

جودة الحياة المرتبطة بالصحة النفسية لدى المسنين

*د. عبير عساف

الملخص

شكلت زيادة مدة الحياة التحدي الرئيسي للصحة العامة في القرن العشرين، إلا أن التحدي الأكبر المطروح هو تحسين جودة الحياة. يعاني حوالي 14.1% من البالغين الذين تبلغ أعمارهم 70 عاماً فأكثر من اضطراب نفسي. ووفقاً لتقديرات الصحة العالمية لعام 2021، تُمثل هذه الحالات 6.8% من إجمالي سنوات الإعاقة لدى المسنين. هدف البحث الحالي لتقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة النفسية لدى المسنين. شملت العينة 100 مسن/ مسنة من المراجعين للمراكز الصحية في مدينة اللاذقية، حيث تم اختيارهم بطريقة العينة المتاحة. تم استخدام استبيان جودة الحياة العامة المرتبطة بالصحة Generic Health related quality of life. أظهرت النتائج أن الغالبية العظمى من المسنين لديهم أمراض مزمنة وشكل ارتفاع ضغط الدم والأمراض القلبية غالبية هذه الأمراض كما تبين أن معظم أفراد العينة يتمتعون بجودة حياة متوسطة من الناحية النفسية. أوصى البحث الحالي بضرورة التركيز على فئة المسنين في الأبحاث المستقبلية لكلية التمريض والاهتمام بالجانب الصحي والنفسي للمسنين، وإجراء برامج تثقيف صحي في المجتمع للارتقاء بصحة المسنين.

الكلمات المفتاحية: جودة الحياة، الصحة النفسية، المسنين.

* أستاذ مساعد - قسم تمريض صحة المجتمع - كلية التمريض - جامعة اللاذقية - اللاذقية - سوريا

abeer.assaf@latakia-univ.edu.sy

abeersa772017@gmail.com

ورد للنشر بتاريخ : 2026/1/25

قبل للنشر بتاريخ : 2026/4/20

Quality of Life Related to Mental Health in the Elderly

*Dr. Abeer Assaf

Abstract

Increasing life expectancy has been the major public health challenge of the twentieth century, and the greater challenge is improving quality of life. Approximately 14.1% of adults aged 70 and over suffer from a mental disorder. According to 2021 World Health Organization estimates, these cases represent 6.8% of total disability-years among older adults. The aim of this research is to assess quality of life related to mental health in the elderly. The sample included 100 elderly men and women who were patients at health centers in the city of Latakia, and they were selected using convenience sampling. The Generic Health-related Quality of Life (GHRQ) questionnaire was used. The results showed that the vast majority of the elderly had chronic diseases, with high blood pressure and heart disease being the majority of these diseases. It was also shown that most of the sample enjoyed an average quality of life from a psychological standpoint. The current research recommends focusing on the elderly population in future research at the college of nursing, paying attention to the health and psychological aspects of the elderly, and implementing health education programs in the community to improve the health of the elderly.

Keywords: Mental Health, Quality of Life, Elderly

*Assistant Professor – Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Lattakia University, Syria

abeer.assaf@latakia-univ.edu.sy

المقدمة:

تعد الشيخوخة مرحلة طبيعية من مراحل الحياة تبدأ عادةً بعد حوالي 65 عاماً من الولادة، كما تعد مرحلة حساسة في حياة الفرد حيث تتعرض القدرات الجسدية والنفسية والاجتماعية لتغيرات كبيرة تُسبب هذه التغيرات مشاكل في تأقلم كبار السن مع بيئتهم، فالشيخوخة لا تُعتبر مرضاً، بل شرطاً حتمياً للحياة. [1,2]

ازداد معدل العمر خلال العقود الماضية بشكل كبير ويرجع ذلك بشكل أساسي إلى التطورات الاجتماعية والاقتصادية والرعاية الصحية، وتعتبر هذه العوامل مسؤولة عن الوجود العددي العالي لكبار السن مما أدى إلى ارتفاع نسبة الإعاقة، لذلك بدأ الديموغرافيون والباحثون والحكومات بالتفكير في المسنين ومشاكلهم بسبب التحول الديموغرافي الذي يحدث في العديد من دول العالم الثالث حالياً حيث يعتقد أن شيخوخة السكان ستكون واحدة من التحديات الرئيسية في المستقبل القريب. [3]

أشارت إحصائيات الأمم المتحدة عام 2020 إلى أن عدد الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عاماً فأكثر، بلغ 727 مليون نسمة في جميع أنحاء العالم، ومن المتوقع أن يصل هذا العدد إلى أكثر من 1.5 مليار نسمة في عام 2050. بالنسبة لسورية أشارت لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا "الاسكوا" إلى الارتفاع المتزايد في أعداد كبار السن، وقدرة نسبتهم بنحو 7.2% من عدد السكان لعام 2015، وهذا حسب تقديرات الاسكوا يعادل 1.7 مليون نسمة، وتوقعت وصول النسبة إلى 13% في عام 2050، أي ما يعادل 5.7 مليون نسمة. كذلك أظهرت بيانات المسح الديموغرافي لعام 2018، ارتفاع نسبة كبار السن في سورية من 4.4% بعام 2010 إلى 5.3% للعام المذكور، وأظهر بحث القوة العاملة لعام 2019 انخفاضاً في نسبة القوة البشرية 63% على حساب كبار السن (5%). وكان تقرير حالة سكان سورية لعام 2022 قد بين أن نسبة الشباب من الفئة العمرية 15 إلى 49 سنة انخفضت بسبب الهجرة والوفيات، وكل هذه الأرقام تؤشر إلى زيادة أعداد المسنين في المجتمع السوري، بعدما كان يتميز بمعدل نمو سكاني مرتفع، وتحولت التحديات من وضع خطط تنمية تتناسب مع تزايد النمو السكاني إلى وضع خطط لكيفية التعامل مع توسع ظاهرة المسنين الذين يفقدون لأدنى الخدمات بعد تقاعدهم من العمل. [4,5]

