

مستوى التكامل النفسي لدى كبار السن وعلاقته بسلوكهم الصحي وكفايتهم الذاتية

د. سامي محسن الختاتنة
قسم الإرشاد والتربية الخاصة
كلية التربية - جامعة مؤتة
samimohsen1970@yahoo.com

د. أحمد عبد اللطيف أبو أسعد
قسم الإرشاد والتربية الخاصة
كلية التربية - جامعة مؤتة
dr.abuased@hotmail.com

مستوى التكامل النفسي لدى كبار السن وعلاقته بسلوكهم الصحي وكفايتهم الذاتية

د. سامي محسن الختاتنة
قسم الإرشاد والتربية الخاصة
كلية التربية - جامعة مؤتة

د. أحمد عبد اللطيف أبو أسعد
قسم الإرشاد والتربية الخاصة
كلية التربية - جامعة مؤتة

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة العلاقة بين مستوى التكامل النفسي لدى كبار السن وسلوكهم الصحي وكفايتهم الذاتية، ومتغيرات أخرى. ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق الدراسة على مجتمع الكرك، حيث تم اختيار عينة متاحة من كبار السن بلغ عدد أفرادها (٢٤٤) فرداً، وتم تطوير مقياسين وهما: مستوى التكامل النفسي للمسنين، والسلوك الصحي للمسنين، كما تم استخدام مقياس الكفاية الذاتية المطور من قبل شوارزر (Schwarzer, 1994). وتوصلت الدراسة أن مستوى التكامل النفسي لدى كبار السن وكل من السلوك الصحي والكفاية الذاتية متوسط، وأن هناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مستوى التكامل النفسي وكل من السلوك الصحي والكفاية الذاتية لدى كبار السن، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التكامل النفسي والكفاية الذاتية، تعزى إلى النوع الاجتماعي، بينما تبين وجود فروق في السلوك الصحي حسب النوع الاجتماعي حيث أن للإناث متوسطات أعلى من الذكور، كما أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التكامل النفسي تعزى للمستوى التعليمي في بعض المستويات، وقد خرجت الدراسة بعدة توصيات من أبرزها: الاهتمام بالتكامل النفسي، ورعاية كبار السن من الذكور في السلوك الصحي، وأيضاً رعاية كبار السن في السلوك الصحي في الفئة العمرية (٦٠-٦٤) سنة، والفئة العمرية (٧٠-٧٤).

الكلمات المفتاحية: التكامل النفسي، الكفاية الذاتية، السلوك الصحي، كبار السن.

Level of Psychological Integration and its Relationship to Health Behavior and Self-efficacy of the Elderly People

Dr. Ahmad A. Abu Ased

Faculty of Education
Muta University

Dr. Sami M. Al-ktatna

Faculty of Education
Muta University

Abstract

The current study aimed to know the relationship between level of psychological integration for the elderly and its relationship to their health behavior, self- efficacy and other variables. This study was applied to the community of Karak. In order to achieve the objectives of the study, a variable sample of elderly was chosen and the number of members was (224) people. Two scales were developed which are: level of psychological integration for elderly people and their health behavior, the measure of self-efficacy which was developed by Schwarzer (1994) and was used also in this study.

The results of the study for both levels are as follows: level of psychological integration, level of health behavior and self efficacy have got a middle average. There is a positive relationship which is statistically significant among both levels; level of psychological integration, level of health behavior and self-efficacy for the elderly. There are no statistically significant differences at the level of psychological integration and self- efficacy due to gender while differences in health behavior according to the gender in favor of females are compared to males was clear. In addition, there are no statistically significant differences at the level of education at some levels.

The survey has a number of recommendations including: attention to the level of psychological integration, taking care of male elderly at the level of health behavior whose age (60-64) years, and the age group (70-74) years.

Keywords: Psychological integration, self-efficacy, health behavior, the elderly.

مستوى التكامل النفسي لدى كبار السن وعلاقته بسلوكهم الصحي وكفايتهم الذاتية

د. سامي محسن الختاتنة
قسم الإرشاد والتربية الخاصة
كلية التربية - جامعة مؤتة

د. أحمد عبد اللطيف أبو أسعد
قسم الإرشاد والتربية الخاصة
كلية التربية - جامعة مؤتة

المقدمة:

تعدد المعايير المستخدمة لتحديد مرحلة كبر السن، ولا يوجد هناك اتفاق بين جميع العاملين أو المهتمين بشأن مفهوم هذه المرحلة، ذلك أن ما يحدث فيها لا يعد من المظاهر الثابتة ولكنه حالة تتأثر بالبناء الفسيولوجي للفرد والبيئة الاجتماعية والاقتصادية التي يعيش فيها واتجاهات الأفراد نحوها. فهناك من حاول أن يعرف كبر السن بأنه مرحلة نهاية الحياة أو المرحلة الأخيرة في الحياة دون أن يحدد الحدود التي تبدأ بها أو تنتهي إليها. أما البعض الآخر فقد يلجأ إلى تحديد كبير السن من خلال مجموعة الصفات والتغيرات التي تبدو على الفرد الذي يقع ضمن هذه المرحلة، لكن هذه الخصائص والصفات لم يتفق عليها بشكل نهائي، وترك أمر تحديد طبيعتها مرهونا بمجموعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والصحية التي تميز بيئة الفرد. فقد عرف فطوم (١٩٨٢) كبر السن بأنه المرحلة التي تشهد قصورا متزايدا في التكيف للظروف، والنقص في القدرة على التوافق، وتدهورا متزايدا في الجوانب العضوية والوظيفية لأجهزة الجسم. أما فهمي (١٩٨٤) فقد عرفها بأنها: المرحلة التي تشهد تغيرات فيزيولوجية تنتج عن تغيرات خاصة تصيب جميع أعضاء الجسم وأجهزته.

إن مفهوم المسنين الصادر عن الأمم المتحدة يرى أن الكبر في السن هو: عملية مستمرة من التغيرات التي تصاحب المرحلة الأخيرة من حياة الإنسان. أكثر منها تعبيرا عن فترة ثابتة محددة من حياته (قنديل، ١٩٩٢). ويشير الاتجاه العام إلى أن المسنين هم فئة السكان التي تبلغ ستين عاما فأكثر، والتي ترتبط في كثير من الأحوال ببداية التقاعد الرسمي عن العمل (ديوان الخدمة المدنية، ١٩٨٨). ومع هذا ينبغي تعريف كبر السن في صبغة وظيفية باعتبارها عملية لا مفر منها من القصور المتزايد في القدرة على التكيف، والتوافق، والشيوخوخة، ولهذا فهي حالة يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية البدنية والعقلية واضحا، ويمكن قياسه وله آثاره في العمليات التوافقية (إسماعيل، ١٩٨٢).

ويُعد علم نفس كبار السن، ودراسة الجوانب النفسية والخسارة المصاحبة للتقدم في السن، من الموضوعات المهمة التي استرعت انتباه العلماء والباحثين في مجال علم النفس العام والصحة النفسية والإرشاد النفسي في العقود الأخيرة (Hinrichesn & McMemiman, 2002). ويرى بعض الباحثين أمثال (Qualls, Segal, Norman & Niederehe, 2002) أنه وبالرغم من هذا الاهتمام والازدياد في الشريحة السكانية لكبار السن، إلا أن مشكلات الصحة النفسية التي يشكون منها غالباً ما تتعرض للإهمال أو لعدم المعالجة. ويقدر بعض الباحثين أيضاً أمثال (Qualle et al., 2002)، أن ما نسبته (٢٠٪) من مجموع كبار السن، يعانون من اضطرابات نفسية، وبالرغم من ذلك فإن أكثر من (٧٥٪) منهم لا يحصلون على الخدمات النفسية التي يحتاجونها.

كما أشار العبد (١٩٩٣) إلى أن مرحلة كبر السن تبدأ بعمر الستين وتمتد حتى نهاية العمر، وأشار إلى مرحلتين لكبر السن: مرحلة كبر السن المبكرة التي تبدأ بسن الستين وإلى سن (٧٥) سنة، ومرحلة الهرم وتمتد من سن (٧٥) وحتى نهاية العمر. كما قسم العبد (١٩٩٣) كبر السن إلى سبعة أطوار، ووضع لكل منها خصائصاً ومميزات هي: (٤٩-٥٦) سنة، و(٥٦-٦٣) سنة، و(٦٣-٧٠) سنة، و(٧٠-٧٧) سنة، و(٧٧-٨٤) سنة، و(٨٤-٩١) سنة، ومن (٩١) حتى نهاية العمر.

وإذا أمعنا النظر في الاحتياجات المختلفة لكبار السن والتي تظهر بشكل واضح عند كبر السن، يتبين أن بلوغ الفرد ووصوله لسن الكبر في السن يؤثر على نفسيته وعلاقاته الاجتماعية، ولعل من أهم مطالب وحاجات الكبار كما ذكرتها (أبو غزالة، ١٩٨٧) ما يلي: حاجتهم إلى فهم أنفسهم ومعرفه كل ما يتصل بالتغيرات التي تطرأ على طاقاتهم الجسمية والنفسية، وحاجاتهم في الحصول على مهارات وخبرات جديدة والاحتفاظ بصحة جيدة عن طريق الرعاية الضرورية المناسبة لهم، والحاجة إلى توفير علاقات اجتماعية مناسبة، وحياة أسرية آمنة، والحاجة إلى تأمين مالي يستطيعون العيش بواسطته بكرامة، وإلى ممارسة بعض أنواع من النشاط والمهارات المناسبة لمرحلة عمرهم.

كما أن معرفتنا بالخصائص التي تميز مرحلة التقدم في العمر، تساعدنا على الوقوف على كيفية التعامل مع أفراد هذه الفئة، ووضع التصورات والبرامج المساعدة لهم؛ الوقائية منها والعلاجية التي يحتاجون إليها، كما أن التعرف إلى متطلبات هذه المرحلة يساعدنا أيضاً في تخطيط الخدمات، والاهتمامات اللازمة لهم لمساعدتهم في تحقيق صحتهم النفسية، والشعور بالرضا، والكفاية.

وهناك مجموعة من الخصائص التي يتميز بها المسن أهمها: الخصائص الجسمية حيث هنالك ما يميز الجانب الجسدي بأعضائه وأجهزته (دعبس، ١٩٩٢ والشاذلي، ٢٠٠١) ومنها ضعف في أداء الحواس، وضعف الشهية، وضعف مقاومة المسن للأمراض وتقلبات الطقس، والبطء في التفكير، وتناقص القدرة الإدراكية، والشعور بالعزلة، والحساسية الزائدة، والشعور بالوحدة، وضعف العلاقات الاجتماعية للمسنين .

وتعد نظرية إريكسون (Erikson) في الشخصية والتطور النفسي والاجتماعي من أكثر النظريات تماسكا وتأثيرا في فهم استراتيجية التوافق لدى التقدم في السن (Johansson, 2002). ويعود ذلك لأن إريكسون كان من أوائل المنظرين الذين أكدوا الأهمية النفسية لتشكيل الهوية الذاتية والمحافظة عليها خلال المراحل العمرية المختلفة، وعلى كونها تمثل القاعدة الأساسية في شخصية الراشدين، وأنها تستمر كذلك حتى نهاية العمر، وفي توضيح لكيفية التوصل إلى التوافق الناجح عند التقدم في العمر، من خلال تكامل الأنا (Ego-Integrity). ويصف إريكسون (Erikson, 2009) أن مهمة الفرد في المرحلة الأخيرة من الحياة تكون في أن ينظر إلى الوراء حيث يقبع ماضي حياته، وأن يحاول برضا وثقة في أن يدمج هذه الحياة بسلبياتها وإيجابياتها، في كل منسجم مترابط ومقبول، وإذا تمكن الفرد من إنجاز هذه المهمة، فإنه يستطيع أن يسوّي ويتصالح من الخبرات السلبية الباقية في الماضي، وأن يطوّر بالتالي تكامل وحكمة (Wisdom) الأنا، التي تمكن من التوافق الناجح مع نفسه ومع الآخرين، والرضا بالخسارات التي يمتلئ بها حاضره، ويتضح الفشل في تكامل الأنا من خلال مشاعر السخط والنقمة والغضب المسقطة على الذات والآخرين، التي تعكس الحالة التي سماها إريكسون (بيأس الأنا) (Glover, 1998) (Ego- despair).

