

التقييم الذاتي للأعراض الجسمية في ضوء كل من سلوك التدين والحالة الصحية العامة لدى كبار السن

د / كريمة الخطاب

أستاذ علم النفس المساعد

كلية التربية بالغردقة - جامعة جنوب الوادي

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن في ضوء كل من: سلوك التدين، والحالة الصحية العامة، كما تسعى إلى استكشاف الدور التربوي لهذه المتغيرات في التنبؤ بإدراك الأعراض الجسمية. وفي سبيل التحقق من هذا التصور، اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدمت عينة متحدة قوامها (١٧٥) كبير السن، ويتراوح المدى العقلي للعينة ما بين ٦٠ - ٦٨ سنة، بمتوسط ٦٢,٥٤ سنة، وأنحراف معياري ٧,٣٤، وقد جاءت العينة من المقيمين في مدينة الغردقة، وتم تطبيق بطارية من الاستبيانات النفسية المتمثلة في: استمرارة البيانات الأولية، ومقاييس التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن، مقاييس سلوك التدين، ومقاييس تقييم الصحة العامة، وقد تم التتحقق من الكفاءة السيكومترية لها.

وجاءت النتائج كالتالي: (١) وجود علاقة دالة إحصائية بين سلوك التدين، والحالة الصحية العامة، والتقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن، (٢) هناك تباين في التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن بتباين كل من سلوك التدين، والحالة الصحية العامة، (٣) يسهم كل من العمر، سلوك التدين، والحالة الصحية العامة في التنبؤ بالتقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن بمستويات عالية الدلالة، حيث فسروا ٤١٪ من هذا التباين.

التقييم الذاتي للأعراض الجسمية في ضوء كل من سلوك التدين

والحالة الصحية العامة لدى كبار السن

د/كريمة الخطاب

أستاذ علم النفس المساعد

كلية التربية بالغردقة - جامعة جنوب الوادي

المقدمة:

تهدف الدراسة الراغبة إلى توضيح التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن في ضوء كل من: سلوك التدين Religious Behavior، والحالة الصحية العامة Health Status، كما تسعى إلى استكشاف الدور التبوي لهذه المتغيرات في التعبير ببارك الأعراض الجسمية.

وينعد موضوع التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن من الموضوعات المهمة التي يهتم بها الباحثين في الوقت الراهن، ويعود ذلك إلى: (١) طرأ تغير جذري على التركيبة السكانية في العالم في العقود الأخيرة، ففي الفترة ما بين عام ١٩٥٠ وعام ٢٠١٠، ارتفع العمر المتوقع في جميع أنحاء العالم من ٤٦ عاماً إلى ٦٨ عاماً، ويتوقع أن يزيد ليبلغ ٨١ عاماً بحلول نهاية هذا القرن. وللمرة الأولى في تاريخ البشرية، سيزيد عدد الأشخاص الذين تجاوزوا الستين عن عدد الأطفال في العالم في عام ٢٠٥٠. وهناك الآن ما يربو على ٧٠٠ مليون نسمة تزيد أعمارهم عن ٦٠ عاماً. وبحلول عام ٢٠٥٠، سيكون هناك بليون نسمة، أي ما يزيد عن ٢٠ في المائة من مجموع سكان العالم، تبلغ أعمارهم ٦٠ عاماً أو أكثر. (٢) على مستوى مصر تزايد أعداد كبار السن حيث بلغت نسبتهم عام ٢٠٠٠ نسبة ٦,٣٪ أي ما يعادل أربعة ملايين و٦٢٦ ألفاً من سكان مصر، ويتوقع أن تصل هذه النسبة في عام ٢٠٢٥ إلى ١١,٣٪، أي ما يعادل عشرة ملايين و٦٤٨ ألفاً، ويتربّط على هذه الزيادة حتمية الاهتمام والوعي بمشكلاتهم، بالإضافة إلى زيادة المطالب التي تتعلق بالرعاية الصحية والاجتماعية لتلك الفئة العمرية، (٣) زيادة متوسط العمر المتوقع للفرد حيث وصل إلى ما يقرب من ثمانين سنة، وربما أكثر في بعض الدول، والذي يعتبره كثير من الباحثين أحد المؤشرات التي تعكس الأحوال الاقتصادية والاجتماعية في الدول، وما يتربّط على ذلك من زيادة المشكلات الصحية التي يتعرض لها كبار السن، (٤) أن كبار السن

إذا ما قورنا بغيرهم في مختلف المراحل العمرية نجد أنهم يتاثرون بالأمراض المزمنة بصورة أكبر من صغار السن، وعادة ما يكونون عرضة لنوع أو أكثر منها مما يستلزم وجود رعاية طيبة مستمرة لهم، (٥) تأثر الصحة النفسية للمسنين بما يحدث لهم من اضطرابات جسمية حيث يصبحون أكثر عرضة للأضطرابات النفسية كالاكتئاب والقلق، (٦) وجود عجز في مجال الخدمات الصحية المقدمة لكبر السن في مصر حيث أشار تقرير لمكتب منظمة الصحة العالمية في منطقة الشرق الأوسط عام ١٩٩٣ إلى أن الرعاية الصحية للمسنين ليست مدرجة في خطة وزارة الصحة في مصر(السيد ، ودرويش ، ٢٠٠١؛ عبد العزيز، ٢٠٠٦؛ مبروك، ٢٠٠٢؛ McDowell, ٢٠٠٢؛ Kerick, Maria & Hatfield, 2003؛ Klusmann, Evers, Schwarzer & Heuser, ٢٠١٢).

وتؤكد إحصائيات الأمم المتحدة لعام (٢٠٠٢) أن تعداد من بلغ أعمارهم ٦٠ عاماً فأكثر على مستوى العالم ٦٢٩ مليون (السيد ، ٢٠٠٨، ص ١١)، كما أصدرت الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة (٢٠٠٢) إحصائية بأن عدد كبار السن سيزداد في الخمسين سنة القادمة نحو أربعة أضعاف، إذ تبين أن كبار السن يزدادون في العدد من نحو ٦٠٠ مليون مسن إلى بليوني مسن تقريباً، وبحلول عام ٢٠٥٠ سيكون هناك واحد من كبار السن بين كل خمسة أشخاص، وبحلول عام ٢١٥٠ من المتوقع أن يبلغ ثلث سكان العالم السينين سنة من العمر أو أكثر(محمد ، واليحفوفي ، ٢٠٠٧).

ونتيجة لذلك فقد استأثر موضوع الأمراض الجسمية لدى كبار السن اهتمام كثير من المؤسسات الطبية والنفسية، وأصبحت تمثل موضوعاً بارزاً للدراسة داخل فرع علم نفس المسنين، والذي يرتكز على دراسة المتغيرات النفسية المرتبطة بالأمراض الجسمية لدى هذه الفئة العمرية. ويوضح كذلك هذا الاهتمام من خلال تشجيع الجمعية الأمريكية لعلم النفس الباحثين على القيام بالابحاث وتطبيقاتها في نطاق الأمراض المزمنة، وذلك لسبعين رئيسين:

١. لاكتشاف المتغيرات النفسية التي لها دور مهم سواء للوقاية من المرض المزمن، أم للتحكم فيه والسيطرة عليه، أم للتوفيق معه.
٢. ولتدريب المختصين بتقييم الخدمة العلاجية للمرضى على هذه المتغيرات النفسية، مما يساعدهم على تقديم الخدمة الصحية بشكل أفضل، وبالتالي ينعكس ذلك على تحسن صحة المرضى الجسمية والنفسيّة(Redd, 1995).

وتأتي الدراسة الرابعة كواحدة من الدراسات التي تدعم اتجاه الاهتمام بهذه الفئة العمرية، ومن ثم فهي تتبع مجموعة من الأهداف تدخل جميعها في إطار واحد هو تحسين التقييم الذاتي **المجلة المصرية للدراسات النفسية - العدد ٧٦- المجلد الثاني والعشرون يولية ٢٠١٢ (٤١)**

التقييم الذاتي للأعراض الجسمية في ضوء كل من سلوك التدين والحالة الصحية

لالأعراض الجسمية لدى المسنين.

وتحدد هذه الأهداف فيما يأتي:

- الكشف عن دور سلوك التدين في تحسين التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى المسنين.
- تقييم دور مفهوم تقييم الحالة الصحية في تحسين التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى المسنين.
- تقييم حجم التأثير الإيجابي للتفاعل بين كل من سلوك التدين وتقييم الحالة الصحية على تحسين التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى المسنين.

وهذا يعني أننا سنوزع اهتمامنا البحثي بين اثنين من المتغيرات الرئيسية لدى فئة الشيوخة أحدهما هو سلوك التدين والأخر هو تقييم الحالة الصحية. وما حثنا على التركيز على هذين المتغيرين تحديداً، الدلالة التطبيقية لكل منهما في مجال التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى المسنين (Bussing, Ostermann & Matthiessen, 2005).

سلوك التدين يمثل عاملًا مهمًا في حياة الفرد النفسية، وعنصرًا أساسياً في نمو شخصيته، فالدين من أعظم دعائم السلوك الإنساني، حيث يساعد الفرد على التصرف بحكمة وتعقل في جميع نواحي الحياة الشخصية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية (الخطيب، ٢٠٠٢). ويوفر التدين إحساساً بمعنى الحياة اليومية، وحتى أثناء الأزمات، كما أشارت دراسات عديدة إلى ارتباط التدين بالأمن النفسي، إذ أن الاعتقاد من جانب الشخص بأن لديه علاقة شخصية حميمة آمنة بالله سبحانه يقلل من مشاعر الوحشة والوحدة، وأعراض الاكتئاب، بل يحقق الرضا عن الحياة، ويعحسن من الأعراض الجسمية المرتبطة بالمرض. إذ أن الإيمان بالله سبحانه يمنح الثقة والقدرة لمواجهة التحديات بالحياة اليومية، وهو أيضاً الملاذ الآمن وقت الشدة أو الأزمة، فالمؤمن على يقين بأن الله يتدخل في الأحداث المهمة من أجل الأفضل دائمًا، فالدعاء والصلوات تتضمن الرجاء بالهدى والمساعدة والشكر والاستغفار، فالدين والعلاقة الحميمة بالله سبحانه توفر أسمى صور الدعم والطمأنينة (هريدي، وفراج، ٢٠٠٢).

ونكون أهمية هذه الدراسة فيما توصل إليه بعض الباحثين من أن تأثير المتغيرات النفسية له دور فعال في تحسين الحالة الصحية لدى كبار السن، وهذا ما أكدته دراسة "جوزواك" (Jozwiak, 2007) من أن هناك ارتباط إيجابي دال بين التدين والحالة الصحية لدى المسنين.