تعتبر الصحة النفسية من أهم ركائز الفرد النافع والفعال والمُنتج، ويعتبر تعزيزها في المجتمعات المحلية أمرٌ أساسيٌ لتقديم المجتمع، ونظراً لأن البيئة المادية والاجتماعية تؤثر على التجارب الاجتماعية والصحة النفسية ونمو كبار السن وتكيفهم، فإنهم غالباً ما يُفضّلون البقاء في منازلهم، التي يعتمدون عليها اعتماداً كبيراً لأنها تُذكّرهم بأيام شبابهم، كما يلعب الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه كبار السن من عائلاتهم وأصدقائهم وحيرانهم دوراً رئيسياً في تخفيف التوتر. [6]

أشار تقرير منظمة الصحة العالمية لعام 2021 إلى أن حوالي 14.1% من البالغين الذين تبلغ أعمارهم 70 عاماً فأكثر يعانون من اضطراب نفسي، تُمثل هذه الحالات 6.8% من إجمالي سنوات الإعاقة

لدى كبار السن، ويُعدّ الاكتئاب والقلق من أكثر حالات الصحة النفسية شيوعاً لديهم، ويُشير التقدير أيضاً إلى أن حوالي سدس الوفيات الناجمة عن الانتحار (16.6%) عالمياً تقع بين الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 70 عاماً فأكثر، غالباً ما تُهمل حالات الصحة النفسية لدى كبار السن وتُعالج بشكل غير كافٍ، كما أن الوصمة المحيطة بها قد تجعل الناس يترددون في طلب المساعدة. [7]

تعتبر المؤشرات الصحية والحيوية في بعض الأحيان بالنسبة للعاملين في مجال الرعاية الصحية هي المقياس الوحيد لجودة الحياة عندما يتعلق الأمر بكبار السن وتكمن مشكلة هذا النهج في أنه يتجاهل تجارب الأشخاص في سن الشيخوخة في مختلف نواحي الحياة بينما يتفق باحثون آخرون على أن مقاييس جودة الحياة التي تركز فقط على العوامل الصحية توفر تقييماً غير كافٍ لجودة الحياة الفردية بسبب الاختلاف الواضح بين جودة الحياة والحالة الصحية. [8]

شكلت زيادة مدة الحياة التحدي الرئيسي للصحة العامة في القرن العشرين، إلا أن التحدي الأكبر المطروح هو تحسين جودة الحياة، تصف منظمة الصحة العالمية جودة الحياة بأنها "إدراك الفرد لمكانته في الحياة وفقاً للسياق الثقافي ومنظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه"، ويجمع هذا المفهوم بين الحالة النفسية، والصحة البدنية، والعلاقات الاجتماعية، ومستوى الاستقلالية، والمعتقدات الفردية، والعلاقة بين هذه العوامل والعوامل البيئية، علاوة على ذلك، تشمل جودة الحياة كلاً من الآثار الإيجابية للصحة الجيدة والجوانب السلبية للمرض أو الإعاقة، وتُعد الوظائف البدنية والنفسية والاجتماعية جوهرها. تشمل جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى كبار السن القدرة على أداء المهام اليومية، والشعور العام بالصحة، وتأثيرات مختلف العوامل الجسدية، مثل المشي، والاستحمام، ودخول الحمام، والصلاة، وتناول الطعام، والتحدث، والاستماع، بالإضافة إلى الأمراض الجسدية والألم، والعوامل النفسية (مثل العواطف)، والعوامل الاجتماعية (الوظيفة الاجتماعية والوضع الاقتصادي). [9]

في دراسة كيفية أجزاها (Romo, et al, 2013) في الولايات المتحدة عن الإدراك الجيد للتقدم بالعمر والإعاقات في المراحل الأخيرة من الحياة، وصف كبار السن الذين تبنا فلسفة الحياة شعارهم على النحو التالي: ابق إيجابياً واستمتع بالحياة، وكن سعيداً بالأشياء الصغيرة، واستند من الحياة، وحافظ على روح الدعابة والتفاؤل والفضول، و يؤكدون أنه لا ينبغي للمرء أن يشعر بالأسف على نفسه أو يشنكي طوال الوقت أو يجلس ولا يفعل شيئاً، كما ترتبط الشيخوخة من نواحٍ عديدة بـ "العيش في واقع جديد" ومن أجل الحفاظ على الشعور بالراحة يذكر كبار السن أنه من الضروري قبول التغييرات الحياتية الملازمة للشيخوخة والتكيف معها والتعامل معها مثل التقاعد وتدهور الحالة الصحية (الشريك) وفقدان الأحياء و قد يؤدي عدم القدرة على التكيف إلى الشعور بالحزن واليأس. [10]

أشار كبار السن في الدراسة التي أجزاها (Levasseur, et al, 2008) في كندا عن معنى جودة الحياة لدى المسنين؛ إلى رغبتهم في الشعور بالهدوء والرضا وعدم القلق والانسجام مع الحياة وراحة البال، ومع ذلك بالنسبة للبعض فإن هذه المشاعر تتداخل مع مشاعر التوتر والقلق بشأن أحبائهم وانخفاض الدخل

والصحة والاستقلالية، كما عبر بعض كبار السن عن مستويات شديدة من التوتر والشعور بالخوف أو الخوف من المستقبل أو القلق مما يؤثر بشدة على جودة الحياة لديهم. [11]

