العوامل المؤثرة على السعادة النفسية لدى عينة من المسنين المقيمين مع أسرهم وفي دور الرعاية بمحافظة الإسكندرية

ليلى محمد الخضري، مواهب إبراهيم عياد، أحمد سمير أبو دنيا، صفاء عبد الحميد معجوز

تخصص الأمومة والطفولة والرعاية الأسرية – قسم الاقتصاد المنزلي – كلية الزراعة – جامعة الإسكندرية

الملخص

أجرى هذا البحث بهدف دراسة العوامل المؤثرة على السعادة النفسية لدى عينة من المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور الرعاية بمحافظة الإسكندرية.

استخدم في البحث المنهج الوصفي التحليلي المقارن، وقد تكونت العينة البحثية من (٢٠٠) مسناً ومسنة ممن يبلغ أعمارهم ٦٠ سنة فأكثر، (١٠٠) مبحوث من المقيمين مع أسرهم منهم (٤٤,٠% من الذكور، ٥٦,٠% من الإناث) و(١٠٠) مبحوث من المقيمين في دور رعاية المسنين (٦١,٠ % من الإناث و٣٩,٠% من الذكور)، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام استمارة استبيان خاصة بالمسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين بدور الرعاية ملئت بالمقابلة الشخصية. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة معنوية بين عينتي البحث من المسنين المقيمين في دور الرعاية والمسنين المقيمين مع أسرهم في مجمل مستوى السعادة النفسية لهم عند مستوى احتمالي ٠,٠١ لصالح عينة المسنين المقيمين مع أسرهم. كما أظهرت النتائج أن أكثر العوامل الشخصية والأسرية تأثيراً على مستوى السعادة النفسية للمسن كان المستوى التعليمي له، في حين جاء تقدير الذات على رأس المتغيرات المستقلة الأخرى المؤثرة على السعادة النفسية للمسنين.

الكلمات المفتاحية: المسنون – السعادة النفسية – دور المسنين – تقدير الذات – الاكتئاب.

المقدمة

يمثل المسنون شريحة من المواطنين الذين يتسمون بطبيعة وسيكولوجية خاصة تستلزم الفهم والوعي الكامل لاحتياجاتهم ومتطلباتهم والمتغيرات المؤثرة والمرتبطة بهذه المرحلة من العمر، وذلك بهدف محاولة الحد من المشكلات والصعوبات الحياتية التي قد يواجهها هؤلاء المسنون من خلال إيجاد أنسب وسائل الرعاية التي تكفل الحفاظ على كيانهم المعنوي والمادي (وجدي بركات،٢٠١٠).

تعتبر الشيخوخة مرحلة مليئة بالصراعات والتحديات مع الذات ومع المجتمع، فالمسنون يعانون في هذه المرحلة الكثير من المشكلات، لهذا فهم بحاجة إلى الرعاية والاهتمام من قبل الأفراد والمؤسسات الاجتماعية لمساعدتهم على التكيف والتوافق مع التغيرات الجديدة التي تطرأ في حياتهم (صفا صيام، ٢٠١٠).

وإن قضية المسنين قضية عالمية، وهى من القضايا الإنسانية والاجتماعية متعددة الجوانب والأوجه التي فرضت نفسها في وقتنا الراهن على جميع المجتمعات، على اختلاف درجة تقدمها ورقيها، فهي قضية تزداد أهميتها مع مرور الزمن، وتقدم الحضارة الإنسانية، وإن معالجة قضايا المسنين ينبغي أن تكون جزءاً من السياسة العامة للرعاية الاجتماعية للدولة، وليست سياسة منعزلة عنها، لضمان استمراريتها، كما يتطلب الإبقاء على دور مناسب لكبار السن في حياة المجتمع لتمكين هذه الفئة من الإحساس بوجودها وانتمائها وفقاً لإمكانياتها وقدراتها، بالإضافة إلى ضرورة مواجهة قضايا المسنين، ليس على أنها نوع من البر والإحسان ورد الجميل بل باعتبارها إلزاماً على المجتمع بكل فئاته ومؤسساته (خليل عبد الرازق،٢٠١٦).

ذكرت إنعام عبد الرحمن(٢٠١٧) أن مرحلة الشيخوخة ليست مرحلة مرض ولا مرحلة عجز للمسنين جميعهم لكنها مرحلة نمو لها خصائصها في القدرات والاستعدادات والانفعالات والميول، ولها مشكلاتها وأمراضها وعلينا أن نفهم هذه الخصائص

لكى نفهم كبار السن من الآباء والأجداد، ونتعامل معهم بما هم أهل له من احترام وتقدير، وبما هم في حاجة له من رعاية وتكريم ونستفيد من خبراتهم ونجعل وجودهم في الأسرة خير وبركة، وليس عبئاً ثقيلاً وضغطاً، ويتمثل الرضا النفسي للشيخوخة في رضا المسن بعد الإحالة للمعاش وترك العمل ونقص الدخل والاستعداد لتقبل المساعدة من الآخرين، والتغيرات الأسرية من ترك الأولاد للأسرة واستقلالهم في أسرهم الجديدة وتقبل وفاة شريك الحياة والأصدقاء وتكوين علاقات جديدة مع رفاق السن والوفاء بالالتزامات الاجتماعية في حدود الإمكانيات وتقبل التغيرات الاجتماعية وخاصة مع الجيل الثاني وتهيئة الجو النفسي والصحي المناسب للحياة في هذه المرحلة العمرية.

وقد حددت الأمم المتحدة أول أكتوبر من كل عام ليكون اليوم العالمي للمسنين بهدف دعمهم وإبراز دورهم في التنمية الشاملة داخل المجتمع لتعزيز بناء مجتمع لجميع الأجيال وذلك من خلال تسليط الضوء على أهم القضايا التي تتعلق برعايتهم والخدمات المقدمة لهم وتأهيلهم. ولقد أحتفل العالم في اليوم الأول من أكتوبر(٢٠٢٠) باليوم العالمي للمسنين حيث كان موضوع الاحتفال التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، كما استهدفت الاحتفالية موضوعات منها رفع مستوى الوعي بالاحتياجات الصحية الخاصة لكبار السن وإسهاماتهم في صحتهم وفي عمل المجتمعات التي يعيشون فيها، وزيادة الوعي والتقدير لدور القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية في الحفاظ على صحة كبار السن وتحسينها (منظمة الأمم المتحدة،٢٠٢٠).

وقد بلغ عدد المسنين في مصر عام ٢٠١٩ (٦,٥) مليون مسن منهم (٣,٥ مليون ذكور، ٣,٠ مليون إناث) بنسبة ٦,٧% من إجمالي السكان ومن المتوقع ارتفاع هذه النسبة إلى ١١,٥% عام ٢٠٣١ (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠١٩).

وكلما زاد عدد المسنين في المجتمع كلما تعددت وتنوعت الاحتياجات وظهرت المشكلات الخاصة بإشباع تلك الاحتياجات، الأمر الذي يجعل رعاية المسنين قضية هامة من قضايا العصر.

المشكلة البحثية

تعتبر قضايا المسنين ومشكلاتهم موضوع جدير بالاهتمام وضرورة ملحة تفرضها طبيعة العصر الحديث الذي يتميز بارتفاع متوسط الأعمار، وتزايد فئة المسنين من السكان في كثير من المجتمعات (جولتان حجازي، وعطاف أبو غالى، ٢٠١٠).

حيث يحتاج المسنون إلى المساعدة إذ تكثر بينهم الأمراض ويزداد الألم وهي مرحلة الضعف والتقاعد عن العمل وبعد الإحالة للمعاش يعيشون في فراغ ويشعرون بالإحباط وعدم الرضا عن النفس مما يؤدى إلى شعورهم بالعزلة والاكتئاب والوحدة بعد وفاة الزوج أو الزوجة وزواج الأبناء فيعيش وحيداً في بيته دون رعاية أو يقيم بدار المسنين ويحرم من الحياة الأسرية (إنعام عبد الرحمن،٢٠١٧).

يختلف الشعور بالسعادة النفسية Psychological Happiness والتعبير عنها من فرد لآخر، ومن ثقافة لأخرى ومن مرحلة عمرية لأخرى، كما تتباين مصادر السعادة من فرد لآخر، وهناك اتفاق على أن السعادة النفسية هي مجموعة من المؤشرات السلوكية التي تدل على توفر حالة من الرضا العام لدى الفرد وسعيه المستمر لتحقيق أهدافه الشخصية في إطار الاحتفاظ بالعلاقات الاجتماعية الإيجابية مع الآخرين(سعاد الرباعي،٢٠١٤، سارة أبو حسبو،٢٠١٦).

وتلعب الصحة العامة للمسن، والرعاية المقدمة له، ونمط الحياة، والمساندة الاجتماعية بما تقدمه من دعم نفسي واجتماعي، ونمط الشخصية، وخفض الشعور بالاكتئاب وتقدير الذات دوراً هاماً في تحسين مؤشرات الصحة النفسية لديه والتي تعد السعادة النفسية من أبرزها، بالإضافة إلى تحقيق حاجات المسن النفسية في الأمن

والانتماء والتقدير، وهذه العوامل التي تعد من أهم مصادر السعادة النفسية للمسن غالبا ما تتأثر بعمليه الانسحاب من الحياة الأسرية والاجتماعية ودخول دار الرعاية (سليمان الفالح وحسن حسن، ٢٠١٥، موضي العنزي،٢٠١٧).

حيث أكدت سارة أبو حسبو (٢٠١٦) أن المسنين المقيمين بدور الرعاية علاوة على ما يعانون منه من تغيرات جسمية وفسيولوجية فإنهم يشعرون أيضاً بالوحدة والعزلة وانعدام العلاقات الأسرية والاجتماعية وعلاقات الصداقة التي تعتبر المصدر الرئيسي لسعادة المسن، وكل هذه الأسباب تؤدي إلى انخفاض درجة الشعور بالرضا والسعادة لدى المسنين بدور الرعاية.

ومن هنا يبرز التساؤل الرئيسي للدراسة وهو "ما هي العوامل المؤثرة على مستوى السعادة النفسية لدى المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين داخل دور الرعاية بمحافظة الإسكندرية؟".

أهداف البحث

يهدف البحث بصفة رئيسية إلى دراسة العوامل المؤثرة على مستوى السعادة النفسية لدى عينة من المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية المسنين بمحافظة الإسكندرية (دراسة مقارنة).

وينبثق من هذا الهدف الرئيسي الأهداف الفرعية التالية:

١. تحديد معنوية الفروق بين عينتي البحث (من المسنين المقيمين مع أسرهم، والمسنين المقيمين في دور الرعاية) وفقاً لكل من الخصائص الشخصية والأسرية، الحالة الصحية العامة، نمط الحياة، الرعاية المقدمة لهم، المساندة الاجتماعية، نمط الشخصية، المعاناة من الاكتئاب، وتقدير الذات ومستوى السعادة النفسية لهم.
٢. تحديد نسبة مشاركة بعض المتغيرات المستقلة موضع البحث في تفسير التباين الحادث للمتغير التابع الرئيسي للدراسة (السعادة النفسية للمسنين).

فروض البحث

١- لا توجد فروق بين عينتي الدراسة من المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور الرعاية تبعاً لكل من الخصائص الشخصية والأسرية، الحالة الصحية العامة، نمط الحياة، الرعاية المقدمة لهم، المساندة الاجتماعية، نمط الشخصية، المعاناة من الاكتئاب، تقدير الذات، والسعادة النفسية.

٢- تختلف نسبة مشاركة كل من المتغيرات المستقلة موضع الدراسة في تفسير التباين الحادث في المتغير التابع (السعادة النفسية للمسن).

الأهمية البحثية

١. نظراً لتحسن الخدمات الصحية بشكل عام فإن عدد من يقعوا في الفئة العمرية من ٦٠ سنة فأكثر في تزايد، ويواكب ذلك تزايد في حاجتهم إلى رعاية صحية واجتماعية ونفسية خاصة، حيث ترتبط تلك المرحلة بانخفاض بعض الجوانب الصحية، وزيادة الفراغ والوحدة لدى بعض المسنين نتيجة خروجهم على المعاش وانشغال الأبناء والأقارب بعائلاتهم الخاصة.
٢. يعد الشعور بالسعادة مصدراً هاماً للمسنين لتجاوز التغيرات السلبية المرتبطة بالتقدم في السن، لذلك فإن دراسة العوامل المؤثرة على السعادة النفسية يسهم في تحسين أوجه الرعاية الأسرية والمؤسسية المقدمة للمسنين بما يعزز الشعور بالسعادة النفسية لديهم.
٣. تفعيل مختلف سبل الرعاية الأسرية والمجتمعية المقدمة لفئة المسنين لما لها من تأثير على الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية وعلى إحساسهم بالسعادة ورضاهم عن الحياة.
٤. تعديل الاتجاه نحو دور رعاية المسنين والتي ارتبطت لدى أفراد المجتمع بجحود الأبناء، إلى اتجاه إيجابي وفقاً لدورها في رعاية المسنين الذين

تحول أوضاعهم الصحية والاجتماعية من أن يتلقوا الرعاية المناسبة في منازلهم.

الأسلوب البحثي

أولاً: المصطلحات العلمية والمفاهيم الإجرائية:

المسن: Aged Person

أشارت ليلى الخضري (٢٠١١) إلى أن هناك فئتان من المسنين.

Young Old وهي الفئة التي تبدأ من عمر ٦٠ حتى ٧٥ ويطلق عليها المسن الصغير.

Old Old وهي الفئة التي يزيد فيها عمر المسنين عن ٧٥ سنة ويطلق عليها المسن الكبير وتحتاج هذه الفئة إلى رعاية خاصة.

كما أصدرت منظمة الصحة العالمية (٢٠١٨) تصنيفاً جديداً لعمر الإنسان وأعلنت فيه أن عمر الشباب يبدأ من ٢٥ – ٦٥ سنة، ٦٦– ٧٩ متوسط العمر، ٨٠ –٩٠ كبار السن، وأشارت أيضاً إلى عدم وجود وصف محدد للشخص المسن، فالبعض ممن يبلغون من العمر ٨٠ سنة يتمتعون بقدرات بدنية وعقلية جيدة، وقد يعاني آخرون من تراجع في قدراتهم البدنية والعقلية في سن أصغر كثيراً، وهذا الاختلاف يرجع بعضه إلى الظروف الاجتماعية والاقتصادية والنفسية التي يعيش فيها المسن وأثر ذلك على نمط الحياة والسلوكيات الصحية.

ويعرف المسن إجرائياً بأنه الشخص الذى يبلغ من العمر ستون عاماً فأكثر.

السعادة النفسية Psychological Happiness:

السعادة النفسية هي مجموعة من السلوكيات والمشاعر الإيجابية نتيجة رضا الفرد عن حياته بشكل عام، وحددها Ryff & Singer (2008) في ستة عوامل رئيسية هي:

(١) الاستقلالية Autonomy: وتشير إلى القدرة على التفكير والتفاعل وتحمل الضغوط الاجتماعية المختلفة، واتخاذ القرار، والتحكم في النفس أثناء التفاعل مع الآخرين.

(٢) التمكن البيئي Environmental Mastery : يقصد به المرونة الشخصية للفرد وقدرته على التمكن من إدارة شئون حياته اليومية بما يتناسب مع الظروف البيئية المحيطة.

(٣) التطور الشخصي Personal Development: هو مواكبة التطورات الجديدة، الشعور بالتطور المستمر وزيادة الكفاءة الشخصية وتنمية القدرات، والشعور بالتفاؤل.

(٤)العلاقات الإيجابية مع الآخرين Positive Relations With Others: يقصد بها قدرة الفرد على تكوين علاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين تتسم بالود والثقة المتبادلة.

(٥) الحياة الهادفة Purpose in Life: يقصد بها أن يكون للفرد أهداف في الحياة مع الصبر والإصرار على تحقيق أهدافه، والرضا عما حققه في حياته.

(٦) تقبل الذات Self - Acceptance: تعنى رضا الفرد عن نفسه بما فيها من إيجابيات وسلبيات مع محاولته تغيير السلبيات بقدر المستطاع.

وتتحدد السعادة النفسية إجرائياً بمجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد في مقياس السعادة النفسية بمحاوره الستة إعداد Springer and Hauser(2006) تعريب (السيد أبو هاشم، ٢٠١٠).

الصحة العامة Public Health:

أوضح بشير معمرية وعبد الحميد خراز (٢٠٠٩) أن وجود الأمراض وخاصة المزمنة منها تسبب آلام للشخص وتعوقه عن القيام بمهام حياته اليومية والأدوار الاجتماعية المختلفة وهذا بدوره ينعكس على حالته النفسية.

تعرف منظمة الصحة العالمية (٢٠١٠) الصحة بأنها حالة اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً وليست الخلو من المرض أو العجز.

وتُعرف الصحة العامة إجرائياً على أنها الدرجة الدالة على مستوى الإصابة بالأمراض والدرجة الدالة على مستوى الأعراض المرضية التي يعانى منها المسن/المسنة في المقياس المعد من قبل الباحثين.

المساندة الاجتماعية Social Support:

تمثل المساندة الاجتماعية إدراك الفرد لوجود أشخاص مقربين له في شبكة علاقاته الاجتماعية (الأقارب، الأصدقاء) يمدونه في أوقات الأزمات والضغوط بأنماط الدعم المتنوعة (الوجداني، السلوكي، المعرفي) وغيرها من أنماط الدعم الأخرى التي من شأنها التخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن هذه الأزمات والضغوط التي يمر بها (إيمان إسماعيل وعماد عوض الله، ٢٠١٨).

كما يقصد بالمساندة الاجتماعية كل ما يتلقاه الفرد من الدعم والمساندة المعنوية والمادية داخل المجتمع سواء من الأسرة أو الأصدقاء، ومدى الرضا عن الدعم والمساندة وقت الأزمات (على محمدي، العربي غريب،٢٠١٨).

وتعرف المساندة الاجتماعية إجرائياً بأنها الدرجة التي يحصل عليها الفرد في مقياس المساندة الاجتماعية المعد من قبل الباحثين.

نمط الشخصية Personal style:

يُعرف نمط الشخصية بأنه الجانب الذاتي الذي يحدد مدى توافق الشخص مع البيئة المحيطة به ويظهر ذلك في أخلاقه ومزاجه وقواه البدنية والعقلية (نضال الشمالى،٢٠١٥).

