

العنوان:	التقييم الذاتي للأعراض الجسمية في ضوء كل من سلوك التدين والحالة الصحية العامة لدي كبار السن
المصدر:	المجلة المصرية للدراسات النفسية
الناشر:	الجمعية المصرية للدراسات النفسية
المؤلف الرئيسي:	خطاب، كريمة سيد محمود
المجلد/العدد:	مج22, ع76
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2012
الشهر:	يوليه
الصفحات:	439 - 470
رقم MD:	1010620
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
اللغة:	Arabic
قواعد المعلومات:	EduSearch
مواضيع:	التقييم الذاتي، الصحة العامة، الأعراض الجسمية، المؤسسات الأكاديمية
رابط:	<a href="http://search.mandumah.com/Record/1010620">http://search.mandumah.com/Record/1010620</a>

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

د /كريمة الخطاب

أستاذ علم النفس المساعد

كلية التربية بالغردقة - جامعة جنوب الوادي

ملخص الدراسة:

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

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

## التقييم الذاتي للأعراض الجسمية في ضوء كل من سلوك التدخين

### والحالة الصحية العامة لدى كبار السن

د / كريمة الخطاب

أستاذ علم النفس المساعد

كلية التربية بالفرقة - جامعة جنوب الوادي

المقدمة:

تهدف الدراسة الزاهنة إلى توضيح التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن في ضوء كل من: سلوك التدخين Religious Behavior، والحالة الصحية العامة Health Status، كما تسعى إلى استكشاف الدور التنبؤي لهذه المتغيرات في التنبؤ بإدراك الأعراض الجسمية.

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

إذا ما قورنوا بغيرهم في مختلف المراحل العمرية نجد أنهم يتأثرون بالأمراض المزمنة بصورة أكبر من صغار السن، وعادة ما يكونون عرضة لنوع أو أكثر منها مما يستلزم وجود رعاية طبية مستمرة لهم، (٥) تأثر الصحة النفسية للمسنين بما يحدث لهم من اضطرابات جسمية حيث يصبحون أكثر عرضة للاضطرابات النفسية كالاكتئاب والقلق، (٦) وجود عجز في مجال الخدمات الصحية المقدمة لكبار السن في مصر حيث أشار تقرير لمكتب منظمة الصحة العالمية في منطقة الشرق الأوسط عام ١٩٩٣ إلى أن الرعاية الصحية للمسنين ليست مدرجة في خطة وزارة الصحة في مصر (السيد ، ودرويش ، ٢٠٠١؛ عبد العزيز، ٢٠٠٦؛ مبروك، ٢٠٠٢؛ McDowell, Kerick, Maria & Hatfield, 2003; Klusmann, Evers, Schwarzer & Heuser, 2012).

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

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

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

وتأتي الدراسة الرأهنة كواحدة من الدراسات التي تدعم اتجاه الاهتمام بهذه الفئة العمرية، ومن ثم فهي تتبنى مجموعة من الأهداف تدخل جميعها في إطار واحد هو تحسين التقييم الذاتي

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

للأعراض الجسمية لدى المسنين.

وتحدد هذه الأهداف فيما يأتي:

■ الكشف عن دور سلوك التدين في تحسين التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى المسنين.  
■ تقييم دور مفهوم تقييم الحالة الصحية في تحسين التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى المسنين.

■ تقدير حجم التأثير الإيجابي للتفاعل بين كل من سلوك التدين وتقييم الحالة الصحية على تحسين التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى المسنين.

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

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

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

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

إن فئة كبار السن هي أقل الفئات العمرية حظاً في أي مجتمع أينما كان؛ حيث لم تحظ هذه الفئة بالاهتمام اللازم، وإن حظيت ببعض الاهتمام، فإنه يعد هامشياً وغير كاف مقارنة بما تحظى به الفئات الأخرى، وقد يعزى السبب في ذلك إلى أن هذه الفئة أدت دورها وأصبحت على هامش الحياة، إضافة إلى أنها أقل مطالبة بحقوقها من الفئات الأخرى (العمر، ٢٠٠٢)، فعادة ينظر إلى مرحلة تقدم العمر على أنها المرحلة التي يزداد فيها معدلات الفقد، والتناقص في القوة البدنية والنفسية والاقتصادية والاجتماعية، وشيوع المشكلات الصحية، وما يتبع ذلك من شعور بالعزلة، والوحدة، والإصابة ببعض الاضطرابات النفسية (السيد، ٢٠٠٨، ص٧؛ الشعراوي، ٢٠٠٨، ص١٢).