لذا جاءت الدراسة الراهنة خطوة أولية في استكشاف العوامل النفسية المساهمة في تحسين التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى المسنين، وركزت الباحثة على سلوك التدين وتقييم الحالة الصحية بهدف محاولة تخفيف ما تعانيه هذه الفئة المرضية من مصادر المشقة بكل أشكالها النفسية، والاجتماعية، والصحية.

إن فئة كبار السن هي أقل الفئات العمرية حظاً في أي مجتمع أينما كان؛ حيث لم تحظ هذه الفئة بالاهتمام اللازم، وإن حظيت ببعض الاهتمام، فإنه يعد هامشياً وغير كاف مقارنة بما تحظى به الفئات الأخرى، وقد يعزى السبب في ذلك إلى أن هذه الفئة أدت دورها وأصبحت على هامش الحياة، إضافة إلى أنها أقل مطالبة بحقوقها من الفئات الأخرى (العمر ، ٢٠٠٢)، فعادة ينظر إلى مرحلة تقدم العمر على أنها المرحلة التي يزداد فيها معدلات فقد، والتلاقص في القوة البدنية والنفسية والاقتصادية والاجتماعية، وشيوخ المشكلات الصحية، وما يتبع ذلك من شعور بالعزلة، والوحدة، والإصابة ببعض الأضطرابات النفسية (السيد ، ٢٠٠٨، ص ٧؛ الشعراوي، ٢٠٠٨، ص ١٢).

وبالرغم من النظرة السلبية لهذه الفئة العمرية، حصر الباحثين عدداً من العوامل المساعدة على تحقيق الشيخوخة الناجحة Aging Well، منها على سبيل المثال: الحكم، والإدراك الذاتي للصحة الجسمية، وسلوك التدين، والرضا عن الحياة، والمساندة الاجتماعية، والسعادة، والوضع الاجتماعي والاقتصادي، وتغير الحالة الصحية وغيرها من المتغيرات النفسية التي تؤكد دورها في تحسين حياة كبار السن سواء النفسية أو الجسمية (Hsu, 2008; Lxu, 2008; Mcfarland, Kaplan, Huguet, Feeny, Ross & Orpana, 2008; Reichstadt, Brill, Pruchno, Sengupta, Depp, Palinkas & Jeste, 2008) & Shands, 2008) حين قارنوا بين ثالث مجموعات من كبار السن (ن=٤٩٩١) يتراوح أعمارها ما بين ٥٠ إلى ٧٤ سنة، وهي: (١) كبار السن بدون أمراض مزمنة، (٢) كبار السن مصابين بثلاثة أمراض مزمنة على الأكثر، (٣) كبار السن مصابين بأكثر من أربعة أمراض مزمنة – من أن زيادة العمر، والتقييم الذاتي للصحة الجسمية، والعلاقات الاجتماعية الإيجابية ترتبط باختلاف مستويات الأعراض الاكتئابية لدى المجموعات الثلاثة، واستخلصت الدراسة أن كبار السن من ذوي الأمراض المزمنة يمكن أن يصفوا أنفسهم بالشيخوخة الناجحة في ظل هذه المتغيرات النفسية الإيجابية.

التقييم الذاتي للأعراض الجسمية في ضوء كل من سلوك التدين والحالة الصحية

كما تكمن أهمية هذه الدراسة فيما توصل إليه بعض الباحثين من أن كبار السن أقل شعوراً بالأعراض الجسمية من صغار السن، على الرغم من أن كبار السن يعانون مشكلات صحية، وصعوبات في العلاقات الاجتماعية، وقد ان أحد أفراد الأسرة، والوقوع ضحية لجريمة ما، وفسرت هذه النتيجة غير المتوقعة في تميز كبار السن بدرجة من التدين يفترض معها مقدرتهم على تقبل قصور الحياة من الوفاة، والتناقضات، والشك، والأحداث غير المتوقعة على العكس من صغار السن (Blazer, 1991; Sorrell, 2009; Yang, 2008).

وهذه النتائج في مجلتها تشير إلى أهمية العوامل النفسية ودورها في جعل المسن يعيش مرحلة شيخوخته بشكل تنسق بالجودة والنجاح في إدارة أموره الحياتية من ملبس، ومتاكل، ومشرب، والقيام بدوره في أسرته.....الخ، وهذا ما استخلصته دراسة "لانجوت" (Langhout, 1994) حين وجدت أن السعادة الشخصية ترتبط ايجابياً بشكل دال بالصحة الجسمية، والقيام بالدور المنوط به لدى عينة من كبار السن (ن=١٨٩)، كما أضافت الدراسة أن متغير السعادة يفسر ٣١٪ من التباين في الصحة الجسمية.

لذا جاءت الدراسة الراهنة كخطوة أولية في استكشاف العوامل النفسية المساهمة في خفض الشعور بالأعراض الجسمية المرتبطة بكبار السن، وركزت الباحثة على بعض المحددات الديموغرافية والصحية، وسلوك التدين، وتقييم الحالة الصحية العامة، بهدف محاولة جعل هذه المرحلة العمرية تتسم بالجودة بكل أشكالها النفسية، والاجتماعية، والصحية.

مشكلة الدراسة:

في سياق إبراكنا لمعالم تلك الأهمية تتبلور مشكلة الدراسة الراهنة في الأسئلة الآتية:

- (أ) هل توجد علاقة بين سلوك التدين، وتقييم الحالة الصحية العامة، والتقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن؟
- (ب) هل تبيان درجات التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن بتباين كل من سلوك التدين، وتقييم الحالة الصحية العامة في ضبط أثر متغيرات العمر الزمني للعمر، والحالة الاجتماعية، وجود أمراض من عدمه؟
- (ج) ما مدى إسهام كل من المتغيرات الديموغرافية، وسلوك التدين، وتقييم الحالة الصحية العامة في التباين بالتقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن؟

مصطلحات الدراسة:

تمثلت مصطلحات الدراسة في المتغيرات الرئيسية الآتية:

المسن:

تختلف المصطلحات المستخدمة لوصف كبار السن اختلافاً كبيراً، حتى في الوثائق الدولية. فهي تشمل: كبار السن والمسنين، والأكبر سنًا، وفئة العمر الثالثة، والشيخوخة، كما أطلق مصطلح فئة العمر الرابعة للدلالة على الأشخاص الذين يزيد عمرهم على ٨٠ عاماً. وتستخدم الأمم المتحدة مصطلح (كبار السن) وهو التعبير الذي استخدم في قراري الجمعية العامة ٤٧/٥ و ٤٨/٩٨. ووفقاً للممارسة المتبعة في الإدارات الإحصائية للأمم المتحدة، تشمل هذه المصطلحات الأشخاص البالغين من العمر ٦٠ سنة فأكثر، تعتبر إدارة الإحصاءات التابعة للاتحاد الأوروبي أن كبار السن هم الذين بلغوا من العمر ٦٥ سنة أو أكثر، حيث أن سن ٦٥ هي السن الأكثر شيوعاً للتirement (Joanne, Lynn & Tahereh, 2011; Rocio, 2011).

وهذا رأي بأن كبر السن هو تغير طبيعي في حياة الإنسان، أي أنها تطور فسيولوجي شأنها كمرحلة الرضاعة والطفولة والبلوغ والسن الوسط ثم الكهولة، وهذه سنة الله في خلقه، وقد يفسر هذا التغير الفسيولوجي بأنه نتيجة التحول الذي يطرأ على أنسجة كبار السن وخلاياه (السيد، ١٩٩٨)، ويُعرف "كورسیني" (Corsini, 1999) مرحلة الشيخوخة بأنها "العملية التي تتميز بتقدم الإنسان في العمر، ويصاحبها تغيرات واضحة في العمليات النفسية، والاجتماعية، والعقلية، والوظيفية".

ومن جهة أخرى يوجد اختلاف في تحديد سن المسن، فالبعض يرى أنه يتراوح ما بين ٥٥ و ٦٥ سنة، ولكن مع تقدم مستوى المعيشة، وارتفاع الوسائل الصحية أصبح سن ٥٥ غير مقبول، وأصبح الاتفاق على أنه يبدأ من سن الستين" (السيد، ١٩٩٨).

وبالتالي يقصد بمفهوم المسن – في دراستنا الراهنة – بأنه ذلك الفرد الذي يقع عمره ما بين ٦٠ عاماً حتى سن الوفاة، سواء أكان هذا الفرد ذكراً أم أنثى، أو أكان متقدعاً عن العمل أم مازال يمارس عمله حتى الآن (الشاذلي، ١٩٩٠، ص ٢١؛ ضياء الدين ، ٢٠٠١).

التقييم الذاتي للأعراض الجسمية:

يصاحب مرحلة المسن مجموعة من الأعراض الجسمية، التي يختلف كل مسن عن

التقييم الذاتي للأعراض الجسمية في ضوء كل من سلوك التدين والحالة الصحية

الأخر في إدراكتها، ومن هذه الأعراض: تجاعيد البشرة، ضعف القوة العضلية، رعشة في اليدين، فقدان الأسنان، هشاشة العظام، الصداع، سقوط الشعر، النسيان، خشونة المفاصل، مشكلات في السمع والبصر، تتميل في الأطراف، توهم المرض، ظهور انحناء في العمود الفقري، الشعر الأبيض، التعب، صعوبة القيام بالنشاط اليومي الخ (Castro-Costa, Lima-Costa, 2008; Gorman, 1984; Health – Cares, 2005; Carvalhais, Firmino & Mchoa, 2008; Raha, 2004).

سلوك التدين:

يعرف "ال الدين" في اللغة العربية لغويًا بالخصوص والطاعة (المعجم الوجيز، ١٩٩٧، ص ٣٠٧)، ويشتق لفظ "دين" Religion في اللغة الإنجليزية من الكلمة اللاتينية Re-ligio، وتشير إلى قوة تتجاوز القوة البشرية، وتجعل الإنسان يستجيب بطريقة معينة ليتجنب العواقب الأليمة" (المغربي، ٢٠٠٤).

وتعد حركة دراسة سيكولوجية الدين إلى الفترة ما بين عامي ١٨٨٠ – ١٩٣٠ على يد كل من "هول" Holl و"جيمس" James و"لوبا" Louba و"ستاربوك" Starbok و"بيرت" Pertt (Scandrett & Mitchell, 2009). ويصنف موضوع "الدين" إلى توجيهين: الدين الداخلي Intrinsic Religiosity (اعتبار الدين إطاراً مرجعياً في حياة الشخص اليومية)، والدين الخارجي Extrinsic Religiosity (الدين اعتبار وسيلة لحماية الذات، واكتساب احترام وقبول ودعم الجماعة، ومحاولة الاتساق مع قيمتها، والحصول على الواجهة الاجتماعية في المجتمع)، بمعنى أن المتندين داخلياً يعتبر الدين منهج حياة بالنسبة له، أما المتندين خارجياً فيستخدم الدين – غالباً – كوسيلة للحصول على منافع اجتماعية (الحضر، ٢٠٠٠).

