القدرة التنبؤية للتفكير الايجابي والمساندة الاجتماعية بجودة الحياة لدى عينة من المسنين المقيمين في دور الرعاية وخارجها

إعداد

د. أشرف محمد علي علي شلبي

أستاذ علم النفس الارتقائي المساعد – كلية الآداب جامعة بني سويف

القدرة التنبؤية للتفكير الايجابي والمساندة الاجتماعية بجودة الحياة لدى عينة من المسنين المقيمين في دور الرعاية وخارجها

د. أشرف محمد علي شلبي

أستاذ علم النفس الارتقائي المساعد– كلية الآداب – جامعة بني سويف

ملخص البحث :

يهدف البحث الحالي إلى المقارنة بين المسنين المقيمين في دور الرعاية وخارجها في كل من مهارات التفكير الايجابي، والمساندة الاجتماعية، وجودة الحياة. وتحديد علاقة مهارات التفكير الايجابي المختلفة بمكونات جودة الحياة لدى كل من المسنين ، والمسنات، والتحقق من مدى قدرة مهارات التفكير الايجابي ، والمساندة الاجتماعية على التنبؤ بجودة الحياة، وما إذا كان هناك اختلاف في مهارات التفكير الايجابي والمساندة الاجتماعية المنبئة بهذا عند المسنين المقيمين في دور الرعاية وخارجها. **المنهج والإجراءات:** تم استخدام المنهج الارتباطي الوصفي والمقارن السببي ، **وتكونت العينة** من (142) مسناً ومسنة من محافظتي بني سويف والمنيا ، (123) من المقيمين مع أسرهم (متوسط أعمارهم 62,18 ، وانحراف معياري 7,95) ، (19) من المقيمين في دور رعاية للمسنين (متوسط أعمارهم 71,16، وانحراف معياري 7,78). وتم تطبيق المقاييس التالية: المقياس العربي للتفكير الايجابي اعداد د. عبد الستار إبراهيم ، ومقياس المساندة الاجتماعية اعداد Spender George ترجمه واعده للبيئة العربية عفاف عبد الفادي دانيال، ومقياس جودة حياة المسنين اعداد منظمة الصحة العالمية ، تعريب بشرى إسماعيل أحمد.

أشارت أبرز النتائج إلى:

- وجود فروق دالة بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية في مهارة حب التعلم والتفتح المعرفي عند مستوى دلالة (0,05)، وفي مهارة تقبل المسئولية الشخصية عند مستوى دلالة (0,01) في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين المقيمين مع أسرهم.
- على الرغم من وجود فروق بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية المسنين في مهارات (التوقعات الايجابية والتفاؤل، وحب التعلم والتفتح المعرفي ، والشعور العام بالرضا، والسماحة والأريحية، و الذكاء الوجداني، و تقبل المسئولية الشخصية،و الدرجة الكلية لمهارات التفكير الايجابي) في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين المقيمين مع أسرهم،إلا أن هذه الفروق لم يكن لها دلالة إحصائية.
- وعلى الرغم من وجود فروق بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية في مهارات (الضبط الانفعالي ، والتقبل الإيجابي للاختلاف عن الآخرين،والتقبل غير المشروط للذات) ، في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين المقيمين في دور رعاية مسنين. إلا أن هذه الفروق لم يكن لها دلالة إحصائية.
- وجود فروق دالة بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية المسنين في كل من : المساندة الاجتماعية داخل الأسرة، والمساندة الاجتماعية خارج الأسرة، والمساندة الاجتماعية الكلية عند مستوى دلالة (0,01) في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين المقيمين مع أسرهم.

- وجود علاقة ارتباطية دالة بين جميع مهارات التفكير الايجابي وابعاد جودة الحياة الفرعية : الصحة الجسمية، والعلاقات الاجتماعية ،والدرجة الكلية لجودة الحياة وتراوحت دلالة الارتباط بين (0,05– 0,01) ، وعدم وجود علاقة دالة في ابعاد جودة البيئة، والصحة النفسية ، والصحة الروحية.
- وجود علاقة ارتباطية دالة بين مهارات التفكير الايجابي وابعاد المساندة الاجتماعية وتراوحت دلالة الارتباط بين (0,05– 0,01) وعدم وجود علاقة دالة للدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية مع كل من الضبط الانفعالي، و السماحة والأريحية،و التقبل غير المشروط للذات، و تقبل المسئولية الشخصية.
- وجود علاقة ارتباطية دالة بين أبعاد المساندة الاجتماعية وأبعاد جودة الحياة وتراوحت دلالة الارتباط بين (0,05– 0,01) في أبعاد الصحة الجسمية، والعلاقات الاجتماعية، وجودة البيئة ، والدرجة الكلية لجودة الحياة . وعدم وجود علاقة دالة في بعد الصحة النفسية مع أبعاد المساندة الاجتماعية الثلاثة ، وعدم وجود علاقة دالة للدرجة الكلية لجودة الحياة مع بعد المساندة الاجتماعية خارج الأسرة.
- وجود قدرة تنبؤية لمتغير المساندة الاجتماعية ببعديه المساندة الاجتماعية خارج الأسرة ، والمساندة داخل الأسرة كمتغيرات مستقلة في التنبؤ بجودة الحياة كمتغير تابع لدى عينة المسنين المقيمين مع أسرهم ، وتم استبعاد باقي المتغيرات المستقلة على اساس ضعف تأثيرها في المتغير التابع.
- وجود قدرة تنبؤية لمتغيرات المساندة الاجتماعية خارج الأسرة ، كأحد أبعاد المساندة الاجتماعية بشكل عام ، وكذلك التوقعات الايجابية ، والتقبل غير المشروط للذات كأحد أبعاد التفكير الايجابي، وفي حين تم استبعاد باقي المتغيرات على أساس ضعف تأثيرها في المتغير التابع.

The Predictive Ability of Positive Thinking and Social Support In The Quality of Life of a Sample of Elderly Living In and Outside The Care Homes

Dr. Ashraf Mohammed Ali Shalaby
Assistant Professor of Developmental Psychology
Faculty of Arts, Beni Suef University

The Current Research Aims to Compare Elder and Non-Resident Caregivers In Both Positive Thinking Skills, Social Support, and Quality of Life. to Determine the Relationship Between Different Positive Thinking Skills In The Quality of Life of Both Elderly Males, and Older Females, to Ascertain The Ability of Positive Thinking Skills and Social Support to Predict The Quality of Life and Whether There is a Difference in Positive Thinking Skills and Social Support.**Curriculum and Procedures**: The Descriptive and Causal Correlation Method was Used.**The Sample** consisted of (142) elderly Males and Older Females from the governorates of Beni Suef and Minya, (123) Residents With Their Families (mean age 62,18. standard deviation 7,95), (19) Residents in Care Homes for The Elderly (average age 71,16. standard deviation 7,78).**Tools:** The Following Measures Were Applied: The Arab Scale of Positive Thinking. Prepared by Abdul Sattar Ibrahim, and The Scale of Social Support Prepared by Spender George Translated Promising for the Arab environment Afaf Abdel Fadi Daniel, and The Quality of Life of Elderly Prepared by The World Health Organization, the Arabization of The Boshra Ismail Ahmed**. Highlighted The Results Indicated That:**

- There are significant Differences Between the Elderly Living with Their Families and Those Residing in Care Homes in The Skill of Learning and Cognitive Blooming at The Level of (0,05) and in The Ability to Accept Personal Responsibility at The Level of (0,01). In The Direction of Their Rise Towards Elderly Residents with Their Families.
- Although there are Differences Between Elderly Residents with Their Families and Residents of Care Homes in Skills (positive Expectations and Optimism, Love of Learning and Cognitive Blooming, General Feeling of Satisfaction, Tolerance and Leisure, Emotional Intelligence, Acceptance of Personal Responsibility, and Overall Degree of Positive Thinking Skills) In the Direction of Their Rise Towards the Elderly Living with Their Families, But These Differences were not Statistically Significant.
- Although There are Differences Between Elderly Living with Their Families and Those Living in Care Homes (Emotional Control, Positive Acceptance of Difference from Others, and Unconditional Self-Acceptance), In the Direction of Their Rise Towards the Elderly Living in Care Homes . However, these Differences were not Statistically Significant.
- There are Significant Differences Between the Elderly Living with their Families and those Living in the Care Homes of the Elderly in Both: Social Support in the Family, Social Support Outside the Family, and Social Support at the Level of Significance (0,01) In the Direction of their Rise Towards Elderly Residents with their Families.
- There is a Significant Correlation Between All Positive Thinking Skills and the Dimensions of Sub-Quality of Life: Physical Health, Social Relations, and the Total Quality of Life. The Correlation Between (0,05 – 0,01), and There is no a Significant Correlation of a Relation Between Environmental Quality, Psychological Health , And spiritual Health.
- There is a Significant Correlation Between Positive Thinking Skills and the Dimensions of Social Support. The Correlation Between (0,05 - 0,01) and There is no a Significant Correlation of a Relationship of the Total Degree of Social Support with the Emotional Control, Tolerance and Leisure, and Unconditional Acceptance of the Self, Accept Personal Responsibility.
- There is a Significant Correlation Between the Dimensions of Social Support and the Dimensions of Quality of Life and the Correlation Between (0,05 – 0,01) in the Dimensions of Physical Health, Social Relations, Quality of the Environment, and the Overall Degree of Quality of Life. And There is no a Significant Correlation of Relationship in Psychological Health with the Dimensions of Three Social Support, and There is no a Significant Correlation of a Relationship to the Degree of Total Quality of Life with Social Support Outside the Family.
- The Predictive Capacity of the Social Support Variable by External Social Support Outside the Family and the Support within the Family as Independent Variables in the Quality of Life Prediction as a Dependent Variable in the Sample of the Elderly Living with their Families. The Rest of the Independent Variables were Excluded on the Basis of their Weakness in the Dependent Variable.
- A predictive Capacity for Social Support Variables Outside the Family as one of the Dimensions of Social Support in General, as well as Positive Expectations, Unconditional Acceptance of Self as a Positive Thinking Dimension, While the rest of the variables were excluded on the basis of their weakness in the dependent variable.

المقدمة :

إن المعلومات المتاحة عن الشخصية السوية قليلة جداً إلى حد لا يمكن تفسيره، حيث ركزت العديد من الدراسات العربية على الجوانب غير السوية في الشخصية ويُعد هذا تقصيراً واضحاً من جانب الدراسات النفسية ، التي تناولت خصائص الشخصية السوية، ولذلك وجهت بعض الدراسات الحديثة الأنظار إلى دراسة دور وإسهام العوامل الايجابية على الشخصية السوية للأفراد(عبد الحميد سعيد حسن، 2006).مما دفع الباحث لإجراء الدراسة الحالية بمتغيراتها الايجابية.

حيث أن مرحلة المسنين في علم النفس الارتقائي،مرحلة عمرية،متفردة بمشاكلها،وتتشعب بها معاناتهم الصحية والأسرية،والنفسية،والاجتماعية ،وتنخفض قدراتهم في العمل ومقاومة الأمراض، وحدوث هبوط في نشاط الجسم،وضعف عام، واختلال في بعض الوظائف العقلية ؛ لذا نجد العديد من المجتمعات تعد كبار السن عبئاً عليها، ولكن كبار السن الذين يعيشون حياة صحية جيدة من الممكن أن يكونوا موردًا بشريًا مهمًا ليس داخل أسرهم فحسب بل بإمكانهم ولوج سوق العمل،وذقل تجاربهم في مختلف المجالات العلمية والمهنية؛ فالعديد من الدول المتقدمة لا تعترف بحد معين بوصفه حداً للعطاء والإبداع والمشاركة في بناء المجتمع ، وكبار السن جزء أساسي من المجتمع فهم إذا كانوا قد تركوا الحياة العملية فإن هذا لا يعد دليلاً على عجزهم؛ فالخبرة والحكمة اللتين تم اكتسابهم خلال رحلة حياتهم وعملهم تجعلان لمشورتهم ثقلاً وقيمة يعتد بها (خديجة حمو على ،2012: 79).

ونجد أن علم النفس الإيجابي Positive Psychology يهتم بدراسة وتحليل الخبرات الشخصية الذاتية أو ذات القيمة مثل:(الرفاهية الشخصية،أو جودة الوجود الذاتي الشخصي، والقناعة، والرضا) في الماضي، و(التدفق والسعادة) في الحاضر، و(الأمل والتفاؤل) في المستقبل،وعلى المستوى الفردي يتعلق علم النفس الايجابي بدراسة وتحليل السمات الإيجابية للفرد، كالقدرة على الحب والعمل، والبسالة والجرأة، ومهارات العلاقات الاجتماعية ،والإحساس والتذوق الجمالي،والمثابرة،والتسامح، والأصالة، والإنفتاح العقلي، والتطلع للمستقبل،والشغف الروحي، والموهبة العالية، والحكمة. وعلى مستوى الجماعة يدور علم النفس الإيجابي حول الفضائل والمؤسسات المدنية التي توجه الأفراد نحو المواطنة الصالحة ، والمسئولية، والتواصل والتواد مع الآخرين ، والاهتمام بهم ، والإيثار، والأخلاق ، والاعتدال ، والتحمل كما يركز على دراسة وتحليل مواطن القوة والسمات(Seligman& Csikszentmhalyi, 2000). والفضائل الإنسانية الإيجابية مثل التفاؤل، والرضا،والامتنان،والإبداع لتعظيم وتعزيز السعادة الشخصية للإنسان في ممارساته وأنشطته، وشئون حياته اليومية لتحسين صحة الفرد النفسية والجسمية مما يجعله فرداً منتجاً فعالاً في مجتمعه؛ فضلاً عما سبق يهتم علم النفس الإيجابي بدراسة إمكانية جعل الفرد يعيش سعيداً في حياته من خلال ما يمتلكه من قدرات ومهارات عقلية وبدنية بهدف تحقيق الارتياح والسعادة لديه (مسعودي امحمد، 2016).

وعرفت منظمة الصحة العالمية كبار السن عالمياً،على أنه من بلغ الستين فأكثر من عمره، وقد بلغ عدد كبار السن (60 سنة فأكثر) في العالم في عام (2006) حوالي (688) مليون نسمة، ومن المتوقع أن يصل عددهم إلى ملياريين بحلول عام (2050) (المجلس الوطني لشؤون الأسرة، 2007). ومرحلة المسنين ليست عملية بيولوجية تطرأ على الفرد حين يصل إلى تلك السن المتقدمة ، ولكنها ظاهرة اجتماعية ونفسية تتمثل في موقف المجتمع من الفرد حين يصل إلى سن معينة وهو المعاش،وما يفرض عليهم بالتقاعد من وظائفهم (إيمان أبو رية ، 2002).

ومما لا شك فيه أن التغيرات التي يتعرض لها كبار السن، وما ينتج عنها من مشكلات، تشكل ضغوطاً عليهم، ويختلفون في مدى شعورهم وإحساسهم، ويعزى ذلك إلى عدة متغيرات منها

الصلابة النفسية Psychological Hardiness والتي تعد أهم متغيرات الوقاية النفسية للآثار السلبية للضغوط والأزمات والتي ترتبط إيجابياً بالرضا عن الحياة
(Engel,siewe,akobundu,wait,sahyon,2011 ; O'Rourke,2004)

وقد أجمعت العديد من الدراسات أنَّ التغيرات الفسيولوجية،والتي تحدث في هذه المرحلة العمرية، والمتخذة خط الانحدار السالب في العمليات الوظيفية لأجهزة الجسم المختلفة، تؤدي إلى الاكتئاب، وبشكل خاص في حال انخفاض المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية،وينتج عن ذلك عدم الرضا عن الحياة(Beutel,E.Glaesmer,H,Wiltink,J,Marian,H&Brahler,2010).

والتكيف مع الآثار الجسدية، والنفسية والاجتماعية يشكل تحديا كبيراً لكثير من المسنين، ويرتبط مع الرضا عن الحياة (Donnellan,Hevey,Hickey,Oneill&2012). ويُعدّ التدهور العام في القدرات البدنية، والحسية والمعرفية أبرز ما يميز مرحلة كبار السن (Hayslip, Crowley, Hobdy& 2003).وتشير العديد من الدراسات أن كبار السن في دور الرعاية الإيوائية، تجمعهم سلوكيات العزلة، والابتعاد عن الحياة ، وهذا يفضي إلى سوء وضع المسن، وإصابته بالاضطرابات النفسية وخاصة الاكتئاب (Knight,Davison,Mccabe,Mellor&2011)، فكبار السن بحاجة إلى الدعم الاجتماعي، والتحدي، والاحترام، وفهم الذات، والتقبل وصنع القرار
(Beutel,E.Glaesmer,H,Wiltink,J,Marian,H&Brahler,2010)

وتؤكد البحوث على أهمية ما تقدمة دور الرعاية من خدمات للمسنين في تحسين الشعور بالرضا عن الحياة لديهم، فهى تُهيئ لهم الانخراط في علاقات اجتماعية جديدة (Alpas & Neville, 2003). كما أن ما تقدمه دور الرعاية في مجال المشاركة بأنشطة أوقات الفراغ، يسهم في التقليل من مستوى الاكتئاب، ويرفع من مستوى الرضا عن الحياة، وإدراكهم لقدرتهم على التحكم في ضبط حياتهم(Laks&Engelhardt,2010).فضلا عن أن المسن الذي يحتفظ بنظرة تفاؤلية في مواجهة المشكلات يكون أكثر قدرة على التكيف والتوافق بشكل أفضل عن أولئك الذين يتقبلون الشيخوخة كمرحلة تتضاءل خلالها موارد الإنسان وتحدد إلى درجة كبيرة نشاطاته واهتماماته (سيد سلامة إبراهيم، 2000).ويجب على الأسرة أن تعمل على تحسين نوعية حياة المسنين بحيث يمكنهم أن يعيشوا حياة مستقلة داخل إطار أسرهم ومجتمعهم دون أن يعانوا من عزل أو إبعاد ، كذلك توفير الجو الأسري للمسن حتى لا يشعر أنه عبء على الأسرة وغير مرغوب في وجوده (إيناس إبراهيم خليفة، 2001).ويري الباحثون أن العديد من المسنين يعيشون حياة نشطة ويقدمون للأجيال الأصغر علماً وخبرة وإنتاجاً (كلير فهيم ، 2004).كما أنه يجب على أفراد الأسرة أن يقدروا الخبرة والحكمة عند كبار السن من أفرادها ، وذلك بإشراكهم في القرارات المصيرية للأسرة من منطلق المسئولية الاجتماعية والاقتصادية ، وتقديم المساعدة والعون لهم وتحقيق احتياجاتهم ورغباتهم (حسني إبراهيم الرباط، 2003).

<u>دواعي الاهتمام بمشكلة البحث :</u>

1. حظى موضوع مشكلات المسنين باهتمام واضح من قبل الباحثين ، ومن أهم البحوث والدراسات التي تناولته دراسة كل من عبد اللطيف خليفة (1997)، و عزة عبد الكريم مبروك (2007)، وسعود فارس جوهر (2004)، وبدر العمر (2002)، وجولتان حجازي، وعطاف أبو غالي (2010).وغيرها والتي توصلت إلى تحديد أهم المشكلات التي يواجهها المسنون ، والتي تتمثل في: المشكلات الصحية : (أمراض السمع ، والقلب، والسكر، والضغط)، والمشكلات النفسية مثل : (الاكتئاب ، والوحدة النفسية ، والانطواء، والخوف ، والشك....الخ)، والمشكلات الاجتماعية مثل : (العزلة،

وانحسار العلاقات الاجتماعية)، والمشكلات الاقتصادية مثل: (انخفاض الدخل)، والمشكلات الدينية، والترويحية، والجنسية).

2. يُعد التزايد الكبير في أعداد المسنين ظاهرة عامة سائدة في جميع بلدان العالم نتيجة للتقدم العلمي الهائل الذى أدى إلى إرتفاع مستوى الصحة الوقائية والبنائية والعلاجية والتقدم الكبير في وسائل الحماية من الحوادث اليومية والمهنية ، وتحسن ظروف الحياة الاجتماعية، والثقافية، والغذائية، والسكنية (كريمان عويضة، 2004).
3. أصبحت رعاية المسنين من المشكلات التى تستحق اهتمام ورعاية المجتمع الدولي ، نظراً لما اشارت وتوصلت إليه البحوث والدراسات التي قامت بها بعض الهيئات المتخصصة في الأمم المتحدة ، والتي اشارت إلى أن المسنين لا يلقون الرعاية المناسبة وبالتالي هم يتعرضون لكثير من المشكلات التي لا يستطيعون حلها وقد يكونون عرضه للكثير من الاضطرابات والمخاطر جراء ذلك (بدور محمود سعيد ، 2008).
4. إن التوقعات الإيجابية السارة للمسن،ترفع مزاجه وعزيمته لأداء أنشطة مختلفة؛ بينما تثبطه التوقعات السيئة ؛ فتجعله فاقداً للعطاء والنشاط (Beck,Aaron,2000,P.36) .
5. أن التغيرات الانفعالية للمسن في المزاج،والشعور بالاكتئاب يكون نتيجة لأخطاء في التفكير،وتبني أسلوب متشائم، ونظرة انهزامية للموقف(Burns,1992,pp.28-29) .
6. تقدم البحوث الحديثة أدلة قوية على تأثير الاتجاهات العقلية وعمليات التفكير والإبداع على توافق الشخصية (عبد الستار إبراهيم، 2011).
1. أن الاضطراب النفسي عندما يحدث للمسن لا يشمل جانباً واحداً من الشخصية،إنما يشمل أربعة عناصر هي:**السلوك الظاهر** (الأفعال الخارجية)، **والانفعال** (التغيرات الفسيولوجية)، **والتفكير**(طرق وأساليب التفكير وقيم الفرد، وأساليب الشخص في حل المشكلات)،**والتفاعل الاجتماعي**(علاقاته بالآخرين، وطرقه في معالجة الضغوط،ومهاراته الاجتماعية...الخ) (عبد الستارإبراهيم، 1998).

