



جامعة 20 أوت 1955 - سكيكدة

كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية

قسم علم النفس

العوامل المساهمة في جودة الحياة لدى المتقاعد المسن

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر، تخصص: علم النفس العيادي

إشراف

محمّد سمير

اعداد الطلبة

- أ.بوزيرة سارة
- ب.حيول سميرة

لجنة المناقشة

الجامعة	الصفة	الرتبة العلمية	الأستاذ
جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة	رئيسا
جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة	مشرقا ومقررا
جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة	ممتحنا

السنة الجامعية: 2023-2024

﴿... يرفع الله الذين آمنوا منكم والذين أوتوا
العلم درجات والله بما تعملون خبير﴾

سورة المجادلة: الآية 11

شكر وعرفان

الحمد لله على نعمه، والصلاة والسلام على صفوة خلقه وأوصاله، وعلى آله وأصحابه وبعد:
يطيب لنا وقد من الله علينا بإكمال هذه المذكرة أن نرد الجميل لأهله، فالشكر لله
أولا وأجرا على نعمه العظيمة وآلائه الجسيمة على ما يسر لنا من إنجاز هذه المذكرة، فله
الحمد والثناء بما هو أهله.

وانطلاقا من قول المصطفى صلى الله عليه وسلم " لا يشكر الله من لا يشكر الناس " رواه أحمد
والترمذي، بأصدق العبارات وأوفاهها نقدم شكرنا وتقديرنا للأستاذ "مهند سمير" المشرف على
هذه المذكرة ، على ما أولانا به من اهتمام ونصح و إرشاد، كنت نعم الأستاذ والزميل وفقك الله
وجزاك كل خير .

كما لا يفوتنا أن نتقدم بكل الشكر والامتنان للأستاذتين الفاضلتين "لوشاحي فريدة " و"زندوح
زينة " على دعمهما لنا في بداية مشوارنا إلى غاية نهايته.

إلى صديقاتنا " ريمة " و"سارة " التي بدلتا كل مجهودهما ودعمها الدائم لنا.

كما نتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من ساعدنا من قريب أو من بعيد في إنجاز هذه المذكرة ولو
بدعاء

وأخيرا نسأل الله العظيم أن نكون قد وفقنا في هذه الرسالة، فما من توفيق فمن الله وما كان من
خطأ فمن أنفسنا ومن الشيطان.

"وما توفيقى إلا بالله عليه توكلت وإليه أنيب "من سورة هود

المخلص:

يعتبر موضوع التقاعد موضوعا متشعب الدراسات والرؤى العلمية والبحثية، تناولناه في هذه الدراسة كونه من أهم المحطات التي تحمل الكثير من المعاني لدى المسنين، فهي ظاهرة من الظواهر الاجتماعية البارزة كونها نقطة تحول لها انعكاسات صحية ونفسية واجتماعية ومادية على حياة الفرد وانتقاله من الحياة المهنية وما تحمله من تعب ومشقة وامتيازات وقيمة اجتماعية، إلى مرحلة أكثر قلقا وفراغا تترجم في مشاعر الخوف والتوجس، وذلك ما دفع إلى التساؤل عن جودة الحياة لديهم والعوامل التي تساهم فيها واستراتيجيات التكيف في هذه المرحلة، وقد فادتنا الدراسة وبعد استعمال وتطبيق مجموعة من الأدوات كالمقابلة العيادية نصف الموجهة على أربع حالات من المتقاعدين المسنين وكذا تطبيق مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (تعريب بشرى إسماعيل) وهذا ما يثبت بأن الشيخوخة ترتبط ارتباطا وثيقا بالتقاعد، فمهما كان يتمتع بامتيازات إيجابية إلا أن حياته الجديدة تتطلب المتابعة الصحية والدعم النفسية والسند الاجتماعي وكذا التخطيط والتنظيم من أجل تجاوز ومواجهة مختلف الأزمات الصحية، النفسية والاجتماعية، فكلما كان لديه العامل الصحي والنفسي والاجتماعي العلائقي كانت لديه جودة حياة جيدة بالإضافة إلى التأكيد بأن هناك عوامل تساهم هي الأخرى فيها وهناك نذكر عامل البيئة والدين والاقتصاد، كل العوامل المذكورة تعمل على الرفع وتحسين جودة الحياة أو خفضها.

الكلمات المفتاحية:

جودة الحياة، التقاعد، المسن المتقاعد

فهرس البحث:

الصفحة	العنوان
	آية قرآنية
	شكر وتقدير
	إهداء
	ملخص الدراسة
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
	مقدمة
	الفصل التمهيدي
	إشكالية البحث
	1. فرضيات البحث
	2. أسباب اختيار الموضوع
	3. أهداف البحث
	4. أهمية البحث
	5. تحديد المفاهيم
	6. الدراسات السابقة
	7. التعقيب على الدراسات السابقة
	الفصل الأول : جودة الحياة
	تمهيد
	1. نبذة تاريخية عن جودة الحياة

	2. تعريف جودة الحياة
	3. المنظورات المختلفة لمفهوم جودة الحياة
	4. جودة الحياة النفسية
	5. أبعاد جودة الحياة
	6. مجالات جودة الحياة
	7. جودة الحياة والمسن
	8. استراتيجيات تحسين جودة حياة المسن
	خلاصة الفصل
	الفصل الثاني: التقاعد
	تمهيد
	1. مفهوم مرحلة الشيخوخة
	2. الشيخوخة النشطة
	3. محددات الشيخوخة النشطة
	4. مفهوم التقاعد
	5. النظريات المفسرة لمشاكل المسن المتقاعد
	6. أهم المشكلات لدى المسن المتقاعد
	7. التكفل بالمسن المتقاعد
	خلاصة الفصل
	الفصل التطبيقي
	تمهيد
	أولا منهجية البحث
	1. الدراسة الاستطلاعية

	2. حدود البحث
	3. منهج البحث
	4. أدوات البحث
	5. حالات البحث
	ثانياً مناقشة النتائج
	1. عرض نتائج المقابلة والاختبار مع الحالة الأولى
	2. عرض نتائج المقابلة والاختبار مع الحالة الثانية
	3. عرض نتائج المقابلة والاختبار مع الحالة الثالثة
	4. عرض نتائج المقابلة والاختبار مع الحالة الرابعة
	5. التحليل العام لنتائج المقابلة والاختبار
	6. مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات
	ثالثاً: التذكير بالفرضيات
	1. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الأولى
	2. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثانية خاتمة
	3. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثالثة
	4. توصيات واقتراحات
	المراجع
	الملاحق

الصفحة	فهرس الجداول
--------	--------------

	جدول 01 أبعاد ومجالات جودة الحياة
	جدول 02 خصائص حالات البحث
	جدول 03 يوضح نتائج مقياس الحالة الأولى
	جدول 04 يوضح نتائج مقياس الحالة الثانية
	جدول 05 يوضح نتائج مقياس الحالة الثالثة
	جدول 06 يوضح نتائج مقياس الحالة الرابعة
	جدول 07 نتائج مقياس جودة الحياة مع الحالات الأربعة

الصفحة	فهرس الأشكال
	الشكل رقم (1): أبعاد جودة الحياة حسب شارلوك
	الشكل رقم (2): أبعاد جودة الحياة حسب ويدارال

الصفحة	دليل المقابلة
	دليل المقابلة العيادية مع الحالة الأولى
	دليل المقابلة العيادية مع الحالة الثانية
	دليل المقابلة العيادية مع الحالة الثالثة
	دليل المقابلة العيادية مع الحالة الرابعة
	مقياس جودة الحياة

مقدمة:

تعد مرحلة الشيخوخة من أكثر المراحل العمرية التي تنبؤ الإنسان بقرب أجله التي يكتنفها بصورة عامة نوع من الاضطرابات على المستوى الفسيولوجي والسيكولوجي، والذي يتمثل بالخمول، العجز والعزلة والفراغ الكبير بعد أن كانت حياته مفعمة بالنشاط والفعالية والمتعة في المراحل العمرية السابقة، فتصبح حياته دون معنى مما يضيف عليها نوعا من الحزن، وخاصة عندما يشعر بفارق التغيرات التي تحدث له عبر الزمن. من بين العوامل التي تؤثر على هذه الفئة عامل التقاعد فقضية المسنين وتقاعدهم أهم القضايا التي اهتموا بها في الأونة الأخيرة، وترتبط هذه الأهمية بتغير الكثير من الأنماط الحياتية والاجتماعية والصحية تشغل المجتمعات في مختلف المجالات، كونه يفقدون الكثير من أدوارهم النفسية، الاقتصادية والاجتماعية والذي يعني بشكل أو بآخر نهاية أهميتهم ودورهم في الحياة.

إن جودة الحياة لدى المسنين تكتمل من خلال وضعيتهم ومشاركاتهم في الحياة الاجتماعية، المساندة والدعم من طرف المجتمع، فالتقاعد يحدث اختلالات على جميع الأصعدة خاصة منها الصحية، ونظرا لارتباط التقاعد بمرحلة الشيخوخة باعتبارها مرحلة الضعف والأزمات.

من هذا المنطلق قمنا بهذه الدراسة للتعرف إن كان هناك فعلا عوامل تساهم في رفع جودة الحياة لدى المتقاعد المسن.

ولمعالجة هذا الموضوع تم تقسيم الدراسة الى جانبين، جانب نظري وآخر ميداني، بحيث يحتوي الجانب النظري على فصل تمهيدي وفيه تناولنا تحديد إشكالية البحث وعرض التساؤلات وأسباب اختيار البحث وتحديد الأهمية الأهداف والمفاهيم الإجرائية والدراسات السابقة مع التعقيب عليها، والفصل الأول تحت عنوان جودة الحياة، تعرضنا فيه الى تمهيد وكل ما يخص جودة الحياة من نشأتها وتعريفها والمنظورات المختلفة المفسرة، الأبعاد والمؤشرات، مروراً إلى جودة حياة المسن واستراتيجيات تحسينها.

تم التطرق في الفصل الثاني المعونن بالتقاعد تعرضنا فيه في البداية إلى بعض المفاهيم: مفهوم مرحلة الشيخوخة، مفهوم التقاعد، مفهوم الشيخوخة النشطة و أهم محدداتها، النظريات المفسرة لمشاكل المسن المتقاعد و أهم المشكلات مروراً إلى استراتيجيات تحسينها .

وللإحاطة بجميع جوانب الموضوع قمنا بتدعيم الجانب النظري في هذه الدراسة بدراسة ميدانية طبقت على 4 حالات من المتقاعدين المسنين، حيث شمل الجانب الميداني الإجراءات المنهجية التي اعتمدنا عليها في بحثنا بالإضافة إلى النتائج المتوصل إليها ومناقشتها على ضوء فرضيات الدراسة.

الفصل التمهيدي

الإشكالية:

إن موضوع جودة الحياة يعتبر من المواضيع الشاملة والحاضرة لجميع ميادين الحياة الإنسانية والتي حظيت باهتمام كبير في الآونة الأخيرة وذلك في مختلف ميادين الحياة الإنسانية، حيث تشير هذه الأخيرة إلى السعادة،

الصحة والرضا عن جميع مجالات الحياة والراحة النفسية والوجدانية، فحياة الإنسان لا تنحصر في تلبية الحاجات الضرورية واللازمة لبقائه فقط بل تتعدى إلى أبعد من ذلك لتشمل كل ما يحسن جودة حياته من خلال معرفة وفهم مكامن القوة لديه وكذا قياسها وتوجيهه الى حياة سليمة ومتوازنة.

فجودة الحياة تدل على إدراك الفرد للمتغيرات المحيطة به والامكانيات المادية المتاحة له وخصوصا إدراكه الذاتي والوجداني لوضعيته الاجتماعية والصحية ، فهي بالتالي تعبر التوازن النفسي وعن درجة الرضا التي يقيم بها الفرد شروط حياته ويكون من خلال المقارنة مع الآخر، حيث يكمن الهدف الجوهرى وراء قياس جودة الحياة هو التعرف على مدى تأثير المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية في تقييم وإدراك الفرد لحياته، كون هذه الأخيرة لها تأثير مباشر على نوعية الحياة لديه، و بالتالي فالمهم هنا هو دراسة التغيرات التي تحدث في جميع المراحل العمرية للإنسان خاصة منها فئة المسنين المتقاعدين والتي تشهد تغيرات جذرية وتقلبات كثيرة في حياتهم الشخصية، إذ تعتبر مرحلة الانتقال الى التقاعد هي أهم تغير يعيشه المسن، فهو يمثل انقطاع اجتماعي ونفسي قوي ومؤلم كون معظم العلاقات الاجتماعية كانت ترتبط أساسا بالمحيط المهني، فيفقد هويته المهنية بفقدان دوره الوظيفي والأساسي في الحياة فيجد نفسه أمام حتمية بناء هوية جديدة له ،إضافة الى التقلبات العائلية فيشعر بأنه فقد مكانته وأصبح عبأ على المجتمع، هذا التغير ليس بالسهل وإنما يعتبر إشكال أساسي قد يكون له آثار على طبيعة تفاعله مع الآخرين ونظرته لنفسه وللحياة ككل.

وعليه فمفهوم التقاعد يرتبط ارتباطا وثيقا بمفهوم الشيخوخة فكثيرا ما يعتبرونه هو البداية الحقيقية لمرحلة الشيخوخة، حيث تعتبر هذه الأخيرة مرحلة الضعف الفيزيولوجي وبالتالي تتأثر جميع الأجهزة الفيزيولوجية، الحركية، الهضمية، التناسلية، وتقل القدرة الوظيفية للعمليات العقلية فتصبح السيرورة الذهنية بطيئة وتبدأ الأمراض بالظهور مع التقدم في السن ما يجعل المسن المتقاعد في وضعية اعتمادية ويدخله في وضعية جديدة يغلب عليها الفراغ، اليأس، فقدان الأمل، والكآبة، والإحساس باقتراب الحياة من النهاية، فيفقد بذلك الاهتمام بكل شيء، ويصبح لا يستطيع الاستمتاع بحياته، فتتأثر جودة الحياة لديه والتي تتحقق من خلال شعور الفرد بالراحة والسعادة والرضا عن الحياة.

إن إحالة المسن للتقاعد له تأثير كبير يظهر من خلال إشباع دوافع العمل لديه، وانخفاض في المستوى الاقتصادي للأسرة وكذا زيادة وقت الفراغ ، وشعوره بعدم اهتمام المجتمع به مما يآثر عليه بالسلب، كما أن التقاعد يزيد من مشاكل الأسرة فتحدث تغيرات كثيرة تصاحبه فقدان العديد من الأنشطة، فقدان العلاقات

الاجتماعية، الاعتماد على الآخرين ، الخضوع لنفوذ الراشدين، و حدوث الكثير من المشاكل التي تعيق توافقه النفسي و الاجتماعي، و بالتالي فهناك علاقة وثيقة بين التغيرات النفسية لكبار السن و التغيرات الاجتماعية لديهم ، فكلما كانت حالتهم الصحية جيدة ساهمت في تعدد الأنشطة التي يقومون بها واستمرار علاقاتهم الاجتماعية، وتعدد دائرة تفاعلاتهم مع الأبناء أو الأهل أو الأصدقاء وهذا التأثير يمتد ليشمل الشعور بالسعادة النفسية و التمتع بالصحة النفسية، بينما تدهور حالتهم الصحية يخلق الكثير من الأعباء بالنسبة لهم. (نكي،2018، ص176).

ومن بين المشاكل التي تواجه المسن أيضا والتي لها علاقة بالتقاعد نجد الشعور الذي يسود عند بعضهم بأن هذا الأخير هو نهاية المطاف، أو نهاية أهميته ودوره في النشاط المجتمعي، كل هذه الأزمات تؤدي به للدخول في سلسلة من المشكلات النفسية والاجتماعية والصحية والتي تتعكس بالسلب على مستوى جودة الحياة لديهم. (السمري،2018، ص 34).

هذا التناول النظري ظهر من خلال دراسات سابقة تناولت الموضوع وخلصت الى نتائج تدعم هذا البحث، حيث توصلت دراسة السميري (2015) الى أن المشكلات الاقتصادية شائعة إلى حد كبير بوزن نسبي قدره 76,3 %، فيما أشارت النتائج أيضا إلى وجود علاقة سلبية بين مشكلات التقاعد والمرونة النفسية لدى المسنين المتقاعدين (السميري،2015، ص220-247).

أما دراسة جلاديس جي وآخرون (2014) فخلصت إلى أن الإنفاق على الناحية الصحية يزداد بعد التقاعد كما أسفرت النتائج أن معظم كبار السن يعتمدون على الاعانات الاجتماعية أو مدخراتهم لمواجهة المصاريف الطبية ومصاريف المعيشة اليومية. (بسام السيد، د.س، ص 123).

وفي ضوء ما سبق يمكن أن نحدد جودة الحياة لدى المسن المتقاعد من خلال جميع العناصر المتعلقة بالوضع الاقتصادي، الصحي، الاجتماعي والثقافي والنفسي الذي يعيشه المسن بالإضافة إلى محتوى الأنشطة التي يقوم بها وخصائص العلاقات الاجتماعية والخدمات التي يمكن الوصول إليها وأسلوب الحياة وتقييم الظروف المحيطة ونتائج تلك الأنشطة التي تلبي طموحات وتوقعات المسن وحالات الرضا أو عدمه أو السعادة أو الإحباط التي يشعر به. (القطان، 2010، ص 1112).

وعلى هذا الأساس اهتمت هذه الدراسة بالبحث عن العوامل المساهمة في جودة الحياة لدى المسن

المتقاعد ومن هنا نطرح التساؤلات التالية:

▪ ما هي العوامل المساهمة في جودة الحياة لدى المسن المتقاعد؟

التساؤلات الجزئية:

ما هي العوامل النفسية المساهمة في جودة الحياة لدى المسن المتقاعد؟

ما هي العوامل العلائقية المساهمة في جودة الحياة لدى المسن المتقاعد؟

ما هي العوامل الصحية المساهمة في جودة الحياة لدى المسن المتقاعد؟

1. فرضيات البحث:

▪ هناك عوامل محددة تساهم في جودة الحياة لدى المسن المتقاعد.

الفرضيات الجزئية:

ترتبط جودة الحياة لدى المسن المتقاعد بالعوامل الصحية كالاتماد على الادوية والاحساس بالألم

ترتبط جودة الحياة لدى المسن المتقاعد بالسند الاجتماعي

ترتبط جودة الحياة لدى المسن المتقاعد بتقدير الذات

2. أسباب اختيار الموضوع:

أ- أسباب موضوعية:

- حداثة الموضوع (جودة الحياة لدى المسن المتقاعدين) من حيث التداول العلمي.
- في السنوات الأخيرة أصبح الاهتمام بفئة المسنين كبير من قبل منظمات المجتمع المدني والباحثين.
- الدعوة لإنجاز ودراسة أبحاث عن فئة المسنين المتقاعدين نظرا لعدم معرفة توجه هذه الشريحة وغياب الرعاية الأسرية والاجتماعية.
- التهميش واللامبالاة الذي تعيشه هذه الشريحة في الأسرة والمجتمع والدعوة لضرورة التكفل النفسي والاجتماعي بها.
- تشجيع الباحثين وحثهم على ضرورة الالتفات لدراسة مثل هذه المواضيع.

ب- أسباب ذاتية:

- طبيعة تخصصنا التي تفرض علينا دراسة مثل هذه المواضيع.
- محاولة الإجابة عن بعض التساؤلات حول هذه الظاهرة النفسية الاجتماعية.
- حاجة هذه الفئة الهشة للرعاية والتكريم ومدتها بيد العون.

- ملاحظة معاناة الأشخاص المقربين إلينا بعد تقاعدهم.
- التقرب أكثر من المسنين المتقاعدين والتعرف أكثر على الحالة النفسية والعلائقية والصحية لهم.

3. أهداف البحث:

- يهدف هذا البحث إلى تحقيق مجموعة من الأهداف المرجوة، وهي:
- التعرف على الحياة النفسية لدى المسن المتقاعد.
 - التعرف على العوامل المساهمة في جودة الحياة لدى المسن المتقاعد وتسليط الضوء عليها.
 - معرفة مدى تأثير العوامل النفسية والصحية والاجتماعية على رفع أو خفض جودة الحياة لدى المسن المتقاعد.

4. أهمية البحث:

تكتسي هذه الدراسة أهمية بالغة لأنها تتناول فئة من فئات مجتمعنا الجزائري والتي هي كبار السن المتقاعدين، وتتمثل أهمية البحث في:

- إثراء الموضوع الذي يعرف نقص في الدراسات التي تطرقت إليه.
- تستهدف هذه الدراسة البحث في فئة حساسة من الواقع، وهي فئة المسنين المتقاعدين لأن مرحلة التقاعد يشوبها الكثير من الغموض وعدم وضوح معالم الحياة فيها.
- يقدم البحث إطاراً نظرياً حول العوامل المساهمة في جودة الحياة لدى فئة مهمة من المجتمع.
- يمكن أن يفتح هذا البحث المجال لإجراء المزيد من الدراسات العلمية حول هذا الموضوع وتوسيعه.
- تزويد المكتبة الجامعية والمتخصصين في الدراسات النفسية بنتائج علمية عن جودة الحياة والعوامل المساهمة فيها لدى المسن المتقاعد.

5. تحديد المفاهيم:

يتناول هذا البحث مجموعة من المفاهيم التي تحتاج إلى وضع تعريف محدد لها من الناحية النظرية والاجرائية، حيث سنتطرق إلى جودة الحياة، والتقاعد والمسن المتقاعد.

1.5 جودة الحياة:

من الناحية النظرية:

يشير Dennis et Al سنة 1993 أن جودة الحياة هي الاكتفاء الذاتي للإنسان لمتطلبات حياته وفقا لخبراته فيها، وهذا الاكتفاء يشمل الحاجات النفسية، الاجتماعية، المادية والصحية والنظافة البيئية والتربية والتعليم وكذا سهولة المواصلات وتوافر السلع وزيادة الدخل وتوافر فرص العمل، وحرية الاعتقاد والتعبير. ويرى Gianias 1998 أن جودة الحياة هي المتوسط الوزني لمجموعة وسائل الرفاهية والمتعة مثل الأجر والسكن والعمل والصحة. (الهنداوي، 2011، 34).

من الناحية الإجرائية: نقصد بجودة الحياة الرضا والشعور الداخلي بالراحة لدى المسن المتقاعد عن الحالة الجسمية والنفسية والاجتماعية، وهذا من خلال الدرجة المتحصل عليها على استبيان جودة الحياة المستخدم في البحث.

2.5 التقاعد:

- هو حالة توقف الانسان عن ممارسة نشاطاته المهنية. (Le petit Larousse 2010 , p 886).
- هو انقطاع الشخص عن أداء وظيفته وبالتالي حرمانه مما كان يتقاضاه من مرتب أو مكافأة مقابل قيامه بمهامه الوظيفية بعد انقضاء فترة زمنية يحددها القانون أو المجتمع. (محمد نبيل عبد الحميد، 1987، ص 37)
- وتكون الإحالة على التقاعد نتيجة كبر السن أو عجز أو إعاقة. (عبد الناصر سليم حامد، 2012، ص 87).

5. 3. المسن المتقاعد: يعرف المسن بأنه ذلك الشخص الذي يبلغ من السن ما بين 60 -65 سنة وأكثر وتظهر على ملامحه سمات المسن سواء كانت صحية، عقلية أو نفسية أو اجتماعية والتي على أساسها تحدث تغيرات في المراكز والأدوار المهنية والاجتماعية (بدوي، 2007، ص 12).

كما يعرف أيضا بأنه الفرد الذي ينتمي إلى الفئة التي تزيد أعمارهم عن 60 سنة ويختلف هذا السن من دولة لأخرى فغالبا تبدأ من سن الستين إلى غاية سن 65 سنة في معاشات التأمينات الاجتماعية أو القطاع الخاص أو بعض العاملين في الدولة. (فهمي، 2012، ص32).

من الناحية الإجرائية: يقصد بالمرس المتقاعد هو الفرد الذي أحيل للتقاعد نظرا لبلوغه العمر القانوني للتقاعد والذي محدد بسن 60 سنة، بمعنى آخر هو كل شخص كان له وزن في الحياة المهنية، وترك وظيفته بصفة قانونية أو إلزامية أو إجبارية أو اختيارية، حتى وإن تجاوز المدة الرسمية لسنوات العمل، يتمتع بمقابل مادي يصرح به صندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

6. الدراسات السابقة:

لأهمية الدراسات السابقة في الاطلاع على الموضوع ووسائله ونتائجه، سنعرض هنا مجموعة من الدراسات السابقة مصنفة حسب بيئة إنجازها.

الدراسات العربية:

1.6 دراسة لخير فايزة (2012) مفهوم الذات وعلاقته التكيف الاجتماعي لدى المسنين

هدفت للتعرف على مفهوم الذات وعلاقته بالتكيف الاجتماعي لدى المسنين وكذا التعرف على الفروق في أبعاد مفهوم الذات وفقا لمتغير الجنس والحالة الاجتماعية والحالة الصحية من جهة والتعرف على الفروق في أبعاد التكيف الاجتماعي وفقا لمتغير الجنس والحالة الاجتماعية والحالة الصحية من جهة أخرى، تكونت عينة الدراسة من 60 مسنا، و قد تم الاعتماد على مقياس مفهوم الذات ومقياس التكيف النفسي (من اعداد الباحثين)، متبعين في ذلك المنهج الوصفي والمنهج العيادي وكانت نتائج الدراسة كالتالي: وجود ارتباط دال احصائيا بين مفهوم الذات والتكيف الاجتماعي، عدم وجود فروق دالة احصائيا في مفهوم الذات ببعديه (الاسري والاجتماعي) حسب متغير الجنس في حين توجد فروق في بعديه (الجسمي والانفعالي) لصالح الذكور، عدم وجود فروق في مفهوم الذات حسب متغير الحالة الاجتماعية ولا توجد فروق في مفهوم الذات (الأسري والانفعالي) حسب متغير الحالة الصحية، أما بخصوص (الذات الجسمية الاجتماعية) لصالح المسنين المتمتعين بصحة جيدة، كما توصلت الى عدم وجود فروق في أبعاد التكيف الاجتماعي حسب متغير الجنس والحالة الاجتماعية والحالة الصحية.

