



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 قالمة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

جودة الحياة وعلاقتها بالاستجابة الاكتئابية لدى المسن المتقاعد

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي

اشراف:

د. نجم الدين بودودة

اعداد:

اناس موالكية

هناء بشيش

الصفة	الدرجة العلمية	الأستاذ(ة)
رئيسا	محاضرة "أ"	العافري مالكية
مشرفا، مقرا	محاضر "أ"	بودودة نجم الدين
ممتحنا	محاضر "أ"	مشطر حسين

السنة الجامعية 2020-2021

شكر وعرفان

نحمد الله عز وجل الذي وفقنا و منحنا الصحة والعافية والعزيمة للإتمام هذا البحث العلمي .

فالحمد لله عمداً وكريماً .

نتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى الاستاذ المعرف "فهم الدين بوضوح" على كل ما قد ساهمنا به

توجيهات ومعلومات قيمة ومتابعة الراضية في سبيل إكمال هذا البحث العلمي .

كما نتقدم بالشكر إلى لجنة المناقشة المحورة التي تكبدت عنا، قراءة هذا العمل وتقييمها .

ونشكر جميع أساتذة قسم علم النفس على كل جهودهم الطمخ .

فهرسك

المسكوكات

الصفحة	فهرس المحتويات
	شكر و عرفان
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
	فهرس الملاحق
	الملخص
أ-ب	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل التمهيدي	
5	1. الإشكالية
7	2. أهمية الدراسة
7	3. أهداف الدراسة
8	4. المفاهيم الإجرائية
8	5. حدود الدراسة
8	6. الدراسات السابقة
13	7. التعقيب على الدراسات السابقة
الفصل الأول: جودة الحياة	
16	تمهيد
17	1. نشأة وتطور ومفهوم جودة الحياة
18	2. مفهوم جودة الحياة
18	3. مفاهيم ذات صلة
20	4. النظريات المفسرة لجودة الحياة
24	5. مؤشرات وأبعاد جودة الحياة
25	6. الشخصية وجودة الحياة
26	7. قياس جودة الحياة
28	8. جودة الحياة والمسئ
28	9. استراتيجيات تحسين جودة حياة المسن
30	خلاصة
الفصل الثاني: الاكتئاب	

32	تمهيد
33	1. مفهوم الاكتئاب
33	2. انتشار الاكتئاب
35	3. أشكال الاكتئاب عند المسن
37	4. مظاهر الاكتئاب
38	5. العوامل المؤدية للاكتئاب
41	6. النظريات المفسرة للاكتئاب
46	7. الاكتئاب والشخصية
48	8. أليات دفاع المسن المكتئب
49	9. الاكتئاب الحداد، الميلانخوليا
50	10. الاكتئاب بين النفس والجسد
53	خلاصة
الفصل الثالث: المسن المتقاعد	
55	تمهيد
56	1. مفهوم مرحلة الشيخوخة
57	2. مفهوم التقاعد
58	3. الشيخوخة النشطة
58	4. محددات الشيخوخة النشطة
60	5. النظريات المفسرة لمشاكل المسن المتقاعد
64	6. أهم مشكلات المسن المتقاعد
67	7. أزمة الانتقال للتقاعد
68	8. الاكتئاب والتقاعد
69	9. التكفل بالمسن المتقاعد
71	خلاصة
الجانب الميداني	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية	
74	تمهيد
75	1. الدراسة الاستطلاعية
75	1.1. المشاركون في الدراسة
75	2.1 أدوات الدراسة

76	3.1 إجراءات الدراسة
77	4.1 نتائج الدراسة
77	2. الدراسة الأساسية
77	1.2 منهج الدراسة
78	2.2 المشاركون في الدراسة
79	3.2 أدوات الدراسة
84	4.2 إجراءات الدراسة
85	الخلاصة
الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج	
87	1. النتائج
87	1.1 الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
87	2.1 النتائج الوصفية
90	3.1 نتائج الارتباط
94	4.1 نتائج الاختلافات
94	5.1 نتائج الإنحدار الخطي
95	2- مناقشة نتائج الدراسة
101	خاتمة
104	قائمة المراجع
114	الملاحق

فهرس الجدول:

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	78
02	محاور مقياس جودة الحياة	80
03	محاور مقياس استراتيجيات التكيف	83
04	نتائج معامل ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة	87
05	نتائج معامل ألفا كرونباخ لمقياس الاكتئاب	87
06	نتائج معامل ألفا كرونباخ لمقياس استراتيجيات التكيف	88
07	الاحصائيات الوصفية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري) لمحاور مقياس جودة الحياة	88
08	الاحصائيات الوصفية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري) لمحاور مقياس استراتيجيات التكيف	89
09	الاحصائيات الوصفية لمقياس الاكتئاب	89
10	نتائج معامل الارتباط بيرسون بين جودة الحياة والاستجابة الاكتئابية	90
11	نتائج معامل الارتباط بين الاستجابة الاكتئابية ومحاور جودة الحياة	91
12	نتائج معامل الارتباط بيرسون بين جودة الحياة واستراتيجيات التكيف	91
13	نتائج معامل الارتباط بين جودة الحياة ومحاور استراتيجيات التكيف	92
14	نتائج معامل الارتباط بيرسون بين الاستجابة الاكتئابية واستراتيجيات التكيف	93
15	نتائج الاختلافات في مستوى جودة الحياة والاستجابة الاكتئابية واستراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير الحالة العائلية.	94
16	نتائج تحليل الانحدار الخطي لمتغير جودة الحياة والاستجابة الاكتئابية واستراتيجيات التكيف	94

فهرس الأشكال:

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
46	الروابط بين الأحداث والأفكار والعواطف	01
78	توزيع المشاركين حسب الجنس	02
90	انتشار العلاقة الخطية بين جودة الحياة والاستجابة الاكتئابية	03
92	انتشار العلاقة الخطية بين جودة الحياة واستراتيجيات التكيف	04
93	انتشار العلاقة الخطية بين الاستجابة الاكتئابية واستراتيجيات التكيف	05

فهرس الملاحق:

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
114	مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (الصورة المختصرة)	01
117	مقياس اكتئاب الشيخوخة (الصورة المختصرة)	02
118	مقياس استراتيجيات التكيف (الصورة المختصرة)	03

الملخص :

إن مرحلة الشيخوخة هي مرحلة جد معقدة نظرا للتغيرات التي تحدث في حياة للمسن في جميع الجوانب خاصة على المستوى الجسدي و العلائقي هذا من جهة ، و من جهة أخرى يعتبر الانتقال للتقاعد من أهم التحويلات المعاشة والتي تؤثر على إدراكه لكافة جوانب الحياة مما يتسبب في ظهور استجابات اكتئابية، و هذا ما يشرح استخدامه استراتيجيات تكيف غير فعالة التي تكون كردة فعل لهذه الازمات ، من هذا المنطلق هدفت دراستنا الحالية التعرف على العلاقة بين جودة الحياة و الاستجابة الاكتئابية واستراتيجيات التكيف هذا من جهة ، من جهة أخرى تحديد بدقة المتغيرات المفسرة لحدوث الاستجابة الاكتئابية بالاعتماد على أبعاد مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية ، وأبعاد مقياس استراتيجيات التكيف المختصر ، واتبعنا في هذه الدراسة المنهج الوصفي باعتباره الانسب لوصف موضوع دراستنا كما هو في الواقع ، وعينة تكونت من 160 مسن متقاعد حيث تنقسم إلى 80 إناث و 80 ذكور.

أظهرت نتائج هذه الدراسة أن هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والاستجابة الاكتئابية واستراتيجيات التكيف لدى المسن المتقاعد، بالإضافة إلى أن غياب كل من الصحة الجسدية والصحة النفسية والتكيف الايجابي في ظل وجود تكيف سلبي قد يكون سببا في بروز الاستجابات الاكتئابية لديه.

الكلمات المفتاحية:

جودة الحياة – استجابة اكتئابية – استراتيجيات التكيف -المسن المتقاعد.

Résumé :

L'étape du vieillissement est une étape très complexe, compte tenu des changements qui surviennent dans la vie des personnes âgées sous tous les aspects, notamment sur le plan physique, d'une part, et d'autre part, la transition vers la retraite est l'une des plus importantes transformations de la vie qui affectent sa conscience de tous les aspects de la vie, provoquant des réponses dépressives, et en raison de son utilisation de stratégies d'adaptation inefficaces en réponse à ces crises, de ce point de vue, notre étude actuelle visait à identifier la relation entre la qualité de vie et la réponse dépressive et cette stratégie d'adaptation d'une part, d'autre part, pour déterminer avec précision les variables qui expliquent la survenue de la réponse dépressive en fonction des dimensions de l'échelle de qualité de vie de l'organisation mondiale de la santé, dimensions of the Brief échelle des stratégies d'adaptation.

Dans cette étude, nous avons suivi la méthode descriptive car c'est la plus appropriée pour décrire l'objet de notre étude tel qu'il est dans la réalité, et un échantillon était composé de 160 personnes âgées retraitées, réparties en 80 femmes et 80 hommes. Les résultats de cette étude ont montré qu'il existe une corrélation statistiquement significative entre la qualité de vie, la réponse dépressive et les stratégies d'adaptation pour les personnes âgées retraitées, en plus de l'absence de santé physique, de santé psychologique et d'ajustement positif en présence d'ajustement négatif, ce qui peut être une raison de l'émergence de réponses dépressives.

Les mots clés :

Qualité de vie - Réponse dépressive – Stratégies d'adaptation - La personne âgée retraitée.

مقدمة

تعد مرحلة الشيخوخة من أكثر المراحل العمرية التي تنبؤ الإنسان بقرب أجله والتي يكتنفها بصورة عامة نوع من الاضطرابات على المستوى الفسيولوجي والسيكولوجي، والذي يتمثل بالخمول، العجز والعزلة والفراغ الكبير بعد أن كانت حياته ترفل بالنشاط والفعالية والمتعة في المراحل العمرية السابقة، فتصبح حياته دون معنى مما يضفي عليها نوعا من الحزن، وخاصة عندما يشعر بفارق التغيرات التي تحدث له عبر الزمن.

من بين العوامل التي تؤثر على هذه الفئة عامل التقاعد فتعتبر قضية المسنين وتقاعدهم أهم القضايا التي تشغل المجتمعات في الآونة الأخيرة، وترتبط هذه الأهمية بتغير الكثير من الأنماط الحياتية والاجتماعية والصحية والنفسية والاقتصادية التي تساهم في ظهور الاكتئاب لدى المسن، كون التقاعد يفقد المسن الكثير من أدواره الاجتماعية والذي يعني بشكل أو بآخر نهاية أهمية الفرد ودوره في الحياة.

إن جودة الحياة لدى المسنين تكتمل من خلال وضعيتهم ومشاركتهم في الحياة الاجتماعية، المساندة والدعم من طرف المجتمع، فالتغير الاساسي الذي يعيشه المسن على المستوى الاجتماعي هو الإحالة إلى التقاعد ويتبعه اختلالات على جميع الأصعدة خاصة منها الصحية، ونظرا لارتباط التقاعد بمرحلة الشيخوخة، والتي تعتبر مرحلة الضعف والأزمات والاختلالات، فيتدنى مستوى الاستقلالية بفقدان القدرات الوظيفية وبالتالي يفقد المسن القدرة على التكيف ومواجهة هذه الازمات فيقع في الاكتئاب.

ولهذا كان منطلق هذه الدراسة التعرف على العلاقة ما بين جودة الحياة والاستجابة الإكتئابية واستراتيجيات التكيف لدى المسن، ولمعالجة هذا الموضوع تم تقسيم الدراسة الى جانبين، جانب نظري وآخر ميداني، بحيث يحتوي الجانب النظري على 3 فصول، بدئنا بالإطار العام للدراسة وفيه تناولنا تحديد إشكالية البحث وعرض التساؤلات وتحديد الأهمية والأهداف والمفاهيم الإجرائية والدراسات السابقة مع التعقيب عليها.

فالفصل الاول فهو بعنوان جودة الحياة، تعرضنا فيه الى تمهيد وكل ما يخص جودة الحياة من نشأة وتعريف وأهم المفاهيم الكبرى ذات الصلة، النظريات المفسرة، الابعاد والمؤشرات، كما تناولنا أيضا الشخصية وعلاقتها بجودة الحياة، قياس جودة الحياة مروراً إلى جودة حياة المسن واستراتيجيات تحسينها.

تم التطرق في الفصل الثاني والذي يحمل عنوان الاستجابة الإكتئابية للعناصر التالية: مفهوم الاكتئاب ومدى انتشاره، اشكاله وأهم مظاهره، العوامل المؤدية له، النظريات المفسرة، كذلك تطرقنا إلى الاكتئاب وعلاقته بالشخصية والاليات الدفاعية التي يلجأ إليها المسن المكتئب، الاكتئاب الحداد والميلانخوليا، واخيرا الاكتئاب بين النفس والجسد، أما الفصل الثالث المعنون بالمسن المتقاعد تعرضنا فيه في البداية إلى بعض المفاهيم: مفهوم مرحلة الشيخوخة، مفهوم التقاعد، مفهوم الشيخوخة النشطة وأهم محدداتها، النظريات المفسرة لمشاكل المسن المتقاعد مروراً إلى أزمة الإنتقال للتقاعد والعلاقة بينه وبين الاكتئاب، كيفية التكفل بالمسن المتقاعد.

للإحاطة بجميع جوانب الموضوع قمنا بتدعيم الجانب النظري في هذه الدراسة بدراسة ميدانية طبقت على 160 متقاعد مسن، حيث شمل الجانب الميداني الإجراءات المنهجية التي إعتدنا عليها في بحثنا بالإضافة إلى النتائج المتوصل إليها ومناقشتها على ضوء فرضيات الدراسة.

الاجابة النظرية

الفصل التمهيدى

1. الاشكالية:

يعتبر موضوع جودة الحياة من المواضيع الشاملة والحاضنة لجميع ميادين الحياة الإنسانية، حيث تشير جودة الحياة الى السعادة، الصحة، الرضا عن جميع مجالات الحياة والراحة الوجدانية والمادية، فحياة الإنسان لا تنحصر في الحاجات الضرورية لبقائه بل تتعدى كل ما يشمل ويحسن جودة حياته وذلك بقياس وفهم وبناء مكانم القوة وتوجيه الأفراد الى حياة متوازنة.

تدل جودة الحياة على إدراك الفرد للمتغيرات الموضوعية التي تحيط به والامكانيات المادية، خاصة إدراكه الذاتي والوجداني لوضعيته الصحية والاجتماعية، فهي درجة الرضا التي يقيم بها الفرد شروط حياته والتوازن النفسي ويكون ذلك من خلال المقارنة مع الاخر، حيث يكمن الهدف الأساسي وراء قياس جودة الحياة هو التعرف على تأثير المشكلات الصحية على تقييم وإدراك الفرد لحياته، كون هذه الأخيرة لها تأثير مباشر على نوعية حياة الأفراد، فمن المهم دراسة التحويلات التي تحدث على نوعية الحياة في جميع المراحل العمرية خاصة منها فئة المسنين المتقاعدون التي تشهد تغيرات جذرية وتقلبات في قصة حياتهم الشخصية، إذ يعتبر الانتقال الى التقاعد هو أهم تغير يعيشه المسن خلال هذه المرحلة، والذي هو الانقطاع عن العمل وذلك لتوفره شروط معينة.

فهذا الانتقال هو عبارة عن إنقطاع اجتماعي قوي ومؤلم كون معظم العلاقات الاجتماعية كانت ترتبط أساساً بالمحيط المهني، فيفقد هويته المهنية بفقدان دوره الوظيفي والأساسي في الحياة عندما يحال الى التقاعد فيجد نفسه أمام حتمية بناء هوية جديدة، بالإضافة الى التقلبات العائلية من فقدان الشريك، زواج الابناء، فيشعر المسن أنه فقد مكانته وأصبح عبأ على المجتمع. فهو ليس تغير بسيط في الدور بل هو إشكال أساسي قد تكون له اثار على الهوية وطبيعة التفاعل مع الاخرين والنظرة للحياة.

حيث يرتبط مفهوم التقاعد ارتباطاً وثيقاً بالشيخوخة فكثيراً ما ينظر للتقاعد على انه البداية الحقيقية لمرحلة الشيخوخة، فتعتبر هذه الاخيرة مرحلة الضعف الفيزيولوجي، حيث قد تتأثر جميع الأجهزة الفيزيولوجية، الحركية، الهضمية، التناسلية، وكذا تقل القدرة الوظيفية للعمليات العقلية وتصبح السيرورة الذهنية بطيئة، فتتراكم الأمراض مع التقدم في السن مما يولد الحاجة للاتكالية، فيدخل المسن في وضعية جديدة يغلب عليها اليأس، الفراغ، فقدان الأمل، الاستياء والكآبة، والإحساس باقتراب الحياة من خط النهاية، فيفقد الاهتمام بكل شيء وينتظر قدوم الموت مما يوقعه في الاكتئاب، ويصبح لا يستطيع الاستمتاع بحياته، فتتأثر جودة حياته والتي تتحقق من خلال شعور الفرد بالراحة والسعادة والرضا عن الحياة، فغيابها او هشاشتها هو احد المؤشرات على وجود إكتئاب لديهم، حيث يرتبط هذا الاضطراب النفسي في هذه المرحلة بعدم وجود رضا عن الحياة نظراً للاختلال الوظيفي الاجتماعي والمعاناة النفسية التي يعيشها المسن في خضم هذه التقلبات الجديدة والمفاجئة والتي لم يهيأ نفسه لها، مما يقود المسن الى فقدان الإمكانيات والقدرات التكيفية، حيث يصبح غير قادر على استغلالها لتجاوز الاكتئاب وتحقيق جودة الحياة التي تتناسب و متطلبات الحياة اليومية والنفس وجدانية.

وعلى هذا الأساس إهتمت هذه الدراسة بالكشف عن العلاقة بين جودة الحياة والاستجابة الاكتئابية لدى المسن المتقاعد وما إذا كان لدى المسن المتقاعد استراتيجيات مواجهة تسمح له بالتكيف في ظل هذه الازمات ومن هنا نطرح التساؤلات التالية:

التساؤل الرئيسي:

هل توجد علاقة بين جودة الحياة والاستجابة الاكتئابية لدى المسن المتقاعد؟

التساؤلات الجزئية :

- ما طبيعة العلاقة الموجودة بين استراتيجيات التكيف وجودة الحياة لدى المسن المتقاعد؟
- ما طبيعة العلاقة الموجودة بين إستراتيجيات التكيف والاستجابة الاكتئابية لدى المسن المتقاعد؟
- هل توجد فروق في مستوى جودة الحياة تبعاً لمتغير الجنس لدى المسن المتقاعد؟
- هل توجد فروق في مستوى الاستجابة الاكتئابية تبعاً لمتغير الجنس لدى المسن المتقاعد؟
- هل توجد فروق في مستوى استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير الجنس لدى المسن المتقاعد؟
- هل توجد فروق في جودة الحياة تبعاً لمتغير الحالة العائلية لدى المسن المتقاعد؟
- هل توجد فروق في الاستجابة الاكتئابية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لدى المسن المتقاعد؟
- هل توجد فروق في استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لدى المسن المتقاعد؟

فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة :

توجد علاقة ارتباطية بين جودة الحياة والاستجابة الاكتئابية لدى المسن المتقاعد.

الفرضيات الجزئية:

- توجد علاقة موجبة بين استراتيجيات التكيف وجودة الحياة لدى المسن المتقاعد.
- توجد علاقة سلبية بين إستراتيجيات التكيف والاستجابة الاكتئابية لدى المسن المتقاعد.
- توجد فروق في مستوى جودة الحياة تبعاً لمتغير الجنس لدى المسن المتقاعد.
- توجد فروق في مستوى الاستجابة الاكتئابية تبعاً لمتغير الجنس لدى المسن المتقاعد.
- توجد فروق في مستوى استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير الجنس لدى المسن المتقاعد.
- توجد فروق في جودة الحياة تبعاً لمتغير الحالة العائلية لدى المسن المتقاعد.
- توجد فروق في الاستجابة الاكتئابية تبعاً لمتغير الحالة العائلية لدى المسن المتقاعد.
- توجد فروق في استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير الحالة العائلية لدى المسن المتقاعد.

2. اهمية الدراسة:

تكتسب هذه الدراسة اهمية بالغة لانها تتناول فئة من فئات مجتمعنا الجزائري و التي هي كبار السن المتقاعدين، و تتمثل اهمية دراستنا في :

- ✚ نقص الدراسات التي تطرقت لمثل هذا الموضوع.
- ✚ تستهدف هذه الدراسة فئة حساسة من الواقع، وهي فئة من المسنين المتقاعدين.
- ✚ تقدم الدراسة اطارا نظريا حول جودة الحياة وعلاقتها بالاستجابة الاكتئابية لدى فئة مهمة من المجتمع.
- ✚ مرحلة التقاعد هي مرحلة يشوبها الكثير من الغموض وعدم وضوح معالم الحياة فيها.
- ✚ تفتح الدراسة المجال لإجراء المزيد من الدراسات العلمية الأخرى حول الموضوع وتوسيعه.
- ✚ لفت الانتباه لشريحة مهمشة من المجتمع والذي يتوجب علينا الاهتمام بها نظرا لما شهدته من ازمات.

3. اهداف الدراسة :

- ✚ التعرف على طبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة.
- ✚ معرفة تأثير كل من جودة الحياة واستراتيجيات التكيف على ظهور استجابات اكتئابية لدى المسن المتقاعد.
- ✚ التعرف على ما إذا كانت هناك فروق في مستوى كل من جودة الحياة والاستجابة الاكتئابية واستراتيجيات التكيف تبعا لمتغير الجنس الحالة العائلية.

4. المفاهيم الاجرائية:

1.4 جودة الحياة:

هو تقييم الفرد لحياته بجميع أبعادها، إذ يخص ذلك البعد الجسدي، النفسي، الاجتماعي والبيئي.

2.4 الاستجابة الاكتئابية:

هي حالة انفعالية يتسم فيها الفرد بالحزن، فقدان السعادة، الانسحاب الاجتماعي، فقدان الاحساس بالأمن وتدني تقدير الذات، بالإضافة الى عدم القدرة على الانجاز والاحساس بالوحدة النفسية والذنب الموجه للذات.

3.4 استراتيجيات التكيف:

هي مجموعة من المجهودات المعرفية والسلوكية التي يوظفها الفرد اثناء تعرضه لموقف ضاغط.

4.4 المسن التقاعد:

نقصد بالمسن المتقاعد بانه الفرد الذي أحيل للتقاعد ، نظرا لبلوغه العمر القانوني للتقاعد و الذي هو 60

سنة .

5. حدود الدراسة:

المجال المكاني:

تم تمرير الاستبيانات الالكترونية الخاصة بالدراسة عبر الانترنت.

المجال الزمني :

تم اجراء الجانب التطبيقي لهذه الدراسة في الفترة الممتدة من 2021-04-7 الى غاية 2021-05-16.

6. الدراسات السابقة:

الدراسات العربية:

دراسة بلخير فايزة.(2012). بعنوان: مفهوم الذات و علاقته بالتكيف الاجتماعي لدى المسنين.

تهدف للتعرف على مفهوم الذات و علاقته بالتكيف الاجتماعي لدى المسنين و كذا التعرف على الفروق في ابعاد مفهوم الذات وفقا لمتغير كل من الجنس و الحالة الاجتماعية والحالة الصحية من جهة و التعرف على الفروق في ابعاد التكيف الاجتماعي وفقا لمتغير الجنس و الحالة الاجتماعية و الحالة الصحية من جهة اخرى .تكونت عينة الدراسة من 60 مسنا ، تم الاعتماد على مقياس مفهوم الذات ومقياس التكيف النفسي (من اعداد الباحثين) متبعين في ذلك المنهج الوصفي و المنهج العيادي وكانت نتائج الدراسة كالتالي :وجود ارتباط دال احصائيا بين مفهوم الذات و التكيف الاجتماعي .عدم وجود فروق دالة احصائيا في مفهوم الذات ببعديه (الاسري و الاجتماعي) حسب متغير الجنس في حين توجد فروق في بعديه (الجسسي و الانفعالي) لصالح الذكور ، عدم وجود فروق في مفهوم الذات حسب متغير الحالة الاجتماعية و لا توجد فروق في مفهوم الذات (الاسري و الانفعالي) حسب متغير الحالة الصحية اما بخصوص (الذات الجسمية الاجتماعية) لصالح المسنين المتمتعين بصحة جيدة ، كما توصلت الى عدم وجود فروق في ابعاد التكيف الاجتماعي حسب متغير الجنس و الحالة الاجتماعية و الحالة الصحية.

دراسة حمو علي خديجة.(2012). بعنوان :علاقة الشعور بالوحدة النفسية بالاكنتاب لدى عينة من المسنين المقيمين بدور العجزة و المقيمين مع ذويهم.

هدفت الى التعرف على علاقة الشعور بالوحدة النفسية بالاكنتاب و كذا معرفة ان كانت هناك فروق في درجة الشعور بالوحدة النفسية و الاكنتاب حسب طبيعة تواجد المسن .تكونت عينة الدراسة من 12 مسن (6 حالات من المسنين يقيمون بدار العجزة و 6 حالات من المسنين) ، حيث تم الاعتماد على المنهج العيادي ، واستخدام مقياسين هما :مقياس الشعور بالوحدة النفسية لعبد الرقيب البحيري و مقياس بيك للاكنتاب المعرب على يد غريب عبد الفتاح بالاضافة الى استخدام الملاحظة و المقابلة لجمع المعلومات و كانت نتائج الدراسة كالتالي: وجود علاقة بين الشعور بالوحدة النفسية و الاكنتاب لدى المسنين حسب نوعية الاقامة (دور العجزة او مع ذويهم). كذلك تم التوصل الى وجود فروق في درجة الشعور بالوحدة النفسية و في درجة الاكنتاب بين المسنين المقيمين مع ذويهم و المقيمين بدور الرعاية.

دراسة بدرة، نعيصة.(2014). بعنوان: المساندة الاجتماعية و علاقتها بمستوى الاكتئاب لدى المسنين في دور الرعاية بمحافظة اللاذقية.

تهدف الى الكشف عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية الاسرية و الاكتئاب في ضوء بعض المتغيرات لدى مجموعة من المسنين بدور الرعاية بمحافظة اللاذقية ، شملت عينة الدراسة على 50 فردا مقسمين الى: 30 ذكور و 20 اناث ، تم الاعتماد على مقياس المساندة الاجتماعية الاسرية المدركة وقائمة بيك للاكتئاب و اتبعت المنهج الوصفي و خلصت الى نتائج مفادها: وجود علاقة سلبية دالة احصائيا بين مستوى المساندة الاجتماعية الاسرية و مستوى الاكتئاب لدى افراد العينة ، وجود فروق دالة بين الاناث و الذكور في مستوى المساندة الاجتماعية الاسرية لصالح الذكور ، كذلك تم التوصل الى وجود فروق بين الذكور و الاناث في مستوى الاكتئاب لصالح الذكور . وجود فروق ذات دلالة في مستوى المساندة الاجتماعية المدركة من الاسرة و كذا في مستوى الاكتئاب تعزى لمتغير وجود الاولاد. و اخيرا تم التوصل الى وجود فروق في مستوى المساندة الاجتماعية المدركة من طرف الاسرة و ايضا في مستوى الاكتئاب تعزى لمتغير مدة الاقامة في الدار .

دراسة بدري الابراهيم ، مقدادي .(2014). بعنوان: الصلابة النفسية و علاقتها بالرضا عن الحياة و الاكتئاب لدى المسنين و المسنات المقيمين في دور الرعاية في الاردن.

هدفت الى التعرف على الصلابة النفسية و علاقتها بالرضا عن الحياة و الاكتئاب لدى المسنين و المسنات المقيمين في دور الرعاية بالاردن ، تكونت عينة الدراسة من 140 مسنا ، مقسمين الى : 67 مسنا و 73 مسنة تتراوح اعمارهم ما بين 65-90 سنة و تم الاعتماد على المنهج الوصفي و على مجموعة من المقاييس متمثلة في :مقياس الصلابة النفسية لدى المسنين(من اعداد الباحثان حجازي و ابو غالي.2010) و مقياس الرضا عن الحياة (من اعداد عبد المنعم.2010) و مقياس الاكتئاب(لبيك) وتوصلت الى النتائج التالية : مستوى الصلابة النفسية لدى المسنين و المسنات كان منخفضا و كذا مستوى الرضا عن الحياة كان منخفض ، اما مستوى الاكتئاب كان مرتفع . كما اظهرت النتائج ايضا وجود علاقة ايجابية بين مستوى الصلابة النفسية و الرضا عن الحياة و وجود فروق دالة احصائيا بين المسنين و المسنات في الصلابة النفسية لصالح المسنين .

دراسة واكلي بديعه .(2014). بعنوان: علاقة استراتيجيات مواجهة الضغط بدرجة الاكتئاب .

هدفت الى الكشف عن العلاقة بين استراتيجيات الضغط ودرجة الاكتئاب، تمثلت عينة الدراسة من 84 فرد مكنتب (44 ذكر و40 انثى) تم اختيارهم بطريقة قصدية، كما نم الاعتماد في هذه الدراسة على اداتين: مقياس استراتيجيات المواجهة و مقياس الاكتئاب (من اعداد الباحثة) واستعمال المنهج الوصفي وتوصلت الى نتائج مفادها: وجود علاقة ارتباطية سالبة بين درجات الاكتئاب واستراتيجيات المواجهة الفعالة واستراتيجية حل المشكلات وكذا استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي.

كذلك توصلت لوجود علاقة ارتباطية موجبة بين درجات الاكتئاب واستعمال واستعمال استراتيجية التجنب واستراتيجية الانفعال عند مواجهة الضغوط.

دراسة بن لطرش إيمان.(2015). بعنوان: مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من المسنين .

تهدف هذه الدراسة للتعرف على مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من المسنين وكذا معرفة الفروق في كل من متغير الجنس ،الحالة الاجتماعية ومتغير طبيعة العمل في مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى المسنين ،تكونت عينة الدراسة من (50) مسنا ومسنة تم اختيارهم بطريقة عشوائية وإتباع المنهج الوصفي .كما تم تطبيق مقياس الوحدة النفسية المعد من طرف Russal (1996) و توصلت الى نتائج مفادها :أن مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من المسنين كانت متوسطة ،كما بينت ايضا انه لا توجد فروق دالة احصائيا في مستوى الشعور بالوحدة النفسية تعزى لمتغير الجنس والحالة الاجتماعية وطبيعة العمل.

دراسة بكداش، سعدي. (2017). بعنوان: مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى المسنين المقيمين في دور الرعاية الاجتماعية في مدينتي اللاذقية وطرطوس.

تهدف الى التعرف على مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى المسنين المقيمين في دور الرعاية الاجتماعية و كذا التعرف على الفروق في الشعور بالوحدة النفسية تبعاً لمتغير الجنس و السن و الحالة الاجتماعية .تكونت عينة الدراسة من 32 مسن ،مقسمين الى 12 ذكور و 20 اناث ،تم الاعتماد على المنهج الوصفي واستعمال مقياس الوحدة النفسية (من اعداد الباحثين) و توصلت الدراسة الى نتائج مفادها: وجود مستوى متوسط من الشعور بالوحدة النفسية لدى افراد العينة و عدم وجود فروق دالة احصائيا في مستوى الشعور بالوحدة النفسية بين الذكور و الاناث .كذلك تم التوصل الى عدم وجود فروق في مستوى الشعور بالوحدة النفسية تبعاً لمتغير السن ووجود فروق تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

دراسة معتصم محمد خير علي وفاء.(2018). بعنوان: جودة الحياة و علاقتها بالاكئاب الغير مرتبط بالأعراض الذهانية بمستشفى التجاني الماحي .

هدفت للتعرف على العلاقة بين جودة الحياة و الاكئاب الغير مرتبط بالأعراض الذهانية بمستشفى التجاني الماحي و كذا توضيح الفروق في جودة الحياة لدى مرضى الاكئاب تبعاً لمتغير الجنس و السن و المستوى التعليمي .تكونت عينة الدراسة من (373)مريض تم اختيارهم بطريقة عشوائية بإتباع المنهج الوصفي .كم تم الإعتماد على مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية و مقياس بيك للاكئاب لقياس الاكئاب .و تم التوصل الى نتائج مفادها:وجود علاقة ارتباطية موجبة بين جودة الحياة و مفهوم مرض الاكئاب الغير مرتبط بالأعراض الذهانية بمستشفى التجاني الماحي و كذا عدم وجود فروق في جودة حياة مرضى الاكئاب الغير مرتبط بالأعراض الذهانية تبعاً للجنس و السن و المستوى التعليمي

دراسة سعودي كريمة.(2019)، بعنوان: مستوى الاكئاب النفسي لدى المسنين المتقاعدین بالجزائر.

هدفت الى التعرف على مستوى الاكئاب النفسي لدى المسنين المتقاعدين، وكذا معرفة هل توجد فروق في مستوى الإكئاب النفسي بين الأرامل والمتزوجين من المسنين المتقاعدين، تمثلت عينة الدراسة في 40 فردا من المسنين المتقاعدين المقيمين في الجزائر ذكورا و اناثا ،تم اختيارهم بطريقة عشوائية .كذلك تم تطبيق مقياس

"محمد عبد الهادي الجبوري" (2010). و تم التوصل الى:ارتفاع متوسط درجة الاعراض الاكتئابية على مقياس الاكتئاب النفسي. كذلك وجود فروق دالة إحصائيا في الاكتئاب النفسي تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوجين ، أرامل) لصالح الأرامل.

دراسة بعلول نسبية.(2020). بعنوان: جودة الحياة لدى المسنين.

هدفت الى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى المسنين المقيمين بدار العجزة، تكونت عينة الدراسة من مجموعة من المسنين وتم الاعتماد على الأدوات التالية: المقابلة الإكلينيكية النصف موجهة، الملاحظة العيادية ومقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (OMS). وفق المنهج الاكلينيكي وكان من أبرز نتائجها : أن مستوى جودة الحياة لدى المسنين المقيمين بدار العجزة منخفض.

دراسة البرديسي، بن سعيد.(د.س).بعنوان. جودة الحياة الاسرية لدى المسنين في المجتمع السعودي وعلاقتها ببعض المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية.

هدفت للتعرف على جودة الحياة لدى المسنين وعلاقتها ببعض المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية. حيث شملت عينة الدراسة على 136 فردا من المسنين تم اختيارهم بطريقة عشوائية. تم الاعتماد على المنهج الوصفي و على استبانة جودة الحياة الاسرية المعدة من قبل الباحثة وتوصلت الى: وجود علاقة دالة احصائيا بين جودة الحياة الاسرية وبعض المتغيرات الاجتماعية (الادراك،وجود الابناء الحالة الصحية ،العمر) بينما لا توجد علاقة دالة احصائيا بين جودة الحياة و المتغيرات الاقتصادية ،بالاضافة الى ذلك توصلت هذه الدراسة الى وجود فروق لمتغير الحالة الاجتماعية (اعزب ،متزوج،مطلق،ارمل) في جودة الحياة الاسرية لعينة الدراسة ووجود فروق لمتغير وجود الابناء في جودة الحياة لصالح من ليس لديهم ابناء.

دراسة عبد القادر جودة امال.(د.س).بعنوان أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالوحدة النفسية لدى عينة من المسنين.

هدفت الى التعرف على أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالوحدة النفسية لدى عينة من المسنين ، وكذا التعرف على تأثير كل من عامل الجنس ومكان الإقامة والعمر ومستوى التعليم على أساليب مواجهة احداث الحياة الضاغطة، شملت عينة الدراسة 100 مسنا مقسمين الى (53 مسنا و 37 مسنة) بغزة ،تم الاعتماد على أداتين هما: مقياس أساليب مواجهة الضغوط (Folkman et al) (2000) ومقياس الوحدة النفسية من إعداد "سليمان وعبد الله" (1996) وتوصلت الى نتائج مفادها: وجود علاقة ارتباط دالة بين أساليب المواجهة الفعالة والوحدة النفسية. كما توصلت الى ان المسنين يستخدمون أساليب متعددة في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، (أسلوب التحكم بالنفس، أسلوب إعادة التقييم، الإنتماء، الإرتباك والهروب، تحمل المسؤولية، التخطيط لحل المشكلات، التفكير بالتمني والتجنب . عدم وجود فروق دالة بين متوسطات درجات أفراد العينة في أبعاد أساليب مواجهة أحداث الحياة تعزى لمتغير الجنس والعمر ومكان الإقامة ومستوى التعليم. و اخيرا تم التوصل الى وجود فروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في مقياس الوحدة النفسية تعزى لمتغير الجنس وعدم وجود فروق في متوسطات درجات أفراد العينة في مقياس الوحدة النفسية تعزى لمتغير مكان الإقامة والعمر ومستوى التعليم.

دراسة Amami et al (2010). بعنوان: الإكتئاب، التكيف وجودة الحياة لدى مرضى الباركيسنون.

الهدف منها هو تقييم الاكتئاب وعلاقته بالتكيف وجودة الحياة لدى مجموعة من مرضى شلل الرعاش، تمثلت عينة الدراسة في 50 مريضا مصابا بالشلل الدماغي في تونس، تم إجراء تقييم لجودة الحياة باستخدام نسخة معربة ومصدقة من مقياس (SF-36) وهو مقياس يحتوي على 36 سؤالاً مقسم الى 8 أبعاد لتقييم المجالات المختلفة لنوعية الحياة، ولتقييم استراتيجيات المواجهة تم استخدام إختبار (Brief-cope) وهو عبارة عن أداة قياس مكونة من 28 عنصراً تضم 14 مقياساً. أما بخصوص أعراض الاكتئاب فقد تم الاعتماد على مقياس تقييم الاكتئاب (MDRS) وفق المنهج الوصفي. وكانت من أبرز نتائجها: إستراتيجيات المواجهة الأكثر استخداماً هي: الدعم، التقبل، التعبير عن المشاعر، الدين . وجود علاقة إيجابية بين الاكتئاب ونوعية الحياة المنخفضة في مجالات: النشاط البدني والصحة العقلية. وجود ارتباط بين الاكتئاب واستراتيجيات التكيف المتمركزة على التقبل كذلك تم التوصل الى ارتباط استراتيجيات المواجهة المرتكزة على المشكلة بنوعية حياة جديدة بينما يرتبط التكيف المرتكز على العاطفة بسوء جودة الحياة والاكتئاب.

دراسة Cao et al (2016). بعنوان: دراسة مجتمعية حول جودة الحياة والاكتئاب لدى كبار السن.

تهدف الى تقييم نوعية الحياة والإكتئاب والعلاقة بينهما لدى الصينيين المسنين، شملت عينة الدراسة 1168 مسناً وتم الاعتماد على مقياس منظمة الصحة العالمية لقياس جودة الحياة وتقييم الإكتئاب باستخدام مقياس إكتئاب الشيخوخة (GDS) وفق المنهج الوصفي وتوصلت الى وجود ارتباط سلبي بين الصحة الجسدية والصحة النفسية والإكتئاب لكبار السن.

دراسة Savariva Soosova Maria (2016). بعنوان: محددات جودة الحياة عند كبار السن

تهدف لتقييم تأثيرا العوامل الديمغرافية (العمر والجنس) والعوامل الاجتماعية والاقتصادية (الحالة الاجتماعية والتعليم والدخل) والعوامل الصحية (القلق والاكتئاب والحالة الوظيفية) على جودة الحياة لكبار السن في منطقة كوشيتسه. حيث تم تقييم جودة الحياة بواسطة إستبيانات: (WhoQol-bref) و (WhoQol-old) وتقييم الحالة الوظيفية من خلال إختبار (Barthel) لأنشطة الحياة اليومية، والقلق بواسطة (Beck Anxiety Inventory) والاكتئاب من قبل مقياس (Zung) للتقييم الذاتي للإكتئاب، تم الاعتماد على عينة مكونة من 102 مسناً، وكانت من أبرز نتائجها :

-ان أعلى مستويات جودة الحياة كان في مجال العلاقات الاجتماعية وأدنى مستوى في مجال الصحة البدنية.