ثانياً: مشكلة البحث:

إن رعاية المسنين بحاجة إلى جهود كبيرة تبذل من أجل تنقية الجو المحيط بالمسن ، وتوعية المتعاملين معهم لتوفير الظروف المناسبة لإحداث تفاعلات جيدة في حياة المسن تبعث على السعادة والرضا ، كذلك توعية المحيطين بالمسن إزاءها وحثهم على تجنب المناقشات ، والمجادلات التي تعمل على إثارة أعصابه ، وعدم اتخاذ موقف اللامبالاة تجاه المسنين لأن ذلك يشعرهم بأنهم صاروا مهملين ، أو بعدم تقدير الآخرين لهم (بدور محمود سعيد ، 2008) وتستحوذ دراسة التفاؤل والتشاؤم بإعتبار التفاؤل احد الأبعاد الرئيسية في التفكير الايجابي على اهتمام الباحثين نظرا لارتباط هاتين السمتين بالصحة النفسية للمسن . فقد أوضحت مختلف البحوث والدراسات على ارتباط التفاؤل بالسعادة والصحة والمثابرة والانجاز والنظرة الايجابية للحياة ، في حين يرتبط التشاؤم باليأس والفشل والمرض والنظرة السلبية للحياة (أحمد عبد الخالق ، 2002) ومن جهة أخري يتزايد الاهتمام بتزايد اعداد المسنين (60 سنة فأكثر) بمصر ، حيث بلغ تعدادهم وفقاً لآخر الإحصائيات 4,553,694 مسن بنسبة 6,3% من إجمالي تعداد سكان مصر (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، 2007). فالشيخوخة ليست مجرد عملية بيولوجية تتميز بظهور تغيرات فيزيولوجية ، إنما تعتبر ظاهرة نفسية اجتماعية تتمثل بفقدان العلاقات الاجتماعية ، والعديد من الاهتمامات والنشاطات ، وزيادة الاعتمادية والعدوانية ، وعدم الثقة في الذات ، والشعور بالوحدة والعزلة . وترتبط هذه المشكلات لدى المسنين بعوامل اجتماعية ديمغرافية، كالحالة الاقتصادية ، والتقاعد عن العمل ، والانسحاب الاجتماعى ، وفقدان الهدف ، وفقدان الأصدقاء ، ودرجة التدين ، وحجم الأسرة، والتغيرات

السلبية التي تطرأ على دينامية الروابط الأسرية (أحمد عبد الخالق، وصلاح مراد، 2001؛ عزة عبد الكريم مبروك 2002؛ نجوى اليحفوفي، 2004). كما أوضحت البحوث أن حرمان المسنين من المساندة والرعاية النفسية والاجتماعية سواء في المؤسسات المتخصصة أو داخل أسرهم تساهم في ظهور العديد من المشكلات لديهم ، فبعد أن كانت الأسرة قديماً (أسرة ممتدة) تضم في رحابها الأجداد ، والأعمام والعمات ، والخالات ....الخ أصبحت الأسرة الحديثة (أسرة نووية) لا تضم سوي الزوجين والأبناء ، مما يؤدي إلى فقدان المسن مكانته وخياراته، كما قد يجعلهم يعيشون عزلة ونقص في علاقاتهم الاجتماعية ، وكذلك عدم الرضا عن حياتهم والشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب (محمد حسن غانم ، 2002)، وقد يعاني المسنون من الاضطرابات العصابية وفي مقدمتها القلق، حيث يظهر نتيجة للشعور الذاتي للمسن بعدم القيمة وعدم جدوى الحياة، والشعور بأن الآخرين لا يتقبلونه ولا يرغبون في وجوده وما يصاحب ذلك من ضيق وتوتر مما يكون دافعاً لإقدام بعضهم على الانتحار(وزارة الصحة الاتحادية ، ٢٠٠٥ م) وقد يكون القلق نتيجة للإحساس بدنو الأجل والتأسي على ما فات والشعور بالفشل وبالاضطهاد من قبل الأجيال اللاحقة (سعود فارس جوهر،٢٠٠٤ م)، ونستيطع أن نوضح ما أشارت البحوث والدراسات إليه في أن الشخص الذي يستطيع تعديل طرق تفكيره يكتسب كثيراً من الجوانب الإيجابية والصحية؛فيصبح أكثر نشاطاً وقدرة على بذل الطاقة وتوجيهها بشكل إيجابي،وأكثر قدرة على تحقيق النجاح والتفوق،وأكثر إبداعاً ومرونة وحرية في التفكير والسلوك،وأكثر قدرة على الإنجاز والعمل،وأكثر مهارة في معالجة ضغوط الحياة بطرق خلاقة ومبتكرة،وأكثر قدرة على التعايش مع الآخرين والتفاعل معهم بإيجابية،وأكثر صحة من الناحية البدنية والعضوية بما في ذلك الشهية المفتوحة،والتحكم في الوزن،والنوم الهادئ،والشفاء السريع عند الإصابة بمرض (عبد الستار إبراهيم، 2011: 20).

ثالثاً: تساؤلات البحث:

1. هل هناك فروق دالة في مهارات التفكير الايجابي بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية المسنين ؟
2. هل هناك فروق دالة في المساندة الاجتماعية بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية المسنين ؟
3. هل هناك علاقة دالة بين التفكير الايجابي والمساندة الاجتماعية،وبين جودة الحياة لدي عينة المسنين؟
4. هل هناك فروق دالة في مهارات التفكير الايجابي بين المسنين والمسنات ؟
5. هل هناك فروق دالة في المساندة الاجتماعية، وجودة الحياة بين المسنين والمسنات ؟
6. هل يمكن التنبؤ بجودة الحياة من مهارات التفكير الايجابي والمساندة الاجتماعية لكل من المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية المسنين؟

رابعاً- أهداف البحث:

تتحدد أهداف البحث فيما يلي:

1. التعرف على وجود فروق في مهارات التفكير الايجابي بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية المسنين.
2. الكشف عن الفروق في المساندة الاجتماعية بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية المسنين .

3. التعرف على وجود علاقة بين التفكير الايجابي والمساندة الاجتماعية، و بين جودة الحياة لدي عينة المسنين.
4. التعرف على وجود فروق دالة في مهارات التفكير الايجابي بين المسنين والمسنات.
5. الكشف عن وجود فروق في المساندة الاجتماعية،وجودة الحياة بين المسنين والمسنات.
6. الكشف عن إمكانية التنبؤ بجودة الحياة من مهارات التفكير الايجابي والمساندة الاجتماعية لكل من المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية المسنين .

خامساً: أهمية البحث : تتضح أهمية إجراء هذا البحث من خلال:

1. الأهمية النظرية:

أ- *توفير قاعدة بيانات حول المسنين ترشد كلا من المسنين ،والقائمين على رعايتهم في الأسرة ،ومؤسسات ودور الرعاية* لما يجب أن يفعلوه لكي يحدوا من معدلات حدوث الاضطرابات النفسية التى تحدث لهم (أشرف محمد علي شلبي، 2012).

ب- *إثارة انتباه واهتمام المنظمات، والمؤسسات المهتمة بتنمية الأسرة والمجتمع بالمسنين* ، ومن ثم تتبنى حيالهم سياسات واستراتيجيات مناسبة للتعامل معهم وحمايتهم .

ت- *توفير قاعدة بيانات حول مشكلات المسنين في المجتمع:* نحن في حاجة إلى إجراء المزيد من البحوث في هذه المنطقة البحثية البكر حتى نتمكن من تكوين قاعدة بيانات حول المسنين . من شأن تلك البيانات في حال توافرها:-

- *تزود القائمين برعاية المسنين بمعلومات* تسمح لهم بمعرفة خصالهم النفسية، ومشكلاتهم الصحية ، وطرق معالجة تلك الاضطرابات والمشكلات .
- *على مستوى قادة المؤسسات:* فإن تلك البحوث تقدم لهم تصورات حول الاستراتيجيات المناسبة لإدارة عمليات رعاية المسنين،وأفضل السبل لتحقيق مناخًا آمنًا لاستقرار الأسر والمجتمع.
- *على مستوى المجتمع:* فإن تسليط الضوء على فئة المسنين من شأنه أن ينشر ثقافة التعامل الإنساني معهم ، وعيًا بفضلهم،وفهمًا لدوافعهم،وتعرفًا على ما يعانوه ،واستبصارًا بسبل التعامل معهم.

2. الأهمية التطبيقية:

في ظل نتائج هذا البحث وما يبرزه من معلومات حول العوامل المنبئة بجودة الحياة لدى المسنين، تبين إمكانية القيام بما يلي:

أ- تدريب القائمين على رعاية المسنين سواء في الأسر أو دور الرعاية على دعم المساندة الاجتماعية لهم .

ب- ممارسة المسنين للتدريب على مهارات التفكير الايجابي سيصقل شخصيتهم،وينمي مهارتهم،ويجعلهم أكثر صلابة نفسيًا،وأكثرقدرة على مواجهة المشكلات والشعور بالاكتئاب والوحدة النفسية .

ت- بعض التطبيقات النفسية والتربوية لحماية المسنين من اليأس والإحباط والاكتئاب

ث- بعض التطبيقات الإرشادية العلاجية للمسنين يمكن مساعدتهم على تبني نظرة تفاؤل وايجابية للحياة لمساعدتهم على التمتع بجودة حياة جيدة.

سادساً: المفاهيم والأطر النظرية:

1- مفهوم التفكير الايجابي Positive Thinking **:**

يُعرف التفكير الايجابي بأنه مفهوم من ستة أبعاد يتميز صاحبه بالشجاعة، والحكمة، والإنسانية،والاعتدال، والعدل، والسمو وهي أبعاد ذات متضمنات إستراتيجية ، من شأنها أن تجعل الفرد أكثر سعادة (Seligman&Csikzenthmihalyi,2000) .

التعريف الإجرائي لمهارات التفكير الايجابي في البحث الحالي:

هي الدرجة التي يحصل عليها الأفراد على المقياس العربي للتفكير الإيجابي، والمستخدم في البحث الحالي.

أ- أهمية التفكير الايجابي للمسنين :

- يُعد التفكير عاملاً من العوامل الأساسية في حياة المسن ،ويساعده على حل الكثير من المشكلات وتجنب الكثير من الأخطاء ،وفي السيطرة والتحكم على أمور كثيرة وتسييرها لصالحه (زياد بركات غانم،2005).
- التفاؤل والثقة أمران ضروريان لنجاح المسن في جميع جوانب الحياة،أن الإيجابية يمكن أن تكون أمرا جيدا، قد تتجاوز مستويات التفاؤل (Von Bergen& Martin S. Bressler, 2011)
- تعديل أساليب المسن في التفكير والإدراك تصحبه تغييرات إيجابية في السلوك وأساليب جديدة وفعالة من حيث التواصل الاجتماعي الناجح؛ فضلاً عما يكتسبه المسن بفضل ذلك من قدرات تمكنه من التحكم فيما يواجهه من اضطراب نفسي ووجداني،أي أنه يصبح قادراً على تعديل حياته وتوجيهها إيجابياً في المجالات الوجدانية والاجتماعية والذهنية (عبد الستار إبراهيم، 2011: 20).
- التفكير والانفعال والسلوك أشكال متلاحمة؛ فتغيير تفكير الشخص المسن يؤدي إلى التغيير في الانفعالات والعكس أيضاً صحيح. إن جانباً كبيراً من الانفعالات لا تزيد عن كونها أنماطاً فكرية متحيزة،أو متعصبة،أو تقوم على التعميم الشديد،والتفكير والانفعال متلاحمان ويتبادلان التأثير والتأثر في علاقة دائرية،بل أنهما في كثير من الأحيان يصبحان شيئاً واحداً بحيث يحكم ما يقوله المسن لنفسه عند حدوث شيء معين الصياغة الانفعالية التي ستبرز لديه نتيجة لهذه العلاقة الدائرية بين أسلوب التفكير والاستجابة الانفعالية (Michelle,2006).

- ❖ توجد علاقة قوية بين ثقة المسن بنفسه وبين مهارات التفكير الايجابي،والعكس صحيح؛ فكلما زادت ثقته بنفسه وبقدراته كلما كانت شخصيته ايجابية وأفكاره وأساليب تفكيره ايجابية (عبد السلام مصطفي عبد السلام، 2004).
- ❖ إن ما يميز الإنسان عن باقي الكائنات نزعته القوية إلى التفكير الايجابي؛ فملكات العقل تعد وسائل للتفكير الايجابي (Carr,2004).
- ❖ كلما كان تفكير المسن ايجابياً كلما أدي إلى حل فاعل و ناجع لمشكلاته،وكلما كان التفكير سلبياً كلما أدي إلى التعامل مع هذه المشكلات بأساليب سطحية وخاطئة،سواء كان ذلك بتضخيم هذه المشكلات والمبالغة في التعامل معها وبالتالي عدم الوصول إلى حل مقنع لها، أو بتبسيطها واختزالها واستسهالها،وإتباع أساليب سلبية في التعامل معها، وبالتالي عدم الوصول إلى حل مناسب، وبالتالي تفاقم المشكلة.
- ❖ فضلاً عما سبق ؛ فإن التفكير السلبي الذي يمارسه المسنين ارتبط بتدهور المستوي الصحي وازدياد الحالات المرضية كالكآبة والاضطراب النفسي،وغير ذلك من المشكلات،ويشير الباحثون إلى أن الاضطراب النفسي والعقلي ليس ناشئاً من المواقف الصعبة التي تحيط بالمسن بقدر ما هو ناجم عن حالة اليأس التي تنتابه تجاه تلك المواقف، والذي يوحي إليه بالعجز والفشل تجاهها، وهذا ما يعبر عنه بالتفكير السلبي،والذي يجعل المسن ينظر إلى حياته وإلى الحياة من حوله بمنظار مظلم قاتم ، ويجعله أكثر تعاسة وتشاؤماً في نهج تفكيره

(Kenneth& Kenneth,2004 ؛Frank, 2004 ؛Jbeard,2003 ؛ Bhatnagar,2003; Whyte,2004)

ب- سمات التفكير السلبي والايجابي:

يمكن التمييز بين سمات التفكير السلبي والايجابي من خلال الجدول التالي:

جدول (1)

سمات التفكير السلبي والايجابي

التفكير السلبي	التفكير الايجابي
1.يتصف صاحبه بضعف الإحساس الوجداني نحو الآخرين ؛ فيلقي بالحديث الخشن والجارح نحوهم، دون أن يأبه بما يسببه لهم من أذي.	1.يتصف صاحبه بقوة إحساسه الوجداني نحو الآخرين،ولا يجرح الآخرين أو يستهزئ بهم ،ويقدم نقده وملاحظاته للآخرين بشكل بناء ومفيد.
2.اللغة التي يستخدمها الفرد تميل إلى المغالاة والحدية، والقطعية، والتعميم، ومفرداته التي يستخدمها قوية وصارمة، ورموزه مغلقة وحاسمة غير قابلة للتداول مع الرأي الآخر.	2.لغته ومفرداته تتمتع بالمرونة قابلة للأخذ والعطاء، وقادراً على الحوار والمناقشة العلمية، والمثمرة والمفيدة له وللآخرين.
3.يتصف صاحبه بالفكر المتصلب شديد الجمودDogmatism، غير قادر على	3.صاحبه يتصف بالتفكير المرن Flexible Thinking الايجابي،ويذعن للصواب،

التفكير السلبي	التفكير الايجابي
التخلص من أرائه حتى إذا بدا له عدم صوابها.	ويتوق إلى معرفة الجديد من المعلومات سواء كان موافقاً أو مخالفاً لها.
4.يميل صاحبه إلى إعطاء المستمعين له صورة مثالية عنه وعن شخصيته،ولكن سريعاً ما تتكشف هذه الصورة وسرعان ما يراه الآخرون على حقيقته.	4.يحاول صاحبه قدر الإمكان إعطاء تصور طبيعي وواقعي عن ذاته أمام الآخرين، ويقدم نفسه للآخرين بشفافية،وتواضع،لأنه يدرك أن المثالية والكمال ليست من صفات البشر وبالتالي لا حاجة إلى أن يلبس قناع بما لا يفيد ولا يلزم.
5.يتسم صاحبه بضعف المعالجة وافتقاره للأساليب والحلول الفعالة للمشكلات، بسبب استخدامه للأسلوب التقليدي في البحث والتفكير والذي لا يتناسب مع التصورات الجديدة والمعاصرة.	5.يتمتع صاحبه بامتلاك أساليب مبتكرة،وجديدة تناسب التطور،ويُعد بذلك من الأفراد المبدعين القادر على التوصل إلى حلول ناجعة وفاعلة للمشكلات المحيطة له ولغيره.
6.يقع أصحابه في مواقف حرجة أثناء النقاشات المختلفة،نتيجة للتناقضات الفكرية،حيث لا يمتلكون الخلفية الثقافية الواسعة التي تساعدهم على متابعة النقاش بموضوعية.	6.يحرص أصحابه على عدم الوقوع في مثل هذه المواقف،ويساعدهم على ذلك امتلاكهم الفكر والثقافة،والمرونة الفكرية التي تساعدهم على تجنب مثل هذه المواقف المحرجة.
7.يستخدم أصحابه أساليب التفكير اللاعقلانية السلبية التالية: التهويل والمبالغة،والتعميم،والكل أو لا شيء، وعزل الأشياء عن سياقها،التفسير السلبي لما هو ايجابي،والقفز إلى الاستنتاجات، وقراءة المستقبل سلبياً، والتأويل الشخصي للأمور.	7.يستخدم أصحابه المهارات العقلانية للتفكير الايجابي التالية:التوقعات الايجابية والتفاؤل،والضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا،وحب التعلم والتفتح المعرفي الصحي،والشعور العام بالرضا،والتقبل الايجابي للاختلاف عن الآخرين،والسماحة والأريحية،والذكاء الوجداني،والتقبل الغير مشروط للذات، وتقبل المسئولية الشخصية،والمجازفة الايجابية.

(عبد الستار إبراهيم، 2011؛ زياد بركات غانم ، 2005؛ أشرف محمد علي شلبي،2011؛2012)

2- مفهوم المساندة الاجتماعية Social Support :

يعد " مفهوم المساندة الاجتماعية مفهوم حديث نسبياً، حيث تناولته العلوم الإنسانية وعلماء الاجتماع في إطار بحثهم للعلاقات الاجتماعية ، فظهور مصطلح شبكة العلاقات الاجتماعية يمثل البداية الحقيقية لظهور مفهوم المساندة الاجتماعية لأن إدراك الفرد وتقييمه لدرجة المساندة الاجتماعية تعتمد على ادراكه لشبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به والتي تمثل الأطر العامة التي تضم مصادر الدعم والثقة لأى شخص" (جيهان أحمد محمد، 2002: 51).فضلا عن أن مفهوم المساندة الاجتماعية مفهوم أضيق بكثير من مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية، حيث تعتمد

المساندة الاجتماعية في تقديرها على إدراك الأفراد لشبكاتهم الاجتماعية باعتبارها الأطر التي تشتمل على الأفراد الذين يثقون فيهم ويستندون على علاقاتهم بهم (أسماء السرسي، وأماني عبد المقصود، 2001)، ولذلك تعد المساندة الاجتماعية مصدراً من مصادر الدعم الاجتماعي الفعال الذي يحتاجه الإنسان حيث يؤثر حجم المساندة الاجتماعية ، ومستوى الرضا عنها في كيفية إدراك الفرد لضغوط الحياة المختلفة، وأساليب مواجهته وتعامله مع هذه الضغوط ، كما أنها تلعب دوراً هاماً في إشباع الحاجة للأمن النفسي وخفض مستوى المعاناة الناتجة عن شدة الأحداث الضاغطة وذات اثر في تخفيف حدة الأعراض المرضية (شيماء أحمد محمد الديداموني، 2009)

وتعرف اصطلاحاً بأنها المجموعة الفرعية من الأشخاص في شبكة الفرد الاجتماعية والتي يعتمد عليها الفرد من أجل الحصول على المساعدات العاطفية الاجتماعية أو الوسيلة أو كليهما (Vaux,Alan,1988).كما تعرف المساندة الاجتماعية بأنها هى "تلك العلاقات الاجتماعية القوية والآمنة القائمة بين الفرد والآخرين والتى تشبع حاجاته للقبول والحب والشعور بالأمان فيثق فى تلك العلاقات ويدركها على أنها يمكن أن تمنحه الرعاية والتشجيع والنصح والمساعدة فى كافة مواقف حياته "(هانم الجندى، ٢٠٠٣: 12).وأشارت (مها جاد) إلى " أن المساندة الاجتماعية هى مقدار ما يدركه الفرد وما يحصل عليه من اقتراحات ومعلومات ونصح وإرشاد وقت الحاجة من الأسرة والمعلمين والأقران (الزملاء – الأصدقاء) ومدى شعور الفرد بأنه محبوب ومحل رعاية وتقدير منهم، وإشباعه لحاجاته من خلال التفاعل معهم "(مها جاد الله، 2004: 25).

