

الفصل التاسع

تحسين جودة الحياة
للمرأة العراقية المسنة

الفصل التاسع
تحسين جودة الحياة
للمرأة العراقية المسنة (*)

مقدمة البحث:

تتم مرحلة الشيخوخة بالعديد من الخصائص منها: تأثر كل أجهزة الجسم البيولوجية فتظهر بعض المشكلات الصحية مثل أمراض القلب والشرابيين، والسكر، وارتفاع ضغط الدم، وضعف القلب وقلة دفعه للدم إلى الأجهزة العضوية للجسم، وقلة النشاط الحركي، وتأثر الجهاز العصبي المركزي، وضعف الحواس، وصعوبة استدعاء الخبرات الماضية، وانخفاض مستوى الطموح والواقعية، والعزلة الاجتماعية، والهروب من الواقع الاجتماعي، والمعاناة من الوحدة ووقت الفراغ، والشعور بعدم الأهمية (عبد الرحيم، ١٩٨٧).

أن كل هذه الخصائص تؤثر سلباً على مقومات الحياة والسعادة النفسية لكبار السن، ولذا لا بد من التدخل الإرشادي لتخفيف حدة هذه المشاعر وصولاً إلى معنى طيب للحياة؛ وخاصة أن فئة المسنين تزداد بنسبة ثابتة، فقد زاد عدد المعمرين من ٢٠٠ مليون عام ١٩٥٢ إلى ٤٠٠ مليون عام ١٩٨٢، ومن المنتظر أن يصل إلى ٦٠٠ مليون عام ٢٠٠١، ١,٣ بليون مع حلول عام ٢٠٢٥. كما أن نسبتهم تصل إلى ٧% في دول العالم المتقدمة (موسى، ٢٠٠٢).

إلى جانب هذا، لا بد من تدريب المسنين على بعض الأساليب التوافقية التي تساعدهم على الإقبال على الحياة بدلاً من التفرقة والانسحاب الاجتماعي، لأنه ليس هناك معنى أن هؤلاء قد وصلوا إلى هذه المرحلة العمرية، فإن هذا لا يعني أنهم ليس لهم الحق في الحياة. لذا لا بد من تغيير هذه الأفكار والمعتقدات لدى المسنين، ولن يتم ذلك إلا عن طريق التدخل الإرشادي من خلال تصميم برنامج إرشادي نفسي قائم على بعض الأسس النظرية، خاصة نظرية اليرت إيليس للعلاج العقلاني - الانفعالي - السلوكي لتحسين جودة الحياة وأثر ذلك على بعض المتغيرات المرتبطة بجودة الحياة، خاصة الذكاء الوجداني، والسلوك التوكيدي، ومفهوم الذات.

وفي ضوء المعطيات السابقة، يحاول البحث الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي نفسي عقلائي - انفعالي - سلوكي لتحسين جودة الحياة لدى المرأة العراقية المسنة.

مشكلة البحث:

يوجد اختلاف في مفهوم كبار السن وفقاً للأنماط المجتمعية المختلفة؛ ففي المجتمع الريفي نجد أن فئة المسنين يبدأ عند سن الستين عاماً، وخاصة أولئك الذين يعملون في الوظائف الحكومية للسيطة في القرية أو أولئك الذين يعملون خارج القرية في المدن وعندما يبلغون سن المعاش يحضرون إلى القرية لمواصلة رحلة حياتهم في هدوء نفسي في القرية، خاصة لو كانت لديهم ارتباطات مرتبطة بالأراضي الزراعية وضرورة مباشرتها، وهذه الفئة لا تشعر في الغالب بقسوة وفراغ حياة العمل بعد المعاش.

(*) إعداد: سناء جسام، إشراف المؤلف.

أما في المجتمع الحضري، فنجد فئة كبار السن تتحدد عند بلوغ سن المعاش الرسمي وهو الستون عاماً، ومرد ذلك أن الغالبية العظمى من الأعمال تعد أعمالاً حكومية أو في حكم الأعمال الرسمية، والتي تبدأ في سن معين في الخدمة ومن انتهاء لمدة للخدمة، وهذه الفئة في الغالب تشعر إلى حد كبير بفقدان الإحساس بقيمة الإنسان بذاته.

إضافة إلى هذا، فإن نظرة المجتمع للمسنين في المجتمع الحضري تختلف إلى حد كبير؛ حيث أن المسن ينال احترام المجتمع وتقديره له من خلال المركز الاجتماعي والماضي الذي يمثله، ولهذا يشعر بفجوة في المكانة، والنفوذ وأهمية دوره الاجتماعي بعد إحلالته على المعاش. وأن نظرة المجتمع له بدأت تتغير ولا ينال نفس الاحترام والتقدير الذي كان يحظى به قبل خروجه إلى المعاش حيث يجد هوة واسعة بين حياة العمل وحياة المعاش؛ ويستنتج من تلك لفئة أصحاب الأعمال الحرة؛ وهي الأعمال التي لا ترتبط بمن معين للدخول إلى العمل أو الخروج منه حيث يحق للإنسان ذاته كلما حقق نجاحاً أو تقدماً ما في عمله ويستمد مكانته الاجتماعية من إنجازاته في عمله (إبراهيم، 1991).

كما تبين أن هناك شريحة كبيرة من فئة المسنين يعانون من الاكتئاب، وعدم الإحساس بالقيمة، وانعدام الأمان، ونقص في المكانة الاجتماعية، وأن الحياة قد انتهت، وما تبقى منها قليل، وهذا ما يؤثر على توافقهم وسعادتهم النفسية، وعلى كيانهم النفسي بالسلب.

وإلى جانب هذا، أبلغت العديد من البحوث السابقة أهمية دراسة جودة الحياة لدى المسنين (Grish, 2005)، (Register and Herman, 2006)، وأهمية التدخل الإرشادي لتنمية هذا المفهوم لديهم (Jacob, et al., 2007)، (Castro, et al., 2007).

ونظراً لأهمية هذه الشريحة العمرية من فئة المسنين، وقلة البحوث التجريبية سواء التي أجريت في المجتمعات الغربية على وجه العموم، والمجتمعات العربية؛ وخاصة للمراق التي تناولت التدخل الإرشادي لتحسين مفهوم جودة الحياة لديهم، تصدى البحث الراهن لدراسة فاعلية التدخل الإرشادي؛ خاصة الإرشاد القائم على نظرية ألبرت إليس في المجال العقلاني - الانفعالي - السلوكي، حيث أن الفنيات الإرشادية المنبثقة من هذه النظرية جديدة بتغيير بعض الأفكار والمعتقدات اللامنتطقية لدى تلك الشريحة، وتحويلها إلى الجانب الإيجابي لتحقيق السعادة وجودة الحياة.

وفي ضوء ما تقدم، تكمن مشكلة للبحث في محاولة الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي عقلاني - انفعالي - سلوكي لتحسين جودة الحياة لدى عينة من المسنين في محافظة بغداد بالجمهورية العراقية. ومن ثم، يحاول البحث الإجابة على التساؤلات التالية:

- ١- هل توجد فروق في جودة الحياة بين أفراد مجموعة المسنين التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي العقلاني - الانفعالي - السلوكي؟
- ٢- هل توجد فروق في جودة الحياة بين أفراد مجموعة المسنين التجريبية وأفراد مجموعة المسنين الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي العقلاني - الانفعالي - السلوكي؟
- ٣- هل توجد فروق في جودة الحياة بين أفراد مجموعة المسنين التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي؟

هدف البحث:

هدف البحث الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي عقلاني - انفعالي - سلوكي لتحسين جودة الحياة لدى عينة من المسنين.

أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث في جانبين هما:

[أ] الأهمية النظرية:

نظراً لما يعانيه المسنين من تدهور في بعض القدرات العقلية والجوانب النفسية والاجتماعية والجسمية والانفعالية، إلى جانب فراق الأحبة، وزواج الأبناء، والتقاعد عن الوظيفة، وتناقص الدخل المادي، وتضاؤل الفرص فإن هذا يؤثر سلباً على جودة الحياة. لذا لابد من التدخل الإرشادي لمساعدة هذه الشريحة العمرية من المسنين لما لهم من أثر بالغ الأهمية في إمداد الأجيال الصاعدة بالخبرة والحكمة وكيفية إدارة المواقف والسلوكيات.

إضافة إلى هذا لا ينبغي إهمال هذه الشريحة العمرية بعد ما أدت دورها المجتمعي التربوي والتموي، وألا يجب التعامل معها بأنها كماً مهملاً. لذا ينبغي تقديم كافة المساعدات الإرشادية لهذه الفئة من أجل الوصول إلى جودة الحياة. ومن ثم تتجلى الأهمية النظرية لهذا البحث في محاولة الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي قائم على أسس نظرية أديرت إليس للإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي لتحسين جودة الحياة لدى المسنين. ومن خلال مراجعة الأدبيات النفسية في هذا الصدد، لم يوجد بحث قد تناول هذا الموضوع بمثل هذه الكيفية. وعليه، يعد هذا البحث إضافة علمية في مجال الإرشاد النفسي للمسنين في البيئة العراقية.

[ب] الأهمية التطبيقية:

تتجلى الأهمية التطبيقية للبحث فيما يسفر عنه من نتائج ربما تساعد العاملين في مجال الإرشاد النفسي للمسنين في تصميم برامج إرشادية أخرى قائمة على نظريات إرشادية متنوعة تساعد المسنين على تحقيق مظاهر الصحة والسعادة النفسية.

حدود البحث:

يتحدد البحث بالعينة المستخدمة المكونة من (١٦) مسنة (ثمانية للمجموعة التجريبية، وثمانية للمجموعة الضابطة)، وبالمقاييس المستخدمة لقياس جودة الحياة، وبالبرنامج الإرشادي العقلاني - الانفعالي - السلوكي، وبالأساليب الإحصائية المستخدمة.

مفاهيم البحث:

[١] الإرشاد العقلاني الانفعالي للسلوكي:

تكمن جذور هذه النظرية في كتابات الفلاسفة اليونانيين قبل حوالي ٢٥٠٠ سنة حيث يرون أن الطريقة التي ندرك بها الأشياء وليست الأشياء ذاتها، هي التي تصف سلوكنا بالاضطراب أو السواء، فقد أوضح "إبيكتيوس" Epictetus الذي عاش في القرن الأول الميلادي أننا لا نضطرب من الأشياء وإنما من الآراء التي نحملها عنها، والتي تجعلها تبدو غير سارة، وهناك بعض الفلاسفة يرى أن ما لا

يمكن تعديله أو تغييره فيجب علينا إما تقبله أو طرحه جانباً، لأن إغراق للتفكير فيه ليس إلا تبيدياً للطاقة، مما يؤدي إلى زيادة الاضطراب النفسي، وهناك من المفكرين المسلمين من أيد هذا الاتجاه القائل بأن أفكارنا هي التي تصنع وتحدد حياتنا، فإذا سيطرت علينا أفكار سعيده كنا سعداء، وإذا سيطرت علينا أفكار تشعرونا بالتعلمة كنا أشقياء. أما في العصر الحديث فيعد ألبرت إليس ABlert Ellis هو مؤسس هذه النظرية، حيث بدأ منهجه عام ١٩٦٢ ونشر كتابه "العقل والانفعال في العلاج النفسي"، ويركز إليس في علاجه على التفكير، والحكم، والتقدير، والتحليل، والفعل (للتصرف)، بينما لا يهتم كثيراً بالتركيز على المشاعر.

وترى هذه النظرية أن الناس يشعرون بالانزعاج عندما يسعون إلى تحقيق أهداف معينة وتعرضهم أحداث أو عواقب تمنعهم من تحقيق أهدافهم، ويحمل الناس معتقدات حول هذه الأحداث تؤثر على مشاعرهم وسلوكياتهم، وبناءً عليه فإن الأحداث في حد ذاتها لا تخلق المشاعر، وإنما المعتقدات والقناعات حول هذه الأحداث هي التي تسهم في تشكيل المشاعر الناتجة عن الأحداث (دلوود، ٢٠٠١: ٢٩٠). كما تتضح أهمية الجانب المعرفي أو العقلي في تقرير عواطف وانفعالات الفرد في مئات الدراسات والأبحاث التي راجعها إليس في مقاله خاصة لدعم نظريته فيما يتعلق بتطور العصاب وعلاقة للتفكير اللاعقلاني واللامنطقي بالاضطرابات الانفعالية (Ellis, 1997: 4). وهناك العديد من الأدلة الإكلينيكية والتجريبية التي تدعم فرضية إليس التي تقول بأن نظم المعتقدات اللاعقلانية عند الفرد هو المسئول عن السلوك المرضي أو الاضطرابات النفسية (Forman & Forman, 1978: 615).

ويعد العلاج العقلاني الانفعالي للسلوكي هو أحد أساليب العلاج المعرفي الحديث، ويفترض إليس أن أنماط للتفكير الخاطئة تسبب السلوك المضطرب، ويهدف إلى تعديل الاعتقادات غير العقلانية وغير الواقعية والخائفة للذات Self-Defeating وتعليم للمرشد أساليب تفكير أخرى أكثر عقلانية وأكثر إيجابية عن طريق الحوار للفلسفي والطرق الانعافية (Ellis, 1995: 106). أما الأفكار غير العقلانية Irrational Ideas، فقد عبر عنها إليس بأنها تلك الأفكار السالبة غير المنطقية وغير الواقعية والتي تتأثر بالأهواء الشخصية والبعد عن الموضوعية، وتعتمد على التوقعات اللامعقولة والتعميمات الخاطئة والظن والاحتمالية والمبالغة والتنهويل، ولا تلائم إمكانات الفرد الواقعية. أما التفكير العقلاني Rational Idea، هو التفكير العلمي الذي يتصف بالمرونة ورفض القطعية وتقبل عدم اليقين وتحمل المخاطرة والإحباط والمسئولية الذاتية عن الاضطراب (Ellis & Bernard, 1986: 294).

تعريف الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي:

يمكن تعريف الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي بأنه: أسلوب شامل من أساليب العلاج النفسي الذي يستخدم بوعي ودراية فنيات معرفية وانفعالية وسلوكية لمساعدة العميل على تغيير الاختلال في أفكاره وانفعالاته وسلوكه، أو تدميرها للذات (عمارة، ١٩٨٥: ١١). وهو أحد الأساليب الإرشادية؛ ويهدف إلى تحديد الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية واللامنطقية في سلوك العميل وتعديلها إلى أفكار ومعتقدات عقلانية منطقية سلوكية وتبنى العميل فلسفة جديدة في الحياة (عبد العزيز،

١٩٩٢: ١٠). كما أنه أحد أساليب العلاج المعرفي الحديث ويفترض أن أنماط التفكير الخاطئة تسبب السلوك المضطرب، ويهدف إلى تعديل الاعتقادات غير العقلانية وغير الواقعية والخاذلة للذات وتعليم العميل أساليب تفكير أخرى أكثر عقلانية وأكثر إيجابية عن طريق الحوار الفلسفي والطرق الإقناعية (البيلاوي، ١٩٩٩: ٨). وهو علاج مباشر توجيهي يستخدم فنيات معرفية و انفعالية لمساعدة المريض لتصحيح معتقداته اللاعقلانية وتحويل معتقداته اللاعقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي إلى معتقدات يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي، وهو إرشاد مختصر هدفه نظام المعتقدات "هدم وبناء" لتخفيف القلق وتقبل الذات (زهران، ٢٠٠٣: ٢٨٤). وإلى جانب هذا، يهتم الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي بالصلة المتداخلة بين التفكير والانفعال حيث أن الحوار الداخلي ومعتقدات الشخص ينتج عنها السلوك الانفعالي، والإرشاد يكون من خلال تغير الأفكار والحديث الذاتي التي يتمخض عنها الانفعالات غير الملائمة والسلوك المضطرب، وعليه يكون تغيير الأفكار لتصبح عقلانية يؤدي إلى تحسين السلوك الانفعالي. ويقوم المرشد بدور نشط وفعال على تغيير الأفكار اللاعقلانية لتصبح عقلانية خلال فنيات معرفية و انفعالية وسلوكية (الشعراوي، ٢٠٠٣: ٤١٣).

أما التفكير العقلاني Rational Idea، هو التفكير العلمي الذي يتصف بالمرونة ورفض القطيعة وتقبل عدم اليقين وتحمل المخاطرة والإحباط والمسئولية الذاتية عن الاضطراب (Ellis & Bernard, 1986: 294).

أهداف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

يهدف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي إلى أن يتفهم العميل تلك المعتقدات وخفض مستوى مطالبه الذاتية اللامعقولة (Ellis, 1977: 162). كما يهدف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي إلى العمل على تغيير نمط التفكير غير الواقعي، غير الناضج، اللحوح Demanding والقطعي Absolute إلى نمط واقعي من التفكير والسلوك الناضج والمنطقي والعملية، وهذا سيؤدي إلى ردود فعل انفعالية أكثر ملائمة لمواقف الحياة (Corey, 1996: 291). وهذا الإجراء الأساسي المستخدم لتحقيق ذلك هو التفتيد Disputing الذي يعني التحدي المنطقي للمعتقدات اللاعقلانية، وقد يتضمن فحص الأدلة الخاصة بصديق المعتقد أو مدى فائدة تبنيه وفحص النواتج المأساوية التي يمكن أن يستتجها الشخص حول بيئته إذا ما استمر في تبني هذا المعتقد (Haaga & Davison, 1993: 215).

وقد وصف إليس وبيرنارد Ellis & Bernard (١٩٨٦: ٣٠) ثلاثة مكونات لعملية التفتيد وهي كما يلي:

- ١- أن يتعلم الشخص كيف يتعرف على معتقداته اللاعقلانية، خاصة ما يتعلق منها بالقطعيات Absolutistics مثل يجب، ينبغي، لا بد من، وما يعتبره لا يطاق Awfulizing أو ما يؤدي إلى تخفيض قيمة الذات Self-Downing.
- ٢- أن يحاور الشخص نفسه حول معتقداته غير المفيدة، وأن يقوم بمحاكمتها منطقياً وتجريبياً، وأن يناقش نفسه بوضوح ويعمل على مقاومة قناعاته بها.
- ٣- أن يتعلم كيف يميز بين المعتقد غير العقلاني (الهادم للذات) والمعتقد العقلاني المفيد للذات.

وهذا التفكير الفعال والواقعي يؤدي إلى خلق مجموعة من المشاعر الجديدة التي تؤدي إلى شعور الفرد بملاتمة الموقف بدلاً من شعوره بالقلق والإحباط.

وإلى جانب التفتيد اللفظي يمكن استخدام التفتيد التخيلي ومراقبة الذات لمحاولة تعرف الشخص على أفكاره الذاتية والعمل على تنفيذها (Goldfried, et al., 1974: 247). وقد حدد إليس عدداً من أهداف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وهي تمثل إشباعات لعدد من الحاجات، وتتشابه إلى حد ما مع نظريات فرويد، سكرنر، ماسلو، وروجرز. وتلك الأهداف كما ذكرها عبد الله (١٩٩٧: ٢٧٩) هي: الاهتمام بالذات، توجيه الذات، القدرة على التحمل، تقبل الغير، المرونة، للتفكير العلمي، الالتزام، الرضا عن الذات.

ومن أبرز المسملمات التي تقوم عليها نظرية ألبيرت إيليس ما يلي:

١- أن الناس يتحكمون في حياتهم بما يحملونه من أفكار ومعتقدات والتصرف بموجبيها، فعندما يفكر للشخص على نحو عقلائي يكون سعيداً، أما عندما يفكر على نحو غير عقلائي فإنه يشعر بالاضطراب والتهامة، لذلك فإن أساليب تفكيرنا ومعتقداتنا الخاطئة أو اللاعقلانية هي السبب فيما نشعر به من اضطرابات نفسية (دلوود، ٢٠٠١: ٢٩٠).

٢- ينشأ التفكير العقلاني عند الإنسان من خلال للتنشئة الاجتماعية، ويتأثر بأفكار الآخرين من حوله خلال مراحل نموه المختلفة، فالإنسان مهياً بيولوجياً لأن يفكر بطريقة خاطئة ولا عقلانية في مناسبات عديدة، وأن يتصرف بغرابة لأتفه الأسباب (الشناوي، ١٩٩٧: ٩٧).

٣- أن الفكرة الرئيسية التي تعتمد عليها أساليب الإرشاد أو العلاج العقلي - الانفعالي - السلوكي عند إليس هي أنه لا يمكن الفصل بين تفكير الإنسان وبين أفعاله وسلوكه، فهذه للجوانب جميعها تتفاعل فيما بينها، ويكمل بعضها بعضاً، فالإنسان لا يفعل فحسب بل يفكر بطريقة معينة وهو في قمة الانفعال كما أنه يترجم أفعالاته إلى سلوكيات أو نشاطات خارجية، من جهة أخرى فعندما يفكر الإنسان في حل مشكلة ما، فإن ذلك يترافق بانفعال له صلة بالموضوع الذي يفكر فيه، بالإضافة إلى ظهور سلوكيات معينة تصاحب عملية التفكير والانفعال بالموضوع (الزعبي، ٢٠٠٣: ٧٢).

٤- اهتم إليس بشكل كبير بالإرشاد أو بالعلاج المعرفي - للعقلاني الذي يركز على البحث عن الأفكار اللاعقلانية عند المسمترشد ومهاجمتها وتنفيذها باعتبارها مصدراً للاضطراب الانفعالي والسلوكي، ثم تعليمه أفكاراً أكثر عقلانية، فمن أجل إحداث التحسن في أفعال المسمترشد وسلوكه، لابد من فهم النسق المعرفي المشوه عنده، ثم تعديله بما يحقق التوازن عند المسمترشد (الشناوي، ١٩٩٧: ٩٧).

٥- أن الإنسان من وجهة نظر إليس ليس كائناً بيولوجياً يتحكم فيه الغرائز، وإنما شخص قادر على فهم العجز الذي عنده، ولديه القدرة على تغيير الأفكار الخاطئة التي تعلمها في طفولته، ولديه القدرة على مواجهة الميل إلى خداع النفس، وأن يسلك ويفكر ليجعل نفسه فريداً ومختلفاً (الزعبي، ٢٠٠٣: ٧٣).

طبيعة الإنسان:

يؤكد إيليس أن الإنسان يولد ولديه الاستعداد للتصرف بالطريقتين العقلانية واللاعقلانية ويرى أن الأفراد مركبون بيولوجياً على أن يفكروا بطريقة ملتوية في مناسبات عديدة أو أن يهزموا أنفسهم، وأن يببالغوا في كل شيء وأن يشعروا بالإثارة الشديدة ويتصرفوا بغرابة شديدة لأتفه الأسباب (Ellis، 1973: 226). ويقترح إيليس أيضاً أن الإنسان من الناحية الجينية مستعد للانفعال العاطفي والاضطراب النفسي ثم بعد ذلك (بعد الولادة والنمو) يتعرض لمواقف وتأثيرات تساعده على تحقيق ما فطر عليه، إلا أن إيليس يؤمن أنه من الأسهل على الإنسان أن يتصرف بطولته إلا أنه ينبغي ألا يفعل ذلك.

لقد أورد إيليس عشر فكرة غير عقلانية في المجتمع الأمريكي وهذه الأفكار كما نكرها باترسون (Patterson 1986: 5-8)، ونيلسون (Nelson 1982: 52-53) وهي:

١- من الضروري أن يكون الشخص محبوباً أو مرضياً عنه من كل المحيطين به. ويرى إيليس أن هذه فكرة غير منطقية لأن إرضاء الناس غاية لا تترك، وإذا اجتهد الفرد للوصول إلى ذلك فإنه يزداد اعتماداً على الآخرين ويقل شعوره بالأمان ويزداد تعرضه للإحباط، وإن كان من الأفضل أن يكون الفرد محبوباً من قبل الآخرين إلا أنه لا يصح باهتماماته ورغباته في سبيل تحقيق ذلك.

٢- أن يكون الفرد على درجة كبيرة من الكفاءة والمنافسة والإنجاز حتى يمكن اعتباره شخصاً ذا أهمية. وأيضاً هذه الفكرة من الصعب على الفرد تحقيقها بشكل كامل، فإصرار الفرد على تحقيقها يؤدي إلى شعوره بالنقص وعدم القدرة على الاستمتاع بالحياة الشخصية، وشعور دائم بالخوف من الفشل، فالعاقل هو الذي يسعى لتحقيق هذه الفكرة لشخصه وليس من أجل أن يصبح أفضل من الآخرين.

٣- بعض الناس يتصفون بالشر والوضاعة والجبن ولذلك فهم يستحقون أن يواجه لهم اللوم والعقاب. فهذه الفكرة غير منطقية فالتصرفات الخاطئة أو غير الأخلاقية هي نتيجة للغباء والجهل والاضطراب النفسي، وكل الناس معرضون لارتكاب الأخطاء، والتأنيب والعقاب لا يؤدي عادة إلى تحسين السلوك بل يؤدي إلى سلوك أكثر سوءاً وإلى مزيد من الاضطراب الانفعالي، وأما الأفراد الأكثر عقلانية لا يلومون أنفسهم ولا الآخرين إذا ما وجه لهم اللوم، وإنما يحاولون أن يحسنوا أو يصححوا سلوكهم إذا ما كانوا مخطئين، وإذا لم يكونوا مخطئين فإن لوم الآخرين لهم يدل على اضطرابهم، وإذا ما ارتكب الآخرين أخطاء فإنهم يحاولون فهمهم ومحاولة منعهم من مواصلة الأخطاء، وإذا لم يستطيعوا ذلك فعليهم أن يحاولوا عدم ترك سلوك الآخرين يؤرقهم بشدة، وعندما يرتكبون أخطاء فإنهم يعترفون بها ولكنهم لا يتركون هذه الأخطاء لتصبح كارثة أو تؤدي بهم إلى الشعور بانعدام الأهمية.

٤- أنه من المصائب الفادحة أن تسيير الأمور بعكس ما يتمنى الفرد. وهي فكرة غير عقلانية لأن عدم حدوث ما يتمنى الفرد لا يستحق الإحباط الشديد والحزن الدائم، لأن هذا الحزن لن يغير شيئاً من الواقع بل قد يزيده سوءاً، والإحباط لا يؤدي إلى آثار سيئة إلا إذا صوره الفرد لنفسه

باعتباره كارثة، وإذا لم نستطيع أن نعمل شيئاً لزاء ما يحدث فإن العقل يقول بأن نتقبل ما يحدث، وفي كل الحالات فإن المواقف المؤلمة قد تؤدي إلى الضيق والكدر، ولكنها لا تصبح كوارث أو مصائب فادحة إلا إذا تصورنا الفرد على هذا النحو.

٥- تنشأ تعاسة الفرد عن ظروف خارجية لا يستطيع السيطرة عليها أو لتحكم فيها. ويرى ليس أن هذه الفكرة غير منطقية لأنه في الواقع بينما نجد القوى والأحداث الخارجة عن الفرد من الممكن أن تكون مؤنية بنياً فإنها تكون عادة ذات طبيعة نفسية، ولا يمكن أن تكون مؤنية إلا إذا سمح الفرد لنفسه أن يتأثر بها نتيجة لاستجاباته واتجاهاته، والشخص العاقل الذي هو على درجة من الذكاء يعرف أن التعاسة بدرجة كبيرة من داخله، وإن كان الخارج هو مصدر الضيق إلا أنه بإمكانه تغيير ردود الفعل نحو ما يأتي من الخارج وإعادة تفسير وتحييم تأثيره السلبى.

٦- أن الأشياء الخطرة أو المخيفة تعتبر سبباً للاشغال البالغ، ويجب أن يكون الفرد دائم التوقع لها. وهي أيضاً من الأفكار اللاعقلانية التي تحول دون التقويم الموضوعي لاحتمال وقوع الخطر، وعدم القدرة على التعامل الفعال مع الحادث الخطير عند وقوعه، فالشخص العاقل يدرك أن القلق لن يمنع هذه الأحداث وإنما قد يزيدها، وقد يكون هذا القلق أكثر ضرراً من الأحداث التي يخشى الفرد وقوعها.

٧- الأسهل على الفرد أن يتجنب بعض المسؤوليات وأن يتحاشى مواجهة الصعوبات بدلاً من مواجهتها. وهي فكرة غير عقلانية لأن تجنب القيام بواجب ما يكون غالباً أصعب من القيام به، وقد يؤدي إلى مشكلات ومشاعر عدم الرضا، وعدم الثقة بالنفس، فالحياة السهلة ليست بالضرورة حياة سعيدة، أما الشخص العاقل فهو الشخص الذي يقوم بواجبه، ويتقضى الأعمال المؤلمة، وعندما يجد الفرد نفسه متجنباً للمسؤوليات فإنه يقوم بتحليل الأسباب التي تكمن وراء تفاديه لها، ودمج نفسه في مهمات شخصية، وبالتالي يتأكد من أن الحياة التي تتسم بالمسؤولية والتحدى وحل المشكلات هي حياة ممتعة.

٨- يجب أن يعتمد الشخص على آخرين، ويجب أن يكون هناك شخص أقوى منه لكي يعتمد عليه. وهي فكرة غير عقلانية لأن الإسراف في الاعتماد على الآخرين تؤدي إلى فقدان الحرية الشخصية، والاعتمادية، والفشل في التعلم، وفقد الأمان لأنه سيصبح تحت رحمة من يعتمد عليهم، والعاقل هو الذي يكافح من أجل تحقيق الذات واستقلالها، ولا يرفض المساعدة وإنما يبحث عنها إذا احتاج إليها، ويدرك أيضاً أن المحاولات الجديدة مطلوبة ولكن لو فشلت هذه المحاولات فستفيد من الفشل وتتعلم منه ما يمكننا من النجاح في المحاولات التالية، فالفرد يتعلم من الخبرات الفاشلة بقدر ما يتعلم من الخبرات الناجحة وربما أكثر.

٩- الخبرات والأحداث الماضية هي المحددات الأساسية للسلوك الحاضر والمؤثرات الماضية لا يمكن استئصالها. وهذه الفكرة غير عقلانية لأنه على الرغم من اعترافه بصعوبة تغيير مسابق تعلمه إلا أن ذلك ليس مستحيلاً، فالشخص العاقل يدرك أن الماضي مهم ولكنه يدرك

أيضاً أن الحاضر يمكن تغييره عن طريق تحليل المؤثرات الماضية وإثارة التساؤلات حول بعض المعتقدات المؤلمة المكتسبة والتي تضطره إلى أن يملك على هذا النحو في الوقت الحاضر، وليس من المعقول أن يكون الحاضر أسيراً للماضي وأحداثه، وبراعة الفرد تكمن في تحليل ما حدث في الماضي واستخلاص ما يمكن أن يفيد في مواجهة الحاضر، وما قد يأتي به المستقبل اعتماداً على الاستبصار والفهم والعقل.

١٠- ينبغي أن ينزعج الفرد أو يحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات واضطرابات. فيرى إليس أن هذه فكرة غير منطقية لأن مشكلات الآخرين لا ينبغي أن تكون مصدر انشغال للفرد، ومن ثم يجب ألا تسبب له ضيقاً وهماً، وحتى عندما يؤثر سلوك الآخرين في فرد ما فإن هذا يحدث من منطلق تحديد الفرد وإدراكه لأثار هذا السلوك، فعندما يصبح الفرد مضطرباً بدرجة شديدة بسبب سلوك الآخرين فهذا قد يعني ضمناً أن هذا الشخص لديه القدرة على ضبط سلوكهم، ولكنه في الواقع يقلل من قدرته على تغييرها، فهو يعاني من جراء ذلك وفي المقابل فهو يهمل مشكلاته الشخصية، أما الشخص العاقل فإنه يحدد ما إذا كان سلوك الآخرين قد بدأ يأخذ صورة مضطربة، فإذا تبين له ذلك فإنه يحاول أن يفعل شيئاً ليساعد الآخرين على التغيير، وإذا لم يكن بوسع عمل شيء فإنه يتقبل هذا السلوك ويحاول أن يخفف من آثاره بقدر المستطاع.

١١- هناك دائماً حل مثالي وصحيح لكل مشكلة، وهذا الحل لا بد من إيجاده وألا تكون النتيجة مفاجئة. وهذه الفكرة غير عقلانية بسبب أنه لا يوجد حل مثالي وصحيح بالكامل، وأن ما نتصوره من نتائج تترتب على الإخفاق في الحصول على مثل هذا الحل الصحيح والكامل غير واقعي وإنما يقودنا الإصرار على ذلك إلى القلق والخوف، كما أن هذا السعي إلى الكمال في الحلول ينتج عنه حلول أضعف من الممكن فعلاً، ويحاول الشخص المتمثل أن يجد حلولاً ممكنة متنوعة للمشكلة، وأن يتقبل أفضلها أو أكثرها واقعية مع التسليم بأنه لا يوجد إجابة كاملة لأي مسألة أو مشكلة.

هذه عينة من الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية والخاطئة تكاد تكون عامة في الحضارة الغربية، وعندما يتم تقبلها وتميزها عن طريق الألفاظ الذاتية التي يستمر الفرد بتكرارها لنفسه، فإن ذلك يقوده إلى الصعاب والاضطراب الانفعالي بسبب عدم قدرته على تحقيق تلك الأفكار والمعتقدات. ويعاني الأفراد المضطربون من التعاسة لأنهم لا يستطيعون تحقيق ما يتمنون وما يفرضونه على أنفسهم من احتميات ترتبط بعبارات مثل (ينبغي، يجب، من المفترض)، لأنه بمجرد أن يعتقد الفرد في هذا السوهم الذي تتضمنه هذه الاحتميات فإنه سيصبح مستهدفاً للكبت، والدونية، والدفاعية، والشعور بالإثم، وعدم الكفاءة، وسيصبح غير سعيد، وعلى العكس من ذلك إذا استطاع أن يتحرر كلية من كل هذه الأنواع الأساسية من التفكير غير المنطقي فإنه سيصبح من الصعب عليه أن يكون شديد الاضطراب من الناحية الانفعالية أو على الأقل فإنه يعلق اضطراباته لفترة طويلة من الوقت (الشناوي، ١٩٩٧: ١٠٣).