ويضيف "البورت" Alport و"روس" Ros أن كلاً التوجيهين ليسا على متصل واحد، وإنما هما فنتان منفصلان عن بعضهما البعض (Hunt & King, 1980, pp.49-51).

والتيين يعني أن يتبع الإنسان ما أمره الله به ورسوله، ويتضمن:

١- الإيمان الديني: وهو الإيمان باله وملائكته وكتبه ورسله وليوم الآخر، وبالقضاء والقدر خيره وشره.

٢- التدين العملي: أن يمارس الشخص تعاليم دينه عملياً (العبادات).

٣- التأثر بالدين: أن يسلك الشخص سلوكاً يتنق مع تعاليم دينه أي تكون علاقاته ومعاملاته مطابقة لما أمر به الله ورسوله (الخطيب، ٢٠٠٢).

ويشير بعض الباحثين إلى أن التدين هو توجّه الفرد الدين سعياً للحصول على الأمان والطمأنينة من خلال علاقته بربه، وبالتالي يزداد ميله للقراءة في الدين والفرائض محاولاً بذلك توفير السلوى لنفسه (Stanton, Burg, Cameron & Ellis, 1994, p.350; Scandrett & Mitchell, 2009; Taylor, 1995, p.271).

ويرى سميث "Smith" أن مفهوم التدين هو "سلوك يمكن ملاحظته في كافة ضروب حياة الفرد، وأن الإيمان متغير أساسى في التدين" (Wulff, 1997, p.213). ويقصد "الحضر" (٢٠٠٠) بالتدين أو ما يسمى بالسلوك التديني بأنه "مجموعة من المكونات الدينية تتمثل في: أساسيات الإيمان (كالإيمان بالله، وملائكته، وكتبه، ورسله، والجنة والنار)، والعبادات (علاقة الفرد بخالقه: إقامة الصلاة، إيتاء الزكاة، والصيام)، والعادات (علاقة الفرد بالأخرين؛ كإكرام الضيف، وزيارة المريض، ورد السلام، وصلة الرحم)، والمنجيات (قرب الفرد من خالقه؛ كالصبر، والإخلاص، والتواضع، والصدق)، والمهلكات (بعد الفرد عن خالقه؛ كالنفاق، والحسد، والغرور). أما "رأيت" وزملاؤه فيعرفوا التدين بأنه "مجموعة المعتقدات والقيم المشتركة عن الله، والقيم بالأنشطة الدينية، وهي أمور تدعى إليها المؤسسات الدينية" (Mehta, 1997; Wolf & Stevens, 2001). ويعرف "هريدي" و"فوج" (٢٠٠٢) سلوك التدين بأنه تغير الشخص المُكلف لمدى ما يعتقد فيه ويمارسه من أمور إيمانية، سواء كانت متصلة بعلاقته بالله سبحانه وتعالى أو بالغيب، أو بنفسه، وبالآخرين على متصل الدنيا – الآخرة. ويتفق "المغربي" (٢٠٠٤) مع التعريفات السابقة، حيث يرى أن التدين هو "السلوك الصريح الذي يعبر عن الإيمان والتقوى بوصفهما اعتقاداً مصدقاً ومشارعاً خوف من عقاب الله"، ويضيف أنه مكون يتضمن عدداً من الأنساق: نسق معرفي؛ يحتوي على المعتقدات والمعرفات والمعلومات، ونسق وجذاتي؛ يحتوي على المشاعر والتقوى، ونسق سلوكي؛ يحتوي على التصرفات والأنشطة الدينية التي يقوم بها الفرد، تعكس مدى للتزامه بتعاليم دينه. أما "جان" (٢٠٠٨) فيشير إلى التدين بأنه "السلوك الذي يتم عن الإيمان بالله وإتباع أوامره، والبعد عن نواهيه، ويتحقق للفرد الشعور بالأمان والاستقرار النفسي". وأخيراً يعرف شيرidan (٢٠٠٨, p.185) التدين بأنه "مجموعة من المعتقدات، والممارسات، والطقوس السائدة لفترات زمنية طويلة داخل مؤسسة دينية محددة".

وتنخلص الباحثة تعريفاً لسلوك التدين بأنه "السلوك الصريح الشائع بين الديانات السماوية، والذي يكشف عن العبادات، والطقوس، والمعاملات، والأداب، والأخلاق التي تتضمن عدداً من الأنماط السلوكية مثل التفاعل الإيجابي مع الآخرين، والسلوك التعبدى، وعدداً من

المشاعر الإيمانية والرضا عن الذات".

تقييم الحالة الصحية العامة:

بعد مفهوم الصحة من المفاهيم المعقّدة في معناها، حيث يكون من الصعب وضع تعريف محدد لها، فهي لا تشير فقط إلى وجود أو غياب المرض أو العجز الجسمي، ولكن فهي تشير أيضاً إلى بعض الجوانب الإيجابية، مثل التوافق العقلي، والنفسي، والاجتماعي (ميروك، ٢٠٠٢)، ويشير تقييم الصحة العامة إلى "تقييم المسن لحالته الصحية العامة خلال الشهر السابق على المقابلة"، وهذا التقييم يتم على أساس مقياس تريجي يتكون من ثلاثة درجات تبدأ بصحة سيئة وتنتهي بصحة جيدة، ويساعد هذا التقييم على تبيّن إدراك الفرد الشخصي لمدى نوعية صحته.

الدراسات السابقة:

لم يُسفر المسح الذي أجرته الباحثة عن وجود دراسات عربية اهتمت بشكل مباشر بالعلاقة بين مفاهيم الدراسة الراهنة، في حين توفر الكثير من الدراسات الأجنبية التي أجريت في هذا السياق، وكان من أهمها ما ذكرته بعض الدراسات لوصف مرحلة الشيخوخة بأنها ناجحة – من خلال المقابلات المنظمة لعيّنات من كبار السن لا يتطلب بالضرورة خصائص صحية جيدة، أو مستوى اقتصادي مرتفع، أو ظروف بيئية صحية، ولكن يكتفى بقدرة المسن على تدبر أحواله الصحية، وأموره الحياتية باستخدام الحكمة والتدين (Ardelt, 1994; Collings, 2001; Fitzgerald, 2004; Ahmed & Ismail, 2011) أن التدين يشيع بين كبار السن بنسبة تصل على ٧٠٪، والأكثر من ذلك أنه يمثل أحد العوامل التي تساعده على التخفيف من معاناة الإصابة بالأمراض الجسمية الشائعة لدى عينة (ن=١٦٠) من كبار السن، كما هدفت دراسة "جيتي" و"برانش" (Jette & Branch, 1981) إلى اكتشاف معدلات الإصابة بالأضطرابات الجسمية لدى عينة من كبار السن (ن=٢٦٥٤)، تتراوح أعمارهم ما بين ٥٥ إلى ٨٤ سنة، وتوصلت إلى أن مع زيادة العمر تتطور الأعراض الجسمية، ولكن درجة المعاناة من هذه الأعراض تتوقف على مستوى حكمة المريض وتقديره، واستخلصت دراسة "جاكسون" (Jacobs, 1994) عدداً من الصفات المبنية بالشيخوخة السعيدة منها: الحكم، والتحكم، والاجتماعية، والصحة، والمعرفة، والنشاط، والمزاج، والنشاط، والتدين، وأضافت الدراسة أن هذه الصفات تتباين بتباين جنس المسن، وحالته الاجتماعية، كما كشفت دراسة "أرديلت" (Ardelt, 2000: 1998) – من خلال عينة قوامها (٨١) مسنة، و(٣٩) مسن – أن كبار السن ذوي الحكم يكونوا أكثر إدراكاً جيداً ورضاً عن صحتهم النفسية والجسمية بالمقارنة بكميات السن قليلي الحكم،

=٤٤= المجلة المصرية للدراسات النفسية - العدد ٢٧٦ المجلد الثاني والعشرون - يولية ٢٠١٢