وتتمثل أبعاد الشخصية كما وردت بمقياس أيزنك للشخصية Eysenck & Eysenck (1975): في البعد الذهاني والبعد العصابي وبعد الانبساط وبعد الكذب وبعد العدوان.

وتُعرف نمط الشخصية إجرائياً بالدرجة الدالة على كل من البعد العصابي و البعد الانبساطي من مقياس أيزنك للشخصية.

الاكتئاب Depression:

عرف Beck et al. (1996)a,b الاكتئاب بأنه حالة انفعالية ومشاعر حزن وقلق ولامبالاة، ومفهوماً سالباً عن الذات مع إدانتها ولومها ووجود رغبات في عقاب الذات مع تمنى الموت والانسحاب الاجتماعي، وتغيرات في مستوى النشاط وصعوبة النوم والأكل.

كما يشير مصطلح الاكتئاب إلى خبرات وجدانية ذاتية تظهر في أعراض الحزن، والانطواء والكأبة، والتشاؤم، والشعور بالفشل، وعدم الرضا، والشعور بالذنب، وكراهية الذات، وإيذاء الذات، والانسحاب الاجتماعي، والتردد، وتغير وتشويه صورة الذات، واضطرابات في النوم، وظهور علامات التعب والإعياء مع فقدان مستمر للشهية (سعد المشوح،٢٠١٦).

ويُعرف الاكتئاب إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المسن في مقياس الاكتئاب من إعداد Beck et al.(1996) a,b وتعريب عبد الستار إبراهيم(١٩٩٨).

تقدير الذات Self-esteem:

عرف علي أبو الطيعة (٢٠١٦) تقدير الذات بأنه تقييم الفرد لإمكانياته وقدراته ووضعه بين الآخرين مع قدرته على حل ما يواجهه من مشكلات وشعوره بأنه جدير بالاهتمام وأنه على قدر من السعادة والرضا عن حياته.

ويُعرف إجرائياً بمجموع الدرجات التي يحصل عليها المسن في مقياس تقدير الذات.

رعاية المسنين Elderly care:

أوضح سرى الكيلانى ومحمد الكيلانى (٢٠١٦) أن رعاية المسنين تعني تقديم مجموعة من الخدمات والأنشطة المنظمة التي تمارسها هيئات حكومية مختصة أو أهلية تطوعية تجاه المسنين لتوفير الحماية والوقاية لهم والحد من آثار المشكلات الاجتماعية وعلاجها بهدف تحسين مستوى معيشتهم وصورة الحياة لديهم، ومنها: الرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية والروحية والاقتصادية والشخصية بصورها المختلفة بالتعاون مع الأسرة والأصدقاء والمجتمع.

وتُعرف رعاية المسنين إجرائياً بأنها تلك الخدمات التي تقدم للمسنين لتحقيق احتياجاتهم سواء رعاية صحية وتغذوية واجتماعية وترفيهية واقتصادية ونفسية وسكنية ودينية وثقافية ومجتمعية سواء من الأسرة أو دور الرعاية أو المجتمع.

دور رعاية المسنين:

تُعرف على أنها مؤسسة سكنية تقدم الرعاية الطبية وغير الطبية لبعض المسنين ممن يبلغون من العمر ٦٠ سنة فأكثر وتبذل قصارى جهدها لتوفير جو عائلي مريح لقاطنيها (أحمد إبراهيم، ٢٠١٢).

وتُعرف إجرائياً بأنها دار اجتماعية ومجهزة لإقامة المسنين يتوفر فيها أسلوب الحياة الكريمة وتقديم برنامج الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية والترويحية المناسبة.

ثانياً: منهج البحث:

استخدم في الدراسة المنهج الوصفي التحليلي المقارن ويعنى محاولة الوصول إلى المعرفة الدقيقة والتفصيلية لعناصر مشكلة أو ظاهرة قائمة للوصول إلى فهم أفضل وأدق لوضع السياسات والإجراءات المستقبلية الخاصة بها (أحمد الرفاعي، ٢٠٠٧).

ثالثاً: العينة البحثية:

عينة الدراسة الاستطلاعية:

تم إجراء دراسة استطلاعية على عينة قوامها (٣٠) من المسنين والمسنات، وذلك للتحقق من وضوح صياغة أسئلة الاستبيان، ومدى واقعيتها، وقابليتها للتطبيق، والزمن المستغرق في الإجابة عليها، وتم استبعاد تلك الاستمارات بعد الاستعانة بها لإجراء التعديلات على الصورة النهائية للاستبيان.

عينة الدراسة:

تضمنت العينة البحثية (٢٠٠) مسناً ومسنة ممن يبلغ أعمارهم ٦٠سنة فأكثر.

- **عينة غرضية** من المقيمين مع أسرهم (١٠٠) مفردة منهم ٤٤,٠% من الذكور و٥٦,٠% من الإناث وتم الحصول عليها من مستشفيات التأمين الصحي، ودور العبادة، ومركز شباب سموحة، والمسنين المنضمين للعمل التطوعي بالجمعيات الخيرية.
- **عينة عشوائية** من المقيمين في مؤسسات رعاية المسنين(١٠٠) مبحوث/ مبحوثة منهم ٦١,٠% من الإناث و٣٩,٠% من الذكور. وتم الحصول عليهم من دور رعاية المسنين. ويوضح جدول (١) توزيع أفراد العينة البحثية وفقاً لدور المسنين وأعداد المبحوثين.

رابعاً: الحدود الزمنية للدراسة:

تم جمع البيانات في الفترة الزمنية من يناير إلى يونيو ٢٠١٩

خامساً: أدوات الدراسة:

تحقيقاً لأهداف البحث تم تصميم استمارة استبيان خاصة بالمسنين المقيمين مع أسرهم أو المقيمين بدور الرعاية ملئت بالمقابلة الشخصية مع المبحوثين مرة واحدة أو أكثر من مرة تبعاً لحالة المسن وقد اشتملت على ٨ أقسام هي:

جدول ١: توزيع العينة البحثية وفقاً لدور المسنين وأعداد المبحوثين

اسم الدار	العينة		الإجمالي
	إناث	ذكور	
دار المواساة لرعاية المسنين التابع لجمعية المواساة	٩	١٠	١٩
دار أحمس خليفة – جمعية إسكندرية لرعاية المسنين	٨	٥	١٣
دار محمد رجب للمسنين	٢١	١٨	٣٩
دار الهنا للسيدات القادرات على خدمة أنفسهن	٨	–	٨
دار الهنا للسيدات الغير لقادرات على خدمة أنفسهن	١٥	–	١٥
دار المسنين الألماني	–	٦	٦
الإجمالي	٦١	٣٩	١٠٠

١- الخصائص الشخصية والأسرية:

وقد تضمنت هذه البيانات الجنس (ذكر- أنثى)، عمر المسن، فئات العمر (٦٠-٧٥، أكبر من ٧٥ سنة)، الحالة الاجتماعية(متزوج، أرمل، مطلق، أعزب)، هل يوجد أبناء أم لا، فئات عدد الأبناء (الأبناء أكثر من أربعة أبناء، من ٣ -٤ أبناء، الأبناء من ١ – ٢)، المستوى التعليمي وقد تم تقسيمه إلى فئات (ماجستير أو دكتوراه- التعليم العالي- والتعليم المتوسط وثانوي وإعدادي – ابتدائي ويقرأ ويكتب- أمي)، مصادر الدخل (وجود أكثر من مصدر للدخل- إيراد أملاك – معاش – مساعدات خاصة سواء من الأسرة أو الأقارب أو مؤسسات – عدم وجود مصدر للدخل) تم تقسيم الدخل إلى فئات (٢٠٠٠ جنيه فأكثر- ١٥٠٠ إلى أقل من ٢٠٠٠ جنيه – ١٠٠٠ إلى أقل من ١٥٠٠ جنيه – أقل من ١٠٠٠ جنيه). وقد اشتملت الخصائص الأسرية أيضا على سؤال عن مكان الإقامة (المسكن الخاص بالمسن- الإقامة مع أحد الأبناء – الإقامة مع أحد الأقارب- الإقامة في دار المسنين)٠ من القائم بالرعاية في المنزل (الرعاية من الزوج /الزوجة – الرعاية من الأبناء – الرعاية من الأخوة – الرعاية من الأقارب – لا يوجد من يقوم بالرعاية في المنزل- ولا ينطبق في حالة إقامة المسن في دار المسنين).

وفي حالة الإقامة داخل دار رعاية المسنين فقد اشتملت الاستمارة عن بيانات عن المسن/ المسنة داخل الدار تضمنت أسباب الالتحاق بالدار (عدم وجود أبناء – عدم قدرة الأبناء على الرعاية- زواج الأبناء – عدم وجود شريك الحياة –عدم وجود مكان للإقامة، لا ينطبق في حالة عدم إقامة المسن في دار المسنين). وتضمنت الاستمارة أيضا سؤال عن القائم بالرعاية داخل الدار (المشرفين بالدار- جليسة – لا يوجد – ولا ينطبق في حالة عدم إقامة المسن في دار المسنين. وسؤال عن طبيعة الاشتراك في الدار (أشتراك شهري – الدار مجانية)، ولا ينطبق في حالة عدم إقامة المسن في دار المسنين، والدرجة المقيم بها المسن /المسنة داخل الدار (جناح – الإقامة في غرفة لفرد واحد – غرفة مخصصة لفردين- غرفة لثلاث أفراد فأكثر – ولا ينطبق في حالة عدم إقامة المسن في دار المسنين). تم تحويل البيانات الوصفية إلى بيانات كمية وذلك لتقييم الإجابات من خلال وضع درجات.

٢- بيانات عن الحالة الصحية العامة:

وقد تم تقسيم هذا المحور إلى قسمين، تضمن القسم الأول الأمراض التي يعانى منها المبحوث والقسم الثاني الأعراض المرضية التي يعانى منها.

القسم الأول: (الأمراض التي يعانى منها) وقد تضمن ١٨ عبارة تفيد الإجابة عنها التعرف على الأمراض التي يعانى منها المسن ولتقييم ذلك تم وضع درجات (Scores) بحيث أعطيت درجتان في حالة عدم وجود المرض ودرجة واحدة في حالة وجود المرض وبالتالي تعبر الدرجة الأعلى عن انخفاض الإصابة بالأمراض.

وقد بلغ الحد الأعلى للدرجات ٣٦ درجة، بينما بلغ الحد الأدنى ١٨ درجة وقد بلغ المدى ١٨ درجة تم تقسيمه إلى ثلاثة مستويات للإصابة بالأمراض:

- مستوى مرتفع من الإصابة بالأمراض (١٨ إلى ٢٣) درجة (١)
- مستوى متوسط من الإصابة بالأمراض(٢٤ إلى ٣٠) درجة (٢)
- مستوى منخفض من الإصابة بالأمراض (٣١ إلى ٣٦) درجة (٣)

القسم الثاني: (الأعراض المرضية التي يعانى منها المسن / المسنة)

وقد تضمن هذا القسم ١٨ عبارة تفيد الإجابة عليها في التعرف على الأعراض التي يعانى منها المسن/المسنة ولتقييم ذلك تم وضع درجات (Scores) بحيث أعطيت ثلاث درجات في حالة لا يوجد أي من الأعراض، ودرجتان في حالة الأعراض متوسطة الشدة، درجة واحدة في حالة الأعراض الشديدة.

وقد بلغ الحد الأعلى للدرجات ٥٤ درجة، بينما بلغ الحد الأدنى ١٨ درجة وقد بلغ المدى ٣٦ درجة تم تقسيمه إلى ثلاثة مستويات من ظهور أعراض مرضية لدى المسن:

- مستوى مرتفع من الأعراض المرضية (١٨ إلى ٢٩) درجة (١)
- مستوى متوسط من الأعراض المرضية (٣٠ إلى ٤٢) درجة (٢)
- مستوى منخفض من الأعراض المرضية (٤٣ إلى ٥٤) درجة (٣)

وبذلك تكون أعلى درجة للحالة الصحية العامة يحصل عليها المسن/ المسنة (٩٠) درجة، بينما بلغ الحد الأدنى (٣٦) درجة وقد بلغ المدى ٥٤ درجة تم تقسيمه إلى ثلاثة مستويات للصحة العامة:

- مستوى صحي منخفض (٣٦ إلى ٥٣) درجة (١)
- مستوى صحي متوسط (٥٤ إلى ٧٢) درجة (٢)
- مستوى صحي مرتفع (٧٣ إلى ٩٠) درجة (٣)

٣- نمط الحياة اليومي:

تضمن هذا القسم ١٢ عبارة تفيد الإجابة عليها في التعرف على أسلوب الحياة للمسن/ المسنة من حيث عادات النوم (عدد ساعات النوم ليلاً، والنوم مبكراً، والاستيقاظ مبكراً، والنوم أثناء النهار)، أيضاً العادات الغذائية من حيث الاهتمام بتناول وجبتي الإفطار والعشاء ونوعية الغذاء والحرص على شرب كميات كافية من الماء.

ولتقييم ذلك تم وضع درجات (Scores) بحيث أعطيت ثلاث درجات في حالة الإجابة (دائماً) ودرجتان في حالة الإجابة (أحياناً) ودرجة واحدة في حالة الإجابة (لا).

وقد بلغ الحد الأعلى للدرجات ٣٦ درجة، بينما بلغ الحد الأدنى ١٢ درجة وقد بلغ المدى ٢٤ درجة تم تقسيمه إلى ثلاثة مستويات:

- مستوى ضعيف (١٢ إلى ١٩) درجة (١)
- مستوى متوسط (٢٠ إلى ٢٨) درجة (٢)
- مستوى مرتفع (٢٩ إلى ٣٦) درجة (٣)

٤- رعاية المسن من خلال الأسرة أو دور الرعاية كما يراها المسن /المسنة:

تم إعداد مقياس للرعاية المقدمة للمسن /المسنة من خلال المجتمع والأسرة أو دور الرعاية كما يراها المسن /المسنة، وقد تضمن (٥٠) عبارة موزعة على (٧) محاور. وتم وضع درجات(Scores) بحيث أعطيت ثلاث درجات في حالة الإجابة (نعم) ودرجتان في حالة الإجابة (أحياناً) ودرجة واحدة في حالة الإجابة (لا).

وتتمثل محاور الرعاية فيما يلى:

المحور الأول: الرعاية الصحية والتغذوية للمسن:

تضمن هذا المحور(١١)عبارة تقيس مستوى متابعة القائم بالرعاية للحالة الصحية للمسن/ المسنة ومرافقته عند الذهاب للطبيب، وتوفير العلاج ومتابعة تناول الدواء في مواعيد منتظمة، والمساعدة في الحفاظ على سلامة الجلد والشعر والأظافر منعاً لحدوث تقرحات الفراش أو القدم السكرى، وهل يتم الاهتمام بنوعية الغذاء المناسب للحالة الصحية للمسن/المسنة وتقديم الطعام بطريقة شهية وفي مواعيد ثابتة وقد بلغ الحد الأعلى للدرجات ٣٣ درجة، بينما بلغ الحد الأدنى ١١ درجة وقد بلغ المدى ٢٢ درجة تم تقسيمه إلى ثلاثة مستويات:

- مستوى ضعيف(١١ إلى ١٧) (١)
- مستوى متوسط(١٨إلى ٢٦) (٢)
- مستوى مرتفع(٢٧ إلى ٣٣) (٣)

المحور الثاني: الرعاية الاجتماعية:

اشتمل هذا المحور على (٧) عبارات تفيد الإجابة عليها التعرف على مدى اهتمام القائم بالرعاية الاجتماعية وذلك كما يراها المسن /المسنة، من حيث استضافة أبناء أو احد أقارب المسن له من وقت لآخر، والاحتفال بالمناسبات الخاصة به، والاتصال به تليفونياً للاطمئنان عليه، والتواصل بينه وبين الأصدقاء، ومرافقته للرحلات، مدى توافر نادى اجتماعي لقضاء وقت الفراغ.

وقد بلغ الحد الأعلى للدرجات ٢١ درجة، بينما بلغ الحد الأدنى ٧ درجات وقد بلغ المدى ١٤ درجة تم تقسيمه إلى ثلاثة مستويات:

- مستوى ضعيف (٧ إلى١١) (١)
- مستوى متوسط (١٢ إلى ١٦) (٢)
- مستوى مرتفع (١٧ إلى ٢١) (٣)

المحور الثالث: الرعاية الاقتصادية:

ويتضمن هذا المحور(٥) عبارات تقيس الرعاية الاقتصادية التي يقوم بها أفراد الأسرة أو القائمين على رعاية المسن / المسنة من حيث توفير مستلزماته من الملابس والأدوات الشخصية وكافة احتياجاته، والمساعدة المادية في نفقات المعيشة وتوفير العلاج أم يعتمدون عليه في المساعدات المادية.

وقد بلغ الحد الأعلى للدرجات ١٥ درجة، بينما بلغ الحد الأدنى ٥ درجات وقد بلغ المدى ١٥ درجة تم تقسيمه إلى ثلاثة مستويات:

- مستوى ضعيف (٥ إلى ٧) درجة (١)
- مستوى متوسط (٨ إلى ١٢) درجة (٢)
- مستوى مرتفع (١٣ إلى ١٥) درجة (٣)

المحور الرابع: الرعاية النفسية:

ويشتمل هذا المحور على (٨) عبارات تقيس الرعاية النفسية المقدمة من القائمين بالرعاية سواء في المنزل أو في الدار من حيث مدى الاهتمام بالاستماع لآرائه وأفكاره ووضعها في الاعتبار، والوقوف بجانبه ومساندته عاطفياً عند الحاجة لذلك، وهل يشعروه بأن رعايتهم له حق، أم يشعروه أنه عبء عليهم، وعدم مراعاة مشاعره، والاعتراض على كل تصرفاته ولتقييم ذلك تم وضع درجات (Scores) بحيث أعطيت الدرجات (٣، ٢، ١) للعبارات موجبة الصياغة و(٣،٢،١) للعبارات السالبة الصياغة وتعطى الدرجة الأعلى للعبارات الإيجابية.

