Counseling Needs among a Sample of Elderly Kuwaitis

Ahmed M. Abdel-Khalek

Absreact: The general aim of this study was to estimate the counseling needs in a sample of elderly Kuwaitis (N = 366), aged between 60 and 90 years. They responded to the Kuwaiti Checklist of Problems and Counseling Needs, which consists of five subscales including the counseling needs (16 items). The percentage of persons who endorsed one or the other of items ranged from 20.5% to 60.3%. Gender-related differences were significant only in two items. The needs of the elderly were classified into three categories - namely health, social relations, and entertainment. More than half of the men and women in the sample chose the health-related item which reports the patient's need for"Selecting caring doctors".Based on the five items with the highest frequency, it was found that men choose the items related to health, whereas women favored the items connected with social aspects. The counseling needs were significantly and positively correlated with physical diseases, psychological disorders, problems with offspring, and social problems. The study recommends fulfilling the elderly needs to reach successful aging.

Keywords: Counseling needs, Problems of the aged, Health, social relations, Entertainment, Successful aging.

الحاجات الإرشادية لعينة من المسنين الكويتيين(*)

أحمد محمد عبد الخالق(**)

ملخص: هدفت هذه الدراسة – بوجه عام – إلى بيان الحاجات الإرشادية لعينة من المسنين الكويتيين من الجنسين (ن = 366)، ممن راوحت أعمارهم بين 60 و 90 سنة. أجابوا عن القائمة الكويتية لمشكلات المسنين وحاجاتهم الإرشادية التي اشتملت على خمسة مقاييس فرعية، يهمنا منها الحاجات الإرشادية التي ضمت 16 حاجة أو متطلباً. وقد راوحت النسب المئوية للأفراد الذين اختاروا بنداً أو آخر من هذه البنود بين 20,5%، و60,3%، وظهرت الفروق الدالة إحصائياً بين الجنسين في بندين فقط. وقد صنفت هذه الحاجات إلى ثلاث فئات شملت الصحة، والعلاقات الاجتماعية، والترفيه. وقد اختار أكثر من نصف عدد الرجال والنساء – كل على حدة – البند الذي يتعلق بالجوانب الصحية، ونصه: "اختيار أطباء عندهم طول بال"، وقد حصل هذا البند على أعلى نسبة مئوية في كل بنود القائمة. وفيما يتعلق بأعلى البنود الخمسة تكراراً، فقد اختصت ثلاثة بنود بالصحة لدى الرجال، وثلاثة بالجوانب الاجتماعية عند النساء. وارتبط عدد الحاجات المطلوبة ارتباطاً دالاً إيجابياً بكل من: الأمراض العضوية، والاضطرابات النفسية، والمشكلات مع الأبناء، والمشكلات الاجتماعية. وتوصي هذه الدراسة بضرورة الاهتمام بتلبية هذه الحاجات لدى المسنين، وصولاً إلى تحقيق الشيخوخة الناجحة.

المصطلحات الأساسية: الحاجات الإرشادية، مشكلات المسنين، الصحة، العلاقات الاجتماعية، الشيخوخة الناجحة.

مقدمة:

بدأ الاهتمام بمرحلة الشيخوخة، وتصنيف المؤلفات عنها منذ القرن الأول قبل الميلاد، حيث كتب "سيسرون" الخطيب الروماني الشهير، رسالة عن الخواص السلوكية لكبار السن، والأعمال المناسبة لهم، وفي البلاد العربية، كتب "أبو حاتم السجستاني" رسالة عن المعمرين في عام 864م، وقد زاد الاهتمام بهذه الفئة العمرية المهمة، ولا سيما بعد زيادة أعدادهم في كل المجتمعات (عبد اللطيف خليفة، 1997). وعرض عبد الحميد شاذلي (2001: 3–13)، تاريخاً مفصلاً للدراسات عن المسنين.

(*) 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، aabdel-khalek@hotmail.com

وقد تزايدت معدلات الأعمار في العقود الأخيرة في كل دول العالم، ولهذه الزيادة أسباب عدة، يأتي على رأسها اتباع كثير من الأفراد السلوك الصحي، وتطور برامج الرعاية الصحية، ومن ثم؛ اتسعت بحوث علم الشيخوخة Gerontology، وطب الشيخوخة Geriatrics. ويرتبط السن المتقدم – في أغلب الحالات – بمشكلات صحية جسمية ونفسية واجتماعية، وكلما تقدم العمر بالإنسان، فإن احتمال زيادة مثل هذه المشكلات يرتفع. ونظراً لارتفاع معدل أعمار الكويتيين بالنسبة إلى غيرهم من مواطني الدول العربية، فمن المتوقع أن ترتفع معدلات هذه المشكلات في السن المتقدم لدى الكويتيين، كما هو الحال في غيرها من الدول.

وحدث تغير في هرم العمر منذ منتصف القرن العشرين فصاعداً، كما حدثت زيادة في الأعمار في كل دول العالم المتقدم والنامي، وبمعدل سريع، وكانت هذه الزيادة مقصورة على الدول المتقدمة قبل ذلك (Benedetti, Borges, Petroski, & Goncalves, 2008). وقد برز في هذا المجال، مصطلح الشيخوخة الناجحة Successful Aging، الذي يشير إلى المحافظة على الوظائف النفسية والجسمية، والاندماج في المناشط الاجتماعية (Drewn-owski, Monsen, Birkett, Gunther, Vendeland, Sue et al., 2003).

وتهدف هذه الدراسة – بوجه عام – إلى بيان الحاجات الإرشادية لعينة من المسنين الكويتيين من الجنسين. ومن ثم، تتحدد مشكلة هذه الدراسة على النحو الآتي: ما أهم الحاجات الإرشادية لعينة المسنين المستخدمة؟ وما أهم المتغيرات المرتبطة بها ؟ وتعرف الحاجات الإرشادية Counseling needs بأنها حالة نفسية، أو مشكلة اجتماعية، أو حالة نقص، تتسبب في شعور الفرد بالضيق، وتتطلب التعديل أو التغيير، أو تقديم حل، وإذا حدث هذا التغيير فإن نوعية حياة الفرد تتحسن، وتصبح أكثر رفاهية وسعادة، ويتم هذا التعديل بطرائق شتى، منها تقديم المشورة أو النصح، أو بإنشاء الدولة لبرامج معينة. وتعرف الحاجات الإرشادية إجرائياً، بعدد الحاجات ونوعها التي يختارها المبحوث، من قائمة الحاجات الإرشادية للمسنين، التي أعدت في هذه الدراسة. وقد عُرّف المسن في هذه الدراسة بأنه المواطن الكويتي الذي يراوح عمره بين 60 و90 سنة، وكان هذا المدى العمري من بين أسس اختيار أفراد العينة. كما تحددت المتغيرات النفسية والجسمية بالقلق، والاكتئاب، والأرق، والشكاوى من الأمراض العضوية، والاضطرابات النفسية. وعُرِّفت المتغيرات الديموجرافية بالسن، ومستوى التعليم. أما المتغيرات الاجتماعية فشملت متغيرين، هما: المشكلات مع الأبناء، والمشكلات الاجتماعية.