وأضافت دراسة "سيسان" (Susan, 2008) أن هناك ارتباطاً إيجابياً بين كل من التدين الخارجي والداخلي، وتحريف الأعراض الجسمية المرتبطة بالشيخوخة. وأجمعـت بعض الدراسات أن كبار السن الأكثر شعوراً تديـناً يدركونـا أعراضـهم الجسمـية بشـكل جـيد في ظـل الضـبط لـكافة المتـغيرـات الاجتماعية والاقتصادـية (Borgonovi, 2008; Kalish, 2007; Langhout, 1994; Post, 2005)، كما هدـفت دراسـة "سمـيث" وـ"لانـجو" وـ"كـابـيـتو" وـ"بـيلـ" (Smith, Lango, Kabeto & Ubels, 2005) إلى الكـشف عن العـلاقـة بين المـسـتـوى الـاـقـتصـادي المـرـتفـع وـالـشـعـور بـالـسـعادـة، فـوجـدت أن إـبرـاكـ الأـعـراـضـ الجـسـمـيـة يـتوـسـطـ العـلاقـة بينـ المـتـغـيرـينـ لـدىـ عـيـنةـ منـ كـبارـ السـنـ (٦٠-٦١)، وـتوـصلـ (عبدـ الخـالـقـ) (Abdel - Khalek, 2006) إلى وجود اـرـتـباطـ إـيجـابـيـ دـالـ بـيـنـ السـعادـةـ وـإـبرـاكـ الأـعـراـضـ الجـسـمـيـةـ لـدىـ عـيـنةـ منـ النـكـورـ (١٠٥٦ـ)ـ وـالـإنـاثـ (١١٥٤ـ)ـ منـ طـلـابـ الجـامـعـةـ، وـتوـصلـ "جيـمـسـ" وـ"سيـسانـ" (James & Susan, 2011) إلى ضـرـورةـ تـرـيـبـ المـخـصـصـينـ النـفـسـيـينـ عـلـىـ أـهـمـيـةـ التـدـينـ كـعـنـصـرـ فـعـالـ فـيـ مـرـحـلةـ الـكـبـارـ، وـذـلـكـ لـماـ كـثـفـتـهـ عـنـهـ درـاسـتهـماـ منـ كـبارـ السـنـ الأـكـثـرـ تـدـيـناـ هـمـ الـأـكـلـ مـعـانـاهـ مـنـ الـأـمـرـاضـ الجـسـمـيـةـ وـالـنـفـسـيـةـ، أـمـاـ درـاسـةـ "بيـشـوبـ" وـ"مارـتنـ" وـ"بونـ" (Bishop, Martin & Poon, 2006) فـتوـصلـتـ إـلـىـ أـنـ اـنـخـافـضـ كـلـ مـنـ السـعادـةـ يـمـثـلـ مـنـبـاـ جـوهـرـياـ لـاضـطـرـابـ الصـحـةـ الجـسـمـيـةـ لـدىـ عـيـنةـ (٣٢٠ـ)ـ مـنـ كـبارـ السـنـ، وـأـكـدـ بـعـضـ الـبـاحـثـينـ وـجـودـ عـلـاقـةـ اـرـتـباطـيـةـ بـيـنـ الشـعـورـ بـالـسـعادـةـ وـالـحـالـةـ الصـحـيـةـ لـدىـ كـبارـ السـنـ (Mcfarland et al., 2008). كما وـجـدتـ درـاسـةـ "بيرـجنـ" وـ"مسـترـسـ" (Bergin & Masters, 1988) أنـ التـدـينـ الدـاخـليـ (الـعقـيـدةـ)ـ لـكـثـرـ اـرـتـباطـاـ بـالـنـوـاقـجـ الـنـفـسـيـةـ وـالـصـحـيـةـ الإـيجـابـيـةـ عـنـ التـدـينـ الـخـارـجـيـ (الـطـقوـسـ وـالـعـبـادـاتـ). كما تـوـصلـتـ درـاسـةـ "بارـجـمانـتـ" وـ"آخـرـينـ" (Pargament et al., 1990) إـلـىـ أـنـ سـلـوكـ التـدـينـ يـحـقـقـ توـافـقاـ نـفـسـيـاـ بـدـرـجـةـ أـكـبـرـ بـالـمـقـارـنـةـ بـالـمـسـانـدـةـ الـاجـتمـاعـيـةـ المـتـوفـرـةـ لـلـمـسـنـ، كـمـ تـبـيـنـ أـنـ مـرـضـ الـأـورـامـ السـرـطـانـيـةـ الـمـتـيـبـونـ يـكـونـونـ أـقـلـ توـرـتاـ، وـأـفـضـلـ تـقـديرـاـ لـذـاتـهـمـ، وـأـكـثـرـ شـعـورـاـ بـالـسـعادـةـ. وـجـاءـتـ درـاسـةـ كـلـ مـنـ "تيـكـسـ" وـ"فرـازـيرـ" (Tix & Frazier, 1998) لـتـوـكـدـ دورـ سـلـوكـ التـدـينـ فـيـ خـفـضـ الـقـلـقـ وـتـحـقـيقـ التـوـافـقـ الـنـفـسـيـ وـالـرـضاـ الـلـاتـيـ عـنـ الـحـيـاةـ، وـأـضـافـتـ الـدـرـاسـةـ أـنـ التـدـينـ يـؤـثـرـ إـيجـابـيـاـ مـنـ خـلـالـ ثـلـاثـ طـرـقـ، هـيـ: أـنـ الـمـعـنـدـاتـ الـدـينـيـةـ تـيـسـرـ إـعادـةـ الإـدـراكـ الـعـرـفـيـ لـمـعـنـيـ الـحـدـثـ، كـمـ تـعـطـيـ لـلـفـردـ إـحـسـاسـاـ بـالـتـحـكـمـ فـيـ مـصـدـرـ الـمشـقـةـ، وـأـخـيرـاـ فـانـ التـدـينـ يـتـمـ مـنـ خـلـالـ الـمـسـانـدـةـ الـاجـتمـاعـيـةـ الـمـقـدـمـةـ لـلـمـسـنـ مـنـ الـجـمـاعـةـ الـدـينـيـةـ. وـأـضـافـتـ الـدـرـاسـةـ أـنـ تـأـثـيرـ سـلـوكـ التـدـينـ الـفـعـالـ يـتـمـ بـغـضـ النـظـرـ عـنـ طـبـيـعـةـ الـدـيـانـةـ، وـمـاـ تـخـصـ بـهـاـ مـنـ سـلـوكـيـاتـ تـميـزـهاـ عـنـ غـيرـهاـ مـنـ الـدـيـانـاتـ الـأـخـرىـ. وـأـيـدتـ درـاسـةـ "برـلوـنـ" (Brown, 1998) نـتـائـجـ درـاسـةـ "تيـكـسـ"، حيثـ وـجـدتـ لـمـارـسـةـ سـلـوكـ التـدـينـ يـحـقـقـ درـجـةـ مـنـ الـرـاحـةـ الـنـفـسـيـةـ، وـيـخـفـضـ الـقـلـقـ وـالـمـشـقـةـ. وـجـاءـتـ درـاسـةـ

التقييم الذاتي للأعراض الجسمية في ضوء كل من سلوك القددين والحالة الصحية

"جوردون" و"فيلدمان" و"كروسي" و"شوابين" و"جريفنج" و"شانكلن" (Gordon, Feldman, Crose, Schoen, Griffing & Shankan, 2002) تؤكد أن السيدات الأكثر تعاباً مع أعراضهن الجسمية هن الأكثر اعتقاداً بدنياً بالمقارنة بالسيدات اللاتي لا يعتقدن بالتدین أو أن التدين ليس مهماً بالنسبة لهن. وتوصى "بيوسنج" وأخرون (Bussing et al., 2005) — من خلال تطبيق أداة لقياس التدين على عينة قوامها (٢٥٧) مسنًا بمتوسط عمر ٦٣,٣ وانحراف معياري قدره ١٣,٤ — أن مرتفعى التدين أكثر قدرة على تحقيق الصحة النفسية والجسمية بالمقارنة بمنخفضى التدين. أما دراسة "بنفيلد" وأخرين (Bienenfeld, Koeing, Glarson & Bsherill, 1997) فأشارت إلى نتيجة متناظرة مع ما سبق، حيث وجدت أنه يمكن التباين بتخفيف الألم النفسي لدى المريضات المسنات عن طريق الرضا عن الحياة أكثر من سلوك التدين الصريح. وأكدت دراسة "لجونس" (Lgons, 1994) ما سبق، حيث لم تجد أي علاقة بين مؤشرات نوعية الحياة (المتمثلة في: القلق، والاكتئاب، والسعادة، التدين) وإدراك الأعراض الجسمية لدى عينة من كبار السن يتراوح أعمارهم ما بين ٥٨ إلى ٧٣ سنة.

التعليق على الدراسات السابقة:

- (١) تدعم معظم الدراسات التي سبق عرضها وجود تأثير إيجابي لسلوك التدين لدى كبار السن، سواء في تحقيق الصحة النفسية أو الجسمية.
- (٢) أوضح من الاستعراض السابق وجود قلة في الدراسات التي اهتمت بمفهوم سلوك التدين لدى كبار السن.
- (٣) قلة الدراسات سواء العربية أو المصرية التي اهتمت بتأثير سلوك التدين والحالة الصحية العامة لدى كبار السن بوجه خاص.
- (٤) أشارت بعض الدراسات إلى وجود تأثير لبعض المتغيرات الديموغرافية مثل نوع المسن، وعمره، وحالته الاجتماعية، والمهنية، ...الخ، مما يوجه في الدراسة الراهنة عند استعراض النتائج إلى محاولة عزل أثر مثل هذه المتغيرات.

فرضي الدراسة:

- (أ) توجد علاقة بين سلوك التدين، وتقييم الحالة الصحية العامة، والتقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن.
- (ب) تتبادر درجات التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن بتباين كل من سلوك التدين، وتقييم الحالة الصحية العامة في ظل ضبط أثر متغيرات العمر الزمني للعمر،

٤. كوبية الخطاب

والحالة الاجتماعية، وجود أمراض من عدمه؟

(ج) تسهم كل من المتغيرات الديموغرافية، سلوك الدين، وتقدير الحالة الصحية العامة في التأثير بالتقدير الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

تعتمد هذه الدراسة الرأفة على المنهج الوصفي المقارن، وذلك للكشف عن التباين في درجة إدراك الأعراض الجسمية المرتبطة بكبار السن باختلاف كل من سلوك الدين وتقدير الحالة الصحية العامة.

(١) عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (١٧٥) كبير السن، ويتوافق المدى العمري للعينة ما بين ٦٠ - ٦٨ سنة، بمتوسط ٦٢,٥٤ سنة، وأنحراف معياري ٧,٣٤، وقد جاءت العينة من المقيمين في مدينة الغردقة، وفيما يلي الخصائص الديموغرافية لتلك المجموعة مبينة في الجدول (١).

جدول (١)

الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة

العمر		الجنس		مستوى التعليم		الحالة الاجتماعية		الأعراض الجسمية	
سن	نوع	ذكور	إناث	متوسط	انحراف معياري	متزوج	غير متزوج	متوفى	متوفي
٦٣	ذكور	١٠	١٥٢	٥٠	٧,٣٤	١٠٠	٢٥	١٠٢	٧٥

أدوات الدراسة:

تشتملت أدوات الدراسة على الآتي:

- استغلال البيانات الأولية: وهي تتضمن عدداً من البيانات الديموغرافية الخاصة بكبار السن كالسن، ومستوى التعليم، والحالة الاجتماعية، وجود أمراض جسمية من عدمه.
- مقاييس التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن:

يتكون المقاييس من خمسين (٥٠) بندًا، حيث يمثل كل بند عرضاً لمجموعة من الأعراض

التقييم الذاتي للأعراض الجسمية في ضوء كل من سلوك التدين والحالة الصحية

الجسمية المرتبطة بمرحلة الشيخوخة، مثل الشعر الأبيض، فقدان بعض الأسنان، هشاشة العظام، وجع في المفاصل، رعشة اليدين، وجود مياه بيضاء في العين، ارتفاع ضغط الدم، أمراض القلب....الخ، ويطلب من المسن تقدير مدى معاناته من هذه الأعراض الجسمية، وتتطلب الإجابة على بنود هذا الاختبار أن يحدد المسن درجة معاناته على كل بند باستخدام مقاييس يتراوح بين (واحد) و(أربع) درجات، وتشير الدرجة المرتفعة إلى معاناة المسن من الأعراض الجسمية. ومن الجدير بالإشارة أنه تم تكوين هذا المقاييس على ضوء استعراض عدد كبير من المقاييس الأجنبية؛ منها على سبيل المثال لا الحصر: مقاييس الصحة الجسمية لـ "جورمان" (Gorman, 1984)، ومقاييس النشاط الجسمي لـ "راها" (Raha, 2004)، ومقاييس الأعراض والإشارات لدى كبار السن (Health - Cares, 2005)، ومقاييس الصحة العامة لدى كبار السن لـ "كاسترو - كوستا" (Castro-Costa et al., 2008) وأخرين.

٣- مقاييس سلوك التدين (إعداد: شويخ، ٢٠١٠):

يتكون هذا المقاييس من (٢٥) جملة تقريرية تصف سلوكيات التدين دون التقيد بديانة محددة، مثل قراءة الكتب الدينية، والصلوة، والصيام، والدعاء لله، والذهاب إلى الأماكن الدينية، ومساعدة الآخرين،...الخ، وتم الإجابة على كل سلوك على أساس مقاييس بالخيارات ثلاثة كالتالي:

١- لا أمارس هذا السلوك، ٢- أمارسه أحياناً، ٣- أمارسه كثيراً

٤- مقاييس تقييم الصحة العامة:

وهو يتكون من سؤال واحد يكشف عن تقييم المسن لصحته العامة التي يمر بها منذ شهر وحتى وقت الاختبار، والاستجابة على الاختبار تتعدد وفقاً لمقاييس متدرج يتكون من ثلاث فئات (سيئة - لا بأس - جيدة)، وتتراوح الدرجة عليه بين ١ - ٣ درجات، والدرجة الأعلى على الاختبار تشير إلى تقييم جيد للصحة العامة.

