Psychological Symptoms and Complaints and their Relation to Psychopathology among Kuwaiti Elderly

Ahmed M. Abdel-Khalek

Abstract: A Sample of 366 elderly Kuwaiti men (n = 151) and women (n = 215) was recruited . Their ages ranged from 60 - 90 yrs (M = 67.5,SD = 6.5 for men, M = 65.9,SD = 6.6 for women) .They responded to the Psychological Symptoms and Complaints Checklist (PSCC), the Kuwait University Anxiety Scale, the Center for Epidemiologic Studies- Depression Scale, and the Arabic Scale of Insomnia . The prevalence rates of the PSCC items ranged between 12.6% and 46.4% (men), and from 6.0% to 49.8% (women) Women obtained significantly higher rates on four items, where men obtained a higher rate on one item. More than one third of the entire sample complained from the following seven symptoms: forgetting, insomnia, rage, meticulousness, sensitivity, anxiety, and fear of instability of the country .The higher PSCC inter-correlations were found between the following items: fear of illness, death, geriatric symptoms, and the future. There were high correlations between some of the PSCC items and anxiety (future anxiety), depression (loneliness), and insomnia (insufficient sleep hours) . Some PSCC items were significantly correlated with old age (positively) and level of education(negatively). Associations were found between the PSCC items and the standard psychometric scales of anxiety, depression, and insomnia. Furthermore, the prevalence rates of psychological problems assessed with the PSCC, were estimated. It was concluded that old aged persons are in great need of medical and mental health care services.

Keywords: Psychological symptoms, Anxiety , Depression , Insomnia, Elderly , Kuwait.

الشكاوى والأعراض النفسية وعلاقتها بالاضطراب النفسي لدى عينة من المسنين الكويتيين*

أحمد محمد عبدالخالق(**)

ملخص: اختيرت عينة، قوامها (366): من الرجال (ن=151) والنساء (ن=215)، الكويتيين المسنين، راوحت أعمارهم بين 60 و 90 عاماً (م=67,5، ع=5,6 للرجال، م= 65,9، ع= 6,6 للنساء)، أجابوا عن قائمة الشكاوى والأعراض النفسية، ومقياس جامعة الكويت للقلق، ومقياس مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب، والمقياس العربي للأرق، وراوحت معدلات انتشار الشكاوى والأعراض النفسية بين 12,6% و46,4% لدى الرجال، وبين 6,5% و49,8% عند النساء، وارتفع معدل الانتشار لدى النساء في أربعة بنود، وعند الرجال في بند واحد. واشترك أكثر من ثلث العينة من الجنسين في الشكوى من سبعة أعراض، هي: كثرة النسيان، وقلة النوم، وسرعة الغضب، وزيادة التدقيق، والحساسية الزائدة، وزيادة القلق، والخوف من عدم استقرار البلد. وحددت أعلى معاملات الارتباط بين بنود قائمة الشكاوى والأعراض النفسية، وكانت تدور حول الخوف من: المرض، والموت، وأعراض الشيخوخة، والمستقبل، كما حددت أعلى الشكاوى والأعراض النفسية التي ترتبط ارتباطاً دالاً بمقياس القلق (القلق من المستقبل)، والاكتئاب (الشعور بالوحدة)، والأرق (قلة النوم). وارتبطت بعض الشكاوى والأعراض بالتقدم في السن (إيجاباً) وبمستوى التعليم (سلباً). وتوصلت الدراسة إلى تحديد معدلات انتشار الشكاوى والأعراض النفسية كما حددتها عينة المسنين، وعلاقتها الموجبة بالأدوات السيكومترية للقلق والاكتئاب والأرق. وأوصت بضرورة توفير خدمات الرعاية الصحية: الجسمية والنفسية للمسنين.

المصطلحات الأساسية: الأعراض النفسية، القلق، الاكتئاب، الأرق، المسنون، الكويت.

(*) يتوجه الباحث بشكره الجزيل لمؤسسة الكويت للتقدم العلمي؛ نظراً للدعم المالي الذي قدمته لهذا البحث تحت رقم: 03-1112-2010.

(**) قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، مصر.

مقدمة:

تزايدت في العقود الأخيرة أعداد المتقدمين في السن في كل بلاد العالم، ولذلك أسباب عدة، من بينها زيادة وعي الأفراد بصحتهم وباتباع أسلوب الحياة الصحي، فضلاً عن تحسن خدمات الرعاية الصحية، وتناقص وفيات المواليد. ونظراً لتزايد أعداد المسنين؛ فمن الأهمية بمكان أن تخصص بحوث نفسية واجتماعية وطبية لدراسة هذه الشريحة المتزايدة في المجتمع، لبيان المشكلات التي تواجهها، تمهيداً لوضع الحلول لها. وتحاول هذه الدراسة أن تواجه جانباً من هذا المطلب، فقد هدفت إلى تحديد الشكاوى والأعراض النفسية التي تعانيها عينة من المسنين الكويتيين، واستكشاف علاقة هذه الشكاوى بالاضطراب النفسي: القلق والاكتئاب والأرق، فضلاً عن بيان معدلات انتشار هذه الشكاوى، والفروق بين الجنسين فيها. والسؤال المبدئي هنا هو: ما أهم التغيرات والمشكلات النفسية المصاحبة للتقدم في السن؟

من المتوقع أن يصاحب زيادة أعداد المتقدمين في العمر، زيادة في معدلات انتشار الشكاوى والأمراض الجسمية والاضطرابات النفسية، وينعكس ذلك – بطبيعة الحال – على الجوانب الاجتماعية ونوعية الحياة لدى المسن. وتحدث في مرحلة الشيخوخة تغيرات بيولوجية فيزيولوجية، تؤدي إلى تدهور بعض وظائف الجسم، وإلى نقص القدرة على مقاومة المؤثرات الخارجية، وزيادة التفاعلات الكيميائية الهدامة على التفاعلات البناءة، فضلاً عن فقدان بعض خلايا الجسم نتيجة التقدم في السن (عبدالمعطي، 2005: 17).

ومن أكثر الأمراض المزمنة التي يعانيها كبار السن: التهاب المفاصل، وارتفاع ضغط الدم، واضطرابات الحواس وبخاصة السمع، وأمراض القلب، والسكر. ومن أهم المشكلات النفسية التي يعانيها المسنون: الاكتئاب، والقلق، والخوف، والشك، والوسواس القهري، والوحدة. وأما التغيرات الاجتماعية التي تحدث لدى المسن؛ فمنها فقد المسن لدوره المهني نتيجة للتقاعد الإجباري، والترمل، وتقلص العلاقات الاجتماعية، وتدهور المهارات الاجتماعية (يوسف، ومبروك، 2006: 27–32).

ويرتبط الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المسن، بكل من الصحة النفسية ومعدل السعادة أو الحياة الطيبة Well-being، كما يساعد هذا الدعم على الوقاية من تأثيرات ضغوط الحياة في الصحة، وذلك عن طريق زيادة كفاءة جهاز المناعة؛ حيث تحل

الانفعالات الإيجابية محل الانفعالات السلبية كالقلق والاكتئاب (Kuhiruyaratn, Pongpanich, Somrongthong, Love, & Chapman, 2007). مع ملاحظة أن تدهور فاعلية جهاز المناعة يعزى إلى عوامل عدة، من بينها إفرازات هرمون "الكورتيزول" المصاحب للقلق والتوتر. ولكن هل من الضروري أن يمر كل متقدم في العمر بالمشكلات الجسمية والنفسية؟ ألا يمكن تحسين صحة المسنين بوجه عام؟

لقد سك مصطلح الشيخوخة الناجحة Successful aging، في إطار علم الشيخوخة، وعرف بأنه الزيادة النسبية في الصحة الجسمية والنفسية، والقدرة على التكيف (Nadler, Damis, & Richardson, 1997: 54)، ويتضمن تعريف الشيخوخة الناجحة المحافظة على الوظائف الجسمية والنفسية، فضلاً عن الاندماج المستمر في المناشط والعلاقات الاجتماعية (Drewnowski, Monsen, Birkett, Gunther, Vendeland, Sui et al., 2003). ويتسق هذا المصطلح مع تعريف الصحة Health الذي حددته منظمة الصحة العالمية بأنها حالة من الشعور بأن كل شيء على ما يرام، أو السعادة أو الحياة الطيبة Wellbeing من النواحي الجسمية والنفسية والاجتماعية، وليست مجرد الخلو من الأمراض أو العجز (World Health Organization, 1948).

ويستطيع الأشخاص في كل الأعمار أن يحسنوا من صحتهم، ومن نوعية حياتهم، من خلال أساليب الحياة النشطة من الناحية الجسمية، وتزداد معدلات حدوث المرض المزمن والعجز بمرور العمر، وتعد التمرينات البدنية لكبار السن إستراتيجية مهمة لتحسين نوعية الحياة لديهم، وذلك بالتقليل من الأخطار الصحية والعجز المزمن، ونظراً لتزايد العمر المتوقع Life expectancy فإن الشيخوخة الصحية Healthy aging موضوع مهم للأفراد والأسر والمجتمع بأسره، ويعد عدم ممارسة النشاط البدني عائقاً أمام الصحة الجيدة، وإن حث كبار السن على ممارسة النشاط البدني عامل مهم في تعزيز الصحة (Sin, LoGerfo, Belza, & Cunningham, 2004).

ويرتبط بمفهوم الشيخوخة الناجحة ارتباطاً وثيقاً، مفهوم تحسين الصحة Health promotion أو الارتقاء بها، وهو موضوع عام ومهم، وجذب انتباه العاملين في مجال الصحة، فضلاً عن الجمهور العام. ويعد الارتقاء بالصحة وتعزيزها إستراتيجية فعالة لتحسين صحة مختلف الفئات العمرية للأمة بمن فيهم المسنون، كما أن برامج الارتقاء بالصحة مهمة لتحقيق مستوى مرتفع من الهناء الشخصي

للأفراد. وبرامج الارتقاء بالصحة تخفض من معدلات الأمراض، كما ترفع من الهناء الشخصي للأفراد والمجتمع، وذلك بمستوى أكبر مما يمكن تحقيقه باستخدام طرق التدخل الطبي العلاجية التقليدية (Sohng, Sohng, & Yeom, 2002).