الدراسات السابقة عن الحاجات الإرشادية للمسنين:

من الملاحظ أن البحوث السابقة في الحاجات الإرشادية قليلة، ويركز معظمها على عينات الطلاب، والجامعيين منهم بوجه خاص، وقد نتج عن استقصاء بعض قواعد البيانات عدد محدد من البحوث على المستوى العالمي، أجريت على المسنين، وعدد أقل على المستوى العربي؛ فقد درست "جين مايرز" (Myers, 1978) الحاجات الإرشادية للمسنين، واستخدمت عينة قوامها 850 مسناً من شمال فلوريدا، ووضعت أداة مسحية لتحديد حاجاتهم، وقد حددتها في أربعة مجالات على النحو الآتي: الحاجات الشخصية، والعلاقات الاجتماعية، والنشاط، والبيئة، وعينت مجموعات المسنين الأكثر حاجة إلى خدمات الإرشاد الفوري في هذه المجالات.

ودرس محمد عودة (1986) مشكلات عينة من المسنين الكويتيين (ن = 64) من الذكور (ن = 38) والإناث (ن = 26)، كان منهم (12) فرداً من دار الرعاية الاجتماعية للمسنين، و(52) فرداً حصل عليهم الباحث من خلال طلبة كلية التربية والآداب والعلوم، ومن خلال مكاتب الإشراف الاجتماعي. وقد طبق على أفراد العينة استبانة بعنوان: "مشكلات مرحلة الشيخوخة"، وهي قائمة بالمشكلات المتوقع ظهورها في مرحلة الشيخوخة، وقد بلغ عددها (96) مشكلة، تغطي خمسة مجالات على النحو الآتي: الحالة الصحية والبدنية، والحالة النفسية، والعلاقات الاجتماعية، والحالة المالية والمهنية، ومجال النشاط الترفيهي.

وقد كشفت هذه الدراسة أن مشكلات المسنين الكويتيين تشمل: المرض، والأرق، وضعف البصر والسمع، والحساسية نحو بعض الأطعمة، والتعب، وضعف القدرة العقلية العامة، والاضطراب الانفعالي، والقلق، والإحساس بالوحدة، والتعصب للرأي، والخوف من الله، وصراع الأجيال، وانقطاع الصلة بالأقارب، ومشكلات وقت الفراغ. كما بينت هذه الدراسة أن لكل من الذكور والإناث بعض المشكلات الخاصة، وكانت عينة المسنين المستمدة من دار الرعاية الاجتماعية أكثر معاناة من الأمراض الجسمية والنفسية عن غيرهم.

ومن الملاحظ على هذه الدراسة المبكرة (عودة، 1986)، أنها أجريت قبل العدوان العراقي على دولة الكويت في عام 1990، ومنذ ذلك التاريخ فصاعداً، حدثت تغيرات كبيرة في المجتمع الكويتي. وتُنقد هذه الدراسة بصغر حجم عينة المسنين التي استخدمتها، فضلاً عن عدم تجانسها، كما كان تأليف استبانة "مشكلات

مرحلة الشيخوخة" على أساس تحكمي؛ حيث ذكر مؤلفها أنها "قائمة بالمشكلات المتوقع ظهورها في مرحلة الشيخوخة" (ص 62).

ويرى "وودز" (2000) أن المشكلتين الرئيستين في مجال الصحة النفسية للمسنين، هما العته أو الخرف والاكتئاب. وقد قسّم توفيق بن خوجه، وعواد الخطابي (2003: 10–15) احتياجات المسنين إلى احتياجات اقتصادية، أهمها نقص الدخل الشهري، واحتياجات اجتماعية أهمها إنشاء دور للمسنين، توفر لهم الطعام والشراب والإقامة والرعاية، وتعزيز علاقاتهم الاجتماعية حتى لا يشعروا بالعزلة، واحتياجات صحية ومستشفيات خاصة، يعمل بها أطباء متخصصون في طب الشيخوخة، واحتياجات ترويحية وإنشاء نواد خاصة بهم، هذا فضلاً عن الاحتياجات السكنية، والثقافية، وأما الاحتياجات النفسية فتتركز في الحاجة إلى إعداد المسنين لمرحلة الكبر، والاستفادة من إمكاناتهم، وبرامج تهدف إلى تقريب الفجوة بين الأجيال، وتوعية الرأي العام بأهمية توفير مناخ نفسي مريح لكبار السن، وتوفير الخدمات النفسية لهم.

وقد بين محمد غانم (2004: 39–43) أن للمسنين احتياجاتهم الخاصة، تتعلق بحاجتهم إلى أن يشعروا بقيمتهم، وأنهم أعضاء نافعون في المجتمع، وتوفير الرعاية الصحية والجسدية والنفسية لهم، والاهتمام بهم، كما يتمثل ذلك في إنشاء نواد خاصة بالمسنين، وقيامهم بأعمال مفيدة يشغلون بها وقت فراغهم، هذا فضلاً عن تقديم برامج إرشادية لهم، تساعدهم على تقبل فكرة التقاعد، وتقبل التغيرات الجسمية التي تحدث لهم، وتقبل تناقص الدخل الشهري، مع ضرورة التكيف والتوافق للمشكلات الأسرية.

وفي دراسة أخرى صنفت الحاجات الإرشادية لكبار السن إلى حاجات مرتبطة بالصحة، والأسرة، والجوانب الاقتصادية، والدينية، والاجتماعية، والشخصية (Vandana & Subramanyam, 2004). وقام "باترا" (Batra, 2004) بتصنيف المشكلات الصحية (الجسمية والنفسية) لدى عينة من كبار السن الهنود، وبحث ارتباط هذه المشكلات بعدة متغيرات، منها: الجنس، والديانة، والحالة الاجتماعية، والمستوى الاقتصادي، والإدراك الشخصي، وقد ظهرت ارتباطات بين بعض هذه المتغيرات والمشكلات الصحية.

أجرى "صديق، ورامبال، وعفيفي" (Sidik, Rampal, & Afifi, 2004)، دراسة

لتحديد المشكلات النفسية والصحية لدى عينة من المسنين المقيمين في خمس قرى في ماليزيا (ن = 223). وكان معدل مشكلات الصحة الجسمية 60,1%، في حين كانت معدلات انتشار مشكلات الصحة النفسية كالاكتئاب والإعاقة المعرفية 7,6%، و22,4 على التوالي.

