



جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم -

كلية العلوم الاجتماعية و الانسانية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

مذكرة تخرج

لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص علم النفس العيادي والصحة العقلية

علاقة الوحدة النفسية بالاكئاب لدى الأشخاص المسنين دراسة ميدانية بدور العجزة - ولاية مستغانم

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

الطالبة: برداد صورية

أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
عليش فلة	أستاذة محاضرة "ب"	جامعة مستغانم	رئيسا
قوعيش مغنية	أستاذة محاضرة "ب"	جامعة مستغانم	مشرفا ومقررا
سيسبان فاطيمة الزهراء	أستاذة مساعدة "أ"	جامعة مستغانم	مناقشا

السنة الجامعية 2016.2017

إهداء

أهدي دراستي هذه إلى الوالدين الكريمين

إلى من غمرتني بحبها وحنانها ولم تبخل في ذلك أُمي الغالية

إلى أعظم نعمة من الله عليا في الحياة إخوتي وزوجاتهم و أخواتي زهرة ودنيا وزوجها

إلى جميع أفراد عائلتي الكريمة بعيدا أو قريبا

دون أن أنسى براعم العائلة و بهجتها سجود و محمد..

كلمة شكر

إذا كان الشكر فهو أولا و أخيرا إلى الله رب العالمين الذي أتاني من العلم و المعرفة و الصحة و الصبر خاصة لإنجاز هذا البحث المتواضع.

و أتقدم بشكري الخاص إلى من وقفت بجانبني وساندتني وشجعتني لإنجاز هذا البحث..

إلى الأستاذة المحترمة و المشرفة قوعيش مغنية على ما قدمته لي من نصائح

وتسهيلات، فكانت لي خير معلم و مشرف.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى أعضاء لجنة المناقشة أستاذة عليش فلة و أستاذة سيسبان

فاطمة لتكرمهم على قبول مناقشة هذه المذكرة.

كما لا أنسى أن أتقدم بوافر شكري إلى كل عمال مركز الأشخاص المسنين لولاية مستغانم

التي أقيمت فيه الدراسة على ما قدموه من مساعدة و تسهيل الأمور على انجاز هذا البحث

وأخص بالذكر الأخصائيين النفسانيين خاصة المسنين الذين تمت معهم الدراسة،

و أخيرا أشكر كل من وقف إلى جانبي و أمدني بيد المساعدة لإنجاز هذا البحث من قريب

و بعيد ولو بالتشجيع و الكلمات الطيبة .

ملخص البحث:

يهدف البحث إلى التعرف على علاقة الوحدة النفسية بالاكتئاب لدى الأشخاص المسنين المقيمين بدار العجزة لولاية مستغانم، و تكونت عينة الدراسة من 25 مسن (15 أنثى و 10 ذكور) بدار العجزة لولاية مستغانم ، تبلغ أعمارهم 50 سنة فما فوق، مطبق في ذلك الأدوات التالية : الاستمارتين الوحدة النفسية والاكتئاب والمقابلة والملاحظة، كما استخدمت الباحثة في بحثها المنهج الوصفي و العيادي، أما الأساليب الإحصائية المعتمدة في البحث كما يلي : معامل الارتباط برسون و اختبار_ت_ ،وبالاعتماد على برنامج spss كانت النتائج كالتالي:

_توجد علاقة بين الوحدة النفسية والاكتئاب لدى الأشخاص المسنين المقيمين بدار العجزة لولاية مستغانم.
_توجد فروق دالة إحصائية في الوحدة النفسية عند المسنين المقيمين بدار العجزة تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

_توجد فروق دالة إحصائية في الاكتئاب عند المسنين المقيمين بدار العجزة يعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

قائمة المحتويات

إهداء.....	أ
شكر.....	ب
ملخص البحث.....	ج
قائمة المحتويات.....	د
قائمة الجداول.....	ر
قائمة الأشكال.....	ز
قائمة الملاحق.....	س
مقدمة.....	01

الفصل الأول: مدخل الدراسة

1- إشكالية الدراسة.....	05
2- فرضيات الدراسة.....	09
3- دوافع اختيار الموضوع.....	10
4- أهداف الدراسة.....	10
5- أهمية الدراسة.....	10

6- التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة.....,.....11

الفصل الثاني: الوحدة النفسية

تمهيد.....13

1- مفهوم الوحدة النفسية.....13

2- المفاهيم المرتبطة بالوحدة النفسية.....15

3- الوحدة النفسية عند المسنين.....16

4- أنواع الوحدة النفسية.....17

5- أبعاد الوحدة النفسية.....19

6- أسباب الشعور بالوحدة النفسية.....21

7- النظريات المفسرة للوحدة النفسية.....23

8- الطرق الفعالة للحد من الوحدة النفسية.....27

خلاصة الفصل.....28

الفصل الثالث: الاكتئاب

تمهيد.....30

1- مفهوم الاكتئاب.....30

2- الاكتئاب لدى المسنين.....32

33	3- أعراض الاكتئاب.....
35	4- أنواع الاكتئاب.....
41	5- العوامل المسببة للاكتئاب.....
44	6- النظريات المفسرة للاكتئاب.....
48	7- علاج الاكتئاب.....
51	خلاصة الفصل.....

الفصل الرابع: الشيخوخة

53	تمهيد.....
53	1- بداية الاهتمام بمرحلة الشيخوخة.....
54	2- مفهوم الشيخوخة.....
55	3- المسن في دار العجزة.....
56	4- مراحل الشيخوخة.....
57	5- التغيرات و السمات المصاحبة للشيخوخة.....
59	6- النظريات المفسرة للشيخوخة.....
65	8- مشكلات الشيخوخة.....
68	9- الوقاية من مشكلات الشيخوخة وكيفية علاجها.....
70	خلاصة الفصل.....

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد.....	72
أولاً: الدراسة الاستطلاعية.....	72
1- أهداف الدراسة الاستطلاعية.....	72
2- أدوات الدراسة الاستطلاعية.....	73
3- الخصائص السيكومترية للأدوات.....	75
ثانياً: الدراسة الأساسية.....	78
1- المنهج.....	78
2- عينة الدراسة الأساسية ومواصفاتها.....	79
3- أدوات الدراسة الأساسية.....	82
4- طريقة إجراء الدراسة الأساسية.....	83
5- الأساليب الإحصائية المستخدمة.....	85

الفصل السادس: عرض وتفسير النتائج

1 - تمهيد.....	87
2- عرض نتائج الفرضية العامة:.....	87
3- عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى.....	88
4- عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية.....	89
5- عرض نتائج الحالات.....	91

6- عرض نتائج الحالة الأولى.....91

7- عرض نتائج الحالة الثانية.....97

الفصل السابع: مناقشة نتائج الفرضيات

تمهيد.....104

1- مناقشة نتائج الفرضية العامة.....104

2- مناقشة نتائج الفرضيات الفرعية الأولى و الثانية.....106

3- الخاتمة.....109

4- اقتراحات.....110

5- قائمة المراجع.....112

6- الملاحق.....120

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	تصنيف دليل الطب العقلي الأمريكي لاضطرابات المزاج و منها الاكتئاب	40
02	كيفية تصحيح مقياس الوحدة النفسية حسب الدرجات	74
03	كيفية تصحيح مقياس الاكتئاب حسب الدرجات	74
04	وصف هيئة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس	75
05	وصف عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الحالة الاجتماعية	80
06	وصف عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الحالة الصحية	81
07	معامل ارتباط برسون بين الوحدة النفسية و الاكتئاب	87
08	الفروق بين متوسطات الرتب في الوحدة النفسية تعزى لمتغير الجنس باستخدام اختبار مان وتني	88
09	الفروق بين متوسطات الرتب في الاكتئاب تعزى بمتغير لجنس باستخدام اختبار مان و تني	89
10	سير المقابلات العيادية مع الحالة الأولى	91
11	سير المقابلات العيادية مع الحالة الثانية	97

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
19	نموذج روكاش لعناصر الشعور بالوحدة النفسية	01

قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
120	مقياس الشعور بالوحدة النفسية في صورته النهائية	01
121	مقياس Beak للاكتئاب	02
126	التريصات	03

مقدمة:

يعد التغيير حقيقة كونية يفترض ألا تغيب عن وعي أي أحد، فكل كائن حي يتغير سواء كان هذا التغيير بالتقدم و النضج أو كان بالتراجع و الانهيار، فمن لا يتغير لا يمكن أن يتسم بالحياة. ويعتبر الإنسان الكائن الحي الوحيد المكرم الذي يمر بهذا التغيير عبر مراحل العمر المختلفة. ومن أصعب هذه المراحل وأشدّها على الإنسان مرحلة الشيخوخة أو كبر السن و التي تعد إحدى المراحل الأساسية التي يصاحبها العديد من التغيرات الفيزيولوجية و البيولوجية و الاجتماعية و النفسية. ومرحلة الشيخوخة كغيرها من المراحل العمرية السابقة نالت نصيباً وافراً من الدراسات سواء في مجال علم النفس أو غيره من المجالات.

ويتجه المهتمون بأمور الشيخوخة و مشكلة رعاية المسنين إلى تصنيفهم إلى ثلاث فئات: الأولى تضم صغار المسنين الذين تبدأ أعمارهم من سن التقاعد 60 سنة في بعض البلدان أو 65 سنة حتى 75 سنة ثم فئة كبار المسنين 75-85 سنة، ثم فئة الطاعنين.

ومن الجدير بالقول أن المسن في مرحلة الشيخوخة يواجه العديد من المشاكل في حياته تؤثر على صحته الجسمية والنفسية وبالتالي تعيق توافقه مع أسرته و مع مجتمعه. و من أهم هذه المشكلات التي تواجه المسنين في هذه المرحلة هو إحساسهم بأنهم أناس غير مرغوب فيهم ولا فائدة منهم، كذلك فقدانهم للعلاقات الاجتماعية و الأنشطة و الاهتمامات، وشعورهم بالملل واليأس، و افتقارهم للشعور بالأهمية ناتج عن فقدانهم للدور الاجتماعي وبالتالي يجعلهم يتسمون بالعزلة و الوحدة بعيدين عن الآخرين.

فشعور المسن بالوحدة النفسية يعتبر يؤدي به إلى سوء التكيف الاجتماعي خاصة عند الذين يجدون صعوبة في إقامة علاقات مع الآخرين، و ذلك لكونها خبرة مؤلمة يعيشها المسن، تؤثر سلباً على حياته،

وقد يؤدي شعور المسن بالوحدة النفسية إلى الشعور بالاكتئاب وبعض الاضطرابات الانفعالية وبالتالي يخلت توازنه النفسي و الاجتماعي .

وتختلف هذه المشكلات من مسن إلى آخر وحسب البيئة و الظروف الاجتماعية التي يعيشها المسن، حيث نجد البعض يعيشون مع أسرهم، والبعض الآخر يعيش بمفرده، بينما نجد فئة أخرى يعيشون في دور الرعاية بعيدين عن أسرهم ويقضون ما تبقى من حياتهم في مراكز العجزة.

وقد بدأ الاهتمام في السنوات القليلة الأخيرة بالمسنين ويظهر هذا الاهتمام في اتجاه بعض الأبحاث بدراسة هذه المرحلة العمرية إلى جانب احتفال العالم في 1982 بالعام الدولي للمسنين، وتسعى الجزائر على غرار دول العالم اليوم الدولي للمسنين المصادف للفتاح من أكتوبر، وقد كان هذا الاهتمام بالمسنين في بادئ الأمر اهتمام قاصرا على الجانب المادي وكانت هذه الحلول التي تقوم بها الدولة لمواجهة هذه المشكلات المادية في بعض الزيادات المادية الطفيفة للمعاشات كوسيلة للتخفيف من بعض الأعباء المادية دون النظر إلى الجوانب الأخرى من حياة المسن في هذه المرحلة العمرية، والتي هي في حاجة إلى فهم أعمق و دراسات أكثر حتى نصل بها إلى المستوى الخاص من الرعاية و الاهتمام،

ولقد تنبّهت المجتمعات المتحضرة إلى ضرورة الاهتمام بالمسنين فبذلت جهودا عملية لخدمتهم وانصبت هذه الجهود خاصة في الدول الغربية على النواحي المادية و عملوا على رعايتهم معيشيا وصحيا و نفسيا. أما في المجتمعات العربية و الإسلامية ومنها المجتمع الجزائري لم تعطي لهذه الفئة الاهتمام المطلوب من قبل الدول و عدم الاهتمام كثيرا بدراسة هذه الشريحة أي الشيخوخة.

وقد عُني الإسلام أيضا على الاهتمام بكبير السن و العناية به بتوقيره و احترامه و رسم المعالم السامية لمعاملته فجعلها معياراً ووصفاً لأمة الإسلام لقوله صلى الله عليه و سلم: " لَيْسَ مِنَّا مَنْ لَمْ يَرْحَمْ صَغِيرَنَا، وَ يُؤَقِّرْ كَبِيرَنَا، وَيَأْمُرْ بِالْمَعْرُوفِ وَ يَنْهَى عَنِ الْمُنْكَرِ".

كما بين الله تعالى المكانة الرفيعة التي يتبوأها الوالدين حينما قرن عبادته بالإحسان إلى الوالدين، في قوله تعالى: ((وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا إِمَّا يَبُلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أُفٌ وَلَا تَنْهَرْهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا)) الاسراء 23. وما كان هذا الوصف للوالدين إلا لعظم مكانتهما و كبير منزلتهما.

ومن هنا تأتي هذه الدراسة أو البحث لتناول علاقة الوحدة النفسية بالاكنتاب لدى المسنين، وفهم مختلف جوانب الموضوع، وقد شمل البحث سبعة فصول وهكذا:

الفصل الأول: تقديم البحث من خلال تحديد الإشكالية و الفرضيات، و تناولنا دواعي اختيار الموضوع، بالإضافة إلى أهداف وأهمية البحث و تناولنا أيضا التعاريف الإجرائية لمفاهيم البحث.

الفصل الثاني: تطرقنا فيه إلى مفهوم الوحدة النفسية و الوحدة النفسية عند المسنين، ومكوناتها وعناصرها و أهم الأسباب المؤدية إليها ومختلف النظريات المفسرة لها.

الفصل الثالث: تناولنا الاكنتاب من خلال تقديم مختلف التعاريف حوله وكذلك الاكنتاب لدى المسنين، وأنواعه و أسبابه و أهم النظريات التي حاولت دراسته.

الفصل الرابع: خصصنا هذا الفصل للشيخوخة من خلال تقديم مختلف التعاريف المتضمنة لها، والتغيرات التي تحدث في تلك المرحلة و كذلك النظريات المفسرة لها ومشكلاتها و كيفية الوقاية منها.

الفصل الخامس: تناولنا في هذا الفصل الدراسة الاستطلاعية التي تعتبر أولى الخطوات الرئيسية التي تأسس عليها الجانب التطبيقي، فاحتوى على أهداف الدراسة الاستطلاعية ومواصفات وخصائص العينة وظروف إجرائها من خلال المكان و الزمان ووصف وسائل أدوات القياس السيكومترية.

كذلك عرضنا فيه منهج الدراسة الأساسية وخصائص عينة الدراسة الأساسية و الوسائل المستعملة.

الفصل السادس: تضمن عرض و نتائج فرضيات البحث بالإضافة إلى دراسة حالة.

الفصل السابع: مناقشة نتائج الفرضيات و تفسيرها.

وفي الأخير نختم البحث ببعض الاقتراحات.

الفصل الأول : مدخل الدراسة

- 1 - اشكالية الدراسة
- 2 - فرضيات الدراسة
- 3 - دوافع اختيار الموضوع
- 4 - أهداف الدراسة.
- 5 - أهمية الدراسة.
- 6 - التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة .

1 إشكالية الدراسة:

الحياة عبارة عن مراحل متتالية ومختلفة الأطوار، من الطفولة فالمرحلة فالرشد فالشيخوخة، ولكل مرحلة من هذه المراحل لها مميزات وخصائصها، و الإنسان في حياته الطبيعية و بحكم الطبيعة البشرية مُجبر على المرور بهذه المراحل المختلفة من النمو مروراً من الطفولة وصولاً إلى الشيخوخة والتي تعد مرحلة ممتدة لدورة الحياة، باعتبارها آخر مرحلة من عمر الإنسان تبدأ مع نهاية الرشد وتنتهي بمرحلة العجز أو الهرم، و كلما زاد عمر الإنسان زاد اقترابه من الشيخوخة.

تتميز هذه الأخيرة باستهلاك تدريجي لأعضاء الجسم مع التقدم في العمر و تتأثر هذه العملية بعدة عوامل منها الغذاء ونوع المهنة والظروف البيئية القاسية والأمراض والحوادث والظروف النفسية المتعلقة بالفرد وتركيبية المجتمع وتقاليده فالإنسان في هذه المرحلة يصبح كائناً ضعيفاً عاجزاً عن القيام بواجباته ما يدفعه إلى اللجوء للانعزال والانسحاب و إصابته ببعض الأمراض و المشكلات النفسية وحتى الاجتماعية كالوحدة النفسية التي تُعدُّ أهم مشكلة لدى المسنين لأنهم يعانون من نقص في العلاقات الاجتماعية كما تؤدي بهم إلى الإصابة ببعض الاضطرابات سواء كانت نفسية أو انفعالية تخُلُّ بتوازنهم النفسي نتيجة لاختلال توافقهم الاجتماعي (محمد، 2014: 149).

وتعتبر الوحدة النفسية أكبر المشكلات عند المسنين باعتبارها شعور مؤلم ناتج عن عدم الرضا وكذلك عن الإحساس بالعجز والانعزال زيادةً إلى ذلك الانسحاب الاجتماعي و شعور المسن أنه شخص غير مرغوب فيه وانه غير محبوب بين الآخرين، ما يؤدي به إلى إحساسه بالتشاؤم و شعوره باليأس والاكنتاب نتيجة لتلك الوحدة النفسية التي يعيشها، و في بعض الدراسات التي تناولت الوحدة النفسية عند المسنين دراسة مها البربري(2002) للوحدة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية لدى المسنين، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من المسنين ذكوراً تراوحت أعمارهم بين 63.55 سنة وانقسمت العينة إلى أربعة مجموعات فرعية وهي: عينة المحالين إلى المعاش سن 60 سنة ولا يعملون بعد التقاعد، عينة المحالين

إلى المعاش سن 60 ويعملون بعد التقاعد، عينة المحالين إلى المعاش قبل سن 60 سنة (معاش مبكر) و تكون الإحالة بشكل إجباري كضباط الشرطة، عينة المحالين إلى المعاش قبل سن 60 سنة (معاش مبكر) و تكون الإحالة بشكل اختياري، وقد تم اختيار أفراد العينة بشكل عشوائي، وتكونت أعدادهم 25 مسنا في كل مجموعة بعد ما تم استبعاد المسنين الذين تقل أعمارهم عن 55 سنة أو يزيد عن 63 سنة، وكانت نتائج الدراسة أن الوحدة النفسية ترتبط بمفهوم الذات خاصة الانفعالي لدى المسنين وهناك علاقة بين صراع الدور بمتغيراته الثلاثة (العلاقة مع الزوجة و الأبناء - الاتجاه العام نحو التقاعد- الحالة النفسية والاجتماعية) وإحساس المسن بالوحدة النفسية، وأن هناك علاقة بين الوحدة النفسية والتوافق الأسري للمسن، وأن الأشخاص الذين يحالون مبكراً للمعاش إجبارياً هم أكثر شعوراً بالوحدة من الأشخاص الذين يحالون مبكراً للمعاش بصورة اختيارية.

و في دراسة هانسون Hanson (1978) بدراسة حول الوحدة النفسية و التوافق لدى المسنين و دراسة التوافق مع البيئة بصفة عامة والتوافق العاطفي سواء مع الأسرة أو مع المجتمع ككل، و بلغ أفراد العينة 177 فردا و تراوحت أعمارهم فوق 60 سنة و كان الهدف هو التعرف على أسباب الوحدة النفسية من خلال دراسة شخصية كل مسن لمعرفة أي سمات الشخصية أكثر ارتباطا بالوحدة (خديجة، 2012: 103-105).

ومن الاضطرابات النفسية الناتجة عن الوحدة النفسية نجد الاكتئاب باعتباره أكثر الاضطرابات حدوثاً وشيوعاً عند المسنين البالغين 50 سنة فما فوق ويتمثل في شعور المسن بالضيق و الأرق، خاصة اليقظة في الصباح الباكر ونقص الوزن و الطاقة والنشاط مع عدم تحمل المسؤولية، وقلة الحركة أو زيادتها أحيانا، إضافة إلى بطء التفكير مع التردد وصعوبة اتخاذ القرار وشعور بالذنب وتوهم المرض. ويعتبر حالة مزاجية يصاحبها شعور بعدم القيمة وفقدان الشعور بالألم، كذلك النظرة التشاؤمية للحياة المستقبلية،

إضافة إلى ذلك العبوس و الكآبة و انكسار النفس وانخفاض الروح المعنوية و شعور الشخص بالغم و العم و الحزن والألم (وليد، 2001:25).

ومن الدراسات التي تناولت الاكتئاب عند المسنين دراسة فوزي وآخرون (1982) كانت حول الاكتئاب لدى المسنين من مرضى العيادة الخارجية وتكونت عينة الدراسة من 80 مسن بعمر 65 سنة فأكثر وقد استخدم مقياس الزقازيق للاكتئاب وانقسمت العينة إلى مجموعتين ، مجموعة المرضى العاديين ومجموعة يعانون من الاكتئاب، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الاكتئاب لدى المجموعتين حيث أن أفراد المجموعة الأولى لديهم مشاعر منخفضة من الاكتئاب في حين أن المجموعة الثانية لديها درجات مرتفعة من المزاج الاكتئابي ومشاعر الذنب والميول الانتحارية (حسن إبراهيم، 2008: 216).

وكذا دراسة سهير كامل في دراسته للاكتئاب و الانطواء النفسي لدى المسنين في كل من مصر والمملكة العربية السعودية على عينة قوامها (60) مسنا و طبق مقياس الانطواء الاجتماعي و مقياس الاكتئاب من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (MMPI) و توصلت الدراسة إلى أن المسنين العاملين أقل اكتئابا من المسنين غير العاملين وهي تقريبا نفس النتيجة التي توصل إليها محمد حسن غانم (2000) والذي تناول مجموعتين من الذكور المتقاعدين وغير المتقاعدين و قد طبق عليهما مقياس بيك للاكتئاب ومقياس الأحكام التلقائية و قد توصلت نتائج الدراسة إلى العديد من النتائج أبرزها زيادة درجات الاكتئاب و لوم الذات و المبالغة لصالح مجموعة المتقاعدين غير العاملين مقارنة بمجموعة العاملين من كبار السن (محمد غانم، 2007:130).

وفي مرحلة الشيخوخة يحتاج كبير السن إلى رعاية تامة سواء كانت نفسية أو اجتماعية أو معنوية جيّدة خاصة من طرف البيئة المحيطة به، وتلعب تلك الرعاية دوراً كبيراً في حياة المسن ذلك من أجل ضمان سلامته الصحية و الحفاظ على توازنه النفسي و حتى الاجتماعي، لكن انعدام هذه الرعاية وفقدان المسن

لها يجعله يعيش في عزلة ووحدة نفسية كبيرة خاصة المسنين المقيمين بمؤسسات الرعاية الذين وتعرضوا إلى الإهمال والفقْدان من قبل أسرهم، و هذا الشعور بالوحدة النفسية يؤدي به إلى الشعور بالاكْتئاب وبعض الاضطرابات الانفعالية كما يختل توازنه النفسي و الاجتماعي.

وفي بعض الدراسات التي تناولت الوحدة النفسية و الاكْتئاب كدراسة غانم (2002) التي تناولت علاقة المساندة الاجتماعية المدركة بكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكْتئاب لدى المسنين والمسنان المقيمين في مؤسسات إيواء وأسر طبيعية، وتكونت عينة الدراسة من 100 مسن ومسنة يعيشون في دور إيواء وأسر طبيعية، وقد تبين من النتائج أن إدراك المسنين والمسنان الذين تراوحت أعمارهم ما بين 60 يعيشون في بيئة طبيعية للمساندة الاجتماعية أفضل من المسنين والمسنان الذين يقيمون في دور الإيواء، وأن إدراك الشعور بالوحدة النفسية والاكْتئاب يتزايد لدى المسنين والمسنان المقيمين في دور الإيواء (محمد، 2002: 85-86).

وفي دراسة كردي (2006) بعنوان " اضطرابات النوم والشعور بالوحدة النفسية والاكْتئاب لدى عينة من المسنان في مدينة الطائف "هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق بين درجات المسنان بدار الرعاية الاجتماعية والمسنان اللاتي يسكن مع أسرهن في مدينة الطائف بالنسبة للمتغيرات الآتية (اضطرابات النوم، والاكْتئاب والشعور بالوحدة النفسية)، قد اعتمدت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، على عينة مكونة من 25 من المسنان بدار الرعاية الاجتماعية، و 30 من المسنان المقيمت مع ذويهم، حيث تم اختيار العينة عشوائياً، وقد استخدمت الباحثة مقياس الوحدة النفسية ومقياس تعريب رباب محمود،(اضطرابات النوم) إعداد الباحثة و(مقياس الاكْتئاب) وكان من نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المسنان المقيمت في دار الرعاية الاجتماعية ودرجات المسنان المقيمت مع ذويهم على مقياس الشعور بالوحدة النفسية لصالح المسنان بدار الرعاية الاجتماعية حيث أنهم أكثر شعوراً بالوحدة النفسية (كردي، 2006: 187).

إن ظاهرة ترك المسنين في ديار الرعاية من غير التواصل معهم أو السؤال عنهم من قبل أحد، الأمر الذي يجعلهم أكثر ميلاً إلى الانطواء والانعزال، وكذلك فقدانهم إلى مكانتهم الاجتماعية وبالتالي الدخول في دوامة التفكير والاضطرابات النفسية والعاطفية.

وبناءً على الدراسات السابقة حاولت الطالبة دراسة **علاقة الوحدة النفسية بالاكنتاب لدى الأشخاص المسنين المقيمين بدار العجزة بمدينة مستغانم** وانطلاقاً من هذا تم طرح الإشكالية التالية:

. هل توجد علاقة بين الوحدة النفسية والاكنتاب لدى الأشخاص المسنين المقيمين بدار العجزة لولاية مستغانم؟

وقد تفرعت عن هذا التساؤل مجموعة من التساؤلات الفرعية و هي:

. هل توجد فروق دالة إحصائية في الوحدة النفسية عند المسنين المقيمين بدار العجزة تعزى لمتغير الجنس؟

. هل توجد فروق دالة إحصائية في الاكنتاب عند المسنين المقيمين بدار العجزة يعزى لمتغير الجنس؟

2- فرضيات الدراسة:

بعد عرضنا للإشكالية التي تقوم عليها الدراسة و التساؤلات الفرعية المصاغة عنها، ومن أجل الوصول إلى حلول لها، فإنه يتحتم علينا وضع مجموعة من إجابات مؤقتة عن الإشكالية و التساؤلات الفرعية المطروحة وذلك بوضع فرضيات والتي نبدأ من خلالها البحث في موضوع الدراسة وهي:

. توجد علاقة بين الوحدة النفسية و الاكنتاب عند المسنين المقيمين بدار العجزة لولاية مستغانم.

الفرضيات الفرعية:

. توجد فروق دالة إحصائية في الوحدة النفسية عند المسنين المقيمين بدار العجزة تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

. توجد فروق دالة إحصائية في الاكتئاب عند المسنين المقيمين بدار العجزة يعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

3 دوافع اختيار الموضوع:

من بين الدوافع إنجاز هذا البحث ما يلي :

- التقرب أكثر من فئة كبار السن المقيمين بدور الرعاية.
- انتشار ظاهرة وضع الأبناء لأبائهم في بيوت العجزة.
- ضعف الاهتمام بدراسة مرحلة الشيخوخة مقارنة بالمراحل الأخرى: الطفولة، المراهقة والرشد.
- التعرف على أهم الاضطرابات و المشاكل النفسية التي يعانيها كبار السن بمركز العجزة.

4 أهداف الدراسة:

- معرفة علاقة الوحدة النفسية بالاكتئاب لدى المسنين المقيمين بدار العجزة.
- معرفة الفروق بين الجنسين في شعورهم بالوحدة النفسية و كذلك الاكتئاب.

5 أهمية الدراسة:

1 الأهمية العلمية :

- المساهمة في البحث العلمي وإثراء المكتبة الجامعية ببحث جديد يساعد الباحثين .

2 الأهمية العملية:

- التعرف على الواقع النفسي و أسلوب الحياة لكبار السن المقيمين بدور الرعاية.

6- التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة:

1- الوحدة النفسية: هي شعور الإنسان بالحزن و الضيق و العزلة وذلك نتيجة لنقص العلاقات

الاجتماعية وتتمثل في رغبة المسن في الابتعاد و الانسحاب عن الآخرين و الاستمتاع بالجلوس منعزلا عنهم.

تعرف إجرائيا أنها مجموعة من الدرجات يحصل عليها المسن بعد إجابته على أسئلة المقياس المستخدم في الدراسة، بحيث تشير الدرجة المرتفعة إلى شعور مرتفع بالوحدة النفسية لدى المسن.

2- الاكتئاب: هو شعور الإنسان بالحزن و الضيق تنصده مشاعر الخوف و الهم و الغم إضافة إلى

الإحساس بالتشاؤم و اليأس.

