتون للاكتئاب. وأسفرت نتائج الدراسة عن أن نسبة ملازمة القلق مع الاكتئاب عند المسنين الذين يعيشون بمفردهم في منازلهم ويرتادون نوادي المسنين هي 34,1%، في حين بلغت نسبة ملازمة القلق للاكتئاب لدى عينة المسنين الذين يعيشون في دور رعاية المسنين 57,1%. في حين يمثل الاكتئاب بمفرده 22% لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم في منازلهم ويرتادون نوادي المسنين، و8,23% لدى المسنين الذين يعيشون في دور الرعاية. وبلغت نسبة القلق بمفرد 4,2% لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم في منازلهم ويرتادون نوادي المسنين و1,2% لدى هؤلاء الذين يعيشون في دور المسنين. كما كشفت نتائج الدراسة أن الذكور أكثر عرضة للاكتئاب من الإناث.

المحور الثاني – دراسات تناولت بعض المشكلات النفسية أو الاجتماعية أو الجسمية وفقاً لمتغير النوع فقط:

من الدراسات المبكرة التي تناولت الفروق بين المسنين والمسنات في الأداء على بعض المقاييس المعرفية تلك الدراسة التي أجراها أنور الشرقاوي (1985) على عينة من الأطفال (ن=91) وعينة من الشباب (ن=140) وعينة من المسنين (ن= 56: 32 مسناً و24 مسنة). طبق اختبار الأشكال المتضمنة، الذي يقيس الأسلوب المعرفي "الاعتماد – الاستقلال عن المجال الإدراكي" على عينات الدراسة الثلاث. كشفت نتائج الدراسة فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين والمسنات في الأداء على الأشكال المتضمنة.

وهدفت دراسة محمد عودة (1986) إلى تعرف نوعية المشكلات الخاصة بالمسنين والمسنات في دولة الكويت. كونت عينة الدراسة من (64) مسناً ومسنة اختيروا بطريقة عشوائية وطبق عليهم استمارة تتضمن 96 عبارة، تغطي الجوانب الارتقائية للمسنين والمسنات. وقد كشفت النتائج أن مشكلات المسنين الكويتيين تشمل المرض، الأرق، ضعف البصر، ضعف السمع، الحساسية نحو بعض الأطعمة، التعب، ضعف القدرة العقلية، الاضطرابات الانفعالية، الإحساس بالوحدة، التعصب للرأي، الخوف من الله، صراع الأجيال، انقطاع الصلة بالأقارب، مشكلات وقت الفراغ. وبينت النتائج أيضاً أن لكل من الذكور والإناث بعض المشكلات الخاصة كفقدان الشهية للطعام، وضعف القدرة العقلية العامة، والقلق والاكتئاب الحاد.

وسعت دراسة عبدالرحيم بخيت وأمل عبدالعزيز (1999) من بين ما سعت إليه إلى تعرف الفروق بين المسنين (ن=17) والمسنات (ن=13) في أبعاد السلوك التصلبي ممن تراوح أعمارهم بين 60 و 75 سنة. واستخدم للتحقق من ذلك مقياس السلوك التصلبي من إعداد وانر سيشاي وإيرس برهام. وكشفت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق في نسبة التصلب بين المسنين من الجنسين في أبعاد السلوك التصلبي.

واهتمت دراسة نبيل الفحل (2001) بدراسة الفروق بين المسنين (السعوديين والمصريين) والمسنات (السعوديات والمصريات) في الاستجابات لبعض أعراض الاكتئاب. كونت عينة الدراسة من 50 مسناً من المصريين (25 مسناً، 25 مسنة)، 50 مسناً من السعوديين: (25 مسناً، 25 مسنة) اختيروا من دور رعاية المسنين. طبق الباحث على عينة الدراسة مقياساً للاكتئاب من إعداده. وكشفت نتائج الدراسة عن ارتفاع متوسطات درجات الأعراض الاكتئابية (الحزن، والميول الانتحارية، وتوهم المرض، وفقدان الشهية والوزن، والتشاؤم) لدى المسنات مقارنة بالذكور المسنين في العينة المصرية والعينة السعودية.

واستهدفت دراسة حسن المحمداوي (2008) – فضلاً عن بناء مقياس للاكتئاب للمسنين العرب في السويد – تعرف مستوى الاكتئاب النفسي لدى المسنين ومعرفة الفروق في الاكتئاب لدى المسنين والمسنات. واختار الباحث عينة بحثه بالطريقة العشوائية، وبلغ عددها 50 مسناً ومسنة من الجالية العربية المقيمة

في السويد. وأظهرت نتائج الدراسة أن الإناث والمترملين أكثر شعوراً بالاكتئاب من الآخرين.

وفي هذا السياق هدفت دراسة جولتان حجازي وعطاف أبو غالي (2010) إلى تعرف المشكلات التي يعانيها المسنون الفلسطينيون في محافظات غزة، على مستوى الصلابة النفسية لديهم، كما هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين المشكلات التي يعانيها المسنون ومستوى الصلابة النفسية، وتعرف الفروق بين الجنسين في المشكلات، ومستوى الصلابة النفسية. كونت عينة الدراسة من (114) مسناً ومسنة من محافظة غزة. واستخدم الباحثان مقياس لمشكلات المسنين – من إعدادهما – يغطي المشكلات الصحية والجسمية والمشكلات الاجتماعية والاقتصادية والمشكلات النفسية (الوحدة النفسية، القلق، الاكتئاب، الاغتراب النفسي)، وأظهرت النتائج أن ترتيب أبعاد المشكلات التي يعانيها المسنون هي: المشكلات الاجتماعية الاقتصادية، المشكلات النفسية، المشكلات الصحية الجسمية. كما بينت نتائج الدراسة أن مستوى الصلابة النفسية لدى المسنين مرتفع، ويزيد على 70 % كمستوى افتراضي، وأن هناك علاقة ارتباطية عكسية ودالة إحصائياً بين مشكلات المسنين والصلابة النفسية لديهم. وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في المشكلات لدى المسنين تعزى إلى النوع.

وهدفت دراسة قصي إبراهيم (2010) إلى تعرف المشكلات التي يعانيها المسنون في مؤسسات الرعاية الاجتماعية للمسنين في المجتمع الفلسطيني، والمشكلات التي يواجهها المسؤولون عن مؤسسات الرعاية الاجتماعية للمسنين. كونت عينة الدراسة من (136 مسناً، و5 مسؤولين). أسفرت نتائج الدراسة عن وجود عدد كبير من المشكلات المتعلقة بالمسنين داخل هذه المؤسسات، وهي: المشكلات المتعلقة بالناحية الاجتماعية، والمشكلات المتعلقة بالأسرة، والمشكلات المتعلقة بالناحية الاقتصادية، والمشكلات المتعلقة بإجراءات صرف المعاش، والمشكلات المتعلقة بالتقاعد عن العمل، والمشكلات المتعلقة بالناحية الصحية، والمشكلات المتعلقة بالناحية النفسية (الشعور بالوحدة النفسية، العزلة، كثرة النسيان، الشعور بصعوبة التركيز، الشعور بالانقباض والضيق، الثورة لأتفه الأسباب، الشعور بضعف القدرة على الاستيعاب، القلق من فكرة الإصابة بالمرض، قلة النوم)، والمشكلات المتعلقة بالناحية الدينية.

وعلى نحو حديث هدفت دراسة عبدالمريد قاسم (2012) – ضمن ما هدفت إليه – إلى الكشف عن الفروق بين المسنين والمسنات في الاكتئاب. تكونت عينة الدراسة من المسنين (ن= 81: 41 مسناً و39 مسنة) بمتوسط عمري 70 سنة فأكثر. قسمت العينة إلى مجموعتين: المجموعة الأولى ممن يترددون على بعض النوادي (ن=38)، ومجموعة أخرى من المقيمين في الوحدة الخاصة برعاية المسنين بمستشفى القصر العيني بجامعة القاهرة وجمعية رسالة (ن= 42). لقياس الاكتئاب طبق الباحث مقياساً للاكتئاب. أسفرت التحليلات الإحصائية عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين والمسنات في الاكتئاب.

وعلى نحو أكثر حداثة هدفت دراسة أحمد عبدالخالق (2012) إلى إعداد قائمة كويتية لمشكلات المسنين وحاجاتهم الإرشادية، وبيان خواصها السيكومترية. استخدم الباحث عينة متاحة من المسنين والمسنات (ن= 75). وقد وضعت القائمة الكويتية لمشكلات المسنين وحاجاتهم الإرشادية، اعتماداً على سؤال مفتوح النهاية، وجه إلى عينة من المسنين والمسنات. وأسفرت نتائج تحليل هذا السؤال عن إعداد قائمة تتشابه فيها مشكلات المسنين والمسنات في المجتمع الكويتي، تقيس خمسة أبعاد، هي: الصحة الصحية (14 بنداً)، الصحة النفسية (22 بنداً)، العلاقة مع الأبناء (9 بنود)، المشكلات الاجتماعية (ن=12)، والحاجات الإرشادية (16).

المحور الثالث – دراسات تناولت بعض المشكلات النفسية أو الاجتماعية أو الجسمية وفقاً لمتغير العمر فقط:

هدفت دراسة سهير كامل (1987) إلى تعرف سمتي الاكتئاب والانطواء الاجتماعي لدى عينة من المسنين وإذا ما كانت هذه السمة تعزى أساساً إلى التقدم في العمر أم لعوامل اجتماعية أخرى كالتقاعد والبعد عن العمل. وقد انصب الاهتمام هنا على الثقافتين العربيتين: المصرية والسعودية وذلك لتعرف أثر الاختلافات الحضارية على التركيب السيكولوجي للمسن. كونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات من المسنين، هي: مجموعة من المتقاعدين المصريين (ن=20)، مجموعة من المسنين المصريين ممن يعملون بعد سن التقاعد (ن=20) إما في عملهم نفسه وإما في أي أعمال أخرى، ومجموعة ثالثة من المسنين المتقاعدين السعوديين (ن=20) ممن تراوح أعمارهم بين 60 و 75 سنة. واستخدمت الباحثة مقياسين، أحدهما للاكتئاب والثاني للانطواء الاجتماعي من قائمة الشخصية المتعددة الأوجه. كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أداء

المسنين المتقاعدين ومتوسطات أداء المسنين العاملين بعد التقاعد في الأداء على مقياس الاكتئاب، في حين لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في الأداء على مقياس الانطواء الاجتماعي. وعن الفروق الثقافية بين مجموعات الدراسات أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة المصرية والمجموعة السعودية في الأداء على مقياسي الاكتئاب والانطواء في اتجاه العينة السعودية.

وكشفت مراجعة (Krasucki, Howard & Mann, 1998) – التي هدفت إلى مراجعة الدراسات الوبائية الرئيسة للبيانات عن بعض الاضطرابات عند الأفراد ممن تزيد أعمارهم على 65 سنة، وبحثت التغيرات المرتبطة بالعمر في انتشارها. وكشفت هذه المراجعة أيضاً أن نسبة انتشار الفوبيا الاجتماعية 1% ونسبة انتشار الفوبيا البسيطة 4%، وتراوح نسبة انتشار الخوف من الأماكن (فوبيا الأماكن المغلقة) 1,4% و 7,9%، وتراوح نسبة انتشار اضطراب الوسواس القهري بين 0,01% و 08,0%، ونسبة انتشار اضطراب الهلع 0,01%، ونسبة انتشار القلق العام 4%. كما كشفت نتائج هذه المراجعة وجود نسب انتشار مرتفعة على نحو دال للقلق العام بين النساء مقارنة بالذكور، ولكن هذه الفروق تقل بالتقدم مع العمر.

وهدفت دراسة (Brayne, Matthews, McGee & Jagger, 2001) إلى تزويد الباحثين ببروفيل للاضطرابات والصعوبات عند عينة من كبار السن مودعة في مركز البحث الطبي ممن تراوح أعمارهم بين 64 سنة وأكثر، وممن يسكنون في خمس مناطق جغرافية (ثلاث مدن، هي: أكسفورد ونيوكسل وتوتنجهام ومنطقتان ريفيتان هما: كامبريد جشاير وجونر). وقد طلب من المشاركين تدوين العديد من المعلومات المتعلقة بالمتغيرات الاجتماعية والديموجرافية والصحية النفسية والصحية الجسمية وأنشطة الحياة اليومية، كما حسب الباحثان عدد الأنماط المختلفة من الشكاوى الجسمية والنفسية والمعرفية. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن انتشار مرتفع على نحو دال للعديد من الاضطرابات المعرفية والجسمية في الأعمار الصغيرة مقارنة بنسب انتشارها في الأعمار الكبيرة. وتعاني المسنات معدلات اعتدالات مرتفعة ومستمرة مقارنة بالرجال. وتتزايد الشكاوى النفسية والجسمية بتزايد العمر، مع وجود ارتفاع دال لهذه المشكلات والصعوبات النفسية والجسمية عند المسنات مقارنة بالمسنين.