-عدم وجود علاقة بين عامل الجنس ومجالات نوعية الحياة لدى كبار السن. أما بخصوص العمر فله تأثير سيء على المجالات الجسدية والصحة العقلية والاستقلالية والأنشطة الاجتماعية من مجالات مقياس جودة الحياة لكبار السن. كذلك تم التوصل الى ان القلق والاكتئاب كان لهما تأثير سلبي في جميع مجالات نوعية الحياة.

-واخيرا وجد في هذه الدراسة أن الاستقلال مؤشرا هاما لتحسين نوعية الحياة في مجال الصحة البدنية والاستقلالية والأنشطة الحالية والمستقبلية والمشاركة الاجتماعية.

دراسة Rong et al (2019). بعنوان: العلاقة بين أعراض الإكتئاب وجودة الحياة والعوامل المرتبطة بأعراض الإكتئاب لدى كبار السن في الريف.

يهدف تقييم الأعراض الاكتئابية وجودة الحياة بين كبار السن في المناطق الريفية وسط الصين، تمثلت عينة الدراسة في 3349 مشاركا، 1206 فقير و 2143 غير فقير وذلك باستخدام طريقة العينة العشوائية، تم الاعتماد على مقياس إكتئاب الشيخوخة المكون من 30 بندا (GDS-30) وكذا استخدام مقياس جودة الصحة الأوروبي خماسي الأبعاد (EQ-5D) لتقييم أعراض الإكتئاب ومقياس جودة الحياة على التوالي. وكانت أهم نتائجها: ان نسبة إنتشار أعراض الإكتئاب في المجموعة الفقيرة كانت أعلى بكثير من غير الفقراء. كذلك وجود علاقة سلبية ذات دلالة إحصائية بين أعراض الإكتئاب وعوامل الفقر، الجنس، العمر، الأمراض المزمنة. وجود علاقة سلبية ذات دلالة إحصائية بين الإكتئاب وجودة الحياة.

دراسة Shrestha et al (2020). بعنوان: علاقة الإكتئاب بجودة الحياة لدى كبار السن.

الهدف منها هو تقييم إنتشار الإكتئاب لدى كبار السن، وتكونت عينة الدراسة من 159 مسنا مقيمين بدار الشيخوخة. تم استخدام مقياس اكتئاب الشيخوخة ومقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (OMS) وفق المنهج الوصفي وتوصلت الى وجود علاقة إرتباط سلبية بين الإكتئاب وجودة الحياة وكذلك توصلت هذه الدراسة الى ارتفاع معدل إنتشار الإكتئاب لدى كبار السن تبعا لمتغير الجنس (إنتشار الإكتئاب مرتفع لدى الذكور مقارنة بالإناث).

7. التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد استعراضنا للدراسات السابقة نجد انها شملت متغيرات الدراسة الثلاث (جودة الحياة، الاستجابة الاكتئابية، استراتيجيات التكيف) و استفدنا منها بعد الاطلاع عليها في تحديد و اختيار الادوات و المقاييس المناسبة لهذا الموضوع وكذا مناقشة نتائج البحث من خلال ما توصلت اليه نتائج الدراسات السابقة. اذ نجد ان دراستنا الحالية قد اتفقت مع هذه الدراسات في بعض الجوانب من ناحية و اختلفت في بعض الجانِب من ناحية اخرى. فغالبيتها تبنت المنهج الوصفي و هدفت للكشف عن وجود العلاقات الارتباطية و الفروق حسب مجموعة من المتغيرات، كذلك من ناحية الفئة العمرية و هي فئة المسنين و للتفصيل اكثر نجد ان :

من ناحية الاهداف: فنجد ان دراستنا الحالية اتفقت مع الدراسات السابقة في دراسة العلاقات الارتباطية بين جودة الحياة و الاستجابة الاكتئابية و استراتيجيات التكيف و كذا دراسة الفروق في كل من المتغيرات الثلاث السابقة تبعا للحالة الاجتماعية .

اما من ناحية المنهج: فنجد ان دراستنا اتفقت مع جل الدراسات في اعتمادها على المنهج الوصفي لانه يتناسب و الظاهرة المدروسة و الذي بإمكانه جمع الحقائق و المعلومات و الكشف عن العلاقات بين المتغيرات ما عدا دراسة: دراسة حموعلبي خديجة (2012) ودراسة بعلول نسبية (2020) اعتمادا على المنهج العيادي.

في حين نجد ان ادوات جمع المعلومات الخاصة بدراستنا و المتمثلة في مقياس جودة الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية (OMS) ,مقياس اكتئاب الشيخوخة(GDS) و مقياس استراتيجيات التكيف (Briefcope) اتفقت مع دراسة كل من cao et al (2016) ,shrestha et al (2020) , Amami et al (2010) ودراسة معتصم محمد خير علي وفاء(2018) و اختلفت في باقي الدراسات السابقة الاخرى.

اما بخصوص العينة ، نجد ان دراستنا اتفقت جزئيا مع الدراسات السابقة في تطبيق الدراسة على نفس الفئة العمرية الا وهي فئة المسنين ، لكن دراستنا خصصت اكثر وتناولت المسنين المتقاعدون كعينة للدراسة للتعلمق و البحث عن خصوصية و اشكالية هذه الفئة الحساسة من المجتمع .كذلك اختلفت في حجم العينة.

الفصل الأول

جمهورية العمياء

تمهيد:

يعتبر مصطلح جودة الحياة من المصطلحات البارزة في علم النفس عامة وعلم النفس الايجابي خاصة، حيث لاقت في الآونة الأخيرة اهتماما كبيرا من قبل العلماء والباحثين، خاصة بعد ظهور التيار الجديد الذي ينادي بضرورة التركيز على الجوانب الايجابية لحياة وشخصية الفرد التي أهملها وأغفلها الكثير من الباحثين بدلا من التركيز على الجوانب السلبية، فتحقيقها يؤدي بالأفراد إلى الشعور بالسعادة والرضا عن الحياة وصحة نفسية جيدة. أما عدم تحقيقها والوصول لدرجة معتبرة من جودة الحياة يؤدي بالأفراد إلى عدم المرونة النفسية كما قد يؤدي بهم إلى الإصابة ببعض الأمراض سواء النفسية أو الجسدية. فسننظر في هذا المحور ونتناول بنوع من التفصيل جودة الحياة وكل ما هو مرتبط بهذا المفهوم.

1. نشأة وتطور مفهوم جودة الحياة:

من بين المصادر المبكرة التي تناولت مفهوم جودة الحياة هو كتاب الأخلاق لأرسطو (384-322 ق.م) حيث قال: "ان كلا من العامة أو الدهماء وأصحاب الطبقة العليا يدركون الحياة الجيدة بطريقة واحدة وهي أن يكونوا سعداء، ولكن معنى السعادة فيها خلاف بين الأفراد إن لم نقل في الفرد نفسه في أوقات مختلفة وبغيرها بتغير الموافق، فيرى السعادة هي الصحة عندما يكون مريضاً، ويراهها في الغنى عندما يكون فقيراً". ويرى أرسطو أن الراحة العامة Wellbeing هي حالة شعورية يكون فيها الفرد متوافقاً مع نفسه وبيئته. أما بعد الحرب العالمية الثانية وبالضبط لدى المجتمعات العربية أصبحت جودة الحياة من بين أولوياتهم وتم إطلاق تسمية عليها تتمثل في "الحياة الهادئة" التي تشمل العمل والمسكن والصحة والبيئة (مسعودي، 2015، ص 204).

ان أصل جودة الحياة هي شعار سياسي أصله أمريكي بحث، جاء من طرف العالم Lyndon .B.Johnson سنة (1964) في رسالة عنوانها "The Great Society"، هذا المصطلح يحمل معنى السعادة، الحق، لكل مواطن أمريكي، كذلك يحمل إدراك الأمريكي لطريقة حياته "American's way of life" الذي جاء من طرف Herbert Hoover حيث حقق هذا المصطلح نجاحاً كبيراً بعد الحرب العالمية الثانية (Corten, 2005).

فمنذ بداية النصف الثاني من القرن العشرين زاد إهتمام الباحثين أكثر وأكثر بهذا المفهوم نظراً لإرتباطه بعلم النفس الإيجابي، والذي جاء كرد فعل واستجابة على أهمية النظرة الإيجابية إلى حياة الأفراد بدلا من التركيز والغوص في الجوانب السلبية، فقد تعددت قضايا ومسائل البحث في هذا المجال لتشمل الخبرات الذاتية والعادات وسمات الشخصية الإيجابية وكل ما يؤدي إلى تحسين جودة الحياة (علي نعيسة، 2012، ص 150).

كما اهتم أيضا المجال الطبي بمفهوم جودة الحياة عندما لاحظوا الأطباء العلاقة التي تجمع بين الحالة الصحية للفرد وجودة الحياة وضرورة الإهتمام بقضايا الحياة لدى المرضى، حيث يدرك المرضى جودة الحياة بصورة تختلف عن الأسوياء.

وجاء Lambiri et al (2007)، ليشيروا إلى أن هذا المصطلح ذهب إلى أبعد من ذلك ليتدخل في المجالات الاقتصادية والاجتماعية على مستوى البحوث النظرية والميدانية خاصة علم الاجتماع والاقتصاد نتيجة تأثير جودة الحياة على التنافس ومعدلات الرفاهية (ابراهيم عبد الله، 2008، ص 139).

وزيادة على ذلك فإن أعضاء منظمة الصحة العالمية (OMS) في عام (1947) اقترحوا مفهوما لجودة الحياة يأخذ معنى الرعاية الصحية، فتم تعريفها على أنها: "حالة صحية جيدة تشمل مجموعة من الجوانب: الفسيولوجية والعقلية والاجتماعية". وفي سنة (1978) وسعت منظمة الصحة العالمية هذا المصطلح ليأخذ سيرورة البحث والدراسات ثم تطورت أكثر نتيجة لظهور التيار الجديد الذي جاء به مارتن سليجمان سنة (2002) (شيخي، 2014، ص 87).

2. مفهوم جودة الحياة:

مصطلح جودة الحياة من المصطلحات حديثة التناول على المستوى العلمي ، و نظرا لذلك فهو يفتقر للنظريات و المقاربات التي ينطلق منها الخبراء والباحثين لإعطاء مفهوم واضح و محدد، فلهذا واجه هذا المفهوم اشكالية في تقديم تعريف واحد، فكل يفسره حسب وجهة نظره و تخصصه و ثقافته التي ينتمي اليها، فهو مفهوم نسبي يتغير مع تغير الزمان من جهة و مع تغير حالات الأفراد النفسية و الجسمية و المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد من جهة اخرى (الهنداوي ، 2011 ، ص 31).

فيستخدم أحيانا للتعبير عن الرقي في مستوى الخدمات سواء المادية أو الاجتماعية التي تقدم للأفراد او للتعبير عن ادراكهم لمدى استطاعة و قدرة هذه الخدمات لتلبية حاجات الافراد المختلفة ، فالسعادة باعتبارها من اهم المصطلحات المرتبطة بجودة الحياة نرى أن المريض يربطها بالصحة و الفقير بالمال ..الخ (عبد المحسن عبد الحميد ، 2018 ، ص 152).

من هنا سيتم عرض مجموعة من المفاهيم حول جودة الحياة :

تعريف منظمة اليونيسكو :تعتبر جودة الحياة مفهوما شاملا يضم كل جوانب الحياة كما يدركها الفرد، وهو مفهوم يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحقيقه لذاته، وعلى ذلك فإن جودة الحياة من هذه الرؤية لها ظروف موضوعية ومكونات ذاتية (عزب، 2005، ص581).

تعريف منظمة الصحة العالمية (1994): هو تصور الفرد لمكانته في الوجود في سياق الثقافة ونظام القيم الذي يعيش فيه مع علاقته بأهدافه، توقعاته، معايير واهتماماته فهو مفهوم جد واسع يشمل: صحة الشخص الجسدية، حالته النفسية، مستوى استقلاليتة، علاقاته الاجتماعية وكذلك معتقداته الشخصية وعلاقته بالعناصر الأساسية بيئته (Feron، 2011,p 6).

تعريف (Vetter et al(1981): هي درجة الرضا التي يشعر بها الفرد فيما يتعلق بحياته وما يحيط به وهي أيضا الدرجة التي يقيم بها الشخص بشكل إيجابي حياته ككل (Boudouda, 2013, p 57).

من خلال ما سبق يتضح لنا أن تقديم تعريف محدد لجودة الحياة من المهام الصعبة، فمن الصعب تحديد مفهوم واحد ومطلق نظرا لاختلاف التوجهات الفكرية، فمنهم من ينسبها إلى مواضيع ذاتية ومنهم من ينسبها إلى مواضيع وأشياء موضوعية لكن يبقى التعريف الشائع المتفق عليه هو الدرجة التي يتحصل عليها الفرد من خلال الإجابة على مقياس جودة الحياة.

3. مفاهيم ذات صلة:

1.3. السعادة : وهي مجموعة من الأبعاد أو المؤشرات السلوكية التي تعبر عن ارتفاع رضا الأفراد عن حياتهم بشكل عام وحددها Ryff et Singer (2008) ، في 6 عوامل رئيسية تتمثل في الاستقلالية (Autonomy) ، التمكين البيئي (Environmental Mastery)، التطور الشخصي (Personal growth) ، العلاقات الإيجابية مع الآخرين (Positive)

(Reltions with others، الحياة الهادفة(Purpose in life) ، تقبل الذات(Self-Acceptation) (أبو هاشم، 2010، ص 277) .

فشعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة احساسه بالسعادة التي حددها ريف(1989) في الابعاد الستة المذكورة سابقا، اذ يضم كل بعد مجموعة من الصفات ، تمثل هذه الصفات نقاط التقاء في تحديد معنى السعادة النفسية و الذي يتمثل في قدرة الفرد على تحسين مراحل حياته وتحقيق الرضا عن الحياة (عايش و لعزالي ، 2020 ، ص 120) .

فالسعادة لها مكونين : مكون انفعالي وجداني و الذي يتمثل في مشاعر الفرح و الاستمتاع و مكون معرفي و الذي يتمثل في الرضا عن الحياة و يعد بمثابة التقدير العقلي للفرد لرضاه و نجاحه في مجالات حياته المختلفة (الحسيني ، 2018 ، ص 248) .

2.3. المرونة النفسية : هي القدرة على التحمل والقدرة على مواجهة الشدائد والصعاب بصلافة وتجاوز التأثيرات السلبية لأحداث الحياة الضاغطة والتأقلم الإيجابي والتوافق مع التهديدات أو العثرات والنكبات وتحقيق نواتج حياتية ايجابية بالرغم من كل الصعوبات والمشاكل التي تعرض لها (عكاشة ابراهيم، د.س، ص 9) .

3.3. الرضا عن الحياة : حسب Dinner (1994) يدل على حكم واع شمولي للفرد عن حياته ويمكن تحليله بدوره إلى مجموعة من الميادين الخاصة (المهنة، الصحة، العائلة، المال، الجماعة، الانتماء...) ويمكن تقدير هذا المجال بمقياس أو سلم (Swls) أي سلم تقدير الرضا عن الحياة (عمران، 2009، ص 66) .

يتضح أن مفهوم الرضا عن الحياة يرتبط بشكل وثيق و متداخل بمفهوم جودة الحياة ، حيث يعتبر جزءا مهما و أحد مؤشرات جودة الحياة كونه يمثل انعكاسا لتقدير الفرد الخاص و تقييمة لجودة حياته التي يعيشها (الحسيني ، 2018) .

4.3. التفاؤل : يعتبر التفاؤل من المفاهيم المرتبطة بجودة الحياة، فله أثر بعيد في حياة الأفراد النفسية وفي سلوكياتهم وفيما يقومون به من خطط مستقبلية. ففي حقيقة الأمر أننا لا نستطيع أن نخطو خطوة للأمام والنجاح فيها دون الإستبشار والشعور بالرضا والتوافق مسبقا وأشار منظمة الصحة العالمية (OMS) أن التفاؤل: " هو عملية نفسية إرادية تولد أفكارا وبالوقت نفسه تبعد عن الفرد حالات اليأس والعجز، وبذلك يعد التفاؤل هو الطريق الأمثل للسعادة والصحة النفسية والجسدية " (بوعزة وآخرون، 2020، ص34) .

من خلال ما سبق يتضح أن هناك علاقة وطيدة بين مفهوم جودة الحياة وكل من المفاهيم التي ذكرت سابقا (من سعادة ورضا وتفاؤل ومرونة نفسية). فمثلا عندما نأخذ مفهوم الرضا عن الحياة ومفهوم السعادة نجد أن مقياس جودة الحياة الذي أعدته منظمة الصحة العالمية يقيس مجموعة من المجالات تومن بين المجالات التي يقيسها نجد السعادة، الرضا عن الحياة... كدليل لإرتباط وتأثير هذين المفهومين على مفهوم جودة الحياة ككل.

4. النظريات المفسرة لجودة الحياة:

1.4. المنظور النفسي:

ينظر لجودة الحياة وفقا للمنظور النفسي على أنه " البناء الكلي الشامل الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة" ، فكلما انتقل الفرد إلى مرحلة جديدة من مراحل النمو فرضت عليه متطلبات وحاجات أخرى جديدة تلح على الإشباع فهنا يظهر الرضا في حالة الإشباع أو عدم الرضا في حالة عدم الإشباع (علي ابراهيم، 2013، ص34).

يقودنا هذا الطرح للوقوف على مفهوم الحاجات في علم النفس، فمنها ما هو فطري ومنها ما هو مكتسب فجودة الحياة وفق هذا المعنى ترتبط بحالة من الرضا والتوافق الناجم عن اشباع الحاجات. فاذا كانت الحاجات الفطرية كالحاجة الى الشراب و الطعام مثلا ضرورية لبقاء الانسان على قيد الحياة ، فان الحاجات المكتسبة كالحاجة الى الحب والانتماء وتحقق الذات... وغيرها تعتبر ضرورية لبقائه المعنوي (مشري ، 2014 ، ص229).

2.4. المنظور النفسو الاجتماعي:

يرى Hanks (1984) أن الاهتمام وبداية التركيز على دراسات جودة الحياة قد بدأ منذ فترة طويلة وذلك من خلال التركيز على المؤشرات والأبعاد الموضوعية في الحياة مثل معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن، المستوى التعليمي للأفراد، كذلك مستوى الدخل. فكل هذه المؤشرات تختلف من مجتمع لآخر وترتبط كذلك جودة الحياة بنوعية العمل الذي يؤديه الفرد وما يحققه من عائد مادي من وراء ذلك العمل ومكانته المهنية وتأثيره على الحياة. حيث يرى بعض العلماء والباحثين أن من بين استراتيجيات تحقيق جودة الحياة لدى الأفراد هي علاقة الفرد مع الزملاء، فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا الفرد عن عمله (مسعودي، 2015، ص206).

ان الحياة الاجتماعية للأفراد لها دور جد هام في التأثير على ادراكهم للحياة ، حيث يعتبر العمل أحد مظاهر الحياة الاجتماعية وتعني هذه الأخيرة الحالة الانفعالية والايجابية للفرد في بيئة العمل و التي تلعب دورا اساسيا في زيادة او نقصان جودة الحياة ،فالتوافق بين الحياة و العمل يؤدي بالفرد الى الشعور بنوع من الرضا و الارتياح النفسي و التوافق الاسري ، في هذا السياق يشير Gershon (2007) الى مجموعة من العوامل التي تؤثر على جودة الحياة في العمل منها : الخصائص الفردية كالجنس ،الحالة المادية ، العمر ، حيث وجدت العديد من الدراسات ان جودة الحياة في العمل تكون ضعيفة لدى المبتدئين مقارنة بالعاملين الذين لديهم الخبرة. وكذلك من العوامل المؤثرة على جودة الحياة هي استراتيجيات المواجهة و يقصد بها مجموعة من رداات الفعل التي يقوم بها الفرد عند مواجهة حدث ضاغط ، وهذه الأخيرة لها دور جد هام في تعديل الاجابات العاطفية . فحسب (Pronst et al,2008) ان الافراد الذين لديهم جودة حياة جيدة هم الذين طوروا استراتيجيات تكيف ناضجة و مرنة (Brunault et al,2012).

3.4. المنظور المعرفي:

بينت العديد من الدراسات تأثير المعرفة على جودة الحياة، بمعنى اخر تأثير المعرفة على الاتجاه العقلي و العاطفي و الجسدي على جودة الحياة، حيث وجدت دراسة Le revue de Mitchell et al (2010) ان هناك علاقة بين المعرفة المشوهة و جودة الحياة. و كذا وجدت دراسة (2000) Mini Mental State Exam et Clock Drawing ان هناك علاقة بين سرعة معالجة المعلومات و الحالة العقلية و العاطفية لجودة الحياة، فكلما نقصت سرعة معالجة المعلومات نقص مستوى جودة الحياة. فكل هذه الدراسات تشرح ان الصعوبات المعرفية التي يواجهها الافراد خاصة المسنين لها دور في زيادة او نقصان مستوى جودة الحياة (Demers, 2016).

في نفس السياق فان طبيعة ادراك الافراد لحياتهم هي تحدد درجة شعورهم بجودة الحياة ، حيث تاخذ بعين الاعتبار العوامل الذاتية و التي تكون اقوى تاثير في حدوث هذه العملية ، كما يشير (Lwiten 1996) ان ادراك الفرد لنوعية حياته يكون من خلال تاثير البيئة المحيطة عليه و التي لها تاثير رئيسي و مباشر على حالته الصحية و العلائقية فكلما كان ادراكه ايجابيا كلما كان اكثر سيطرة و استطاع ان يكون اكثر مرونة و العكس (فواطمية ، د.س ص 4).

4.4. نظرية العوامل الستة .

لقد قدمت ريف (1989) نظرية العوامل الستة و التي تشتمل على ابعاد و مفاهيم متمثلة في : تقبل الذات، العلاقة الايجابية مع الاخرين، الاستقلالية، التمكن البيئي، الهدف من الحياة والنمو الشخصي .

فتقبل الذات يخص الاتجاهات الموجبة نحو الذات مع التقبل الظاهر لما تشمله من ايجابيات و سلبيات و الشعور الايجابي حول الحياة . و نقيضها هو الشعور بعدم الرضا عن الذات و خيبة الامل نحو الحياة ، فكلما زاد تقبل الفرد لذاته كلما احس بنوع من الرضا و السعادة ، اما الاشخاص الغيرراضين عن ذواتهم فبالضرورة سيعانون من سوء التكيف . في حين يعتبر بعد النمو الشخصي على انه القدرة المستمرة على تطوير امكانيات الفرد اذ انه من أهم المؤشرات الدالة على الرفاهية و الصحة النفسية و تحسين الذات و النضج من جهة و من جهة اخرى فالحياة الهادفة من شأنها ان تكون كعامل محفز للتكيف و النضج .

أما بخصوص العلاقات الايجابية مع الآخرين هي أيضا من أهم مؤشرات و معالم الصحة النفسية ، حيث أشارت العديد من نظريات الشخصية الى أهمية العلاقات الايجابية مع الآخرين لإمتلاك مشاعر قوية ، كذلك يعرف التمكن البيئي على أنه القدرة على إدارة التحديات الظروف المحيطة بالفرد و يتطلب التحكم في البيئة بكفاءة لإعداد بيئة تتناسب و حاجات الفرد الشخصية ، فهي رؤية ايجابية و ليست سلبية لمعادلة الفرد - بيئة و كيف يتناسب كل منهما و الاخر مثل بيئة العمل ، الاسرة ، المجتمع المحلي و غيرها ... و أخيرا وجدت ريف أن الاستقلالية تعتبر من بين الطرق لمقاومة الضغوط الاجتماعية التي تكون كعائق للأفراد و القدرة على إتخاذ القرارات و عدم الخضوع لأحكام الآخرين و قراراتهم (خوري، 2019).

مما سبق يتضح أن كل هذه العوامل الستة تساهم و بشكل كبير في الرفاهية النفسية للفرد و الرضا و السعادة و تحقيق جودة الحياة .

5.4. نظرية الرضا عن الحياة:

يتمحور مفهوم الرضا بمدى تلبية العالم لاحتياجات الفرد ورغباته وتوقعاته من هذه الحياة ،فهو بمثابة علامة هامة تدل على مدى تمتع الفرد بالصحة السليمة و قدرته على التكيف الشخصي الاجتماعي و شعوره بالطمأنينة و السعادة و من بين الدراسات التي اكدت ذلك دراسة الدسوقي (1998) التي خلصت الى نتائج مفادها وجود علاقة سالبة بين الرضا عن الحياة و كل من الشعور بالوحدة و الاكتئاب و الغضب ، اذ يسلم العديد من علماء النفس بأن الاحساس بعدم الرضا عن الحياة ذو تأثير على شخصية الفرد و علاقاته داخل المجال الاجتماعي الذي يعيش فيه وهو تأثير لا ينبغي إغفاله أو تجاهله لأنه يؤثر بدرجة كبيرة على جودة حياة الأفراد و بالتالي يعيش حياة غير مشبعة .

في الاخير يمكن ايجاز كل هذه النقاط الخاصة بالرضا في مجموعة من الاعتبارات و المتمثلة في : أن يعيش الانسان في ظروف تشعره بالأمن و أن تكون طموحاته في في مستوى قدراته و امكاناته حتى لا يتعرض للاحباط و تتحقق اهدافه في الحياة و يتغلب على الصعوبات التي تواجهه حتى ينجح و يشعر بتقدير الذات (الحسيني ،2018).

6.4. نظرية جودة الحياة الموضوعية:

يركز هذا الإتجاه على البيئة الخارجية للفرد و التي تتضمن الظروف الصحية ، الرفاهية الاجتماعية ، العلاقات ، الظروف الاجتماعية ، التعليم ، السكن ، الأمن... الخ فغالبية الباحثين يركزون على المؤشرات الخاصة بالبعد الموضوعي لجودة الحياة نظرا لكونه يتضمن مجموعة من المؤشرات القابلة للملاحظة و القياس المباشر ، و كدليل على هذا التوجه الذي ركز على النظرة الموضوعية لجودة الحياة ، التعريف الذي جاء به عبد المعطي (2000) هو رقي مستوى الخدمات المادية و الاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع الذي باستطاعته حل جميع مشكلات التي تواجه الأفراد (مشري ، 2014 ، ص 224).

وكل هذا يرتبط إرتباطا وثيقا بالثقافة التي ينتمي إليها الفرد (البرديسي، بن سعيد، د.س ، ص،520).

7.4. جودة الحياة البيئية:

إن الدراسات الأولى خصصت الفروع الخاصة بالبرامج السياسية كالتلوث، الضجيج، الإجرام، الإنحراف، وسائل الرفاهية ... ركزت أساسا على المؤشرات الموضوعية. حيث إن نتائج بحوث الدراسات في هذا المجال على المسن المتقاعد كانت لها نتائج إيجابية. فمثلا: تحليل مردود الدخل لديهم نجد أنه عندما ترك لهم الراتب كامل " دون اخذ الضرائب عليه"، المسنين وجدوا أنفسهم في وضعيات أحسن ، في دراسات أخرى وجد أن مكان العيش الريف أو البلدة، حي تجاري، الإطلالة على حي أو إطلالة على حديقة. ، فنجد هنا أن معظم المسنين يكونوا أكثر رضا في البلدة وفي الأحياء التجارية، مع إطلالة على الشارع، وهذا ما يؤخذ بعين الإعتبار أثناء الرعاية بهم، في حين في دراسات أخرى وجدت أن جودة حياة المسنين الذين يعيشون في منازلهم تكون أفضل من الذين يعيشون في مؤسسات الرعاية، فمعظمهم يفضلون الموت في منازلهم ،هذا يدل على أهمية توفير الرعاية للمسن في منزله، أخير على المستوى الاجتماعي نجد أن من جهة ROSSAL و من جهة ROYAL (2002)، وجدوا أن المسنين الذين يسكنون في أماكن قريبة من أطفالهم يكون أكثر استقلالية ونشاط (Corten , 2005).

8.4. جودة الحياة الصحية:

تري منظمة الصحة العالمية أن الصحة لا تعني غياب المرض، فالباحثين في هذا المجال يستغلون مركبات كالأعراض المرضية، اللاسواء، وعدد الوفيات حيث يتميز المسنين بتزايد الأمراض مع الإعاقة في الوظيفة، إلا أن الإعاقة الوظيفية تمس جميع المسنين حتى وإن كانوا يتمتعون بصحة جيدة، حيث وجدت الدراسات أن التقدم في العمر أدى لعجز بعض الوظائف بدرجة كبيرة أهمها العلاقة الحميمة بين الزوجين (Corten , 2005).

جاء هذا التيار لدراسة مشاكل صحية محددة كأمراض القلب ، السرطان ، السكري ، السيدا... الخ والتي يصبح الفرد فيها متكل بسبب وضعه الصحي (Boudouda , 2013).

تطور هذا التيار خلال (1975) بتطور الأمراض المزمنة و خاصة لدى المسنين الذين يعانون جملة من الأمراض المزمنة و الاضطرابات النفسية ، فهم يجهلون السلوكات الصحية التي يجب إتباعها مع المرض مما ينقص جودة حياتهم ، فتهتم هذه الاخيرة بنتائج التي يحدثها المرض على الدرجة التي يقيم بها الافراد حياتهم ، فالمسن لا يستطيع التكيف مع مرضه وبالتالي تقل جودة حياته. فحسب Moser et al (2009) جودة الحياة المرتبطة بالصحة هي موضوع متعدد الاتجاهات أين تكون شروط الصحة تؤثر على راحة الأفراد "Le bien être" فتنقص قدراته الوظيفية ووظائفه النفسية والاجتماعية وتشوه إدراكه (Corten , 2005).

يرى Marlyn Bergner (1989) أن أهم ميادين جودة الحياة الصحية هي : المعرفة ، النوم ، الراحة ، الطاقة و الحيوية ، العاطفة و إدراك الصحة و الرضا عن الحياة ، فإشباع هذه الحاجات يطور و يزيد من مستوى جودة الحياة ، كما يضيف أن الحالة الصحية للفرد (استقلالية ، القدرة الجسدية ، الأعراض المرضية ، نتائج الصدمات ، المعاناة، القلق ، الاكتئاب) لها دور هام في التأثير على تقييم الفرد لحياته و عليه فإن جودة الحياة تتأثر بالوضع الصحي للفرد ومدى استقلاليته وقدرته على التنقل (Sansonnens , 2012).

9.4. جودة الحياة الكلية :

إن جودة الحياة البيئية قد إرتبط بالعلوم السياسية وجودة الحياة المتعلقة بالصحة بعالم الطب، أما نوعية الحياة ككل فظهرت في مجال علم النفس الاجتماعي. ،اذ تعتبر الصحة مجال من مجالات الحياة، فالجميع يحاول الحفاظ على نسبة ثابتة من جودة الحياة فمتى حدث خطأ ما – تلقائيا- سيعيد الفرد تنظيم تأثيرات المجالات ككل لجودة الحياة هذا ما جعل الباحثين يولون أهمية لكل مجال من مجالات الحياة ذو الصلة بالفرد. وقد يكون للموقف نفسه (المرض مثلا) شكل مختلف في حالة وجود الدعم الاجتماعي (محبة ، مشاركته عواطفه...)، كذلك تم إظهار أن جودة الحياة خصوصا في الثقافة الأوروبية ترتبط أساسا بما أسماه بول سيفادون "بالترباط المنهجي" ، أي أن الفرد هو نظام مفتوح في تبادل ديناميكي مع الآخرين وهذا التبادل يجب أن يكون متماثلا وبالتالي فإن جودة الحياة سوف تستند إلى التوازن بين المساعدة المتلقاة من الآخرين من جهة وبين الإستثمارات التي يتعين عليه القيام بها للوصول الى الآخرين من جهة أخرى ، وإذا إختل هذا التوازن تظهر المعاناة، اذ تتمثل مزايا هذا التوجه في مجموعة

من الإستراتيجيات حيث تتمثل الإستراتيجية الأولى في "الإعتماد المتبادل"، هذه الإستراتيجية لديها إستراتيجيتها المضادة وهي إستراتيجية الفشل، أما الإستراتيجية الثانية هي "تجاوز الذات أو النفس"، وهو الأكثر إستخداما، ومعناها أن تكون قادرا وبإستمرار على مواجهة تحديات جديدة تتطلب الجهد والتضحية والعزيمة. في حين الإستراتيجية الثالثة هي "إستراتيجية القيم الجماعية" وهو أكثر ما يشجع إستخدامه من قبل كبار السن، الإستراتيجية المضادة هي إستراتيجية التهميش هنا يقوم برفض القيم المشتركة بشكل جماعي، الحد من نطاق الدعم الاجتماعي، تقليل عدد الأشخاص اللذين يتعاونون معهم، و أخيرا الإستراتيجية الرابعة والأخيرة هي "إستراتيجية التوقعات الواقعية" هنا كلما كبرت الفجوة بين الوضع الحالي وبين ذلك الذي يتوقعه الفرد تزداد مخاطر الشعور بخيبة الأمل، ولتقليل هذه الفجوة يقوم صغار السن بتحسين مهاراتهم، بينما يميل كبار السن إلى تقليل توقعاتهم (Corten, 2005).

1.9.4..تطبيقات البحوث على جودة الحياة ككل وعلى الشيخوخة:

الدراسات المتعلقة بجودة الحياة ككل المطبقة على الشيخوخة وضعت عدد من الحقائق وهي كالتالي:
كلما تقدمنا في السن قلت سعادتنا، ولكن كلما تقدمنا في العمر قلنا لأنفسنا أكثر: راض عن الحياة التي نعيشها حاليا. كذلك يختلف التطور حسب العمر اعتمادا على ما إذا كان رجلا أم امرأة، فالشباب اقل رضا عن حياتهم بشكل ملحوظ، فمستوى الرضا يميل إلى أن يكون أفضل بكثير في الخمسينيات وتبقى مستقرة حتى المرحلة المتأخرة. كما قد تظهر إختلافات كبيرة بين كبار السن اللذين يحضرون مركز نهاري علاجي (Centre de Joustherapeutique) وأولئك اللذين لا يفعلون ذلك (Cortan.2005).

ومنه نستنتج أن لكل اتجاه تفسيره الخاص لجودة الحياة فمنه من يرجعها إلى عوامل نفسية وأخرى اجتماعية، بيولوجية... وغيرها لكن كلها أكدت على أهمية السعادة ورضا الفرد وكيفية تحقيقها في مجالات الحياة اليومية من أجل تحقيق التوازن والتوافق والصحة النفسية والجسدية، فلكل مرحلة من مراحل النمو متطلباتها الخاصة، فنجد أن مرحلة الشيخوخة التي تعتبر مرحلة حساسة وخصوصا فترة التقاعد والأزمة التي يمر بها الأفراد من كونهم فعالون نشطون وذو مكانة إلى الإحساس فجأة بأن ليس لهم دور في المجتمع، كل هذا قد يؤدي بهم إلى الوقوع في أزمات وإضطرابات نفسية من بينها الإكتئاب الذي يصيب الأشخاص عامة والمسنين المتقاعدین خاصة.

5. مؤشرات و ابعاد جودة الحياة:

حدد Fallowfield (1990) مؤشرات قياس جودة الحياة فيمايلي:

- المؤشرات النفسية: وتتجلى في شعور الفرد بالقلق والاكتئاب أو التوافق مع المرض، أو الشعور بالسعادة والرضا.
- المؤشرات الاجتماعية: وتتضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية.
- المؤشرات المهنية: وتتمثل بدرجة رضا الفرد عن مهنته وحبها والقدرة على تنفيذ مهام وظيفته وقدرته على التوافق مع واجبات عمله.

- المؤشرات الجسمية والبدنية: وتتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية والتعايش مع الآلام والنوم والشهية في تناول الغذاء والقدرة الجنسية (كاظم ومنسي، 2006، ص65).
- المؤشرات الوجودية: وتتمثل في الحياة الجيدة للفرد من خلال التوافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع (ابراهيم عبد الله، 2008، ص148).

في حين أقرت منظمة الصحة العالمية أبعاد إضافية لجودة الحياة لدى المسنين من بينها:

- بعد الاستقلالية: وهو حيز الحركة الذي يتمتع به الفرد في حياته وأنشطة الحياة اليومية التي يعتاد القيام بها ودرجة الاعتماد على الأدوية والمساعدات الطبية والإعتماد على المواد الغير طبية (الكحول والمخدرات، التبغ، كفاءة العمل).
- البعد البيئي: ويشمل ممارسة الحرية بالمعنى الإيجابي والشعور بالأمن والأمان الجسدي، بيئة منزلية ومصادر الدخل، الفرص المتاحة لتنمية المهارات والمشاركة في الفرص المتاحة لتنمية المهارات والمشاركة في الفرص الترفيهية والترويجية(البرديسي وبن سعيد، د.س ، ص523).

6. الشخصية وجودة الحياة:

تلعب الشخصية دورا هاما في التأثير على جودة الحياة ، حيث تشير الى كل ما هو مستقر ومتفرد في الوظائف النفسية للفرد ، فتلعب الشخصية دورا هاما في التأثير على جودة الحياة ، فالشخصية السوية هي الشخصية التي تتميز بالخفة والتكيف مع نوعية الحياة ، في حين ان اضطرابات الشخصية تشير الى الصلابة و عدم المرونة مما يقلل درجة الرضا عن الحياة وهذا ما نجده لدى فئة المسنين حيث يكون مصدرها الاستياء النفسي والمعاناة مع ظهور سلوكيات مرضية ، فليست لديهم القدرة على مواجهة الأزمات فيحمون أنفسهم بالقلق والاكتئاب ، حيث أثبتت الدراسات لدى الأفراد ذوي اضطرابات الشخصية أن جودة حياتهم تكون جد مقلصة ويكون هذا الرابط جد قوي خاصة في حالة وجود اضطرابات شخصية أخرى ، فاضطرابات الشخصية تؤثر على إدراك جودة الحياة وهذا يرجع الى طبيعتها الصلبة وإستراتيجيات النمطية خاصة منها الاجتماعية الغير مرنة التي لا تسمح للمسن بأن يطور جودة حياته ، حيث نجد لدى المسنين المتقاعدين بعض أنماط اضطراب الشخصية والتي حددتها سوزان ريتشارد (2002) في: "النمط الناضج" وهو النمط الفعال ، حيث لديه استراتيجيات تمكنه من مواجهة الحياة ، فهم يبقون نشطون ويحافظون على مسؤولياتهم وعلى جميع أدوارهم التي كانوا يقومون بها ولديهم مرونة تسمح لهم بالمرور و تجاوز كل الأزمات على عكس "النمط الدفاعي القهري" فهم لاشخاص لا يرحبون بالتقاعد كونهم يعتبرون هذا الانتقال هو عبارة عن نهاية الحياة والدخول في الشيخوخة التي ترمز للموت فيتجهون نحو المقاومة والدفاع حيث يشبه هذا الأخير "النمط الغاضب" الذي يفقد اهتمامه بالاشياء ولا يرحب بالتقاعد فهم اقل قدرة على تجاوز و تخطي ازمة الشيخوخة فقد يتطور هذا النمط ليصبح " نمط استسلامي" الذي يفضل البقاء في المنزل ويكون مفرط في النوم والاكل او العكس يعاني من الارق و فقدان الشهية فتكون كتعبير رمزي عن استياء مما يولد اتكالية و الخوف من الوحدة و بالتالي فقد يقع في الاكتئاب و يصبح غير راضي عن جميع مجالات حياته مما ينقص رضاه عن الحياة (حاج لكلل، 2008، ص 47) .