وقد بلغ الحد الأعلى للدرجات ٢٤ درجة، بينما بلغ الحد الأدنى ٨ درجات وقد بلغ المدى ١٦ درجة تم تقسيمه إلى ثلاثة مستويات:

- مستوى ضعيف (٨ إلى١٢) (١)
- مستوى متوسط (١٣ إلى ١٩) (٢)
- مستوى مرتفع (٢٠ إلى ٢٤) (٣)

المحور الخامس: الرعاية السكنية:

ويتكون هذا المحور من(٨)عبارات تقيس الرعاية السكنية التي تتوفر في مكان إقامة المسن /المسنة سواء في المنزل أو دار الرعاية من حيث مساحة الغرفة والإضاءة والتهوية الجيدة والتعرض للشمس، واختيار الأثاث بحيث يتناسب مع التغيرات الجسمية والمرحلة العمرية للمسن/المسنة، وتوفير معاونين في نظافة المنزل أو الغرفة بالدار. وقد بلغ الحد الأعلى للدرجات ٢٤ درجة، بينما بلغ الحد الأدنى ٨ درجات وقد بلغ المدى ١٦ درجة تم تقسيمه إلى ثلاثة مستويات:

- مستوى ضعيف (٨ إلى ١٢) درجة (١)
- مستوى متوسط (١٣ إلى ١٩) درجة(٢)
- مستوى مرتفع (٢٠ إلى ٢٤) درجة (٣)

المحور السادس: الرعاية الدينية:

ويتضمن هذا المحور(٤) عبارات تقيس الرعاية الدينية التي تقدم للمسن/ المسنة من توفير الكتب الدينية والوسائل السمعية الدينية، اصطحاب المسن لأداء الصلاة والعبادات في دور العبادة، ومساعدته مادياً لزيارة الأماكن المقدسة وأداء المناسك الدينية، ومتابعته على ممارسة العبادات والفرائض الدينية في أوقاتها.

وقد بلغ الحد الأعلى للدرجات (١٢) درجة، بينما بلغ الحد الأدنى (٤) درجات وقد بلغ المدى (٨) درجات تم تقسيمها إلى ثلاثة مستويات:

- مستوى ضعيف (٤ إلى ٦) درجة (١)
- مستوى متوسط (٧ إلى ٩) درجة (٢)
- مستوى مرتفع (١٠ إلى ١٢) درجة (٣)

المحور السابع: الرعاية المجتمعية للمسن:

ويتضمن هذا المحور (٧) عبارات تقيس إدراك المبحوثين لمستوى اهتمام المجتمع بالمسن/المسنة من حيث الرعاية الطبية وتوفير العلاج من خلال المنظمات الأهلية والتأمين الصحي ودور وسائل الأعلام بتقديم

برامج ثقافية وصحية عن التغيرات المصاحبة لهذ المرحلة العمرية، و توفير نادى ثقافي اجتماعي للمسنين لقضاء وقت الفراغ.

وقد بلغ الحد الأعلى للدرجات ٢١ درجة، بينما بلغ الحد الأدنى (٧) درجات وقد بلغ المدى (١٤) درجة تم تقسيمه إلى ثلاثة مستويات:

- مستوى ضعيف(٧ إلى ١١) درجة (١)
- مستوى متوسط (١٢ إلى ١٦) درجة (٢)
- مستوى مرتفع (١٧ إلى ٢١) درجة (٣)

ولتقييم الدرجة الكلية لمستوى الرعاية عامة تم تجميع درجات المحاور السبع السابقة.

وقد بلغ الحد الأعلى للدرجات ١٥٠ درجة، بينما بلغ الحد الأدنى ٥٠ درجة وقد بلغ المدى ١٠٠ درجة وتم تقسيم مستويات الرعاية المقدمة للمسن/ المسنة إلى ثلاثة مستويات:

- مستوى ضعيف (٥٠ إلى ٨٢) درجة (١)
- مستوى متوسط (٨٣ إلى ١١٧) درجة (٢)
- مستوى مرتفع (١١٨ إلى ١٥٠) درجة (٣)

٥- مقياس المساندة الاجتماعية

تم إعداد مقياس للمساندة الاجتماعية تضمن مجموعة من العبارات تفيد الإجابة عليها التعرف على مستوى المساندة الاجتماعية من العائلة والأصدقاء أو القائمين على رعاية المسن/ المسنة وقد تم الاستعانة بكل من مقياس المساندة الاجتماعية الذي قام بإعداده Vaux (1982) وقد قام بتعريبه وترجمته للبيئة العربية عزت حسن (١٩٩٦) وأيضا مقياس المساندة الاجتماعية من إعداد Zimet & Canty Mitchell (2000) بعد تعديلهم وتقنينهم. ويتكون المقياس في الدراسة الحالية من (٢٦) عبارة يجيب عليها المسن/ المسنة ولتقييم ذلك تم وضع درجات(Scores) بحيث أعطيت ثلاث درجات في حالة الإجابة (دائماً) ودرجتان في حالة (أحياناً) ودرجة واحدة في حالة الإجابة (لا).

وقد بلغ الحد الأعلى للدرجات (٧٨) درجة بينما بلغ الحد الأدنى للدرجات (٢٦) درجة وقد بلغ المدى (٥٢) درجة تم تقسيمه إلى ثلاثة مستويات:

- مستوى منخفض (٢٦ إلى ٤٢) درجة (١)
- مستوى متوسط (٤٣ إلى ٦١) درجة (٢)
- مستوى مرتفع (٦٢ إلى ٧٨) درجة (٣)

٦- مقياس أيزنك للشخصية:

تم الاستعانة بمقياس أيزنك Eysenck & Eysenck (1975) للشخصية ويهدف إلى قياس خمس سمات أو أبعاد للشخصية سيتم تناول بعدين فقط هما البعد العصابي، والبعد الانبساطي وبذلك يتكون المقياس من (٢٩) عبارة موزعة على البعدين التاليين:

١- البعد العصابي:

ويتضمن (١٤) عبارة والعصابية هي الاستعداد للإصابة بالمرض العصابي أو الاضطراب النفسي وذلك نتيجة التعرض لمواقف صعبة أو أحداث مؤلمة أو خسارة مالية، ولتقييم ذلك تم وضع درجات رقمية (Scores) بحيث أعطيت درجتان للعبارة التي تدل على وجود العصابية(نعم) ودرجة واحدة للإجابة (لا). وقد بلغ الحد الأعلى للدرجات (٢٨) درجة بينما بلغ الحد الأدنى (١٤) درجة وقد بلغ المدى (١٤) درجة تم تقسيمه إلى ثلاثة مستويات:

- مستوى منخفض(١٤ إلى ١٨) درجة (١)
- مستوى متوسط (١٩ إلى ٢٣) درجة (٢)
- مستوى مرتفع (٢٤ إلى ٢٨) درجة (٣)

ويدل المستوى المرتفع على أن رد فعل المسن/ المسنة مبالغاً فيه ولديهم صعوبة في العودة إلى الحالة السوية ويعانى من بعض الاضطرابات والأعراض المرضية مثل الصداع، الأرق وصعوبة النوم اضطراب الهضم، آلام الظهر كما يكون أكثر عرضة لتقلب المزاج والانفعال الشديد والهموم والقلق ولديهم الاستعداد للإصابة بالمرض العصابي كما يتعرضون للضغوط وتدل الدرجة الأدنى على مستوى منخفض من العصابية.

٢- البعد الانبساطي:

ويتضمن(١٥) عبارة ولتقييم الإجابات تم وضع درجات (Scores) بحيث أعطيت (درجتان) للعبارة التي تدل على درجة أعلى من الانبساطية (نعم) ودرجة واحدة للإجابة (لا)٠

وقد بلغ الحد الأعلى للدرجات ٣٠ درجة بينما بلغ الحد الأدنى ١٥ درجة وقد بلغ المدى ١٥ درجة تم تقسيمه إلى ثلاثة مستويات:

- مستوى منخفض (١٥ إلى ١٩) درجة (١)
- مستوى متوسط (٢٠ إلى ٢٥) درجة (٢)
- مستوى مرتفع (٢٦ إلى ٣٠) درجة (٣)

ويدل المستوى المرتفع على أن المسن/ المسنة اجتماعي وله هوايات كثيرة ويحب الاختلاط بالناس والمرح ويدخل السرور على من حوله ويفضل الانطلاق والاختلاط بالناس أكثر من القراءة ومتفائل وله أصدقاء كثيرون وينفعل بسرعة بينما يدل المستوى المنخفض على أن المسن/ المسنة منطوي ويحب العزلة ولا يجيد الاختلاط بالناس وليس له علاقات اجتماعية، وهادئ ويستطيع ضبط النفس.

٧- مقياس أرون بيك للاكتئاب Depression Scale Aaron Beck:

يتكون مقياس بيك من واحد وعشرون سؤالاً حول الأعراض المعروفة لمرض الاكتئاب وبعد اختيار الأجوبة من قبل المبحوث وحساب النقاط المتحصل عليها يمكن معرفة درجة ومستوى الاكتئاب النفسي الذي يعانيه المسن/المسنة ولقد تم الاستعانة بمقياس بيك وقام بترجمته الى اللغة العربية (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨).

وتدل الدرجة من (٠ – ٩) على أن المسن /المسنة لا يعانى من الاكتئاب، والدرجة من ١٠ – ١٥ تدل على أنه لديه اكتئاب بسيط، والدرجة ١٦-٢٣ تدل على أنه يعانى من الاكتئاب بدرجة متوسطة، والدرجة من ٢٤-٣٦ أنه يعانى من اكتئاب شديد، وإذا كانت الدرجة ٣٧ فأكثر يدل ذلك على أنه يعانى من اكتئاب شديد جدا.

٨- مقياس تقدير الذات:

تضمن المقياس(٥٨) عبارة للتعرف على مستوى تقدير المسنين لذواتهم وذلك من خلال الاستعانة بمقياس أماني عبد المقصود(٢٠٠٨) بعد تعديله وتقنينه وأعطيت العبارات الموجبة الدرجات(١،٢،٣) والعكس في حالة العبارات السالبة، وقد بلغ الحد الأعلى للدرجات (١٧٤) درجة، بينما بلغ الحد الأدنى (٥٨) درجة وقد بلغ المدى١١٦ درجة تم تقسيمه إلى ثلاثة مستويات:

- مستوى منخفض (٥٨ إلى ٩٦) درجة (١)
- مستوى متوسط (٩٧ إلى ١٣٥) درجة (٢)
- مستوى مرتفع (١٣٦ إلى ١٧٤) درجة (٣)

٩- مقياس السعادة النفسية:

قامت (1989) Ryff بإعداد مقياس للسعادة النفسية يتكون من (١٢٠) عبارة موزعة على ست أبعاد بواقع (٢٠) عبارة لكل بعد، ثم ظهرت صور عديدة من هذا المقياس منها الصورة الحالية من إعداد Springer & Hauser(2006) تعريب السيد أبو هاشم (٢٠١٠) والتي تتكون من (٥٤) عبارة بواقع (٩) عبارات لكل محور من محاور السعادة النفسية الستة وهى : (الاستقلال الذاتي، والتمكن البيئي، والتطور الشخصي، والعلاقات الإيجابية مع الآخرين، والحياة الهادفة، وتقبل الذات) وهى من نوع التقرير الذاتي يجيب عنها الأفراد في ضوء مقياس ثلاثي التدرج (لا، إلى حداً ما، نعم) ولتقييم ذلك تم وضع درجات (Scores) بحيث أعطيت العبارات الموجبة الدرجات (١،٢،٣) والعكس في حالة العبارات السالبة.

وقد بلغ الحد الأعلى لمجموع الدرجات لأبعاد المقياس ككل (١٦٢) درجة، بينما بلغ الحد الأدنى (٥٤) درجة وقد بلغ المدى٣٦ درجة تم تقسيمه إلى ثلاثة مستويات من السعادة النفسية:

- مستوى منخفض (٥٤ إلى ٨٩) درجة (١)
- مستوى متوسط (٩٠ إلى ١٢٦) درجة (٢)
- مستوى مرتفع (١٢٧ إلى١٦٢) درجة (٣)

صدق المقاييس المستخدمة باستمارة الاستبيان:

للتحقق من صدق هذه المقاييس أعدت نسخة منها وتم عرضها على مجموعة من السادة المحكمين المتخصصين وذلك للتعرف على آرائهم فيها من حيث مدى مناسبة كل عبارة للجانب الذي تقيمه ومدى صحة صياغة العبارات، وقد تم حساب تكرارات الاتفاق بين المحكمين على كل عبارة من عبارات كل مقياس وتراوحت نسبة الاتفاق ما بين ٩٠-١٠٠% وطبقاً لآراء الأساتذة المحكمين تم إعادة صياغة بعض العبارات فيها وتم إعدادها للصورة النهائية.

حساب ثبات المقاييس:

تم حساب معامل الثبات ألفا كرونباخ لهذه المقاييس وقد بلغ معامل الثبات ٠,٩ لكل من مقياس الرعاية المجتمعية للمسن، مقياس السعادة النفسية، ومقياس المساندة الاجتماعية، بينما بلغ معامل الثبات ٠,٨ لمقياس تقدير الذات وهي قيم تدل على ارتفاع ثبات المقاييس التي تم استخدامها.

التحليل الإحصائي:

تم معاملة البيانات إحصائياً باستخدام النسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري بين أفراد العينة كذلك تم استخدام مربع كاي للكشف عن معنوية الفروق بين متغيرات الدراسة، كما تم استخدام معامل الانحدار المرحلي Step Wise Regression للكشف عن نسبة مشاركة بعض متغيرات الدراسة في التأثير على السعادة النفسية لدى المسنين.

النتائج والمناقشة

فيما يلي عرض وتحليل لنتائج الدراسة التي تم التوصل إليها والتي تبرز الفروق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية والمسنين المقيمين مع أسرهم وفقاً لمجموعة المتغيرات موضع البحث، ثم عرض لأهم العوامل المؤثرة في المتغير التابع الرئيسي (السعادة النفسية):

أولاً النتائج في ضوء الفرض البحثي الأول الذي ينص على: أنه لا توجد فروق بين عينتي الدراسة المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور الرعاية تبعاً لكل من الخصائص الشخصية والأسرية، الحالة الصحية العامة، نمط الحياة، الرعاية المقدمة لهم، المساندة الاجتماعية، نمط الشخصية، المعاناة من الاكتئاب، تقدير الذات، والسعادة النفسية.

١- الفروق بين عينتي الدراسة وفقاً للمتغيرات الشخصية والأسرية:

تشير النتائج الواردة بجدول(٢) إلى الفروق بين عينتي الدراسة في بعض المتغيرات الشخصية والأسرية.

- الجنس:

أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المقيمين في دور الرعاية والمقيمين مع أسرهم في متغير النوع (ذكر- أنثى) حيث كان ٦١,٠% من عينة المقيمين بدور الرعاية كانوا من الإناث مقابل ٣٩,٠% من الذكور وأن ٥٦,٠% من المقيمين مع أسرهم كانوا من الإناث مقابل ٤٤,٠% من الذكور.

- العمر:

أظهرت النتائج أن ٧٦,٠% من المقيمين مع أسرهم كانوا من الفئة العمرية ٦٠-٧٥ سنة مقابل ٢٤,٠%من الفئة العمرية الأكبر (٧٥ سنة فأكثر) بينما تساوت النسبة بين المقيمين بدور الرعاية ٥٠,٠% لكل منهما. ولقد وجدت فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) بين المقيمين في دور الرعاية والمقيمين مع أسرهم في متغير فئات العمر حيث بلغت قيمة مربع كاي(١٤,٥).

كذلك بلغ متوسط أعمار المقيمين في دور الرعاية ٧٤,٨٥ ± ٦,٨٢٠ مقابل ٧٠,٢٤ ± ٥,٩٠٥ للمقيمين مع أسرهم حيث بلغت قيمة ت (٥,١١٠) وهي قيمة معنوية عند مستوى (٠,٠٠١).

جدول ٢: الفروق بين عينتي الدراسة وفقاً للخصائص الشخصية والأسرية

الخصائص الشخصية والأسرية	المسنون المقيمون في الدار (ن = ١٠٠)	المسنون المقيمون مع أسرهم (ن= ١٠٠)	المجموع (ن = ٢٠٠)	
	%	%	عدد	%
الجنس				
أنثى	٦١,٠	٥٦,٠	١١٧	٥٨,٥
ذكر	٣٩,٠	٤٤,٠	٨٣	٤١,٥
مربع كاي		٠,٤٧٣		
فئات العمر				
٦٠- <٧٥	٥٠,٠	٧٦,٠	١٢٦	٦٣,٠
٧٥<	٥٠,٠	٢٤,٠	٧٤	٣٧,٠
مربع كاي		١٤,٥٠٠***		
المتوسط الحسابي± الانحراف المعياري	٧٤,٨٥ ± ٦,٨٢٠	٧٠,٢٤ ± ٥,٩٠٥		
قيمة اختبار (ت)		٥,١١٠***		
الحالة الاجتماعية				
أعزب	١٣,٠	٧,٠	٢٠	١٠,٠
مطلق	١٦,٠	٧,٠	٢٣	١١,٥
أرمل	٦٣,٠	٣٧,٠	١٠٠	٥٠,٠
متزوج	٨,٠	٤٩,٠	٥٧	٢٨,٥
مربع كاي		٤١,٥٧٣***		
المستوى التعليمي				
أمي	٩,٠	٦,٠	١٥	٧,٥
يقرأ ويكتب	٢٨,٠	١٤,٠	٤٢	٢١,٠
تعليم متوسط	٢٣,٠	٢٠,٠	٤٣	٢١,٥
تعليم عالي	٣٣,٠	٤٦,٠	٧٩	٣٩,٥
ماجستير أو دكتورة	٧,٠	١٤,٠	٢١	١٠,٥
مربع كاي		٩,٩٤٩*		
عدد الأبناء				
لا يوجد	٣٩,٠	١٤,٠	٥٣	٢٦,٥
١- ٢	٢٨,٠	٣٦,٠	٦٤	٣٢,٠
٣-٤	٢٨,٠	٤٢,٠	٧٠	٣٥,٠
٤ فأكثر	٥,٠	٨,٠	٥٨	٦,٥
مربع كاي		١٦,٢٨٥***		
المتوسط الحسابي ±الانحراف المعياري	١,٧٢±١,٧١٢	٢,٤٩±١,٣٩٦		
قيمة اختبار ت		٣,٤٨٦**		

* فروق معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ ** فروق معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠١ *** فروق معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠٠١

نستنتج من ذلك أنه مع التقدم في العمر يحدث العديد من التغيرات الفسيولوجية والاجتماعية والنفسية للمسنين مما يزيد من احتياجهم للرعاية داخل دور الرعاية خاصة في حالة عدم وجود شريك الحياة أو عدم وجود أبناء أو قلة عددهم.