التعريف الإجرائي :

هى الدرجة التي يحصل عليها المسن على مقياس المساندة الاجتماعية المستخدم في الدراسة.

أنماط المساندة الاجتماعية: تتمثل في خمس انماط كالتالي:

1- المساندة العاطفية Emotional Support **:** وتتمثل في إظهار مشاعر الود والحب ، والمودة والرعاية ،والاهتمام بالمسنين، وإشعارهم بأن هناك من يقف بجانبهم وجدانياً عند الحاجة (Malone Beach , E., & Zarit ,S, 1995).

2- **المساندة المعرفية** Cognitive Support:

وهى تزويد المسنين بالنصيحة والإرشاد أو المعلومات المناسبة للموقف بغرض مساعده الفرد فى فهم موقفه أو التعايش مع مشاكل البيئة أو مشاكله الشخصية وهى تختلف عن المساندة الأدائية فى أن المعلومات المعطاة ليست مساعدة فى حد ذاتها فضلاً عن أنها تساعد الناس فى مساعدة أنفسهم، فالمعلومة ربما تقوى إدراكات الضبط عن طريق تزويد الفرد بطرق إدارة مشكلته والتعايش معها (عزة عبدالكريم مبروك، 2001).

3-مساندة تقديرالذات Self Esteem support :

يشار إليها بمسميات مختلفة مثل المساندة النفسية والمساندة التعبيرية، ومساندة التنفيس ، وتتضح هذه المساندة عندما يتلقي الفرد من الآخرين التشجيع والتأييد المستمر لأدائه وأفكاره الخاصة عند مقارنتها بآراء غيره ، ويدرك الفرد هذا التأييد عن طريق تقديم معلومات مباشرة تفيد في ارتفاع تقدير الفرد لذاته، ولفاعليتها عند مواجهة الشدائد (جيهان أحمد حمزة ، 2002).

4-مساندة العون Aid Support :

وهى تقديم العون والدعم المالي والامكانات المادية والخدمات اللازمة للمسنين ، مما يساعد على تخفيف الضغوط عنهم بالحل المباشر للمشكلات أو عن طريق إتاحة بعض الوقت للمسن المتلقي

للخدمة أو العون للأنشطة مثل الراحة أو الاسترخاء. كما أنها مساندة مباشرة وفعالة في الموقف ، ويحصل عليها المسن من مساعدة الناس له بالأموال والأدوات أو مشاركته في بذل الجهد وتحمل الموقف وتخفيف المسئولية وتقليل الخسائر.وهى تقدم في صورة هدايا أومنح قروض ميسرة أو أشياء عينية أو التطوع في عمل يزيد الفرح والسرور في السراء أو يخفف التوتر والألم (شيماء أحمد محمد الديداموني، 2009).

5-مساندة الأصدقاء الاجتماعية Social companionship :

وهى مساندة الانتشاروالانتماء، و هى تشتمل أيضاً على قضاء بعض الوقت مع المسنين في أنشطة الفراغ والترويح،حيث تخفف الضغوط أيضا من خلال المساعدة على إبعاد المسن عن الانشغال بالمشكلات أوعن طريق تيسير الجوانب الوجدانية (حمدى سعد شعبان، 2002).

المساندة الاجتماعية في دور رعاية المسنين :

يجب على الشخص الذين يقوم برعاية المسن أن ينحاز إلى جانب التعاطف معه ، ولا ينحازإلى جانب العطف عليه ، وأن يعصمه من التردي في هوة التسول العاطفي ، وأن يشجع المسن على العطاء بتقديم العون إلى الآخرين بل و حثهم على الاعتماد على النفس ، ويجب التنويه بأن المسنين يتسمون بالجمود النفسي ويفتقرون إلى المرونة النفسية التي تجعلهم قابلين لتغير السلوك الذي انخرطوا في ممارسته ، ويجب الإشارة إلى أن من الصعوبات التي تعوق طريق الرعاية النفسية والاجتماعية، ارتباط الكثير من المشكلات النفسية والاجتماعية لدي المسنين بالمشكلات الصحية والاقتصادية (جنان إسماعيل العمري، 1984).

وقد تأخذ رعاية المسنين نظاماً مؤسسياً ويطلق عليها رعاية مؤسسية Institutional Care و هى أى نوع من أنواع الرعاية الصحية، أو النفسية ، أوالطبية، أو التمريض....إلخ من أنواع الرعاية والعلاج التي يتلقاها المسن من مستشفي عقلي، أو مؤسسة للتدريب، أو غير ذلك من مؤسسات الرعاية والإقامة (جابر عبد الحميد، وعلاء كفافي، 1988: 1758، ج 4).

ومن أنواع الرعاية الاجتماعية ،والنفسية، والصحية للمسنين؛ إقامة الدور الخاصة برعايتهم ولمن لا تتوافر لهم الحياة الأسرية بسبب ظروف التعقد المجتمعي، وانفراط عقد الأسرة الأصلية . وتصمم هذه الدور بطريقة تقترب الحياة فيها من حياة الأسرة ، وتمنح المسن نوعاً من الاستقلال في المعيشة ، وتوفير سبل الصلات بالبيئة مع العمل على تهيئة وسائل الترويح والثقافة المناسبة لهم، والسماح بممارسة أنشطة خارج الدار تعود على المسن ومجتمعه بالنفع (محمد عبد المنعم نور، 1982: 104) .وفي غالبية المجتمعات المتقدمة يفضل أن يكون النظام الهيكلي لدار المسنين على هيئة منزل صغير يضم عدد (4 – 5) من المسنين ، ويتوسطه حديقة صغيرة ويجهز بكافة الخدمات الفنية المساعدة ، كالتمريض، والعلاج الطبيعي، ويسمح للمسن بتنظيم غرفته وينقل إليها بعض ممتلكاته الخاصة إذا رغب . وتفتح الدور على المجتمع المحيط بها وتعمل على تنظيم لقاءات، وندوات باستمرار، وتبادل الزيارات بين النزلاء وأفراد المجتمع المحيط بتلك الدور ، وتلغي فكرة الأسوار والعزلة ، وتشجيع العمل التطوعي للراغبين في مساعدة المسنين بعد تدريبهم على ذلك ، وبجوار سكن المسنين يفضل أن يكون هناك أماكن للعبادة (جنان إسماعيل العمري، 1984: 399).

فضلا عما سبق فقد أوصت تقارير الأمم المتحدة بالإقلال كلما أمكن من إنشاء دور المسنين والتوسع في توفير الخدمات المنزلية للمسنين ، وأن تقتصر الرعاية في دور المسنين على الحالات التي تقتضي أوضاعهم الصحية أن يكونوا فيها تحت الرعاية والمتابعة الدائمة (محمد خالد الطحان، 1982: 144).

أهمية المساندة الاجتماعية للمسنين:

تلعب المساندة الاجتماعية دوراً في التأثير على طريقة تفكير وأفعال ومشاعر المسنين من خلال تفاعل الأفراد معهم، وتستطيع المساندة الاجتماعية أن :

1. تساعد المسن على زيادة إحساسه بذاته ، حيث يتم تعزيز المسن من قبل الأسرة والآخرين .
2. تمد المسن بالتشجيع والتغذية المرتدة الايجابية ، حيث أن المساندة الاجتماعية الايجابية تمد المسن بالتغذية المرتدة بأن له قيمة وأهمية.
3. توفر للمسن الكثير من فرص التفاعل الاجتماعى .
4. يساعد المسن في تحديد المشكلات التي يعاني منها والبحث عن حل ومساعدته.
5. تحمى المسن من الضغوط التي يعانى منها ، حيث أن المسن الذى يتمتع بمساندة اجتماعية قوية يستطيع أن يتعامل مع الضغوط الحياتية اليومية بشكل أكثر نجاحاً من الذين لديهم ضعف في المساندة الاجتماعية (مها جاد الله حسن، 2004).

3-مفهوم المسن Elder :

التعريف اللغوي للمسن :

أسن الرجل كبر وطال عمره فهو مُسِن (أحمد رضا ، 1959: 228).

التعريف الاصطلاحي للمسن:

هو من دخل مرحلة كبر السن والتي تبدأ من سن الخامسة والستين إلى آخر العمر ، وقد يمتد إلى ما بعد المائة من السنوات(سعود فارس جوهر ، 2004: 297).وهو " الشخص الذي تتجه قوته وحيويته إلى الإنخفاض مع إزدياد تعرضه للإصابة بالأمراض ، وخاصة أمراض الشيخوخة وتزايد شعوره بالتعب والإجهاد عند الحركة ونقص قدرته على الإنتاج وتوقفه عن العمل " (ماهر مهران، ومحمد نجيب، 1999؛).كما أنه الشخص الذي تجاوز الخامسة والستين من عمره وتتجه قوته وحيويته إلى الانخفاض مع ازدياد احتمال إصابته بالأمراض ويزداد اعتماده على غيره وشعوره بالحاجة للرعاية الاجتماعية والنفسية والطبية (سليم أبو عوض، 2008؛ رغداء نعيسة، وسهاد بدره، 2014)

التعريف الإجرائي للمسن :

هو الشخص الذي تجاوز الخامسة والستين من عمره ويزداد اعتماده على غيره مع تقدمه في العمر.

ويمكن تقسيم مرحلة المسنين إلى أربعة مراحل فرعية كالتالي:

أ- **مرحلة صغار المسنين** The Young Old : (60- 69 سنة) يكون المسن أقل نشاطاً وأكثر اعتماداً على الغير.

ب- **مرحلة المسنين الوسطي** The Middle Aged Old: (70- 79 سنة) يعاني المسن من المرض والضعف الصحي والجسمي والشعور بعدم الراحة.

ت- **مرحلة المسنين الكبري** The Old- Old : (80- 89 سنة) يعاني المسنين في هذه المرحلة من صعوبة التكيف والتفاعل مع البيئة المحيطة بهم.

ث- **مرحلة الطاعنين في السن** The Very Old – Old: (90- 99 سنة) تحدث في هذه المرحلة تغيرات أشد من المراحل السابقة و هي تحدث تدريجياً وعلى فترة طويلة من الزمن ، وإذا تجاوز المسن بنجاح الأزمات والتغيرات التي تحدث في المراحل السابقة فإن هذه المرحلة ستكون ممتعة وهادئة (راشد بن سعد الباز، 2004).

الخصال النفسية للمسنين :

1) الشعور بالوحدة: يشعرالمسن بالوحدة والملل، وأنه أصبح شخص غير مر غوب فيه، أو لا فائدة منه وبذا ينمي فيه حب الوحدة والعزلة وقد يكون ذلك انعكاس للمعاملة التي يجدها المسن

من أسرته وأقاربه فقد يتخلى الأبناء والأقارب عن والدهم أو والدتهم ويهجرونهم مما يشعرهم بالوحدة وأنهم أشخاص غير مرغوب فيهم حتى من أقرب الناس إليهم (راشد بن سعد الباز، ٢٠٠٤ م). كما يزيد من الشعور بالوحدة والعزلة لدى المسن زواج وانشغال أبنائه كل في حياته وفي عالمه الخاص، وبالإضافة إلى وفاة الشريك الآخر، وبالضعف الجسمي،والمرض أحيانًا من الأسباب التي توسع دائرة الانفصال الاجتماعي وتناقص جيله يومًا بعد يوم بالموت، وقد تقتصر العلاقات الاجتماعية للمسن على أولاده وحفدته وقد يعيش بين المسنين في وحدة قاسية (وزارة الصحة الاتحادية، ٢٠٠٥ م)

2) **التمركز حول الذات:** يسحب المسن الكثير من وجدانه في الموضوعات الخارجية من الاهتمامات الاجتماعية، ويوجهها إلى ذاته، حيث نجد الكثير من الفلاسفة، والأدباء، والشعراء يتجهون في شيخوختهم إلى تأليف الكتب حول ذاتهم وتعرف هذه الكتب باسم السيرة الشخصية، والحقيقة أن من خصائص مرحلة الشيخوخة العودة إلى جعل الذات مركز لاهتمام الشخص وبؤرة أساسية لاهتمامه (سعود فارس جوهر ٢٠٠٤).
3) **الانطواء والسلبية:** إن تراكم الإحباطات التي يتعرض لها المسن، سواء تلك المتعلقة بجسمه الذي بدأ يخور في الوقت الذي ما زال يحس فيه بأنه بحاجة إليه .أو فيما يتعلق بأبنائه والناس من حوله الذين ينظرون إليه على أنه عضو خامل في المجتمع كل ذلك يساهم في خلق الإحساس بالغربة لديه في العالم الخارجي حتى مع نفسه و هذا يقوده حتمًا إلى الانطواء والسلبية (سعود فارس جوهر ٢٠٠٤ م).
4) **ضعف التحكم في الانفعالات :** يطلق المسن لطاقته الانفعالية العنان، وتتميز انفعالاته بالعناد وصلابة الرأي ، حيث يستثار لأتفه الأسباب أو لأوهام لا حقيقة لها ، كما تتصف انفعالاته بالتذبذب حيث ينتقل من انفعال إلى آخر بسرعة مقترب بذلك من السلوك العصابي (سعود فارس جوهر ، 2004).
5) **الإعجاب بالماضي:** يتمسك المسن بذكريات الماضي ويرددها كثيراً حتى أن جميع من حوله يملوا من سماعها ، وقد يؤدي إلى محاولة الآخرين تجنب الجلوس معه لعدم تكرار سماعهم تلك الذكريات، بالإضافة إلى أن المسن يتصف بتمسكه بعاداته القديمة ونظامه اليومي ، وبالتالي من الصعب إقناعه بتغيير نظامه وسلوكه ؛ إذا لزم الأمر (راشد بن سعد الباز ، 2004). ويتسم غالبية المسنين بضعف الانتباه ، وكثرة النسيان، حيث يفقد بعضهم ذاكرة الأحداث القريبة ولكنهم يحتفظون بذاكرة الأحداث البعيدة ، فنجدهم يستغرقون في الحديث عن الماضي ، ويتجه تفكيرهم إلى البطء، والتحفظ ، والهدوء، فهم ليسوا في عجلة من الأمر وهو ما يعطيهم صفة الحكمة (بدور محمود سعيد ، 2008).

بعض النظريات والنماذج المفسرة للشيخوخة :

1. **نظرية الاستهلاك** Consumption theory :

تفسر الشيخوخة بحدوث قصور في جهاز مناعة المسنين ، وهوالجهاز الذي يحمي الجسم من الأمراض ويقاوم الجراثيم والبكتيريا ، ولكن مع المسنين يحدث خلل للجهاز، حيث تضعف قدرته على مقاومة الأجسام الغريبة ، وتضمحل قدرته على التمييز بين خلايا الجسم السليمة والخلايا المريضة أو الغريبة ، وبالتالي يبدأ جهاز المناعة بمهاجمة خلايا الجسم السليمة، ويظهر ذلك واضحاً عند الإصابة بالأورام السرطانية (بدور محمود سعيد ، 2008).

2. **نظرية أريكسون** Theory of Ericsson :

يطلق عليها النظرية النفسية الاجتماعية في النمو، وتعد من النظريات النفسية الدينامية ، فهي تتناول الدوافع الحيوية والانفعالية وطرق التوفيق بينها وبين متطلبات البيئة الاجتماعية، وأشار إريكسون إلى ثمانية مراحل للنمو النفسي الاجتماعي ، وتعد كل مرحلة بمثابة أزمة نفسية اجتماعية يعبر عنها اتجاهان : أحدهما يتضمن خاصية مرغوبة ، والآخر يتضمن خطراً ، فإذا

اتجه النمو نحو المرغوب فذلك خير ، وإذا اتجه نحو الخطر ظهرت مشكلات النمو. وتناول اريكسون الشيخوخة من خلال المرحلة الثامنة لديه وهي مرحلة التكامل مقابل اليأس Integrity Vs . Dispair ، في هذه المرحلة يتم اكتساب الشعور بالتكامل وتحقيق الحكمة Wisdom وتجنب الشعور باليأس ، فضلا عما سبق فإنه في الشيخوخة إذا تقبل الفرد حياته التي عاشها ، واعتقد بأن هناك نظاما ومعني للحياة ، فإن هذا يؤدي إلى الشعور بالتكامل.وتماسك الأنا يكشف عن الحكمة، أما عدم تماسك الأنا ، والشعور بأن الوقت فات ، وما عاد من العمر قدر ما مضي ، ولا يمكن تعويض الفرص التي فاتت ، فإنه يؤدي إلى اليأس والخوف في آخر مراحل الحياة (حامد عبد السلام زهران 2005).

3. نموذج التحرر من الالتزامات:

" ظهر هذا النموذج على يد كامنج وهنري Cumming & Henry, 1961 ، وفيه يتم التركيز على السلوك الانسحابي من التفاعل الاجتماعي الذى يحدث في مرحلة الشيخوخة باعتباره عملية طبيعية وعامة وحتمية، فمع التقدم في السن يبدأ الجسم أولاً عملية التحرر من الالتزام فأعضاء الحس تصبح أقل قدرة على التعامل مع معلومات العالم الخارجي وفي نفس الوقت يبدأ المجتمع في البعد عن المسن ، وعلى ذلك فعملية التحرر من الالتزام هى عملية انسحاب طبيعي . وفي هذا النموذج يعد الانسحاب خبرة ايجابية لدى المسنين،ولهذا تؤدى الشيخوخة إلى مزيد من التعامل والانشغال بالذات ونقص في الاستثمار الانفعالي مع الأشخاص الآخرين أو مع الأحداث الخارجية . ومعنى ذلك أن المسنين يمارسون التحرر من الالتزامات كعملية طبيعية وليس كعملية مفروضة عليهم من المجتمع" (فؤاد أبو حطب ، وآمال صادق، 1999: 526- 527).

4. نموذج النشاط:

ظهر على يد مادوكس Madox, 1970 كاحتجاج على نموذج التحرر من الالتزام ، ففي رأيه أن التحرر من الالتزام هو تغير في الشخصية تتسم به المراحل المبكرة وليس المتأخرة من حياة الانسان وقدم نموذجاً آخر لتفسير سلوك المسنين هو نموذج النشاط . فمع التقاعد (وهو أحد المؤشرات الهامة للشيخوخة) يظل الشخص في حاجة إلى أن يظل منتجاً وسعيداً فالراشدون النشطون أكثر سعادة من الراشدين المنسحبين . بل إن السعادة ترتبط في جوهرها بالاندماج والتكيف ، ولهذا فمن الواجب مساعدة المسنين على البحث عن بدائل لأدوار رئيسية أربعة كانت سائدة من قبل وهى: فقدان العمل، ونقص الدخل، وضعف الصحة، والتغير في بنية الأسرة ، فإذا استطاع المسن تعويض هذه الأدوار الأربعة المفقودة ، فإنه يحقق لنفسه تكيفاً ناجحاً في شيخوخته ، فالشيخوخة هى مرحلة فرص جديدة للأدوار الاجتماعية وليس مرحلة انسحاب كلي من الحياة الاجتماعية.ويري الباحثان أن نموذجا النشاط ، والتحرر من الالتزام لا يصلح أحدهما أو كلاهما في تفسير ظاهرة التوافق الجيد مع الشيخوخة. والأصح النظر إليهما على أنهما يشيران إلى أنماط خاصة من الشيخوخة لا نمطاً محدداً ينطبق على الجميع (فؤاد أبو حطب ، وآمال صادق، 1999: 527).

4-مفهوم جودة الحياة Quality of Life :

تعريف جودة الحياة :

تعبير الجودة في أصل اللغة العربية يأتى من الفعل " جود " أى شئ " جيد " والجمع " جياد" ، و " جيائد " بالهمزة ، ومنها أجاد الشئ أى أحسنه ، و " جود تجويداً " اى قدمه على أكمل وأحسن وجه ممكن (حسام الدين محمود عزب، 2004).

وقد اهتم الكثير من علماء النفس بدراسة الخبرات الذاتية الايجابية والسمات الشخصية الايجابية والعادات الايجابية لأنها تؤدي إلى تحسين جودة الحياة، وتجعل للحياة قيمة وتحول دون الأعراض المرضية التي تنشا عندما لا يكون للحياة معنى(seligman & Csikszentmhalyi, 2000).كما ينظر

إليه على أنه الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية ، والإحساس بحسن الحال، وإشباع الحاجات، والرضا عن الحياة ، وإدراك الفرد لقوى ومضامين حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الايجابية ، وإحساسه بالسعادة وصولاً إلى حياة متناغمة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في مجتمعه (مسعودي امحمد، 2015) وقدم سيلجمان 1995 , Seligman, M رؤيته حول جودة الحياة في أنها تعتمد على أبعاد عديدة يتم تربيتها مع الطفل من الصغر لينشأ محملاً بهذه التصورات التى تعتمد في اساسها على التفاؤل Optimism ، ويري أنه يمكن تدريب الصغار، والراشدين ، والمسنين على ممارسة السلوك التفاؤلي . ويعتبره أساساً لجودة الحياة .(Seligman, Martin ,1995).