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

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

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

وهذه النتائج في مجملها تشير إلى أهمية العوامل النفسية ودورها في جعل المسن يعيش مرحلة شيخوخته بشكل تتسم بالجودة والنجاح في إدارة أموره الحياتية من ملابس، ومأكل، ومشرب، والقيام بدوره في أسرته.... الخ، وهذا ما استخلصته دراسة "لاتجوت" (Langhout, 1994) حين وجدت أن السعادة الشخصية ترتبط إيجابياً بشكل دال بالصحة الجسمية، والقيام بالدور المنوط به لدى عينة من كبار السن (ن=189)، كما أضافت الدراسة أن متغير السعادة يفسر 31% من التباين في الصحة الجسمية.

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

### مشكلة الدراسة:

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

(أ) هل توجد علاقة بين سلوك التدين، وتقييم الحالة الصحية العامة، والتقييم الذاتي

للأعراض الجسمية لدى كبار السن؟

(ب) هل تتباين درجات التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن بتباين كل من

سلوك التدين، وتقييم الحالة الصحية العامة في ضبط أثر متغيرات العمر الزمني للعمر، والحالة الاجتماعية، ووجود أمراض من عدمه؟

(ج) ما مدى إسهام كل من المتغيرات الديموجرافية، وسلوك التدين، وتقييم الحالة

الصحية العامة في التنبؤ بالتقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن؟

## مصطلحات الدراسة:

تمثلت مصطلحات الدراسة في المتغيرات الرئيسية الآتية:

### المسن:

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

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

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

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

### التقييم الذاتي للأعراض الجسمية:

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

## ==التقييم الذاتي للأمراض الجسمية في ضوء كل من سلوك التدين والحالة الصحية==

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

### سلوك التدين:

يعرف "التدين" في اللغة العربية لغوياً بالخضوع والطاعة (المعجم الوجيز، ١٩٩٧، ص٣٠٧)، ويشق لفظ "دين" Religion في اللغة الإنجليزية من الكلمة اللاتينية Re-ligio وتشير إلى "قوة تتجاوز القوة البشرية، وتجعل الإنسان يستجيب بطريقة معينة ليتجنب العواقب الأليمة" (المغربي، ٢٠٠٤).

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

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

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

- ١- الإيمان الديني: وهو الإيمان بالله وملائكته وكتبه ورسوله واليوم الآخر، وبالقضاء والقدر خيره وشره.
- ٢- التدين العملي: أن يمارس الشخص تعاليم دينه عملياً (العبادات).
- ٣- التأثير بالدين: أن يسلك الشخص سلوكاً يتفق مع تعاليم دينه أي تكون علاقته ومعاملاته مطابقة لما أمر به الله ورسوله (الخطيب، ٢٠٠٢).

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

ويرى "سميث" Smith أن مفهوم التدين هو "سلوك يمكن ملاحظته في كافة ضروب حياة الفرد، وأن الإيمان متغير أساسي في التدين" (Wulff, 1997, p.213). ويقصد "الخضر" (٢٠٠٠) بالتدين أو ما يسمى بالسلوك التديني بأنه "مجموعة من المكونات الدينية تتمثل في: أساسيات الإيمان (كالإيمان بالله، وملائكته، وكتبه، ورسله، والجنة والنار)، والعبادات (علاقة الفرد بخالقه: إقامة الصلاة، إيتاء الزكاة، والصيام)، والعادات (علاقة الفرد بالآخرين؛ كإكرام الضيف، وزيارة المريض، ورد السلام، وصلة الرحم)، والمنجيات (قرب الفرد من خالقه؛ كالصبر، والإخلاص، والتواضع، والصدق)، والمهلكات (بُعد الفرد عن خالقه؛ كالنفاق، والحسد، والغرور). أما "رايت" وزملاؤه فيعرفوا التدين بأنه "مجموعة المعتقدات والقيم المشتركة عن الرب، والقيام بالأنشطة الدينية، وهي أمور تدعو إليها المؤسسات الدينية" (Mehta, 1997; Wolf & Stevens, 2001). ويعرف "هريدي" و"فرج" (٢٠٠٢) سلوك التدين بأنه تقرير الشخص المُكلف لمدى ما يعتقد فيه ويمارسه من أمور إيمانية، سواء كانت متصلة بعلاقته بالله سبحانه وتعالى أو بالغييب، أو بنفسه، وبالآخرين على متصل الدنيا - الآخرة. ويتفق "المغربى" (٢٠٠٤) مع التعريفات السابقة، حيث يرى أن التدين هو "السلوك الصريح الذي يعبر عن الإيمان والتقوى بوصفهما اعتقاداً مصدقاً ومشاعر خوف من عقاب الله"، ويضيف أنه مكون يتضمن عدداً من الأنساق: نسق معرفي؛ يحتوي على المعتقدات والمعارف والمعلومات، ونسق وجداني؛ يحتوي على المشاعر والتقوى، ونسق سلوكي؛ يحتوي على التصرفات والأنشطة الدينية التي يقوم بها الفرد، تعكس مدى التزامه بتعاليم دينه. أما "جان" (٢٠٠٨) فيشير إلى التدين بأنه "السلوك الذي ينم عن الإيمان بالله وإتباع أوامره، والبُعد عن نواهيهِ، ويحقق للفرد الشعور بالأمان والاستقرار النفسي". وأخيراً يعرف "شيريدان" (Sheridan, 2008, p.185) التدين بأنه "مجموعة من المعتقدات، والممارسات، والطقوس السائدة لفترات زمنية طويلة داخل مؤسسة دينية محددة".

