

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945 -قائمة-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس



## قلق الموت وعلاقته بالتوافق النفسي لدى المسنين

-دراسة مقارنة بين المقيمين بدارالأشخاص المسنين وأقرانهم مع  
أسرهم-

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي

إشراف الدكتور:

أ. مشطر حسين

إعداد الطالبتين:

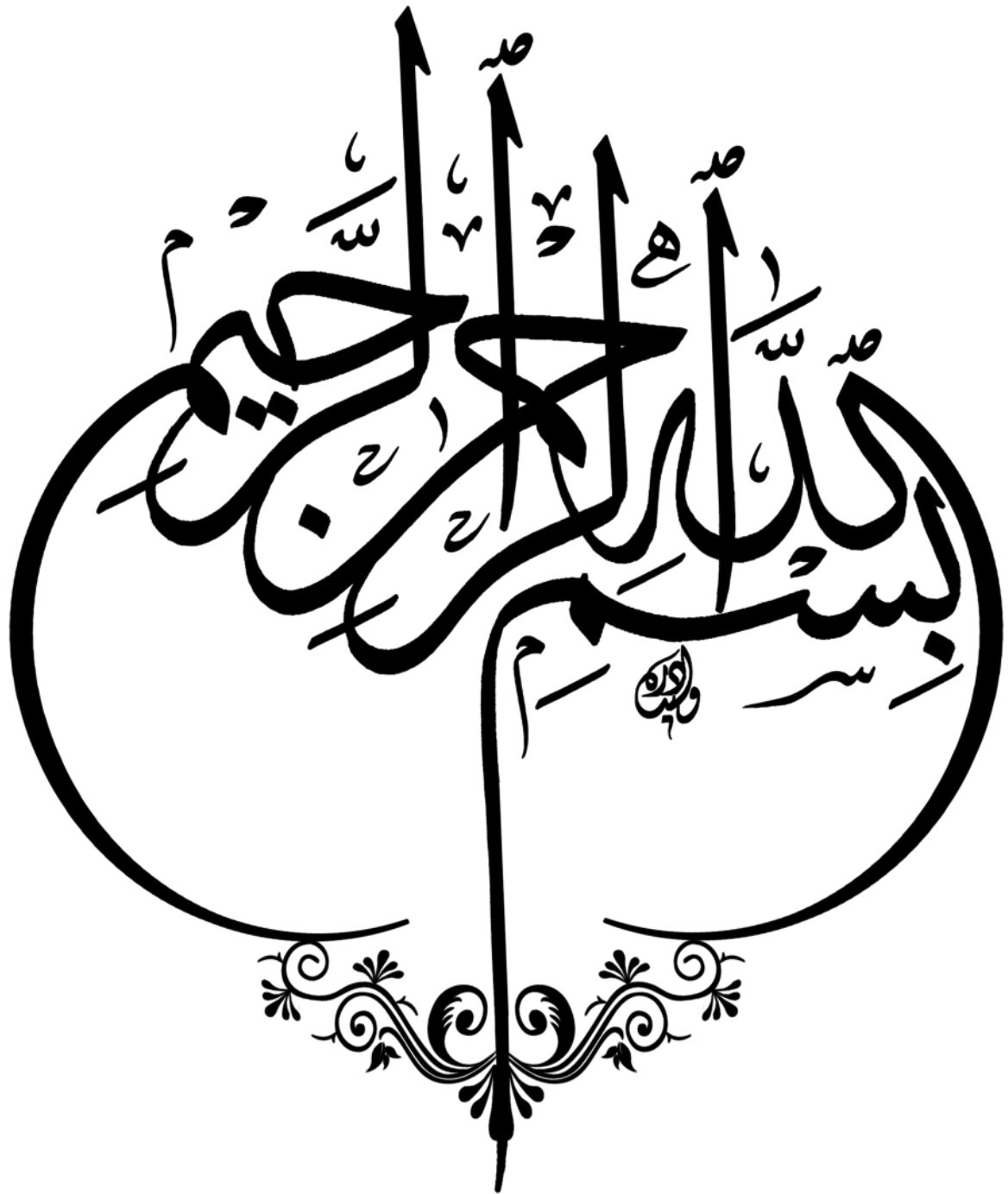
❖ بوجاهم إكرام

❖ زياية شيما

### لجنة المناقشة

رقم	الاسم واللقب	الرتبة	مؤسسة الانتماء	الصفة
1	بوتفوشات حميدة	محاضرأ	جامعة 8 ماي 1945	رئيساً
2	مشطر حسين	محاضرأ	جامعة 8 ماي 1945	مشرقاً مقررأ
3	العافري مليكة	محاضرأ	جامعة 8 ماي 1945	عضوأ مناقشأ

السنة الجامعية: 2021-2022



# شكر وتقدير

"بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ وَالصَّلَاةِ وَالسَّلَامِ عَلَى رَسُولِهِ الْكَرِيمِ"

ها نحن اليوم أمام حلمنا الذي انتظرناه طويلا ليعلن للعالم أنه أصبح حليفنا، نودع سهر الليالي وتعب الأيام فالحمد لله الذي تتم بنعمته الصالحات له الشكر على ما أنعم وله الحمد على ما أسدى ونحمده على فضله علينا، والذي أعاننا على أداء هذا الواجب ووفقنا على إنجاز هذا العمل المتواضع وإتمامه.

**ولقوله تعالى: (وَلْيُنْ شَكْرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ)**

وبالنظر للتواضع واعترافا بالجميل يسرنا أن نتقدم بأوفر وأبلغ معاني الشكر والامتنان وبأسمى عبارات التقدير والاحترام لكل من ساعدنا في إعداد هذا العمل المتواضع، ونخصص بالذكر الأستاذ والدكتور الفاضل **"مشطر حسين"** لتفضله بالإشراف على هذه الدراسة والذي لم يبخل علينا بنصائحه وإرشاداته ومعارفه وكل ما لديه، فله كل الشكر والتقدير ونسأل الله أن يجازيه كل خير.

-حفظه الله-

كما نتوجه بالشكر إلى اللجنة المشرفة لتفضلها على مناقشة مذكرتنا هذه.

ونتقدم بأحر التقدير والشكر إلى كل من أشرف على تدريسنا طوال مسارنا الدراسي أساتذة علم النفس خاصة وعمامة الزملاء في الدفعة عامة على إنجاز هذا العمل من قريب أو بعيد.

كما لا يفوتنا أيضا أن نقدم خالص شكرنا وامتنانا إلى كافة المسنين سواء المقيمين بدارالأشخاص المسنين أو المقيمين مع أسرهم الذين استقبلونا بوجوه بشوشة وفرحة وساعدونا وسهلوا علينا إتمام هذا العمل، دون أن ننسى جهود طاقم المركز على التعاون.

كذلك إلى كل من ساعدنا من قريب أو بعيد ولو بالكلمة الطيبة جزاهم الله خيرا.

شكرا جزيلا.

## الملخص:

" قلق الموت وعلاقته بالتوافق النفسي لدى المسنين-دراسة مقارنة بين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم بولاية قالمة-"

تم اختيار هذا الموضوع نظرا لأهميته واعتبارا من أن مرحلة الشيخوخة من أهم وأحرج المراحل في حياة الانسان. ومن هنا هدفت الدراسة إلى:

- الكشف عن العلاقة بين قلق الموت والتوافق النفسي في استجابات الأشخاص المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم،
- التعرف على الفروق الموجودة بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في قلق الموت والتوافق النفسي التي تعزى لمتغيرات الجنس والسن والحالة الاجتماعية،
- التأكد من تباين في مستوى قلق الموت ومستوى التوافق النفسي عند المقارنة بين وضعية المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم.
- وتم الاعتماد على المنهج الوصفي باعتباره الأنسب لدراسة الموضوع، مع الاعتماد على مجموعة من الأدوات المتمثلة في مقياس قلق الموت لتمبرلر(1967)، ومقياس التوافق النفسي نقلا عن سامية القطان(1982)، وشملت العينة على 70 مسنا ومسنة (10) منها مقيمين بدار الأشخاص المسنين و(60) مقيمين مع أسرهم. وتم معالجة البيانات وتحليل النتائج باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (نسخة 022)، وكانت النتائج المتوصل إليها كالآتي:
- وجود علاقة ارتباطية بين متغير قلق الموت ومتغير التوافق النفسي في استجابات الأشخاص المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى لمتغير الجنس.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى لمتغير السن.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى للحالة الاجتماعية.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير الجنس.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير السن.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
- يتباين مستوى قلق الموت عند المقارنة بين وضعية المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم.
- لا يتباين مستوى التوافق النفسي عند المقارنة بين وضعية المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم.

الكلمات المفتاحية: قلق الموت، التوافق النفسي، المسنين، دار الأشخاص المسنين.

## **Summary:**

### **“Death anxiety and its relationship to psychological compatibility among the elderly – a comparative study between the residents of homes for elderly persons and their peers with their families in the city of Guelma-“.**

This topic was chosen due to its importance and considering that the stage of aging is one of the most important and critical stages in a person's life. Hence, the study aimed to:

-Revealing the relationship between death anxiety and psychological compatibility in the responses of elderly residents of homes for elderly persons and their peers with their families.

-To identify the differences between the elderly residing in the home of elderly persons and their peers with their families in death anxiety and psychological compatibility that are due to the variables of gender, age and marital status.

-To confirm the distinction in the level of death anxiety and the level of psychological compatibility when comparing the situation of the elderly residing in the home of elderly persons and their peers with their families.

The descriptive method was used as the most appropriate to study the subject, with reliance on a set of tools represented in the Death Anxiety Scale “Templar (1967)”, and the Psychological Compatibility Scale “citing Samia Al-Qattan (1982)”. The sample included 70 elderly men and women, (10) of them residing in the home for the elderly persons and (60) of them residing with their families. The data were processed and the results were analyzed using the SPSS (V 022), and the results were as follows:

- There is a correlation between the death anxiety variable and the psychological compatibility variable in the responses of elderly persons residing in the elderly persons home and their peers with their families.

- There are statistically significant differences between the elderly residing in the home of elderly persons and their peers with their families in death anxiety due to the gender variable.

- There are no statistically significant differences between the elderly residing in the home of elderly persons and their peers with their families in death anxiety due to the age variable.

- There are no statistically significant differences between the elderly residing in the home of elderly persons and their peers with their families in death anxiety due to the marital status variable.

- There are no statistically significant differences between the elderly residing in the home of elderly persons and their peers with their families in psychological compatibility due to the gender variable.

- There are statistically significant differences between the elderly residing in the elderly people's home and their peers with their families in psychological adjustment due to the age variable.

-There are statistically significant differences between the elderly residing in the elderly people's home and their peers with their families in psychological compatibility due to the marital status variable.

- The level of death anxiety varies when comparing the situation of the elderly residing in the home of elderly persons and their peers with their families.

- The level of psychological compatibility does not differ when comparing the situation of the elderly residing in the home of elderly persons and their peers with their families.

**Key words:** Death anxiety; psychological compatibility; elderly; the home of elderly persons.

## فهرس المحتويات:

رقم الصفحة	المواضيع
	الشكر والتقدير
	الإهداء
	ملخص
أ.....	مقدمة.....

### الجانب النظريج

#### الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

5.....	أولا- إشكالية الدراسة.....
7.....	ثانيا- فرضيات الدراسة.....
7.....	ثالثا- أسباب اختيار الموضوع.....
8.....	رابعا- أهداف الدراسة.....
8.....	خامسا- أهمية الدراسة.....
14.....	سادسا- المفاهيم الإجرائية.....
15.....	سابعا- الدراسات السابقة.....
18.....	التعقيب على الدراسات السابقة.....

#### الفصل الثاني: قلق الموت.

23.....	تمهيد:.....
24.....	أولا- نظرة دينية لقلق الموت.....
26.....	ثانيا- تعريف قلق الموت.....
27.....	ثالثا- الخوف من الموت واختلافه عن قلق الموت.....
29.....	رابعا- أنواع قلق الموت.....

- 30.....خامسا-مسببات قلق الموت.
- 31.....سادسا-أعراض قلق الموت.
- 32.....سابعاً-ميكانيزمات الدفاع وقلق الموت.
- 33.....ثامنا-تفسير الفروق حسب الجنس في قلق الموت.
- 34.....تاسعا-نظريات قلق الموت.
- 35.....عاشرًا-علاج قلق الموت.
- 36.....الحادي عشر-قلق الموت لدى المسنين.
- 37.....خلاصة الفصل.

### الفصل الثالث: التوافق النفسي.

- 39.....تمهيد.
- 40.....أولاً-تعريف التوافق النفسي.
- 42.....ثانياً-الفرق بين التوافق النفسي وبعض المفاهيم ذات الصلة.
- 44.....ثالثاً-أبعاد التوافق النفسي.
- 47.....رابعاً-مجالات التوافق النفسي.
- 47.....خامساً-العوامل المؤثرة في التوافق النفسي.
- 49.....سادساً-أساليب التوافق النفسي وأثرها على الشخصية.
- 53.....سابعاً-نظريات التوافق النفسي.
- 56.....ثامناً-التوافق والرضا عن الحياة.
- 58.....تاسعاً-الإقامة بمؤسسات رعاية المسنين وأثرها على التوافق النفسي.
- 60.....خلاصة الفصل.

### الفصل الرابع: المسنين.

- 62.....تمهيد.
- 63.....أولاً-الشيخوخة وأبعادها.

64	ثانيا-تعريف المسن.....
65	ثالثا-سيكولوجية المسنين.....
66	رابعا-الخصائص والتغيرات التي تصاحب المسنين.....
68	خامسا-المشكلات التي يواجهها المسنين.....
70	سادسا-احتياجات المسنين.....
72	سابعاً-بعض الأمراض والاضطرابات المصاحبة للمسنين والوقاية منها.....
78	ثامنا-المساندة النفسية والاجتماعية للمسنين.....
79	تاسعا-المسن في دار الأشخاص المسنين وأسباب دخولها.....
80	عاشر-رعاية المسنين في الإسلام.....
81	الحادي عشر: دور ومكانة المسن في الأسرة الجزائرية.....
83	الثاني عشر-جهود الجزائر في تنظيم لدار الأشخاص المسنين وشروط الالتحاق بها.....
85	خلاصة الفصل.....

## الجانب الميداني

### الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة.

88	تمهيد.....
89	أولا-حدود الدراسة.....
90	ثانيا-إجراءات الدراسة الاستطلاعية.....
90	1- الدراسة الاستطلاعية.....
90	2- خطوات الدراسة الاستطلاعية.....
91	3- عينة الدراسة الاستطلاعية.....
91	ثالثا-الدراسة الأساسية.....
92	1- منهج الدراسة المستخدم.....
92	2- مجتمع الدراسة.....



3- عينة الدراسة الأساسية وخصائصها.....93

4- أدوات الدراسة.....93

ثالثا- الأساليب الإحصائية المستخدمة.....97

خلاصة الفصل.....100

### الفصل السادس: عرض ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة.

تمهيد.....102

أولا- عرض نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات.....103

ثانيا- تفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات والدراسات السابقة.....109

ثالثا- استنتاج عام.....120

خلاصة الفصل.....121

صعوبات الدراسة.....122

توصيات واقتراحات.....122

خاتمة.....123

قائمة المصادر والمراجع.....126

الملاحق.....127

## فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجداول
29	الفرق بين قلق الموت والخوف من الموت.	01
47	مجالات التوافق النفسي.	02
60	أهم خصائص التوافق الجيد والتوافق الضعيف.	03
65	أبعاد مرحلة الشيخوخة.	04
92-91	الإجراءات الاستطلاعية للدراسة.	05
92	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية.	06
94	خصائص الشخصية لعينة الدراسة.	07
96	سلم اختبار قلق الموت لدونالد تمبلر.	08
97	كيفية تصحيح مقياس التوافق النفسي.	09
104	نتائج استجابات أفراد العينة على مقياسي قلق الموت والتوافق النفسي	10
104	قيمة معامل ارتباط بيرسون بين قلق الموت والتوافق النفسي.	11
105	نتائج اختبار T لحساب الفروق في مستوى قلق الموت تعزى لمتغير الجنس.	12
105	نتائج اختبار ANOVA لحساب الفروق في مستوى قلق الموت تعزى لمتغير السن.	13
106	نتائج اختبار التباين الأحادي ANOVA لحساب الفروق في مستوى قلق الموت تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.	14
106	نتائج اختبار T لحساب الفروق في مستوى التوافق النفسي تعزى لمتغير الجنس.	15
107	نتائج اختبار ANOVA لحساب الفروق في مستوى التوافق النفسي تعزى لمتغير السن.	16
108	نتائج اختبار ANOVA لحساب الفروق في مستوى التوافق النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.	17
108	نتائج اختبار t لمستوى قلق الموت بين وضعية الأشخاص المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم.	18
109	نتائج اختبار t لمستوى التوافق النفسي بين وضعية الأشخاص المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم.	19

## فهرس الأشكال

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
08	تطور الاهتمام بموضوع المسنين عالميا على مدى خمس السنوات الأخيرة.	01
09	توزيع الدول الأكثر اهتماما بموضوع المسنين في (2021/2017).	02
09	تطور الاهتمام بموضوع المسنين وطنيا على مدى خمس السنوات الأخيرة.	03
10	توزيع الولايات الجزائرية الأكثر اهتماما بموضوع المسنين منذ الخمس سنوات الأخيرة.	04
11	تطور الاهتمام بموضوع التوافق النفسي عالميا ما بين السنوات (2021-2017).	05
11	توزيع الاهتمام بموضوع التوافق النفسي على بعض دول العالم.	06
12	تطور الاهتمام بموضوع التوافق النفسي في الجزائر خلال السنوات (2021-2017).	07
12	توزيع الولايات الجزائرية الأكثر اهتماما بموضوع التوافق النفسي في السنوات الخمس الأخيرة.	08
13	تطور الاهتمام بموضوع قلق الموت عالميا ما بين الفترة (2021/2017).	09
14	توزيع الدول العربية الأكثر اهتماما بموضوع قلق الموت في السنوات الخمس الأخيرة.	10
14	تطور الاهتمام بموضوع قلق الموت وطنيا على مدى خمس السنوات الأخيرة (2021-2017).	11
15	توزيع الولايات الجزائرية الأكثر اهتماما بموضوع قلق الموت في السنوات 2021-2017.	12
28	خصائص قلق الموت.	13
30	أنواع قلق الموت.	14
31	أسباب قلق الموت.	15
32	أعراض قلق الموت.	16
45	الفرق بين التوافق وبعض المفاهيم المتصلة به.	17
45	أبعاد التوافق النفسي.	18
48	عوامل التي تؤثر في التوافق النفسي.	19
50	أساليب التوافق النفسي	20
54	أهم النظريات المفسرة للتوافق النفسي.	21
67	بعض الخصائص والتغيرات التي تميز المسنين.	22
69	أهم المشكلات التي تواجه الأشخاص المسنين.	23
71	الاحتياجات التي تعترض المسنين.	24
82	بعض النقاط المشتركة بين النصوص الدينية والإرشادات والنصائح الطبية الخاصة بالمسنين.	25
90	متغيرات الدراسة الحالية.	26
96	تنقيط الاستجابات لمقياس قلق الموت.	27

# مقدمة

## مقدمة.

أصبح عصرنا عصر القلق الدائم عند الصغار والكبار وذلك لما يواجهونه من صراعات ومطالب حياتية وكيفية السيطرة عليها بغية تحقيق التوازن، بحيث يعد واحد من الانفعالات الطبيعية مثله مثل الخوف، الغضب والفرح... له الكثير من الأشكال والأنواع نجد من أهمها قلق الموت الذي يعتبر أمر شائع وعام لدى الإنسان ذلك أن فكرة الموت تقتحم أفكارنا وحياتنا بطرق شتى وأسباب متعددة سواء أسباب نفسية أو أسباب بيئية، ونجد هذا النوع من القلق حسب العديد من البحوث والدراسات شائع أكثر عند الأفراد الذين تقدم بهم العمر حيث يرون أنهم مقبلين على الموت لذا يجب رعايتهم وتقديم الدعم لهم خاصة أن الدين الإسلامي يحث على ذلك ويدعو إلى احترام هذه الفئة.

حيث تعتبر مرحلة الشيخوخة بالغة الأهمية كونها مرحلة مليئة بالصعوبات والضغوطات والتغيرات الجديدة والتي يجب مواجهتها والتوافق معها سواء مع النفس أو مع البيئة، لذا فالمسن في هذه المرحلة بحاجة للمساعدة والمساعدة لمواجهة هذه المشكلات والعمل على تكيفه وتوافقته. وتعد أيضا مرحلة استمرارية للمراحل التي سبقتها بحيث تلك التغيرات التي تطرأ على المسن والصراعات التي تواجهه وتغير مكانته أو حتى تغيير مكان إقامته إذ أنه يبتعد عن أسرته ومجتمعه الأصلي وقد يلجأ إلى دار الأشخاص المسنين، كل هذا سيؤثر عليه إما إيجابا أو سلبا ففي حال ما تقبل حياته كما هي واستطاع على مواجهة هذه الصعوبات وتلبية احتياجاته فإنه سوف يحقق توافقه النفسي أما إذا لم يتوصل الفرد المسن إلى إشباع حاجاته ورغباته وفشل في مواجهة الصراعات والتغيرات وعدم تقبل واقعه المعاش فسوف تنتهي به إلى العزلة وضعف التواصل وعدم الشعور بالانتماء ليصل إلى الشعور بالقلق والتفكير في الموت ما يؤدي به إلى اضطراب توافقه النفسي. أي أن التوافق النفسي هو حجر الزاوية في حياة الإنسان حيث يتمثل في قدرة الفرد على حل صراعات وتوتراته حلا ملائما ويحاول فيه إشباع حاجاته ورغباته النفسية والاجتماعية والسعي إلى تحقيق التكيف والتوازن مع متطلبات البيئة.

وعلى هذا جاءت دراستنا الحالية لتتناول العلاقة بين قلق الموت والتوافق النفسي لدى فئة المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربائهم مع أسرهم، بحيث تم تقسيمها إلى جانبين مكملين لبعضهما البعض.

فالجانب الأول هو الجانب النظري الذي يتضمن أربعة فصول وهي كالتالي:

**الفصل الأول:** وتمثل في الإطار العام للدراسة ويشمل على الإشكالية والفرضيات المتوقعة وأسباب اختيار الموضوع كذلك أهمية وأهداف الدراسة، إضافة إلى التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة وعرض الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

**الفصل الثاني:** تم التطرق فيه إلى نظرة دينية لقلق الموت، أنواعه، مسبباته وأعراضه، وتناولنا عنصر الخوف من الموت لتوضيح الاختلاف بينه وبين قلق الموت، كذلك تم عرض ميكانيزمات الدفاع لمواجهة قلق الموت، وتفسير الفروق حسب الجنس، بالإضافة إلى عرض أهم النظريات المفسرة لقلق الموت، وطرق علاجه وأخيرا تم توضيح قلق الموت لدى المسنين.

الفصل الثالث: يتناول موضوع التوافق النفسي، أبعاده، مجالاته، العوامل المؤثرة فيه، أساليبه وآثارها على الشخصية ومؤشراته، كذلك عرض أهم النظريات والمفاهيم ذات الصلة التي يتم الخلط بينها وبين التوافق، إضافة إلى ذلك تناولنا التوافق والرضا عن الحياة وأخيرا الإقامة بالمؤسسات الخاصة بفئة المسنين وأثرها على التوافق النفسي.

الفصل الرابع: وتم التطرق في هذا الفصل إلى الشيخوخة وأبعادهما التي تحددها، والتعريف بالمسن وسيكولوجيته، كذلك الخصائص والتغيرات التي تطرأ عليه، الحاجات والمشكلات التي يواجهها، بالإضافة إلى بعض الأمراض والاضطرابات المصاحبة له وكيفية الوقاية منها والمساندة النفسية والاجتماعية له، كذلك عرض أسباب دخول المسن لدار الأشخاص المسنين، كما تناولنا رعاية المسنين في الإسلام ومكانته في الأسرة الجزائرية، وأخيرا جهود الجزائر في تنظيم لدار رعاية المسنين وشروط الالتحاق بها.

أما الجانب الثاني فهو الجانب الميداني الذي ينقسم إلى فصلين على النحو التالي:

الفصل الخامس: ويتضمن الإجراءات المنهجية للدراسة التي تتمثل في إجراءات الدراسة الاستطلاعية، المنهج المستخدم، تحديد مجتمع وعينة الدراسة، كذلك أدوات الدراسة التي تمثلت في مقياس قلق الموت "لتمبلر 1970" ومقياس التوافق النفسي "نقلا عن سامية القطان 1982" مع الإجراءات التي استخدمت للتأكد من الصدق والثبات، إضافة إلى ذلك الأساليب الإحصائية المعتمد عليها.

الفصل السادس: خصص هذا الفصل لعرض النتائج التي تم التوصل إليها، كما تم مناقشة وتفسير تلك النتائج على ضوء الفرضيات الموضوعية مسبقا وعلى ضوء الدراسات السابقة، لنقوم في الأخير وليس آخرا بوضع مجموعة من التوصيات لهذه الدراسة وأهم الصعوبات التي واجهتنا، وأخيرا الخاتمة.

# الجانِب النظري

# الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- أولاً- إشكالية الدراسة.
- ثانياً- فرضيات الدراسة.
- ثالثاً- أسباب اختيار الموضوع.
- رابعاً- أهداف الدراسة.
- خامساً- أهمية الدراسة.
- سادساً- المفاهيم الإجرائية.
- سابعاً- الدراسات السابقة.
- التعقيب على الدراسات السابقة.



## أولاً- إشكالية الدراسة:

يواجه الإنسان في حياته اليومية العديد من الضغوطات والصعوبات مسببة له عدة مشكلات نفسية، اجتماعية واقتصادية... كما أن فهم الواقع وإدراكه بشكل خاطئ يولد لديه أفكار ومشاعر تشعره بالضعف وقلة حيلته وهذا ما يجعل الفرد يعيش حالات من التوتر والقلق، ويعد هذا الأخير حالة انفعالية أو استجابة غير سارة لمواقف ليس بخطر حقيقي كذلك الإحساس بالخوف الدائم الذي لا مبرر له وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمجهول بحيث نجد أن القلق أمر شائع وعام لدى الجميع لذا أصبح مركز اهتمام للدراسات بمختلف أنواعه ونجد منها ما يسمى "بقلق الموت".

ويعتبر قلق الموت فعل واقعي وحقيقة لا مفر منها فهو هاجس يهدد الصحة النفسية للفرد، حيث يرى "مسكويه Miskawayh" أن الخوف من الموت لا نجده إلا عند من يرى أن الموت حقيقة أو لأنه يظن أن بدنه إذا نحل وبطل تركيبه فقد انحلت ذاته وبطلت نفسه بطلان عدم، وأن العالم سيبقى موجودا وليس بوجود فيه كما يظنه من يجهل بقاء النفس وكيفية الميعاد، أو لأنه يظن أن الموت ألم عظيم غير ألم الأمراض، أو لأنه يعتقد عقوبة تحل به بعد الموت أو لأنه متحيز لا يدري أي شيء يقدم بعد الموت. (عبد الوهاب ومحمد، 2000، ص 80)

بحيث نجد أن درجة قلق الموت تكون مرتفعة أو منخفضة نتيجة لعوامل عديدة قد نجد منها مكان الإقامة، السن، الحالة الاجتماعية، كذلك الحالة النفسية للفرد. فنظرته لنفسه تختلف بين الإيجابية والسلبية وبين السليم والمريض وبين المراهق والراشد والمسن، فالنظرة السلبية التي تتكون نتيجة المشاعر الضعيفة والانفعالات تؤثر على حالته النفسية والصحية مما يتولد لديه شعور بالإحباط والكآبة والقلق الشديد الذي يدخل الفرد في دوامة من التفكير المستمر في موضوع الموت، ونجد من أهم المراحل العمرية التي يمر بها الفرد وقد يشعر فيها بقلق الموت هي مرحلة الشيخوخة.

وتعتبر هذه المرحلة أهم وأحرج مرحلة يتعرض فيها الشخص المسن للتدهور والضعف والعجز، مما ينتج عنها مشاكل واضطرابات وأمراض تؤثر في نفسيته ومهام شخصيته وقد تكون سببا في فقدانه لمكانته الاجتماعية والأسرية وتناقص علاقاته مع المحيطين به مما يؤدي إلى شعوره بالوحدة والكآبة. وبالرغم أنه من الطبيعي أن الإنسان يتغير عضويا وصحيا ونفسيا نتيجة التقدم في العمر، فيصبح من شخص كان قادرا على مواجهة الحياة ومتطلباتها بقوة إلى شخص أصبح ضعيفا متكلا على الآخرين وهذا لا يعني أنه لا يوجد مسنون يستطيعون على المواجهة وتحقيق توافقهم.

ونجد أن التوافق النفسي لدى الفرد يختلف باختلاف ظروف عديدة نذكر منها الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، وفي إطار مشكلات المسن واحتياجاته في هذه المرحلة وما يحدث فيها من تغيرات وما تستدعي من رعاية واهتمام وخاصة من طرف الأسرة التي تعتبر شيء مهم في حياته، فإن غابت هذه الرعاية ونقص التفاعل الأسري بحيث يشعر المسن هنا أنه في إطار مهمش وبالتالي كل هاته المشاكل ستؤثر عليه صحيا ونفسيا وقد تعيق عليه توافقه، مما قد تجعله يلجأ إلى دار الأشخاص المسنين سعيا للبحث عن الرعاية والمساندة وتحقيق التوافق النفسي. كما نجد أن المسن حين ينتقل من بيئته التي كان يعيش فيها بمختلف متطلباتها إلى بيئة جديدة غير مألوفة له تتطلب

منه اكتساب سلوكات ونشاطات جديدة تسعى إلى تحقيق التوازن بين متطلباته ورغباته النفسية والحياتية، بحيث يواجه العديد من الصعوبات والضغوطات التي سوف تنعكس آثارها على شخصيته مما يؤدي إلى الشعور بالفشل واليأس والحزن وبالتالي يضعف توافقه مع ذاته ومع البيئة المحيطة به، ويحدث العكس عند شعورهم بالاستقرار والراحة النفسية في هذا المكان ما يتولد له الشعور بالأمن والرضا فيتكون له توافق نفسي جيد، بحيث يمكن القول أنه هناك فروق كبيرة بين العيش بدار الأشخاص المسنين والعيش مع الأسرة وقد نشير هنا إلى دراسة "على حجاب، 2015" التي هدفت للكشف عن طبيعة التوافق النفسي لدى كبار السن والمقارنة بين هذا التوافق لدى كبار السن المقيمين لدى أقاربهم أو في دور الرعاية حيث أسفرت النتائج إلى وجود فروق في مستوى التوافق النفسي لدى كبار السن المقيمين مع أقاربهم والمقيمين في دور الرعاية.

ومن هذا المنطلق جاءت هذه الدراسة كمحاولة لتوضيح العلاقة بين قلق الموت والتوافق النفسي عند فئة المسنين المقيمين وأقاربهم مع أسرهم والفروق فيما بينهم وذلك من خلال طرح التساؤلات التالية:

- 1- هل توجد علاقة ارتباطية بين متغير قلق الموت ومتغير التوافق النفسي في استجابات الأشخاص المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقاربهم مع أسرهم؟
- 2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقاربهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى لمتغير الجنس؟
- 3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقاربهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى لمتغير السن؟
- 4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقاربهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية؟
- 5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقاربهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير الجنس؟
- 6- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقاربهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير السن؟
- 7- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقاربهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية؟
- 8- هل يتباين مستوى قلق الموت عند المقارنة بين وضعية الأشخاص المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقاربهم مع أسرهم؟
- 9- هل يتباين مستوى التوافق النفسي عند المقارنة بين وضعية الأشخاص المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقاربهم مع أسرهم؟

ثانيا-فرضيات الدراسة:

- 1- توجد علاقة ارتباطية بين متغير قلق الموت ومتغير التوافق النفسي في استجابات الأشخاص المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم.
- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى لمتغير الجنس.
- 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى لمتغير السن.
- 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
- 5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير الجنس.
- 6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير السن.
- 7- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
- 8- يتباين مستوى قلق الموت عند المقارنة بين وضعية الأشخاص المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم.
- 9- يتباين مستوى التوافق النفسي عند المقارنة بين وضعية الأشخاص المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم.

ثالثا-أسباب اختيار الموضوع:

من بين أهم الأسباب التي جعلتنا ندرس فئة المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم من خلال المتغيرات البحثية المتمثلة في قلق الموت والتوافق النفسي ما يلي:

- ◀ كونه من أهم المواضيع ذات الأبعاد الاجتماعية والنفسية والأخلاقية التي يجب أخذها بعين الاعتبار.
- ◀ كذلك كون هذا الموضوع لم يحظى بالاهتمام الكافي، وهذا ما تُبينه البحوث والدراسات التي تتعلق بمتغيرات دراستنا الحالية، بحيث لم تعثر الطالبتين في حدود علمها على أي دراسة تناولت العلاقة بين هذين المتغيرين لهذه الفئة.
- ◀ الفضول العلمي والبحثي ورغبتنا في الاكتشاف وتوسيع معارفنا حول هذا الموضوع.
- ◀ التعرف على واقع المسنين المعاش داخل دار الأشخاص المسنين ومستوى توافقيهم النفسي ومقارنته بتوافق المسنين المقيمين مع أسرهم.

رابعاً-أهداف الدراسة:

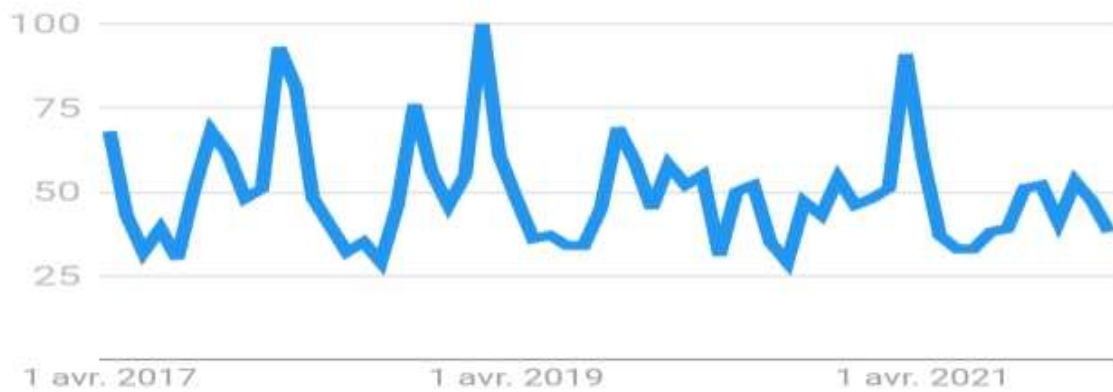
- ← الكشف عن العلاقة الارتباطية الموجودة بين متغير قلق الموت ومتغير التوافق النفسي في استجابات الأشخاص المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربائهم مع أسرهم .
- ← التعرف على الفروق الإحصائية الموجودة بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربائهم مع أسرهم في قلق الموت التي تعزى لمتغيرات الجنس، السن، الحالة الاجتماعية.
- ← التعرف على الفروق الإحصائية الموجودة بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربائهم مع أسرهم في التوافق النفسي التي تعزى لمتغيرات الجنس، السن، الحالة الاجتماعية.
- ← التأكد من وجود تباين في مستوى قلق الموت ومستوى التوافق النفسي عند المقارنة بين وضعية الأشخاص المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربائهم مع أسرهم.

خامساً-أهمية الدراسة:

نظراً لمرحلة المسنين التي تعتبر إحدى مراحل حياة الإنسان الجديرة بالاهتمام، جاءت هذه الأهمية لإثراء وإبراز قيمة البحث لهذه الفئة ومتغيرات الدراسة وتطور الاهتمام بها عالمياً ووطنياً وذلك من خلال تصفح الفضاء الافتراضي Google Trends وهي كالتالي:

1. إبراز أهمية موضوع المسنين:

من خلال تصفح موقع Google trends تبين لنا قيمة البحث في موضوع المسنين وتطور الاهتمام به عالمياً على مدى خمس السنوات الأخيرة (2021/2017) كما هو مبين كالتالي:



الشكل(01): يبين تطور الاهتمام بموضوع المسنين عالمياً على مدى خمس السنوات الأخيرة.

الشكل(01) يبين لنا منحنى تطور الاهتمام بموضوع المسنين عالميا خلال الفترة الممتدة من 2017 إلى 2021، الذي يشهد تذبذب بين 25% كحد أدنى و75% كحد أقصى إلا أننا نلاحظ أن الاهتمام بالبحث وصل بين 75% و100% في سنة 2021 وبداية سنة 2018، أما في سنة 2019 كان الاهتمام بموضوع المسنين قد وصل إلى نسبة 100%.

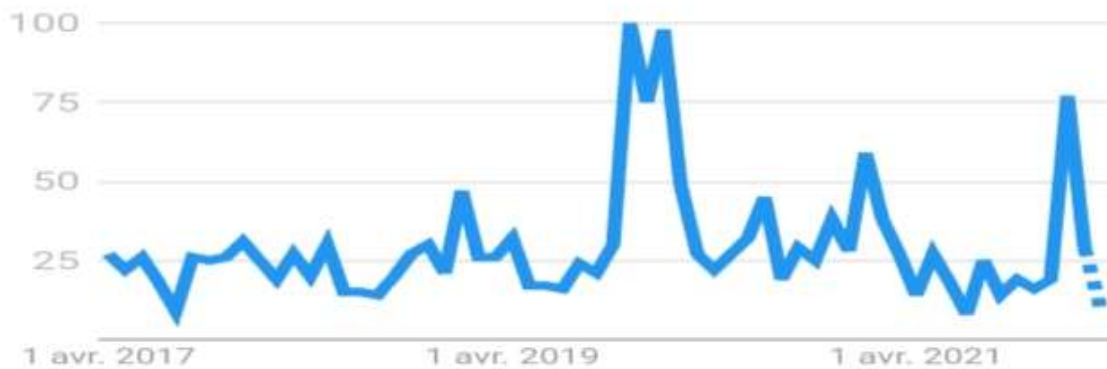
كما يتبين لنا أيضا ترتيب العديد من الدول في الاهتمام بالبحث عن موضوع المسنين في السنوات الخمس الأخيرة (2021/2017) كما هو موضح في الشكل:



الشكل(02): يبين توزيع الدول الأكثر اهتماما بموضوع المسنين في (2021/2017)

من خلال الشكل(02) الذي يبين توزيع بعض دول العالم الأكثر اهتماما بموضوع المسنين، نلاحظ غياب الجزائر في التوزيع الموضح ونجد أنه واسع الانتشار في البحث على مستوى دول العالم الأخرى المتمثلة في فلسطين، وسوريا، والعربية السعودية، وتونس، ومصر على الترتيب وهي التي تحصلت على أكثر النسب في البحث.

وفيما يخص تطور الاهتمام بفئة المسنين على المستوى الوطني خلال الفترة (2021/2017) نجده كالتالي:



الشكل(03): يبين تطور الاهتمام بموضوع المسنين وطنيا على مدى خمس السنوات الأخيرة (2021/2017).

يبين الشكل(03) تطور الاهتمام بموضوع المسنين على المستوى الوطني في حدود سنة 2017 إلى سنة 2021، حيث نجد تذبذب من سنة 2017 إلى سنة 2019 لا يزيد عن نسبة 50% ويقل عن نسبة 25%، إلا أن تطور الاهتمام شهد

ارتفاعا شديدا وصل إلى نسبة 100% ثم انخفض إلى 75% ليرتفع مجددا إلى 100% وهذا أواخر سنة 2019 ليشهد تراجع من جديد في تطور البحث بنسبة كبيرة وصلت إلى أقل من 25% ليعود مرة أخرى بالتذبذب صعودا وهبوطا ليأخذ أقل من نسبة 25% كحد أدنى و75% كحد أقصى من سنة 2020 إلى سنة 2021.

أما مستوى توزيع الاهتمام على الولايات الجزائرية فقد جاءت المناطق الخمس الأولى الأكثر بحثا واهتماما بموضوع المسنين في السنوات الخمس الأخيرة منذ سنة 2017 إلى سنة 2022 موضحة في الشكل الآتي:

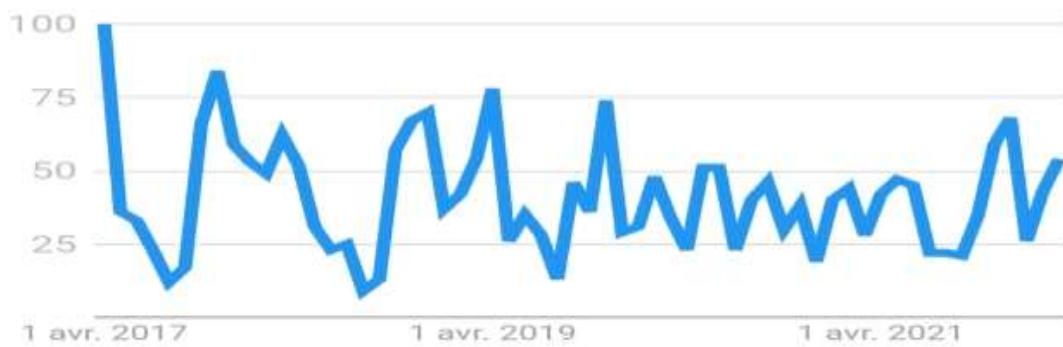


الشكل (04): يبين توزيع الولايات الجزائرية الأكثر اهتماما بموضوع المسنين منذ الخمس سنوات الأخيرة.

يتبين من الشكل (04) الذي يمثل خريطة تتوزع فيها الولايات الجزائرية الأكثر اهتماما وبحثا بفئة المسنين، حيث نلاحظ أنه واسع الانتشار أيضا على المستوى الوطني والمناطق الموضحة على الترتيب هي التي كانت أكثر اهتماما بالبحث وهي (البويرة، تبسة، بسكرة، معسكر، جيجل).

## 2. إبراز أهمية موضوع التوافق النفسي:

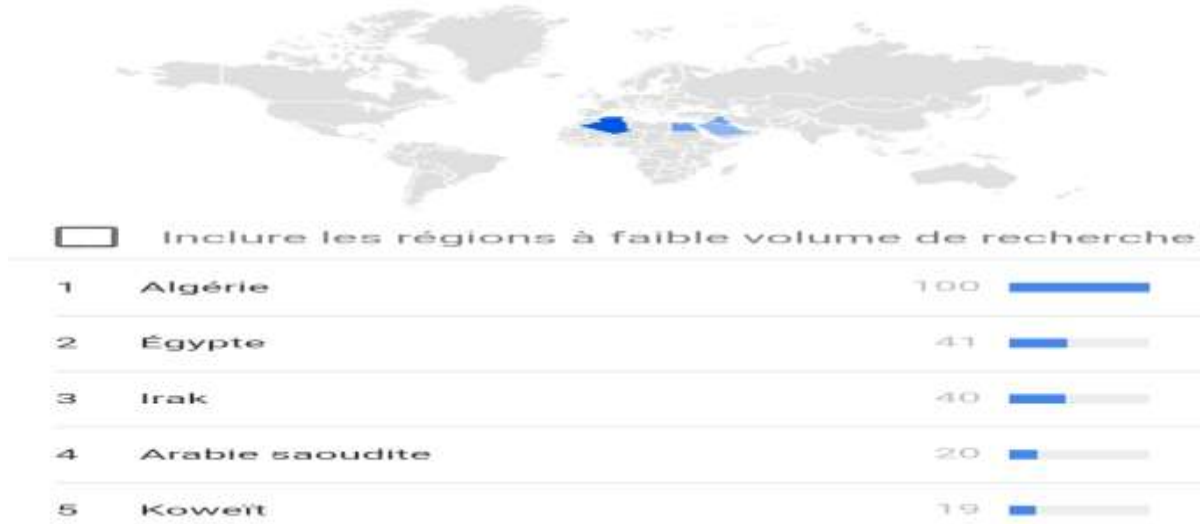
تتبين لنا قيمة البحث في موضوع التوافق النفسي وتطور الاهتمام به عالميا على مدى خمس السنوات الأخيرة (2021/2017) كما هو موضح كالتالي:



الشكل (05) يبين تطور الاهتمام بموضوع التوافق النفسي عالميا ما بين السنوات (2021/2017)

الشكل (05) يبين لنا منحى انتشار البحث والاهتمام عالميا بموضوع التوافق النفسي خلال الفترة ما بين السنوات 2017 إلى 2021، حيث كان هناك ارتفاع بنسبة 100% في فترة من سنة 2017 ثم انخفاض شديد من 100% إلى أقل من 25% وذلك في نفس السنة (2017) وبعدها شهد تذبذب صعودا وهبوطا من أواخر 2017 إلى غاية 2021 والذي كان محصورا ما بين أقل من 25% وأكبر من 75%.

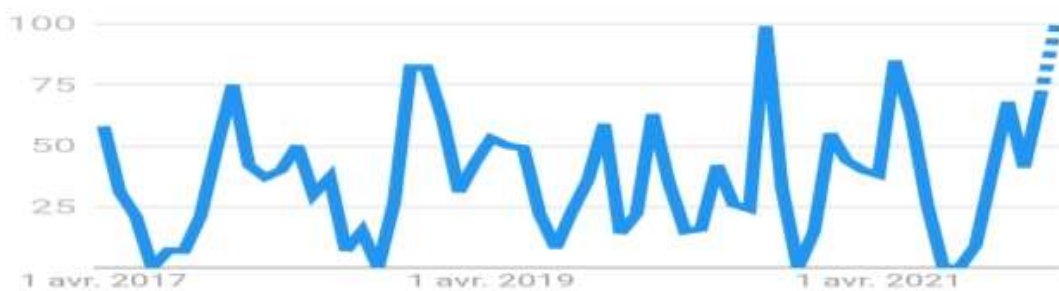
وعند المقارنة بين الدول العربية نجد تفوق الجزائر على العديد من الدول في الاهتمام بالبحث عن التوافق النفسي خلال السنوات الخمس الأخيرة (2021/2017) ونوضحها كما يلي:



الشكل (06): يبين توزيع الاهتمام بموضوع التوافق النفسي على بعض دول العالم.

يتضح من الشكل (06) خريطة تتمثل في توزيع الدول الأكثر الاهتمام بموضوع التوافق النفسي على مدى خمس سنوات الأخيرة حيث نلاحظ تفوق الجزائر على باقي الدول الأخرى المتمثلة في مصر وعراق والسعودية والكويت بفارق كبير محصور بين 100% و40% بحيث أخذت الجزائر أكبر نسبة كانت 100% مقارنة بالدول المتبقية التي كانت النسبة من 41% فأقل.

بالانتقال إلى درجة الاهتمام بالبحث حول موضوع التوافق النفسي على المستوى الوطني في الخمس السنوات الأخيرة (2021/2017) يتضح تطور الاهتمام من خلال ما هو موضح في الشكل:



الشكل (07): يبين تطور الاهتمام بموضوع التوافق النفسي في الجزائر خلال السنوات (2021-2017).

يبين الشكل (07) تطور الاهتمام بموضوع التوافق النفسي في الجزائر خلال سنوات (2017-2021)، حيث نجد تذبذب من سنة 2017 إلى سنة 2019 يفوق عن نسبة 75% ويصل إلى حتى الانعدام في البحث وذلك خلال جميع السنوات تقريبا إلا أن الاهتمام بالبحث تطور ليأخذ نسبة 100% خلال أواخر سنة 2021 ثم يرى تناقص وتزايد متذبذب خلال سنة 2021.

وبالنظر إلى الولايات الجزائرية التي كانت أكثر اهتماما وبحثا في هذا الموضوع ندرج المناطق الخمس الأولى وذلك خلال الفترة من (2017-2021):



الشكل (08): يبين توزيع الولايات الجزائرية الأكثر اهتماما بموضوع التوافق النفسي في السنوات الخمس الأخيرة.

من خلال معطيات الخريطة الممثلة في الشكل رقم (08) التي تتوزع فيها أكثر خمس ولايات في الجزائر الأكثر اهتماما بالبحث في التوافق النفسي حيث كانت أكبر نسبة اهتمام قد بلغت 100% في ولاية معسكر لتأتي بعدها ولاية بسكرة بنسبة اهتمام 79% ثم تليها الولايات (شلف، بويرة، مستغانم) على الترتيب بنسب من 52% فأقل.

3. إبراز أهمية موضوع قلق الموت:

كذلك من خلال تصفح الموقع الافتراضي نجد قيمة وتطور الاهتمام بموضوع قلق الموت على مستوى العالمي منذ سنة 2017 إلى 2021 كما يلي:

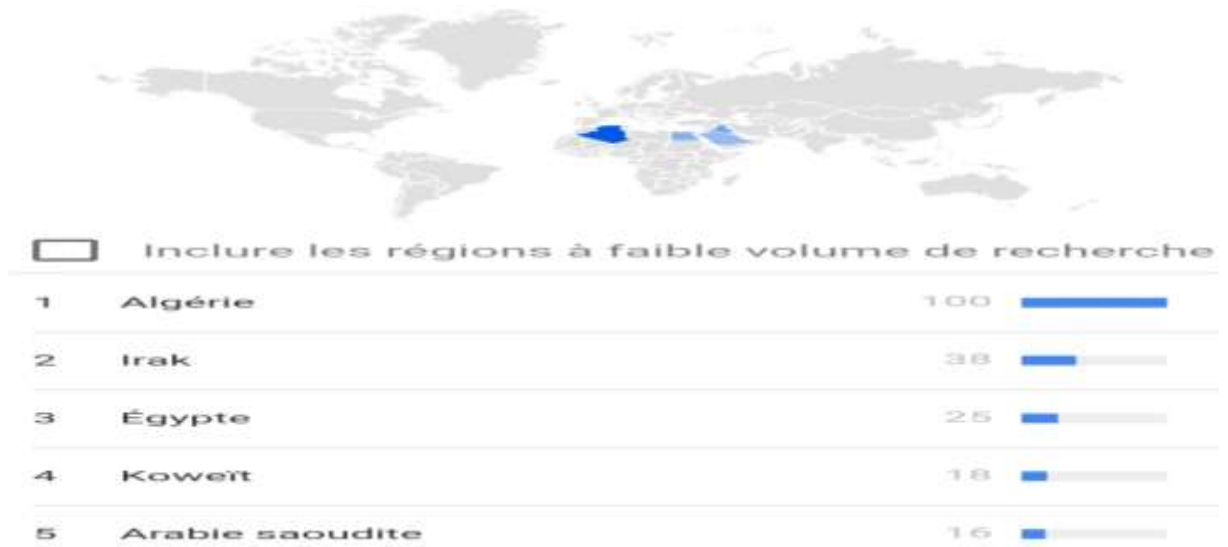


الشكل (09): يبين تطور الاهتمام بموضوع قلق الموت عالميا ما بين الفترة (2017/2021).