2.6 دراسة سعودي كريمة (2012) مستوى الاكتئاب النفسي لدى المسنين المتقاعدين الجزائري

هدفت الى التعرف على مستوى الاكتئاب النفسي لدى المسنين المتقاعدين، وكذا معرفة هل توجد فروق في مستوى الاكتئاب النفسي بين الأرامل والمتزوجين من المسنين المتقاعدين، تمثلت عينة الدراسة في 36 فردا

من المسنين المتقاعدين المقيمين في الجزائر ذكورا واناثا، تم اختيارهم بطريقة عشوائية، كذلك تم تطبيق مقياس "محمد عبد الهادي الجبوري" (2010) وتم التوصل الى ارتفاع متوسط درجة الاعراض الاكتئابية على مقياس الاكتئاب النفسي. كذلك وجود فروق دالة إحصائيا في الاكتئاب النفسي تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوجين، أرامل) لصالح الأرامل.

3.6 دراسة بدري ابراهيم المقدادي (2014) الصلابة النفسية وعلاقتها الرضا عن الحياة والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الرعاية

هدفت الى التعرف على الصلابة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الرعاية بالأردن، تكونت عينة الدراسة من 140 مسنا، مقسمين الى: 67 مسنا و37 مسنة تتراوح أعمارهم ما بين 65-90 سنة وتم الاعتماد على المنهج الوصفي وعلى مجموعة من المقاييس متمثلة في: مقياس الصلابة النفسية لدى المسنين (من إعداد الباحثان حجازي وابو غالي 2010) ومقياس الرضا عن الحياة من اعداد عبد المنعم (2010) ومقياس الاكتئاب (لبيك) وتوصلت الى النتائج التالية: مستوى الصلابة النفسية لدى المسنين والمسنات كان منخفضا وكذا مستوى الرضا عن الحياة كان منخفض، اما مستوى الاكتئاب كان مرتفع، كما أظهرت النتائج ايضا وجود علاقة ايجابية بين مستوى الصلابة النفسية والرضا عن الحياة ووجود فروق دالة احصائيا بين المسنين والمسنات في الصلابة النفسية لصالح المسنين.

4.6 دراسة لطرش إيمان (2015) مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من المسنين

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

5.6 دراسة بكداش سعدي (2017) مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى المسنين المقيمين في دور الرعاية الاجتماعية

هدفت الى التعرف على مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى المسنين المقيمين في دور الرعاية الاجتماعية وكذا التعرف على الفروق في الشعور بالوحدة النفسية تبعاً لمتغير الجنس والسن والحالة الاجتماعية، تكونت عينة الدراسة من 32 مسن، مقسمين الى 12 ذكور و20 اناث، تم الاعتماد على المنهج الوصفي واستعمال مقياس الوحدة النفسية (من اعداد الباحثين) وتوصلت الدراسة الى نتائج مفادها: وجود مستوى متوسط من الشعور بالوحدة النفسية لدى افراد العينة وعدم وجود فروق دالة احصائياً في مستوى الشعور بالوحدة النفسية بين الذكور والاناث .كذلك تم التوصل الى عدم وجود فروق في مستوى الشعور بالوحدة النفسية تبعاً لمتغير السن ووجود فروق تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

6.6 دراسة معتصم محمد خير علي وفاء (2018) جودة الحياة وعلاقتها بالاكتئاب غير المرتبط بالأعراض الذهانية

هدفت للتعرف على العلاقة بين جودة الحياة والاكتئاب الغير مرتبط بالأعراض الذهانية بمستشفى التجاني الماحي وكذا توضيح الفروق في جودة الحياة لدى مرضى الاكتئاب تبعاً لمتغير الجنس والسن والمستوى التعليمي، تكونت عينة الدراسة من (373) مريض تم اختيارهم بطريقة عشوائية بإتباع المنهج الوصفي، كما تم الاعتماد على مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية ومقياس بيك للاكتئاب لقياس الاكتئاب، وتم التوصل الى نتائج مفادها : وجود علاقة ارتباطية موجبة بين جودة الحياة ومفهوم مرض الاكتئاب غير المرتبط بالأعراض الذهانية بمستشفى التجاني الماحي وكذا عدم وجود فروق في جودة حياة مرضى الاكتئاب غير المرتبط بالأعراض الذهانية تبعاً للجنس والسن والمستوى التعليمي.

7.6 دراسة بعلول نسبية (2020) جودة الحياة لدى المسنين

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

الدراسات الأجنبية:

8.6 دراسة Maria Savariva Soosova (2016) محددات جودة الحياة عند كبار السن

هدفت لتقييم تأثيرا العوامل الديمغرافية(العمر والجنس) والعوامل الاجتماعية والاقتصادية (الحالة الاجتماعية والتعليم والدخل) والعوامل الصحية (القلق والاكتئاب والحالة الوظيفية) على جودة الحياة لكبار السن في منطقة كوشيتسه، حيث تم تقييم جودة الحياة بواسطة إستيانات:(WhoQol-bref) و(WhoQol-old) وتقييم الحالة الوظيفية من خلال اختبار (Barthel) لأنشطة الحياة اليومية، والقلق بواسطة Beck Anxiety (Inventory) والاكتئاب من قبل مقياس (Zung) للتقييم الذاتي للاكتئاب، تم الاعتماد على عينة متكونة من 102 مسنا، وكانت من أبرز نتائجها أن أعلى مستويات جودة الحياة كان في مجال العلاقات الاجتماعية وأدنى مستوى في مجال الصحة البدنية، مع عدم وجود علاقة بين عامل الجنس ومجالات نوعية الحياة لدى كبار السن.

أما بخصوص العمر فله تأثير سيء على المجالات الجسدية والصحة العقلية والاستقلالية والأنشطة الاجتماعية من مجالات مقياس جودة الحياة لكبار السن. كذلك تم التوصل الى أن القلق والاكتئاب كان لهما تأثير سلبي في جميع مجالات نوعية الحياة، واخيرا وجد في هذه الدراسة أن الاستقلال مؤشر هاما لتحسين نوعية الحياة في مجال الصحة البدنية والاستقلالية والأنشطة الحالية والمستقبلية والمشاركة الاجتماعية.

9.6 التعقيب على الدراسات السابقة

بعد استعراضنا للدراسات السابقة نجد انها شملت متغيرات الدراسة الثلاث (جودة الحياة، العوامل النفسية والصحية المساهمة في جودة الحياة لدى المسن المتقاعد) واستقدنا منها بعد الاطلاع عليها في تحديد واختيار الادوات والمقاييس المناسبة لهذا الموضوع وكذا مناقشة نتائج البحث من خلال ما توصلت اليه نتائج الدراسات السابقة.

أما من الناحية المنهجية فنجد ان جل الدراسات اعتمدت على المنهج الوصفي لأنه يتناسب والظاهرة المدروسة والذي بإمكانه جمع الحقائق والمعلومات والكشف عن العلاقات بين المتغيرات، وركزت أيضا الدراسات الأخرى على المنهج العيادي لما له من قدرة على فهم الحياة النفسية بشكل أقرب وأكثر عمقا، في حين نجد ان أدوات جمع المعلومات الخاصة بدراستنا والمتمثلة في مقياس جودة الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية OMS تعريب بشرى إسماعيل أحمد (2008).

أما بخصوص العينة، نجد ان دراستنا اتفقت جزئيا مع الدراسات السابقة في تطبيق الدراسة على نفس الفئة العمرية الا وهي فئة المسنين، لكن دراستنا خصصت أكثر وتناولت المسنين المتقاعدين ضمن استراتيجية دراسة الحالة للتعق والبحث عن خصوصية واشكالية هذه الفئة الحساسة من المجتمع.

الفصل الأول

جودة الحياة

مقدمة:

يعتبر مصطلح جودة الحياة من المصطلحات الحديثة خاصة في العلوم الاجتماعية وتحديدًا في علم النفس، حيث أصبح هذا المفهوم من المطالب والحاجات الجوهرية والأساسية التي يريد كل فرد تحقيقها بغية

تحقيق صحة نفسية جيدة، كما أنها أصبحت تعتبر هدف أساسي في حياة الإنسان والتي تؤدي به إلى تحقيق العديد من الحاجات، والتوجه إلى الاتجاه الإيجابي والأفضل نحو الحياة وبالتالي تحقيق جودة الحياة. فقد أصبح الاهتمام بمشاعرنا مهمة أساسية في حياتنا، فمعظم ما نقوم به يهدف إلى تحقيق حالة مزاجية سعيدة وجيدة، فكل ما نقوم به نسعى به إلى تحقيق الشعور لأنفسنا بأننا في حالة أفضل، ومن هذا نجد بأنه من الصعب الفصل بين مشاعرنا الواعية والغير واعية، وبين نمط حياتنا ونوعيته، فهو يتعدل وفق مجموعة من القدرات والإمكانات الخاصة، ومن ثمة يكون الطريق إلى جودة الحياة. وهذا ما سنتناوله بنوع من التفصيل في هذا الفصل.

1. نبذة تاريخية عن جودة الحياة:

استخدم مصطلح جودة الحياة Quality of life في البدايات الأولى باعتباره مرادف لمفهوم التقدم والرفاهية الإنسانية وجودة المعيشة، و تم ربطه من طرف العديد من المختصين بمؤشرات موضوعية مثل معدلات الاستهلاك، ومن هنا جاءت العلاقة بين نشأة المصطلح والجدور الفلسفية للفكر الغربي في مجال حساب المنفعة، والقيم الاستعمالية للسلع، وبناء على ذلك شاع استخدام لفظ الجودة Quality للإشارة إلى الأشياء الراقية التي يستخدمها الانسان، ولعل من أبسط الفروض تلك التي أثارها أفلاطون، حيث افترض أن أولئك الذين يملكون قدرات مادية كبيرة هم الأقرب إلى الرضا، ومن هنا جاء الاعتقاد بأن الزيادة في المصادر المادية تؤدي إلى تقليص الفقر، و بالتالي فهي الطريق الأمثل لزيادة الاحساس بالرضا و السعادة والقناعة وجودة الحياة.

وعليه فمن الصعوبة تحديد مفهوم جودة الحياة كمصطلح علمي، ولكن يمكن الرجوع إلى مؤشراتنا إلى المناخ السياسي والاقتصادي والثقافي، حيث ظهرت التيارات الراضة للنظام السياسي الاقتصادي السائد، والذي جعل من زيادة الدخل القومي وزيادة الانتاج وزيادة الاستهلاك مؤشرا لنجاحه، ومن ثمة نستطيع القول بأن بداية ظهور المصطلح في دول الغرب الصناعي كان من هذا الباب، حيث استدخل هذا المصطلح في الولايات المتحدة الأمريكية مع نهاية الحرب العالمية الثانية، واشتمل على الحياة الطيبة أو ما يسمى بالرخاء المادي، ويبرهن عليه بامتلاك السيارات والمنازل، والأجهزة المنزلية، فأصبح وقت الفراغ والأنشطة الترفيهية، والرحلات جزء من المعادلة.

وفي منتصف الستينات، استدخل مصطلح جودة الحياة ليعني به نمط الحياة المتعلق بالترف، ومن ثم فمفهومها في تلك الفترة يمثل إضافة إلى مفهوم الكم يعني الأفضل والتميز، والمتفرد في الأشياء، ومستوى المعيشة وبالتالي في نمط الحياة ككل.

وبالتالي فمفهوم جودة الحياة انبثق ليعبر عن مطلب مرتبط بمرحلة جديدة للتنمية التي تطورت بتطور المرحلة الصناعية ليعبر عنها بحاجته الى استخدام الوفرة الاقتصادية من أجل اشباع الرغبات والطموحات ، و يصبح متناغم مع أهداف النظام الاقتصادي والسياسي السائد في دول الغرب الصناعي، حيث يرى " ايبس وزملاؤه" عام 1989 ، أن الأحداث السياسية والاجتماعية التي حدثت في أواخر الستينات والتي ظهرت بوضوح في مجالات الموسيقى الشعبية والأزياء والكتابات، قد كشفت عن تحول وجهة النظر المادية لجودة الحياة إلى الحرية الشخصية وأوقات الفراغ، الوجدان ،الانفعال، العواطف، المتعة، البساطة، والرعاية الشخصية، وبالرغم من جاذبية الممتلكات المادية، إلا أنه للاستمتاع بنوعية جيدة للحياة ينبغي التمتع بالصحة الجيدة التي أصبحت من المتطلبات الأساسية وأمر شديد الأهمية .

ومنذ بداية التسعينات أصبح الاهتمام بنوعية الحياة في تزايد مستمر وظهر ذلك من خلال معالجة المرض، وتزامنا مع التقدم التكنولوجي، مما دفع بالمرضى في أن يطلبوا من أطباءهم أن يتخذوا وجهة نظر تقديسا لمتاعبهم الصحية، وهذا ما انعكس في ميثاق منظمة الصحة العالمية (WHO) والتي اعتبرت أن الصحة هي السلامة الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية، وليست فقط مجرد غياب أو عدم وجود المرض، بمعنى آخر أن عدم المرض ليس مجرد الصحة والسلامة البيولوجية للإنسان، ولكن أيضا سلامته النفسية والاجتماعية. ومن هنا يتضح علاقة مفهوم جودة الحياة مع الجوانب السياسية والنفسية والاقتصادية والاجتماعية عبر التاريخ، ومعرفة التفاعل والتجاوب بين هذه الجوانب ومفهوم جودة الحياة.

2. تعريف جودة الحياة:

تعددت وتباينت التعاريف لمفهوم جودة الحياة، وهذا راجع لعدة أسباب منها أن هذا المفهوم حديث الاستعمال نسبيا في الجانب العلمي ثم توزع و انتشر على مختلف العلوم ومجالات الحياة، لذا نجد أن كل باحث أو عالم وضع تعريف خاص له، ويرجع هذا الاختلاف للمعايير والمحددات التي

استعملها كل منهم في تعريف و تفسير هذا المفهوم، ونجد أنهم اعتمدوا على بعدين جوهريين هما البعد الموضوعي والبعد الذاتي، إلا أن الباحثين ركزوا على المؤشرات الخاصة بالبعد الموضوعي لجودة الحياة و الذي يتضمن مجموعة من المؤشرات القابلة للملاحظة والقياس المباشر مثل التعليم ، أوضاع العمل، والاقتصاد ومستوى الدخل والمكانة الاجتماعية وحجم المساندة المتاحة في شبكة العلاقات الاجتماعية(أبو حلاوة، 2010، ص 30) ، غير أن النتائج أظهرت أن التركيز فقط على المؤشرات الموضوعية لا يسهم إلا في جزء صغير من التباين الكلي لجودة الحياة ،ويؤكد هذا المعنى كل من تيلور و **بوجدان** أن جودة الحياة موضوع للخبرة الذاتية، إذ لا يكون لهذا المفهوم وجود أو معنى واضح من غير أن يشمل إدراكات الفرد ومشاعره وتقييماته لخبراته الحياتية(مشري، 2014، ص 225).

أما **Kristan** (1997) يعرفها بأنها ذلك الرقي والنقدم في مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، والنزوع نحو نمط الحياة يتميز بالترف، وهذا النمط لا يمكن تحقيقه سوى مجتمع الوفرة، أي ذلك المجتمع الذي يستطيع أن يحل كافة الأزمات والمشكلات المعيشية لأغلبية سكانه (الأشول، 2005، ص 5).

ومن خلال ما سبق نجد أن هذا التعريف ركز على ما يقدمه المجتمع من خدمات لأفراده، وهنا نتساءل هل أن كل المجتمعات تحقق هذه الوفرة؟ وهذا ما يجعلنا نذهب إلى مقارنة المجتمعات التي تحقق الوفرة وتحقق لأفرادها مستوى جيد من الخدمات في المجال الصحي والاجتماعي مع الأخرى التي لا تقدم مثل هذه الوفرة، وهنا يكفي استخدام الملاحظة والقول بأن أفرادها لديهم جودة الحياة. (الهنداوي، 2011، ص 34).

ومن هذا المنطلق التفسيري لجودة الحياة بدأ البحث في الجانب الآخر عن مؤشرات ومحددات تكون أقرب للمحددات الذاتية من المؤشرات الموضوعية المتعارف عليها حيث وبدأ البحث في نوعية الحياة المدركة للفرد نفسه، فالشعور بجودة الحياة هو أمر نسبي مرتبط بعوامل ذاتية تختلف من فرد إلى آخر كالمفهوم الإيجابي للذات والرضا عن الحياة والسعادة والسرور والنجاح ومدى الرضا الشخصي وشعور الفرد بها. (بوعمامة، 2019، ص 348).

وعليه فهي بذلك تعني رضا الفرد بقدره ونصيبه في الحياة، والشعور العام بالراحة والسعادة والشعور بالاستقلال والرضا الذات (الكريدي أو العدلي، 2013، ص 78).

ونستخلص من كل ما سبق من تعاريف والتي اعتمدت على المؤشرات الذاتية لتحديد مفهوم الجودة بأنها مرتبطة بإحساس و إدراك الفرد بقيمة الحياة الفعلية في ضوء ظروف حياته التي يعيشها والتي تتأثر بأحداث اليوم و ببعض الإمكانيات المادية، إلا أن هذه المؤشرات تعتبر المؤثر الأكبر في الشعور بجودة الحياة لكل إنسان ، ومنه يتضح لنا جليا بأنها تأخذ معاني مختلفة فلا يكفي للشخص أن يمتلك المقومات المادية الضرورية في الحياة بل يجب أن يكون مستفيدا و متمتعا بها، و هناك من يرى أن العيش بأمان و استقرار و اكتفاء يكون كافيا و يصفها آخرون بأنها تكمن في طاعة الله و منهم من يراها في الدراسة أو في العمل.

أما بالنسبة للنظرية التكاملية لصاحبها Anderson (2003) فيرى بأن جودة الحياة تكون في الرضا والسعادة، معنى الحياة، نظام المعلومات البيولوجي، الحياة الواقعية، وتحقيق الحاجات، إضافة إلى المؤشرات الموضوعية الأخرى، و تقييم الفرد لكل ما يدور حوله و مدى إدراكه للحياة، هذا ما يجعله قادرا على بناء أفكار للوصول إلى الرضا عن الحياة، كما يرى أيضا أنه توجد ثلاث سمات تؤدي إلى الشعور بجودة الحياة الأولى تتعلق بتحقيق الأفكار المتعلقة بأهداف الفرد، والثانية المعنى الوجودي الذي يربط بين الأفكار والأهداف، والثالثة الشخصية و العمق الداخلي (بوعمامة، 2019، ص 350).

3. المنظورات المختلفة لمفهوم جودة الحياة:

يتم تناول مفهوم جودة الحياة من وجهات نظر مختلفة حسب التخصص الذي يعتمده الباحث

في دراسته للمفهوم، وفيما يلي تفصيل لمختلف تلك الآراء:

1.3. المنظور النفسي: تمثلت محاولات تحديد المنظور النفسي لجودة الحياة في صورتين:

الصورة الأولى: تمثلت في التحليل التأملي، الذي يتضمن صياغة قائمة تحوي العوامل العامة والمهمة لجودة حياة الأفراد، و من أنصار ذلك كتابات كل من ليند "Lynd" و برلسون "Berelson" و باور "Bauer" بالإضافة إلى تقرير رئيس اللجنة الأمريكي التي اعتمدت على هذا النوع من التحليل من أجل تحديد القيم والأهداف العامة، وقد نتج عن اللجنة الدائمة قائمة من البنود التي تعتبر بالغة الأهمية للحفاظ على حياة الأمة و أفرادها.

الصورة الثانية: فقد اعتمد فيها على دراسة الأمريكيين حول نظرتهم لصحتهم العقلية، ودراسة أخرى موضوعها "تقارير عن السعادة"، و خلال سنوات السبعينات والثمانينيات، حدث تقدم ملحوظ في وسائل قياس إحساس

الناس بالحياة الجديدة، ففي سنوات السبعينات قام العالم **دولكي** بتحديد تسعة عوامل لجودة الحياة وتصنيفها في أربع مجموعات رئيسية هي: الصحة، المكانة والنجاح، النشاط، الحرية والأمن، أما علماء النفس فقد اهتموا في سنوات الثمانينيات على دراسة جودة الحياة بالتركيز على نقطتين جوهريتين هما:

- إلى أي مدى تتأثر الإدراكات الذاتية للفرد بالتوتر وعملية السيطرة الداخلية والخارجية والدعم الاجتماعي والأداء والقلق؟ وكيف يؤثر إدراك الفرد لكل هذه المتغيرات على جودة الحياة؟
- إلى أي مدى يمكن اعتبار المتنبئين بمختلف جوانب جودة الحياة الانفعالية والمعرفية متشابهين أو مختلفين؟

فيرى البعض أن جودة الحياة من أهم مفاهيم الطب النفسي، حيث زاد البحث عن هذا الموضوع بشكل ملحوظ وجدي في السنوات الأخيرة، فمن أجل وضع تعريف شامل ومحدد لها يتوجب التطرق إلى الخلفية التاريخية الاهتمام بمؤشراتنا و أبعادها الرئيسية و كذا مجالاتها، ومن ثم معرفة ودراسة التناقضات الموجودة بين المحددات الموضوعية والذاتية ووسائل قياسها، ومن هنا جاء اهتمام علماء النفس بجودة الحياة وعلى مدى تحقق الحاجات الانسانية، حيث إن تجاهل هذه الأخيرة هذه هو السبب الأساسي وراء ضيق منظور كثير من المفكرين كون أن جودة الحياة تتضمن أيضا عوامل غير اقتصادية مثل دراسة الطموحات والمخاوف والاحباطات والمقارنة بين المتغيرات الذاتية التي تعبر عن حالات الرضا أو عدهم كمؤشر من مؤشراتنا. (نجوى خليل، 1991).

وعليه فالمجال النفسي أو الصورة النفسية تشكل العالم الداخلي للفرد الذي يسمح له من تكوين خبراته وسلوكياته ومشاكله، ويشمل أيضا قدرات الفرد التي تساهم بتوعية الذات، الإدراك، التفكير، التذكر، المشاعر، وكل ما يساهم في جودة الحياة. (محمد كريم، 2011).

2.3. المنظور الصحي: يعتبر المنظور الصحي أحد مؤشرات جودة الحياة ويظهر ذلك في المجال الطبي من خلال علاج الأمراض العضوية وتوفير العناية الصحية اللازمة من تكاليف وكذا الحالة الاقتصادية والاجتماعية للأسرة والمجتمع، أما فيما يخص علم الأورام وكذا مجال الأطفال، فإن المفهوم يرتبط بالوسائل والأجهزة التشخيصية الحديثة، وإن أي تقدم فيها يفيد في سد حاجات الأفراد يعتبر عين الرقي في جودة الحياة، وعين التقدم في مقاييسها، فقد اهتم الأطباء في هذا الموضوع بدراسة تكاليف الرعاية الصحية والطبية ومدى استغلال الموارد المالية، ومدى تقبل الفرد للاضطرابات النفسية وإعادة ادماج المريض مع مجتمعه، حيث أصبح تطور

الطب الحديث يسمح باستخدام التكنولوجيات الحديثة التي من شأنها توفير القدرة على المد في فترة حياة الكائن الحي، أو بشكل أدق الحفاظ على الحياة في مجالات المرض أو الإعاقة التي تميزت بخطورته وأصبحت مميتة له.

أما "ويليامز" فيرى أن مفهوم جودة الحياة يستخدم كعامل من عوامل توزيع الموارد في العناية الطبية، وهو ما يعتبر موضوع مفتوح للمناقشة في المجال الصحي، وتمثلت المشكلة الرئيسية في العوائق والصعوبات التي واجهت المختصين بهذا المجال من حيث التوزيع الأمثل لهذه الموارد والتي اتسمت بالمحدودية، ويتضمن أيضا تقييم كل نوع من أنواع الرعاية الصحية للوصول إلى التقييم الأمثل لكل نوع.

3.3. المنظور الاقتصادي: يعتمد المنظور التقليدي للاقتصاد في دراسته لجودة الحياة على البيانات الكمية، أي على معدل الدخل القومي ومدى توافر السلع والخدمات، لتحظى هذه النظرية في سنوات الستينات والسبعينات إلى الانتقاد والتوصل إلى أن دراسة الكم دون الكيف لم يعد كافيا سواء باعتباره هدف أو كمقياس، وهذا ما أعلنت عنه هيئة الأهداف القومية في تقريرها سنة 1970 في الولايات المتحدة الأمريكية.

أما في سنوات الثمانينات فقد ظهرت العديد من الدراسات التي تنتقد التحليلات الاقتصادية المعتمدة على نموذج أحادي البعد والتركيز على الكم وتجاهل الكيف، مثل دراسة **توماس باور T.M.Power** الذي اعتمد في دراسته لجودة الحياة على النظريات الاقتصادية الحديثة التي تتبنى عناصر الحياة الطيبة منها: الجريمة، تلوث البيئة، التعليم، الصحة والرفاهية، أما العالم **هانكس Hankiss** فقد أعد دراسة كشف فيها أن نمط توزيع السلع المادية والغير مادية يعتبر مكون من المكونات الأساسية لجودة الحياة.