والدراسات الأجنبية على المسنين تفوق الحصر، مع عدد أقل من البحوث العربية، نعرض نماذج لبعضها فيما يلي: فقد أجريت دراسات للمقارنة بين المسنين المتقاعدين والعاملين؛ فوجدت سهير أحمد (1987) أن المسنين المتقاعدين المصريين والسعوديين أكثر اكتئاباً من المسنين الذين يعملون بعد سن التقاعد. كما قارنت عزة مبروك (1994) بين مجموعتين من المسنين: المتقاعدين عن العمل مقابل غير المتقاعدين عنه، ووجدت أن متوسط التوافق لدى المسنين العاملين بعد التقاعد أعلى بمستوى دال إحصائياً من المتقاعدين الذين لا يعملون، وكان لمتغير السن تأثير دال في التوافق في عينة المتقاعدين العاملين، وكان المسنون الذين قدروا صحتهم بأنها جيدة أكثر توافقاً، بصرف النظر عن متغير العمل.

وقد أجريت مجموعة من الدراسات للمقارنة بين المسنين المقيمين في أسرهم الطبيعية، والمسنين المقيمين في دور الرعاية أو نوادي المسنين؛ فقارنت سهير أحمد (1991) بين عشر مسنات يقمن في دور الرعاية، وعشر مسنات يعشن في أسرهن الطبيعية، وأسفرت النتائج عن ارتفاع متوسط درجات المجموعة التي تقيم في دور الرعاية في: توهم المرض، والاكتئاب، والبارانويا، والسيكاستينيا، والفصام، والانطواء الاجتماعي، ومن ناحية أخرى كانت متوسطات المجموعة الثانية التي تعيش في أسر طبيعية أعلى بمستوى دال إحصائياً في: الهيستيريا، والذكورة – الأنوثة، والهوس الخفيف.

ودرست آمال أباظة (1998) عينة من المسنين الذين يعيشون مع أسرهم، ومجموعة أخرى من المشتركين في نوادي المسنين، وأسفرت النتائج عن ارتفاع دال إحصائياً لمتوسط درجات غير المشتركين في نوادي المسنين في كل من: الاكتئاب، والاتجاهات المختلة، والسلبية، والنظرة غير السارة نحو الذات والمستقبل والعالم، وكانت المسنات أعلى من المسنين في الاكتئاب بمستوى دال إحصائياً. كما قارنت عواطف إبراهيم (2002) بين المسنين المقيمين مع أسرهم، والمسنين المقيمين في دور الرعاية، وتبين أن المقيمين في دور الرعاية أعلى – بمستوى دال إحصائياً – في الوحدة النفسية، والتشاؤم، كما كان المسنون – بوجه عام – أكثر شعوراً بالوحدة النفسية والتشاؤم من المسنات.

وأجرى جمعة يوسف، وعزة مبروك (2005) دراسة مهمة، شملت عينة كبيرة من المسنين (ن=501) من الجنسين، قسمت إلى عينتين: أولاهما تعيش في المجتمع وتتردد على الأندية، وثانيتهما تقيم في دور المسنين. واستخرج من هذه الدراسة عدد كبير من النتائج، يهمنا منها ما يتصل بموضوع هذه الدراسة؛ فقد ظهر أن الفروق الدالة إحصائياً على النحو الآتي: المسنون من الجنسين المقيمون في المجتمع أفضل في الأداء العقلي من المقيمين في دور الرعاية، والمقيمون في دور الرعاية أعلى في القلق والاكتئاب، ومتوسطات القلق والاكتئاب لدى المسنات أعلى من المسنين، بصرف النظر عن مكان الإقامة.

وقد أجريت دراسات عدة عن الاضطرابات النفسية لدى المسنين؛ فقارن أحمد عبدالخالق، وعبدالفتاح دويدار، ومايسة النيال، وعادل كريم، والسيد عبدالغني (1989) بين أربع مجموعات من: المراهقين، وطلاب الجامعة، والموظفين، والمسنين، في القلق والاكتئاب. وكانت أعلى المجموعات قلقاً في عينة الذكور هي طلبة الجامعة، وأقلها المسنون، وفي عينات الإناث كانت المراهقات أعلى قلقاً، والمسنات أقلهن. وفيما يخص الاكتئاب، كان المسنون والمسنات أعلى المجموعات اكتئاباً. ويبدو أن المشكلات النفسية لدى المسنين ترتبط بالاكتئاب أكثر من القلق.

ووجد بانج، ولي (Pang & Lee, 1994) معدلات مرتفعة للاكتئاب لدى المسنين الكوريين وبخاصة النساء. وأسفرت دراسة مايسة النيال، وماجدة علي (1995) عن أن المسنين أكثر سعادة من المسنات، وكانت متوسطات المسنات أعلى بمستوى دال إحصائياً في الاكتئاب والعصابية.

ودرس خالد عبدالغني (1998) "أنماط اضطرابات النوم لدى الراشدين والمسنين"، ووجد أن الأرق الخفيف، وغشية النوم المتوسط، وتوقف التنفس المتوسط، واضطرابات إيقاع النوم واليقظة الخفيف، أعلى بمستوى دال إحصائياً لدى المسنات، وعند المقارنة بين الراشدين والمسنين، ظهر أن الأرق المتوسط، وفرط النوم المتوسط، وغشية النوم، والفزع الليلي، والكابوس المتوسط، والمشي المتوسط في أثناء النوم، واضطراب النوم الشديد، كانت كلها أعلى لدى المسنين. كما أسفرت هذه الدراسة عن علاقة بين أنماط اضطرابات النوم وكل من الذهانية والعصابية والانبساط والكذب لدى الراشدين والمسنين من الجنسين.

وكشفت دراسة نبيل الفحل (2001) عن ارتفاع متوسط أعراض الاكتئاب – بمستوى دال إحصائياً – لدى المسنات مقارنة بالمسنين، كما كان متوسط المسنين

المصريين أعلى – بمستوى دال إحصائياً – من السعوديين في مقياسي الحزن والميول الانتحارية.

وبينت دراسة فنكلشتاين وزملائه (Finkelstein, Bray, Chen, Larson, Miller, Tompkins et al., 2003) أن علاج الاكتئاب الأساسي لدى مرضى السكر المسنين يفيد هؤلاء المرضى كثيراً، ويقلل من التكلفة الكلية للعلاج الطبي. وأجريت دراسة يابانية على 754 من المسنين من الجنسين، بلغت أعمارهم 65 عاماً وما بعدها، كشفت عن علاقة إيجابية بين الدعم الاجتماعي والصحة الجيدة لدى المسنين، وتنبأت النتائج بأن مستويات الدعم الاجتماعي تسهم في تحسين الصحة (Okamoto & Tanaka, 2004).

ودرس بليزر، وهايبلز (Blazer & Hybels, 2004) أعراض الاكتئاب المنبئة بالوفاة لدى المسنين، فوجدا أن من كانت درجتهم منخفضة في الوجدان الإيجابي (كالسعادة والتفاؤل) كان احتمال وفاتهم أكبر، خلال فترة تتبع بلغت عشرة أعوام، واستنتج الباحثان أن الجوانب الذاتية للهناء الشخصي قد تكون منبئات بمعدلات الوفاة لدى كبار السن، أكثر أهمية من الأعراض التقليدية للاكتئاب من مثل: الوجدان السلبي، والأعراض الجسمية.

ويذكر بورزيش وزملاؤه (Porzych, Kedziora - Kornatowska, Porzych, Polak, & Motyl, 2005) أن المرضية المشتركة Comorbidity للاكتئاب والقلق بشكل متكرر لدى المسنين، يعد إحدى المشكلات متزايدة الأهمية في علم الشيخوخة المعاصر، وأن هذين الاضطرابين يمكن أن يغيرا من مسار كثير من الأمراض، ويجعلا التشخيص صعباً. ودرس الباحثون عينة قوامها 60 مسناً أعمارهم 65 سنة وما بعدها، أجابوا عن مقياس اكتئاب الشيخوخة، ومقياس "هاملتون" للقلق، وقسمت المجموعة إلى مجموعتين فرعيتين اعتماداً على درجة الاكتئاب العليا أو الدنيا، وظهر أن معدل القلق أعلى لدى المجموعة العليا في الاكتئاب، بالمقارنة إلى المجموعة الدنيا في الاكتئاب، ووجدوا أيضاً أن مختلف أنواع العلامات المرضية، النفسية والجسمية ترتبط أكثر بالقلق، وأدى أخذ أعراض الاكتئاب والقلق في الاعتبار إلى علاج أفضل، وكان السبب في راحة المرضى وشعورهم بأنهم أفضل.

أجرت "بينيديتي، وبورجس، وبتروسكي، وجونكالفس" (Benedetti, Borges, Petroski, & Goncalves, 2008) دراسة على عينة مجتمعية من المسنين في

البرازيل (ن=875)، هدفت إلى تقدير العلاقة بين النشاط البدني والصحة النفسية، وشملت مشكلات الصحة النفسية التي قيست: الاكئتاب Dperession والعته Dementia. وكشفت نتائج هذه الدراسة عن ارتباط سلبي دال إحصائياً بين كل من الاكتئاب والعته والدرجة الكلية في اختبار النشاط البدني الدولي، والنشاط البدني في وقت الفراغ. وتؤكد هذه النتائج أهمية أسلوب الحياة النشط، في منع مشكلات الصحة النفسية لدى المسنين، كما اتضح أن النشاط البدني يمكن أن يقلل من أخطار العته أو يؤخرها، على الرغم من أنه لا يمكن القول إن العته يمكن تجنبه عن طريق النشاط البدني.