يعرف إجرائيا أنه الدرجة الكلية التي يتحصل عليها المسن من خلال إجابته على الأسئلة الموجودة

بالمقياس، بحيث تشير الدرجة المرتفعة على وجود اكتئاب لدى المسن و العكس بالنسبة للدرجة المنخفضة .

3 - الشيخوخة: هي آخر مرحلة من عمر الإنسان تبدأ حوالي من سن 60 سنة حتى نهاية العمر،

تتميز بتدهور صحي ونفسي و اجتماعي، كذلك اختلال في الأداء الوظيفي لجميع أجزاء الجسم.

4- دار العجزة: هي مؤسسة اجتماعية تتمثل في تقديم جميع أنواع الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية

للمسنين (ذكور و إناث) الذين تعرضوا للإهمال و التخلي من قبل أسرهم.

الفصل الثاني :الوحدة النفسية

تمهيد.

1. مفهوم الوحدة النفسية.
2. بعض المفاهيم المرتبطة بالوحدة النفسية.
3. الوحدة النفسية عند المسنين.
4. أنواع الوحدة النفسية.
5. أبعاد الوحدة النفسية.
6. أسباب الشعور بالوحدة النفسية .
7. النظريات المفسرة للوحدة النفسية.
8. الطرق الفعالة للحد من الوحدة النفسية.

خلاصة.

تمهيد:

تعتبر الوحدة النفسية من الموضوعات التي وجدت اهتماماً واسعاً من قبل الباحثين في علم النفس منذ القدم، وهي تمس جميع الفئات العمرية دون استثناء وهي تختلف من فردٍ إلى آخر، وتعد خبرة معيشية مؤلمة في حياة الفرد حيث تتسبب له بكثير من المشكلات النفسية و الاجتماعية، وتقف عائقاً أمام اندماج الفرد في كثير من الأنظمة الاجتماعية كذلك انعدام التواصل و التفاعل مع الآخرين وبالتالي انعدام الثقة بالآخرين إلى جانب الشعور الدائم بالحزن و التشاؤم و الانعزال .

1. مفهوم الوحدة النفسية:

1.1. التعريف اللغوي:

وهي بفتح الواو و تسكين الحاء، وفي التعريف اللغوي: الوحدة ضد الكثرة، والوحداني: المنفرد في نفسه (المنجد في اللغة و الأعلام، 1988: 98).

يعرف "موسنكاز" Moustakas الوحدة النفسية لغوياً بأنها بقاء الفرد دون صحبة، ولكنه يضيف أن

الشعور بالوحدة النفسية يعتبر شعوراً أعمق من مجرد البقاء دون صحبة فهو شعور بالفراغ العاطفي

(رياض، 2009: 213).

2.1. التعريف الاصطلاحي:

لقد نظر الباحثون والمتخصصون إلى مفهوم الوحدة النفسية في الآونة الأخيرة على أنه مفهوم مستقل له

خصائصه المميزة بعد أن كان يتم تناوله في سياق بعض الاضطرابات العصابية كالاكتئاب والقلق ،

وعلى الرغم من التداخل الموجود بين مفهوم الوحدة النفسية وبعض المفاهيم السيكولوجية الأخرى كالعزلة

الاجتماعية والاعتراب النفسي إلا أن الوحدة النفسية تحدث نتيجة لافتقار الإنسان لأن يكون طرفاً في

علاقة محددة أو مجموعة من العلاقات الاجتماعية (فهد، بدون سنة: 03).

يعرفها "سيرمات" 1978 بأنها الفرق بين أنواع العلاقات الشخصية التي يدرك الفرد أنها كانت لديه في وقت ما، وتلك العلاقات التي يرغب في أن تكون لديه بالاسترشاد بخبراته السابقة، أو بخبرة مثالية لم يسبق له أن عاشها في حياته (الدسوقي، 1998: 06).

وتعرف "شقيير" الشعور بالوحدة النفسية بأنه الرغبة في الابتعاد عن الآخرين والاستمتاع بالجلوس منعزلاً عنهم مع صعوبة التودد وصعوبة التمسك، بجانب الشعور بالنقص وعدم الثقة بالنفس (شقيير، 2000: 162).

الوحدة النفسية ظاهرة من ظواهر الحياة الإنسانية يخبرها الإنسان بشكل ما، وتتسبب له بالألم والضيق والأسى، فهي حقيقة حياتية لا مفر منها، لا تقتصر على فئة عمرية معينة، يعاني منها الأطفال، والمراهقون، والراشدون، والمسنون (جودة، 2005: 780).

وتعرف "جودة أمال" الشعور بالوحدة النفسية بأنه خالة تنشأ عن قصور في العلاقات الاجتماعية للفرد مع الآخرين، مما يجعله يشعر بالألم والمعاناة بسبب إحساسه بعدم التقبل وإهمال الآخرين له (جودة، 2006: 104).

يعرفها "إبراهيم قشقوش" بأنها حالة نفسية تنشأ من إحساس الفرد بأنه ليس على قرب نفسي من الآخرين، وهذه الوحدة ناتجة عن إفتقار الفرد لأن يكون طرفاً في علاقة محددة أو مجموعة من العلاقات، ويترتب عليها كثيراً من صنوف الضيق والضرر (محمد، 2007: 198).

تُعرف الوحدة النفسية على أنها خبرة غير محببة تدعو إلى الحزن والضيق، تنتج من إدراك الفرد للنقص في علاقاته الاجتماعية، بالإضافة إلى أنها خبرة شخصية أو ذاتية، تتضمن الرغبة في الابتعاد عن الآخرين، والاستمتاع بالجلوس منعزلاً عنهم، مع صعوبة التودد إليهم، وصعوبة التمسك بهم، بجانب الشعور بالنقص وعدم الثقة بالنفس، وعليه يُعرّف الفرد الوحيد نفسياً بأنه شخص يفتقر إلى الأصدقاء، وأنه غير محبوب من الناس، وعاجز عن الدخول في علاقات اجتماعية قوية مع غيره، ويفضل أن يكون وحيداً أكبر وقت ممكن، مع شعوره بالخجل والتوتر في وجود الآخرين، ولا يتفاعل معهم بشكلٍ إيجابي

ومقبول، وهو شخص لا يثق بنفسه، ولا يقدرها حق قدرها، وغالباً ما يشعر بالوحدة حتى في وجود الآخرين (دانيا، 2013: 22).

يتضح مما سبق، أن الشعور بالوحدة النفسية هو حالة يعيشها الفرد تنشأ أساساً عن نقص في العلاقات الاجتماعية للفرد مع الآخرين، مما يجعل الفرد يشعر بالألم و المعاناة و العزلة و الكآبة بالإضافة إلى اليأس و الانطواء مع الشعور بالإهمال وعدم الاهتمام من قبل الآخرين.

2. المفاهيم المرتبطة بالوحدة النفسية:

1.2 الاكتئاب: يعرف الاكتئاب بأنه حالة وجدانية تتضمن تغيراً في المزاج، كالشعور بالحزن،

الوحدة النفسية، انخفاض تقدير الذات و الثقة بالنفس، بالإضافة إلى بعض التغيرات الجسمية تبدو في صعوبة النوم، فقدان الشهية و انخفاض الطاقة.

انطلاقاً من هذا التعريف للاكتئاب و التعريفات التي سبقت للوحدة النفسية نجد تشابهاً بينهما، هذا ما دفع الكثير إلى الخلط بينهما على أساس أن الحالة الانفعالية البيئية هي العامل المشترك في كليهما إضافة إلى وجود عامل مشترك يتمثل في نقص شبكة العلاقات الاجتماعية لدى الفئتين. في حين يجب مراعاة الفروق الدقيقة التي تميز بين حالة الشعور بالوحدة النفسية هو الوحشة، بينما في الاكتئاب تك ون الحالة الانفعالية هي الغضب، الشخص الذي يشعر بالوحدة النفسية قد يصل إلى الناس لكنه لا يستطيع أن يتواصل معهم (محمد ، 2007: 109).

2.2 العزلة الاجتماعية: العزلة تعني شعور الفرد بانسحابه والنقص عن تيار الثقافة السائدة،

وشعوره بعدم الاندماج، وتبني مبادئ أو مفاهيم مخالفة، مما يجعله غير قادر على مسايرة الأوضاع القائمة، بحيث يكون الفرد في حالة تناقض بين ما هو مادي وما هو نفسي، فهو موجود في المجتمع من الناحية المادية لا من الناحية النفسية (حامد ، 2003: 404).

وأكد أغلب علماء الاجتماع أن الوحدة النفسية هي خبرة ذاتية فهي ليست مرادفة للعزلة الاجتماعية الموضوعية، فالفرد قد يكون وحده دون أن يشعر بالوحدة النفسية عكس كونه مع حشد من الناس، ووفقاً لهذا الفرق ركز علماء النفس الإنتباه على الخبرة الذاتية الخاصة بالوحدة النفسية (حسين، 2004: 359).

3.2. الانطواء: هو نمط من أنماط الشخصية، المنطوي فردٌ يُحب العزلة و الاعتكاف، يجد صعوبة في الاختلاط بالناس، يقابل الغرباء بحذر وتحفظ هو خجول، شديد الحساسية، يجرح شعوره بسهولة، كثير الشك، يكلم نفسه، يستسلم لأحلام اليقظة، يهتم بالتفاصيل يضخم الصغائر، دائم التأمل في نفسه و تحليلها، لديه رغبة في الانعزال و الوحدة (فضيلة ، 2009 : 03).

4.2. الاغتراب: هو اضطراب نفسي يعبر عن اغتراب الذات عن هويتها وعن الواقع والمجتمع وهو غربة عن النفس وعن العالم، ولها عدة أشكال منها: الاغتراب الديني ، الاغتراب الفكري، الاغتراب الاجتماعي، الاغتراب الثقافي، الاغتراب التقني، الاغتراب التعليم.

يرى علماء النفس أن الاغتراب هو حالة معينة لعلاقة الإنسان بنفسه وبغيره من الناس وأن الإنسان يشعر بالعزلة لأنه قد انفصل عن الطبيعة وعن بقية البشر، بل وعن ذاته، تلك العزلة التي تعتبر عن موقف إنساني عام (فاروق، 2001 : 137).

3. الوحدة النفسية عند المسنين:

تُعد مرحلة الشيخوخة من المراحل التي لها طابعها المميز، حيث يحدث في هذه المرحلة مجموعة من التغيرات العضوية و الجسدية و النفسية ومعاناتهم من ظروف خاصة تزيد من احتمال شعورهم بالوحدة النفسية، إذ أن أغلبهم يعانون من مشاعر فقدان عدد من القضايا مثل العمل و الصحة و بيت الأسرة، و ربما فقدان الأشخاص الذين يحبونهم و كثيراً ما يكون الإحساس بالوحدة سبباً في ظهور اضطرابات أكثر جدّة في حياة المسنين على نحو خاص كوجود علاقة بين الوحدة النفسية و كل من الاكتئاب والأفكار الانتحارية و تقدير الذات المنخفض و قلة التوافق النفسي والاجتماعي لديهم (جودة، 2005 : 03).

يتضح مما سبق أن الوحدة النفسية هي خبرة يمر بها الفرد فهي لا تقتصر على فترة معينة، و هي تلعب دوراً في ظهور بعض الاضطرابات النفسية و السلوكية و تقف عائقاً في إشباع حاجات الفرد ودوافعه.

4. أنواع (صور أو أشكال) الوحدة النفسية:

اختلف الباحثون في تصنيفهم لأشكال وأنواع الوحدة النفسية حيث ميّز "يونج" 1990 بين ثلاثة أنواع للشعور بالوحدة النفسية على أساس المدة الزمنية وهي كما يلي:

1. الوحدة النفسية العابرة: والتي تتضمن فترات من الوحدة على الرغم من أن حياة الفرد

الاجتماعية تتسم بالتوافق.

2. الوحدة النفسية التحولية: وفيها يتمتع الفرد بعلاقات اجتماعية طيبة في الماضي ولكنه يشعر

بالوحدة النفسية حديثاً نتيجة لبعض الظروف المستجدة (كالطلاق، أو وفاة شخص مقرب إليه).

3. الوحدة النفسية المزمنة: وهي التي قد تستمر لفترات طويلة تصل إلى حد السنين، ولا يشعر

الفرد بأي نوع من أنواع الرضا فيما يتعلق بعلاقاته الاجتماعية (نمر، 2011: 603).

وقد قسم قشقوش (1988) الوحدة النفسية إلى ثلاثة أنواع رئيسية وهي:

1. الوحدة النفسية الأولية: وتوصف على أنها سائدة في الشخصية، أو في اضطراب في إحدى

سمات الشخصية ترتبط أو تتصاحب بالانسحاب الانفعالي عن الآخرين، وفي الوقت الذي يجد فيه كثير

من الأفراد ذوي الإحساس بالوحدة النفسية أنفسهم غير قادرين على تكوين علاقات مشبعة، ويحاول بعض

هؤلاء الأفراد أن يهربوا من إحساسهم بالوحدة عن طريق الانخراط أو الدخول في علاقات مؤذية أو مرضية

مع الآخرين .

2. الوحدة النفسية الثانوية: عادة ما يظهر الشعور بالوحدة النفسية الثانوية في حياة الفرد عقب

حدوث مواقف معينة في حياته كالطلاق أو الترمل أو تمزق أو تصدع علاقات الحب.

3. الوحدة النفسية الوجودية: يعتبر هذا الشكل من أشكال الوحدة النفسية أوسع مما يتضمنه أي

من الشكليات السابقين، كما يبدو هذا الشكل منفصلاً أو متميزاً إلى حد ما عن الشكليات الآخرين، ومن الجهة النظرية ينظر كثير من أصحاب المنحى الوجودي إلى الشعور بالوحدة النفسية الوجودية على أنه حالة إنسانية طبيعية وحتمية يتعذر الهروب منها، وأن الإنسان يتفرد ويتميز عن الكائنات الأخرى لأنه يعي ذاته ويستطيع أن يتخذ مواقف وقرارات واختيارات، وخوف الإنسان من المسؤولية يجعله واعياً وبصورة مخيفة أو مرعبة بانفصاله وتمييزه عن بقية الكائنات، وهذا يجبره أو يرغمه على أن يهرب من تمايزه عبر طرق وأساليب خادعة ومضللة مما يترتب عليه في النهاية أن يفقد صحته وأصالته وتفردته وبالتالي يفقد هويته أو كينونته إلى درجة قد يصبح معها أو عندها غريباً أو مغترباً عن ذاته وعن رفاقه من بني الإنسان (الدسوقي، 1998: 07).

كما ميز وايس 1974 Weiss بين نوعين من الوحدة النفسية وهما:

1. وحدة نفسية عاطفية (انفعالية): تتميز بالقلق وعدم الاستقرار والفراغ وهي نتيجة لغياب

العلاقات الحميمة والودودة.

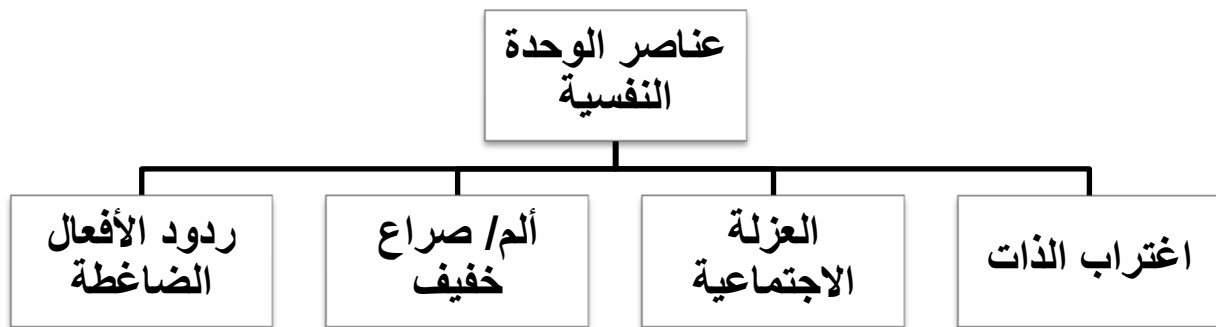
2. وحدة نفسية اجتماعية: تتميز بالضجر والشعور بالهامشية وهي ناتجة عن غياب

الصدقات المشبعة وغياب الشعور بالانتماء الاجتماعي.

يتضح مما سبق أن العلماء قد اختلفوا في رؤيتهم وتقسيمهم لأشكال الوحدة النفسية فقد قسمها "يونج" بناء على الفترة الزمنية التي يمكن أن يستمر فيها شعور الفرد بالوحدة النفسية، أما "وايس" فقد قسمها بناء على العوامل المسببة سواء نفسية أو اجتماعية، كما اعتمد "تشقوش" في تقسيمه لأشكال الوحدة النفسية على أساس العوامل أو الأسباب المؤدية للشعور بالوحدة النفسية. وعلى الرغم من ذلك إلا أنها بأي شكل من الأشكال تمثل الوحدة النفسية شعور مؤلم لدى الفرد نتيجة مروره بموقف معين يؤدي إلى حدوث خلل في علاقاته الاجتماعية. (وفاء، 2008: 16).

5. أبعاد (مكونات أو عناصر) الوحدة النفسية:

لقد تباينت آراء الباحثين وانتفتت حول أبعاد ومكونات وعناصر الشعور بالوحدة النفسية وفيما يلي عرض لبعض آراء هؤلاء الباحثين: يمكننا أن نحدد عناصر الشعور بالوحدة النفسية من خلال نموذج روكاش Rokach الذي يتكون من أربع عناصر أساسية للشعور بالوحدة النفسية كالآتي:



الشكل رقم (01): نموذج روكاش لعناصر الشعور بالوحدة النفسية

1. إغتراب الذات: وهو شعور الفرد بالفراغ الداخلي والانفصال عن الآخرين وإغتراب الفرد عن

نفسه وهويته والخط من قدر الذات.

2. العزلة في العلاقات الشخصية المتبادلة: ويتمثل ذلك في مشاعر كون الفرد وحيداً انفعالياً

وجغرافياً واجتماعياً، وشعور الفرد بعدم الانتماء في العلاقات ذات المعنى لديه حيث يتكون العنصر

الأخير من غياب المودة وإدراك الفرد للغياب الاجتماعي والشعور بالخذلان والضجر.

3. ألم / صراع خفيف: ويتمثل في الهياج الداخلي والثوران الانفعالي للفرد وسرعة الحساسية

والغضب وفقدان القدرة على الدفاع والارتباك والاضطراب واللامبالاة الذي يستهدف أهم الأفراد الشعاعون بالوحدة النفسية.

4. ردود الأفعال الموجعة الضاغطة: ويتكون ذلك نتاج مزيد من الألم و المعاناة من الخبرة

المعاشة للشعور بالوحدة النفسية و المتضمنة للاضطراب و الألم الذي يعايشه الأفراد الشعاعين بالوحدة النفسية (فاطمة، 2013: 78 - 79).

أما ويس Weiss فقد وضع ثلاثة أبعاد أساسية لخبرة الشعور بالوحدة النفسية و هي:

. البعد الأول "العاطفة" حيث يحتاج الأفراد دائماً إلى الصداقة العاطفية الحميمة من الأشخاص المقربين، وإلى التأييد الاجتماعي و يتولد الشعور بالوحدة النفسية نتيجة لفقد الأفراد الشعور بالعاطفة من قبل الآخرين.

. البعد الثاني "فقدان الأمل (اليأس و الإحباط)" وهو شعور الفرد بالقلق المرتفع و الضغط النفسي عند التوقع لاحتياجات لا تتحقق مما يولد الشعور بالوحدة النفسية.

. البعد الثالث "المظاهر الاجتماعية" وهي أن شعور الفرد بالوحدة بالنفسية يقف حائلاً أمام تكوين الصداقات مع الآخرين، مما يولد الشعور بالاكنتاب، ويجعل الفرد مستهدفا للإدمان، وانحراف المراهقين و سلوكهم سلوكاً يتسم بالعنف و العدوان.

وكذلك نجد أن "قشقوش" قد وضع أربعة مكونات أساسية للشعور بالوحدة النفسية وهي:

1. إحساس الفرد بالضجر نتيجة افتقاد التقبل والتواد والحب من قبل الآخرين.

2. إحساس الفرد بوجود فجوة نفسية تباعد بينه وبين الوسط المحيط يصاحبها أو يترتب عليها فقد الثقة بالآخرين.

3. معاناة الفرد لعدد من الأعراض العصابية كالإحساس بالملل وانعدام القدرة على تركيز الانتباه والاستغراق في أحلام اليقظة.

4. إحساس الفرد بافتقاد المهارات الاجتماعية اللازمة لانخراطه في علاقات مشبعة مثمرة مع

الآخرين. (فاطمة، 2013: 80-81).

6. أسباب الشعور بالوحدة النفسية:

للوحدة النفسية أسباب متعددة، بعضها يعود لطبيعة الأشخاص أنفسهم، ويعود البعض الآخر لاضطراب كمية أو كيفية شكل العلاقات الاجتماعية.

حيث يرى "ويس" Weiss (1974) أن الشعور بالوحدة النفسية يمكن أن تعود إلى مجموعتين:

الأولى: تتعلق بالمواقف أو البيئة الاجتماعية هي تركز على المشكلات و الصعوبات القائمة في البيئة

الاجتماعية للفرد باعتبارها أسبابا حتمية مؤدية للوحدة النفسية نتيجة تغيير ظروف الشخص.

الثانية: تتعلق بالفروق الفردية أو ما يعرف بمجموعة الخصائص الشخصية التي تساعد على شعور

الأفراد بالوحدة النفسية مثل الخجل، الانطواء، العصبية مع وجود اختلافات فردية لدى الأفراد.

في حين يرى "Roy" أن الوحدة النفسية هي نتيجة للحاجة للشعور بالانتماء، فكل فردٍ ثلاث حاجات

نفسية:

1. الحاجة للحب و المشاركة الوجدانية.

2. الحاجة إلى وجود طرف آخر يتفهم المشاعر و الأحاسيس المختلفة.

3. الحاجة لوجود من يشعر المرء بالاحتياج إليه.

ففي حالة عدم إشباع الفرد للحاجات الثلاثة يشعر الفرد بالفراغ، وقد ينشأ هذا الشعور بالوحدة كنتيجة

لنقص المهارات الاجتماعية للتواصل مع الآخرين، من ثم يلزم الاهتمام بهذا التواصل الوجداني منذ

الطفولة لتنمية قدرات الأفراد على التعامل مع العزلة دون الشعور بالوحدة.

كما بيّن "Lunt" أن هناك أسبابا متراكبة للوحدة النفسية، واستخدم ثلاثة عشر سببا أخذها من دراسة

"ميشيلا" وآخرون هي كما يلي:

❖ التشاؤم.

❖ الخوف من القبول.

- ❖ ضعف المحاولة.
 - ❖ عدم الحظ و التوافق.
 - ❖ قلة المعرفة (أي لا يعرف كيف يبدأ بإنشاء العلاقات مع الآخرين).
 - ❖ الخجل.
 - ❖ عدم الجاذبية.
 - ❖ العلاقة مع المجموعة الأخرى (عدم اهتمام الآخرين به).
 - ❖ قلق الآخرين تجاهه (خوف الآخرين الارتباط به و الانخراط معه).
 - ❖ الوضع الرسمي مع الآخرين.
 - ❖ قلة الفرص.
 - ❖ قلة محاولة الآخرين عمل علاقة معه.
 - ❖ شخصية غير محبوبة.
- قد ربط في دراسته جميع هذه الأسباب للوحدة النفسية ببعضها البعض بحيث جعلها كشبكة مترابطة تؤثر في بعضها البعض بشكل متعدد الأبعاد.
- فيتضح إذاً أن الشعور بالوحدة النفسية يتأثر بعاملين هامين ألا وهما بيئة الفرد و شخصيته (وفاء، 2008: 19).

7. النظريات المفسرة للوحدة النفسية:

تعد الوحدة النفسية إحدى الظواهر التي تفتقر إلى الجانب النظري، حيث إنها أدخلت إلى مجالات الفلسفة وتعالج مع الاكتئاب، علماً بأن الوحدة النفسية مفهوم مستقل له خصائص منفردة، وسوف نعرض فيما يلي بعض النظريات التي تناولت الوحدة النفسية كما يلي:

1.7. الوحدة النفسية من منظور الدين الإسلامي:

إن الإسلام يجمع بين قلوب المسلمين ومشاعرهم وأحوالهم المعيشية من خلال أداء شعائر فريضة الصوم في شهر رمضان الكريم . أيضاً فإن أداء فريضة الزكاة، وما ينتج عنها من تكافل اجتماعي وتآلف إنساني بين أبناء الأمة الإسلامية، يقرب ويجمع فيما بينهم، مما يجعل الأغنياء يعطفون على الفقراء، ويحب الفقراء الأغنياء، و من هنا فإن الإسلام عموماً ينمي شعور الفرد بالانتماء للجماعة والافتخار والاعتزاز بها، وأيضاً ينمي روح التعارف والتآلف والترابط والتعاون والتماسك والتراحم والمحبة والمودة والإخاء وتبادل المنفعة والمساعدة بين أبناء الأمة الإسلامية، وليس أدل على ذلك من قول الله سبحانه وتعالى في محكم التنزيل:

(إنما المؤمنون إخوة فأصلحوا بين أخويكم واتقوا الله لعلكم ترحمون) . (الحجرات : 10).

(تعاونوا على البر والتقوى ولا تعاونوا على الإثم والعدوان) . (المائدة : 02).

(واعتصموا بحبل الله جميعاً ولا تفرقوا واذكروا نعمة الله عليكم إذ كنتم أعداء فألف بين قلوبكم فأصبحتم بنعمته إخواناً) . (آل عمران: 103) .

إن الإسلام يشجع على تنمية روح الجماعة و التآلف و التعارف و المحبة و الإخاء بين الأشخاص ويرفض كل المظاهر والأحوال التي من شأنها أن تؤدي إلى الوحدة أو الإنفراد أو الفرقة أو التشتت أو الابتعاد أو الانعزال عن الجماعة.

2.7. نظرية التحليل النفسي:

يرى أصحاب هذه النظرية على رأسهم فرويد أن الوحدة النفسية بأنها ذات خصائص مرضية ويرجعونها إلى الخبرات المبكرة التي مرَّ بها الفرد.

يعتبر زيلبورج Zelboorg أول من قام بدراسة عن الوحدة النفسية و فرق بين الشخص الذي ينتابه شعور مؤقت بالوحدة النفسية و الشخص الوحيد، فالشعور المؤقت بالوحدة النفسية أمر طبيعي و حيلة عقلية عابرة تنتج عن فقدان شخص معين ، أما الوحدة المزمنة فهي استجابة لفقدان الحب أو الشعور الفرد أنه شخص غير مرغوب فيه و لا فائدة منه ، مما يؤدي إلى الاكتئاب و الانهيار العصبي ، وتعود جذور الوحدة إلى المهدي حيث يتعلم الطفل الوظائف التي تجعله محبوبا و مرغوبا فيه.

و يرى هاري سوليفان ستاك أنه يمكن اعتبار الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهق متأثرا من إدراكه بأن ليس لديه مساندة من مصادر الإشباع و الدفاع و الحب و الحياة، حيث يشعر المراهق بالعجز فلا يجد لمن يلجأ إليه فيستجيب المراهق إلى ذلك الشعور بالوحدة المصحوب بالقلق و الخوف و بحسب سوليفان يمكن الربط بين الوحدة النفسية وبين الفشل في الحب و عدم القدرة على تكوين الصداقات في المراهقة. و يعتبر سوليفان الوحدة النفسية خبرة مؤلمة تترك التفكير بهدوء و صفاء فليس من الضروري أن يكون الفرد معزولا ليختبر الوحدة ، أو بالأحرى تتبع الوحدة من افتقاد الفرد للعلاقات الاجتماعية.

و يتفق سوليفان مع زيلبورج أن جذور الوحدة النفسية في حالة الكبار تعود إلى الطفولة، حيث افترض أن هناك حاجة حافزة للألفة الإنسانية وهذه الحاجة تجعل الطفل يظهر رغبته في الاتصال بالآخرين،

ويحتاج الفرد قبل المراهقة إلى صديق يتبادل معه المعلومات، والأطفال الذين تنقصهم المهارات الاجتماعية بسبب التفاعل الخاطيء مع والديهم أثناء الطفولة يكون من الصعب عليهم ان يكون لديهم أصدقاء فيما بعد، وقد تؤدي الفرد في إشباع الحاجة إلى الألفة قبل المراهقة إلى الوحدة الكامنة المفاجئة، كما اتفق سوليفان مع زيلبورج في إرجاع أصل الوحدة إلى الآثار الضارة لموقف عطف الأمومة في

مرحلة مبكرة.

أما فرويد فقد فسّر الشعور بالوحدة النفسية بأنها عملية صراع بين المكونات داخل الفرد التي تتمثل في الهو (Id)، الأنا (Ego)، والأنا العليا (Super ego)، مما يؤدي إلى سوء توافقه مع نفسه و مع بيئته الاجتماعية من حوله، ويمكن النظر إلى الشعور بالوحدة النفسية بأنه نتيجة للقلق العصابي الطفولي، وله وسيلة دفاعية نفسية تعمل للحفاظ على الشخصية من التهديد الناشئ من البيئة الاجتماعية ويعبر عنه في صورة عزلة أو انسحاب.