ومن خلال ما سبق ذكره نستخلص أن محاولات الدراسات الاقتصادية لتحديد مؤشرات جودة الحياة من هذا المنظور قد غلب عليها استخدام المؤشرات الموضوعية أحادية البعد، ثم سرعان ما تبنت مفهوم جودة الحياة ليشمل منظورات أخرى بالتوازي بين المؤشرات الموضوعية والذاتية عند قياس جودة الحياة. (نجوى خليل، 1991).

4.3. المنظور الاجتماعي: حظيت الدراسات الاجتماعية حول جودة الحياة بمساهمة علماء النفس في تطوير المؤشرات الاجتماعية واستخدامها وقياسها لذات الظاهرة، حيث يعد **رايمون Raymon** " باور " **Bauer** سنة 1962، أول علماء الاجتماع الذين أشاروا إلى هذه المؤشرات، وفي نفس السياق تناول العالم **دانييل بيل Daniel-Bell** " هذه الدراسة حيث قام بوضع أربع مجالات لها وهي: التكلفة الاجتماعية، العائد الصافي

الناتج عن الاختراعات الاقتصادية، مجال الاحتياجات الاجتماعية كالإسكان والتعليم، الحراك الاجتماعي، الأمراض الاجتماعية.

أما في حقبة السبعينات، تبنى العلماء مجموعة من المفاهيم التي على ضوءها يمكن بناء دراسة لجودة الحياة كالتعبئة، السلالة والقيم، وتبين من خلال هذه الدراسات التي اهتمت بمقياس جودة الحياة تغلب المدخل النفسي الاجتماعي على إسهامات علماء الاجتماع، كالمكانة المالية، بيئة السكان، الاهتمام بالعلاقات بين الأشخاص، الموقف من العمل، النشاطات وقت الفراغ إلى غير ذلك، فنجد أن هذا المجال ركز على كيفية تقدير الفرد لنفسه اجتماعيا وفاعليته الذاتية وقدرته على الإبداع والنجاح ومدى وجود أو غياب الدعم أو السند الاجتماعي. (بعول، 2020، ص12).

5.3. المنظور التكاملي: يعتبر المنظور التكاملي منظور علمي متكامل مستوحى من كافة التخصصات، والتي تكون جسد لأنظمة متعددة للمعرفة، والتي يمكن استخدامها في إدراك وفهم أثر المجالات الأربعة في تحديد مؤشرات جودة الحياة، وهي: المجال البيولوجي، المجال البيئي، المجال النفسي والمجال الغيبي أو الميتافيزيقي، والتي تعطي معنى وإطارا متكاملًا بسبب تفاعلات الأفراد فيما بينهم والتي تتكون من خلالها الخبرات الشخصية والاجتماعية الخاصة بجودة الحياة، وذلك ما يؤدي إلى مشكلات متباينة وأشكال سلوكية، وهذا ما يفسر فهمنا وإدراكنا لمستوى هذه الجودة والصحة العقلية التي نعيشها من خلال مواجهتنا بين اللحظة و الأخرى للمجالات الأربعة بهدف إعادة التوازن و التوافق مرة أخرى وبإدراك منطقي جديد يعكس هذا التفاعل.

وكما هو معلوم فقد أصبحت هناك اجتهادات عديدة تخص دراسة جودة الحياة من مختلف المنظورات سواء من المنظور النفسي، الاجتماعي، الاقتصادي، البيئي أو السياسي، ليظهر بعد ذلك دعوات كثيرة لصياغة منظور تكاملي بقصد الاستفادة من إنجازات مختلف العلوم لتظهر محاولات عديدة تدعو أيضا لقياس جودة الحياة من هذا المنظور، منها دراسة **دولكي وروك** سنة 1972، واستخدم فيها ثمان وأربعين سمة، من بينها سمات نفسية، سياسية وأخرى اجتماعية، اقتصادية وفيزيقية. (نجوى خليل، 1991).

4. جودة الحياة النفسية:

يمكن تعريف جودة الحياة إجرائيا بوصفها العامل الثاني المكون للصحة النفسية وذلك من خلال رصد وتقييم المؤشرات الدالة على السعادة الشخصية والرضا عن الحياة، والحالة الوجدانية الايجابية، بمعنى آخر

يمكن اعتبار الكدر الانفعالي أو عامل الضيق ممثلاً للصحة النفسية السلبية بينما جودة الحياة النفسية فتمثل المكون الإيجابي منها.

لذا يعد تعريف جودة الحياة من المهام الصعبة، لما تحمله من جوانب متعددة ومتفاعلة فيما بينها، حيث أكد روجرسون أن جودة الحياة ترتبط بعامل البيئة وتعتبر من المحددات الأساسية لإدراك الفرد لها، ويظهر ذلك في تركيز العديد من الدراسات على جودة الحياة في بيئات محددة، فالاهتمام بمفهومها لن يتوقف بل سيزداد بصورة ملحوظة حيث أصبحت تحتل دوراً محورياً في حياة الفرد، فالعنصر الأساسي في كلمة جودة يتضح من خلال العلاقة الانفعالية الشديدة بين الفرد وبيئته وما تتوسطها من مشاعر وأحاسيس ومدركات، كما أكد أيضاً على أهمية دور البيئة والعوامل الثقافية كمحددات لها وأنه من الصعوبة التوصل إلى اتفاق حول وضع تعريفات إجرائية لجودة الحياة بين الباحثين، (الهنداوي، 2011، ص 30).

أما منظمة اليونيسكو فتعتبر مصطلح جودة الحياة مفهوماً شاملاً يضم كل جوانب الحياة ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية، والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي عبر تحقيق الفرد لذاته، وعليه فجودة الحياة تحتوي على مكونات موضوعية وأخرى ذاتية لذا ارتبط هذا المفهوم منذ البداية بسعي المجتمعات الصناعية نحو التنمية والتقدم والارتقاء بمتطلبات الأفراد عن طريق تحقيق الوفرة الاقتصادية لتلبية طموحاتهم وتطلعاتهم.

ويرى الكرخي أن جودة الحياة تكمن في شعور الفرد بالرضا والقدرة على إشباع الحاجات في مجالات الحياة ككل والتي تشمل السعادة البدنية والمادية، الاندماج الاجتماعي، النمو الشخصي والحقوق البشرية، كما يمكن التعبير عنها بأنها درجة الرضا أو عدمه التي يشعر بها الأفراد اتجاه مختلف المظاهر الموجودة في الحياة ومدى السعادة بالوجود الإنساني، وتشمل الاهتمام بالخبرات الشخصية لمواقف الحياة، وعوامل داخلية ترتبط بأفكار الفرد حول حياته، وعوامل خارجية تقيس سلوكيات الاتصال الاجتماعي والنشاطات، ومدى انجاز الفرد لهذه المواقف. (الكرخي، 2011).

ومن خلال التعريفين السابقين نرى أن كلاهما اشتركا في أن جودة الحياة هي شعور الفرد بالرضا والسعادة في الحياة الخاصة والاجتماعي.

أما كومني سان فيرى بأنها تشير إلى السعادة أو الصحة الجيدة أو تقدير الذات أو الرضا عن الحياة أو الصحة النفسية، بينما يراها مصطفى الشرقاوي على أنها كل ما يفيد الفرد في تنمية طاقاته العقلية والنفسية

والتدريب على كيفية حل المشكلات واستخدام أساليب المواجهة للمواقف الضاغطة والمبادرة بمساعدة الآخرين التي تعتبر من أدلة رفاهية و تقدم المجتمع، وينظر إليها أيضا من خلال قدرة الفرد على إشباع حاجاته النفسية والبيولوجية وعلاقاته الاجتماعية الايجابية والاستقرار الأسري والقدرة على مقاومة الضغوط و المشاكل الاجتماعية والاقتصادية.(حني، 2014 ، ص 20).

5. أبعاد جودة الحياة: ترتبط جودة حياة الفرد بعدة أبعاد وهي:

1.5. **البعد البيولوجي (البدني):** يتعامل هذا البعد في تنمية الطاقات البدنية الجسمية للفرد، ويعمل على ضمان استمرار صحته مدى الحياة.

2.5. **البعد المعرفي:** يتعامل هذا البعد في تنمية القدرات الأدائية والمعرفية والعقلية والمهارية للفرد، وجعلها في تجدد وتطور مستمرين.

3.5. **البعد النفسي:** يتعامل هذا البعد في تنمية القدرات النفسية الروحية والثقة وتقدير الذات للفرد.

4.5. **البعد الاجتماعي:** يتعامل هذا البعد في تنمية مهارات الفرد الاجتماعية المختلفة من حيث تقدير المجتمع وتقدير العلاقات البيئية مع الآخرين والذات الفردية والجماعية. (جميل وعبد الوهاب، 2012، ص 69).

هذا ويرى **كاريج وجاكسون (2010)** أن جودة الحياة تتجسد من خلال ثلاث مجالات أساسية وهي:

الكينونة Being ، الانتماء Belonging ، الصيرورة Becoming والجدول التالي يوضح المكونات الفرعية لهذه المجالات:

المجالات	المكونات الفرعية	بعض الأمثلة
	الوجود البدني Physical Being	أ. القدرة البدنية على التحرك وممارسة الأنشطة الحركية ب. أساليب التغذية وأنواع المأكولات المتاحة

أ. التحرر من القلق الضغوط ب. الحالة المزاجية العامة للفرد (ارتياح، عدم ارتياح)	الوجود النفسي Psychological Being	الكينونة (الوجود)
أ. وجود أمل في المستقبل ب. أفكار الفرد الذاتية عن الخطأ أو الصواب	الوجود الروحي Spirituel Being	
أ. المنزل أو الشقة التي أعيش فيها ب. نطاق الجيرة التي ينتمي إليها الفرد	الانتماء المكاني (البدني) Pysical Belonging	الانتماء
أ. القرب من أعضاء الأسرة التي أعيش فيها ب. وجود أشخاص مقربين أو أصدقاء (شبكة علاقات اجتماعية قوية)	الانتماء الاجتماعي Social Belonging	
أ. توافر فرص الحصول على الخدمات المهنية المتخصصة (طبية، اجتماعية..) ب. الأمان المادي	الانتماء المجتمعي Community Belongin	
أ. القيام بأعمال جول منزلي ب. العمل في وظيفة أو الذهاب إلى المدرسة	الصيرورة العملية Practical Becoming	الصيرورة
أ. الأنشطة الترفيهية الخارجية (النتزه، التربص) ب. الأنشطة الترفيهية داخل المنزل (وسائل الإعلام والترفيه)	الصيرورة الترفيهية Leisure Becoming	
أ. تحسين الكفاءة البدنية والنفسية ب. القدرة على التوافق مع تغيرات وتحديات الحياة	الصيرورة التطورية (الارتقائية) Becoming Groth	

الجدول رقم (1): أبعاد ومجالات جودة الحياة

المصدر: (بوعامة، 2019، ص 354).

من خلال الجدول يتضح لنا في التحليل النهائي لجودة الحياة في أنها وعي الفرد بتحقيق التوازن بين الجوانب الجسمية والاجتماعية والنفسية، من أجل تحقيق السعادة، الرضا والاستمتاع بالحياة والوجود الإيجابي كنتاج للظروف المعيشة للفرد، الإدراك الذاتي لها كون هذا الإدراك يؤثر على تقييم الجوانب الموضوعية لحياة الفرد كالعلم والتعليم والمستوى المعيشي وكذا علاقاته الاجتماعية من جهة، وأهمية هذه الموضوعات بالنسبة له في ظروف معينة ووقت معين من جهة أخرى (أبو حلاوة، 2010، ص 6).

أما حسب العالم شالوك فهناك ثمانية أبعاد متنوعة لمفهوم جودة الحياة، والتي تختلف في درجة أهميتها، وفقا لأهداف وتوجه الباحث عند دراسته للمفهوم كذا المنطق النظري الذي يحكم هذه الدراسة. (عبد الرحمن، سعيد عبد الرحمن، 2008، ص 337)، وهي موضحة في الشكل التالي:

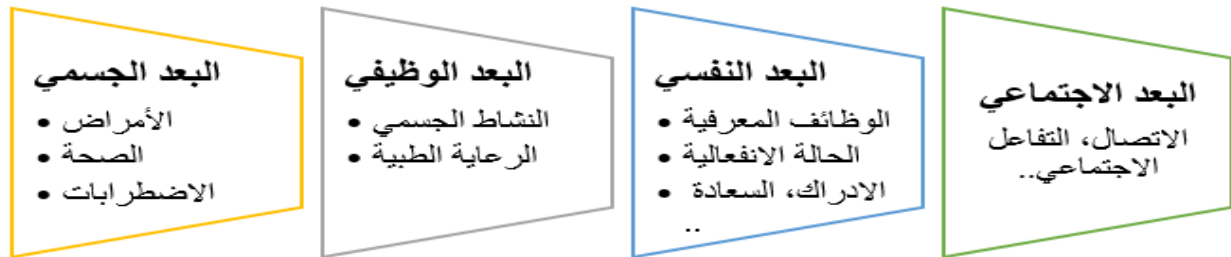
الشكل رقم (1): أبعاد جودة الحياة حسب شارلوك

المعيشة الانفعالية	العلاقات	المعيشة المادية	الارتقاء الشخصي	الصحة الجسمية	محددات الذات	الاندماج الاجتماعي	الحقق
• الامان، السعادة، القناعة، الرضا...	• الصداقة، التفاعل، المساندة، التقدير..	• العمل، الراتب، الممتلكات، المسكن..	• التعليم، المهارات، الانجاز...	• الرعاية والتأمين، الصحة والترفيه..	• الاستقلالية، تقدير الذات، تحقيقها...	• المكانة، الدور، والتقبل	• حق الفرد في اداء واجباته • الانتخاب، الملكية..

المصدر: (معافة أو لعور، 2023، ص 148)

ونلاحظ من خلال هذا الشكل أن جودة الحياة حسب شالوك تركز على الصحة العقلية والنفسية والجسدية والحياة الاجتماعية وجوانب الرقي الذاتي والاجتماعي، وهي بذلك شاملة لمختلف جوانب الحياة. أما حسب ويدارال (2003) فهناك أربعة أبعاد رئيسية لجودة الحياة موضحة في الشكل التالي:

الشكل رقم (2): أبعاد جودة الحياة حسب ويدارال



الشكل رقم (2): أبعاد جودة الحياة حسب ويدارال

المصدر: (معافة، أو لعور عاشور، 2023، ص 149)

ومن خلال هذا الشكل فإننا نلاحظ أن جودة الحياة بالنسبة له تشمل كل من الصحة النفسية والجسمية والاجتماعية، بالإضافة الى الحياة الوظيفية.

6. مجالات جودة الحياة:

أكد الكثير من الباحثين والدارسين أن جودة الحياة هي مركب معقد يضم مجالات عديدة منها الجسمية والنفسية وكذا الاجتماعية، حيث يجب أن توضع تحت التقييم من خلال التطرق إلى نقاط عديدة، هذا ما يسميه الباحثون بالتقييم الموضوعي والذي أسسوا له مقياس ذاتي يقدم للفرد المهني وينقسم إلى عدة مجالات (هي نفسها مجالات جودة الحياة) وهي كالتالي:

1.6. المجال البدني:

يدمج الدارسين والباحثين تحت هذا المجال كل من الصحة البدنية والقدرات الأدائية التي تضم الطاقة الحيوية، النوم، الراحة، التعب، والأمراض والآلام، وكذا مختلف المؤشرات البيولوجية التي تتضمن القدرات الوظيفية كالوضع الوظيفي، تنقل الأفراد للأنشطة اليومية التي تمكنهم من الاستقلالية النسبية، فنلاحظ هنا أنه من الصعب التطرق إلى المجال البدني دون مراعاة الجانب النفسي والاجتماعي وكيفية تأثير هذان الأخيرين عليه ويظهر هذا من خلال العناصر التي يتضمنها المجال البدني سواء ضمن الصحة البدنية أو القدرات الأدائية.

2.6. المجال النفسي:

يرى بعض الباحثين في هذا المجال أنه يتضمن الحالات العاطفية الإيجابية وجميع المشاعر، فيعتمدون على غياب المؤثر السلبي كالقلق والاكتئاب في تفسير جودة الحياة، ومن هنا يمكن القول أن تقييم الحالات العاطفية السلبية باستعمال المقياس الذاتي المخصص لقياس جودة الحياة يعتبر عنصر ذو أهمية من أجل تحديد بعض الجوانب النفسية التي يمتاز بها الأفراد فيما بينهم والمتعلقة بجودة الحياة، أما البعض الآخر فيدمج ضمن ذات المجال المفاهيم الدينامية الإجرائية كالتمية الشخصية، الإبداع، تحقيق الذات، المعنى من الحياة الأخلاقية والحياة الروحية و كذا مدى تفهم العالم المحيط بالفرد.

ومن خلال هذه التوجهات نرى أنه يمكننا التطرق إلى المجال النفسي لجودة الحياة من حيث كل الحالات الانفعالية الايجابية وكذا جميع اضطرابات الأداء النفسي للفرد. (بهلول، 2008، ص 53).

3.6. المجال الاجتماعي:

يرى العالم فلاناجون (1982) فهو يهتم أكثر بكمية العلاقات الاجتماعية بين الأفراد، فهذا المجال يندرج ضمن تقييم الفرد للوظائف الاجتماعية كالإحساس بتحقيق الذات وتقدير الذات الاجتماعية وكذا النجاح

والفشل، والتطرق إلى أهمية فعالية الشبكة الاجتماعية كالكثافة، التشتت الجغرافي، وتيرة الاتصال بين الأفراد، أما العالم جريفن (1988) فيرى وجوب الاهتمام أكثر بنوعية العلاقات الاجتماعية بين الأفراد أكثر من الاهتمام بكميتها.

نلاحظ من خلال هذان الاتجاهان أن المجال الاجتماعي لجودة الحياة يتضمن كل العلاقات والوظائف الاجتماعية، وعليه فلا يمكن النظر في هذا المجال بشكل متكامل إلا بالتطرق إلى شبكة هذه العلاقات من الناحية الكمية ومدى اندماج الفرد في المجتمع وفعالية المساندة الاجتماعية.

• **الرضا عن العيش:** يتمثل الرضا عن العيش حسب بافو (1994) في العملية المعرفية التي تهدف إلى المقارنة بين حياة الفرد وبين المعايير المرجعية له وعن التقييم الذي يقوم به الفرد في حياته، أما دينز (1994) فيذهب إلى أن هذا المفهوم يهدف للحكم الشعوري الشامل الذي يطلقه الأفراد عن حياتهم، ويظهر ضمن مجالات محددة كالمجال المهني، العائلي، الاهتمامات الصحة، وكذا المجموعة التي ينتمي إليها الفرد.

• **السعادة:** يتميز مفهوم السعادة بالتعددية الوظيفية، فهو يتضمن ثلاث مكونات رئيسية ومستقلة فيما بينها وهي المكون الانفعالي الايجابي (المتعة)، المكون المعرفي التقييمي (الرضا) وهو تقدير الفرد لمدى نجاحه في تحقيق تطلعاته والمكون السلوكي (التفوق والنجاح) كالتقييم الذاتي الذي يخص نشاطات الفرد، وبالرغم من اجتهادات ومقاربات الأخصائيين النفسانيين لهذا المفهوم، إلا أن مفهوم السعادة بقي مرتبط بالبحث عن المتعة أو اعتباره مرادف لمصطلح العافية.

فمفهوم السعادة يعبر عن سمة أكثر من اعتباره حالة بهدف الوصول إلى حالة مستقرة ومستدامة نسبيا.

• **الرفاهية الذاتية:** يمكن التطرق إلى هذا المفهوم بالاعتماد على التقييم الإيجابي لجودة الحياة التي يعيشها الفرد، هذا الأخير لا يعتمد فقط على غياب الانفعالات السلبية. ومتطلبات الحياة الموضوعية بل بتوفر المؤثرات الخارجية التي يتعرض لها الفرد في حياته اليومية والتي تحقق له السعادة والمنفعة والرفاه له وللمجتمع ككل.

7. جودة الحياة والمسئ:

تختلف جودة الحياة لدى الشاب والراشد والمسئ وتتغير عبر الزمن، فهي تتميز بالصحة الجسدية والعقلية والشعور بالسعادة والاندماج الاجتماعي وتقدير الذات العالي وحياة عاطفية متوازنة وهذا ما نجده يتوفر

لدى فئة الشباب والراشدين، فهذه المعايير جد مهمة للحياة وهي ممتدة ومليئة بالنشاطات الإبداعية لكنها في المقابل أقل وجودا لدى فئة المسنين وذلك راجع لمعاناتهم من الأمراض المزمنة وفقدانهم للاستقلالية لذا فمن المهم الاستمرار في تقديم المساعدة وتوفير الحماية والأمن من خلال رعايتهم وعلاجهم، وجودة المتابعة.

فنجد أن البعض من المسنين يتمتعون بصحة تقاعد جيدة ، محبة الأبناء ويمتلكون كل ما يجعلهم يشعرون بالسعادة والراحة ولكنهم في الحقيقة يعانون من توتر واكتئاب وقلق الموت ما يجعلهم يتمنون الموت بسرعة، وفي المقابل نجد البعض الآخر يعانون من نقص في الاستقلالية ومن أمراض مزمنة ولكنهم جد متفائلين ومحبين للحياة ولديهم روح التحدي الذي يرفض الموت و الاستمرارية في العيش و الحياة، فالروابط العائلية والحالة الصحية وما يحدث بينهما من علاقة تأثير وتأثر يعتبران محددان أساسين للشعور بالسعادة والرضا بالنسبة لهم، فحسب دراسة أجريت بالسويد تخص المسنين المقيمين ب Goteborg والذين تبلغ أعمارهم 70 سنة فما فوق، وجدت أن من أهم و أكثر الأحداث السلبية المؤثرة على جودة الحياة لديهم هي فقدانهم للشريك، طلاق الأطفال، النزاعات العائلية، والأمراض وعلى العكس فإن الأحداث الايجابية لديهم و التي تجعلهم يشعرون بجودة حياة جيدة هي ولادة فرد جديد في العائلة ، المساندة الاجتماعية، وعلاقات اجتماعية جيدة كالالتقاء بشريك جديد والشفاء من مرض معين ما يجعلهم يتمتعون بنظرة تفاؤلية نحو الحياة وعواطف ايجابية من خلال تعابيرهم : أنا سعيد، أنا متفائل للمستقبل، أحب الحياة، أشعر بأنني بخير مقارنة بالآخرين. (موالكية، 2021، ص 28).

8. استراتيجيات تحسين جودة حياة المسن:

إن قضية التقاعد لدى المسنين تعتبر من أكبر القضايا التي تعيق جودة الحياة ونوعيتها ومجرى حياتهم، فمجرد خروج الشخص من العمل يصبح في حلقة مفرغة وحزن كآبة أو عدم ممارسة الأنشطة الترفيهية كالسابق وعدم وجود هدف لحياتهم، فيفقدون بذلك مهارات التعامل ويشعرون بأنهم أصبحوا عالة على أسرهم وأبنائهم.

ومن هنا وضع كل من **Spence (1997)** و **Pchurch (1999)** مجموعة من الاستراتيجيات

والأساليب لتحسين جودة الحياة لدى المسن المتقاعد وهي كالتالي:

- الأنشطة اليومية وسمو الذات الذي يعبر على قدرة المسن في توسيع دائرة المحيط الشخصي في مختلف الاتجاهات ما يجعله قادرا على الانضمام في أنشطة يومية متنوعة وكذا تبني وجهات نظر جديدة وتحديد أهداف وغايات خارج نطاق الذات دون التقليل من قيمتها.
 - وضع برامج لتحسين مهارات التعامل في الحياة اليومية من أجل التقليل من أثر أزمة التقاعد، مع الأخذ بعين الاعتبار مجموعة من الاعتبارات كالسن، الحالة الاقتصادية، المستوى التعليمي الخاص بكل فرد وكذا مراعاة الجانب الصحي.
 - السند الاجتماعي من طرف الأسرة وجماعة الأصدقاء ودور العبادة التي تلعب دورا كبيرا في الرضا عن الحياة لدى المسن.
 - دور الرعاية للمسنين: فهي وسيلة للاستقلالية والاستمتاع بجودة الحياة لدى المسن، فمع تقدم العمر يصبح المنزل الذي أقام فيه عمره كله غير مناسب للظروف والتغيرات الجسمية الجديدة التي طرأت عليه لذا يطلب العديد منهم الإقامة في دور الرعاية نظرا لما تقدمه من خدمات صحية واجتماعية.
- في حين أكدت الدراسة التي قام بها أحمد (1987) على وجوب العمل بعد التقاعد فقد لاحظوا أن كبار السن المتقاعدين هم أكثر عرضة للاكتئاب من المسنين المتقاعدين الذين يعملون بعد التقاعد. (جهاد، 1999، ص 7).