وهدفت الدراسة الطولية التي أجراها (Van Gool, Kempen, Penninx, Deeg, Beekman & van Eijk, 2003) إلى تحديد المزاج المكتئب إذا ما كان يرتبط بأساليب الحياة غير السوية عند الأشخاص في منتصف العمر، وكبار السن يعانون أو لا يعانون الأمراض المزمنة (ن=176). كشفت نتائج التحليلات الطولية والعرضية باستخدام تحليل الانحدار الخطي وتحليل التغاير أن الشيوخ المكتئبين أكثر عرضة للتدخين وتعاطي الكحول وبعض الأمراض الجسدية.

وسعت دراسة حسام أبو سيف (2009) إلى الكشف عن طبيعة الفروق القائمة بين المسنين المرضى والمسنين الأصحاء فيما يتعلق بالاضطرابات النفسية جسدية الشكل والكشف عن طبيعة الاضطرابات النفسية جسدية الشكل لدى المسنين. وقد قام الباحث بتطبيق مقياس الشكاوى الجسمية (مقياس فرعي إكلينيكي من استخبار وصف الشخصية الذي أعده ليزلي موراي وقام بتعريبه مصري حنورة) على عينة من المسنين، قوامها 150 مسناً اختيروا بطريقة قصدية من داخل محافظة المنيا ممن تراوح أعمارهم بين 60 و 70 سنة وما فوق، وقسموا إلى مجموعتين: المجموعة الأولى من المسنين الأصحاء (75: 45 مسناً و30 مسنة)، اختيروا من المشاركين في أنشطة نوادي المسنين، أما المجموعة الثانية فتكونت من المسنين المرضى (ن= 75: 48 مسناً و28 مسنة)، اختيروا من المسنين المترددين على العيادات الخارجية، وقسم أفراد العينة وفقاً لمتغير العمر إلى ثلاث مجموعات عمرية، هي: ذوو الشيخوخة المبكرة ممن تراوح أعمارهم بين 60 و 66 سنة، ذوو الشيخوخة المتأخرة ممن تراوح أعمارهم بين 67 سنة و 74 سنة، وذوو مرحلة الهرم ممن تراوح أعمارهم بين 75 سنة وأكثر. كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية على الاضطرابات النفسية جسدية الشكل أو الشكاوى الجسمية بأبعادها الثلاثة (اضطراب التحول، الاهتمامات الصحية، الاستغراق الجسدي) وفقاً لمتغير العمر.

ووجد (Cooke, & Ancoli-Israel, 2007) من دراستهما لمشكلات النوم عند المسنين أن الشيخوخة ترتبط بتغيرات كبيرة في النوم، وأن هناك مجموعة من الأسباب تكمن وراء التغيرات التي تحدث عند المسنين، منها اضطرابات النوم الأولية، اضطراب إيقاع الساعة البيولوجية، الأرق، الاكتئاب، الأمراض الجسدية، والأدوية.

وتتناول دراسة (Cooke-Israel, 2007) مشكلة أخرى من مشكلات كبار السن، وهي مشكلة النوم أو اضطرابه، التي تؤكد معظم البحوث والدراسات أن كبار السن يقررون أنهم ينامون نحو 7 ساعات يومياً، في حين أن النوم لا يتغير بالتقدم في العمر، وتؤكد نتائج هذه الدراسات أن معظم تغيرات النوم المرتبطة بالعمر تحدث في السنوات المبكرة والمتوسطة. وعلى الرغم من ذلك تنتشر حالات الأرق على نحو دال بين كبار السن مقارنة بنظرائهم في المجموعات العمرية الأقل. كما أظهرت نتائج هذه الدراسة أن اضطرابات النوم ترتبط على نحو دال بالعديد من المشكلات النفسية عند كبار السن مثل الاكتئاب.

وسعت دراسة يحيى النجار(2009) إلى الكشف عن الفروق في الأمراض السيكوسوماتية وفقاً لمتغيري السن والمستوى التعليمي. كونت عينة الدراسة من 100 مسن ومسنة ممن تراوح أعمارهم بين 60 سنة وأكثر، ممن يعانون بعض الأمراض المزمنة، خاصة مرض السكر والضغط، ويلقون رعاية طبية كل أسبوعين في مراكز للرعاية الأولية. واستخدم الباحث لدراسة الأمراض السيكوسوماتية مقياساً من إعداد البنا الذي أعده من أجل الكشف عن الاضطرابات العضوية التي تظهر لأسباب انفعالية كردود أفعال للضغوط المختلفة التي يتعرض لها الفرد. وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مجالات الأمراض السيكوسوماتية تعزى لمتغيري النوع والمستوى التعليمي.

كما أظهرت نتائج العديد من الدراسات في المراجعة الشاملة التي أجراها (Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley & Craske, 2010) لتقدير نسب اضطرابات القلق في مرحلة الشيخوخة باستخدام عينات ممثلة دولياً – أن نسبة انتشار القلق بين الأفراد الأكبر سناً – بوجه عام – وفقاً لمعايير DSM-III عند كبار السن هي 5,5%. وكشفت الدراسات الطولية التي أجريت لبحث انتشار اضطراب القلق في المراحل الأخيرة من الحياة (55 سنة فما فوق) الولايات المتحدة الأمريكية وفقاً لهذه المراجعة أن نسبة انتشار هذا الاضطراب هي 2,10%. وتزيد هذه النسبة بالتقدم في العمر، فقد أظهرت نتائج دراسة حديثة أجريت في فرنسا على عينة من المسنين ممن تراوح أعمارهم بين 65 سنة وأكثر هي 2,14%. كما أظهرت نتائج هذه المراجعة الشاملة أن 20% من المسنين الذين شخصوا بأي اضطراب فرعي من اضطرابات القلق (القلق الظاهر، القلق العام...إلخ) شخصوا أيضاً ببعض أنماط الاضطرابات الوجدانية الأخرى. ففي دراسة ألمانية أجريت على

عينة من المسنين اختيروا بطريقة عشوائية أن 29,4% من ذوي اضطراب القلق يعانون اضطراب اكتئاب. (cited in: Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley & Craske, 2010).

المحور الرابع – دراسات تناولت الفروق في بعض المشكلات النفسية أو الاجتماعية أو الجسمية وفقاً للعديد من المتغيرات الديموجرافية معاً:

درس مصطفى الصفطي (1995) العلاقة بين درجة الشعور بالوحدة النفسية وكل من التوافق الشخصي والاجتماعي العام لدى أفراد الجنسين من المسنين المقيمين بدور الرعاية الاجتماعية. هدفت الدراسة إلى كشف أثر متغير الجنس ودرجة الشعور بالوحدة النفسية على التوافق الشخصي والاجتماعي. كونت عينة الدراسة من المسنين (ن= 149) والمسنات (ن = 166) من دور الرعاية الاجتماعية الخاصة بمدينة الإسكندرية. استخدم الباحث مقياس الشعور بالوحدة النفسية من إعداد إبراهيم قشقوش ومقياس التوافق للمسنين من إعداد سامية القطان. كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقات ارتباطية سالبة ودالة إحصائياً بين درجة الشعور بالوحدة النفسية وكل من التوافق الشخصي، والاجتماعي، والتوافق العام لدى أفراد الجنسين من المسنين المقيمين بدور الرعاية الاجتماعية. كما كشفت نتائج الدراسة عن أن الشعور بالوحدة النفسية لدى المسنات أعلى منه مقارنة بالمسنين.

وبالمقياس نفسه المستخدم في الدراسة السابقة أجرى هشام مخيمر (1996) دراسة هدفت إلى الكشف عن الفروق بين الجنسين في الشعور بالوحدة النفسية بعد سن التقاعد عن العمل، والكشف عن الفروق في الشعور بالوحدة النفسية بين المسنين المستمرين في العمل بعد سن التقاعد وبين المسنين الذين لا يعملون بعد سن التقاعد. كونت عينة الدراسة من 100 فرد من المسنين بواقع 50 ذكراً (25 يعملون و25 لا يعملون) و50 أنثى (25 يعملن و25 لا يعملن). أظهرت نتائج الدراسة أن الفروق بين المسنين والمسنات من حيث الشعور بالوحدة النفسية تعتبر فروقاً جوهرية، كذلك فإن الفروق بين المسنين العاملين بعد سن التقاعد وغير العاملين من حيث الشعور بالوحدة النفسية تعتبر فروقاً جوهرية، كما أنه يوجد تأثير دال للتفاعل بين الجنس والعمل في تباين درجات أفراد العينة في مقياس الشعور بالوحدة النفسية.

وهدفت دراسة أشرف عطية (1999) إلى دراسة الفروق بين المسنين

المتقاعدين العاملين وغير العاملين المقيمين مع أسرهم الطبيعية وغير العاملين المقيمين بدور الرعاية في الأداء على اختبارات الذاكرة السمعية والبصرية وأحداث الحياة الضاغطة والمساندة الاجتماعية، كما هدفت الدراسة إلى بحث الفروق بين المسنين (ن= 82) والمسنات (ن= 38) في الأداء على اختبارات الذاكرة السمعية والبصرية وأحداث الحياة الضاغطة والمساندة الاجتماعية والفروق بين المسنين الأصغر سناً والمسنين الأكبر سناً في مستوى الأداء على الاختبارات المذكورة. تكونت عينة الدراسة من (120) مسناً ومسنة ممن تزيد أعمارهم على 60 سنة؛ وزعت على ثلاث مجموعات، هي: عينة المسنين المتقاعدين العاملين والمقيمين مع أسرهم الطبيعية (ن= 29: 21 مسناً و8 مسنة)، وعينة من المسنين المتقاعدين (غير العاملين) والمقيمين مع أسرهم الطبيعية (ن= 43: 27 مسناً و16 مسنة)، وعينة من المسنين المتقاعدين (غير العاملين) والمقيمين في دور رعاية المسنين (ن= 48: 34 مسناً و14 مسنة). استخدم الباحث للتحقق من أهداف الدراسة مقياس الحياة الضاغطة ومقياس المساندة النفسية والاجتماعية، واختبار الذاكرة السمعية، واختبار الذاكرة البصرية المكانية المباشرة. كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة بين متوسطات درجات المسنين ومتوسطات درجات المسنات في الأداء على الذاكرة السمعية في اتجاه المسنين، كذلك أشارت النتائج إلى أن المسنين أدق من المسنات في الأداء على اختبار الذاكرة البصرية المكانية المباشرة. وكشفت النتائج عن وجود فروق جوهرية بين أداء فئة كبار السن من 60 – 69 عاماً وفئة كبار السن ممن تزيد أعمارهم على 70 سنة فما فوق، في الأداء على اختبارات الذاكرة السمعية والبصرية، وهذه الفروق في جانب فئة صغار السن. وأخيراً، كشفت النتائج عن أداء المسنين العاملين والمقيمين مع أسرهم الطبيعية أكثر دقة وفاعلية من أداء المسنين غير العاملين والمقيمين مع أسرهم الطبيعية فيما يتعلق بالأداء على اختبارات الذاكرة السمعية والبصرية.