وفي موسوعة علم النفس Encyclopedia of psychology تم تعريف جودة الحياة على أنه مفهوم متعدد الأبعاد ، أوضحها بيترمان وسيلا Peterman& Cella, 2000 على أنها سبعة محاور تمثل في مجموعها جودة الحياة ، وهى كالتالي:

1- التوازن الانفعالي: ويتمثل في ضبط الانفعالات الإيجابية والسلبية كالحزن والكدبة والقلق.....إلخ.
2- الحالة الصحية العامة للجسم .
3- الاستقرار المهني، حيث يمثل الرضا عن العمل بعداً هاماً في جودة الحياة.
4- الاستقرار الأسري، وتواصل العلاقات داخل البناء العائلي.
5- استمرارية وتواصل العلاقات الاجتماعية خارج نطاق العائلة.
6- الاستقرار الاقتصادى ، وهو ما يرتبط بدخل الفرد.
7- التواؤم الجنسي، ويرتبط بذلك ما يتعلق بصورة الجسم، وحالة الرضا عن المظهر والشكل العام (حسام الدين محمود عزب ، 2004).

سابعاً: البحوث والدراسات السابقة:

تم تصنيف البحوث والدراسات السابقة في حدود ما اضطلع عليه الباحث كالتالي:

المحور الأول: البحوث والدراسات التي تناولت مشكلات المسنين داخل أسرهم ودور الرعاية:

توصلت دراسة حسين سعد الدين (1989) على المسنين المتقاعدين الذين لم يمارسوا أى عمل بعد سن التقاعد وأقرانهم الذين استمروا في العمل وبعض السمات النفسية الانفعالية كالقلق والاكتئاب، والتوافق النفسي، حيث تألفت العينة من (100) مسن تراوحت أعمارهم ما بين (60 ، 70 سنة) . وأبرزت النتائج إلى وجود فروق دالة في القلق والاكتئاب في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين المتقاعدين في حين كانت الفروق جوهرية لصالح المسنين العاملين على متغير التوافق النفسي.

كما أشارت نتائج دراسة على الديب (1994) أن المسنين الذكور الذين يزاولون العمل بعد الستين أكثر توافقاً ورضا عن الحياة من أقرانهم الذين تقاعدوا عن العمل.

كما أجري عبد اللطيف خليفة دراسة (1997) تتعلق بمشكلات المسنين المتقاعدين وغير المتقاعدين عن العمل . وتكونت العينة من (290) مسناً تجاوزت أعمارهم الستين عاماً ، وأوضحت النتائج وجود فروق دالة بالنسبة لقضاء وقت الفراغ والشعور بالعزلة ، بالاضافة إلى ازدياد بعض المشكلات الصحية لدى المسنين غير العاملين مقارنة بأقرانهم العاملين .

قام فقيه العبد (2009) بإجراء دراسة عن واقع الصحة النفسية للمسنين ، حيث هدفت إلى تقييم الوضعية النفسية، والجسدية لدى المسنين بمؤسسات رعاية المسنين ، وتحديد مظاهر الصحة

النفسية و سمات الشخصية وأنماطها التى تميزهم، وأشارت أهم النتائج أن المشكلات النفسية تحتل الصدارة في قائمة المشكلات التى يعانى منها كبار السن داخل مؤسسات الرعاية، وتبين أن مستوي الصحة النفسية لديهم منخفض ، كما أبرزت وجود علاقة ارتباطية بين المستوى الاقتصادي للمسن والوضعية العائلية ، ومتغير أنماط الشخصية ومستوى الصحة النفسية لديهم ، كما وجدت فروق بين المسنين والمسنات من حيث مظاهر الصحة النفسية لصالح المسنين.

وأشارت نتائج دراسة (Ajdukovic,Ogresta, Rusac.2009) بعنوان العنف الأسري والصحي لدى المسنين في كرواتيا على عينة مكونة من (303) من المسنين والمسنات ، أن المعاناة من العنف في الأسرة كالتالي: الإساءة النفسية (24,1%) ، والاستغلال المالي (6,4%) ، والاعتداء الجسدي (4,4%) ، والاعتداء الجنسي (2,1%). وكانت في معظم الأحيان من قبل الأزواج بنسبة (30,15%)، ويليها الأبناء (16,64%)، ومن ثم البنات (14,01)، والزوجات (9,21%)، وأن (44%) من النساء و (35%) من الرجال مارسو شكلاً من أشكال العنف. كما أبرزت النتائج أن كبار السن من الرجال والنساء الأكثر فقراً كانوا ضحايا لسوء المعاملة العائلية .

وأجري قاسم سليمان النوافلة (2011) دراسة حول أنماط العنف الموجه ضد كبار السن المقيمين في مؤسسات المسنين في الأردن ، والتى تم اجرائها على (146) من المسنين المقيمين في دور الرعاية ، وأبرزت أهم نتاجها تعرض المسنين إلى ثلاثة أنماط من العنف ، و هي: الإهمال 68,5%، والعنف النفسي تعرض له 65,8%، والعنف الجسدي وتعرض له 47,9%. كما أشارت الدتائج إلى تعرض المسن لأكثر من نمط من أنماط العنف الثلاثة. كما أشارت النتائج إلى أن الأزواج هم أكثر من يمارس الاعتداء على المسنين، ومن ثم العاملون، فالأبناء والأقارب.

قامت كل من هناء حسني النابلسي، وحنين علي العواملة (2013) بدراسة حول أنماط الإساءة الاجتماعية ، والصحية، والنفسية التي يتعرض لها كبار السن داخل اسرهم- دراسة ميدانية على عينة من المسنين المقيمين في دور رعاية المسنين في الأردن. على عينة من (70) مسناً ومسنة مقيمين في دور رعاية، وتوصلت الدتائج إلى أن أكثر أنماط الإساءة الاجتماعية التي كان يتعرض لها المسن من قبل أسرته هو: عدم شعور المسن بالراحة أبداً في السكن مع أسرته، وعدم شعوره بالرضا عن معاملة أبنائه له، وعدم شعور المسن بأنه موضع احترام وتقدير الآخرين داخل الأسرة) . كما أشارت النتائج أن أبرز أنماط الإساءة الصحية التي كان يتعرض لها المسنين من قبل الأسرة تمثلت في (عدم الاهتمام باتباع الحمية الغذائية المناسبة لوضعه الصحي ، وعدم توفير الغذاء الصحي المناسب للمسن ، وعدم الحرص على تناول الوجبات الغذائية الثلاث بانتظام، وعدم الحرص على النظافة الشخصية ، وعدم توفير الأدوية اللازمة لمرضه باستمرار) ، كما ابرزت النتائج أيضاً على أن أعلى أنماط الإساءة النفسية التي يتعرض لها المسنين داخل أسرهم هو (عدم شعورهم بالرضا من معاملة أفراد الأسرة لهم، وعدم احترام الأبناء رغبة المسن في الجلوس مع أصدقائه القدامى)، وأشارت الدتائج لعدم وجود فروق بين أنماط الإساءة الاجتماعية، والصحية ، والنفسية التي يتعرض لها المسنين داخل أسرهم في المجتمع الأردني تبعاً لمتغير الجنس، والعمر، والدخل الشهري، والوضع الصحي. كما وجدت فروق بين أنماط الإساءة الثلاثة التي يتعرض لها المسنين داخل أسرهم تبعاً لمتغير الحالة الزواجية، والأشخاص الذين يقيمون معهم داخل الأسرة. والأشخاص الذين يقومون على خدمة المسن داخل الأسرة.

المحور الثاني : البحوث والدراسات التي تناولت العلاقة بين المسنين والتفكير الايجابي:

وأوضحت نتائج دراسة عبد السلام الشيخ وهبة ربيع (1999) حول المشاعر الاكتئابية والجمالية لدى المسنين في ضوء العمل والتقاعد . وتكونت العينة من (150) مسناً . كانت

اعمارهم من (50 سنة فما فوق) من المسنين العاملين والمتقاعدين . وأبرزت النتائج زيادة معدلات الاكتئاب لدى المسنين المتقاعدين .
وأيد ذلك نتائج دراسة محمد حسن غانم (2000) حيث أوضحت انخفاض مستوي الاكتئاب والتشويه المعرفي لدى المسنين المتقاعدين العاملين مقارنة بنظرائهم الذين لا يعملون ، مما يدعم أهمية التفكير الايجابي في مزاولة العمل.
وقام كل من Bowling,A.,Gabriel,Z,Banister,D&Sutton,S,2002 بإجراء دراسة حول نظرة المسنين لنوعية الحياة والعوامل المؤدية إلى جودتها . على عينة مكونة من (999) مسناً ومسنة، أعمارهم بدأت من (65) سنة فما فوق . وتركزت مطالب المسنين حول التأمين على الصحة ، والاستقلالية المادية ، وإقامة شبكة علاقات ونشاطات اجتماعية . وتمحورت اجاباتهم حول أهمية إقامة علاقة جيدة مميزة في بيئة آمنة ، وسكن يسهل عليهم إقامة صداقات وتبادل المساندة الاجتماعية ، وعلى أهمية الوقاية من الشعور بالوحدة والعزلة، وكذلك توفير الخدمات الحياتية في مكان الإقامة (بريد، مكتبات، محال تجارية....الخ) والحفاظ على الدور الاجتماعى، والكفاية الاقتصادية. وأكد المسنون على رغبتهم بتشجيع التفكير الايجابي ، لذا فهم يحتاجون إلى التعلم والشعور بالرعاية في حياتهم اليومية ، وتعزيز مهاراتهم لمواجهة الشيخوخة ، والحفاظ على وظائفهم الصحية

المحور الثالث: البحوث والدراسات التي تناولت العلاقة بين المسنين والمساندة الاجتماعية:
هدفت دراسة طارق عبد الله الشهري (2000م). إلى بحث العلاقة بين الزيارات الأسرية ومستوي التكيف النفسي لكبار السن بدور الرعاية الاجتماعية. وتم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي. وتكونت العينة من (33) مسناً ومسنة من دار الرعاية الاجتماعية بالرياض. وأوضحت النتائج ان المسنين بدار الرعاية اكثر من المسنات، كما أن الوضع الاقتصادي لهم قبل الإيداع كان ضعيفاً. وأن أغلب المسنين (57,6%) منفصل عن شريك حياته. وان أغلبية المسنين بالدار لا يوجد لديهم أبناء.
وقام محمد حسن غانم (2002) بدراسة هدفت إلى الوقوف على علاقة المساندة الاجتماعية المدركة بكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب، لدى المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات إيواء وأسر طبيعية، وتكونت عينة الدراسة من (100)مسن ومسنة ، تراوحت الأعمار بين 60 و 74 عاماً، ، وأظهرت النتائج أن إدراك المسنين والمسنات الذين يعيشون في بيئة طبيعية للمساندة الاجتماعية، بأبعادها المختلفة، أكبر وأفضل من المسنين والمسنات الذين يقيمون في دور الإيواء. وأن إدراك الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب يتزايد لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الإيواء. كما أجرت فاتن الدهان (2005) دراسة حول تغير الوسط الطبيعي للمسنين وعلاقته بتوافقهم الاجتماعي على عينة مكونة من (164) مسناً ومسنة . وأشارت النتائج إلى وجود فروق في التوافق الاجتماعي بين المسنين الذكور الذين يعيشون مع أسرهم ، والذين يعيشون في دور الرعاية، كذلك وجود فروق في التوافق الاجتماعي بين المسنين والمسنات في دور الرعاية . كما أوضحت النتائج بأنه لا توجد فروق بين المسنين والمسنات الذين يقيمون مع أسرهم في التوافق الاجتماعي .
وقامت تماضر طه عبد الرحمن محمد (2006) بدراسة للتعرف على مستويات القلق والاكتئاب لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم، ويرتادون نوادي المسنين، والذين يعيشون في دور المسنين، على عينة من (164) مسناً من نوادي المسنين، و (168) مسناً من دور المسنين ، وأسفرت النتائج بأن ملازمة القلق للأكتئاب كانت أعلى نسبة وبلغت (34 %) لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم ويرتادون نوادي المسنين و (57%) لدى المسنين الذين يعيشون في دور المسنين ، وكانت نسبة الأكتئاب للمسنين الذين يعيشون بمفردهم (22%) في حين بلغت النسبة للمسنين الأخرين (23%).

وقامت كل من رغداء نعيسة، وسهاد بدره (2014) بإجراء دراسة بعنوان المساندة الاجتماعية الأسرية وعلاقتها بمستوي الاكتئاب في دور الرعاية. و هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية الأسرية والاكتئاب في ضوء بعض المتغيرات لدي عينة من المسنين في دور الرعاية. وتكونت العينة من (50) من كبار السن (30) مسناً، و(20) مسنة ، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية سلبية دالة بين درجة المساندة الاجتماعية الاسرية والاكتئاب لدي عينة المسنين في دور الرعاية ، ووجود فروق دالة بين المسنين والمسنات في درجة المساندة الاجتماعية الأسرية وفي اتجاه ارتفاعها نحو المسنين
كما اشارت إلى وجود فروق ذات دلالة بين المسنين والمسنات في مستوى الاكتئاب، وذلك لصالح الذكور الذين كانوا أقل اكتئاباً.

المحور الرابع: البحوث والدراسات التي تناولت العلاقة بين المسنين وجودة الحياة:

أجرت كندا (Canda, 2003) دراسة حول تقييم الرضا عن الحياة ومفهوم الذات، لدى كبار السن المقيمين وغير المقيمين في دور الرعاية. على عينة من (235) من المسنين والمسنات، وتراوحت أعمارهم من (65 عاما فأكثر) مقسمين إلى 208 في دور رعاية المسنين، 27 مقيمين مع أسرهم. وأشارت الذتائج أن هناك فروقاً في الرضا عن الحياة نتيجة الدخل، ولا توجد فروق في الرضا عن الحياة نتيجة العرق أو الجنس أو حجم الأسرة ، وأن المسنين غير المقيمين في دور الرعاية لديهم مفهوم ذات أعلى من المسنين المقيمين في دور الرعاية، كما أبرزت النتائج أن للإناث المسنات مفهوم ذات أعلى من الذكور المسنين.و هدفت دراسة ميانذز وزملائه (Melendez,J.Tomas,j.Oliver,A.Navarvo, 2008) إلى تحليل تأثير الصلابة النفسية، والأداء الوظيفي الجسمي، والعوامل الديموغرافية، والاجتماعية على الرضا عن الحياة، وتكونت العينة من (181) من كبار السن في دور رعاية المسنين تراوحت أعمارهم (65-94) عاما من المسنين والمسنات، ودلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة سلبية بين العمر ودرجة الرضا عن الحياة ، وجود علاقة إيجابية بين الصلابة النفسية وأبعاد الرضا عن الحياة.وأجري (Baker,A.,Buchanan,T.Small,J.Hines,D&Whitfield, 2011) دراسة حول تأثير الاكتئاب والرضا عن الحياة والدعم الاجتماعي على مدى شعور كبار السن بالألم النفسي والجسدي ، على عينة من (247) من المسنين والمسنات، وأشارت النتائج على أن كبار السن الذين يتمتعون بدرجات منخفضة من الاكتئاب، ولديهم رضا عن حياتهم الشخصية، ويتلقون دعماً اجتماعيا يشعرون بالألم النفسي والجسدي بطريقة تتناسب مع الحدث، بعكس المسنين الذين سجلوا درجات مرتفعة في الاكتئاب، ولا يشعرون بالرضا الحياتي، وينقصهم الدعم الاجتماعي، فإنهم شعروا بالألم الجسدي والنفسي بطريقة لا تتناسب والأحداث التي مروا بها.

قام دونيلان وزملاؤه (Donnellan, C.Hevey, D.Hickey, A&O'Neill,2012) بدراسة حول العلاقة بين التكيف مع الآثار النفسية والجسدية والاجتماعية ،بعد التعرض للسكتة الدماغية، والرضا عن الحياة والاكتئاب . وتكونت العينة من (107) مسناً، وأوضحت النتائج إلى أن نوعية الحياة، والرضا عن الحياة عامل هام في التكيف مع الآثار النفسية، والجسدية والاجتماعية، وأن الرضا عن الحياة يرتبط عكسياً مع الاكتئاب، والذي يزيد بدوره الآثار النفسية، والجسدية، والاجتماعية بالاتجاه السلبي.وأجري كل من يوسف موسى مقدادي،وأسماء بدري الإبراهيم (2014) دراسة حول الصّلابة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الرعاية في الأردن. هدفت إلى التعرف على الصلابة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الرعاية في الأردن لدى عينة من (140) من المسنين والمسنات ، منهم 67 من المسنين، و73 من المسنات. واستخدم الباحثان مقياس الصلابة النفسية، ومقياس الرضا عن الحياة، ومقياس الاكتئاب لدى المسنين. وأظهرت النتائج أن مستوى الصلابة النفسية

ومستوى الرضا عن الحياة لدى المسنين والمسنات منخفض، وأن مستوى الاكتئاب لدى المسنين والمسنات مرتفع ، كما أظهرت الذتائج وجود علاقة إيجابية بين مستوى الصلابة النفسية والرضا عن الحياة ، ووجود فروق دالّة إحصائيّاً بين المسنين والمسنات ، وذلك لصالح المسنين على مقياس الصلابة النفسية.

تعقيب عام على البحوث والدراسات السابقة:

و من خلال استعراضنا للبحوث والدراسات السابقة التي تناولت المسنين، نستطيع القول بأن المسنين المتقاعدين يعانون من القلق والاكتئاب ، وزيادة المشكلات الصحية في حين تمتع المسنون العاملون بالتوافق النفسي كما في دراسة كل من (حسين سعد الدين، 1989؛ على الديب ، 1994؛ عبد اللطيف خليفة، 1997؛ محمد حسن غانم، 2000). وزيادة معدلات الاكتئاب لدى المسنين المتقاعدين كما في دراسة (عبد السلام الشيخ وهبة ربيع ،1999) حول المشاعر الاكتئابية والجمالية لدى المسنين في ضوء العمل والتقاعد.كما أشارت البحوث أن المشكلات النفسية تحتل الصدارة في قائمة المشكلات التى يعانى منها كبار السن داخل مؤسسات الرعاية، وتبين أن مستوى الصحة النفسية لديهم منخفض ، كما وجدت فروق بين المسنين والمسنات من حيث مظاهر الصحة النفسية لصالح المسنين كما في دراسة (فقيه العبد، 2009). ويعاني المسنون من العنف في الأسرة وتمثل في: الإساءة النفسية ، والاستغلال المالي ، والاعتداء الجسدي ، والاعتداء الجنسي. وكانت في معظم الأحيان من قبل الأزواج ،ويليها الأبناء ،ومن ثم البنات ، والزوجات ، وأن (44%) من النساء و (35%) من الرجال مارسو شكلاً من أشكال العنف. كما أبرزت النتائج أن كبار السن من الرجال والنساء الأكثر فقراً كانوا ضحايا لسوء المعاملة العائلية كما في دراسة (Ajdukovic,Ogresta, Rusac.2009). وتعرض المسنين إلى ثلاثة أنماط من العنف ، وهي: الإهمال النفسي، والعنف النفسي ، والعنف الجسدي كما في دراسة (سليمان النوافلة ، 2011). وعدم شعور المسن بالراحة في السكن مع أسرته، وعدم شعوره بالرضا عن معاملة أبنائه له، وعدم شعور المسن بأنه موضع احترام وتقدير الآخرين داخل الأسرة) . كما ابرزت النتائج أيضاً أن أعلى أنماط الإساءة النفسية التي يتعرض لها المسنين داخل أسرهم هو (عدم شعورهم بالرضا من معاملة أفراد الأسرة لهم، وعدم احترام الأبناء رغبة المسن في الجلوس مع أصدقائه القدامى)، وأشارت الذتائج لعدم وجود فروق بين أنماط الإساءة الاجتماعية، والصحية ، والنفسية التي يتعرض لها المسنين داخل أسرهم تبعاً لمتغير الجنس، والعمر، والدخل الشهري، والوضع الصحي كما في دراسة (هناء حسني النابلسي، وحنين علي العواملة ، 2013). وأن المسنين بدار الرعاية أكثر من المسنات، كما أن الوضع الاقتصادي لهم قبل الإيداع كان ضعيفاً. وأن أغلب المسنين (57,6%) منفصلين عن شريك حياتهم. وان أغلبية المسنين بالدار لا يوجد لديهم أبناء كما في دراسة (طارق عبد الله الشهري، 2000). وأن إدراك المسنين والمسنات الذين يعيشون في بيئة طبيعية للمساندة الاجتماعية، بأبعادها المختلفة، أكبر وأفضل من المسنين والمسنات الذين يقيمون في دور الإيواء. وأن إدراك الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب يتزايد لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الإيواء. (محمد حسن غانم، 2002؛ فاتن الدهان ، 2005؛ تماضر طه عبد الرحمن محمد ،2006).

وأشارت البحوث أن هناك فروقاً في الرضا عن الحياة نتيجة الدخل، وعدم وجود فروق في الرضا عن الحياة نتيجة العرق أو الجنس أو حجم الأسرة ، وأن المسنين غير المقيمين في دور الرعاية لديهم مفهوم ذات أعلى من المسنين المقيمين في دور الرعاية، كما أبرزت الذتائج أن للإناث المسنات مفهوم ذات أعلى من الذكور المسنين كما في دراسة (Canda, 2003) وجود علاقة إيجابية بين الصلابة النفسية وأبعاد الرضا عن الحياة كما في دراسة (Melendez,J.Tomas,j.Oliver,A.Navarvo, 2008) وأشارت البحوث إلى أن نوعية الحياة، والرضا عن

الحياة عامل هام في التكيف مع الآثار النفسية، والجسدية والاجتماعية، وأن الرضا عن الحياة يرتبط عكسياً مع الاكتئاب، والذي يزيد بدوره الآثار النفسية، والجسدية، والاجتماعية بالاتجاه السلبي كما في (Donnellan, C.Hevey, D.Hickey, A&O'Neill,2012) ،وجود علاقة إيجابية بين مستوى الصلابة النفسية والرضا عن الحياة ، ووجود فروق دالّة إحصائيّاً بين المسنين والمسنات ، وذلك لصالح المسنين على مقياس الصلابة النفسية كما في دراسة (يوسف موسى مقدادي،وأسماء بدري الإبراهيم ،2014).

