الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة 2

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق النفسي وجودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

قاسمي إيمان

إشراف الدكتور:

أ.د/ فاضلي أحمد

السنة الجامعية: 2022/2021

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة 2

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق النفسي وجودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

قاسمي إيمان

أمام اللجنة المشكلة من:

الزروق فاطمة الزهراء	أستاذة التعليم العالي	جامعة البليدة2	رئيسا
فاضلي أحمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة البليدة2	مشرفا ومقررا
شريفي هناء	أستاذة محاضرة أ	جامعة الجزائر2	عضوا مناقشا
ياحي سامية	أستاذة التعليم العالي	جامعة الجزائر2	عضوا مناقشا
حفظ الله رفيقة	أستاذة محاضرة أ	جامعة الجزائر2	عضوا مناقشا
عزاق رقية	أستاذة التعليم العالي	جامعة البليدة2	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2022/2021

كلمة شكر

سطورا كثيرة تمر في الخيال ولا يبقى لنا في نهاية المطاف إلا قليلا منها نوجزها في عبارات...

فكان واجب علينا أن نشكر الله أولا لتوفيقه حتى نضع بين أيديكم هذا العمل، كما نخص الجزيل الشكر والعرفان إلى كل من أشعل شمعة في دروب علمنا وإلى من وقف على المنابر وأعطى من حصيلة فكره لينير دربنا وساهم في تنوير عقلنا...

إلى كل الأساتذة الكرام الذين كانوا عونا لنا سواء من قريب أو بعيد لنصل لهذه اللحظات، كما نتوجه بالشكر الجزيل

إلى الأستاذ الدكتور أحمد فاضلي

الذي تفضل بإشرافه على هذه الدراسة فله منا كل التقدير والاحترام...

وإلى كل الذين مهدوا لنا طريق العلم والمعرفة...

إهداء

إن لكل جهد خلفيات ودروب سار عليها...

ومضات ولحظات ومواقف حصر فيها...

فلا يوجد شيء هين مادام المرء يطلب العلى...

ولا يمكن أن يكون لوحده حتى يبلغ هدفه الأسمى...

وعليه في عبارات من القلب الذي آمن بقدرة الله في توفيقه... ومن صميم شعوره هذه الكلمات...

إلى من سهر على تربيتي وكافح لراحتي وناضل لأرسم مستقبلي...

أبي، سندي وقوتي...دعمي وبصيرتي...أمي، أماني وطمأنينتي...رعايتي وبلسمي... والداي نور عيني وأملي...

إلى أخوتي...دمي وفصيلتي...عوني وشمعة ظلمتي...

إلى أهلي وأحبتي...

إلى زملائي وأصدقاء دربي...

إلى كل من كان له الفضل في رسم مشاعر الحب والاحترام في شخصي... ولمن كان له الفضل في تعزيز قوتي...نحو السير والتقدم لوضع أسس وجودي ومكانتي...

إلى كل من ساعدني على إنجاز هذا البحث و وقف إلى جانبي ولم تسعني هذه الأسطر إلى ذكر اسمه اهدي عملي...

إيمان

ملخص

نهدف من خلال هذه الدراسة إلى التعرف عن الفروق المتواجدة بين الجنسين من كبار السن المقيمين بدار المسنين في أساليب التعامل مع الضغوط النفسية، مع إبراز أهم الأساليب التعامل مع الضغوط النفسية التي يعتمدون عليها، كما نهدف إلى التعرف عن مستوى التوافق النفسي لديهم، مع الكشف عن الفروق المتواجدة بين الجنسين في توافقهم النفسي، مع محاولة توضيح العلاقة الارتباطية بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى عينة الدراسة، بالإضافة إلى محاولة التعرف على مستوى جودة الحياة لديهم، مع الإشارة إلى الفروق المتواجدة في جودة حياتهم باختلاف جنسهم، مع الكشف عن العلاقة الارتباطية بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وجودة الحياة لديهم، والعلاقة الارتباطية بين التوافق النفسي وجودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي، مع تطبيق مقاييس الدراسة المتمثلة في كل من مقياس مواجهة الضغوط النفسية للمسنين، ومقياس التوافق النفسي للمسنين، ومقياس جودة الحياة، وذلك على عينة بلغ عددها (100مسن) مقيم بدار المسنين، وبعد المعالجة الاحصائية التي تمت بواسطة البرنامج الاحصائي (SPSS) توصلنا إلى أنه لا توجد فروق في أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وذلك راجع باختلاف الجنس لديهم، كما أن كبار السنالمقيمين بدار المسنين يعتمدون على أساليب ترتكز على السند الاجتماعي أكثر من استعمالهم لأساليب التي ترتكز على المشكلة أو الانفعال في تعاملهم مع الضغوط النفسية التي تواجههم، مع أننا توصلنا إلى أن لدى أغلبيتهم مستوى التوافق النفسي مرتفع، كما تم الكشف على أن هناك فروق لصالح الإناث في مستوى التوافق النفسي لديهم، مع التوصل إلى أنه تجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى عينة الدراسة، كما تم التوصل إلى أن لدى أغلبية كبار السن المقيمين بدار المسنين مستوى جودة الحياة متوسط، بالإضافة إلى أننا توصلنا إلىأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الإناث في مستوى جودة الحياة، مع وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى كبار السن، وأخيرا تم التوصل إلى أنه لا توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين التوافق النفسي وجودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين.

الكلمات المفتاحية: الضغوط النفسية، أساليب التعامل مع الضغوط النفسية، التوافق النفسي، جودة الحياة، كبر السن.

فهرس المحتويات

كلمة شكر

إهداء

ملخص

العناوين **الصفحة**

مقدمة.....1

الإطار العام للدراسة

1. الإشكالية.....6

2. صياغة الفرضيات.....14

3. تحديد مفاهيم الدراسة.....15

1.3. الضغط النفسي.....15

2.3. أساليب التعامل مع الضغوط النفسية.....15

3.3. التوافق النفسي.....16

4.3. جودة الحياة.....16

5.3. كبر السن.....17

4. أهداف الدراسة.....18

5. أهمية الدراسة.....19

الجانب النظري للدراسة

الفصل الأول: الضغوط النفسية وأساليب التعامل معها

تمهيد.....23

الضغوط النفسية

1. لمحة تاريخية عن استخدام مصطلح الضغط.....24

2. مفاهيم الضغط النفسي.....26

3. مصادر الضغط النفسي.....32

1.3. أحداث ومشكلات نفسية داخلية.....32

2.3. الظروف والمشكلات غير البسيطة.....32

3.3. الظروف والمشكلات الاجتماعية وأحداث الحياة اليومية.....32

4.3. ظروف وضغوط العمل والانجاز الأكاديمي.....32

5.3. العوامل التي تحدث الضغوط النفسية.....33

1.5.3. الإحباط 33

2.5.3.التهديد.....34

3.5.3. الصراع.....34

4. خصائص الضغوط النفسية.....35

5. أنواع الضغوط النفسية.....37

1.5. ضغوط حادة.....39

2.5. ضغوط طويلة المدى.....39

3.5. ضغوط ذاتية.....39

4.5. ضغوط جسمية.....39

6. أعراض الضغوط النفسية.....44

1.6. الأعراض الجسمية 45

2.6. الأعراض النفسية 46

3.6. الأعراض الإجتماعية 46
4.6. الأعراض العقلية 46
5.6. الأعراض السلوكية 46
6.6. الأعراض العاطفية 47
7. الاستجابة للضغط النفسي.....47
1.7. مرحلة التنبيه والحذر.....49
2.7. مرحلة المقاومة.....49
3.7. مرحلة الإنهاك 49

أساليب التعامل مع الضغوط النفسية

8. مفهوم أساليب التعامل مع الضغوط النفسية.....52
9. تصنيف أساليب التعامل مع الضغوط النفسية.....59
1.9. أساليب المواجهة الإقدامية.....60
2.9. أساليب المواجهة الإحجامية.....61
10. مميزات أساليب التعامل مع الضغوط النفسية.....62
11. التناولات النظرية لأساليب التعامل مع الضغوط النفسية.....64
1.11. التناول السيكوديناميي.....65
2.11. التناول التفاعلي.....66
3.11. تناول التقارب بين الشخصية والمواجهة.....68
12. نتائج أساليب التعامل مع الضغوط النفسية.....69
خلاصة الفصل.....71

الفصل الثاني: التوافق النفسي

تمهيد.....73

1. تعريف التوافق النفسي.....74
2. خطوات عملية التوافق النفسي.....77
3. طبيعة عملية التوافق النفسي.....79
1.3. الاتجاه البيولوجي..... 79
2.3. الاتجاه السيكولوجي.....80
3.3. الاتجاه الاجتماعي.....82
4. دوافع ومتطلبات عملية التوافق النفسي.....84
5. مؤشرات التوافق النفسي.....86
6. مجالات التوافق النفسي.....87
1.6. التوافق النفسي (الشخصي).....87
2.6. التوافق العقلي.....88
3.6. التوافق الديني.....88
4.6. التوافق السياسي.....88
5.6. التوافق الجنسي.....89
6.6. التوافق الزواجي.....89
7.6. التوافق الأسري.....90
8.6. التوافق الاقتصادي.....90
9.6. التوافق المهني.....90
10.6. التوافق الاجتماعي.....91
7. التناولات النظرية المفسرة للتوافق النفسي.....93
1.7. نظرية التحليل النفسي.....93

2.7. النظرية السلوكية.....95
3.7. النظرية المعرفية.....96
8. التوافق النفسي لدى كبار السن.....98
9. أهمية دراسة التوافق النفسي لدى كبار السن.....104
10. معيقات عملية التوافق النفسي.....106
1.10.النقص الجسماني.....106
2.10. عدم إشباع الحاجات بالطرق التي تقرها الثقافة.....107
3.10. عدم تناسب الانفعالات والمواقف.....107
4.10. الصراع البين شخصي الاجتماعي.....107
خلاصة الفصل.....110

الفصل الثالث: جودة الحياة

تمهيد.....112
1. نشأة وتطور مفهوم جودة الحياة.....113
2.1. تعريف جودة الحياة.....117
2. أبعاد جودة الحياة.....125
1.2. البعد الذاتي.....126
2.2. البعد الموضوعي.....126
3. مؤشرات قياس جودة الحياة.....127
1.3. المؤشرات النفسية.....129
2.3. المؤشرات الاجتماعية.....129
3.3. المؤشرات المهنية.....129
4.3. المؤشرات الجسمية والبدنية.....129

4. مكونات جودة الحياة.....130
5. مقومات جودة الحياة.....133
1.5. التكامل الوظيفي بين قوى الذات.....134
2.5. الازدواجية السوية في سلوك الإنسان.....134
3.5. النزعة للتدين والنزعة للإنابة.....135
6. حلقات ومظاهر جودة الحياة.....136
1.6. الحلقة الأولى: العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال.....136
1.1.6. العوامل المادية الموضوعية.....136
2.1.6. حسن الحال.....136
2.6. الحلقة الثانية :إشباع الحاجات والرضا عن الحياة.....137
1.2.6. إشباع وتحقيق الحاجات.....137
2.2.6. الرضا عن الحياة.....137
3.6. الحلقة الثالثة: إدراك الفرد القوى والمتضمنات الحياتية وإحساسه بمعنى الحياة....137
1.3.6. القوى والمتضمنات الحياتية.....137
2.3.6. معنى الحياة.....138
4.6. الحلقة الرابعة: الصحة والبناء البيولوجي و إحساس الفرد بالسعادة.....138
1.4.6. الصحة والبناء البيولوجي.....138
2.4.6. السعادة.....138
5.6. الحلقة الخامسة : جودة الحياة الوجودية.....139
7. قياس جودة الحياة.....141
1.7. القياس العالمي.....143

2.7. القياس العام.....143
3.7. القياس الخاص بالمرضى.....143
4.7. مجالات القياس الخاص.....143
8. مجالات جودة الحياة.....145
1.8. المجال النفسي لجودة الحياة.....145
2.8. المجال البدني لجودة الحياة.....146
3.8. المجال الاجتماعي لجودة الحياة.....146
4.8. الرضا عن العيش.....147
5.8. السعادة.....147
6.8. الرفاهية الذاتية.....148
9. التناولات النظرية المفسرة لجودة الحياة.....149
1.9. التناول الاجتماعي.....149
2.9. التناول النفسي.....151
3.9. التناول الطبي.....152
10. معوقات جودة الحياة.....153
11. جودة الحياة وأبعادها لدى كبار السن.....155
12. جودة الحياة في الجزائر.....158
خلاصة الفصل.....160

الفصل الرابع: كبر السن

تمهيد.....162
مفهوم كبر السن.....163

2. تحديد إشكالية مفهوم كبر السن لدى الباحثين.....167
1.2. العمر الزمني (Chronological Age).....167
2.2 . العمر البيولوجي (Biological Age).....168
3.2. العمر الاجتماعي (Social Age).....169
4.2. العمر السيكولوجي "النفسي" (Psychological Age) 169
3. تاريخ بداية الاهتمام بدراسة كبار السن.....170
4. أسباب الاهتمام بدراسة ورعاية كبار السن في مجتمعنا الجزائري.....174
5. مميزات وخصائص المشكلات لدى كبار السن.....180
6. الاضطرابات والضغوط النفسية للمسن.....183
7. الوقاية من مشكلات كبر السن للرفع من توافقهم وجودة الحياة لديهم.....186
8. أسلوب الحياة وأثره في عملية الكبر.....190
9. رعاية كبار السن.....193
10. كبار السن المقيمين بدار المسنين.....196
11. التناولات النظرية التي فسرت الكبر (الشيخوخة) 199
1.11. نظرية الانسحاب أو فك الارتباط أو التحليل السلبي.....199
2.11. نظرية النشاط و الفعالية (Activity Theory) 201
3.11. نظرية الأزمة (Crisis Theory).....202
4.11. نظرية التوافق (Adjustment Theory).....204
5.11. نظرية الاستمرارية (Continuuity).....206
خلاصة الفصل.....207

الجانب التطبيقي للدراسة

الفصل الرابع: منهجية الدراسة

تمهيد.....210

1. الدراسة الاستطلاعية.....210

2. المنهج المستخدم.....212

3. مجال الدراسة.....213

1.3. المجال البشري.....213

2.3. المجال المكاني.....213

3.3. المجال الزماني.....214

4. العينة.....214

1.4. طريقة اختيار عينة الدراسة.....214

5. الأدوات المعتمد عليها في الدراسة.....216

1.5. مقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية للمسنين.....216

2.5. مقياس التوافق النفسي للمسنين.....218

3.5. مقياس جودة الحياة.....220

4.5. الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) للمقاييس المعتمد عليها في الدراسة الحالية..... 221

1.4.5. الخصائص السيكومترية لمقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية للمسنين....

..... 221

2.4.5. الخصائص السيكومترية لمقياس التوافق النفسي للمسنين.....222

3.4.5. الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة.....224

6. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.....225

خلاصة الفصل.....226

الفصل الخامس:عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد.....228

1. عرض وتحليل ومناقشة نتائج اختبار فرضيات الدراسة.....229

1.1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.....229

1.2. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.....231

1.3. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.....234

1.4. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.....237

1.5. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.....239

1.6. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة.....242

1.7. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة.....246

1.8. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة.....249

1.9. عرض ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة.....251

الاستنتاج العام..... 254

خاتمة.....260

المراجع 264

الملاحق.....275

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوانه	الصفحة
1	مكونات جودة الحياة	132
2	قياس جودة الحياة من وجهات نظر مختلفة	142
3	معوقات تحقيق جودة الحياة	153
4	درجة الصدق عن طريق المقارنة الطرفية لمقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية للمسنين	221
5	درجة الثبات عن طريق ألفا كرومباخ لمقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية للمسنين	222
6	درجة الصدق عن طريق المقارنة الطرفية لمقياس التوافق النفسي للمسنين	223
7	درجة الثبات عن طريق ألفاكرومباخ لمقياس التوافق النفسي للمسنين	223
8	درجة الصدق عن طريق المقارنة الطرفية لمقياس جودة الحياة	224
9	درجة الثبات عن طريق ألفا كرومباخ لمقياس جودة الحياة	225
10	الفروق المتواجدة في متغير أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وفق جنس كبار السن المقيمون بدار المسنين	229
11	أهم الأساليب التي يعتمد عليها كبار السن المقيمين بدار المسنين في تعاملهم مع الضغوط النفسية	231
12	مستوى التوافق النفسي لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين	234
13	الفروق المتواجدة في متغير التوافق النفسي لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين وذلك حسب جنسهم	237
14	طبيعة العلاقة الإرتباطية المتواجدة بين متغير أساليب التعامل مع الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين	240
15	مستوى جودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين	243

16	الفروق المتواجدة في متغير جودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين وذلك وفق جنسهم	246
17	العلاقة الإرتباطية بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين	249
18	العلاقة الارتباطية المتواجدة بين التوافق النفسي وجودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين	252

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوانه	الصفحة
1	تقسيم الأحداث الضاغطة	38
2	أنواع الضغوط النفسية عند بعض الباحثين	42
3	ملخص لمفهوم جودة الحياة	124
4	توزيع عينة الدراسة حسب الجنس	215

مقدمة

تعد مرحلة كبر السن مرحلة عمرية لها خصائصها ومتفردة بمشاكلها، تتشعب بها معاناة المسنين بدنيا وأسريا واجتماعيا، وتتدنى قدراتهم الأساسية في العمل ومقاومة الأمراض، فالعديد من الدول المتقدمة لا تعترف بحد معين بوصفه حدا للعطاء والإبداع والمشاركة في بناء المجتمع؛ فكبار السن جزء أساسي من المجتمع فهم إذا كانوا قد تركوا الحياة العملية، فإن هذا لا يعد دليلا على عجزهم، فالخبرة والحكمة اللتان يحصلون عليهما خلال العمل الطويل تجعلان لمشورتهم نقلا يعتد به.

كما نجد لدى كبار السن حنكة تتمثل في القدرة المعرفية لمواجهة مشكلات الحياة؛ إذ أن كبير السن مر عليه مجموعة من الأزمات والصدمات النفسية من بينها نجد الضغوط النفسية، بحيث تعد الضغوط النفسية عامل مؤثر في حياة كل فرد، ونظرا لتفاقم متطلبات الحياة حتى يعيش الفرد في راحة واطمئنان عليه تلبية مجموعة من حاجيات الحياة الراهنة، و كلما واجه كبير السن الضغوط التي تواجهه في حياته اليومية وكانت هذه الضغوط تفوق قدراته كلما كان ذلك تهديد ينبئ بخطر صحته النفسية والجسدية، فمن الأعراض السلبية للضغوط النفسية نجد تأثيرها السلبي على هيكلة الجانب الجسدي فسيولوجيا وعصبيا وغيرهما، فمن الضروري ومن السلامة الصحية هي التوجه لحل المشكلات التي تعترض حياة المسن؛ إذ كلما واجه كبير السن الضغوط التي تواجهه كلما انعكس ذلك على توافقه النفسي الذي بدوره يعد الأمن والسلام الداخلي الذي يجعل من كبير السن ذو شخصية متوازنة ومتوافقة تتسم بكمالية الشخصية السوية، كما يمكن أن يؤثر توافق المسن نفسيا على نوعية حياته وجودتها، بحيث نجد جودة

الحياة من بين أهم النقاط التي يسعى علم النفس لتفعيلها وتحقيقها بين أفراد المجتمع، وكذلك لدى المرء في حد ذاته، لنصل في الأخير إلى معاش نفسي سوي متوازن، وبتالي تمتع الفرد بشخصية (البين الشخصية/البين اجتماعية) متوازنة متوافقة ومتطلبات الحياة التي يعيشها الفرد في مجتمعه؛ أي أن جودة الحياة وما تحمله من أبعاد ومظاهر في تحقيق الصحة النفسية والتوازن النفسي لدى الأفراد عامة وكبار السن خاصة ضمن مجتمعاتهم، يعد من المواضيع الجد الحساسة نظرا لانعكاسها على صحتهم وعلى مردودية المجتمع من خلال مقوماته في شتى مجالات الحياة.

وعليه يمكن القول أن فئة كبار السن من بين الفئات العمرية الأكثر هشاشة والأكثر خصوصية بحكم مرحلتها؛ بحيث قد نجد تراجع على مستواهم الصحي الجسمي والنفسي وذلك ما يعكسه على علاقاتهم مع عالمهم الخارجي، ولحساسية المرحلة وما تمر به من مواقف وظروف سلطنا دراستنا صوب هذه الشريحة العمرية وبالأخص كبار السن المقيمين بدار المسنين، وما زاد دراستنا أهمية هو التقرب لهته الفئة والتماس خصوصية معاشها بدار المسنين وبالضبط وقت بداية انتشار جائحة كورونا (COVID-19) في الجزائر الذي وافق 17 فيفري 2020 كتسجيل أول حالة إصابة بولاية البليدة، وما فعل في نشر حالات الهلع والرعب بين أفراد القاطنين بالولاية خاصة والوطن الجزائري عامة كغير حال بلدان العالم بأسره؛ وعليه كانت مثابرتنا تكمن في جمع معطيات خاصة بفئة كبار السن وما يعيشونه من مواقف ضاغطة في ظل حالهم الراهن ضمن المركز الذي يحتويهم وكذلك في مدى تحقيق التوافق النفسي لديهم، حتى تتزن شخصيتهم لتصبح على السواء المرجو لتحقيق الصحة والسلامة النفسية فجودة الحياة الفعلية.

وحتى نلم بكل أبعاد موضوع دراستنا كان العمل يتضمن جانبين متسلسلين بفصولهما حتى يمكن لنا تناول محتوى يوضح أكثر ما نود التوصل إليه، إذ كان عملنا ممنهج ومقسم لإطارين الأول نظري والثاني منه ميداني، بحيث نذكر تدرجهما كالتالي:

يضم الجانب الأول:

الإطار العام للدراسة: خصص لتحديد إشكالية موضوع الدراسة، من خلال تحديد أهم التساؤلات المقترحة التي تم صياغتها على شكل فرضيات، والتي تعتبر أساس هذه الدراسة يتم اختبارها من خلال الدراسة الميدانية، هذا ما تطلب منا تحديد أهم المفاهيم البارزة من خلال متغيرات الفرضيات حتى لا يصعب للقارئ فهم ما ترمي إليه هذه المفردات، كما تم الإشارة لأهم الأهداف التي نود التوصل إليها، كما لا يفوتنا ذكر أهمية دراستنا العلمية والعملية في مجال بحثنا العلمي.

الفصل الأول: خصص للضغوط النفسية وأساليب التعامل معها، بحيث تم تناول لمحة تاريخية عن استخدام مصطلح الضغط، ثم مفاهيم الضغط النفسي، مصادره، خصائصه، أنواعه، أعراضه، والاستجابة له، بالإضافة للتطرق إلى مفهوم أساليب التعامل مع الضغوط النفسية، مميزاتها، مع عرض التناولات النظرية المفسرة لمواجهة الضغوط النفسية، وأخيرا تم تناول نتائج أساليب التعامل مع الضغوط النفسية.

الفصل الثاني: وتضمن متغير التوافق النفسي، وكان يحمل عنصر التعريف بالتوافق النفسي، وخطوات عمليته، مع الإشارة إلى طبيعة عمليته، ودوافعه ومتطلباته، مع ذكر مؤشراته، ومجالاته، مع التناولات النظرية المفسرة له، بالإضافة إلى التطرق إلى التوافق النفسي لدى كبار

السن، وعرض أهمية دراسة التوافق النفسي لدى كبار السن، وأخيرا تم تناول معيقات عملية التوافق النفسي.

الفصل الثالث: وكان يندرج ضمنه متغير جودة الحياة الذي وافق في طياته الكشف عن نشأة وتطور مفهوم جودة الحياة، والتعريف بها، مع عرض أبعادها، مؤشرات قياسها، بالإضافة إلى تناول مكوناتها، مقوماتها، التطرق إلى حلقاتها ومظاهرها، تناول سبل قياسها، وتحديد مجالاتها، مع ذكر التناولات النظرية المفسرة لها، الإشارة لمعوقاتها، مع التعرض لعنصر جودة الحياة وأبعادها لدى كبار السن، وأخيرا تم تناول عنصر جودة الحياة في الجزائر.

الفصل الرابع: وكان مخصص لعينة الدراسة وهي كبر السن، بحيث تم تناول عدة نقاط نجدها في مفهوم كبر السن، تحديد إشكالية مفهوم كبر السن لدى الباحثين، تاريخ بداية الاهتمام بدراسة كبار السن، أسباب الاهتمام بدراسة ورعاية كبار السن في مجتمعنا الجزائري، مميزات وخصائص المشكلات لدى كبار السن، الاضطرابات والضغوط النفسية للمسن، الوقاية من مشكلات كبر السن للرفع من توافقهم وجودة الحياة لديهم، أسلوب الحياة وأثره في عملية الكبر، رعاية كبار السن، كبار السن المقيمين بدار المسنين، وأخيرا نجد التناولات النظرية التي فسرت الكبر (الشيخوخة).

في حين خصص الجانب الثاني للجانب التطبيقي للدراسة الذي قسمناه بدوره إلى فصلين:

الفصل الخامس: خصص لمنهجية الدراسة، بتوضيح كيفية إجراء الدراسة الاستطلاعية والتي على ضوئها تم تحديد المنهج المعتمد عليه، كذلك عرض مجالات البحث، العينة، مع الإشارة

لأهم المقاييس المستعملة في الدراسة مع عرض الخصائص السيكومترية للمقاييس المعتمد عليها ضمن الدراسة الحالية مع الاشارة لطريقة معالجة المعطيات المتحصل عليها.

الفصل السادس والأخير: خصص لعرض نتائج الدراسة، وإلى مناقشة وتفسير نتائجها كما وضع الاستنتاج العام لها، وفي الأخير تم عرض الخاتمة النهائية للدراسة.

1. الاشكالية

تعد مرحلة كبر السن المرحلة العمرية التي يختم بها الفرد حياته، بحيث تعد مرحلة حرجة بحكم تدهور حالة كبير السن وقدراته وصحته العقلية والنفسية وحتى منها الاجتماعية؛ فقد يتولد لدى كبير السن معاش نفسي يجعله في عزلة اجتماعية وقليل التفاعل وذاك ما ينتج عنه تباعده الاجتماعي وذلك راجع لخصوصية المرحلة وتوجهها لما يحقق هدوءه وراحة مزاجه.

وهذا لا يعني الإنقاص من أهميتها بل تعد من أهم المراحل التي يمر بها الإنسان، كونها آخر مراحل حياته مما يجعلها تتميز بالعديد من الخصائص سواء على المستوى النفسي أو الاجتماعي أو العلائقي أو حتى ما يسمى الجانب الصحي، هذه الخصوصيات هي التي تجعل هذه المرحلة العمرية أكثر أهمية، فهي حالة يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية البدنية والعقلية واضحا يمكن قياس آثاره على العمليات التوافقية. [1]

[1] هناء غنيمة وأحمد متولي: العنف الأسري الموجه ضد المسنين وعلاقته بالإكتئاب والرضا عن الحياة. مداخلة في مؤتمر سنوي السادس عشر للمركز الإرشاد النفسي. جامعة عين الشمس. مصر.2011.

بحيث تشير الإحصائيات في الجزائر أن عدد كبار السن يتزايد باستمرار في مجتمعنا فقد تضاعف عددهم ثلاث مرات، حيث انتقل بين سنوات (1966 و2008) على التوالي من (81900 إلى 2540000) نسمة، وتشير الإسقاطات المستقبلية إلى (4300000) نسمة بحلول سنة (2020)، و (6700000) نسمة بحلول سنة(2030).[1]

وضمن هذه الإحصائيات نجد من بينها كبار السن الذين يقيمون بدار المسنين ممثلين واقع خاص بهم؛ بحيث قد نجدهم يواجهون مشقة في الحياة من خلال المواقف الضاغطة والتحديات التي تواجههم بصفة دورية في حياتهم اليومية.

إذ نجد الضغوط النفسية حسب كوك (Cox,1990) " أنها تنشأ نتيجة أي صراع بين المطالب الملقاة على الفرد وقدراته على التعامل معها، حيث يفكر الفرد في المطلب ويفكر في قدراته وأن اختلال التوازن بين الطرفين هو السبب في ظهور الضغوط، وأن هذه الضغوط تنتج من تفاعل الفرد مع بيئته سواء كانت هذه البيئة داخلية أم خارجية، وتبرز عندما يكون هناك تعارض بين حاجات الفرد وقدراته على تلبية هذه الحاجات". [2]

كما يؤكد الدحدوح أيضا على أن الضغط النفسي هو " ظاهرة نفسية وفسيولوجية، ناجمة عن المواقف الضاغطة والمثيرة، والتي تهدد حياة الفرد ووجوده، وتتطلب منه نوعا من إعادة التوافق، عبر تغيرات جسمية ونفسية وسلوكية ".[3]

---

[1] سامية يحياوي: دور الدعم الأسري في تحقيق الصحة النفسية والجسدية لدى المسن. الملتقى الدولي مشكلات المسنين– بين الواقع والآفاق– . جامعة آكلي أولحاج محند . البويرة. الجزائر.2019، ص 119.

[2] حسيبة برزوان: النفسية والاضطرابات العضوية. الجزائر: كنوز الحكمة.2019، ص6–7.

[3] أسماء سلمان نصيف الدحدوح: الأساليب المعرفية وعلاقتها بالتوتر النفسي لدى طلبة الجامعات الفلسطينية.رسالة ماجيستير. الجامعة الإسلامية. غزة.2010.

كما خلصت مجموعة من الدراسات Aldwin (1987) "و"Revenson "، " Moos"
و Billings " (1984) "،(1985) " Lazarus" و"Folkman، Rohde" و آخرون "، (1990) إلى أنه ليست كل استجابات الضغط تحدث نتائج مرغوبا فيها، فهناك استجابات مواجهة غير وظيفية منها توبيخ الذات، والتفكير الخيالي والتهرب والتجنب والإنكار، مثل هذه الاستراتيجيات من النوع التجنب تعمل ضد الفرد وصحته وتوافقه وليس لصالحه، وهناك عدد من الأدلة التي توضح أن استعمال مواجهة نشطة فعالة للتعامل مع الحياة وضغوطها تعزز عموما الحالة الصحية للفرد وسعادته.[1]

ومنه نجد من الضروري على كبير السن أن يتعامل ويواجه هذه الضغوط باستخدام موارده العقلية والجسمية؛ بحيث يؤكد محمد أحمد المشابقة على أنه " يتوقف نجاح مواجهة الضغوط على قدرة الشخص على التعامل بشكل فعال مع مصدر الضغط " .[2]

[1] حكيمة آيت حمودة وآخرون: إستراتيجيات مواجهة ضغوط أحداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية والجسدية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.2018، ص119،117،114.

[2] محمد أحمد المشابقة: الصحة النفسية للفرد والمجتمع. الأردن: دار المسيرة. 2018.

إذ تجدر الإشارة إلى أن كبير السن يجب أن يعتمد على أسلوب معين لمواجهة المواقف الضاغطة التي تواجهه؛ وفي صدد ذلك نجد دراسة (Fleishman,1984) التي حدد من خلالها معنى أساليب التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة التي تواجه الفرد بأنها تلك المجهودات المعرفية والسلوكية الموجهة نحو التحكم وتقليص أو تحمل المتطلبات الداخلية والخارجية التي تهدد الفرد أو تتجاوز موارده الشخصية؛ لذلك فهي قد تشمل على نشاط ما أو عملية فكرية تهدف إلى تقليصها والتخلص من الضيق النفسي أو المواقف الضاغطة [1]؛ ومن خلال ذلك يمكن القول أن أساليب التعامل مع الضغوط النفسية هي عمليات معرفية وسلوكية تحدث لتحقيق توازن كبير السن بعد تعرضه لموقف ضاغط هز بكيان شخصه، وبالتالي يتحقق التوازن النفسي لديه، والذي يعرف هو الآخر في الدراسة والبحث الذي جمع بين محمد أحمد إبراهيم سعفان وشيماء صابر إسماعيل على أن التوافق النفسي للمسن " يعد عملية دينامية مستمرة يهدف بها المسن لإعادة تشكيل انطباعاته واتجاهاته وتوظيف إمكانياته ومهاراته استجابة للمواقف الجديدة التي عليه أن يعيشها ويتوافق معها مع الوضع في اعتبار توقعات المجتمع ومتطلباته من المسن وأيضا واقعية المطالب البيولوجية والاجتماعية والمهنية التي يسعى المسن إلى إشباعها".[2]

---

[1] Fleishman ,j,A,(1984).personality characteristics and coping patterns. journal of health and social behavior.25.1984.p 229-244.

[2] محمد أحمد ابراهيم سعفان وصابر إسماعيل شيماء: مقياس التوافق النفسي للمسنين. القاهرة: دار الكتاب الحديث.2016، ص6.

وعليه نجد أسس الشخصية السوية حسب كلاندر(1968) "هي التي يكون فيها الفرد قادر على التأثير في البيئة والتكيف مع الحياة، بحيث يصل الفرد إلى مستوى مناسب من الإشباع الشخصي والشعور بالكفاية والسعادة"، وحسب حسن منسي (1988) نجد أن الشخصية التي تتمتع بالصحة النفسية "هي التي يكون فيها الفرد له القدرة على التوافق مع نفسه ومع الآخرين من حوله، أي يشعر بالرضا التام عن سلوكياته اللفظية والعملية المباشرة وغير المباشرة وقدرته على التكيف والعيش بسلام مع المجتمع الذي يعيش فيه، وعملية التوافق هذه تكون على المستوى البيولوجي أو السيكولوجي أو الاجتماعي" . [1]

كما أنه كلما اتسمت شخصية كبير السن بالتوافق الذي يؤهله لحل المشكلات واكتساب مهارات فعالة لمواجهة ضغوط الأحداث التي يتعرض لها كلما قد تعزز لديه ثقته بذاته وشخصه؛ وهذا ما أكدته نتائج دراسة (سني، 2015) " التي كان يهدف من خلالها إلى الكشف عن – تقدير الذات وعلاقته بالتوافق النفسي لدى المسن– وذلك على عينة من المسنين مقيمين بديار المسنين، بحيث أظهرت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين مستويات تقدير الذات(الإيجابي–السلبي) والتوافق النفسي للمسنين المقيمين بدور الرعاية الاجتماعية ". [2]

---

[1] سليمة جعرير: الصحة النفسية. الجزائر: كنوز الحكمة. 2017، ص 13.

[2] أحمد سني: تقدير الذات وعلاقته بالتوافق النفسي لدى المسن المقيم بمراكز رعاية الشيخوخة. رسالة الماجيستير. جامعة وهران2.الجزائر.2015.

وعلى ضوء ما سبق عرضه يمكن أن ينعكس كل من قدرة كبير السن على مواجهة المواقف الضاغطة التي يتعرض لها، وكيفية تحقيقه لتوافقه النفسي على طبيعة حياته وجودتها؛ وفي سياق ذلك نجد دراسة بور وآخرون (power, et al ;2008) " وهي دراسة تابعة لمنظمة الصحة العالمية لجودة الحياة، وقد استهدف البحث الكشف عن أهم مكونات مفهوم جودة الحياة حيث تم جمع البيانات الإحصائية لهذا البحث من خمس عشرة دراسة ارتباطية، أجريت في خمسة عشر مركزا عالميا متخصصا في بحوث جودة الحياة، وقد أجري الباحثون تحليل الانحدار على هذه البيانات، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود (24) متغيرا تبين ارتباطهم القوي بجودة الحياة، وقد صنفت هذه المتغيرات وفقا لأربعة مجالات موضوعية هي: الصحة الجسمية، والصحة النفسية، والعلاقات الاجتماعية، والجوانب البيئية، بالإضافة إلى مجالين للإدراك الذاتي، هما الرضا عن الحياة، والرضا الشخصي عن الحالة الصحية" ؛ كما تؤكد دراسة سميث وآخرون (Smith, et al ;2007) والتي تهدف إلى إيضاح أن كبير السن من الرجال والنساء لديهم سياقات حياة مختلفة في التوظيف اليومي والنفسي لديهم

[1]

[1] أحمد عبد الجواد تعيلب: الاضطرابات النفسية والضغوط وعلاقتها بحياة المسنين. مصر: دار أطفالنا.2016.

كما نجد دراسة رشا محمد أحمد خميس (2014) " الموسومة ب: جودة الحياة وأساليب مواجهة الضغوط لدى عينة من المسنين وفاعلية برنامج تدريبي لتحسين جودة الحياة؛ إذ توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة احصائية بين جودة الحياة وأساليب مواجهة الضغوط لدى عينة من المسنين، ويوجد فرق إحصائي دال بين متوسطي درجات المسنين، والمسنات في جودة الحياة وأساليب مواجهة الضغوط في اتجاه المسنين الذكور، ويوجد فرق إحصائي دال بين متوسطي درجات المسنين المقيمين مع أسرهم، والمقيمين في دور الرعاية في جودة الحياة وأساليب مواجهة الضغوط للمسنين المقيمين في اتجاه المسنين الذكور، ويوجد فرق دال بين القياس القبلي والبعدي في جودة الحياة لدى عينة من المسنين في القياس البعدي، ويوجد فرق إحصائي دال بين القياس البعدي والتتبعي في جودة الحياة لدى عينة من المسنين في اتجاه القياس التتبعي"؛ [1] كما أن هناك من يؤكد على أن هناك علاقة بين استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة، بحيث تتضح هذه العلاقة من خلال الهدف من تطبيق النموذج المعرفي في مجال الاضطرابات النفسية؛ ألا وهو دعم الخبرة بما يمكن تسميته بالتنعم النفسي، وهو " خبرة نفسية إيجابية"، ولكي نصل إلى هذا الهدف، يعتمد هذا النموذج على طراز المواجهة، التي تساعد على تطور واستمرار الإحساس بالتنعم النفسي، بالرغم من استمرار الظروف غير المرغوب فيها، وهذا ما أكده زواتر" (1990) zautre من أن الأفراد قد يمرون بخبرة من التنعم النفسي تحت ظروف اضطرابهم المزمن" .[2]

---

[1] رشا محمد أحمد خميس: جودة الحياة وأساليب مواجهة الضغوط لدى عينة من المسنين وفاعلية برنامج تدريبي لتحسين جودة الحياة. مذكرة للحصول على درجة الماجيستر .جامعة المنصورة.2014، ص25.

[2] هناء أحمد شويخ: أساليب تخفيف الضغط النفسية عن الأورام السرطانية. ط1. القاهرة: أتراك.2007، ص 76.

ونظرا لأهمية ما سبق عرضه جاءت دراستنا تهتم بواقع كبار السن المقيمين بدار المسنين، وفي ضمن سياق إشكالية دراستنا الحالية يمكن صياغة التساؤلات التالية، والتي مفادها:

– هل توجد فروق ذات دلالة إحصائيا بين الجنسين من كبار السن المقيمين بدار المسنين في أساليب التعامل مع الضغوط النفسية؟

– ما هي أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين؟

– هل لدى أغلبية كبار السن المقيمين بدار المسنين مستوى التوافق النفسي منخفض؟

– هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين كبار السن المقيمين بدار المسنين في التوافق النفسي؟

– هل توجد علاقة إرتباطية بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين؟

– هل لدى أغلبية كبار السن المقيمين بدار المسنين مستوى جودة الحياة منخفض؟

– هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين في جودة الحياة باختلاف جنسهم؟

–هل توجد علاقة ارتباطية بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين ؟

– هل توجد علاقة ارتباطية بين التوافق النفسي وجودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين ؟

2. فرضيات الدراسة

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين من كبار السن المقيمين بدار المسنين في أساليب التعامل مع الضغوط النفسية.

– يستعمل كبار السن المقيمين بدار المسنين أساليب ترتكز على المشكلة أكثر من الانفعال أو التوجه لطلب المساندة الاجتماعية في تعاملهم مع الضغوط النفسية.

– لدى أغلبية كبار السن المقيمين بدار المسنين مستوى التوافق النفسي منخفض.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين كبار السن المقيمين بدار المسنين في التوافق النفسي.

– توجد علاقة إرتباطية بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين.

– لدى أغلبية كبار السن المقيمين بدار المسنين مستوى جودة الحياة منخفض.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين في جودة الحياة باختلاف جنسهم.

– توجد علاقة ارتباطية بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين.

– توجد علاقة ارتباطية بين التوافق النفسي وجودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين.

3. تحديد مفاهيم الدراسة

1.3. الضغط النفسي

– **اصطلاحا:** عرف الضغط النفسي بأنه استجابة تكيفية تحدثها الفروق الفردية بين الأفراد وتسهم العمليات النفسية فيها، لهذا فهي تنتج عن أي حدث بيئي أو موقف أو حادثة، وتحتاج إلى مزيد من الجهد النفسي والجسدي الفيزيائي للفرد، أي أن الظروف البيئية لها دور في إحداث الضغط، وهذه الظروف هي ما يطلق عليه الضغوط . [1]

– **اجرائيا:** نقصد من الضغط النفسي هو ذاك الحدث الذي يكون مصدر تهديد على توازن كبير السن المقيم بدار المسنين، فيؤثر على صحته النفسية والتي تعكس بدورها على سلامته الجسدية.

2.3. أساليب التعامل مع الضغوط النفسية

– **اصطلاحا:** تعرف على أنها عبارة عن الأساليب الشعورية السلوكية والمعرفية التي يقوم بها الأفراد للتعامل بفاعلية مع الأحداث التي يتعرض لها في بيئتهم وللتكيف معها، بمعنى أنها عبارة عن مجموعة من الأفعال والإجراءات التي يستخدمها الفرد لمواجهة المواقف الضاغطة والتعامل معها بطريقة فعالة وناجحة.[2]

---

[1] ماجدة بهاء الدين السيد عبيد: الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية. عمان: دار صفاء.2008.

[2] عبد العظيم حسين طه وعبد العظيم حسين سلامة: إستراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية. الأردن: دار الفكر.2006.

– **اجرائيا:** نقصد بها تلك الأساليب التي يعتمد عليها كبير السن المقيم بدار المسنين في مواجهة الضغوط التي تواجهه؛ كما نقصد بها تلك الدرجات التي تحصل عليها كبار السن المقيمين بدار المسنين على مقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية.

3.3. التوافق النفسي

– **اصطلاحا:** التوافق هو عملية دينامكية مستمرة التي يهدف فيها الشخص إلى تغير سلوكه لإحداث علاقة أكثر تلاؤما بينه وبين بيئته ،أي القدرة على بناء علاقات مُرضية بين المرء و بيئته.[1]

– **اجرائيا:** نقصد بالتوافق النفسي ما يحدده كبير السن حتى يحافظ على سلامته النفسية واطمئنان حاله بين المحيطين به وفي المحيط الذي يقيم به؛ كما نقصد بها تلك الدرجات التي تحصل عليها كبار السن المقيمين بدار المسنين على مقياس التوافق النفسي.

4.3. جودة الحياة

– **اصطلاحا:** تعرف منظمة الصحة العالمية (1994) WHO جودة الحياة بأنها انطباع الفرد تجاه حياته وضمن النسق والمعايير الثقافية في مجتمعه، ومستوى العلاقة بين تحقيق أهدافه وتوقعاته وفق مفاهيم معيارية محددة لديه، ومن وجهة نظر أخرى هي عملية الدمج والتكامل بين جوانب صحة الفرد الفسيولوجية والنفسية ومستوى عدم الاعتمادية

[1] سيد فهمي محمد: الرعاية الاجتماعية والنفسية للمسنين. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.1979.ص 23.

"Independency" والعلاقات الاجتماعية، وعلاقة ذلك بما يبرز في المستقبل من أحداث بيئية .[1]

- **اجرائيا:** تعد جودة الحياة ما يدركه كبير السن مما هو متوفر في واقعه ومما هو مسطر لتحقيقه على مستوى حياته، كما أنها تمس كل جوانب الحياة لديه؛ ونقصد بها أيضا تلك الدرجات التي تحصل عليها كبار السن المقيمين بدار المسنين على مقياس جودة الحياة.

5.3. كبر السن

- **اصطلاحا:** تعرف مرحلة الكبر بأنها تحول بيولوجي غير قابل للارتداد يحدث في تطور مستمر وتتأثر تلك المرحلة بالظروف والتغيرات التي تعتريها فقد يكون التشيخ في صحة إذا حدث في بيئة ورعاية جيدة لذلك لا يوجد نمط محدد لعلاقات الشيخوخة ولكن لكل فرد نمط وسبيل مع طول العمر وهناك رأي بأن الشيخوخة تغير طبيعي في حياة الإنسان، أي أنها تطور فسيولوجي شأنها شأن مختلف مراحل العمر.[2]

- **اجرائيا:** نقصد بكبر السن الفئة التي تجاوز عمرها (60) سنة فما فوق، ومن خلال دراستنا نعتمد فئة كبار السن المقيمين بدار المسنين.

[1] Timontion, Liliana. Impact des Comorbidités,de la Qualité du Sommeil et de la Fragilité Psycho-Sociale sur la Quality de Vie des Personnes àgées. France.2012.

[2] تعيلب المصدر المذكور سابقا، ص122.

4. أهداف الدراسة

- ✓ الكشف عن الفروق ذات دلالة إحصائيا بين الجنسين من كبار السن المقيمين بدار المسنين في أساليب التعامل مع الضغوط النفسية.
- ✓ التعرف على أساليب التعامل مع الضغوط النفسية التي يركزون عليها كبار السن المقيمين بدار المسنين.
- ✓ التعرف على مستوى التوافق النفسي لدى أغلبية كبار السن المقيمين بدار المسنين.
- ✓ الكشف عن الفروق ذات دلالة إحصائيا بين الجنسين كبار السن المقيمين بدار المسنين في التوافق النفسي.
- ✓ الكشف عن العلاقة الإرتباطية بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين.
- ✓ التعرف عن مستوى جودة الحياة لدى أغلبية كبار السن المقيمين بدار المسنين.
- ✓ الكشف عن الفروق ذات دلالة احصائيا لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين في جودة الحياة باختلاف جنسهم.
- ✓ التعرف على العلاقة الارتباطية المتواجدة بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين .
- ✓ التعرف على العلاقة الارتباطية المتواجدة بين التوافق النفسي وجودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين.

5. أهمية الدراسة

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من خلال المتغيرات التي ركزت عليها ومن بينها الفئة العمرية؛ إذ تعد ظاهرة تفاقم نسبة انتشار فئة كبار السن في العالم عامة والجزائر خاصة، من الظواهر التي يجب تكثيف الدراسات عليها، بحيث نشير لهته الفئة العمرية كما نتقرب منها لمعرفة طبيعة معاشها النفسي، وكيفية تسييرها للمواقف الحياتية الضاغطة التي تتعرض لها في حياتها اليومية وكيفية التعامل معها ومواجهتها لتحقيق السلامة النفسية فتحقيق مستوى عال من التوافق النفسي وجودة الحياة لديها؛ كما نجدها دراسة لا تقل أهميتها عن الدراسات الأخرى لدى مراحل عمرية مختلفة، خاصة وأن كبار السن المقيمين بدار المسنين لهم ما يميزهم عن أقرانهم الذين يقطنون مع ذويهم، ولأهمية ذلك جاءت دراستنا للكشف عن هذا المحيط وما يحمله ويوفره لقاطنيه من كبار السن وكيف ينعكس ذلك على شخصياتهم في تحقيق توازنهم النفسي وفي إشباع حاجياتهم ومتطلباتهم المادية والمعنوية المكونة للشخصية المتكاملة السوية.

كما نشير إلى التأكيد على أن الاهتمام بالمسنين ليس مجرد وفاء لجيل الآباء والشكر لعطائهم ولما قدموه في شبابهم وفقط، وإنما كذلك توقعا وتدبرا لما ستكون عليه الأحوال في الغد؛ كما نجد من اللازم أن تتكتل الجهود لرعاية فئة بشرية لها حنكة وخبرة لما مر عليها من زمن تتضمنه تجارب ومواقف كونهم طاقة بشرية تزداد نسبتها عام تلو الآخر، وهذا ما قد يعزز علينا تسليط ضوء البحث والدراسة نحو هته الشريحة العمرية والاستثمار في قدراتهم وطاقتهم التي تميزهم عن غيرهم من المراحل العمرية؛ وعليه تكمن أهمية دراستنا في كوننا اقتربنا من فئة عمرية لا تقل أهميتها عن المراحل العمرية الأخرى، ولأن مرحلة الكبر

مرحلة حاسمة وحساسة ومع التزايد الملحوظ لنسبتها وفق إحصائيات المنظمة العالمية للصحة (OMS) يعد من الأمور الضرورية توجيه البحث ضمن هذه الشريحة العمرية، ومعرفة أهم ما يجعل المجتمعات تتحرك وتتبنى استراتيجيات وخطط تفعل من استثمار هذه الطاقة البشرية والاستفادة منها، ولا يجعل منها على هامش الحياة فمن المؤكد أنها ستكون عبئ على ذاتها وعلى من حولها وعلى المجتمع الذي يتولى رعايتها وبتالي تقل من المردودية بعوض تفعيلها والاستثمار في مجهودها بتنوعه في مجالات الحياة المختلفة.

الجانب النظري للدراسة

الفصل الأول:

الضغوط النفسية وأساليب التعامل معها

تمهيد

تعد الضغوط النفسية عامل مؤثر في حياة كل فرد، ونظرا لتفاقم متطلبات الحياة حتى يعيش الفرد في راحة واطمئنان، عليه تلبية مجموعة من حاجيات الحياة الراهنة؛ وعليه كلما واجه الإنسان الضغوط التي تواجهه في حياته اليومية وكانت هذه الضغوط تفوق قدراته كلما كان ذلك تهديد ينبئ بخطر صحته النفسية والجسدية، فمن الأعراض السلبية للضغوط النفسية نجد تأثيرها السلبي على هيكلة الجانب الجسدي فسيولوجيا وعصبيا وغيرهما؛ فمن الضروري ومن السلامة الصحية هي توجهه لأساليب فعالة تساعده في حل المشكلات لديه، ومن ثمة تحقيق توازنه النفسي وتجاوز تهديد الضغوط التي تعرقل مجال صفوة مزاجه وقد تنهك قدراته العقلية والجسدية كذلك؛ ونظرا لأهمية هذا جاء ضمن دراستنا موضوع الضغوط النفسية والأساليب التي تواجهها بفعالية حتى نحقق التوازن النفسي لدى الفرد عامة وكبير السن المقيم بدار المسنين خاصة حفاظا على صحته ورفع من مستوى جودة حياته بين أقرانه وفي وسط عيشه.

▪ الضغوط النفسية

1. لمحة تاريخية عن استخدام مصطلح الضغط

لا يمكن دراسة وفهم ظاهرة ما دون تحديد مفهومها أو تعريفها، حيث أن التعريف الدقيق للظاهرة والمفاهيم الأخرى المرتبطة بها يسهل من عملية فهممها ويساعد على قياسها والتعامل معها بفعالية وايجابية ونظرا لشيوع مصطلح الضغط؛ إذ يستخدم على نطاق واسع في مجالات مختلفة كالطب والفيزياء وعلم النفس والصحة النفسية وغيرها من المجالات فقد تعددت الآراء حول تعريفه، ومن ثم لا يوجد تعريف جامع متفق عليه في تعريف الضغط.

ويشير المعجم الوجيز إلى أن الأصل اللغوي لكلمة الضغط هو "ضغطه" ضغطا": عصره وزحمه، والكلام/بالغ في إيجازه وعليه شدد وضيق، والضغط في "الطب" هو ضغط الدم الذي يحدثه تيار الدم على جدران الأوعية الدموية، وفي الهندسة هو القوة الواقعة على وحدة المساحات في الاتجاه العمودي عليها، وفي الطبيعة الضغط الذي يرتكز على نقطة معينة بفعل الثقل الذي يحدثه عمود الهواء على هذه النقطة ويؤثر عليها في جميع الاتجاهات.

فالضغط مفهوم مستعار من العلوم الفيزيائية ويشير إلى الإجهاد أو القوة ولقد استعار علم النفس بوصفه علما حديث النشأة مصطلح الضغوط من الفيزياء وهو يشير إلى المشقة أو الضغط الواقع علينا في حياتنا اليومية، وفي الطب نجد أن تعريف الضغط يكون منسوبا إلى ضغط الدم ويقصد به الضغط الذي يحدثه سريان الدم على جدار الأوعية الدموية، أما المفهوم الهندسي للضغط فهو يشير إلى القوة الدافعة على وحدة المساحات في الاتجاه العمودي عليها.[1]

[1] عبد العظيم حسين وعبد العظيم حسين المرجع المذكور سابقا، ص16-17.

كما نجد تعريفا للضغط الجوي في الطبيعة، وهو أنه التركيز على نقطة معينة بفعل الثقل الذي يحدثه تيار الهواء على هذه النقطة؛ ففي القرن الرابع عشر استخدم هذا المصطلح بطريقة أكثر عمومية ليصف المشقة أو الضيق أو الشدة واستخدمت هذه الكلمة في القرن السابع عشر الميلادي لتصف الشدة والصعوبات الهندسية؛ غير أن العديد من الدعم والتأيد النظري لمفهوم الضغط استمر إلى اليوم متأثرا بعمل المهندس روبرت هوك(Hooke) أواخر القرن السابع عشر، فلقد كان هوك مهتما بتصميم الأبنية مثل الجسور التي تتحمل حمولة ثقيلة وتقاوم قوى الطبيعة مثل الرياح والزلازل دون أن تنهار وتتداعى، ومن ثم كتب هوك عن فكرة الحمولة أو العبء كقوة خارجية، وطبقا لوجهة نظره ينشأ الضغط من تأثير العبء، أو الحمل على البناء(Load) الذي من خلاله يظهر الإجهاد على هذا البناء، ويمكن للبناء أن ينهار ويتداعى ولذلك يكون الضغط هو استجابة النظام أو البناء للحمولة، ويكون مماثلا لاستجابة الضغط التي تصدر عن الكائن العضوي، والتي تتبدى في المواجهة أو الهروب من الموقف الضاغط وبالرغم من صياغة هوك عن الضغط والتي اشتقت لأغراض هندسية، فإنه كان لها تأثير واسع كنموذج تفسيري لمصطلح الضغط على الجهاز الفسيولوجي والنفسي، ومنذ ذلك الوقت تجسد مصطلح الضغط في العلوم الفسيولوجية والطبية والاجتماعية، وفي أواخر القرن الثامن عشر يشير مصطلح الضغط إلى القوة (Force) أو الضغط (Pressure) أو التوتر أو الإجهاد(Strain)، وفي القرن العشرين عرفت القواميس الأجنبية الضغط بأنه الضيق والقوة، وحديثا استخدمت الكلمة بوجه عام لوصف الأحداث الخارجية التي تؤدي إلى الشعور بالضيق وعدم الارتياح للفرد، ولكن هذا الشعور يكمن وراءه التفسير والمعنى الذي يعطيه الفرد للحدث، وهذا التفسير هو الذي يحدد الحدث من حيث كونه ضاغطا أو لا.[1]

[1] عبد العظيم حسين وعبد العظيم حسين المرجع المذكور سابقا، ص16-17.

ويعني ذلك أن الضغط يحدث عندما تكون مطالب الموقف أو الحدث الضاغط تتجاوز مهارات المواجهة لدى الفرد والمطالب هي عبارة عن مواقف وأحداث تتطلب الانتباه والإدراك من الفرد، ويكون الحدث ضاغطا عندما يعتقد الفرد أن قدرته على مواجهته غير كافية أو ملائمة.[1]

ومن خلال ما سبق عرضه يمكننا القول أن الضغوط النفسية تعد من بين أهم المصطلحات الحديثة المتداولة ضمن الدراسات في مجال علم النفس؛ بحكم انعكاساتها على حياة الأفراد عموما وعلى كبار السن خصيصا، وذلك لما يترتب عليها من راحة وطمأنينة النفس وصحة الجسد، وكل هذا تحت قدرة تحمل كبير السن ومقاومته لمواقف الضاغطة التي تواجهه في يوميات حياته ومن خلال وسطه الذي يعيش فيه.

2. مفاهيم الضغط النفسي

اختلفت تعريفات الضغوط النفسية باختلاف العلماء الذين يقومون بهذه التعريفات اعتمادا على اتجاهاتهم النظرية، ومن هذه التعريفات نجد:

تعرف الضغوط النفسية إجمالا بأنها العلاقة بين الفرد والبيئة التي يرى الفرد أنها تفوق أو تقل عن قدراته وإمكاناته وتهدد رفاهيته النفسية. [2]

---

[1] عبد العظيم حسين وعبد العظيم حسين المرجع المذكور سابقا، ص18.

[2] حسن هدى جعفر: التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بضغوط العمل والرضا عن العمل. مجلة دراسات نفسية. المجلد 16. العدد1. ص 83-103. 2006.

ويعرفه ليفين وسكوتش (Levine,Scot ch)(1970)الضغط النفسي بأنه "حالة من الاضطراب وعدم كفاية الوظائف المعرفية، ويتضمن المواقف التي يدرك فيها الفرد، أن هناك فرقا بين ما يطلب منه سواء أكان داخليا أو خارجيا وقدرته على الاستجابة لها ".[1]

كما يعرفه أحمد عزت رابح(1973) على أنه" حالة انفعالية مؤلمة تنشأ من الإحباط الموصل لدافع أو أكثر من الدوافع القوية ".[2]

ويعرف كولمان(1973) (Coleman) الضغط بأنه " مصطلح يشير إلى المطالب التوافقية الملقاة على عاتق الفرد في مواجهة مشكلات الحياة، وضرورة مكافحته للتغلب عليها لإشباع حاجاته".[3]

ويعرف هانز سيلي, (H.selye)(1976) الضغوط بأنها " أي مثيرات أو تغيرات في البيئة الداخلية أو الخارجية بهذه الدرجة من الشدة والدوام بما ينقل القدرة التكيفية للكائن الحي إلى حده الأقصى، والتي في ظروف معينة يمكن أن تؤدي إلى اختلال السلوك أو عدم التوافق أو الاختلال الوظيفي الذي يؤدي إلى المرض، ويقدر استمرار الضغوط بقدر ما يتبعها من استجابات نفسية وجسمية غير صحية ".[4]

---

[1] هارون الرشيدي: الضغوط النفسية طبيعتها ونظرياتها وبرامج لمساعدة الذات في علاجها. القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية.1991.ص 19.

[2] رابح أحمد عزت: أصول علم النفس. الإسكندرية: المكتب المصري الحديث.1973، ص447.

[3] كوثر أ.م: المدخل إلى علم النفس المرض الإكلينيكي.ترجمة عبد الفقار عبد الكريم وآخرون. مواجهة أحمد عبد الخالق. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية. 1992، ص 338.

[4] حسن مصطفى عبد المعطي: ضغوط أحداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية وبعض متغيرات الشخصية.مجلة كلية التربية.العدد 19 .الجزء الأول .جامعة الزقازيق. مصر.1992، ص 264.

كما عرفه سيلي (selye) إلى أن " الضغط عبارة عن مجموعة من الأعراض تتزامن مع التعرض لموقف ضاغط، وهو استجابة غير محددة من الجسم نحو متطلبات البيئة، مثل التغير في الأسرة أو فقدان العمل أو الرحيل والتي تضع الفرد تحت الضغط النفسي". [1]

وتعرف كوبازا(kobaza)(1979) الضغوط على أنها " تلك الأحداث الضاغطة في البيئة الداخلية أو الخارجية بالنسبة للفرد، والتي تحدث تغيرا في نمط حياته وتتطلب منه إعادة توافقاته السابقة " .[2]

ويرى كلا من لازاروس وديلونجس(Lazarus,Delongis) (1983)الضغط النفسي بأنه " حالة من التوتر الإنفعالي تنشأ عن المواقف التي يحدث فيها اضطراب في الوظائف الفسيولوجية وعدم كفاية الوظائف المعرفية اللازمة للموقف ".[3]

---

[1] شهرزاد الرواشدة: أثر البرنامج المنزلي لتثقيف الأمهات (البورتج) في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا في الأردن. رسالة ماجيستير. جامعة عمان العربية للدراسات العليا.2006.

[2] عبد الرازق عماد: المعاناة الإقتصادية والضوابط الوالدية وعلاقتها بالمشكلات النفسية والسلوكية للأبناء .رسالة الدكتوراه. جامعة الزقازيق. مصر.1996، ص 15.

[3] عبد الباسط لطفي: مقياس عمليات تحمل الضغوط. كراسة التعليمات .كلية التربية. جامعة المنوفية.بدون سنة، ص 3.

كما عرف الضغط النفسي بأنه استجابة تكيفية تحدثها الفروق الفردية بين الأفراد وتسهم العمليات النفسية فيها، لهذا فهي تنتج عن أي حدث بيئي أو موقف أو حادثة، وتحتاج إلى مزيد من الجهد النفسي والجسد الفيزيائي للفرد إن هذا التعريف يركز على دور الظروف البيئية كسبب في إحداث الضغط، وهذه الظروف هي ما يطلق عليه الضغوط. [1]

ويرى كلا من طلعت منصور، فيولا البيلاوي (1989) بأن الضغوط " تشير لتلك الحالة التي يتعرض فيها الكائن الحي لظروف ومطالب تفرض عليه نوعا من التوافق وتزداد تلك الحالة إلى درجة الخطر كلما ازدادت شدة تلك الظروف أو المطالب أو استمرت لفترات طويلة". [2] ؛ ويعرف عبد الرحمان عيسوى (1992) الضغط على أنه "عبارة عن قوة كافية لتسبب حالة منم التوتر والشد والتشويه والإفساد لما تقع عليه من الأشياء والناس، وعندما يصبح الضغط شديدا فقد يغير ما وقع عليه إلى شكل آخر أو صورة أخرى ". [3] ويعرف ميشل مان Michael (Man) (1994) الضغط بأنه " رد الفعل البشري إزاء الظروف التي تهدد الحياة، ويشمل العمليات الفسيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية في الفرد" .[4]

---

[1] يوسف أبو حميدان ومحمد الياس العزاوي: تطور الضغوط النفسية عبر الأبعاد الزمنية(الماضي،الحاضر، المستقبل) وعلاقتها بمتغيرات النفسية الجنس والحالة الإقتصادية والحالة الاجتماعية لدى عينة من المعلمين الملتحقين بالدراسة في جامعة مؤتة. مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية. المجلد 17.العدد 2. ص 119-134. 2001.

[2] منصور طلعت وفيولا البيلاوي: قائمة الضغوط النفسية للمعلمين. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.1989، ص4.

[3] عبد الرحمان عيسوى: في الصحة النفسية والعقلية. بيروت: دار النهضة العربية.1992، ص82.

[4] ميشيل مان: موسوعة العلوم الإجتماعية.ترجمة مختار الهواري وسعيد عبد العزيز. الكويت: مكتبة الإصلاح.1994، ص 691.

أيضا تعرف الضغوط النفسية بأنها هي حالة من الشعور بالضيق وعدم الارتياح يشترك في تكوينها عوامل عدة نفسية واجتماعية وبيولوجية متضافرة كتزايد إفراز الأدرينالين، والشعور بالإحباط أمام موقف حرج لا مخرج منه، أو نقص التفهم من قبل الأهل والأصدقاء أو المعلمين. [1]

ويعرف أيضا: أن الضغط يعد عنصرا مجددا للطاقة الإنسانية، وبدون الضغط تصبح الحياة بدون معنى، فالفرد القادر على احتواء المتطلبات والإستمتاع بالإستثارة التي تسببها الضغوط، فإن الضغوط تكون مقبولة ومفيدة، ويحدد (ماك لين) متغيرين أساسيين يؤديان بالعمل إلى تجاوز حدود الاحتمال، وبتالي إلى ضغوط نفسية مرتبطة بالعمل، وهما:العبء الكمي وهو زيادة حجم العمل المطلوب إنجازه، والعبء الكيفي وهو أن العمل يتطلب مهاما صعبة في تحقيقها، فالعاملون الذين لا يدركون بوضوح المهام والمسؤوليات الملقاة على عاتقهم يخبرون توترا ونقصا في ثقتهم بأنفسهم .[2]

كما أن الضغوط النفسية عبارة عن حالة من التوتر الناشئة عن المتطلبات أو التغيرات التي تستلزم نوعا من إعادة التوافق عند الفرد وما ينتج عن ذلك من آثار جسمية ونفسية. [3]

---

[1] اسماعيل محمد طنجور: الضغوط النفسية عند الأطفال. مجلة الطفولة العربية. الكويت. المجلد 2. العدد 7. ص 74-79. 2001.

[2] طلعت والبيلاوي المرجع المذكور سابقا، ص5.

[3] الرواشدة المرجع المذكور سابقا.

وتعني الضغوط : تلك الظروف المرتبطة بالضغط والتوتر والشدة الناتجة عن المتطلبات التي تستلزم نوعا من إعادة توافق عند الفرد وما ينتج من ذلك من أثار جسمية ونفسية، وقد تنتج الضغوط كذلك من الصداع والإحباط والحرمان والقلق.[1]

وتتضمن محاولات توضيح مفهوم الضغط النفسي عناصر مشتركة:

1- الضغط النفسي حالة مزعجة يتخللها شعور بالضيق والارتباك.

2- يظهر الضغط النفسي عندما يواجه الشخص متطلبات تفوق قدراته وإمكاناته التوافقية.

3- يستجيب الفرد لحالة الضغط بعدد من الاستجابات الفسيولوجية والمعرفية والانفعالية والسلوكية. [2]

يتضح من خلال التعريفات التي سبق عرضها أن كل الباحثين في مجال الضغط النفسي يتفقون كونه موقف أو مطلب يحدث على الفرد فيخل بتوازنه وتوافقه النفسي؛ كونه يهدد راحته وكيانه بحيث يشعر الفرد عموما وكبير السن خصيصا أن قدراته وطاقته مهددة بالاستجابة ومواجهة هذه الضغوط التي تواجهه؛ وعليه ما يزيد من حدة هذه الضغوط على الفرد هو فشله في التعامل مع مواقف الحياة الضاغطة، وبتالي تراجع استمتاعه بجودة الحياة لديه .