وقد توصل بعض علماء النفس مثل (Baltes & lang, 1997; Pinquart & Sorensen, 2000) إلى أهمية المحافظة على مستويات عالية من التكامل النفسي كأحد شروط التوافق الناجح عند التقدم في السن، وأن الخسارة المحتملة في الدخل والفقدان في القوى البيولوجية، والجسمية، والكفاءة، والشبكات الاجتماعية، قد تجعل كبار السن عرضة بصورة أكبر لتطویر مستويات أدنى من السواء النفسي مقارنة بالأصغر سنا.

وتوجز هورلوك (Hurlock) أهم العوامل التي تؤثر في التكامل النفسي لكبر السن كما أشار لها الشاذلي (٢٠٠١) ومنها: التهيؤ أو الاستعداد للتقدم في السن، والخبرات السابقة، وإشباع الحاجات، والاحتفاظ بالصدقات القديمة، وارتباطات الأبناء المستمرة مع والديهم المسنين، والاتجاهات الاجتماعية نحو التقدم في العمر ونحو التوافق مع التغيرات التي يحدثها

ما يشكل عقبة خطيرة في طريق التوافق الناجح لكبر السن. والأحوال الصحية التي يمر بها كبار السن.

كما ظهر الاهتمام بالسلوك الصحي قديماً، حيث احتلت الصحة مكاناً بارزاً، ونمى بسرعة إلى علم أطلقت عليه تسمية (علم نفس الصحة Health Psychology (Schwarzer, 1997). ويصاحب مرحلة الكبر لدى الإنسان ضعف عام. قال تعالى: (اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ) [الروم 54] فالإنسان يمر بثلاث مراحل رئيسية: ضعف، ثم قوة، ثم ضعف، ولكن هذا الضعف الأخير نسبي بين البشر عموماً.

ولدى كبار السن ونظراً لطبيعة التغيرات الصحية الجسمية التي ترافق المرحلة العمرية التي يبرون بها، فإن السلوك الصحي يبدأ بالتغيير وغالباً بالتدهور والتراجع بسبب كثرة المشكلات الصحية. والمظهر الحاسم للصحة هو الشعور الشخصي للإحساس بالعافية والسعادة والسرور أو بتعبير آخر هي ليست مجرد الحالة الموضوعية، وإنما الحالة الشخصية التي تنجلي فيها القيم الشخصية والثقافية للفرد. ويعكس مفهوم الصحة التأثير المتبادل لعدد كبير من العوامل الاجتماعية والنفسية والمحيطية، فمن بين كل عناصر الأوضاع الحياتية للمسئور تعتبر الصحة، أكثر ارتباطاً بالتوافق بالأشخاص المرضى أو العاجزين جسمياً يقل كثيراً احتمال تعبيرهم عن الرضا عن حياتهم (الشاذلي، 2001).

ويعرف فيربر (Ferber, 1979, p. 10) السلوك الصحي على أنه: "مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف كلها القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية". ويشير نولدنر (Noeldner, 1989) إلى أن أنماط السلوك الصحي تقوم على الإجراءات التي يتخذها الفرد من أجل التعرف المبكر على حدوث الأمراض ومنع حدوثها، ويشتمل هذا على أنماط السلوك التي تبدو ملائمة من أجل الحفاظ على الصحة وتنميتها وإعادة الصحة الجسدية. ويشير تروشكه وكوبكي وكوتجر وكلوج وستونزينر وويج (Troschke, Kupke, Gutjhr, Kluge, Stunzner, & Wiche, 1985) إلى خمسة مستويات من عوامل أنماط السلوك الصحي منها العوامل المتعلقة بالفرد والبيئة (السن، تاريخ الحالة، المعارف، المهارات، الاتجاهات .. الخ)، والعوامل المتعلقة بالجماعة والمجتمع (المهنة، التأهيل أو التعليم، توقعات السلوك ومتطلباته المتعلقة بمركز الشخص، الدعم الاجتماعي ... الخ)، والعوامل الاجتماعية الثقافية على مستوى البلديات (العروض المتوفرة، سهولة استخدام والوصول إلى مراكز الخدمات الصحية بمعنى التربية والتنوعية الصحية منظومات التواصل العامة ..

(الخ). والعوامل الثقافية الاجتماعية عموماً (منظومات القيم الدينية والعقائدية، الأنظمة القانونية .. الخ). وعوامل المحيط المادي (الطقس، الطبيعة، البنى التحتية ... الخ). وقد قدم بعض الباحثين صوراً للسلوك الصحي منها: السلوك الصحي الوقائي Preventive health behavior وهو أي نشاط يقوم به الفرد الذي يعتقد أنه معافى صحياً بغرض الوقاية ضد الأمراض، والسلوك الصحي المرضي Illness Behavior وهو أي نشاط يقوم به الفرد الذي يدرك أنه مريض، ليصل إلى حالة من الصحة والشفاء بالعلاج المناسب له (الدق، ٢٠٠٧).

بينما تعتبر توقعات الكفاءة الذاتية (Self-Efficiency) من البنائات النظرية التي تقوم على نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي لباندورا، والتي باتت تحظى في السنوات الأخيرة بأهمية متزايدة في مجال علم نفس الصحة (Health Psychology) لإسهامها كعامل وسيط في السلوك، وقد عرّف باندورا (Bandura, 1977) أيضاً الكفاءة الذاتية (Self-efficacy) بأنها: توقعات ذاتية حول قدرة الشخص في التغلب على مواقف ومهام مختلفة بصورة ناجحة. أمّا شفارتسر (Schwarzer, 1994) فينظر لتوقعات الكفاءة الذاتية على أنها: عبارة عن بعد ثابت من أبعاد الشخصية، تتمثل في قناعات ذاتية في القدرة على التغلب على المتطلبات والمشكلات الصعبة التي تواجه الفرد من خلال التصرفات الذاتية.

والمقصود بالكفاءة الذاتية أو توقعات الكفاءة الذاتية: "توقع الفرد بأنه قادر على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوب فيها في أي موقف معين" (جابر، ١٩٨٦، ص ٤٤٢). وهذا يعني أنه عندما تواجه الفرد مشكلة ما أو موقف يتطلب الحل فإن الفرد، قبل أن يقوم بسلوك ما، يعزو الفرد لنفسه القدرة على القيام بهذا السلوك، وهذا ما يشكل الشق الأول من الكفاءة الذاتية، في حين يشكل إدراك هذه القدرة الشق الثاني من الكفاءة الذاتية، أي على الفرد أن يكون مقتنعاً على أساس من المعرفة والقدرة... الخ بأنه يمتلك بالفعل الكفاءة اللازمة للقيام بسلوك ما بصورة ناجحة (Schwarzer, 1993) وقناعة الفرد بإمكانية التأثير على نفسه والبيئة المحيطة تجعل مواجهة متطلبات الحياة أكثر سهولة (Bandura, 1986). فكلما ازداد اعتقاد الإنسان بامتلاكه إمكانات سلوك توافقية من أجل التمكن من حل مشكلة ما بصورة عملية، كان أكثر اندفاعاً لتحويل هذه القناعات أيضاً سلوكاً فاعلاً (Schwarzer, 1994). وتعد الكفاءة الذاتية أحد سمات الشخصية وتعكس قدرة الفرد على تحمل الصعاب، فهي تمثل ثقة الأفراد العامة في أن لديهم القدرة على أداء أي مهمة، وهي بشكل عام توقعات الفرد بنجاحه في مختلف المواقف التي يتعرض

لها، وقدرته على التغلب على المشكلات والصعاب التي يحتمل أن يواجهها (زكريا وسعد، ٢٠١٠). وتؤثر الكفاية الذاتية في السلوك على ثلاث مستويات، المستوى الأول: خاص بالموافق الاختيارية، فاختيار الفرد للموقف يتعلق بدرجة فعاليته الذاتية أي أنه سيختار الموقف التي لا تحمل صعوبات، وهذا ما يسمى اختيار الموقف وتفضيل نشاطات معينة، أما المستويان الثاني والثالث حيث حدد درجة الكفاية الذاتية شدة الجهد والمثابرة، وهو ما يطلق عليه الإدارة، أي المحافظة على استمرارية السلوك أمام الصعوبات التي تواجهه (Fogelholm, Kronhdra, & Kukkonen, 2007).

ويبدو أن الكفاية الذاتية تتأثر أيضا لدى كبار السن، حيث قد تراجع أو تحسن اعتمادا على متغيرات مختلفة تصيب الفرد كبير السن، حيث يرى لوهوس (Lohaus, 1993) أن الكفاءة الذاتية تقوم فيما يتعلق بالمسائل الصحية على القناعة بقدرة الشخص على القيام بسلوك صحي حيث يتحدد في الوقت نفسه نوع ومقدار ومدة القيام بهذا السلوك، وتعد الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة بشكل عام قليلة حسب علم الباحثين، وسيتم استعراض أبرز الدراسات في هذا المجال المرتبطة بمتغيرات الدراسة حسب المرحلة الزمنية:

فقد أوضحت دراسة سترب وسشندر (Streib & Schneider, 1972) أن معظم المشكلات الصحية التي يعانيها كبار السن ترتبط بكبرهم في السن، وقام مردث (Miller, 1980) بدراسة حول التكامل والرضا عن الحياة لدى المسنين، حيث كان الهدف التعرف على العوامل المرتبطة بالتوافق والرضا عن الحياة لدى المسنين، ولتحقيق هذا الهدف اختيرت عينة مكونة من (١٢١١) فردا متوسط أعمارهم (٦٥) سنة، واستخدم أسلوب الملاحظة كوسيلة للحصول على البيانات، بالإضافة إلى استبيان أعد لهذا الغرض، وقد كشفت النتائج عن وجود ارتباط دال وموجب بين التكامل والرضا عن الحياة عند المسنين وبين متغيرات العمر الزمني والحالة الصحية وأنشطة وقت الفراغ.