يتضح من خلال منحى الشكل (09) أن تطور الاهتمام والبحث في موضوع قلق الموت على دول العالم خلال الفترة الممتدة من 2017 إلى 2021، كان في حدود 75% كأقصى نسبة ليصل إلى الانعدام وعدم البحث في هذا الموضوع وكل هذا مرة من سنة 2017 إلى 2021 إلا أن في سنة 2021 تتطور الاهتمام بنسبة كبيرة كانت (100%).

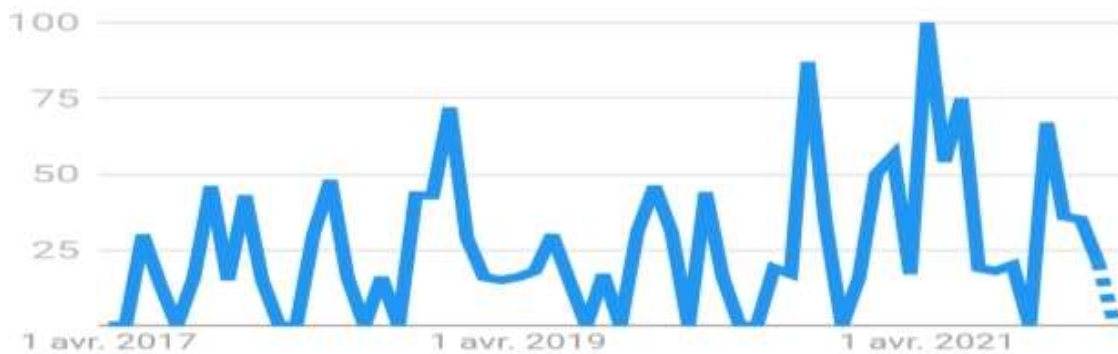
وبالنظر إلى اهتمام الدول العربية وتطورها في البحث خلال الخمس السنوات الأخيرة من 2017-2021 نجد الشكل الموضح كالتالي:



الشكل (10): يبين توزيع الدول العربية الأكثر اهتماما بموضوع قلق الموت في السنوات الخمس الأخيرة.

من خلال توزيع تطور الاهتمام والبحث لدول العالم في قلق الموت الموضح في الشكل (10) نلاحظ بأن الجزائر تحصلت على أكبر نسبة اهتمام 100% وذلك تفوقا كبيرا على باقي الدول الأخرى (عراق، مصر، الكويت، السعودية) حيث كان تطور الاهتمام في هذه الدول بنسبة قليلة جدا الأعلى فيما تحصلت على 38%.

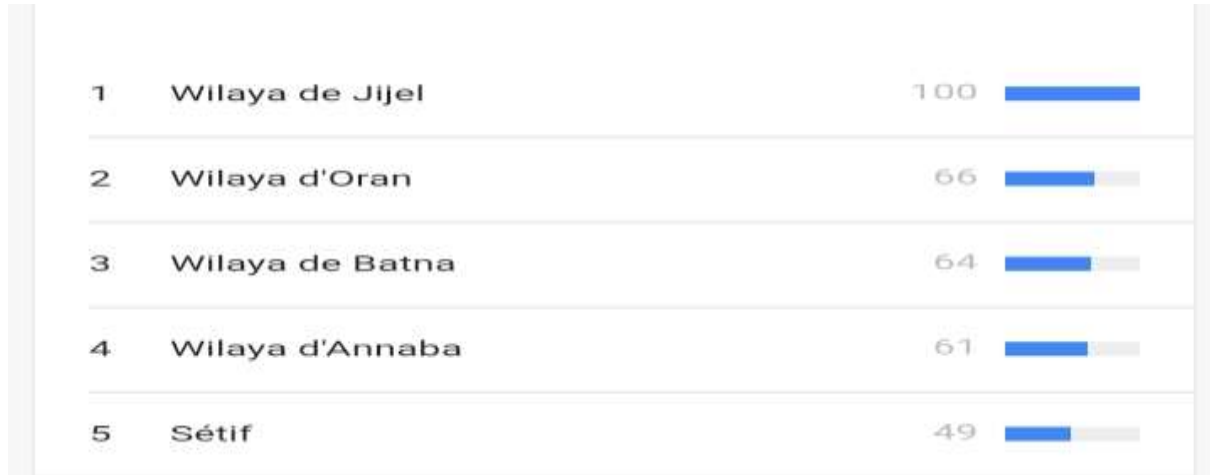
أما على المستوى الوطني من خلال موقع Google trends يتضح لنا تطور الاهتمام به في الخمس السنوات الأخيرة من خلال الشكل التالي:



الشكل (11): تطور الاهتمام بموضوع قلق الموت وطنيا على مدى خمس السنوات الأخيرة (2017-2021).

يتبين من الشكل(11) أن معظم الاهتمام على مستوى الجزائر في حدود سنة 2017 إلى سنة 2021، كان محصورا بين 50% إلى حتى الانعدام في البحث إلا أن بعض السنوات شهدت تطور بحثي أكثر انحصار بين 75% و100% وكانت هذه السنوات أوائل 2019 و2021 وفي أواخر 2020.

وأخيرا نشير إلى أهمية البحث في قلق الموت عبر ولايات الوطن بحيث نجد توزيع الولايات الخمس الأولى في الفترة 2017-2021 كما يوضحه الشكل على النحو التالي:



الشكل (12): يبين توزيع الولايات الجزائرية الأكثر اهتماما بموضوع قلق الموت في السنوات 2017-2021.

يتبين من الشكل(12) الذي يمثل الولايات الجزائرية الخمس الأولى الأكثر اهتماما وبحثا في قلق الموت، حيث نلاحظ أنه واسع الانتشار بنسبة 100% في ولاية جيجل ثم تنخفض درجة الاهتمام إلى نسبة 66% في ولاية وهران لتتخفف تدريجيا في باقي الولايات الثلاثة المتبقية والمتمثلة في ولاية باتنة وعنابة وسطيف.

#### سادسا-المفاهيم الإجرائية:

✓ **قلق الموت:** المقصود به في هذه الدراسة هو مجموع الدرجات التي يحصل عليها المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربائهم مع أسرهم من خلال استجاباتهم على مقياس قلق الموت "لدونالد تمبلر 1967" والمتكون من (15) عبارة والذي هو مكيف على البيئة الجزائرية.

✓ **المسنين:** إجرائيا هم مجموعة من الأشخاص تجاوزت أعمارهم سن الستين إلى آخر العمر وقد يمتد إلى ما بعد المائة من السنوات، بحيث يواجه العديد من المشكلات والأمراض الأمر الذي يتزايد معه الشعور بالحاجة والعناية والرعاية الاجتماعية والنفسية والطبية الخاصة.

والمقصود بالمسن في دراستنا هذه الأشخاص المسنين المتواجدين على مستوى دار الأشخاص المسنين بحمام دباغ—ولاية قالة وأقربائهم المتواجدين مع أسرهم بنفس الولاية.

- ✓ دار الأشخاص المسنين: وهي مؤسسة مخصصة لتوفير السكن والرعاية<sup>1</sup> بمختلف أنواعها وتلبية احتياجات كبار السن، المتواجدة بدائرة حمام دباغ-ولاية قالمة-
- ✓ التوافق النفسي: المقصود به في هذه الدراسة هو مجموع الدرجات التي يحصل عليها المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربائهم المقيمين مع أسرهم من خلال استجاباتهم على مقياس التوافق النفسي "نقلا عن سامية القطان سنة 1982" والمكون من (40) عبارة.

### سابعاً-الدراسات السابقة:

#### 1. دراسات ذات علاقة بمتغير قلق الموت والمسنين:

##### 1.1. الدراسات العربية:

- 1.1.1. دراسة بلان (2009)، بعنوان "دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية ومع أسرهم".

هدفت إلى الكشف عن الفروق بين المسنين المقيمين في دور رعاية المسنين والمسنين المقيمين مع أسرهم في درجة معاناتهم للقلق حسب متغيرات مكان الإقامة والعمر والجنس، فكان العدد الإجمالي لعينة الدراسة 436 مسناً ومسننة منهم 222 ذكور و214 إناث، ضمت 150 مسناً ومسننة مقيمين في دور رعاية المسنين و 286 مسناً ومسننة، مقيمين مع أسرهم من محافظات دمشق وريفها وحمص واللاذقية في الجمهورية العربية السورية، واعتمدت في ذلك على المنهج الوصفي وكانت أداة الدراسة مقياس سمة القلق لسبيلرجر، والذي يحتوي على عشرين عبارة يدل نصفها على أعراض القلق والنصف الآخر على عدم وجوده، وكانت النتائج التي توصلت إليها الدراسة على النحو الآتي: توجد فروق دالة بين سمة القلق لدى المسنين تبعاً لمتغير مكان الإقامة في الأسرة وفي دور المسنين، كما توجد فروق دالة بين وجود سمة القلق بين المسنين الذكور المقيمين مع أسرهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية، ووجود فروق دالة بين سمة القلق بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية وفقاً لمتغير الفئة العمرية التي تبلغ من العمر 71 سنة فما فوق.

- 2.1.1. دراسة العاني (2015)، بعنوان "قلق الموت عند المسنين وعلاقته بالرضا عن أهداف الحياة والنزعة الاستهلاكية".

هدفت للتعرف: على مستوى قلق الموت عند المسنين، ومستوى النزعة الاستهلاكية عند المسنين، والعلاقة بين الرضا عن أهداف الحياة والنزعة الاستهلاكية عند المسنين، والكشف عن العلاقة الارتباطية بين قلق الموت والرضا عن أهداف الحياة والنزعة الاستهلاكية عند المسنين، وتضمنت عينة البحث (308) متقاعدًا ومتقاعدة، ممن

<sup>1</sup> بالرجوع إلى المادة 4 "من المرسوم التنفيذي رقم 16-187 المؤرخ في 17 رمضان عام 1437 الموافق 22 يونيو 2016 الذي يحدد كيفية مساهمة الأشخاص المتكفلين بالأشخاص المسنين وكذا الأشخاص المسنين ذوي دخل كاف في مصاريف التكفل المقدمة داخل مؤسسات وهيئات استقبال الأشخاص المسنين": تنص على أنه يجب أن تضمن مؤسسات وهيئات الاستقبال التابعة لقطاع التضامن الوطني، مقابل المساهمة، تكفلاً اجتماعياً طبيًا ونفسيًا ملائماً للأشخاص المسنين المستقبلين، تشمل خدمات في مجال الإيواء والإطعام، الألبسة الفحوصات الطبية والأدوية المستلزمات الأنشطة الثقافية الترفيهية والتنقلات والرحلات. (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2016، ص13)

يستلمون روايتهم من المصارف في مدينة بغداد تم اختيارها عشوائيا، ومن تحليل استجابات المتقاعدين والمتقاعادات والاطلاع على الأدبيات والدراسات السابقة، تم التوصل إلى إعداد فقرات مقياس الرضا عن أهداف الحياة للمتقاعدين والمتقاعادات والمتكون من (67) فقرة، وإعداد فقرات مقياس الرضا عن أهداف الحياة للمتقاعدين والمتقاعادات والمتكون من (66) فقرة، وإعداد فقرات مقياس النزعة الاستهلاكية للمتقاعدين والمتقاعادات المتكون من (45) فقرة، وبعد استخدام الوسائل الإحصائية أظهرت النتائج ما يأتي: أن مستوى قلق الموت كانت نسبته منخفضة عند المسنين، وأن مستوى الرضا عن أهداف الحياة عالي، وأن مستوى النزعة الاستهلاكية متوسطة، وفي تحليل البيانات لغرض التنبؤ في متغير قلق الموت من خلال متغيرات المستقلة الرضا عن أهداف الحياة كالنزعة الاستهلاكية.

### 2.1. الدراسات الجزائرية:

#### 1.2.1. دراسة جملة (2015)، بعنوان "قلق الموت لدى المسنين المقيمين ببلدية المسيلة".

التي هدفت هذه الدراسة لمعرفة الفروق في درجات قلق الموت لدى المسنين المقيمين ببلدية المسيلة ويعزى لمتغيرات الدراسة (الجنس، السن)، واعتمدت على المنهج الوصفي وتكونت عينة الدراسة من 30 مسن ومسننة موزعين بين 15 ذكورا و15 إناث وتم الاستعانة بأدوات لجمع البيانات تمثلت في مقياس قلق الموت من إعداد دونالد تمبلر، وكانت نتائج الدراسة كما يلي: توجد دلالة إحصائية في درجات قلق الموت لدى المسنين المقيمين ببلدية المسيلة، توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات قلق الموت لدى المسنين ببلدية المسيلة حسب متغيرات السن والجنس. (بكار، 2020/2019، ص 08)

#### 2.2.1. دراسة بدران وآخرون (2021)، بعنوان "قلق الموت لدى عينة من المسنين في ضوء انتشار فيروس كوفيد-19".

هدفت للتعرف على مستوى انتشار قلق الموت لدى المسنين في ضوء انتشار فيروس كوفيد-19، الكشف على فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين في قلق الموت في ظل انتشار فيروس كوفيد-19 في ضوء متغير الحالة الصحية (المعاناة من أمراض مزمنة /خلوه من الأمراض المزمنة). وهذا باستخدام المنهج الوصفي التحليلي على عينة من المسنين (60) مسنا بتطبيق استبيان قلق الموت لدى عينة من المسنين في ضوء انتشار فيروس كوفيد-19، وكانت النتائج كالتالي: مستوى انتشار قلق الموت لدى المسنين في ضوء انتشار فيروس كوفيد-19 مرتفع، توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين في قلق الموت في ظل انتشار فيروس كوفيد-19 في ضوء متغير الحالة الصحية لصالح المعاناة من أمراض مزمنة.

### 3.1. الدراسات الأجنبية:

#### 1.3.1. دراسة عزيزة وآخرون (2010)، بعنوان "قلق الموت لدى المسنين المسلمين من عرب الأراضي المحتلة (1984)".

هدفت إلى فحص مستوى قلق الموت لدى المسنين المسلمين من عرب الأراضي المحتلة (1984) ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المقابلة التشخيصية كمقياس قلق الموت، كالأستعانة بالمنهج الوصفي، تكونت عينة الدراسة

من (145) مسنانا ومسننة. خلصت الدراسة إلى وجود مستوى مرتفع من قلق الموت، وظهرت فروق لصالح المقيمين في دور الرعاية، وكانت هناك فروق تعزى للمتغير الجنس لصالح الإناث، وفروق تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح غير المتعلمين. كما أسفرت النتائج عن وجود فروق في مستوى قلق الموت تعزى لمتغير درجة التدين. (محمد القيق، 2016، ص 50)

## 2. دراسات ذات علاقة بمتغير التوافق النفسي والمسنين:

### 1.1.2 الدراسات العربية:

1.1.2. دراسة صيام (2010)، بعنوان "سمات الشخصية وعلاقتها بالتوافق النفسي للمسنين في محافظات غزة".

هدفت للتعرف على العلاقة بين التوافق النفسي وسمات الشخصية التي تدرس في هذه الدراسة (تقدير الذات- التوكيدية-استقلال-السعادة-العدوانية-المسؤولية-السيطرة)، الكشف عن مستوى التوافق النفسي للمسنين لمحفظات قطاع غزة، تحديد الفروق الجوهرية في التوافق النفسي والتي تعزى إلى متغيرات (المستوى الاقتصادي- الحالة الاجتماعية-العمر-الجنس-العمل أو عدم العمل- مكان الإقامة-المستوى التعليمي-طبيعة المعيشة-عدد الأبناء الأحياء) ولتحقيق الأهداف استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (200) مسنا ومسننة، طبق عليهم مقياس سمات الشخصية إعداد إيزنك، كمقياس التوافق النفسي للمسنين إعداد الباحثة، وكانت النتائج كالتالي: وجود علاقة بين سمات الشخصية كالتوافق النفسي لدى المسنين. وجود علاقة بين سمة تقدير الذات والسعادة والدرجة الكمية على التوافق الاقتصادي، وبين كل من سمة التوكيدية والمسؤولية والسيطرة والدرجة المتدنية على التوافق الشخصي، وبين سمة الاستقلال ودرجة المتدنية على التوافق النفسي ككل، وبين سمة السيطرة والدرجة المتدنية على التوافق الأسري والزواجي، ووجود علاقة سالبة دالة إحصائيا بين سمة السعادة وتقدير الذات والدرجة المتدنية على توافق الصحة الجسمية.

### 2.2 الدراسات الجزائرية:

1.2.2. دراسة سني (2015/2014)، بعنوان "تقدير الذات وعلاقته بالتوافق النفسي لدى المسنين من خلال تواجدهم في دور الرعاية الاجتماعية المتواجدة في بعض المناطق الغربية من الوطن".

هدفت إلى إبراز نوع العلاقة بين تقدير الذات والتوافق النفسي لدى المسنين، إبراز اختلاف العلاقة بين تقدير الذات والتوافق النفسي لدى المسنين، إبراز الفروق في تقدير الذات والتوافق النفسي تبعاً للجنس، إبراز الفروق في تقدير الذات والتوافق النفسي تبعاً لمدة الإقامة. واعتمدت في ذلك على المنهج الوصفي الاستدلالي واستخدم لهذا الغرض اختبار تقدير الذات لروزنبارغ ومقياس التوافق النفسي لسامية قطان اللذان ترجما إلى لسان الدارج بغرض تكيفهما مع البيئة الجزائرية. وبعد التحقق من خصائصهما السيكومترية، طبقا بطريقة مقصودة على عينة من المسنين قوامها 86 مسنا من كلا الجنسين. وأشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود علاقة بين تقدير الذات العام والتوافق النفسي للمسنين المقيمين في دور الرعاية الاجتماعية. كما أظهرت النتائج أيضا إلى وجود علاقة بين

مستويات تقدير الذات (الإيجابي-السليبي) والتوافق النفسي. كما اختلفت العلاقة بين تقدير الذات والتوافق النفسي لدى المسنين تبعاً للجنس يعزى للإناث. وحسب متغير السن فأتبنت الدراسة على وجود فروق دالة إحصائية بين تقدير الذات والتوافق النفسي. كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية بين تقدير الذات والتوافق النفسي تبعاً لمدة الإقامة.

### 2.2.2. دراسة بوعيشة (2021)، بعنوان "المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالتوافق النفسي لدى المسنين".

هدفت إلى الكشف عن طبيعة العلاقات بين المساندة الاجتماعية والتوافق النفسي لدى المسنين، وذلك من خلال قيام هذه الدراسة الميدانية على عينة من المسنين قوامها 30 مسن تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية بمدينة بسكرة، المتواجدين في أسرهم وضمن عائلاتهم، واعتمدت في ذلك على المنهج الوصفي الارتباطي حيث استخدمت أداتين وهما مقياس المساندة الاجتماعية من إعداد سمير عبد الله كردي (2008) ومقياس التوافق النفسي الاجتماعي لسامية القطان سنة (1982) وتوصلت لمجموعة من النتائج كانت: توجد علاقة ارتباطية بيت درجات مقياس المساندة الاجتماعية ودرجات التوافق النفسي لدى المسنين. توجد فروق على مقياس التوافق النفسي يعزى لمتغير الجنس.

### 3.2. الدراسات الأجنبية:

#### 1.3.2. دراسة ميرديث (1980)، بعنوان "التوافق والرضا عن الحياة لدى المسنين وعلاقته ببعض المتغيرات".

تهدف للوصول إلى معرفة العوامل المرتبطة بالتوافق والرضا عن الحياة لدى المسنين، واختيار عينة بلغت (1261) فرداً من البالغين من العمر 60 عاماً فأكثر واستخدم لذلك استبيانات وملاحظة استغرقت 15 شهراً وكانت النتائج تشير على أن هناك ارتباطاً موجباً دال بين التوافق والرضا عن الحياة وكل من العمر، الحالة الصحية، حالة العمل، أوجه النشاط. (العامر، 1989، ص 43)

#### 2.3.2. دراسة أنانثارمان (1980)، بعنوان "علاقة مفهوم الذات بالتوافق النفسي لدى عينة من المسنين".

ذهبت للكشف عن علاقة مفهوم الذات بالتوافق النفسي لدى عينة متكونة من 172 مسن من فئة الذكور تتراوح أعمارهم بين (55 . 89 سنة) استخدمت فيها الباحثة مقياس الرضا عن الحياة ل هافجست، فتوصلت إلى أن الأشخاص الذين يصفون أنفسهم بعبارات (قوي . قائد . جيد . واثق من نفسه) يعتبرون الأفضل من حيث التوافق ولديهم مفهوم ذات إيجابي، أما الأشخاص الذين يتميزون بالانفصال والمشككين في أنفسهم فهم يعانون من عدم القدرة على التوافق ولديهم مفهوم ذات سلبي (سني، 2014/2015، ص26)

### التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد اطلاعنا على العديد من الدراسات السابقة وجدنا أن هناك تنوع في الدراسات التي تناولت متغيرات دراستنا وعلاقتها بمتغيرات أخرى، كذلك تنوع في الفئات التي تناولتها هذه الدراسات، ووجدنا أن معظم الدراسات تدرس متغير قلق الموت عند الأشخاص المسنين عن طريق مقياس دونالد تمبلر، وأيضاً معظم الدراسات تدرس متغير

التوافق النفسي عند الأشخاص المسنين عن طريق مقياس سامية القطان، بحيث تم اختيار بعض الدراسات التي تناولت متغير قلق الموت وعلاقته بمتغيرات أخرى ومتغير التوافق النفسي وعلاقته بمتغيرات أخرى وذلك عند فئة المسنين، إلا أن الطالبان في حدود علمهما لم تعثرا على أي بحث يشمل هذين المتغيرين معا عند نفس الدراسة، ومن هذا لا بد من مناقشتها من حيث أوجه التشابه والاختلاف بينهم وبين دراستنا الحالية وذلك من حيث الأهداف والمنهج والعينة والنتائج وهي كالتالي:

### 1. قلق الموت:

#### 1.1. من حيث الأهداف:

كان هناك تشابه من حيث الأهداف التي وضعتها الدراسات بحيث سعت كلها إلى الكشف عن مستوى قلق الموت إلا أن بعضها ركز على الفروق كما في دراسة (بلان 2009) التي هدفت إلى الكشف عن الفروق بين المسنين المقيمين في دور رعاية المسنين والمقيمين مع أسرهم في درجة معاناتهم للقلق كذلك دراسة (جملة 2015) التي هدفت لمعرفة الفروق في درجات قلق الموت لدى المسنين ونجد دراسة (محمود 2015) ارتبطت بمتغير الرضا عن أهداف الحياة.

أما دراستنا الحالية فقد هدفت للكشف عن العلاقة الموجودة بين قلق الموت والتوافق النفسي لدى المسنين المقيمين بدارالأشخاص المسنين وأقربائهم مع أسرهم.

#### 2.1. من حيث المنهج:

تشابهت جميع الدراسات في استخدام المنهج وذلك باعتمادهم للمنهج الوصفي، حيث تشابهت مع دراستنا الحالية التي تم الاعتماد فيها كذلك على المنهج الوصفي.

#### 3.1. من حيث العينة:

كانت جميع الدراسات قد أجريت على فئة المسنين إلا أنه نجد هناك فروق من حيث العدد في العينة فدراسة (بلان 2009) طبقت على 436 مسنا ومسنة، ودراسة (عزيزة وآخرون 2010) طبقت على 145 مسنا ومسنة، أما دراسة (محمود 2015) فنجدها طبقت على 308 مسنا ومسنة، ودراسة (جملة 2015) شملت على 30 مسن ومسنة، أما دراسة (بدران وآخرون 2021) شملت على عينة من 60 مسنا.

أما دراستنا الحالية فقد أجريت على 70 مسنا ومسنة، داخل دارالأشخاص المسنين وخارجها.

#### 4.1. من حيث النتائج:

نلاحظ أن هذه الدراسات توصلت إلى نتائج ممثلة للأهداف الموضوعية. فدراسة (بلان 2009) توصلت إلى أنه توجد فروق دالة بين سمة القلق لدى المسنين تبعا لمتغير مكان الإقامة كما توجد فروق بين وجود سمة القلق بين المسنين الذكور المقيمين في دور الرعاية وفقا لمتغير الفئة العمرية التي تبلغ من العمر 71 فما فوق، أما دراسة (عزيزة وآخرون 2010) توصلت إلى أنه يوجد مستوى قلق الموت منخفض عند المسنين، وأن مستوى الرضا عن أهداف

الحياة عالي، وأن مستوى النزعة الاستهلاكية متوسطة، وتبين أنه يمكن التنبؤ بقلق الموت من خلال الرضا عن أهداف الحياة كالنزعة الاستهلاكية، أما دراسة (جملة 2015) التي كانت نتائج دراستها كما يلي: توجد دلالة إحصائية في درجات قلق الموت لدى المسنين المقيمين ببلدية المسيلة، توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات قلق الموت لدى المسنين ببلدية المسيلة حسب متغيرات السن والجنس، أما دراسة (بدران وآخرون 2021) وكانت نتائجها كالتالي: مستوى انتشار قلق الموت لدى المسنين في ضوء انتشار فيروس كوفيد-19 مرتفع، توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين في قلق الموت في ظل انتشار فيروس كوفيد-19 في ضوء متغير الحالة الصحية لصالح المعاناة من أمراض مزمنة.

## 2. التوافق النفسي:

### 1.2. من حيث الأهداف:

كان هناك اتفاق من حيث الأهداف التي وضعتها الدراسات والتي سعت إلى دراسة التوافق النفسي وعلاقته بمتغيرات أخرى مختلفة وذلك عند فئة المسنين، فدراسة (أنانثارمان 1980) هدفت للكشف عن علاقة مفهوم الذات بالتوافق النفسي، ودراسة (صيام 2010) هدفت للتعرف على سمات الشخصية وعلاقتها بالتوافق النفسي، ودراسة (سني 2015/2014) هدفت إلى تسلط الضوء على العلاقة بين تقدير الذات والتوافق النفسي، أما دراسة (بوعيشة 2021) هدفت إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين المساندة الاجتماعية والتوافق النفسي، إلا أن دراسة (ميرديث 1980) هدفت إلى معرفة العوامل المرتبطة بالتوافق والرضا عن الحياة.

أما دراستنا الحالية فقد هدفت إلى دراسة العلاقة بين قلق الموت والتوافق النفسي عند المسنين.

### 2.2. من حيث المنهج:

تشابهت معظم الدراسات من حيث استخدام المنهج، بالرغم من أن دراسة (ميرديث 1998) ودراسة (أنانثارمان 1998) لم يذكر لهما المنهج المستخدم، ونجد دراسة (صيام 2010) ودراسة (سني 2015/2014) ودراسة (بوعيشة 2021) تم فيها استخدام المنهج الوصفي كما هو الحال في دراستنا الحالية.

### 3.2. من حيث العينة:

كانت جميع الدراسات قد أجريت على فئة المسنين أيضا إلا أننا نجد هناك فروق في العينة وفي دراسة (أنانثارمان 1998) طبقت على 172 مسن من فئة الذكور فقط، ودراسة (صيام 2010) تكونت العينة من 200 مسنا ومسنة، ودراسة (سني 2015\2014) تكونت عينتها من 86 مسنا من كلا الجنسين، ودراسة (بوعيشة 2021) طبقت على عينة قوامها 30 سنة.

باختلاف دراستنا الحالية التي شملت على عينة من 70 مسن ومسنا.



## 4.2. من حيث النتائج:

نلاحظ أن هذه الدراسات توصلت إلى نتائج ممثلة ومتوافقة مع الأهداف الموضوعية، فدراسة (ميرديث 1980) توصلت إلى أن هناك ارتباطا موجبا دال بين التوافق والرضا عن الحياة وكل من العمر، الحالة الصحية، حالة العمل، أوجه النشاط، أما دراسة (أنانثارمان 1980) فتوصلت إلى أن الأشخاص الذين يصفون أنفسهم بعبارات (قوي . قائد. جيد. واثق من نفسه) يعتبرون الأفضل من حيث التوافق ولديهم مفهوم ذات إيجابي، أما الأشخاص الذين يتميزون بالانفصال والمشككين في أنفسهم فهم يعانون من عدم القدرة على التوافق ولديهم مفهوم ذات سلبي، أما دراسة (صيام 2010) حيث تبين وجود علاقة بين سمات الشخصية كالتوافق النفسي لدى المسنين. وتبين وجود علاقة بين سمة تقدير الذات والسعادة والدرجة الكمية على التوافق الاقتصادي، وبين كل من سمة التوكيدية والمسؤولية والسيطرة والدرجة المتدنية على التوافق الشخصي، وبين سمة الاستقلال ودرجة المتدنية على التوافق النفسي ككل، وبين سمة السيطرة والدرجة المتدنية على التوافق الأسري والزواجي، ووجود علاقة سالبة دالة إحصائية بين سمة السعادة وتقدير الذات والدرجة المتدنية على توافق الصحة الجسمية، أما دراسة (سني 2015/2014) فتوصلت إلى وجود علاقة بين مستويات تقدير الذات (الإيجابي-السلبي) والتوافق النفسي. كما اختلفت العلاقة بين تقدير الذات والتوافق النفسي لدى المسنين تبعا للجنس يعزى للإناث. وحسب متغير السن فأثبتت الدراسة على وجود فروق دالة إحصائية بين تقدير الذات والتوافق النفسي. كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية بين تقدير الذات والتوافق النفسي تبعا لمدة الإقامة، أما دراسة (بوعيشة 2021) توصلت إلى أنه توجد علاقة ارتباطية بين درجات مقياس المساندة الاجتماعية ودرجات التوافق النفسي لدى المسنين. توجد فروق على مقياس التوافق النفسي يعزى لمتغير الجنس.

# الفصل الثاني:

## قلق الموت.

تمهيد.

أولا- نظرة دينية لقلق الموت.

ثانيا- تعريف قلق الموت.

ثالثا- الخوف من الموت واختلافه عن قلق الموت.

رابعا- أنواع قلق الموت.

خامسا- مسببات قلق الموت.

سادسا- أعراض قلق الموت.

سابعا- ميكانيزمات الدفاع وقلق الموت.

ثامنا- تفسير الفروق الجنسية في قلق الموت.

تاسعا- نظريات قلق الموت .

عاشرا- علاج قلق الموت.

الحادي عشر- قلق الموت لدى المسنين.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

إن الموت هو حقيقة لا مفر منها ولا يمكن تفاديها وهو يعد مصدرا لقلق الإنسان وما هو إلا شعور طبيعي ولكن باستمراره وارتباطه بانفعالات عنيفة ومشاعر واتجاهات سلبية تجمع معا لتؤدي إلى اضطراب مزمن يسمى بقلق الموت والذي يؤثر على الفرد بشكل كبير ما يجعله يفقد الأمل في العيش ويسيطر عليه الحزن والاكتئاب.

## أولا- نظرة دينية لقلق الموت:

شهدت الإنسانية أول قصة موت في الصراع على البقاء بين هابيل وقابيل ابني آدم عليه السلام ومن ذلك التاريخ بدأت الإنسانية تنشغل في مسألة الحياة والموت ولا سيما في الفكر الديني السماوي والوضعي، وصار جزء من تفكير الإنسان يهتم بما يصير عليه بعد هذه الحياة التي لا يعلم كم يحيا بها ويصل إلى أجله المحتوم ويرى عيشه بهذه الحياة ما هي إلا فترة انتظار تطول أو تقصر لا يعلم شيء عنها مهما أوتي من العلم والمعرفة. (ربايعة، 2018، ص217)

وربما يرتبط قلق الموت بالدين بسبب ما تقدمه معظم الأديان من تفسيرات مختلفة حول الحياة بعد الموت بما في ذلك الجنة والنار، لذلك يمكن أن يتطور أكثر عند البعض بسبب حذره الشديد عما سيحدث بعد موته والمكان الذي سيكون فيه.

فلقد احتلت فكرة البعث والخلود جزءا كبيرا في تفكير الديانات على تنوعها، ففي مصر القديمة نجد أن تصور الموت ما هو إلا انفصال للجسد عن الروح وأنه انتقال من حالة حياة إلى حالة حياة أخرى، ويمكننا الافتراض بأن قلق المصريين من الموت والخوف منه كان عاليا إذ أن الحياة عندهم مشتهة، وقد حملوا إلى درجة التعصب كراهية للموت، وخصموا جزءا غير قليل من أموالهم، لتدبير الطرق والوسائل المتنوعة لغلبته كالتحنيط والنحت وغيرها.

وفي الصين دفع القلق من الموت، والرغبة في الحصول على الخلود، لدى الصينيين إلى ترك منازلهم والذهاب إلى الجبال، لتعبد تبعا لعقيدة التاوية، والموت بالنسبة للوثنيين أمر محترم وأن الدهر هو الذي فرضه (أي الموت) على الإنسان.

أما العرب كانوا قبل الإسلام يفهمون الموت على أنه القوة المسيطرة للعالم والمؤثرة في حياة كل كائن موجود، فتناولوا عليه بالسب والشتم، في ذلك إشارة لخوفهم وقلقهم من الموت ومقتهم له .

أما في الأديان السماوية فإن الموت دخل العالم بسبب خطيئة آدم عليه السلام، التي أدت إلى خروجه من عالم الخلد، فأصبح لأول مرة قابلا للفناء والموت. (فقيري، 2015/2014، ص82)

وأورد القرآن الكريم كثير من الآيات تتعلق بالحياة والموت ومنها قوله تعالى عز وجل {فَمَتَّوْا الْمَوْتَ إِنْ كُنْتُمْ صَادِقِينَ} (سورة البقرة، الآية 93) وهذا خطاب موجه لمن أضل عن ذكر الله ليبين الله سبحانه وتعالى أن قلق الموت يكون أكبر لدى غير المؤمن ويبدو الخوف من الموت في الإسلام سمة أشارت لها الآيات والأحاديث النبوية الشريفة وهما الموت وقلة المال، وإن المؤمن الصادق لا يخاف من الموت لأنه يعلم أن الموت، سينقله إلى نعيم الحياة الخالدة. (ربايعة، 2018، ص218)

فالإسلام يعلمنا أن الموت حق على جميع الكائنات ومآل طبيعي لكل حي والنهاية الحتمية لكل ذي روح، مهما حاول التنصل من ذلك أو الهروب منه حيث يقول الحق سبحانه وتعالى في القرآن الكريم {وَجَاءَتْ سَكْرَةُ الْمَوْتِ بِالْحَقِّ ذَلِكَ مَا كُنْتُمْ تَحِيدُونَ}. (سورة ق، الآية 19) وفي آية أخرى {كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ الْمَوْتِ وَنَبَلُوكُم بِالشَّرِّ وَالْخَيْرِ فِتْنَةً وَإِلَيْنَا

تُرَجَعُونَ} (سورة الأنبياء، الآية 35)، أي إيمان المسلم بأن الله هو الخالق الذي يهب الحياة لجميع المخلوقات بما فيها الإنسان وهو الذي يحدد متى ستكون نهايته، بحيث لا يمكن للإنسان مهما بلغ علمه أن يحدد نهايته أو يعرف وقت موته. والحياة بالنسبة للإسلام هي الموت نفسه لأن الإنسان بمجرد ولادته يسرع في الموت، بحيث تتناقض فترة حياته يوماً بعد يوم مما يقربه إلى الموت شيئاً فشيئاً والحياة إنما هي دار أعمال وسعي واختبار، كما تعتبر الدنيا دار لهو ولعب فانية زائلة مقارنة بالحياة الآخرة التي هي باقية خالدة لقوله تعالى {وَمَا هَذِهِ الْحَيَاةُ إِلَّا لَهْوٌ وَلَعِبٌ وَإِنَّ الدَّارَ الْآخِرَةَ لَإَيُّ الْحَيَاةِ لَوَ كَانُوا يَعْلَمُونَ} (سورة العنكبوت، الآية 64)، ورغم هذا التسليم وهذا اليقين فإن بعض الناس يعتقدون أن الطب قد يضيف إلى أعمارهم بعض الوقت فلا يموتون في اللحظة التي كان يجب أن يموتوا فيها. (مرقومة، 2021، ص 36-37)

وفي الديانة اليهودية نجد أن فكرة الخلود والبعث، لم تكن فكرة غريبة بالنسبة إليهم، إذا اعتبروا الموت هو الشر الأعظم، وأنه يحل بالعالم من خلال خطأ الإنسان، فقد خلق هذا الإنسان لكي يحيا ولا يموت، فالرب منحه شرارة الحياة، وقدر له العيش على الأرض، وحذره حول ما لا ينبغي أن يأتي، كي لا يسقط ضحية الموت.

وتنظر الديانة المسيحية إلى الموت، بأنه أعظم الأعداء وأقصاهم، ولكن هذا العدو تم بالفعل قهره، فالنظرية المسيحية تكرر ببعث الموتى يوم القيامة، إذ تفتح القبور ويقف القديس الخاطئ أمام الرب، ويحاكم وذلك هو بعث الجسم وليس خلود النفس، فخلود النفس ليس من المسيحية، إنما هو من أمور الوثنية، فالموت عندهم هو ذلك الرعب العظيم، الذي ليس على ما يبدو عليه من قوة لا تقهر، وقدر لا مناص منه فهو يقهر، وسيهض الأموات من جديد.

يذكر أن الناس يختلفون في كراهيتهم للموت والقلق منه، وهم بهذا ينقسمون على ثلاث فرق:

الفرقة الأولى: وتسمى بأصحاب موقف الناقضين للموت، الذين لا يؤمنون باليوم الآخر، لأن قلوبهم أنشدت إلى تعمير الدنيا، وغفلت عن تعمير الآخرة، ولهذا لا يرغبون في الانتقال من مكان فيه العمران والازدهار إلى مكان فيه الدمار والخراب، وأن حب الدنيا والتعلق بها، والحب الشديد للمال والمنصب يجعل الإنسان يخاف الموت ويقلق منه.

الفرقة الثانية: فهو موقف المتوسطين من الناس تجاه الموت، الذين يدركون عقلا ويصدقون أحاديث الأنبياء تعبداً، بأن الموت الذي هو انتقال من النشأة المظلمة إلى حياة دائمة نورانية، هو حق ولكن قلوبهم لا تخطى بشيء من هذه المعرفة، بسبب اسوداد صحائفهم فيهربون من الموت، لخوفهم من العقوبات التي تحل بهم بعده، والتي أعدت لهم في المحشر، وأنهم كالذين يتمنون دائماً تأجيل يوم المحاكمة، والبقاء في السجن دون محاكمة.

الفرقة الثالثة: وهم أصحاب موقف المؤمنين الكاملين المطمئنين الذين لا يمقتون الموت، ولكنهم يستوحشونه لأنهم يخشون عظمة المحق المتعالي وجلال ذاته المقدسة. (فقيري، 2015/2014، ص 82-84)

ثانيا-تعريف قلق<sup>2</sup> الموت:

إن قلق الموت هو نوع من القلق الذي يتركز على موضوعات تتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص أو ذويه، فالموت مفهوم مجرد، ولكنه مرتبط بحقيقة مادية وفعل واقعي، مثله في ذلك مثل الخوف من الوحدة ومن التقدم في العمر وغيره.

ويعرف قلق الموت عدد من الباحثين منهم: "ج، و. هولتر 1979 j.w.Hoelter" الذي يعرفه بأنه "استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المتعمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت".

ويعرفه عبد الخالق بأنه "نوع خاص من القلق العام يشير إلى حالة انفعالية مكبرة ومشاعر شك وعجز وخوف، تتركز حول كل ما يتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه، ومن الممكن أن تثير أحداث الحياة هذه الحالة الانفعالية غير السارة وترفع من درجاتها".

ويعرفه "محمد عيد" بأنه: "شعور يهمن على الفرد بأن الموت يترص به حينما كان وأينما اتجه في يقظته ومنامه في حركته وسكونه، الأمر الذي يجعله حزينا متوجسا من مجرد العيش على نحو طبيعي".

ويعرفه "د.إ. تمبلر 1972 D.I.Templer" بأنه: "خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه".

وقد "أورد د. ليستر 1967 David Lester" ثلاثة مفاهيم للموت كما يراها الراشدون وهي:

-الموت بوصفه انتقالا إلى الحياة الأخرى، والتي قد ينظر إليها على أنها حياة رهيبة فظيعة أو حياة رائعة ينتظرها الشخص بخوف أو بهدوء.

-الموت بوصفه وسيلة يحاول بها الفرد تحقيق أهداف معينة، وجوانب إشباع من البيئة كما في حالة التهديد بالانتحار.

-الموت بوصفه نهاية نتوقعها. (معمرية، 2009، ص 67-69)

يمكن اعتبار قلق الموت أحد أنظمة القلق التي هي أساس كل قلق، ويرى كارل يونج أن قلق الموت مصدر أساسي للبؤس العصابي خصوصا في النصف الثاني حياة الإنسان. بينما يعتقد أرنست بيكر أن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية بمختلف أنواعها يمكن أن تصنف جميعا في إطار واحد هو الخوف من الموت، ويرى "الفريد أدلر" أن المرض العقلي يتكون نتيجة لفشل في تجاوز الخوف من الموت. كما أفرد ستانلي هول نوعا من الفوبيا أطلق عليه مخافة الموت. (عثمان، 2001، ص 74)

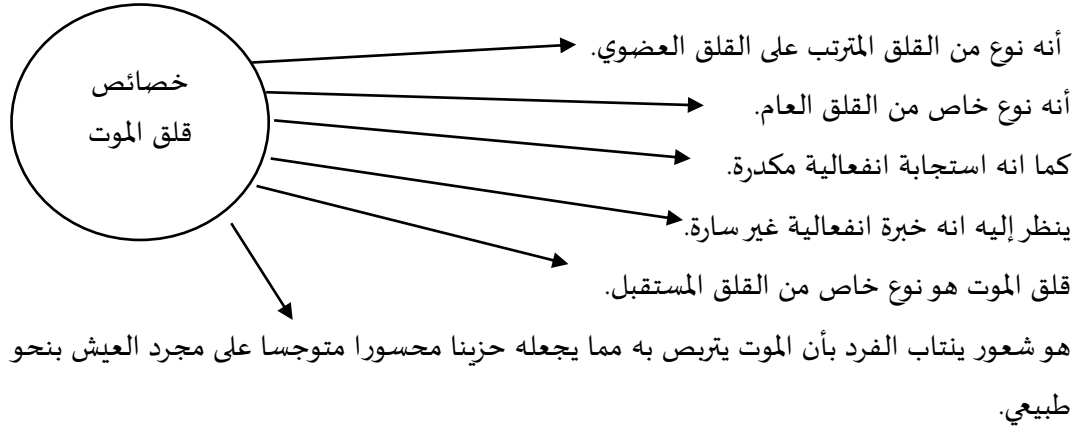
<sup>2</sup> القلق هو حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان. ويسبب له الكثير من الكدر والضيق والألم، والقلق يعني الانزعاج، والشخص القلق يتوقع الشر دائما ويبدو متشائما ومتوتر الأعصاب ومظربا، ويفقد القدرة على التركيز. (عثمان، 2001، ص 18)  
كذلك حالة وجدانية غير سارة تتسم بالخوف والتوجس وتوقع الأخطار حقيقية بل يكفي إن يراها الفرد دون استثناء. (عبد الستار، 2002، ص 20)

قلق الموت هو انعدام الراحة الفكرية الذي يؤدي إلى حالة خاصة من الألم النفسي ويظهر على الفرد بشكل توتر شديد (عصبية) يرافقه خوف ليس له مبرر يتعلق بتوقع حدوث شئ غامض، كما يعرفه هولنز بأنه: استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت. (بسيسو، 2006، ص 31)

يعرف "عسلية" قلق الموت (2005) بأنه حالة انفعالية غير سارة تتضمن مشاعر سلبية ذاتية من خلال تأمل شعور في حقيقة مفروضة على الفرد ولا مجال أنها قادمة لكن متى وأين وكيف. (عسلية، حمدونة، 2015، ص 733)

القلق من الموت بالنسبة إلى "Tomer et Eliason (1996)" يعني عاطفة غير سارة أثارها توقع اختفاء الذات، ووفقا ل Firestone et Catlett (2009) يمكن تعريف القلق من الموت على أنه مزيج من عمليات التفكير والعواطف المؤلمة وهو شعور غامض بعدم الراحة أو الخوف الناجم عن تصور حقيقي أو متخيل. (Amiri, 2019, p7)

ويمكن النظر إلى التعريفات السابقة لقلق الموت على أنها تتوزع على مجموعة من الخصائص التي يبينها الشكل التالي:



شكل (13): يبين خصائص قلق الموت.

المصدر: (يحي، 2013، ص 59)

مما سبق نستخلص بأن قلق الموت هو خبرة انفعالية غير سارة حول توقف الحياة والابتعاد عن حياة الدنيا والخوف الشديد من تصور حقيقي أو متخيل مما يؤدي إلى وقوع الشخص في قلق الموت.

### ثالثا-الخوف من الموت واختلافه عن قلق الموت:

الكل يخاف تلك اللحظة التي سيفقد فيها حياته ويواجه فيها الموت، ذلك المصير المرعب والمجهول في نفس الوقت، تلك اللحظة التي لا تأتي إلا بغته. يخاف الناس من أن يوضعوا في التراب أو أن يحرقوا أو من أية عملية مصاحبة لهذه الحالة التي سيصبحون عليها من انتقالهم من الحياة إلى الموت، يخافون من القبر وظلمته.

الموت لدى بعض الشعوب البدائية هاجسا وشيئا مخيفا وصدمة كبيرة لأهل الميت، فجاءت طقوسهم التي يعقدونها نتيجة ذلك للتعبير عن الخوف وامتصاصه وطرده الأرواح الشريرة التي تسببت فيه حسب اعتقادهم، ومن جهة أخرى لتجاوز الصدمة التي سببها والآلام النفسية والجراحات التي خلفها.

إن محو ذكر الموت من الخطابات اليومية ومن الوضعيات والإمكانات التواصلية العائلية، وجعله في خانة اللامتكلم فيه والسكوت عنه نتيجة الخشية التي تصاحبه أو التي يشعر بها الإنسان بمجرد التفكير فيه، تتوج برهبة كبيرة وعظيمة حيال هذا الغريب المجهول، لا يحس بها إلا من جرّبها وذاق مرارتها. إن التفكير في الموت أو محاولة الشعور به أو التعرف على حقيقته لا يمكن أن يتأنى بهذه السهولة لذلك ظل الموت شغلا شاغلا وهاجسا ملحا على الإنسان، وأصبح الخوف منه على اعتباره شيئا مجهولا لا نعرف كنهه، فضاعة الموت تجعل الناس يرتعشون خوفا يضطربون ومهربون ويجعلهم يعيشون في دوامة قد تلقي بظلالها على بقية جوانب حياتهم.

إن تجربة الناس في تعرضهم للحوادث والمواقف التي أشرفوا بها على الموت كتعرضهم للحوادث الخطيرة والأمراض المزمنة والأزمات النفسية والاجتماعية والاقتصادية، والكوارث الطبيعية كالفيضانات والزلازل والحروب وغيرها أو تجارب الآخرين الذين بلغوا سنا متقدمة أو ماتوا، دروسا تجعل العديد منهم يخشى الموت وبها وبغير نظرتة للحياة وللمهمة التي يجب أن يقوم بها وهو على قيد الحياة فتتغير تصرفاته ويعتدل سلوكه... كما أن توقع الأسوء يسيطر على جل تفكير الإنسان ويجعله يتوجس خيفة من المرض الذي ربما سيقعده أو الموت الذي سيخطفه بين الفينة والأخرى.

إذا كان الخوف من الموت أمر طبيعي فإن بعض الفلاسفة والعلماء وغيرهم يعيبون على الإنسان خوفه من الموت وجزعه من، فهذا سقراط لا يعبر فقط عن لامبالاة كاملة تجاه الموت وعن غياب معاناة نفسية، بل يهاجم وبشراسة أولئك الذين يصابون بالانهيار العصبي جراء توقعاتهم لنهاية حياتهم الفيزيائية.

إن طلب الموت أو الخوف والرهاب والجزع منه لا يتلقاه الناس كلهم وبنفس الطريقة والشدة والتعامل، فبعضهم يخشاه وبعضهم يحبه وبعضهم الآخر لا يعيره اهتماما على الأقل في ظاهر الأمور. ويؤكد "أبيقور" الفيلسوف اليوناني على أن الموت ليس شيئا بالنسبة لنا والخوف منه لا معنى له، لأنه عندما نموت فإن أجسادنا وأرواحنا المتكونة من ذرات وفراغات سوف تحلل ويتلاشى الألم والخشية مع الموت ... فلماذا الخوف مما لا يعني؟ وحيث لا يشكل الخوف من الموت سوى مصدر لا جدوى منه لإثارة الاضطرابات والقلق. (مرموقة، 2021، ص 54-61)

ويجدر بنا الإشارة هنا إلى التفريق بين الخوف من الموت وقلق الموت كما يلي :

جدول (01): يوضح الفرق بين قلق الموت والخوف من الموت.

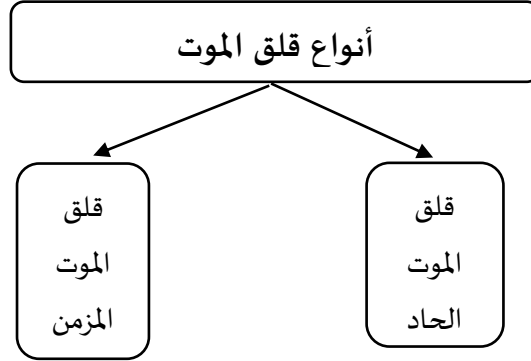
قلق الموت	الخوف من الموت
- يتضمن قلق الموت الخوف من الموت. -رد فعل لا شعوري لغريزة الموت التي تعبر عن الرغبة في الرحيل أو عدم الرغبة في الوجود. - يكون داخلي المنشأ. - القلق هو خوف يتجسد من خلال التفكير في الموت أو بالخوف من حدوث شيء ما يؤدي به إلى الموت. - القلق من الموت يكون أكثر حدة من الخوف من الموت.	-الخوف من الموت هو المصدر الأول للقلق والمنبع له. -رد فعل شعوري لخطر مهدد للحياة مرتبط بغريزة الحفاظ على الذات. - شعورا خارجي المنشأ. -الخوف من الموت يثير الشعور بقلق الموت. - يكون الخوف من الموت بسبب شيء تم إدراكه ومن ذوي الخبرة (حادثة أو وفاة أحد أفراد أسرته مثلا).

المصدر بتصرف: (وقاد، مكي، 2020، ص 254)، (Ducarroz & Chenaux, 2015, p21), (Arminot, sans ans, p 1.2)



رابعاً-أنواع قلق الموت:

تختلف أنواع قلق الموت فيما بينها، وهذا تبعا لحدة قلق الموت وشدة هيمنة فكرة الموت على تفكير الشخص ومنه نميز من قلق الموت:



شكل (14): يبين أنواع قلق الموت.