ودرس "بيدرو، وأوهارا" (Beaudreau & O'Hara, 2009) علاقة أعراض القلق والاكتئاب بالأداء المعرفي لدى عينة من المسنين الذين يعيشون في المجتمع (ن=102)، وقد أجاب أفراد العينة عن اختبارات للقلق والاكتئاب، ومقاييس للذاكرة، وطلاقة الكلمات، وعملية تنقل الانتباه وسرعتها، والكف. وأظهرت النتائج أن أفراد العينة الذين كانت درجة القلق فقط لديهم مرتفعة، كانت عمليات تنقل الانتباه وسرعته ضعيفة، كما كان الكف لديهم مرتفعاً، ولكن أعراض الاكتئاب وحدها لم ترتبط بأي نقص معرفي، على الرغم من أن وجود أعراض القلق والاكتئاب معاً قد ارتبط بنقص في ثلاثة مجالات معرفية، كما كان خفض الكف يعزى فقط إلى القلق.

ونشرت "فسكه، ووذريل، وجاتز" (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009) في مجلة "العرض السنوي لعلم النفس الإكلينيكي" مقالاً عن الاكتئاب لدى المسنين، يذكرون فيه أن الاكتئاب أقل انتشاراً بين المسنين الأكبر سناً مقارنة بالمسنين الأصغر سناً، ولكن يمكن أن تكون له عواقب خطيرة. ويكشف ما يزيد على نصف عدد الحالات، عن فترة اكتئاب لأول مرة في أواخر العمر، وعلى الرغم من أن معدلات الانتحار لدى المسنين في تناقص، فإنها ما زالت أعلى من معدلاتها لدى الراشدين الأصغر عمراً، كما أنها أكثر ارتباطاً بالاكتئاب، ويكشف المسنون المصابون بالاكتئاب عن أعراض وجدانية أقل، ولكنهم يكشفون عن تغيرات معرفية، وأعراض جسمية، وفقد الاهتمام، أكثر مما يوجد لدى الراشدين الأصغر عمراً. وتشتمل عوامل الخطر التي تؤدي إلى تطور اكتئاب أواخر العمر، على تفاعل معقد بين الاستعداد الوراثي، والجوانب المعرفية، والتغيرات البيولوجية العصبية المرتبطة بالتقدم في العمر، والأحداث الضاغطة. وغالباً ما يغفل عن الأرق Insomnia بوصفه عامل خطورة لاكتئاب أواخر العمر، كما أن التفكير الناقد للذات يمكن أن يفاقم حالة

الاكتئاب ويجعلها مستمرة، ومن الأمور التي تقلل من زيادة انتشار عوامل الخطورة في السن المتأخر زيادة "القدرة على مواجهة الأزمات" أو الصمود Resilience من الناحية النفسية المرتبطة بالتقدم في العمر، ومن بين العوامل الواقية أيضاً التعليم العالي، والمكانة الاجتماعية الاقتصادية المرتفعة، والاندماج في نشاطات ذات قيمة، والانشغال الديني أو الروحي.

وفي وقت أحدث درس "سبيرا" وزملاؤه (Spira, Stone, Beaudreau, Ancoli Israel, & Yaffe, 2009) عينة كبيرة الحجم (ن=3,040) من نساء متوسط أعمارهن 83,6 سنة، وكشفت الدراسة عن ارتباط موجب بين أعراض القلق وكل من انخفاض كفاءة النوم، ووقت الاستيقاظ بعد بداية النوم، وخلص الباحثون إلى أن ارتفاع القلق منبئ عام بانخفاض نوعية النوم في هذه العينة.

كما درس "شانج، وشي، ويانج، وشو" (Chang, Chi, Yang, & Chou, 2010) تأثير كل من السقوط Falling (الوقوع على الأرض)، والخوف من السقوط Fear of Falling في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، لدى عينة من المسنين (ن=4,050) في تايوان؛ فقد وجد أن السقوط أحد الأسباب الرئيسة للمرض والوفاة لدى كبار السن. ويعاني قرابة ثلث الراشدين في سن 65 عاماً وما فوقها، الذين يعيشون في المجتمع، من مرة واحدة للسقوط على الأرض أو أكثر كل عام، وتزيد هذه النسبة إلى 40% لدى المسنين الذين يصل عمرهم إلى 85 سنة أو أكثر. ويؤدي السقوط إلى عواقب فيزيولوجية ونفسية عدة، من بينها فقد الفرد ثقته بنفسه، وفي قدرته على أداء المناشط اليومية، فضلاً عن الانسحاب الاجتماعي، أو الاكتئاب. ولقد أصبحت الإصابات الخطرة الناجمة عن السقوط، عاملاً أساسياً في خفض نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المسنين، بأن تضع حدوداً على حركتهم، مع الحاجة إلى دخول مستشفيات الرعاية. وفي هذه الدراسة، وصل معدل السقوط إلى 13,8%، والخوف من السقوط لدى النساء 62,6%، وعند الرجال 46,2%.

وأجريت مجموعة أخرى من الدراسات عن التوافق ومواجهة الضغوط لدى المسنين، فأسفرت دراسة محمد عبدالمقصود (1990) عن ارتباط سلبي بين التوافق النفسي والاتجاه نحو الشيخوخة، وذلك لدى عينة من المسنين الذكور. ودرست مجدة أحمد، وإيمان محمود (2000) عينة من المسنين الذين راوحت أعمارهم بين 60–85 سنة، وأسفرت النتائج عن ارتباطات موجبة بين التوافق وكل من قلق الموت، والوعي

الديني. وأسفرت دراسة هشام عبدالله (2001) عن ارتباط سلبي بين الأساليب الإيجابية لمواجهة ضغوط الحياة، والشعور بالوحدة لدى المسنين، في حين كان الارتباط إيجابياً دالاً إحصائياً بين الوحدة النفسية وكل من أسلوب التوجه الانفعالي، ومجموع الأساليب السلبية، وأسلوب طلب المساعدة، كما كان التوجه الانفعالي والشعور بالوحدة أعلى – بمستوى دال إحصائياً – لدى المسنات مقارنة بالمسنين.

واستخدمت عزة مبروك (2001) مجموعتين: تجريبية وضابطة من المسنين، وطبقت على المجموعة التجريبية برنامجاً تدريبياً أسفر عن تحسن في الاستجابات النفسية، وبعض الاستجابات الفيزيولوجية، واستمر الأثر الناتج عن البرنامج حتى بعد مرور ستة أشهر من انتهائه؛ مما يدلل على دور الدعم النفسي والاجتماعي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي للمسنين، والوجدان السلبي Negative affect، وهو سمة في الشخصية، يتصف بالميل نحو المرور بخبرة الحالات الوجدانية السلبية، مثل الغضب، والخزي، والذنب، والخوف، والقلق، والاكتئاب، ويرتبط الوجدان السلبي بنوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى المسنين، بشكل مستقل عن الحالات الجسمية والنفسية المزمنة.

وتعقيباً على هذه الدراسات، يتضح أن البحوث العالمية على المسنين تفوق الحصر، وتستخدم متغيرات كثيرة، من أهمها القلق والاكتئاب والأرق. ولكن البحوث العربية في هذا المجال أقل بكثير، في حين نجد البحوث الكويتية نادرة فيما نعلم. ومن اللافت للنظر أن البحوث التي اهتمت بدراسة القلق والاكتئاب لدى المسنين قد خلصت إلى نتائج مختلفة؛ إذ أسفرت دراسة عبدالخالق وزملائه (1989) عن أن المسنين أكثر اكتئاباً وليس قلقاً، في حين بينت دراسة "بورزيش" وزملائه (Porzych et al., 2005) أن المرضية المشتركة للقلق والاكتئاب معاً لها أثر سيئ في المسنين، وأن مختلف أنواع العلامات المرضية ترتبط بالقلق أكثر (وهو ما يتعارض مع الدراسة المذكورة أعلاه)، ولكن أخذ أعراض القلق والاكتئاب في الاعتبار أدى إلى علاج أفضل. ومن ناحية أخرى توصلت دراسة "بيدرو، وأوهارا" (Beaudreau & O' Hara, 2009) إلى آثار فارقة للقلق والاكتئاب في الأداء المعرفي، في حين ذكرت "فسكه" وزملاؤها (Fiske et al., 2009) أن المسنين المصابين بالاكتئاب يكشفون عن تغيرات معرفية. ولهذا الاختلاف (أو التضارب) في النتائج أسباب عدة، من بينها عينة المسنين المستخدمة في الدراسة (مرضى، أو من المجتمع، أو من دور الرعاية، فضلاً عن اختلاف المتغيرات الديموجرافية كالسن والجنس والسلالة

وغيرها)، وأدوات الدراسة (مقابلة شخصية، أو ملاحظة، أو مقاييس نفسية)....، وغير ذلك.

وقد خصص عدد غير قليل من البحوث العربية، للمقارنة بين المسنين المتقاعدين والعاملين، أسفرت عن أفضلية العمل من ناحية الحالة النفسية للمسن، كما درس المسنون المقيمون في المجتمع مع أسرهم الطبيعية، والمسنون الذين يقيمون في دور الرعاية، وغالباً ما تظهر فروق دالة إحصائياً بينهما، في اتجاه حصول المقيمين مع أسرهم على متوسطات أعلى في مؤشرات الصحة النفسية مقارنة بمن يقيمون في دور الرعاية. وأجري عدد من الدراسات عن التوافق والدعم الاجتماعي ومواجهة الضغوط، وعلى الرغم من أن معدلات أعمار الكويتيين في تزايد في العقود الأخيرة، فإن البحوث الكويتية التي تستخدم عينات من المسنين نادرة فيما يعلم الباحث، ومن ثم، فإن الحاجة ماسة إلى إجراء البحوث في هذا المجال.