---

[1] فاروق السيد عثمان:القلق وإدارة الضغوط النفسية. القاهرة: دار الفكر.2001، ص96.

[2] جلال ضمرة: الاتجاهات النظرية في الإرشاد. عمان: دار صفاء.2008.

3. مصادر الضغط النفسي

ينشأ الضغط النفسي نتيجة لتفاعل الفرد مع مجموعة العوامل الخارجية أو الداخلية، ويمكن تصنيف مصادر الضغط النفسي كما يلي:

1.3. أحداث ومشكلات نفسية داخلية: وهي الانفعال في درجات معقولة تحمي الإنسان من الخطر، يشحذ طاقته للعمل والنشاط، وتدفعه لمقاومة الأخطار، والإعداد لمواجهة المستقبل.

2.3. الظروف والمشكلات غير البسيطة: وهي تنشط الفرد، وتزيد القوة بشكل خاص، ويتزايد إفراز الأدرينالين، ويتم فيها مواجهة ضغوط أو مشكلات صعبة.

3.3. الظروف والمشكلات الاجتماعية وأحداث الحياة اليومية: وهي المشكلات والأحداث التي يمر بها الفرد، كالوفاة والطلاق والهجرة، أو مثل تغيرات في ظروف المعيشة.

4.3. ظروف وضغوط العمل والانجاز الأكاديمي: وهي ضغوط العمل، والفشل الأكاديمي، والعجز عن الانجاز.[1]

[1] أحمد الغرير واحمد أبو اسعد: التعامل مع الضغوط النفسية. ط 1. الأردن: دار الشروق.2009.

5.3. العوامل التي تحدث الضغوط النفسية:

1.5.3. الإحباط : ويعتبر من العوامل الهامة التي تشكل جانبا من الضغوط النفسية، ويمكن تعريف الإحباط بأنه الحالة التي يشعر الإنسان معها بعدم إمكانية قيامه بالنشاط المطلوب القيام به أو الحيلولة بينه وبين تحقيق الهدف الذي يسعى إليه.[1]

وعادة ما ينشأ الإحباط إما بسبب العوامل الداخلية التي تمنع الشخص من القيام بالنشاط كما يجب أن يكون، كما في حالة عدم الفوز في المسابقات الرياضية مثلا أو الرسوب في الإمتحانات، وإما بسبب العوامل الخارجية التي تسد طريق الشخص وتحول بينه وبين الوصول إلى الهدف المقصود، كما يحدث في حالة عدم موافقة الرئيس المباشر في العمل على انتقال موظف إلى موقع أخر أو وظيفة أخرى تفوق مركزه الحالي وتزيد عليه في الأجر، على سبيل المثال؛ ويعتبر كثير من العلماء الإحباط من أهم الأسباب المباشرة والتي تؤدي إلى الشعور بالغضب أو النزوع إلى العدوان.

[1] رمضان محمد القذافي: الصحة النفسية والتوافق. ط3. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.1998، ص 116.

2.5.3. التهديد: وهو توقع حدوث ضرر ما يصيب الشخص أو وقوع أمر غير مرغوب فيه وكلما ازداد مستوى التوقع ارتفع مستوى الشعور بالتهديد.

ويفرق العلماء بين كل من التهديد والإحباط على النحو التالي:

* إن التهديد يمثل توقعات ينتظر حدوثها رغم أنها لم تحدث بعد، أما الإحباط فهو نتيجة لأحداث قد وقعت بالفعل وأصبحت حقيقية.

* إنه يمكن للشخص في حالة شعوره بقيام التهديد محاولة اتخاذ اجراءات وقائية لتحاشي حدوث ما يخشاه ولحمايته مما قد لا تحمد عقباه؛ أما في حالة الإحباط فلا يمكن تدارك الأمر لسابق حدوثه وهو ما لا ينجح الإجراءات الوقائية في تجنبه.[1]

إذن التهديد هو التوقع أو الخوف من وقوع حادث ما لا يحبذه الفرد.

3.5.3. الصراع : وهو حالة تنشأ بسبب وجود مثيرين أو هدفين متعارضين، ويحدث التعارض لأن السلوك الضروري لتحقيق أحدهما يتعارض مع الرغبة في تحقيق الهدف الآخر، ولا يمكن حل الصراع طالما كانت رغبة الإنسان التوفيق في الجمع بين الموقفين أو محاولة تحقيق الهدفين في آن واحد؛ وفي مثل هذه الحالات فكلما ازداد مستوى الرغبة أو الحاجة ازدادت حدة الشعور بالتهديد أو الإحباط.[2]

وكذلك تتوقف الضغوط النفسية على سن الفرد وجنسه ومستواه الإجتماعي والإقتصادي ووظيفته وسماته وطموحاته وخبراته السابقة؛ فالضغط الذي يواجه الطفل السابعة يختلف عن

---

[1] القذافي المرجع المذكور سابقا، ص116-117.

[2] المرجع نفسه، ص117.

الضغط الذي يواجه والده، والضغط الذي يعاني منه رجل الأعمال يختلف عن ذلك الذي يشعر به النجار، وكذلك الضغوط التي تعانيها المرأة تختلف عن تلك التي يعانيها الرجل.[1]

إن الصراع إذن، يقوم وفق رغبة الفرد في تحقيق شيئين متناقضين في نفس الوقت؛ بحيث كلما ازدادت الرغبة في تحقيقهما كلما ازداد شعور الفرد بعدم الراحة.

4. خصائص الضغوط النفسية

إن الضغوط ظاهرة معقدة وتعبر عن وقائع متعددة، وذات مضامين بيولوجية، ونفسية واقتصادية، واجتماعية يمكن أن تحدد بعض الصفات الفيزيقية والداخلية والتي تعطي ظاهرة الضغوط وحدتها وتماسكها وتميزها عن غيرها من الظواهر؛ وقد تم استنباطها من المبادئ والقواعد والنظريات التي اهتمت بدراسة هذه الظاهرة، ومن هذه الخصائص ما يلي :

1- إن الضغط عملية إدراكية في المقام الأول .

2- إن الضغط المدرك، هو الربط بين وجهة نظر الفرد بما يمتلكه من قدرات عقلية وجسدية وبين متطلبات الموقف.

3- الضغط المدرك هو محصلة لمدى أهمية الموقف وفقا لإدراكات الذاتية للفرد نفسه.

4- إن الضغط عملية تكيف الفرد لقدراته مع متطلبات موقف معين.

5- قد يكون الضغط إيجابيا أو سلبيا كمحفز. [2]

---

[1] العيساوى المرجع المذكور سابقا، ص 116.

[2] زهير الصباغ: مستويات ضغوط العمل بين الممرضين (دراسة مقارنة بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة). مجلة البصائر. المجلد 3. العدد2. تصدر عن جامعة البتراء. الأردن .1999، ص 112-113.

ويرى عبد الباسط أن أهم خاصية للضغوط هي " أنها موجودة في جميع جوانب الحياة، ولا يمكن إقصاؤها عن حياتنا، فلقد أشار سيلي إلى أن الموت هو المتحرك التام من الضغط " .[1]

بينما يرى (الرشيدي) أن من أهم خصائص الضغوط ما يلي : إن الضغوط النفسية تنشأ من تفاعلات عناصر حياتية ووجودية كثيرة، فتنشأ الضغوط من مثيرات تكمن في طبيعة بنية النظام الإجتماعي والسياسي والإقتصادي، وكذلك تنشأ من مثيرات حيوية كيميائية (تغيرات هرمونية– جسمية) ومن مثيرات نفسية (صراعات – إحباطات)، إن الضغوط ذات طبيعة وظيفية، فتعبر الضغوط عن جانب وظيفي لما يكون عليه البناء الإجتماعي من تكامل أو تفكك، فتحدث هذه الضغوط عندما يفشل البناء الإجتماعي في القيام بوظائفه، من الصفات التي تتصف بها الضغوط أنها ليست إستقرارية حيث أنها تتضمن مجموعة من المتغيرات المترابطة، كما أ نها عند حد معين تكون قوة دافعية نحو غاية وهدف محدد .

4– الضغوط مؤشر ضروري للتكيف، فإذا تضمنت المواقف الضاغطة مطالب عند حدوث قدرة الشخص واستطاع تحقيقها يحدث التكيف.[2]

5– ينتج عن الضغوط كثير من النواتج مثل القلق والصراع والإحباط، وهذه قد تكون سببا في الضغوط النفسية، كما أنها قد تكون نتيجة للضغوط النفسية.

6– الضغوط عامة ومنتشرة بين جميع أفراد البشر. [3]

---

[1] عبد الباسط المرجع المذكور سابقا، ص4-5.

[2] الرشيدي المرجع المذكور سابقا، ص 4–7.

[3] الرشيدي المرجع المذكور سابقا، ص4–7.

ويتشكل الضغط النفسي الذي يتعرض له الأفراد من ثلاثة عناصر مرتبطة هي:

أ – قوى ضاغطة وهي عبارة عن متطلبات موقفية تحتاج للتكيف الفرد معها، ومن الأمثلة على القوى الضاغطة، العمل الزائد، الصراع، المخاطرة .

ب – إدراك الفرد للقوى الضاغطة، وطبيعتها، وديناميكيتها، وآثارها، وقدرته على التعامل معها، والسيطرة عليها .

ج – إلغاء الاستجابة الفردية للقوى الضاغطة والتي غالبا ما تكون مزيجا من ردود الفعل النفسية والجسمية والمادية. [1]

إن عملية الضغوط هي عملية مدركة بدرجة الأولى، وقد تكون الضغوط إيجابية أو سلبية، وهي متواجدة في جميع جوانب الحياة.

5. أنواع الضغوط النفسية

كما اختلفت في تحديد طبيعة الضغوط وما هيتها، فإنهم قد اختلفوا أيضا في تحديد أنواعها، فقسمها (سيلي) وفق نتائج حدوثها إلى :

1– الأحداث المفرطة (Overtress) : وهي تلك التي تنتج عنها بعض المعاناة والألم والأسى، أي التي تمثل في مجملها خبرات وأحداث مؤلمة .

[1] بشير الشيباني وحسن عبد الحميد: الضغوط المهنية وعلاقتها بالطمأنينة الإنفعالية لدى معلمي التربية الخاصة بمدينة بنغازي. مجلة العلوم الإجتماعية والإنسانية.السنة الثالثة.الهيئة القومية للبحث العلمي. طرابلس.1997، ص110.

2- الإنفعالات السارة(Eustress) : وهي التي تؤدي إلى الشعور بالمتعة والفرح والنشوة. [1]

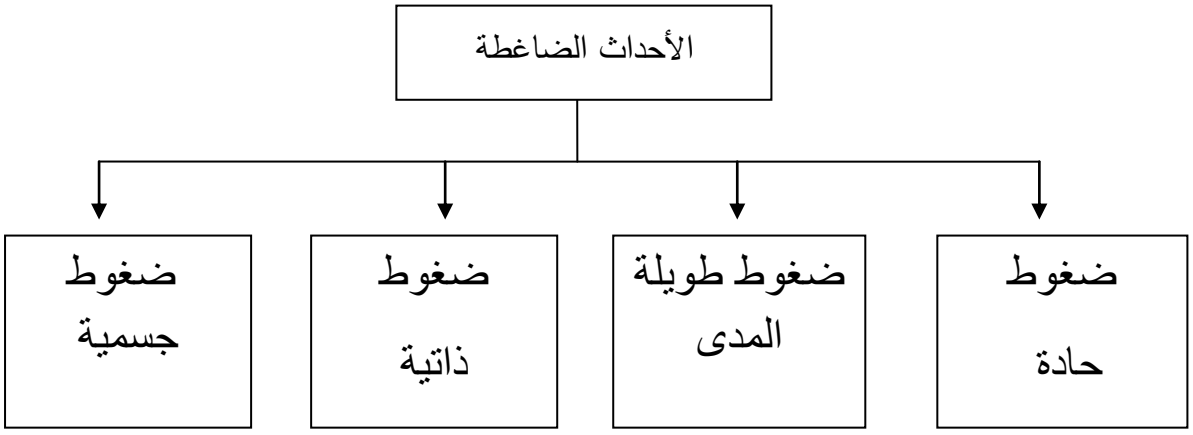
ويرى (عكاشة،1986) أنه يمكن تقسيم الأحداث الضاغطة إلى ما يلي :

1 - ضغوط حادة.

2- ضغوط طويلة المدى.

3- ضغوط ذاتية.

4- ضغوط جسمية.[2]



شكل رقم (1): يوضح تقسيم الأحداث الضاغطة

ومن خلال ما سبق نستنتج أن هناك أربع أنواع للضغوط حسب عكاشة، وهي تتمثل في ضغوط حادة وضغوط طويلة المدى، وضغوط ذاتية، والأخرى تتمثل في ضغوط جسمية.

---

[1] بلقيس محمد جباري: الضغوط النفسية لدى المرأة اليمنية العاملة. رسالة ماجستير. جامعة صنعاء.1998، ص 31.

[2] مفتاح محمد عبد العزيز: مقدمة في علم النفس الصحة: مفاهيم، نظريات، نماذج، دراسات. عمان: دار وائل.2009، ص 108.

1.5. ضغوط حادة: أي ذات الشدة العالية مثل (فقدان أحد الوالدين، فقدان العمل).

2.5. ضغوط طويلة المدى: عندما تتجمع الضغوط وتتراكم على مدى الأيام، مثل الشخصية الطموحة التي تنقصها القدرة على تحقيق رغباتها، أو لم تعط الفرصة لإرضاء قدراتها، أو عدم التوافق في الزواج سواء من الناحية العاطفية أو المزاجية.

3.5. ضغوط ذاتية: وتكون الضغوط هنا مؤثرة على فرد معين، نظرا لحاجته الخاصة مثل النزاع المستمر والصراع الدائم بين الفرد ملائمة أو رؤسائه في العمل.[1]

4.5. ضغوط جسمية: وهي التي تتعلق بالأمراض الشديدة مثل الحميات والسموم وغيرها من العوامل التي تقلل من قدرة الفرد على التكيف، وتسرع في انهياره تحت وطأة الضغوط المحيطة، شديدة كانت أم بسيطة والتي يستطيع مقاومتها في حالاته العادية.[2]

وتتفق (ممدوحة سلامة) مع (عكاشة) في تقسيمهما للضغوط، حيث تنقسم الضغوط إلى:

1- أحداث رئيسية جسمية (كفقد شخص عزيز- طلاق، انفصال الوالدين)

2- أحداث أقل ضغطا (كالضغوط الإقتصادية، الضائقات المالية، فقدان الوظفة)

3- مشكلات يومية ومضايقات (كمشكلات الأبناء، الإضطرابات الصحية). [3]

---

[1] مفتاح المرجع المذكور سابقا، ص108.

[2] جباري المرجع المذكور سابقا، ص32.

[3] ممدوحة سلامة: المعاناة الإقتصادية وتقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية لدى طلاب الجامعة .مجلة دراسات نفسية .ك1 .ج3.القاهرة .تصدر عن (رانم).1991، ص475-496.

ويرى عادل صادق (1990) بأن هناك ضغوطا مرتبطة بمراحل معينة من العمر وهي:

– ضغوط الطفولة: خلافات الزوجية والعداء السافر بين الوالدين يكون له تأثير ضاغط على الطفل، كذلك غياب الأم أو الأب، أول يوم مدرسي في حياة الطفل، فالمدرسة قد تكون عبئا نفسيا مؤلما بالنسبة للطفل، لما يتعرض له من ضغوط لتعثره الدراسي، كذلك يرى (عادل صادق) أن كثيرا من الأعراض النفسية والجسدية التي يعاني منها الأطفال تكون سببها ضغوطا حادة وطارئة وضغوطا مستمرة وقد وجد موفت (Movat 1975) علاقة بين ما يمارسه الوالدين من ضغوط نفسية واجتماعية في معاملة أبنائهم، وبين سوء التوافق لديهم.[1]

– ضغوط المراهقة: وما يصاحبها من تغيرات فسيولوجية ومظاهر جسمية والتي تشكل وقتها ضغطا نفسيا على المراهق .

– ضغوط الزواج: قد يمثل الزواج ضغطا بسبب عدم الإتزان، كما أنه يحتاج وقتا وجهدا لعادة التكيف.

– ضغط الإحالة للمعاش: ويبدأ قبل الإحالة للمعاش بشهور، ويعاني خلالها من بعض الإضطرابات النفسية والإنفعالية.[2]

---

[1] عبد الفتاح المرجع المذكور سابقا، ص 101.

[2] عادل صادق: في بيتنا مريض نفسي. بيروت: دار العربية الموسوعات 1990، ص330–332.

ويرى (عبد المعطي) أن الضغوط تختلف في دوامها وحدتها، فبعضها يكون قصيرا مثل انتظار جراحة، أو نتيجة امتحان، والأخرى تكون متواصلة ويتكرر حدوثها مرارا، كالمعيشة مع آباء مستبدين أو متعسفين، والضغوط الإقتصادية. [1]

ويقسم الرشيدي الضغوط النفسية تقسيما أكث شمولا مما سبق، حيث يرى أن الضغوط تنقسم إلى :

– الضغوط الإجتماعية: ويقصد بها الشعور بالوطأة والإنضغاط الناتج عن وجود موضوعات بيئية تمنع الفرد من تحقيق أهدافه، ويكون معناها أيضا تلك التي تفوق وتتجاوز قدرة الشخص على تحملها ومواجهتها، ومنها الشقاقات الأسرية والتفاوت الحضاري، وكثرة الأبناء، كما أن الأحداث السارة يمكن أن تكون مصدرا للضغوط، حيث تؤدي إلى تغير الحياة وتتطلب إعادة التوافق، والتغيرات الحادة تجعل التوافق صعبا وينتج الضغط .

– الضغوط الإقتصادية: ويقصد بها التباين بين المتطلبات التي ينبغي أن يؤديها الفرد وقدرته على الإستجابة لها، كما أنها تعني الشعور بالوطأة والعبئ وعدم الرضا الناتج عن عدم التوافق مع الأوضاع الإقتصادية، مثل انخفاض الإنتاج وضغوط الفقر،والبطالة والتفاوت الطبقي .

– الضغوط المهنية: ويقصد بها الشعور بالوطأة والعبئ والثقل الناشئ من مهنة الفرد، ومجموعة الصعوبات المباشرة وغير المباشرة التي يواجهها الفرد في مهنته، وعمله مثل القلق مع الزملاء، وضغوط عدم الرضا عن العمل أو الترفيه.[2]

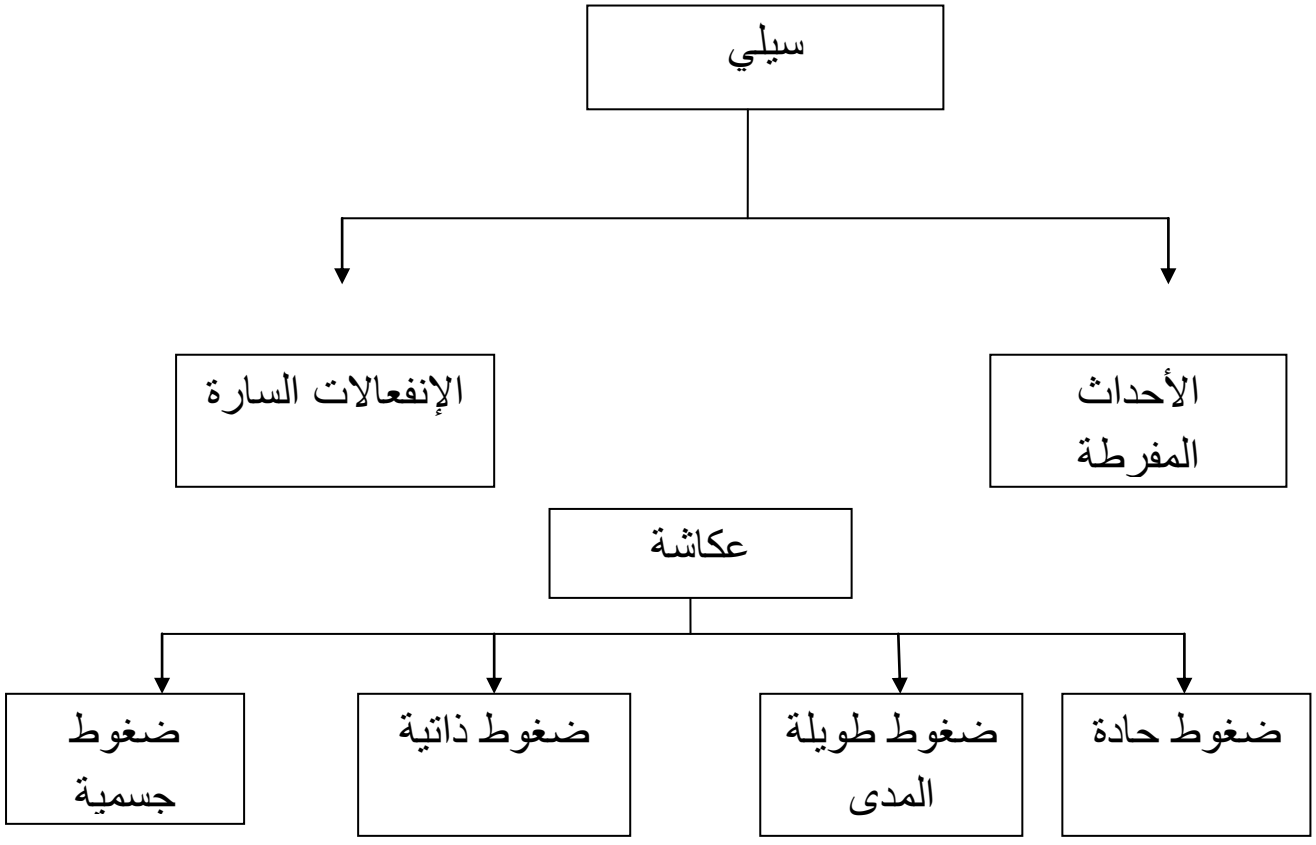
---

[1] حسن مصطفى عبد المعطي: الارشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر. وقائع المؤتمر العلمي الثالث. الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة. جامعة الزقازيق. مصر. 2005.

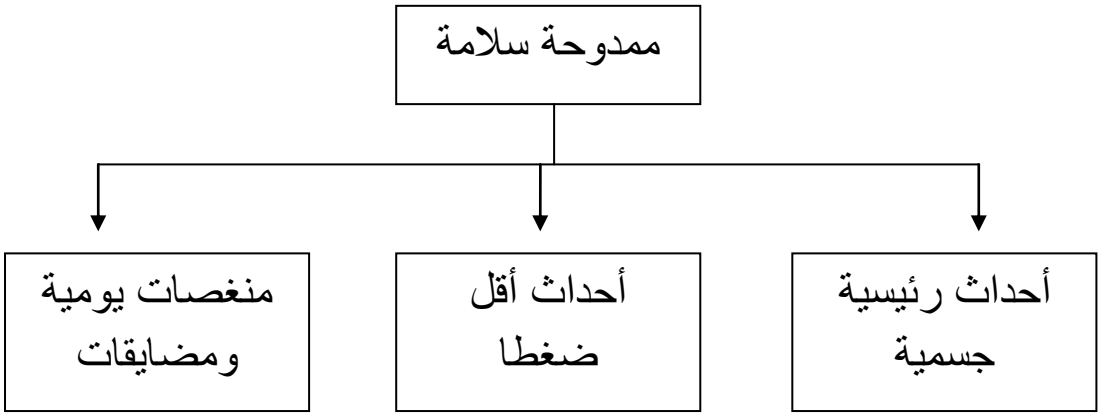
[2] الرشيدي المرجع المذكور سابقا، ص3–7.

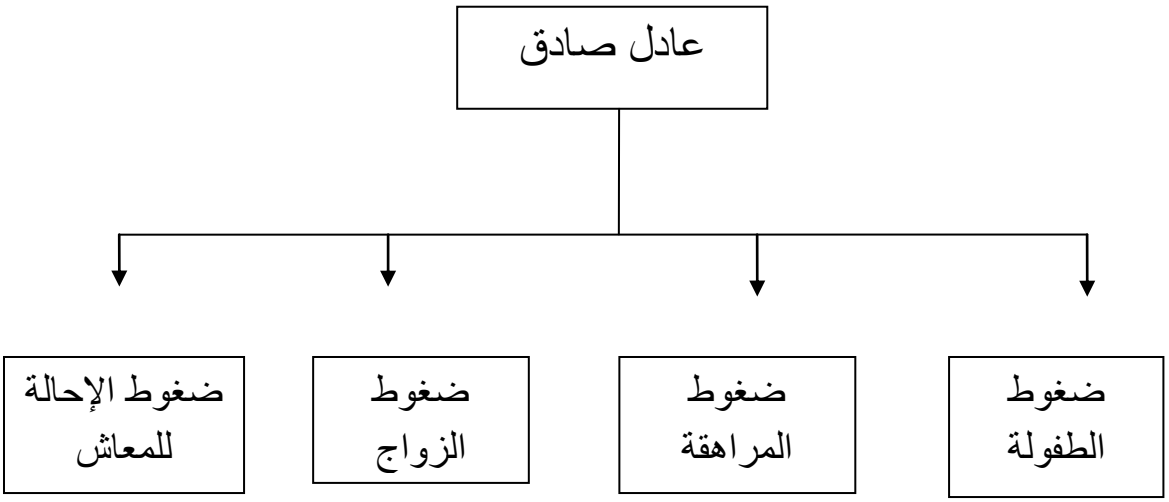
– الضغوط المدرسية: ويقصد بها مجموعة الصعوبات المباشرة وغير المباشرة التي يواجهها التلميذ في المناخ المدرسي، والشعور بالوطأة والعبأ من جراء المدرسة بصفة عامة، مثل ضغط الإمتحانات والمناهج والواجبات المدرسية والفشل الدراسي، بالإضافة إلى أنواع أخرى من الضغوط هي الضغوط الطبيعية، الضغوط السياسية، الضغوط الجسمية.[1]

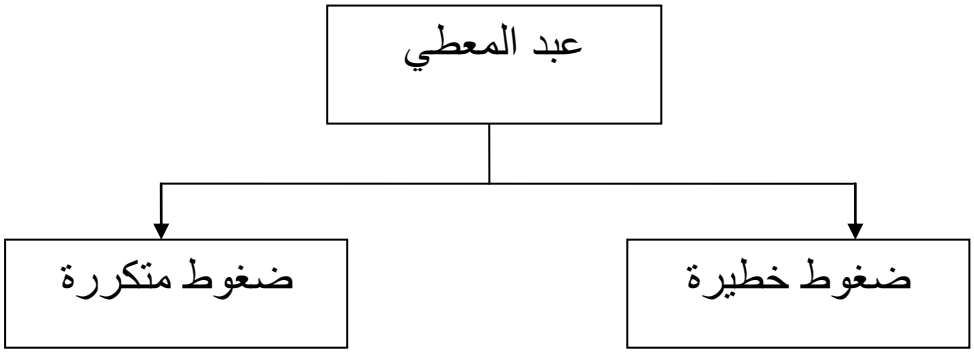
ومما سبق يمكن تلخيص لكل ما تطرق له مختلف الباحثين حول أنواع الضغوط النفسية إلى مايلي :

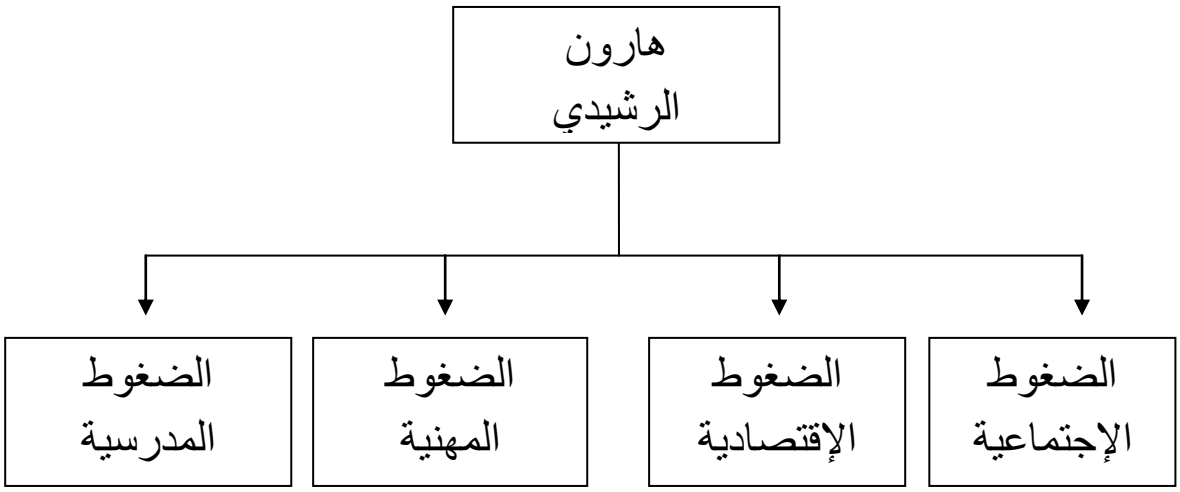


[1] الرشيدي المرجع المذكور سابقا، ص3–7.


ممدوحة سلامة
أحداث رئيسية جسمية
أحداث أقل ضغطا
منغصات يومية ومضايقات


عادل صادق
ضغوط الطفولة
ضغوط المراهقة
ضغوط الزواج
ضغوط الإحالة للمعاش


عبد المعطي
ضغوط خطيرة
ضغوط متكررة



شكل رقم(2): يوضح أنواع الضغوط النفسية عند بعض الباحثين

ومن خلال ما سبق نرى أن هناك اختلاف في تحديد أنواع الضغوط النفسية لدى الباحثين، إلا أنهم يتفقون في مجالات التي يحدث فيها الضغط النفسي عموما.

6. أعراض الضغوط النفسية :

لقيت ظاهرة الضغوط اهتماما كبيرا من حيث التعريف والقياس لما لها من أهمية على المستويين الفردي والجماعي، حيث يرى لازاروس (Lazarus) أنه يمكن التعرف على الشخص الواقع تحت الضغوط عن طريق مؤشرين أحدهما فسيولوجي يتعلق بوظائف الأعضاء، والآخر سيكولوجي ويشير الأول إلى بعض التغيرات التي تظهر أعراضها على الجسم مثل اضطرابات الجهاز العصبي، والإضطرابات العضوية بشكل عام، بينما يشير الثاني إلى المواقف التي تحدث فيها إضطرابات في الإنفعالات، ويرى اندرسون (Anderson) بعض آثار الضغط النفسي تتجلى في التوتر الفسيولوجي والكرب العاطفي، وسيطرة الإنفعالات السلبية كالقلق، والخوف، والغضب، والكراهية، والرفض، والإكتئاب، ومشاعر الضجر ،وعدم الكفاءة،

والشعور بالذنب، ويتجلى في كثرة النسيان والإهتمام الشكلي بالتفاصيل، ويمكن إجمال الأعراض كما حددها(لازاروس) في الآتي :

1.6. الأعراض الجسمية:

وتتضمن التأثرات الجسمية مثل فقدان الشهية وارتفاع ضغط الدم، وتقرحات في الجهاز العصبي، اضطربات في عملية الهضم، إنهاك جسمي، ربو قصبي، حساسيات في الجهاز التنفسي، اضطرابات الجلد.[1]

تغيرات في أنماط النوم، التعب، تغيرات في الهضم، الغثيان، والقيئ، والإسهال، فقدان الدافع الجنسي، آلام الرأس، ألام وأوجاع في أماكن مختلفة من الجسم، العدوى، عسر الهضم، الدوار، والإغماء، والتعرق، والإرتعاش، تنمل اليدين والقدمين، الوجيب (خفقان القلب بسرعة وقوة)، نبضات القلب خاطئة.[2]

---

[1] مفتاح المرجع المذكور سابقا، ص115.

[2] سمير شيخاني: الضغط النفسي:طبيعته، أسبابه، المساعد الذاتية، المداواة .ط1.بيروت: دار الفكر العربي.2003، ص 18-19.

2.6. الأعراض النفسية :

تتمثل في التأثيرات النفسية مثل التعب، الإرهاق، الملل، انخفاض الميل للعمل، الحساسية، الاكتئاب، الأرق .

3.6. الأعراض الإجتماعية :

مثل إنهاء العلاقات الإجتماعية، العزلة، الإنسحاب داخل الذات، وانعدام القدرة على قبول المسؤولية وتحملها والفشل في القيام بالواجبات اليومية.[1]

4.6. الأعراض العقلية :

تتمثل في :فقدان التركيز ،انحطاط في قوة الذاكرة، صعوبة في اتخاذ القرارات، التشوش (الفوضى)، والإرتباك، الإنحراف عن الوضع السوي، نوبات هلع .

5.6. الأعراض السلوكية :

وتتمثل في تغيرات في الشهية (الأكل كثيرا أو قليلا)، اضطرابات في الأكل، فقد الشهوة إلى الطعام (الخلفة)، والشره المرضي (الضَور)، زيادة في تناول الكحول وسائر العقاقير، الإفراط في التدخين، التملل، القلق المتميز بحركات عصبية، قضم الأظافر، وسواس المرض (توسوس المرء على صحته، وبخاصة حين يكون مصحوبا بتوهم وجود مرض جسماني) .[2]

---

[1] جباري المرجع المذكور سابقا، ص34-35.

[2] شيخاني المرجع المذكور سابقا، ص19.

6.6. الأعراض العاطفية :

مثل نوبات اكتئاب، نفاذ الصبر وحدة الطبع، نوبات غضب شديد، فساد في العادات والأحوال (كالنظافة) المفضية إلى الصحة، والمظهر.

إن ظاهرة الضغوط النفسية وجدت حدفها، بحيث تطرق الباحثين لعدة أعراض الضغوط إلا أن معظمها تبدوا ظاهريا على الفرد المضغوط .

7. الاستجابة للضغط النفسي

وصف كيفية استجابة أجسامنا للضغط النفسي للمرة الأولى في الثلاثينات من القرن العشرين طبيبان أمريكيان هما (ولترب كانون وهانس سيلي)، لقد اكتشفا أن أول رد فعل لضغط شديد هو ما يعرف باستجابة (المقاومة أو الهروب)، التي تعد أو تجهز ألية حماية الجسم إما من أجل المقاومة (مواجهة الضاغط – مسبب الضغط)، أو الفرار (تجنب مسبب الضغط أو التهديد به) مبدئيا، إن استجابة (المقاومة أو الهروب) تنبهنا إلى الخطر أو تحذرنا منه، وهي في الواقع مفيدة – موفرة القوة، والسرعة، وقوة الاحتمال (الجلد) الضرورية جميعا للبقاء.[1]

[1] شيخاني المرجع المذكور سابقا، ص19.

إن الاستجابة للضغط يضبطها الجهاز الهرموني، الذي ينظم أعمالا جسدية شتى، بما فيها الجهاز التناسلي، وجهاز المناعة، والنمو، والأيض (مجموع العمليات المتصلة بناء البروتوبالازما ودثورها، وبخاصة التغيرات الكيميائية (في الخلايا الحية) التي بها تؤمن الطاقة الضرورية للعمليات والنشاطات الحيوية والتي بها تمثل المواد الجديدة للتعويض عن المندثر منها).

والإستجابة للحساسية والقدرة على احتمال الضغط، إن أي مطلب من قدرات الجسم الجسدانية والعقلية ينبه (أو يثير) الغدد الصماء، وبصورة رئيسية هذه الغدد (الكظرية، الغدة فوق الكلية)، والغدة النخامية (غدة صغيرة صماء بيضوية الشكل واقعة في قاعدة الدماغ تفرز هرمونات ذات أثر في النمو)، والغدة تحت المهاد (المهاد البصري في الدماغ) لكي تفرز سعاة كيميائية تسمى هرمونات في مجرى الدم، وتشمل هرمونات الضغط هذه مثيرات أو منبهات قوية من مثل الأدرينالين، والنورادرينالين، والكورتيزول، والتستوسترون والدرقين (هرمون الغدة الدرقية)، التي تحدث تشكيلة من إستجابات الجسدانية. [1]

[1] شيخاني المرجع المذكور سابقا، ص 15-16.

انطلاقا من وجهة نظر العالم "هانس سيلي " Hans Sely" فإن آلية حدوث الضغط تتمثل في :

1.7. مرحلة التنبيه والحذر:

وتتمثل هذه المرحلة خط الدفاع الأول لضبط مصدر الضغط، فعندما يتعرض الفرد لتهديد جسمي أو نفسي، فإن رد الفعل يكون واحدا في الحالتين، فتتسارع ضربات القلب، ويرتفع ضغط الدم، وتتوتر العضلات، ويزداد إفراز العرق وإفراز الأدرينالين، وعندما يتخلص الفرد من التهديد فإن الجسم يعود إلى مستوى منخفض من الإثارة وإلى حالة التوازن الداخلي.[1]

تبرز بظهور يقظة مفرطة التي بدورها تثير السياقات العقلية المتمثلة في الإنتباه، التركيز، الذاكرة؛ وبحكم هذه التغيرات النفس–سلوكية تساهم في تقييم الوضعية الضاغطة ووضع استراتيجية أولية للإستجابة العضوية الناجمة عنها.

2.7. مرحلة المقاومة: تتميز بإعادة استراتيجية ثابتة ولكنها مرنة قابلة للتكيف حسب تطور الوضعية الظاغطة، الهدف منها هو التحكم النسبي في الوضعية من أجل التحصل على توازن جديد للعضوية مع المحيط .

3.7. مرحلة الإنهاك : يقارن سيلي هذه المرحلة بمراحل حياة الإنسان مرحلة الطفولة – مرحلة الرشد –مرحلة الشيخوخة (Raublan,Bourgeois).[2]

---

[1] المشابقة المرجع المذكور سابقا، ص 87.

[2] صبرينة غربي: مستويات الضغط المهني وعلاقتها بمستويات الإكتئاب لدى الممرضين (دراسة ميدانية بمستشفيات الجزائر العاصمة).رسالة الماجستير.جامعة الجزائر2. 2003، ص 30–31.

في هذه المرحلة تنخفض قدرة الفرد على التعامل مع الضغط النفسي، فيصبح مصدر الضغط مسيطرا على الفرد مما يجعله غير قادر على حماية وجوده، وتضعف مقاومته، ويدخل مرحلة الإعياء والتعب، ويصبح وضعه سيئا.[1]

إن الاستجابة للضغوط النفسية يكمن في مراحل وتكون شدتها كلما زادت مدتها وحدتها، بحيث يشعر الفرد بوجود خطر يهدده ويتخذ ألية لمواجهة هذا الخطر فإذا تجاوز الخطر قدرات الفرد و إستعداداته، يقع الفرد في مشكل يتجسد في اضطراب معين ؛ إذ ليس هناك مستوى مفرد من الضغط هو الأمثل لجميع الأشخاص، بحيث أن كل امرئ هو مختلف وذو إدراكات حسية فريدة في نوعها بالنسبة إلى الأحداث، وردود الأفعال حيالها : ماهو مسبب للاكتئاب بالنسبة إلى الواحد، قد يكون سرورا بالنسبة إلى أخر، والشخص المحب للعمل وحيدا سوف يعاني الضغط في العمل يشمل مستويات عالية من التفاعل الإجتماعي، في حين أن الشخص الذي ينجح كفرد في فريق عمل سوف يعاني ضغطا، على وجه الإحتمال في العمل تقتصر ممارسته على البقاء في البيت؛ حتى عندما نتفق على أن حدثا معينا هو مكتئب، فإننا احتمالا قد نختلف في الإستجابات الفسيولوجية والسيكولوجية له .

إن بعض الأشخاص هم حساسون بالنسبة إلى الضغط أكثر من سواهم، بسب اختبارات لهم في عهد الطفولة، وتأثير المدرسين والأساتذة، والوالدين، والدين ...إلخ؛ وتجدر الإشارة أيضا إلى أن معظم الضغط الذي نقاسيه هو بالفعل ذاتي التولد، كيف ننظر إلى الحياة، هل إن حدثا ما يجعلنا نشعر أننا مهددون أو مثارون، ومشجعون أو مثبطو الهمة، وسعداء أو حزانى، وذلك يتوقف إلى حد بعيد على كيفية نظرنا إلى أنفسنا.

---

[1] أسماء سلمان نصيف الدحدوح: الأساليب المعرفية وعلاقتها بالتوتر النفسي لدى طلبة الجامعات الفلسطينية.رسالة ماجيستير. الجامعة الإسلامية. غزة.2010.

إن الضغط الذاتي التولد هو شيئ أشبه بالعبارة الموهمة للتناقض (عبارة متناقضة ظاهريا أو متناقضة للعقل ومع ذلك فإنها قد تكون صحيحة)، لأن كثيرين من الناس إنما يفكرون في الأسباب الخارجية عندما يضطربون، واعترافنا بأننا نحدث معظم إضطراباتنا هو خطوة مهمة شطر الكفاح على قدم المساواة أو بنجاح بشأنها.[1]

وتصنف ردود فعل الفرد على الضغط النفسي إلى عدة أنواع:

1- ردود فعل فسيولوجية: وتتمثل في زيادة ضربات دقات القلب، ارتفاع ضغط الدم، التوتر العضلي، اضطراب في الجهاز الهضمي، وزيادة إفراز الأدرينالين.

2- ردود فعل معرفية: وتتمثل في اضطراب التفكير، وتناقص القدرة الأدائية، والتردد في اتخاذ القرار.

3- ردود فعل سلوكية: تجنب المواقف المثيرة للقلق، والسلبية والضعف.

4- ردود فعل جسمية: تمثل في فقدان الشهية، واضطرابات في الجهاز الهضمي، وإنهاك جسدي.

5- ردود فعل نفسية: تتمثل في التعب، والإرهاق، وفقدان الرغبة في العمل، والقلق، والاكتئاب، وانخفاض في مفهوم الذات.[2]

---

[1] شيخاني المرجع المذكور سابقا، ص14-15.

[2] عائشة محمد عيسى مصلح: اثر برنامج إرشادي نفسي جماعي في خفض مستوى التوتر النفسي لدى طالبات المرحلة الأساسية العليا بمدارس وكالة الغوث الدولية. رسالة ماجيستير. الجامعة الإسلامية. غزة.2003.

وحسب الباحثة إن الإستجابة للضغوط النفسية تختلف بإختلاف الأفراد، بحيث لايوجد مستوى مفرد من الضغوط هو الأمثل لجميع الناس، بحيث تتدخل عوامل الخبرة والتجارب الذي عاشها الفرد في حياته .

- **أساليب التعامل مع الضغوط النفسية**

8. مفهوم أساليب التعامل مع الضغوط النفسية

في البداية نود أن نشير إلى أن مصطلح المواجهة (أساليب التعامل) قبل عام 1960 استخدم في الأدبيات الطبية والاجتماعية ليشير إلى الاستجابات الايجابية نحو الضغط، وحتى عام 1960 لم تكن البحوث في مجال المواجهة قد بدأت؛ والجدير بالذكر أن مصطلح المواجهة لم يظهر في علم النفس حتى عام 1967، ولقد اشتقت النماذج الأولية لمصطلح المواجهة من البحوث التي أجريت على الحيوانات، ومن أدبيات التحليل النفسي، كما أشار إلى ذلك لازاروس وفولكمان 1984 حيث إن الأبحاث التي أجريت على الحيوانات على يد كانون تعرف استجابة القتال أو الهروب بأنها الاستجابات السلوكية التي يقوم بها الفرد لخفض الاستثارة الفسيولوجية والتي من خلالها ينخفض تأثير مثيرات القلق أو المثيرات المزعجة، ومن أمثلة استجابة القتال أو الهروب هروب الدب والحمار الوحشي من الأسد تجنبا من أن يفترسهم، ولكن هذا الأسلوب يكون غير ملائم للعديد من المواقف التي يتعرض لها الفرد لأنه لا يجسد العنصر الانفعالي أو المعرفي في الاستجابة للموقف.[1]

أي أنه بدأ الاهتمام بدراسة أساليب التعامل مع الضغوط في بداية الستينيات وقد استخدمت الدراسات مجموعة من المصطلحات للتعبير عن أساليب التعامل مع الضغوط مثل

[1] عبد العظيم حسين وعبد العظيم حسين المرجع المذكور سابقا، ص77.

سلوكيات المواجهة، مهارات المواجهة، جهود المواجهة، ميكانيزمات المواجهة أو استراتيجيات المواجهة.

بحيث يرى كل من Gibson,Lindop,Ray(1982) أن الفرد على مدى طول مسار حياته يتعرض لسلسلة من الأحداث الحياتية قد تكون صغرى أو كبرى مثل ميلاد طفل، تغيير الوظيفة، الإصابة بالأمراض، التعرض لجروح خطيرة والحداد...إلخ، حيث يمكن للفرد أن يدرك هذه الخبرات الحياتية كأحداث مهددة، لما ينتج عنها من اضطرابات انفعالية وتكون لها على المدى الطويل آثار ضارة على صحته الجسدية والنفسية، غير أن الفرد عادة لا يقف سلبيا أمام ما يحدث له فإنه يحاول المواجهة، وهنا نتحدث عن المواجهة(Coping) لتشير بها إلى طريقة تسوية المواقف الصعبة وضبطها حيث يتضمن هذا المفهوم وجود مشكل حقيقي أو متخيل من جهة، وإنتاج الفرد استجابة لمواجهة هذا الحدث الضاغط من جهة أخرى.[1]

كما تعد مورفي (Murphy) من أوائل العلماء الذين استخدموا مفهوم المواجهة (coping)التي اعتبرت أن أساليب المواجهة عبارة عن الأساليب المختلفة التي يستخدمها الفرد للتعامل مع التهديدات، وتلك الأساليب إما أن تكون موجهه نحو الذات أو البيئة، كما وصفت مورفي1989 (Murphy) عملية المواجهة بأنها تنظيم للوسائل المختلفة للتعامل مع محتويات البيئة التي قسمتها فيما بعد إلى طريقتين إحداهما موجهة إلى البيئة، والأخر موجهة إلى الذات، وكذلك من الذين أسهموا في دراسة أساليب المواجهة" منينجر" Carl Menninger فقد قام

[1] آيت حمودة وآخرون المرجع المذكور سابقا، ص7.

بدراسات حول سلوكيات المواجهة التي يستخدمها الأفراد في توافقهم مع الأحداث، وقد وصف أساليب المواجهة بأنها حيل ووسائل يستخدمها الفرد للتعامل مع الأحداث الضاغط.[1]

وفي الحقيقة إن كلمة مواجهة (Coping) صعبة الترجمة لغويا وتعني(To cope with) و (Faire avec)، أي (التعامل مع)، وقد اقترحت عدة مفاهيم للدلالة عليها نذكر منها " استراتيجيات التكيف"، "وميكانزمات الدفاع" وكذلك "التسوية" (Dantchev,1989)؛ كما يترجم البعض الآخر هذه الكلمة بإستراتيجيات المواجهة، أو أساليب أو طرق المواجهة، وقد تشير إلى التوافق أو التعامل مع المشكلات، أو التغلب على الضغوط أو معايشة الضغوط.[2]

أما بنجامين Benjamin فيعرف الضغوط بأنها" حالات العواطف الممتدة سواء كانت سارة أو حزينة فهي تسبب الضغوط عندما تستمر لوقت طويل جدا، وتظهر هذه الضغوط في صورة المشكلات الفسيولوجية والنفسية، ويضيف أن الأحداث التي تسبب الضغوط تسمى الضواغط، والتي تشمل عددا من الأحداث المرتبطة بتغيرات الحياة مثل الطلاق، والإحباط، والصراع، والمواقف الطارئة مثل الكوارث، ومتغيرات الشخصية، بالإضافة إلى سمات الضغوط الكثيرة ومنها ضغوط العمل وضغوط المنزل".[3]

---

[1] Schwebel, A, Andraw, B, Harrey A, & Schwebe.Reichman. Personal Adjustment and Growth; a Life Span Approach (2edition). New York: Milton-brown publisher.1990,p97.

[2] يوسف جمعة سيد: دراسات في علم النفس الاكلينيكي. مصر: دار غريب.2000.

[3] قدري حفني: أساليب مواجهة الضغوط لدى طلاب الإعدادية والثانوية دراسة مقارنة بين الريف والحضر. رسالة دكتوراة. جامعة عين شمس.القاهرة2002، ص22 .

كما عرفها Fleichmane (1984) بأنها " تلك المجهودات المعرفية والسلوكية الموجهة نحو التحكم وتقليص أو تحمل المتطلبات الداخلية والخارجية التي تهدد الفرد أو تتجاوز موارده الشخصية، لذلك قد تشتمل على نشاط ما أو عملية فكرية تهدف إلى تقليصها والتخلص من الضيق النفسي أو المواقف الضاغطة". [1]

وتعرف بأنها مجموعة من المصادر الخارجية والداخلية الضاغطة والتي يتعرض لها الفرد في حياته وينتج عنها ضعف قدرته على إحداث الاستجابة المناسبة للموقف وما يصاحب ذلك من اضطرابات انفعالية وفسيولوجية تؤثر على جوانب الشخصية الأخرى.[2]

ويعرف هريدي أساليب التعامل مع الضغوط بأنها" كافة جهود الفرد المعرفية والانفعالية والنفس حركية والبين شخصية، التي يسعى الفرد من خلالها إلى التصدي للمواقف الضاغطة للتخلص منها، أو لتجنب آثارها السلبية(مادية ومعنوية)، أو التقليل منها بهدف المحافظة قدر الإمكان على توازنه الانفعالي، وتكيفه النفسي والاجتماعي".[3]

---

[1] Fleishman.j.A.personality characteristics and coping patterns. journal of health and social behavior.25.p 229-244.1984.

[2] زينب شقير: مقياس مواقف الحياة الضاغطة في البيئة العربية(مصرية– سعودية) القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.1998، ص4.

[3] عادل محمد هريدي: علاقة وجهة الضبط بأساليب مواجهة المشكلات دراسة في ضوء الفروق بين الجنسين. مجلة بحوث كلية الآداب. العدد26. جامعة المنوفية.1996، ص 283.

ويمكن إعتبار أساليب التعامل مع الضغط النفسي طريقة أو محاولة من الفرد للتكيف مع الموقف الضاغط، هذه المحاولة إما أن تكون فاعلة؛ وبالتالي تخفف من آثار الضغط النفسي السلبية، وإما أن تكون غير فاعلة فتساهم في تفاقم الضغط النفسي، وهذا ما يراه لازروس وفولكمان: " فإذا كان الضغط النفسي مظهرا محتوما في أوضاع الفرد، ومن المتعذر عليه اجتنابه، فإن أسلوب المواجهة هو الذي يضع فرقا في محصلة التكيف "(Cooper,1991).[1] وهذا ما نطلق عليه إستراتيجيات المواجهة.

ولئن كانت أحداث الحياة الضاغطة ترتبط باختلال الصحة النفسية والجسمية للفرد فإن هناك وسائل دفاعية يستخدمها الفرد لمواجهة هذه الأحداث الضاغطة، وقد تكون هذه الوسائل بناءة يتغلب بها على ما تسببه هذه الأحداث من صراع وإحباطات، أو قد تكون لا شعورية يطلق عليها الميكانزمات الدفاعية Defense Mechanisms ؛ ويختلف الأفراد في مدى شعوره بالضغوط النفسية ويعزى ذلك إلى أن بعض متغيرات الشخصية ربما تعمل كمصادر شخصية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة وفي هذا الصدد يرى لازاروس" Lazarus" أن" سمات الشخصية تؤثر على عمليات تحمل الفرد Coping Processes في مواجهة مصادر الضغوط إما بطريقة مباشرة عن طريق ما يمتلكه الفرد من قدرات أو بطريقة غير مباشرة عن طريق تقييم الفرد للموقف المهدد".[2]

[1] Cooper, C.l & payne, R.personality and stress: individual differences in stress process, john wiley & sons ltd.1991.

[2] Lazarus, R. "Toward Better Research on stress and coping", american Psychologist. Vol 155. No 6.1996.p212.

كما يشير فولكمان لازاروس إلى أن أساليب التعامل مع الضغوط النفسية هي " الجهود التي يبذلها الفرد للسيطرة على الخفض أو التحمل للمطالب الداخلية والخارجية التي تتسبب بها المواقف الضاغطة، ويعرف كمال دسوقي 1988 سلوك المواجهة بأنه الفعل لذي يمكن المرء من أن يتوافق مع الظروف البيئية، وهو السلوك الفاعل أو الإجرائي، فهو فعل فيه يتفاعل الفرد مع البيئة لغرض تحصيل شيء ما".[1]

ويعرفها إبراهيم بأنها " مجموعة من النشاطات أو الاستراتيجيات الدينامية –سلوكية أو معرفية– يسعى من خلالها الفرد إلى مواجهة الموقف الضاغط أو لحل المشكلة، أو تخفيف التوتر الانفعالي المترتب عليه".[2]

ويعرف" علي "أساليب التعامل مع الضغوط بأنها" الأساليب التي يواجه بها الفرد أحداث الحياة اليومية الضاغطة والتي تتوقف مقوماتها الإيجابية أو السلبية نحو الإقدام أو الإحجام طبقا لقدرات الفرد وإطاره المرجعي للسلوك ومهارته في تحمل أحداث الحياة اليومية الضاغطة وطبقا لاستجاباته التكيفية نحو مواجهة هذه الأحداث دون إحداث أية آثار سلبية جسمية أو نفسية عليه ". [3]

---

[1] حسن عبد المعطي: ضغوط الحياة وأساليب مواجهته. القاهرة: مكتبة الزهراء.2006، ص97.

[2] رشا راغب إبراهيم: الضغوط النفسية وعلاقتها بمستوي الطموح لدي طالبات المرحلة الثانوية. رسالة ماجستير. جامعة عين شمس.1998،ص95.

[3] علي علي: دليل تطبيق مقياس أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.2003، ص11.

وبالرغم من أن أساليب التعامل مع الضغوط تساعد الفرد على التكيف النفسي والاجتماعي إلا أن" شيلدز" ترى أن" أساليب التعامل تختلف عن التكيف، فالتكيف يتكون من ردود أفعال الفرد التي تتسم بالآلية، أما أساليب التعامل فإنها تستخدم آليات دفاع نفسية واجتماعية تتضمن جهودا واعية Conscious effort في التعامل مع الأحداث التي لم يستطع الفرد التكيف معها".[1]

[1] Shields, N . "Stress, active coping, and academic performance among persisting and nonpersisting college students". Journal of applied biobehavioral research,Vol.6, No.3.2001.p65.

9. تصنيف أساليب التعامل مع الضغوط النفسية

إن التصور العام عن أساليب التعامل مع الضغوط شامل يحتاج إلى تفصيل وخاصة إذا استخدم مع آليات الدفاع اللاشعورية، فيرى بعض العلماء النفسيين بان أساليب التعامل مع الضغوط تعتمد على أنها: وسيلة تعديل أو محو الموقف الذي يزيد من حدة المشكلة التي تسبب الضغط، وسيلة التحكم الإدراكي واستدعاء الخبرات لتحييد المشكلة .وسيلة التحكم بالنتائج الانفعالية للمشكلة ضمن حدود الاستجابة الناجحة للحل.

ومن هذه التصنيفات ما يلي:

أ .تصنيف التحليل النفسي:

حيث صنفت هذه النظرية أساليب التكيف مع الضغوط إلى صنفين:

-أساليب تحدث لا شعوريا كالتبرير، والنكوص، وأحلام اليقظة، والإبدال.

-أساليب تحدث شعوريا ويلجأ إليها الفرد بما يلي شخصيته في الرد على الموقف الضاغط أو المهدد.

ب .يصنفها لازورس(Lazarus) إلى عدد من الأنماط :

-نمط الهجوم والمجابهة وتصاحبه انفعالات العداء، والغضب، والخصومة.

-نمط التجنب والانزواء وتصاحبه مشاعر الخوف، والرعب، والهروب، واحتمالات الإصابة بالذعر.

-نمط اللافعل والسلبية الذي يرافقه الشعور بالاكتئاب والميول إلى الانسحاب. ونمط الخوف العام المتمثل في الشعور بالقلق لاسيما في الظروف التي يستطيع فيها تحديد مصدر التهديد[1].

[1] محمد محمد عودة: الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة. رسالة ماجستير. الجامعة الإسلامية.غزة.2010، ص29.

-نمط الرفض والنكران حيث يميل الفرد لتجنب إدراك التهديد أو الخطر بشكل كامل باللجوء إلى تجاهل مؤثرات الضغط النفسي وكبت الانفعالات التي يثيرها التهديد.

-نمط استخدام الحيل الدفاعية كالتبرير، والإسقاط، وتكوين رد الفعل، والتزيد في إعمال الفكر.

-أسلوب النشاط الاجتماعي، والعمل الهادف إلى تغيير مصدر الضغط، والتخلص منه، أو التأثير فيه بشكل مباشر أو غير مباشر[1].

ج .أما رودولف و موس (Rodoulf & Moos) فيصنف أساليب المواجهة إلى أساليب مواجهة إقدامية، وأساليب مواجهة إحجامية، وهي كالتالي:

1.9. أساليب المواجهة الإقدامية:

وتتضمن الأساليب التالية:

-**التحليل المنطقي** :وهي محاولات معرفية للفهم والتهيؤ الذهني للموقف الضاغط ومترتباته، أي التعامل مع المشكلات معرفيا.

-**إعادة التيقن الايجابي** :وهو محاولة معرفية لبناء ولإعادة بناء المشكلات بطريقة ايجابية مع استمرارية تقبل الواقع في الموقف الضاغط.

-**البحث عن المساعدة والمعلومات** :وهيم حاو لات سلوكية للبحث عن المساعدة والمعلومات، والإرشاد، أو الدعم.

-**استخدام أسلوب حل المشكلة :وهي** محاولات سلوكية للقيام بعمل ما للتعامل مباشر مع المشكلة لحلها. [2]

---

[1] عودة المصدر المرجع المذكور سابقا، ص 29.

[2] شعبان رجب: العلاقة بين الأساليب الإقدامية الإحجامية مع الأزمات والتوافق النفسي وبعض سمات الشخصية. مجلة علم النفس. العدد السادس. الهيئة العامة للكتاب. القاهرة.2000، ص 3.

2.9. أساليب المواجهة الإحجامية:

وتتضمن الأساليب التالية:

-**الإحجام المعرفي** :وهو محاولات معرفية لتجنب التفكير الواقعي في المشكلة.

-التقبل أو الاستسلام :وهو محاولات معرفية للتعامل مع المشكلة لتقبلها والاستسلام لها.

-**البحث عن الإثابة البديلة** :وهي محاولات سلوكية للاشتراك والاندماج في أنشط ة بديلة، وخلق مصادر جديدة للإشباع.

-**التنفيس الانفعالي** :وهي محاولات سلوكية لخفض التوتر بالتعبير عنها بمشاعر سلبية[1].

د. ذكر كارفر وزملائه (Karfer et al) إن هناك اثني عشر أسلوبا للمواجه صنفها خليل (1993)إلى ثلاث فئات وهي كالتالي:

أ .**أساليب المواجهة:** التعامل النشط، التخطيط، كبت الأنشطة المتشاركة، التمهل.

ب .أساليب التماس العون: اللجوء للدين ،الدعم الاجتماعي العملي، الدعم الاجتماعي العاطفي، التماس التفريغ العاطفي.

ج .السلبية: الإنكار، التحرر الذهني، التقبل السلوكي، التقبل .[2]

---

[1] رجب المرجع المذكور سابقا، ص 3.

[2] عودة المرجع المذكور سابقا، ص32.

10. مميزات أساليب التعامل مع الضغوط النفسية.

للمواجهة عدة مميزات وسيتم عرضها في النقاط الأساسية التالية (Lazarus, 1993) :

– المواجهة عملية معقدة، ويستعمل الأفراد أغلب إستراتيجيات الأساسية تجاه الوضعيات الضاغطة.

– ترتبط المواجهة بتقدير(Appraisal) كل ما يمكن القيام به لتغيير الموقف، وتقييمه فإذا بين التقييم بأن هناك شيئا يمكن القيام به هنا تسيطر المواجهة التي تركز على المشكل، أما إذا أسفر التقييم على أنه ليس هناك شيء يمكن القيام به هنا تسيطر المواجهة التي تركز على الانفعال.

– عندما يكون الموقف الضاغط من النوع الثابت كالعمل، والصحة أو العائلة يظهر أن للرجال والنساء أساليب مواجهة تتشابه كثيرا. [1]

– هناك مجموعة من إستراتيجيات المواجهة تبدو أكثر ثباتا واستقرار من الإستراتيجيات الأخرى أثناء التعرض لمختلف المواقف الضاغطة، بينما ترتبط الإستراتيجيات الأخرى بمواقف ضاغطة خاصة مثلا فالتفكير الإيجابي تجاه الموقف هي ثابتة نسبيا وترتبط كثيرا بالشخصية، في حين أن إستراتيجية البحث عن دعم إجتماعي فهي غير ثابتة وترتبط كثيرا بالسياق الاجتماعي.

– إن إستراتيجية المواجهة تتغير منذ المرحلة الأولى من الموقف الضاغط إلى مرحلة أخرى لاحقة.

---

[1] Lazarus,r,s. coping theory and research:past, present. Future.psychosomatic medicinel.55.p234-247.1993.

– تعتبر سلوكات المواجهة كوسيط قوي للنتائج الانفعالية، حيث ترتبط بعض إستراتيجيات المواجهة بنتائج إيجابية، في حين ترتبط إستراتيجيات أخرى بنتائج سلبية.

– إن فائدة أي نوع من إستراتيجية المواجهة يرتبط بنوع الموقف الضاغط ونمط الشخصية المعرضة للضغط (الصحة الجسدية، والوظيفة الاجتماعية والوجود الذاتي).[1]

تعتبر المواجهة مجموعة من المجهودات المعرفية والسلوكية الموجهة للتحكم وتقليص المتطلبات الداخلية أو الخارجية أو تحملها التي تهدد الفرد وتفوق موارده الشخصية وتضم مجموعة غير متجانسة من المعارف والمواقف السلوكية، وتصنف إلى نوعين: مواجهة تركز على الانفعال مثل التجنب– التهرب– واتخاذ مسافة، وأخرى تركز على المشكل مثل التصدي ومخططات حل المشكل؛ حيث يهدف النوع الأول إلى تقليص حالة التوتر والضيق الانفعالي المصاحب للضغط، بينما النوع الثاني يضم طرقا تمكن الفرد من الحصول على إمكانيات لتغيير الوضعية التي يواجهها، مما يؤدي إلى تغيير الحالة الانفعالية وهذه هي أهم الوظائف المواجهة.

[1] Lazarus,r,s. op cit.

11. التناولات النظرية المفسرة لأساليب التعامل مع الضغوط النفسية

لقد أصبحت الضغوط تمثل موضوعا رئيسيا في البحوث النفسية منذ أعمال هانز سيلي، ومنذ ذلك الحين صار الباحثون أكثر اهتماما بكيفية تعامل الناس مع الضغوط، ولكن الاهتمام الفعلي بدراسة المواجهة بدأ عام 1984 بعد أن قام لازاروس وفولكمان ببحوث مستفيضة عن المواجه، ولقد مرت دراسة المواجهة من خلال ثلاثة أجيال، وكان الجيل الأول مع بداية القرن الماضي، ويمثله علماء التحليل النفسي، والجيل الثاني بدأ في السبعينات تتطور في الثمانينات من القرن الماضي، وارتبط هذا الجيل بشكل قوي بأعمال لازاروس وتلاميذه، وهناك علماء آخرون قد أسهموا بشكل دال في أعمال هذا الجيل، وهم ميتشنبوم(Meichenbaum)، وموس (Moos) وتايلور (Taylor)، وأخيرا الجيل الثالث في منتصف التسعينات ويمثله أوبرين وديلونجس(Obrien & Delongis) وغيرهم.

أما بخصوص التناولات النظرية المتعلقة بأساليب التعامل مع الضغوط النفسية فهناك عدة تناولات نظرية يأتي في مقدمتها مدخل التحليل النفسي، فهو يعد بمثابة النظرية الأولى حيث ركز على استخدام ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية لدى الشخص، والمدخل الثاني وهو مدخل الشخصية ويركز على خصائص الشخصية كمتغير هام في عملية المواجهة، ويركز المدخل الأخير على دور كل من خصائص الموقف الضاغط الذي يتعرض له الفرد والمتغيرات الشخصية لدى الفرد في تحديد الأساليب التي يستخدمها الفرد في التعامل مع الموقف. [1]

[1] عبد العظيم حسين وعبد العظيم حسين المرجع المذكور سابقا، ص86.

إذ هذا المدخل يقوم على افتراض مؤداه أن الناس الذين يتعرضون بشكل متكرر للمواقف الضاغطة ويكونون غير قادرين على التحكم والسيطرة على هذه المواقف يعانون من العجز، ومن ثم يصبحون سلبيين بشكل متزايد في جهود المواجهة التي يقومون بها للتعامل مع المواقف الضاغطة، ومن ثم يعانون من الاكتئاب؛ وعلى هذا يختلف ذلك المدخل عن كل من المدخلين السابقين وهما مدخل التحليل النفسي ومدخل الشخصية اللذان يفترضان أن التكيف مع المواقف الضاغطة يكون دالة لخصائص شخصية الفرد في تجاهل لدور المطالب الموقفية والبيئية وتأثيرهما على سلوك المواجهة، ويمكن بيان ذلك بشكل مفصل فيما يلي:

1.11. التناول السيكوديناميي.