مما سبق يمكن القول أن التوافق مع التقدم في العمر هو مرتبط بنمط وسمات شخصية الأفراد ، فلكل نمط طريقته في الاستجابة والتغيرات العمرية (مرحلة التقاعد)، فكلما كان الأفراد عامة أو المسنين خاصة متكيفين والوضعية كلما حققوا درجة كبيرة أو متوسطة من جودة الحياة (رضا، سعادة، صحة نفسية) والعكس فمثلا النمط الكاره للنفس أو النمط الغاضب قد لا يحققوا أو يتوصلوا إلى جودة حياة إيجابية وبالتالي الوقوع فريسة للاكتئاب.

إذا يمكن أن نؤخذ بعين الإعتبار أن جودة الحياة تتأثر بسمات شخصية الأفراد فهي من تحددها وهي من تؤثر فيها.

7. قياس جودة الحياة :

تأثر الصحة سواء النفسية او العقلية او الجسدية تأثيرا مباشرا على جودة حياة الافراد، فقياس هذه الاخيرة هو بمثابة اعطاء تقييمات للجوانب الايجابية والسلبية لحياتهم. وهناك مجموعة من الامور والجوانب يمكن قياسها والمتمثلة في الصحة الجسدية (الامراض و الاصابات العضوية)، الصحة العقلية، الوظائف اليومية لكبار السن. و غيرها. كل هذا من اجل التعرف وقياس نوعية حياة الافراد وبالتالي العمل بالموازاة مع اطباء العضويين في حالات الاصابات الجسدية من جهة، واطباء الصحة العقلية من جهة اخرى لرفع وتحسين رضا الافراد لحالاتهم و ذواتهم. وفيما يلي عرض لبعض المقاييس التي يمكن أن تستخدم في قياس جودة الحياة العامة:

1.7. مقياس Ryff (1959):

الذي يعرف بنموذج الابعاد الستة لجودة الحياة النفسية، يعد من أكثر المقاييس استخداما في المجال وهذه الابعاد تتضمن: تقبل الذات ، العلاقات الاجتماعية الايجابية ، الاستقلالية ، السيطرة علي البيئة ، الحياة الهادفة ، النمو الشخصي (عكاشة و ابراهيم سليم ، د،س ، ص10) .

حيث يتكون المقياس في صورته الاصلية من 52 بندا موزعين على الابعاد الستة المذكورة سابقا. اذ يشمل بعد "الاستقلالية" و الذي يعني الشعور بتقرير المصير البنود (1.2.3.4.5.6.7.8.9) في حين يتضمن بعد "التمكن البيئي" و الذي يعني القدرة على ادارة المرء لحياته و العالم المحيط البنود (10.11.12.13.14.15.16). بينما بعد "النمو الشخصي" و الذي يعني النمو و التطور المستمر يشمل البنود (17.18.19.20.21.22.23.24). اما بعد "العلاقات الايجابية" مع الاخرين والتي تعني القدرة على امتلاك جودة العلاقات مع الاخرين فيشتمل

(25.26.27.28.29.30.31.32.33) وبعد «الهدف من الحياة» المتمحور حول وضع معنى للحياة (41.42) (34.35.36.37.38.39.40) واخيرا بعد "تقبل الذات" و المتمثل في التقييمات الايجابية للذات البنود التالية (43.44.45.46.47.48.49.50.51.52) حيث يجيب الفرد على كل بند من خلال اختيار واحد من البدائل التالية (تنطبق دائما، تنطبق غالبا، تنطبق احيانا، تنطبق نادرا، لا تنطبق ابدا) و اعطيت لهذه البدائل الدرجات (1.2.3.4.5) و تشير الرقم 5 الى درجة موافقة كاملة على مضمون البند و تنخفض درجة الموافقة كلما انخفض الرقم (فهاد المري ، 2018 ، ص251.250).

2.7. مقياس منظمة الصحة العالمية (1996):

وهو يتكون من 26 عبارة ، منها عبارتين عن جودة الحياة عامة و الصحة العامة و 24 بند موزعة علي أربعة ابعاد فرعية للمقياس كمايلي ، الصحة الجسمية وبنودها (3,4,10,15,16,17,18) ،الصحة النفسية وارقام بنودها (5,6,7,11,19,26) ،العلاقات الاجتماعية وارقام بنودها هم (20,21,22) و اخيرا بعد البيئة و الذي يتكون من 8 ينود ارقامها (8,9,12,13,14,23,24,25) ويتم حساب درجة كل بعد من الابعاب الاربعة المذكورة سابقا بمتوسط مجموع درجات الفرد على البنود المكونة لكل بعد ،تم بعد ذلك تجمع متوسطات درجات الفرد علي الابعاد الاربعة للحصول علي الدرجة الكلية (اسماعيل احمد ،2008، ص 1،2).

3.7. استبيان Letpad :

طورت تحت رعاية المكتب الاوروبي لمنظمة الصحة العالمية لتقييم جودة الحياة متعدد الابعاد لكبار السن الذي يعكس الوظائف اليومية، يتكون من 29 فقرة ذاتية التقييم ويتكون من 7 مقياس فرعية، وظائف بدنية (5ينود)، الرعاية الذاتية (6 ينود) ،الاكتئاب والقلق (4 ينود) ، الوظائف الفرعية (5 فقرات) الوظائف الاجتماعية (3 فقرات) ،الوظائف الجنسية(بندان) وقناعة الحياة (6 ينود) و(18) بند الباقية تقوم بدور منظم لتقييم تأثير الرغبات الاجتماعية والشخصية علي المبحوثين (حمزة،2018، ص 147).

اما فيما يخص مقياس جودة الحياة المختلفة بصحة العقلية ناخذ علي سبيل المثال، مرض الفصام، فمن بين المقاييس التي تقيس جودة الحياة لدي مرافقي المصابين بمرض الفصام تجد:

4.7. استبيان الذي صمم من طرف " Richier et al" (2011):

لقياس جودة الحياة لدي مرافقي الاشخاص المصابين بمرض الفصام حيث يتكون المقياس من 25 بند مقسمة علي 7 ابعاد وهي كالتالي، بعد الرفاه النفسي والجسدي وارقام بنوده هي (1,2,3,4,5)، بعد العبي النفسي و الحياة اليومية، وبنوده (6,7,8,9,10,11,12) بعد العلاقات مع الأسرة بنوده (16,17) بعد العلاقات مع فريق الطب النفسي (13,14,15)، بعد عبي المواد (20,21,22)، وأخيرا بعد العلاقات مع الزوج وارقام بنوده هي (23,24,25)، ويتم تصحيح الاجابات بوضع سلم خماسي من (أبدا الي كثيرا) وذلك بقيمة من (1-5) (زواني 2020 ، ص 161).

-كذلك يمكن أن ناخذ بعين الاعتبار مقاييس جودة الحياة التي تتعلق بصحة ،من بينها :

5.7. استبيان المنظمة الاوروي لعلاج السرطان:

فهو مقياس يقيم به جودة الحياة المختلفة بالصحة ويتكون من 30 مفردة تقيس مجموعة من الابعاد من بينها، الحياة الصحية الشاملة، الاداء البدني، الدور الانفعالي والمعرفي والاجتماعي والنواحي العالية وعندني الحصول على درجات مرتفعة فهي تمثل جودة حياة جيدة،والعكس(محمد عبد الرحمان، 2007، ص 341).

لايمكن اعتبار المقاييس التي تقيس جودة الحياة مقاييس موضوعة 100% وذلك راجع الي الاختلاف والتباين والتنوع في التعريفات التي تم بناء المقاييس عليها، لكن تبقي هي الوسيلة الوحيدة لإعطاء نتيجة للتعرف على درجة وقيمة جودة الحياة لدي الأفراد عامة او الأفراد المسنين وبالتالي العمل على تحسينها بطرق استراتيجيات حسب شخصية كل فرد.

8. جودة الحياة والمسن:

إن جودة الحياة ليس لها نفس المستوى لدى الراشدين الشباب المسنين فهي مختلفة وتتحول عبر الزمن.

فعادة جودة الحياة الجيدة تتميز بالصحة الجسدية والعقلية، الإدماج الاجتماعي والشعور بالسعادة الي يرتبط بتقدير الذات و حياة عاطفية متوازنة، فهذه المعايير تتوفر لدى الشباب ولدى الراشدين، فهي جد مهمة لحياة ممتدة ومليئة بالعلاقات والنشاطات الإبداعية. لكن هذه المعايير أقل وجود لدى المسنين بسبب ما لديهم من أمراض مزمنة وفقدان الاستقلالية، وما هو مهم لهذه الفئة هو الحماية والأمن المقدم من خلال الرعاية، جودة المتابعة، العلاج، الاستمرار في تقديم المساعدة.

حيث يوجد مسنين يتمتعون بصحة تقاعد جيدة ، محبة الأبناء لديهم كل ما يمكن أن يجعلهم يشعرون بالسعادة ، لكن في الحقيقة يعانون من اكتئاب ويتمنون الموت بسرعة . وعلى العكس نجد بعض المسنين لديهم نقص في الاستقلالية ، حاملين للأمراض لكن نجدهم متفائلين للحياة ولديهم روح التحدي الذي يرفض الموت ، فالأحداث التي تؤثر بين الروابط العائلية والحالة الصحية هم محددان اساسيان للسعادة بالنسبة للمسن ، فحسب دراسة اجريت في السويد فيما يخص المقيمين بـGoteborg. المسنين في سن 70 سنة وأكثر. اهم الأحداث السلبية التي تؤثر علي جودة الحياة هي فقدان الشريك ، طلاق الاطفال ، صراعات عائلة الامراض، وعلى العكس الأحداث الايجابية هي ولادة فرد جديد في العائلة ، الشفاء من مرض معين ، او الالتقاء بشريك جديد.

بالإضافة إلى النظرة التفاضلية الحياة والعواطف الايجابية مثل "اناسعيد " " أحب الحياة " انا متفاعل للمستقبل أشعر أنني جيد مقارنة بالآخرين، لديهم تأثير ايجابي علي جودة الحياة (Gorther , 2007).

9. استراتيجيات تحسين جودة حياة المسن:

تعتبر قضية التقاعد لدى كبار السن من اكبر القضايا التي تعيق مجرى حياتهم وانخفاض جودتها ونوعيتها ، فيمجرد الانتهاء و الخروج من العمل يدخل الفرد في حلقة مفرغة و كابة و عدم وجود هدف للحياة او ممارسة الانشطة او الاعمال التي كانت ترفه عليه في السابق ، فيفقدون مهارات التعامل و يحسون و كأنهم عالة على اسرهم و ابنائهم. من هنا تم وضع من قبل كل من Pchurch (1999) و Spence (1997) في دراسة لهما مجموعة من الاساليب الاستراتيجية لتحسين نوعية الحياة لدى المسن المتقاعد :

- سمو الذات والأنشطة اليومية: فسمو الذات يعرف على أنه القدرة على توسيع المحيط الشخصي للفرد في مختلف الاتجاهات مما يجعله قادرا على تبني وجهات نظر متعددة والانخراط في أنشطة أخرى متنوعة، وغايات وأهداف خارج نطاق الذات كل هذا من دون أن يقلل من قيمة ذاته.
- وضع برامج تكسيهم مهارات التعامل والحياة اليومية: وذلك لتقليل أثر مشكلات التقاعد، مع الأخذ بعين الاعتبار عند تطبيق هذا البرنامج مجموعة من الاعتبارات، العمر، الصحة، الحالة الاقتصادية ومستوى التعليم الخاص بكل فرد

- الدعم الاجتماعي من الأسرة والأصدقاء ودور العبادة يلعب دورا كبيرا في الرضا عن الحياة لدى المسنين.
- كما يمكن أن تلعب دور الرعاية للمسنين في بعض الحالات في تحسين جودة الحياة لديهم، فمع تقدم العمر يصبح المنزل الذي أقام فيه عمره كاملا غير مناسب للتغيرات الجسمية والظروف الجديدة، لذا يطلب العديد من المسنين الإقامة في دور الرعاية نظرا لما تقدمه من خدمات صحية واجتماعية، لذلك فتعتبر دور الرعاية وسيلة للاستقلالية والاستمتاع بجودة الحياة (هاشم، 2001).
- في حين أكدت دراسة أحمد (1987) إلى أن كبار السن المتقاعدين أكثر شعورا بالاكئاب من كبار السن اللذين يعملون بعد التقاعد. وضرورة العمل بعد التقاعد (اعمال حرة) (جهاد، 1999 ص 7).

خلاصة:

وفي الأخير يتضح مما سبق أن مفهوم جودة الحياة هو مفهوم جد واسع وشامل لجميع الجوانب النفسية و الجسدية وحتى العقلية المعرفية للفرد. وبالتالي لابد من السعي وراء تحقيق جودة الحياة بطرق وأساليب واستراتيجيات للتكيف والبيئة الخارجية حتى لا يقع في المشاكل والاضطرابات النفسية التي يمر بها على طول مسار ومشوار حياته اليومية وخاصة الاكتئاب الذي يعتبر من أكبر والأكثر انتشارا لدى الكثير من الأفراد.

الفصل الثامن:

الإسباب

تمهيد:

يعتبر الاكتئاب من بين الاضطرابات المزاجية الأكثر تفشيا وانتشارا في العالم لدى فئات معينة من المجتمع خاصة لدى كبار السن المتقاعدين نظرا لما يعيشه المسن من تقلبات اجتماعية وجسدية وخصوصا النفسية والتي تكون سببا مباشرا في ظهور أعراض مرضية خاصة منها الاكتئاب.

ومن هذا المنطلق سيتم التعرف على خصوصية هذا الاضطراب على المسن وما يخلفه من آثار.

1. مفهوم الاكتئاب:

إن الاكتئاب هو اضطراب في العواطف والأحاسيس والوجدان حيث يختلف التعبير عنه وفق خصوصية كل مرحلة وتختلف درجته من فرد لآخر، فيصاب الفرد بحزن شديد غير معتاد وفقدان للأمل يصاحبه إحساس بالعجز وإحباط شديد، فنشاط الجسد والفكر في حالات الاكتئاب يكون بطيء (Trickett, 2013, p 19).

كما يعرف الاكتئاب بأنه اضطراب المزاج فهو حالة حزن واستياء وإحباط يدوم أكثر من أسبوعين بحيث يؤثر على أداء الفرد المهني، العلائقي، الدراسي وجميع ميادين حياته، تظهر أعراضه أساساً في السلوك (بطيء الحركة، الكلام...) والمعرفة (أفكار مشوهة) والعاطفة (إحساس بفقدان الأمل والتشاؤم) أو سرعة الهياج (Bertha, 2013, p 2).

يعرفه عكاشة بأنه مرض يتضمن الأفكار السوداوية، التردد الشديد وفقدان الشهية للطعام والشعور بالألم والتقليل من قيمة الذات وعدم القدرة على اتخاذ القرار والمبالغ في الأمور التافهة والأرق الشديد والشعور بالأوهام المرضية والمعاناة من بعض الأفكار الانتحارية وانخفاض كبير في الطاقة، تضطرب القدرة على الاستمتاع والاهتمام بالأشياء (عكاشة، 2003، ص 457).

يعرف الاكتئاب حسب معجم علم النفس والتحليل النفسي بأنه حالة من الاضطراب النفسي تكون واضحة في الجانب الانفعالي لشخصية المريض، حيث يتميز بالحزن الشديد اليأس من الحياة والشعور بالذنب على أخطاء لم يرتكبها وكثيراً ما تصاحب حالات الاكتئاب بهدأت وهلاوس حيث أن حالات الاكتئاب لا تصيب الوظائف الذهنية باضطراب خطير ولا يتخلف عنها تدهور عقلي، كما أن الشفاء منها أعلى من غيرها من الأمراض ومن هنا تظهر احتمال الانتحار لتخلص من حياته التي يعتبرها مملوءة بالحزن والهم واليأس والقلق والمخاوف مما يجعله قليل الحركة والنوم ورفض الطعام (فرح طه وآخرون، 1993، ص 62).

في حين يرى Beck أن الاضطرابات الانفعالية تؤدي إلى ضيق التفكير وتثبيت الانتباه وتحريف الواقع فنلتمسها في مضمون الفكر المشوه، فالمحتوى الفكري لمريض الاكتئاب يركز على الفقد فيحس المريض أنه خسر شيئاً ضرورياً، سعادته،طمأنينته، مما يؤدي إلى الحزن، الإحباط، التبدل، فيقوى هذا الإحساس كل مرة حتى يبلغ ذروته ويكون الهرب من هذه الحالة بالانتحار (أرون بيك، 2000، ص 72).

إذن فالالاكتئاب هو حالة مرضية لمعاناة نفسية تظهر في انخفاض وبطء نفسو حركي مع فقدان الاهتمام بالنشاطات المعتادة حيث يتسم المزاج بالحزن، الكآبة، اليأس.

2. انتشار الإكتئاب:

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية (OMS) يحتل الاكتئاب المرحلة الثالثة من حيث العبء العالمي للمرض، وصرحت أنه سيكون ثاني أكبر عبء بحلول عام (2020) (L'institut canadien d'information sur la santé, 2010).

في حين صرح مدير الصحة النفسية بمنظمة الصحة العالمية "Norman Sartoris" أن هناك تقريبا أكثر من مليون نسمة في العالم يعانون من اضطرابات اكتئابيه تدخل في المعدل الإكلينيكي، ويرجع هذا التزايد والارتفاع إلى مجموعة من الأسباب والاعتبارات وهي كالتالي:

- تزايد الأمراض المزمنة التي بدورها قد تؤدي للاكتئاب الثانوي.
- تزايد استهلاك الأدوية التي من شأنها أن تؤدي أثارها الجانبية إلى الاكتئاب (مثل أدوية ضغط الدم المرتفع)
- كما يعتبر كذلك تزايد متوسط عمر الفرد من أهم الأسباب التي تؤدي للإصابة بالاكتئاب (عسكر، 1988، ص19).

فبعد سن (65سنة) يظهر تقدير معدل انتشار نوبات الاكتئاب الرئيسية أقل من تلك التي تظهر عند البالغين في منتصف العمر بنسبة 20 % من كبار السن مكتئبون في المؤسسات والمستشفيات، أما بالنسبة للسكان فيبلغ انتشار الاكتئاب لدى كبار السن بمعدل 40%(Suisse,2009).

ان العالم يشهد زيادة سريعة في السكان خاصة لدى فئة المسنين من 60 سنة فما فوق أكثر من أي شريحة عمرية أخرى ، فبين سنة 1970 و 2025 أن عدد الكبار في السن سيتجاوز 694 مليون مسن ، فالعالم سيعرف أكثر من مليار ساكن أكثر من 60 سنة و في سنة 2050 سيتضاعف ليصبح 2 مليار ، ان الدول الافريقية رغم ما تعيشه من امراض وعنف... الخ الا انها تعرف زيادة في معدل العمر وتراجع في النسل (OMS, 2002, p 07).

وبحسب معطيات مسح. "الصحة النفسية" من إنتاج المركز التعاوني لمنظمة الصحة العالمية (OMS) بالتعاون مع مديريةية البحوث والدراسات والتقييم والإحصائيات أن (8,9) من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ما بين 65 و74 عاما و 11% من الأشخاص الذين يبلغون من العمر 75 عاما وأكثر، حيث تكون التعديلات ذات الشدة المعتدلة والشديدة أكثر شيوعا بشكل ملحوظ من الخفيف، تؤثر بشكل رئيسي على النساء (4,6% من النساء مقابل 1,1% من الرجال في سن 65-74 سنة) ثم ينخفض هذا الانتشار بشكل حاد في الرجال اللذين تتراوح أعمارهم بين 75-85 سنة إلى الأبد، لكنها ظلت مستقرة عند (4,7%) للنساء في الفئة العمرية 65-85 سنة ، فقد أن 43,2% منهم اللذين أصيبوا به قد استخدموا الأدوية النفسية أو العلاج النفسي (Parroco, 2018, p18).

سكان العالم يشيخون بسرعة بين عامي 2015 و 2050 من المتوقع أن تتضاعف نسبة البالغين الذين تزيد اعمارهم عن 60 عاما في جميع انحاء العالم من حوالي 12 الى 22 بالمئة حيث يواجه كبار السن مشكلات صحية ، بدنية و عقلية معينة يجب اخذها بعين الاعتبار فالاضطرابات الأكثر شيوعا لدى المسنين هي الخرف و الاكتئاب (OMS, 2017).

كما يمكن الإشارة أن فترة توقف الحيض بالنسبة للسيدات أو ما يعرف بمصطلح "سن اليأس" مرتبطة بحدوث الاكتئاب النفسي وذلك لما فيه من تغيرات هرمونية تؤدي إلى اضطراب التوازن النفسي. أما بالنسبة للرجال فإن تقدم العمر والتقاعد قد يرتبط بفرص الإصابة بالاكتئاب وذلك لما ينجم عنه الإصابة بالأمراض الجسدية أو ما يعرف بأمراض الشيخوخة وهناك أيضا حالات يطلق عليها حالات "الاكتئاب المقنع" "Masked dépression" ويعني أن المريض لا تبدو عليه مظاهر الاكتئاب لكنه يشكو من أعراض أخرى مثل: الصداع وضيق في الصدر وعسر الهضم... وهذه الحالات لا يتم تشخيصها في معظم الأحيان وبالطبع هذه الحالات لا تندرج ضمن الإحصائيات (الشربيني، 2012، ص17).

3. أشكال الاكتئاب عند المسن:

يظهر الاكتئاب عند المسن في عدة أشكال إكلينيكية، وفي الدليل التشخيصي والإحصائي فإن العديد من الباحثين يرون أن الاكتئاب لدى المسنين يخص الاكتئاب الجسيم وعسر المزاج :

1.3 الاكتئاب الجسيم: "La dépression majeure"

A. تواجد خمسة أو أكثر من الأعراض التالية لنفس الأسبوعين والتي تمثل تغيرا عن الأداء الوظيفي السابق على الأقل أحد والأعراض يجب أن يكون إما (1) مزاج منخفض أو (2) فقد الإهتمام أو المتعة.

○ لا تخص أعراض تعزى لحالة طبية أخرى.

1. مزاج منخفض معظم اليوم، كل اليوم تقرير، ويعبر عنه إما ذاتيا (مثل الشعور بالحزن أو الفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعا).

2. انخفاض واضح في الإهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريبا) ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

3. فقد وزن واضح بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب وزن (مثل التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريبا.

4. أرق أو فرط في النوم كل يوم تقريبا.

5. هياج نفسي حركي أو خمول كل يوم تقريبا (ملاحظ من الآخرين وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتلمل أو البطء).

6. تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريبا.

7. أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب والذي قد يكون وهميا كل يوم تقريبا وليس مجرد لوم الذات أو الشعور بالذنب لكونه مريضا.

8. انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز أو عدم الاحساس كل يوم تقريبا (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

9. أفكار متكررة عن الموت (و ليس الخوف من الموت فقط) أو تفكير انتحاري... متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

B. تسبب الأعراض انخفاضا واضحا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات أخرى.

C. لا تعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة مثل سوء استخدام عقار، تناول الدواء أو عن حالة طبية أخرى. (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2014، ص75)

2.3 عسر المزاج (اضطراب اكتئابي مستمر): "La dysthymie"

A. مزاج منخفض معظم اليوم، أكثر الأيام، لمدة سنتين على الأقل، كما يستدل عليه إما بالوصف الذاتي أو بملاحظة الآخرين لذلك.

B. وجود اثنين أو أكثر مما يلي أثناء انخفاض المزاج :

1. ضعف الشهية أو زيادة الأكل.

2. أرق أو فرط في النوم.
3. انخفاض الطاقة أو تعب.
4. انخفاض الشعور بقيمة الذات.
5. ضعف التركيز أو صعوبة اتخاذ القرارات.
6. مشاعر انعدام الأمل (اللاجدوى).
- C. لم يدخل الشخص أثناء فترة السنتين من الاضطراب أبدا من الأعراض المدرجة في المعيارين A و B لمدة تزيد عن شهرين متواصلين.
- D. معايير نوبة اكتئابية جسيمة قد تتواجد باستمرار خلال العامين.
- E. لم توجد أبدا نوبة هوسية أو نوبة تحت الهوسية كما لم تتحقق أبدا معايير اضطراب المزاج الدوري.
- F. لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بوجود مستمر للفصام الوجداني، الفصام، أو الاضطراب التوهمي أو غيرها من اضطرابات طيف الفصام المحددة وغير المحددة والاضطرابات الذهانية الأخرى.
- G. لا تنجم الأعراض عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو حالة طبية أخرى.
- H. تسبب الأعراض انخفاضا واضحا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى. (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2014، ص78)

كذلك نجد لدى المسنين يظهر نوع من الاكتئاب يدعى "La dépression Subsyndromique" وهذا الاسم اقترحه "Lebouitz" في سنة (1999) للإشارة إلى عدم الوضوح فعدد الأعراض الإكتئابية الموجودة لدى المسن غير كافية لتحديد نوع الاكتئاب ما إذا كان اضطراب اكتئابي جسيم أو عسر المزاج أو حتى نوبة اكتئاب خفيفة، حيث يكون خطر الإصابة بأمراض جسدية في هذا النوع من الاكتئاب (Gallarda et Loo, 2009, p271).

3.3 الاكتئاب الميلانكولي: "La dépression Mélancolique"

هي حالة عاطفية غير مستقرة تتمثل في حزن شديد مصحوب بسوداوية المزاج وكره للذات وللوجود ، هذا النوع من الاكتئاب يشكل خطرا كبيرا للمسن المتقاعد حيث يتميز بأعراض مرضية جد حادة والتي قد تؤدي إلى مثل متلازمة الانزلاق "Syndrome de Glissement" وهي خاصة بالمسنين (تشمل: رفض الأكل، رفض التكلم، رفض أخذ الأدوية، فقط ينتظرون الموت وهذه المتلازمة تشكل خطرا كبيرا على حياتهم خاصة إذا لم يتم التكفل بها)، لدى بعض الحالات يظهر لديهم هياج واضطرابات في السلوك فقد تعرض المسن إلى الانتحار لذلك يجب التكفل بهم بسرعة (Frémont et Belmin, 2004).

4.3 الإكتئاب الهذائي: "Dépression délirante"

يظهر عند المسنين أفكار هذائية تتمثل في أفكار عدم التحمل مثل فقدان الأمل، أفكار هذائية للمصائب، الغيرة، توهم المرض، وقد تظهر أحيانا هلاوس سمعية أو بصرية (Frémont et Belmin, 2004).

5.3 اكتئاب الخرف الزائف: "Dépression Pseudo Démentielles"

تظهر في اضطراب المعرفة على مستوى الأول فالمن لا يستطيع التذكر، لا يستطيع التركيز، لا يعرف بعض الأشخاص أو بعض المواضيع، كلامه غير مفهوم، كذلك على المستوى السلوك نجد عدائي، يبكي، ينعزل ويغلق على نفسه، ولا يغادر سريره.

6.3 الإكتئاب العدائي: "Dépression hostiles ou Syndrome de Tatie Danielle"

وضع هذا الاسم إشارة لفيلم مشهور Etienne سنة 1990، ما يميزه هو اضطرابات سلوكية تضم العدوانية والعنف بكل أشكاله جسدي أو لفظي، وعادة ما يظهر هذا النوع من الاكتئاب بسبب الرفض، وسوء المعاملة العائلي (Thomas et Hazif-Thomas,2008).

7.3 الاكتئاب والقلق: "Dépression Anxieuse"

تواجد اثنين على الأقل من هذه الأعراض: الخوف المروع من شيء قد يحدث الشعور بأن الفرد فقد سيطرته على نفسه ورفض الخروج قد تصل أحيانا لظهور أعراض هستيرية فالمن قد يصبح غير قادر على المشي أو عدم القدرة على البلع (Mees, 2017).

8.3 الاكتئاب المثبط: "Dépression Conatine"

يرتكز أساسا على التثبيط، وانسحاب العواطف والعلاقات وإحساس بفقدان القيمة، فيؤدي إلى إهمال الذات وإهمال الآخر والمحيط، وفقدان الإرادة (Mees, 2017).

4. مظاهر الاكتئاب:

1.4 مظاهر الحياة العاطفية والفكرية:

يعتبر الحزن الشديد في حالة الاكتئاب من أحد المظاهر المؤلمة والغير مفهومة، وغالبا ما يرافقه بكاء وشعور باليأس فالأشخاص اللذين يعانون من الاكتئاب نجدهم يتفاعلون بحساسية مفرطة من مواقف الحياة اليومية و في نفس الوقت يكون لديهم شعور بالفراغ وعدم الاحساس بالعواطف، كل هذا يفقداهم الاستمتاع بجميع ملذات الحياة وتغلب عليهم انطباعات الهجو والوحدة والفقدان هذا من جهة ومن جهة اخرى يضطرب أداء الفرد الفكري فيصبح يواجه صعوبة في التفكير والعثور على الكلمات والتحدث بطلاقة فتشتت قدرته على الانتباه والتركيز، كما قد يعاني الشخص المكتئب من تدني تقدير الذات فيحس أن لا قيمة له وأنه هو المسؤول عن الأحداث المؤلمة التي يمر بها والمشاعر الغير سارة التي يشعر بها، هنا تتولد لديه الأفكار السلبية المشوهة المتمثلة في السلوكيات الانتحارية ووضع حد لحياته فكل هذه الافكار والمشاعر والعواطف والاحاسيس مصدرها الاكتئاب (Briffault et al , Inpress).

2.4 مظاهر الاكتئاب لدى المسن :

لقد ميز (Tomas et Hazif (1998) مجموعة من الأعراض و المميزات لخاصة بالإكتئاب لدى المسنين تتمثل في:

- عدم الاستقرار العاطفي.
- العدوانية والغضب.
- فقدان الدافعية للأشياء وللأحداث وعدم المبادرة للمشاركة.
- الشعور بالمعاناة والفرغ الداخلي: نتيجة القعود والتوقف عن العمل.
- العزلة والاكتفاء عن الذات.
- التبعية وعدم الاستقلالية (خاصة للأهل والأبناء).
- الشعور بعدم الفائدة: نتيجة للتقاعد يشعرون بأن ليس لهم دور في المجتمع أو إضافة للحياة.
- الأرق والشعور بالضيق.
- نقص الوزن ونقص الطاقة.
- الخلط.
- الانتحارات المبرمجة والناجحة.
- النظرة السلبية للحياة والعجز.
- شكاوي سوماتية وكذا اضطراب توهم المرض.
- اضطرابات في الذاكرة (الزهايمر الخرف..) او الاضطرابات الحركية كلها يمكن أن تكون مظاهر تؤكد على وجود اكتئاب لدى كبار السن وبأنواع وأشكال مختلفة .

إن الجدول الإكلينيكي الخاص بالشيخوخة "Gériatrie" يتطابق وذلك الخاص بالشباب الراشدين حسب النظام التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM 5 (زهاوي، 2017).

فالمظاهر والأعراض الخاصة بالاكتئاب لدى المسن تكون على شكل شكاوى جسمية كمرض الباركنسون واضطرابات أخرى معرفية كالنسيان واضطراب الذاكرة والادراك حيث تكون هذه الأعراض كتعبير رمزي عن معاناة داخلية يعيشها المسن نظرا للتقلبات التي تكون موازية لمرحلة الشيخوخة.

5. العوامل المؤدية للاكتئاب:

تعتبر العوامل التي من المرجح أن تثير بداية حالات الاكتئاب لدى كبار السن عديدة ومتنوعة سنتطرق إليها على حدی:

1.5. العوامل النفسية:

وفقا لهذا النموذج فإن نشأة الأعراض الاكتئابية لدى المسنين في الأساس هو "الفقدان" والخسائر المتكررة مثل فقدان النشاط، التقاعد، فقدان المكانة الاجتماعية، فقدان الأصدقاء... الخ، فالفقدان هنا والضياح لا يعني فقط فقدان شيء ما بل فقدان الاستثمار مع التمثيل الذي أعطاه لذلك الموضوع، فالشيخوخة تحدث تغيرات في الشخصية وبداية ظهور آليات دفاع جديدة مثل: الإنكار والانسحاب والعزلة... المؤدية للاكتئاب إذ يشعر الشخص أنه أقل جمالا وأقل فعالية من ذي قبل (Ould Beziou, 2004, pp 19,20).

2.5 . العوامل الاجتماعية و البيئية:

تسلط العديد من الدراسات الضوء على دور العوامل الاجتماعية والاقتصادية في حدوث وتطور معدلات الاكتئاب، ويمكن تفسير العلاقة بين الاكتئاب والعامل الاجتماعي والاقتصادي من خلال مجموعة من المواقف من بينها الضغوط ، والوظيفة والوضع المهني، إذ ينسب لهذا الأخير وظيفتين: فهو من ناحية يوفر للفرد الوسائل المالية الضرورية للاكتفاء الذاتي و من ناحية أخرى تسمح له باكتساب الهوية الاجتماعية ، فانعدامها قد يؤدي الى حدوث أعراض الاكتئاب بسبب الصعوبات المالية ، أما بخصوص عامل الضغط فهو كل حدث أو تجربة مرهقة سواء كانت معرفية أو عاطفية من شأنها أن تعطل مجرى الحياة وتكون مسؤولة عن الخلل النفسي و ظهور الاكتئاب (pp, 2020 Bayingana et Taffor.19,20).

3.5. الشيخوخة :

الشيخوخة كأزمة وجودية يمكن اعتبارها عاملا من العوامل المسببة للاكتئاب، هذه الفترة تتطور بسبب الأزمات التي تؤدي إلى إعادة التنظيم التي تعتمد بشدة على القدرات التكيفية للمسّن، فكبار السن يواجهون أحداث الاكتئاب أكثر من غيرهم وذلك من خلال المشاكل الصحية والأداء البدني وخصوصا فقدان الاستقلالية والاعتماد الجسدي والعجز عن أداء الوظائف الحياتية كذلك فقدان الاتصال والدعم الاجتماعي من شأنه أن يؤدي إلى ظهور أعراض الاكتئاب دون أن ننسى الترمّل، فقدان الأحباء، ووفقا لـ Evans.S (1990) فإن أعراض الاكتئاب أكثر تواجدا عند الناس كبار السن من ذوي الذكاء المنخفض وانعدام الثقة وكذا كبار السن اللذين يعيشون في المناطق الريفية هم أكثر استعدادا لتطوير أعراض الإكتئاب من أولئك اللذين يعيشون في المناطق الحضرية (Isabel, 2009, p.10,11).

كذلك تعتبر جودة الحياة لدى المسنين من أهم وأكبر مسببات الاكتئاب ، فهي الدرجة التي يقيم بها الفرد ويعطيها لمجالات حياته، فكلما كانت تلك القيمة عالية كلما ابتعدنا عن الوقوع في المشكلات النفسية. لكن كلما انخفضت أدى ذلك تدريجيا إلى الاكتئاب.

4.5 العوامل الجسدية :

1.4.5. الامراض العصبية:

تلعب العوامل العصبية في الدماغ دورا رئيسيا في حدوث الاكتئاب، إذ يعتبر مرض الباركيسنون الذي يحدث فيه التشابك مع اضطرابات المزاج هو الأهم في ظهور أعراض الاكتئاب وأول علامة على هذا هو حوادث الأوعية الدموية الدماغية، التي تكرر عند كبار السن والمتورطون في حوادث المتلازمات الإكتئابية، إذ يتراوح تواتر الاضطرابات المزاجية بعد السكتة الدماغية من 20% إلى 60% أي ربع هؤلاء المرضى يعانون من حالة إكتئاب كبرى .

نظرا لأهمية أمراض الأوعية الدموية في تاريخ بعض المصابين بالاكتئاب قاد كبار السن مؤخرا من بينهم الدكتور "Alexopoulos" إلى وصف وكتابة " الجدول الإكلينيكي للاكتئاب".

يمكن الإستشهاد بأمراض أخرى مثل:

- ✓ الخرف.
- ✓ الصرع.
- ✓ استسقاء الضغط الطبيعي.
- ✓ التصلب الجانبي الضموري.

يمكن مواجهة المتلازمات الإكتئابية المتكررة أكثر لدى المرضى المصابين "بالخرف الوعائي" مقارنة بمرضى الزهايمر من نوع الخرف، وذلك بنسبة تقدر (43% مقابل 11%) وفقا لبيانات الدراسات الوبائية اليابانية (Old Beziou,2004).

2.4.5 امراض الغدد الصماء والتمثيل الغذائي:

كثيرا ما تعتبر اضطرابات الغدد الصماء والتمثيل الغذائي العامل المسبب من 4 إلى 6% من مرضى الاكتئاب، فقد يسبب فرط نشاط الغدة الدرقية أو مرض أديسون أو قصور نشاط جارات الدرقية (الغدد المجاورة للغدة الدرقية) أو فرط نشاطها على سبيل المثال قد تؤدي إلى ظهور الأعراض الإكتئابية ، كذلك نقص التمثيل الغذائي خاصة فيتامين 12 (B12) ونقص حمض الفوليك، فقر الدم... كلها قد تؤدي للإصابة بالخرف القابل للشفاء أو الإكتئاب بشكل عام، وذلك لما يلعبه دور فيتامين (B12) باعتباره إنزيم في عملية التمثيل الغذائي لمعظم الأنسجة وخاصة في الجهاز العصبي المركزي (Ould Beziou,2004).

مما سبق يمكن القول أن هناك العديد من الأسباب والعوامل المؤدية للإصابة بالاضطرابات النفسية وعلى رأسها الإكتئاب فهي تتنوع وتختلف من شخص لأخر حسب طبيعة بنيته وطبيعة البيئة التي يعيش فيها والأحداث الحياتية التي يتعرض لها.

6. النظريات المفسرة للاكتئاب:

1.6 المقاربة التحليلية:

يعتبر المحللين النفسانيين وخاصة "Freud" أن الإنسان يولد وهو مزود بطاقة جنسية يسميها Libido وهي التي تحرك الجهاز النفسي بأقطابه الثلاثة: الهو، الأنا، الأنا الأعلى (الشخصية) حيث تدفعها نحو الصحة أو المرض، ففي حالة الاكتئاب نجد الفرد يعاني من لوم مفرط وشعور بالذنب لاشعوري الذي يمكن فهمه في ضوء الصراعات بين مكونات الشخصية حيث ينتهي الصراع بسيطرة الأنا الأعلى.

إن الأمراض النفسية التي تحدث للفرد بما فيها الاكتئاب هي في الواقع نتائج للصراعات المبكرة، فالإكتئاب الخاص بالمسن ما هو إلا تكرار لا شعوري رمزي لكل ما حدث خلال السنوات الأولى من العمر الذي كبت في اللاشعور (عبد الستار، 1988).

كذلك عبر Abraham (1911) عن الإكتئاب بأنه العلاقة مع الموضوع المحبوب هذه العلاقة أعطى لها علماء التحليل النفسي قسطا وافرا من الإهتمام تحت ما يسمى بالعلاقة مع الموضوع فعندما لا يجد الشخص تلبية لإرضاء رغباته وإشباع حاجاته فإنه يشعر بالغضب والكراهية والعداء نحو ذلك الموضوع فتتحول هذه المشاعر إلى شعور بالذنب اتجاه الذات.

إن مرحلة الشيخوخة تحمل في طياتها فقدان حيث يضيف (1953) Edwarad Bribring أن ما يميز الإكتئاب هو العجز عن تحقيق الحاجات والطموحات (الحاجة إلى الحب، التقدير، القوة والأمان) فالمسن يقل تقديره لذاته مع التقدم في العمر وظهور الأمراض مما يسبب له جرح نرجسي ويقع في الاكتئاب (عبد الستار، 1988، ص 87).