وفي دراسة خالد عبدالغني (1999) حاول تعرف الفروق بين الذكور والإناث في عينتي الراشدين والمسنين في نسبة انتشار أنماط اضطرابات النوم، كذلك هدفت إلى دراسة الفروق بين الراشدين والمسنين في انتشار اضطرابات النوم. بلغت عينة الراشدين (ن= 288: 144 من الإناث و144 من الذكور) و100 من المسنين (50 من الذكور و50 من الإناث). كشفت نتائج المقارنة بين المسنين والمسنات عن وجود فروق بينهما في الأرق الخفيف في اتجاه الذكور والأرق المتوسط في اتجاه

الإناث، وغشية النوم الخفيف والشديد في اتجاه الذكور وغشية النوم الخفيف المتوسط في اتجاه الإناث، وتوقف التنفس في أثناء النوم المتوسط في اتجاه الإناث، واضطراب إيقاع النوم واليقظة الخفيف في اتجاه الإناث، واضطراب إيقاع النوم واليقظة المتوسط في اتجاه الذكور، والفزع الليلي والكابوس الشديد في اتجاه الذكور، والدرجة الكلية على مقياس أنماط اضطرابات النوم الشديد في اتجاه الإناث. وعن الفروق بين الراشدين والمسنين في اضطرابات النوم كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق بينهما في الأرق الخفيف في اتجاه الراشدين وفي الأرق المتوسط في اتجاه المسنين، وفرط النوم الخفيف في اتجاه الراشدين والمتوسط في اتجاه المسنين، وغشية النوم الخفيف في اتجاه الراشدين والمتوسط في اتجاه المسنين، والدرجة الكلية لمقياس اضطراب النوم في اتجاه المسنين.

وأجرى (Sheehan, Bass, Briggs & Jacoby, 2003) دراسة هدف منها إلى تحديد مدى انتشار الشكوى البدنية بين كبار السن الذين يواظبون على حضور برامج الرعاية الأولية. كونت عينة الدراسة من (141) مسناً ممن تزيد أعمارهم على 65 سنة، وقد كان تقييمهم على مقاييس الشكاوى البدنية ومقاييس الحالة النفسية ومقياس الحالة الجسمية ومرات حضور برامج الرعاية. أشارت النتائج إلى أن نسبة انتشار أعراض العصاب الوسواسي بين كبار السن 5% وهي نسبة ضعيفة، وارتبطت الأمراض النفس جسدية وأسباب العزو بالاكتئاب والأمراض الجسدية والدعم الاجتماعي المنخفض.

وهدفت دراسة جمعة يوسف وعزة مبروك (2005) إلى بحث الفروق بين المسنين والمسنات المقيمين في المجتمع ونظرائهم من نزلاء دور الرعاية على المتغيرات الصحية الجسمية والصحية النفسية (الصحة الموضوعية، الصحة الذاتية، أسلوب الحياة، القدرة الوظيفية، الصحة الجسمية الكلية، الصحة العقلية، القلق، الاكتئاب، القلق والاكتئاب معاً). كونت عينة الدراسة من مجموعة من المسنين (ن=76) والمسنات (ن= 126) المقيمين في المجتمع ونظرائهم المسنين (ن=132) والمسنات (ن= 167) من نزلاء دور الرعاية، اشتملت أدوات الدراسة على مقياس الحالة العقلية المختصر (التوجه، التسجيل، الانتباه والحساب، الاستدعاء، القدرة التركيبية، والقدرة على الفهم والحكم) ومقياس للحالة الصحية الجسمية (واشتمل على مقياس التقدير الذاتي للحالة الصحية، القدرة الوظيفية، أسلوب الحياة، التقدير الموضوعي للحالة الصحية) ومقياس الأعراض الاكتئابية واستخدم لقياس الاكتئاب

كحالة وقائمة القلق لسبيلبيرجر. كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين المسنين والمسنات بغض النظر عن مكان الإقامة في متغير أسلوب الحياة والصحة الجسمية الكلية فقط في اتجاه المسنات، كما وجدت الدراسة أن المسنين عموماً (ذكور وإناث) المقيمين في المجتمع أفضل جوهرياً من المسنين (ذكور وإناث) المقيمين في دور الرعاية في الأداء العقلي. كما كشفت النتائج أن المسنين عموماً (المقيمين في دور المسنين) أعلى جوهرياً من المسنين المقيمين في المجتمع في كل من القلق والاكتئاب، وأن المسنين عموماً أعلى جوهرياً من المسنات (بغض النظر عن مكان الإقامة) في الأداء العقلي، في حين حصلت المسنات على متوسطات أعلى جوهرياً (بغض النظر عن مكان الإقامة) في كل من القلق والاكتئاب، وأن المسنين المقيمين في المجتمع مع ذويهم أفضل في معظم المؤشرات المرتبطة بالصحة الجسمية مقارنة بالمسنين المقيمين في دور الرعاية.

وسعت دراسة (Sheehan, Bass, Briggs & Jacoby, 2006) إلى تحديد أهمية الأمراض السيكوسوماتية بين كبار السن ذوي الرعاية الأولية. كونت عينة الدراسة من السيدات المترملات حديثاً اللاتي تزيد أعمارهن على 68 سنة، وتلقين رعاية أولية حديثة بسبب معاناتهن من الصداع، واضطرابات النوم، والتعب وآلام العضلات. أظهرت نتائج الدراسة انتشاراً متزايداً للأمراض النفس جسدية بين السيدات الأكبر سناً مقارنة بنسب انتشارها لدى السيدات الأصغر سناً.

ولمعرفة أثر متغير ديموغرافي آخر هدفت دراسة نبال محمد ونجوى اليحفوني (2007) إلى معرفة إذا ما كان المسنون المتقاعدون في لبنان يعانون اضطرابات القلق العام والاضطرابات الجسدية، وهدفت إلى مقارنة القلق العام والاضطرابات الجسدية لدى المسنين العاملين والمسنين غير العاملين. كونت عينة الدراسة من 200 مسن (100 مسن عامل و100 مسن متقاعد) ممن تراوح أعمارهم بين ستين سنة وأكثر، وقد شملت عينة الدراسة المسنين الذكور على اعتبار أن المسنين أكثر وجوداً من الإناث في ميادين العمل. وقد استخدم الباحثان مقياس جامعة الكويت للقلق ومقياس الشكوى الجسمية. وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المتقاعدين والمسنين العاملين في القلق والاضطرابات الجسدية في اتجاه المسنين المتقاعدين. وبينت النتائج وجود ارتباط بين القلق العام ومعاناة الاضطرابات الجسدية.

وبحثت دراسة (Neiss, Leigland, Carlson & Janowsky, 2008) آثار العمر والجنس على الإدراك العاطفي والفسيولوجي باستخدام استجابة الجلد الكهربائية، كذلك بحثت الدراسة استجابة الجلد إذا ما كانت مرتبطة بالإدراك الشخصي للصور الانفعالية. وأظهرت نتائج هذه الدراسة وجود فروق عمرية بين المشاركين في الإدراك العاطفي والفسيولوجي؛ فقد كون صغار السن صوراً إدراكية أكثر إيجابية وإثارة مقارنة بنظرائهم الأصغر سناً. كما وجدت فروق بين الذكور والإناث في هذا الإدراك الذهني؛ وجاء تقدير النساء للصور الذهنية بطريقة أكثر مبالغة على نحو دال مقارنة بتقدير الذكور.

سعت دراسة عبدالقادر وعلي (2009) إلى الكشف عن مستوى القلق لدى المسنين المقيمين في دور الرعاية وعلاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية (العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية) والتفاعل بينهم. كونت عينة الدراسة من المسنين الذين تقع أعمارهم بين 60 سنة و 80 سنة فما فوق، قسمت العينة وفقاً لمتغير العمر إلى ثلاث مجموعات: يراوح عمر أفراد المجموعة الأولى بين 60 و 69 سنة، ويراوح عمر أفراد المجموعة الثانية بين 70 و 79 سنة، أما المجموعة الثالثة فهم ممن تزيد أعمارهم على 80 سنة. وقد طبق الباحثان على عينة البحث استمارة لجمع البيانات، مقياس القلق الصريح، ومقياس قلق الموت. كشفت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق بين المسنين والمسنات في القلق العام وقلق الموت. وأظهرت النتائج أن للعمر تأثيراً واضحاً على القلق العام لدى المسنين؛ حيث كشفت التحليلات الإحصائية أن المسنين الذين تبلغ أعمارهم أكثر من 70 سنة كانوا أكثر حساسية على نحو دال بالقلق العام وقلق الموت من نظرائهم الذين تراوح أعمارهم بين 60 و 69 سنة. وبينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين العاملين والمسنين المتقاعدين في القلق العام وقلق الموت؛ فقد بينت التحليلات أن المسنين المتقاعدين أكثر حساسية على نحو دال بالقلق العام وقلق الموت من المسنين العاملين.

وفي العام نفسه أجرى بشير معمرية وعبدالحميد خراز (2009) دراسة هدفت إلى تعرف الأمراض البدنية والاضطرابات النفسية الأكثر انتشاراً لدى المسنين والفروق بين الجنسين فيهما. كونت عينة الدراسة من 56 من المسنين ممن تراوح أعمارهم بين 61 سنة و88 سنة و42 من المسنات ممن تراوح أعمارهن بين 59 سنة و91 سنة. وقد أعد الباحثان أداتين لجمع المعلومات؛ إحداهما خاصة بالأمراض

الجسمية (صورة للذكور وصورة للإناث). وتتضمن كل منهما 82 مرضاً جسمياً، والثانية خاصة بالاضطرابات النفسية. أظهرت نتائج الدراسة فيما يتعلق بالأمراض البدنية عند المسنين أن أكثر الاضطرابات انتشاراً لديهم هي: أمراض العيون، والإعاقة الحركية والضعف العام، وأن أقل الاضطرابات الجسمية انتشاراً لديهم هي: انسداد الشرايين والتهاب الكبد وهشاشة العظام. كذلك أظهرت النتائج أن أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً لدى الذكور المسنين هي القلق العام، والاكتئاب النفسي، واليأس، وأن أقل الاضطرابات النفسية انتشاراً لدى المسنين هي: الهوس والوساوس وتوهم المرض، في حين أن أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً بين المسنات هي القلق العام، والاكتئاب النفسي، واليأس وأقلها انتشاراً لديهن هي الوسواس وتوهم المرض. كما كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في توهم المرض في اتجاه الإناث وفي العصبية الزائدة في اتجاه الذكور، ولم توجد فروق بين المسنين والمسنات في الاضطرابات النفسية الأخرى.

وهدفت دراسة كمال بلان (2009) إلى كشف الفروق بين المسنين المقيمين في دور رعاية المسنين ونظرائهم المقيمين مع أسرهم في درجة معاناتهم من القلق، وبحسب متغيري العمر والنوع. تكونت عينة الدراسة من 436 مسناً ومسنة: 222 من الذكور، 214 من الإناث. وقد كانت عينة المسنين المقيمين في دور الرعاية (150 مسناً ومسنة) والمقيمين مع أسرهم (286 مسناً ومسنة). واستخدم الباحث مقياس سمة القلق لسبيلبيرجر، الذي يحتوي على عشرين عبارة يدل نصفها على أعراض القلق والنصف الأخر على عدم وجوده. أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة لدى المسنين تبعاً لمتغيري العمر والإقامة. كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية في سمة القلق بين المسنين الذكور المقيمين مع أسرهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية.

كما قام كل من علاء الرواشدة وأسماء العرب (2010) بدراسة هدفت إلى تعرف خصائص المسنين ومشكلاتهم من وجهة نظرهم في دور الرعاية في الأردن، وأسباب تحويلهم إليها، وتكونت عينة الدراسة من (111) مسناً من الذكور والإناث، واستخدم في الدراسة استبانة مكونة من (48) فقرة، وأظهرت نتائج الدراسة أن عامل الوحدة والفراغ كان من أهم الأسباب التي أدت إلى تحويل المسن إلى دور

الرعاية، وأن انقطاع صلة المسن بمعارفه وأصدقائه تصدرت المشكلات الاجتماعية، وانهيار الصحة بشكل عام وارتفاع ضغط الدم تصدرت المشكلات الصحية، وتفكير المسن في الأحفاد والاشتياق إليهم تصدرت المشكلات النفسية، كما كشفت الدراسة أن النسبة العليا من المقيمين في دور الرعاية هم من الذكور من فئة العمر فوق (70) وأن الأغلبية غير متزوجين.

وعلى نحو حديث هدفت دراسة إياد الشوارب (2012) إلى تعرف مستوى التوافق الاجتماعي والانفعالي لدى المسنين في الأردن والكويت وفلسطين وعلاقته ببعض المتغيرات الديموجرافية (النوع، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، نوع الأسرة، الفئة العمرية). كونت عينة الدراسة من 153 مسناً ومسنة اختيروا بطريقة عشوائية من مجتمع الدراسة في كل من الكويت (ن=39)، والأردن (ن=67)، وفلسطين (ن=47). واستخدم الباحث أداة لتعرف مستوى التوافق الاجتماعي والانفعالي لكبار السن موزعة على بعدين: بعد التوافق الاجتماعي (ن= 30 بنداً) وبعد التوافق الانفعالي (ن= 30 بنداً). وكشفت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المسنين ومتوسطات درجات المسنات على مقياس التوافق النفسي الاجتماعي ومقياس التوافق الانفعالي والمقياس الكلي. كما كشفت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين تقديرات أفراد العينة الكلية على الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للتوافق تبعاً لمتغير الفئة العمرية.