1. قلق الموت الحاد: هو جملة من الأعراض العنيفة والملمحة التي تظهر خلال زمن قصير، ومن الملاحظ أن قلق الموت الحاد يرتبط بتغيرات الحياة الواقعية كموت قريب أو مرض شديد.
  2. قلق الموت المزمن: فهو كالمريض الذي طالبت مدة مكوثه لدى المريض ودوامه فترة طويلة مثال ذلك طائفة عريضة من أمراض القلب ويلاحظ أن قلق الموت المزمن يرتبط ايجابيا طرديا بدرجة العصبية لدى الفرد.
- وهناك ثلاثة أنواع من قلق الموت ذكرها "christopher wilson":

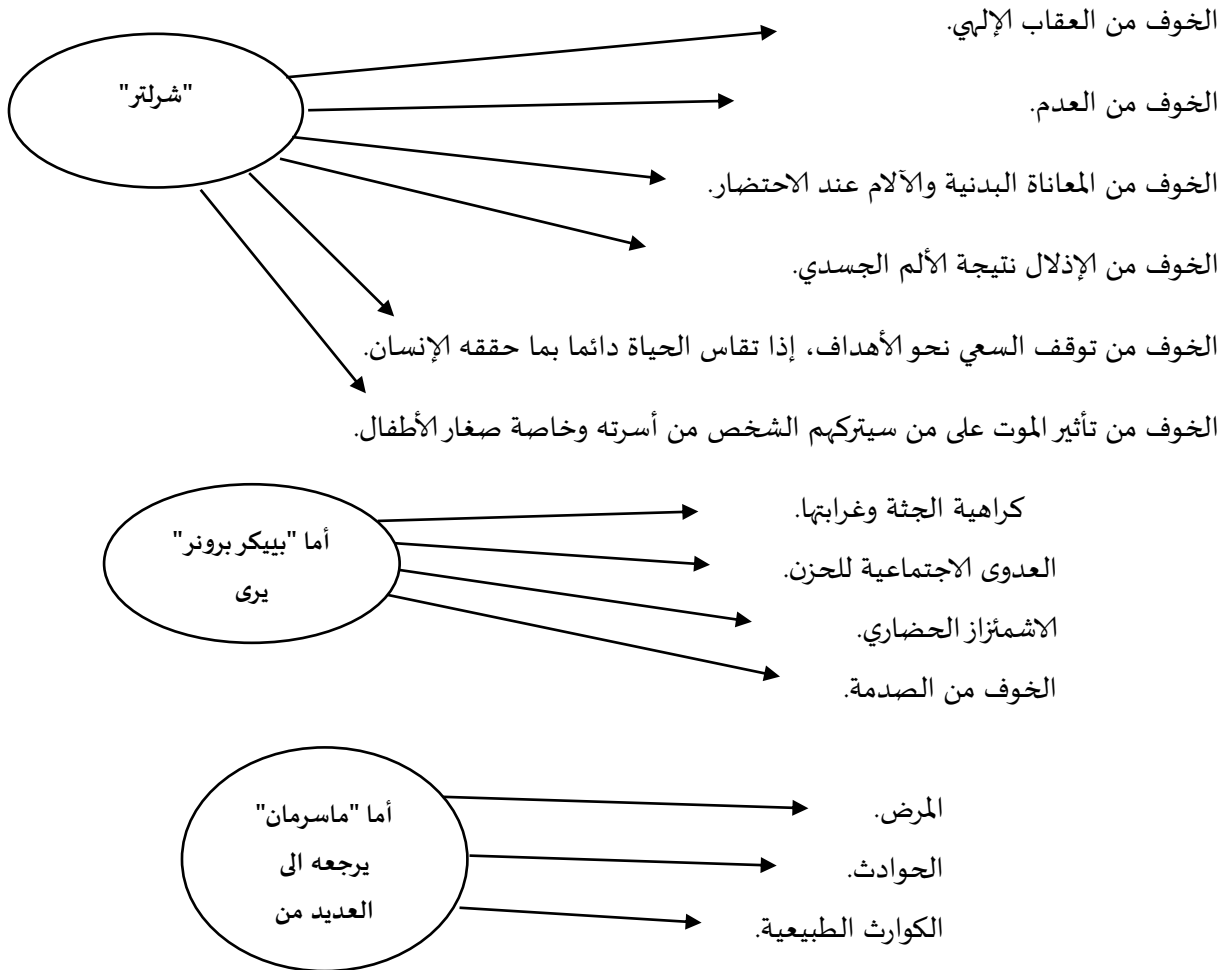
1. القلق الوجودي: وهو عبارة عن الخوف من الفناء النهائي والذي يبقى في لاوعي الشخص. ويأتي ذلك من معرفة كل شخص بان هناك نهاية للحياة وانه سيموت يوما ما، ولكن المشكلة في سيطرة هذا الموت على حياة ونشاطات الفرد.
2. قلق الموت المفترس أو المؤذي: وهو الخوف من الفناء عبر الكوارث أو أفعال الآخرين والاستجابة البدائية للقلق هي مواجهة الخوف والتهديد باستنفار القدرات النفسية والجسمية وهذا يستحث لدى الفرد المقاتلة أو الهروب وفي النظام اللاشعوري العميق قد ينظم سلسلة للدفاع عن الذات عبر عقوبات للذات مجهولة المصدر وقد تستمر طوال الحياة.
3. قلق الموت للأذى (تجاه المفترس): وهو الخوف من الفناء كعقاب على إيذاء الشخص للآخرين والاستجابة البدائية لهذا القلق هو الشعور العميق بالذنب في اللاوعي والمتزامن مع أفعال الإيذاء أو قرارات الإيذاء نفسها دون الفعل والشعور تجاه إيذاء الآخرين سواء بالخطأ أو بقصد هو الذي يولد نمط قلق الموت هذا. (خليل القرا، 2015، ص ص 69. 70 )

في ضوء ما تم ذكره نستخلص بأن ظاهرة قلق الموت شائعة سواء في الماضي أو الحاضر تختلف من شخص إلى آخر حسب شدة وحدة هذه الأنواع.

خامسا-مسببات قلق الموت:

القلق من الموت له ثلاث جوانب مختلفة: الجانب الأول شعور ذاتي، والثاني خارجي ظاهر يشمل على مختلف التغيرات والحركات والأوضاع، والثالث جانب سيكولوجي، كما أن مظاهر قلق الموت ترجع الخوف من المجهول والخوف من فقدان الأسرة والأصدقاء والجسم، والذات، والخوف من الموت هو خوف فقدان الذات لكن حالة الموت لا أساس لها في الخبرة الشخصية، ومن ثم فهي ابعد من الخيال والتصور، وليس في مقدور أي شخص أن يتخيل فعلا ما الذي يمكن أن تكون عليه عدم الوجود التام، أو أن يفقد ذاته، ويحدث انعدام الشعور للأبد. (بدران وآخرون، 2021، ص 180)

تتعدد العوامل التي تدفع للقلق من الموت، فكل إنسان عامل خاص به حيث يرجع العلماء قلق الموت لأسباب عدة ونذكر من بعضهم التالي:



شكل (15): يبين أسباب قلق الموت.

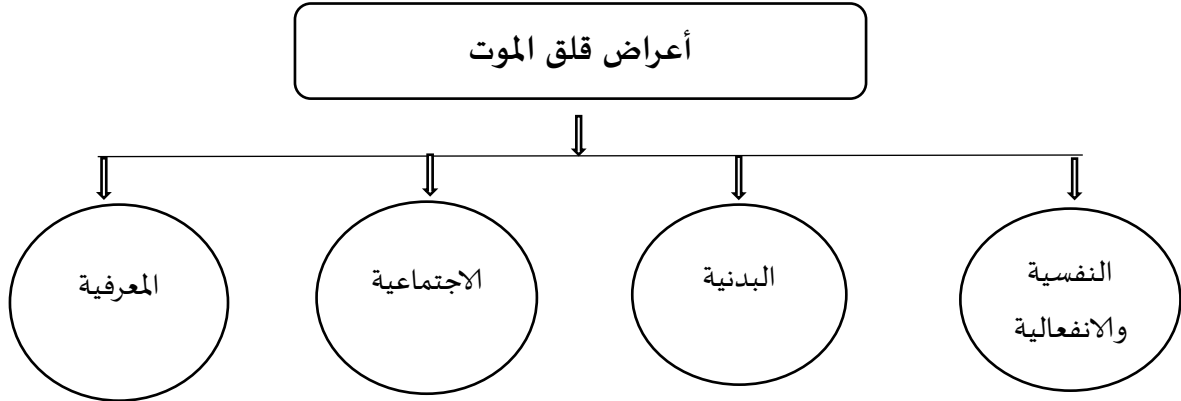
(سبيح، 2018/2017، ص 13. 14)

في الأخير يمكن القول بأن الموت أعظم غموض واجهه الإنسان ويصيبه قلق اتجاهه وهذا الخوف راجع إلى عدم معرفة الفرد لحقيقة الموت ومصيره بعد الموت فالشخص ليس بمقدوره أن يتخيل أو يتصور حالة وهو في حالة عدم

الوجود التام، ولهذا قلق الموت له أسباب شتى بالأخص هذه الأسباب ترجع إلى الظروف المحيطة بالفرد كالمرض والحوادث والكوارث الطبيعية وغيرها.

### سادسا-أعراض قلق الموت:

الجميع يعلم بأن الموت حتمية حيث لكل بداية نهاية، ونهاية الإنسان الموت، وهي خبرة لا يمكن لأحد فهمها بشكل واضح ودقيق، وقد يكون قلق الموت عاديا وقد يكون قلقا عصابيا، ويمكن تحديد درجة قلق الموت من خلال أعراضه التي تظهر على فرد، وفيما يلي عرض لأهم هذه الأعراض:



شكل (16): يبين أعراض قلق الموت.

#### 1. الأعراض النفسية والانفعالية:

من أعراض قلق الموت الانفعالية نوبة من الهلع التلقائي، والاكتئاب، والانفعال الزائد، وعدم القدرة على التمييز، واختلاط التفكير، والميل للعدوان وتوقع الأشياء السلبية في الحياة، وسرعة الغضب دون الأسباب، والعزلة والانسحاب من العالم، وانتظار لحظة الموت، ويضيف عبد الخالق الميل إلى توقع الشر والمصائب، وفقدان الثقة بالنفس، وهلاوس الاضطهاد المرتبطة بالموت، والارتباط والتردد في اتخاذ القرارات، والشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفزع.

#### 2. الأعراض البدنية:

تتعدد أعراض القلق البدنية بشكل عام، وكذلك الأمر بالنسبة لقلق الموت، فمن أعراضه التوتر الزائد، والأحلام المزعجة، وسرعة النبض أثناء الراحة، وفقد السيطرة على الذات، ونوبات العرق، وغثيان المعدة، وتنميلات اليدين أو الذراعين أو القدمين، ونوبات من الدوخة أو الإغماء، وسرعة دقات القلب.

وهناك أعراض أخرى كالتعب العام، وجفاف الجسم، وفقدان الشهية، واضطرابات بولية، وصعوبة البلع، واضطرابات هضمية منها ازدياد الحموضة وسوء الهضم ونوبات من الإسهال والقولون العصبي، مغص، الرغبة في القيء، الإمساك، وتمزق الغشاء الفموي، كذلك نجد اضطرابات التنفس، واضطرابات سلوكية مختلفة، واضطرابات النوم واليقظة، الترقب وانتظار أشياء غير موجودة فعلا. (محمد القيق، 2016، ص ص17.16)

### 3. الأعراض الاجتماعية:

فهي الإحساس بالانقباض وعدم الطمأنينة والتفكير الملح واضطراب النوم، وقد ينعكس هذا الاضطراب النفسي على الجسم فتبرد الأطراف ويتسبب العرق ويخفق القلب وتتقلص المعدة ويفتر الجسم وتعطيل القدرة على الإنتاج، وقد يهرب الإنسان إلى أحلام اليقظة كعلاج مؤقت.

### 4. الأعراض المعرفية:

التطرف في الأحكام وجعل كل المواقف باتجاه يميل للسوداوية غالباً، التصلب عند العصبيين، التسلط، الجمود، الميل للاعتماد على منهم أقوى منهم، والبعد عن المنطقية، تبني الأفكار والمعتقدات المطلقة، سرعة الغضب والهيجان، سهولة توقع الأشياء السلبية في الحياة، العزلة وانتظار الموت. (الشهري، 2019، ص ص 156. 157)

وهناك أعراض أخرى منها:

- الميل إلى توقع الشر والمصائب اللذان يفقدان صاحبهما الثقة بنفسه.
- هلاوس الاضطهاد المرتبطة بالموت.
- توتر الأعصاب وسرعة الغضب.
- عدم القدرة على التركيز والارتباط والتردد في إيجاد القرارات.
- العزلة والانسحاب وانتظار الموت.
- الشعور بالموت الذي قد يصل إلى درجة الفزع. (بوفرة، شعنبي، 2017، ص 180)

### سابعاً-ميكانيزمات الدفاع وقلق الموت:

تعرف ميكانيزمات الدفاع على أنها سيرورات نفسية متعلقة بالأنا تحافظ على أحسن الظروف النفسية، تساعد الشخص على تجنب ومواجهة القلق وكل اضطراب نفسي. (ديبون، 2021/2020، ص 12)

احتلت ميكانيزمات الدفاع مكان مهم في النظرية التحليلية حيث يستخدمها الأنا في الصراع بين الهو والأنا، وهذا الفهم الفرويدي خاصة يدعم الاستخدام بشكل عام للعديد من الدفاعات ضد قلق الموت وأن غالبية الدفاعات تنطوي على طرق للهرب من القلق بدون ممارسة القمع وإن أهم هذه الميكانيزمات العزل والإنكار والقمع والتقبل.

وقد ذكر (piven et autre, 2004:115) أن ردة فعل الإنسان تجاه الموت تكون بالرعب والبحث عن تجنب الوعي بالموت عبر دفعه ورفضه ونكرانه.

أما (irvin yalom) فيرى أنه كل شخص يطور آليات دفاع محدودة للسيطرة على قلق الموت.

حيث تعمل آلية القمع عامل أساسي في قلق الموت بحدوث تهديد أو تهويل للبيدو، حيث تهديد الموت يشكل عقبة متأصلة أمام الحفاظ على الذات بشكل عام ويستدخل الخطر الخارجي ليصبح مهماً للأنا ويتم التعرف عليه بصلته ببعض أوضاع العجز التي يواجهها الشخص.

وقد وصف Fireston 1993: بعض الدفاعات التي تلعب دور مهم في قلق الموت وأن الصدمة المبكرة في أول الحياة ينتج عنا تطور آليات الدفاع وخاصة الإزاحة والإنكار فالفرد قد ينكر الموت الذي سوف يحدث أو ربما يزيح الخوف من الموت لبعض الأشياء، فإنكار الموت وكراهيته هو المحرك الأساسي للحياة عند الفرد حيث يتبنى الأفراد هذا الميكانيزم لمواجهة الموت. (خليل القراء، 2015، ص76)

أما العزل فعندما لا يستطيع الشخص أن يستمر في إنكار مرضه أو عندما تبدأ تظهر عليه أعراض الضعف والذعر والأفكار التي تغزو اللاشعور حينئذ لا يمكنه التماهي في عملية الإنكار فيميل إلى الاعترا ب والبعد والعزل عن الناس.

التقبل: يدعن الفرد في النهاية المطاف للموت، فلقد انتهى صراع الحياة، ويخبر الشخص الراحة النهائية قبل قيامه برحلة طويلة أخرى، وقبل هذه العملية يشعر المرء بالتعب والضعف، وغالبا ما تنتابه حالات النوم، وتمر خبرة الموت أحيانا على بعض الأفراد في أمان وسلام، وقد يطلب الفرد المشرف على الموت أحيانا على بعض الأشخاص الذين يود رؤيتهم قبل موته، وبالتالي يبدأ في فصل ذاته عن الأمور الدنيوية ويطلب السكينة والهدوء، ويبدو أن الفرد يبدأ في فصل ذاته عن هذا العالم المحيط به حتى يجعل عملية الموت سهلة في وقعها عليه. (الأشول، 2008، ص688)

### ثامنا-تفسير الفروق حسب الجنس في قلق الموت:

ما هو تفسير حصول الإناث على درجات أعلى في قلق الموت بالمقارنة بالذكور؟ لقد اقترحت تفسيرات عديدة لذلك، وأحد هذه التفسيرات هو ما قدمته "كوبلر-روس" إذ ترى أن الإناث يشعرن بأمان أقل، ومن ثم يكون قلقهن من الموت أعلى، على أن قلقهن المرتفع من الموت لا يتعلق فقط بموتهن شخصيا، بل يتعلق أيضا بموت أزواجهن، كذلك تخاف النساء المتقدمات في العمر أن يتركن وحيدات أكثر مما يخاف الرجال، كما أن النساء عموما يخفن الألم والمعاناة الطويلة أكثر من الرجال.

كذلك اقترح «يونج ودانييل» تفسيراً آخر حيث يريان أن ارتفاع درجات الإناث في قلق الموت ربما يرجع إلى "توقعات الأدوار تبعا للجنس"، التي تتحدد حضاريا، فالمتوقع عادة من الذكور أن يكونوا شجعانا بحيث لا يكشفون عن خوف أو قلق بهذا الصدد أن يتضح في الأذهان أن الإناث يملن إلى أن يحصلن على درجات مرتفعة بالمقارنة بالذكور في معظم مقاييس التقرير الذاتي للقلق والضيق وعدم التوافق، ونحن بدورنا نقدم تفسيراً قريبا من ذلك يتلخص في أن مقاييس قلق الموت هي مقاييس لجانب من جوانب القلق، والذي كشفت بحوث عديدة عن ارتفاع درجات الإناث فيه بالمقارنة بالذكور.

ومن ناحية أخرى يرى "مكارثي" أن درجات الإناث أعلى من درجات الذكور في قلق الموت هو استعدادهن الأكبر للاكتئاب.

ولكن هذا التفسير من وجهة نظرنا يحتاج إلى دراسة أشمل للتحقق منه، ذلك أن النساء يعتبرن أعلى من الرجال في معظم الجوانب العصابية لا في الاكتئاب وحده، وقد يرتبط بذلك ما ذكره «شولتز» من أن النساء يخفن الموت على أساس "انفعالي"، بينما ينظر الرجال إلى الموت في ضوء "معرفي". (عبد الخالق، 1987، ص ص 88. 89)

### تاسعا-نظريات قلق الموت:

تختلف التفسيرات حول قلق الموت بين العلماء حيث نجد تعدد النظريات المفسرة له بتعدد المدارس النفسية، وفيما يلي ذكر لبعض منها:

#### 1. النظرية التحليلية:

يعترف سيغموند فرويد بأن مدرسة التحليل النفسي استطاعت المجازفة "بالتأكيد بأنه لا أحد يعتقد في أعماقه- في موته الشخصي، أو إذا قلنا الشيء نفسه بطريقة أخرى أن كل واحد منا -في اللاشعور-مقتنع بخلوده الشخصي، ولقد كان موت الإنسان البدائي بالنسبة إليه هو نفسه أمر لا يمكن تخيله وغير حقيقي تماما كما هو بالنسبة لأي منا اليوم".

يرى فرويد بأن الغرائز تتجمع في غريزتين أساسيتين هما غريزة الموت وغريزة الحياة، وهما أساس الحياة النفسية عند الإنسان، رغم أن كل واحدة منهما تعمل فغريزة الحياة تهدف إلى استمرار الحياة، وغريزة الموت دافع العدوان والتدمير والانتحار، فتتصارع غرائز الفرد وتهدد بفقد التحكم، فالحياة صراع بين غرائز الموت وغرائز الحياة، غير أن غرائز الموت تعمل في صمت. فيرى انه إذا اتجهت غريزة الموت إلى الخارج بدت في صورة رغبة في العدوان والتدمير والكراهية، وإذا اتجهت إلى الداخل بدت في صورة قلق الموت. (بلحسن، 2022، ص ص 122.123)

#### 2. النظرية المعرفية:

يعتبر قلق الموت سلوك انفعالي ناتج عن الأفكار التي يكونها الفرد حول نفسه، بما في ذلك ما قد يصيبه من أمراض، وهذه الأفكار التي تخرج عن حدوث المنطق يكون بموجها خطأ نسبيا وحتى يتم التخلص من الاضطرابات المعرفية يجب القيام بتغيير بنيوي للفكر من خلال تزويد الفرد المصاب بالاضطراب المتمثل في قلق الموت بمفاهيم معرفية جديدة.

يعتبر "أليس Elis" الاضطرابات السيكلوجية الانفعالية للفرد كالاكتئاب والقلق ذات صلة وثيقة بالأفكار غير العقلانية، حيث يرى أن السلوك يتحدد بالاعتقادات والأفكار التي يكونها الإنسان عن واقع الحياة التي يعيشها فيكتسب أفكار غير منطقية استنادا لتعلم خاطئ وغير منطقي فيسود طريقته في التفكير ويتسبب في اضطرابات سلوكية قد تظهر بأشكال مختلفة كالانفعالات بما في ذلك انفعال قلق الموت. (جمعة وآخرون، 2017، ص 339)

## 3. النظرية السلوكية:

يعتبر أصحاب هذه النظرية أن القلق بمثابة خوف يحتمل أن يحدث لكنه غير مؤكد الحدوث، وهو انفعال مكتسب مركب من الخوف وتوقع الشر لكنه يختلف عن الخوف ويثيره موقف خطر مباشر محتمل الحدوث، حيث تركز على أن القلق سلوك ناتج عن وضع الإنسان في مواقف يكون الهروب فيها أو تجنب المواقف المستكرهة غير ممكن.

والقلق ينزع إلى الأزمات فهو يبقى أكثر من الخوف العادي، وقد يرتبط بالموت إذا زاد عن حده ولا ينطلق في سلوك مناسب يسمح للفرد باستعادة توازنه إذا، فهو يبقى خوف محبوس لا يجد له مصرف، فالموت كف تام ودائم للشعور والوعي والتوقف البيولوجي للمخ وكل الوظائف الحركية والحسية الأخرى. (راجح، 1994، ص 15-17)

## 4. النظرية الإنسانية:

تذهب هذه النظرية إلى القول بأن الإنسان يدرك نهايته وأن الموت قد يحدث في أية لحظة ففجائية الموت واليقين بوجود النهاية هو المثير الأساسي للقلق عند الفرد، الذي يخاف من فقدان ذاته وهويته، فالمنظور الإنساني يرى أن القلق ينشأ من توقعات الإنسان لما قد يحدث، والإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية وأن الموت قد يحدث في أية لحظة، وبالتالي فإن توقع الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان. (ذهبية، 2012/2011، ص98)

لقد اختلفت وجهات النظر حول قلق الموت من نظرية إلى أخرى نظرية التحليلية والسلوكية والمعرفية والإنسانية وما يمكن أن نستخلص هو أنه رغم أن الإنسان يعلم بوجود الموت وأنه حقيقة حتمية إلا أنه يخاف منه، وهذا ما يدفعه إلى محاولة الابتعاد على هذه الفكرة.

## عاشرًا-علاج قلق الموت:

يعد قلق الموت نوع من أنواع القلق ويصلح لعلاج ما يستخدم في علاج القلق من طرق فنية محددة، ويعتبر العلاج السلوكي هو الأكثر استعمالاً في شتى أنواع القلق، حيث أنه يحقق أعلى نسب الشفاء من بين كل أنواع الطرق العلاجية المتاحة.

لقد ظهرت فعالية تقليل الحساسية المنتظمة والاسترخاء المتدرج على الأشخاص الذين يعانون من قلق الموت، كما أن علاج قلق الموت قد يؤدي على نتائج أفضل بإتباع العلاج الفردي أكثر من العلاج بالجماعة.

وقد رأى "تمبلر" أنه إذا كان قلق الموت مرتفع مصحوب أولياً بحالة مرضية أكثر شمولاً كالاكتئاب أو عصاب القلق أو الوسواس القهري، فإن هذه الزملة يجب أن تعالج عرضياً بالعلاج السلوكي أو العقاقير، أو علاج الكهربائي التشنجي.

أما إذا كان قلق الموت المرتفع عرضاً مستقلاً نسبياً لدى الشخص في حالة من الصحة النفسية أساساً أو كونه نتاجاً لخبرات بيئية غير مواتية، فإنه يجب أن ينخفض مباشرة بطرق العلاج السلوكي الحساسية المنتظم. (نعمان، 2012/2011، ص 32. 33)

### الحادي عشر-قلق الموت لدى المسنين:

إن الموت ليس بالأمر الهين في أي وقت أو مرحلة من مراحل العمر أو الحياة لكنه في الشيخوخة ربما يكون أسهل، فكبار السن بصورة عاملة أكثر استعداداً لمواجهة الموت من صغار السن حيث يكون المسن قد فكر بالموت وقام ببعض التحضيرات الأولية، وشاهد أصدقاء له أو أقارب يعبرون هذا الطريق، وأتيحت له فرصة التعبير عن استعداداته للموت. كذلك يكون كبير السن قد تكيف مع بعض التغيرات، كالتراجع في مظهره، وعجزه عن تحقيق بعض أهدافه، والانسحاب من بعض النشاطات بسبب ضعف طاقته.

وتعزى وفاة كبار السن عادة إلى أمراض انحلالية كالسرطان والجلطة الدماغية والقلب. أو بسبب التدهور الجسدي العام الذي يجعلهم عرضة للإصابة بالأمراض المعدية أو للفشل في عمل بعض أجهزة الجسم ومع انه ليس من السهل التكيف مع الأمراض الانحلالية، إلا أن الموت الفعلي بالنسبة لكبير السن قد يكون أسهل. فالمرحلة الأخيرة من المرض تكون بصورة عامة أقصر بالنسبة له، وذلك لأن هناك عوامل وأسباباً بيولوجية أخرى تساعد على اقتراب النهاية، وكفئة عمرية، ربما يكون لكبار السن فرصة أفضل للموت بكرامة. (تايلور، 2008، ص 560)

ويعاني معظم المسنين من فقد الحب والأشخاص الذين يمكن أن يحبهم ويحبوه، وبالتالي يفقد المسن في كثير من الحالات الدافع نحو الحياة والإحساس بالزمن وهناك عوامل شتى تتضافر وتتفاعل معاً لينشأ عنها قلق الموت، فقد أوضح تمبلر أن درجة قلق الموت يحددها مدى ما يتمتع به لفرد من الصحة النفسية عام، وخبرات الفرد الحياتية المرتبطة بموضوع الموت. (قاسم، 2015، ص 23. 24)

مما سبق يمكن القول بأن قلق الموت هو خبرة عامة يمكن لأي فرد أن يمر بها وفق لتعرضه لظروف أو مواقف حياتية معينة وبالتالي نحن جميع نخشى الموت بدرجات متفاوتة وربما في مرحلة الشيخوخة يكون أسهل ومتفاوت فكبار السن هم أكثر استعداداً، لمواجهة الموت من صغار السن بسبب التدهور الجسدي العام الذي يجعلهم عرضة للإصابة بالأمراض المعدية أو الأمراض الانحلالية كالسرطان والجلطة الدماغية والقلب وأيضاً بالتراجع في مظهره وعجزه عن تحقيق بعض أهدافه، بالانسحاب من بعض النشاطات بسبب ضعف طاقته.



## خلاصة الفصل.

من خلال ما تم التطرق له في هذا الفصل والذي حاولنا فيه تحديد مفهوم قلق الموت بمختلف أنواعه من خلال تقديم مجموعة من التعريفات المختلفة للعلماء و الكشف عن الأسباب التي تؤدي إليه بحيث نجد أنه يمكن تحديد درجته من خلال مجموعة أعراض نفسية وبدنية واجتماعية و معرفية التي تظهر على الفرد، إضافة إلى توضيح وتفسير هذا النوع من القلق من خلال الاعتماد على مجموعة من نظريات وآراء العلماء و بعض العلاجات التي تعمل على التخفيف من هذا الاضطراب، لنختتم في هذا الفصل بالكشف عن بعض الأعراض والعوامل المؤدية لقلق الموت لدى المسن.

# الفصل الثالث: التوافق النفسي.

تمهيد.

- أولاً-تعريف التوافق النفسي.
- ثانياً-التوافق النفسي وبعض المفاهيم ذات الصلة.
- ثالثاً-أبعاد التوافق النفسي.
- رابعاً-مجالات التوافق النفسي.
- خامساً-العوامل المؤثرة في التوافق النفسي.
- سادساً-أساليب التوافق النفسي وأثارها على الشخصية.
- سابعاً-النظريات المفسرة للتوافق النفسي.
- ثامناً-التوافق والرضا عن الحياة.
- تاسعاً-الإقامة بالمؤسسات وأثرها على التوافق النفسي.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعد التوافق النفسي من المفاهيم المهمة في مجال الصحة النفسية التي حظيت باهتمام العديد من علماء النفس، بحيث تعتبر من أهم العوامل التي تساعد الفرد على تحقيق النجاح بمختلف نواحي حياته والتي تجعله يعيش توافق داخلي مع نفسه ومع البيئة يدفعه نحو تحقيق غاياته بأفضل الطرق، فحسن توافق الفرد دليل على صحته النفسية وسوء توافقه يدل على اختلالها، ونجد أن مصطلح التوافق النفسي يتداخل مع بعض المفاهيم الأخرى-التكيف، الصحة النفسية، التوازن، المرونة-التي يتم الخلط بينها وسوف نحاول توضيح الفرق بينها في هذا الفصل. ويشير إلى شعور الفرد بالارتياح والرضا وتحقيق التوازن بين الوظائف المختلفة للشخصية، وهو علاقة تفاعل بين الفرد ونفسه وبينه وبين البيئة، حيث يستخدم أساليب متنوعة للتعامل مع المواقف والضغوطات التي يواجهها سواء بالمواجهة أو المهاجمة أو الاستسلام وهذا الأخير هو الذي يؤدي إلى التلاشي وسوء التوافق.

أولاً-تعريف التوافق<sup>3</sup> النفسي:

يقصد بالتوافق النفسي "أن يكون الفرد راضياً عن نفسه، وتتسم حياته النفسية بالخلو من التوترات والصراعات النفسية التي تقترن بمشاعر الذنب والقلق والضيق". كما يعرف بأنه "ما يقوم على أساسه شعور الفرد بالأمن النفسي وأنه يمكن الاستدلال عليه من خلال مجموع الاستجابات التي تدل على اعتماد الفرد على نفسه، وإحساسه بقيمته الذاتية والحرية في توجيه سلوكه وشعوره بالانتماء وتحرره من الانطوائية وخلوه من الأمراض العصبية". (المرواني، 2009، ص81)

والتوافق النفسي عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة (الطبيعية والاجتماعية) بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته، وهذا التوازن يتضمن إشباع حاجات الفرد وتحقيق متطلبات البيئة. (زهران، 2005، ص27)

أما "شاذلي 2001" فيقول "أن التوافق النفسي يشمل السعادة مع النفس والثقة بها، والشعور بقيمتها، وإشباع الحاجات، والسلم الداخلي، والشعور بالحرية في التخطيط للأهداف، والسعي لتحقيقها وتوجيه السلوك، ومواجهة المشكلات الشخصية وحلها وتغيير الظروف البيئية، والتوافق لمطالب النمو في مراحلها المتتالية، وهو ما يحقق الأمن النفسي". (حدواس، 2012/2013، ص69)

التوافق النفسي معناه أن يكون الفرد راضياً عن نفسه، غير كاره لها أو نافر منها أو ساخط عليها، أو غير واثق فيها كما تتسم حياته النفسية بالخلو من التوترات والصراعات النفسية التي تقترن بمشاعر الذنب والقلق والضيق والنقص ورثاء الذات. (بليردوح، بجة، 2021، ص99)

والسلوك التوافقي في الإنسان هو السلوك الموجه للتغلب على عقبات البيئة أو صعوبات مواقفها، كما أن آليات توافقه التي يتعلمها هي استجاباته المعتادة التي يسير عليها لإشباع حاجاته وإرضاء دوافعه وتخفيف توتراته. (دسوقي، 1985، ص32)

ونجد تعريف آخر للتوافق النفسي الذي هو حالة من الاتزان الداخلي للفرد، بحيث يكون الفرد راضياً عن نفسه متقبلاً لها، مع التحرر النسبي من التوترات والصراعات التي ترتبط بمشاعر سلبية عن الذات وحالة الاتزان الداخلي يمكن أن يصاحبها التعامل الإيجابي مع الواقع والبيئة. (ديلان، 2019، ص3)

<sup>3</sup>الأصل في التوافق هو تعديل الكائن بحيث يتلاءم مع الظروف وهو ما سماه يونغ "مغايرة" أو يلجأ الكائن إلى إحداث تعديل في البيئة وهو ما أسماه "مماثلة" أو يعدل الكائن بعضها منه وبعضها من البيئة لإعادة التوافق والتوازن. (سهيير كامل، دس، ص26)

التوافق هو عملية ونتيجة، فقد يؤدي الإحساس بأي دافع إلى القيام بعدة سلوكيات قصد إشباعه والقضاء على التوتر الذي يحدث بحيث تمثل هذه السلوكيات المراحل السابقة للإشباع، وهذا ما نطلق عليه عملية، أما النتيجة فهي حصيلة السلوكيات والتي قد تكون حسنة ويكون التوافق مصدراً لارتياح واطمئنان، وقد تكون النتيجة سيئة ويكون التوافق غير مناسب وينطوي على الاضطراب. (بن حملاوي، 2004، ص178)

## ثانيا-الفرق بين التوافق النفسي وبعض المفاهيم ذات الصلة:

التوافق مصطلح مركب وغامض إلى حد كبير بقدر ما يرتبط بالتصور النظري للطبيعة الإنسانية، ويقدر تعدد النظريات والأطر الثقافية المتباينة وربما كان أحد أسباب غموض هذا المصطلح هو الخلط بين المفاهيم -التكيف، التوازن، المرونة، الصحة النفسية- لذا علينا أن نفرق بين الخلط في استخدام المفاهيم وبين معنى التوافق، فالخلط في استخدام المفاهيم يمحي الفروق التي تميز كل مصطلح عن الآخر، وحسما لأي خلاف ودون الدخول في تفاصيل النشأة التاريخية للمفاهيم السابقة، فيتم التفرقة بينها اعتمادا على التالي: (عبد الحميد، د.س، ص ص 25.24)

## 1. التكيف والتوافق النفسي:

التكيف لغة كلمة تعني التآلف والتقارب واجتماع الكلمة فهي نقيض التخالف والتناقض والتصادم. والتكيف في علم النفس هو تلك العملية الديناميكية المستمرة التي يهدف بها الشخص إلى أن يغير سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقا بينه وبين البيئة، وبناء على ذلك الفهم نستطيع أن نعرف هذه الظاهرة بأنها القدرة على تكوين العلاقات المرضية بين المرء وبيئته.

والبيئة هنا تشمل كل المؤثرات والإمكانات والقوى المحيطة بالفرد والتي يمكنها أن تؤثر على جهوده للحصول على الاستقرار النفسي والبدني في معيشته، ولهذه البيئة ثلاثة أوجه: البيئة الطبيعية والمادية والبيئة الاجتماعية ثم الفرد ومكوناته واستعداداته وميوله وفكرته عن نفسه. (فهبي، 1978، ص 11)

التكيف مفهوم مستمد من علم البيولوجيا كما حددته نظرية داروين، حيث يشير هذا المفهوم إلى أن الكائن الحي يحاول أن يوافق نفسه والعالم الطبيعي الذي يعيش فيه من أجل البقاء وعلى هذا يمكن وصف السلوك الإنساني على أنه رد فعل لكثير من مطالب البيئة الطبيعية الملحة وليس الأمر قاصراً على الإنسان في توافقه في البيئة بل إن الحيوان نفسه يحاول أن يتكيف حيث منح الله سبحانه وتعالى الكائنات عموماً القدرة التي تساعده على التكيف والتوافق مع الظروف المادية والطبيعية السيئة.

وتعتبر عملية التكيف والتوافق النفسي عملية مستمرة وديناميكية مرتبطة مع حياة الإنسان وتعتبر سمة من السمات المنتصقة بالحياة من المهد إلى اللحد، وذلك انطلاقاً من الهدف وراء عملية التكيف النفسي والتي كانت تهدف أساساً لإشباع دوافع وحاجات الأفراد الحيوية اللازمة لحفظ حياتهم وإعطائهم الأسلوب الأمثل للعامل مع المشكلات الحياتية المختلفة. (الداهري، 2010، ص 53-55)

يتضمن التوافق الجوانب النفسية والاجتماعية حيث يقتصر على الإنسان فقط، أما التكيف يختص بالنواحي الفسيولوجية ويشمل الإنسان والحيوان معاً، وبذلك تصبح عملية تغيير الإنسان لسلوكه ليتسق مع غيره باتباعه للعادات والتقاليد وخضوعه للالتزامات الاجتماعية عملية توافق. (شاذلي، 1999، ص 57)

## 2. التوازن والتوافق النفسي:

إن كلمة التوازن تعني أن يكون هناك شيء من الهارمونية والتناسق بين وظائف ومكونات النفس وبين جوانب شخصية الفرد هذا التناسق والتوافق يسمى بالتوازن الداخلي بين الإنسان ونفسه، حيث يجب على الإنسان أن يعيش في حالة من التوازن والتواءم والتلاحم النفسي بينه وبين نفسه وبينه وبين البيئة الاجتماعية التي يعيش وسطها.

فإذا قلنا إن وظائف النفس هي التفكير والعاطفة والسلوك والإدراك مع وظائف أخرى مثل الانتباه والذاكرة والوعي بالزمان والمكان والأشخاص المحيطين به وقدراته وفهمه لنفسه، كل هذه الجوانب التي تكون وظائف النفس وأيضا تكون شخصية الإنسان يجب أن تسير في حالة من التناغم وشيء من النظام، وتكون العلاقة بين الوظائف المختلفة للنفس علاقة تبادلية منتظمة تسير على نسق متوازن يجعل شكل الحالة النفسية للإنسان صحة مستقرة يشعر فيها بالاسترخاء والطمأنينة مع الهدوء والاستقرار النفسي.

إن توازن شخصية الإنسان وتوافق مكونات نفسه وشخصيته هو الأساس في إمكانية أن يتوافق ويتوازن مع البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها، والإنسان كما يعرفه علم الاجتماع هو حيوان اجتماعي ناطق يؤثر ويتأثر بالمجتمع من حوله يتفاعل مع الآخرين في صورة الأخذ والعطاء المتبادل، فإذا كان في حالة توافق بينه وبين نفسه ويعيش في سلامة وهدوء واتزان نفسي فإنه يستطيع أيضا أن يتوافق مع من حوله من الناس. إن التوافق من أساسيات الصحة النفسية والتوازن مطلوب بحيث لا تتعدى أية صفة من الصفات على حساب الصفة الأخرى.

وإذا تكلمنا أيضا عن التوازن الداخلي عند الإنسان فلا يجوز أن يكون الإنسان عقلانيا يتعامل بفكره المجرد من العاطفة بصورة مطلقة، وإنما التوازن بين الفكر والعاطفة شيء حيوي ومطلوب للصحة النفسية. (عبد المحسن، د.س، ص ص 18.17)

## 3. الصحة النفسية:

ليست الصحة النفسية مجرد خلو الفرد من الأعراض الشاذة الصريحة، العنيفة أو الخفيفة، والتي تبدو في صورة وساوس أو هلاوس أو توهمات أو مخاوف شاذة أو في صورة عجز ظاهر عن معاملة الناس أو ضبط النفس، بل أنها حالة تتميز إلى جانب هذه العلامات السلبية بأخرى إيجابية موضوعية وذاتية ومن هذه العلامات: التوافق الاجتماعي والذاتي، الشعور بالرضا والسعادة، الانتاج الملائم والجهود البناءة. (راجع، 1968، ص 512)

إن الصحة النفسية هي الشرط أو مجموع الشروط اللازم توافرها حتى يتم التكيف بين المرء نفسه وكذلك بينه وبين العالم الخارجي، تكيفا يؤدي إلى أقصى ما يمكن من الكفاية والسعادة لكل من الفرد والمجتمع الذي ينتمي إليه هذا الفرد. (القوصي، 1952، ص 7)

ويقصد بالصحة النفسية بأنها حالة دائمة نسبيا يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا (شخصيا وانفعاليا واجتماعيا)، أي مع نفسه ومع بيئته ويشعر فيها بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته

وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة وتكون شخصيته متكاملة سوية ويكون سلوكه عاديا بحيث يعيش بسلامة وسلام.

ويعرفها "القوصي" بأنها التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تواجه الإنسان مع الإحساس بالسعادة والكفاية.

أما "صلاح مخيمر" فيعرف الصحة النفسية بأنها عملية تكيف الفرد مع ذاته ومع بيئته، حيث يفهم الفرد إمكاناته بشكل واقعي ويكون قادرا على مواجهة كافة المواقف التي تصادفه في حياته. (المطيري، 2005، ص 25.21)

#### 4. المرونة النفسية :

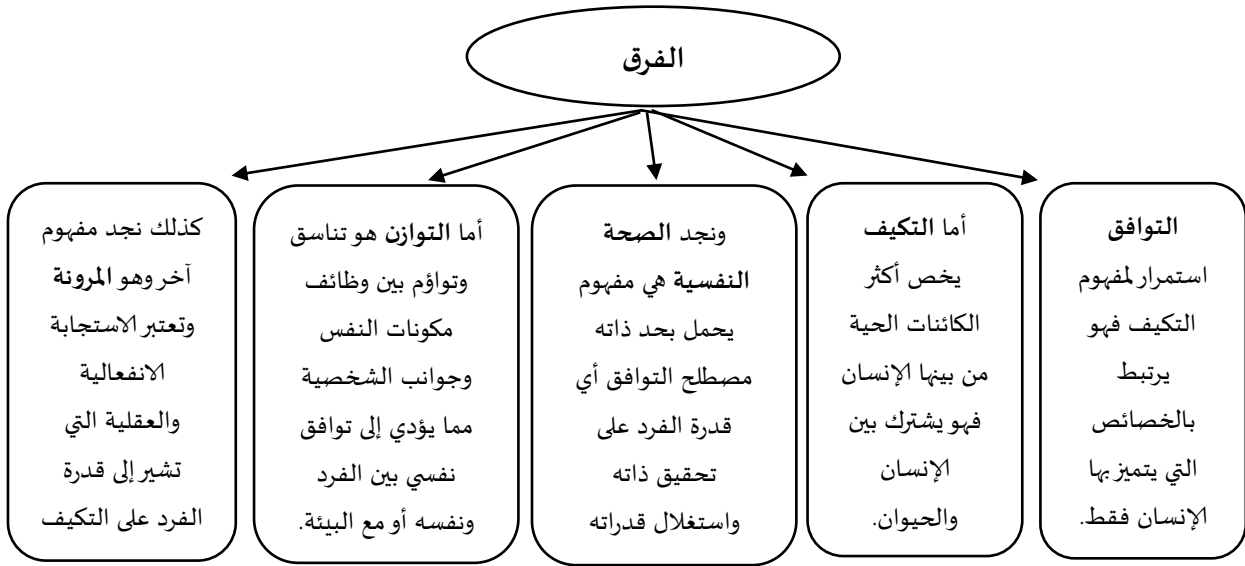
يشير "رزوق" إلى أن المرونة تكون في القدرة على التكيف، وهي ميزة تساعد على الانفتاح بقوله: "تشير المرونة باعتبارها خاصة إلى القدرة على التكيف والتوافق"، وهي الاستجابة الانفعالية والعقلية التي تمكن الانسان من التوافق الإيجابي مع مواقف الحياة المختلفة سواء كان هذا التوافق بالتوسط أو القابلية للتغير أو الأخذ بأيسر الحلول ... (الأحمدي، د.س، ص ص4.3)

وهي عملية التوافق الجيد والمواجهة الإيجابية للشدائد أو الصدمات أو الضغوط النفسية العادية التي يواجهها البشر مثل المشكلات الأسرية، مشكلات العلاقات مع الآخرين، المشكلات الصحية الخطيرة، ضغوط العمل ... كما تعني المرونة النفسية القدرة على التعافي من التأثيرات السلبية لهذه الشدائد أو الأحداث الضاغطة والقدرة على تخطيها أو تجاوزها بشكل إيجابي ومواصلة الحياة بفعالية واقتدار.

إن بناء المرونة النفسية وتنميتها رحلة شخصية، والمعلوم أن الأفراد لا يستجيبون بنفس الطريقة للصدمات أو لأحداث الحياة الضاغطة. وبالتالي فإن الطريقة التي قد تكون فعالة في بناء أو تأسيس المرونة لشخص معين قد لا تكون فعالة بالنسبة لشخص آخر، لذا تستخدم استراتيجيات تأقلم أو مواجهة أو توافق متنوعة.

ومن الطرق المفيدة في تنمية وتقوية وتعزيز المرونة النفسية نجد إقامة روابط مكثفة مع الآخرين، تجنب رؤية الأزمات على أنها مشكلات لا سبيل للتخلص منها أو التغلب عليها، تقبل التغير واعتباره جزءا متضمنا بنويها في الحياة، الاندفاع اتجاه الأهداف واتخاذ القرارات الحاسمة، تبني رؤية أو نظرة إيجابية للذات، وضع الأمور أو الأشياء في سياقها وحجمها الطبيعي، عدم فقدان الأمل في الحياة والاعتناء بالنفس ... (أبو حلاوة، د.س، ص 3-6)

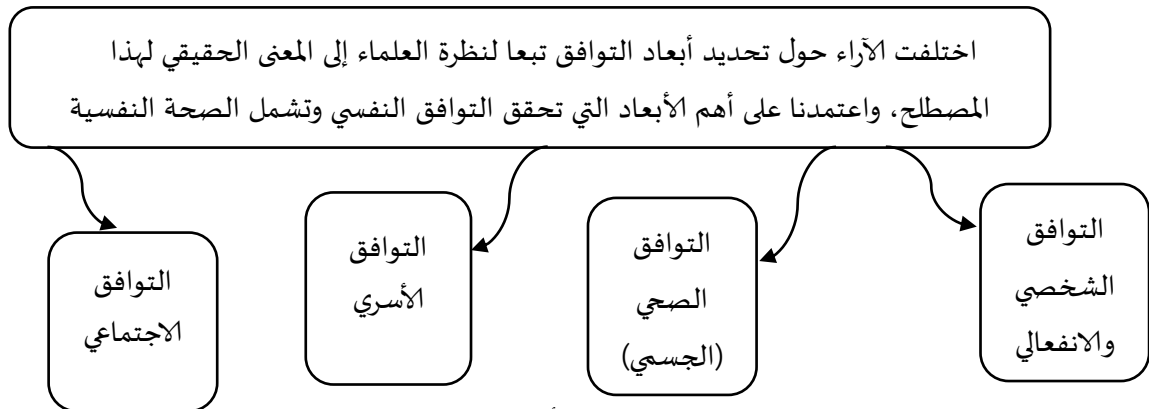
في ضوء ما سبق نجد أنه قد تم استخدام مصطلح التوافق بمعانٍ كثيرة متداخلة ومتشابهة وذلك لاختلاف النظريات والأطر الثقافية والمعرفية وهذا ما أدى إلى الخلط في استخدامها وعدم التفريق فيما بينها، وبالرغم من تلك الاختلافات إلا أننا نجد كل التعريفات تشير إلى توافق الفرد مع نفسه من جهة ومع بيئته من جهة أخرى، وإجمالاً نشير إلى الفرق فيما بين هذه المصطلحات كالتالي:



شكل (17): يبين الفرق بين التوافق وبعض المفاهيم المتصلة به.

(من إعداد الطالبتان)

### ثالثاً- أبعاد التوافق النفسي:



شكل (18): يبين أبعاد التوافق النفسي.

#### 1. التوافق الشخصي والانفعالي:

إن الإنسان بحاجة إلى التمتع بقدر مناسب من التوافق الشخصي المتمثل في حالة من الاتزان الداخلي والشعور بالرضا والثقة بالنفس والقدرة على إشباع الحاجات والاعتماد على النفس والتغلب على مشاعر الألم والتغلب على الآثار السلبية حتى يتمكن من إثبات ذواته وتلبية حاجاته ورغباته فيصبح فاعلاً على نحو يمنحه الأمن النفسي والسعادة بالرغم من الضغوط النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها.

فالتوافق الشخصي هو مجموعة من الاستجابات المختلفة التي تدل على تمتع الفرد بالراحة وشعوره بالأمن، وهو يتمثل في اعتماد الفرد على نفسه وإحساسه بقيمته، وشعوره بالحرية في توجيه السلوك دون سيطرة غيره عليه.



ويقصد به قدرة الفرد على تقبله لذاته والرضا عنها وقدرته على تحقيق احتياجاته ببذل الجهد والعمل المتواصل بجانب شعوره بالقوة والشجاعة، وإحساسه بقيمته الذاتية وأنه شخص ذو قيمة في الحياة وخلوه من الاضطرابات العصبية وتمتعه باتزان انفعالي وهدوء نفسي.

### 2. التوافق الصحي (الجسمي):

هو تمتع الفرد بصحة جيدة خالية من الأمراض الجسمية والعقلية والانفعالية، مع تقبله لمظهره الخارجي والرضا عنه، وخلوه من المشاكل العضوية، وشعوره بالارتياح النفسي تجاه قدراته وإمكاناته، وتمتعه بحواس سليمة، وميله إلى النشاط والحيوية معظم الوقت، وقدرته على الحركة والالتزان، وسلامة التركيز مع الاستمرارية في النشاط والعمل دون إجهاد أو ضعف لهيمته ونشاطه.

وحياة الإنسان بوجه عام لا تخلو من الصعوبات التي تؤثر على توافقه النفسي، وتعيقه عن تحقيق أهدافه، وإشباع دوافعه، وقد يستطيع الإنسان تخطي تلك الصعوبات ببذل المزيد من الجهد، واستعمال تفكيره، وقد لا يتمكن في بعض الأحيان من ذلك ويستسلم، يصبح نهبا للعديد من الاضطرابات النفسية كالخوف، الاكتئاب، الغضب، الخجل، القلق، العجز، الخيبة... إلخ، وهذه الاضطرابات الناتجة عن الفشل والإخفاق في مواجهة الصعوبات، لا تقرب الإنسان من أهدافه، ولا تحقق له التوافق والاستقرار النفسي الذي يطمح إليه. (خوج، 2010، ص ص 195.196)

ولشدة العلاقة بين النفس والجسد وعليه فإن القصور السمعي الناجم عن الإعاقة قد ينعكس سلبا على أداء الفرد ومدى قدرته على تلبية احتياجاته وإشباع رغباته، مما يمكن أن يلقي بضلاله على صحته الجسمية ويجعله عرضة للأمراض السيكوسوماتية (النفس الجسمية) كالصداع النصفي وآلام الأسنان غير المبرر وقرحة المعدة وغيرها، وجميعها يمكن أن يكون لها تأثير مباشر أو غير مباشر على مستوى نشاطه وقدرته على التفاعل والإنجاز، مع أهمية التوافق الجسدي كأحد أبعاد التوافق النفسي الأساسية.