2.6 المقاربة الاجتماعية التحليلية :

ان موضوع الهوية هو قلب هذه المقاربة التي جاء بها Erik Erikson (1902-1994) بالنسبة له موضوع الهوية يبني من خلال النظرية التحليلية ، إلا أن هذه النظرية هي نظرية متفتحة على الجانب الاجتماعي فقد طور اريكسون هذه النظرية المشهورة و التي تركز اساسا على النمو النفسي الاجتماعي أين يمر كل فرد بمرحلة يحدث فيها أزمة نفسو اجتماعية بين قوتين متضاربتين مما يوقعه في صراع وفي هذا السياق يقول اريكسون : "أن الصراعات الفرد تمثل حقيقة ما هو عليه" حيث حدد E. Erikson ثمان مراحل للنمو النفسي الاجتماعي وافترض أن كل مرحلة نفسية اجتماعية مصحوبة بأزمة والتي تعني نقطة تحول في حياة الفرد يتحرك فيها النمو نحو مسار جيد إلى الأمام نتيجة التفاعل بين النضج الفسيولوجي والمطالب الاجتماعية التي على الفرد أن تستجيب لها في تلك المرحلة وتحدد المكونات المختلفة للشخصية نتيجة لطريقة معالجة الأزمات والصراع جزء لا يتجزأ من نظرية إريكسون (Coté, 2015).

وطبقا لإريكسون فإن ظهور كل مرحلة يرتبط بظهور أزمة تمثل حاجة ضرورية لتطور واستمرارية نمو الأنا مبرمجة بيولوجيا وفق لدرجة نضج محددة ومتأثرة بمراحل النمو السابقة وكنتيجة لطبيعة هذه المتغيرات يتم حل الأزمة إيجابيا أو سلبيا وهذه المراحل هي:

1.2.6.1. مرحلة اكتساب الثقة الأساسية مقابل عدم الثقة:

إن بوادر الثقة عند الرضيع ترتبط بسوائل العناية والتغذية، ففي الشهر الرابع يشعر الرضيع باللذة والأمان عندما يسمع صوت أمه وهنا يصبح على يقين أنها قادمة إليه لتأمين الغذاء والعاطفة وبعد الشهر الخامس تنمو حركات الطفل وقدراته الذهنية ويصبح قادرا على تناول الأشياء والألعاب مما ينهي لديه الثقة بالجسد.

2.2.6.2. مرحلة الاستقلال مقابل الخجل والشك:

إذ يبدأ الطفل باكتشاف أن سلوكه أمر خاص به، وأنه إنسان مستقل فإن استمرار اعتماد الطفل على الآخرين يتسبب في خلق احساس لديه بالشك في قدرته وحرية في تأكيد استقلاله الذاتي ويتضح ان هذا الشك يمتزج بالخجل والاعتمادية التي كان يتمتع بها كثيرا في المرحلة السابقة، فهي مرحلة النضج العضلي وما يترتب عليه من تأزر وتوافق عدد من انماط الحركة كالإمساك بشيء وتركه المشي والكلام.

3.2.6.3. مرحلة المبادرة مقابل الشعور بالذنب:

فبعد أن يطور الطفل قدرته على التحكم بحركات جسمه وعضلاته وينطلق في عالم جديد من الخبرة دون الاعتماد على الوالدين فكلمة "لماذا" هي السمة المميزة لهذه المرحلة الفضولية مما يعزز المبادرة في السلوك ، أما العقاب المتواصل فيمكن ان يؤدي الى شعوره بالذنب والاستسلام.

4.2.6.4. مرحلة الانجاز والكفاءة مقابل الشعور بالنقص:

حيث تستغرق هذه المرحلة سنوات أطول إذ تمتد من السادسة الى الثانية عشر أن الطفل طور مشاعر الثقة والشعور بالاستقلالية هنا يستطيع حل أزمة هذه المرحلة لصالح الشعور بالقدرة على الانجاز والأداء الجيد.

5.2.6.5. مرحلة الاحساس بالهوية مقابل اضطراب الدور:

يواجه المراهق تغيرات مختلفة وأساسية، فهو يرى أن البعد النفسي والاجتماعي الذي يظهر خلال المراهقة إما يكون احساس بهوية الأنا موجبا أو سالبا، وبالتالي يتبعه احساس بتشتت الدور.

6.2.6.6. مرحلة الاحساس بالألفة مقابل الاحساس بالعزلة:

في هذه المرحلة يكون الانسان قد طور هويته وأصبح متفردا ولا بد له من اختبار هذه الهوية ويكون الاختبار هو مشاركة شخص آخر هذه الهوية، فإذا لم يتم بناء علاقات مع الآخرين فإنه سيعيش في عزلة.

7.2.6.7. مرحلة الانتاجية مقابل الركود:

وتشمل هذه فترة الرشد وتتميز بالتخلص من الانغماس في الذاتية والانتقال الى رعاية الاطفال فالدور المتوقع في هذه المرحلة هو إنجاب الاطفال ثم يقوم برعايتهم فإذا نجح فإنه يكون شعورا بالقدرة على الانتاج وإذا فشل في ذلك يشعر بالركود والجمود، حيث أشار Erikson الى قيمة هذه الازمة ودورها في ديمومة الحياة في العالم.

8.2.6. مرحلة تكامل الذات مقابل اليأس:

تقابل المرحلة النهائية من حياة الانسان وتشمل كل نكوص بدني صحي وضعف الفاعلية الاجتماعية بل وكل ما يعنيه قرب الموت، الأصدقاء، شريك الحياة، هذه الاحداث تؤدي الى مشاعر اليأس لدى الجميع فمشاعر الفرد ونموه النفسي الاجتماعي يرتبط بدرجة كبيرة بالتاريخ السابق للفرد والذي يصبح أكثر أهمية في هذه المرحلة منه في أي مرحلة اخرى كنتيجة لظروف المسن التي تحد من انتاجيته وادراكه لعدم الكفاية لتحقيق الكثير (سواكر وتواتي، 2015).

فمختلف فقد المفاجئ وأزمة الهوية تؤثر على المسن، يكون خلف هذا هو الخوف، الخوف من المجهول فمثلا شخص مسن يرفض الخروج عندما نطلب منه ذلك لأنه متقدم كثيرا في العمر، لأن المكان بعيد جدا، لأنه لا يستطيع المشي، لأنه يخاف من الموت اثناء الطريق أو لأن الجو حار أو بارد جدا. فهي تعتبر استجابات اكتئابية. في حين أنه يوجد مسنين استطاعوا أن يتجاوزوا العقبات التي ترتبط بالصورة النمطية للكبر السلبي (Simand,1980,p28).

إن المحلل النفسي Carl Gustav Jung (1857-1996) استلهم أفكاره من حركة الشمس ليصف مسار الحياة البشرية فالشمس تشرق من الفجر كالطفولة والمراهقة، يتواصل المسار حتى اعلى المستويات حيث شبه هذا التطور بZénith والذي يمثل النضج ثم ينزل ببطيء حتى يصل الى الشيخوخة ويغرب في سواد الليل، فهناك انقطاع في معنى هذه الحركة أي في المكان الذي يحدث فيه انحناء ، ففي بداية الحياة يجب التكيف مع العالم الخارجي من أجل النجاح في الحياة والانحناء في النصف الثاني من العمر والذي يجعل من الضروري إفساح المجال للكيان الداخلي من اجل النجاح في الحياة، فمن منتصف هذا التقلب يحدث إعادة تنظيم القوى النفسية. وانعكاس يرتكز على القيم، المعتقدات، الافكار، المواقف اللاشعور الموجود باستمرار، كما يظهر الوعي تدريجيا خلال عملية التفرد الذي يسمح للفرد بأن يصبح وحدة مستقلة ومتكاملة لكن في مرحلة الشيخوخة هي عملية داخلية تتحكم في انكماش الحياة (Blanché, 2009, p23).

تتلخص أزمة الهوية لدى المسن في سحب الاستثمار من الهوية المفقودة من اجل استثمار الهوية الجديدة والتي يجد المسن صعوبة في تقمصها ، يعتبر (1999) P.Decourt ان أزمة الهوية هي عدم قدرة المسن على تحمل فقدان أو المشاكل فالذات تصبح غير مطابقة للتعبيرات المعاشة من طرف المسن والتي يجب إدماجها في تمثيل جديد للذات والذي يعتبر عملية إعادة معرفة الذات (Roumillhac et kafoa , 2012, p 184).

3.6. نظرية التعلم (الجانب الايجابي في حياة الفرد):

وفقا (2010) André : فإن زيادة المشاعر الإيجابية لدى الأشخاص المعرضين للخطر هي هدف طويل المدى، فالتفكير الايجابي يلعب دورا كبيرا في زيادة العاطفة الايجابية للموضوعات والحد من الانفعالات السلبية.

فتشير العديد من الابحاث الى ان الأفكار الإيجابية المتزايدة جد مهمة لحماية الفرد من الوقوع في الاضطرابات النفسية والتكيف النفسي. إذ ان هذه التأثيرات الإيجابية لها علاقة بالصحة النفسية للفرد مثل: (اضطرابات القلق، التوتر، الاكتئاب والاضطراب الاكتئابي الرئيسي) من خلال الحد من انتشارها.

من جهة اخرى اجرى King(2005) تحليلا حول فوائد التفكير الايجابي المتكرر (سعادة، تفاؤل، الرضا عن الحياة ومفاهيم أخرى ذات صلة) وقد وجدت تأثيرا ايجابيا في العديد من مجالات الحياة بما في ذلك: الأداء الوظيفي، العلاقات الاجتماعية، تصور الذات والآخرين، حل المشكلات، الإبداع، التكيف والصحة.

كما أجروا (Zarghuna et Ruhi (2010) مراجعة لأدبيات حول التفكير الإيجابي وأثره على السلوك الفردي، وقد اظهرت الدراسة على أن التفكير الايجابي يؤدي الى مشاعر وسلوكيات وايجابية، ويقل التوتر وبالتالي يقل الاكتئاب والقلق...

تتمثل هذه الطريقة "La puissance des répétition des phrases, des pensées positives" في الحد من المشاعر والسلوكيات السلبية وكذا مساعدة الأفراد عامة والمكتئبين خاصة على تجربة المزيد من الرفاهية (Muaweah, inpress)

1.3.6. كيفية تحديد تكرار عبارات التفكير الايجابي:

يمكن أن تكون هذه العبارات الإيجابية مفيدة في منع الإنتكاس ولاسيما في القلق واضطرابات الاكتئاب وكذا تحسين نوعية الحياة والحفاظ على توازن جيد، فهذا الإتجاه يركز على الجانب الايجابي لأي موقف بدلا من التركيز على السلبيات. وذلك من خلال بناء خطابات مرجعية ذاتية وخطابات حوارية داخلية باستخدام أفكار ايجابية.

وفي هذا المجال تشير (Buenaver et al (2011) الى أن المؤثرات العقلية مثل المنومات او مضادات الاكتئاب والقلق يمكن ان توفر الراحة للمرضى ، ولكن يجب على المرضى ان يستفيدوا أيضا من العلاج المعرفي والسلوكي القائم على الادراك الإيجابي. فمثلا لدى كبار السن الذين يعانون من الأمراض المزمنة مثل الباركنسون فهي مفيدة جدا لتغيير تصورات المرضى عن المرض. فحسب هورت وآخرون(2014) وجود أفكار ايجابية حول القضايا الصحية للمرضى والرؤية وتجعله متفائل.

فالعلاج المعرفي السلوكي فعال في علاج الاكتئاب، فغالبا ما يكون لدى الأشخاص المصابين بالاكتئاب أفكار تلقائية سلبية عن أنفسهم وعن مستقبلهم وعن العالم، كالمسنين المتقاعدین مثلا قد يتصورون أن لا فائدة منهم وأنهم عالية على أسرهم وعلى المجتمع وأن الموت أفضل لهم، فهذه الأفكار التلقائية تحفز حالات مزاج المكتئب لذلك لكي يكون العلاج المعرفي السلوكي فعالا في علاج أعراض الاكتئاب فمن المهم أن تكون الأفكار التلقائية أكثر ايجابية (Muaweah, Inpress).

4.6. النظرية السلوكية المعرفية:

إن تطور النظرية المعرفية السلوكية كان في فرنسا في 1970 الا أن الأعمال الأولى في الدول الأنجلو سكسونية كانت في (1950) فالعلاج المعرفي السلوكي يركز أساسا على السلوك من أجل تغيير المعرفة والعاطفة في حين أن

تقنيات أخرى تستهدف تغيير المعرفة حتى تتغير العاطفة والسلوك، إذ تعتمد هذه النظرية على تطبيق الأسس النفسية العلمية في التطبيق الإكلينيكي، هذه النظريات كانت مركزة في البداية على الاشراف الكلاسيكي ونظريات التعلم الاجتماعي وجد (Elliot et coll, 1996) أن 67.5% من المنظمات الأمريكية طورت تطبيقاتها بالعلاج المعرفي السلوكي، أما في أوروبا فقد كانت المنظمة الأوروبية تخص العلاج السلوكي Association Européenne de Thérapie Comportementale (EABT) ثم أصبحت المنظمة الأوروبية للعلاج السلوكي المعرفي Association Européenne de Thérapie Comportementale Cognitive (EABCT) و هذا التغيير راجع لأهمية المعرفة في تفعيل العلاج (Leclérie) (2012).

إن مصطلح معرفة يرمز الى مجموع العمليات النفسية التي ترتبط بالعقل والتي تتضمن مجموعة من العمليات المعرفية التي يقوم بها الدماغ، اللغة، الذاكرة، التوافق الحركي، التركيز، الانتباه ثم التطرق الى موضوع الشيخوخة من الوجهة المعرفية في العديد من المؤلفات وذلك نتيجة الأعمال التي قام بها العديد من الباحثين حيث اهتموا بظهور بعض الأمراض مثل (La démence) و (Alzheimer) والتي تؤثر على السيرورة الذهنية كالذاكرة، عملية معالجة المعلومات، حيث وجدت الدراسات أن التقدم في العمر تقل سرعة معالجة المعلومات نظرا لضعف عمل الذاكرة (Boudouda, 2013, pp 33.34).

فالالاكتئاب عند المسن يظهر في شكل اضطرابات معرفية ونقص في الملكات العقلية فحسب الدراسات من 17% الى 36% من المسنين المكتئبين فوق 65 سنة تظهر لديهم صعوبات معرفية كالخرف، الهذيان، تشتت الانتباه، نقص التركيز، صعوبة اتخاذ القرار (Delaloye, 2010, p754).

فالعامل الوسيط بين العاطفة والسلوك هو كيفية الادراك، فإذا كان الادراك مشوها يشعر الفرد بنقص القيمة، الاحباط، الحزن الشديد، الكآبة و فقدان الامل (فاروق، 2011).

وكذا يظهر الاكتئاب في صورة اضطرابات سلوكية لدى المسنين من بينها العنف، الصراخ، العدوانية، العناد، الغضب... الخ فالمشاكل السلوكية عند التقدم في العمر هي مظهر من مظاهر سوء التكيف للفرد واحتجاج او التعبير عن معاناة نفسية او مشكلة جسدية (Thomas et al, 2008).

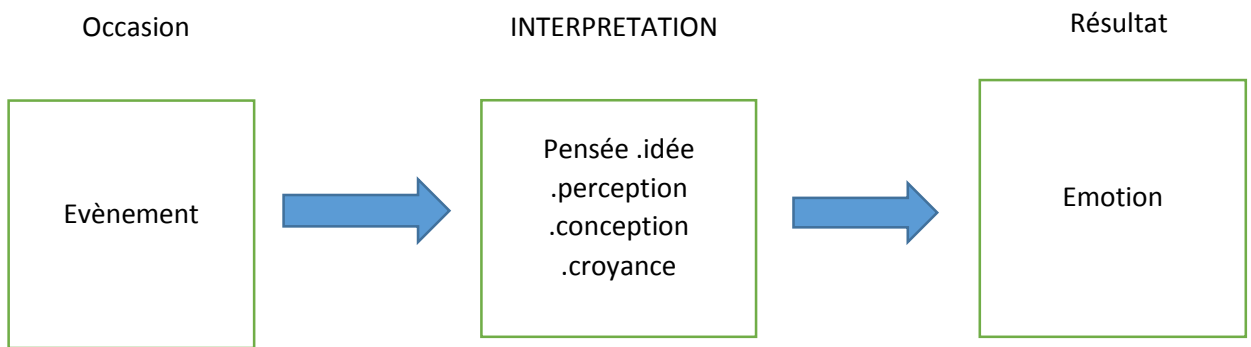
كما يمكن اعتبار أن العزلة والانطواء يلعبان دورا كبيرا فمن الأعراض المنتشرة لدى كبار السن فهم بمجرد الاحساس بأن فقدانهم للمهنة التي كانت تعطيهم مكانة ودور في الحياة وأنهم فقدوا الحياة ككل وأن الحياة لم يصبح لها معنى وأنهم عالة على المجتمع، فيعزلون عن أسرهم وأصدقائهم واحبائهم كنوع من الاكتئاب والحسرة على الحياة الجديدة التي أصبح يعيشها مجبرا لا مغيرا. وللدلالة على ذلك نذكر الدراسات التي تؤكد الموضوع:

دراسة احمد عكاشة وآخرون حول العلاقة بين العزلة والتكيف والصحة النفسية لدى المسنين وخلصوا الى نتيجة مفادها وجود ارتباط مرتفع بين المرض النفسي وقلة الاتصال مع الأسرة، كذلك دراسة أخرى لعبد الباقي سنة 1985 على عينة مكونة من 34 مسنا تتراوح اعمارهم ما بين 65- 75 سنة وكانت نتائجها وجود علاقة موجبة بين الشعور بالعزلة والاكتئاب النفسي، وارجعت الباحثة هذه النتيجة الى قلة الحركة لدى المسنين (خزار و معمريه، 2009، ص 78).

أصبح استخدام العلاج المعرفي السلوكي لدى كبار السن لديه فعالية كبيرة سواء كان ذلك فردياً أم جماعياً، فهو يقوم بمعالجة الأنماط والأفكار التلقائية وتصفية المعلومات وتنظيمها ، في هذا النموذج، ينتج عن الاضطرابات النفسية الاكتئاب، خلل في الإدراك، فهو يهدف الى فهم التفاعلات بين العواطف والإدراك والسلوكيات للتمكين من إعادة الهيكلة المعرفية للفرد، فالعواطف والمشاعر السلبية تنتج من إدراك وتصور واعتقاد خاطئ حول موضوع ما (Kindynis et al, 2013, p395).

هذا الشكل سيلخص الروابط بين الأحداث والأفكار والعواطف

الشكل (1): يوضح الروابط بين العواطف والأحداث والأفكار: (Chalout et al, Inpress, p27)



من هنا نلاحظ ان العواطف تتأثر بشكل أساسي بالتفسيرات التي تتجلى في شكل أفكار، فالمسمن المتقاعد مثلا يرى ان مرحلة التقاعد هي نهاية الحياة وبالتالي هذه الأفكار المشوهة قد تؤدي الى هشاشة عاطفية وبالتالي يقع في السلوكيات المرضية من بينها العزلة والانطواء وحتى الاكتئاب .

7. الاكتئاب والشخصية

استخدم مصطلح Personnalité اول مرة للدلالة على الممثل الذي يكون على مسرح لتأدية دور معين وينحدر هذا المصطلح من اصل اغريقي Persona حيث استخدمها Carl.G. Jung للدلالة على أن المجتمع يتوقع منا أدوار معينة فكل فرد يضع ذلك القناع لتأدية دوره في ذلك المجال، في حين عرفها Alport (1857-1967) على أنها تنظيم دينامي للأجهزة الجسمية والنفسية التي تحدد توافق الفرد مع هيئته (شاكر 2009 ص، 20).

فالشخصية هي الطريقة التي يكون بها الفرد اسلوب التفكير، المعاش، السلوك، العلاقات مع الاخرين، سمات الشخصية، هي ما تجعل كل فرد يختلف عن الاخر (Berthra et al, 2014 p9).

تعرف الشخصية من طرف P. Pichot كتنظيم دينامي يضم المحتويات العقلية العاطفية الفيزيولوجية والمورفولوجية للفرد. تدل سمات الشخصية على الأساليب المستدامة في بناء العلاقة مع المحيط وطريقة إدراكه والتفكير فيه وكذا التفكير و إدراك الذات، ان اضطراب الشخصية المرضية أو اضطراب الشخصية يرتبط بالانصراف عن الشخصية العادية في الكم (أي أن السمات المرضية تزداد حدة) حيث تخص المعرفة (أو الإدراك

أو نظرة للذات، الاخر و المحيط) العاطفة (الإجابات العاطفية) وظائف الشخصية و التحكم في النزوات ، من خصائص وظائف الشخصية مستمرة و ثابتة نسبيا صلبة و ليست مرنة، غير متكيفة و هي مصدر المعاناة ، فالاضطراب الشخصية هو عكس الاضطرابات النفسية لاسيما الاكتئاب، فلا يعبر عنها بالأعراض المرضية بل من خلال اضطرابات السلوك و المسلك فتظهر عكس الاعراض، فهي ترتبط بالأفكار والسلوكيات التي تكون في حالة صراع مع صورة الذات المثالية للفرد Egodystonique .

ان المقاربة السيكو دينامية قد حددت العلاقة بين الشخصية و الاكتئاب فترى أن الشخصية هي عامل الاستعداد اصابة بالاكتئاب فمثلا يرى Abraham (1877-1925) أن الأشخاص الذين لديهم الاستعداد للإصابة بال Melancolie لديهم سمات اتكالية عاطفية ، نجد أن Freud قد شرح هذه الفكرة من خلال بنية الكريستال لوصف عمل الوظائف النفسية فالخطوط الهشة تشير إلى نقاط الضعف المسجلة في البنية (Corruble , 2009).

ان الشخصيات العصابية تطور ما يعرف بالاكتئاب العصابي و هذا من خلال أعمال التي قام بها Bergeret فإن الشخصيات الحدية تطور اكتئاب خاص بفقدان الموضوع و في الحالات الحادة يكون هناك خطر المرور للفعل (الانتحار) ان الأفكار الخاصة بالأليات الدفاعية المقترحة من طرف Anna Freud تم تحديدها من طرف بعض العلماء Bond , Vaillant ساهمت في تقييم مدى قابلية الإصابة بنوبات الاكتئاب الحاد من خلال الميكانزمات الغير ناضجة و البدائية مثل النفي و الانشطار فالنماذج التي تطرقت لها المقاربة السيكو دينامية تبين عوامل الشخصية التي تشكل استعداد للإصابة بالاكتئاب وجد Kraeplin (1856-1926) أن بعض عناصر الشخصية تكون عاملا مهما للإصابة بالاكتئاب كالصراعات الداخلية و الخلل الوظيفي للشخصية ، وكذا وجدت الدراسات الإكلينيكية أن الاندفاع قد يكون عاملا مهما للإصابة بالاكتئاب، بالإضافة لبعدها العصابية Le névrosisme ويشمل عدم التوازن الانفعالي، القلق، التهيج، الخجل، ضعف الثقة بالنفس في الأعوام الأخيرة وجد أن العوامل الجينية و البيولوجية و التطورية للشخصية تلعب دورا أساسيا في شرح حدوث الإكتئاب للفرد (Boudouda & Gana ,2020 ;Corruble,2009) .

و منه نستنتج ان خصائص الشخصية دورا مهما في ظهور نوبة الاكتئاب، فترى المقاربة السيكو دينامية أن السمات المصدرية للشخصية والليات الدفاعية المرضية التي تستخدم بصورة نمطية وصلبة قد تكون عاملا مؤهلا للإصابة بالاكتئاب و بالإضافة إلى العديد من الأعمال التي كشفت وجود بعض العناصر في الشخصيات سببا في ظهور الإكتئاب. كالصراعات الداخلية التي تحدث خلاا في الشخصية وبعض أنواع الشخصيات، الشخصية ذات البعد العصابي والتي تتميز ببعض السمات والخصائص تتفاعل فيما بينها محدثة نوبة اكتئاب.

ان الشخصية تبني من خلال أبعاد كبرى و علمية و على هذا الاساس يحدث التنوع بين الأفراد حيث يؤثر بصفة خاصة على سلوكهم و وجودهم ، في سنة (1990) عرض Costa et Macrea سمات الشخصية على أنها أبعاد تصنف الاختلاف بين افراد ، أين يكون هناك تكوين منسق و منهجي للأفكار و العواطف و الافعال ، فحسب نظرية العوامل الخمسة الكبرى للشخصية التي جاء بها Goldlger (1980) ثم طوره Costa et Macrae خلال (1987-1992) يدل هذا النموذج على مجموعة من الابعاد التي تندرج ضمنها سمات الشخصية و يسمى هذا النموذج : (OCEAN)

Ouverture أي الانفتاح على الخبرة : وهم المتفتحون والفضوليون فكريا و، النضج العقلي و العاطفي ، مسؤولون وحساسون للجمال، اما Conscience اي يقظة الفكر والضمير : الحاجة للإنجاز والنظرة الايجابية للحياة. في حين Extraversion الانبساطية : اجتماعي ، توكيد الذات ، الرضا عن الحياة و Agréabilité المقبولية : القدرة على مواجهة الضغوط و المشاكل و تقبل الآخر و أخيرا Neuroticisme العصابية : هو الاستعداد للإصابة بالعصاب و ليس العصاب ، يعكس هذا العامل صعوبة التكيف مع متطلبات الحياة حيث يصفه كوستا و ماكري على أنه شخص لديه خبرات غضب عالية ، اشمئزاز ، خوف، ارتباك ، ويكون سريع الغضب و القلق و مكتئب المزاج ، فهذه الدراسة لا تعني وضع الاشخاص في فئات بل يهدف لتقييمه و تختلف الدرجة من فرد لأخر (Rinlinger , 2010).

يتصف المسنين الذين يعانون من اضطراب الشخصية الاكتئابية بنمط من التفكير و السلوك السلبي للذات و اتجاه الآخر كما يتصفون بمشاعر دائمة من الذنب و الشعور بالنعاسة و التوقعات الدائمة للأدنى و غالبا ما يكونوا ساخطين و حسب DSM 5 تكون اضطرابات الشخصية في المجموعة B حيث تشخص من خلال نمط شامل من المواقف السلبية و المقاومة لمتطلبات الأداء الكافي حيث يستدل عليها من خلال اربعة او اكثر من هذه الأعراض : شكوى من عدم فهمه و عدم تقديره من قبل الآخرين ، العناد و المجادلة كذلك دائم الانتقاد الدائم ، يعبر بشكل مبالغ عن قلة الحظ الشخصي ، و يسخر دائما من السلطة ، حيث يجب أن لا يكون هناك حصرا خلال نوبات الاكتئاب الرئيسية او اضطراب المزاج (مشاعل ، 2015 ص 57).

في هذا السياق تشير دراسة (Gana et al (2016 بعنوان « The Geriatric Depression scal does it measure depressive mood , depression affect or both ? »

والتي تهدف للتحقق من طبيعة العلاقة بين الاكتئاب و سمات الشخصية توصلت النتائج الى ان هناك علاقة بين الاكتئاب و سمات الشخصية لدى فئة المسنين كون هذا الاخير هو بناء مستقر يعكس الجوهر الثابت للاكتئاب فالسمات المصدرية وجدت بنسبة 69 بالمئة و التباين بين الافراد كان بنسبة 9 بالمئة و بالتالي فالسمة المستقرة هي مصدر الشخصية و الانحراف الذاتي يشير الى الفروقات الفردية بين الافراد (Gana et al , 2016).

8. آليات دفاع المسن المكتئب:

بخصوص الليات الدفاعية الخاصة بكبار السن الذين لديهم حالة اكتئاب ، فهم يلجؤون الى استخدام مجموعة من الميكانزمات المتمثلة في : النكوص، الاستيقاظ، الكبت، الانكار، التكوين العكسي ، التجنب.بالاضافة الى ميكانزمات اخرى مثل: التهوين، العدوانية، المثالية، اللوم، المطالب المستمرة، الكذب، إذ تعتبر تجربة الشيخوخة محنة وأزمة صعبة نتيجة لمواجهتهم لمواقف مزعجة للغاية (فقدان أبنائهم، فقدان العمل) هذه المواقف يمكن ان تولد اليات دفاع نفسية من اجل حمايتنا من واقع لا يطاق لأنه مؤلم ،فهذه الليات الدفاعية لها وظيفة تكيفية لا ارادية وغير واعية تجعل من الممكن تحمل القلق، فحسب (Ferrey G, et Le Goues, G) في علم النفس المرضي للمسنين أن مرونة وتنوع اليات الدفاع تسمح لانا باحترام الرغبات التي تعبر عنها الهوية، ففي حالة المسنين

المصابين بالخرف من نوع الزهايمر يتم بناء اليات دفاع طوال الحياة وتتطور بمرور الوقت تتغير وتصبح أكثر تعقيداً (Le Blog des professionnels santé social et médico-social, 2016).

9. الاكتئاب الحداد، الميلانخوليا:

ان الاكتئاب، الحداد الميلانخوليا، هي مصطلحات استخدمت للدلالة على المعاناة الموجودة، خصائص المزاج واضطراب المزاج، تصف Anne Levollois (1980) الاكتئاب بأنه أصبح فئة تضم كل شيء، حيث يفترض أنه دليل على عدم الراحة (Mal être) أين تكون الاسباب متنوعة وتتلاشى في طريق الحياة المعاصر و يرى (1934-2002) Pierre Férida الاكتئاب أنه عاطفة تتميز بالحزن وفقدان التواصل مع الآخرين وبطريقة مترابطة، فهو افتقار كبير للوجدان، يشير الاكتئاب بالنسبة ل Lacan هو فتاة الحزن، وكذلك جانب المعاناة الموجودة لدى كل فرد وهي اللباس الحديث للحزن، حيث أكد ان حدوث الاكتئاب يكون بسبب خطأ مرتكب من طرف الفرد نفسه، ويحدد أن هذا الخطأ خطأ أخلاقي (Strychman, 2009).

نجد ان Freud فرق بين الاكتئاب والحداد حيث يرى أن الحداد هو فقدان موضوع محبوب، لكن في الاكتئاب هذا الفقدان يكون موجود على مستوى اللاشعور حيث يكون الانا متمصص مع الموضوع المفقود، مما يجعل غريزة الموت هي المتحكمة (Bouver De La Maisonneuve, 2010, p40).

ان مصطلح الحداد يدل على الفقدان يرتبط بموت شخص عزيز حيث يمر عمل الحداد بثلاثة مراحل و ذلك حسب (Kubler-Ross (1975):

- المرحلة الأولى: وهي الصدمة حين تكون على المستوى النفسي والجسدي، يتميز الاول بالذهول عند الاعلان عن موت الشخص العزيز فتكون ردة الفعل الاولى هي رفض هذه المعاناة الحقيقية مما يؤدي الى خلل في كل الوظائف النفسية مع تخدر كل الوظائف وقد تدوم هذه الحالة بضعة ساعات او ايام وقد تصل الى بعض الاسباب، فالمعاش الجسدي تظهر عليه اعراض كالانخفاض ضغط الدم، الام على مستوى المعدة، صعوبات في التنفس، الشعور بالتعب وفقدان الشهية والنوم.

تنتهي مرحلة الذهول لتترك المكان للتعبيرات العاطفية من بكاء شديد والتحسر معبرا بالكلام.

فهذه مرحلة التفريغ القوية ثم تليها رغبة (الشخص الذي يقوم بالحداد) التكلم عن الفقيد مع العائلة، فقد يحدث احيانا اين يرى الفرد صورة او سماع اصوات وهذه يفسر رغبة الفرد في رؤية الشخص الذي فقد ولا تعتبر هلاوس وعلى المستوى الجسدي نجد ان الارق وفقدان الشهية موجودين.

- المرحلة الثانية: هي المرحلة الاكتئابية كونه في هذه المرحلة تظهر اعراض اكتئاب من حزن، معاناة نفسية، التفكير في الانتحار، الاحساس بالوحدة تباطؤ الافكار، الالام جسدية، ضعف التركيز، ارق، وشعور بالذنب
- المرحلة الثالثة: مرحلة التعافي حيث انه في هذه الفترة يستطيع الفرد ان يشعر انه قادر على التوجه الى المستقبل واستثمار علاقات جيدة.

فعمل الحداد يساعد على تقبل فقدان وسحب الاستثمار، لكن إذا فشل الجهاز النفسي بالقيام بعملية الحداد فإن الفرد يقع في الاكتئاب كونه لم يستطع سحب الاستثمار الذي كبت في اللاشعور وأصبح متقمصا مع الموضوع المفقود (Angladette et Consloi, 2004).

إن الميلانخوليا "La Mélancolie" هي حالة اكتئاب تتميز بالشعور بالمعاناة وبطأ العمليات النفسية، فهذا الاكتئاب العميق للمزاج يصاحبه أفكار هذائية تضم الدمار، الشعور بالذنب، الإهانة، فقدان الأمل، قلق شديد، ويكون خطر الانتحار مرتفع في البداية يشعر الفرد بعدم الامان التشاؤم، مزاج حزين، تعب الشعور بعدم الراحة، فيوقف كل نشاطاته الاجتماعية والمهنية. في حالة الميلانخوليا تتغير ملامح الفرد وتدهور حالته العامة يرفض الطعام، يرفض المساعدة يرفض التواصل، وإذا تواصل يكون يهدف لقاء اللوم على نفسه او طلب وضع حد لحياته ويكمن الفرق بين الميلانخوليا والحداد في ان الحداد يعني ان العالم اصبح يتميز بالفراغ والوحدة، اما الميلانخوليا هذا الشعور يخص الفرد نفسه (Freud, 2004).

10. الاكتئاب بين النفس والجسد

يقول الطبيب النفسي البريطاني H. Moudzley (1980) عبارة مشهورة تعبر عن ارتباط مرض الاكتئاب بحالات وأعراض جسدية قد تؤدي الى حالة مرضية حقيقية حيث تتأثر الوظائف الجسمية نتيجة الاصابة بمرض الاكتئاب "الحزن الذي لا يجد متنفسا عن طريق الدموع يتجه إلى أعضاء الجسم الداخلية فيحطمها"، فمن خصائص الاكتئاب أن وظائف الجسم المختلفة تتأثر نتيجة للحالة النفسية التي يمر بها مريض الاكتئاب (الشريبي، 2001، ص121).

تظهر الأعراض الشائعة في وجود شكاوي مبدئية كالصداع لفترات طويلة دون وجود سبب معنوي واضح، حالات عسر الهضم، الآلام المعدة، الامساك، البطن، الظهر، اوجاع المفاصل، اضطرابات، ضربات القلب، وشعور بالألم بالصدر، هذا ما يطلق عليه بالاكتئاب المقنع La dépression masqué والتي هي مجموعة من الاضطرابات التي تنشأ لأسباب انفعالية وجدانية عاطفية تتضمن اصابة الاعضاء الداخلية التي يتحكم فيها الجهاز العصبي اللاإرادي (غانم، 2015، ص50).

حيث وصف Pierre Marty (1964-1891) ان المشاعر المصاحبة للاكتئاب من شعور بالذنب سوء تقدير الذات، اتهام الذات، تسقط على الاعضاء الحشوية وتظهر في شكل معاناة جسمية، فالشكاوي الجسمية التي تظهر يكون سببها الاكتئاب وتدخل في اطار اضطرابات السيكوسوماتية (Schielle, 2009, p37).

كذلك يظهر الاكتئاب في شكل تعب مزمن او ما يسمى ب Neurasthénie هي مرض حديث كما وصفه P. Dulois 1904 ووصفه أيضا تحت اسم توهم المرض (Strychman, 2009, p02).

يعبر عنه بعدم الراحة والآلام الجسدية وأهم ما يميزه هو التعب، الآلام، اضطرابات الذاكرة والنوم، امساك، والقهم العقلي حيث يكون المسن قلق ومتطلب ودائم الشكاوي وتغلب عليه المخاوف وقد تظهر في بعض الاحيان هذات وخاصة منها في Syndrome de Cotard وهو هذات يعني نفي كل من الجسم، الاعضاء، وحتى العالم، إلا أن الأكثر شيوعا هذات نفي الاعضاء فيشعر أن أعضاءه تتعفن وتدمر (Mees, 2017).

لمحاولة معرفة الكيفية التي يؤثر بها الاكتئاب على الناحية الجنسية فإن الأطباء والاختصاصيين النفسيين يفسرون ذلك بأنه نتيجة لفقدان الاهتمام بكل الأشياء والعزوف عن الاستماع بمباهج الحياة وتعتبر من أهم الأعراض الرئيسية للاكتئاب وقد يكون سببا في اضطراب وظائف الجهاز العصبي الذاتي فينعكس ذلك سلبا على الوظائف الجنسية مما يؤدي الى نقص الطاقة الجنسية والنشاط الجنسي، بمعنى لآخر يؤدي الى جعل الانتصاب وصعوبة الوصول الى الإثارة الجنسية وفي حالات الاكتئاب الشديد فقد لا يحدث انتصابا نهائيا او العجز الجنسي لدى بعض الحالات، فالسؤال الذي يطرح نفسه هل الفرد يفقد قدرته الجنسية لأنه مكتئب أم أن الضعف الجنسي يبدأ أولا ويؤدي الى الاكتئاب (نظرا لفشله في أداء وظائفه الجنسية فيحدث الاكتئاب نتيجة لذلك والحقيقة أن كل الاحتمالين وارد في كل الحالات تقريبا فالإكتئاب هو من يؤدي الى فقدان الرغبة الجنسية) (الشريبي، 2012، ص90).

من ناحية أخرى نجد أن الأدوية التي توصف لعلاج الاكتئاب مثل مضادات الاكتئاب لها مضاعفات وتأثيرات على الناحية الجنسية فقد تؤدي عادة لتأخر عملية القذف لدرجة زائدة عن اللزوم لذلك فان بعض الادوية مثل (توفرانيل او تيربوتيزول) لعلاج حالات القذف المبكر (PREMATURE EJACULATION) (الحسيني، 1994، ص17).

بالنسبة لكبار السن فإن مستوى هرمون التستستيرون في الدم يبدأ بالتناقص بدءا من سن الأربعين فالتهور التدريجي للأعضاء قد يؤدي الى عواقب نفسية على المسنين وزيادة الخوف من الفشل هذا ما يدفعهم أحيانا إلى التفكير في أنهم ضعفاء ويدخلون في حالة اكتئاب 15%. ممن تزيد اعمارهم عن 75 عاما ، الشيخوخة الفيسيولوجية هي من أهم المسببات، أما بالنسبة للنساء فسن اليأس هو مرحلة فيزيولوجية في الشيخوخة الطبيعية لهن وذلك من خلال الاختفاء النهائي للدورة الشهرية في سن الخمسين فيؤدي الى نقص هرمون الأستروجين المسؤول عن مختلف المظاهر السريرية، بالإضافة الى ذلك فإن هذا النقص الهرموني مسؤول أيضا عن التغيرات في الجلد فتصبح أنسجة الجلد غير مرنة وتصاب المرأة بجرح نرجسي لفقدان جمالها فقد تدخل حالة نفسية سيئة (Crivelli، 2010، p.p 41.42).