لقد تناول فرويد (1933) مفهوم ميكانيزمات الدفاع والعمليات اللاشعورية التي يستخدمها الفرد في مواجهة التهديدات والقلق، ورأى أن هذه الميكانزمات الدفاعية هي عبارة عن اساليب التعامل التي يستخدمها الفرد ليحمي بها نفسه من الصراعات والتوترات التي تنشأ عن المحتويات المكبوتة، وأن هذه الميكانزمات الدفاعية ذات أهمية كبيرة في خفض الضغوط والتوترات وتعمل على مستوى اللاشعور، كما أنها تحرف وتشوه إدراك الفرد للواقع كوسيلة لخفض ما يهدده من قلق وضغوط، وأن الفرد لا يلجأ إلى استخدام حيلة دفاعية واحدة لحماية نفسه من الضغوط والقلق، بل قد يستخدم أكثر من أسلوب دفاعي واحد، وفي ضوء ذلك يرى فرويد أن الميكانيزمات الدفاعية هي بمثابة أساليب التعامل يلجأ إليها الفرد لاشعوريا للتخفيف من التوترات والقلق والصراعات الداخلية، ومن أمثلة هذه الميكانيزمات الكبت والإنكار والتبرير والتجنب والإسقاط والنكوص وغيرها.[1]

[1] عبد العظيم حسين وعبد العظيم حسين المرجع المذكور سابقا، ص86.

وأن هذه الميكانيزمات الدفاعية تعدل من إدراك الفرد للأحداث، وذلك لكي تقلل من حدة الشعور بالضيق أو المشقة لدى الفرد؛ ومن ذلك ترى نظرية التحليل النفسي المواجهة كعملية نفسية داخلية تتبع من داخل الفرد وتتضمن ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية التي يستخدمها الفرد لخفض القلق والصراعات النفسية وأن الأساليب العصابية والوساوس القهرية والبارانويا والتجنب والكبت هي بمثابة أساليب ثابتة من المواجهة يستخدمها الفرد في مواجهة الخبرات الضاغطة. [1]

من خلال ما سبق عرضه من ضمن التوجه التحليلي في تفسير أساليب التعامل مع الضغوط النفسية نجد أن هذا المنظور يركز على أن الفرد يكون لديه مواجهة بصفة آلية وغير شعورية، والتي تتمثل في الميكانزمات الدفاعية التي يعتمد عليها الفرد في مواجهة الضغوط التي تواجهه؛ ومن خلال ما ركز عليه هذا الاتجاه أدى بالباحثين إلى زيادة البحث والتوسع فيه حتى يتضح لنا كيفية تعامل الفرد مع المواقف الحياتية الضاغطة التي تواجهه، وهذا ما يدل على توجه آخر ينصب ضمن نفس الطرح المتناول.

2.11. التناول التفاعلي.

وظهر هذا التناول كرد فعل على المدخل السيكودينامي الذي استمر في دراسة المواجهة في سياق المرض النفسي ليحل محله، حيث أن هذا المدخل ينظر إلى المواجهة على أنها عملية صحية وطبيعية وأنها تمكن الفرد من حل مشاكله وأن ميكانيزمات التكيف مع البيئة تزداد لدى الفرد كلما كانت عقلانية وشعورية بدلا من أن تكون لا شعورية ولا إرادية، ولذلك حل هذا المدخل الجديد عن المواجهة محل المدخل السيكودينامي. [2]

---

[1] عبد العظيم حسين وعبد العظيم حسين المرجع المذكور سابقا، ص86.

[2] عبد العظيم حسين وعبد العظيم حسين المرجع نفسه، ص89-90.

وارتبط هذا المدخل بأعمال ودراسات كل من لازارويس وفولكمان(1984) وموس(1977) وميتشنبوم(1977)، والتي أكدت على أن المواجهة هي عملية أكثر من كونها سمة أو استعداد لدى الفرد كما رفض هذا المدخل وصف الضغوط على أنها شيئ يحدث بطريقة المثير والاستجابة، بل يرى أن استجابة الضغوط تظهر كنتيجة للتفاعل بين المطالب البيئية وتقييم الفرد لهذه المطالب وللمصادر الشخصية لديه، وتمثل عملية التقييم المعرفي مفهوما مركزيا في هذا المدخل، وترتبط بشكل كبير بالمواجهة، ففي عملية التقييم المعرفي للموقف يستخدم الشخص نوعين من التقييم وهما التقييم الأولي والتقييم الثانوي، وفي عملية التقييم الأولى يقيم الفرد الموقف من حيث هو ضاغط أو لا، فإذا تم تقييم الموقف على أنه ضاغط عندئذ يستخدم الفرد التقييم الثانوي ليحدد خيارات المواجهة والمصادر المتاحة لده للتعامل مع الموقف، وهكذا فإن الشخص يدرك الحدث كضاغط اعتمادا على المعنى الذي يكونه عن الموقف، ويؤكد هذا المدخل على أهمية العلاقة المتبادلة بين الشخص والبيئة وأن عملية التقييم الأولي والثانوي تؤثر بشكل فعال في تحديد أساليب التعامل التي يستخدمها الفرد حيال المواقف الضاغطة؛ وفي عام (1999) أشار لازارويس إلى أنه لا يوجد إجماع عالمي على أن هناك أساليب التعامل فعالة وأخرى غير فعالة، وعلى هذا فإن نجاح المواجهة يعتمد على درجة التناغم بين أساليب التعامل المفضلة لدى الفرد وبين الظروف والعوامل الموقفية. [1]

ومنه تقول الباحثة أن هذا التوجه النظري الذي يركز في تفسيره على الأساليب التي يتعامل بها الفرد لمواجهة الضغوط، مركزة على المواجهة بطريقة صحية ومعقلنة؛ أي أن الفرد يدرك الموقف الضاغط ويعطيه معنى ويتفاعل مع الضغط بطريقة شعورية وإرادية وهذا عكس ما جاء به التوجه السيكوديناميي في تفسيره لمواجهة الضغوط النفسية، كما كان المدخل الثاني

[1] عبد العظيم حسين وعبد العظيم حسين المرجع المذكور سابقا، ص89-90.

في تفسير طريقة مواجهة الضغوط النفسية عامل في نشوء أبحاث أخرى تتمثل في نظرة وتفسير آخر يتمثل في مدخل وتوجه ثالث.

3.11. تناول التقارب بين الشخصية والمواجهة .

لقد أدت البحوث التي أجراها لازاروس وفولكمان إلى ظهور تناول جديد يركز على التقارب بين عوامل الشخصية والسياق الموقفي وبين المواجهة، فلقد كانت المداخل السابقة تغفل دور العوامل الموقفية في تحديد سلوك التعامل مع الضغوط بين الأفراد، ومن ثم جاء هذا المدخل ليؤكد من خلال البحوث التي قام بها كل من أوبرين وديلونجس (1996) وغيرهم على أهمية كل من العوامل الموقفية وعوامل الشخصية في تفسير قدر كبير من التباين في سلوك المواجهة بين الأفراد فهذا المدخل يعترف بأهمية كل من العوامل الشخصية والمحددات الموقفية في عملية التعامل مع الضغوط؛ وإضافة إلى ذلك يمكن تفسير المواجهة من المنظور الاجتماعي البيئي (Ecological Social) والذي يؤكد على أهمية تفاعل الفرد مع الظروف المادية والثقافية والاجتماعية للبيئة، ومفهوم مصادر المواجهة البيئية ينشأ من هذا المنظور، كما أن هناك جانبا آخر هاما في هذا المنظور، وهو شبكة العلاقات الاجتماعية التي تساعد الفرد على مقاومة الضغوط وفي هذا يشير موس وبيلنج (1982) إلى أن المصادر البيئية تؤثر بشكل فعال على تقييم الفرد للتهديد الذي ينطوي عليه الموقف الذي يتعرض له الفرد وأيضا على اختيار وفعالية استجابات المواجهة، فمن المعروف أن عملية المواجهة تعتمد على العوامل الموقفية وعلى المصادر الداخلية والخارجية للفرد. [1] ومن خلال ما تم عرضه ضمن سطور هذا التوجه النظري في تفسير مواجهة الضغوط النفسية، نجده يؤكد على فعالية الشخصية ضمن

[1] عبد العظيم حسين وعبد العظيم حسين المرجع المذكور سابقا، ص90-91.

التعامل مع الضغوط النفسية؛ أي أن المواقف الضاغطة وأساليب التعامل معها مرتبط بطبيعة الشخصية وفيما تحمله من خلفية وكذلك بعلاقات الفرد الخارجية أي أن هذا الطرح يربط بين العوامل الداخلية للفرد المكونة لشخصيته والظروف الخارجية البيئية المحيطة به، أي أن هناك تفاعل بين شخصية الفرد وبيئته وفي طبيعة تحديد أسلوب مواجهته للضغوط من حوله.

12. نتائج أساليب التعامل مع الضغوط النفسية

يتعرض الناس كلهم للضغوط بشكل أو بآخر ولكنهم لا يتعرضون جميعاً لمخاطرها بالدرجة نفسها، لأن تأثير الضغوط يختلف من فرد إلى آخر وإن التهديد ومستواه يختلفان أيضاً من فرد إلى آخر، لذا فإن استجابة الفرد إليها تختلف تبعاً لنمط الشخصية وتكوينه، ونوع البيئة والوسط الاجتماعي الذي يتحرك فيه، ويؤثر في تشكيل شخصيته ونموها وتحديد أسلوب التعامل مع الحدث أو الضغط، وكذلك الحيلة الدفاعية النفسية ومطالبة الشخصية في الرد لإحداث التوازن الداخل، فالناس يضطربون ليس بسبب الأشياء ولكن بسبب وجهات نظرهم التي يكونونها عن هذه الأشياء وأسلوب معالجتها بغية التخفيف منها لكي لا تتحول إلى أعراض مرضية تقعد الفرد عن ممارسة حياته العامة، فإذا حصلت الموازنة الصحيحة بين المعنويات والماديات لم تتدهور حالة الفرد الصحية والنفسية والاجتماعية ولم يترد المجتمع، ويستطيع الفرد أن يخفف من تلك الهموم والضغوط، فأساليب التعامل الآليات الدفاعية تساعد الناس كثيرا على خفض القلق وخاصة عندما يواجهون الكثير من المشاكل والهموم.[1]

فاستخدام هذه الأساليب أو الآليات الدفاعية إنما هو مناورة مناسبة لتحقيق التوازن الداخلي للإنسان، وقديماً قال (أبيكتموس-135 ق.م): "لا يفزع الناس من الأشياء ذاتها، وإنما

[1] مريم بن سكيريفة: إسترتيجيات التكيف مع مواقف الحياة الضاغطة وعلاقتها بالذكاء الإنفعالي للمعلم. مذكرة الماجيستسير. جامعة قاصدي مرباح. ورقلة. الجزائر.2008، ص 86-87 .

من الأفكار التي ينسجونها حولها"، فاختلاف الأشخاص ينتج – بالتأكيد – عنه اختلاف في رد الفعل الناتج عن الضغوط التي حدثت وذلك يقود إلى أسلوب التعامل مع هذه الضغوط(إستراتيجيات التكيف مع هذه الضغوط) ونوعيتها والطريقة التي يواجه بها كل فرد وبأسلوبه الخاص تلك الضغوط لحلها؛ ومن الأمور المغرية التظاهر بأن مخاوفنا ومشاكلنا لا تصاحبنا على الدوام، والقيام بإغلاق أعيننا عنها ونحن نأمل أن تبتعد عنا المشاكل والضغوط وتتركنا في حالنا من تلقاء نفسها، غير أن المشكلة هي أنها لن تدعنا وشأننا في هدوء ...إنها تحتاج إلى المعالجة والحل، وهذه المعالجة والحلول ما هي إلا مواجهة تتطلب اللجوء إلى أسلوب مناسب أو طريقة مناسبة، نطلق عليها مصطلح استراتيجيات التكيف مع المواقف الضاغطة للتخفيف من هذه الضغوط، لذا فاستراتيجيات التكيف مع الضغط هي محاولة يبذلها الفرد لإعادة اتزانه النفسي، والتكيف مع الأحداث التي أدرك تهديداتها الآنية والمستقبلية؛ أما إذا عجز الإنسان عن المواجهة وتجنب التصدي للمشاكل أو إيجاد الوسائل والأساليب المناسبة لحلها، وفضل الإبقاء عليها بدون حل، فإنها ستزداد صعوبة وسوءاً، وبالتالي تصعب مواجهتها، وكلما كان تحديد المشكلة بأسرع ما يمكن، بات من الممكن حلها وإيجاد الوسيلة للتخفيف عنها على الأقل، حيث يعدل الإنسان طريقته إلى ما يراه مناسباً للحل لذلك فإن الإنسان السوي هو من استطاع بحنكته أن يستظل بالوعي دون الانزلاق في شقاء المرض، لذا فإن تفريغ الهموم والمشاكل باستخدام أساليب التعامل معها يمنحنا دفعة قوية للمواجهة. [1]

من خلال ما تم عرضه من نتائج أساليب التعامل مع مواقف الحياة الضاغطة على الفرد، تجد الباحثة أنه كلما اعتمد الفرد على أساليب فعالة لحل مشكلاته كلما حقق التوازن النفسي لديه، وعليه يمكن أن يرسم معالم جودة حياته بفعالية توازنه الداخلي الذي سينعكس على

[1] بن سكيريفة المرجع المذكور سابقا، ص 86-87.

محيطه الخارجي، وبتالي تمتعه بوجود أمثل يميزه عن ذاك الذي لم يستطع مواجهة المشكلات التي واجهته في يوميات حياته إذ تغلبت عليه الضغوط وأثرت عليه سلبا عوض أن تفعل نشاطه المعرفي ويجسده في سلوكات صحية تقيه من الأزمات النفسية والعراقيل الحياتية فتخل بصحته وراحته المزاجية فصحته النفسية والجسدية.

خلاصة الفصل

تم الإشارة في هذا الفصل إلى تاريخ استخدام الضغط النفسي بالإضافة إلى التطرق إلى المفاهيم التي تحدد لنا مفهوم الضغط النفسي، كما تطرقنا للعوامل التي تؤدي إلى الضغوط النفسية، وكذلك خصائص الضغوط النفسية، ثم تناولنا أنواع الضغوط النفسية، وبعدها اتجهنا إلى أعراض الضغوط النفسية، كما أضفنا كيفية الاستجابة للضغط النفسي، التعامل مع الضغوط النفسية، كما تم الإشارة إلى المميزات التي تتميز بها أساليب التعامل مع الضغوط النفسية، وختمنا فصل دراستنا بأهم التناولات النظرية التي فسرت أساليب التعامل مع الضغوط النفسية، ومن خلال كل ما عرضناه في هذا الفصل نستنتج أن الضغوط النفسية لها انعكاس على حياة الأفراد، وبتالي إما تكون لهم دافع إيجابي لمواصلة الحياة بفعالية ونجاح أو تؤثر علي حياتهم سلبا، فتتدهور بحيث يختل توازنهم وتتأثر صحتهم النفسية، وكل هذا يقوم على مدى فعالية مواجهة والتعامل مع المواقف الحياتية الضاغطة التي يواجهها الفرد في يوميات حياته بفعالية ونجاح، وفي كيفية استخدامها لحل مشكلاته حفاظا على توازنه النفسي فتحقيق جودة حياته.

الفصل الثاني:

التوافق النفسي

تمهيد

تعد عملية التوافق النفسي عملية دينامية فعالة حتى تتحقق لدينا الشخصية السوية والمتكاملة، وعليه كان من الضروري تناول هذه العملية حتى نعزز معالم الصحة النفسية لدى الأفراد عامة وكبار السن خاصة، ولأن كبار السن فئة حساسة بخصائصها ومميزاتها التي تميزها عن باقي المراحل العمرية التي سبقتها، حددنا عملية التوافق من بين أهم المتغيرات التي يجب دراستها والتحليل في مضمونها.

ولأن كبار السن مضى عليهم تجارب وخبرات ضاغطة وصادمة في مرحلة شبابهم وفي مرحلة الكبر في حد ذاته؛ إذ أن التغيرات الفسيولوجية والصحية والاجتماعية والمهنية وغيرها تشهد تغيرات واضحة على حياة المسن، وهذا ما قد يؤثر في عملية التوافق وتسئ نوعية حياته، وخاصة إذا كان كبير السن مقيم بدور العجزة بعيد عن ذويه، فنجده يشعر بالتهميش وعدم التقبل والانتماء لأفراد أسرته، وهذا ما قد يؤثر في عملية التوافق ونجاحها ليعيش كبير السن جودة حياته، ولأهمية مرحلة الكبر وفعالية التوافق النفسي في تحقيق الصحة النفسية والتي تنعكس على الوجود الأمثل جاءت دراستنا تتمحور حول عملية التوافق النفسي كعنصر مهم يُفعل لنا رفاهية العيش لدى كبار السن.

1. تعريف التوافق النفسي

يحاول الفرد دائما أثناء نشاطه أن يحصل على حالة إرضاء أو إشباع لدوافعه ولكنه كثيرا ما يصطدم في أدائه بعقبات، أو تؤخره صعوبات وموانع، وهو بذلك معرض لإحباطات عديدة، تفقده حالة التوازن الانفعالي، ولذا ينبغي على الفرد أن يتعلم كيف يتغلب على الصعوبات، أو يدور حولها، وهنا يجب على الفرد أن يغير من سلوكه، أو طريقة معالجته للمشكلة، ليكون أكثر فعالية مع الظروف المؤثرة في العمل أو التعلم، حتى تتحقق أهدافه، ويخفف من حدة التوتر النفسي أو الإحباط الناجم عن وجود العوائق، في سبيل تحقيق أهدافه، وبذلك يستعيد حالة الاتزان والانسجام، ويمهد السبيل أمام استمرار النمو والحياة، وهذه الحالة هي ما نطلق عليها التوافق النفسي، والتوافق إذن هو الطريقة التي بواسطتها يصبح الشخص أكثر كفاءة في علاقته مع بيئته ويتمتع بمستوى أعلى من الصحة النفسية. [1]

يعرف لازاروس التوافق هو مجموعة العمليات النفسية التي تساعد الفرد على التغلب على المتطلبات والضغوط المتعددة . [2]

وحسب الباحث أحمد سيني يرى أن التوافق هو التغيرات التي تحدث على مستوى سلوك الفرد من اجل إشباع حاجاته والتغلب على الضغوطات التي يتعرض لها الفرد أثناء تفاعله مع الآخرين عن طريق استعمال إستراتيجية ناجحة لتحقيق ذلك، فالتوافق يبدأ عندما يشعر المرء بحاجة ما و ينتهي عندما تشبع تلك الحاجة. [3]

---

[1] المشابقة المرجع المذكور سابقا، 95.

[2] القذافي المرجع المذكور سابقا، ص109.

[3] سني المرجع المذكور سابقا، ص59.

كما يضيف الباحث علي وشريت أن الفرد لا يخلو من المشكلات أو العقبات التي تقف حائلا بينه وبين إشباع دوافعه وحاجاته، التي تمكنه من تحقيق أهدافه وشعوره بالرضا والارتياح، فليس هناك فرد إلا وله مشكلاته حتى ولو وصل إلى حالة من الاستقرار، فالمشاكل والعقبات أمر عادي في حياة الإنسان، ولذلك فإن قدرة الإنسان على مواجهة هذه المشكلات بأن يعمل على حلها ولا يقف جامدا أمامها وهو بذلك يعكس صورة صادقة عن توافقه السليم، إذن التوافق النفسي عملية ديناميكية مستمرة تتناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته. [1]

ويعتبر التوافق من المفاهيم الأساسية، والركائز المهمة في علم النفس، ويعرف بأنه عملية ديناميكية مستمر تتناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته؛ أما سوء التوافق، وهو تغيير كمي لحالة التوافق، أو فشل الشخص في تحقيق انجازاته، وإشباع حاجاته، ومواجهة صراعاته، ومن ثم يعيش الفرد في حالة عدم الانسجام وعدم التناغم مع البيئة. [2]

ويقاس التوافق السليم بمدى قدرة الفرد على مواجهة المشكلات وحلها وتقبلها والعيش معها (Kif,2002) .[3]

---

[1] المشابقة المرجع المذكور سابقا، ص 97.

[2] فراس حمادي ورشيد إياد و ظافر ناموس: دراسة مقارنة في التوافق النفس ومستوى الأداء لدى لاعبي أثناء المنافسات. مجلة الفتح. العدد 32. ص238–260. 2008.

[3] Kif,Sabina.Psychosocial Adjustment and the Meaning of Social Support for Visual Impaired Adolescents, journal of V Visual Impairment of Blindess,9 (1).p 22-37.2002.

وقد أوضح محمد عبد الحميد (1987) أوجه الاختلاف بين عدد من المفاهيم التي تتقارب في المعنى مثل:

أ-**التلاؤم (Accommodation)**: و هو مصطلح اجتماعي يستخدم بإعتباره عملية اجتماعية ووظيفتها تقليل الصراع بين الجماعات.

ب-المسايرة (Conformity) : و يعني الامتثال للمعايير و التوقعات الشائعة في الجماعة.

ج – التكيف (Adaptation): هو مصطلح يعني قدرة الكائن الحي على أن يعدل من نفسه أو يغير من بيئته.

د-التوافق (Adjustment): و هو يفيد الجانب النفسي و الاجتماعي و هو مفهوم نسبي بصفة عامة. [1]

ويميل السيكولوجيين إلى النظر لمفهوم التوافق من زاويتين:

– باعتباره عملية مستمرة تتضمن التعامل مع الضغوطات والتغيرات في محيط الفرد الشخصي والاجتماعي، ويعرفه لازاروس على أنه العملية النفسية التي يتعامل الفرد بواسطتها، ويتأقلم مع المطالب الحياتية المختلفة والضغوطات.

– باعتباره نتيجة يسعى الفرد إلى الوصول إليها بحيث تتوفر لديه خصائص مرغوبة ومظاهر إيجابية، وعند وصول الفرد إلى ذلك يمكن وصفه بأنه حسن التوافق، أو سوء التوافق. [2]

ومن خلال ما سبق عرضه توضح الباحثة أن مفهوم التوافق النفسي يعني ذاك التوازن والاستقرار النفسي الذي يشعر به الأفراد عامة وكبار السن خاصة بعد مواجهتهم لأحداث الحياة الضاغطة التي يتعرضون لها في يوميات حياتهم، ومن خلال تعاملهم مع تلك الضغوط التي قد

---

[1] سني المصدر المرجع المذكور سابقا، ص 57-58.

[2] سعاد غيث: الصحة النفسية للطفل. ط1. عمان: دار صفاء.2006.

تمثل خطر يهدد سلامتهم النفسية وطمأنينتهم الانفعالية سيعيدون توازنهم وتوافقهم النفسي مع شخصهم وذاك ما ينعكس على محيطهم الاجتماعي.

2. خطوات عملية التوافق النفسي

تبدأ عملية التوافق بوجود دافع أو رغبة معينة تدفع الإنسان وتوجه سلوكه نحو غاية معينة، أو هدف خاص يشبع هذا الدافع، ثم يظهر عائق ما يعترض سبيل الفرد من الوصول إلى هدفه، وعندما يعاق الفرد من الوصول إلى هدفه، ويحبط إشباع الدافع، يقوم الفرد بالكثير من الأعمال المختلفة لمحاولة التغلب على هذا العائق، وللوصول إلى هدفه، وتتم عملية التوافق بالوصول إلى الهدف الذي يشبع الدافع.

وعليه حسب الداهري (2008)، الخطوات الرئيسية في عملية التوافق هي:

1- وجود دافع يدفع الإنسان إلى هدف خاص.

2- وجود عائق يمنع الفرد من الوصول إلى الهدف ويحبط إشباع الدافع.

3- قيام الإنسان بأعمال مختلفة للتغلب على العائق.

4- التغلب على العائق، يؤدي إلى الوصول إلى الهدف وإشباع الدافع. [1]

في تحليل التوافق نجد أن مسألة شخصية تعمل فيه خبرة الشخص والمواقف التي تحيط به، كما تعمل معها مجموعة أخرى من العوامل، ولكن مقارنة حالات التوافق المختلفة عند العديد من

[1] المشابقة المرجع المذكور سابقا، ص103-104.

الأشخاص تكشف وجود سلسلة من الخطوات أو المراحل التي تمر بها عملية التوافق ويشترك بها الأشخاص.

وحسب شعبان ويتم (1999) تبدأ عملية التوافق " عندما يشعر الشخص بضغط أو توتر ينجم عن حدث معين وتنتهي حين ينجز الشخص السلوك الذي يستطيعه في مواجهة ذلك الضغط والتوتر"؛ كما توضح ماجدة بهاء الدين السيد عبيد أن الأفراد المختلفون يمرون بخطوات محددة خلال عملية توافقهم والتي تتسم وفق المراحل التالية:

أولا: تبدأ عملية التوافق بوجود استثارة للسلوك بتأثير دافع داخلي مثل الجوع، أو بتأثير باعث خارجي مثل رغبات الأمن.

ثانيا: وجود عائق يمنع الاستجابة أو الوصول إلى تحقيق الهدف، أو حدوث ظرف لا يوجد في خبرة الفرد السابقة للاستجابة والتعامل معه.

ثالثا: يقوم الفرد بعدد من المحاولات بهدف الوصول إلى الاستجابة الصحيحة، وقد ينجح في الوصول إلى الهدف ويستعيد اتزانه النفسي الذي اختل بسبب العائق، أو قد يفشل الفرد في تحقيق هدفه، فيلجأ إلى أساليب غير مباشرة مثل استخدام آليات الدفاع، إذ قد يلجأ إلى أساليب مباشرة غير تكيفية كالهرب أو أحلام اليقضة، أو الاستسلام، أو العدوان، أو الانسحاب من الموقف.

إن الحالات التي تنشأ بسبب عدم الوصول للاستجابة المثمرة متنوعة، وتمثل أحيانا تربة صالحة للضغط النفسي والاضطراب النفسي.[1]

[1] السيد عبيد المرجع المذكور سابقا.

من خلال ما سبق عرضه ترى الباحثة أن التوافق يجب أن يكون بعد مجابهة مشكلة ما، فكبير السن مثلا يحدث توافقه بعد مواجهته لمواقف الحياة الضاغطة التي تعترض حياته بشكل دوري، بحيث نجده يعتمد على أساليب وخطط معرفية تتجسد في سلوكات تساعده في التخفيف أو القضاء على ذاك الخطر الذي هدد توازنه وتوافقه؛ وعليه يتحقق لديه اتزانه الانفعالي وطمأنينة مزاجه وراحته النفسية التي تنعكس على سلامته الجسدية.

3. طبيعة عملية التوافق النفسي

نظرا إلى أن الباحثين في مجال التوافق يشكلون مجموعة من الخبرات والتخصصات المتنوعة، فقد اتسمت نظرتهم إلى مفهوم التوافق بثلاثة أبعاد رئيسية كما يلي:

1.3.الاتجاه البيولوجي:

وينظر هذا الاتجاه إلى الإنسان من خلال المفاهيم الفسيولوجية والاتجاهات الطبية بنفس الطريقة التي ينظر بها الطبيب إلى الشخص السليم أو غيره من معتل الصحة، ويتم تعريف التوافق في هذا الإطار على أنه عملية المحافظة على مستوى الاتزان الداخلي للجسم عن طريق تعلم مجموعة من الطرق والأساليب التي تؤدي إلى خفض حدة القلق والتوتر والاضطرابات الجسمية، وعادة مالا يهتم هذا الاتجاه بدراسة الأسباب التي أدت إلى حدوث القلق أو الاضطراب.[1]

[1] المشابقة المرجع المذكور سابقا، ص99-100.

إذ ينبغي على الكائن الحي أن يجد طرقا جديدة لإشباع رغباته وإلا كان الموت حليفه، أي أن التوافق هو عملية تتسم بالمرونة والتوافق المستمر مع الظروف المتغيرة يقوم بها الإنسان طوال حياته أي هناك إدراك لطبيعة العلاقة الدينامية المستمرة بين الفرد وبيئته، وهي عملية دائمة ومستمرة ومتصلة.[1]

ومن خلال ما سبق ذكره يتضح لنا أن هذا التوجه في تفسيره للتوافق يرجع إلى لجوء الفرد لأساليب تخفف من الضغوط والمشكلات التي تهدد اتزانه وتخل بسلامة صحته وهذا ما ينطبق على كبير السن على مستوى شخصه.

2.3.الاتجاه السيكولوجي:

يقصد به قدرة الفرد على التوفيق بين دوافعه المتصارعة أي القدرة على حسم هذه الصراعات والتحكم فيها بصورة مرضية و القدرة على حل المشاكل بصفة ايجابية على المنوال التالي:

– الاعتماد على النفس: قدرة الفرد على توجيه سلوكه و تحمل المسؤولية.

– الإحساس بالقيمة الذاتية: شعور الفرد بتقدير الآخرين له، و أنه يرونه قادرا على تحقيق النجاح و شعوره بأنه قادر على القيام بما يقوم به.

– الشعور بالحرية الذاتية :شعور الفرد بأنه قادر على توجيه سلوكه و انه يستطيع أن يضع خططا مستقبلية. [2]

---

[1] صالح أحمد الداهري: أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية والانفعالية (الأسس والنظريات). ط1. عمان: دار صفاء.2008، ص 69.

[2] سني المرجع المذكور سابقا، ص 68.

– الشعور بالانتماء و الخلو من الأعراض العصابية: أي أن يتمتع الفرد بحب أسرته وبشعوره بأنه مرغوب فيه و لا يشكو من الأعراض و المظاهر التي تشير إلى الانحراف النفسي كعدم القدرة على النوم بسبب الأحلام المزعجة آو الخوف المستمر و البكاء، فالبعد السيكولوجي ينظر إلى التوافق على أنه قدرة الفرد على توجيه مسؤولية والإحساس لقيمته الذاتية و مكانته في المجتمع و قدرته على التوفيق بين دوافعه و حل المشاكل التي يمكن أن يتعرض لها بالاعتماد على نفسه. [1]

ويرى القذافي (2011) أن هذا الاتجاه يرى بأن ما نسميه بالمرض أو الاضطراب النفسي ليس سوى مجموعة من أنماط السلوك غير التوافقي تؤثر على علاقة الفرد بالمحيطين به، أو من ذوي العلاقة معه، وغالبا ما يكون ذلك السلوك مصحوبا بالشعور بالقلق والتوتر وعدم الراحة، ومفتقرا إلى التقبل الاجتماعي بسبب عدم الرضا عن طبيعة العلاقات الشخصية السائدة، ويجد الفرد نفسه مضطرا إلى السعي من أجل استعادة اتزانه إلى التعامل مع الأحداث، من خلال مجموعة الأساليب التوافقية، إما بشكل مباشر وعملي وواقعي، مثل الاتجاه إلى ممارسة الهوايات، أو متابعة بعض أنواع النشاط الأخرى سواء أكانت سلبية أم إيجابية، وإما بشكل غير مباشر عن طريق ما يسمى بميكانيزمات الدفاع النفسية (الحيل النفسية). [2]

ومن خلال ما سبق عرضه نستنتج أن هذا الطرح يتلخص في فكرة مفادها أن الأفراد يحاولون استرجاع توافقهم والمحافظة على اتزانهم من خلال لجوئهم إلى آليات دفاعية تتمثل في سلوكيات تتجسد في واقعهم المعاش، أو لميكانيزمات دفاعية لا شعورية وكبير السن مثال عن

---

[1] سني المرجع المذكور سابقا، ص 68.

[2] المشابقة المرجع المذكور سابقا، ص101.

ذلك؛ فقد يلجأ لممارسات وأنشطة معرفية سلوكية وحتى بدنية تعزز لديه توافقه وانسجامه مع بيئته وما تخلفه من مواقف.

3.3.الاتجاه الاجتماعي:

فالتوافق يعبر عن طريقة الفرد الخاصة و الفعالة في حل مشاكله و في تعامله مع الناس، ذلك أن كل سلوك يصدر عنه ما هو إلا تعبير عن تكيفه، لأن كل إنسان يولد مزودا بالاستعدادات الجسمية، العصبية والنفسية التي تحتاج إلى التهذيب الذي يقدمه المجتمع والأسرة، إن هذه الاستعدادات تقوم بعملية التطبيع الاجتماعي و بفضل هذا التفاعل الحاصل تتعدل دوافع الفرد و يكتسب خبرات، معلومات، مهارات و اهتمامات...الخ.[1]

وينظر هذا الاتجاه حسب القذافي (2011) إلى عمليات التوافق من خلال مظاهر السلوك الخارجي للفرد أو الجماعة ومدى مطابقته أو انحرافه عن المعايير الاجتماعية المتفق عليها، ومما يلاحظ أن الفرد عادة ما يميل إلى الانقياد للجماعة، وإطاعة أوامرها من أجل مقابلة متطلبات الحياة اليومية والعيش بانسجام مع المحيطين به، ولهذا يعتبر الانقياد للجماعة وطاعتها، والمحافظة على توافق السلوك الشخصي مع معاييرها، والمحافظة على وحدتها وتماسك بنائها، والدفاع عنها وتحقيق أمنها من الأساليب الإيجابية للتوافق؛ في حين يعتبر الانقياد لجماعات السوء، وممارسة السلوك الضار بالجماعة ومصالح أفرادها وعقائدها ومعاييرها من مظاهر التوافق السلبي. [2]

---

[1] كامل احمد سهير: الصحة النفسية والتوافق. مصر: مركز الإسكندرية للكتاب .1999، ص 37-38.

[2] المشابقة المرجع المذكور سابقا، ص 101-102.

كما يرى هذا الاتجاه أيضا أن من المطالب الاجتماعية الأساسية للتوافق أن يعمل الفرد بفعاليته، وأن يمارس عملا منتجا لتأمين مصدر للدخل لإعالة أسرته، وأن يكون واعيا بأساليب سلوكه وكيفية تأثيرها على الآخرين. [1]

ومن خلال ما سبق يمكننا القول أن هذا الطرح يضيف القيم والمعايير الاجتماعية التي تطبع السلوك التوافقي، فقد نجد ما يوافق شخص في مجتمع ما لا يتوافق في مجتمع آخر؛ وبتالي ترجع عملية التوافق لقدرات الفرد في حد ذاته كما أن تلك السلوكيات والآليات التي يعتمد عليها الأفراد عامة وكبار السن خاصة لتحقيق التوافق ترجع انعكاساتها على القيم ومعالم الثقافة والتطبع الاجتماعي الذي يقوم عليه المجتمع، فكلما كان التقبل والانتماء للوسط الاجتماعي لكبير السن وتشارك الأهداف والسعي الجماعي في تكامل الراحة والعيش المطمئن في كل مستوياته كلما كان المسن يتمتع بتوافق عال وبهذا يُفعل جودة عيشه ورفاهية تواجده ضمن بيئة مجتمعه.

[1] المشابقة المرجع المذكور سابقا، ص 101-102.

4. دوافع ومتطلبات عملية التوافق النفسي

لدى الإنسان عدة دوافع، إذا تم إشباعها بشكل ملائم ومناسب لمعايير وقيم المجتمع وشروطه استطاع الإنسان أن يحقق لنفسه التوافق الحسن والصحة النفسية. ومن خلال ما سبق نجد دوافع الفرد لتحقيق توازنه النفسي تقوم على ثلاثة وظائف هي:

1. تحريك السلوك.

2. توجيه السلوك نحو وجهة معينة دون أخرى.

3. المحافظة على ديمومة السلوك.[1]

أما المتطلبات النفسية في عملية التوافق تنقسم حسب القذافي (2011) إلى نوعين، أحدهما اجتماعي خارجي ويتعلق بالعلاقات بين الأفراد، يسبب المعيشة الجماعية وعمليات المشاركة التي تجعل الناس يعتمدون على بعضهم البعض، فالآباء يواجهون أبناءهم بمطالب تستدعي تعلم القيم والعادات ومظاهر السلوك المناسب، كما أن هناك مطالب اجتماعية أخرى تتعلق بمسائل الزواج والعمل وأساليب الحياة.

فالحياة لا تخلو دائما من توقعات للآباء تجاه الأبناء وللزوجات تجاه الأزواج، ولأرباب العمل تجاه مستخدميهم، وللأبناء تجاه والديهم، وعادة ما تشكل هذه التوقعات ضغوطا على الفرد تؤدي إلى مزيج من عمليات التوافق الناجحة والفاشلة. [2]

---

[1] السيد عبيد المرجع المذكور سابقا.

[2] المشابقة المرجع المذكور سابقا، ص 107-108

أما النوع الثاني من متطلبات عمليات التوافق فهو داخلي وذو شقين، يتعلق أحدهما بحاجات الإنسان المادية مما يجعله في حاجة دائمة إلى الغذاء والشراب والدفء والصحة وغيرها، ومن أجل الشعور بالراحة ومواصلة البقاء من ناحية، بينما يتعلق الشق الثاني بحاجات الإنسان النفسية للحب والتقبل والشعور بالاستقلال والإنجاز، على سبيل المثال، وما يجب لفت الانتباه إليه هو أن الحاجات البيولوجية الأساسية غالبا ما تتعارض مع المطالب الاجتماعية الخارجية، وتتطلب عمليات المعيشة الناجحة على مستوى قدرة الفرد على التوفيق بين الضغوط الخارجية ومقابلة المتطلبات الداخلية. [1]

ومن خلال ما سبق عرضه يتبين من وجهة نظر الباحثة أن من بين أهم الدوافع والمتطلبات التي تحقق التوافق النفسي وتعززها لدى الأفراد عامة وكبار السن خاصة هي إقبالهم على الإيجابية والفعالية الذاتية في توفر التوازن الانفعالي وذلك بحسن معالجة مواقف الأحداث الضاغطة التي تواجههم في مسار حياتهم اليومي؛ بحيث كلما وازن كبير السن بين متطلباته وحاجياته حسب إمكانياته وقدراته وما يوفره له محيطه كلما سجل نسبة عالية من التوافق النفسي وبالتالي توازن شخصيته وصحته النفسية التي قد تنعكس على سلامته الجسدية.

[1] المشابقة المرجع المذكور سابقا، ص107-108.

5. مؤشرات التوافق النفسي

حتى يتحقق التوافق النفسي تظهر مؤشرات وسمات واضحة على الأفراد ومن بين أهم مؤشراته نجد:

1-أن تكون نظرة الإنسان إلى الحياة نظرة واقعية.

2-أن تكون طموحات الشخص بمستوى إمكاناته.

3-الإحساس بإشباع الحاجات النفسية للشخص.

4-أن تتوافر لدى الشخص مجموعة من السمات الشخصية من أهمها :الثبات الانفعالي واتساق الأفق والتفكير العلمي والمسؤولية الاجتماعية والمرونة وان يكون مفهومه عن ذاته متطابقا مع واقعه أو كما يدركه الآخرون عنه.

5-أن تتوفر لدى الشخص مجموعة من الاتجاهات الاجتماعية الايجابية التي تبني المجتمع كالاحترام العلم وأداء الواجب واحترام الزمن وتقديرات التراث. [1]

ومن خلال ما سبق عرضه يتبين من وجهة نظر الباحثة أن التوافق النفسي من بين أهم المعالم والركائز التي تقوم عليها الشخصية المتوازنة والمتكاملة لكبير السن، ومن بين أهم النقاط التي يمكن أن تحقق وتعزز التوافق لدى كبار السن نجد:

1. على كبير السن أن يكون مرن في أفكاره وفي تجسيدها.

2. من أبرز نقاط قوة الفرد المتوافق نفسيا هو الايجابية وفعالية توجهاته نحو الحياة المتوافقة والمريحة وبتالي تحقيق الشيخوخة الناجحة.

3. إقبال كبير السن على مهارات التعامل مع مواقف الحياة الضاغطة.

---

[1] الداهري المرجع المذكور سابقا، ص 16-17.

4. اعتماد كبار السن على معالم التواجد الاجتماعي الفعال الذي ينطبق على انتمائه لمجتمعه ومشاركته في تحقيق أهداف جماعته.

5. أن يمارس كبير السن النشاطات التي تحقق راحته وتعزز من إبداعاته المهنية.

6. التقرب لمن يحمل خصال مشتركة مع كبير السن حتى يكون انسجام وتوافق فكري ثقافي متقارب ومعتقدات متطابقة.

7. أن يلم كبير السن وأن يحتوي ما يحقق رفاهية عيشه وجودته وسكينة حاله ويجتنب كل ما ينفره عن تحقيق ذلك.

6. مجالات التوافق النفسي

هناك طرق مختلفة للتوافق، تبدو في قدرة الفرد على أن يتوافق توافقا سليما، وأن يتواءم مع بيئته الاجتماعية، مما يدل على أن التوافق عملية معقدة إلى حد كبير، ونجد مجالاته كما يلي:

1.6.التوافق النفسي (الشخصي):

وحسب زهران يعد التوافق الشخصي بمثابة الشعور بالسعادة مع الذات والرضا عن الذات وإشباع الدوافع والحاجات الداخلية الأولية الفطرية والعضوية الفسيولوجية والثانوية المكتسبة؛ و يتضمن التوافق كذلك مطالب النمو في المراحل المتتابعة والقدرة على مواجهة متطلبات الحياة و يتحقق التوافق الشخصي في الحالات التالية: الصحة النفسية، تحقيق الذات، كيفية مواجهة الواقع لتجنب اليأس و ضغوطات الحياة.[1]

[1] سني المرجع المذكور سابقا، ص65.

2.6.التوافق العقلي:

عناصر التوافق العقلي هي الإدراك الحسي، والتعليم والتذكر والتفكير والذكاء والاستدعاءات، ويتحقق التوافق العقلي بقيام كل بعد من هذه الأبعاد بدوره كاملا ومتعاونا مع بقية العناصر.

3.6.التوافق الديني:

الجانب الديني جزء من التركيب النفسي للفرد، وكثرا ما يكون مسرحا للتعبير عن صراعات داخلية عنيفة؛ مثال ذلك نجده عند كثير من الشباب أصحاب الاتجاهات الإلحادية والتعصبية، ويتحقق التوافق الديني بالإيمان الصادق، ذلك أن الدين من حيث هو عقيدة وتنظيم للمعاملات بين الناس، ذو أثر عميق في تكامل الشخصية واتزانها فهو يرضي حاجة الإنسان إلى الأمن، أما إذا فشل الإنسان في التمسك بهذا السند فقد ساء توافقه واضطربت نفسه وأصبح فريسة للقلق.

4.6.التوافق السياسي:

يتحقق التوافق السياسي عندما يعتنق الفرد المبادئ الأساسية التي تتماشى مع تلك التي يعتنقها المجتمع، أو يوافق عليها أي عندما يساير الجماعة التي يعيش معها، وإذا ما خالف تلك المعايير تعرض لكثير من الضغوط المادية والنفسية أو قد ينشأ لديه صراع داخلي يعوق إشباع كثير من حاجاته ويصيبه بالتوتر والقلق، وعليه أن يساير معايير الجماعة. [1]

[1] المشابقة المرجع المذكور سابقا، ص 104-105.

أو يغير مبادئه السياسية، أو أن يوفق بينها وبين تلك التي تسود مجتمعه، أو أن يقمع هذه المبادئ والأفكار، أو أن ينتقل إلى مجتمع آخر يرحب بمبادئه حتى يتحقق التوافق بينه وبين مجتمعه.

5.6.التوافق الجنسي:

يلعب الجنس دورا بالغ الأهمية في حياة الفرد، لما له من أثر في سلوكه، وعلى صحته النفسية، ذلك أن النشاط الجنسي يشبع كلا من الحاجات البيولوجية والسيكولوجية، وكثيرا من الحاجات الشخصية والاجتماعية، وإحباطه، مصدر للصراع والتوتر الشديدين، وتختلف الطريقة التي تشبع بها الحاجات الجنسية ودرجة هذا الإشباع اختلافا واسعا، باختلاف ظروف الحياة وخبرات تعلم الفرد، وفقا لقواعد الدين، ويعتبر عدم التوافق الجنسي دليلا على سوء التوافق العام لدى الفرد. [1]

6.6.التوافق الزواجي:

هو حالة وجدانية تشير إلى مدى تقبل العلاقة الزوجية ويعتبر محصلة للتفاعلات المتبادلة بين الزوجين في جوانب عدة منها التعبير عن المشاعر الوجدانية للطرف الآخر والثقة فيه وإبداء الحرص على الاستمرار معه والتشابه معه في القيم والأفكار والعادات والاتفاق على أساليب تنشئة الاطفال. [2]

---

[1] المشابقة المرجع المذكور سابقا، ص 104-105.

[2] مومن الجموعي بكوش: القيم الاجتماعية وعلاقتها بالتوافق النفسي والاجتماعي لدى الطالب الاجتماعي. رسالة ماجيستير. جامعة بسكرة .الجزائر.2013، ص87.

7.6.التوافق الأسري:

يتضمن السعادة الأسرية التي تتمثل في الاستقرار والتماسك الأسري والقدرة على تحقيق مطالب الأسرة وسلامة العلاقات بين الوالدين كليهما وبينهما وبين الأبناء، وسلامة العلاقة بين الأبناء بعضهم والبعض الآخر، حيث تسود المحبة والثقة والاحترام المتبادل بين الجميع، ويمتد التوافق الأسري كذلك ليشمل سلامة العلاقات الأسرية مع الأقارب وحل المشكلات الأسرية.

8.6.التوافق الاقتصادي:

إن التغير المفاجئ بالارتفاع أو الانخفاض في سلم القدرات الاقتصادية، يحدث اضطرابا عميقا في أساليب توافق الفرد ويلعب حد الإشباع دورا بالغ الأهمية في تحديد شعور الفرد بالرضا أو الإحباط، فيغلب على الفرد الشعور بالحرمان والإحباط إذا كان حد الإشباع عنده منخفضا ويغلب عليه الشعور بالرضا إذا كان حد الإشباع عنده مرتفعا. [1]

9.6.التوافق المهني:

والتوافق المهني يتضمن تحقيق السعادة والرضا صعيد العمل، كما يتضمن الاختيار المناسب للمهنة، والاستعداد لها علما وتدريبا والدخول والاندماج فيها، وتحقيق الانجاز والكفاءة والإنتاج لكل متطلباتها، كما يتضمن أيضا الشعور بالرضا والنجاح في إطار المواءمة بين الفرد والعمل المناسب الذي يقوم به. [2]

---

[1] المشابقة المرجع المذكور سابقا، ص 105-106.

[2] محمد جواد الخطيب: التوجه والإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق. فلسطين: مطبعة مقدام.2000، ص500.

ونظرا لأن وضع الفرد المناسب في العمل الملائم يستهدف تحقيق التوافق بين الفرد وعمله، ليساعده في اختيار الأعمال التي تتناسب مع قدراته واستعداده وميوله؛ كما يتضمن سماته الشخصية وخبراته في مجال عمله بما يحقق له الرضا والإشباع لحاجاته الأساسية في إطار مهنته، ويستهدف التوافق النفسي المهني أيضا انتقاء الفرد الاكتفاء، لأداء العمل بنجاح حتى تتحقق الكفاية الإنتاجية المنشودة حيث يكون الابتكار والتعديل والتغيير طبقا لما يتوفر لدى من قدرات وطاقات إبداعية وابتكارية، من هنا يشعر الفرد الكفء بأن متطلبات العمل والمهنة في مستواه، مما زيد من واقعيته نحو العمل والإنتاج بنفس مشرقة وهو ما يشير إلى تحقيق التوافق النفسي المهني. [1]

10.6.التوافق الاجتماعي:

يتضمن التوافق الاجتماعي السعادة مع الآخرين، والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الاجتماعية، والامتثال لقواعد الضبط الاجتماعي وتقبل التغير الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي السليم والعمل لخير الجماعة، والسعادة الزوجية، مما يؤدي إلى تحقيق الصحة الاجتماعية. [2]

---

[1] الخطيب المرجع المذكور سابقا، ص500.

[2] حامد زهران: الصحة النفسية و العلاج النفسي .ط1. القاهرة: عالم الكتب .1997، 27.

كما أنه يتقيد بعدة إعتبارات منها: إدراك الفرد لحقوق الآخرين، تسامح الفرد مع الآخرين، سلوكيات الفرد مع الجماعة، الشعور بالمسؤولية الاجتماعية؛ و من مجالات التوافق يتضح أن التوافق:

– هو قدرة الفرد على إيجاد الحلول المناسبة أمام العقبات و الأزمات التي تواجهه، وهذا لا يتأتى إلا إذا كان الفرد في حالة توازن مع نفسه و مع مجتمعه الذي هو جزء منه و الذي يعيش فيه و يتفاعل معه.

– هو عملية دينامكية مستمرة ،تواجه تغير ظروف بيئية و التغيير في حاجات الفرد والمسايرة مع الأوضاع الاجتماعية و الاقتصادية السائدة في المجتمع.

– لا يتم إلا من خلال التفاعل بين الفرد و بيئته وإشباع لحاجاته في ديمومة مستمرة حتى يكون التوافق هدفا و مسعى لكل فرد في تفاعله مع الآخرين داخل بيئته. [1]

ومن خلال ما تم عرضه يتبين لنا أن هناك مجالات مختلفة للتوافق النفسي لدى كبار السن؛ بحيث لا يمكن فصل أو استبعاد أي مجال كان في حياة الكبار، فالكل مترابط ومكمل لبعضه، وكلما توفر وتحقق التوافق وانسجام كبير السن ضمن تلك المجالات كلما تحققت مؤشرات التوافق النفسي واتزان المسن نفسيا وسلامته انفعاليا وجسديا.

[1] سني المرجع المذكور سابقا، ص 65–66.

7.التناولات النظرية المفسرة للتوافق النفسي

تعد عملية التوافق النفسي من بين أهم المؤشرات والسمات التي تدل على الشخصية السوية والمتكاملة، ونظرا لأهمية ذلك تعددت الأطر النظرية في تفسيرها للتوافق وفي ظل ذلك التعدد سنطرح أبرز التوجهات النظرية التي تحدد من خلال طرحها مفهوم التوافق النفسي، والتي سنعرضها كما يأتي:

1.7. نظرية التحليل النفسي:

يعد "فرويد" من أبرز رواد هذه النظرية بحيث يرى أن عملية التوافق النفسي غالبا ما تكون لاشعورية أي الأفراد المتوافقين نفسيا هم من يستطعون إشباع رغبات الهو وذلك ضمن تقبل مجتمعه وما يحمله من قيم لتلك الإشباعات. [1]

كما يرى "فرويد" أن العصاب والذهان ما هما إلا عبارة عن شكل من أشكال سوء التوافق ويقرر أن السمات الشخصية المتوافقة والمتمعنة بالصحة النفسية تتمثل في ثلاثة علامات هي: قوة الأنا، القدرة على العمل، القدرة على الحب. أما يونغ فيعتقد أن مفتاح التوافق والصحة النفسية يكمن في استمرار النمو الشخصي وتطوره دون توقف، أو تعطل، كما أكد على أهمية اكتشاف الذات الحقيقية، وأعطى أهمية للتوازن أو الموازنة بين ميولنا الانطوائي، وميولنا الانبساطي. [2]

---

[1] عبد الحميد شاذلي: التوافق النفسي للمسنين. الإسكندرية:المكتبة الجامعية.2001.

[2] عبد الحميد عبد اللطيف مدحت: الصحة النفسية والتوافق الدراسي. لبنان: دار النهضة العربية.1990.

كذلك أكد على ضرورة تكامل العمليات الأربعة الأساسية في تخيير الحياة، والعالم الخارجي وهي الإحساس والإدراك، المشاعر والتفكير وبهذا حسب منظور يونغ يتحقق التوافق النفسي لدى الفرد. [1]

و من خلال عرض نظرية التحليل النفسي يتضح الشرخ الواضح بين فرويد و يونج إذ يرى فرويد التوافق يحدث بدون دراية الشخص لكونه لاشعوري، أما يونج فيراه ينبع من إدراك الفرد لذاته و ضرورة الموازنة بين كل الميولات لتحقيق التوافق و التمتع بالصحة النفسية المطلوبة. [2]

ومن خلال ما تم عرضه يتبين من وجهة نظر الباحثة أن التوجه التحليلي في تفسيره للشخصية المتوافقة نفسيا تعتمد على فكرة إشباع رغبات الهو وغالبا ما تكون هذه المطالب مخالفة للقيم والمعايير التي يقوم عليها المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد؛ وبتالي قد ينتج صراع ويحدث اختلال توازن لدى الهيكلة النفسية التي يحددها التوجه التحليلي أو ما يسميه بالجهاز النفسي (الأنا، الهو، الأنا الأعلى) وكلما كان الأنا قوي يحدث توافق وتوازن لدى الفرد من خلال محاولة الفرد تحقيق نزواته من طرف الهو وذلك تحت ردع الأنا الذي يمثل الضمير والقيم والعادات والتقاليد والمورثات الثقافية التي تقيد المجتمع وتوجهه.

---

[1] مدحت المرجع المذكور سابقا.

[2] سني المرجع المذكور سابقا، ص 63-64.

2.7. النظرية السلوكية:

تتوجه نظرة هذه النظرية في تفسيرها للتوافق النفسي ولسوء التوافق، أن العملية في حد ذاتها هي عملية مكتسبة يتعلمها الأفراد من خلال الخبرات والتجارب التي تواجههم في الحياة، والسلوك التوافقي يتضمن على خبرات ومسلمات تشير إلى كيفية التعامل والتجاوب لضغوطات الحياة وأحداثها والتي ستقابل بالتقبل والتعزيز، فقد أكد كل من واطسون وسكينر أن عملية التوافق النفسي لا يمكن لها أن تنمو عن طريق الجهد الشعوري أو الإرادي، ولكن تشكل آلية عن طريق تلميحات بيئية مثبتة.

كما أوضح كل من يولمان وكراسنر أنه عندما يجد الأفراد ارتباطاتهم وعلاقتهم المفعلة مع من حولهم غير مثابة أو لا تخدمهم من حيث التعزيز، فإنهم لا ينسلخون عن الآخرين وينفرون عنهم، ويبدو عليهم اهتماما أقل فيما يتعلق بالتلميحات الاجتماعية وينتج عن ذلك سلوكا غير صحي شاذ وغير متوافق. [1]

و رغم هذا الإختلاف في وجهات النظر بين المنظرين و رواد النظرية السلوكية إلا أنها تبقى أكثر واقعية في تفسيرها لعملية التوافق فإنها لا تستثني الوعي و الخبرة التي يتمتع به الشخص في تفاعله مع الآخرين. [2]

ومن خلال ما تم عرضه ضمن أهم الأفكار التي جاءت بها هذه النظرية في تفسيرها للتوافق النفسي نجدها تركز على ما يعزز الفرد نحو قيامه بالسلوك بين أفراد مجتمعه، فالفرد يقوم بسلوكيات اتجاه المواقف التي يتعرض لها في يوميات حياته وكلما تقبل من حوله سلوكياته في

---

[1] مدحت المرجع المذكور سابقا.

[2] سني المرجع المذكور سابقا، 64.

إطارها الثقافي والمجتمعي كلما عزز وثبت الفرد هذا التجاوب وقد يعتمد على نفس السلوكيات في التعامل مع حيثيات الحياة بحكم رضا من حوله عليه وبالتالي رضاه عما قدمه؛ ومن هنا تثبت هذه النظرية أن عملية التوافق هي عملية مكتسبة يتعلمها الفرد من مجتمعه، فكلما يقوم به من سلوكيات يتحكم فيه المجتمع فقد يقبل سلوك ويرفض الآخر وكلما اتبع الفرد سلوكيات متوافقة مع توجهات المجتمع كلما كان الفرد يتمتع بالتوافق النفسي.

3.7. النظرية المعرفية:

يتجه أنصار هذا التوجه النظري في تفسيره للتوافق النفسي إلى آراء مختلفة فحسب لازاروس نجده يحدد مجموعة نقاط ويثبت أنها متواجدة لدى الفرد المتوافق نفسيا وهي كتالي: أن يكون الفرد يتمتع بالراحة والارتياح النفسي، أن تكون لديه الكفاية في العمل، وأن للأعراض الجسمية دخل في بروز توافقه، وكذلك أن يكون الفرد يشعر بتقبله الاجتماعي.

أما شافر فقد قام هو الآخر بوضع عدة معايير وأبعاد لابد أن تؤخذ بعين الاعتبار على سوء توافق الأفراد أو حسنه ونستخلصها فيما يلي: يجب أن يكون لدى الفرد محافظا على صحته الجسمية، لديه توجهات موضوعية، استبصار بالسلوك الشخصي أو الذاتي، علاقته مبنية على الثقة مع غيره، التنبه والاهتمام بالمواقف الآنية والحاضرة أمامه، الإحساس بالمرح والبهجة والسرور، القيام بالنشاط الذي تتضمنه خطة معينة، القيام بالعمل الذي يشعر الفرد بالرضا والتقبل، الراحة والترويح، المشاركة الاجتماعية الفعالة السوية مع من يحيط به من أفراد مجتمعه.[1]

[1] مدحت المرجع المذكور سابقا.

أما لندرجرين يأتي هو كذلك بتوجه يحدد من خلاله سمات الشخص المتوافق ونعرضها كما يأتي: أن يكون الفرد مستبصرا وفاهم لنفسه وللآخرين، قبول الفرد و سماحته لذاته ولمن حوله، أن يحب الفرد ويحترم نفسه وغيره، وأن يكون لدى الفرد توجيه ذاتي سليم. [1]

ومن خلال ما سبق عرضه لمسلمات النظرية المعرفية تتمحور أفكارنا اتجاه هذا المنظور أنه تفسير صائب لدرجة عالية للتوافق النفسي، بحيث ترى الباحثة أن ما قدمه هذا التوجه يقترب لما تعتقده وتسلم به في تفسيرها للتوافق النفسي؛ بحيث نجد الأفراد الذين يتمتعون بشخصية متوازنة ومتوافقة هم فعلا أشخاص لهم مرونة فكر وسلالة سلوك في التعامل مع مواقف الحياة الضاغطة وغيرها، كما نجد لديهم وعي بذواتهم وبما يريدون وكذلك واعيين بأهدافهم وما يردون تحقيقه من وجودهم البشري، كما نجد أنهم يميلون للأنشطة والممارسات المهنية التي تعزز لديهم أولا إشباع طموحاتهم وثانيا تواجدهم في بيئة تقبلهم وتشترك معهم في أساسيات وفيرة.

وهذا ما ينطبق على كبار السن كونهم فئة ذي خصائص نفسية سلوكية ومعرفية مميزة تميزهم عن باقي الفئات العمرية، كما نجد الاختلاف وارد من مسن لآخر؛ وعليه فالتوافق النفسي عملية متشابكة ومتعددة الأبعاد وكلما اتحدت وتكاملت الأبعاد الموزعة على مجالات حياة كبير السن وانطباقها مع الأبعاد الشخصية والموضوعية التي تضبطها الأوساط الاجتماعية تحقق لدينا شخصية متوازنة سوية ومتوافقة.

[1] مدحت المرجع المذكور سابقا.

8. التوافق النفسي لدى كبار السن

التوافق النفسي للمسنن عملية دينامية مستمرة يهدف بها المسن إعادة تشكيل انطباعاته واتجاهاته وتوظيف إمكانياته ومهاراته استجابة للمواقف الجديدة التي عليه أن يعيشها وتوافق معها مع الوضع في الاعتبار توقعات المجتمع ومتطلباته من المسن وأيضا واقعية المطالب البيولوجية والاجتماعية والمهنية التي يسعى المسن إلى إشباعها؛ وتوجد مؤشرات نحكم بها عن التوافق النفسي لكبار السن ومنها:

1. الرضا عن الذات وتقبل الذات وتقديرها إيجابيا وتعزيز مهاراته المختلفة لحل المشكلات التي تواجهه.

2. استقلالية الاستقلالية واعتماد كبير السن على ذاته للتعامل مع أغلب أمور حياته.

3. المشاركة في مظاهر الحياة الاجتماعية وتفعيل دوره فيها.

4. تكوين علاقات وارتباطات فعالة وناجحة. [1]

[1] سعفان وصابر اسماعيل المرجع المذكور سابقا.

بحيث تنطلق نظرية التوافق من فكرة أن عملية التوافق عند المسن تتكون من عنصرين هما:

1- التسوية الداخلية (Internal Compromise) أو التصالح مع الذات وإعادة النظر في معايير اتخاذ القرار.

2- التفاوض بين الأشخاص(Interpersonal Negotiation)

وعملية التوافق النفسي هي تداخل بين العنصرين السابقين، ففي مرحلة التصالح مع الذات فإن دورا جديدا يظهر لدى كبار السن وأدوارا أخرى تبدأ في الاضمحلال وزوال الأهمية لها، ويربط الدور الجديد بمجموعة من الأهداف المادية والمعنوية التي يسعى كبار السن إلى تحقيقها، وبعد فقدان كبير السن للأدوار التي كان يمارسها فإنه يعيد ترتيب أولويات أهدافه تبعا للدور الجديد الذي يقوم به، وعليه أيضا مناقشة هذه الأهداف ومقارنتها بأهداف أشخاص آخرين محيطين به ويتفاعل معهم بشكل مستمر، ومن هنا تأخذ العملية بعدا اجتماعيا بحكم أن العالم الخارجي هو الذي يكيف ويعدل من أهداف كبير السن ويحدد مدى إمكانية تحقيقها (Atchely R,1976)؛ فالشخص المسن غالبا ما يخزن بداخله كل ما يؤلمه نفسيا لذلك لابد من تنقية النفس للشخص المسن وتهدئتها حتى يتم له التوافق مع نفسه، ويمكن تحقيق ذلك بإتباع ما يلي:

1. الوقوف على الأفكار التي تسيطر نفسيا على المسن لتحقيق توافقه النفسي؛ وينبغي القيام كبير السن بالتعرف على كل الأفكار والهواجس التي تسيطر عليه، والعمل على تخفيف العبء النفسي الذي يحمله على عاتقه، ومن هنا يمكن توازنه النفسي. [1]

[1] سناء محمد سليمان: مرحلة الشيخوخة وحياة المسنين بين الآمال والآلام. القاهرة: عالم الكتب.2008.

2. توفير وسائل التعليم في الأنشطة الجديدة.

قيام كبير السن بتعلم أشياء جديدة لم يسبق له العمل فيها في حياته السابقة، وذلك لتهيئة المسن للمشاركة الفعالة كعضو في وسطه الاجتماعي.

3. استخدام الاستشارات وطرق العلاج المختلفة التي يحتاج إليها كبير السن، وتختلف هذه الطرق والأساليب حسب حالة المسن والظروف الخاصة به والتي تميزه عن غيره من نفس فئة عمره، والمشكلات التي يعاني منها. [1]

ومن بين أهم العوامل المسئولة عن تحقيق التوافق النفسي لدى كبار السن ما يلي:

1. الموقف السائد في الحياة: ويتضمن صحته العامة ومصادره الذاتية وارتباطاته مع أفراد مجتمعه.

2. العلاقات الاجتماعية السائدة: مع الأصدقاء والأقارب والمعارف والجيران.

3. أثر التقاعد: فقد يشعر كبير السن بالحزن واليأس وضعف توافقه النفسي والاجتماعي من خلال بعده عن النشاط الوظيفي الذي كان قوم به.

4. تقبل الذات لدى كبار السن: قد يتحول كبير السن إلى الاهتمام الشديد بذاته وانعزاله عمن حوله وقد يسمى ذلك بالأنانية والتمركز حول الذات. [2]

---

[1] محمد سليمان المرجع المذكور سابقا.

[2] سعفان صابر واسماعيل المرجع المذكور سابقا.

5. السلوك الديني لدى كبار السن: في حالة تدين كبير السن تصبح شعائره الدينية الوسيلة الوحيدة للتخفيف من مشاعر اليأس والإحباط والتموقع حول الذات والعزلة الاجتماعية والاغتراب ومن كل الاضطرابات النفسية التي يعيشها. [1]

وعلى ضوء مما سبق يمكن استخلاص عوامل التوافق لدى المسن في الحياة العامة وفي مراكز رعاية المسنين و هي كالتالي:

– دور النشاط المستمر في الحياة بشكل عام و الاندماج في النوادي و الجمعيات من شأنه أن يعزز التوافق لدى المسنين.

– رفع من منحة الشيخوخة لأن العوز و قلة الدخل الاقتصادي يمثل أحد مخاطر التقدم في السن.

– تنظيم رحلات بالتنسيق مع مصالح البلدية بغرض مساعدة المسن على ملأ وقت الفراغ وحتى يشعر بالإهتمام من طرف المجتمع مما يساعده على التوافق النفسي والاجتماعي.

وأما العوامل التي تساعد على توافق كبير السن داخل مؤسسات رعاية المسنين:

– المساندة النفسية و الاجتماعية من طرف المختصين والقائمين على المركز.

– تنظيم زيارات إلى الأماكن المقدسة حسب الأولوية.

– تنظيم حفلات على شرف المسنين بغرض تخفيف الهموم و الأحزان و إدخال البهجة في نفسية المسن تشعره و لو لفترة محدودة بالرضا والإرتياح النفسي.

– تخصيص زيارات إلى المستشفى من شأنه أن يزيل الإحساس بالوهن و المرض مقارنة بمن هم أقل منهم تعافيا و سعادة. [2]

---

[1] سعفان وصابر اسماعيل المرجع المذكور سابقا.

[2] سني المرجع المذكور سابقا، ص71.

ومن خلال ما سبق عرضه يتضح من وجهة نظر الباحثة أن عملية التوافق النفسي هي عملية دينامية فعالة قائمة على الجانب الداخلي لكبير السن من طموحات وأهداف ورغبات وعزم وإرادة لتحقيق ذلك مع مراعاة القدرات الشخصية في ذلك؛ ومن جهة أخرى نجد الجانب الخارجي والمتمثل في الظروف المهيئة لتحقيق رغبات وطموحات كبير السن، وكلما كان التقارب والتكامل بين الجانبين كلما تحقق لدى كبير السن توافقه النفسي والعكس صحيح، أي كلما حدث تضارب وتصارع بين رغبات كبير السن وقدراته وفي الأساليب التي تتوفر لديه لتحقيق أهدافه يسوء توافقه.