خصائص الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية:

- تتميز الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية بمجموعة من الخصائص كما ذكرها للشراوي (٢٠٠٣):
- ١-٨)، ومليكة (١٩٩٠: ١٩٣)، والريحاني (١٩٨٧: ٧٦) بما يلي:
 - ١- تكون المعتقدات اللاعقلانية تخيلية ومستحيلة للتصديق، ويتم تعزيز غالبيتها من قبل تطوير الأفراد لها، وتؤدي إلى الشعور بالتمعاسة غير الضرورية مثل القلق، وتجعل تفكير الشخص يتصف بالجمود فلا يتمكن من التفكير بطريقة عقلانية تجاه الموقف.
 - ٢- تكون المعتقدات اللاعقلانية عادة صورة من صور الاستبداد المطلقة، ويكونها للناس للحاجات والمتطلبات غير الملائمة.
 - ٣- تنشأ المعتقدات اللاعقلانية من أساس "لوجوب" حيث يظهر للناس لحوحين، وذوي إدراكات غير واقعية لكيفية وجوب ما تكون عليه الأشياء، وهي تؤدي إلى الاضطرابات الانفعالية والإخفاق في تحقيق الهدف.
 - ٤- تساهم المعتقدات اللاعقلانية مساهمة ذات دلالة في أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية وفي حدوث القلق، والاكتئاب، ونقل من القدرة على التغلب على المشكلات.
 - ٥- أن هناك علاقة بين التفكير اللاعقلاني والمعتقدات اللاعقلانية والعديد من أشكال الاضطرابات النفسية وسوء التكيف كالمصائب والقلق والاكتئاب وتدني مستوى تقدير الذات، وحتى الفصام.
 - ٦- تؤدي المعتقدات اللاعقلانية إلى استنتاجات وانفعالات مختلة وظيفياً، وتكون ذات طبيعة ملحة، متزمنة، وتتصف بتغيرات وجوبية، كما تؤدي إلى اضطراب الناس وإحباطهم بسهولة.
 - ٧- نظراً لقدرة الإنسان على الكلام واستخدام الرموز والألفاظ فإن التفكير اللاعقلاني مستمر لديه عن طريق تكرار العبارات اللانطقية، مما يؤدي إلى هزيمة الذات حتى قبل الشروع في العمل وباستمرار الحديث لذاتي تستمر الاضطرابات، وهي لا تقرر من خلال الظروف الخارجية بل من خلال المفاهيم والمعتقدات التي يتبناها الفرد نحو الأحداث.

مزايا العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

- يتميز العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي كما أشار إلى ذلك للذافني (١٩٩٧: ١٦٩) بما يلي:
- ١- يمكن استخدام هذا الأسلوب من العلاج مع عدد غير محدود من الاضطرابات ومع مختلف الأفراد.
 - ٢- يعتبر من الأساليب العلاجية الأكثر وضوحاً في فلسفته ومبادئه، ويتم للتأكد من نتاجه بأساليب تجريبية.
 - ٣- أنه أسلوب شامل لأنه يولج المشكلة من النواحي الذهنية والانفعالية والسلوكية، فهو يشتمل على بيان نواحي النقص والاضطراب لدى العميل، ويعمل على تشجيع العميل على التعبير عن أحاسيسه وانفعالاته، ثم يتولى بعد ذلك تعليم العميل وتدريبه على كيفية الاستجابة للمدركات بطريقة مغيرة لما كان يقوم به سابقاً.

نظرية إيليس في الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي:

يعتبر إيليس أن التفكير والانفعال بينهما حالة متبادلة وطريقة تفكيرنا ومعتقداتنا تمثل عملية بسيطة بين المثير والاستجابة، ورمز إيليس في نظريته بالحروف التالية A B C ثم أكملها D E F ويشير حرف A (Activating Event) إلى الحدث المنشط وهو المثير أو المنبه الذي يتعرض له الفرد ومن شأنه أن يثير استجابة معينة، أما الحرف A (Consequence) فيشير إلى العاقبة أو النتيجة، وهي الاستجابة التي تصدر عن الفرد أو الحالة التي تنتابه نتيجة لتعرضه للمثير المنشط A، أما الحرف B (Belief) فهو العامل الذي يتوسط بين A و C ويشير إلى الاعتقاد، وهو عامل هام جداً لأن C تترتب على مدى إدراكه وفهمه وتفسيره للموقف، أي على معتقده B فيما يتعلق بالمثير A، أما D وهي التفتيد Disputing والمجادلة Debating والتوضيح Defining حتى يكتسب سلوك جديد، أما E (Effect) فهي فلسفة جديدة إيجابية ملائمة للموقف وعقلانية، وأما F فهي المشاعر الإيجابية المترتبة على الحدث A (الزيود، ١٩٩٨: ٢٥٠)، (أبو عطية، ١٩٩٧: ١٣٥)، (الشعراوي، ٢٠٠٣: ٧)، (العزة وعبد الهادي، ١٩٩٩: ١٤١).

ويرى إيليس أن معظم النظريات اهتمت كثيراً بالمتغيرين A C بينما أهملت المتغير B على الرغم من أهميته البالغة، فمتغير A من وجهة نظر إيليس في حد ذاته ليس له قيمة كبيرة، فالمهم هو القناعات والمعتقدات التي تترك على أساسها المتغير A، فقد تركه كعامل مهدد أو خطر وهو ليس كذلك، بحيث سيتصرف الفرد بناءً على إدراكاته، والعكس صحيح فقد يدرك الفرد المتغير A الذي يمثل خطورة وأهمية فعلية وحقيقية على أنه عامل تافه وغير هام بناءً على قناعاته ومعتقداته B ويتصرف على هذا الأساس، وبالتالي يتصرف الفرد تصرفاً خاطئاً ويحمل نتائج سيئة، ويكون العامل C من النوع المكرر.

العملية الإرشادية حسب نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

أن العملية الإرشادية من وجهة نظر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي هي عملية نشيطة مباشرة، مجابهة وترتكز على مبدأ السؤال العلمي، والتحدي، والمناقشة، كما يمكن وصفها بأنها عملية تعليمية إنسانية علمية ولغوية، فالمرشد يعلم العميل كيف يتحرك ويناقش أفكاره اللاعقلانية بطريقة منطقية علمية، مما يجعل المرشد يعلم العميل كيف يتقبل نفسه وكيف يفرق بين قبول النفس اللامشروط وقبول النفس المرتكز على النجاح فقط، وفي ذلك فإن جميع مجابهات المرشد تكون موجبة نحو الأفكار اللاعقلانية للمرء وشعوره بهزيمة النفس بدلاً من مهاجمة شخصه ولومه، ويجب على المرشد ألا يكون ودوداً أو دافئاً مع العميل (Ellis, 1973: 141)، كما أن المرشدين في هذه النظرية لا يقيمون اعتباراً لسنوات الطفولة أو لمشاعر العميل، ولا يعتبرون تحسن حالة العميل شرطاً للانتقال في العلاج من طور لآخر، أما شخصية المرشد وصدقه ومعرفته فليس لها اعتبار حسب هذه النظرية، فالمرشد يهيمه أن يتحرى ويناقش الأفكار اللاعقلانية التي تسبب الاضطرابات للعميل (Ellis & Grieger, 1986: 20).

خطوات العلاج التي يتبعها المرشد حسب نظرية إيليس:

هناك مجموعة من الخطوات التي يتبعها المرشد عند استخدامه للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي كما ذكرها العزة وعبد الهادي (١٩٩٩: ١٤٣) وهي:

- ١- جعل المسترشد واعياً لأفكاره اللامنطقية وتفكيره الداخلي أي إقناعه بأن تفكيره غير منطقي، ويوضح له أن السبب في اضطرابه هو سلسلة العبارات التي يقولها لنفسه، والكشف عن التفكير الداخلي الهادم للذات أو التفكير غير المنطقي في ماضي وحاضر المسترشد.
- ٢- تغيير تفكير المسترشد الداخلي اللامنطقي وتعليمه كيف يتحدث، ويهاجم، ويعيد ويستبدل كلماته الداخلية مرة أخرى، حتى يصبح تفكيره الداخلي أكثر منطقية، فهذه النظرية تؤمن بأن المسترشد لا يستطيع تغيير أفكاره بدون مساعدة فلابد من المساعدة.
- ٣- يناقش المعالج مع المسترشد الأفكار اللامنطقية بشكل عام وفلسفته في الحياة، فهو لا يقتصر في نقاشه على الأفكار الخاطئة المحددة التي يتبناها المسترشد بل يتجاوزها إلى الأفكار اللامنطقية العامة وذلك ليجنب المسترشد من الوقوع فريسة لها.

فنيات الإرشاد العقلاني الانفعالي للسلوكي:

لا يعتمد الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي على طريقة واحدة تستخدم مع المسترشدين، وإنما يشتمل على مجموعة من الأساليب العلاجية، على الرغم من أن الجانب المعرفي هو الذي يغلب على العمل الإرشادي، ويستند هذا إلى عدة افتراضات نكرها الشناوي (١٩٩٧: ١١٣-١١٤) وللزيود (١٩٨٨: ٢٦٩) وهي:

- ١- أن التفكير والانفعال الإنساني يتداخلان بشكل مام، بحيث أننا نخلق عواطفنا عن طريق التفكير، كما أننا نتسبب في تفكيرنا عن طريق الانفعال، ويمكن تغيير هذه الانفعالات إذا اعتبرناها مضطربة عن طريق نظرتنا وتفكيرنا حول الجوانب المعرفية التي تتسبب فيها وذلك عن طريق تنفيذها وإعادة بناء غير الملائم منها.
- ٢- أن المثيرات الخارجية أو الأحداث المنشطة A تسهم في النتائج الانفعالية والسلوكية، ومع ذلك فإن أفكار الناس حول تلك الأحداث B هي التي تسبب النتائج C بشكل أهم ومباشر، ومن ثم فالإرشاد الفعال يتعامل أساساً مع هذه الأفكار B أكثر من التعامل مع الأحداث المنشطة A أو النتائج C، ويهدف الإرشاد إلى فهم الأفكار غير المنطقية لدى المسترشد ومحاولة أن نجعل المسترشد يغير أو يوقف مثل هذه الأفكار غير المنطقية.
- ٣- إن الناس يفكرون بشكل كبير حول ما يحدث لهم في A الأحداث المنشطة في شكل كلمات وعبارات وجمل، وهم كذلك يفكرون في صورة غير لفظية ولكنها لا تزال إلى درجة كبيرة ذات طبيعة معرفية ويدخل فيها للتخيلات وأحلام اليقظة، هذه الجوانب تسهم في اضطراب انفعالاتهم وسلوكهم، ويمكن استخدامها لتغيير مثل هذه السلوكيات.
- ٤- إن اضطرابات البشر تتولد عن توقعاتهم عما يحدث لهم، وكيف ينبغي للآخرين أن يتصرفوا نحوهم، وعندما يغير الناس توقعاتهم فيهم يغيرون كثيراً من مشاعرهم المضطربة.
- ٥- أن الأفراد الذين لديهم اضطرابات يرجعون دوافعهم الشديدة السلبية والأسباب إلى الآخرين والأحداث الخارجية، فعندما يغيرون إرجاعهم لهذه الجوانب إلى الآخرين فلن مشاعرهم وتصرفاتهم تتحسن بالنسبة للآخرين والأحداث.

كما يتضمن الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي كما عرضه إليس وآخرون مجموعة من الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية وهي:

١- الفنيات المعرفية: وهي الفنيات التي تنطوي على التحليل المنطقي للأفكار اللاعقلانية وتنفيذ الاستنتاجات اللاعقلانية كي يرسى دعائم الأفكار العقلانية معتمدة على أساس أن الأحداث النشطة A يرتبط بها المعتقدات اللاعقلانية B لذا يتم تنفيذها D والمرشد العقلاني يحث على تبني الأفكار العقلانية مما يعرف الأثر المعرفي E فيعيد البناء المعرفي للشخص ليسلك بطريقة عقلانية.

٢- فننيات انفعالية: حيث يركز على مشاعر الشخص ونظام معتقداته والتقبل غير المشروط له، وأسلوب لعب الأدوار Role Playing والنمذجة Modeling ومساعدة الشخص على معرفة مشاعره والوعي بها لتغيير المشاعر المضطربة إلى مشاعر بناء واقعية.

٣- فننيات سلوكية: تتضمن فننيات الدحض والإقناع والواجبات المنزلية وأساليب الاشرط الإجرائي كالتعزيز والتشكيل وأسلوب الاسترخاء والتفيس الانفعالي Abreaction of Dysfunctional Emotions والتخيل العقلي.

(Ellis & Dryden, 1987: 45-44) (Ellis & Bernard, 1993: 88-22)

إن نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ذات فلسفة واضحة منطقية ومتكيفة مع الظروف والواقع، فهي تجعل من الإنسان شيئاً مهماً وبإمكانه أن يصنع سعادته ويحقق ذاته، وأن ما يقوله لنفسه عنها هو المحدد لنتائجها وليست الأحداث نفسها هي المؤثرة فيه، كما أكدت العلاقة بين التفكير والانفعال، وكذلك أكدت على الوسائل العلاجية المتكاملة التي تتضمن المعرفة والسلوك والعاطفة، وأن الحوادث الماضية ليست هي التي تسبب الانفعالات للشخص بل نظرة الإنسان إلى تلك الحوادث وأفكاره عنها هي التي تسبب له المتاعب، وأكدت كذلك على الوظائف البيئية والعملية والسلوكية.

وعلى الرغم من أهمية هذه النظرية إلا أن لها بعض الانتقادات التي وجهت لها ولعل من أهمها كما ذكر الزويد (١٩٩٨: ٢٧٠)، العزة وعبد الهادي (١٩٩٩: ١٤٧):

- ١- عدم تأكيدها على العلاقة العلاجية بين العميل والمرشد أو على الألفة للواجب تكوينها.
- ٢- يؤكد أنصار هذه النظرية على أنه يجب مواجهة العميل منذ البداية بالأفكار اللاعقلانية التي يحملها دون اعتبار لعامل الزمن.
- ٣- تأكيدها على أن المرشد يجب أن يكون مهاجماً قوياً منذ البداية وحتى النهاية على العميل وهذا يؤدي إلى أن يعرف المرشد المشكلة تعريفاً خاطئاً.
- ٤- تأكيدها التام والكلي على تغيير عواطف وانفعالات الشخص عن طريق تغيير طريقة تفكيره نحو الإيجابية.
- ٥- أنها تؤثر بشكل فعال مع الأشخاص الأنكياء والنشيطين وليس مع من يعانون من اضطرابات عنيفة.
- ٦- ولأنها تريد حل المشكلة عن طريق مجابهة العميل ومصارحته التامة فإنها بذلك تسبب له الأذى النفسي أكثر من أن تعالجه.
- ٧- العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي هو علاج خالٍ من العواطف إلى حد بعيد، ويعتمد على الألفاظ بشكل كبير.

٨- يعتبر العلاج العقلاني الاتفعاىى السلوكى علاجاً نفسياً سطحياً.

وتعتبر نظرية العلاج العقلاني الاتفعاىى السلوكى نظام متكامل يتضمن نظرية لتغيير وتطوير الشخصية، كما أنها تتضمن وسيلة فريدة للعلاج فهى تستخدم الوسائل الإدراكية (العقلية) والماطفية والسلوكية فى العلاج، لذا فهى تتجه نحو استخدام المنطق والوسائل العلمية الأخرى، إلا أنها رغم ذلك تركز اهتماماً كبيراً على للقيم الإنسانية مثل السعادة فهى طريقة تجريبية إنسانية.

كما تؤكد على أن الإنسان يولد ولديه الاستعداد لتمام للتفكير للمتوي والأعوج ولكن أيضاً لديه الاستعداد للتفكير العقلى المتزن وتؤكد على أن الأطفال حساسون جداً لمن يظهر لهم أنهم لا قيمة لهم، مما يجعل الأطفال يزرعون فى أنفسهم هذه الأفكار وينشئون عليها مما يؤثر على تقييمهم لأنفسهم فى كبرهم، كما أنها تؤكد على أن اضطرابات ونفعالات الإنسان يمكن أن تحل حسب نظرية A B C التى تقول أنه عند حدوث حادث ما عند النقطة A فإن للشخص عليه أن يتجاوب معه بإحدى وسيلتين: الأولى يشعر عند النقطة C بالندم أو الغضب، وهذا يدفع الشخص إلى أن يحسن تصرفه ليغير هذا الموقف السلبى، ولكن الحقيقة أن الأشخاص فى المادة يتفاعلون مع الحوادث بشكل آخر، فعند حدوث حادث ما قد يعتقد الشخص عند النقطة B أن الأمور أصبحت فظيمة ولا تطاق ويجب أن لا تكون موجودة أصلاً (هذا هو التفكير للعقلاني واللامنطقي)، وعند النقطة C يشعر بالكآبة والتلق والعرلة وهذا النوع من الشعور يعقد حياة الشخص ويزيد مشاكله بدلاً من حلها، كما أن الهدف الأساسي من النظرية هو تعليم للشخص كيف يتحرى عن أفكاره للعقلانية ومن ثم يناقشها ويفندها، ثم يستبدلها بأفكار أفضل منها عن الحياة، هذا الأسلوب (التحرى والمناقشة) عادة يقوم به المرشد بطريقة نشيطة جداً وفعالة جداً ومواجهة ومهاجمة مباشرة وصريحة، ويرى ليس أن العلاج النفسى للفعال يتكون من جزئين الأول وهو الأهم جعل الأفراد يكتشفون كيف أنهم هم يفعلون أموراً ليسينوا لأنفسهم وليبقوا أنفسهم مضطربين ثم مساعدتهم على للتوقف عند هذا العمل. والثاني هو تشجيع الأفراد وتعليمهم كيف يتمتعون أنفسهم أكثر فأكثر وذلك بمساعدتهم على الانخراط فى النشاطات البناءة طويلة المدى. لذا يهدف العلاج العقلاني الاتفعاىى السلوكى لاكتساب نظرة حيوية واقعية للحياة، وهذا يؤدي بالمرشد إلى تطبيق التفكير العقلاني على الأمور التى ستجد فى المستقبل وليس فقط تلك التى تحدث فى الحاضر.

[٢] جودة الحياة:

إن تنمية الصحة النفسية Well being لدى جميع الأفراد هو هدف أساسي للميلمة الاجتماعية فى أوروبا، فالأفراد السعداء، الراضين عن حياتهم، المنجزين والمشاركين فى المجتمع هم القادرون على العمل على ازدهار المجتمعات الأوروبية، ومع ذلك فإن البرلمج للتخيلية للمستهذفة لتنمية للسعادة الذاتية لم تدخل بشكل واضح ضمن اهتمام استراتيجية السياسة الاجتماعية الأوروبية حتى الآن كما أن النتائج البحثية حول السعادة الذاتية غالباً ما تفضل فى توضيح نتائج سياساتها الرئيسية.

وتعد السعادة الذاتية هي أحد الموضوعات التى تحتاج إلى إلقاء المزيد من الضوء عليها، وقد ساعد للمصح الأوروبي حول جودة الحياة والذي تبنته المؤسسة الأوروبية لتحسين ظروف للمعيشة والعمل عام ٢٠٠٣ European Foundation for the Improvement of Living &

Working Conditions ساعد هذا البحث على إتاحة الكثير من المعلومات والبيانات الشاملة حول ظروف الحياة بأبعادها المختلفة، حيث زود بمعلومات مفصلة حول السعادة الذاتية والعوامل التي تؤثر عليها لدى فئات مختلفة. وقد أجرى هذا المسح في ثلاث دول حتى يكون هناك أساس واسع وعريض للدراسة والمقارنة. وتشير بعض التوجهات إلى أن مفهوم جودة الحياة يشتمل على التحكم في الموارد الفردية (الذاتية)، إتاحة التعليم، والمستوى المعيشي العام، كما أنه يشتمل على الطريقة التي يقيم لها الأفراد حياتهم، وكيفية تأثير مكانتهم الاجتماعية على السعادة الذاتية لديهم.

ويتجلى الهدف من البحث والمرتبب بهذا التقرير في إعطاء صورة حول خصائص جودة الحياة، ومكوناتها، ومحدداتها في دول الاتحاد الأوروبي، وهذا يدل على أن بؤرة الاهتمام في هذا التحليل هي العلاقة بين الأبعاد الذاتية والموضوعية للحياة حيث أن تعريف مفهوم جودة الحياة لا يشترط فقط إلى ظروف الحياة بمعناها المادي ولكنه يشتمل أيضاً على الارتباطات بين ظروف الحياة والعلاقات الاجتماعية وبين ظروف الحياة والتقييمات الذاتية، وبين ظروف الحياة والاتجاهات السياسية. كما أن هناك فروق - وفقاً للتنمية الاقتصادية وإتاحة الموارد - بين الدول الحديثة في الاتحاد الأوروبي والدول الأولى. وفي ضوء مفهوم جودة الحياة يبرز تساؤل هام حول تجلي هذه الفروق في ضوء السعادة الذاتية. وقد ركز البحث على تناول مفهوم جودة الحياة كما يدركه الأفراد أنفسهم (Buschak, 2005).

ويعد مفهوم جودة الحياة أحد مفاهيم علم النفس الإيجابي ولقد شاع هذا المفهوم في الوقت الحاضر فأصبح موجود في مجال البحث، مقروناً في مجالات مثل علم الاجتماع والطب وعلم النفس وعلم الاقتصاد والجغرافيا والتاريخ الاجتماعي والفلسفة وتعددت استخدامات مفهوم الجودة بصورة واسعة في السنوات الأخيرة في جميع المجالات مثل جودة الحياة، جودة الخدمات، جودة الزواج، جودة التعليم، جودة آخر العمر، جودة المستقبل وأصبحت الجودة هدفاً للدراسة والبحث باعتبارها الهدف الأسمى لأي برنامج من برامج الخدمات المقدمة للفرد، ويختلف معنى جودة الحياة باختلاف الأفراد وتوصف جودة الحياة بأنها مفهوم غامض فليس هناك إجماع في الآراء حول معنى جودة الحياة وذلك لأنه مفهوم متعدد الأبعاد (موسى، ٢٠٠١: ١٢٥).

كما أن المفهوم لا يقتصر على الجانب المرضي فقط، ولكنه يمتد إلى الجوانب الإيجابية، فقد اعتبرت بعض الدراسات جودة الحياة نتاجاً للصحة النفسية الجيدة، وأكدت على أهمية تحسين جودة الحياة كهدف واضح لبرامج الصحة النفسية، وأحد المحركات الهامة للحكم على مدى نجاح هذه البرامج، واعتمدت بعض التعريفات على هذا الاتجاه واعتبرت تعريف منظمة الصحة العالمية (WHO) للصحة النفسية بأنها ليست مجرد الخلو من المرض، ولكنها حالة أكثر إيجابية، تبدو في الصلاحية الجسمية والانفعالية والاجتماعية أساساً لتفسير جودة الحياة (Martin and Silvia, 1999).

ويتغير مفهوم جودة الحياة بتغير الزمن وتغير حالة الفرد النفسية والمرحلة العمرية التي يمر بها. فالسعادة مثلاً تحمل معاني متعددة للفرد نفسه في المواقف المختلفة فالمرضى يرى السعادة في الصحة، والفقير يرى السعادة في المال، وهكذا تتغير المفاهيم مع تغير الظروف المحيطة بالفرد (Cummins, 1997).

وتوجد بعض المؤشرات التي تدل على جودة الحياة لدى المسنين، مثل: الرضا عن الحياة، السرور، الحالة الاقتصادية الاجتماعية، الصحة البدنية، للصدقة والعلاقات الأسرية وتقدير الذات، وتعد العلاقات الإنسانية والدعم الاجتماعي من مؤشرات جودة الحياة ومن بين هذه المتغيرات الرضا عن الحياة؛ حيث يعد من أهم المؤشرات الدالة على جودة الحياة وتشير نتائج الدراسات إلى ارتباط كل من الرضا عن الحياة وتقدير الذات بالدعم الاجتماعي لدى المسنين فالمستويات العالية من الدعم ترتبط بمستويات عالية من تقدير الذات، كما أن تقدير الذات يرتبط بالتفاؤل وبالتالي فهناك علاقة بين التفاؤل والدعم الاجتماعي (Ohara, 1998: 15).

ويضيف انستاسيا وآخرون Anastasia, et al. (٢٠٠٣) أن جودة الحياة تشمل (الرضا، السعادة الذاتية، المعنويات) فالرضا عن الحياة يعكس مدى مواجهة الفرد لأهدافه وتوقعاته في الحياة فهي تشمل المقارنة بين توقعات الفرد وإنجازاته وهذا يدل على أن الرضا عن الحياة مكون إدراكي، ويرتبط الرضا عن الحياة بالسعادة الذاتية المؤشر الثاني إلا أنه يختلف عن السعادة ذلك لأن السعادة الذاتية well-being يغلب عليها طابع السرور happiness والذي يعرف بأنه المدى التي تسود فيه المؤثرات الإيجابية على المؤثرات السلبية، وفي الجانب الآخر نجد أن المعنويات تعكس الانضباط الذاتي وفاعلية الذات والحماسة لدى الفرد فهي تمثل توجه الفرد نحو المستقبل، وهذه المؤشرات الثلاثة توضح اعتماد الرضا عن الحياة بماضي الفرد، بينما تعتمد السعادة الذاتية بالحاضر، في حين ترتبط المعنويات بالمستقبل.

وبالرغم من أن مانل Mannell (١٩٩٩) يرى أن جودة الحياة تتحدد بمجموعة من المؤشرات الموضوعية مثل الدخل، الصحة، جودة البيئة، المماندة الاجتماعية إلا أنه رأى فيما بعد أن جودة حياة الفرد لا يمكن أن تقيم بسهولة في ضوء المؤشرات الموضوعية ولذا فقد طور مقلبيس السعادة الشخصية والتي يعتبر أن الرضا عن الحياة واحداً من أكثر مقلبيسها شيوعاً في قياس جودة الحياة ويشير الباحث إلى أن هناك مشكلة في مجال البحث في السعادة الشخصية في مجال المسنين وهي ضعف الاتساق في تعريف وقياس هذه المصطلحات إلا أنه اقترح أن تعاد صياغة السعادة الشخصية على أنها النمو الشخصي وقد قام أحد الباحثين ببناء مقياس بناء على أهم نظريات الشخصية يعكس جودة الحياة متضمناً بعض المؤشرات منها الإيجابية مع الآخرين، الاستقلال، السيطرة على البيئة وجود هدف في الحياة والنمو الشخصي.

ويشمل مفهوم جودة الحياة معظم مجالات الحياة: العناصر المادية والبيئية والسعادة البدنية والعقلية والاجتماعية والروحية؛ فجودة الحياة لدى المسنين المقيمين بدور الرعاية ليست هي جودة الرعاية على الرغم من أن جودة الرعاية ربما تكون عنصر مهم بالنسبة لجودة الحياة؛ لذا يصعب وضع تعريف محدد لجودة الحياة ذلك لأنه يتكون من عناصر مختلفة طبقاً لاختلاف الأفراد؛ فالذاتية الشديدة والطبيعة المتعددة الأبعاد لهذا المفهوم تجعله من الصعب تعريفه وقياسه؛ ويرتبط مفهوم جودة الحياة لدى المسنين بالشيخوخة الناجحة ولقياس الشيخوخة الناجحة يتم التركيز على الصحة البدنية والاستقلالية والقدرة الوظيفية وطول العمر؛ وحديثاً ركزت بعض الأبحاث على عناصر أخرى مثل الاشتراط في الحياة الاجتماعية وإتقان الذات والتفاؤل والمعنى الشخصي للحياة (Guse & Masesar, 1999: 531).

وحاول بيجلو وآخرين (Bigelow, et al. ٢٠٠٨) محاولة فهم هذا المفهوم باستخدام مقابلة شخصية هدفت إلى تحديد مجالات جودة الحياة بالنسبة للأفراد الذين يعانون من أمراض عقلية مزمنة وملائمة نظام المقابلة في تعزيز العلاقات وزيادة الاستجابات، واختبار مدى مناسبة بنود المقاييس لعدد من المرضى المصابين بأحد الأمراض العقلية المزمنة وقد وجدوا صعوبات كثيرة عند إجراء المقابلات الشخصية مع هؤلاء المرضى لتطبيق استبيان (اورجون) لجودة الحياة، فالأمراض العقلية المزمنة تعوق الفرد على إدراك الحقيقة، والتفكير المثالي، ولذلك فقد قاموا بعمل مقابلة مبسطة حتى يتسنى الاختيار من بين الإجابات المختارة لتحديد المشاكل الشخصية التي يواجهها هؤلاء المرضى، وتم الحصول على البيانات في المقابلة من خلال: المفحوصين، الملاحظات التي سجلها القائمين بالمقابلة وأيضاً التقارير الطبية، وهناك بعض البيانات تم الحصول عليها من خلال الأسرة، الأطباء وتضمنت هذه المقابلة مجموعة من مجالات جودة الحياة وهي: السكن، حماية النفس، الموارد المالية، الوظيفة، العلاج النفسي، الصحة البدنية، الاستغلال الأمثل للوقت، الضغوط النفسية، السعادة النفسية، الوظائف الشخصية. وقد تم تقييم الرضا عن الحاجات والأداء لهذه المجالات.

ويعد مفهوم جودة الحياة مفهوم نسبي يختلف من شخص لآخر حسب ما يراه من معايير تقييم حياته، فمقومات جودة الحياة تختلف من فرد إلى آخر وغالباً ما ترتبط بالأشياء التي تشبع حاجة الإنسان سواء كان على المستوى النفسي أو الروحي أو العقلي أو الجسدي وفي مختلف النواحي سواء كانت: صحية أو اقتصادية أو اجتماعية. وتكمن جودة الحياة في جوهر الإنسان والذي يتمثل في عمق الفطرة وثراءها وفيه تكمن إمكانات الإنسان الكامنة وطاقاته المتأصلة تلك التي تجسد الطبيعة الإنسانية وتعطي للإنسان معنى لوجوده وهدفاً لحياته، وإعلاء للنفس فوق ماديته، ولجوهر الإنسان خصائص مهمة تكشف الكثير عن مكوناته وتوجهات هذه المكونات وعلاقتها البيئية، تلك التي تشكل بنية الإنسان النفسية ومن هذه الخصائص: التكامل بين قوى الذات، الإزدواجية السوية في السلوك، النزعة للتدين والنزعة للإيجابية (الفرماوي، ١٩٩٩: ٢١٥).

وأوضحت دراسات راج كومار (Rajkumar ١٩٩٧)، وبولينج وآخرين (Bowling, et al. ٢٠٠٢) أن هناك نوعين من المؤشرات الدالة على جودة الحياة الأولى موضوعية والأخرى ذاتية وبعد البعد الذاتي أكثر أهمية من النواحي الموضوعية في تحديد جودة الحياة لدى الأفراد فهناك بعض العوامل الاجتماعية الأخرى والتي تعتبر أحد عناصر جودة الحياة مثل الترابط الاجتماعي social capital، كما أن هناك العديد من المتغيرات النفسية والتي من المفترض أن تكون عوامل تنبؤية بالنسبة لجودة الحياة مثل مستوى التكيف، وفاعلية الذات، والطموح، تقدير الذات والميل إلى التفاؤل والقيم الاجتماعية والمعتقدات.

كما تشمل المؤشرات الموضوعية جودة البيئة الاجتماعية والطبيعية والصحية والعقلية ووسائل الدعم المتاحة بينما المؤشرات الذاتية فتهتم بكيف يرى الشخص حياته، وتشتمل على أحكام الرضا عن الحياة، والإدراك الحسي للظروف المالية والصحية والقدرة على ممارسة الأنشطة والشعور بالحيوية والنشاط، وأضاف للمقياس الرضا عن الحياة والمعنويات والسعادة الذاتية (Anastasia, et al., 2003).

ويرى بولنج وآخرين (Bowling, et al. 2002) أن مفهوم جودة الحياة يعكس التأثيرات الاجتماعية الضخمة وكذلك التأثيرات الفردية الصغيرة جداً وهو يجمع بين الأبعاد لذاتية والموضوعية والتي تتفاعل معاً؛ فجودة الحياة من الناحية النظرية تشمل الصحة البدنية، والسعادة النفس اجتماعية، والاستقلالية والتحكم في الظروف المادية والبيئية فهو مفهوم يعتمد على الإدراك الحسي للأفراد، وأوضحت الأبحاث أن الصحة الجيدة والقدرة الوظيفية وإحساس الفرد بأنه نافع وكذلك المشاركة الاجتماعية وشبكة العلاقات الاجتماعية خاصة بين الأصدقاء وأيضاً الدعم الاجتماعي ومستوى الدخل يرتبطون بشكل دال مع السعادة النفسية وجودة الحياة.

يتضح مما سبق أن هناك اختلاف في تحديد مفهوم جودة الحياة إلا أن هناك إجماع بين الباحثين بأن جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد يشمل رضا الفرد عن حياته والشعور بالسعادة، والصفاء الروحي، مفهوم الذات، التفاؤل كما يضم صحة الفرد البدنية والحالة النفسية، مستوى الاستقلالية والعلاقات الاجتماعية والمعتقدات الشخصية وبعض الأبعاد الأخرى (Carr, 2000)، (Efkliides, et. al., 2003).

ويرى الغنور (1999) أن هناك ثلاثة اتجاهات رئيسية في تعريف 'جودة الحياة' هي: الاتجاه الاجتماعي، والاتجاه الطبي، والاتجاه النفسي، حيث يعرف أصحاب الاتجاه الاجتماعي 'جودة الحياة' من منظور وركز على الأسرة والمجتمع وعلاقات الأفراد، والمتطلبات الحضرية والسكن والهجرة والمتغيرات الاجتماعية الأخرى، وتعتبر منظمة لليونسكو هذا المفهوم شاملاً لكل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد وهو يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية، والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحقيقه لذاته، أما الاتجاه الطبي فقد اعتمد على تحديد مؤشرات جودة الحياة، ولم يحدد تعريفاً واضحاً لهذا المفهوم واكتفت هذه الدراسات بالاعتماد على أدوات خاصة لقياس المفهوم من منظور الصحة والمرض، بينما ركز الاتجاه النفسي على إدراك الفرد كمحدد أساسي للمفهوم وعلاقة المفهوم بالمفاهيم النفسية الأخرى، وأهمها القيم والحاجات النفسية وإشباعها وتحقيق الذات، ومستويات الطموح لدى الأفراد.

بينما يرى هيلدرلي (Hilderley 2001) أن هناك أربعة مجالات لجودة الحياة تتمثل في: الجانب البدني، النفسي، الاجتماعي، والروحي فلجانب البدني لجودة الحياة يشمل الراحة والصحة؛ أما الجانب النفسي لجودة الحياة فإنه يشمل على تلبية احتياجات الفرد من التمتع بأنشطة وقت الفراغ وإدراك الهدف من الحياة، أما الجانب الاجتماعي فيشتمل على العلاقات والاهتمامات المالية والدعم الاجتماعي، أما الجانب الروحي فهو أهم المجالات الأربعة وربما يكون هو الأقل فهماً لأن مفهوم الروحية مرتبط بالإيمان والتدين، فالدين يعتبر أساس البعد الروحي لجودة الحياة.

ويعتبر مفهوم جودة الحياة من المفاهيم التي يصعب الوقوف على تعريف محدد له ذلك لأنه يختلف من فرد إلى آخر فالبعض يرى أن جودة الحياة تكمن في الإنجاز والبعض يراها في امتلاك المادة والبعض يرى أنها تكمن في السعادة والصحة يضاف إلى ذلك للتعليم، للدخل الإقلمة ووسائل المواصلات ووقت الفراغ. والشئ الذي يضيف صعوبة لوضع تعريف محدد لجودة الحياة أنه لا يوجد اتفاق حول ما إذا كان قياس جودة الحياة يتم من الناحية الموضوعية أم من الناحية الذاتية، كما

يوجد شيء هام يزيد من صعوبة تحديد مفهوم جودة الحياة وهو أن معظم الناس ينظرون إلى جودة الحياة من الناحية الإيجابية فقط مثل جودة الحياة العالية والرضا عن الحياة؛ بينما يمكن أن تكون جودة الحياة سلبية فجودة الحياة المنخفضة تعني عدم تحقيق ما يتمناه الفرد وتوجد على شكل شعور باليأس والضغط والاكتئاب. ويفهم مما سبق أن الحياة تكون على متصل تبدأ بالرداءة إلى أن تصل إلى جودة الحياة (Kemp, 2000).