تؤثر اضطرابات النوم للأفراد الذين تزيد اعمارهم عن 65 عاما الى 42% مما يؤثر على نوعية الحياة وزيادة أعراض الاكتئاب والقلق، اظهرت دراسات مختلفة أن مع التقدم في العمر ينخفض وقت النوم وفعاليتته وكذلك استيقاظ الليل المتكرر وتقل فترات النوم العميق، فبعد سن الخمسين تكون اضطرابات النوم حكرا على الامراض الجسدية والنفسية. إذ يعتبر القلق الغير المتعالج عامل خطر الاصابة بالاكتئاب وتجدر الإشارة أيضا إلى أن العديد من الأدوية لها تأثير على تغيير وظيفة النوم (حاصرات بيتا، مثبطات امتصاص السيروتونين، مضرات البول...)، فالتقدم في السن والاكتئاب وتاريخ أحداث الحياة المجهد وكذا فقدان الاستقلالية وعدم الاعتماد على نفسه بالذهاب للمرحاض بمفرده ليلا يسبب اضطرابات النوم (Perivier et al، 2015).

تعتبر العلاقة الموجودة بين الاكتئاب وزيادة ونقصان وزن الجسم علاقة جد معقدة فمن جهة يمكن أن يلجأ المكتئب الى زيادة في تناول الأكل فيزداد وزن جسمه وهو ما يعرف بالبدانة وهذا ما نجده في حالات الاكتئاب الخفيف ومن جهة أخرى قد يؤدي الى توقف تناول الاكل وبالتالي انخفاض وزن الجسم (نحافة) وهذا نجده في الاكتئاب الشديد، بالنسبة للبدانة فيكون ذلك نتيجة الافراط في الأكل مع قلة الحركة والنشاط فالأكل هو ملجأ ووسيلة للتخفيف من مشاعر القلق والاكتئاب في حد ذاته (اي عندما يقلق الفرد يلجأ الى الاكل العشوائي) ولما يصل

الى مرحلة زيادة حجم جسمه أكثر يشعر بنوع من الاستياء مما يجعله يكتئب أكثر، يهمل كافة أنشطة حياته اليومية من عناية وتنظيف، أما بالنسبة لحالات الاكتئاب الشديد التي تتعلق بفقدان الشهية وبفقدان الرغبة في تناول الطعام فالمكتئب بصفة عامة يفقد إستمتاعه بكل الأشياء التي من حوله ومن بين هذه الأشياء نجد فقدان الشهية مما يؤدي الى تناقص شديد في حجم وزن جسمه (الحسيني، 1994، ص45).

فالمسنون قد يفقدون هذه الرغبة إما بمحض إرادتهم كنوع من لفت الانتباه أو كنتيجة لبعض الامراض الجسدية المزمنة أو كأحد أعراضها.

خلاصة:

مما سبق يتضح ان اكتئاب المسن هو مشكلة طبية، نفسية واجتماعية تعددت أشكاله وأنواعه نظرا لخصائص الشخصية الخاصة بكل مسن لذلك وجب التعامل معه بأسس وأساليب واستراتيجيات تتوافق والمرحلة العمرية نظرا لما يعيشه المسن من تغيرات جذرية خلال مرحلة الشيخوخة و أهم هذه التقلبات هي الانتقال لمرحلة التقاعد .

الفصل الثالث

المس المتقاعد

تمهيد:

تعتبر قضية المسنين وتقاعدهم من أهم القضايا التي تشغل بال المجتمعات في الآونة الأخيرة، باعتبار أن التقاعد لدى بعضهم هو نهاية المطاف ونهاية أهمية الفرد ودوره، فهي مرحلة تشمل عدة تغيرات جذرية في حياة الفرد سواء كان ذلك على المستوى الجسدي أو النفسي أو الاجتماعي فهي الانتقال من القوة إلى الضعف ومن الاستقلالية إلى التبعية .

سنحاول التعرف في هذا الفصل على مفهوم مرحلة الشيخوخة، مفهوم التقاعد، الشيخوخة النشطة و محدداتها ، وكذا التعرف على خصوصية هذه المرحلة من خلال التطرق الى المشاكل و الأزمات التي يمر بها المسن المتقاعد وصولا الى النظريات المفسرة و اساليب التكفل .

1. مفهوم مرحلة الشيخوخة:

تعتبر الشيخوخة من المراحل التي تطور الاهتمام بها بشكل واضح منذ النصف الثاني من القرن 20، حيث تبين أن الأساليب والنظريات البيولوجية ليست كافية لفهم خصائص وطبيعة هذه المرحلة العمرية بل لابد من فهم الجوانب النفسية والاجتماعية والبيولوجية الخاصة بها، وكان أول من تطرق لموضوع الشيخوخة في صورتها الإنسانية الكاتبة الفرنسية Simone De Beauvoir حيث أن لديها العديد من المؤلفات من بينها: La vieillesse (1970) و L'âge de discrétion (1968) (خليفة، 1997، ص3).

يعرف Brian L.Mishara الشيخوخة من خلال أربعة وجهات نظر:

- التسلسل الزمني Chronologique: يمر الإنسان في حياته بمراحل تطورية تبدأ بمرحلة الطفولة، المراهقة، الرشد ثم تأتي مرحلة الشيخوخة وهي آخر مرحلة عمرية فيكون هذا السن هو المؤهل للدخول في التقاعد.
- جسديا وبيولوجيا Phyico-biologique: إن مصطلح شيخوخة يشير عادة إلى جملة التغيرات الجسدية كفقدان القوة، فقدان القدرة على التحكم في السلوكيات وأداء أعمال محددة، ظهور الأعراض ومؤشرات مرضية إلا أنه توجد فروق فردية ترجع إلى العوامل البيئية والوسط الاجتماعي الذي ينتهي إليه الفرد.
- نفسو عاطفي Psychoaffectif: التغيرات النفسية وتضم : التغيرات المعرفية والتي تشمل كل الملكات والقدرات العقلية والسيروية الذهنية من تفكير، تركيز، انتباه و إدراك التغيرات التي تشمل الجوانب العاطفية والوجدانية والشخصية.
- إجتماعيا Social: إن العمر يتم التحكم فيه من خلال الأحداث التاريخية الماضية للفرد والمجتمع فهم من العوامل الخارجية التي تسرع أو تبطيء في نتائج مرحلة الشيخوخة.

إن التقدم في العمر له عدة نتائج إجتماعية منها: تقل العلاقات الاجتماعية (بفقدان النساء لأزواجهن أو العكس، استقلالية الأولاد وابتعادهم عن الأسرة...)، اختفاء الأجيال السالفة خاصة بالنسبة للمتقدمين في السن كثيرا (Rutten,2003).

تعرف منظمة الصحة العالمية الشيخوخة: "هي عملية التغيرات التي تحدث في البناء البيولوجي والنفسي والاجتماعي للفرد"، فهذا التعريف يبين ما مدى تعقد هذه المرحلة (Fantini-Hauwel et al, 2014, p 2).

تعرف الشيخوخة من وجهة نظر المحللين النفسانيين: أنها مرحلة ترتبط أساسا بالنضج الذاتي، وكذلك هي مربوطة بالفقدان، فالتقدم في العمر يعني مواجهة فقدان متكرر سواء كان موضوع هذا الفقدان الجسم أو صورة الجسم أو موت الآخر (فقدان زوج، صديق...)، فقدان الوظائف العقلية والخوف من الموت. فهذا يدل على أن الشيخوخة تعني مواجهة:

- فقدان الموضوع

- فقدان الوظيفة.

-فقدان الذات (Fantini-Hauwel et al,2014,p 03).

ترتبط الشيخوخة بالإحالة الى التقاعد، إذ تتناسب و سن الستين، فالعديد من الباحثين أشاروا إلى الصعوبات التي تصادف الفرد في هذه الفترة التي تعرف بالانتقال إلى وضعية جديدة تشمل:

- ضياع وفقدان المكانة.

- اختفاء المجموعة التي كان ينتمي إليها الفرد في عمله.

- هذه الوضعية يغلب عليها الشعور بالوحدة وفقدان الاستقلالية بالتالي الدخول في أزمة وصراع.

نجد أن الثقافة الخاصة بكل مجتمع لها اتجاهاتها نحو هذه الفئة العمرية، فتظهر التباينات في طريقة تقبله لهذه المرحلة من خلال تفاعل هذا الموقف مع بنية الشخصية، وعليه أصبحت الحاجة لعلم الشيخوخة (Gérontologie) أكثر من ضرورة، كونها ليست ضرورة بيولوجية فحسب بل هي ظاهرة اجتماعية تتطلب إشباع حاجات نفسية واجتماعية تناسب المرحلة (كبداني، 2016).

إذن الشيخوخة هي مرحلة من مراحل النمو تحدث فيها عدة تغيرات فيزيولوجية، اجتماعية، بيولوجية تنعكس على الحالة النفسية وأهم ما يميزها هو الدخول للتقاعد وفقدان الدور مما يدخل المسن في أزمات .

2. مفهوم التقاعد:

يعتبر التقاعد مرحلة من مراحل الحياة المهنية، ينقطع فيها الإنسان عن العمل نتيجة أسباب صحية أو قانونية، ليجد نفسه مجبرا على الراحة وذلك لتوفر شروط معينة كبلوغ السن المحدد (بلعربي، 2017، ص 87).

إن التقاعد بمثابة إعادة بناء هويته وذلك وفقا لتغيير هويته المهنية، إذ تدخله هذه المرحلة في نمط حياة جديدة، فالمتقاعد يكون بحاجة إلى مساندة أسرته حتى يتمكن من التأقلم مع هذه الوضعية الجديدة، وبهذا يأخذ التقاعد جانبيين في تفسيره: فهو يمنح حرية أكثر للرجل فيسمح له القيام بنشاطات أخرى لم يكن قادر على القيام بها نظرا لإرتباطه المهني هذا من جهة، و من جهة يثير التقاعد لديه مشاكل وصراعات لم يهتم بها عندما كان يعمل، فأدت به إلى الإحساس بالسلبية ونقص تقدير الذات (كبداني، 2016).

يعرف Pollak et Danahue, Orbach التقاعد بأنه الفترة المحددة التي يتوقف فيها الفرد عن العمل لوصول العمر القانوني من جهة ، ومن جهة أخرى الفترة التي تلي الوقت المحدد للتقاعد.

كما قدم Gérard Dion مجموعة من التعريفات لفترة التقاعد:

- التخلي عن العمل قد يكون بسبب طبيعة العمل أو المرض أو بالإرادة أو إجبار.

- حالة الفرد الذي يتوقف عن العمل بسبب طبيعة العمل أو بسبب ضعف القدرات من حقه أن يكون له منحة تقاعد.

- هذه المنحة تكون نتيجة مساهمات سواء من رئيس العمل أو العامل خلال سنوات العمل (Vinet,1981,p 830).

3. الشيخوخة النشطة :

إذا أردنا أن تكون الشيخوخة شيء إيجابي لابد أن تكون حياة طويلة ترفقها إمكانية البقاء بصحة جيدة وتحقق الأمن والمشاركة.

إن منظمة الصحة العالمية OMS، استخدمت هذه العبارة "الكبر مع البقاء نشيط" للتعبير عن العملية التي تقود مرحلة الشيخوخة، الكبر مع البقاء نشيط "Vieillir en restant actif" هو عملية ثابتة من أجل تحسين إمكانية الحصول على الصحة الجيدة، المشاركة، الأمن، بهدف رفع مستوى جودة الحياة خلال هذه المرحلة، فالشيخوخة النشطة تسمح للمسن بتحقيق الراحة الجسمية والاجتماعية والنفسية على مدار الحياة والمشاركة في المجتمع وفقاً لحاجاتهم ورغباتهم وقدراتهم فكل هذا يسمح بتوفير الأمن، الحماية ورعاية متكيفة مع حاجاتهم، إن كلمة نشيط تشمل عدة نشاطات منها اقتصادية، اجتماعية، روحية، ثقافية، مدنية ولا تعني فقط النشاط الجسدي أو المهني.

إن المسنين الذين تقاعدوا أو الذين يعانون من أمراض أو إعاقة جسدية يستطيعوا أن يقدموا خدمات لعائلاتهم ومحيطهم وبلدهم، فالشيخوخة النشطة تسمح لجميع المسنين حتى الذين يعانون من نقص أو إعاقة أو الذين بحاجة لرعاية أن يمددوا في معدل الحياة وتطوير جودة حياتهم (OMS,2002,p12).

4. محددات الشيخوخة النشطة:

إن الشيخوخة النشطة تعتمد على مجموعة من العوامل التي تحيط بالفرد كعائلته، الوسط الذي ينتمي إليه...إلخ. سنعرض مجموعة من هذه العوامل التي حددها منظمة الصحة العالمية (2002):

1.4.العوامل الثقافية : إن الثقافة هي عبارة عن مجموعة القيم والتقاليد الثقافية المحددة في مجتمع معين، فهي تؤثر على السلوكيات وحتى على الصحة فمثلاً (نجد أن التدخين يختلف من مجتمع لآخر) فالثقافة واسعة ومعقدة تختلف من مكان لآخر عبر الزمن. فمن المهم أن تكون السياسة المتبعة في بلد معين تحترم العادات والتقاليد الموجودة مع التخلص من الصورة النمطية والأفكار الخاطئة حول هذه المرحلة. إذ يوجد قيم عالمية يشترك فيها جميع دول العالم فمثلاً حقوق الأفراد، قوانين معينة ...

2.4.العوامل الصحية : للوصول إلى الشيخوخة النشطة يشترط على النظام الصحي تبني نظرة حول الحياة تكون أساسها وأولوياتها الصحة ، الوقاية من الأمراض وتوفير الخدمات الصحية ذات جودة عالية.

إن التكفل بالمسن من الأمراض والصدمات هو الأهم لأنها الأكثر شيوعاً لديهم. فالوقاية الأولية تكون مثلاً بالابتعاد عن مسببات المرض كالابتعاد عن التدخين والوقاية الثانوية والكشف عن الأمراض المزمنة، أي التكفل الإكلينيكي بالأمراض وتوفير كل المستلزمات و تطبيق خطط تحمي الأفراد من الوقوع في الأمراض مثل توفير اللقاحات، علاج الأفراد، لتخفيف المعاناة.

3.4.العوامل السلوكية : من المهم في كل مراحل الوجود تبني نوعية حياة توفر الصحة والمشاركة النشطة.

إن مرحلة الشيخوخة هو آخر مرحلة عمرية حيث يكون الوقت متأخر من أجل تبني نوعية حياة تحمل معنى صحي. فيجب القيام بنشاطات جسمية، الأكل بطريقة صحية، عدم التدخين، الإبتعاد عن الكحول وشرب الأدوية، استغلال أكبر قدر ممكن من الخضراوات التي تحتوي على الألياف والفيتامينات من أجل تفادي الأمراض والخلل الوظيفي وبالتالي تحسين جودة الحياة.

4.4. عوامل شخصية:

- عوامل بيولوجية و وراثية: إن العوامل البيولوجية والوراثية لديها تأثير كبير على الطريقة التي يكبر بها الأفراد فغالبا ما يكون الكبار في العمر أكثر عرضة للإصابة بالأمراض مقارنة بالشباب وذلك كونهم عاشوا مدة أطول وتعرضوا لعوامل خارجية سلوكية محيطة تسبب المرض، كذلك هناك دور للعوامل الجينية في ظهور الأمراض المزمنة كالسكر، القلب، مرض الزهايمر وبعض السرطانات.
- عوامل نفسية: وتشمل الذكاء، القدرات المعرفية مثل القدرة على حل المشكلات والتكيف مع التغيرات والفقدان.

أثناء مرحلة الشيخوخة نجد أن بعض القدرات المعرفية تضعف وتحدث فيها خلل مثل الذاكرة، التركيز، الانتباه نقص سرعة معالجة المعلومات... إلا أن هذه التغيرات في هذه المرحلة تعتبر عادية وقد تعوض بالمعارف والتجارب غالبا ما يكون سبب الخلل في السيرورة الذهنية هو الأمراض (الإكتئاب مثلا)، عوامل سلوكية (الكحول)، عوامل نفسية (نقص الثقة في النفس) عوامل اجتماعية (الوحدة والعزلة)، كذلك عوامل نفسية أخرى تؤثر على الطريقة التي يكبر بها الفرد مثل الفعالية الذاتية، إتقان ممارسة الأداءات والتحكم في الحياة... كلها عوامل تساهم في التحفيز للتقاعد.

5.4. عوامل محيطية:

- الوسط المعيشي: له أهمية كبيرة لأنه يتحكم أساسا في حرية وتبعية الأفراد، حيث تكمن الأهمية في كون الأفراد الذين يعيشون في وسط خطير أو فيه عقبات تجعل المسن لا يستطيع الخروج بالتالي يصبحون منعزلون والوقوع في الإكتئاب. فالنسبة للمسن التموقع والقرب من أعضاء العائلة وتوفير إمكانيات التنقل له دور كبير في جعل التفاعل الاجتماعي يكون إما إيجابيا أو الوقوع في العزلة.

6.4.العوامل الاجتماعية : إن المساندة الاجتماعية وإمكانية التعليم والتكوين والحماية ضد العنف والحرية والمشاركة من طرف المسنين، هي عوامل اجتماعية تتحكم في الصحة.

7.4.العوامل الاقتصادية : توجد ثلاثة عوامل أساسية للوصول للشيخوخة النشطة، وهي المردود الذي هو عبارة عن مجموع الأفعال لتقليل من الفقر من خلال توفير السكن، الأكل، الرعاية الصحية، حيث أثبتت الدراسات أن الأشخاص اللذين لا يمتلكون هذه الإمكانيات المادية، لديهم فرصة أقل للحصول على مستوى عالي من الاستقلالية مقارنة باللذين يتوفرون على هذه الإمكانيات. كذلك الحماية الاجتماعية التي توفر السند والدعم للفرد المسن، وغالبا ما تكون العائلة، العمل. وهو ضرورة لتحقيق ربح مادي وضمان المستقبل بالإضافة لما له دور في تحقيق الذات والاستقلالية (OMS,2002).

5. النظريات المفسرة لمشاكل المسن المتقاعد:

1.5. النظرية التحليلية:

إن الأعمال التحليلية التي فسرت مشاكل المسن المتقاعد ركزت أساساً على الأزمة، الانفصال والحداد فكل مرحلة يمر بها الفرد في نموه تحدث أزمة، فالجهاز النفسي يتطور من خلال الأزمات المتتالية حيث تعتبر أنها ميكانيزمات تسمح بالتطور والوصول للنضج النفسي، فبالنسبة ل Freud يرى أن الحداد هو ردة فعل على فقدان موضوع محبوب والعمل الداخلي لجهاز النفسي يساعد الفرد الذي يقوم بالحداد على سحب الاستثمار من الموضوع المفقود.

كما يرى (Kaès .R et al (1980): أن الحداد الذي يحدث للفرد على مدار حياته هو عبارة عن أزمات بناءً ينمي قدرة الفرد على التكيف مع الأوضاع الضاغطة، فالأزمة قد تكون معاشة نتيجة موت أو عدم توازن يخلق بسبب انقطاع مفاجئ مما يسبب تهديدات للجهاز النفسي، فالأزمة لدى المسن تكون نتيجة صراع داخلي إثر التحول البيولوجي والاجتماعي الذي يحدث للفرد.

كذلك يرى المحللين النفسانيين أن الحداد هو ظاهرة سوية يدل على تعلق حدث فيه انقطاع (Attachment rompue) يظهر سببه مشاعر وعواطف مرضية. فالمسن المتقاعد يظهر لديه الشعور بالفقدان، الحداد على الذات، والذي سيوقظ الحداد الأول الذي حدث في مرحلة الطفولة (Blanché, 2010).

كما تشير أيضاً Mélanie Klein (1882-1960) هنا إلى أن الحداد الأولي هو الحداد الأصلي الذي يرتبط بالانفصال مع الأم (الانفصال الأولي)، حيث نجد أن المسن المتقاعد يواجه فقدان مما يؤدي إلى عملية الحداد على مستويين البيولوجي والاجتماعي، فالجسم في هذه المرحلة يتغير ويصبح أقل تحملاً وأقل مقاومة ويصبح لديه إدراك سيء لصورة الذات، بالإضافة إلى تغير الأدوار فهو مجبر على أن يفصل جزء مهم من حياته الداخلية.

إذن هذه المرحلة تولد الخوف، فهي ترمز لنهاية (المرور إلى وقت آخر من الحياة) فقدان مرحلة الشباب، وخلف كل هذا يكون هناك خوف من الموت، في هذه المرحلة يكون عمل الآليات الدفاعية إتجاه هذا الفقدان والانفصال بالهروب، الكبت أي كبت كل التمثيلات الغير مقبولة، الإنكار فينكر وجود الشيخوخة مما يؤدي إلى مخاطر مثل الاكتئاب، الجسدية، عدم التوازن النرجسي الذي يكون بين الحياة العقلية والحاضرة (Blanché, 2010, p24).

2.5. النظريات الوظيفية:

تعتبر النظريات الوظيفية أول النظريات التي اهتمت بكبار السن وتطورت خلال المدة ما بين (1950 - 1960) في الولايات المتحدة الأمريكية. فحسب هذه النظريات والتي هي نظرية النشاط ونظرية الانسحاب، فالشيخوخة تتميز بفقدان الأدوار خاصة على المستوى المهني وصول وقت التقاعد وعلى المستوى العائلي، ذهاب الأولاد وموت الزوج.

فالسؤال المطروح هنا هو كيف يتعامل المسن المتقاعد أمام فقدان أدوار أساسية في حياته؟

1.2.5. نظرية النشاط : تطورت نظرية النشاط خلال (1960) إلا أن نظرية الانسحاب وجدت في سنة (1950)

أجريت دراسة على (100) مسن يعيش في بلدة صغيرة ساحلية فوجد العالمين Robert Havighurst et Ruth Albrecht في سنة (1953) أن المشاركين في هذه الدراسة لديهم نوع من الرضا من جهة ، ومن جهة أخرى هذا الرضا يختلف قليلا مع العمر والوضعية الاجتماعية لكنه مرتبط بشدة مع عدد النشاطات التي يقوم بها هؤلاء المسنين. ويرى أيضا Havighurst et Albrecht أن الشيخوخة الناجحة تكون عندما يعوض المسن ما فقده من أدوار داخلية ويكون ذلك باستثمار أدوار جديدة كأن يصبح جد أو جدة. هذا ما يجعل عملية التكيف سهلة أو ما يعرف ب "مرونة الأدوار" (Caradec,2008).

2.2.5. نظرية الانسحاب : اقترح العالمين Elaine Cumming et William Henry سنة (1961) نظرة مختلفة حول مرحلة الشيخوخة بالتركيز على نتائج دراسة طبقت على (279) شخص مسن تتراوح اعمارهم من 50 إلى 90 سنة. فيرى أصحاب هذه النظرية أن الشيخوخة العادية تكون متبوعة بالانسحاب، الإبتعاد، وهو لصيق الشخص المتقدم في العمر، وأعضاء آخرين من النظام الاجتماعي الذي كان جزء منه، هذا الانسحاب يشير الى نقص في عدد الأدوار الاجتماعية التي كان يقوم بها الفرد وانخفاض في التفاعلات الاجتماعية وتغير في طبيعة العلاقات العاطفية. إذ أن الأشخاص الأكثر من 80 سنة يعتبرون أن وجودهم انتهى قلسوا من روابطهم مع الحياة وأهملوا مسؤولياتهم.

يرى كل من Henry et Cumming أربعة خصائص للانسحاب وهي متبادل، وظيفي ، غير مرجوع فيه ، عالي.

متبادل: أي أنه يوجد نوع من الانفصال المقبول و المتفق عليه من الطرفين حيث أنه يبدأ من طرف المسن ثم من المجتمع، من جهة المسنين تقل قدراتهم فينفضل عاطفيا على العالم ومن جهة أخرى المجتمع يسحب منه الأدوار الاجتماعية التي كان يقوم بها.

وظيفي: أي أنه يحدد الأجيال في عالم العمل، فيعطي الفرصة للشباب للحصول على مناصب شغل وكذلك حماية النشاطات المهمة في العمل من حيث حدوث اختلالات كموت الأشخاص الذين يعملون في مكان معين، بالإضافة إلى أن الانسحاب هو ضرورة نفسية تسمح للفرد بمواجهة الموت ويكون واعي أنه سيموت.

غير مرجوع فيه: فهو يتغذى من ديناميته ويصبح الفرد أقل كفاءة للتفاعل الاجتماعي أي أنه لا يستطيع التعامل مع الظروف الغير معتاد عليها ويصبح بناء العلاقات الجديدة صعب بالنسبة له مما يؤدي لعملية الانسحاب.

أخيرا الانسحاب العالمي: حتى وكان الشكل الذي يتخذه هذا الانسحاب يكون تبعا للثقافة والجنس (ذكر، أنثى).

فهنا العالمين ركزا على الفرق في عملية الانسحاب بين جنس الأنثى والذكر، ووجدوا أن النساء والتغيرات التي تحدث لهم أقل من الرجال كونهم تنخفض الأدوار الداخلية التي كانوا يقوموا بها ، في حين الرجال يكون لديهم أدوار جديدة والتنازل عن أدوار أخرى (Caradec,2008,p2).

3.5. النظريات النفسو اجتماعية:

1.3.5. نظرية الهوية للمسن: تركز هذه النظرية على مركبين أساسيين هما الهوية الاجتماعية والهوية الشخصية، فالهوية الاجتماعية تتكون عندما يكون هناك تشابه مع الآخر وهذا ما يجعل الفرد عضوا فيها وينتهي لتلك الهوية حيث أنها تتكون من عملية التنشئة الاجتماعية وعملية التربية والتعليم وما يجعلها مشتركة هو تناقلها ما بين وداخل الأجيال عبر اللاوعي الجمعي (Alaphine et Baily , 2014).

أما الهوية الشخصية تدل على مجموعة الخصائص الفردية التي تمكن من جعل كل فرد متفرد ومختلف عن الآخر من خلال مدركاته الذاتية المستوحاة من الآراء والأحكام وأيضا القصص الشخصية والتغيرات التي يعيشها الفرد فهي تركز على الذات وتتكون من التمثيلات الذاتية والتي تعتبر عملية تكيف تسمح للأفراد بالوصول إلى التوازن والإدماج الاجتماعي.

إن عملية التكيف مع التمثيل الذاتي الخاص بالفرد يكون مرتبط بالعمرو والحالة الصحية فإذا كان المسن نرجسي، فإنه سيكون هناك صعوبة في إيجاد التكيف بين تمثيل الذات والواقع أي شروط الحياة لشخص المسن. بالإضافة إلى التغيرات الجسدية التي تحدث بسبب فقدان الدور الأساسي بسبب التوقف عن النشاط المهني والتقلبات التي تحدث في العائلة بذهاب الأبناء واستقلالهم وكذلك الانتقال إلى التقاعد هي فترة إعادة بناء الذات ومن المحتمل أن تجعله هذه الأخيرة حساس وضعيف. فلا نستطيع أن نتكلم عن تمثيلات الذات دون الأخذ بعين الإعتبار اختلاف الأعمار، كذلك نجد أن لدى المسنين خلل بين العمر البيولوجي والعمر المدرك، فالكبار المتقدمين في العمر يشعرون أنهم لا يزالوا شباب وبالتالي يكون هناك تمثيل جيد للذات.

وتتكون أيضا الهوية الشخصية من تقدير الذات الذي يرتبط أساسا بتمثيل الذات فتقدير الذات هو القيمة التي يعطيها الفرد لنفسه وذلك تبعاً لما يمتلكه من قدرات شخصية وآراء الآخرين عنه وأن ما يتبع مرحلة الشيخوخة من تدني في القدرات الفيزيولوجية والمعرفية فإن تقدير المسن لذاته يقل، حيث توجد هناك دراسات ترى أن إعادة تنظيم البناء المعرفي يحمي تقدير الذات وبالتالي ينمو أدائهم في الحياة، وفي دراسات أخرى تثبت أن الآليات التكيفية والحماية تحافظ على التقدير الجيد للذات والسعادة للأفراد المسنين، إذن تقدير الذات الجيد هو ضمان لتكيف إيجابي لمرحلة الشيخوخة (Moulinier et al , 2008).

2.3.5. نظرية الصور النمطية: إن الأعمال الأولى حول الصور النمطية كانت تركز أساسا على فئة المسنين من خلال الإعتقاد على وصف الأفكار المرتبطة حول هذه الفئة، فمن خلال العديد من الدراسات تبين أن الصور النمطية للشخص المسن معقدة ومتنوعة. وفي دراسة أجريت حول تصنيف المسنين وما يحمله كل تصنيف من محتوى والتي قام بها Lutsky في سنة (1980) وجد ان :

- الجدة: (لعب قديمة، تقليدية، جيدة).

- المسن الرجل: (متحكم، محافظ، ذو قيمة).

- المواطن المسن: (منعزل، قلق، ضعيف).

فالمصور النمطية السلبية المرتبطة بالمسن، متوارثة من الأجيال السالفة، فعملية استثمار هذه المعطيات تتم بطريقة آلية، وهو شكل من أشكال العنصرية، فهذه الصور النمطية تقود لسلوكات عنصرية.

في دراسة قام بها Perrig-Chiello حول (338) رجال ونساء مسنين من 65 إلى 95 سنة تبين أن الكبار المتقدمين في العمر يعتبرون أنهم أكثر شباب مقارنة بعمرهم الحقيقي هذا الخلل نجده أكثر عند النساء في سن 76 سنة بينما الرجال متقبلين هذا الإنتقال. فسر هذا الاختلاف نتيجة الفرق البيولوجي بين الجنسين وكذلك بالنسبة لنظرة الآخر وأحكامهم عن كون المسن ضعيف، مريض، منعزل (Moulinier et al, 2008).

3.3.5. التمثيلات الاجتماعية المرتبطة بالمسن :

تعرف على أنها مجموع الآراء المأخوذة من المحيط فهي تشير إلى المعرفة الاجتماعية، المشاركة فهي واقع مشترك، مشكلة هوية المجتمع.

- المسن والالتكالية: قام Ennuyer (2000) بدراسة حول التمثيلات الاجتماعية للمسن في فرنسا، حيث تم وجود صورة مزدوجة متناقضة و المتقاعد النشط، وشيخوخة اتكالية، فمن جهة استقلالية وحرية ومن جهة أخرى حاجة للمساعد واتكالية على الآخر، كما شملت نتائج هذه الدراسة أن الإنتقال للعمر الثالث أو الرابع هو مدرك من طرف المجتمع على أنه طبيعي، فالإتكالية وفقدان الاستقلالية مؤشر على الدخول لمرحلة الشيخوخة.
- جودة الحياة: إن تقييم جودة الحياة هو من الميادين التي تعتمد عليها المقاربة النفسو اجتماعية، فإدراك الفرد لشروط وجوده وحالته الصحية جد مهمة.

كما قام الباحث Farquhar (2006) بدراسة على المجتمع الإنجليزي على (204) شخص من سن 65 وأكثر وقيم جودة حياتهم من خلال هذا السؤال: "كيف تصف جودة حياتك؟ مع تبرير إجابتهم. فكانت النتائج أن العلاقات الاجتماعية خاصة مع العائلة تلعب دور جد مهم في خلق نوع من الرضا عن الحالة الصحية، كذلك أن إجابتهم عن العوامل التي تساهم في جعل جودة الحياة جيدة بالنسبة لهم هي العلاقات الاجتماعية مع العائلة وخارجها بنسبة 59% أكثر من 85 سنة و 66% ما بين 65-85 سنة.

وفي دراسة أخرى قاموا بمجموعة من المقابلات الجماعية مع مسنين أكثر من 55 سنة سئلوا عن ما معنى جودة الحياة فكانت الإجابات موزعة على 3 تصنيفات: الصحة الجسدية والعقلية، القيم الشخصية، العلاقة مع البيئة والنشاطات، فمن خلال هذه النتائج إتضح أن وضع مختلف الأبعاد لقياس جودة الحياة ليس بالنسبة للتعمر بل لشعور الأفراد اتجاه كل بعد (Molinier et al, 2008).

ومنه نستنتج أن النظرية التحليلية ركزت أساسا في تفسيرها لمشاكل المتقاعد على الصراع الداخلي الناتج للتغيرات التي تحدث خلال هذه المرحلة مركزة على الحداد الذي ينشأ نتيجة أزمة فقدان الموضوع المحبوب وعدم القدرة على سحب الاستثمار مما يؤدي إلى الوقوع في اضطرابات نفسية أهمها الإكتئاب. أما النظريات الوظيفية ركزت أساسا في تفسيرها لمشاكل المسن على الدور، في حين نجد أن نظرية النشاط ترى أن الشيخوخة الناجحة تكون عندما يتم تعويض ذلك الفقدان من خلال استثمار أدوار جديدة، وعلى العكس ترى نظرية الانسحاب أن المسنين

الذين يعانون من مشاكل نفسية هم الذين قلسوا روابطهم مع المجتمع وانعزلوا حيث يكون عاملا أساسيا للوقوع في العزلة وبالتالي الوقوع في الإكتئاب. أما النظريات النفسو اجتماعية والتي ركزت على الهوية، الصور النمطية، التمثيلات الاجتماعية. ترى أن الهوية تتكون من التمثيلات الذاتية وتقدير الذات، فإذا كانت مدركاته حول ذاته سلبية فهذا يؤثر على تقدير ذاته وعلى صورته لذاته وبالتالي الوقوع في المشاكل النفسية وإذا كانت المدركات الموجودة لدى الفرد حول ذاته إيجابية فهذا يزيد من تقدير الذات لديه ، حيث أن هذه المدركات تكون مستوحاة من نظرة الآخرين، آراءهم، الثقافة، معتقداتهم، وكذا الصور النمطية والتمثيلات الاجتماعية الموجودة في المجتمع، فكلما كانت النظر لهذه الفئة والتي هي المسنين المتقاعدين إيجابية كلما كان عاملا وقائيا لتجاوز الأزمات وتحقيق جودة حياة أفضل.

6. اهم المشكلات المسن المتقاعد:

إن مرحلة الشيخوخة هي مرحلة جد معقدة نظرا للتغيرات التي تحدث للفرد اثناءها ، ومن أهم مشاكل المسنين نجد:

1.6.1. المشكلات الصحية للمسن:

للشيخوخة أمراض خاصة مرتبطة بما يحدث من تغيرات في أعضاء الجسم نذكر منها :

1.1.6. ارتفاع ضغط الدم : يدور الدم في الأوعية الدموية نتيجة تقلص القلب و انبساطه بالتناوب و بصور منتظمة فعندما تتقلص العضلة تدفع الدم من داخله إلى الشرايين فتتسع هذه بحكم مرونتها و هيمنة القوة الضاغطة عليها ثم يعود إلى درجة التقلص . فالدرجة الطبيعية لضغط الدم عند الشيخوخة عندما يكون الجسم متمددا تبلغ 135 درجة و الطبيعية لضغط في حالة نشاط هي 90% ، فاستمرار الضغط في الإرتفاع عن المعدل الطبيعي يجهد القلب أو تنفجر الأوعية الدموية خصوصا المتصلب منها .

من أعراض إرتفاع ضغط الدم التي يشعر بها المسن المصاب هي: طنين في الأذنين، ثقل في الرأس . اضطراب نفسي وسرعة في الاستثارة، ضعف الذاكرة، الصداع، دوخة. عدم الرؤية بشكل واضح ، حيث يتم اعتبار ضغط الدم من الأمراض المزمنة لمرحلة الشيخوخة الناتجة على عدم قدرة الفرد على مواجهة التهديدات والصدمات والازمات فهي استجابة جسمية لأزمات نفسية. فكلما تقدم الإنسان في سن تقل وتنخفض قدرته على مواجهة الضغوط الجسمية والبيئية. والتقدم في السن هنا يقصد به السن الزمني بقدر ما يقصد به سن العضو الذي يتأثر بدوره في التكوينات الوراثية وأسلوب العيش او نوعية الحياة (عاشوري ، 2009، ص 30).

2.1.6. الروماتيزم (الام المفاصل) : يشكو اللذين يتخطون مرحلة الرشد عادة من الألام في المفاصل وهذا المرض له صور عديدة و أسباب الإصابة به غير متفق عليها على وجه التحديد إلا أنه من الأسباب الشائعة هو. الوراثة . أمراض معينة مثل السكري، تضخم الغدد، هشاشة العظام، نشاط جسي زائد ومن بين أعراضه نجد الألام الشديدة عند القيام بالحركات. حساسية المفصل ضد الضغط، فقدان المرونة وخفة المفاصل، قد تنتج عن هذه الأعراض فقدان القدرة على الحركة وانخفاض في الاستقلالية (قناوي، 1987، ص31).

3.1.6. مرض السكري : مرض السكري شائع جدا في الكبر ويسجل أعلى ارتفاع عند سن 55 سنة ويزيد مع تقدم العمر حيث ينقسم السكر إلى نوعين: النوع الأول يحدث فيه نقص شديد في إنتاج الأنسولين ومن أهم أعراضه نقص الوزن والتعرض لنوبات من ارتفاع حموضة الدم ويبدأ مبكرا في الحياة. أما النوع الثاني: غالبا ما يكون بلا أعراض واضحة في معظم الأحيان تظهر سمنة أو فقدان الوزن وفيه تحدث مقاومة لفعل الأنسولين ويمثل 90% هذا النوع من الإصابة بمرض السكر لدى المسنين ومن أهم أسبابه الوراثة ، الصدمات ، القلق، الإكتئاب فهذا الأخير يفرز هرمونات تؤدي إلى زيادة نسبة السكر في الدم و الزيادة في الوزن (عاشور، 2009، ص 36).

4.1.6. أمراض القلب : بالأخص هو مرض الشرايين التاجية، حيث أنه السبب الأول لحالات الوفاة بين المسنين في العالم المتقدم ويظهر تصلب الشرايين من خلال تسربات الكوليسترول تحت بطانة الشرايين، ويزيد مع تقدم السن، يكون الخطر في إمكانية انفجارها في أي وقت وقد تسبب جلطة انسداد في هذا الشريان تماما وتسبب احتشاء في عضلة القلب وغالبا ما يكون سبب أمراض القلب هو أسلوب الحياة الغير صحيح، إلا أنه يمكن الوقاية منه من خلال تحسين جودة الحياة مما يجعل المرض يتراجع وذلك من خلال ممارسته التمارين الرياضية لتحسين عمل القلب، التغذية الصحية الإبتعاد عن السلوكيات الخاطئة كالتدخين، التحكم في الأعصاب، الاسترخاء (قناوي ، 1987، ص38).

2.6. المشكلات النفسية للمسن: تتمثل الحاجات النفسية للمسنين في العيش بأمان والتحرر من كل الضغوط النفسية، والحاجة إلى التقدير والشعور بالعطف والمحبة أي اتساع الجانب الوجداني للمسنين، فهو محتاج دائما لسند والدعم وأن يعترف به ويحس أنه ذو نفع للجماعة وفي حاجة إليه ما يؤدي إحساسه بكيانه. وما يتعرض له المسنون من تغيير في كثير من الوظائف العقلية يجعلهم عرضة للخوف والقلق فالأمراض المزمنة التي يعانون منها وإحالتهم على التقاعد وافتقاد بعض الأصدقاء وأحيانا شريك الحياة، وعدم تحقيق التكيف الشخصي والاجتماعي هو ما يجعله يشعر بالعزلة وافتقاد السند والمعين، كما أن التقدم في السن تصاحبه ديناميات نفسية تتصف بنقص الكفاءة الوظيفية، وما يصاحبها من نكوص وهياج وعمليات دفاعية. وترتبط المشكلات النفسية للمسن بمشكلات عدم التكيف مع وضعه الجديد وتتضح الآثار النفسية في ظل زيادة وقت الفراغ في مرحلة الشيخوخة و التي حددها سواكرو تواتي (2015) ، كتالي :

1.2.6. مشكلة سن العقود: وهو ما يعرف سن الياس ويكون مصحوب باضطرابات نفسية أو عقلية، وقد يكون ملحوظ أو غير ملحوظ، وقد يكون في شكل الترهل والسمنة والإمساك والذبول والعصبية والصداع و الاكتئاب النفسي والأرق

2.2.6. مشكلة التقاعد: وهو ما يشعر به الفرد بالقلق على المستقبل والحاضر والخوف والانهيار العصبي وخاصة إذا فرضت عليه حياة جديدة بعد التقاعد أسلوب جديد من السلوك لم يألفه من قبل ولا يجد في نفسه المرونة الكافية لسرعة التوافق معه وأنه قد أصبح لا فائدة منه.