وأجرى البشير (١٩٨٥) دراسة هدفت إلى التعرف على الأحوال الصحية والسكنية والمعيشية لكبار السن في الأردن، حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من (١٣٠) حالة من الحالات المسنة في المجتمع الأردني، بينت هذه الدراسة أن أبرز الخصائص الصحية والسكنية والمعيشية لكبار السن تتمثل في عدم القدرة على الحركة، والشعور بالوحدة، والاعتماد على الآخرين ماديا، وقد أوصت هذه الدراسة ضرورة شمول الضمان الاجتماعي لهذه الفئة، وإفساح المجال أمامها لممارسة هواياتها التعليمية، والفنية، وغيرها، كما أوضحت دراسة

قناوي (١٩٨٧) وجود تأثير سلبي للكبير في السن على صحة المسن وقدرته على التوافق. وأجرى الديب (١٩٨٨) دراسة بهدف التعرف على الفروق بين درجة التكامل النفسي والاجتماعي، والرضا عن الحياة بين المستمرين في العمل بعد بلوغ سن الستين وبين المسنين الذين يحالون إلى التقاعد نتيجة بلوغهم سن الإحالة على المعاش وهو ٦٠ عاماً، وكان من نتائج هذه الدراسة أن أفراد عينة الدراسة الذين ما زالوا يزاوون العمل بعد سن الستين أكثر تكاملاً وأكثر رضا عن الحياة من أفراد العينة الذين توقفوا عن مزاولة العمل بسبب الإحالة إلى المعاش بعد بلوغهم سن التقاعد. كذلك قامت عفيضي (١٩٩٠) بدراسة عن المرأة المسنة في المجتمع المصري، وأوضحت نتائجها أن التقاعد يؤثر في التكامل الاجتماعي للمسنين ما لم يستطيعوا تعويض فقدان العمل بأوجه اهتمام وإشباع متنوع يمكن أن تملأ محل الإشباع الذي كان يمنحه العمل. كما تبين أن كل من الحالة الصحية والاقتصادية للمسن تؤثران في تكامله الاجتماعي له، وعلى علاقته بالآخرين من الأصدقاء والأقارب وأفراد الأسرة. وأجرت هوكر (Hooker, 1991) دراسة لتحديد مدى التشابه والفروق بين الأفراد في الثبات والتغيير في مفهوم الذات خلال التحول للتقاعد، مستخدمة أسلوب المفحوص الواحد (Single-Subject Design). في عينة تألفت من رجلين وامرأتين من أساتذة وإداريي الجامعات، تتراوح أعمارهم من (٦٢-٦٦) سنة، وباستخدام أسلوب التقييم الذاتي الفردي اليومي لمفهوم الذات لمدة أربعة أشهر (شهر قبل التقاعد وثلاثة بعد التقاعد). أظهرت نتائج التحليل العاملي للبيانات عبر مواقف وأوقات مختلفة، تبايناً مشتركاً داخل وبين المفحوصين في ثلاثة أبعاد: وهي الكفاية الذاتية، وعلاقة الذات بالآخرين، والسواء النفسي، وتبين وجود ثبات في مفهوم الذات لكن بدرجات مختلفة بين الأفراد، وأن الفرد الأقل ثباتاً في مفهومه عن ذاته كان الأقل رضا عن الانتقال إلى التقاعد.

وللتعرف إلى العلاقة بين العمل بعد التقاعد والرضا عن الحياة لدى كبار السن المتقاعدين أجرى كل من اكونو وروسل وكرتونا والتمير (Aquino, Russell, Curtona, & Altmaier, 1996) دراسة على عينة مؤلفة من (٢٩٢) عاملاً متقاعداً من الجنسين، بمتوسط عمري (٧١،٩) سنة، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين العمر والرضا عن الحياة. وفي إطار البحث عن المحددات الاجتماعية المرتبطة بالتقاعد والتوافق النفسي عند كبار السن، أشار بنكارت وسورسن (Pinquart & Sorensen, 2000) في دراستهم التي أجريت لتلخيص ما وصلت إليه نتائج (٢٨٦) دراسة تجريبية طبقت على المتقاعدين من كبار السن، بمتوسط عمري من (٦٥-٧٥) سنة، إلى أن الحالة الاجتماعية والاقتصادية (المقاسة

بمجموعة الدخل والتعليم والطبقة الاجتماعية) والشبكة الاجتماعية، ارتبطت إيجابياً بالسواء النفسي المقدر ذاتياً عند كبار السن، وأن الدخل يرتبط بالسواء النفسي بصورة تفوق الحالة التعليمية. كما تناولت دراسة علاء الدين (٢٠٠٤) للكشف عن التوافق النفسي مع حدث التقاعد لدى كبار السن الأردنيين العاملين وغير العاملين من الجنسين. وقد طبق مقياس التوافق لكبار السن (القطان، ١٩٨٢) المشار له في علاء الدين (٢٠٠٤) على أفراد عينة الدراسة العرضية المؤلفة من مئة متقاعد ومتقاعدة، متوسط أعمارهم (٦٦،٤٦) سنة، و(٦٠ ذكورا و٤٠ إناث) و(٥٠٪ منهم يعملون بعد التقاعد). أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتقاعدين العاملين وغير العاملين على مقياس التوافق لصالح العاملين، ولم تشر النتائج إلى وجود فروق دالة في التوافق بين المتقاعدين الذكور (عاملين وغير عاملين) والمتقاعدين الإناث (عاملات وغير عاملات).

وتناولت دراسة جودة (٢٠٠٦) أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالوحدة النفسية لدى عينة من المسنين، وبلغت عينة الدراسة (٥٣ مسننا و٤٧ مسنة) وقد استخدمت الباحثة في الدراسة مقياسين: أحدهما لقياس أساليب مواجهة الحياة الضاغطة، والآخر لقياس الوحدة النفسية، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن المسنين يستخدمون أساليباً متعددة في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، كما أسفرت عن وجود علاقة ارتباط سلبية بين أساليب المواجهة الفعالة والوحدة النفسية، وعدم وجود فروق دالة بين متوسطات درجات أفراد العينة في أبعاد أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة تعزى لمتغير الجنس والعمر ومستوى التعليم. وتناول بالسودن (Palsdottn, 2008) العلاقة بين معتقدات الكفاية الذاتية والسلوك الصحي في آيسلندا للأفراد في مختلف الأعمار، حيث تم جمع المعلومات من خلال (١٠٠٠) شخص، استجاب منهم (٨٠،٨٪)، تم استخدام تحليل المتوسطات لتصنيف المجموعات المختلفة من الأفراد، توصلت النتائج إلى وجود علاقة لمعتقدات سلوك الكفاية الذاتية لهم والسلوك الصحي.

وأجرى كرم (٢٠١٠) دراسة حول الصحة النفسية في مرحلة الشيخوخة (المنهج الوقائي والعلاجي نموذجاً)، حيث استخدمت طريقة المقابلة الفردية مع المسنين البالغ عددهم (٤٧) من الذكور والإناث من هم في جميعات خيرية ووفق استمارة خاصة بالمعلومات احتوت على (٤٦) سؤالاً في جوانب مختلفة، وتوصلت الدراسة أنه لا توجد برامج إرشادية وعلاجية نفسية تقدم للمسنين، ومعظم المسنين يشعرون بالوحدة والانعزال والاكتئاب كما يعانون من القلق والخوف وليست لديهم ثقة بالآخرين كما كان لديهم النسيان وضعف الذاكرة ويعانون من

اضطرابات النوم ومن أحلام مزعجة، كما يعانون من أوقات فراغ كثيرة في المؤسسة. وتناولت دراسة خطاب (٢٠١١) فعالية الذات كمحدد نفسي لكل من الإفصاح عن الذات وأنماط السلوك الصحي لدى عينة من الراشدين، حيث تسعى لاكتشاف العلاقات الارتباطية بين فعالية الذات وكل من الإفصاح الذاتي والسلوك الصحي. كما تهتم بدراسة الفروق بين الذكور والإناث، وقد تكونت عينة الدراسة من (١٠٠) راشد. واشتملت الدراسة على أدوات: مقياس فعالية الذات، ومقياس الإفصاح عن الذات واستخبار السلوك الصحي، وتوصلت النتائج إلى وجود ارتباط دال إيجابي بين فعالية الذات وكل من الإفصاح عن الذات والسلوك الصحي، وأن هناك فروق دالة بين الذكور والإناث في أغلب المتغيرات حيث جاء الذكور أكثر فعالية الذات وإفصاحا عن الذات بالمقارنة بالإناث، في حين لم تظهر فروق بينهما في ممارسة السلوكيات الصحية الكلية.

ويتبين من الدراسات السابقة ندرة البحث حول كبار السن، وتركيز تلك الدراسات على الاهتمام بمتغيرات كالرضا عن الحياة، والتقاعد، وبالتالي فإن موضوع الدراسة الحالية -حسب اطلاع الباحثين- لم يسبق دراسته في أي من الدراسات السابقة، رغم أن بعض الدراسات كدراسة خطاب (٢٠١١) حاولت ربط متغيري السلوك الصحي وفعالية الذات معا، كما حاولت بعض الدراسات كدراسة كرم (٢٠١٠) الاهتمام بالجانب الوقائي لدى المسنين.

مشكلة البحث:

لقد نبعت مشكلة هذا البحث من خلال ملاحظات الباحثين لعدد من كبار السن، فقد لاحظ الباحثان وجود مشكلات متعددة لدى كبار السن، ويرتبط بعضها بسلوكياتهم الصحية الممارسة من قبلهم.

كما نبعت مشكلة الدراسة من خلال لقاءات الباحثين بمجموعة من كبار السن للاطلاع على مستوى تكاملهم النفسي ورضاهم عن حياتهم، حيث التقى الباحثان ب(٢٥) فردا من هم من كبار السن، وقاما بمقابلتهم وتوجيه سؤال لهم وهو: "هل أنت راض عما أجزته في حياتك؟ ولو قُدرك أن تعيد اختياراتك في الحياة، فهل ستختار الشريك نفسه والمهنة نفسها، ونفس الطريقة في تربية الأبناء، ونفس نمط الحياة؟" وقد كانت إجابات (٨٠٪) من هؤلاء المستطلع آرائهم تدور حول إمكانية تبديل الاختيارات، مما جعل الباحثين يهتمان بدراسة مستوى التكامل النفسي لدى كبار السن من خلال التطرق لهذه الدراسة.

وقد تم ربط التكامل النفسي مع الكفاية الذاتية والسلوك الصحي لأن التكامل

النفسي يهتم بالحالة النفسية والتجارب التي عاشها كبار السن ومدى رضاه عن تلك التجارب. حيث أجهت الدراسات النفسية الحديثة للاهتمام بالجانب الإيجابي من الصحة النفسية، ولمعرفة علاقة تلك الحالة النفسية بالكفاية الذاتية لديه وهي أيضا مفهوم إيجابي يظهر في مدى شعوره بالتمكن في أمور حياته. وعلاقة ذلك أيضا بالسلوك الصحي نظرا لأن السلوك الصحي أيضا يهتم بالجانب الإيجابي. وبالتالي نبعت مشكلة الدراسة من كون تلك المفاهيم الثلاثة تتجه لجانب إيجابي يعيشه كبار السن. وتؤثر في حياته بشكل كبير

أسئلة البحث:

- يدور السؤال الرئيس للدراسة الحالية حول طبيعة العلاقة بين التكامل النفسي وكل من الكفاية الذاتية والسلوك الصحي لدى كبار السن. وينبثق عن هذا السؤال الأسئلة التالية:
١. ما مستوى التكامل النفسي والسلوك الصحي. والكفاية الذاتية لدى كبار السن؟
 ٢. هل هناك علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha=0.05)$ بين التكامل النفسي والكفاية الذاتية والسلوك الصحي لدى كبار السن؟
 ٣. هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha=0.05)$ في التكامل النفسي والكفاية الذاتية. والسلوك الصحي تعزى لمتغير النوع الاجتماعي لدى كبار السن؟
 ٤. هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha=0.05)$ في التكامل النفسي والكفاية الذاتية. والسلوك الصحي تعزى لمتغير المستوى التعليمي؟
 ٥. هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha=0.05)$ في التكامل النفسي والكفاية الذاتية. والسلوك الصحي تعزى لمتغير المستوى العمري؟

أهمية البحث:

من المتوقع أن يزيد عدد كبار السن في عام (٢٠٢٥) إلى أن يشكلوا ما يقارب (٢٠-٢٥٪) من المجتمعات العربية. كما سيصل عدد المسنين إلى (٩٥٠) مليون في العالم (الفجل، ٢٠٠١) حيث تعد المجتمعات العربية هذه الأيام من المجتمعات الفتية والشابة. ولكن سيتزايد عدد كبار السن بسبب تقدم الرعاية الصحية المقدمة لكبار السن. وهذا ما سيخلق فراغا كبيرا في المجتمع العربي. حيث لم يتم الإعداد له بشكل مناسب. فلم تخصص المؤسسات التي تعنى بهم. ولم يتم تخصيص نواذٍ لرعايتهم. ولم يتم تصميم برامج تنموية تساعدهم في قضاء وقت الفراغ. ولم يتم أيضا إعداد دراسات كافية تظهر حاجاتهم وتبرز خصائصهم

وتبين مشكلاتهم وطرق التعامل معهم وخاصة من الجانب النفسي والاجتماعي. حيث إن دراسة كبار السن من الموضوعات الجديدة بالاهتمام والجدارة، والتي تحتاج إلى تضافر جهود الباحثين في مختلف التخصصات النفسية والإرشادية والإنسانية والتربوية، لفهم الأبعاد المختلفة التي تؤثر فيها، إذا بات كبار السن يحتلون مكانا بارزا لأنهم يشكلون فئة عمرية لا بد من رعايتها والاهتمام بها. هذا فضلا عن أنهم يشكلون قطاعا موجودا داخل المجتمع يجدر الاستفادة من خبراتهم وتخصصاتهم وحكمتهم. ويمكن أن تسهم هذه الدراسة في توفير معلومات تزيد من وعي الجميع بأهمية هذه المرحلة، وطبيعة التكامل النفسي لهم، والسلوك الصحي المرتبط بهم، ومدى كفايتهم الذاتية، ويمكن أيضا أن تسهم نتائج هذه الدراسة في توجيه الباحثين لطبيعة التعامل مع كبار السن، وتوجه لبناء برامج إرشادية تربوية نفسية تقوم على رعايتهم من مختلف الجوانب الاجتماعية والنفسية.

ونظرا لأن الإرشاد في مجمله يعنى بالجوانب: التنموية والوقائية والعلاجية، فيمكن أن يكون هذا البحث حلقة مهمة في الجانب الوقائي لهم، حيث يتم التعرف من خلاله على طبيعة حياتهم وطريقة وأسلوب عيشهم، ونظرتهم للحياة، مما يسهم في التعامل معهم بشكل أفضل وتقديم رعاية أكثر تميزا لهم، والعمل على تجاوز مشكلات قد تقع معهم.

أهداف البحث:

- تهدف هذه الدراسة إلى ما يلي:
١. محاولة معرفة مستوى التكامل النفسي والسلوك الصحي والكفاية الذاتية لدى كبار السن.
 ٢. معرفة مدى العلاقة التي تربط بين مستوى التكامل النفسي لدى كبار السن وكل من الكفاية الذاتية لديهم والسلوك الصحي.
 ٣. محاولة الكشف أيضا عن الفروق الموجودة لدى كبار السن في بعض المتغيرات وهي: النوع الاجتماعي، والمستوى التعليمي، والمستوى العمري.

حدود البحث:

تحدد هذه الدراسة مجتمعها وهو كبار السن في محافظة الكرك في المملكة الأردنية الهاشمية، كما تحدد بالمقاييس المستخدمة في هذه الدراسة وهي مقياس: التكامل

النفسي والسلوك الصحي والكفاية الذاتية. كما تتحدد بالفئة المستهدفة وهم كبار السن بين (٦٠-٧٤) سنة.

مصطلحات البحث المفاهيمية والإجرائية:

١. كبار السن: (Elderly) يعد كبار السن في الدراسة الحالية كل من بلغ عمره (٦٠-٧٤) سنة. وقد اختيرت سن الستين كبداية للتقدم في العمر في ضوء المعيار العمري الزمني والواقعي كما حدده إريكسون.

٢. التكامل النفسي: (Psychological Integration) تستند الدراسة الحالية إلى مفهوم إريكسون (Erikson, 2009) عن التكامل النفسي لدى كبار السن الذي يتضمن أن التكامل من الناحية الانفعالية هو الرضا عن الذات. بمعنى تقبل الفرد لذاته وحياته بعيدا عن أحاسيس المرارة أو الندم. وهذا الرضا يظهر من خلال نضج واكتمال للأنا (The Ego). في حين يتبدى في المجال الاجتماعي في استقلالية تبعد بالفرد عن التبعية وتجعله قادرا ليس فقط على المشاركة في الحياة الاجتماعية المختلفة. بل وأيضا على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة. ويتمثل التعريف الإجرائي للتكامل النفسي في الدراسة الحالية بالدرجة التي يحصل عليها الفرد كبير السن في مقياس التكامل النفسي المطور في هذه الدراسة. والمكون من (٣٠) فقرة. وتتراوح الدرجة على المقياس بين (٣٠-٩٠).

٣. السلوك الصحي: (Health Behavior) يشير نولدنر (Noeldner, 1989). إلى أن المقصود بالسلوك الصحي هو كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد. ويتمثل التعريف الإجرائي للسلوك الصحي في الدراسة الحالية بالدرجة التي يحصل عليها الفرد كبير السن في مقياس السلوك الصحي المطور في هذه الدراسة. والمكون من (٣٥) فقرة. وتتراوح الدرجة على المقياس بين (٣٥-١٠٥).

٤. الكفاية الذاتية: (Self-efficacy) وهي الكيفية التي يشعر ويفكر بها الناس. وتقوم توقعات الكفاية الذاتية على فرضيات الفرد حول إمكانات تحقيق خيارات سلوكية معينة (Krampen, 1987, p35). وبالتالي فهي تتمثل في الإدراك والتقدير الفرديين لحجم القدرات الذاتية من أجل التمكن من تنفيذ سلوك معين بصورة ناجحة (Bandura, 1979). وتؤثر هذه الكفاءة التي يقدِّرها الفرد نفسه على نوع التصرف المنجز وعلى الاستهلاك والتحمل عند تنفيذ هذا السلوك. ويتمثل التعريف الإجرائي للكفاية الذاتية في الدراسة الحالية بالدرجة التي يحصل عليها الفرد كبير السن في مقياس الكفاية الذاتية المستخدم في هذه الدراسة. والمكون من (١٠) فقرات. وتتراوح الدرجة على المقياس بين (١٠-٤٠).

طريقة البحث وإجراءاته:**منهج البحث:**

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي الارتباطي. والذي يوفر فهما أوضح عن التكامل النفسي. وعلاقته بالسلوك الصحي. والكفاية الذاتية لدى كبار السن.

مجتمع البحث وعينته:

تكون مجتمع البحث من جميع كبار السن في محافظة الكرك من يبلغ عمرهم (٦٠-٧٤) سنة. والبالغ عددهم (٢٥) ألفا. موزعين بين إناث (١٣) ألف. وذكور (١٢) ألف حسب دائرة الإحصاءات العامة لعام (٢٠٠٥). وقد تم اختيار عينة متاحة من المجتمع من خلال طلبة جامعة مؤتة من يقطنون في محافظة الكرك. حيث يشكل هؤلاء الطلبة معظم مناطق محافظة الكرك. ولديهم بعضهم آباء أو أمهات تتراوح أعمارهم بين (٦٠-٧٤) سنة. في مادة مبادئ علم النفس. وهي مادة اختيارية يختارها معظم طلبة الجامعة. وقد طلب من هؤلاء الطلبة تقديم المقاييس لأحد والديهم. ومساعدتهم في الإجابة عنها في حالة عدم تمكنهم من الإجابة ثم إعادتها في المحاضرة القادمة. وقد تكونت العينة بصورتها النهائية من (٢٤٤) فردا من كبار السن. توزعوا بين (١٣٤) ذكور. و(١١٠) إناث. والجداول رقم (١) يوضح وصفا لعينة الدراسة حسب متغيرات: النوع الاجتماعي. والعمر. والمستوى التعليمي.

الجدول رقم (١)**خصائص عينة الدراسة من كبار السن حسب متغيرات النوع الاجتماعي. والعمر. والمستوى التعليمي**

المجموع	إناث			ذكور			المتغير
	٧٠-٧٤	٦٥-٦٩	٦٠-٦٤	٧٠-٧٤	٦٥-٦٩	٦٠-٦٤	
١٣٩	١٦	٢٠	٤٣	٢٥	٧	٢٨	أقل من ثانوي
٧٤	٩	٥	١٠	١٧	١١	٢٢	ثانوي
٣١	٢	١	٤	٧	٤	١٣	دراسة جامعية
٢٤٤	٢٧	٢٦	٥٧	٤٩	٢٢	٦٣	المجموع

يتبين من الجدول رقم (١) توزيع أفراد عينة البحث على المتغيرات النوع الاجتماعي. والعمر. والمستوى التعليمي. حيث كان معظم أفراد العينة من مستويات تعليمية أقل من ثانوي. حيث بلغ عدد المستوى الأقل من ثانوي (١٣٩). وكان هناك تقارب في متغير العمر.

أدوات الدراسة

استخدمت الدراسة الحالية الأدوات الآتية:

أولاً: مقياس التكامل النفسي للمسنين:

تم تطوير مقياس التكامل النفسي للمسنين من خلال الاستعانة بالأدب النظري والدراسات السابقة من مثل: (الشاذلي، ٢٠٠١؛ أبو عوض، ٢٠٠٨؛ علاء الدين، ٢٠٠٤) ويتضمن المقياس بصورته الأولية (٣٣) فقرة، جميعها إيجابية، وتشمل مجالات التكامل النفسي (الشخصي، والاقتصادي، والاجتماعي، والصحي، والديني، والأسري).

صدق المقياس وثباته في البحث:

من أجل التأكد من دلالات الصدق والثبات للمقياس بصورته الحالية، ومناسبته للبيئة الأردنية التي سيجري فيها التطبيق، تم استخدام إجراءات الصدق والثبات التالية:

أولاً: الصدق الظاهري

تم عرض المقياس على (١٢) محكماً من أساتذة الجامعات من المتخصصين في مجال الإرشاد النفسي، وعلم النفس، والتربية، وذلك لإبداء آرائهم حول مدى ملائمة العبارات ومناسبتها لهدف الدراسة، وقد اعتمد معيار اتفاق المحكمين بنسبة ٨٠٪ لتغيير الفقرة أو حذفها، وبعد إجراء صدق المحكمين تم التعديل على فقرات المقياس في ضوء مقترحاتهم، حيث تم حذف ثلاث فقرات، وتعديل صياغة ثمان فقرات، وبذلك أصبح المقياس مكوناً من (٣٠) فقرة.

ثانياً: صدق البناء الداخلي

تم التحقق من صدق المقياس باستخدام صدق البناء الداخلي (معامل الارتباط المصحح)، وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجات العينة الاستطلاعية (٢٥) فرداً من كبار السن والدرجة الكلية للمقياس، وهم كبار السن تم اختيارهم من مجتمع الدراسة وخارج عينة الدراسة الأساسية، والجداول رقم (٢) يبين ذلك:

الجداول رقم (٢)

معامل ارتباط درجة كل فقرة من فقرات مقياس التكامل النفسي مع الدرجة الكلية

الرقم	معامل الارتباط	الرقم	معامل الارتباط	الرقم	معامل الارتباط
١	*.٣٣	١١	*.٥٩	٢١	*.٥٠
٢	*.٥٦	١٢	*.٣٩	٢٢	*.٧١

تابع الجدول رقم (٢)

الرقم	معامل الارتباط	الرقم	معامل الارتباط	الرقم	معامل الارتباط
٣	**٠,٤٦	١٣	**٠,٨٨	٢٣	*٠,٣١
٤	**٠,٧٢	١٤	**٠,٥٧	٢٤	**٠,٦٢
٥	**٠,٨٣	١٥	**٠,٧٩	٢٥	*٠,٣٠
٦	**٠,٦٢	١٦	**٠,٤٦	٢٦	**٠,٦٤
٧	*٠,٣٢	١٧	**٠,٦٨	٢٧	**٠,٤٣
٨	**٠,٦٠	١٨	**٠,٨١	٢٨	**٠,٦٤
٩	**٠,٧١	١٩	**٠,٧٣	٢٩	**٠,٦٧
١٠	**٠,٦٢	٢٠	**٠,٥٢	٣٠	**٠,٨٨

* دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠٥ = α). ** دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠١ = α).

يتضح من خلال الجدول رقم (٢) بأنه توفرت لمقياس التكامل النفسي معاملات ارتباط جيدة تراوحت بين (٠,٣٠-٠,٨٨) وهي ذات دلالة إحصائية. لذلك لم يتم حذف أي فقرة من فقرات المقياس.

ثالثاً: ثبات الإعادة

تم حساب الثبات باستخدام ثبات إعادة الاختبار (Test Re test) حيث تم تطبيق المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية (٢٥) فرداً من كبار السن وورد درجاتهم. ثم إعادة تطبيقه على أفراد العينة الاستطلاعية أنفسهم بعد (٢٠) يوماً من التطبيق الأول. وبحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كبار السن على المقياس بين التطبيقين وبلغ معامل الثبات المحسوب بهذه الطريقة لمقياس التكامل النفسي (٠,٧٥). وهو معامل ثبات مرتفع ومقبول. رابعاً: ثبات الاتساق الداخلي

تم التحقق من ثبات المقياس من خلال استخراج معامل ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ-ألفا (Alpha). حيث بلغ معامل الثبات المحسوب بهذه الطريقة لمقياس التكامل النفسي (٠,٧٩). وتعد هذه القيم مناسبة لمثل هذا النوع من المقاييس.

تطبيق وتصحيح وتفسير المقياس في البحث:

لتطبيق المقياس يطلب من الفرد كبير السن في حالة كونه يقدر على القراءة والكتابة الإجابة، وفي حالة كونه غير قادر على القراءة والكتابة يطلب من أحد أبنائه قراءة الفقرات له، وتتم الإجابة على المقياس بطريقة فردية، ويختار الفرد كبير السن خياراً من ثلاثة خيارات وهي (أوافق، أحياناً، لا أوافق) ويحتاج تطبيق المقياس كما تبين من خلال العينة الاستطلاعية ما

بين: (10-15) دقيقة، علماً أن جميع فقرات المقياس تعد فقرات إيجابية.

ولتفسير نتائج مقياس التكامل النفسي، تم استخدام المدى على النحو التالي، حيث تم حساب متوسط الفقرات كفقرة واحدة:

المدى = أكبر قيمة - أصغر قيمة / عدد القيم، والمدى = $3 - 3/1$ ، إذا المدى = 0,66.

وبالتالي كل فئة تزيد عن الفئة التي تسبقها (0,66) تعد فئة من الفئات.

1. عندما تتراوح العلامة بين (1,66-1) يدل ذلك على أن الفرد كبير السن لديه انخفاض في مستوى التكامل النفسي.

2. عندما تتراوح العلامة بين (1,67-2,32) يدل ذلك على أن الفرد كبير السن لديه مستوى متوسط من التكامل النفسي.

3. عندما تتراوح العلامة بين (2,33-3) يدل ذلك على أن الفرد كبير السن لديه مستوى مرتفع من التكامل النفسي.

ثانياً: مقياس السلوك الصحي للمسنين:

تم تطوير مقياس السلوك الصحي للمسنين من خلال الاستعانة بالأدب النظري والدراسات السابقة من مثل (البشير، 1985؛ وأبو غزالة، 1987) ويتضمن المقياس بصورته الأولية (40) فقرة، جميعها إيجابية.

صدق المقياس وثباته في البحث

من أجل التأكد من دلالات الصدق والثبات للمقياس بصورته الحالية، ومناسبته للبيئة الأردنية التي جرى فيها التطبيق، تم استخدام إجراءات الصدق والثبات التالية:
أولاً: الصدق الظاهري:

تم عرض المقياس على (12) محكماً من أساتذة الجامعات من المتخصصين في مجال الإرشاد النفسي، وعلم النفس، والتربية، وذلك لإبداء آرائهم حول مدى ملائمة العبارات ومناسبتها لهدف الدراسة، وقد اعتمد معيار اتفاق المحكمين بنسبة 80٪ لتغيير الفقرة أو حذفها، وبعد إجراء صدق المحكمين تم التعديل على فقرات المقياس في ضوء مقترحاتهم، حيث تم حذف خمس فقرات، وتعديل صياغة عشر فقرات، وبذلك تكون المقياس من (35) فقرة، وبعد واحد، وجميع هذه الفقرات إيجابية.

ثانياً: صدق البناء الداخلي:

تم التحقق من صدق المقياس باستخدام صدق البناء الداخلي (معامل الارتباط المصحح).

وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجات العينة الاستطلاعية (٢٥) فردا من كبار السن والدرجة الكلية للمقياس. وهم كبار السن تم اختيارهم من مجتمع الدراسة وخارج عينة الدراسة الأساسية. والجداول رقم (٣) يبين ذلك:

المجدول رقم (٣)

معامل ارتباط درجة كل فقرة من فقرات مقياس السلوك الصحي مع الدرجة الكلية

الرقم	معامل الارتباط	الرقم	معامل الارتباط	الرقم	معامل الارتباط
١	*,٤٦	١٣	*,٨٦	٢٥	*,٨٢
٢	*,٧٦	١٤	*,٧٢	٢٦	*,٧٦
٣	*,٦٤	١٥	*,٣٦	٢٧	*,٧٢
٤	*,٧١	١٦	*,٥٥	٢٨	*,٣٥
٥	*,٦٨	١٧	*,٧٠	٢٩	*,٦٩
٦	*,٧٢	١٨	*,٦٤	٣٠	*,٣٩
٧	*,٣٦	١٩	*,٥٩	٣١	*,٧٣
٨	*,٨٧	٢٠	*,٦٧	٣٢	*,٧٧
٩	*,٨١	٢١	*,٧٣	٣٣	*,٧٠
١٠	*,٦٥	٢٢	*,٦٢	٣٤	*,٧٨
١١	*,٨٦	٢٣	*,٦٤	٣٥	*,٥٩
١٢	*,٥٩	٢٤	٠,٦٧		

* دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha=0,05$). ** دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha=0,01$).

يتضح من خلال الجدول رقم (٣) بأنه توفرت لمقياس السلوك الصحي معاملات ارتباط جيدة تراوحت بين (٠,٣٥-٠,٨٧) وهي ذات دلالة إحصائية. لذلك لم يتم حذف أي فقرة من فقرات المقياس.

ثالثا: ثبات الإعادة للاختبار

تم حساب الثبات باستخدام ثبات إعادة الاختبار (Test - re- test) حيث تم تطبيق المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية (٢٥) فردا من كبار السن ورصد درجاتهم. ثم إعادة تطبيقه على أفراد العينة الاستطلاعية أنفسهم بعد (٢٠) يوماً من التطبيق الأول. وبحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كبار السن على المقياس بين التطبيقين وبلغ معامل الثبات المحسوب بهذه الطريقة لمقياس السلوك الصحي (٠,٨٦). وهو معامل ثبات مرتفع ومقبول

رابعا: ثبات الاتساق الداخلي

تم التحقق من ثبات المقياس من خلال استخراج معامل ثبات الاتساق الداخلي باستخدام

معادلة كرونباخ-ألفا (Alpha). حيث بلغ معامل الثبات المحسوب بهذه الطريقة لمقياس السلوك الصحي (0.82). وتعد هذه القيم مناسبة لمثل هذا النوع من المقاييس.

تطبيق وتصحيح وتفسير المقياس في البحث الحالي:

لتطبيق المقياس يطلب من الفرد كبير السن في حالة كونه يقدر على القراءة والكتابة الإجابة. وفي حالة كونه غير قادر على القراءة والكتابة يطلب من أحد أبنائه قراءة الفقرات له. ويتم الإجابة على المقياس بطريقة فردية. ويختار الفرد كبير السن خياراً من ثلاثة خيارات وهي (دائماً. أحياناً. إطلاقاً) ويحتاج تطبيق المقياس كما تبين من خلال العينة الاستطلاعية ما بين: (05-18) دقيقة. علماً أن جميع فقرات المقياس تعد فقرات إيجابية. ولتفسير نتائج مقياس السلوك الصحي. تم استخدام المدى على النحو التالي. حيث تم حساب متوسط الفقرات كفقرة واحدة:

المدى = أكبر قيمة - أصغر قيمة / عدد القيم. المدى = $3 - 3/1$. إذا المدى = 0.66.

وبالتالي كل فئة تزيد عن الفئة التي تسبقها (0.66) تعد فئة من الفئات.

1. عندما تتراوح العلامة بين (1-1.66) يدل ذلك على أن الفرد كبير السن لديه انخفاض في مستوى السلوك الصحي.

2. عندما تتراوح العلامة بين (1.67-2.32) يدل ذلك على أن الفرد كبير السن لديه مستوى متوسط من السلوك الصحي.

3. عندما تتراوح العلامة بين (2.33-3) يدل ذلك على أن الفرد كبير السن لديه مستوى مرتفع من السلوك الصحي.

ثالثاً: مقياس الكفاية الذاتية (Self-Efficiency-Scale)

تم استخدام مقياس الكفاية الذاتية المطور من قبل شفارزر (Schwarzer, 1994). والمعرب للبيئة العربية من قبل رضوان (1997). ويتضمن المقياس (10) فقرات. جميعها إيجابية. بعد التأكد من خصائصه السيكومترية.

صدق المقياس وثباته في البحث الحالي:

من أجل التأكد من دلالات الصدق والثبات للمقياس بصورته الحالية. ومناسبته للبيئة الأردنية التي سيجري فيها التطبيق. تم استخدام إجراءات الصدق والثبات التالية:

أولاً: الصدق الظاهري

تم عرض المقياس على (12) محكماً من أساتذة الجامعات من المتخصصين في مجال

الإرشاد النفسي، وعلم النفس، والتربية، وذلك لإبداء آرائهم حول مدى ملائمة العبارات ومناسبتها لهدف الدراسة، وقد اعتمد معيار اتفاق المحكمين بنسبة ٨٠٪ لتغيير الفقرة أو حذفها وبعد إجراء صدق المحتوى لم يتم التعديل على فقرات المقياس.

ثانياً: صدق البناء الداخلي

تم التحقق من صدق المقياس باستخدام صدق البناء الداخلي (معامل الارتباط المصحح)، وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجات العينة الاستطلاعية (٢٥) فرداً من كبار السن والدرجة الكلية للمقياس، وهم كبار السن تم اختيارهم من مجتمع الدراسة وخارج عينة الدراسة الأساسية، والجداول رقم (٤) يبين ذلك:

الجدول رقم (٤)

معامل ارتباط درجة كل فقرة من فقرات مقياس الكفاية الذاتية مع الدرجة الكلية

الرقم	معامل الارتباط	الرقم	معامل الارتباط	الرقم	معامل الارتباط
١	**٠,٧٧	٥	**٠,٧٢	٨	**٠,٨٤
٢	**٠,٥٦	٦	**٠,٤٦	٩	**٠,٦٩
٣	**٠,٨٧	٧	*٠,٥٧	١٠	*٠,٦١
٤	**٠,٨٠				

** دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,01$).

يتضح من خلال الجدول رقم (٤) بأنه توفرت لمقياس الكفاية الذاتية معاملات ارتباط جيدة تراوحت بين (٠,٤٦-٠,٨٧) وهي ذات دلالة إحصائية، لذلك لم يتم حذف أي فقرة من فقرات المقياس.