وتتميز الدراسة الحالية عن البحوث والدراسات السابقة بأنها تتناول متغيرات التفكير الايجابي، والمساندة الاجتماعية،وجودة الحياة معاً وذلك لتأثيرهم المباشر كل منهما في الآخر على حياة المسنين

فروض البحث:

1. هناك فروق دالة في مهارات التفكير الايجابي بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية المسنين في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين المقيمين مع أسرهم.
2. هناك فروق دالة في المساندة الاجتماعية بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية المسنين في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين المقيمين مع أسرهم.
3. هناك علاقة دالة بين التفكير الايجابي والمساندة الاجتماعية، وبين جودة الحياة لدي المسنين.
4. هناك فروق دالة في مهارات التفكير الايجابي بين المسنين والمسنات في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين.
5. هناك فروق دالة في المساندة الاجتماعية ، وجودة الحياة بين المسنين والمسنات في اتجاه ارتفاعها نحو المسنات.
6. يمكن التنبؤ بجودة الحياة من مهارات التفكير الايجابي والمساندة الاجتماعية لكل من المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية المسنين.

منهج البحث وإجراءاته:

1. **تصميم البحث:** يتبع البحث الراهن المنهج الارتباطي الوصفي والمقارن السببي،حيث يحدد العلاقة بين درجة التفكير الايجابي بمهاراته العشر ودرجة جودة الحياة بأبعاده، والمساندة الاجتماعية ببعديها ،كما يقارن البحث بين مجموعتين من المسنين والمسنات في درجة كل من التفكير الايجابي، والمساندة الاجتماعية، وتتنبأ بجودة الحياة من مهارات التفكير الايجابي، والمساندة الاجتماعية
2. **العينة:** تكونت عينة البحث من: (142) مسناً ومسنة، من محافظتي بني سويف والمنيا (70) مسناً، بمتوسط عمر= 64,67 سنة، وانحراف معياري= 9,27، و(72) مسنة، بمتوسط عمر=62,12، وانحراف معياري= 7,48.، وبواقع (123) مسنا ومسنة مقيمين مع أسرهم بمتوسط عمر (62,18 سنة ، وانحراف معياري = 7,96) ، و(19) مسنا ومسنة من المقيمين بدور رعاية مسنين ، بمتوسط عمر = 71,16، وانحراف معياري= 7,78).
3. **الأدوات المستخدمة في البحث:**

تم استخدام المقياس العربي للتفكير الايجابي، ومقياس المساندة الاجتماعية ،مقياس جودة حياة المسنين، وتوضيح ذلك كالتالي:

أولاً: المقياس العربي للتفكير الايجابي والذي أعده في الأصل عبد الستار إبراهيم (2011م) ، وُيعد اختبار شخصية متعدد الأبعاد أعد ليستخدم في المجال الإكلينيكي وغير الإكلينيكي بغرض الكشف عن جوانب القوة والايجابية في تفكير الفرد،وسلوكه ومعتقداته؛ فقد تم صياغة المقياس في شكل عبارات بناء على ما يتصف به الايجابيون من أفكار ومعتقدات، وممارسات سلوكية ،

بلغ عددها (110) بنداً وكل بند يتكون من عبارتين، عبارة للإيجابية،وتقدر بالدرجة (2) والأخرى للسلبية، وتقدر بالدرجة (1). وهذه الفقرات موزعة وفق (10) أبعاد تشير للخصائص المميزة لمن يتسمون بالايجابية في السلوك وأنماط التفكير، و هذه الأبعاد على النحو التالي: التوقعات الايجابية والتفاؤل، والضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا، و حب التعلم والتفتح المعرفي الصحي، والشعور العام بالرضا، والتقبل الإيجابي للاختلاف عن الآخرين، والسماحة والأريحية، والذكاء الوجداني، والتقبل الغير مشروط للذات، وتقبل المسئولية الشخصية، والمجازفة الايجابية (عبد الستار إبراهيم، 2011).

الخصائص السيكومترية للمقياس: تحقق لمقياس التفكير الايجابي - في دراسة على (150) طالباً سعودياً بجامعة البترول والمعادن- بعض النتائج الدالة على معاملات ثبات جيدة بطريقة إعادة التطبيق بعد أسبوعين على (65) طالباً قيمتها (0,81). و بلغ معامل الارتباط بين مقياس التفكير الإيجابي ومقياس للتفكير السلبي(- 0,62) و هو معامل ارتباط سلبي ذو دلالة جوهرية عند مستوى دلالة (0,01) ، وأن مقياس السلوك الإيجابي يقيس وظائف معرضة للتفكير السلبي ونافية له(عبد الستار إبراهيم، 2011: 194)، كذلك تم استخراج معاملات ارتباط سلبية بين مقياس التفكير الإيجابي ومقياس بيك للاكتئاب قدرها (- 0,63) و هى علاقة سلبية دالة عند مستوى (0,01) بما يتمشي مع توقع مصداقية هذه الأداة بصفتها تقيس عناصر مناقضة للاضطراب النفسي كما يتمثل في الاكتئاب كما يقيسه بيك.

كما تأكدت هذه النتائج في دراسة عبر ثقافية بين عينتين مصرية ، وإيطالية أجراها عبد المريد قاسم بجامعة حلوان على مقياس التفكير الإيجابي على عينة إجمالية قوامها (293) من المصريين والإيطاليين. منهم (151) من المجتمع المصري، (142) من الإيطاليين . من خلال نتائج الدراسة التي تم التوصل إليها .فمن خلال التحليل العاملي تبين أن المقياس متعدد الأبعاد، وهو ما يحتم على مستخدم المقياس التعامل مع الدرجة الكلية والدرجات الفرعية لكل بعد، ولقد تحقق من ذلك الصدق العاملي لمقياس جوانب التفكير الإيجابي.و أمكن تحقيق صدق الاتساق ،والصدق الظاهري، وتوصلت الدراسة لخاصية الثبات من حساب معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية وهما معاملا ثبات مرتفعان سواء في البيئة المصرية أو الإيطالية. وفي دراسة أخري للباحث الحالي (أشرف محمد علي شلبي ، 2012) تم حساب ثبات و صدق مقياس التفكير الايجابي على عينة من الأزواج المصريين مكونة من (50) زوجاً وزوجة (25 من الذكور ، و25 من الإناث)،(م العمر= 35,22 ، ع = 8,68) ،وتم حساب ثبات المقياس بطريقتين : **معامل ألفا كرونباخ (0,92)، ومعادلة جيتمان للتجزئة النصفية (0,75)** وتشير معاملات الثبات إلى أنها معاملات مرضية ومقبولة. كما تم حساب صدق المقياس باستخدام أسلوب الاتساق الداخلي، بإيجاد معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس التفكير الإيجابي ، والدرجة الكلية، حيث تراوح بين (0,3 إلى 0,8) ولها دلالة إحصائية عند مستوى (0,01، 0,05) وهى معاملات مرتفعة ومقبولة.

عينة الثبات في البحث الحالي: تكونت عينة الثبات والصدق من: (80) مسناً ومسنة، (70 من المسنين المقيمين مع أسرهم ، 10 من المقيمين بدور رعاية المسنين) من محافظة بني سويف،

بواقع (40) مسناً، (بمتوسط عمر= 64,55 سنة، وانحراف معياري= 10,69)، و(40) مسنة، (بمتوسط عمر=62,37، وانحراف معياري= 8,36.)

الخصائص السيكومترية لمقياس التفكير الايجابي في البحث الحالي:

أ. حساب الثبات في البحث الحالي:

تم حساب ثبات وصدق مقياس التفكير الايجابي على عينة من المسنين والمسنات مكونة من (80) مسناً ومسنة (25 من الذكور ، و25 من الإناث)،(م= 35,22 ، ع = 8,68) ،وتم حساب ثبات المقياس بطريقتين : **معامل ألفا كرونباخ** (0,87)، القسمة النصفية(فردي- زوجي) باستخدام معادلة سبيرمان براون Spearman- Brown Coefficient في حالة تساوي نصفي البنود حيث بلغ (0,75).

ب. حساب الصدق في البحث الحالي:

الصدق العاملي: استخدم الباحث التحليل العاملي للمقياس ، وقد أسفرت نتائج التحليل عن تشبع العشرة أبعاد المكونة للمقياس على عاملين ، ويوضح الجدول التالي ذلك:

جدول (2)

عوامل مقياس التفكير الإيجابي وتشبعاتها العاملية

الأبعاد	العامل الأول	الأبعاد	العامل الثاني
1. الشعور العام بالرضا.	0,865		
2. حب التعلم والتفتح المعرفي الصحي.	0,825	1. الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا.	0.692
3. تقبل المسئولية الشخصية.	0,799	2. السماحة والأريحية.	0,388
4. الذكاء الوجداني.	0,789	3. تقبل غير مشروط للذات.	0,498-
5. التوقعات الايجابية والتفاؤل.	0,738	4. المجازفة الايجابية.	0,484-
6. التقبل الإيجابي للاختلاف عن الآخرين.	0,623		
7. تقبل غير مشروط للذات.	0,586		

8. السماحة والأريحية.	**0,581**		
9. المجازفة الايجابية.	**0,455**		
10. الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا.	**0,331**		

(**) دالة عند 0,01

حساب الاتساق الداخلي : تم حساب صدق المقياس باستخدام أسلوب الاتساق الداخلي، ويوضح الجدول (2) معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس التفكير الإيجابي ، والدرجة الكلية ، كالتالي:

جدول (3)

معاملات ارتباط أبعاد مقياس التفكير الإيجابي والدرجة الكلية

الأبعاد	درجة الارتباط بالدرجة الكلية
1. التوقعات الايجابية والتفاؤل.	**0,727**
2. الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا.	**0,364**
3. حب التعلم والتفتح المعرفي الصحي.	**0,793**
4. الشعور العام بالرضا.	**0,840**
5. التقبل الإيجابي للاختلاف عن الآخرين.	**0,638**
6. السماحة والأريحية.	**0,590**
7. الذكاء الوجداني.	**0,770**
8. تقبل غير مشروط للذات.	**0,625**
9. تقبل المسئولية الشخصية.	**0,770**
10. المجازفة الايجابية.	**0,504**

(**) دالة عند 0,01

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين درجة أبعاد التفكير الإيجابي والدرجة الكلية للمقياس معاملات مرتفعة ولها دلالة إحصائية عند مستوى (0,01) وهى معاملات مرتفعة ومقبولة.

ثانياً: مقياس المساندة الاجتماعية والذي أعده في الأصل Spender George ،وقامت بترجمته وإعداده للبيئة العربية عفاف عبد الفادي داديال ، ويتكون المقياس من بعدين هما: بعد المساندة الاجتماعية داخل إطار الأسرة ، وبعد المساندة الإجتماعية خارج إطار الأسرة. ويصحح المقياس باختيار أحد الخيارات الأربعة (موافق تماما : 4 درجات – موافق بصفة عامة: 3- موافق إلى حد ما : درجتان- غير موافق: درجة واحدة فقط) (عفاف عبد الفادي داديال، 2016).وتكونت عينة التقنين من (120) فرداً ، بمتوسط 59,7 ، وانحراف معياري بلغ 2,7. بلغت معاملات سبيرمان براون (0,86) ، ومعادلة جتمان (0,82) ومعاملات ثبات معادلة ألفا كرونباخ (0,84) وهى معاملات ثبات مرتفعة وتشير إلى مدى ما يتمتع به المقياس من قدر عالي ومرتفع من الثبات. وتم حساب معاملات الصدق العاملي ، وصدق الاتساق الداخلي لبنود المقياس حيث تراوح بين (0,29– 0,91)، وحساب صدق الاتساق الداخلي للابعاد الفرعية والدرجة الكلية حيث تراوح بين (0,89- 0,91) وهى معاملات ارتباط مرتفعة تشير لمدى ما يتمتع به المقياس من قدر مرتفع من الصدق (سبندر جورج ، 2016).

الخصائص السيكومترية لمقياس المساندة الاجتماعية في البحث الحالي:

أ- **<u>حساب الثبات في البحث الحالي:</u>**

تم حساب ثبات المقياس بطريقتين : **معامل ألفا كرونباخ** بلغ معامل الثبات (**0,937**)، القسمة النصفية (فردي- زوجي) باستخدام معادلة سبيرمان براون Spearman- Brown Coefficient في حالة تساوي نصفي البنود حيث بلغ (**0,931**).

ب- **<u>حساب الصدق في البحث الحالي:</u>**

قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي وذلك بحساب معامل ارتباط بيرسون بين بنود المقياس مع الدرجة الكلية حيث تراوح بين (0,3 – 0,6) ، حساب معامل ارتباط بيرسون بين الابعاد الفرعية والدرجة الكلية ، حيث أتضح أن بعد المساندة الاجتماعية داخل الأسرة بلغ معامل ارتباط بيرسون (0,961) ، وبعد المساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة (0,964)

ثالثاً: مقياس جودة الحياة للمسنين والذي أعددته منظمة الصحة العالمية في الأصل، وقامت بتعريبه بشري إسماعيل أحمد. يتكون المقياس من (38) فقرة موزعة على خمسة أبعاد فرعية هي: الصحة الجسمية، والعلاقات الاجتماعية، والبيئة، والصحة النفسية، والصحة الروحية. ويصحح المقياس بالاجابة على مقياس متدرج من ثلاث نقاط (كثيرا: 3 درجات- أحياناً: درجتان- نادراً: درجة واحدة فقط) ، وفي حالة العبارات السلبية تعكس الدرجات (1،2،3) على الترتيب ، وبلغ عدد العبارات السلبية (11) عبارة و هي العبارات أرقام: 2، 3، 4، 12، 19، 23، 25، 26، 28، 29، 30 . وتم التحقق من ثبات وصدق المقياس باتباع الخطوات التالية:

أولاً: الثبات:

1. **الاتساق الداخلي للمقياس:** تم التحقق باستخدام معاملات الارتباط بين المفردات والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وتراوحت معاملات الارتباط بين (0,36- 0,86) وكانت لها دلالة عند مستوى (0,01) ، كذلك تم حساب معامل ارتباط الأبعاد الفرعية المكونة للمقياس مع بعضها، حيث كانت دالة عند مستوى (0,01).

2- **معامل ألفا كرونباخ:** تراوحت معاملات ثبات ألفا للأبعاد الفرعية بين (0,68- 0,88) ، بلغ معامل ثبات ألفا للبعد الأول (0,71)، والبعد الثاني (0,74)، والبعد الثالث (0,68)، والبعد الرابع (0,72)، والخامس (0,88) مما يدل على تمتع المقياس بجميع أبعاده بدرجة مرتفعة من الثبات. كما بلغت قيمة معامل ثبات ألفا للمقياس الكلي (0,92) مما يشير إلى ثبات المقياس ككل

ثانياً: الصدق : استخدمت الباحثة التحليل العاملي للمقياس ، واسفرت نتائج التحليل عن تشبع الخمس عوامل المكونة للمقياس على عامل واحد فقط ، وبلغ جذره الكامن (3,50)، و هذا العامل يفسر (69,56%) من التباين الكلي ويمكن تسميته " بعامل جودة الحياة "

الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة للمسنين في البحث الحالي:

حساب الثبات في البحث الحالي: تم حساب ثبات المقياس بطريقتين : **معامل ألفا كرونباخ** بلغ معامل الثبات **(0,561)**، **والقسمة النصفية (فردي – زوجي)** باستخدام معادلة سبيرمان براون Spearman- Brown Coefficient في حالة تساوي نصفي البنود حيث بلغ **(0,521).**

حساب الاتساق الداخلي : تم حساب معامل ارتباط بيرسون للأبعاد الفرعية مع الدرجة الكلية للمقياس كالتالي: الصحة الجسمية (0,61) ، والعلاقات الاجتماعية (0,60) ، والبيئة (0,41)، والصحة النفسية (0,54)، والصحة الروحية (0,60). مما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة مقبولة من الثبات والصدق.

نتائج البحث:

نتائج الفرض الأول :

الذي يشير إلى أن " هناك فروق دالة في مهارات التفكير الايجابي بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية المسنين في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين المقيمين مع أسرهم ".

جدول (4)

الفروق بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية مسنين في مهارات التفكير الإيجابي

العينة / المهارات	المسنون مع اسرهم (ن=123)		المسنون بدور رعاية مسنين (ن=19)		قيمة ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
1. التوقعات الايجابية والتفاؤل	15,03	2,34	13,94	2,79	1,82	0,07
2. الضبط الانفعالي	17,21	1,88	17,26	2,92	1,103-	0,92
3. حب التعلم والتفتح المعرفي	18,21	2,09	17,10	2,97	2,03	**0,04
4. الشعور العام بالرضا	20,23	2,65	19,42	3,18	1,21	0,23
5. التقبل الإيجابي للاختلاف عن الآخرين	19,16	2,15	19,47	3,04	0,55-	0,58
6. السماحة والأريحية	18,29	2,25	18,00	2,87	0,51	0,61
7. الذكاء الوجداني	16,67	2,12	16,37	2,54	0,55	0,58
8. تقبل غير مشروط للذات	27,39	2,87	27,94	4,30	0,72-	0,47
9. تقبل المسئولية الشخصية	13,35	1,72	12,26	2,47	2,40	*0,01
10. المجازفة الايجابية	13,91	1,16	14,16	2,17	0,64-	0,64
11. الدرجة الكلية	179,47	15,71	175,95	25,73	0,82	0,41

(*) دالة عند 0,01 (**) دالة عند 0,05

نلاحظ من خلال الجدول السابق ما يلي:

- وجود فروق دالة بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية في مهارة حب التعلم والتفتح المعرفي عند مستوى دلالة (0,05)، وفي مهارة تقبل المسئولية الشخصية عند مستوى دلالة (0,01) في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين المقيمين مع أسرهم.

- على الرغم من وجود فروق بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية المسنين في مهارات (التوقعات الايجابية والتفاؤل، وحب التعلم والتفتح المعرفي ، والشعور العام بالرضا، والسماحة والأريحية، والذكاء الوجداني، وتقبل المسئولية الشخصية،والدرجة الكلية لمهارات التفكير الايجابي) في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين المقيمين مع أسرهم،إلا أن هذه الفروق لم يكن لها دلالة إحصائية.

- وعلى الرغم من وجود فروق بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية في مهارات (الضبط الانفعالي ، والتقبل الإيجابي للاختلاف عن الآخرين،والتقبل الغير مشروط للذات) ، في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين المقيمين في دور رعاية مسنين. إلا أن هذه الفروق لم يكن لها دلالة إحصائية، وبذلك يكون الفرض قد تحقق بشكل جزئي.

نتائج الفرض الثاني :

الذي يشير إلى أن " هناك فروق دالة في المساندة الاجتماعية بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية المسنين في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين المقيمين مع أسرهم".

جدول (5)

الفروق بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية مسنين في المساندة الاجتماعية

العينة / المهارات	المسنون مع اسرهم (ن=123)		المسنون بدور رعاية مسنين (ن=19)		قيمة ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
1. المساندة الاجتماعية داخل الأسرة	60,75	11,20	50,16	12,77	3,76	*0,000
2. المساندة الاجتماعية خارج الأسرة	63,11	11,70	52,79	12,55	3,54	*0,001
3. المساندة الاجتماعية الكلية	123,85	21,55	102,95	25,05	3,85	*0,000

(*) دالة عند 0,01

نلاحظ من خلال الجدول السابق ما يلي:

- وجود فروق دالة بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية المسنين في كل من : المساندة الاجتماعية داخل الأسرة، والمساندة الاجتماعية خارج الأسرة، والمساندة الاجتماعية الكلية عند مستوى دلالة (0,01) في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين المقيمين مع أسرهم، وبذلك يكون الفرض قد تحقق.