تعريف جودة الحياة:

تعرف جودة الحياة بأنها درجة الرضا أو عدم الرضا التي يشعر بها الفرد تجاه المظاهر المختلفة في الحياة، ومدى سعادته ورضاه بالوجود الإنساني وتشمل الاهتمام بالخبرات الشخصية لمواقف الحياة، وتعكس جودة الحياة سعادة الفرد النفسية كما تشمل على عوامل داخلية ترتبط بأفكار الفرد حول حياته وعوامل خارجية والتي تقيس السلوكيات مثل الاتصال الاجتماعي والأنشطة، كما تشمل مدى إنجاز الفرد للمواقف الاجتماعية المرضية في حدود قدرته البدنية (Farquhar, 1995: 502-508، Fograi & Zoppi, 2004: 379).

كما يعرفها لي مان في سامي (٢٠٠١: ١٢٩) بأنها الإحساس بالرفاهية والرضا التي يشعر بها الفرد في ظل ظروفه الحالية. ويعد هذا التعريف من أكثر التعريفات انتشاراً مما جعل الكثيرين من الباحثين يتبنون هذا التعريف في دراساتهم وبناء مقاييس جودة الحياة، وربما يرجع ذلك إلى أن لي مان من أكثر المهتمين بجودة الحياة.

بينما يرى هاشيزوم وهانجاوي Hashizume & Kanagwa (٢٠٠١) أن جودة الحياة هي عبارة عن درجة الرضا بظروف الحياة اليومية كما يراها الفرد. وتعرف جودة الحياة على أنها مدى إحساس الفرد بالسعادة النفسية التي تنتج من الرضا أو عدم الرضا بمجالات الحياة الضرورية بالنسبة له (Ohara, 1998: 12).

كما يشير مفهوم جودة الحياة إلى الصحة النفسية أو السعادة well being بالمعنى العام وبأبعادها المتعددة، كما تم تعريفها وفقاً للأهداف الاجتماعية السائدة مثل التوزيع المتساوي في فرض الحياة، المستوى المعيشي لكل فرد، الحصول على وظيفة، الحماية الاجتماعية. ومن ثم فإن جودة الحياة لا ترتبط فقط بالأبعاد الرئيسية مثل الدخل، التعليم، والحصول على الموارد لكنها ترتبط أيضاً بالعناية والرعاية الصحية، والمشكلات الأسرية، والعلاقات الاجتماعية.

ويتضح من ذلك أن جوهر مدخل جودة الحياة هو الربط بين ظروف الحياة الموضوعية objective living conditions وقياساتها وتقييماتها الذاتية subjective assessment والتي يمكن قياسها على سبيل المثال من خلال مقاييس الرضا عن الحياة. والطريقة التي يشعر بها الأفراد بحياتهم سواء ما إذا كانوا سعداء أم لا، وكيفية تقييم فرصهم في المشاركة في المجتمع وإحساسهم بالانتماء هي أبعاد هامة للغاية لكل من جودة الحياة لدى الأفراد أو لدى المجتمع بشكل عام.

وقد أصبح ذلك الفهم لجودة الحياة مقبولاً بالشكل العلمي، السياسي وفي الحياة اليومية أيضاً، حيث يغطي العديد من وجهات النظر البحثية فالسعادة well being لم تعد ينظر إليها بشكل قاصر

وذلك في ضوء المستوى المعيشي المادي المتزايد والنمو الكمي ولكن بدلاً من ذلك أصبح هناك اهتمام وتركيز على الجوانب الكيفية والبعد الاجتماعي للتقدم الحديث.

وهذا يدل على أن جودة الحياة لا يمكن أن توصف فقط بأنها ظروف الحياة سواء في ضوء الموارد الذاتية الموضوعية أو الموارد الجماعية للموضوعية مثل الدخل، الحصول على العمل، لكن تقييم هذه الجوانب من وجهة نظر الفرد سواء بالإيجاب أو السلب هي للجانب الأكثر قليلاً للحصول على صورة متكاملة عن مفهوم جودة الحياة بأبعاده المختلفة (Buschak, 2005).

النظريات المفسرة لجودة الحياة:

يرى بوشاك (Buschak 2005) أن هناك العديد من النظريات التي حاولت تفسير مفهوم جودة الحياة، ففي عام 1970 وضع Erik تصوراً نظرياً لجودة الحياة، والتي تركز على الحاجات الأساسية لتطور الإنسان والتي تركز على الملكية أو التملك having والحب، وهذه الحاجات تستخدم كنقطة بداية من أجل توضيح المفهوم الشامل لجودة الحياة، فنجد أن التملك يرتبط دائماً بالمصادر المادية والظروف الحياتية مثل الدخل والمسكن وظروف العمل وهي تشير إلى المعايير الرئيسية للحياة والأنظمة البيئية، أما الحب فهو يشمل الحاجات الاجتماعية لجميع الأفراد مثل العلاقات الاجتماعية وشبكة العلاقات والدعم العاطفي والتكامل الاجتماعي.

ويوضح بيجلو وآخرين (Bigelow, et al. 1991) أن نظرية جودة الحياة تمدنا بإطار نظري عن احتياجات الصحة النفسية للأفراد إلى جانب وصف مجموعة من الخدمات، ولقد قامت مجموعة من الدراسات بتطوير وقياس جودة الحياة في مجال الصحة النفسية وحاولت هذه الدراسات وضع تصور نظري لمفهوم جودة الحياة والتي توصلت إلى أن هذا المفهوم يتكون من مكونين أساسيين وهما مكون ذاتي subjective والآخر مكون موضوعي objective، ويشير المكون الذاتي إلى الرضا عن الحياة life satisfaction - السعادة - happiness - السعادة الذاتية (الرفاهية) Well-Being، ويشتمل المكون الموضوعي على الجوانب الاجتماعية مثل الحياة المستقلة والوظيفية، الدخل، المستوى التعليمي.

وقام ميرك (Merrick 2003) بدراسة من أجل وضع تصور نظري موحد لجودة الحياة وتوضيح الإطار النظري والفلسفي لهذا المفهوم، فجودة الحياة من وجهة نظره تعني للحياة الطيبة أو الجيدة. والحياة الجيدة معناها العيش في حياة ذات جودة عالية. وللحياة الجيدة أبعاد ذاتية وأخرى موضوعية يمكن ملاحظتها، فتناقش هذه النظرية بعض مظاهر جودة الحياة مثل الرفاهية، للرضا عن الحياة، السعادة، معنى الحياة، توازن النظام البيولوجي، إدراك ما هو كامن في الحياة، إشباع الرغبات. وكذلك العوامل الموضوعية. وتحتوي هذه النظرية على ثمانية مكونات ذات أبعاد ذاتية وأخرى موضوعية ولذلك أطلق عليها نظرية جودة الحياة المتكاملة integrative. وبالرغم من ذلك فإنه يرى أن هناك بعض فلسفات الحياة تؤكد على بعض المظاهر الأخرى لجودة الحياة.

وركز تستا وسيمينسون (Testa & Simonson 1996) على جودة الحياة المرتبطة بالصحة وهي التي تشير إلى المجال البدني والنفسي والاجتماعي للصحة حيث أن لها مجالات تتأثر بخبرات

الفرد ومعتقداتهم وإدراكاتهم وكل مجال من هذه المجالات يمكن أن يقاس من خلال بعدين التقييم الموضوعي للحالة الصحية والإدراك الذاتي للصحة وبالرغم من أن البعد الموضوعي مهم جداً في تعريف جودة الحياة إلا أن الإدراكات الذاتية للمريض تترجم هذا التقييم إلى جودة حياة حقيقية، ويشير إلى أن معظم دراسات جودة الحياة تعتمد على إلقاء أسئلة خاصة بمكونات جودة الحياة الأكثر أهمية.

ويرى زفير وآخرين Xavier, et al. (٢٠٠٣) أن جودة الحياة تعتمد على التفسير الذي يعطيه الفرد للحقائق والأحداث من حوله ويظهر جلياً أن جودة الحياة تعتمد في قياسها بشكل قوي على ذاتية الفرد، وفيما يخص مجال الصحة البدنية باعتباره أحد مؤشرات جودة الحياة فإن هناك تباين واسع المدى بين الأفراد فيما يتعلق بقدرتهم على مواجهة الأمراض وتوقعاتهم حول صحتهم. فمن الممكن أن يكون لفردين نفس الحالة الوظيفية (الحالة الصحية) إلا أن جودة الحياة لديهم قد تختلف لديهم اختلافاً جذرياً من النواحي الذاتية للفرد.

بينما يرى بشاك Buschak (٢٠٠٥) أن جودة الحياة هي اتصال بين المحددات الموضوعية والمحددات الذاتية للفرد، ولقد حاول تحديد محدّدات جودة الحياة في المجتمع الأوروبي والذي أشار إليها الدخل، التعليم المصادر المادية، الرعاية الصحية، وقضايا الأسرة والعلاقات الاجتماعية وهذه العوامل أو المحددات تسمى محدّدات موضوعية، كما يرى أن جودة الحياة لا يمكن وصفها من خلال المحددات الموضوعية فقط، بل لابد من الأخذ في الاعتبار المحددات الذاتية والتي تتمثل في: الحالة النفسية للفرد، والعائد والقيم والاتجاهات، وتعد السعادة الذاتية من أهم محدّدات جودة الحياة الذاتية.

ويعرض الفرماوي (١٩٩٩) تصوراً نظرياً لمفهوم جودة الحياة من منظور إسلامي يرى أن السبيل إلى جودة الحياة يكون في ثلاثة أمور مهمة هي (مجاهدة النفس، تمسك الإنسان بكيونته وتمعيق الجودة، استشراق أفق الحرية الأرحب).

أولاً: مجاهدة النفس: ومجاهدة النفس تبدأ بالصراع الذي يدور في النفس وينتهي إلى سلوك على نحو ما، هو صراع بين نزعتين متضادتين، نزعة مادية تسود فيها قوى الذات الدونية، ونزعة روحية تسمو بالسلوك ليتفق مع قيم الإنسان. ويتحدد ذلك في أربعة مسالك هي: استنهاض الإرادة: فالإرادة قوة عظيمة من قوى النفس تلعب مع العقل الدور الفعال في الوعي والاختيار. الانشغال بالاستقامة: حين تتشغل النفس بالحق والاستقامة يصعب أن تتشغل بالباطل. استباق الخيرات وتثبيت النفس: يجب على الإنسان أن يجعل دائماً الخير سبيله ومقصده. السمو والعفة: وهما وسيلتان متضامتان لمجاهدة النفس، وهما ليستا وسيلتين مرتبطتين بضعف في النفس الشرية.

ثانياً: تمسك الإنسان بجوهره وتمعيق الوجود: تمسك الإنسان بجوهره ومكونات الثراء فيه يجعله يسعى إلى تنمية وتوظيف مواهبه وإمكاناته الذاتية.

ثالثاً: استشراق الإنسان لأفق الحرية: تعتبر إرادة الحرية قوة خفية في الإنسان تجعله يخاف الموت ويحافظ على ذاته، خوف من فقد الهوية، خوف من الانفصال ونزعة الإنسان في الحفاظ على هويته قد تشبع بسلوكيات غير سوية، مثل شراهة التملك والقلق المرتبط بتوقع الموت الذي يؤدي إلى قيود وضغوط تعوق جودتها وبهجتها، ولكن الإنسان يجب أن يدرك الأسباب والبواعث وراء تصرفاته

وأفعاله، وهنا يكون في الوضع الذي يملك فيه حرية الإرادة وإرادة الحرية، فإذا كانت الأمانة تستوجب طاعة الإنسان لخالقه في الوقت الذي ينطبع فيه هذه الطاعة بالحرية فالتكليف إذن طاعة وحرية، ومن جانب آخر فإن التعصب كسلوك يفيد الإنسان ويفقده حرية التفكير، فيصبح الإنسان متسلطاً متحلاً متصلاً بجمداً، والشخصية التسلطية تعتقد الأمن وغالباً ما تشعر بالفشل والإحباط، وفي التعصب عدم تسامح وعدم مرونة ومن ثم هو مقاومة للتجديد والتغير والتطور؛ وجوهر الإنسان يرفض التعصب الذي هو ضد السعي وراء الحقيقة وضد جودة الحياة.

كما أشار بوشاك Buschak (٢٠٠٥) إلى أن هناك نظريات عديدة حاولت أن تقدم تصوراتها وتصيراتها لمدخل جودة الحياة، فعلى سبيل المثال في السبعينات من القرن الماضي قام إريك ألارد Erik Allardt بناء على مدخل جالتونج للحاجات الأساسية Galtong's basic needs approach بتوسيع وتطوير مدخل مستوى الحياة السويدية القائم على المصادر وذلك بهدف تحقيق الغايات القصوى لظروف التنمية البشرية. ولا تزال أفكاره حول كل من "الملكية" Having، "الحب" Loving، "الكينونة" Being تستخدم بصفة منتظمة كنقطة الانطلاق نحو توضيح الفهم العام والقوى لمفهوم جودة الحياة.

ويقصد بـ"الملكية" Having للجوانب المرتبطة بالمصادر المادية وظروف الحياة مثل الدخل، المشتريات الرئيسية، المسكن، للعمل ومتطلبات الحصول عليها جميعاً، وهذه للجوانب تشير إلى المستوى الضروري للحياة، والمتطلبات البيئية لإيجازه. أما بعد "الحب" Loving فيشير إلى الاحتياجات الاجتماعية للفرد فيما يتعلق بالعلاقات الاجتماعية، شبكة العلاقات، لتدعيم الاتفعمالي والتكامل الاجتماعي بشكل عام.

أما بعد "الكيان" Being فتشير إلى الشعور بالتقدير، الحاجة إلى التكامل مع المجتمع، إمكانية المشاركة، ومشاعر الانتماء أو الاغتراب كما يمكن إضافة مكوناً رابعاً وهو أساسي وضروري للمساعدة أو الصحة النفسية والذي يشار إليه على أنه مكون مستقل وأحياناً يشار إليه على أنه مكون فرعي منبثق عن "الكيان"، وهذا للمكون هو "الفعل" Doing ويقصد به مشاركة الأفراد للفعالة في تدعيم الآخرين ومساندتهم، والمشاركة السياسية والأعمال التطوعية، كما أنه يشمل القدرة على التحكم والسيطرة على الجوانب المتعلقة بالوقت وفرص الاشتراك في أنشطة وقت الفراغ.

وتعد أفكار ألارد Allardt للتصورية على قدر كبير من الانتشار نظراً لشموليتها وبساطتها. ويتحتم على الباحثين الذين يستخدمون هذا الإطار النظري أن يعملوا وفقاً لمدخل متعدد الأبعاد من أجل تحليل مفهوم جودة الحياة بمكوناته الثلاث الأساسية. وينبغي أن يكون هناك مزيد من الاهتمام بالمؤشرات الموضوعية تماماً مثل الاهتمام بالمؤشرات الذاتية هذا بالإضافة إلى محاولة اكتشاف العلاقة بين جميع هذه الأبعاد.

وعلى الرغم من أن بعد "الكيان" يؤكد على فرص المشاركة إلا أنه يمكن توسيعه بالنظر إلى مفهوم آخر في غاية الأهمية حيث أشار سن Sen إلى ما يسمى بالقدرات Capabilities كجانب هام في بحوث جودة الحياة. وتؤكد القدرات على الجوانب السياسية والمؤسسية كأطر بيئية تحدد وتكون

الفرص والاختيارات بالنسبة للأفراد للإقدام على فرص حياتية معينة وهذا الجانب تم إغفاله تماماً في آراء أالررد للتصورية.

وللتركيز على القدرات بدلاً من التركيز فقط على النتائج وحدها يفسر وجود حاجة ملحة إلى ما يعرف بصانعي السياسة policy makers والذين يعملون جاهدين على توفير بيئة تمكن الأفراد من تحقيق مستوى جيد من المعيشة يزودهم بقدر ملائم من اعتبار الذات أو احترامها self respect تماماً مثل تزويدهم بقدر ملائم من الطعام.

كما توجد بعض المداخل البحثية المتميزة لتفسير جودة الحياة أو ما نطلق عليها السعادة الذاتية subjective well being وأول هذه المداخل هي المدخل النفسي حيث يؤكد علماء النفس على الدور الذي تلعبه سمات الفرد الشخصية في تفسير السعادة الذاتية. فقد أوضحت الدراسات أن كلاً من الوراثة والشخصية يؤثران على السعادة الذاتية بدرجة قوية، كما أن السمات الموروثة تلعب دوراً كبيراً في تفسير السعادة الذاتية وذلك على الرغم من فشلها في تفسير الفروق بين الدول والتنمية الحاصلة فيها بمرور الزمن.

ومن ناحية أخرى يهتم المدخل الاجتماعي بدور المكانة الاجتماعية، الدخل، التعليم، أنماط التوظيف، والعلاقات الاجتماعية عند تقييم الأفراد لظروف حياتهم بشكل عام. ولقد شغل السؤال التالي أذهان كثير من الباحثين لمدة عقود متتالية وهو "هل العوامل الحينية والشخصية أم العوامل الاجتماعية الديموجرافية هي التي تؤثر على السعادة الذاتية؟".

ومن جهة ثالثة وهو الاتجاه الأحدث يوضح المدخل الاقتصادي اهتماماً كبيراً حول تفسير محصلة الرضا عن الحياة Life satisfaction فيما يتعلق بأثر السعادة الذاتية على مخرجات الفرد أو نواتجه، وانصب الاهتمام في هذا المدخل على رصد مقارنات عبر ثقافية فيما يتعلق بالنواتج الهامشية والعلاقة بين المستويات المطلقة والنسبية للسعادة الذاتية.

إضافة إلى هذا، لا غرو أن العمل على تنمية وتحسين نوعية أو "جودة الحياة" للبشرية هو أهم المشكلات السياسية والاجتماعية الحالية، وخاصة حينما نعيش مدفوعين بقوة البيئة المحيطة ودونما أن نعد رأس المال المستقبلي البشري، والاقتصادي والبيئي المناسب.

وقد استخدم مصطلح جودة الحياة quality of life بطريقة موسعة في العديد من المجالات للتعبير عن فكرة السعادة الذاتية personal well being داخل إطار ما والذي يتعدى في معناه المعادلة الاقتصادية البسيطة للسعادة المرتبطة بالدخل. ويستخدم مفهوم جودة الحياة بشكل عام ليشمل الدخل (ومن ثم يشمل الاستهلاك)، لكنه أيضاً يستخدم ليعبر عن عدة عوامل أخرى والتي تسهم بشكل ملحوظ في السعادة مثل الرضا عن البيئة التي يعيش فيها الفرد كما تشمل شعور الفرد الكبير بالسعادة والاستمتاع.

وهناك مفهومان مرتبطان ومنفصلان عن بعضهما البعض في نفس الوقت لجودة الحياة وهما جودة الحياة الفردية Individual quality of life وجودة الحياة الاجتماعية Social quality of

life، ويعد ذلك على درجة كبيرة من الأهمية فيما يتعلق بمكونات البيئة حيث إن بعضاً من هذه المكونات البيئية يمكن أن يؤثر على جودة الحياة الفردية ونلك مثل جودة الهواء، والازدحام المروري، في حين أن بعضاً من المكونات البيئية الأخرى لا يؤثر على جودة الحياة الفردية. بينما يمكن أن تؤثر على جودة الحياة الاجتماعية، فوجود الحيوانات البيئية على سبيل المثال يمكن ألا يكون لها تأثير على الأفراد بطريقة أو بأخرى، كما أن تقليل خطر الاحتباس الحراري للأجيال المستقبلية يمكن إلا يسعد الأفراد الحاليين ولكن هذه المكونات للسوغة تؤثر بشكل أكبر على صحة وجودة المجتمع، وينطبق هذا الحال على العديد من المكونات الاجتماعية والثقافية والتي لا يستخدمها الجميع في المجتمع مثل الجامعات والخدمات الإذاعية العامة.

وبالتبع فإن جودة الحياة لمجتمع يمكن أن تسهم في جودة حياة الأفراد فالفرد يشعر بالسعادة وبحالة أفضل عندما يعيش في مجتمع أفضل، ولكن لا يؤدي بنا ذلك إلى أن نحصر جودة الحياة الفردية والمجتمعية في مفهوم جودة الحياة المجتمعية فقط، فهما مفهومان منفصلان منطقياً.

كما أن جودة الحياة الفردية ينبغي أن تسهم وتؤثر على جودة حياة المجتمع، فالمجتمع لن يكون صحيحاً أو على درجة من السواء حينما نقوم بالحفاظ على الحيوانات البيئية المحلية وحينما نقضي على حالة عدم المساواة الاجتماعية في حين يعيش أفراد هذا المجتمع ضغوطاً كبيرة في العمل، ويخوض معظمهم غمار مشكلات الطلاق. وإذا شعر الأفراد أن جودة حياة المجتمع ستسهم بشكل إيجابي على جودة الحياة الشخصية لديهم فإن هذا يدل على التطابق الذاتي self-identification أو الشعور بالعضوية والانتماء للمجتمع، ويبدو أن ذلك أمراً هاماً من الناحية السيماسية من أجل الدفاع عن المكونات المجتمعية التي تسهم في جودة الحياة المجتمعية بشكل عام.

إن نقطة البدء بالنسبة لمعظم الدراسات التي تناولت مفهوم جودة الحياة كانت هي الخبرة الذاتية بالسعادة الفردية، ومع ذلك فإن محاولة قياس تلك الناحية اشتملت على ميل غير مفرط نحو التصورات غير الفردية، فتصورات وإدراكات الفرد الذاتية لسعادته لن تكون متشابهة بدرجة واضحة، كما أنها تتأثر بتطلعات الفرد والمقارنات الاجتماعية، الأمر الذي جعل الاهتمام يتحول إلى تحديد الظروف والشروط الموضوعية التي تؤثر على الخبرة الذاتية التي تشمل على سبيل المثال الحالة الصحية الموضوعية للفرد، بدلاً من الشعور بالسعادة ولكن العديد من هذه الأحوال الموضوعية ليست مقصورة كما لا يمكن قياسها على أنها تختص بالفرد على أي حال، فجودة الهواء، ومستوى التعليم، أو مستوى التوظيف الفعلي فجميع هذه الأحوال تتطلب قياساً جميعاً، ومن ثم فإن جودة الحياة أصبحت تدريجياً في نظر العديد من الباحثين وصفاً لظروف جماعية معاشة لمجتمع ما أو لمكان ما والتي لها علاقة غير مباشرة فقط بالخبرة الذاتية بالسعادة لدى الأفراد.

إن أبسط تعريف لجودة الحياة لدى الفرد "الفردية" هو الشعور الذاتي بأن حياة الفرد عامة تسير على ما يرام. ولنلاحظ أن هذا التعريف يفرق بين جودة الحياة وبين مفهوم السعادة happiness والذي يميل إلى أن يصف حالة انفعالية وانفعالية شديدة. وكلمة "عامة" في مفهوم جودة الحياة يقصد بها تعريف جودة الحياة بأنها الحكم والتقييم الشامل للطريقة التي تمتزج بها جميع المكونات المختلفة لحياة الفرد، إلا أن هناك ثلاث مشكلات يتعرض لها التعريف السابق، والأولى هي أنه يمكن قياسها

فقط بطريقة ذاتية من خلال سؤال الأفراد حول جودة الحياة لديهم، وهذا يوضح وجود عدة مشكلات واضحة تتعلق بالقياس الذاتي من حيث الثبات والقابلية لتعميم النتائج. أما المشكلة الثانية هي أن جودة الحياة في هذا التعريف تعتمد بشكل رئيسي على شخصية وسجية الفرد ذاته، فربما يكون الشخص الذي نسأله عن جودة الحياة لديه غنياً، وناجحاً في عمله، ويتمتع بصحة جيدة، وسعيد في حياته الزوجية، ومع ذلك كله فهو لا يشعر بأن حياته تسير على ما يرام، وذلك لأن لديه أهدافاً شخصية لم يحققها بعد أو بشكل أبسط لأن لديه شخصية مكتئبة، فإذا عممنا القول بأن هذا الفرد ليس لديه جودة حياة مرتفعة وفقاً للتعريف السابق فإن المفهوم سيكون عديم الفائدة في ضوء البحوث والسياسات العامة.

أما المشكلة الثالثة هي أن وجود حالة من الرضا الذاتي عن حياة الفرد يرتبط بشكل قوي بتطلعات الفرد وتوقعاته لهذه الحياة، وترتبط هذه التطلعات بالتالي بالمكانة الاجتماعية: حيث يقارن الفرد نفسه بالآخرين من حيث مكنتهم الاجتماعية المدركة. وتؤدي التطلعات البسيطة للمنخفضة عند تجاوزها إلى مستوى أعلى من جودة الحياة مقارنة بالتطلعات المرتفعة غير المنجزة، وهذا يجعلنا نتوصل إلى نتيجة واضحة وهي أن من إحدى الطرق التي يمكن أن تستخدم لتحسين جودة الحياة لدى الأفراد هي التقليل من توقعاتهم وتطلعاتهم؛ إلا أن ذلك لا يستطيع أن يفسر لنا المرغوبية للنمو والتطور الشخصي وإنجاز الأهداف المتحدية في حياة الفرد.

ومن خلال عرض المشكلات الثلاثة السابقة للتعريف السابق لجودة الحياة، يمكن وضع تعريف لا يكون من خلال الخبرة الذاتية العامة ولكن تعريف يعد مجموعة من الأحوال والشروط ترتبط بحياة الفرد والتي تدل - من خارجها - بأن هذه الحياة تسير على ما يرام. ويفترض هذا التعريف عدم اشتغال التصور الذاتي للسعادة العامة ولكن يقدم لنا افتراضاً منطقياً وهو بأن جميع هذه الأحوال والشروط إذا ما تحققت فسيزيد مستوى جودة الحياة. إن مفهوم جودة الحياة مفهوم معقد يصعب تحديده إجرائياً، ومع ذلك فمن الممكن وضع خاصية رئيسية وهي تعددية الأبعاد، فإن مفهوم جودة الحياة هو تماماً مثل الحياة يحتوي على مكونات متعددة، وتميل البحوث العالمية التي أجريت حول جودة الحياة إلى تقسيم الحياة إلى عدة مجالات والتي تدرس بعد ذلك بشكل منفصل، ويمكن أن تكون هذه المجالات بنية physical، نفسية psychological أو اجتماعية social، كما يمكن أن تقسم إلى صحة نفسية وبدنية، كما يمكن تقسيمها إلى أبعاد معرفية وانفعالية على سبيل المثال السعادة happiness والرضا عن الحياة satisfaction with life أو القدرة على أداء الوظائف الجسمية والجنسية والاجتماعية والمهنية، أو الحالة الموضوعية في ضوء مصادر التمويل المالية، حالة العمل، الظروف الأسرية .. الخ. ويجب المفحوص على مجموعة من الأسئلة حول مستوى تأدية الفرد لهذه الجوانب بين الحياة، ويتم تسجيل الاستجابات، ووزنها ومزجها بطرق مختلفة لتعطينا في النهاية مقياساً لتقدير جودة الحياة. ونادراً ما يتوقف الباحثون عن تأملاتهم حول سبب تضمين مجالات معينة للحياة في حين يتم استبعاد جوانب أخرى.

إن غياب الإطار النظري حول تحديد المفهوم يعد نقطة ضعف خطيرة لكثير من البحوث الامبريقية التي أجريت حول عن مفهوم جودة الحياة، وذكرت العديد من البحوث الرائدة في هذا

المجال نقطة الضعف هذه وأكدت عليها، وإذا ما أردنا للبحوث التطبيقية أن تتقدم للأمام فعليها أن تعتمد على نظرية صحيحة، فلا شيء يعد تطبيقياً بقدر ما يعتمد على نظرية جيدة.

مؤشرات جودة الحياة:

إن من إحدى الطرق الممكنة لجعل مفهوم جودة الحياة مفهوماً إجرائياً هو تحديد مؤشرات معينة له، وقد شهدت العقود الثلاثة الماضية محاولات عديدة لقياس جودة الحياة في أجزاء كثيرة في العالم، وتم اقتراح العديد من المؤشرات لجودة الحياة بواسطة معاهد للسياسات العامة، ومؤسسات حكومية، والإعلام الإخباري، ومع ذلك فإنه لم يتم بعد تقييم أي من مزايها أو صدق هذه لتعريفات بشكل نظامي.

وأشار العديد من الباحثين في مجال 'جودة الحياة' إلى الحاجة إلى تحديد مؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية، ومن ثم فإن قياس جودة الحياة العامة أو داخل مجال محدد من الحياة يتم إجراؤه إما من خلال مؤشرات موضوعية أو ذاتية. وتبنى المؤشرات لذاتية في الغالب على الاستجابات النفسية مثل الرضا عن الحياة، الرضا عن العمل، المساعدة الشخصية من بين الآخرين. أما مقاييس للمؤشرات الموضوعية فتبنى على جوانب مستوى المعيشة، والحالة الصحية البدنية، والدخل الشخصي.

وفي هذه الدراسة تم استخدام إطاراً مقترحاً حول جودة الحياة من خلال اتقاء مؤشرات للتنمية المستدامة sustainable development ويسمح هذا الإطار بالمزج ما بين المقاييس الموضوعية والذاتية 'المجالات' لجود الحياة. في هذه الأونة فإن هناك أربعة أنماط للأطر التصورية لمؤشرات التنمية المستدامة على درجة كبيرة من الانتشار والقبول وهي كالتالي:

- ١- إطار PSR الضغط / الحالة / الاستجابة pressure-state-response.
- ٢- إطار PSIR الضغط / الحالة / التأثير / الاستجابة - pressure / state impact response.
- ٣- إطار DSR القوة الحركية / الحالة / الاستجابة driving force - state - response ويتم تبني هذا الإطار بواسطة لجنة الأمم المتحدة حول التنمية للمستدامة عام ١٩٩٥ كإداة لتنظيم المعلومات حول التنمية للمستدامة. ولتطوير وعرض وتحليل مؤشرات التنمية للمستدامة.
- ٤- وفي منشور حديث لوكالة البيئة الأوروبية لـ 'جودة الحياة' تم عرض إطار جديد وهو DPSIR ويشير إلى القوة المحركة - الضغط / الحالة / التأثير / الاستجابة Driving force Pressure / State / Impact / Response .

ويعرض شكل (١) رسماً توضيحياً لتحليل المسار path analysis للمدخل الذي تم تبنيه في هذه الدراسة. حيث تم المزج ما بين بنية نظرية للنظم system theory structure لمفاهيم جودة الحياة التي اقترحتها هاجرتي وزملاؤه Hagerty et al. (٢٠٠١)، وبين إطار PSIR الذي اقترحه كل من هاردي وزدان Hardi & Zdan (١٩٩٧).

شكل (1)

تحليل المسار لبعض نظريات جودة الحياة

الاستجابة	التأثير	الحالة	الضغط
البرامج الاجتماعية & الاقتصادية	الرضا الشامل عن الحياة "جودة الحياة"	الزواج، الأطفال المستوى التعليمي الاستهلاك الصحة الشخصية الاختيار الوظيفي التوقعات، المعايير	البيئة المعدة البيئة الاقتصادية البيئة الاجتماعية التعليم العام الخدمات الخدمات الصحية مفهوم الذات
النمو الشخصي			

بنية PSIR لمفاهيم وأسباب جودة الحياة:

- يحتوي العمود الأول من هذا الشكل على متغيرات الضغوط والتي تشير إلى المتغيرات البيئية خارجية المنشأ التي تؤثر على جودة الحياة لدى الأفراد، وتعد المقاييس الشائعة لمثل هذه المتغيرات مقاييس موضوعية لجودة الحياة، ويمكن التحكم في العديد من هذه المؤشرات من خلال السياسة العامة لتحسين جودة الحياة، كما يقوم بدراستها بشكل كبير محللو السياسة حتى يتعلموا الطرق التي يمكن أن تطورها.
- أما العمود الثاني من هذا الشكل فيحتوي على متغيرات الحالة والتي تصف استجابة الفرد لهذه البيئة (مثل المستوى التعليمي المنجز، الاختيار الزواجي)، وهذه المتغيرات أيضاً يتم قياسها غالباً بمقاييس موضوعية، لكنها تعكس اختيار الفرد استجابة للبيئة وللسياسة العامة.
- أما العمود الثالث فيحتوي على متغير التأثير، والذي يعد نتيجة لكل من الضغط، والحالة. (Pykh and Pykh, 2007)

قياس جودة الحياة:

وكما اختلف العلماء في تحديد مفهوم جودة الحياة فقد اختلفوا أيضاً في إمكانية قياس جودة الحياة وما إذا كان من الممكن أن تقاس جودة الحياة أم لا، واختلفت الإجابات بين الإمكانية وعدم الإمكانية، فمن يرى منهم بعدم الإمكانية يستند إلى أن القياس الموضوعي يكون للأشياء الكمية التي يكون لها وزن أو مقدار كمي محدد ففي هذه الحالة يكون الأمر ميسوراً وتكون النتائج دقيقة، وفي المقابل فقد ذهب البعض إلى قياس جودة الحياة من خلال المظاهر أو المؤشرات الدالة أسموها مؤشرات موضوعية، مثل دخل الفرد، المستوى التعليمي، ونصيب الفرد من الدخل القومي غير أن العلماء المهتمون بمثل هذه القياسات ما لبثوا أن أدركوا أن البيانات التي تخرج بها هذه القياسات لا تعبر عن جودة الحياة بقدر ما تعبر عن كم، أما جودة الحياة فهي شيء آخر يعبر في الغالب عن إدراك الفرد لهذا الكم واتجاهاته نحوه بشكل يحقق له الرضا العام عن حياته أو عدم الرضا (الفنودور، 1999: 119).

ويمكن أن نحدد جودة الحياة عن طريق المقابلات وقد أجرى لينج وآخرين Leung, et al.

(٢٠٠٤) دراسة تحليلية لعدد من مقابلات والتي اعتمدت على بعض الأسئلة المفتوحة مثل هل أنت راض عن حياتك؟، ما أهم الأشياء في حياتك؟، ما الأشياء التي تكسب حياة الممن جودة؟، ماذا تحتاج لكي تجعل جودة الحياة لديك أفضل؟ مجموعة من الممنين المقيمين بدور الرعاية بهدف للوقوف على أبعاد جودة الحياة والتي أسفرت نتائج التحليل أن هناك ستة أبعاد وهي: للصحة البدنية: وتشمل (السعادة البدنية، تأثير المرض، الرعاية الطبية)، للصحة النفسية وتشمل للحالة المزاجية، الاتجاه نحو الحياة، تنكر الأحداث الماضية، فاعلية الذات)، الوظيفة الاجتماعية (للتدريب المتواصل، أنشطة وقت الفراغ، الأنشطة الاجتماعية، الخدمات، تفاعل الإنسان مع البيئة، الروابط الأسرية)، لبيئة المعاشة (البيئة المعاشة، التنظيمات، والعوامل المؤسسية)، للحالة الاقتصادية، الدين والموت (الدين والموت).