ثالثاً: ثبات إعادة الاختبار

تم حساب الثبات باستخدام ثبات إعادة الاختبار (Test - re - test) حيث تم تطبيق المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية (٢٥) فرداً من كبار السن ورصد درجاتهم، ثم إعادة تطبيقه على أفراد العينة الاستطلاعية أنفسهم بعد (٢٠) يوماً من التطبيق الأول، وبحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كبار السن على المقياس بين التطبيقين وبلغ معامل الثبات المحسوب بهذه الطريقة لمقياس الكفاية الذاتية (٠,٩٥)، وهو معامل ثبات مرتفع ومقبول.

رابعاً: ثبات الاتساق الداخلي

تم التحقق من ثبات المقياس من خلال استخراج معامل ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ-ألفا Alpha، حيث بلغ معامل الثبات المحسوب بهذه الطريقة لمقياس

الكفاية الذاتية (٠.٨٧). وتعد هذه القيم مناسبة لئلا هذا النوع من المقاييس.

تطبيق وتصحيح وتفسير المقياس في البحث الحالي:

لتطبيق المقياس يطلب من الفرد كبير السن في حالة كونه يقدر على القراءة والكتابة الإجابة، وفي حالة كونه غير قادر على القراءة والكتابة يطلب من أحد أبنائه قراءة الفقرات له، ويتم الإجابة على المقياس بطريقة فردية. ويختار الفرد كبير السن خياراً من أربعة خيارات وهي (لا، نادراً، غالباً، دائماً) ويحتاج تطبيق المقياس كما تبين من خلال العينة الاستطلاعية ما بين: (٧-١٠) دقائق، علماً أن جميع فقرات المقياس تعد فقرات إيجابية. ولتفسير نتائج مقياس السلوك الصحي، تم استخدام المدى على النحو التالي، حيث تم حساب متوسط الفقرات كفقرة واحدة:

$$\text{المدى} = \text{أكبر قيمة} - \text{أصغر قيمة} / \text{عدد القيم، والمدى} = 4 - 1/3. \text{ إذا المدى} = 1$$

وبالتالي كل فئة تزيد عن الفئة التي تسبقها (١) تعد فئة من الفئات.

١. عندما تتراوح العلامة بين (١-١,٩٩) يدل ذلك على أن الفرد كبير السن لديه انخفاض في مستوى الكفاية الذاتية.
٢. عندما تتراوح العلامة بين (٢-٢,٩٩) يدل ذلك على أن الفرد كبير السن لديه مستوى متوسط من الكفاية الذاتية.
٣. عندما تتراوح العلامة بين (٣-٤) يدل ذلك على أن الفرد كبير السن لديه مستوى مرتفع من الكفاية الذاتية.

الأساليب الإحصائية:

تم في هذا البحث استخدام الأساليب الإحصائية التالية:
 المتوسطات والانحرافات المعيارية للإجابة عن السؤال الأول.
 معامل ارتباط بيرسون للإجابة عن السؤال الثاني.
 اختبارات للإجابة عن السؤال الثالث.
 تحليل التباين الأحادي للإجابة عن السؤالين الرابع والخامس.

نتائج البحث ومناقشتها:

سيتم استعراض النتائج بناء على تسلسل الأسئلة كما وردت في مشكلة هذه الدراسة على النحو التالي:

أولاً: نتائج السؤال الأول

للإجابة عن السؤال الأول والذي نصه: "ما هو مستوى التكامل النفسي والسلوك الصحي والكفاية الذاتية لدى كبار السن؟" تم استخدام الإحصاء الوصفي، والجداول رقم (5) يبين النتائج

الجداول رقم (5)**مستوى التكامل النفسي والسلوك الصحي والكفاية الذاتية لدى كبار السن**

المقاييس	المتوسط	الانحراف المعياري	التفسير
التكامل النفسي	٢,٣٠	٠,٢٦	متوسط
السلوك الصحي	٢,٢٩	٠,٢٠	متوسط
الكفاية الذاتية	٢,٥٢	٠,٦٢	متوسط

يتبين من الجدول رقم (5) أن مستوى التكامل النفسي ومستوى السلوك الصحي، والكفاية الذاتية لدى كبار السن كان متوسطاً، ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الأفراد الكبار في السن قد يعانون من مشكلات مختلفة تؤثر في مستوى تكاملهم النفسي، وكفايتهم الذاتية، وسلوكهم الصحي، وهذا ما يستدعي الانتباه لهم، ومراعاة تلك الحاجات، والتي قد تكون عاملاً مؤثراً في حدوث مشكلاتهم، اللاتي يعانين منها المجتمع والتي لا يمكن إغفالها، ويمكن أيضاً تفسير تلك النتيجة لعدم وجود برامج خاصة أو نوادي أو أنشطة اجتماعية تعنى بهم.

ويمكن تفسير تلك النتيجة بأن المسنين في محافظة الكرك ونتيجة كونها مدينة قبلية تميل للطابع الريفي والمحافظة على التقاليد والقيم فإنها تعتنى بالكبار وتقدرهم وجاهلهم حيث أن هذه المدينة لا يوجد بها مؤسسات لرعاية المسنين أو إيوائهم ما انعكس على مستوى شعورهم بالتكامل النفسي والسلوك الصحي والكفاية الذاتية، وبمستوى متوسط، وإنما تتجه لرعايتهم من كافة الجوانب، ورغم ذلك فإنه لا بد من توفير خطط أكثر وضوحاً وتنظيماً لتساعدتهم في تحسين مستوى التكامل النفسي والسلوك الصحي والكفاية الذاتية للراقي به حتى يصل إلى مستوى مرتفع.

ثانياً: نتائج السؤال الثاني

للإجابة عن السؤال الثاني والذي نصه: "هل هناك علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى $\alpha=0.01$) بين التكامل النفسي والكفاية الذاتية والسلوك الصحي لدى كبار السن؟" تم

حساب معاملات ارتباط بيرسون بين مستوى التكامل النفسي والكفاية الذاتية والسلوك الصحي، والمجدول رقم (٦) يبين نتائج التحليل

المجدول رقم (٦)

معاملات الارتباط بين التكامل النفسي والكفاية الذاتية والسلوك الصحي

المقياس	التكامل النفسي	الكفاية الذاتية	السلوك الصحي
التكامل النفسي	-	××٠,٢٠	**٠,٦٩
الكفاية الذاتية	-	-	**٠,١٥

يتبين من الجدول رقم (٦) وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$ بين كل من التكامل النفسي والكفاية الذاتية والسلوك الصحي.

ويعزو الباحثان هذه العلاقة الإيجابية بين كل من التكامل النفسي والكفاية الذاتية والسلوك الصحي نظراً لأن شعور الكبير بمستوى مرتفع من التكامل النفسي سيؤثر إيجابياً في شعوره بامتلاك كفاية ذاتية عن نفسه، وسيجعله أيضاً يساهم في الحفاظ على سلوكه الصحي. وكذلك فإن مستوى السلوك الصحي المرتفع لدى الكبير في السن سيؤثر إيجابياً في شعوره بالتكامل النفسي والكفاية الذاتية، وبالمقابل فإن شعور الكبير في السن بمستوى مرتفع من الكفاية الذاتية سيساهم بلا شك في تحسين مستوى تكامله النفسي وسلوكه الصحي. لذلك نجد علاقة بين التكامل النفسي والكفاية الذاتية والسلوك الصحي. ويبدو من البديهي إذا عانى أي من الأفراد في مستوى توافقه النفسي، فلا شك أن ذلك سيكون مدعاة لأن يتأثر مستوى سلوكه الصحي فنجد مثلاً لا يهتم بهندامه، ونظافته، ومراعاته للقواعد الصحية الأساسية، كما أنه عند انخفاض التكامل النفسي فإن ذلك سيؤثر على نظرة الفرد نحو نفسه ومدى كفايته الذاتية.

وترتبط نتيجة هذا السؤال مع ما أشار له مردث (Miller, 1980) من وجود ارتباط بين التكامل النفسي والحالة الصحية، وما أشار له عفيقي (١٩٩٠) من أن الحالة الصحية ترتبط مع مستوى التكامل النفسي. وما أشار له بالسدونت (Palsdotn, 2008) من وجود علاقة بين الكفاية الذاتية والسلوك الصحي. وما أشار له هوكر (Hooker, 1991) من وجود علاقة بين الكفاية الذاتية والسواء النفسي.

ثالثاً: نتائج السؤال الثالث

للإجابة عن السؤال الثالث والذي نصه: "هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند

مستوى ($\alpha=0.05$) في التكامل النفسي، والكفاية الذاتية، والسلوك الصحي تعزى لمتغير النوع الاجتماعي لدى كبار السن؟“ فقد تم استخدام اختبار t-test والجداول رقم (٧) يظهر النتائج.

الجدول رقم (٧)

نتائج اختبار (ت) للفروق في متوسطات الأداء على التكامل النفسي والكفاية الذاتية والسلوك الصحي وفقا لمتغير النوع الاجتماعي لدى كبار السن

البيد	النوع الاجتماعي	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجات الحرية	مستوى الدلالة
التكامل النفسي	ذكر	١٣٤	١,٧١	٠,٢١	-١,٦٤	٢٤٢	٠,١٠
	أنثى	١١٠	١,٧٥	٠,١٩			
الكفاية النفسية	ذكر	١٣٤	١,٦٠	٠,٢٧	-٠,٧٧	٢٤٢	٠,٤٤
	أنثى	١١٠	١,٦٣	٠,٢٥			
السلوك الصحي	ذكر	١٣٤	٢,٤٤	٠,٦٢	-٢,٢٩	٢٤٢	×٠,٠٢
	أنثى	١١٠	٢,٦٢	٠,٦٢			

* دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$).

يتضح من الجدول رقم (٧) أنه لا توجد فروق بين متوسطات الأداء على التكامل النفسي والكفاية الذاتية تعزى إلى متغير النوع الاجتماعي لدى كبار السن. إذ بلغت قيمة ت بدرجات حرية (٢٤٢) -١,٦٤، -٠,٧٧ على التوالي، وهذه القيمة ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha=0.05$). بينما كان هناك فروق بين متوسطات الأداء في السلوك الصحي تعزى إلى متغير النوع الاجتماعي لدى كبار السن، إذ بلغت قيمة ت بدرجات حرية (٢٤٢) ٢,٢٩، وهذه القيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha=0.05$). ولصالح الإناث، بمعنى أن الإناث أفضل من الذكور في السلوك الصحي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى أن كبار السن يعدون فئة خاصة لهم حاجات وخصائص تميزهم عن غيرهم، ويعانون من مشكلات ترتبط بهم، ولذلك فإنهم كفئة لا يختلفون حسب نوعهم الاجتماعي، فقد تبين أن مستوى تكاملهم النفسي وكفايتهم الذاتية متشابهة، ويعزو الباحثان هذه النتيجة نظرا لكون المرحلة العمرية تعد مرحلة مميزة في حياة الإنسان، حيث إن أهم ما يميزها انخفاض في التكامل النفسي والكفاية الذاتية والسلوك الصحي، نظرا لكون المجتمع لا يقدم الرعاية المناسبة لهؤلاء الفئة كنواد خاصة بهم، أو مؤسسات ترعى طاقاتهم، أو أنشطة مهنية استشارية يقدمونها للآخرين، فنجدهم باستمرار يعانون سواء في حياتهم الشخصية، أو عند رعايتهم لأبنائهم، أو في حياتهم الصحية، فقد لاحظ الباحثان من خلال زيارة المستشفيات القريبة في المنطقة أنهم الفئة الأكثر ارتيادا للمستشفيات.