3.2.6. ذهان الشيخوخة: وفيه يصبح المسن أقل استجابة وأكثر تركيزا حول ذاته ويميل إلى الذكريات وتكرار حكاية الخبرات السابقة، وتضعف ذاكرته ويقل اهتمامه وميوله وتقل شهيته للطعام والنوم وأيضا تضعف طاقته وحيويته

ويشعر بقلّة قيمته في الحياة وهذا ما يؤدي إلى الاكتئاب والتهيج وسرعة الاستثارة والعناء والنكوص إلى حالة الاعتماد على الغير وإهمال النظافة والملبس والمظهر.

4.2.6. الشعور بالعزلة والوحدة النفسية: هناك سمات انفعالية عامة تميز كبار السن منها الحزن والأسى الناتج عن الوحدة من فقدان حب الآخرين، والشعور بالذنب الناتج عن الوحدة من الحوادث الماضية أو قد يكون الشعور بالوحدة وعدم وجود من يتحدث معهم نتيجة زواج الأولاد وانشغالهم وموت الزوج وتقدم العمر والمرض أحيانا.

3.6. مشكلات المسن الاجتماعية : إن المسن يعتبر من أكثر فئات المجتمع تعرضا للحرمان الاجتماعي نظرا لقلّة موارده المالية وضعف قواه الجسدية حيث تزيد حدة المشكلات الاجتماعية بشعور المسن بالوحدة والعزلة عن حياة المجتمع ويبدأ هذا الشعور بالحرمان من العلاقات العائلية التي كانت تؤلف جزءا كبيرا من نشاطه واهتماماته اليومية، مما يضع القيود على تحركات المسنين وعلاقاتهم الشخصية بأفراد المجتمع ولذلك نجد أن كبار السن تتقلص علاقاتهم الاجتماعية إلى حد كبير مما يبعث مظاهر الملل والإحباط والشعور بأن الحياة تسير بلا هدف وهذا ما قد يؤدي إلى اضطرابات سوء التكيف مع البيئة (سواكرو تواتي، 2015).

إن أهم المشكلات الاجتماعية التي يعانها المسنون هي اغترابهم عن المجتمع نتيجة لعدم استجابة المجتمع لإحتياجاتهم وعدم توفير الفرص لهم للإشتراك في اتخاذ القرارات الهامة المتعلقة بإشباع حاجاتهم فينشأ ما يسمى بالإغتراب ويتبعه العزلة، الوحدة وخاصة ذهاب الأبناء أو موت الزوجة أو الزوج، الضعف البدني، افتقاد مراكزهم في العلاقات العائلية ويفقدون تأثيرهم على الأسرة وانسحاب المسن وانقطاعه على المجتمع، حيث يكون هذا الانسحاب متبادلا بين المسن والمجتمع ككل، مما ينتج عنه قلة الاهتمامات الاجتماعية للفرد فيما يتعلق بالجهود والأنشطة التي تخدم مجتمعه، وقلّة مشاركاته في المنظمات الاجتماعية أو محاولاته لإيجاد منظمات ذات فاعلية وتشبع حاجاته (سواكرو تواتي، 2015، ص121).

من بين المشاكل التي يتعرض لها المسن هو الوصم والذي يعرفه Goffman بأنه تلك الصفة التي تجعل الفرد مختلف عن الآخرين وبالنسبة له يشمل الوصم مفاهيم سلبية بناء على معاني الاجتماعية والصور النمطية المقترنة بالمجتمع والتي تقود أفراد المجتمع لمعاملة الشخص الموصوم بأقل من إنسان (شريقي، 2018، ص173).

إن عملية التمييز ضد الشيخوخة L'âgisme يتم ملاحظتها في عملية التعامل مع المسنين أو ما يعبر عليه بالإنجليزية L'over-accommodation قمة الأدب في التعامل، التكلم بهدوء وليس بقوة، استخدام مصطلحات وجمل سهلة وبسيطة عند مواجهة شخص مسن وذلك راجع للأحكام المسبقة والتي تشمل أن المسن لديه مشاكل في الوظائف الذهنية لديه (Adam et al, 2013).

إن دراك الشيخوخة هو ظاهرة اجتماعية وثقافية تتمثل في البناء النفسو اجتماعي والمعرفي، حيث أن المفاهيم المقدمة للشيخوخة تعود أساسا إلى السياق الاجتماعي كونها مسؤولة على الدور الذي يقوم به المسن، يعرف Boudjemadi & Gana (2009) التمييز « L'âgisme » على أنه آلية نفسو اجتماعية تتمثل في سلوكيات التمييز والصور النمطية والأحكام المسبقة، فهو يشير إلى مجموعة الأحكام السلبية اتجاه فئة عمرية معينة وليس فقط المسنين وهذا التمييز لمرحلة الشيخوخة يظهر نتيجة النموذج المعرفي الصلب والغير مرن لدى المسن

(Boudjemadi et Swiatkowski , 2015).

كما يضيف (1969) Butler أن التمييز يشير إلى قلق عميق واستياء و خوف من المرض ، فقدان القدرات ، العجز والموت . حيث يعتبر الخوف من الموت من أهم العوامل المساهمة في حدوث «L'âgisme» فبنسبة ل Woolf (1998) يرتكز هذا الأخير على أنه عندما نخاف من الموت نخاف من الشيخوخة و المسن تكون نظرة الاخر له على أنه تمثيل للموت و الشيخوخة ، يجد هذا التمييز جذوره في الخوف الذي يشعر به عند مواجهة المسنين لتهديدات عديدة و التي تخص مرحلة الشيخوخة ، فيظهر لديهم قلق عميق لأنهم واعون . فالشيخوخة تعني الموت و لا يوجد مفر منها و تذكرهم هذه المرحلة بالطبيعة البيولوجية الهشة و حتمية الموت (Boudjemadi et Swiatkowski , 2015).

كذلك نجد أن المجتمعات تعطي أهمية كبيرة للشباب « Le jeunisme» خاصة في وسائل الاعلام أين تكون فئة المسنين منفية تماما . فالكثير من المتقاعدين يشعرون أن التقاعد يمثل لهم ما يشبه الوصمة . حيث يبني لبعضهم حساسية و شعور بالإستثناء لمجرد تسمية متقاعد لذلك يطلقون على كل من يصل إلى هذه المرحلة في أمريكا لقب المواطن الأول Senior Citizen كنوع من التقدير والترقية النفسية . فتبدو صور مظلمة و سلبية غير أن هناك جوانب إيجابية في مسألة التقاعد لا يفكر بها أحد (الجزائري ، 2010 ، ص 178).

و عليه فإن التمييز ضد المسنين L'âgisme لديه نتائج خطيرة و عميقة على الصحة و الراحة العامة لحياة الأفراد ، فلدى المسنين هو مرتبط بالمرض العضوي أو العقلي ، و كذا العزلة الاجتماعية و الوحدة و كذا يشير إلى الصور النمطية و الإدراك السلبي للذات ، فكل هذا يؤدي إلى نقص جودة الحياة (Boudjemadi,2009).

7. أزمة الانتقال للتقاعد

إن الانتقال للتقاعد من أهم التحويلات المعاشة على مدار الحياة. فهو يعتبر تغير جذري في قصة حياة كل فرد فإذا كان الانتقال من الطفولة إلى مرحلة الرشد يتميز بالأزمات الخاصة بالمرحلة. فإن مرحلة الانتقال للتقاعد تحدث أزمة و صدمات ، إن المرحلة الثالثة من العمر تفتح مع الانتقال للتقاعد و تبدأ منذ سن 60 سنة. تتميز هذه المرحلة بالحب و الحياة الإنتاجية المرتبطة بالنشاطات الاجتماعية ، يوجد ثلاثة مستويات لتحديد العمر المناسب للتقاعد: العمر القانوني والذي تضعه الدولة والذي حدد في البداية ب 65 سنة من طرف Bismark وهو مستشار في روسيا حيث خلق سنة (1810) أول نظام خاص بالتقاعد محدد العمر لتلك العملية، العمر الحقيقي من خلال العمر القانوني. أخيرا يوجد العمر المثالي والذي يرتبط حسب كل فرد ولا يكون محددًا، مهما كان عمر الانتقال للتقاعد فإنه عبارة عن انقطاع مع ماضي يحمل قيود في الوقت، رهانات اقتصادية، لكن كذلك يحمل سياق التنشئة الاجتماعية، الانتماء، الإنجاز، تقييم الذات، فالانقطاع مع الماضي يؤدي إلى حداد (Alaphlippe et al,2001).

إذا أصبح التقاعد يشكل أزمة بالنسبة للفرد فبمجرد الإنتهاء من العمل يدخل الفرد وضعية جديدة يتغلب عليها الفراغ و اليأس، مما يؤدي للتساؤل التالي: هل نتحدث عن أزمة الشيخوخة أم أزمة التقاعد؟

إن كلا المرحلتين متكاملتين فكلاهما يؤدي إلى الآخر، فالتقاعد هو الصراع الذي يدخل الفرد إلى الشيخوخة كون الإرتقاء من مرحلة إلى أخرى في النمو تكون فيها أزمة و صراع (كبداني، 2016).

يعتبر الانتقال من العمل إلى التقاعد الذي يكون موازي بدخول مرحلة الشيخوخة تشكل أكبر آخر تحول في الحياة مواجهها فقدان لعدة مواضيع، فهذا التحول والانقلاب يؤثر على دورة الحياة (Blanché,2010,p22).

فالأزمة المعاشة بعد التقاعد مباشرة تحمل مشاعر نفسية سلبية مثل الإحساس بأن الشخص أصبح زائدا وأن عليه البقاء لإنظار الموت ، فالمشكلة الحقيقية للتقاعد تظهر عادة في الأيام الأولى عقب ترك العمل حيث أنهم يضطرون إلى تغيير نمط حياتهم بصورة كاملة، وهذه المرحلة تمثل مرحلة حرجة لكل المتقاعدين، فهي فترة خسارة بالنسبة لهم وذلك نتيجة نقص الدخل الذي يحصل عليه المتقاعد مقارنة بدخله أيام العمل، أيضا فقدان الدور الذي كان يقوم به خاصة إذا كان صاحب سلطة وكذا ظهور الأمراض التي تظهر مع التقدم في العمر. فالشخص الذي تعود على الإستقاظ باكرا والذهاب للعمل والعودة منه في أوقات محددة والعلاقات المتنوعة مع الزملاء يشكل له أزمة نفسية وصراع نفسي داخلي، حيث يجد صعوبة في التعود على البقاء في المنزل أو البديل مغادرة المنزل والتجول بدون هدف، فلا يمكنه التغلب على هذه التغيرات الجذرية. فبالرغم أنه توجد نسبة لا بأس بها من المتقاعدين استطاعوا التأقلم مع الوضع الجديد بعد التقاعد إلا أن بعضهم لا يمكنهم ذلك، فيواصلون الذهاب لعملهم كما تعودوا وكانهم يرفضون أن يصدقوا أنهم توقفوا عن العمل (الجزائري، 2010، ص179).

8. الإكتئاب والتقاعد:

إن الإكتئاب يكون كإستجابة لحدث يرافق مرحلة الشيخوخة كالتقاعد مثلا، فقد يثير إستجابات عاطفية مثل الشعور بالذنب، الوحدة، الإكتئاب، القلق، التبعية وحتى اضطرابات عقلية. حيث يرى Duplantie et Hébert (1981) أن التقاعد هو حدث لم يتم التحضير له ويكون مفاجئ جدا بحيث يؤدي للإكتئاب.

حسب Butler et Robert (1975) المعطيات الإكلينيكية تشير إلى أن العديد من المسنين متأثرين بالشروط الجسدية والعاطفية لتناذر التقاعد Syndrome de la retraite. هذه الشروط تتميز ب: القلق، الإكتئاب، فنجد بعض النساء والرجال يتمتعون بصحة جيدة إلا أنه لديهم أوجاع الرأس، اضطرابات في النوم، اضطرابات في الجهاز الهضمي، الخمول، وذلك عند وصول التقاعد، فتظهر اضطرابات سيكوسوماتية.

فالأعوام التي تكون بعد الحياة النشطة (أي العمل) غالبا ما تعاش مع الإكتئاب، فالتقاعد هو إشكال أساسي بالنسبة للمسن كونه لا يعني تغير بسيط في الدور أي الانتقال من متقاعد إلى غير متقاعد بل لها آثار على الذات والتفاعل مع الآخرين مما يؤثر على الحياة الشخصية والاجتماعية للمتقاعد، فالعمل ليس ضرورة اقتصادية أو واجب اجتماعي، بل هو حق ضروري للفرد ووسيلة للترفيه الشخصي، فهو يساعد الفرد على الاندماج في المجتمع وتحقيق ذاته وأن يتطور بطريقة سوية. ويشبع حاجات مثل: الحاجة للقوة، القيادة، تقدير الذات، الأمن، التعبير عن الذات تقييم الذات، التواصل الاجتماعي، الحرية، زيادة الدافعية، فالعمل يشبع هذه الحاجات فهو جد مهم لبناء شخصية سوية، من نتائج التقاعد الذي يكون إجباري بسبب العمر لديه دلالة سلبية فهو يعني فقدان الكرامة والهوية والوظائف الاجتماعية والهيبة تجعل الفرد لا يشارك في النشاطات الاجتماعية وهذا ما يؤدي للإكتئاب (الجزائري ، 2010).

توجد العديد من المعطيات التي تؤكد على أن التقاعد يراه المسنين كأنه أزمة، فالتقاعد حسيهم هو صدمة وأزمة لديها نتائج نفسية واجتماعية على حياة المسن حيث يعرفها Allport بأنها وضعية قلق عاطفي وعقلي تدخل تغييرات لها دلالة على إدراك الذات من الداخل، فهذه التغييرات لمفهوم أو إدراك الذات تؤثر على بناء الشخصية مما يؤثر على تقدم الفرد بحيث قد يظهر لديه عرض نكوصي.

إن أزمة التقاعد تعتبر من بين العوامل المؤدية لاكتئاب للمسنين، حيث بينت الدراسات أن في السنة الثانية من التقاعد زاد معدل الوفيات، وكان السبب وراء ذلك الاكتئاب، القلق، الإحباط، الاستياء، في حين يرى البعض التقاعد هو فرصة للقيام بأنشطة لم يستطيعوا القيام بها من قبل، وهنا يصبح التقاعد مصدر مكمل للذات، لكن إذا كانت الحاجة للإنجاز عالية جدا فالتقاعد يخيب الفرد وبالتالي يقع في الإكتئاب (Allaire, 1982).

تزيد الإصابة بمرض الاكتئاب النفسي لدى كبار السن حيث تبدو مظاهره على نسبة كبيرة من المسنين فبمجرد أن ينظر المسن في هذه المرحلة إلى ما أصابه من ضعف وتراكم الأمراض والعزلة التي يعيشها والتي تفرضها عليه ظروف التقاعد من العمل والبعد عن المجتمع حيث قد يفقد شريك الحياة أو عزيز عليه إضافة إلى ما لديهم من أفكار مشوهة من شعور بالاستغناء وعدم الحاجة إليهم، أنه لم يعد مرغوبا في وجودهم بعد أن أدوا وظيفتهم في الحياة ولم يعد لديهم ما يفعلونه، كل هذا يكون سببا في حدوث الاكتئاب لدى كبار السن بالإضافة إلى فكرة الموت وانتظار النهاية التي تسيطر عليهم وتحول دون استمتاعهم بالحياة في أيامهم الأخيرة، فتبدو على المسن المتقاعد علامات التبلد والانسحاب من الحياة وفقدان الاهتمام بكل ما حوله والحزن دون سبب واضح كما أنه لا يرغب في الطعام، ويضطرب نومه فيصيبه الأرق، وإذا تحدث كان الإحباط ومشاعر القلق واضحة في حديثه إضافة إلى إشارات اليأس والتشاؤم ومشاعر الذنب، فقد يسبب الاكتئاب ظهور أعراض أخرى فقد وجد أن نسبة من كبار السن ينتمون إلى الطبقات العليا أو المتوسطة في المجتمع لا يعانون من الفقر يفضلون العيش بمفردهم ويتجهون إلى إهمال ملابسهم ونظافتهم الشخصية، بل أكثر من ذلك يجمعون القمامة والقارورات ويحتفظون بها دون داعي، كما أن المكان الذين يعيشون فيه يكون في حالة فوضى شاملة رغم أنهم لا يعانون من العته أو الخرف ولا من تخلف عقلي، فيتميز هذا النوع من الاكتئاب بالزهد وتبذير الأموال على كل شيء، وقد أطلق على هذه الحالة Syndrome de Diogène أو Syllogomanie (الجزائري، 2010، ص170).

9. التكفل بالمسن المتقاعد:

يتم التكفل بالمسن المتقاعد من خلال ادماجه في شبكات الأسر، الأصدقاء والمجموعات والمجتمع بشكل عام وذلك لتقليل من اجمالية الوقوع في الوحدة والعزلة التي تؤثر على صحتهم الجسدية والنفسية وذلك من خلال :

- الدعم المتبادل من الأجيال: هو دعم أفراد الأسرة من مختلف الأعمار، يتبادلون في إطاره المساعدة والدعم العاطفي فدعم الأسرة يشكل شبكة الأمان الأهم للمسنين.
- تجديد العلاقات الاجتماعية: إن معظم المتقاعدين تتقلص علاقاتهم الاجتماعية فيقطعون العلاقات التي كانت تربطهم بالمجتمع، مما يجعلهم يقعون في العزلة والشعور بالوحدة، هذا ما يتطلب بديلا وهو إعادة

بناء علاقات اجتماعية وإيجاد أماكن خاصة بهذه الفئة حتى يقضون فيها وقت، وذلك لضمان شيخوخة تتمتع بالصحة النفسية.

- تكافل اجتماعي بين المسنين: وهو مساندة المسنين لبعضهم البعض، وذلك بحكم تقارب الأعمار وتشابه الظروف والاهتمامات فتوجد أنواع من التكافل الذي يمكن أن يقدموه لبعضهم مثل التكافل الصحي، التكافل الوجداني وذلك بقضاء وقت مع بعضهم مما يشجع على بناء روابط إيجابية.
- ربط جيل الشباب بجيل الشيوخ: فجيل الشباب هو المسؤول عن رعاية الطفولة من جهة وعن رعاية الشيوخ من جهة أخرى فكفالة جيل الشباب بجيل الشيوخ تقوم على أساس الوفاء وتسديد الدين (سواكر وتواتي ، 2015 ص121).

وعليه يجب أن يحافظ على وضع المسن في المجتمع دون أن نفقدتهم قدرتهم على العطاء، وسحب كل الأدوار منهم.

خلاصة:

تم التطرق في هذا الفصل لسيكولوجية المسن المتقاعد واهم المشكلات والازمات التي تحدث خلال هذه المرحلة و التي تلعب دورا هاما في الوقوع في الاكتئاب نظرا لما فقده من صحة و عمل و علاقات اجتماعية، و خاصة مرحلة الانتقال الى التقاعد التي يعيشها المسن كأزمة تفقده القدرة على التكيف مؤثرة على جودة حياته و بالتالي يقع فريسة للاكتئاب وهذا ما تهدف اليه هذه الدراسة.

الجمادى الأولى

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية

تمهيد :

بعد الانتهاء من الجانب النظري تليها الان تحديد الاجراءات المنهجية والمتمثلة في المنهج المتبع في هذه الدراسة والمجال الزمني والمكاني، بالإضافة الى اختيار العينة التي تحقق أهداف الدراسة واستخدام الادوات المناسبة لقياس الظاهرة، وذلك بهدف الوصول الى نتائج موضوعية.

1. الدراسة الاستطلاعية

حتى نحقق الهدف من هذه الدراسة قمنا بدراسة استطلاعية والتي تعتبر من اهم الخطوات التي يعتمد عليها الباحث للتأكد من جدوى الدراسة والتعرف على الظروف والامكانيات والمشكلات الغير متوقعة، حيث يكمن الهدف من هذه الدراسة الاستطلاعية هو التحقق من مدى ملائمة المقاييس النفسية المستخدمة في هذه الدراسة لمستوى افراد العينة وفهمهم ل فقراتها و اكتشاف جوانب النقص في اجراءات التحقق من صحة الفروض وكذلك التعرف على كيفية اختيار العينة.

1.1.1. المشاركون :

شارك في دراستنا (04) متقاعدین ، مقسمين الى 2 ذكور و 2 اناث ، تتراوح اعمارهم من 63 سنة الى غاية 69 سنة ، المتقاعد الاول (ذكر) يبلغ من العمر 67 سنة متزوج حيث يعاني من مرض السكري ، اما المتقاعد الثاني (انثى) تبلغ من العمر 63 سنة متزوجة تعاني من ضغط الدم، المتقاعد الثالث (ذكر) يبلغ من العمر 66 سنة يعاني من مرضين السكري و ضغط الدم ، في حين المتقاعد الرابع والآخر (انثى) تبلغ من العمر 69 سنة ، مطلقة تعاني من مرض الشرايين التاجية و ضغط الدم .

2.1. الادوات :

لقد تم الاعتماد على مجموعة من الادوات التي زودتنا بالمعلومات اللازمة و التي تخدم اهداف هذه الدراسة الاستكشافية:

1.1.2.1. الملاحظة :

تعتبر الملاحظة الاساس الاول الذي تبنى عليه باقي الادوات الاخرى ، حيث انها تعطي فكرة مبدئية حول امكانية التحقق من صحة الفروض المتعلقة بالظواهر السلوكية الصادرة عن الافراد، فهي اختبار الاداء السلوكي على المستوى اللفظي و الغير اللفظي لفرد ما في موقف معين و مدى علاقته بسلوكياته الاخرى في المواقف المتباينة ، او بسلوكيات اشخاص اخرين تربطهم صلات اجتماعية به عبر الزمن بشرط ان تتم بوضوح و موضوعية و تكامل (عمر ، 1987، ص104) . حيث سمحت لنا الملاحظة بالحصول على بعض المعلومات التي لم نكن نستمكن من الحصول عليها باستخدام ادوات اخرى خاصة اثناء توجيه الاسئلة و تمرير المقاييس .

2.2.1. المقابلة :

"ان المقابلة هي لقاء بين الباحث القائم بطرح الاسئلة حول موضوع معين على اشخاص محددین وجها لوجه بهدف الحصول على المعلومات و البيانات التي يريد الباحث الوصول اليها من خلالهم و التعرف على ملاحظتهم و مشاعرهم و تصرفاتهم في مواقف محددة ." (شلي ، 2012 ، ص93) . للمقابلة انواع متعددة و ذلك حسب الهدف منها

او حسب شكلها، ففي هذه الدراسة الاستطلاعية اعتمدنا على المقابلة النصف موجهة والتي تعرف: "على انها تقنية من التقنيات المباشرة لجمع المعلومات والمعطيات ميدانيا بطريقة نصف موجهة ، اذ تعتبر نظام من المسائلة تسعى الى تسهيل التعبير على المستجوبين بتوجيههم نحو مواضيع محددة وتعد اولية للدراسة مع السماح لهم بشيء من الاستقلالية" (منصور، 2017، ص 215). وذلك بهدف التعرف على اتجاهاتهم في مواضيع محددة و اولية تخص دراستنا ، حيث تم توجيه بعض الاسئلة والتي تخص آراءهم في التقاعد و نوعية حياتهم و عن اهم التغيرات التي حدثت لهم بعد الانتقال الى التقاعد ، وكيف استجابوا لهذه التغيرات . و خلال هذه المقابلات مررنا المقاييس الثلاثة الخاصة بدراستنا و المتمثلة في مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية ، مقياس الاكتئاب للمسنين و مقياس استراتيجيات التكيف.

1.3.1. الاجراءات :

ان اول عائق واجهنا هو عدم توفر مكان خاص بالأشخاص المتقاعدين يحتوى على ظروف فيزيقية جيدة اين نستطيع اجراء المقابلات معهم ، ففي ولاية قالمة لا يوجد مؤسسة او مركز خاص بهذه الشريحة العمرية ، الا دار المسنين ببلدية حمام دباغ، فالمسنين المتواجدين في تلك المؤسسة لا تتوفر فيهم خصائص مجتمع دراستنا و التي هي التقاعد .

قمنا بالتوجه الى الاماكن التي نجد فيها المتقاعدين و كان اول مكان توجهنا اليه هو الصندوق الوطني للمتقاعدين بولاية قالمة و ذلك كان بهدف الحصول على احصائيات تخص هذه الفئة، فعندما ذهبنا وجدنا المحاسب المعتمد في اجازة، كونه هو الذي تتوفر لديه هذه المعلومات، الا انه استقبلنا نائب مدير العلاقات الإدارية و صرح لنا أنه لا يستطيع اعطائنا مثل هذه المعلومات لأسباب إدارية.

توجهنا في اليوم الموالي الى المركز البريدي بولاية قالمة و ذلك خلال يومي 20-21/03/21 فوجدنا المتقاعدين في طوابير طويلة ينتظرون ادوارهم نظرا لازمة السيولة المالية التي تعيشها مكاتب البريد ، توجهنا الى مجموعة من المتقاعدين و قدمنا لهم توضيحات تخص الدراسة و طلبنا منهم المشاركة في هذا البحث الا أنهم رفضوا المشاركة نظرا لظروف التي كانوا يمرون بها، فالطوابير تبدأ من الساعات الاولى يوميا و عدم توفر السيولة بالإضافة الى ان اغلب الصرافات الالية ترفض بطاقات السحب .

ففي اليوم الموالي 2021/03/21 وافقت فقط امرأة متقاعدة تبلغ من العمر 63 سنة المشاركة و ساعدتنا كونها استاذة لغة انجليزية سابقة حيث اثارها الفضول حول دراستنا و استحسنت الفكرة ، فنظرا لضيق الوقت و عدم رغبة اغلبية المتقاعدين مساعدتنا ،قررنا التوجه مباشرة الى منازل اشخاص متقاعدين من محيط الباحثان كون الظروف الفيزيقية في مكاتب البريد غير ملائمة لإتمام الاهداف المسطرة من هذه الدراسة فاخترنا 3 متقاعدين (عينة قصدية) و اجرينا معهم المقابلات خلال الفترة الممتدة من 2021/03/ 24 الى غاية 2021/03 / 26.

4.1. النتائج

1.4.1. الملاحظة :

خلال المقابلات التي اجريناها مع المتقاعدين ، من اهم الملاحظات التي تحصلنا عليها و التي يشترك فيها هؤلاء الافراد وجود نوع من الاستياء مرتبط بالتشاؤم من الحياة ، ملامح الحزن وفقدان الاهتمام بالأشياء ، تعب جسدي ، وجه شاحب ، عدم الاهتمام بالمظهر الخارجي مع كثرة التذمر من الروتين اليومي نظرا للفراغ الذي يعيشون فيه ، في حين ان الشدة تختلف من متقاعد لآخر .

2.4.1. المقابلة :

كانت اجابة المتقاعدين على الاسئلة الموجهة لهم توحى بتدني جودة حياتهم خاصة بعد التقاعد ، الذي يرونه انه مرحلة الدخول للشيخوخة وانتهاء الحياة فهم يرون انهم اصبحوا كبار وليس من حقهم التمتع بالحياة فقط انتظار الموت والقيام بالواجبات الدينية ، فالتقاعد قلص علاقاتهم الشخصية و ادخلهم في نوع من النمطية بمعنى اخر كل يوم يمرقوموا بنفس الاشياء ولا يوجد تجديد مع تراكم الامراض والشكاوي والالام الجسدية حيث لا توجد لديهم مرونة و استراتيجيات فعالة للتكيف و ازمانات الحياة ، عموما فتقيمهم لحياتهم يتراوح "من غير راضي" الى "لا راضي و لا غير راضي" فلا يوجد رضا تام عن الحياة ، و فيما يخص تمرير المقاييس فهم المشاركون البنود عموما و اجابوا عليها نظرا لمستواهم الدراسي المتوسط ، فقط مشارك واحد لم يفهم بعض البنود كونه لا يتقن اللغة العربية جيدا فشرحنا له البعض منها.

فهذه المقابلات سمحت لنا بالاحتكاك مع هذه الشريحة العمرية و التعرف على كيفية استجابتهم لازمة التقاعد و اثارها على اتجاهاتهم نحو الحياة، وكذا تعرفنا على ما مدى كون هذه المقاييس تتناسب و مستواهم و خاصة التحقق من مدى صحة الفرضيات المطروحة وكذا اخذنا افكار ساعدتنا في كيفية اختيار هذه العينة.

2. الدراسة الاساسية :

بعد التطرق للدراسة الاستطلاعية من، مشاركون، الأدوات المستخدمة وإجراءات الدراسة. سيتم الان التعرض الى الدراسة الاساسية المبنية على عرض وتحليل ومناقشة النتائج المتحصل عليها بعد تطبيقنا لأدوات الدراسة على عينة بحثنا.

1.2. المنهج:

هو مجموعة القواعد التي يستعملها الباحث لتفسير ظاهرة معينة بهدف الوصول الى الحقيقة العلمية، فهو دليل الباحث الذي يسير له الوصول للنتائج الموضوعية للظاهرة المدروسة وذلك باتباع خطوات معينة. حيث يتميز المنهج بخصائص تتماشى مع ظواهر دون أخرى . ونظرا لطبيعة دراستنا اعتمدنا على المنهج الوصفي باعتباره الأنسب ويخدم موضوع دراستنا حيث يعرف: "بأنه طريقة لوصف الموضوع المراد دراسته، فهو يهتم بالدراسات التي تجمع

وتخلص وتصنف المعلومات والحقائق المدروسة المرتبطة بسلوك عينة من الناس أو وضعيتهم أو عدد من الأشياء أو علاقة بين ظاهرتين، أو سلسلة من الأحداث أو أي نوع آخر من الظواهر التي يرغب الباحث في دراستها بغرض تحليلها وتفسيرها وتقييم طبيعتها للتنبؤ وضبطها أو التحكم فيها" (حريزي وغريبي، 2013، ص26).

استخدمنا في الدراسة الحالية المنهج الوصفي وذلك كونه الانسب لهذه الدراسة حيث تقوم هذه الأخيرة على تحديد العلاقة بين جودة الحياة والاستجابة الاكتئابية لدى المسن المتقاعد والتعرف على تأثير استراتيجيات التكيف على هذين المتغيرين، فهو يسمح لنا بدراسة الظاهرة كما توجد في الواقع ووصفها وصفا دقيقا والتعبير عنها كميما وكيفيا من خلال اعطاء وصف رقمي يوضح مقدار الظاهرة وحجمها ودرجة ارتباطها بالظواهر الأخرى كما انه يعطي نظرة شاملة حول العينة وكذا يشرح حدوث الاجابات الاكتئابية لدى هذه الشريحة العمرية من خلال تحديد بدقة المتغيرات المسببة لحدوثه، فهو يحقق لنا جمع اكبر قدر من الحقائق والمعلومات بطريقة موضوعية حول متغيرات الدراسة وذلك من اجل التحقق من صحة الفرضيات.

2.2. المشاركون:

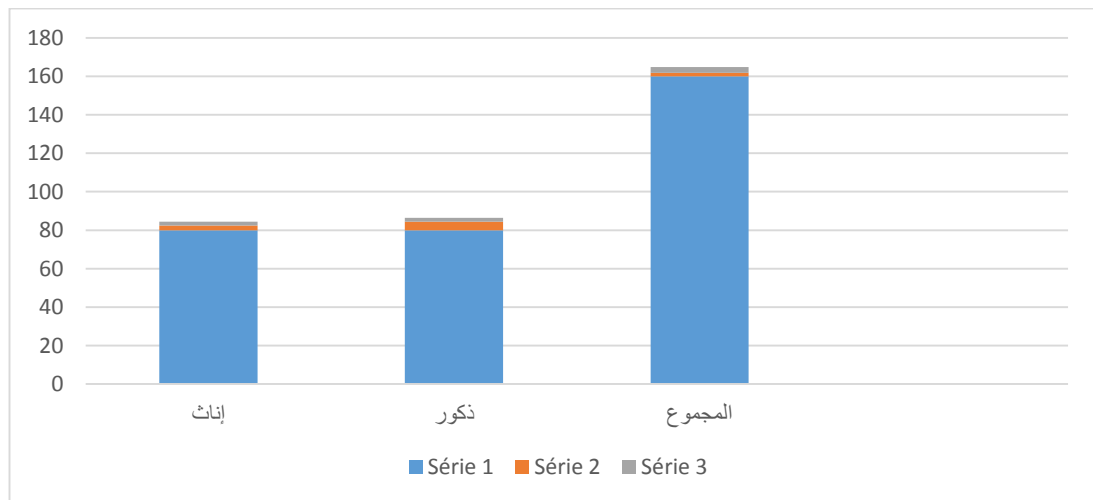
تم الاعتماد في دراستنا على العينة العشوائية من المجتمع العام كونها الانسب للحصول على أكبر عدد ممكن من المتقاعدين، حيث بلغ عددهم 160 مشاركا، 80 متقاعد ذكور و80 متقاعد إناث، تتراوح أعمارهم من 60 الى 76 سنة.

جدول رقم (01): يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس

العينة	الجنس	السن
160 متقاعد	80 أنثى	60 – 76 سنة
	80 ذكر	

عرض خصائص المشاركين:

الشكل رقم (02): يبين توزيع المشاركين حسب الجنس.



3.2.3 الأدوات:

1.3.2: مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (OMS):

وضع هذا المقياس من طرف منظمة الصحة العالمية (1996) لتقديم بروفيل مختصر عن مستوى الجودة السائد في حياة الفرد، تم تعريبه من طرف الباحثة "بشرى إسماعيل أحمد" (2008) وترجمته الى اللغة العربية وذلك بمساعدة إثنين من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في اللغة الإنجليزية، وهو يتكون من 26 بند يتضمن بندين (2) لجودة الحياة العامة والصحة العامة و(24) بند موزعة على أربعة أبعاد فرعية كما يلي:

الصحة الجسمية:

يتكون من 7 مجالات: (الأنشطة الحياتية اليومية، الاعتماد على العقاقير والمساعدة الطبية، القوة والاجهاد، قابلية الحركة والتنقل، الألم والعناء، النوم والراحة، القدرة على العمل) وأرقام بنودها (3، 4، 10، 15، 16، 17، 18).

الصحة النفسية:

تتكون من 6 مجالات: (صورة الجسم والمظهر العام، المشاعر السلبية، المشاعر الإيجابية، تقدير الذات، معتقدات الفرد الدينية والروحية، التفكير، التعليم، التذكر، التذكير) وأرقام بنودها (5، 6، 7، 11، 19، 26).

العلاقات الاجتماعية:

ويتضمن هذا البعد 3 مجالات هي: (العلاقات الشخصية، المساندة الاجتماعية، النشاط الجنسي)، وبذلك تكون أرقام بنودها (20، 21، 22).

البيئة:

ويتكون هذا الأخير من 8 مجالات: (الموارد المادية، الحرية و الأمن والأمان المادي، الرعاية الصحية والاجتماعية، جودة البيئة الأسرية، الفرص المتاحة لإكتساب المعارف وتعلم المهارات، إتاحة الفرصة للإبداع، البيئة الطبيعية (التلوث، الضوضاء، المناخ) ووسائل النقل) تتمثل أرقامها في (8، 9، 12، 13، 14، 23، 2524).

1.1.3.2: تعليمة المقياس:

يهدف هذا المقياس الى التعرف على إتجاهك نحو الحياة ورأيك في بعض جوانبها، ولا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة على الأسئلة، فالمطلوب منك هو أن تجيب بما يتناسب مع رأيك الشخصي على البنود، فأمام كل منها خمسة إختيارات، عليك تحديد إختيار واحد يتناسب بوضع علامة (x) عند هذا الإختيار، فلا تختار سوى إجابة واحدة فقط لكل بند، ولا تترك أي بند دون الإجابة عليه، وإعلم أن إجابتك لأغراض البحث العلمي فقط وستحاط بسرية تامة.

2.1.3.2: طريقة التصحيح:

يتم الإجابة عن بنود المقياس وفقا لمقياس مدرج تتراوح الدرجات عليه ما بين خمس درجات الى درجة واحدة، وذلك في حالة الإجابة الإيجابية، حيث تشير الدرجة المرتفعة الى ارتفاع في جودة الحياة، وتعكس هذه الدرجات في حالة الإجابات العكسية.

ويتم حساب درجة كل بعد من الأبعاد الأربعة بمتوسط مجموع درجات الفرد على البنود المكونة لكل بعد، ثم بعد ذلك تجمع متوسط درجات الفرد على الأبعاد الأربعة للحصول على الدرجة الكلية ولكن بعد تحويل هذه الدرجة الكلية كما في المعادلة التالية:

$$\text{الدرجة المحولة: (الدرجة - 4) x (100 / 16)}$$

3.1.3.2: المحاور التي يقيسها المقياس:

يقيس المقياس أربعة محاور كبرى وهي: الصحة الجسمية، الصحة النفسية، العلاقات الاجتماعية، البيئة، والجدول التالي يوضح محاور المقياس ببنوده:

جدول رقم (02): يوضح محاور مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية .

المحاور	البنود
الصحة الجسمية.	ب3- من رأيك الى أي مدى يمكن أن يؤدي مرضك الى عجزك عن القيام بالعمل. ب4- حتى تستمر حياتك، ما مقدار الرعاية التي تحتاج إليها. ب10- هل لديك الكفاية والفاعلية للقيام بواجبات الحياة اليومية. ب15- كم أنت قادر على التنقل هنا وهناك. ب16- الى أي مدى أن راضي عن نومك. ب17- ما مدى رضاك عن أدائك لواجباتك اليومية. ب18- ما مدى رضاك عن قدرتك على العمل.
الصحة النفسية.	ب5- ما مدى استمتاعك بالحياة. ب6- ما مدى شعورك بوجود معنى لحياتك. ب7- الى أي مدى يمكنك تركيز عقلك ببساطة. ب11- هل أنت متقبل لبنائك الجسدي. ب19- ما مدى رضاك عن نفسك. ب26- كم مرة شعرت فيها بالحزن، الاكتئاب والقلق.
العلاقات الاجتماعية.	ب20- ما مدى رضاك عن علاقاتك الشخصية. ب21- ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية. ب22- كم أنت راض عن المساندة الاجتماعية التي يقدمها لك أصدقائك.
البيئة.	ب8- ما مدى شعورك بالأمن في الحياة. ب9- ما مدى الاهتمام الصحي في بيئتك الطبيعية.