تتأثر جودة الحياة لدى كبار السن بالعديد من العوامل مثل العمر والجنس والصحة والدعم الاجتماعي والعوامل الجيوسياسية والسياسات الحكومية. عادةً ما يتمتع الأفراد الأصحاء، والذين يحصلون على رعاية طبية جيدة، والذين يعانون من أدنى مستويات التوتر بجودة حياة أفضل من غيرهم. وبالمثل، فإن الأمراض المزمنة والفقر والعيش في بيئات أو ظروف فقيرة غالباً ما تؤدي إلى تدني جودة الحياة. قد يعاني كبار السن من مشاكل صحية مزمنة، وعادةً ما يواجهون تحديات مالية، وقد يعيشون في ظروف أقل من المثالية، وبالتالي يكونون أكثر عرضة لتدني جودة الحياة مقارنةً بالشباب. [12-14]

أجريت العديد من الدراسات في الدول العربية لتقييم جودة الحياة لدى كبار السن، من بين هذه الدراسات، كانت دراسة (Alghamdi. F, 2025) في المملكة العربية السعودية، حيث أظهرت نتائجها أن كبار السن في منطقة الباحة بالمملكة العربية السعودية أظهروا مستويات متوسطة من جودة الحياة، ورضا متوسط عن خدمات الرعاية الصحية، ووجدت الدراسة أن الإقامة في المناطق الريفية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمستويات أعلى من جودة الحياة. [15]

كذلك أجريت دراسة في الكويت من قبل (Al-Kandari y, et al. 2014) لتقييم الاختلافات في الحالة الصحية عبر ثلاث فئات عمرية من كبار السن الكويتيين، أظهرت النتائج وجود عناصر دعم اجتماعي مهمة في جميع الفئات العمرية. واتضح أن الدعم الاجتماعي، والترابط الأسري، وقوة العلاقات، وعدد الأبناء الذين يعيشون مع كبار السن، والتدين، كلها عوامل تؤثر على صحة كبار السن ورفاهيتهم، كما اتضح أن عناصر الدعم الاجتماعي أعلى في الفئة العمرية الأكبر. [16]

يشمل تمريض الشيخوخة، الذي يُعتبر غالباً القلب النابض لرعاية المسنين، نطاقاً ديناميكياً من المسؤوليات التي تتجاوز بكثير أدوار الرعاية الصحية التقليدية. يُعد تمريض الشيخوخة في جوهره فناً رحيماً ينسج خيوط الخبرة الطبية والدعم العاطفي والرعاية الشاملة، مما يُنشئ نسيجاً يُعزز رفاهية كبار السن. يعمل ممرضو الشيخوخة في إدارة الحالات المزمنة، كأوصياء يقظين، يضمنون إدارة دقيقة للأدوية، ويراقبون العلامات الحيوية، ويتعاونون مع فرق متعددة التخصصات لتخصيص التدخلات بما يتناسب مع الاحتياجات الفريدة لكل مريض مسن. ومع ذلك، يتجاوز هذا الدور المجال السريري، محتضناً تحديات الشيخوخة الدقيقة التي تتطلب نوعاً خاصاً من الفهم والتعاطف. [17,18]

أهمية البحث وأهدافه:

يعتبر كبار السن فئة معرضة للخطر حيث يؤدي تقدمهم في السن إلى قيود في الوظائف البدنية والعقلية مما قد يؤثر سلباً على نوعية حياتهم. هناك حاجة ملحة لتحدي التمييز على أساس السن فيما يتعلق بالصحة النفسية في نظامنا الصحي والرعاية الصحية، فبينما قد يمتلك كبار السن العديد من العوامل الوقائية التي تضمن لهم صحة نفسية جيدة، إلا أنهم يواجهون عوامل خطر عديدة، بما في ذلك ضعف الصحة البدنية، وقلة الحركة، وبالنسبة للبعض الفقر والعنصرية. إن معالجة عوامل الخطر وتعزيز العوامل الوقائية يمكن أن يعزز الرفاه في مراحل متقدمة من العمر، ويمنع أو يوقف تفاقم مشاكل الصحة النفسية. لا تزال الدراسات التي تتناول الشيخوخة عموماً وجودة حياة كبار السن خصوصاً في سورية قليلة. تشكل نتائج هذا البحث قاعدة بيانات لطلاب الدراسات والباحثين في هذا المجال، وستساهم النتائج في تحسين جودة الحياة لدى كبار السن.

هدف البحث:

هدف البحث الحالي لتقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة النفسية لدى المسنين.

سؤال البحث:

ما هو مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة النفسية لدى المسنين؟

طرائق البحث ومواده:

تصميم البحث: تم إجراء بحث وصفي

مكان وزمان البحث: تم إجراء البحث في أربعة مراكز صحية في مدينة اللاذقية تم اختيارها بالطريقة العشوائية وهي: (المركز الصحي الثامن، مركز حي العائدين، مركز قنينص، مركز السكنتوري). في الفترة الواقعة بين 2023/6/1 لغاية 2023/7/18.

عينة البحث: تكونت عينة البحث من 100 مسن/ مسنة من المراجعين للمراكز الصحية المذكورة الذين تبلغ أعمارهم 65 سنة وما فوق، حيث تم اختيارهم بطريقة العينة المتاحة. تم اختيار 25 مسن من كل مركز صحي. تم استبعاد المسنين الغير قادرين على القراءة والكتابة، والذين لديهم مرض الزهايمر والمصابين بفقدان البصر.

أداة البحث: تم استخدام استمارة استبيان (questionnaire) وهي مكونة من ثلاثة أجزاء:

الجزء الأول: تم تطويره من قبل الباحث ويتضمن البيانات الديموغرافية (الجنس، العمر، مكان الإقامة،

المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية، نمط إقامة المسن، العمل الحالي والسابق)

الجزء الثاني: تم تطويره أيضاً من قبل الباحث ويتضمن البيانات الصحية (الأمراض المزمنة التي يعاني منها المسن، العمليات الجراحية السابقة).