كما قام بيجلو وآخرين Bigelow, et al. (١٩٩١) بتحديد جودة الحياة وذلك باستخدام مقياس لجودة الحياة يتكون من ٢٦٣ عبارة تقيس الأداء على مجموعة من المقاييس الفرعية وعددها أربعة عشر: (١) مقياس الضيق أو التوتر النفسي ويشمل للقلق، الاكتئاب، العدوان، الاضطرابات للجسمية، (٢) مقياس السعادة للنفسية ويشمل السرور والتفاؤل والهدوء والرضا، (٣) مقياس للتسامح، (٤) مقياس إشباع الحاجات الأساسية ويشمل المسكن، الغذاء، للدخل والمواصلات والرعاية الطبية، (٥) مقياس الاستقلال إلى العيش في المجتمع واتخاذ القرارات اليومية ومواجهة للتوتر والضغط، (٦) مقياس التفاعل بين شخصي ويقاس إشباع حاجة الانتماء، (٧) مقياس دور الزوج، (٨) مقياس للتدعيم الاجتماعية الذي يعد أمراً حاسماً للصحة والتوافق ويقاس إلى أي مدى يوجد أفراد يشاركونه أوقاتاً جيدة كما يمكنه الاعتماد عليهم في أوقات كثيرة، (٩) مقياس العمل في المنزل ويقاس للتسوق والحفاظ على المنزل وإعداد اللوجيات، (١٠) مقياس للعمل الوظيفي ويقاس الأداء في الوظيفة، بالتعاون مع الزملاء القدرة على قبول الإشراف والدفعية.

جودة الحياة لدى الممنين:

أشار أوهارا O'hara (١٩٩٨) إلى أنه على الرغم من أن المشكلات الصحية على قدر كبير من الأهمية نظراً لأنها تشغل لشاغل لدى كبار السن حيث تفسر قدراً ملحوظاً من جودة الحياة المدركة لديهم إلا أن هناك العديد من العوامل الأخرى التي تؤثر على جودة الحياة ومنها:

functional ability	أ - القدرة الوظيفية
marital status	ب - الحالة الزوجية
social environment	ج - البيئة الاجتماعية
psychological well being	د - السعادة النفسية
social economic status	هـ - الحالة الاجتماعية الاقتصادية
personality	و - الشخصية
availability and perception of social support	ز - إتاحة وإدراك للتدعيم الاجتماعي

إن جودة الحياة لدى الممنين لا تتأثر فقط بظروف معيارية أو ظروف اجتماعية ثقافية لكنها تتأثر أيضاً بالطريقة التي يستجيب بها هؤلاء الأفراد للتغيرات التي تحدثها الشيخوخة، كما أن لاستجابات هؤلاء الأفراد تعتمد على العديد من العوامل مثل شخصيتهم وخبراتهم الماضية، والتدعيم الاجتماعي.

ويرى كل من سكير وكارفر Scheier & Carver أن التفاؤل optimism هو ثمة شخصية تكون على درجة عالية من الثبات بمرور الوقت ويوصف التفاؤل بأنه توقع عام بحدوث أشياء جيدة. وهناك فوائد عديدة تترتب على سمة التفاؤل مثل الصحة البدنية، السعادة النفسية، وجودة الحياة، ومن ثم تأتي أهمية التزويد ببعض التدخلات الإرشادية للمسنين منخفضي التفاؤل والتي تركز على تدعيم الفرد وتزويده بالأنشطة المستمرة الضرورية لزيادة مستوى جودة الحياة لديه.

وعلى الرغم من التزايد المستمر في أعداد المسنين، والتوقعات باستمرار هذه الزيادة وتضاعفها على مدار الخمسين عاماً المقبلة إلا أن جودة الحياة المدركة لدى هذه الفئة قد لاقت إغفالاً من الاهتمامات البحثية، ويؤدي هذا الإغفال لمفهوم جودة الحياة وبالمثل للعوامل التي تؤثر فيه إلى عرقلة تنمية البرامج للتدخلية التي تستهدف الاحتفاظ بمستوى أمل من جودة الحياة بالإضافة إلى تطويره وتنميته لدى هذه الفئة. وللمساعدة على تنمية وتطوير برامج تدخلية تهدف إلى تحسين جودة الحياة فإن ثمة قياس دقيق لهؤلاء الأشخاص "المسنين" ينبغي أن يتضمن تحديد العوامل التي تميز جودة الحياة المدركة لديهم.

ويعد مفهوم جودة الحياة مفهوماً متعدد الأبعاد والذي نال قسط كبير من الاهتمام في مجال الرعاية الصحية منذ السبعينات في القرن الماضي، وعلى الرغم من إجراء بعض الدراسات حول جودة الحياة إلا أن هناك صعوبة في الوصول إلى اتفاق حول مفهوم أو تعريف موحد لجودة الحياة. وترجع هذه الصعوبة إلى الطبيعة الإنسانية المعقدة، حيث يكون لدى كل واحد منا قيماً مختلفة من الآخرين، كما أنها تتأثر باختلاف المراحل والظروف التي تتعرض لها بمضي الزمن.

وقد تم اقتراح عدة مجالات لمفهوم جودة الحياة وهي: الرضا عن الحياة، السعادة، الحالة الاجتماعية الاقتصادية، الصحة البدنية، الوجدان، الضغوط المدركة، الصداقة، الأسرة، الزواج، أهداف الحياة، المسكن، الجيران، المدينة والوطن، تقدير الذات، الاكتئاب، الحيل الدفاعية النفسية، المواجهة. ويعد متغير الرضا عن الحياة من بين المجالات السابقة هو المؤشر الأكثر أهمية بالنسبة لجودة الحياة.

ومن المشكلات الأخرى التي تواجه قياس جودة الحياة هو مدى الاستفادة من المقاييس الذاتية والموضوعية في القياس، وتشمل المقاييس الموضوعية بشكل متكرر الدخل، التعليم، التوظيف، السكن، والقدرة البدنية، وعلى الرغم من ذلك فإن المقاييس الموضوعية لا تزود بمعلومات دقيقة حول خبرة الحياة المكتسبة من خلال استخدام المقاييس الذاتية، ومن ثم فهناك حتمية لدراسة القياس الذاتي لجودة الحياة المدركة لدى الأفراد.

وفي حين أن هناك اتفاق عام حول أهمية دراسة جودة الحياة والذي تدل عليه العديد من الدراسات إلا أن معظم هذه الدراسات قد أجريت على عينات ذات أمراض معينة أو لديهم ظروف خاصة مثل مرضى السرطان، أو الأزمات القلبية أو الفشل الكلوي، أما دراسة جودة الحياة لدى المسنين الذين يسكنون في منازلهم الخاصة فقد حظيت بقدر قليل من الاهتمام.

وقد عرّف جودة الحياة بأنها الاحتياج / القصور المدرك والرضا عن المجالات التالية: أنشطة العمل وأنشطة التقاعد، وقت الفراغ، التغذية، النوم، الرعاية الاجتماعية، الدخل، الصحة، الحب والوجدان، الاستقلال، مستوى الطاقة، التدعيم الاجتماعي، المزاج، التطلعات.

وتختلف جودة للحياة لدى المسنين عن غيرهم من فئات الأخرى، وأيضاً تختلف جودة الحياة لدى المسنين المقيمين مع أسرهم عن المسنين المقيمين بدور الرعاية الاجتماعية، فالمسنين الذي يعيشون مع أسرهم لديهم فرص كبيرة في التفاعل الأسري والاشتراك في أنشطة المجتمع وهذا يعتبر عاملاً قوياً في رضا المسن عن حياته أما في حالة المسنين المقيمين بدور الرعاية الاجتماعية نجد أن لديهم علاقات اجتماعية محدودة تتمثل في علاقته بالأصدقاء داخل الدار والعلاقة بالمرضات، وهذه العلاقات تعتبر عاملاً أقل أهمية لرضا المسن عن حياته؛ بينما يعتبر لدعم الأسري من أهم العوامل في تحديد الرضا عن الحياة للمسنين داخل دور الرعاية وهذا يؤكد أهمية المشاركة الاجتماعية لدى المسنين (Ho, et al., 2003).

ويؤكد أبو زيد (٢٠٠٠) أن محددات جودة الحياة لدى المسنين تتمثل في: الشعور بالرضى عن النفس وللحياة والشعور بالبهجة والسعادة، ومستوى مالي مريح، صحة عقلية وجسدية ونفسية جيدة، علاقات اجتماعية جيدة، الاهتمام والتفاعل المتبادل مع الأصدقاء، الشعور بالأهمية، التعليم المستمر، الاشتراك في الأنشطة أما فن الاستمتاع بالحياة فهو الشعور بالبهجة والسعادة في تفاعلنا مع الحياة وفيها يحافظ الإنسان على نشاطه الروحي والعقلي إلى آخر لحظة في حياته.

ولعل من أهم أسباب انخفاض جودة الحياة لدى المسنين ما يلي:

[١] وجود المسن بدور الرعاية: وقد حاولت بيلاري (١٩٩٨) توضيح أهم العوامل التي تنفع كبار السن إلى الالتحاق بالمؤسسات الخاصة بهم، وأوضحت نتائج الدراسة أن سوء الحالة الصحية الشديدة لدى المسن مع عدم قدرة الزوجة أو الابن على خدمة المسن كانت من العوامل التي دفعت كثيراً من المفحوصين إلى إيداع ذويهم في المؤسسات الخاصة كما أن عدم وجود أقارب، انشغال الأبناء بالعمل، عدم تقبل الأبناء بإقامتهم معهم، عدم زواج الابن أو الابنة كانت وراء رغبة المسن الشخصية في الإقامة بدور الرعاية.

[٢] الحرمان من الأولاد يقلل من جودة الحياة ويزيد من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين، ذلك أن الأولاد يعتبرون مصدراً هاماً جداً للدعم الاجتماعي والدعم المالي (Chou & Chi, 2000). إلا أننا نجد أن المسنين بدور الرعاية يوجد لديهم نوعاً من التشابه بين من يوجد لديهم أبناء والذين لا يوجد لديهم أبناء في الشعور بالحرمان، فالأفراد الذين ليس لديهم أبناء غالباً ما يفقدون لبناءهم نتيجة انشغالهم لكسب الرزق أو الهجرة أو للمفوق (السيد، ٢٠٠٠).

[٣] البعد عن الأسرة؛ تختلف اتجاهات المسنين نحو الرعاية النفسية والاجتماعية المقدمة لهم في دور المسنين مما يؤثر على توافقيهم النفسي؛ وعليه يتأثر التوافق النفسي للمسنين بعوامل الجنس والإقامة والتفاعل بينهم، فهناك فروق بين المسنين المقيمين داخل دور المسنين والمقيمين بخارجها في التوافق النفسي؛ فالمسنين المقيمين داخل دور الرعاية أقل توافقاً وأدنى في جودة الحياة (قناوي، ١٩٨٨: ١٥).

[٤] انخفاض الحالة الوظيفية والإصابة بالأمراض العضوية مثل الشلل والاكتئاب أما جودة الحياة الإيجابية فتربط بالدعم الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية والتي ينظر إليها على أنها الرضا

بمظاهر وأشكال الحياة الهامة بالنسبة للفرد (King, 1996). فالمسنون الذين يعانون من اضطرابات قلق كانت أقل من جودة الحياة لدى المسنين غير المصابين باضطرابات قلق، كما يوجد بعض المتغيرات التي يمكن أن تتنبأ بجودة الحياة، وهي: الاكتئاب، والقلق، والتفاؤل ويرتبط الاكتئاب، والقلق الحاد ارتباطاً سلبياً بجودة الحياة لدى المسنين، ويعد التفاؤل أحد مؤشرات جودة الحياة (Bourland, et al., 2000).

وترى العزبي (١٩٩٢) أن ما تتوصل إليه نتائج الأبحاث قد يفيدنا كأبناء أولاً وباحثين ثانياً في مساعدتهم على الاستمتاع بحياة أفضل في مرحلة من أخرج مراحل الحياة وإيماناً منا بأهمية كل فرد أن يكون راضياً عن نفسه وعن حياته ولتغيير المفهوم الخاطئ من أن مرحلة الشيخوخة هي نهاية الحياة وسنوات عديمة النفع، أو زوال الحياة إلى مفهوم أكثر تفاؤلاً بأنها استمرار للحياة وأن التغيرات التي تعترى الفرد في تلك المرحلة إنما هي تغيرات طبيعية علينا أن نتقبلها ونعمل على استقلال الطاقات المتوفرة لدى المسنين في مواجهة الضغوط الداخلية والخارجية.

ولقد أجريت العديد من الدراسات بهدف تحديد أهم المعينات لتحسين جودة الحياة لدى المسنين وبالنظر إلى نتائج هذه الدراسات يتضح ما يلي:

أ - الدعم الاجتماعي عامة؛ يعد من أسباب الصحة والسعادة وجودة الحياة لدى المسنين، فدرجة تفاعل الإنسان مع الآخرين وكذلك درجة تبادل الخدمات بينه وبين الآخرين ترتبط بمؤشرات الصحة والسعادة الذاتية وجود الحياة (Ballesteros, 2002).

ب- الإبداع، ويعتبر مصدراً لجودة الحياة لدى المسنين فالطفولة والشباب السعيدين بالإبداع هما بذور الشيخوخة المبدعة السعيدة، فالإبداع مصدر للإشباع والسعادة لدى كبار السن ووسيلة لرفع تقدير الذات لديهم ووسيطاً لتحقيق مهام النمو في كل مرحلة من مراحل العمر ومنها الشيخوخة وسبباً لإحراز المعنى الحقيقي للحياة وجعلها أكثر جودة ورقياً؛ علينا أن نستخدم وننمي المواهب والقدرات لدى كبار السن بعد ذلك إلى أقصى حد ممكن لسد هذه الاحتياجات على أن يكون ذلك بطريقة لا تتعارض مع حالتهم الصحية أو ميولهم الشخصية (أبو حطب، ٢٠٠١).

ج- العلاقات الاجتماعية وتعد واحدة من تلك المعينات على تحسين جودة الحياة، فالإنسان اجتماعي بطبيعته، يحتاج إلى الآخرين، من أجل سعادته، كما أن التمتع بالصحة الجيدة والقدرة الوظيفية العالية، والدخل المرتفع والعلاقات الاجتماعية مع الأسرة والأصدقاء كانوا من أهم العوامل المحددة لجودة الحياة (Ballesteros, 2002).

د- الجانب الروحي؛ ويعمل على الارتقاء بجودة الحياة لدى الإنسان عامة ولدى المسنين خاصة لذا ينبغي الاهتمام بهذا الجانب كي نصل إلى جودة الحياة، ولكي يحيا الإنسان حياة طيبة ينبغي أن ننظر إلى الحياة باعتبارها دار اختبار وبلاء كي يستطيع اجتياز رحلة الحياة بطريقة سهلة بعيداً عن التوتر والحزن لذا نهى الإسلام عن الحزن بقوله: ﴿ وَلَا تَهِنُوا وَلَا تَحْزَنُوا وَأَنْتُمُ الْأَعْلَوْنَ إِنْ كُنْتُمْ مُؤْمِنِينَ ﴾ [آل عمران: ١٣٩]؛ ذلك لأن الحزن يمنعه من حياته ويعطله عن عمله كخليفة لله في الأرض (أبو العزائم، ٢٠٠٣). وعلى الرغم من أهمية

الجانب الروحي في حياة الفرد إلا أن هناك قلة ممن أدرکوا أهمية الدين في حياة الفرد وصحته النفسية، ووفقاً لذلك فهناك بعض المؤشرات الإيجابية التي تعتبر دليلاً على الصحة النفسية من وجهة دينية منها الرضا والالتزام، للتضحية، الإيثار، الإيجابية والوسطية (موسى، ٢٠٠١).

هـ- العلم من المعينات التي تساعد الإنسان على الوصول إلى جودة الحياة ولعل مشكلة الإحباط واليأس التي أصابت عدداً كبيراً من الناس قد يرجع سببها إلى البعد عن العلم الذي هو بمثابة السلاح الرئيسي في الحياة حيث كانت أول كلمة في القرآن تحض على العلم (اقرأ)، كما أنه عندما فشل الإنسان في مواجهة الأحداث الخارجية التي تواجهه تجعله يشعر باليأس والأمراض النفسية المختلفة مثل القلق والاكتئاب، ولكي نرفع هذا الإحباط واليأس يجب أن يأخذ كل منا أسباب النجاح والتفوق ونشحن قوتنا العقلية والإيمانية للتغلب على هذه للمحن التي تعصف بنا، وإتاحة الحرية المناسبة في إيداء الرأي بالطريقة الحضارية المناسبة، وإيداء مبدأ من أهم مبادئ الإسلام ألا وهو مبدأ الشورى (أبو العزائم، ٢٠٠٣). وهنا يبرز أهمية الجانب المعرفي في تحسين جودة الحياة، لذا ينبغي أن نمد للمسن بالعديد من المعلومات وحثه على القراءة والإطلاع وطلب العلم خاصة أنه يعاني من الفراغ والوحدة ويمكن شغل وقت فراغه في ما هو مفيد من قراءة وإطلاع.

و- المشاركة في الأنشطة والتي يمكن أن تتحقق بالعلاقات الاجتماعية التي توفر دعماً اجتماعياً وعاطفياً حيث أن الدعم العاطفي الجيد الذي يلقاه المسن يحميه من تأثير الأحداث المحيطة التي يمكن أن تسيء إليه (العزيمي، ١٩٩٢). وترتبط المشاركة الاجتماعية بمكانة المسن داخل المجتمع، وتكمن القضية في كيفية تنظيم المسن لعالمه، ويعد النشاط الديني من أهم الأنشطة لدى المسنين في المجتمعات البدائية ويعتبر المسن ذو مهارة وخبرة في أداء الشعائر الدينية وذلك بسبب قربيه من العالم الروحي، وهذه المكانة تزود المسن المتقاعد بمصدر من القوة، وذلك فإن المكانة الدينية يجد فيها العوض عن كلفة المصادر الأخرى التي يحتاجها (Shkolniki, et al., 2001). وتشمل الأنشطة التي تعمل على تحسين جودة الحياة لدى المسنين: أنشطة الترفيه والتسلية، وإلى جانب الخدمات الإرشادية تكون من أساليب تحسين رضا المسنين عن الحياة، فالاهتمام بالشيخوخة من المنظور الطبي والوظيفي وحده غير كاف لتحسين جودة الحياة ذلك لأن العوامل الاجتماعية يكون تأثيرها أكبر على رضا المسنين عن حياتهم ولذا يجب التركيز عليها (Ho, et al., 2003).

ز- الاهتمام بالفن لإسعاد كبار السن ذلك لأن الفن المصري بتماسكه وتقاليده وعظمته يعكس حضارة من أعظم وأقدم الحضارات، ويعيش التراث الفني في وجدان الإنسان المصري ويمكن ترجمة ذلك في إيداعاته الفنية وهذا ما نريد تحقيقه مع كبار السن، وأوصت إحدى الدراسات بضرورة ممارسة الفن التشكيلي وتوفير أماكن الرسم والتصوير ذلك يزيد من النشاط والحيوية والتعاون والمساعدة لكبار السن (النواوي، أبو الوفا، ٢٠٠١).

ح- التنين والمكانة الاجتماعية والاتجاهات الاجتماعية تلعب دورا في جودة الحياة ولعل أهم محددات جودة الحياة هو العامل النفسي، وبعد الدعم الاجتماعي ثاني متغير من حيث الأهمية بالنسبة لجودة الحياة، كما ترتبط العلاقات الأسرية والعلاقة بالأصدقاء بجودة الحياة، وتعتبر الحالة الاقتصادية الاجتماعية هي ثالث متغير من حيث الأهمية بالنسبة لجودة الحياة ويأتي التنين في المرتبة الرابعة، حيث يشكل التنين عام هام بالنسبة للسعادة النفسية والاجتماعية (Chio, et al., 2004). وإذا كان التنين يأتي في المرتبة الرابعة في بعض المجتمعات الغربية فإن التنين يأتي في المرتبة الأولى للوصول إلى جودة الحياة ولاسيما في المجتمعات الإسلامية وخاصة لدى المسنين.

ط- البيئة المناسبة، وتحتاج رعاية المسنين النفسية إلى كثير من الجهود لخلق بيئة سيكولوجية منتقاة انتقاء جيدا لتساهم في جودة الحياة لدى المسنين فلقد ثبت أن أي بيئة باستطاعتها أن تولد استجابة فعالة ففي أكثر الأحوال تعمل البيئة على إظهار استجابات عاطفية غنية، ويسري هذا المبدأ بصفة خاصة إلى المسنين وذلك بسبب ارتفاع درجة الحرمان الحسي الناتج عن أسباب عضوية لديهم لذا من الضروري فهم علاقة المسن بالعناصر البيئية حوله، وذلك أن هذه العلاقة تعتبر أمرا حيويا لحسن فهم سلوكه، وأيضاً لوضع الخطط اللازمة لمساعدته (الضبيح، ٢٠٠٠: ٨٥). وليس بالضرورة أن تصبح جودة الحياة متدنية في مرحلة الشيخوخة؛ فالقدرة الوظيفية والحالة الصحية وظروف المسكن الجيد وأسلوب الحياة النشط والعلاقات الاجتماعية الجيدة تعد من أهم محددات جودة الحياة، كما تعد الشخصية من المحددات القوية لجودة الحياة، وقد تعرضت نتائج الدراسات بين اختلاف المسنين الذكور والإناث في جودة الحياة (Anneli & Bettina, 2000).

ي- التفكير الواقعي والبعد عن الأفكار اللاعقلانية، فالأفكار هي بداية السلوك وأنها تدخل المجال الإدراكي للفرد ونموه لتصبح تصورا لإجراءات ويترجمها الفرد إلى إرادة تدفعه إلى سلوكيات تقوم بها الجوارح، ومع تكرار السلوك يصبح عادة يقوم بها الفرد بعد ذلك بشكل تلقائي دون الحاجة إلى هذه السلسلة، ويرى ابن القيم أن المؤمن يعرض هذه الخواطر على ميزان داخلي يشتمل على عاملين أو قوتين هما قوة الإيمان وقوة العقل وهما متفاعلتان ومتكاملتان في عملهما، وهكذا فسّر ابن القيم مبعث السلوك الظاهر بدءاً من الخاطر أو الفكرة وحدد لنا كيفية الوقيّة من الوصول إلى عادة تتمكن من الشخص ويصعب عليه التخلص، ولعل ما نادى به ابن القيم منذ حوالي سبعة قرون من أساس العلاج يكمن في منع الخواطر الفاسدة من أن تتمكن من الإرادة والجوارح وهو ما نادى به ألبرت إليس وبيك رواد المدرسة المعرفية بضرورة تصحيح الأفكار والخواطر والتصورات للوصول إلى تصحيح التصرفات (الشناوي، ٢٠٠١: ٥٥-٨٥).

ك- إشباع الحاجات، فقد أوضحت نتائج دراسة السيد (٢٠٠٢) وجود علاقة ارتباطية دالة بين الحاجات النفسية وقائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية، كما أظهرت نتائج الدراسة اختلاف الحاجات النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى المسنين باختلاف الجنس.

كما يحتاج المسنون لإشباع العديد من الحاجات كما أشار إلى ذلك عويضة (٢٠٠٣) ،

الدمهوري (٢٠٠١)، هريدي وفرج (٢٠٠١) لضمان الوصول إلى جودة الحياة مثل الحاجات النفسية التالية:

- ١- الحاجة إلى اللطمائية؛ تعتبر من الأساسيات للجوهرية للإحساس بالسعادة وراحة البال وانسياب الحياة النفسية الخالية من التوتر والقلق ويعتبر ذلك من علامات تكامل الشخصية لدى الفرد في جميع مراحل العمرية وخصوصاً مرحلة التقدم في العمر.
- ٢- تهيئة الفرص وإتاحة الإمكانيات إلى النشاط الروحي وذلك من خلال التقرب إلى الله بالعبادات والنوافل ويدخل في ذلك عمارة المساجد والندوات والأعمال الخيرية مثل زيارة المرضى .. الخ.
- ٣- الأمن الاقتصادي الذي يدفع عنه مشاعر الخوف وعدم الأمان.
- ٤- الإحساس بأنه شخص مرغوب فيه.
- ٥- الرعاية البدنية والصحية التي تقلل من إحساسه بالعجز.
- ٦- إقامة علاقات قوية مع من حوله سواء داخل الأسرة أو المؤسسة.
- ٧- اعتبار الذات وتعد حاجة أساسية ومن ثم يجب على المتعلمين معه أن يحققوا له اعتبار الذات.
- ٨- أداء بعض الأدوار حتى لا يتولد لديهم الشعور باليأس.
- ٩- استرجاع نكرياته وبعض الصور والإنجازات للمساعدة حتى يستعيد مرة أخرى بأحلى سنوات العمر.
- ١٠- العمل باعتباره مرادفاً لمعنى الحياة وليس المقصود بالعمل هذا الذي يتقاضى عليه أجر وإنما المقصود هنا أي نوع من الإسهام الاجتماعي الذي يتفق مع ميوله ورغباته واهتماماته بحيث يتوفر لديه الإحساس بأنه قادر على العطاء.
- ١١- عدم التقليل من شأنه ذلك لأنه يعاني من الحساسية المفرطة لجزاء كل ما يمس مكانته سواء في محيط الأسرة أو المجتمع، وعلى ذلك فإن إشعاره بأن تقدمه في السن لم يقلل من مكانته تعتبر من الحاجات النفسية بالنسبة له.
- ١٢- ممارسة بعض الأنشطة التي من شأنها أن تخرجه من آثار الوحدة والتقاعد وحتى لا يشعر بالفراغ الذي يعد مشكلة أساسية تعكر صفو الحياة.
- ١٣- الاستقرار والشعور بالسعادة، وتعني هذه الحاجة شعور الممن بالقبول من الآخرين هذا إلى جانب الشعور الإيجابي بالقدر على بلوغ الغايات.
- ١٤- تجنب الآلام والاستشارات والأمراض.
- ١٥- النظام والدقة.
- ١٦- الاستقلال والشعور بالنفس.
- ١٧- المعرفة والفهم.
- ١٨- القوة والدفاع عن الذات.
- ١٩- الحماية والرعاية.

وعلى الجانب الآخر، تعددت الدراسات التي تناولت جودة الحياة لدى الممنين، فقد هدفت

دراسة أحمد (١٩٨٧) إلى التعرف على ممثي الاكتئاب والانطواء الاجتماعي لدى عينة من المسنين، مصريين وسعوديين، وما إذا كانت هاتين السمتين تعزي أساساً إلى التقدم في العمر، أم لعوامل اجتماعية أخرى كالتقاعد والبعيد عن العمل. وقد تكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات من المسنين تمثل المجموعة الأولى، عينة من المتقاعدين المصريين وتمثل المجموعة الثانية عينة من المسنين ممن يعملون بعد التقاعد، أما في عملهم نفسه، أو في أعمال أخرى وهي أيضاً عينة مصرية. أما المجموعة الثالثة فتمثل عينة من المسنين المتقاعدين السعوديين. وبلغ عددهم ٦٠ مسناً، عشرون لكل مجموعة ممن تراوحت أعمارهم بين ٦٠-٧٥ عاماً. وقد أسفرت الدراسة عن نتائج مؤداها أن المسنين العاملين بعد سن التقاعد هم أقل شعوراً بالاكتئاب بالمقارنة بمجموعة المسنين المتقاعدين، وأن ارتفاع درجات المسنين المتقاعدين على مقياس الاكتئاب تعني الانخفاض في مستوى الروح المعنوية لديهم مع الشعور باليأس والعجز عن النظر إلى المستقبل نظرة متفائلة، ولم تكن هناك فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات مجموعة المسنين المتقاعدين ودرجات مجموعة المسنين العاملين بعد التقاعد على مقياس الانطواء الاجتماعي، وأنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المسنين المتقاعدين (في البيئة المصرية) والمسنين المتقاعدين في (البيئة السعودية) على مقياس الانطواء الاجتماعي لصالح العينة السعودية، وأنه توجد معاملات ارتباط موجبة ودالة بين درجات مجموعات الدراسة على مقياس الاكتئاب ومقياس الانطواء الاجتماعي.

وهدف دراسة الديب (١٩٨٨) إلى التعرف على الفروق في مستوى التوافق النفسي والاجتماعي، والرضا عن الحياة بين المسنين المستمرين في العمل بعد بلوغ سن الستين (إذ يرجع ذلك إلى طبيعة عملهم)، والمسنين الذين يتوقفون عن العمل نتيجة الإحالة إلى المعاش. وقد تكونت عينة الدراسة من (١٠٦) مائة وستة من المسنين، منهم ٦٧ من الذكور، ٣٩ من الإناث، واستخدم الباحث أداتين من إعداده، هما: اختبار التوافق لدى المتقاعدين بسبب الشيخوخة، ومؤشر الرضا عن الحياة لنيوجارتن. وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- أ - أن أفراد العينة من الجنسين يزاولون أعمالاً، بعد سن الستين كانوا أكثر توافقاً وأكثر رضا عن الحياة من أفراد العينة من الجنسين، الذين توقفوا عن العمل بسبب الإحالة للمعاش.
- ب- أن أفراد عينة الدراسة من الذكور الذين يزاولون عملاً بعد سن الستين كانوا أكثر توافقاً، وأكثر رضا عن الحياة عن أفراد العينة من الذكور الذين توقفوا عن العمل بسبب الإحالة للمعاش.

وحاولت دراسة كل من فاين رانست وماركويين Van Ranst and Marcoen (١٩٩٠) بعنوان معنى الحياة لدى عينة من الشباب والمسنين، وقد تكونت عينة الدراسة من (٢٠٦) شاباً بمتوسط عمري (١٧,٨) سنة، و(٣٧٣) من المسنين بمتوسط عمري قدره (٦٥,٩٠) سنة. وقد أكمل أفراد العينة جميعاً الإجابة عن نسخة معدلة من دليل النظرة إلى الحياة. وقد أوضحت نتائج الدراسة أنه في كلا المجموعتين العمريتين كانت بنود دليل النظرة إلى الحياة موزعة على بعدين مميزين لمعنى الحياة، هما النظرة إلى الحياة، وتحقيق المعنى فيها. وكانت تشبعات البعد الخاص بإطار النظرة إلى الحياة متباينة فقط في إجابات المجموعتين.

وتناولت دراسة سليمان وعبد الله (١٩٩٦) خبرة الوحدة النفسية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من المسنين العاملين والمتقاعدين في المجتمع القطري إلى دراسة التأثير والتفاعل المشترك لكل من متغيرات العمل والمستوى التعليمي والممر على الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين. وقد تكونت عينة الدراسة من ٩٣ مسناً من الذكور، تراوحت أعمارهم مابين ٦٠ - ١٠٠ سنة بمتوسط عمري قدره ٦٦,٠٩ سنة. واستخدم الباحثان أدتتين من إعدادهما هما: مقياس الوحدة النفسية للمسنين، ومقياس التقدير الذاتي للاكتئاب للمسنين. وقد أسفرت الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مستوى الشعور بالوحدة النفسية ومستوى الاكتئاب لدى المسنين، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين العاملين والمسنين المتقاعدين في الشعور بالوحدة النفسية، وكانت الفروق في صالح المسنين المتقاعدين (أي أنهم كانوا أكثر شعوراً بالوحدة النفسية)، ووجود فروق بين المسنين العاملين والمسنين المتقاعدين (أي أنهم كانوا أكثر تعرضاً للشعور بالاكتئاب).

وتناولت دراسة فيتولا Vitola (١٩٩٨) طبيعة للدوافع ونوعية الاتجاهات نحو الحياة لدى عينة من أطلقت عليهم الراشدين لل كبار old adults، وكانت العينة مكونة من (٥٠) خمسين برازيليا من كبار السن نصفهم من الذكور ونصفهم من الإناث، ممن تراوحت أعمارهم بين ٦٥ - ٨٠ عام. وقد حصلت الباحثة على كافة بياناتها ومعلوماتها فيما يتعلق بالمتغيرات الديموجرافية الاجتماعية، والدافعية والاتجاهات نحو الحياة من خلال تطبيق لسبتيان صممتها لهذا الغرض. ثم لنتقت الباحثة ثمانية أفراد من العينة راعت في اختيارهم أن يكونوا من ذوي المستويات الحيوية للنشطة في الدافعية، وذلك لإجراء المزيد من المقابلات شبه المحددة. وقد تم تقييم للنتائج باستخدام فنيات تحليل المحتوى طبقاً للسن والجنس والمستوى الاقتصادي الاجتماعي، والمستوى التعليمي، والحالة للزوجية، وعدد الأطفال، ومستوى الدافعية، ومن التقاعد، والرغبة في البقاء، والحالة للصحية أو المرضية، وأنشطة وقت الفراغ، وفقدان أحد أعضاء الأسرة، ومعنى الحياة، ولتتمك بالقيم للروحية، والروابط المتميزة بالحنو مع الآخرين الذين لديهم قدر أكبر من المصادر الشخصية كانوا أفضل وأكثر توفيقاً في الجوانب الجسمية والاجتماعية النفسية التي تدل على مستوى أفضل من جودة الحياة. كما أن المسنين ذوي الحالات المزمنة الأقل كان لديهم قدر أكبر من المصادر الشخصية. وكان لدى المسنين ذوي التفاعل النفسي الاجتماعي الأسوأ قدراً أكبر من المصادر الاجتماعية، هذا بالإضافة إلى أن تأثير كلا من المصادر الشخصية وتحديد الذات للصحية على التفاعل النفسي والاجتماعي اعتمد على حجم شبكة العلاقات الاجتماعية.