3.7. النظرية الظاهرية الإنسانية:

تحدث روجرز في نظريته ((العلاج المتمركز حول العميل)) عن الوحدة النفسية حيث ذكر أن ضغوط المجتمع الواقع على الفرد تجعله يتصرف بطرق محدودة ومتفق عليها اجتماعياً ، وهذا يؤدي بدوره إلى التناقض بين حقيقة ذاته الداخلية والذات الواضحة للآخرين ، ومن هنا فأن مجرد أداء الفرد لادوار المجتمع المطلوبة دون اهتمام بطريقه أدائها بدقة ، ينشأ عنه الشعور بالفراغ، وتحدث الوحدة كما عبر عنها روجرز عندما تفشل دفاعات الفرد في الاتصال بالذات الداخلية ، كما أن اعتقاد الفرد بأن ذاته الحقيقية غير محبوبة تجعله منغلقاً في وحدته لان الخوف من الرفض يقوده إلى الإصرار على الظهور بالمظهر الاجتماعي الكاذب ، وذلك لاستمرار الشعور بالفراغ.

تحدث أيضا البورت (1897-1967) تحقيق امتداد الذات وانعدام الاهتمام الحقيقي في مجال العلاقات الاجتماعية ، مع تركيزه ، الكلي على دوافعه ومقاصده الخارجية ، مع نظرة سلبية على نفسه بفقدان الأمن الانفعالي وعدم تقبل الذات.

أما أبراهام ماسلو (1908-1970) يرى ان الشعور بالوحدة النفسية ينشأ بسبب عدم إشباع حاجات الانتماء والحب ، والوحيد نفسياً يكون مدفوعاً بجوع للاحتكاك والصداقة الحميمة والانتماء ، والحاج إلى التغلب على مشاعر الاغتراب والعزلة التي سادت بسبب الحراك الاجتماعي وتحطم الجماعات التقليدية (الخالدي، 2009 : 65-68).

4.7. النظرية الاجتماعية:

يرى كل من بومان Bomman وسلاتر Slater أن هناك ثلاث قوى اجتماعية تؤدي إلى الوحدة

النفسية و هي:

- ضعف في علاقات الفرد بالأسرة.
- زيادة الحراك في الأسرة.
- زيادة الحراك الاجتماعي.

وبنى "سلاتر" (1976) تحليله للوحدة النفسية من خلال دراسة الشخصية الأمريكية، وكيف فشل المجتمع الأمريكي في تلبية احتياجات أفرادها، لأن المشكلة الأمريكية تكمن في إحساس الفرد بالفردية، وأن كل فرد لديه الرغبة في المشاركة الاجتماعية و الارتباط بالآخرين، ولكن هذه الرغبة أحبطت في المجتمع الأمريكي، مما أدى أن يتبع كل فرد مصيره منفرداً مما أدى إلى الوحدة النفسية، ومن هنا استنتج سلاتر بأن الوحدة النفسية هي نتيجة للتقدم التكنولوجي المعاصر.

5.7. النظرية التفاعلية:

أكد ويس Weiss 1973 على أن الشعور بالوحدة النفسية ليس وظيفة العوامل الشخصية او العوامل الموقفية كلاً على حدة ، بل هي نتاج التأثير التفاعلي لتلك العوامل معاً ، وان الوحدة تنشأ عندما تكون تفاعلات الفرد الاجتماعية غير كافية ، أي أنه يعتبر أن كل العوامل الداخلية (الشخصية) والعوامل الخارجية (الموقفية) أسباب للوحدة النفسية وإن كان يعطي اهتماماً أكبر للعوامل الموقفية.

إن وجهة النظر التفاعلية لويس حاولت الجمع بين كل من الاتجاه السيكو دينامي والاتجاه الظاهري والاتجاه الاجتماعي ، حيث أرجعت أسباب الوحدة النفسية إلى تفاعل العوامل الشخصية والاجتماعية معاً. ترى هذه النظرية بان الفرد معرض للشعور بالوحدة النفسية بسبب الطريقة التي يستجيب tones بها للمواقف الخاصة بالعلاقات الشخصية ، وقد وجد جونز وآخرون أن الأشخاص الوحيدين نفسياً يعبرون

عن وجهة نظر سلبية للطبيعة البشرية ، وعن نظرة اقل ايجابية للآخرين الذين يتفاعلون معهم بعكس الأشخاص الذين لا يشعرون بالوحدة النفسية ، إذ يؤدي الشعور بالوحدة النفسية إلى النظر إلى المواقف بسلبية ، بالإضافة إلى الحذر الشديد أثناء التفاعل والخوف الدائم من وقوع الأسوأ ، وباختصار فان كلا من خصائص الشخصية والفروق الفردية ومتغيرات الشبكة الاجتماعية تساهم في الشعور بالوحدة النفسية و كما يؤثر أيضا كل من الانبساط والعصاب على الشعور بالوحدة النفسية ، مما سبق ترى ان نظرية السمات ترى أن هناك أشخاصاً معينين يميلون إلى الشعور بالوحدة النفسية بسبب سماتهم الشخصية التي تحد ، ردود أفعالهم تجاه الموقف والأحوال التي يعيشونها (إلهام ، بدون سنة : 324-325).

8. الطرق الفعّالة في الحد من الوحدة النفسية:

إن الحد من الشعور بالوحدة النفسية يتطلب أن يكون الفرد على وعي تام بالأسباب الحقيقية وراء شعوره بالوحدة النفسية، وهنا يبرز دور النضج الشخصي الصحيح للفرد والذي يتمثل في التوازن بين إشباع حاجات الفرد في إقامة علاقات مع الغير من ناحية و تكوين قاعدة آمنة للشعور بالرضا عن الذات من ناحية أخرى، وهذا يتطلب أن يتخذ الفرد عدة خطوات للحد من الشعور بالوحدة النفسية منها :

1. التعامل مع تجربة الوحدة النفسية باعتبارها خبرة شعورية تهدف إلى الوصول لمرحلة من النضج النفسي.

2. إن الاختلاء بالذات بمقدوره الإسهام في معرفة الفرد لذاته، وهو الأمر الذي قد يزيد من قدرته

على تكوين علاقات حميمة مع الآخرين.

3. البحث عن الأسباب المؤدية للوحدة النفسية، بدلاً من إلقاء اللوم على الذات.

4. تكوين مواقف حسنة من الآخرين.

5. الاهتمام بإثراء الصداقات بدلاً من البحث عن شريك حياة متمسك بالرومانسية.

6. تحليل المواقف الاجتماعية المنطوية على مخاطر يعتبر مناسباً لتقرير ما إذا كان النفع المحتمل

منها جدير بالمخاطرة.

خلاصة:

و تعتبر الوحدة النفسية خبرة مؤلمة خاصة لدى المسن نتيجة فقدان العلاقات الاجتماعية، و غياب الأسرة المحيطة و فقدان الدور الاجتماعي كل هذا يؤدي إلى الشعور بمجموعة من الأعراض التي تجعل المسن يعيش في دائرة الاضطرابات النفسية التي تُحل بتوازنه النفسي و الاجتماعي إضافة إلى سوء التكيف مع نفسه و مجتمعه .

الفصل الثالث : الاكئاب

تمهيد.

1. مفهوم الاكئاب.
2. الاكئاب لدى المسنين.
3. أعراض الاكئاب.
4. أنواع الاكئاب.
5. العوامل المسببة للاكئاب.
6. النظريات المفسرة للاكئاب.
7. علاج الاكئاب.

خلاصة.

تمهيد:

يعتبر مشاعر الحزن من الأحاسيس العادية التي يعاني منها كل شخص لدرجة معينة في حياته، أما الاكتئاب فهو حالة نفسية تشتدّ فيها الأحاسيس بحيث تؤثر سلباً في النشاطات اليومية للفرد، ويعتبر أحد الأمراض النفسية الأكثر انتشاراً في الوقت الحالي.

والاكتئاب ظاهرة نفسية تصيب جميع الفئات العمرية (ذكور وإناث، صغار وكبار ومسنين)، ولا يفرق بين مستوي التعليم والثقافة ولا المستوي المادي، فالجميع عرضة للإصابة به، فهو لا يؤثر على النفس فقط إنما يؤثر أيضاً على أعضاء الجسد كلها، وحتى الطريقة التي يفكر بها الفرد عن نفسه وعن الأشياء التي تحيط به.

و يُعتبر الاكتئاب أحد الاضطرابات الوجدانية التي تسبب معاناة و آلام لدى الفرد مما يعيق حياته وتواقفه النفسي و الاجتماعي كما تظهر على الفرد أعراض مختلفة تؤدي به للجوء إلى محاولة الانتحار،

1. مفهوم الاكتئاب:

إن الاكتئاب مرض نفسي مزمن و شامل، يؤثر على جسم الإنسان و مزاجه و أفكاره ويعتبر من المشاكل الصحية الرئيسية في المجتمعات الحديثة.

1.1. التعريف اللغوي للاكتئاب:

تقول العرب: كئب الرجل، أي تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم و الحزن، واكتئاب وجه الأرض،

أي تغير و ضرب إلى السواد فالكآبة و الاكتئاب هو الحزن الشديد (لسان العرب، 2000).

و يقال: (كأب) فلانا أحزنه، (اكتأب) ، كئب ووجه الأرض تغير و ضرب إلى السواد ومنه رماد مكتئب

اللون ، كآبة تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن فهو كئب وكئيب (معجم الوسيط: 339).

2.1. التعريف الاصطلاحي للاكتئاب:

يعرف "لطفى الشربيني" أنه أحد أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً، وتقدر إحصائيات منظمة الصحة العالمية نسبة الإصابة بالاكتئاب بحوالي 7% من سكان العالم، وهو اضطراب للمزاج مع هبوط في الحالة النفسية والجسدية، وأسبابه عوامل وراثية ومكتسبة مثل التعرض للضغوط والخسارة. (لطفى، بدون سنة : 42).

يعرفه "عبد الرحمن العيساوي" أنه حالة وجدانية ذاتية تظهر فيه أعراض الخوف و التشاؤم و الشعور بالفشل و عدم الرضى الشعور بالذنب و عدم حب الذات وصعوبة في النوم بالإضافة إلى التعب. أو هو حالة يصاحبها الشعور بعدم القيمة بالأمل و النظرة التشاؤمية بحياة الإنسان ومستقبله والعبوس أو الكآبة وانكسار النفس وانخفاض الروح المعنوية و الشعور بالدعم والغم أو الحزن والألم ويقع ضمن مجموعة من الاضطرابات الأخرى يطلق عليها اضطرابات الانفعال أو الوجدان (العيساوي، 1984: 125).

تعريف "سعيد حافظ يعقوب" هو اضطراب نفسي يتطور بفعل تركيب غير سوي في الشخصية إلى أمراض جسمية نفسية، ويقول من جهة أخرى "هو رد فعل من النفس إزاء حالة شدة أو حرمان ناجمين عن حادث مفاجئ كخسارة مفاجئة أو مصيبة أو خيبة أمل" (الوافي، 1999: 56).

تعريف "بيك Beak" هو حالة انفعالية تتضمن محددات في المزاج مثل مشاعر الحزن و القلق واللامبالاة ومفهوماً سالباً عن الذات مع توبيخ الذات و تحفيزها ولومها ووجود رغبات في عقاب الذات مع رغبة في الهروب و الاختفاء والموت، وتغيرات في النشاط مثل صعوبة النوم و الأكل و التغيرات في مستوى نقص أو زيادة النشاط (آسيا، 2000: 20).

تعريف "روكلين" حالة مزاجية تتسم بالإحساس بعدم القيمة و الشعور بالكآبة و الحزن و التشاؤم و نقص النشاط (حسن، 2004: 70).

يعرفه " أنتوني ستور" بأنه حالة تتسم بالحزن وعدم الميل إلى النشاط الذي يتصاعد إلى درجة تصل في الغالب إلى السكون التام و التوقف عن الحركة و تأخر العمليات العقلية، ويصاحب ذلك حالات الاضطراب إلى نظام اليوم، وفقدان الشهية للطعام، والإمساك وارتخاء العضلات، وكذلك تضائل في الرغبة الجنسية (أديب ، 2009: 353).

يتضح لنا أن الاكتئاب هو حالة مزاجية يشعر فيها الفرد بالحزن والغم والعجز واليأس والذنب ، بحيث تكون مصحوبة بانخفاض في النشاط النفسي والذهني والحركي كذلك ضعف الاهتمام بالأمر الشخصية والاجتماعية ، ويختلف من حالة إلى أخرى.

2. الاكتئاب لدى المسنين :

يعد الاكتئاب أهم المشكلات النفسية في الشيخوخة، ويقدر انتشاره بين المسنين فوق سن الستين بما يزيد عن الثلث كأعراض اكتئابية، في حين تصل نسبة المصابين به ويكامل أعراضه إلى 10%.

ولابد من الأخذ بعين الاعتبار أن لكبار السن ظروفًا نفسية واجتماعية خاصة تتفاوت بين الأفراد وبين العائلة و الأخرى، كما أن هناك تفاوتاً معروفاً وواضحاً بين دول وأخرى، إضافة إلى أن كبار السن غالباً ما يعانون من اضطرابات وأمراض عضوية مختلفة: كالسكري، والضغط، وأمراض القلب، ويتناولون العديد من العقاقير.

وترتفع معدلات الانتحار بين كبار السن المكتئبين خصوصاً من تجاوزوا السن الخامسة و الستين، ومن الملاحظ أيضاً أنهم قد لا يفصحون ويعلنون عن نواياهم في الانتحار(وليد ، 2003: 90-91).

ويمكن استنتاج الإصابة بالاكتئاب لدى كبار السن حيث تبدو عليهم علامات التبدل، والانسحاب من الحياة وفقدان الاهتمام بكل ما حوله، وفقدان الهدوء والحزن دون سبب واضح، كما أنه لا يرغب في الطعام، ويضطرب النوم لديه فيصبيه الأرق، وتكون لديه مشاعر القلق و الإحباط ومشاعر الندم على أمور بسيطة، إضافة إلى إشارات اليأس و التشاؤم (الطفي ، 2001: 150).

3. أعراض الاكتئاب:

1.3. الأعراض الجسمية: و تتمثل أهم الأعراض الجسمية الخاصة بالاكتئاب في انقباض الصدر والإحساس بالضيق ، الشعور بالتعب عند بذل اقل جهد و نقص الشهوة الجنسية و الضعف الجنسي واضطراب الدورة عند النساء و برودتهن و ضعف النشاط العام و تأخر زمن الرجع (عبد الحميد ، 2001: 136-137).

كما نجد أعراض جسمية أخرى تتمثل في:

- فقدان الشهية و الوزن: فعادة ما يعاني مرضى الاكتئاب من ضعف في الشهية الأمر الذي يعود إلى فقدان الوزن أي نقص في الوزن.

- اضطرابات في النوم: حيث يشكل النعاس و الدخول في النوم المشكلة الأساسية لدى أغلبية المرضى بالاكتئاب و كلهم تقريبا يعانون من عدم القدرة على الاستمرار في النوم بعد الدخول فيه فهم يصحون في النصف الثاني من الليل و في وقت أبكر من المألوف بالنسبة للآخرين و لا يستطيعون العودة إلى النوم.

- الأوجاع الجسدية: يعاني كثير من مرضى الاكتئاب من الآلام الجسدية دون أن تكون هناك أساس لذلك من هذه الشكاوي، ضغط في الرأس و ضغط شديد على القلب و الأم في الظهر(رضوان ، 2002: 411-412).

2.3. الأعراض النفسية: تظهر على مريض الاكتئاب أعراض نفسية تظهر في اليأس و هبوط الروح المعنوية و الحزن الشديد الذي لا يناسب مع سببه، و ضعف الثقة بالنفس و الشعور بالنقص و عدم الكفاءة ، كما يظهر على هذا المريض التشاؤم المفرط و النظرة السوداوية للحياة و قلة الكلام مع انخفاض الصوت و نقص تقدير الذات و احتقار أخطائها كما تراوده بعض الأفكار الانتحارية أحيانا (**عبد الحميد، 2001: 137-138**).

3.3. أعراض المزاج: و تعتبر تلك الأعراض بمثابة الشكل المحدد و الأساسي للاضطرابات الوجدانية مثل وجود مزاج حزين معظم اليوم ، تقريبا كل يوم لمدة أسبوعين على الأقل (**حسين، 2001: 256**).

4.3. الأعراض المعرفية: و يظهر على الشخص المكتئب البعض من الأعراض المعرفية كعدم الأفكار وارتباطها و ثقل الفهم و عدم الوضوح الذاكرة و كل مجهودا للتركيز الفكري صعب حيث تسود هذا المكتئب أفكار شاردة من بينها الأفكار الانتحارية و صعوبة اتخاذ القرارات و التردد (**نور، 2004: 132**).

5.3. أعراض الاكتئاب حسب DSMIV:

نتطرق إلى وصف أعراض الاكتئاب حسب التشخيص الإحصائي الرابع DSMIV و هي:

وجود خمسة أو أكثر من الأعراض المذكورة أعلاه خلال فترة أسبوعين تمثل تغيراً في وظائف الفرد وبالتالي تؤدي بإصابته بالاكتئاب

1. المزاج المكتئب: مزاج اكتئابي معظم اليوم تقريباً.
2. فقد الاهتمام : فقد الأحكام او السرور بشكل واضح بكل الأنشطة.
3. انخفاض واضح في الوزن في بعض الحالات تكون هناك زيادة فيه .
4. الأرق أو النوم الزائد كل يوم تقريباً.
5. تهيج نفسي حركي أو التأخر كل يوم تقريباً.
6. فقدان واضح في الوزن .

7. مشاعر عدم الأهمية أو الإحساس بالذنب الزائد.

8. ضعف القدرة على التفكير و ضعف التركيز و التردد و عدم القدرة على اتخاذ القرار.

9. التفكير في الموت حيث إما يتمنى الموت أو التفكير في الانتحار أو التخطيط له

أو الانتحار. (تيسير، 2004: 84).

4. أنواع الاكتئاب:

يختلف تصنيف الاكتئاب باختلاف أعراضه و أسبابه، إلا أن بعض العلماء يقولون بوحدة الأمراض

الوجدانية وعدم اختلافها إلا في شدة الأعراض فقط، وأنو لا يوجد اكتئاب نفسي و اكتئاب عقلي ذهاني،

كما أنه لا يوجد ما يثبت فسيولوجياً اختلاف هذين النوعين من مرض الاكتئاب، في حيث يرى فريق آخر

من العلماء أن الاكتئاب نوعان نفسي وعقلي ذهاني.

ويعتقد " لويس Lewis أن الاكتئاب مرض واحد يزخر بأعراض مختلفة تتباين كماً وليس كيفاً، ولا يوجد ما

يسمى بالاكتئاب النفسي العصابي الخارجي مستقلاً عن الاكتئاب العقلي الذهاني الداخلي، والفارق الوحيد

بينها هو تعقيد وشدة الأعراض الإكلينيكية.

ويشير " العيفي " إلى أنواع الاكتئاب فيما يلي:

1. **الاكتئاب الداخلي أو العقلي أو الذهاني Psychotic depression** وينتج عن سبب عقلي خالص

وليس له سبب شعوري أو غير شعوري لكنه راجع إلى اضطراب في الجهاز العصبي المركزي.

2. **الاكتئاب الخارجي أو النفسي أو العصابي Neurotic depression** يرجع إلى عوامل فردية

لاشعورية يحس فيها المريض بالحزن والأسى دون أن يدري مصدر إحساسه الحقيقي يصيب المرء كرد فعل

لظروف خارجية.

ويرى البعض أن الفرق بين النوع الأول والثاني هو فرق في الدرجة يصل في الاكتئاب الذهاني الداخلي

ينشأ إلى حد إساءة المريض تفسير الواقع والتوهم والهديان، أما في الاكتئاب العصبي فيكون مصحوباً بأعراض عصبية كالقلق، وتزداد حالات الانتحار في الاكتئاب الذهاني.

وهناك من يقسمه إلى ثلاثة أنواع ويضيف إلى التصنيف الثنائي نوعاً ثالثاً هو الاكتئاب التفاعلي وهو يعتبر رد فعل للظروف الخارجية مثل موت عزيز أو فقدان ثروة أو التهديد بفضيحة وهو قصير المدى وهو نتيجة سيكولوجية طبيعية منطقية للظروف المسببة له.

ويرى برودي Brodie بأنه إذا كان هناك مقياس للاكتئاب فإن في بدايته يقع ما يعرف بالآتي :

1. الاكتئاب الأساسي: ويقترن فيه المزاج بشذوذ كيميائي.
 2. الاكتئاب المضاعف: وهو مرض مزمن يحدث فيه فترات من الاكتئاب الحاد .
 3. الاكتئاب المتخفي: ويصيب 40% من مدمني الخمر في الولايات المتحدة (عفيفي، 1989: 19).
- وهناك من يقسم السلوك الاكتيبي من حيث الشدة إلى:

1. الاكتئاب البسيط: يظهر المصاب فيه عزوفاً عن الحياة ويبدو في شكل شعور بالإجهاد و ثبوت في العزيمة، والشعور بعدم لذة الحياة، وقد ينجح أصدقاء المريض في انتشاله من كربه وقد لا ينجحون، ويعتبر البعض هذا النوع من الاكتئاب نوعاً من الشعور بالإجهاد والملل.
2. الاكتئاب الحاد: يظهر المصاب أبطاً ذهنياً وحركياً وأوجاعه متوهمة يشعر بموجة من الحزن والانقباض، والرغبة في البكاء، ويفقد السيطرة على نفسه، ويصعب عليه كبح موجة الاكتئاب، وتعتريه فترات يفقد فيها ذاكرته ويصعب عليه إدراك ما حوله ويصبح متبلداً ذهنياً، ويبدو وكأنه يعاني كابوساً بغيضاً، ويعبر المريض عن شعور بالذنب ويصعب انتشاله من كربه.
3. الاكتئاب الذهولي: لا يتجاوب المريض ولا يبدي حراكاً وقد يهلوس، وإذا لم يردعه أحد مات جوعاً وهو بمثل أقصى درجات الحدة (جلال ، 1986: 227).

تصنيف جمعية الطب النفسي الأمريكية 1994:

يصنف الاكتئاب ضمن الاضطرابات المزاجية والتي تشمل اضطرابات الهوس والاكتئاب، و فيما يلي ملخص هذا التصنيف وفقاً للدليل الإحصائي والتشخيصي في طبعته الرابعة:

1. نوبة الاكتئاب العظمى اضطراب الاكتئاب الأساسي: وتتسم بنوبة من الاكتئاب، وتستمر هذه النوبة

أسبوعين على الأقل يعاني الفرد فيها من خمسة أعراض على الأقل من أعراض الاضطراب وذلك بشكل متلازم خلال هذه الفترة، وتشمل الاكتئاب واثنان على الأقل من الأعراض الأخرى كفقدان الاهتمام والتلذذ والاستمتاع بأي نشاط، فقدان الوزن، فقدان الطاقة والشعور بالخمول، الشعور بعدم النفع والذنب، فقدان القدرة على التفكير والتركيز وذلك بشكل يومي تقريباً، سيطرة الأفكار السيئة والتشاؤمية ومنها أفكار الموت والانتحار من غير وجود أي خطط وأحياناً محاولة الانتحار.

2. الاكتئاب العصبي: وهي حالة اضطرابية تتسم بمزاج اكتئابي مستمر عادة سنتين على الأقل لدى

الراشدين وسنة على الأقل لدى الأطفال، وإضافة إلى الشعور بالاكتئاب فإن الفرد أيضاً يعاني من عدد من الأعراض كفقدان الشهية للطعام أو الشراهة، وضعف الطاقة والوهن وضعف تقدير الذات وعدم القدرة على التركيز وعدم القدرة على اتخاذ القرارات.

ومن الجدير بالذكر أن هذا الاضطراب لا يحدث فيه أي نوبات اكتئابية عظمى أو حالات من الهوس، كما أن الأعراض لا تنقطع لأكثر من شهرين.

3. الاكتئاب غير المحدد: ويرجع إلى الأعراض الاكتئابية غير المحددة في هذه التصنيف والتي يمكن

أن تأتي كأعراض مع اضطرابات أخرى.

4. الاضطراب ثنائي القطب: اضطراب يتسم بحدوث نوبة هوس واحدة أو أكثر أو نوبة واحدة من

نوبات الاكتئاب العظمى على الأقل، أو النوبات المختلطة . وتتلخص خصائص نوبة الاكتئاب العظمى فيما ذكر أعلاه في الفقرة الأولى، أما أهم أعراض نوبة الهوس فتتلخص بدرجة كبيرة في الشعور بالعظمة وسرعة الاستئثار، إضافة إلى ثلاثة على الأقل من الأعراض المصاحبة وتشمل تضخم الأنا ومفهوم الذات،

عدم الحاجة للنوم، الحديث الكثير، الأفكار الطائفة الانتباه للأشياء الصغيرة والتي قد لا تكون مهمة، زيادة النشاط الهادف اجتماعياً أو عملياً أو أحياناً كاستجابة لمثيرات خارجية أخرى، الانغماس في الأنشطة المختلفة.

كما تتلخص أهم أعراض الهوس بنفس الأعراض السابقة إلا أنها تدوم على الأقل أربعة أيام، كما انه يمكن ملاحظتها من الآخرين إلا أنها اقل شدة بحيث لا تصل إلى درجة إعاقة الفرد اجتماعياً أو عملياً، ويقسم الدليل هذا النمط إلى أنواع حسب درجة حدوث هذه النوبات كما هو مبين في الجدول (رقم 01).

5. **الاضطراب ثنائي القطب:** ويشمل على عدد من نوبات الاكتئاب وعدد من نوبات الهوس.

6. **الاضطراب الدوري:** تستمر نوبات الهوس والأعراض الاكتئابية والتي لا تقابل نوبة الاكتئاب

العظمى. هذه الأعراض تستمر سنتين على الأقل لدى الراشدين، وسنة على الأقل لدى المراهقين والأطفال كما أنها لا تنقطع أكثر من شهرين.

7. **الاضطراب ثنائي القطب غير المحدد:** وتشمل الاضطرابات ثنائية القطب التي لا تقابل أعراضها

معايير التصنيف تحت أي من الاضطرابات ثنائية القطب السابقة الذكر. ومن ذلك التحول السريع بين الهوس والاكتئاب في اليوم الواحد مثلاً، أو دورية الهوس الخفيف من غير أعراض اكتئابية.

8. **الاضطرابات المزاجية المرتبطة بالحالة الصحية العامة:** تتمثل أعراض هذا النوع في ظهور مزاج

اكتئابي و نوبات هوس تظهر كنتائج فسيولوجية للحالة الصحية السيئة.

9. **اضطرابات المزاج المرتبطة بتعاطي الأدوية أو المواد الكيميائية:** تتمثل أعراض هذا النوع من

مزاج اكتئابي أو نوبات هوس تظهر كنتائج فسيولوجية لتعاطي الأدوية أو المواد الكيميائية وتظهر خلال الشهر الأول من التعاطي أو الانقطاع (الانسحاب).

10. **الاضطرابات المزاجية غير المحددة:** وتشمل الاضطرابات التي يظهر فيها أعراض اضطراب

مزاجي والتي لا تقابل المعايير المحددة للتصنيف تحت أي من الأنماط سابقة الذكر، وعندما يكون هناك صعوبة في الاختيار بين الاضطراب الاكتئابي غير المحدد أو الاضطراب تنائي القطب غير المحدد.

كما يقسم الدليل مستويات الاكتئاب حسب حدته وطبيعته الذهانية ومحدداته إلى الأقسام التالية:

• **البسيط Mild (x1):** توجد بعض الأعراض الاكتئابية البسيطة غير معيقة لفاعلية الإنسان

المهنية والاجتماعية وغير المؤثرة على علاقته.

• **المتوسط Moderate (x2):** توجد الأعراض أو بعضها بدرجة متوسطة من حيث تأثيرها

على فاعلية الفرد وهي حالة وسط بين البسيط والحاد.

• **حاد بلا خصائص ذهانية Sever Without Psychotic Features (x3):** ذو أعراض

اكتئابية حادة ومعيقة بشكل كبير لفاعلية الفرد.

• **حاد مع وجود خصائص ذهانية Sever With Psychotic Features (x4):** ذو

أعراض اكتئابية حادة ومعيقة لفاعلية الفرد مع ظهور أعراض ضلالية و هلاوس ترتبط لدى البعض

بموضوع الاكتئاب في حين لا ترتبط به لدى البعض الآخر (تيسير، 2004: 100 - 101).

جدول رقم(01): تصنيف دليل الطب العقلي الأمريكي لاضطرابات المزاج ومنها الاكتئاب:

الرمز	نوع الاكتئاب
296.XX	اضطراب الاكتئاب الأساسي
300.4	الاكتئاب العصبي الديستيميا
311	الاكتئاب الغير محدد
296.XX	الاضطراب ثنائي القطب -1
296.89	الاضطراب ثنائي القطب -2
301.13	الاضطراب الدوري
296.80	الاضطراب ثنائي القطب الغير محدد
293.87	الاضطرابات المزاجية المرتبطة بالحالة الصحية العامة
-----	الاضطرابات المسببة للاكتئاب
296.90	الاضطرابات المزاجية غير المحددة

نلاحظ من خلال الجدول رقم 01 أن الاكتئاب يشمل أنواع كثيرة و متعددة منها الاكتئاب الأساسي و اكتئاب عصبي، اكتئاب غير محدد كما نجد ايضا اكتئاب ثنائي القطب 1 و 2 اضطراب دوري واضطراب ثنائي القطب محدد كما يضم أيضا الاضطرابات المزاجية المرتبطة بالحالة الصحية العامة و الاضطرابات المسببة للاكتئاب وأخرى مزاجية غير محددة.