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

## التقييم الذاتي للاعراض الجسمية في ضوء كل من سلوك التدين والحالة الصحية

المشاعر الإيمانية والرضا عن الذات.

### تقييم الحالة الصحية العامة:

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

### الدراسات السابقة:

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

وأضافت دراسة "سيسان" (Susan, 2008) أن هناك ارتباطاً إيجابياً بين كل من التدين الخارجي والداخلي، وتخفيف الأعراض الجسمية المرتبطة بالشيخوخة. وأجمعت بعض الدراسات أن كبار السن الأكثر شعوراً تديناً يدركوا أعراضهم الجسمية بشكل جيد في ظل الضبط لكافة المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية (Post, 1994; Langhout, 1994; Kalish, 2007; Borgonovi, 2008). كما هدفت دراسة "سميث" و"لانجو" و"كابيتو" و"ويل" (Smith, Lango, Kabeto & Ubel, 2005) الكشف عن العلاقة بين المستوى الاقتصادي المرتفع والشعور بالسعادة، فوجدت أن إدراك الأعراض الجسمية يتوسط العلاقة بين المتغيرين لدى عينة من كبار السن (٦١-٥٠)، وتوصل (عبد الخالق) (Abdel - Khalek, 2006) إلى وجود ارتباط إيجابي دال بين السعادة وإدراك الأعراض الجسمية لدى عينة من الذكور (ن=١٠٥٦) والإناث (ن=١١٥٤) من طلاب الجامعة، وتوصل "جيمس" و"سيسان" (James & Susan, 2011) إلى ضرورة تدريب المختصين النفسيين على أهمية التدين كعنصر فعال في مرحلة الكبار، وذلك لما كشفته عنه دراستهما من كبار السن الأكثر تديناً هم الأقل معاناة من الأمراض الجسمية والنفسية، أما دراسة "بيشوب" و"مارتين" و"بون" (Bishop, Martin & Poon, 2006) فتوصلت إلى أن انخفاض كل من السعادة يمثل منبأ جوهرياً لاضطراب الصحة الجسمية لدى عينة (ن=٣٢٠) من كبار السن، وأكد بعض الباحثين وجود علاقة ارتباطية بين الشعور بالسعادة والحالة الصحية لدى كبار السن (Mcfarland et al., 2008). كما وجدت دراسة "بيرجن" و"مسترس" (Bergin & Masters, 1988) أن التدين الداخلي (العقيدة) أكثر ارتباطاً بالنواتج النفسية والصحية الإيجابية عن التدين الخارجي (الطقوس والعبادات). كما توصلت دراسة "بارجمانت" وآخرين (Pargament et al., 1990) إلى أن سلوك التدين يحقق توافقاً نفسياً بدرجة أكبر بالمقارنة بالمساندة الاجتماعية المتوفرة للمسن، كما تبين أن مرضى الأورام السرطانية المتدينون يكونون أقل توتراً، وأفضل تقديراً لذاتهم، وأكثر شعوراً بالسعادة. وجاءت دراسة كل من "تيكس" و"فرازير" (Tix & Frazier, 1998) لتؤكد دور سلوك التدين في خفض القلق وتحقيق التوافق النفسي والرضا الذاتي عن الحياة، وأضافت الدراسة أن التدين يؤثر إيجابياً من خلال ثلاث طرق، هي: أن المعتقدات الدينية تُيسر إعادة الإدراك المعرفي لمعنى الحدث، كما تعطى للفرد إحساساً بالتحكم في مصدر المشقة، وأخيراً فإن التدين يتم من خلال المساندة الاجتماعية المقدمة للمسن من الجماعة الدينية. وأضافت الدراسة أن تأثير سلوك التدين للفعال يتم بغض النظر عن طبيعة الديانة، وما تختص بها من سلوكيات تميزها عن غيرها من الديانات الأخرى. وأيدت دراسة "براون" (Brown, 1998) نتائج دراسة "تيكس"، حيث وجدت أن ممارسة سلوك التدين يحقق درجة من الراحة النفسية، ويخفض القلق والمشقة. وجاءت دراسة