وأشارت تيتونتمرونج Tithiphontumrong (٢٠٠٥) إلى أن العدد المتزايد لفئة المسنين أدى إلى ظهور حالات مرضية مزمنة يمكن أن يكون لها تأثيرات سلبية طويلة المدى على جودة الحياة لدى المسنين، كما تصبح هناك ضرورة إلى إجراء برامج تدخلية لتحسين المصادر الصحية لذوي الأمراض المزمنة من المسنين والتي تؤدي بدورها إلى تحسين توفيقهم للأمل وجودة الحياة لديهم. ومع ذلك فإن محاولة فهم العلاقة بين المصادر الصحية لذوي الأمراض المزمنة من المسنين (تحديد الذات الصحية - المصادر الشخصية والاجتماعية)، والمتغيرات للوسيلة (حجم شبكة للعلاقات الاجتماعية، عدد الحالات المزمنة) وبين مؤشرات جودة الحياة (الجسمية والتوافق النفسي الاجتماعي)

سوف يمدنا بتوجه نحو تطوير برامج أكثر ملاءمة لهم. وهذا التحليل الثانوي للبيانات الموجودة قد فحص ثلاثة من المصادر الصحية وعلاقتها باثنين من المتغيرات الوسيطة وبعض مؤشرات محددة من جودة الحياة لدى (١٣٧) من ذوي الأمراض المزمنة من المسنين الذين يقيمون بأحد الدور في شمال شرق أوهايو والذين وافقوا على المشاركة في دراسة أكبر والتي تم فيها اختبار العوامل الاجتماعية المعرفية التي يمكن أن تتنبأ بصحتهم. ويزود نموذج السعي نحو الصحة لسكلوتفيلد Schlotfeld بقدر من الإطار النظري الذي يتناول ثلاثة أهداف محددة تركز على تحليل العلاقات بين متغيرات الدراسة لدى ذوي الأمراض المزمنة من المسنين:

- ١- ما العلاقة بين المصادر الصحية، والمتغيرات الوسيطة وجودة الحياة؟
- ٢- ما العلاقة بين المصادر الصحية المقترحة والعوامل الوسيطة والتي تعد مؤشرا دالا على جودة الحياة وذلك بعد التحكم في عوامل السن، الجنس، العنصر؟
- ٣- هل تعدل العوامل الوسيطة من تأثير المصادر الصحية على مؤشرات هذه الحياة؟

واشتملت مقاييس الدراسة على عدد الأشخاص الموجودين في شبكة العلاقات الاجتماعية للمسن، وعدد الحالات المزمنة، ودليل تحديد الذات الصحية، وجدول التحكم في الذات، والصورة لتأثير المرض واشتمل تحليل البيانات على الإحصاء الوصفي، ومعامل ارتباط بيرسون وتحليل الانحدار المتعدد، وبلت نتائج الدراسة على أن المسنين ذوي الأمراض المزمنة أقل جودة لمفهوم الحياة.

وهدفت دراسة جريش Grish (٢٠٠٥) إلى اختبار الفروق في بعض الأعراض الإيجابية والسلبية المرتبطة بالانسحاب الاجتماعي عن جودة الحياة لدى المسنين الذين يعانون من الفصام، وشارك في هذه الدراسة (٣٩٣) من المسنين الذين لديهم فصام من خلال مقابلات عيادية منظمة، وتم جمع بيانات حول العناصر الرئيسية المكونة لخبراتهم الحياتية، وقد وجدت الدراسة أن الأعراض الإيجابية كانت مؤشرا لعدد قليل جدا من الانسحاب الاجتماعي على العكس من الأعراض السلبية، كما كانت هناك علاقة دالة بين الأعراض بوجه عام ومستوى جودة الحياة لديهم، وعلى وجه الخصوص وجد أن الأفراد المنسحبين اجتماعيا كانوا أقل رضا بمستوى جودة الحياة، بينما لم توجد فروق في الانسحاب الاجتماعي عند تقسيم المفحوصين إلى أنواع فردية أو جمعية، وبالمثل لم توجد فروق بين الذكور والإناث من المسنين ذوي الفصام فيما يتعلق بكل من الانسحاب الاجتماعي أو مستوى جودة الحياة المدركة، بينما وجدت الدراسة علاقة إيجابية ودالة بين كل من جودة الحياة وتقدير الذات لدى عينة الدراسة، وتشير النتائج السابقة إلى أن المسنين ذوي الفصام في حاجة إلى معاملة خاصة من أجل تحسين نوعية الحياة التي يعيشونها.

[٣] المسنون:

بدأت دراسة المسنين والاهتمام بهم وبمشكلاتهم لتمثل مكاناً بارزاً واهتماماً متزايداً في السنوات الأخيرة، ويرجع ذلك إلى تزايد نسبة المسنين في الدول المتقدمة والنامية بشكل واضح في السنوات الأخيرة وذلك بفضل ارتفاع مستوى الصحة الوقائية والعلاجية بوجه عام (المقباد، ١٩٩٩: ٢٧٣). كما يمثل المسنون شريحة من المواطنين الذين يتسمون بطبيعة وسيكولوجية خاصة تستلزم

الفهم والوعي للكامل لاحتياجاتهم ومتطلباتهم والمتغيرات المؤثرة والمرتبطة بهذه المرحلة من العمر وذلك بهدف محاولة الحد من المشكلات والصعوبات الحياتية التي قد يواجهها هؤلاء المسنين من خلال إيجاد أنصب وسائل الرعاية التي تكفل الحفاظ على كيانهم المعنوي والمادي (محمد، ١٩٩١: ٢٦٢).

لذا تعد دراسة المسنين من الموضوعات للجديرة بالدراسة، لفهم الأبعاد المتعددة لهذه المرحلة العمرية التي أصبحت تحتل مكاناً بارزاً واهتماماً متزايداً في الدراسات الطبية والاجتماعية والنفسية. هذا بالإضافة إلى أن عالمنا اليوم يشهد ظاهرة جديدة و متميزة تتمثل في الزيادة الكبيرة والمستمرة في أعداد المسنين على المستوى العالمي (عبد الله، ١٩٩٩: ٢٢١).

- وتتسم مرحلة الشيخوخة بعدة خصائص وتغيرات تميزها عن غيرها من المراحل ويمكن إجمال هذه الخصائص كما أشار إلى ذلك السيد (١٩٧٥: ٣٦٤) فيما يلي:
- ١- يجد صعوبة كبيرة في المحافظة على مكانته في المجتمع المتطور الذي يتحرك من حوله بسرعة تفوق تكيفه للتغيرات التي تحيط به.
 - ٢- يزيد معدل فقدان - بشكل واضح - على معدل لزيادة في جميع مظاهر الفرد السلوكية وطاقاته المختلفة.
 - ٣- الشعور الشديد بالنهاية ولذا يميل أغلب الأفراد في هذه المرحلة إلى التصوف.
 - ٤- يصبح الفرد ذات المركز يهتم بنفسه أكثر من اللازم، ويميل سلوك أغلب الأفراد في هذه المرحلة إلى نوع من أنواع النرجسية وعشق الذات.

وقد نكر موسى (٢٠٠٢: ٢٠٢-٢٠٤) عدة مرادفات للشيخوخة وردت في القرآن الكريم مثل الشيب، للكهل، الشيخ، المعجوز، أرذل العمر، الكبر، فكلمة الشيب جاءت في قوله تعالى: ﴿اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْغَيْبِ﴾ [الروم: ٥٤]، أما لكهل جاءت في قوله تعالى: ﴿وَيَكَلِّمُ النَّاسَ فِي الْمَهْدِ وَكَهْلًا وَمِنَ الصَّالِحِينَ﴾ [آل عمران: ٤٦]، ويقصد بالكهل من كان في سن ٦٠-٧٥ عاماً ولا زال يسمهم في مجالات الحياة المختلفة بحيوية ونشاط، وجاءت كلمة الشيخ في قوله تعالى: ﴿هُوَ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ تَرَابٍ ثُمَّ مِنْ نُطْفَةٍ ثُمَّ مِنْ عَلَقَةٍ ثُمَّ يُخْرِجُكُمْ طِفْلاً ثُمَّ لِتَبْلُغُوا أَشُدَّكُمْ ثُمَّ لِتَكُونُوا شُيُوخًا وَمِنْكُمْ مَنْ يَسُوْقَىٰ مِنْ قَبْلِ وَلِتَبْلُغُوا أَجْلاً مُّسَمًّى وَأَعْلَكُمْ تَعْلُونَ﴾ [غافر: ٦٧]، ويقصد بالشيخ من كان في سن ٧٥-٨٥ عاماً وضعت مساهمته في مجالات الحياة وغالباً ما يلزم بيته، ووردت كلمة المعجوز في قوله تعالى: ﴿قَالَتْ يَا وَيْلَتَىٰ أَأَلِدُ وَأَنَا عَجُوزٌ وَهَذَا بَطْلَىٰ شَيْخًا إِنَّ هَذَا لَشَيْءٌ عَجِيبٌ﴾ [هود: ٧٢]، ويقصد بالمعجوز من كان في سن ٨٥ عاماً فأكثر وغالباً ما يرقد في فراشه، بينما أرذل العمر جاءت في قوله تعالى: ﴿وَاللَّهُ خَلَقَكُمْ ثُمَّ يَتَوَفَّاكُمْ وَمِنْكُمْ مَنْ يُرَدُّ إِلَىٰ أَرْذَلِ الْعُمُرِ لِكَيْ لَا يَعْلَمَ بَعْدَ عِلْمٍ شَيْئًا إِنَّ لِلَّهِ عِلْمَ قَدِيرٌ﴾ [النحل: ٧٠]، ويقصد بأرذل العمر الذي بلغ المائة عاماً فأكثر، أما كلمة لكبر فنذكرت في قوله تعالى: ﴿وَوَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَيَالِ الَّذِينَ إِحْسَانًا إِمَّا يَبْلُغَنَّ عِندَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا لَوْ كَلِمًا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أَفْ وَلَا تَنْهَرْهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا﴾ [الإسراء: ٢٣].

وتعد الشيخوخة مرحلة طبيعية من التغيرات التي تحدث في التكوين الجسمي والعقلي والانفعالي والاجتماعي، بالإضافة إلى ما يحدث نتيجة ذلك في الأداء أثناء رحلة حياة الفرد، وتقسّم الشيخوخة إلى ما يلي: الشيخوخة البيولوجية: وتشمل التغيرات التي تحدث في جسم الإنسان في المراحل الأخيرة من الحياة، وهذه التغيرات قد تبدأ بفترة طويلة قبل أن يصل الإنسان إلى سن الخامسة والستين. شيخوخة الإدراك: وتشمل هبوط القدرة لتحصيل معلومات جديدة وتقبل سلوك وأفكار جديدة. شيخوخة الشعور: وتشمل هبوط القدرة على التكيف لمواجهة التغيرات في البيئة المحيطة، فعلى سبيل المثال فإن المسنين عندهم صعوبة في التكيف إذا انتقلوا إلى مسكن جديد أو إلى مستشفى على سبيل المثال، وجميع هذه التغيرات والتطورات لا تحدث معاً في زمن محدد ولجميع الأفراد فهناك فرد يصيبه العجز في كل هذه المظاهر في سن الستين، بينما فرد آخر وفي نفس السن نجده يتعلم بهمة ويتكيف بسهولة في وظيفة جديدة (الأشول، ١٩٩٨: ٦٦٠).

ويرى البعض أن الشيخوخة حالة نفسية قبل أن تكون شعوراً فيزيولوجياً فكم من شيوخ قطعوا مسافة في عمرهم لم يشعروا بالشيخوخة، لأنهم ينظرون إليها بمنظار ملؤه الأمل والتفاؤل، مما جعل هذه المرحلة تمر بسلام وهدوء وكم من شباب في الأربعينات أو الخمسينات أحسوا بالشيخوخة منذ غزا البياض رأسهم فأصابهم الخوف والجزع فسقطوا في فخ التشاؤم واستسلموا لليأس والقلق (الخورى، ١٩٨٨: ١٧٥).

وكما أنها عملية تدريجية تحدث فيها التغيرات ببطء، ولعل أهم ما يتسم هذا الطور بصفة عامة بدء تحول النمو الإنساني في الاتجاه المعاكس، بينما كان النمو في المراحل السابقة يتجه نحو التحسن والترقي والتمية بمعدلات مختلفة؛ فإنه مع بداية الشيخوخة يبدأ التدهور بمعدلات بطيئة في البداية ثم يتسارع هذا المعدل تدريجياً حتى يصل إلى أقصاه في طور أرذل العمر (موسى، ٢٠٠١: ٢٠١).

كما ينظر إليها بأنها حالة من قصور الإمكانيات الذاتية لتحقيق التوافق النفسي، وعجز نسبي في قدرات الشخص على مواجهة ضغوط الحياة أو الوفاء بمتطلبات التكيف مع الآخرين. ويحدد أريكسون وولب أهم خصائصها في التردد في اتخاذ القرارات، التقلب المزاجي، الميل إلى الانسحاب، الميل إلى المبالغة في الحزن، الحيرة بين الخوف من الموت واليأس وبين الأمل والتفاؤل (رزق، ٢٠٠٢: ٣٠٢).

بينما يرى أحمد (١٩٨٩: ٢٣١) أن مرحلة الشيخوخة تعد مرحلة النضج واكتمال الشخصية وهي تمثل ربيع العمر وخريفه، تتطور بالفرد من رعاية الأسرة إلى الاستقلال الذاتي وكسب الرزق، وإلى مسئولية تكوين أسرة جديدة ورعايتها والإشراف على توجيهها، وفيها تصدم أحلام المراهقة بالواقع، ولهذا يتعلم الكبير كيف يكيف آماله لمظاهر البيئة التي يعيش فيها. كما ينظر للشيخوخة على أنها مرحلة العمر التي تبدأ فيها الوظائف الجسدية والعقلية في التدهور بصورة أكثر وضوحاً مما كانت عليه في الفترات السابقة (غنام، ٢٠٠١: ٣٥٤).

وقام بعض الباحثين بتقسيم فئة المسنين إلى قسمين أ- صغار السن، ب- كبار السن ولكنهم اختلفوا في تعريف القسمين، فالرأي الأول يصف صغار السن على أنهم الفئة التي يتراوح عمرهم من

٦٠ - ٧٥ سنة، والمسن كبير السن هو الذي يكون عمره أكبر من ذلك، وهناك آراء أخرى متعسدة وصفت الممنين صغار السن على أنهم لفئة التي يتراوح عمرهم من ٦٠ - ٨٠ أو ٦٥ - ٨٠ سنة. بينما اقترح بعض الباحثين أن المسن صغير السن يتراوح عمره من ٦٠ - ٦٩ وللمسن متوسط العمر يتراوح عمره من ٧٠ - ٧٩ والمسن كبير السن يتراوح عمره من ٨٠ - ٨٩ سنة والمسن كبير السن جداً يبدأ عمره من ٩٠ سنة فلكثر، وهناك طريقة أخرى لتقسيم الأفراد الذين يزيد عمرهم عن ٦٥ سنة إلى قسمين: العمر الثالث والعمر الرابع، فالعمر الثالث يشير إلى أسلوب الحياة المستقل والبسيط أي العمر الذي يستطيع فيه المسن الاعتماد على نفسه دون اللجوء إلى الآخرين (قادرين على خدمة أنفسهم)، بينما يعرف العمر الرابع بأنه المرحلة الأخيرة من حياة المسن والتي يعتمد فيها على الآخرين (غير قادرين على خدمة أنفسهم) (Start, 2000: 20-22).

ويرى أحمد (٢٠٠٠: ٢٩٢) أن الشيخوخة عملية تطويرية ترتبط بالوراثة والبيئة وأن لم يتمنى بعد تحديد أسبابها على وجه الدقة، بيد أن الشيخوخة ليست مجرد عملية بيولوجية بحتة تظهر آثارها في التغيرات الفيزيائية والفسولوجية التي تطرأ على الفرد حين يصل إلى تلك السن المتقدمة، وإنما هي بالإضافة إلى ذلك ظاهرة اجتماعية تتمثل في موقف المجتمع من الفرد حين يصل إلى سن معين بالذات يحددها المجتمع بطريقة تصفية دون أن يأخذ في الاعتبار الحالة الفيزيائية أو العقلية للأفراد.

وتنقسم مراحل العمر من الناحية البيولوجية النفسية إلى أربع مراحل جزئية كما أشار إلى ذلك منصور (١٩٨٩: ٢٣٢):

- ١- مرحلة التكوين: وتمتد هذه المرحلة من بدء الحياة إلى بداية الرشد.
- ٢- مرحلة نضرة الإنتاج وهي تمثل مرحلة الرشد المبكر وتمتد من ٢١ إلى ٤٠ سنة.
- ٣- مرحلة الإنتاج المتناقضة: وهي تمثل مرحلة وسط العمر التي تمتد من ٤٠ إلى ٦٠ سنة.
- ٤- مرحلة الراحة: وهي مرحلة الإحالة إلى المعاش وهي تمتد من ٦٠ سنة إلى نهاية العمر.

وتنظر قناوي (١٩٨٧: ٧٩) إلى الشيخوخة من الناحية الاجتماعية فترأها حالة من هجر العلاقات الاجتماعية والأدوار التي تطابق مرحلة الرشد التي يتم فيها قبول العلاقات الاجتماعية والأدوار التي تطابق السنوات المتأخرة من مرحلة الرشد. ويرى محمود (٢٠٠٠: ٢٢٦) مفهوم الشيخوخة بأنها مرحلة زمنية في حياة الأفراد، تشير إلى تلك المدى الزمني الذي يبدأ من نقطة زمنية عمرية هي بداية سن الشيخوخة، وإن كانت هذه النقطة تختلف من مجتمع إلى آخر لارتباطها بمتوسط الأعمار في كل دولة من هذه الدول، إلا أنه يوجد اتفاق على مجموعة للتغيرات التي يتعرض لها المسن صحياً ونفسياً واجتماعياً واقتصادياً خلال تلك المرحلة الزمنية.

وبالرغم من أن هناك وجهة نظر ترى أن اعتبار العمر محك لبداية الشيخوخة يعتبر أمراً غير دقيق فالشيخوخة ليست محض بلوغ عمر زمني معين بل إن بلوغ الإنسان عمراً زمنياً في طور من أطوار الحياة لا يعني بالضرورة حدوث جميع للتغيرات البيولوجية والميكولوجية والاجتماعية المصاحبة التي يفترض حدوثها في هذا الطور (أبو حطب، ٢٠٠١: ١١٤). إلا أن كثيراً من الحكومات اعتبرت سن الستين أو الخامسة والستين بداية للشيخوخة ونظراً من ذلك سنت في

أنظمتها تشريعات وقوانين مختلفة تجبر بموجبها كل من بلغ هذا السن من الموظفين أن يعتزل العمل وحجتها في ذلك أنه غداً في عمر تضاعلت فيه طاقته على الخدمة غير أن ذلك ليس دائماً على صواب (رويحة، ١٩٧٢: ١٧).

مشكلات المسنين:

يمر المسنون بالعديد من التغيرات التي تطرأ على حياتهم منها تغيرات عضوية واقتصادية واجتماعية وتسبب هذه التغيرات العديد من المشكلات وتنعكس هذه المشكلات على حياة المسن وتؤثر سلباً على توافقه النفسي ومن هذه المشكلات كما أشار إلى ذلك زهران (١٩٨٠: ٤٧١-٤٧٢)، وسالم (١٩٩٧: ٣٠٩-٣١٠)، الخوري (١٩٩٨: ١٧١-١٧٧)، الأشول (١٩٩٨: ٦٦٩)، عبد السلام (١٩٩٢: ٨٧)، عيسوي (١٩٧١: ١٤١)، عبد الباقي (٢٠٠١: ٤٩)، خليفة (١٩٩٧: ٢٤٤-٢٤٦) كما يلي:

- ١- مشكلات صحية: ترتبط بالضعف الجسمي العام وضعف الحواس وتصلب الشرايين والضعف الجنسي.
- ٢- مشكلات عقلية: ويأتي على رأسها ضعف الذاكرة والنسيان حتى كبار العلماء نجد الذاكرة تخونهم وينسون الكثير من الحقائق العلمية مما قد يضعهم في مواقف حرجة وقد يصل الحال في اتجاه التدهور إلى الوصول إلى ذهان الشيخوخة أو خبل الشيخوخة.
- ٣- مشكلات اجتماعية: منها ضيق المجال الاجتماعي حتى يكاد يقتصر على جماعة رفاق السن من أفراد الجيل من الشيوخ الذين يتناقصون يوماً بعد يوم بالوفاة حتى يصل الحال بالشيخ إلى حالة الانطواء والكسل الاجتماعي.
- ٤- الوحدة: يعيش الشيخ الذي لم يتزوج أو الذي ليس له ذرية أو الذي مات زوجه، أو الذي تفرق أولاده وأحفاده، وحيداً في عزلة قاسية وكأنه يعيش داخل زنزانة ويخشى الموت دون أن يدري به أحد.
- ٥- المشكلات الانفعالية: يعترى فئة المسنين العديد من الانفعالات السلبية مثل التشاؤم والقلق على ما تبقى من العمر والخوف من المرض ومن الوحدة والعزلة وقد يصاب بالاكتئاب وتوهم المرض، وتظهر بعض المشكلات العاطفية المتعلقة بضعف الطاقة الجنسية أو التثبث بها والجري وراء المقويات الجنسية.
- ٦- المشكلات العزوبية الإجبارية: قد تموت الزوجة ويظل الزوج أرملاً أو قد يموت الزوج وتظل الزوجة أرملة ولا يستطيع أي منهم في الأغلب الزواج من جديد إما لنقص القوى اللازمة جسمياً وفسولوجياً ونفسياً وأما لعدم إقبال طرف آخر على زواج قصير العمر، وهنا تكون العزوبية إجبارية وقد تطول إلى أن يقضي الله أمراً كان مفعولاً.
- ٧- عدم التكيف مع التقاعد: يعاني المسنون من مشكلة مرتبطة بالتكيف مع التقاعد عن العمل؛ فمع بداية الستينيات من أعمارهم يواجه المسنون مشكلة التقاعد، ويؤدي هذا إلى مشكلات تؤثر على نمط حياتهم بدرجات متفاوتة أهمها ما يتعلق بالتكيف مع فقدان الوظيفة وما يخلفه ذلك من مظاهر سلبية في الجوانب النفسية والاقتصادية والاجتماعية والتربوية للمسن: فالتقاعد يؤدي إلى انخفاض دخله مما يسبب اهتزاز هوية المسن وظهور المشكلات الصحية له وغالباً

ما يؤدي بالمرن إلى التحرك نحو أحياء معيشية أقل أو الانتقال إلى الإقامة مع ابن متزوج أو داخل مؤسسة للرعاية، كما أن للدخل المحدود يمكن أن يمنع كثير من المرمنين من الاهتمام بمظهرهم وملابسهم نتيجة عدم توفر مولد الإنفاق اللازمة كما أنه يسهم في عملية الانسحاب الاجتماعي للمرمن، وغالباً ما يتم تفسير إحالة المرمن إلى التقاعد في ضوء واحدة من نظريات علم الشيخوخة الاجتماعي وهي نظرية الانسحاب Disengagement أو نظرية النشاط.

- ٨ -

مشكلات العيش مع الأولاد: قد يضطر الشيخ إلى المعيشة مع الأولاد الذين تزوجوا أو شغلته الحياة، وهنا قد تبرز الحماة والاحتكاك بزواج الأولاد والأحفاد والخضوع والتبعية بعد السلطة والسيادة وأصبح وضع الشيخ وضعاً ضعيفاً وفي بعض الحالات يصبح الوضع كما في حالة الجدات مجرد مربية أطفال، وقد يتعالى الأبناء على الآباء نتيجة وجودهم في مراكز اجتماعية واقتصادية أعلى من الوالدين. ويواجه أغلب المرمنين مشكلات أمرية تتمثل في تغير دور الزوج وفرض سلطته على الزوجة والأبناء إلى فقد هذه السلطة وتفكك روابط الأسرة وعدم لرياح المرمنين والمرمنات مع أبنائهم وقلة الاتصالات المتبادلة بينهم وبين أبنائهم وعدم الاحترام للكافي من الأبناء لأبنائهم. فضيق المسكن واشتغال زوجة الابن وتخرطها في ركب الحياة العملية وقضاء معظم الوقت خارج البيت يجعلها تتصرف عن خدمة غيرها بل أنها بالكاد تستطيع النهوض بخدمة زوجها ولولادها في أضيق نطاق ممكن وبالتالي فهي لا تستطيع للتفرغ لخدمة شيخ تحس أنه عبء إضافي وغير طبيعي عليها، ويجد المرمن نفسه وحيداً في هذه الأسرة ويشعر بفراغ مميت ويفقد الحياة الاجتماعية التي تملأ عليه حيقته مما يجعله يشعر بالوحشة ويثير لديه نوع من القلق النفسي.

- ٩ -

اتجاه الناس السلبي نحو المرمنين واتجاه المرمنين السلبي نحو أنفسهم: فهناك اعتقادات شائعة غير صحيحة عن المرمنين تنتج عن النظرة إليهم بطريقة يعوزها الدقة والواقعية فالتأكيد المستمر على قوة الشباب وجاذبيته على سبيل المثال يجعل المرمن يبدو في صورة ضعيفة وغير جذابة، هذا بالإضافة إلى الهزل والمزاح الذي يرتبط بالمرمن ويجعله شخصاً أبعد ما يكون عن الحكمة مما يفضي إلى اتجاهات سلبية نحو المرمنين. فهناك بعض الأفكار الخاطئة عن مرحلة الشيخوخة منها عندما يصبح الأفراد مرمنين يصبحون أكثر تسلسهاً، لو عاش الأفراد عمراً مديداً سيصبحون مصابون بالخرف، الشيخوخة هي زمن الهدوء والصفاء عالمة، يميل المرمنون إلى الجمود والنعاد والتشبث بالرأي، يميل المرمنون إلى إظهار اهتمام قليل بالعلاقات الجنسية، إن غالبية المرمنون يفقدون الابتكارية وغير منتجين، يعني المرمنون من صعوبات في تعلم مهارات جديدة، عندما يتقدم الأفراد في السن يصبحون غريبسي الأطوار ومخبولين، أن غالبية المرمنون يعانون من الوحدة والعزلة، يتقدم الأفراد في السن يصبحون أكثر تدينياً. كما هناك اتجاهات سلبية نحو المرمنين وبخاصة من جيل الشباب فهم يتضايقون من تمسك المرمنين بالعادات والتقاليد القديمة ويرون أنه لا يوجد أمل في الشخص بعد بلوغه سن المتين وأنهم يمثلون مصدر لإزعاج وقلق لمن حولهم. وعلى العكس من ذلك فالشباب أيضاً

يعانون من نظرة المسنين إليهم التي تتسم بالسلبية ويعتقدون أن المسنين ينظرون إلى جيل الشباب على أنه ضيق الأفق وغير جاد ويرون أنهم غير ملتزمين بالقيم والمبادئ الأخلاقية ولا يحترمون آراء المسنين، وبذلك يكون هناك إبراكاً اجتماعياً سلبياً متبادلاً بين الشباب والمسنين، فالشباب لديهم مجموعة من التصورات والقوالب النمطية عن المسنين، والمسنون أيضاً لديهم مجموعة من الانطباعات التي تعكس نظرتهم السلبية لجيل الشباب. وبجانب ذلك نجد أن اتجاهات المسنين نحو أنفسهم تتضمن مشاعر سلبية بالقيمة الذاتية وأنهم يميلون إلى الشكوى الدائمة من ضعف الصحة أو إهمال أفراد الأسرة لهم بهدف كسب العطف والشفقة من جانب الآخرين وعلى الأخص أفراد أسرهم الذين يعتقدون أنهم يهملونهم. لذلك ينبغي أن نتذكر أن الشيخوخة ليست مرحلة سلبية في حياة الإنسان ولا تعني ما يواجهه الإنسان من أعباء وعجز إلى آخره بل تعني أيضاً الوجه الإيجابي لها من إنتاج وقدرة وكفاءة ومهارة يمكن للشيخ أن يقدمه لمجتمعه وأن يفيدوا غيرهم بما أوتوا من خبرة وحكمة، لا بل علينا أن ننمي هذا الوجه الإيجابي عبر الدراسة والبحث لجميع جوانبها بحيث تعود الخبرة والفائدة للجميع.

١٠- اتجاهات المسنين نحو الرعاية النفسية والاجتماعية المقدمة لهم: يغلب عليها الطابع السلبي سواء كانوا مقيمين مع ذويهم أو مقيمين في دور الرعاية، ففي دور الرعاية يرجع هذا الاتجاه السلبي إلى الأول: سوء الخدمة المقدمة لهم داخل الدور والتي تقوم على الارتجال وعدم النظام وقد يرجع إلى الاهتمام ببعض الجوانب دون الأخرى، فهذه المؤسسات تميل إلى التفوق والانعزالية بعيداً عن مجال الخبرات العالمية في مجال الشيخوخة.

١١- قلة الطاقة الحيوية: وبالتالي ينسحبون من الأنشطة التي تحتاج إلى القوة وقليل منهم لديه من الطاقة والقوة ما يجعلهم الاستمرار في أعمالهم، والمشكلة التي تواجه هذه الفئة هي إصابتهم بأمراض عضوية مثل ارتفاع ضغط الدم، والسكر وأمراض القلب ويترتب على المشكلتين السابقتين العزلة والاكتئاب النفسي؛ وبرغم هذا فالمسنون ليسوا فئة مزعجة فلديهم الخبرة والعلم وأيضاً الحكمة، ويعاني المسنين من مشكلة يطلق عليها فقدان القدرة على التحكم وهي تقود إلى الاكتئاب.

١٢- الفراغ: ومن المشكلات التي تجابه المسنين البطالة والفراغ وما يتبع ذلك من قلة التفاعل الاجتماعي وشعورهم بأنهم قد صاروا أناساً غير مرغوب فيهم ولا فائدة منهم، بل شخصيات منبوذة من جهة وضارة من جهة أخرى ونظراً لما يتسبب فيه الفراغ لدى المسنين من إحساس بالعزلة والوحدة النفسية والعديد من الأوهام والأفكار اللاعقلانية التي تؤدي به إلى الاكتئاب.

التغيرات البيولوجية في مرحلة الشيخوخة:

هناك العديد من التغيرات التي تطرأ على المسنين أوردتها الأشول (١٩٩٨: ٦٦١-٦٦٤) كما يلي:

- ١- **تغيرات في الدورة الدموية للقلب:** فالقلب بالذات يتعرض أثناء الحياة لمجهود كبير وبالتالي فقد تقدم السن يصبح القلب أكثر الأعضاء تعرضاً للضمور كما تقل مقدرة القلب على الضخ.
- ٢- **تغيرات في المظهر:** بتغير المظهر الخارجي للجلد تغيراً كبيراً ذلك لأن الغدد التي تخلص الجسم من عوالم يقل مفعولها فيجف الجلد ويفقد مرونته ونعومته ونضارته وتقل نسبة المعادن في عظام الإنسان، لذا تصبح أكثر هشاشة وسهلة الكسر، كما تضعف قدرة الإنسان على الحركة.
- ٣- **تغيرات في الجهاز التنفسي:** فتقل حركة الصدر بسبب الأنسجة اللبغية التي تتكون في جدار الرئة وغلاف الصدر.
- ٤- **تغيرات في التغذية والجهاز الهضمي:** فتسوس الأسنان وفقدانها وضعف عضلات الفك تقتضي على منعة الأكل للمسن وتغير من نوعية الوجبات، كما إن ضعف إفراز الغدد وضعف عضلات الأمعاء تؤدي إلى شكاوى الممن من الهضم والإمساك، وتقل لديه حاسة الشم والتذوق.
- ٥- **تغيرات في القدرة على التكيف:** إن تعرض الممن أثناء حياته لضغوط عديدة تجعله يصاب بالإجهاد ولذلك فإنه من الناحية البيولوجية هو أكثر عرضة للتأثر بضغط الحياة.
- ٦- **تغيرات في الجهاز العصبي:** يصاب الجهاز العصبي بالضعف نتيجة انخفاض كمية الدم المغذية للخلايا العصبية والتي تحل محلها أنسجة تؤدي إلى فقدان الذاكرة والتوتر وضعف مقدرة الممن على التكيف للمواقف الحياتية، كما توجد تغيرات في حواس أخرى، فالنظر يضعف بسبب تراكم خلايا ميتة على عدسة العين وتقل القدرة على تمييز الألوان وتقل حاسة السمع وتزداد كلما تقدم العمر.

كما تظهر بعض التغيرات البيولوجية على المسنين فالمرأة المسنة تفقد قدرتها على الإنجاب، وظهور الشعر الأبيض، كما يواجه الرجل بعض للتدهور في الطاقة والقدرة على التحمل، وفي النشاط، كما تظهر بعض التغيرات الأخرى لدى المسنين مثل انحناء الكتفين، وفقدان مرونة الأوعية الدموية، وتباطؤ في الجهاز الهرموني، والقدرة اللاإرادية على العمل والتدهور العام في الجهاز الدوري وانخفاض في إمداد الدم الجسم مما يؤدي إلى تدهور النشاط العقلي والتقليل من وظائف العضلات وأعضاء الجسم الأخرى.

وعندما ننظر إلى هذه التغيرات الأسلمية في حياة الممن، وإيضاً مواقف الحياة الضاغطة والتي تتمثل في عدم وجود فرصة عمل أو الإحالة إلى المعاش، للترمل، وفاة الشريك، زواج الأبناء وفي ضوء سرعة هذه التغيرات فضلاً عن نقص الإعدال لها واتجاهات المجتمع السلبية المتعلقة بكر الممن بشكل عام فإننا نلاحظ انتشار المشكلات الانفعالية بين كبار الممن كما تمارس تأثيراً سلبياً على نشاط الذاكرة لدى الممن، مما يضع الفرد في موقف يتعين فيه أن يكون لديه بالضرورة استراتيجيات متطورة وجاهرة للتعايش مع هذه الصعوبات (سليمان، ١٩٩٧: ٨٤٢).

التغيرات الاجتماعية للمسنين:

ترتبط العلاقات الاجتماعية التي ينخرط فيها للمسن بناحيتين أساسيتين: الناحية الأولى للتكوين

النفسي الداخلي للمسن والناحية الثانية الظروف الاجتماعية المحيطة بالمسن والإطار الاجتماعي الذي يندرج فيه، ويتعرض المسنون لكثير من التغيرات التي تمس حياتهم الاجتماعية وتؤثر أيضاً على توافقهم النفسي والاجتماعي، مثل التغيرات التي تطرأ على تركيبهم الجنسي وأحوالهم الزوجية ومستوياتهم التعليمية وعلاقاتهم الأسرية ومخالطتهم بالأصدقاء وشغلهم وقت الفراغ ومدى رضائهم عن أنفسهم ومدى شعورهم بالنفع والمشاركة الاجتماعية (عبد السلام، ١٩٩٧: ٢٧).

أما بالنسبة للعلاقات الأسرية فتمثل العائلة بالنسبة للمسن النواة لحياتهم الاجتماعية حيث يصبح المسنين أكثر اعتماداً على أفراد العائلة، والتي قد يحدث هناك خلل في العلاقة بين المسن وأفراد عائلته تضطره إلى الذهاب إلى أحد دور المسنين، وتعتبر دور المسنين فرصة للاختلاط بأشخاص في نفس العمر لديهم نفس الاهتمامات والمشاكل، وتركز معظم الأبحاث على أهمية الرضا الناتج عن الحياة الاجتماعية في تحقيق الرضا العام عن الحياة ككل وبذلك يمكن القول أن التفاعل الاجتماعي له دور في التأثير الإيجابي على حياة المسنين (Kaluger & Kaluger, 1984: 616).