وقد عرض كمال مرسي (2006: 80–85) مطالب مرحلة كبر السن، ولخصها في الجوانب الآتية: الوقاية من الشيخوخة المبكرة، وتوفير الرعاية الصحية، وتدعيم وجود كبير السن في أسرته، وتشغيل كبار السن، وتنمية البعد الروحي عند كبار السن.

وعالج عبد العزيز الغريب، وناصر العود (2007) ظاهرة إساءة معاملة كبار السن، التي تعد مشكلة اجتماعية خطيرة؛ حيث أصبح كبار السن عرضة للتمييز والتفرقة؛ فيُسمّون: الأقلية المحرومة Disprivileged minority، وعرض المؤلفان لمظاهر الإساءة ضد كبار السن في بعض البلاد العربية، منها العنف، وسوء المعاملة من القرين، أو الأبناء، أو زوجة الابن، والإيذاء البدني أو النفسي، والإهمال، والاستنزاف المادي، ووصل الأمر إلى حد ارتكاب الجرائم ضد كبار السن، كالقتل، والضرب، والجرح، والإيذاء، والسرقة، وقد وصل الأمر ببعض المسنين إلى الانتحار. وقد بينت مروى محمد شحتة (2008) تزايد ظاهرة الإساءة للمسنين في بلاد كثيرة، مع التركيز على المجتمع المصري.

ودرس "شارما وثاكر، وكور" (Sharma, Thakur, & Kaur, 2012) المشكلات الصحية في عينة هندية (ن = 300)، وقد ذكر 73,3% من أفراد العينة وجود هذه المشكلات، وكان أبرزها على التوالي (بدءاً من الأكثر انتشاراً) على النحو الآتي: اضطرابات الحركة، والجهاز التنفسي، وارتفاع ضغط الدم، وضعف البصر، والسكر، وأمراض القلب، والمعدة، والمشكلات النفسية، ومشكلات الأعصاب، وفقد السمع، والاضطرابات الجنسية البولية، والجلد. وأوصى الباحثون بضرورة إنشاء مراكز لرعاية المسنين، من النواحي الجسمية والنفسية والاجتماعية. وقارن "ظارا، وجوجسان" (Dhara & Jogsan, 2013) بين عينتين من الراشدين والمسنين، ووجدا أن المسنين أكثر اكتئاباً، وأقل سعادة بالمقارنة إلى الراشدين.

وتعدد "كارمن" (Carmen, 2013) مشكلات المسنين في رومانيا بأنها: مشكلات صحية، ومالية، وفقر، وإدمان، واستبعاد اجتماعي، ومشكلات تقاعد، وسوء

معاملة، ومن الممكن أن تؤدي مشكلة أو أخرى من هذه المشكلات إلى وضع المسن في دار الرعاية، سواء أكانت الإقامة في هذه الدور بشكل كامل، أم لرعاية المسن في النهار ثم يعود إلى أسرته، ولكن قرار وضع المسن في دور الرعاية يعد مسؤولية كبرى، ويتطلب التهيئة الإرشادية للمسن قبل إيداعه في هذه الدور، وبخاصة أن هذا الإيداع يمكن أن يؤدي إلى عواقب سلبية، من مثل: الاكتئاب، والعزلة، والإعاقة المعرفية، وفقد سيطرة المسن على صحته وأموره الشخصية، وسوء التغذية، وإعاقة وظائفه البدنية.

وقارن كرستينسن، وثنجارد، وأوكسوزان، وسيتنستروب، وأندرسون – رانبيرج، وجين، وزملاؤهم (Christensen, Thinggaard, Oksuzyan, Steenstrup, Andersen - Ranberg, Jeune, et al., 2013) بين مجموعتين من المسنين في الدنمارك، المجموعة الأولى ولدت في عام 1905، وقيست خصائصها عندما كان عمرها 93 سنة (ن = 2262)، والمجموعة الثانية ولدت في عام 1915، وقيست عندما كان عمرها 95 سنة (ن = 1584). وأسفرت النتائج أن المجموعة التي ولدت في عام 1910 – على الرغم من أنها كانت أكبر بمقدار عامين عن مجموعة مواليد عام 1905 – فقد حصلت على درجات أفضل جوهرياً من مجموعة 1905 في المقاييس المعرفية، وفي مناشط الحياة اليومية، وهو ما يشير إلى أن كثيراً من الناس يعيشون حتى أعمار كبيرة، مع تمتعهم بحالة صحية جيدة.

ودرس "ديميردس" (Demirdis, 2013) الحاجات النفسية والإرشادية، لدى عينة قوامها 667 من المسنين الأتراك، وقد بينت هذه الدراسة أن الحاجات النفسية والإرشادية لهذه العينة، تختلف تبعاً لمتغيرين مهمين، هما: العمل مقابل التقاعد، ومكان الإقامة الذي يقضون فيه معظم حياتهم (القرية، أو المدينة الصغيرة، أو المدينة الكبيرة). ويشير هذا المؤلف إلى بعض الدراسات التي تؤكد الحاجة الماسة لمواجهة الحاجات الإرشادية لكل من المسنين الذين لا يعملون، ومن لهم دخل منخفض، ومن يعيشون في منطقة أقل تطوراً.

لقد أدت زيادة أعداد المسنين، فضلاً عن الظروف العالمية المتغيرة، إلى مواجهة المسنين لمشكلات اجتماعية ونفسية عدة، وتزداد هذه المشكلات لدى المسنين المودعين في مؤسسات، وقد درس "سنج، وسنج، ولال، وجين" (Singh, Singh, Lall, & Jain, 2013) عينة من المسنين في "كاتاماندا" في "نيبال"، ووجدوا أن مشكلاتهم

تتركز في: الاكتئاب، والوحدة، والعزلة الاجتماعية، والقلق، والإهمال، ونقص الثقة بالنفس، وفقد الذاكرة.

تعقيب على الدراسات السابقة:

من استقراء الدراسات السابقة، التي أسفر عنها استقصاء بعض قواعد البيانات والمراجع، في الحاجات الإرشادية والمشكلات لدى المسنين، يتضح أن عدد هذه الدراسات قليل على المستوى العربي، وغير متاح على المستوى الكويتي إلا من دراسة واحدة في حدود علم الباحث، أجريت منذ مدة غير قصيرة، مع ملاحظة أن معظم الدراسات العربية تحدد الحاجات الإرشادية ومشكلات المسنين على أساس تأملي نظري (انظر مثلاً: عودة، 1986؛ ومرسي، 2006)، وليس اعتماداً على بحث واقعي عملي. ونظراً لندرة الدراسات العربية عن الحاجات الإرشادية للمسنين، فإن الحاجة ماسة إلى دراستها لدى عينة كويتية من المسنين.