أما فيما يتعلق بالسلوك الصحي فقد تبين أن كبار السن من الإناث أفضل من الذكور في الاهتمام بسلوكهم الصحي. والملاحظ لكبار السن يجد اهتماما مختلفا بين الذكور والإناث ولصحة الإناث، حيث قد تعتني الإناث بنظافتهن، وتناولهن للدواء مثلا، على عكس الذكور الذين قد يهملون عند الكبر أي اهتمام بسلوكهم الصحي. ويمكن تفسير نتيجة هذا السؤال أيضا بأن الإناث الكبار في السن بحكم أنهم في محافظة الكرك، لم يكن يعملن. لذلك فقد حافظن على سلوكهن الصحي السابق. أما الذكور فقد يكون التقاعد والتوقف عن العمل سبب خللا في حياتهم الشخصية، فأثر على مستوى رعايتهم لسلوكهم الصحي. وبشكل عام تشير دراسة علاء الدين (٢٠٠٤) إلى وجود فروق بين كبار السن تعزى إلى النوع الاجتماعي.

رابعاً: نتائج السؤال الرابع

للإجابة عن السؤال الرابع والذي نصه: "هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha=0.05)$ في التكامل النفسي، والكفاية الذاتية، والسلوك الصحي تعزى لتغير المستوى التعليمي؟" للتأكد من وجود فروق بين الأفراد في المتغيرات الثلاثة فقد تم إجراء الأوساط الحسابية والجدول رقم (٨) يبين ذلك

الجدول رقم (٨)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفروق بين كبار السن في السلوك الصحي والتكامل النفسي والكفاية الذاتية تبعا للمستوى التعليمي

المستوى التعليمي	المتوسطات	السلوك الصحي	التكامل النفسي	الكفاية الذاتية
أقل من ثانوي	المتوسط الحسابي	١,٧٥	١,٦٢	٢,٦٠
	العدد	١٣٩	١٣٩	١٣٩
	الانحراف المعياري	٠,١٩	٠,٢٥	٠,٥٨
الثانوي	المتوسط الحسابي	١,٦٧	١,٥٨	٢,٣٧
	العدد	٧٤	٧٤	٧٤
	الانحراف المعياري	٠,٢٠	٠,٢٤	٠,٦٤
دراسات جامعية	المتوسط الحسابي	١,٧٤	١,٦٦	٢,٥٣
	العدد	٣١	٣١	٣١
	الانحراف المعياري	٠,٢٥	٠,٣١	٠,٧١
المستوى التعليمي الكلي	المتوسط	١,٧٣	١,٦١	٢,٥٢
	العدد	٢٤٤	٢٤٤	٢٤٤
	الانحراف المعياري	٠,٢٠	٠,٢٦	٠,٦٣

يتبين من الجدول رقم (٨) وجود فروق ظاهرية بين كبار السن في المتغيرات : السلوك

الصحي، والتكامل النفسي، والكفاية الذاتية، كما يظهر من المتوسطات وللتأكد من أن الفروق ذات دلالة إحصائية فقد تم إجراء تحليل التباين الأحادي للأداء على مقياس التكامل النفسي والكفاية الذاتية والسلوك الصحي وفقا لمتغير المستوى التعليمي

الجدول رقم (٩)

نتائج تحليل التباين الأحادي لمتوسطات الأداء على مقياس التكامل النفسي والكفاية الذاتية والسلوك الصحي وفقا لمتغير المستوى التعليمي لدى كبار السن

مستوى الدلالة	قيمة (ف)	متوسط مجموع المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	البعد
*،٠١	٤,٧٥	٠,١٩١	٢	٠,٢٨	بين المجموعات	السلوك الصحي
		٤,٠٢	٢٤١	٩,٦٨	داخل المجموعات	
			٢٤٣	١٠,٠٧	الكلية	
٠,٣٠	١,٢١	٧,٩٧	٢	٠,١٦	بين المجموعات	التكامل النفسي
		٦,٦٠	٢٤١	١٥,٩٢	داخل المجموعات	
			٢٤٣	١٦,٠٧	الكلية	
*،٠٤	٣,٣١	١,٢٧	٢	٢,٥٤	بين المجموعات	الكفاية الذاتية
		٠,٣٨	٢٤١	٩٢,٣٩	داخل المجموعات	
			٢٤٣	٩٤,٩٣	الكلية	

* دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠٥=α). ** دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠١=α).

يتضح من جدول رقم (٩) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التكامل النفسي تعزى إلى متغير المستوى التعليمي، بينما توجد فروق في السلوك الصحي والكفاية الذاتية تعزى لمتغير المستوى التعليمي، حيث بلغت قيمة (ف) بدرجات حرية (٢، ٤١) (٤,٧٥)، (٣,٣١) على التوالي. وهذه القيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥=α). ولمعرفة مصادر هذه الفروق فقد تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، والجدول رقم (١٠) يبين ذلك

الجدول رقم (١٠)

نتائج اختبار شيفيه لتحديد الفروق في السلوك الصحي والكفاية الذاتية وفقا للمستوى التعليمي

فئات المستوى التعليمي						البعد
أقل من ثانوي مع ثانوي		أقل من ثانوي مع دراسات جامعية		ثانوي مع دراسات جامعية		
الدلالة	المتوسط	الدلالة	المتوسط	الدلالة	المتوسط	
٠,٢٤	-٧,٢٦	٠,٩٢	١,٥٦	٠,٠١	٨,٨٢	السلوك الصحي
٠,٤٨	-٠,١٦	٠,٨٦	٦,٨٥	*،٠٤	٠,٢٣	الكفاية الذاتية

* دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠٥=α).

يتبين من الجدول رقم (10) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الصحي. والكفاية الذاتية بين فئة أقل من ثانوي مع الثانوي. ولصالح المتغير أقل من ثانوي. ولم يكن هنالك فروق ذات دلالة بين الفئات الأخرى.

ويعزو الباحثان عدم اختلاف كبار السن في مستوى التكامل النفسي فيما يتعلق بمستواهم التعليمي إلى أن المستوى التعليمي لا يعد عاملاً مؤثراً في حدوث التكامل النفسي ويبدو أن هناك عوامل أخرى غير المستوى التعليمي تلعب دوراً في حدوث التكامل النفسي. بينما كان هناك فروق ذات دلالة في متغيري السلوك الصحي والكفاية الذاتية تعزى لفئات المستوى التعليمي بين فئة كبار السن الذين لم يتعلموا أو هم أقل من فئة الثانوية. وبين فئة كبار السن الذين يحملون درجة الثانوية ولصالح هؤلاء المتعلمين. حيث يبدو أن كبار السن الذين تعلموا ووصلوا لمرحلة الثانوية في الماضي كانت مؤثرة عليهم بشكل كبير. حيث يبدو أنه كان لارتفاع المستوى التعليمي دور مهم في ارتفاع مستوى السلوك الصحي أو الكفاية الذاتية بالمقارنة مع غير المتعلمين. وتعد تلك النتيجة واقعية حيث من المتفق عليه أن التعليم يساهم في تحسين الحياة الشخصية والنفسية والصحية لدى الأفراد.

خامساً: نتائج السؤال الخامس

للإجابة عن السؤال الخامس والذي نصه: "هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha=0,05)$ في التكامل النفسي. والكفاية الذاتية. والسلوك الصحي تعزى لمتغير المستوى العمري؟" فقد تم التعرف على وجود فروق بين المتوسطات في السلوك الصحي والتكامل النفسي والكفاية الذاتية تعزى إلى المتغير العمري. والجدول رقم (11) يبين ذلك.

الجدول رقم (11)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفروق بين كبار السن في السلوك الصحي والتكامل النفسي والكفاية الذاتية تبعاً للفئة العمرية

الفئة العمرية	المتوسطات	السلوك الصحي	التكامل النفسي	الكفاية الذاتية
64-60	المتوسط الحسابي	1,71	1,59	2,51
	العدد	120	120	120
	الانحراف المعياري	0,18	0,24	0,59
69-65	المتوسط الحسابي	1,82	1,63	2,40
	العدد	48	48	48
	الانحراف المعياري	0,20	0,28	0,64

تابع الجدول رقم (١١)

الفئة العمرية	المتوسطات	السلوك الصحي	التكامل النفسي	الكفاية الذاتية
٧٠-٧٤	المتوسط الحسابي	١,٦٩	١,٦٤	٢,٦٢
	العدد	٧٦	٧٦	٧٦
	الانحراف المعياري	٠,٢٢	٠,٢٦	٠,٦٦
الفئة العمرية ككل	المتوسط	١,٧٣	١,٦١	٢,٥٢
	العدد	٢٤٤	٢٤٤	٢٤٤
	الانحراف المعياري	٠,٢٠	٠,٢٦	٠,٦٣

وللتأكد من كون هذه الفروق ذات دلالة إحصائية فقد تم إجراء تحليل التباين الأحادي للأداء على مقياس التكامل النفسي والكفاية الذاتية والسلوك الصحي وفقاً لمتغير المستوى العمري.

الجدول رقم (١٢)

نتائج تحليل التباين الأحادي لمتوسطات الأداء على مقياس التكامل النفسي والكفاية الذاتية والسلوك الصحي وفقاً لمتغير المستوى العمري لدى كبار السن

مستوى الدلالة	قيمة (ف)	متوسط مجموع المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	البعد
٠,٠٠	٧,٠٥	٠,٢٧٨	٢	٠,٥٥	بين المجموعات	السلوك الصحي
					داخل المجموعات	
					الكلي	
٠,٣٥	١,٠٤	٦,٨٩	٢	١٥,٩٤	بين المجموعات	التكامل النفسي
					داخل المجموعات	
					الكلي	
٠,١٥	١,٩١	٠,٧٤	٢	٩٢,٤٥	بين المجموعات	الكفاية الذاتية
					داخل المجموعات	
					الكلي	

يتضح من جدول (١٢) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التكامل النفسي والكفاية الذاتية تعزى إلى متغير المستوى العمري، بينما توجد فروق في السلوك الصحي تعزى لمتغير المستوى العمري، حيث بلغت قيمة (ف) بدرجات حرية (٢، ٢٤١) $F(2, 241) = 7.05$ ، وهذه القيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0.05)$ ، ولعرفة مصادر هذه الفروق فقد تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، والجدول رقم (١٣) يبين ذلك

المجدول رقم (١٣)

نتائج اختبار شيفيه لتحديد الفروق في السلوك الصحي وفقا لمتغير المستوى العمري

		فئات المستوى العمري				البعد
		٦٠-٦٤ مع ٦٥-٦٩		٦٠-٦٤ مع ٦٥-٦٩		
المتوسط	٠,١٣	المتوسط	٠,٧٩	المتوسط	٢,٠٣	السلوك الصحي
الدلالة	*	الدلالة	*	الدلالة	*	
	٠,٠٢		٠,٠١		٠,١١	

يتبين من الجدول رقم (١٣) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الصحي بين فئة (٦٠-٦٤) سنة، وفئة (٦٥-٦٩) سنة ولصالح المستوى العمري (٦٥-٦٩) سنة، ووجود فروق بين فئة (٦٥-٦٩) سنة وفئة (٧٠) سنة فأكثر، ولصالح فئة (٦٥-٦٩) سنة، ولم يكن هنالك فروق ذات دلالة بين الفئة الأخرى.