وتشكل الأسرة الدائرة الأقرب للمسن وتمثل الأسرة والأقرباء عنصر تأثير كبير عليه فقد تكون الأسرة داعمة للمسن ومعينة له على مواجهة المصاعب والمشكلات، وقد تكون غير متفهمة وواعية لمتطلبات الشيخوخة فتصبح مصدراً لمشكلات تضاف إلى ما يعانيه من صعوبات (العمر، ٢٠٠٢: ١٢٠).

وبالنسبة للأصدقاء تنتم علاقة المسن بأصدقائه بالميل الشديد إلى الالتئام مع بعضهم مع بعض في جلسات يتجاذبون خلالها أطراف الحديث فهم يقضون وقتاً ممتعاً يحسون خلاله بالحياة تتجدد من خلال الأحاديث والأخبار المتدفقة والآراء المتبادلة والمجاملات التي تدخل البهجة على النفس وتشتيع الارتياح في الأعصاب، وفي تلك الجلسات يتجه المسنون غالباً إلى الألعاب المسلية التي لا تحتاج إلى كثير من الجهد الذهني ويغلب على حديثهم أخبار الذين رحلوا إلى الدار الآخرة وأخبار الصحة والمرض (قتاوي، ١٩٨٧: ٨٣).

أما بالنسبة للمجتمع فيعد المجتمع الحلقة الأكبر التي تدور في فلكها فئة المسنين أسوة بالفئات العمرية الأخرى، ويتحدد موقف المجتمع من الشيخوخة من خلال مجموعة من التشريعات والتسهيلات والتنظيمات التي يقدمها للمسنين. وكلما كانت هناك حركة أكبر في تلك الجوانب أكد المجتمع اعترافه بهم وحفظه لحقوقهم وتقديره لهم، إن المسنين من أكثر الفئات العمرية حاجة إلى خبرات وفرص مجتمعية تؤمن لهم حياة كريمة وأن ينظر لهم بحساباتهم فئة قادرة على العطاء في ضوء إمكاناتها والخصائص النمائية لها (العمر، ٢٠٠٢: ١٢١-١٢٢).

التغيرات الاقتصادية للمسنين:

يتعرض المسنون لبعض التغيرات الاقتصادية التي يكون لها تأثير كبير على توافقهم إذ أن إحدى الإحباطات الرئيسية لهم تتمثل في فقدان العمل، كما أن العامل الذي يتعدى عمر الخامسة والأربعين يجد صعوبة بالغة في الحصول على العمل بعد ذلك العمر، ونجد أن التقاعد الإجباري له آثار ضارة على العديد من المسنين، فهو يفقده الإحساس بالمشاركة والنفع، كما يفقده شخصيته المهنية

بدون اكتساب شخصية بديلة لها، فالعمل له وظيفة ومعنى أكثر من كونه مصدراً للدخل لدى الممنين، فهو يمثل استهلاكاً للوقت والطاقة ويساعد على منع الملل وأنه يحيط للفرد بالشخصية والمركز من خلال تحديد دوره وطريقة الاعتراف به واحترامه من جانب الآخرين (عبد السلام، ١٩٩٧: ٢١-٢٢).

التغيرات النفسية للممنين:

يتعرض الممنون لبعض التغيرات النفسية التي يعتقد أن يكون لها بعض التأثير على توافقهم النفسي، بغض النظر عن الفروق الفردية بين الممنين في القدرات العقلية والسمات الشخصية، نلاحظ أن قدرة الممن تتجه نحو التدهور بالنسبة للأنشطة العقلية التي تتطلب جهوداً جيدة نسبياً حيث أنه يبقى على استخدام مفرداته ومعلوماته المعقدة التي يكون قد أسسها على الخبرة الماضية، لذا لا يقوى على حل المشاكل التي تلم به، كما توجد بعض الأمراض العقلية مثل: الهوس والفصام إلا أنها تكون نادرة الحدوث لدى الممنين، بينما نجد أن أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً بين الممنين هما البارافرويا والاكتئاب (عبد السلام، ١٩٩٧: ٢٠).

ومن الظواهر النفسية الأكثر شيوعاً لدى الممنين ظاهرة الوهن النفسي، إذ يحس الشيخ بأنه محطم النفس خائر العزيمة وأنه ليس جديراً بمجابهة الحياة والواقع، أن الشعور بالضالة النفسية والعجز عن مغالبة الصعاب وعن تقديم الاستجابات المناسبة للموقف والصعوبات، مما يجعل الفرد يشعر باليأس والقنوط ويدفع به إلى الانطواء الداخلي أو التفرغ للنفس العقلي (أسعد، ٢٠٠٠: ١٠٩).

ويحدث الاكتئاب عند النساء أكثر من الرجال ويسمى اكتئاب من القعود أو من اليأس أو ما بعد انقطاع الطمث ومن حدوثه عند الرجال بعد الإحالة على المعاش أي عند مسن الممنين أو في الخمسينات، وتكون أسبابه هي الوحدة وأسباب بيولوجية وتدهور للكفالية الجنسية عند الرجال أو المرأة أو الشيخوخة والتقاعد. ومن أهم أعراض الاكتئاب هو الانعزال عن المجتمع والشعور بالتوتر والضيق وفقدان الشهية وتصل إلى رفض الأكل وهذا يعني أن هناك رغبة شديدة في التخلص من النفس أو الموت وهو نوع من أنواع الانتحار غير المباشر الذي يؤدي إلى تدهور الحالة الصحية العامة والإصابة بالضعف والأمراض التي تؤدي إلى الوفاة، وأيضاً من الأعراض للشعور باليأس والأسى وانخفاض الروح المعنوية، وقد يكون هناك تقلب في المزاج من المرح الشديد إلى الحزن الشديد بدون سبب واضح، وفقدان الثقة بالنفس والشعور بالنقص والشعور بعدم القيمة ويميطر عليه التشاؤم وخيبة الأمل والرجوع إلى الماضي والاعتقاد بأن الحياة قد انتهت ولا أمل في الحياة والانسحاب من الحياة وإهمال المظهر العام والنظافة وقلة التكيف الاجتماعي، وعدم القدرة على التمتع بالحياة (موسى، ١٩٩٨).

ويرتبط بالاكتئاب في الكثير من الحالات اضطراب النوم التي تنتشر لديهم بنسبة أعلى ويرتبط بالداء المعرفي لديهم. وينتشر الاضطراب في الوظائف المعرفية ويصل إلى نسبة حوالي ٣٢% ويوجد لدى السيدات بنسبة أعلى منه لدى الرجال (باضة، ٢٠٠٠). كما تزداد الشكوى من اضطرابات النوم مع التقدم في السن وقد أظهرت اختبارات النوم أن اضطرابات زيادة الصحيان والاستيقاظ من

النوم ونقصه تزداد مع تقدم السن. والشكوى من النوم تحدث من عادات النوم الخاطئة أو بعض الاضطرابات الخفية التي تشمل الحركات المتكررة للأرجل أو الحركات القلقة للأرجل أثناء النوم، وقد بينت إحدى الدراسات المتخصصة أن نسبة الأشخاص الذين أظهروا الشكوى من اضطرابات النوم ازدادت من ٩% بين عمر ٢٠ - ٢٩ إلى ٢١% بين عمر ٦٠. كما أظهرت الكثير من الدراسات أن شكوى السيدات من اضطرابات النوم أكثر من شكوى الرجال في نفس السن ونلاحظ أن كبار السن يقضون وقتاً أطول في السرير مع حدوث وقت أقل في النوم ويكون يقاظهم من النوم أكثر سهولة. وهي نتيجة ترجع إلى أن كبار السن يسهل يقاظهم من النوم بالمؤثرات الصوتية مما يوحي بأنهم ربما يكونون أكثر حساسية للمؤثرات البيئية. كما يرجع عدم انتظام النوم في الليل إلى خلل في الدورة الدموية أو اضطراب التنفس أثناء النوم أو الاكتئاب أو المشاكل الطبية أو التنفسية (السيد، ١٩٩٨: ١٠).

وتوجد مرحلة تسمى الرضا أو القنوط وتكون بعد سن الخمسين وهي مرحلة الشيخوخة وفيها ينظر الإنسان إلى ماضيه ويشعر بالرضا إذا أنجز أشياء معينة لنفسه وأسرته ووطنه وللبشرية، وإذا شعر أنه لم يفعل شيئاً سيحس بعدم الرضا والقنوط (سفيان، ٢٠٠٤: ١٣٢).

النظريات المفسرة للمسنين:

نظرية النشاط Activity theory:

ظهرت هذه النظرية عام ١٩٥٣ من خلال كتابات هافيجورست Havighurst، وترى هذه النظرية أن التوافق لدى المسنين يقوم على مدى نشاطهم واحتفاظهم بأكثر قدر من النشاط لأطول فترة ممكنة، وبذلك يكون عليهم أن يواصلوا نشاطهم عبر المشوار الباقي لهم الحياة في حيوية ونشاط وإصرار على مقاومة الانكماش والتقليص في المجال الاجتماعي، وذلك بتكوين صداقات جديدة والاندماج في أنشطة اجتماعية أخرى بدلاً من تلك الأنشطة التي افتقدوها قبل بلوغهم سن التقاعد (العدل، ٢٠٠١: ٢٦).

وتؤكد نظرية النشاط على أهمية اندماج المسنين في المجتمع لكي يحققوا السعادة والصحة في المرحلة الأخيرة من عمرهم، وأيضاً أهمية المشاركة في الأنشطة الاجتماعية لشعور الفرد بالرضا عن الحياة وتوافقه النفسي، حيث يرى هافيجهورست Havighurst مؤسس هذه النظرية أن الأدوار الاجتماعية Social roles مهمة جداً في تحديد شعور الفرد بقيمته، وبما أن عملية التقاعد تعني فقدان الناس لبعض أدوارهم الاجتماعية فلذلك يجب تعويضهم بأدوار أخرى بعد تقاعدهم، وهذه النظرية تدعو إلى ضرورة حصول هؤلاء الأفراد على أدوار اجتماعية ومسؤوليات في محيط الأسرة والمجتمع وذلك لكي يرتفع تقدير الفرد لذاته وتصبح مرحلة الشيخوخة أكثر سعادة وأكثر إنتاجاً، وبذلك تقف هذه النظرية موقفاً إيجابياً من الشيخوخة فتتظر إلى المسن على أنه شخص فعال يستطيع أخذ قرارات هامة في حياته (Hayes, 1988: 697-698).

وبالتالي فإن الشيخوخة الناجحة السوية تتطلب المحافظة على أعلى درجة من النشاط لأنه كلما حدث خلل في هذا النشاط ترتب عليه التقليل من مستوى فاعليته وجدواه، فيكون من المتوقع أن ينعكس ذلك سلباً على تكيف المسنين مع الحياة نظراً لما سوف يتوفر لديهم من إحساس بأنهم أصبحوا

غير ذي فائدة بالنسبة لأسرهم ولمجتمعهم ومما سيعكس آثاراً بالضرورة على رضا الممسنين عن حياتهم (محمود، ٢٠٠١: ٢٤٧).

ونلاحظ أن معظم الممسنين المقيمين في دور الرعاية يعزفون عن الاشتراك في أي أنشطة داخل الدار، وبالنظر إلى دور الرعاية نجد أن أغلب هذه الدور لا تتوفر فيها أي أنشطة باستثناء بعض الدور التي تتطلب مصاريف إقامة عالية، وعلى الرغم من توفر بعض الأنشطة داخل هذه الدور إلا أننا نجد الممسنين يعزفون عن الاشتراك فيها مما يجعلهم يشعرون بالاضطراب (حسين، ٢٠٠٤: ٢٣).

ويعتبر الاحتفاظ بالنشاط من الأشياء الهامة التي يجب أن يفعلها الممن ذلك لأنه ينطبق عليه المثل 'من الصعب أن تظل في أمان وأنت في كسل' ذلك لأن الحياة بدون عمل تجلب للشعور بالفراغ، لذا ينبغي أن يستمر الممن في عمله وأن يخطط لأي نوع من أنواع النشاط، مثل زيارة الأماكن فإن لم يستطع فيحضر أحد الأصدقاء ويقومون ببعض الألعاب المسلية التي تنسم بالهدوء، كما أن القراءة والكتابة وزيارة الآثار تعد من الأساليب الجيدة في تجديد النشاط (Kaluger & Kaluger, 1984: 614).

ويمكن مفتاح التوافق والوصول إلى جودة الحياة لدى الممسنين في جودة أنشطة تعويضية بدلاً من البكاء على الأوار المنتهية، فالتنم في العمر يوفر فرصاً متعددة الأوار بديلة خارجية، وإذا لم تتوفر هذه البدائل فإنها تؤدي إلى الاضطراب النفسي وتؤدي جودة الحياة (العزبي، ١٩٩٢: ٩٩).

وعلى ذلك فإن الأنشطة التي يكتسبها الفرد تحقق له هدفين: الأول أن يجد البديل عن الممل المفتقد والثاني اعتبار هذه الأنشطة مصادر لدخل الأسرة، وللواقع أن هذه النظرية لا تلائم إلا نسبة قليلة من المتقاعدین ولا تقصر إلا نمية ضئيلة مما يعانيه الممسنون، فالأفراد الذين كانوا مشغولين في عملهم ولم يكن لديهم الوقت الكافي لتنمية اهتمامات وأنشطة متعددة سواء كانت تروحية أو اقتصادية لن يجدوا لهم مكاناً في هذه النظرية (عبد الحميد، ١٩٨٧: ٥٠). وعلى الرغم من وجهة النظر التي تؤكد ارتباط الرضا بالحياة لدى الممسنين باستمرارية أنشطتهم المختلفة فإن الإطار الاجتماعي الضيق لهم يقلل من هذه الأنشطة (Rathus, 2000: 36).

نظرية الانسحاب Disengagement theory:

ظهرت هذه النظرية على يد كمنج وهنري Cumming & Henry، عام ١٩٦١ ويطلق عليها نظرية (الانسحاب - الانعزال)، وترى هذه النظرية أن التوافق لدى الممسنين يستند إلى مسلية مطردة تتيح للممن الانسحاب التدريجي في صور للتفاعل الاجتماعي وهذا الانسحاب هو انسحاب حتمي متبادل بين الفرد والمجتمع الذي يعيش فيه وذلك من أجل توافق ورضا وسعادة للطرفين، فهي تتيح للفرد أن يتحرر من القيود والضغط الاجتماعية، كما أنها تتيح فرصة للمجتمع في أن يعطي الفرصة لمن هم أصغر سناً ممن يتسمون بالحيوية والنشاط والرغبة في التجديد والتغيير للأفضل (المعل، ٢٠٠١: ٢٦١).

ووفقاً لهذه النظرية فإن الرضا عن الحياة قد يرتبط إيجابياً بالأنشطة لدى بعض الممسنين

وبالانسحاب لدى البعض الآخر، فالشخص النشط الذي يوجه اهتمامه للعالم الخارجي سوف يكون سعيداً إذا ما استمر على ذلك خلال مرحلة التقاعد، أما الآخرون أصحاب النظرة السلبية والذين يعتبرون البيت مركزهم الرئيسي فإنهم سوف يرحبون بالانسحاب من المجتمع (عبد الحميد، ١٩٨٧: ٥٣).

وتفترض هذه النظرية أن عملية التقدم في السن تتوازي زمنياً مع تضاؤل المسن، مما قد يؤدي إلى انسحابه من المجتمع وما يرتبط بذلك من الإقلال التدريجي لتفاعله مع المحيطين به في الوسط الاجتماعي، ويكون ذلك بمثابة استعداد للانسحاب النهائي للمسن من الحياة كلها سواء بالمرض أو الوفاة (محمود، ٢٠٠١: ٢٤٦).

وهناك العديد من أنشطة وقت الفراغ التي تتناسب فئة المسنين لتحسين جودة الحياة لديهم، وتم تقسيمها إلى ستة مجالات وهي كالتالي: التسلية الثقافية، النمو الشخصي المثمر، الأنشطة البدنية التي تمارس خارج المنزل، المجال الترفيهي، التعبير، مجال الصداقة، الجماعة الرسمية (Silverstein & Parker, 2002: 540).

ومن ثم، نجد أن هناك انسحاباً متبادلاً بين الفرد والمجتمع، وفقداً للدور ونقصاً في التفاعلات الاجتماعية؛ ينتج عنه انخفاضاً للروح المعنوية للمسن والإصابة بالأعراض الاكتئابية، وبالنظر إلى المسنين المقيمين بدور الرعاية نجدهم يفتقدون كثيراً من أدوارهم الاجتماعية وتقلص أدوارهم وعلاقاتهم الأسرية مما يجعلهم ينسحبون من المجتمع بعد ما لفظهم المجتمع (حسين، ٢٠٠٤: ٢٤).

نظرية الأزمة :Crisis Theory

تعد نظرية الأزمة إحدى النظريات التي تعمل على تفسير النتائج النفسية والاجتماعية للتقدم في العمر وإحالة الفرد على التقاعد وإبعاده عن العمل، ويعد جودستين Goodstion عام ١٩٦٢ أول من طرح هذه الفكرة حيث رأى أن التقاعد عن العمل يعني أكثر من مجرد تغيير في مظاهر الحياة الاجتماعية، ذلك أن التقاعد في ذاته يقدم شكلاً اجتماعياً جديداً لم يتعوده المحالون إلى التقاعد في حياتهم السابقة، وعليه فإن التقاعد يعد أزمة لأن الفترة الزمنية التي يقضيها الفرد في مجال العمل تحتل منه عمراً طويلاً ويشكل العمل مصدر الدخل، وأساس احترام الذات وفرصة هامة للتفاعل الاجتماعي في الحياة (العدل، ٢٠٠١: ٢٦١).

وهناك عوامل تتعلق باستجابة الفرد نحو التقاعد منها: السن والحالة الاقتصادية ونوعية زملاء العمل، وأصدقاء الفرد، حيث أنها كلها أو بعضها قد تؤثر في حياة المتقاعد نحو نظره للحياة، فإذا كانت مجموعة الأصدقاء والزملاء تنظر إلى التقاعد نظرة إيجابية، فإن الفرد سوف يترك العمل بدون أدنى شعور بالفقدان أو الاغتراب، ويصبح هذا الفرد متوافقاً توافقاً ناجحاً. أن اتجاهات الفرد نحو العمل تؤثر هي الأخرى على مشاعره نحو التقاعد حيث أن كثيراً من الناس يقضون معظم وقتهم في ميدان العمل، ومن ثم يجدون احترامهم لأنفسهم والشعور بأهمية الذات من خلال الدور الذي يقومون به في العمل، والتقاعد هنا يعني حرمانهم من القيام بهذه الأدوار وسحب البساط من تحت أرجلهم، وهي عملية صعبة ولاسيما لمن لا يجدون إشباعاً ذاتياً من هوايات ونشاطات أخرى. ويوجد أربعة أنماط من شخصية المتقاعدين؛ أشخاص يعملون جيداً في العمل، أشخاص يعملون حماية لذاتهم،

أشخاص يعملون استغلاً لذاتهم، أشخاص يعملون تربية وتهنيئاً لذاتهم، فمن يحب عمله مثلاً يصاب بالاكئاب إذا واجه قرار التقاعد عن العمل كما يصاب بالخوف والهلع لشعوره بأنه سوف يصبح غير نافع، ومن يعمل حماية لذاته ينظر إلى التقاعد على أنه فترة عزلة وحاجة ماسة إلى مسئولية الآخرين أما من يعمل استغلاً لذاته، فإنه عادة ما يختار وظيفته بنفسه، ومن ثم يصبح قراره بيده عن التقاعد، ويقرر هو هل يستمر أولاً يستمر في العمل أي أن له حرية الاختيار بالنسبة لعمله ونجد أن للشخص الذي يجبر على ترك العمل يصاب - عادة بالاضطراب النفسي والاكئاب ويحتاج إلى عادة توجيه وإرشاد، هذا ومن يعمل أملاً في تربية نفسه وتهنيئها فإنه عادة ما يكون "أمراً" وتمتاز بالموودة وذات تأثير إيجابي ويتوقف توافقها الإيجابي للتقاعد على نوعية إيراكها للدور ما كزوجة فضلاً عن مدى إشباعها لهذا الدور، وفي هذه الحالة فإنها تنتظر إلى التقاعد على أنه شيئاً مجدياً لها (الطويل، ١٩٩٩).

فالمعمل ذلك النشاط أو المجهود أو السلوك الصادر من الفرد في المجال الذي يفضله على غيره لأنه وجد في نفسه القدرة والدافع اللذان يحثانه على تحقيق وإنجاز شيء معين مما يجعله يشعر بالفخر لتحقيق ذاته، والرضا عن نفسه، فضلاً عما يوفره للعمل للفرد من عائد مادي مناسب ويعتبر العمل جزء هام في حياة الإنسان وأساساً لابد منه للمجتمع فللمعمل صلة وثيقة بالاتزان النفسي للفرد، فالأهداف الكامنة في نفس الفرد تدفعه إلى العمل لتحقيق آماله في بناء مستقبله وتحقيق ذاته (أبو زيد، ١٩٩٤: ٢٧٩).

ومما يؤكد أهمية العمل في حياة المسن ما توصلت إليه عبد الحميد (٢٠٠٠) إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين التقاعد عن العمل وبين الانطواء لدى المسنين، ومما يزيد من تفاقم المشكلة الاختلاف في الأفكار والطباع بين المسنين وبين الأجيال التالية من الأبناء والأحفاد، كما تتميز الحياة الاجتماعية للمسنين بالفراغ نتيجة لتفرق الأبناء وانشغالهم في شئون الحياة، لذا يشعر المسنون بالفراغ الاجتماعي.

والشخص المسن سواء المنهمك في العمل، أو المنسحب منه يمكنه أن يكون سعيداً أو غير سعيد اعتماداً على القوى الأكثر خفاء أو الأكل ظهوراً من المستوى البسيط للنشاط في حياتهم، وهذا الشك الانطباعي قد تم توثيقه في معظم دراسات الشخصية، والنتائج الكلية لهذه الدراسات تغيد بأن المسنين للنشطين، والمنهمكين يكونون أكثر رضا عن حياتهم، وقد وجد علماء النفس أن أنماط الشخصية ككل ثابت إلى حد كبير طوال الحياة على الأقل أساس للطريقة التي يتوافقون بها أو يفشلون في التوافق مع وسطهم الاجتماعي (حسين، ١٩٩٦: ٥٩).

كما أن عملية التكيف عند المسن تتكون من عنصرين رئيسيين: أولهما التصالح مع الذات (التسوية الداخلية) بمعنى التوصل إلى صيغة وسط بالنسبة للمسن مع نفسه، وثانياً: مرحلة التفاوض، ومن ثم فإن عملية التكيف نفسها مزيج من هذين العنصرين، ففي مرحلة التصالح مع الذات فإن دوراً جديداً للمسن قد بدأ يبرز ولدور أخرى تبدأ في التضالول وفقدان الأهمية، ويرتبط الدور الجديد بمجموعة من الأهداف المادية والمعنوية التي يسعى المتقاعد إلى تحقيقها إلا أن تحقيق تلك الأهداف يعتمد كلياً على العمل أو الوظيفة التي كان يتقلدها الفرد قبل تقاعده، وعند بلوغ الشخص مرحلة التقاعد فإنه يعد ترتيب أولويات أهدافه تبعاً للدور الجديد الذي يتقلده، عند ذلك يبدأ بمناقشة تلك

الأهداف والطموحات ومقارنتها بأهداف الأشخاص الآخرين المحيطين به والذين يتفاعل معهم ومدى إمكانية تحقيقها (السيف، والصغير، ٢٠٠٠: ٣٠٢).

وتعني التسوية الداخلية إعادة النظر في معايير اتخاذ القرار، أما التفاوض بين الأشخاص فينظر إليه كعملية يتم فيها مناقشة الفرد لأهدافه وطموحاته مع الآخرين ممن يتعامل معهم، كما يرى تشيلي أن هناك علاقة قوية بين هذين العنصرين، وأشار إلى أن مدرج الأهداف الشخصية يتسم بالتغير من مرحلة لأخرى ويتطلب ذلك من المتقاعد أن يتكيف مع الأدوار الجديدة، ويأخذ التغير في مدرج الأهداف الشخصية اتجاهين: الأول: أن يكون التدرج إيجابياً، فيكون الفرد أكثر شعوراً بالرضا والنجاح والالتزام والتفاعل مع الآخرين، والثاني: أن يكون التدرج حدوث تغير سلبي خاصة لدى الذين وصلوا إلى قمة العمل في وظائفهم السابقة حيث يصبح التقاعد أمراً صعباً عليهم (خليفة، ١٩٩٧: ٣٩).

ويرى فريق آخر أن التكيف والوصول إلى جودة الحياة يعتمد على فكرة الأخذ والعطاء أي أن كل شخص يسعى إلى أقصى فائدة ممكنة وفي نفس الوقت يقلل من التكلفة إلى أدنى حد ممكن، وذلك بمعيار المكانة واحترام الذات، أي أن المسنين يحاولون إقامة العلاقات المجزية التي تحقق مصالحهم وقطع العلاقات التي تسبب لهم الجهد وصرف الأموال، وهذه النظرية تركز على المنفعة المتبادلة وتهمل الجوانب الإنسانية النبيلة والحب والوفاء للكبار، وعلى هذا تهتم هذه النظرية بدراسة جميع علاقات المسن بالعمل والأسرة والمجتمع، وتفترض أن أي فرد يكون بؤرة لمجموعة من العلاقات الاجتماعية وعندما يكبر سنه ويتجه نحو الشيخوخة تنقلص علاقاته الاجتماعية ومشاركته في الأنشطة الأخرى، وترى هذه النظرية أيضاً أن رفض المجتمع لكبار السن له آثار سلبية عليهم ويؤدي إلى انفصال المسنين عن ممارسة أدوارهم الاجتماعية (عثمان، السنهوري، ١٩٩٩: ٤٠-٤١).

تعقيب:

تبين من خلال مراجعة النظريات المفسرة للمسنين، أن نظرية النشاط ترى أن تحقيق جودة الحياة لدى المسنين يتطلب المحافظة على أعلى درجة من النشاط، وكلما حدث خلل في هذا السن ترتب عليه تقليل من مستوى فاعليته مما ينعكس سلباً على نظرة المسن للحياة. أما نظرية الانسحاب التي تفترض أن هناك انسحاباً متبادلاً بين الفرد والمجتمع، وفقداناً للدور ونقصاً في التفاعلات الاجتماعية مما ينتج عنه انخفاضاً للروح المعنوية للمسن والأصابة بالاكئاب وتدنّي جودة الحياة.

وعلى الجانب الآخر، ترى نظرية الأزمة أن التقاعد عن العمل يقدم شكلاً اجتماعياً جديداً لم يتعوده المحال إلى التقاعد، ومن ثم، فإن التقاعد يعد أزمة لأن الفترة الزمنية التي يقضيها الفرد في مجال العمل تحتل منه عمراً طويلاً ويشكل العمل مصدر الدخل، وأساس احترام الذات وفرصة هامة للتفاعل الاجتماعي في الحياة. وعليه، فإن المسن في ضوء هذه النظرية يعاني من نقص في جودة الحياة.

وعليه، وبعد قيام الباحثة بمراجعة النظريات المختلفة لتفسير الشيخوخة، فإنها تتبنى نظرية النشاط في تفسير مرحلة الشيخوخة، لأن هذه النظرية ترى أن ممارسة الأنشطة الاجتماعية والثقافية والفنية تؤدي إلى زيادة جودة الحياة لدى المسن.

بحوث سابقة:

استكشفت دراسة فاندرارك *Vanderark, et al.* (١٩٨٣) أثر برنامج للموسيقى على جودة الحياة لدى المسنين. وحاولت الدراسة التعرف على أثر مشاركة الممن في برنامج للموسيقى على بعض الاتجاهات والاهتمامات لديه. وتكونت عينة للدراسة من مجموعتين من المسنين: للمجموعة التجريبية ن = ٢٠ وعينة ضابطة من (٢٣) مفحوصاً ممن تراوحت أعمارهم بين ٦٠ - ٩٥ عاماً. وتكون البرنامج للتدريبي من جلستين أسبوعيتين مدة كل جلسة ٤٥ دقيقة لمدة خمسة أسابيع، وتضمنت الجلسة مجموعة من الأنشطة الموسيقية المختلفة لتدريب المفحوص على بعض الأغنيات المشهورة وكيفية استخدام الآلات الموسيقية وإتباع التعليمات أثناء هذه الأنشطة. وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج في تنمية جودة الحياة والرضا عن الحياة والاتجاه نحو الموسيقى ومفهوم الذات الموسيقي لدى المجموعة للتجريبية. وأكدت الدراسة على أهمية للموسيقى وضرورة وضعها داخل برنامج رعاية المسنين.

وتناولت دراسة دلموش *Damush* (١٩٩٦) أثر برنامج تدريبي لتمارين القوة *a strength training intervention* على جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى المسنين من الإناث وبعض المتغيرات النفسية الاجتماعية المرتبطة به المنبأة بسلوك التمرينات. وتكونت عينة للدراسة من ٩٥ سيدة مسنة واللاتي اشتركن في برنامج لتمارين القوة الذي استمر لمدة ثلثي أسبوع حيث تم توزيع ثلثي العينة على المجموعة التجريبية والباقي على العينة الضابطة. وأشارت نتائج الدراسة إلى ارتفاع مستوى القوة لدى السيدات في المجموعة للتجريبية بعد الانتهاء من البرنامج، كما وجدت للدراسة علاقة بين ارتفاع مستوى القوة وتقدير الذات العام. ولم تجد الدراسة علاقة بين ارتفاع مستوى القوة ومكونات جودة الحياة سوى مكون الفاعلية الجسدية. وأظهرت نتائج الدراسة أيضاً أن أقوى المنبئات بسلوك التمرينات هو للدعم الاجتماعي وإبركات لذات الجسدية، والاتجاهات الإيجابية وزيادة الدخل.

وهدفت دراسة تسوتسومي *Tsutsumi* (١٩٩٧) إلى التعرف على أثر تدريبات القوة على الصحة النفسية والفيولوجية لدى المسنين. وركزت الدراسة على أثر برنامج تدريبي على تدريبات القوة على الحالة المزاجية وجودة الحياة لدى المسنين. وتكونت عينة الدراسة من ٤١ مسناً (٩ من الذكور و ٣٢ من الإناث) ممن تراوحت أعمارهم بين ٦٠ - ٨٤ عاماً؛ والذين تم توزيعهم عشوائياً على أحد ثلاث مجموعات: مجموعة التدريب المكثف ن = ١٣، مجموعة للتدريب غير المكثف ن = ١٤، والمجموعة للثلاثة الضابطة ن = ١٤ واستمر تطبيق البرنامج لمدة (١٢) أسبوعاً بواقع (٣) جلسات أسبوعياً. وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية كلا برنامجي التدريب للمكثف وغير المكثف في تنمية جودة الحياة وجوانب الصحة النفسية والفيولوجية لدى المسنين؛ حيث تحسنت الجوانب المزاجية وفاعلية الذات الجسمية لدى المفحوصين في المجموعات التجريبية عن المسنين في المجموعة الضابطة.

وحاولت دراسة كورفمان *Curfman* (١٩٩٩) التعرف على أثر برنامج تدريبي على استغلال أوقات الفراغ *leisure education program* على إبركات جودة الحياة لدى المسنين. وتكونت عينة الدراسة من ٤٧ مسناً والذين تم توزيعهم على مجموعتي الدراسة للتجريبية والضابطة.

واستخدم الباحث بروفييل جودة الحياة Quality of life profile واستمر البرنامج لمدة ستة أسابيع. واستخدم الباحث تحليل التباين لتحليل بيانات الدراسة. وأظهرت نتائج الدراسة عدم فاعلية البرنامج التدريبي في تحسين إدراكات جودة الحياة لدى المسنين؛ حيث لم تجد الدراسة فروقاً بين المسنين المشاركين في البرنامج وأقرانهم الذين لم يشتركوا في البرنامج.

وهدف دراسة سوبوروسكي Soborowski (١٩٩٩) إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي في تحسين مستويات جودة الحياة والخوف من السقوط fear of falling لدى المسنين. وتكونت عينة الدراسة من (١٥) مفحوصاً من المسنين الذين بلغت أعمارهم (٦٥) عاماً أو تزيد، والذين تم توزيعهم على مجموعتي الدراسة التجريبية الأولى والتجريبية الثانية حيث تلقت المجموعة التجريبية الأولى برنامجاً تعليمياً جماعياً، بينما تلقت المجموعة الثانية تدريباً منزلياً وتم قياس جودة الحياة والخوف من السقوط قبلياً وبعدياً. وأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود أثر برنامج التدريب الجماعي أو المنزلي في خفض حدة الخوف من السقوط أو عدد مرات السقوط، وأيضاً عدم وجود أثر كلا البرنامجين في تحسين مستويات جودة الحياة لدى المسنين.

واستهدفت دراسة سوارد Sward (٢٠٠١) إلى التعرف على أثر برنامج للتدريبات على المقاومة resistance exercise training على القوة العضلية وإدراك الذات الجسمية physical self perception وجودة الحياة لدى المسنين. وتكونت عينة الدراسة من (٥٣) مفحوصاً ممن تراوحت أعمارهم بين ٦٥ - ٨٣ عاماً؛ والذين تم توزيعهم على مجموعتي الدراسة: المجموعة التجريبية ن = ٢٨ والمجموعة الضابطة ن = ٢٥. وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية القوة العضلية وإدراك الذات الجسمية وجودة الحياة؛ حيث أوضحت النتائج وجود فروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية. كما توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، وهو ما يوضح فاعلية البرنامج التدريبي.

وتناولت دراسة ويليامز Williams (٢٠٠٣) أثر برنامج للتأهيل النفسي والاجتماعي psychosocial rehabilitation على جودة الحياة والمهارات الاجتماعية لدى المسنين الذين يعانون من مرض عقلي. وتكونت عينة الدراسة من (١٠٠) مفحوص من المسنين الذين تراوحت أعمارهم بين ٥٥ - ٨٦ عاماً بمتوسط قدرة ٦٥ عاماً (٧٠ منهم إناث، ٣٠ ذكور). وكانت أهم خصائص العينة كالتالي ٤٥% منهم يعاني من السيروفرينيا، و ٢٢% منهم يعاني من اضطراب مزدوج، ٤,٢% منهم متزوجين، بينما ٩٥,٨% إما مطلقين أو منفصلين أو أرامل أو لم يتزوجوا على الإطلاق. وأظهرت نتائج الدراسة أن المفحوصين الذين شاركوا في البرنامج لمدة أطول ارتفعت مستويات جودة الحياة لديهم بالمقارنة بأقرانهم الذين شاركوا في البرنامج لمدة أقل. كما أوضحت نتائج الدراسة أن أقوى المنبئات بجودة الحياة هو شعور المفحوص باشتراكه في الأنشطة الاجتماعية وأنشطة وقت الفراغ وأنشطة العمل بالمنزل work at home activities. وأوصت الدراسة بضرورة إجراء المزيد من الدراسات حول متغيرات المهارات الاجتماعية وأثرها على جودة الحياة والتي ستمدنا حول كيفية زيادة مستويات جودة الحياة من خلال البرامج الإرشادية النفسية.