- ✓ ومن بين أهم العوامل التي تعزز التوافق النفسي لدى كبار السن المقيمين بدور العجز من وجهة نظر الباحثة ما يلي:

1. لدى كبير السن اللاجئ لدور العجزة معاش نفسي يختلف مع من يعيش مع ذويه، وحتى نحقق توافقه يجب أن يشعر بالانتماء لوسطه الجديد.

2. العمل على تقديم الخدمات والرعاية اللازمة من طرف العاملين بمركز دور العجزة وتسديد حاجيات كبار السن.

3. تقديم الدعم النفسي والاجتماعي لكبار السن والعمل على تفعيل المرافقة النفسية لهم.

4. وضع كبار السن في جو مريح خال من المشكلات العلائقية التي قد تنجم من عمال المراكز أو من الأقران في حد ذاتهم.

5. السهر على متابعة أوضاع كبار السن المقيمين بدور العجزة أول بأول، فهناك منهم من يفضل العزلة والانطواء نحو الذات والعيش على الآلام والأوجاع التي لحقت به وما يزيد ذلك من تدهور حاله.

6. الأخذ بيد كبير السن نحو الحياة الايجابية ودمجه في نشاطات جديدة حتى يتسنى له تفريغ انفعالي وابتعاده والتخفيف من مشاعر البؤس والعجز واليأس والحزن.

7. ادخال أجواء السرور والبهجة على كبار السن وذلك من خلال توفر أجواء ترفيهية وحيوية بدور العجزة.

8. مراعاة حاجيات كبر السن وتغطية حاجياتهم على غرار المبيت والأكل والشرب، وتقديم مواساة ومساندة لهم.

9. العمل على تكوين من يقوم برعاية كبير السن فمرحلة الكبر مرحلة هشة وحساسة تحتاج لكفاءة في التعامل معها.

10. تخصيص أماكن هادئة ومريحة بدور العجزة لأن أغلب الكبار يميلون للهدوء وسكينة الأوضاع من حولهم حتى يمارسون ويتفرغون للنشاط الذي يريحهم من صلاة وتلاوة قرآن، أو ممارسة الرياضة أو أي نشاط آخر يستهويهم.

11. تفعيل خرجات ترفيهية لكبار السن خارج المركز كزيارة لحمامات أو أماكن أثرية تاريخية، أو لغابات وغيرها.

12. العمل على خلق جو آمن لكبير السن داخل دور العجزة حتى يشعر بالأمن النفسي فينتمي لجماعته الجديدة ويتفاعل معهم.

13. تشجيع كبار السن بالقيام بنشاطات تعزز من ثقتهم بنفسهم وتقديرهم لذاتهم.

14. رسم أمام كبير السن حياة ايجابية وتعزيز استعداداته للعطاء الذي يوافق قدراته حتى يعيش مرحلة الكبر بمهارة وتكون شيخوخته متوافقة صحية وناجحة.

9. أهمية دراسة التوافق النفسي لدى كبار السن

إن أسباب دراسة التوافق كثيرة ومتعددة، وذلك بسبب المشاكل العملية التي يواجهها الفرد يوميا، في صراعه مع متطلبات الحياة، وأهم هذه المشاكل عي ارتفاع نسبة حدوث سوء التوافق بشكل متوسط أو شديد، وهو ما يعرف بالاضطرابات النفسية والعقلية في جميع المجتمعات، وهناك العديد من مظاهر سوء التوافق التي نجملها فيما يلي:

1. الاضطرابات النفسية والعقلية التي تعاني منها فئات غير قليلة من أفراد المجتمع.

2. الانحرافات الإجرامية التي تؤدي إلى التصادم مع السلطات القانونية.

3. إدمان المخدرات والكحول والمؤثرات العقلية.

4. الاضطرابات النفس جسمية.

وتحتاج مثل هذه الاضطرابات وغيرها إلى إعداد برامج نمائية ووقائية وعلاجية وتوفير المستشفيات وإصلاحيات الأحداث والسجون، ومراكز الفحص والتشخيص والعلاج النهارية، وإعداد الكوادر من أطباء وأخصائيين نفسيين واجتماعيين، وما يرتبط بكل ذلك من ضرورة توفير المعلومات وإعداد الخطط ورصد الميزانيات وغيرها. [1]

[1] المشابقة المرجع المذكور سابقا، ص108.

كما تضيف الباحثة مجموعة نقاط تدل على ضرورة وأهمية دراسة التوافق النفسي عامة ولدى كبار السن خاصة وهي كتالي:

1. من بين أهم المشكلات وأسباب الأزمات النفسية التي تصيب كبير السن هي عدم توازنه وعدم كفاءته في مسايرة المواقف الضاغطة التي تواجهه.

2. من مؤشرات الشخصية السوية هي الشخصية المتوافقة نفسيا والمتزنة انفعاليا.

3. من أبرز المشكلات العلائقية بين الأفراد هي سوء توافقهم مع ذواتهم فينعكس ذلك على ارتباطاتهم بسطهم الاجتماعي.

4. رتابة كبير السن العقلية ومهارته السلوكية في التعامل مع المواقف الحياتية تنحصر على توزانه النفسي.

5. العمل على تهيئة الأفراد (كبار السن) نفسيا لمجابهة الصدمات التي يمكن أن تعترضهم في حياتهم وذلك من خلال التوعية النفسية التي تضمن الصحة النفسية.

6. من الضروري توجيه الإرشاد وتقديم الوعي النفسي والصحي لدى كبار السن حتى تقل مشاكلهم النفسية التي قد تنعكس في تفعيل أمراض جسدية وذلك بتحقيق توازنهم النفسي الذي يؤثر على انفعالاتهم ومزاجهم.

7. من إيجابيات التوافق النفسي أن يكون كبير السن سليم من الانفعالات السلبية التي تخل بمجالات الحياة وفي تحقيق الأهداف المسطرة العامة والخاصة منها.

8. فعالية الشخصية المتوازنة والمتوافقة تكمن في راحة ورفاه معيشي وبالتالي يعيش الإنسان وجوده الأمثل في بيئته الاجتماعية، كما قد يؤثر فمن حوله من توعية وسداد فكري وعقلي ملموس من خلال ممارسة سلوكيات صحية للتمتع بالحياة الفعالة والصحية الناجحة.

10. معيقات عملية التوافق النفسي

إن عملية التوافق عملية مكثفة السمات حتى تتحقق لدى الأفراد، وبينما يسعى الفرد لتحقيق توافقه يواجهه عقبات قد تكون داخلية وقد تكون خارجية تصعب من عملة تحقيق أهدافه وطموحاته.

وفي مضمون ذلك نجد حسين احمد حشمت و مصطفى حسين فهمي أجملوا على نقاط معينة واعتبروها من بين أهم عوائق التوافق النفسي ونذكرها كما يلي:

1.10. النقص الجسماني:

تؤثر الحالة الجسمية العامة للفرد على مدى توافقه، فالشخص الذي يعاني من الأمراض تقل كفاءته وقدراته و يكون أكثر عرضة لمواجهة مشاكل لقلة قدراته الصحية مقارنة مع الشخص السليم. [1]

[1] سني المرجع المذكور سابقا.

2.10. عدم إشباع الحاجات بالطرق التي تقرها الثقافة:

لما يكون لدى الفرد هدف أو طموح يسعى جاهدا لتحقيقه وإذا منعته الضوابط والنظم والمعايير الاجتماعية من تحقيق مبتغاه يشعر الفرد بحالة من التوتر و اختلال في التوازن و هذا ما يسبب له عدم التوافق، لهذا لا بد للحاجة من مشبع لإزالة التوتر و إعادة التوازن و فق المعايير و الطرق التي تحددها الثقافة السائدة التي يتم من خلالها إشباع هذه الحاجات، لذلك نجد الإطار الاجتماعي يدخل بشكل واضح بين طموحات الفرد وأهدافه ويفرض عليه معايير معينة وهذا ما يفك عملية الاتزان ويخل بها.

3.10. عدم تناسب الانفعالات والمواقف:

من بين أهم المعيقات نجد الانفعالات، فالانفعال يعد البوابة الأولى لدخول الفرد سوء التوافق، فعملية المعالجة الخاطئة للمواقف تنتج عنها انفعالات غير متوافقة مع الحدث أو الموقف فقد يكون الانفعال مفرط ومبالغ فيه مقارنة مع الموقف، أي أن بعض المواقف لا تحتاج لانفعالات شديدة وقوية، ومن خلال عدم توافق وتوازن الحدث والفعل أو السلوك يقع الفرد في سوء توافقه النفسي والاجتماعي كذلك.

4.10. الصراع البين شخصي الاجتماعي

يؤدي الصراع و عدم التوافق إلى وجود مجموعة من العوائق المتمثلة في:

- ✓ عوائق نفسية و منها الصراع النفسي القائم لدى الفرد الذي ينشأ عن تناقض أو تعارض أهدافه و عدم قدرته وضبط سلوكياته وفي اختيار أي منها في الوقت المناسب، فيحدث عدم التوافق من جراء هذا الصراع.[1]

[1] سني المرجع المذكور سابقا.

- ✓ عوائق مادية واقتصادية بحيث تعتبر تدهور الحالة المادية مع عدم توفر الإمكانيات والقدرات عائقا يمنع الفرد من تحقيق أهدافه ورغباته، وهذا ما يساهم في تنمي الشعور بالإحباط و بالتالي يعيق توافقه.
- ✓ عوائق اجتماعية و تتمثل في الضمير الاجتماعي والقيم والعادات والتقاليد والقوانين والضوابط الموجودة في المجتمع و التي تقف أمام الشخص وقد تعيقه في تحقيق الرغبات وإشباع الحاجات وذلك بضبط وتقويم سلوكياته وتنظيم وتحديد علاقاته.[1]

كما أن متطلبات التوافق النفسي لما تدفع الفرد في أن يتجاوز قدرته واستعداداته، فإنها تفعل بذلك سوء توافقه أي فشله في تحقيق رغباته، ويحدث له إحباط، إذ أن الفرد لما يجد نفسه في صراع بين قوة طموحه وبين ضعف المسببات أمامه وتعجيزها له ويواجه مواقف متناقضة، يشعر بتوتر وقلق يتمحور في خطر يهدد كيانه وبتالي يخل من عملية توافقه، وتتدرج العوامل التي سبق ذكرها تحت ما يعبر عنه بالضغوط النفسية. [2]

ومن وجهة نظر الباحثة يتبن أن عملية التوافق النفسي عملية مهمة جدا لبلوغ الشخصية المتكاملة والسوية، وعليه نجد لدى الأفراد عامة وكبار السن بوجه الخصوص مجموعة من العراقيل والمعيقات التي تخل وتعرقل عملية التوافق، فقد نجد على سبيل المثال لدى كبار السن عوامل تتمثل فيما يلي:

– ما يخل بتوازن المسن هو الصراع القائم بين طموحاته التي يسعى لتحقيقها وقدراته الجسمية وغيرها التي تتدهور بحكم كبر سنه.

---

[1] سني المرجع المذكور سابقا.

[2] القذافي المرجع المذكور سابقا.

– عزوف كبار السن على خوض معارك الحياة المتمثلة في المواقف الصعبة والضاغطة التي تتطلب قرارات ومسؤوليات مهمة تتمثل في القيادة والريادة، ومن خلال هذا التجنب يتراجع دور وفعالية وجودهم الاجتماعي، فتقدير الذات والثقة بها له دور كبير في الشعور بالتوافق.

– معاناة كبر السن من مشكلات الشيخوخة الراجعة للهرم والتهميش الاجتماعي.

– عدم تقبل كبار السن للتغيرات الطارئة عليهم بحكم كبر سنهم والتي تمس جميع مجالات حياتهم.

– تعرض كبار السن لمواقف حياة ضاغطة وصادمة الواحدة تلوى الأخرى من فقدان الوظيفة والتقاعد، ومن تباعد الأبناء وانعزالهم عن الأسرة الممتدة لأثر الزواج أو الدراسة أو عمل أو غيرها، فقدان الرفاق والأشخاص المقربين لهم بموتهم أو غير ذلك.

– توالي تعرض كبير السن لصدمة الفقدان التي تضعف كاهله وتسيء من توافقه مع المواقف الحالية وكيفية استعداده لمواجهة مواقف ضاغطة أخرى في حياته.

– تراجع المكانة الاجتماعية لكبار السن وتهميش دورهم الاجتماعي.

– شعور كبار السن بعدم تقبل الأبناء والمجتمع لهم بسبب تدهور حالتهم وضعف وضعهم، وهذا ما يجعل كبير السن يحس بعدم الانتماء وبالتالي عدم التوافق.

– عدم توفر المساندة النفسية والاجتماعية لديهم من طرف المحيطين بهم لتخطي المشكلات والمواقف الضاغطة التي يتعرضون لها في يوميات حياتهم.

– رغبة كبار السن في التخلي والابتعاد عن كل المهام والأدوار، وإيمانهم بضعفهم الجسدي وعدم قدراتهم على تحمل أي مشكل أو حله، مما يعزز مشاكل الكبر وتفاقمها عليهم وبتالي ينعكس

ذلك على رجاحة عقلهم في معالجة مشكلات حياتهم وما يعكس ذلك معاشهم النفسي الذي يسئ توافقهم بتغلب مشاكل الهرم في تحقيق الموازنة أو التوافق النفسي لدى كبار السن.

خلاصة الفصل

لقد تم تناولنا في هذا الفصل لأهم ما يحدد ويضبط عملية التوافق النفسي، بحيث تم عرضنا لمفهوم التوافق النفسي مع الإشارة لطبيعة عمليته، وتحديد أبرز خطوات عملية التوافق النفسي، كما توجهنا لعرض دوافع ومتطلبات عملية التوافق النفسي، كما وضحنا أهم المجالات التي تشمله، مع إحاطتنا لمؤشرات التوافق النفسي والإشارة لعملية التوافق النفسي لدى كبار السن مع تحديد أهمية دراسة التوافق النفسي لدى كبار السن، كما تناولنا أهم التناولات النظرية المفسرة للتوافق النفسي، وفي آخر الفصل تم تناولنا لأبرز المعيقات التي تعيق عملية التوافق النفسي.

وفي الأخير يمكننا القول أننا تناولنا متغير مهم من المتغيرات التي تحدد الشخصية المتوافقة والسوية المتكاملة؛ وما على الأفراد إلا تتبع ما يريح بالهم ويطمئن انفعالهم ويعزز من سكينة مزاجهم مع الإقبال على الحياة بوجهة نظر ايجابية حتى وإن تعلق الأمر بمرحلة الكبر فهناك مجال لأن يعيش الفرد شيخوخته بنجاح وفعالية وبالتالي تحقق جودة عيشه ورفاه وجوده بين أفراد وسط مجتمعه.

الفصل الثالث:

جودة الحياة

تمهيد

تعد جودة الحياة من بين أهم النقاط التي يسعى علم النفس لتفعيلها وتحقيقها بين أفراد المجتمع، وكذلك لدى المرء في حد ذاته، لنصل في الأخير إلى معاش نفسي سوي متوازن، وبتالي تمتع الفرد بشخصية (البين الشخصية/البين اجتماعية) متوازنة متوافقة ومتطلبات الحياة التي يعيشها الفرد في مجتمعه؛ أي أن جودة الحياة وما تحمله من أبعاد ومظاهر في تحقيق الصحة النفسية والتوازن النفسي لدى الأفراد عامة وكبار السن خاصة ضمن مجتمعاتهم، يعد من المواضيع الجد الحساسة نظرا لانعكاسها على صحتهم وعلى مردودية المجتمع من خلال مقوماته في شتى مجالات الحياة، وعليه جاءت ورقة دراستنا لعرض أهم ما يميز جودة الحياة؛ إذ تعد جودة الحياة من بين أهم المتغيرات التي يركز عليها حاليا ضمن الدراسات والبحوث الأجنبية والعربية، كون هته الأخيرة لها دور فعال في تحقيق الرفاه المعيشي ومنه تحسين المعاش النفسي والصحي والاجتماعي وغيره لدى أفراد المجتمع وعليه رفع من جودة الوجود البشري الذي يحدد تقدم وازدهار البلد المنظم لمحددات ومقومات الجودة المنشود عليها، ولأهمية ذلك جاءت دراستنا مركزة على جودة الحياة في ظل ما تعكسه على حياة كبير السن في المجتمع الجزائري.

1. نشأة وتطور مفهوم جودة الحياة

عرف مصطلح جودة الحياة تطورا ملحوظا خلال الآونة الأخيرة، عندما أصبح الباحثون أكثر اهتماما بالجانب الإيجابي للفرد، فالفكرة الأولية لجودة الحياة بدأ ظهورها في المناقشات التاريخية في الفلسفة اليونانية، وتدريجيا تطور هذا المفهوم في كل المجالات(الصحة، السياسة، الاقتصاد، علم النفس، علم الاجتماع...الخ)؛ حيث اقترح أعضاء من منظمة الصحة العالمية(WHO) عام 1947مفهوما ضمنيا لجودة الحياة وتوجه هذا المفهوم إلى الرعاية الصحية عندما تم تعريف الصحة" حالة صحية جيدة تشمل الجوانب الفسيولوجية والعقلية والاجتماعية، وليس بالضرورة غياب المرض "وفي سنة1978 وسعت المصطلح وأوضحت أن للأفراد الحق في الرعاية النفسية وجودة حياة كافية وذلك طبعا بالإضافة إلى الرعاية الفسيولوجية. [1]

إذ أن الفكرة الأولية لجودة الحياة بدأ ظهورها في المناقشات التاريخية لفلاسفة اليونان(أرسطو، سقراط، بلاتو) حول طبيعة جودة الحياة ومواصفاتها، ورغم أن مبدأ مؤشرات جودة الحياة بدأ في الظهور من خلال تطور فكرة المؤشرات الاجتماعية خلال الستينات، إلا أن لها جذور في وسائل القياس الاقتصادية خلال القرنين 18 و 19 وأوائل العشرين، هذه المؤشرات المبكرة وما حولها انقسمت على نوعين من المؤشرات الكمية والمؤشرات النوعية.[2]

---

[1] King, c, of Hinds, P. Quality of Life From Nursing and Patients Prospéctive. Canada: Jones and Bartlett Publichers.1996

[2] فاطمة الزهراء الزروق: دراسة النمط السلوكي للمصابين بالسكري من خلال طريقة الحياة .رسالة دكتوراه. جامعة الجزائر.2009، ص3.

وتطورت دراسات جودة الحياة حيث كانت تركز على موضوع واحد دون النظر إلى علاقته بعوامل أخرى، وقد رصدت الدراسة حول موضوع" جودة الحياة" جوانب هامة هي:

الأول: بعد 1970 قلّ الاهتمام في المملكة المتحدة بدراسات جودة الحياة والبحث عن تعريفاته ضمن المناطق الحضرية والريفية، على العكس من الدول الأخرى التي زاد فيها الاهتمام حول كيفية بحث وفهم هذه المواضيع.

الثاني: عالميا حظيت جودة الحياة بشعبية في الأوساط الطبية على الرغم من ذلك، فإن المدخل المتبع كان يغفل عوامل كثيرة مؤثرة في الصحة.

بحيث تم ظهور هذا المفهوم لأول مرة مع بداية الخمسينيات في الولايات المتحدة الأمريكية كان يعني المستوى الجيد من المعيشة من حيث القدرة على امتلاك الأجهزة الكهرومنزلية العصرية و المسكن اللائق وغير ذلك من وسائل الراحة والترفيه، وتوسع هذا المفهوم مع بداية الستينات ليشمل بالإضافة إلى المستوى المعيشي المادي الجيد توفر الفرص الجيدة لكل من الصحة والتعليم.[1]

[1] فاطمة الزهراء الزروق: دراسة النمط السلوكي للمصابين بالسكري من خلال طريقة الحياة .رسالة دكتوراه. جامعة الجزائر .2009، ص3.

فقد ظهر مفهوم جودة الحياة في البداية كمفهوم مكمل لمفهوم الكم Quantity الذي كانت تسعى إليه جميع المجتمعات، باعتباره وسيلة لتحسين ظروف الحياة وتحقيق الرفاهية، ومن ثم تعددت استخدامات مفهوم النوعية بصورة واسعة في السنوات الأخيرة في جميع المجالات وبمفاهيم ومصطلحات مختلفة لتعني كلها نفس المضمون، مثل جودة الحياة، ونوعية الخدمات، ونوعية آخر العمر... إلخ، وأصبح هذا المفهوم هدفا للدراسة والبحث بإعتباره الناتج أو الهدف الأسمى لأي برنامج للخدمات المقدمة للفرد.[1]

وقد ازداد اهتمام الباحثين بمفهوم جودة الحياة منذ بداية النصف الثاني للقرن العشرين، ففي دراسة استكشافية لكل من Bishop و Chapin و Miller (2008)، وبإتباعهم المنهج التاريخي فيها، وذلك من خلال الاطلاع على الأبحاث المنشورة في موضوع جودة الحياة خلال فترة 25 سنة سابقة، فتوصلوا إلى أن هناك:

- ✓ 20بحثا في الفترة الممتدة من1981 -1991.
- ✓ 158بحثا في الفترة الممتدة من1991 -1995.
- ✓ 360 بحثا في الفترة الممتدة من1995-2000 وهي الفترة التي تضاعفت فيها الأعمال.
- ✓ 627 بحثا خلال خمس سنوات بعد ذلك، أي في الفترة من2000-2005.[2]

---

[1] سامي محمد موسى هاشم: جودة الحياة لدى المعاقين جسميا والمسنين وطلاب الجامعة. مجلة الارشاد النفسي. العددد 13. جامعة عين الشمس. مصر.2001، ص123.

[2] سلاف مشري: جودة الحياة من منظور علم النفس الايجابي. مجلة الدراسات البحوث الاجتماعية. العدد8. جامعة الوادي .الجزائر.2014، ص223.

ومنه ازداد اهتمام الباحثين خصوصا في علم النفس بمفهوم جودة الحياة كمفهوم مرتبط بعلم النفس الإيجابي، والذي جاء استجابة إلى أهمية النظرة الإيجابية إلى حياة الأفراد كبديل لتركيز الكبير الذي أولاه علماء النفس للجوانب السلبية من حياة الأفراد.

كما أن هذا المصطلح– جودة الحياة –أصبح يعد من المفاهيم الحديثة التي وجدت اهتماما كبيرا في العلوم الطبيعية والإنسانية فعلى سبيل المثال لا الحصر كعلم البيئة، الصحة، والطب النفسي والاقتصاد، والسياسة، والجغرافيا ، وعلم النفس، وعلم الاجتماع والتربية، والإدارة، وغيرها.[1]

فجودة الحياة كمفهوم يرتبط بكل فرد من أفراد المجتمع غنيا كان أم فقيرا، سعيدا كان أم تعيسا، فهو مفهوم يسعى كل فرد من أفراد المجتمع إلى تحقيقه... فشعور الفرد بجودة الحياة يختلف من فرد إلى آخر، ويتمثل في كيفية إدراك الفرد لهذه الحياة في ضوء الظروف والإمكانات المتاحة، كما أنه يمنح الفرد ويشعره بمعنى إيجابي للحياة والسعادة والرضا عنها، وصولا إلى تحقيق الذات، والتوافق والتأقلم معها في ضوء المتغيرات والظروف الحياتية التي يعيشها.[2]

ومن خلال ما سبق ذكره يتضح حسب الباحثة أنه تم التركيز على مصطلح جودة الحياة رغم حداثته، وجعله مرتبط بعدة مجالات ويختلف تفسره حسب المجال الذي ورد فيه، كما يعتبر مصطلح جودة الحياة مفهوم يسعى لتحقيقه كل أفراد المجتمع عامة والمسنين خاصة؛ وذلك حسب إدراك كل مسن لهذا المفهوم.

---

[1] محمد حامد إبراهيم الهنداوي: الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظات غزة. فلسطين: جامعة الأزهر.2011، ص 29.

[2] المرجع نفسه، ص31.

2.1. تعريف جودة الحياة

تشير الأدبيات النفسية إلى صعوبة صياغة تعريف محدد لجودة الحياة، فعلى الرغم من شيوع استخدامه إلا انه غير واضح ويتسم بالغموض ويرجع ذلك إلى الأسباب الآتية:

- ✓ حداثة المفهوم على المستوى التناول العلمي الدقيق.
- ✓ تطرق هذا المفهوم للاستخدام في العديد من العلوم، حيث يستخدم أحيانا للتعبير عن الرقي في مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لإفراد المجتمع؛ كما يستخدم للتعبير عن أدراك الأفراد لمدى قدرة هذه الخدمات على إشباع حاجتهم.
- ✓ لا يرتبط هذا المفهوم بمجال محدد من مجالات الحياة أو بفرع من فروع العلم،إنما هو مفهوم موزع بين العلماء والباحثين بمختلف تخصصاتهم وبالرغم من هذه الصعوبات إلا أن الكثير من الباحثين الذين اهتموا بهذا المفهوم.[1]

حسب منظمة الصحة العالمية 1994 (OMS) فهي ترى أن جودة الحياة "مفهوم واسع يتأثر بشكل معقد بكل من الصحة الجسمية للفرد، حالته النفسية، علاقاته الاجتماعية، مستوى تحكمه في ذاته، بالإضافة إلى علاقته مع العوامل الفعالة في بيئته ". [2]

---

[1] أمال بوعيشة: معوقات جودة الحياة في الأسرة. مداخلة في الملتقى الوطني الثاني حول الإتصال وجودة الحياة في الأسرة. جامعة قاصدي مرباح بورقلة. الجزائر.2014، ص70.

[2] Marilou Bruchon-Schweitzer .Psychologiede la Santé Modèles ,Concepts ,et Méthodes .Paris :Dun.2002.

نرى حسب هذا التعريف أن لجودة الحياة مفهوم متكامل يضم عدة جوانب، فهو يهدف إلى إبراز أهمية مجالات حياة الفرد في تحسين حياته، و الظفر إلى الارتقاء بها، وهذا التعريف يعتبر من التعاريف الهامة فيما يخص جودة الحياة، و هذا لإلمامه بعدة جوانب و عدم إهمال أي منها، فهو يرى الرفد بشكل متكامل.

أما علماء الاجتماع فيرون أن جودة الحياة تحدد بالوضعية أو الحالة الاجتماعية للجماعات من جهة، وهي هدف التطور الاجتماعي من جهة أخرى، فالرضا أو عدم الرضا عن جودة الحياة له علاقة بشروط العيش الجيدة، كما له علاقة بشروط العيش السيئة، فالهدف من التطور أو التقدم الاجتماعي هو تحقيق وتلبية احتياجات أفراد المجتمع والجماعات قدر الإمكان؛ إذا فإن جودة الحياة مرتبطة بظروف وشروط العيش الغير محدودة للشخص والجماعة، فجودة الحياة بمعنى الرضا عن الحياة وتلبية احتياجات الأفراد" هي مشروطة بمدى التوافق بين الطبقات الاجتماعية وبعضوية أو انتماء الأفراد لهذه الطبقات :"بمعنى كلما كان فيه توازن وتقارب في تلبية احتياجات الأفراد داخل مختلف الطبقات الاجتماعية كانت نوعية الحياة أفضل. [1]

و يرى علماء النفس أنه لا يمكن التحكم في مفهوم وأهداف جودة الحياة إلا إذا نظرنا إليها من جانب :الصحة الجسمية، الصحة العقلية و الانفعالية، و التفاعل الاجتماعي. [2]

---

[1] سارة أشواق بهلول: سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين الكحول، سلوك قيادة السيارات وقلة النشاط البدني) وعلاقتها بكل من جودة الحياة والمعتقدات الصحية. مذكرة الماجيستير. جامعة باتنة. الجزائر.2009، ص 49-50.

[2] Marilou Bruchon-Schweitzer.op cit.

من خلال هذا الاتجاه لعلماء النفس نرى أن هذا الاتجاه يركز في مضمونه على ما جاءت به منظمة الصحة العالمية في تعريفها لمفهوم الصحة؛ أي أن جودة الحياة بالنسبة إليهم مرتبطة بشكل وثيق بصحة الإنسان و كيفية الحفاظ عليها، واهتم علماء الاقتصاد كغيرهم من العلماء بدراسة جودة الحياة لجعل الحياة أفضل، ومصطلح جودة الحياة بالنسبة لهم محاولة لوصف أو تقييم لطبيعة أو شروط الحياة التي يعيشها الأفراد في مجتمع أو منطقة معينة، وتتشكل من عوامل خارجية كالإنتاج التكنولوجي والعلاقات بين الجماعات والدول، المؤسسات الاجتماعية البيئية الطبيعية، ومن عوامل داخلية تتعلق بقيم الفرد والمجتمع، غير أن هذه العوامل في تغير مستمر، فالبيئة لم تكن تسترعي انتباه الباحثين بالقدر الكافي في الماضي كما هو الحال اليوم حيث أصبحت من أكبر اهتمامات الباحثين والمجتمع ككل. [1]

حين يعرف"**Frank**" جودة الحياة بأنها "حسن إمكانية توظيف إمكانيات الإنسان العقلية والإبداعية وإثراء وجدانه ليتسامى بعواطفه ومشاعره وقيمه الإنسانية، وتكون المحصلة هي جودة الحياة ونوعية المجتمع ويتم هذا من خلال الأسرة والمدرسة والجامعة وبيئة العمل ومن خلال التركيز على ثلاثة محاور هامة هي التعليم والتثقيف والتدريب، وعرفها كذلك بأنها إدراك الفرد للعديد من الخبرات، وبالمفهوم الواسع شعور الفرد بالرضا مع وجود الضروريات في الحياة مثل الغذاء والمسكن وما يصاحب هذا الإحساس من شعور بالإنجاز والسعادة، وجودة الحياة بالمفهوم الضيق خلو الجسم من العاهات الجسمية".[2]

---

[1] بهلول المرجع المذكور سابقا، ص50.

[2] فاطمة الزهراء الزروق: علم النفس الصحي: مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية. 2015، ص43.

بينما يقترح (**Lowton(1994** تعريفا آخر فيصف جودة الحياة بأنها "التقدير المتعدد الأبعاد لمنظومة، فرد، بيئة، الخاصة بكل فرد من خلال المعايير الاجتماعية القيمية، ومن خلال المعايير الذاتية للفرد". [1]

وحتى إذا اختلفت التصورات الإدماجية التي تم وضعها لتعاريف جودة الحياة، إلا أنها تحمل في مجملها حسب **Bruchon-Schweitzer (2002)** لكثير من الايجابيات التي يمكن تلخيصها فيما يلي:

- ✓ الأخذ بعين الاعتبار وفي نفس الوقت المركبات الخارجية"Composantes Externes " كظروف الحياة والمركبات الداخلية "Composantes Internes " كالشعور الذاتي بالسعادة والرضا.
- ✓ الأخذ بعين الاعتبار أيضا التفاعلات الديناميكية الموجودة بين مركبات نوعية الحياة ببعضها البعض. [2]

وتعرف منظمة الصحة العالمية **WHO (1994)** جودة الحياة بأنها " انطباع الفرد تجاه حياته وضمن النسق والمعايير الثقافية في مجتمعه ومستوى العلاقة بين تحقيق أهدافه وتوقعاته وفق مفاهيم معيارية محددة لديه ومن وجهة نظر أخري هي عملية الدمج والتكامل بين جوانب صحة الفرد الفسيولوجية والنفسية ومستوى عدم الاعتمادية "Independency" والعلاقات الاجتماعية، وعلاقة ذلك بما يبرز في المستقبل من أحداث بيئية". [3]

---

[1] الزروق المرجع المذكور سابقا، ص 43.

[2] Bruchon-Schweitzer .op cit.

[3] TIMOTIN. op cit.

وعرف **Rubin** جودة الحياة بأنها " الدمج والتكامل بين عدة اتجاهات لدى الفرد من ناحية الصحة الجسمية والنفسية والحياة الاجتماعية، متضمنة كلا من المكونات الإدراكية" Cognitive Component" والمكونات والذي يشمل الرضا"Satisfaction" والمكونات العاطفية " Emotional Component"والتي تشمل السعادة "Happiness".[1]

في حين أن منظمة اليونسكو (UNESCO) تعتبر أن جودة الحياة " مفهوم شامل 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" .[2]

أن مصطلح جودة الحياة غالبا ما يكون مرادفا لمصطلح نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، حيث أن الأخير يعتمد على عدة أبعاد. [3]

ويذكر **(Lion)** بأن مصطلح جودة الحياة " قد استخدم بشكل واسع النطاق ليشير إلى الرفاهية (السعادة) الذاتية للفرد ورضائه عنها".[4]

---

[1] Rubin,Richerd.DiabetesQuality of Lif,DiabetesSpectrum.Volume13.P21.Looksmart.Com.Looksmartlt.Usa.2002.p19.

[2] حسام الدين محمود عزب: برنامج ارشادي لخفض الإكتئابية وتحسين جودة الحياة لدى عينة من معلمي المستقبل، التعليم للجميع. التربية وآفاق جديدة في تعليم الفئات المهمشة في الوطن العربي.2003، ص 581.

[3] Nordenfelt,L. «Concept and Measurment of Quality of life in Health Care ».Londres,Kluwer academic Publishers,chap3,p241-255.1994.

[4] Lio, P.the effects of community attachment and Quality of life on migration intention: comparison of Pennsylvania and Taiwanese rural communities, PH,D. the Pennsylvania state university.2001.p21.

أما **Cummins** يرى أن مفهوم جودة الحياة "بحيث يشير إلى الصحة الجيدة، أو السعادة، أو تقدير الذات، أو الرضا عن الحياة، أو الصحة النفسية ". [1]

وتعرف كذلك جودة الحياة هي إدراك الفرد لمكانته في الحياة (العيش) في إطار الثقافة وقيمة النظام الذي يعيش فيه، وكل ماله علاقة بأهدافه (أهداف الفرد)، ترقباته (أي توقعاته)، لأنماط معيشية وهمومه، هذا المدلول (التصور) له عدة أبعاد: موضوعية وذاتي.[2]

أما جودة الحياة المتعلقة بالصحة فإنها تعرف على أنها :المستوى الأمثل للحالة النفسية والجسدية، والدور(مثل أحد الوالدين أو الوصي وما إلى ذلك) والأداء الاجتماعي الذي يقوم به الأفراد بما في ذلك العلاقات والمعتقدات والصحة، واللياقة، والإرتياح في الحياة والرفاهية.[3]

وكما أشارت سامية الأنصاري إلى رأي" **مارتن سليغمان** "حين قال إن" الفرد يصبح أكثر سعادة وتفاؤلا عندما يحاور نفسه ويتحدى أفكاره السلبية ويحللها ويقارنها بما يتمتع به من النعم، وبالرغم من أن الغالبية تتفق على أن جودة الحياة هدف أساسي ومطلب في حياة الفرد ".[4]

ومن الملاحظ أن تعريفات النوعية قد تباينت بتباين الأطر النظرية التي طرحت بها التعريفات، إذ يمكن القول أن التعريفات أخذت اتجاهات مختلفة وهي:

---

[1] Cummins, R. (1996). The Comprehensive Quality Of Life Scale: Instrument Development And Psychometric Evaluation On College Staff And Student; Educational & Psychological Measurement, vol. 54 (2), PP.372- 383. 1994.p37.

[2] Anesm.(2013).Qualité de Vie en Mas-Fan (Volet2)Vie Quotidienne Sociale,Culture et Loisirs.documment àreçu L'avis Favorable du Comité D'oriontation Stratégique et du Conseil Sientifique de L'anesm.2010.p1-2.

[3] المرجع المذكور سابقا، ص 50.

[4] مريم شيخي: طبيعة العمل وعلاقته بجودة الحياة: دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات. مذكرة لنيل شهادة الماجيستير. جامعة تلمسان.الجزائر.2014، ص 74.

1-الاتجاه الاجتماعي.

2-الاتجاه النفسي.

3-الاتجاه الطبي.

ومنه يتمثل الوصول لجودة الحياة بتحقيق الفرد لذاته وتقديرها الرضا عن الحياة، إشباع الحاجات الأساسية كمكون أساسي لجودة الحياة، يعتبر العامل الديني من العوامل المؤثرة في مدى ما يشعر به الإنسان من رضا عن الحياة، وتعتبر العلاقات الجيدة من أهم مصادر السعادة، الإيمان بمعنى الحياة يمد الفرد بالقدرة على العطاء والتسامي على الذات، ومن هنا يكون إدارك قيمة الحياة، إحساس الفرد بالسعادة، وتعتبر الصلابة النفسية مصدرا من مصادر الشخصية الذاتية لمقاومة الآثار السلبية لضغوط الحياة والتخفيف من آثارها، والتوجه نحو المستقبل. [1]

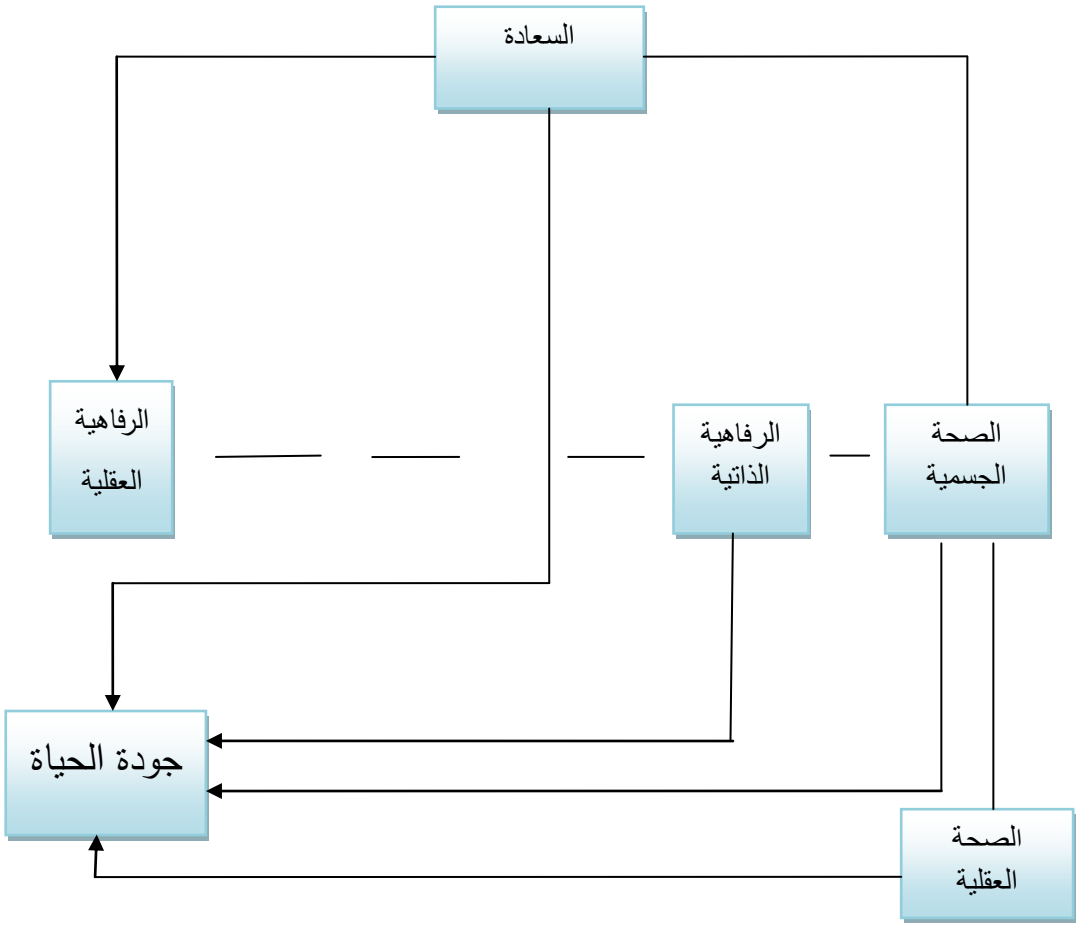
من خلال هذه التعاريف والتحليلات، نتجه إلى تعريف جودة الحياة كالتالي: جودة الحياة هو ذلك المفهوم الذي يهدف إلى تقييم مدى قدرة الفرد على التكييف مع مجالات الحياة المختلفة (الحالة الصحية، الصحة النفسية، و التفاعل الاجتماعي) والتي تتفاعل فيما بينها بشكل متكامل، حيث يكون هذا التقييم ذاتي يعتمد على إدراكات الفرد حول هذه المجالات، أو تقييم عام تقوم به هيئات مختصة لوضع سياسات منهجية لتحسين حياة الفرد.[2]

---

[1] أماني عدنان صديق: قلق الموت وعلاقته بجودة الحياة دارسة ميدانية على عينة من المسنين في مدينة دمشق. ماجيستير في العلوم السكانية. المعهد العالي للدراسات السكانية. دمشق. 2014، ص11.

[2] بهلول المرجع المذكور سابقا، ص 51.

بحيث صمم مخطط شامل من قبل العالم "NORDENFELT " يلخص ضمنه مفهوم جودة الحياة بصفة عامة.



شكل رقم (3): يوضح ملخص لمفهوم جودة الحياة

المصدر: Mrilou Bruchon-Schweitzer.op cit

من خلال الشكل السابق عرضه يتضح لنا أن جودة الحياة لديها معالم وأساسيات تحددها وتضبطها لغرض تحققها لدى المسن وبالتالي الاستمتاع ضمن عيشه وتحقيق رفاهية وجوده بين المحيطين به، أي أن جودة الحياة تعتبر مفهوم شامل يضم كل جوانب الحياة كما يدركها المسن، وهو مفهوم يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية، والإشباع المعنوي الذي يحقق الصحة النفسية.

2. أبعاد جودة الحياة

بعد استعراض العديد من التعريفات لبعض الباحثين حول جودة الحياة والتي خلصوا فيها إلى عدم وجود تعريف محدد وواضح يستند عليه الباحثون لمفهوم جودة الحياة، وهذا ما أشارت إليه دراسة كل من Greg Bognar (2005) ودراسة Park وآخرون (2002)ودراسة Taylorو Racine (1991)؛ وتشير الدراسات إلى أن جودة الحياة مرادفة للدرجة أو المستوى وأن جودة الحياة بوجه عام تشير إلى الحياة النفسية، حتى على الرغم من تضمين الظروف البيئية في بعض التعريفات، فإن هذا المفهوم المركب يتم تقييمه بثلاث (03) ظروف هي:

1. من خلال التقدير الذاتي للرضا عن الحياة بوجه عام (السعادة أو الاستمتاع).
2. التقدير الذاتي للرضا في مجالات أو جوانب معينة(العمل، الصحة، العلاقات مع الآخرين).
3. البيانات الديموجرافية بالنسبة لجودة الحياة (المؤشرات الاجتماعية والموارد أوالعوائق).[1]

[1] شيخي المرجع المذكور سابقا، ص77.

وعادة ما يتحدد في مؤشرين: البعد الذاتي و البعد الموضوعي

إلا أن غالبية الباحثين ركزوا على المؤشرات الخاصة بالبعد الموضوعي لجودة الحياة ويتضمن مجموعة من المؤشرات القابلة للملاحظة والقياس المباشر مثل أوضاع العمل، مستوى الدخل، المكانة الاجتماعية والاقتصادية وحجم المساندة المتاح من شبكة العلاقات الاجتماعية.

ومع ذلك تظهر نتائج البحوث أن التركيز على المؤشرات لجودة الحياة إلا في جزء صغير من التباين في التقديرات الكلية لجودة الحياة.

ومن هنا يتحدد بعدين لجودة الحياة:

1.2. البعد الذاتي: ويقصد به مدى الرضا الشخصي بالحياة، وشعور الفرد بجودة الحياة، شعور الشخص بالسعادة. [1]

2.2. البعد الموضوعي: ويشمل:الصحة البدنية، العلاقات الاجتماعية، الأنشطة المجتمعية، العمل، فلسفة الحياة، وقت الفراغ، مستوى المعيشة، العلاقات الأسرية، الصحة النفسية، التعليم .[2]

---

[1] محمود عبد الحليم منسي وعلي مهدي كاظم: مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة. وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة. جامعة السلطان قابوس.2006، ص87.

[2] العارف بالله ومحمد الغندور: أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة. مداخلة مقدمة في المؤتمر الدولي السادس"جودة الحياة توجه قومي للقرن الحادي والعشرون. المركز الارشادي النفسي. جامعة عين شمس. مصر.1999، ص27.

كما يرى أبو حلاوة أنه يمكن تحديد ثماني أبعاد عامة تؤدي إلى إمكانية تقييم جودة الحياة الشخصية لكل إنسان، ويرى أن دورة الحياة والخبرات المتباينة التي نتعرض لها في كل مرحلة من مراحل حياتنا تلعب دورا شديد الأهمية في واقع الأمر في ثبات أو تغير رؤيتنا لجودة الحياة الشخصية، وأنه لا يوجد لهذه الأبعاد تنظيم هرمي محدد أو ثابت، بل ينظم كل فرد هذه الأبعاد في بناء هرمي خاص وفق أولوياته ورؤاه الذاتية لأهمية كل قيمة بالنسبة لجودة حياته الشخصية، ومع ذلك يمكن القول بأن ترتيب هذه الأبعاد حسب أولوياتها يعتمد على الخبرات الذاتية لكل فرد وعلى الثقافة التي يعيش في إطارها، وهذه الأبعاد هي: السلامة البدنية، الشعور بالقيمة والجدارة الشخصية، الإحساس بالانتماء إلى الآخرين، أنشطة الحياة اليومية ذات المعنى أو الهادفة، الشعور بالسلامة والأمن، الحياة المنظمة المقننة، المشاركة الاجتماعية، الرضا و السعادة الداخلية.[1]

وبتالي إن مبادئ جودة الحياة تقدر بالعديد من الأبعاد ومتطلبات تؤخذ بعين الاعتبار التجربة والخبرة لدى المسن، في شتى مجالات الحياة بدون تقييد هذه الأبعاد بصرامة وبصفة مطلقة.

3. مؤشرات قياس جودة الحياة

عادة ما يتم انتقاء مؤشرات مفهوم جودة الحياة بناء على الافتراضات التي تقوم عليها الأبحاث وبالشكل الذي يتناسب مع أهدافها، ولا توجد لحد الآن صيغة موحدة يعتمد عليها الباحثون في عملية انتقاء مؤشرات طريقة الحياة . [2]

---

[1] محمد السعيد أبو حلاوة: جودة الحياة: المفهوم والأبعاد. جامعة الإسكندرية المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية.مصر .2010.

[2] الزروق المرجع المذكور سابقا، ص4.

إذ تتحكم في تحديد مؤشرات جودة الحياة عدة عوامل، و هي تختلف من فرد لآخر، وذلك حسب ما يراه من معايير لتقييم حياته هذا من جهة، ومن جهة أخرى يظهر هذا الاختلاف جليا في تباين التعاريف الاصطلاحية من طرف الباحثين، حيث تتمثل مؤشرات جودة الحياة حسب بعض الباحثين في:القدرة على التفكير وأخذ القدرات، القدرة على التحكم، الصحة الجسمانية و العقلية، الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية، المعتقدات الدينية، القيم الثقافية والحضارية، الأوضاع المالية والاقتصادية، و التي يحدد عليها كل شخص ما هو الشيء الأهم بالنسبة له، والذي يحقق سعادته في الحياة التي يحياها.[1]

وبتالي أصبحت جودة الحياة أداة مهمة خاصة لدى المسنين لتقييم مظهر الصحة بمجالاتها بصفة عامة، لأنهم قد يتم التنبؤ بدرجة استهلاك الخدمات الصحية و كذلك الوفيات، لأن تحسين جودة الحياة يعتبر هدف أساسي ورئيسي لجميع العلاجات وجميع التكفلات المقدمة للمسنين، وغالبا ما يفشل ،كون المسن لا يرغب بحياة طويلة ولكن أيضا لديه الرغبة في العيش ضمن جودة الحياة جيدة .[2]

[1] صالح إسماعيل عبد الله الهمص: قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة. رسالة ماجستير. الجامعة الإسلامية. غزة.2010، ص 45.

[2] TIMOTIN .op cit.

بحيث نجد" **فلوفيلد** " من جهة أخرى قد حدد مؤشرات قياس جودة الحياة فيما يلي:

1.3. المؤشرات النفسية: وتتبدى في شعور الفرد بالقلق والاكتئاب أو التوافق مع المرض أو الشعور بالسعادة.

2.3. المؤشرات الاجتماعية: وتتضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية.

3.3. المؤشرات المهنية: تتمثل بدرجة رضا الفرد عن مهنته وحبه لها و القدرة على تنفيذ مهام وظيفته، وقدرته على التوافق مع واجبات عمله.

4.3. المؤشرات الجسمية والبدنية: وتتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية والتعايش مع الآلام والنوم والشهية في تناول الغداء والقدرة الجنسية.[1]

وعلى الرغم من أن لكل شخص توقعاته الكيفية الخاصة حول هذه الأخيرة، تعتبر المؤشرات السابقة مؤشرات جدية لقياس جودة الحياة ويمكن استخدامها عند إعداد مقاييس موضوعية في هذا المجال . [2]

ومن خلال ما سبق عرضه من مؤشرات جودة الحياة يتبين للباحثة أن كبير السن الذي يكون لديه مستوى عال من جودة الحياة يتضح ذلك من خلال أعراض ومؤشرات دالة على جودة الوجود ورفاهية عيشه بمختلف مجالات حياته.

---

[1] Fallowfielde, L.The quality of life: The missing measurement in the health care.England.1990.

[2] منسي وكاظم المرجع المذكور سابقا، ص65.

4. مكونات جودة الحياة

يشير (1994) Good إلى أن "هناك سبعة عوامل أساسية تسهم في تشكيل جودة الحياة هي " حاجات الفرد مثل الحاجة للحب، والتقبل، والجنس، والصداقة، والصحة، والأمن، والتوقع بأن هذه الحاجة خاصة بالمجتمع الذي يعيش فيه الفرد والمصادر المتاحة لإشباع هذه الحاجات بصورة مقولة من المجتمع، والنسيج البيئي المرتبط بإشباع هذه الحاجات".[1]

بحيث يشترك كل بني البشر في الوطن العربي في مكونات جودة الحياة للفرد الواحد، إلا أنها تختلف من فرد لآخر، نتيجة لاختلاف الأهداف والدوافع، كما تختلف من مرحلة إلى أخرى ففي مرحلة الشيخوخة أو نهاية العمر–كما يطلق عليها البعض، وباعتبارها موضوع دراستنا – يكون معظم الأفراد قد حققوا أهدافهم وطموحاتهم، غير أن مضمون أهدافهم تختلف عن مضمون أهداف المراهقين والراشدين هذا من جانب، ومن جانب آخر إن مستوى جودة حياة المسنين أقل من غيرهم في المراحل العمرية الأخرى، وذلك نظرا لأن مرحلة الشيخوخة تعتبر أزمة يواجه فيها المسن مواقف غاية في الصعوبة ويمر بمنعطفات شخصية واجتماعية وأسرية، قد تسبب له ضغوطا وتحديات ينبغي مواجهتها بنجاح وبفاعلية، لكي تستمر جودة الحياة، بإيجابياتها، ورفاهيتها، وسعادتها بعيدا عن منحدارت الإضطرا بات والأمراض النفسية والجسمية.[2]

---

[1] Good .Quality of life of for Persons with disabities. Intrnational perspective and issues in Mitchel, D. (1997): Book Review, Journal of intellectual & Develop0mental Disability. 42 (3).p 244-254.1994.p.75

[2] أماني المرجع المذكور سابقا، ص11.

وتتضمن جودة الحياة باختلاف المصطلح المنسوب لها ثلاث مكونات رئيسية هي:

1. **المكون المعرفي:** ويرتبط بإدراك الفرد لمعنى حياته، والخبرات التي تثري المعنى.

2. **المكون السلوكي:** والذي يرتبط بما يقوم به الفرد من سلوك يترجم هدف حياته المدرك بشكل واقعي في حياته.

3. **المكون الوجداني:** والذي يرتبط بإحساس الفرد بأن حياته لها قيمة، ورضاه عنها من خلال ما حققه من أهداف. [1]

وتوضح بشرى اسماعيل هي الأخرى مكونات جودة الإنسان في الوطن العربي التي يشترك فيها كل بنو البشر فيما يأتي: تكوين أسرة (برضا الرجل والمرأة وإرادتهما الحرة)، الرعاية الاجتماعية والصحية (خاصة للأطفال والمسنين، والمعوقين)، مستوى معيشي لائق (الغذاء والكساء والمسكن)، العمل، التعليم (المجاني في المرحلة الأساسية، والمكسب للقيم والمهارات والتوجهات الاجتماعية المحفزة للنهضة، والمستمر مدى الحياة)، حق الجماعات العرقية في الحفاظ على ثقافتها الخاصة وتنميتها، تكوين الجمعيات والمنظمات السياسية، وممارسة نشاطها بحرية، المشاركة في إدارة الشؤون العامة في المجتمع.[2]

---

[1] سمير علي أبو غزالة: أزمة الهوية ومعنى الحياة كمؤشرات للحاجة إلى الإرشاد النفسي دراسة على طلاب الجامعة. المؤتمر الدولي الخامس التعليم الجامعي في مجتمع المعرفة. مركز الإرشاد النفسي.2007، ص 267.

[2] سماح يحيى خليل أبو حمادة: فاعلية برنامج إرشادي لتحسين مستوى جودة الحياة لدى كبار السن في محافظة غزة. رسالة الماجيستير. جامعة الأقصى. فلسطين.2015، ص 37.

إن هذه المكونات تختلف من مرحلة إلى أخرى، ففي مرحلة الشيخوخة يكون معظم المسنين قد حققوا أهدافهم وطموحاتهم، وتختلف أهداف موضوعاتهم عن أهداف موضوعات المراهقين والراشدين، كما أن هذه المكونات تختلف من فرد لآخر نتيجة لاختلاف الأهداف، والدوافع، ومستوى الضغوط التي يتعرض لها المسن. [1]

جدول رقم (01): يبين مكونات جودة الحياة

	على المستوى الشخصي	**على المستوى المجتمعي**
شخصي/نوعي (الإحساس)	كيف يشعر الشخص اتجاه نفسه وحالته.	كيف يشعر الشخص اتجاه مجتمعه وقدراته على المشاركة والتأثير في قرارات المجتمع.
موضوعي	الحالات الوظيفية، طبيعة العمل.	الحالة الاقتصادية والبيئة والكفاءة الحكومية.

المصدر: شيخي المرجع المذكور سابقا، ص78

ومنه نستخلص مما سبق أن مكونات جودة الحياة تختلف من فرد لآخر ومن مسن لآخر، وذلك يرجع إلى اختلاف أهداف كل مسن وطموحاته التي يسعى لتحقيقها في حياته.

[1] أبو حمادة المرجع المذكور سابقا، ص37.

5. مقومات جودة الحياة

توجد عوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة: القدرة على التفكير وأخذ القرارات، القدرة على التحكم، الصحة الجسمانية والعقلية، الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية، المعتقدات الدينية – القيم الثقافية والحضارية، الأوضاع المالية والاقتصادية والتي عليها يحدد كل شخص ما هو الشيء الأهم بالنسبة له والذي يحقق سعادته في الحياة التي يحياها، وإذا تحدثنا عن مقومات جودة الحياة ونعنى هنا الناحية الصحية نجدها تتمثل في أربع نواح أساسية والتي تؤثر بشكل أو بآخر على صحة الإنسان بل وعلى نموه كما أنها تتفاعل مع بعضها البعض :الناحية الجسمانية، الناحية الشعورية، الناحية العقلية، الناحية النفسية؛ وتتمثل هذه النواحي الأربع في الاحتياجات الأساسية الأخرى الضرورية لحياة الإنسان التي لا يستطيع العيش بدونها والتي يمكن أن نطلق عليها الاحتياجات الأولية، وهذه الاحتياجات تقف جنباً إلى جنب مع مقومات جودة الحياة بل تعتبر جزءاً مكملاً لها والإخلال بأي عنصر فيها يؤدى إلى خلق الصراع، ولكن هذا لا يمنع من وجود عوامل أخرى خارجة عن إرادة الإنسان تؤثر على مقومات حياته والتي تتصل بالناحية الصحية وتتمثل في: العجز –التقدم في العمر– الألم– الخوف – ضغط العمل – الحروب – الموت – الإحباط–الأمل –اللياقة الجسمانية بل والراحة أيضاً، لكنه لابد أن نفرق بين ما هو طبيعي وبين ما يحدث نتيجة إتباع أسلوب حياة خاطئ أو مرض.[1]

[1] أبو حمادة المرجع المذكور سابقا، 33–34.

ويتحدث **الفرماوى عبد العزيز** (1999) عن جودة الحياة يقول: جوهر الإنسان بمكوناته وخصائصه فيه أسباب جودة الحياة وبهجتها ،إن جوهر الإنسان يتمثل في عمق الفطرة وثرائها وفيه إمكانيات الإنسان الكامنة، وطاقته المتأصلة، تلك التي تجسد الطبيعة الإنسانية وتعطي للإنسان معنى لوجوده وهدفا لحياته، فيه تحقيق لإنسانيته وإعلاء لنفسه فوق مادياتها. [1]

ولجوهر الإنسان خصائص مهمة تكشف الكثير من مكنوناته وتوجهات هذه المكنونات وعلاقتها البينية، تلك التي تشكل بنيه الإنسان النفسية ومن هذه الخصائص:

1.5. التكامل الوظيفي بين قوى الذات:

يمكن تمييز ثلاث قوى في بنية الإنسان النفسية هي : قوة الروح – قوة العقل – قابلية الفطرة، هذه القوى الثلاث تشكل الجوهر وتعطي الطابع العام للفطرة فقد سما الإنسان بالروح فوق مستوى الخصائص الحيوانية، وتوجهت بالإنسان إلى القيم والمعارف، تلك التي من أهمها معرفة الله سبحانه وتعالى.

2.5. الازدواجية السوية في سلوك الإنسان:

السلوك الإنساني يتصف بازدواجية التوجه، بمعنى أن السلوك الواحد يجمع بين إشباع الحاجات الروحية، بقدر ما يكون السلوك طبيعيا بقدر ما يحقق للإنسان ارتباطه بالأرض التي هو منها كما يحقق له في نفس الوقت تطلعه إلي السماء مدفوعا بإشعاعات الروح فيه.[2]

---

[1] أبو حمادة المرجع المذكور سابقا، 33–34.

[2] عبد العزيز الفرماوي: جودة الحياة في جوهر الإنسان. المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي(جودة الحياة). جامعة عين الشمس. القاهرة.1999، ص 218.

3.5. النزعة للتدين والنزعة للإنابة:

إن السبيل لجودة الحياة يكمن في ثلاثة أمور مهمة هي: مجاهدة النفس، تمسك الإنسان بالكينونة وتعميق الوجود، استشراف أفق الحرية الأرحب. [1]

ومن خلال ما تم عرضه من مقومات جودة الحياة يتضح من وجهة نظر الباحثة أن لجودة الحياة عوامل داخلية تتكون في خلفية الفرد عامة وكبير السن خاصة، وعوامل خارجية تتمثل في الظروف المتاحة في محيط كبير السن، بحيث كلما كان كبير السن له معاش نفسي متوازن ومستقر ومحيط يهيئ له الراحة ورفاهية الوجود كلما انعكس ذلك إيجابا على جودة حياة كبير السن والعكس صحيح.

[1] الفرماوي المرجع المذكور سابقا، ص 218.

6. حلقات ومظاهر جودة الحياة

يشير**عبد المعطي** خمسة مظاهر لجودة الحياة تتمثل في خمس حلقات ترتبط فيها الجوانب الموضوعية و الذاتية وهي كالتالي:

1.6 الحلقة الأولى: العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال:

1.1.6. العوامل المادية الموضوعية: والتي تشمل الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع لأفراده، إلى جانب الفرد وحالته الاجتماعية والزواجية والصحية والتعليمية، حيث تعتبر هذه العوامل عوامل سط في التعبير عن جودة الحياة، إذ ترتبط بثقافة المجتمع وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع هذه الثقافة.

2.1.6. حسن الحال: ويعتبر هذا بمثابة مقياس عام لجودة الحياة، ويعتبر كذلك مظهرا سطحيا للتعبير عن جودة الحياة، فكثير من الناس يقولون بأن حياتهم جيدة ولكنهم يختزنون معنى حياتهم في مخازن داخلية لا يفتحونها لأحد.[1]

[1] حسن مصطفى عبد المعطي: الارشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر. وقائع المؤتمر العلمي الثالث. الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة. جامعة الزقازيق. مصر. 2006، ص 13-23.

2.6. الحلقة الثانية :إشباع الحاجات والرضا عن الحياة:

1.2.6.إشباع وتحقيق الحاجات: وهو أحد المؤشرات الموضوعية، لجودة الحياة، فعندما يتمكن المرء من إشباع حاجاته فان نوعية حياته ترتفع وتزداد، وهناك حاجات كثيرة يرتبط بعضها بالبقاء، كالطعام والمسكن والصحة، ومنها ما يرتبط بالعلاقات الاجتماعية، كالحاجة للأمن والانتماء والحب والقوة والحرية، وغيرها من الحاجات التي يحتاجها الفرد والتي يحقق من خلالها جودة حياته.

2.2.6. الرضا عن الحياة: ويعتبر الرضا عن الحياة أحد الجوانب الذاتية لجود الحياة، فكونك راضيا فهذا يعني أن حياتك تسير كما ينبغي، وعندما يشبع الفرد كل توقعاته واحتياجاته ورغباته، يشعر حينها بالرضا.

3.6. الحلقة الثالثة: إدراك الفرد القوى والمتضمنات الحياتية وإحساسه بمعنى الحياة:

1.3.6. القوى والمتضمنات الحياتية: قد يرى البعض أن إدراك القوى، والمتضمنات الحياتية بمثابة مفهوم أساسي لجودة الحياة، فالبشر كي يعيشوا حياة جيدة لا بد لهم من استخدام القدرات والطاقات والأنشطة الابتكارية الكامنة داخلهم، من أجل القيام بتنمية العلاقات الاجتماعية، وأن ينشغلوا بالمشروعات الهادفة، ويجب أن يكون لديهم القدرة على التخطيط واستغلال الوقت وما إلى ذلك، وهذا كله بمثابة مؤشرات لجودة الحياة.[1]

[1] عبد المعطي المرجع المذكور سابقا، 13-23.

2.3.6. معنى الحياة: يرتبط معنى الحياة بجودة الحياة، فكلما شعر الفرد بقيمته، وأهميته للمجتمع وللآخرين، وشعر بانجازاته ومواهبه، وأن شعوره قد يسبب نقصا أو افتقادا للآخرين له، فكل ذلك يؤدي إلى إحساسه بجودة الحياة .[1]

4.6. الحلقة الرابعة : الصحة والبناء البيولوجي و إحساس الفرد بالسعادة:

1.4.6. الصحة والبناء البيولوجي: وتعتبر حاجة من حاجات، جودة الحياة التي تهتم بالبناء البيولوجي للبشر، والصحة الجسمية تعكس النظام البيولوجي، لأن أداء خلايا الجسم ووظائفها بشكل صحيح يجعل الجسم في حالة صحية جيدة وسليمة.

2.4.6. السعادة: وتتمثل بالشعور بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات، وهي شعور بالبهجة والاستمتاع واللذة، وهي نشوة يشعر بها الفرد عند إدراكه لقيمة ومتضمنات حياته مع استمتاعه بالصحة الجسمية. [2]

ويعرفها (Veenhoven (1994 ، بأنها " الدرجة التي يحكم فيها الشخص ايجابياً على جودة حياته بوجه عام، وبمعنى آخر تشير السعادة إلى حب الشخص للحياة التي يعيشها واستمتاعه بها وتقديره الذاتي لها، وقد دلت بحوث كثيرة على أن السعادة هي نتاج تفاعل مركب بين الشخص وبيئته" . [3]

---

[1] عبد المعطي المرجع المذكور سابقا، ص 13-23.

[2] أبو حمادة المرجع المذكور سابقا، ص36.

[3] Veenhoven, R. is happines atrait? Tests of theory abettersociety does not make people any happier. Social indicators research, 32, p101-160.1994.p160.

5.6. الحلقة الخامسة : جودة الحياة الوجودية:

وهي الوحدة الموضوعية لجوانب الحياة، وهي الأكثر عمقا داخل النفس، وإحساس الفرد بوجوده، وهي بمثابة النزول لمركز الفرد، والتي تؤدي بالفرد إلى إحساسه بمعنى الحياة الذي يعد محور وجودنا، فجودة الحياة الوجودية هي التي يشعر من خلالها الفرد بوجوده وقيمته؛ ومن خلال ما يستطيع أن يحصل عليه الفرد من عمق للمعلومات البشرية المرتبطة بالمعايير والقيم والجوانب الروحية والدينية التي يؤمن بها الفرد، والتي يستطيع من خلالها تحقيق وجوده.

ويشير عبد المعطي أن مظاهر جودة الحياة تتعدد لتشمل العوامل المادية، وإشباع الحاجات، والرضا عن الحياة، وإدراك الفرد الايجابي لمعنى الحياة، ومدى إحساس الفرد بالسعادة والصحة النفسية والجسمية، فضلا عن جودة الحياة الوجودية وهي الأعمق تأثيرا، والذي يتضمن الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية، والإحساس بحسن الحال، وإشباع الحاجات، والرضا عن الحياة، وإدراك الفرد لقوى ومتضمنات حياته، وشعوره بمعنى الحياة، إلى جانب الصحة الجسمية الايجابية، وإحساسه بمعنى السعادة، وصولا إلى عيش حياة متناغمة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في المجتمع. [1]

[1] عبد المعطي المرجع المذكور سابقا، ص23.