- الحالة الاجتماعية:

تشير النتائج إلى وجود فروق معنوية بين الحالة الاجتماعية لعينتي الدراسة عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) وقد بلغت قيمة مربع كاي (٤١,٥٧٣). حيث كان ٦٣,٠% من المبحوثين المقيمين بدور الرعاية كانوا من

الأرامل مقابل ٣٧,٠% من المقيمين مع أسرهم، كذلك فإن ٤٩,٠% من المبحوثين المقيمين مع أسرهم كانوا متزوجين مقابل ٨,٠% من المقيمين في دور الرعاية، بينما كان ١٦,٠% و١٣,٠ ومن المبحوثين المقيمين بدور الرعاية كانوا من فئة مطلق وأعزب مقابل ٧,٠% من كل من الفئتين من المقيمين مع أسرهم. وهو ما يشير إلى أن فقدان شريك الحياة سواء بالوفاة أو الانفصال قد يجعل المسن في حاجة للرعاية كما أن المسن الأعزب أيضاً يكون مفتقداً لرعاية شريك الحياة والأبناء مما يجعله في حاجة إلى الرعاية المجتمعية ولقد تأكد ذلك من انخفاض نسبة المتزوجين المقيمين في دور الرعاية حيث أن وجود شريك الحياة يقلل من حاجة المسن للالتحاق بالدار.

- المستوى التعليمي

أظهرت النتائج وجود فروق معنوية عند مستوى (٠,٠٥) بين المستوى التعليمي للمسنين بعينتي الدراسة، حيث بلغت قيمة مربع كاي (٩,٩٤٩)، كما أظهرت النتائج أيضاً أن ٤٦,٠% من عينة المقيمين مع أسرهم كانوا ذوو مستوً عالٍ من التعليم مقابل ٣٣,٠% من عينة المقيمين بدور الرعاية، كذلك فإن ٢٨,٠%، ٢٣,٠% من عينة المقيمين في دور الرعاية كانوا ممن يقرأون ويكتبون، والحاصلين على تعليم متوسط على التوالي. ولقد بلغت نسبة الحاصلين على ماجستير أو دكتوراه ١٤,٠% من المقيمين مع أسرهم مقابل ٧,٠% من المقيمين بدور الرعاية.

- عدد الأبناء

لوحظ وجود فروق معنوية بين عدد الأبناء للمسنين بعينتي الدراسة عند مستوى دلالة (٠,٠٠١)، حيث بلغت قيمة مربع كاي(١٦,٢٨٥)، ولوحظ أيضاً أن متوسط عدد الأبناء للمبحوثين المقيمين في دور الرعاية قد بلغ ١,٧٢±١,٧١٢ مقابل ٢,٤٩±١,٣٩٦ للمبحوثين المقيمين مع أسرهم وقد كان الفرق بين المتوسطين معنوياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) لصالح عينة المسنين المقيمين مع أسرهم حيث بلغت قيمة ت (٣,٤٨٦)، كما أظهرت النتائج أن ٤٢,٠% من عينة المقيمين مع أسرهم كان عدد الأبناء لديهم يتراوح ما بين ٣-٤ مقابل ٢٨,٠% من المقيمين في دور الرعاية. كذلك كان ٣٦,٠% من المسنين المقيمين مع أسرهم كان لديهم عدد من الأبناء يتراوح ما بين ١-٢ مقابل ٢٨,٠% من المقيمين في دور الرعاية. وكذلك تبين أن ٣٩,٠% من عينة المقيمين بدور الرعاية لا يوجد لديهم أبناء مقابل ١٤,٠% من عينة المقيمين مع أسرهم. وهذا يشير إلى أن من أهم أسباب الالتحاق بدور الرعاية هو عدم وجود أبناء أو قلة عددهم.

٢- الفروق بين عينتي الدراسة وفقاً لمستوى الصحة العامة:

تشير النتائج الواردة بجدول(٣) إلى الفروق بين عينتي الدراسة في مستوى الصحة العامة بمحاورها.

- مستوى الإصابة بالأمراض بين المسنين:

أظهرت النتائج، أن ٦١,٠% من عينة المسنين المقيمين مع أسرهم كان مستوى إصابتهم بالأمراض منخفضاً مقابل٤٣,٠% من عينة المسنين المقيمين بدور الرعاية، كذلك بلغت نسبة من كان مستوى إصابتهم بالأمراض متوسطاً من عينة المقيمين بدور الرعاية ٥٤,٠% مقابل٣٨,٠% من المقيمين مع أسرهم. ولقد كانت الفروق بين عينتي الدراسة المقيمين في دور الرعاية والمقيمين مع أسرهم ذات دلالة إحصائية في مستوى الأمراض عند مستوى (٠,٠٥) حيث بلغت قيمة مربع كاي (٢٦,٨٩٨)، وقد بلغ متوسط الدرجة الدالة على الإصابة بالأمراض للمبحوثين المقيمين في دور الرعاية ٢٩,٨٧ ± ٢,٦٨ مقابل٣١,٢١ ± ٢,٣٩٧ للمبحوثين المقيمين مع أسرهم، وكان الفرق بين المتوسطين معنوياً عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) لصالح عينة المسنين المقيمين مع أسرهم حيث بلغت قيمة اختبار ت (٣,٧٢).

ونستنتج من ذلك أن إصابة المسنين المقيمين مع أسرهم من العينة البحثية بالأمراض كانت أقل منها بين المسنين المقيمين في دور الرعاية، وتتفق هذه النتائج

مع منال القباني (٢٠١٦) التي وجدت أن المسنين المقيمين بدور الرعاية يعانون من واحد أو أكثر من الأمراض المزمنة.

- **مستوى الأعراض المرضية لدى المسنين:**

أظهرت النتائج أيضاً أن ٩٢,٠% من عينة المسنين المقيمين مع أسرهم كان مستوى ظهور الأعراض المرضية لديهم منخفضاً مقارنة ب ٦١,٠% من عينة المقيمين بدور الرعاية، كذلك فإن ٣٥,٠% من المقيمين في دور الرعاية كان مستوى ظهور الأعراض المرضية لديهم متوسطاً مقابل ٨,٠% فقط من عينة المسنين المقيمين مع أسرهم.

ولقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عينتي الدراسة المقيمين في دور الرعاية والمقيمين مع أسرهم في مستوى ظهور الأعراض المرضية عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) حيث بلغت قيمة مربع كاي (٢٧,٢٣٥)، كما لوحظ أن متوسط الدرجة الدالة على ظهور الأعراض المرضية التي يعانى منها المبحوثين المقيمين في دور الرعاية قد بلغ ٤٣,٤٥± ٦,٨١ مقابل ٧٤,٩٠ ± ٤,٠٦ للمبحوثين المقيمين مع أسرهم وقد كان الفرق بين المتوسطين معنوياً عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) لصالح عينة المسنين المقيمين مع أسرهم حيث دل على ذلك قيمة ت التي بلغت (٥,٦٠)، ونستنتج من ذلك أن مستوى ظهور الأعراض المرضية للعينة البحثية المقيمين مع أسرهم كان أقل منه بين أفراد العينة البحثية المقيمين في دور الرعاية.

- **المستوى الدال على الصحة العامة للمسنين:**

تبين من النتائج أن ٩٣,٠% من عينة المقيمين مع أسرهم كان مستوى حالتهم الصحية العامة مرتفعاً مقابل ٥٨,٠% من عينة المبحوثين المقيمين في دور الرعاية، كذلك ٣٩,٠% من المقيمين بدور الرعاية كانوا من ذوى المستوى الصحي المتوسط مقابل ٧,٠% فقط من عينة المقيمين مع أسرهم. ولقد كانت الفروق بين عينتي الدراسة في مجمل الحالة الصحية العامة فروقاً معنوية عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) حيث بلغت قيمة مربع كاي (٣٣,٣٧٣).

كما أظهرت النتائج أن متوسط الدرجة الدالة على الصحة العامة للمبحوثين المقيمين في دور الرعاية قد بلغت ٧٣,٣٢ ± ٨,٦٢ مقابل ٧٩,١١ ± ٥,٨٣ للمبحوثين المقيمين مع أسرهم وكان الفرق بين المتوسطين معنوياً عند مستوى دلالة(٠,٠٠١) لصالح عينة المسنين المقيمين مع أسرهم وقد دل على ذلك قيمة اختبار ت التي بلغت (٥,٥٦).

ونستنتج من ذلك أن مستوى الصحة العامة للعينة البحثية المقيمين مع أسرهم كان أفضل من أفراد العينة البحثية المقيمين في دور الرعاية. ويمكن تفسير ذلك بأن المسن المقيم بين أفراد أسرته وأبنائه يحظى بالعناية والاهتمام والرعاية الصحية الجسدية والنفسية، فالبيئة التي يعيش فيها الفرد إلى جانب نمط الشخصية ونمط الحياة وخاصة النظام الغذائي المتوازن وممارسة الرياضة بانتظام كل هذا يساعد على الحد من مخاطر الإصابة بالأمراض وتحسين القدرة العقلية والبدنية (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٩). وقد اتفقت هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة نعيم الغلبان (٢٠٠٨) عن متغيرات ومتطلبات في الجانب النفسي والبيولوجي في مرحلة الشيخوخة حيث أظهرت النتائج وجود فروق بين المسنين المتواجدين مع أسرهم والمقيمين في دور الرعاية في الحالة الصحية لصالح المقيمين مع أسرهم، فالمسن المتواجد بين أسرته وأبنائه يحظى بالعناية والاهتمام ويشعر معها بالأمن والانتماء والتقبل مما يساهم في صحته النفسية ويجعله يتوافق مع متطلبات البيئة المحيطة به ويتجاوز هذه المرحلة بنجاح وهو يشعر بالرضا والسعادة والتوافق النفسي الذى يترجم إلى سلامة الصحة النفسية، أما من هم في دور الرعاية فبعدهم عن أسرهم ينعكس على حالتهم الصحية والانفعالية ويجعلهم يشعرون بعدم التقبل والرفض فيكونون بذلك عرضة لأزمات نفسية ويكثرون الشكوى

من الأمراض ويترددون على الطبيب دون وجود سبب عضوي.

بينما اختلفت النتائج مع نتائج دراسة مروة مصطفى (٢٠١٦) عن الصحة النفسية للمسنين بدور الإيواء بولاية الخرطوم وعلاقتها ببعض المتغيرات، حيث وجدت أن المستوى الصحي للمقيمين بدور الرعاية كان مرتفعاً وأرجعت ذلك إلى مستوى الرعاية المقدمة لهم سواء كانت صحية أو تغذوية أو نفسية أو اجتماعية أو ترفيهية ووجود من يقوم برعايتهم فنجد الطبيب المعالج والإخصائي النفسي والاجتماعي والتغذوى والعامل الذى يقوم على خدمة نزلاء الدار.

كما اختلفت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة Bin Halilim (2018) عن الصحة النفسية للمسنين المقيمين بدور العجزة والمقيمين مع ذويهم والتي أجريت بتلمسان بالجزائر، حيث لم تجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينتي الدراسة، وقد فسرت ذلك بأن المسن المقيم مع أسرته يكون أكثر توافقاً في الأسرة التي يتوفر فيها التفاعل بينه وبين جميع أفراد الأسرة وهنا يكون للمسن نظرة رضا واعتزاز داخل الأسرة مما ينعكس على صحته النفسية، كذلك المسن المقيم بدور الرعاية يجد الرعاية المقدمة له من العاملين بالدار وحرصهم على متابعة تناول الأدوية، في وقتها وكذلك تواجد المسنين مع بعضهم البعض في مكان واحد ومعاناتهم من نفس المشاكل يخفف عنهم بعض الشيء من إحساسهم بالغربة وتكوين صداقات فيما بينهم مما يؤثر على نفسيتهم وحالتهم الصحية العامة.

جدول ٣: الفروق بين عينتي الدراسة وفقاً لمستوى الصحة العامة

مستوى الصحة العامة بمحاورها	المسنون المقيمون في الدار (ن =١٠٠)	المسنون المقيمون مع أسرهم (ن =١٠٠)	المجموع (ن = ٢٠٠)	
	%	%	العدد	%
مستوى الإصابة الأمراض				
مستوى مرتفع (١٨– ٢٣)	٣,٠	١,٠	٤	٢,٠
مستوى متوسط (٢٤– ٣٠)	٥٤,٠	٣٨,٠	٩٢	٤٦,٠
مستوى منخفض (٣١ –٣٦)	٤٣,٠	٦١,٠	١٠٤	٥٢,٠
مربع كاي		*٢٦,٨٩٨		
المتوسط الحسابي ±الانحراف المعياري للإصابة بالأمراض	٢٩,٨٧± ٢,٦٨	٣١,٢١ ± ٢,٣٩٧		
قيمة اختبار ت		***٣,٧٢		
مستوى الأعراض المرضية				
مستوى مرتفع (١٨– ٢٩)	٤,٠	٠,٠	٤	٢,٠
مستوى متوسط (٣٠– ٤٢)	٣٥,٠	٨,٠	٤٣	٢١,٥
مستوى منخفض(٤٣– ٥٤)	٦١,٠	٩٢,٠	١٥٣	٧٦,٥
مربع كاي		***٢٧,٢٣٥		
المتوسط الحسابي ±الانحراف المعياري للأعراض المرضية	٤٣,٤٥ ± ٦,٨١	٧٤,٩٠ ± ٤,٠٦		
قيمة اختبار ت		***٥,٦٠		
المستوى الدال على الصحة العامة				
مستوى صحي منخفض (٣٦ –٥٣)	٣,٠	٠,٠	٣	١,٥
مستوى صحي متوسط (٥٤ –٧٢)	٣٩,٠	٧,٠	٤٦	٢٣,٠
مستوى صحي مرتفع (٧٣ –٩٠)	٥٨,٠	٩٣,٠	١٥١	٧٥,٥
مربع كاي		***٣٣,٣٧٣		
المتوسط الحسابي ±الانحراف المعياري للصحة العامة	٧٣,٣٢± ٨,٦٢	٧٩،١١ ± ٥،٨٣		
قيمة اختبار ت		***٥,٥٦		

* فروق معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ *** فروق معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠٠١

٣- الفروق بين عينتي الدراسة وفقاً لمستوى نمط الحياة اليومي:

تشير النتائج الواردة بجدول (٤) إلى الفروق بين عينتي الدراسة وفقاً لمستوى نمط الحياة ولقد أظهرت النتائج أن أكثر من نصف العينة البحثية المقيمين في دور الرعاية ٥٢,٠% كانوا يتمتعون بمستوى نمط حياة مرتفع مقابل ٤٣,٠% من المسنين المقيمين مع أسرهم كذلك فإن ٥٦,٠% من المبحوثين المقيمين مع أسرهم كان نمط حياتهم متوسطاً مقابل ٤٧,٠% من عينة المقيمين في دور الرعاية.

كما أظهرت النتائج أن متوسط الدرجة الدالة على نمط الحياة للمبحوثين المقيمين في دور الرعاية قد بلغ ٢٩,٦٤±٢,٩٥ مقابل ٢٧,٩٢ ±٣,٤١ للمبحوثين المقيمين مع أسرهم وقد كان الفرق بين المتوسطين معنوياً عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) لصالح عينة المسنين المقيمين في دور الرعاية حيث بلغت قيمة ت (٣,٨٠٧).

يعنى ذلك أن نمط الحياة للمسنين المقيمين في دور الرعاية كان أفضل منه لعينة المسنين المقيمين مع أسرهم، وقد يرجع ذلك إلى أن المسنين المقيمين مع أسرهم يتبعون نمط الحياة العام للأسرة ولكن في دور الرعاية يتم الالتزام بنظام الدار من حيث مواعيد النوم والاستيقاظ، ومواعيد الوجبات الرئيسية والوجبات الخفيفة وأنواع الأغذية المقدمة فيها.

٤- الفروق بين عينتي الدراسة في مستوى الرعاية المقدمة للمسنين:

تشير النتائج الواردة بجدول (٥) إلى الفروق بين عينتي الدراسة وفقاً للرعاية المقدمة لهم بجميع محاورها.

- الرعاية الصحية والتغذوية:

أظهرت النتائج أن ٧٣,٠% من المسنين المقيمين في دور الرعاية كانوا يتمتعون بمستوى رعاية صحية وتغذوية مرتفعة مقارنة ب٤٥,٠% فقط من المسنين المقيمين مع أسرهم، كذلك بلغت نسبة المسنين المقيمين مع أسرهم ممن يتمتعون برعاية صحية وتغذوية متوسطة ومنخفضة (٤٠,٠% و١٥,٠%)على التوالي مقابل ٢١,٠% و٦,٠% من عينة المقيمين في دور الرعاية على التوالي. ولقد كانت الفروق بين المجموعتين معنوية عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) حيث بلغت قيمة مربع كاي (١٦,٤١٦).

كذلك بلغ متوسط الدرجة الدالة على الرعاية الصحية والتغذوية بين المسنين المقيمين في دور الرعاية ٢٧,٢٤± ٤,٧٢ مقابل٢٣,٧٢ ±٥,٩٥ من عينة المقيمين مع أسرهم ولقد كانت الفروق بينهما معنوية عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) لصالح المقيمين في دور الرعاية.