وعلى متغير القلق وعلى نحو أكثر حداثة، هدفت دراسة سالي المصري (2013) إلى معرفة مستوى القلق لدى كبار السن وعلاقته بمهارات الحياة. كونت عينة الدراسة من عينة من المسنين (ن=128) والمسنات (ن=90)، قسمت العينة الكلية وفقاً لمتغير العمر إلى ثلاث مجموعات فرعية، هي: المجموعة الأولى ممن تراوح أعمارهم بين 50و 60 سنة، المجموعة الثانية ممن تراوح أعمارهم بين 60 و70 سنة، والمجموعة الرابعة ممن تراوح أعمارهم بين 70 وأكثر. واستخدمت الباحثة مقياساً لقياس القلق من إعدادها. وأسفرت النتائج عن وجود فروق في مستويات القلق تعزى لمتغير النوع في اتجاه الإناث، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق تعزى لمتغير العمر في اتجاه المجموعة الأكبر سناً ممن تراوح أعمارهم بين 70 سنة وأكثر. وأخيراً، كشفت النتائج عن وجود فروق في مستوى القلق بين كبار السن وفقاً لمتغير التعليم والعمل (المتقاعدين والموظفين والعمال).

تعقيب على الدراسات السابقة:

1 – ندرة الدراسات السعودية التي اهتمت بإلقاء الضوء على المشكلات النفسية أو الاجتماعية أو الجسمية لدى كبار السن؛ الأمر الذي يدعو لإجراء دراسة تبحث في مشكلات المسنين في المملكة العربية السعودية وبالتحديد في مدينة الرياض.

2 – تناقض نتائج الدراسات التي تناولت أثر متغير الإقامة على ظهور بعض المشكلات النفسية أو الصحية أو الاجتماعية في مرحلة الشيخوخة؛ فقد أظهرت نتائج دراسة محمد سمير عبدالفتاح (1987)، ودراسة سهير كامل أحمد (1991)، ودراسة أشرف عطية (1999)، ودراسة جمعة يوسف وعزة مبروك (2005)، ودراسة سميرة كردي (2006)، ودراسة تماضر محمد (2006)، ودراسة كمال بلان (2009)، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين الذين يعيشون في أسرهم الطبيعية ونظرائهم الذين يعيشون في دور الرعاية في بعض المشكلات النفسية أو الاجتماعية أو الصحية، في حين أظهرت نتائج دراسة مرزوق مرزوق (1990) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين الذين يعيشون في أسرهم الطبيعية ونظرائهم من نزلاء دور الرعاية في بعض المشكلات النفسية أو الاجتماعية أو الصحية.

3 – تناقض نتائج الدراسات التي تناولت بالدراسة الفروق بين المسنين والمسنات في بعض المشكلات النفسية أو الاجتماعية أو الجسمية؛ فقد أظهرت نتائج دراسة أنور الشرقاوي (1985)، ودراسة محمد عودة (1986)، ودراسة مصطفى الصفطي (1995)، ودراسة عبدالرحيم بخيت وأمل عبدالعزيز (1999) ودراسة خالد عبدالغني (1999) ودراسة جمعة يوسف وعزة مبروك (2005) ودراسة (Neiss, Leigland, Carlson & Janowsky, 2008)، ودراسة بشير معمرية وعبدالحميد خراز (2009)، ودراسة جولتان حجازي وعطاف أبو غالي (2010)، ودراسة قصي إبراهيم (2010)، ودراسة أحمد عبدالخالق (2012)، ودراسة إياد الشوارب (2012) – عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المسنين والمسنات في الأداء على مقاييس لبعض المشكلات النفسية أو الاجتماعية أو الصحية، في حين أظهرت نتائج دراسات المراجعة الشاملة التي أجراها (Krasucki, Howard & Mann, 1998)، ودراسة نبيل الفحل (2002)، ودراسة حسن المحمداوي (2008)، ودراسة هشام مخيمر (1996)، ودراسة عبدالمريد قاسم

(2012)، ودراسة سالي المصري (2013)، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين والمسنات في بعض المشكلات النفسية أو الاجتماعية أو الصحية.

4 – تناقض نتائج الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت بالبحث بعض المشكلات النفسية أو الاجتماعية أو الجسمية وفقاً لمتغير العمر، فقد أظهرت نتائج الدراسات المراجعة من قبل (Krasucki, Howard & Mann, 1998) ودراسة أشرف عطية (1999) ودراسة خالد عبدالغني (1999)، ودراسة (Brayne, Matthews, McGee & Jagger, 2001)، ودراسة (Van Gool, Kempen, Penninx, Deeg, Beekman & Van Eijk, 2003)، ودراسة (Sheehan, Bass, Briggs & Jacoby, 2006)، ودراسة حسام أبوسيف (2009)، ودراسة (Ancoli-Israel, 2009)، ودراسة (Sheehan, Bass, Briggs & Jacoby, 2003)، ودراسة عبدالقادر رحيم علي شنان (2009)، ودراسة كمال بلان (2009)، والمراجعة الشاملة التي أجراها (Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley & Craske, 2010)، ودراسة إياد الشوارب (2012)، ودراسة سالي المصري (2013) – وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات العمرية الفرعية في الدراسة في اتجاه المجموعات الأكبر سناً، في حين أظهرت نتائج بعض الدراسات مثل دراسة يحيى النجار (2009)، ودراسة (Cooke & Ancoli-Israel, 2007) عدم وجود فروق في بعض المشكلات النفسية أو الاجتماعية أو الصحية وفقاً لمتغير العمر.

5 – تباين المشكلات النفسية أو الاجتماعية أو الصحية عند المسنين التي اهتمت بها الدراسات العربية والأجنبية؛ فقد ركزت بعض الدراسات على مشكلات نفسية فقط مثل الاكتئاب أو القلق أو الشعور بالوحدة النفسية ومفهوم الذات أو اضطرابات النوم والمشكلات السيكوسوماتية، في حين ركزت بعض الدراسات على بعض المشكلات الاجتماعية فقط مثل العزلة الاجتماعية والتوافق الاجتماعي، وركزت دراسات قليلة جداً على المشكلات الجسمية أو الجسدية أو الصحية عند المسنين، في حين هناك دراستان فقط في مجتمعات عربية أخرى غير المجتمعات السعودية، جمعتا بين الجوانب النفسية والجوانب الصحية عند المسنين.

6 – صغر حجم عينات المسنين والمسنات في العديد من الدراسات العربية والأجنبية يزيد من صعوبة تعميم نتائج هذه الدراسات على مجتمع المسنين.

ثالثاً – مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

تكمن مشكلة الدراسة الحالية في محاولة تقصي مشكلات كبار السن بمدينة الرياض من وجهة نظرهم؛ فدراسة المشكلات التي تواجه المسنين تعد من القضايا الجديرة بالاهتمام في الوقت الحاضر، خاصة في ظل تزايد متوسط أعمار المسنين في ظل الارتقاء بالخدمات الصحية والعلاجية والوقائية وحاجة هذه الفئة إلى متطلبات وحاجات تساعدهم على التكيف، وأيضاً ما شهدته المنطقة العربية بشكل عام والمملكة العربية السعودية بشكل خاص من تغيرات اجتماعية أثرت على العلاقات الأسرية، وأدت إلى ضعف التماسك بين أفرادها؛ فدخول المرأة سوق العمل وانشغال أفراد الأسرة بشؤون حياتهم اليومية أثر بصورة واضحة على مكانة المسن داخلها، وأدى ذلك إلى إهمال بعض الأسر لدورها تجاه المسنين وعجزها عن تلبية متطلباتهم واحتياجاتهم سواء كانت مادية أم معنوية، وتركت هذه الفئة تعاني الإهمال والعزلة؛ مما جعلها تفقد الثقة بنفسها والآخرين، ومن ثم تعرضها للعديد من المشكلات الاجتماعية والنفسية، وفي ظل تأكيد كثير من الدراسات السابقة والأطر النظرية أهمية دراسة المشكلات التي تواجه المسنين وارتباط هذه المشكلات بمتغيرات تعود للعمر والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي، ومكان الإقامة، وأيضاً اطلاع الباحثين على أوضاع المسنين من خلال زياراتهم الميدانية ومقابلتهم لبعض المقيمين في دور الرعاية وحوارهم معهم، وملاحظتهم أن عدداً منهم تبدو عليه المشكلات النفسية والاجتماعية والصحية بشكل أقوى من المسنين الذين يعيشون مع أسرهم، وأيضاً قلة البحوث الميدانية التي تناولت هذه المشكلة خاصة على مستوى المملكة العربية السعودية، ولأهمية دراسة هذه المشكلات لدى هذه الفئة العمرية، وتأثيرها في جوانب الشخصية كافة، وللوصول إلى مجموعة من الإرشادات العملية والمقترحات التي يمكن أن تساعد أسر المسنين والمجتمع على التعامل السليم معهم، وجد من الضروري تناول هذه المشكلة المهمة في البحث والدراسة، وبذلك تتحدد مشكلة الدراسة بالإجابة عن الأسئلة التالية:

1 – ما مشكلات كبار السن في مدينة الرياض من وجهة نظرهم بحسب درجة الأهمية ؟

2 – هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلات كبار السن بمدينة الرياض تعزى إلى النوع الاجتماعي ؟

3 – هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلات كبار السن بمدينة الرياض تعزى إلى متغير العمر ؟

4 – هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلات كبار السن بمدينة الرياض تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية ؟

5 – هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلات كبار السن بمدينة الرياض تعزى إلى متغير المستوى التعليمي؟

6 – هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلات كبار السن بمدينة الرياض تبعاً لنوع الرعاية ؟

رابعاً – أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

1 – تعرف مشكلات كبار السن في مدينة الرياض من وجهة نظرهم.

2 – تعرف مشكلات كبار السن بمدينة الرياض إذا ما كانت تختلف تبعاً لمتغيرات (النوع الاجتماعي، والعمر، والحالة الاجتماعية، والمؤهل العلمي، ونوع مركز الرعاية).

خامساً – أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية الدراسة الحالية في النقاط التالية:

– كونها تعد من الدراسات القليلة التي تناولت مشكلة الدراسة على فئة كبار السن في المملكة العربية السعودية، على حد علم الباحثين.

– يمكن أن يستفيد من نتائج الدراسة القائمون والمسؤولون في مراكز دور الرعاية، من خلال تعرفهم أهم المشكلات التي تواجه كبار السن، ومعرفة أسبابها، وآثارها السلبية على تكيفهم، ومن ثم إيجاد آليات وحلول جذرية وبرامج علاجية ووقائية للحد من هذه المشكلات.

– تلقي الضوء على كبار السن، وهي بداية لتقويم أوضاعهم ومن ثم أوضاع مراكز الرعاية الاجتماعية أو منازلهم التي يقطنون فيها، ومن ثم فقد تكمن أهمية هذه الدراسة في الجانب الديني والإنساني؛ حيث تسعى إلى بعث قيم دينية إنسانية نبيلة تجاه هذه الفئة نظراً لما تعانيه من تهميش نتيجة تغيرات العصر.

– يمكن أن يستفاد من أداة القياس في هذه الدراسة في بناء قائمة مشكلات

كبار السن، التي يمكن أن يستفيد منها الباحثون والمهتمون في مجال تعليم الكبار وعلم نفس الشيخوخة في تشخيص مشكلات كبار السن وتحديدها، واحتياجاتهم الإرشادية؛ مما يقدم تصوراً شبه متكامل لدى المخططين التربويين والقائمين على رسم وتنفيذ السياسات التربوية الخاصة بهذه الفئات العمرية ومعرفة المشكلات التي تعترضهم، والعمل على حلها، وتجاوزها بالطريقة الصحيحة والعلمية المنظمة.