ويوجز الباحث القول بأن جودة الحياة تمتاز بعدة مظاهر متعددة، قد يشعر المعاق بافتقادها أو افتقاد البعض منها، ويرى الباحث أن للإعاقة تأثيرا كبيرا على جودة الحياة للأفراد المعاقين، حيث يشعر البعض منهم بالهموم، والضغوط الحياتية، فبالتالي هم بحاجة إلى إدراك هذه الحياة بمعناها الايجابي، وهذا لا يتم إلا من خلال المحيطين بهم والمقربين، والذي يتم من خلالهم توفير سبل الراحة، ومن ثم الشعور بالسعادة والطمأنينة والاستمتاع بالحياة، والرضا عن أنفسهم وعن الحياة التي يعيشونها، وصولاً إلى التوافق والتكيف مع الإعاقة والمجتمع.[1]

كما تضيف سماح يحيي خليل أبو حمادة أن هناك اختلافا بين مظاهر جودة الحياة لدى الإنسان عند كل مرحلة وخصوصا لدى كبار السن نظرا للصعوبات والمشاكل الصحية والأسرية، وسوء التوافق الشخصي والاجتماعي، فلا بد من تضافر جهود الأهل والمجتمع في تحقيق الحد المطلوب من جودة الحياة وشعور المسن بالسعادة والتوافق.[2]

ومن خلال ما سبق عرضه يتضح حسب الباحثة أن لجودة الحياة مظاهر ومعالم يجب توفرها، حتى يكون لدى كبير السن مستوى عال من جودة حياته، كما أن تضافر كل العوامل الداخلية من سعادة ورضا كبير السن وتقبله لواقعه المعاش لما يحقق له من متطلبات ورغبات عيشه، يضمن لنا وجود كبار السن متمتعين بجودة حياة ولفعالية ذلك سيعكس انطباعهم على مجالهم الزماني والمكاني الذين هم به؛ وبالتالي انتشار معالم التضامن والتكاتف بين المسن ومن حوله ومنه انتشار معالم جودة الحياة بين أفراد المجتمع.

---

[1] عبد المعطي المرجع المذكور سابقا، ص 23.

[2] أبو حمادة المرجع المذكور سابقا، ص 36.

7. قياس جودة الحياة

وبناء على ما تم تقديمه من صعوبات في تعريف مفهوم جودة الحياة وتقيمه، وربما يرجع ذلك إلى أن المكونات الموضوعية والذاتية تتأثر بعملية الإدراك الذاتي للأفراد وتباين الثقافات الأخرى.

فجودة الحياة لا ترتبط بجانب واحد من جوانب الحياة، ولكن بعدة جوانب، لذلك قامت منظمة الصحة العالمية (2006) بإعداد مقياس لجودة الحياة لتحديد معايير جودة الحياة، وذلك لمساعدة الأطباء على معرفة الاحتياجات الضرورية لجودة الحياة لدى عينات من العاديين والمرضى، وأظهرت النتائج التجريبية أن جودة الحياة مفهوم عام يتضمن عددا من المكونات الفرعية وتشمل : الحالة الجسمية،تقدير وفعالية الذات، الاستقلالية، العلاقات الاجتماعية الايجابية، الرضا عن الحياة والسعادة. [1]

وعند مناقشة مفهوم جودة الحياة من المهم أن نميز هذا المفهوم عن مفاهيم ذات علاقة ولكن تختلف من حيث المضمون مثل الصحة الجيدة، الحالة الصحية، الرضا عن الحياة والأمل ومن المهم تقييم العلاقة ما بين الثقافة وجودة الحياة لأن الإدراك لجودة الحياة ذو ارتباط وثيق مع الحدود الثقافية والتي تختلف من مجتمع لآخر.[2]

وفي هذا الصدد يشير منسي وكاظم (2006) بأن القياس الجيّد لجودة الحياة يتوقف على الوصف الدقيق للحياة الجيّدة، والتعرف على مستويات الجودة. [3]

---

[1] مشري المرجع المذكور سابقا، ص229.

[2] Fowlie, M ,Berkeley ,J.&Dingwall- Fordyce,I: Quality Of Life In The Advanced Cancer: the benefits of asking the patients. Palliative Medicine. PP55-59.1989.p55.

[3] منسي وكاظم المرجع المذكور سابقا.

كما توجد أمور أخرى لقياس جودة الحياة عن طريق الحصول على معلومات دقيقة عن حياة المسن أو مدى كفاءة وفعالية النظام الذي يحياه المسن.

جدول رقم (2): يبين قياس جودة الحياة من وجهات نظر مختلفة

النظرة	التركيز	التعريف
الطب	الأشخاص والأمراض	جودة الحياة تمثل التأثير الوظفي للمريض، وتبعات العلاج على المريض، كما ينظر إليها المريض
أمور تتعلق بالصحة	أشخاص مع أمراض أو إعاقات	جودة الحياة تفهم كمعنى يمثل استجابة الأفراد الجسدية، العقلية، والاجتماعية للمرض على الوظائف الحياتية اليومية، وتمتد لتشمل مدى رضا الإنسان بظروف الحياة المحيطة التي يمكن إنجازها
التشخيص الاجتماعي	الأشخاص في المجتمعات	التكيف والرضا عن الحياة لأعضاء المجتمع
التركيز على تطوير الصحة	لكل الأشخاص	الدرجة التي فيها يستمع الإنسان بكل الإمكانات المتاحة

		في حياته

المصدر: أبو حمادة المرجع المذكور سابقا، ص 41

كما قسم ويكلاند (2000) أنواع قياس جودة الحياة إلى ثلاثة أنواع هي:

1.7.القياس العالمي:

وصمم أسلوبه العام من أجل قياس جودة الحياة بصورة متكاملة وشاملة، وهذا قد يكون سؤالا وحيدا يتم سؤاله للشخص لحساب مقياس جودة الحياة بصورة عامة له مثل مقياس "فلانجان " لجودة الحياة الذي يسأل الناس عن رضاهم عن 15 مجالا من مجالات الحياة.

2.7.القياس العام:

وتكون هذه المقاييس موجهة لفئة كبيرة من أفراد المجتمع دون مراعاة خصائصهم (مرضى أو عاديين)، وهي على العموم تغطي جوانب كبيرة فيما يخص الحالة البدنية، النفسية والاجتماعية للأفراد، حيث يكون التقييم هنا تقييما شاملا.[1]

3.7. القياس الخاص بالمرضى:

تم تطويره لمراقبة ردة الفعل للعلاج في حالات خاصة وهذه الخطوات محصورة لمشاكل تميز مجموعة خاصة مع المرضى، حيث يكون لهؤلاء المرضى حساسية للتغيير وكذلك قلة التصور لديهم في الربط مع تعريف معنى جودة الحياة. [2]

4.7. مجالات القياس الخاص:

---

[1] Schweitzer. Op cit. p12.

[2] سامي المرجع المذكور سابقا، ص30.

حث يركز على مشكلة معينة لمجموعة من المرضى مثل الألم، التعب، الوظائف الجسدية، هذه الإجراءات والقياسات مفيدة في ملاحظة مشاكل خاصة يمكن أن تحل بواسطة التدخل العلاجي. [1]

من خلال ما سبق ذكره نستنتج أن هناك عدة قياسات تقيس جودة الحياة لدى أفراد المجتمع، إذ يختلف كل قياس عن الآخر باختلاف مجال الدراسة المتناولة باختلاف أهدافها التي يسعى الباحثين في مجال جودة الحياة تحققها والتوصل لها من خلال الدراسة التي يقومون بها على أفراد المجتمع باختلاف تواجدهم ومستوى عيشهم وجنسهم وعمرهم؛ ومن وجهة نظر الباحثة في حدود تطلعها على موضوع جودة الحياة أنه من الأحسن أن يكون مقياس جودة الحياة ينطبق على عينة محددة الخصائص حتى تنطبق النتائج بدرجة كبيرة على عينة الدراسة ومنها تجدر الإشارة على أهمية الدراسة بفعالية نتائجها الخاصة بفئة معينة ولا يمكن تعميمها على غيرهما من أفراد المجتمع.

[1] أبو حمادة المرجع المذكور سابقا، ص 42.

8. مجالات جودة الحياة

أكد الكثير من الباحثين والدارسين، أن جودة الحياة هي نظام معقد يظم عدة مجالات :جسمية، نفسية، واجتماعية، حيث أن هذه المجالات يجب أن توضع تحت التقييم من خلال التطرق إلى عدة نقاط فيها، وهذا ما يعرفه الباحثون بالتقييم الموضوعي (Mesure Objective)، والذي أسسوا له مقياسا ذاتيا يقدم للفرد المفيد. وينقسم إلى عدة مجالات وهي كالآتي:

1.8. المجال النفسي لجودة الحياة

يرى الكثير من الباحثين أن المجال النفسي لجودة الحياة يتضمن جميع المشاعر، والحالات العاطفية الإيجابية، ويرى البعض الآخر أنه يعتمد على غياب المؤثر السلبي مثل القلق والاكتئاب وحتى المعتقدات ،يتم تقييم الحالات العاطفية السلبية من خلال المقياس الذاتي المخصص لقياس جودة الحياة التي يمتاز بها كل فرد. [1]

و يدمج البعض الآخر من الباحثين ضمن المجال النفسي لجودة الحياة المفاهيم الدينامية الإجرائية مثل :التنمية الشخصية Développement personnel وتحقيق الذاتde soi Réalisation، (الإبداع، المعنى من الحياة الأخلاقية، الحياة الروحية، مدى تفهم العالم المحيط بالفرد، ... الخ)؛ من خلال هذه التوجهات نرى أنه يمكننا أن نتطرق إلى المجال النفسي لجودة الحياة من خلال كل من الحالات الانفعالية الايجابية و كذلك جميع اضطرابات الأداء النفسي المتعلقة بالفرد.[2]

---

[1] Bruchon– Schweitzer. Op cit.

[2] بهلول المرجع المذكور سابقا، ص52.

2.8. المجال البدني لجودة الحياة:

يدمج الباحثون تحت هذا المجال الصحة البدنية والقدرات الأدائية، حيث تتضمن الصحة البدنية: الطاقة الحيوية، التعب، النوم، الراحة، الآلام، الأعراض ومختلف المؤشرات ،البيولوجية، وتتضمن القدرات الأدائية :الوضع الوظيفي، تنقل الفرد، الأنشطة اليومية التي تمكن الفرد من الأداء ومن الاستقلالية النسبية.[1]

أي أنه من الصعب التطرق إلى المجال البدني لجودة الحياة دون مراعاة كل من الجانب النفسي و الاجتماعي و كيفية تأثيرهما على هذا المجال، و هذا ما يظهر من خلال العناصر التي يتضمنها هذا المجال سواء ضمن الصحة البدنية أو القدرات الأدائية.

3.8. المجال الاجتماعي لجودة الحياة:

يرى **Griffin (1988)** أنه يجب الإهتمام أكثر بنوعية العلاقات الاجتماعية للأفراد أكثر من الإهتمام بكمية هذه العلاقات، وهو ما يحدد عنده المجال الاجتماعي لجودة الحياة؛ أما **فلاناجون Flanagan(1982)** فهو يهتم أكثر بكمية العلاقات الاجتماعية، حيث يرى أن هذا المجال يندرج ضمن طريقة الفرج في تقييم الوظائف الاجتماعية (تقدير الذات الاجتماعية، الإحساس بتحقيق الذات، النجاحات والفشل،..إلخ)، وكذلك أهمية التطرق إلى فعالية الشبكة الاجتماعية للأفراد(التكوين، الكثافة، التشتت الجغرافي، وتيرة الاتصال بين الأفراد، كثافة العلاقات،...إلخ).[2]

---

[1] الزروق المرجع المذكور سابقا، ص 47.

[2] بهلول المرجع المذكور سابقا، ص53.

نلاحظ من خلال هذين الاتجاهين، أن المجال الاجتماعي لجودة الحياة يتضمن كل من العلاقات و الوظائف الاجتماعية، و هنا لا يمكن النظر إلى هذا المجال بشكل متكامل إلا إذا تطرقنا إلى شبكة هذه العلاقات من الناحية الكمية(أي مدى اندماج الفرد في المجتمع) و النوعية (أي فعالية المساندة الاجتماعية في حياة الفرد).[1]

4.8. الرضا عن العيش:

يقول دينر(1994) Diener إلى أن هذا المفهوم يهدف إلى "الحكم الشعوري و الشامل الذي يطلقه الفرد عن حياته، و يظهر هذا ضمن مجالات محددة :مهنية، عائلية، الاهتمامات، الصحة، التمويلFinance ، الذات Soi، المجموعة التي ينتمي إليها الفرد Groupe d'appartenance ،...إلخ".[2]

5.8. السعادة:

يتميز هذا المفهوم بالتعددية الوظيفية، فهو يتضمن ثلاثة مكونات مستقلة فيما بينها:

1- مكون انفعالي ايجابي :المتعة

2- مكون معرفي –تقييمي: الرضا أي تقدير الفرد مدى نجاحه في تحقيق تطلعاته.

3- مكون سلوكي: التفوق أي نجاح التقييم الذاتي للفرد فيما يخص نشاطاته.[3]

---

[1] بهلول المرجع المذكور سابقا، ص53.

[2] Diener. <<Assessing Subjective Well-Being, Progresses and opportunities". Social Indicators Research. 31. 103-157.1994.

[3] بهلول المرجع المذكور سابقا، ص54-55.

وبالرغم من الاجتهادات والمقاربات التي توصل إليها الأخصائيون النفسانيون فيما يخص هذا المفهوم، إلا أن هذا المفهوم بقي لوقت طويل مرتبط بالبحث عن المتعةL'hédonisme ، أو اعتباره مرادفا لمصطلح العافية Le Bien-être.و يرى الباحثين حاليا، أن مفهوم السعادة يعبر عن سمة Un Trait، أكثر من اعتباره حالة Etat ، حيث يهدف إلى الوصول إلى حالة مستقرة و مستدامة نسبيا.

6.8. الرفاهية الذاتية:

يمكن التطرق إلى مفهوم الرفاهية الذاتية من خلال ثلاث نقاط أساسية:

1-المفهوم الذاتي، أي التقييم الذاتي الذي لا يعتمد على متطلبات الحياة الموضوعية(أي الحياة المادية).

2- يعتمد على التقييم الإيجابي الشامل للحياة التي يعيشها الفرد(الرضا عن العيش).

3-يهتم بضرورة توفر المؤثرات الإيجابية، دون اهتمامه بغياب الانفعالات السلبية .[1]

يرى ديينر(1994) Diener ، أن هذا المفهوم يعبر عن تجربة الفرد العامة لردود الفعل الايجابية اتجاه حياته، و يشمل جميع المكونات الدنيا(التي يجب أن تتوفر على الأقل) مثل الرضا عن العيش و مستوى المتعة.[2] نلاحظ هنا أن الرضا عن العيش والسعادة هما المكونان الرئيسيان لمفهوم العافية Le Bien-Etre، حيث يتوفر هذين المكونين بأقل قدر ممكن ليتحقق المفهوم.[3]

---

[1] بهلول المرجع المذكور سابقا، 54-55.

[2] Diener .op cit.

[3] الزروق المرجع المذكور سابقا، 49-45.

من خلال ما سبق عرضه نستنتج أنه لجودة الحياة عدة مجالات، وكلما شمل اكتمال توفر هذه المجالات لدى كبير السن كلما تحقق لدينا مستوى عال من جودة الحياة لدى كبار السن.

9. التناولات النظرية المفسرة لجودة الحياة

يوجد ثلاث تناولات رئيسية في تفسير جودة الحياة وهي:

1.9. التناول الاجتماعي:

يركز هذا الاتجاه على الأسرة والمجتمع وعلاقات الأفراد والمتطلبات الحضارية والسكان والدخل والعمل وضغوط الوظيفة والمتغيرات الاجتماعية الأخرى، وبعض العلماء يرون أنه يجب الاهتمام بنوعية العلاقات الاجتماعية أكثر من الاهتمام بالكمية منها.

من أهم المجالات في الاتجاه الاجتماعي:

– السّكان: إن علماء الاجتماع عند اهتمامهم بدراسة جودة الحياة يركزون على المؤشرات الخارجية مثل: معادلة المواليد والوفيات وضحايا الأمراض المختلفة، نوعية المساكن، المستويات التعليمية للأفراد، المجتمع ومستوى الاستيعاب والقبول في مراحل التعليم المختلفة، إضافة إلى مستوى الدخل. [1]

– العمل: يرتبط مفهوم جودة الحياة بما يقوم به الفرد من عمل أو ما يشغله من وظيفة، وثمة محددات هامة يمكن اعتبارها في هذا الصدد لها تأثير على تحقيق هذا المفهوم إجرائيا مثل: أوضاع العمل نفسه، العائد المادي، وما يمكن أن يوفره العمل من فرص للحراك المهني والمكانة المهنية، مما يكون له تأثيره على حياة الفرد في علاقته بالمهنة، كما أن نوعية الإشراف وعلاقة

[1] شيخي المرجع المذكور سابقا، ص 82.

الزمالة تعد من العوامل الفعالة في تحقيق هذا المفهوم، فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله. [1]

كما يرى أصحاب التناول الاجتماعي ومن بينهم **Hankiss (1984)** أن الإهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأت منذ فترة طويلة، وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع إضافة إلى مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر، وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه من عائد مادي من وراء عمله، والمكانة المهنية له مع الزملاء تعد هذه من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة، فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله. [2]

ومن خلال ما سبق تلخص الباحثة أن وجهة نظر رواد التناول الاجتماعي قد ركزوا على العلاقات الاجتماعية للأفراد والمجالات المعيشة التي تحدد مستوى جودة حياته من خلال مستوى دخله، وطبيعة وظيفته، وسكنه وقر عيشه، وثبات قوته، فكل هذه الأمور حسب هذا الاتجاه تعد أمور ضرورية لتحديد جودة الحياة.

---

[1] الغندور المرجع المذكور سابقا.

[2] الهمص المرجع المذكور سابقا، 43.

2.9. التناول النفسي:

ينظر إلى مفهوم جودة 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 الحياة، وجودة الحياة تتطلب اجتماع الأشياء بالشكل التراكمي أي أن يفهم الإنسان ذاته وقدراته وإمكانياته وتوافق ميوله وقدراته مع اختياراته بما يمكنه من الصحة النفسية والتوافق النفسي وكدلالة لمواجهة الضغوط النفسية. [1]

وأساس جودة الحياة يتضح في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد وبيئته، وهذه العلاقة تتوسطها مشاعر وأحاسيس الفرد ومدركاته، فالإدراك ومعه بقية المؤشرات النفسية مثل المدركات التي تظهر من خلالها جودة حياة الفرد .وحسب المعنى النفسي هو درجة إحساس الفرد بالتحسن المستمر في النواحي النفسية مع تهيئة المناخ الم ا زجي والانفعالي المناسبين للعمل والانجاز، والتعلم المتصل بالعادات والمهارات والاتجاهات، وكذلك تعلم حل المشكلات وأساليب التوافق والتكيف وتبني منظور التحسن. [2]

من خلال ما تم طرحه من طرف وجهة نظر االتناول النفسي نجد أن جودة الحياة للأفراد عامة وكبار السن خاصة تتمحور في مدى إشباع حاجياتهم وتلبية متطلبات الحياة وفي مواجهة الضغوط التي تخل بتوازنهم النفسي، إذ أن الفرد الذي يتمتع بجودة الحياة وفق المنظور النفسي نجد لديه تحقيق الصحة النفسية وإدراكه بطموحاته ومدى تحقيقه لها ورضاه عما أنجزه في حياته.

---

[1] شيخي المرجع المذكور سابقا، ص 83.

[2] شيخي المرجع نفسه ، ص 83.

3.9. التناول الطبي:

ويهدف هذا التناول إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من الأمراض الجسمية المختلفة أو النفسية أو العقلية، وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية، وتعتبر جودة الحياة من الموضوعات الشائعة للمحاضرات التي تتعلق بالوضع الصحي من أجل تطوير الصحة، فقد ازداد اهتمام الأطباء والمتخصصين بالشؤون الاجتماعية والباحثين في العلوم الاجتماعية لتعزيز ورفع جودة الحياة لهم.

إن تطوير جودة الحياة هو الهدف المتوقع لمقدمي الخدمة الصحية، وتقييم حاجة الناس لجودة الحياة، تشمل أيضا تقييم احتياجات الأفراد وتوفير البدائل لهذه الاحتياجات حتى ولو لم يكن هناك تشخيص لمرض معين أو مشكلة وتعطي جودة الحياة مؤشرًا للمخاطر الصحية والتي من الممكن أن تكون جسدية أو نفسية، وذلك في غياب علاج حالي أو الاحتياج للخدمات. [1]

وحسب منظور الباحثة مما سبق ذكره ترى أن التناول الطبي يركز الوضع الصحي مؤشر هام في تحديد مدى تمتع المسنين بجودة الحياة لديهم، كما نجد أن هناك ارتباط وثيق لا شك فيه في جودة الحياة التي يحياها المسن وحالته الصحية، وهذا ما ينشد إليه رواد هذا التناول.

رغم اختلاف الاتجاهات في تفسير جودة الحياة إلا أن هناك اتفاق في إبراز أهمية ودور جودة الحياة لدى كبار السن؛ بحيث كل توجه نظري يسعى لإشباع وتحقيق أكبر قدر ممكن للحاجات الأساسية للإنسان كون هذا الأخير مكون أساسي لجودة الحياة، ومن خلال إشباع الرغبات وتحقيق الطموح يتسنى لدى كبير السن العيش في رفاهية مؤشراتها رضاه عن عيشه و استمتاعه بوجوده البشري بين أفراد مجتمعه وفي وسطه الذي يحتويه.

---

[1] شيخي المرجع المذكور سابقا، ص 83-84.

10. معوقات جودة الحياة

يتضمن البناء النفسي كلا من مكامن قوة ومواطن الضعف، فإذا أردنا أن نحسن جودة الحياة للإنسان علينا أن لا نركز فقط على المشكلات، بل يتعين التركيز كذلك على كل أبعاد الحياة واستخدام وتوظيف القدرات وكافة الإمكانيات المتاحة لتحسين جودة الحياة.

ويجب عند وصف هذه الخبرة أن نميز بين الظروف الداخلية والظروف الخارجية، ويقصد بالظروف الداخلية الخصائص البدنية والنفسية والاجتماعية للفرد، أما الظروف الخارجية فيقصد بها تلك العوامل المرتبطة بتأثير الآخرين أو البيئة التي يعيش فيها ذلك الشخص.

جدول رقم(03) : يبين معوقات تحقيق جودة الحياة

الظروف	المعوقات – المرض–	القدرات– المهارات–
الداخلية	– الإعاقات. –الخبرات الحياتية السلبية.	–الخبرات الحياتية الإيجابية. –الحالة المزاجية الذهنية. –الإيجابية والسرور.
الخارجية	–نقص المساندة الاجتماعية والإنفعالية. –ظروف الحياة أو المعيشة السيئة. –سوء الإختيار.	– توافر مختلف مصادر المساندة الاجتماعية. –الإنفعالية وتعدد السائحين لها. –توافر نماذج رعاية جيدة أو طيبة.

		–وجود برامج توجيه وارشاد.

المصدر: بوعيشة المرجع المذكور سابقا، ص 98

كما يضيف أحمد عبد الجواد تعيلب إلى أنه توجد أسباب عديدة قد تعيق المسن من الوصول لأهدافه، منها:

1. ضغوط أحداث الحياة والاضطرابات النفسية.

2.فقدان الدخل بعد التقاعد.

3. زواج الأبناء وترك الوالدين بلا مأوى أو مشرب.

4. الابتعاد عن الدين الإسلامي.

5. فقدان الشعور بمعنى الحياة.

6.عدم الاهتمام بالخدمات المقدمة لهم من دور المسنين.

أما جودة الحياة فيرى بأنها تكون مع تمسك المسن بما يستطيع تحقيق إنجازاته وأهدافه، ومحاولة إثبات وجوده والتفوق فيه، بهذا يقي المسن نفسه من القلق والخوف والضغوط، حتى يظل المسن محتفظا بقدراته الجسمية وصحته النفسية.

ويرى الباحث أن شعور المسن أنه قد زهد الدنيا بما فيها، وليس له حق المعيشة فيها لأن عمره قد انتهى وأن أبنائه هم المسؤولون عن الحياة بكافة أشكالها واختلاف ألوانها. [1]

[1] تعيلب المرجع المذكور سابقا، ص36–37.

من خلال ما سبق عرضه تقول الباحثة أن لتحقيق جودة الحياة لدى المسن ضروريات يجب أن تتحقق بميدانه المعيشي النفسي و الاجتماعي، وإن غاب عن مجاله مبادئ جودة الحياة سنشهد معيقات تخل بتوازن جودة حياته وبالتالي عدم طمأنينة نفسه واختلال توازن عيشه المريح الصحي والمطمئن.

11. جودة الحياة وأبعادها لدى كبار السن

الشيخوخة ليست مجرد عملية بيولوجية بحتة تتميز بتغيرات جسمية وفيزيولوجية تطرأ على كبير السن وإنما هي ظاهرة اجتماعية نفسية، يواجه فيها كبير السن مشكلات صحية واجتماعية وأزمات تتطلب منه التكيف والاستمرار في مواجهة الصعوبات، يتحصل الفرد من خلالها على الرضا عن الحياة بالتالي الحفاظ على الصحة النفسية والصحة الجسمية.

يعتبر البعض الشيخوخة كمشكلة كبيرة وكاعتداء وكعاصفة وكتقهقر يفقد فيها الفرد العديد من مكتسباته الشخصية والمادية بما في ذلك صحته، يفقد أسنانه وبصره وذوقه، بينما يعتبرها البعض الآخر على أنها مرحلة إيجابية بإمكانه الاستمرار في النشاط والقيام بما تعذر عليه سابقا في جل الميادين، يتوقف ذلك بطبيعة الحال على السن، في هذا السياق أشار Bouffard (2012) إلى وجود إدراك مضاعف للشيخوخة : شيخوخة هشة وضعيفة ومريضة (نموذج الاختلال) والشيخوخة المبدعة والنشطة والسعيدة (نموذج النمو)؛ منذ نهاية سنوات 1980 ظهرت

مفاهيم "الشيخوخة الناجحة"، وكذا "الشيخوخة العادية" الخالية من المرض والإعاقة ولكن تتميز بانحدار في القدرات الوظيفية. [1]

هكذا، يهتم علم الشيخوخة في الآونة الأخيرة بمفهوم "الشيخوخة الناجحة" الذي يتضمن عدة مظاهر، تشكل في مجملها جودة الحياة الإيجابية وتشير إلى الصحة الجسمية والاستمرار فيها بما في ذلك المهارات المعرفية، وكذا الاستمرار في النشاط الاجتماعي وتحقيق الرضا عن الحياة، وهي تعتبر عوامل تحقق التوافق النفسي والاجتماعي لدى كبير السن.

إذ أدرجت منظمة الصحة العالمية OMS (2002) مفهوم الشيخوخة النشطة للإشارة إلى عملية تحسين القدرات الصحية والمشاركة والأمن، بهدف تحسين نوعية حياة كبار السن طول مدة الحياة، كما عرفت الشيخوخة الصحية كعملية تحسين الصحة الجسمية والعقلية والاجتماعية بغية منح كبار السن فرصة للنشاط الاجتماعي بدون تمييز والتمتع باستقلاليتهم وجودة الحياة جيدة. حدد Roblin (2009) جودة الحياة كمفهوم يشمل بعدين هما :

- ✓ السلوك المتكيف أو التوافق الذي يشمل التكفل بالذات وبالأدوار الاجتماعية.
- ✓ الرضا عن الحياة أو الرفاهية الذاتية.

أضاف بعض الباحثين حسب Roblin بعدا ثالثا يتمثل في المصادر الخارجية المتكونة من متغيرات مادية كالحياة المريحة والمساندة الاجتماعية، تؤثر المتغيرات كالمهارة الاجتماعية والسند الاجتماعي المدرك وصعوبات الحياة المدركة بشكل أكثر على الرضا عن الحياة.[1]

---

[1] حدة وحيدة سايل: الشيخوخة المرضية والناجحة. تناول خاص بالأمراض وجودة الحياة لدى المسنين. مجلة دراسات النفسية 11-119-144. مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات التعليمية. الجزائر: دار الخلدونية.2015، ص 135.

بينما تؤثر الأمراض الجسمية والعجز المعرفي والأعراض السلبية والإيجابية والحركات غير العادية ونوع وحجم الشبكات الاجتماعية بشكل أكثر على الإعاقة الوظيفية؛ تعتبر الشيخوخة الناجحة في السنوات الأخيرة من المواضيع البارزة في أدبيات علم الشيخوخة، ويتضمن هذا المفهوم حسب Kahm وRowe (1997-1998) ثلاثة مظاهر تتمثل في الصحة الجسمية الجيدة والحفاظ على المهارات المعرفية والمشاركة الدائمة في الأنشطة الاجتماعية والمنتجة. تشكل درجة الرضا عن الحياة مظهرا آخر للشيخوخة الناجحة في الواقع، ترتبط هذه المظاهر الثلاثة مع بعضها وهي تعزز جودة الحياة هذا ما يؤيده Ushikubo (1998) الذي يرى أن الاستمرار في صحة جيدة يتم بتبني عادات صحية طوال الحياة، وكذا استراتيجيات توافق مناسبة للتعامل مع أمراض الشيخوخة والامتثال للنصائح الطبية بغية استرجاع التوازن، استنادا لـ: Dubé (2003) يمكن اعتبار بأن الشيخوخة الناجحة تحمل مؤشرات ذاتية شخصية كالرفاهية والسعادة. [2]

من خلال ما سبق ذكره يتضح لنا أن الشيخوخة الناجحة هي تلك التي تتمتع بتوافق نفسي يؤهلها للتفاعل مع المواقف الحياة الضاغطة وحل المشكلات التي تواجه كبار السن بمهارة معرفية تتجسد في سلوكيات صحية، ومنه ترسم معالم ومؤشرات الصحة النفسية وتوازنها وما يعكس ذلك بروز مظاهر جودة الحياة العالية لدى كبار السن غرارا عن بقية المراحل العمرية.

---

[1] سايل المرجع المذكور سابقا، ص136.

12. جودة الحياة في الجزائر

يفترض أن تكون نوعية الحياة في الجزائر مرتفعة على كونها بلدا غنيا من حيث المواد الاقتصادية حيث تعتبر من أكثر الدول المصدرة للبترول، الغاز، المعادن إضافة إلى غناها بالمواد البشرية حيث مازالت نسبة الشباب مرتفعة إضافة إلى البنية التحتية الجيدة في التعليم، الصحة الخدمات والطرق غير أن المؤشرات العالمية للتنمية تضع الجزائر في مراتب متخلفة نسبيا لإمكاناتها ومواردها، فهناك ثلاثة تقارير سنوية ذات طابع علمي تهدف إلى ترتيب دول العالم من حيث مؤشرات ومعايير مختارة تنتابها الجهات التي تصدر هذه التقارير وأهمها:

1- تقرير التنمية البشرية البشري الذي يصدر عن برنامج الأمم المتحدة الإنتمائي والذي يقوم على ثلاثة أعمدة هي: الدخل، الصحة، والتعلم فقد صنف الجزائر سنة 2009 في المرتبة 104 أما تقرير 2013 فقد حسن وضعها في المرتبة 93 .

2- تقرير التنافسية العالمية: الذي يغطي 133 دولة ويركز على متطلبات أساسية مثل البنية التحتية، والاستقرار الاقتصادي والصحة والتعليم الأساسي وكذلك الكفاءة فقد صنفت الجزائر في المرتبة 89 بعد المغرب ومصر وتونس.

3- تقرير جودة الحياة الذي تصدرها مجلة International living الإيرلندية والذي وضع الجزائر في المرتبة 139ب 52 نقطة سنة 2011أما في دراسة2011 (والتي تخص اكبر المدن العالمية، فقد جاءت مدينة الجزائر العاصمة في المرتبة 185. [1]

[1] حسايم كيسة: تأثير جودة الحياة على الأداء المعرفي لدى المسنين. مذكرة ماجيستير. جامعة البليدة02.الجزائر.2016، ص87-88.

ويشير تيليوين وأمزيان حسب (Torres,2006) في أحدث مشاركة لهما في كتاب "بحوث نوعية الحياة والمؤشرات الاجتماعية والصادر عن الجمعية العالمية لبحوث نوعية الحياة سنة 2012 إلى أن مصطلح الرفاهية الذاتية مصطلح مرادف لمصطلح جودة الحياة. [1]

وتناولا وضعية الجزائر حيث وصلت نسبة السكان الذين يعانون من الفقر إلى 23 مما دعى الدولة إلى تخصيص أكثر من 55 مليار دولار مابين2015 و2009 لإنفاقها على النمو الاقتصادي وتحسين مستوى المعيشة غير أن الفساد الإداري والاقتصادي أثر على فعالية تلك الأموال في الواقع اليومي. [2]

ومن خلال ما سبق ذكره يمكن القول أن للجزائر زاد لابأس به قد تضمن به العيش الكريم لأفراد مجتمعها عامة وكبار السن منهم خاصة، كونهم فئة عمرية قدمت طاقتها خدمة لمجتمعها وما هو حال معاشها اليوم إلا امتداد لما مضى من عمر سبق عليها، إذ تعد مرحلة الكبر مرحلة هشة لتراجع طاقتها وقدراتها الجسدية وغيرها، لكن هذا لا يعني أبدا إهمالها وتهميشها أو الاستغناء عنها لسبب انتهاء صلاحية قوتها وعطائها، وإنما العكس تماما أي تضافر الجهود لحماية ورعاية المسنين لدينا في مجتمعنا الجزائري كونهم ثروة بشرية يمكن الاستثمار فيهم بمجال من مجالات الحياة بشكل أو بآخر، ومن خلال ذلك نعمل ونثابر على تحسين ورفع من مستوى جودة الحياة بين أفراد المجتمع الجزائري، فكلما كان الفرد الواحد يعيش مستوى العيش الكريم والهنيئ كلما انعكس على شعوره بانتمائه لوطنه فزيادة فعالية دوره خدمة لازدهار بلده.

---

[1] Torres, S. Different ways of understanding the construct of Successful Aging: Iranian immigrants speak about what aging well means to them. Journal of Cross-Cultural Gerontology.2006

[2] كيسة المرجع المذكور سابقا، ص 87-88.

خلاصة الفصل

لقد تطرقنا في هذا الفصل المتمثل في جودة الحياة إلى كيفية نشئ هذا المفهوم وكذا تطوره، بالإضافة إلى الإشارة لأهم الأبعاد التي تحدد جودة الحياة، مع الإلمام بمجموعة من المؤشرات ومكونات ومقومات ومظاهر ومجالات جودة الحياة، تناول أهم الاتجاهات النظرية التي فسرته، مع تحديد أهم المقومات لجودة الحياة وصولا إلى قياسها، كما تم إدراج أهم التناولات النظرية ولأهم ما يعيق تحقيق جودة الحياة عامة ولدى كبار السن خاصة، وقبل أن نختم ورقتنا البحثية الخاصة بجودة الحياة تم إشارتنا إلى جودة الحياة لدى كبار السن كعنصر هام في دراستنا، وكذا تحديد أهم الأبعاد التي تساعد في تحسين من جودة الحياة لدى كبار السن، وفي الختام تم عرضنا لأهم ما يميز جودة الحياة في مجتمعنا الجزائري.

الفصل الرابع:

كبر السن

تمهيد

تعد مرحلة الكبر من بين المراحل العمرية التي لا تقل أهميتها عما سبقها من مراحل العمر، وفي ظل ذلك جاءت دراستنا مسلطة ضوئها حول كبار السن، بحكم أن هذه الفئة أولا تمثل طاقة بشرية يجب استغلالها وعدم تهميشها، كما أن كبار السن لا يمكن تجاوز حنكتهم وزادهم المعرفي في شتى مجالات الحياة، وكبير السن الجزائري خصوصا له في هذا المجال ما يقدمه وفق مؤهلاته المعرفية ومواقف الحياة الضاغطة بحكم ما مرت به الجزائر من ظروف سياسية واجتماعية، فهناك قفزات وإرهصات مرت على الشعب الجزائري، وكبير السن قد تكون له خبرة وحنكة في تصرفاته في مواقف ضاغطة وشديدة ومصيرية، أي يمكن مشاورته وأخذ برأيه وذلك اعتمادا على مؤهلات توفقه لذلك، على غرار أن كبير السن قد تكون له متاعب تشبعها من الحياة أفقدته طاقته وقدراته وتراجع صحته، وذلك ما ينعكس على شخصه ووجوده بين أفراد مجتمعه، ومن هذا المنطلق يجب تكثيف الدراسات لمعرفة أهم ما يميز مرحلة كبر السن وما تحتاجه لتعيش في توافق وجودة عيش كجزاء ورد الاعتبار لهم ولما أنهك عليه عمرهم من عطاء ومثابرة لأجل وطننا الجزائري ومن أجلنا نحن كأبناء، وكما ثابروا هم على بناء مستقبلنا نثابر نحن في حمايتهم ورعايتهم من باب تأصل جذرنا وديننا الذي يوصي بالوالدين ومن مجال وعينا وثقافتنا في الإحسان لمن يحسن إلينا وما أدراك إن كان قد أفنى عمره وطاقته لآخرها في سبيل تحقيق رفاهية عيشنا وراحتنا؛ وفي ظل ما سبق سنتطرق في فصلنا هذا بأهم ما يميز مرحلة الكبر وما يجب علينا نحوهم في نقاط أساسية نذكرها كما يأتي أسفله.

1. مفهوم كبر السن

تعرف بعض المنظمات الدولية تعريفا إجرائيا للمسن ": وهو من تجاوز عمره الستين عاما. [1]

كما تعرف مرحلة الكبر في العمر على أنها ظاهرة طبيعية عادية تظهر في وقتها العمري المحدد، ولا يمكن تفاديها أو تجاوزها كمرحلة حياتية متوقع حدوثها، ولا يمكن أيضا تأخيرها، وأن كل فرد مسن مهما كانت شخصيته وفلسفته في الحياة يدرك تماما بأنه يتقدم في العمر ويشهد تناقص قدراته وإمكاناته الجسدية والنفسية. [2]

فتذكر موسوعة علم النفس والتحليل النفسي أن " الشيخ المسن Aged هو أحد التقسيمات الاجتماعية للأفراد، فالفرد المسن هو الفرد الذي يعتبره المجتمع قد وصل إلى مرحلة عمر يترتب عليها مجموعة من الحقوق والواجبات والامتيازات، فالفرد المسن هو الفرد الذي وصل إلى سن المعاش(60 سنة) وبالتالي يعفى من مسؤولياته وواجباته الرسمية، وتعطى له حقوقه وامتيازاته التي كفل له الحياة الكريمة، دون أن يطلب منه بذل مزيد من الجهد في هذه السن، وهناك مجتمعات تعطي مزيدا من الخدمات والامتيازات والرعاية لهؤلاء الأفراد وتعتبرهم المواطنين الأوائل في مجتمعهم، كزيادة في تكريمهم ورعايتهم والاهتمام بهم ". [3]

---

[1] محمد علي النوبي: الاتجاهات الحديثة في التشخيص و العلاج و كيفية التعامل. الأردن: دار صفاء.2012، ص 15.

[2] سامية بوحاتمي: السند الاجتماعي المقدم في دور العجزة ودوره في تخفيض الضغط النفسي عند كبار السن الموجودين هناك بسبب معاناتهم من الرفض العائلي. (مذكرة ماجيستبر غير منشورة). جامعة الجزائر02. الجزائر.2001، ص 56.

[3] تعيلب المرجع المذكور سابقا، ص 123.

بحيث يرى **"Erik Erikson "** أن " كبر السن نوع من النضج وصل إلى خاتمه، أما المنظمة العالمية للصحة (OMS) ترى في الشيخوخة بأنها العمر المتوسط الذي يمتد من العمر 45 إلى 59 سنة وعند الأشخاص كبار السن من 60 إلى 74 سنة وعند العجزة تتجاوز 90 سنة".

[1]

والمسن هو الشخص الضعيف الذي يحتاج إلى رعاية غيره بسبب امتداد ومرافقته صفات الشيخوخة له، من مرض أو ضعف أو عجز. [2]

كما تعرف مرحلة الكبر بأنها ضعف الجسم في وقاية ذاته، مع الزيادة المتصاعدة في عمليات الهدم الذاتي، والضعف في وقاية الذات يكون ناتجا عن عجز الجهاز المناعي، وزيادة الهدم الذاتي، وضعف آلية ترميم التلف، وكل هذه العوامل تعود لأسباب عدة منها: الكفاءة المناعية، والتحولات الجسدية، والنقص في إفراز الهرمونات والتغير في تركيب البروتينات، وعمليات التمثيل، كما تعرف الشيخوخة أيضا بأنها التغيرات الفسيولوجية غير القابلة للرجوع، والتي تحدث في الجسم نتيجة العمر وتستمر بصفة تصاعدية، كما يعرف المسن بأنه الإنسان الذي بلغ من العمر 60 عاما فأكثر، وكبر السن ليس مرضا في حد ذاته، وإنما هو فترة من الحياة تحدث فيها تغيرات فسيولوجية وبيولوجية (جسمانية وعقلية ونفسية) تشكل مشكلات لطبيعة وحياة المسن.

[3]

---

[1] بوحاتمي المرجع المذكور سابقا، 57.

[2] سليمان المرجع المذكور سابقا، 22.

[3] سليمان المرجع المذكور سابقا، 19-20.

وتعرف الشيخوخة بأنها تحول بيولوجي غير قابل للارتداد يحدث في تطور مستمر وتتأثر تلك المرحلة بالظروف والتغيرات التي تعتريها فقد يكون الشيخ في صحة إذا حدث في بيئة ورعاية جيدة لذلك لا يوجد نمط محدد لعلاقات الشيخوخة، ولكن لكل فرد نمط وسبيل مع طول العمر وهناك رأي بأن الشيخوخة تغير طبيعي في حياة الإنسان أي أنها تطور فسيولوجي شأنها مختلف مراحل العمر. [1]

ومصطلح المسنين Eldery يشمل مجموعة من النساء والرجال، قد يكونون في سن يبدأ في بعض الأحيان من 35 عاما، وفي بعض الأفراد في سن التسعين(90) عاما، يتمتعون بالقوة واليقظة والصحة الجيدة، في حين أن بعض المسنين في سن الستين والسبعين يظهر عليهم العديد من الأمراض المرتبطة بكبر السن، والمسنون عادة لا يمثلون مجموعة متجانسة من الأفراد، من حيث نوعية الحياة الذي يختلف بالنسبة لهم من فرد لآخر، فبعضهم يعيش بمفرده والبعض الآخر مع الأسرة، أو الأصدقاء أو بإحدى المؤسسات أو بيوت رعاية المسنين، وهم إما غير متزوجين أو أرامل أو مطلقين، فالبعض منهم لهم أصدقاء ويمارسون بعض الأنشطة، والبعض الآخر يعيشون في عزلة ووحدة، والشيخوخة هي عملية بيولوجية حتمية، وهي تمثل ظاهرة من ظواهر التطور أو النمو التي يمر بها الإنسان، إذ إنها تعني مجموعة من التغيرات المعقدة في النمو تؤدي مع مرور الزمن إلى تلف التركيب العضوي لأعضاء الجسم الداخلية في الكائن الحي. [2]

---

[1] تعيلب المرجع المذكور سابقا، ص123.

[2] سليمان المرجع المذكور سابقان ص 20-21.

وعلى الرغم أيضا أن هناك اختلافات بين الباحثين حول مفهوم الشيخوخة والتقدم في العمر إلا أن هناك بعضا من جوانب الاتفاق لهذه التعريفات التي يمكن تلخيصها فيما يلي:

أ- أن هناك تفسيرا في وظائف الكائن الحي يعد بلوغ فترة النضج.

ب- أن هذا التفسير هو حصيلة عدد من التراكمات البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي يمر الفرد بها في حياته.

ج- أن العمر الزمني وحده غير كافي لتفسير التغيرات التي تطرأ على الفرد في مرحلة الشيخوخة .

[1]

من خلال ما سبق عرضه من تعريفات لمرحلة كبر السن توضح الباحثة أن كبير السن هو من فاق عمره 60 عاما، كما أن هناك كبير السن يعيش مرحلته العمرية بفعالية ونجاح وذاك ما يعرف بالشيخوخة الناجحة بحيث يواجه مشكلات وأحداث يومياته الضاغطة ويتغلب عليها وهناك من يفشل في مواجهة صعوبات الحياة لتدهور حالته بحكم شيخوخته الغير متوافقة وذاك ما ينعكس على جودة حياته.

[1] تعيلب المرجع المذكور سابقا، ص124.

2. تحديد إشكالية مفهوم كبر السن لدى الباحثين

يستخدم الباحثون في مجال دراسة المسنين أحيانا مفهوم الشيخوخة وأحيانا أخرى مفهوم التقدم في العمر " Aging" على أنهما مترادفان ويشيران إلى نفس المعنى، وكلاهما قد استخدم بأشكال مختلفة، فمفهوم التقدم في العمر هو أحد المفاهيم المراوغة إلى درجة جعلت من غير المستطاع لعدد كبير من الباحثين تناوله تجريبيا، كما تعددت المقاييس المستخدمة في تحديد مرحلة الشيخوخة، وشملت هذه المقاييس:

1.2. العمر الزمني (Chronological Age): يرى "بروملي" ان مرحلة الشيخوخة تنقسم إلى أربعة مستويات:

* **المستوى الأول (فترة ما قبل التقاعد)" Preretirement"**: وتمتد من 55 إلى 65 سنة.

* **المستوى الثاني (فترة التقاعد)** :من 65 سنة فأكثر، حيث الانفصال عن الدور المهني وشؤون المجتمع، ويصاحبها تغيرات عديدة في النواحي العقلية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية. [1]

* **المستوى الثالث (فترة التقدم في العمر) "Old Age"**: والتي تمتد من 75 سنة فأكثر، حيث الاعتماد على الآخرين والضعف الجسمي والعقلي.

* **المستوى الرابع:** فترة الشيخوخة والعجز التام والمرض والوفاة والتي تمتد من80 إلى غاية 110 سنوات فأكثر.

[1] عبد اللطيف محمد خليفة: دراسات في سيكولوجية المسنين. مصر: دار غريب.1991، ص 11-12.

وظهر اختلاف بين الباحثين حول تحديد السن التي تبدأ منها الشيخوخة، وهناك من حددها في البداية بين55و65 سنة، إلا أن تقدم وسائل المعيشة الحديثة وارتفاع الخدمات الصحية، أصبح سن 55 سنة غير مقبول كسن بدء الشيخوخة، وأصبح الاتفاق شبه عام على أن سن بدء الشيخوخة هو سن الستين. [1]

2.2 . العمر البيولوجي (Biological Age):

ويستخدم في تحديد بداية الشيخوخة العضوية، وهو مقياس وصفي يقوم على أساس المعطيات البيولوجية لكل مرحلة مثل معدل الأيض، ومعدل نشاط الغدد الصماء، وقوة دفع الدم، والتغيرات العصبية وسلامة الحواس الخمس مثل: السمع والبصر.[2]

فتشير الدراسات الطبية إلى أن الشيخوخة من الناحية البيولوجية عبارة عن نمط شائع من الاضمحلال الجسمي في البناء والوظيفة، يحدث بتقدم السن لدى الكائن الحي بعد إكتمال النضج، وهذه التغيرات الاضمحلالية المسايرة لتقدم السن تعتري كل الأجهزة الفيزيولوجية والعضوية والحركية والتناسلية والغددية والفكرية. [3]

3.2. العمر الاجتماعي (Social Age):

ويشير هذا العمر إلى الأدوار الاجتماعية "**Social Roles**" وعلاقة الفرد بالآخرين ومدى توافقه الاجتماعي ومدى تفاعله مع الآخرين. [4]

---

[1] خليفة المرجع المذكور سابقا، ص 11-12 .

[2] خليفة المرجع نفسه، ص14.

[3] النوبي المرجع المذكور سابقا، ص20.

[4] عبد المنعم الميلادي: الأبعاد النفسية للمسن. مصر: مؤسسة شباب الجامعة. 2002، ص 29.

4.2. العمر السيكولوجي "النفسي" (Psychological Age) :

ويستخدم هذا العمر في تحديد الشيخوخة النفسية، وهو مقياس وصفي يقوم على جملة الخصائص النفسية والتغيرات في سلوك الفرد ومشاعره وأفكاره وذكائه ومدى تقييمه لذاته والرضا عنها .[1]

كذلك قد قامت دراسات تتحدث على مدى العمر النفسي وعلى مستوى تقبل الشيخ لحياته والرضا عنها، بدرجة شعوره بالمرارة والرثاء للذات.[2]

وتقسم أمال صادق وفؤاد أبو طب العمر الثالث إلى طورين وهما:

أ- طور الشيخوخة.

ب- طور أرذل العمر كما يسميها القرآن الكريم.

وعلى النقيض الآخر يصف كيث " Keith" بلده أيرلندية حيث الكبار

- الذي يتم تعريفهم على أنهم الذين يتقاضون معاشا-كانوا غي قابلين للتمييز عن الرجال في سن العمل، وعندما سألوا عن تحديد أسماء الأشخاص الكبار ذكروا الأفراد المعاقين فقط، وعندما دار النقاش عن الأفراد البالغين الثمانين من العمر أنكروا أن هؤلاء الأفراد كبار، طالما كانوا نشطاء، فكبر السن يأتي فقط عندما يصبحون معتمدين على الآخرين.

---

[1] خليفة المرجع المذكور سابقا، ص 13-14.

[2] عباس محمود عوض: المدخل إلى علم النفس النمو الطفولة-المراهقة- الشيخوخة. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.1999، ص 170.

وبذلك تؤثر الثقافة أيضا على الطريقة التي نفكر بها عن التقدم في العمر بالإضافة إلى الطريقة التي يعيش بها الكبار، ولأن الثقافة مصطلح يحتمل النقاش والجدل فهو يشير إلى سلسلة من المعتقدات والممارسات والقيم التي تتغير عبر الوقت.

ومن خلال ذلك يتضح أن أهمية الشيخوخة حيث أنها مرحلة هامة يمر بها الإنسان عبر طور حياته بما تحمله من ضغوط واضطرابات نفسية ويحتاج فيها إلى الرعاية مما دعى ذلك علم النفس إلى وجود فرع يهتم بدراسة المسنين والشيخوخة ورعايتهم وهو علم نفس المسنين. [1]

من خلال ما سبق عرضه ترى الباحثة أن مرحلة كبر السن مرحلة عمرية تميزها خصائص صحية أو مرضية خاصة بالكبر، وعليه فكبير السن قد يتغلب عن مشكلات مرحلة الكبر وقد تتغلب عليه أعباء المرحلة العمرية فتتدهور حالته ويختل توازنه من خلال هشاشته النفسية والجسدية التي تعيقه في التعامل مع ضغوطات الحياة وبالتالي اختلال توازنه النفسي الذي قد يؤثر على جودة حياته وتمتعه بوجوده البشري.

3. تاريخ بداية الاهتمام بدراسة كبار السن

إن الاهتمام والانشغال بالمسنين ليس موضوعا حديثا بل موضوع قديم قدم التاريخ فقد بدأ الاهتمام بمراحل حياة الكبار وخاصة الشيوخ منذ سنة(1860) وذلك عندما نشر فلورنس كتابه عن الشيخوخة البشرية وتوزيعها السكاني على سطح الكرة الأرضية، ثم تطور الاهتمام بالكبار بعد ذلك الى دراسة المشكلات الاجتماعية التي تصاحب كبار السن، ولقد كان لموجة تطور العلوم واتساع نطاقها وشمولها في العصر الحديث أثرها في التوجه إلى دراسة المسنين بشكل علمي وأصبح لها نصيب من الاهتمام وغدا المجتمع عارفا بمسؤولياتها ومتحملا لها في بلاد عدة من أنحاء العالم،

[1] تعيلب المرجع المذكور سابقا، ص133-134.

كما اتجهوا إلى دراسة مشكلات واحتياجات من تجاوز الستين من الجنسين ومن ثم بدأ الاهتمام في اتخاذ خطوات نحو تحسين أحوال هؤلاء المسنين فأنشأت الكثير من المراكز المتخصصة وأصدرت الكثير من الدوريات التي تعالج موضوع المسنين وأصبح المجال مفتوحا أمام الباحثين في مختلف التخصصات العلمية لدراسة تلك الفئة العمرية. [1]

وتذكر المراجع المهتمة بسيكولوجية الشيخوخة، أن الإهتمام بدراسة الشيخوخة بدأ منذ عصر فلاسفة الإغريق، أين بحث " **Hippocrates** " (460 -375 ق.م) في أمراض الشيخوخة، وقدم إسهامات جيدة في فهم الظروف الصحية في مرحلة التقدم في العمر؛ فنصح بالاعتدال في الغداء، وبالتمرينات البدنية بغرض التعمير، ووصف عددا من أمراض الشيخوخة، مثل المياه الزرقاء وفقدان السمع والتهاب المفاصل والأرق. [2]

ويعد الخطيب الروماني " **Cichero** " الذي عاش في القرن الأول قبل الميلاد، أول من اهتم بالخواص السلوكية للكبار والأعمال المناسبة لهم؛ وترجمت رسالته إلى اللغة الانجليزية عام 1959، كما اهتم العرب بدراسة الكبار، فكتب أبو حاتم السجستاني رسالته عن المعمرين سنة 865 ميلادية . [3]

---

[1] إيمان.قاسمي وليلى وشيباني: النشاط البدني كثقافة صحية وطمأنينة انفعالية لدى المسنين. مداخلة بملتقى دولي مشكلات المسنين-بين الواقع والآفاق- جامعة البويرة-الجزائر.2019، ص126-127.

[2] عبد الكريم مبروك عزة،: مؤشرات التنبؤ بالتقدير الذاتي للصحة الجسمية لدى المسنين. دراسات نفسية. المجلد2. العدد3. مصر: رابطة الأخصائيين النفسانيين (رانم).2002، ص 399.

[3] ابراهيم سيد سلامة: رعاية المسنين، ج2 ، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية.1997، ص 336.

إذ تم دفع هذا النشاط العلمي بصدور دوريات علمية متخصصة في نشر البحوث حول الشيخوخة، فصدرت أول دورية علمية في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1945 وهي مجلة علم الشيخوخة (Journal of Gérontology) نشر حوالي60 ألف بحث حول المسنين بين عامي 1959 و1975، وفي أوروبا صدرت مجلة عن المسنين عام 1956، ثم أنشأت جمعية دولية عن المسنين .وتوالي إجراء البحوث وإصدار الكتب عن المسنين والشيخوخة .مثل كتاب " الشيخوخة والسلوك " لمؤلفه " **Botwinick** عام **1973**، وكتاب " الشيخوخة في الثمانينيات :قضايا نفسية" لمؤلفه "**Poon**" عام **1980**، وكتاب "**صور الشيخوخة** لمؤلفه،" **Featherstone &** **Wernineck**" عام **1995** الذي نبه إلى أهمية دراسة الشيخوخة في ثقافات مختلفة، المسلمة الرئيسية فيه أن العمر والشيخوخة كمفهومين يتحدد معناهما اجتماعيا وثقافيا على الرغم من ارتباطهما بالظاهرة البيولوجية، كما أن العمر الاجتماعي أنما هو مفهوم نسبي يختلف في محيط الثقافات المختلفة. [1]

كما ظهرت مفاهيم جديدة في عالم المسنين مثل مفهوم الشيخوخة الناجحة الذي يعد من أهم المفاهيم وأكثرها انتشارا، حيث يوجد علم الشيخوخة نموذجان مسيطران على النقاش هما:

1- نموذج تعزيز الصحة والنشاط.

2- نموذج الشيخوخة الناجحة.[2]

---

[1] بشير معمرية وعبد الحميد خزار: الاضطرابات الجسمية والنفسية لدى المسنين المقيمين بدار العجزة، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد23. 2009، ص96.

[2] قاسمي وشيباني المرجع المذكور سابقا، ص127.

ويقصد بالشيخوخة الناجحة " التكيف الايجابي في أثناء مرحلة الشيخوخة من حيث الرضا عن العلاقات الاجتماعية، وتلبية الحاجات المادية وتحقيق الكفاءة الجسمية والعقلية والاجتماعية؛ وهكذا نجد أن المسنين ليست مجرد مرحلة عمرية يصل إليها وليست مجرد عملية بيولوجية تظهر آثارها في التغيرات الفيزيقية والفيسيولوجية التي تطرأ على الفرد حين يصل إلى تلك السن المتقدمة، ولكنها أيضا ظاهرة اجتماعية تتمثل في موقف المجتمع من المسن حيث يحدد المجتمع بطريقة تعسفية من دون أن يأخذ في الاعتبار الحال الفيزيقية أو العقلية للمسنين كما يفرض على هؤلاء المسنين قيودا معينة تتمثل بأوضح صورها في الحكم عليهم بالتقاعد من وظائفهم وأعمالهم ويتجاوز ذلك إلى جعلهم يتقاعدون بالتعسف عن أدوارهم في الأسرة والمجتمع . [1]

ومن خلال ما سبق عرضه يتضح لنا أن مرحلة كبر السن مرحلة عمرية لا تقل أهميتها عن باقي مراحل العمر، بحيث نجد أن العديد من الباحثين بحثوا في خصائص هذه المرحلة وما يميزها عن غيرها نظرا لأهمية وجودها في المجتمعات بحيث شباب اليوم هم كبار الغد، ومن أعد وهيكل وخطط لحيثيات هذه المرحلة واحتياجاتها قد نظم أفراد مجتمعه من القوي منهم إلى من يعرف بهشاشته؛ وذلك ما ينعكس على رفاهية عيش الأفراد في مجتمعهم بالإضافة إلى انعكاس ذلك على مردودية المجتمع ككل.

[1] قاسمي وشيباني المرجع المذكور سابقا، ص127.

4. أسباب الاهتمام بدراسة ورعاية كبار السن في مجتمعنا الجزائري

حين يعرف علم نفس الكبر بأنه العلم الذي يركز اهتمامه على دراسة التغيرات الكمية والنوعية، الإيجابية منها أو السلبية، التي تحدث لدى الإنسان في مراحل ما بعد اكتمال النمو في حياته بأبعادها البدنية والعقلية والاجتماعية والانفعالية بهدف وصف تلك التغيرات وتفسيرها والتنبؤ بظروف حدوثها والتعامل مع العوامل المؤثرة فيها، فإن اطلاعنا وفهمنا لهذا الحقل من المعرفة يساعدنا في:

– معرفة المبادئ والقوانين البيولوجية والفسيولوجية المنظمة لعملية الكبر والشيخوخة وماديات إمكانية التدخل فيها وتعديل تأثيرها إيجابيا لصالح تطور الجنس البشري وزيادة كفاءة أدائه لوظائفه الحياتية في مراحل الكبر والشيخوخة.

– معرفة العوامل البيولوجية والثقافية والبيئية والنفسية المؤثرة في حياة الناس الكبار بالسن والكيفية التي تؤثر فيها مما يزيد من قدراتها على التعامل نعها لتيسير عمل العوامل الإيجابية منها وتحييد أو أبعاد التأثيرات السلبية.

– الإطلاع على الدراسات المقارنة عبر الأعمار والثقافة والأجيال لإيضاح أثر البيئة والثقافة والعرق والتاريخ التطوري للجنس البشري في عملية الكبر. [1]

[1] علي جاسم عكلة الزبيدي: سيكولوجية الكبر والشيخوخة مراحل ما بعد النمو في حياة الإنسان. ط1. عمان: مكتبة الجامعة إثراء.2009، ص108.

– وكان من أهم الأسباب والدوافع التي أدت إلى تزايد الاهتمام بمرحلة الشيخوخة والتقدم في العمر بوجه عام في الآونة الأخيرة على المستوى العالمي تزايد نسبة كبار السن في كل من المجتمعات المتقدمة والنامية بشكل واضح، وذلك نتيجة التغير في نسب المواليد والوفيات، وارتفاع مستوى الصحة العلاجية والوقائية بوجه عام.

– وقد تغير البناء العمري للسكان (حتى في أكثر الدول تقدما) من الشكل الهرمي إلى الشكل الجرسي، وذلك بعد أن انخفضت نسب الوفيات على المستوى العالمي، وتغير التوزيع السكاني من الإحلال غير الفعال" Replacement Inefficient" (حيث الارتفاع في المواليد والارتفاع في الوفيات)إلى الإحلال الفعال "Efficient Replacement" (حيث انخفاض المواليد وانخفاض الوفيات)، وترتب على انخفاض في المواليد، وكذلك في الوفيات زيادة عمر الفرد، وبتالي زيادة عدد المسنين؛ وذلك على النحو التالي:

أ– **على المستوى المحلي:** تبين أن هناك زيادة ملحوظة في أعداد المسنين في الوطن العربي بوجه عام.

ب– على المستوى العالمي: تبين أيضا أن هناك زيادة مضطردة في أعداد المسنين مما يشير إلى أننا أمام شريحة عمرية ليست بالقليلة وتستحق الاهتمام والرعاية من قبل المجتمع والدارسين في المجال.

2– تتمثل أهمية دراسة المسنين أيضا في أن المجتمع الذي نعيش فيه قادته غالبا من الكبار، لذا يجب دراستهم لمعرفة إمكانياتهم البشرية. [1]

[1] سيد الرجع المذكور سابقا، ص338.

–وكذلك نجدهم (كبار السن) يوجهون الاقتصاد والسياسة وخطط التنمية، وقادة الأحزاب والفكر ورجال الأعمال، والتجارة، أساتذة الجامعات ورؤساء مراكز البحوث، لذلك يتوجب علينا دراسة هؤلاء البشر الذين يقودوننا نحو تحقيق أهدافنا ومعرفة خصائصهم النفسية والعقلية و الاجتماعية، وفيما إذا كانوا يختلفون عن المجتمع الأوسع لكبار السن الذين نشكك بقدراتهم. [1]

3– يعد المسنون أيضا الثروة البشرية لأي مجتمع، ففي هذا العصر الذي نحرص فيه على تجميع كل طاقاتنا البشرية في سبيل البناء تقف مسألة رعاية المسنين ضمن موضوعات الساعة التي يجب أن تحظى باهتمام المشتغلين في مجال التربية وعلم النفس وعلم الاجتماع، والطب بفروعه المختلفة وغير ذلك من التخصصات التي يمكن أن تلقي الضوء على هذه المرحلة من العمر. [2]

4– لهذا فالدراسة التخصصية العلمية للإمكانات البشرية والطاقات الكامنة عند هؤلاء الناس تستنتج لنا إمكانية اكتشافها والاستفادة منها وتوظيفها لخير البشرية عامة، لا سيما وأنهم يفهمون الحياة فهما واقعيا بعيدا عن الخيال والحماس الشبابي الأقل خبرة .

5– لا تقف أهمية المسنين عند حدود الاستفادة من خبراتهم، ولكن نجد أيضا أن تلك الشريحة هي التي تتولى في الغالب مقايد الأمور الأسرية والعائلية والاجتماعية، وتحمل على عاتقها مهمة تربية الصغار، وتعليمهم القيم والمبادئ والمعايير التي يسلكونها وفقا لها. [3]

---

[1] عكلة الزبيدي المرجع المذكور سابقا، ص96.

[2] خليفة المرجع المذكور سابقا، ص6–7.

[3] خليفة المرجع نفسه، ص9.

6- يمكن من خلال إجراء الدراسات والبحوث في مجال المسنين والوقوف على مشكلاتهم وحاجاتهم الأساسية، واتجاهاتهم وقيمهم إعداد وتقديم البرامج والخدمات الإرشادية التي تلاءم أفراد هذه المرحلة العمرية، فقد أشارت (**Harris,1985**) إلى أن " العقود أو السنوات القادمة سوف تشهد تغيرات كبيرة في جمهور المسنين كجماعة لحاجة إلى الاهتمام والرعاية الخاصة، وأن هذه التغيرات تأثيرها في اهتمامات واحتياجات المسنين، وفي إدراك المجتمع واتجاهه نحوهم."

7- أشارت (**Cowgill, 1972**) إلى أهمية دراسة المسنين عبر الثقافات والحضارات المختلفة في مجال بناء تصور أو إطار مفسر لظاهرة التقدم في العمر عبر هذه الحضارات .[1]

8- وإذا ما حدث في وضع يقدم فيه الفرد رعاية دائمة لكبار السن، فمن الضروري له أن تكون لديه معرفة واسعة لعملية الكبر، ومما يؤسف له فإن من الصدف غير الملائمة التي تحدث أحيانا، أن الاعتقادات العامة غير العلمية والأساطير الذي يستند إليها المختصون في تقديم الخدمات والرعاية لكبار السن والتفاعل معهم وفهم حاجاتهم الحقيقية.

9- إيضاح الخصائص العامة المشتركة المميزة لكبار السن في الجوانب الجسمية والمعرفية والانفعالية والنفسية والاجتماعية.

10- إظهار الفروق الفردية بين الكبار والتي تتأثر بنمط الحياة والوراثة والجنس وظروف العمل والحاجات وأساليب الرعاية المتوفرة.

11- إعداد البرامج الوقائية والعلاجية التي يحتاجها كبار السن ووضعها بيد المختصين والمعنيين[2]

---

[1] خليفة المرجع المذكور سابقا، ص9.

[2] عكلة الزبيدي المرجع المذكور سابقا، ص109-110.