<p>ب12- هل أنت كفىء لإشباع إحتياجاتك.</p> <p>ب13- ما مدى توافر المعلومات اللازمة والتي تحتاج اليها في حياتك اليومية.</p> <p>ب14- الى أي مدى تتوافر لديك الفرصة للراحة والاسترخاء.</p> <p>ب23- ما مدى رضاك عن سكنك أو المكان الذي تعيش فيه.</p> <p>ب24- ما هو مدى رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع.</p> <p>ب25- ما هو رضاك عن مزاجك ورحلاتك.</p>

4.1.3.2: الخصائص السيكومترية للمقياس:

تم تقنين الصورة المختصرة لمقياس جودة الحياة على عينة من الراشدين (ن: 30 8 11) من 23 دولة من بين أفراد المجتمع العام وكذلك من بين نزلاء المستشفيات ودور الرعاية الصحية. وقد وجدت معاملات إرتباط مرتفعة دالة إحصائياً (من 0,89 فأكثر) بين أبعاد الصورة المختصرة لمقياس جودة الحياة وأبعاد الصورة الكلية لنفس المقياس، كذلك تم التحقق من القدرة التمييزية لعبارات المقياس، وتمتعه بالهدف التمييزي وصدق المحتوى وبالانساق الداخلي وبثبات إعادة الإختبار، فضلاً على أنه تم إعداد صورة متعددة لهذا المقياس في العديد من بلدان العالم والتحقق من ثباته وصدقه، فقد تم إعداده للبيئة "الكورية والماليزية والتاوانية والإيرانية والهندية والبرازيلية والإيطالية والنرويجية والأمريكية". كما استخدم في عدد هائل من الدراسات والبحوث على مستوى العالم، وللإطلاع على هذه الدراسات يمكن البحث في:

"A service of U.S.National Library of Medicine And the National Institutes of Health"

2.3.2: مقياس اكتئاب الشيخوخة:

يعتبر مقياس اكتئاب الشيخوخة من المقاييس الهامة التي تستخدم في الكشف عن الاكتئاب أو لدراسة فعالية بعض مضادات الاكتئاب أو تطور الحالات المرضية. تم إعداده من طرف "سافاج" عام (1982)، ويتكون من (30) بند من النوع (نعم، لا) حيث يتم مسائلة المفحوصين عن شعورهم وذلك للكشف عن الأعراض الإكتئابية من خلال المشاعر التي يشعر بها المسن. في حين أن الصورة المختصرة تم تطويرها من طرف "سافاج والشيخ" عام (1986)، وهذه الصورة مكونة من (15) بند، 10 منها تؤكد على وجود الاكتئاب و 5 المتبقية صيغت بصورة سلبية وتنعكس عند تصحيح المقياس، تم ترجمته من قبل "نبيل جبرين الجندي" سنة (2008) باستخدام آلية الترجمة العكسية (Back translation) لترجمة بنود إختبار الشيخوخة (Geriatric Depression Scale-short form) الى اللغة العربية، ثم طلب من أحد المختصين الإنجليزيين إعادة الترجمة الى اللغة الإنجيليزية، بعد ذلك ثم عقد نقاش شمل خمسة من المختصين في علم النفس للتحقق من سلامة الترجمة وإقتراح أي تعديلات يمكن إضافتها، تم إعداد النسخة المقترحة وتم عرضها مرة أخرى على ثلاثة من المختصين في علم النفس للمراجعة والتأكد من صلاحية الاختيار المترجم.

1.2.3.2: تطبيق المقياس:

يحتاج المقياس من (5- 7) دقائق للتطبيق، ويمكن أن يطبق على الأسوياء أو المرضى من كبار السن، يصحح الاختيار بإعطاء البند (نعم) درجتين والبند (لا) درجة واحدة ويتم العكس.

2.2.3.2: الخصائص السيكومترية للمقياس:

طبق الاختبار بصورته الأولية على عينة إستطلاعية مكونة من (50) مسنا ومسننة تزيد أعمارهم عن (65) سنة، في أوائل عام (2007)، وحظي الاختبار بدلالات ثبات عن طريق إعادة التطبيق على العينة الاستطلاعية بفاصل زمني قدره أسبوعين، وقد بلغت قيمة معامل الارتباط (ر: 0,85) بين التطبيقين القبلي والبعدي، أما الصدق ، فقد تم حساب صدق الاختبار التلازمي عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجات المفحوصين على الاختبار ونتائجهم على إختبار بيك الثاني (Back, Streer, Bdi-II) وقد بلغ معامل الارتباط بين الاختيارين (0,68) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى (a > 0,001).

3.3.2: مقياس استراتيجيات التكيف:

يعد مقياس "Brief cope" أداة شائعة الاستخدام لتحديد أنواع استراتيجيات التكيف المستخدمة والذي يحتوي على (14) استراتيجية مع (28) فقرة.

تم ترجمته من طرف " محمد الغامدي " (2020) من الإنجليزية الى العربية، باستخدام نموذج الترجمة العكسية (Brislins) وتم تقديم النسخة العربية من (BC) لمجموعة صغيرة من الناطقين باللغة العربية السعودية للتأكد من أن كل شيء واضح ومفهوم، وتم التأكد من أن جميع العناصر كانت واضحة ومفهومة، ولم يتم إجراء أي تعديلات عليها، ثم تم توزيع المقياس النهائي على 20 مشاركا (10 ذكور، 10 إناث) لتقييم المقياس وتحديد ما إذا كانت العناصر قابلة للقراءة، بعد ذلك تم إستخدام النسخة النهائية من النسخة العربية. وإجراء استطلاع عبر الأنترنت متضمنا (2 30) إستبيانانا تم مشاركتها عبر مواقع التواصل الاجتماعي.

1.3.3.2: تعليمة المقياس:

يهتم هذا المقياس بالتعرف على كيفية إستجابة الناس والتكيف عند مواجهة مواقف نفسية صعبة أو ضاغطة في حياتهم، هناك الكثير من الطرق لمحاولة التعامل مع الضغوط النفسية، المطلوب منك في هذا الإستبيان أن تشير الى ما تعمله أو تشعر به عندما تواجه أحداث نفسية ضاغطة، أجب عن كل الفقرات وحاول أن تجيب على كل فقرة بشكل منفصل تماما عن الأخرى، ليس هناك إجابة صحيحة وأخرى خاطئة لذلك إخترا إجابة الأكثر صحة بالنسبة لك وليس ما تعتقد أن أغلب الناس يقولونه أو يفعلونه، (إخترا ما تفعله عادة عندما تواجه موقفا ضاغطا بوضع دائرة حول الرقم الذي يمثل إجابتك).

2.3.3.2: طريقة التصحيح:

يتم تقديم 4 نقاط كما يلي: 1: "لا أفعل ذلك أبدا"، 2: "أفعل ذلك قليلا"، 3: أفعل ذلك بدرجة متوسطة"، 4: أفعل ذلك كثيرا".

3.3.3.2: المحاور التي يقيسها المقياس:

يقيس المقياس ثلاث محاور كبرى وهي: التكيف الإيجابي، التكيف السلبي، البحث عن المساعدة، والجدول التالي، يوضح محاور المقياس مع بنوده:

جدول رقم (03): يوضح محاور مقياس استراتيجيات التكيف

المحاور	البنود
التكيف الايجابي.	<p>ب1- أركز جهودي على عمل شئى بخصوص الموقف الذي واجهته.</p> <p>ب2- أحاول التفكير بما يجب عمله إتجاه هذا الحدث.</p> <p>ب3- أحاول أن أنظر إليه من زاوية أخرى تجعله يبدو أكثر إيجابية.</p> <p>ب4- أتقبل حقيقة أن الحادث قد حدث.</p> <p>ب5- أعمل نكت حول الحادث.</p> <p>ب6- أحاول البحث عن الراحة في معتقداتي الدينية والروحية.</p> <p>ب9- أشغل نفسي بالعمل أو نشاطات أخرى.</p> <p>ب11- أقول أشياء للتخلص من المشاعر المزعجة.</p> <p>ب15- أتعلم التعايش مع الحدث.</p> <p>ب16- أسعى لجعل الموقف أفضل.</p> <p>ب17- أفكر جديا بالخطوات التي يجب إتخاذها لمواجهة الحدث.</p> <p>ب18- أبحث عن الشيء الجيد أو الإيجابي في ما حدث.</p> <p>ب19- أحاول الحصول على بعض المتعة.</p> <p>ب20- الصلاة والتأمل والدعاء.</p>
التكيف السلبي.	<p>ب10- أقول لنفسي هذا ليس حقيقي.</p> <p>ب12- أستخدم الكحول والأدوية المهدئة الأخرى لكي أشعر أفضل.</p> <p>ب13- أوقفت محاولة التعامل مع الحدث.</p> <p>ب14- أنتقد نفسي</p> <p>ب23- أعمل شئى لتقليل تأثير الحدث كمشاهدة التلفزيون، القراءة، أحلام اليقظة، النوم أو التسوق.</p> <p>ب24- لا أصدق أنه حدث.</p> <p>ب25- أعبّر عن مشاعري المزعجة.</p> <p>ب26- أستخدم الكحول أو الأدوية المهدئة الأخرى لمساعدتي للتخلص منه.</p>

ب27- أتوقف عن التعامل مع الحدث. ب28- ألوم نفسي على الأشياء التي حدثت.	
ب7- الحصول على الدعم العاطفي من الآخرين. ب8- الحصول على النصيحة والمساعدة من الآخرين لما يجب أن أفعله. ب21- الحصول على الراحة والفهم من شخص ما. ب22- الحصول على النصيحة والمساعدة من الآخرين.	البحث عن المساندة.

4.3.3.2. الخصائص السيكومترية للمقياس

لقد تم تقييم الخصائص السيكومترية لمقياس " Brief cope " حيث تمثلت درجات الصدق بين 0,75 ، 0,84 ، 0,81 للأبعاد: "التكيف الإيجابي"، "التكيف السلبي"، و"البحث عن المساندة"، على التوالي أما بخصوص ثبات المقياس، فلقد تم إعادة تطبيق الاختبار بعد 15 يوم وذلك بهدف التأكد من ثباته وأظهرت نتائج الارتباط بين التطبيق الأول وإعادة التطبيق أنها كانت قوية وتراوحت بين 0,87 للتكيف الإيجابي 80 للتكيف السلبي و 0,93 للبحث عن المساندة.

إذا فكل هذه النتائج تشير إلى أن مقياس (B C) العربي لديه صدق مرتفع.

4.2. الإجراءات:

قمنا بتحويل المقاييس الخاصة بدراستنا إلى استبيانات الكترونية على شكل " Google Formes " تطبقنا على المتقاعدين الذين وافقوا المشاركة وكان الطلبة وسيطا لتمرير المقاييس على المتقاعدين من بيئتهم من خلال وضع شروط لهم تخص خصائص و مواصفات عينتنا و التي هي التقاعد و السن يبدأ من 60 سنة حسب الشروط المنهجية و الاخلاقية التي تخص دراستنا ، حيث تم وضع تعليمة شرحنا فيها الهدف من الدراسة وأنها تخص بحثنا علميا من أجل التخرج، وأن كل المعطيات المتحصل عليها ستحاط بسرية تامة ولا تستخدم لأغراض شخصية، وأنه لا توجد إجابة خاطئة وأخرى صحيحة، فكل الإجابات مقبولة مع ضرورة الإجابة على كل البنود. كما قدمنا تعليمات جزئية خاصة بكل مقياس لضمان أجوبة دقيقة و موضوعية.

خلاصة:

مما سبق يتضح ان الاجراءات المنهجية من اهم مراحل البحث العلمي التي يجب على الباحث التركيز عليها ، و ذلك قصد تحقيق الاغراض العلمية و المتمثلة في جمع الحقائق و المعلومات حول موضوع البحث بالاعتماد على المنهج و المقاييس التي تتناسب و طبيعة الدراسة ، و سيتم التطرق في الفصل الموالي الى عرض و تحليل و مناقشة النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق ادوات الدراسة على العينة.

الفصل الخامس

عرض ومناقشة النتائج

1.النتائج:

11.1أساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

لنتأكد من صحة الفروض وللحصول على إجابات لتساؤلاتنا اعتمدنا على عدة أساليب إحصائية والتي تتوافق ودراستنا، حيث اعتمدنا على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) لتفريغ البيانات. وللتأكد من قوة المقاييس وثباتها تم حساب معامل ألفا كرونباخ وحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للتأكد من تقارب وتجانس القيم، وكذلك اعتمدنا على معامل الارتباط بيرسون نظرا لتوفر شروط استخدامه وذلك لمعرفة مدى وجود ارتباط بين متغيرات الدراسة ، ومعامل التباين الأحادي (Anova) للتعرف على وجود اختلافات في كل من جودة الحياة الاستجابة الاكتئابية واستراتيجيات التكيف تبعا لمتغير الجنس و الحالة العائلية ، والانحدار الخطي المتعدد (La régression multiple) الذي يشرح مدى تأثير المتغيرات والتنبؤ بطبيعة هذا التأثير في المستقبل.

2.1النتائج الوصفية:

1.2.1ثبات المقاييس (ألفا كرونباخ):

يعتبر معامل ألفا كرونباخ من أساسيات البحث العلمي، حيث تم الاعتماد عليه لمعرفة مدى قوة المقاييس التي اعتمدها في الدراسة، حيث كانت نتائج مقياس جودة الحياة كالتالي:

جدول رقم (4): يوضح نتائج معامل ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة.

Statistiques de Fiabilité		
جودة الحياة	Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
الحياة	0,943	26

نلاحظ أن ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة ذا مصداقية قوية وذلك للقيمة المتحصل عليها والتي تساوي (0.943=α).

أما مقياس الاكتئاب فكانت نتائجه كالتالي:

جدول رقم (5): نتائج معامل ألفا كرونباخ لمقياس الاكتئاب.

Statistiques de Fiabilité		
الاستجابة الاكتئابية	Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
الاستجابة الاكتئابية	0.885	15

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان الفا كرونباخ لمقياس الاكتئاب يساوي ($\alpha = 0.885$) وهي قيمة عالية جدا تعبر عن مدى قوته وقوة اتساقه الداخلي.

في حين أن نتائج ألفا كرونباخ لمقياس استراتيجيات التكيف وجدت كما يلي:

جدول رقم (6): نتائج معامل ألفا كرونباخ لمقياس استراتيجيات التكيف.

Statistiques de Fiabilité		
استراتيجيات التكيف	Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
	0,886	28

نلاحظ أن ألفا كرونباخ لمقياس استراتيجيات التكيف يساوي ($\alpha = 0.886$) وهي قيمة عالية تعبر عن مدى قوته وقوة اتساقه الداخلي.

2.2.1 نتائج الاحصائيات الوصفية للمقاييس (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري):

لتحليل محاور مقاييس جودة الحياة واستراتيجيات التكيف تم الاعتماد على معيار المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للتعرف على القيمة التي تتجمع فيها موافقة المشاركين وكذا معرفة مدى تشتت إجابات أفراد نعيمة الدراسة عن متوسطاتها الحسابية.

وفي ما يلي سيتم عرض الإحصائيات الوصفية الخاصة بمقياس جودة الحياة:

جدول رقم (7): يوضح الاحصائيات الوصفية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري) لمحاور مقياس جودة الحياة.

Statistique descriptives			
	N	Moyenne	Ecart type
الصحة الجسدية	160	20,181	4,598
الصحة النفسية	160	15,850	5,596
العلاقات الاجتماعية	160	8,687	2,813
البيئة	160	26,943	7,086

نلاحظ من خلال الاحصائيات المتوفرة لدينا والتي تخص المتوسط الحسابي والانحراف المعياري أن محور البيئة ($ET = 7,086$ ، $M = 26,943$) لديه مستوى مرتفع في إجابات المشاركين، كما هو الحال في الصحة الجسدية ($ET = 4,598$ ، $M = 20,181$) و الصحة النفسية ($ET = 5,596$ ، $M = 15,850$) ومحور العلاقات الاجتماعية ($ET = 2,813$ ، $M = 8,687$)

أما بخصوص النتائج الوصفية لمحاور مقياس استراتيجيات التكيف فكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (8): يوضح الاحصائيات الوصفية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري) لمحاور مقياس استراتيجيات التكيف.

	Statistique descriptives		
	N	Moyenne	Ecart type
التكيف السلبي	160	21,597	4,634
البحث عن المساندة	160	10,250	3,885
التكيف الايجابي	160	34,369	12,018

نلاحظ من خلال الإحصائيات المتوفرة لدينا والتي تخص المتوسط الحسابي والانحراف المعياري أن محور التكيف الايجابي ($ET = 12,018$ ، $M = 34,369$) لديه مستوى مرتفع في إجابات المشاركين، كما هو الحال في محور التكيف السلبي ($ET = 4,634$ ، $M = 21,597$) وكذلك محور البحث عن المساندة ($ET = 3,885$ ، $M = 10,250$).

أما مقياس الاكتئاب فهو أحادي الهدف حيث كانت نتائجه كالتالي:

جدول رقم (9): يوضح الاحصائيات الوصفية لمقياس الاكتئاب.

	Statistiques descriptives		
	N	Moyenne	Ecart type
الاستجابة الاكتئابية	160	22,647	2,187

نلاحظ أن مستوى الاكتئاب متوسط لدى المشاركين ($ET = 2,187$ ، $M = 22,647$).

3.1 نتائج الارتباط:

للتأكد من العلاقة بين جودة الحياة والاستجابة الاكتئابية تم حساب معامل بيرسون وكانت النتائج كالتالي:

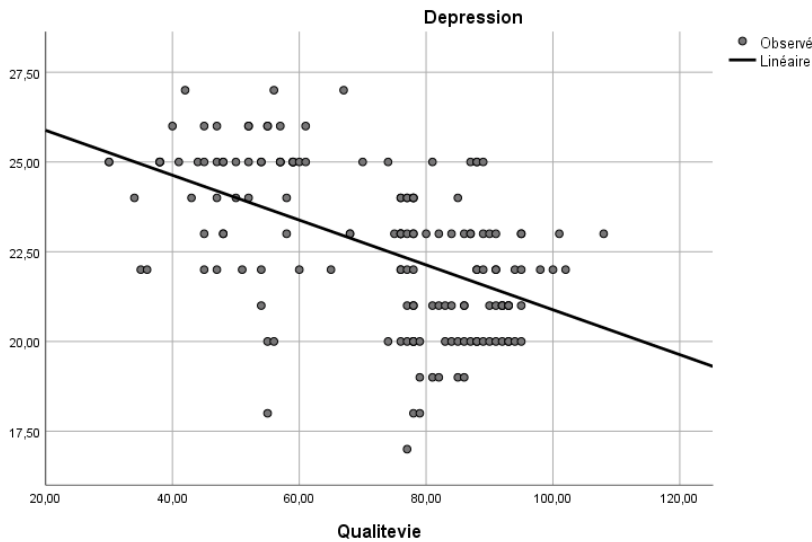
جدول رقم (10) يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين جودة الحياة والاستجابة الاكتئابية.

Corrélations de Pearson		
جودة الحياة	الاستجابة الاكتئابية	
-0.533	1	الاستجابة الاكتئابية
1	- 0.533	جودة الحياة

دال عند مستوى 0,01

نلاحظ من خلال نتائج الجدول أعلاه والمتعلقة بالعلاقة بين جودة الحياة والاستجابة الاكتئابية وجود علاقة ارتباطية عكسية ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 ($r = - 0.533$ ، $p = 0.000$). وهذا ما يشرحه المنحنى البياني الخاص بانتشار العلاقة الخطية بين جودة الحياة والاستجابة متغير الاكتئابية:

شكل رقم(3): يوضح انتشار العلاقة الخطية بين جودة الحياة والاستجابة الاكتئابية.



يشرح هذا المنحنى إنتشار العلاقة الارتباطية العكسية (السلبية) بين جودة الحياة والاستجابة الاكتئابية.

كذلك قمنا بحساب العلاقة بين الاستجابة الاكتئابية ومحاور جودة الحياة وذلك للتعرف على العلاقة بين

الاستجابة الاكتئابية ومحاور جودة الحياة فوجدنا النتائج كالتالي:

جدول رقم (11): يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين الاستجابة الاكتئابية ومحاور جودة الحياة.

Corrélation de Pearson					
البيئة	العلاقات الاجتماعية	الصحة النفسية	الصحة الجسدية	الاستجابة الاكتئابية	
				1	الاستجابة الاكتئابية
			1	- **0,455	الصحة الجسدية
		1	**0,788	- **0,500	الصحة النفسية
	1	**0,785	**0,678	- **0,514	العلاقات الاجتماعية
1	**0,794	**0,904	**0,773	- **0,507	البيئة

دال عند مستوى 0,01

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن معامل الارتباط بيرسون بين الاستجابة الاكتئابية ومحاور جودة الحياة علاقة ارتباطية عكسية (سلبية) على التوالي.

الصحة الجسدية والاكتئاب ($r = - 0,455$ ، $p = 0,000$) الصحة النفسية والاكتئاب ($p = 0,000$ ، $r = - 0,500$) العلاقات الاجتماعية والاكتئاب ($p = 0,000$ ، $r = - 0,514$) أما البيئة والاكتئاب ($p = 0,000$ ، $r = - 0,507$) له تبين وجود علاقة ارتباطية سلبية بين الاستجابة الاكتئابية وجودة الحياة.

للتأكد من العلاقة بين جودة الحياة واستراتيجيات التكيف تم حساب معامل الارتباط بيرسون وكانت النتائج كالتالي:

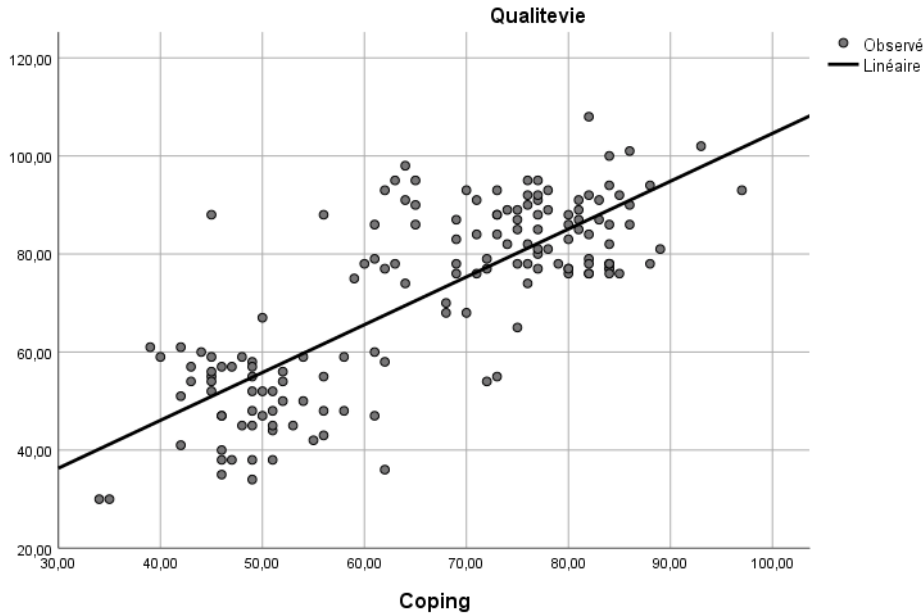
جدول رقم (12): يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين جودة الحياة واستراتيجيات التكيف:

Corrélation de Pearson		
استراتيجيات التكيف	جودة الحياة	
**0,784	1	جودة الحياة
1	**0,784	استراتيجيات التكيف

دال عند مستوى 0,01

نلاحظ من خلال نتائج الجدول أعلاه والمتعلقة بالعلاقة بين جودة الحياة واستراتيجيات التكيف وهذا وجود علاقة ارتباطية قوية (طردية) ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 ($p = 0,000$ ، $r = 0,784$) وهذا ما يشرحه المنحنى البياني الخاص بانتشار العلاقة الخطية بين جودة الحياة واستراتيجيات التكيف.

شكل رقم(4): يوضح إنشار العلاقة الخطية بين جودة الحياة واستراتيجيات التكيف.



يشرح هذا المنحنى العلاقة الارتباطية الطردية القوية بين جودة الحياة واستراتيجيات التكيف.

للتأكد أكثر قمنا بحساب العلاقة بين جودة الحياة ومحاور استراتيجيات التكيف فكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (13): يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين جودة الحياة ومحاور استراتيجيات التكيف.

Corrélation de Pearson				
التكيف الايجابي	البحث عن المساعدة	التكيف السلبي	جودة الحياة	
			1	جودة الحياة
		1	- **0,051	التكيف السلبي
	1	- **0,132	**0,567	البحث عن المساعدة
1	**0,696	** - 0,122	**0,825	التكيف الإيجابي

دال عند مستوى 0,01

مما سبق نلاحظ في الجدول رقم (13) أن معامل الارتباط بيرسون بين جودة الحياة ومحاور استراتيجيات التكيف وجود ارتباطية قوية موجبة مع التكيف الإيجابي عند مستوى الدلالة (0.01) ($r = 0.825$ ، $p = 0.000$) وكذا

البحث عن المساندة وجود علاقة ارتباطية متوسطة عند مستوى الدلالة 0,01 ($r = 0,567$ ، $p=0,000$) في حين لا توجد علاقة ارتباطية سلبية بين جودة الحياة والتكيف السلبي ($r = -0,051$ ، $p=0,527$)

للتأكد من العلاقة بين الاكتئاب واستراتيجيات التكيف ثم حساب معامل الارتباط بيرسون وجدنا أن:

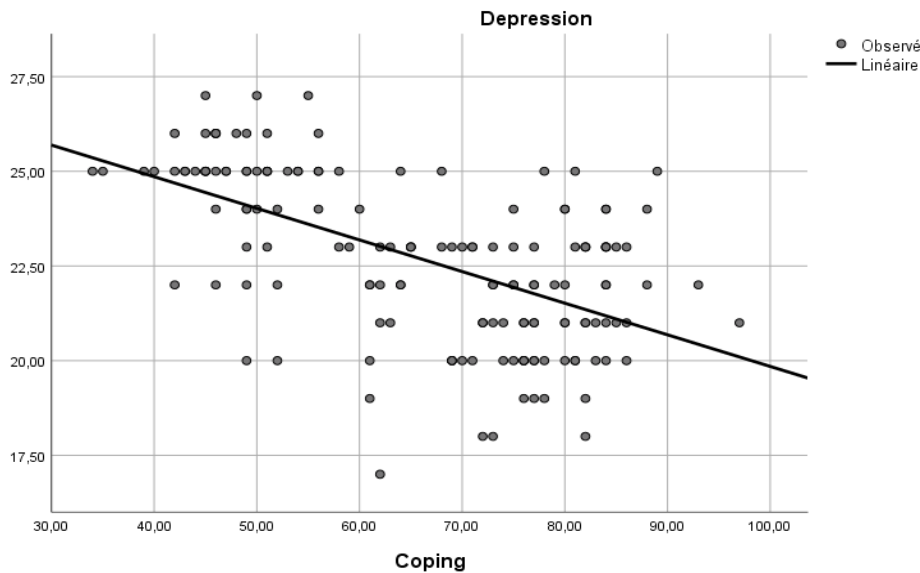
جدول رقم (14): يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين الاستجابة الاكتئابية واستراتيجيات التكيف.

Corrélation de Pearson		
استراتيجيات التكيف	الاستجابة الاكتئابية	
-0.574	1	الاستجابة الاكتئابية
1	-0.574	استراتيجيات التكيف

دال عند مستوى 0,01

نلاحظ وجود علاقة ارتباطية عكسية (سلبية) من الاستجابة الاكتئابية واستراتيجيات التكيف ($r = -0,574$ ، $p = 0,000$) حيث يشرح هذا المنحنى طبيعة هذه العلاقة:

شكل رقم (5): يوضح إنشاز العلاقة الخطية بين الاستجابة الاكتئابية واستراتيجيات التكيف.



ومن خلاله تبين وجود علاقة ارتباطية سلبية بين الاستجابة الاكتئابية واستراتيجيات التكيف.

4.1 نتائج الاختلافات

1.4.1 نتائج الاختلافات حسب الجنس:

جدول رقم(15): يوضح نتائج الاختلافات في مستوى جودة الحياة و الاستجابة الاكتئابية و استراتيجيات التكيف تبعا لمتغير الجنس

استراتيجيات التكيف	الاستجابة الاكتئابية	جودة الحياة	درجة المعنوية
0.138	0.253	0.221	المحسوبية
2.227	1.319	1.437	العينة
160	160	160	

دال عند مستوى 0.01

من خلال هذه النتائج نلاحظ أنه لا يوجد تباين في استجابات أفراد العينة حسب متغير

الجنس ، حيث يبين أنه لا توجد فروق في مستوى جودة الحياة ($F=1.437, p=0.221$) و الاستجابة الاكتئابية ($F=2.227, p=0.138$) فدرجة المعنوية تفوق الحد الأدنى المعتمد عليه ($\alpha=0.05$).

2.4.1. نتائج الاختلافات حسب الحالة العائلية:

جدول رقم (16): يوضح نتائج الاختلافات في مستوى جودة الحياة و الاستجابة الاكتئابية و استراتيجيات التكيف تبعا لمتغير الحالة العائلية.

استراتيجيات التكيف	الاستجابة الاكتئابية	جودة الحياة	درجة المعنوية
0.000	0.000	0.000	المحسوبية F
8.532	6.605	10.215	العينة
160	160	160	

دال عند مستوى 0.01

من خلال هذه النتائج، نلاحظ أن هناك تباين في اتجاهات أفراد العينة حسب متغير الحالة العائلية حيث

يتبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة ويتضح ذلك في ($F =10.215, P =0.000$) و الاستجابة الاكتئابية ($F =6.605, P =0.000$) وكذلك بخصوص استراتيجيات التكيف ($F =8.532, P =0.000$).

5.1دراسة الانحدار الخطي(خطية العلاقة بين المتغيرات) La régression linéaire:

للتعرف أكثر على مدى تأثير المتغيرات فيما بينها و التنبؤ بطبيعة هذا التأثير في المستقبل، تم حساب معامل

الانحدار الخطي La régression linéaire وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (17): يوضح نتائج تحليل الانحدار الخطي لمتغير جودة الحياة والاستجابة الإكتئابية واستراتيجيات التكيف.

متغير تابع	المتغيرات المفسرة (مستقلة)	B	P
الاستجابة الإكتئابية	-الصحة الجسدية	- 1.066	0.000
	-الصحة النفسية	-2.126	0.035
	-العلاقات الاجتماعية	-0.167	0.099
	-البيئة	-0.092	0.546
	-التكيف الايجابي	-0.560	0.000
	-التكيف السلبي	0.152	0.015
	-البحث عن المساندة	-0.113	0.085

قمنا بتحليل الانحدار الخطي للمتغير الاستجابة الاكتئابية بهدف التعرف على المتغيرات التي تشرح وجود هذا الاخير فوجدنا ان الصحة الجسدية ($B = -1.066, p=0.000$) والصحة النفسية ($B=-2.126, p=0.035$) والتكيف الايجابي ($B=-0.560, p=0.000$) تشرح سلبيا الاستجابة الاكتئابية في حين يشرح التكيف السلبي الاستجابة الاكتئابية ايجابيا ($B=0.152, p=0.015$) فقيمة الدلالة المعنوية اقل من المستوى المعتمد عليه ($\alpha = 0.05$) اما باقي المحاور جودة الحياة العلاقات الاجتماعية والبيئة فهي لا تشرح وجود الاكتئاب وكذا محور البحث عن المساندة من مقياس استراتيجيات التكيف .

2. مناقشة النتائج :

يعتبر الانتقال للتقاعد من أهم التحويلات التي يعيشها المسن، فهو عبارة عن أزمة كونه يعني من جهة الدخول لمرحلة الشيخوخة و من جهة أخرى فقدان الدور الوظيفي والأساسي في الحياة و بالتالي الدخول لوضعية جديدة يغلب عليها اليأس و الفراغ، فهذا الفقدان يؤثر على نظرتهم و تقييمهم للحياة مما يتسبب في ظهور اجابات اكتئابية نظرا لاستخدامه استراتيجيات تكيف سلبية و غير مرنة.

يكمُن الهدف الرئيسي من هذه الدراسة التعرف على العلاقة الارتباطية بين جودة الحياة و الاستجابة الاكتئابية و تحديد بدقة متغيرات الدراسة التي تشرح ظهور استجابات اكتئابية عند فئة المسنين المتقاعدين الذكور و الاناث اللذين تتراوح اعمارهم من 60 سنة الى 76 سنة ، حيث تتمثل الفرضية العامة في "توجد علاقة ارتباطية بين جودة الحياة و الاستجابة الاكتئابية لدى المسن المتقاعد" و على ضوء ما توصلنا له من نتائج احصائية سنقوم بمناقشة جميع فرضيات الدراسة .

من خلال الفرضية الجزئية الاولى " توجد علاقة ارتباطية موجبة بين جودة الحياة و استراتيجيات التكيف "أشارت النتائج الى أهمية العلاقة بين هذين المتغيرين لدى المسن المتقاعد ،فمن محددات جودة الحياة وجود استراتيجيات تكيف و هذا ما اشارت اليه منظمة الصحة العالمية أن جودة الحياة تتحقق من خلال محددات أهمها هي القدرة على التكيف مع الضغوط و هذا ما يصطلح عليه بالشيخوخة النشطة، كما اشار(Pronst et al ; 2008 2017 Gershon) في النظرية النفسو اجتماعية لجودة الحياة أن استراتيجيات المواجهة من العوامل المؤثرة على جودة الحياة و التي يقصد بها مجموعة ردادات الفعل التي يقوم بها المسن لمواجهة موقف ضاغط ، فهذه الأخيرة لها دور جد هام في زيادة مستوى جودة الحياة ، فالأفراد الذين لديهم استراتيجيات تكيف ايجابية (ناضجة) و مرنة تتمحور حول التقبل تكون لديهم جودة حياة عالية و هذا ما وضحته العلاقة الارتباطية القوية بين جودة الحياة و التكيف الايجابي و يضيف (Havighurst et Albercht 1953) في نظرية الشيخوخة النشطة أن الشيخوخة الناجحة تتحقق عندما يتم تعويض المسن ما فقده باستثمار أدوار جديدة و هذا ما يسمى بالتكيف الايجابي الذي يلعب دورا هاما في زيادة مستوى جودة الحياة ، كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة(مقداي والابراهيم، 2014) بعنوان الصلابة النفسية و علاقتها بالرضا عن الحياة و الاكتئاب لدى المسنين و المسنات المقيمين في دور الرعاية ، و الذي وجد أن هناك علاقة ارتباطية بين الصلابة النفسية و الرضا عن الحياة .

تفسر هذه النتيجة على أن المسن المتقاعد الذي قد تكون لديه آليات تكيف فعالة كتقبل الأزمات و محاولة النظر اليها من الجانب الايجابي و كذا الاستثمار في نشاطات و أدوار جديدة تسمح للمسن بالتكيف و ايجاد المرونة الكافية للتعامل مع المواقف الضاغطة خاصة في أزمة التقاعد التي تحمل في طياتها تغيرات أساسية لحياة المسن دون أن تتأثر جودة حياته فهناك تأثير متبادل يصعب الفصل بينهما و بالتالي فالفرضية الجزئية الاولى التي ترى بأن هناك علاقة ارتباطية موجبة (طرديّة) بين جودة الحياة و استراتيجيات التكيف لدى المسن المتقاعد محققة .

من خلال الفرضية الجزئية الثانية و التي تمثلت في " وجود علاقة ارتباطية سلبية بين الاستجابة الاكتئابية و استراتيجيات التكيف " وجد أن دراستنا الحالية لا تختلف فيما يخص العلاقة بين الاجابة الاكتئابية و استراتيجيات التكيف مع ما توصلت اليه دراسة (جودة عبد القادر، د.س) بعنوان أساليب مواجهة الحياة الضاغطة و علاقتها بالوحدة النفسية لدى عينة من المسنين، من وجود علاقة ارتباطية سلبية بين الوحدة النفسية و اساليب مواجهة الضغوط لدى المسنين و كذا دراسة (واكلي، 2014) بعنوان علاقة استراتيجيات مواجهة الضغط بدرجة الاكتئاب لدى عينة من المجتمع العام التي وجدت علاقة سلبية بين الاكتئاب و اساليب مواجهة الضغوط حيث يتميز المكتئبون باستخدام استراتيجيات سلبية غير فعالة .

تفسر هذه النتيجة اي العلاقة العكسية بين الظاهرتين أن الاجابات الاكتئابية قد تشير الى عدم وجود استراتيجيات تكيف ذات فاعلية مع مستجدات الحياة بل يوجد تكيف سلبى الذي يلعب دور في تعزيز وجود الاستجابات الاكتئابية و عليه فالفرضية الجزئية الثانية التي ترى أن " توجد علاقة ارتباطية سلبية بين الاستجابة الاكتئابية و استراتيجيات التكيف محققة " .:

من خلال الفرضية الجزئية الثالثة التي ترى بوجود فروق في مستوى جودة الحياة تبعاً لمتغير الجنس لدى المسن المتقاعد ، اتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية تعزى لهذا المتغير ، أي أنه لا يوجد اختلاف في جودة الحياة لدى الذكور و الاناث ، يمكن ارجاع ذلك لطبيعة السياق الثقافي السائد في البيئة الجزائرية التي اجريت فيها هذه الدراسة . اتفقت هذه الفرضية مع نتائج دراسة (معتمصم محمد خير علي ، 2020) بعنوان :جودة الحياة و علاقتها بالاكتئاب الغير مرتبط بالأعراض الذهانية على عينة من المجتمع العام في عدم وجود فروق في مستوى جودة الحياة تبعاً لمتغير الجنس

فالفرضية الجزئية الثالثة التي ترى "وجود فروق في جودة الحياة تبعاً لمتغير الجنس لدى المسن المتقاعد " غير محققة .

في حين أن الفرضية الجزئية الرابعة ترى أنه "توجد فروق في مستوى الاستجابة الاكتئابية تبعاً لمتغير الجنس لدى المسن المتقاعد" اتضح أنه لا توجد فروق في الاستجابة الاكتئابية لدى المسن المتقاعد وهذا راجع لطبيعة و خصوصية مرحلة الشيخوخة و ما تحمله من تغيرات و فقدان للأدوار و العلاقات الاجتماعية و تراكم الأمراض و فقدان الاستقلالية و هذا على النساء و الرجال على حد سواء ، وهذا ما توصلت إليه دراسة (بن لطرش إيمان ، 2015) بعنوان: الوحدة النفسية لدى عينة من المسنين ، أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الوحدة النفسية تبعاً لمتغير الجنس فالفرضية الجزئية الرابعة التي ترى " وجود فروق في مستوى الاستجابة الاكتئابية تبعاً لمتغير الجنس لدى المسن المتقاعد " غير محققة .

من خلال الفرضية الجزئية الخامسة "توجد فروق في مستوى استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير الجنس لدى المسن المتقاعد " تبين من النتائج أنه لا توجد فروق في استخدام استراتيجيات التكيف تبعاً لعامل الجنس ، حيث اسفرت دراسة (بلخير فايزة ، 2012) بعنوان مفهوم الذات و علاقته بالتكيف الاجتماعي لدى المسنين ، توصلت الى عدم وجود فروق في استراتيجيات التكيف تبعاً لعامل الجنس ، قد يكون ذلك راجع لمجموعة من العوامل منها الثقافة المتشابهة في مواجهة الضغوط الخاصة بالمتقاعدين في هذه المرحلة العمرية و التي تكون مركزة أساساً على الممارسات الدينية لكلا الجنسين ، فالفرضية الجزئية الخامسة التي ترى "توجد فروق في استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير الجنس لدى المسن المتقاعد " غير محققة .

من خلال الفرضية الجزئية السادسة "توجد فروق في جودة الحياة تبعاً لمتغير الحالة العائلية لدى المسن المتقاعد " توضح النتائج أن الحالة العائلية تلعب دوراً مهماً في أحداث الفروق في مستويات جودة الحياة حيث تشير ريف (1989) في نظرية العوامل الستة الى أن الحالة العائلية هي من معالم وأهم مؤشرات جودة الحياة ، فالحالة العائلية للمسن تلعب دور كبير في التأثير على نظرتة في الحياة ، فهو بحاجة للدعم من طرف الشريك فوجود الشريك يعدل من جودة الحياة كما تتفق هذه النتيجة مع النظرية الموضوعية لجودة الحياة و التي ترى أن العلاقات خاصة منها الزوجية تعتبر مؤشر من المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة القابلة للملاحظة و التي لها تأثير على جودة الحياة .