إن التوافق الجسدي يتمثل في مدى قدرة الفرد على تحقيق حالة من الاتزان الفسيولوجي والخلو من أعراض الأمراض النفسية الجسمية والقدرة على مقاومة الأمراض الميكروبية وتمتعه بالصحة الجسمية الجيدة لا تعيق قدرته على إشباع رغباته وتلبية احتياجاته وممارسة دوره الطبيعي في الحياة.

### 3. التوافق الأسري:

الأسرة هي نواة المجتمع، وهي البيئة الصغيرة التي ينطلق منها الطفل إلى عالمه الخارجي، ليطبق ما اكتسبه فيها من خبرات ومهارات، وعليه فهي الواحة الخضراء التي تسعى بكل مكوناتها إلى منحة الثقة بنفسه وبمن حوله وتدريبه على كيفية التعامل مع مجتمعه، وتمثل السعادة الأسرية في الاستقرار والتماسك الأسري والقدرة على التحقيق مطالب الأسرة، وسلامة العلاقات بين الوالدين والعلاقات بين الأبناء بعضهم بعضا، والتمتع بقضاء وقت الفراغ مع الأسرة وبناء العلاقات الأسرية مع الأقارب والأهل، حيث قلة المشاكل التي تواجه الأسرة والأبناء.

فقد أورد عبد المطلب القريطي إشارة إلى مدى انسجام الفرد مع أعضاء أسرته، وعلاقات الحب والمودة والمساندة والتراحم والاحترام والتعاون بينه وبين والديه وأخوته، مما يحقق لهم حياة أسرية مشبعة وسعيدة. (أبو بكر، 2018، ص 53-57)

#### 4. التوافق الاجتماعي:

التوافق الاجتماعي يعني الذات والآخرين إذ أن تقبل الآخرين مرتبط بتقبل الذات ومما يساعد على ذلك قدرة الفرد على عقد صلات اجتماعية راضية وعلاقات تتسم بالتعاون والتسامح والإيثار وتعتمد على ضبط النفس وتحمل المسؤولية والاعتراف بحاجته للآخرين والعمل على إشباع حاجاتهم المشروعة ويجب ألا يشوب هذه العلاقات العدوان أو الارتياب أو الاتكال أو عدم الاكتراث لمشاعر الآخرين. (إبراهيم، 2014، ص 22)

#### رابعاً-مجالات التوافق النفسي:

هناك مجالات مختلفة للتوافق تبدو في قدرة الإنسان على أن يتوافق توافقا سليما وأن يتواءم مع بيئته الاجتماعية أو المهنية مثل: التوافق العقلي والتوافق السياسي والتوافق الديني والتوافق الجنسي والتوافق الزواج والتوافق الأسري والتوافق المدرسي والتوافق الترويجي والتوافق المهني مما يدل على أن التوافق عملية معقدة على حد كبير.

سنكتفي بمناقشة بعض هذه المجالات نوضحها كالتالي:

جدول (02): يوضح مجالات التوافق النفسي

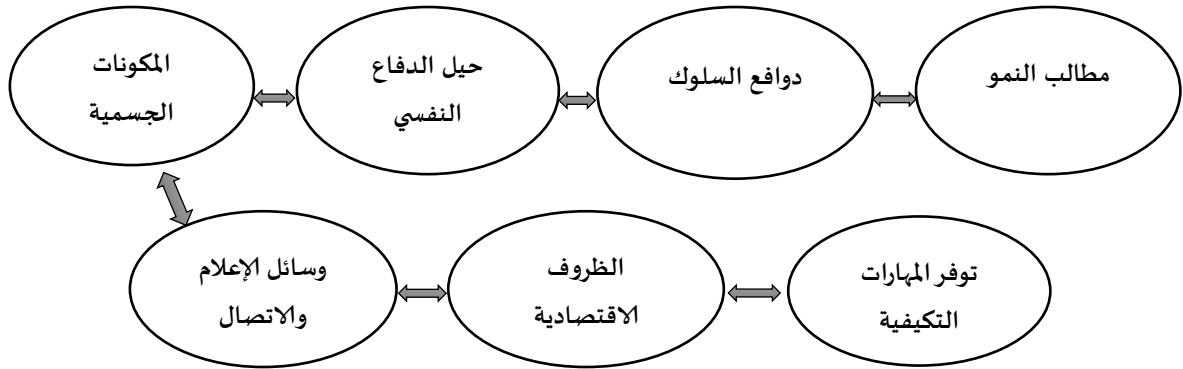
مجالات التوافق النفسي				
العقلي	الديني	الجنسي	الزواجي	الأسري
تنحصر عناصر التوافق العقلي في الإدراك الحسي والتعليم والتذكير والتفكير والذكاء والاستعدادات ويتحقق التوافق العقلي بقيام كل بعد من هذه الأبعاد بدوره كاملاً ومتعاوناً مع بقية العناصر.	يعتبر الجانب الديني أو الروحي جزءاً من التركيب النفسي للإنسان وكثيراً ما يكون مسرحاً للتعبير عن صراعات داخلية عنيفة ومثال على ذلك وما نشاهده لدى الكثير من الشباب أصحاب الاتجاهات الإلحادية والتعصبية ويتحقق التوافق الديني بالإيمان الصادق ذلك أن الدين من حيث هو عقيدة وتنظيم للمعاملات بين الناس ذو أثر عميق في تكامل الشخصية	لا شك أن الجنس يلعب دوراً بالغ الأهمية في حياة الإنسان لما له من أثر في سلوكه وعلى صحته النفسية ذلك أن النشاط الجنسي يشبع كلا من الحاجات البيولوجية والسيكولوجية (الجسد - النفس) وكثيراً من الحاجات الشخصية والاجتماعية وإحباطه يكون مصدراً للصراع والتوتر الشديدين وتختلف الطريقة التي تشبع بها حاجات الجنسية ودرجة هذا الإشباع	يتضمن التوافق الزواجي الزوجية وتمثل في الاختيار المناسب للزواج والاستعداد للحياة الزوجية والدخول فيها والحب المتبادل بين الزوجين والإشباع الجنسي وتحمل مسؤوليات الحياة الزوجية والقدرة على حل مشكلاتها	يتضمن التوافق الأسري السعادة الأسرية التي تتمثل في الاستقرار والتماسك الأسري والقدرة على تحقيق مطالب الأسرة وسلامة العلاقات بين الوالدين كليهما وبينهما وبين الأبناء وسلامة العلاقة بين الأبناء بعضهم البعض الآخر حيث تسود المحبة والثقة والاحترام المتبادل بين

الجميع ويمتد التوافق الأسري كذلك ليشمل سلامة العلاقات الأسرية مع الأقارب وحل المشكلات الأسرية.	والاستقرار الزوجي.	اختلافاً واسعاً باختلاف ظروف الحياة وخبرات تعلم الإنسان ويعتبر عدم التوافق الجنسي دليلاً على سوء التوافق العام لدى الإنسان.	الإنسانية واتزانها فهو يرضي حاجة الإنسان إلى الأمن إما إذا فشل الإنسان في التمسك بهذا السند الروحي ساءت توافقيه اضطراب نفسه وأصبح مهياً للقلق والاضطرابات السلوكية.
--	--------------------	---	---

المصدر: (بطرس، د.س، ص ص 115.116)

### خامساً-العوامل المؤثرة في التوافق النفسي:

يعمل الفرد دائماً على تحقيق التوافق النفسي في جميع مراحل حياته، ومطالب النمو هي الأشياء التي يتطلبها النمو النفسي له، والتي يجب أن يتعلمها حتى يصبح سعيداً وناجحاً في حياته، يلجأ في ذلك إلى أساليب مباشرة وغير مباشرة، وتمثل هذه العوامل في:



شكل (19): يبين عوامل التي تؤثر في التوافق النفسي.

#### 1. التوافق النفسي ومطالب النمو:

إن مطالب النمو هي الأشياء التي يتطلبها النمو النفسي للفرد والتي يجب أن يتعلمها حتى يصبح سعيداً وناجحاً في حياته، ولتحقيق مطالب النمو الأخرى لابد للفرد أن يكون متوافقاً، وعدم تحقيقها يؤدي إلى فشل الفرد، وصعوبة الشعور بالسعادة والطمأنينة بصفة متداولة.

#### 2. التوافق النفسي ودوافع السلوك:

من أهم الشروط التي تحقق التوافق النفسي، إشباع دوافع السلوك وحاجات الفرد، وهذه أهم العوامل المباشرة لإحداث التوافق النفسي حيث يعتبر موضوع الدافع أو القوى الدافعية للسلوك بصفة عامة من الموضوعات الهامة في علم النفس، لأن الدوافع بطبيعتها الحال هي التي تفسر السلوك.

## 3. التوافق وحيل الدفاع النفسي:

أساليب غير مباشرة تحاول إحداث التوافق النفسي وهي وسائل توافقية لاشعورية من جانب الفرد، من وظيفتها مسح وتشويه الحقيقة، حتى يتخلص الفرد من حالة التوتر والقلق الناجمة عن الإحباط والصراعات التي لم تحل والتي تهدد أمنه النفسي، وهدفها وقاية الذات والدفاع عنها والاحتفاظ بالثقة بالنفس واحترام الذات وتحقيق الراحة النفسية والأمن النفسي. (بوقار، عويبة، 2017/2018، ص ص 47.46)

## 4. المكونات الجسمية: وتنقسم إلى أربعة أقسام:

1.4. العوامل الفسيولوجية: وهي كل ما يحمله الفرد منذ تكوينه، ومنها ما ينشأ عن العوامل الوراثية.  
2.4. المظاهر الجسمية الشخصية: أن رضا الفرد عن مظاهره الجسدية أمر مهم في توافقه، فقد يشعر الفرد بالنقص عندما لا تتناسب أوصافه الجسدية مع معايير الثقافة، وكثيرا ما تؤثر المظاهر الجسدية في استجابة الآخرين نحو الشخص وبالتالي لنفسه.

3.4. الصحة الجسمية: عملية التوافق تحتاج أن يتمتع الفرد بقدر مناسب من الصحة الجسمية، التي تمكنه من بذل الجهد المناسب لمواجهة حالات التوتر والضغط التي يتعرض لها.

4.4. النضج المبكر: حيث يُمكن الفرد من المشاركة في النشاطات الاجتماعية، والنضج يعطي مكانة وقوة واعتبارا، كما يُمكن الفرد من تحمل مسؤوليات تترك لديه صورة إيجابية عن الذات، أما المتأخر في النضج فيعاني من ضغوط نفسية.

## 5. وسائل الإعلام والاتصال:

تعتبر وسائل الإعلام في عصرنا الحديث من العوامل المهمة المؤثرة في التربية وبناء الشخصية والتوافق، وقد تكون عاملا في حسن التوافق أو سوء التوافق وذلك يرجع لما تقدمه هذه الوسائل من برنامج تؤثر على سلوك الأطفال والكبار. (الكحلوت، 2011، ص 23)

## 6. الظروف الاقتصادية:

يرى "مرسي ومحمد" أن نقص المال وعدم توفر الإمكانيات المادية عائقا يمنع كثيرا من الناس من تحقيق أهدافهم في الحياة وقد يسبب لهم الشعور بالإحباط، فالفقر يعتبر عائقا يمنع من إشباع الحاجات الأساسية ويسبب الألم وسوء التوافق، كما أوضحت دراسة أبو شمالة أنه توجد علاقة موجبة لدى المراهقين بين المستوى الاقتصادي والاجتماعي ودرجات التوافق النفسي لديهم.

## 7. توفر المهارات التكيفية:

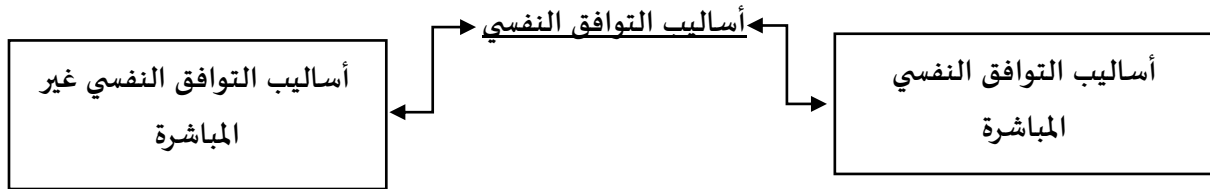
إن اكتساب المهارات والعادات من شأنه أن يؤدي إلى حدوث التوافق ، والذي هو في الواقع محصلة ما مر به الفرد من تجارب وخبرات أدت به إلى كيفية إشباع حاجاته وتعامله مع غيره من الأفراد في مجتمعه، وهذه المهارات تُكسب الفرد المرونة وعدم الجمود وهو أن يتقبل الفرد المواقف الجديدة في حياته ، وتصدر منه استجابات ملائمة

نحوها ، فانه يكون أكثر توافقا وتكيفا من الوسط البيئي والاجتماعي الذي يعيش فيه ، أكثر من الفرد الذي يتصف بالجمود العقلي أو الفكري والذي يؤدي إلى الشعور بالتوتر والاضطراب النفسي ، وعدم قدرته على التوافق .(مقبل، 2010، ص ص 16.15)

وفي الأخير نستخلص بأن الإنسان يتعرض إلى العديد من العوامل التي تؤثر في توافقه النفسي حيث تمنعه من إشباع حاجاته وصعوبة الشعور بالسعادة والطمأنينة وتحقيق الراحة النفسية وأهدافه بعضها ترجع إلى الفرد ذاته والبعض الآخر ترجع إلى البيئة الخارجية.

### سادسا-أساليب التوافق النفسي وأثارها على الشخصية:

يستخدم الإنسان أساليب متعددة ومتنوعة للتعامل مع المواقف التي يواجهها سواء كانت مواقف تعبر عن التهديد والإحباط أو كانت تمثل بعض مصادر الضغوط، وتنقسم أساليب التوافق إلى مجموعتين:



شكل (20): يبين أساليب التوافق النفسي.

#### 1. أساليب التوافق النفسي المباشرة:

1.1. الاستعداد لمواجهة التهديد والخطر: في حالة تهديد الإنسان أو توقع حدوث ضرر من مصدر خارجي، فعادة ما يقوم الإنسان باتخاذ خطوات معينة لتفادي الضرر، أو الإقلال من حدته إلى اقل درجة ممكنة عن طريق التدخل المباشر، وغالبا ما يعمل الإنسان قبل القيام بالنشاط المطلوب على تصور الموقف ودراسة متطلباته واستعراض البدائل المتاحة لاختيار واحد منها.

2.1. محاولة تحاشي مصدر التهديد أو الخطر: الإنسان يمارس مثل هذا السلوك في حياته اليومية العلمية مرات عديدة فقد يعتمد الإنسان إلى تغيير أسلوبه من الهجوم إلى الملاحظة لتفادي الضرر.

3.1. مهاجمة مصدر التهديد أو الخطر: يلجأ الإنسان إلى مهاجمة مصدر التهديد أو الضرر كنوع من الحماية، وعادة ما ترتبط مهاجمة مصدر التهديد أو الخطر بتوفر مستوى معين من النزوع للعدوان، كما قد يأخذ أشكالا متعددة مثل السلوك اللفظي كالسب أو الوعيد أو الاعتداء البدني، بشكل مفاجئ أو متوقع.

4.1. الاستسلام وعدم المبالاة: يواجه الإنسان أحيانا مواقف كثيرة لا يبدو فيها أي أمل للنجاة أو تحاشي الضرر، مما يؤدي إلى تلاشي الدافع لمهاجمته أو محاولة تحاشي وقوعه بشكل يدل على الاكتئاب والشعور باليأس. (حماد، 2015/2014، ص ص 29.28)

## 2. أساليب التوافق النفسي الغير مباشرة:

1.2. الكبت: عملية لا شعورية تحدث وتصدر دون إرادة منا، فنحن لا نعرف أننا نكبت أو لماذا نكبت، إذن الكبت عملية استبعاد وطرد الدوافع والانفعالات والأفكار والذكريات الشعورية المؤلمة أو المشينة، وإكراهها على التراجع والاستقرار في اللاشعور أو منع الدوافع والأفكار والذكريات اللاشعورية من اقتحام الشعور، كي تجنب الفرد الشعور بالقلق أو الشعور بالذنب أو النقص.

وهذا يؤدي الكبت وظيفة نفسية تتمثل في وقاية الفرد من كل ما يتحمل أن يؤدي نفسه ويسبب له القلق والتوتر، وفوق ذلك يمنع الدوافع والذكريات اللاشعورية المخجلة مثل الدوافع الجنسية والعدوانية، والتي تهدد بالانفعالات بصورة صريحة مباشرة، مما قد يكون خطرا على الفرد أو ضارا في المجتمع.

والكبت بهذا المعنى هو وظيفة وحيلة لا شعورية هروبية تلجأ إليها (الأنا) لطرد الدوافع والذكريات الشعورية المؤلمة أو المحزنة، وإكراهها على التراجع إلى اللاشعور، وكذلك يعتبر حيلة لا شعورية دفاعية يدفع بها الفرد عن نفسه كل ما يزعجه أو يؤلمه، أو يسعى تقبل المجتمع له، ويوضع الدوافع الثائرة المحظورة.

ومما لا يشك فيه إن الكبت اثارا ضارة وقد يكون أصل كل بلاء، لأن الدافع المكبوت لا يبقى خاملا، بل يعمل باستمرار على دخول مجال الشعور، فتظل المعركة مستمرة بين الدافع المكبوت والقوى المسببة للكبت التي تعمل على طمسه ن فهو يقوم غالبا وراء العقد النفسية والأمراض النفسية والانحرافات الخلقية، وكثير من الاضطرابات الجسمية وكثير من ضروب الإجرام، وهكذا فالكبت المعتدل استجابة سوية تماما للإحباط، في حين أن الإفراط يعد استجابة غير سوية وضارة.

2.2. التبرير: هو حيلة لا شعورية دفاعية لحماية الفرد من الاعتراف بالفشل أو الخطأ وذلك بإبداء أسباب غير حقيقية يفسر بها بين الفرد سلوكه وأفعاله حتى يبقى على احترامه لنفسه واحترام الناس له، ويخفف من التوتر الذي يسببه له الموقف المحبط، وكما أن التبرير وسيلة يتجنب بها الفرد ما يحدث في نفسه من صراع بين ما يود تحقيقه، وما يمكنه أن يحققه ويصل إليه بالفعل، ويأخذ التبرير صوراً منها التعليل بالقدر، تحقير الهدف، وامتداح الفشل بطريقة ما وإفهام الآخرين بنفس الخطأ كقول الإنسان لست...، أو اتهامهم بالتأمر وعدم الإنصاف.

والتبرير حيلة تختلف عن الكذب في أن الأخير عملية شعورية يخدع بها الفرد غيره، ولا يخدع نفسه، بينما التبرير عملية لا شعورية يخدع بها الفرد نفسه كما يخدع الغير، ولا يكون الفرد الذي يلجأ إلى التبرير مدركا لدوافعه الحقيقية أو مدركا لأفكار لها، أما في الكذب فيكون الفرد مدركا لكذبه.

3.2. الإسقاط: من الحيل اللاشعورية، وهو الذي يحاول الفرد من أن يثيرا لا شعوريا من دوافعه المستقيمة المنافية للأخلاق، ويلصقها بغيره من الناس، أي: إسقاط الفرد نقائصه وعيوبه وأسباب فشله والرغبات الكريهة الدفينة على الناس أو الظروف أو المجتمع أو الشيطان، وهو بهذا وسيلة تقي الفرد من الاعتراف بعيوبه ونقائصه ودوافعه غير المقبولة اجتماعيا، أو تخفف عنه ما يشعر به من قلق أو خجل أو إثم أو جحود.

والمثال على ذلك: الولد الذي يسقط عيوبه على أولاده فيسرف لأن هذه الصفات لاصقة به ولا يريد أن يتعرف بها لنفسه.

4.2. التقمص: هو حيلة لا شعورية دفاعية تعمل لتخفيف التوتر النفسي وإشباع دوافع محيطة عن طريق اندماج الفرد لا شعوريا في شخصية أخرى، أو في شخصية جماعة نجحت في تحقيق الأهداف التي فشل الفرد في تحقيقها أو الاتصاف ببعض الصفات التي يتصف بها غيره، وبهذا التقمص يعكس الإسقاط الذي فيه وينسب الفرد في صفاته القبيحة إلى غيره من الناس، فمثلا تقليد الطالب دون شعور أستاذه في حركاته وأسلوبه في كلامه والإلقاء والمعاملة وغير ذلك، أو تقمص الطفل شخصية والده إشباعا لدوافع السيطرة والنفوذ وإقرار الذات.

والتقمص قد يكون ضروريا بالنسبة لنمو الطفل وتكامل شخصيته، وتكوين عاداته وميوله، وهذا يساعد على نمو (الأنا) وتكوين (الأنا العليا) واكتساب العواطف.

والتقمص يساعد على تخفيف الشعور بالنقص لدى الإنسان، وزيادة شعوره بقيمته وأهميته، وخاصة إذا كان التقمص لشخصيات متكاملة وقوية، مما يؤدي إلى وظيفة هامة في تنمية شخصية الفرد، والتغلب على مشاعر النقص هذه، أما إذا كان التقمص لشخصيات غير متزنة وضعيفة قد يؤدي إلى نتائج سيئة أو إلى سلوك ضار.

5.2. التعويض: هو من الحيل اللاشعورية يدفع بالفرد إلى العمل على معالجة النقص الحقيقي أو الوهمي بالكفاح لتحقيق النجاح المطلوب، أو الاستعاضة عنه بهدف آخر مما يؤدي إلى تخفيف حالة التوتر والقلق، والمثال على ذلك الطفل الذي يكره والده نتيجة ضربة ضربا شديدا، وهو من وجهة يحتاج إلى والده ويحبه وبما أنه لا يمكن أن يحب والده ويكرهه في نفس الوقت، فلا بد من كبت الكراهية لأنها لا يمكن أن يحب والده ويكرهه في نفس الوقت، فلا بد من كبت الكراهية لأنها لا تتفق مع منطقة (الأنا) ولأجل أن ينجح كبت الكراهية لابد من المبالغة في إظهار الحب كتعويض للكراهية المكبوتة.

وقد يكون للتعويض فائدة عندما يدفع الشخص إلى التفوق في ميدان يعوض عجزه في ميدان آخر، ولكنه من جهة أخرى يكون ضارا إذا تسبب في ضرر للآخرين أو جعل الفرد يتخذ سلوكا عدوانيا لكسب تقدير البعض.

6.2. أحلام اليقظة: وهي حيلة لا شعورية يلجأ إليها الناس جميعا حيث يتخيلون فيها إشباع دوافعهم ورغباتهم التي عجزوا عن تحقيقها في عالم الواقع، ويتحدث عادة عن طريق الشرود الذهني، وتخيل وهي لتحقيق رغبات دفينه. وليس من الضروري أن تكون الأحلام اليقظة صورا صادقة مطابقة للواقع، بل قد تكون رموزا لأشياء تعكس حقيقة ما في اللاشعورية من أمور مكبوتة، وهي حيلة تساعد على تصريف الطاقة وإشباع الدوافع المكبوتة، يتجنب الواقع والاكتفاء بالرموز الذي تقوم منامه.

وأحلام اليقظة تحدث في جميع مراحل العمر، إلا أنها تزداد خلال فترة الطفولة والمراهقة لإشباع الرغبات المكبوتة وحاجات لم يستطيع الفرد إرضاءها في عالم الواقع، فيها تبني القصور في الهواء، توضح الخطط للمستقبل الذي ينشده الحال ويحجز عن بلوغه، فيها يجد الفرد سلوى وخالصا من القلق الناجم عن إحباط دوافعه، فتجد الضعيف يحلم بالقوة والفقير بالثروة والغني بالذكاء.

وأحلام اليقظة ظاهرة طبيعية عادية لا ضرر منها أن التجأ الفرد إليها بمقدار. أما إذا أثرت في الحياة النفسية وشغلها فعندها تكون ضارة، وأمرًا خطيرا عندما ما يلتجأ إليها الفرد عند تزداد المشكلات.

7.2. الإعلاء والتسامي: هو عملية تحويل للطاقة النفسية من ميدان وتوجيهها إلى ميدان آخر بعد مدى في جلب القبول الاجتماعي أي ارتفاع الفرد بداعي مستوى أعلى أو اسعي، مثل: الشخص الذي يشعر بدافع عدواني قد يعلى عنده هذا الدافع بالأعمال الاجتماعية المقبولة كالصيد أو الملاكم أو الميل إلى بعض المهن كالجراحة أو الجزارة، وكذلك قد يلجأ إلى التفوق في الرياضة والفن إعلاء لدافع الجنس الذي قد يخفق في إشباعه.

8.2. النسيان: يعتبر النسيان من الحيل اللاشعورية الدفاعية، ويحدث نتيجة الكبت، حيث يلجأ إليه الفرد للتخلص من الدوافع غير المقبولة، والرغبات التي استحالت تحقيقها، والذكريات المؤلمة فتختفي اختفاء تاما عند وعي الفرد وإدراكه ويزول ما كان يمكن أن يترتب عليها من سلوك، فقد ينسى الإنسان موعدا مع شخص لا يود في نفسه أن يقابله، وهذا النسيان يحدث لا شعوريا دون تذكر الأسباب.

9.2. التحويل: هي حيلة لا شعورية دفاعية، وذلك بنقل الدوافع من أهدافها الأصلية إلى أهداف أخرى لا يثير القلق، وقد يظهر بشكل سلوكي في صورة الإحباط فانه ينصب على أول كبش فداء يلقاه الإنسان في طريقه مثل: الأب الغاضب من رئيسه لأنه أهانه أو أساء إليه قد يصب غضبه على زوجته أو أولاده أو خادمه.

10.2. الانسحاب: وهو من الحيل اللاشعورية الهروبية، يؤدي إلى تخفيف التوتر والألم الناتج عن عائق يحول دون إشباع الفرد عن طريق الابتعاد والانسحاب عن موضوعها وهدفها، وتجنب المواقف التي تسبب الفشل أو التي تؤدي إلى النقد أو العقاب، فالشخص الذي يفشل في مواقفه الاجتماعي قد ينصرف عن محاولة التوافق الاجتماعي ويتجنب مصاحبة الناس، ويفضل وسائل التسلية والأعمال الانفرادية عن تلك التي تتضمن منافسة أو مباراة، ويكتفي بمشاهدة الناس دون مشاركتهم في النشاط. (الداهري، 2008، ص 85-90)

### 3. أثر الأساليب التوافقية على الشخصية:

إن الفرد خلال التوافق بأسلوب المواجهة المباشرة للعقبات أو للمشكلة يكون في حالة نشاط مستمر. حيث أن التوافق الناجح يتجه نحو بناء الأنا أو ازدياد شعور الفرد بأهمية الذات بشكل واضح، إذ أن إتباع هذا الأسلوب التوافقي يقوي من شخصية الفرد، ويجعله أفضل استعدادا لمجابهة مشكلات المستقبل التي تتطلب مجهودا إراديا. وبالتالي سلوكه يصبح أكثر تكاملا مما كان عليه قبل مجابهة العقبة أو المشكلة، بمعنى أنه يسهل عملية النمو والترقي نحو أساليب أكثر ملاءمة لمواجهة مشكلات أكثر تعقيدا، وبالتالي تصير إنجازاته وإشبعاته في ازدياد.

السلوك البديل الإيجابي قد يكون أحيانا توافقا منطقيا أكثر من المواجهة المباشرة، مثلا بدلا من جلوس كبير السن طول الوقت قد ينهي هدفا يتمثل في المشاركة في قراءة القرآن وحفظه، حيث إذا فعل ذلك فإن شعوره بأهمية الذات قد يبقى أو لا يبقى كما هو، ويعتمد ذلك على مدى ارتباط هدفه الأصلي بنماذج انفعالية سارة.

أما السلوك البديل السلبي في التوافق، فهو نشاط يستخدم حيلة مراوغة للتخلص من المواجهة الواقعية، مما يؤدي إلى إضعاف قدرة الفرد على مواجهة المشكلة التالية، كما يقلل الشعور باستحقاق الذات.



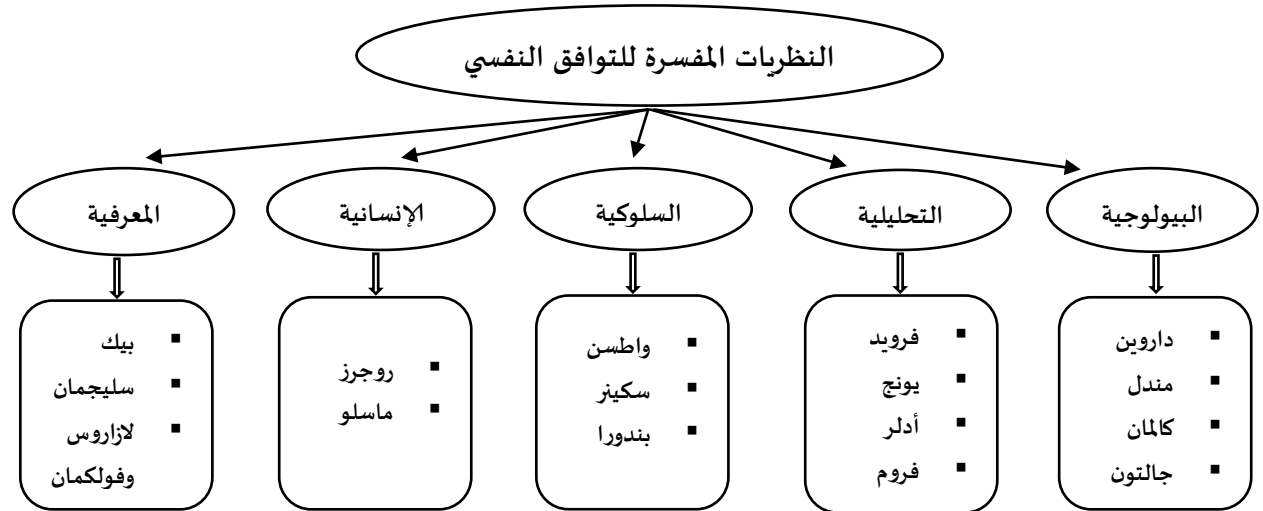
وفي حالة المراحل المتقدمة من الأسلوب التوافقي الشاذ، كما في أسلوب التقهقر أو التراجع أو الانصراف عن المشكلة فإن حياة الفرد الانفعالية قد تتحول إلى داخله كلياً، حيث يعيش في عالم من الوهم والخيال بعيداً عن الواقع. أنه أسلوب نكوصي في التوافق.

ومن الواضح، أنه لا يوجد شخص يستخدم أسلوب المواجهة المباشرة أو أسلوب توافقي بديل ذكي في كل وقت، كل شخص يستخدم أسلوب المراوغة والتقهر في بعض الأحيان، ولكن الشخصية القوية تميل إلى استخدام النوعين الأولين المعتادين، بينما ضعيف الشخصية يستخدم عادة النوعين الأخيرين في معالجة مشكلات الحياة. (المليحي، 1971، ص 290.291)

في الأخير نستخلص بأن الفرد يستخدم أساليب مختلفة يلجأ إليها للتخفيف عما يصيبه من صراع وكبت وما يعانیه من تآزم مؤقتاً لأنها لا تؤدي إلى حل المشكلة التي يواجهها، فهي حلول يلجأ إليها كل الناس في حياتهم اليومية، فالبنسبة للسوي إذا واجهه صراع أو موقف إحباطي يلجأ إليها لتحقيق التوافق النفسي إلا أن الإفراط فيها يعتبر سلوكاً شاذاً وتؤدي به إلى سوء التوافق. بحيث أن التوافق هو تقبل الفرد لذاته كما هي والشعور الذي يحدث بين الداخل في أنفسنا بكل متطلباته وصراعاته وطموحاته وبين المحيط الخارجي وأيضا الرضا عن الحياة الزوجية والرضا عن العمل.

#### سابعا-نظريات التوافق النفسي:

يعتبر البعد النظري لتفسير أي ظاهرة علمية الأساس في كل البحوث وموضوع التوافق له أهمية كبيرة ويعد من المواضيع الحديثة في البحوث النفسية. ومن أهم النظريات التي فسرت التوافق ندرجها كالتالي:



شكل (21): يبين النظريات المفسرة للتوافق النفسي.



## 3. النظرية السلوكية :

من أصحاب هذه النظرية "واطسن، سكينر، بندورا"، وترى هذه المدرسة أن التوافق هو اكتساب الفرد لمجموعة من العادات المناسبة والفعالة في معاملة الآخرين والتي سبق أن تعلمها الفرد وأدت إلى خفض التوتر عنده أو أشبعت دوافعه وحاجاته وبذلك دعمت وأصبحت سلوكا يستدعيه الفرد كلما وقف في ذات الموقف مرة أخرى.

وتفترض المدرسة السلوكية ان اكتساب السلوك التوافقي من عدمه يأتي من خلال:

الافتراض الأول: إخفاق الفرد في تعلم سلوكيات ناجحة تمكنه من التوافق مع نفسه ومجتمعه فإن هذا الإخفاق يعد عاملاً أساسياً في اختلال صحته النفسية.

الافتراض الثاني: نجاح الفرد في اكتساب سلوكيات ضارة سواء كان هذا الضرر يقع على الفرد نفسه أو على مجتمعه فإنه لن يتوافق بالشكل المطلوب لا مع نفسه ولا مع مجتمعه، لذا فإن هذا الافتراض يُرجع اختلال الصحة النفسية إلى نوع السلوك المتعلم.

الافتراض الثالث: يذهب هذا الافتراض إلى أن تعرض الفرد لمثير ما بحيث يستثير لديه استجابتين متناقضتين يخلق لديه حالة من القلق العام مما يؤثر سلباً على صحته النفسية. (الزاملي، 2011، ص34)

## 4. النظرية الإنسانية:

يرى "روجرز" أن الأفراد الذين يعانون من سوء التوافق يعبرون عن بعض الجوانب التي تقلقهم فيما يتعلق بسلوكياتهم غير المنسقة مع مفهومهم عن ذاتهم ويقر أن سوء التوافق النفسي يمكن أن يستمر إذا ما حاول الأفراد الاحتفاظ ببعض الخبرات الانفعالية بعيداً عن مجال الإدراك أو الوعي وينتج عن ذلك استحالة تنظيم مثل هذه الخبرات أو توحيدها كجزء من الذات التي تتفكك وتتبعثر نظراً لافتقاد الفرد قبوله لذاته، وهو من شأنه أن يولد مزيداً من التوتر والأسى وسوء التوافق، ويقرر روجرز أن معايير التوافق النفسي تكمن في ثلاثة نقاط: الإحساس بالحرية، الانفتاح على الحرية، الثقة بالمشاعر الذاتية.

ويرى "ماسلو" أن أهمية تحقيق الذات في تحقيق التوافق النفسي السوي الجيد، وقد قام بوضع عدة معايير للتوافق النفسي تتلخص في الآتي: الإدراك الفعال للواقع، قبول الذات، التلقائية، التمرکز حول المشكلات لحلها، نقص الاعتماد على الآخرين، الاستقلال الذاتي، استمرار تجديد الإعجاب بالأشياء أو تقديرها، الخبرات الأصلية المهمة والاهتمام الاجتماعي القوي والعلاقات الاجتماعية السوية، الشعور باللاعداوة اتجاه الإنسان، الموازنة بين أقطاب الحياة المختلفة.

كما يرى أصحاب المذهب الإنساني أن الإنسان خير بطبعه، ومطالبه تتفق مع مطالب المجتمع، وهو حر له إرادة في اختيار أفعاله، التي يتوافق بها مع نفسه ومع مجتمعه، وعنده القدرة على تحمل مسؤولية اختيار هذا السلوك أو ذلك، وهو يقبل عادة على اختيار السلوك المقبول اجتماعياً، ويتوافق توافقاً حسناً مع نفسه ومجتمعه، ولا يتوافق توافقاً سيئاً إلا إذا تعرض للضغوط في بيئته. (جودة، 2016/2015، ص54)

## 5. النظرية المعرفية:

ويفترض هذا المنظور وجود نموذجين معرفيين:

النموذج الأول: أسسه "بيك ورفاقه Beck & other" ويرى بأن سبب الاضطراب النفسي الأفكار السالبة عن الذات، والخبرات الراهنة، والمستقبل، حيث يؤدي الإدراك السلبي لدى الفرد وتقييمه للموقف إلى المرض، وغالبا ما تكون الأفكار السالبة غير واقعية ومحرفة وغير منطقية، تتحرك عن طريق تفسير خبرات الفرد ضمن حدود الحرمان والنقص والانهزام.

أما النموذج الثاني: فأسسه "سليجمان Seligman" ويسمى نموذج العجز المتعلم وقلة الحيلة، ويرى أن التعرض لأحداث خارجة عن نطاق السيطرة وإدراكها في هذا الإطار يؤدي إلى توقعات عن فقدان السيطرة على الأحداث التالية في المستقبل، فالمريض النفسي تعلم واعتقد بأنه لا يستطيع السيطرة على مهام حياته بالتخفيف من معاناته أو تحقيق إشباعاته، ومن الأحداث المعجلة الفشل المهني والدراسي، مما يفقد المريض قوته ويجعله ضعيفا في قدراته، فتتزايد لديه الأمراض البدنية، والإحساس بالعجز بدرجة كبيرة، وأشار سليجمان إلى الدلالات الإكلينيكية على الاضطراب الانفعالي حيث يتم في حالة العجز استنزاف كل النوربنفرين Norepinephrin في الدماغ.

ويرى "لازاروس وفولكمان Lazarus and Folkman" أن تقييم الفرد الأولي للموقف يحدد أساليبه في التوافق النفسي، حيث يتم تقييم الفرد للأحداث المسببة للضغط النفسي على أنها مرهقة، أو تفوق قدرته، وتعرضه للخطر، في إطار علاقته بالبيئة وتقييمه المعرفي للضغط، وتولد نتيجة لذلك استجابات مختلفة انفعالية أو فسيولوجية تجاه الحدث الضاغط، فقد يدرك شخصان الحدث على أنه ضاغط لكن أحدهما يعتقد أن لديه مصادره وإمكاناته التي تساعد على التعامل معه، بينما لا يعتقد الشخص الآخر ذلك، طبقا لمصادر المواجهة الشخصية والمعرفية والاجتماعية والمادية لدى كل منهم. (خوج، 2010، ص ص 212-213)

وفي الأخير نستخلص من خلال عرضنا لهذه النظريات أن كل نظرية أخذت تفسير وتحديد مفهوم التوافق النفسي في ضوء منحنى معين، بالرغم من اتفاقها على أن التوافق النفسي يكون من خلال التمتع بمقومات الصحة النفسية للفرد من خلال الانسجام والتوازن وتفادي التوتر والعجز وإشباع حاجاته ودوافعه، والنظرة الصحيحة تتطلب التكامل والترابط ما بين هذه النظريات ذلك بأخذها كلها بعين الاعتبار لتفسير التوافق وسوء التوافق لدى الفرد.

## ثامنا-التوافق والرضا عن الحياة:

لو تأملنا من أين يبدأ عمر الإنسان، وبالتحديد من أي فترة عمرية في حياته، ومن أي فترة نعددها نقطة البداية تكون من الوعي الجنسي والبلوغ أم من فترة الرشد أم من بداية الدخول إلى الحياة العلمية أم من بداية الزواج والإنجاب.

إنها تساؤلات من الصعوبة تحديدها أو إيجاد نقطة دالة يمكن الولوج من عندها لاسيما أن التكوين البشري يبدأ من الأشهر الأولى في رحم الأم ومن ثم الميلاد، وبه من الأزمات والصدمات خلال مراحل الطفولة الأولى ما لا يمكن حصره أو عدّه.

إن التوافق الذي نبحث عنه فانه يكون تعديل الكائن البشري لسلوكه بحيث يتلاءم مع الظروف الخارجية، ويشمل التوافق نواحي عدة منها النواحي البيولوجية والفيزيائية والسيكولوجية، فالكائن الإنساني ينمو من خلال تفاعل القوى الوراثية والقوى البيئية فضلا عن تكوينات المنظومة النفسية.

وهنا لابد من الإشارة في اختلاف الأهمية النسبية لكل منهما في الشخص الواحد، وفي الموقف الواحد رغم أن هناك اختلاف من شخص لآخر في رؤيته لأي قضية أو موضوع، فلدى كل فرد إمكانات وراثية معينة، تعتمد تحقيق هذه الإمكانيات على البيئة التي تنمو فيها والوضع النفسي وتكونه.

وإزاء ذلك يمكن القول أن عملية التوافق هي سلسلة من الخطوات تبدأ عندما يشعر الفرد بحاجة ما وتنتهي عندما تشبع هذه الحاجة وبين بدايتها ونهايتها يقوم الفرد بمحاولات مختلفة يجاهد فيها لتخطي الصعوبات وحل الأزمات ومواجهة العوائق التي تحول دون إشباع هذه الحاجات وإعادة التوافق، وإن صح القول مواجهات الإحباطات لإعادة التوافق إن استطاع، وإن لم يستطع يحدث ما يسمى بالتوافق الانهزامي، وهي الحالات التي سميت في سيكولوجية التعامل مع الضغوط النفسية بأنها أساليب التعامل مع المواقف الضاغطة لاستعادة التوافق مثل اللجوء إلى الخيال أو التمني أو التأمل أو النكوص والارتداد إلى مراحل أكثر سعادة ومتعة متجنباً حينئذ الواقع المؤلم الذي يعيشه.

ونحن نستطيع أن نرى كيف يتحايل الإنسان لكي يحقق التوافق المعاكس مع ذاته أو لا وهو قناع يضعه لكي يهرب من المواجهة الحياتية القاسية في بعض الأحيان، إذا ما عرفنا تمام المعرفة أن التوافق في مستوياته الثلاثة البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية (البيئية)، هدف صعب المنال ولا يحققها الإنسان العي في أعلى مستوياتها خلال حياته وإنما الشخص الميت هو الفرد الوحيد المتوافق توافقا كاملا، ذلك أن الحاجات البيولوجية والاجتماعية إنما هي دائمة التغيير.

فالتوافق السوي كما يقول (سميث) إنما هو اعتدال في الإشباع، إشباع عام للشخص عامة، لا إشباع لدافع واحد شديد على حساب دوافع أخرى، والشخص المتوافق توافقا ضعيفا هو الشخص غير الواقعي وغير المشبع بل والشخص المحبط الذي يميل إلى التضحية باهتمامات الآخرين، كما يميل إلى التضحية باهتماماته.

إن الشخص حسن التوافق هو الذي يستطيع أن يقابل العقبات والصراعات بطريقة بناءة تحقق له إشباع حاجاته ولا تعوق قدرته على الإنتاج أي أن سميث يرى أن توافق الفرد يعني توفر قدرا من الرضا القائم على أساس واقعي.

وإذا لم يتحقق هذا الرضا وجدنا نتائجه واضحة في كثرة الشكوى والتألم التي تعترى الإنسان وأهمها أمراض وشكوى متعددة منها قرحة المعدة، ارتفاع ضغط الدم، مرض السكري المزمن، وأنواع أخرى من الأمراض، ويعاني الكثير من الناس من حالات الملل والاعتراب بسبب عدم تمكنهم من تحقيق أهداف حياتهم التي رسموها ولم تتحقق.

ويرى علماء النفس أن الرضا عن العمل مرتبط بالرضا الكلي عن الحياة، لذا نرى الكثير من الناس يفقدون للسعادة والمتعة في حياتهم المعاشة بسبب هذه الأزمات والإعاقات في تحقيق الطموحات المرسومة، وعليه فإن الفرد الذي لم يستطع تحقيق طموحاته بسبب الإعاقات التي واجهته واستقر به المأل لأن يعيش في الواقع مع الناس الآخرين، لا يعني أنه رسم وخطط و فشل في تنفيذ بل أنه كافح وجاهد ووصل إلى هذا المستوى الذي يعيش فيه، فليس كل الذين حققوا طموحاتهم هم سعداء ويواجهون الكثير من خيبات الأمل والصراعات والإحباط والأنواع المختلفة من الضغوط اليومية، ولكن عددا قليلا نسبيا منهم هم الذين يواجهون الظروف القاسية، واختيار البعض الطرق المختلفة في مسلك الحياة الصعبة لا يعني أنه اختيار موفق على مدى الحياة ، فالتوافق مع أنه صراع ولكنه ينتهي بعد تحقيق الهدف والوصول إلى النتيجة المبتغاة، وعدا ذلك لا يعني الفشل بقدر ما هو التوافق غير المكتمل. (أبو عوض، 2007، ص 227-231)

وبهذا يمكن تعريف توافق المسنين بأنه الرضا من الناحية الانفعالية عن الذات بمعنى تقبل الفرد لذاته ولحياته بعيدا عن أحاسيس المرارة والندم، وهذا الرضا على المستوى الانفعالي يستحيل أن يكون بغير نضج للأنا يندى في سيطرته على ذاتها بينما يندى في المجال الاجتماعي في استقلالية تبعد بالفرد عن التبعية، وتجعله قادرا ليس فقط على المشاركة في مظاهر الحياة الاجتماعية المختلفة بل وأيضا على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة. (صيام، 2010، ص 33)

### تاسعا-الإقامة بمؤسسات رعاية المسنين وأثرها على التوافق النفسي:

قد تجبر الظروف الاقتصادية والأحوال الصحية بعض المسنين على الإقامة بمؤسسات رعاية المسنين، وهذه المؤسسات تنقسم إلى فئتين: دور المتقاعدين ودور التمريض ففي دور المتقاعدين نجد أقساما للسكنى على شكل شقق فردية أو حجرات منفصلة وحجرة الطعام وحجرات للترويح وقاعات انتظار تقع في أماكن يتيسر للجميع استخدامها، وتشبه المرافق تلك التي توجد في ناد أو فندق حيث تتوفر وجبات للمقيمين الدائمين أما في دور التمريض فتلبى الاحتياجات البدنية للمسنين على يد عاملين مدربين كما يمكن إدخالهم المستشفيات في حالة الضرورة. (شاذلي، 2001، ص 69)

وتبدأ رعاية المسن والعمل على توافقه منذ لحظة استقباله ويكون ذلك بدراسة الأحوال المحيطة به والظروف الاجتماعية قبل دخول الدار، ثم تسكينه في المكان المناسب لسنّه وظروفه الصحية وصرف مستلزماته من الكسوة والأثاث الخاصة به، ثم تعريفه بالدار وبرامجها وأجهزتها والعمل على استمرار علاقته وتواصله بالأسرة عن طريق الزيارات المتبادلة، ومساعدته لتقبل حياة الدار الجديدة وتكيفه مع برامجها وحل ما قد ينشأ لديه من مشكلات، وتعديل ما لديه من تصورات أو اتجاهات خاطئة بما يضمن حسن التوافق مع نفسه ومجتمع الدار، بالإضافة إلى

ربطه بالمجتمع الخارجي عن طريق الزهات والرحلات والتجوال في البيئة المحلية متى كانت حالته وظروفه تسمح بذلك. (السدحان، 1420هـ، ص42)

ويتوقف التوافق الجيد للمسنين المقيمين في المؤسسات على الكثير من الشروط منها:

- أن يدخلوا تلك المؤسسات مختارين وليس تحت ضغط الظروف وبذلك يكونون أكثر سعادة وأقوى دافعية في التوافق للتغيرات الأساسية التي تنتج عن الإقامة بالمؤسسة .
- التعود على الإقامة مع الآخرين ومشاركتهم أنشطتهم مما يزيد استمتاعهم بالعلاقات الاجتماعية والفرص الترويحية التي توفرها المؤسسات.
- أن تكون المؤسسات قريبة من مساكن المسنين السابقة حتى يمكنهم المحافظة على اتصالاتهم بأفراد أسرهم وأصدقائهم.
- أما أكثر هذه الشروط أهمية فهو أن يشعر المسنون أنهم ما زالوا جزءاً من أسرهم وأن صلاتهم لم تنقطع بأبنائهم وأقاربهم. حيث أن عدم وجود الأسرة بالنسبة للطفل والمسن متشابهة ويمكن أن تشكل نقصاً أساسياً .

جدول (03): يوضح أهم الخصائص للتوافق الجيد والتوافق الضعيف.

بعض الخصائص للتوافق الجيد لكبار السن.	خصائص التوافق الضعيف.
<ul style="list-style-type: none"> <li>-اهتمامات قوية ومتنوعة.</li> <li>-استقلال اقتصادي يجعل الاستقلال المعيشي ممكناً.</li> <li>-صلات اجتماعية واسعة مع الناس من كل الأعمار وليس من المسنين فقط.</li> <li>-الاستمتاع بالعمل السار المفيد غير المرهق.</li> <li>-الحد الأدنى من القلق على الذات أو الآخرين.</li> <li>-تجنب الشكوى والاعتراض خاصة فيما يخص الظروف المعيشية ومعاملة الآخرين، كذلك نقد الآخرين خاصة أفراد الجيل الأصغر سناً.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-اهتمام ضئيل بعالم الحاضر ودور الأفراد فيه.</li> <li>-الانسحاب إلى عالم الخيال.</li> <li>-الوحدة التي تعود إلى العلاقات الأسرية الضعيفة وانعدام الاهتمام بالأقران.</li> <li>-الإقامة الجبرية في المؤسسة.</li> <li>-الشكوى المستمرة ونقد أي شيء وكل شيء.</li> <li>-رفض الاشتراك في أنشطة كبار السن على أساس أنها مملة.</li> </ul>

المصدر: (شاذلي، 2001، ص ص 72.71)

## خلاصة الفصل.

من خلال ما تم التطرق له في هذا الفصل الذي أوضحنا فيه مفهوم التوافق النفسي من خلال مجموعة من التعريفات المختلفة بحيث تم استخدام هذا المصطلح بمعانٍ كثيرة متداخلة ومتشابهة التي حاولنا إيضاح الفرق بينها ومع ذلك نلاحظ أن جميع التعريفات تركز على توافق الفرد مع نفسه ومع بيئته، حيث تم الاعتماد على مجموعة من النظريات التي قامت بتفسير وتوضيح العوامل والمؤشرات التي تؤدي إلى حسن التوافق وسوء التوافق، لنوضح في الأخير تأثير الإقامة بالمؤسسات على التوافق النفسي لنختم الفصل ببعض الخصائص التي تجعل التوافق إما جيدا أو سيئا.



# الفصل الرابع:

## المسنين.

تمهيد.

أولاً-تعريف الشيخوخة وأبعادها.

ثانياً-تعريف المسن.

ثالثاً-سيكولوجية المسن.

رابعاً-خصائص وتغيرات المصاحبة للمسنين.

خامساً-المشكلات التي يواجهها المسنين.

سادساً-حاجات المسنين.

سابعاً-بعض الامراض والاضطرابات المصاحبة للمسنين والوقاية منهم.

ثامناً-المساندة النفسية والاجتماعية للمسنين.

تاسعاً-المسن بدار الأشخاص المسنين وأسباب دخوله.

عاشراً-رعاية المسنين في الإسلام.

الحادي عشر-دور ومكانة المسن في الأسرة الجزائرية.