التأكد من صلاحية الأدوات:

تم تقييم الصلاحية القياسية للأدوات باستخدام مجموعة مكونة من خمسين مسناً، تراوحت أعمارهم بين ٦٢ - ٦٥ سنة، بمتوسط عمر مقداره ٦٣,١٥ وانحراف معياري ١,٧٤ سنة.

(أولاً): الصدق: تم إتباع الطريقتين الآتيتين للتأكد من صدق المقاييس:

- ١- صدق المجموعات المتضادة.
- ٢- صدق الاتساق الداخلي.

وأيما يلي نعرف لنتائج هذه الإجراءات:

(١) طريقة المقارنة الظرفية: تقوم هذه الطريقة على المقارنة بين مجموعتين متعارضتين اعتماداً على الدرجة الكلية لكل من مقياس التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن، ومقاييس سلوك التدين، حيث تمثل المجموعة الأولى أقل ٢٥٪ (الربع الأدنى) من المشاركين، في حين تمثل المجموعة الثانية أعلى ٢٥٪ (الربع الأعلى)، ثم بيان دلالة الفرق بين كل بند من بنود المقياسين بين المجموعتين المتعارضتين، وتوضح الجدولين التاليين (٢)، (٣) دلالة الفرق بين هاتين المجموعتين لكل بند من بنود مقاييس الدراسة.

جدول (٢)

دلالة الفرق بين المجموعتين المتعارضتين على كل بند من بنود مقاييس
التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن

البنود	قيمة ت	البنود	قيمة ت								
٠٠٠٣,٤٦	٤١	٩٢,٢٦	٣١	٠٠٠٦,٤١	٢١	٩١,٩٨	١١	٠,٦٨	١		
٠٠٠٥,٠٩	٤٢	-٠,٥٩	٣٢	٠٠٣,١٨	٢٢	١,٨٢	١٢	٠٠٢,٩٤	٢		
٠٠٠٤,٨٨	٤٣	-٠,٤٥	٣٣	٠٠٠٧,٦٨	٢٣	٩٢,٠١	-٠,١٦	٠٠٠٦,٧٣	-٣		
-٠,٤٥	٤٤	-٩٢,٦٨	٣٤	١,٠٦	٢٤	٠٠٣,١٥	١٤	٠٠٢,٧٤	٤		
٠٠٠٦,٧٣	٤٥	٠٠٠٨,٧٧	٣٥	١,٥٢	٢٥	-٠,٧٥	١٥	-٠,٩٤	٥		
٠٠٠٥,٤٤	٤٦	٠٠٠٤,٦٨	٣٦	٠٠٠٥,٨٢	٢٦	٩٢,٧٥	١٦	١,٢٣	٦		
-٠,٤٤	٤٧	٠٠٠٤,٨٢	٣٧	٠٠٣,٣٤	٢٧	٠٠٠٥,٧٩	١٧	١,١٠	٧		
٠٠٠٤,٩٥	٤٨	١,٦٩	٣٨	٠٠٣,٥١	٢٨	٠٠٠٧,٩١	١٨	٠٠٣,١٣	٨		
٠٠٠٧,٠٨	٤٩	٠٠٢,٨١	٣٩	٠٢,٥٧	٢٩	٠٠٠٥,٢٢	١٩	٠٠٠٧,٩٥	٩		
٠٠٠٦,٧٤	٥٠	٠٠٠٦,٩١	٤٠	-٠,٣٩	٣٠	١,٣٤	٢٠	-٠٢,٠٣	١٠		

(٤) دال عند مستوى ٠,٠٥

(٥) دال عند مستوى ٠,٠١

(٦) دال عند مستوى ٠,٠٠١

التقييم الذاتي للأعراض الجسمية في ضوء كل من سلوك التدين والحالة الصحية

جدول (٣)

دلالة الفروق بين المجموعتين المتعارضتين على كل بند من بنود مقياس سلوك التدين

البنود	قيمة ت-	البنود	قيمة ت-	البنود	قيمة ت-	البنود	قيمة ت-	البنود	قيمة ت-
٠٠٠٨,٤٢	٢١	٠٠٣,١١	١٦	٠٠٠٧,٠٩	١١	٠٢,٥٦	٦	٠٠٠٥,٤٨	١
٠٠٠٩,٠٧	٢٢	٠١,٩٩	١٧	٠٠٠١١,٩٦	١٢	٠٠٢,٩٦	٧	٠٠٠٧,٨٦	٢
٠٠٠٤,٨٤	٢٣	٠,٤٦	١٨	٠٠٠٥,٢٠	١٣	٠٠٢,٩٤	٨	٠٠٠٥,٤٠	٣
١,٣١	٢٤	١,١٦	١٩	٠٠٢,٩٢	١٤	٠٠٠٥,٣٩	٩	٠٠٠٤,٥٢	٤
٠٠٠٢,٣٣	٢٥	٠٠٠٤,٢٤	٢٠	٠٠٣,٠١	١٥	٠٠٠٤,٠٣	١٠	٠٠٠١٠,٣١	٥

(٤) صدق الاتساق الداخلي، وتم إجراء هذا التقييم عن طريق حساب معامل ارتباط الدرجة على كل بند بالدرجة الكلية المجمعة على كل من مقياس التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن، ومقياس سلوك التدين، وقد تم حذف كل البنود التي قل معامل ارتباطها بالدرجة الكلية عن (٠٠٢٥)، وهو معامل الارتباط الذي اخترناه حداً لألقى تقبولاً أي بند من البنود، وعلى ذلك الشخص عدد البنود في مقياس التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن من ٥٠ بندًا إلى ٤٥ بندًا، وانخفضت عدد البنود في سلوك التدين من ٢٥ بندًا إلى ٢٢ بندًا، كما تراوحت معاملات الارتباط ما بين ٠,٣٥ و ٠,٨١.. بعد حذف البنود منخفضة الدلالة.

ثانياً: ثبات الأدوات

استخدمت الدراسة الراهنة الطريقتين الآتيتين للاستدلال على مدى ثبات أدواتها:

١ - حساب معامل ألفا كرونباخ : Cronbach Alpha Coefficient

وفيها يلي يوضح جدول (٤) معامل ألفا كرونباخ لمقاييس الدراسة، والتي تتسم جميعها بالقبول، حيث تتراوح تلك القيم بين ٠,٦٦ و ٠,٩٤ ..

١.٤/ كريمة الخطاب

جدول (٤)

معاملات ألفا كرونباخ للدالة على ثبات مقاييس الدراسة

معامل ألفا	المقاييس	م
٠,٩٢	مقاييس التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن	١
٠,٩٤	قائمة سلوك الدين	٢

٢- التجزئة التصفية:

استخدمت تلك الطريقة للدالة على ثبات الأدوات مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان - براون - Spearman - Brown، ويوضح الجدول التالي (٥) معاملات ثبات المقاييس الناتجة عن هذا الإجراء، والتي تتراوح بين ٠,٦٦ و ٠,٩٠، مما يشير إلى تمنع مقاييس الدراسة بمؤشرات ثبات جيدة.

جدول (٥)

معاملات الثبات لمقاييس الدراسة بطريقة التجزئة التصفية بعد تصحيح الطول

معامل الثبات	عدد البنود	الاختبارات	م
٠,٩٠	(٢٥/٢٥)	مقاييس التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن	١
٠,٨٧	(١٢/١٣)	قائمة سلوك الدين	٢

النتائج:

(١) **النتائج الخاصة بالفرض الأول:** توجد علاقة بين سلوك الدين، والحالة الصحية العامة، والتقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن:

جدول (٦)

معاملات الارتباط بين سلوك الدين، والحالة الصحية العامة،

والتقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن

(٣)	(٢)	(١)	المقاييس	م
		١	سلوك الدين	١
	١	٠٠٠,٥٢	الحالة الصحية العامة	٢
١	٠٠٠,٦٥	٠٠٠,٦٤-	التقييم الذاتي للأعراض الجسمية	٣

٠٠٠ (٠٠٠) دال فيما وراء ٠٠٠١

التقييم الذاتي للأعراض الجسمية في ضوء كل من سلوك التدين والحالة الصحية

يتضح من الجدول (١) ما يأتي:

- ١- فيما يتعلق بالعلاقة بين سلوك التدين والتقييم الذاتي للأعراض الجسمية: ظهرت ارتباطات دالة سلبية بينهما، أي أن ارتفاع درجة المرض على القيام بالسلوكيات الدينية يصاحبه انخفاض في درجة المعاناة من الأعراض الجسمية المرتبطة بالشيخوخة.
- ٢- أما عن العلاقة بين الحالة الصحية العامة والتقييم الذاتي للأعراض الجسمية: فقد ارتبط تقييم الحالة الصحية بشكل دال وسلبي بإدراك الأعراض الجسمية المرتبطة بالشيخوخة، معنى أن ارتفاع شعور المرض بصحة جيدة يلزمه انخفاض في تقييم شدة المعاناة من الأعراض الجسمية المرتبطة بهذه المرحلة العمرية، والعكس صحيح.
- ٣- وأخيراً عن العلاقة بين تقييم الحالة الصحية العامة وسلوك التدين: فقد جاء معامل الارتباط بينهما دال ويجاري، أي أن تقييم المرض لحالته الصحية العامة بأنها جيدة يصاحبها قيامه بسلوكيات التدين بشكل ملحوظ.

(٢) النتائج الخاصة بالفرض الثاني: تتبادر درجات التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن بتباين كل من سلوك التدين، والحالة الصحية العامة في ضبط أثر متغيرات العمر الزمني للعمر، والحالة الاجتماعية، وجود أمراض من عدمه:

جدول (٧)

دالة قيم "ف" الناتجة عن تحليل التغيرات للكشف عن الفروق في التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن حسب تباين كل من سلوك التدين، وتقييم الحالة الصحية العامة كل على حدة

مستوى الدليل	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	المتغيرات	
					سلوك التدين	الحالة الصحية العامة
٠٠٠١	٨,٤٤	٢٢١٢,٩٩	٢	٤٦٢٧,٩٨	١	٢
٠٠٠٥	٢,٦٥	٧٧٠,٨٥	٢	١٥٤١,٦٩		

يتضح من الجدول (٧) أن نتائج تحليل التغيرات - التي أجريت على المجموعات التعرية الثلاثة لمتغيري سلوك التدين وتقييم الصحة العامة - كشفت عن أن قيم "ف" كانت دالة لمتغير سلوك التدين عند مستوى ٠٠٠١، ولمتغير الحالة الصحية العامة عند ٠٠٠٥، وذلك في تأثيرها

على التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن، وهذه النتائج في مجلتها تشير إلى وجود تأثير دال لمتغير سلوك التدين والحالة الصحية العامة في تحديد درجة إدراك المسن لأعراضه الجسمية المرتبطة بهذه المرحلة العمرية في ظل عزل الأثر الإحصائي للعمر، والحالة الاجتماعية، ووجود أمراض من عدمه.