خلاصة الفصل:

وفي الأخير يتضح مما سبق أن جودة الحياة هي مفهوم واسع يشمل كل التغيرات التي تحدث في حياتنا اليومية والتي هي بمثابة القاعدة الأساسية في حياة الأفراد، فعليه فلا بد أن يتمتع الفرد بصحة جيدة وأن يكون مرتاح البال وله مكانة في الوسط الأسري والاجتماعي دون أي عوائق حتى يتمكن من ممارسة مختلف نشاطاته اليومية ويقوم بأدواره ومهامه الوظيفية والاجتماعية في ظل ظروف بيئية ملائمة وتسييره لحياته أحسن تسيير ما يؤدي به إلى توافق نفسي واجتماعي وعليه يجب السعي وراء تحقيق جودة الحياة من خلال توفير أساليب و استراتيجيات للتكيف مع البيئة الخارجية تقاديا للوقوع في المشاكل و الاضطرابات النفسية التي يمر بها طوال مسار حياته.

الفصل الثاني

التقاعد

تمهيد:

تعتبر الشيخوخة عملية بيولوجية حتمية تمثل ظاهرة من ظواهر التطور والنمو التي يمر بها الإنسان، فهي مجموعة من التغيرات المعقدة تؤدي مع مرور الزمن إلى إتلاف التركيب العضوي في الكائن الحي وبالنهاية إلى موته وتتخذ الإحصائيات سن الخامسة والستين سنا لها، فمشكلة الشيخوخة ليست بدنية فقط، وإنما مجموعة من التغيرات الصحية والنفسية والذهنية والاجتماعية، إذ أن ظهور بدايتها يختلف باختلاف الأفراد وليس مقيدا بالعمر لذلك فرق الأطباء بين العمر الزمني والعمر البيولوجي .

وعليه فلم يستطيع الباحثين الاتفاق على وضع تعريف محدد للشيخوخة، ففضية المسنين وتقاعدهم تعتبر من أهم القضايا التي تشغل بال المجتمعات في الآونة الأخيرة، باعتبار التقاعد هو نهاية المطاف عند بعضهم، ونهاية أهمية الفرد ودوره في الحياة عند بعضهم الآخر، فهي تشمل عدة تغيرات جذرية في حياة الفرد في مستويات متعددة سواء كان على المستوى الجسدي أو النفسي أو العلائقي فهي الانتقال من القوة إلى الضعف ومن الاستقلالية إلى التبعية .

1. مفهوم مرحلة الشيخوخة:

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

حيث يعرفها Mishara من خلال أربع وجهات نظر :

1. التسلسل الزمني: حيث يمر الفرد في حياته بمراحل تطورية تبدأ بمرحلة الطفولة، المراهقة، الرشد ثم تأتي مرحلة الشيخوخة وهي آخر مرحلة عمرية يكون فيها مؤهل للدخول في التقاعد.
2. 1. جسديا وبيولوجيا: إن مصطلح الشيخوخة يشير إلى جملة من التغيرات الجسدية كفقدان القوة وعدم القدرة على التحكم في السلوكيات وأداء أعمال محددة وظهور أعراض ومؤشرات مرضية، إلا أنه توجد فروق فردية ترجع إلى عوامل بيئية والوسط الاجتماعي الذي ينتمي إليه الفرد .

3. 1. نفسو عاطفي: يقصد بها التغيرات النفسية التي تضم مختلف التغيرات المعرفية والتي تشمل كل الملكات والقدرات العقلية والسيرورة الذهنية من تركيز، انتباه، تفكير، وإدراك لكل التغيرات التي تشمل الجوانب العاطفية والوجدانية والشخصية.

4. 1. اجتماعيا: يتم التحكم في العمر من خلال الأحداث التاريخية الماضية للفرد والمجتمع وفهم العوامل الخارجية التي تسرع أو تبطيء في نتائج مرحلة الشيخوخة.

أما منظمة الصحة العالمية فتعرف الشيخوخة بأنها جملة التغيرات التي تحدث في البناء البيولوجي والنفسي والاجتماعي للفرد. (موالكية، 2021، ص 56).

أما من وجهة نظر المحللين النفسانيين فالشيخوخة ترتبط بمرحلة النضج الذاتي والفقدان، فالتقدم بالعمر يعني مواجهة فقدان متكرر سواء كان موضوعه مرتبط بالجسم أو صورة الجسم أو موت الآخر، وكذا فقدان الوظائف العقلية والخوف من الموت أو فقدان الذات، فيمكن القول هنا أن الشيخوخة تعني مواجهة فقدان الموضوع، الوظيفة، الذات. (Fantini-Hauwel et al, 2014, p 03)

ومن خلال ما سبق ذكره فالشيخوخة مرتبطة بالإحالة الى التقاعد وتتناسب مع سن الستين، وقد أشار العديد من الباحثين إلى الصعوبات والمشكلات التي تصادف الفرد في هذه الفترة في الانتقال إلى وضعية جديدة تشمل ضياع وفقدان المكانة، اختفاء المجموعة التي كان ينتمي إليها في عمله، هذه الوضعية يغلب عليها الشعور بالوحدة وفقدان الاستقلالية وبالتالي الدخول في أزمة وصراع، فكل مجتمع له اتجاهاته نحو هذه الفئة العمرية، وتظهر الاختلافات في طريقة تقبله لها من خلال تفاعل بنية الشخصية للمسن وهذا الموقف، فقد أصبحت الحاجة لعلم الشيخوخة Gérontologie أكثر من ضرورية، كونها ليست ضرورة بيولوجية فقط بل هي ظاهرة اجتماعية تتطلب إشباع حاجات نفسية واجتماعية تتناسب والمرحلة، وأهم ما يميزها هو الدخول في التقاعد . (كبداني، 2016).

2. الشيخوخة النشطة:

لتكون الشيخوخة شيء إيجابي ينبغي حياة طويلة ترافقها إمكانية البقاء بصحة جيدة وتحقيق الأمان والمشاركة، حيث استخدمت منظمة الصحة العالمية OMS ، عبارة " الكبر مع البقاء نشيط" للتعبير عن العملية التي تقود مرحلة الشيخوخة، باعتبارها عملية ثابتة من أجل تحسين إمكانية الحصول على الصحة الجيدة،

المشاركة، الأمان، وبالتالي رفع مستوى جودة الحياة خلالها، فهي تسمح للمس من تحقيق الراحة الجسمية والاجتماعية والنفسية، كما تسمح أيضا بتوفير الأمان والحماية ورعاية متكيفة مع حاجاتهم على مدار كل الحياة والمشاركة في المجتمع،

3. محددات الشيخوخة النشطة:

إن الشيخوخة النشطة تسمح لجميع المسنين حتى الذين يعانون من نقص أو إعاقة أو الذين بحاجة لرعاية أن يمددوا في معدل الحياة وتطوير جودة حياتهم، فهي تعتمد على مجموعة من العوامل والمحددات التي تحيط بالفرد كعائلته، الوسط الذي ينتمي إليه، وفيما يلي سنعرض مجموعة من هذه العوامل التي حددتها منظمة الصحة العالمية سنة 2002:

1.3. العوامل الصحية: إن النظام الصحي يبني نظرة حول الحياة وجودتها لدى المسن، فالهدف هنا هو الوقاية من الامراض وتوفير خدمات صحية ذات جودة عالية له.

2.3.العوامل الثقافية: تؤثر السلوكيات على الصحة وهي تختلف من مكان إلى آخر.

1.2.3. العوامل السلوكية: باعتبار الشيخوخة آخر مرحلة عمرية، يجب القيام بسلوكيات معينة تساهم في الحفاظ على صحتهم، كالتغذية الصحية، ممارسة نشاط معين، اجتناب التدخين، الابتعاد عن الكحول، وتجنب تناول الأدوية.

2.2.3. العوامل الشخصية: منها البيولوجية والوراثية فليدهم تأثير كبير، فكبار السن أكثر عرضة للإصابة بالأمراض مقارنة بالشباب، وهناك دور للعوامل الجينية في ظهور الأمراض المزمنة كالسكر، القلب، مرض الزهايمر وبعض السرطانات .

3.3.العوامل النفسية: تشمل الذكاء، القدرات المعرفية، التكيف مع التغيرات والفقدان، ففي مرحلة الشيخوخة نجد أن بعض هذه القدرات تضعف وتحدث فيها خلل مثل الذاكرة، التركيز، الانتباه، نقص سرعة معالجة المعلومات، وهذه التغيرات التي تحدث أثناء هذه المرحلة تعتبر عادية وقد تعوض بالمعارف والتجارب وغالبا ما يكون سبب الخلل في السيرورة الذهنية هو بعض الأمراض كالاكتئاب، نقص الثقة بالنفس، نقص تقدير الذات، الوحدة والعزلة، انخفاض الفعالية الذاتية التي تعتبر عوامل تساهم في التحفيز للتقاعد .

4.3. العوامل المحيطة: إن الوسط المعيشي ذو أهمية كبيرة في حياة المسن لأنه يتحكم أساسا في حرية وتبعية الأفراد، فالقرب من أعضاء العائلة وتوفر إمكانيات التنقل له دور كبير في جعل التفاعل الاجتماعي يكون إما إيجابيا أو سلبيا.

5.3. العوامل الاجتماعية: فالمساندة الاجتماعية تعد متغيرا هاما في الوقاية وتنمية الصحة بجوانبها النفسية والعضوية، حيث أثبتت دراسات علمية حديثة أن لها تأثير هاما على مساندة العقل والجسد، فالذين لديهم علاقات اجتماعية مع الآخرين ويتلقون مساندة اجتماعية هم أقل عرضة للإصابة باضطرابات فيزيولوجية ومشكلات صحية، فقد اقترح العلماء في هذا الشأن آليتين محتملتين: تعتمد الآلية الأولى على فكرة التصدي للضغوط وتفيد هذه النظرية أن العلاقات الاجتماعية الحميمة تعزز سلوكيات ايجابية تحافظ بدورها على نشاط الجسم الفيزيولوجي السليم في مواجهة الضغوط و المخاطر الصحية التي تهدد صحة الإنسان، بعبارة أخرى تقترح هذه الآلية أن المساندة الاجتماعية تعتبر جانب من الجوانب الهامة لعملية إدارة الضغوط وتخفيفها وهو ما يفسر القيمة الوقائية والعلاجية وهكذا نوع من العلاقات الحميمة و القوية في التصدي للضغوط ، أما الآلية الثانية تعتمد على فكرة التأثير المباشر الذي تمارسه المساندة الاجتماعية على السلوك، الأمر الذي يدفع الناس لممارسة سلوكيات صحية سليمة كالتغذية الصحية وممارسة الرياضة والعادات الصحية الأخرى التي تحافظ على صحة الفرد وتحميه من اضطرابات عضوية ونفسية محتملة اضافة إلى كون العلاقات الحميمة والروابط الوثيقة تعزز الكفاية الذاتية وتقدير الذات التي بدورها تخدم صحة الفرد الجسمية و النفسية . (يخلف ، 2001 ، ص 145-147).

ومما سبق نستنتج أن علاقات الفرد الاجتماعية تلعب دورا مهما في مقاومة المخاطر الصحية وذلك من خلال تأثيرها المباشر على الاستجابة المناعية لذا ينبغي أن يقوم التخطيط السليم والرعاية الطبية والصحية في مجتمعاتنا على هذه الحقائق العلمية.

6.3. العوامل الاقتصادية: وهي المردود الذي هو عبارة عن مجموع الأفعال للتقليل من الفقر من خلال توفير السكن، الأكل، الرعاية الصحية، الربح المادي وضمان المستقبل بالإضافة لما له دور في تحقيق الذات والاستقلالية.

4. مفهوم التقاعد:

يعرف على أنه نهاية المدة القانونية للحياة المهنية للعامل، ويعتبر السبب والحالة القانونية والشرعية لانتهاء علاقة العمل، ويقصد بالتقاعد النظام الذي تفرضه الدولة على الموظفين وعمال القطاع العام والخاص لتؤمن لهم المعاش أو التعويض عن انتهاء خدمتهم بعد فترة معينة، يدفعون خلالها أقساطا محددة من رواتبهم و أجورهم لصناديق التقاعد المؤسسة لهذا الغرض ويصل السن القانوني المطلوب أثناء أداء مهامه الوظيفية وهو عبارة عن قرار إداري أي تحت إشراف الإدارة بطلب من الموظف متى بلغ العامل سنا معيناً مع تحديد سنوات الخدمة و تنتهي علاقته بالإدارة ابتداءً من تاريخ توقيعه على محضر تبليغه قرار إحالته على التقاعد (بن صالح ، 2018 ، ص 11).

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

أما **Pollak et Danahue, Orbach** فيعرفون التقاعد بأنه الفترة المحددة التي يتوقف فيها الفرد عن العمل لوصوله للعمر القانوني والفترة التي تلي الوقت المحدد له، كما قدم **Gérard Dion** تعريف آخر لفترة التقاعد فهو التخلي عن العمل بسبب طبيعة العمل أو المرض أو بالإرادة أو بالإجبار. (مواكليه، 2020 ، ص 57).

ومن خلال كل ما سبق فالتقاعد يعتبر مرحلة من مراحل الحياة المهنية ينقطع فيها الإنسان عن العمل لأسباب صحية أو قانونية، فيجد نفسه مجبراً على الراحة وذلك بتوفر شروط معينة.

5- النظريات المفسرة لمشاكل المسن المتقاعد:

تعددت المداخل التي تفسر مرحلة التقدم في السن وما يتعرض له من تطورات وتغيرات في جسده ونفسه وعلاقته بالآخرين وتكيفه معهم، حيث يوجد في الوقت الحاضر عدد من النظريات حول الشيخوخة والتقدم في السن بعضها تحليلي ووظيفي، نفسي وبعضها اجتماعي، وبعضها الآخر نفس اجتماعي، فتحاول

هذه النظريات تحديد أنماط السلوك المرتبطة بهذه المرحلة مع تفسير نوعية الحياة، وتكيف المسن مع البيئة التي ينتمي إليها (أبو حطب، 2005، ص 520).

1.5. النظرية التحليلية:

ركزت هذه النظرية على أزمة الانفصال والحداد فكل مرحلة يمر بها الفرد في نموه تحدث له أزمة، فيتطور الجهاز النفسي من خلال معاشة الأزمات المتتالية التي تقوي ميكانيزماته وتسمح له بالوصول للنضج النفسي، فبالنسبة ل **Freud** يرى أن الحداد هو ردة فعل على فقدان موضوع محبوب، عمل داخلي للجهاز النفسي الذي يساعد الفرد الذي يقوم بالحداد وبالتالي سحب الاستثمار من الموضوع المفقود، كما يرى **R. Kaès et Al** أن الحداد عبارة عن أزمات بناءة ينمي فيها الفرد قدرته على التكيف مع الأوضاع الضاغطة، فالأزمة تكون معاشه نتيجة موت أو عدم توازن يخلق بسبب انقطاع مفاجئ مما يسبب تهديدات للجهاز النفسي، فالمشكلة هنا لدى المسن وجود صراع داخلي إثر التحول البيولوجي والاجتماعي الذي يحدث له، أما المحللين النفسانيين فسروه بأنه ظاهرة سوية يدل على التعلق بحدث فيه انقطاع **Attachement rompue** ويظهر سببه مشاعر وعواطف مرضية، فالمسن المتقاعد يظهر لديه الشعور بالفقدان، الحداد على الذات، والذي يوقظ حداده الأول الذي حدث في مرحلة طفولته، كما تشير **Mélanie Klein** بدورها أن الحداد الأولي هو الحداد الأصلي الذي يرتبط بالانفصال الأولي مع الأم ، حيث نجد أن المسن المتقاعد يواجه فقدان يؤديه إلى عملية الحداد على مستويين البيولوجي والاجتماعي، فالجسم في هذه المرحلة يتغير ويصبح أقل مقاومة وتحمل ويصبح ذو إدراك سيء لصورة الذات، بالإضافة إلى تغير الأدوار فهو مجبر على أن يفصل جزء مهم من حياته الداخلية فيولد لديه الشعور بالخوف واعتبارها نهاية وفقدان مرحلة الشباب، وخلف كل هذا يكون خوف من الموت، هنا تعمل الآليات الدفاعية اتجاه هذا الفقدان والانفصال بالهروب أو كبت كل التمثيلات الغير مقبولة، أو الإنكار فينكر وجود الشخوخة مما يخلف له مخاطر كالاكتئاب، الجسدنة، عدم التوازن النرجسي الذي يكون بين الحياة العقلية والحاضرة .(مواكليه، 2021، ص60)

2.5. النظريات الوظيفية: اهتمت هذه النظرية بكبار السن وتطورت خلال المدة ما بين (1950-1960) في الولايات المتحدة الأمريكية، شمل مفهومها نظرية النشاط ونظرية الانسحاب، فالشخوخة تتميز بفقدان الأدوار خاصة على المستوى المهني وصول وقت التقاعد وعلى المستوى العائلي، والسؤال المطروح هنا كيف يتعامل المسن المتقاعد أمام فقدان الأدوار الأساسية في حياته؟ إجابة على التساؤل ظهرت نظرية النشاط خلال

(1960) من خلال دراسة أجريت على 100 مسن يعيش في بلدة صغيرة ساحلية فوجد العالمين **Ruth Albrecht** و **Robert Havighurst** في سنة 1953 أن المشاركين في هذه الدراسة لديهم نوع من الرضا من جهة، ومن جهة أخرى يختلف هذا الرضا قليلا مع العمر والوضعية الاجتماعية لكنه مرتبط بشدة مع عدد النشاطات التي يقوم بها هؤلاء المسنين، فالشيخوخة الناجحة حسبها تكون عندما يعوض المسن ما فقده من أدوار داخلية واستثمار أدوار جديدة كأن يصبح جد أو جدة. هذا ما يجعل عملية التكيف سهلة وهو ما يعرف بمرونة الأدوار، أما **فريدمان** و **ميلر** ركزا أنه لكي يحدث التوافق بشكل فعال مع فقدان العمل يجب على الفرد أن يجد بديلا لتلك الأهداف الشخصية التي كان العمل يقوم بتحقيقها، وأن ينمي ويواصل نشاطاته بما يساعده على رفع روحه المعنوية وعلى أهمية الأنشطة البديلة في حالة فقد المتقاعد لعمله التي بها يشغل فراغه ويسترجع توافقه، أما **ميلر** ركز على الأنشطة البديلة التي تمثل مصدرا لدخل المتقاعد باعتباره مصدرا جديدا بعدما تناقص بعد التقاعد. (بن سالم ورسلان، 2008، ص 111).

وتتعلق هذه النظرية من قضية أساسية وهي أن أولئك الذين يحافظون على مستويات عالية من النشاط سيكونون أكثر نجاحا في شيخوختهم، فهؤلاء المسنين هم الأكثر سعادة وصحة ويعيشون عمرا اطول من أولئك الذين لا يحافظون على نشاطهم (بلعربي، 2017، ص 55).

أما العالمين **William Henry** و **Elaine Cumming** سنة 1961 اقترحا نظرية الانسحاب، وذلك بالتركيز على نتائج دراسة طبقت على 279 شخص مسن تتراوح أعمارهم من 50 إلى 90 سنة، فأصحاب هذه النظرية يرون أن الشيخوخة العادية تكون متبوعة بالانسحاب، الابتعاد، وملازمة للشخص المتقدم في العمر وأعضاء آخرين من النظام الاجتماعي الذي كان جزء منه، ويشير إلى نقص في عدد الأدوار الاجتماعية التي كان يقوم بها الفرد وانخفاض في تفاعلاته الاجتماعية وتغير في طبيعة علاقاته العاطفية للأشخاص الأكثر من 80 سنة يعتبرون وجودهم انتهى فقلصوا من روابطهم مع الحياة وأهملوا مسؤولياتهم، وعلى نمط نظرية النشاط والانسحاب تأتي النظرية الاستمرارية مؤكدة أهمية النشاط من ناحية وأهمية الاستقرار النسبي للأدوار التي اعتاد عليها الفرد في السابق من ناحية أخرى، فقيام المسن المتقاعد بعمل ما يساعده على استمرارية نسج العلاقات الاجتماعية ويكسبه هويته مما يؤدي إلى إحداث التوافق النفسي والاجتماعي (المصليحي أو العطفي، 2021، ص 913).

3.5. النظريات النفسو اجتماعية:

1.3.5. نظرية الهوية: ركزت هذه النظرية على مركبين أساسيين هما الهوية الاجتماعية والهوية الشخصية، فالاجتماعية تتكون عندما يكون هناك تشابه مع الآخر هذا ما يجعله عضوا فيها وينتمي لتلك الهوية، وتتكون من عملية التنشئة الاجتماعية وعملية التربية والتعليم وما يجعلها مشتركة هو تناقلها بين وداخل الأجيال عبر اللاوعي الجمعي. (Alaphine et Baily , 2014)

أما الهوية الشخصية فهي تلك الخصائص الفردية التي تجعله متفردا ومختلفا عن الآخر من خلال مدركاته الذاتية المستوحاة من الآراء والأحكام وكذا الخبرات الشخصية والتغيرات التي يعيشها، فهي تركز على الذات وتتكون من التمثيلات الذاتية التي تعتبر عملية تكيف تسمح للفرد المسن الوصول إلى التوازن والإدماج الاجتماعي وهذه الأخيرة تكون مرتبطة بالعمر والحالة الصحية، وتكون الصعوبة هنا إيجاد التكيف بين تمثيل الذات والواقع عندما يكون نرجسيا، بالإضافة إلى التغيرات الجسدية التي تحدث بسبب التوقف عن النشاط المهني والتغيرات التي تحدث في العائلة، والانتقال للتقاعد هو فترة إعادة بناء الذات ومن المحتمل أن تجعله حساسا وضعيفا، فلا نستطيع أن نتكلم عن التمثيلات الذاتية دون الأخذ بعين الاعتبار اختلاف العمر، فالمسنين يعانون من خلل بين العمر البيولوجي والعمر المدرك، والكبار المتقدمين في العمر يشعرون أنهم لا يزالوا شباب وبالتالي تمثيل جيد للذات وهوية شخصية جيدة وتقدير للذات ، فهي القيمة التي يعطيها الفرد لنفسه تبعا لما يمتلكه من قدرات شخصية وآراء الآخرين عنه، وما يحصل في مرحلة الشيخوخة هو تدني للقدرات الفيزيولوجية والمعرفية وبالتالي تقدير المسن لذاته يقل، حيث توجد هناك دراسات ترى أن إعادة تنظيم البناء المعرفي يحمي تقدير الذات وبالتالي ينمو أدائهم في الحياة، وهناك دراسات أخرى تثبت أن آليات التكيف والحماية تحافظ على التقدير الجيد للذات و السعادة للأفراد المسنين، إذن تقدير الذات الجيد هو ضمان لتكيف إيجابي لمرحلة الشيخوخة (Moulinier et al, 2008)

2.3.5. نظرية الصور النمطية: ركزت النظرية على فئة المسنين من خلال الاعتماد على وصف الأفكار المرتبطة حول هذه الفئة، وتبين من العديد من الدراسات أن الصور النمطية للشخص المسن معقدة ومتنوعة، فالصور السلبية المرتبطة به تكون متوارثة من الأجيال السالفة، والاستثمار يتم بطريقة آلية للمعطيات فنقود لسلوكات عنصرية، و في دراسة قام بها Chiello – Perrig حول 338 رجال ونساء مسنين من 65 إلى 95 سنة تبين أن الكبار المتقدمين في العمر يعتبرون أنهم أكثر شباب مقارنة بعمرهم الحقيقي هذا الخل

نجده أكثر عند النساء في سن 76 سنة بينما الرجال متقبلين هذا الانتقال، وفسر هذا الاختلاف بالفرق البيولوجي بين الجنسين وكذا نظرة الآخر وأحكامهم عن كون المسن ضعيف، مريض، منعزل.

3.3.5. تمثيلات اجتماعية مرتبطة بالمسن: حيث توصل **Ennuyer** (2000) من خلال دراسة التمثيلات الاجتماعية للمسن في فرنسا إلى وجود صورة مزدوجة متناقضة تظهر في المتقاعد النشط والشيخوخة الاتكالية من جهة، والاستقلالية والحرية من جهة أخرى فهو الحاجة للمساعدة والاتكالية على الغير، كما أن الانتقال للعمر الثالث أو الرابع مدرك من طرف المجتمع على أنه طبيعي، فالاتكالية وفقدان الاستقالة مؤشر على الدخول لمرحلة الشيخوخة .

من هذا العرض نستنتج أن النظرية التحليلية ركزت في تفسيرها لمشاكل المتقاعد على الصراع الداخلي الناتج للتغيرات التي تحدث خلال هذه المرحلة مركزة على الحداد الذي ينشأ جراء أزمة فقدان الموضوع المحبوب وعدم القدرة على سحب الاستثمار مما يؤدي إلى الوقوع في اضطرابات نفسية، أما النظريات الوظيفية ركزت في تفسيرها لمشاكل المسن على أهمية الدور، في حين نجد أن نظرية النشاط ترى أن الشيخوخة الناجحة تكون عندما يتم تعويض ذلك الفقدان من خلال استثمار أدوار جديدة، وعلى العكس ترى نظرية الانسحاب أن المسنين الذين يعانون من مشاكل نفسية هم الذين قلصوا روابطهم مع المجتمع وانعزلوا فيكون عاملا أساسيا للوقوع في العزلة، أما النظريات النفس اجتماعية والتي ركزت على الهوية، الصور النمطية، التمثيلات الاجتماعية، ترى أن الهوية تتكون من التمثيلات الذاتية وتقدير الذات، فإذا كانت مدركاته حول ذاته سلبية تؤثر على تقديره وصورته لذاته وبالتالي الوقوع في المشاكل النفسية، أما إذا كانت المدركات الموجودة لدى الفرد حول ذاته إيجابية فهذا يزيد من تقدير الذات لديه، وهذه المدركات تكون مستوحاة من نظرة الآخرين وآراءهم، معتقداتهم والثقافة، وكذا الصور النمطية والتمثيلات الاجتماعية الموجودة في المجتمع، فكلما كانت النظرة لهذه الفئة المسنين المتقاعدين إيجابية كلما كان عاملا وقائيا لتجاوز الأزمات وتحقيق جودة حياة أفضل .