وقد استهدفت هذه الدراسة الإجابة عن الأسئلة الخمسة الآتية:

1 – ما معدلات انتشار الشكاوى والأعراض النفسية لدى عينة من المسنين الكويتيين؟

2 – ما الفروق بين الرجال والنساء في الشكاوى والأعراض النفسية؟

3 – ما أبرز معاملات الارتباط بين الشكاوى والأعراض النفسية لدى المسنين؟

4 – ما علاقة الشكاوى والأعراض النفسية ببعض المتغيرات الديموجرافية (السن، والتعليم)؟

5 – ما العلاقة بين الشكاوى والأعراض النفسية التي وردت على لسان أفراد العينة ومقاييس الاضطراب النفسي (القلق، والاكتئاب، والأرق)؟

المنهج:

العينة:

استخدمت عينة متاحة من المتطوعين، قوامها 366 فرداً (151 من الرجال، و215 من النساء)، راوحت أعمارهم بين 60 و 90 عاماً (م=67,5 سنة، ع=6,5 للرجال؛ م=65,9 سنة، ع=6,6 للنساء)، وكانوا جميعاً يحملون الجنسية الكويتية، ويتقنون القراءة والكتابة بأنفسهم. وقد اختيرت هذه العينة المتاحة من أماكن مختلفة، مثل الديوانيات (مجالس مسائية للحديث والتسلية يؤمها الرجال)،

والمقاهي الشعبية، والمختاريات (مقار مسؤولي الأحياء السكنية)، وجمعيات النفع العام، والمستوصفات، والمنازل.

وتجدر الإشارة إلى مناسبة حجم العينة التي استخدمت في هذه الدراسة (ن=366)، وذلك بالقياس إلى مقدار الجهد المبذول في جمع البيانات؛ حيث كانت المقاييس تطبق في جلسات فردية وليست جمعية. كما أن إجراء البحوث على فئة المسنين يتطلب مهارة خاصة وصبراً، وأن يترك لهم وقت مناسب للإجابة، يزيد على ما يمكن أن يتاح للفئات الأصغر عمراً.

المقاييس:

1 – قائمة الشكاوى والأعراض النفسية:

اعتمد تكوين هذه القائمة على سؤال مفتوح وجه إلى عينة من الجنسين، قوامها 75 مسناً (من غير عينة الدراسة الأساسية)، وكان عنوان هذا السؤال المفتوح على النحو الآتي: "ما أهم المشكلات التي تواجهها في الفترة الأخيرة، وتحتاج إلى مساعدة فيها؟". وأورد المبحوثون عدداً كبيراً جداً من المشكلات، أدخلت عليها الإجراءات الآتية: حذف المكرر، واختصار البنود، وفصل البنود المركبة إلى مكوناتها، ثم صنفت هذه القائمة إلى خمسة أبعاد على النحو الآتي: الصحة الجسمية، والصحة النفسية، والعلاقة مع الأبناء، والمشكلات الاجتماعية، والحاجات المطلوبة أو غير المشبعة. وحسبت تكرارات كل بند، واستبعدت البنود ذات التكرار المنخفض، ثم روجعت هذه القائمة من قبل خمسة من المتخصصين في علم النفس، حاصلين على درجة الدكتوراه، وأدخل عليها بعض التعديلات (انظر: أحمد عبدالخالق، 2012).

وتعرض هذه الدراسة لقائمة الشكاوى والأعراض النفسية فقط، وتشتمل هذه القائمة على 22 مشكلة صحية ومرضاً (انظر جدول 2). وقد وصل ثبات إعادة التطبيق لهذه القائمة بعد أسبوع إلى 0,94 على عينة من المسنين (ن=20).

صدق القائمة:

لا يستخرج من هذه القائمة درجات كلية أو درجات للسمات؛ ذلك أن التركيز هنا ينصب على البنود الفردية كما يدركها المبحوث، فالشكوى والعرض موجود أو غير موجود، وهذه القائمة تشبه قوائم "موني" للمشكلات Moony Problem Check Lists (انظر: Anastasi, 1988: 525). وتجدر الإشارة إلى أن مراجعة المختصين في علم النفس للصيغة المبكرة لهذه القائمة، وإبداء آرائهم في بنودها، يعد نوعاً من أنواع صدق

المفهوم Construct validity (انظر: Aiken & Groth-Marnat, 2006: 101). ولحساب الصدق المرتبط بالمحك، لا بد من إيجاد قائمة أخرى تناسب المسنين، وهذا منوط بدراسة أخرى في المستقبل.

2 – مقياس جامعة الكويت للقلق:

هذا المقياس من تأليف أحمد عبدالخالق (Abdel-Khalek, 2000, 2007)، ويتسم بثبات وصدق مرتفعين بطرق عدة (انظر للتفصيل: أحمد عبدالخالق، 2009). ولهذا المقياس صيغ عربية، وإنجليزية، وألمانية، وأسبانية. وحتى لا يثقل الباحث على المبحوث المتقدم في السن، اختيرت سبعة بنود من هذا المقياس (من 20 بنداً)، على أساس أعلى ارتباط لها بالعامل العام. وترتبط هذه البنود السبعة ببقية البنود (13 بنداً) بمقدار 0,78، وترتبط بالمقياس كله (20 بنداً) بمقدار 0,90، إشارة إلى صدق مرتفع للمقياس المختصر، مع ملاحظة أن المقياس الأصلي قد حسبت له معاملات صدق بطرق متعددة، وباستخدام عينات من جنسيات مختلفة.

3 – مقياس مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب:

Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES-D)

اشتقت بنود هذا المقياس من اختبارات سابقة تمت البرهنة على صدقها، وهو من وضع رادلوف " (Radloff, 1977)، ويتسم هذا المقياس بمعاملات ثبات وصدق مرتفعة، سواء أكان ذلك في صيغته الإنجليزية الأصلية (Haringsma, Engeles, Beekman, & Spinhoven, 2004) أم العربية (أحمد عبدالخالق، 2003). وقد اختير سبعة بنود (من 20) حتى لا يجهد المبحوث، وذلك اعتماداً على أعلى ارتباط لها بالعامل العام. وترتبط هذه البنود الخمسة ببقية العبارات (15 عبارة) بمقدار 0,84، وترتبط بالمقياس كله (20 عبارة) بمقدار 0,92، إشارة إلى صدق مرتفع للمقياس المختصر، مع ملاحظة أن المقياس الأصلي له معاملات صدق مرتفعة.

4 – المقياس العربي للأرق:

وهو من تأليف أحمد عبدالخالق (Abdel-Khalek, 2008)، ويشتمل على 12 عبارة، تتسم بخواص سيكومترية جيدة، وقد استخدم في عدد من البحوث العربية (Abdel-Khalek, 2001, 2004, 2006).

ويبين جدول (1) معاملات ثبات المقاييس الأربعة، وتعد جميعها بين المقبولة والمرتفعة.

جدول (1)
معاملات ثبات المقاييس

المقياس	عدد البنود	ألفا	إعادة التطبيق*
قائمة الشكاوى والأعراض النفسية	22	0,82	0,91
مقياس جامعة الكويت للقلق (المختصر)	7	0,73	0,85
مقياس الاكتئاب (المختصر)	5	0,70	0,82
المقياس العربي للأرق	12	0,85	0,93

(*) كان الفاصل الزمني بين تطبيق المقياس وإعادة تطبيقه أسبوعاً واحداً.

وتتسم المقاييس النفسية الأربعة المستخدمة في هذه الدراسة بمعاملات ثبات تراوح بين المقبولة والمرتفعة (من 0,70 إلى 0,93)، وذلك على الرغم من استخدام نسخ مختصرة لمقياس جامعة الكويت للقلق، ومقياس مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب، وكان هذا الاختصار حتمياً، حتى لا يثقل الباحث على المبحوث المسن؛ فقد دلت الخبرة العملية في تطبيق المقاييس على عينات مختلفة، أن تقديم مقاييس طويلة، سيؤدي إلى عدم الدقة، والإجابة العشوائية من جانب المبحوث في غالب الأحوال، وإذا كان ذلك ينطبق على طلاب المدارس والجامعات، وهم في سن أصغر، ومشكلات أقل، فإنه ينطبق أكثر على المبحوثين الأكبر عمراً؛ فكان من الضروري – إذن – ألا يزيد حجم بطارية المقاييس إلى الدرجة التي تسبب ملل المبحوث المتقدم في العمر، ومن ثم عدم دقته في الإجابة.

إجراءات تطبيق المقاييس:

طبقت المقاييس الأربعة في جلسات فردية ضمت الباحث والمسن فقط، وذلك بعد التأكد من انطباق شروط اختيار العينة على المبحوث، وبعد الحصول على موافقته الشفهية على التطوع، وقام بتطبيق المقاييس باحثون مدربون، كان بعضهم حاصلاً على الشهادة الجامعية، في حين كان آخرون منهم حاصلين على درجة الدكتوراه في علم النفس. وكانت نسبة مَن وافقوا على الإجابة عن المقاييس 91%، وكان الباحث يقوم بطمأنة المبحوث بأن إجاباته ستعامل بسرية تامة، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي، وكان تعاون المبحوثين الذين تطوعوا للإجابة عن المقاييس ممتازاً، واستغرق تطبيق بطارية المقاييس ما بين 15 و 30 دقيقة للمبحوث الواحد.

النتائج:

يبين جدول (2) معدلات انتشار الشكاوى والأعراض النفسية.