الجزء الثالث: تم استخدام استبيان جودة الحياة العامة المرتبطة بالصحة Generic Health related quality of life [19] ويضم عدة محاور وهي على الشكل التالي:

الدور العاطفي (3 أسئلة) يجيب عليها ب طول الوقت، بعض الوقت، لم يحدث.

الدور الاجتماعي (2 سؤال) يجيب عليها ب تأثرت كثيراً، تأثرت إلى حد ما، لم أتأثر

النشاط والحيوية (4 أسئلة) يجيب عليها ب طول الوقت، بعض الوقت، لم يحدث.

الحالة النفسية (5 أسئلة) يجيب عليها ب طول الوقت، بعض الوقت، لم يحدث.

*يجيب المسن على أسئلة الاستبيان بوضع إشارة بالخانة التي تتفق مع حالته، وتتراوح درجة استجابة المسن على الأسئلة من 1-3 نقطة لكل سؤال ويشير الرقم الأعلى الى معدل جودة حياة مرتفع حيث أن معدل النقط يتراوح بين 0-100 نقطة والجدول التالي يوضح تحديد مستوى جودة الحياة بناء على النسبة المئوية لإجاباته وفق ما يلي:

مستوى جودة الحياة	نسبة الإجابات الموافقة
منخفض	>33%
متوسط	34%-66%
مرتفع	67%-100%

طرائق البحث:

1. تم الحصول على الموافقة الرسمية لإجراء البحث من كلية التمريض ومديرية الصحة في مدينة اللاذقية.
2. تم تطوير الجزء الأول والثاني من الأداة وتم اعتماد الجزء الثالث من أداة البحث بعد الرجوع للمراجع ذات الصلة، ومن ثم عرضها على 3 خبراء في كلية التمريض لتقييم مصداقية الأداة.
3. تم إجراء دراسة استطلاعية (pilot study) على 10 مسنين تم استبعادهم من عينة البحث لتبيان وضوح الأداة وقابليتها للتطبيق.
4. تتمتع هذه الأداة بدرجة ثبات $r=0.82$ وهي درجة ثبات عالية ومناسبة لإجراء البحث.
5. تمت مقابلة كل مسن على حدا والحصول على موافقتهم الشفهية وشرح هدف البحث والتأكيد لهم بأن المعلومات لغرض البحث العلمي فقط.
6. تم توزيع الاستبيان على المسنين الذين قاموا بالإجابة على عباراته، وقد استغرق ملئ الاستمارة 10-15د.
7. قام الباحث بتفريغ الاستمارات و ترميز البيانات الموجودة في أدوات البحث ثم تفريغها وإجراء التحاليل الإحصائية بواسطة برنامج SPSS النسخة 25 وعرضها في جداول ومخططات بيانية مناسبة.

النتائج:

الجدول (1) توزع أفراد العينة تبعاً للخصائص الديموغرافية

النسبة المئوية	العدد	البيانات الديموغرافية	النسبة المئوية	العدد	البيانات الديموغرافية
%	N	العمل	%	N	العمر بالسنوات
32	32	مهني	71	71	75>65
31	31	موظف	25	25	85>75
30	30	ربة منزل	4	4	85 ≤
7	7	أعمال حرة	3.8 ± 68.14		
%	N	مكان الإقامة	%	N	الجنس
58	58	الريف	60	60	ذكر
42	42	المدينة	40	40	أنثى
%	N	الدخل الشهري	%	N	الحالة الاجتماعية
39	39	ضعيف	80	80	متزوج
54	54	متوسط	17	17	أرمل
7	7	جيد	3	3	مطلق
%	N	نمط إقامة المسن	%	N	المستوى التعليمي
97	97	مع أسرته	57	57	يقرأ ويكتب
3	3	وحيداً	23	23	تعليم أساسي
			14	14	تعليم ثانوي
			6	6	معهد/ جامعي وما فوق

يوضح الجدول 1 توزع أفراد العينة تبعاً لبياناتهم الديموغرافية. حيث يبين أن أقل من ثلاثة أرباع العينة (71%) تتراوح أعمارهم بين 65-75 سنة، وأن أقل من ثلثي العينة (60%) هم من الذكور، ومعظمهم متزوجين (80%)، وأن المستوى التعليمي لأكثر من نصفهم (57%) هي فقط معرفة القراءة والكتابة، وأن ما يقارب ثلثهم (32%) يعملون بأعمال مهنية، كما يبين الجدول أن أكثر من نصف العينة يسكنون في الريف، والدخل الشهري لأكثر من نصفهم (54%) متوسط، وأن الغالبية العظمى يقيمون مع أسرهم.

الجدول (2): توزع أفراد العينة تبعاً لبياناتهم الصحية

النسبة المئوية	العدد	البيانات الصحية
%	100	الأمراض المزمنة
86	86	نعم
14	14	لا
%	N=86	*نوع الأمراض المزمنة
75.59	65	أمراض قلبية وارتفاع الضغط
12.79	11	أمراض عصبية
11.63	10	أمراض غدد صم والسكري
4.65	4	سرطان
%	N=100	عمليات جراحية سابقة
8	8	نعم
92	92	لا

*ممكن أن يعاني المسن من أكثر من مرض

يوضح الجدول 2 توزع أفراد العينة تبعاً لبياناتهم الصحية. حيث يتبين أن معظم أفراد العينة (86%) لديهم أمراض مزمنة وكانت أكثر الأمراض المنتشرة هي الأمراض القلبية وارتفاع الضغط لدى حوالي ثلثي أفراد العينة (65%)، وفيما يتعلق بالعمليات الجراحية فإن الغالبية العظمى (92%) لم يجروا أية عمليات جراحية.