تساؤلات الدراسة:

1 – ما الحاجات الإرشادية لدى عينة من المسنين الكويتيين ؟

2 – ما معدلات وجود هذه الحاجات الإرشادية ؟

3 – ما الفروق بين الجنسين في الحاجات الإرشادية ؟

4 – ما العلاقة بين الحاجات الإرشادية للمسنين وبعض المتغيرات الديموجرافية والاجتماعية والنفسية؟

أهمية الدراسة:

1 – ندرة البحوث التي أجريت في هذا الصدد، على عينات من المسنين في المجتمع الكويتي، على الرغم من تزايد أعدادهم.

2 – يعد تحديد الحاجات الإرشادية للمسنين، الخطوة الأولى لتلبية تلك الحاجات، وهو ما يسهم في أن تعيش هذه الفئة المهمة في المجتمع، حياة كريمة تقل فيها المشكلات قدر الإمكان.

3 – بيان المتغيرات النفسية والاجتماعية والديموجرافية، التي ترتبط بحاجات المسنين، وصولاً إلى مزيد من الفهم لمتعلقات التقدم في السن.

4 – إتاحة مقياس للحاجات الإرشادية، يمكن الباحثين من تحديد الحالات التي تحتاج إلى إرشاد أو رعاية.

5 – يمكن استخدام بنود مقياس الحاجات الإرشادية لوضع برامج أو نظم إرشادية لإشباع هذه الحاجات.

المنهج:

العينة:

استخدمت عينة متاحة من المتطوعين، قوامها 366 فرداً (151 رجلاً، و215 امرأة)، راوحت أعمارهم بين 60 و90 (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، واشترطت موافقتهم على التطوع، والموافقة على الإجابة عن المقياس في حضور الباحث. وقد اختيرت هذه العينة المتاحة من أماكن مختلفة، من مثل الديوانيات، والمقاهي الشعبية، والمختاريات، وجمعيات النفع العام، والمستوصفات، والمنازل، وكان أساس اختيار هذه العينة، الانتقاء من بين المتاح Convenience، وبطبيعة الحال، لم يجبر أي مبحوث على التطوع.

أدوات الدراسة:

1 – القائمة الكويتية لمشكلات المسنين وحاجاتهم الإرشادية (عبد الخالق، 2012):

وضعت القائمة الكويتية لمشكلات المسنين وحاجاتهم الإرشادية، اعتماداً على سؤال مفتوح النهاية Open - ended question، وجه إلى عينة منهم (ن = 75، من غير عينة الدراسة الأساسية)، وكان نصه على النحو الآتي:

"أفيد سيادتكم بأن قسم علم النفس بجامعة الكويت، يجري دراسة عن احتياجات ومشكلات الآباء والأمهات الذين وصلوا إلى سن الستين وما بعدها (ونتمنى لكم طول العمر والصحة). برجاء التفضل بالإجابة عن السؤال التالي، وسوف تفيدنا إجابتكم كثيراً في إجراء هذا البحث، علما بأن إجابتكم سوف تعامل بسرية تامة، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي. جزاكم الله خير الجزاء".

*** ما أهم المشكلات التي تواجهها في الفترة الأخيرة، وتحتاج إلى مساعدة فيها؟**

وطبعت هذه التعليمات والسؤال التالي لها في أعلى الصفحة، وترك أسفلها فارغاً ليكتب المبحوث إجاباته. ونتج عن تطبيق هذا السؤال، مئات من البنود، أجري عليها عدد من التعديلات على النحو الآتي:

1 – حذف المكرر.

2 – اختصار البنود.

3 – قسمة البنود المركبة إلى فروعها؛ بحيث يتضمن البند الواحد موضوعاً واحداً.

4 – تكوين القائمة قبل النهائية.

5 – تصنيف بنود هذه القائمة إلى الأبعاد أو المقاييس الفرعية الخمسة الآتية:

أ – الأمراض الجسمية: شمل هذا البعد 14 مشكلة صحية ومرضاً.

ب – الاضطرابات النفسية: شمل هذا البعد 22 بنداً.

ج – المشكلات مع الأبناء: ضم هذا البعد تسعة بنود.

د – المشكلات الاجتماعية: شمل هذا البعد 12 فقرة.

هـ – الحاجات المطلوبة: شمل 16 بنداً.

6 – مراجعة عدد من المتخصصين في علم النفس لهذه القائمة، ونتج من ذلك تعديلات طفيفة.

وتختص هذه الدراسة – في المقام الأول – بالمقياس الفرعي الأخير، وهو مقياس الحاجات الإرشادية، مع استخراج الارتباطات بين هذا المقياس، وبقية الأبعاد الأربعة المذكورة أعلاه بوصفها درجات كلية.

وقد اعتمد على إجابات المبحوثين، مع أقل قدر من التدخل في إضافة بنود جديدة، باستثناء الخطوات التي أشير إليها في الفقرة السابقة، ثم فرغت الاستجابات، وحسبت تكرارات كل بند، واختيرت البنود التي ذكرها عدد مقبول من المبحوثين، واستبعدت الاستجابات ذات التكرار المنخفض. كما اعتمد تصنيف القائمة إلى الأبعاد الخمسة كذلك على إجابات المبحوثين أنفسهم. ثم روجعت هذه القائمة وحكّمها عدد من المختصين في علم النفس، وأدخلت عليها تعديلات طفيفة، اقترحها المختصون.

وقد بدأ القسم الأخير أو المقياس الفرعي الخاص بالحاجات الإرشادية – في صيغته النهائية – بالسؤال الآتي: ما أهم ما تحتاج إليه هذه الأيام؟ وشمل هذا البعد 16 فقرة، يضع المبحوث دائرة على رقم الفقرة التي يختارها (انظر جدول 2).

معاملات ثبات القائمة:

طبقت القائمة الكويتية لمشكلات المسنين وحاجاتهم الإرشادية على عينة أخرى، قوامها 20 مسناً من الجنسين (10 رجال، و10 نساء)، ممن تنطبق عليهم الشروط السابق بيانها في اختيار العينة، ثم أعيد تطبيق القائمة نفسها بعد أسبوع، وكان التطبيق في المرتين يتم في جلسات فردية، ويبين جدول (1) معاملات الثبات، وقد راوحت معاملات ثبات إعادة التطبيق لأبعاد القائمة بين 0,90 و0,94، وهي معاملات ثبات مرتفعة (انظر: عبد الخالق، 2012).