وبالنظر في نتائج دلالات الفروق بين كل من المجموعتين على حدة في متغير تقييم الحالة الصحية (جدول ٨) يتضح أن هناك فروقاً دالة بين كل من المجموعتين من المجموعات الثلاثة لكل متغير على حدة.

جدول (٨)

الفرق واتجاهاتها بين المجموعات الثلاث لمتغير سلوك التدين في التأثير على التقييم الذاتي

للأعراض الجسمية لدى كبار السن

متغير	المقارنة	مجموعات	عدد الأفراد (ن)	متغير	متغير	متغير
١ ٢ ٣	(١) متخلف	٥٧	٥٧	٢ ٣ ٤	١ ٢ ٣	١ ٢ ٣
		٧٢	٧٢			
		٤٨	٤٨			
٤ ٥ ٦	(١) سيئة	٦٠	٦٠	١ ٢ ٣	١ ٢ ٣	١ ٢ ٣
		٧١	٧١			
		٤٦	٤٦			

(***) إلى مستوى دالة عند ٠٠٠١

قد كشفت نتائج المقارنات الثانية في الجدول السابق (٨) أن متغير سلوك التدين جاء ليميز بصورة دالة بين من يمارسون التدين بشكل منخفض، متوسط، مرتفع، حيث تميزت كل من المجموعة المتوسطة، والمرتفعة بانخفاض شدة معاناتها من الأعراض الجسمية المرتبطة بالشيخوخة بشكل ملحوظ عند مقارنتها بالمجموعة المنخفضة، التي بدت أكثر معاناة من هذه الأعراض الجسمية. كما جاء متغير الحالة الصحية العامة ليميز أيضًا بين من يصفون حالتهم الصحية بدرجة سيئة، جيدة، ممتازة، حيث تميزت كل من المجموعة الجيدة والممتازة بانخفاض شدة معاناتها من الأعراض الجسمية المرتبطة بالشيخوخة بشكل ملحوظ عند مقارنتها

التقييم الذاتي للأعراض الجسمية في ضوء كل من سلوك التدين والحالة الصحية

بالمجموعة السينية، التي بدت أكثر معاناة من هذه الأعراض الجسمية، كل ذلك في ظل عزل أثر العمر الزمني، والحالة الاجتماعية، ووجود أمراض من عدمه.

(٣) **النتائج الخاصة بالفرض الثالث:** تشهد كل من المتغيرات الديموغرافية، وسلوك التدين، وتقييم الحالة الصحية العامة في التأثير بالتقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن.

وللتتأكد من هذا الفرض استخدم تحليل الانحدار المتعدد، ولكن قبل الشروع في إجراء هذا التحليل، يجب التأكيد على شرطين أساسين، هما: (١). عدم وجود التواء دال في المتغيرات المستقلة، وقد كشفت نتائج معاملات الاتواء عن عدم وجود التواء دال في جميع متغيرات الدراسة، (٢) كذلك تم التتحقق من عدم وجود ازدواج خطى Multicollinearity بين المتغيرات المستقلة، ويعرف الازدواج الخطى بأنه وجود علاقة خطية بين المتغيرات المستقلة وبعضها البعض، وتحقق من هذا عندما يزيد معامل الارتباط بين أي متغيرين مستقلين عن 0.8 ± 0.0 (عشر، ٢٠٠٥، ص ٤٩)، وبالرجوع لجدول (٦) يتضح أن معاملات الارتباط بين المتغيرات المستقلة وبعضها البعض لم تزيد عن 0.8 ، ومن ثم لم يعد هناك ازدواج خطى، مما يعكس استقلال المتغيرات المستقلة عن بعضها، وبين الجدول (٩) نتائج تحليل الانحدار المتعدد.

جدول (٩)

تحليل الانحدار المتعدد المتغيرات المنبوبة: سلوك التدين، والحالة الصحية العامة

المتغير التابع: التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن

مستوى الدلالة	قيمة 'ن'	بيانا Beta	- العامل الانحدار (B)	المتغيرات المنبوبة
٠,٠٠١	٥,٢٢	٠,٣٧	٠,٨٦	العمر
٠,١٨	١,٣٠	٠,٠٨	٠,٣٢	الحالة الاجتماعية
٠,١٢	١,١٢	٠,٠٥	٠,٢٥	الحالة التعليمية
٠,٠٠٢	-٤,٣٢-	٠,٢٩-	٠,٧٥-	سلوك التدين
٠,٠٠١	٦,٢٣-	٠,٤٧-	١,٥٤-	تقييم الصحة العامة
			١٣٠,٨١	قيمة الثابت
			١٤,٠٧	قيمة 'ف'
			٠,٠٠١	دلالة 'ف'
			٠,٤١	R ² لجميع المتغيرات

تبين نتائج تحليل الانحدار الواردہ بالجدول (٩) أن متغيرات العمر الزمي، وسلوك التدين، وتقييم الصحة العامة قادرة على التأثير بالتقدير الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن بمستويات عالية الدلالة (٠٠٠١)، في حين غابت الحالة الاجتماعية، والحالة التعليمية، عن تأثيرهما التأثيري، ومن اللافت للنظر أن المتغيرات جميعها فسرت ٤١٪ من التباين في بالتقدير الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن.

مناقشة النتائج

ولتفسير النتائج والكشف عن مزيد من الدلالات الأخرى لها، نبدأ بتوسيع قدر اتساعها وأختلافها مع الفرض التي بدأنا بها من ناحية، ومع نتائج الدراسات السابقة من ناحية أخرى. ثم ننتقل بعد ذلك إلى تفسير هذه النتائج، مع توضيح الدلالات النظرية والتطبيقية لها. ونختتم هذا بالقاء نظرة أكثر شمولًا على الدراسة كل، موضعين بعض التوصيات التي قد تسهم تطور هذا المجال.

النتائج الخاصة بالفرض الأول: توجد علاقة بين سلوك التدين، والحالة الصحية العامة، والتقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن:

فيما يتصل بالإجابة عن سؤال الدراسة الأول، فقد أثبتت النتائج الراهنة عنه، وأشارت إلى صحة الفرض الأول القائل بأن هناك علاقة بين سلوك التدين، والحالة الصحية العامة، والتقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن. حيث تشير النتائج المستخلصة – في مجلها – إلى ارتباط كل من سلوك التدين، والحالة الصحية العامة سلبياً بالتقدير الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن، بمعنى أن ارتفاع درجة المرض على سلوك التدين والحالة الصحية العامة يصاحبه انخفاض في درجة المعاناة من الأعراض الجسمية لدى كبار السن. كما جاءت العلاقة بين تقييم الحالة الصحية العامة وسلوك التدين لدى كبار السن دالة وإيجابية، أي أن تقييم الفيسن لحالته الصحية العامة بأنها جيدة يصاحبها قيامه بسلوكيات التدين بشكل ملحوظ.

وهذه النتائج بهذا الشكل تتفق مع ما توصلت إليه دراسات متعددة، منها على سبيل المثال دراسة "برلون" (Brown, 1998) التي وجدت أن ممارسة سلوك التدين يحقق درجة من الراحة النفسية، ويخفض القلق والمعاناة من المشقة. كما وجدت دراسة "جينينجز" (Jennings, 2004) ارتباط إيجابي بين كل من التدين والتقدير الإيجابي للأعراض الجسمية المرتبطة بالشيخوخة، كما

التقييم الذاتي للأعراض الجسمية في ضوء كل من سلوك التدين والحالة الصحية

كشفت دراسة "سميث" وأخرين (Smith et al., 2005) العلاقة بين الشعور بالسعادة وإدراك الأعراض الجسمية لدى عينة من كبار السن، وتوصل "عبد الخالق" (Abdel - Khalek, 2006) إلى وجود ارتباط إيجابي دال بين السعادة وإدراك الأعراض الجسمية لدى عينة من طلاب الجامعة، وأضاف البعض وجود علاقة بين الشعور بالسعادة والحالة الصحية لدى كبار السن (Mcfarland et al., 2008). ومن المؤكد أن ممارسة سلوك التدين يجلب على المسن الشعور بالسعادة والراحة، الذي يخفف عنه الشعور بالأعراض الجسمية المرتبطة بهذه المرحلة.

النتائج الخاصة بالفرض الثاني: تتبادر درجات التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن بتباين كل من سلوك التدين، والحالة الصحية العامة في ظل ضبط العمر الزمني، والحالة الاجتماعية، ووجود أمراض من عدمه:

يشير مجمل نتائج تحليل التغير إلى وجود تأثير دال لمتغيري سلوك التدين والحالة الصحية العامة في تحديد درجة إدراك المسن لأعراضه الجسمية المرتبطة بهذه المرحلة العمرية في ظل عزل الآخر الإحصائي للنوع، والحالة الاجتماعية والمهنية، وجود أمراض من عدمه، حيث كشفت نتائج المقارنات التثنائية أن متغير سلوك التدين جاء ليميز بصورة دالة بين من يمارسون التدين بشكل منخفض، متوسط، مرتفع، حيث تميزت كل من المجموعة المتوسطة، والمرتفعة بانخفاض شدة معاناتها من الأعراض الجسمية المرتبطة بالشيخوخة بشكل ملحوظ عند مقارنتهما بالمجموعة المنخفضة، التي بدت أكثر معاناة من هذه الأعراض الجسمية. كما جاء متغير الحالة الصحية العامة ليميز أيضًا بين من يصفون حالتهم الصحية بدرجة سيئة، جيدة، ممتازة، حيث تميزت كل من المجموعة الجيدة والممتازة بانخفاض شدة معاناتها من الأعراض الجسمية المرتبطة بالشيخوخة بشكل ملحوظ عند مقارنتهما بالمجموعة السيئة، التي بدت أكثر معاناة من هذه الأعراض الجسمية، كل ذلك في ظل عزل الآخر الإحصائي للعمر، والحالة الاجتماعية، ووجود أمراض من عدمه.