الجدول (3) توزع أفراد العينة تبعاً لجودة الحياة النفسية

المكون النفسي						
لم يحدث		بعض الوقت		طوال الوقت		1- الدور العاطفي (خلال الأربعة أسابيع الماضية)
%	N	%	N	%	N	
19	19	63	63	18	18	تقلل الوقت الذي تقضيه في العمل /أو الأنشطة المختلفة
20	20	59	59	21	21	أصبح إنجازك لأعمالك أقل مما تود
23	23	58	58	19	19	تتم تأديتك لعمالك وأنشطتك المعتادة بعناية أقل من المعتاد
لم يحدث		بعض الوقت		طوال الوقت		2- الدور الاجتماعي (خلال الأربعة أسابيع الماضية)
%	N	%	N	%	N	

33	33	37	37	30	30	إلى أي مدى أثرت حالتك الصحية على أنشطتك الاجتماعية العادية مع أسرتك وأصدقائك وجيرانك؟
تأثرت كثيراً		تأثرت إلى حد ما		لم تتأثر		كم من الوقت أثرت حالتك الصحية على أنشطتك الاجتماعية العادية (زيارة الأقارب والأصدقاء)؟
25	25	40	40	35	35	
لم يحدث		بعض الوقت		طوال الوقت		3- النشاط والحيوية (خلال الأربعة أسابيع الماضية)
%	N	%	N	%	N	
60	60	38	38	2	2	كنت تشعر بالحيوية
54	54	42	42	4	4	كان لديك نشاط للقيام بالأعمال المعتادة
22	22	48	48	30	30	كنت تشعر أنك منهك القوى
18	18	52	52	30	30	كنت تشعر بالإرهاق
لم يحدث		بعض الوقت		طوال الوقت		4- الحالة النفسية (خلال الأربعة أسابيع الماضية) كم من الوقت شعرت بما يلي:
%	N	%	N	%	N	
29	29	58	58	13	13	كنت عصبياً جداً
6	6	48	48	46	46	كنت تشعر أنك مهموم لدرجة أنه لا شيء يسعدك
54	54	42	42	4	4	كنت تشعر بالهدوء والسكينة
9	9	58	58	33	33	كنت تشعر بالحزن والاكتئاب
82	82	18	18	0	0	كنت سعيداً

يوضح الجدول 3 توزيع أفراد العينة تبعاً لجودة الحياة النفسية. فيما يتعلق بالدور العاطفي يتبين من الجدول أن أقل من ثلثي العينة (63%) يقللون أحياناً الوقت الذي يقضونه في العمل /أو الأنشطة المختلفة، وأن أكثر من نصفهم (58%) كان إنجازهم لأعمالهم أقل مما يودون بعض الوقت، كما أن أكثر من نصفهم (58%) تأديتهم لأعمالهم تتم بعناية أقل من المعتاد بعض الوقت.

وفيما يتعلق بالدور الاجتماعي يتبين من الجدول أن أكثر من ثلث العينة (37%) حالتهم الصحية تتداخل مع أنشطتهم الاجتماعية مع الأسرة في بعض الأوقات، وأن خمسي العينة أثرت حالتهم الصحية نوعاً ما على الأنشطة الاجتماعية العادية كزيارة الأقارب والأصدقاء.

بالنسبة للنشاط والحيوية يوضح الجدول أن أقل من ثلثي العينة (60%) لم يشعروا بالحيوية طوال الوقت، وأن أكثر من نصفهم (54%) لم يكن لديهم نشاط للقيام بالأعمال المعتادة، وأن أقل من نصفهم (48%) شعروا بأنهم منهكين القوى بعض الوقت، وأن أكثر من نصفهم (52%) شعروا بالإرهاق بعض الوقت.

وفيما يتعلق بالحالة النفسية يظهر من الجدول أن أكثر من نصف العينة (58%) كانوا عصبيين جداً لبعض الوقت خلال الأسابيع الأربعة الماضية، وأن أقل من نصفهم (46%) شعروا بأنهم مهمومين

طوال الوقت، وأن أقل من نصفهم (45%) لم يشعروا بالهدوء والسكينة أبداً، كذلك أكثر من نصفهم (58%) شعروا بالحزن والاكتئاب بعض الوقت، وأن معظمهم (82%) لم يشعروا بالسعادة.

الجدول (4) توزع أفراد العينة تبعاً لمستوى جودة الحياة النفسية

المكونات النفسية						
منخفض		متوسط		مرتفع		المستوى
%	N	%	N	%	N	
0	0	89	89	11	11	

يُبين الجدول 4 توزع أفراد العينة تبعاً لمستوى جودة الحياة النفسية. حيث يتبين أن معظم أفراد العينة يتمتعون بجودة حياة متوسطة من الناحية النفسية (89%)، وأكثر من عشر العينة (11%) كانت لديهم جودة حياة مرتفعة.

الجدول (5): العلاقة بين البيانات الديموغرافية وجودة الحياة النفسية

EFT P	جودة الحياة النفسية				البيانات الديموغرافية	
	منخفضة		متوسطة			
	%	N	%	N		
1.502	11	11	60	60	75>65	العمر
0.472	8	8	17	17	85>75	
	2	2	2	2	>85	
0.991	10	10	50	50	ذكر	الجنس
0.320	16	16	24	24	أنثى	
3.838	4	4	76	76	متزوج	الحالة الاجتماعية
0.147	7	7	10	10	أرمل	
	1	1	2	2	مطلق	
3.457					المستوى التعليمي	
0.448	8	8	49	49	يقرأ ويكتب	
	1	1	22	22	تعليم أساسي	
	1	1	13	13	تعليم ثانوي	
	1	1	5	5	معهد/جامعي وما فوق	

0.934 0.920	2	2	30	30	مهني	العمل
	6	6	25	25	موظف	
	1	1	29	29	ربة منزل	
	5	5	2	2	أعمال حرة	
1.695 0.428	8	8	31	31	ضعيف	الدخل الشهري
	3	3	51	51	متوسط	
	0	0	7	7	جيد	
0.804 0.307	9	9	88	88	مع أسرته	نمط إقامة المسن
	2	2	1	1	وحيداً	
0.010 0.920	3	3	55	55	الريف	مكان الإقامة
	8	8	34	34	المدينة	