الثاني عشر-جهود الجزائر في تنظيم لدار الأشخاص المسنين وشروط الالتحاق بها.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

تعد الشيخوخة مرحلة من المراحل العمرية التي يستخدم في مجال دراستها مفاهيم مترادفة منها المسنين، كبر السن أو تقدم العمر والتي يتم تحديدها عن طريق الاعتماد على عدة أبعاد وهي البعد الزمني والبيولوجي والاجتماعي والسيكولوجي، إذ أنها تتميز بمجموعة من الخصائص والتغيرات التي تطرأ على الفرد المسن بحيث أن حياته في هذه المرحلة سوف تكون مليئة بالصعوبات والصراعات التي تؤدي به إلى مواجهة بعض المشكلات والأمراض وتأثيرها عليه لما يظهر فيها من تدهور في الوظائف الجسمية والفسولوجية والاجتماعية والاقتصادية... وهذا ما يستدعي ظهور احتياجات ومتطلبات للمسن يجب معرفتها ومراعاتها وتوفير الخدمات المناسبة لهم.

## أولا- الشيخوخة وأبعادها:

الشيخوخة ليست عمرا زمنيا وإنما عملية تحول بيولوجي وظيفي من القوة إلى الضعف تحدث تدريجيا بسبب كبر السن، فيكون التحول بسيطا في مرحلة كبر السن الأولى لا يعيق الإنسان عن القيام بمسؤولياته ثم يزداد في المرحلة الوسطى ويصبح القصور ملحوظا في جميع الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية، أما في المرحلة الأخيرة فيكون التدهور كبيرا والضعف شديدا ويصبح المسن الهرم عاجزا عن قضاء حاجاته والعناية بنفسه. (مرسي، 2006، ص30)

الشيخوخة هي مجموعة تغيرات جسمية ونفسية تحدث في الحلقة الأخيرة من الحياة ومن التغيرات الجسمية العضوية الضعف العام في الصحة ونقص القوة العضلية وضعف الحواس وضعف الطاقة الجسمية والجنسية بوجه عام ومن التغيرات النفسية ضعف الانتباه والذاكرة وضيق الاهتمامات والمحافظة وشدة التأثر الانفعالي والحساسية النفسية.

وهي حالة يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية والبدنية والعقلية واضحا يمكن قياسه وله إثارة على العمليات التوافقية. (العلاق وآخرون، 2013، ص2)

يعرف هيرلوك بأن الشيخوخة "الفترة التي يحدث خلالها ضعف وانهيار في الجسم واضطراب في الوظائف العقلية ويصبح الفرد أقل كفاءة وليس له دور محدد ومنسحب اجتماعيا وسيء التوافق ومنخفض الدافعية وغير ذلك من التغيرات".

كما يعرف شاي "أن التقدم في العمر بأنه التدهور التدريجي في قدرة الفرد على التكيف مع التغيرات التي يواجهها وتفرضها ظروف الحياة". (بلخير، 2011/2012، ص53)

✚ ومن المفيد الفصل بين النواحي المختلفة لتطور شيخوخة الإنسان:

1. الشيخوخة البيولوجية: وهي تشمل التغيرات التي تحدث في جسم الإنسان في المراحل الأخيرة من الحياة. وهذه التغيرات قد تبدأ بفترة طويلة قبل أن يصل الإنسان إلى سن الخامسة والستين.
2. شيخوخة الإدراك: وتشمل ضعف القدرة على تحصيل معلومات جديدة وتقبل سلوك وأفكار جديدة.
3. شيخوخة الشعور: وهي تشمل ضعف القدرة على التكيف لمواجهة التغيرات في البيئة المحيطة، فعلى سبيل المثال فإن المسنين عندهم صعوبة في التكيف إذا انتقلوا إلى مسكن جديد أو إلى مستشفى على سبيل المثال.
4. الشيخوخة وتأثيرها على العلاقات الاجتماعية: التقلص في علاقات وفي دور الفرد في المجتمع مع تقدم السن.

وجميع هذه التطورات والتغيرات لا تحدث معا في زمن محدد ولجميع الأفراد، فهناك فرد قد يصيبه العجز في كل هذه المظاهر في سن الستين، بينما فرد آخروفي نفس السن نجده يتعلم مهنة جديدة ويتكيف بسهولة في وظيفة جديدة. (الأشول، 2008، ص ص 660.659)

جدول (04): يوضح أبعاد مرحلة الشيخوخة.

العمر الزمني	العمر البيولوجي	العمر الاجتماعي	العمر السيكولوجي
يقسمه "بروملي" إلى:	أما "هيرلوك" فتشير إلى:	ويستخدم في تحديد	ويستخدم هذا
<u>المستوى 01</u> : فترة ما قبل التقاعد وتمتد من 55 إلى 65 سنة.	مرحلة أولى: وهي المرحلة الأولية أو المبكرة من التقدم في العمر (الشيخوخة المبكرة) وتمتد من 60 إلى 70 سنة.	بداية الشيخوخة العضوية، وهو مقياس وصفي يقوم على أساس المعطيات البيولوجية لكل مرحلة مثل معدل الأيض، ومعدل نشاط الغدد الصماء، وقوة دفع الدم، والتغيرات العصبية... إلخ	المقياس في تحديد الشيخوخة النفسية، وهو مقياس وصفي يقوم على جملة الخصائص النفسية والتغيرات في سلوك الفرد ومشاعره وأفكاره... إلخ
<u>المستوى 02</u> : فترة التقاعد 65 سنة فأكثر، ويصاحبها تغيرات عديدة في النواحي العقلية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية.	مرحلة ثانية: وهي المرحلة المتقدمة (الهرم)، وتبدأ من 70 سنة وحتى نهاية الحياة. ولا يعد العمر الزمني وحده معياراً دقيقاً لتقسيم حياة الكبار إلى مراحل، فالعمر الزمني الذي تظهر عنده التغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية الخاصة بكبر السن يختلف من فرد لآخر.	وعلاقة الفرد بالآخرين ومدى توافقه الاجتماعي.	وهو مقياس وصفي يقوم على جملة الخصائص النفسية والتغيرات في سلوك الفرد ومشاعره وأفكاره... إلخ
<u>المستوى 03</u> : فترة التقدم في العمر والتي تمتد من 70 سنة فأكثر، حيث الاعتماد على الآخرين والضعف الجسدي والعقلي.			
<u>المستوى 04</u> : فترة الشيخوخة والعجز التام والمرض والوفاة، والتي تمتد حتى 110 سنة.			

المصدر: (خليفة، د.س، ص11-14)

في الأخير يمكن القول أن الشيخوخة تعتبر مرحلة من المراحل العمرية التي يدخل فيها الفرد إلى الانحدار والتدهور في القدرات والوظائف الجسمية والعقلية والإحساس بالضعف والعجز عن قضاء حاجاته ومسؤولياته، وهي كذلك المرحلة التي يواجه فيها المسن بعض التغيرات والمشاكل الجسمية والنفسية والاجتماعية التي تفرضها الحياة. حيث تتسم ببعض الأبعاد التي تستخدم لتحديد ما سواء من الناحية العمرية أو العضوية أو النفسية أو الاجتماعية وتختلف من فرد لآخر.

### ثانياً-تعريف المسن:

يستخدم الباحثون في مجال دراسة المسنين مفاهيم مثل كبار السن والشيخوخة والتقدم في العمر كمترادفات، وما زالت بداية هذه المرحلة مسألة تتوقف على ظروف الفرد الصحية والنفسية والاجتماعية والبيئية، ومع ذلك فمن المرجح أن تبدأ المرحلة بين الخامسة والستين وما فوق.

ما ورد في تقرير السكرتير العام للأمم المتحدة بتاريخ (28-08-1973) عن المسنين يشير إلى أن الاختلاف في الأفراد يبدو بالنسبة لشيخوختهم، فالبعض تبدو عليه الشيخوخة في سن 45 سنة بينما تبدو لدى البعض في سن 75 سنة، بينما يبقى أغلب الناس في بيوتهم ويتركون العمل في سن 65 سنة، ويعتبرون بأنهم قادرون نسبياً على رعاية أنفسهم ولكن تتناقض قدراتهم، ولهذا تختلف تعريفات المسنين تبعاً لوضعها كما تختلف باختلاف الأزمنة والمجتمعات. (شحاته، 2009، ص793)

يعرف المسن في علم النفس بأنه من دخل مرحلة كبر السن والتي تبدأ من سن الخامسة والستين إلى آخر العمر، وقد يمتد إلى ما بعد المائة من السنوات. (مصطفى، 2016، ص 23)

هو الفرد الذي تجاوز الخامسة والستين من العمر، وتتجه قوته وحيويته إلى الانخفاض مع ازدياد احتمال الإصابة بالأمراض وبخاصة أمراض الشيخوخة، الأمر الذي يتزايد معه الشعور بالحاجة والعناية والرعاية الاجتماعية والنفسية والطبية الخاصة. (سهاد، 2014، ص10)

يعرفها كويو (2002) بأنها "حالة من قصور الإمكانيات الذاتية لتحقيق التوافق النفسي وعجز نسي في قدرات الشخص على مواجهة ضغوط الحياة، أو الوفاء بمتطلبات التكيف مع الآخرين" (شحاته، 2009، ص682)

من خلال ما سبق يتضح أن المسن هو كل فرد تقدم به العمر وتجاوز سن الستين، وأصبح يعاني من العجز والهرم وتراجع وظائفه الجسدية والنفسية والاجتماعية السائدة.

### ثالثاً-سيكولوجية المسنين:

لا يمكن أن تكون الشيخوخة مرحلة مثالية للإنسان بعد أن ذهب الشباب بحيويته وحل محله الوهن والضعف واقتربت الرحلة من نهايتها إذن فالمشكلات النفسية في الشيخوخة قائمة لا محالة، لكنها تتراوح بين مشاعر الملل والعزلة والفراغ إلى الاضطرابات النفسية والعقلية الشديدة.

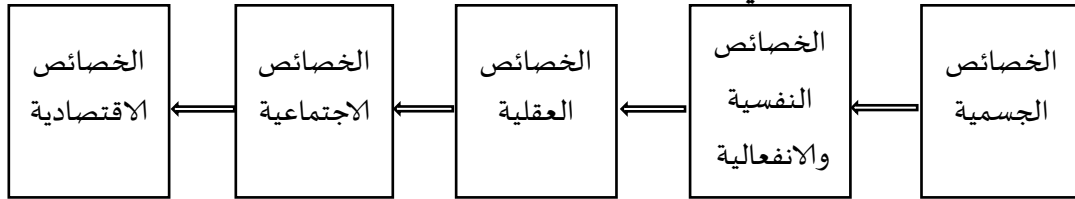
ويصيب الملل عادة كبار السن بسبب ما آل إليه وضعهم وحالتهم الصحية والاجتماعية وهم دائماً ما يشكون من الأمراض التي أصابهم ويتحدثون عنها طويلاً، وهذا من شأنه أن يبعث على الملل في صغار السن الذين لا يحبون بالاستماع إلى هذه الأحاديث، كما أن الملل الذي يعاني منه المسنين من نمط حياتهم يدفعهم إلى الاحتجاج والامتناع من كل شئ حولهم، وهم يحاولون البحث عن دور مما يجعلهم عادة يصطدمون بالآخرين من حولهم لأنهم يريدون أن يطبقوا مفاهيمهم القديمة في زمن مختلف.

ويكون للفراغ الذي يحدث عقب التقاعد من العمل أسوأ الأثر في الحالة النفسية لكبار السن، فالحرمان من العائد المادي والأدبي للعمل قد يكون البداية لتدهور العقلي والنفسي وقد تأتي مع ذلك المشكلات الصحية وكأن كل هذه الأشياء يجر بعضها بعضاً، وقد لوحظ أن المسنين الذين يعيشون داخل دور الرعاية التي تقدم لهم خدمات كاملة ويقوم على خدمتهم أعداد كبيرة من العاملين يشعرون أكثر من غيرهم بوطأة الفراغ القاتل الذي يؤدي إلى تدهور صحتهم البدنية وقدراتهم العقلية، ويشكو المسنون من انفضاض الناس من حولهم مما يجعلهم يعيشون في

عزلة قاتلة وتضييق دائرة علاقاتهم في محيط الأسرة والأصدقاء والحقيقة أن الناس ينفضون بالفعل من حول المسن لأنه دائم الشكوى وكثير الانتقاد، ولا يكف عن توجيه النصائح المتتالية، كما أن الكثير من المسنين لديهم شك زائد فيمن حولهم ويعتقدون أنهم سوف يسلبون أموالهم وقد يتهمونهم بذلك في بعض الأحيان كذلك يلاحظ على البعض من المسنين المبالغة في البخل وفي الإنفاق فهم لا يدفعون إلا مكافآت قليلة لمن يقدم لهم الخدمة كما أنهم عادة ما يقدمون هدايا رخيصة الثمن ويشكون من غلاء الأسعار رغم أنهم في الغالب أغنياء إن النتيجة النهائية لكل ذلك هو العزلة التي يعاني منها المسنون وتؤثر سلباً على حالتهم النفسية.

وهذه المشكلات النفسية التي ذكرناها رغم مرارتها فإنها قابلة للحل أو يمكن التخفيف منها جزئياً، لكن هناك نوع آخر من المشكلات المرتبطة بالشيخوخة تستعص على الحل تلك هي حالة العته أو الخرف التي تصيب كبار السن وهي تدهور خطير يصيب القدرات العقلية يؤدي إلى خلل بالذاكرة، وعدم القدرة على التصرف السليم أو أداء الوظائف الاجتماعية، وتصيب هذه الحالة 5% من المسنين فوق سن الستين، وتزداد انتشاراً مع تقدم السن لتصل نسبتها إلى 20% فيمن هم فوق سن الثمانين وتكون إصابة النساء بها ضعف نسبة الإصابة في الرجال. (الشربيني، 2015، ص 65.64)

#### رابعاً-الخصائص والتغيرات التي تصاحب المسنين:



شكل (22): يبين بعض الخصائص والتغيرات التي تميز المسنين، والتي سنوضحها كالتالي:

#### 1. الخصائص والتغيرات الجسمية:

- السمع والبصر يضعف أداؤهما من سن الخمسين.
- تدني قوة السمع فبعض المسنين يتكلمون بصوت مرتفع كي يسمعو صوتهم، ويشكل ضعف السمع صعوبات في الاتصال والتفاعل مع الآخرين.
- تفقد حاسة البصر الكثير من مرونتها مما يؤدي إلى صعوبات في الرؤية.
- ضعف الشهية والشكوى من اضطراب الهضم.
- ترهل العضلات وتفترهمة الفرد وقدرته الجسمية.
- تضعف مقاومة المسن للأمراض وتقلبات البيئة مثل نزلات البرد ودرجات الحرارة العالية.

- يتعرض المسن للإصابة ببعض الأمراض المزمنة مثل ارتفاع ضغط الدم ومرض السكر وأمراض القلب كذلك تيبس المفاصل والروماتيزم مما يعوق نشاط المسن ويقلل من حركته. (شاذلي، 2001، ص ص 14.13)

## 2. الخصائص والتغيرات النفسية والانفعالية:

ترتبط التغيرات النفسية بالتغيرات السابقة بشكل كبير وإن كان ارتباطها بالتغيرات الاجتماعية يبدو واضحاً بشكل أكبر، وأبرز هذه التغيرات: تغير مفهوم الفرد عن ذاته وبروز القلق والاكتئاب والملل كمظهر جديد في حياة المسن، كما يصاحب ذلك توهم المرض وكثرة الشكوى والحساسية الزائدة والإعجاب بالماضي والعناد والشك وعدم الثقة في الآخرين، كما تتغير اهتمامات المسن فتركز حول الجوانب الشخصية إضافة إلى أن الاهتمامات الدينية تزيد مع التقدم في العمر. (السدحان، 1999، ص9)

## 3. الخصائص والتغيرات العقلية:

-تكثر الشكوى من تدهور الوظائف العقلية مثل ضعف الذاكرة والنسيان ومظاهر خرف الشيخوخة الذي يبتدى بتكرار الحديث مرات ومرات وعدم التعرف على الأبناء والأقارب.

-البطء في التفكير وتضاؤل القدرة على الابتكار.

-تتضاءل القدرة على الإدراك وتضعف القدرة على التعلم.

-يتدهور الذكاء وقد يصل إلى نقص يبلغ حوالي 35 نقطة ذكاء.

-تتأثر عمليات الإدراك والاحتفاظ والاسترجاع بنشاط خلايا المخ التي تطرأ عليها تغيرات تؤثر على نشاطها وفعاليتها نتيجة الكبر وسوء التغذية والمرض والحوادث. (شاذلي، 2001، ص14)

## 4. الخصائص والتغيرات الاجتماعية:

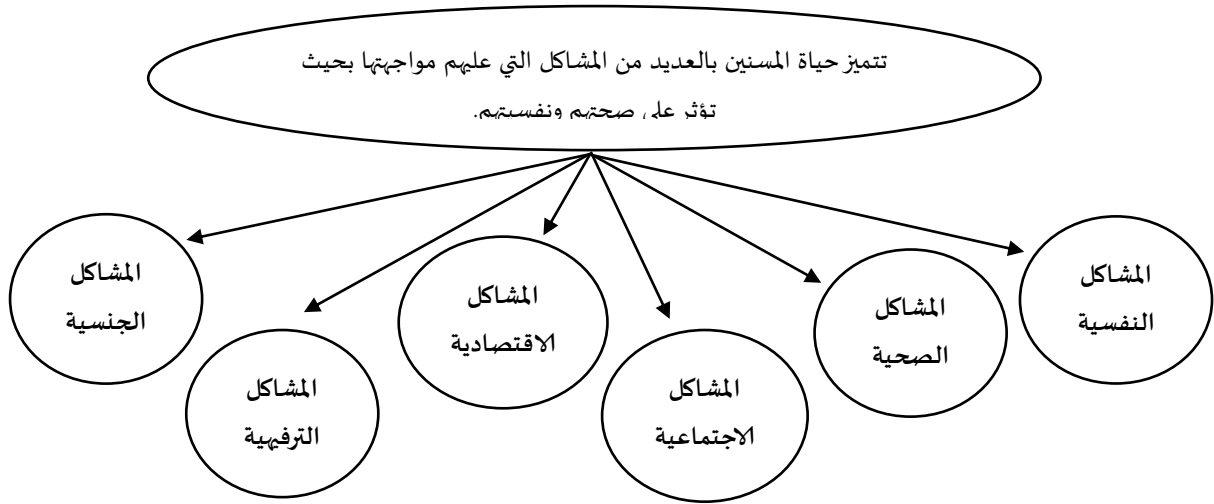
أبرز ما تتصف به هذه التغيرات لدى المسنين تقلص علاقاتهم الاجتماعية إذ تقتصر على الأصدقاء القدامى ومن كان يسكن بقربه نظراً لصعوبة تنقلاته بسبب التغيرات الجسمية سابقة الذكر، كما ينتج عن هذا التغير مظهر جديد في حياة المسن ألا وهو الفراغ والعزلة وذلك نتيجة للانسحاب المتبادل بين المسن والمجتمع الذي يؤدي بدوره إلى ضيق الاتصال بالمجتمع وإلى تدهور المشاركة الاجتماعية لديه وهذه المظاهر الجديدة في حياة المسن تساعد على بروز التغيرات النفسية.

## 5. الخصائص والتغيرات الاقتصادية:

عادة ما ينخفض دخل المسن وهذا عائد في الغالب إلى إحالته للتقاعد عند بلوغه السن النظامية، وبالتالي يؤدي ذلك إلى عجزه عن تلبية العديد من الحاجيات وخاصة إذا اقترن ذلك بتوقع إصابة المسن ببعض الأمراض وما يحتاجه من زيارات للطبيب وشراء الأدوية، فهو يعاني من انخفاض في الدخل مع تزايد في الأعباء المالية. (السدحان، 1999، ص 8-10)

في ضوء ما سبق نجد أن الشيخوخة مرحلة من مراحل الحياة التي تعتبر حساسة وفي غاية الأهمية حيث تحددها مجموعة من الخصائص التي تميزها عن غيرها من المراحل العمرية وبعض التغيرات الطبيعية والنفسية التي تطرأ على جسم المسن ونفسيته وهذا نجد أن لها جانب نفسي كبير يكون حسب قدرة المسن على توافقه وتكيفه مع هذه التغيرات.

#### خامسا-المشكلات التي يواجهها المسنين:



شكل (23): يبين أهم المشكلات التي تواجه الأشخاص المسنين.

#### 1. المشاكل النفسية:

إن المشكلات سواء كانت صحية أم اقتصادية أم اجتماعية كلها تتمازج وتنصهر لتؤدي في النهاية إلى الشعور بعدم القدرة على التوافق النفسي والاجتماعي مع الظروف الاجتماعية المتغيرة والسريعة التي يمر بها المسن، ويؤدي كذلك إلى نقص الحيوية بصفة عامة وهذا النقص يؤدي إلى الاكتئاب والقلق والانعزال والعدوانية. واستقلال الأبناء لحياتهم الخاصة كذلك فقدان الأقارب والأصدقاء بالوفاة وهو ما يشعر المسن بدنو أجله.

ونذكر من بعض المشاكل النفسية ما يلي:

القلق: ويعتبر من أهم المشاكل المميزة لمرحلة الشيخوخة وذلك ناتج عن قلق الصحة، قلق التقاعد، قلق الانفعال والإحساس بالوحدة والفراغ، والقلق من المجهول والموت.

الاكتئاب: ويمثل حالة انفعالية يشعر بها الفرد بالحزن والانسحاب الاجتماعي مع فقدان الأمن والأمل في المستقبل، كما يتميز بوجود بعض الأعراض واضطرابات الشهية والشعور بالإجهاد ونقصان الوزن.

الشعور بالوحدة النفسية: لا شك أن كثير من المسنين يعانون من وحدتهم وانشغال الأبناء عنهم كما قد يعاني المسن من فقدان يترك فراغ عاطفي ووحدة لم يألفها من قبل. (الصفطي، المظلوم، 2017، ص50).



2. المشاكل الصحية :

فيما يخص الأمراض الخاصة بكبار السن فهي في الواقع تغير وظيفي يعبر عن ضعف في الأعضاء الهامة مثل المخ والقلب والكليتين... واضمحلال البصر بصفة عامة، كما تضعف حاسة السمع لدى المسنين مما يسبب لهم العديد من المشكلات. ولا شك أن قدرات المسنين تقل بالنسبة للنشاط العقلي المتمثل في التذكر والتخيل والإدراك، إلا أنهم يحتفظون بحيويتهم فيما يخص استخدامهم للغة والمعلومات العامة التي تركز على التجارب العامة.

وقد يزيد من حدة المشكلات الصحية للمسنين بعض المعوقات والتي ترجع للمسن نفسه والتي منها ما يلي:

- عدم الاهتمام بالفحص الطبي الدوري من طرف المسنين.
- عدم إدراك المسن بخطورة علاجه لنفسه بعيدا عن الإشراف الطبي.
- عدم فهم المسنين بأمراض الشيخوخة والحاجات التي تتطلبها المرحلة وعدم تقديم الرعاية لهم.
- عدم قدرة معظم المسنين على تحمل نفقات العلاج نظرا لضعف منحة التقاعد. (تالي، د.س، ص ص 255.256)

3. المشاكل الاجتماعية:

رغم أن الشيخوخة ليست مشكلة في حد ذاتها وإنما عدم تكيف الفرد مع التغيرات الفسيولوجية التي تطرأ عليه تجعله يعيش مشاكل اجتماعية مع المحيطين به. إضافة إلى تميز مرحلة الشيخوخة بانحصار العلاقات الاجتماعية وانكماشها وذلك راجع إلى تقاعد المسن عن عمله الذي يقلص من علاقاته الاجتماعية. وحينما يفقد المسن أصدقائه في هذه المرحلة يجد صعوبة في استبدالهم بآخرين. كما أن تدهور العلاقات الأسرية تؤدي به إلى الشعور بالوحدة والانعزال.

4. المشاكل الاقتصادية:

إن الشيخوخة بلا شك تؤثر على الحالة الاقتصادية للمسن حيث يفقد عمله بإحالتة للتقاعد، إذ توصلت الدراسات إلى وجود علاقة طردية بين انخفاض مستوى الدخل وزيادة إحساس المسن الشديد أمام تلبية حاجاته الشخصية والسرية.

ويزيد من حدة المشكلة الاقتصادية لدى المسنين أن هناك عبئا إضافيا جديدا يضاف إلى المسن الذي أحيل للتقاعد هو عبء العلاج والدواء، فما إن تدب الشيخوخة في أوصله حتى يجد أن تردده على الطبيب صار شيئا متزايدا فهذه أدوية للضغط وأخرى خاصة بالسكر ومنها ما يخص أمراض القلب إلى غير ذلك من الأدوية. (الصفطي، المظلوم، 2017، ص 48)

5. المشاكل الترفهية:

يعاني المسنون من وجود وقت فراغ كبير يعجزون عن استثماره لا سيما في حالة عدم وجود الأماكن التي يمضون فيها وقت فراغهم وعدم ملائمة البرامج التلفزيونية والإذاعية، حيث يمضي الكثير منهم وقته في مشاهدة التلفاز أو الاستماع إلى الراديو وهي نشاطات سلبية لا تستدعي الحركة من المسن.

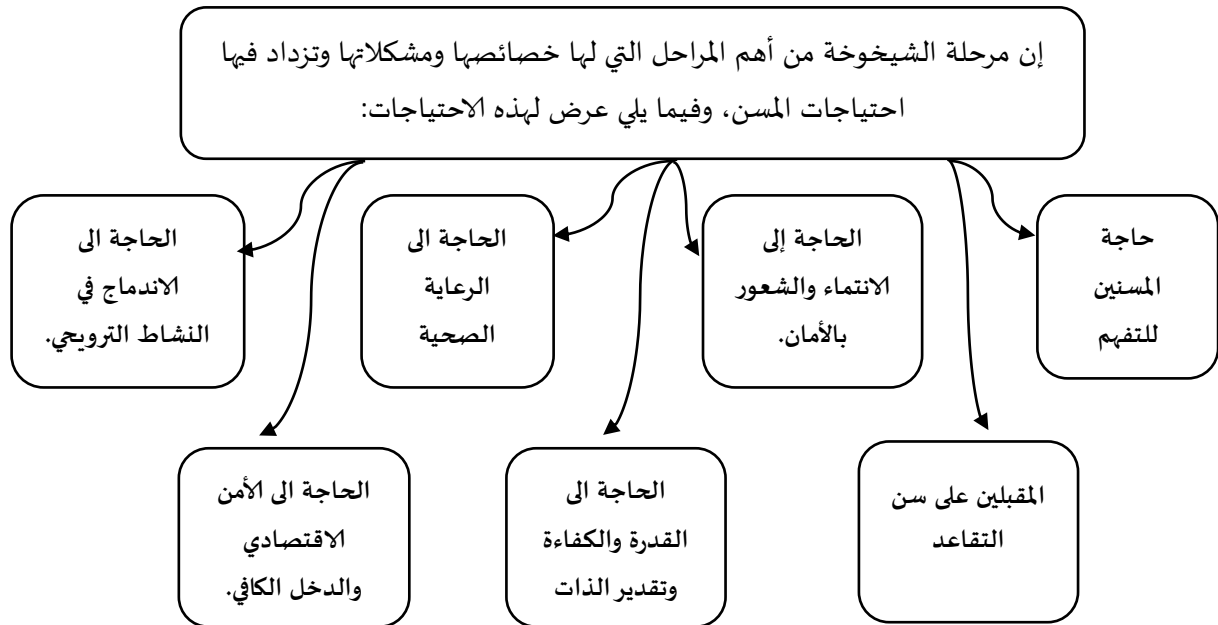
6. المشاكل الجنسية:

-ضعف الطاقة الجنسية أو التثبث بها.

-عته أو نقص في المقدرة الجنسية أو نقص في الرغبة الجنسية أو ما يعرف بالنفور الجنسي أو الاهتمام الجنسي وما يترتب على ذلك من مشكلات نفسية واجتماعية. (سني، 2015/2014، ص71)

من خلال ما تم أخذه في هذا العنصر يمكن القول أنه مهما كان واقع الفرد المعاش في مرحلة الشيخوخة فإنه سوف يواجه بعض الصراعات والمشكلات التي تُحدث تغيرات في وظائفه وتؤثر عليه في العديد من الجوانب الصحية، النفسية، العاطفية، الاجتماعية أو الاقتصادية.

سادسا-احتياجات المسنين:



شكل (24): يبين الاحتياجات التي تعترض المسنين.

1. حاجة كبار السن إلى التفهم:

ينبغي أن يدرك المسنون كل ما يتصل بعملية النضج والتقدم في العمر حتى يمكنهم أن يدركوا معنى التغيرات التي تؤثر في قدرتهم العقلية والجسمية وبناء شخصيتهم وبالتالي تنعكس على حالتهم النفسية ومكانتهم الاجتماعية الأمر

الذي يعتبر ضروريا حتى يتقبلوا هذه التغيرات والآثار ويعترفوا بها وبذلك يتحقق لهم أقصى تكيف وتوافق نفسي واجتماعي ممكن. (سبع، 2016/2017، ص143)

## 2. المقبلين على سن التقاعد:

يحتاجون إلى التعرف على فرص العمل والتطوع بعد التقاعد كما يحتاجون إلى التعرف على طرق المحافظة على الصحة الجيدة واتباع أساليب معيشية تلاءم التقدم في السن وطرق تجنب الأمراض المزمنة والوقاية منها كما يحتاجون إلى تأمين الموارد المالية اللازمة عن طريق تنظيم صرف المعاشات والمساعدات الحكومية والرعاية الطبية. (محمد القيق، 2016، ص37)

## 3. الحاجة إلى الانتماء والشعور بالأمان:

خاصة بعد الضعف والاحساس باقتراب الموت وموت الرفاق، وشعور الفرد بالوحدة كلما انفض أولاده وأهله من حوله وذلك عندما ينشغلون بمطالب الحياة وقد يخامره شعور بأنه انسان غير مرغوب فيه، وبذلك تبدو حاجة المسن كبيرة إلى الشعور بالأمان والانتماء إلى المجتمع الذي يعيش فيه.

## 4. الحاجة إلى القدرة والكفاءة وتقدير الذات:

فكثيرا ما ينخرط المسن في أنشطة العمل والنشاط -رغم ضعف قوته- وذلك لحاجته إلى الإحساس بالنجاح، وأنه مازال قادرا وقويا يمكنه إنجاز أي عمل.

## 5. الحاجة إلى الرعاية الصحية:

وذلك ناتج عن ضعف قوتهم وقدرتهم الجسمية واصابهم بأمراض الشيخوخة، مما يجعلهم ينظرون إلى أي رعاية على أن لا قيمة لها وذلك لخوفهم من الأمراض التي لا تقوى أجسامهم على مقاومتها.

6. الحاجة إلى الأمن الاقتصادي والدخل الكافي: وخاصة في حالة التقاعد وضآلة المعاش مع الزيادة المطردة في تكاليف المعيشة.

## 7. الحاجة إلى الاندماج في النشاط الترويحي:

وذلك لمقابلة الحاجات التي تنجم عن الفراغ في مختلف الأعمال، وخاصة عقب التقاعد مما يقتضي معه تنمية اهتمامات ومهارات جديدة وأنشطة ترويحية تسعد حياتهم وتخرجهم من عزلتهم وتفكيرهم في ماضيهم. (قناوى، 1987، ص ص 71.70)

من خلال ما سبق نستطيع القول ان كبير السن له الكثير من الاحتياجات في هذه المرحلة حيث يعاني ويتعرض للكثير من التغيرات والصراعات والمشكلات المختلفة لذا يصبح غير قادرا على إعالة نفسه وقضاء حاجياته، وهذا ما يستدعي الحاجة إلى العون والرعاية وتوفير الخدمات التي تتماشى مع رغباتهم وحاجياتهم.

### سابعا-بعض الأمراض والاضطرابات المصاحبة للمسنين والوقاية منها:

تختلف الأمراض والاضطرابات وتزايد بتقدم العمر سنة بعد سنة، والطريقة الصحيحة لتفاديها والبقاء بصحة جيدة هي الكشف عنها مبكرا والبحث في أسبابها والعوامل المؤدية بها لوضع برامج وقائية وعلاجية تعمل على منع أو تأخير حدوث هذه الأمراض، وفي دراستنا هذه سوف نقدم بعض الأمراض الأكثر شيوعا عند المسنين وكيفية معالجتها والوقاية منها:

#### 1. التهاب المفاصل:

ينتشر هذا المرض في معظم المسنين ويعد من أحد أكبر أسباب المعاناة في كبار السن، وهو عبارة عن آلام في المفاصل مع التهاب وتورم ويشعر بها المسن أثناء الحركة وذلك يرجع إلى أنه في نهاية العظام الطبيعية يوجد سائل يحمي من احتكاك الغضاريف مع بعضها وهذا السائل يعمل على تشحيم العظام، مع التقدم في العمر نجد أن هذا السائل يقل وتصبح المفاصل في حالة سيئة وخصوصا عند الحركة.

بحيث توجد ادعاءات أن الغذاء يعالج التهاب المفاصل ولكن لا توجد وجبة معروفة تمنع أو تخفف أو تعالج المرض. وقد وجد أن هناك علاقة بين الوزن الزائد والزيادة بالشعور بالألم لذلك إنقاص الوزن مهم جدا لأن الوزن الزائد يعتبر حملا زائدا على الغضاريف، مما يزيد الشعور بالألام، ونجد بعض النصائح للوقاية منه منها:

-التحكم في الوزن عن طريق التغذية المتوازنة.

-ممارسة الرياضة المعتدلة خاصة المشي.

-عدم الإجهاد.

-تقليل كمية الدهون والبروتينات الحيوانية في الغذاء.

-استشارة الطبيب المعالج لإعطاء الدواء المناسب. (حسين، 2009، ص118)

#### 2. التهاب القصبات المزمن:

يعرف بأنه "سعال منتج لقيح يومي يستمر لمدة ثلاثة أشهر وذلك خلال سنتين على الأقل". ويصيب المدخنين بشكل شبه حصري ويمكن أن يستمر حتى بعد التوقف عن التدخين حيث يتطور من تلقاء نفسه. يؤدي فرط إنتاج المخاط إلى حدوث أحماج إضافية تتفاقم الحالة مع كل خمج إضافي يحدث لدى المريض، ويظهر بعد عدة سنوات من التطور زلة تعبر عن شدة الإصابة، يُظهر التصوير الشعاعي للرئتين ثخانة في جدر القصبات. ويقوم العلاج على إيقاف التدخين -إن لم يتم ذلك سابقا قبل وقت طويل- وينبغي أن يقترن ذلك بالوقاية من الأحماج القصبية الرئوية الإضافية، والعلاج بالحركة أساسي لتأمين تصريف ناجع ويومي للمفرزات من القصبات.

وأخيرا ينبغي البدء من دون تأخير بالعلاج بالمضادات الحيوية عند أدنى شك بوجود خمج إضافي، ينبغي إيقاف المهيجات التنفسية كالتدخين لدى المسن أكثر من أي شخص آخر، حيث يسرع التدخين في الحقيقة وتيرة شيخوخة

الرئتين، وينبغي أن يكون اللقاح المضاد للإنفلونزا منتظما و سنويا، ويمكن أن يضاف إليه لدى المصابين بالوهن لقاح مضاد للمكورات الرئوية، ينبغي استبعاد الخلاصات المؤرجة البيئية (التدفئة المناسبة ومراقبة الرطوبة والغبار) عند المرضى الذين لديهم تحسس أو تربة تحسسية، وينبغي دائما التحقق من قائمة الأدوية المتناولة واستبعاد محصرات البيتتا لدى مرضى الربو على وجه الخصوص حتى القلبية الانتقائية منها. (دوجاجيه، ت: طجو، 2014، ص 65.64)

### 3. مرض تصلب الشرايين:

هو عبارة عن حدوث ضيق في الأوعية الدموية التي تحمل الأكسجين الذي يغذي عضلة القلب حيث الاضطراب الدموي داخل الشرايين والتعرض للجلطة والانسداد يسبقه في الغالب مرحلة اكتئابية حادة، ويكون كاستجابة أولية لهذا الاضطراب.

كما توصل فريق من العلماء الألمان بجامعة ميونخ إلى أن الغضب يسبب انسداد الشرايين وتضييقها وتصلبها لأنه يزيد تراكم الصفائح الدهنية فيها مما يزيد خطر التعرض للأزمات القلبية، إن معدل تصلب الشرايين يتقدم بسرعة عند الأشخاص سريع الغضب، هذا الاكتشاف قد يساعد الأطباء في التعرف على مجموعات الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بمرض الشرايين التاجية. (عباسة، 2018، ص 139)

ونذكر بعض النصائح الوقائية لتجنب أو التقليل جدا من احتمالات الإصابة بأمراض تصلب الشرايين أو من تكرارها إن حدثت:

#### أولاً: الكشف الطبي الدوري:

لا بد من الاهتمام بالكشف الطبي الدوري، فغالبا ما يحدث الارتفاع في مستوى السكر دون أية أعراض في المراحل الأولى، وبالتالي لن يمكن تشخيص المرض وعلاجه إلا عند إجراء التحاليل المناسبة. كذلك يجب مراعاة فحص الغدة الدرقية أثناء الكشف الطبي حيث إن هبوط أداء هذه الغدة قد يحدث بطريقة مستترة ودون أعراض واضحة في المراحل الأولى ويصاحبه ارتفاع في مستوى الكوليسترول الضار.

ثانياً: الامتناع عن التدخين.

ثالثاً: حافظ على وزنك المثالي .

رابعاً: مزاوله الرياضة بانتظام.

إن مزاوله الرياضة لمدة 30 دقيقة على الأقل 3 مرات أسبوعيا يخفف الوزن ويحرق الدهون في الجسم كما يرفع مستوى الكوليسترول المفيد في الجسم .

خامساً: مراعاة الاعتدال في الطعام مع مراعاة بعض الإضافات المجدية مثل فيتامين (E) و (C) وبيتا كاروتين التي تعتبر من المواد المانعة للأكسدة وبالتالي تقلل من ترسيب الكوليسترول على جدار الشريان التاجي .

سادسا: الارتفاع بمستوى التوعية الطبية .

وخاصة بخصوص الأدوية التي تخفض مستوى الكوليسترول في الدم، والحقيقة أن السنوات القليلة الماضية شهدت بزوغ نجم جديد في سماء الأدوية المضادة للكوليسترول ألا وهي تلك المجموعة التي تسمى بالستاتنز (statins) وقد أثبتت البحوث الطبية الحديثة بوضوح أن تلك الأدوية قادرة على الإقلال من احتمالات الإصابة بأمراض الشرايين التاجية. ومثال لتلك الأدوية في مصر: الليبوستات، ليسكول، وذوكور، وبالطبع يجب عدم تعاطيها إلا بعد مراجعة الطبيب .

سابعا: العمل على تجنب عوامل التوتر.

إن التوتر والقلق يؤديان إلى ارتفاع معدل بعض هرمونات التوتر في الدم مما يساعد على ارتفاع معدل الكوليسترول الضار ويزيد من معدل ضربات القلب. لذلك يجب دائما العمل على تجنب تلك العوامل مع الاهتمام بالرياضة ووسائل الترفيه. (أبو المجد، 1999، ص 172-177)

#### 4. ارتفاع ضغط الدم:

يدور الدم في الأوعية الدموية نتيجة لتقلص القلب وانبساطه بالتناوب وبصورة منتظمة، وعندما تتقلص عضلته تدفع الدم من داخله إلى الشرايين فتتسع هذه بحكم مطاطيتها وبنسبة القوة الضاغطة عليها ثم يعود القلب فينبسط بعد التقلص وينخفض الضغط في داخل الشرايين حتى يعود إلى درجته قبل التقلص.

ويرتفع ضغط الدم إلى درجات أعلى من درجاته الطبيعية في بعض الحالات المرضية على الأخص في تصلب الشرايين وبعض أمراض الكلى، ولا بد من معالجة ارتفاع ضغط الدم وإعادته إلى أقرب ما يمكن من درجته الطبيعية لأن استمرار الارتفاع يجهد القلب ويعرضه للإفلاس أو يفجر الأوعية الدموية وخصوصا المتصلبة منها. ومن أعراض ارتفاع ضغط الدم التي يشعر بها المصاب طنين في الأذنين وثقل في الرأس وضعف الذاكرة والصداع والدوخة عند انحناء الجسم إلى الأسفل.

ولمعالجة ارتفاع ضغط الدم لا بد أولا من تمييز أسبابه لوضع منهاج صحيح للمعالجة، ويستدل على سبب ارتفاع ضغط الدم من لون بشرة وجه المصاب، ففي الارتفاع الناتج عن تصلب الشرايين يكون لونها محمرا ويكون عكس ذلك أي أبيض باهتا إذا كان ارتفاع الضغط ناتجا عن مرض الكلى. ويعالج ارتفاع ضغط الدم الناتج عن تصلب الشرايين عند الشيوخ بأدوية يصفها الطبيب وبتابع أساليب الحياة المذكورة في نصائح الوقاية من مرض تصلب الشرايين. (رويحة، 1972، ص 107.108)

#### 5. مرض ألزهايمر:

يعتبر مرض ألزهايمر من أكثر أشكال الخرف شيوعا، فحوالي ثلثي المصابين بالخرف يعانون من هذا المرض وتم اكتشاف هذا المرض لأول مرة منذ 100 عام بواسطة الطبيب الألماني ألوسيووس ألسهيمر الذي أصدر تقريرا عن حالة مرضية لسيدة في الخمسينات من عمرها.

عادة ما يبدأ مرض ألزهايمر بأعراض بسيطة وتكون الأعراض الأولية غالباً فقدان بسيط للذاكرة يصعب التمييز بينه وبين النسيان الطبيعي الناجم عن التقدم في العمر، وقد يوجد ارتباك بسيط ومشاكل في استخدام اللغة في فترة مبكرة من المرض. قد يعاني شخص ما لمدة عام أو عامين من هذه الحالة المرضية قبل أن يتم تشخيص الحالة، ويميل مرض ألزهايمر إلى التقدم ببطء ومع ازدياد المرض سوءاً قد يعاني المصابون من مجموعة مختلفة من الأعراض ويمكن أن يصبحوا في نهاية المطاف غير قادرين على أداء أبسط المهام، ومن ثم يحتاجون إلى المساعدة على مدار اليوم. (غراهام، وارنر، ت: عبود، 2013، ص 11-13)

إن المهنة الطبية لها بروتوكولات لاكتشاف وتصنيف والتعامل مع صنوف الشكاوى المختلفة في الذاكرة والانتباه والتعلم والسلوك، ومن حق كل مسن أن يخضع لهذا التقييم إذا اشتكى هو أو اشتكى الملائقون له، كما أن الرعاية يوماً بيوم وشهراً وراء شهر لمريض ألزهايمر والأصناف الأخرى. (عاشور، 2009، ص 43)

وفي دراستنا هذه سوف نعلم على النصائح الموالية والتي تعمل على التقليل من احتمال الإصابة بمرض ألزهايمر:

- ممارسة التمارين الرياضية .
- تدريب المخ بانتظام.
- الحفاظ على نظام غذائي صحي.
- تفادي تناول المشروبات الممنوعة.
- عدم التدخين.
- القيام بعمل فحوصات دورية لإقصاء مرض السكري وضغط الدم المرتفع. (غراهام، وارنر، ت: عبود، 2013، ص 52)

#### 6. السكتة الدماغية:

يحدث هذا نتيجة انسداد أو تمزق أحد الأوعية الدموية في وجهة سريان الدم والأكسجين للمخ، وعند حدوث ذلك تتغير حالة المخ وذلك يؤدي إلى موت بعض خلايا المخ نتيجة عدم وصول الدم والأكسجين لها، مما يحدث تلف في أجزاء الجسم التي تتحكم فيها الخلايا فتؤثر على الكلام أو الحركة أو التذكر...إلخ. وتكون معظم الجلطات موجودة نتيجة لتصلب الشرايين وضغط الدم المرتفع أو الاثنين معا أو مرض السكر.

نصائح للوقاية من الجلطة الدماغية والتقليل من فرص الإصابة بها:

- اتباع نظام غذائي صحي.
- الامتناع عن التدخين.
- ممارسة الرياضة المعتدلة بانتظام مثل المشي.

-قياس ضغط الدم والكوليسترول بصفة دورية مع ملاحظتهما.

-البعد عن التوتر العصبي والنفسي.

#### 7. مرض السكر:

أوضحت الدراسات زيادة أعداد المسنين في العقد الأخير بسبب التقدم في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية، ومع ذلك كان مرض السكر هو الأكثر انتشاراً في الأعوام الأخيرة بين كبار السن.

وبصفة عامة فإن مرض السكر يصيب الإنسان نتيجة عدم القدرة على دخول السكر الذي تم امتصاصه من الأمعاء أو ذلك الناتج عن تحليل الجليكوجين الموجود في الكبد إلى داخل الخلية لكي يحترق بواسطة الإنزيمات الموجودة في الخلية ويولد الطاقة اللازمة، ونتيجة لعدم دخول السكر إلى داخل الخلية فإن مستوى السكر في الدم يرتفع إلى معدلات تعوق قدره الكلي على بقائه عند هذا المستوى تحت هذه الظروف فيبدأ في الرشح من الكلى ويظهر في البول ولذلك يعرف بالبول السكري. (حسين، 2009، ص 107)

#### وينقسم السكر إلى نوعين:

1-النوع الأول: ويحدث فيه نقص شديد في إنتاج الأنسولين ومن أهم أعراضه نقص الوزن والتعرض لنوبات من ارتفاع حموضة الدم، ويبدأ مبكراً في الحياة ويعيش المصابون بهذا النوع ممن استمروا على العلاج الصحيح طول عمرهم وأجهضوا المضاعفات عمراً طويلاً.

2-النوع الثاني: وهو صامت غالباً أي بلا أعراض واضحة، ويرتبط في معظم الأحيان بالسمنة وفيه تحدث مقاومة لفعل الأنسولين. ويمثل 90% بهذا النوع من الإصابة بمرض السكر بين المسنين، وتكمن أسبابه في نوع من التفاعل بين الأسباب الوراثية وأساليب الحياة وعملية التقدم في السن. (عاشور، 2009، ص 17.16)

#### نصائح للوقاية ومعاملة مرض السكر:

-عدم الزيادة في الوزن والتعرض للسمنة.

-الالتزام بنظام غذائي صحي يفي بالاحتياجات، تقل فيه نسبة الدهون والسكريات، مع زيادة تناول الفواكه والخضروات الغنية بالألياف والفيتامينات والمعادن.

-الالتزام بممارسة الرياضة المعتدلة المنتظمة.

-أما بالنسبة للعلاج الدوائي فيجب أن يكون تحت إشراف الطبيب المعالج، وإذا لزم الأمر في تعاطي حقن الأنسولين فيجب أن تكون تحت إشراف عائلي حتى لا يحدث خطأ في الجرعة، كما يجب على المسن أن يقوم بضبط مستوى السكر في الدم مع الالتزام بأنظمة غذائية حتى يتحاشى حدوث مضاعفات التي تصيب الأعضاء... (حسين، 2009، ص 111.110)



## 8. ضعف البصر واضطراب السمع:

## 1.8. ضعف البصر:

يصحب التقدم في العمر الكثير من التغيرات التي تضعف النظر ويكون هذا في معظم الحالات نتيجة مرض، ومن أهم الأمراض التي تصيب المسنين بضعف الإبصار الكتاراكت (المياه البيضاء) والجلوكوما (المياه الزرقاء) وتلف الشبكية نتيجة الإصابة بالسكر والتنكس البقعي. لذلك لا عجب أن ترتبط الشيخوخة بالعجز البصري وأن يكون هذا العجز من أهم جوانب العجز الوظيفي للمسنين، خصوصا بعد السبعين وليس هذا العجز بالضرورة هو العي الكامل ولكنه ما يعيق المسن عن القراءة وخدمة نفسه.

والملاحظ أن الكثير من الأمراض التي تفسد البصر صامتة تتسلل إلى العين بدون أعراض زاعقة لمدة طويلة مما يؤخر اكتشافها والتصدي لها مبكرا قبل أن تتلف الإبصار إلى الأبد، إلا أن كل هذه الأمراض يمكن اكتشافها مبكرا عن طريق التقصي الدوري ويمكن علاج الكثير منها بنجاح شديد وإبطاء خطى البعض منها لفترات طويلة. كما أن هناك اكتشافات حديثة في مجال الوقاية، حيث نذكر بعض النصائح للوقاية من هذا المرض وهي كما يلي:

- استعمال واقي للنظر أثناء العمل بالمنزل أو بالحديقة، كما ينصح بغلق العين إذا أصابها شظية مثلا ويهرع للطبيب. أما إذا أصابها رذاذ أو سائل فعليه غسلها بالماء جيدا والذهاب للطبيب.

- ارتداء نظارة شمسية عند التعرض للوهج الضوئي، كذلك تناول الفيتامين "ج" ومضادات الأكسدة بوصفة الطبيب.

- الامتناع عن التدخين تماما، وممارسة التمرينات الرياضية بانتظام، وعلاج السكر واتباع تعليمات الأطباء عند وصف قطرة للعين مدة طويلة.

- استعمال عدسات مكبرة وتلسكوبات خاصة كذلك العديد من التعديلات في الإضاءة المحيطة وحجم وشكل الأدوات التي يستخدمها المسن ضعيف البصر.

## 2.8. اضطراب السمع:

من شدة شيوع مرض فقد حاسة السمع لدى المسنين يكاد الناس يحسونه من السمات الطبيعية للتقدم في السن، لكن معظم ضعف السمع لدى المسنين سببه أمراض وسموم تعرض لها الشخص على مدى حياته. والجزء الوحيد الذي يسببه التقدم في العمر هو صعوبة استقبال الأصوات ذات الترددات العالية وبعض الصفير ويبدأ ذلك تدريجيا ومبكرا جدا منذ الخمسين، حيث لا يشكو المسن من ضعف السمع ولكن من عدم فهم الكلام ويظهر هذا أكثر إذا كان يتحدث إلى المسن بسرعة أو بلكنة أجنبية، أو على تليفون...

ومن النصائح التي تقدم للوقاية والشفاء من هذا الاضطراب: عدم التهاون مع أي صعوبة في السمع أو الفهم أو الاتصال مع الناس، لأن الفحص المتخصص هو السبيل الوحيد لمعرفة السبب، كذلك ألا يخضع المسنون للشعور بالنقص الذي يدفعهم إلى إخفاء عاهتهم السمعية ولو على حساب فرصة تحسن أو شفاء، كما ينصح كل مسن

ضعف سمعه لأي درجة ولو شديدة بأن يأخذ فرصته في استكشاف استفادته من سماعة طبية للأذن. (عاشور، 2009، ص 63-67)

من خلال ما تم تناوله في هذا العنصر نستخلص أنه مهما كانت بنية الفرد في هذه المرحلة فإنه سوف تصاحبه بعض الأعراض أو الأمراض مهما كانت خفيفة أو شديدة أو أشد خطورة، وتأثيراتها التي سوف تطرأ عليه في العديد من الجوانب الجسمية، النفسية، الاجتماعية أو الاقتصادية ...، والتي يجب الكشف عنها مبكراً واتباع برامج وقائية تعمل على منع أو تأخير هذه الاضطرابات.