6. أهم المشكلات لدى المسن المتقاعد: إن مرحلة الشيخوخة مرحلة جد معقدة نظرا للتغيرات التي تطرأ على الفرد أثناءها، ومن بين مشاكل المسنين نجد:

1.6. المشكلات الصحية للمسن: توجد أمراض مرتبطة بالشيخوخة وهذا لما يحدث من تغيرات في أعضاء الجسم نذكر منها :

1.1.6. ارتفاع ضغط الدم: يدور الدم في الأوعية الدموية نتيجة تقلص القلب وانبساطه بالتناوب وبصورة منتظمة فعندما تتقلص العضلة تدفع الدم من داخله إلى الشرايين فتتسع هذه بحكم مرونتها وهيمنة القوة الضاغطة عليها ثم يعود إلى درجة التقلص، فالدرجة الطبيعية لضغط الدم عند الشيوخ عندما يكون الجسم متمددا تبلغ 135 درجة والطبيعية لضغط في حالة نشاط هي 90 %، فاستمرار الضغط في الارتفاع عن المعدل الطبيعي يجهد القلب، ومن بين أهم الأعراض شعور المسن المصاب بطنين في الأذنين، ثقل في الرأس، اضطراب نفسي وسرعة في الاستثارة، ضعف الذاكرة، الصداع، دوران، عدم الرؤية بشكل واضح، فضغط الدم يعتبر من الأمراض المزمنة لمرحلة الشيخوخة الناتجة على عدم قدرة الفرد على مواجهة التهديدات والصدمات والأزمات و هي استجابة جسمية لذلك، فكلما تقدم الإنسان في السن تقل وتنخفض قدرته على مواجهة الضغوط الجسمية والبيئية، هنا نقصد السن الزمني أكثر ما نقصد به سن العضو الذي يتأثر بدوره في التكوينات الوراثية وأسلوب العيش أو نوعية الحياة. (عاشور، 2009، ص 32).

2.1.6. ألم المفاصل: الذين يتخطون مرحلة الرشد عادة ما يشكون من آلام في المفاصل وهذا المرض له صور عديدة وأسباب الإصابة به غير متفق عليها إلا أن من الأسباب الشائعة هي الوراثة، أمراض معينة مثل السكري، تضخم الغدد، هشاشة العظام، نشاط جسمي زائد ومن بين أعراضه نجد آلام شديدة عند القيام بالحركات، حساسية المفصل عند الضغط، فقدان المرونة وخفة المفاصل، تنتج عن هذه الأعراض فقدان القدرة على الحركة وانخفاض في الاستقامة (قناوي، 1987، ص 31).

3.1.6. مرض السكري : و هو مرض جد شائع جدا ويسجل أعلى ارتفاع عند سن 55 سنة ويزيد مع تقدم العمر حيث ينقسم السكر إلى نوعين: النوع الأول يحدث فيه نقص شديد في إنتاج الأنسولين ومن أهم أعراضه نقص الوزن والتعرض لنوبات من ارتفاع حموضة الدم ويبدأ مبكرا في الحياة، أما النوع الثاني غالبا ما يكون بلا أعراض واضحة في معظم الأحيان تظهر بالسمنة أو فقدان الوزن وفيه تحدث مقاومة للأنسولين ويمثل هذا النوع 90 % من الإصابة لدى المسنين ومن أهم أسبابه الوراثة ، الصدمات ، القلق، الاكتئاب الذي يفرز هرمونات تؤدي إلى زيادة نسبة السكر في الدم و الزيادة في الوزن (عاشور، 2009، ص 32)

4.1.6. أمراض القلب : بالأخص مرض الشرايين التاجية، حيث أنه السبب الأول لحالات الوفاة بين المسنين في العالم المتقدم ويظهر تصلب الشرايين من خلال ترسبات الكوليسترول تحت بطانة الشرايين، وبتزايد مع تقدم السن، يكون الخطر في إمكانية انفجارها في أي وقت و قد تسبب جلطة انسداد في هذا الشريان تماما وتسبب احتشاء في عضلة القلب وغالبا ما يكون سبب أمراض القلب هو أسلوب الحياة الغير صحيح، إلا أنه

يمكن الوقاية منه من خلال تحسين جودة الحياة مما يجعل المرض يتراجع وذلك عن طريق ممارسة التمارين الرياضية ، التغذية الصحية ،الابتعاد عن السلوكيات الخاطئة كالتدخين، التحكم في الأعصاب، الاسترخاء(قناوي، 1987، ص 37).

2.6. المشكلات النفسية للمسن:

تتمثل الحاجات النفسية للمسنين في العيش بأمان والتحرر من كل الضغوط النفسية، والحاجة إلى التقدير والشعور بالعطف والمحبة وثراء الجانب الوجداني، فهم بحاجة للسند والدعم وأن يعترف بهم ويحسون أنهم ذو منفعة وأن يشعروهم بكيانهم، وما يتعرض له المسنون من تغيير في كثير من الوظائف العقلية يجعلهم عرضة للخوف والقلق فالأمراض المزمنة التي يعانون منها وإحالتهم على التقاعد وافتقاد بعض الأصدقاء وأحيانا شريك الحياة وعدم القدرة على التكيف النفسي والاجتماعي يجعلهم في حالة من العزلة وافتقاد السند والمعين، كذلك التقدم في السن وما يصاحبه من ديناميات نفسية تتصف بنقص الكفاءة الوظيفية، فالمشكلات النفسية للمسن ترتبط أساسا بمشكلة عدم التكيف مع وضعه الجديد وتتضح هذه الآثار النفسية في ظل زيادة وقت الفراغ في مرحلة الشيخوخة، ومن بين أهم المشكلات التي تظهر في هذه الفترة فسام الشيخوخة فالعوامل البيئية تلعب دورا هاما أكثر من الوراثة، ويلاحظ بأن شخصية المسن تكون أكثر انطوائية قبل المرض، مع وجود عجز جسدي في معظم الحالات خاصة الصمم، ويبدأ المريض بضلالات اضطهاديه منفصمه ضد الآخرين، عادة ما يصاحب هذه الهذات بعض الاكتئاب أو الهلوسة السمعية أو البصرية، ومع كل ذلك فإن المسن يظل محتفظا بقدرته العقلية، وذاكرته مع تكامل شخصيته (العكروشي، 2005، ص 342).

إضافة لمشكلة القلق التي تحتل المراتب الأولى في المشكلات النفسية، حيث أكدت دراسة فوزي (1982) بأن القلق هو سمة مميزة لمرحلة الشيخوخة وتنتج من أربعة مصادر هي: قلق الصحة، قلق التقاعد، قلق الانفعال، والإحساس بالوحدة والفراغ، أقلق من المجهول والموت، فسمه القلق لدى المسنين تؤثر في جميع نواحي حياتهم حتى أن بعضهم يلجأ إلى العزلة والاكتئاب وانتظار الموت (الطفيلي، 2004، ص 269).

3.6. مشكلات المسن الاجتماعية: يعتبر المسن من أكثر فئات المجتمع تعرضا للحرمان الاجتماعي نظرا لقله موارده المالية وضعف قواه الجسدية حيث تزيد حدة مشكلاته الاجتماعية وشعوره بالوحدة والعزلة عن حياة المجتمع بدءا بجرمانه من العلاقات العائلية التي كانت تشكل جزءا كبيرا من نشاطه واهتماماته اليومية، فتصبح

تحركات المسنين وعلاقاتهم الشخصية بأفراد المجتمع مقيدة، هذا ما نجده في كبار السن فتقلص هذه الأخيرة إلى حد كبير مما يبعث مظاهر الملل والإحباط والشعور بأن الحياة تسير بلا هدف ويؤدي هذا إلى اضطرابات سوء التكيف مع البيئة، فإن أهم المشكلات الاجتماعية التي يعانها المسنون هي اغترابهم عن المجتمع نتيجة لعدم استجابة المجتمع لاحتياجاتهم وعدم منح فرصة الاشتراك في اتخاذ القرارات الهامة المتعلقة بإشباع حاجاتهم فينشأ ما يسمى بالاغتراب ويتبعه العزلة، الوحدة وخاصة زهاب الأبناء أو وفاة الزوجة أو الزوج، الضعف البدني، افتقاد مراكزهم في العائلة و العلاقات، يفقدون تأثيرهم على الأسرة وبذلك انسحابهم وابتعادهم عن المجتمع، حيث يكون الانسحاب متبادلاً بين المسن والمجتمع، فنقل الاهتمامات الاجتماعية للفرد فيما يتعلق بالجهود والأنشطة التي تخدم مجتمعه، ونقل مشاركاته في المنظمات المجتمعية تلك المنظمات ذات فاعلية (سواكر، 2015، ص121).

يتعرض المسن إلى مشكلة الوصم و الذي يعرفه Goffman بأنه تلك الصفة التي تجعل الفرد مختلف عن الآخرين، يشمل مفاهيم سلبية بناء على معاني الاجتماعية والصور النمطية المقترنة بالمجتمع و التي تقود أفراد المجتمع لمعاملة الشخص الموصوم بأقل من إنسان (شرقي، 2018، ص 173).

7. التكفل بالمسن المتقاعد:

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

1.7. **الدعم المتبادل من الأجيال:** هو دعم أفراد الأسرة من مختلف الأعمار للمسن، يتبادلون المساعدة ويقدمون الدعم العاطفي وهذا يعمل على خلق وتوفير شبكة الأمان لهم.

2.7. **تجديد العلاقات الاجتماعية:** تتقلص العلاقات الاجتماعية لمعظم المتقاعدين، فيقطعون العلاقات التي كانت تربطهم بالمجتمع، مما يجعلهم في عزلة ووحدة، هذا ما يتطلب بديلاً وهو المحافظة على تلك العلاقات، أو إعادة بنائها وإيجاد أماكن خاصة بهذه الفئة حتى يقضون الوقت فيها، وهذا لضمان شيخوخة تتمتع بالصحة النفسية.

3.7. **تكافل اجتماعي بين المسنين:** هو مساندة المسنين لبعضهم البعض، بحكم تقارب أعمارهم وتشابه ظروفهم واهتماماتهم، توجد أنواع من التكافل الذي يمكن أن يقدمه لبعضهم كالتكافل الصحي بتقديم المساعدة

لبعضهم، التكافل الوجداني وذلك بقضاء الوقت مع بعضهم مما يشجع ويساهم في بناء وتعزيز الروابط الإيجابية .

4.7. ربط جيل الشباب بجيل الشيوخ: جيل الشباب هو المسؤول عن رعاية الطفولة من جهة وعن رعاية الشيوخ من جهة أخرى فكفالة جيل الشباب بجيل الشيوخ تقوم على أساس الوفاء وتسديد الدين، وعليه يجب المحافظة على وضع المسن في المجتمع دون المساس بقدرتهم على العطاء، وسحب كل الأدوار منهم . (سواكر، 2015، ص 121).

خلاصة الفصل:

تم التطرق في هذا الفصل لسيكولوجية المسن المتقاعد وأهم المشكلات والأزمات والعوامل النفسية والعلائقية والصحية التي تحدث خلال هذه المرحلة، وما يتخللها من فقدان للعمل والصحة والعلاقات الاجتماعية، خاصة مرحلة الانتقال الى التقاعد التي يعيشها المسن كأزمة تفقده القدرة على التكيف وتؤثر على جودة حياته وهذا ما تهدف اليه هذه الدراسة.

منهجية البحث

تمهيد:

من خلال هذا الفصل سنحاول الإجابة على الأسئلة المطروحة بناء على النتائج المتحصل عليها والتي من خلالها يتم التحقق من صحة الفرضيات عن طريق إتباع منهج محدد بواسطة الدراسة الاستطلاعية وإجراء المقابلات الإكلينيكية مع الأشخاص المعنيين بالدراسة مع إتباع خطوات منهجية معينة مرورا إلى وصف الأدوات المستخدمة ، فكل بحث علمي يبني على جانب نظري الذي هو قاعدة بحث فانه بالضرورة يتضمن جانب تطبيقي، والذي يعتبر أساسي ومكمل للجانب النظري للبحث لأنه الطريقة الوحيدة التي توضح وتكشف جوانب الموضوع المدروس، وتسهل الإجابة على الإشكالية المطروحة.

في هذا الفصل نقوم بعرض جانب الإجراءات المنهجية التي سنقوم بها والذي يتضمن الدراسة الاستطلاعية وأهدافها ونتائجها وكذا حدودها الزمانية والمكانية بالإضافة إلى الدراسة الأساسية ومنهجها، أدواتها، حدودها الزمانية والمكانية ومواصفات حالات الدراسة.

1. الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة وأساسا جوهريا لبناء البحث كله تعتبر من أهم خطوات البحث العلمي والخطوة الأولى في سلسلة البحث الاجتماعي، وذلك بهدف إثراء الموضوع من خلال ضبط المتغيرات المراد دراستها و فهم العلاقة بينهم، و مساعدة الباحث في اختيار الأدوات المناسبة لجمع المعلومات والبيانات و كذا العينة بخصائصها المميزة، بحيث أن هذه الأخيرة تساعد في التأكد من إمكانية إنجاز البحث و كذا الاقتراب أكثر من الموضوع المراد قياسه و دراسته و معرفة التعامل مع أدوات البحث (أوباشا، 2015 ، ص62) حيث قمنا بجمع المعلومات اللازمة والاطلاع على البحوث والدراسات السابقة والمذكرات التي لها صلة بموضوع بحثنا من أجل توفير المعطيات الكافية والالمام به من جميع نواحيه ، وكذا الاحتكاك بالميدان والتأكد من قابلية الحصول على العينة الخاصة بالظاهرة المدروسة، ومدى ملائمة المقاييس النفسية المستخدمة في هذه الدراسة على أفراد العينة وفهمه لفقراتها واكتشاف جوانب النقص في إجراءات التحقق من صحة الفروض وعلى أساسها قمنا بصياغة إشكالية الدراسة ووضع الفرضيات.

عموما هدفت الدراسة الاستطلاعية الى ما يلي:

- التعرف على ميدان الدراسة والتعود عليه حتى لا نواجه صعوبات.
- اختيار أربع (4) حالات ومحاولة التقرب منهم من أجل كسب ثقتهم بمساعدة خلية الإصغاء.

- تطبيق ما درسناه نظريا على أرضية الميدان من أجل كسب الخبرة .

2. حدود البحث:

الحدود الزمانية:

تم اجراء البحث في السنة الجامعية 2024/2023، وإنجاز الجانب العملي منه من شهر ماي وشهر

جوان 2024

الحدود المكانية:

تم إجراء هذا البحث في مركز الصندوق الوطني للمتقاعدين

تمت الدراسة الميدانية بالصندوق الوطني للتقاعد بسكيكدة،

3. منهج البحث:

يعتبر المنهج مجموعة القواعد التي يتبعها الباحث في لتفسير ظاهرة من الظواهر أو مشكلة من المشكلات أو حالة من الحالات باتباع خطوات معينة وهو دليل الباحث الذي يسهل له الوصول إلى نتائج موضوعية عامة ومحددة للظاهرة المدروسة التي يمكن تطبيقها أو تعميمها. (موالكية، 2021، ص77).
وتماشيا مع طبيعة دراستنا وبحثنا التي تناولت موضوع العوامل المساهمة في جودة الحياة لدى المسن المتقاعد فقد تم الاعتماد على المنهج العيادي لملائمته لطبيعة دراستنا والذي يمكننا من دراسة دقيقة للحالة، حيث أنه يساعدنا في القيام بدراسة شاملة ومعقدة للفرد (المسن) كوحدة متكاملة من أجل استخلاص سماته الشخصية وفهمه وتقديم المساعدة له .

والمنهج العيادي هو من المناهج المستعملة في مجال علم النفس حيث تأسس هذا الأخير من الائتلاف بين تيارين هما علم النفس الطبي وعلم النفس التطبيقي وذلك أن المرض ليس حالة يستحيل استحداثها تجريبيا من حيث المبدأ ومن هنا كانت ضرورة الاتجاه في تناولها إلى منهج خاص هو المنهج الإكلينيكي. (الطيب،2001، ص 234)، ويقوم هذا المنهج على ملاحظة المرضى وهو يعانون من مشكلاتهم ثم معرفة ظروف حياتهم بعمق وبصورة أدق حتى يسهل تأويل كل حادث في ضوء الوقائع الأخرى لأن تلك الوقائع تشكل كلا ديناميكيا ويهدف إلى تبيان العوامل التي تحكم السلوك، وهو المنهج الذي يستهدف تشخيص وعلاج من يعانون من مشكلات سلوكية واضطرابات نفسية. (عبد المعطي،2003، ص31-32).

ويهتم المنهج العيادي أيضا بمشكلة التوافق بهدف مساعدة الفرد ليعيش سعيدا وخاليا من القلق والصراعات النفسية كما يهتم بدراسة اضطرابات السلوك وعلاجها وكذا يهتم بالحالات الشعورية وفهمها ودراساتها دراسة معمقة، وعليه فهو دراسة اكلينيكية تستند إلى المقابلات العيادية وتستعين بالاختبارات والمقاييس للوصول إلى غاية محددة (الداهري، 1999، ص 42،43).

كما يعرفه روشلين (Reuchelin) بأنه بمثابة ملاحظة عميقة ومستمرة لحالات خاصة على انفراد. (أوباشا، 2015، ص62).

4. أدوات البحث:

على ضوء أهداف البحث وطبيعة الدراسة، ولأجل اختبار صحة فرضيات البحث، ولكي نصل إلى جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات نحتاج إلى أدوات بحث علمية والتي تمثلت في بحثنا هذا في المقابلة العيادية النصف موجهة، ومقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (تعريب بشرى إسماعيل 2008).

1.4 المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة العيادية وسيلة أساسية في علم النفس العيادي فهي أداة لجمع المعلومات تمكن الباحث من الإجابة عن تساؤلات البحث او اختبار فرضياته، ويمكن تعريفها على أنها تفاعل لفظي بين شخصين أو أكثر في موقف مواجهة (عباس وآخرون، 2006، ص 250).

كما عرفها سترانج (Strang) بأنها عبارة عن علاقة مواجهة دينامية وجها لوجه بين المفحوص الذي يسعى في طلب المساعدة لتنمية استبصاره التي تحقق ذاته وبين الفاحص القادر على تقديم تلك المساعدة خلال فترة زمنية معينة وفي مكان وإطار محدد. (محمود، 1987، ص 53).

مما سبق عرضه من التعريفات نستنتج أن المقابلة العيادية عبارة عن حوار يدور بين شخصين أو أكثر وجها لوجه في مكان محدد ولفترة زمنية معينة يتم من خلالها تقديم مجموعة من الأسئلة يجيب عنها المفحوص بغرض جمع معلومات ومعطيات تفيد تساهم في وضع استنتاج تشخيصي له.

كما يعرف " بنهجام " المقابلة بأنها المحادثة الجادة الموجهة نحو هدف محدد غير مجرد الرغبة في المحادثة لذاتها، ويضيف "أنجلش" في نفس السياق بأنها محادثة موجهة يقوم بها شخص مع شخص آخر أو أشخاص آخرين، هدفها استشارة أنواع معينة من البيانات لاستغلالها في بحث علمي وللاستعانة بها على التوجيه والتشخيص والعلاج.

إن اختيار نوع المقابلة يعتمد على تفصيل الباحث، وكذا على الموضوع والهدف من الدراسة وخصائص العينة، ومن هذا المنطلق كان اختيارنا " المقابلة نصف الموجهة " لأنها الأكثر ملائمة لموضوع بحثنا لأنها تخدم أهداف بحثنا، فهي تتيح للحالة (المسن) فرصة التحدث بكل راحة وتلقائية ودون قيود ، في جو يسوده ثقة متبادلة بين الطرفين، اين يستعين الباحث ببعض الأسئلة المفتوحة ليمح للمبحوث بإعطاء معلومات عن حالته بكل عفوية في حدود محاور معينة و محددة مسبقة وذلك بغية تزويدنا بالمعلومات والبيانات للوصول لأهداف البحث، وتكون قائمة من الأسئلة تعطي بعض الحرية للمفحوص و تساعد الفاحص في توجيهه المقابلة و التحكم في مجرياتها. (لرينونة، 2015، ص 198).

وعليه فهذه الأخيرة جد مهمة في دراسة العميل كونها تمكننا من جمع المعلومات الكافية حول عينة الدراسة حيث يقوم الفاحص بالاستماع الدقيق للمفحوص ويسمح له بالتعبير براحته في كل ما يخطر بباله من خلال تشجيعه على الكلام.

أما الباحثة **Chilland .C** سنة 1983 فعرفتها بأنها ليست مقابلة حرة ولا مقيدة وتكون بين إثنين حيث يكون دور الفاحص فيها هو الاستماع والاصغاء الجيد للمفحوص والتدخل بغرض توجيهه فيما يخدم المقابلة العيادية، وتعتمد على شخصية وقدرات الأخصائي الذي يقوم بها من خلال خلق جو ملائم من الثقة المتبادلة والمشجعة وخلق جو من التفاعل الإيجابي والمستقل. (رجاء، 2001، ص 427).

و عليه فيمكننا أن نستخلص من كل ما سبق أن المقابلة العيادية النصف موجهة تمنح للمفحوص حرية الإجابة عن الأسئلة لكن لا يخرج عن الأسئلة المطروحة ، لذلك جاء اختيارنا على هذا النوع من المقابلة في إطار بحثنا كونها تسمح بتوجيه أسئلة محددة للمفحوص من ناحية و تعطي له الحرية في التعبير عن أفكاره بكل أريحية و لكن الاحتفاظ بطبيعة الموضوع و عدم الخروج عن إشكالية بحثنا من ناحية أخرى، ومن أجل الإلمام بموضوع دراستنا قمنا بإعداد دليل المقابلة النصف الموجهة للاعتماد عليه في تصويب وتوجيه دراستنا مع الحالات إلى صلب الموضوع وعليه اعتمدنا على مجموعة من المحاور تحتوي على أسئلة مختلفة موضحة بالتفصيل في الملاحق، ومحاورها كالتالي:

المحور الأول: معلومات عامة تتضمن المعلومات الشخصية والوضعية العائلية.

المحور الثاني: الحالة الصحية والجسمية للمتعاقد المسن (معرفة إن كان المسن المتقاعد يعاني من أمراض عضوية).

المحور الثالث: الحالة النفسية والانفعالية للمتعاقد المسن يتضمن حديث المسن المتقاعد عن حالته بمختلف أبعادها.

المحور الرابع: التاريخ العلائقي للحالة والمساندة الاجتماعية (معرفة نمط العلاقة بين المتقاعد المسن وعائلته والمحيطين به ودور العائلة، الأصدقاء)

المحور الخامس: النظرة المستقبلية وتتضمن نظرة المتقاعد المسن لمستقبله، معرفة طموحاته والآمال المستقبلية.

2.4 مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (OMS):

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

الصحة الجسمية:

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

الصحة النفسية:

يتضمن هذا البعد 6 بنود: (صورة الجسم والمظهر العام، المشاعر السلبية، المشاعر الإيجابية، تقدير الذات، معتقدات الفرد الدينية والروحية، التفكير، التعليم، التذكر، التذكير) وأرقام بنودها هي (5، 6، 7، 11، 19، 26).

العلاقات الاجتماعية:

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

البيئة: ويتكون هذا الأخير من 8 بنود: (الموارد المادية، الحرية والأمن والأمان المادي، الرعاية الصحية والاجتماعية، جودة البيئة الأسرية، الفرص المتاحة لاكتساب المعارف وتعلم المهارات، إتاحة الفرصة للإبداع،

البيئة الطبيعية (التلوث، الضوضاء، المناخ ووسائل النقل) تتمثل أرقامها في (8، 9، 12، 13، 14، 23، 24، 25).

ويهدف هذا المقياس الى التعرف على اتجاهك نحو الحياة ورأيك في بعض جوانبها، ولا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة على الأسئلة، فالمطلوب منك هو أن تجيب بما يتناسب مع رأيك الشخصي على البنود، فأمام كل منها خمس اختيارات، عليك تحديد اختيار واحد يتناسب بوضع علامة (X) عند هذا الاختيار، فلا تختار سوى إجابة واحدة فقط لكل بند، ولا تترك أي بند دون الإجابة عليه، واعلم أن إجابتك لأغراض البحث العلمي فقط وستحاط بسرية تامة.

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

ويتم حساب درجة كل بعد من الأبعاد الأربعة ثم يتم احتساب النسبة المئوية لكل بعد من الأبعاد الستة وذلك باحتساب مجموع النقاط لكل بعد $100 \times$ / عدد البنود في كل بعد $5 \times$

يقيس المقياس أربعة محاور كبرى وهي: الصحة الجسمية، الصحة النفسية، العلاقات الاجتماعية، البيئة، بالإضافة إلى بعدي جودة الصحة العامة وجودة الحياة العامة.

تم تقنين الصورة المختصرة لمقياس جودة الحياة على عينة من الراشدين من 23 دولة بين أفراد المجتمع العام وكذلك من بين نزلاء المستشفيات ودور الرعاية الصحية، وقد وجدت معاملات ارتباط مرتفعة دالة إحصائيا (من 0,89 فأكثر) بين أبعاد الصورة المختصرة لمقياس جودة الحياة وأبعاد الصورة الكلية لنفس المقياس، كذلك تم التحقق من القدرة التمييزية لعبارات المقياس، وتمتعه بالهدف التمييزي وصدق المحتوى وبالانساق الداخلي وبثبات إعادة الاختبار، فضلا على أنه تم إعداد صورة متعددة لهذا المقياس في العديد من بلدان العالم والتحقق من ثباته وصدقه.