الفروق ذات دلالة احصائية عند قيمة $P \leq 0.05$

يوضح الجدول (5) العلاقة بين البيانات الديموغرافية وجودة الحياة النفسية. حيث يوضح أن جودة الحياة النفسية لم تتأثر بشكل كبير بالعمر $P = 0.472$ ، وأن أكثر من ثلثي العينة كان لديهم نسبة متوسطة من جودة الحياة النفسية كانوا في الفئة العمرية 65 إلى أقل من 75 سنة، وعلى الرغم من أن الجنس والحالة الاجتماعية لم تؤثر بشكل كبير على جودة الحياة النفسية إلا أن الرجال والمتزوجين يتمتعون بنوعية حياة أعلى في المكون النفسي، وفيما يتعلق بالمستوى التعليمي أظهر الجدول نفسه أن خمسي العينة الذين يعرفون القراءة والكتابة كان لديهم مكون نفسي معتدل وبالنسبة للدخل الشهري والعمل لم يؤثر بشكل كبير على المكون النفسي، وبالنسبة للأفراد الذين عاشوا في الريف كان لديهم مكون نفسي معتدل أعلى من أولئك الذين عاشوا في المدينة دون وجود فروق ذات دلالة احصائية هامة $P=0.920$.

المناقشة:

تصف منظمة الصحة العالمية الشيخوخة بأنها عنصرٌ تنمويٌّ يتطلب إجراءاتٍ واستجاباتٍ طارئة. ولا يقتصر مصطلح "الشيخوخة" على مظهر الفرد، بل يشير إلى رفايته العامة، بما في ذلك تحسُّن حالته الصحية والنفسية والاجتماعية. ورغم أن معظم كبار السن يُحسنون تدبير أمورهم الصحية، إلا أن المشكلات الصحية لهذه الفئة العمرية تُشكّل دائماً مصدر قلقٍ بالغ. [20]

تُمثل شيخوخة السكان مصدر قلق بالغ لقطاع الصحة. فكبار السن أكثر عرضة للإصابة بمختلف الحالات الطبية والنفسية، مثل الحزن والاكتئاب ومرض الزهايمر وأمراض القلب وهشاشة العظام والسكري، مقارنةً بالشباب. ويرتبط تقدمهم في السن ارتباطاً إيجابياً بارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض وزيادة الطلب على الخدمات الصحية، بما في ذلك ممارسي الصحة والاستشارات الطبية والاستشفاء ومعدات التشخيص.

[21]

تتأثر الحالة النفسية والعقلية عموماً مع التقدم بالسن بسبب بعض التحددات في عملية الإدراك إضافة لتغير الدور الاجتماعي والفقْدان مما يؤدي لتغيرات عاطفية ووجدانية لدى نسبة من المسنين وتؤثر في نوعية حياتهم. وفي البحث الحالي بالنسبة للدور العاطفي من المكون النفسي لجودة الحياة تبين بوضوح تأثيره على حياة المسنين حيث أن أقل من ثلثي العينة كان مقدار الوقت الذي يقضونه في تأدية مهامهم

اليومية قليل بعض الشيء، وأن أكثر من نصفهم كان إنجازهم لأعمالهم اليومية أقل مما يودون بعض الأحيان، وأن أكثر من نصفهم تأديتهم لأعمالهم تتم بعناية أقل من المعتاد، ويمكن تفسير ذلك بنقص اهتمام المسنين بالقيام بمهامهم اليومية كنتيجة لشعورهم بنقص الاهتمام أو تغير الدور. اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة أجريت في الهند من قبل (Nibedita et al, 2018) بعنوان جودة الحياة، والرفاهية النفسية، والاكتئاب لدى كبار السن: دراسة ارتباطية، حيث أظهرت أن عوامل نفسية واجتماعية متنوعة، مثل الوحدة، وضعف الدعم الاجتماعي والعائلي، والعزلة، والتعبية، ونقص الرعاية والعاطفة الأسرية، وقلة الوقت المخصص للأطفال، وأحداث الحياة المجهد، وسوء الحالة الصحية، وانخفاض الروحانية، وزيادة اللجوء إلى أساليب التأقلم العاطفي، تزيد من خطر الإصابة بالاكتئاب بين كبار السن. حيث يشهد هيكل الأسرة المشتركة التقليدي في الهند تراجعاً. [22،23]

يؤثر تراجع الصحة الجسدية والنفسية على جودة حياة المسنين وخصوصاً المكون النفسي بشكل كبير. أظهرت نتائج البحث الحالي أن حوالي ثلث المسنين تأثرت علاقتهم الاجتماعية بشكل كلي وتواصلهم مع أقرانهم ومعارفهم، ويمكن تبرير هذه النتيجة بالعديد من التغيرات التي تصيب المسنين عموماً مثل التقاعد وزواج الأبناء والعيش المنفرد إضافة لبعض الحالات الصحية والتحدد الحركي. أظهرت التحليلات التلوية مؤخراً أن الوحدة تزيد من خطر الإصابة بالخرف بنسبة 50%، وخطر الإصابة بالسكتة الدماغية بنسبة 30%، وخطر الوفاة بنسبة 26%، علاوة على ذلك، ارتبطت الوحدة ارتباطاً وثيقاً بمختلف حالات الصحة العقلية، مثل أعراض الاكتئاب والقلق، وانخفاض جودة الحياة. [24]