– يمكن أن تسهم نتائج الدراسة الحالية مستقبلاً في وضع تصور لبرامج إرشادية وتربوية لمواجهة تلك المشكلات، يسهم في بنائها متخصصون ومرشدون أكاديميون وتربويون ومختصون في رعاية المسنين.

سادساً – تعريف المفاهيم:

المشكلات: هي الصعوبات والمعوقات التي يدركها كبار السن، وتحول دون تكيفهم وتقدمهم أو نموهم بصورة طبيعية وصحيحة، وتعرف إجرائياً في درجة استجابات أفراد الدراسة على قائمة المشكلات (أداة الدراسة) وأبعادها الفرعية الأربعة التالية: (المشكلات العقلية المعرفية، المشكلات الاجتماعية، المشكلات النفسية، المشكلات الجسمية الصحية).

كبار السن: هم الأفراد الذين تجاوزوا الستين من عمرهم، ويزداد اعتمادهم على غيرهم بازدياد تراجع وظائفهم النفسية والاجتماعية والجسدية وتدهورها، وهم المسنون الذين ستطبق عليهم الدراسة في عام 1433/1434هـ سواء كانوا مقيمين مع أسرهم أم ملتحقين بدور رعاية، بمختلف فئاتهم العمرية (60 سنة فأكثر) ومستوياتهم التعليمية، وحالتهم الاجتماعية من الذكور والإناث ويقطنون في مدينة الرياض.

محددات الدراسة:

اقتصرت هذه الدراسة على المسنين من الذكور والإناث، البالغ عددهم (79) مسناً ومسنة يقطنون في مدينة الرياض سواء كانوا مع أسرهم أم ملتحقين في دور رعاية اجتماعية في عام 1433/1434هـ، كما اقتصرت على قائمة المشكلات وفقراتها الموجودة في أداة الدراسة، وما اندرجت تحتها من أبعاد فرعية، ونتائج الدراسة الحالية مرتبطة بمدى صلاحية الأداة وصدقها وثباتها، ومدى صدق استجابة عينة الدراسة على فقرات الأداة، وبالأساليب الإحصائية المستخدمة للإجابة عن أسئلة الدراسة.

سابعاً – منهجية الدراسة وإجراءاتها:

أ – منهجية الدراسة:

استخدم في هذه الدراسة المنهج الوصفي المقارن لملاءمته لطبيعة المشكلة ومتغيراتها.

ب – مجتمع الدراسة وعينتها:

تكون مجتمع الدراسة من جميع المسنين في مدينة الرياض المقيمين مع أسرهم والملتحقين في دور الرعاية، واختيرت عينة عشوائية مكونة من (79) مسناً، منهم (22) مسناً مقيماً في دار رعاية الأمل للمسنين في الرياض، و(57) مسناً مقيماً مع أفراد أسرته، ويرجع اختيار دار رعاية الأمل للمسنين في الرياض للأسباب الآتية:

1 – تعد الدار الوحيدة بمدينة الرياض التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية.

2 – تتضمن الدار قسمين؛ القسم الأول خاص بالذكور والقسم الثاني خاص بالإناث.

3 – يلتحق بها المسنون الأفراد من أعمار متباينة.

وجدول (1) يبين توزع أفراد عينة الدراسة بحسب متغيرات الدراسة.

جدول (1)
توزع أفراد الدراسة (كبار السن) بحسب متغيرات الدراسة

المتغير	المستويات	التكرار	النسبة المئوية
النوع الاجتماعي	ذكور	27	%34
	إناث	52	%66
العمر	60–65	27	%34
	66–70	11	%14
	71 فأكثر	41	%52
الحالة الاجتماعية	أعزب	7	%9
	متزوج	39	%49
	أرمل	29	%37
	مطلق	4	%5

تابع/ جدول (1)
توزع أفراد الدراسة (كبار السن) بحسب متغيرات الدراسة

المتغير	المستويات	التكرار	النسبة المئوية
المستوى التعليمي	أمي	40	%51
	يقرأ ويكتب	19	%24
	دون الثانوية	9	%11
	جامعي فأعلى	11	%14
نوع الرعاية	مع الأسرة	57	%72
	دور رعاية اجتماعية	22	%28

ج – أداة الدراسة:

قام الباحثون بتطوير أداة الدراسة الحالية بعد الاطلاع على الأدبيات والدراسات السابقة المتعلقة بالموضوع، وأهمها: (إياد الشوارب، 2012؛ قصي إبراهيم، 2010؛ جولتان حجازي عطاف أبو غالي، 2010؛ كمال بلان، 2009)، وفي ضوء ذلك تم تحديد المجالات التي شملتها الاستبانة، وصياغة الفقرات التي تندرج تحت كل بعد من أبعادها؛ حيث تكونت في صورتها الأولية من (88) فقرة، وأربعة مجالات فرعية.

الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة:

1 – صدق الأداة:

للتأكد من صدق أداة الدراسة، عرضت في صورتها الأولية على ستة محكمين ممن يحملون درجة الدكتوراه في مجال القياس والتقويم وعلم النفس التربوي، والإرشاد التربوي، وتعليم الكبار في جامعة الملك سعود، وقد أبدوا بعض الملاحظات المهمة فيما يتعلق بوضوح الصياغة، ومدى انتماء الفقرات إلى أبعادها الفرعية، جرى في ضوئها تعديل بعض الفقرات، في حين حذف بعضها الآخر، وأعيدت صياغة بعضها الثالث، وقد أخذ الباحثون موافقة ما نسبته 80% معياراً لاتفاق المحكمين على فقرات الأداة ومجالاتها الفرعية وحذفت أربع فقرات من مجموع فقرات الأداة ليصبح عدد فقراتها في صورتها النهائية (84) فقرة، موزعة على أربعة أبعاد، على النحو التالي: المشكلات الصحية – الجسمية (20) فقرة

وتتضمن الفقرات من (1–20)، المشكلات النفسية (20) فقرة وتتضمن الفقرات من (21–40)، المشكلات الاجتماعية (23) فقرة وتتضمن الفقرات من (41–63)، المشكلات العقلية والمعرفية (21) فقرة وتتضمن الفقرات من (64–84). تحقق من صدق البناء للأداة على العينة الأصلية، وحسب أيضاً معامل ارتباط كل فقرة بالبعد الذي تنتمي إليه، وقد راوحت هذه القيم بين (0,45 و 0,85)، وحسب أيضاً معامل ارتباط كل بعد بالبعد الآخر وبالدرجة الكلية للمقياس. وقد راوحت هذه القيم بين (0,48 و 0,86) وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α = 0,01). وهذه مؤشرات على أن المقياس يتمتع بدرجة معقولة من صدق البناء.

2 – ثبات الأداة:

لحساب أداة الدراسة، استخدم معامل ألفا كرونباخ على العينة الأصلية، ويوضح جدول (2) معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد أداة الدراسة.

جدول (2)
معاملات الثبات ألفا كرونباخ لأبعاد أداة الدراسة

أبعاد المقياس	عدد الفقرات	الثبات
المشكلات الصحية – الجسمية	20	0,919
المشكلات النفسية	20	0,889
المشكلات الاجتماعية	23	0,918
المشكلات العقلية والمعرفية	21	0,966
الثبات العام للمقياس	84	0,978

يتضح من جدول (2) أن معاملات الثبات ألفا كرونباخ لأبعاد أداة الدراسة مرتفعة؛ إذ راوحت بين (0,889) لبعد المشكلات النفسية، و(0,966) لبعد المشكلات العقلية والمعرفية، وهي معاملات مرتفعة، أما الثبات العام للمقياس فقد بلغ (0,978)، وجميعها معاملات ثبات مرتفعة؛ مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة معقولة من الثبات، ومن ثم يمكن الاعتماد عليه في التطبيق الميداني للدراسة.

تصحيح الأداة:

صممت الاستبانة على مقياس ليكرت الخماسي، وصححت استجابات الطلبة

على فقرات الاستبانة بعد ترجمة سلم الإجابة اللفظي إلى سلم رقمي، وذلك بإعطاء كثيراً جداً (5) درجات، وكثيراً (4) درجات، أحياناً (3) درجات، قليلاً (درجتين)، لا أعاني منها (درجة واحدة)، وفي ضوء هذه الأرقام استخرجت المتوسطات الحسابية لدرجة وجود هذه المشكلات، وبذلك تنحصر درجات أفراد العينة بين (84 و 420)، ويعد المسن يواجه مشكلات إذا حصل على درجة (210) فما فوق؛ أي نسبة 50% فما فوق، ومتوسط نسبي (2,5)، كذلك اشتملت الأداة على المعلومات الشخصية عن المسن، مثل النوع الاجتماعي، ونوع الرعاية، والمؤهل العلمي، والعمر، والحالة الاجتماعية.

3 – إجراءات التنفيذ:

بعد إعداد أداة الدراسة في صورتها النهائية، والتأكد من صدقها وثباتها، وبعد تحديد عينة الدراسة، قام الباحثون بتوزيع الاستبانة من خلال إرسالها بطريقة رسمية إلى مراكز دور الرعاية، ومن خلال بعض الطلبة والطالبات الذين لديهم كبار سن مقيمون مع أسرهم في الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي 1433–1434، وقد قدّم توضيح لأهداف الدراسة، وطريقة تعبئة الأداة من قبل أفراد الدراسة، ثم جمعت الاستبانات، وكانت نسبة استعادتها (90%)، فرغت البيانات، وأدخلت جهاز الحاسوب بحسب برنامج التحليل الإحصائي Spss.

4 – المعالجات الإحصائية:

للإجابة عن السؤال الأول للدراسة، حسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، والأوزان النسبية لاستجابات أفراد الدراسة على فقرات الاستبانة، وأبعادها الفرعية الأربعة، وللإجابة عن الأسئلة: الثاني والرابع والخامس، فقد استخدم تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للأداة ككل واختبار شيفيه في حالة وجود فروق، واستخدم اختبار (ت) للعينات المستقلة للإجابة عن السؤالين الثالث والسادس.

ثامناً – نتائج الدراسة ومناقشتها:

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: ما مشكلات كبار السن في مدينة الرياض من وجهة نظرهم بحسب درجة الأهمية ؟

للإجابة عن هذا السؤال، استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأكثر عشر مشكلات شيوعاً لدى أفراد العينة من وجهة نظرهم، ورتبت المشكلات بحسب الأبعاد، والجدولان (3 و4) يوضحان ذلك.

جدول (3)
المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأعلى عشر مشكلات على أداة الدراسة ككل من وجهة نظر كبار السن

رتبة الفقرة	رقم الفقرة	نص الفقرة	البعد الذي تنتمي إليه الفقرة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	5	أعاني ضعفاً في المفاصل.	المشكلات الصحية – الجسمية	3,47	1,53
2	1	أعاني ضعفاً في الصحة العامة.	المشكلات الصحية – الجسمية	3,22	1,36
3	73	أجد صعوبة في ممارسة القراءة والكتابة والتلفزيون مفتوح.	المشكلات العقلية – المعرفية	3,20	1,73
4	3	أعاني ضعفاً في البصر.	المشكلات الصحية – الجسمية	3,19	1,44
5	77	أعاني ضعفاً في الدافعية نحو تعلم أشياء جديدة.	المشكلات العقلية – المعرفية	3,18	1,58
6	74	أجد صعوبة في تعلم مهارات جديدة.	المشكلات العقلية – المعرفية	3,15	1,74
7	12	أشعر بالخمول والكسل.	المشكلات الصحية – الجسمية	3,11	1,20
8	14	أعاني مشكلة في سقوط الأسنان.	المشكلات الصحية – الجسمية	3,08	1,65
9	4	أعاني ضعفاً في الحركة.	المشكلات الصحية – الجسمية	3,02	1,71
10	16	أعاني اضطرابات في المعدة.	المشكلات الصحية – الجسمية	3,00	1,56

يتضح من جدول (3) أن أبرز مشكلات كبار السن قد تركزت في البعد الأول (المشكلات الصحية – الجسمية) وتضمنت ترتيب الفقرات ذات الأرقام (1–2–4–7–8–9–10)والبعد الرابع (المشكلات الصحية – الجسمية) وتضمنت ترتيب الفقرات(3،5،6)؛ حيث تصدرت فقرة "أعاني ضعفاً في المفاصل" وفقرة "أعاني ضعفاً في الصحة العامة" أعلى الترتيب بمتوسطات حسابية على التوالي (3,47، 3,22)، تلتها بالترتيب فقرة "أجد صعوبة في ممارسة القراءة والكتابة والتلفزيون مفتوح"، وهي تنتمي للمشكلات العقلية المعرفية، تلتها فقرة "أعاني ضعفاً في البصر" وتنتمي للمشكلات الصحية الجسمية بمتوسطات حسابية على التوالي (3,20، 3,19)، ثم جاءت في الترتيب الخامس والسادس الفقرات " أعاني ضعفاً في الدافعية نحو تعلم أشياء جديدة"و "أجد صعوبة في تعلم مهارات جديدة" وتنتمي كلتاهما إلى المشكلات العقلية – المعرفية بمتوسطات حسابية على التوالي (3,18،

3,15)، في حين جاءت بقية الفقرات من الترتيب السابع إلى العاشر ضمن المشكلات الصحية الجسمية، التي تنص فقراتها "أشعر بالخمول والكسل" و"أعاني مشكلة في سقوط الأسنان" و"أعاني ضعفاً في الحركة"، وأخيراً الفقرة "أعاني اضطرابات في المعدة" بمتوسطات حسابية على التوالي (3,11، 3,08، 3,02، 3).