جدول ٤: الفروق بين عينتي الدراسة وفقاً لنمط الحياة اليومي

مستوى نمط الحياة	المسنون المقيمون في الدار (ن = ١٠٠)	المسنون المقيمون مع أسرهم (ن = ١٠٠)	المجموع (ن = ٢٠٠)	
	%	%	العدد	%
مستوى منخفض (١٩-١٢)	١,٠	١,٠	٢	١,٠
مستوى متوسط (٢٠ – ٢٨)	٤٧,٠	٥٦,٠	١٠٣	٥١,٥
مستوى مرتفع (٢٩- ٣٦)	٥٢,٠	٤٣,٠	٩٥	٤٧,٥
المتوسط الحسابي ±الانحراف المعياري لنمط الحياة	٢٩,٦٤±٢,٩٥	٢٧,٩٢ ± ٣,٤١		٢٨,٧٨±٣,٣٠
قيمة اختبار ت		٣,٨٠٧***		

*** فروق معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠٠١

ونستنتج من ذلك أن دور الرعاية تقوم بدور فعال في رعاية المسنين صحياً وتغذوياً مع تهيئة البيئة المناسبة لإقامتهم بما يتناسب مع التغيرات المصاحبة لهذه المرحلة العمرية. وتتفق هذه النتائج مع ما وجدته سحر محجوب وعثمان محجوب (٢٠١٦) في دراستها عن دور المؤسسات الإيوائية في رعاية المسنين، والتي أجريت بمدينة الخرطوم بالسودان حيث توصلت إلى أن للمؤسسات دور هام في الرعاية الصحية والتغذوية للمسنين ممثلة في الكشف الدوري وتوفير الغذاء الملائم والمستلزمات الطبية اللازمة لهم.

- الرعاية الاجتماعية:

أظهرت النتائج أن مستوى الرعاية الاجتماعية المقدمة للمسنين المقيمين مع أسرهم كان أفضل من نظيره بين المسنين المقيمين بدور الرعاية. فقد بلغت نسبة من كان مستوى الرعاية الاجتماعية المقدمة لهم مرتفعاً ٤٥,٠% للمقيمين مع أسرهم مقابل ٣٢,٠% للمقيمين في دور الرعاية، كذلك فإن ٣٣,٠% من المقيمين في دور الرعاية كان مستوى الرعاية الاجتماعية المقدمة لهم منخفضاً مقارنة ب١٨,٠% من المقيمين مع أسرهم، وكانت الفروق بين مستويات الرعاية الاجتماعية معنوياً عند مستوى دلالة (٠,٠٥) حيث بلغت قيمة مربع كاي (٦,٦٦٢).

أظهرت النتائج أيضاً أن متوسط الدرجة الدالة على الرعاية الاجتماعية بين عينتي الدراسة المقيمين في دور الرعاية والمقيمين مع أسرهم قد بلغت ١٣,٨٨±٣,٩٨ و١٥,٤٧±٣,٨١ على التوالي، ولقد كانت الفروق بين المتوسطين معنوية عند مستوى دلالة (٠,٠١) لصالح المقيمين مع أسرهم. نستنتج من ذلك أن الرعاية الاجتماعية للمسنين المقيمين مع أسرهم كانت أفضل منها لدى المسنين المقيمين في دور الرعاية حيث أن الحياة مع الأسرة يتوافر من خلالها أوجه عدة للتواصل الاجتماعي بين المسن وأفراد أسرته من أبناء وأقارب وأيضاً بينه وبين أصدقائه وجيرانه، وكذلك توفر الحياة الأسرية أشكال مختلفة من المشاركة الاجتماعية للمسن من خلال الاحتفال بالمناسبات الخاصة والاهتمامات واللقاءات الأسرية.

- الرعاية الاقتصادية:

أظهرت النتائج عدم وجود فروق معنوية بين مستويات الرعاية الاقتصادية المقدمة للمسنين المقيمين في دور الرعاية والمسنين المقيمين لدى أسرهم، كذلك عدم وجود فروق معنوية بين متوسطي الدرجات الدالة على الرعاية الاقتصادية بين عينتي الدراسة، ويفسر ذلك بأن هناك حرص من القائمين على رعاية المسن سواءً في دار الرعاية أو لدى الأسرة على تقديم الرعاية الاقتصادية المناسبة له من حيث توفير مستلزماته من الملابس والأدوات الشخصية وكذلك دعمه بما يلزمه من السلع الاستهلاكية بما يكفي احتياجاته المعيشية وأيضاً المساعدة في توفير نفقات العلاج والمستلزمات الطبية في حالة وجود مرض أو حالة طبية خاصة.

- الرعاية النفسية:

أظهرت النتائج أن ٧٦,٠% من المسنين المقيمين مع أسرهم كانوا يتمتعون بمستوى مرتفع من الرعاية النفسية مقابل ٤٨,٠% من المسنين المقيمين بدور الرعاية، كذلك فإن ٤٢,٠% من المقيمين في دور الرعاية كانوا يتمتعون بمستوى متوسط من الرعاية النفسية مقابل ٢١,٠% من المقيمين مع أسرهم. ولقد كانت الفروق بين مستويات الرعاية النفسية معنوية عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) حيث بلغت قيمة كاي (١٧,٠٩٢).

كذلك بلغ متوسط الدرجة الدالة على الرعاية النفسية للمسنين المقيمين بدور الرعاية ١٨,٩٠± ٤,٣٢ مقابل٢١,٣١ ± ٢,٩٧ للمقيمين مع أسرهم، وكان الفرق بين المتوسطين معنوياً عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) لصالح المقيمين مع أسرهم ويمكن تفسير ذلك في ضوء اختلاف شكل الدعم النفسي المقدم للمسنين المقيمين مع أسرهم عنه للمسنين المقيمين في دور الرعاية، حيث أنه في الأسرة يتم الاستماع لآرائهم ووضعها في الاعتبار،

والغالبية العظمى منهم كانوا يشعرون بأنهم لا يمثلون عبئاً على أسرهم ويجدون المساندة العاطفية من الأسرة.

- الرعاية السكنية:

أظهرت النتائج أن ٨٤,٠% من المقيمين بدور الرعاية كانوا يتمتعون بمستوى مرتفع من الرعاية السكنية مقابل ٥٣,٠% من المسنين المقيمين مع أسرهم. ولقد كانت الفروق بين مستويات الرعاية السكنية لمجموعتي الدراسة فروقاً معنوية عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) حيث بلغت قيمة كاي (٣١,٧٧)، كذلك بلغ متوسط الدرجة الدالة على الرعاية السكنية المقدمة للمسنين المقيمين في دور الرعاية ٣,٧١±٢١,٨٧ بينما بلغ ٢,٣٣±١٩,٠٦ للمسنين المقيمين مع أسرهم ولقد كان الفرق بين المتوسطين معنوياً عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) في اتجاه المقيمين في دور الرعاية حيث بلغت قيمة ت (٦,٤٠). ويمكن تفسير ذلك في ضوء أن دور الرعاية مصممة وفقاً لمعايير معتمدة من وزارة التضامن الاجتماعي وهى مصممة بطريقة تتناسب مع التغيرات الجسمية للمسن على عكس ما هو موجود في مسكن الأسرة الذي نادراً ما يتم تهيئته لوجود شخص مسن بين أفراد الأسرة.

- الرعاية الدينية:

أظهرت النتائج أن نسبة من كانوا يحصلون على مستوى منخفض من الرعاية الدينية بين المسنين المقيمين في دور الرعاية قد بلغت ٩٠,٠% مقابل ٥٦,٠% من المقيمين مع أسرهم كذلك فإن ١٨,٠% من المقيمين مع أسرهم كانوا يتلقون مستوى مرتفع من الرعاية الدينية مقابل ١,٠% فقط من المقيمين في دور الرعاية. ولقد كانت الفروق بين مستويات الرعاية الدينية لمجموعتي الدراسة معنوية عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) حيث بلغت قيمة مربع كاي (٣١,٣٨٥)٠

كذلك بلغ متوسط الدرجة الدالة على الرعاية الدينية لعينة المقيمين في دور الرعاية ١,٠٤±٦,٠٧ بينما بلغت ٢,١٣±٧,٣٥ لعينة المقيمين مع أسرهم وكانت الفروق بين المتوسطين معنوية عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) في اتجاه المقيمين مع أسرهم حيث بلغت قيمة ت (٥,٣٨). يتضح مما سبق وجود فروق معنوية في مستوى الرعاية الدينية المقدمة للمسنين المقيمين في دور الرعاية والمسنين المقيمين لدى أسرهم والتي يمكن معها القول أن الأسرة تقدم مستوى أعلى من الرعاية الدينية مقارنةً بدور الرعاية، فالأسرة قد توفر للمسن من يتابع ممارسته للعبادات والفرائض الدينية ومن يصطحبه لأداء الصلاة في دور العبادة وكذلك من يوفر له الاستماع أو المطالعة للبرامج الدينية، وفي أحيان كثيرة قد يصطحبه أفراد الأسرة لزيارة الأماكن المقدسة وأداء المناسك الدينية.

- الرعاية المجتمعية:

أظهرت النتائج عدم وجود فروق معنوية بين مستويات الرعاية المجتمعية المقدمة لعينتي الدراسة، كذلك عدم وجود فروق معنوية بين متوسطي الدرجات الدالة على الرعاية المجتمعية بين عينتي المسنين المقيمين في دور الرعاية والمسنين المقيمين مع أسرهم.

- مجمل الرعاية المقدمة للمبحوثين

أظهرت النتائج أن نسبة ٦٧,٠% ممن كانوا يحصلون على مستوى متوسط من الرعاية المقدمة هم من المسنين المقيمين في دور الرعاية مقابل ٦٤,٠% للمقيمين مع أسرهم، كذلك فإن ٣١,٠% من المقيمين مع أسرهم كان مستوى مجمل الرعاية المقدمة لهم مرتفعاً مقارنة ب ٢٢,٠% من المقيمين في دور الرعاية، ولم يكن هناك فروق معنوية بين مستويات مجمل الرعاية المقدمة لعينتي الدراسة حيث بلغت قيمة مربع كاي(٣,٨٤٧). كذلك بينت النتائج عدم وجود فروق معنوية بين متوسطي الدرجة الكلية الدالة على مجمل الرعاية المقدمة للمسنين عينتي الدراسة حيث بلغت قيمة ت (١,٦٠) وهي قيمة غير معنوية. يتضح مما سبق أن دور رعاية المسنين تبذل جهود واضحة لتقديم أوجه الرعاية الأساسية للمسنين والوصول بها إلى مستوى يضاهي مستوى الرعاية التي قد تقدم للمسن بين أفراد أسرته.

جدول ٥: الفروق بين عينتي الدراسة وفقاً للرعاية المقدمة للمسنين

أوجه الرعاية المقدمة	المسنون المقيمون في الدار (ن =١٠٠)	المسنون المقيمون مع أسرهم (ن =١٠٠)	المجموع (ن = ٢٠٠)	
	%	%	العدد	%
الرعاية الصحية والتغذوية				
مستوى منخفض (١١– ١٧)	٦,٠	١٥,٠	٢١	١٠,٥
مستوى متوسط (١٨– ٢٦)	٢١,٠	٤٠,٠	٦١	٣٠,٠
مستوى مرتفع (٢٧– ٣٣)	٧٣,٠	٤٥,٠	١١٨	٥٩,٥٠
مربع كاي		١٦,٤١٦***		
المتوسط ±الانحراف المعياري	٤,٧٢ ±٢٧,٢٤	٥,٩٥ ± ٢٣,٧٢		
قيمة اختبار ت		٤,٦٣***		
الرعاية الاجتماعية				
مستوى منخفض (٧– ١١)	٣٣,٠	١٨,٠	٥١	٢٥,٠
مستوى متوسط (١٢– ١٦)	٣٥,٠	٣٧,٠	٧٢	٣٦,٠
مستوى مرتفع (١٧– ٢١)	٣٢,٠	٤٥,٠	٧٧	٣٨,٥
مربع كاي		٦,٦٦٢*		
المتوسط ±الانحراف المعياري	٣,٩٨ ± ١٣,٨٨	٣,٨١ ± ١٥,٤٧		
قيمة اختبار ت		٢,٨٨**		
الرعاية الاقتصادية				
مستوى منخفض (٥– ٧)	١٤,٠	١٨,٠	٣٢	١٦,٠
مستوى متوسط (٨– ١٢)	٧٧,٠	٦٣,٠	١٤٠	٧٠,٠
مستوى مرتفع (١٣ –١٥)	٩,٠	١٩,٠	٢٨	١٤,٠
مربع كاي		٥,٤٧١		
المتوسط ±الانحراف المعياري	٢,٠٥ ٩,٧٠±	٢,٤٣ ١٠,٠٤±		
قيمة اختبار ت		١,٠٦٧		
الرعاية النفسية				
مستوى منخفض (٨– ١٢)	١٠,٠	٣,٠	١٣	٦,٥
مستوى متوسط (١٣– ١٩)	٤٢,٠	٢١,٠	٦٣	٣١,٥
مستوى مرتفع (٢٠– ٢٤)	٤٨,٠	٧٦,٠	١٢٤	٦٢,٠
مربع كاي		١٧,٠٩٢***		
المتوسط ±الانحراف المعياري	٤,٣٢ ±١٨,٩٠	٢,٩٧ ± ٢١,٣١		
قيمة اختبار ت		٤,٥٩***		
الرعاية السكنية				
مستوى منخفض (٨– ١٢)	٤،٠	––	٤,٠	٢,٠
مستوى متوسط (١٣– ١٩)	١٢،٠	٤٧,٠	٥٩	٢٩,٥
مستوى مرتفع(٢٠– ٢٤)	٨٤،٠	٥٣,٠	١٣٧	٦٨,٥
مربع كاي		٣١,٧٧٧***		
المتوسط ±الانحراف المعياري	٣,٧١ ±٢١,٨٧	٢,٣٣ ± ١٩,٠٦		
قيمة اختبار ت		٦,٤٠***		
الرعاية الدينية				
مستوى منخفض (٤– ٦)	٩٠,٠	٥٦,٠	١٤٦	٧٣,٠
مستوى متوسط (٧– ٩)	٩,٠	٢٦,٠	٣٥	١٧,٥
مستوى مرتفع (١٠– ١٢)	١,٠	١٨,٠	١٩	٩,٥
مربع كاي		٣١,٣٨٥***		
المتوسط ±الانحراف المعياري	١,٠٤ ٦,٠٧±	٢,١٣ ٧,٣٥±		
قيمة اختبار ت		٥,٣٨***		

تابع جدول ٥: الفروق بين عينتي الدراسة وفقاً للرعاية المقدمة للمسنين

أوجه الرعاية المقدمة	المسنون المقيمون في الدار (ن =١٠٠)	المسنون المقيمون مع أسرهم (ن =١٠٠)	المجموع (ن = ٢٠٠)	
	%	%	العدد	%
الرعاية المجتمعية				
مستوى منخفض (٧- ١١)	٨٦,٠	٧٩,٠	١٦٥	٨٢,٥
مستوى متوسط (١٢- ١٦)	١١,٠	١٧,٠	٢٨	١٤,٥
مستوى مرتفع (١٧- ٢١)	٣,٠	٤,٠	٧	٣,٥
مربع كاي		١,٧٢١		
المتوسط ±الانحراف المعياري	٨,٥٥± ٢,٥٩	٨,٨٣± ٢,٢٨		
قيمة اختبار ت		٠,٨٠		
مجمل الرعاية المقدمة				
مستوى منخفض (٥٠ -٨٢)	١١, ٠	٥,٠	١٦	٨,٠
مستوى متوسط (٨٣ -١١٧)	٦٧,٠	٦٤,٠	١٣١	٦٥,٥
مستوى مرتفع (١١٨ -١٥٠)	٢٢,٠	٣١,٠	٥٣	٢٦,٥
مربع كاي		٣,٨٤٧		
المتوسط ±الانحراف المعياري	١٠١,٠٧±٢٦,٢٠	١٠٥,٧٨± ١٣,٤٦		
قيمة اختبار ت		١,٦٠		

* فروق معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ *** فروق معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠٠١

كما يتبين أن تواجد المسن في دار الرعاية أو لدى أسرته يوفر له مستويات مناسبة من الرعاية الصحية والتغذوية، والاجتماعية، والاقتصادية، والنفسية، والسكنية، والدينية، والمجتمعية.

٥- الفروق بين عينتي الدراسة وفقاً للمساندة الاجتماعية:

أظهرت النتائج الواردة بجدول (٦) وجود فروق دالة إحصائياً بين عينة المبحوثين المقيمين في دور الرعاية وعينة المبحوثين المقيمين مع أسرهم عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) وقد بلغت قيمة مربع كاي (٢١,١٠٥)، حيث تبين أن ٠.٧٥% من المقيمين مع أسرهم يحصلون على مستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية مقابل ٤١,٠% من المقيمين بدور الرعاية، كذلك فإن ٢١,٠% من المقيمين في دور الرعاية كان مستوى المساندة الاجتماعية التي يحصلون عليها منخفضاً مقابل ٧,٠% من المقيمين مع أسرهم. وأظهرت النتائج أيضاً أن متوسط الدرجة الدالة على المساندة الاجتماعية للمبحوثين المقيمين في دور الرعاية قد بلغ ٥٤,٩٥ ± ١٥,٨٠ مقابل ٦٥,٠٧ ±١٢,٤٧ للمبحوثين المقيمين مع أسرهم وقد كان الفرق بين المتوسطين معنوياً عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) لصالح عينة المقيمين مع أسرهم

جدول ٦: الفروق بين عينتي الدراسة وفقاً للمساندة الاجتماعية

مستوى المساندة الاجتماعية	المسنون المقيمون في الدار (ن = ١٠٠)	المسنون المقيمون مع أسرهم (ن = ١٠٠)	المجموع (ن = ٢٠٠)	
	%	%	العدد	%
مستوى منخفض (٢٦ – ٤٢)	٢١,٠	٧,٠	٢٨	١٤,٤
مستوى متوسط (٤٣- ٦١)	٣٨,٠	١٨,٠	٥٦	٢٨,٩
مستوى مرتفع (٦٢- ٧٨)	٤١,٠	٧٥,٠	١١٦	٥٨,٠
مربع كاي	٢١,١٠٥***			
المتوسط الحسابي±الانحراف المعياري	٥٤,٩٥ ± ١٥,٨٠	٦٥,٠٧±١٢,٤٧		
قيمة اختبار ت	٥,٠٢***			

*** فروق معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠٠١

حيث بلغت قيمة ت (٥,٠٢)، ومن ذلك يتضح أن المسنين المقيمين بدور الرعاية افتقدوا الشعور بالمساندة الاجتماعية، ويمكن تفسير ذلك في ضوء أن المقيمين مع أسرهم يجدون من يهتم بهم ويساهم في حل مشكلاتهم ويقدم لهم النصيحة ويتعاطف معهم ويتفهم نفس اهتماماتهم في الحياة. وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراستي محمد غانم (٢٠٠٢)، (٢٠٠٩) الذى وجد أن إدراك المسنين والمسنات الذين يعيشون في بيئة أسرية طبيعية للمساندة الاجتماعية كان أفضل من إدراك المسنين المقيمين في دور الرعاية.