كما تزيد التحددات الصحية والتغيرات في المقدرة الوظيفية والأمراض إضافة الى احتياجات الرعاية الصحية الضغط النفسي والتوتر لدى المسنين بشكل عام. أشارت نتائج البحث الحالي الى أن أكثر من نصف المسنين كانوا عصبيين جداً لبعض الوقت خلال الأسابيع الأربعة الماضية، وأن أقل من نصفهم شعروا بأنهم مهمومين بعض الوقت، وأن أكثر من نصفهم لم يشعروا بالهدوء والسكينة، وأكثر من نصفهم شعروا بالحزن والاكتئاب بعض الوقت، و معظمهم لم يشعروا بالسعادة. من أكثر النتائج ثباتاً في الأدبيات النفسية المتعلقة بالشيخوخة انتشار الاكتئاب بين كبار السن بمعدلات تتراوح بين المتوسطة والعالية. على سبيل المثال، في المناطق الريفية بالصين، أفادت التقارير أن معدل انتشار الاكتئاب بلغ حوالي 5.9%، مع ارتفاع معدل انتشاره بين النساء مقارنةً بالرجال (Zhou et al., Citation, 2014). يُقارب هذا المعدل معدل انتشاره في غانا (6.7%)، ولكنه أقل في جنوب أفريقيا (2.7%) (Thapa et al., Citation, 2014). تختلف هذه النتائج مع نتائج دراسة قام بها (Atkins et al, 2013) في سيدني بأستراليا والتي بينت أن أقل من خمس العينة يعانون من توتر نفسي شديد. قد تعود هذه الاختلافات في النتائج إلى الفروق الديموغرافية وبرامج التأهيل والرعاية الصحية للمسنين بين دولة وأخرى. [25-27]

إن مفهوم جودة الحياة مفهوم مهم في تقييم صحة المسنين ويشير إلى مدى صحة الشخص ومدى إحساسه بالراحة والقدرة على التفاعل والتأثير ويضم مكونات جسدية ونفسية. حيث بينت نتائج البحث الحالي

أن غالبية أفراد العينة لديهم جودة حياة متوسطة. اختلفت هذه النتيجة مع نتائج دراسة أجريت في سويسرا عام 2022 حيث بينت نتائجها أن نسبة قليلة جداً من المشتركين في الدراسة يعانون من مشاكل متوسطة أو شديدة (لديهم جودة حياة متوسطة أو منخفضة) في المكونات النفسية والجسدية لجودة الحياة. قد يعود هذا الاختلاف في النتائج إلى أن عينة البحث الحالي ضمت مسنين مرضى في حين أن الدراسة المذكورة ضمت مرضى وأصحاء على مستوى المجتمع. ترتبط القدرة على تحمل تكاليف الخدمات الصحية ارتباطاً وثيقاً بجودة الحياة، حيث بينت دراسة أجريت في نيبال من قبل (Samadarshi et al, 2022) أن كبار السن القادرون على تحمل تكاليف خدمات الرعاية الصحية يتمتعون بجودة حياة أعلى بمقدار 4.69 مرة من غير القادرين على تحمل تكاليفها. وأشارت دراسة مماثلة أجريت في بنغلاديش (Uddin, et al, 2017) إلى أن القدرة على تحمل تكاليف الخدمات الصحية ترتبط ارتباطاً إيجابياً بجودة حياة كبار السن. [28-30]

بينت نتائج البحث الحالي أنه لا يوجد فروقات ذات دلالة إحصائية في أي من المتغيرات التي تؤثر في المكون النفسي لجودة الحياة ويمكن تبرير هذه النتيجة بكون العينة صغيرة ويتشابه خصائص العينة فلم يظهر التحليل الإحصائي فروقات ذات دلالة هامة.

بشكل عام، تبرز الحاجة إلى الاهتمام بالفئات السكانية الأكثر ضعفاً، كبار السن، وأهمية مراعاة المتغيرات التي تؤثر سلباً على جودة الحياة ومستوى المعيشة. لتحسين الشيخوخة الصحية على مستوى السكان، يجب إيلاء الصحة النفسية لجميع كبار السن أولوية قصوى في السياسات والممارسات والتعليم والتدريب والبحوث ونشر المعرفة في مختلف قطاعات المجتمع والرعاية الصحية، ويُعد إنشاء خدمات متخصصة في الصحة النفسية لكبار السن، وتطبيق التنسيق التعاوني بين خدمات الصحة النفسية والخدمات الاجتماعية والمجتمعية وخدمات الرعاية الصحية الأولية ضرورياً بهدف توفير تدخلات محددة ومركزة على الفرد لمن يعانون من انخفاض مستوى جودة الحياة أو الإعاقة.

الاستنتاجات:

أظهرت نتائج البحث ما يلي:

- الغالبية العظمى من المسنين لديهم أمراض مزمنة وشكل ارتفاع ضغط الدم والأمراض القلبية غالبية هذه الأمراض.
- معظم أفراد العينة يتمتعون بجودة حياة متوسطة من الناحية النفسية.
- لم يتأثر المكون النفسي لجودة الحياة بالمتغيرات الديموغرافية.

التوصيات:

- إجراء نفس البحث على عينة أكبر لتعميم النتائج.
- التركيز على فئة المسنين في الأبحاث المستقبلية لكلية التمريض.
- الاهتمام بالجانب الصحي والنفسي للمسنين.
- دمج المسنين في أنشطة اجتماعية وترفيهية لتعزيز الصحة النفسية لديهم.
- إجراء برامج تثقيف صحي في المجتمع للارتقاء بصحة المسنين.