جدول (1)
معاملات ثبات إعادة التطبيق بعد أسبوع لقائمة مشكلات المسنين وحاجاتهم الإرشادية

أبعاد القائمة	عدد البنود	معامل الثبات
الأمراض الجسمية	14	0,94
الأمراض النفسية	22	0,91
المشكلات مع الأبناء	9	0,93
المشكلات الاجتماعية	12	0,90
الحاجات الإرشادية	16	0,94

صدق القائمة:

لا يستخرج من قائمة الحاجات الإرشادية درجات كلية أو درجات للسمات؛ ذلك أن التركيز هنا ينصب على البنود الفردية كما يدركها المبحوث، فالشكوى أو العرض أو الحاجة الإرشادية، إما أن تكون موجودة وإما أن تكون غير موجودة، وهذه القائمة تشبه قوائم "موني" للمشكلات Moony Problem Check Lists (انظر: Anastasi, 1988: 525)، ومن ثم، يفترض أن صدق مثل هذه القوائم يعتمد على المحتوى (Aiken, 1991: 353). 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)؛ حيث راوحت نسبة اتفاق المحكمين على صدق بنود القائمة بين 74 و، 86%، وهي نسب بين المقبولة والمرتفعة.

2 – المتغيرات النفسية والجسمية :

شملت هذه المتغيرات القلق كما قيس بمقياس جامعة الكويت للقلق (Abdel-Khalek, 2000, 2007)، والاكتئاب وقيس بمقياس مركز الدراسات الوبائية (Radloff, 1977)، والأرق وقيس بالمقياس العربي للأرق (Abdel-Khalek, 2004, 2008)، وعدد الأمراض الجسمية، والاضطرابات النفسية وقيستا بالقائمة الكويتية لمشكلات المسنين (عبد الخالق، 2012).

3 – المتغيرات الديموجرافية:

شملت هذه المتغيرات: السن، ومستوى التعليم.

4 – المتغيرات الاجتماعية :

شملت متغيرين، هما: المشكلات مع الأبناء، والمشكلات الاجتماعية، المشتقين من القائمة الكويتية لمشكلات المسنين وحاجاتهم الإرشادية.

إجراءات التطبيق:

قام باحثون مساعدون مدربون بتطبيق هذه القائمة – تطبيقاً فردياً – على عينة المسنين من الجنسين، ممن تنطبق عليهم الشروط السابق تحديدها، مع طمأنة المبحوثين بأن إجاباتهم ستكون سرية، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي. وكان تعاون المبحوثين ممتازاً، ووجدها كثير من المسنين فرصة جيدة للتعبير عن مشكلاتهم. وقد ركزت هذه الدراسة على مقياس الحاجات الإرشادية (16 بنداً)، واستخرجت الارتباطات بين هذا المقياس، والدرجات الكلية في بقية المقاييس الفرعية الأربعة، للقائمة الكويتية لمشكلات المسنين، وهي: الأمراض الجسمية، والاضطرابات النفسية، والمشكلات مع الأبناء، والمشكلات الاجتماعية. وقد طبقت مقاييس هذه الدراسة في العامين 2011، و2012.

التحليلات الإحصائية:

استخدمت مجموعة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، واستخرجت النسب المئوية، والنسب الحرجة، ومعاملات الارتباط.

النتائج:

جدول (2)
التكرارات، والنسب المئوية، والنسب الحرجة، للحاجات المطلوبة لدى عينة المسنين الرجال (ن = 151) والنساء (ن = 215)

	رجال		نساء		النسبة الحرجة	الدلالة
	التكرار	%	التكرار	%		
1- أحتاج إلى من يمشي معي ساعة يومياً بسبب السكر.	39	25,8	54	25,1	0,15	–
2- أحتاج إلى من يجلس معي يومياً على الغداء والعشاء.	78	51,7	101	47,0	0,88	–
3- أحتاج إلى من يجلس معي أشكو له ويستمع لي.	61	40,4	94	43,7	0,63	–
4- الحاجة إلى شخص دائم بجانبي لتلبية مطالبي.	60	39,7	102	47,4	1,46	–
5- أحتاج إلى علاقات اجتماعية سواء في داخل الأسرة أو خارجها.	54	35,8	80	37,2	0,28	–
6- توفير المؤسسات الصحية المتخصصة في رعاية المسنين.	57	37,7	71	33,0	0,93	–
7- زيادة أنشطة وقت الفراغ المناسبة للمسنين.	42	27,8	59	27,4	0,08	–
8- ضرورة وجود خدمات صحية خاصة بالمسنين.	64	42,4	101	47,0	0,87	–
9- اختيار أطباء عندهم طول بال.	91	60,3	120	55,8	0,85	–
10- الحاجة إلى شخص ينقلني إلى الطبيب.	31	20,5	55	25,6	1,12	–
11- ضرورة توفير مساعدين طبيين لمتابعة المرضى في منازلهم.	43	28,5	82	38,1	1,92	–
12- ضرورة التزام دوائر الدولة بقانون الأولوية لكبار السن.	73	48,3	81	37,7	2,03	0,042

تابع/ جدول (2)
التكرارات، والنسب المئوية، والنسب الحرجة، للحاجات المطلوبة لدى عينة المسنين الرجال (ن = 151) والنساء (ن = 215)

	رجال		نساء		النسبة الحرجة	الدلالة
	التكرار	%	التكرار	%		
13- زيادة كفاءة الرعاية الطبية داخل البيت.	46	30,5	81	37,7	1,43	–
14- زيادة عدد المستشفيات.	71	47,0	93	43,3	0,71	–
15- إنشاء قناة تليفزيونية خاصة للمسنين.	35	23,2	61	28,4	1,11	–
16- استعانة مؤسسات المجتمع المدني بخبراتي.	40	26,5	23	10,7	3,94	0,0001

ويتضح من قراءة جدول (2) أن النسب المئوية للأفراد الذين اختاروا بنداً أو آخر من بنود مقياس الحاجات الإرشادية تراوح بين 20,5% و60,3% لدى الرجال، وبين 23,0%، و55,8% عند النساء. كما يتضح أن الفروق الدالة بين الجنسين، توجد في بندين فقط هما رقم 12: "ضرورة التزام دوائر الدولة بقانون الأولوية لكبار السن"، ورقم 16 "استعانة مؤسسات المجتمع المدني بخبراتي" (نسبة الرجال أعلى).

ويبين جدول (3) الحاجات الخمس المطلوبة لدى الرجال والنساء، ذات التكرارات الأعلى مرتبة تنازلياً.

ومن ملاحظة النتائج الواردة في جدول (3)، يتضح أن الاتفاق بين الرجال والنساء في الحاجات المطلوبة ذات التكرار الأعلى، يتركز في ثلاثة بنود من خمسة، هي البنود أرقام: 2، 8، 9.