٦- الفروق بين عينتي الدراسة وفقاً لنمط الشخصية:

أظهرت النتائج الواردة بجدول (٧) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين عينة المبحوثين المقيمين في دور الرعاية وعينة المبحوثين المقيمين مع أسرهم وفقاً لمستوى نمط الشخصية العصابية حيث بلغت قيمة مربع كاي (٠,٤٤٩)، كما أظهرت أن متوسط الدرجة الدالة على نمط الشخصية العصابية للمبحوثين المقيمين في دور الرعاية قد بلغ ٢١,٣٦±٣,٢٤ مقابل ٢٠,٨٣ ±٢,٩٩ للمبحوثين المقيمين مع أسرهم ولم يكن الفرق بين المتوسطين معنوياً حيث بلغت قيمة ت (١,٢٠).

في حين أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين عينة المبحوثين المقيمين في دور الرعاية وعينة المبحوثين المقيمين مع أسرهم وفقاً لمستوى نمط الشخصية الانبساطية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) حيث بلغت قيمة مربع كاي (٦,٣٥٣)، كما أشارت إلى أن متوسط الدرجة الدالة على نمط الشخصية الانبساطية للمبحوثين المقيمين في دور الرعاية قد بلغ ٢٢,٤٢± ٣,٤٧ مقابل ٢٣,٢٥ ±٣,١٨ للمبحوثين المقيمين مع أسرهم ولم يكن الفرق بين المتوسطين معنوياً حيث بلغت قيمة ت (١,٧٥).

يتضح من النتائج السابقة عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية بين المسنين المقيمين في دور الرعاية والمسنين المقيمين مع أسرهم في نمط الشخصية إذ لم يكن لمحل الإقامة أي علاقة بنمط شخصية المسن.

جدول ٧: الفروق بين عينتي الدراسة وفقاً لنمط الشخصية ومحاورها

نمط الشخصية	المسنون المقيمون في الدار (ن = ١٠٠)	المسنون المقيمون مع أسرهم (ن = ١٠٠)	المجموع (ن = ٢٠٠)	
	%	%	العدد	%
مستوى نمط الشخصية العصابية				
مستوى منخفض (١٤- ١٨)	٢٨,٠	٢٤,٠	٥٢	٢٦,٠
مستوى متوسط (١٩ -٢٣)	٥٤,٠	٥٦,٠	١١٠	٥٥,٠
مستوى مرتفع (٢٤ -٢٨)	١٨,٠	٢٠,٠	٣٨	١٩,٥
مربع كاي		٠,٤٤٩		
المتوسط الحسابي±الانحراف المعياري	٢١,٣٦±٣,٢٤	٢٠,٨٣±٢,٩٩		
اختبار ت		١,٢٠		
مستوى نمط الشخصية الانبساطية				
مستوى منخفض (١٥ -١٩)	٢٣،٠	١١،٠	٣٤	١٧،٠
مستوى متوسط (٢٠ -٢٥)	٥٨,٠	٦٠,٠	١١٨	٥٩,٠
مستوى مرتفع (٢٦ -٣٠)	١٩,٠	٢٩,٠	٤٨	٢٤,٠
مربع كاي		*٦,٣٥٣		
المتوسط الحسابي ± الانحراف المعياري	٢٢,٤٢±٣,٤٧	٢٣,٢٥ ±٣,١٨		
قيمة اختبار ت		١,٧٥		

* فروق معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ ** فروق معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠١

ويمكن تفسير ما توصلت إليه النتائج بالاستعانة بنظرية أيزنك والتي استندت إلى علم وظائف الأعضاء وعلم الوراثة واعتبرت أن الفروق في نمط الشخصية ناشئ عن موروثات وأن سلوك الشخص نفسه لا يكون موروثاً ولكنه ينتج عن تركيبات أخرى معينة في الجهاز العصبي هي التي تلعب دوراً مهماً في تحديد السلوك وتنعكس بالتالي على الشخصية (صفا صيام، ٢٠١٠).

٧- الفروق بين عينتي الدراسة وفقاً للمعاناة من الاكتئاب:

تشير النتائج الواردة بجدول (٨) إلى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة(٠,٠١) بين مستويات الاكتئاب بين عينتي الدراسة للمسنين المقيمين بدور الرعاية والمقيمين مع أسرهم، حيث بلغت قيمة مربع كاي (١٥,٥٧٠)، كما أشارت النتائج إلى أن متوسط الدرجة الدالة على الاكتئاب بين المبحوثين المقيمين في دور الرعاية قد بلغ ١٤,٩٦± ١٠,٦٣ مقابل ١٠,٣٦ ±٦,٣٠ للمبحوثين المقيمين مع أسرهم، وقد كان الفرق بين المتوسطين معنوياً عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) في اتجاه عينة المسنين المقيمين في دور الرعاية حيث بلغت قيمة ت (٣,٧٢) وهذا يعني أن المقيمين في دور الرعاية كانوا أكثر شعوراً بالاكتئاب عن المقيمين مع أسرهم.

ولقد أظهرت النتائج أن ٤٩,٠% من المسنين المقيمين مع أسرهم ليس لديهم أعراض اكتئاب مقابل ٣٩,٠% من المسنين المقيمين بدور الرعاية كذلك فإن٢٦,٠%، ٢٢,٠% من المقيمين مع أسرهم كان لديهم اكتئاب بسيط، متوسط على التوالي، في حين وجد أن ١٦,٠% من المسنين المقيمين بدور الرعاية مقابل ٢,٠% فقط من المقيمين مع أسرهم لديهم اكتئاب شديد.

يتضح مما سبق وجود فروق ذات دلالة معنوية بين المسنين المقيمين في دور الرعاية والمسنين المقيمين مع أسرهم في نسبة وجود أعراض الاكتئاب فيما بينهم، حيث كان ما يقرب من نصف عينة المسنين المقيمين مع أسرهم ٤٩,٠% لا يعانون من أي أعراض اكتئاب في حين انتشرت أعراض اكتئاب متوسطة وشديدة وشديدة جداً بين ٤١,٠% من عينة المسنين المقيمين في دور الرعاية.

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه نتائج دراسة (خديجة على، ٢٠١٢) عن علاقة الشعور بالوحدة النفسية بالاكتئاب لدى عينة من المسنين المقيمين بدور العجزة والمقيمين مع ذويهم في الجزائر،

جدول ٨: الفروق بين عينتي الدراسة وفقاً للمعاناة من الاكتئاب

مستوى الاكتئاب	المسنون المقيمون في الدار (ن = ١٠٠)	المسنون المقيمون مع أسرهم (ن = ١٠٠)	المجموع (ن = ٢٠٠)	
	%	%	العدد	%
لا يوجد اكتئاب (٠ – ٩)	٣٩,٠	٤٩,٠	٨٨	٤٤,٠
اكتئاب بسيط (١٠ –١٥)	٢٠,٠	٢٦,٠	٤٦	٢٣,٠
اكتئاب متوسط (١٦ –٢٣)	٢٠,٠	٢٢,٠	٤٢	٢١,٠
اكتئاب شديد (٢٤ –٣٦)	١٦,٠	٢,٠	١٨	٩,٠
اكتئاب شديد جدا (٣٧+)	٥,٠	١,٠	٦	٣,٠
مربع كاي	١٥,٥٧٠**			
المتوسط الحسابي ± الانحراف المعياري	١٤,٩٦± ١٠,٦٣	٦,٣٠ ± ١٠,٣٦		
قيمة ت	٣,٧٢***			

** فروق معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠١ *** فروق معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠٠١

حيث وجدت أن هناك فروق ذات دلالة معنوية بين المسنين المقيمين بدور الرعاية والمسنين المقيمين مع أسرهم في نسبة انتشار الاكتئاب، ويمكن تفسير ذلك بأن وجود كبار السن في دور الرعاية كبديل للأسرة الأصلية وعدم قدرتهم على التكيف مع وضعهم الجديد من حيث إقامتهم في دور الرعاية يزيد من مشاكلهم النفسية والاجتماعية فيميلون إلى العزلة والانطوائية وعدم الرغبة في التحدث مع الآخرين مما يزيد من الاتجاهات السلبية نحو الذات والآخرين ويرفع مستوى المعاناة من الاكتئاب.

٨- الفروق بين عينتي الدراسة وفقاً لمستوى تقدير الذات:

يتضح من النتائج الواردة بجدول (٩) وجود فروق معنوية بين عينة المسنين المقيمين في دور الرعاية وعينة المسنين المقيمين مع أسرهم في مستوى تقدير الذات عند مستوى دلالة (٠,٠٥) حيث بلغت قيمة مربع كاي (٧,٣٧٨). وبلغت نسبة من كان لديهم مستوى مرتفع من تقدير الذات من المسنين المقيمين مع أسرهم ٧٧,٠% مقابل ٦١,٠% من المقيمين في دور الرعاية، كذلك بلغت نسبة من كان لديهم مستوى متوسط من تقدير الذات ٣١,٠% من المقيمين في دور الرعاية مقابل ٢١,٠% من المقيمين مع أسرهم.

كما أظهرت النتائج أن متوسط الدرجة الدالة على تقدير الذات لدى المبحوثين المقيمين في دور الرعاية قد بلغ ١٣٦,٥١± ٢١,٣٧ مقابل ١٤٧,٣١ ± ١٦,٠٩ للمبحوثين المقيمين مع أسرهم وقد كان الفرق بين المتوسطين معنوياً عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) لصالح عينة المسنين المقيمين مع أسرهم حيث بلغت قيمة اختبار ت(٤,٠٣٦).

يتضح مما سبق وجود فروق معنوية بين المسنين المقيمين في دور الرعاية والمسنين المقيمين مع أسرهم وفقاً لمستوى تقدير الذات لصالح المسنين المقيمين مع أسرهم.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة أماني عبد المقصود (٢٠٠٨) التي هدفت إلى دراسة تقدير الذات لدى المسنين المودعين بدور الرعاية والمسنين المقيمين في بيئتهم الطبيعية مع أفراد أسرهم، حيث أظهرت نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠,٠١ وفقاً لنوع الإقامة حيث ارتفع مستوى تقدير الذات بين المسنين المقيمين مع أسرهم مقارنة بالمقيمين في دور الرعاية وأكدت أن المسن المقيم في دور الرعاية يشعر بعدم أهميته للآخرين وأنه فقد دوره تجاههم مما يقلل من تقديره لذاته. كما تتفق أيضاً مع نتائج علي أبو الطيعة (٢٠١٦) عن مستوى تقدير الذات لدى عينة من المسنين في بني غازي بليبيا وأسفرت عن وجود فروق دالة في تقدير الذات بين عينتي الدراسة لصالح فئة المسنين المقيمين مع أسرهم.

جدول ٩: الفروق بين عينتي الدراسة وفقاً لمستوى تقدير الذات

مستوى تقدير الذات	المسنون المقيمون في الدار (ن = ١٠٠)	المسنون المقيمون مع أسرهم (ن = ١٠٠)	المجموع (ن = ٢٠٠)	
	%	%	العدد	%
مستوى منخفض (٥٨ –٩٦)	٨,٠	٢,٠	١٠	٥,٠
مستوى متوسط (٩٧ –١٣٥)	٣١,٠	٢١,٠	٥٢	٢٦,٠
مستوى مرتفع (١٣٦ –١٧٤)	٦١,٠	٧٧,٠	١٣٨	٦٩,٠
مربع كاي		*٧,٣٧٨		
المتوسط الحسابي ± الانحراف المعياري	١٣٦,٥١± ٢١,٣	١٤٧,٣١± ١٦,٠٩		
قيمة ت		***٤,٠٣٦		

* فروق معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ *** فروق معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠٠١

٩- الفروق بين عينتي الدراسة وفقاً للسعادة النفسية:

يوضح جدول (١٠) الفروق بين عينتي الدراسة المقيمين في دور الرعاية والمقيمين مع أسرهم وفقاً للسعادة النفسية ومحاورها الستة (الاستقلال الذاتي – التمكن البيئي – التطور الشخصي– العلاقات الإيجابية – الحياة الهادفة – تقبل الذات).

تشير النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عينتي المسنين المقيمين في دور الرعاية و المسنين المقيمين مع أسرهم في مجمل مستوى السعادة النفسية عند مستوى (٠,٠١) حيث بلغت قيمة مربع كاي (٩,٦٧٥)، كما أشارت النتائج إلى أن متوسط الدرجة الدالة على السعادة النفسية للمبحوثين المقيمين في دور الرعاية قد بلغ ١١٥,٤٨ ± ٢٢,٧٠ مقابل ١٢٨,٣٥ ± ٢٠,٥٨ للمبحوثين المقيمين مع أسرهم وقد كان الفرق بين المتوسطين معنوياً عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) لصالح عينة المسنين المقيمين مع أسرهم، حيث بلغت قيمة اختبار ت (٤,١٩).

ولقد أظهرت النتائج أن أكثر من نصف عينة المسنين المقيمين مع أسرهم ٥٧,٠% كانوا يتمتعون بمستوى مرتفع من السعادة النفسية مقابل ٣٩,٠% من المسنين المقيمين في دور الرعاية، كما تبين أن ٣٩,٠ % من عينة المسنين المقيمين مع أسرهم كانوا يتمتعون بمستوى متوسط من السعادة النفسية مقابل ٤٧,٠% من عينة المقيمين في دور الرعاية. هذا ولقد بلغت نسبة من لديهم مستوى منخفض من السعادة من عينة المقيمين في دور الرعاية والمقيمين مع أسرهم ١٤,٠% و٤,٠% على التوالي. مما سبق يتضح أن المقيمين مع أسرهم كانوا يتمتعون بسعادة نفسية أفضل من المقيمين في الدار، ويمكن تفسير ذلك بأنهم كانوا أكثر استقلالاً وتكيفاً مع البيئة المحيطة(التمكن البيئي) وكانوا أفضل في محور التطور الشخصي وكذلك كان مستوى العلاقات الإيجابية لديهم أفضل من عينة المقيمين في دور الرعاية إضافة لأنهم أكثر رضا عما حققوه في حياتهم وأكثر تقبلاً لذواتهم.

وقد لوحظ من النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين عينتي الدراسة وفقاً لمستويات محور الاستقلال الذاتي حيث بلغت قيمة مربع كاي (٥,٨٤٥)، ولكن بتحليل معنوية الفروق بين متوسطي المجموعتين باستخدام اختبار (ت) ثبت وجود فرق معنوي عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسط الدرجة الدالة على الاستقلال الذاتي للمبحوثين المقيمين في دور الرعاية والمبحوثين المقيمين مع أسرهم حيث بلغت قيم المتوسطات ١٩,٧٩±٢١,٢٦،٤,٣٠±٣,٥١ لصالح عينة المقيمين مع أسرهم ولقد بلغت قيمة ت (٢,٦٤). نستنتج من ذلك أن الاستقلال الذاتي للعينة البحثية للمسنين المقيمين مع أسرهم كان أفضل من الاستقلال الذاتي لأفراد العينة البحثية المقيمين في دور الرعاية.

وأشارت النتائج أيضاً إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي الدراسة وفقاً لمستوى محور التمكن البيئي حيث بلغت قيمة مربع كاي (٠,١٨٤) وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

كما تبين أن متوسط الدرجة الدالة على التمكن البيئي للمبحوثين المقيمين في دور الرعاية قد بلغ ١٩,٦٩ ± ٤,٣٤ مقابل٢٠,٣٠ ± ٤,٦٨ للمبحوثين المقيمين مع أسرهم ولم يكن الفرق بين المتوسطين معنوياً حيث بلغت قيمة ت (٠,٩٤٤).