جدول (2)
معدلات انتشار الشكاوى والأعراض النفسية لدى عينة من المسنين الرجال (ن=151)، والنساء (ن=215)

الشكاوى والأعراض النفسية	رجال		نساء		النسبة الحرجة	الدلالة
	التكرار	%	التكرار	%		
1- ضعف الشهية.	37	24,5	55	25,6	0,23	–
2- كثرة النسيان	54	35,8	107	49,8	2,65	,008
3- عدم القدرة على التركيز.	45	29,8	72	33,5	0,74	–
4- الخوف من أعراض الشيخوخة.	26	17,2	53	24,7	1,70	–
5- الإحساس بأنني عبء على الآخرين.	28	18,5	47	21,9	0,77	–
6- القلق من المستقبل.	35	23,2	57	26,5	0,72	–
7- الخوف من المرض.	47	31,1	83	38,6	1,47	–
8- زيادة التدقيق في الأمور.	62	41,1	90	41,9	0,15	–
9- زيادة القلق والتفكير.	53	35,1	94	43,7	1,65	–
10- عدم الإحساس بالأمان.	19	12,6	34	15,8	0,86	–
11- الشعور بالوحدة.	36	23,8	58	27,0	0,68	–
12- عدم القدرة على الاعتماد على النفس.	25	16,6	41	19,1	0,62	–
13- الحساسية الزائدة من الكلام الجارح.	56	37,1	93	43,3	1,18	–
14- عدم القدرة على التأقلم مع الآخرين.	20	13,2	13	6,0	2,36	,018
15- الخوف من الموت.	34	22,5	47	21,9	0,10	–
16- الخوف من السقوط (الوقوع).	27	17,9	69	32,1	3,04	,002
17- الخوف من الأطباء.	42	27,8	77	35,8	1,16	–
18- قلة النوم.	54	35,8	101	47,0	2,14	,033
19- الخوف من عدم استقرار الأوضاع في البلد.	61	40,4	77	35,8	0,89	–
20- سرعة الغضب والعصبية.	70	46,4	83	38,6	1,48	–
21- الملل ومرور الوقت بصعوبة.	38	25,2	70	32,6	1,53	–
22- الحاجة إلى الآخرين.	46	30,5	87	40,5	1,96	,05

ومن قراءة جدول (2) يتضح أن معدلات الانتشار لدى الرجال تراوح بين 12,6% و46,4%. في حين إنها تراوح عند النساء بين 6,0% و49,8%. وأن الفروق الدالة إحصائياً بين الجنسين – اعتماداً على النسبة الحرجة – توجد في خمس شكاوى، هي: كثرة النسيان، والخوف من السقوط (الوقوع)، وقلة النوم، والحاجة للآخرين (النسبة المئوية للنساء أعلى)، وعدم القدرة على التأقلم مع الآخرين (النسبة المئوية للرجال أعلى).

ويبين جدول (3) الشكاوى والأعراض النفسية التي أوردها أكثر من ثلث العينة (33,3%) من الجنسين، مرتبة تنازلياً في كل مجموعة على حدة.

جدول (3)
الشكاوى والأعراض النفسية التي أوردها أكثر من ثلث العينة مرتبة تنازلياً

الرتبة	الشكاوى والأعراض النفسية			
	%	رجال	%	نساء
1	46,4	سرعة الغضب والعصبية.	49,8	كثرة النسيان.
2	41,1	زيادة التدقيق في الأمور.	47,0	قلة النوم.
3	40,4	الخوف من عدم استقرار الأوضاع في البلد.	43,7	زيادة القلق والتفكير.
4	37,1	الحساسية الزائدة من الكلام الجارح.	43,3	الحساسية الزائدة من الكلام الجارح.
5	35,8	كثرة النسيان.	41,9	زيادة التدقيق في الأمور.
6	35,8	قلة النوم.	40,5	الحاجة إلى الآخرين.
7	35,1	زيادة القلق والتفكير.	38,6	الخوف من المرض.
8			38,6	سرعة الغضب والعصبية.
9			35,8	الخوف من الأطباء.
10			35,8	الخوف من عدم استقرار الوضع في البلد.
11			33,5	عدم القدرة على التركيز.

وقد حسبت معاملات الارتباط في عينتي الرجال والنساء مجتمعتين؛ نظراً

لوجود فروق طفيفة في المعاملات. ويبين جدول (4) أعلى معاملات الارتباط بين بنود قائمة الشكاوى والأعراض النفسية مرتبة تنازلياً ابتداء من الأعلى.

جدول (4)
أعلى معاملات الارتباط المتبادلة (⩽ 0,3) بين بنود قائمة الشكاوى والأعراض النفسية لدى الجنسين (ن=366)

اثنان من الشكاوى والأعراض النفسية	الارتباط*
1- الخوف من المرض، والخوف من الموت.	0,388
2- الخوف من المرض، والخوف من أعراض الشيخوخة.	0,360
3- القلق من المستقبل، وزيادة القلق والتفكير.	0,360
4- عدم الاعتماد على النفس، والحاجة إلى الآخرين.	0,355
5- الشعور بالوحدة، والملل ومرور الوقت بصعوبة.	0,346
6- الشعور بالوحدة، وعدم الإحساس بالأمان.	0,345
7- الخوف من الموت، وعدم الإحساس بالأمان.	0,342
8- الخوف من المرض، والخوف من الأطباء.	0,338
9- زيادة القلق والتفكير، والشعور بالوحدة.	0,335
10- الخوف من أعراض الشيخوخة، والخوف من الموت.	0,328
11- عدم الإحساس بالأمان، وزيادة القلق والتفكير.	0,328
12- الشعور بالوحدة، وعدم القدرة على التأقلم مع الآخرين.	0,317
13- سرعة الغضب والعصبية، والحساسية الزائدة من الكلام الجارح.	0,301
14- زيادة القلق والتفكير، والملل ومرور الوقت بصعوبة.	0,301

* دال عند مستوى 0,01.

ومن النتائج الواردة في جدول (4)، نلاحظ أن أعلى الارتباطات المتبادلة توجد بين المخاوف من كل من: المرض، والموت، والشيخوخة، والمستقبل، يليها الشكوى من القلق، والوحدة، وعدم الإحساس بالأمان، والملل، والحاجة إلى الآخرين.

ويبين جدول (5) أعلى معاملات الارتباط بين الشكاوى والأعراض النفسية والقلق كما يقاس بمقياس جامعة الكويت المختصر.

جدول (5)
الشكاوى والأعراض النفسية التي ترتبط بالقلق لدى الجنسين (ن=366)

الشكاوى والأعراض النفسية	الارتباط بالقلق*
1 – القلق من المستقبل.	0,421
2 – الخوف من الموت.	0,360
3 – الإحساس بأنني عبء على الآخرين.	0,302
4 – زيادة القلق والتفكير.	0,288
5 – الخوف من المرض.	0,253
6 – الخوف من السقوط (الوقوع).	0,252
7 – الملل ومرور الوقت بصعوبة.	0,244
8 – الشعور بالوحدة.	0,212
9 – عدم الإحساس بالأمان.	0,201

* دال إحصائياً عند مستوى 0,01.

ويتبين من جدول (5) أن أعلى الارتباطات الدالة إحصائياً بين الشكاوى والأعراض النفسية التي جاءت على لسان المسنين، وبين القلق كما يقاس بمقياس جامعة الكويت للقلق – كلها إيجابية، وتتعلق بالخوف من المستقبل، والموت، والمرض، والسقوط، والملل، والوحدة، وعدم الأمان، وبشعور المسن بأنه عبء على الآخرين.

ويبين جدول (6) أعلى معاملات الارتباط بين الشكاوى والأعراض النفسية والاكتئاب كما يقاس بمقياس مركز الدراسات الوبائية.

جدول (6)
الشكاوى والأعراض النفسية التي ترتبط بالاكتئاب لدى الجنسين (ن=366)

الشكاوى والأعراض النفسية	الارتباط بالاكتئاب*
1 – الشعور بالوحدة.	0,424
2 – الإحساس بأنني عبء على الآخرين.	0,307
3 – عدم الإحساس بالأمان.	0,298
4 – الخوف من الموت.	0,294

تابع/ جدول (6)
الشكاوى والأعراض النفسية التي ترتبط بالاكتئاب لدى الجنسين (ن=366)

الشكاوى والأعراض النفسية	الارتباط بالاكتئاب*
5 – زيادة القلق والتفكير.	0,269
6 – عدم القدرة على التأقلم مع الآخرين.	0,264
7 – القلق من المستقبل.	0,251
8 – الملل ومرور الوقت بصعوبة.	0,248
9 – الخوف من المرض.	0,219
10 – عدم القدرة على التركيز.	0,215

* دال إحصائياً عند مستوى 0,01.

ويتضح من قراءة جدول (6) أن أعلى الارتباطات الدالة إحصائياً بين الشكاوى والأعراض النفسية والاكتئاب تتركز حول الشعور بالوحدة، وبأن المسن عبء على الآخرين، وعدم الأمان، والخوف من الموت، ومن المستقبل...، وغيرها.

ويعرض جدول (7) أعلى معاملات الارتباط بين الشكاوى والأعراض النفسية والأرق كما يقاس بالمقياس العربي للأرق.

جدول (7)
الشكاوى والأعراض النفسية التي ترتبط بالأرق لدى الجنسين (ن=366)

الشكاوى والأعراض النفسية	الارتباط بالأرق*
1 – قلة النوم.	0,308
2 – القلق من المستقبل.	0,288
3 – الشعور بالوحدة.	0,267
4 – الإحساس بأنني عبء على الآخرين.	0,263
5 – الخوف من الموت.	0,233
6 – زيادة القلق والتفكير.	0,207

* دال إحصائياً عند مستوى 0,01.

ويتبين من جدول (7) أن أعلى الارتباطات بين الدرجة الكلية للمقياس العربي للأرق توجد مع الشكوى من قلة النوم، ثم القلق من المستقبل، والوحدة، وشعور المسن بأنه عبء على الآخرين، والخوف من الموت...، وهكذا.

وقد جمعت كل الشكاوى والأعراض النفسية، ومن ثم حسب ارتباطها بالدرجات الكلية لكل من القلق والاكتئاب والأرق، فضلاً عن متغيري التقدم في السن ومستوى التعليم، ويبين النتيجة جدول (8).

جدول (8)
معاملات الارتباط بين مجموع الشكاوى والأعراض النفسية وبعض المتغيرات لدى الجنسين (ن=366)

المتغيرات	الارتباط بمجموع الشكاوى والأعراض النفسية*
القلق.	0,361
الاكتئاب.	0,375
الأرق.	0,326
التقدم في السن.	0,246
مستوى التعليم.	0,282–

* جميع معاملات الارتباط < 0,01.