### ثامنا-المساندة النفسية والاجتماعية للمسنين:

إن تقديم المساندة النفسية والاجتماعية للمسن من شأنها أن تمنحه تحصين نفسي ضد مختلف الأمراض العضوية والنفسية التي يمكن أن يتعرض لها. و من أبرز الدراسات التي توصلت إلى أهمية المساندة النفسية والاجتماعية في حياة المسن "دراسة كراوس وزملائه (1990)" التي كانت تهدف إلى معرفة الفروق بين المسنين بما يتعلق بمرتفعي ومنخفضي الشعور بالوحدة النفسية الاكتئابية و علاقتهما بإدراك المسن للمساندة الاجتماعية وقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج، كان أهمها زيادة عدد الاتصالات الاجتماعية بالزوجة والأبناء والأصدقاء، التي تترك الأثر الإيجابي على نفسية المسن بحيث تمنحه الحصانة النفسية من الأزمات وتقويه من الوقوع في مشكلات الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب.

يشير عطف محمود ياسين إلى اختلاف الدول في موقفها ورعايتها لفئة المسنين، فتجد مثال في الدول المتطورة كالسويد، الدنمارك، اليابان، استراليا وأمريكا، مئات المراكز لرعاية أفراد هذه الفئة من الجنسين وتخطيط القرى والمدن الترويجية لهم وتزويدها ببرامج ثقافية ورياضية وترفيهية للاستفادة من عقول المسنين الذين وصلوا إلى مرحلة من الحكمة والتجارب الكافية للاستفادة منها حتى أن بعض الدول تستفيد من خبراتهم ومهارتهم في المجالس الاستشارية والتخطيط وتسمي بعض المؤسسات هذا العمر الذي وصل إليه المسنون بالعمر الذهبي وهم فوق الستين من العمر. بينما تتجه دول العالم الثالث إلى إهمال الكهول وتبترأ من الشيوخ. (سني، 2014/2015، ص ص 76.75)

ومن بعض أساليب المساندة لكبار السن نذكر التالي :

⇐ العمل على تنمية شعور المسن بقيمة الذات من خلال توكيل بعض المهام البسيطة للمسن على أن تكون متناسبة مع قدراته الحركية والذهنية.

⇐ إشعار المسن بقيمته في الحياة عن طريق الاستفادة من خبراته الحياتية والمهنية والعلمية بقدر الإمكان.

⇐ استعادة الخبرات السعيدة للمسنين من خلال عقد جلسات استماع يتشارك فيها كبار السن الخبرات السعيدة التي مروا بها في حياتهم بشكل عام.

- ← تنشيط القدرات الذهنية لكبار السن من خلال تنظيم جلسات للنقاش حول القضايا والموضوعات التي تهم المجتمع، مما ينشط القدرات العقلية من جهة ومن جهة أخرى يشعر المسن بالمجتمع الذي يعيش فيه.
- ← مشاركة كبار السن في اتخاذ القرارات مما يعمل على تنمية وتوكيد الذات، كذلك إظهار الاحترام والتقدير نحوهم للشعور بالأمن والاستقرار النفسي.
- ← مساعدتهم على تنمية البعد الروحي بتشجيعهم على أداء العبادات والمناسك، على اختلاف انتماءاتهم الدينية.
- ← العمل على تدعيم وتجديد شبكة العلاقات الاجتماعية الخاصة بالمسن، من خلال التواصل مع أصدقائه ومعارفه بشكل فعال.
- ← إظهار التعاطف والمشاعر الدافئة الطبيعية والبعيدة عن الشفقة لما لها أثر سلبي في نفسية المسن.
- ← تجاهل السلوكيات السلبية الصادرة عن المسن وتجنب توجيه النقد له نظراً لما يخلفه النقد المستمر من آثار سلبية على صحته النفسية. (السيد مصطفى، د.س، ص ص 13.12)

#### تاسعا-المسن في دار الأشخاص المسنين وأسباب دخولها:

وجود المسن في دار العجزة له أمرين الأول جحود الأبناء للآباء أو أن المسن لم يحسب لغده حساباً، فحياة المسن في المؤسسات أو دور العجزة ضمن مجموعة غير متناسقة تقضي على خصوصية الفرد، فكثير منهم يتوقعون أن ذواتهم واتصالهم بالعالم الخارجي شبه نادر إضافة إلى معاناتهم وافتقارهم إلى الحنان العائلي مما يصاب المسن المقيم بها بخمول وكره الكلام وفقد الرغبة في اتخاذ القرارات والمبادرات، فيهمل الاعتناء بمظهره الخارجي ويرغب في الانزواء، وقد تكون الدراسات والأبحاث النفسية والاجتماعية التي أجريت لدراسة وضعية المسنين المقيمين في دار العجزة وما يشابهها من مؤسسات أن هناك ضعفاً في التركيز عند البعض ومعاناة الكثيرين بالتعاسة واللامبالاة واحتقار الذات وكرهها لها والشعور باقتراب ساعة الموت إضافة لطريقة تعامل المشرفين مع المسن.

ولهذا تبين دراسة "ليبرمان" أن لدور العجزة أثر على حياة المسن، قد يكون العيش في دور العجزة له تركيز على حياة المسن لاسيما وهو بعيد عن كنف العائلة إلا أن هناك فروق فردية حيث قد تكون فئة موجودة داخل دور العجزة لا مأوى ولا عائلة لديها فوجودها بدار العجزة أفضل من وجودها بالشارع. (بعلول، 2020/2019، ص 36)

#### بعض أسباب دخول المسنين لدار العجزة:

-فقدان الترابط و التعاطف الأسري: لقد أصبحت مكانة المسن متدهورة عكس ما كانت عليه من قبل وبدأت تفقد نوع من قيمتها، حيث صار لكل فرد في الأسرة طموحات بالمقابل مشاكل وصعوبات لا يجب تدخل الآخرين فيها فينتج عنه فقدان الصلة والتعاطف وبذلك يفقد المسن احترام الآخرين، فينتج إما الانسحاب أو العزلة.

-صراع بين الأجيال: أي بين الآباء والأبناء، فالأب في غالب الأحيان يسير وفقاً للعادات والتقاليد القديمة لا تتوافق مع ذهنية الأبناء، وبذلك يلجأ الابن إلى المقاومة والمعارضة وعليه تفقد الأسرة تماسكها، وهذا نتيجة ما تواجهه من غزو ثقافي أثر على طريقة تفكير هذا الجيل الجديد.

-ضيق السكن: بعدما كانت الأسرة موزعة تضم الزوجة والزوج والأبناء والآخرين، أصبحت تضم سوى الزوج والزوجة والأبناء فقط نتيجة تحولات المساكن من الطابع التقليدي إلى الطابع العصري حيث لا يسمح بأكثر من 10 أفراد والاستقلالية الفردية والمستوى المعيشي المتدهور، يضطر المسن إلى مغادرة البيت الضيق إما برغبته أو رغما عنه.

-اشتغال المرأة: من خلال قضاء معظم وقتها خارج البيت، مما جعلها تفقد جزءا من وظيفتها كأمراة داخل البيت وهو الاعتناء ورعية من هم في البيت وبذلك تصبح رعاية الزوج و الأولاد أمر صعب ومتعب ومنه وجود المسن في بيت المرأة العاملة عبء ثقيل زائد قد يستغني عنه بوضعه في مراكز رعاية المسنين. (حامدي، 2020/2019، ص 32.31)

### عاشرا-رعاية المسنين في الإسلام.

حرص الإسلام على صون كرامة الإنسان في كل مراحل عمره، وعني عناية خاصة بكبار السن فحث على توقييرهم واحترامهم والإحسان إليهم، ورغم أنه لا يوجد نص صريح يبين سن الشيخوخة إلا أن الإشارة إلى علامات وجود ببدء العظام في الوهن والضعف والشيب. (فاصولي، 2021، ص 236) ... وصدقا لهذا قوله تعالى «قَالَ رَبِّ إِنِّي وَهَنَ الْعَظْمُ مِنِّي وَاشْتَعَلَ الرَّأْسُ شَيْبًا» (سورة مريم: الآية 03).

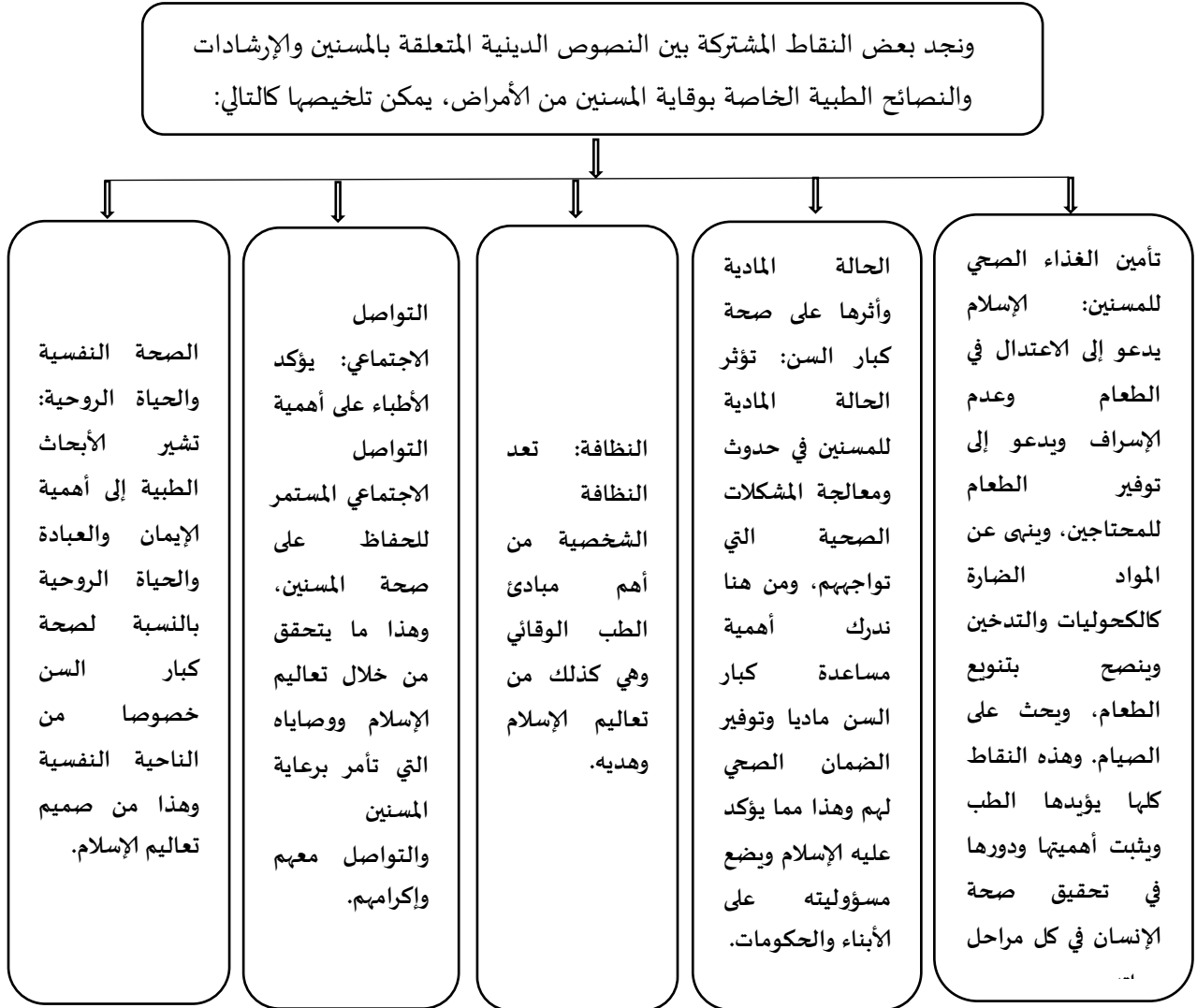
فالإسلام يمنح المسنين حقوقا شاملة بمقتضى حاجتهم للرعاية الأخلاقية والاجتماعية ويؤكد على عنصر الرعاية العائلية لهم... لقوله تعالى «وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا إِمَّا يَبُلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أُفٍّ وَلَا تَنْهَرْهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا {23} وَخَفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا {24}» (سورة الإسراء: الآيتان 23-24)، واحترام المسن واجب لقوله صلى الله عليه وسلم "إن من إجلال الله تعالى إكرام ذي الشيبة المسلم".

وقد وضع قيما ومبادئ ومعايير لا بد من الالتزام بها نحو المسنين .. ومعرفة حق الكبار في السن واجب فردي واجتماعي على حد سواء لأن حكمة الله قضت أن ينتقل الإنسان من مرحلة الضعف في الصغر إلى اكتساب القوة والاستمتاع بها ثم تبدأ هذه القوة في الاضمحلال شيئا فشيئا إلى أن ينتهي إلى ضعف أشد. ورعاية المسنين في الإسلام أساسها الحب الخالص والبر والوفاء وسداها الرعاية والرحمة .. بل والإسلام يسمو ببر الوالدين إلى أبعد من ذلك... روي البخاري أن والده أسماء بنت أبي بكر قدمت عليها وهي مشركة، فذهبت أسماء إلى رسول الله صلى الله عليه وسلم تستفتيه فقالت "يا رسول الله إن أمي قدمت عليّ وهي راغبة، أفأصل أمي؟ قال: نعم صلها". (شحاته، 2009، ص 42.41)

ولقد قامت الدعوة إلى الإحسان لكبار السن والاهتمام بهم على أسس شرعية، من أهمها:

- تكريم الإنسان عموما واحترام الإسلام له.
- تماسك وتآلف وتكاتف المجتمع المسلم.
- تقرير المولى جل وعلا أن جزاء الإحسان هو الإحسان.
- المسن المسلم مكرمٌ عند الله ولا يزيده عمره إلا خيرا.
- توقيير الكبير وإكرامه من سمات المجتمع المسلم.
- المسن ذو الشيبة المسلم له منزلة ومكانة متميزة في الإسلام.

- أن مؤسسات الدولة مسؤولة عن توفير الكفاية لمن لا يستطيع توفيرها لنفسه. (آل نهيان، 2008، ص23)



شكل (25): يبين بعض النقاط المشتركة بين النصوص الدينية والإرشادات والنصائح الطبية الخاصة بالمسنين.

المصدر: (آل نهيان، 2008، ص 55.54)

### الحادي عشر: دور ومكانة المسن في الأسرة الجزائرية.

يمكن أن يتحدد دور ومكانة الأسرة الجزائرية من خلال المكانة التي حظي بها في الدين الإسلامي، فالمسن هو الأب والأم قبل أن يكونا الجد والجدة حيث أوصانا الله بهما خيرا: " وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ حَمَلَتْهُ أُمُّهُ وَهُنَا عَلَىٰ وَهْنٍ وَفَصَّالَةٌ فِي عَمَّائِنِ أَنْ أَشْكُرَ لِي وَلِوَالِدَيْكَ إِلَيَّ الْمَصِيرُ" (سورة لقمان، الآية 13) ولكن مع مرور الزمن تراجع دور ومكانة المسن في الأسر عموما وفي الأسرة الجزائرية خصوصا سواء في الأسرة التقليدية أو الحديثة.

## 1- دور ومكانة المسن في الأسرة التقليدية:

عرفت الأسرة الجزائرية في القديم بطابعها الممتد، حيث كانت تضم عدة أسر من جد وجدة والأبناء والأحفاد يعيشون حياة جماعية مشتركة يقودها كبير السن الذي كان يحظى بالتقدير والاحترام من طرف الجميع، وكانت لهذه الأسر نسق من القيم والمعايير التي تثبت سلطة ومكانة المسن نتيجة تجربته في الحياة، فهو بذلك يعتبر الناصح والحاكم في نفس الوقت مما يلزم على الأفراد حق الطاعة والخضوع وحسن التدبير في مختلف القضايا مثل الفصل في أمور الزواج وختان الأطفال وبعض المشاكل الأسرية.

فكبير السن هو الذي يصدر الأوامر والنواهي والأفراد الآخرون يقومون بمختلف الأعمال من زراعة الأرض وتربية المواشي ومحاولة توفير حاجيات الأسرة المختلفة هذا فيما يخص الرجال أما النساء فكنّ يشرفن على الأعمال المنزلية كالطبخ والتنظيف وفي بعض الأحيان تقمن بالأعمال الخارجية، وكبيرة السن هي التي تقوم بتوجيههم كما تشرف على عملية تزويج الأبناء. (هيشور، سقني، 2021، ص ص 175. 176)

## 2- دور ومكانة المسن في الأسرة الحديثة:

لقد تراجعت المكانة التي كان يحظى بها المسن في الأسرة التقليدية وهذا نتيجة للتغيرات التي طرأت على شكل الأسرة، فبعدما كانت تضم الآباء والأبناء والأجداد والجندات وأحيانا العمات والخالات وبعض الأقارب نجد بضعها الآن أصبح لا يضم سوى الزوجين وأبنائهم خاصة بعد بداية اختفاء الأسرة الممتدة وظهور الأسرة النووية رغم محاولة أفرادها الحفاظ على طابعها التقليدي المتسم بالروابط القرابية الصميمية.

كما تضعف هذه المكانة في المجتمعات الغربية المعاصرة لأنها تؤمن بالقوة والسرعة، وهي صفات لا تتوفر لجيل الشيوخ، ولذلك تقسو الحياة عليهم ويهجرهم أبنائهم وتضييق بهم سبل الرزق ويدركوا أنهم أصبحوا عالية على المجتمع وعلى الحياة نفسها، وقد بدأت هذه الظاهرة تنتشر في مجتمعاتنا أيضا.

لكن يبقى الفارق في البعض من هذه المجتمعات وفي بعض الطبقات الاجتماعية أن يكون منتشر فيها نظام الأسر الممتدة التي تضم الأبناء والأحفاد إلى جانب كبار السن كونهم يمثلون رمزا للعائلة ومصدرا للاحترام وغالبا ما يلقي فيها كبار السن كل التقدير ويظل بيدهم القرار حتى أيامهم الأخيرة كل هذا يساعدهم على الاستمرار في أداء الدور الذي يتلاءم مع سنهم، كما تساعد المجتمع على الاعتراف بهذا الدور وتقبله وبالتالي على تقبل الشيوخ وإحاطتهم بالرعاية والإحساس طيلة الوقت بالحاجة إلى وجودهم الذي يعتبر (بركة) في أغلب الأحيان.

كما نجد في معظم الأسر الحديثة أين أصبح كبار السن إما يعيشون بمفردهم أو يوضعون في دور رعاية وفي معظم الأحيان يهمل الأبناء وجودهم هناك فيعانون من الوحدة ونقص الأدوار والاتصال الاجتماعي ولذا فهي تجد صعوبة كبيرة في تقبل جيل الأجداد نظرا لطبيعة المجتمع المعاصر، وطبيعة التحول الاجتماعي السريع وضيق المسكن الحديث وصغر حجم الأسر نتيجة لارتفاع مستوى المعيشة وزيادة معدل الانفاق وهكذا لا يتسع إطار أسرة المدينة المعاصرة إلى الشيوخ.

لقد أثر الوضع الجديد للأسرة على الشيوخ وظهر هذا واضحا في قلة العناية بهم أو الاهتمام بأمرهم كل هذا ساهم في تضخم مشكلة الشيخوخة، بحيث أصبحت تحتاج إلى تظافر كثير من القوى لدراستها وإيجاد الحلول المناسبة لها وذلك بعد أن فقدت الأسرة الممتدة وظيفتها. (حاج لكحل، 2008/2007، ص ص 75، 76)

وبالرغم من هذه التغيرات بقيت بعض الأسر الجزائرية محافظة على اتصالها القرابي بحيث قد يرتبط أفرادها بالسكن المشترك ومصدر العيش الواحد الذي يتحكم فيه الأب أو الجد حتى وإن كانا متقاعدين، خاصة بوجود أزمة السكن الذي لا يزال قائما إلى يومنا هذا، بالإضافة إلى نقص مناصب العمل ووجود البطالة التي يعاني منها بعض أو اغلب أفراد الأسرة. (عيساوة، 2020، ص 103)

### الثاني عشر- جهود الجزائر في تنظيم لدار الأشخاص المسنين وشروط الالتحاق بها:

لقد وضع الديوان الوطني للإحصائيات في تقرير صدر عنه في جانفي 2015، أن عدد سكان الجزائر بلغ 38,7 مليون نسمة إلى غاية الفاتح جانفي الفارط، مشيرا إلى أن النسبة ستبلغ 39,5 مليون بحدود جانفي من العام المقبل. وقال الديوان في التقرير الذي صدر عنه، إنه إلى غاية الفاتح جانفي من العام الجاري قد بلغ عدد السكان المقيمين في الجزائر 38,7 مليون نسمة متوقعا أن تبلغ رقم 39,5 مليون نسمة في جانفي 2015. (سبع، 2016/2017، ص 163)

وفي هذا الباب أطلقت وزيرة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة السيدة سعاد بن جاب الله، عن إطلاق برنامج جديد للتكفل بالمسنين ويتعلق بتكوين مساعدي الحياة اليومية الذي شرع في تنفيذه بأربع ولايات ويتعلق الأمر بكل من وهران والمدية وتيزي وزو وعنابة، على أن يتم تعميمه بكامل التراب الوطني وذلك بمناسبة الاحتفال باليوم الوطني للمسن الموافق لـ 27 أفريل 2013 والذي حمل شعار العرفان نحو الكبار وقد تحدثت السيدة بن جاب الله عن الجهود التي تبذلها الدولة في سبيل التكفل بالأشخاص المسنين بوضع صعب، فقالت توفر وزارة التضامن الوطني على شبكة مؤسساته تتمثل في 33 دار للأشخاص المسنين موزعة عبر 28 ولاية، وتتكفل بـ 2287 شخصا مسنا، منهم 960 مريض عقليا حيث يقع على عاتق الدور استقبال الأشخاص المسنين من المعوزين وكذا الذين لا مأوى لهم للتكفل بهم ومرافقتهم. (شرعان، 2020، ص 281)

كشف وزير التضامن الوطني والأسرة أن عدد المسنين في الجزائر الذين تتجاوز أعمارهم 60 سنة يبلغ الآن مليونين و750 ألف، منهم 2107 موجودين في 29 مركزا لكبار السن والشيخوخة ويكلف الواحد منهم خزينة الدولة ألف دينار في اليوم.

وقد أوضح وزير التضامن الوطني والأسرة بالمجلس الشعبي الوطني خلال عرضه مشروع القانون المتعلق بالأشخاص المسنين أن الدولة لن تتخلى أبدا عن هذه الفئة، وأن مشروع هذا القانون جاء ليعتني بهذه الشريحة وهو يتضمن إجراءات جديدة تعزز التكفل بهم وتحسن وضعيتهم قانونيا واجتماعيا وصحيا ووعده بإصدار النصوص التطبيقية الخاصة به بعد المصادقة عليه مباشرة، ورفض وزير التضامن الاستجابة لطلب العديد من النواب الذين ألقوا خلال المناقشة على ضرورة رفع منحة المسنين من ثلاثة آلاف دينار كما هي اليوم إلى ستة آلاف دينار لضمان

حياة كريمة لهم، مبررا ذلك بكون إمكانيات صندوق التضامن المخصص لهذه الفئة لا تسمح في الوقت الحاضر برفعها، وقد قدمت الوزارة في ذلك طلبا للحكومة إلا أن مداخيل الصندوق محدودة لا تسمح بذلك.(سبع، 2017/2016، ص ص 165. 166)

وفيما يتعلق بمراكز دار رعاية المسنين فإن المادة السابعة عشر من مشروع القانون المتعلق بالأشخاص المسنين تنص على ما يلي:

- تقييم الدولة وتدير دورا لرعاية المسنين (الدور العامة) وتسمح للقطاع الخاص ولؤوسسات المجتمع المدني بإقامة وإدارة دور خاصة بذلك (الدور الخاصة).
- يقسم المسنون المستفيدون من خدمات دور رعاية المسنين إلى الأقسام التالية:
  - قسم يقيم بدار المسنين إقامة كاملة مستمرة.
  - قسم يقيم بدار المسنين طوال النهار مع المبيت في منزله.
  - قسم لا يقيم بدار رعاية المسنين ويتلقى رعاية منزلية من أطباء وممرضين وموظفي الخدمات التابعين للدار.
- يلتزم المسنون أو المكلفون بالإنفاق عليهم بدافع مقابل إقامتهم ورعايتهم بواسطة دور المسنين المنشأة بواسطة الدولة ككل بحسب الإمكانيات المتاحة له أو المتاحة لمن يتولون الإنفاق عليهم، وبعض المسنون المذكورون من دفع إقامتهم ورعايتهم في حالة ثبوت عجزهم وعجز من يتولون الإنفاق عليهم عن أداء هذا المقابل.
- تحدد الدولة أسعار الإقامة والرعاية المقدمة من دور المسنين الخاصة، وتخضع تلك الدار لرقابة الدولة.
- تكون الأولوية في الإقامة والرعاية بواسطة دور المسنين العامة للمسنين الفاقدين للأسرة والذين يعجزون وتعجز أسرهم عن تدبير سكن لهم والذين يعجزون عن رعاية أنفسهم وتعجز أسرهم عن رعايتهم. (شرعان، 2020، ص283)

#### ومن شروط الالتحاق بدار المسنين:

- تقوم المؤسسة بدراسة الملف ومدى مطابقته للشروط المنصوص عليها قانونا، والتي سنها المشروع بنوع من الصرامة من أجل الحد من ظاهرة تخلي الأسرة عن مسنمها التي انتشرت في الآونة الأخيرة بشكل ملفت للنظر.
- وبعد دراسة الملف تقوم المؤسسة بإجراء بتحقيق واسع حول الوضعية الاجتماعية والاقتصادية والأسرية للمسنين وعن الأسباب التي دفعته للدخول إلى المؤسسات المخصصة.
- لكن في حالات استثنائية يضطر المركز لقبولهم حتى دون توافر هذه الشروط وذلك بهدف حمايتهم لأنهم في أحيان كثيرة المسن نفسه يقوم بالذهاب إلى هذه المؤسسات ويصر على ذلك لأسباب تبقى مجهولة بالنسبة للمؤسسة. (شرعان، 2020، ص279)



## خلاصة الفصل.

من خلال ما تم التطرق له في هذا الفصل والذي حاولنا فيه الفصل بين مفهوم الشيخوخة والمسن بالاعتماد على مجموعة من التعريفات حيث نجد أن هذه المرحلة صعبة وجد حساسة وفي غاية الأهمية ذلك نظرا للعديد من التغيرات والمشاكل التي تطرأ عليهما بالإضافة إلى الأمراض والاضطرابات التي تزداد مع تقدم العمر، حيث يصبح غير قادر وعاجز عن خدمة نفسه وقضاء حاجياته وهذا ما يتطلب المساندة والمساعدة والرعاية، والعمل على اتباع برامج وقائية وعلاجية التي تعمل على منع أو تأخير حدوث الأمراض والاضطرابات، لنختتم في الأخير بالكشف عن العوامل والأسباب المؤدية بالفرد إلى دار الأشخاص المسنين.

# الجانب الميداني

# الفصل الخامس:

## الإجراءات المنهجية للدراسة.

تمهيد.

أولا-حدود الدراسة.

ثانيا-الدراسة الاستطلاعية.

1.2. تعريف الدراسة الاستطلاعية.

2.2. خطوات الدراسة الاستطلاعية.

3.2. عينة الدراسة الاستطلاعية.

ثالثا-الدراسة الأساسية.

1.3. منهج الدراسة المستخدم.

2.3. مجتمع الدراسة.

3.3. عينة الدراسة وخصائصها.

4.3. أدوات الدراسة:

1.4.3. الملاحظة.

2.4.3. المقابلة.

3.4.3. مقياس قلق الموت.

4.4.3. مقياس التوافق النفسي للمسنين.

رابعا-الأساليب الإحصائية المستخدمة.

خلاصة الفصل.

تمهيد.

يعتبر الجانب المنهجي للدراسة أحد الجوانب المهمة للشروع فيها، حيث يهدف إلى عرض مختلف الخطوات والإجراءات المنهجية التي سوف نعتمد عليها لتحقيق أهداف دراستنا والتي تتمثل في الكشف عن العلاقة بين قلق الموت والتوافق النفسي لدى عينة من المسنين ودراسة الفروق بين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقرانهم المقيمين بين أسرهم.

وبناء على ذلك جاء هذا الفصل توضيحا لهذه الإجراءات من خلال عرض طبيعة المنهج المستخدم، إجراءات الدراسة الاستطلاعية وإجراءات تطبيق الدراسة، عينة الدراسة وخصائصها، وأخيرا الأدوات والأساليب الإحصائية المستخدمة.

أولاً-حدود الدراسة:

1- المجال المكاني:

تم إجراء الجانب الميداني لهذه الدراسة بولاية قالمة على فئة المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين بحمام دباغ، والمقيمين مع أسرهم.

2- المجال الزمني:

هو الفترة التي طبقت فيها الدراسة الحالية حيث تم تقسيمها على النحو التالي:

◀ الفترة الممتدة من 2022/02/20 إلى 2022/03/29: وتم فيها القيام بدراسة استطلاعية لمركز دار الأشخاص المسنين لضبط متغيرات الدراسة وجمع المعلومات حول مجتمع الدراسة والتعرف على خصائص العينة.

◀ الفترة 18 و 2022/04/19: وتم فيها تطبيق مقياس التوافق النفسي على عينة الدراسة الاستطلاعية وذلك لحساب ثباته.

◀ الفترة الممتدة من 21 إلى 2022/04/27: بعد التأكد من معامل الثبات تم تطبيق مقياس الدراسة "مقياس قلق الموت لتمبلر 1967 ومقياس التوافق النفسي لسامية القطان 1982" على عينة الدراسة الأساسية.

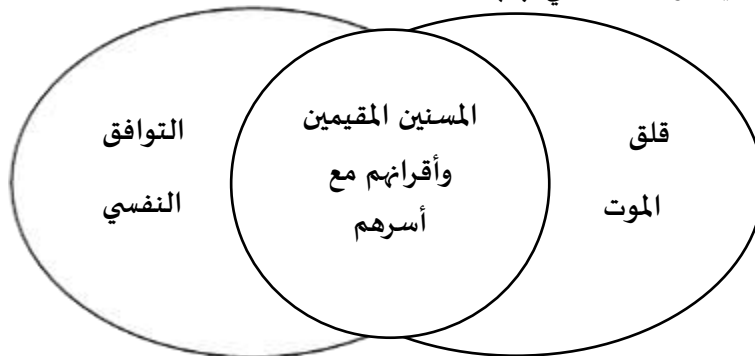
◀ الفترة الممتدة من 2022/04/28 إلى 2022/05/01 ومن 04 إلى 2022/05/06: تم فيها تفرغ استجابات المسنين على المقياسين، والاعتماد على برنامج SPSS (v 022) لحساب الفروق والوصول إلى النتائج وتحليلها ومناقشتها.

3- المجال البشري:

حدد المجال البشري في هذه الدراسة بكل من المسنين المقيمين في دار الأشخاص المسنين والمسنين مع أسرهم، بحيث هذا الأخير تعذر حصر مجتمعه نظرا لكبر عدده واتساع الأسر في ولاية قالمة إذ تم أخذ 60 مسنا ومسنة وطبقت عليهم مقاييس الدراسة، أما دار الأشخاص المسنين فقد شملت في سنة 2022 على 49 مسنا ومسنة وتم تطبيق المقاييس على 10 منهم (مسن ومسنة).

4- المجال المعرفي: اشتملت الدراسة على ثلاثة متغيرات جاءت في علاقة تفاعلية فيما بينها تمثلت في قلق الموت

والتوافق النفسي وفئة المسنين، والشكل التالي يبينها:



الشكل رقم (26): يبين متغيرات الدراسة الحالية.

ثانيا- إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أساس المرحلة التحضيرية للبحث، وهذه الخطوة لا بد من إجرائها حيث يتم استخدامها من أجل التعرف على الجوانب المختلفة لموضوع الدراسة كذلك اختبار وملائمة أدواتها، أيضا فهي تجعل الباحث على دراية بالظروف التي يواجهها أثناء البحث والعمل على تجنبها. وتتضمن الدراسة الاستطلاعية عينة أولية تنتمي إلى نفس المجتمع الذي تنتمي إليه العينة الرئيسية. حيث أنه قبل الاستقرار نهائيا على خطة الدراسة يفضل القيام بدراسة استطلاعية على عدد محدود من الأفراد، وتحقق الأهداف التالية:

- توفر الفرصة للباحث لتقويم مدى مناسبة البيانات التي يحصل عليها للدراسة، كما يتأكد من صلاحية الأدوات التي يستخدمها لهذه الدراسة.
- تساعد الدراسة الاستطلاعية الباحث على اختبار أولى للفروض. (أبو علام، 2011، ص 97)

2- خطوات الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر هذه الخطوة مهمة من أجل تعديل بعض المؤشرات بحيث ساعدتنا في تصحيح وتعديل في متغيرات دراستنا وكذلك ضبط عينة الدراسة، وهذا ما يبينه الجدول التالي:

جدول (05): يوضح الإجراءات الاستطلاعية للدراسة.

الخطوة	التاريخ	الوصف
الأولى	2022/02/20	تم في هذه الخطوة الذهاب إلى دار الأشخاص المسنين بحمام دباغ -قالمه- لأخذ الموافقة لإتمام مذكرتنا حيث تم قبولنا في تلك اللحظة، وهذا ما جعلنا نستغل الفرصة للتأكد من صحة استعمال المتغيرات بحيث كان العنوان الأولي للدراسة "قلق الموت وعلاقته بالتكفل النفسي الاجتماعي لدى المسنين بدار الأشخاص المسنين"، وبعد المقابلة التي تمت مع الأخصائية الموجودة في الدار تم الوصول إلى أن متغير التكفل النفسي الاجتماعي يستخدم باسم التكفل النفسي الطبي . فقد ساعدتنا هذه الخطوة على تغيير متغير التكفل النفسي الاجتماعي إلى التوافق النفسي، وبضبط المتغيرات الجديدة وذلك بمساعدة الأستاذ المشرف أصبح عنوان دراستنا "قلق الموت وعلاقته بالتوافق النفسي لدى المسنين بدار الأشخاص المسنين بحمام دباغ-قالمه-".
الثانية	2022/03/13	في هذه الخطوة تم التعرف على الظروف التي سوف يتم فيها إجراء الدراسة بمساعدة الأخصائية النفسانية وذلك بالاطلاع على المسنين المقيمين بالدار الأصحاء منهم والمعاقين والمرضى عقليا، حيث أعلمتنا الأخصائية بأنه يمكنها توفير لنا حوالي 10 حالات فقط وذلك لأن معظم الحالات المتبقية يتعذر التعامل معهم بسبب صحتهم.
الثالثة	2022/03/29	بعد الخطوة السابقة واجهنا مشكلة نوعا ما جعلتنا نتأخر قليلا عن إكمال العمل والتي تتعلق بحجم العينة الموجودة بدار الأشخاص المسنين وذلك لما أقرته لنا الأخصائية، وهذا ما جعلنا في هذه الخطوة نعود إلى الدار للتأكد من حجم العينة والأخذ بالخصائص الشخصية لها مع بذل

جهد من الأخصائية لإيجاد (10) مسنين فقط، ولهذا تم إعادة النظر في مكان الدراسة وبالتشاور مع أستاذنا المشرف تم الاعتماد على المسنين المقيمين بين أسرهم إضافة إلى العشرة المقيمين بدار الأشخاص المسنين.		
بعد الحصول على المعلومات حول عدد عينة الدراسة ككل وبياناتها، وبالنظر إلى قلة عدد المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين فضلنا أن نتركها للدراسة الأساسية، وتم اختيار 20 مسن مقيمين مع أسرهم كعينة أولية لتطبيق مقياس التوافق النفسي لحساب معامل الثبات له، بحيث تم الالتقاء معهم في البيت والأماكن العمومية والحدائق وبعد شرح فائدة دراستنا هذه والهدف منها وأخذ الموافقة منهم بدأنا بتطبيق المقياس.	2022/04/19-18	الرابعة

### 3- عينة الدراسة الاستطلاعية:

أجريت الدراسة الاستطلاعية على 20 مسن ومسنة مقيمين مع أسرهم كعينة أولية من العينة الأساسية، بحيث تم الالتقاء معهم في البيت وبعضهم في الأماكن العمومية والحدائق عند التطبيق وقراءة البنود عليهم بندا بندا مع تغيير لهجة الأسئلة إلى اللهجة الأقرب إلى فهمهم والتي هي صيغة الدارجة ذلك لوضوحها، مع الشرح أكثر في بعض البنود وذلك طلبا من الحالات ثم تسجيل أجوبتهم، والجدول التالي يوضح توزيع أفراد العينة:

جدول (06): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية.

المتغيرات	البيانات	العدد	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	07	35 %
	أنثى	13	65 %
السن	من 64-60 سنة	04	20 %
	من 69-65 سنة	05	25 %
	من 74-70 سنة	05	25 %
	من 75 سنة فما فوق	06	30 %
الحالة الاجتماعية	أعزب	00	00 %
	متزوج	08	40 %
	مطلق	02	10 %
	أرمل	10	50 %

### 4- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

من خلال الدراسة الاستطلاعية تم التوصل إلى النتائج التالية:

- ضبط متغيرات الدراسة.
- التعرف على حجم مجتمع العينة، وجمع معلومات حول المقيمين بدار الأشخاص المسنين.
- حساب صدق وثبات أداة القياس المستعملة.

## ثالثا-الدراسة الأساسية:

وهي المرحلة التي يتم فيها تطبيق الإجراءات الأساسية للدراسة من تطبيق للمقاييس على العينة الأساسية وتفرغ البيانات واستخراج النتائج وتحليلها ومناقشتها، وقد استغرقت الفترة المحصورة من 2022/04/21 إلى غاية 2022/05/06.

## 1- منهج الدراسة المستخدم:

يعرف المنهج بأنه الوسيلة التي يمكننا عن طريقها الوصول إلى الحقيقة أو مجموعة من الحقائق في أي موقف من المواقف ومحاولة اختبارها للتأكد من صلاحيتها في مواقف أخرى وتعميمها لنصل إلى ما يطلق عليه اصطلاح "نظرية" وهي هدف كل بحث علمي. (عبد المجيد إبراهيم، 2000، ص68)

وحسب طبيعة موضوع دراستنا "قلق الموت وعلاقته بالتوافق النفسي لدى المسنين -دراسة مقارنة بين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم"، فإن استخدام المنهج الوصفي يعتبر الأنسب لدراستنا من أجل الوصول للغاية المرجوة والمتمثلة في:

← الكشف عن العلاقة الارتباطية الموجودة بين متغير قلق الموت ومتغير التوافق النفسي في استجابات الأشخاص المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم .

← التعرف على الفروق الإحصائية الموجودة بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في التوافق النفسي التي تعزى لمتغيرات الجنس، السن، الحالة الاجتماعية.

← التأكد من وجود تباين في مستوى قلق الموت عند المقارنة بين وضعية الأشخاص المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم.

إن المنهج الوصفي يستخدم في دراسة الأوضاع الراهنة للظواهر والأحداث من حيث خصائصها، أشكالها، وعلاقتها، والعوامل المؤثرة في ذلك، مع ملاحظة أن المنهج الوصفي يشمل في كثير من الأحيان على عمليات تنبؤ لمستقبل الظواهر والأحداث التي يدرسها.

هدفه الأساسي هو فهم الحاضر لتوجيه المستقبل وذلك من خلال وصف الحاضر بتوفير بيانات كافية لتوضيحه وفهمه ثم إجراء المقارنات وتحديد العلاقات بين العوامل وتطوير الاستنتاجات من خلال ما تشير إليه البيانات. (عليان، 2001، ص48)

## 2- مجتمع الدراسة:

شمل مجتمع دراستنا الحالية على المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين "بحمام دباغ-قالمة-" وأقربانهم المسنين المقيمين بين أسرهم "بمدينة قالمة" وهم الذين تجاوزت أعمارهم (60) سنة، حيث بلغ عدد المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين (49 فردا) أما المسنين المقيمين بين أسرهم لا يمكن تحديدهم نظرا لكبر عددهم.



3- عينة الدراسة الأساسية وخصائصها:

تكونت عينة دراستنا من كلا الجنسين "ذكور وإناث"، حيث تم الاختيار بطريقة قصدية (10 أفراد) مقيمين بدار الأشخاص المسنين<sup>4</sup> كما تم اختيار (60 فرد) من أقرانهم المقيمين مع أسرهم بطريقة عرضية، أي أن إجمالي العينة هو (70)، ويبين الجدول التالي الخصائص الشخصية لعينة الدراسة:

جدول (07): يوضح الخصائص الشخصية لعينة الدراسة.

المتغيرات	البيانات الشخصية	العدد	النسبة المئوية
مكان الإقامة	دارالأشخاص المسنين	10	%14.29
	مع أسرهم	60	%85.71
الجنس	ذكر	30	%42.86
	أنثى	40	%57.14
السن	من 60 إلى 64 سنة	17	%24.28
	من 65 إلى 69 سنة	20	%28.57
	من 70 إلى 74 سنة	17	%24.29
	من 75 سنة فما فوق.	16	%22.86
الحالة الاجتماعية	أعزب	08	%11.43
	متزوج	28	%40
	مطلق	10	%14.29
	أرمل	24	%34.28

4- أدوات الدراسة:

هي الأدوات التي يستخدمها الباحث حول موضوع دراسته وتكون حسب طبيعة ونوع تلك الدراسة، وتمثلت أدوات الدراسة الحالية في الملاحظة والمقابلة كذلك مقياس قلق الموت "لتمبلر 1967" ومقياس التوافق النفسي للمسنين "لسامية القطان 1982" وفيما يلي وصف لهم وطريقة تصحيح المقياسين:

4-1- الملاحظة:

هي الأداة الأكثر استعمالاً في العديد من البحوث، فهي مشاهدة الظواهر محل الدراسة عن قرب في إطارها المتميز ووفق ظروفها الطبيعية حيث تمكن الباحث من مراقبة تصريحات وتفاعلات المبحوثين. حيث تنطوي على العديد من الأشكال وفي هذه الدراسة تم الاعتماد على الملاحظة البسيطة وهي التي يتم بواسطتها ملاحظة الظاهرة كما تحدث تلقائياً ودون إحصاءها لأي نوع من الضبط العلمي، وتعرف بالملاحظة غير المشاركة التي يكتبها فيها الباحث بتسجيل

<sup>4</sup> كانت الخيارات محدودة جداً وذلك خارج عن إرادة الطابئين بسبب الحالة الصحية لبقية المقيمين منها اضطرابات السمع والكلام، وبعض الإعاقات الذهنية والإعاقات الحركية، ومنهم من تقل أعمارهم عن 60 سنة.

جردي للجوانب المدروسة لدى المبحوثين، التي يمكن رؤيتهم من مسافة معينة لكن دون الذهاب إلى التعمق في بحث الأبعاد المختلفة لهذا التصرف أو ذلك. (بن مرسل، 2005، ص 204-206)

#### 2-4- مقياس قلق الموت ل «دونالد تمبلر 1967»:

أ. تقديم المقياس:

هذا المقياس من وضع "دونالد تمبلر" (88)، وهو نتاج رسالته التي قدمها للحصول على الدكتوراه عام 1967. وقد بدأ «تمبلر» تكوين المقياس بوضع أربعين بنداً اختارها على أساس منطقي، حيث جاءت متصلة بجوانب تعكس مدى واسعا من الخبرات المتعلقة بقلق الموت وهي عملية الاحتضار، والموت بوصفه حقيقة مطلقة ونهائية، والجثث، والدفن. وهو وضع المقياس بمراحل فنية متتابعة، وكانت النتيجة استبقاء 15 بنداً تمثل المقياس في صورته النهائية. وفيما يلي نماذج من بنود المقياس:

- 1- أخاف بشدة من أن أموت.
- 2- نادرا ما تخطر لي فكرة الموت.
- 3- أخشى أن أموت موتا مؤلما.
- 4- كثيرا ما أفكر: {كم هي قصيرة هذه الحياة فعلا}.
- 5- يربعيني منظر جسد ميت. (عبد الخالق، 1987، ص 64)

ولقد ترجم إلى لغات عديدة منها العربية والإسبانية وحتى اليابانية والهندية، واستخدم في كثير من البحوث التي أجريت على عينات متفاوتة من الذكور والإناث من ثقافات مختلفة، وهو مرتبط بعدد كبير من الأعمار من 16 إلى 85 سنة ومتغيرات عديدة كالسن، الجنس، درجة التدين، الصحة الجسمية والعقلية وأنواع أخرى من السلوكيات، لذا فهو يعد واحد من أكثر المقاييس انتشاراً في البحوث، طبق هذا المقياس لأول مرة سنة 1970.

ب. طريقة تصحيح وتطبيق المقياس:

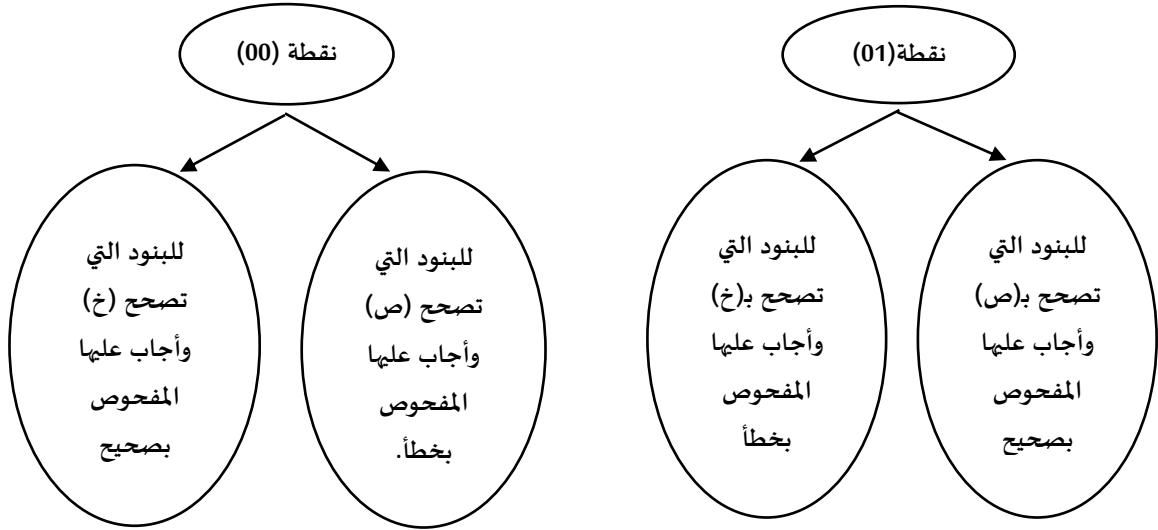
يمكن تطبيق مقياس "تمبلر" فردياً أو جماعياً، تحتوي كراسة الأسئلة على "التعليمية" التي توضح طريقة الإجابة وتمثل في:

-إذا كانت العبارة صحيحة أو تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (ص).

-إذا كانت العبارة خاطئة أو لا تنطبق عليك بشكل كبير ضع دائرة حول (خ).

تسجل إجابات المفحوص على الكراسة ذاتها، وتتضمن هذه الكراسة: كتابة سن المفحوص، المستوى الدراسي. ويطلب من المفحوص قراءة التعليمية لإزالة الغموض أو سوء الفهم، وعموماً لا يقوم الفاحص بتحديد مدة انتهاء الاختبار مع مراعاة ألا تطول مدته بشكل مبالغ فيه.

يشمل هذا المقياس كما سبق الذكر 15 بندا، (09) منها تصحح "بنعم" و(06) تصحح بـ "لا" ويكون التنقيط بإعطاء:



شكل (27): يبين تنقيط الاستجابات لمقياس قلق الموت "لتمبلر 1967".

جدول (08): يوضح سلم اختبار قلق الموت لدونالد تمبلر.

14	13	12	11	10	9	8	4	1	البنود التي تصحح بـ: ص:
			15	7	6	5	3	2	البنود التي تصحح بـ: خ:

يفرض هذا المقياس أن درجة (0) ← تعتبر أدنى الدرجات التي يمكن لأي مفحوص أن يحصل عليها.

أما درجة (15) ← فهي أعلى درجة يمكن الحصول عليها.

يتم تقدير وجود قلق الموت أو عدمه بأسلوب الدرجة الفاصلة وهي كالتالي:

← الدرجة التي تتراوح بين (0-06) تشير إلى عدم وجود قلق الموت .

← الدرجة التي تتراوح بين (07-08) تشير إلى وجود قلق موت متوسط .

← الدرجة التي تتراوح بين (09-15) تشير إلى وجود قلق موت مرتفع. (عبد الخالق، 1987، ص 65-71)

ج. صدق وثبات الاختبار:

فيما يخص ثبات المقياس استخدم "أحمد محمد عبد الخالق" ثبات الإعادة وكان الفاصل الزمني بين التطبيقين أسبوع واحد وقد وصل المعامل إلى 0,70 للذكور (ن: 44) و0,63 للإناث (ن: 56) وتعد هذه المعاملات جميعها مقبولة، أما فيما يخص الصدق فقد ثبت أن هذا المقياس صادقا عربيا وعالميا حيث استخرج له الصدق العاملي في البيئة

العربية في مصر في دراسة "عبد الخالق 1986"، وكذلك استخرج له الصدق العاملي على طلبة الجامعات البريطانية في دراسة "مالي 1999" حيث كان تشبع جميع الفقرات على أبعادها الثلاثة أكثر من (0,40)<sup>5</sup>.

أما في البيئة الجزائرية فقد تم حساب الثبات للاختبار من طرف "شهرزاد بوشدوب" عن طريق معادلة ألفا كرونباخ حيث بلغت قيمته 0,91 وهو معامل ثبات عال يشير إلى مدى ما يتمتع به المقياس من قدر مرتفع من الثبات. أما الصدق فقد تم الاعتماد على الصدق التمييزي على عينة من (30) فرد. (بوشدوب، 2011، ص 130)

#### 3-4- مقياس التوافق النفسي للمسنين من إعداد "سامية القطان 1982": أ. تقديم المقياس:

قام بوضع هذا المقياس وتقنيته في البيئة المصرية سامية القطان عام 1982 وهو يقيس كلا من التوافق النفسي والتوافق الاجتماعي العام.

ويتكون المقياس 40 عبارة موزعة كالآتي:

التوافق النفسي: 20 عبارة (العبارات الفردية).

التوافق الاجتماعي: 20 عبارة (العبارات الجماعية).

مع العلم أنه تم تقنين المقياس على عينة قوامها (120) مسنا.

ب. طريق التصحيح: يتم تصحيح المقياس كالتالي:

جدول (09): يوضح كيفية تصحيح مقياس التوافق النفسي لسامية القطان 1982.