يتضح من النتائج أيضاً وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١) بين عينتي الدراسة وفقاً لمستوى محور التطور الشخصي حيث بلغت قيمة مربع كاي (١٤,٣٥٧) كذلك اتضح أن متوسط الدرجة الدالة على التطور الشخصي للمبحوثين المقيمين في دور الرعاية قد بلغ ١٨,١٠ ±٤,٤٥ مقابل ٢١,٢٥ ± ٣,٧٧ للمبحوثين المقيمين مع أسرهم وقد كان الفرق بين المتوسطين معنوياً عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) لصالح عينة المسنين المقيمين مع أسرهم

جدول ١٠: الفروق بين عينتي الدراسة وفقاً للسعادة النفسية ومحاورها

محاور السعادة النفسية	المسنون المقيمون في الدار (ن= ١٠٠)	المسنون المقيمون مع أسرهم (ن= ١٠٠)	المجموع (ن= ٢٠٠)	
	%	%		%
مستوى الاستقلال الذاتي				
مستوى منخفض (٩ –١٤)	١٢,٠	٣,٠	١٥	٧,٥
مستوى متوسط (١٥ –٢١)	٤٥,٠	٤٩,٠	٩٤	٤٧,٠
مستوى مرتفع (٢٢ –٢٧)	٤٣,٠	٤٨,٠	٩١	٤٥,٥
مربع كاي		٥,٨٤٥		
المتوسط الحسابي±الانحراف المعياري	٤,٣٠±١٩,٧٩	٣,٥١±٢١,٢٦		
قيمة اختبار ت		٢,٦٤**		
مستوى التمكن البيئي				
مستوى منخفض (٩ –١٤)	١٧,٠	١٨,٠	٣٥	١٧,٥
مستوى متوسط (١٥ –٢١)	٤٤,٠	٤١,٠	٨٥	٤٢,٥
مستوى مرتفع (٢٢ –٢٧)	٣٩,٠	٤١,٠	٨٠	٤٠،٠
مربع كاي		٠,١٨٤		
المتوسط الحسابي±الانحراف المعياري	٤,٤٤±١٩,٦٩	٤,٦٨ ±٢٠,٣٠		
قيمة اختبار ت		٠,٩٤٤		
مستوى التطور الشخصي				
مستوى منخفض (٩ –١٤)	٢١,٠	٨,٠	٢٩	١٤,٥
مستوى متوسط (١٥ –٢١)	٥١,٠	٤٠,٠	٩١	٤٥,٥
مستوى مرتفع (٢٢ –٢٧)	٢٨,٠	٥٢,٠	٨٠	٤٠,٠
مربع كاي		١٤,٣٥٧***		
المتوسط الحسابي±الانحراف المعياري	٤,٤٥±١٨,١٠	٣،٧٧ ±٢١,٢٥		
قيمة اختبار ت		٥,٣٩***		
مستوى العلاقات الإيجابية				
مستوى منخفض (٩ –١٤)	١٨,٠	٦,٠	٢٤	١٢,٠
مستوى متوسط (١٥ –٢١)	٤٢,٠	٣٢,٠	٧٤	٣٧,٠
مستوى مرتفع (٢٢ –٢٧)	٤٠,٠	٦٢,٠	١٠٢	٥١,٠
مربع كاي		١٢,٠٩٦**		
المتوسط الحسابي±الانحراف المعياري	٤,٧٩± ١٩,٢٧	٣,٦٨ ±٢١,٩٥		
قيمة اختبار ت	٤,٤٣***			
مستوى الحياة الهادفة				
مستوى منخفض (٩ –١٤)	٣٠,٠	١٠,٠	٤٠,٠	٢٠,٠
مستوى متوسط (١٥ –٢١)	٤١,٠	٣٦,٠	٧٧,٠	٣٨,٥
مستوى مرتفع (٢٢ –٢٧)	٢٩,٠	٥٤,٠	٨٣,٠	٤١,٥
مربع كاي		١٧,٨٥٥***		
المتوسط الحسابي±الانحراف المعياري	٤,٧٩± ١٧,٩٦	٤,٣١ ±٢١,٣١		
قيمة اختبار ت		٥,١٩٥***		
مستوى تقبل الذات				
مستوى منخفض (٩ –١٤)	١١,٠	١٠,٠	٢١	١٠,٥
مستوى متوسط (١٥ –٢١)	٣٩,٠	٢٤,٠	٦٣	٣١,٥
مستوى مرتفع (٢٢ –٢٧)	٥٠,٠	٦٦,٠	١١٦	٥٨,٠
مربع كاي		٥,٨٢٦		
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري	٤,٢٨ ±٢٠,٦٧	٣,٩٨±٢٢,٢٨		
قيمة اختبار ت		٢,٧٥**		

تابع جدول ١٠: الفروق بين عينتي الدراسة وفقاً للسعادة النفسية ومحاورها

محاور السعادة النفسية	المسنون المقيمون في الدار (ن= ١٠٠)	المسنون المقيمون مع أسرهم (ن= ١٠٠)	المجموع (ن= ٢٠٠)	
	%	%		%
مستوى السعادة النفسية				
مستوى منخفض (٩ -١٤)	١٤,٠	٤,٠	١٨	٩,٠
مستوى متوسط (١٥ -٢١)	٤٧,٠	٣٩,٠	٨٦	٤٣,٠
مستوى مرتفع (٢٢ -٢٧)	٣٩,٠	٥٧,٠	٩٦	٤٨,٠
مربع كاي		٩,٦٧٥**		
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري	١١٥,٤٨±٢٢,٧٠	١٢٨,٣٥ ±٢٠,٥٨		
قيمة اختبار ت		٤,١٩***		

** فروق معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠١ *** فروق معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠٠١

حيث بلغت قيمة ت (٥,٣٩)، ولقد تبين من النتائج أن ٥٢,٠% من المقيمين مع أسرهم كانوا ممن يتمتعون بمستوى مرتفع من التطور الشخصي مقابل ٢٨,٠ % من المقيمين بدور الرعاية بينما كان ٥١,٠% من المقيمين بدور الرعاية يتمتعون بمستوى متوسط من التطور الشخصي مقابل ٤٠,٠% من المسنين المقيمين مع أسرهم، وأن ٢١,٠% من المقيمين في دور الرعاية كان مستوى التطور الشخصي لديهم منخفضاً مقابل ٨,٠% فقط من المسنين المقيمين مع أسرهم.

كشفت النتائج أيضاً عن وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين عينتي الدراسة وفقاً لمستوى محور العلاقات الإيجابية حيث بلغت قيمة مربع كاي (١٢,٠٩٦)، وأشارت أيضاً إلى أن متوسط الدرجة الدالة على العلاقات الإيجابية للمبحوثين المقيمين في دور الرعاية قد بلغ ١٩,٢٧ ± ٤,٤٩ مقابل ٢١,٩٥ ± ٣,٦٨ للمبحوثين المقيمين مع أسرهم وقد كان الفرق بين المتوسطين معنوياً عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) لصالح عينة المسنين المقيمين مع أسرهم حيث بلغت قيمة ت(٤,٤٣).

كما تبين من نتائج نفس الجدول أن ٥٤,٠% من عينة المقيمين مع أسرهم كانوا من ذوى المستوى المرتفع من الحياة الهادفة و٣٦,٠% من ذوى المستوى المتوسط مقابل ٢٩,٠% و٤١,٠% من المقيمين بدور الرعاية على التوالي. كذلك فإن ٣٠,٠% من المقيمين في دور الرعاية كان مستوى الحياة الهادفة لديهم منخفضاً مقابل ١٠,٠% من عينة المقيمين مع أسرهم.

أظهرت النتائج كذلك وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) بين عينتي الدراسة وفقاً لمستوى محور الحياة الهادفة وقد بلغت قيمة مربع كاي (١٧,٨٥٥)، كذلك فإن متوسط الدرجة الدالة على الحياة الهادفة للمبحوثين المقيمين في دور الرعاية قد بلغ ١٧,٩٦ ± ٤,٧٩ مقابل ٢١,٣١ ± ٤,٣١ للمبحوثين المقيمين مع أسرهم وقد كان الفرق بين المتوسطين معنوياً عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) لصالح عينة المسنين المقيمين مع أسرهم حيث بلغت قيمة ت (٥,١٩٥).

يتضح من النتائج أيضاً عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين عينتي الدراسة وفقاً لمستوى محور تقبل الذات حيث بلغت قيمة مربع كاي (٥,٨٢٦) كما اتضح أن متوسط الدرجة الدالة على تقبل الذات للمبحوثين المقيمين في دور الرعاية قد بلغ ٢٠,٦٧ ± ٤,٢٨ مقابل ٢٢,٢٨ ± ٣,٩٨ للمبحوثين المقيمين مع أسرهم وقد كان الفرق بين المتوسطين معنوياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) لصالح عينة المسنين المقيمين مع أسرهم حيث بلغت قيمة ت (٢,٧٥).

مما سبق نستنتج أن شعور المبحوثين المقيمين مع أسرهم بالسعادة كان أفضل من شعور المبحوثين المقيمين بدور رعاية المسنين حيث يتمتع المسن المقيم

مع أسرته بدرجة أعلى من السعادة، وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسة سارة أبو حسبو (٢٠١٦) من أن المسنين المقيمين بدور الرعاية لا يشعرون بدرجة عالية من السعادة والتي تعكس الشعور بالرضا والأمن والاستمتاع بالحياة، وأنهم أكثر شعوراً بالوحدة والعزلة والبعد عن العلاقات الاجتماعية والأسرية مما يؤثر على مستوى شعورهم بالسعادة.

باستعراض نتائج التحليل الإحصائي لمتغيرات الدراسة التي توضح معنوية الفروق بين توزيعي المبحوثين في دور الرعاية ولدى أسرهم، تبين وجود فروق ذات دلالة معنوية بين عينتي البحث وفقاً لمتغيرات العمر، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، وعدد الأبناء، ومستوى نمط الحياة، ومستوى الصحة العامة، ومستوى المساندة الاجتماعية، ومستوى المعاناة من الاكتئاب، ومستوى تقدير الذات، وأخيراً مستوى السعادة النفسية للمسنين.

بمعنى أن هناك فروقاً بين المسنين المقيمين في دور الرعاية والمسنين المقيمين لدى ذويهم وفقاً لهذه المتغيرات.

التحقق من الفرض البحثي الأول:

تحقق الفرض الأول من حيث عدم وجود فروق بين عينتي الدراسة وفقاً لإقامتهم في أسرهم أو إقامتهم في دور رعاية المسنين لكل من متغيرات: المستوى التعليمي، مستوى نمط الحياة، مستوى الرعاية المقدمة، ومستوى ونمط الشخصية.

بينما تم رفض الفرض الأول فيما يتعلق بمتغيرات العمر، والحالة الاجتماعية، ومتغير عدد الأبناء، ومستوى الصحة العامة ، ومستوى المساندة الاجتماعية، ومستوى المعاناة من الاكتئاب، ومستوى تقدير الذات، ومستوى السعادة النفسية حيث وجدت فروق بين عينتي الدراسة.

ثانياً النتائج في ضوء الفرض البحثي الثاني الذي ينص على: "تختلف نسبة مشاركة كل من المتغيرات المستقلة موضع الدراسة في تفسير التباين الحادث في المتغير التابع (السعادة النفسية للمسن)".

نتائج تحليل معامل الانحدار المرحلي Step Wise Regression

يهدف هذا الجزء من النتائج البحثية إلى تحديد المتغيرات التي يمكن اعتبارها منبئات Predictors أو مؤثرات لتفسير التباين الحادث في المتغير التابع بحيث يتم في مراحل التحليل المختلفة إدخال متغيرات واستبعاد أخرى ثم في النهاية يتم استخلاص أقوى المتغيرات تأثيراً في المتغير التابع دون غيرها.

يبين العمود (R) قيم معامل الارتباط ويبين معامل الانحدار(B) مقدار واتجاه التأثير في المتغير التابع كلما تغير المتغير المستقل درجة واحدة. تبين قيم (بيتا) قوة التأثير الذي يحدثه كل من المتغيرات المستقلة. ويوضح العمود الخاص بقيم معامل التحديد (R^2) نسبة مشاركة كل متغير في التباين الحادث في المتغير التابع.

وسوف يتم استعراض نتائج تحليل معامل الانحدار المرحلي (المتدرج) Step Wise Regression من خلال جدولين حيث يوضح جدول (١١) التحليل الخاص بمجموعة العوامل الشخصية والأسرية أما جدول (١٢) فيوضح التحليل الخاص بمتغيرات الدراسة الأخرى التي تم قياسها لأفراد عينة الدراسة.

أولاً: العوامل الشخصية والأسرية:

أوضحت نتائج تحليل التباين ANOVA أن مجموعة العوامل الشخصية والأسرية متمثلة في (المستوى التعليمي، عدد الأبناء، الحالة الاجتماعية، وعمر المسن) كلها مجتمعة تؤثر معنوياً عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) في درجة السعادة النفسية للمسن حيث بلغت قيمة ف (١١,٩٠٤).

١- المستوى التعليمي:

أوضحت النتائج الواردة بجدول (١١) أن للمستوى التعليمي تأثير يفوق المتغيرات الشخصية الأخرى على السعادة النفسية وهو موجب ومعنوي (٠,٠٠١) حيث انه بارتفاع المستوى التعليمي درجة واحدة ترتفع

السعادة النفسية بمقدار (٨,٥٦٧) وهى قيمة معامل الانحدار(B) وأن نسبة مشاركة المستوى التعليمي في التأثير على السعادة النفسية للمسن تقدر بقيمة (٠,٢٣٥) وهى قيمة(R^2)٠

٢- الحالة الاجتماعية:

تؤثر الحالة الاجتماعية على درجة السعادة النفسية للمسن بدرجة معنوية (٠,٠١) موجبة حيث أنه باكتمال الحالة الاجتماعية (بوجود شريك للحياة) ترتفع درجة السعادة النفسية بمقدار (٤,٦٣٤) وتقدر نسبة مشاركة هذا المتغير بمقدار (٠,٧٠).

٣- العمر:

أوضحت النتائج أن للعمر تأثير سلبى ولكنه غير معنوي حيث أنه كلما تقدم العمر بوحدة واحدة تنخفض درجة السعادة النفسية للمسن بمقدار(-٠,٠٢٨٢) وان نسبة مشاركة هذا المتغير في حدوث التباين في السعادة النفسية يقدر ب (٠,٤٢).

٤- عدد الأبناء:

أظهرت نتائج تحليل معامل الانحدار المرحلي أن لعدد الأبناء تأثير عكسي (غير معنوي) على السعادة النفسية حيث أوضحت النتائج أنه بزيادة عدد الأبناء (١ وحدة) تنخفض درجة السعادة النفسية لدى المسنين بمقدار (- ٠,٠١٣) وان نسبة مشاركة هذا المتغير في التأثير على المتغير التابع (٠,٠٧١).

ثانياً: المتغيرات المستقلة الأخرى:

أوضحت نتائج تحليل معامل الانحدار المتعدد المرحلي أن المتغيرات تحت الدراسة والموضحة بجدول (١٢) في مجموعها ذات تأثير معنوي على المتغير التابع (السعادة النفسية) حيث بلغت قيمة ف (٣٩,٦٦٨) وهى قيمة معنوية عند مستوى دلالة (٠,٠٠١).

١- تقدير الذات:

جاء تقدير الذات في المرتبة الأولى من حيث نسبة المشاركة مع المتغيرات الأخرى في التباين الحادث للمتغير التابع، حيث بلغت قيمة (R^2 = ٠,٥٩١) ومن حيث مقدار واتجاه التأثير توضح قيم معامل الانحدار أنه بارتفاع تقدير الذات درجة واحدة ترتفع درجة السعادة النفسية بمقدار (١١,١٧٠) وهى علاقة معنوية موجبة (٠,٠٠١).

٢- الاكتئاب:

يوضح جدول(١٢) أن قيمة بيتا (-٠,٨٨٩) الأمر الذى يدل على أن الشعور بالاكتئاب قد احتل المرتبة الثانية بين المتغيرات الأعلى تأثيراً في السعادة النفسية وهى علاقة معنوية عكسية حيث بارتفاع درجة الاكتئاب لدى المسن درجة واحدة تنخفض درجة السعادة النفسية بقيمة معامل الانحدار(٠,٨٨٩) ومن قيمة (R^2) يتضح أن نسبة المشاركة مع المتغيرات الأخرى في التأثير على المتغير التابع تقدر ب (٠,٥٤٣).

٣- الصحة العامة:

أوضح التحليل الإحصائي لمعامل الانحدار المرحلي (المتدرج) أنه توجد علاقة موجبة (٠,٠٥) بين متغير الصحة العامة للمسن ودرجة سعادته النفسية. وتبلغ نسبة مشاركة متغير الصحة العامة مع المتغيرات الأخرى في التأثير على السعادة النفسية للمسن (R^2 =٠,٢٧٠)

كما أوضحت نتائج التحليل أنه بزيادة درجة الصحة العامة درجة واحدة ترتفع السعادة النفسية بمقدار (٠,٣٦٩) وهى قيمة معامل الانحدار (B).

٤- نمط الشخصية:

لنمط الشخصية تأثير إيجابي على درجة السعادة النفسية للمسن حيث بزيادة نمط الشخصية درجة واحدة ترتفع السعادة النفسية بمقدار(٠,٢٠٧)، وهى علاقة غير معنوية. ويساهم متغير نمط الشخصية في التباين الحادث في المتغير التابع مع المتغيرات الأخرى بقيمة (R^2 =٠,٣٨٠).

جدول ١١: معاملات الانحدار المرحلي للمتغيرات الخاصة بالخصائص الشخصية والأسرية مع السعادة النفسية كمتغير تابع

المتغير التابع	المتغيرات المستقلة	معامل الارتباط R	نسبة المشاركة R2	قيمة "ف"	معامل الانحدار B	قيمة "ت"
السعادة النفسية	المستوى التعليمي	٠,٤٨٥	٠,٢٣٥	١١,٩٠٤***	٨,٥٦٧	٦,٤٤٧***
	الحالة الاجتماعية	٠,٢٦٥	٠,٠٧٠	٤,٩٤٦***	٤,٦٣٤	٢,٥١٩**
	العمر	٠,٢٠٥	٠,٠٤٢	٤,٣٣١**	-٠,٢٨٢	-١,٣١٠
	عدد الأبناء	٠,٢٦٦	٠,٠٧١	٣,٧١٥**	-٠,٠١٣	٠,٣٢٧

**فروق معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠١ ***فروق معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠٠١

جدول ١٢: معاملات الانحدار باستخدام الخطوة المتدرجة للمتغيرات المستقلة بالدراسة مع السعادة النفسية كمتغير تابع

المتغير التابع	المتغيرات المستقلة	معامل الارتباط R	نسبة المشاركة R^2	قيمة "ف"	معامل الانحدار B	قيمة "ت"
السعادة النفسية	تقدير الذات	٠,٧٦٩	٠,٥٩١	٣٩,٦٦٨***	١١,١٧٠	٤,٧٤٣***
	درجة الاكتئاب	٠,٧٣٧	٠,٥٤٣	٣٨,٢٦٧***	-٠,٨٨٩	-٥,١٦٤***
	الصحة العامة	٠,٥١٩	٠,٢٦٩	٧٣,١٠٤***	٠,٣٦٩	٢,١٩٥*
	نمط الشخصية	٠,٦١٦	٠,٣٨٠	٢٣,٧٧١***	٠,٢٠٧	٠,٧٦٣
	المساندة الاجتماعية	٠,٦١٦	٠,٣٨٠	٢٩,٨٤١***	٠,١٩٤	٢,٥٦٢**
	الرعاية المقدمة	٠,٥٩٢	٠,٣٥٠	٣٥,٢٧٦***	٠,١٤٠	٢,٥٣٦**
	نمط الحياة	٠,٥٢٥	٠,٢٧٥	٣٧,٤٩٨***	٠,٠٣٦	٠,١٠٨

*فروق معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ **فروق معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠١ ***فروق معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠٠١

٥- المساندة الاجتماعية:

للمساندة الاجتماعية تأثير إيجابي معنوي (٠,١) على درجة السعادة النفسية للمسن ويشارك متغير المساندة الاجتماعية (R^2) مع باقي المتغيرات بنسبة (٠,٣٨٠) في حدوث التباين في متغير السعادة النفسية. ويتضح من الجدول أنه بارتفاع درجة المساندة الاجتماعية درجة واحدة ترتفع درجة السعادة النفسية للمسن بقيمة معامل الانحدار (٠,١٩٤).