## التقييم الذاتي للأعراض الجسمية في ضوء كل من سلوك التدخين والحالة الصحية

"جوردون" و"فيلدمان" و"كروسي" و"شوين" و"جريفنج" و"شانكان" (Gordon, Feldman, Crose, Schoen, Griffing & Shankan, 2002) لتؤكد أن السيدات الأكثر تعاضاً مع أعراضهن الجسمية هن الأكثر اعتقاداً دينياً بالمقارنة بالسيدات اللاتي لا يعتقدن بالتدخين أو أن التدخين ليس مهماً بالنسبة لهن. وتوصل "بيوسنج" وآخرون (Bussing et al., 2005) - من خلال تطبيق أداة لقياس التدخين على عينة قوامها (٢٥٧) مسناً بمتوسط عمري ٦٣,٣ وانحراف معياري قدره ١٣,٤ - أن مرتفعي التدخين أكثر قدرة على تحقيق الصحة النفسية والجسمية بالمقارنة بمنخفضي التدخين. أما دراسة "بنفيلد" وآخرين (Bienefeld, Koeing, Glarson & Bsherill, 1997) فأشارت إلى نتيجة متناقضة مع ما سبق، حيث وجدت أنه يمكن التنبؤ بتخفيف الألم النفسي لدى المريضات المسنات عن طريق الرضا عن الحياة أكثر من سلوك التدخين الصريح. وأكدت دراسة "لجونس" (Ljons, 1994) ما سبق، حيث لم تجد أي علاقة بين مؤشرات نوعية الحياة (المتمثلة في: القلق، والاكتئاب، والسعادة، والتدين) وإدراك الأعراض الجسمية لدى عينة من كبار السن يتراوح أعمارهم ما بين ٥٨ إلى ٧٣ سنة.

### التعقيب على الدراسات السابقة:

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

### فروض الدراسة:

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

والحالة الاجتماعية، ووجود أمراض من عدمه؟  
(ج) تسهم كل من المتغيرات الديموجرافية، وسلوك التدخين، وتقييم الحالة الصحية العامة في التنبؤ بالتقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن.

### منهج الدراسة وإجراءاتها:

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

### (١) عينة الدراسة:

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

### جدول (١)

الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة

الحالة الاجتماعية			مستوى التعليم			الأعراض الجسمية	
زواج	متطلق	متزوج	جامعي	متوسط	أقل من المتوسط	لا يوجد	يوجد
١٣	١٠	١٥٢	٥٠	١٠٠	٢٥	١٠٢	٧٥

### أدوات الدراسة:

اشتملت أدوات الدراسة على الآتي:

١- استمارة البيانات الأولية: وهي تتضمن عدداً من البيانات الديموجرافية الخاصة بكبار السن كالسن، ومستوى التعليم، والحالة الاجتماعية، ووجود أمراض جسمية من عدمه.

٢- مقياس التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن:

يتكون المقياس من خمسين (٥٠) بنداً، حيث يمثل كل بند عرضاً لمجموعة من الأعراض

## التقييم الذاتي للأمراض الجسمية في ضوء كل من سلوك التدخين والحالة الصحية

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

### ٣- مقياس سلوك التدخين (إعداد: شويخ، ٢٠١٠):

يتكون هذا المقياس من (٢٥) جملة تقريرية تصف سلوكيات التدخين دون التقييد بديانة محددة، مثل قرأه الكتب الدينية، والصلاة، والصيام، والدعاء لله، والذهاب إلى الأماكن الدينية، ومساعدة الآخرين... الخ، ويتم الإجابة على كل سلوك على أساس مقياس باختيارات ثلاث كالتالي: ١= لا أمارس هذا السلوك، ٢= أمارسه أحياناً، ٣= أمارسه كثيراً

### ٤- مقياس تقييم الصحة العامة:

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

### التأكد من صلاحية الأدوات:

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

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

١- صدق المجموعات المتضادة.

٢- صدق الاتساق الداخلي.