ويتضح من قراءة جدول (8) أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً بين مجموع الشكاوى والأعراض النفسية كما وردت على لسان المسنين وكل من: القلق، والاكتئاب، والأرق، والتقدم في السن (إيجابياً)، ومستوى التعليم (سلبياً) إشارة إلى زيادة الشكاوى والأعراض النفسية مع انخفاض مستوى التعليم.

ولفحص العلاقة بين الشكاوى وبعض المتغيرات الديموجرافية، يعرض جدول (9) لأعلى الارتباطات الدالة بين الشكاوى والأعراض النفسية والتقدم في السن، مرتبة تنازلياً.

جدول (9)
أعلى الارتباطات الدالة إحصائياً (≤ 0,2) بين الشكاوى والأعراض النفسية والتقدم في السن لدى الجنسين (ن=366)

الشكاوى والأعراض النفسية	الارتباط مع التقدم في السن*
1 – عدم القدرة على الاعتماد على النفس.	0,317
2 – ضعف الشهية.	0,235
3 – عدم القدرة على التأقلم مع الآخرين.	0,216
4 – الشعور بالوحدة.	0,213
5 – الحاجة إلى الآخرين.	0,207
6 – الإحساس بأنني عبء على الآخرين.	0,203

* دال عند مستوى 0,01.

ويتضح من جدول (9) أن أكثر الشكاوى والأعراض النفسية المرتبطة بالتقدم في السن تتعلق بالآخرين؛ نظراً لعدم القدرة على الاعتماد على النفس، وصعوبة التأقلم معهم، مع الحاجة إليهم، وشعور المسن بأنه عبء عليهم، هذا فضلاً عن ضعف الشهية والشعور بالوحدة.

ويعرض جدول (10) لأعلى الارتباطات المتبادلة بين مستوى التعليم والشكاوى والأعراض النفسية مرتبة تنازلياً.

جدول (10)
أعلى الارتباطات الدالة إحصائياً والسلبية بين الشكاوى والأعراض النفسية ومستوى التعليم لدى الجنسين (ن=366)

الشكاوى والأعراض النفسية	الارتباط بمستوى التعليم*
1 – عدم القدرة على الاعتماد على النفس.	0,310–
2 – الحاجة إلى الآخرين.	0,275–
3 – الملل ومرور الوقت بصعوبة.	0,226–
4 – الإحساس بأنني عبء على الآخرين.	0,233–
5 – الخوف من السقوط (الوقوع).	0,198–

* دال عند مستوى 0,01.

ومن ملاحظة جدول (10) يتضح أن الارتباطات بين الشكاوى والأعراض النفسية في جانب، ومستوى التعليم في الجانب الآخر جميعها سلبية؛ أي أن زيادة الشكاوى ترتبط بنقص التعليم، وتتعلق هذه الشكاوى بالحاجة إلى الآخرين، وعدم القدرة على الاعتماد على النفس، فضلاً عن الملل، والخوف من الوقوع.

مناقشة النتائج:

من الواضح أن معدلات الأعمار في مختلف بلاد العالم في تزايد مستمر، وينطبق الأمر نفسه على دولة الكويت؛ وذلك لأسباب عدة، من بينها ارتفاع مستوى المعيشة، وتحسن نوعية الحياة، والرعاية الصحية. ونظراً للزيادة في أعداد المسنين في دولة الكويت، فإن الحاجة ماسة إلى إجراء البحوث النفسية والاجتماعية والطبية على عينات منهم، بهدف بحث الحالة الراهنة لهم، وبيان مشكلاتهم واحتياجاتهم، وصولاً إلى تحقيق الشيخوخة الناجحة كما ورد في مقدمة هذا البحث، الذي يحاول سد ثغرة صغيرة في هذا المجال.

ومن الأهمية بمكان، أن نشير إلى أن هناك تداخلاً بين قائمة الشكاوى والأعراض النفسية لدى المسنين التي وضعت في هذه الدراسة، والمقاييس المعروفة والمتاحة للاضطرابات النفسية، وأهمها القلق والاكتئاب والأرق وغيرها. ولكن ما يميز القائمة التي وضعت في هذه الدراسة، أنها تشتمل على الشكاوى والأعراض التي جاءت على لسان مجموعة من المسنين الكويتيين من الجنسين، اعتماداً على دراسة استطلاعية، ومن ثم، فإنها تعد أكثر تعبيراً وواقعية عما يواجهونه من صعوبات نفسية حقيقية، فإذا كانت مقاييس الاضطراب النفسي المعروفة سلفاً والمتاحة، تشتمل على أعراض ومشكلات أكثر عمومية، فإن القائمة المؤلفة في هذه الدراسة تتسم بأنها أكثر خصوصية، لكل من المسنين، وللمجتمع الكويتي. انظر مثلاً إلى البنود الآتية التي لا توجد عادة في مقاييس الاضطراب النفسي المعروفة، وتوجد في القائمة المؤلفة، وذكرها المسنون بوصفها مشكلات لهم: "الخوف من أعراض الشيخوخة"، و"الإحساس بأنني عبء على الآخرين"، و"عدم القدرة على الاعتماد على النفس"، و"الخوف من عدم استقرار الأوضاع في البلد"، و"الحاجة إلى الآخرين". ومن ثم، تعد هذه القائمة أفضل في الوصول إلى الشكاوى والأعراض الخاصة التي تشكو منها مجموعة المسنين. وليس المقصود بذلك – بطبيعة الحال – القول بمزايا في القائمة المؤلفة بالنسبة إلى الطرق

السيكومترية، بل إن الأخيرة أكثر عمومية من القائمة المستخدمة في هذه الدراسة. وبعبارة أدق، فإن المجال الخاص الذي تغطيه القائمة المؤلفة مختلف عن نظيره في الطرق السيكومترية العامة.

ولقد حققت هذه الدراسة الأهداف التي بدأت بها، وكان أولها تحديد معدلات انتشار الشكاوى والأعراض النفسية لدى المسنين من الجنسين، ومن الملاحظ أن مدى النسب المئوية لدى النساء أوسع منه عند الرجال (من 6% إلى 49% لدى النساء، ومن 12% إلى 46% عند الرجال؛ أي أن المدى 43 مقابل 34 على التوالي بعد حذف الكسور)، ويشير ذلك إلى زيادة تشتت النسب المئوية لدى النساء بالمقارنة إلى الرجال.

وتدور الشكاوى والأعراض النفسية التي شكا منها أكبر عدد من الجنسين مجتمعين حول النسيان، والأرق، والقلق، والحساسية الزائدة، وزيادة التدقيق، والغضب، والخوف من عدم استقرار الأوضاع في البلد. وتعد هذه الأعراض والشكاوى التي أوردها عدد من المسنين يزيد على الثلث، انعكاساً للوضع الصحي النفسي والجسمي لهم، على ضوء تقدمهم في العمر. وتعد ست من هذه الشكاوى أعراضاً نفسية حقيقية للاضطراب النفسي، في حين أن الشكوى الأخيرة: "الخوف من عدم استقرار الأوضاع في البلد"، تعد انعكاساً لمشاركة المسنين لأحوال بلادهم؛ إذ إنهم ليسوا في معزل عن المشكلات السياسية والاجتماعية.

وفيما يتعلق بالهدف الثاني لهذه الدراسة، فقد ظهر أن الفروق الدالة إحصائياً بين النسب المئوية لدى الجنسين، اعتماداً على النسبة الحرجة، توجد في خمس شكاوى وأعراض نفسية، أربع منها عند النساء، وتتصل بالنسيان، والخوف من السقوط، وقلة النوم، والحاجة إلى الآخرين، في حين ترتفع النسبة المئوية ارتفاعاً دالاً إحصائياً لدى الرجال في شكوى واحدة فقط، هي عدم القدرة على التأقلم مع الآخرين (انظر جدول 2).

ويمكن أن تفسر هذه الفروق الدالة إحصائياً اعتماداً على النسبة الحرجة، التي تشير إلى ارتفاعها لدى النساء بالنسبة إلى الرجال، على ضوء ارتفاع معدلات القلق لديهن (انظر: Abdel-Khalek & Alansari, 2004)، فضلاً عن ترحيب الإناث عادة بالاعتراف بجوانب النقص. أما الشكوى الوحيدة التي ترتفع نسبتها لدى الرجال بالمقارنة مع النساء، فكانت: "عدم القدرة على التأقلم مع الآخرين"، وقد يعكس ذلك

الدور السلبي للأب في الأسرة، أو زيادة في تقبل الأسر للأم أكثر من تقبلها للأب، أو أن الأم أكثر عاطفية مع الآخرين وحناناً عليهم، حتى إنها تتلقى مزيداً من التقبل، ومن ثم فلا تجد مشكلة في التأقلم معهم. ومما هو جدير بالملاحظة أن معدل انتشار هذه الشكوى لدى النساء (6%)، هو أقل معدل لديهن، في حين أن هذه الشكوى تقع في الترتيب التالي الذي يسبق أقل معدل في الشكاوى لدى عينة الرجال (13,2%)، إشارة إلى عدم أهميتها لدى غالبية أفراد العينة من الجنسين؛ أي إن احتمال حدوث التأقلم يفوق عدم التأقلم بوجه عام.

ويتسق مع نتيجة الفروق بين الجنسين التي أشير إليها للتو، نتيجة مفادها أن عدد الشكاوى والأعراض النفسية التي أوردها أكثر من ثلث أفراد العينة، كان سبعة عند الرجال، في حين أن عددها كان أحد عشر لدى النساء. ومن اللافت للنظر أن الشكاوى السبع التي أوردها الرجال في هذا التصنيف (أكثر من الثلث) هي نفسها التي أوردتها النساء، مع اختلاف في الترتيب، وهو ما يشير إلى درجة كبيرة من التشابه بين الجنسين، ولكن هناك أربع شكاوى إضافية عند النساء، ليست موجودة عند الرجال في هذا التصنيف (انظر جدول 3). ويمكن تفسير هذا الفرق باتجاه النساء – أكثر من الرجال – نحو الاعتراف بالمشكلات وجوانب الضعف لديهن.