وبصورة عامة تُوضح أن هناك تأثير دال لكافة متغيرات الدراسة في تخفيض شدة المعاناة من الأعراض الجسمية المرتبطة بالشيخوخة، وهذه النتيجة العامة هي مدعاة من قبل بعض الدراسات السابقة، ومنها ما ذكرته البعض في أن لوصف مرحلة الشيخوخة بأنها هادئة تلليل على قدره المسن تثير أحواله الصحية، وأموره الحياتية بممارسة سلوك التدين (Ardelt, 1994; Collings, 2001; Fitzgerald, 2004) كما توصلت دراسة "بارجمان" وأخرين (Pargament et al., 1990) إلى أن سلوك التدين يحقق توافقًا نفسياً بدرجة أكبر بالمقارنة

بالمساندة الاجتماعية المتوفرة للمسن، كما تبين أن مرضى الأورام السرطانية المتدينون يكونون أقل توتراً، وأفضل تقديرأً لذواتهم، وأكثر شعوراً بالسعادة. وجاءت دراسة كل من "تيكس" و"فرازير" (Tix & Frazier, 1998) لتؤكد دور سلوك التدين في خفض المعاناة وتحقيق التوافق النفسي والرضا الذاتي عن الحياة، وأضافت الدراسة أن التدين يؤثر إيجابياً من خلال ثلاثة طرق، هي: أن المعتقدات الدينية تُؤسِّر إعادة الإدراك المعرفي لمعنى الحدث، كما تعطى للفرد إحساساً بالتحكم في مصدر المعاناة، وأخيراً فإن التدين يتم من خلال المساندة الاجتماعية المقدمة للمسن من المجتمع الديني. وأضافت الدراسة أن تأثير سلوك التدين الفعال يتم بغض النظر عن طبيعة الديانة، وما تختص بها من سلوكيات تميزها عن غيرها من البيانات الأخرى. ولدت دراسة "براؤن" (Brown, 1998) نتائج دراسة "تيكس"، حيث وجدت أن ممارسة سلوك التدين يحقق درجة من الراحة النفسية، ويخفض القلق والمشقة. وجاءت دراسة "جوردون" وآخرين (Gordon et al., 2002) لتؤكد أن السيدات الأكثر تعليشاً مع أعراضهن الجسمية هن الأكثر اعتقاداً بيئياً بالمقارنة بالسيدات اللاتي لا يعتقدن بالتدین أو أن التدين ليس مهم بالنسبة لهن. وتوصل "بوسنج" وآخرون (Bussing et al., 2005) — من خلال تطبيق أداة لقياس التدين على عينة قوامها (٢٥٧) مسناً بمتوسط عمر ٦٢,٣ وانحراف معياري قدره ١٢,٤ — أن مرتفعى التدين أكثر قدرة على تحقيق الصحة النفسية والجسمية بالمقارنة بمنخفضى التدين. أما دراسة "بنفيلد" وآخرين (Binefeld, Koeing, Glarson & Bsherill, 1997) فأشارت إلى نتيجة متناقضة مع ما سبق، حيث وجدت أنه يمكن التبؤ بتحفيظ الألم النفسي لدى المريضات المسنات عن طريق الرضا عن الحياة أكثر من سلوك التدين الصريح.

النتائج الخاصة بالغروبات الثالثة: تضم كل من المتغيرات الديموغرافية، وسلوك التدين، وتقدير الحالة الصحية العامة في التبؤ بالتقدير الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن:

تدعم نتائج البحث الراهن صحة الفرض الثالث، حيث أوضحت نتائج تحليل الانحدار أن متغيرات العمر، وسلوك التدين، وتقدير الصحة العامة قادرة على التنبؤ بالتقدير الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن بمستويات عالية الدلالة (٠,٠٠١)، في حين غابت الحالة الاجتماعية، والحالة التعليمية، عن تأثيرهما التنبؤ، ومن اللافت للنظر أن المتغيرات جميعها فسرت ٤١٪ من التباين في بالتقدير الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن. وهذه النتيجة تنسق مع ما استخلصته دراسة "جاكسون" (Jacobs, 1994) من وجود مجموعة من الصفات المتبعة بالشيخوخة الناجحة؛ منها: الحكم، والتحكم، والاجتماعية، والصحة، والمعرفة، والنشاط، والمزاج، والنشاط، والتدين،

التقييم الذاتي للأعراض الجسمية في ضوء كل من سلوك التدين والحالة الصحية

وأضافت الدراسة أن هذه الصفات تتبادر بتبادر جنس السن، وحالته الاجتماعية.

وهكذا تصل بنا نتائج التحليلات إلى استنتاج عدم خلو تقييم الأعراض الجسمية لدى كبار السن من تدخل عوامل نفسية، ومن مجمل نتائج هذه الدراسة أمكن التوصل إلى الاستنتاجات الآتية:

(١) وجود علاقة دالة إحصائية بين سلوك التدين، والحالة الصحية العامة، والتقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن، (٢) هناك تباين في التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن بتبادر كل من سلوك التدين، والحالة الصحية العامة، (٣) يسمى كل من العمر، سلوك التدين، والحالة الصحية العامة في التأثير بالتقدير الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن بمستويات عالية الدلالة، حيث قسروا ٤١٪ من هذا التباين.

وبالانتهاء من مناقشة هذه النتائج الثلاثة تكون قد وصلنا إلى نهاية المناقشة، وتنقل إلى محاولة وضع بعض التوصيات التي يمكن أن تجمع هذه النتائج المتعددة معاً، وهو مضمون المستوى الثالث من المناقشة.

توصيات البحث:

توصلت الدراسة الراهنة إلى بعض التوصيات المفعولة لدور المتغيرات النفسية في تخفيض حدة الأعراض الجسمية المرتبطة بالشيخوخة سواء على مستوى العمل البشري أو على مستوى الممارسة الإكلينيكية، وفيما يلي نعرض لهذه التوصيات:

(١) انتهت الدراسة الراهنة إلى أن التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن ما هو لمجموعة مقنعة إلا مرکبة من المتغيرات أمكن معرفة بعضها — مثل سلوك التدين، وتقييم الصحة العامة — ، ولكن هناك متغيرات أخرى يجب تركيز البحوث الحديثة على اكتشافها.

(٢) السعي نحو تغيير النظرة السلبية للمسنين، والعمل على الاستفادة من خبراتهم الحياتية في جعل مرحلة الشيخوخة تتصرف بالنجاح والجودة، وذلك بالاعتماد على متغير سلوك التدين.

(٣) ضرورة توفر إطار نظري مفسر لمرحلة الشيخوخة يأخذ في اعتباره العوامل النفسية المرتبطة بهذه المرحلة العمرية، وخاصة عند إعداد البرامج العلاجية.

(٤) العمل على تدريب الاختصاصي النفسي الإكلينيكي على مساعدة كبار السن في تخفيف حدة الأعراض الجسمية المرتبطة بالشيخوخة، وذلك بالاستعانة بمتغيرات مثل سلوك التدين، والحالة الصحية العامة، مما ينعكس على تحسين نوعية حياتهم.

(٥) ضرورة التوصية بوجود اختصاصي نفسي إكلينيكي داخل كل وحدة لرعاية كبار السن.

(٦) من المهم عمل دورات تدريبية للقائمين على تقديم الرعاية الصحية لهذه الفئة العمرية على وجه الخصوص، من الأطباء والمرضى والأهل والأصدقاء ... ، لمساعدتهم في فهم الاحتياجات والمتطلبات النفسية للمسنين، وكيفية الاستعانة بها في مواجهة الأعراض الجسمية الخاصة بهم.

(٧) تصميم برامج إرشادية علاجية ونمائية ووقائية هدفها التعامل مع أعراض الشيخوخة بالمستويات الثلاثة الماضية، وهي البرامج العلاجية، البرامج الإنمائية، البرامج الوقائية.
وبهذه التوصيات التي عرضنا لها تكون الدراسة الراهنة قد حققت بعض الأهداف التي أجريت من أجلها، وتكون - أيضاً - قد وضعت بعض اللبنة لمزيد من الدراسات المستقبلية التي تسعى إلى استكمال باقي الأهداف المأمولة.

المراجع:

- الخضر (عثمان) (٢٠٠٠). الدين والشخصية أحادية العقلية. دراسات نفسية، (١)، ٣-٢٨.
- الخطيب (رجاء) (٢٠٠٢). الدين وعلاقته بالكتاب لدى طلبة وطالبات جامعة الأزهر والجامعات الأخرى. مجلة علم النفس، (٦٤)، ٦-٢١.
- السيد (رحاب) (٢٠٠٨). مدى فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف الشعور بالوحدة والاكتئاب والقلق لدى عينة من المسنين المقيمين بدور الرعاية. رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- السيد (عبد الحليم)؛ درويش (زين العابدين) (٢٠٠١). الإعداد العلمي والمهني للأخصائي النفسي في مجال المسنين. المؤتمر الإقليسي الثاني لرعاية المسنين، جامعة حلوان، ٥-٣٧.
- السيد (فؤاد) (١٩٩٨). الأساس النفسي للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة. القاهرة: دار الفكر العربي.
- الشاذلي (عبد الحميد) (١٩٩٠). توافق المسن وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية. رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية التربية فرع بنها، جامعة الزقازيق.

التقييم الذاتي للأعراض الجسمية في ضوء كل من سلوك التدرين والحالة الصحية

- الشعراوي (مروة) (٢٠٠٨). تقييم الذات وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المسنين (دراسة ميدانية). رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية البنات للأداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس.
- العمر (بدر) (٢٠٠٢). الشيوخوخة بين الفرد والأسرة والمجتمع: دراسة لأوضاع المسنين في المجتمع الكوريتي. *دراسات نفسية*، ١٢(١)، ١١٥-١٤٢.
- المغربي (الطاولة) (٢٠٠٤). التدرين في العلاقات الزوجية والتواافق الزواجي. *دراسات نفسية*، ٤(٤)، ٥٧٥-٥٩٤.
- المغربي (الطاولة) (٢٠٠٤). العلاقة بين التدرين والتواافق الزواجي. *دراسات عربية في علم النفس*، ٣(١)، ١١-٤٠.
- جان (غادة) (٢٠٠٨). الشعور بالسعادة وعلاقته بالتدرين والدعم الاجتماعي والتواافق الزواجي والمستوى الاقتصادي والحالة الصحية. *دراسات نفسية*، ١٨(٤)، ٦٠١-٦٤٨.
- شريخ، هناء (٢٠١٠). إبراك الأعراض الجسمية المرتبطة بمرحلة الشيوخوخة – دراسة تربوية في ضوء بعض المتغيرات: الحكمة، والسعادة، وتقدير الصحة العامة، مجلة *دراسات عربية في علم النفس*، المجلد التاسع، العدد الأول، ٢٠١٠، ١٦٧-٢١٠.
- ضياء الدين (شامل) (٢٠٠١). احتياج كبار السن إلى دور الرعاية المتكاملة واحتياجات كبار السن داخل دور الرعاية المتكاملة. المؤتمر الإقليمي العربي الثاني لرعاية المسنين، جامعة حلوان، ٥٢-٢٢.
- عاشر (سعير)، سالم (سامية) (٢٠٠٥). *العرض والتحليل الإحصائي باستخدام SPSSWIN*. معهد الدراسات والبحوث الإحصائية ، جامعة القاهرة.
- عبد العزيز (يعين) (٢٠٠٦). مفهوم الذات لدى المعنين المقيمين داخل دور الرعاية والمسنين المقيمين مع أسرهم. رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة المنوفية.
- مبروك (عزة) (٢٠٠٢). مؤشرات التباو بالتقدير الذاتي للصحة الجسمية لدى المسنين. *دراسات نفسية*، ١٢(٣)، ٣٩٧ - ٤١٥.
- مجمع اللغة العربية (١٩٩٧). المعجم الوجيز. جمهورية مصر العربية: الهيئة العامة لشئون المجلة المصرية للدراسات النفسية – العدد ٧٦ المجلد الثاني والعشرون – يولية ٢٠١٢ بعـ ٤٦

المطابع الأميرية.