5. العوامل المسببة للاكتئاب:

يمكن تصنيف أسباب الاكتئاب وفقاً لما يلي:

1.5. الأسباب النفسية : والتي نذكر منها:

- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية مثل موت عزيز أو طلاق، أو سجن بريء، أو هزيمة...الخ)، والانهازم أمام هذه الشدائد.
- الإحباط الذي يعاني منه أي إنسان نتيجة لإدراكه وجود عائق ما يحول دون تحقيقه لرغباته ومصالحه.
- الحرمان وفقد الحب والمساندة العاطفية وفقد حبيب أو فراقه أو فقد وظيفة، أو فقد ثروة أو مكانة اجتماعية (حامد، 1997: 515).

2.5. الأسباب الاجتماعية:

يقصد بالأسباب الاجتماعية المسببة للاكتئاب تلك التي تنتج عن تأثير البيئة التي يعيش فيها الإنسان سواء كانت أخلاقية أو تربوية أو اقتصادية التي تضغط على الإنسان ضغطاً بسبب الاكتئاب ومن هذه الأسباب نذكر:

- **علاقة الطفل بأمه:** يولد الطفل من دون قدرة ذاتية على الحياة من دون أمه، فهو لا يأخذ منها الغذاء فحسب بل يأخذ الأهم وهو الحنان و العطف و الطمأنينة وهذا من خلال الاهتمام الذي تقدمه له أمه، وكلما احتاج الى المساعدة تكون هي أول من يتجه إليها لإشباع حاجاته، وهنا يكون لديه انطباعاً حسناً عن أمه وعن الحياة. أما إذا شعر أن أمه لا تعيره أي اهتمام وهي منشغلة عنه يكون لديه انطباع الألم والقسوة و الكره.
- **التنشئة الأسرية:** إن الأسلوب الذي تنتهجه الأسرة في تربية الطفل و تهيئته وإعطائه مبادئ و أفكار عقلية و اتجاهات ثقافية معينة تجعله ينتهج أسلوب الوالدين في مواجهة مشاكل الحياة و ضغوطاتها والأزمات التي تعترضه بثقة في النفس.

- **التنشئة الاجتماعية "المدرسة":** بعد الأسرة يأتي دور المدرسة حيث هذه الأخيرة تعتبر ثاني اتصال للطفل بالمجتمع، فهي لا تقوم بتعليمه القراءة و الكتابة فحسب، بل تزرع فيه القيم الفاضلة و الاتجاهات السلوكية الايجابية وتعديل سلبياته وبالتالي يكون قوياً وشجاعاً ومنظماً مما يحقق اتزان نفسي وعقلي وبالتالي تكيفه الايجابي مع الحياة الاجتماعية.
- **أثر جماعة الرفاق:** يرجع الفرد إلى اتحاد جماعة من الرفاق لإسقاط مشاعره و رغباته الاجتماعية والنفسية، فالفرد الذي له جماعة رفاق يلهو معهم تكون درجة الاكتئاب لديه منخفضة مقارنة مع شخص ليس لديه رفاق (عيفي، 1990: 73-74).
- **الفشل العاطفي:** إن التجارب العاطفية الفاشلة غالباً ما تؤدي إلى اكتئاب حيث يعتبر هذا الإنسان فشله في تجربته العاطفية مصدر الألم النفسي و ينطبع بصورة سلبية يتم تعميمها على أمور كثيرة.
- **التوتر في الحياة:** يؤثر التوتر في عدة نواحي على الفرد، أي من الناحية العضوية و الاتزان العقلي وردود الفعل الاجتماعية، إذ أن التوتر ليس فقط في المشاكل التي تواجه الإنسان سواء كانت اجتماعية اقتصادية أو أخلاقية، بل يعني كذلك حجم الجهود المطلوبة في تلبية احتياجاته و نوعية العلاقة مع أفراد المجتمع، ومواجهة الحوادث الأليمة التي تواجهه.
- **فقدان المكانة الاجتماعية:** بعض الناس يُحسون حين ارتكابهم للخطأ بأن الضمير يؤنبهم، وهذا ما يؤدي بهم إلى فقدان المكانة الاجتماعية خاصة عند فقدانهم لثروتهم و اهتماماتهم بسوء الإدارة و الإهمال وبالتالي يصابون بالاكتئاب.
- **العزلة:** للعزلة أو الوحدة عدة أسباب كالمشاكل الأسرية و الطلاق و التسرب المدرسي أو المرضي أو المعاناة أو الفشل العاطفي ولعل أكثر الأسباب ألماً هو السجن، فغالباً ما نجد المساجين في حالة اكتئاب شديد كونهم حُرِّموا من الحرية.
- **الهجرة:** ينتج عن هذه الأخيرة سوء التكيف الاجتماعي وذلك بانتقال الفرد من مجتمع لآخر واختلاف

القيم و العادات و الأشخاص وحنينه لأهله و جماعات الرفاق، كل هذا يؤثر على المهاجر، فلا يستطيع التكيف وبالتالي يصاب بالأسى و الحزن و الاكتئاب لفرق الأهل و الأصحاب(محمد،1989: 72-73).

3.5. الأسباب الجسمية:

هناك بعض العوامل الجسمية التي تقلل من قدرة بعض الناس على التكيف، فينهارون عند تعرضهم لشدة بسيطة يستطيعون مقاومتها في الحالات العادية مثل الإصابة بالتسمم، أو ارتجاج المخ أو في حالات ما بعد الولادة وفي حالة الأنفلونزا الشديدة أو الإصابة بمرض خطير يؤدي إلى القنوط وتوقع الموت كاضطراب القلب أو السرطان أو التدن الرئوي ... الخ (عكاشة،1997: 32).

4.5. الأسباب الوراثية:

يرى الأطباء أن معظم الأسباب الأدوية إلى الاكتئاب ترجع إلى تأثير العوامل الاجتماعية والنفسية أكثر من الوراثية.

وتقرر منظمة الصحة العالمية أن نسبة انتشاره في الأقارب 11% وبين الأشقاء بنسبة 23%، وغير الأشقاء بنسبة 17%، أما الطريقة التي تنتقل بها الوراثة فما زالت غير معروفة. وتعمل بعض مراحل العمر كعامل مسبب للمرض ففي مرحلة الشيخوخة يحدث الاكتئاب بسبب الضعف والعزلة وكثرة الأمراض والخوف من الموت، ويحدث في مرحلة منتصف العمر بسبب شعور الإنسان أن المتبقي من عمره أقل مما ذهب وأنه لا يحقق آماله فيعاني من الإحباط ويمر بأزمة المفاهيم الوجودية ويفتقد المعنى والهدف من الحياة خاصة عندما يغادر الأولاد البيت بسبب الزواج والعمل، ويحدث في المراهقة بسبب الصراعات والتناقضات وتضاعف الضغوط المختلفة على المراهق ويكون المرض في هذه الحالة شديداً وتكرر المحاولات الانتحارية، و الإناث أكثر إصابة بالاكتئاب من الذكور بنسبة الضعف بسبب التغير الهرموني لديهن والنوع المكتنز أكثر الناس عرضة للمعاناة من الاكتئاب (عزت،1987: 581).

6. النظريات المفسرة للاكتئاب:

حاول العديد من العلماء تفسير الاكتئاب كل من وجهة نظره الخاصة ، وتعكس مجمل تفسيراتهم وحدة وتكامل جوانب حياة الإنسان، وارتباط النواحي الجسمية لديه بالنواحي النفسية والعقلية والاجتماعية، كما أنها تعكس تفاصيل لكيفية التداخل والتفاعل بتُّ تلك النواحي في شخصية الإنسان والعوامل المؤثرة فيها. وفيما يلي استعراض لبعض من وجهات النظر المفسرة للاكتئاب على النحو التالي:

1.6. نظرية التحليل السيكودينامي:

1.1.6. آراء كارل إبراهيم Karl Abraham :

أشار كارل إبراهيم إلى معاناة المكتئب من مشاعر البغض والضغينة التي يحاول كبتها وإسقاطها على نفسه فيعتقد أنه منبوذ بسبب نقائصه الفطرية ويكشف المكتئبون عن تمركز حول الذات ومشاعر متناقضة من الحب والكراهة في وقت واحد بدرجة قد تؤدي إلى شلل علاقاتهم مع الآخرين، ويرفض الدوافع العدوانية من قدرتهم على أن يوبوا، وحاجتهم لقمع العدوانية تسلبهم الكثير من طاقاتهم اللبديية و في نهاية الأمر يتم توجيه الدوافع العدوانية داخلياً أو يتم إسقاطها على الآخرين، ويعبر هؤلاء المرضى عن دوافع فمية قوية جبلية نابذة عن الإحباط الناشئ من قصور الإشباع من الأم، وعند تعرضهم للإحباط ينكصون إلى أساليبهم الأولى في علاقاتهم بموضوع الحب، وتستثار مشاعرهم المتناقضة الموجهة نحو الذات، وكلما تكررت خبرات الإحباط يصبح الإنسان معرضاً للإصابة بالاكتئاب.

2.1.6. آراء سيجموند فرويد Freud :

يرى فرويد أن العصاب ينشأ نتيجة لصدمة نفسية خلال السنوات الأولى من حياة الإنسان، وهو أساس الصراع الأوديبى بين الطفل وأحد الوالدين من الجنس الآخر ويعبر عن الصراع الشديد بين مكونات الشخصية الهو والأنا الأعلى وافترض أن الاكتئاب يشبه الحزن ويختلف عن السوداوية في مسألة اتهام الذات حيث ينقلب العدوان في الحالات التي تقدم على الانتحار إلى الذات، وقد أرجع حالة السوداوية إلى

النكوص إلى المرحلة الفمية، حيث يترد المريض إلى مرحلة الطفولة إلى الفترة التي لا يستطيع فيها أن يفرق بين نفسه وبين بيئته، وبسبب التناقض الوجداني يتحرر جزء من طاقة الليبدو لتعزيز العدوان الموجه نحو الذات وأشار إلى مظاهر الاكتئاب مثل فقدان الاهتمام بالعالم والتناقضية بالعقاب واعتبرها مظاهر أساسية في حالات الحزن والسوداوية باستثناء إيلايم الذات فإنه قائم في حالة السوداوية فقط، وبعد فقدان موضوع الحب في حالة السوداوية لاشعورياً عكس حالة الحزن التي يكون الفقد فيها على مستوى شعوري، لذا ينبغي جعل الحزن شعورياً باستعادة الخبرات المصاحبة للموضوع المفقود إلى الذات (إسماعيل، بدون سنة: 146-147).

3.1.6. آراء الفرد أدلر Adler:

يرى أدلر أن القوة الدافعية في الإنسان هي الرغبة في القوة، وهي نوعاً من التعويض عن مشاعر النقص التي تبدأ من الطفولة عندما يرى الطفل أنه أضعف من الكبار المحيطين به جسماً وعقلياً ويدفع به هذا الشعور إلى الكفاح من أجل التفوق والسمو، وما العصاب إلا محاولة لتحرير النفس من الشعور بالنقص، وقد أشار أدلر إلى بعض المواقف الأسرية كتدليل أو إهمال الطفل وترتيبه بين إخوانه، وأسلوب الحياة الذي يضعه الفرد هدفاً مبكراً في حياته بحيث تصبح بقية جوانب الحياة الأخرى ثانوية بالنسبة له، ويعتقد بأن من الممكن أن يؤدي أسلوب الحياة إلى ظهور المواهب والسلوك الإيجابي المفيد اجتماعياً (عكاشة، 1998: 27).

4.1.6. آراء التحليليين الحديثين :

فالنظرية التحليلية تنظر إلى الاكتئاب على أنه نشأ كنتيجة للصراع بين رغبات الأنا و معايير الأنا العليا ، و في بعض الحالات يفسر الاكتئاب بوصفه نكوص المرحلة طفولية سابقة ، و بهذا فالمكتئب يحمل شعوراً متناقضاً إلى جانب ما قد يتكون لديه من إحباطات و قصور في إشباع بعض الحاجات في مراحل نموه

المبكرة ، فتولد لديها حساسات متناقضة مثل الحبو الكره ، الأمل واليأس و التي قد تؤدي بالمكتئب إلى الانغلاق و الإحساس بالدونية و العدوان (عبد العزيز، 2008 :14).

2.6. نظرية التعلم:

يرى أنصار نظرية التعلم أن الاكتئاب يعتبر حالة تتميز أساساً بخفضٍ في النشاط الذي يلي سحب أو فقد مدعم كبير و معتاد، وبمجرد ما يوجد السلوك الاكتئابي فيتم تدعيمه بالانتباه و التعاطف. ويعتبر سليجمان و زملاؤه 1975 أول من وضعوا نظرية الاكتئاب القائمة على التعلم، يمثل مفهوم العجز المتعلم محورها الرئيسي، ويشير العجز المتعلم إلى أن الأفراد حينما يجيدون أنفسهم في ظروف لا يستطيع سلوكهم فيها أن يُغيّر أحداثاً بيئية كريهة، فيؤدي هذا إلى الاستسلام بالعجز و السلبية (حسين، 2005: 281).

3.6. النظرية الفينومينولوجية:

يشير زيور إلى أن الاكتئاب هو عبارة عن (تدهور القدرة على السيرورة التي يترتب عليها انخفاض في الشعور بالوجود أي في الشعور بالكينونة) ذلك أن الكينونة لا معنى لها بغير السيرورة، وهذا الشعور بالنقصان في الكينونة يصل ذروته في الاكتئاب الشديد حتى يصل إلى الفراغ، وهذا يعني الموت النفسي عندما ينقطع بين الأنا والعالم، حيث يصل نقصان الشعور بالكينونة نقصاناً حاداً فيصل إلى عدمية الوجود وبعدي الزمان و المكان يضطربان اضطراباً شديداً في الاكتئاب، معظم أطباء النفس الفينومينولوجيين يرون اضطراب الزمنية (يقصد به الزمان المعاش لا الزمن المحسوب بالدقائق و الساعات) هو مفتاح الاكتئاب.

4.6. النظرية البيوكيميائية:

اكتشفت عقار ايبرونيازيد IPRONIASID المضاد للاكتئاب في الخمسينيات والذي يستخدم في علاج الدرن، وقد قامت بعد ذلك نظرية بناء على تجارب قام بها سيكتور عام 1963 نقلا عن زيور، وهذا العقار يعمل كمثبط لخميرة المونوامين إكسيداز MONOAMINE OXYDASE وقد بينت التجارب أن الدوبامين

يختلف بدوره عن الدوبا، وانتهت التجارب إلى أن أمينات الكاتيكول يمكن اعتبارها الخلفية البيوكيميائية لانفعالات الاكتئاب و المرح .

5.6. النظرية المعرفية:

لقد تحدى بيك Beck عام 1967 وجهة النظر العامة التي وضعت الاكتئاب بأنه اضطراب عاطفي، ولم تضع في الاكتئاب مثل تقدير الذات المنخفض، الشعور باليأس و الشعور بالعجز، وقد أكد بيك أن الإدراك يؤدي إلى المعرفة و الانفعال عند الأفراد العاديين و الاكتئابيين أيضاً و بخلاف الإدراكات المعرفية للفرد المكتئب ستسيطر عليها العمليات المفرطة في الحساسية و محتوى هذه الإدراكات المعرفية تحدد الاستجابة العاطفية في الاكتئاب.

استطاع بيك أن يقسم المفاهيم النظريو المتعددة للمريض المكتئب إلى الثالوث المعرفي، فيرى المكتئب عالمه و ذاته و مستقبله بطريقة سلبية، وكلما أصبح هذا الثالوث غالباً أو مسيطراً كان المريض أكثر اكتئاباً لأن الشخص يشعر بالنبذ أو يعتقد أنه منبوذ فيشعر بالحزن ، وعندما تكون هذه المشاعر في زيادة مستمرة وتتحد مع مشاعر الشعور بالعجز وعدم الإحساس بالقيمة فتزداد رغباته للانتماء من أجل الهروب من هذا المصير.

كما أشار شمالي 1985 Schmale و انجيل 1968 Engel إلى أن الشعور باليأس و الشعور بالعجز يجعل الفرد أكثر عرضة للاكتئاب و أيضاً للمرض و الموت (رشاد ، 2001: 246 - 248).

7. علاج الاكتئاب:

لقد تعددت الطرق العلاجية المستخدمة في علاج الاكتئاب من طرف العلماء النفسانيين ومن أهم هذه العلاجات نذكر مايلي:

1.7. العلاج النفسي التحليلي:

تعتبر تقنية التحليل النفسي من أقدم الطرق العلاجية وهي ترجع إلى فرويد تعتمد على نظرية التحليل النفسي فهي تلتزم بمن يحمل بنية عصبية وقبل اشتداد الأعراض ويتم هذا عن طريق إتباع طريقة خاصة تساعد على عملية النكوص، حيث يكون المريض مستقياً على السرير مع عدم رؤيته للمحلل، ما يساعده على تذكر جميع الخبرات الماضية المؤلمة و على الفاحص أو المحلل أن يتقبل كل ما يقول له المريض بكل حياد و هذا يساعد المريض على التعبير بكل حرية، إلا أن التقنية طويلة جداً فقد تصل من سنتين إلى خمس سنوات وهي تتميز بالمرونة وقصير المدى، هدفها مساعدة المريض على الفهم الشعوري لجميع الميكانيزمات اللاشعورية التي تكون خلف الاكتئاب كالعوانية و المواجهة ضد الذات.

2.7. العلاج السلوكي :

خلال العقد المنصرم، ظهرت في الولايات المتحدة الأمريكية دراسات حديثة تؤكد نجاعة نظرية التعلم الاجتماعية في علاج الاكتئاب ل ولب 1971 Wolp و لازاروس 1986 Lazaros و اخذ به الكثيرون من العاملين في العلاج النفسي.

إن التعزيز الايجابي لسلوكيات جديدة متعلمة تكييفية هي جوهر هذا النوع من العلاج كما أن التغيرات في نوعية و تكرار نموذج نشاطات المريض خلال تفاعلاته الاجتماعية من خلال التوجيه و التدريب الميداني و هي عوامل هامة في تعلم ومواجهة المؤثرات الخارجية للاضطراب الاكتئابي و السيطرة عليها.

3.7. العلاج المعرفي:

هناك نماذج عديدة تحاول تفسير مصدر الاضطراب ، فمنها من ترجع الاضطراب الى خلل وظيفي في سير المعلومات " باك 1970 " Bech أو وجود أنماط انتسابية اكتئابية " سيلقمان " Seligman سنة 1977 و منها من حاولت التعرف، ثم تقدير و تغيير أنظمة المعتقدات الخاطئة " اليس " 1977 Eless أدت هذه النتائج إلى إقامة تقنيات علاجية مثل:

- علاج انفعالي عقلائي.
- تقنيات التحكم الذاتي.
- استراتيجيات عجز المتعلم.
- العلاج المعرفي " باك " Bech

تعتمد الإستراتيجية التي طرحها " لازروس " على المقولة التالية : " إن الحوادث الخارجية خالية من أي مؤثر أو إزعاجات، و لكن تأويلنا لهذه الحوادث هو الذي يفلق الإزعاجات في نفوسنا، لذا فالعلاج الذي سماه " علاج إعادة تركيب البنية المعرفية " يقوم على تدريب المريض على كيفية تبديل تأويلاته للحوادث الخارجية، و تغيير توقعاته منها، إضافة إلى تبديل حديثه مع ذاته و تعلم الاسترخاء في وجه هذه الحوادث (هنري ، 1998 : 93-94)

4.7. العلاج الفيزيائي: وينقسم إلى قسمين:

1.4.7. العلاج بالعقاقير: ويتضمن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب تحت إشراف الأطباء النفسيين حيث يقوم الطبيب باختيار الدواء المناسب ومتابعة المريض لفترة كافية حتى تتحسن حالته، وتنقسم هذه العقاقير إلى:

- **عقاقير منبهة للجهاز العصبي:** من أمثلها الأمفيتامين (المنشطات) مثل (ديكسيدرلين، بريلودين،

اليدبران، ريثالي، مكاستون..) وتعمل هذه العقاقير على تنبيه المراكز العصبية في الجهاز العصبي لإزالة حالة التأخر وبعث الطاقة الحيوية، إلا أنه قد اكتشف عدة أضرار لهذه العقاقير وأهمها الإدمان ويضعف مفعول العقار مع طول مدة الاستخدام.

- **العقاقير الخفيفة المضادة للاكتئاب:** مثل النياميد، و الماريلان، النارديل، وتعمل على تغيير كمية

الهرمونات العصبية في مراكز الانفعال، كما أن له أعراض جانبية مثل الدوار و انخفاض ضغط الدم وجفاف الحلق وصعوبات التبول مع اضطراب وظائف الكبد...وقد يتحول الاكتئاب إلى مرض تحت تأثير هذه الأدوية.

• **العقاقير المتوسطة المضادة للاكتئاب:** من أمثلتها التوفرانيل و بيرتوفران و أجيدال و غيرها..

ونقيد هذه المجموعة في الاكتئاب الشديد وتتشابه أعراضه الجانبية مع أعراض العقاقير الخفيفة.

2.4.7. العلاج بالاختلاج الكهربائي:

تعد الصدمات الكهربائية من أنجح العلاجات حتى الآن في حالات الاكتئاب، خاصة وهي تستعمل الآن بطريقة سليمة على ناحية من المخ فلا تحدث نسياناً، وهي نافعة في كل حالات الاكتئاب الدوري تقريباً حتى البسيط منها إذا عجزت العقاقير ولكنها لا تصلح في حالات الاكتئاب العصبي و الاكتئاب المزمن المتراكم للقلق، وكما أن تقويتها مهمة للغاية تصلح في أول ظهور المرض وقرب نهايته بدرجة أكبر منها في قمة حدة المريض (عبد الله، 1988: 146-147) .

5.7. العلاج البيئي:

و نعني به إيجاد بيئة ملائمة يتعامل معها المريض بعيداً عن الضغوط و المواقف التي تسببت له في المرض، ويتم ذلك بانتقال المريض إلى وسط علاجي أو في مكان للاستشفاء، ومن وسائل الترويح عن المريض وشغل فراغه في العمل وتأهيله حتى يندمج في بعض العلاقات التي تمهد إلى عودته للحياة مرة أخرى (لظفي ، 2001: 239).

خلاصة:

يتضح لنا من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل أن الاكتئاب يعتبر موقف نفسي سلبي يعيشه الفرد في حياته نتيجة التجارب الإنسانية التي تكون قاسية و صعبة عليه و التي تعيق مسار حياته، وتعتبر مشكلة الاكتئاب استجابة سلبية تثيرها خبرة مؤلمة عاشها الفرد كالفشل في علاقة ما أو فقدان عزيز، أو خسارة عمل أو مكانة في المجتمع، وهو ظاهرة نفسية تصيب عامة الأفراد و المسنين خاصة ما يدفعهم إلى الاحتجاج من كل شيء حولهم، فالإكتئاب لدى المسنين يعتبر شعور بالعجز و الملل و الحزن، و هو حالة انفعالية تعبر عن شيء مفقود، مما ينتج عنه أعراض كثيرة قد تؤدي به إلى سوء التوافق النفسي والاجتماعي.

الفصل الرابع: الشيخوخة

تمهيد:

1. بداية الاهتمام بمرحلة الشيخوخة.
2. مفهوم الشيخوخة.
3. المسن في دار العجزة.
4. مراحل الشيخوخة.
5. التغيرات و السمات المصاحبة للشيخوخة.
6. النظريات المفسرة للشيخوخة.
7. مشكلات الشيخوخة.
8. الوقاية من مشكلات الشيخوخة وكيفية علاجها.

خلاصة.

تمهيد:

تعتبر مرحلة الشيخوخة مرحلة عمرية كغيرها من المراحل يمر بها الإنسان في حياته، تتميز بتدهور نفسي بيولوجي طبيعي تتمثل في تدني القدرات الأساسية للمسنين بحيث يحدث هبوط في نشاط الجسم وضعف عام واختلال في بعض الوظائف العقلية و الجسمية للشخص.

1. بداية الاهتمام بمرحلة الشيخوخة:

الاهتمام والانشغال بالشيخوخة ليس موضوعا حديثا، بل موضوع غائر في القدم، فالأساطير والأدب العالمي تزخر بكثير من اللوحات الأدبية الرائعة والتي تصور الشيخوخة بكل آلامها وضعفها وعجزها وما تثيره في نفوس أصحابها من مرارة وشعور بالوحدة والانعزال.

ويبدأ الاهتمام بمراحل حياة الكبار وخاصة الشيخوخة منذ سنة 1860 ، وذلك عندما نشر كتابه فلورنس Florens عن الشيخوخة البشرية وتوزيعها السكاني على سطح الكرة الأرضية ، ثم تطور الاهتمام بالكبار بعد ذلك الى دراسة المشكلات الاجتماعية التي تصاحب حياة الكبار، وقد ظهرت نتائج هذه الدراسة في الكتاب الذي نشره بوث Booth سنة 1894 بعنوان "الأشخاص المسنون في انجلترا".

ولقد كان لموجة تطور العلوم واتساع نطاقها وشمولها في العصر الحديث أثرها في التوجه إلى دراسة الشيخوخة بشكل علمي، وأصبح لها نصيب من الاهتمام العلمي الحديث، واتجه المجتمع عارفا بمسئولياتها وامتثالها في عدة بلاد من أنحاء العالم، اتجه إلى دراسة مشكلات واحتياجات من تجاوز سن الستين من الجنسين، وبالتالي بدأت هذه البلاد في اتخاذ خطوات نحو تحسين حالة هؤلاء الشيخوخ، فأنشأت العديد من المراكز المتخصصة وأصدرت الكثير من الدوريات التي تعالج موضوع المسنين وأصبح المجال مفتوحا أمام الباحثين في مختلف التخصصات العلمية لدراسة تلك الفئة العمرية.

وقد حظيت الشيخوخة في النصف الثاني من هذا القرن باهتمام واضح من قبل الباحثين وتجلي ذلك في

زيادة المقالات والأبحاث التي تناولت الموضوع (فؤاد ، 1998 : 300-301).

2. مفهوم الشيخوخة:

1.1. التعريف اللغوي:

أ - يقال: شاخ الإنسان شيخاً و شيخوخة، الشيخ من أدرك الشيخوخة و هي غالباً عند الخمسين، وهو فوق الكهل و دون الهرم و هو ذو المكانة من علم أو فضل أو رشاشة (معجم اللغة العربية، 1990: 165).

ب - شاخ: يشيخ شيخاً و شيوخة و شيخوخة : الرجل صار شيخاً.

شيخ: الشيخ هو من تقدم في السن و ظهر عليه الشيب.

جمع: شيوخ و أشياخ و مشائخ.

ج - هرم الرجل هرماً، أي بلغ أقصى الكبر فهو هرم (القاموس الجديد للطلاب: 54).

2.1. التعريف الاصطلاحي:

يعرّف حامد عبد السلام زهران الشيخوخة أنها مجموعة تغيرات جسمية و نفسية تحدث بعد سن الرشد و في

الخلقة الأخيرة من الحياة و من التغيرات الجسمية الضعف العام في الصحة و نقص القوة العضلية و ضعف

الحواس و من التغيرات النفسية ضعف الذاكرة و الانتباه و ضيق الاهتمامات و شدة التأثير الانفعالي (حامد،

1995: 543).

يعرفها تامير أنها عملية مستمرة و تدريجية حيث تتخفّض القدرات المعرفية و الإدراكية تدريجياً.

يعرفها السيد فؤاد البهي بأنها المرحلة التي تندرج ضمن مرحلة الكبار. وهي تمتد من 60 سنة حتى نهاية

العمر، و تمثل مرحلة الراحة بمعنى الإحالة إلى المعاش.

ويرى أن الشيخوخة تنقسم إلى أنواع مختلفة مثل: الشيخوخة الزمنية و ذلك عندما تتخذ زيادة العمر حداً فارقاً

لمراحل الحياة، مثل الشيخوخة العضوية و الشيخوخة النفسية.

ومن العلماء من يقسم الشيخوخة نفسها إلى مرحلتين نلخصها فيما يلي:

الشيخوخة المبكرة: هي تمتد من 60 سنة إلى 75 سنة.

الهرم: يمتد من 75 سنة إلى نهاية العمر.

وبما أنه لا يمكن التسليم بصحة ما ذهبت إليه الحكومات في تحديد سن 65 لبداية الشيخوخة (السيد،

2000: 01-02).

يعرف شريم الشيخوخة أنها مرحلة من مراحل النمو، تحدد خصائصها وصفاتها مجموعة متغيرات حتمية لها

علاقة بمرور الزمن، هذه المتغيرات تبدأ منذ مرحلة الرشد، وربما قبل ذلك، وهي بطيئة الحركة، متدرجة

الحدوث، متداخلة الطابع، لها من الصخب معرفة معدلاتها الفعلية وتتسم هذه المرحلة لانحدار الواضح و

المستمر في القدرات الوظيفية و البدنية و العقلية (محمد و سمية، 2002 : 83).

يعرف بيرن وريزر بأن الشيخوخة تشير إلى التغيرات المنتظمة التي تحدث في الكائنات العضوية الناضجة

وراثياً والتي تعيش في ظل الظروف البيئية وذلك مع تقدمهم في العمر الزمني (يحي، 2008 : 27).

تعرف الشيخوخة بأنها مرحلة زمنية من مراحل العمر المتتابعة يصل إليها الإنسان بعد سن الخامسة و الستين،

فهي عملية حيوية طبيعية بنمط الحياه و بعوامل البيئة و الوراثة (سليم، 2008 : 06).