وناقشت دراسة جاري Gary (٢٠٠٣) أثر برنامج للتدريبات المنزلية home-based exercise program على جودة الحياة لدى السيدات المصابات بالتهنن اللاتى يعانين من فشل القلب. وقارنت الدراسة بين مجموعتين؛ المجموعة للتجريبية التى طبق عليها البرنامج للتدريبات الذى استمر لمدة ١٢ أسبوعاً والمجموعة للضابطة. كما أجرى الباحث متابعه بالتليفون لمدة ثلاثة شهور. وافترضت الدراسة فعالية البرنامج فى تحسين مستويات جودة الحياة وخفض مستويات الاكتئاب لدى السيدات المصابات. وأظهرت نتائج الدراسة صحة الافتراض الأساسى للدراسة حيث تحسنت مستويات جودة الحياة وانخفاض مستويات الاكتئاب لدى السيدات المصابات فى المجموعة للتجريبية بالمقارنة بالعينة للضابطة. ودعت للدراسة فاعلية استخدام برامج للتدريبات المنزلية البسيطة والمتوسطة كطريقة تدريبية وتجريبية فعالة فى تحسين مستويات جودة الحياة لدى السيدات المصابات.

واستكشفت دراسة هويمان Hooymann (٢٠٠٣) أثر ثلاث برامج تدريبية على إدراكات جودة الحياة perception of quality of life لدى المسنين الذين بلغت أعمارهم (٧٠) عاماً وأكثر. وحاولت الدراسة التعرف على الفروق بين هذه البرامج التدريبية على الاتزان أو التوازن balance وإدراكات جودة الحياة. وتكونت عينة للدراسة من (٥٥) مسناً ممن تراوحت أعمارهم بين ٧٠ - ٩٥ عاماً (بلغ متوسط أعمارهم ٧٩ عاماً) من المتطوعين؛ والذين تم توزيعهم على أربع مجموعات المجموعة الأولى: المجموعة للتجريبية التى تلقت تدريباً لمدة (١٦) أسبوعاً (تدريبات القوة) strength intervention، والمجموعة للثانية تلقت تدريباً لمدة (١٦) أسبوعاً (تدريبات المرونة) flexibility، والمجموعة للتجريبية الثالثة تلقت تدريباً لمدة (١٦) أسبوعاً (على تدريبات المرونة والقوة) والمجموعة للضابطة. وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق بين المجموعة للتجريبية الثالثة والمجموعتين للتجريبيتين الأولى والثانية والمجموعة للضابطة فى مستويات الاتزان وجودة الحياة لصالح المجموعة للتجريبية الثالثة التى تلقت تدريباً على الاتزان (تدريبات القوة والمرونة). كما أظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرامج فى تحسين مستويات جودة الحياة والاتزان؛ حيث وجدت الدراسة فروقاً بين القياس القبلى والقياس البعدى للمجموعات للتجريبية الثالثة لصالح القياس البعدى.

وهدف دراسة هاناوكا ووكامورا Hanaoka and Okamura (٢٠٠٤) إلى تقييم فعالية أنشطة مراجعة الحياة على جودة الحياة لدى المسنين عن طريق تجربة مضبوطة عشوائياً، وللتعرف على العوامل التى ينبغي وضعها فى الاعتبار عند استخدام مراجعة الحياة، وتم للحصول على موافقة كتابية من ٨٠ من ٧٩ من المسنين، وتم توزيع المشاركين عشوائياً إلى مجموعتين للتجريبية والضابطة، ودارت أنشطة المناقشة مع المجموعة للتجريبية حول للحالة الصحية، وتم قياس كل من الرضا عن الحياة، وتقدير الذات والاكتئاب والياس فى كلا المجموعتين عند ثلاث مراحل من التطبيق أى قبل البديية، وفى المنتصف (بعد ثمانية أسابيع من الجلسات)، وبعد ثلاثة أشهر من انتهاء للتطبيق. وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة بين المجموعتين للتجريبية والضابطة فى التغييرات فى درجات كل من الاكتئاب والياس، كما أوضحت نتائج الدراسة أن أنشطة مراجعة الحياة الجماعية كان لها دور فى تدعيم الصحة النفسية لدى المسنين، وقد كان لها تأثيرات من متوسطة إلى طويلة المدى فى الاحتفاظ وتحسين جودة الحياة لديهم.

واستهدفت دراسة يو Yu (٢٠٠٤) إلى استكشاف فاعلية برنامج للاسترخاء العضلي المتتابع progressive muscle relaxation في تخفيض التأزم النفسي وتعزيز مستوى جودة الحياة الصحية health related quality of life لدى المسنين من مرضى فشل القلب heart failure، واستخدم الباحث استبيان فشل القلب (النسخة الصينية) واستبيان الدعم الاجتماعي. وتكونت عينة الدراسة من (١٢١) مسناً من الذين تم توزيعهم عشوائياً على مجموعتي الدراسة التجريبية ن = ٥٩، والعينة الضابطة ن = ٦٢. وتكون البرنامج التدريبي من برنامج للاسترخاء العضلي المتتابع وقائمة للتدريب الذاتي على الاسترخاء العضلي المتتابع ومتابعة بالتليفون لمدة أسبوعين. وأظهرت نتائج الدراسة وجود أثر إيجابي للبرنامج التدريبي في خفض حدة التأزم النفسي وتوزيع مستويات جودة الحياة الصحية لدى المسنين، حيث انخفضت مستويات التأزم النفسي لدى المسنين في المجموعة التجريبية عن أقرانهم في العينة الضابطة، كما ارتفعت مستويات جودة الحياة لدى المجموعة التجريبية بالمقارنة بالمجموعة الضابطة.

وأشار بيلادا Belada (٢٠٠٥) إلى أن جودة الحياة أصبحت من الموضوعات الهامة للغاية في الولايات المتحدة في الخمس عشرة سنة الأخيرة، ويعتقد عدد كبير من الأطباء وأخصائيو الصحة النفسية، وباحثو العلوم الاجتماعية أن تحسين نوعية الحياة هو الهدف الأكثر أهمية في علاج والوقاية من الأمراض وفي الترويج بالتدعيم النفسي. ويشير هذا المفهوم "جودة الحياة" إلى مجالات الصحة الجسمية، النفسية، الاجتماعية والتي ينظر إليها على أنها مجالات منفصلة ومميزة، كما أنها تتأثر بكل من خبرات الشخص وتوقعاته، ومعتقداته، وتصوراتها؛ في حين أن هذا التعريف يعطينا فكرة عامة حول ما يقصده مفهوم جودة الحياة؛ فمن الجدير بالذكر أن هذا التعريف قد يختلف باختلاف المفوضين وباختلاف الفئة العمرية. فأحد الفئات العمرية الهامة والتي غالباً ما يتم تضمينها في أبحاث جودة الحياة هي فئة المسنين، فكبار السن الذين تتراوح أعمارهم من ٦٥ فأعلى عليهم أن يتعاملوا مع العديد من التحديات والأمراض الجسمية والتي غالباً ما تصاحب عملية الشيخوخة الطبيعية. كما تواجه هذه الفئة العمرية فقداناً كبيراً لملاقاتها الشخصية طويلة المدى ويرجع ذلك إلى الموت أو المرض، كما تواجه فقداناً في جانب الاستقلال البدني، والكثير من المشكلات الطبية، وقر كبير من الاكتئاب وذلك مقارنة بالفئات العمرية الأخرى في الولايات المتحدة. ومثل هذه العوامل لا يؤدي فقط إلى انخفاض في القدرة الجسمية ومستوى الصحة النفسية الانفعالية ولكنها أيضاً تؤدي إلى التأثير سلباً على جودة الحياة لدى الأفراد. ومن ثم فإن هناك حاجة ملحة بالنسبة للأفراد الذين يعملون مع مثل هذه الفئة "فئة المسنين" لاكتساب بعض المعلومات حول مكونات مفهوم جودة الحياة الشاملة لدى المسنين. ووفقاً للتوقعات المرتبطة بديموجرافية السكان في الولايات المتحدة فإنه يتوقع عند حلول عام ٢٠٣٠ أن يكون الأفراد الأمريكيون الذين يناهزون خمس وستين عاماً فأكثر حوالي أكثر من خمس التعداد السكاني العام. ويحتاج هؤلاء الأفراد قدرأ أكبر من الوسائل المعينة والموارد بسبب تناقص قدراتهم الجسمية والإدراكية، وللحصول على المساعدة التي يحتاجون إليها فإن الكثير منهم يقومون بالالتحاق ببعض دور الرعاية، مراكز رعاية الكبار، وجمعيات المتقاعدين الموجودة عبر الولايات المتحدة، ومثل هذه الأماكن يتم تزويدها بمجموعة عمل من الأطباء المهرة، والمرضات، وعلماء النفس الذين تم تدريبهم في مجال التعامل مع المرض، ولكن الكثير منهم على دراية

بالاحتياجات الفريدة للمسنين. فالزيادة الهائلة في عينة المسنين تتطلب بالضرورة إلى أن نعلم القائمين على رعايتهم ومن يعمل في مجال الشيخوخة قدراً ملاماً من المعرفة، فكلما ازداد قدر المعرفة لدى هؤلاء الأفراد كلما ازدادت قدرتهم على تحسين جودة الحياة لدى المسنين. وقد ذهبت بحوث كثيرة إلى التركيز على علاج المرض بدلاً من تحسين جودة الحياة، فقد كان التركيز على التعامل مع الجوانب السلبية أكثر من محاولة تحسين النواحي الإيجابية. وقامت هذه الدراسة بمحاولة التعرف على مفهوم جودة الحياة المرتبطة بالمسنين المقيمين بمراكز رعاية الكبار، وقامت الدراسة بمراجعة شاملة للتراث النظري المرتبط بتعريفات جودة الحياة، عملية الشيخوخة، والخدمات المقدمة في مراكز رعاية الكبار. وتم إعداد دليلاً لمجموعة العمل التي تتعامل مع المسنين. ومن خلال مراجعة للنظريات والبحوث التي تناولت هذا الموضوع، ومن خلال أيضاً تحليل لمقابلات أرشيفية مع العديد من المسنين تم الحصول على المعلومات الضرورية لتكوين هذا الدليل. وقد وجد بأن هناك أربعة عوامل رئيسية هامة للغاية في عملية تحديد جودة الحياة لدى المسنين، وتشتمل هذه العوامل على الاستقلال، للتدعيم الاجتماعي، الصحة النفسية والجسمية، والإنتاجية productivity. وقام الدليل المستخدم بمراجعة هذه العوامل الأربعة وبالاستراتيجيات المفصلة والمفاهيم التي يمكن أن تستخدمها مجموعة العمل لتحسين مستوى جودة الحياة للمسنين.

وهدف دراسة فونديم وآخرين (Vondem, et al. ٢٠٠٦) إلى تحسين كل من الصحة وجودة الحياة لدى مجموعة من المسنين الذين تراوحت أعمارهم بين ٥٥ - ٨٠ عاماً، وكان من أهداف الدراسة إشراك كبار السن الذين وصلوا إلى فترة حرجة من الحياة بسبب فقد شريك الحياة في الخمس سنوات الأخيرة، وكبار السن الذين تعرضوا إلى تغير في حالاتهم بسبب للتقاعد خلال العامين الأخيرين. وقام باحثوا هذه الدراسة بزيارة (٣٤٤) من المشاركين "عينة للدراسة" في منازلهم بهدف قياس كل من الحالة الصحية والنفسية والتعرف على فرص الأنشطة لديهم. وقد تم تدعيم المشاركين في جهودهم نحو إدراك الأنشطة المتفق عليها. وفي هذه الدراسة تم عرض نتائج للتقييمات الخارجية. فقد تم تحليل درجة تحسين جودة الحياة وفقاً لمقياس منظمة الصحة العالمية لـ "جودة الحياة" المختصر لدى المشاركين في الدراسة على مدار ثلاثة مراحل من المقابلات (في بداية المشروع، بعد عام واحد، في نهاية المشروع)، وقد أظهرت نتائج للدراسة وجود فروق لكن قليلة في جودة الحياة بين كل مرحلة والأخرى، وانطبقت تلك النتائج عندما تم تحليل درجات المشاركين الذين تقاعدوا خلال العامين الأخيرين. بينما تحسنت جودة الحياة بدرجة دالة لدى كبار السن الذين فقدوا شريك الحياة خلال الخمسة أعوام الأخيرة. وفي ضوء برنامج الشيخوخة للفعالة الذي تنفذه منظمة الصحة فإن نتائج تلك الدراسة تقترح تطبيق استراتيجية جماعية مع مثل هذه الفئة المتعرضة للمخاطر.

وناقشت دراسة يانج (Yang ٢٠٠٦) أثر برنامج تدريبي في تنمية جودة الحياة لدى المسنين الذين يعانون من آلام مزمنة. وقام الباحث بدمج مكونات الإرشاد المعرفي السلوكي وبرنامج لإرشاد الممرضات حول التحكم في الآلام المزمنة التي يعاني منها المسن. كما ناقشت الدراسة أثر البرنامج على متغيرات الصحة البدنية، الصحة النفسية، وخبرات الألم المزمن وشدة الألم للمزمن. وتكونت عينة الدراسة من ٢٥ مسناً. واستخدم الباحث تحليل التباين المتعدد لتحليل بيانات الدراسة. وأوضحت

نتائج الدراسة فاعلية البرنامج الذي استمر لمدة (١٢) أسبوعاً في تنمية جودة الحياة لدى المسنين الذين يعانون من آلام مزمنة؛ حيث انخفضت معدلات الآلام المزمنة وارتفعت مستويات جودة الحياة في القياس البعدي.

وناقشت دراسة كارال وأيان بيريز Carral & Ayan Perez (٢٠٠٧) أثر برنامج مكثف للتدريبات الرياضية والبدنية على جودة الحياة والكفاءة المعرفية لدى السيدات المسنات فوق سن ٦٥ عاماً. وتكونت عينة الدراسة من (٦٢) سيدة مسنة والتي تم توزيعهن عشوائياً على مجموعات الدراسة، وقد اشتمل البرنامج التدريبي على تدريبات الأيروبيكس وتمارين المرونة وبعض الأجهزة الرياضية. واستمر البرنامج لمدة خمسة أيام في الأسبوع لمدة خمسة شهور. وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرامج المكثفة للتدريبات الرياضية والبدنية في تنمية جودة الحياة والكفاءة المعرفية لدى السيدات للمسنات وهو ما ظهر في عدم تسرب أيأ من المفحوصات أثناء تطبيق البرنامج. كما أحدث البرنامج تحسناً في مستوى المرونة والتوازن لدى المفحوصات. واستخلصت الدراسة فاعلية البرامج التدريبية المكثفة high intensity training programs بدون خطر على الصحة كما تؤدي إلى تحسين مستويات جودة الحياة والكفاءة المعرفية واللياقة البدنية والاستقلالية.

وناقشت دراسة جاكوب وزملائه Jacob, et al. (٢٠٠٧) أثر برنامج مجتمعي للرعاية النهارية على الصحة النفسية وجودة الحياة لدى المسنين في المناطق الريفية في جنوب الهند. وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) مفحوصاً من المسنين الذين تم تطبيق مقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة قبلياً وبعدياً وفي المقياس التتبعي الذي أجرى بعد مرور ثلاثة أشهر من انتهاء البرنامج. وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج في تحسين مستويات جودة الحياة لدى المفحوصين المشتركين في الدراسة في القياس البعدي والتتبعي مقارنة بالقياس القبلي. كما أوضحت نتائج الدراسة أن التحسن في جودة الحياة استمر حتى بعد ضبط متغيرات النوع، والمستوى الاقتصادي الاجتماعي.

وناقشت دراسة كاسترو وآخرين Castro, et al. (٢٠٠٧) أثر برنامج إعادة حيوية المسنين Geriatric Revitalization Program على جودة الحياة لدى المسنين والراشدين. وتكونت عينة الدراسة من (٧٠) مفحوصاً والذين تم اختيارهم وفقاً للمعايير التالية: أن لا يقل العمر عن خمسين سنة ولديه القدرة على أداء البرنامج والاستجابة للاستبيانات. ويتكون البرنامج من جزئين: الجزء الأول قائم على برنامج الجامعة المفتوحة والمكون من ستة محاضرات (محاضرة كل أسبوع)، والتي تدور حول الأنشطة البدنية، والجزء الثاني قائم على برنامج إعادة الحيوية والمكون من ٤٨ جلسة للنشاط البدنية إلى جانب أنشطة السياحة الثقافية. واعتمد الباحثون على مقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة وقائمة النتائج الطبية Medical outcomes وقد تم تطبيقهما بعد (١٦) أسبوعاً مدة البرنامج. وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية كلا البرنامجين في تحسين جودة الحياة والجوانب النفسية والبيئية لجودة الحياة، وأيضاً الجوانب البدنية والعلاقات الاجتماعية. واستخلصت الدراسة فاعلية برنامج الجامعة المفتوحة وبرنامج إعادة الحيوية في تحسين مستويات جودة الحياة لدى المسنين.

تعقيب:

أوضحت نتائج بحوث (Vanderark, et al., 1983)، (Damush, 1996)، (Sward, 2001)، (Soborowski, 1999)، (Curfman, 1999)، (Tesutsumi, 1997)، (Williams, 2003)، (Gary, 2003)، (Hanaoka & Okamura, 2003)، (Hooyman, 2003)، (Yu, 2004)، (Belda, 2005)، (Vondem, et al., 2006)، (Yang, 2006)، (Carral & Ayan Perze, 2007)، (Castro, et al., 2007)، (Jacob, et al., 2007) أهمية استخدام بعض البرامج للتدخلية لتحسين جودة الحياة لدى المسنين. وعلى الرغم أن هناك للعديد من البحوث التي تناولت هذا المفهوم في الأدبيات النفسية الغربية، إلا إنه توجد قلة من هذه البحوث في البيئة العربية عامة، والعراقية على وجه الخصوص. إضافة إلى هذا، قد استفادت الباحثة من خلال تحليل نتائج البحوث السابقة سائلة للذكر. في الجوانب التالية:

- تحديد الشريحة العمرية لكبار السن، بحيث تقع في المدى العمري أقل من ٧٠ إلى أقل من ٨٠ عاماً، حيث أن هذه الفئة العمرية في أشد الحاجة إلى تحسين جودة الحياة لديهم، كما يعثرهم من تغيرات فسيولوجية ونفسية واجتماعية معينة.
- تحديد النظرية الإرشادية التي تم في ضوءها بناء البرنامج الإرشادي المستخدم في البحث الراهن، حيث اعتمد البرنامج للمستخدم في هذا البحث على نظرية ألبرت إليس للإرشاد العقلاني - الاتفعالي - السلوكي، حيث أن الفتيات المستخدمة في هذا الأسلوب الإرشادي من أنسب الفتيات - كما ترى الباحثة الراهنة - استخداماً مع فئة المسنين.
- تحديد لبعض العناصر المتضمنة لمفهوم جودة الحياة، والتي ساعدت الباحثة في بناء مقياس جودة الحياة للمسنين في البحث الراهن.

كما استطاعت الباحثة من خلال مراجعة نتائج البحوث السابقة سائلة للذكر في صياغة فروض البحث، وتحديد بعض الأساليب الإحصائية المستخدمة لمعالجة البيانات.

فروض البحث:

بعد عرض مفاهيم البحث ونتائج البحوث السابقة، يمكن صياغة فروض البحث على النحو

التالي:

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط رتب جودة الحياة بين أفراد مجموعة المسنين للتجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي العقلاني الاتفعالي السلوكي لصالح للتطبيق البعدي.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط رتب جودة الحياة بين أفراد مجموعة المسنين التجريبية وأفراد مجموعة المسنين الضلطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي العقلاني الاتفعالي السلوكي لصالح أفراد المجموعة التجريبية.
- ٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط رتب جودة الحياة بين أفراد مجموعة المسنين التجريبية بين القياسين البعدي والتتبعي.

منهج البحث وإجراءاته:

أولاً: منهج البحث:

يستند هذا البحث إلى المنهج التجريبي والذي يعد من أنسب المناهج تحقيقاً لهدف البحث الراهن، والذي يسعى إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي سلوكي لتحسين جودة الحياة وبعض المتغيرات المرتبطة بها لدى عينة من المسنين.

ثانياً: عينة البحث:

تكونت عينة البحث من مجموعتين؛ إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، وقوام كل منهما (٨) نساء مسنات، ممن تراوحت أعمارهن من ٦٨ إلى ٧٣ سنة. وقد تم اختيار عينة البحث من دورين من دور المسنين في مدينة بغداد، ويعد نزليات الدورين ممن ينتمين إلى المستوى الاقتصادي - الاجتماعي المتوسط، كما أن مستوى تعليمهن يتراوح ما بين المؤهل المتوسط إلى للمؤهل الجامعي، ومعظمهن كن عاملات في مصالح حكومية مختلفة، كما أنهن خاليات من الأمراض المستعصية، وقد استطاعت الباحثة التوصل إلى هذا من خلال السجلات الرسمية لهؤلاء للنزليات في دور المسنات. إضافة إلى هذا، تم التجانس بين المجموعتين في كل من المتغيرات التالية: العمر، جودة الحياة.

ثالثاً: أدوات البحث:

تم استخدام المقاييس النفسية التالية:

[١] مقياس جودة الحياة للمسنين:

من أجل بناء مقياس جودة الحياة للمسنين في البيئة العراقية، فلم تجد الباحثة مقياساً يقيس هذا الجانب في تلك البيئة الثقافية. وعليه، تم الرجوع إلى بعض الأطر النظرية في مجال جودة الحياة (Hilderley, 2001; Buschak, 2005)، وبعض المقاييس النفسية لقياس جودة الحياة (Cummins, 1997)؛ (Jhingran, et al., 1998)؛ (William, et al., 1999)؛ (موسى، ٢٠٠١) في بناء مقياس جودة الحياة للمسنين. وقد استطاعت الباحثة من خلال هذه المراجعة النظرية لكل من الأطر النظرية والمقاييس النفسية في مجال جودة الحياة الوصول إلى تعريف إجرائي لهذا المفهوم على النحو التالي: يقصد بجودة الحياة قدرة المسن على مخالطة الآخرين، والهدوء النفسي، والقدرة على وضع الحلول المناسبة للمواقف والصعاب المختلفة، والتمتع بصحة جيدة، والشعور بالرضا والسعادة، والاحترام من قبل الآخرين، واستمرار الاتصال بالأصدقاء القدامى، والقدرة المادية، ومقاومة مشاعر اليأس والإحباط، والالتزام بالواجبات الدينية، والثقة بالنفس، والقدرة على اتخاذ القرارات، والتمتع بحب الآخرين.

وفي ضوء هذا التعريف الإجرائي، قامت الباحثة ببناء بعض البنود التي تعكس مضمون التعريف الإجرائي، وقد أسفر هذا عن صياغة (٣٥) بنداً لقياس جودة الحياة لدى المسنين، والتي تم عرضها على لجنة خماسية من الأساتذة الحاصلين على درجة الدكتوراه في علم النفس والقياس النفسي في الجامعة المستنصرية للحكم على صدق هذه البنود في ضوء التعريف الإجرائي المشار إليه سلفاً، وقد انتهى هذا إلى تعديل بعض البنود وحذف بعضها. ومن ثم، تكون مقياس جودة الحياة للمسنين في صورته النهائية من (٣٠) بنداً، وتم الاستجابة على كل بند من خلال ميزان تقدير ثلاثي يبدأ بدائماً

(ثلاث درجات)، وتنتهي بنلراً (درجة واحدة فقط). كما تتراوح الدرجات على مقياس جودة الحياة للمسنين من ٣٠ درجة إلى ٩٠ درجة، وتدل للدرجة الصغرى على انخفاض جود الحياة، بينما تمثل الدرجة المرتفعة على تمتع المسن بجودة حياة مرتفعة (ملحق ز).

وإلى جانب هذا، تم بحساب الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة للمسنين على النحو التالي: صدق مفردات المقياس: تم حساب صدق مفردات مقياس جودة الحياة للمسنين من خلال حساب معامل الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمقياس، وذلك من خلال تطبيقه على مجموعة مكونة من (٥٠) مسناً ومسنة (م = ٦٦,٣٧، ع = ٥,٢)؛ تم اختيارهم من بعض نور المسنين في مدينة بغداد. وقد أسفرت للنتائج عن أن معاملات ارتباط بنود جودة الحياة للمسنين تراوحت ما بين ٠,٥٣ إلى ٠,٧٤، وكلها معاملات دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١. الثبات: تم حساب ثبات مقياس جودة الحياة للمسنين بواسطة استخدام معادلة ألفا لكرونباخ، فبلغ معامل الثبات ٠,٧٦، وهو معامل مقبول إحصائياً.

[٢] البرنامج الإرشادي العقلي الانفعالي السلوكي:

تم إعداد برنامج إرشادي جماعي منظم في ضوء أسس علمية لتحسين جودة الحياة، حيث تضمن عدداً من الأنشطة والممارسات والتدريبات والمفاهيم التي تساعد المرأة المسنة في التخلص من بعض الأفكار اللاعقلانية، واستبدالها بأفكار عقلانية مما يساهم في تحسين جودتها للحياة، وقد تم إعداد البرنامج استناداً إلى نظرية ألبرت إليس Albert Ellis للإرشاد العقلي السلوكي.

البرنامج الإرشادي:

أن الإرشاد هو تلك العملية التي من خلالها يقوم المرشد بمساعدة العميل على أن يواجه ويفهم ويتقبل المعلومات عن نفسه ويتفاعل مع الآخرين حتى يستطيع اتخاذ قرارات فعالة في مختلف جوانب الحياة (Gibson & Mitchell, 1986: 107). ويعرف زهران (٢٠٠٢: ١٤٩) البرنامج الإرشادي بأنه برنامج منظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة، فريداً وجماعياً بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي والقيام بالاختيار الواعي والمتعل ولتحقيق التوافق النفسي ويقوم بتخطيطه وتنفيذه لجنة وفريق من المسؤولين المؤهلين. وتعرف الباحثة للبرنامج الإرشادي إجرائياً بأنه مجموعة من الإجراءات الإرشادية المترابطة مقدمة في صورة محاضرات ومناقشات وفعاليات إرشادية فردية وجماعية تهدف إلى تحسين جودة الحياة وبمعض المتغيرات المرتبطة لدى المسنين من خلال تغيير المعتقدات السالبة التي تعوق من مشاركتها، والتي تسعى لتحقيق أهداف البحث.

البرنامج الإرشادي العقلي الانفعالي السلوكي:

يعرف عبد العزيز (١٩٩٢: ١٨) الإرشاد العقلي الانفعالي السلوكي بأنه أحد الأساليب الإرشادية الذي قدمه للبرت إليس Albert Ellis عام ١٩٥٥ ويهدف الإرشاد العقلي الانفعالي السلوكي إلى تحديد الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية واللامنطقية في سلوك العميل وتعديلها إلى أفكار ومعتقدات عقلانية منطقية سليمة وتبنى العميل فلسفة جديدة في الحياة.

أهمية البرنامج:

يلبي هذا البرنامج حاجات شريحة مهمة من شرائح المجتمع ألا وهي شريحة المسنين، حيث تمثل هذه الشريحة نسبة كبيرة في المجتمع العراقي، وعليه فإن هذا البرنامج الإرشادي يمكن تحديد أهميته في النقاط التالية:

- ١- يشتمل على مجموعة من الفنيات والأنشطة التي قد تساعد في تغيير بعض الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بجودة الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية من المسنين.
- ٢- يساعد البرنامج الإرشادي المستخدم في تعديل جودة الحياة لدى المرأة المسنة أفراد العينة التجريبية.
- ٣- قد يساعد البرنامج الإرشادي المستخدم في تعديل مفهوم جودة الحياة لدى المرأة المسنة أفراد العينة التجريبية، ومن ثم محاولة تعديل سلوكهم نحو الأفضل والأكثر فاعلية من خلال تعليمهم وتدريبهم على ممارسة مجموعة من المهارات الاجتماعية والشخصية والخبرات والاتجاهات القائمة على عدد من الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية والاجتماعية.

أهداف البرنامج الإرشادي:

يمكن تحديد أهداف البرنامج الإرشادي فيما يلي:

- التعرف على فاعلية البرنامج في تعديل مفهوم جودة الحياة لدى المرأة المسنة في المجتمع العراقي.
- تعلم خبرات ومهارات واتجاهات وقيم اجتماعية تساعد المرأة المسنة على تصحيح أفكارها اللاعقلانية إلى أفكار عقلانية تؤدي بالتالي إلى تعديل أفكارها وسلوكها المرتبطة بجودة الحياة وبعض المتغيرات المرتبطة.
- تم التركيز في البرنامج على قدرة أفراد العينة التجريبية على التفكير والتفكير وحل المشكلات بالأساليب المعرفية.

كما ينبثق من هذه الأهداف ثلاثة أهداف أخرى؛ هي كما يلي:

[١] **هدف وقائي Preventive Goal:** ويتمثل ذلك في تحسين المرأة المسنة أفراد المجموعة التجريبية نفسياً والعمل على وقايتها من الاعتقاد بالأفكار اللاعقلانية التي تحد من جودة الحياة، وذلك من خلال تعليمها وتدريبها على ممارسة مجموعة من الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية التي تسهم في تعديل المفهوم الخاص بجودة الحياة.

[٢] **هدف نمائي Development Goal:** ويشمل ذلك إتاحة الفرصة أمام أفراد المجموعة التجريبية إلى زيادة النمو المعرفي والسلوكي عن طريق تعزيز أفكارهم العقلانية، ومساعدة المرأة المسنة في تحسين جودة الحياة.

[٣] **هدف علاجي Remedial Goal:** ويشمل هذا الهدف تفعيل دور المرأة المسنة في جودة الحياة، واستبدال الأفكار اللاعقلانية الخاطئة بأفكار عقلانية مقبولة.

مصادر إعداد البرنامج:

اشتمت الباحثة الإطار العام للبرنامج الإرشادي ومداته العلمية وفنائه الإرشادية بعد الإطلاع على أساليب وفنات الإرشاد الجمعي المعرفي الاتفعالي السلوكي لأليس Ellis (١٩٧٣)، بالإضافة إلى العديد من الدراسات والبحوث التجريبية التي أجريت في مجال الإرشاد بصفة عامة وعلى المرأة الممثلة بصفة خاصة.

الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

يستند أي برنامج إرشادي إلى أساس نظري ينطلق من خلال نظريات للتوجيه والإرشاد التي تتبنى وجهة نظر محددة، سواء كانت للنظرية معرفية، أو سلوكية، أو نظرية التحليل النفسي، أو النظرية الإنسانية، بالإضافة إلى ضرورة توفر الأسس التالية:

- توافق أهداف البرنامج مع الأهداف التربوية العامة ومساهمتها في تحقيقها.
- تهيئة المناخ المناسب من حيث المكان والزمان والأدوات.
- تهيئة الإمكانيات اللازمة لنجاح البرنامج من حيث التخطيط والتنفيذ والتقييم والمتابعة.

ومن ثم، استخدمت الباحثة العلاج العقلاني الاتفعالي السلوكي الذي وضعه وأسمه ألبيرت إليس Albert Ellis، حيث يركز إليس في علاجه على التفكير، والحكم، والتقدير، والتحليل، والفعل.

الخدمات التي يقدمها البرنامج:

يقدم البرنامج الإرشادي عدد من الخدمات منها ما يلي:

[١] الخدمات الإرشادية، حيث يتم تقديم خدمات إرشادية علاجية جماعية وفردية وبصورة مباشرة وغير مباشرة لأفراد عينة الدراسة من أفراد المجموعة التجريبية لتنمية مفهوم جودة الحياة لدى المرأة الممثلة.

[٢] الخدمات الوقائية، حيث تتمثل في تكريب أفراد المجموعة التجريبية على استخدام مهارات متنوعة في الإرشاد العقلاني الاتفعالي السلوكي تساعدهم في التعرف على ذاتهم، وقدرتهم على المبادأة، وعلاقتهم الاجتماعية، ومدى التزامهم بالمسئولية الاجتماعية، وتوكيدهم لذاتهم، وتقنيتهم بأنفسهم.

[٣] الخدمات الاجتماعية، وذلك عن طريق تدعيم العلاقات والتفاعلات الاجتماعية بين أفراد المجموعة التجريبية أنفسهم وبين الباحثة لتوفير جو من الثقة المتبادلة.

الحدود الإجرائية للبرنامج:

[١] الحدود الزمنية:

تكون البرنامج من (٢٥) جلسة إرشادية حيث يتم تطبيقه على مدى ثلاثة شهور بواقع جلستين أسبوعياً، واستغرق زمن الجلسة الواحدة ما بين ٦٠ - ٩٠ دقيقة.

[٢] الحدود البشرية:

يقدم البرنامج المستخدم خدمة إرشادية علاجية لعينة من النساء الممثلة للوقتي لديهن تسكن في جودة الحياة.

الأسلوب الإرشادي المستخدم في تنفيذ البرنامج:

يقوم البرنامج بشكل أساسي على تبني طريقة الإرشاد الجماعي حيث تكون جميع جلسات البرنامج جماعية وذلك لتسهيل عملية الاتصال والتواصل والمشاركة وخلق جو من الألفة والود، كما أن أسلوب الإرشاد الجماعي يتناسب مع طبيعة العينة موضع الدراسة وطبيعة المشكلات، حيث يتم مناقشة المشكلات التي يعاني منها معظم أفراد العينة بشكل جماعي مع إتاحة الفرصة للحوار المتبادل مع أفراد العينة، ويتمتع أسلوب الإرشاد الجماعي بعدة فوائد ومزايا منها كما أشار إلى ذلك زهران (٢٠٠٢: ٤٤٩):

- ١- أن الجماعة تسمح بسيادة جو من التفاهم والتفاعل المتبادل بين الأفراد.
- ٢- أن الجماعة تخفض من حدة المشاعر السلبية لدى الفرد حيث يدرك أن ما لديه من أفكار لاعقلانية وما يعاني منه موجود عند الآخرين من أفراد الجماعة.
- ٣- أن الجماعة تشجع الفرد على التغيير في سلوكياته بناءً على ما يفعله أفراد الجماعة، وخاصة في الناحية الإيجابية.
- ٤- الجماعة تتيح الفرصة لنمو العلاقات والتفاعلات الاجتماعية، وتعمل على حل المشكلات في موقف جماعي قريب الشبه من مواقف الحياة الواقعية.
- ٥- أن الجماعة تعمل على تبصير الفرد بمشكلاته وضغوطه من جوانب وأبعاد جديدة.