5. حالات البحث:

لقد تم اختيار حالات البحث وفق مجموعة من الشروط التي تخدم دراستنا، فقد قمنا باختيار أربع حالات من المتقاعدين المسنين (2 من النساء، و2 من الرجال) وهي موضحة في الشكل التالي:

الجدول (2): خصائص حالات البحث

الحالات	السن	المستوى التعليمي	المهنة السابقة	المدة بعد التقاعد
الحالة 1: م	71 سنة	ثانوي	ممرضة رئيسية للصحة العمومية	12 سنة
الحالة 2: ع	73 سنة	ثانوي	مفتش وقابض في مكتب البريد والمواصلات	14 سنة
الحالة 3: ن	60 سنة	ثانوي	عون نظافة	12 سنة
الحالة 4: ط	69 سنة	3 ثانوي	نائب مدير المالية في مؤسسة اقتصادية	10 سنوات

الجدول (2): خصائص حالات البحث

مناقشة النتائج

1. عرض الحالة الأولى:

1.1. تقديم الحالة:

الحالة "م" تبلغ من العمر 71 سنة مقيمة بولاية سكيكدة، أرملة توفي زوجها منذ سبعة سنوات، أم لخمسة أولاد ذكر وأربعة بنات مستواها التعليمي ثانوي، تقاعدت منذ 12 سنة كانت تشتغل في الصحة العمومية ممرضة رئيسية، مستواها الاقتصادي جيد جدا.

وافقت على إجراء المقابلة معنا بعدما قدمنا لها أنفسنا كباحثين في علم النفس العيادي، ووضحنا لها ماهية الموضوع وأن المعلومات التي سوف تقدمها تكون سرية ولا تستخدم إلا في الإطار العلمي.

تجاوبت معنا وكأنها كانت تنتظر الفرصة فقط لكي تفرغ ما بجعبتها فهي جد متعاونة، وتحدثت بكل أريحية، إجاباتها بين السيولة والاستفاضة في معظمها ومختصرة في البعض الآخر، حركاتها الجسدية ووضعيتها غير ثابتة لا تكاد تجلس في وضعية واحدة لعشرة دقائق تغييرها بين الحين والآخر وهذا لوضعها الصحي، إيماءات وجهها وجسدها بين الحزن والارتباك، الراحة والحيرة والتأفف والمناهدة، خطابها مليء بالأفكار الدونية والسلبية عنها والخوف من المستقبل، والقلق الدائم على صحتها ووضعها الغير مستقر، وإحساسها بعدم الرضا.

2.1. نتائج المقابلة العيادية:

تعاني الحالة "م" كثيرا من الناحية الصحية والجسدية فهي دائما تشعر بالوهن الجسدي، وهذا ما تكلمت عنه في قولها "ديما عيانه وفي حالة"، وأيضا تشكو من تدهور حالتها وأحوالها خاصة بعدما تقاعدت وهذا في قولها "من نهار خرجت روثرات ولمروضات اكل طاحت فيا كنت لاباس عليا"، و شكت من آلام متعددة وفي مفترق جسمها "عندي مشاكل بزاف، في ركايبني، رقبتي توجعني، السطر ديما"، ذكرت كل الامراض التي أصابتها والتي عانت بها ومنها وهي " تشمع الكبد، عندي ضغط الدم، السطر، وقالولي رايح يحكمك السكر"، كذلك بانها لا تقوم بالمتابعة الطبية لوقتها المحدود، و أوضحت بأنها لا تستطيع التنقل والحركة بأريحية قائلة "او قتلك ركايبني منقدرش بيهم ونبات نبكي من السطر"، أنها دائما متعبة "نعيا بزاف، وعبرت عن قلقها الدائم و إجهادها بسبب وضعها كونها جدة و ماكثة بالمنزل بقولها "القلقة لكبيرة من ايواني حاكمتهم أكل عندي 12 حفيد"، اما بالنسبة للاكل والنوم فهم بوتيرة جيدة حيث قالت "ننعم كالبيبي" و "تاكل مليح". ونشاطها الوحيد الذي تستطيع القيام به حفظ القرآن والذهاب الى المسجد إن توفر وقتا لذلك وهذا في قولها "الصبور منقدرش بصح نحب نسمع ونقرأ القرآن".

أما فيما يخص الحياة النفسية فالمفحوصة غير راضية أبدا عن نفسها والى ما آلت اليه أوضاعها خاصة بعد تقاعدها ووفاة زوجها، حيث قالت "كي كان راجلي حي كنت لاباس عليا فرحانه نزهي نحوس"

و أضافت "كي مات راجلي وليت نحس روجي عبيء على أولادي" ،لديها ضعف تقدير لذاتها وانها أصبحت عائلة على أولادها وهذا ما جاء في قولها "وليت نحس روجي معنديش قيمة وقدر مع أولادي" ،وقولها "عدت نحس روجي زايدة من بكرى ولادي يحبو باباهم" وأضافت "نحس روجي عبئا على اولادي" ،أكدت على انها كانت في أحسن أحوالها عندما كانت تشتغل "كي كنت خدامه حاجة ما كانت تخصني" ،أما الان فلا شيء يريحها من غير رؤية أولادها بخير وهذا ما أكدته في قولها "المهم نشوف ولادي فرحانين" ، و أشارت بانها تشعر بالضيق وتحت ضغط نفسي وقلق مستمر "القلقة لكبيرة" جراء تحملها لمسؤولية المنزل و أولادها المتزوجين واحفادها فهي مستاءة جدا من هذا الوضع وهذا من خلال قولها "معنديش وقت" ،"العبيء كامل رجع ليا وليت أم و أب والمسؤوليات " .

أما بالنسبة للعلاقات الاجتماعية تبين أن الحالة "م" لا تقتصر للسند الاجتماعي أي ان لديها علاقات ثرية وجيدة مع الأصدقاء ومازالت محافظة عليها وهذا ما عبرت عليه في قولها "هوما عايلتي الثانية أنا ما عنديش فاميليا" صحابي هوما فاملتي" ، وتحدثت عن استمرارية العلاقة بعد التقاعد في قولها "مازلنا نتلموا في الصوايب ونمشو لبعض" ،وعبرت عن حبها و رضاها و أهمية وجود وتواجد عائلتها الصغيرة معها وهنا قصدت أولادها وأزواجهم و أحفادها ،وأنها تتشارك في كل شيء معهم النشاطات، قضاء الوقت سواء داخل المنزل أو خارجه من خلال قولها "نعقب الوقت كامل معاهم " و"ارتباطي كبير بيهم" ، "تشارك كلش" ، "نفرح كي نشوفهم مرتاحين ودائرين بيا" ، وهذا لم يكن في السابق عندما كانت تشتغل بحكم ارتباطاتها و ان عائلتها هي سندها الوحيد والدائم فقط مصدر إزعاجها الوحيد هو عدم توفر وقتا خاصا بها لان غير متاحه فهي المتكفل الوحيدة للأسرة تكفلا اجتماعيا بأحفادها و بمشاكل أولادها وهي تعاني بشدة وهذا ما اشارت اليه في قولها "معنديش وقت حاكمة ايواني" ، "لعيأ تع الخدمة ولا الشيء لي راني فيه" .

أما فيما يخص تطلعاتها نحو المستقبل فإجابتها كانت واضحة بين التأسف وبين إعطاء نصائح للمتقاعدين او للذين هم على عتبة التقاعد إجاباتها مبنية على خبراتها وما عايشته من تجربة كونها امرأة متقاعدة منذ 12 سنة فنظرتها الحالية ليست كالسابق حيث عبرت " كنت حاطة حوايج والواقع شيء خلاف تفرضوا عليا أشياء أخرى" ، "تهنيت من المسؤول عليا بصح منكديش لعيأ تع الخدمة ولا الشيء لي راني فيه دركا" ، ونصحت فئة المتقاعدين بأن يفرغوا لأنفسهم ولحياتهم و فقط لا تكون عندهم التزامات خاصة بالآخرين سواء أولادهم او عائلاتهم.

من كل ما سبق تبين ان الحالة "م" تعاني من الناحية الصحية كثيرا، وتشعر بضعف في تقدير الذات ظهر من خلال نغمه الصوت المكتئبة والحزينة في أجوبتها، كذلك لديها ضغوط نفسية وإجهاد، إلا أنها لديها سند وعلاقات اجتماعية قوية وجيدة جدا.

3.1. نتائج المقياس:

عند تطبيق المقياس مع الحالة "م" بدت مرتاحة جدا، تغير وضعية جلوسها بين الحين والآخر كما أخذت وقتا في الإجابة وهذا لعدم فهم معظم بنود المقياس كونها لا تفهم اللغة العربية فهي فرونكوفونية التكوين ما جعلنا في كل مرة نقوم بترجمة البنود إما بالفرنسية أو العامية وكانت نتائج المقياس كما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم 3 يوضح نتائج مقياس جودة الحياة للحالة الاولى

أبعاد المقياس	الدرجة	الشدة	النسبة المئوية
جودة الحياة العامة	4	جيدة	80%
جودة الصحة العامة	4	جيدة	80%
الصحة الجسمية	16	تحت المتوسط	45,71%
الصحة النفسية	21	جيدة	70%
العلاقات الاجتماعية	7	جيدة	70%
البيئة	22	فوق المتوسط	55%
المجموع	74	فوق المتوسط	59,5%

أظهرت نتائج مقياس جودة الحياة أن الحالة تحصلت في بعدي جودة الحياة العامة وجودة الصحة العامة على أعلى نسبة 80% بتقدير جيد بمعدل 4 نقاط لكل منهما، وكذلك في بعدي الصحة النفسية والذي تحصلت فيه على 21 نقطة والعلاقات الاجتماعية ب 7 نقاط فقد تحصلت على نسبة 70% بتقدير جيد، أما في بعد البيئة فكان عدد النقاط 22 نقطة تحصلت على نسبة 55% بشدة فوق المتوسط، أما النسبة الأقل فكانت في بعد الصحة الجسمية 45,71% بشدة تحت المتوسط الذي يقدر عدد نقاطه ب 16 نقطة.

ومن خلال كل ما ذكر من نتائج وباستعمال اجمالي نقاط الأبعاد الذي قدر ب 74 نقطة والنسبة المئوية 59,5% فالحالة "م" تتمتع بجودة حياة متوسطة.

للإشارة فلم تجب المفحوصة على بند الحياة الجنسية في بعد العلاقات الاجتماعية بحكم انها أرملة وبالتالي فقد تم إلغاء احتساب نقاط البند 21 من هذا البعد وتم الاعتماد على نقاط بندين بدل 3 بنود.

4.1. خلاصة الحالة الأولى:

من خلال نتائج المقابلة العيادية مع الحالة الأولى، ظهر أن الصحة الجسمية متدهورة، تميزت بالوهن الجسدي و آلام و أمراض مزمنة (تناول الادوية، عدم التزام بحمية غذائية)، والحياة النفسية لها تنسم بتدني تقدير الذات والاحساس بالدونية فهي تشعر بأنها عبئ على أسرتها، وتعيش تحت ضغط نفسي وقلق وتوتر دائم، لكن هذا الشيء الذي يعكسه إجاباتها في المقياس أي أن هناك تناقض الذي نفسره بأنه جلبا للاهتمام وانتباه الغير، أما في الحياة الاجتماعية تميزت بجودة علاقة مع أبنائها وأصدقائها في حين أنها تشكو من المسؤولية تجاه أحفادها وعدم توفر الوقت لها، و بالنسبة لنظرتها المستقبلية تحمل خوفا من الوحدة وعدم الأمان وقلقا حول الصحة.

ومن خلال نتائج مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة توصلنا إلى أن أعلى نسبة كانت في بعدي جودة الحياة العامة والصحة العامة بينما أقل نسبة سجلت في الصحة الجسمية أما الأبعاد الأخرى تراوحت نسبهم بين المتوسط والحسن.

ومن خلال كل ما سبق ذكره، تبين أن الحالة لديها جودة حياة متوسطة، ويرجع هذا إلى المشكلات الصحية التي تعاني وكذا الصراعات النفسية التي تعيشها في الحياة اليومية مع توفر السند الاجتماعي لها ودوره، وهذا ما تشير إليه الكثير من الدراسات أن لأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة سواء عقلية، جسمية ويتلقون دعما نفسيا واجتماعيا يتمثلون بقدر أكبر للشفاء من المرض مقارنة بالذين لا يتلقون مثل هذا الدعم. (حنان مجدي سليمان، 2009، ص 9).

2. عرض الحالة الثانية:

1.2. تقديم الحالة:

الحالة "ع" يبلغ من العمر 73 سنة مقيم بولاية سكيكدة، متزوج للمرة الثانية منذ 13 سنة، أب لستة أولاد ثلاثة ذكور وثلاثة بنات كلهم متزوجون، مستواه التعليمي ثانوي، تقاعد منذ 14 سنة كان يشتغل منصب مفتش وقابض مكتب بريد، مستواه الاقتصادي جيد.

وافق على إجراء المقابلة معنا بعدما قدمنا له أنفسنا كباحثين في علم النفس العيادي، ووضحنا له ماهية الموضوع وأن المعلومات التي سوف يقوم بتقديمها تكون سرية ولا تستخدم إلا في الإطار العلمي فأوضح لنا انه لا يوجد شيء يخاف منه او يخشاه.

تجاوب معنا بكل أريحية واطمئنان، جد متعاون، إجاباته بين السيوولة والاستفاضة في معظمها ومختصرة في البعض الآخر، حركاته الجسدية مسترخية، حك الرأس من الحين للآخر وهو يحاول استرجاع المعلومات أو تذكرها، جلس في وضعية ثابتة وكان مستريحا جدا، إيماءات وجهه وجسده بين الحزن والفرح، الراحة والتأفف، خطابه مليء بالأفكار الإيجابية وهذا فيما يخص تقديره لذاته وسلبية فيما يخص الآخرين والأوضاع العامة الخارجية، احتوت على قلق الموت والقلق على صحته، وإحساسه بعدم الرضا عن الخدمات المقدمة من المجتمع لفئته كمتقاعد.

2.2. نتائج المقابلة العيادية:

الحالة "ع" بعد تقاعده ومرور العمر به عانى من امراض مزمنة وهذا من خلال قوله "بالطبع نعاني 70 سنة نعاني بزاف"، وشكى بان كل الامراض التي مرض بها ظهرت بعد تقاعده وهذا ما عبر عنه في قوله "ملي خرجت روثراث من 2010 شويا بشويا بدا عندي المرض " وذكر كل الأمراض التي اصابته "عندي ضغط الدم، السكري، السطر" وصرح بأنه يقوم بالمتابعة الطبية الدورية، أما بالنسبة لأكله ونومه فهما جيدين، وأوضح بأنه يتنقل ويتحرك بكل أريحية قائلا "ماشاء الله ساعات برك يديرلي السطر"، وأبرز بأنه يفضل كثيرا المشي وهذا هو نشاطه الذي يقوم به إضافة إلى ذهابه للمسجد وأكد لنا أنه راض جدا عن حالته الصحية التي آل لها لأنه كبير في العمر، كذلك تعب السنين التي قضاها في العمل بمنصبه، الشيء الوحيد الذي يغضبه ويبدو أنه جد منزعج منه هو الخدمات المجتمعية والاجتماعية المقدمة لهكذا فئة تكاد تنعدم من غير الشهرية في كل شهر بدون توفير أي خدمات أخرى لا صحية ولا اجتماعية ولا اقتصادية.

أما فيما يخص الحياة النفسية فالمفحوص لديه تقدير ذاتي جد عالي فبالرغم من تقاعده وفقده للمكانة والمنصب الذي كان يشغله إلا أنه مازال كما كان في سابق عهده ذو سلطة ومتمكن وهذا ما أكده من خلال

قوله "مازلت دبزتي" ، "مازلت زي الفل" وتحدث عن التغييرات التي حصلت له بعد التقاعد إذ فقد زوجته أم أولاده وتزوج للمرة الثانية، وأنه أصبح يرى أمورا لم يكن يراها في السابق، يحس بفراغ كبير بحيث أنه يريد ومازلت لديه الرغبة في العمل بالرغم من التعب والكبر وهذا لكي يملا الفراغ الذي يعيشه، كذلك مفتقدا للدعم من طرف المجتمع بالنسبة لفئته حيث قال "الحقوق مهضومة" وأضاف "مكاين والوا في الجزائر" ، لديه قلق الموت من خلال قوله "فضت علينا نسنى في قباض الأرواح" ، أكد على شعوره بالرضا والفرح وأنه يكون مرتاحا خاصة إن كان أولاده بخير وهذا ما عبر عنه في "ولادي كي يكونوا مرتاحين وهانيين" والسعادة بالتواجد مع حفيده وأيضا إن عملت الدولة على زيادة الشهرية حيث قال "الصوارد كن يزيديو يدعمونا، وأشار بأنه يشعر بالضيق أحيانا أن واجه مشاكل في أسرته أولاده واستنكر تصرفات البعض حيث قال "كيما بكري كيما دركا كايين برك ناس تنكر وناس تقر" ، و أن اكره شيء عنده هو الاحتقار "منحبش الحقرة".

أما بالنسبة للعلاقات الاجتماعية تبين أن الحالة "ع" فهي ثرية ولا يفتقر للسند الاجتماعي، مازال على علاقة بأصحابه في العمل بعد التقاعد حيث قال "علاقة كبيرة ومليحة معاهم" ، وعبر بتأسف على أن معظمهم قد توفوا، لكنه مازال على صلة بزميله وتربطه علاقة قوية جدا معه بقوله "ماتوا اكل قعدت انا وصاحبني" ، وعبر عن فضل التقاعد بتوفر الوقت أكثر لأولاده "قربت ليهم بزاف كانت الخدمة حاكمة كل وقتي" وعن رضاه و أهمية الأسرة في حياته بحيث لا يحس بالوحدة أبدا وقوة ارتباطه بها خاصة مع حفيده الصغير الذي يرى بأنه أجمل شيء في حياته وذلك بقوله "ارتباط كبير خاصة مع حفيدي نموت عليه" ، وأوضح بأنه يتشارك مع عائلته في كل شيء النشاطات من خلال قوله "نشارك معاهم كلش" ، وأكد بأن أولاده خير سند وعبر عن حبهم المتبادل وأنهم دائما يساعدونه وهذا من خلال قوله "اكل يحبوني ويعاونوني واحد مايخيبيني" ، وعبر على أن سعادته تكمن في رؤية أولاده مرتاحين وهذا في قوله "ولادي مرتاحين وهانيين".

أما فيما يخص تطلعاته نحو المستقبل فكانت إجابته مختصرة واضحة بين التأسف والتنبيه وأوضح انه كمتقاعد من 14 سنة لا شيء له الا ان ينتظر الموت "لأسف تفض كله وتعد تسنى في الموت" وهذا يشير إلى فقر على مستوى التصورات المستقبلية.

من كل ما سبق تبين ان الحالة "ع" يعاني من الناحية الصحية لكنه راض بشكل عام مرجعا سبب تدهور صحته تقاعده وتراكمات من العمل، لديه تقدير للذات جد مرتفع ظهر هذا من خلال نغمة الصوت الثابتة والمطمئنة، لا يعاني من ضغوط نفسية فقط إلا في إن حدثت مشاكل لأسرته وهي عرضية، يتميز بالاعتمادية فيما يخص التكفل بنفسه وبمرضه، إلا أنه لديه سند أسرته وعلاقاته الاجتماعية قوية وجيدة.

2.3. نتائج المقياس:

عند تطبيق المقياس مع الحالة "ع" بدى مرتاحا جدا وواثقا بنفسه، اتخذ وضعية جلوس واحدة لم يتم إلا عندما انتهينا، كما أخذ بعض الوقت في الإجابة وهذا لعدم فهمه بعض الأسئلة فطالب بالإعادة في معظمها كونه غير متمكن من العربية، وكانت نتائج المقياس كما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم 4 يوضح نتائج مقياس جودة الحياة للحالة الثانية

أبعاد المقياس	الدرجة	الشدة	النسبة المئوية
جودة الحياة العامة	4	جيدة	80%
جودة الصحة العامة	5	جيدة جدا	100%
الصحة الجسمية	31	جيدة	88,57%
الصحة النفسية	23	جيدة	76,66%
العلاقات الاجتماعية	12	جيدة	80%
البيئة	31	جيدة	77,5%
المجموع	106	جيدة	81,53%

أسفرت نتائج المقياس على أعلى نسبة كانت في بعد الصحة العامة حيث تحصل على 100% بتقدير جيد جدا بمعدل 5 نقاط، أما في بعد الصحة الجسمية قدر عدد نقاطه ب 31 نقطة ونسبة 88,57% بشدة جيدة، بينما تحصل على نسبة 80% في بعدي جودة الحياة العامة ب 4 نقاط والعلاقات الاجتماعية بمجموع 12 نقطة بشدة جيدة، أما نسبة 77,5% فكانت في بعد البيئة بمجموع 31 نقطة وبشدة جيدة، أما أقل نسبة كانت في بعد الصحة النفسية 76,66% بمجموع 23 نقطة.

ومن خلال كل ما سبق ذكره من نتائج باستعمال المجموع الكلي لعدد نقاط جميع البنود المقدر ب 106 نقطة والنسبة المئوية 81,53%، فإن الحالة تتمتع بجودة حياة جيدة.

2.4. خلاصة الحالة الثانية:

من خلال نتائج المقابلة العيادية مع الحالة الثانية "ع"، ظهر أن الصحة الجسمية متوسطة تميزت بمعاناته ببعض الأمراض المزمنة (ضغط الدم، السكري)، وآلام جسدية (تناول الادوية، عدم التزام حمية غذائية، ممارسة نشاط المشي)، والحياة النفسية له تتسم بالتقدير العالي للذات فهو لا يزال يتمتع بالسلطة والثقة بالنفس وقوة الشخصية، أما في مجال الحياة الاجتماعية فهو يتمتع بجودة علاقة مع أبنائه وأصدقائه فهو لا يفنقر للسند، وبالنسبة لنظرته المستقبلية تحمل خوفاً وقلق الموت.

ومن خلال نتائج مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة توصلنا إلى أن أعلى نسبة كانت في بعد جودة الصحة العامة، يليها بعد الصحة الجسمية وبعد العلاقات الاجتماعية، ثم بعد الصحة النفسية، بينما أقل نسبة سجلت في بعد البيئة.

ومن خلال كل ما سبق ذكره، تبين أن الحالة لديها جودة حياة جيدة، ويرجع هذا إلى تمتعه بصحة نفسية جيدة وثراء السند الاجتماعي، لذلك أشارت البحوث والدراسات إلى قوة تأثير المساندة الاجتماعية على التوافق النفسي والصحي للفرد وشعوره بالأمن (عثمان يخلف، 2001، ص145).

3. عرض الحالة الثالثة:

1.3. تقديم الحالة:

الحالة "ن" تبلغ من العمر 60 سنة مقيمة بولاية سكيكدة، عزباء وهي البنت الكبرى في العائلة، مستواها التعليمي ثانوي، تقاعدت منذ 13 سنة، كانت تشغل منصب عون نظافة، مستواها الاقتصادي حسن.

ترددت قليلاً قبل قبولها على إجراء المقابلة معنا وبعدها قدمنا لها أنفسنا كباحثين في علم النفس العيادي، ووضحنا لها ماهية الموضوع وأن المعلومات التي سوف تقدمها تكون سرية ولا تستخدم إلا في الإطار العلمي أبدت تجاوباً وكان سبب ترددها أنها ليست بحالة صحية ونفسية جيدة.

تجاوبت معنا بعد ذلك متعاونة نوعاً ما، وتحدثت وكانت إجاباتها بين السيولة والكف في البعض ومختصر في البعض الآخر، وضعيتها مرتخية وهذا لوضعها الصحي فهي في حالة وهن مستمر، إيماءات وجهها وجسدها بين الحزن والارتباك، الندم، الحيرة والتأفف والمناهدة، خطابها مليء بالأفكار الدونية والسلبية عنها فهي محبطة جداً وخائفة من المستقبل وقلقة على صحتها ووضعها الغير مستقر، وتحس بعدم الرضا.

2.3. نتائج المقابلة العيادية:

تعاني الحالة "ن" كثيرا من الناحية الصحية والجسدية فهي دائما تحس بالعجز وهذا ما تكلمت عنه في قولها "الصحة مكاه راحت"، وأيضا تشكو من تدهور حالتها خاصة بعدما تقاعدت وهذا في قولها "من نهار خرجت روثرات اسكت برك كون نحكي منفضش"، وشكت من آلام متعددة وفي مفترق جسمها، وتحدثت عن معاناتها المرضية وأنواع الأمراض التي أصابتها منذ تقاعدها إلى غاية اليوم وكمية الدواء التي تتناولها يوميا في قولها "العام لي خرجت مرضت بلاطونسيون"، و"منحكليكش ملي نوض وأنا نشرب في الدواء حتى ننعس"، تقوم بالمتابعة الطبية بشكل دوري، وأوضحت بأنها لا تستطيع التنقل ولا الحركة بأريحية قائلة "مكان مكان منقدرش" وتشعر بالآلام في قولها "منقدرش رجليا منفضين يوجعوني" وشكت من الوهن التي تحس به دائما من خلال قولها "نعيا جسمي كامل يوجعني" وفي قولها "منخدمش منقدرش صحتي على قدي"، وعبرت عن قلقها الدائم على صحتها في قولها "خلات عليا، قتلني المرض" وإجهادها في جميع الأوقات، أما بالنسبة للشهية فهي جيدة "ناكل مليح" والنوم كذلك جيد بصفة عامة ماعدا في الأوقات التي يرتفع فيها ضغط الدم وهذا في قولها "ننعس نورمال ساعات برك كي تغمني لاطونسيون"، لا تقوم بأي نشاط سوى بعض الأعمال المنزلية البسيطة وأنها هي المتكفلة بأمها المريضة .