وفيما يتصل بالهدف الثالث لهذه الدراسة، وهو استكشاف أعلى معاملات الارتباط بين بنود قائمة الشكاوى والأعراض النفسية؛ فقد تعلق عدد كبير منها بالارتباط بين المخاوف: من المرض والموت، والمرض وأعراض الشيخوخة، والخوف من المرض ومن الأطباء، ومن الموت وأعراض الشيخوخة، والقلق والقلق من المستقبل، والحاجة إلى الآخرين وعدم الاعتماد على النفس، والوحدة والملل، والوحدة والقلق (انظر جدول 4).

ويعد الخوف من المرض، والموت، وأعراض الشيخوخة، والأطباء، مخاوف حقيقية في هذا العمر المتقدم؛ نظراً لشكوى كثير من المسنين من أمراض جسمية معينة، وقد دلت البحوث السابقة على أن المرض والموت يوجدان في "سلة" واحدة، كما كشفت بعض الدراسات أن من يعانون مزيداً من الأعراض الجسمية (كالمسنين في هذه الدراسة)، يكون انشغالهم بالموت أكثر من غيرهم (أحمد عبدالخالق، ومايسة النيال، 2006؛ Abdel-Khalek & Lester, 2009). وبدهي أن يرتبط بالمرض والموت، الخوف من أعراض الشيخوخة التي تنبئ بهما، وتدل عليهما، مع تعلق كل ذلك بالأطباء الذين يتعاملون مع المسنين في مثل هذه الحالات.

وتلخص الهدف الرابع لهذه الدراسة، في بحث العلاقة بين الشكاوى والأعراض النفسية كما تقاس بالقائمة التي وضعت، ومقاييس الاضطراب النفسي (القلق والاكتئاب والأرق)، وقد سبق تفصيل القول عن الفرق بين المقاييس المعروفة لقياس الاضطراب النفسي المستخدمة في هذه الدراسة، والقائمة المؤلفة التي تعتمد على الشكاوى والأعراض الواقعية التي وضعت – في البداية – على أساس ما أوردته عينة استطلاعية من المسنين. وأعلى الارتباطات الدالة إحصائياً بين الشكاوى والأعراض النفسية والدرجة الكلية في مقياس جامعة الكويت للقلق (انظر جدول 5)، تتصل بالقلق من المستقبل، والمخاوف من الموت، ومن المرض، ومن السقوط، وإحساس المسن بأنه عبء على الآخرين...، وغيرها.

وقد خضعت العلاقة بين القلق والخوف لدراسات كثيرة، رأى بعضها أن المفهومين متداخلان، مع ملاحظة أن المخاوف الاجتماعية، والخوف من الأماكن الواسعة، والمخاوف المحددة تندرج تحت اضطرابات القلق في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح، الصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين (American Psychiatric Association, 2000: 429-484)، في حين يرى باحثون آخرون ضرورة التفرقة بينهما على أساس كل من: الموضوع، والتهديد، والتعريف، والصراع، والدوام، فالقلق غير معروف، وداخلي، وغامض، وموجود، ومزمن، في حين أن الخوف معروف، وخارجي، ومحدد، وغائب، وحاد على التوالي (عبدالخالق، 1994: 21).

وللتحقق من الهدف الرابع نفسه، حسبت الارتباطات بين بنود قائمة الشكاوى والأعراض النفسية والدرجة الكلية في مقياس مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب، وكان أعلاها وأولها "الشعور بالوحدة"، ومن الواضح أن الاختلاف بين ثقافة الأجيال ومناشطهم واهتماماتهم، تشعر المسن بالوحدة، وبعدم الأمان، وبأنه عبء على الآخرين، مع الخوف من الموت، والقلق من المستقبل، وغير ذلك (انظر جدول 6)، على الرغم من الحاجة الماسة لدى المسن إلى الدعم الاجتماعي Spcial Support، كما بينت دراسات كثيرة (Schwarzer, Knoll, & Reickmann, 2003).

كما حسبت الارتباطات بين بنود قائمة الشكاوى والأعراض النفسية، والدرجة الكلية في المقياس العربي للأرق، للتحقق من الهدف الخامس (انظر جدول 7)، وقد ظهر أن قلة النوم تأتي على رأس أعلى معاملات الارتباط الدالة إحصائياً، ثم القلق

من المستقبل، والشعور بالوحدة...، وغيرها. والبحوث التي تربط بين الأرق والاضطرابات النفسية وبخاصة القلق والاكتئاب كثيرة (انظر مثلاً: عبدالخالق، 2003، 2007).

وقد حسبت معاملات الارتباط المتبادلة بين الدرجات الكلية لكل من قائمة الشكاوى والأعراض النفسية، ومقياس جامعة الكويت للقلق، ومقياس مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب، والمقياس العربي للأرق، (انظر جدول 8). وتشير الارتباطات الدالة إحصائياً إلى التغير المصاحب Covariation بين هذه المتغيرات. ومن اللافت للنظر، أن أعلى الارتباطات وأولها بين بنود قائمة الشكاوى والأعراض النفسية، والدرجات الكلية لمقاييس القلق، والاكتئاب، والأرق – كل على حدة – ذات مغزى، فقد كان أعلى الارتباطات بمقياس جامعة الكويت للقلق، بند "القلق من المستقبل"، وأعلى الارتباطات بمقياس مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب، بند "الشعور بالوحدة"، وأعلى الارتباطات بالمقياس العربي للأرق، بند "قلة النوم". وتقدم هذه الارتباطات دليلاً على صدق المقاييس المستخدمة من ناحية، ودليلاً على دقة المسنين في الاستجابة من ناحية أخرى.

وتحقيقاً للهدف الخامس لهذه الدراسة، وهو فحص العلاقة بين الشكاوى والأعراض النفسية وبعض المتغيرات الديموجرافية، حسب الارتباط بين هذه الشكاوى والتقدم في السن، مع ملاحظة أن الفروق في السن داخل هذه العينة كبيرة، إذ بلغ ثلاثين عاماً، وراوح مدى الأعمار بين 60 و90 سنة. وتدور الشكاوى والأعراض النفسية المرتبطة – بمستوى دال إحصائياً – بالتقدم في السن، حول الحاجة إلى الآخرين؛ نظراً لعدم القدرة على الاعتماد على النفس، وذلك على الرغم من عدم القدرة على التأقلم مع الآخرين، والإحساس بأنه عبء عليهم، فضلاً عن شعور المسن المتقدم في السن بالوحدة، وضعف الشهية (انظر جدول 9). وتعد هذه الشكاوى والأعراض المرتبطة بالتقدم في العمر – في معظم الأحوال – انعكاساً لتأخر الصحة الجسمية نتيجة هذا التقدم في العمر، وما يتبع ذلك من عجز وعدم قدرة، مع صعوبة اعتماد المسن على نفسه، وحاجته إلى المساعدة من أفراد أسرته، وقد يصاحب ذلك إما شعوره بالضيق من هذه الحالة، وإما إحساسه بالضيق الذي يسببه لأفراد الأسرة من جراء هذا الوضع، الذي يمكن أن يراه بعضهم وضعاً متعباً.

ويندرج تحت الهدف الخامس، بحث العلاقة بين الشكاوى والأعراض النفسية،

ومستوى التعليم الذي تلقاه المسن، ويلاحظ أن كل الارتباطات بين المتغيرين سلبية، إشارة إلى أن الوضع التعليمي المنخفض (عدد سنوات تعليم أقل) يرتبط بشكاوى محددة، تتصل بالجانب الاجتماعي والعلاقة بالآخرين، من مثل: الحاجة إليهم، مع الإحساس بأنه عبء عليهم، نظراً لعدم القدرة على الاعتماد على النفس (انظر جدول 10)، وقد يفسر ذلك بأن التعليم المرتفع (اعتماداً على عدد سنوات التعليم الأكثر)، يتيح للمسن قدرة أفضل على تدبير أموره بنفسه، ورعايتها، وحاجة أقل إلى الاعتماد على الآخرين. وينسحب ذلك على العلاقة السلبية بين انخفاض مستوى التعليم والخوف من السقوط، وأما الارتباط السلبي بين مستوى التعليم والشعور بالملل؛ فقد يعني أن ارتفاع مستوى تعليم المسن، يمكن أن يجعله أقدر على قضاء الوقت في أمور متنوعة حتى لا يشعر بالملل. وتتفق هذه النتائج مع ما ذكرته "فسكه" وزملاؤها (Fiske et al., 2009)، من أن التعليم العالي من بين الأمور الواقية التي تقلل من عوامل الخطر المؤدية إلى الاكتئاب لدى المسنين.

تخلص هذه الدراسة إلى العلاقة الموجبة بين الشكاوى والأعراض النفسية، التي حددت – بادئ ذي بدء – على أساس واقعي عملي، اعتماداً على ما ذكرته عينة من المسنين في دراسة استطلاعية، سبقت هذه الدراسة، والأدوات السيكومترية القياسية Standard لكل من القلق والاكتئاب والأرق، كما اتضح أن التشابه في معدلات انتشار الشكاوى والأعراض النفسية بين الجنسين يغلب على الاختلاف؛ إذ شملت الفروق الدالة إحصائياً خمسة بنود من 22 بنداً، وذلك على الرغم من أن عدد الشكاوى والأعراض النفسية التي أوردها أكثر من ثلث العينة هي (7، و11) لدى الرجال والنساء على التوالي. ومن النتائج المهمة كذلك، الارتباط الدال إحصائياً بين مجموع الشكاوى والأعراض الجسمية وكل من التقدم في السن (إيجابياً)، ومستوى التعليم (سلبياً). وعلى مستوى أكثر تفصيلاً، فإن التقدم في السن يرتبط إيجابياً بشكاوى وأعراض معينة، والأمر ذاته بالنسبة إلى مستوى التعليم (سلبياً).