تفسر الباحثان وجود هذا الاختلاف الى أن الحالة العائلية للمسن المتقاعد لها تأثير مباشر على نظرتة للحياة في خضم التقلبات التي يشهدها فهو بحاجة للدعم من طرف الشريك حيث وجود هذا الأخير يعدل من جودة الحياة فالفرضية الجزئية السادسة التي ترى "وجود فروق في جودة الحياة تبعاً لمتغير الحالة العائلية لدى المسن المتقاعد" محققة.

من خلال الفرضية الجزئية السابعة توجد فروق في الاستجابة الاكتئابية تبعاً لمتغير الحالة العائلية لدى المسن المتقاعد" فهذه الفرضية تتفق مع نتائج دراسة (سعدي و بكداش، 2017؛ سعودي كريمة، 2019؛ حمو علي، 2012) (أهمها دراسة سعدي و بكداش (2017) بعنوان مستوى الشعور بالوحدة لدى المسنين المقيمين بدور الرعاية الاجتماعية. التي هدفت للتعرف على مستوى الوحدة النفسية لدى المسنين المقيمين بدور الرعاية الاجتماعية، حيث توصلت النتائج الى وجود فروق دالة احصائياً في مستوى الوحدة النفسية تبعاً لمتغير الحالة العائلية، ففقدان احدهما من الممكن ان يؤثر عليه سلباً و في وضعه النفسي نظراً للارتباط العاطفي المتبادل بين الزوجين، فوجود الشريك يخفف من الشعور بالاكتئاب.

يفسر هذا الاختلاف الى أهمية وجود الشريك في حياة المسن المتقاعد فهو يخفف من الشعور بالوحدة النفسية المعزز للاكتئاب و عليه فالفرضية الجزئية السابعة التي ترى "وجود فروق في الاستجابة الاكتئابية لدى المسن المتقاعد تبعاً لمتغير الحالة العائلية" محققة.

من خلال الفرضية الجزئية الثامنة التي ترى "وجود فروق في استراتيجيات التكيف تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية" تتفق هذه الفرضية مع ما اشار اليه (2002, Royal & Rossal) في سياق جودة الحياة البيئية في دراستهم على المسنين المتقاعدين وجدوا ان المسن المتقاعد الذي يكون بجانب أسرته يكون أكثر تكيفاً و نشاطاً كما ترى (ريف 1998) في نظريته العوامل الستة الموضوعية أن الحالة الاجتماعية للفرد تزوده بالقدرة على ادارة الضغوط المحيطة بالفرد و كذا تتفق هذه الفرضية مع ما جاءت به دراسة (بن سعيد، د.س) بعنوان جودة الحياة الأسرية لدى المسنين في المجتمع السعودي و علاقتها ببعض المتغيرات الاجتماعية و الاقتصادية. وجود فروق دالة احصائياً في مستوى جودة الحياة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، إلا أنها تتعارض مع ما جاءت به دراسة (بلخير فايزة، 2012) على عينة من المسنين المقيمين بدور العجزة، حيث وجدت أنه لا توجد فروق في مستوى التكيف الاجتماعي تبعاً للحالة العائلية، قد يعود هذا الاختلاف لمدة الإقامة و طبيعة خصائص عينة الدراسة.

يتضح أن الحالة العائلية لها تأثير جد هام كون هذه الفئة بحاجة للمساندة والدعم خاصة من طرف الشريك نظراً لما تمر به من أزمات و بالتالي فالدعم من طرف الشريك يحقق التكيف للمسن المتقاعد، فالفرضية الجزئية الثامنة التي ترى "توجد فروق في جودة الحياة و الاستجابة الاكتئابية و استراتيجيات التكيف تبعاً للحالة العائلية لدى المسن المتقاعد" محققة.

على ضوء الفرضية العامة، فالهدف من عملنا هذا هو التعرف العلاقة بين جودة الحياة و الاستجابة الاكتئابية عند شريحة مهمة في المجتمع و التي تتمثل في فئة المسنين المتقاعدين و تحديد بدقة المتغيرات المفسرة لظهور اجابات اكتئابية لديه، كون قوة الارتباط وحدها لا تكفي لتحديد ظهور هذه الاخيرة فاعتمدنا على الانحدار،

نصت الفرضية العامة على انه: " توجد علاقة ارتباطية بين جودة الحياة و الاستجابة الاكتئابية لدى المسن المتقاعد".

تفسر هذه النتيجة الى أنه هناك علاقة ارتباطية سلبية جد مهمة بين جودة الحياة و الاستجابة الاكتئابية فكلما نقص مستوى جودة الحياة زادت الاجابات الاكتئابية و بالتحديد في دراستنا الحالية و حسب نتائج الانحدار الخطي وجود الاجابات الاكتئابية لدى المسن المتقاعد يشرحها غياب الصحة الجسدية و التي بدورها تؤثر على الصحة النفسية ووجود تكيف سلمي غير مرن في ظل غياب استراتيجيات تكيف ايجابية مع مستجدات الحياة هذا من جهة و من جهة اخرى بروز محور الصحة الجسدية و الصحة النفسية من مقياس جودة الحياة و محور التكيف الايجابي من مقياس استراتيجيات التكيف كمؤشرات جد هامة في تجاوز الاكتئاب و تحقيق جودة حياة عالية ، الا أن باقي محاور جودة الحياة من علاقات اجتماعية و البيئة و محور البحث عن المساعدة فلا يشرحان الاجابات الاكتئابية لدى المسن وقد يكون هذا راجع للزمن الذي أجريت فيه الدراسة اي في ظل أزمة كوفيد 19 و الإجراءات الوقائية الصارمة التي تنص على ضرورة التباعد خاصة بالنسبة لكبار السن فتخوف المسنين من هذا الفيروس في ظل الضعف الجسدي و نقص المناعة و تراكم الأمراض التي تميز خصوصية هذه المرحلة العمرية .

تتفق هذه الفرضية مع ما اشارت اليه (ريف1989) أن الشعور الايجابي حول الحياة يزيد من الرضا و السعادة، أما الشعور بعدم الرضا و خيبة الامل فهو يؤدي للاكتئاب كما ان هذه النتيجة تتفق مع ما اسفرت اليه دراسة كل من (Cao et al ,2016 ; Rong et al ,2019 ; Shrestha et al ,2020 ; Savariva 2016)، و أهمها دراسة Cao (et al 2016) بعنوان دراسة مجتمعية حول جودة الحياة و الاكتئاب لدى كبار السن ، الذي توصل الى أن هناك ارتباط سلمي بين محاور جودة الحياة خاصة منها الصحة الجسدية و النفسية و الاكتئاب لدى كبار السن ، كما توصلت دراسة (Amami et al (2010) بعنوان الاكتئاب ، التكيف و جودة الحياة لدى مرضى الباركنسون حيث وجد في دراسته علاقة ارتباطية سلبية بين الاكتئاب و استراتيجيات التكيف الايجابي المتمركز حول المتمركز على التقبل.

من خلال مناقشتنا للفرضيات الجزئية و على ضوء ما تم ذكره في الجانب النظري و من نتائج و الاحصائيات المتوصل اليها من ارتباط ، فروق و الانحدار الخطي فالفرضية العامة "توجد علاقة بين جودة الحياة و الاستجابة الاكتئابية لدى المسن المتقاعد" محققة .

خاتمة

خاتمة:

لقد تفتن وتبنى العلماء والباحثين في الاونة الاخيرة قضية المسنين المتقاعدين باعتبارها شريحة يطرا عليها العديد من التقلبات في قصة حياتهم ،حيث قد ترافق هذه التحولات مجموعة من التغيرات و التصورات السلبية حول الذات بسبب الاحالة للتقاعد الذي يعيق توافق المسن مع اسرته و مجتمعه و تؤثر أكثر على حالته النفسية و الجسمية ، فالتقاعد هو مرحلة من المراحل التي لا بد ان يعيشها الافراد خلال مسار حياتهم ،لكن هناك تباين من فرد لأخر في كيفية الاستجابة له و استقبال هذا الاخير،فيدخل في دوامة من المشكلات التي تزامن التقاعد لارتباطه بسن الشيخوخة من ضعف الحركة ،العجز، الحزن، الانعزال الاجتماعي،استقلال الأبناء و زواجهم و غيرها من العوامل التي بإمكانها أن تؤدي للعزلة و الشعور بالوحدة النفسية فتكون مسؤولة بطريقة او بأخرى عن ظهور إشكال المعاناة التي تنتهي بردات فعل و استجابات اكتئابية .

كل هذا يؤثر على نظرة المسن المتقاعد ورضاه عن نوعية حياته نتيجة فقدانه لادواره الاجتماعية ،فيشعر و كأنه عالة على اسرته بصفة خاصة و على المجتمع بصفة عامة فيتدنى تقديره لذاته و تفاؤله بالحياة و لا تصبح باستطاعته وضع استراتيجيات تسمح له بالتكيف و الوضع الجديد (التقاعد) وبالتالي تظهر لديه إجابات اكتئابية . كل هذه الاعتبارات دفعتنا للبحث في موضوع المسن المتقاعد و عليه جاءت دراستنا لتتناول هذه الفئة العمرية فتضمنت العلاقة بين كل جودة الحياة و الاستجابة الاكتئابية و استراتيجيات التكيف و كذا التعرف على الفروق في المتغيرات السابقة تبعا للحالة العائلية و تم التوصل الى نتائج مفادها وجود علاقة ارتباطية مهمة بين جودة الحياة و الاستجابة الاكتئابية و استراتيجيات التكيف، حيث تعتبر جودة الحياة و استراتيجيات التكيف الفعالة قاعدة نظرية مهمة لتجاوز الاكتئاب هذا من جهة و من جهة أخرى قد يكون غيابهم مؤشر لظهور اجابات اكتئابية لدى هذه الشريحة العمرية كردة فعل على كل هذه التحويلات الجدية التي تحمل معنى فقدان في كل جانب من جوانب الحياة و كذلك توصلنا إلى أن الحالة العائلية لها أهمية في إحداث الفروق في مستوى كل من جودة الحياة، الاستجابة الاكتئابية و استراتيجيات التكيف فوجود الشريك يساعد المسن على التكيف بطريقة أحسن و يزيد من جودة حياته لأنه ينقص من الشعور بالوحدة لديه .

التوصيات و الاقتراحات:

في ضوء ما توصلت اليه هذه الدراسة حول العلاقة بين جودة الحياة و الاستجابة الاكتئابية لدى المسن المتقاعد وفي ظل ما يتعرض له من أزمات و صراعات و ما يشهده من مشاكل نتيجة الفراغ الدائم الذي يعيشه ،يفقد القدرة على التكيف النفسي و الاجتماعي ،كل هذا دفع بالباحثان الى تقديم مجموعة من الاقتراحات و التوصيات تخص هذه الشريحة العمرية:

- ✚ النظر الى مرحلة الشيخوخة كباقي المراحل العمرية الأخرى و ليس كحالة من العجز.
- ✚ اهتمام الاسرة بالمسن المتقاعد و تحسيسه بقيمته و ذلك لخصوصية هذه المرحلة و أهميتها.
- ✚ تنظيم برامج للإرشاد و التوجيه النفسي للمسنين بمل يساعدهم على خفض المشاعر الاكتئابية و تحقيق توافقهم النفسي و الاجتماعي.

وضع برامج رياضية ،اجتماعية و ترفيهية لشغل أوقات فراغ المسنين بعد ما تم إحالتهم للتقاعد و أنشطة تعود بالنفع عليهم و على مجتمعاتهم.

لإكمال الجهد المبذول في الدراسة الحالية لا بد من التطرق الى جوانب اخرى مهمة من بينها:

- ❖ إجراء دراسة حول نوعية استراتيجيات التكيف المستخدمة من طرف المسنين المتقاعدين.
- ❖ إجراء دراسة مقارنة سواء في جودة الحياة أو الاستجابة الاكتئابية أو استراتيجيات التكيف بين المسنين المتقاعدين الذين توقفوا عن العمل بمجرد الإحالة للتقاعد وبين اللذين يزاولون أعمالا حرة ويمارسون هواياتهم بعد التقاعد.
- ❖ دور الدعم الأسري في تحسين التوافق النفسي لدى المسن بعد الاحالة للتقاعد.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المراجع العربية:

- إبراهيم عبد الله، هشام. (2008). جودة الحياة لدى عينة من الراشدين في ضوء بعض التغيرات الديمغرافية، 14(4)، كلية التربية، جامعة الزقازيق. 180-137.
- أبو هاشم، محمد. (2010). النموذج البنائي للعلاقات بين السعادة النفسية والعوامل الخمسة الكبرى وتقدير الذات والمساندة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية، 20(81)، 350-269.
- أرون، بيك. (2002). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. (ترجمة عادل مصطفى). (ط1). القاهرة: دار الأفاق للنشر والتوزيع.
- إسماعيل أحمد، بشرى. (2008). الذكاء الروحي وعلاقته بجودة الحياة. مجلة رابطة التربية الحديثة، 12(12)، 389-313.
- البرديسي، مرضية، وبن سعيد، إكرام. (د، س). جودة الحياة الأسرية لدى المسنين في المجتمع السعودي وعلاقتها ببعض المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية. 554-507.
- الجزائري، حسين. (2010). المرجع الشامل في علاج الاكتئاب. لبنان: دار النهضة العربية للنشر والتوزيع.
- الجمعية الأمريكية للطب النفسي. (2014). الدليل التشخيصي الاحصائي الخامس. (ترجمة أنور حمادي). (ط1). الدار العربية.
- الجندي، نبيل جبرين. (2008). الصورة العربية لإختبار اكتئاب الشيخوخة: دراسة عالمية على عينة من المسنين الفلسطينيين. مجلة جامعة الأقصى، 12(1)، 195-173.
- الحسيني، أيمن. (1994). الاكتئاب والجنس. مصر: مكتبة ابن سينا للنشر والتوزيع والتصدير.
- الحسيني، حسين محمد سعد الدين. (2018). الرضا عن الحياة لدى الأبناء. المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال، 25(2)، 274-241.
- الشربيني، لطفي عبد العزيز. (2012). الدليل الى فهم وعلاج الاكتئاب. إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية، 23(2)، 202-01.
- الشربيني، لطفي. (2001). الاكتئاب المرض، العلاج. مصر: منشأة المعارف للنشر والتوزيع.
- الهنداوي، محمد حامد إبراهيم. (2011). الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظة غزة، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس غير منشورة، كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة.
- بدر، سهاد، ونعيسة، رغداء. (2014). المساندة الاجتماعية الأسرية وعلاقتها بمستوى الاكتئاب لدى المسنين في دور الرعاية بمحافظة اللاذقية. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، 36(2)، 153-135.

- بدري الابراهيم، اسماء، ومقدادي، يوسف موسى. (2014). الصلابة النفسية و علاقتها بالرضا عن الحياة والاكثئاب لدى المسنين و المسنات المقيمين في دور الرعاية في الاردن. مجلة المنارة، 20(2)، 317-340.
- بعلول، نسيبة. (2020). جودة الحياة لدى المسنين المقيمين بدار العجزة بأم البواقي، رسالة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس غير منشورة . كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي.
- بكداش، رنيم، وسعدي، ريمة. (2017). مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى المسنين المقيمين في دور الرعاية الاجتماعية في مدينتي اللاذقية و طرطوس .مجلة جامعة تشرين للبحوث و الدراسات العلمية ، 39(2)، 355-369.
- بلخير، فايزة. (2012). مفهوم الذات و علاقته بالتكيف الاجتماعي لدى المسنين، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس غير منشورة .كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران .
- بلعربي، عبد القادر. (2016). الشيخوخة والتقاعد لدى عمال التربية. رسالة دكتوراه في الأنثروبولوجيا غير منشورة ، وهران.
- بن لطرش، إيمان. (2015). مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من المسنين .مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس غير منشورة .كلية العلوم الانسانية والاجتماعية .جامعة محمد بوضياف المسيلة.
- بوحوش، عمار. (2019). منهجية البحث العلمي وتقنياته في العلوم الاجتماعية. (ط1). المركز الديمقراطي العربي للدراسات الإستراتيجية والسياسية والاقتصادية.
- بوعزة، صالح ،وقيراني، زهية ،وقيراني، صباح. (2020). المفاهيم المرتبطة بجودة الحياة والصعوبات التي تواجهها. الملتقى الوطني الأول. جامعة محمد لمين دباغين، سطيف2، الهضاب. 29-36.
- جهاد، علاء الدين. (1999). التوافق النفسي للتقاعد لدى كبار السن المتقاعدين والغير عاملين من الجنسين. كلية العلوم التربوية، جامعة القاهرة.
- حاج لكحل، راضية. (2008). الصحة النفسية للمسنين، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس غير منشورة . كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر.
- حريزي، موسى بن إبراهيم ،وغري، صبرينة. (2013). دراسة نقدية لبعض المناهج الوصفية وموضوعاتها في البحوث الاجتماعية والتربوية والنفسية.مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، (13)، 23-34.
- حمزة، فاطيمة. (2018). تقنين مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية على عينات من البيئة الجزائرية. مجلة العلوم الاجتماعية، 7، 139-157.
- حموعلي، خديجة. (2012). علاقة الشعور بالوحدة النفسية بالاكثئاب لدى عينة من المسنين المقيمين بدور العجزة و المقيمين مع ذويهم ،رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس غير منشورة. كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية، جامعة الجزائر2.

- خزار، عبد الحميد، ومعمرية، بشير. (2009). الاضطرابات الجسمية والنفسية لدى المسنين. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، (23)، 74-83.
- خليفة، عبد اللطيف. (1997). دراسات في سيكولوجية المسنين. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- خوري، نسرين. (2019). الرفاه النفسي لدى مرتفعي ومنخفضي الشعور بالوحدة النفسية من المتقاعدين المصابين بارتفاع ضغط الدم، رسالة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس غير منشورة. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد لمين دباغين، سطيف2.
- دشلي، كمال. (2016). منهجية البحث العلمي. مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية.
- زهاروي، خروفة. (2017). الاكتئاب لدى المسنين: مقارنة نظرية. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، (30)، 65-72.
- زواني، نزهة. (2020). جودة الحياة لدى مرافقي الأشخاص المصابين بمرض الفصام في ضوء بعض المتغيرات. الملتقى الوطني الأول. جامعة مولود معمري، تيزي وزو، 17-153.
- سعودي، كريمة. (2019). مستوى الاكتئاب النفسي لدى المسنين المتقاعدين بالجزائر. مجلة الروائز، (1)، 111-123.
- سواكر، رشيد، وتواتي، عيسى إبراهيم. (2015)، النمو النفسي الاجتماعي وحاجات المسنين في ضوء نظرية إريكسون. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، (11)، 115. 124.
- شاكور، سوسن. (2015). اضطرابات الشخصية، أنماطها قياسها. (ط 2). عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- شرقي، رحيمة. (2010). الوصم الاجتماعي للمرأة المطلقة. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، (32)، 171. 180.
- شيخي، مريم. (2014). طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس غير منشورة. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر.
- عاشور، عبد المنعم. (2009). صحة المسنين كيف يمكن رعايتها. القاهرة: مكتبة الأسرة للنشر والتوزيع.
- عايش، صباح، ولعزالي، صليحة. (2020). مستوى جودة الحياة النفسية لدى المتدربين، الملتقى الوطني الأول. جامعتي خميس مليانة، جامعة الشلف. 117-131.
- عبد الستار، إبراهيم. (1988). اضطراب العصر الحديث، فهمه وأساليب علاجه. علم المعرفة للنشر والتوزيع.
- عبد القادر جودة، أمال. (د، س). أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالوحدة النفسية لدى عينة من المسنين. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، (7)، 65-108.
- عبد المحسن عبد الحميد، سحر. (2018). فاعلية برنامج مقترح في تحسين بعض أبعاد جودة الحياة لمعلمة رياض الأطفال وأثره على الكفايات المهنية لديها. المجلة العربية للإعلام وثقافة الطفل، (4)، 151-216.

- عزب، حسام الدين محمود. (2005). برنامج إرشادي لخفض الإكتئابية وتحسين جودة الحياة لدى عينة من معلمي المستقبل. المؤتمر العلمي السلوي الثاني عشر. كلية التربية، جامعة عين شمس.
- عسكر، عبد الله. (1988). الاكتئاب النفسي بين النظرية والتطبيق. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عكاشة، أحمد. (2003). الطب النفسي المعاصر. مصر: المكتبة الأنجلو المصرية.
- عكاشة، محمود فتحي، وإبراهيم، سليم عبد العزيز. (د، س). العلاقة بين جودة الحياة النفسية والإعاقة اللغوية. مؤتمر جودة الحياة. قسم علم النفس التربوي، كلية التربية بدمهور، جامعة الإسكندرية.
- علي إبراهيم، محمد. (2013). جودة الحياة وعلاقتها بقوة الأنا لدى مدرسي التربية الرياضية. مجلة الفتح، (54)، 334-349.
- علي نعيمة، رغداء. (2012). جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين. مجلة جامعة دمشق، 28، (1)، 145-181.
- عمر، ماهر محمود. (1987). المقابلة في الارشاد والعلاج النفسي. (ط2). مصر: دار المعرفة الجامعية.
- فرج طه، عبد القادر، وأبو النيان، محمد، وقنديل، شاكرا عطية، وعبد القادر، محمد. (1989). معجم علم النفس والتحليل النفسي. (ط1). بيروت: دار النهضة العربية. بيروت.
- فهاد المري، سلوى. (2018). الخصائص السيكومترية لمقياس الرفاه النفسي لدى الإناث المصابات بأمراض مزمنة. المجلة العربي للعلوم التربوية والنفسية، (5)، 339-370.
- قناوي، هدى محمد. (1987). سيكولوجية المسنين. (ط1). مصر: مركز التنمية البشرية.
- كاظم، علي مهدي، ومنسي، محمود عبد الحليم. (2016). مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة.
- كبداني، خديجة. (2016). الشيخوخة في الجزائر. مقارنة سوسيو ثقافية. مجلة إنسانيات، (72-73)، 11-26.
- محمد عبد الرحمن، سعيد عبد الرحمن. (2007). إستخدام بعض إستراتيجيات التعايش في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً. مركز دراسات وبحوث المعوقين، 319-355.
- مسعودي، محمد. (2015). بحوث جودة الحياة في العالم العربي. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، (30)، 203-220.
- مشاعل، فاتن. (2015). أثر اضطرابات الشخصية المصاحبة لبعض الاضطرابات النفسية على الاستجابة العلاجية لمرضى نفسيين بعد العلاج الطبي. رسالة دكتوراه في علم النفس غير منشورة. كلية علوم التربية. جامعة دمشق.
- مشري، سلاف. (2014). جودة الحياة من منظور علم النفس الإيجابي. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، (8)، 215-237.

معتصم محمد خير علي، وفاء. (2018). جودة الحياة و علاقتها بالكتئاب الغير مرتبط بالأعراض الذهانية بمستشفى التجاني الماحي. مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس غير منشورة. كلية التربية. جامعة السودان للعلوم و التكنولوجيا.

منصور، أميرة. (2016). المقابلة، رؤية منهجية في بحوث تعليم اللغة العربية. مجلة الأثر، (27)، 213-228.

هاشم، سامي محمد موسى. (2001). جودة الحياة لدى المعوقين جسميا والمسنين وطلاب الجامعة. مجلة الارشاد النفسي، (13)، 126-180.

واكلي، بديعة. (2014). علاقة استراتيجيات مواجهة الضغط بدرجة الاكتئاب. مجلة علوم الانسان و المجتمع، (11)، 287-320.

- Adam, S ;Joubert, S ;Missotten. (2013). L'âgisme et le jeunisme conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheurs. *Revue de Neuropsychologie*,5(1),4-8
- Alaphlippe, D ; Gana, K ; Baily,N. (2001) .Passage à la retraite craintes et espoirs, 2 (72), 29 – 40.
- Alaphlippe, D ; Baily, N. (2014). Assents Psychosociaux du vieillissement.*Revu Psychologie de l'adulte âgé*,69-87.
- Alghamdi, M.(2020).Cross-cultural validation and psychometric properties of the arabic brief cope in the saudi population. *The medical journal of malaysia*, accepted on 05-06-2020.
- Allaire, J. (1982). La Dépression en rapport avec les retraites intellectuelles et manuelles.
- Amami, O ; Hachicha , C ;Aribi, I ;Boukhris, A ;Njeh, F ; Mhiri,C.(2016) .Dépression ,copine et qualité de vie dans la maladie de parkinson, *l'information psychiatrique* ,7 (86) , 621- 625.
- Angladette, L ;Consoloi, S.(2004) .Deuil normal et pathologique .*la revue du praticien*, 54, 911 -917.
- Bayingana, k ;Tafforeau, j .(2002) .La Dépression ,état des connaissances et données disponibles pour le développement d'une politique de santé en Belgique. Centre de recherche opérationnelle en santé publique, institut scientifique de la santé publique.
- Bertha,CH ; Parker, C ; Thomson, C ;Kitch, K. (2013). La Dépression guide d'information. Centre de toxicomanie et de santé mental, Canada.
- Blanché, A. (2010). Vieillesse et Retraite ; Approches psychanalytique *le journal des psychologues*,(282),22-27.
- Boudjemadi, V. (2009). L'âgisme de la nature des trois théories explicatives et des mesures directes et indirectes d'un phénomène psychosocial, thèse doctorat. Nancy Université.
- Boudouda,N,E. (2013). Les immigrés Maghrébins à l'épreuve du vieillissement ; concept de soi et qualité de vie, thèse de doctorat en psychologie, université de lorraine.
- Boudouda,N,E ;Gana, K ; Baily, N ; Broc, G ;Cazauvieilh,EH. (2016). The Gériatrie Dépression scal dose it measure depressive mood, depression affect or Booth? *International journal at Gériatrie Psychiatry*.
- Boudjemadi, V ;Suiat kowski, V. (2015) .Une Approche explicative de l'âgisme, la théorie de la gestion de la terreur.
- Bouvet de la Maisonneuve, O. (2010) .Dépression et psychanalyse théorie et prise en charge. *fondation pierre Deniker pour la recherche et la prévention en santé mentale* ,(18).
- Briffault , X ;Caria,A.(Inpress) .La Dépression en savoir plus en sortir .*institut national de prévention et d'éducation pour la santé*.
- Brunault, P ;F ouquiereau, E ; Gillet, N.(2012) .Qualité de vie au travail .*université of tours* .

- Crivelli, D. (2010). Le Regard du personnel soignant sur la sexualité des personnes âgées en institution, thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine .faculté de médecine de Nancy, université Henri Poincaré, Nancy 1.
- Cao, W ;Guo, G ;Zheng, j. (2016) .A community based study of quality of life and dépression among older adultes international journal of environmental research and public health.
- Caradec, V. (2008). Vieillir au grand âge. Revue Recherche en soins infirmes, (97),28-41.
- Chalout, l ;Goulet, j ;Lan Ngo,T.(Inpress) .Manuel d'accompagnement pour une thérapie cognitivo-comprotementale.
- Corruble, E. (2009). Personnalité et vulnérabilité aux dépressions sévères l'encéphale, 7, 282-285.
- Corten,PH. (2005). Qualité de vie et vieillissement.
- Coté, M. (2015). Les stades de développement d Erikson et les troubles de personnalité. Thèse de doctorat en psychologie. Université de Québec.
- Delalogue, C. (2010). Interpreter les troubles cognitifs dans les troubles thymagne a l'âge avancé, Revue médicale suisse, 6, 754-751.
- FantiniHaumel,C ;Gélynarget, M ; Raffard,S. (2014). Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante. Edition Dunob. Paris.
- Ferron, M. (2011). La Relation entre qualité de vie et santé : une question épistémologique faculté des arts et sciences, université de Montréal.
- Frémont, F ; Belmin, J. (2004). Dépression du sujet âgée. Edition lundbeck, France.
- Freud, S. (2004) .Deuil et mélancolie Extrait de Métapsychologie, Revue sociétés, 4 (86) , 7- 19.
- Gallarda, T ; Loo, H. (2009). Dépression et personnes âgés. Revue l'encéphale, 35, 269-280.
- Gontheir, R. (2007). La Quality de vie chez le sujet âgé .Académie Nationale de Médecine,191(2).237-244.
- Institut canadien d'information sur la santé .(2010). La Dépression chez les personnes âgées dans les établissements de soins en Hébergement.
- Isabel, p. (2009). Comment améliorer le dépistage de la dépression chez les personnes âgées .institutionnalisées démentes ?. Thèse pour le doctorat en médecine générales, faculté de médecine, université paris 7 dénis Diderot.
- kindynis, S ;Burlacu, S ;Lauville, p ;Limosin, F. (2013).Thérapie des schémas du sujet âge impact sur la dépression, l'anxiété et les schémas cognitifs typiques l'encéphale, (39) , 393-400.
- Le blog des professionnels santé social et médico-social.(2016) .Démence, troubles du comportement et mécanisme de défenses.

- Mees, L. (2017). Les formes cliniques de la dépression chez le patient âgé. Presses universitaires Nanur. Belgique.
- Moulinier, P ; Jvan-Rey, M ;Vidal, J. (2008). Trois approches psychosociales du vieillissement Identité, catégorisation et représentation sociales.
- Muaweah, A.(inpress) . Puissance des répétitions des phrases des pensées positives (RPPP). un outil efficace de traitement contre les troubles psychologiques (dépression, anxiété et stress) centre d'étude et de recherche sur les risques et les vulnérabilités, université de Caen Normandie, Caen cedex, France.
- OMS. (2002). Vieillir en restant actif cadre d'orient action.
- Ould beziou, A.(2004). La Dépression du sujet âgé, sa prise en charge globale, ses difficultés diagnostiques et thérapeutiques .thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, université paris val de marne organisation mondial de la santé (2017) dépression Genève.
- Parrocco, I.(2018) , F act eurs associés au risque de dépression chez les personnes âgées de 65 ans et plus à la réunion en 2017.
- Perivien, S ; Mendes, A ;Nobari, B ; Ammane, H ; Cervena, k ; Perring, S ; Zekry, D.(2015) .Approche pratique de l'insomnie en gériatrie : de la plainte au traitement rev med suisse , (11) , 2098- 2103.
- Rinlinger, B. (2010). Dégression et trouble de la personnalité influence réciproques. L'encéphale,5,123-126.
- Ronget, j ; Chen,G ;Wang ,X ;Ge, Y ;Meng, N ; Xie, T ; Ding, H.(2019). Correlation between dépressive symptoms and quality of life, and associated factors for dépressive symptoms among rural elderly, clinical interventions in aging , (14) , 1901-1910.
- Roumilhac, V ; Kafoa, N. (2012). Renonement ou renaissance du soi du sujet âgé, Editions érés,2 (4),180-194.
- Rutten,P. (2003). Soutenir les liens sociaux de la qualité a domicile. Edition E N S P. France.
- Schielle,S.(2009).La Rectocolite ulcérohemorragique chez l'enfants et l'adolesont .plaidoyer pour une approche psychosomatique associée. Thèse pour obtenir doctorat en médecine, Faculté de médecine Nancy, université Henri poincare,Nancy1.
- Shrestha, k ;Ojha, S ;Dhungana, S ;Shrestha, S. (2020) .Dépression and its association with quality of life among elderly, neurology, psychiatry and brain research , (38) , 1- 4.
- Siamand, C. (1980). Identité vieillesse et société. Santé mentale au Québec,5 (2), 22- 32.
- Sovariova Soosova, M. (2016). Determinants of quality of life in the elderly. Original paper ,7 (3,) 484-493.
- Stryckman, N.(2009).Deuil,, mélancolie et dépression. Le Bulletin Freudien, (53).
- Suisse, M.(2009) .La Dépression du sujet âgé .revue médicale suisse ,(5) ,1785-1789.
- Thomas, P ; Thomas. (2008) .Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée, Revue Gérontologie et société, 31 (126), 141-151.

Thomas, P ,H ; Thomas, C ,H. Oliver, R.(2008) .Les troubles du comportement des personnes âgées. Soins gérontologie, (73) ,16 -20.

Tricktt, SH. (2013). Comment se débarrasser de l'anxiété et de la dépression.

Vinet, B. (1981). Le problème de la retraite. Département des relations industrielles de l'université Laval. 36 (4), 847.828-

السلامة

الملحق رقم 1: مقياس جودة الحياة "الصورة المختصرة".

اعداد (منظمة الصحة العالمية) 1996

تعريب (بشرى اسماعيل أحمد) 2008

م	العبارة
1	ما هو تقديرك لنوعية الحياة؟ (أ) سيئة جدا (ب) سيئة الى حد ما (ج) جيدة الى حد ما (د) لا سيئة ولا جيدة (هـ) جيدة جدا
2	ما هو مدى رضاك عن حالتك الصحية؟ (أ) راضي جدا (ب) راضي نوعا ما (ج) غير راضي نوعا ما (د) لا راضي ولا غير راضي (هـ) غير راضي أبدا
3	من رأيك الى أي مدى يمكن أن يؤدي مرضك الى عجزك عن القيام بالعمل؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
4	حتى تستمر حياتك، ما مقدار الرعاية التي تحتاج إليها؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
5	ما مدى استماعك بالحياة؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
6	ما مدى شعورك بوجود معنى لحياتك؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
7	الى أي مدى يمكنك تركيز عقلك ببساطة؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
8	ما مدى شعورك بالأمن في الحياة؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
9	ما مدى الاهتمام الصحي في بيئتك الطبيعية؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
10	هل لديك الكفاية والفاعلية الكافية للقيام بواجبات الحياة اليومية؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
11	هل أنت متقبل لبنائك الجسدي؟ (أ) سيء جدا (ب) سيء نوعا ما (ج) جيد نوعا ما (د) لا سيء ولا جيد (هـ) جيدا جدا
12	هل أنت كفاء لإشباع احتياجاتك؟

	(أ) سيء جدا	(ب) سيء نوعا ما	(ج) جيد نوعا ما	(د) لا سيء ولا جيد	(هـ) جيد جدا
13	(أ) ليس دائما	(ب) بدرجة قليلة	(ج) بدرجة متوسطة	(د) كثيرا	(هـ) بدرجة بالغة
14	(أ) ليس دائما	(ب) بدرجة قليلة	(ج) بدرجة متوسطة	(د) كثيرا	(هـ) بدرجة بالغة
15	(أ) ليس دائما	(ب) بدرجة قليلة	(ج) بدرجة متوسطة	(د) كثيرا	(هـ) بدرجة بالغة
16	(أ) غير راضي أبدا	(ب) سيء نوعا ما	(ج) لا راضي ولا غير راضي	(د) جيد نوعا ما	(هـ) راضي جدا
17	(أ) غير راضي أبدا	(ب) سيء نوعا ما	(ج) لا راضي ولا غير راضي	(د) جيد نوعا ما	(هـ) راضي جدا
18	(أ) غير راضي أبدا	(ب) سيء نوعا ما	(ج) لا راضي ولا غير راضي	(د) جيد نوعا ما	(هـ) راضي جدا
19	(أ) غير راضي أبدا	(ب) سيء نوعا ما	(ج) لا راضي ولا غير راضي	(د) جيد نوعا ما	(هـ) راضي جدا
20	(أ) غير راضي أبدا	(ب) سيء نوعا ما	(ج) لا راضي ولا غير راضي	(د) جيد نوعا ما	(هـ) راضي جدا
21	(أ) غير راضي أبدا	(ب) سيء نوعا ما	(ج) لا راضي ولا غير راضي	(د) جيد نوعا ما	(هـ) راضي جدا
22	(أ) غير راضي أبدا	(ب) سيء نوعا ما	(ج) لا راضي ولا غير راضي	(د) جيد نوعا ما	(هـ) راضي جدا
23	(أ) غير راضي أبدا	(ب) سيء نوعا ما	(ج) لا راضي ولا غير راضي	(د) جيد نوعا ما	(هـ) راضي جدا
24	(أ) غير راضي أبدا	(ب) سيء نوعا ما	(ج) لا راضي ولا غير راضي	(د) جيد نوعا ما	(هـ) راضي جدا
25	(أ) غير راضي أبدا	(ب) سيء نوعا ما	(ج) لا راضي ولا غير راضي	(د) جيد نوعا ما	(هـ) راضي جدا

26	كم مرة شعرت فيها بالحزن، الاكتئاب، والقلق؟	(أ) ليس دائما	(ب) بدرجة قليلة	(ج) بدرجة متوسطة	(د) كثيرا	(هـ) بدرجة بالغة
----	--------------------------------------------	---------------	-----------------	------------------	-----------	------------------

(اسماعيل أحمد، 2008، ص ص 387-388-389).

الملحق رقم 2: مقياس اكتئاب الشيخوخة:

لا	نعم	البنود
		1-هل أنت مقتنع بصورتك الأساسية
		2-هل أهملت كثيرا من أنشطتك واهتماماتك
		3-هل تشعر أن حياتك أصبحت دون جدوى
		4-هل تشعر عادة بالملل
		5-هل تشعر بأنك في معنوية عالية طوال الوقت
		6-هل تخاف أن شيئا سيئا سيحدث
		7-هل تشعر بأنك سعيد معظم الوقت
		8-هل تشعر بأنك بائس معظم الوقت
		9-هل تفضل الجلوس في البيت على الخروج والقيام بأعمال جديدة
		10-هل تشعر بأن لديك صعوبات في التذكر أكثر من غيرك
		11-هل تشعر بأن الحياة رائعة أكثر من ذي قبل
		12-هل تشعر بأنك عديم الفائدة هذه الأيام
		13-هل تشعر بأنك مليء بالطاقة والحيوية
		14-هل تعتقد بأن وضعك الان ميؤوس منه
		15-هل تشعر بأن الآخرين أسعد منك

(الجندي، 2008، ص ص 185-186).

الملحق رقم 03: مقياس استراتيجيات التكيف

افعل ذلك قليلا	افعل ذلك بدرجة متوسطة	افعل ذلك قليلا	لا افعل ذلك ابدا	الفقرات
				1. اركز جهودي على عمل شيء بخصوص الموقف الذي واجهته
				2. احاول التفكير بما يجب عمله اتجاه الحدث
				3. احاول ان انظر اليه من زاوية اخرى تجعله يبدو اكثر ايجابية
				4. اتقبل حقيقة ان الحادث قد حدث
				5. اعمل نكات حول الحادث
				6. احاول البحث عن الراحة في معتقداتي الدينية والروحية
				7. الحصول على الدعم العاطفي من الآخرين
				8. الحصول على نصيحة والمساعدة من الاخرين لما يجب فعله
				9. اشغل نفسي بالعمل او نشاطات اخرى
				10. اقول لنفسي هذا ليس حقيقي
				11. اقول اشياء للتخلص من المشاعر المزعجة
				12. استخدم الكحول والادوية المهدئة الاخرى لكي اشعر افضل
				13. اوقفت محاولة التعامل مع الحدث
				14. انتقد نفسي
				15. اتعلم التعايش مع الحدث
				16. اسعى لجعل الموقف افضل
				17. افكر جديا بالخطوات التي يجب اتخاذها لكي اشعر افضل
				18. ابحت عن الشيء الجيد او الايجابي في ما حدث
				19. احاول الحصول على بعض المتعة
				20. الصلاة والتأمل والدعاء
				21. الحصول على الراحة والفهم من شخص ما
				22. الحصول على النصيحة والمساعدة من الاخرين

				23. اعمل شيء لتقليل تأثير الحدث كمشاهدة التلفزيون القراءة احلام اليقظة النوم التسوق
				24. لا اصدق انه حدث
				25. اعبر عن مشاعري المنزعجة
				26. استخدم الكحول أو الأدوية المهدئة الأخرى لمساعدتي للتخلص منه .
				27. أتوقف عن التعامل مع الحدث.
				28. ألوم نفسي على الأشياء التي حدثت.

(Alghamdi,2020)