نتائج الفرض الثالث :

الذي يشير إلى أن " هناك علاقة دالة بين التفكير الايجابي والمساندة الاجتماعية،وبين جودة الحياة لدي المسنين"

جدول (6)

معاملات ارتباط بيرسون بين مهارات التفكير الايجابي وجودة الحياة لدي عينة المسنين

ابعاد (جودة الحياة– المساندة الاجتماعية) / مهارات(التفكير) و أبعاد المساندة	الصحة الجسمية	العلاقات الاجتماعية	البيئة	الصحة النفسية	الصحة الروحية	جودة الحياة الكلية	المساندة الاجتماعية		
							داخل الأسرة	خارج الأسرة	الكلية
1. التوقعات الايجابية والتفاؤل	**0,24	*0,18	0,08	0,04-	0,03	*0,18	**0,33	**0,38	*0,18
2. الضبط الانفعالي	**0,17	0,08	0,006-	0,03	0,08	0,15	*0,2	*0,21	0,15
3. حب التعلم والتفتح المعرفي	**0,33	**0,33	0,09	0,09-	0,13	**0,26	**0,38	**0,43	**0,26
4. الشعور العام بالرضا	**0,25	**0,25	0,05	0,06-	0,05	*0,2	**0,32	**0,43	*0,2
5. التقبل الإيجابي للاختلاف عن الآخرين	**0,26	*0,19	0,04	0,07-	0,05	*0,2	**0,27	**0,37	*0,2
6. السماحة والأريحية	*0,21	*0,20	0,03	0,05-	0,02-	0,14	**0,29	**0,36	0,14

7. الذكاء الوجداني	0,34**	0,27**	0,06-	0,03-	0,01	0,21*	0,31**	0,42**	0,21*
8. تقبل غير مشروط للذات	0,30**	0,21*	0,00	0,16-	0,02	0,14	0,22**	0,22**	0,14
9. تقبل المسئولية الشخصية	0,23**	0,27**	0,02-	0,17*-	0,09	0,14	0,34**	0,43**	0,14
10. المجازفة الايجابية	0,28**	0,09	0,03	0,07	0,00	0,2*	0,24**	0,21*	0,2*
الدرجة الكلية	0,36**	0,27**	0,04	0,07-	0,06	0,26**	0,39**	0,46**	0,25**
1. المساندة الاجتماعية داخل الأسرة	0,42**	0,53**	0,33**	0,05	0,32**	0,59**			
2. المساندة الاجتماعية خارج الأسرة	0,44**	0,59**	0,24**	0,16	0,34**	0,63			
3. المساندة الاجتماعية الكلية	0,45**	0,59**	0,30**	0,11	0,34**	0,64**			

من خلال استقراء الجدول السابق نلاحظ ما يلي:

- وجود علاقة ارتباطية دالة بين جميع مهارات التفكير الايجابي وابعاد جودة الحياة الفرعية : الصحة الجسمية، والعلاقات الاجتماعية ،والدرجة الكلية لجودة الحياة وتراوحت دلالة الارتباط بين (0,05- 0,01) ، وعدم وجود علاقة دالة في ابعاد جودة البيئة، والصحة النفسية ، والصحة الروحية.
- وجود علاقة ارتباطية دالة بين مهارات التفكير الايجابي وابعاد المساندة الاجتماعية وتراوحت دلالة الارتباط بين (0,05- 0,01) وعدم وجود علاقة دالة للدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية مع كل من الضبط الانفعالي، و السماحة والأريحية،و التقبل غير المشروط للذات، و تقبل المسئولية الشخصية.

- وجود علاقة ارتباطية دالة بين أبعاد المساندة الاجتماعية وأبعاد جودة الحياة وتراوحت دلالة الارتباط بين (0,05- 0,01) في أبعاد الصحة الجسمية، والعلاقات الاجتماعية، وجودة البيئة ، والدرجة الكلية لجودة الحياة . وعدم وجود علاقة دالة في بعد الصحة النفسية مع أبعاد المساندة الاجتماعية الثلاثة ، وعدم وجود علاقة دالة للدرجة الكلية لجودة الحياة مع بعد المساندة الاجتماعية خارج الأسرة.

نتائج الفرض الرابع :

الذي يشير إلى أن " هناك فروق دالة في مهارات التفكير الايجابي بين المسنين والمسنات في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين."

جدول (7)

الفروق بين المسنين والمسنات في مهارات التفكير الإيجابي

العينة / المهارات	المسنون (ن=70)		المسنات (ن=72)		قيمة ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
1. التوقعات الايجابية والتفاؤل	14,4	2,6	15,3	2,2	2,1-	0,03**
2. الضبط الانفعالي	17,4	2,2	17,0	1,8	1,3	0,19
3. حب التعلم والتفتح المعرفي	17,8	2,3	18,3	2,2	1,5-	0,14
4. الشعور العام بالرضا	20,1	2,8	20,2	2,6	0,42-	0,67

العينة / المهارات	المسنون (ن=70)		المسنات (ن=72)		قيمة ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
5. التقبل الإيجابي للاختلاف عن الآخرين	19,1	2,3	19,3	2,3	0,76-	0,45
6. السماحة والأريحية	18,0	2,5	18,5	2,2	1,35-	0,18
7. الذكاء الوجداني	16,7	2,3	16,5	2,1	0,47	0,64
8. تقبل غير مشروط للذات	27,2	3,2	28,0	3,0	1,2-	0,23
9. تقبل المسئولية الشخصية	13,0	2,0	13,4	2,0	1,3-	0,20
10. المجازفة الايجابية	13,8	2,2	14,1	2,2	0,63-	0,53
11. الدرجة الكلية	177,4	18,9	180,5	15,6	1,1-	0,29

(**) دالة عند 0,05

نلاحظ من خلال الجدول السابق ما يلي:

- وجود فروق دالة بين المسنين والمسنات في مهارة التوقعات الايجابية والتفاؤل عند مستوى دلالة (0,05) في اتجاه ارتفاعها نحو المسنات .
- على الرغم من وجود فروق بين المسنين والمسنات في مهارات (الضبط الانفعالي ،و الذكاء الوجداني) في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين ،إلا أن هذه الفروق لم يكن لها دلالة إحصائية.
- وعلى الرغم من وجود فروق بين المسنين والمسنات في مهارات (حب التعلم والتفتح المعرفي ،والشعور العام بالرضا ،و التقبل الإيجابي للاختلاف عن الآخرين ، والسماحة والأريحية ،و التقبل غير المشروط للذات،و تقبل المسئولية الشخصية، و المجازفة الايجابية،و الدرجة الكلية لمهارات التفكير الايجابي) ، في اتجاه ارتفاعها نحو المسنات. إلا أن هذه الفروق لم يكن لها دلالة إحصائية، وبذلك لم يتحقق الفرض بشكل جزئي.
- *نتائج الفرض الخامس :*

الذي يشير إلى أن " هناك فروق دالة في المساندة الاجتماعية وجودة الحياة بين المسنين والمسنات في اتجاه ارتفاعها نحو المسنات."

جدول (8)

الفروق بين المسنين والمسنات في المساندة الاجتماعية وجودة الحياة

العينة / المهارات	المسنون (ن=70)		المسنات (ن=72)		قيمة ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
1. المساندة الاجتماعية داخل الأسرة	58,9	13,6	59,7	10,1	0,37-	0,71
2. المساندة الاجتماعية خارج الأسرة	61,9	13,6	61,5	11,0	0,18	0,86
3. المساندة الاجتماعية الكلية	120,8	26,2	121,2	20,1	0,09-	0,93

العينة / المهارات	المسنون (ن=70)		المسنات (ن=72)		قيمة ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
4. الصحة الجسمية	16,7	3,2	16,0	2,7	1,5	0,12
5. العلاقات الاجتماعية	6,7	1,7	6,6	1,5	0,38	0,70
6. البيئة	16,4	2,0	16,0	2,1	1,37	0,17
7. الصحة النفسية	22,5	2,6	22,1	2,1	0,95	0,34
8. الصحة الروحية	20,2	2,7	20,7	2,4	1,20-	0,23
9. جودة الحياة الكلية	82,6	6,9	81,4	5,6	1,14	0,26

(*) دالة عند 0,01

نلاحظ من خلال الجدول السابق ما يلي:

- على الرغم من وجود فروق بين المسنين والمسنات في كل من : (المساندة الاجتماعية داخل الأسرة، والمساندة الاجتماعية الكلية ، والصحة الروحية) في اتجاه ارتفاعها نحو المسنات ، إلا أن هذه الفروق لم يكن لها دلالة إحصائية.
- على الرغم من وجود فروق بين المسنين والمسنات في كل من : (المساندة الاجتماعية خارج الأسرة، والصحة الجسمية ، والعلاقات الاجتماعية، والبيئة، والصحة النفسية، وجودة الحياة الكلية) في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين ، إلا أن هذه الفروق لم يكن لها دلالة إحصائية، وبالتالي لم يتحقق الفرض.

نتائج الفرض السادس :

الذي ينص على أنه " يمكن التنبؤ بجودة الحياة من مهارات التفكير الايجابي والمساندة الاجتماعية لكل من المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية المسنين" .

نستطيع توضيح نتائج هذا الفرض كالتالي :

بالنسبة للمسنين المقيمين مع اسرهم : تم عمل تحليل الانحدار لمهارات التفكير الايجابي بأبعاد ها العشرة كالتالي: التوقعات الايجابية والتفاؤل،والضبط الانفعالي،و حب ا لتعلم والتفتح المعرفي،و الشعور العام بالرضا،والتقبل الإيجابي للاختلاف عن الآخرين،والسماحة والأريحية،والذكاء الوجداني،والتقبل غير المشروط للذات،وتقبل المسئولية الشخصية،والمجازفة الايجابية ،بالإضافة للدرجة الكلية للتفكير الايجابي، والمساندة الاجتماعية بشقيها المساندة داخل الأسرة ، والمساندة خارج الأسرة بالإضافة للدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية. بالإضافة للدر جة الكلية للتنبؤ بجودة حياة المسنين.

- ✓ *نوضح فيما يلي أكثر مهارات التفكير الايجابي ،وأبعاد المساندة الاجتماعية ، والتي تكون لديها قدرة تنبؤية أعلى من باقي المهارات والأبعاد للتنبؤ بجودة الحياة لدي المسنين المقيمين مع اسرهم ، نستخدم معاملات الانحدار البسيط كالتالي:*

جدول (9)

معاملات الانحدار البسيط (قيمة ف ودلالتها) لمهارات التفكير الايجابي وأبعاد المساندة الاجتماعية لدي عينة المسنين المقيمين مع أسرهم

المهارات والأبعاد المنبئة	معامل الانحدار R	مربع معامل الإنحدار R	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
1. المساندة الاجتماعية الكلية	**0,626**	**0,392**	**1921,4**	**78,1**	****0,000**

(*) دالة عند مستوى دلالة 0,05 (**) دالة عند مستوى دلالة 0,01

جدول (10)
معاملات الانحدار البسيط (قيمة ت ودلالتها) لمهارات التفكير الايجابي وأبعاد المساندة الاجتماعية لدي عينة المسنين المقيمين مع أسرهم

المهارات والأبعاد المنبئة	الثابت	معامل بيتا	قيمة ت	الدلالة
1. المساندة الاجتماعية الكلية	**59,5**	**0,626**	**22,7**	****0,000**

(*) دالة عند مستوى دلالة 0,05 (**) دالة عند مستوى دلالة 0,01

من خلال استقراء الجدول السابق نلاحظ أن أكثر المهارات والأبعاد المنبئة بجودة الحياة لدي المسنين المقيمين مع اسرهم هي: المساندة الاجتماعية الكلية .وكانت لها قدرة تنبؤية عند مستوى دلالة (0,01)،وأن باقي مهارات التفكير الايجابي وأبعاد المساندة الاجتماعية بشقيها ليس لها قدرة تنبؤية دالة على جودة الحياة للمسنين المقيمين مع أسرهم .

بالنسبة للمسنين المقيمين في دور رعاية المسنين: تم عمل تحليل الانحدار لمهارات التفكير الايجابي العشرة بالإضافة للدرجة الكلية، وأبعاد المساندة الاجتماعية بالإضافة للدرجة الكلية للتنبؤ بجودة حياة المسنين.

- ✓ *نوضح فيما يلي أكثر مهارات التفكير الايجابي ،وأبعاد المساندة الاجتماعية ، والتي تكون لديها قدرة تنبؤية أعلى من باقي المهارات والأبعاد للتنبؤ بجودة الحياة لدي المسنين المقيمين في دور رعاية ، نستخدم معاملات الانحدار البسيط كالتالي:*

جدول (11)
معاملات الانحدار البسيط (قيمة ف ودلالتها) لمهارات التفكير الايجابي وأبعاد المساندة الاجتماعية لدي عينة المسنين المقيمين في دور رعاية

المهارات والأبعاد المنبئة	معامل الانحدار R	مربع معامل الإنحدار R	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة
1. المساندة الاجتماعية خارج الأسرة	**0,793**	**0,629**	**348,2**	**28,8**	****0,000**
2. التوقعات الإيجابية والتفاؤل	**0,862**	**0,742**	**205,6**	**23,1**	****0,000**
3. التقبل غير المشروط للذات	**0,901**	**0,811**	**149,7**	**21,2**	****0,000**

(*) دالة عند مستوى دلالة 0,05 (**) دالة عند مستوى دلالة 0,01

جدول (12)
معاملات الانحدار البسيط (قيمة ت ودلالتها) لمهارات التفكير الايجابي وأبعاد المساندة الاجتماعية لدي عينة المسنين المقيمين في دور رعاية

المهارات والأبعاد المنبئة	الثابت	معامل بيتا	قيمة ت	الدلالة
1. المساندة الاجتماعية خارج الأسرة	61,4	0,793	17,3	**0,000
2. التوقعات الإيجابية والتفاؤل	67,2	1,06	18,1	**0,000
3. التقبل غير المشروط للذات	60,8	0,836	14,3	**0,000

(*) دالة عند مستوى دلالة 0,05 (**) دالة عند مستوى دلالة 0,01

من خلال استقراء الجدول السابق نلاحظ أن أكثر المهارات والأبعاد المنبئة بجودة الحياة لدي المسنين المقيمين في دور رعاية هي: بعد واحد للمساندة الاجتماعية و هو المساندة خارج الأسرة، ومهارتين فقط من مهارات التفكير الايجابي وهما: التوقعات الإيجابية والتفاؤل، و التقبل غير المشروط للذات.وكان لكل منهما جميعا قدرة تنبؤية عند مستوى دلالة (0,01)، وأن باقي مهارات التفكير الايجابي وابعاد المساندة الاجتماعية ليس لها قدرة تنبؤية دالة على جودة حياة المسنين المقيمين في دور رعاية.

مناقشة نتائج البحث:

مناقشة نتائج الفرض الأول : الذي ينص على : " هناك فروق دالة في مهارات التفكير الايجابي بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية المسنين في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين المقيمين مع أسرهم ".

بالنظر إلى جدول (4) نلاحظ وجود فروق دالة بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية في مهارة حب التعلم والتفتح المعرفي عند مستوى دلالة (0,05)، وفي مهارة تقبل المسئولية الشخصية عند مستوى دلالة (0,01) في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين المقيمين مع أسرهم.

- على الرغم من وجود فروق بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية المسنين في مهارات (التوقعات الايجابية والتفاؤل، وحب التعلم والتفتح المعرفي ، والشعور العام بالرضا، والسماحة والأريحية، و الذكاء الوجداني، و تقبل المسئولية الشخصية،و الدرجة الكلية لمهارات التفكير الايجابي) في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين المقيمين مع أسرهم،إلا أن هذه الفروق لم يكن لها دلالة إحصائية.

- وعلى الرغم من وجود فروق بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية في مهارات (الضبط الانفعالي ، والتقبل الإيجابي للاختلاف عن الآخرين،والتقبل الغير مشروط للذات) ، في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين المقيمين في دور رعاية مسنين. إلا أن هذه الفروق لم يكن لها دلالة إحصائية، وبذلك يكون الفرض قد تحقق بشكل جزئي.

يُعد التفكير عاملاً من العوامل الأساسية في حياة المسن ،ويساعده على حل الكثير من المشكلات التي يواجهها وافراد اسرته ، وتجنب الكثير من الأخطاء ،وفي السيطرة والتحكم على أمور كثيرة وتسييرها لصالحه (زياد بركات غانم،2005).والتفاؤل والثقة أمران ضروريان لنجاح المسن في جميع جوانب الحياة،أن الإيجابية يمكن أن تكون أمرا جيدا، قد تتجاوز مستويات التفاؤل (Von Bergen& Martin S. Bressler, 2011) كما أن تعديل أساليب المسن في التفكير والإدراك تصحبه تغييرات إيجابية في السلوك مع أفراد أسرته التي يعيش فيها ، ويمارس أساليب جديدة وفعالة من

حيث التواصل الاجتماعي الناجح؛ فضلاً عما يكتسبه المسن بفضل ذلك من قدرات تمكنه من التحكم فيما يواجهه من اضطراب نفسي ووجداني،أي أنه يصبح قادراً على تعديل حياته وتوجيهها إيجابياً في المجالات الوجدانية والاجتماعية والذهنية (عبد الستارإبراهيم، 2011: 20).كما توجد علاقة قوية بين ثقة المسن بنفسه وبين مهارات التفكير الايجابي،والعكس صحيح؛ فكلما زادت ثقته بنفسه وبقدراته كلما كانت شخصيته ايجابية وأفكاره وأساليب تفكيره ايجابية (عبد السلام مصطفي عبد السلام، 2004).إن ما يميز الإنسان عن باقي الكائنات نزعته القوية إلى التفكير الايجابي؛ فملكات العقل تعد وسائل للتفكير الايجابي (Carr,2004).كلما كان تفكير المسن ايجابياً كلما أدي إلى حل فاعل وناجع لمشكلاته

ويفسر الباحث هذه النتيجة بأن المسنين المقيمين مع اسرهم و الحاصلين على درجات مرتفعة في مهارات التفكير الايجابي ، لديهم شعور بالتفاؤل وحسن الحال.كما أنهم راضون عن وجودهم، ويجدون الحياة معطاءة، أما المسنون الذين يقيمون في دور رعاية والحاصلين على درجات منخفضة فيكونون متشائمين، ومكتئبين، ومحبطين من وجودهم.

مناقشة نتائج الفرض الثاني : الذي ينص على : " هناك فروق دالة في المساندة الاجتماعية بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية المسنين في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين المقيمين مع أسرهم.

نلاحظ من خلال جدول (5) ما يلي:وجود فروق دالة بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية المسنين في كل من : المساندة الاجتماعية داخل الأسرة، والمساندة الاجتماعية خارج الأسرة، والمساندة الاجتماعية الكلية عند مستوى دلالة (0,01) في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين المقيمين مع أسرهم، وبذلك يكون الفرض قد تحقق.

حيث نجد أن المسن الذي يقيم مع اسرته يتلقي مساندة عاطفية من أفرادها وتتمثل في إظهار مشاعر الود والحب ، والمودة والرعاية تجاهه (Malone Beach , E., & Zarit ,S, 1995). **كما** تمده بالنصيحة والإرشاد أو المعلومات المناسبة للموقف بغرض مساعده الفرد فى فهم موقفه أو التعايش مع مشاكل البيئة أو مشاكله الشخصية ، فالمعلومة ربما تقوى إدراكات الضبط عن طريق تزويد الفرد بطرق إدارة مشكلته والتعايش معها (عزة عبدالكريم مبروك، 2001). كما يتلقي المسن من افراد أسرته التشجيع والتأييد المستمر لأدائه وأفكاره الخاصة عند مقارنتها بآراء غيره ، ويدرك الفرد هذا التأييد عن طريق تقديم معلومات مباشرة تفيد في ارتفاع تقدير الفرد لذاته، ولفاعليتها عند مواجهة الشدائد (جيهان أحمد حمزة ، 2002).
كما يحصل المسن على مساعدة الناس له بالأموال والأدوات أو مشاركته في بذل الجهد وتحمل الموقف وتخفيف المسئولية وتقليل الخسائر.وهى تقدم في صورة هدايا أو منح قروض ميسرة أو أشياء عينية أو التطوع في عمل يزيد الفرح والسرور في السراء أو يخفف التوتر والألم (شيماء أحمد محمد الديداموني، 2009).
ومن خلال أنشطة الفراغ والترويح،حيث تخفف الضغوط أيضا من خلال المساعدة على إبعاد المسن عن الانشغال بالمشكلات أوعن طريق تيسير الجوانب الوجدانية (حمدى سعد شعبان، 2002).والمساندة الاجتماعية الأسرية تحمى المسن من الضغوط التي يعانى منها ، حيث أن

المسن الذى يتمتع بمساندة اجتماعية قوية يستطيع أن يتعامل مع الضغوط الحياتية اليومية بشكل أكثر نجاحاً من الذين لديهم ضعف في المساندة الاجتماعية (مها جاد الله حسن، 2004).
وتتفق نتائج دراستنا مع نتائج دراسات كل من : (محمد حسن غانم، 2002) في أن إدراك المسنين والمسنات الذين يعيشون في بيئة طبيعية للمساندة الاجتماعية، بأبعادها المختلفة، أكبر وأفضل من المسنين والمسنات الذين يقيمون في دور الإيواء. وأن إدراك الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب يتزايد لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الإيواء. ومع دراسة رغداء نعيسة، وسهاد بدره (2014) في وجود علاقة ارتباطية سلبية دالة بين درجة المساندة الاجتماعية الاسرية والاكتئاب لدي عينة المسنين في دور الرعاية .كما تتفق نتائج دراستنا مع نتائج دراسة (يوسف موسي مقدادي ، وأسماء الإبراهيم ، 2014) في أن وجود المسنين بعيدا عن الحياة الأسرية ، وبالتالي يشعرون بعد وجود معنى لحياتهم، ولا يتفاعلون مع بيئاتهم، ويفضلون ثبات الأحداث الحياتية، ويتبع هذا أن يفقد الإنسان بعضا من إحساسه بقيمته في الحياة ، خاصة إذا كان إحساسه بذاته مستمدا بصورة كبيرة من أسرته ، كما أن الإنسان يفقد ، ببعده عن أسرته ، أحد أهم وسائل الاحتكاك الاجتماعي ، وأن وجود المسن في دور الرعاية يجد من الصعب عليه التكيف مع مستجدات الحياة ، وما تتطلبه من علاقات وأنماط سلوكية جديدة في تلك الدور . وربما ترد هذه النتيجة إلى أن المسنين يشعرون بالفشل أو الإحباط نتيجة وجودهم في أماكن لا تولي الاهتمام الكافي ، مقارنة بوجوده ضمن أسرة طبيعية ، وبالتالي يكون سلوكهم متسمًا بالشك ، والحذر، والحساسية ، والتأثر، والانفعال، وعليه فإن قدرته على اتخاذ القرار، ومواجهة الأزمات تصبح منخفضة ، وهو ما يفسر انخفاض مستوى الصلابة النفسية لدى المسنين في دور الرعاية.