٦- الرعاية المقدمة:

للرعاية المقدمة علاقة إيجابية معنوية (٠,٠١) حيث بارتفاع درجة الرعاية المقدمة درجة واحدة ترتفع درجة السعادة النفسية بما قيمته (٠,١٤٠) وتقدر نسبة مشاركة الرعاية المقدمة مع باقي المتغيرات بمقدار (٠,٣٥١) وهى قيمة (R^2).

٧- نمط الحياة:

يساهم نمط الحياة بمقدار (R^2= ٠,٢٦٧) في التباين الحادث في السعادة النفسية للمسن وبالتالي فهو أقل المتغيرات تأثيراً حيث بزيادة نمط الحياة درجة واحدة ترتفع درجة السعادة النفسية للمسن بمقدار (٠,٠٣٦) وهى علاقة غير معنوية.

التحقق من الفرض البحثي الثاني:

باستعراض نتائج التحليل الإحصائي السابقة يتضح تحقق الفرض الثاني حيث ثبت وجود اختلاف في نسبة مشاركة المتغيرات المستقلة موضع البحث في تفسير التباين الحادث في المتغير التابع (السعادة النفسية للمسن).

الاستنتاج

تلعب الصحة العامة للمسن، والرعاية المقدمة لـــه، ونمط الحياة، والمساندة الاجتماعية بما تقدمه من دعـــم نفسى واجتماعي، ونمط الشخصية، وخفـــض الشـــعور بالاكتئاب وتقدير الذات دوراً هاماً في تحسين مؤشرات الصحة النفسية لديه والتي تعد الســـعادة النفســـية مـــن أبرزها، بالإضافة إلى تحقيق حاجات المسن النفسية في الأمن والانتماء والتقدير.

كما توصلت الدراسة إلى أن مستوى الصحة العامة للعينة البحثية المقيمين مع أسرهم كـــان أفضـــل مـــن المبحوثين المقيمين بدور الرعاية كما أنهـــم يتمتعـــون بمستوى مرتفع من السعادة النفسية حيث أن المقيمـــين بعيداً عن أسرهم يفتقدون العلاقـــات الحانيـــة الدافئـــة والشعور بالمساندة الاجتماعية وأن وجود المسنين فـــي دور الرعاية وعدم قدرتهم على التكيف مـــع الوضـــع الجديد يزيد من مشـــاكلهم النفســـية ويميلـــون للعزلـــة والانطوائية وعدم الرغبة في التحدث مع الآخرين ممـــا يزيد من الاتجاهات السلبية نحو الذات وزيادة المعانـــاة من الاكتئاب لأنه مهما قدمت دور الرعاية من عنايـــة صحية وبدنية فإن بيت المسن حتـــى وإن كـــان غيـــر مناسب في بعض الأحيان يكون أفضل من أي مؤسسة مهما كانت جودتها.

توصلت الدراسة إلى أنه كلمـــا ارتفـــع المســـتوى التعليمي للمسنين وارتفع مستوى الدخل وبالتالي ارتفاع مستوى الصحة العامة ولا يوجد لـــديهم معانـــاة مـــن الاكتئاب وارتفع تقديرهم لـــذواتهم وبالتـــالي ارتفـــاع مستوى السعادة النفسية.

بينما يتمتع المقيمين بدور الرعاية بارتفاع مســـتوى نمط الحياة نظراً لما تقوم به دور الرعاية من اهتمـــام بنوعية الغذاء الصحي المناسب لحالتهم وتقديمـــه فـــي مواعيد ثابتة.

أوضحت النتائج أن مجموعة العوامـــل الشخصـــية والأسرية متمثلة في (المستوى التعليمي، عدد الأبنـــاء، الحالة الاجتماعية، وعمر المسن) كلها مجتمعـــة تـــؤثر معنوياً في درجة السعادة النفسية.

كما تبين أن المتغيرات تحت الدراسة في مجموعها ذات تأثير معنوي على المتغير التابع (السعادة النفسية) ولقد جاء تقدير الذات في المرتبة الأولى من حيث نسبة المشاركة مع المتغيرات الأخرى في التبـــاين الحـــادث للمتغير التابع وأن الشعور بالاكتئاب هو أكثر المتغيرات تأثيراً في السعادة النفسية وهى علاقة معنوية عكســـية حيث أنه بارتفاع درجة الاكتئاب لدى المســـن درجـــة واحدة تنخفض درجة السعادة النفسية، كما تبين أن نمط الحياة هو أقل المتغيرات تأثيراً في السعادة النفسية.

التوصيات

في ضوء النتائج التي أسفرت عنها الدراســـة فإنـــه يمكن التوصية بما يلي:

١. تصميم برامج توعوية للمسنين تهيئهم نفســـياً لتقبـــل التغيرات المصاحبة لمرحلة الشـــيخوخة والتكيـــف معها وتعزيز تقبل الذات والرضا عند التفكير فـــي ما تم إنجازه خلال حياتهم بما فيه مـــن إيجابيـــات وسلبيات.
٢. تصميم برامج تدريبية لأسر المسنين لتوعيتهم بكيفية رعاية المسنين صحياً ونفســـياً واجتماعيـــاً وفقـــاً للتغيرات التي تطرأ عليهم نتيجة التقدم في السن.
٣. تصميم برامج توعويـــة للمســـنين المقبلـــين علـــى الالتحاق بدور المسنين لتهيئتهم نفسياً للتكيف مـــع الانتقال من البيئة الأسرية الطبيعية إلى الحياة فـــي دار المسنين.
٤. العمل على تفعيل الدور الرقابي والتطويري لـــدور رعاية المسنين من خلال الجهـــات المعنيـــة مثـــل وزارة التضامن الاجتماعي.
٥. العمل على إنشاء مراكز دعم وإرشاد نفسي داخـــل دور المسنين للوقوف على المشكلات النفسية التي تواجه المسن ومعاونة المسن على تخطيها.

٦. وضع إستراتيجية وطنية شاملة لخدمة ورعاية المسنين من خلال توفير برامج الرعاية المتكاملة صحياً ونفسياً واجتماعياً بأسعار رمزية مع تفعيل تلك الخدمات والإعلان عنها وعن كيفية الاستفادة منها وتيسير حصول المسنين على تلك الخدمات.

٧. إنشاء مجلس قومي للمسنين تشمل اختصاصاته وضع السياسات، والإستراتيجيات، والبرامج والمشروعات التي تهدف إلى رعاية المسنين، مع توفير رقم هاتف لنجدة المسنين وتلقى الشكاوى الخاصة بهم لدراستها والعمل على حلها.

المراجع

أحمد حسين الرفاعي (٢٠٠٧): "مناهج البحث العلمي"، دار وائل للنشر، ط٥.

أحمد رمضان عبد المنعم عطيه إبراهيم (٢٠١٢): "رصد وتحليل دور المسنين ومعايير تصميمها وفقاً لراحة المقيمين بها باستخدام التقنيات الحديثة "رسالة ماجستير، كلية الهندسة، جامعة القاهرة.

الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء (٢٠١٩):"الكتاب الإحصائي السنوي"، العدد(١١٠).

السيد محمد أبو هاشم (٢٠١٠): "النموذج البنائي للعلاقات بين السعادة النفسية والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية وتقدير الذات والمساندة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة"، مجلة كلية التربية، جامعة بنها المجلد(٢٠)، العدد(٨١) ص ص ٢٦٨-٣٥٠.

أماني سعيد فوزى عبد المقصود(٢٠٠٨): "تقدير الذات لدى المسنين المودعين بدور رعاية المسنين والمقيمين في بيئتهم الطبيعية وتصور مقترح من منظور خدمة الفرد لتحسين تقدير الذات"، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، المجلد(٢)، العدد(٢٤)، ص ص ٦٥١-٦١٩.

إنعام صديق عبد الرحمن (٢٠١٧):"الرضا النفسي وعلاقته بالصحة النفسية(بولاية الخرطوم) دراسة مقارنة بين المسنين في دور الرعاية والأسر"، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة أم درمان الإسلامية، السودان.

إيمان محمد صبري إسماعيل، عماد رزق زكى عوض الله (٢٠١٨): "العلاقة بين الشيخوخة الناجحة والمساندة الاجتماعية المدركة لدى المسنين دراسة مقارنة بين المسنين والمسنات"، المجلة العربية للدراسات وبحوث العلوم التربوية والإنسانية، المجلد (٤)، العدد(١١)، ص ص ٤١-٩٢.

بشير معمرية، عبد الحميد خزار(٢٠٠٩): "الاضطرابات الجسمية والنفسية لدى المسنين المقيمين بدار العجزة بمدينة باتنة، الجزائر"، بحث، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، جامعة الحاج لخضر باتنه، العدد(٢٣)، ص ص٧١-٨٣.

جولتان حجازي، عطاف أبو غالى(٢٠١٠)": مشكلات المسنين الشيخوخة وعلاقتها بالصلابة النفسية، دراسة ميدانية على عينة من المسنين الفلسطينيين في محافظات غزة"، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الأقصى، غزة، فلسطين، مجلة جامعة النجاح للأبحاث والعلوم الإنسانية، مجلد (٢٤)، العدد(١)، ص ص ١٠٩-١٥٦.

خديجة حمو على (٢٠١٢): "علاقة الشعور بالوحدة النفسية بالاكتئاب لدى عينة من المسنين المقيمين بدور العجزة والمقيمين مع ذويهم"، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة الجزائر.

خليل عبد الرازق (٢٠١٦): "دور الخدمة الاجتماعية في التخفيف من حدة مشكلة العلاقات الاجتماعية للمسنين من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال رعاية المسنين"، مجلة جامعة الأقصى للعلوم الإنسانية، المجلد (٢٠)، العدد(٢)ص ص ٣٢٦-٣٥٦.

سارة الطيب عبد الحليم أبو حسبو(٢٠١٦):"مستوى الشعور بالسعادة لدى المسنين وعلاقته بمستوى التدين الإسلامي"، رسالة ماجستير في علم النفس، كلية الآداب، جامعة أم درمان الإسلامية.

سحر محجوب، عثمان محجوب (٢٠١٦): "دور المؤسسات الإيوائية في رعاية المسنين في السودان"، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة النيلين، السودان .

سرى زيد الكيلاني ومحمد سرى الكيلاني(٢٠١٦): "رعاية المسنين في الشريعة الإسلامية والتشريعات الدولية"، المجلة الأردنية في الدراسات الإسلامية، المجلد(١٢)، ع(١)، ص ص٣٦٩-٤٠٣.

سعاد ياسين الرباعي(٢٠١٤): "الشعور بالسعادة وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى عينة من طلبة جامعة دمشق"، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة دمشق.

سعد بن عبد الله المشوح (٢٠١٦):"الاكتئاب وعلاقته بفعالية الذات والغضب لدى المسنين المودعين بمؤسسات ودور الرعاية الاجتماعية بالمملكة العربية السعودية"، جامعة الحدود الشمالية، مجلة الشمال للعلوم الإنسانية، المجلد(١)، العدد(٢)، ص ص ١١٥-١٤٠.

سليمان قاسم الفالح، حسن مصطفى حسن(٢٠١٥): "أوضاع المسنين وتقدير حاجاتهم ومشكلاتهم دراسة وصفية على المسنين بمدينة الرياض"، مجلة العلوم الإنسانية والإدارية، جامعة المجمعة، العدد (٨)، ص ص ٤١-٧٦.

صفا عيسى صيام (٢٠١٠): "سمات الشخصية وعلاقتها بالتوافق النفسي للمسنين في محافظات غزة"، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.

عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨): "الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه"، سلسلة عالم المعرفة، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

عزت عبد الحميد محمد حسن(١٩٩٦): المساندة الاجتماعية وضغط العمل وعلاقة كل منهما برضا المعلم عن العمل، رسالة دكتوراة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

على عمر أبو الطيعة(٢٠١٦): "مستوى تقدير الذات لدى عينة من المسنين وفق بعض المتغيرات"، كلية الآداب، جامعة بنغازي، مجلة العلوم والدراسات الإنسانية، العدد (٢١)، ص ص ١-٢٢.

على محمد، العربي غريب (٢٠١٨):"المساندة الاجتماعية لمشكلات الشيخوخة "،دراسة ميدانية على عينة من المسنين، مجلة العلوم النفسية والتربوية، المجلد(٧)، العدد(٢)، ص ص ١٧٣-١٩٦.

عمر الريماوي(٢٠١٥): "الحاجات النفسية والاجتماعية للمسنين في مراكز الإيواء في محافظة بيت لحم العراق"، مجلة مركز دراسات الكوفة، العدد(٣٦)،ص ص١٧٣-١٩٦.

ليلى محمد الخضري (٢٠١١): "رعاية المسنين في الأسرة" فصل في كتاب إيزيس نوار، سهير نور، سامية لطفي، ليلى الخضري، مها أبوطالب (٢٠١١): "الأسرة والعلوم الحياتية التطبيقية"، منشأة المعارف، الإسكندرية.

محمد حسن غانم (٢٠٠٢):"المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات إيواء وأسر طبيعية"، بحث، مجلة دراسات عربية، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة حلوان، المجلد(١)، العدد(٣)، ص ص٣٥-٨٩.

محمد حسن غانم (٢٠٠٩): "المسنون ومشاكلهم النفسية"، مركز الحضارة العربية للإعلام والنشر والدراسات، ط١.

مروة عثمان حسين مصطفي (٢٠١٦): "الصحة النفسية للمسنين بدور الإيواء بولاية الخرطوم وعلاقتها ببعض المتغيرات"، رسالة ماجستير، قسم علم النفس الاجتماعي، كلية الدراسات العليا والبحث العلمي، جامعة الرباط الوطني.

منال حسن سليمان القباني (٢٠١٦):"التقييم التغذوي للمسنين بولاية الخرطوم"، رسالة دكتوراة، معهد دراسات الأسرة، جامعة أم درمان الإسلامية.

منظمة الأمم المتحدة (٢٠٢٠): "اليوم العالمي للمسنين" – متاح على الموقع الإلكتروني www.un.org.

منظمة الصحة العالمية (٢٠١٠): "الصحة النفسية حالة من العافية"– متاح على الموقع الإلكتروني www.who.int

منظمة الصحة العالمية (٢٠١٨): "التنوع في السن المتقدمة(الشيخوخة والصحة)، متاح على الموقع الإلكتروني www.who.int.

منظمة الصحة العالمية (٢٠١٩): "الرعاية الصحية الأولية للمسنين"، دليل إقليمي للعاملين في الرعاية الصحية الأولية، المكتب الإقليمي، منظمة الصحة العالمية.

موضى بنت شليويح العنزى(٢٠١٧): "المشكلات التي تواجه المسنين في مدينة الرياض"، بحث، قسم الدراسات الاجتماعية، جامعة الملك سعود، مجلة البحث العلمي في التربية، العدد(١٨)، ص ص ٦١١-٦٥٢.

نضال عبد الطيف الشمالي(٢٠١٥): "العوامل الخمسة للشخصية وعلاقتها بالاكتئاب لدى المرضى المترددينعلى مركز غزة المجتمعي"، برنامج غزة للصحة النفسية، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.

نعيم مطر جمعة الغلبان (٢٠٠٨): "مرحلة الشيخوخة متغيرات ومتطلبات في الجانب النفسي والبيولوجي" رسالة دكتوراه، جامعة العالم الأمريكية، غزة.

وجدى محمد بركات(٢٠١٠):"دمج المقيمين في دور الإيواء والمؤسسات الاجتماعية بالمجتمع" التدخل المهني مع المسنين لدمجهم كنموذج تطبيقي"، دراسة نفسية مقدمة لجامعة أم القرى بمكة المكرمة.

Beck AT, Steer RA and Brown GK (**1996**) a :"Manual for the Beck Depression Inventory-II". San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W (**1996**) b: "Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients". Journal of Personality Assessment. **67 (3)**: 588–97

Bin Halilim , A. (**2018**): "The Psychological Health of The Elderly Living In Nursing Homes And Residents With Their Relatives "A Comparative Study", RESSJ, **5(11)**: 492-505.

Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (**1975**). Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (Junior and Adult). Hodder & Stoughton, Kent, UK

Ryff, C. (**1989**): Happiness is Everything ,or is it ? Exploration on the Meaning of Psychological Well–Being , Journal of Personality and Social Psychology, **57(6)**: PP1069-1081.

Ryff, C. and Singer, B. (**2008**): Know Thyself and Become What You Are: A Eudemonic Approach To Psychological Well- Being, Journal of Happiness studies, (**9**): PP13-39

Springer, K. W., & Hauser, R. M. (**2006**). An assessment of the construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-Being: Method, mode, and measurement effects. Social Science Research, **35(4)**, 1080–1102.

Vaux, A. (**1982**). Measures of three levels of social support: Resources, behaviors, and feelings, Southern Illinois University.

Zimet, G& Canty–Mitchell, J (**2000**): Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Urban adolescents, American Journal of Community Psychology, **28(3)**: 391-400.

Factors Affecting Psychological Happiness in a Sample of Elderly Residing with their Families and in Care Homes in Alexandria Governorate

Laila Mohamed El-Khodary, Mawaheb Ibrahim Ayad, Ahmed Samir Abou- Donia, Safaa Abd El-Hamed Maagouz

Maternal, Child and Family Care, Department of Home Economics, Faculty of Agriculture, Alexandria University

ABSTRACT

This research aimed to study factors affecting the psychological happiness of elderly sample who live with their families and in care homes in Alexandria governorate.

The research followed the descriptive analytical comparative approach. The sample consisted of (200) elderly men and women aged 60 years and over, (100) reside with their families and (100) reside in elderly nursing homes. In order to achieve the objectives of the research, an interview questionnaire was used to collect data from elderly sample.

The results showed that there were significant differences between the two samples of the elderly residing in care homes and the elderly residing with their families in terms of their overall psychological happiness level at a probability level of 0.01 in favor of the sample of elderly people residing with their families. The results also showed that the most personal and family factors affecting the level of psychological happiness of the elderly was their educational level, while self-esteem came on top of the other independent variables affecting the psychological happiness of the elderly.

Key words: Elderly - Psychological happiness – Elderly home - Self-esteem - Depression.