يتضح لنا أن الشيخوخة مرحلة من مراحل النمو، تبدأ بعد سن الستين تحدث فيها مجموعة من التغيرات

جسمية، نفسية و اجتماعية.

3. المسن في دار العجزة:

وجود المسن في الدار العجزة يعني أمرين الأول جحود الأبناء للآباء أو أن المسن لم يحسب لغده حساباً،

فحياة المسن في هذه المؤسسات أو دور العجزة ضمن مجموعة غير متناسقة تقضي على خصوصية الفرد

دون تحول تمثين علاقاتهم ببعضهم البعض ، فكثير منهم يتوقعون على ذواتهم واتصالهم بالعالم الخارجي

شبه نادر، إضافة إلى معاناتهم و افتقارهم إلى الحنان العائلي مم يصاب المسن المقيم بها بخمول و كسل وكره

و فقد الرغبة في اتخاذ القرارات و المبادرات، فيهمل الاعتناء بمظهره الخارجي و يرغب في الانزواء، ولقد

تكون الدراسات و الأبحاث الاجتماعية التي أجريت لدراسة وضعية المسنين المقيمين في دار العجزة و ما

يشابهها من مؤسسات أن هناك ضعفاً في التركيز عند البعض و معاناة الكثيرين بالتعاسة و اللامبالاة واحتقار الذات و كرهه لها و الشعور باقتراب ساعة الموت مراداً هذا إلى طريقة تعامل المشرقين مع المسن، فهو مطلوب منه الانصياع لما يملون عليه و تنفيذ أوامرهم، ويتحدث ليبرمان عن تأثير دور الإقامة فيرى أنها تجعل نسبة الراغبين في الموت أعلى منها عند أمثالهم خارج هذا الدور.

وعليه فإن دراسة ليبرمان أن لدور العجزة أثر على حياة المسن، قد يكون العيش في دور العجزة له أثر كبير على حياة المسن و لاسيما وهو بعيد عن كنف العائلة، إلا أن هناك فروق فردية، حيث قد تكون فئة موجودة داخل العجزة لا مأوى ولا عائلة لديها، فوجودها في دار العجزة أفضل من وجودها في الشارع (هدى، 1998: 18-20).

4. مراحل الشيخوخة:

أعد بروملي Bromely تصنيفاً يقسم الحياة إلى 16 مرحلة بما مرحلة الشيخوخة فقسمها إلى ما يلي:

- مرحلة ما قبل التقاعد من 60 إلى 65 سنة.
- مرحلة التقاعد من 65 سنة فما فوق.
- مرحلة الشيخوخة 70 سنة فما فوق.
- المرض النهائي و الموت.

ويقسم هافجست دورة الحياة إلى ستة فترات عمرية :

- الطفولة المبكرة من الولادة إلى 05 إلى 06 سنوات.
- المراهقة من 12 أو 13 إلى 8 سنة.
- مرحلة الكبر المبكرة من 18 إلى 35 سنة.
- المرحلة المتوسطة من 35 إلى 60 سنة.
- النضج المتأخر 60 سنة فما فوق.

5. التغيرات والسمات المصاحبة للشيخوخة:

كلما تقدم السن وصل الإنسان إلى مرحلة الشيخوخة يصاحبه العديد من التغيرات العقلية والجسمية و النفسية و الاجتماعية.

1.5. التغيرات الفيزيولوجية و العقلية:

إن التغيرات الفيزيولوجية مهمة يتعرض لها الفرد مع التقدم في السن على مستوى النشاطات الفيزيولوجية، هذه التغيرات و التبدلات تبعث إلى الشيخوخة معرفية وهذا ما يفسر نقص القدرات المعرفية للمسن. حيث أن التغيرات الفيزيولوجية تؤثر على القوة العضلية والقدرة على التحمل وتضعف العظام وتتأثر أنسجة المفاصل خاصة عند السيدات، وتتأثر وظائف القلب والأوعية الدموية، كل هذا يجعل القدرة على المجهود البدني محدودة ويتأثر الجهاز النفسي، ونتيجة لهذه التغيرات تقل قدرة المسن على أداء العمل العضلي كلما تقدم عمره لاسيما في أداء الأعمال قصيرة الأمد التي تتطلب مجهوداً فائقاً لمدة طويلة وكذلك تتأثر الوظائف الحسية مثل التغيرات التي تصيب العينين و السمع، كما أن هذه التغيرات التي الجهاز العصبي وتؤثر على القدرة على التقدم في السن و الأداء الوظيفي.

2.5. التغيرات السلوكية الانفعالية:

في الغالب تكون سلوكيات المسنين محكومة بظروف حياتهم عبر السنين وأنماط شخصيتهم وظروف حياتهم الحالية، ولكن القول أن المسنين أقل مرونة، فإنه يصعب عليهم تقبل التغيير في أسلوب الحياة والأفكار والسلوكيات، وإن فرض عليهم الواقع ذلك التغيير. إن حاجات المسنين ذاتية المركز تدور حول أنفسهم أكثر مما تدور حول غيرهم، وتؤدي هذه الذاتية إلى نمط غريب من أنماط السلوك الأناني، كما تتميز انفعلاتهم بالعناد وصلابة الرأي الذي يؤدي إلى السلوك المضاد، فعند غضبهم فإنهم غالباً ما يثورون كالأطفال، حيث لا يتحكم الشيخو تحكماً صحيحاً في انفعالاتهم المختلفة.

إن انفعالات المراهقة تتميز بالاندفاع، تتميز أيضا انفعالات الشيخوخة في بعض نواحيها بصورة مختلفة من هذا الاندفاع العاطفي.

كما يدور معظم انفعالات الراشدين ومن هم في منتصف العمر حول القلق، وللمسنين أيضاً ما يثير في نفوسهم القلق، وقد يؤدي بهم القلق إلى الكآبة لأنهم يجدون متنفساً لانفعالاتهم كما كانوا يفعلون في رشدهم (زينب: 08).

3.5. التغييرات الاجتماعية:

يشكو المسنون من ابتعاد الناس عنهم، مما يجعلهم يعيشون في عزلة قاتلة وتضييق دائرة علاقاتهم بمحيط الأسرة والأصدقاء وفي واقع الأمر أن الناس ينفضون بالفعل من حول المسن لأنه دائم الشكوى، ولا يكف على توجيه النصائح، كما أن الكثير من المسنين لديهم شك زائد في من حولهم، ويعتقدون أنهم سوف يسلبون أموالهم وقد يتهموهم بذلك في بعض الأحيان. كذلك يلاحظ على بعض المسنين المبالغة في البخل، إن النتيجة النهائية لكل ذلك هو العزلة، التي يعاني منها المسنون (سليم، 2000: 505).

4.5. التغييرات النفسية:

يشترك المسن أو الشيخ في سمات نفسية مشتركة مع غيره، إلا إذا حدث في طريق شيخوخته مطب عاطفي أو شرخ نفسي، أو مرض أطاح به بعيداً عن الناس الكبار، ونستطيع أن نلخص هذه السمات في النقاط التالية:

1.4.5. الحساسية الزائدة بالذات:

إن المسن شخص يسحب الكثير من وجدانه من الموضوعات الخارجية ومن الاهتمامات الاجتماعية، ويوجهه إلى ذاته ذلك أننا نجد الكثير من الفلاسفة والأدباء والشعراء، يبدوون شيخوختهم بتأليف الكتب حول ذواتهم، تعرف بكتب السيرة الشخصية، ومعنى هذا في الواقع أن التقاف الوجدان حول الذات لا يمكن أن يوصف بالأنانية تسيطر على الشيوخ، ولا يمكن أن يوصف بأنه نوع من الترجسية أو إعجاب الشيخ بنفسه،

وذلك لأن الاهتمام الذاتي ربما يكون اهتماماً لنقد الذات أو تعنيفها أو محاسبتها (ميخائيل، 2000: 66-67).

2.4.5. الإعجاب بالماضي:

إن الشيخ يعجب بماضيه، فنجده يعجب صب إعجابه بمن أنجبه من أبناء وبنات، وقد ينصب إعجابه على تاريخه الحافل بالمآثر والبطولات وبالمواقف الحاسمة، أو بالقرارات القاطعة المفيدة التي حولت مجريات الأمور، أو التي كان لها أكبر الآثار وأعظم الفوائد في حياة شرائح كثير من الناس. وقد تذكر المسنة أو الشيخة من خلالها بما كان لها من مال وجمال وفتنة أيام شبابها، وكيف أنّ الكثير من الناس كانوا يطلبون ودّها وأنها كانت محطّ الأنظار لشتى المعجبين.

3.4.5. اللامبالاة بالذات:

يكون في الغالب موقف التهكم من كل شيء والساخر من كل الناس حتى مع نفسه، فلا هو ناقد على ذاته ولا هو معجب بها بل هو ساخر من كل شيء يدعو إلى السخرية وهو يضحك من المواقف التي تصدر من هذا أو ذلك من الناس حتى شخصه هو، الواقع أن الشخص لا يستطيع أن يتخذ مثل هذا الموقف الساخر، إلا إذا كان متجرداً من التحيز إلى جانب نفسه أو متحيز ضدها. فاللامبالاة كموقف هي التي تسمح للشخص بأن يتخذ الموقف التهكمي من نفسه (الميلادي، 2002: 40-41).

6. النظريات المفسرة للشيخوخة:

تهدف دراسة علم الشيخوخة للتوصل إلى السبيل الأمثل للشيخوخة الناجحة و توجد عدة نظريات توضح ذلك، وتعد نظرية الانسحاب ونظرية النشاط من أكثر النظريات شيوعاً و انتشاراً، وقد قدمت هاتان النظريتان في الستينات من القرن الماضي في محاولة لتفسير التوافق الناجح لعملية التقدم في العمر:

1.6. النظريات البيولوجية:

1.1.6. ضعف نشاط الإنزيمات الخلوية: ضعف نشاط الإنزيمات الخلوية في الخلايا الحيوية له

علاقة بظهور الشيخوخة، فالخلايا التي خاصة الانتعاش و التجديد قليلا ما تظهر في كبار السن، أما الخلايا المتخصصة في وظائف معينة و التي لا يمكنها التغيير الذاتي أو التجديد، فإنها تشيخ بسرعة و لا أمل فيها للعودة لحالة الشباب (يحي ، 2008: 191).

2.1.6. نظرية المورثات (الجينات): ترى هذه النظرية أنه يوجد داخل كل كائن حي واحد أو أكثر من

المورثات الضارة بالصحة التي تنشط في الفترة الأخيرة من الحياة فينتج عن ذلك فشل الكائن الحي في الاحتفاظ بحياته، وفضلاً عن ذلك فيعتقد أن هناك نوعين من المورثات لكبر السن أحدهما الجينات الشابة وهي المسؤولة عن النمو و الأخرى جينات الهرم و هي المسؤولة عن التدهور البنائي، وحسب هذه النظرية فإن الجينات الشابة تسيطر في فترة الحياة المبكرة و تحل جينات الهرم في مرحلة الحياة المتأخرة.

3.1.6. نظرية انتهاج البرامج: يرى أنصار هذه النظرية أن كل جنين يزود عند الإخصاب بقدر محدود من

المادة المورثة و عندما تشيخ الخلايا فان المادة المورثة الأساسية للنواة (حمض الديوكسيريبونوكليك)، تنفذ فتصاب الخلايا بالعجز في النهاية ويؤيد هذا المفهوم التقارير العديدة عن التناقص التدريجي في النشاط المتصل بالعمر أو التناقص في مقدار إنزيمات معينة في بعض أجزاء الجسم مثل الكبد و عضلات الثدييات الدنيا، وقد درس هايفلك سنة 1979 تشيخ الخلايا في استنبتات خارج الجسم فعندما أتيح للخلايا البشرية أن تنمو و تتكاثر في وسط غذائي ملائم وفي جو معقم فإنها تكاثرت بسرعة (تضاعف عددها كل 24 ساعة في البداية) لكن التضاعف بدأ يبطئ تدريجياً و بعد ستة أشهر تقريبا توقفت الخلايا عن التضاعف تم اختفت سلالة الخلية و هذا يوحي بأن قدرة مثل هذه الخلايا على الانقسام تتضاءل بمرور الزمن حتى تنتهي فعلاً (عبد الحميد، 2001: 149 - 150).

4.1.6. نظرية الإشعاع: يعتبر الإشعاع سببا محتملا للتشيخ حيث أن كل فرد يتعرض يوميا لقدر ضئيل من

الإشعاع الكوني، ومع أن تلف نواة الخلية يحتاج إلى مستوى أعلى كثيرا من الإشعاع، إلا أن كيرتس CURTIS سنة 1977 يقرر أن نسبة التلف في الخلايا (تقاس بمدى التلف في الكروموزومات) ترتبط بنسبة التناقص في الحياة وهكذا يفترض في الحياة و هكذا يفترض أن التشيخ السريع يحدث بسبب الكروموزومات فقد أشارت دراسات عديدة إلى العلاقة بين الإشعاع و تناقص مدى العمر بتزايد أشكال المرضى في الحيوان، كما قام ديموس و كونراد بدراسة طويلة مداها 15 عاما على سكان إحدى جزر مارشال في المحيط ممن تعرضوا بالصدفة للإشعاع الناتج عم إجراء تجربة ذرية بالمقارنة بغيرهم من السكان اللذين غادروا الجزيرة أثناء التجربة ثم عادوا إليها بعد ذلك و ثد ثبت زيادة نسبة التلف في الكروموزومات بين الأفراد اللذين تعرضوا للإشعاع مما يؤيد أن التعرض للإشعاع يرتبط بعملية التشيخ وربما إلى الإسراع بها إلا أن هناك من الأدلة على أن نوعا من التعويض التلقائي يحدث داخل الخلية يقلل من تأثيرات الإشعاع وبذلك فإن ما يحدث للخلية من طفرات لا يعكس مقدار التلف فقط بل يعكس أيضاً مدى كفاءة ميكانيزمات التجديد في الخلية (عبد الحميد ، 2001 ، 155-156).

5.1.6. نظرية الأخطاء الكارثية: تعود الشيخوخة إلى تراكم كارثية تحصل بشكل صدقوي خلال ظواهر التي

تؤدي إلى تراكم بروتينات أو إنزيمات (حمائر) غير طبيعية، هذه التراكمات تنتهي إلى إيقاف الأيض الخلوي و التسبب بالموت الخلوي، هذه الأخطاء قد تطال القدرة الوراثية (التحول المفجئ) و التركيب الهيلواني، إن النتائج المتتابعة بالنسبة إلى الجسم تكون قاتلة فتؤدي إلى خلل في كل النظام (كريستوف، 2001: 13).

6.1.6. وجود انتشار بعض العيوب في الخلايا: مؤداها أن عيبا ينتشر في الخلايا وبالتالي تفقد قدرها على

العمل المتمثل في إفراز الإنزيمات أو الانقسام ومن ثم فإن الأعضاء التي توجد فيها الخلايا تصبح معيبة. و على الرغم من القيام بالكثير من الدراسات إلا أنه لا يوجد دليل يثبت أن هناك أي تغيير متقدم و ذاتي في قدرة

الخلايا لكي تنقسم أو تستكمل النقص فيها ولم يتم الكشف عن اختلافات في قدرة الخلايا على الاستجابة للهرمونات و تم الوصول إلى بعض الاختلافات ولكنها تعتبر ثانوية بالنسبة للتغيرات التي تحدث في مكان آخر في الجسم و خصوصاً تلك التغيرات المرتبطة بالضعف العام و الذي تزامن مع الشيخوخة ومن المحتمل أنه عندما تفشل الميكانيزمات الأساسية فإن ذلك ليس مرجعه الخلايا ذاتها، ولكن مرجعه المواد خارج الخلايا و هي بروتينات النسيج ، وأشهر هذه المواد المعروفة هي الكولاجين COLLAGEN وهي هامة بسبب لا يتم استبدال هذه البروتينات في العديد من أماكن الجسم ،حيث معظمها يظل بعد تكوينها لدى الفرد طيلة فترة حياته، وهذه البروتينات عرضة للتغير الدائم وهي مواد متبلورة مثل البلاستيك فتصبح قابلة للكسر مع تقدم السن، ويحدث نتيجة لارتباط كيميائي أو الترابط بين الجزيئات المختلفة داخل المادة و البروتينات مثل الكولاجين الذي يعتبر شيئاً مركزياً في فهم الأسباب البيولوجية لعملية الشيخوخة (يحيى، 2008: 189-191).

2.6. النظريات النفسية: ترى هذه النظرية أن التوافق و التكيف مع كبر السن هو نتيجة نمط وسمات شخصية الفرد، وتتبنى مدخل دور الحياة الذي يصور التقدم في العمر كمعملية نمائية تعكس محصلتها أساليب المواجهة الفردية، ورواد هذه النظرية نيوجارتن و زملائه، حيث يقدمون أربعة أنماط رئيسة أهمها الشخصيات المتكاملة التي تصم أشخاصاً جيدي الأداء، ذوي حياة داخلية مركبة و منفتحون للمثيرات الجديدة و ناضجون ولديهم درجة مرتفعة من القدرات المعرفية و الأنا الدفاعية و درجة عالية من التحكم في الذات و المرونة و الخبرة، أما الشخصيات غير المتكاملة و هم الأفراد الذين لديهم إعاقات في الوظائف السيكلوجية و يفقدون القدرة على التحكم في انفعالاتهم كما أن هناك تدهوراً في قدراتهم، ويرى البعض أن هؤلاء الأشخاص الذين تتسم شخصياتهم بالتكامل ليس بالضرورة أن يكونوا متكاملين اجتماعياً في قيامهم بأدوارهم و في علاقاتهم الاجتماعية و مع ذلك فإن لديهم درجة عالية من الرضا عن الحياة،و يؤكد نيوجرتين أن أهمية الشخصية

بمختلف بمختلف سماتها كمتغير مستقل يساعدا على وصف أنماط المسنين و التنبؤ بالعلاقات بين مستوى فاعلية الدور الاجتماعي و الرضا عن الحياة .

1.2.6. النظرية التحليلية النفسية: لم يركز التحليل النفسي على مرحلة الشيخوخة من خلال قلة الدراسات،

فرويد لم يولي اهتماماً كبيراً بعلاج كبار السن، فالتحليليون يرون أن قلق الانفصال يتجدد نشاطه خلال فترة الشيخوخة، فالمسن يعاني من قلق الموت و الخوف من الفناء فيستعمل آليات دفاعية ضد قلق الموت كالإسقاط و الانشطار، كما ينمو لديه قلق الاضطهاد، فمقارنة مع نموذج ميلاني كلاين التي ترى أن الرضيع أو الطفل يكون لديه قلق الالتهام و الخوف من الشره السيئ للثدي، فالمسن يعني نوع آخر من القلق و المسمى بقلق المجاعة أي الخوف من الجوع (جوع الحب، جوع العلاقة) حول موضوع سيئ بمعنى أن الرضيع يستعمل الثدي كسند بينما المسن يستعمل الأولاد، ففي الطفولة يكون الموضوع الأم (الثدي) مصدر للحبو الكراهية و في الشيخوخة يكون الموضوع الطفل الذي أصبح راشداً مصدر للحب و الكراهية. (عبد الحميد ، 2001: 118-119).

3.6. النظريات الاجتماعية:

تعددت النظريات الاجتماعية نذكر منها ما يلي:

1.3.6. نظرية الانسحاب: تحاول هذه النظرية تفسير عملية الانسحاب الاجتماعي التي يقوم بها المسن،

فهي ترى أن عملية الانسحاب عملية حتمية من الناحية البيولوجية و النفسية وقدّم هذه النظرية كل من كمنج وهنريعام 1941 وتقوم هذه النظرية على أساسا أن عملية التقدم في العمر يتميز بحدوث عملية انسحاب متبادل من قبل المسن، ومن قبل المجتمع، فالمسن يقوم بإرادته الذاتية بقطع مختلف نشاطاته و التزاماته نتيجة

لما يحدث لديه من تغيرات نفسية داخلية وفي المقابل نجد المجتمع يجبره على التقاعد عن طريق اللوائح و القوانين.

وتتلخص الأفكار الرئيسية لهذه النظرية فيما يلي:

- 1- أن عملية الانسحاب الاجتماعي و النفسي للمسنين عملية عامة بمعنى أنها تحدث في كل المجتمعات و في كل العصور التاريخية.
- 2- أن هذه العملية حتمية.
- 3- أنها عملية داخلية ولا تتسبب الى العوامل الاجتماعية وحدها.
- 4- أن هذه العملية ليست فقط ملازمة للتوافق الناجح في مرحلة العمر المتقدم، بل هي شرط ضروري لحدوثه.
- 5- أن هذه العملية تتضمن انسحاباً متزايداً (جمعة، 2007: 53-54).

2.3.6. نظرية النشاط: تؤكد هذه النظرية على النتائج الإيجابية لاستمرار اندماج الفرد في العالم المحيط

به، و التوصل إلى أدوار بديلة لتلك التي افتقدها نتيجة التقاعد أو التمرل و يتضمن ذلك مستويات مرتفعة من المشاركة الاجتماعية و التوافق .

ويفترض هذا النموذج على وجه الخصوص أن على المسنين البحث عن بدائل لأدوار رئيسية أربعة كانت

سائدة من المتوسط وهي فقدان العمل، نقص الدخل، وضعف الصحة و تغير الأسرة، وإذا أمكن للمسن

تعويض هذه الأدوار المفقودة فإنه يحقق لنفسه توافقاً ناجحاً في شيخوخته، فالشيخوخة هي مرحلة فرص جديدة

للأدوار الاجتماعية و ليس مرحلة انسحاب كلي من الحياة الاجتماعية (جمعة، 2007: 54-55).

4.6. نظرية الشخصية:

تهدف نظريات الشخصية إلى تفسير أنماط التكيف في السنوات الأخيرة من الحياة على أساس السلوك طوال

الحياة التي يجري تعميمها من خلال مصطلح الشخصية PERSONALITY و يرى نيوجاريتين وهو أحد

أقطاب هذا المذهب أن هذا المصطلح غير ضروري، و يرى أن التجمع هو جزء من البيئة التي يمكن التكيف معها و التأثير عليها الاستجابة لها و لكن ليس بالضرورة التفاعل معها ، بينما يؤكد هنري على أهمية مصطلح ذاتي بمعنى عمليات الشخصية المختلفة و على هذا النحو فهي تمثل عمليات " لأننا " ذات التاريخ التطوري و مسار واضح خاص بها و قوة ايجابية يمكن أن تؤثر على رد الفعل بالنسبة للأحداث الخارجية و اختيار الاستجابة لهم (جمعة، 2007: 54-55).

5.6. منحنى التفاعلية الرمزية: ينظر أصحابه هذه النظرية إلى التقدم على أنه نتيجة العلاقات المتبادلة

بين الفرد و بيئته الاجتماعية، فالتقدم في العمر هو عملية دينامية تستجيب للسياقات البنائية و المعيارية وإمكانات الفرد و إدراكاته.

ولا يعطي هذا المنحنى اهتماماً كبيراً لنمط معين من النشاط أو السلوك أو الخبرة لدى المسنين، لكنه يفترض أن هناك نوعاً من التركيب الاجتماعي و العلاقات المعقدة بين العناصر جماعها، فالرضا عن الحياة مثلاً هو مزيج من الاتساق الداخلي و التوقعات المعيارية.

و في ضوء ذلك يعطي أصحاب هذا المنحنى أهمية للمشاركة في الحياة الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين داخل إطار معين تحكمه الأوضاع و المعايير السائدة فيه، فهناك مثلاً علاقة بين التوافق مع التقدم في العمر وشكل الدور الذي يقوم به الفرد رسمي أو غير رسمي (جمعة، 2007: 56).

7. مشكلات الشيخوخة:

سوف نعرض فيما يلي مشكلات الشيخوخة من خلال استعراض التغيرات البيولوجية و المعرفية و الاجتماعية و الانفعالية التي تميز مرحلة الشيخوخة عن غيرها من مراحل عمر الإنسان:

1.7. المشكلات البيولوجية:

إن أهم ما يميز التغيرات البيولوجية في الشيخوخة هو التدهور في البناء الجسمي بين المسنين الذي هو انعكاس لنقص مستمر في مقدرة الجسم على مقاومة المؤثرات الخارجية ، ويمكن إرجاع هذا النقص الوظيفي في الجسم إلى زيادة المتفاعلات الكيميائية البناءة في كل من أعضاء الجسم وفي الجسم كله. وترجع هذه التغيرات البيولوجية إلى فقدان الخلايا من أعضاء الجسم بسبب التقدم في السن، وبالتالي نقص المقدرة الوظيفية لهذه الأعضاء والتي تندي في النهاية إلى اضمحلال وظيفة الجسم كله- وهذا ما يسمى عند حدوثه بالشيخوخة.

هذا و ينتج عن هذه التغيرات البيولوجية جملة من المشكلات الجسمية يمكن أن نصنفها إلى:

1.1.7. مشكلات جسمية مورفولوجية: حيث يظهر التغير في البشرة و خاصة الجسم و الرقبة والأطراف ويصبح الجلد جافاً متجعداً، مع انتشار الكثير من البقع علياً إلى جانب زوال اللون الطبيعي للشعر فينقلب رمادياً، ثم يشيب أو يسقط تماماً، بالإضافة إلى قلة انتصاب القامة لانحناء العمود الفقري وكل هذه التغيرات لها تأثيرها الفعال على صورة الجسم كما يدركها المسنون.

2.1.7. مشكلات جسمية وظيفية: تتمثل في عدم قدرة المسن على التحكم في قوة حواسه، حيث تضعف قوة البصر و مداه، وتتضاءل قوة السمع، كما تبرز الاضطرابات الكلامية نظراً لتساقط الأسنان أو التشوهات في سقف الحلق، بالإضافة إلى ضعف القوى البدنية و الحركية بصفة عامة، مع ضمور العضلات و تيبس المفاصل وضعف قدرة الأجهزة الهضمية و الدورية و التنفسية و البولوية على القيام بوظائفها بكفاءة.

3.1.7. مشكلات الصحية: تتمثل في استعداد الجسم للإصابة بالأمراض نظراً لضعف مقاومته- من هذه

الأمراض: اضطرابات الجهاز الهضمي و التنفسي، وارتفاع ضغط الدم، و تصلب شرايين المخ مما ينتج عنه ضمور في خلايا المخ وأعراض الشلل و النزيف المخي..كما يحدث اضطراب للوظائف البيوكيميائية كحالات فشل الكلى و الكبد، أو ارتفاع البولينا في الدم، ومرض السكر وسلس البول...ذلك من الأمراض التي قد تصيب المتقدمين في العمر (حسن، 2005: 17-18).

2.7. المشكلات الاجتماعية:

تتسم مرحلة التقدم في العمر بتقلص كل من منظومة المكانة الاجتماعية للمسن بفقد أحد أو بعض مكوناتها الاجتماعية، كفقده لدوره المهني نتيجة للتقاعد الإجباري أو فقده لدوره كشريك حياة نتيجة للترمل أو فقده لمكانة الصديق، ويؤدي كل هذا إلى فقدانه للأمن الاجتماعي الذي يؤدي بدوره إلى ضيق مصادر الاتصال بالمجتمع وإلى التدهور في المشاركة الاجتماعية لديه، وهذه المظاهر الجديدة في حياة المسن قد تساعد على حدوث تغيرات صحية ونفسية (سيد يوسف، 2005 : 32).

3.7. المشكلات السيكولوجية:

تتبع المشكلات السيكولوجية للمسنين من الإحساس بصعوبة التوافق مع الشيخوخة الذي لدى الشخص المتقدم في السن إذا ما توهم عجزه، ويكشف عنه لدى الفرد اهتمامه الزائد بالقيود و المعوقات الجسمية و العقلية التي قد تصاحب كبر السن..ويشير شوك Shock 1952 إلى أن هذا الإحساس يحمل الشخص المسن على الانعزال ويبالغ ن شأن حالته الصحية، ويشأن ضعفه المادي، ويسيطر عليه الإحساس بانعدام الفائدة واستفادة الفاعلية..كما تزداد لديه حرارة الوحدة كلما انفض أولاده وأهله من حوله، وذلك عندما يشغلون بمطالب الحياة وقد يراوده شعور بأنه قد أصبح إنساناً غير مرغوب مما يفقده الأمن الاجتماعي- وقد يؤدي ذلك إلى احتمال ظهور الأمراض العصابية و الذهانية في النهاية.

كما تتضمن المشكلات السيكولوجية الإحساس بالنهاية، فالخوف من الموت المفاجئ يخلق لدى المسن بعض المشكلات القيمية و الدينية، والخوف من ألا يتسع الوقت للمسن للتوبة و التفكير عن خطاياہ بالإكثار من

العبادة والتقرب إلى الله بثتى السبل.. ويمثل أداء فريضة الحج للمسن أملاً عدم تحقيقه يصيبه بإحباط شديد.. كما يبدو أن المسن يعيش في رحاب الله يسعى في طمأنينة العابد وسكينة المؤمن، ويحاول أن يتسامى بنفسه إلى أفاق الروحانية و مجالها الصوفي.

بالإضافة لذلك فإن الشيخوخة هي فترة التساؤلات عما أحرزه الإنسان من إنجازات و عن معنى الحياة، وعن القيم التي عاش لها وضحي من أجلها، وعن القيم ذات الطابع المستمر، وعن التناقض بين القيم التي تربي عليها الفرد... الخ (حسن، 2005 : 23-24).