12- تعد شريحة المُسنين في المجتمع من الشرائح التي تحتاج إلى المزيد من الرعاية والاهتمام، نظرًا لخصوصية هذه المرحلة العمرية في حياة الإنسان، وتشير منظمة الصحة العالمية . (WHO, 2012)[1] إلى ارتفاع نسبة الأفراد المُسنين في العالم، وذلك يعود إلى ارتفاع مؤشرات الصحة العامة عالميًا، وإلى التحسن الهائل في أساليب الوقاية من الإصابة بالأمراض وعلاجها، إلا أنه على الرغم من الجانب الإيجابي في ذلك الأمر، فقد برزت مجموعة من التحديات الصّحية والاجتماعية والنفسية لوجود ارتفاع في نسبة المُسنين في العالم، ومن تلك التحديات وجود ارتفاع في نسب الأمراض المزمنة (Chronic Diseases) خاصة لدى فئات المُسنين، إضافة إلى بعض المشكلات الاجتماعية والتي تتمثل في العزلة والوحدة الاجتماعية وانخفاض معدلات التشارك الاجتماعي (Lijun et al., 2014; Chen et al., 2014) وبعض المشكلات والضغوط النفسية التي تتمثل في ارتفاع مؤشر الخوف من الموت، وارتفاع مؤشرات الاكتئاب، وبروز الشخصية الانفعالية في نمط تعامل الأفراد المُسنين، نتيجة لشعورهم الداخلي بأن دورهم في الحياة أصبح هامشيًا وليس فاعلا في حياة الآخرين خاصة ما يتعلق بالأبناء. [2]

[1] Who. "Older Persons in Emergencies: an Active Ageing Perspective" .2002

[2] Judith. C., David. C., Elizabeth. P., Hayden. B and Linda. K."Does Social Support Buffer Functional Decline in Elderly Patients With Unipolar Depression?", Am J Psychiatry. 158(11),1850–1855.2001 -1998.

13- فالشيخوخة (Gerontology) عملية طبيعية ينتج عنها مجموعة من التغيرات الجسدية والوظيفية والنفسية، وهي أمر حتمي البلوغ وغير قابل للإيقاف أو التغيير، ولكننا نستطيع أن نحد من تأثير تلك التغيرات السّلبية والتي قد تساهم في تدني مستوى الرضا عن الحياة لدى الأفراد المُسنين. [1]

14- معرفة الكيفية التي نتعامل فيها مع الناس الكبار بالسن في البيت أو المجتمع أو مواقع العمل والتي يجب أن تنال رضاهم وتقبلهم وتشعرهم بالراحة والتقدير لكي يتعاملوا معها بإيجابية.

15- التعرف على ما تتطلبه رعاية المسنين، لأعداد المختصين في جوانب الرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية والترويحية وفق برامج عملية صحيحة وبرامج تدريب ناجحة.

ومنه فالاعتقادات العامة السلبية بين الناس والمعلومات الخاطئة حول عملية الكبر تقود في الغالب إلى ضرر اتجاه الأشخاص الكبار بالسن. [2]

ومن خلال ما سبق يتضح حسب الباحثة أهمية تكثيف الدراسات والتوجه نحو التخطيط وإعداد برامج لرعاية كبار السن في الجزائر من بين أهم العوامل التي يجب على الدولة الجزائرية أن تعمل عليها وتثابر لتحقق رفاهية عيش كبار السن في أرض الوطن الجزائر إجلالا لما قدموه في اعز شبابهم من تضحية لجلب حرية الوطن من المستعمر الفرنسي، والكثير من المجهودات المقدمة من طرف كبار السن للجزائر في وقت شبابهم وقوة بنيتهم.

---

[1] Reid. K.,Evan. P.,Gheorghe. D., Clark. D., Patten. C.,Edward. M., Frontera. W & Fielding. R.(2014)."Longitudinal decline of lower extremity muscle power in healthy and mobility‑limited older adults: influence of muscle mass, strength, composition. neuromuscular activation and single fiber contractile properties". Eur J Appl Physiol.114 (1),29–39.2007-2011.2014.

[2] عكلة الزبيدي المرجع المذكور سابقا، ص 110.

5. مميزات وخصائص المشكلات لدى كبار السن

تناولت العديد من المؤلفات تلك الخصائص الخاصة بالمسنين ومنها آمال صادق وفؤاد حطب (1999)، وفؤاد البهي السيد(1998) ، فمنها الخصائص الجسمية التي تتمثل في التغيرات التي تطرأ على المظهر الخارجي للمسن والانخفاض في مستوى الصحة البدنية له، وفي جميع أنواع الحواس ولكن بدرجات مختلفة من مسن لآخر، أما النفسية منها فهي تتمثل في السلبية من مواقف البيئة المحيطة بهم إدراكهم المسئولية التي تواجه من يحيطون بهم وغالبا ما تكون انفعالاتهم غير متناسبة مع مقومات الموقف الذي أثار في نفوسهم ذلك الانفعال ويغلب عليهم التعصب وعندما يرفض الآخر هذا التعصب يشعرون بالاضطهاد مما يؤدي إلى إحساسهم بالاكتئاب والفشل، والخصائص العدلية سببها يكون حدوث ضعف عام في العمليات العقلية كالانتباه والإدراك والتذكر مع وجود الفروق الفردية والو ا رثة والبيئة وكذا سبل الرعاية، أما عن الخصائص الاجتماعية فهي تظهر في صورة انسحاب أنشطة المجتمع والبعد عن العلاقات الاجتماعية المميزة لسن الرشد وتقبل العلاقات الاجتماعية المميزة لكبار السن، والبعد عن الاهتمام لمستقبله للاهتمام بمستقبل الأبناء والأحفاد. [1]

[1] هناء غنيمة ومتولي أحمد: العنف الأسري الموجه ضد المسنين وعلاقته بالإكتئاب والرضا عن الحياة. مداخلة في مؤتمر سنوي السادس عشر للمركز الإرشاد النفسي. جامعة عين الشمس. مصر.2011، ص456-457.

ومن خلال هذه الدراسة يتبين لنا أن مشكلات الشيخوخة تمس كل جوانب حياة المسن فإضافة إلى التغيرات الجسمية والفسيولوجية التي تسبب له الأمراض نجد مشكلات نفسية واجتماعية متعددة، والتي نلخصها فيما يلي:

-المشكلات الجسمية: تتأثر الصحة الجسدية بالهرم الفسيولوجي الذي يمس كل الأنسجة والأعضاء بما في ذلك الأنظمة الحسية(السمع والبصر)، الجهاز المناعي، زيادة تكرار الإصابة بالأمراض السرطانية(سرطان الثدي، البروستات، المنطقة المعوية، الشرجية) وكذلك الأمراض الوعائية القلبية. [1]

* الأمراض المزمنة مثل: داء السكري، ارتفاع ضغط الدم، سلس البول، هشاشة العظام، ضعف البصر والسمع، السرطان، أمراض القلب، حوادث السقوط والكسور، أمراض الجهاز العضلي والحركي مثل: التهاب المفاصل، فقدان التوازن، اضطراب المشي، صعوبة الحركة، أو عدمها، سوء التغذية (الهزل أو السمنة)، أمراض الجهاز التنفسي مثل: الأنفلونزا، والتهاب الرئتين، أمراض الجهاز العصبي مثل: الجلطة الدماغية، والرعاش (باركنسون)، مشاكل الجهاز الهضمي مثل: ضعف حاسة الذوق، انخفاض قدرة المعدة والأمعاء على هضم وامتصاص الطعام، الإمساك، الجفاف، مشاكل الفم والأسنان مثل: سقوط الأسنان. [2]

- المشكلات العقلية والنفسية: تربط المشكلات النفسية للمسن بمشكلات عدم التكيف مع وضعه الجديد وتتضح الآثار النفسية والأخلاقية في ظل زيادة وقت الفراغ في مرحلة الشيخوخة، ومن أمثلة

---

[1] يحياوي المرجع المذكور سابقا .

[2] مهدية يعيش وآخرون: السلوك الصحي للمسنين.مداخلة بملتقى دولي مشكلات المسنين- بين الواقع والآفاق- جامعة آكلي أولحاج محند. البويرة، الجزائر.2019، ص47.

المشكلات النفسية: مشكلة سن القعود (سن اليأس)، مشكلة التقاعد، ذهان الشيخوخة، الشعور الذاتي بعدم القيمة وعدم الجدوى في الحياة، الشعور بالعزلة والوحدة النفسية.[1]

*الأمراض العقلية والنفسية مثل: الخرف، الزهايمر، الاكتئاب، الهذيان، اضطراب النوم، القلق

– المشكلات الاجتماعية: من بين أهم المشكلات الاجتماعية التي يتعرض لها كبير السن هي: الشعور بالفراغ والوحدة النفسية، القلق بسبب تحول المكانة داخل الأسرة، الحساسية الزائدة بسبب فقدان اهتمام الأهل والأقارب، رغبة الأبناء في الانفصال وبناء حياة مستقلة، كثرة وقت الفراغ وسوء تسييره[2] ؛ العزلة الاجتماعية، انخفاض مستوى الأداء الوظيفيي، فقدان الاستقلالية، فقدان المنزل الخاص، قلق الموت، فقدان الأحياء والأصدقاء. [3]

من خلال ما سبق عرضه يتبين حسب الباحثة أن لكبار السن مميزات تميزهم عن باقي المراحل العمرية من بين ذلك تعرضهم لمشكلات مصاحبة لمرحلة الكبر، بحيث نجد المسن لديه تدهور على مستوى صحته النفسية والبدنية وحتى في دوره الاجتماعي المتمثل في علاقته وتفاعله الاجتماعي، وكلما كان كبير السن يستسلم لهذه المواقف والأحداث التي تضغط على توازنه وراحة باله وتهدد كيانه، كلما تراجع حماسه في الاستمرار وتحقيق طموحه إن وجد طبعا، وعليه يمكن التوجه لمعالم الشيخوخة الناجحة التي تتغلب عن عبئ مرحلة الكبر وتقلل من حدة المشاكل التي تتعرض لها بصفة دورية، ومن ثم يرسم لدى كبير السن جو حيوي ونشط يؤهله للرفاهية النفسية التي تفعله في التحدي ومواجهة ضغوط مرحلة الكبر وما يترتب عن مواقف الأحداث الحياة الضاغطة التي تواجهه وعليه تمتعه بعزة شخصه وجودة وكرامة عيشه.

---

[1] يحياوي المرجع المذكور سابقا .

[2] يحياوي المرجع المذكور سابقا .

[3] يعيش وآخرون المرجع المذكور سابقا، ص 47.

6. الاضطرابات والضغوط النفسية للمسن

تلعب الاضطرابات والضغوط النفسية دورا كبيرا في حياة المسن، وكثيرا ما يعد شعور الفرد بكونه وحيدا عرضا من أعراض الأمراض النفسية أكثر من كونه انعكاسا لعزلة اجتماعية واقعية وفعلية.

ويؤكد محمد المرسي (1988) أن نصف المرضى العقلين في سن الشيخوخة يعانون من الاضطرابات الوظيفية–لا العضوية– والتي ترجع في جوهرها إلى عوامل نفسية أكثر منها عوامل فسيولوجية وبيولوجية، وكثيرا ما يؤدي الاستعداد النفسي للانطواء والعزلة أو الشعور المسنين بالفراغ أو اليأس والقنوط أو المعاناة من مشاعر العجز العاطفي مثل انخفاض تقدير الذات وشعور المسنين بعدم كفاءة الشبكات الاجتماعية مثل قلة الأصدقاء وقلة المساندة والدعم الاجتماعي وقلة الاتصال الاجتماعي الناتج عن قلة الدخل وقلة الحركة إلى تدهور الروح المعنوية والشعور بالإحباط وفقد الأمل في المستقبل، حيث يشعر المسن بأنه لا يمكن تحسين حياته أو اتجاهها نحو الأفضل، فيميل إلى الإنسحابية والعيش مع ذكريات الماضي والتحسر عليه، وينظر إلى الخسائر الناجمة عن التقدم في العمر على أنها خسائر لا يمكن تعويضها أو التغلب عليها، وبالتالي فإن هذا الشخص لا يبحث عن علاقات جديدة ولا يسعى إليها ولا يتوقع المساعدة من الآخرين ويرتاب فيما يقدمه المجتمع من صور الدعم والمساندة، وتؤدي تلك المشاعر السلبية إلى زيادة عزلة المسن ووحدته.[1]

[1] تعيلب المرجع المذكور سابقا، ص 170–171.

كما تعد الاضطرابات النفسية الناتجة عن التمركز على الذات أحد الأسباب التي تؤدي إلى الشعور بالوحدة النفسية لأن هؤلاء المتمركزون على ذواتهم ينظرون إلى اتصالاتهم وتفاعلاتهم مع الآخرين من خلال منظور التكلفة والعائد؛ لذا فإن المسن المتمركز على ذاته لا يتواصل مع صور الاتصال ولا يتفاعل مع الآخرين لأن تكلفة الاستماع إلى الآخرين تفوق في نظره العائد من ورائها، مما يؤدي إلى تقلص شبكته الاجتماعية وتزايد شعوره بالاضطرابات النفسية. فمن الممكن أن تمثل رعاية السيدات المسنات لأزواجهن المرضى نوعا من الضغوط عليهن خاصة إذا كان المرض يحتاج إلى عناية مكثفة تستغرق جهدا ووقتا كبيرين، حيث تؤدي هذه الضغوط الجسمية والنفسية إلى تقلص شبكات الزوجات الاجتماعية نتيجة لقلة التفاعل، وكثيرا ما يجنح هؤلاء الأفراد إلى طلب المزيد من الدعم والمساندة من شبكاتهن الاجتماعية، نتيجة ما يعانونه من ضغوط، مما يؤدي إلى إنهاك تلك الشبكات واستنزافها، لأنه يشعر الآخرين بأنهن عبئ ثقيل عليهم، وغالبا ما يكون رد فعل الآخرين سلبا تجاههن، مما يزيد من شعورهن بالوحدة النفسية نتيجة عدم رضاهن عن اتصالاتهن الاجتماعية وقلة توقعهن للمساعدة من الآخرين، كما أن تغير أنماط حياة المسنين يؤدي إلى المعاناة من الضغوط والاضطرابات النفسية(قلق–اكتئاب–الشعور باليأس...الخ)، وإلى تعرضه لصور الحرمان من فقد وخسارة لأبناء كلما تقدم بهم العمر، والتي تمثل أحداثا ضاغطة قد لا يستطيع المسن تحملها أو تعويض الخسارة الناجمة عنها. [1]

ومن وجهة نظر الباحثة ترى أن كبار السن يمرون بأحداث حياة ضاغطة فهم ينتقلون من مراحل عمرية كانت تتسم بالنشاط والحيوية والطاقة الجسدية العالية، كما أنهم قد كانوا يترأسون مناصب عليا ويسيرون إطارات ومؤسسات معتمدة، كما أنهم يمثلون أرباب عائلة وهم المحور والركيزة الأساسية في الأسرة، كما يكونوا لهم دور ومكانة اجتماعية مهمة في وسط من حولهم، إلا

[1] تعيلب المرجع المذكور سابقا، ص171–172.

أن يدخلون وينتقلون لمرحلة أرذل العمر فقد تهتز هذه المكانة و تتدهور الطاقة وتقل الإرادة والعزيمة في مسك شمل الأمور التي كانوا يسيرونها في مرحلة شبابهم وقوتهم، فتبدأ مشاعر اليأس والتعب والميل للعزلة والوحدة النفسية مع شعور كبير السن باقتراب نهاية حياته فقد يتولد لديه قلق الموت والكثير من المشاعر اليائسة والبائسة، فتزول تلك الحيوية وذاك الإقبال على الحياة لتحقيق الطموح وبلوغ الأهداف، كما أن بعض كبار السن بعد تراجع صحتهم وقلة تفاعلهم في وسطهم يجعل من بعض الأبناء ركن الآباء في دار المسنين، وهذا ما قد يؤثر سلبا على نفسية المسن ويدخله إلى مساحة الاضطرابات النفسية والأمراض الجسدية، فقد تنازل عليه الجميع لأنه ليس باستطاعته أن يقدم كما كان في السابق، فيفقد السند الاجتماعي من طرف أسرته كما قد يموت أصدقائه ويفقد الرفاق والمواساة التي كان يتنعم بها، وكل هذه الأحداث وغيرها تجعل من كبير السن في دوامة ضاغطة على غرار ضغوط مرحلة الكبر في حد ذاتها على نفسية وصحة المسن، وما على كبير السن إلا أن يواجه هذه الضغوط ويتجاوز محنته بفعالية حفاظا على توازنه ومعاشه النفسي الذي سينعكس على صحة بدنه، فعليه أن يعزز ثقته بذاته ويثابر على استقلالية أموره والمواصلة والاستمرار في تحقيق طموحاته مادام هو على الأرض يعيش مثله مثل باقي أفراد وسطه الاجتماعي؛ ومن هنا يستغل المسن مرحلة الكبر للاستمتاع بما حققه في شبابه من مكانة ودور اجتماعي وهذا مرتبط بتعزيزات من حوله له ومن ذات المسن في حد ذاته فيجب أن يعمل ولا يكل لتحقيق رفاهية عيشه وجودة حياته؛ وذلك بارتباطه بالحياة وممارسة كل النشاطات التي تجدد طاقته وحيويته وتحفظ صحته وسلامته.

7.الوقاية من مشكلات كبر السن للرفع من توافقهم وجودة الحياة لديهم

لقد سبق الإسلام بوضع الإجراءات الوقائية من مشكلات الشيخوخة وأولاها اهتمامه، قال الرسول صلى الله عليه وسلم: " اغتنم خمسا قبل خمس: حياتك قبل موتك، وصحتك قبل سقمك، وفراغك قبل شغلك، وشبابك قبل هرمك، وغناك قبل فقرك".

كما أوجب الإسلام بالرعاية الصحية لكبير السن، وذلك بالاهتمام الصحي الجيد والوقاية من المرض بشكل أكبر عند المسن وذلك لنقص وضعف مقاومته، قال صلى الله عليه وسلم: " يا عباد الله، تداووا فإن الله عز وجل لم يضع داء إلا وضع له شفاء".

إذ يجب رعاية المسن والاهتمام به أولا بأول في حل المشكلات أو إشباع الحاجات، ولا بد من عمل برنامج نشاط حركي جسمي وذهني عقلي له لمساعدته على روح التفاؤل ليعيش شيخوخته بأوسع وأكمل شيئ ممكن.

ولابد من الاهتمام بالعمر العقلي ومراعاته وكذلك العمر التحصيلي والمستوى الفسيولوجي والانفعالي والاجتماعي والجنسي فالشيخوخة لا تعد بالعمر الزمني فقط.

ويجب تشجيع المسن على البحث والاطلاع حتى تبقى ذاكرته منتبهة، وتشجعه على تحديد أهداف للمستقبل يسعى لتحقيقها، ونحثه على السعي لذلك.

– ويجب الاهتمام بالتوافق الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية بين المتكافئين سنا وثقافة، حتى يشتركوا في الاتجاهات والاهتمامات، مع التركيز على الهوايات المفيدة والرياضة الخفيفة والاهتمام بالهندام العام.[1]

[1] سليمان المرجع المذكور سابقا.

ويحتاج المسن إلى ضمان مالي، وصحي، وهو من الوفاء للأفراد الذين قدموا لوطنهم الكثير، ولحفظ كرامتهم وودهم.

والمسن هو في مرحلة عمرية قريبة من الآخرة، ولا بد له من التعامل بواقعية وأن يكون نموذجا يحتذى به، وأن يبعد عن السلوكيات السيئة.

ومن خلال ما سبق عرضه يمكن تحديد أهم الإجراءات الوقائية من مشكلات الشيخوخة كما ذكر أحد العلماء في إيجاز جيد:

1- يجب أن يقوم الأولاد برد جميل والديهم الشيوخ في هذه المرحلة من حياتهم.

2- يجب العمل على رعاية النمو في كافة مظاهره وفي كل مراحله واضعين في حسابنا مرحلة الشيخوخة.

3- يجب رعاية الصحة الجسمية والاهتمام بالفحص الطبي الدوري للكشف عن أي مشكلة صحية في بدايتها وعلاجها في وقت مناسب مع الاهتمام بالوقاية من الحوادث والتعرض للعدوى والمرض لنقص إمكانات وضعف مقاومة الشيخ.

4- يجب رعاية الصحة النفسية والاهتمام بحل مشكلات الشيخ أولا بأول وإشباع حاجاته النفسية ويجب ألا يقضي الشيخ ما بقى من حياته بعد التقاعد في الفراش في بطالة تعطل النشاط الجسمي والعقلي بل يجب أن يقضي حياته في نشاط وتفاؤل وأن يعيش شيخوخته بأوسع وأكمل وأصح شي ممكن.[1]

---

[1] سليمان المرجع المذكور سابقا.

5- يجب أن تكفل الدولة رعاية الشيوخ الذين قدموا للوطن الكثير في شبابهم بأن ترعى الجانب الاجتماعي والاقتصادي وأن تكفل لهم الحياة في عزة وكرامة.

6- ليكن للشيخ سند ديني، لأن في ذلك ضمان سعادته وراحته النفسية. [1]

بحيث يرى بعض الباحثين حسب "**Roblin**" أن " هناك مصادر خارجية متكونة من متغيرات مادية كالحياة المريحة والمساندة الاجتماعية، تؤثر بشكل كبير على الرضا عن الحياة، وبتالي على مستوى جودة الحياة لديهم" .

بحيث ترتبط جودة الحياة لدى المسنين بثلاثة مظاهر تتمثل في الصحة الجسمية الجيدة والحفاظ على المهارات المعرفية والمشاركة الدائمة في الأنشطة الاجتماعية والمنتجة، بحيث ترتبط هذه المظاهر الثلاثة مع بعضها البعض وهي تعزز جودة الحياة، وهذا ما يؤيده Ushikubu (1998) الذي يرى أن الاستمرار في صحة جيدة يتم بتبني عادات صحية طوال الحياة وكذا استراتيجيات مناسبة للتعامل مع مشكلات الشيخوخة والامتثال للنصائح بغية استرجاع التوازن . [2]

---

[1] سليمان المرجع المذكور سابقا.

[2] سايل المرجع المذكور سابقا.

إذ تعد الشيخوخة الصحية القدرة على القيام بالأنشطة اليومية الأساسية ومن بين أهم ما تحققه الشيخوخة الصحية نجد:

- إطالة متوسط العمر الصحي النشط.

- المحافظة على القدرة الوظيفية خلال مرحلة الشيخوخة واستمرار الاستقلالية في أداء احتياجاتهم اليومية.

- خفض الوفيات المبكرة.

- رفع الروح المعنوية والشعور بالعافية لدى كبار السن.

- زيادة عدد الناس الذين يتمتعون بنوعية حياة إيجابية ويشاركون بأنشطة اجتماعية وثقافية.

- خفض تكاليف العلاج الطبي وخدمات الرعاية. [1]

من خلال ما سبق عرضه يتضح من وجهة نظر الباحثة أنه كلما كان لدينا مسنين يتمتعون بصحة نفسية وجسدية عالية تتمثل في طمأنينة وسلامة انفعالية بدنية، كلما نقص العبء على الدولة الجزائرية، إذ أن هناك العديد من الأموال والجهود تسرف على رعاية هؤلاء، وكلما ضاعفنا جهودنا لتحقيق معالم الشيخوخة الناجحة من خلال حل وتلبية مطالب وحاجيات كبار السن، كلما كان ذلك لصالح المسن وللدولة في حد ذاتها، ومن هنا يرتفع مستوى العيش ورفاهيته وينعكس على الفرد ومجتمعه والرفع من مردودية إنتاجه؛ فمجتمع كبار السن هم طاقة بشرية لا يجب تهميشها وإنما استثمار طاقتها وحنكتها ولب معرفتها في شتى مجالات الحياة المتاحة أمامها.

---

[1] يعيش وآخرون المرجع المذكور سابقا، ص47.

8. أسلوب الحياة وأثره في عملية الكبر

تختلف أنماط الحياة التي تتبناها الأفراد لحياتهم باختلاف المراحل العمرية ويرجع ذلك إلى اختلاف متطلبات ومحددات كل مرحلة عمرية.

فمرحلة نهاية العمر يكون معظم الأفراد قد حققوا أهدافهم وزوجوا أبنائهم وأنهوا فترة عملهم، وبالتالي تكون هناك متطلبات أخرى تختلف بالطبع عن باقي المراحل العمرية الأخرى المراهقة والرشد مثلا. [1]

وبغض النظر عن الضعف والنقصان المتدرج والحتمي في الأجهزة الفيزيولوجية للجسم المصاحب للعمر الزمني فإن نسبة الانحدار أو النقصان يمكن أن تبطئ في كثير من مجالات الأعمال الوظيفية استنادا إلى أسلوب الحياة، إذ تستطيع التمارين الرياضية الاعتيادية والنظامية والغذاء الجيد وغياب العادات الصحية الخطرة وغير السلمية أن تعدل التغيرات المرتبطة بالعمر في مجال الوظائف العقلية والبدنية، وهناك قبول بصورة واسعة لفكرة أن أسلوب الحياة يؤثر في الوضع الصحي والعمل الوظيفي عند الأشخاص الكبار. [2]

---

[1] تعيلب المرجع المذكور سابقا، ص 35.

[2] عكلة الزبيذي المرجع المذكور سابقا، ص180.

إن لعوامل أسلوب الحياة (مثل التمارين البدنية والأكل، والعادات الصحية الأخرى) تأثيرا مهما ليس فقط في نسبة وسرعة التناقص العمري ولكن أيضا في طول العمر وجودة الحياة التي يحياها الكبير في أواخر حياته وفيما إذا ستكون إيجابية أم سلبية، حيث أن توقع الحياة الأطول لا تعني بالضرورة حياة أطول وأكثر سعادة لأشخاص كبار كثيرين، ولهذا فالمهم أن نميز بين مدى الحياة وتوقع الحياة والحياة الصحية في الأعمار الكبيرة وكما يأتي:

1- أن توقع الحياة هو عدد السنين التي يتوقع أن يعيشها الفرد بالاستناد إلى الظروف البيئية والتاريخ الوراثي للفرد، وسيكون للأفراد توقعات حياتية مختلفة في مراحل مختلفة خلال حياتهم اعتمادا على ظروف وشروط ضمن تلك الفترة الزمنية واعتمادا أيضا على الوضع الوظيفي أو العملي للأعضاء الآخرين في عوائلهم من نفس أعمارهم فالمرض والوقاية الصحية وتوفير الخدمات الصحية ونوعيتها، والميول أو التنظيمات الوراثية وعوامل أخرى تتجمع وتتوحد لتؤثر في توقع الحياة المتنبأ بها. [1]

2- إن عوامل نمط الحياة مهمة وبصورة خاصة ليس فقط في إبطاء الانحدارات المرتبطة بالعمر ولكن أيضا في رفع جودة الحياة والوظيفة المستقلة لكبار السن، فالتأثيرات المتراكمة لعمليات الكبر الفسيولوجية المزدوجة مع عيش يغلب فيه الجلوس وليس العمل والنشاط، ونظام غذائي فقير، واتباع عادات صحية خطيرة ستؤدي إلى نسبة عالية في مجتمع الكبار ستعاني من ضعف أو عوق وعدم قدرة ومرض ووفاة مبكرة.[2]

---

[1] Mac Neil,R.D,&Taague,M.L.Aging and Leisure.Vitality in Later life.Englewood CLffs,NJ: Prentic Hall.1987

[2] عكلة الزبيدي المرجع المذكور سابقا.

وهناك ثلاثة مجالات لأنماط الحياة والتي هي أهداف أولية لتطوير وتعميق الصحة والحماية عند كبار السن وهي: الحمية والغذاء والتمارين الرياضية والعادات الخطرة والمجازفة.

يتضح من البحوث العلمية بأن عوامل نمط الحياة تؤثر تأثيرا كبيرا في الكيفية التي يتأثر بها الأفراد بعملية الكبر فالخطر المتزايد للمشاكل الصحية والانحدارات الوظيفية الحادة التي يتعرض فيها الفرد إلى العوق أو التلف هي نتائج مباشرة لعادات أسلوب الحياة الخطرة مثل الإفراط في تناول الكحول والتدخين وقلة التمارين البدنية الاعتيادية، وفي جانب آخر فإن الإقلال من الانحدارات المرتبطة بالعمر في بعض المجالات الوظيفية والفرص الكلية المتزايدة للحياة والعادة المدركة غالبا ما يتمتع بها الأفراد الكبار الذين ينغمسون أو يمارسون أنماطا للحياة إيجابية وفي الوقت الذي لا يمكن أن ننكر أو نتجنب حقيقة أن جميع الناس يكبرون ثم أخيرا يموتون، ولكن الكثير يمكن تحقيقه من خلال رعاية نمط حياة صحي...للكبار.[1] هذا بالإضافة إلى ما أضافه علم الأحياء الجديد للشيخوخة من تحسن لنمط الحياة لكبار السن، والنتائج الاجتماعية المترتبة على زيادة فترة الحياة الإنسانية (بمشيئة الله)، والتي قد تسبب قلقا في التخطيط لفترة عمر أطول، فتجعل الأفراد يخططون لحياتهم بشكل أطول وأعمق وأغنى، فامتداد قيمة الحياة تعتمد على جودة المعيشة والخطط ثم تقييم حاجات امتداد الحياة والتخطيط لها ومدى تأثيرها في قيمة الحياة نفسها، والتي تختلف باختلافات هذه المعيشة التي يحيونها، وبالتالي على الخطط التي يخططونها لحياتهم وتتطلب منهم مواصلة نفس العلاقات المماثلة في العمل، وتحقيق أهداف جديدة كالزواج، والأطفال، والترقي، والترحل، أو أن تكون أهداف دينية كالتعبد، فالأهداف على أية حال قد تكون غير محددة .[2]

---

[1] عكلة الزبيدي المرجع المذكور سابقا.

[2] تعيلب المرجع المذكور سابقا، ص35-36.

ومن خلال ما سبق عرضه يتضح من وجهة نظر الباحثة أن لطبيعة ونوعية الحياة التي يعيشها الفرد لها تأثير مباشر في تحقيق جودة حياته، بحيث نجد ممارسة كبار السن للأنشطة والسلوكيات الصحية من بين أهم الركائز التي تدل على الشيخوخة الصحية والناجحة، فالشيخ هو اسم على من فاق عمره 60 سنة، وهذا ليس بالضرورة أن يشيخ جسده ويهرم عقله وتنحل وتنهار حيويته للعيش، فقد نجد الشيخوخة المبكرة معالمها لدى الشباب والشيوخ فعلا لهم عقل مرن متفتح على الحياة، وعليه الأسلوب الصحي في ممارسة الحياة هو من يحدد طبيعة العيش ومستواها المادي والمعنوي.

9. رعاية كبار السن

فالشيخوخة مرحلة من مراحل العمر، وحلقة من حلقات التاريخ وجزء من وجود كل مجتمع من المجتمعات الإنسانية، فسنة الله في خلقه أن يأتي الجيل بعد الجيل، على امتداد عمر البشرية المديد، فيقدم الإنسان في حياته التضحيات، وقد يتعرض لمختلف ألوان الفاقة والحاجة، أو قمة الغنى و الثراء، أو آلام المرض والعجز، وخاصة إذا رد إلى أرذل العمر.

فليس من الوفاء للأجيال السابقة من المسنين، أن يُهملوا أو يتركوا فريسة للضعف والحاجة في آخر حياتهم، بعد أن قدموا لأمتهم ما بوسعهم، فمن الواجب رعايتهم والعناية بهم، عملا بمبادئ ديننا الحنيف الذي حفظ للمسنين مكانتهم وقدر ذوي الشيبة في الإسلام، ودعا إلى إكرامهم وحمايتهم.

وفي هذا العصر تقف مسألة رعاية المسنين ضمن موضوعات الساعة التي يجب أن تسترعى اهتمام المسؤولين والمتهمين بقضايا الخدمة الاجتماعية، والدراسات النفسية.

هذا، وإن تزايد أعداد المسنين في السنوات الأخيرة يحتاج منا إلى الاهتمام والدراسة المتأنية حول ما سيقدم لهم، وما يستفاد من إمكاناتهم، وكانت الخطوة الأولى الجادة في مجال رعاية المسنين، هي تلك الخطوة التي خطتها هيئة الأمم المتحدة عندما قررت في جلستها 33 لعام 1978 الدعوة إلى تجمع عالمي في عام 1982 بهدف دراسة الشيخوخة وكبار السن، وقد عقد مؤتمر في فينا (بالنمسا) شمل المؤتمر موضوعات متعددة مثل:

1- الاستفادة من خبرة المسنين :بحيث أوصى المؤتمر بإبقاء تركيبات المسنين في ميدان العمل، لأن هناك دروسا يمكن أن نتعلمها منهم.

2- أوصى بحصول المسنين على نوعية الحياة أفضل من الرفاهية الاجتماعية.

3- الصحة : بحيث وافق المؤتمر على أن يكون الاهتمام على الخدمات الوقائية بدلا من الخدمات العلاجية.

4- الإسكان: اقترح المؤتمر أنه يجب على الحكومات مساعدة الأفراد المسنة لتحسين أحوال مساكنهم.

كما تتلخص أوجه رعاية المسنين في:

- ✓ التعليم: إن التعليم يزود المسنين أولا بالمعارف والمهارات اللازمة للمحافظة على صحتهم وتحسينها ويمكن للتعليم أن يقدم لهم الحقائق العلمية التي قد تؤدي إلى تغيير الصورة

النمطية السلبية السائدة لديهم عن الشيخوخة والتقدم في السن، وقد يكون بعض المسنين قد فاتهم ركب التعليم فيحتاجون إلى مراعاة ما هم عليه الآن.[1]

- ✓ التدخل العلاجي: ويثير موضوع التدخل العلاجي للمسنين عددا من المشكلات الخاصة، فالبعض يرى أن طرق العلاج الموجهة بالنمو ليست ملائمة مع المسنين من العلاج النفسي وذلك للأسباب التالية:

أ- نقص المرونة العقلية لدى المسنين وبالتالي نقص القدرة على التغيير.

ب- تراكم كم هائل من الخبرة لدى المسنين تجعل من الصعب على المعالج النفسي التعامل معهم.

ج- نقص اهتمام المسنين بموضوع الصحة النفسية إذا قورنوا بمن هم أصغر منهم.

- ✓ مؤسسات الإيواء: هي هيئات تنشأ نتيجة حاجة اجتماعية تستوعب كل الرغبات والخبرات والمهارات المطلوبة لمعاونة الشخص المتقدم في السن ليعيش إلى آخر عمره سعيدا يحيا في مستوى صحي ملائم.
- ✓ وذلك يتم من خلال: الأنشطة الترويحية التي تقدم للمسنين، إتاحة فرص كسب لهم.[2]

ومن خلال ما سبق عرضه يتبين من وجهة نظر الباحثة أن مرحلة الكبر مرحلة هشة بأصلها لتراجع القدرات العقلية والجسدية والصحية عامة لكبير السن، فقد لا يستطيع أن يلبي حاجياته بنفسه لتدهور طاقته فقد يفقد قدرة تحمل مسؤولية ذاته، فيتطلب من المحيطين به أن يعززون من السند النفسي والاجتماعي له حتى يرمم ما فككته مرحلة الكبر.

---

[1] سليمان المرجع المذكور سابقا.

[2] سليمان المرجع المذكور سابقا.

10. كبار السن المقيمين بدار المسنين

إن المؤسسات الخاصة التي تقوم على رعاية كبار السن تلعب دورا مهما وأساسيا في مواجهة التحدي الذي يلقاه كبار السن من أعضائها، فهي تعمل جاهدة أن تستوعب كل الرغبات والمهارات والمعارف والخبرات المطلوبة، لمعاونة الشخص المتقدم في السن ليعيش إلى آخر عمره، ويتطلب ذلك البحث عن إشباع حاجات المسنين وتوفير الرعاية الصحية والخدمات الإسكانية والترفيهية والإرشادية والمساعدات المالية، وتقوم هذه المؤسسات بهذا الدور من خلال:

- ✓ الأنشطة الترفيهية التي تقدم للمسنين والهوايات المختلفة.
- ✓ فرص الكسب وذلك بالإشراف على بعض البرامج لإعادة التكيف.
- ✓ تقديم برامج مناسبة للمسنين حيث يجدون الفرصة لإبراز مواهبهم أو اكتشاف استعداداتهم، كما يجدون المناسبات التي يستفدون فيها من شتى أنواع الخدمات (الرحلات، الأسفار،...).
- ✓ دراسة وتحسين الظروف البيئية التي تحيط بالمسنين وبعض المشكلات النفسية والصحية، وعلاج الأمراض المختلفة من طرف أطباء ومختصون نفسانيون واجتماعيون ...إلخ.

فهذه المؤسسات التي تتميز ببعض الجوانب الإيجابية لا تخلو من بعض العيوب نذكر منها :

- ✓ أنها تميل إلى التقوقع والانعزالية بعيدا عن الخبرات العالمية في مجال رعاية المسنين.
- ✓ بعض هذه المؤسسات تبدأ ببعد إنساني، و لكنها تنحدر إلى مستوى الاستغلال و الجري وراء الربح. [1]

[1] هدى قناوي: سيكولوجية المسنين، ط1، القاهرة: مركز التنمية البشرية والمعلومات.1987، ص108-109.

فعلى الدولة أن تأخذ بعاتقها في رعاية الشيوخ وأن تضع النظم واللوائح المنظمة لتلك الرعاية، وألا تقتصر في ذلك على ما تفعله من رعاية مادية لهم بل عليها أن تمد مظلتها الرعوية للشيوخ إلى جميع المناحي التي تؤثر من قريب أو من بعيد في شخصية الشيخ وسعادته، ويجب أن تكون تلك الرعاية تقوم على أسس سليمة حتى تضمن لنفسها النجاح.[1]

ولقد أكدت العديد من الدراسات و الأبحاث النفسية والاجتماعية التي أجريت لدراسة وضعية المسنين المقيمين في دار العجزة و ما يشابهها من مؤسسات حسب هدى نسيم سليم أن هناك ضعفا في التركيز عند البعض و معاناة الكثيرين بالتعاسة و اللامبالاة واحتقار الذات، و من بين الدراسات التي تناولت وضعية المسنين في دور الرعاية أو ما يسمى بدار المسنين :دراسة عزة عبد الكريم مبروك (2000)، عبد الرحمان بخيث (1999)، هشام محمد محمود إبراهيم (1999) ودراسة ليدفورد. ج (1975) و الذين أكدوا أن المسنين في دار المسنين مصابون باضطرابات نفسية، كالاكتئاب، اليأس، القلق و الوحدة النفسية و قلق الموت وتوهم المرض واضطراب الذاكرة وانخفاض تقدير الذات ويعانون من الإهمال و الاغتراب، و يتحدث "**ليبرمان**"عن تأثير دور الإقامة فيرى أنها تجعل نسبة الراغبين في الموت من المسنين أعلى منها عند أمثالهم خارج هذه الدور، وتبقى دار المسنين و المؤسسات الخاصة بالمسنين مأوى من لا مأوى له رغم الظروف القاسية وغياب المساندة و الضغوط النفسية التي يتعرضون لها. [2]

ومن وجهة نظر الباحثة ومن خلال تطلعها على هذا المجال تنحصر نظرتها في أن هناك العديد من الدراسات التي أجريت على كبار السن المقيمين بدار المسنين أسفرت نتائجها إلا أن

---

[1] يوسف ميخائيل أسعد: رعاية الشيخوخة. القاهرة: دار غريب.2000، ص12.

[2] سني المرجع المذكور سابقا، ص91.

كبار السن يعانون من اضطرابات نفسية ومعاناة فعلية، كما أن الباحثة تضيف وتصف الواقع المعاش لهذه الفئة بدور الرعاية أن هذه الديار تشعر كبير السن بأنه قد همش من طرف أسرته وعزله عنهم، بحيث نجد لديهم الشعور بالدونية والتأسف والحسرة على ما مضى لهم وعن كيفية ختم حياتهم، مع أن هناك رعاية مقدمة لفئة الكبار المقيمين بدار المسنين من طرف العمال وغيرهم في دار المسنين، إلا أننا نجد كبير السن يحتاج ويشكي فعلا للظروف المزرية التي قد يتلقاها في المركز، ومن خصائص كبر السن الحساسية والهشاشة الانفعالية نجده يميل للحسرة والشكوى على من حوله، يمكننا أن نرجع ذلك للظروف التي يعيشها فعلا من وسطه بدار المسنين، كما قد نرجع ذلك لطبيعة الخلفية التي يعيش على محتواها ومضمونها في أغلب أوقاته؛ إذ أن أغلب كبار السن القاطنين بدور الرعاية يغلب عليهم العزلة الاجتماعية فهم يجتمعون للضرورة كتناول وجبات الغداء أو غيرها لكن هناك تباعد اجتماعي بينهم، وما يجتمع عليه كبار السن هو إحساسهم بالتهميش الأسري وقلة الإمكانيات والخدمات التي تحقق لهم جودة عيشهم؛ بالإضافة إلى أن أغلبهم لا يتقاضون معاش ولا يستطيعون توفير أبسط مستلزماتهم، ومع ذلك تبقى دار المسنين هي المأوى ومحور اللجوء له يدور في الشعور بعدم الانتماء والرغبة في التخلي والانعزال عند بعض الكبار وقد يكون أمر محتوم على كبير السن أن يعيش بعيدا عن أهله وذويه واستقراره بمكان بعيد عن المقر الذي قد أنهك قوته وجهده حتى يوفره لذويه، وفي آخر المطاف يتنازل ويسحب منه كل شيئ؛ كما لا يفوتنا أن دور الرعاية تستقطب من لديهم إعاقات مختلفة عقلية وغيرها، وكل هذه الظروف قد تخل بتوافق وتكيف كبار السن العاديين والذين يريدون مكان هادئ ومريح مع أن راحتهم نسبية فأغلبهم لديهم حنين لوقت شبابهم ولوقت عزهم وكرمهم، هم يعيشون الواقع لكن دوما على طيات الماضي يتجولون، وكل ذلك وفق ما لمسته الباحثة في جوهر تطلعها وباحتكاكها بفئة كبار السن المقيمين بدار المسنين.

11. التناولات النظرية التي فسرت الكبر (الشيخوخة)

هناك العديد من فسر مرحلة الكبر وذلك راجع لخلفيات فكر الباحثين والعلماء في مجال كبر السن، ومن بين العديد من النظريات والتفسيرات خلصت الباحثة في عرض أهم ما يفسر مرحلة كبر السن وهي موضحة في شكلها التالي:

1.11. نظرية الانسحاب أو فك الارتباط أو التحليل السلبي:

ويطلق عليها كذلك نظرية التخلي عن العلاقات أو الارتباطات. [1]

وتؤكد هذه النظرية أن الانسحاب عملية طبيعية يجد المسن نفسه مقبلا عليها وخاضعا لمتطلباته نتيجة الانحدار العام والطبيعي من الناحية الصحية ومحدودية دائرة نشاطه الاجتماعي وتقوم نظرية الانسحاب على ثلاثة فروض أساسية هي:

1. أن معدل التفاعل وأبعاده سوف يقل بتقدم الإنسان في عمره.

2. أن التغير الكمي والكيفي في التعامل يصاحبه تغير إدراك حجم الحياة.

3. أن التغير الكيفي للتفاعل يصاحبه نقص في سعة الحياة الاجتماعية، حيث ينتقل المسن من الاهتمام بالآخرين إلى الاستغراق في ذاته ومن الانشغال إلى الراحة. [2]

---

[1] محمد سيد فهمي:الرعاية الاجتماعية والنفسية للمسنين. الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.2012، ص50.

[2] تعيلب المرجع المذكور سابقا، ص138.

فالشيخوخة عبارة عن بدائل يجدها كبير السن لتعويض ما فقده من أدوار، وذلك عن طريق ممارسة نشاطات جديدة للتخفيف من التأثيرات السلبية للتقاعد أو لمغادرة الأولاد المنزل، بحيث تفترض نظرية فك الارتباط حسب" **Cumming**" وأتباعها بأن " انخفاض التفاعل الاجتماعي والانسحاب التابع لكبر السن هو سلوك طبيعي وعادي في سن الشيخوخة، ولأجل الحفاظ على التوازن يفترض أن تتم عملية فك الارتباط بشكل متبادل بين كبير السن والمجتمع". [1]

إن نظرية فك الارتباط ترى أن الانسحاب هو أسلوب الأمثل للشعور بالرضا لدى المسنين عكس ما ذهب إليه كثير من الدارسين في مجال علم النفس وعلم الاجتماع الذين يؤكدون أن الإنسان بطبعه اجتماعي في مختلف مراحل حياته ويؤكدون على ضرورة التفاعل والاندماج والمشاركة مع الآخرين من أجل تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي. [2]

ومن خلال ما سبق عرضه ترى الباحثة أن هذه المبادئ و المسلمات التي تقوم عليها نظرية فك الارتباط أو الانسحاب هي قد لا تنطبق على راحة كبير السن فقد نجد فئة من كبار السن يميلون للعزلة الاجتماعية والتنازل عن الأدوار الاجتماعية التي كانوا يترأسونها ويسيرونها برحب صدر، كما أن هناك فئة تميل وتحافظ على فعالية دورها الاجتماعي وتعمل على كل ما يعزز وجودهم الفعال بين أفراد مجتمعهم.

---

[1] سايل المرجع المذكور سابقا.

[2] سني المرجع المذكور سابقا، ص 83.

2.11. نظرية النشاط و الفعالية (Activity Theory)

من مؤسسي هذه النظرية " فريدمان"، "هافيجرست" و"ميلر" وهم يرون أن " التوافق يحدث بشكل فعال مع فقدان العمل أو الوظيفة ويتطلب من الفرد المسن أن يجد بديلا لتلك الأهداف وأن يواصل نشاطاته بما يحافظ على توازنه المعنوي، ويرى أصحاب هذه النظرية النشاط يحقق الرضا لدى كبار السن مما يسمح لهم بالاندماج في المجتمع ويسمح لهم أيضا بالقيام ببعض الأنشطة أو بديلا عنها، ومن خلال المواصلة باكتساب صداقات جديدة أو ممارسة بعض ألوان النشاط الاجتماعي، فتكون بمثابة البديل عن العمل المفتقد ومصادر جديدة لدخل الأسرة ". [1]

لذلك تقوم هذه النظرية على أساس أن المسنين يحالون إلى التقاعد، فإن ذلك ليس هو نهاية المطاف، وإنما لديهم من إمكانات ومن الطاقة ما يمكنهم من الاستمرار في النشاط والإبداع، وبذلك سوف يجدون البدائل المناسبة حين يحالون إلى التقاعد. [2]

وقُبلت هذه النظرية بصورة واسعة، وكانت ذات أهمية خاصة بالنسبة للمتخصصين بالنشاط، ويمكن أن تعزى شعبية هذه النظرية بصورة خاصة إلى الطريقة التي تظهر فيها، وتستند هذه النظرية على أساس أن المستويات العالية للنشاط ترتبط بإدراك ورضا نفسي عالي عند كبار السن، وعلى الرغم من ظهور نتائج دراسات ميدانية تؤيد هذه النظرية إلا أنها نقدت كونها بسيطة لا تتضمن شرحا كافيا للرضا عن الحياة في الأعمار المتقدمة، ومن محدوديتها أنها لا تأخذ بنظر الاعتبار الفروق الفردية والشخصية في مستوى النشاط عبر مسار الحياة.[3]

---

[1] نبيل محمد الفحل: الاكتئاب النفسي للمسنين. مصر: دار قباء.2004، ص47-48.

[2] سيد فهمي المرجع المذكور سابقا، ص55.

[3] عكلة الزبيدي المرجع المذكور سابقا، 211.

كما أظهرت دراسات أخرى أن النشاط الذي يكون له معنى من الناحية الشخصية يرتبط بالرضا عن الحياة، في حين أن النشاط المنظم والمبني بناء عاليا لا يرتبط بالرضا عن الحياة. [1]

ومن وجهة نظر الباحثة ترى أن مسلمات هذا التوجه النظري في تفسيره لمرحلة الكبر أنه يقدم حيوية وإبراز عطاء ودور كبير السن الفعال في وسطه الاجتماعي، إذ نجد مجموعة من كبار السن لا تزال تريد تحقيق طموحاتها ولم تكتفي بما حققته فقد تكون لهم آمال أخرى وإنتظارات يحاول كبار السن تلبيتها، وهذه من مؤشرات الشيخوخة الناجحة ذات المنحى الإيجابي في تفكيرها، وقد نجد فئة أخرى من كبار السن أتعبتهم المسؤوليات وأرهقتهم أحداث الحياة الضاغطة ويكتفون بالأهداف المحققة ويفضلون التباعد المهني والتخلي عن الأدوار الرئيسية في تسيير الأمور، وعليه تنطبق مزايا هذه النظرية على فئة وفئة أخرى لا ينطبق عليها هذا المنظور.

3.11. نظرية الأزمة (Crisis Theory)

ويقصد أريكسون Erikson وهو رائد في علم نفس النمو بمصطلح الأزمة حسب رشاد عبد اللطيف هو " الوقت الذي يتقلص فيه قدرة الفرد على حل مشكلاته والخروج منها وبذلك يكون على صدد أزمة نفسية، ويرى أريكسون أن في كل مرحلة من مراحل العمر المختلفة توجد أزمة محتملة، وذلك بسبب التغيرات المتوقعة في تلك المرحلة، وهذه الأزمة تكون محتومة بحد كبير بثقافة المجتمع وباتجاهات الناس نحو المرحلة موضع النمو". [2]

بحيث تعتبر نظرية الأزمة من أحدث النظريات التي تفسر سلوك المسنين، وبعد تغيير أو تعديل دوره، بعد أن كان كل يومه نشاطا أصبح بدون نشاط، وخاصة إذا كان يعمل في القطاع

---

[1] عكلة الزبيدي المرجع المذكور سابقا، 211.

[2] تعيلب المرجع المذكور سابقا، ص144-145.

الحكومي أو في وظيفة مرتبطة بالإحالة إلى التقاعد في سن الستين، فالعمل ليس فقط سبب الحياة ولكنه يقدم خطة ملموسة للعيش يوما بيوم، أملا يبث من خلاله الأمن والطمأنينة. [1]

كما يرى أصحاب هذه النظرية أن التقاعد يمثل أزمة للمسنين خاصة عند البعض منهم الذين يعطون أهمية كبيرة للعمل، باعتبار العمل هو مصدر من مصادر الرزق والدخل ووسيلة للتفاعل الاجتماعي والإحساس بالرضا واحترام الذات، وعليه فإن أصحاب هذه النظرية يرون أن التقاعد يحدث للمسن نوعا من عدم التوازن نتيجة شعوره بعدم القدرة على العطاء مما يخلف لديه أثارا سلبية ويشكل له أزمة نفسية. [2]

وهناك بعض الدارسين لا يوافقون على ما تقدمه النظرية من التأكيد على أهمية العمل بوصفه العامل المؤثر في رضا المسن عن حياته، وهم يتفقون على أن العمل والحرمان القهري منه بالإحالة للتقاعد، وإن كان عاملا مهما في تغيير أدوار المسن، إلا أنه ليس العامل الوحيد أو الأهم في عدم رضا المسن عن نفسه وحياته، ويرون أن أهمية العمل تتوقف على نوعه من جهة وعلى أهمية العمل بالنسبة للفرد ومدى التزامه بمهام عمله من ناحية أخرى. [3]

ومن خلال ما سبق تلخص الباحثة مجمل قول نظرية الأزمة في فكرة مفادها أن مرحلة الكبر هي فعلا تمثل أزمة تواجه كبير السن، فقد يكون لديه مجموعة من الارتباطات والمسؤوليات والأدوار المهمة يمثلها في وسطه الاجتماعي، ومع تراجع قدراته وما تحمله خصائص مرحلة الكبر من أعباء على المستوى النفسي والجسدي والاجتماعي وغيرهم يختل توازن المسن ويواجه ظروف

---

[1] سيد فهمي المرجع المذكور سابقا، ص59.

[2] سني المرجع المذكور سابقا، ص84.

[3] تعيلب المرجع المذكور سابقا، ص147.

محتملة على ضغوط نفسية؛ وعليه تتراكم المشاكل على عاتقه وتخل براحته وتوازنه وتوافقه النفسي وما قد ينعكس على جودة حياته وطمأنينة حاله.

4.11. نظرية التوافق Adjustment Theory

ويرى أنصار هذه النظرية أن توافق المسن بعد التقاعد عن العمل يعتمد على جانبين أساسيين:

الجانب الأول: يتعلق بقرارات الفرد الداخلية ومدى قدرته على إعادة النظر في هذه القرارات.

والجانب الثاني: يتعلق بمدى قدرة الفرد على التفاعل مع الآخرين لتحقيق أهدافه وطموحاته وهناك حقيقة هامة هي أن مدرج الأهداف الخاص بكل فرد يتغير من مرحلة عمومية إلى مرحلة أخرى ففي كل مرحلة يقوم الفرد بترتيب أهدافه في ضوء المطالب النهائية وحاجات كل مرحلة ومن المهم أن يكون التغير في الأهداف في مرحلة الشيخوخة تغير إيجابي يؤدي إلى الحياة لأن يكون تغير سلبي يهدم توافق الفرد. [1]

لقد تبين من خلال عرض نظرية التوافق، أن التوافق النفسي والاجتماعي يتحقق نتيجة لتقدم في العمر و التفاعل بين نوعين من العوامل هي:

العوامل الداخلية و الخارجية التي تحدث للشخص في حد ذاته والعوامل الخارجية التي ترتبط أساسا بالبيئة و السياق الاجتماعي والحضاري.[2]

---

[1] خليفة المرجع المذكور سابقا، ص39.

[2] سني المرجع المذكور سابقا، ص85.

وعموما ومن خلال تناول نظريات الشيخوخة التي اختلفت في مضمونها و تعددت من خلال اتجاهاتها، اهتمت كل نظرية على جانب وأهملت الأخر، فالنظريات البيولوجية ركزت على العمليات الفسيولوجية وتدهور والاضمحلال الجسمي في البناء و الوظيفة و أهملت الجوانب النفسية والاجتماعية والبيئية، أما النظريات النفسية التي ركزت على جوانب الشخصية والعوامل الذاتية للشيخوخة وقللت من أهمية التفاعل، أما النظريات الاجتماعية التي ركزت فيها على الانسحاب كمظهر من مظاهر التوافق وأهملت العلاقات الاجتماعية و التفاعل ؛ وفي مضمون نظرية الأزمة التي اعتبرت قضية العمل وملأ الفراغ من شأنها أن تساعد المسن على تخطي كل المشاكل التي تعترضه وتجعله يشعر بالرضا النفسي وتقدير الذات الايجابي، ونتيجة لفقد الدور الاجتماعي والنشاط تفاعله مع الآخرين يجعل المسن يشعر باضطراب نفسي الذي من شأنه أن يقلل لديه من تفاعله الاجتماعي، وهذا ما يجعل المتقاعد يبحث عن حلول بديلة و أنشطة أخرى كوسيلة للتعويض عن فقدان الدور، والمؤاخذة على هذه النظريات أنها أهملت الفروق الفردية بين أنماط شخصية المسنين. [1]

وتكمن فكرة الباحثة كون هذه النظرية ألمت بمعالم الشيخوخة الصحية والناجحة، كما أن الباحثة تدعم هذا التوجه فالعطاء يستمر باستمرار الوجود البشري، والانسحاب والتخلي عن العطاء هو بمثابة مرض يتورثه الفرد، فعلى كبير السن أن يزاول دوره الحيوي والفعال بين المحيطين به، مع أن قدراته ووضعه قد يقل قليلا في مواصلة المهام التي كان يقوم بها، لكن هذا لم يكن يعني أبدا أن يستغل الهامش ويعيش على رف الحياة ويفقد تولي أبسط مسؤولياته، وهذا مع مرور الزمن يدمر المعاش النفسي الهادئ والمطمئن لدى كبير السن.

---

[1] سني المرجع المذكور سابقا، ص85.

5.11. نظرية الاستمرارية Continuuity

تفترض هذه النظرية أن الشخصية تبقى ثابتة على مر السنين وأن العلاقات والتوقعات والإستشرافات تستمر إلى الأعمار الكبيرة، ولكن الكبار من الراشدين سيطورون أدوارا جديدة لتحل محل الأدوار القديمة التي افتقدوها، واستنادا إلى الخصائص الشخصية للفرد، فالشخص الكبير يطور توقعاته الخاصة به حول الكبر الناجح أو الشيخوخة الناجحة، وأن التوافق الجيد في مرحلة العمر المتقدم لا يرتبط بدرجة ارتفاع النشاط أو انخفاضه. [1]

وتثبت هذه النظرية حسب هدى حسن أن التوافق مع الشيخوخة يمكنه أن يستمر في عدة اتجاهات وذلك اعتمادا على الحياة الماضية للمسن وتأكيدا على استمرارية النمو عبر دورة مراحل الحياة فإن بعض العلماء قد أطلقوا على هذا المنظور نظرية الاستمرار والنظرية التنموية أو الاستمرارية تحاول أن تشرح شيئا ما، بحيث أن أي شخص لديه معرفة واسعة بالمسنين يمكنه أن يشك بأنه ليس النشاط ولا الخمود بالضرورة هو الذي يولد السعادة والشخص المسن سواء المنهمك في العمل أو المنسحب منه يمكنه أن يكون سعيدا أو غير سعيد، اعتمادا على القوى الأكثر خفاء أو الأقل ظهورا من المستوى البسيط للنشاط في حياتهم، وهذا الشك الانطباعي قد تم توثيقه في معظم دراسات الشخصية والنتائج الكلية لهذه الدراسات تفيد بأن المسنين النشيطين والمنهمكين أكثر رضا عن حياتهم من المسنين المنسحبين، وقد وجد علماء النفس التنمويين أن أنماط الشخصية ككل ثابتة إلى حد كبير طوال الحياة على الأقل على أساس الطريقة التي يتوافقون بها أو يفشلون في التوافق مع وسطهم الاجتماعي. [2]

---

[1] عكلة الزبيدي المرجع المذكور سابقا، ص 220-221.

[2] تعيلب المرجع المذكور سابقا، ص153.

ويتبين من خلال ما سبق عرضه أن شخصية المسن وما تحمله من سمات هي من قد تدفع كبير السن للاستمرارية والاستمرارية هنا لا يقف معناها على النشاط وحيوية كبير السن ولا على الانسحاب وفك الارتباطات التي كانت تربطه بعمله ودوره الاجتماعي في وسطه؛ كما تضيف الباحثة أنه قد نجد كبير السن متوافق ومتزن في وضعياته الجديدة بعد دخوله مرحلة الكبر وقد نجده يعيش اللاتوازن واللاستقرار واللأمن ولا يتمتع بثراء ورفاهية الوجود بطمأنينة انفعالية عالية.

خلاصة الفصل

تطرقنا من خلال فصل مرحلة الكبر في العمر لأهم التعريفات والمفاهيم التي تضبط لنا دلالة معنى كبر السن أو الشيخوخة، بالإضافة إلى أننا تناولها نقطة مهمة في تحديد إشكالية مفهوم كبر السن لدى الباحثين، كما تم عرض تاريخ بداية الاهتمام بدراسة كبار السن مع أهم الأسباب الاهتمام بدراسة ورعاية كبار السن في مجتمعنا الجزائري، موظفين كذلك لعنصر أهم المميزات التي تخص المشكلات لدى كبار السن، وعليه توجهنا للاضطرابات والضغوط النفسية للمسن، كما أشرنا لسبل الوقاية من مشكلات الشيخوخة للرفع من التوافق و جودة الحياة لدى كبار السن، وحتى نبين أهمية ذلك تم تداولنا لعنصر أسلوب الحياة وأثره في عملية الكبر، وبما أن مرحلة الكبر مرحلة عمرية هشة تتطلب رعاية بحثنا في مجال رعاية كبار السن، وبما أن كبار السن القاطنين بدار المسنين هم محور اهتمامنا عرضنا بعض المؤشرات والتوضيحات التي يمتاز بها هؤلاء، وأخيرا استهل بحثنا ضمن هذا الفصل بأهم التناولات النظرية التي فسرت مرحلة الكبر.

الجانب التطبيقي

للدراسة

الفصل الخامس:

منهجية الدراسة

تمهيد

من خلال هذا الفصل سيتم تطرقنا لكل الخطوات المنهجية التي اعتمدنا عليها حتى نتوصل لتحقيق أهداف دراستنا، بحيث تعد كل دراسة ميدانية عملية مؤطرة تحكمها خطوات ممنهجة ومضبوطة ومدروسة، كما أن تلك الخطوات أو المراحل التي يعتمد عليها الباحث هي مراحل متسلسلة، وكلما التزم الباحث بإطاره المنهجي في إعداده لبحثه العلمي أو دراسته كلما تسنى له التوصل لنتائج حقيقية تمثل الواقع المدروس، كما هذا الفصل مهم جدا في تكوين حيثيات دراستنا الحالية؛ وعليه سنقدم في هذا التوجه كل المراحل والخطوات التي تبنيناها حتى نصل لما نريد التوصل إليه وتحقيقه من غرض وأهداف.

1. الدراسة الاستطلاعية

تكمن أهمية الدراسة الاستطلاعية في التقرب من مكان إجراء التطبيق أو الجانب الميداني للدراسة، وذلك بعد تحديد وسائل وأدوات القياس التي يعتمد عليها في جمع معطيات حول مجتمع الدراسة التي نكون مقبلين على البحث في حيثياتها.

ولأن كل دراسة ميدانية تحتاج إلى الخروج والتطلع على ما هو موجود في الواقع والميدان كان لنا من الضروري أن نقوم بدراسة تطلعية نجمع من خلالها معطيات أولية حول مدى فعالية وإقبالنا للمواصلة في مسار تحقيق أهداف دراستنا، فكانت لنا فترة أولية ممهدة تتمثل في جمع مقاييس تقيس لنا فعلا ما نود أن نعرفه على مجموعة دراستنا.

وبعد البحث المتواصل من خلال البحث الالكتروني والتطلع على رفوف وفهرسة العديد من المكتبات وربط علاقات مع باحثين في نفس مجال دراستنا من أجل حصولنا على أدوات تنطبق فعلا وتتناسب ودراستنا الحالية، تم العثور على مقاييس الدراسة والتي تمثلت في كل من مقياس مواجهة الضغوط النفسية للمسنين (أنظر الملحق01) ومقياس التوافق النفسي للمسنين (انظر الملحق رقم 02) ومقياس جودة الحياة الذي يمس فئة كبار السن (أنظر الملحق رقم 03) وبعد التأكد من صلاحية وفعالية وتطابق المقاييس على دراستنا شرعنا في الإجراءات الموالية لتحقيق والتوصل لأهداف دراستنا.

إذ تم خروجنا للميدان الذي يسمح لنا بتطبيق حيثيات دراستنا وتحقيق ما نريد التوصل إليه وعليه تم تقربنا من الوزارة الوصية الخاصة بحماية فئة كبار السن بحكم أن دراستنا تشمل كبار السن المقيمين بدار المسنين، فتوجهنا لوزارة التضامن الاجتماعي الكائن مقرها ببئر خادم لأننا كنا بصدد دخول دور الرعاية الخاصة بكل من دالي إبراهيم ومركز سيدي موسى وكذلك دار الرعاية التابعة لباب الزوار.

وبعد ذلك توجهنا مباشرة للأرض التي تسمح لنا في مباشرة عملنا الميداني وجمع المعطيات التي نريدها وتخدم وتزيد من فعالية دراستنا، بحيث قصدنا كل من دار المسنين التابعة لسيدي موسى ودالي إبراهيم ولأن زمن دراستنا واكب زمن انتشار جائحة كورونا (covid-19) في الجزائر عطل عملية ولوجنا لدور رعاية أخرى بحكم الإجراءات والقوانين الصادرة من الدولة ووزارة الصحة التي كانت تطلب الالتزام بالحجر الصحي لتفاقم أزمة الوباء في الجزائر ولصعوبة الظروف تم تقليص عدد عينتنا، كما تم ربط علاقتنا مع المسؤولين والقائمين على تولي دور الرعاية، ولجوئنا

للزملاء الأخصائيين النفسانيين وغيرهم من أجل التوصل للعينة التي نريدها والتي يمكن أن نتعامل معها وتثري رصيد معلوماتنا وتثمن معطيات دراستنا.

2. المنهج المستخدم

ولأن دراستنا كان مضمونها يتمحور حول (أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق النفسي وجودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين) نجد المنهج الوصفي الارتباطي هو المنهج الأنسب لتحقيق الأهداف المسطرة من خلال تناولنا لهذا المجال من الدراسة.

بحيث أن الدراسات الوصفية تشمل كل الدراسات التي تتوقف عند وصف الظواهر أو العلاقة غير السببية بين الظواهر، هذا يعني إستدخال الدراسات الإرتباطية ضمن الدراسات الوصفية، بل أن هناك من يرى أن الدراسات السببية المقارنة تدخل ضمن الدراسات الوصفية لا تحدد العلاقة السببية بشكل دقيق. [1]

وعلى اعتبار أن المنهج الوصفي يرتكز على وصف وتفسير الظاهرة موضوع البحث، ويعبر عن جمع البيانات بنوعيها الكيفي والكمي حول الظاهرة محل الدراسة وذلك تحليلها وتفسيرها لاستخلاص النتائج لمعرفة طبيعتها و خصائصها، وتحديد العلاقات بين عناصرها بينها وبين الظواهر الأخرى و الوصول إلى تعميمات. [2]

---

[1] حسين عبد الفتاح: عناصر محاضرات مادة البحث العلمي في التربية وعلم النفس قسم علم النفس جامعة أم القرى بمكة المكرمة.2005، ص30.

[2] محمد داودي ومحمد بوفاتح: منهجية كتابة البحوث العلمية و الرسائل الجامعية. الجزائر: مكتبة الأوراسية. 2007، ص81.

وعليه تم اعتمادنا على المنهج الوصفي الارتباطي بمنهجيته وخطواته ومسلماته للتوصل لنتائج دراستنا، وتحليلها وتفسيرها.