جدول (4)
المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب لأداة مشكلات كبار السن وأبعادها الفرعية الأربعة

الرقم	الترتيب	البعد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	2	المشكلات الصحية – الجسمية.	52,9	18,4
2	3	المشكلات النفسية.	42,9	13,9
3	4	المشكلات الاجتماعية.	41,7	16,9
4	1	المشكلات العقلية المعرفية.	57,9	26,2
الأداة ككل			195,6	55,3

تشير النتائج الموضحة في جدول (4) إلى أن بعد (المشكلات العقلية المعرفية) احتل المركز الأول في قائمة المشكلات بمتوسط حسابي (57,9)، تبعه بعد (المشكلات الصحية – الجسمية) بمتوسط (52,9)، يلي ذلك بعد (المشكلات النفسية) بمتوسط حسابي (42,9)، وأخيراً كان بعد (المشكلات الاجتماعية) بمتوسط حسابي (41,7).

وتتفق هذه النتيجة مع ما كشفت عنه دراسات (محمد عودة، 1986، بشير معمرية وعبدالحميد خزاز، 2009؛ مرزوق عبدالحميد، 2009؛ أحمد عبدالخالق، 2012؛ علاء الرواشدة وأسماء العرب، 2010) في مجال المشكلات الصحية الجسمية، وتختلف مع دراسة جولتان أبو حجازي وعطاف أبو غالي (2009)، ودراسة إبراهيم (2010) في ترتيب أبعاد المشكلات.

وقد يكون مرد هذه النتيجة – بشكل عام – إلى أن كبار السن بمدينة الرياض يعانون مشكلات مختلفة لكن بشكل أكثر المشكلات العقلية والمعرفية، والمشكلات الصحية الجسمية، وهذا يتفق مع ما أظهره الجدول السابق من انتماء أكثر عشر مشكلات لدى كبار السن من وجهة نظرهم إلى هذين البعدين، وقد تكون هذه النتيجة

منطقية في ظل المشكلات المعرفية العقلية التي يعانيها كبار السن وخاصة كلما تقدموا في العمر، وهذا يتفق مع ما أكده الأدب النظري من حيث الانحدار في زمن الرجع، والقدرة على معالجة المعلومات، وحدوث تغير في قدرات المسن على التذكر والانتباه والإدراك، وتنحدر مرونة الذكاء العام، والإبداع؛ مما يؤثر على الدافعية وتحدث كثير من الاضطرابات العقلية مثل مرض الزهايمر (الريماوي، 2009؛ عمر المفدى، 2006). وتتفق أيضاً مع ما أورده فؤاد أبو حطب وآمال صادق (1999) من معاناة المسنين صعوبات جمة في المواقف التي تتطلب توزيع الانتباه على مصدرين أو أكثر من المعلومات، كما لوحظ أيضاً ظهور نقص في الانتباه الانتقائي بين المسنين؛ حيث يصعب عليهم التمييز بين المعلومات المرتبطة وغير المرتبطة، ولذلك نلاحظ على الشخص المسن أنه يعاني صعوبة في الاستماع إلى نشرة الأخبار في التلفزيون أو الراديو، في حين يتحدث الآخرون الموجودون في الغرفة في الوقت نفسه، بالإضافة إلى ذلك المشكلات الجسمية مثل الأمراض المزمنة، والتهاب المفاصل، والخمول والكسل، وضعف الحركة بشكل عام، ومشكلات البصر والسمع، وضغط الدم واضطرابات المعدة، ومشكلات الأسنان (الريماوي، 2009).

أما المشكلات النفسية – وقد جاءت في المرتبة الثالثة – فهي تحتاج أيضاً إلى اهتمام وعناية، خاصة أن الجانب النفسي جانب مهم جداً يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمجالات الأخرى، خاصة مشكلة الشعور بالخوف والقلق من المرض والموت، والاكتئاب، والشعور بالعزلة والوحدة، وهذا يدعم ما أشار إليه إبراهيم الصباطي وزملاؤه (2008) من أن كثيراً من المشكلات النفسية مثل الاكتئاب وضعف الصحة العام والخوف من الموت والوسواس القهري، وضعف الذاكرة والنسيان قد تصل في حالاتها القصوى إلى اضطرابات عقلية من أوهام وهلاوس سمعية وبصرية واضطراب في السلوك مثل العنف أو الانتحار، وهذا ما يسمى بحالة ذهان العمر المتقدم، إضافة إلى أن الأمراض النفسية التي تصيب المسنين قد تنجم عن بعض الأمراض العضوية الأخرى كمشكلات انخفاض وظيفة الغدد الصماء والتهاب المفاصل وضعف السمع أو البصر الذي يعانيه المسنون.

وأخيراً جاءت المشكلات الاجتماعية في المرتبة الأخيرة، ولم يمكن إغفالها كمشكلات يعانيها المسنون وتؤثر على تكيفهم وتوافقهم الاجتماعي، وترتبط – بشكل كبير – بالمشكلات الأخرى، وتؤثر وتتأثر بها. فالشعور بالوحدة والعزلة الاجتماعية وعدم وجود المسن داخل أسرته، والآثار الاجتماعية بعد التقاعد كلها

مشكلات اجتماعية تؤثر عل تكيف المسن وتوافقه الاجتماعي وتكيفه مع البيئة، وهذا يحتم على المسؤولين في مجال رعاية المسنين إيلاء هذا المجال اهتماماً أكثر، مثله مثل بقية المشكلات الأخرى وخاصة أن بعض نتائج الدراسات التي استعانت بها الدراسة الحالية أظهرت أهمية المشكلات الاجتماعية والنفسية، وجاء ترتيبها قبل أنواع المشكلات الأخرى، مثل دراسات (جولتان أبو حجازي وعطاف أبو غالي (2009)، ودراسة قصي إبراهيم (2010) (Sheehan, Bass, Briggs & Jacoby, 2003).

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلات كبار السن بمدينة الرياض تعزى إلى النوع الاجتماعي؟

للإجابة عن هذا السؤال استخدم اختبار "ت" لبيان دلالة الفروق بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث في تقدير المشكلات. ويوضح جدول (5) نتائج اختبار (ت) لمعرفة الفروق في تقدير المشكلات بحسب متغير النوع الاجتماعي.

جدول (5)
نتائج اختبار (ت) لمعرفة الفروق في تقدير المشكلات بحسب متغير النوع الاجتماعي

البعد	نوع التخصص	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الأداة ككل	ذكور	27	176,59	55,59	2,261	0,027*
	إناث	52	205,50	53,291		

* دالة عند 0,05.

يتضح من جدول (5) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقديرات كبار السن على مقياس المشكلات تبعاً لمتغير الجنس، وذلك في اتجاه كبار السن من الإناث؛ إذ بلغ متوسطهن الحسابي (205,50) مقابل (176,59) المتوسط الحسابي لكبار السن من الذكور، وتتفق هذه النتيجة مع الدراسات التي أجراها (Krasucki, Howard, Mann, 1998) ودراسة نبيل الفحل (2002) ودراسة حسن المحمداوي (2008)، ودراسة هشام مخيمر (1996)، ودراسة جولتان حجازي وعطاف أبو غالي (2010)، ودراسة عبدالمريد قاسم (2012)، ودراسة سالي المصري (2013)، في وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين والمسنات في بعض المشكلات النفسية أو الاجتماعية أو الصحية في اتجاه الإناث. وتختلف مع نتائج دراسة أنور الشرقاوي

(1985)، ودراسة محمد عودة (1986)، ودراسة مصطفى الصفطي (1995)، ودراسة عبدالرحيم نجيب وأمل عبدالعزيز (1999)، ودراسة خالد عبدالغني (1999)، ودراسة جمعة يوسف وعزة مبروك (2005)، ودراسة (Neiss, Leigland & Carlson, Janowsky, 2008)، ودراسة بشير معمرية وعبدالحميد خراز (2009)، ودراسة جولتان حجازي وعطاف أبو غالي (2010)، ودراسة قصي إبراهيم (2010)، ودراسة أحمد عبدالخالق (2012)، ودراسة دراسة إياد الشوارب (2012) التي أسفرت عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المسنين والمسنات في الأداء على المقاييس لبعض المشكلات النفسية أو الاجتماعية أو الصحية. ويمكن تفسير هذه النتيجة بكون المشكلات – بشكل عام – تسود وتعاني منها كبيرات السن بدرجة أعلى من كبار السن من الذكور، وقد تتفق هذه النتيجة مع ما أورده (عمر المفدى، 2006)، من أن التغيرات الهرمونية الأنثوية (النسترون والبرجسترون والإستروجين) تكون أوضح وأبلغ أثراً من الرجل؛ مما يؤثر ذلك في التغيرات الجسمية والنفسية، والتغيرات في المزاج؛ بحيث تصبح المرأة أكثر حساسية، واستثارة للغضب، وفي الوقت نفسه قد تمر بحالات من الاكتئاب.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلات كبار السن بمدينة الرياض تعزى إلى متغير العمر ؟

للإجابة عن هذا السؤال قام الباحثون باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي، لمعرفة دلالة الفروق في متوسطات أداة المشكلات وأبعادها الفرعية تبعاً لمتغير العمر، وجدول (6) يوضح ذلك.

جدول (6)
نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجة تقدير كبار السن لمشكلاتهم بحسب فئاتهم العمرية

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الأداة ككل	بين المجموعات	20931,397	2	10465,698	3,654	*0,031
	داخل المجموعات	217649,211	76	2863,805		
	الكلي	238580,608	78			

* دالة عند 0,05.

يتضح من جدول (6) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقديرات كبار السن

للمشكلات تعزى إلى العمر، وذلك على الأداة ككل، ولمعرفة دلالة الفروق بين المتوسطات للعمر، استخدم اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، وجدول (7) يوضح دلالات الفروق بين المتوسطات لاستجابة كبار السن على الأداة ككل تبعاً لمتغير العمر باستخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية.

جدول (7)
دلالات الفروق بين المتوسطات لاستجابة كبار السن على الأداة ككل تبعاً لمتغير العمر باستخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية

المتغير التابع	العمر	المتوسط الحسابي	60–65	66–70	71 فأكثر
الأداة ككل	60–65	173,52	–	25,572	*35,725
	66–70	199,09	–	–	10,153
	71 فأكثر	209,24	–	–	–

* دالة عند 0,05.