جدول (3)
الحاجات الخمس المطلوبة مرتبة تنازلياً

الرتبة	الحاجات المطلوبة			
	رجال (ن=151)	%	نساء (ن = 215)	
1	9- اختيار أطباء عندهم طول بال.	60,3	9- اختيار أطباء عندهم طول بال.	55,8
2	2- أحتاج إلى من يجلس معي يومياً على الغداء والعشاء.	51,7	4- الحاجة إلى شخص دائم بجانبي لتلبية مطالبي.	47,4
3	12- ضرورة التزام دوائر الدولة بقانون الأولوية لكبار السن.	48,3	2- أحتاج إلى من يجلس معي يومياً على الغداء والعشاء.	47,0
4	14- زيادة عدد المستشفيات.	47,0	8- ضرورة وجود خدمات صحية خاصة بالمسنين.	47,0
5	8- ضرورة وجود خدمات صحية خاصة بالمسنين.	42,4	3- أحتاج إلى من يجلس معي أشكو له ويستمع لي.	43,7

ويبين جدول (4) معاملات الارتباط بين عدد الحاجات المطلوبة، والمتغيرات الديموجرافية (السن، ومستوى التعليم)، والمتغيرات النفسية والجسمية (القلق، والاكتئاب، والأرق، والأمراض الجسمية، والاضطرابات النفسية)، والمتغيرات الاجتماعية (المشكلات مع الأبناء، والمشكلات الاجتماعية).

جدول (4)
معاملات الارتباط بين عدد الحاجات المطلوبة وبعض المتغيرات الديموجرافية والنفسية والاجتماعية لدى المسنين من الرجال (ن = 151) والنساء (ن = 215)

المتغير	الارتباط بالحاجات المطلوبة		
	رجال	نساء	العينة الكلية
السن	0,256**	0,050	0,134*
التعليم	-0,267**	0,133	-0,182*
القلق	0,138	0,089	0,108*
الاكتئاب	0,161*	0,031	0,085
الأرق	0,198*	0,080	0,130*

تابع/ جدول (4)
معاملات الارتباط بين عدد الحاجات المطلوبة وبعض المتغيرات الديموجرافية والنفسية والاجتماعية لدى المسنين من الرجال (ن = 151) والنساء (ن = 215)

المتغير	الارتباط بالحاجات المطلوبة		
	رجال	نساء	العينة الكلية
الأمراض الجسمية	0,515**	0,567**	0,538**
الاضطرابات النفسية	0,635**	0,572**	0,594**
المشكلات مع الأبناء	0,394**	0,457**	0,430**
المشكلات الاجتماعية	0,654**	0,689**	0,674**

ومن ملاحظة جدول (4)، يتضح أن الاتفاق بين الجنسين، يتركز في الارتباط الدال إحصائياً بين الحاجات المطلوبة والمتغيرات الآتية: الأمراض العضوية، والاضطرابات النفسية، والمشكلات مع الأبناء، والمشكلات الاجتماعية.

مناقشة النتائج:

من الواضح أن معدلات الأعمار في المجتمع الكويتي قد تزايدت في العقود الأخيرة، ومن ثم ؛ فقد تزايدت أعداد المسنين الكويتيين، وتتطلب زيادة هذه الأعداد مزيداً من الاهتمام والرعاية بهذه الفئة المهمة في المجتمع، التي بذلت خلال أعمارها جهوداً كبيرة في سبيل تطوير هذا المجتمع. وفي هذه المرحلة المهمة من العمر، لابد أن تتحقق مطالب أفرادها وتشبع احتياجاتهم، وكان التوقع أن تواكب الدراسات الصحية والنفسية والاجتماعية هذا التزايد في أعداد المسنين الكويتيين، ولكن واقع الحال غير ذلك، فالبحوث النفسية في هذا المجال نادرة جداً، ولا يكاد الباحث يرصد سوى دراسة واحدة في هذا المجال، أجريت في وقت مبكر (عودة، 1986)، وقد سبق نقد بعض جوانب هذه الدراسة في مقدمة هذا البحث.

وتتسم هذه الدراسة التي نعرض لها هنا، بأنها أجريت في وقت أحدث: العامان 2011–2012، واستخدمت فيها عينة كبيرة الحجم من المسنين (ن = 366)، أجابت عن قائمة ألفت اعتماداً على ما قررته عينة فعلية من المسنين الكويتيين (ن = 75، من غير عينة الدراسة الأساسية). وبعد عدة مراحل، تم تنقية قائمة الحاجات الإرشادية للمسنين، (كما اتضح في فقرة المقياس)، ووصلت في صيغتها النهائية إلى 16 بنداً، وبهذا فقد أجيب عن التساؤل الأول لهذه الدراسة.

وفيما يختص بالتساؤل الثاني لهذه الدراسة، فقد حددت معدلات الحاجات الإرشادية لدى عينة المسنين من الجنسين (انظر جدول 2)، وراوحت النسب المئوية للأفراد الذين اختاروا واحداً أو آخر من بنود هذه القائمة بين 20,5%، و60,3% لدى الجنسين، وهي نسب مرتفعة تراوح بين خُمس أفراد المجموعة وما يزيد على النصف، إشارة إلى أنها حاجات حقيقية تتطلب الإشباع، أو صعوبات فعلية تحتاج إلى حلول، ومن الملاحظ أن إشباع بعض هذه الحاجات، وحل بعض الصعوبات يتطلب التدخل من الدولة، بإقامة بعض المرافق الخدمية، أو تدعيم الموجود منها، وأمثلتها البنود الآتية : "توفير المؤسسات الصحية المتخصصة في رعاية المسنين"، و"زيادة عدد المستشفيات"، و"إنشاء قناة تليفزيونية خاصة للمسنين". في حين أن بعضها الآخر يتطلب تطوير الخدمات الموجودة فعلاً، من مثل: "زيادة كفاءة الرعاية الطبية داخل البيت"، ويتطلب بعضها الآخر قرارات محددة، من مثل: "استعانة مؤسسات المجتمع المدني بخبراتي".

وقد أمكن تصنيف معظم هذه الحاجات إلى ثلاث فئات على الأقل على النحو الآتي: الصحة، والعلاقات الاجتماعية، والترفيه، وكثير من هذه الحاجات تتطلب قرارات من الدولة. فأما الجوانب الصحية، فتشمل البنود الستة أرقام: 6، 8، 9، 11، 13، 14، ومثالها: "6 – توفير المؤسسات الصحية المتخصصة في رعاية المسنين"، و"13 – زيادة كفاءة الرعاية الطبية داخل البيت". ومن الملاحظ أن جانب الصحة، قد استأثر بأكبر عدد من الحاجات المطلوبة (ستة بنود)، ويمكن أن يعكس ذلك تزايد المشكلات الصحية لدى عينة المسنين، وهذا أمر متوقع مع تقدم العمر؛ إذ يزداد في العمر المتقدم احتمالات زيادة الإصابة بالأمراض.