مناقشة نتائج الفرض الثالث : الذي ينص على : **"** هناك علاقة دالة بين التفكير الايجابي والمساندة الاجتماعية، وبين جودة الحياة لدي المسنين **"**.

من خلال النظر في جدول (6) نلاحظ ما يلي:

- وجود علاقة ارتباطية دالة بين جميع مهارات التفكير الايجابي وابعاد جودة الحياة الفرعية : الصحة الجسمية، والعلاقات الاجتماعية ،والدرجة الكلية لجودة الحياة وتراوحت دلالة الارتباط بين (0,05- 0,01) ، وعدم وجود علاقة دالة في ابعاد جودة البيئة، والصحة النفسية ، والصحة الروحية.
- وجود علاقة ارتباطية دالة بين مهارات التفكير الايجابي وابعاد المساندة الاجتماعية وتراوحت دلالة الارتباط بين (0,05- 0,01) وعدم وجود علاقة دالة للدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية مع كل من الضبط الانفعالي، و السماحة والأريحية،و التقبل غير المشروط للذات، و تقبل المسئولية الشخصية.
- وجود علاقة ارتباطية دالة بين أبعاد المساندة الاجتماعية وأبعاد جودة الحياة وتراوحت دلالة الارتباط بين (0,05- 0,01) في أبعاد الصحة الجسمية، والعلاقات الاجتماعية، وجودة البيئة ، والدرجة الكلية لجودة الحياة . وعدم وجود علاقة دالة في بعد الصحة النفسية مع أبعاد المساندة الاجتماعية الثلاثة ، وعدم وجود علاقة دالة للدرجة الكلية لجودة الحياة مع بعد المساندة الاجتماعية خارج الأسرة.

يساعد التفكير الايجابي على حل الكثير من المشكلات وتجنب الكثير من الأخطاء ،وفي السيطرة والتحكم على أمور كثيرة وتسييرها لصالحه (زياد بركات غانم،2005).كما أن

التفاؤل والثقة أمران ضروريان لنجاح المسن في جميع جوانب الحياة،أن الإيجابية يمكن أن تكون أمرا جيدا، قد تتجاوز مستويات التفاؤل (Von Bergen& Martin S. Bressler, 2011) وقد اهتم الكثير من علماء النفس بدراسة الخبرات الذاتية الايجابية والسمات الشخصية الايجابية والعادات الايجابية لأنها تؤدي إلى تحسين جودة الحياة، وتجعل للحياة قيمة وتحول دون الأعراض المرضية التي تنشا عندما لا يكون للحياة معنى (seligman & Csikszentmhalyi, 2000).كما ينظر إليه على أنه الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية ، والإحساس بحسن الحال، وإشباع الحاجات، والرضا عن الحياة ، وإدراك الفرد لقوى ومضامين حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الايجابية ، وإحساسه بالسعادة وصولاً إلى حياة متناغمة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في مجتمعه (مسعودي امحمد، 2015) وقدم سيلجمان Seligman, M , 1995 رؤيته حول جودة الحياة في أنها تعتمد على أبعاد عديدة يتم تربيتها مع الطفل من الصغر ليذشأ محملاً بهذه التصورات التى تعتمد في اساسها على التفاؤل Optimism ، ويري أنه يمكن تدريب الصغار، والراشدين ، والمسنين على ممارسة السلوك التفاؤلي . ويعتبره أساساً لجودة الحياة Seligman, Martin (,1995).

ويفسر الباحث النتيجة الحالية بأن الأفراد الذين يظهرون مستوى مرتفعاً من الرضا عن الحياة، أميل إلى تبني الاتجاهات التفاؤلية، وأميل إلى عزو الأشياء الايجابية لذواتهم، ويميلون إلى استخدام العبارات الايجابية، و هذا يساهم في تكوين شبكة علاقات اجتماعية تدعمه، و هذا بدوره يزيد من اعتقاداته بامتلاكه إمكانات توافقية من أجل التمكن من حل مشكلاته بصورة عملية، وتصبح قدرته على مواجهة تحدّيات الحياة، وقدرته على التكيف مع الآخرين، وقدرته على السيطرة على أفكاره، ومعتقداته أكثر فاعلية.

مناقشة نتائج الفرض الرابع : الذي ينص على : " هناك فروق دالة في مهارات التفكير الايجابي بين المسنين والمسنات في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين ".

نلاحظ من خلال جدول (7) ما يلي:

- وجود فروق دالة بين المسنين والمسنات في مهارة التوقعات الايجابية والتفاؤل عند مستوى دلالة (0,05) في اتجاه ارتفاعها نحو المسنات .
- على الرغم من وجود فروق بين المسنين والمسنات في مهارات (الضبط الانفعالي ،و الذكاء الوجداني) في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين ،إلا أن هذه الفروق لم يكن لها دلالة إحصائية.
- وعلى الرغم من وجود فروق بين المسنين والمسنات في مهارات (حب التعلم والتفتح المعرفي ،والشعور العام بالرضا ،و التقبل الإيجابي للاختلاف عن الآخرين ، والسماحة والأريحية ،و التقبل غير المشروط للذات،و تقبل المسئولية الشخصية، و المجازفة الايجابية،و الدرجة الكلية لمهارات التفكير الايجابي) ، في اتجاه ارتفاعها نحو المسنات. إلا أن هذه الفروق لم يكن لها دلالة إحصائية، وبذلك لم يتحقق الفرض بشكل جزئي.

تتفق نتائج دراستنا مع دراسات كل من (عبد الستار إبراهيم، 2011؛ زياد بركات غانم ، 2005؛ أشرف محمد علي شلبي،2011؛2012) في أن صاحب التفكير الايجابي يتصف بقوة إحساسه الوجداني نحو الآخرين،ولا يجرح الآخرين أو يستهزئ بهم ،ويقدم نقده وملاحظاته للآخرين بشكل بناء ومفيد. ، كما ان لغته ومفرداته تتمتع بالمرونة قابلة للأخذ والعطاء، وقادراً على الحوار والمناقشة العلمية، والمثمرة والمفيدة له وللآخرين. يحاول صاحبه قدر الإمكان إعطاء تصور طبيعي وواقعي عن ذاته أمام الآخرين، ويقدم نفسه للآخرين بشفافية،وتواضع،لأنه يدرك أن المثالية والكمال ليست من صفات البشر وبالتالي لا حاجة إلى أن يلبس قناع بما لا يفيد ولا يلزم. كما يتمتع صاحبه بامتلاك أساليب مبتكرة،وجديدة تناسب التطور،ويُعد بذلك من الأفراد المبدعين القادر على التوصل إلى حلول ناجعة وفاعلة للمشكلات المحيطة له ولغيره. ويستخدم أصحابه المهارات العقلانية للتفكير الايجابي التالية:التوقعات الايجابية والتفاؤل،والضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا،وحب التعلم والتفتح المعرفي الصحي،والشعور العام بالرضا،والتقبل الايجابي للاختلاف عن الآخرين،والسماحة والأريحية،والذكاء الوجداني،والتقبل الغير مشروط للذات، وتقبل المسئولية الشخصية،والمجازفة الايجابية.

كما تتفق نتائج دراستنا مع دراسة فاتن الدهان (2005) في وجود فروق في التوافق الاجتماعي بين المسنين الذكور الذين يعيشون مع أسرهم ، والذين يعيشون في دور الرعاية، كذلك وجود فروق في التوافق الاجتماعي بين المسنين والمسنات في دور الرعاية . كما أوضحت النتائج بأنه لا توجد فروق بين المسنين والمسنات الذين يقيمون مع أسرهم في التوافق الاجتماعي .

ونتفق مع دراسة رغداء نعيسة، وسهاد بدره (2014) في وجود فروق دالة بين المسنين والمسنات في درجة المساندة الاجتماعية الأسرية وفي اتجاه ارتفاعها نحو المسنين

ويفسر الباحث هذه النتيجة بأن المسنين الذكور يملكون معتقدات أكثر، بإمكانياتهم التحكم فيما يلاقونه من أحداث، ولديهم القدرة على تحمل المسؤولية، والقدرة على اتخاذ القرار، وتحدي الموضوعات الشائكة أكثر، مقارنه مع المسنات، كما أن تمسك المسنين الذكور بمجموعة من الالتزامات، والتي بدورها تمنح المسن معنى له في الحياة، تبدو أكثر وضوحا لدى المسنين الذكور.

وربما ترد النتيجة بأن المسنين الذكور لديهم القدرة على مواجهة الضغوط، والمشكلات أكثر من المسنات، وهذا يعود إلى التجارب التي يمر بها المسنون الذكور، والتي تمنحهم القدرة على مواجهة الضغوط وهي أكثر تكرارا من تلك التجارب التي تمر بها المسنات.

ويري الباحث بأن المسنين الذكور لديهم قناعة بإمكانية التأثير على البيئة المحيطة، وهذا بدوره يجعلهم يمتلكون مهارات عديدة، وتجعلهم أكثر قدرة في اختيار الأهداف، والنشاطات التي تتلاءم معهم، ، وزاد من قدرتهم على التوقعات الايجابية والتفاؤل، والضبط الانفعالي، والذكاء الوجداني . كما أن طبيعة المسنين الذكور، وبحكم الجنس والصورة المقبولة اجتماعيا، يجعلهم قادرين على تقبل التحدي في المهمات، ورفض الهروب، والميل إلى وضع أهداف واقعية. وهذا كله سيمنحهم درجة عالية من الضبط الانفعالي والذكاء الوجداني.

مناقشة نتائج الفرض الخامس : الذي ينص على أنه : " هناك فروق دالة في المساندة الاجتماعية ، وجودة الحياة بين المسنين والمسنات في اتجاه ارتفاعها نحو المسنات ".

نلاحظ من خلال جدول (8) ما يلي:

- على الرغم من وجود فروق بين المسنين والمسنات في كل من : (المساندة الاجتماعية داخل الأسرة، والمساندة الاجتماعية الكلية ، والصحة الروحية) في اتجاه ارتفاعها نحو المسنات ، إلا أن هذه الفروق لم يكن لها دلالة إحصائية.
- على الرغم من وجود فروق بين المسنين والمسنات في كل من : (المساندة الاجتماعية خارج الأسرة، والصحة الجسمية ، والعلاقات الاجتماعية، والبيئة، والصحة النفسية، وجودة الحياة الكلية) في اتجاه ارتفاعها نحو المسنين ، إلا أن هذه الفروق لم يكن لها دلالة إحصائية، وبالتالي لم يتحقق الفرض.

أشارت نتائج دراسة طارق عبد الله الشهري (2000م). ان المسنين بدار الرعاية اكثر من المسنات، كما أن الوضع الاقتصادي لهم قبل الإيداع كان ضعيفاً. وأن أغلب المسنين منفصل عن شريك حياته. وان أغلبية المسنين بالدار لا يوجد لديهم أبناء.وأبرزت نتائج دراسة محمد حسن غانم (2002) أن إدراك المسنين والمسنات الذين يعيشون في بيئة طبيعية للمساندة الاجتماعية، بأبعادها المختلفة، أكبر وأفضل من المسنين والمسنات الذين يقيمون في دور الإيواء. وأن إدراك الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب يتزايد لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الإيواء. وأيدت نتائج دراسة فاتن الدهان (2005) ذلك ، حيث أشارت إلى وجود فروق في التوافق الاجتماعي بين المسنين الذكور الذين يعيشون مع أسرهم ، والذين يعيشون في دور الرعاية، كذلك وجود فروق في التوافق الاجتماعي بين المسنين والمسنات في دور الرعاية . كما أوضحت الذتائج بأنه لا توجد فروق بين المسنين والمسنات الذين يقيمون مع أسرهم في التوافق الاجتماعي .وتوصلت دراسة تماضر طه عبد الرحمن محمد (2006) بأن ملازمـــة القلق للأكتئاب كانت أعلى نسبة وبلغت (34 %) لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم ويرتادون نوادي المسنين و (57%) لدى المسنين الذين يعيشون في دور المسنين ، وكانت نسبـــة الأكتئاب للمسنين الذين يعيشون بمفردهم (22%) في حين بلغت النسبة للمسنين الأخرين (23%).وأشارت نتائج دراسة رغداء نعيسة، وسهاد بدره (2014) إلى وجود علاقة ارتباطية سلبية دالة بين درجة المساندة الاجتماعية الاسرية والاكتئاب لدي عينة المسنين في دور الرعاية ، ووجود فروق دالة بين المسنين والمسنات في درجة المساندة الاجتماعية الأسرية وفي اتجاه ارتفاعها نحو المسنين كما اشارت إلى وجود فروق ذات دلالة بين المسنين والمسنات في مستوى الاكتئاب، وذلك لصالح الذكور الذين كانوا أقل اكتئاباً. ويجب على الأسرة أن تعمل على تحسين نوعية حياة المسنين بحيث يمكنهم أن يعيشوا حياة مستقلة داخل إطار أسرهم ومجتمعهم دون أن يعانوا من عزل أو إبعاد ، كذلك توفير الجو الأسري للمسن حتى لا يشعر أنه عبء على الأسرة وغير مرغوب في وجوده (إيناس إبراهيم خليفة، 2001).ويري الباحثون أن العديد من المسنين يعيشون حياة نشطة وعطائون للأجيال الأصغر علماً وخبرة وإنتاجاً (كلير فهيم ، 2004).كما أنه يجب على أفراد الأسرة أن يقدروا الخبرة والحكمة عند كبار السن من أفرادها ، وذلك بإشراكهم في القرارات المصيرية للأسرة من منطلق المسئولية الاجتماعية والاقتصادية ، وتقديم المساعدة والعون لهم وتحقيق احتياجاتهم ورغباتهم (حسني إبراهيم الرباط، 2003).

أشارت نتائج دراسة كندا (Canda, 2003) أن هناك فروقاً في الرضا عن الحياة نتيجة الدخل، ولا توجد فروق في الرضا عن الحياة نتيجة العرق أو الجنس أو حجم الأسرة ، وأن المسنين غير المقيمين في دور الرعاية لديهم مفهوم ذات أعلى من المسنين المقيمين في دور الرعاية،

كما أبرزت النتائج أن للإناث المسنات مفهوم ذات أعلى من الذكور المسنين.وأشارت دراسة ميانذز وزملائه (Melendez,J.Tomas,j.Oliver,A.Navarvo, 2008) إلى وجود علاقة سلبية بين العمر ودرجة الرضا عن الحياة ، وجود علاقة إيجابية بين الصلابة النفسية وأبعاد الرضا عن الحياة.وتتفق نتائج بحثنا الحالى مع نتائج بحث باكر وزملائه

(Baker,A.,Buchanan,T.Small,J.Hines,D&Whitfield, 2011) في أن كبار السن الذين يتمتعون بدرجات منخفضة من الاكتئاب، ولديهم رضا عن حياتهم الشخصية، ويتلقون دعماً اجتماعيا يشعرون بالألم النفسي والجسدي بطريقة تتناسب مع الحدث، بعكس المسنين الذين سجلوا درجات مرتفعة في الاكتئاب، ولا يشعرون بالرضا الحياتي، وينقصهم الدعم الاجتماعي، فإنهم شعروا بالألم الجسدي والنفسي بطريقة لا تتناسب والأحداث التي مروا بها.

ومع بحث دونيلان وزملاؤه (Donnellan, C.Hevey, D.Hickey, A&O'Neill,2012) في أن نوعية الحياة، والرضا عن الحياة عامل هام في التكيف مع الآثار النفسية، والجسدية والاجتماعية، وأن الرضا عن الحياة يرتبط عكسياً مع الاكتئاب، والذي يزيد بدوره الآثار النفسية، والجسدية، والاجتماعية بالاتجاه السلبي.وأجري كل من يوسف موسى مقدادي،وأسماء بدري الإبراهيم (2014). وأظهرت النتائج أن مستوى الصلابة النفسية ومستوى الرضا عن الحياة لدى المسنين والمسنات منخفض، وأن مستوى الاكتئاب لدى المسنين والمسنات مرتفع ، كما أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين مستوى الصلابة النفسية والرضا عن الحياة ، ووجود فروق دالّة إحصائيّاً بين المسنين والمسنات ، وذلك لصالح المسنين على مقياس الصلابة النفسية.

كما أن الدرجة على مقياس الرضا عن الحياة تنم عن وجود درجة من الصلابة النفسية الذي يتميز به الفرد، في المواقف التي يحتاج إلى تحمل مسؤولية، والدرجة المرتفعة على هذا المقياس تشير إلى أن الشخص يمكن الاعتماد عليه، وأنه أكثر ميلا إلى متابعة الأحداث الجارية، واتباع قواعد السلوك المتعارف عليها.أما الأفراد الذين يحصلون على درجات منخفضة على مقياس الرضا عن الحياة، فهم في الغالب لا يتحملون المسؤولية، ويتهربون مما عليهم من واجبات، وأكثر ميلا للاندفاع والتمرد ، ولا يستفيدون كثيرا من خبراتهم، كما أنهم أكثر ميلا للانزواء.

ويفسر الباحث ذلك بأن المسنين الذين يظهرون مستوى مرتفعاً من الرضا عن الحياة، أميل إلى تبني الاتجاهات التفاؤلية، وأميل إلى عزو الأشياء الايجابية لذواتهم، ويميلون إلى استخدام العبارات الايجابية، وهذا يساهم في شعورهم بجودة الحياة، و هذا بدوره يزيد من اعتقاداتهم بامتلاكهم إمكانات توافقية من أجل التمكن من حل مشكلاتهم بصورة عملية، وتصبح قدرتهم على مواجهة تحدّيات الحياة، وقدرتهم على التكيف مع الآخرين، وقدرتهم على السيطرة على أفكارهم، ومعتقداتهم أكثر فاعلية.

مناقشة نتائج الفرض السادس : الذي ينص على أنه : **" يمكن التنبؤ بجودة الحياة من مهارات التفكير الايجابي والمساندة الاجتماعية لكل من المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين في دور رعاية المسنين.".**

من خلال استقراء جدول (10) نلاحظ أن أكثر المهارات والأبعاد المنبئة بجودة الحياة لدي المسنين المقيمين مع اسرهم هي: المساندة الاجتماعية الكلية .وكانت لها قدرة تنبؤية عند مستوى دلالة (0,01)،وأن باقي مهارات التفكير الايجابي وأبعاد المساندة الاجتماعية بشقيها ليس لها قدرة تنبؤية دالة على جودة الحياة للمسنين المقيمين مع أسرهم .

من خلال استقراء جدول (11) نلاحظ أن أكثر المهارات والأبعاد المنبئة بجودة الحياة لدي المسنين المقيمين في دور رعاية هي: بعد واحد للمساندة الاجتماعية و هو المساندة خارج الأسرة، ومهارتين فقط من مهارات التفكير الايجابي وهما: التوقعات الإيجابية والتفاؤل، و

التقبل غير المشروط للذات.وكان لكل منهما جميعا قدرة تنبؤية عند مستوى دلالة (0,01)، وأن باقي مهارات التفكير الايجابي وابعاد المساندة الاجتماعية ليس لها قدرة تنبؤية دالة على جودة حياة المسنين المقيمين في دور رعاية.