أما فيما يخص الحياة النفسية فالمفحوصة تمر بأعراض اكتئابية وحزن شديد وهذا ما عبرت عنه في "عندي دركا اكتئاب ما يلي السعادة" وأنها تشعر بالوحدة "ما عندي حتى حاجة"، كذلك تبكي دائما وتشعر بضيق مستمر، فهي غير راضية أبدا عن نفسها وساءت حياتها بعد أن تقاعدت، وهذا ما أكدته على أنها كانت في أحسن أحوالها عندما كانت تشتغل "كي كنت نخدم كنت لاباس عليا وكى تقاعدت خلالات عليا" وأيضا قولها "والمشاكل"، عبرت على قلقها الدائم من خلال قولها "تقلق برك"، وكذلك قولها "الدنيا داخلة بعضاها ما مرتاحاش"، فهي مستاءة من وضعها، تحس بفراغ و أن ليس لها دور في هذه الحياة وأن معظم أوقاتها بين تصفح الهاتف الخليوي وأمها المريضة وأولاد أختها .

أما بالنسبة للعلاقات الاجتماعية تبين أن الحالة "ن" لا تفقر للسند الاجتماعي، تحدثت عن استمرارية العلاقة بينها وبين زملائها لغاية اليوم وتربطهم علاقة حب قوية وهذا في قولها "كنت عايشة la belle vie مع زملائي لدركا يحبوني ومازلت"، كما وضحت أن هذه العلاقة ليست مع زميلاتها في نفس الرتبة فقط بل حتى مع إطارات المؤسسة من خلال قولها "لابغة الطبة يحبوني"، وأوضحت بأنها هي الوحيدة المتكفلة والمسؤولة عن نفسها وأمها وأولاد أختها في قولها "درك وليت أنا كله في الأسرة"، ووضحت حبها الكبير لهم من خلال قولها "أنا أمهم"، وأنها تتشارك في كل شيء معهم، قضاء الوقت وعبرت أيضا عن ارتباطها الكبير

بهم من خلال قولها " أنا هو الأولى، ارتباط كبير جدا "، وأن عائلتها هي سندها الوحيد والدائم فقط الشيء الوحيد الذي يزعجها هو إحساسها بالوحدة أحيانا بالرغم من تواجد أسرتها معها.

أما فيما يخص تطلعاتها نحو المستقبل فأجابتها كانت بأن لو كان الامر بيدها وعلمت ما سوف يحدث لها لما تقاعدت مبكرا فهي تقاعدت بسن 48 سنة وهذا ما تأسفت عليه، فنظرتها الحالية ليست كالسابق حيث عبرت "ماش كيما كنت حاطتها "

من كل ما سبق تبين أن الحالة "ن" تعاني كثيرا الناحية الصحية، وتشعر بوحدة وحزن من خلال نغمه الصوت المكتئبة والحزينة وتأسفها في معظم أجوبتها، كذلك لديها ضغوط نفسية وإجهاد وهذا ما أكدته في قولها "ما مرتاحاش"، كذلك قولها "عندي اكتئاب"، إلا أنها ليس لديها سند قوي فهي المتكفلة بنفسها أما فيما يخص العلاقات الاجتماعية عموما فهي جيدة.

3.3. نتائج المقياس:

عند تطبيق المقياس مع الحالة "ن" بدت غير مرتاحة، مستاءة أخذت وقتا في الإجابة وهذا لعدم فهمها للأسئلة، وكانت نتائج المقياس كما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (5) يوضح نتائج مقياس جودة الحياة للحالة الثالثة

أبعاد المقياس	عدد النقاط المتحصل عليها	الشدة	النسبة المئوية
جودة الحياة العامة	3	فوق المتوسط	60%
جودة الصحة العامة	3	فوق المتوسط	60%
الصحة الجسمية	22	فوق المتوسط	62,85%
الصحة النفسية	22	جيد	73,33%
العلاقات الاجتماعية	10	جيد جدا	100%
البيئة	23	متوسط	57,5%
المجموع	83	فوق المتوسط	66,4%

أظهرت نتائج المقياس أن الحالة "ن" تحصلت على أكبر نسبة في بعد العلاقات الاجتماعية بمجموع 10 نقاط ونسبة 100% بتقدير جيد جدا، تليها نسبة 73,33% بمجموع 22 نقطة بشدة جيد في بعد الصحة النفسية، أما نسبة 62,85% فكانت في بعد الصحة الجسمية الذي عدد نقاطه 22 نقطة شدة فوق المتوسط، أما في بعدي الحياة العامة والصحة العامة فقد تحصلت الحالة على نسبة 60% وبنفس عدد النقاط والمقدر ب 3 تقدير فوق المتوسط لكلاهما، أما النسبة الأقل فكانت في بعد البيئة بنسبة 57,5% بمجموع نقاط 23 نقطة وبشدة متوسطة.

ومن خلال كل ما سبق ذكره من نتائج وباستعمال اجمالي النقاط المقدر ب 83 نقطة ونسبة 66,4% يمكننا القول بأن الحالة "م" تتمتع بجودة حياة فوق المتوسط.

لإشارة لم تجب المفحوصة على بند الحياة الجنسية الذي ينتمي إلى بعد العلاقات الاجتماعية بحكم انها عزباء، وبالتالي تم الغاء نقاط البند 21 وتم احتساب نقاط بندين فقط.

3.4. خلاصة الحالة:

من خلال نتائج المقابلة العيادية مع الحالة الثالثة " ن "، ظهر أن الصحة الجسمية جد متدهورة، تميزت بالوهن والعجز الجسدي وآلام متفرقة (تناول الأدوية، عدم اتباع حمية غذائية، عدم ممارسة أي نشاط بدني)، بالإضافة إلى معاناتها ببعض الأمراض المزمنة (ضغط الدم، السكري، مرض القلب)، أما الحياة النفسية لها اتسمت بتدني تقدير للذات والشعور بالإحباط والحزن والقلق الدائم، أما في مجال الحياة الاجتماعية فبرغم من أنها لا تفتقر للسند الاجتماعي إلا أنها تشعر دوما بالوحدة، أما بالنسبة لنظرتها المستقبلية للحياة فهي تحمل نظرة تأسف لخروجها المبكر من العمل.

ومن خلال نتائج مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة توصلنا إلى أن أعلى نسبة كانت في بعد العلاقات الاجتماعية، يليها بعد الصحة النفسية، بعد الصحة الجسمية وبعدي جودة الحياة والصحة العامة، بينما أقل نسبة سجلت في بعد البيئة.

ومن خلال كل ما سبق ذكره، تبين أن الحالة لديها جودة حياة متوسطة، ويرجع هذا إلى تدهور صحتها الجسمية فهي تعاني من عدة أمراض مزمنة، أما الحالة النفسية فوجدنا هناك تناقض بين نتائج المقابلة التي ذكرت فيها بانها تعاني من الوحدة والاكتئاب بينما نتائج المقياس تظهر عكس ذلك وهذا راجع إلى بحثها عن التعاطف وجذب الانتباه والتعبير عن الرغبة في المشاركة والدعم ومد يد العون لها، أما في جانب العلاقات

الاجتماعية لديها سند اجتماعي قوي إلا أنها تحس بالوحدة، هذا ما أكدته الدراسة التي قام بها خليل المعاطية وآخرون سنة 2001 بأن الفرد لا يدرك من الأشياء التي تحيط به إلا ما يأتيه عن طريق الحواس التي يمتلكها، وبالتالي فإن معلوماته تكون غير كافية، ولا تسمح له بالتحكم في البيئة المحيطة به، بالإضافة إلى دراسة ميشيل 2013 التي تشير إلى أن المرض المزمن يؤثر بصفة جوهرية على جودة حياة الفرد . (أمية طخ بخش، 2013، ص 86).

4. عرض الحالة الرابعة:

1.4. تقديم الحالة:

الحالة "ط" يبلغ من العمر 69 سنة مقيم بولاية سكيكدة، متزوج، أب لأربعة أولاد واحد ذكر وثلاثة بنات، إثنان منهم متزوجان، مستواه التعليمي الثالثة ثانوي، تقاعد منذ 11 سنة، كان يشغل منصب نائب مدير المالية، مستواه الاقتصادي جيد .

وافق على إجراء المقابلة معنا بكل صدر رحب، بعدما قدمنا له أنفسنا كباحثين في علم النفس العيادي، ووضحنا له ماهية الموضوع وأن المعلومات التي سوف يقوم بتقديمها تكون سرية ولا تستخدم إلا في الإطار العلمي.

تجاوب معنا بكل أريحية واطمئنان، جد متعاون، إجاباته كانت بين السيولة والاستفاضة في معظمها ومختصرة في البعض الآخر، حركاته الجسدية ثابتة وفي حالة هادئة، يتحدث بيديه، جلس في وضعية ثابتة وكان مستريحاً جداً، إيماءات وجهه وجسده تدل على الراحة، خطابه مليء بالأفكار الإيجابية وهذا فيما يخص تقديره لذاته وللآخرين والأوضاع العامة، واحتوت أفكاره على القبول بالوضعية التي أصبح فيها كمتقاعد، وإحساسه بالرضا عن نفسه وعلى ما قدمه خلال طول سنوات الشغل.

2.4. نتائج المقابلة العيادية:

الحالة "ط" لا يعاني من أي مرض أو ألم جسدي، أي أنه من الناحية الجسدية والصحية سليم معافى، وهذا ما عبر عنه في قوله "لاباس عليا"، وتيرة النوم والشهية جيدة "ننفس مليح"، "ناكل نورمال مليح"، أما بالنسبة للحركة والتنقل فهما عاديين يستطيع بكل أريحية قائلاً "نورمال"، وأبرز بأنه يفضل المشي، نشاطه

الذي يقوم هو الذهاب للمسجد وقراءة وحفظ القرآن، وأكد لنا أنه راض جدا عن حياته سواء قبل التقاعد أو بعده أي أن شيئا لم يتغير بالنسبة له وهذا من خلال قوله " كيما بكري واشيا منخدمش قاعد "، الشيء المريح له هو تخلصه من المسؤوليات التي كانت على عاتقه بحكم منصبه الحساس الذي كان يشتغله.

أما فيما يخص الحياة النفسية فالمفحوص لديه تقدير ذاتي جد عالي فبالرغم من تقاعده وفقده للمنصب و نفوذه إلا انه مازال كما كان في السابق متمكن وذو صوت مسموع وهذا ما أكده من خلال قوله " هاه مازلت كيما كنت " و قوله " ماشاء الله عليا، ليشوفني يقول تبارك الله " وتحدث بأن حياته لم تتغير كثيرا بعد التقاعد فقط لا يوجد دوام عمل، وعبر على أنه جد متقبل وراض عن وضعيته الحالية في قوله " دركا فضت المهمة تاعي زوج دورو ناكلهم وفضت "، وأكد بأن التقاعد بالنسبة له راحة، من خلال قوله " التقاعد راحة معندكش des soucis في راسك "، وعبر على الراحة النفسية التي يشعر بها الآن فهو جد مطمئن في قوله "كنت خدام بالاك المسؤولية تباصي، التخمام وفلان مجاش، شكوى، ضميرك مش مرتاح، درك الحمد لله"، أوضح بأنه ليس لديه الرغبة في العمل ولا التعب والإرهاق مرة أخرى من خلال قوله "مها عيبت درك المهمة فضت "، أكد على شعوره بالرضا والفرح وأنه مرتاحا وهذا من خلال قوله "كلش درناه لتمنيناه درناه " وهو مدرك بأن العمل لا بد منه والتقاعد نتيجة حتمية لا بد منها .

أما بالنسبة للعلاقات الاجتماعية تبين أن الحالة "ط" فهي ثرية ولا يفنقر للسند الاجتماعي ، مازال على علاقة بأصحابه في العمل بعد التقاعد حيث قال "كانت مليحه معاهم واحد ولا زوج برك"، لكنه مازال على صله وثيقة بزميله وتربطه علاقة قوية جدا معه بقوله " قعدت انا وصاحبي "م" " ندور معاه "، وعبر عن فضل التقاعد بتوفير الراحة، إعتماذي في حياته ويقوم بجميع ما يتوجب عليه وهذا من خلال قوله "كل واحد وخدمتو في الاسرة "، عبر عن رضاه وأهمية الأسرة في حياته ومدى ارتباطه معهم وأن أول شخص يساعده إن واجه مشكلات ابنه الكبير وهذا ما قاله في " الطفل ولدي الكبير "، وأوضح بأنه يتشارك مع عائلته في كل ما يلزم المشاركة خلال قوله "نورمال "، وأكد بأن أولاده سندا له بالرغم من أنه كفيل بنفسه ولا ينتظر منهم أي شيء .

أما فيما يخص تطلعاته نحو المستقبل فكانت إجابته مختصرة واضحة ووضح أن التقاعد طريق حتمي لا بد لأي عامل المرور به وأنه قناعة شخصية وهذا ما عبر عنه في قوله " مجبر تعدي على هذا الطريق تحب ولا متحبش ".

ومن خلال كل ما سبق تبين أن الحالة "ط" لا يعاني من الناحية الصحية فهو سليم ولا يشكو من أي مرض، لديه تقدير للذات جد مرتفع ظهر هذا من خلال نغمة الصوت الثابتة والمطمئنة في إجاباته، لا يعاني من ضغوط نفسية، يتميز بالاعتمادية فيما يخص التكفل بنفسه، لديه سند أسرته وعلاقاته الاجتماعية قوية وجيدة.

3.4. نتائج المقياس:

عند تطبيق المقياس مع الحالة "ط" بدى مرتاحا جدا ووثقا بنفسه، اتخذ وضعية جلوس واحدة لم يقم الا عندما انتهينا، كما أخذ بعض الوقت في الإجابة وهذا لعدم فهمه بعض الأسئلة فطالب بالإعادة في معظمها كونه غير متمكن من العربية، وكانت نتائج المقياس كما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (6) يوضح نتائج مقياس جودة الحياة للحالة الرابعة

أبعاد المقياس	الدرجة	الشدة	النسبة المئوية
جودة الحياة العامة	3	فوق المتوسط	60%
جودة الصحة العامة	5	جيد جدا	100%
الصحة الجسمية	27	فوق المتوسط	77,14%
الصحة النفسية	23	فوق المتوسط	76,77%
العلاقات الاجتماعية	15	جيدة جدا	100%
البيئة	28	فوق المتوسط	70%
المجموع	101	جيدة	77,69%

جدول رقم (6) يوضح نتائج مقياس جودة الحياة للحالة الرابعة

أوضحت نتائج المقياس بأن الحالة تحصل على أعلى نسبة والمقدرة ب 100% في بعدي الصحة العامة بعدد نقاط 5 والعلاقات الاجتماعية ب 15 نقطة، ليأتي بعده بعد الصحة الجسمية بنسبة 77,14% بمجموع نقاط 27 نقطة وشدة فوق المتوسط، تليه الصحة النفسية الذي قدرت نسبتها ب 76,77% وعدد نقاط بنوده 23 نقطة، أما في بعد البيئة فتحصل المفحوص على مجموع 28 نقطة ونسبة 70% بشدة فوق المتوسط، أما النسبة الأقل فكانت في بعد جودة الحياة العامة قدر عدد نقاطه ب 3 نقاط نسبتته 60% والشدة فوق المتوسط.

ومن خلال كل ما سبق ذكره من نتائج وباستعمال المجموع الكلي لعدد نقاط جميع البنود الذي قدر بـ 101 نقطة وباحتساب النسبة المئوية نجدها 74.61 % فإن الحالة "ط" تتمتع بجودة حياة حسنة.

4.4. خلاصة الحالة الرابعة:

من خلال نتائج المقابلة العيادية مع الحالة الرابعة "ط"، تبين أن الحالة لا يعاني من أي مرض من الناحية الجسمية، نمط غذائي صحي، ممارسة نشاط بدني، والحياة النفسية له تتسم بالتقدير الجد عالي للذات فهو يتمتع بثقة نفس وقوة شخصية واستقرار واستقلالية تامة، أما في مجال الحياة الاجتماعية فهو يتمتع بجودة ممتازة، يتمتع بسند عائلي عند الحاجة، أما النظرة المستقبلية فهي تحمل في طياتها أمل وإيجابية.

ومن خلال نتائج مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة توصلنا إلى أن أعلى نسبة كانت في بعد العلاقات الاجتماعية وجودة الصحة العامة، ليأتي بعدها بعدي الصحة الجسمية والنفسية، بينما أقل نسبة سجلت في بعد البيئة.

ومن خلال كل ما سبق ذكره، تبين أن الحالة لديها جودة حياة جيدة، ويرجع هذا إلى تمتعه بصحة جسمية ونفسية جيدة بالإضافة إلى ثراء السند الاجتماعي، وهذا ما توافق مع دراسة عبد الحميد المغربي سنة 2004 بتأثير الدعم الاجتماعي على درجة الاستماع بالحياة (أمية طح بخش، 2013، ص4)، بالإضافة إلى دراسة الباحثان لييمان وجيناس فإن جودة الحياة تتمثل في الشعور بالرضا والإحساس بالرفاهية والمتعة في ظل الظروف التي يعيشها الفرد. (شيخي مريم، 2013، ص86).

5. مناقشة النتائج:

تم في الدراسة الحالية البحث عن العوامل المساهمة في جودة الحياة لدى المسن المتقاعد ومن هذا المنطلق تم دراسة المتغيرين في الجانب النظري وذكر أغلب العناصر التي تلم في الموضوع وتم بناءً على مشكلة الدراسة تناول فرضيات الدراسة والتوصل الى النتائج التالية:

من خلال النتائج المتحصل عليها من المقابلة نصف الموجهة مع الحالات الأربع من المتقاعدين المسنين، تبين لنا وجود مستوى متقارب بين الحالات الأربع بالنسبة لعامل الصحة الجسمية وتناول الأدوية والإحساس بالألم فنجده عند الحالات الثلاث الأولى متدني بينما نجد الحالة الرابعة لا تعاني من أي مشكل صحي.

أما بالنسبة للعامل النفسي الذي يخص تقدير الذات فهو مرتفع للحالتين الثانية والرابعة بتقدير عالي بينما الحالة الأولى والثالثة يتشابهان في تدني تقدير الذات.

أما بالنسبة للعوامل العلائقية التي تتضمن السند الاجتماعي نجد أن كل الحالات الأربعة يتفقون في توفر السند الاجتماعي (العائلة والأصدقاء والزملاء).

والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها عند تطبيق مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية:

جدول (7) نتائج مقياس جودة الحياة مع الحالات الأربعة:

المتوسط الحسابي	الحالة 4	الحالة 3	الحالة 2	الحالة 1	الحالات / مقياس جودة الحياة
% 70	%60	%60	%80	%80	جودة الحياة العامة
% 85	%100	%60	%100	%80	جودة الصحة العامة
%68.56	% 77.14	%62.85	%88.57	%45.71	الصحة الجسمية
%74.19	%76.77	%73.33	%76.66	%70	الصحة النفسية
%87.5	%100	%100	%80	%70	العلاقات الاجتماعية
% 65	% 70	% 57.5	% 77.5	% 55	البيئة
%75.04	%80.65	%68.94	%83.78	%66.78	المجموع

جدول (7) نتائج مقياس جودة الحياة مع الحالات الأربعة:

نستنتج من خلال تطبيق مقياس جودة حياة على الحالات الأربع والمقارنة بين أبعاد جودة الحياة عند الحالات ككل نجد ما يلي:

أولاً بعد جودة الحياة العامة: وكانت فيه النسب مرتفعة في الحالة 1 و 2 بدرجة جيدة مقارنة بالحالتين 3 و 4 فكانت بدرجة فوق المتوسط.

ثانياً بعد جودة الصحة العامة: فكانت النسب مرتفعة وبدرجة جيد في الحالات 1 و 2 و 4 بينما منخفضة بدرجة فوق المتوسط في الحالة 3.

ثالثاً بعد الصحة الجسمية: نلاحظ ارتفاع في النسب بدرجة جيد إلى حسن في الحالتين 2 و 4 بينما أظهرت النتائج انخفاض في النسب في الحالتين 3 و 1 بدرجة فوق إلى تحت المتوسط على الترتيب.

رابعاً بعد الصحة النفسية: نلاحظ تقارب في النسب وتشابه كبير في هذا البعد بين الحالات الأربع.

خامساً بعد العلاقات الاجتماعية: نلاحظ أيضاً تقارب وتشابه كبير في النسب بين الحالات الأربع.

سادساً بعد البيئة: نلاحظ ارتفاع في النسب بدرجة حسن في الحالتين 2 و 4 على عكس الحالتين 1 و 3 فنلاحظ انخفاض في النسب بدرجة متوسطة.

أما فيما يخص جودة الحياة ككل فنلاحظ أن الحالتين 2 و 4 يتمتعان بجودة حياة جيدة مقارنة بالحالتين 1 و 3 فهما تتمتعان بجودة حياة متوسطة.

خلاصة عامة:

نستنتج من خلال هذه الدراسة ومن خلال تطبيق مقياس جودة حياة على المسنين المتقاعدین والمقابلة نصف الموجهة على عينة البحث المتمثلة في أربع حالات من المسنين المتقاعدين (2 من النساء و 2 من الرجال) وجدنا مايلي:

بالنسبة الحالة الأولى: من خلال المقابلة مع الحالة " م " والتي تعاني من أمراض صحية وشكوى جسدية من خلال الآلام الجسمية المتكررة، وتدني تقدير ذات وعلاقات اجتماعية جيدة، أما حول تطلعات المستقبل فكانت نظرتها تحمل نوعاً من الخوف حول صحتها وبقائها لوحدها، وبعد تطبيق مقياس جودة الحياة مع الحالة تبين لنا أنها تتمتع بجودة حياة فوق المتوسط .

أما بالنسبة الحالة الثانية الذي كان يعاني من امراض جسدية وآلام جسمية لكن هذا لم يؤثر على حالته النفسية والتي تميزت بتقدير ذات عالي وذلك راجع للإحساس الإيجابي بحسن الحال وارتفاع مستوى الرضا وما يحققه من أمن نفسي لديه، وكذا علاقاته الاجتماعية مع العائلة والأصدقاء فهو لا يعاني من فقرها بل بالعكس بدا جد مرتاح من هذه الناحية، على عكس التطلعات المستقبلية فهي بدت سلبية بعض الشيء ويعاني من قلق حول الموت، ومن خلال تطبيقنا للمقياس مع الحالة تبين أنه يتمتع بجودة حياة جيدة.

أما بالنسبة الحالة الثالثة: الحالة "ن" والتي كانت تعاني من تدني تقدير الذات وتعاني من القلق والتوتر وكذا معاناتها الجسمية من خلال كثرة الشكوى الجسدية والوهن الجسدي والأمراض المزمنة التي تعاني منها، على عكس العلاقات الاجتماعية فهي لا تفتقر للسند العائلي ولا الاجتماعي فهي تتمتع بعلاقات جيدة مع جماعة الأصدقاء والعائلة، أما تطلعاتها المستقبلية فهي لا تخلو من نظرة الأسف والندم على خروجها للتقاعد في سن مبكرة، ومن خلال تطبيقنا لمقياس جودة الحياة مع الحالة ظهر أنها تتمتع بجودة حياة فوق المتوسط.

أما بالنسبة للحالة الرابعة: الحالة "ط" والذي كان لا يعاني من أي أمراض جسدية ولا آلام جسمية حتى أنه يتمتع بتقدير ذات لنفسه مرتفع ويتمتع بعلاقات جيدة مع جماعة الأصدقاء والعائلة وحتى أن تطلعاته المستقبلية تحمل نظرة جد إيجابية، حيث أنه أثناء تطبيقنا للمقياس مع الحالة تبين أنه يتمتع بجودة حياة عالية.

مناقشة الفرضيات:

يعتبر الانتقال إلى التقاعد من اهم التحولات التي يعيشها المسن باعتباره ازمة كونها أنها تدخله إلى مرحلة الشيخوخة وتفقده الدور الأساسي والوظيفي في الحياة وبالتالي دخوله لمرحلة جديدة طابعها اليأس والفراغ فهذا الأخير يعمل على تغيير نظرتهم وتقييمهم للحياة لذا فالهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو التعرف على العوامل المساهمة في جودة الحياة لديهم واختبارا للفرضيات التي وضعت بمثابة إجابة مؤقتة لتساؤل هذا البحث، هذا ما دفع بنا للمقارنة أولا بين أبعاد جودة الحياة عند الحالات ككل للتأكد من فرضية وللكشف عن الأبعاد الأكثر تأثرا التي تكشف عن جودة الحياة ككل، حيث تتمثل الفرضية العامة في أنه هناك عوامل محددة تساهم في جودة الحياة لدى المسن المتقاعد وعلى ضوء ما توصلنا إليه من نتائج سنقوم بمناقشة جميع فرضيات الدراسة.