وأما الحاجات الاجتماعية فتلي الجانب الصحي في الأهمية؛ حيث استأثر هذا الجانب بخمس حاجات، وهي البنود المقابلة للأرقام من 1– 5 في القائمة، ومن أمثلتها: "2 – أحتاج إلى من يجلس معي يومياً على الغداء والعشاء"، و"3 – أحتاج إلى من يجلس معي أشكو له ويستمع لي"، ويمكن أن نستشف من البنود الخمسة، أن هناك بعضاً من عدم الاهتمام بالمسن، من أفراد بعض الأسر، ويتجسد ذلك في البند الآتي: "5 – أحتاج إلى علاقات اجتماعية سواء في داخل الأسرة أو خارجها"، وقد اختار هذا البند أكثر من ثلث عدد أفراد العينة من الجنسين (35,8% من الرجال، و37,2% من النساء).

ويلي الحاجات الاجتماعية في المستوى الثالث، الحاجة إلى الترفيه، وقد استأثر هذا الجانب بمطلبين، هما: "7 – زيادة أنشطة وقت الفراغ المناسبة للمسنين"، و "15 – إنشاء قناة تليفزيونية خاصة للمسنين". وقد يشير هذان البندان إلى نوع من الملل الذي يصيب المسن؛ نظراً لعدم تنوع وسائل الترفيه المناسبة له، وانشغال بقية أفراد الأسرة عنه.

لقد أمكن تصنيف الحاجات المطلوبة من أفراد العينة الكويتية الحالية، إلى ثلاثة جوانب مرتبطة بالصحة، والعلاقات الاجتماعية، والترفيه. وتتفق هذه الحاجات مع ثلاثة من المجالات الخمسة، التي أسفرت عنها الدراسة الكويتية السابقة الوحيدة فيما نعلم (عودة، 1986)، وهي: الحالة الصحية والبدنية، والحالة النفسية، والعلاقات الاجتماعية، والحالة المالية والمهنية، والنشاط الترفيهي. ومن اللافت للنظر أن المشكلات المالية التي وردت في دراسة محمد عودة عام 1986، لم تظهر في هذه الدراسة التي تمت في العامين 2011–2012، ويشير ذلك غالباً، إلى اهتمام الدولة بالمسنين من ناحية زيادة دخلهم في الأعوام الأخيرة. وتجدر الإشارة إلى الفارق الكبير بين القائمة التي أوردها "محمد عودة" على أساس تحكمي Arbitrary؛ حيث ذكر أنها "قائمة بالمشكلات المتوقع ظهورها في مرحلة الشيخوخة" (ص 62)، وبين القائمة المستخدمة في هذه الدراسة؛ إذ تضمنت مشكلات حقيقية وواقعية وردت على لسان المسنين أنفسهم.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع معظم الدراسات السابقة (انظر: غانم، 2004؛ عودة، 1986؛ Batra, 2004; Sharma et al., 2012; Sidik et al., 2012)، في التركيز على الحاجات الصحية الجسمية، والشكوى من نقصها، وهذا أمر متوقع؛ نظراً لزيادة المشكلات الصحية الجسمية في هذه المرحلة من العمر، في كل بلاد العالم. ومن ناحية أخرى تختلف نتائج هذه الدراسة مع عدد من الدراسات السابقة في أن مشكلات المسكن، والمال، و الفقر، والإدمان، التي وردت في بعض الدراسات السابقة، لم تذكرها العينة الكويتية (انظر: توفيق بن خوجة، وعواد الخطابي، 2003؛ Carmen, 2013)، وفي ذلك دليل – للمرة الثانية – على خصوصية المجتمع الكويتي، وما يتميز به من ارتفاع في الدخل، واهتمام بالمسنين. وأما ظاهرة إساءة معاملة كبار السن التي أوردها عبد العزيز الغريب، وناصر العود (2007)، ومروى محمد شحتة (2008)، فهي غير موجودة لدى العينة الكويتية تبعاً لتقريرهم.

وفيما يتعلق بالتساؤل الثالث لهذه الدراسة، وهو خاص بالفروق بين الجنسين في الحاجات الإرشادية، يتضح من مراجعة الجدول (2) أن 14 من 16 بنداً (أي 87,5%) لم تكشف عن فروق دالة إحصائياً بين الجنسين، في حين كانت الفروق دالة في بندين فقط؛ حيث كانت نسبة الرجال أعلى فيهما، وهما البند: "12- ضرورة التزام دوائر الدولة بقانون الأولوية لكبار السن"، والبند رقم "16- استعانة مؤسسات المجتمع المدني بخبراتي".

ومن اللافت للنظر أن أعلى نسبة من الرجال والنساء معاً (أكثر من نصف عدد كل منهما)، قد اختارت البند التاسع ونصه: "اختيار أطباء عندهم طول بال" (انظر جدول 2). وتجدر الإشارة إلى أن هذه الصياغة نفسها، قد أتت على لسان عينة استطلاعية من المسنين دون تدخل من الباحث، ومن الممكن أن يعكس هذا البند، حقيقة مفادها أن تواصل الطبيب مع المسن يتم – في الوقت الراهن – دون مراعاة لظروفه، وفي عجلة واضحة لا تتناسب مع هذه المرحلة العمرية. ومن ناحية أخرى، ظهر اتفاق بين الرجال والنساء في ثلاثة بنود في قائمة الحاجات الإرشادية ذات التكرارات الخمسة العليا، ولكن ثلاثة من البنود لدى الرجال كانت متصلة بالصحة (الأرقام: 8، 9، 14)، في حين كانت ثلاثة من البنود لدى النساء متصلة بالجوانب الاجتماعية (الأرقام 2، 3، 4)، وقد يشير ذلك إلى أهمية زيادة الجوانب الاجتماعية لدى النساء، وأن الرجال لديهم توجه عملي أكبر، متصل بالحاجات المرتبطة بالصحة. وبوجه عام فإن عدم ظهور فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في 14 من 16 بنداً، يشير إلى أن الاتفاق يغلب على الاختلاف، في تحديد الحاجات الإرشادية للجنسين.

وفيما يتعلق بالتساؤل الرابع لهذه الدراسة، وهو خاص بفحص العلاقة بين الحاجات الإرشادية للمسنين وبعض المتغيرات الديموجرافية والاجتماعية والنفسية (انظر الجدول 4)، فقد حققت النتائج هذا الهدف تحققاً جزئياً، ففي حين ارتبطت الحاجات المطلوبة ارتباطاً دالاً لدى الرجال، بالسن والاكتئاب والأرق (موجب)، وبالتعليم (سالب)، لم يكن هذا الارتباط دالاً عند النساء. ولكن المجموعتين اتفقتا في الارتباط الموجب والدال إحصائياً بين الحاجات المطلوبة وكل من: الأمراض العضوية، والاضطرابات النفسية، والمشكلات مع الأبناء، والمشكلات الاجتماعية. وحيث إن الارتباط لا يعني العلية Causality، بل التغير المصاحب Covariation، فإن زيادة عدد الحاجات المطلوبة، من المتوقع أن تصاحب هذه الأمراض والاضطرابات والمشكلات.