يتضح من جدول (7) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين متوسطات مستويات العمر (60– 65) وفئة العمر (71 فأكثر) على المشكلات ككل، وذلك في اتجاه فئة العمر (71 فأكثر)؛ إذ بلغ المتوسط الحسابي لها (209,24) مقابل المتوسط الحسابي للفئة العمرية (60–65) سنة، كما يظهر في المتوسطات في جدول (9)، وهذا يعني أن حجم المشكلات المعرفية والجسمية والاجتماعية والنفسية والمشكلات ككل ونسبة شيوعها تزداد كلما تقدم المسن في العمر، وهذه النتيجة قد تكون منطقية في ظل المشكلات التي تحدث في الجانب الجسمي والصحي، مثل: وهن العظام وهشاشتها، وضعف تماسك الهيكل الهضمي، وتيبس المفاصل نتيجة قلة السائل الموجود في المفصل الذي ينتج من حدوث احتكاك في المفاصل، بالإضافة إلى التغيرات التي تحدث في طول زمن الرجع، ونقص البروتين وبعض الأملاح، والضعف العام في الرؤية، وارتفاع ضغط العين، والتأذي من الأنوار المباشرة، والضعف العام في السمع، والتأثر بالضوضاء، وفي الجانب العقلي نلاحظ أن هناك انحداراً في الوقت اللازم لمعالجة المعلومات، وجمود التفكير، بالإضافة إلى مشكلات في الذاكرة؛ حيث يحدث عند المسن كلما تقدم في العمر تداخل في المعاني، ونسيان في الأحداث القريبة، في حين تذكر الأحداث البعيدة، مع ندرة الإبداع في هذه المرحلة، وفي الجانب الانفعالي يحدث ضعف في التكيف،

والنزعة للسيطرة، والحساسية الانفعالية، وكثرة نقد الأجيال الأكثر سناً، وفي الجانب الاجتماعي تظهر مشكلات محدودية الاتصال بالآخرين وتقلص الأسرة، والمشكلات الناتجة من التقاعد (كامل الزبيدي، 2009؛ عمر المفدى، 2006). وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات المراجعة من قبل (Krasucki, Howard & Mann, 1998)، ودراسة أشرف عطية (1999)، ودراسة خالد عبدالغني (1999)، ودراسة (Brayne, Matthews, McGee, Jagger, 2001)، ودراسة (Van Gool, Kempen, Penninx, Deeg, Beekman, Van Eijk, 2003)، ودراسة (Sheehan, Bass, Griggs, Jacoby, 2003)، ودراسة حسام أبو سيف (2009)، ودراسة (Ancoli-Israel, 2009)، ودراسة (Sheehan, Bass, Briggs & Kacoby, 2003)، ودراسة عبدالقادر رحيم علي شنان (2009)، ودراسة كمال بلان (2009)، والمراجعة الشاملة التي أجراها (Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley & Craske, 2010)، ودراسة إياد الشوارب (2012)، ودراسة سالي المصري (2013) التي أسفرت جميعها عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات العمرية الفرعية في المشكلات في اتجاه المجموعات الأكبر سناً، في حين أظهرت نتائج بعض الدراسات – مثل دراسة يحيى النجار (2009)، ودراسة (Cooke & Ancoli-Israel, 2007) – عدم وجود فروق في بعض المشكلات النفسية أو الاجتماعية أو الصحية وفقاً لمتغير العمر.

النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلات كبار السن بمدينة الرياض تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية ؟

للإجابة عن هذا السؤال قام الباحثون باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي، لمعرفة دلالة الفروق في متوسطات أداة المشكلات تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، وجدول (8) يوضح ذلك.

جدول (8)
نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجة تقدير كبار السن لمشكلاتهم بحسب الحالة الاجتماعية

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الأداة ككل	بين المجموعات	36151,881	2	12050,627	4,465	*0,006
	داخل المجموعات	202428,727	76	2699,050		
	الكلي	238580,608	78			

* دالة عند 0,05.

يتضح من جدول (8) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقديرات كبار السن للمشكلات تعزى إلى الحالة الاجتماعية، وذلك على الأداة ككل، ولمعرفة دلالة الفروق بين المتوسطات للحالة الاجتماعية، استخدم اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، وجدول (9) يوضح ذلك.

جدول (9)
دلالات الفروق بين المتوسطات لاستجابة كبار السن على الأداة ككل تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية باستخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية

المتغير التابع	الحالة الاجتماعية	المتوسط الحسابي	أعزب	متزوج	أرمل	مطلق
الأداة ككل	أعزب	175,71	–	2,542	42,217	62,286
	متزوج	178,26	–	–	*39,675	59,744
	أرمل	217,93	–	–	–	20,069
	مطلق	238	–	–	–	–

* دالة عند 0,05.

يتضح من جدول (9) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين متوسطات مستويات الحالة الاجتماعية (متزوج) وفئة (أرمل) في اتجاه فئة الأرمل؛ إذ بلغ المتوسط الحسابي لها (217,93) مقابل (178,26) المتوسط الحسابي لفئة المتزوجين على المشكلات ككل، وهذا يعني أن شيوع المشكلات تكون سائدة أكثر لدى فئة الأرامل من كبار السن، وقد تعزى هذه النتيجة إلى شعور المسن بالوحدة نتيجة فقدان شريك أو شريكة حياته، وخاصة مع تقلص الأسرة واستقلال الأبناء والبنات؛ حيث يشعر المسن بالفشل في القدرة على التكيف مع الواقع الاجتماعي الجديد (الريماوي، 2009).

وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة عبدالقادر رحيم وعلي شنان (2009) التي أظهرت تبايناً في بعض المشكلات النفسية عند المسنين والمسنات بتباين الحالة الاجتماعية. وتنسجم نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدراسات التي تؤكد أن مشاعر الإحساس بالوحدة النفسية وما يصاحبها أو ما تحمله في طياتها من مضامين مثل فقدان الصداقة، وانعدام الحب، وافتقاد الشريك، والشعور بالتقييد في التعاملات ومحدودية الاتصال والتواصل مع الآخرين، كلها تجعل من يعانيها غير قادر على العطاء (الخرافي، 1997).

النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلات كبار السن بمدينة الرياض تعزى إلى متغير المستوى التعليمي ؟

للإجابة عن هذا السؤال قام الباحثون باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي، لمعرفة دلالة الفروق في متوسطات أداة المشكلات تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، وجدول (10) يوضح ذلك.

جدول (10)
نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجة تقدير كبار السن لمشكلاتهم بحسب المستوى التعليمي

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الأداة ككل	بين المجموعات	86258,311	2	28752,770	14,157	*0,000
	داخل المجموعات	152322,297	76	2030,964		
	الكلي	238580,608	78			

* دالة عند 0,05.

يتضح من جدول (10) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقديرات كبار السن للمشكلات تعزى إلى المستوى الدراسي، وذلك على الأداة ككل، ولمعرفة دلالة الفروق بين المتوسطات للمستوى الدراسي، فقد استخدم اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، وجدول (11) يوضح ذلك.

جدول (11)
دلالات الفروق بين المتوسطات لاستجابة كبار السن على الأداة ككل تبعاً لمتغير المستوى التعليمي باستخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية

المتغير التابع	الحالة الاجتماعية	المتوسط الحسابي	أمي	يقرأ ويكتب	دون الثانوية	جامعي فأعلى
الأداة ككل	أمي	227,43	–	*65,057	*47,647	*77,061
	يقرأ ويكتب	162,37	–	–	17,409	12,005
	دون الثانوية	179,78	–	–	–	29,414
	جامعي فأعلى	150,36	–	–	–	–

* دالة عند 0,05.

يتضح من جدول (11) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين متوسطات مستويات المستوى التعليمي (أمي) والمستويات (يقرأ ويكتب، دون الثانوية، جامعي فأعلى) في اتجاه المستوى (أمي)؛ إذ بلغ المتوسط الحسابي لها (227,43) مقابل المتوسطات الحسابية لبقية المستويات على التوالي (162,37، 179,78، 150,36)، وهذه النتيجة منطقية خاصة أن عملية التعلم يتداخل فيها عدد من العوامل، مثل: الذاكرة، والذكاء، والدافعية، والاستعداد، والتدريب والممارسة وغيرها من العوامل، ومن ثم فإنه من الطبيعي أن تكون المشكلات أكثر شيوعاً لدى فئة كبار السن من الأميين مقارنة بالفئات الأخرى المتعلمة، وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه كامل الزبيدي (2009) من أن المسن يواجه مشكلات من ناحية طول الوقت المستغرق لإتمام عملية التعلم، وانخفاض الدافعية العامة والخاصة، وتتوقف هذه المشكلات على مستوى التعليم الذي تلقاه الفرد، واستعداده ونشاطاته السابقة، وقدرته على التعلم خاصة عندما يتعلق الأمر بالمستجدات في العصر الحالي مثل الحاسب الآلي، كما يلاحظ – بشكل عام – أن الأفراد الذين لديهم مؤهلات علمية عالية عادة ما يستمرون بالعمل بعد التقاعد، ويمارسون نشاطاتهم المختلفة، وهم أكثر وعياً بالاعتناء بجانب صحتهم واحتكاكهم مع الآخرين؛ فنجد مثلاً أساتذة الجامعات يمارسون العمل التدريسي بعد التقاعد، ومنهم من بلغ الثمانين من عمره، وتتفق هذه النتيجة جزئياً مع دراسة سالي المصري (2013) التي توصلت إلى وجود فروق في درجة القلق لدى كبار السن من غير المتعلمين، وتختلف جزئياً مع دراسة (النجار، 2009) التي أظهرت نتائجها عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مجالات الأمراض السيكوسوماتية تعزى إلى متغير المستوى التعليمي.

النتائج المتعلقة بالسؤال السادس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلات كبار السن بمدينة الرياض تبعاً لنوع الرعاية ؟

للإجابة عن هذا السؤال استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، ونتائج اختبار (ت)؛ وذلك لمعرفة الفروق في تقدير المسنين للمشكلات على الدرجة الكلية للأداة، بحسب متغير نوع الرعاية، ويوضح جدول (12) نتائج اختبار (ت) لمعرفة الفروق في تقدير المشكلات بحسب متغير نوع الرعاية.

جدول (12)
نتائج اختبار (ت) لمعرفة الفروق في تقدير المشكلات بحسب متغير نوع الرعاية

البعد	نوع الرعاية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الأداة ككل	مع الأسرة	57	182,65	56,993	3,60	*0,02
	دور رعاية اجتماعية	22	229,23	32,546		

* دالة عند 0,05.

يتضح من جدول (12) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلات كبار السن بمدينة الرياض تبعاً لمتغير نوع الرعاية، وذلك في اتجاه المسن المقيم في دور الرعاية الاجتماعية؛ إذ بلغ متوسطه الحسابي (229,23) مقابل المتوسط (182,65) لكبار السن المقيمين مع أسرهم، وتشير هذه النتيجة إلى أن وجود المسن في دور الرعاية الاجتماعية وعدم وجوده بين أسرته قد يؤدي إلى زيادة المشكلات الجسمية والنفسية والاجتماعية والمعرفية، وتدني مسؤولياته الاجتماعية، وحاجته إلى تأكيد الذات، والاجتماع بالآخرين، وشعوره بأنه أصبح قليل الفائدة، وغير مرغوب فيه وينتظر الموت. وهذه النتيجة توضح أيضاً أن الأسرة هي المكان التي حصل داخلها المسن على إشباع حاجاته النفسية والجسدية والاجتماعية؛ حيث يشعر بالأمن والطمأنينة والاحترام والتقدير، وهي الوسط الملائم لإقامة جو من الألفة والمودة بين المسن وأفراد أسرته، وبالمقابل حرمانه منها هو بمنزلة عزله عن أسرته وأقربائه وأصدقائه، وتقر بذلك مختلف المجتمعات الإنسانية والشرائع الدينية، والتشريعات الوضعية. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة محمد سمير عبدالفتاح (1987)، ودراسة سهير كامل أحمد (1991)، ودراسة أشرف عطية (1999)، ودراسة جمعة يوسف وعزة مبروك (2005)، ودراسة سميرة كردي (2006)، ودراسة تماضر محمد (2006)، ودراسة كمال بلان (2009) التي أسفرت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين الذين يعيشون في أسرهم الطبيعية ونظرائهم الذين يعيشون في دور الرعاية في بعض المشكلات النفسية أو الاجتماعية أو الصحية، في حين تختلف مع نتائج دراسة مرزوق عبدالمجيد (1990) التي أسفرت عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين الذين يعيشون في أسرهم الطبيعية ونظرائهم من نزلاء دور الرعاية في بعض المشكلات النفسية أو الاجتماعية أو الصحية.

التوصيات:

في ضوء النتائج التي كشفت عنها الدراسة ومناقشتها فإن هذه الدراسة توصي بما يلي:

– إيجاد تشريعات خاصة بكبار السن لحمايتهم ورعايتهم وحماية حقوقهم، وإدراج الأنشطة الاجتماعية المعنية بكبار السن ضمن السياسات المعتمدة في الدولة.

– الاستفادة من طاقات المسنين وخبراتهم سواء في العمل التطوعي أو العمل الوظيفي المهني بعد تقاعدهم.