حيث تدل تلك النتيجة على أن كبار السن في كافة فئاتهم العمرية يختلفون سواء في سلوكهم الصحي، أو كفايتهم الذاتية، حيث يعزو الباحثان عدم الاختلاف بين كبار السن إلى كون مرحلة كبر السن بما يرافقها من تقاعد، وتغير في المستوى الاقتصادي، والاجتماعي، والشخصي تجعل الأفراد كبار السن يمرّون بنفس الحياة الشخصية والكفاية الذاتية والتوافق النفسي، ولا يشكل زيادة المرحلة العمرية في تلك الفترة أي عامل مؤثر في حياتهم.

بينما تبين من الدراسة أن هناك اختلافا بين كبار السن في السلوك الصحي ولصالح الفئة (٦٥-٦٩) حيث تميزوا بتحسّن أفضل في سلوكهم الصحي سواء مع فئة (٦٠-٦٤) سنة، أو مع فئة (٧٠ فأكثر)، ويمكن تفسير ذلك على أنه يبدو أن الأفراد في تلك المرحلة يتميزون باهتمام أكثر في سلوكهم الصحي، ربما يكون ذلك لتفرغهم في تلك المرحلة بعد التقاعد والانشغال بحياتهم الخاصة بعد إنهاء الاهتمام بعلاقاتهم الاجتماعية، أو لكثرة الأمراض التي يتعرضون لها، وعلى كل فإن نتيجة هذا السؤال وما تمخض عنه من نتائج قد حتاج لمزيد من البحث والدراسة، فيما يتعلق بالاختلاف في مراحل العمر المختلفة في كبر السن.

التوصيات:

بناء على نتائج الدراسة الحالية يوصى بما يلي:

1. توجيه نتائج الدراسة للمؤسسات التربوية من أجل الاهتمام بفئة كبار السن في المجالات التالية ككل نظرا لعلاقتها مع: التكامل النفسي، والسلوك الصحي، والكفاية الذاتية، نظرا لكونه متوسّطا في التكامل النفسي والسلوك الصحي والكفاية الذاتية من خلال برامج متكاملة شاملة منظمة ومخطط لها على مستوى الدول العربية.

٢. عمل برامج إرشادية فردية وجمعية من قبل المرشدين التربويين لرعاية كبار السن في المجالات السابقة.
٣. الطلب من المرشدين والمهتمين في رعاية كبار السن بالاهتمام بالسلوك الصحي وخاصة لدى الذكور، نظراً لأن الإناث أفضل في هذا المجال.
٤. ضرورة توجيه الجهود لكبار السن ذوي المستوى التعليمي المرتفع، حيث يبدو السلوك الصحي أقل.
٥. ضرورة إشراك كبار السن في الفئات العمرية (٦٠-٦٤) سنة، و(٧٠-٧٤) في برامج تعنى بسلوكهم الصحي.

المراجع:

- أبو عوض، سليم (٢٠٠٨). التوافق النفسي للمسنين. عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- أبو غزالة، هيفاء (١٩٨٧). مشكلات التكيف لدى كبار السن. مركز البحث والتطوير التربوي: جامعة اليرموك. قسم الإرشاد التربوي: وزارة التربية والتعليم. ورقة مقدمة إلى ندوة (مشكلات تكيفية) والتي انعقدت في الفترة ما بين ٧-٩/٤/١٩٨٧. جامعة اليرموك.
- إسماعيل، عزت سيد (١٩٨٣). الشيخوخة أسبابها ومضاعفاتها والوقاية والاحتفاظ بحيوية الشباب. الكويت: المطبوعات.
- البشير، هيفاء (١٩٨٥). التعرف على الأحوال الصحية والسكنية والعيشية لكبار السن في الأردن. الحلقة الدراسية نحو غد أفضل للمسنين. عمان: وزارة التنمية الاجتماعية.
- جابر، جابر عبد الحميد (١٩٨٦). الشخصية: البناء، الديناميات، النمو. طرق البحث، التقويم. القاهرة: دار النهضة العربية.
- جودة، أمال عبد القادر (٢٠٠٦). أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالوحدة النفسية لدى عينة من المسنين. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات. نيسان. ٦٥.٧-١٠٨.
- خطاب، كريمة سيد (٢٠٠١). فعالية الذات كمحدد نفسي لكل من الإفصاح عن الذات وأنماط السلوك الصحي لدى عينة من الراشدين. دراسات عربية في علم النفس. (١)١٠. ١١٩-١٥٤.
- دعبس، محمد (١٩٩٢). أوضاع المسنين والثقافات المختلفة. مصر: وكالة البناء، دمنهور.
- دق، أميرة (٢٠٠٧). الفروق بين مرضى الكبد الفيروسي المزمّن والأصحاء في السلوك الصحي تبعاً للفروق بينهما في الكفاءة الذاتية والحالة العقلية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة طنطا.

- الديب، علي محمد (١٩٨٨). العلاقة بين التوافق والرضا عن الحياة لدى المسنين وبين استمرارهم في العمل. مجلة علم النفس، ٧، ٤٥-٥٩.
- ديوان الخدمة المدنية (١٩٨٨). نظام الخدمة المدنية رقم (١) وتعديلاته صادر بمقتضى المادة ١٢٠ من الدستور، الأردن.
- رضوان، سامر (١٩٩٧). توقعات الكفاءة الذاتية، البناء النظري والقياس، الشارقة، مجلة شؤون اجتماعية، ٥٥ (١٤)، ٢٥-٥١.
- زكريا، منال وسعد، محمد (٢٠١٠). كفاءة الذات العامة المدركة كمتغير معدل للعلاقة بين نوعية حياة العمل والاحترق النفسي. دراسات نفسية، ٢٠ (٢)، ١٩٧-٢٢٥.
- الشاذلي، عبد الحميد محمد (٢٠٠١). التوافق النفسي للمسنين. إسكندرية: المكتبة الجامعية.
- العبد، حامد عبد العزيز (١٩٩٣). رعاية المسنين في المجتمعات المعاصرة (قضايا واتجاهات). سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية، ١٨ (١)، ٢٥-١.
- عفيفي، إلهام (١٩٩٠). المرأة المسنة في المجتمع المصري. دراسة عن المرأة بعد سن الستين. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- علاء الدين، جهاد (٢٠٠٤). التوافق النفسي للمتقاعدين من كبار السن الأردنيين العاملين وغير العاملين من كلا الجنسين. مؤتم للبحوث والدراسات، ١٩ (٧)، ١١٣-١٤٢.
- الفضل، نبيل (٢٠٠١). دراسة الفروق بين الاستجابات لبعض أعراض الاكتئاب لدى المسنين المصريين والسعوديين من الجنسين. المؤتمر السنوي الثامن لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ٤٠١-٤٣٨.
- فطوم، ربحي (١٩٨٢). ورقة عمل حول إيجاد إستراتيجية عربية للمسنين. عمان: وزارة التنمية الاجتماعية.
- فهومي، محمد سيد (١٩٨٤). رعاية المسنين اجتماعي. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- قناوي، هدى محمد (١٩٨٧). سيكولوجية المسنين. القاهرة: مركز التنمية البشرية والمعلومات.
- قنديل، أماني (١٩٩٢). أوضاع المسنين في منطقة غربي آسيا. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الأمم المتحدة، القاهرة: المجلس الاقتصادي والاجتماعي.
- كريم، عبد الكريم عطا (٢٠١٠). الصحة النفسية في مرحلة الشيخوخة النهج الوقائي والعلاجي نموذجاً. مجلة جامعة ذي قار، ١٨ (١)، ٩٧-١١٣.

Aquino, J., Russell, D., Curtona, C. & Altmaier, E. (1996). Employment state, social support, and life satisfaction among the elderly. *Journal of counseling psychologist*, 20(2), 336-341.

Baltes, M. & Lang, F. (1997). Everyday functioning and successful aging, the impact of resources. *Psychology and Aging*, 12(3), 433-443.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1986). Making a difference: Teachers' sense of efficacy and student, *Journal of Educational Psychology*, 84, 261-271.
- Bandura, A.(1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett.
- Erikson, H. (2009). *Encyclop?dia Britannica*. Ultimate Reference Suite, Chicago: Encyclop?dia Britannica.
- Ferber, V. (1979). *Gesundheitsverhalten*. In: J. Siegrist, A. Hendel-Kramer, *Wege zum Arzt, Ergebnisse medizinsoziologischer Untersuchungen zur Arzt-Patient-Beziehung (S. 7-23)*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Fogelholm, M., Konhdra, E., & Kukkonen, K. (2007). Sleeprelated disturbances and physical in activity are independently associated with obesity. *International Journal of Obesity*, 31(6), 105-133.
- Glover, R. (1998). Perspective on aging: issues affecting the latter part of the life cycle. *Educational Gerontology*, 24(4), 325-332.
- Hinrichsen, A. & McMeniman, M. (2002). The impact of neuropsychology training professional psychology, *Research and Practice*, 33(3), 337-340.
- Hooker, K. (1991). Change and stability in self during the transition to retirement: an intra individual study using p-technique factor analysis. *International Journal of Behavioral Development*, 14(2), 209-233.
- Johansson, C. (2002). Integrity versus despair: An Erikson an framework for geriatric rehabilitation, *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 17(3), 1-12.
- Krampen, G. (1987). *Diagnostik von attributionen und kontrollueberzeugungen*. Gottingen: Hogrefe.
- Lohaus, A. (1993). *Gesundheitsfoerderung und krankheitspraevention im Kindes- und jugendalter*. Goettingen: Hogrefe.
- Miller, M.(1980). Adaptation and Life satisfaction of the Elderly (Doctoral dissertation, Boston College,(1980). *Dissertation Abstracts international*, 41, 7367B.(University Microfilms No. 80-16, 611).
- Noeldner, W. (1989). *Gesundheitspsychologie – Grundlagen und Forschungskonzepte*. In: D. Rüdiger, W. Nöldner, D. Hang, *empirics Beiträge (S. 11-20)*. Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Palsdottn, A. (2008). Information behavior, health self-efficacy beliefs and health behavior in Icelanders' everyday life, *Information Research*, 13(1) paper 334. [Available 22 November, 2007 at <http://InformationR.net/ir/13-1/paper334.html>].

- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life, a meta – analysis. *Psychology and Aging*, 15(1), 187-224.
- Qualls, S., Segal, D., Norman, S., & Niederehe, G. (2002). Psychologists in practice with older adults, current patterns, sources of training, and need for continuing training, professional psychology: *Research and Practice*, 33(5), 435-442.
- Schwarzer, R. (1997). *Gesundheitspsychologie: Einführung in das Thema*. In: R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 3-23). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1993). *Stress, angst und handlungsregulation*. Stuttgart: Kohlhammer
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische kompetenzerwartung: zur erfassung einer personellen bewaeltigungsressource. *Dignostika. Heft* 2(40), 105-123, Goettingen.
- Streib, G. & Schneider, C. (1972). *Retirement in American society*, New York: Cornell University.
- Troschke, J., Kupke, R., Gutjahr, O., Kluge, M., Stunzner, W., Wiche, E. (1985). Die soziokulturelle Prozeßevaluation der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventions-Studie, DHP I. Theoretische Grundlagen zur Erklärung Gesundheitsbezogener Verhaltensweisen. *Prävention*, 8(2), 35-41.
-