ومن الممكن أن نعدد بعض الجوانب الإيجابية في هذه الدراسة، وأهمها استخدام عينة كبيرة الحجم، ومقياس للحاجات مؤلف على أساس عملي واقعي، كما ورد على لسان عينة من المسنين أنفسهم، باستخدام عينة أخرى غير عينة الدراسة الأساسية، وعلى الرغم من ذلك تجدر الإشارة إلى حدود تعميم نتائج هذه الدراسة، على أساس العينة التي لم تكن احتمالية، بل اختيرت على أساس ما هو متاح.

وتوصي هذه الدراسة بضرورة توعية أفراد أسرة المسن بزيادة الدعم الاجتماعي له؛ وذلك نظراً لأهميته بالنسبة للصحة الجسمية والنفسية (Nadler, Damis, & Richardson, 1997; Okamoto & Tanaka, 2004)، وكذلك ضرورة تلبية الدولة لأهم المطالب أو الحاجات التي حددها المسنون، وصولاً إلى تحقيق الشيخوخة الناجحة. ومن الأهمية بمكان تشجيع المسنين على ممارسة النشاط البدني (وأقله المشي)؛ فقد أسفرت الدراسات أن من 5% إلى 10% من الوفيات في العالم، تعد نتيجة لعدم القيام بنشاط بدني، وهناك أدلة واضحة، على أن النشاط البدني – إذا استخدم بطريقة مناسبة وآمنة – يمكن أن يؤدي إلى الشيخوخة الصحية، ويقلل من معدلات الأمراض والوفيات؛ إذ تعد ممارسة النشاط الرياضي، عاملاً سلوكياً معدِّلاً، له فوائد صحية متعددة. كما بينت هذه الدراسات، أن النشاط الرياضي يمكن أن يسهم في إبطاء شيخوخة الدماغ Brain aging، وأن النشاط الرياضي من المحتمل أن يعد عاملاً وقائياً ضد التدهور المعرفي، والإعاقة العقلية كالخرف أو العته، ومرض الزهايمر (انظر: Lautenschlager, Cox, & Cyarto, 2012). وبوجه عام، لابد من تطوير السياسات الاجتماعية لتحقيق الأمان الاجتماعي للمسنين، وإعداد برامج ومناشط للتعامل مع المشكلات النفسية، الناتجة من تناقص الأدوار الاجتماعية للمسنين، مع ضرورة وضع برامج لتقديم الخدمات الطبية والنفسية لهم.

المراجع :

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

توفيق بن أحمد خوجة، وعواد بن عويد الخطابي. (2003). **لمحات عن الرعاية الصحية للمسنين في دول مجلس التعاون الخليجي: الواقع والمأمول.** الرياض: المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية.

عبد الحميد محمد شاذلي. (2001). **التوافق النفسي للمسنين.** الإسكندرية: المكتبة الجامعية.

عبد العزيز بن علي الغريب، وناصر بن صالح العود. (2007). **الحماية الاجتماعية لكبار السن.** الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

عبد اللطيف محمد خليفة. (1997). **دراسات في سيكولوجية المسنين.** القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.

كمال إبراهيم مرسي. (2006). **كبار السن ورعايتهم في الإسلام وعلم النفس.** القاهرة: دار النشر للجامعات.

محمد حسن غانم. (2004). **مشكلات كبار السن: التشخيص والعلاج – رؤية نفسية دينية.** الإسكندرية: المكتبة المصرية.

محمد عودة. (1986). مشكلات مرحلة الشيخوخة في المجتمع الكويتي – دراسة ميدانية لعينة من المسنين. **المجلة العربية للعلوم الإنسانية**، المجلد 6، العدد 23: 48–96.

مروى محمد شحتة. (2008). **الإساءة للمسنين: دراسة ميدانية في الثقافة المصرية.** القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

وودز، ر.ت. (2000). علاج مشكلات المسنين. في: س.ل. لندزاي، ج.ي. بول (محرران)، **مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين:** 511–531، ترجمة: صفوت فرج. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

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

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

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.

Aiken, L. R. (1991). *Psychological testing and assessment* (7th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

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

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

Batra, S. (2004). Health problems of elderly - An intervention strategy. *Indian Journal of Gerontology, 18,* 201 - 218.

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

Carmen, S.M. (2013). Importance of counselling for elderly before institutionalization. *Procedia: Social and Behavioral Sciences, 84,* 1630-1633.

Christensen, K., Thinggaard, M., Oksuzyan, A., Steenstrup, T., Andersen- Ranberg, K., Jeune, B., et al. (2013). Physical and cognitive functioning of people older than 90 years: A comparison of two Danish cohorts born 10 years apart. *Lancet, 382,* 1507 - 1513.

Demirdis, E. (2013). The analysis of the guidance and psychological counseling needs of older people in terms of several variables. *Procedia: Social and Behavioral Sciences, 84,* 1078-1083.

Dhara, D., & Jogsan, Y.A. (2013). Depression and Psychological well-being in old age. *Journal of Psychology and Psychotherapy, 3*, http://dx.doi.org/10.4172/2161-0487.1000117

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.

Lautenschlager, N.T., Cox, K., & Cyarto, E.V. (2012). The influence of exercise on brain aging and dementia. *Biochimia et Biophysica Acta,* 1822, 474-481.

Myers, J.E. (1978, November). *Counseling needs of older persons*. Paper presented at the conference of the Florida Personnel and Guidance Association, Orlando, Florida.

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.

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.

Sharma, S., Thakur, M., & Kaur, S. (2012). Health problems and treatment: Seeking behavior among elderly. *HelpAge Indian-Research and Development Journal*, *18,* 21-27.

Sidik, S.M., Rampal, L., & Afifi, M. (2004). Physical and mental health problems of the elderly in a rural community of Sepang, Selangor. *Malaysian Journal of Medical Sciences, 11,* 52-59.

Singh, R., Singh, B., Lall, B.S., & Jain, V. (2013). Psychosocial problems: An issue among the elderly in Kathamanda, Nepal. *International Journal of Health Sciences and Research, 3,* 48-53.

Vandana, K.V., & Subramanyam, V. (2004). Counselling needs of the elderly. *Indian Journal of Gerontology, 18*, 219-226.

قدم في: ديسمبر 2013

أجيز في: يونيو 2014