البدائل	نعم	في بعض الأحيان	لا
الدرجات	03	02	01

تعتبر الدرجة من 40 إلى 70 دالة على التوافق، وتعتبر الدرجة من 81 إلى 120 دالة على عدم التوافق بشكل عام ويمكن استخراج التوافق النفسي والتوافق الاجتماعي كل على حده، فكل العبارات الفردية تقيس التوافق النفسي وكل العبارات الزوجية تقيس التوافق الاجتماعي. (شاذلي، 2001، ص ص 219.220)

ج. صدق المقياس:

يشير إلى مدى دقة وصلاحيته ذلك المقياس بحيث يكون صادقاً عندما يقيس ما وضع لقياسه، وهناك العديد من المؤشرات لقياسه. وفي دراستنا هذه اعتمدنا على مؤشر الصدق الذاتي أي صدق نتائج الاختبار وذلك بحساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات المقياس. ووجدنا معامل الصدق الذاتي لهذا المقياس عالي بحيث يساوي 0,97، أي يدل على أنه صادق بدرجة عالية.

<sup>5</sup> التشبع هو المبدأ الأكثر شيوعاً لتقييم مدى كفاية بيانات العينة الهادفة في البحث، ويعني التشبع أنه يمكن للباحث أن يطمئن بشكل معقول بأن جمع المزيد من البيانات سيؤدي إلى نتائج مماثلة ويعمل على تأكيد الموضوعات والاستنتاجات الناشئة. (Sandra, stormy, 2017)

د. ثبات المقياس :

يتعلق الثبات باتساق المقياس من خلال طرق إحصائية مختلفة ويقصد به أنه إذا أعيد إجراء نفس المقياس على نفس العينة دلت النتائج على أنها ثابتة تماما، ومن الطرائق التي يتم بواسطتها حساب الثبات نجد طريقة الصورة المتكافئة وطريقة إعادة الاختبار وطريقة التجزئة النصفية.

وفي هذه الدراسة تم حساب الثبات يدويا بعد تطبيق المقياس على عينة تكونت من 20 فردا وذلك بالاعتماد على طريقة التجزئة النصفية بإيجاد معامل بيرسون ثم التعديل باستخدام معادلة سبيرمان-براون للحصول على القيمة المصححة لمعامل ثبات الاختبار الكلي. ووجد معامل الارتباط 0.96 مما يشير إلى ارتفاع واتساق ثبات المقياس.

وبناء على حساب الصدق والثبات يمكن القول أن المقياس يتمتع بدرجات صدق وثبات مرتفعة ما يؤكد صلاحيته للتطبيق في هذه الدراسة.

### ثالثا- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

بغرض التأكد من صحة فرضيات دراستنا وإجابة عن أسئلتها تم الاعتماد على أساليب الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS (نسخة 022) لمعالجة البيانات المتحصل عليها من تطبيق مقياسي الدراسة وذلك لاكتساب نتائج أكثر دقة، ونشير إلى أهم المعاملات المعتمد عليها كما يلي:

#### 1. معامل الارتباط بيرسون:

يعتبر معامل بيرسون من أهم وأكثر المعاملات المستخدمة حيث يعتمد في حساب معامل الارتباط البسيط بين متغيرين، للتحقق من صدق المقياس وثباته وتعد طريقة استخدام الدرجات الخام أكثر صلاحية ودقة عندما يكون عدد الحالات كبيرا، ويتم حساب معامل الارتباط بيرسون من خلال المعادلة الآتية:

$$r = \frac{n \sum(xy) - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

#### 2. معامل الارتباط سبيرمان:

تعتمد هذه الطريقة على حساب معامل الارتباط بيرسون بين نصفي الاختبار ثم إدخال معامل الثبات باستخدام معامل سبيرمان-براون للحصول على القيمة المصححة لمعامل ثبات الاختبار الكلي وتقوم أساسا على افتراض توازي نصفي الاختبار فكلما زادت القيمة عن الافتراض كانت النتائج أكثر دقة وكلما انحرفت عن الافتراض بشكل أكبر كلما كانت النتائج أقل دقة، ويتم تطبيقه من خلال المعادلة التالية:

$$s = \frac{2r}{1+r}$$

3. النسبة المئوية:

يمكن استخدام النسبة المئوية في العديد من المجالات ونجد منها الإحصاءات المتنوعة، وتعتبر طريقة يمكن من خلالها التعبير عن أحد الأعداد كجزء أو حصة من مجموعة من الأعداد وعليه يمكن حسابها من خلال تقسيم عدد الأفراد أو الحاجيات المراد معرفة نسبتها على العدد الكلي للعينة المعتمد في الدراسة وضرب الناتج النهائي في 100، الموضحة في القانون الآتي:

$$\text{النسبة المئوية} = \frac{\text{عدد الأفراد}}{\text{العدد الكلي للعينة}} \times 100$$

4. المتوسط الحسابي:

يعتبر المتوسط الحسابي من أهم مقاييس النزعة المركزية وهو تلك النتيجة التي تتجمع حولها مجموعة من القيم ومن خلال هذه النتيجة يمكن الحكم على كل التكرارات الموجودة في المجموعة. ويتم حساب المتوسط الحسابي عن طريق مجموع تكرارات القيم لعينة ما مقسوما على عددها، ونوضح قانون المتوسط الحسابي كالتالي:

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{N}$$

حيث أن:

$\bar{X}$ : المتوسط الحسابي.

$\sum x$ : مجموع تكرارات القيم.

N: عدد أفراد العينة.

5. الانحراف المعياري:

يعد من أهم مقاييس التشتت الأكثر شيوعا والذي يمكن عن طريقه قياس الفروق الفردية قياسا دقيقا، حيث كلما زادت قيمة الانحراف المعياري زاد تشتت البيانات عن المتوسط الحسابي، وكلما قلت قيمة الانحراف المعياري قل تشتت البيانات عن المتوسط الحسابي، ويتم حسابه عن طريق أخذ الجذر التربيعي لمجموع مربعات انحراف القيم عن المتوسط على عدد القيم، وتكون معادلته كالتالي:

$$S = \frac{\sqrt{\sum (\bar{X} - x)^2}}{N}$$

حيث أن:

S: الانحراف المعياري.

$\bar{X}$ : المتوسط الحسابي.

x: عدد التكرارات.

N: عدد أفراد العينة.

6. الاختبار التائي T:

هو أحد أهم الاختبارات الإحصائية وأكثرها استخداماً في الأبحاث والدراسات التي تهدف لقياس الفرق بين متوسطي عينتين مستقلتين أي أن الأشخاص في المجموعة الأولى ليسوا هم في المجموعة الثانية. وقد تم الاعتماد على هذا الاختبار في دراستنا للكشف عن الفروق بين المسنين في قلق الموت والتوافق النفسي حسب متغير الجنس، كذلك معرفة تباين قلق الموت والتوافق النفسي عند المقارنة بين وضعية المسنين بدار الأشخاص المسنين واقراءهم مع أسرهم.

7. اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA:

هو أسلوب إحصائي يستخدم عندما يكون الغرض من الدراسة هو المقارنة بين عدة متوسطات أو التوصل إلى قرار يتعلق بوجود أو عدم وجود فروق بين هذه المتوسطات عند المجموعات التي تعرضت للمعالجة، ويعتمد في صورته النهائية على الكشف عن مدى اقتراب التباين بين المجموعات من التباين داخل المجموعات أو مدى ابتعاده، وإذا كان المتغير التابع واحد يستخدم تحليل التباين في اتجاه واحد نرمز له ب: f، وقد استخدم هذا الاختبار لمعرفة الفروق بين المسنين في قلق الموت والتوافق النفسي حسب المتغيرين (السن، الحالة الاجتماعية).

## خلاصة الفصل.

يعتبر هذا الفصل خطوة شملت منهجية البحث، حيث تطرقنا فيه إلى الإجراءات المنهجية لدراستنا، ابتداء بالدراسة الاستطلاعية وخطواتها ثم تحديد المنهج الملائم لدراسة الأ وهو المنهج الوصفي وبعدها تم تحديد مجتمع الدراسة المتمثل في فئة المسنين وحجم العينة وخصائصها، ثم انتقلنا إلى تطبيق أدوات الدراسة وتحديد خصائصها السيكومترية (الصدق والثبات)، كما قمنا بعرض الأساليب الإحصائية الملائمة لطبيعة الموضوع وبعض الصعوبات التي واجهتنا.



# الفصل السادس:

## عرض ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة.

تمهيد.

أولاً- عرض نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات.

ثانياً- تفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات والدراسات السابقة.

ثالثاً- استنتاج عام.

خلاصة الفصل.

صعوبات الدراسة.

تمهيد.

يعتبر هذا الفصل خطوة هامة في هذه الدراسة يتضمن عرض النتائج المتوصل إليها وتنظيمها في جداول وتحليلها وذلك بغرض الإجابة عن أسئلة الدراسة وهذا بعد التحقق من الفرضيات إما بتأكيد صحتها أو نفيها، حيث تم استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة بعدها يتم تفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات والدراسات السابقة بعد التطرق إلى هذه الخطوات تم وضع استنتاج عام.

أولاً-عرض نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات:

1. عرض نتائج الفرضية الأولى:

التمثلة في "وجود علاقة ارتباطية بين متغير قلق الموت ومتغير التوافق النفسي في استجابات الأشخاص المسنين المقيمين بدارالأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم".

وللتحقق من هذه الفرضية قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وإيجاد قيمة معامل الارتباط بيرسون، والجدولين التاليين يوضحان النتائج التالية:

الجدول رقم(10): يوضح نتائج استجابات افراد العينة على مقياسي قلق الموت والتوافق النفسي

المتغيرات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	أعلى قيمة	أدنى قيمة
قلق الموت	70	6,92	3,33	13,00	1,00
التوافق النفسي	70	39,27	7,16	54,00	25,00

تشير المعطيات المسجلة في الجدول رقم (10) أن المتوسط الحسابي لاستجابات قلق الموت بلغ 6,92 بانحراف معيار قدره 3,33 وهذا ما يدل على أن طبيعة البيانات متقاربة ومتراكمة حول المتوسط أما فيما يخص متوسط استجابات التوافق النفسي بلغ 39,27 بانحراف معياري قيمته 7,16 وهذا ما يدل على أن طبيعة البيانات متقاربة ومتراكمة حول المتوسط.

الجدول رقم (11): يوضح قيمة معامل ارتباط بيرسون بين قلق الموت والتوافق النفسي

المتغيرات	معامل الارتباط بيرسون	Sig
قلق الموت	0,42**	0,00
التوافق النفسي		

\*\*الارتباط دال عند مستوى الدلالة 0,01

من خلال قراءة الجدول رقم (11) يتضح لنا أن قيمة المعامل الارتباط بيرسون 0,42 عند sig=0.00 وهو أقل من مستوى الدلالة المعتمدة في الدراسة (0,05) وتعتبر هذه النتيجة دالة إحصائياً وهذا يعني رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية المصاغة حيث توجد علاقة ارتباطية بين متغير قلق الموت ومتغير التوافق النفسي في استجابات الأشخاص المسنين المقيمين بدارالأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم.

2. عرض نتائج الفرضية الثانية:

التي تنص على "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى لمتغير الجنس".

بغرض التأكد من صحة هذه الفرضية تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكلا الجنسين واعتمدنا على الاختبار T لعينتين مستقلتين غير متساويتين لتحديد الفروق، ونوضحها على النحو التالي:

الجدول رقم (12): يوضح نتائج اختبار (T) لحساب الفروق بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في مستوى قلق الموت تعزى لمتغير الجنس

قلق الموت/الجنس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	Sig
ذكر	30	5,66	2,91	-2,88	0,005
أنثى	40	7,87	3,34		

يتضح من نتائج الجدول السابق أن  $\text{sig}=0,005$  لقيمة t التي تساوي -2,88 أصغر من مستوى الدلالة المحدد والذي هو 0,05 أي أنها تدل على وجود دلالة إحصائية، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى لمتغير الجنس ونقبل بالفرضية المعتمدة التي تتمثل في وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى لمتغير الجنس.

### 3. عرض نتائج الفرضية الثالثة:

التي تقر "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى لمتغير السن".

بحيث تم الاعتماد على اختبار التباين الأحادي ANOVA لتحديد الفروق بين عدة متوسطات مستقلة وهي كما يلي:

الجدول رقم (13): يوضح نتائج اختبار التباين الأحادي لحساب الفروق بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في قلق الموت لمتغير السن

قلق الموت/السن	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	Sig
بين المجموعات	60,137	3	20,046	1,87	0,14
داخل المجموعات	706,506	66	10,705		
المجموع	766,643	69			

تدل النتائج الموضحة في الجدول رقم (13) على عدم وجود دلالة إحصائية وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى لمتغير السن ونرفض الفرضية المصاغة "وجود فروق ذات دلالة بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى لمتغير السن"، وذلك أن قيمة  $F=1,87$  عند  $\text{sig}=0,14$  أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة في دراستنا والتي تساوي 0,05.

4. عرض نتائج الفرضية الرابعة:

التي تتمثل في "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية".

الجدول رقم (14): يوضح نتائج اختبار (ANOVA) لحساب الفروق بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في مستوى قلق الموت تعزى للحالة الاجتماعية

قلق الموت/الحالة الاجتماعية	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	Sig
بين المجموعات	69,606	3	23,202	2,19	0,09
داخل المجموعات	697,037	66	10,561		
المجموع	766,643	69			

من الجدول رقم (14) نجد أن sig=0,09 لقيمة F=2,19 تدل على أنه لا توجد دلالة إحصائية وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى للحالة الاجتماعية ونرفض الفرضية الموضوعة المتمثلة في وجود فروق ذات دلالة بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى لمتغير السن، وهذا لأن sig أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة في الدراسة.

5. عرض نتائج الفرضية الخامسة:

المتتمثلة في "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير الجنس".

وللتأكد من صحة هذه الفرضية تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل من الجنسين كذلك تم استخدام الاختبار T لعينتين مستقلتين غير متساويتين وذلك لتحديد الفروق حسب مستوى الدلالة، والنتائج الموضحة في الجدول رقم (12).

الجدول رقم (15): يوضح نتائج اختبار (T) لحساب الفروق بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في مستوى التوافق النفسي تعزى لمتغير الجنس

التوافق النفسي/الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	Sig
ذكر	30	38,60	7,44	-0,67	0,50
انثى	40	39,77	6,99		

على ضوء بيانات الجدول رقم (15) يتضح أنه لا يوجد دلالة إحصائية وبالتالي قبول الفرضية الصفرية التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير الجنس. ونرفض الفرضية المصاغة التي تقر وجود فروق ذات دلالة

إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير الجنس. وذلك من خلال ما توضحه sig=0.50 لقيمة t=-0,67 والتي هي أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة (0,05)،

6. عرض نتائج الفرضية السادسة:

التي تنص على "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير السن".

لغرض اختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين الأحادي ANOVA وهو الأنسب لتحديد الفروق بين عدة متوسطات لعينات مستقلة، وتحصلنا على النتائج الموضحة:

الجدول رقم (16): يوضح نتائج اختبار (ANOVA) لحساب الفروق بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في مستوى التوافق النفسي تعزى لمتغير السن

التوافق النفسي/السن	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	Sig
بين المجموعات	401,916	3	133,972	2,82	0,04
داخل المجموعات	3135,926	66	47,514		
المجموع	3537,843	69			

من خلال النتائج الموضحة بالجدول نلاحظ أن قيمة f=2.82 عند sig=0.04 والذي قيمته أقل من مستوى الدلالة المعتمدة في دراستنا (0,05) أي ان هذه النتيجة دالة إحصائياً وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير السن، ونقبل الفرضية كما هي المتمثلة في وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير السن.

7. عرض نتائج الفرضية السابعة:

التي تقر "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية".

كذلك تم استخدام اختبار التباين الأحادي ANOVA لتحديد الفروق بين عدة متوسطات لعينات مستقلة، وتحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (17): يوضح نتائج اختبار (ANOVA) لحساب الفروق بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في مستوى التوافق النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية

التوافق النفسي/الحالة الاجتماعية	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	Sig
بين المجموعات	499,264	3	166,421	3,61	0,01
داخل المجموعات	3038,579	66	46,039		
المجموع	3537,843	69			

توضح بيانات الجدول رقم (17) أن قيمة  $f=3.61$  عند  $sig=0.01$  والذي قيمته أقل من مستوى الدلالة المعتمدة في دراستنا (0,05) وهذا ما يدل على أن النتيجة دالة إحصائياً وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية التي تقر عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، ونقبل الفرضية المصاغة التي تتمثل في وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

8. عرض نتائج الفرضية الثامنة:

التمثلة في "وجود تباين مستوى قلق الموت عند المقارنة بين وضعية الأشخاص المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم".

وللتحقق من هذه الفرضية تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري الخاص بوضعية المسنين وتم استخدام الاختبار T لعينتين مستقلتين غير متساويتين وذلك لتحديد الفروق حسب مستوى الدلالة، والنتائج الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (18): يوضح مستوى قلق الموت بين وضعية الأشخاص المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم

قلق الموت/الوضعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	Sig
المقيمين بدار الأشخاص المسنين	10	4,30	1,88	2,82	0,006
المقيمين مع أسرهم	60	7,36	3,32		

يتضح من الجدول رقم (18) أن هناك دلالة إحصائية حيث تشير إلى رفض الفرضية الصفرية التي تتمثل في عدم تباين مستوى قلق الموت عند المقارنة بين وضعية المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم ونقبل الفرضية كما هي التي تنص على أنه يتباين مستوى قلق الموت عند المقارنة بين وضعية الأشخاص المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم، وذلك من خلال ما تبينه  $sig=0.006$  لقيمة  $t=2.82$  وهي والتي هي أقل من مستوى الدلالة المعتمد في دراستنا (0,05).

9. عرض نتائج الفرضية التاسعة:

المتتمثلة في "وجود تباين مستوى التوافق النفسي عند المقارنة بين وضعية المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم".

الجدول رقم (19): يوضح مستوى التوافق النفسي بين وضعية الأشخاص المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم

التوافق النفسي/الوضعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	Sig
المقيمين بدار الأشخاص المسنين	10	40,00	8,65	0,34	0,73
المقيمين مع أسرهم	60	39,15	6,95		

من الجدول رقم (19) نجد أن  $\text{sig}=0,73$  لقيمة  $t=0,34$  تدل على أنه لا توجد دلالة إحصائية وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية التي تنص على عدم تباين مستوى التوافق النفسي عند المقارنة بين وضعية المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم، ونرفض الفرضية الموضوعة التي تنص على وجود تباين مستوى التوافق النفسي عند المقارنة بين وضعية المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم، وهذا لأن  $\text{sig}$  أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة في الدراسة.



## ثانيا- تفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات والدراسات السابقة:

## 1. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

كانت تنص على " وجود علاقة ارتباطية بين متغير قلق الموت ومتغير التوافق النفسي في استجابات الأشخاص المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم".

يتضح من الجدول رقم (11) وبعد احتساب معامل الارتباط لبيرسون أن النتائج المتحصل عليها تدل على أن هناك ارتباط موجب قوي بين متغير قلق الموت ومتغير التوافق النفسي، وبالتالي تحقق الفرضية الموضوعية على أساس وجود علاقة ارتباطية بين قلق الموت والتوافق النفسي في استجابات المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم.

أي أن ظهور قلق الموت والتفكير فيه لا يؤثر على التوافق وكلما كان تفكير المسن في الموت وانتظاره له كلما كان له توافق نفسي، وهذا سواء عند المسن المقيم بدار الأشخاص المسنين أو المقيم مع أسرته، بحيث أن كلا منهما واجه العديد من التغيرات والمشاكل ومختلف الظروف والأمراض التي تعتبر أكبر عائق في التوافق الجيد إن لم يستطع على مواجهتها وبالتالي يجلس ينتظر الموت وهو على توافق نفسي تام.

وبالتالي قلق الموت ليس له دخل في توافق المسن بحيث يمكن إرجاع التوافق النفسي إلى أسباب أخرى حيث يتعرض المسن خلال هذه المرحلة إلى درجة هائلة من الضغوط ويمكن أن يعتبر الفشل في التوافق هو نتاج لها وتواترها في حياة الشخص المسنين كذلك خبرات الحياة التي يكون قد تعرض لها من السوء والصعوبة لم تساعده على اكتساب الأساليب الملائمة التي يستطيع بها مواجهة الصعوبات، وتعد مرحلة التقدم في العمر مرحلة حتمية فبعد أن تمتع الفرد قبل هذه المرحلة بالنشاط والحيوية جاءت مرحلة التدهور والضعف والتراجع في الوظائف الفسيولوجية والبيولوجية والنفسية من تراجع في الصحة وضعف في القدرات العقلية والحركية والانتقال على الغير، كذلك يواجه فيها العديد من المشاكل وكل أنواع الأمراض والاضطرابات من اكتئاب وخوف وتوتر والشعور بالوحدة والكآبة ليصل حتى إلى قلق الموت حيث نجد هذا الأخير يظهر عند الكبير والصغير وقد وصفه " ليستر 1967" بأنه انتقالا إلى الحياة الأخرى والتي قد ينظر إليها الفرد على أنها حياة رهيبة وفظيعة أو حياة رائعة ينتظرها الشخص بخوف أو بهدوء وهذا يتحدد من خلال ما فعله في حياته السابقة، فإذا كان ما فعله يبعث السعادة والاحساس بالإنجاز فإنه سيجتاز هذه الأزمة بنجاح وهذا ما يشعره بالتكامل والرضا والمكانة داخل النسق الأسري، أما إذا كانت نظرتة للماضي تتسم بالإحباط وخيبة الأمل فسوف يشعر باليأس والخوف وهذا ما يجعله يدخل في دوامة قلق الموت، إلا أنه لا يتأثر توافقه لأنه يعلم أن الموت آتية ولا هروب منها أي أنه أصبح يقبل حدث الموت لعدة أسباب منها مروره على تجارب الحزن والألم الذي عانى منها نتيجة موت الآخر سواء الأقارب أو الزوج أو الأصدقاء... فلم يعد باستطاعته أن يبقى الموت على مسافة بعيدة منه.

كذلك قد أورد القرآن الكريم كثير من الآيات تتعلق بالحياة والموت ومنها قوله تعالى عز وجل {قُلْ إِنْ كَانَتْ لَكُمْ الدَّارُ الْآخِرَةُ عِنْدَ اللَّهِ خَالِصَةً مِّنْ دُونِ النَّاسِ فَتَمَنَّوْا الْمَوْتَ إِنْ كُنْتُمْ صَادِقِينَ} (سورة البقرة، الآية 93)، ليبين الله

سبحانه وتعالى أن قلق الموت يكون أكبر لدى غير المؤمن ويبدو الخوف من الموت في الإسلام سمة أشارت لها الآيات والأحاديث النبوية الشريفة وهما الموت وقلة المال، وإن المؤمن الصادق لا يخاف من الموت لأنه يعلم أن الموت سينقله إلى نعيم الحياة الخالدة.

ونجد أن الإسلام يعلمنا أن الموت حق على جميع الكائنات ومآل طبيعي لكل حي والنهاية الحتمية لكل ذي روح وأن أكبر سر في الحياة هو الموت، مهما حاول التنصل من ذلك أو الهروب منه حيث يقول الحق سبحانه وتعالى في القرآن الكريم {وَجَاءَتْ سَكْرَةُ الْمَوْتِ بِالْحَقِّ ذَلِكَ مَا كُنْتَ مِنْهُ تَحِيدًا}. (سورة ق، الآية 19).

وفي آية أخرى {كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ الْمَوْتِ وَنَبْلُوكُمْ بِالشَّرِّ وَالْخَيْرِ فِتْنَةٌ وَإِلَيْنَا تُرْجَعُونَ} (سورة الأنبياء، الآية 35)، أي إيمان المسلم بأن الله هو الخالق الذي يهب الحياة لجميع المخلوقات بما فيها الإنسان وهو الذي يحدد متى ستكون نهايته، بحيث لا يمكن للإنسان مهما بلغ علمه أن يحدد نهايته أو يعرف وقت موته. (ربايعة، 2018، ص 218)

لذلك نجد المسن المؤمن في حياته المتبقية يصبح يفكر بالموت ويعمل على انتظاره والاستعداد له ومن جهة أخرى متوافق عادي وذلك عند قدرته على مواجهة الصعوبات والضغوطات الأخرى الموجودة في حياته.

حيث تم ملاحظة هذا عند احتكاكنا على عينة الدراسة ومن خلال حديثهم عند تطبيق المقياسين بأنهم دائما ما يفكرون في الموت وأنهم مؤمنون به وجالسون ينتظرونه باستعداد وتقبل وبالمقابل متوافقون سواء مع ذواتهم أو مع المحيطين بهم وذلك داخل دار الأشخاص المسنين أو مع أسرهم، أي انه يظهر لديهم تفكير في الموت منخفض أو منعدم من الأساس وقد يؤكد هذا بدراسة "العاني 2015" التي كانت من بين أهدافها التعرف على مستوى قلق الموت عند المسنين وكانت النتيجة تدل على أن مستوى قلق الموت كانت نسبته منخفضة عند المسنين، كذلك نجد دراسة "ثورسون وبيركنز 1977" التي حاولت من خلالها التعرف على العلاقة ما بين قلق الموت والعمر والجنس والمستوى التعليمي على عينة من كبار السن وكانت من بين النتائج أن كبار السن أقل قلق من الموت مقارنة مع الأصغر سننا.

وفي حدود علم الطالبتين وبِحتمهما لم تعثرا على أي دراسة شملت على متغيري قلق الموت والتوافق النفسي والعلاقة بينهما لدى فئة المسنين تتوافق نتيجة هذه الدراسة أو تعارضها.

## 2. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

وكان منطوق الفرضية الثانية: "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم عند مستوى قلق الموت تعزى لمتغير الجنس".

ودلت النتائج المتوصل إليها من استعمال اختبار t لحساب الفروق بين كلا من الذكور والإناث على أن دلالة sig أصغر من الدلالة المعتمدة في دراستنا التي تساوي (0,05)، وهذا يشير إلى رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة أي تحقق فرضية الدراسة وبالتالي هناك فروق بين جنس الذكور المسنين وجنس الإناث المسنات في قلق الموت، إذ أن ما يميز المسنين ككل في مرحلتهم هذه هو الضعف والشعور بالوحدة ونقص القيمة والكأبة التي تؤدي إلى الرغبة في الموت وهو حقيقة لا مفر منها. فنظرة كل فرد تختلف عن فرد آخر وتزداد كلما كانت حالة الفرد

حساسية أكثر فتختلف بين المريض والسليم وبين الصغير والكبير وبين الأثني والذكر إذ أن فئة المسنين تعد من الفئات الحساسة لذا نجدها أكثر عرضة للمشاكل، القلق والخوف ما يؤدي إلى قلق الموت.

حيث تبين لنا نتائج الجدول رقم (12) أن المتوسط الحسابي لدى الإناث المسنات (7,87) أكبر من المتوسط الحسابي لدى الذكور المسنين (5,66)، أي أن الإناث يكون لهم قلق موت أعلى من الذكور وهذا قد يرجع إلى الاختلاف في البنية النفسية والجسمية بينهما أي أنهن أكثر هشاشة من الذكور كما أن عاطفتهم ونفسيتهن مرهفة أكثر، كذلك نجد الشيخوخة البيولوجية التي تلعب دوراً بأنها تبدأ بفترة قبل أن تصلن إلى سن الشيخوخة.

كما ترى "كوبلر-روس" أن الإناث يشعرن بأمان أقل ومن ثم يكون قلقهن من الموت أعلى، على أن قلقهن المرتفع من الموت لا يتعلق فقط بموتهن شخصياً، بل يتعلق أيضاً بموت أزواجهن، كذلك تخاف النساء المتقدمات في العمر أن يتركن وحيدات أكثر مما يخاف الرجال، كما أن النساء عموماً يخفن الألم والمعاناة الطويلة أكثر من الرجال. كما نجد أن الانفعالات لدى الأثني تكون زائدة ويتولد عنها انعدام الراحة في الفكر الذي يؤدي إلى حالة خاصة من الألم النفسي ويظهر عليها بشكل توتر شديد يرافقه خوف ليس له مبرر يتعلق بتوقع حدوث شيء غامض ما ينتج قلق موت أعلى. أما بالنسبة لذكور فنجد لديهم شجاعة لإخفاء أهمهم وعدم الكشف عن خوفهم وقلقهم، كذلك يكون لديهم استعداد لمواجهة هذا القلق أو الخوف أو مشكلاتهم بصفة عامة، ويرى "شولتز" أن النساء يخفن الموت على أساس انفعالي بينما ينظر الرجال إلى الموت في ضوء معرفي.

ونجد أن هذه النتيجة المتوصل إليها اتفقت في وجود فروق في قلق الموت من حيث الجنس وذلك لصالح الإناث مع ما تشير إليه دراسة عزيزة وآخرون (2010) التي هدفت إلى فحص مستوى قلق الموت لدى المسنين المسلمين من عرب الأراضي المحتلة (1984) وخلصت الدراسة إلى ظهور فروق تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

كذلك تتفق مع دراسة "جملة (2015)" التي هدفت لمعرفة الفروق في درجات قلق الموت لدى المسنين المقيمين ببلدية المسيلة ويعزى لمتغيرات الدراسة (الجنس، السن)، حيث توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات قلق الموت لدى المسنين ببلدية المسيلة حسب متغير الجنس.

ونجد كذلك دراسة "الحلو (2008)" تتفق مع نتيجة هذه الفرضية والتي هدفت إلى دراسة حول قلق الموت لدى كل من الشيوخ والشباب، حيث توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لصالح فئة الشيوخ، وظهرت فروق دالة بين الذكور والإناث في قلق الموت لصالح الإناث.

ومع هذا يمكننا الإشارة إلى أنه قد نجد فروق بين الإناث فيما بينهم على حدى والذكور على حدى في دار الأشخاص المسنين وأقربهم مع أسرهم، وهذا ما تؤكدته دراسة "بلان (2009)" بعنوان دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية ومع أسرهم حيث هدفت إلى الكشف عن الفروق بين المسنين المقيمين في دور رعاية المسنين والمسنين المقيمين مع أسرهم في درجة معاناتهم للقلق، حسب متغيرات مكان الإقامة والعمر والجنس، وتوصلت إلى أن هناك فروق دالة على وجود سمة القلق بين المسنين الذكور المقيمين مع أسرهم والمسنين المقيمين بدور الرعاية.

## 3. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

التي كانت موضوعة على أساس "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربائهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى لمتغير السن".

وتم الاعتماد فيها على اختبار التباين الأحادي anova لحساب الفروق بين عدة متوسطات حيث أسفرت النتائج على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربائهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى لمتغير السن وذلك بأن Sig كانت أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة، وبالتالي عدم تحقق فرضية الدراسة. أي أنه لا توجد فروق في قلق الموت تبعا لمتغير السن بين المسنين سواء كانوا مقيمين بدار الأشخاص المسنين أو مقيمين مع أسرهم.

وكما نعلم أن الموت حقيقة لا مفر منها إذ أنه ليس بالأمر الهين في أي وقت أو في أي مرحلة من مراحل العمر ولكن قد نجده في الشيخوخة ربما يكون أسهل، فكبار السن بصورة عامة أكثر استعدادا لمواجهة الموت من صغار السن وهذا ما تؤكدته دراسة "ثورسون وبيركنز (1977)" والتي حاولت من خلالها التعرف على العلاقة ما بين قلق الموت والعمر والجنس والمستوى التعليمي على عينة من كبار السن وكشفت النتائج إن كبار السن أقل قلقا من الموت مقارنة مع الأصغر سنا، حيث يكون المسن قد فكر في الموت وحتى قد قام بتحضيرات واستعدادات له كذلك، يكون كبير السن قد تكيف مع بعض المتغيرات كالتراجع في الصحة والعجز عن تحقيق بعض أهدافه والانسحاب عن بعض النشاطات بسبب ضعف طاقته كذلك تعرضه لظروف أو موافقا حياتية معينة أو مشاهدة أصدقاء له واقارب يعبرون هذا الطريق. وكل هذه التغيرات والظروف ومواجهتها تؤدي إلى عدم التفرقة في السن وغض النظر عنه أي لا يعود ظهور قلق الموت إلى سن الشخص في مرحلة الشيخوخة، قد تربطه بشعور الفرد بأن قلقه من الموت يتحدد من خلال ما فعله في حياته السابقة فإذا كان ما فعله جيد يكون لديه تفكير سهل في الموت والعكس.

حيث نجد أن عدم تحقق فرضية الدراسة اتفقت مع دراسة "أبو صاع 2010" التي كانت نتائجها تدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق الموت تبعا لمتغير العمر.

ونجدها قد اختلفت مع دراسة "الريماوي وأبو هلال 2015" التي هدفت إلى التعرف على المساندة الاجتماعية وعلاقتها بقلق الموت لدى المسنين، حيث كانت النتيجة تدل على وجود فروق في متوسطات قلق الموت لدى المسنين تبعا لمتغير العمر.

كذلك دراسة "بلان 2009" التي هدفت إلى الكشف عن الفروق بين المسنين المقيمين في دور رعاية المسنين والمسنين المقيمين مع أسرهم في درجة معاناتهم لقلق، وكانت النتائج تدل على وجود فروق دالة بين سمة القلق بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور الرعاية لمتغير الفئة العمرية التي تبلغ من العمر 71 سنة فما فوق.

ونجد أيضا دراسة "جملة 2015" التي هدفت لمعرفة الفروق في درجات قلق الموت لدى المسنين المقيمين ببلدية لمسيلا يعزى لمتغيرات الدراسة الجنس والسن، وكانت قد توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات قلق الموت لدى المسنين ببلدية المسيلة حسب متغير السن.

#### 4. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

وكانت تنص على " وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقرانهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية".

وبالاعتماد على اختبار تباين الأحادي anova لبرنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية كانت النتائج الموضحة في الجدول (14) تدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقرانهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وذلك يعني عدم تحقق الفرضية الموضوعية على اساس وجود فروق لقلق الموت لمتغير الحالة الاجتماعية.

ويمكن تفسير ذلك بأنه مهما كانت الحالة الاجتماعية سواء متزوجين أو عزاب أو مطلقين أو ارامل فإنهم يعانون من قلق الموت بنفس المستوى وذلك سواء بدار الأشخاص المسنين أو مع أسرهم، وهذا ما يدل على عدم وجود تأثير للحالة الاجتماعية على المسنين حيث أن الظروف الاجتماعية المعاشة لكل الحالات المتشابهة.

فمهما كانت الحالة الاجتماعية لدى المسنين إلا أن جميعهم يتعرضون في مرحلة الشيخوخة إلى تغيرات وصعوبات ومشكلات والعديد من العوامل والظواهر أهمها علامات الشيخوخة والشعور بعجز المهارات الجسمية والضعف والاعتماد على الغير سواء كان المسن متزوجا أو اعزبا أو ارمل أو مطلقا، وهذا ما يؤدي إلى الشعور بنقص القيمة والوحدة والكآبة والخوف وقلق الموت، فالمسن يعلم تماما حتى وإن كان له شريك في الحياة فهما مقبلان على أن الموت فيفرقهما وإن كان أرملًا فهو على استعداد للموت وذلك بتجربة فقدان شريكه، أما العزب والمطلق فهو أيضا وصل إلى مرحلة يفكر فيها بالموت وليس بشرط عند فقدان الشريك فقط فهو قد عاش تجارب فقدان الأقارب والأصدقاء وحتى الأهل. أي أننا نقصد أنه مهما كانت الحالة الاجتماعية للمسن سواء كان مع الأسرة أو في دار الأشخاص المسنين إلا أنه نجد قلق الموت موجود عند كافة المسنين وذلك بصورة متفاوتة.

ونجد أن عدم تحقق هذه الفرضية قد اتفق مع دراسة "أبو صاع 2010" التي كانت نتيجتها عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية.

كذلك "دراسة عياش 2021/2020" التي كانت تهدف إلى التعرف على المعاش النفسي للمسنين المتواجدين على مستوى ولاية سكيكدة وكانت من بين نتائجها عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت للمسنين تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية والتي كانت تتفق مع نتيجة الفرضية الدراسية.

كما نذكر دراسة "بوفرة وشعبي 2017" التي كانت نتائجها تتفق مع نتيجة هذه الدراسة، حيث كانت تهدف إلى الكشف عن مستوى قلق الموت لدى عينة من المجتمع الجزائري ومن نتائجها نجد عدم وجود فروق دالة إحصائية في درجة قلق الموت تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

##### 5. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

التي تنص على "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقرانهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير الجنس".

باستخدام برنامج spss والاعتماد على الاختبار t لحساب الفروق بين كلا الجنسين تحصلنا على sig أكبر من الدلالة المعتمدة وهذا يشير إلى عدم تحقق الفرضية الموضوعية وبالتالي توصلنا إلى عدم وجود فروق في مستوى التوافق النفسي تعزى لمتغير الجنس.

وهذه النتيجة التي تقرر على عدم وجود فروق بين المسنين والمسنين قد نرجعها إلى مجتمعنا الحالي الذي تتطور وأصبحت الإناث مثل الذكور حيث توسعت دائرة معارفهن وعلاقتهم واهتماماتهن وهذا ما أتيح لهن فرص جيدة لنمو الشخصي وتوافقهن النفسي، كذلك ارتفاع الوعي بعدم التفرقة في الأدوار الخاصة بكل جنس، كما نرجعها أيضاً إلى أن الأنثى أصبحت قادرة على إقامة علاقاتها وإدارة شؤونها مثلها مثل الذكر بحيث قدرتهم على إشباع حاجاتهم ودوافعهم وتخلصهم من الإحباطات والصراعات وغيرها من المشاكل التي تواجههم وتحقيق الراحة والأمن النفسي يؤدي بكلاهما إلى توافق نفسي جيد. وبالرغم من هذا إلا أنه يوجد من لا يحقق توافقه سواء الأنثى أو الذكر وذلك راجع إلى الاستراتيجيات المعتمد عليها من طرفهم وضعف قدرتهم على مواجهة المشاكل وتخطيها، كذلك كيفية مواجهة وتقبل التغيرات التي تطرأ عليه تؤثر في توافقه النفسي.

ويمكن إرجاع عدم وجود فروق بين الجنسين أيضاً إلى أن كلا منهما سواء في دار الأشخاص المسنين أو مع أسرهم يواجه في مرحلة الشيخوخة، تغيرات جديدة وضعف وتدهور في صحتهم ما يزيد من مشكلاتهم وأمراضهم وعدم قدرتهم على إحداث توازن بين رغباتهم ومطالب مجتمعهم وكل هذا له أثر على التوافق النفسي مع ذلك فقد نجد العكس مهما كانت مشاكلهم سواء الأنثى المسنة أو الذكر المسن إلا أنهم قادرين على أنفسهم وعلى مواجهة مشاكلهم وصعوباتهم التي تواجههم.

ونجد أن هذه النتيجة المتحصل عليها بأنه لا توجد فروق بين كلا الجنسين في مستوى التوافق النفسي قد اتفقت مع ما ذكره (شاذلي، 2001، ص 93. 94) بأن العديد من الدراسات المستعرضة قد أوضحت ارتباطات ضئيلة بين الجنس والتوافق في التفاعل بين المتغيرات الأخرى إلا أنه قد اتضح عدم وجود فروق ثابتة من حيث الجنس في التوافق النفسي لدى المسنين.

أما دراسة "بوعيشة 2021" التي هدفت إلى الكشف عن طبيعة العلاقات بين المساندة الاجتماعية والتوافق النفسي لدى المسنين، توصلت إلى أنه توجد فروق على مقياس التوافق النفسي تعزى لمتغير الجنس، بحيث كانت هذه النتيجة معارضة لنتيجة المتوصل إليها في الدراسة، وهذا قد يكون راجع إلى ظروف البيئة المطبق فيها.

#### 6. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة:

التمثلة في " وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربائهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير السن."

بالاعتماد على اختبار anova لتحديد الفروق بين عدة متوسطات لعينات مستقلة بينت لنا النتائج من خلال الجدول رقم (16) أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربائهم مع أسرهم لمتغير الجنس، وبالتالي تحققت فرضية الدراسة.

يعتبر العمر أحد أهم العوامل الديموغرافية التي تؤثر على نفسية المسن وحياته، فعندما يصل المسن إلى بين الستين فما فوق يكون كثير الخوف والقلق وكلما تقدم العمر بالمسن أكثر من قبل زادت مشاكله الصحية أكثر وضعفت قواه وأصبح يعتمد على الآخرين ونتيجة التدهور الذي يواجهه يشعر المسن بالحزن والحسرة والألم وبالتالي يشعر باحتقار لنفسه ونقص قيمته ولأنه يعيش بين خيبة الأمل واليأس والكآبة وبالتالي يضعف لديه توافق النفسي. بحيث يشعر في هذه المرحلة بعدم الرضا عن الذات وعدم الراحة النفسية ويكون مشمئزاً من الحياة، وخاصة المسنون الذين لم يسعفهم الحظ ولم يتمكنوا من تكوين أسرة وليس لديهم أشخاص يتواصلون معهم أو الذين لم تتقبلهم أسرهم أو اقاربهم لذا يلجئون لدار الأشخاص المسنين باحثين عن الرعاية والاهتمام سعيد للاستقرار وتحقيق الراحة النفسية وإشباع حاجاتهم وذلك لتحقيق توافقهم النفسي.

حيث نجد نظرية الارتباط تفترض إن انخفاض التفاعل الاجتماعي والنشاط عند المسن هو استجابة طبيعية لعوامل ترتبط بالعمر مثل ضعف الصحة وفقدان الأقران وموت اقارب المسنين وما ينتج عنه من تقلص في العالم الاجتماعي للمسن. ولكي يكون التوافق ناجحاً فيجب أن يكون فك الارتباط عملية متبادلة بين الفرد والمجتمع. وإذا بدأت هذه العملية قبل أن يستعد لها الطرف الآخر يصاب الفرد بالتعاسة. طبقاً لنظرية النشاط يجب أن يتمسك المسنون بأدوار العمر الأوسط وأنشطتها طالما وجدوا إلى ذلك سبيلاً، فيستبدلون الأدوار التي تركوها بأدوار أخرى جديدة (مثل التخطيط لرحلات وممارسة هوايات بعد التقاعد) ويقاومون قدر الإمكان تقلص دورهم الاجتماعي والفيزيقي في الحياة. وبينما تعد كلتا النظريتين مفيدتين إلا أن كلا منهما على حده غير كافي في حد ذاته لتفسير التوافق الناجح لكبر السن إذ لا بد من الرجوع إلى عوامل أخرى هامة مثل الصحة والوضع الاجتماعي والاقتصادي والتعليم والعلاقات الأسرية.

ونجد "دراسة ميرديث 1980" التي هدفت للوصول إلى معرفة العوامل المرتبطة بالتوافق والرضا عن الحياة لدى المسنين، وكانت النتائج تشير على أن هناك ارتباطاً موجباً دال يبين التوافق والرضا عن الحياة وكل من العمر، الحالة الصحية، حالة العمل، أوجه النشاط، حيث تتفق نتائجها مع نتيجة فرضية الدراسة الحالية.

كذلك نجد أن نتيجة هذه الفرضية تتفق مع نتيجة دراسة "سي 2014 / 2015" التي كانت من بين أهدافها إبراز الفروق في تقدير الذات والتوافق النفسي تبعاً للجنس والسن، وكانت من نتائجها أنه حسب متغير السن أثبتت الدراسة على وجود فروق دالة احصائياً بين تقدير الذات والتوافق النفسي.

#### 7. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة:

وكان منطوقها: "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقرانهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية".

دلت نتائج اختبار anova الموضحة في الجدول (17) على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقرانهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وبالتالي تحققت هذه الفرضية أي أن هناك فروق في مستوى التوافق النفسي بين المتزوجين والعزاب والمطلقين والأرامل.

وقد يرجع هذا الأمر إلى طبيعة الحياة الأسرية والاجتماعية القائمة على التعاون والتفاعل مع الآخرين بحيث تشكل هذه الحياة الأسرية والاجتماعية أهمية كبيرة في حياة المسنين، فالمسن في هذا العمر بحاجة لدعم والتوافق والتفاعل مع الأسرة والمحيط وكذلك إقامة علاقات مع الخارج.

ويمكن تفسير هذا بأن الظروف المحيطة هي التي تلعب دوراً في توافق المسن، فالمسن المتزوج مثلاً قد تكون أبسط الأمور التي تؤدي بتوافقه النفسي هي وجود شريك أمام أعينه وعلى قيد الحياة كذلك الاستقرار وتفاهم في العلاقة وهذا ما يعطي له دعماً وقوة وتوافق، حيث الوصول لهذه المرحلة من العمر تؤدي إلى قلة المسؤوليات والالتزامات الخارجية كالعامل وتحمل مسؤولية المنزل وهذا ما يجعله ينتظر من الشريك إلا الدعم والاهتمام والمساعدة حيث نجد أنهم قد أمضوا وقتاً طويلاً مع بعض لذا نجد طرف يتنازل للآخر ويتجاهل المضايقات الصغيرة فمع تقدمهم في العمر مع بعض يكون أكثر فهم وتقبل لبعضهم البعض ما يؤدي به إلى تحقيق توافق نفسي، أما بالنسبة للذي فقد الشريك الذي كان السند والدعم هذا يؤثر عليه سلباً بحيث يفتقد لذلك الدعم والمساعدة وهذا ما يجعله لا يتوافق إلا أنه بالتفكير في ذكرياته مع الشريك وبالنظر إلى ما أنجزه في حياته السابقة ومع وجود الأبناء والأحفاد تجعله يتقبل حياته وذاته ويعمل على توافقه، وبالرغم من هذا لا يمكننا التغاضي عن ذلك المسن الأرمل الذي تخلى عنه أولاده أو أقاربه إن لم يكن له أولاد ما قد يجعله يلجأ لدار الأشخاص المسنين للبحث عن الرعاية والدعم والمساعدة لإشباع حاجاته ومتطلباته لتحقيق التوافق النفسي.

في حين أن المسن المطلق عندما ينظر إلى حياته الماضية يرى فيها خيبة أمل قد تكون بعدم تقبل فقدان الشريك بالطلاق أو عدم اختيار الشريك المناسب وتضييع الفرصة في حياته مما يتكون لديه عدم الرضا واليأس والاشمئزاز من حياته والندم والحسرة ما يؤدي بعدم توافقه نفسياً، ولكن رغم هذا قد نجد من يتقبل حالته الاجتماعية هذه ووحده ويؤمن بقدر الله ومشيئته ما يجعله متوافق نفسياً.



لنأتي في الأخير بأن المسن الاعزب نجده في كثير من الحالات حيث قد يكون أعزب يعيش مع أسرته وأقاربه ومن خلال قدرته على مواجهة الصعوبات وإشباع حاجاته ومتطلباته يحقق توافقه نفسياً وقد يحدث العكس بعدم تقبل حياته ما يؤدي إلى عدم توافق نفسياً، إلا أننا نجد أيضاً المسن الاعزب الذي ليس له أحد في حياته أو تخلي أقاربه عنه لذا يلجأ إلى دار الأشخاص المسنين بحثاً عن الاستقرار والاهتمام وتحقيق حاجاته ومتطلباته ويعمل على تحقيق توافقه النفسي، ومع هذا قد يحدث العكس بعدم تحقيق التوافق النفسي.

#### 8. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة:

التي تنص على "وجود تباين مستوى قلق الموت عند المقارنة بين وضعية المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقراهم مع أسرهم".

وبالاعتماد على اختبار t توصلت النتائج الموضحة في الجدول (18) إلى أنه يتباين مستوى قلق الموت عند المقارنة بين وضعية المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقراهم مع أسرهم وبالتالي تحققت فرضية هذه الدراسة، حيث نجد أن المتوسط الحسابي لدى المقيمين بدار الأشخاص المسنين بلغ 4.30 وهو أصغر من المتوسط الحسابي لدى المقيمين مع أسرهم والذي يبلغ 7.36 هذا يعني أن قلق الموت يتباين أكثر عند المسنين مع أسرهم مقارنة بقلق الموت عند المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين.

حيث نجد أن قلق من الموت يظهر عند كافة المسنين ولكن بدرجات متفاوتة ذلك لأن جميعهم عند دخولهم مرحلة الشيخوخة يواجهون العديد من الصعوبات والمشاكل كذلك العديد من التجارب من فقدان وحضور موت... الخ ويعانون الكثير من الأمراض ما يؤدي بهم للخوف من الموت والقلق منه، أي يظهر غالب لدى المسن عند شعوره بالمرض والضعف في القدرات الجسمية والظروف الاقتصادية والعجز عن أداء المهام والاتكال على الغير، ما يشعره بالحزن واليأس والتوتر والخوف والقلق من الموت.

إلا أننا نجد المسن المقيم بدار الأشخاص المسنين له قلق موت أقل من قريبه مع أسرته ويمكن تفسير هذا على أن الأول عند لجوئه للدار تعمل على رعايته والاهتمام به والسعي للتخفيف عن معاناته وحل مشاكله وصعوباته ما يؤدي بها إلى تحقيق نوع من الراحة والطمأنينة وذلك بتوفر كل من الأخصائي النفسي والاجتماعي ومربيين وأطباء يعملون على تطبيق برامج إرشادية وتوجيهية هدفها تعزيز العديد من الجوانب منها ثقة المسن بنفسه، كيفية الحفاظ على صحته الجسمية، عدم شعوره بالوحدة والتخفيف من حدة التوتر والخوف والقلق لديهم، كذلك إقامة علاقات اجتماعية بين المسنين داخل الدار وهذا ما لاحظناه عند احتكاكنا عليهم بأن علاقاتهم مع بعض يسودها التفاهم والتعاون كأنهم أسرة واحدة وهذا حسب ما صرحوا به معظم المسنين المقيمين والتي لها أثر في خفض الخوف والقلق لديهم، كما نجد أن تطبيق البرامج والنشاطات الترفيهية لهم من إقامة كل الأعياد والمناسبات والرحلات والتزهات من خلال ما تحدث عنه المسنين واطلعنا على بعض الصور في الصفحة الرسمية بدار الأشخاص المسنين-حمام دباغ ولاية قالمة- وهذا ما يؤدي إلى راحة المسن واستقراره ويعمل على خفض القلق لديهم، لذا كانت نسبة قلق الموت لديهم أقل من الذين مع أسرهم.

أما المقيمين مع أسرهم فقد نرجع نتيجة قلق الموت لديهم أكبر مقارنة بالمقيمين بدار الأشخاص المسنين إلى أن معاناتهم لوحدهم ولا يوجد من يقوم بأعبائهم والاهتمام بصحتهم والتخفيف عنهم من توتر وقلق وكذلك بمعايشتهم الحياة العادية التي تكون فيها الضغوطات والصعوبات والمشكلات الاجتماعية التي تواجهه دائما وعليه مواجهتها لوحده هذا ما يولد لديه توتر وخوف وقلق، لذا تكون نسبة قلق الموت لديهم أكبر من المقيم بدار الأشخاص المسنين.