وأخيراً تجدر الإشارة إلى حدود هذه الدراسة، والحاجة إلى إجراء تحليل عاملي لقائمة الشكاوى والأعراض النفسية، فضلاً عن تحليل الانحدار، وذلك منوط بدراسة أخرى. وتوصي هذه الدراسة بضرورة الاهتمام بتوفير خدمات الرعاية الطبية للمسنين، فضلاً عن توفير اختصاصيين نفسيين في الإرشاد أو العلاج النفسي، لتقديم الرعاية النفسية لبعض المسنين الذين يحتاجون إليها، بوصفهم فئة في المجتمع مهمة ومتزايدة العدد.

المراجع:

أحمد عبدالخالق (1994). **الدراسة التطورية للقلق**. حوليات كلية الآداب، جامعة الكويت، الحولية 14، الرسالة 90.

أحمد عبدالخالق (2000). **أصول الصحة النفسية** (ط4). الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

أحمد عبدالخالق (2003). اضطرابات النوم وعلاقتها بالقلق والاكتئاب: دراسة تنبئية، **المجلة المصرية للدراسات النفسية**، المجلد 13، العدد 41: 1–27.

أحمد عبدالخالق (2007). معدلات انتشار الأرق وعواقبه لدى عينة من الراشدين الكويتيين. **دراسات نفسية**، 17: 247–270.

أحمد عبدالخالق (2009). **علم نفس الشخصية**. مطبوعات جامعة الكويت: مجلس النشر العلمي: لجنة التأليف والتعريب والنشر.

أحمد عبدالخالق (2012). إعداد القائمة الكويتية لمشكلات المسنين وحاجاتهم الإرشادية. **دراسات نفسية**، 226(4): 495–506.

أحمد عبدالخالق، وعبدالفتاح دويدار، ومايسة النيال، وعادل كريم، والسيد عبدالغني (1989). الفروق في القلق والاكتئاب بين مجموعات عمرية مختلفة من الجنسين. **بحوث المؤتمر الخامس لعلم النفس في مصر**، القاهرة: الجمعية المصرية للدراسات النفسية: 97–113.

أحمد عبدالخالق، ومايسة النيال (2006). الأعراض والشكاوى الجسمية وعلاقتها بالضيق من الموت. **دراسات عربية في علم النفس**، 5(3): 485–500.

آمال عبدالسميع باظة (1998). الاتجاهات المختلة وظيفياً والسلبية واليأس لدى المسنين. **المجلة المصرية للدراسات النفسية**، المجلد 9، العدد 21: 228–274.

جمعة سيد يوسف، وعزة عبدالكريم مبروك (2005). محددات الصحة الجسمية والنفسية لكبار السن. **دراسات عربية في علم النفس**، 4(4): 11–83.

جمعة سيد يوسف، وعزة عبدالكريم مبروك (2006). **الصحة الجسمية والنفسية للمسنين**. القاهرة: دار غريب.

حسن مصطفى عبدالمعطي (2005). **سيكولوجية المسنين**. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

خالد عبدالغني (1998). أنماط اضطرابات النوم لدى الراشدين والمسنين وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية. رسالة ماجستير، ملخص في مجلة علم النفس، القاهرة، السنة 13 العدد(49): 134.

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

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

عزة مبروك (1994). **الأبعاد الأساسية للتوافق النفسي والاجتماعي لدى المسنين المتقاعدين وغير المتقاعدين عن العمل**. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

عزة مبروك (2001). استخدام المساندة النفسية الاجتماعية لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي والصحي للمسنين. **مجلة كلية الآداب**، جامعة القاهرة، 61(2): 364–365.

عواطف إبراهيم (2002). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالوحدة النفسية والتفاؤل والتشاؤم لدى المسنين المقيمين بدور الرعاية. **مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية**، مجلد 13، الجزء 3: 181–286.

مايسة النيال، وماجدة علي (1995). السعادة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والشخصية لدى عينة من المسنين والمسنات: دراسة سيكومترية مقارنة، **مجلة علم النفس**، السنة 9، العدد 36: 22–40.

مجدة أحمد، وإيمان محمود (2000). التوافق النفسي وعلاقته بكل من الوعي الديني وقلق الموت لدى المسنين. **مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية**، 11(4): 11–90.

محمد عبدالمقصود (1990). دراسة بعض المتغيرات المرتبطة بالتوافق النفسي لدى المسنين. **مجلة علم النفس**، السنة 4، العدد 13: 174–178.

نبيل الفحل (2001). دراسة الفروق بين الاستجابات لبعض أعراض الاكتئاب لدى المسنين المصريين والسعوديين من الجنسين. **المؤتمر السنوي الثامن لمركز الإرشاد النفسي**، القاهرة: جامعة عين شمس: 401–438.

هشام عبدالله (2001). العلاقة بين أساليب مواجهة ضغوط الحياة والشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من المسنين. **المؤتمر السنوي الثامن لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس**: 355–400.

Abdel-Khalek, A. M. (2000). The Kuwait University Anxiety Scale: Psychometric properties. *Psychological Reports*, 87, 478-492.

Abdel-Khalek, A. M. (2001). Epidemiologic study of sleep disorders in Kuwaiti adolescents. *Perceptual and Motor Skills*, 93, 901-910.

Abdel-Khalek, A. M. (2004). Prevalence of reported insomnia and its consequences in a survey of 5, 044 adolescents in Kuwait. *Journal Sleep*, 27, 726-731.

Abdel-Khalek, A. M. (2006). Prevalence of insomnia complaints and its consequences in Kuwaiti college students. *Sleep and Hypnosis*, 8, 54-60.

Abdel-Khalek, A. M. (2007, March). *Anxiety levels in east and west: 18 Arab countries, Germany, Spain, U.K., and U.S.A*. Presented at the 15th European Congress of Psychiatry, Madrid, Spain, March 17-21, 2007.

Abdel-Khalek, A. M. (2008). The development and validation of the Arabic Scale of Insomnia (ASI). *Sleep and Hypnosis*, 10, 3-10.

Abdel-Khalek, A. M., & Alansari, B. M. (2004). Gender differences in anxiety among undergraduates from ten Arab countries. *Social Behavior and Personality*, 32, 649-655.

Abdel-Khalek, A. M., & Lester, D. (2009). Death anciety as related to somatic symptoms in two cultures. *Psychological Reports,* 105, 409-410.

Anastasi, A. (1988). *Psychological testing* (6thed.). New York: Macmillan.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV). Washingtion, DC: American Psychiatric Press.

Aiken, L. R., & Groth-Garnat, G. (2006). *Psychological testing and assessment* (12th ed.) Boston: Person.

Beau dreau, S. A., & O' Hara, R. (2009). The association of anxiety and depressive symptoms with cognitive performance in community - dwelling older adults. *Psychology and aging*, 24, 507-512.

Benedetti, T. R., Borges, L. H., Petroski, E. L., & Gonçalves, L. H. (2008). Physical activity and mental health status among elderly people. *Revista de Saúde Públicea*, 42, 302-307.

Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2004). What symptoms of depression predict mortality in community - dwelling elders? *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 2052-2056.

Chang, N.T., Chi, L. Y., Yang, N. P., & Chou, P. (2010). The impace of falls and fear of falling on health - related quality of life in Taiwanese elderly. *Journal of Community Health Nursing*, 27, 84-95.

Drewnowski, A., Monsen, E., Birkett, D., Gunther, S., Vendeland, S., Su, J. et al. (2003). Health screening and health promotion programs for the elderly. *Disease Management and Health Outcomes*, 11, 299-309.

Finkelstein, E. A., Bray, J. W., Chen, H., Larson, M. K., Miller, K., Tompkins C. et al. (2003). Prevalence and costs of major deperssion among elderly calimants with diabetes. *Diabetes Care*, 26, 415-420.

Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-398.

Haringsma, R., Engels, G. I., Beekman, A. T. F., & Spinhoven, Ph. (2004). The criterion validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) in a sample of self - referred elders with depressive symptomatology. *International Journal of Geriatric Psychiaty*, 19, 558-563.

Kuhiruyaratn, P., Pongpanich, S., Somrongthong, R., Love, E., & Chapman, S. (2007). Social support among elderly in Khon Kean Province, Thailand. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 38, 936-946.

Nadler, J. D., Damis, L. F., & Richardson, E. D. (1997). Psychosocial aspects of aging. In P. D. Nussbaum (Ed.), *Handbook of neuropsychology and aging*, (pp. 44-62). New York: Plenum Press.

Okamoto, T., & Tanaka, Y. (2004). Gender differences in the relationship between social support and subjective health among elderly persons in Japan. *Preventive Medicine*, 38, 318-322.

Pang, K. Y., & Lee, M. H. (1994). Prevalence of depression and somatic symptoms among Korean elderly immigrants. *Yonsei Mdeical Journal*, 35, 155-161.

Porzych, K., Kedziora-Kornatowska, K., Porzych, M., Pollak & Motyl, J. (2005). Depression and anxiety in elderly patients as a challenge for geriatric therapeutic team. *Annales Academiae Medicae Bialostocensis*, 50, 272-275.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

Schwarzer, R., Knoll, N., & Rieckmann, N. (2003). Social support. In A. Kaptein, & J. Weinman (Eds.), *Introduction of health psychology* (pp. 1-23). Oxford: Blackwell.

Sin, M. K., LoGerfo, J., Belza, A., & Cunningham, S. (2004). Factors influencing exercise participation and quality of life among elderly Korean Americans. *Journal of Cultural Diversity*, 11, 139-145.

Sohng, K. Y., Sohng, S., & Yeom, H. A. (2002). Health - promoting behaviors of elderly Korean immigrants in the United States. *Public Health Nursing*, 19, 294-300.

Spira, A. P., Stone, K., Beaudreau, S. A., Ancoli - Israel, S., & Yaffe, K. (2009). Anxiety symptoms and objectively measured sleep quality in older women. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 136-143.

World Health Organization. (1984). World Health Organization constitution. In *Basic documents*, Geneva, Switzerland: Author.

قدم في: أكتوبر 2012
أجيز في: يوليو 2013