نصت الفرضية الجزئية الاولى ترتبط جودة الحياة لدى المسن المتقاعد بالعوامل الصحية كالاعتماد على الادوية والإحساس بالألم فمن خلال نتائج المقابلة نصف الموجهة تبين ان الحالات الأولى (م) والثانية (ع) والثالثة (ن) يعانون من الناحية الصحية حيث ظهر لديهم اعتماد على الادوية نتاج امراض مزمنة تمثلت

في السكري والضغط الدموي وامراض القلب وتشمع الكبد والالام الجسدية، غير انه ظهر لديهم جودة حياة بين فوق المتوسط الى مرتفع، ما يعني عدم تحقق الفرضية مع هذه الحالات، وهذا يعني انه لا يمكن الحكم على جودة الحياة من خلال العامل الصحي فقط، بل هناك عوامل أخرى مساهمة في ذلك.

في حين لم يظهر لدى الحالة الرابعة أي مشاكل صحية مثل الاعتماد على الادوية والالام الجسدية، وتميز بجودة حياة مرتفعة، مما يعني تحقق الفرضية مع هذه الحالة.

نصت الفرضية الثانية على أنه ترتبط جودة الحياة لدى المسن المتقاعد بالسند الاجتماعي ومن خلال نتائج المقابلة نصف الموجهة ونتائج المقياس المطبق تبين أن الحالات الأربعة تتمتع بالسند الاجتماعي من قبل الأسرة والأصدقاء، وقد ظهر لدى الحالات الأربع مستوى مرتفع في جودة الحياة، مما يعني تحقق الفرضية مع الحالات الأربع، ويشير هذا إلى أهمية الجانب العلائقي وقوته في تفسير جودة الحياة.

أما الفرضية الثالثة فنصت على أنه ترتبط جودة الحياة لدى المسن المتقاعد بتقدير الذات فنجد أن النتائج المتحصل عليها في المقابلة نصف الموجهة والنتائج المتحصل عليها في المقياس مع عينة الدراسة، يتمتعون بتقدير ذات وبصحة نفسية جيدة، مما يعني تحقق الفرضية مع الحالات الأربعة وهذا يشير إلى أهمية الجانب النفسي وقوته في تفسير جودة الحياة.

من خلال كل ما سبق نستخلص بأنه لا يمكن تفسير جودة الحياة من خلال عامل واحد فقط بل أن هناك عوامل تساهم هي الأخرى في جودة الحياة لدى المسن المتقاعد وهذا ما ظهر في الحالة الأولى والثانية والثالثة فبالرغم من عدم تمتعهم بالعامل الصحي والجسدي إلا أنهم لديهم جودة حياة متوسطة إلى جيدة، فهنا يلعب العامل النفسي والعلائقي دورا كبير في تحسين جودة حياتهم، بالإضافة إلى عامل الجنس الذي بدوره يلعب دورا هاما في تحسين جودة الحياة لدى النساء والرجال وهذا ما تناولته دراسة القطان وآخرون سنة 2010 التي بحثت في جودة الحياة لدى المسنين في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية بهدف التعرف على الفروق بين المسنين في جودة الحياة بالنسبة للمقيمين بين ذويهم حيث أظهرت النتائج أنه توجد فروق بين الإناث والذكور في جودة الحياة بصفة عامة لصالح الذكور، وفي نفس السياق هناك اختلاف في كيفية إدارة الوقت للجنسين لصالح النساء من حيث إدارة وتقسيم الوقت في الحياة اليومية من أعمال منزلية وتربية الأولاد أو الأحفاد عكس الرجال، والعامل الديني أو الروحي الذي يشمل كل المعتقدات الشخصية ومدى الالتزام الأخلاقي ومعرفة الدين الصحيح وتحقيق السعادة الروحية من خلال العبادات التي تساهم في رفع مستوى الرضا لديهم

(القطان و آخرون، 2010، ص 286-287)، بالإضافة إلى العامل الاقتصادي والبيئي المتمثل في ارتفاع الأجر ما يمكنهم من العيش الرغيد وامتلاك المسكن المريح وبيئة منزلية جيدة للشعور بالأمن والأمان الجسمي وللوصول للخدمات بأريحية دون عناء وتنمية المهارات والمشاركة في الفرص الترفيهية والتروجية.

خاتمة:

نالَت قضية المسنين المتقاعدين الآونة الأخيرة اهتمام الباحثين والعلماء باعتبارها شريحة يطرأ عليها العديد من التقلبات والتحويلات في مسار حياتهم ترافقها تغيرات وتصورات سلبية حول الذات بسبب الاحالة للتقاعد الذي يعيق توافق المسن مع أسرته ومجتمعه وتؤثر أكثر على حالته الصحية الجسمية والنفسية، كونها مرحلة من المراحل التي لا بد أن يمر بها ويعيشها، لكن هناك تباين من حيث كيفية الاستجابة ومعايشة الحدث من فرد إلى آخر، يدخل هذا الأخير ليجد نفسه في دوامة من المشكلات التي تتزامن وتقاعده هذا لارتباطه مع سن الشيخوخة وما يتخلله من ضعف للحركة، العجز، الحزن، اليأس، المرض، الانعزال الاجتماعي، واستقلال الأبناء وزواجهم وغيرها من العوامل التي تؤدي في بعض الأحيان للعزلة أو الشعور بالوحدة النفسية وعدم الأمان وعدم المقدرة بالتكفل بنفسه من الناحية الصحية.

كل هذا يؤثر على جودة حياة المسن المتقاعد ورضاه عنها نتيجة فقدانه لدوره، فيشعر كأنه عالة على أسرته بصفة خاصة وعلى المجتمع بصفة عامة فيتدنى تقديره لذاته وتفاؤله بالحياة و لا تصبح باستطاعته وضع استراتيجيات تسمح له بالتكيف و الوضع الجديد (التقاعد) وبالتالي تظهر لديه أمراض جسمية و معاناة نفسية ومجتمعية.

كل هذه الاعتبارات دفعتنا للبحث في موضوع المسن المتقاعد وعليه جاءت دراستنا لنتناول هذه الفئة العمرية فتضمنت جودة الحياة والعوامل المساهمة فيها والمتغيرات المؤثرة فيها، وتم التوصل الى نتائج مفادها وجود عوامل نفسية، صحية وعلائقية تلعب دورا هاما في مستوى جودة الحياة مع وجود عوامل أخرى تساهم في هذه الأخيرة من عوامل اقتصادية، روحية، بيئية، استقلالية.

توصيات واقتراحات:

في ضوء ما توصلت إليه هذه الدراسة حول العوامل المساهمة في جودة الحياة عند المسن المتقاعد وفي ظل ما يشهده من أزمات وصراعات ومشاكل نتيجة الفراغ الدائم الذي يعيشه ما يجعله يفقد القدرة على التكيف النفسي والاجتماعي وبعد إجراء الدراسة الميدانية بكل خطواتها من تحليل إلى مناقشة النتائج، كل هذا دفع بالباحثين إلى تقديم مجموعة من الاقتراحات والتوصيات الهامة التي تخص هذه الشريحة العمرية والتي يمكن أن تفيد في المستقبل الراغبين في البحث في ذات الموضوع وربطه بمجموعة من المتغيرات التي رأينا أنه من المهم والواجب دراستها وتغطيتها لسد الثغرات الموجودة.

- الاهتمام بمرحلة الشيخوخة كباقي المراحل العمرية الأخرى التي يمر بها الإنسان وليس كحالة من العجز.
- إجراء المزيد من الدراسات حول المسنين المتقاعدين بغية التقرب وإدراك وفهم أكبر لطبيعة الاضطرابات المصاحبة لهذه الفئة وإطراء المكتبات العربية بهذه الدراسات بشكل أفضل.
- ضرورة التكفل بفئة المسنين المتقاعدين من جميع نواحي الحياة كالناحية النفسية والانفعالية والاجتماعية وغيرها.
- تقديم الاهتمام اللازم بالمتقاعد المسن وتحسيسه بقيمته وذلك لخصوصية هذه المرحلة وأهميتها.
- اهتمام الأسرة بالمسن المتقاعد وتحسيسه بقيمته وأهميته داخلها.
- تنظيم برامج للإرشاد والتوجيه النفسي للمسنين لمساعدتهم على تقليل وخفض المشاعر المصاحبة لمرحلة التقاعد للوصول إلى تحقيق توافقهم النفسي والاجتماعي.
- وضع برامج رياضية، اجتماعية وترفيهية لشغل أوقات فراغ المسنين بعد ما تم إحالتهم للتقاعد وأنشطة تعود بالنفع عليهم وعلى مجتمعهم.
- إجراء دراسة حول نوعية استراتيجيات التكيف المستخدمة من طرف المسنين المتقاعدين.
- إجراء دراسة مقارنة سواء في جودة الحياة بين المسنين المتقاعدين الذين توقفوا عن العمل بمجرد إحالتهم للتقاعد وبين الذين يزاولون أعمالاً حرة ويمارسون هواياتهم بعد التقاعد.
- دور الدعم والسند الأسري في تحسين التوافق النفسي لدى المسن بعد التقاعد.

- التشجيع على إنشاء مؤسسات اجتماعية تعمل على الاستفادة من خبرات ومعارف المتقاعدين خاصة المتميزين والأكفاء كل حسب اختصاصه عن طريق تخصيص وتحديد استشارات معينة حتى وإن كانت عن بعد وذلك لإبقاء المتقاعد قيد العطاء والمسؤولية وعدم عزله، لأن الاستغناء عنهم نهائياً يشعرهم بالمزيد من القلق والبعد عن الحياة وعدم الأهمية.
- توعية المتقاعد بأهمية الجوانب الاجتماعية ودورها في تحسين الصحة النفسية لديه وزيادة مستوى الرضا عن الحياة.
- إنشاء مراكز وتوفير خدمات صحية اجتماعية للمتقاعدين المسنين.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المراجع العربية:

أبو حطب، فؤاد عبد اللطيف، صادق أمال، 2005، نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسن مكتبة الأنجلو المصرية.

أبو حلاوة محمد السعيد، الذكاء الانفعالي، المعنى الشخص وجودة الحياة النفسية، دراسة مقارنة بين المراهقة المبكرة والمراهقة المتأخرة، جامعة الإسكندرية، كلية التربية بدمنهوور قسم علم النفس التربوي أبوعلام رجاء محمود، 2001، مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، ط1، دار هومة. إسماعيل أحمد بشرى، 2008، الذكاء الروحي وعلاقته بجودة الحياة، مجلة رابطة التربية الحديثة، العدد 12، ص 313-389.

الأشول عادل عز الدين، 15-16 مارس 2005، نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسى والطبي، وقائع المؤتمر العلمي الثالث: الإنماء النفسى والتربوي للنساء العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق، مصر.

إمتثال الطفيلي، 2004، علم النفس النمو من الطفولة إلى الشيخوخة، دار المنهل اللبناني، بيروت، الطبعة الأولى.

أميرة طه بخش، 2008، نوعية الحياة و علاقتها بمفهوم الذات لدى المعاقين بصريا و العاديين ، مكة المكرمة.

أوباشا حياة، لياني زاهية، 2015، المساندة الإجتماعية وتأثيرها على نوعية الحياة لدى المسنين المصابين بالزهايمر دراسة عيادية لستة (06) حالات، جامعة مولود معمري ، تيزي وزو بدوي أحمد، 2007، معجم المصطلحات العلوم الاجتماعية، بيروت، مكتبة لبنان.

بسام السيد رزق السيد، د.س، فعالية نموذج منح القوة فى خدمة الفرد فى تحسين جودة الحياة لدى المسنين المتقاعدین، المعهد العالی للخدمة الاجتماعية بالمنصورة، مصر

بعول نسبية، 2020، جودة الحياة لدى المسنين المقيمين بدار العجزة بأم البواقي، رسالة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة العربي بن مهدي، أم البواقي.

بن صالح أحمد، 2018، نظام التشريع الجزائري. كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم الحقوق، أدرار

بهلول سارة أشواق، 2008، سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، سلوك قيادة السيارات وقمة النشاط البدني)

بوعمامة حكيم، 2019، جودة الحياة: المفهوم الأبعاد دراسة تحليلية، مجلة العلوم النفسية والتربوية، العدد8(1)، ص343-360 تم الاسترجاع من الموقع <https://www.asjp.cerist.dz>

جهاد، علاء الدين، 1999، التوافق النفسي للتقاعد لدى كبار السن المتقاعدين والغير عاملين من الجنسين، كلية العلوم التربوية، جامعة القاهرة.

عبد المعطي حسن مصطفى، 2003، الأمراض السيكوسوماتية، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
حنان مجدي سليمان، 2009، المساندة الإجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة عند مرضى السكر، رسالة لنيل شهادة الماجستير في التربية، جامعة الجزائر.

حنان مجدي صالح سليمان، 2009، المساندة الإجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مريض السكر المراهق، رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق

حنى خديجة، 2014، جودة الحياة وعلاقتها بالرضا عن التخصص الدراسي لدى الطالب الجامعي، شهادة الماستر، جامعة الشهيد حمة لخضر بالوادي.

خليفة عبد اللطيف، 1997، دراسات في سيكولوجية المسنين، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
خليل، نجوى، 1991، مؤشرات نوعية الحياة بين مدخل العلم الواحد ومدخل تكامل العلوم، المجلة الاجتماعية القومية، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، مصر.

ذكي محمد جاسر، 2018، التنظيم الانفعالي وعلاقته بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظات غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الاسلامية، غزة

السمري مريم عبد الله، 2018، التحديات النفسية التي تواجه المسنين في محافظة مسقط، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب و العلوم الاجتماعية، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان

السميري نجاح، 2015، المشكلات المرتبطة بمرحلة التقاعد وعلاقتها بالمرونة النفسية لدى المتقاعدين الفلسطينيين بمحافظات غزة، مجلة البحوث التربوية النفسية، المجلد 12، العدد 46، جامعة بغداد

سواكر رشيد، تواتي عيسى إبراهيم، 2015، النمو النفسي والاجتماعي وحاجات المسنين في ضوء نظرية أريكسون، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، (11)، ص 124-215.

شيخي مريم، 2013، طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة، رسالة ماجستير كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، الجزائر.

عاشور عبد المنعم، 2001، صحة المسن كيف يمكن رعايتها، القاهرة، مركز الأهرام للنشر والترجمة.
عاشور عبد المنعم، 2009، صحة المسنين كيف يمكن رعايتهم، مكتبة الأسرة للنشر والتوزيع، القاهرة.
عباس، محمد خليل، وآخرون، 2006، مدخل الى مناهج البحث في التربية وعلم النفس، دار المسيرة، عمان

عبد الرحمن، سعيد عبد الرحمن محمد، 2008، استخدام بعض استراتيجيات التعايش في تحسين جودة الحياة لدى المعوقين سمعياً، الندوة العلمية الثامنة للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم، تطوير العليم التأهيل للأشخاص الصم وضعاف السمع، العلوم التربوية، جامعة القاهرة.

عبد المعطي، حسن مصطفى، 2005، الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر، جامعة الزقازيق، مصر

عبد الناصر سليم حامد، 2012، معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية، دار أسامة، الطبعة الأولى، الأردن.

عثمان يخلف، 2001، علم النفس الصحة، دار الثقافة للنشر والطباعة، ط1،
العكروشي لبنى، 2005، التعليم لدى كبار السن، في الأردن، مؤتمر السنوي الثالث، معلم الكبار في القرن 21، مركز تعليم الكبار جامعة عين الشمس والمنظمة العربية لتربية وثقافة والعلوم.

فهيم محمد سيد، 2012، الرعاية الاجتماعية والنفسية للمسنين، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث
القطان سامية عباس، 2010، جودة الحياة لدى عينة من المسنين في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية،
جامعة بنها، المجد 82، العدد 21

قناوي هدى محمد، 1987، سيكولوجية المسنين، (ط1)، مركز التنمية البشرية. مصر
كبداني خديجة، 2016، الشيخوخة في الجزائر مقارنة سوسيو ثقافية، مجلة إنسانيات، ص72-73، 26-
11.

الكرخي، خنساء نوري، 2011، جودة الحياة لدى المرشدين التربويين وعلاقتها بالنكاه الانفعالي، رسالة ماجستير غير منشورة و كلية التربية الأساسية، جامعة ديالي.

الكريدي كاظم، العدلي خالف، 2013، إحساس الطلبة الجامعيين بجودة الحياة وعلاقته ببعض المتغيرات، مجلة كلية التربية الأساسية، 20(82) .

محمد سليمان العطفي، محمد المصلي، 2021، الاحتياجات التربوية للمسنين في ضوء بعض النظريات المجتمعية، قسم اصول التربية، كلية التربية بالقاهرة، جامعة الأزهر .
محمد عبد الظاهر الطيب، 2001، مناهج البحث في العلوم التربوية والنفسية، مكتبة الانجلو مصرية 2003.

محمد عبد الظاهر الطيب، 2001، مناهج البحث في العلوم التربوية والنفسية، مكتبة الانجلو مصرية.
محمد كريم، عادل شكري، 2011، دراسات في علم النفس المرضي والإيجابي، دار المعرفة الجامعية، مصر .

محمد نبيل عبد الحميد 1987، العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي، الدار الفنية للنشر والتوزيع، القاهرة.

مشري سلاف، 2014، جودة الحياة من منظور علم النفس الايجابي (دراسة تحليلية)، مجلة الدراسات والبحوث العلمية، جامعة الوادي، العدد 08(215-237).

معاينة رقية، لعور عاشور، 2023، محددات ومستوى جودة الحياة لدى المرأة العاملة دراسة ميدانية بجامعة 20 أوت 1955 سكيكدة، المجلة الجزائرية للعلوم الاجتماعية والإنسانية المجلد 11/ العدد 01، ص 143- 162 .

موالكية إيناس، هناء بشيش، 2021، جودة الحياة وعلاقتها بالاستجابة الاكتئابية لدى المسن المتقاعد، جامعة 8 ماي 1945، قالمة.

الهنداوي إبراهيم، محمد حامد، 2011، الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظات غزة، رسالة ماجستير، جامعة الأزهر، غزة.

يزيد لرينونة، 2015، الدليل في علم النفس (أسس علم النفس)، دار جسور للنشر والطباعة، ط1، الجزائر

المواقع الالكترونية:

<http://www.manaraa.com>

<http://www.almrsal.com>

<http://www.mawdoo3.com>

المراجع الأجنبية:

Alaphilippe, D , Baily, N, 2014, Assents Psychosociaux du vieillissement ,Revu Psychologie de l'adulte âgé, 69-87.

Le petit larousse. Ed larousse, 2010

Moulinier, P, Ivan-Rey, M ,Vidal, J. 2008 , Trois approches psychosociales du vieillissement Identité, catégorisation et représentation sociales.

Sovariova Soosova, M. (2016). Determinants of quality of life in the elderly. Original paper ,7 (3,) 484-493.

قائمة الملاحق

مقياس جودة الحياة من إعداد منظمة الصحة العالمية

تعريب بشرى إسماعيل أحمد (2008)

التعليمة:

يهدف هذا المقياس إلى التعرف على اتجاهك نحو الحياة ورأيك في بعض جوانبها، ولا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة على الأسئلة، فالمطلوب منك هو أن تجيب بما يتناسب مع رأيك على البنود التالية، وأمام كل منها خمسة اختيارات وعليك تحديد اختيار واحد يناسبك بوضع دائرة حول حرف هذا الاختيار، ولاحظ جيدا أن لا تختار سوى إجابة واحدة فقط لكل بند، ولا تترك أي بند دون الإجابة عنه، وأعلم أن إجابتك ستحاط بالسرية التامة ولا يطلع عليها أحد وتستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

البيانات العامة:

-الاسم.....

-السن.....

-عدد سنوات العمل.....

الرقم	العبارات
01	ما هو تقديرك لنوعية الحياة؟ أ (سيئة جدا) - ب (سيئة إلي حد ما) - ج (جيدة إلي حد ما) - د(السيئة والجيدة) - هـ (جيدة جدا)
02	ما هو مدي رضاك عن حالتك الصحية؟ أ (راضي جدا) - ب (راضي نوعا ما) - ج (غير راضي نوعا ما) - د (الراضي والغير راضي) - هـ (غير راضي أبدا)
03	حسب رأيك إلى أي مدى يمكن أن يؤدي مرضك إلى عجزك عن القيام بالعمل؟ أ(ليس دائما) - ب (بدرجة قليلة) - ج (بدرجة متوسطة) - د (كثيرا) - هـ (بدرجة بالغة)
04	حتى تستمر حياتك، ما مقدار الرعاية التي تحتاج إليها؟ أ(ليس دائما) - ب (بدرجة قليلة) - ج (بدرجة متوسطة) - د (كثيرا) - هـ (بدرجة بالغة)
05	ما مدي استمتاعك بالحياة؟ أ (ليس دائما) - ب (بدرجة قليلة) - ج (بدرجة متوسطة) - د (كثيرا) - هـ (بدرجة كبيرة)
06	ما مدي شعورك بوجود معنى لحياتك؟ 0 أ (ليس دائما) - ب (بدرجة قليلة) - ج (بدرجة متوسطة) - د (كثيرا) - هـ (بدرجة بالغة)
07	لأي مدى يمكنك تركيز عقلك ببساطة؟ أ (ليس دائما) - ب (بدرجة قليلة) - ج (بدرجة

	متوسطة) - د (كثيرا) - هـ (بدرجة بالغة)
08	ما مدى شعورك بالأمن في الحياة؟ أ) (ليس دائما) - ب) (بدرجة قليلة) - ج) (بدرجة متوسطة) - د) (كثيرا) - هـ (بدرجة بالغة)
09	ما مدى الاهتمام الصحي في بيئتك الطبيعية؟ أ) (ليس دائما) - ب) (بدرجة قليلة) - ج) (بدرجة متوسطة) - د) (كثيرا) - هـ (بدرجة بالغة)
10	هل لديك الكفاية والفاعلية الكافية للقيام بواجبات الحياة اليومية؟ أ) (ليس دائما) - ب) (بدرجة قليلة) - ج) (بدرجة متوسطة) - د) (كثيرا) - هـ (بدرجة بالغة)
11	هل أنت متقبل لبنائك الجسدي؟ أ) (سيئ جدا) ب) (سيئ نوعا ما) ج) (جيد نوعا ما) د) (ال سيئ وال جيد) هـ (جيد جدا)
12	هل أنت كفاء لإشباع احتياجاتك؟ أ) (سيئ جدا) ب) (سيئ نوعا ما) ج) (جيد نوعا ما) د) (ال سيئ وال جيد) هـ (جيد جدا)
13	ما مدي توافر المعلومات اللازمة و التي تحتاج إليها في حياتك اليومية؟ أ) (ليس دائما) ب) (بدرجة قليلة) ج) (بدرجة متوسطة) د) (كثيرا) هـ (بدرجة بالغة)
14	لي أي مدي تتوافر لديك الفرصة للراحة و الاسترخاء؟ أ) (ليس دائما) ب) (بدرجة قليلة) ج) (بدرجة متوسطة) د) (كثيرا) هـ (بدرجة بالغة)
15	كم أنت قادر علي التنقل هنا وهناك؟ أ) (ليس دائما) ب) (بدرجة قليلة) ج) (بدرجة متوسطة) - د) (كثيرا) هـ (بدرجة بالغة)
16	لي أي مدي أنت راضي عن نومك؟ أ) (غير راضي أبدا) ب) (سيء نوعا ما) ج) (ال راضي وال غير راضي) د) (جيد نوعا ما)
17	ما مدي رضاك عن أدائك لواجباتك اليومية؟ أ) (غير راضي أبدا) ب) (سيء نوعا ما) ج) (ال راضي وال غير راضي) د) (جيد نوعا ما) هـ (راضي جدا)
18	ما مدي رضاك عن قدرتك علي العمل؟ أ) (غير راضي أبدا) ب) (سيء نوعا ما) ج) (ال راضي وال غير راضي) د) (جيد نوعا ما) هـ (راضي جدا)
19	ما مدي رضاك عن نفسك؟ أ) (غير راضي أبدا) ب) (سيء نوعا ما) ج) (ال راضي وال غير راضي) د) (جيد نوعا ما) هـ (راضي جدا)
20	ما مدي رضاك عن علاقاتك الشخصية؟ أ) (غير راضي أبدا) ب) (سيء نوعا ما) ج) (ال راضي وال غير راضي) د) (جيد نوعا ما) هـ (راضي جدا)

21	ما مدي رضاك عن حياتك الجنسية ؟ (أ) غير راضي أبدا (ب)سيء نوعا ما (ج) ال راضي وال غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا
22	كم أنت راضيا عن المساندة الاجتماعية التي يقدمها لك أصدقائك؟ (أ) غير راضي أبدا (ب)سيء نوعا ما (ج) ال راضي وال غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا
23	ما مدي رضاك عن سكنك أو المكان الذي تعيش فيه ؟ (أ) غير راضي أبدا (ب)سيء نوعا ما (ج) ال راضي وال غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا
24	ما هو مدي رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع ؟ (أ) غير راضي أبدا (ب)سيء نوعا ما (ج) ال راضي وال غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا
25	ما هو مدي رضاك عن مزاجك وراحتك؟ أ (غير راضي أبدا) - ب (سيء نوعا ما) - ج (الراضي والغير راضي) - د (جيد نوعا ما) - هـ (راضي جدا)
26	كم مرة شعرت فيها بالحزن، الاكتئاب، والقلق؟ أ (ليس دائما) - ب (بدرجة قليلة) - ج (بدرجة متوسطة) - د (كثيرا) - هـ (بدرجة بالغة)