**وفيما يلي نعرض لنتائج هذه الإجراءات:**

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

**جدول (٢)**

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

البند	قيمة ت'								
١	٠,٦٨	١١	٠١,٩٨	٢١	٠٠٠٦,٤١	٣١	٠٢,٢٦	٤١	٠٠٠٣,٤٦
٢	٠٠٢,٩٤	١٢	١,٨٢	٢٢	٠٠٣,١٨	٣٢	٠,٥٩	٤٢	٠٠٠٥,٠٩
٣	٠٠٠٦,٣٣	١٣	٠٢,٠١	٢٣	٠٠٠٧,٦٨	٣٣	٠,٤٥	٤٣	٠٠٠٤,٨٨
٤	٠٠٢,٧٤	١٤	٠٠٣,١٥	٢٤	١,٠٦	٣٤	٠٢,٦٨	٤٤	٠,٤٥
٥	٠,٩٤	١٥	٠,٧٥	٢٥	١,٥٢	٣٥	٠٠٠٨,٧٢	٤٥	٠٠٠٤,٧٣
٦	١,٢٣	١٦	٠٢,٢٥	٢٦	٠٠٠٥,٨٢	٣٦	٠٠٠٤,٦٨	٤٦	٠٠٠٥,٤٤
٧	١,١٠	١٧	٠٠٠٥,٧٩	٢٧	٠٠٢,٣٤	٣٧	٠٠٠٤,٨٢	٤٧	٠,٤٤
٨	٠٠٣,١٣	١٨	٠٠٠٧,٩١	٢٨	٠٠٣,٥١	٣٨	١,٦٩	٤٨	٠٠٠٤,٩٥
٩	٠٠٠٧,٩٥	١٩	٠٠٠٥,٢٢	٢٩	٠٢,٥٧	٣٩	٠٠٢,٨١	٤٩	٠٠٠٧,٠٨
١٠	٠٢,٠٣	٢٠	١,٣٤	٣٠	٠,٣٩	٤٠	٠٠٠٦,٩١	٥٠	٠٠٠٦,٧٤

(\*) دال عند مستوى ٠,٠٥

(\*\*) دال عند مستوى ٠,٠١

(\*\*\*) دال عند مستوى ٠,٠٠١

## التقييم الذاتي للأعراض الجسمية في ضوء كل من سلوك التدخين والحالة الصحية

### جدول (٣)

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

البند	قيمة ت'	البند	قيمة ت'	البند	قيمة ت'	البند	قيمة ت'	البند	قيمة ت'
١	٠٠٠٥,٢٨	٦	٠٢,٥٦	١١	٠٠٠٧,٠٩	١٦	٠٠٣,١١	٢١	٠٠٠٨,٢٢
٢	٠٠٠٧,٨٦	٧	٠٠٢,٩٦	١٢	٠٠٠١١,٩٦	١٧	٠١,٩٩	٢٢	٠٠٠٩,٠٧
٣	٠٠٠٥,٤٥	٨	٠٠٢,٩٤	١٣	٠٠٠٥,٢٠	١٨	٠,٢٦	٢٣	٠٠٠٤,٨٤
٤	٠٠٠٤,٥٢	٩	٠٠٠٥,٣٩	١٤	٠٠٢,٩٢	١٩	١,١٦	٢٤	١,٣١
٥	٠٠٠١٠,٣١	١٠	٠٠٠٩,٠٣	١٥	٠٠٣,٠١	٢٠	٠٠٠٤,٢٤	٢٥	٠٠٠٣,٣٣

(٢) **صدق الاتساق الداخلي**، وتم إجراء هذا التقييم عن طريق حساب معامل ارتباط الدرجة على كل بند بالدرجة الكلية المُجمعة على كل من مقياس التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن، ومقياس سلوك التدخين، وقد تم حذف كل البنود التي قل معامل ارتباطها بالدرجة الكلية عن (٠,٢٥)، وهو معامل الارتباط الذي اتخذناه حداً أدنى لقبول أي بند من البنود، وعلى ذلك انخفض عدد البنود في مقياس التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن من ٥٠ بنداً إلى ٤٥ بنداً، وانخفض عدد البنود في سلوك التدخين من ٢٥ بنداً إلى ٢٢ بنداً، كما تراوحت معاملات الارتباط ما بين ٠,٣٥ و ٠,٨١ بعد حذف البنود منخفضة الدلالة.

### ثانياً: ثبات الأدوات

استخدمت الدراسة الرهانة الطريقتين الآتيتين للاستدلال على مدى ثبات أدواتها:

١- حساب معامل ألفا كرونباخ **Cronbach Alpha Coefficient**:

وفيما يلي يوضح جدول (٤) معامل ألفا كرونباخ لمقاييس الدراسة، والتي تتسم جميعها

بالقبول، حيث تتراوح تلك القيم بين ٠,٦٦ و ٠,٩٤.