ونجد أن هذه النتيجة تتفق مع نتائج "دراسة بلان 2009" التي هدفت إلى الكشف عن الفروق بين المسنين المقيمين في دور رعاية المسنين والمسنين المقيمين مع أسرهم في درجة معاناتهم للقلق، حسب متغيرات مكان الإقامة والعمر والجنس، وكانت من النتائج التي توصلت إليها توجد فروق دالة بين سمة القلق لدى المسنين تبعاً لمتغير مكان الإقامة في الأسرة وفي دور المسنين.

كذلك نجد "دراسة خليل القيق 2016" التي كانت من بين أهدافها مقارنة قلق الموت لدى المسنين المقيمين بدار رعاية المسنين وأقربائهم مع أسرهم وكانت نتيجتها وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق الموت لدى عينة من المسنين تعزى لمتغير مكان الإقامة لصالح المقيمين مع الأسرة.

أما دراسة "عزيزة وآخرون 2010" التي هدفت إلى فحص مستوى قلق الموت لدى المسنين المسلمين من عرب الأراضي المحتلة (1984) حيث خلصت الدراسة إلى وجود مستوى مرتفع من قلق الموت وظهرت فروق لصالح المقيمين في دور الرعاية، بحيث كانت عكس نتيجة الدراسة الحالية.

#### 9. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة:

التمثلة في "وجود تباين مستوى التوافق النفسي عند المقارنة بين وضعية الأشخاص المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربائهم مع أسرهم".

وتم الاعتماد على اختبار t لتوضيح مستوى التوافق النفسي بين وضعية المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربائهم مع أسرهم حيث يتضح من نتائج الجدول (19) عدم تباين مستوى التوافق النفسي عند المقارنة بين وضعية المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربائهم مع أسرهم، وبالتالي عدم تحقيق فرضية الدراسة.

باعتبار مرحلة الشيخوخة هي المرحلة الأخيرة في حياة الفرد وخلاصة مراحل السابقة فجميعا يتعرضون إلى تغيرات جسدية ويواجهون أمراض ومشكلات ويشتركون أيضا في إحساسهم بالعجز والافتكالك على الغير، وبالرغم من هذا إلا ان المسنون بطبيعتهم يميلون إلى الجانب المحافظ والملازم للأعراف والعادات والقيم وما اكتسبوه من خبرة في الحياة وإدراك لطبيعتها ما يجعلهم مرجعا ومستشارا للآخرين مما يشعرون بالمسؤولية اتجاههم بالإضافة إلى شعورهم بالسعادة والرضا وهذا ما يرتبط إيجابيا بتوافقهم النفسي، بحيث نجد هذه الخبرة لدى المسن المقيم بدار الأشخاص المسنين أو المقيمين مع أسرته.

وبالرغم من أهمية الأسرة ودورها في حياة المسن إلا أنه يمكن تفسير نتيجة هذه الفرضية التي توصلت إلى عدم تباين في مستوى التوافق النفسي عند المقارنة بين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربهم مع أسرهم بأن المسن عند لجوئه للدار الأشخاص المسنين نتيجة ظروف سواء تعلق بوفاة الشريك أو الأصدقاء أو ضعف قدرة الأبناء وعقوقهم لأبائهم وبحثا عن المساندة والاهتمام كذلك السعي إلى تحقيق استقراره واشباع حاجاته وهذا ما تعمل عليه الدار حيث تسعى لتلبية حاجاته والتخفيف من حدة قلقه وعدم شعوره بالوحدة، كما تترك الشخص المسن على راحته وخروجه لزيارة أسرته وأقاربه كذلك تعمل على توفير أكبر قدر من البرامج والنشاطات التي ترفه عن المسن ما يجعله يشعر بالسعادة والراحة النفسية والابتعاد عن الشعور بالوحدة واليأس، كما توفر لهم أخصائيين نفسانيين واجتماعيين وأطباء يعملون على إرشادهم وتوجيههم وتخفيف معاناتهم ومشاكلهم والوقوف على مرضهم وكيفية الوقاية منه وسلامة صحتهم وهذا ما يؤثر إيجابيا على توافقهم نفسيا، كذلك نجد احتكاكات طاقم العمل على المقيمين والتفاعلات فيما بينهم يجعلهم يعتبرون أسرة واحدة حسب ما صرح به العديد من المسنين وبملاحظتنا لهذا كذلك.

ما نقصد به هنا أنه بالرغم من أن المسن بحاجة إلى أسرته ومجتمعه إلا أن دار الأشخاص المسنين تعمل جاهدة على توفير جو مشابه للجو الأسري والعلاقات الاجتماعية بين المقيمين والعمال ككل وتحقيق التوافق النفسي لهم. وفي حدود بحث الطالبان لم تعثر على دراسة تتفق مع نتيجة الدراسة الحالية إلا أننا نجد دراسة "كامل أحمد 1991" تتعارض مع نتيجة هذه الدراسة والتي أظهرت نتائجها أن حرمان المسنين من الإقامة مع أسرهم يؤثر تأثيرا كبيرا على شخصيتهم وتوافقهم النفسي والاجتماعي.

كذلك نجد دراسة "جمعة الغلبان 2008" والتي كشفت عن وجود فروق بين المسنين المتواجدين بين أسرهم والمسنين المتواجدين بالمراكز، حيث توصلت النتائج إلى أن المسن المتواجد بين أسرته وأبنائه يحظى بالعناية والاهتمام ويشعر معها بالأمن والانتماء والتقبل مما يساهم في صحته النفسية ويجعله يتوافق مع متطلبات البيئة المحيطة به، أما من هم في المراكز فبعدهم عن أسرهم ينعكس عن حالتهم الصحية والانفعالية، يجعلهم يشعرون بعدم التقبل والرفض فيكونون بذلك عرضة لأزمات نفسية حادة تتفاوت على حسب بناء الشخصية للمسن. وهذا الاختلاف قد يكون راجع لظروف البيئة التي تم تطبيق فيها المقياس.

## ثالثا-استنتاج عام:

من خلال نتائج الدراسة الحالية وفي ضوء ما تم عرضه بما يتعلق بمتغيري قلق الموت والتوافق النفسي وانطلاقاً من أهداف الدراسة المتمثلة في الكشف عن العلاقة بين قلق الموت والتوافق النفسي في استجابات الأشخاص المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم، والتعرف على الفروق الموجودة بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في قلق الموت والتوافق النفسي التي تعزى لمتغيرات الجنس والسن والحالة الاجتماعية، والتأكد من تباين في مستوى قلق الموت ومستوى التوافق النفسي عند المقارنة بين وضعية المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم. تم التوصل إلى النتائج التالية:

1. وجود علاقة ارتباطية بين متغير قلق الموت ومتغير التوافق النفسي في استجابات الأشخاص المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم.
2. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى لمتغير الجنس.
3. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى لمتغير السن.
4. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في قلق الموت تعزى للحالة الاجتماعية.
5. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير الجنس.
6. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير السن.
7. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم في التوافق النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
8. يتباين مستوى قلق الموت عند المقارنة بين وضعية المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم.
9. لا يتباين مستوى التوافق النفسي عند المقارنة بين وضعية المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربانهم مع أسرهم.

ومما سبق نجد أن هناك ارتباط موجب قوي بين قلق الموت والتوافق النفسي في استجابات المسنين المقيمين وأقربانهم مع أسرهم، حيث نجد أن فئة الإناث تتسم أكثر بقلق الموت مقارنة بفئة الذكور وذلك قد يرجع إلى أن انفعالاتهن وعاطفتهم مرهفة وأكثر هشاشة. وبالرغم من هذا إلا أننا نجد قلق موت شبه منعدم أو منعدم تماماً في هذه المرحلة وذلك راجع إلى استعداد المسن له من خلال خبراته الحياتية وتجاربه للفقدان سواء الشريك أو الأهل أو الأقارب، حيث نجده ليس سبباً وليس له دخل في التوافق النفسي للمسن.

## خلاصة الفصل.

بعد إثراء الجانب النظري بما يتضمنه من إطارات عام لدراسة ومتغيراتها انتقلنا إلى الجانب الميداني الذي يعد الجزء الأساس والأهم في دراستنا والذي يركز على النتائج المتحصل عليها التي قمنا بعرضها وتحليلها ومناقشتها في هذا الفصل إذ تمت هذه المناقشة وفقا لفرضيات الدراسة وعلى ضوء الدراسات السابقة وكل ذلك تم باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS لمعالجة البيانات واكتساب الدقة في النتائج.

### صعوبات الدراسة:

تتعدد الصعوبات والمشكلات التي قد يواجهها الطالب في إطار سعيه لإعداد دراسته العلمية ومن أهم الصعوبات التي واجهتنا خلال القيام بهذه الدراسة نذكر منها:

- نقص الدراسات السابقة والبحوث في متغيرات دراستنا أي قلق الموت والتوافق النفسي المتعلقة بفئة المسنين.
- نقص المراجع الأجنبية.
- صعوبة حصر مجتمع الدراسة نظرا لكبر عدده وكثرة الأسر في ولاية قالمة.
- معظم المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين لهم إعاقات حركية وذهنية، ما جعل عينة الدراسة في دار الأشخاص المسنين قليلة.
- صعوبة تطبيق المقاييس في الأماكن العمومية.
- صعوبة فهم بعض المسنين لبنود المقاييس ما جعله يأخذ الكثير الوقت.

### توصيات واقتراحات:

من خلال ما يلعبه الشخص المسن من دور أهميته في المجتمع وبالنظر إلى الإطار النظري وما توصلنا إليه من نتائج خلال الدراسة الميدانية، وقمنا بإدراج بعض الاقتراحات والتوصيات من شأنها أن تفيد فئة المسنين ويرجع أن تأخذ بعين الاعتبار الموضحة كالتالي:

- ✓ تقديم برامج إرشادية وتوجيهية لمساعدة المسنين على المشكلات النفسية والاجتماعية التي تواجههم في بيئتهم الأسرية أو في دار الأشخاص المسنين من خلال تقديم حصص جماعية من طرف المختصين النفسانيين والمرشدين.
- ✓ العمل على توعية المجتمع بقضايا كبار السن، والاهتمام بهم باعتبارهم شريحة هامة وإلقاء النظرة الإيجابية نحوهم.
- ✓ مشاركة كبار السن في عملية اتخاذ القرارات حول القضايا تخص حياتهم.
- ✓ إتاحة فرصة العمل للمسنين الذي تسمح قدراته وإمكاناته بذلك ما يؤدي إلى شيخوخة متوافقة.
- ✓ العمل على التوعية الإعلامية والتربوية بمشكلات المسنين وأساليب رعايتهم والتعامل معهم.
- ✓ التقرب من المسنين والاستماع إلى أهم الاحتياجات والانشغالات التي يطرحها بغية إحساسهم بالأمن وعدم شعورهم بالوحدة لتحقيق توافقتهم.
- ✓ تقديم الخدمات النفسية للمسنين بغية التحقق من حدة التوتر والخوف والقلق من الموت.
- ✓ إجراء دراسات مشابهة بحيث تربط بين متغير قلق الموت والتوافق النفسي لفئة المسنين مقارنتها مع النتائج الحالية.

خاتمة

تعتبر الشيخوخة من أهم وأحرج المراحل التي يمر بها المسن في حياته، بحيث يواجه العديد من التغيرات والمشاكل والاحتياجات كما يتعرض للكثير من الأمراض والاضطرابات منها الاكتئاب، اليأس، الكآبة، التوتر الخوف والقلق من الموت وهذا الأخير حسب تفكير العديد من الأفراد بأنه يظهر بكثرة في هذه المرحلة ويرجعونه إلى ضعفه وتراجع صحته، إلا أنه حسب نتائج هذه الدراسة والعديد من الدراسات يظهر قلق الموت بدرجات منخفضة جدا مع تقدم العمر أو منعدم من الأساس ويمكن تفسير هذا بأن الشخص المسن كلما تقدم به العمر يستعد ويجلس يفكر وينتظر الموت بسلام وراحة، أما من ناحية توافق المسن نفسيا نجد أن نظرة المجتمع والأسرة له بسبب الضعف والتدهور تجعله في إطار مهمش حيث يقل الاهتمام به ورعايته كذلك تغاضي مشكلاته وانشغالاته ومتطلباته في الحياة، هذا ما يجعله غير متوافق نفسيا وقد يلجأ هنا إلى دار الأشخاص المسنين باحثا عن الاهتمام والاستقرار والراحة النفسية والسعي وراء تحقيق توافقه النفسي، فلهذا نجد أن الأسرة مهما كانت لها من أهمية في حياة كبير السن وأن دار الأشخاص المسنين لا تعوض هذه المكانة إلا أنه مع تطور تكوين الأسرة أصبحت تهتمش ذلك المسن وتتغاضى عن مشكلاته واحتياجاته وتهمله وهذا ما قد يجده في دار الأشخاص المسنين حيث تعمل جاهدة على تكوين علاقات جيدة داخلها وتوفير جو أسري مشابه ومناسب كما تعمل على تحقيق أكبر قدر من الأمن والراحة والاستقرار ليكون هناك توافق نفسي للشخص المسن.

والأكيد هنا عند توفير كل أساليب الرعاية والاهتمام وتقديم الدعم والمساندة للمسن وضمه في جماعات لتكوين علاقات ويفيد بما فيه من خبرات سواء في الأسرة أو في دار الأشخاص المسنين سيجعله يتغلب ويواجه الخوف والقلق والتفكير في الموت، وابتعد عن الكآبة والحزن واليأس وعدم الشعور بالوحدة وهذا ما يؤدي به إلى تحقيق توافق نفسي ناجح.

وعلى هذا الأساس جاءت الدراسة الحالية كمحاولة لإلقاء الضوء والكشف عن العلاقة بين قلق الموت والتوافق النفسي لدى فئة المسنين بدار الأشخاص المسنين وأقرانهم مع أسرهم، وتبقى النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة محدودة بعينة ومجتمع البحث ومكان وزمان إجرائه، وقد تكون النتائج أدق لو كان الوقت متوفر أكثر والعينة أكبر.

وفي الختام ما يسعنا القول إلا أن هذه الدراسة ما هي إلا مساهمة بسيطة وامتداد لدراسات سابقة مشابهة وكذلك نقطة انطلاق لباحثين آخرين للتوغل أكثر في هذا النوع من الدراسات.



قائمة المراجع

والمصادر.

قائمة المصادر والمراجع:

1- المصادر:

القرآن الكريم:

- سورة البقرة الآية 93، رقم 02، عدد آياتها 285، برواية ورش عن الإمام نافع، (2011)، نال شرف التخطيط الشيخ الفاضل الحاج محمود إبراهيم أحمد سلامة، شركة دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع. عين مليلة.
- سورة الإسراء الآيتان 23-24، رقم 17، عدد آياتها 110، برواية ورش عن الإمام نافع، (2011)، نال شرف التخطيط الشيخ الفاضل الحاج محمود إبراهيم أحمد سلامة، شركة دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع. عين مليلة.
- سورة مريم الآية 03، رقم 19، عدد آياتها 99، برواية ورش عن الإمام نافع، (2011)، نال شرف التخطيط الشيخ الفاضل الحاج محمود إبراهيم أحمد سلامة، شركة دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع. عين مليلة.
- سورة الأنبياء الآية 35، رقم 21، عدد آياتها 111، برواية ورش عن الإمام نافع، (2011)، نال شرف التخطيط الشيخ الفاضل الحاج محمود إبراهيم أحمد سلامة، شركة دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع. عين مليلة.
- سورة العنكبوت الآية 64، رقم 29، عدد آياتها 69، برواية ورش عن الإمام نافع، (2011)، نال شرف التخطيط الشيخ الفاضل الحاج محمود إبراهيم أحمد سلامة، شركة دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع. عين مليلة.
- سورة لقمان الآية 13، رقم 31، عدد آياتها 33، برواية ورش عن الإمام نافع، (2011)، نال شرف التخطيط الشيخ الفاضل الحاج محمود إبراهيم أحمد سلامة، شركة دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع. عين مليلة.
- سورة ق الآية 19، رقم 50، عدد آياتها 45، برواية ورش عن الإمام نافع، (2011)، نال شرف التخطيط الشيخ الفاضل الحاج محمود إبراهيم أحمد سلامة، شركة دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع. عين مليلة.

2- المراجع:

1-2- بالعربية:

- أبو المجد، أيمن؛ (1999)، دليل الأسرة الذكية إلى أمراض القلب وشرايينه التاجية، د.ط، لقاها: دار الشروق.
- أبو حلاوة، محمد السعيد؛ (د.س)، الطريق إلى المرونة النفسية، د.ط، كلية التربية بدمهور، جامعة الإسكندرية.
- أبو علام، رجاء؛ (2011): مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، ط6، القاهرة-مصر: دار النشر للجامعات.
- أبو عوض، سليم؛ (2007)، التوافق النفسي للمسنين، ط1، عمان-الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- أحمد السيد، مصطفى؛ (دون سنة): كبار السن "دليل حياة"، محافظة الإسكندرية: مديرية التضامن الاجتماعي، إدارة الأسرة والطفولة.

## قائمة المراجع والمصادر

- أدهم، فرج حماد علي؛ (2016/2015)، التوافق النفسي والاجتماعي لدى زوجات الشهداء والمفقودين وعلاقته ببعض المتغيرات، (رسالة ماجستير غير منشورة)، التربية وعلم النفس، كلية الآداب، جامعة بنغازي.
- أسعد خوج، حنان؛ (2010)، المبادئ العلمية للصحة النفسية (منظور تربوي خاص)، ط1، د.م: مكتبة الرشد ناشرون.
- آل نهيان، سمو الشيخ محمد بن زايد؛ (22-24 أبريل 2008)، كتاب المؤتمر "مؤتمر أبو ظبي العالمي للشيخوخة"، تنظيم مؤسسة التنمية الأسرية بالتعاون مع وزارة الشؤون الاجتماعية، فندق قصر الإمارات.
- أنور، إبراهيم أحمد؛ (2014)، التوافق النفسي والاجتماعي لأبناء النبوة في ضوء البناء الثقافي والاجتماعي، ط1، هيليوبوليس-مصر الجديدة-القاهرة: المكتب العربي للمعارف.
- الأحمد، أنس سليم؛ (د.س)، المرونة، د.ط، جدة-الرياض: مؤسسة الأمة للنشر والتوزيع.
- الأشول، عادل عز الدين؛ (2008)، علم النفس النمو من الجنين إلى الشيخوخة، د. ط، دون مكان: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية؛ (2016)، اتفاقيات دولية، قوانين، ومراسيم قرارات وأراء، مقررات، منشور، إعلانات وبلاغات، المطبعة الرسمية، العدد (39)، الجزائر: الإدارة والتحرير الأمانة العامة للحكومة، الصفحات 1-32.
- الدايري، صالح حسن أحمد؛ (2010)، مبادئ الصحة النفسية، ط2، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- الدايري، صالح حسن؛ (2008)، أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية والانفعالية، ط1، عمان-الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- الزاملي، محمد موحان ياسر؛ (2011)، السلوك التوكيدي وعلاقته بالتوافق النفسي والاجتماعي لدى طلبة معهد إعداد المعلمين، (شهادة ماجستير غير منشورة)، علم النفس التربوي، جامعة كربلاء.
- السدحان، عبد الله بن ناصر؛ (1420هـ)، رعاية المسنين في المملكة العربية السعودية (دراسة وثائقية تاريخية)، د.ط، د.م: وزارة العمل والشؤون الاجتماعية.
- السدحان، عبد الله بن ناصر؛ (1999)، رعاية المسنين في الإسلام، د. ط، دون مكان: دون الناشر.
- السيد عثمان، فاروق؛ (2001)، القلق وإدارة الضغوط النفسية، ط1، القاهرة: دار الفكر العربي.
- الشربيني، لطفي؛ (2015)، خريف العمر أسرار مرحلة الشيخوخة، ط1، دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
- الصفتي، وفاء، المظلوم، هند محمد؛ (2017)، رعاية المسنين بين النظرية والتطبيق، ط1، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- العاني، ضحى عادل محمود؛ (ديسمبر 2015)، قلق الموت عند المسنين وعلاقته بالرضا عن أهداف الحياة والنزعة الاستهلاكية، مجلة الأستاذ للعلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد: 2015، العدد (215)، جامعة بغداد- ابن رشد-، الصفحات 355-378.

## قائمة المراجع والمصادر

- العامر، سعود بن عبد الله بن عبد المحسن؛ (1989)، العلاقة بين التقاعد والتوافق النفسي والاجتماعي لدى ضباط القوات المسلحة السعودية، (رسالة ماجستير غير منشورة)، ارشاد نفسي، كلية التربية، جامعة أم القرى.
- العلاق محسن، مهدي وآخرون؛ (2013)، نتائج مسح تقييم الوضع الاجتماعي والصحي لكبار السن في دور رعاية المسنين، د.ط، جمهورية العراق: الجهاز المركزي للإحصاء.
- القوسي، عبد العزيز؛ (1952)، أسس الصحة النفسية، ط4، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- القيق، أريج خليل محمد؛ (2016)، قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين، (رسالة ماجستير غير منشورة)، الصحة النفسية والمجتمعية، الجامعة الإسلامية غزة.
- الكحلوت، أماني حمدي شحادة؛ (2011)، دراسة مقارنة للتوافق النفسي الاجتماعي لدى أبناء العاملات وغير العاملات في المؤسسات الخاصة، (رسالة ماجستير غير منشورة)، علم النفس، كلية التربية، الجامعة الإسلامية غزة.
- المرواني، نايف محمد عايد؛ (2009)، التوافق النفسي والمسؤولية الاجتماعية لدى المجرمين، ط1، القاهرة: دار الفكر العربي.
- المطيري، معصومة سهيل؛ (2005)، الصحة النفسية مفهومها-اضطراباتها، ط1، عمان-الأردن: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- المليجي عبد المنعم، المليجي حامي؛ (1971)، النمو النفسي، ط5، بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
- بدران دلييه، وآخرون؛ (2021)، قلق الموت لدى عينة من المسنين في ضوء انتشار فيروس كوفيد 19، دراسات نفسية وتربوية، المجلد: 14، العدد(2)، الجزائر، الصفحات 177-187.
- بسيسو، حياة تيسير شعبان؛ (2006)، بناء برنامج إرشادي سلوكي وقياس فاعلية في خفض القلق وقلق الموت والاكتئاب لدى مرضى السرطان في الأردن، (رسالة ماجستير غير منشورة)، الإرشاد النفسي، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الأردن.
- بطرس، حافظ بطرس؛ (د.س)، التكيف والصحة النفسية للطفل، د.م: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- بعلول، نسبية؛ (2020/2019)، جودة الحياة لدى المسنين المقيمين بدار العجزة، (رسالة ماستر غير منشورة)، علم النفس العيادي، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة العربي بن مهيدي - أم البواقي.
- بكاري، أسماء؛ (2020/2019)؛ قلق الموت لدى المصابين بالقصور الكلوي، (مذكرة ماستر غير منشورة)، علم النفس العيادي، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة - الجزائر.
- بلحاج، فروجة؛ (2011)، التوافق النفسي الاجتماعي وعلاقته بالدافعية للتعلم لدى المراهق المتمدرس في التعليم الثانوي، (مذكرة ماجستير غير منشورة)، علم النفس وعلوم التربية، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة مولود معمري-تيزي وزو.
- بلحسن، مباركة؛ (2022)، الموت وصناعة الرمزي -طقوس ومخيل اجتماعي-، د.ط، سطيف: الوطن اليوم، فنك للكتب.

## قائمة المراجع والمصادر

- بلخير، فايزة؛ (2012/2011)، مفهوم الذات وعلاقته بالتكيف الاجتماعي لدى المسنين، (رسالة ماجستير غير منشورة)، علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران ألسانيا.
- بليردوج، كوكب الزمان، بجة، حياة؛ (سبتمبر 2021)، التوافق النفسي والصحة النفسية: دراسة نظرية تحليلية، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد: 15، العدد(02)، جامعة أم البواقي-الجزائر، الصفحات 96-103.
- بوقار، فاطمة، عوينة، سارة؛ (2018/2017)، الفعالية الذاتية وعلاقتها بالتوافق النفسي لدى طلبة السنة الأولى علوم اجتماعية، (رسالة ماستر غير منشورة)، العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجيلالي بونعامة بخميس مليانة، الجزائر.
- بن حملاوي، نورة؛ (جوان 2004)، مجلة علمية محكمة سداسية تصدر عن جامعة باتنة، مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية، العدد (10)، جامعة باتنة.
- بوريش، محمد؛ (جوان 2021)، دور الخدمة الاجتماعية في رعاية المسنين دراسة ميدانية بدار العجزة لولاية عين تموشنت (الجزائر)، مجلة روافد للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية، المجلد: 05، العدد (01)، جامعة بلحاج بوشعيب عين تموشنت، الصفحات 406-426.
- بوشدوب، شهرزاد؛ (ديسمبر 2011)، المساندة الاجتماعية وعلاقتها بقلق الموت لدى المصابات بسرطان الثدي، مجلة معارف/ قسم 2: الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد: 06، العدد(11)، جامعة الجزائر 2، الصفحات 119-137.
- بوعيشة، أمال؛ (2021)، المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالتوافق النفسي لدى المسنين، مجلة الواحات للبحوث والدراسات، 1 المجلد: 14، العدد(01)، جامعة محمد خيضر بسكرة، الصفحات 1297-1315.
- بوفرة مختار، شعبي نور الدين؛ (2017)، قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات -دراسة ميدانية بمدينة معسكر-، مجلة الرواق، العدد (09)، المركز الجامعي غليزان الجزائر، الصفحات 176-186.
- تالي، جمال؛ (د.س)، المسنن في الأسرة الجزائرية -حاجات متجددة ومشكلات متعددة-، مجلة التغير الاجتماعي، العدد الثاني، الجزائر: جامعة جيجل، الصفحات 251-263.
- تايلور، شيلي؛ (2008)، علم النفس الصحي، ط1، عمان الأهلية الأردن: دار الحامد.
- جمعة علي سالم، وآخرون؛ (2017)، قلق الموت وعلاقته بضعف الوازع الديني، مجلة العلوم الإنسانية، العدد (15)، جامعة المرقب، ليبيا، الصفحات 337-359.
- جودة، منيرة محمود؛ (2016/2015)، الخبرات الصادمة لدى أمهات الأيتام وعلاقتها بالتوافق النفسي والاجتماعي لدى الأم والطفل، (مذكرة ماجستير غير منشورة)، الصحة النفسية المجتمعية، كلية التربية، الجامعة الإسلامية بغزة.
- حاج لكحل، راضية؛ (2008/2007)، الصحة النفسية للمسنين، (رسالة ماجستير غير منشورة)، علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
- حامدي، هاجر؛ (2020/2019)، الحاجات النفسية للمسن المقيم بدار العجزة، (رسالة ماستر غير منشورة)، علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر -بسكرة-

## قائمة المراجع والمصادر

- حدواس، منال؛ (2013/2012)، الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي ومستوى تقدير الذات لدى المراهق الجانح، (مذكرة ماجستير غير منشورة)، علم النفس الاجتماعي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة مولود معمري-تيزي وزو.
- حسين، منى محمد؛ (2009)، الغذاء الصحي للمسنين، ط1، الجيزة: المكتبة الأكاديمية.
- حمو علي، خديجة؛ (سبتمبر 2018)، مساهمة الدعم النفسي الاجتماعي في تحقيق الصحة النفسية لدى المسنين -دراسة ميدانية-، مجلة الباحث في العلوم الاجتماعية والانسانية، العدد (35)، جامعة ابو القاسم سعد الله-الجزائر، الصفحات 241-254.
- خليفة، عبد اللطيف محمد؛ (د.س)، دراسات في سيكولوجية المسنين، د. ط، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع
- خليل القرا، زهية؛ (2015)، خبرة البتر الصادمة واستراتيجيات التكيف وعلاقتها بقلق الموت لدى حالات البتر في الحرب الأخيرة على غزة، (رسالة ماجستير غير منشورة)، الصحة النفسية والمجتمعية، الجامعة الإسلامية عمادة الدراسات العليا، غزة.
- دسوقي، كمال؛ (1985)، علم النفس ودراسة التوافق، ط3، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- دوجاجيه، كريستوف؛ (2014)، طب الشيخوخة، ت: محمد أحمد طجو، د. ط، الرياض: فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية.
- ديبون، محمد؛ (2021/2020)، المساندة النفسية للمصاب بمرض اللوكيميا (مرحلة ما قبل انتشار المرض) من خلال تقييم للميكانيزمات الدفاعية، (رسالة دكتوراه غير منشورة)، علم النفس العيادي، كلية العلوم الاجتماعية جامعة وهران 2 محمد بن احمد.
- ديلان، محمد علي؛ (2019)، التوافق النفسي الاجتماعي لفتاة المعاق حركياً، (متطلبات نيل بكالوريوس غير منشورة)، التربية الخاصة، جامعة صلاح الدين -أربيل.
- ذهبية، حسين؛ (2012/2011)، قلق المستقبل لدى الفتاة العانس وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي، (رسالة ماجستير غير منشورة)، الإرشاد والصحة النفسية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 2.
- راجح، أحمد عزت؛ (1968)؛ أصول علم النفس، ط7، القاهرة: دار الكاتب العربي للطباعة والنشر.
- راجح، أحمد عزت، (1994)؛ أصول علم النفس، الإسكندرية: المكتب المصري الحديث.
- ربايعة، محمد توفيق محمود؛ (2018)، قلق الموت لدى طلبة مدارس الأقصى الشرعية ومدارس رياض الأقصى كما يراه الطلبة أنفسهم، مجلة الفتح، العدد(76)، جامعة القدس المفتوحة/ فلسطين، الصفحات: 207-239.
- رويحة، أمين؛ (1972)، شباب في الشيخوخة، ط2، بيروت-لبنان: دار القلم.

## قائمة المراجع والمصادر

- ريم عوض محمد الشهري، (2019)، الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بقلق الموت لدى مرضى القلب، مجلة البحث العلمي في التربية، المجلد: 10، العدد(20)، الصفحات: 382-340.
- زهران، حامد عبد السلام؛ (2005)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، د.ط، القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة.
- سمية وقاد، محمد مكي؛ (2020)، قلق الموت لدى المقبلين على العملية الجراحية، مجلة العلوم النفسية والتربوية، المجلد: 06، العدد(4)، جامعة وهران 2، الصفحات: 264-252.
- سني، أحمد؛ (2015/2014)، تقدير الذات وعلاقته بالتوافق النفسي لدى المسن، (رسالة ماجستير غير منشورة)، علم النفس الأسري، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران 2.
- سهاد، سمير بدره؛ (2014)، الدعم النفسي الاجتماعي وعلاقته بكل من الحاجات النفسية والرضا عن الحياة لدى المسنين، (رسالة دكتوراه غير منشورة)، الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق.
- سهير، كامل أحمد؛ (د.س)، الصحة النفسية والتوافق، د.ط، القاهرة: مركز الاسكندرية للكتاب.
- سيح، فوزية؛ (2018/2017)، قلق الموت عند الطلاب المصابين بالربو في المرحلة الثانوية، (رسالة ماجستير غير منشورة)، علم النفس المدرسي، جامعة الدكتور الطاهر مولاي سعيدة، الجزائر.
- شاذلي، عبد الحميد محمد؛ (1999)، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، د.ط، الاسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.
- شاذلي، عبد الحميد محمد؛ (2001)، التوافق النفسي للمسنين، د. ط، اسكندرية: المكتبة الجامعية.
- شحاته، محمود سيد أحمد؛ (4-5 مارس 2009)، المؤتمر الدولي الثالث "الرعاية المتكاملة للمسنين: رسالة وعلم وفن"، د.ط، الجزء الأول، جامعة القاهرة: وزارة التضامن الاجتماعي.
- شحاته، محمود سيد أحمد؛ (4-5 مارس 2009)، المؤتمر الدولي الثالث "الرعاية المتكاملة للمسنين: رسالة وعلم وفن"، د.ط، الجزء الثاني، جامعة القاهرة: وزارة التضامن الاجتماعي.
- شرعان، عمار؛ (2020)، مجلة تنمية الموارد البشرية للدراسات والأبحاث، مجلة دولية دورية محكمة، العدد(8)، برلين-المانيا: المركز العربي الديمقراطي للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية، الصفحات: 332-9.
- صيام، صفى عيسى؛ (2010)، سمات الشخصية وعلاقتها بالتوافق النفسي للمسنين، (رسالة ماجستير غير منشورة)، علم النفس، كلية التربية، جامعة الأزهر غزة.
- عاشور، عبد المنعم؛ (2009)، صحة المسنين: كيف يمكن رعايتهم، د. ط، القاهرة: الهيئة المصرية العامة.
- عباسة، أمينة؛ (2018/2017)، الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى أساتذة التعليم المتوسط، (رسالة ماجستير غير منشورة)، علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران 2.
- عبد الحميد، محمد نبيل؛ (د.س)، العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي، د.ط، جامعة المنصورة: الدار الفنية للنشر والتوزيع.

## قائمة المراجع والمصادر

- عبد الخالق، أحمد محمد؛ (1987) قلق الموت، د. ط، الكويت: علم المعرفة.
- عبد الرحمان، نجوى أبو بكر؛ (2018)، الاضطرابات السلوكية والوجدانية والتوافق النفسي والاجتماعي، ط1، عمان-الأردن: مركز الكتاب الأكاديمي.
- عبد الستار، إبراهيم؛ (2002)، القلق قيود من الوهم، د.ط، القاهرة-مصر:- مكتبة الانجلو المصرية.
- عبد اللطيف، مدحت عبد الحميد؛ (1999)، الصحة النفسية والتفوق الدراسي، د.ط، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع.
- عبد للكيف قاسم، بهاء الدين أنور؛ (2015)، مدى انتشار قلق الموت بين المسنات الارامل في مخيمات شمال الضفة الغربية، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة القدس فلسطين.
- عبد المجيد، إبراهيم مروان؛ (2000)، أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، ط7، الأردن: مؤسسة الورق للنشر والتوزيع.
- عبد المحسن، يسرى؛ (د.س)، التوازن النفسي، د.ط، القاهرة: دار المعارف.
- عبد النعيم، أحمد يحيى؛ (2014)، قلق الموت من السرطان، د. ط، القاهرة: المكتب العربي للمعارف.
- عبد الوهاب، طارق، مسعود، محمد وفاء؛ (2000)، قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى طلاب الجامعة، مجلة علم النفس، المجلد: 14، العدد (54)، مصر: الهيئة المصرية العامة للكتاب، الصفحات: 78-99.
- عسلي، محمد إبراهيم، حمدونة، أسامة سعيد؛ (2015)، الالتزام الديني وعلاقته بكل من قلق الموت وخيرة الأمل لدى طلبة كلية التربية بجامعة الأزهر بغزة، دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد: 42 العدد(03)، الصفحات: 731-750.
- عليان مصطفى، ربيعي؛ (2001)، البحث العلمي أسسه، مناهجه وأساليبه إجراءاته، الأردن -عمان:- بيت الأفكار الدولية، جامعة البلقاء التطبيقية.
- على حجاب، منى على حسن؛ (2015)، ديناميات التوافق النفسي لدى كبار السن المقيمين مع أقاربهم أو في دور الرعاية، (رسالة ماجستير غير منشورة)، صحة نفسية وإرشاد نفسي، كلية التربية، جامعة عين شمس مصر.
- عيساوة، نبيلة؛ (جويلية 2020)، المسن في الأسرة الجزائرية: واقع التكفل والرعاية، مجلة آفاق لعلم الاجتماع، المجلد:10، العدد(01)، جامعة البليدة 2-الجزائر، الصفحات: 99-113.
- غراهام، نوري، وانر، جيمس؛ (2013)، الزهايمر وأنواع أخرى من الخرف، ت: مارك عبود، ط1، الرياض: فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية.
- غسلي يمينة، عنو عزيزة؛ (ديسمبر 2018)، الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من الأشخاص المسنين - دراسة مقارنة، مجلة سلوك، المجلد: 04، العدد(06)، جامعة الجزائر 2، الصفحات 92-107.
- غنام، صليحة؛ (جوان 2019)، واقع رعاية المسنين في دار العجزة بالجزائر-دراسة ميدانية على عينة من المسنين بدار العجزة بباتنة، مجلة الحقيقة للعلوم الاجتماعية والإنسانية، المجلد: 18، العدد(02)، (العدد 49 من التسلسل السابق)، جامعة باتنة 1-الجزائر، الصفحات 302-317.



## قائمة المراجع والمصادر

- فاصولي، زينب؛ (سبتمبر 2021)، المسنون في المنطقة العربية: الفجوة بين الواقع ومتطلبات التكفل، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد: 15، العدد(02)، جامعة الجزائر 2، الصفحات: 234-248.
- فقيري، تونس؛ (2015/2014)، علاقة سلوك النمط (أ) بقلق الموت لدى عينة من النساء المحرضات، (رسالة ماجستير غير منشورة)، علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح بورقلة.
- فهي، مصطفى؛ (1978)، التكيف النفسي، د.ط، مصر: دار مصر للطباعة.
- قناوى، هدى محمد؛ (1987)، سيكولوجية المسنين، ط1، الجيزة: مركز التنمية البشرية والمعلومات.
- مرسي، كمال إبراهيم؛ (2006)، كبار السن ورعايتهم في الإسلام وعلم النفس، ط1، القاهرة: دار النشر للجامعات.
- مرموقة، منصور؛ (2021)، أنثروبولوجيا الموت تأملات في نهاية الإنسان، ط1، قسنطينة-الجزائر: ألفا للوثائق للنشر والتوزيع.
- معمري، بشير؛ (2009)، دراسات نفسية في الذكاء، الوجداني الاكتئاب، اليأس، قلق الموت، السلوك العدواني، الانتحار، ط1، باتنة-الجزائر: المكتبة العصرية للنشر.
- مقبل، مرفت عبدربه عايش؛ (2010)، التوافق النفسي بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكري في قطاع غزة، (رسالة ماجستير غير منشورة)، علم النفس، كلية التربية، الجامعة الإسلامية-غزة.
- نعمان، حبيبة؛ (2012/2011)، قلق الموت عند المرأة الحامل المصابة بارتفاع ضغط الدم، (رسالة ماستر غير منشورة)، علم النفس العيادي، جامعة العقيد أكلي محند اولحاج البويرة، الجزائر.
- هشام، سبع؛ (2017/2016)، مكانة المسن في الأسرة الجزائرية بالوسط الحضري في ظل التغيرات الاجتماعية الراهنة، (أطروحة دكتوراه غير منشورة)، ديمغرافيا حضرية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد مين دباغين سطيف-02.
- هيشور، محمد مين، سقني، عبلة؛ (2021)، الأسرة وفئة المسنين في المجتمع الجزائري، قراءة سوسيولوجية حول التكفل ورعاية فئة المسنين بين الثابت والمتغير، مجلة المداد، جامعة تيارت وجامعة سطيف-الجزائر، الصفحات: 165-180.

## 2-2- بالأجنبية:

- Amiri, Malek ; (2019), Etude sur l'anxiété de la mort chez les patients atteints de cancer : traduction et adaptation transculturelle d'un outil en français du Québec et exploration des interventions d'accompagnement des infirmières en oncologie, (maitre ès sciences), Québec-canada, Université Laval.
- Arminot, Frédéric ; coach comportemental, (sans ans), Angoisse de mort comment vaincre la peur de mourir.

## قائمة المراجع والمصادر

---

- Ducarroz, Marion & Chenaux, Pauline ; (2015), Fin de vie, la peur de la mort des patients et le rôle infirmier, Otravail de Bachelor), Haute Ecole de santé, Fribourg, filière soins infirmiers.
- Sandra L.Faulkner, Stormy P.Trotter; (2017), Data Saturation, [https://:www.onlinelibrary,wiley.com](https://www.onlinelibrary.wiley.com),

الملاحق.

الملحق رقم (01)

مقياس قلق الموت ل "دونالد تمبلر سنة 1967 "

البيانات الشخصية:

الاسم:

السن:

الجنس:

الحالة الاجتماعية:

\*نريد أن نقرأ لك بعض العبارات والتي تخدم موضوع دراستنا لذا نتمنى أن تساعدنا وتعطينا رأيك بما تشعر به في الواقع وذلك بالإجابة عليها بصحيح أو خطأ.

01	أخاف كثيرا من الموت	ص	خ
02	نادرا ا تخطر لي فكرة الموت .	ص	خ
03	لا يزعجني الآخرون عندما يتكلمون عن الموت.	ص	خ
04	أخاف أن تجرى عملية جراحية.	ص	خ
05	لا أخاف إطلاقا من الموت.	ص	خ
06	لا أخاف بشكل خاص من الإصابة بالرصاص.	ص	خ
07	لا يزعجني إطلاقا التفكير في الموت .	ص	خ
08	أتضايق كثيرا من مرور الوقت.	ص	خ
09	أخشى أن أموت موتا مؤلما .	ص	خ
10	إن موضوع الحياة بعد الموت يثير اضطرابي كثيرا .	ص	خ
11	أخشى فعلا أن تصيبي سكتة قلبية .	ص	خ
12	كثيرا ما أفكر كم هي قصيرة هذه الحياة فعلا .	ص	خ
13	أقشعر عندما أسمع الناس يتكلمون عن الحرب العالمية الثالثة .	ص	خ
14	يزعجني منظر جسد ميت.	ص	خ
15	أرى أن المستقبل يحمل شيء يخيفني.	ص	خ

## الملحق رقم (02)

مقياس التوافق النفسي للمسنين

نقلا عن الدكتورة سامية القطان (1982) (النسخة الأصلية)

الرقم	العبارة	نعم	أحيانا	لا
01	هل تشعر أن الحياة الآن أصبحت قاسية؟			
02	هل تشعر بأنك لم تعد الآن موضع تقدير الآخرين؟			
03	هل تشعر بأنك أصبحت على هامش الحياة؟			
04	هل تشعر الآن أنك موضع إشفاق من الآخرين؟			
05	هل تشعر بأنك أصبحت على هامش الحياة؟			
06	هل تشعر بأن الشباب لا يفهمك؟			
07	هل تشعر بأنه لم يعد لك أمل تنتظره في الحياة؟			
08	هل تعتقد أنك أصبحت تعتمد على الآخرين أكثر من ذي قبل؟			
09	هل تشعر داخليا بعدم الميل إلى أداء العمل؟			
10	هل كثيرا ما تعاني من قلق؟			
11	هل لا تحفل بمظهرك الخارجي؟			
12	هل يضايقك أن تشعر أن الآخرين لا يحتاجون إليك؟			
13	هل يصعب عليك الآن أن تغير من عاداتك؟			
14	هل تسوء صحتك عندما تكون وحيدا لفترة طويلة؟			
15	هل تشعر أن دورك في الحياة قد انتهى؟			
16	هل تشعر أحيانا بالوحدة وأنت تجلس مع من هم أصغر منك سنا؟			
17	هل تشعر بأن مكانتك القديمة قد ضاعت؟			
18	هل من الصعب عليك الآن أن تبدأ صداقات جديدة؟			
19	هل تشعر في أعماقك أنك لا تنتهي لمن حولك؟			
20	هل يضايقك تدخل الآخرين في شؤونك مع احتياجك إليهم؟			
21	هل تعاني من الفراغ؟			
22	هل تحرص الآن على أن تكون صداقاتك مع الأشخاص من نفس جيلك؟			
23	هل كثيرا ما يعتربك اليأس لأهون الأسباب؟			
24	هل لا تهتم بالعمل على اجتذاب إعجاب الجنس الآخر؟			
25	هل تعتقد أن قدرتك على العمل أقل ممن هم في مثل سنك؟			
26	هل تشعر بميل قوي لمعرفة تفاصيل كل موضوع؟			
27	هل تعتقد أنه لا يوجد من يحبك ويحتاجك حقا؟			
28	هل تميل إلى عدم الاشتراك مع الآخرين في بعض الرحلات القصيرة؟			
29	هل يصعب عليك تقبل واقعك كما هو؟			
30	هل يضايقك أن تقوم بتعليم و تثقيف الصغار من أحفادك وأقاربك؟			
31	هل تحس بمرارة وأنت تشعر بضعفك يزداد مع الأيام؟			
32	هل تشعر بالضيق من حضور الأفرح؟			
33	هل تشعر أحيانا بشيء من السخط على حياتك الحالية؟			
34	هل تتردد في القيام بزيارات لمعارف جديدة؟			

## الملاحق

35	هل تشعر بالسعادة عندما تحكي عن ذكرياتك الماضية؟
36	هل تفضل البقاء في المنزل على الخروج؟
37	هل تشعر بأنك فقدت الكثير من ثقتك بنفسك؟
38	هل لا تهتم إطلاقاً عندما تشعر بأنك غير مرغوب من الجنس الآخر؟
39	هل تشعر بأن الحياة ضاعت دون أن تحقق ما كنت تتمنى أن تحققه؟
40	هل تعتقد أنك الآن من حقلك أن تستريح وتسلمي نفسك بما تستطيع؟

### الملحق رقم (03)

مخرجات برنامج spss لنتائج استجابات أفراد العينة وقيمة معامل ارتباط بيرسون لتوضيح العلاقة بين قلق الموت والتوافق النفسي.

#### Statistiques

التوافق النفسي			قلق الموت		
N valide	70		N valide	70	
Manquant	0		Manquant	0	
Moyenne	39,2714		Moyenne	6,9286	
Ecart type	7,16052		Ecart type	3,33328	
Minimum	25,00		Minimum	1,00	
Maximum	54,00		Maximum	13,00	
Somme	2749,00		Somme	485,00	

#### Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
توافق	39.27	7.16	70
قلق	6.92	3.33	70

#### Corrélations

	التوافق النفسي	قلق الموت
توافق	1	,428**
Pearson		,000
Sig. (bilatérale)	70	70
N		
قلق	,428**	1
corrélacion de Pearson		,000
Sig. (bilatérale)		
N	70	70

\*\* La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral)

### الملحق رقم (04)

نتائج برنامج spss لاختبار T التي توضح الفروق بين الجنسين في مستوى قلق الموت.

➤ Test T

Statistiques de groupe

الجنس	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
ذكر	30	5,6667	2,91646	,53247
أنثى	40	7,8750	3,34501	,52889

Test des échantillons indépendants

	Test de levene sur légalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
	f	Sig	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence a 95%	
								Inférieur	Supérieur
hypothèse de variances égales	1,796	,185	-2,885	68	,005	-2,20833	,76547	-3,73580	-,68086
hypothèse de variances inégales			-2,942	66,395	,004	-2,20833	,75050	-3,70659	-,71008

### الملحق رقم (05)

نتائج برنامج spss اختبار التباين الأحادي (ANOVA) لحساب الفروق في مستوى قلق الموت تعزى لمتغير السن.

➤ Unidirectionnel

ANOVA

	Somme des carrés	Ddl	Carrés moyen	f	Sig
Intergroupes	60,137	3	20,046	1,873	,143
Intragroupes	706,506	66	10,705		
Total	766,643	69			

### الملحق رقم (06)

نتائج برنامج spss اختبار التباين الأحادي (ANOVA) لحساب الفروق في مستوى قلق الموت تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

➤ Unidirectionnel

#### ANOVA

	Somme des carrés	Ddl	Carrés moyen	f	Sig
Intergroupes	69,606	3	23,202	2,197	,097
Intragroupes	697,037	66	10,561		
Total	766,643	69			

### الملحق رقم (07)

نتائج برنامج spss لاختبار T التي توضح الفروق بين الجنسين في مستوى التوافق النفسي.

➤ Test T

#### Statistiques de groupe

الجنس	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
توافق ذكر	30	38,6000	7,44451	1,35917
أنثى	40	39,7750	6,99262	1,10563

#### Test des échantillons indépendants

	Test de levene sur légalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
	F	sig	T	Ddl	Sig. (bilatéral)	Difference moyenne	Difference erreur standard	Intervalle de confiance de la différence a 95%	
								inférieur	supérieur
hypothèse de variances égales	,013	,911	-,677	68	,501	-1,17500	1,73626	-4,63966	2,28966
hypothèse de variances inégales			-,671	60,409	,505	-1,17500	1,75208	-4,67919	2,32919



### الملحق رقم (08)

نتائج برنامج spss لاختبار (ANOVA) الفروق في مستوى التوافق النفسي تعزى لمتغير السن.

➤ Unidirectionnel

ANOVA

	Somme des carrés	Ddl	Carrés moyen	f	Sig
Intergroupes	401,916	3	133,972	2,820	,046
Intragroupes	3153,926	66	47,514		
Total	3537,843	69			

### الملحق رقم (09)

نتائج برنامج spss لاختبار التباين الأحادي (ANOVA) الذي يوضح الفروق في مستوى التوافق النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

➤ Unidirectionnel

ANOVA

	Somme des carrés	Ddl	Carrés moyen	f	Sig
Intergroupes	499,264	3	166,421	3,615	,018
Intragroupes	3038,579	66	46,039		
Total	3537,843	69			

### الملحق رقم (10)

نتائج برنامج spss لاختبار T التي توضح التباين في مستوى قلق الموت عند المقارنة في وضعية المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربائهم مع أسرهم.

➤ Test T

Statistiques de groupe

وضعية	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
مقيم	10	4,3000	1,88856	,59722
قلق	60	7,3667	3,32921	,42980
غمقيم				

Test des échantillons indépendants

	Test de levene sur légalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
	F	Sig	T	Ddl	Sig. (bilatéral)	Difference moyenne	Difference erreur standard	Intervalle de confiance de la différence a 95%	
								Inférieur	supérieur
hypothèse de variances égales	3,632	,061	-2,827	68	,006	-3,06667	1,08490	-5,23156	-,90177
hypothèse de variances inégales			-4,168	19,922	,000	-3,06667	,73579	-4,60189	-1,53144

الملحق رقم (11)

نتائج برنامج spss لاختبار T التي توضح التباين في مستوى التوافق النفسي عند المقارنة في وضعية المسنين المقيمين بدار الأشخاص المسنين وأقربائهم مع أسرهم.

➤ Test T

Statistiques de groupe

وضعية	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
مقيم توافق	10	40,0000	8,65384	2,73658
غمقيم	60	39,1500	6,95951	,89847

Test des échantillons indépendants

	Test de levene sur légalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
	F	sig	T	Ddl	Sig. (bilatéral)	Difference moyenne	Difference erreur standard	Intervalle de confiance de la différence a 95%	
								inférieur	Supérieur
hypothèse de variances égales	,632	,429	,345	68	,731	,85000	2,46154	-4,06194	5,76194
hypothèse de variances inégales			,295	11,025	,773	,85000	2,88030	-5,48773	7,18773