محمد (نبال) ، اليحفوفي (نجوى) (٢٠٠٧). القلق العام والاضطرابات الجسدية لدى المسنين المتقاعدين والعاملين بعد سن التقاعد. *دراسات عربية في علم النفس*، ٢٦(٢)، ١٥١-١٨٣.

هريدي (عادل) ؛ فرج (طريف) (٢٠٠٢). مصادر ومستويات السعادة المدركة في ضوء العوامل الخمسة الكبرى للشخصية والتدين وبعض المتغيرات الأخرى. *مجلة علم النفس*، ١٦(٦)، ٤٦-٧٨.

Abdel – Khalek, A. (2006). Happiness, health, and religiosity: significant relations. *Mental Health, Religious & Culture*, 9(1), 85-97.

Ahmed, I. & Ismail, Z. (2011). Population ageing and religious participation among rural Elderly in Terengganu, Malaysia. *Journal of US-China Public Administration*, 8(9), 968-977.

Ardelt, M. (1994). *Wisdom in the later years: A life course approach to successful aging*. Ph.D., the University of North Carolina at Chapel Hill.

Ardelt, M. (1998). Social crisis and individual growth: the long – term effects of the great depression. *Journal of Aging Studies*, 12(3), 291-315.

Bergin, A., & Masters, K. (1988). Religiousness and mental health reconsidered: A study of an intrinsically religious sample. *Journal of Counselling Psychology*, 34(2), 197-204.

Bienefeld, D., Koeing, H., Glarson, D., & Bsherill, K. (1997). Predictors of mental health in a population of elderly women: test of an explanatory model. *American Journal of Geriatric – Psychiatry*, 5(1), 43-53.

Bishop, A., Martin, P., & Poon, L. (2006). Happiness and Congruence in older adulthood: a structural model of life satisfaction. *Aging & Mental Health*, 10(5), 445-453.

Blazer, D. (1991). Spirituality and aging well. *Generations*, 15, 61-65.

Borgonovi, F. (2008). Doing well by doing good: the relationship between formal volunteering and self – reported health and happiness. *Social*

Science Medicine, 66, 2321-2334.

- Brill, J., Pruchno, R., & Shands, Y. (2008). In Sickness and In Health: Perceptions of successful aging. *Proquest Psychology Journals*, 48, 115.
- Brown, D. (1998). Study will look at religions effect on Breast cancer patients. *Woman's Health Weekly*, November, 1-3.
- Bussing, A., Ostermann, T., & Matthiessen, P. (2005). Role of religion and spirituality in medical patients: confirmatory results with the SPREUK questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 30-40.
- Castro-Costa, E., Lima-Costa, M., Carvalhais, Firmino, S., & Mchoa, E. (2008). Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community – Dwelling Older Adults (The Bambui Health Aging Study). *Rev Bras Psiquiatr*, 30(2), 104-109.
- Collings, P. (2001). "If you got everything, it's good enough": perspectives on successful aging in a Canadian Inuit Community. *Journal of Cross – Cultural Gerontology*, 16(2), 127-133.
- Corsini, R. (1999). *The Dictionary of Psychology*. New York: Library of Congress Catalog.
- Fitzgerald, T. (2004). *A model for midlife development: to wisdom and beyond*. M.A., State University of New York Empire State College.
- Fletcher, S. (2004). Religion and life meaning: Differentiating between religious beliefs and religious beliefs and religious community in constructing life meaning. *Journal of Aging Studies*, 18, 171-185.
- Gordon, P., Feldman, D., Crose, R., Schoen, E., Griffing, G., & Shankar, J. (2002). The role of religious beliefs in coping with chronic illness. *Counselling and Values*, 46, 162-174.
- Gorman, P. (1984). *Comparison of a physical health questionnaire to physical examination findings in elderly clients*. M.D., University of Wyoming.
- Health – Cares** (2005). What's signs and symptoms of aging?. Available on: woman's – health. Health – cares. Net/aging – symptoms. php.
- Hsu, H. (2008). Does disability affect the possibility of successful aging? Physical Function Trajectories, Depressive Symptoms, and Life

- Satisfaction among the elderly. *Proquest Psychology Journals*, 48, 115.
- Hunt, R., & King, M. (1980). The intrinsic – extrinsic concept: A review and evaluation. In J. R. Tisdale (Ed.), *Growing Edges in the psychology of Religion* (pp.47-68), Chicago: Nelson-Hall.
- Jacobs, C. (1994). *Self – profile for older adults (SPOA): Development, Validation and Standardization of an instrument to measure self – concept and self – worth in older adults*. Ph.D., University of Maryland College Park.
- James, E. & Susan, M. (2011). Perceptions of the roles of religion and spirituality in the work and lives of professionals in Gerontology: Views of the present and expectations about the future. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 23(2), 50-61.
- Jennings, P. (2004). *The role of personality, stress, and coping in the development of wise*. Ph.D., University of California Davis.
- Jette, A., & Branch, L. (1981). The Framingham Disability Study: II physical disability among the aging. *American Journal Public Health*, 71(11), 1211-1216.
- Joanne, T., Lynn, W. & Tahereh, Z. (2011). Comparing definitions of successful ageing: The case of Anglo and Chinese – Australians. *Journal of Applied Psychology*, 7(1), 15-21.
- Jozwiak, J. (2007). *The significance of religion on health factors related to aging among American adults using the National Survey of Midlife Development in the United States*. D.P.H., University of Pittsburgh.
- Kalish, N. (2007). The Happiness Factor. *Prevention*, 59(10), 15-25.
- Klusmann, V., Evers, A., Schwarzer, R. & Heuser, I. (2012). Views on aging and emotional benefits of physical activity: Effects of an exercise intervention in older women. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(2), 236-242.
- Langhout, K. (1994). The relationship among subjective well – being, role activity self – esteem and functional health in a sample of elderly adults using the continuity theory of aging as a theoretical frame work. *Diss - Abst - Inter*, 56(15), 460-492.
- Lgons, S. (1994). *Health, Physical fitness and psychological well – being in young older adults: a short – term longitudinal*. M.A., Lauratian

University of Sudburg (Canada).

- Lxu, C. (2008). Attitudes towards aging among Chinese elders: the role of self – related health, social support and life satisfaction. *The Gerontologist*, 48, 64-66.
- McDowell, K., Kerick, S., Maria, D. & Hatfield, B. (2003). Aging, physical activity, and cognitive processing: an examination of P300. *Neurobiology of Aging*, 24, 597-606.
- Mcfarland, B., Kaplan, M., Huguet, N., Feeny, D., Ross, N., & Orpana, I. (2008). Happiness in an aging population: findings from a prospective population – Based Study. *Proquest Psychology Journals*, 48, 115.
- Mehta, K. (1997). The impact of religious beliefs and practices on aging: A cross-cultural comparison. *Journal of Aging Studies*, 11(2), 101-114.
- Post, S. (2005). Altruism, happiness, and health: it is good to be good. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 66-77.
- Raha, D. (2004). *The Northeastern Ontario Men's health study: Test – Retest Reliability of the physical Activity Questionnaire*. M.D., Department of Public Health Sciences, University of Toronto.
- Redd, W. (1995). Behavioral Research in Cancer as a Model for Health Psychology, *Health Psychology*, 14(2), 99-110.
- Reichstadt, J., Sengupta, G., Depp, C., Palinkas, L., & Jeste, D. (2008). Older adults' perspectives on successful aging: A process not an outcome. *Proquest Psychology Journals*, 48, 115.
- Rocio, F. (2011). Positive aging: objective, subjective and combined outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 7(1), 22-30.
- Scandrett, K. & Mitchell, S. (2009). Religiousness, Religious coping, and psychological well-being in nursing home. *Journal of The American Medical Disorders Association*, 10(8), 581-586.
- Sheridan, M. (2008). The Spiritual Person. In E. Hutchison. *Human Behaviour: Person and Environment* (pp.180-200). London: SAGE Publications.
- Smith, D., Lango, K., Kabeto, M., & Ubel, P. (2005). Health, Wealth, and happiness: Financial Resources Buffers Subjective Well – being after the onset of a Disability. *Psychological Science*, 16(9), 663-666.

- Sorrell, J. (2009). Aging Toward Happiness. *Journal of Psychosocial Nursing*, 47(3), 23-26.
- Stanton, A.L., Burg, S.D., Cameron, C.L. & Ellis, A.P. (1994). *Coping Through Emotional Approach: Problems of Conceptualization and Confounding*, Journal of Personality and Social Psychology, 66(2), 350-362.
- Susan, M. (2008). "The persistent problems" in the psychology of religious and aging: A view of the past and a look to the future. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 20(2), 77-97.
- Taylor, S. (2000). *Health psychology* (4th). New York: McGraw – Hill, Inc.
- Tix, A., & Frazier, P. (1998). The use of Religious Coping During Stressful Life Events Main Effects, Moderation, and Mediation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 411-422.
- Wolf, C., & Stevens, P. (2001). Integrating religion and spirituality in marriage and family counselling. *Counselling and Values*, 46(3), 77-82.
- Wulff, D. (1997). *Psychology of religion: classic and contemporary*. New York: John Wiley and Sons.
- Yang, Y. (2008). Long and happy living: trends and patterns of happy life expectancy in the U.S. *Social Science Research*, 37, 1235-1252.

**Self-perceived of physical symptoms according to
religious behavior and general state of health in the
Elderly**

Karima Said Mahmoud Khatab
Assistant Professor of Psychology
College of Education,
South Valley University in Hurghada

Abstract

This study aimed to reveal self-perceived of physical symptoms according to religious behavior and general state of health in the elderly. and using the comparative descriptive approach, sample consisted (175 elderly), with an average age of 62.54 years and standard deviation 7.34. who resident in the city of Hurghada. A battery of psychological tests was applied.

The results were as follows: (1) a statistically significant relationship between the religious behavior, health status, and self-perceived of symptoms of physical in the elderly. (2) There are differences in self-perceived of symptoms of physical in the elderly according to religious behavior and health status. (3) Each of the age, religious behavior, and health status were predicting of the self-perceived of physical symptoms in the elderly, with high levels of significance and interpreted 41% of this variance.