مراحل تطبيق البرنامج العلاجي:

يمر البرنامج بأربعة مراحل كما يلي:

- ١- **مرحلة البدء:** ويتم خلالها التعارف والتمهيد وتقديم الإطار العام للبرنامج وأهدافه وأهميته وبعض المتغيرات المرتبطة.
- ٢- **مرحلة العمل البناء:** وهدفها تقديم خطة لتنمية مفهوم جودة الحياة لدى المرأة المسنة من خلال تقديم فنيات عقلانية انفعالية سلوكية وفنيات معرفية سلوكية واجتماعية متعددة تهدف إلى ممارسة أنماط سلوكية مثل مهاجمة الأفكار اللاعقلانية ودحضها وحل المشكلات والاسترخاء والتحكم الذاتي وذلك خلال الجلسات الخاصة بكل منها.
- ٣- **مرحلة الإهاء:** وهي المرحلة الختامية وتهدف إلى إنهاء البرنامج المستخدم في الدراسة.
- ٤- **مرحلة المتابعة:** حيث يتم تطبيق متابعة بعد شهرين من انتهاء البرنامج للتأكد من استمرار فاعلية وتأثير البرنامج العلاجي المستخدم في البحث.

المجموعة الإرشادية:

تكونت عينة البحث من مجموعتين فرعيتين؛ قوام كل منها (٨) سيدات مسنات، وتمثل الأولى المجموعة التجريبية، والثانية المجموعة الضابطة، وقد تم التجانس بين المجموعتين في متغيرات العمر، والمستوى الاقتصادي - الاجتماعي، وجودة الحياة.

الجلسة الإرشادية:

تعد الجلسة الإرشادية لقاء مهني هادف، يتم فيه إقامة علاقة إرشادية بين المرشد والمسترشد في جو نفسي خاص آمن يساعد المرشد ويشجعه على التعبير عن أفكاره بحرية، لذا لا بد وأن تتميز الجلسة الإرشادية بالسمات التالية كما ذكر ذلك الزعبي (٢٠٠٣: ١٠٢):

- ١- الإعداد الكافي للجلسة ويتضمن هذا الإعداداً مكانياً وزمانياً يناسب كلا من المرشد والمسترشد، ويتضمن استعداد المرشد لمساعدة المسترشد واستعداد المسترشد لقبول الإرشاد والتعاون مع المرشد.
- ٢- تركيز الحديث والتفاعل حول موضوع الجلسة الإرشادية التي حضر من أجلها المسترشد وليس حول موضوعات عامة.
- ٣- التلقائية وال عفوية فلا بد للمسترشد من أن يعبر عن مشاعره الحقيقية بحرية وصراحة وأمانة بدون تصنع أو تضليل، فلا بد أن يكون هناك تطبيق السلوك مع الواقع.
- ٤- العلاقة الإرشادية وهي علاقة مهنية تفاعلية شخصية واجتماعية ودينامية هادفة تقوم بين المرشد والمسترشد على الثقة المتبادلة والتعاون بين الطرفين، وهذه العلاقة لا بد وأن تكون معتدلة بين المشاركة الانفعالية دون أن تصل إلى حد الصدقة، وبين المعاملة الرسمية المترنمة ودون أن يكون هناك تدخل في خصوصيات المسترشد. كما يجب على المسترشد أن يعتمد على نفسه في العملية الإرشادية منذ بدايتها، وأن العلاقة الشخصية بينه وبين مرشده النفسي ستجعله معتمداً عليه وغير مستقل بذاته وأنه سيتعود على تلقي الدعم الخارجي دون أن يدعم نفسه بنفسه، لذلك فالعلاقة للشخصية بينهما ستأتي بنتائج عكسية في العملية الإرشادية.
- ٥- حسن الإصغاء فلا بد للمرشد أن يكون حسن الإصغاء لكل ما يقوله المسترشد، ويركز الانتباه على كل قول أو فعل أو انفعال يصدر من قبل المسترشد مما يساعده على إدراك كل الجوانب في الجلسة الإرشادية، ولا بد من إتاحة الفرصة الكافية للمسترشد للحديث وأن يكون تدخل المرشد بقدر محدود.
- ٦- السرية فيما يتعلق بالمعلومات التي ينكرها المسترشد في الجلسة الإرشادية من مسمئولية المرشد، وهذه السرية دليل على احترام المرشد لنفسه وللمسترشد ولمهنته وتشجيع المسترشد على الحديث بصدق وصراحة.
- ٧- زمان ومكان الجلسة فلا بد أن يكون للجلسة الإرشادية زمن محدد لا يقل عن نصف ساعة، ودون أن تكون هذه الجلسات متقاربة أو متباعدة، ويجب أن تعقد الجلسات في مكان محدد (غرفة خاصة)، وتكون الجلسة مريحة وبمواجهة المرشد.

أسس نجاح البرنامج الإرشادي:

إن نجاح البرنامج وفاعليته ترتبط بمجموعة من العوامل تتعلق بالمرشد والمسترشد ومحتوى البرنامج الإرشادي وظروف تطبيقه، ومن هذه العوامل ما يلي:

- ١- أولاً: العوامل الداخلية: وهي تلك التي تتعلق بأفكار ومشاعر وانفعالات كل من المرشد والمسترشد بهدف طمأنة المسترشد وزيادة ثقته بنفسه وبالمحيطين به وذلك من خلال:
 - ١- الشعور بالألفة، من خلال الأسلوب الذي يستخدمه المرشد منذ بداية العملية الإرشادية والإحساس بمشاعر المسترشد والاهتمام الصادق والتي يستشعرها المسترشد من المرشد والتي تشعره بالأمن والثقة بالنفس والارتياح.

- ٢- الصلوق، أي إخلاص المرشد وشفافيته واندماجه مع المسترشد وتشجيعه على الاستمرار في العملية الإرشادية.
- ٣- المشاركة الوجدانية، وذلك عند إدراك كل من المرشد والمسترشد حقيقة الآخر، ويلمس المرشد مشاركة المرشد وأنه يقدر ظروفه ويوفر له فرص التعبير عن مشاعره بحرية وأمان.
- ٤- الانتباه والاحترام، وهي مهارة تدل على لباقة المرشد وتواصله مع المسترشد، وتستدل عليه من تعبيرات المرشد وإيماءاته وأسئلته واستفساراته واحترام أفكاره وأسلوبه.

ثانياً: العوامل الخارجية: يمكن تحديد العوامل الخارجية التي تؤدي إلى نجاح البرنامج الإرشادي إلى ما يلي، كما أشار إلى ذلك كل من محمود (١٩٩٨)؛ والخطيب (١٩٩٨):

- رغبة أعضاء المجموعة بالمشاركة في الجلسات الإرشادية.
- التزام جميع أفراد المجموعة الإرشادية لحضور جميع الجلسات الإرشادية في البرنامج.
- حرص أفراد المجموعة على الالتزام بالقواعد والأسس التي تم الاتفاق عليها.
- أن يكون مكان الإرشاد مناسباً هادئاً بعيداً عن المشتتات، جيد الإضاءة والتهوية، مجهزاً بما يسمح بالراحة وهدوء الأعصاب.
- تشجيع الباحثة أفراد المجموعة الإرشادية على طرح ما لديهم من أفكار وآراء تساعد في حلول للموضوعات المثارة بدون نقد أو تقييم لأي فكرة بمجرد طرحها مما يزيد فرصة طرح الحلول المختلفة للمشاكل التي تطرح.
- تلخص الباحثة في بداية كل جلسة موضوع الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي ومن ثم عنوان الجلسة ومدى علاقته بالجلسة السابقة.
- توجيه أنظار أفراد المجموعة الإرشادية إلى ضرورة التروي في التفكير والنظرة الموضوعية المتممة للأمر والتروي في إصدار القرارات، والأحكام وعدم الاندفاع وراء الحلول الفورية أو في استبعاد بعض الأفكار التي قد تبدو غريبة.
- في نهاية كل جلسة يقوم أحد أعضاء المجموعة بتلخيص موضوع الجلسة.

أساليب تقويم البرنامج:

إن الهدف من عملية التقويم هو الكشف عن مدى فاعلية الخدمات والوسائل والطرق المتبعة في التنفيذ ومدى نجاح البرنامج في تحقيق الأهداف التي وضع من أجلها، ولكي تكون عملية تقويم البرنامج الإرشادي مهنية وفاعلة، اعتمدت الباحثة أسلوب التقويم التكويني والتقويم القبلي والبعدي.

- التقويم التكويني:

يتم ذلك بالملاحظة المباشرة للباحثة أثناء فترة التطبيق للتغيير في سلوك أفراد العينة، وكذلك ملاحظات أفراد المجموعة التجريبية أنفسهم.

- التقويم القبلي والبعدي:

وذلك من خلال تطبيق مقياس البحث على مجموعات البحث التجريبية والضابطة، ثم تطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد المجموعة التجريبية، وإعادة تطبيق المقياس على مجموعات البحث التجريبية والضابطة مرة أخرى، وحساب النتائج إحصائياً لمعرفة مدى تأثير البرنامج وفاعليته، ثم

تطبيق المقاييس مرة ثالثة على أفراد المجموعة التجريبية بعد شهرين من التطبيق الثاني لقياس مدى استمرار أثر فاعلية البرنامج.

محتوى الجلسات:

تم تطبيق الجلسات وترتيبها بشكل منطقي متسلسل يتناسب مع طبيعة المشكلات، حيث يتم تحديد محتوى الجلسات بناءً على الأهداف التي تم تحديدها في البرنامج، وكذلك بناءً على الفنيات والأسلوب الإرشادي المستخدم وعدد الجلسات والفنيات المستخدمة في كل جلسة، وعليه فقد تم اختيار بعض الفنيات التي تضمنها البرنامج استناداً للآراء النظرية والبحوث السابقة في هذا المجال:

[١] المحاضرات: تمثل المحاضرة ما يطلق عليه التوجيه المباشر والتربية، فالفرد قد يفكر بطريقة انهزامية تدعو لليأس أو الاكتئاب لأنه لا يعرف البدائل الصحيحة من التفكير للبناء، ولهذا أكد إيليس كما أشار إلى ذلك للشناوي (١٩٩٧) على أن الإرشاد العقلاني الاتفصالي السلوكي يجب أن يتضمن عملية إعادة تربية وضرورة للتأور مع الفرد بكل الطرق المنطقية الممكنة حتى يمكنه استبدال فكرة بفكرة، وحتى يتبين له الجانب الخاطئ من معتقداته. ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم معلومات لأعضاء المجموعة التجريبية عن جودة الحياة للمرأة للمسننة من حيث مفهومها، مظاهرها، ودور الأفكار للاعقلانية في تدني هذا المفهوم وبعض المتغيرات المرتبطة.

[٢] المناقشة الجماعية: تعمل المناقشة على الفرض المستمر للأفكار الخاطئة مع الإقناع، مما يساعد الفرد على اكتشاف جوانب الخطأ في الأفكار السابقة، كما تمكنه من تعلم طرقاً جديدة تؤدي إلى تنمية القدرة على حل المشكلات لديه، واكتشاف الطرق البديلة لتحقيق أهداف أكثر واقعية، مما يساعد الفرد على التعديل من سلوكه الاجتماعي والنفسي. ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تبادل الرأي والتأور حول موضوع المحاضرة، كما يؤدي إلى تغيير المعرفة بشكل دينامي، وتعديل الأفكار الخاطئة لأعضاء المجموعة الإرشادية، وتعزيز التواصل بين أعضاء المجموعة الإرشادية.

[٣] إعادة البناء العقلاني تدريجياً: تعمل فنية إعادة البناء العقلاني على إعادة تقييم رؤية المسترشد غير الواقعية لمواقف الحياة المختلفة، مما يساعده على التمييز بين التهديد الحقيقي في البيئة، والتهديد المحسوس بشكل خاطئ على أنه خطر، ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في مساعدة المسترشد على اكتشاف أن أفكاره غير الواقعية هي السبب في تدني مفهومه عن جودة الحياة التي تعد بمثابة وسيلة في إقرار المسترشد بعدم واقعية أفكاره، وهذا ينمي قدرته على التفكير العقلاني المنطقي.

[٤] الأحاديث الذاتية: تعمل هذه الفنية على إتاحة الفرصة للمسترشد بتسجيل معتقداته وأفكاره اللاعقلانية، وتقييمه لذاته على استمارة الأفكار الخاطئة من إعداد الباحثة، مما يساعده على إحضار هذه الأفكار، ويسجل تنفيذها، ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في إعادة البناء العقلاني للمسترشد، وتعديل بعض الأفكار اللاعقلانية لديه، وتشجيعه على التفكير بنفسه كأحد الأسباب الهامة للتخلص من الأفكار اللاعقلانية إزاء بعض المواقف والأحداث.

[٥] الاسترخاء العضلي: أبانت العديد من الدراسات في مجال العلاج السلوكي كفاءة هذه الفنية في تقدم العلاج، وتتفاوت إجراءات الاسترخاء العضلي، فبعض التدريبات قد يستغرق نصف ساعة في البداية وبعضها الآخر قد يستغرق بضع دقائق بحسب خبرة الشخص، وبخاصة في ممارسة التدريبات، وقد أكدت الباحثة للأعضاء على المداومة على إجراء تمارين الاسترخاء ضمن الواجب المنزلي، إضافة إلى ممارسة الباحثة مع بداية كل جلسة بعد أن تم تدريب الأعضاء عليها في الجلسة الأولى، مما يؤدي إلى تخفيف حدة التوتر لدى أفراد المجموعة.

[٦] الواجبات المنزلية: تعمل هذه الفنية على توجيه وتشجيع المسترشد على تنفيذ بعض الواجبات الخارجية، مما يمكنه من تعميم التغييرات الإيجابية التي يكون قد أنجزها مع المرشد، ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تكليف المسترشد بواجبات منزلية يسعى من خلالها إلى ممارسة الأفكار المنطقية التي اكتسبها عمداً وفي مواقف حية.

[٧] تنمية المسؤولية: يقصد بها تنمية المسؤولية لدى أفراد العينة من خلال تكليفهم بواجبات حول مسؤولية المرأة المسنة في المجتمع.

[٨] التدريب التوكيدي: أن التدريب التوكيدي بمثابة طريقة مصممة للتدريب على الجراءة وتحسين وتقوية الذات فيما يختص بالعلاقات الاجتماعية الشخصية بين الأفراد، ويقصد بها تمكن الفرد من الدفاع عن حقوقه والتعبير عن شعوره والتغلب على خوفه، ويستخدم أسلوب التدريب على الجراءة الاجتماعية عن طريق تمثيل الأدوار أو تبادل الأدوار مع المرشد، حيث يتحد دور الأسلوب في قيام المرشد بتقمص دور المسترشد في سلوك يظهر فيه ضعفه مما يكشف للمسترشد وجهات نظر بديلة تجعله يتعاطف مع نفسه بدلاً من انتقادها (محمود، ١٩٩٨: ١٥٥). ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تدريب أفراد المجموعة على التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم ومعتقداتهم والدفاع عن حقوقهم بشكل إيجابي يحسن من مفهومه لذاته، كما يتمثل الهدف الإرشادي لهذه الفنية في تدريب أعضاء المجموعة على الإيجابية في العلاقات الاجتماعية وزيادة الوعي بالحقوق الشخصية، وهذا يؤدي إلى تنمية أبعاد الذكاء الوجداني.

[٩] أسلوب تصعيد الاستجابة: أن أسلوب تصعيد الاستجابة فنية من الفنيات المستخدمة في التدريب التوكيدي، فيلجأ المرشد إلى تصعيد الاستجابة من قبل المسترشد فمثلاً بينما أنت في طابور الانتظار فإذا بشخص آخر قد أخذ دورك، هنا يكون التصعيد بأن تقول هذا دوري في الانتظار وأنا متمسك به، وقد ينتقل التصعيد من المواجهة بالتخيل إلى المواجهة بالواقع.

[١٠] الإقناع المنطقي: تقوم فنية الإقناع المنطقي على افتراض مؤداه أن الأنماط السلوكية غير المرغوبة تنشأ نتيجة أفكار ومفاهيم لاعقلانية خاطئة وغير منطقية، لذلك فإن تعديل هذه الأنماط الخاطئة يتطلب تصحيح هذه المفاهيم ودحض بعض الأفكار والخواطر الخاطئة.

[١١] الدعم والمساندة: تهدف فنية الدعم والمساندة إلى تقديم المساندة النفسية، مما يساهم في القدرة على اتخاذ القرارات المناسبة في الوقت المناسب.

[١٢] النمذجة: تقوم طريقة استخدام النمذجة على إتاحة نموذج سلوكي مباشر أو ضمني، حيث يكون الهدف توصيل معلومات حول النموذج السلوكي المعروف للمسترشد بقصد إحداث تغيير في سلوكه وإكسابه سلوكاً جديداً، أو زيادة سلوك موجود لديه أو نقصانه (الشنلوي، ١٩٩٧: ٣٦٨). ويمثل المضمون التطبيقي لهذه الغنية في تعليم أفراد المجموعة سلوكاً معيناً من خلال ملاحظة شخص ما يمثل قدوة بالنسبة لهم.

[١٣] التغذية للرجعة: يمثل المضمون التطبيقي لغنية التغذية الراجعة في تقديم تعديل مباشر لاستجابات أفراد المجموعة، أي تقويم سلوك أفراد المجموعة المرغوب فيها وغير المرغوب بهدف تقويمه عن طريق كف للسلوك غير المرغوب فيه، ودعماً للسلوك الإيجابي المرغوب فيه، ويمثل الهدف الإرشادي لهذه الغنية في أن يتعرف كل فرد من أفراد المجموعة على مدى قبول أو عدم استجابته مباشرة.

[١٤] المواجهة الفطرية لمشكلات المسترشد: تعتبر المواجهة الغنية لمشكلات المسترشد إجراءً علاجياً لمواجهة الضعف عند المسترشد، والتي تكون على شكل مواجهة فطرية وذلك من خلال اتخاذ القرار؛ حيث أن معرفة الذات وما فيها من مواطن قوة وضعف تبقى عديمة الفائدة إذا لم يتبعها اتخاذ قرار مناسب في تغيير الأفكار الخاطئة واستبدالها بأفكار صحيحة، فعملية الإرشاد النفسي هي مساعدة المسترشد في اتخاذ القرارات بصفة عامة، فالفرد في حياته يمر بكثير من المواقف التي تتطلب اتخاذ قرارات، فالبعض يستطيع للوصول إلى قرارات صحيحة، والبعض الآخر يحتاج إلى مساعدة لمعالجة القرارات الخاطئة التي اتخذها، فقد تنقصهم المعلومات أو لديهم معلومات ويعجزون عن استخدامها في اتخاذ قرار معين، في حين أن البعض يتسم سلوكه بالتردد حين الاختيار بين عدة احتمالات قد يصل إلى حد الصراع، وفي كل هذه الحالات لابد من مساعدة المسترشد في اتخاذ القرار المناسب، لأن عملية الإرشاد النفسي هي عملية تعليم الفرد اتخاذ القرار الصحيح في الموقف المناسب وأن يتخذ هذه القرارات بنفسه ويتحمل مسؤولية هذه القرارات التي اتخذها.

[١٥] التحصين التدريجي: أن التحصين التدريجي عبارة عن تطبيق نظريات التعليم على أساس أنه إذا أمكن تكوين استجابة معارضة للقلق مثلاً، في حضور المنبهات التي تسبب القلق فإن الرابطة تضعف بين المنبهات وبين استجابة القلق، وقد وجد أن استجابات الاسترخاء والتدريب التوكيدي تؤدي إلى كف ظهور استجابات القلق (محمود، ١٩٩٨: ١٥٤). ويهدف التحصين التدريجي أيضاً إلى تعليم المسترشد حذف الاستجابة التي لا تتوافق مع القلق وأيضاً إحداث الاسترخاء حيث يتعلم المسترشد كيف يسترخى ويربط هذه المرحلة مع الاسترخاء والتخييلات والتصورات التي تنتج عنها خبرات للقلق.

رابعاً: إجراءات البحث:

تم تنفيذ البحث الراهن وفقاً للخطوات التالية:

- تم تصميم مقاييس جودة الحياة للمسنين، وحساب خصائصه السيكومترية من صدق وثبات من خلال التطبيق على مجموعة مكونة من خمسين ممناً ومسنة (م = ٦٦,٣٧ سنة، ع = ٥,٢ ±).

- تم التجانس بين المجموعتين التجريبية والضابطة من المسنات في المتغيرات التالية: العمر وجودة الحياة.
- تم تطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد العينة التجريبية دون الضابطة والذي استغرق تطبيقه ثلاثة شهور.
- بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد العينة التجريبية، تم تطبيق مقياس جودة الحياة مرة أخرى على المجموعتين التجريبية والضابطة.
- بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد العينة التجريبية، تم تطبيق مقياس جودة الحياة مرة أخرى عليهم كقياس تتبعي.
- تم تصحيح مقياس جودة الحياة وفقاً لمفاتيح التصحيح، وتفرغها لتحليلها إحصائياً.

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية: معامل ارتباط بيرسون، معادلة ألفا لكرونباخ، المتوسطات الحسابية، معادلة ويلكسون Wilcoxon، معادلة مان - وتني Mann Whitney.

عرض نتائج البحث وتفسيرها:

أولاً: عرض نتائج البحث:

[1] النتائج الخاصة باختبار صحة الفرض الأول الذي ينص على ما يلي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط رتب جودة الحياة بين أفراد مجموعة المسنين التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكي لصالح التطبيق البعدي.

جدول (1)

المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، ومتوسط الرتب، ومجموع الرتب، وقيمة z؛ ودلائها الإحصائية في جودة الحياة لدى المسنين من أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكي

باستخدام معادلة ويلكسون Wilcoxon

العمليات الإحصائية	العدد	المتوسطات الحسابية	الانحرافات المعيارية	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	الدلالة الإحصائية
الرتب السالبة	٠	٥٣,٣٨	٢,٦٧	٠,٠٠	٠,٠٠	-	٠,٠١
الرتب الموجبة	٨	٥٨,٨٨	٢,٨٥	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٢,٥٩	
الروابط المجموع	٨						

أوضحت النتائج في جدول (1) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة بين أفراد المجموعة التجريبية من المسنين قبل (م) = ٥٣,٣٨، ع = ٢,٦٧، م الرتب = ٠,٠٠، مع الرتب = ٠,٠٠، وبعد (م) = ٥٨,٨٨، ع = ٢,٨٥، م الرتب = ٤,٥٥، مع الرتب = ٣٦,٠٠ تطبيق البرنامج

الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكي، حيث بلغت قيمة Z (٢,٥٩)، وهي قيمة دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١.

ومن ثم، تبين وجود تحسن في مفهوم جودة الحياة لأفراد المجموعة للتجريبية من المسنين بعد تطبيق البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكي، وهذا ما يؤيد صحة اختبار الفرض الأول الذي ينص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط رتب جودة الحياة بين أفراد مجموعة المسنين التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكي لصالح للتطبيق البعدي.

[٢] للنتائج الخاصة لاختبار صحة الفرض الثالث الذي ينص على ما يلي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط رتب جودة الحياة بين أفراد مجموعة المسنين التجريبية وأفراد مجموعة المسنين الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكي لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

جدول (٢)

للمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومتوسط للرتب ومجموع للرتب، وقيمة Z ، ودالاتها الإحصائية في جودة الحياة لدى المسنين من أفراد المجموعة للتجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكي باستخدام معادلة مان - وتني Mann-Whitney

المجموعات	العدد	المتوسطات الحسابية	الانحرافات المعيارية	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة الإحصائية
المجموعة التجريبية	٨	٥٨,٨٨	٢,٨٥	١١,٦٩	٩٣,٥٠	-	٠,٠١
المجموعة الضابطة	٨	٥٤,٠٠	٢,٧٣	٥,٣١	٤٢,٥٠	٢,٦٩	

أسفرت النتائج في جدول (٢) عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة بين أفراد المجموعة التجريبية من المسنين (م = ٥٨,٨٨، ع = ٢,٨٥، م الرتب = ١١,٦٩، مج للرتب = ٩٣,٥٠)، وأفراد المجموعة الضابطة من المسنين (م = ٥٤,٠٠، ع = ٢,٧٣، م الرتب = ٥,٣١، مج للرتب = ٤٢,٥٠) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكي، حيث بلغت قيمة Z (٢,٦٩)؛ وهي قيمة دلالة إحصائية عند ٠,٠١.

ومن ثم، أوضحت النتائج وجود تحسن في مفهوم جودة الحياة لدى أفراد المجموعة للتجريبية من المسنين بعد تطبيق البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكي دون أفراد المجموعة الضابطة من المسنين، وهذا ما يؤيد صحة اختبار الفرض الثالث الذي ينص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط رتب جودة الحياة بين أفراد مجموعة المسنين التجريبية وأفراد مجموعة المسنين الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكي لصالح أفراد المجموعة للتجريبية.

[٣] النتائج الخاصة باختبار صحة الفرض الخامس الذي ينص على ما يلي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط رتب جودة الحياة بين أفراد مجموعة المسنين التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي.

جدول (٣)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومتوسط الرتب ومجموع الرتب، وقيمة Z ، ودالاتها الإحصائية في جودة الحياة بين أفراد مجموعة المسنين التجريبية في القياسين البعد والتتبعي باستخدام معادلة ويلكسون Wilcoxon

العمليات الإحصائية	العدد	المتوسطات الحسابية	الانحرافات المعيارية	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة الإحصائية
الرتب السالبة	٧	٥٨,٨٨	٢,٨٥	٤,٦٤	٣٢,٥٠	٢,١٢-	٠,٠٥
الرتب الموجبة	١	٥٧,٧٥	٢,٣٨	٣,٥٠	٣,٥٠		
الروابط	٠						
المجموع	٨						

أشارت النتائج في جدول (٣) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة بين أفراد المجموعة التجريبية من المسنين في القياس البعدي ($M = ٥٨,٨٨$ ، $E = ٢,٨٥$ ، M الرتب = $٤,٦٤$ ، M الرتب = $٣٢,٥٠$)، وفي القياس التتبعي ($M = ٥٧,٧٥$ ، $E = ٢,٣٨$ ، M الرتب = $٣,٥٠$ ، M الرتب = $٣,٥٠$)، حيث بلغت قيمة Z ($٢,١٢$)؛ وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى $٠,٠٥$.

ومن ثم، تبين أنه مازال هناك تحسناً في مفهوم جودة الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية من المسنين حتى بعد انقضاء شهرين من الانتهاء من البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكي، وهذا ما لم يدعم من صحة اختبار الفرض الخامس الذي ينص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط رتب جودة الحياة بين أفراد مجموعة المسنين التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي.

ثانياً: تفسير نتائج البحث:

توصلت نتائج البحث إلى فاعلية البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكي في تنمية مفهوم جودة الحياة لدى عينة من المسنين. وقد تبين ذلك من خلال ما توصل إليه البحث من نتائج، فعلى صعيد المجموعة التجريبية من المسنين تبين وجود تحسناً في متغير جودة الحياة بعد إخضاع هذه المجموعة لجلسات الإرشاد النفسي، وهذا تبين أيضاً عند المقارنة بين المجموعتين التجريبية والضابطة من المسنين بعد تطبيق البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكي أنه حدث أيضاً تحسناً في جودة الحياة. ومما يدل على فاعلية البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكي لأفراد المجموعة التجريبية بين المسنين استمرار أثر هذه الجلسات الإرشادية حتى بعد الانتهاء منها في تحسين جودة الحياة.

وعليه، تتفق نتائج البحث مع ما انتهت إليه نتائج بحوث (vanderark, et al., 1983)،

(Soborowski, 1999)، (CURfman, 1999)، (Tsutsumi, 1997)، (Damuch, 1996)، (Hanaoka، (Hooyman, 2003)، (Gary, 2003)، (Williams, 2003)، (Sward, 2001)، (Yang، (Vondem, et al., 2006)، (Belda, 2005)، (Yu, 2004)، & Okamura, 2004)، (Jacob, et al., 2007)، (Carral & Ayan Berez, 2007)، (Ayan Perez, 2007)، (2006)، (Castro, et al., 2007) في فاعلية البرنامج للتدخلية لتحسين جودة الحياة لدى الممنين.

وإلى جانب هذا، قد لعب البرنامج الإرشادي للعقلاني الانفعالي السلوكي دوراً كبيراً في البحث الراهن في تحسين جودة الحياة لدى الممنين حيث تضمن عدداً من الأنشطة والممارسات والتدريبات والمفاهيم التي ساعدت المرأة الممنة في التخلص من بعض الأفكار اللانطقية، واستبدالها بأخرى منطقية مما ساهم في تحسين جودة الحياة لديها، وما ترتب على هذا من تحسين بعض المتغيرات النفسية الأخرى.

كما استطاعت الباحثة من خلال استخدام أسلوب المحاضرة كأحد الفنيات الإرشادية المستخدمة في توضيح بعض المفاهيم التي ربما تكون غائبة عن ذهن الممن، وخاصة طبيعة المرحلة وما يعترئها من تغيرات صحية ونفسية واجتماعية واقتصادية، والمشكلات المرتبطة بهذه المرحلة أيضاً. كما تضمنت الجلسات الإرشادية بعض الفنيات الأخرى مثل الحوار والمناقشة والتي كانت تهدف توضيح بعض النقاط التي ربما تكون بعيدة عن إدراك الممن. علاوة على هذا، أبانت الباحثة لأفراد المجموعة الإرشادية أن مرحلة الشيخوخة وكبار السن كأى مرحلة نمائية مثل مرحلة الطفولة ومرحلة المراهقة ومرحلة الرشد، ولكل مرحلة خصائصها، ومشاكلها، وجمالها، خاصة بالنسبة لمرحلة الشيخوخة وكبار السن، حيث أن تلك المرحلة تتميز بالحكمة والهدوء للنفسى والخبرة الحياتية الطويلة. كما أبانت أن لكل ممن سجل حافل بإنجازاته عبر سنواته المبكرة، سواء في مكان العمل، أو في مكان الأسرة وتربية الأولاد وتعليمهم، وترويجهم أيضاً، فكل هذه الإنجازات تحسب لكل ممن، وينبغي أن يفخر بهذه الإنجازات، حتى ولو حدث تغييراً في دوره الاجتماعى الذي كان ساعداً من قبل.

إضافة إلى هذا، أبانت الباحثة أن بعض المشكلات الطبية التي يعانى منها كبار الممن ليست فقط مرتبطة بطبيعة المرحلة العمرية، والدليل على ذلك أن هناك أطفالاً ومرافقين وشباباً يعانون من بعض المشكلات الصحية، ولكن الأهم من هذا هو في كيفية التعامل مع هذه المشكلات الصحية وتقبلها والتكيف معها بصدر رحب، ولن يتأتى هذا إلا إذا قارن كل ممن بأحواله الصحية بصحة ممن آخر. وما يسري على الجانب الصحى، ينسحب أيضاً على الجوانب الأخرى سواء أكانت نفسية أم اجتماعية أو اقتصادية. لذا ينبغي على كل ممن أن يقبل مثل هذه التغيرات بصدر رحب، ويتعامل معها، حتى لا يقع في براثن الاكتئاب والاضطرابات النفسية.

كما ترى الباحثة أن من عوامل نجاح جلسات البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكى بعض الأساليب الاجتماعية التي استطاعت الباحثة لتدخلها مع أفراد المجموعة الإرشادية من الممنين مثل الإحساس بمشاعر الممن، والاهتمام بالصدق به، والتي يستشعرها الممن من المرشد والتي تشعره بالأمن والثقة بالنفس والارتياح، والمشاركة الوجدانية، والانتباه والاحترام عند تعامل الباحثة مع أعضاء المجموعة الإرشادية. إضافة إلى تشجيع الباحثة لأفراد المجموعة الإرشادية

على التعبير عن انفعالاتهم دون خجل أو خوف، وخلق جو من الألفة بين أفراد المجموعة الإرشادية، وتشجيعهم على تزاور بعضهم البعض، وممارسة بعض الأنشطة الرياضية والدينية، بحيث يكون الدار وحدة اجتماعية بنائية، فالكل يتحرى بالمؤال عن الآخر، ومحاولة التغلب على العزلة والانسحابية، والتشجيع على التواصل الاجتماعي، وسرد الذكريات والخبرات الحياتية الماضية، ومحاولة استرجاع ما تم من إنجازات في محيط العمل والأسرة. وهذا لا شك يؤدي إلى رفع الكفاءة المعنوية، كما أنه ينعكس على مفهوم جودة الحياة، ويساعد المسن على الإقبال على الحياة والرضا عنها.

إضافة إلى هذا، ترى الباحثة أن استخدام بعض الفنيات الإرشادية مثل أسلوب الدحض والتنفيد والتدريب أفراد المجموعة الإرشادية على استخدامه لعب دوراً كبيراً في تغيير الكثير من الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية. ومن ثم، ترى الباحثة أن الإنسان وفقاً لنظرية ألبرت إيس عندما يتخلص من أساليب تفكيره المضطربة فهذا ينعكس بالإيجاب على صحته النفسية. كما أن فنية حديث الذات لعبت دوراً كبيراً في استرجاع ما مضى من ذكريات وخبرات وإنجازات، وهذا لا شك يدفع المسن إلى حالة من الرضا والتوافق، خاصة عندما يتذكر أنه له سجل حافل من الإنجازات.

كما استطاعت الباحثة من خلال تمرينات الاسترخاء العضلي لأفراد المجموعة الإرشادية، وحرصها الدائم لأفراد المجموعة الإرشادية على دوام الممارسة إلى جانب ممارسة رياضة المشي لعبت دوراً كبيراً في التخلص من بعض الانفعالات الحالية التي يعاني منها بعض المسنين. كما قامت الباحثة بتدريب أفراد المجموعة الإرشادية بالألا تتنازل عن حقوقها، وتنمية السلوك التوكيدي، كما يترتب عليه زيادة سعادتها النفسية. إلى جانب استخدام أسلوب النمذجة، حيث طلبت الباحثة من كل عضو من أعضاء المجموعة الإرشادية أن يكون نموذجاً للآخر. كما لعبت الباحثة دوراً أثناء الجلسات الإرشادية على تشجيع أعضاء المجموعة الإرشادية على مواجهة الفعلية للمشكلات، ووضع حلولاً لها، بدلاً من تركها.

إضافة إلى هذا، ترى الباحثة أن فنية الواجبات المنزلية التي قامت بها أفراد المجموعة الإرشادية لعبت دوراً كبيراً في تحسين مفاهيم جودة الحياة، والذكاء الوجداني، والسلوك التوكيدي، ومفهوم الذات، لأن الباحثة كانت حريصة كل الحرص على مراجعة الواجبات المنزلية ومناقشة كل عضوة من عضوات المجموعة الإرشادية في هذه الواجبات. هذا النشاط التي قامت بها المجموعة الإرشادية لعب دوراً جلياً في زيادة الاهتمام والفاعلية لديهن، وأصبحن حريصات على تقديم الواجبات المنزلية وتوضيح ما تم إنجازه.

ومن ثم، ترى الباحثة أن الفنيات الإرشادية المستخدمة تحت مظلة البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكي لعبت دوراً مؤثراً في تنمية جودة الحياة لدى المسن.