4.7. المشكلات العاطفية:

تكون متعلقة بضعف الطاقة الجنسية أو التثبث بها، فقد يتزوج الشيخ الميسور من فتاة في سن بناته، ويتصابى، وإذا ما ضعف جنسيا ألقى اللوم عليها وبدأ يشك في سلوكها .وكذلك ما أحقق العجز المتصابية، وقد يتصرف بعض الشيخ تصرفات جنسية شاذة (حامد، 1984 : 546).

8. الوقاية من مشكلات الشيخوخة وكيفية علاجها:

1.8. الوقاية من مشكلات الشيخوخة:

إن مشكلات الشيخوخة هي في جوهرها مشكلة اجتماعية فالوضع المثالي أن يوفر المجتمع ظروفًا طبية وصحية للحياة أفضل من الانشغال والانغماس في مشكلة الأمراض ذاتها، ومن أهم الإجراءات الوقائية من مشكلات الشيخوخة هي:

➤ يجب رعاية الصحة الجسمية والاهتمام بالفحص الطبي الدوري للكشف عن أي مشكلة

صحية في بدايتها، وعلاجها في وقت مناسب، مع الاهتمام بالوقاية من الحوادث والتعرض للعدوى والمرض لنقص إمكانيات وضعف مقاومة الشيخ.

➤ يجب رعاية الصحة النفسية والاهتمام بحل مشكلات الشيخ أولاً بأول وإشباع حاجاته النفسية، حيث

يقضي حياته في نشاط وتفاؤل وأن يعيش شيخوخته بأوسع وأكمل وأصح شيء ممكن.

➤ يجب الاهتمام بالتوافق الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية وتوسيع دائرة الصداقات من بين المتكافئين

معه سناً وثقافة ومستوى حتى يشتركوا في الاتجاهات والاهتمامات.

➤ يجب تشجيع الشيخ على البحث والإطلاع حتى تبقى ذاكرته منتبهة لشؤون الحياة، وتشجيعه على

تحديد أهداف في المستقبل يسعى لتحقيقها (حامد، 1984 : 547؛ 548).

2.8. علاج مشكلات الشيخوخة:

يشمل علاج مشكلات الشيخوخة العلاج الطبي، والعلاج النفسي والعلاج البيئي:

1.2.8. العلاج الطبي:

يقصد به علاج الأعراض الطبية المرتبطة بالضعف العام والضعف العضلي والإمساك والاهتمام بالغذاء والنظافة وحث الشيخ على الحركة وعدم كثرة النوم واستخدام المنومات في حالة الأرق واستخدام المهدئات إذا لزم الأمر، ويستخدم العلاج بالرجفة الكهربائية في حالات الاكتئاب، ينصح بزيادة النشاط والحركة والقيام ببعض الرياضة تجنباً للانهايار الصحي، وينصح بالإقلاع عن التدخين أو على الأقل الإقلال منه.

2.2.8. العلاج النفسي:

يهدف إلى تحقيق الأمن النفسي والانفعالي وإشباع الحاجات وتحقيق عزة النفس للشيخ وشعوره بالحب، وأنه مطلوب وأن أهله في حاجة إليه وإقناعه بأن ما تبقى له من قوى عقلية وجسمية تكفي لإسعاده في الحدود الجديدة التي يفرضها سنه، يفيد في ذلك العلاج بالعمل.

3.2.8. العلاج البيئي:

يجب تنمية اهتمامات وميول الشيخ وملء وقت فراغه بوسائل التسلية، ودفعه إلى المشاركة في الحياة الاجتماعية والاهتمام بمظهره العام، ويجب تشجيع الشيخ على ممارسة الهوايات للتخفيف من متاعب وقت الفراغ ولتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي يجب الاهتمام بالتأهيل النفسي والاجتماعي للشيخ ولا بدّ من توفير الرعاية لهم على كافة المستويات حسب قدراتهم ومستوياتهم (زهران، 1984 : 548؛ 549).

خلاصة:

من المعروف أن الإنسان عندما يمر في كل مرحلة من مراحل عمره يكون لهذه المراحل خصائص و مميزات، لكن عندما نتحدث عن الشيخوخة فإننا نتحدث عن أصعب مرحلة من مراحل عمر الإنسان، لأنها حالة من القصور البيولوجي العام نتيجة تدهور العمليات العضوية الحيوية وضعف الوظائف النفسية ، لكن بالرغم من هذه التغيرات التي يمر بها المسن، إلا أنها تعتبر ظاهرة طبيعية بالدرجة الأولى فهي مرحلة حتمية من مراحل حياة الإنسان و بالتالي تفرض نفسها عليه.

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد.

أولاً: الدراسة الاستطلاعية.

1. أهداف الدراسة الاستطلاعية.
2. أدوات الدراسة الاستطلاعية
3. الخصائص السيكومترية للأدوات.

ثانياً: الدراسة الأساسية.

1. المنهج.
2. عينة الدراسة الأساسية ومواصفاتها.
3. أدوات الدراسة الأساسية.
4. طريقة إجراء الدراسة الأساسية.
5. الأساليب الإحصائية المستخدمة.

خلاصة

تمهيد:

لا تخلو أي دراسة ميدانية من جانب نظري والذي يعتبر كأساس قاعدي لها يكملها الجانب التطبيقي الذي يعد بدوره من أهم خطوات البحث العلمي حيث يمكن الباحث من استثمار معلوماته النظرية ويوسع من مجال تطلعاته.

وإذا كان الجانب النظري هو المنبع الأساسي لمعرفة الحقائق المتعلقة بمتغيرات البحث، فإن الجانب الميداني هو الذي يثبت أو ينفي صحة تلك الحقائق، وهذا من خلال تحويل نتائجها الخام من نتائج كيفية إلى معطيات كمية يعبر عليها إحصائياً بأرقام محددة التي تدل على دلالات معينة.

وفي هذا الفصل سنتعرض إلى توضيح إجراءات الدراسة من خلال التطرق إلى منهج الدراسة وحدود الدراسة ثم سنتطرق إلى الدراسة الاستطلاعية، أدوات الدراسة، الأساليب الإحصائية المستخدمة، ونتائجها ومن ثم سنتعرض للدراسة الأساسية بكل معطياتها.

أولاً: الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية من أهم الخطوات التي ينبغي على الباحث أن يتبعها في إجراء الدراسة الميدانية.

1. أهداف الدراسة الاستطلاعية: والتي نهدف من خلالها إلى ما يلي:

- التعرف على عينة البحث وحجم المجتمع الأصلي للدراسة.
- مدى وضوح الفقرات وملائمتها للعينة الموجهة إليها.
- اختيار طرق المعالجة الإحصائية.

2. أدوات الدراسة:

1.2. مقياس الوحدة النفسية:

1 وصف المقياس:

أعد هذا المقياس في الأصل راسيل RUSEL (1996) كأداة سيكومترية سهلة التطبيق في الأبحاث التجريبية لقياس الشعور بالوحدة النفسية، و هذا المقياس النسخة الثالثة المنقحة لمقياس كاليفورنيا- لوس انجلوس للشعور بالوحدة النفسية UCLA .

و قد قام بترجمته و تقنينه على البيئة العربية كل من محمد محروس الشناوي، علي السيد خضر (1988)، ابراهيم قشقوش (1988)، عبد الرقيب البحيري (1985)، مجدي الدسوقي (1988).

فقد قام عبد الرقيب البحيري بنقل هذا المقياس وتقنينه على البيئة المصرية وقد صمم المقياس ليطبق بطريقة فردية أو جماعية كما يمكن للفرد أن يقوم بتطبيقه بنفسه على نفسه.

يتكون المقياس من 20 بنداً تقيس إحساس الفرد بالوحدة النفسية و يجيب عليه المفحوص بإعطاء علامة (X) أمام إحدى الخانات الأربع وهي أبدأ، نادراً، أحياناً، دائماً تبعا لدرجة إحساسه بالوحدة النفسية.

2 تصحيح المقياس:

تم تخصيص التقديرات (1،2،3،4) للإجابة على البنود التي تحمل أرقام (2، 3، 4، 7، 8، 11، 12، 13، 14، 17، 18) أما البنود التي تحمل الأرقام التالية: (1، 5، 6، 9، 10، 15، 16، 19، 20) تم تخصيصها في الاتجاه العكسي للتقديرات.

ويستخدم الجمع الجبري في حساب الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص على المقياس وبالتالي تتراوح الدرجة الكلية على المقياس من (20 - 80) درجة، والدرجة المرتفعة تشير إلى شعور شديد بالوحدة النفسية و العكس صحيح.

جدول رقم (02): يمثل كيفية تصحيح مقياس الوحدة النفسية حسب الدرجات.

لا يوجد شعور بالوحدة	يوجد شعور بالوحدة بمستوى بسيط	يوجد شعور بالوحدة بمستوى متوسط	يوجد شعور بالوحدة بمستوى شديد
من 1 إلى 20	من 21 إلى 40	من 41 إلى 60	من 61 إلى 80

2.2. مقياس الاكتئاب:

1 وصف المقياس:

يتكون هذا المقياس من 21 مجموعة من الأسئلة و لكل مجموعة منها تصف أعراض الاكتئاب بما فيها الحزن والتشاؤم و الإحساس بالفشل و السخط و عدم الرضا... الخ، و يطلب من الشخص أن يقرأ كل عبارة في كل مجموعة و أن يقرر أي العبارة منها التي تنطبق عليه ، و يصف حالته و مشاعره اليوم و الآن بوضع دائرة حول رقم العبارة أو العبارات التي تنطبق عليه، و يعتمد هذا المقياس على المشاهدات الإكلينيكية و على أوصاف الأعراض التي يعطيها بشكل متكرر المرضى بالاكتئاب في مجال الطب النفسي في مقابل الملاحظات و الأوصاف التي يعطيها المرضى غير المكتئبين بشكل متكرر ، و اندمجت المشاهدات الإكلينيكية و أوصاف المرضى بشكل متسق في واحد وعشرين عرضاً و هي:

الحزن ، التشاؤم ، الشعور بالفشل ، عدم الرضا ، الذنب ، العقاب ، كره الذات ، لوم الذات ، أفكار إنتحارية ، البكاء ، التهيج ، الإنسحاب الإجتماعي ، عدم الحسم ، تغير صورة الجسم ، صعوبة العمل ، الأرق ، سرعة التعب ، فقد الشهية ، فقد الوزن ، الإنشغال بالجسم، الجنس.

يهدف مقياس بيك للاكتئاب إلى الكشف من ناحية عن المكان الذي يتواجد فيه الفرد بما يتعلق باضطراب الاكتئاب ، و من ناحية أخرى يكشف عن الطريقة التي يعبر بها الفرد عن هذا الإضطراب أي هل يظهر

الاكتئاب في شكل شكاوي جسمية أو الميل إلى الحزن والإحساس بالذنب أو في هبوط النشاط العام أو النشاط الجنسي أو في عدم الرضا عن الحياة و نقص الأداء في الواجبات العمل...الخ

2-تصحيح المقياس:

تحسب الدرجات في النهاية بجمع هذه النقاط ، إذا كان المجموع الكلي لإجابة الشخص على مجموعات الاختبار وعددها 21 يقل 10 درجات فإن الشخص غير مكتئب ، أما إذا زاد المجموع عن 30 درجة فإن الحالة تعاني نوع شديد من الاكتئاب ، و إذا كانت المجموعة بين 10 و 30 درجة فان الشخص يعاني من حالة بسيطة و متوسطة من الاكتئاب

الجدول رقم (03) يوضح كيفية تصحيح مقياس الاكتئاب حسب الدرجات

لا يوجد اكتئاب	اكتئاب بسيط و متوسط	اكتئاب شديد
من 0 إلى 9	من 10 إلى 29	من 30 فما فوق

3 الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة:

الأداة الأولى: مقياس الوحدة النفسية.

لقد تم إعادة تقنين المقياس بالرغم من صدق و ثبات المقياس و سوف نلقي الضوء على طريقة عبد الرقيب البحيري (1985) في حساب صدق و ثبات المقياس.

أ الصدق:

استخدم البحيري (1985) ثلاث طرق أساسية لحساب الصدق و هي صدق المحتوى حيث اتسم بالصدق الظاهري فعبارته تتطلب تقديرات الذات الواضحة عن الوحدة كما أن العبارات تقيس الجوانب المختلفة للوحدة ، كما استخدم طريقة صدق المحك و بحساب معاملات الارتباط بين هذا المقياس و مقاييس أخرى ثبت

صدقها و لها علاقة بالوحدة كمقياس الاكتئاب المشتق من مقياس الشخصية المتعدد الأوجه و مقياس ايزنك للشخصية و قد أشارت النتائج إلى ارتفاع معاملات الارتباط خاصة في العينة الأكبر سنا. أما بالنسبة للطريقة الثالثة و هي الأكثر دقة هي طريقة الصدق العملي و قد أشارت النتائج إلى أن الإختبار يتسم بالصدق العملي .

ب - الثبات

أجرى عبد الرقيب البحيري (1985) دراسته الاستطلاعية على عينة 101 فردا و تراوحت أعمارهم بين 16- 18 سنة و من سن 19- 22 سنة و من 23 سنة فأكثر و قد استخدم طريقة إعادة الاختبار بعد شهر واحد من التطبيق الأول و قد أشارت معاملات الارتباط إلى ثبات الاختبار بالنسبة للعينات الثلاث فكان معامل الارتباط 0.71 بالنسبة للعينة الأولى و 0.52 بالنسبة للعينة الثانية و 0.62 بالنسبة للعينة الثالثة و كلها دالة عند مستوى 0.01 كما استخدم عبد الرقيب البحيري طريقة التجزئة النصفية لبنود الاختبار لحساب معامل الثبات كذلك و قد أشار النتائج إلى أن معامل الثبات لدى Split-Half العينات الثلاثة مرتفعة و جميعها دالة عند مستوى 0.01

كما استخدم طريقة ثالثة لحساب ثبات الإختبار عن طريق الاتساق الداخلي بحساب معامل الفا من معادلة كرومباخ على عينة من المراحل الجامعية قوامها 241 طالبا و بلغ معامل الفا 0,74 عند مستوى الدلالة 0,01.

الأداة الثانية: مقياس بيك للاكتئاب:

1 - في البيئة الأجنبية:

أ - الصدق:

استخدمت أغلب الطرق الشائعة في دراسة الصدق لدراسة صدق مقياس الاكتئاب (د) فبالنسبة لصدق المحتوى نجد أنه و على الرغم من أن مقياس الاكتئاب (د) قد تم إعداده منذ أكثر من ثمانية و عشرين عاما

خلالها تم العديد من التغييرات و التطورات على تعريف العاملين في المجال للاكتئاب إلا أن موران ولامبارت قارنا محتوى مقياس الاكتئاب (د) بمحكات أحداث تعريف للاكتئاب ظهر في ال(DSM III) ووجدنا من الدلائل ما يشير إلى صدق محتوى مقياس الاكتئاب (د) ولا يعد هذا بالشيء الغريب ، و ذلك لان مقياس الاكتئاب (د) قد تم تصميمه أصلا من الواقع الإكلينيكي بوصفه للأعراض و الاتجاهات التي تظهر على المكتئبين دون غيرهم من غير المكتئبين.

أما بالنسبة للصدق التلازمي فقد عرض بيك و زملاؤه قائمة تضمن نتائج خمسة و ثلاثين دراسة أوضحت ارتباطات بين مقياس الاكتئاب و العديد من مقاييس أخرى للاكتئاب ، مثل التقديرات الإكلينيكية و بعض المقاييس الأخرى ، بالنسبة للتقديرات الإكلينيكية تراوحت معاملات الارتباط بينها و بين النتائج على مقياس الاكتئاب ما بين 0,55 – 0,96 للمرضى النفسيين بمتوسط معامل ارتباط مقداره 0,72.

أما بالنسبة للعينات غير المرضى فقد تراوحت معاملات الارتباط بين مقياس الاكتئاب و بين التقديرات الإكلينيكية ما بين 0,55 – 0,73 بمتوسط معامل ارتباط مقداره 0,60.

ب - الثبات:

توافر العديد من الدراسات التي تناولت ثبات مقياس الاكتئاب ، و قد تم عرض جدول يوضح خمسة و عشرين دراسة تناولت الاتساق الداخلي للمقياس سواء للمرضى النفسيين أو غير المرضى، للصورة الكلية الكاملة للمقياس أو للصورة المختصرة ، و قد تراوحت معاملات الاتساق الداخلي باستخدام معامل ألفا و الذي كان 0,86.

1. البيئة العربية:

يتضح من نتائج الدراسات العربية التي تناولت صدق مقياس الاكتئاب من أن المقياس على درجة عالية من الصدق في قياسه للاكتئاب ، وهذا يتفق مع نتائج الدراسات الأجنبية.

و من الدراسات التي اعتمدت في دراسة مقياس الاكتئاب على إيجاد العلاقة بينه و بين مقياس يقيس

القلق في المجتمع المصري حيث اتضح أن الاكتئاب يرتبط بالقلق بمعامل مقداره 0,40 لمجموعة من الشبان المصريين (400).

و في إحدى الدراسات التي أجريت في المجتمع الإماراتي تم إيجاد معامل الارتباط بين مقياس الاكتئاب من مقياس (MMPI) لمجموعة تتكون من 60 طالبة من طالبات جامعة الإمارات بين مقياس الاكتئاب من مقياس العربية ، ووصل معامل الارتباط بين المقياسين إلى 0,52

استخدم معدل المقياس إلى العربية غريب عبد الفتاح غريب (1990) طريقتين في دراسته لثبات مقياس

الاكتئاب و هما طريقة القسمة النصفية حيث تم تجزئة المقياس إلى جزئين ، الأول يتضمن الفئات

الفردية و الثاني يتضمن الفئات الزوجية و ذلك لعدد 50 فردا بمصر ووصل معامل الارتباط بين الجزئين

إلى 0,77 و باستخدام معادلة سبيرمان براون وصل إلى 0,87 وهو دال عند مستوى 0,001 و باستخدام

طريقة إعادة التطبيق استخدمت درجات 33 شخصا من البالغين ، و قد تم تطبيق عليهم المقياس مرتين

بفاصل زمني مقداره شهر و نصف ووصل معامل الثبات إلى 0,77 و هو دال عند مستوى 0,001 .

وعلى العموم فإن الدراسات الأجنبية و العربية توضح أن مقياس الإكتئاب يتمتع بدرجة الثبات.

ثانيا: الدراسة الأساسية:

تهتم الباحثة في هذا الفصل بعرض المنهج المتبع في الدراسة الأساسية للبحث الحالي، والإطار الزمني

والمكاني لها والمراحل المتبعة أثناء تطبيق أدواتي البحث ميدانيا، بالإضافة إلى مميزات الأفراد المعنيين

بالدراسة الذين يمثلون عينة البحث.

1. منهج الدراسة الأساسية:

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، ومنهج دراسة حالة في دراستها من خلال تطبيق أدواتي الدراسة

على عينة، وهذا المنهج مناسب لطبيعة هذه الدراسة تستهدف معرفة العلاقة بين الوحدة النفسية والاكتئاب

لدى مسنين بدور العجزة، ولا يقتصر المنهج الوصفي على جمع البيانات وتبويبها في جداول فقط، بل ومن تم استخراج النتائج ذات الدلالة والمغزى بالنسبة للمشكلة موضوع الدراسة في البحث.

كما تم دراسة عينة صغيرة دراسة معمقة من خلال المنهج الإكلينيكي و الذي يقوم على دراسة الفرد كحالة مستقلة لها ماضيها وحاضرها ولها تطلعاتها بالنسبة للمستقبل أيضا و لا يمكن معرفتها تمام إلا على ضوء التعرف على كل ما يتصل بها وعليه قمنا بدراسة حالتين من جنسين مختلفين.

2. المجال الجغرافي و الزمني للدراسة الأساسية:

أ -المجال الجغرافي:

قامت الباحثة بدراستها الميدانية بمركز المسنين بمدينة مستغانم، وذلك بعد حصولها على رخصة الدخول من طرف مدير المركز، تم اختيار الباحثة لهذا المركز على أساس وجود عينة الدراسة و كذلك أخصائيين نفسانيين.

ب -المجال الزمني:

امتدت الدراسة الأساسية من 12 مارس 2017 إلى 30 أبريل 2017 أي مدة شهر ونصف.

3. خصائص مجتمع الدراسة الأساسية:

شمل مجتمع البحث أشخاص مسنون يعانون من الوحدة النفسية و الاكتئاب و التابعين لمديرية النشاط الاجتماعي بولاية مستغانم الموجودين بالمركز و البالغ عددهم 64 مسن من جنسين ذكور و إناث، منهم من أبنائهم يزاولون تكفلهم و زيارتهم بالمركز، و منهم في قائمة الانتظار.

4. طريقة المعاينة ومواصفات الدراسة الأساسية:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من 25 مسنا، من بينهم (10) ذكور ، و(15) أنثى ، تم اختيارهم بالطريقة القصدية (العمدية) وهي التي تختار وفق شروط معينة أو ضوابط محددة بحيث لا يقع ضمنها إلا

الأفراد الذين تنطبق عليهم هذه الشروط، ومن بين هذه الشروط : أن يكون المسن مقيم بمركز العجزة، وكذلك أن يكون المسن من 50 فما فوق، استبعاد الأمراض العقلية والإعاقات السمعية وحالات الخرف. والجدول الآتية تبين توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس و الحالة الاجتماعية و الحالة الصحية.

• حسب الجنس:

جدول رقم (04) يوضح وصف عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس

النسبة المئوية	العدد	الجنس
40%	10	ذكور
60 %	15	إناث
100%	25	المجموع

يتضح من الجدول أعلاه أن عدد المسنين الذكور تقدر نسبته ب 40 % ، اما فيما يخص الاناث تقدر نسبته ب 60 % .

• حسب الحالة الاجتماعية:

جدول رقم (05) يوضح عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الحالة الاجتماعية

النسبة المئوية	العدد	الحالة الاجتماعية
32%	08	أعزب
28%	07	متزوج
40%	10	مطلق/أرمل
100%	25	المجموع

يتبين من الجدول أعلاه أن عدد المسنين المطلقين و الأرامل يمثلون الأغلبية، حيث هي أعلى نسبة و التي بلغت 40% ، ثم تليها نسبة المسنين العزب التي بلغت نسبة 32%، وفي الأخير عدد المسنين المتزوجين والتي بلغت نسبة 28%.

• حسب الحالة الصحية:

جدول رقم (06) يوضح وصف عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الحالة الصحية

النسبة المئوية	العدد	الحالة الصحية
20%	05	أمراض مزمنة
44%	11	أمراض أخرى
36%	09	لا توجد أمراض
100%	25	المجموع

يتضح من الجدول أعلاه أن عدد المسنين المصابين بأمراض أخرى فاق عدد المسنين المصابين الذين لا توجد بهم أمراض حيث بلغت نسبتهم 36% والمصابين بأمراض مزمنة والتي بلغت نسبتهم 20%.

5. أدوات الدراسة الأساسية:

لكل دراسة أو بحث علمي مجموعة من الأدوات والوسائل التي يستخدمها الباحث ويطوعها للمنهج الذي يستخدمه ويحاول اللجوء إلى الأدوات التي توصله إلى الحقائق المرجوة، وللحصول على قدر الكافي من المعلومات والمعطيات التي تفيد في موضوع البحث الحالي تم الاعتماد على الأدوات التالية:

1 -المقابلة العيادية:

تعتبر أداة بارزة من أدوات البحث العلمي مهمة في مجال التشخيص و العلاج النفسي، وهي نوع من التبادل اللفظي بين الأخصائي النفسي والحالة وجها لوجه هدفها جمع المعلومات والتفيس وتحفيز الحالة على التعبير والتكلم بحرية وعن رغبة وهي مبنية على الثقة والشعور بالاطمئنان.

اعتمدنا في اللقاء الأول على المقابلة الحرة كلقاء تعارف تحضيري لكسب الثقة، كما استعملنا المقابلة نصف الموجهة قصد إتاحة الفرصة للحالة للتعبير عما تعانیه، إضافة إلى المقابلة الموجهة التي تخدم كثيراً البحث العلمي.

2 -الملاحظة العيادية:

تعتبر أيضا من الوسائل البارزة في جمع المعلومات، بحيث تتناول جوانب عدة من الشخصية، والاستجابات الحركية الانفعالية، وقد تنوعت ملاحظتنا في هذا البحث وكانت كالآتي:

الملاحظة الموجهة: تمثلت في تسجيل كل ردود أفعال الحال عند إثارة موضوع بحثنا الذي نحن بصدد بحثه.

الملاحظة غير الموجهة: سمحت لنا بجمع خصائص الأفعال والسلوكيات والسمات على المستوى الاتصال اللفظي والغير اللفظي كطريقة الكلام والحركة الجسمية.

3 دراسة الحالة:

تعتبر من الوسائل الهامة والبارزة في البحث العلمي مصطلح تستخدم للإشارة إلى عملية جمع البيانات وإلى البيانات نفسها وإلى استخدامها إكلينيكياً وتعتبر دراسة عميقة لحالة فردية.

4 - استمارة الوحدة النفسية :

عبارة عن أداة سيكومترية تساعد على جمع المعلومات وهي عبارة عن مجموعة من الأسئلة تتضمن بيانات خاصة بالفرد تخص شعوره بالوحدة النفسية.

5 استمارة الاكتئاب :

تعتبر أيضا من الأدوات السكومترية التي تساعد على جمع المعلومات و هي أيضا عبارة عن مجموعة من الأسئلة تصف مشاعر و أحاسيس تخص الفرد من نواحي متعددة.

6 -طريقة إجراء الدراسة الأساسية:

قامت الباحثة بتنظيم جدول زمني لسير الدراسة الأساسية، فقد خصصت الباحثة لكل ثلاثة أيام في الأسبوع حتى يتسنى لها تنظيم المعلومات التي جرت بالمراكز، وقامت الباحثة بالخطوات التالية من أجل سير الدراسة الأساسية و هذه الخطوات تتمثل في:

1 إتصال الباحثة بمدير المركز وتقديم التصريح المقدم من طرف رئيس شعبة علم النفس العيادي

بجامعة مستغانم والذي يسمح بإجراء البحث بهذا المركز دون الإخلال بالنظام الداخلي له.

2 طلب المدير من الأخصائيين النفسانيين الاستقبال ومرافقتهم أثناء الاتصال بالمسنين.

- 3 طلب الباحثة من الأخصائيين النفسانيين العياديين، تحسيس المسنين وإعلامهم بوجود دراسة عيادية بحثية بالمركز تسيورها الباحثة ليستجيبوا لطلب المشاركة في هذه الدراسة بكل ثقة واطمئنان، حيث أظهروا استعدادهم للتعاون مع الباحثة من أول لقاء.
- 4 تم تحديد نوع الإضطراب الذي سيتم توزيع أدواتي الدراسة على المسنين، وبطلب من الباحثة لأن هناك بعض الإضطرابات لا يتم إدراجها ضمن عينة هذه الدراسة، وتحديد توقيت الإجراء من طرف مدير المركز.
- 5 تعريف الباحثة بنفسها وبمهمتها للمسنين في المركز كباحثة لا غير، بأهمية البحث العلمي، وبدور كمشاركة فيه، وأهمية مشاركتهم هذه.
- 6 طمأنت المسنين المعنيين بالمشاركة في البحث بأن إجاباتهم ستحاط بالسرية التامة.
- 7 قامت الباحثة بشرح التعلية لكل المسنين المعنيين بالدراسة، والإجابة على جميع استفساراتهم حول طريقة الإجابة.

7- الأساليب الإحصائية المتبعة في الدراسة:

استخدمت الباحثة الرزم الإحصائية للعلوم الإجتماعية المعروفة باسم SPSS17، واستخدمت في هذا البرنامج الإحصائي المعالجات التالية:

أ- الإحصاء الوصفي:

التكرارات و النسب المئوية.

ب- الإحصاء الاستدلالي:

معامل الارتباط برسون للاجابة عن الفرضية الأولى .

اختبار (مان -وتني) لحساب الفرضية الثانية والفرضية الثالثة.

الفصل السادس: عرض وتفسير النتائج

1. تمهيد

2. عرض نتائج الفرضية العامة

3. عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى

4. عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية

5. عرض نتائج الحالات

6. عرض نتائج الحالة الأولى

7. عرض نتائج الحالة الثانية

تمهيد:

تعرض الباحثة في هذا الفصل نتائج الدراسة الأساسية وتفسيرها والمناقشة الخاصة بكل فرضية من فرضيات البحث بإجراء المعالجات الوصفية والتحليلية وفقاً لمتغيرات البحث، إذ تم في البداية حساب معامل ارتباط برسون "ر" واختبار "مان وتي". والجزء الثاني منه تم عرض الحالات.

أولاً: عرض نتائج البحث إحصائياً:

1. عرض نتائج الفرضية العامة:

والتي تنص على مايلي: "توجد علاقة بين الوحدة النفسية و الاكتئاب عند المسنين المقيمين بدار العجزة لولاية مستغانم"

وعليه استخدمت الباحثة معامل ارتباط برسون لدراسة العلاقة والجدول رقم (07) يوضح ذلك.

الجدول رقم (07): يوضح معامل ارتباط برسون "ر" بين الوحدة النفسية والاكتئاب .

مستوى دلالة	معامل ارتباط برسون "ر"	
0.01	**0.736	المقياس ككل

**دالة عند 0.011

من خلال الجدول نلاحظ ان قيمة sig دالة إحصائياً عند 0.01 وعليه نرفض الفرض الصفري ونقبل فرض البحث القائل "وجود علاقة دالة إحصائياً بين الوحدة النفسية والاكتئاب عند المسنين المقيمين بدار العجزة لولاية مستغانم".

1- عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى:

والتي تنص على ما يلي: " توجد فروق دالة إحصائية في الوحدة النفسية عند المسنين المقيمين بدار العجزة تعزى لمتغير الجنس "

بعد استخدام برنامج الحزم الإحصائية الإصدار رقم 17 spss للإجابة عن هذه الفرضية تم الاعتماد على نتائج اختبار مان -ويتني ،وهذا ما يظهره الجدول التالي :

الجدول رقم (08): يوضح الفروق بين متوسطات الرتب في الوحدة النفسية تعزى لمتغير الجنس باستخدام اختبار (مان - وتني)

الجنس	الجنس	متوسط الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة ⁽¹⁾	تفسيرها
الإناث ن=15	للوحدة النفسية	18.46	20.00	0.001	توجد فروق لصالح الإناث
الذكور ن=10		8.54			

يتضح من خلال الجدول رقم (08) أن قيمة الاحتمالية "Sig" في الدرجة الكلية للوحدة النفسية أقل من مستوى الدلالة المعنوية (0.05) . " توجد فروق دالة إحصائية في الوحدة النفسية عند المسنين المقيمين

⁽¹⁾ إذا كانت القيمة الاحتمالية P Value والتي ترمز لها في الحزمة الإحصائية بالرمز sig، أصغر من مستوى الدلالة 0.05 أو 0.01 فإننا نرفض الفرض الصفري ونقبل فرض البحث ، وإذا كانت قيمة sig المحسوبة أكبر من مستوى الدلالة 0.05 أو 0.01 فإننا نقبل الفرض الصفري ونرفض فرض البحث .

بدار العجزة تعزى لمتغير الجنس وذلك لصالح الإناث. مما يشير إلى تحقق صحة الفرض، وعليه نرفض الفرض الصفري ونقبل فرض البحث.

2 - عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية:

والتي تنص على ما يلي: " توجد فروق دالة إحصائية في الاكتتاب عند المسنين المقيمين بدار العجزة تعزى لمتغير الجنس"

بعد استخدام برنامج الحزم الإحصائية الإصدار رقم 17 spss للإجابة عن هذه الفرضية تم الاعتماد على نتائج اختبار مان -ويتني، وهذا ما يظهره الجدول التالي :

الجدول رقم (09) يوضح الفروق بين متوسطات الرتب في الاكتتاب تعزى لمتغير الجنس باستخدام

اختبار (مان - وتني)

الدرجة الكلية	الجنس	متوسط الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة	تفسيرها
الاكتتاب	الاناث ن=15	16.50	45.50	0.045	توجد فروق لصالح الإناث
	الذكور ن=10	10.50			

يتضح من خلال الجدول رقم (09) أن قيمة الاحتمالية "Sig" في الدرجة الكلية للاكتتاب أقل من مستوى الدلالة المعنوية (0.05). وعليه " توجد فروق دالة إحصائية في الاكتتاب عند المسنين المقيمين بدار

العجزة تعزى لمتغير الجنس وذلك لصالح الإناث. مما يشير إلى تحقق صحة الفرض، وعليه نرفض الفرض الصفري ونقبل فرض البحث .

ثانياً: عرض نتائج البحث بالاعتماد على الدراسة الحالة:

عرض الحالات:

الحالة الأولى:

1 - بطاقة المعلومات الأولية :

الاسم: ح ب

الجنس: انثى.

السن: 51 سنة.

المستوى التعليمي: متوسط.

مقر الإقامة: غليزان.

الحالة الاجتماعية: مطلقة.

سوابق مرضية: ضغط الدم، قولون.

2 - جدول رقم (10) يمثل سير المقابلات:

عدد المقابلات	تاريخ المقابلة	الهدف من المقابلة	مدة المقابلة
المقابلة الأولى	2017/03/12	التعرف على الحالة وجمع المعلومات الأولية	30 د
المقابلة الثانية	2017/03/14	التعرف على المعاش الاجتماعي و النفسي وملاحظتها عن بعد خارج المقابلة	30 د 30 د
المقابلة الثالثة	2017/03/19	تطبيق اختبار الوحدة النفسية	20 د
المقابلة الرابعة	2017/03/21	خصت للتعرف على المعاش السوماتي للحالة	30 د
المقابلة الخامسة	2017/03/26	تطبيق اختبار بيك	35 د

3-تقديم الحال

الحالة (ح ب) تبلغ من العمر 51 سنة مستواها الدراسي متوسط، ترتيبها العائلي تحتل المرتبة الثانية بعد أخ يكبرها بـ 3 سنوات ، مطلقه ليس لها أولاد.

تتميز الحالة (ح ب) بقامة طويلة، سمراء البشرة، عيان سوداويتين، شاحبة الوجه تظهر عليها ملامح الحزن و الكآبة، نحيفة الجسم، من ناحية المظهر هندامها نظيف في معظم الأحيان، صوتها منخفض وهادئ.

3 ملخص المقابلات:

ذكرت الحالة أنها كانت تعيش في أسرة متواضعة مع والديها و أخيها وزوجته.

و أنها تزوجت بالرغم عنها برجل يكبرها سنأً وذلك بطلبٍ من والدها، كونها لا ترفض له أي طلب و احتراماً له، لبّت له تلك الرغبة أي زواجها من ذلك الشخص.

الحياة العائلية من ناحية زوجها حسب قولها أنها كانت مضطربة دائمة الصراع معه لم تكن مستقرة كان التفاهم بيننا قليل، بالإضافة إلى المعاملة السيئة و القاسية التي كنت ألقاها، وأني كنت أتعرض من حين لآخر إلى الضرب بقسوة من دون أي سبب واضح وهذا راجع لإدمانه على شرب الخمر، فأنا أكرهه و أحقد عليه كثيراً، بسببه وبسبب معاملته السيئة كانت دائماً تراودني أفكار انتحارية لكن لا أتجرأ على تنفيذها.

أما المحيطين بها من أهل الزوج حسب قولها علاقتي بهم منذ البداية مضطربة خاصة مع أمه لأنها لم تكن ترغب بي كزوجة لابنها ومن حين لآخر كنت أتعرض للسب و الشتم، أما مع باقي الأفراد كنت دائماً أحرص على ترك المسافات بيننا لأنني كنت أخاف أن يبدلونني نفس المعاملة السيئة ، فقد أصبحت أعيش

خوف وقلق مستمر في منزل مليء بالحقد و الكراهية والصراعات التي لا تكاد تنتهي، أصبحت أراه ذلك الكابوس الذي لا ينتهي أبداً.

قالت الحالة أنها لم تعد تتحمل العيش في وسط تلك الظروف القاسية و الحياة المليئة بالصراعات والنزاعات مع الزوج، الأمر الذي دفع بها إلى طلب الطلاق.

بعد طلاقها عادت إلى أهلها وعاشت معهم إلى غاية وفاتهم، وبعد وفاة الوالدين أصبحت زوجة الأخ تعاملها معاملة سيئة.

تقول الحالة أنها لم تتحمل تلك المعاملة السيئة من طرف زوجة أخيها لأنها أصبحت تذكرها بالأيام التي عاشتها في بيت زوجها، وحسب أقوالها كنت أعتبرها بمثابة أختي الكبرى وفي الأخير هذا هو جزائي معها، لم يكن عندي خيار آخر سوى ترك المنزل واللجوء إلى مركز العجزة و أنا الآن أعتبره ملجئي الوحيد لمدة 11 سنة وأنا راضية به رغم أنني في البداية وجدت صعوبة في تقبل فكرة أنني سأقضي ما تبقي من حياتي فيه لكن مع مرور الوقت تقبلت تلك الفكرة، لأنني لا أملك مكان آخر ألبأ إليه والأفضل لي البقاء هنا. وعلاقتها مع المسنات المقيمات معها في المركز حسب قولها أنها علاقة جيّدة لكنها محدودة تجمعني بهم أوقات الأكل أو مشاهدة التلفاز فقط ، فمنذ دخولي المركز أفضل الجلوس بمفردي ولا أحب الاختلاط مع الآخرين من أجل تفادي الوقوع في المشاكل، وأحياناً أقضي معظم وقتي بغرفتي وأبكي على الحال التي وصلت إليها.

ومن خلال الملاحظات التي أجريتها بعيداً عن المقابلات التي قمت بها، الحالة تميل إلى العزلة و الجلوس لوحدها بعيدة عن الآخرين معها، تحب الهدوء والتجول في حديقة المركز.

تعاني الحالة من اضطرابات سيكوسوماتية حسب قولها أعاني من ضغط الدم والكولون وأعاني أيضاً من ألأم على مستوى المفاصل ومنذ دخولي إلى المركز أصبحت أجد صعوبة في النوم بسبب التفكير في عدم

قدوم أهلي لزيارتي، وفقدت كثيراً من وزني و أتعب دون أي سبب فكل هذا يؤثر علي خاصة و أنني أصبحت كبيرة في السن، وأحيانا تراودني أفكار انتحار.

4 -تحليل محتوى المقابلات:

بعد إجراء المقابلات العيادية مع الحالة تبين أن الحالة كانت تعيش اضطراب علائقي شديد يسوده نوع من عدم الاستقرار النفسي و الاجتماعي من طرف الزوج خاصة ، كذلك أمه لأنها لم تكن الكنة المرغوب بها. الحالة أصبحت تعاني من خوف و قلق مستمر نتيجة لتلك الصراعات الاجتماعية.

علاقة مع زوجة الأخ كانت متدهورة وسيئة.

سوء التكوين الاجتماعي جعلها غير قادرة على تحمل المواقف الشديدة و ما تتعرض له من مشكلات و عقبات جعلها تترك المنزل وتلجأ إلى مركز العجزة.

الحالة متقبلة وراضية لوضعيتها في المركز كونها لجأت إليه بمحض إرادتها و عدم وجود عائلة قد تحتضنها، وهذا ما جعلها تتقبل فكرة وجودها هناك.

الحالة متأقلمة مع كل المحيطين بها، لكن ليس لديها علاقات مع الآخرين، أي هناك تناقض في قراراتها ما يعني أن ليس لها استقرار في الأفكار.

تميل إلى العزلة و الوحدة داخل المركز و تتجنب الاختلاط بالآخرين و تتمتع بمزاج هادئ.

الحالة تعاني من مرض ضغط الدم و الكولون وأمراض أخرى هذه الأمراض لها علاقة بنفسية الحالة و سوء التوافق لديها.

تعاني الحالة من صعوبة في النوم بسبب التفكير في عدم زيارة الأهل لها.

5 -مناقشة استبيان الوحدة النفسية:

بعد إجراء المقابلة للحالة تم تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية في المقابلة الثالثة ودامت المدة 20 دقيقة، فقد تحصلت على درجة (66) في مقياس الوحدة النفسية من الدرجة شديدة، و هذا ما تدلت عليه بنود المقياس منها على سبيل المثال:

- أشعر بأنني متفاهم مع المحيطين بي.
- علاقتي الاجتماعية سطحية.
- أشعر بأنني معزول عن الآخرين.

6 -مناقشة استبيان الاكتئاب:

بعد إجراء المقابلة مع الحالة تم تطبيق اختبار بيك للاكتئاب على الحالة في المقابلة الخامسة و دامت المدة 35 دقيقة، تبين أن الحالة تعاني من اكتئاب متوسط و هذا ما تعبر عنه مجموع الدرجات التي تحصلت عليها من خلال تطبيق الاختبار و هي (29) و هذا من خلال و إجابتها على البنود، على سبيل المثال نذكر منها :

- أشعر بالحزن والكآبة.
- أبكي أكثر من المعتاد.
- أشعر بالتعب الشديد لدرجة العجز عن عمل أي شيء.

7 -الاستنتاج العام للحالة:

من خلال ما تم عرضه و تحليل محتوى المقابلات و تطبيق مقياسي الشعور بالوحدة النفسية و بيك الاكتئاب توصلنا إلى أن الحالة تعاني من الوحدة النفسية و الاكتئاب.

وأسفرت نتائج دراسة الحالة في أن البيئة السيئة التي عاشت فيها الحالة و الخبرة المؤلمة التي مرت بها المتمثلة في المعاملة السيئة و القاسية من قبل زوجها خاصة و باقي أفراد الأسرة، زرعت بداخلها نوعا من الخوف و القلق و اللاستقرار النفسي و الاجتماعي .

سوء التكيف الاجتماعي الذي عاشته الحالة خارج المركز أثر على توافقها النفسي و أدى بها إلى تجنب تكوين علاقات اجتماعية مع المحيطين بها وتفضيلها للعزلة.

الحالة تميل ميل كبير إلى الانعزال عن الأفراد المحيطين بها و رغبتها في الجلوس منفردة طوال الوقت وهذا يؤدي إلى انخفاض معدل تواصلها معهم ، وبالتالي اضطراب العلاقة بهم و ضعف شبكة العلاقات الاجتماعية لديها، فكل هذا يجعلها تعيش دائرة العزلة سواء النفسية أو الاجتماعية.

و انعدام العلاقات الاجتماعية يعد من أهم الأسباب التي تؤدي إلى الشعور بالوحدة النفسية و الاكتئاب و هذا يؤثر على الأداء النفسي و التوافق العام للحالة و يؤدي إلى الوقوع في اضطراب نفسي.

على الرغم من أن الأعراض المرضية التي ظهرت على الحالة منذ دخولها إلى دار العجزة نجد أيضا أن لديها نظرة تشاؤمية للمستقبل و الأفكار الانتحارية التي تراودها من خلال ما صرحت به في المقابلات التي أجريت، هذا ما يشير إلى أعراض الاكتئاب مما أدى إلى عدم تكيفها مع المحيطين بها و مع نفسها أيضا.

الحالة الثانية:

1 - بطاقة المعلومات الأولية :

الاسم: ش ب

الجنس: ذكر.

السن: 60 سنة.

المستوى التعليمي: ابتدائي.

مقر الإقامة: مستغانم.

الحالة الاجتماعية: أعزب.

سوابق مرضية: بتر على مستوى الرجل اليسرى.

2 - جدول رقم (11): يمثل سير المقابلات:

عدد المقابلات	تاريخ المقابلة	الهدف من المقابلة	مدة المقابلة
المقابلة الأولى	2017/03/30	التعرف على الحالة وجمع المعلومات الأولية	30 د
المقابلة الثانية	2017/04/11	التعرف على المعاش الاجتماعي و النفسي وملاحظتها عن بعد خارج المقابلة	30 د 30 د
المقابلة الثالثة	2017/04/16	تطبيق اختبار الوحدة النفسية	20 د
المقابلة الرابعة	2017/04/20	خصصت للتعرف على المعاش السوماتي للحالة	30 د
المقابلة الخامسة	2017/04/27	تطبيق اختبار بيك	35 د

3 - تقديم الحالة:

الحالة (ش ب) يبلغ من العمر 60 سنة مستواه الدراسي ابتدائي.

الحالة (ش ب) سوداء البشرة، عينان بنيتان، شاحب الوجه تظهر عليه ملامح الحزن و الأسى، نحيف الجسم، لديه اهتمام كبير بالنظافة، يتميز بصوت بمنخفض وهادئ تتخلله أحيانا نبرات الصمت، لديه إعاقة حركية على مستوى الرجل اليسرى.

4 - ملخص المقابلات:

ذكر الحالة أنه كان يعيش في أسرة مع والديه مستواها الاقتصادي حسن ، توفي والد الحالة وهو شاب، فعاش يتيم الأب، فاضطرت والدته على الزواج مرة أخرى من رجل معاق حركياً وذلك من أجل تغطية تكاليف وحاجيات الحالة وحسب أقواله في بداية الأمر لم أتقبل فكرة زواج والدتي من رجل آخر خاصة أنه معاق حركياً، لكن مع مرور الوقت تقبلت ذلك خاصة أنها تزوجت من أجلي و أصبحت يعامله بمثابة والدي و العكس صحيح.

ذكر الحالة أن والدته توفيت لظروف مرضية مجهولة السبب وهو في سن 28 سنة، حسب أقواله موت والدتي المفاجئ كان بمثابة صدمة كبيرة لي لأنني لم أكن أنتظر ذلك، وأشار بالذكر أنه حينها أصيب بداء السكري ومنذ ذلك الوقت وأنا أعيش حياة مأسوية حزينة.

اضطر والد الحالة على الزواج مرة أخرى، وحسب أقواله علاقته مع زوجة الأب لم تكن جيدة.

لم يتزوج الحالة بسبب فقر المعيشة و ضيق السكن من جهة ومن جهة أخرى علاقته السيئة التي كانت تربطه مع زوجة الأب ، حسب أقواله جعلت والدي يكرهني و يحقد علي بسبب الأكاذيب التي كانت تطلقها علي حيث وصل بها المطاف وقالت أنني أردت أن أتحرش بها جنسيا في غياب الوالد...

أرغمه والده على ترك المنزل دون إعطائه فرصة للدفاع عن نفسه وقال أنها كانت ثاني صدمة يتعرض لها بعد وفاة والدته ، وبغرض أن ينسى تلك الصدمات النفسية و المشاكل التي تعرض لها في حياته لجأ إلى تعاطي المخدرات و شرب الخمر .

قال الحالة أنه تعرض لحادث مرور أدى به إلى إجراء عملية جراحية على مستوى الرجل اليسرى بمستشفى مستغانم و مكث هناك حوالي شهرين .

الحالة الصحية للحالة حسب أقواله أنها لم تتحسن وكان لديه آلام على مستوى الرجل كونه كان مصاب بداء السكري وأنه قام بإجراء عملية أخرى على نفس الرجل ألا وهي بترها تماماً ، وأنه زاول البقاء في المستشفى لمدة عام وبطلب من السلطات الحكومية تم نقله إلى مركز العجزة .

ذكر أنه متكيف مع البيئة التي يعيش فيها حسب أقواله الظروف أجبرتني على التكيف وهنا على الأقل يوجد من يتكفل بي .

أما علاقته مع المحيطين به داخل المركز قال أنها جيدة يسودها التفاهم و التواصل في بعض الأحيان و أحيانا أخرى أفضل البقاء بغرفتي معزولاً عن الآخرين وشرودي في التفكير على الحالة التي وصلت إليها وأشعر أنني فاشل عاجز عن القيام بأشياء أخرى كوني مبتور الرجل .

ومن خلال الملاحظات التي أجريتها بعيداً عن المقابلات التي قمت بها، الحالة قليل الخروج من غرفته وإذا فعل ذلك يفضل الجلوس بعيداً عن المحيطين به و يتمتع مزاج هادئ طوال الوقت ،

حسب أقوال الحالة قال أن لديه اضطرابات في النوم يتخلله الخروج خاصة أثناء فترات الليل بسبب مرض السكر، ولديه شهية ضعيفة على الطعام وأنه يشعر بالقلق اتجاه حالته الصحية .

5 - تحليل محتوى المقابلات:

بعد إجراء المقابلات العيادية مع الحالة تبين أنه عاش في بيئة اجتماعية متدهورة وأنه عاش في جو مليء بالصدمات النفسية ، فهو يعتبر موت والدته بمثابة المفجر الحقيقي لأصابته بداء السكري.

فيما يخص الجانب العلائقي للحالة من جهة الوالد علاقة جيدة في حين أصبح يتخللها سوء التفاهم بعد زواجه مرة أخرى حيث كانت علاقته معها علاقة سيئة و مضطربة.

سوء التكوين الاجتماعي و عدم الاستقرار النفسي للحالة في عدم زواجه و طرد والده له من المنزل أدى به إلى تعاطي المخدرات و شرب الخمر.

دخول الحالة إلى المستشفى و إجراءه لعملية جراحية و تعرضه للبتير على مستوى الرجل اليسرى نتيجة تعرضه لحادث مرور أرغمه على ملازمة المستشفى لمدة طويلة والتي على إثرها جيء به إلى مركز العجزة.

الحالة متقبل لوضعيته في المركز ، و متأقلم مع المحيطين به ، لكن العلاقات فيما بينهم محدودة. ميل الحالة إلى العزلة والحرص على البقاء بعيدا عن الآخرين داخل المركز وتمتعه بمزاج هادئ. يعاني الحالة من اضطرابات في النوم وفقدان الشهية وقلقه الشديد على حالته الصحية.

6 - مناقشة استبيان الوحدة النفسية:

بعد إجراء المقابلة للحالة تم تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية في المقابلة الثالثة ودامت المدة 20 دقيقة، فقد تحصلت على درجة (50) في مقياس الوحدة النفسية من الدرجة شديدة، و هذا ما تدلت عليه بنود المقياس منها على سبيل المثال:

- أشعر بأنني متفاهم مع المحيطين بي.

- أشعر بأنني معزول عن الآخرين.

7 - مناقشة استبيان الاكتئاب:

بعد إجراء المقابلة مع الحالة تم تطبيق اختبار بيك للاكتئاب على الحالة في المقابلة الخامسة و دامت المدة 35 دقيقة، تبين أن الحالة تعاني من اكتئاب شديد و هذا ما تعبر عنه مجموع الدرجات التي تحصلت عليها من خلال تطبيق الاختبار و هي (24) و هذا من خلال و إجابتها على البنود، على سبيل المثال نذكر منها :

- أشعر بالحزن والكآبة.

- أشعر بالتعب الشديد لدرجة العجز عن عمل أي شيء.

- أعجز عن أداء أي عمل على الإطلاق.

8 - الاستنتاج العام للحالة:

من خلال ما تم عرضه و تحليل محتوى المقابلات و تطبيق مقياسي الشعور بالوحدة النفسية و بيك الاكتئاب توصلنا إلى أن الحالة تعاني من الوحدة النفسية و الاكتئاب. وأسفرت نتائج دراسة الحالة في أن الظروف السيئة و الصدمات النفسية المتكررة و الخبرة المؤلمة التي مر بها الحالة المتمثلة في المعاملة السيئة من قبل زوجة والده و تعرضه للطرد من المنزل أدى إلى اختلال توازنه النفسي و الاجتماعي.

إضافة إلى عدم زواجه والذي كوّن له نسبة كبيرة في عدم تحقيق الاستقرار النفسي ، أدى به إلى اللجوء إلى تعاطي المخدرات و شرب الخمر واستعماله لها كآلية دفاعية هروبا من الواقع و الوضع الذي كان يعيشه.

فالحالة النفسية السيئة التي يتعرض لها الفرد تكون ناتجة من خلال عدم تأقلمه في البيئة التي يعيش فيها إضافة إلى الحرمان من الجو الأسري وبالتالي عدم تحقيق توافق نفسي و اجتماعي.

تعرض الحالة لكثير من العقبات في حياته كملازمته المستشفى لمدة طويلة حيث انتهى به المطاف في دار المسنين .

الحالة متكيف مع بيئته داخل المركز ويتمتع بعلاقات جيدة مع المتواجدين غير أنه يميل إلى الانعزال عنهم و رغبته في الجلوس منفرداً عنهم وتحسره على مآل إليه وضعه ، ما يجعله يعيش دائرة العزلة سواء نفسية أو اجتماعية، فالعلاقة بين المسن و محيطه لها تأثير هام على حالته النفسية التي تساهم في تكيفه مع نفسه ومع غيره.

وعليه نجد أن الحالة يعاني من الوحدة النفسية و الاكتئاب.

الفصل السابع: مناقشة نتائج الفرضيات

تمهيد

1. مناقشة نتائج الفرضية العامة

2. مناقشة نتائج الفرضيات الفرعية الأولى و الثانية.

3. الخاتمة.

تمهيد:

بعد أن تم عرض النتائج المتعلقة بفرضيات البحث والتي تم تحليلها إحصائياً وبالاعتماد على دراسة الحالة، وجانبى البحث النظري والتطبيقي، وبعض الدراسات السابقة، قامت الباحثة بمناقشة النتائج المتعلقة بفرضيات البحث كما هو وارد في الفصل التالي:

1. مناقشة نتائج الفرضية العامة:

نص الفرضية هو: "توجد علاقة بين الوحدة النفسية و الاكتئاب لدى المسنين المقيمين بدار العجزة لولاية مستغانم".

أسفرت نتائج معامل الارتباط بارسون المدونة في الجدول رقم (07) على صحة وجود علاقة بين الوحدة النفسية و الاكتئاب لدى المسنين المقيمين بدار العجزة عند مستوى الدلالة 0,01، حيث بلغ معامل الارتباط 0,736 وهي قيمة دالة إحصائياً ما يعني أن المسنين المتواجدين داخل مركز العجزة يعانون وحدة نفسية و اكتئاب ، وهذا قد يرجع في كونهم بعيدين عن ذويهم وكذلك صعوبة التأقلم و التكيف مع بيئة جديدة غير مألوفة يجعله أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية، وتتوافق هذه النتيجة مع دراسة غانم (2002) التي توصلت إلى أن إدراك الشعور بالوحدة النفسية و الاكتئاب يتزايد عند المسنين و المسنات المقيمين بدور الرعاية.

و النتائج التي توصلنا إليها من خلال دراسة الحالة في كلتا الحالتين في أن معاناة المسنين بالوحدة النفسية و الاكتئاب بنسبة شديدة ووجود علاقة بينها يرجع في كونهم يعيشون في مراكز الإيواء بعيدين عن ذويهم وفي بيئة اجتماعية غير بيئتهم، ويتضح لنا من خلال المقابلات العيادية التي أجريت مع الحالات أن تغيير البيئة الاجتماعية له دور كبير في خلق جو أسري غير مستقر وباستطاعتها أيضا أن تولد استجابات نفسية عنيفة و صراعات نفسية داخلية ينجم عنها اختلال في توازنهم النفسي، وتتوافق هذه

النتيجة مع ما جاء في دراسة عودة (1986) التي تبين أن مسني الرعاية الاجتماعية هم أكثر معاناة بالنسبة للأمراض الجسمية و النفسية من الذين يعيشون مع أسرهم، كذلك دراسة مرجريت بتلنشار 1967 التي تبين أن هناك علاقة بين المسن و تغيير الإقامة، وتؤكد على أنماط أن سلوك المسنين لا تتبع من الفراغ و إنما نتيجة مباشرة للتفاعل بين الفرد و البيئة.

كذلك غياب الدور و انعدام العلاقات الاجتماعية يعد بمثابة مشكل عسير لدى المسنين خاصة المقيمين بمراكز العجزة يجعلهم يتميزون بللسكينة والهدوء والعزلة، بعيدين عن المحيطين بهم و شعورهم بالحزن والملل يؤدي بهم إلى الإصابة بالأمراض و الاضطرابات النفسية كالوحدة النفسية والتي بدورها تعد دلالة عيادية مرضية يترتب عنها الإصابة بالاكتئاب.

ومن هنا ترجع الباحثة أن افتقاد المسن لهذه للعلاقات الاجتماعية والعيش بعيدا عن ذويه يجعله يعاني من وحدة نفسية شديدة مترتب عنها الإصابة بالاكتئاب، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من أونى Oni (2010) التي توصلت إلى وجود علاقة بين الوحدة النفسية الاكتئاب راجعة إلى نقص الدعم الاجتماعي.

و كذلك سلوى عبد الباقي (1985) بدراسة حول العزلة الاجتماعية لدى المسنين وعلاقتها بالاكتئاب النفسي، وهدفت الدراسة إلى الكشف عن نوعية العلاقة بين العزلة الاجتماعية لدى المسنين من الذكور ودرجة الاكتئاب النفسي، واشتملت العينة على (37) مسناً من الذكور وبمستوى تعليمي جامعي ويعمر (65- 75 سنة)، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة موجبة بين الشعور بالعزلة وبين الاكتئاب.

و منه يمكن القول أن تواجد المسن في بيئة غير بيئته يؤثر على تكيفه النفسي و الاجتماعي، ونلاحظ أن معظم الحالات المتواجدة في المركز لم تحقق تكيف نفسي مع البيئة المحيطة ما جعلهم يعانون من الوحدة النفسية وبالتالي اكتئاب.

2- مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثانية و الثالثة:

الفرضية الفرعية الثانية: تنص على ما يلي: " توجد فروق دالة إحصائية في الوحدة النفسية عند المسنين المقيمين بدار العجزة تعزى لمتغير الجنس".

الفرضية الفرعية الثالثة: تنص على ما يلي: " توجد فروق دالة إحصائية في الاكتئاب عند المسنين المقيمين بدار العجزة تعزى لمتغير الجنس".