المراجع:

1. WHO. *Aging and life course*.2008. Available From: <http://www.who.int/ageing/en>
2. MOMENIKH KARIMI, H. 2010, *Comprison genral health in aging home care and non-home care. Iran J Age*; vol. 5, no. 17, 23-29
3. RAJ, D; SWAIN, P; PEDGAONKAR, SP. 2014, *A study on quality of life satisfaction & physical healthof elderly people in varanasi: an urban area of uttarpradesh, india. Int.J.Med Sci,Public Health*, vol. 3, no.5, 616-620.
4. Department of Economic and Social Affairs. World population ageing 2020 highlights. United Nations; 2020. Accessed November 29, 2023. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.de sa.pd/files/files/documents/2020/Sep/un_pop_2020_pf_ageing_10_key_messages.pdf
5. United Nations Economic and Social Commission for Western Asia. 2023 .Press Agency. Accessed from: <https://npasyria.com/172010/>
6. ELAHI, T; KHOSRAVI, R; RASHIDI RASHTABAD, S; AKHAVAN, A. 2014, *Hopefulness and mental disorders in the elderly. J Zanjan Univ Med Sci*, vol. 22, no. 92, 116-125
7. 2021Global Burden of Disease (GBD) [online database]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2024. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, accessed 13 August 2025.

8. CARR, AJ; THOMPSON, PW; KIRWAN, JR. 1996, *Quality of life measures. Br J Rheumatol*, vol. 35, no. 3, 275-81.
9. NASEH, L; HEIDAR, M. 2015, *Relationship between general self-efficacy and quality of life among elderly living in Chaharmahal Bakhtiari nursing homes. Iran J Aging*, vol. 10, no. 1, 1-12
10. ROMO, RD; WALLHAGEN, MI; YOURMAN, L; YEUNG, CC; ENG, C; MICCO, G, et al. 2013, *Perceptions of successful aging among diverse elders with late-life disability. Gerontologist*, vol. 53, 939–49.
11. LEVASSEUR, M; ST-CYR TRIBBLE, D; DESROSIERS, J. 2009, *Meaning of quality of life for older adults: importance of human functioning components. Arch Gerontol Geriatr*, vol. 49, 91–100
12. KISVETROVA, H; HERZIG, R; BRETNAJDROVA, M; TOMANOV, J; LANGOVA, K; & SKOLOUDI, D. 2021, *Predictors of quality of life and attitude to ageing in older adults with and without dementia. Aging & Mental Health*, vol. 25, no.3, 535–542.
13. PATRICIO, B; JESUS, L.M.T; CRUICE, M; & HALL, A. 2014. *Quality of life predictors and normative data. Social Indicators Research*, vol. 119, no. 3, 1557–70.
14. LOW, G; MOLZAHN, A. E. 2007. *Predictors of quality of life in old age: A cross-validation study. Research in Nursing & Health*, vol. 30, no. 2, 141–150.
15. ALGHAMDI, A. 2025. *Assessing quality of life among older people in Al-Baha Saudi Arabia: A crosssectional Study. Rawal Medical Journal*: vol. 50, no. 1, 183-186
16. AL-KANDARI, YY; CREWS, D.E. 2014. *Age, social support and health among older Kuwaitis. Quality in Ageing and Older Adults*, vol. 15, no. 3, 171–184.
17. JESTE, DV. 2013. *Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. Am J Psychiatry*, vol. 2, no. 170, 188-196.

18. TOUHY, TA. 2001, *Nurturing hope and spirituality in the nursing home. Holist Nurs Pract*, vol. 15, no. 4, 45-56.
19. HASSAN, E; MADIAN, A; HUSSEIN, N. 2018. *Effect of An Intervention Program On Health Related Quality Of Life (HRQOL) Among Hepatitis C Patients, IOSR Journal of Nursing and Health Science*; vol. 7, no.2 , 28-40.
20. YARNALL, AJ; SAYERM, AA; Clegg A, ROCKWOOD, K; PARKER, S; HINDLE, JV. 2017, *New horizons in multi-morbidity in older adults. Age and Ageing*, vol. 46, no. 6, 882–888.
21. Retooling for an Aging America: Building the Health Care Workforce. Institute of Medicine (US) and Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans Health Status and Health Care Service Utilization. National Academies Press. Washington; United States. 2008
22. Social changes in older adults. 2004..encyclopedia of aging 4th USA; Elsevier :2245-55.
23. NIBEDITA, J; SHRADDHA, D; HIMANSU, K.D. 2018, *Quality of Life, Psychological Well-Being and Depression among Elderly: a Co relational Study. Glob J Intellect Dev Disabil*, vol. 4, no. 2, 39-44
24. GONCALVES, J; COSTA, P; Leal, I. 2022, *Loneliness, ageism, and mental health: The buffering role of resilience in seniors. International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 23, no. 2023, 1-10.
25. ZHOU, X; ZHENG, L; YANG, H; SONG, H; SUN, Y. 2014. *The prevalence and risk factors for depression symptoms in zimea rural Chinese sample population. PloS one*, vol. 9, no. 6.
26. THAPA, S. B; MARTINEZ, P; CLAUSEN, T. 2014. *Depression and its correlates in South Africa and Ghana among people aged 50 and above: Findings from the WHO study on global Ageing and adult health. Journal of Psychiatry*, vol. 17, no. 6.
27. ATKINS, J; NISMITH, S; LOUSCOMBE, G; HICKIE, I. 2013, *Psychological distress and quality of life in older persons: relative*

- contributions of fixed and modifiable risk factors. *BMC Psychiatry*, vol. 13, no. 249.
28. SIQECA, F; YIP, O; MENDIETA, M.J. 2022, *Factors associated with health-related quality of life among home-dwelling older adults aged 75 or older in Switzerland: a cross-sectional study*. *Health Qual Life Outcomes*, vol. 20, no. 166.
29. SAMADARSHI, S; TIPAYAMONGKHOLGU, M; YODMAI, K. 2022, *Quality of life and associated factors amongst older adults in a remote community, Nepal*. *Journal of Health Research*, vol. 36, no. 1, 56–67.
30. UDDIN, MA; SOIVONG, P; LASUKA, D; JUNTASOPEEPUN, P. 2017, *Factors related to quality of life among older adults in Bangladesh: a cross sectional survey*. *Nurs Health Sci*, vol. 19, no. 4, 518-24.