– تنظيم برامج وندوات إرشادية وإصدار منشورات حول رعاية المسنين بالتنسيق بين المؤسسات الحكومية والتطوعية لتوعية أبناء المجتمع بمشكلات المسنين وحاجاتهم.

– ضرورة إيلاء المشكلات المعرفية والجسمية والصحية اهتماماً أكبر من الأسر التي يوجد فيها مسنون، أو المسؤولين في دور الرعاية، ونشر الوعي الصحي بين المسنين؛ مما يساعدهم على الإحاطة بظروف المرحلة العمرية والمشكلات الصحية التي تصيب كبار السن وكيفية التعامل معها مع توفير كوادر متخصصة في مجالات كبار السن.

– تضمين مقررات علمية في المناهج المدرسية والجامعية تلقي الضوء على فئة كبار السن وحاجاتها ومشكلاتها، لتعزيز احترام الآباء والأجداد لدى أفراد المجتمع.

– الدعوة إلى مؤتمر تشترك فيه جامعات عربية ودولية، تبحث أجندته في مشكلات كبار السن (أسباب، ومشكلات، حلول وعلاج)، وتزويد الجهات المسؤولة عن رعاية المسنين بأهم النتائج والتوصيات.

– تفعيل الأنشطة الخاصة بالمسنين، وخاصة تلك الأنشطة التي تساعد على تغيير الروتين والنمطية، والبرنامج اليومي، مثل الأنشطة الاجتماعية والرياضية والثقافية، مع توفير دورات تدريبية مجانية، ومحاضرات وندوات للمسنين تتضمن تدريبهم على بعض المهارات الاجتماعية، والدراسية، وبعض المهارات المعرفية، وأهمية التفاؤل، وخطورة التشاؤم، والإبداع، وحل المشكلات بما يتناسب مع أعمارهم وحالتهم الجسدية والصحية وخصائصهم المعرفية.

– إجراء المزيد من الدراسات في هذا الموضوع على عينات مشابهة في مناطق أخرى في السعودية والبلاد العربية مع تناول متغيرات لم تتناولها الدراسة الحالية.

– إيلاء فئة الأميين وكبيرات السن اهتماماً أكبر من ناحية توعيتهن بمشكلات كبار السن ومحاولة إيجاد برامج تثقيفية مع وجود برامج لمحو الأمية وتعليم كبار السن من الأميين على القراءة والكتابة، قدر الإمكان.

المراجع :

إبراهيم سالم الصباطي ومحمود يوسف رسلان. (2008). **سيكولوجيا كبار السن**. الهفوف. د.ن.

أحمد عبدالخالق. (2012). إعداد القائمة الكويتية لمشكلات المسنين وحاجاتهم الإرشادية. **دراسات نفسية**، 22(4): 495–506.

أشرف محمد عطية. (1999). دور بعض العوامل النفسية والاجتماعية في فاعلية بعض الوظائف لدى المسنين المتقاعدين وغير المتقاعدين. المؤتمر الدولي للمسنين – مصر: 131–180.

آمال صادق وفؤاد أبو حطب. (1999). **نمو الإنسان من الجنين إلى المسنين**. (ط6)، القاهرة: مكتبة الإنجلو المصرية.

أنور الشرقاوي. (1985). الفروق في الأساليب المعرفية الإدراكية لدى الأطفال والشباب والمسنين من الجنسين. **مجلة العلوم الاجتماعية**، 13(4): 89– 113.

إياد الشوارب. (2012). مستوى التوافق الاجتماعي والانفعالي لدى المسنين وعلاقته ببعض المتغيرات: دراسة عبر ثقافية. **مجلة كلية التربية** (جامعة بنها) – مصر، 2 (90): 218– 255.

بشير معمرية وعبدالحميد خراز. (2009). الاضطرابات الجسمية والنفسية لدى المسنين. **مجلة شبكة العلوم النفسية العربية**، ع 23.

تماضر طه عبدالرحمن محمد. (2006). القلق والاكتئاب لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم في منازلهم ويرتادون نوادي المسنين وكذلك الذين يعيشون في دور المسنين. رسالة دكتوراه، كلية الطب جامعة عين شمس.

جمعة سيد يوسف وعزة عبدالكريم مبروك. (2005). محددات الصحة الجسمية والنفسية لكبار السن المقيمين في دور الرعاية وغير المقيمين. **مجلة دراسات عربية في علم النفس** – مصر، 4(4): 11–84.

جولتان حجازي وعطاف أبو غالي. (2010). مشكلات المسنين (الشيخوخة) وعلاقتها بالصلابة النفسية: دراسة ميدانية على عينة من المسنين الفلسطينيين في محافظات غزة. مجلة جامعة النجاح للعلوم الإنسانية، فلسطين، 24(1): 109– 156.

حسام أحمد محمد أبوسيف. (2009). الشكاوى الجسمية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط لدى المسنين. **علم النفس مصر**، 22(82 و83): 120– 149.

حسن إبراهيم حسن المحمداوي. (2008). دراسة بعض أعراض الاكتئاب النفسي لدى المسنين من الجالية العربية في السويد. مؤسسة النور للثقافة والإعلام: دورة الشاعر عيسى حسن الياسري.

خالد محمد عبدالغني. (1999). أنماط اضطرابات النوم لدى الراشدين والمسنين وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية. **علم النفس – مصر**، 13(9): 140–145.

سالي محمود المصري. (2013). القلق لدى كبار السن في قطاع غزة وعلاقته بمهارات الحياة وبعض المتغيرات. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.

سميرة عبدالله كردي. (2006). اضطرابات النوم والشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى عينة من المسنات في مدينة الطائف. **مجلة كلية التربية**، عين شمس، مصر، 1(30): 187– 213.

سهير كامل أحمد. (1987). دراسة عبر ثقافية عن الاكتئاب والانطواء الاجتماعي لدى المسنين المتقاعدين في البيئتين المصرية والسعودية. **دراسات تربوية**، مصر، 2(7): 218– 242.

سهير كامل أحمد. (1991). الحرمان من البيئة الطبيعية وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنات بدور الرعاية الخاصة. **دراسات نفسية**، مصر، 4(1): 571– 604.

عبدالرحيم بخيت وأمل عبدالعزيز. (1999). السلوك التصلبي لدى عينة من المسنين. المؤتمر الدولي للمسنين، مصر: 41–66.

عبدالقادر رحيم وعلي شنان علي. (2009). قياس مستوى القلق لدى المسنين المقيمين في دور الدولة للرعاية الاجتماعية وعلاقته بالجنس والعمر والحالة الاجتماعية. **مجلة أبحاث البصرة (العلوم الإنسانية)** – العراق، 34(1): 171– 182.

عبدالمريد عبدالقادر قاسم. (2012). الأمل في مرحلة الشيخوخة وعلاقته بالاكتئاب لدى المسنين والمسنات؛ دراسة مقارنة. **مجلة الإرشاد النفسي** – مصر، 1:33–43.

علاء الرواشدة وأسماء العرب. (2010). خصائص المسنين ومشكلاتهم وأسباب تحويلهم إلى دور الرعاية في الأردن، مجلة جامعة الملك عبدالعزيز: الآداب والعلوم الإنسانية، 18(1): 193–228.

عمر المفدى. (2006). **علم نفس المراحل العمرية: النمو من الحمل إلى الشيخوخة والهرم**. الرياض: مكتبة الزهراء.

فاطمة بركات. (2011). **علم نفس المسنين**. القاهرة: مكتبة الكتاب للنشر.

فؤاد البهي السيد. (2009م). **الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة**. القاهرة، دار الفكر العربي.

قصي عبدالله إبراهيم. (2010). مشكلات المسنين في المجتمع الفلسطيني: دراسة ميدانية في

مؤسسات الرعاية الاجتماعية للمسنين في الضفة الغربية. مجلة جامعة أم القرى للعلوم الاجتماعية، السعودية، 2(1): 170–181.

كامل علوان الزبيدي. (2009). علم نفس الشيخوخة، الأردن، عمان: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.

كمال يوسف بلان. (2009). دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية أو مع أسرهم: دراسة ميدانية لدى عينة من المسنين في محافظات دمشق وريفها وحمص واللاذقية. **مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية**، سوريا، 25 (1و2): 15–47.

محمد الريماوي. (2009). **علم النفس التطوري**. القاهرة: الشركة العربية المتحدة بالتعاون مع جامعة القدس المفتوحة.

محمد سمير عبدالفتاح. (1987). سيكولوجية المسنين دراسة في بعض القدرات العقلية وعلاقتها بمفهوم الذات. رسالة دكتوراه، كلية الآداب جامعة عين شمس.

محمد عودة. (1986). مشكلات مرحلة الشيخوخة في المجتمع الكويتي: دراسة ميدانية لعينة من المسنين. **المجلة العربية للعلوم الإنسانية**، الكويت، 6(32): 48–96.

مرزوق عبدالمجيد أحمد، مرزوق. (1990). مشكلات كبار السن: دراسة ميدانية. **التربية المعاصرة**، مصر، 7(15): 294–332.

مصطفى محمد الصفطي. (1995). الوحدة النفسية وعلاقتها بالتوافق الشخصي والاجتماعي لدى المسنين المقيمين بدور الرعاية الاجتماعية. **مجلة كلية التربية جامعة عين شمس**، 1(19):351–389.

نبال الحاج محمد ونجوى اليحفوفي. (2007). القلق العام والاضطرابات الجسدية لدى المسنين المتقاعدين والعاملين بعد سن التقاعد. **مجلة دراسات عربية في علم النفس**، مصر، 6(2): 151– 183.

نبيل الفحل. (2001). دراسة الفروق بين الاستجابات لبعض أعراض الاكتئاب لدى المسنين المصريين والسعوديين من الجنسين: دراسة عبر ثقافية. المؤتمر السنوي الثامن لمركز الإرشاد النفسي: الأسرة في القرن 21، مصر، مج 1: 401–438.

نورية الخرافي. (1997). مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى زوجات فقدن أزواجهن في ظل ظروف طبيعية وغير طبيعية وأثرها في التوافق الشخصي والاجتماعي لأطفالهن. **مستقبل التربية العربية**، مصر، 3(10): 9–33.

هدى محمد قناوي. (2001). سيكولوجية المسنين، القاهرة، مركز التنمية البشرية والمعلومات.

هشام محمد إبراهيم مخيمر. (1996). الشعور بالوحدة النفسية لدى المسنين المتقاعدين العاملين وغير العاملين. **دراسات تربوية واجتماعية**، مصر، 2(2):11–39.

يحيى محمود النجار. (2009). الأمراض السيكوسوماتية وعلاقتها بالتوافق النفسي والاجتماعي لدى عينة من المسنين الفلسطينيين. **مجلة كلية التربية**، عين شمس، مصر، 1(33): 95–143.

يوسف الكيلاني. (1982). أمراض الشيخوخة – عرض موجز. أبحاث الندوة العلمية لرعاية المسنين بالدول العربية الخليجية، البحرين: 205–247.

Ancoli-Israel, S. (2009). Sleep and its disorders in aging populations. ***Sleep Medicine (10)1: 7-11.***

Brayne. C, Matthews, FE, McGee MA, & Jagger C. (2001). Health and ill-health in the older population in England and Wales. The Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS*). Age Ageing, 30(1):53-62.*

Cooke, J.R. & Ancoli-Israel, S. (2007). Sleep and its disorders in older adults. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(4): 1077-93.

Krasucki, C. Howard, R. & Mann, A. (1998). "The relationship between anxiety disorders and age". *International Journal of Geriatric Psychiatry* 13: 79-99.

Neiss, M.B., Leigland, L.A., Carlson, N.E., Janowsky, & J.S. (2008). Age differences in perception and awareness of emotion. *Neurobiology of Aging*, 30(8): 1305-1313.

Sheehan B, Bass C, Briggs R, Jacoby R. (2003). Somatic symptoms among older depressed primary care patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 18(6): 547-548.

Sheehan B, Bass C, Briggs R, Jacoby R. (2006). Somatization among older primary care attenders. *Psychological Medicine* 33(5): 867-877.

van Gool CH, Kempen GI, Penninx BW, Deeg DJ, Beekman AT, van Eijk JT. (2003). Relationship between changes in depressive symptoms and unhealthy lifestyles in late middle aged and older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Age Ageing*. 32(1): 81-87.

Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG (2010). Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety*, 27, 190 - 211.

قدم في: ديسمبر 2013
أجيز في: مايو 2014