أسفرت نتائج اختبار (مان - وتي) المدونة في الجداول رقم (08) و(09) على صحة الفرضيتين أنه توجد فروق دالة إحصائية في الوحدة النفسية و الاكتئاب عند المسنين المقيمين بدار العجزة تعزى بمتغير الجنس عند مستوى الدلالة 0,001 بالنسبة للوحدة النفسية و 0,045 بالنسبة للاكتئاب و جميعها أقل من مستوى الدلالة 0,05 و كانت هذه الفروق في كلا الجدولين لصالح الإناث، و النتائج التي توصلنا إليها من خلال إجراء دراسة الحالة و تطبيق مقياسي الوحدة النفسية والاكتئاب في كلتا الحالتين تبين لنا أن المرأة تعاني من وحدة النفسية و اكتئاب بنسبة مرتفعة مقارنة مع الرجل وذلك قد يرجع لعدم الرضا عن تواجدها بالمركز وعدم التأقلم والتكيف مع المحيطين بها إضافة إلى الرغبة الكبيرة في الخروج وتفضيلها العزلة و الجلوس منفردة عن الآخرين وتفق هذه النتيجة مع دراسة كل من هانا بلكاين 2005 بعنوان الوحدة النفسية لدى المسنين، وكان الهدف معرفة مشاعر الوحدة النفسية لدى كبار السن و توضيح العوامل التي تؤدي إلى شعورهم بالوحدة النفسية، حيث تكونت العينة من 15 نساء و 05 رجال وتراوحت أعمارهم بين 76 حتى 88 سنة وكان معظمهم أرامل ومنهم من كان لديهم مستوى عال نسبياً من التعليم، و أوضحت نتائج الدراسة أنهم يعانون من الوحدة النفسية، و دراسة هوكسيما وآخرون (1999) لدراسة الفروق الجنسية والأعراض الاكتئابية وقد نص فرض الدراسة على أن الإناث المسنات أكثر قابلية للتعرض للأعراض الاكتئابية مقارنة بالذكور المسنين، ويعزوا ذلك إلى حصولهن على معانٍ

ضعيفة للموضوع ويقمن بالتركيز عليه، كما أنهن ينجذبن نحو التعامل مع التخيلات والتأملات بشكل كبير، وأجريت هذه الدراسة على عينة تمتد من عمر (25-75) سنة وتم قياس الحالة المزاجية وضعف السيطرة والسرطان، وتوصلت الدراسة إلى أن هذه المتغيرات كانت أكثر شيوعاً لدى المسنات مقارنة بالذكور وكذلك وجود فروق جنسية دالة بالنسبة للأعراض الاكتئابية مع وجود علاقة دالة بين السرطان والسيطرة على الأعراض الاكتئابية، كما أتضح وجود علاقة متبادلة بينهما حيث تسهم الأعراض الاكتئابية في حالة السرطان وضعف السيطرة مع التقدم العمري.

وكثيراً ما يكون شعور المسن وإحساسه بالوحدة النفسية سبباً في نمو مشاعر نفسية سلبية و ظهور اضطرابات أكثر حدة كإصابته بالاكتئاب وبدرجة مرتفعة خاصة لدى المرأة وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كل من نعمان سرحان علي و عامر حسين (2003) بدراسة " الاكتئاب لدى كبار السن المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية في بغداد، و تهدف الدراسة إلى إيجاد معدل انتشار الاكتئاب لدى كبار السن و علاقته ببعض الخصائص الديموغرافية (العمر، الجنس، الحالة الزوجية، الحالة المعاشية والحالة الصحية الجسمية)، و قد تم اختيار عينة عشوائية مؤلفة من 208 (93 ذكر) و (115 أنثى) ممن كانت أعمارهم من 60 سنة إلى 90 سنة، و تم استخدام مقياس اكتئاب كبار السن المختصر مع معايير الاكتئاب حسب التصنيف العالمي العاشر و ذلك بعد تطبيق مقياس العقلية المصغر لإبعاد الذين حصلوا على أقل من 23 درجة على هذا المقياس.

وترجع الباحثة شعور المرأة بالوحدة النفسية و الاكتئاب داخل مركز العجزة بدرجة مرتفعة مقارنة مع الرجل إلى سوء العلاقات الاجتماعية والصراعات المتعددة التي عاشتها سابقاً دوراً كبيراً في توليد الكثير من الأمراض و المشكلات النفسية كالتعرض إلى المعاملة السيئة من قبل أسرتها، و يمكن أن نقول أنّ السبب الأول الذي يجعل المرأة تصاب بالوحدة النفسية و الاكتئاب بدرجة مرتفعة مقارنة مع الذكر قد يعود إلى ضعف الجهاز النفسي لديها والاستعداد القوي للإصابة بالأمراض النفسية ما يجعلها غير قادرة

على تحمل الإحباط و الضغوطات النفسية التي تواجهها في الحياة و التي تسيطر عليها وتؤدي بها إلى الشعور بالتحطم و اليأس خاصة عندما تتعرض للتخلي و ا لإهمال من طرف أبنائها التي كانت تربطها بهم علاقة وطيدة (أم- طفل)، ولا تتم حتى زيارتها من قبلهم، فتعرض المرأة لمثل هذا الحرمان العاطفي واضطراب علاقاتها الأسرية خاصة علاقتها مع أبنائها وشعورها الدائم بالحزن و اليأس يجعلها تعيش معاناة نفسية داخلية وفقدانها لمكانتها ودورها كأم ، بعدما ربت و وسهرت...ما يشعرها بوحدة أكثر من الرجل الذي لا يقتصر عمله عموما في مصاريف العيش ، فأهميتها تكمن فيما يلقي عليها من أعباء وتحمل المشاق تفوق في بعضها أعباء الرجل ، لذلك كان من أهم الواجبات شكر الوالدة وبرها وحسن صحبتها وهي مقدّمة في ذلك على الوالد ، لقولته تعالى: (وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ حَمَلَتْهُ أُمُّهُ وَهْنًا عَلَىٰ وَهْنٍ وَفِصَالَهُ فِي سَامِيٍّ أَنْ اشْكُرْ لِي وَلِوَالِدَيْكَ إِلَيَّ الْمَصِيرُ)، لقوله الرسول صلى الله عليه و سلم " أمك ثم أمك ثم أمك ثم أبوك " .

فللإسلام ينظر إلى المرأة نظرة احترام و تجيل لا نظرة احتقار كونها تلعب دور أسري مهم فهي في الأساس الأم والأخت و الزوجة و دورها مهم وواضح مقارنة مع الرجل.

الخاتمة:

من خلال دراستنا لعينة البحث و تطبيقنا لأدوات القياس المتمثلة في استمارة الوحدة النفسية و الاكتئاب و بالاستعانة بمنهج دراسة الحالة نستخلص ما يلي:

أن الأشخاص المسنين المقيمين بدار العجزة يعانون من وحدة نفسية و اكتئاب بنسبة مرتفعة و هذا يرجع إلى طبيعة البيئة الاجتماعية التي يعيشون فيها، في كون أن الأسرة تلعب دورا هاما في تحقيق الاستقرار النفسي لكبير السن و ضمان له حالة نفسية جيدة، فافتقاد المسن لتلك الرعاية و الاهتمام من قبل المحيطين به يدفعه بالإحساس أنه شخص غير مرغوب و محبوب في نظر الآخرين و شعوره بعدم الرضا، بحيث نجد هذا الشعور منتشر بكثرة خاصة عند الفئة المقيمة بمراكز العجزة و إصابتهم ببعض الأمراض و المشكلات النفسية كالوحدة النفسية التي تعتبر دلالة عيادية مهمة في ظهور الاكتئاب.

وبالتالي يمكن أن نقول أن صحة الفرضيات التي تعد إجابة لتساؤلات الدراسة في أن المسنين المقيمين بدار العجزة يكونون أكثر عرضة للوحدة النفسية و بالتالي يكونون عرضة للإصابة بالاكتئاب و كل حسب حالته النفسية.

وهذا ما يسمح بقول أنه توجد علاقة بالوحدة النفسية و الاكتئاب لدى الأشخاص المسنين المقيمين بدار العجزة.

الإقتراحات:

_ ضرورة إعطاء مرحلة التقدم في العمر أهمية كبرى كما تعطى للمراحل الأخرى (الطفولة المراهقة والرشد).

_ النظر إلى مرحلة التقدم في العمر بأنها حالة عمرية طبيعية كغيرها من المراحل و ليست حالة من العجز,

_ التأكيد على أهمية العلاقات الأسرية بالنسبة للمسن المقيم بدار العجزة عن طريق الزيارات.

_ إقامة برامج ترويجية التي من شأنها تساعد على التخفيف من حالات الوحدة النفسية وهذا من شأنه التخفيف من أعراض الاكتئاب.

_ الحرص على مراعاة الحالة النفسية للمسن و تفهم مشاعره و مشكلاته التي يعاني منها.

_ مساعدة المسنين و دعمهم للتكيف و التأقلم داخل مراكز الإيواء من أجله ضمان راحة نفسية مستقرة,

_ المتابعة المستمرة للمسنين المقيمين بمراكز العجزة.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

القرآن الكريم.

- 1_المنجد في اللغة و الأعلام(1988)، بيروت، دار المشرق، الطبعة37.
- 2_القاموس الجديد للطلاب، معجم عربي مدرسي الفبائي.
- 3_آمال عبد القادر جودة (2005)، الوحدة النفسية وعلاقتها بمفهوم الذات لدى الأطفال بمحافظة غزة، بحث مقدم في المؤتمر التربوي الثاني "الطفل الفلسطيني بين تحديات الواقع و طموحات المستقبل" المنعقد بكلية التربية في الجامعة الإسلامية، جامعة غزة.
- 4_آمال عبد القادر جودة (2005)، الوحدة النفسية ، علم الصحة النفسية ، جامعة الأقصى.
- 5_آمال عبد القادر جودة (2006)، الوحدة النفسية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من الطلاب والطالبات، جامعة الاقصى"، مجلة كلية التربية بجامعة عين شمس"، العدد30 ، الجزء الأول.
- 6_آسيا بنت راجح بركات (2000)، العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية و الاكتئاب لدى بعض المراهقين و المراهقات (المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف) ، مذكرة ماجستير في علم النفس النمو، الطائف، الجزائر.
- 7_الميلاد عبد المنعم(2002)، الأبعاد النفسية للمسن، الاسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة.
- 8_السيد البهي فؤاد(2001)، الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، القاهرة، دار الفكر العربي.
- 9_أديب محمد الخالدي (2009)، المرجع في الصحة النفسية (نظرية جديدة) ، عمان، دار وائل للنشر.

10_ أديب محمد الخالدي (2009)، الصحة النفسية . نظرية جديدة ، عمان، الأردن، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى.

11_ إسماعيل عزت سيد إسماعيل (بدون سنة)، اكتئاب النفس وأعراضه وأنماطه وأسبابه وعلاجه، الكويت، وكالة المطبوعات.

12_ إلهام فاضل عباس (بدون سنة)، الوحدة النفسية وعلاقتها بالحاجات النفسية عند موظفي جامعة بغداد، مجلة البحوث التربوية و النفسية ، جامعة بغداد، كلية التربية، للبنات، قسم رياض الأطفال، العدد الثاني و الثلاثون.

13_ تيسير حسون (2004)، المرجع السريع إلى الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية 4.

14_ جمعة سيد يوسف، عزة عبد الكريم مبارك (2007)، الصحة النفسية و الجسمية للمسنين ، القاهرة، دار غريب للطباعة و النشر والتوزيع.

15_ جلال سعد (1986) ،في الصحة العقلية، الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، القاهرة، دار الفكر العربي.

16_ حامد عبد السلام زهران، اجال محمد سرى(2003)، دراسات في علم النفس النمو الاغتراب و التغريب الثقافي لدى عينة جامعية ،القاهرة، مصر، عالم الكتب للنشر و التوزيع و الطباعة.

17_ حامد عبد السلام زهران (1984)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتب.

18_ حامد عبد السلام زهران(1995)، الصحة النفسية و العلاج النفسي ، مصر، عالم الكتب، الطبعة الأولى.

19_ حامد عبد السلام زهران (1997)، الصحة النفسية والعلاج النفسي،مصر، عالم الكتب، الطبعة الثانية.

20_حسين قايد (2004)، دراسات في السلوك والشخصية، القاهرة، مؤسسة الطبعة للنشر، الطبعة الأولى.

21_حسن قايد (2004)، العدوان و الاكتئاب، القاهرة، مؤسسة لمبية للنشر و التوزيع.

22_حسين قايد (2001)، الاضطرابات السلوكية (تشخيصها، أسبابها، علاجها)، القاهرة، مؤسسة طبية للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى.

23_حسين فايد (2005)، المشكلات النفسية الاجتماعية، روية تفسيرية ، القاهرة، مؤسسة طبية للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى.

24_حسن مصطفى عبد المعطى (2005)، سيكولوجية المسنين، مكتبة زهراء الشروق، الطبعة الأولى.

25_حسن إبراهيم حسن المحمداوي (2008)، دراسة بعض أعراض الاكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية في السويد ،مؤسسة النور للثقافة و الإعلام، السويد.

26_خديجة حمو علي (2012)، الوحدة النفسية وعلاقتها بالاكتئاب لدى الاشخاص المسنين المقيمين بدار العجزة و المقيمين مع ذويهم دراسة مقارنة لـ 12 حالة ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، كلية العلوم الاجتماعية و الانسانية، معهد علم النفس وعلوم التربية و الارطفونيا، جامعة الجزائر2.

27_دانيا الشبؤون (2013)، الشعور بالوحدة النفسية وعلاقتها بالاكتئاب عند الأطفال (دراسة ميدانية لدى تلاميذ الصف الرابع من التعليم الأساسي حلقة أولى في مدارس مدينة دمشق الرسمية)، مجلة جامعة دمشق، المجلد 29، العدد الأول.

28_رياض العاسمي (2009)، الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالاكتئاب والعزلة والمساندة الاجتماعية (دراسة تشخيصية على عينة من طلبة جامعة دمشق، مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية و علم النفس، المجلد السابع ، العدد الثاني).

- 29_رضوان جميل سامر(2002)، الصحة النفسية،عمان، الأردن، دار المسيرة للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى.
- 30_زينب دهيمي، الملتقى الوطني الأول حول الشيخوخة في المجتمع الجزائري واقع و تحديات، عنوان المداخلة التوافق الاجتماعي النفسي للمسن في الأسرة الحديثة- دراسة ميدانية بمدينة بسكرة - جامعة قاصدي، ورقلة، الجزائر.
- 31_سليم مريم (2000)، علم نفس النمو،بيروت، لبنان، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى.
- 32_سيد يوسف جمعة (2005)، الصحة الجسمية والنفسية للمسنين،القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- 33_سليم أبو عوض (2008) التوافق النفسي للمسنين، عمان الأردن دار أسامة..
- 34_شقيير زينب محمد (2000) الشخصية السوية والمضطربة، القاهرة، مكتبة النهضة العربية.
- 35_عبد الرحمن العيساوي (1984) الصحة النفسية، دار النشر للمعارف، الطبعة الأولى.
- 36_عبد الرحمن الوافي (1999) الوجيز في الأمراض العقلية و النفسية ، بن عكنون، الجزائر،ديوان المطبوعات الجامعية، الساحة المركزية.
- 37_عبد الحميد محمد الشاذلي (2001) الصحة النفسية،الاسكندرية، المكتبة الجامعية، الطبعة الثانية.
- 38_عبد الحميد محمد شاذلي(بدون سنة) الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية ، الاسكندرية، المكتبة الجامعية، الطبعة الثانية.
- 39_عبد الحميد محمد الشاذلي(2001) التوافق النفسي للمسنين،الاسكندرية، مصر، المكتبة الجامعية.
- 40_عفيفي عبد الحكيم (1989) الاكتئاب والانتحار، لبنان، الدار المصرية، الطبعة الأولى.
- 41_عفيفي عبد الحكيم (1990) الاكتئاب والانتحار، لبنان، الدار المصرية ، الطبعة الثانية..
- 42_عكاشة أحمد (1997) الطب النفسي المعاصر،القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية .

- 43_ عكاشة أحمد (1998) **الطب النفسي المعاصر**، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
- 44_ عزت درى حسن (1987) **الطب النفسي**، الكويت، دار القلم، الطبعة الثالثة.
- 45_ عبد الله عسكر (1988) **الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص**، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- 46_ فاروق السيد عثمان (2001) **القلق وإدارة الضغوط النفسية**، القاهرة، الفكر العربي.
- 47_ فضيلة عرفات (2009) **الوحدة النفسية مفهومها أشكالها وأسبابها وعلاجها**، مركزالنور للدراسات.
- 48_ فهد بن عبد الله بن علي الدليم (دون سنة)، **الطمأنينة النفسية و علاقتها بالوحدة النفسية لدى عينة من طلبة الجامعة، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض.**
- 49_ فاطمة بنت علي بن سعيد اليحياني (2013)، **الذكاء الانفعالي و علاقته بالوحدة النفسية لدى الطلبة المكفوفين في سلطنة عمان** ، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في التربية، كلية العلوم و الآداب، جامعة نزوى.
- 50_ كمال دسوقي (1994) **النمو التربوي والمراهق**، دار النهضة العربية، بيروت.
- 51_ كمال الدسوقي (1998) **مقياس الشعور بالوحدة النفسية**، القاهرة، مكتبة أنجلو المصرية.
- 52_ كريستوف دون جيجر، ترجمة لفنّاد شاهي (2001) **تقنيات مقاومة الشيخوخة**، بيروت، لبنان، عويدات.
- 53_ كردي سميرة (2006)، **اضطرابات النوم والشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى عينة من المسنات في مدينة الطائف، مجلة كلية التربية بجامعة عين شمس، العدد 03، الجزء الأول.**
- 54_ لطفي الشرييني (2001) **الاكتئاب . المرض و العلاج**، الاسكندرية، منشأة المعارف.
- 55_ محمد حسن غانم (2006) **دراسات في الشخصية والصحة النفسية**، القاهرة، دار غريب للنشر، الجزء الثاني.

56_ محمد حسن غانم (2007) دراسات في الشخصية والصحة النفسية، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.

57_ محمد حسن غانم (2002)، المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات إيواء وأسر طبيعية، دراسات عربية في علم النفس، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، المجلد 1 ، العدد 3، القاهرة.

58_ محمد نجار (1989) الطب السلوكي المعاصر، بيروت، دار العلم للملايين.

59_ محمد عبد الرحمن الشقيرات، سمية جميل النوايسة، اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة غزة الكرك نحو كبار السن و علاقة ذلك ببعض متغير الديمغرافية، مجلة العلوم التربوية و النفسية، المجلد الثالث، العدد 2 يونيو، كلية التربية، جامعة البحرين.

60_ محمد عبد الله العابد أبو جعفر (2013) علم النفس النمو للسنة الثالثة بمرحلة التعليم الثانوي
شعبة العلوم الاجتماعية.

61_ موسى رشاد علي عبد العزيز (1993) علم النفس الديني، القاهرة، دار عالم للمعرفة.

62_ موسى رشاد علي عبد العزيز (2008) الجنس و الصحة النفسية، القاهرة، مصر، عالم الكتب.

63_ نور الهدى محمد الجاموس (2004) الاضطرابات النفسية الجسمية السيكوسوماتية، دارالبازوري العلمية للنشر و التوزيع .

64_ نمر صبح القيق (2011)، الشعور بالوحدة النفسية لدى طلبة الفنون الجمالية بجامعة الأقصى بغزة، مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، المجلد 29، العدد الأول.

65_ هنري شابيرون (1998) المراهقة و الاكتئاب، بيروت، عويدات للنشر و الطباعة، الطبعة الأولى.

66_هدى نسيم سليم (1998) الشيخوخة في مفاهيم طلاب الطب و دور الخدمة الاجتماعية ، بيروت، لبنان، الشركة العالمية للكتاب.

67_وليد سرحان وآخرون (2003) سلوكيات الاكتئاب ، عمان الاردن، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، طبعة أولى،الاصدار2.

68_وفاء جميل دياب عابد (2008)، الوحدة النفسية لدى زوجات الشهداء في ضوء بعض المتغيرات النفسية، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في الصحة النفسية، كلية التربية، الجامعة الإسلامية. غزة.

69_يوسف مقدادي، أسماء الابراهيم، الصلابة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة والاكتئاب لدى المسنين والمسندات المقيمين في دور الرعاية في الأردن، مجلة المنار، المجلد العشرون، العدد2/ب.

الملاحق

الملحق رقم 01

مقياس الشعور بالوحدة النفسية في صورته النهائية

الاسم :..... الجنس :.....

السن :..... الوظيفة :.....

التعليمية : فيما يلي مجموعة من العبارات التي قد تشعر بها أحيانا ، اقرأ جيدا كل عبارة و ضع علامة (x) أمام العبارة التي تنطبق عليك

الرقم	العبارة	أبدا	نادرا	أحيانا	دائما
01	أشعر بأنني متفاهم مع المحيطين بي.				
02	أشعر بأنني أفنقد إلى الصحبة.				
03	ليس هناك شخص يمكنني أن أذهب إليه.				
04	لا أشعر بأنني وحيد.				
05	أشعر بأنني عضو في مجموعة أصدقاء.				
06	لي تأثير واضح على المحيطين بي.				
07	لا تدوم علاقتي بأحد لفترة طويلة.				
08	لا يشاركني من حولي اهتماماتي و أفكاري.				
09	أنني شخص متفتح.				
10	هناك أناس أشعر أنني قريب منهم.				
11	أشعر أنني مهمل ممن حولي.				
12	علاقتي الاجتماعية سطحية.				
13	لا أحد يعرفني جيدا.				
14	أشعر بأنني معزول عن الآخرين.				
15	أستطيع أن أجد الصحبة عندما أرغب في ذلك.				
16	هناك أناس يفهمونني حقا.				
17	أشعر بأنني إنسان تعيس.				
18	يحيط بي الناس و لكنهم بعيدون عني.				
19	هناك أناس يمكنني التحدث إليهم.				
20	هناك أناس يمكنني الميل إليهم.				

الملحق رقم 02

مقياس Beak للاكتساب

- الاسم :.....
تاريخ الميلاد :.....
المستوى التعليمي:.....
تاريخ إجراء الاختبار:.....
بيانات أخرى:.....

تعليمات : في هذه الدراسة مجموعة من العبارات، الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حدا ، ثم قم بوضع دائرة حول رقم العبارة (0) أو (1) أو (2) أو (3) و التي تصف حالتك خلال الاسبوع الحالي بما في ذلك اليوم، تأكد من قراءة كل مجموعة قبل أن تختار واحدة منها و تأكد من أنك أجبت على كل المجموعات :

01/الحزن:

- 0- لا أشعر بالحزن.
- 1- أشعر بالحزن والكآبة.
- 2- الحزن والانقباض يسيطران علي طوال الوقت ، وأعجز عن الفكك منهما.
- 3- أشعر بالحزن أو التعاسة لدرجة مؤلمة.
- 4- أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا تحتمل.

02/التشاؤم من المستقبل

0. لا أشعر بالقلق أو التشاؤم من المستقبل.
- 1- أشعر بالتشاؤم من المستقبل.
- 2- لا يوجد ما أتطلع إليه في المستقبل.
- 3- لا أستطيع أبداً أن أتخلص من متاعبي.
- 4- أشعر باليأس من المستقبل ، وأن الأمور لن تتحسن.

03/الإحساس بالفشل:

- 0- لا أشعر بأنني فاشل.
- 1- أشعر أن نصيبي من الفشل أكثر من العاديين.
- 2- أشعر أنني لم أحقق شيئاً له معنى أو أهمية.
- 3- عندما أنظر إلى حياتي في السابق أجدتها مليئة بالفشل.
- 4- أشعر أنني شخص فاشل تماماً (أبا أو زوجاً).

04/السخط و عدم الرضا:

0- لست ساخطا.

1. أشعر بالملل أغلب الوقت.
2. لا أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل.
3. لم أعد أجد شيئاً يحقق لي المتعة (أو الرضا)
4. إنني غير راض وأشعر بالملل من أي شيء.

05/الإحساس بالندم أو الذنب:

0. لا يصيبني إحساس خاص بالندم أو الذنب على شيء
1. أشعر بأنني سيء أو تافه أغلب الوقت.
2. يصيبني إحساس شديد بالندم والذنب.
3. أشعر بأنني سيء وتافه أغلب الأوقات تقريبا.
4. أشعر بأنني سيء وتافه للغاية.

06/ توقع العقاب:

0. لا أشعر بأن هناك عقاباً يحل بي.
1. أشعر بأن شيئاً سيئاً سيحدث أو سيحل بي.
2. أشعر بأن عقاباً يقع علي بالفعل.
3. أستحق أن أعاقب.
4. أشعر برغبة في العقاب

07/كراهية النفس:

0. لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي.
1. يخيب أمني في نفسي.
2. لا أحب نفسي.
3. أشمئز من نفسي.
4. أكره نفسي.

08/إدانة الذات:

0. لا أشعر بأنني أسوأ من أي شخص آخر.
1. أنتقد نفسي بسبب نقاط ضعفي أو أخطائي.
2. ألوم نفسي لما ارتكب من أخطاء.
3. ألوم نفسي على كل ما يحدث.

09/وجود أفكار انتحارية:

0. لا تتناوبني أي أفكار للتخلص من نفسي.

1. تراودني أفكار للتخلص من حياتي ولكن لا أنفذها.
2. أفضل لي أن أموت.
3. أفضل لعائلتي أن أموت.
4. لدي خطط أكيدة للانتحار.
5. سأقتل نفسي في أي فرصة متاحة.

10/البكاء:

0. لا أبكي أكثر من المعتاد.
1. أبكي أكثر من المعتاد.
2. أبكي هذه الأيام طوال الوقت ولا أستطيع أن أتوقف عن ذلك.
3. كنت قادراً على البكاء ولكنني أعجز الآن عن البكاء حتى لو أردت ذلك.

11/الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي:

0. لست منزعجاً هذه الأيام عن أي وقت مضى.
1. أنزعج هذه الأيام بسهولة.
- 2- أشعر بالانزعاج والاستثارة دوماً.
- 3- لا تثيرني ولا تغضبني الآن حتى الأشياء التي كانت تسبب ذلك سابقاً.

12/الانسحاب الاجتماعي:

- 0- لم أفقد اهتمامي بالناس.
- 1- أنا الآن أقل اهتماماً بالآخرين عن السابق.
- 2- فقدت معظم اهتمامي وإحساسي بوجود الآخرين.
- 3- فقدت تماماً اهتمامي بالآخرين.

13/التردد وعدم الحسم:

- 0- قدرتي على اتخاذ القرارات بنفس الكفاءة التي كانت عليها من قبل.
- 1- أوجل اتخاذ القرارات أكثر من قبل.
- 2- أعاني من صعوبة واضحة في اتخاذ القرارات.
- 3- أعجز تماماً عن اتخاذ أي قرار بالمرة.

14/تغير صورة الجسم والشكل:

- 0- لا أشعر بأن شكلي أسوأ من قبل.
- 1- أشعر بالقلق من أنني أبدو أكبر سناً وأقل جاذبية.
- 2- أشعر بوجود تغيرات دائمة في شكلي تجعلني أبدو منفراً (منفرة) وأقل جاذبية.
- 3- أشعر بأن شكلي قبيح (قبيحة) ومنفر (منفرة)

15/هبوط مستوى الكفاءة والعمل:

- 0-أعمل بنفس الكفاءة كما كنت من قبل.
- 1-أحتاج إلى مجهود خاص لكي أبدأ شيئاً
- 2-لا أعمل بنفس الكفاءة التي كنت أعمل بها من قبل.
- 3-أدفع نفسي بمشقة لكي أعمل أي شيء.
- 4-أعجز عن أداء أي عمل على الإطلاق

16/اضطراب النوم:

- 0-أنام جيداً كما تعودت.
- 1-أستيقظ مرهقاً في الصباح أكثر من قبل.
2. أستيقظ من 3.2 ساعات أبكر من ذي قبل ،وأعجز عن استئناف نفسي .
- 3-أستيقظ مبكراً جداً ولا أنام بعدها حتى إن أردت.

17/التعب والقابلية للإرهاق:

- 0-لا أتعب بسرعة أكثر من المعتاد.
- 1-أشعر بالتعب والإرهاق أسرع من ذي قبل.
- 2-أشعر بالتعب حتى لو لم أعمل شيئاً.
- 3-أشعر بالتعب الشديد لدرجة العجز عن عمل أي شيء.

18/فقدان الشهية:

- 0-شهيتي للطعام ليست أسوأ من قبل.
- 1-شهيتي ليست جيدة كالسابق.
- 2-شهيتي أسوأ بكثير من السابق.
- 3-لا أشعر برغبة في الأكل بالمرة.

19/تناقص الوزن:

- 0-وزني تقريباً ثابت.
- 1-فقدت أكثر من 3 كغ من وزني.
- 2-فقدت أكثر من 6 كغ من وزني.
- 3-فقدت أكثر من 10 كغ من وزني.

20/تأثر الطاقة الجنسية:

- 0-لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في رغبتني الجنسية.
- 1-أصبحت أقل اهتماماً بالجنس من قبل.
- 2-قلت رغبتني الجنسية بشكل ملحوظ.
- 3-فقدت تماماً رغبتني الجنسية.

21/الانشغال على الصحة:

- 0-لست مشغولاً على صحتي أكثر من السابق.
- 1-أصبحت مشغولاً على صحتي بسبب الأوجاع والأمراض ، أو اضطرابات المعدة والإمساك.
- 2-أنشغل بالتغيرات الصحية التي تحدث لي لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر.
- 3-أصبحت مشغولاً تماماً بأموري الصحية .

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم

كلية العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

مستغانم: 08 / 02 / 2017

الى السيد:
.....

.....

الموضوع: طلب تسهيل مهمة

نحن رئيس شعبة علم النفس ، أتقدم الى سيادتكم المحترمة بهذا الطلب راجيا منكم تسهيل مهمة الطلبة التابعين لشعبة علم النفس، للسماح لهم بالقيام بتربص قصير المدى لدى مصالحكم ، و هذا لجمع معطيات علمية وذلك في الفترة الممتدة من 12/02/2017 الى 12/03/2017 (إلى غاية نهاية الترميز)

أسماء الطلبة:

.....
.....
.....

تقبلوا سيدي فائق الاحترام و التقدير

موافقة الأستاذ المشرف

رئيس الشعبة

السيد: عمار ميلود
رئيس شعبة علم النفس