3. مجال الدراسة

يعتبر مجال الدراسة من أهم الخطوات التي يسعى الباحث إلى تحديدها طول مراحل دراسته، ومن أجل الوصول إلى تحقيق الهدف المحدد لدراستنا، حددنا مجالات دراستنا في ثلاثة مجالات نذكرها فيما يلي:

1.3. المجال البشري:

بعد دراستنا الاستطلاعية والقراءة المفصلة للإحصائيات التي سيتم توضيحها بالتفصيل، وبعد تحديدنا الدقيق لخصائص العينة توصلنا إلى أن عدد كبار السن الذين يمثلون مجموع عينة دراستنا قد بلغ 100 (مسن/ مسنة) مقيم بدار المسنين.

2.3.المجال المكاني:

لكل دراسة علمية مكان محدد تجري به، وهو ما يعرف بمكان إجراء الدراسة خصوصا في جانبها الميداني، وقد تم إجراء دراستنا هذه بالاعتماد على المسنين المقيمين بمؤسسة دار الأشخاص المسنين، الذي مقرها سيدي موسى طريق براقي، الجزائر العاصمة، أسست كمؤسسة رسمية بتاريخ 1966، بموجب المرسوم التنفيذي 12/133المؤرخ بتاريخ 17 مارس 2012.

وكذلك دار كبار السن التي تقع بدالي إبراهيم بالجزائر العاصمة والتي كانت تضم مابين (1963- 1986) الأشخاص الذين ليس لديهم مأوى، وبعد هذه الفترة تم صدور مرسوم

رقم82/80 وهذا في عام 1980 المؤرخ ب15 مارس الذي تضمن إنشاء وتنظيم وتسيير دار كبار السن تحت وصاية وزارة الصحة ثم انتقلت الوصاية لوزارة التضامن.

3.3. المجال الزماني:

تم تطبيق هذه الدراسة مع بداية سنة 2020 إلى غاية الزمن الذي عرفت فيه الجزائر دخول فيروس كورونا (COVID-19) لأراضيها في حوالي 17 فيفري كإعلان أول إصابة في الجزائر، على غرار دول العالم أجمع.

4. العينة

ونقصد بالعينة هي ذلك الجزء من المجتمع التي يجري اختيارها وفق قواعد وطرق علمية، بحيث تمثل المجتمع تمثيلا صحيحا. [1]

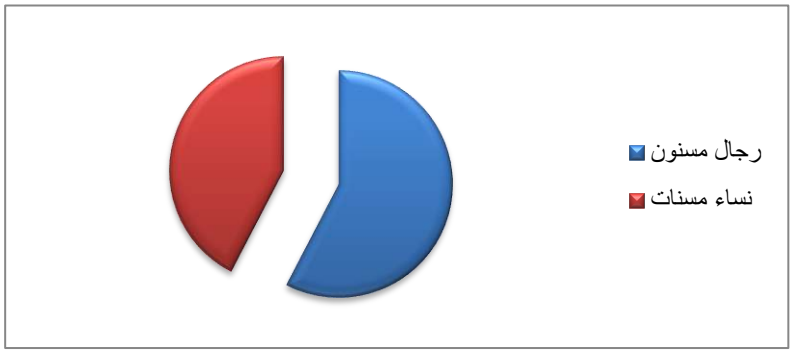
1.4. طريقة اختيار عينة الدراسة

بالنسبة لدراستنا فقد اخترنا عينة محددة لإمكانية فحص فرضيات الدراسة، بحيث أخذنا بعين الاعتبار حدود إمكانياتنا، ولتحديد مجالها البشري ومن أجل التحكم في نوع وحجم عينتنا، فقد تم الاعتماد على عدة متغيرات على الخصائص المحددة مسبقا وهي أن يكون أفراد العينة من:

- ✓ كبار السن المقيمين بدار المسنين.
- ✓ يفوق سنهم 60 سنة لكلا الجنسين.
- ✓ تمتعهم بصحة تؤهلهم للتفاعل معنا.

[1] عبد المجيد لطفي: علم الاجتماع.ط7. القاهرة: دار المعارف.1976، ص353.

وهذا ما جعل عدد عينة دراستنا ينحصر ضمن (100مسن/مسنة)، وذلك وفق ما هو موضح في الشكل الآتي:



شكل رقم (4): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

نظرا لما يمكن توفره لدينا وفق ما تحتويه المراكز وكذلك حسب طبيعة خصائص عينة دراستنا، أي أننا أردنا جمع أكبر عدد ممكن غير أن المعطيات الخاصة بالأفراد القاطنين بنفس المراكز لا تسمح بحكم أن أغلبيتهم لديهم إعاقة لا تسمح لنا بالتعامل معهم، مع أنه يمكن الإشارة إلى أن دراستنا واكبت دخول جائحة فيروس كورونا (COVID-19) للجزائر وهذا ما قد ساهم كذلك في صعوبة الوصول للعينة والتوسيع منها والزيادة في مجموعها، جراء هشاشة مرحلة عمرهم من جهة، وما يمكن التعرض له من خطورة التعرض للفيروس وكذا التزامنا بالحجر الصحي المبرم على جميع الجزائريين للخفض من وتيرة الإصابات بفيروس كورونا (COVID-19) من جهة أخرى.

5.الأدوات المعتمد عليها في الدراسة

لكل دراسة ميدانية لها وسائل تتمثل في أدوات أو مقاييس تطبق على عينة الدراسة بغرض جمع المعطيات وتفسيرها وصولا لتحقيق الأهداف المرجوة من إجراء الدراسة؛ وعليه اعتمدنا في دراستنا الحالية على الأدوات التالية:

1.5. مقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية للمسنين

إذ تم إعداده من طرف "لازاروس وفولكمان (Lazarus et Folkman 1988) لقياس استجابة المواجهة للمواقف الضاغطة المدركة لدى المسنين، يتكون هذا المقياس من 66 عبارة، ويعتبر من اختبارات الورقة والقلم، ويطبق في جلسة واحدة مدتها 10 دقائق، حيث فيها يطلب من الفرد التركيز على الضغوط التي تواجهه في الأسبوع الماضي، وأن يجيب عن عبارات المقياس برد الفعل أو الاستجابة التي استخدمها لمواجهة هذه الضغوط. [1]

❖ وفيما يلي وصف الأبعاد والعبارات المكونة للمقياس :

1- المواجهة :محاولات مؤكدة لتغيير الموقف وتستخدم قدرا من العدائية وسلوك المخاطرة وتشمل العبارت: (6،7، 17، 27، 33).

2- العزل :جهود معرفية لعزل الذات عن الموقف كمحاولة لتقليص وتخفيف التأثير ويتضمن العبارات(4، 12، 13 ،15، 21 ،40، ،43 ، 53 ، 55)

[1] بشرى اسماعيل أحمد: مقياس أساليب المواجهة للمسنين.مصر:مكتبة الأنجلو المصرية.2013، ص7.

3- ضبط الذات :محاولات الفرد للتحكم في مشاعره وتصرفاته، ويتضمن العبارات: (10 ،14 ،34 ،36، 42 ،51، 52، 60، 61).

4- السعي لطلب المساندة الاجتماعية :هي جهود لطلب بعض الأنواع المساندة من الآخرين مثل المساعدات المعلوماتية، الإنفعالية، أو المادية، وتشمل العبارات: (8، 18، 22 ،30 ،41 ،44).

5- تحمل المسؤولية :إدراك أو معرفة الفرد لدوره في الموقف وتعهده بحل المشكلة، ويشتمل أربعة عبارات هي: (24،9، 28 ،49 ،59 ،36).

6- الهروب - التجنب :جهود واعية لتجنب الموقف أو المشكلة، ويتكون من 8 عبارات هي: (3، 11، 16،31 ،32، 39، 45، 48 ،56 ،57 ،64).

7-التخطيط لحل المشكلة :تلك الجهود التي ترتكز على المشكلة بشكل جيد من أجل تغيير الموقف أو حل المشكلة، ويتكون من ست عبارات هي :(1 ،2 ،5 ،26 38، 46، 47 ،50، 62).

8-إعادة التقييم الإيجابي :جهود معرفية للشعور بالأهمية الإيجابية والتركيز على الإنجاز الشخصي وتشمل 7 عبارات هي: (19، 20، 23، 29، 35 ،37، 54 ،58).

❖ **طريقة التصحيح:**

يجاب عن المقياس باستخدام مقياس" ليكرت "ذي النقاط الأربع(لم استخدم ذلك، أستخدمه إلى حد ما، استخدمه كثيرا) وتعطي الدرجات التالية (0، 1، 2، 3) ومجموع درجات الفرد على

عبارات أحد الأبعاد المكونة للمقياس هي درجة الفرد على هذا المقياس الفرعي أو في هذا النوع من المواجهة والدرجة الكلية للمقياس هي مجموع درجات الفرد على بنود المقياس ل (64).

2.5. مقياس التوافق النفسي للمسنين:

قام بإعداده كل من محمد أحمد إبراهيم سعفان وشيماء صابر إسماعيل لقياس التوافق النفسي للمسنين، بحيث يضم 64 بند مركزة حول المسن وفي مدى شعوره بالتوافق النفسي، وما على المسن إلا الإجابة أمام كل سؤال وفق ما يشعر به فعلا أمام كل عبارة. [1]

❖ **مفتاح تصحيح مقياس التوافق النفسي للمسنين:**

عند تصحيح المقياس يجب أولا تحديد العبارات الموجبة والعبارات السالبة في المقياس حتى نوزع القيم العددية حسب مستوى الاستجابة واتجاه العبارة، واتجاه عبارات المقياس كالأتي:

- ✓ **أرقام العبارات السالبة:** عددها (52) عبارة وهي موزعة في المقياس وتأخذ الأرقام التالية (1 .2. 5. 6. .7 .8. 9. 11. .12 .13. 14. 15. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 29. 30. 31. 32. 33. 35. 36. 37. 38. 39. 41. 42. 44. 45. 47. 48. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64).
- ✓ **العبارات الموجبة:** عددها (12) عبارة وهي موزعة في المقياس وتأخذ الأرقام الآتية: (2. 4. 10. 16. 22. 25. 28. 34. 40. 43. 46. 49).
  - تقدير الدرجة في ضوء اتجاه العبارة

[1] سعفان وصابر اسماعيل المرجع المذكور سابقا.

- ✓ **العبارات الموجبة توزع درجاتها كالآتي:** تنطبق تماما (3)، تنطبق أحيانا (2)، لا تنطبق (1).
- ✓ **العبارات السالبة توزع درجاتها كالآتي:** تنطبق تماما (1)، تنطبق أحيانا (2)، لا تنطبق (3).

❖ **دلالة الدرجة على المقياس**

يشير ارتفاع الدرجة إلى ارتفاع مستوى التوافق النفسي في البعد المقاس ويشير انخفاض الدرجة إلى انخفاض التوافق النفسي في البعد المقاس.

❖ **حدود الدرجات**

	البعد	أدنى درجة	أعلى درجة
1	عبارات التوافق الشخصي: عددها 11 عبارة	11	33
2	عبارات التوافق الصحي: عددها 14 عبارة	14	42
3	عبارات التوافق الانفعالي: عددها 13 عبارة	13	39
4	عبارات التوافق الأسري: عددها 08عبارة	8	24
5	عبارات التوافق الاجتماعي: عددها 10 عبارة	10	30
6	عبارات التوافق الاقتصادي: عددها 08	8	24

	عبارة		
	الدرجة الكلية للمقياس	64	192

3.5. مقياس جودة الحياة:

استخدم في الدراسة الميدانية الحالية مقياس جودة الحياة الذي قامت بإعداده فاطمة الزهراء الزروق سنة (2009)، بحيث يضم (51) بندا والتي تقيس جودة الحياة لدى كبار السن، كما يحتوي المقياس على تعليمة مفادها وضع إشارة أمام الجواب الذي يمثل صدق ما يعبر عنه فعلا كبير السن في حالته وفق السؤال المطروح أمامه. [1]

ويتكون المقياس من 51 بند تقيس ستة أبعاد، هي كالآتي:

الأبعاد	**رقم العبارات**	
	البنود	البنود المعكوسة
بعد الصحة الجسدية	04 ،03	01،02 ،05
بعد الصحة النفسية	لا توجد بنود إيجابية	11،10،09،08،07،06 17،16،15،14،13،12
بعد الاستقلالية الذاتية	22،21،20،19،18	لا توجد بنود سلبية
بعد العلاقات الاجتماعية	32،31،29،28،25،24،23	33،30،27،26
بعد البيئة و المحيط	38	37،36،35،34
بعد الجانب الديني و التوجه نحو الحياة	45،44،43،42،41،40،39، 51،50،49،48،47،46	لا توجد بنود سلبية

[1] الزروق المرجع المذكور سابقا

❖ **طريقة تصحيح مقياس جودة الحياة**

البدائل البنود	دائما	أحيانا	نادرا	أبدا
البنود	**4**	**3**	**2**	**1**
البنود المعكوسة	**1**	**2**	**3**	**4**

4.5. الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) للمقاييس المعتمد عليها في الدراسة الحالية وفق ما هو موضح في الملحق رقم (4).

1.4.5. الخصائص السيكومترية لمقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية للمسنين:

✓ **حساب صدق المقارنة الطرفية لمقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية للمسنين:**

– الصدق التمييزي: المقارنة الطرفية:

جدول رقم (4): يبين درجة الصدق عن طريق المقارنة الطرفية لمقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية للمسنين

المجموعة		العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	الاختبار T	مستوى الدلالة
أساليب مواجهة الضغوط النفسية للمسنين	العليا	8	144,50	22,72	14	4,97	0,01
	الدنيا	8	184,75	2,71			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (04) أن متوسط الحسابي للمجموعة العليا قد بلغ (144.50)، وانحرافه المعياري قدرب (22.72)، مقارنة بالمتوسط الحسابي للمجموعة الدنيا الذي بلغ (184.75)، وانحرافه المعياري فقد بلغ (2.72) وهو دال عند (0.01)، أما اختبار T بلغ (4.97) ومنه المقياس مميز وصادق ويمكن الاعتماد عليه.

- ✓ **ثبات المقياس**

- معامل ألفاكرومباخ لمقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية للمسنين:

جدول رقم (5): يبين درجة الثبات عن طريق ألفاكرومباخ للمقياس

المقياس	درجة الثبات
أساليب مواجهة الضغوط النفسية للمسنين	0.87

من خلال نتائج الجدول رقم (05) نلاحظ أن معامل الثبات عن طريق التجزئة النصفية للمقياس قد بلغت (0.87) وهي قيمة مرتفعة بالنسبة إلى (1) تجعل هذا المقياس ثابت ويمكننا الاعتماد على نتائجه.

2.4.5. الخصائص السيكومترية لمقياس التوافق النفسي للمسنين

- ✓ **حساب صدق المقارنة الطرفية لمقياس التوافق النفسي للمسنين:**

- الصدق التمييزي: المقارنة الطرفية:

جدول رقم(6): يبين درجة الصدق عن طريق المقارنة الطرفية لمقياس التوافق النفسي للمسنين

المجموعة		العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	الاختبار T	مستوى الدلالة
التوافق النفسي للمسنين	العليا	8	83,50	1,69	14	5,87	0,01
	الدنيا	8	96,50	6,02			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (06) أن متوسط الحسابي للمجموعة العليا قد بلغ (83.50)، وانحرافه المعياري قدرب (1.69)، مقارنة بالمتوسط الحسابي للمجموعة الدنيا الذي بلغ (96.50)، وانحرافه المعياري فقد بلغ (6.02) وهو دال عند (0.01)، أما اختبار T بلغ (5.87)، ومنه المقياس مميز ويمكن الاعتماد على نتائجه.

- ✓ **حساب ثبات المقياس**

- معامل ألفاكرومباخ لمقياس التوافق النفسي:

جدول رقم (07): يبين درجة الثبات عن طريق ألفاكرومباخ للمقياس

المقياس	درجة الثبات
التوافق النفسي للمسنين	0.75

من خلال الجدول رقم (07) نلاحظ أن درجة ثبات مقياس بلغت نسبة ثباته (0.75) من أصل (1)، وهي قيمة مقبولة تجعل من هذا المقياس ثابت و قابل للاستعمال، و يمكن الاعتماد على نتائجه.

3.4.5.الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة:

✓ حساب صدق المقارنة الطرفية لمقياس جودة الحياة:

– الصدق التمييزي: المقارنة الطرفية:

جدول رقم (8): يبين درجة الصدق عن طريق المقارنة الطرفية لمقياس جودة الحياة

المجموعة		العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	الاختبار T	مستوى الدلالة
جودة الحياة	العليا	8	112,62	6,32	14	12,82	0,01
	الدنيا	8	149,37	5,06			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (08) أن متوسط الحسابي للمجموعة العليا قد بلغ(112.62)، وانحرافه المعياري قدرب (6.32)، مقارنة بالمتوسط الحسابي للمجموعة الدنيا الذي بلغ (149.37)، وانحرافه المعياري فقد بلغ (5.06) وهو دال عند (0.01)، أما اختبار T بلغ (12.82) ومنه المقياس مميز وصادق ويمكن الاعتماد عليه.

✓ **حساب ثبات مقياس جودة الحياة:**

– معامل ألفاكرومباخ لمقياس جودة الحياة:

جدول رقم (09): يبين درجة الثبات عن طريق ألفاكرومباخ للمقياس

المقياس	درجة الثبات
جودة الحياة	0.74

من خلال الجدول رقم (09) نلاحظ أن درجة ثبات مقياس بلغت نسبة ثباته (0.74) من أصل (1)، وهي قيمة مقبولة تجعل من هذا المقياس ثابت و قابل للاستعمال، و يمكن الاعتماد على نتائجه.

6. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

تمت المعالجة الإحصائية للبيانات باستعمال حزمة البرنامج الإحصائي في العلوم الاجتماعية SPSS 22، ولاختبار الفرضيات اعتمدنا على الأساليب الإحصائية التالية :

- ✓ معامل الفالكرونباخ.
- ✓ التجزئة النصفية(جاتمان).
- ✓ المتوسط الحسابي.
- ✓ الإنحراف المعياري.

- ✓ معامل الارتباط بيرسون.
- ✓ كا^2
- ✓ إختبار" T-test ".

خلاصة الفصل

لقد تم طرحنا في مضمون هذا الفصل لحيثيات الدراسة الاستطلاعية، كما وضحنا المنهج الذي تم إتباعه في دراستنا، مع تحديد مجال القيام بدراستنا وكيفية تأطيرها، مع الإشارة لأهم ما يميز عينة دراستنا من خصائص ومميزات، مع ذكرنا لأهم المقاييس والأدوات التي اعتمدنا عليها لجمع المعطيات والمعلومات حول عينة دراستنا، كما تم التعرف على هذه الأدوات وعلى أهم ما تتضمنه من أبعاد ونوعية بنودها، مع عرضنا لنتائجها السيكومترية التي من خلالها حكمنا على صلاحيتها وفعاليتها لتكون أدوات علمية يمكن تبنيها والاعتماد على نتائجها، كما وأن سبق عرض لطريقة تصحيحها حتى نتمكن من تحليل النتائج المتوصل لها عن طريق تطبيقها على عينة الدراسة.

الفصل السادس:

عرض ومناقشة

نتائج الدراسة

تمهيد

يرتقي أي بحث علمي ويكتسب طابع الاكتمال من خلال اختبار فرضياته من أجل الوصول إلى قرارات تخص هذه الفرضيات، فبعدما تطرقنا في الفصل السابق إلى الجانب المنهجي الذي اعتمدت عليه هذه الدراسة، سوف نحاول في هذا الفصل التأكد من صحة فرضيات الدراسة والمتعلّقة بمتغيراتها، وذلك بتطبيق المعالجة الإحصائية المناسبة لها بالاعتماد على برنامج الحزمة الإحصائية«SPSS» كما هو موضح في الملحق رقم (05)، ثم تقديم تفسيرات منطقية ومناقشتها تبعا لنتائج اختبار فرضيات الدراسة بربطها بالإطار النظري والدراسات السابقة.

1. عرض ومناقشة نتائج الدراسة

1.1.عرض ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

- ✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين كبار السن المقيمين بدار المسنين في أساليب التعامل مع الضغوط النفسية.

بحيث تشير هذه الفرضية إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وفق جنس كبار السن (ذكور– إناث)، ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار t–test لإيجاد الفروق لمتغير أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وفق جنس العينة، وذلك ما يوضحه الجدول الآتي:

جدول رقم (10): يوضح الفروق المتواجدة في متغير أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وفق جنس كبار السن المقيمون بدار المسنين

متغير	العينة	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	T المحسوبة	T المجدولة	sig	مستوى الدلالة
أساليب التعامل مع الضغوط النفسية	100	ذكور	72	2.52	0.30	98	0.79	1.98	0.43	0.05 غير دال
		إناث	28	2.57	0.16					

من خلال الجدول السابق يتضح أن عينة الدراسة قدرت ب: (100) مسناً، (72) منهم ذكور بلغ المتوسط الحسابي لدرجاتهم على مقياس مواجهة الضغوط النفسية ب(2.52) بانحراف معياري قدره: (0.30)، كما قدر عدد الإناث ب: (28) مسنة وبلغ المتوسط الحسابي لدرجاتهن على مقياس مواجهة الضغوط النفسية ب: (2.57) بانحراف معياري قدره: (0.16)، هذا وقد جاءت قيمة اختبار T المحسوبة مساوية لـ: (0.79) وهي أقل من T المجدولة (1.98) بدرجات حرية (98)، أما قيمة Sig (0.43) أي أنها أكبر من مستوى الدلالة (0.05).

ومن خلال المعطيات السابقة يمكننا القول أنه لا توجد فروق بين الجنسين في أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين؛ وبالتالي نقبل الفرض الصفري ونرفض الفرض البديل.

ونظرا لعدم توفر دراسات تنصب وفق فرضية دراستنا يمكن لنا التوجه لدراسة مقاربة لموضوع دراستنا والذي يتمحور حول دراسة قام بها أحمد عبد الفتاح (2004) هدفت إلى الكشف عن الفروق في بعض الاضطرابات النفسية بين المسنين المقيمين بدور الرعاية الاجتماعية في ضوء اختلاف بعض الظروف الخاصة بهم، والتي تتمثل في: الجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، وجود الأبناء، معاملة الأبناء لهم، القدرة على خدمة النفس، وجود أحد الأمراض المزمنة؛ وقد أسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين المسنين في الاضطرابات النفسية وفقا لاختلاف السن، عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين المسنين في الاضطرابات النفسية المحددة سابقا وفقا لاختلاف المستوى التعليمي وأيضا وفقا لاختلاف الحالة الاجتماعية. [1]

وهذا الذي يتماشى مع نتائج فرضيتنا المتعلقة بدراستنا، بحيث وجدنا أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين كبار السن المقيمين بدار المسنين) باختلاف الجنس ضمن متغير أساليب التعامل مع الضغوط النفسية التي تواجههم، بحيث التمسنا من خلال عينة دراستنا أنهم يواجهون مشاكلهم بكل ثقة وعزم لحفظ سلامة راحتهم النفسية، وكذلك ضمان متطلبات عيشهم في المركز الذي يقيمون به، إذ يتمتعون بوعي يؤهلهم لطلب كل ما يوفر عيشهم الكريم ومواصلة حياتهم بفخر واعتزاز.

[1] تعيلب المصدر المذكور سابقا، ص 192.

2.1. عرض ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية

- ✓ يستعمل كبار السن المقيمين بدار المسنين أساليب ترتكز على المشكلة أكثر من الانفعال أو التوجه لطلب المساندة الاجتماعية في تعاملهم مع الضغوط النفسية.

بحيث تنص الفرضية على أن كبار السن المقيمون بدار العجزة يستعملون أساليب ترتكز على المشكل أكثر من الانفعال أو السند الاجتماعي في تعاملهم مع الضغوط النفسية، ولحساب وتفسير ذلك نعتمد على نتائج الجدول التالي:

جدول رقم (11): يوضح أهم الأساليب لتي يعتمد عليها كبار السن في تعاملهم مع الضغوط النفسية

متغير أساليب التعامل مع الضغوط النفسية	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة
التوجه نحو السند الاجتماعي	100	2.74	0.50	0.05
التوجه نحو الانفعال		2.41	0.26	
التوجه نحو المشكل		2.62	0.28	

يتضح من الجدول أعلاه أن عينة الدراسة بلغت: (100) مسناً، كما أن المتوسط الحسابي العام للتوجه نحو السند الاجتماعي اكبر من المتوسط العام الموجه لأبعاد الانفعال والمشكل، بحيث بلغ المتوسط الحسابي لأسلوب التوجه نحو المساندة الاجتماعية ب:(2.74)، أما المتوسط الحسابي الخاص بأسلوب الاعتماد على الانفعال ب:(2.41)، وأخيرا نجد المتوسط

الحسابي المتعلق بأسلوب التعامل مع الضغوط النفسية الموجه للمشكلة قد بلغ (2.62)؛ وعليه يمكننا القول أن كبار السن المقيمين بدار المسنين يستعملون أساليب ترتكز على السند الاجتماعي أكثر من استعمالهم لأساليب ترتكز على المشكلة أو الانفعال؛ وعليه فإن فرضية دراستنا لم تتحقق.

وفي إطار ما سبق نجد دراسات أسفرت نتائجها مع الطرح الموافق لفرضيتنا من بينها نجد دراسات Terry & Conway (1992) وأعمال Vitaliano زملائه (1990) والتي تؤكد توجهنا في صياغة فرضيتنا إلى أن المواجهة التي تركز على المشكل أكثر فعالية عند تقدير الحدث بأنه قابل للضبط، في حين تكون الاستجابات التي تركز على الانفعال توافقية في المواقف ذات قابلية ضبط ضعيفة. [1]

في حين نجد دراسات أخرى تؤكد وتمثل نتائج فرضية الدراسة من بينها نجد دراسة استون ونيل Ston & Neal (1984) التي تحدد من خلالها على أن المساندة الاجتماعية تعد استراتيجية فعالة لمواجهة الضغوط النفسية.[2]

بالإضافة إلى دراسة كل من Mitchell (1982),Heller & swindler (1983) , Moos & التي أوضحت وجود ارتباط إيجابي وفعال بين الموارد الاجتماعية والصحة النفسية والجسدية، إذ تمثل هذه المصادر لدى الفرد مركز للدعم الانفعالي، والمساعدة، وبالإرشاد والتوجيه لذلك فالفرد الذي يتمتع بموارد دعم وسند اجتماعي له أكثر قابلية في التعامل ومواجهة

[1] آيت حمودة وآخرون المرجع المذكور سابقا، ص51.

[2] عبد العظيم حسين وعبد العظيم حسين، المرجع المذكور سابقا.

الضغوط التي تواجهه؛ أي أن الموارد الاجتماعية المتاحة للفرد تعزز مجهودات المواجهة التوافقية لديه. [1]

كما نجد في دراسة كل من طه عبد العظيم حسين وسلامة عبد العظيم حسين (2006) تأكيد على أن الأساليب الفعالة في التعامل مع الضغوط النفسية تتضمن سلوكيات فعالة تساعد الفرد على حل المشكلة وتتضمن هذه السلوكيات البحث عن معلومات والتفكير في الحلول البديلة للمشكلة وطلب المساندة الاجتماعية من الأصدقاء والأسرة ومراكز الإرشاد، في حين أن استراتيجيات المواجهة غير الفعالة هي عبارة عن مجموعة من السلوكيات التي يقوم بها الفرد لتجنب التعامل مع المشكلة. [2]

وفي دراسة أخرى ل Folkman وآخرون (1986) على عينة من الأزواج والمسنين توصلت الدراسة إلى أن أمام المواقف نفسها تميل النساء نسبيا إلى استخدام أكثر لإستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي مقارنة بالرجال، ويميل الرجال أكثر لإستراتيجية ضبط الذات مقارنة بالنساء، في حين لا توجد فروق بين الجنسين في استخدام واللجوء لإستراتيجيات الستة الأخرى للمواجهة المتبقية من بينها المواجهة المركزة على المشكل، والسند الاجتماعي. [3]

ومن خلال ما سبق عرضه من نقاط تتمحور حول التوجه نحو أسلوب طلب المساندة الاجتماعية كعامل فعال في التعامل مع الضغوط النفسية، نجد كبار السن المقيمين بدار المسنين يتوجهون فعلا حسب نتائج دراستنا إلى الميل نحو البحث عن الدعم والمساندة لحل المشكلات التي يتعرضون لها للتخفيف عنهم وإيجاد الحلول للمواقف التي تنتظر المعالجة، كما

---

[1] آيت حمودة وآخرون المرجع نفسه.

[2] عبد العظيم حسين وعبد العظيم حسين المرجع المذكور سابقا، ص109.

[3] آيت حمودة وآخرون المرجع المذكور سابقا.

تبين لنا من خلال تعاملنا مع عينة دراستنا بمراكز أو ديار المسنين نجد المسن يتوجه للفئات المعنية بالمركز حتى يطلب المساعدة في حل بعض المشكلات خاصة تلك التي تتعلق بظروف راحته ضمن إقامته بالمركز الذي يتواجد فيه، بحيث نجده يتوجه مباشرة للطاقم الذي يتولى أموره ويطلب مساعدة وتوجيه وبالتالي يفك صراعه مع المشكل الذي تعرض له فيقل ضغطه ويحقق توافقه النفسي ويواصل عملية تعايشه واندماجه في محيطه مع رسم مسار عيش يليق براحته وطمأنينته الانفعالية التي تحدد سلامته النفسية والصحية.

3.1. عرض ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة

- ✓ لدى أغلبية كبار السن المقيمين بدار المسنين مستوى التوافق النفسي منخفض.

وحتى نتوصل للنتائج الدالة على الفرضية السابقة نعرض الجدول الآتي:

جدول رقم (12): يشير إلى مستوى التوافق النفسي لدى كبار السن المقيمون بدار المسنين

مستوى التوافق النفسي	أوزان مقياس التوافق النفسي	النسبة المئوية	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	مستوى الدلالة
منخفض	1 -1.66	%17.18	2.50	0.095	0.05
متوسط	-1.67 2.32	7.81%			

مرتفع	3-2.33	75%				

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن المتوسط الحسابي لدرجات مقياس التوافق النفسي الذي أجيب عليه من طرف كبار السن المقيمين بدار المسنين قد بلغ ب: (2.50) بانحراف معياري قدره: (0.095)، و بما أن المتوسط العام للتوافق النفسي بلغ (2.50) وهو يتمحور ضمن درجات (2.33-3)، ومع أن النسبة المئوية للمستوى المرتفع قد بلغت ب: (75%) وهي أعلى نسبة، يدل ذلك على المستوى المرتفع للتوافق النفسي هو الأكثر تواجدا لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين.

وبناء على ما سبق يمكننا القول أن لدى أغلبية كبار السن المقيمين بدار المسنين مستوى التوافق النفسي مرتفع وليس منخفض وعليه فرضية دراستنا لم تتحقق.

بحيث نجد عمل سناء محمد سليمان التي كانت من خلاله تدرس إشكالية التوافق الشخصي والاجتماعي عند المسنين بحيث تؤكد من خلال دراستها أن الفرد كما يعيش في إطار تكوينه العضوي الفسيولوجي البدني فإنه يعيش أيضا في إطار بيئته، وعليه أن يكيف نفسه لمطالب البيئة حتى يحقق مطالبه بصورة سليمة تتفق وخصائصه النفسية وما يطرأ عليها من تغيير خلال مراحل نموه من الرشد إلى الشيخوخة، وهو قادر على تحقيق عملية التوافق في طفولته ومراهقته ورشده وذلك لمرونة جهازه العصبي وعندما تضعف هذه المرونة يصعب

عليه إقامة الدعائم الصحية لهذا التوافق وخاصة عندما ينتصف به العمر وينتهي به إلى الشيخوخة .[1]

وما يؤيد ذلك أيضا نجد دراسة بلقبي فطوم وفنيش حنان (2019) التي كانت تهدف إلى الكشف عن دور الخدمات النفسية والاجتماعية في تحقيق التكيف لدى المسنين المقيمين في دور الرعاية إلى أن الشيخوخة في دور الرعاية للمسنين تبدو أكثر تعقيدا وألما على نفسية المسن، وذلك من خلال فقد المسن للأقران وأصدقاء الطفولة والعمل في البيئة الجديدة وهو من العسير عليه تكوين صداقات جديدة، وهذا مما ينعكس على عمد الكفاية في إشباع مشاعر الحب والصداقة والانتماء للمكان والزمان معا، حيث تلعب البيئة الجديدة دورا كبيرا في التأثير على سلوكه النفسي والاجتماعي بشكل ظاهر، وقد ينعكس هذا التأثير سلبا على انخراطه بالمجتمع الجديد وبالتالي يجعله أسيرا لمشاعر الحزن والتعاسة واختلال توازنه النفسي. [2]

وعلى غرار عينة دراستنا نجد أن لديهم مستوى مرتفع من التوازن النفسي و قد يرجع ذلك لطبيعة تعاملهم مع المواقف التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية؛ أي أن المراحل العمرية التي مرت عليهم أدت دورها وبفعالية في تحديد وضبط توازن كبير السن واتزان انفعالاته محافظا على هدوئه وراحته، كما يمكن أن نرجع ذلك إلى الظروف التي يعيشونها بالمركز الذي يحتويهم.

---

[1] سليمان المرجع المذكور سابقا، ص35.

[2] فطوم بلقبي وحياة فنيش: دور الخدمات النفسية والاجتماعية في تحقيق التكيف لدى المسنين في دور الرعاية. مداخلة بملتقى دولي مشكلات المسنين– بين الواقع والآفاق–. جامعة البويرة. الجزائر.2019.

4.1. عرض ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة

- ✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين جنسين كبار السن المقيمين بدار المسنين في التوافق النفسي.

بحيث تشير هذه الفرضية إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير التوافق النفسي حسب جنس كبار السن (ذكور– إناث)، ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبارt–test للإيجاد الفروق في الجنس لمتغير التوافق النفسي، وهذا ما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم (13): يمثل الفروق المتواجدة في متغير التوافق النفسي لدى كبار السن المقيمون بدار المسنين وذلك حسب جنسهم

متغير	العينة	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	T المحسوبة	T المجدولة	sig	مستوى الدلالة
التوافق النفسي	100	ذكور	72	2.49	0.11	98	2.77	1.98	0.007	0.05 دال
		إناث	28	2.53	0.03					

يتبين من خلال الجدول أعلاه أن العينة قد بلغ عددها: (100) مسناً، منها (72) ذكور و(28) إناث، كما يتضح لنا وجود فروق طفيفة دالة احصائيا في درجة التوافق النفسي من كلا الجنسين (ذكور، إناث)، حيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور (2.49) وانحرافه المعياري (0.11)، أما متوسط الحسابي للإناث بلغ (2.53) وانحرافه المعياري قدر ب: (0.03) أما

قيمة T المحسوبة بلغت (2.77) وهي أكبر من T المجدولة (1.98) عند درجات حرية (98)، وبما أن قيمة Sig بلغت (0.007) وهي أقل من (0.05)؛ إذن يمكننا القول أنه توجد فروق لصالح الإناث في مستوى التوافق النفسي لدى المسنين المقيمين بدار المسنين؛ وبالتالي نقبل الفرض البديل ونرفض الفرض الصفري.

وهذا ما يطابق نوع ما نتائج دراسة (سني،2015) والتي كانت تهدف إلى معرفة العلاقة بين تقدير الذات والتوافق النفسي لدى المسن المقيم بدار الشيخوخة تبعا لجنس المسن، بحيث دلت نتائجها على أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين تقدير الذات والتوافق النفسي لدى الذكور، كما أن الدراسة تؤكد وجود علاقة ارتباطية بين تقدير الذات والتوافق النفسي لدى الإناث، وهذا يعني أن الإناث أكثر تأثرا بهذه العلاقة منهم لدى الذكور. [1]

كما جاء في دراسة مايسه النيال وماجدة علي (1955) التي كانت بعنوان" السعادة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والشخصية لدى عينة من المسنين والمسنات دراسة مقارنة" وقد تكونت عينة الدراسة من ستين فردا بمتوسط عمري قدره (68.25) واستخدمت الباحثتان مقياسا للسعادة من إعدادهما ومقياس قلق الحالة/ السمة لسبيلبيرجر وقائمة "بيك" للاكتئاب ومقياسي العصابية والانبساط من اختبار إيزنك للشخصية، وقد تم تطبيق هذه المقاييس تطبيقا فرديا، وأوضحت النتائج أن المسنين أكثر سعادة من المسنات، كما تبين أن المسنات أكثر تأثرا من المسنين على مقياس الاكتئاب وعلى مقياس العصابية. [2]

---

[1] سني المرجع المذكور سابقا.

[2] سني المرجع نفسه، ص118-119.

إلا أنه ورد لدينا نتائج حول فرضية دراستنا تدل على وجود فروق (طفيفة) ذات دلالة احصائية بين كبار السن المقيمين بدار المسنين ضمن متغير التوافق النفسي باختلاف الجنس وذلك لصالح الإناث، بحيث نؤكد نتيجة ذلك من خلال ما ورد لدينا من معطيات ومعلومات مرتبطة بعينة دراستنا (المسنات)، وما تتخذه كإجراء للحفاظ على توافقها النفسي ومن ثمة على سلامة صحتها النفسية كونها لا تختلف بنسبة كبيرة عن الذكور في توافقها النفسي، إلا أنه تعتبر الإناث الأكثر تمتعا بتوازنها النفسي على غرار أقرانهم من ذكور كبار السن، بحيث يمكن أن نرجع ذلك لطبيعة الأنثى وكيفية مجاراتها للمواقف وكذلك إلى ما مر عليها من مشاكل في مراحلها العمرية السابقة أدى بها إلى الحفاظ أكثر على توازنها وانضباطها الانفعالي كونها قد أدركت مغزى الحياة أنه مهما صعب الحال سيمر وينتهي؛ وعليه عرفت كيف تتوازن لتستفيد من راحة بالها ومنه صحتها النفسية التي تنعكس على صحتها الجسدية.

5.1. عرض ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة

- ✓ توجد علاقة إرتباطية بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين.

بحيث تشير هذه الفرضية إلى قياس العلاقة الارتباطية بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية والتوافق النفسي ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط بيرسون، كما يوضحه الجدول الآتي:

جدول رقم (14): يمثل طبيعة العلاقة الإرتباطية المتواجدة بين متغير أساليب التعامل مع الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى كبار السن المقيمون بدار المسنين

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
أساليب التعامل مع الضغوط النفسية	100	0.27	0.05
التوافق النفسي			

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن عينة الدراسة الكلية قدرت ب: (100) مسناً، بلغ معامل ارتباط درجاتهم على مقياس أساليب التعامل مع الضغوط النفسية مع درجاتهم على مقياس التوافق النفسي ب: (0.27) وهي قيمة موجبة، ودالة احصائياً عند مستوى (0.05).

وبناء على هذه النتائج يمكننا القول أنه توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة أساليب التعامل مع الضغوط النفسية ودرجة التوافق النفسي لدى المسنين المقيمين بدار المسنين؛ وعليه نقبل الفرض البديل ونرفض الفرض الصفري.

وهذا ما أكده " Lazarus" و "Folkman" أن التوافق والتقدير يتأثران بالفروق الفردية في الامكانيات السيكولوجية والمصادر الشخصية والاجتماعية، أي أن سمات الفرد وقدراته وامتلاكه لمهارات التوافق تؤثر في الاستجابات الممكنة للتعامل مع المواقف الضاغطة، وكان المحور الأساسي للدراسة حول المواجهة فحص العلاقات بين استعمال مجهودات مواجهة خاصة وتسوية الضغط، كما يثبت "Costa " و"Mc Care " (1986) بأن المتوافقين نفسيا يستخدمون استراتيجيات معينة من المواجهة تجعلهم أكثر سعادة ورضا عن حياتهم، بينما يستخدم سيؤ التوافق استراتيجيات مختلفة للمواجهة ويشعرون بعدم السعادة والمرض. [1] وهذا ما نجد إثباته من خلال دراسة كراوزاك وآخرون(Krawzak et al, 2008) والتي تهدف إلى استكشاف استراتيجيات المسايرة التي يفضلها المسنون لمواجهة الضغوط المرتبطة بأنماط الحياة، فقد شارك في عينة الدراسة (30) مسن تتراوح أعمارهم فوق (50) عاما أو يزيد، بحيث قاموا باستكمال أداة تقام ذاتيا لقياس الضغوط المرتبطة بأنماط الحياة التي يعيشها المسنون، واستخدام الروحية، وبعض الأنشطة المرتبطة بأساليب المسايرة لديهم، واستبيان طرق المسايرة، وتشير النتائج أن المسنين يفضلون المسايرة المتركزة على حل المشكلات والمساندة الاجتماعية لمواجهة الضغوط النفسية المرتبطة بأنماط الحياة، ولقد وجدت الدراسة أن هناك ارتباط دال عند دراسة استخدام ما يجول بنفسية المسن والمسايرة الايجابية مما يوضح أن هناك علاقة بين المسايرة الناجحة والروحية، كما توضح النتائج أيضا أن الراشدين المشاركين في الدراسة قد استخدموا استراتيجيات مسايرة صحية وتوافقية عند مواجهة ضغوط أحداث الحياة المتعلقة بنمط حياتهم. [2]

---

[1] آيت حمودة وآخرون المرجع المذكور سابقا، ص144-119.

[2] تعيلب المرجع المذكور سابقا.

ومن خلال ما سبق يمكن لنا تأكيد نتائج عملنا من خلال ما جمعناه من معلومات وبيانات من مجموعة أفراد دراستنا، أن هناك علاقة ارتباطية بين نتائج درجات مقياس أساليب التعامل مع الضغوط النفسية ودرجات مقياس متغيرنا الثاني ألا وهو التوافق النفسي، ومن خلال ذلك يمكن أن نؤكد على أن هناك علاقة تربط بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية التي يعتمد عليها كبار السن لمواجهة الضغط ووقوعهم في سوء حالهم مع التوازن النفسي؛ أي أن كبار السن يحققون توافقهم النفسي من خلال تعاملهم ومواجهتهم للضغوط النفسية التي تواجههم.

6.1. عرض ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة

- ✓ لدى أغلبية كبار السن المقيمين بدار المسنين مستوى جودة الحياة منخفض.

إذ تشير هذه الفرضية إلى أن غالية كبار السن المقيمون بدار المسنين لديهم مستوى منخفض من جودة الحياة وللتأكد من ذلك نعتمد على معطيات الجدول التالي:

جدول رقم (15): يشير إلى مستوى جودة الحياة لدى كبار السن

مستوى جودة الحياة	أوزان مقياس جودة الحياة	النسبة المئوية	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	مستوى الدلالة
منخفض جدا	1- 1.75	%7.84	3.07	0.20	0.05
منخفض	1.76- 2.5	%9.80			
متوسط	2.51- 3.25	%49.01			
مرتفع	3.26-4	%33.33			

من خلال الجدول السابق يتضح أن المتوسط الحسابي لدرجات مقياس جودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين قد بلغ ب: (3.07) بانحراف معياري قدره: (0.20)، و بما أن المتوسط العام لجودة الحياة بلغ (3.07) وهو يتمحور ضمن درجات(2.51-3.25)، مع الإشارة للنسبة المئوية التي برزت ب: (49.01%) وهذا ما يدل على المستوى المتوسط لجودة الحياة.

وبناء على ذلك يمكننا القول أنه لدى أغلبية كبار السن المقيمين بدار المسنين مستوى جودة الحياة متوسط وليس منخفض.

وهذا ما قد يعكس نوع ما نص فرضيتنا التي كان مفادها أن أغلب كبار السن المقيمين بدار المسنين لديهم مستوى متوسط في درجات جودة الحياة، وما يؤكد نتائج فرضيتنا نجد دراسة جانسون (Janson, 2008) التي حاول من خلالها "الكشف عن المؤشرات المنبئة بنوعية الحياة لدى المسنين"، بحيث يلجأ إلى توضيح وجود ارتباط بين المؤشرات التي تتنبأ بنوعية الحياة لدى المسنين، ويؤكد على وجود ارتباط بين الإصابة بانخفاض تلقي الفرد للمساندة الاجتماعية الذي من شأنه أن يؤثر على جودة حياته، كما تنعكس على خبراته الذاتية للرضا عن الحياة، كما أن انخفاض مستوى المساندة ارتبط إيجابيا بزيادة أعراض الاكتئاب، وهذا ما يؤكد على أن المسنون المقيمون بدار كبار السن استطاعوا بعد التحاقهم بها وبعد مدة زمنية من التأقلم والاندماج في الحياة الجديدة، وهذا ما توصلت إليه أيضا دراسة يوكا–فونكي (2005) وآخرون الموسومة ب: "العوامل المرتبطة بتغير جودة الحياة لدى مجموعة من كبار السن "والتي هدفت إلى محاولة التعرف على التغيرات في مستوى جودة الحياة والعوامل المرتبطة بتغيير جودة الحياة لدى مجموعة من كبار السن. [1]

[1] أماني المرجع المذكور سابقا.

وذلك ما ينطبق على نتائج دراسة قام بها بولينج وآخرون(Bowling et al ; 2002) حول نظرة المسنين لنوعية الحياة والعوامل المؤدية إلى جودتها، بحيث تضمنت العينة (999) مسنا ومسنة تراوحت أعمارهم بين (65) سنة فما فوق، وتركزت مطالب المسنين حول التأمين على الصحة، والاستقلالية المادية، وإقامة شبكة علاقات ونشاطات اجتماعية، ولقد تمحورت إجاباتهم حول أهمية إقامة علاقة جيدة مميزة وبيئة آمنة، وسكن يسهل عليهم إقامة صداقات وتبادل المساندة الاجتماعية، وعلى أهمية الوقاية من الشعور بالعزلة والوحدة، وكذلك توفير الخدمات الحياتية من مكان الإقامة والحفاظ على الدور الاجتماعي، والكفاية الاقتصادية، وبوجه عام أكد المسنون على رغبتهم بتشجيع التفكير الإيجابي، لذا فهم يحتاجون إلى التعلم والشعور بالرعاية في حياتهم اليومية وتعزيز مهاراتهم لمواجهة الشيخوخة والحفاظ على وظائفهم الصحية. [1]

إذ نجد المكانة الاجتماعية التي كان يحتلها كبار السن المقيمين بدار المسنين قبل التحاقهم بدار المسنين لها دور في تحقيق جودة الحياة لديهم، وكذلك طبيعة شخصيتهم في التعامل مع مواقف الحياة التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية وباختلاف مقر تواجدهم لها فعالية في تحقيق وجودهم الأمثل، وكما دلت نتائج فرضيتنا أن كبار السن المقيمين بدار المسنين لهم مستوى مرتفع في جودة الحياة يؤكد جدارتهم في كونهم عرفوا كيف ينسجمون ضمن محيطهم الجديد وخلق تفاعلات جديدة تجعل من تواجدهم له أثر واضح في المركز، كما يمكن أن يكون ما يقدمه هذا المركز من خدمات ورعاية له دور في تحقيق جودة الحياة

---

[1] نجوى اليحفوفي: التفاؤل والتشاؤم لدى المسنين المتقاعدين والعاملين بعد سن التقاعد، دراسات عربية في علم النفس، لبنان، مجلد3، العدد4، 2004، ص 18.

لدى قاطنيه من كبار السن؛ وهذا ما تم استنتاجه من خلال دليل مقابلتنا اعتمدنا عليه لإثراء معطياتنا وكذلك ما نصت عليه نتائج تطبيقنا لمقياس جودة الحياة على عينة دراستنا.

7.1. عرض ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة

- ✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين في جودة الحياة باختلاف جنسهم.

بحيث تشير هذه الفرضية إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير جودة الحياة وفق جنس كبار السن (ذكور– إناث)، ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار t–test لإيجاد الفروق لمتغير جودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين وفق جنسهم، والجدول الأتي يوضح لنا ما نود التوصل إليه ومعالجته من خلال هذه الفرضية:

جدول رقم (16): يوضح الفروق المتواجدة في متغير جودة الحياة لدى كبار السن المقيمون بدار المسنين وذلك وفق جنسهم

متغير جودة الحياة	العينة	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	T المحسوبة	T المجدولة	sig	مستوى الدلالة
	100	ذكور	72	3.02	0.19	98	3.67	1.98	0.000	0.05 دال
		إناث	28	3.18	0.20					

يتبين من خلال الجدول أعلاه أن عينة الدراسة بلغت: (100) مسناً، منها (72) ذكور و(28) إناث، كما يتضح لنا أنه توجد فروق دالة احصائيا في درجة جودة الحياة من كلا الجنسين (ذكور– إناث)، حيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور(3.02) وانحرافه المعياري (0.19)، أما متوسط الحسابي للإناث بلغ (3.18) وانحرافه المعياري قدر ب: (0.20)، أما قيمة T المحسوبة بلغت (3.67) وهي أكبر من المجدولة (1.98) بدرجات حرية (98)، وبما أن قيمة Sig بلغت (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، اذن يمكن القول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الإناث في مستوى جودة الحياة؛ وعليه نقبل الفرض البديل ونرفض الفرض الصفري.

وعليه يتأكد لنا أنه توجود فروق ذات دلالة احصائية متعلقة بجنس كبار السن المقيمين بدار المسنين في متغير جودة الحياة، وهذا ما يتماشى مع نتائج دراسة رشا محمد أحمد خميس التي كانت تحمل عنوان " جودة الحياة وأساليب مواجهة الضغوط لدى عينة من المسنين وفعالية برنامج تدريبي لتحسين جودة الحياة" بحيث أقيمت الدراسة على عينة قوامها (80) مسنا من الجنسين، مقسمون إلى (40) ذكر، (40) أنثى تتراوح أعمارهم مابين (60–80) عاما، كما تكونت عينة الدراسة التجريبية من (10) مسنين (5) ذكور، و(5) إناث ممن يقيمون بدور الرعاية تتراوح أعمارهم مابين (60–80) عاما، كما اعتمدت في دراستها على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن في الجزء الخاص بالدراسة السيكومترية، كما تتبع المنهج التجريبي في الجزء الخاص بالدراسة التجريبية للتعرف على مدى فعالية برنامج تدريبي سلوكي معرفي لتحسين جودة الحياة لدى عينة من المسنين.[1]

[1] خميس المرجع المذكور سابقا.

كما طبقت كل من مقياس جودة الحياة ل ارنوط (2009) ومقياس أساليب مواجهة الضغوط من اعداد عبد الله (2002) والبرنامج التدريبي المقترح لتحسين جودة الحياة لدى المسنين، بحيث أسفرت نتائج هذه الدراسة إلى أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة احصائية بين جودة الحياة وأساليب مواجهة الضغوط لدى عينة المسنين، كما يوجد فرق احصائي دال بين متوسطي درجات المسنين والمسنات في جودة الحياة في اتجاه المسنين "الذكور"، كما أنه يوجد فرق احصائي دال بين متوسطي درجات المسنين المقيمين مع أسرهم، والمقيمين في دور الرعاية في جودة الحياة في اتجاه المسنين المقيمين مع أسرهم، كما يوجد فرق احصائي دال بين متوسطي درجات المسنين المقيمين مع أسرهم، والمقيمين في دور الرعاية في أساليب مواجهة الضغوط في اتجاه المسنين المقيمين مع أسرهم، كما يوجد فرق احصائي دال بين القياس القبلي والقياس البعدي في جودة الحياة لدى عينة من المسنين في اتجاه القياس البعدي، بالإضافة إلى أنه يوجد فرق احصائي دال بين القياس البعدي والقياس التتبعي في جودة الحياة لدى عينة من المسنين في اتجاه القياس التتبعي.[1]

ومن خلال النتائج السابقة يمكننا القول أن هناك فروق دالة إحصائيا بين جنس كبار السن المقيمين بدار العجزة في متغير جودة الحياة لصالح الإناث، بحيث أجمعت نتائج المعطيات أن هناك فروق في مدى تمتع كبير السن باختلاف الجنس في جودة الحياة لصالح الإناث، كون الإناث منهم كان يتضح عليهن التكيف والتأقلم مع ظروف دار المسنين، ومن بين بعض المتغيرات البيئية التي تفعل جودة الحياة نجد المسنات متقبلات لوضعهن الراهن في مركز الرعاية، ويشعرن بالانتماء له بحيث سلموا أمرهم لله ممثلين الرضا بالقدر والالتزام الكلي لضوابط المركز وتعليماته ممارسين حياتهن على طبيعتها، عكس الذكور منهم الذين أظهروا

[1] خميس المرجع المذكور سابقا.

عدم الرضا والتقبل لوضعهم الراهن؛ بحيث التمسنا أن لديهم تباعد وعدم انتماء لجماعة المركز كونهم رجال ولا يخضعون للتعليمات والأوامر كما أنهم مقهرون لطبيعة المعاملة وتواجدهم بالديار المسنين بشكل عام؛ وهذا ما قد أثر على مستوى جودة حياتهم مقارنة بالإناث.

8.1. عرض ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة

- ✓ توجد علاقة ارتباطية بين أساليب التعامل مع ضغوط النفسية وجودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين.

إذ تشير هذه الفرضية إلى قياس العلاقة الإرتباطية بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وجودة الحياة، و لاختبار هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط بيرسون وفق ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (17): يشير إلى العلاقة الإرتباطية بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
أساليب التعامل مع الضغوط النفسية	100	0.27	0.05
جودة الحياة			

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن عينة الدراسة الكلية قدرت ب: (100) مسناً، بلغ معامل ارتباط درجاتهم على مقياس أساليب التعامل مع الضغوط النفسية مع درجاتهم على مقياس جودة الحياة ب: (0.27) وهي قيمة موجبة، ودالة احصائياً عند مستوى (0.05).

وبناء على هذه النتائج يمكننا القول أنه توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة أساليب التعامل مع الضغوط النفسية ودرجة جودة الحياة لدى المسنين المقيمين بدار المسنين؛ أي كلما كانت مستوى أساليب التعامل مع الضغوط جيد كلما تميزت الحياة بجودة عالية وعليه نقبل الفرض البديل ونرفض الفرض الصفري.

وعليه يمكن عرض نتائج الدراسة التي قام بها هولت وآخرون (**Holt, et al ; 2008**) والتي كانت تهدف إلى دراسة العلاقة بين مقدار معايشة الضغوط وطرق أنماط الحياة، كما قامت بدراسة العوامل الديموجرافية والمصادر الشخصية وتأثير إدراك التميز العنصري لتحديد العلاقة بين تلك المتغيرات والتنبؤ بالقدر المدرك من الضغوط النفسية وطرق المسايرة، وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الذكور والإناث تتراوح أعمارهم بين (65- 88)عاما، واستخدمت الدراسة مقياس العوامل الديموغرافية، ومقياس **Stokes and Gordon** للضغوط النفسية، واستبيان طرق وأساليب المسايرة، واستمارة بيانات عامة حيث تم تحليل البيانات باستخدام جهاز الحاسب لقياس تباين اتجاه وتكرار النسبة المئوية للمقياس، كما استخدمت الدراسة كذلك طريقة النكوص المتعدد للتنبؤ به واختبار الفروض الصفرية.[1]

[1] تعيلب المرجع المذكور سابقا، ص 184-185.

وتشير نتائج الدراسة أن المسنين الأمريكان لأصول أفريقية يعايشون أحداث مثيرة للمشقة والضغط النفسي في حياتهم، واشتملت أساليب مواجهة الضغوط على الطرق المتمركزة على المشكلات لتقليل الموقف والطرق الانفعالية للتحكم في الانفعالات التي يسببها الموقف، ولقد وجدت علاقة ايجابية دالة بين الضغوط النفسية وطرق مسايرتها.[1]

ومن خلال ما سبق وبإسقاط نتائج دراستنا على الواقع المعاش لدى العينة المعتمد عليها لإجراء حيثيات دراستنا، تأكد لنا أن كبار السن المقيمين بدار العجزة لديهم ضغوط تواجههم في محيطهم سواء تعلق الأمر بالنزلاء الذين يشاركونهم المركز، بحيث أن منهم المعاقين ذهنيا، وذلك قد أثر في راحة الأسوياء، كما وجدنا أن هناك بعض المشاكل التي قد تترب عنها ضغوط نفسية صادرة من الطاقم الذي يرعى ويقدم الخدمات لكبار السن؛ وفي ظل ذلك يواجه كبير السن هذه الضغوط للحفاظ على راحته النفسية تجنبا لخلق مشكلات تعيق مسار حياته فجودتها ضمن المركز الذي يحتويه، وعليه كلما واجه كبير السن الضغوط التي تواجهه من محيط عيشه كلما بلغ بذلك مستوى واضح من جودة حياته.

9.1. عرض ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية التاسعة

- ✓ توجد علاقة ارتباطية بين التوافق النفسي وجودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين.

بحيث تشير هذه الفرضية إلى قياس العلاقة الإرتباطية بين التوافق النفسي وجودة الحياة، ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط بيرسون، وفق ما يوضحه الجدول التالي:

---

[1] تعيلب المرجع المذكور سابقا، ص 184-185.

جدول رقم (18): يوضح العلاقة الارتباطية المتواجدة بين التوافق النفسي وجودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
التوافق النفسي	100	-0.006	0.05
جودة الحياة			

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن عينة الدراسة الكلية قدرت ب: (100) مسناً، بلغ معامل ارتباط درجاتهم على مقياس التوافق النفسي مع درجاتهم على مقياس جودة الحياة ب: (0.006-) وهي قيمة سالبة، وغير دالة احصائياً عند مستوى (0.05)؛ وبناء على هذه النتائج يمكننا القول أنه لا توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة التوافق النفسي ودرجة جودة الحياة لدى المسنين المقيمين بدار المسنين، وعليه نرفض الفرضية البديلة ونقبل الفرض الصفري.

بحيث نعرض دراسة سميث وآخرون (Smith,et al;2007) والتي تهدف إلى توضيح أن كبار السن من الرجال والنساء لديهم سياقات حياة مختلفة مثل توظيف لطول العمر التفاوتي وفرض البنائية الاجتماعية خلال مسار الحياة، والسؤال إذا ما كانت الاختلافات المتعلقة بالجنس تظهر أيضا في التوظيف اليومي والنفسي في المسنين الأكبر سنا، وكانت الدراسة ل (258) رجلا و (258) سيدة بين عمر (70) و(103) عاما (م=85عاما) من المشاركين في دراسة برلين للشيخوخة، ولقد تم ملاحظة اختلافات هامة في الجنس في (13) من (18) مظهر من مظاهر الشخصية منها العلاقات الاجتماعية، وأنماط النشاط اليومي، والرفاهية، وحدد تحليل المجموعة إحدى عشرة مجموعة فرعية والذين يمكن تصنيف أوجه ظروف حياتهم والتوظيف النفسي والصحي لديهم بصورة أكثر أو أقل رغبة (توظيفيا)؛ بحيث أظهرت النتائج أن الخطر النسبي للوجه الأقل رغبة أعلى(1.6) مرة للنساء عن الرجال، وبالنسبة للمسنين الأكبر سنا يحمل الجنس كمتغير اختلافات في الهشاشة البدنية وظروف الحياة والتي من المحتمل أن يكون لها نتائج للتوظيف النفسي. [1]

ومن خلال نتائج فرضيتنا التي كان مفادها أنه ليس هناك علاقة ارتباطية بين التوافق النفسي وجودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين، بحيث يمكن أن نفسر ذلك أن الشخص الكبير في السن الذي يتمتع بالتوافق النفسي يؤهل معاشه النفسي لاطمئنان حاله وتوازنه مع ذاته وذلك ما قد ينعكس بالإيجاب أو بالسلب على محيطه ومن يشاركه فيه، وبالتالي لا يعني أنه حقق بذلك جودة حياته ووجوده الأمثل بين المحيطين به؛ أي أن كبير السن الذي يحقق توافقه النفسي ليس بالضرورة أن يسجل مستوى مرتفع من جودة الحياة لديه، وهذا ما تؤكده نتيجة دراستنا.

---

[1] تعيلب المرجع المذكور سابقا، ص 179.

الاستنتاج العام

من خلال عرض ومناقشة نتائج الدراسة الحالية، التي هدفت إلى الكشف عن " أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقته بالتوافق النفسي وجودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين"، وذلك من خلال تطبيق ثلاثة مقاييس نذكرها كما يلي: مقياس مواجهة الضغوط النفسية للمسنين، ومقياس التوافق النفسي للمسنين، وكذلك اعتمدنا على مقياس جودة الحياة على عينة بلغت (100) مسن، بحيث أجريت هذه الدراسة بديار كبار السن (على مستوى الجزائر العاصمة)، وذلك بهدف التعرف على طبيعة العلاقة التي تربط بين متغيرات الدراسة ودلالتها الإحصائية؛ ومنه توصلنا بالدراسة الحالية بعد اختبار فرضيات الدراسة هذه إلى النتائج التالية:

من خلال معالجتنا للفرضية الأولى توصلنا إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وفق جنس كبار السن، ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار t-test لإيجاد الفروق لمتغير أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وفق جنس العينة، بحيث توصلنا إلى أنه المتوسط الحسابي لدرجات الذكور على مقياس مواجهة الضغوط النفسية قدر ب: (2.52) بانحراف معياري قدره: (0.30)، كما قدر المتوسط الحسابي لدرجات الإناث على مقياس مواجهة الضغوط النفسية ب: (2.57) بانحراف معياري قدره: (0.16)، هذا وقد جاءت قيمة اختبار T المحسوبة مساوية لـ: (0.79) وهي أقل من T المجدولة (1.98) بدرجات حرية (98)، أما قيمة Sig (0.43) أي أنها أكبر من مستوى الدلالة (0.05)؛ ومن خلال المعطيات السابقة تأكدنا على أنه لا توجد فروق بين الجنسين في أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين.

ولمعالجة الفرضية الثانية التي مفادها يستعمل كبار السن المقيمون بدار المسنين أساليب ترتكز على المشكلة أكثر من الانفعال أو التوجه لطلب المساندة الاجتماعية في تعاملهم مع الضغوط النفسية، بحيث توصلنا إلى أن طلب المساندة الاجتماعية هو أكثر بروزا وتداولا لدى عينة الدراسة، وذلك ما يوافق أن المتوسط الحسابي العام للتوجه نحو السند الاجتماعي كان اكبر من المتوسط العام الموجه لأبعاد الانفعال والمشكل، بحيث بلغ المتوسط الحسابي لأسلوب التوجه نحو المساندة الاجتماعية ب:(2.74)، أما المتوسط الحسابي الخاص بأسلوب الاعتماد على الانفعال ب:(2.41)، وأخيرا نجد المتوسط الحسابي المتعلق بأسلوب التعامل مع الضغوط النفسية الموجه للمشكلة قد بلغ (2.62)؛ وعليه كان أسلوب التوجه نحو طلب المساندة هو الرائد وأكثر تدولا بين أفراد عينة دراستنا التي تمثل كبار السن المقيمين بدار المسنين.

وللكشف عن الفرضية التي تنص على أن لدى أغلبية كبار السن المقيمين بدار المسنين مستوى التوافق النفسي منخفض، توصلنا إلى أن المتوسط الحسابي لدرجات مقياس التوافق النفسي الذي أجيب عليه من طرف كبار السن المقيمين بدار المسنين قد بلغ ب: (2.50) بانحراف معياري قدره: (0.095)، و بما أن المتوسط العام للتوافق النفسي بلغ (2.50) وهو يتمحور ضمن درجات (2.33-3)، ومع أن النسبة المئوية للمستوى المرتفع قد بلغت ب: (75%) وهي أعلى نسبة، وبتالي يدل ذلك على المستوى المرتفع للتوافق النفسي هو الأكثر تواجدا لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين وليس منخفض.

بالإضافة إلى أننا أردنا التعرف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية لمتغير التوافق النفسي حسب جنس كبار السن (ذكور- إناث)، ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبارt-test للإيجاد الفروق في الجنس لمتغير التوافق النفسي، وتوصلنا إلى أنه توجد فروق طفيفة دالة

إحصائيا في درجة التوافق النفسي من كلا الجنسين، حيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور (2.49) وانحرافه المعياري (0.11)، أما متوسط الحسابي للإناث بلغ (2.53) وانحرافه المعياري قدر ب: (0.03) أما قيمة T المحسوبة بلغت (2.77) وهي أكبر من T المجدولة (1.98) عند درجات حرية (98)، وبما أن قيمة Sig بلغت (0.007) وهي أقل من (0.05)؛ وعليه تم التوصل إلى أنه توجد فروق لصالح الإناث في مستوى التوافق النفسي لدى المسنين المقيمين بدار المسنين.

ولدراسة العلاقة الارتباطية بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين تم استخدام معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) ، إذ توصلنا بعد المعالجة الإحصائية إلى أنه بلغ معامل ارتباط درجات كبار السن على مقياس أساليب التعامل مع الضغوط النفسية مع درجاتهم على مقياس التوافق النفسي ب: (0.27) وهي قيمة موجبة، ودالة احصائياً عند مستوى (0.05)؛ وبناء على هذه النتائج تم التأكد على أنه توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة أساليب التعامل مع الضغوط النفسية ودرجة التوافق النفسي لدى المسنين المقيمين بدار المسنين.

كما تم الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين، وذلك ما وافق النتائج الإحصائية التالية: المتوسط الحسابي لدرجات مقياس جودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين قد بلغ: (3.07) بانحراف معياري قدره: (0.20)، وبما أن المتوسط العام لجودة الحياة بلغ: (3.07) وهو يتمحور ضمن درجات(2.51-3.25)، مع الإشارة للنسبة المئوية التي برزت ب: (49.01%)؛ وهذا ما دل على أن المستوى المتوسط لجودة الحياة هو البارز لدى عينة الدراسة.