تتفق نتائج بحثنا مع ما توصلت إليه نتائج دراسات كل من (حسين سعد الدين، 1989؛ على الديب ، 1994؛ عبد اللطيف خليفة، 1997؛ محمد حسن غانم، 2000). بأن المسنون المتقاعدون يعانون من القلق والاكتئاب ، وزيادة المشكلات الصحية في حين تمتع المسنون العاملون بالتوافق النفسي . وزيادة معدلات الاكتئاب لدى المسنين المتقاعدين كما في دراسة (عبد السلام الشيخ وهبة ربيع ،1999) حول المشاعر الاكتئابية والجمالية لدى المسنين في ضوء العمل والتقاعد .. وأبرزت النتائج.كما أشارت البحوث أن المشكلات النفسية تحتل الصدارة في قائمة المشكلات التى يعانى منها كبار السن داخل مؤسسات الرعاية، وتبين أن مستوي الصحة النفسية لديهم منخفض ، كما وجدت فروق بين المسنين والمسنات من حيث مظاهر الصحة النفسية لصالح المسنين كما في دراسة (فقيه العبد ، 2009).. (سليمان النوافلة ، 2011).
مما يعكس أهمية المساندة الاجتماعية والنظرة الايجابية والتفاؤل نحو الآخرين والحياة.
. كما تتفق نتائج بحثنا مع نتائج بحوث (محمد حسن غانم، 2002؛ فاتن الدهان ، 2005؛ تماضر طه عبد الرحمن محمد ،2006). في أن إدراك المسنين والمسنات الذين يعيشون في بيئة طبيعية للمساندة الاجتماعية، بأبعادها المختلفة، أكبر وأفضل من المسنين والمسنات الذين يقيمون في دور الإيواء. وأن إدراك الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب يتزايد لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الإيواء. كما أشارت البحوث أن المسنين غير المقيمين في دور الرعاية لديهم مفهوم ذات أعلى من المسنين المقيمين في دور الرعاية، كما أبرزت النتائج أن للإناث المسنات مفهوم ذات أعلى من الذكور المسنين كما في دراسة (Canda, 2003) ووجود علاقة إيجابية بين الصلابة النفسية وأبعاد الرضا عن الحياة كما في دراسة (Melendez,J.Tomas,j.Oliver,A.Navarvo, 2008) وأشارت البحوث إلى أن نوعية الحياة، والرضا عن الحياة عامل هام في التكيف مع الآثار النفسية، والجسدية والاجتماعية، وأن الرضا عن الحياة يرتبط عكسياً مع الاكتئاب، والذي يزيد بدوره الآثار النفسية، والجسدية، والاجتماعية بالاتجاه السلبي كما في (Donnellan, C.Hevey, D.Hickey, A&O'Neill,2012) ،وجود علاقة إيجابية بين مستوى الصلابة النفسية والرضا عن الحياة ، ووجود فروق دالّة إحصائيّاً بين المسنين والمسنات ، وذلك لصالح المسنين على مقياس الصلابة النفسية كما في دراسة (يوسف موسى مقدادي،وأسماء بدري الإبراهيم ،2014).
ويفسر الباحث هذه النتيجة بأن المسنين المقيمين مع أسرهم، يتمتعون بعلاقات اجتماعية وأسرية دافئة ومشبعة ،و يملكون معتقدات أكثر، بإمكانياتهم التحكم فيما يقابلهم من مواقف ، ولديهم القدرة على تحمل المسؤولية، و اتخاذ القرار، وتحدي الموضوعات الشائكة أكثر، مقارنه مع المسنين المقيمين في دور رعاية، ويخضعون لمجموعة من الالتزامات وربما ترد النتيجة بأن المسنين المقيمين مع أسرهم لديهم القدرة على مواجهة الضغوط، والمشكلات أكثر من المسنين المقيمين في دور رعاية، وهذا يعود إلى التجارب التي يمر بها المسنون مع أسرهم وطبيعة المواقف التي تواجههم في البيئة الطبيعية الخارجية، والتي تمنحهم القدرة على مواجهة الضغوط وهي أكثر تكرارا من تلك التجارب التي يمر بها المسنين داخل دور الرعاية. كما يفسر الباحث هذه النتيجة أيضاً بأن المسنين المقيمين مع أسرهم ويعملون لديهم قناعة بإمكانية التأثير على البيئة المحيطة، و هذا بدوره يجعلهم يمتلكون مهارات عديدة، وتجعلهم أكثر قدرة في اختيار الأهداف، والنشاطات التي تتلاءم معهم، ، وزاد من قدرتهم على الصلابة النفسية، وجودة الحياة .

الرؤية المستقبلية:

مـن خـلال نتـائج بحثنـا يوصـي الباحـث بضـرورة إجـراء المزيـد مـن البحـوث والدراسـات المستقبلية، ومنها:

1. تدريب المراهقين، والراشدين وأفراد الأسر على برامج التفكير الإيجابي والمساندة الاجتماعية ، وجودة الحياة.
2. ممار سة المسنين للتدريب على مهارات التفكير الايجابي، و جودة الحياة سيصقل شخصـيتهم، وينمـي مهـارتهم، ويجعلهـم أكثـر صـلابة نفسـيًّا، وأكثـر قـدرة علـى المواجهة، وأكثر توكيدًا ومهارة اجتماعية.
3. إجـراء المزيـد مـن البحـوث والدراسـات الاجتماعيـة والنفسـية بهـدف التعمـق فـي مشكلات الصحة النفسية، والاضطرابات النفسية.
4. ضـرورة تضـامن مؤسسـات المجتمـع المـدني مـن أجـل وضـع اسـتراتيجية لبـرامج التفكيـر الإيجـابي ، والمسـاندة الاجتماعيـة ، وجـودة الحيـاة فـي الأحيـاء ، والمـدن، والمؤسسات.

المراجع

أحمد رضا (1959) . معجم متن اللغة، المجلد 3، دار مكتبة الحياة ، بيروت.

أحمد عبد الخالق(2002). التفاؤل والتشاؤم : عرض لدراسات عربية. مجلة علم النفس. عدد (56) 6- 27. الهيئة المصرية العامة للكتاب.

أحمد عبد الخالق، وصلاح مراد(2001). السعادة والشخصية : الارتباطات والمنبئات، دراسات نفسية . المجلد (11) ع (4)، 623- 635.

أسماء السرسى، أماني عبدالمقصود (٢٠٠١). مقياس المساندة الاجتماعية .القاهرة :مكتبة الأنجلو المصرية.

أشرف محمد علي شلبي (2011) الأفكار اللاعقلانية ومفهوم الذات لدي عينة من المراهقين والمراهقات. مجلة بحوث كلية الآداب، جامعة المنوفية، عدد يوليو 2011. مصر.

أشرف محمد علي شلبي (2012). مهارات التفكير الايجابي المنبئة بالتوافق الزواجي. مجلة كلية الآداب ، جامعة بني سويف، عدد إبريل 2012. مصر

إيمان أحمد أبورية (2002). الاحتياجات المعرفية للمحيطين بالمسن بقرية بهبيت بمركز العياط بالجيزة . مجلة الخدمة الاجتماعية ، العدد الثالث عشر ، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية ، القاهرة.

إيناس إبراهيم خليفة (2001). أساليب الرعاية المنزلية للمسنين وأثرها على تكيفهم إجتماعياً . رسالة ماجستير ، كلية الاقتصاد المنزلي، جامعة المنوفية.

بدر العمر (2002). الشيخوخة بين الفرد والأسرة والمجتمع دراسة لأوضاع المسنين في المجتمع الكويتي . مجلة دراسات نفسية 12(1). ص 115- 142.

بدور محمود سعيد (2008) مستوى الرعاية النفسية المقدمة للمسنين بدور الإيواء بولاية الخرطوم واتجاهات المسنين نحوها. رسالة ماجستير ، كلية الدراسات العليا ، وكلية الآداب جامعة الخرطوم. السودان.

تماضر طه عبد الرحمن محمد (2006). القلق والاكتئاب لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم ويرتادون نوادي المسنين وكذلك الذين يعيشون في دور المسنين.دراسة ميدانية، القاهرة: جامعة عين شمس.

جابر عبد الحميد جابر، وعلاء الدين كفافي(1988). معجم علم النفس والطب النفسي ، الجزء الرابع، دار النهضة العربية- القاهرة.

جنان إسماعيل العمري(1984). دراسات وقضايا المجتمع العربي الخليجي نحو برامج مواجهة العمل الاجتماعي مع كبار السن – العراق نموذجاً. مجلة سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية ، العدد (5).

الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء(2007) النتائج الأولية للتعداد العام للسكان والإسكان والمنشآت لعام 2006 بجمهورية مصر العربية .

جولتان حجازي، وعطاف أبو غالي(2010). مشكلات المسنين (الشيخوخة) وعلاقتها بالصلابة النفسية – دراسة ميدانية على عينة من المسنين الفلسطينيين في محافظات غزة. مجلة جامعة النجاح (العلوم الإنسانية)، مجلد 24 (1).

جيهان أحمد حمزة محمد (٢٠٠٢) دور الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية وتقدير الذات فى إدراك المشقة والتعايش معها لدى الراشدين من الجنسين فى سياق العمل .رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

حامد عبد السلام زهران (2005) علم نفس النمو الطفولة والمراهقة ، الطبعة السادسة . مكتبة عالم الكتب. القاهرة.

حسام الدين محمود عزب (2004). برنامج إرشادي لخفض الإكتئابية وتحسين جودة الحياة لدى عينة من معلمى المستقبل. المؤتمر العلمي السنوى الثاني عشر من 28-29 مارس . التعليم للجميع ..التربية وآفاق جديدة في تعليم الفئات المهمشة في الوطن العربي.

حسني إبراهيم الرباط (2003). دور الخدمة الاجتماعية في التخطيط لإشباع احتياجات المسن داخل الأسرة . مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية ، جامعة حلوان ، ع (14) إبريل.

حسين سعد الدين (1989). نمط العلاقة وكمها بين التعطل عن العمل وبعض السمات الانفعالية والنفسية لدى المسنين. رسالة دكتوراه، جامعة طنطا.

حمدى سعد محمد شعبان (٢٠٠٢) برنامج إرشادي قائم على المساندة الاجتماعية لتقدير الذات لدى الأطفال المكفوفين .رسالة ماجستير، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.

خديجة حمو على (2012). علاقة الشعور بالوحدة النفسية بالاكتئاب لدى عينة من المسنين المقيمين بدور العجزة والمقيمين مع ذويهم – دراسة مقارنة لـ 12 حالة، رسالة ماجستير. كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية ، الجزائر.

راشد بن سعد الباز (2004). تطوير خدمات الرعاية الصحية للمسنين في المملكة العربية السعودية. دراسة من منظور اجتماعي، الطبعة الأولي. الرياض : مجلس العالم الإسلامي للإعاقة والتأهيل، دار الاستشارات الطبية والتأهيلية.

رغداء نعيسة، وسهاد بدره (2014). المساندة الاجتماعية الأسرية وعلاقتها بمستوى الاكتئاب لدى المسنين في دور الرعاية بمحافظة اللاذقية، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية- سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية. المجلد (26). العدد (2). سوريا.

زياد بركات غانم (2005) التفكير الايجابي والسلبي لدى طلبة الجامعة : دراسة ميدانية في ضوء بعض المتغيرات. مجلة دراسات عربية في علم النفس .4(3)، 85-138. القاهرة.

سبندر جورج (2016) مقياس المساندة الاجتماعية ، ترجمة وتعريب عفاف عبد الفادي دانيال. مكتبة الأنجلو المصرية

سعود فارس جوهر(2004). تقويم فعالية خدمات رعاية المسنين بالمجتمع الكويتي دراسة ميدانية، مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية، مج 30 ،ع (112) .

سليم أبو عوض(2008). التوافق النفسي للمسنين، دار أسامة ، عمان.

سيد سلامة إبراهيم (2000). رعاية المسنين ، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، الإسكندرية .

شيماء أحمد محمد الديداموني(2009). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالموهبة الابتكارية للمراهقين. رسالة ماجستير. قسم الصحة النفسية ، كلية التربية جامعة الزقازيق.

طارق بن محمد عبد الله الشهري (2000م). العلاقة بين الزيارات الأسرية والتكيف النفسي لكبار السن بدور رعاية المسنين – دراسة مسحية لكبار السن بدار الرعاية الاجتماعية بالرياض. رسالة ماجستير. قسم العلوم الاجتماعية ، معهد الدراسات العليا، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية. الرياض.

عبد الحميد سعيد حسن (2006) جودة الحياة وعلاقتها بالضغوط النفسية واستراتيجيات ومقاومتها لدى طلب ة جامعة السلطان قابوس، وقائع ندوة علم وجودة الحياة 17- 19 ديسمبر .

عبد الستار إبراهيم (2011) عين العقل: دليل المعالج النفسي للعلاج المعرفي الإيجابي. مكتبة الأنجلو المصرية . القاهرة.

عبد الستار إبراهيم ،1998.الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه.الكويت:سلسلة عالم المعرفة،،العدد 239.

عبد السلام الشيخ، وهبة ربيع (1999). تباين تفاعل المشاعر الاكتئابية والجمالية عند المسنين في ضوء العمل والتقاعد. مؤتمر الخدمة النفسية والتنمية ، جامعة الكويت 5- 7 إبريل.

عبد السلام مصطفى عبد السلام (2004) دور مناهج العلوم والمعلمين في مساعدة أطفالنا ليصبحوا مفكرين ومتعلمين فعّالين في العلوم عن الشبكة العالمية للمعلومات (الانترنت) : http://www.tcabha

عبد اللطيف خليفة (1997). سيكولوجية المسنين. القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

عزة عبد الكريم فرج مبروك (2002). تقييم الذات وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين . دراسات عربية في علم النفس، القاهرة: 1 (4): 185- 209.

عزة عبدالكريم فرج مبروك (٢٠٠١) استخدام المساندة الاجتماعية لتحسين التوافق النفسى والاجتماعي والصحى لدى المسنين، دراسة تجريبية .رسالة دكتوراه كلية الآداب، جامعة القاهرة.

عزة عبدالكريم فرج مبروك (2007) أبعاد الرضا عن الحياة ومحدداته لدي عينة من المسنين المصريين. دراسات نفسية. 17 (2) 377- 421.

على الديب (1994). العلاقة بين التوافق عن الحياة لدى المسنين وبين استمرارهم في العمل: بحوث في علم النفس. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، 377- 401.

فاتن الدهان (2005). تغير الوسط الطبيعي للمسنين وعلاقته بالتوافق الاجتماعي، رسالة ماجستير، قسم علم النفس ، كلية التربية ، جامعة دمشق.

فقيه العبد (2009م). واقع الصحة النفسية للمسنين في الجزائر : دراسة على عينة من المسنين بمراكز الشيخوخة، مجلة العلوم الاجتماعية ، المجلد (37)، العدد (4).

فؤاد أبو حطب ، وآمال صادق(1999). نمو الانسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين. ط 4 . مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة.

قاسم سليمان النوافلة (2011). أنماط العنف الموجه ضد كبارالسن المقيمين في مؤسسات المسنين في الأردن، دراسة مقدمة في مؤتمر العمل الجماعي، عمان ، الأردن.

كريمان عويضة (2004). الجوانب الوجدانية لدي المسنين . المؤتمر الإقليمي العربي الرابع لرعاية المسنين بعنوان " المرأة المسنة في العالم العربي بين الواقع والمأمول في رعايتها. جامعة حلوان.

كلير فهيم (2004). الرعاية النفسية والصحية للمسنين ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة.

ماهر مهران، ومحمد نجيب(1999). التعمير السكاني في مصر ، متي يحدث وآثاره- المجلس القومي للسكان، القاهرة.
محمد حسن غانم (2000). الاكتئاب وجوانب التشويه المعرفي لدى المتقاعدين العاملين وغير العاملين. المؤتمر الإقليمي الأول لرعاية المسنين. جامعة حلوان 3- 5 إبريل.
محمد حسن غانم(2002) . المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات إيواء وأسر طبيعية. دراسات عربية في علم النفس، 1 (3) 77-110.
محمد خالد الطحان(1982). قضايا الشيخوخة – نظرة مستقبلية، مجلة دراسات اجتماعية نفسية، دار القلم- الكويت
محمد عبد المنعم نور(1982). الشيخوخة من منظور اجتماعي، مجلة دراسات اجتماعية نفسية ، دار الفكر- الكويت.
مسعودي أمحمد (2016). الارتياح النفسي والفاعلية الذاتية لدي المعلمين، رسالة دكتوراه كلية العلوم الاجتماعية جامعة وهران. الجزائر.
مسعودي امحمد (2015). بحوث جودة الحياة في العالم العربي. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية. العدد (20) سبتمبر
منظمة الصحة العالمية (2013). مقياس جودة الحياة للمسنين. تعريب بشري اسماعيل أحمد. مكتبة الأنجلو المصرية.
مها جاد الله حسن (٢٠٠٤) المساندة الاجتماعية كما يدركها تلاميذ المرحلة الابتدائية وتأثيرها على التوافق المدرسى والتحصيل الدراسي فى الحساب .رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الإسكندرية.
نجوي اليحفوفي (2004). التفاؤل والتشاؤم لدي المسنين المتقاعدين والعاملين بعد سن التقاعد. مجلة دراسات نفسية مج 3 ، ع 4 اكتوبر 2004، ص ص 11- 40.
هانم عبدالعاطى الجندى (٢٠٠٣) السلوك الايثارى وقابلته التعاطف فى علاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى تلاميذ المرحلة الثانوية .رسالة ماجستير، كلية التربية بدمنهور، جامعة الإسكندرية.
هناء حسني النابلسي، وحنين علي العواملة (2013). أنماط الإساءة الاجتماعية ، والصحية، والنفسية التي يتعرض لها كبار السن داخل اسرهم- دراسة ميدانية على عينة من المسنين المقيمين في دور رعاية المسنين في الأردن. المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب- المجلد (29)، العدد (58). جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. الرياض.
وزارة الصحة الاتحادية (٢٠٠٥ م). دليل المدرب في مجال صحة المسنين العاملين بالرعاية الصحية الأولية، الإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية، السودان: إدارة الأمراض غير السارية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية .
يوسف موسى مقدادي،وأسماء بدري الإبراهيم (2014) دراسة حول الصّلابة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الرعاية في الأردن. جامعة آل البيت، مجلة المنارة للبحوث والدراسات. المجلد (20) العدد (2) أ.

Ajdukovic، Ogresta، Rusac، (2009) “Family Violence and Health Among Elderly in Croatia” Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, Vol 18، Issue 3 April، pages 261 - 279 .

Alpas, M. & Neville, S. (2003). Loneliness. Health and Depression in Older Males, **Journal of Aging Mental Health**. 7(.3), 212-126.

Baker,A.,Buchanan,T.Small,J.Hines,D&Whitfield,E.(2011).Dentifying the Relationship Between Chronic Pain, Depression, and Life Satisfaction in Older, African Americans. Research on Aging, 33 (4), 426-443.

Beck, Aaron,(2000) Prisoners of Hate: The Cognitive basis of anger . hostility and violence . New York ,N.Y.: Perenail Harper

Beutel,E.Glaesmer,H,Wiltink,J,Marian,H&Brahler,E.(2010).Life Satisfaction, Anxiety, Depression and Resilience Across the Life Span of Men,**Aging Male**, 13(1), 32-39.

Bhatnagar, Anil(2003) "An article on ways to replace negative Thoughts with positive thoughts :Mind your thoughts " . http://www.lifepositive.com/Mind/psycholoy/positive –thinking/thoughts.asp

Bowling,A.,Gabriel,Z,Banister,D&Sutton,S(2002).Adding Quality to Quantity: older people's Views on theirQuality of life and its Enhancement. ESRC: University of Sheffield.

Burns,D.D.(1992) Feeling good : The New MoodTherapy. NewYork: Avon Books

Canda,B.(2003).Life Satisfaction and Self-Concept of Elederly Living in Congregate and Non- Congregate Housing in Knox Country, Tennessee,PHD, Thesis The University of Tennesse.Knoxville.USA.

Carr,A.(2004) Positive Psychology: The Science of Happiness and Human Strengths .Hove and New York: Brunner-Rutledge.

Crowley,J..Hayslip,B&Hobdy,J.(2003).Psychological Hardiness and Adjustment to Life Events in Adulthood. **Journal of Adult Development,** 10 (4),237.

Crowley,J..Hayslip,B&Hobdy,J.(2003).Psychological Hardiness and Adjustment to Life Events in Adulthood. Journal of Adult Development, 10 (4),237.

Donnellan, C.Hevey, D.Hickey, A&O'Neill, D.(2012). Adaptation to Stroke Using a Model of Successful Aging**. Aging, Neuropsychology & Cognition**, 19 (4), 530-547.

Donnellan, C.Hevey, D.Hickey, A&O'Neill, D.(2012). Adaptation to Stroke Using a Model of Successful Aging. Aging, Neuropsychology & Cognition, 19 (4), 530-547.

Engel, H.Siewerdt, F.Jackson, R.Akobundu, U.Wait, C&Sahyoun, N.(2011). Hardiness, Depression, and Emotional Well-Being and Their Association with Appetite in Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society**,59 (3),482-487.

Frank , A (2004) " Differences between optimists and pessimists" . http://www.selfgrowth. com/articles/3.html

Jbeard , J (2003)" What is negative thinking ?" . http://smalley gospelcom.net/artman/publish/printer-198.shtml

Kenneth , H & Kenneth , C (2004) " Positive confession possibility thinkers with positive mental attitude" . http://www.rapidnet.com/~jbeard/bdm/Psychology/p-Osit.htm

Knight, T.Davison, T.Mccabe, M.Mellor, D.(2011). Environmental Mastery and Depression in Older Adults in Residential Care, **Ageing & Society**, 31 (5), 870-884.

Laks, J.Engelhardt, E.(2010). Peculiarities of Geriatric Psychiatry: A Focus on Aging and Depression J. Laks and E. Engelhardt Peculiarities of Geriatric Psychiatry. **Neuroscience & Therapeutics,** 16 (6),374-379.

Malone Beach, E. & Zarit ,S. (1995). Dimensions of social support and social conflict as precticors of caregiver Depression. International Psychogeriatris, 7(1), 35-38.

Melendez,J.Tomas,j.Oliver,A.Navarvo,E.(2008).Psycholoigical and Physical Dimension Explaining Life Satisfaction Among The Elederly: A Structional Model Examination, Journal of Gerontology and Geriatrics, 46(1),10-52.

MichelleJ., N(2006) The Power of Positive Thought: Methods for Maintaining A Postive Attitude. Black Enterprise(New York).

O'Rourke, N.(2004). Psychological Resilience and the Well-Being of Widowed Women. **Ageing International**, 29 (3), 267-280.

Seligman, Martin (1995). The Optimistic Child . Houghton Mifflim Company. New York.

Seligman,M.&Csikszentmihalyi,M.(2000) Positive Psychology: An introduction .American Psychologist,55,1.

Vaux,Alan.(1988). Social support: theory research and intervention.New York,PRAEGER, 111.

Von Bergen& Martin S. Bressler,(2011) Too Much Positive Thinking Hinders Entrepreneur Success. Journal of Business and Entrepreneurship, Vol. 23, No. 1, March .

Whyte , R (2004) " Negative thinking – prose and drawings" . http://www.toadshow. com.au/rob/stories-negative.htm