جدول (٤)

معاملات ألفا كرونباخ للدلالة على ثبات مقاييس الدراسة

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

٢- التجزئة النصفية:

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

جدول (٥)

معاملات الثبات لمقاييس الدراسة بطريقة التجزئة النصفية بعد تصحيح الطول

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

النتائج:

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

جدول (٦)

معاملات الارتباط بين سلوك التدين، والحالة الصحية العامة،

والتقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن

م	المقاييس	(١)	(٢)	(٣)
١	سلوك التدين	١		
٢	الحالة الصحية العامة	٠,٥٢***	١	
٣	التقييم الذاتي للأعراض الجسمية	-٠,٦٢***	٠,٦٥***	١

(\*\*\* دال فيما وراء ٠,٠٠١)

## التقييم الذاتي للأعراض الجسمية في ضوء كل من سلوك التدخين والحالة الصحية

### يتضح من الجدول (٦) ما يأتي:

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

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

### جدول (٧)

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

المتغيرات	مجموع للمربعات	درجات الحرية	متوسط للمربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
سلوك التدخين	٤٦٢٧,٩٨	٢	٢٣١٣,٩٩	٨,٤٤	٠,٠٠١
الحالة الصحية العامة	١٥٤١,٦٩	٢	٧٧٠,٨٥	٢,٦٥	٠,٠٠٥

يتضح من الجدول (٧) أن نتائج تحليل التباين - التي أجريت على المجموعات الفرعية الثلاثة لمتغيري سلوك التدخين وتقييم الصحة العامة - كشفت عن أن قيم "ف" كانت دالة لمتغير سلوك التدخين عند مستوى ٠,٠٠٠١، ولمتغير الحالة الصحية العامة عند ٠,٠٠٥، وذلك في تأثيرها

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

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

### جدول (٨)

الفروق واتجاهاتها بين المجموعات الثلاث لمتغير سلوك التدين في التأثير على التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن

متغير	مجموعات للمقارنة	عدد الأفراد (ن)	متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٣/٢)
التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن	(١) منخفض	٥٧	٠٠٠١٩,٠٥	٠٠٠٢٢,٣٢	٣,٢٨-
	(٢) متوسط	٧٢			
	(٣) مرتفع	٤٨			
التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن العامة	(١) سيئة	٦٠	٠٠٠١٨,٥٥	٠٠٠٢١,١٥	١,٦٩-
	(٢) جيدة	٧١			
	(٣) ممتازة	٤٦			

(\*\*\* إلى مستوى دلالة عند ٠,٠٠١)

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

## التقييم الذاتي للأعراض الجسمية في ضوء كل من سلوك التدخين والحالة الصحية

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

(٣) **النتائج الخاصة بالفرض الثالث:** تسهم كل من المتغيرات الديموجرافية، وسلوك التدخين، وتقييم الحالة الصحية العامة في التنبؤ بالتقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن.

وللتأكد من هذا الفرض استخدم تحليل الانحدار المتعدد، ولكن قبل الشروع في إجراء هذا التحليل، يجب التأكيد على شرطين أساسيين، هما: (١) عدم وجود التواء دال في المتغيرات المستقلة، وقد كشفت نتائج معاملات الالتواء عن عدم وجود التواء دال في جميع متغيرات الدراسة، (٢) كذلك تم التحقق من عدم وجود ازدواج خطي Multicollinearity بين المتغيرات المستقلة، ويعرف الازدواج الخطي بأنه وجود علاقة خطية بين المتغيرات المستقلة وبعضها البعض، وتتحقق من هذا عندما يزيد معامل الارتباط بين أي متغيرين مستقلين عن  $(\pm 0.8)$  (عاشور ، سالم، ٢٠٠٥ ، ص ٤٩)، وبالرجوع لجدول (٦) يتضح أن معاملات الارتباط بين المتغيرات المستقلة وبعضها البعض لم تزيد عن ٠,٨، ومن ثم لم يعد هناك ازدواج خطي، مما يعكس استقلال المتغيرات المستقلة عن بعضها، ويبين الجدول (٩) نتائج تحليل الانحدار المتعدد.

### جدول (٩)

تحليل الانحدار المتعدد للمتغيرات المتنبئة: سلوك التدخين، والحالة الصحية العامة

المتغير التابع: التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن

المتغيرات المتنبئة	المعامل الانحدار (B)	بيتا Beta	قيمة ت	مستوى الدلالة
العمر	٠,٨٦	٠,٣٧	٥,٢٢	٠,٠٠١
الحالة الاجتماعية	٠,٣٢	٠,٠٨	١,٣٠	٠,١٨
الحالة التطهيرية	٠,٢٥	٠,٠٥	١,١٢	٠,١٢
سلوك التدخين	-٠,٧٥	-٠,٢٩	-٤,٣٢	٠,٠٠٢
تقييم الصحة العامة	-١,٥٤	-٠,٤٧	-١,٢٣	٠,٠٠١
قيمة ثابت	١٣٠,٨١			
قيمة ت	١٤,٠٧			
دلالة ت	٠,٠٠١			
ر <sup>٢</sup> (R2) لجميع المتغيرات	٠,٤١			

تبين نتائج تحليل الانحدار الواردة بالجدول (٩) أن متغيرات العمر الزمني، وسلوك التدخين، وتقييم الصحة العامة قادرة على التنبؤ بالتقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن بمستويات عالية الدلالة (٠,٠٠١)، في حين غابت الحالة الاجتماعية، والحالة التعليمية، عن تأثيرهما التنبؤي، ومن اللافت للنظر أن المتغيرات جميعها فسرت ٤١٪ من التباين في التقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن.