كما واصلنا بحثنا في الكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين في جودة الحياة باختلاف جنسهم، ولاختبار ذلك تم استخدام اختبار t– test لإيجاد الفروق، بحيث دلت النتائج على أنه توجد فروق دالة احصائيا في درجة جودة الحياة من كلا الجنسين (ذكور– إناث)، حيث كانت الفروق دالة احصائيا، بحيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور(3.02) وانحرافه المعياري (0.19)، أما متوسط الحسابي للإناث بلغ (3.18) وانحرافه المعياري قدر ب: (0.20)، أما قيمة Tالمحسوبة بلغت (3.67) وهي أكبر من المجدولة (1.98) بدرجات حرية (98)، وبما أن قيمة Sig بلغت (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)؛ وعليه تم التأكد من وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الإناث في مستوى جودة الحياة.

كما تضمنت دراستنا قياس العلاقة الإرتباطية بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وجودة الحياة، ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation)، ونتائج ذلك أوضحت على انه بلغ معامل ارتباط درجات كبار السن على مقياس أساليب التعامل مع الضغوط النفسية مع درجاتهم على مقياس جودة الحياة ب: (0.27) وهي قيمة موجبة، ودالة احصائياً عند مستوى (0.05)؛ وبناء على هذه النتائج تأكدنا بوجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة أساليب التعامل مع الضغوط النفسية ودرجة جودة الحياة لدى المسنين المقيمين بدار المسنين.

وأخيرا اختتمت دراستنا أيضا بقياس العلاقة الإرتباطية بين التوافق النفسي وجودة الحياة، وللكشف عن ذلك تم استخدام معامل الارتباط بيرسون(Pearson Correlation) ، ووافق ذلك أنه بلغ معامل ارتباط درجات كبار السن على مقياس التوافق النفسي مع درجاتهم على مقياس

جودة الحياة ب: (0.006−) وهي قيمة سالبة، وغير دالة احصائياً عند مستوى (0.05)؛ وبناء على هذه النتائج يمكننا القول أنه لا توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة التوافق النفسي ودرجة جودة الحياة لدى المسنين المقيمين بدار المسنين.

ومن خلال ما سبق عرضه يتبين لنا على الرغم من أن كبار السن المقيمين بدار المسنين إلا أنهم يتمتعون بمعاش وأسلوب حياة يساعدهم في مواصلة ما تبقى من عمرهم، وذلك كونهم لديهم توجه فعال ومرتفع في حل المشكلات التي تواجههم، كما أن كبار السن من كلا الجنسين (ذكور وإناث) ليس لديهم مشكل في التعامل مع الضغوط النفسية وهذا عامل إيجابي وفعال، بحيث أن هذا ما قد عزز دورهم في طلب المساعدة والاعتماد على طلب المساندة الاجتماعية لحسن التوجيه والإرشاد في التعامل مع الضغوط التي يتعرضون لها؛ وما قد انعكس أيضا على ارتفاع مستواهم في تحقيق توافقهم النفسي، إلا أننا نجد الإناث أكثر توافقا من الذكور وذلك بدرجات طفيفة فقط. كما أننا وجدنا علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات أساليب التعامل مع الضغوط النفسية ودرجات التوافق النفسي لديهم، وهذا ما يدل على أن من بين الأمور المهمة في حياة المسن هو توجهه لحل ومواجهة المشكلات التي تعترضه، وبالتالي نقص ضغوطه ومنه تحقيق توافقه وطمأنينته، وهذا ما يرتبط بمستوى جودة حياته، بحيث كان المستوى المتوسط هو الأكثر بروزا بين أفراد عينة الدراسة، وهذا ما قد يدل على تأثير عملية المعالجة والتعامل مع مواقف الحياة الضاغطة بسبل تحقيق التوافق النفسي لدى كبار السن، كما أننا سجلنا فروق ذات دلالة احصائية لمتغير جودة الحياة لصالح الإناث، مع وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة أساليب التعامل مع الضغوط النفسية ودرجة جودة الحياة، مع الإحاطة بعدم وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة التوافق النفسي ودرجة جودة الحياة لدى المسنين المقيمين بدار المسنين، بحيث كلما أقبل كبير السن على حل

ومواجهة الضغوط التي تواجهه كلما توجه لجودة في الحياة ورفاهية وجوده، مع أنه لا يعني ذلك ضرورة توافقه، بحيث أن لجودة الحياة معالم أخرى أكثر فعالية من توافق كبير السن.

وفي ظل ما سبق عرضه تبقى نتائج دراستنا نسبية وغير مطلقة؛ إذ يمكن لعوامل دخيلة تأثير في ذلك، وهذا لا يعني نفي نتائجها بحيث تعتبر دراستنا كتجربة تمهيدية أولية لمعرفة بعض جوانب شخصية هذه الفئة العمرية.

خاتمة

لقد تم اختيار هذا الموضوع نظرا للأهمية التي يحتلها؛ إذ تعد الضغوط النفسية أزمة العصر، نظرا لما عرفته البشرية من تطور وازدهار، وهذا ما قد يدفع كل فرد أن يواكب عصره بمتطلباته وبتنوع حاجياته، وفي ظل ذلك كان من الأجدر تناول أهم الأساليب التي يعتمد عليها لمواجهة المشكلات والمواقف الضاغطة التي نتعرض لها بصفة دورية ضمن مجرى الحياة، بحيث كانت لنا وقفة مع فئة عمرية لا تقل أهميتها عن باقي الفئات الأخرى وهي كبار السن تحديدا الذين يقطنون ديار المسنين، فكما هو معروف أن هذه الشريحة العمرية أكثر حساسية لدرجة الهشاشة بعد تراجع وتدهور قدراتها العقلية والصحية كما قد تصل حتى لفقدان المكانة الاجتماعية وتوجهها للعزلة وغيرها من الاضطرابات النفسية والانفعالية التي قد تكون ايجابية كما قد تكون سلبية وذلك ما يؤثر على صحة المسن وطمأنينته، بحيث أنه كلما كان كبير السن يميل للإيجابية في تعاملاته قد استطاع تجاوز صعوبات الحياة بمواقفها الضاغطة ومواجهتها بفعالية وذلك لصالح توافقه النفسي وجودة حياته.

وعليه كان ذلك دورا بارزا وفعالا في طرحنا لموضوع دراستنا، ولمعالجة والتوصل لنتائج الدراسة اعتمدنا المنهج الوصفي الإرتباطي؛ بحكم أننا درسنا العلاقة الإرتباطية بين متغيرات الدراسة، كما قمنا بتطبيق مقياس مواجهة الضغوط النفسية للمسنين، ومقياس التوافق النفسي للمسنين كذلك، بالإضافة إلى مقياس جودة الحياة، وبعد المعالجة الإحصائية التي تمت بالبرنامج الإحصائي (SPSS) تم التوصل لنتائج مفادها: لا توجد فروق بين الجنسين في أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لديهم، كما أن كبار السن المقيمين بدار المسنين يستعملون أساليب ترتكز

على السند الاجتماعي أكثر من استعمالهم لأساليب التي ترتكز على المشكلة أو الانفعال، مع أننا توصلنا إلى أن لدى أغلبيتهم مستوى التوافق النفسي مرتفع، كما تم الكشف على أن هناك فروق لصالح الإناث في مستوى التوافق النفسي لديهم، مع التعرف على أنه تجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة أساليب التعامل مع الضغوط النفسية ودرجة التوافق النفسي لدى عينة الدراسة، كما تم التوصل إلى أن لدى أغلبية كبار السن المقيمين بدار المسنين مستوى جودة الحياة متوسط، بالإضافة إلى أننا توصلنا إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الإناث في مستوى جودة الحياة، مع وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة أساليب التعامل مع الضغوط النفسية ودرجة جودة الحياة لدى كبار السن، وأخيرا تم التوصل إلى أنه لا توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة التوافق النفسي ودرجة جودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين، وهذا ما يجعلنا نطرح العديد من التساؤلات حول هذه النتائج؛ كما أنه يفتح المجال الواسع للأبحاث اللاحقة، بحيث نطمح في الاستمرار في البحث ومواصلة الدراسة على هذه الفئة العمرية وما يميزها عن غيرها في دراسات علمية أخرى أكثر تميزا حجما ومضمونا.

وفي الأخير يمكن القول أننا اقتربنا من فئة عمرية لا تقل أهمية عما سبقها من محطات عمرية، وذلك ما زامن انتشار جائحة كورونا (COVID-19) في الجزائر، الأمر الذي زاد من فعالية وأهمية دراستنا كوننا جمعنا معطيات حول كبر السن المقيمين بدار المسنين والتماس خصوصية معاشهم في دور العجزة، مع مواكبة ذلك ظروف انتشار وباء كورونا وتفشيه من حولهم، كما أننا نشير إلى أنه من خلال دراستنا هذه قد اقتربنا من مرحلة عمرية مهمة في حياة الفرد والتي تعتبر مرحلة حساسة بالنسبة لكل فرد، كما سمحت الفرصة أن ندخل ونعيش مجرى تعامل وتسيير المؤسسات الحاوية لهؤلاء المسنين الذين يتوجهون إليها لعدة أسباب مختلفة وذلك

وقت الأزمات (أزمة دخول وانتشار فيروس كورونا على أرض الجزائر)؛ ومنه يمكن القول أن هؤلاء يحتاجون إلى المساندة والرعاية ولاهتمام كبير، بحيث تعد مرحلة الكبر مرحلة خاصة وهشة تحتاج للدراسة والتعمق في حيثيات خصوصياتها، كون أن هذه المرحلة العمرية مرحلة يقبل عليها أغلبية الأفراد، لذلك تعد عملية تركيز الدراسات والبحوث عليها ضمن المحاور المهمة حتى ندرك ما ينقص كبار السن وما هي المشكلات التي تعيق ممارستهم للحياة الايجابية والفعالة، وكذلك تحديد الحاجيات والسعي في تلبيتها وتحقيقها لهم، فالمسن إذا احتج وتعكرت حياته سينعكس ذلك على محيطه الاجتماعي وقد تسوء الظروف أكثر ما هي عليه، لذلك تعتبر أهمية رعاية كبار السن من بين الأمور التي يجب تفعيلها بحكم انتشار هذه الفئة بكثرة في عالم من جهة، ومن جهة أخرى رسم طريق آمن يحمل رعاية الفرد بعد تدهور قدراته وتراجع طاقته الجسدية وغيرها؛ أي أن هناك مرجعية وخلفية لرعاية كبار السن وأن هناك قوانين ومراسيم ومناشير وزارية يجب تفعيلها لتحقيق راحة كبير السن فتحقيق صحته النفسية والجسدية التي بدورها تؤثر على من يشارك الكبار في الحياة ، ولأن فئة كبار السن فئة تتغير أدوارها ومكانتها الاجتماعية وغيرها من التحولات الطارئة عليها، نجد فئة من الأبناء يوجهون آبائهم لدور الرعاية ويتنازلون عن أدوارهم نحوهم، فكبار السن يضعف كاهلهم وقد تتدهور حالتهم النفسية والصحية أيضا، وفي ظل هذه التغيرات نجد بعض الأبناء مهتمون بحياتهم الخاصة وفي بناء مستقبلهم متناسين ومهمشين دورهم اتجاه آبائهم، وفي هذه الظروف وغيرها نجد كبير السن يعيش معاش نفسي يميزه عن غيره، وقد يكون محمل ثقل عوض أن يكون فرد اجتماعي فعال في وسطه الاجتماعي.

المراجع

قائمة المراجع

1. المراجع باللغة العربية:

1.1 الكتب:

- ابراهيم سيد سلامة: رعاية المسنين، ج2 ، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية.1997.
- أحمد الغرير واحمد أبو اسعد: التعامل مع الضغوط النفسية. ط 1. الأردن: دار الشروق.2009.
- أحمد عبد الجواد تعيلب: الاضطرابات النفسية والضغوط وعلاقتها بحياة المسنين. مصر: دار أطفالنا.2016.
- بشرى اسماعيل أحمد: مقياس أساليب المواجهة للمسنين.مصر:مكتبة الأنجلو المصرية.2013.
- جلال ضمرة: الاتجاهات النظرية في الإرشاد. عمان: دار صفاء.2008.
- حامد زهران: الصحة النفسية و العلاج النفسي .ط1. القاهرة: عالم الكتب .1997.
- حسن عبد المعطي: ضغوط الحياة وأساليب مواجهته. القاهرة: مكتبة الزهراء.2006.
- حسيبة برزوان: النفسية والاضطرابات العضوية. الجزائر: كنوز الحكمة.2019.
- حكيمة آيت حمودة وآخرون: إستراتيجيات مواجهة ضغوط أحداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية والجسدية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.2018.
- رابح أحمد عزت: أصول علم النفس. الإسكندرية: المكتب المصري الحديث.1973.
- رمضان محمد القذافي: الصحة النفسية والتوافق. ط3. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.1998.
- زينب شقير: مقياس مواقف الحياة الضاغطة في البيئة العربية(مصرية– سعودية) القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.1998.
- سعاد غيث: الصحة النفسية للطفل. ط1. عمان: دار صفاء.2006.
- سليمة جعرير: الصحة النفسية. الجزائر: كنوز الحكمة. 2017.

- سناء محمد سليمان: مرحلة الشيخوخة وحياة المسنين بين الآمال والآلام. القاهرة: عالم الكتب.2008.
- سيد فهمي محمد: الرعاية الاجتماعية والنفسية للمسنين. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.1979.
- صالح أحمد الداهري: أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية والانفعالية (الأسس والنظريات). ط1. عمان: دار صفاء.2008.
- عادل صادق: في بيتنا مريض نفسي. بيروت: دار العربية الموسوعات 1990.
- عباس محمود عوض: المدخل إلى علم النفس النمو الطفولة–المراهقة– الشيخوخة. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.1999.
- عبد الباسط لطفي: مقياس عمليات تحمل الضغوط. كراسة التعليمات .كلية التربية. جامعة المنوفية.بدون سنة.
- عبد الحميد شاذلي: التوافق النفسي للمسنين. الإسكندرية:المكتبة الجامعية.2001.
- عبد الحميد عبد اللطيف مدحت: الصحة النفسية والتوافق الدراسي. لبنان: دار النهضة العربية.1990.
- عبد الرحمان عيسوى: في الصحة النفسية والعقلية. بيروت: دار النهضة العربية.1992.
- عبد العظيم حسين طه وعبد العظيم حسين سلامة: إستراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية. الأردن: دار الفكر.2006.
- عبد اللطيف محمد خليفة: دراسات في سيكولوجية المسنين. مصر: دار غريب.1991.
- عبد المجيد لطفي: علم الاجتماع.ط7. القاهرة: دار المعارف.1976.
- عبد المنعم الميلادي: الأبعاد النفسية للمسن. مصر: مؤسسة شباب الجامعة. 2002.
- علي جاسم عكلة الزبيدي: سيكولوجية الكبر والشيخوخة مراحل ما بعد النمو في حياة الإنسان. ط1. عمان: مكتبة الجامعة إثراء.2009.
- علي علي: دليل تطبيق مقياس أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.2003.
- فاروق السيد عثمان: القلق وإدارة الضغوط النفسية. القاهرة: دار الفكر.2001.
- فاطمة الزهراء الزروق: علم النفس الصحي: مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية. 2015.

- كامل احمد سهير: الصحة النفسية والتوافق. مصر: مركز الإسكندرية للكتاب.1999.
- كوثر، أ.م: المدخل إلى علم النفس المرض الإكلينيكي.ترجمة عبد الفقار عبد الكريم وآخرون. مواجهة أحمد عبد الخالق. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية. 1992.
- ماجدة بهاء الدين السيد عبيد: الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية. عمان: دار صفاء.2008.
- محمد أحمد ابراهيم سعفان وصابر إسماعيل شيماء: مقياس التوافق النفسي للمسنين. القاهرة: دار الكتاب الحديث.2016.
- محمد أحمد المشابقة: الصحة النفسية للفرد والمجتمع. الأردن: دار المسيرة. 2018.
- محمد جواد الخطيب: التوجه والإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق. فلسطين: مطبعة مقدام.2000.
- محمد داودي و محمد بوفاتح: منهجية كتابة البحوث العلمية و الرسائل الجامعية. الجزائر: مكتبة الأوراسية. 2007.
- محمد سيد فهمي: الرعاية الاجتماعية والنفسية للمسنين. الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.2012.
- محمد علي النوبي: الاتجاهات الحديثة في التشخيص والعلاج وكيفية التعامل. الأردن: دار صفاء.2012.
- مفتاح محمد عبد العزيز: مقدمة في علم النفس الصحة: مفاهيم، نظريات، نماذج، دراسات. عمان: دار وائل.2009.
- منصور طلعت وفيولا البيلاوي: قائمة الضغوط النفسية للمعلمين. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.1989.
- ميشيل مان: موسوعة العلوم الإجتماعية.ترجمة مختار الهواري وسعيد عبد العزيز. الكويت: مكتبة الإصلاح.1994.
- نبيل محمد الفحل: الاكتئاب النفسي للمسنين. مصر: دار قباء.2004.
- هارون الرشيدي: الضغوط النفسية طبيعتها ونظرياتها وبرامج لمساعدة الذات في علاجها. القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية.1991.
- هدى قناوي: سيكولوجية المسنين. ط1. القاهرة: مركز التنمية البشرية والمعلومات.1987.

- هناء أحمد شويخ: أساليب تخفيف الضغط النفسية عن الأورام السرطانية. ط1. القاهرة: أتراك.2007.
- يوسف جمعة سيد: دراسات في علم النفس الاكلينيكي. مصر: دار غريب.2000.
- يوسف ميخائيل أسعد: رعاية الشيخوخة. القاهرة: دار غريب.2000.

2.1. الأطروحات والرسائل الجامعية:

- أحمد سني: تقدير الذات وعلاقته بالتوافق النفسي لدى المسن المقيم بمراكز رعاية الشيخوخة. رسالة الماجيستير. جامعة وهران2.الجزائر.2015.
- أسماء سلمان نصيف الدحدوح: الأساليب المعرفية وعلاقتها بالتوتر النفسي لدى طلبة الجامعات الفلسطينية.رسالة ماجيستير. الجامعة الإسلامية. غزة.2010.
- أماني عدنان صديق: قلق الموت وعلاقته بجودة الحياة دارسة ميدانية على عينة من المسنين في مدينة دمشق. ماجيستير في العلوم السكانية. المعهد العالي للدراسات السكانية. دمشق. 2014.
- بلقيس محمد جباري: الضغوط النفسية لدى المرأة اليمنية العاملة. رسالة ماجستير. جامعة صنعاء.1998.
- حسايم كيسة: تأثير جودة الحياة على الأداء المعرفي لدى المسنين. مذكرة ماجيستير. جامعة البليدة02.الجزائر.2016.
- رشا راغب إبراهيم: الضغوط النفسية وعلاقتها بمستوي الطموح لدي طالبات المرحلة الثانوية. رسالة ماجستير. جامعة عين شمس.1998.
- رشا محمد أحمد خميس: جودة الحياة وأساليب مواجهة الضغوط لدى عينة من المسنين وفاعلية برنامج تدريبي لتحسين جودة الحياة. مذكرة للحصول على درجة الماجيستر.جامعة المنصورة.2014.
- سارة أشواق بهلول: سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين الكحول، سلوك قيادة السيارات وقلة النشاط البدني) وعلاقتها بكل من جودة الحياة والمعتقدات الصحية. مذكرة الماجيستير. جامعة باتنة. الجزائر.2009.

- سامية بوحاتمي: السند الاجتماعي المقدم في دور العجزة ودوره في تخفيض الضغط النفسي عند كبار السن الموجودين هناك بسبب معاناتهم من الرفض العائلي. (مذكرة ماجيستبر غير منشورة). جامعة الجزائر02. الجزائر.2001.
- سماح يحيى خليل أبو حمادة: فاعلية برنامج إرشادي لتحسين مستوى جودة الحياة لدى كبار السن في محافظة غزة. رسالة الماجيستير. جامعة الأقصى. فلسطين.2015.
- شهرزاد الرواشدة: أثر البرنامج المنزلي لتثقيف الأمهات (البورتج) في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا في الأردن. رسالة ماجيستير. جامعة عمان العربية للدراسات العليا.2006.
- صالح إسماعيل عبد الله الهمص: قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة. رسالة ماجستير. الجامعة الإسلامية. غزة.2010.
- صبرينة غربي: مستويات الضغط المهني وعلاقتها بمستويات الإكتئاب لدى الممرضين (دراسة ميدانية بمستشفيات الجزائر العاصمة).رسالة الماجستير.جامعة الجزائر2. 2003.
- عائشة محمد عيسى مصلح: اثر برنامج إرشادي نفسي جماعي في خفض مستوى التوتر النفسي لدى طالبات المرحلة الأساسية العليا بمدارس وكالة الغوث الدولية. رسالة ماجيستير. الجامعة الإسلامية. غزة.2003.
- عبد الرازق عماد: المعاناة الإقتصادية والضوابط الوالدية وعلاقتها بالمشكلات النفسية والسلوكية للأبناء .رسالة الدكتوراه. جامعة الزقازيق. مصر.1996.
- فاطمة الزهراء الزروق: دراسة النمط السلوكي للمصابين بالسكري من خلال طريقة الحياة. رسالة دكتوراه. جامعة الجزائر.2009.
- قدري حفني: أساليب مواجهة الضغوط لدى طلاب الإعدادية والثانوية دراسة مقارنة بين الريف والحضر. رسالة دكتوراة. جامعة عين شمس.القاهرة.2002.
- محمد حامد إبراهيم الهنداوي: الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظات غزة. فلسطين: جامعة الأزهر.2011.
- محمد محمد عودة :الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة. رسالة ماجستير. الجامعة الإسلامية.غزة.2010.
- مريم بن سكيريفة: إسترتيجيات التكيف مع مواقف الحياة الضاغطة وعلاقتها بالذكاء الإنفعالي للمعلم. مذكرة الماجيستير. جامعة قاصدي مرباح. ورقلة. الجزائر.2008.

- مريم شيخي: طبيعة العمل وعلاقته بجودة الحياة: دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات. مذكرة لنيل شهادة الماجيستير. جامعة تلمسان.الجزائر.2014.
- مومن الجموعي بكوش: القيم الاجتماعية وعلاقتها بالتوافق النفسي والاجتماعي لدى الطالب الاجتماعي. رسالة ماجيستير. جامعة بسكرة .الجزائر.2013.

3.1. المجلات العلمية:

- اسماعيل محمد طنجور: الضغوط النفسية عند الأطفال. مجلة الطفولة العربية. الكويت. المجلد 2. العدد 7. 2001. ص 74-79.
- بشير معمرية وعبد الحميد خزار: الاضطرابات الجسمية والنفسية لدى المسنين المقيمين بدار العجزة، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد23. 2009، ص96.
- بشير الشيباني وحسن عبد الحميد: الضغوط المهنية وعلاقتها بالطمأنينة الإنفعالية لدى معلمي التربية الخاصة بمدينة بنغازي. مجلة العلوم الإجتماعية والإنسانية.السنة الثالثة.الهيئة القومية للبحث العلمي. طرابلس.1997، ص110.
- حدة وحيدة سايل: الشيخوخة المرضية والناجحة. تناول خاص بالأمراض وجودة الحياة لدى المسنين. مجلة دراسات النفسية 11-119-144. مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات التعليمية. الجزائر: دار الخلدونية.2015، ص 135.
- حسن مصطفى عبد المعطي: ضغوط أحداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية وبعض متغيرات الشخصية.مجلة كلية التربية.العدد 19 .الجزء الأول .جامعة الزقازيق. مصر.1992، ص 264.
- حسن هدى جعفر: التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بضغوط العمل والرضا عن العمل. مجلة دراسات نفسية. المجلد 16. العدد1. 2006، ص 83-103.
- زهير الصباغ: مستويات ضغوط العمل بين الممرضين (دراسة مقارنة بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة). مجلة البصائر. المجلد 3. العدد2. تصدر عن جامعة البتراء. الأردن .1999، ص 112-113.

- سامي محمد موسى هاشم: جودة الحياة لدى المعاقين جسميا والمسنين وطلاب الجامعة. مجلة الارشاد النفسي. العددد 13. جامعة عين الشمس. مصر.2001، ص123.
- سلاف مشري: جودة الحياة من منظور علم النفس الايجابي. مجلة الدراسات البحوث الاجتماعية. العدد8. جامعة الوادي .الجزائر.2014، ص223.
- شعبان رجب: العلاقة بين الأساليب الإقدامية الإحجامية مع الأزمات والتوافق النفسي وبعض سمات الشخصية. مجلة علم النفس. العدد السادس. الهيئة العامة للكتاب. القاهرة.2000، ص 3.
- عادل محمد هريدي: علاقة وجهة الضبط بأساليب مواجهة المشكلات دراسة في ضوء الفروق بين الجنسين. مجلة بحوث كلية الآداب. العدد26. جامعة المنوفية.1996، ص 283.
- عبد الكريم مبروك عزة،: مؤشرات التنبؤ بالتقدير الذاتي للصحة الجسمية لدى المسنين. دراسات نفسية. المجلد2. العدد3. مصر: رابطة الأخصائيين النفسانيين (رانم).2002، ص 399.
- فراس حمادي ورشيد إياد و ظافر ناموس: دراسة مقارنة في التوافق النفس ومستوى الأداء لدى لاعبي أثناء المنافسات. مجلة الفتح. العدد 32. ص238–260. 2008.
- ممدوحة سلامة: المعاناة الإقتصادية وتقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية لدى طلاب الجامعة .مجلة دراسات نفسية .ك1 .ج3.القاهرة .تصدر عن (رانم).1991، ص475–496.
- نجوى اليحفوفي: التفاؤل والتشاؤم لدى المسنين المتقاعدين والعاملين بعد سن التقاعد، دراسات عربية في علم النفس، لبنان، مجلد3، العدد4، 2004، ص 18.
- يوسف أبو حميدان ومحمد الياس العزاوي: تطور الضغوط النفسية عبر الأبعاد الزمنية(الماضي،الحاضر، المستقبل) وعلاقتها بمتغيرات النفسية الجنس والحالة الإقتصادية والحالة الاجتماعية لدى عينة من المعلمين الملتحقين بالدراسة في جامعة مؤتة. مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية. المجلد 17.العدد 2. 2001، ص 119–134.

4.1. المؤتمرات والمحاضرات والندوات العلمية:

- أمال بوعيشة: معوقات جودة الحياة في الأسرة. مداخلة في الملتقى الوطني الثاني حول الإتصال وجودة الحياة في الأسرة. جامعة قاصدي مرباح بورقلة. الجزائر.2014..
- إيمان قاسمي وليلى وشيباني: النشاط البدني كثقافة صحية وطمأنينة انفعالية لدى المسنين. مداخلة بملتقى دولي مشكلات المسنين–بين الواقع والآفاق– جامعة البويرة– الجزائر.2019.
- حسام الدين محمود عزب: برنامج ارشادي لخفض الإكتئابية وتحسين جودة الحياة لدى عينة من معلمي المستقبل، التعليم للجميع. التربية وآفاق جديدة في تعليم الفئات المهمشة في الوطن العربي.2003.
- حسن مصطفى عبد المعطي: الارشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر. وقائع المؤتمر العلمي الثالث. الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة. جامعة الزقازيق. مصر. 2005.
- حسين عبد الفتاح: عناصر محاضرات مادة البحث العلمي في التربية وعلم النفس قسم علم النفس جامعة أم القرى بمكة المكرمة.2005.
- سامية يحياوي: دور الدعم الأسري في تحقيق الصحة النفسية والجسدية لدى المسن. الملتقى الدولي مشكلات المسنين– بين الواقع والآفاق– . جامعة آكلي أولحاج محند . البويرة. الجزائر.2019.
- سمير علي أبو غزالة: أزمة الهوية ومعنى الحياة كمؤشرات للحاجة إلى الإرشاد النفسي دراسة على طلاب الجامعة. المؤتمر الدولي الخامس التعليم الجامعي في مجتمع المعرفة. مركز الإرشاد النفسي.2007.
- العارف بالله ومحمد الغندور: أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة. مداخلة مقدمة في المؤتمر الدولي السادس"جودة الحياة توجه قومي للقرن الحادي والعشرون. المركز الارشادي النفسي. جامعة عين شمس. مصر.1999.
- عبد العزيز الفرماوي: جودة الحياة في جوهر الإنسان. المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي(جودة الحياة). جامعة عين الشمس. القاهرة.1999.

- فطوم بلقبي وحياة فنيش: دور الخدمات النفسية والاجتماعية في تحقيق التكيف لدى المسنين في دور الرعاية. مداخلة بملتقى دولي مشكلات المسنين- بين الواقع والآفاق-. جامعة البويرة. الجزائر.2019.
- محمد السعيد أبو حلاوة: جودة الحياة: المفهوم والأبعاد. جامعة الإسكندرية المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية.مصر.2010.
- محمود عبد الحليم منسي وعلي مهدي كاظم: مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة. وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة. جامعة السلطان قابوس.2006.
- هناء غنيمة وأحمد متولي: العنف الأسري الموجه ضد المسنين وعلاقته بالإكتئاب والرضا عن الحياة. مداخلة في مؤتمر سنوي السادس عشر للمركز الإرشاد النفسي. جامعة عين الشمس. مصر.2011.

2. المراجع باللغة الأجنبية:

- Anesm.Qualité de Vie en Mas-Fan (Volet2)Vie Quotidienne Sociale,Culture et Loisirs.documment àreçu L'avis Favorable du Comité D'oriontation Stratégique et du Conseil Sientifique de L'anesm..2013
- Cooper, C.l & payne, R.personality and stress: individual differences in stress process, john wiley & sons ltd.1991
- Cummins, R. The Comprehensive Quality Of Life Scale: Instrument Development And Psychometric Evaluation On College Staff And Student; Educational & Psychological Measurement, vol. 54 (2), PP.372- 383. 1996.
- Diener. <<Assessing Subjective Well-Being, Progresses and opportunities". Social Indicators Research. 31. 103-157.1994
- Fallowfielde, L.The quality of life: The missing measurement in the health care.England.1990.
- Fleishman ,j,A.personality characteristics and coping patterns. journal of health and social behavior.25.1984.p 229-244.
- Fowlie, M ,Berkeley ,J.&Dingwall- Fordyce,I: Quality Of Life In The Advanced Cancer: the benefits of asking the patients. Palliative Medicine. PP55-59.1989.p55.1989.
- Good .Quality of life of for Persons with disabities. Intrnational perspective and issues in Mitchel, D. (1997): Book Review, Journal of intellectual & Develop0mental Disability. 42 (3).p 244-254.1994.p.75
- Judith. C., David. C., Elizabeth. P., Hayden. B and Linda. K."Does Social Support Buffer Functional Decline in Elderly Patients With

Unipolar Depression?", Am J Psychiatry. 158(11),1850–1855.2001 - 1998.

- Kif,Sabina.Psychosocial Adjustment and the Meaning of Social Support for Visual Impaired Adolescents, journal of V Visual Impairment of Blindess,9 (1).p 22-37.2002
- King, c, of Hinds, P. Quality of Life From Nursing and Patients Prospéctive. Canada: Jones and Bartlett Publichers.1996
- Lazarus, R. “Toward Better Research on stress and coping”, american Psychologist. Vol 155. No 6.1996.p212.
- Lazarus,r,s. coping theory and research:past, present. Future.psychosomatic medicinel.55.p234-247.1993
- Lio, P.the effects of community attachment and Quality of life on migration intention: comparison of Pennsylvania and Taiwanese rural communities, PH,D. the Pennsylvania state university.2001
- Mac Neil,R.D,&Taague,M.L.Aging and Leisure.Vitality in Later life.Englewood CLffs,NJ: Prentic Hall.1987
- Marilou Bruchon-Schweitzer .Psychologiede la Santé Modèles ,Concepts ,et Méthodes .Paris :Dun.2002.
- Nordenfelt,L. «Concept and Measurment of Quality of life in Health Care ».Londres,Kluwer academic Publishers,chap3,p241-255.1994
- Reid. K.,Evan. P.,Gheorghe. D., Clark. D., Patten. C.,Edward. M., Frontera. W & Fielding. R.(2014)."Longitudinal decline of lower extremity muscle power in healthy and mobility‐limited older adults: influence of muscle mass, strength, composition. neuromuscular activation and single fiber contractile properties". Eur J Appl Physiol.114 (1),29–39.2007-2011.2014.
- Rubin,Richerd.DiabetesQuality of Lif,DiabetesSpectrum.Volume13.P21.Looksmart.Com.Looksmartlt.Usa .2002.p19.
- Schwebel, A, Andraw, B, Harrey A, & Schwebe..Reichman. Personal Adjustment and Growth. a Life Span Approach (2edition) Milton-brown publisher. New York.1990
- Shields, N. “Stress, active coping, and academic performance among persisting and nonpersisting college students”. Journal of applied biobehavioral research,Vol.6, No.3.2001.p65.
- Timontion, Liliana. Impact des Comorbidités,de la Qualité du Sommeil et de la Fragilité Psycho-Sociale sur la Quality de Vie des Personnes àgées. France.2012.
- Veenhoven, R.is happines atrait? Tests of theory abettersociety does not make people any happier. Social indicators research, 32, p101-160.1994.p160.
- Who. "Older Persons in Emergencies: an Active Ageing Perspective" 2002.

الملاحق

الملحق رقم (01)
مقياس مواجهة الضغوط النفسية للمسنين

التعليمة:

نتعرض في حياتنا لكثير من المواقف والمشكلات التي تتطلب منا حلولا لها ومواجهتها للتغلب عليها، من فضلك قف مع نفسك لمدة دقيقة وتذكر أكثر موقف حدث لك هذا الأسبوع وسبب لك المشقة والضغط والألم، وفكر في تفاصيل هذا الموقف مثل مكان حدوثه ومن سببه لك وكيف تصرفت، وما هي مدى أهميته بالنسبة لك سواء كان هذا الموقف لا يزال موجودا ومازلت متورطا فيه أو أنه انتهى بالفعل، وضعه أمام عينيك دوما عند الإجابة عن كل فقرة.

اقرأ كل فقرة بعناية ثم ضع علامة (X) عند الاختيار الذي يناسبك، واعلم أن ما تدلي به من معلومات سيكون محاطا بالسرية التامة، ولا تستخدم إلا في أغراض البحث العلمي.

الرقم	العبارة	لم استخدم ذلك	استخدمته إلى حد ما	استخدمته	استخدمته كثيرا جدا
1	ركزت فيما يجب علي أن أفعله في الخطوة القادمة				
2	حاولت تحليل المشكلة لكي أفهمها بشكل أفضل				
3	شغلت نفسي عن المشكلة بأعمال أخرى				
4	أدركت أن الزمن كفيل بحل المشكلات وإحداث التغيير				
5	حاولت التوصل لتسوية أو حل وسط				
6	فعلت ما أقدر عليه حتى لا ألوم نفسي				
7	حاولت إقناع الطرف الآخر لتغيير وجهة نظره				
8	تناقشت مع شخص ما لفهم المشكلة بصورة أفضل				
9	انتقدت نفسي وغيرت منها				
10	انسحبت من الموقف وتركته مفتوح حتى لا أحرق أعصابي				
11	تمنيت لو تحدث معجزة				
12	استسلمت للقدر وقد يكون حظي سيئا				
13	نظرت للأمام وكأن شيئا لم يحدث لي				
14	احتفظت بمشاعري ولم أظهرها لأحد				
15	نظرت للجانب الإيجابي في الموقف				
16	نمت أكثر من المعتاد				
17	عبرت عن غضبي للشخص الذي سبب لي مشكلة				
18	تقبلت الاعتذار وتفهمت الطرف الآخر				
19	حدثت نفسي بالأشياء الإيجابية لأكون بحال أفضل				
20	تمنيت عمل شيء جديد أو مبتكر لحل المشكلة				
21	حاولت نسيان كل شيء				
22	حصلت على مساعدة من المتخصصين				
23	أصبحت أتجاهل أي موقف لأن الحياة غيرتني				
24	انتظرت لأرى ما سوف يحدث قبل أن أفعل أي شيء				
25	اعتذرت وتصالحت مع الطرف الآخر				
26	وضعت خطة واتبعتها لحل الموقف				
27	تقبلت حلا آخر للمشكلة				
28	أطلقت لمشاعري العنان بصورة أو أخرى				
29	أدركت أنني تسببت في مشكلة لنفسي				

30	خرجت من التجربة أحسن مما كنت عليه من قبل				
31	تحدثت مع شخص أثق في قدراته على الحل				
32	حاولت الابتعاد عن لمشكلة بالاسترخاء أو بأخذ إجازة				
33	حاولت أن أهدئ من نفسي بالأكل أو الشرب أو تناول المهدئات				
34	أخذت فرصة كبيرة وخاطرت لحل المشكلة				
35	حاولت ألا أتصرف بتسرع أو أندفع				
36	اكتشفت صديقا جديدا أثق فيه				
37	احتفظت بثقتي واعتزازي بنفسي وابتسمت				
38	اكتشفت ما يستحق الاهتمام به في الحياة				
39	غيرت أشياء لكي تعود أشياء أخرى إلى مجراها الصحيح				
40	أنا عموما أتجنب أن أكون مع الناس				
41	رفضت التفكير كثيرا في أي شيء				
42	طلبت النصح من أحد الأصدقاء أو الأقارب الذين احترمهم				
43	لا أترك الآخرين يعرفون ما حدث لي				
44	أهون من الموقف ولا أعطيه أهمية أكثر من اللازم				
45	تحدثت مع صديق لي عن ضيقي				
46	دافعت بشكل صارم عما أريد				
47	وجهت اللوم للآخرين				
48	استفدت من خبراتي السابقة في المواقف المشابهة				
49	ضاعفت جهودي للتغلب على الموقف				
50	استنكرت ما حدث لي ولم أصدقه				
51	وعدت نفسي بأن الأمور ستختلف في المرة القادمة				
52	توصلت لمجموعة من الحلول المتنوعة للمشكلة				
53	تقبلت الموقف لأنه ليس في مقدرتي فعل أي شيء				
54	ركزت في المشكلة بكل مشاعري				
55	تمنيت من تغيير ما حدث وما شعرت به				
56	غيرت كثير من نفسي				
57	تمنيت لو كنت في مكان وزمان آخر				
58	تمنيت لو زال الموقف أو حدث شيء آخر يخفيه				
59	لدي أمنيات خيالية عن كيفية تغيير الأشياء				
60	توضأت وصليت				

61	أعددت نفسي للأسوأ				
62	اتخذت أشخاصا كنماذج لي في حل الموقف				
63	أعدت النظر مرة أخرى فيما قلته أو فعلته				
64	حاولت رؤية الموقف من وجهة نظر الطرف الآخر				
65	ذكرت نفسي بما يمكن أن تؤول إليه الأشياء من سوء				
66	مارست الرياضة أو تمارين معينة				

الملحق رقم (02)

مقياس التوافق النفسي للمسنين

تعليمات المقياس:

- المقياس الذي بين يديك يتضمن مجموعة عبارات تعبر عن توافقك مع نفسك ومع الآخرين في المواقف الشخصية والصحية والانفعالية والزوجية والأسرية والاجتماعية والاقتصادية التي تعايشها في حياتك اليومية، وهي التي شكلت موقفك النهائي اتجاه نفسك وتجاه الآخرين وتجاه الحياة بشكل عام.

- المطلوب منك أن تقرأ كل عبارة وتقرر مدى تطابقها عليك، وستجد في ورقة الأسئلة أن كل عبارة لها ثلاث استجابات (تنطبق تماما- تنطبق أحيانا- لا تنطبق).

- تخير استجابة واحدة من الاستجابات الثلاث بحيث تكون أكثر الاستجابات التي تنطبق عليك بالفعل ثم ضع علامة (x) أمام العبارة وفي الخانة التي تعبر عن اختيارك.

ملاحظات إرشادية:

1- رجاء عدم ترك عبارة بدون الإجابة عنها.

2- من فضلك أجب بصراحة.

3- اعلم أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ولكن الإجابة تعبر عن رأيك الشخصي فقط.

4- إجابتك ستكون في سرية تامة، فهي من أجل البحث العلمي فقط.

5- لا يوجد زمن محدد للإجابة ولكن حاول أن تجب بسرعة.

6- يستخدم مصطلح القرين في عبارات المقياس ليدل على الزوج أو الزوجة، فقرين الزوج الزوجة وقرين الزوجة الزوج.

الرقم	العبارة	تنطبق تماما	تنطبق أحيانا	لا تنطبق أبدا
1	أشعر بأن قدرتي على العمل أقل ممن هم في نفس عمري			
2	أشعر بالتعب لأقل مجهود أبذله			
3	أنا راض عن خبراتي السابقة			
4	أشعر بالسعادة عند قيامي بزيارة أحد الأقارب			
5	لم أعد موضع تقدير الآخرين			
6	دخلي لا يكفي توفير حاجياتي الشخصية وحاجات أسرتي			
7	أشعر باليأس لإحساسي بتدهور قدرتي وقلة حيلتي وضعف جسمي			
8	يؤرقني سوء حالتي الصحية يوما بعد يوم			
9	أشعر بالحسرة على الفرص التي ضيعتها في الماضي			
10	الحب والتفاهم يشيع بين أفراد أسرتي			
11	أعاني من الوحدة النفسية			
12	وضعني المادي غير مستقر			
13	أنا غير راض عن حياتي الماضية			
14	لا أستطيع أداء الأعمال كما كنت من قبل			
15	لدي حنين للعودة للماضي			
16	يعوضني أبنائي عن كل ما ينقصني			
17	أشعر أنني موضع عطف وشفقة من الآخرين			
18	أنا في حاجة إلى مزيد من المال			
19	أنا غير راض عن حياتي الحالية			
20	يؤرقني أن قدرتي على السمع تقل يوما بعد يوم			
21	أتمنى أن أعيش الآن كما كنت أعيش في طفولتي وشبابي			
22	ما زال أبنائي يتقبلون نصائحي ويعملون بها			
23	أصبحت أعتمد على الآخرين في كل شيء			
24	أعيش صراعات مستمرة مع أفراد أسرتي تتعلق بزيادة الإنفاق وعدم ملاءمته مع دخلي			
25	أنا واثق من نفسي رغم كبر سني			
26	يؤرقني أن قدرتي على الإبصار تقل يوما بعد يوم			
27	ليس لدي أمل أفضل في الغد			
28	نجتمع كأفراد أسرة من وقت لآخر ونتشاور في بعض الأمور			
29	أشعر أن الآخرين ليسوا في حاجة إلي			
30	أصبحت مواردي المالية غير كافية للعلاج			
31	مع تقدم عمري يزداد اعتقادي بأنني أصبحت أقل نفعا			
32	أشعر بعدم القدرة على الحركة بسهولة			
33	أقضي ساعات كل يوم أعيش على ذكريات الماضي			

34	يصطحبني أبنائي معهم عند عمل زيارات أو حضور مناسبات اجتماعية			
35	أشعر أن مكانتي الاجتماعية قد ضاعت			
36	لا أستطيع شراء بعض الحاجات الضرورية لقلة دخلي			
37	أشعر أن وجودي ليس له قيمة في الحياة			
38	حالتي الصحية لا تساعدني على القيام بمهامي اليومية			
39	أشعر بالقلق من المستقبل			
40	نتواصل معا كأفراد أسرة كل يوم بالهاتف أو الانترنيت للاطمئنان على بعضنا			
41	لا أستطيع تكوين صداقات جديدة			
42	الأمور المالية تتكرر في أحلامي			
43	لدي القدرة على تغيير أفكاري الآن إذا تبين أنها خاطئة			
44	أجهزتي الداخلية لا تعمل بكفاءة			
45	تنتابني مخاوف كثيرة لا أستطيع التخلص منها			
46	يحافظ أفراد أسرتي على مكانتي الاجتماعية بين الناس			
47	لا أهتم الآن بأحداث المجتمع			
48	أشعر بالحزن بسبب تكفل أولادي بالإنفاق علي			
49	أستطيع تغيير سلوكياتي إذا تبين لي أنها غير مناسبة			
50	يزعجني تساقط شعري أو تغير لونه إلى الأبيض			
51	تنتابني الأوهام بأنني لازلت شابا			
52	يضايقني عدم اهتمام الناس بأرائي			
53	يصعب علي تقبل واقعي			
54	أرجلي لم تعد قادرة على حملي			
55	أشعر بالضيق كلما عجزت عن القيام بشيء كنت أقوم به في الماضي			
56	لا أحب الخروج من المنزل وزيارة الأقارب أو حضور المناسبات الاجتماعية			
57	من الصعب علي تغيير عادتي			
58	يداي أصبحت ضعيفة لدرجة أني لم أعد أستطيع حمل الأشياء بها			
59	أعاني من فراغ شديد			
60	أعاني من اضطرابات في النوم			
61	أستطيع تلخيص حياتي في جملة " أنني لم أعش حياتي في الماضي كما يجب، ولن أعيشها في المستقبل كما يجب"			
62	أعاني من مشكلات صحية في الهضم			
63	أتأثر بالمواقف الرومانسية			
64	أعاني من مشكلات في الإخراج			

الملحق رقم (3)
مقياس جودة الحياة

التعليمة:

أمامك مجموعة من العبارات التي تصف طريقة سلوكك اليومي وشعورك، حيث أن كل شخص يختلف عن غيره، فإنه لا توجد إجابات خاطئة وأخرى صحيحة.

المطلوب منك أن تقرأ كل عبارة جيدا ثم تقرر درجة انطباقها عليك حسب المقياس المتدرج من أقل درجة إلى أعلى درجة، حاول اختيار الدرجة التي تعبر بصدق عن سلوكك وشعورك وذلك بوضع علامة واحدة فقط في الخانة المناسبة لذلك، لا تترك أي عبارة دون إجابة.

دائما،أحيانا، نادر، أبدا

رقم العبارة	العبارة	دائما	أحيانا	نادرا	أبدا
1	أتعرض للإصابة بالأمراض أكثر من غيري				
2	أجد صعوبة في القيام بالأعمال التي تتطلب جهدا بدنيا				
3	آخذ الوقت الكافي لتناول الطعام				
4	آخذ كفايتي من النوم				
5	أجد صعوبة في أن أنام بعمق				
6	شكلي لا يعجبني				
7	أشعر بالخوف دون سبب محدد				
8	عندما أغضب لا أتمكن من ضبط تصرفاتي				
9	أشعر بغليان داخلي لا أستطيع التعبير عنه				
10	أشعر بالرغبة في البكاء				
11	أغضب بشدة عندما تقدم لي انتقادات بحضور الآخرين				
12	عندما أغضب أفقد صوابي ولا يمكنني ضبط تصرفاتي				
13	أشعر بالقلق عندما أكون وسط أشخاص غرباء				
14	أشعر بالكآبة				
15	أشعر بأنني أقل شأنا من الآخرين				
16	أشعر بالحاجة إلى مزيد من الثقة بالنفس				
17	أشكو من فقدان القدرة على التركيز				
18	أحرص على إتقان أي عمل أقوم به حتى ولو كلفني ذلك وقتا وجهدا إضافيين				
19	أمارس عملي بارتياح و أشعر بالرضا عنه				

20	اهتم بمظهري الذي هو جزء من عملي				
21	أحرص على أن يكون عملي دقيقا ومنظما				
22	أتمكن من معالجة المشاكل في عملي دون مساعدة أحد				
23	أحب أن أكون محاطا بالناس				
24	أحب التواجد في الأماكن التي يكثر فيها النشاط والحيوية				
25	أستمتع بالتحدث إلى الناس				
26	من الصعب علي أن أجد الأصدقاء				
27	أميل إلى الشك في نوايا الآخرين				
28	أشعر بالاستمتاع عند تواجدي في الحفلات و المناسبات الاجتماعية				
29	أتلقى الدعم من طرف أفراد أسرتي				
30	يخطط زوجي (زوجتي) لحياته دون إشراكي في ذلك				
31	يهتم زوجي(زوجتي) بمشاعري				
32	يحرص زوجي (زوجتي) على إرضائي				
33	أعاني من مشاكل عاطفية في علاقاتي الزوجية				
34	تزعجني التغيرات المستمرة في المناخ				
35	أبتعد عن الأماكن التي يكثر فيها الصخب				
36	لا أطيق الازدحام في الشوارع والطرقات				
37	أشعر بتوتر شديد عند انتظار الحافلة				
38	أحتفظ بهدوئي عند اختناق حركة سير السيارات				
39	أحرص على تأدية الصلاة في وقتها				
40	ألجأ إلى الدعاء والصلاة في الأوقات الصعبة				
41	أهتم بمتابعة الحصص الدينية التي تعرضها قنوات التلفزيون				
42	أحرص على قراءة القرآن				
43	أؤمن بفكرة أن الصبر مفتاح الفرج				
44	أحرص على صيام الأيام التطوعية				
45	أسلم أمري إلى الله				
46	أحرص على إرضاء الله قبل نفسي				
47	أشكر الله حتى في الأوقات الصعبة				
48	أنا متفائل بالنسبة إلى مستقبلي				
49	أتوقع حدوث أمور حسنة				
50	أتوقع حدوث أمور حسنة حتى في الظروف الصعبة				
51	تتحقق الأمور بالطريقة التي أريد				

الملحق رقم (04): مرتبط بالمعالجة الإحصائية (الخصائص السيكومترية) لمقاييس الدراسة الحالية

- ✓ **الصدق التمييزي**
- ✓ **مقياس التوافق النفسي للمسنين**

Statistiques de groupe

	VAR00067	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
المجموع	المجموعة العليا	8	83,5000	1,69031	,59761
	المجموعة الدنيا	8	96,5000	6,02376	2,12972

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes		
		F	Sig.	T	Ddl	Sig. (bilatéral)
المجموع	Hypothèse de variances égales	3,692	,075	-5,877	14	,000
	Hypothèse de variances inégales			-5,877	8,096	,000

- ✓ **الصدق التمييزي**
- ✓ **مقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية للمسنين**

Statistiques de groupe

	VAR00203	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
المجموع	المجموعة العليا	8	144,5000	22,72821	8,03563
	المجموعة الدنيا	8	184,7500	2,71241	,95898

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes		
		F	Sig.	T	ddl	Sig. (bilatéral)
VAR00202	Hypothèse de variances égales	8,697	,011	-4,974	14	,000
	Hypothèse de variances inégales			-4,974	7,199	,001

- ✓ **الصدق التمييزي**
- ✓ **مقياس جودة الحياة**

Statistiques de groupe

	VAR00257	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
VAR00256	1,00	8	112,6250	6,32314	2,23557
	2,00	8	149,3750	5,06916	1,79222

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes		
		F	Sig.	T	ddl	Sig. (bilatéral)
المجموع	Hypothèse de variances égales	1,389	,258	-12,826	14	,000
	Hypothèse de variances inégales			-12,826	13,368	,000

- ✓ **الثبات**
- ✓ **مقياس التوافق النفسي للمسنين**

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	40	100,0
	Exclue[a]	0	,0
	Total	40	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,751	64

- ✓ **الثبات**
- ✓ **مقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية**

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	40	100,0
	Exclue[a]	0	,0
	Total	40	100,0

.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,873	66

- ✓ **الثبات**
- ✓ **مقياس جودة الحياة**

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	40	100,0
	Exclue[a]	0	,0
	Total	40	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,743	51

الملحق رقم (05): خاص بالمعالجة الاحصائية لنتائج الدراسة الحالية

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
للاداة الكلية الدرجة	Equal variances assumed	2,972	,088	-,791	98	,431	-,04789	,06056	-,16807	,07229
	Equal variances not assumed			-1,021	89,049	,310	-,04789	,04689	-,14107	,04529

Statistics

	N						
	Valid	Missing	Mean	Std. Deviation	Range	Minimum	Maximum
البند1	100	1	2,71	,518	2	1	3
بند2	100	1	2,76	,553	2	1	3
بند5	100	1	2,64	,916	3	0	3
بند6	100	1	2,85	,557	3	0	3
بند7	100	1	2,70	,835	3	0	3
بند9	100	1	1,85	1,359	3	0	3
بند17	100	1	2,34	1,199	3	0	3
بند19	100	1	2,88	,409	2	1	3
بند20	100	1	2,88	,477	2	1	3
بند23	100	1	2,94	,239	1	2	3
بند24	100	1	2,85	,435	2	1	3
بند26	100	1	2,85	,500	2	1	3
بند27	100	1	2,85	,500	2	1	3
بند28	100	1	2,88	,477	2	1	3
بند29	100	1	2,28	1,138	3	0	3
بند33	100	1	2,97	,171	1	2	3
بند35	100	1	2,73	,664	3	0	3
بند37	100	1	2,85	,557	3	0	3
بند38	100	1	2,91	,379	2	1	3
بند54	100	1	2,97	,171	1	2	3
بند58	100	1	2,86	,493	2	1	3

بند59	100	1	1,95	1,104	3	0	3
بند62	100	1	,12	,409	2	0	2
بند63	100	1	2,62	,862	3	0	3
المشكل	100	1	2,6182	,27737	1,32	1,57	2,89

Statistics

	N						
	Valid	Missing	Mean	Std. Deviation	Range	Minimum	Maximum
b3	100	1	2,73	,750	3	0	3
b4	100	1	2,84	,545	2	1	3
b10	100	1	2,91	,288	1	2	3
b11	100	1	1,73	,962	3	0	3
b12	100	1	2,94	,343	2	1	3
b13	100	1	1,26	1,488	3	0	3
b14	100	1	2,65	,857	3	0	3
b15	100	1	2,64	,882	3	0	3
b16	100	1	1,08	1,125	3	0	3
b31	100	1	1,79	1,282	3	0	3
b32	100	1	2,84	,545	2	1	3
b34	100	1	2,88	,409	2	1	3
b36	100	1	1,09	1,264	3	0	3
b39	100	1	2,91	,379	2	1	3
b40	100	1	2,18	1,201	3	0	3
b42	100	1	1,91	1,207	3	0	3
b43	100	1	2,60	,974	3	0	3
b45	100	1	1,31	1,331	3	0	3
b48	100	1	3,00	,000	0	3	3
b51	100	1	2,87	,464	2	1	3
b52	100	1	2,88	,477	2	1	3
b53	100	1	2,88	,537	3	0	3
b55	100	1	2,91	,379	2	1	3
b56	100	1	2,34	1,148	3	0	3
b57	100	1	2,75	,770	3	0	3
b60	100	1	1,59	1,485	3	0	3
b61	100	1	2,88	,537	3	0	3
b64	100	1	2,74	,630	2	1	3
b65	100	1	2,97	,171	1	2	3
b66	100	1	3,00	,000	0	3	3

الانفعال	100	1	2,4119	,25732	1,32	1,45	2,77

Statistics

	N						
	Valid	Missing	Mean	Std. Deviation	Range	Minimum	Maximum
c8	100	1	2,85	,500	2	1	3
c18	100	1	2,77	,649	3	0	3
c22	100	1	2,65	,730	3	0	3
c25	100	1	2,45	1,067	3	0	3
c30	100	1	2,79	,640	3	0	3
c41	100	1	2,91	,379	2	1	3
c44	100	1	2,76	,740	3	0	3
السندالاجتماعي	100	1	2,7400	,50940	2,29	,71	3,00

Statistics

	N						
	Valid	Missing	Mean	Std. Deviation	Range	Minimum	Maximum
بند3	100	0	3,00	,000	0	3	3
بند4	100	0	1,47	,810	2	1	3
بند10	100	0	1,07	,256	1	1	2
بند16	100	0	1,00	,000	0	1	1
بند22	100	0	1,00	,000	0	1	1
بند25	100	0	3,00	,000	0	3	3
بند28	100	0	1,12	,327	1	1	2
بند34	100	0	1,00	,000	0	1	1
بند40	100	0	1,08	,273	1	1	2
بند43	100	0	2,60	,550	2	1	3
بند46	100	0	1,00	,000	0	1	1
بند49	100	0	2,59	,605	2	1	3
a1	100	0	2,9700	,17145	1,00	2,00	3,00
a2	100	0	2,7400	,59662	2,00	1,00	3,00
a5	100	0	2,9500	,21904	1,00	2,00	3,00
a6	100	0	2,9400	,34289	2,00	1,00	3,00
a7	100	0	3,0000	,00000	,00	3,00	3,00
a8	100	0	2,9700	,17145	1,00	2,00	3,00
a9	100	0	3,0000	,00000	,00	3,00	3,00
a11	100	0	3,0000	,00000	,00	3,00	3,00

a12	100	0	2,9700	,17145	1,00	2,00	3,00
a13	100	0	2,8500	,43519	2,00	1,00	3,00
a14	100	0	3,0000	,00000	,00	3,00	3,00
a15	100	0	2,9400	,34289	2,00	1,00	3,00
a17	100	0	2,9800	,14071	1,00	2,00	3,00
a18	100	0	2,9700	,17145	1,00	2,00	3,00
a19	100	0	2,9800	,14071	1,00	2,00	3,00
a20	100	0	2,9800	,14071	1,00	2,00	3,00
a21	100	0	3,0000	,00000	,00	3,00	3,00
a23	100	0	2,6900	,46482	1,00	2,00	3,00
a24	100	0	2,8900	,31447	1,00	2,00	3,00
a26	100	0	3,0000	,00000	,00	3,00	3,00
a27	100	0	2,0700	,40837	2,00	1,00	3,00
a29	100	0	2,9500	,21904	1,00	2,00	3,00
a30	100	0	2,9700	,17145	1,00	2,00	3,00
a31	100	0	2,9600	,19695	1,00	2,00	3,00
a32	100	0	2,9400	,23868	1,00	2,00	3,00
a33	100	0	2,9700	,17145	1,00	2,00	3,00
a35	100	0	3,0000	,00000	,00	3,00	3,00
a36	100	0	2,9700	,17145	1,00	2,00	3,00
a37	100	0	2,8700	,33800	1,00	2,00	3,00
a38	100	0	2,9800	,14071	1,00	2,00	3,00
a39	100	0	2,7800	,48367	2,00	1,00	3,00
a41	100	0	2,8800	,40899	2,00	1,00	3,00
a42	100	0	2,9700	,17145	1,00	2,00	3,00
a44	100	0	2,5200	,50212	1,00	2,00	3,00
a45	100	0	2,6600	,58981	2,00	1,00	3,00
a47	100	0	1,0000	,00000	,00	1,00	1,00
a48	100	0	1,1800	,51991	2,00	1,00	3,00
a50	100	0	2,7000	,52223	2,00	1,00	3,00
a51	100	0	2,6700	,47258	1,00	2,00	3,00
a52	100	0	2,8400	,36845	1,00	2,00	3,00
a53	100	0	2,7200	,45126	1,00	2,00	3,00
a54	100	0	2,8500	,35887	1,00	2,00	3,00
a55	100	0	3,0000	,00000	,00	3,00	3,00
a56	100	0	1,2300	,58353	2,00	1,00	3,00
a57	100	0	2,0600	,23868	1,00	2,00	3,00
a58	100	0	2,9100	,28762	1,00	2,00	3,00
a59	100	0	3,0000	,00000	,00	3,00	3,00
a60	100	0	2,2000	,40202	1,00	2,00	3,00

a61	100	0	2,6500	,59246	2,00	1,00	3,00
a62	100	0	2,1100	,76403	2,00	1,00	3,00
a63	100	0	1,9200	,27266	1,00	1,00	2,00
a64	100	0	1,9800	,14071	1,00	1,00	2,00
الكلية.الدرجة	100	0	2,5041	,09533	,55	2,11	2,66

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
الكلية.الدرجة	Equal variances assumed	9,393	,003	-1,913	98	,059	-,04009	,02095	-,08166	,00149
	Equal variances not assumed			-2,773	96,538	,007	-,04009	,01445	-,06878	-,01140

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الكلية.الدرجة	ذكر	72	2,4928	,10828	,01276
	انثى	28	2,5329	,03592	,00679

Correlations

		الكلية.الدرجة	الضغوط.مع.التعامل.أساليب
الكلية.الدرجة	Pearson Correlation	1	,270**
	Sig. (2-tailed)		,007
	N	100	100
الضغوط.مع.التعامل.أساليب	Pearson Correlation	,270**	1
	Sig. (2-tailed)	,007	
	N	100	100

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Statistics

	N						
	Valid	Missing	Mean	Std. Deviation	Range	Minimum	Maximum
البند1	100	0	3,44	,935	3	1	4
بند2	100	0	3,82	,386	1	3	4
بند3	100	0	3,74	,613	3	1	4
بند4	100	0	2,89	1,205	3	1	4
بند5	100	0	2,59	1,215	3	1	4
بند6	100	0	2,85	,609	3	1	4
بند7	100	0	2,48	1,432	3	1	4
بند8	100	0	3,16	1,253	3	1	4
بند9	100	0	2,57	1,430	3	1	4
بند10	100	0	2,57	1,472	3	1	4
بند11	100	0	3,83	,378	1	3	4
بند12	100	0	2,67	1,334	3	1	4
بند13	100	0	2,32	1,325	3	1	4
بند14	100	0	3,79	,537	3	1	4
بند15	100	0	2,91	,494	3	1	4
بند16	100	0	2,65	,702	2	1	3
بند17	100	0	3,17	,933	3	1	4
بند18	100	0	3,72	,740	3	1	4
بند19	100	0	3,91	,514	3	1	4
بند20	100	0	3,74	,505	2	2	4
بند21	100	0	3,95	,219	1	3	4
بند22	100	0	3,37	,774	3	1	4
بند23	100	0	3,24	1,199	3	1	4
بند24	100	0	3,54	,968	3	1	4
بند25	100	0	2,93	1,335	3	1	4
بند26	100	0	3,51	,703	2	2	4
بند27	100	0	3,67	,570	2	2	4
بند28	100	0	3,67	,865	3	1	4
بند29	100	0	1,52	,822	2	1	3
بند30	100	0	4,00	,000	0	4	4
بند31	100	0	1,00	,000	0	1	1
بند32	100	0	1,00	,000	0	1	1
بند33	100	0	4,00	,000	0	4	4

بند34	100	0	2,84	1,454	3	1	4
بند35	100	0	2,98	1,271	3	1	4
بند36	100	0	2,12	1,380	3	1	4
بند37	100	0	1,88	1,289	3	1	4
بند38	100	0	3,29	1,113	3	1	4
بند39	100	0	2,94	1,406	3	1	4
بند40	100	0	3,71	,820	3	1	4
بند41	100	0	3,58	,901	3	1	4
بند42	100	0	3,27	1,014	3	1	4
بند43	100	0	3,76	,698	3	1	4
بند44	100	0	1,89	1,270	3	1	4
بند45	100	0	3,94	,239	1	3	4
بند46	100	0	3,65	,592	2	2	4
بند47	100	0	3,96	,281	2	2	4
بند48	100	0	3,00	1,287	3	1	4
بند49	100	0	3,22	1,106	3	1	4
بند50	100	0	3,28	1,064	3	1	4
بند51	100	0	1,06	,343	2	1	3
ككل.الحياة.جودة	100	0	3,0704	,20762	,80	2,67	3,47

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ككل.الحياة.جودة	ذكر	72	3,0256	,19298	,02274
	انثى	28	3,1856	,20254	,03828

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
ككل.الحياة.جودة	Equal variances assumed	,185	,668	-3,671	98	,000	-,15998	,04358	-,24645	-,07350
	Equal variances not assumed			-3,593	47,192	,001	-,15998	,04452	-,24954	-,07041

Correlations

		ككل.الحياة.جودة	.مع.التعامل.أساليب الضغوط
ككل.الحياة.جودة	Pearson Correlation	1	,266**
	Sig. (2-tailed)		,008
	N	100	100
الضغوط.مع.التعامل.أساليب	Pearson Correlation	,266**	1
	Sig. (2-tailed)	,008	
	N	100	100

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		ككل.الحياة.جودة	النفسي.التوافق
ككل.الحياة.جودة	Pearson Correlation	1	-,006
	Sig. (2-tailed)		,955
	N	100	100
النفسي.التوافق	Pearson Correlation	-,006	1
	Sig. (2-tailed)	,955	
	N	100	100

Abstract

We aim through this study to identify the gender differences of elderly people residing in retirement homes in the methods of psychological stress management, highlighting the most important methods of psychological stress management on which they depend, and we also aim to identify their level of psychological compatibility, while revealing gender differences in their psychological compatibility, with an attempt to clarify the correlation between psychological stress management methods and psychological compatibility among the study sample. in addition to trying to identify the level of their quality of life, with reference to the differences in quality of life according to their sex, while revealing the correlation between the modes of management of psychological stress and their quality of life, and the correlation between psychological adaptation and quality of life of elderly people residing in nursing homes.

To achieve the study objectives, the correlative descriptive approach was adopted, with the application of the study measures represented in the Psychological Stress Management Scale for Older Adults, the Psychological Coping Scale for the elderly and the quality of life scale, on a sample of (100 elderly people) residing in the retirement home, and after the statistical treatment that was carried out through the statistical program (SPSS), we concluded that there are no differences in the methods of managing psychological stress, because of their sex, and that the elderly living in nursing homes depend more on methods based on social ties than on the use of methods based about the problem or emotion in their relationship to the psychological pressures they face, although we found that the majority of them have a high level of psychological adaptation, and it was also revealed that there are differences in favor of women in their level of psychological adaptation, with the conclusion that there is a statistically significant correlation between the methods of dealing with psychological stress and psychological adjustment in the study sample, as it was concluded that the majority of elderly people residing in the nursing home have a average level of quality of life, in addition to this we found that there are statistically significant differences in favor of women in the level of quality of life, with a statistically significant correlation between the modes of management of psychological stress and the quality of life in the elderly, and finally it was concluded that there is no statistically significant correlation between psychological adjustment and quality of vie among the elderly living in retirement homes.

Key words: psychological stress, stress management techniques, psychological compatibility, quality of life, old age.