### مناقشة النتائج:

ولتفسير النتائج وللكشف عن مزيد من الدلالات الأخرى لها، نبدأ بتوضيح قدر اتساقها واختلافها مع الفروض التي بدأنا بها من ناحية، ومع نتائج الدراسات السابقة من ناحية أخرى. ثم ننقل بعد ذلك إلى تفسير هذه النتائج، مع توضيح الدلالات النظرية والتطبيقية لها، ونختتم هذا بإلقاء نظرة أكثر شمولاً على الدراسة ككل، موضحين بعض التوصيات التي قد تسهم تطور هذا المجال.

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

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

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

## التقييم الذاتي للأمراض الجسمية في ضوء كل من سلوك التدين والحالة الصحية

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

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

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

وبصورة عامة أضح أن هناك تأثير دال لكافة متغيرات الدراسة في تخفيف شدة المعاناة من الأعراض الجسمية المرتبطة بالشيخوخة، وهذه النتيجة العامة هي مدعومة من قبل بعض الدراسات السابقة، ومنها ما ذكرته البعض في أن لوصف مرحلة الشيخوخة بأنها هائلة دليل على قدره المسن تدبر أحواله الصحية، وأموره الحياتية بممارسة سلوك التدين (Ardelt, 1994; Collings, 2001; Fitzgerald, 2004). كما توصلت دراسة "بارجمانت" وآخرين (Pargament et al., 1990) إلى أن سلوك التدين يحقق توافقاً نفسياً بدرجة أكبر بالمقارنة

بالمساندة الاجتماعية المتوفرة للمسن، كما تبين أن مرضى الأورام السرطانية المتدينون يكونون أقل توتراً، وأفضل تقديراً لذواتهم، وأكثر شعوراً بالسعادة. وجاءت دراسة كل من "تيكس" و"فرازير" (Tix & Frazier, 1998) لتؤكد دور سلوك التدين في خفض المعاناة وتحقيق التوافق النفسي والرضا الذاتي عن الحياة، وأضافت الدراسة أن التدين يؤثر إيجابياً من خلال ثلاث طرق، هي: أن المعتقدات الدينية تُيسر إعادة الإدراك المعرفي لمعنى الحدث، كما تعطى للفرد إحساساً بالتحكم في مصدر المعاناة، وأخيراً فإن التدين يتم من خلال المساندة الاجتماعية المقدمة للمسن من المجتمع الديني. وأضافت الدراسة أن تأثير سلوك التدين الفعال يتم بغض النظر عن طبيعة الديانة، وما تختص بها من سلوكيات تميزها عن غيرها من الديانات الأخرى. وأيدت دراسة "بزاون" (Brown, 1998) نتائج دراسة "تيكس"، حيث وجدت أن ممارسة سلوك التدين يحقق درجة من الراحة النفسية، ويخفض القلق والمشقة. وجاءت دراسة "جوردون" وآخرين (Gordon et al., 2002) لتؤكد أن السيدات الأكثر تمايشاً مع أعراضهن الجسمية هن الأكثر اعتقاداً دينياً بالمقارنة بالسيدات اللاتي لا يعتقدن بالتدين أو أن التدين ليس مهم بالنسبة لهن. وتوصل "بيسونج" وآخرون (Bussing et al., 2005) - من خلال تطبيق أداة لقياس التدين على عينة قوامها (٢٥٧) مسناً بمتوسط عمري ٦٣,٣ وانحراف معياري قدره ١٣,٤ - أن مرتفعي التدين أكثر قدرة على تحقيق الصحة النفسية والجسمية بالمقارنة بمنخفضي التدين. أما دراسة "بنفيلد" وآخرين (Bienefeld, Koeing, Glarson & Bsherill, 1997) فأشارت إلى نتيجة متناقضة مع ما سبق، حيث وجدت أنه يمكن التنبؤ بتخفيف الألم النفسي لدى المريضات المسنات عن طريق الرضا عن الحياة أكثر من سلوك التدين الصريح.

### **النتائج الخاصة بالفرض الثالث: تسهم كل من المتغيرات الديموجرافية، وسلوك التدين، وتقييم الحالة الصحية العامة في التنبؤ بالتقييم الذاتي للأعراض الجسمية لدى كبار السن:**

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

## **التقييم الذاتي للأمراض الجسمية في ضوء كل من سلوك التدخين والحالة الصحية**

وأضافت الدراسة أن هذه الصفات تتباين بتباين جنس المسن، وحالته الاجتماعية.

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

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

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

### **توصيات البحث:**

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

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

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

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

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

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

السن.

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

(٧) تصميم برامج إرشادية علاجية وتماتية ووقائية هدفها التعامل مع أعراض الشيخوخة بالمستويات الثلاثة الماضية، وهي البرامج العلاجية، البرامج الإنمائية، البرامج الوقائية.

وبهذه التوصيات التي عرضنا لها تكون الدراسة الراهنة قد حققت بعض الأهداف التي أجريت من أجلها، وتكون - أيضاً - قد وضعت بعض اللبانات لمزيد من الدراسات المستقبلية التي تسعى إلى استكمال باقي الأهداف المأمولة.

### المراجع:

- الخضر (عثمان) (٢٠٠٠). التدين والشخصية أحادية العقلية. *دراسات نفسية*، ١٠(١)، ٢٨-٣.
- الخطيب (رجاء) (٢٠٠٢). التدين وعلاقته بالاكتئاب لدى طلبة وطالبات جامعة الأزهر والجامعات الأخرى. *مجلة علم النفس*، ١٦(٦٤)، ٢١-٦.
- السيد (رحاب) (٢٠٠٨). *مدى فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف الشعور بالوحدة والاكتئاب والقلق لدى عينة من المسنين المقيمين بدور الرعاية*. رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- السيد (عبد الحليم)؛ درويش (زين العابدين) (٢٠٠١). الإعداد العلمي والمهني للأخصائي النفسي في مجال المسنين. *المؤتمر الإقليمي الثاني لرعاية المسنين*، جامعة حلوان، ٥-٣٧.
- السيد (فؤاد) (١٩٩٨). *الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة*. القاهرة: دار الفكر العربي.
- الشانلي (عبد الحميد) (١٩٩٠). *توافق المسن وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية*. رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية التربية فرع بنها، جامعة الزقازيق.



المطابع الأميرية.

محمد (نبال) ، اليحفوفي (نجرى) (٢٠٠٧). القلق العام والاضطرابات الجسدية لدى المسنين المتقاعدين والعاملين بعد سن التقاعد. *دراسات عربية في علم النفس*، ٦(٢)، ١٥١-١٨٣.

هريدي (عادل) ؛ فرج (طريف) (٢٠٠٢). مصادر ومستويات السعادة المدركة في ضوء العوامل الخمسة الكبرى للشخصية والتدين وبعض المتغيرات الأخرى. *مجلة علم النفس*، ١٦ (٦١)، ٤٦-٧٨.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Science Medicine*, 66, 2321-2334.
- Brill, J., Pruchno, R., & Shands, Y. (2008). In *Sickness and In Health: Perceptions of successful aging. Proquest Psychology Journals*, 48, 115.
- Brown, D. (1998). Study will look at religions effect on Breast cancer patients. *Woman's Health Weekly*, November, 1-3.
- Bussing, A., Ostermann, T., & Matthiessen, P. (2005). Role of religion and spirituality in medical patients: confirmatory results with the SPREUK questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 30-40.
- Castro-Costa, E., Lima-Costa, M., Carvalhais, Firmo, S., & Mchoa, E. (2008). Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community – Dwelling Older Adults (The Bambui Health Aging Study). *Rev Bras Psiquiatr*, 30(2), 104-109.
- Collings, P. (2001). "If you got everything, it's good enough": perspectives on successful aging in a Canadian Inuit Community. *Journal of Cross – Cultural Gerontology*, 16(2), 127-133.
- Corsini, R. (1999). *The Dictionary of Psychology*. New York: Library of Congress Catalog.
- Fitzgerald, T. (2004). *A model for midlife development: to wisdom and beyond*. M.A., State University of New York Empire State College.
- Fletcher, S. (2004). Religion and life meaning: Differentiating between religious beliefs and religious beliefs and religious community in constructing life meaning. *Journal of Aging Studies*, 18, 171-185.
- Gordon, P., Feldman, D., Crose, R., Schoen, E., Griffing, G., & Shankan, J. (2002). The role of religious beliefs in coping with chronic illness. *Counselling and Values*, 46, 162-174.
- Gorman, P. (1984). *Comparison of a physical health questionnaire to physical examination findings in elderly clients*. M.D., University of Wyoming.
- Health – Cares* (2005). What's signs and symptoms of aging?. Available on: woman's – health. Health – cares. Net/aging – symptoms. php.
- Hsu, H. (2008). Does disability affect the possibility of successful aging? Physical Function Trajectories, Depressive Symptoms, and Life

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

University of Sudburg (Canada).

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

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

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

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

### Abstract

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

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