



مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center



كلية الآداب
Faculty of Arts

مجلة بحوث ودراسات نفسية

يصدرها مركز البحوث والدراسات النفسية
كلية الآداب – جامعة القاهرة
دورية علمية سيكولوجية محكمة – ربع سنوية

أ.د. دينا أبو الفتوح سلام

وكيل الكلية لشئون
خدمة المجتمع وتنمية البيئة
ونائب رئيس مجلس الإدارة

أ.د. عبير محمد عبد السلام

عميد الكلية
ورئيس مجلس الإدارة

العدد الأول

المجلد التاسع عشر

يناير ٢٠٢٣ م



مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center



كلية الآداب
Faculty of Arts

مجلة بحوث ودراسات نفسية

يصدرها مركز البحوث والدراسات النفسية

كلية الآداب - جامعة القاهرة

دورية علمية سيكولوجية محكمة - ربع سنوية

السنة : ٢٠٢٣

رقم المجلة : ١٩

العنوان : مركز البحوث والدراسات النفسية - كلية الآداب - جامعة القاهرة

(١) شارع الشهيد عبد الهادي صلاح (أمام السفارة السعودية الجديدة) جمهورية مصر العربية.

المحافظة : الجيزة

التليفون : ٣٣٣٥٣٧٨٥ - ٠١٠٦٥٨٣٣٨٨٦

صفحة الفيس : مركز البحوث والدراسات النفسية بجامعة القاهرة

Issn 2735 -3680

الترقيم الدولي
المطبوع

Issn 2735 - 3699

الترقيم الألكترونى



مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center



كلية الآداب
Faculty of Arts

قواعد النشر

في مجلة بحوث ودراسات نفسية
مركز البحوث والدراسات النفسية- جامعة القاهرة

مجلة بحوث ودراسات نفسية دوريه علمية سيكلوجية محكمة تتضمن مجموعة من البحوث العلمية منهجية متخصصة في علم النفس، باللغتين العربية والإنجليزية، تتناول قضايا علم النفس بجميع فروعها وبما تشمله من نظريات وتوجهات علمية أساسية وتطبيقية حديثة وذلك لخدمة البحث العلمي، وتدعيم الروابط العلمية بين المراكز البحثية والأقسام العلمية المتخصصة.

• قواعد النشر

- ١- ألا يكون البحث قد سبق نشره أو قدم للنشر في أي مكان آخر.
- ٢- أن يكون البحث في مجال علم النفس بكل تخصصاته.
- ٣- استيفاء البحث القواعد المتعارف عليها، بحيث يشمل المقدمة وأهمية البحث ومشكلته والإطار النظري لموضوع البحث، والدراسات السابقة التي أجريت حوله، والانتهاج إلى صياغة الفروض التي يهدف إليها البحث إلى التحقق منها، ثم منهج الدراسة وإجراءاتها، بما تشمله من وصف العينة والأدوات والتحليلات الإحصائية التي استخدمت لاستخلاص النتائج، ثم وصف النتائج ومناقشتها.
- ٤- توثيق المراجع سواء في متن البحث أو قائمة المراجع النهائية طبقاً لنظام جمعية علم النفس الأمريكية (APA).



مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center



كلية الآداب
Faculty of Arts

- ٥- تكتب المصطلحات الأجنبية التي لم يستقر الرأي عليها (أو الجديدة) بجانب المصطلحات العربية في متن البحث عند ورودها للمرة الأولى، ثم تكتب بعد ذلك باللغة العربية فقط.
- ٦- تكتب المصطلحات المتعارف عليها في حاشية في نهاية الصفحة.
- ٧- ترقم المصطلحات في الحواشي السفلية بشكل تسلسلي من أول البحث حتى نهايته.
- ٨- تكتب أسماء العلماء الأجانب باللغة الأجنبية إلى جانب كتابتها باللغة العربية لورود الاسم، ثم السنة باللغة الأجنبية.
- ٩- تقدم الرسومات والأشكال البيانية بشكل جاهز للنسخ المباشر.
- ١٠- تخضع البحوث المقدمة للنشر في مجلة البحوث والدراسات النفسية للتقييم العلمي المعمى من قبل اثنين من المحكمين من أساتذة التخصص، ويتم إخطار الباحث بقبول بحثه أو ملاحظات التحكيم أو الحاجة إلى المراجعة... الخ، كما يتم إخطار الباحث إرجاع البحث إليه إذا لم يُقبل للنشر.
- ١١- يتم إصدار مجلة بحوث ودراسات نفسية ربع شهرية.
- ١٢- تقديم الباحث نبذة مختصرة عن سيرته العلمية عند النشر في المجلة لأول مرة.
- ١٣- لا يقل البحث عن ٥٠ صفحة تقريباً من حجم الكوارتو (A4)، ويشترط أن يقدم البحث إلكترونياً ومصحوباً بملخصين أحدهما باللغة العربية والآخر بالإنجليزية في حدود ١٥٠ كلمة لكل ملخص.
- ١٤- يتم تسليم الباحث ١٠ نسخ بعد الطباعة مستلات لبحثه إذا كان باحثاً واحداً، أما إذا كانا باحثين فأكثر يعطى كل باحث منهم ٥ نسخ مستلات .
- ١٥- ترسل جميع البحوث والمراسلات باسم رئيس التحرير إلكترونياً من خلال التواصل الإلكتروني مع الباحث .



مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center



كلية الآداب
Faculty of Arts

رئيس مجلس الإدارة

أ.د. عبير محمد عبد السلام

عميد كلية الآداب – جامعة القاهرة

نائب رئيس مجلس الإدارة

أ.د. دينا أبو الفتوح سلام

وكيل الكلية لشئون خدمة المجتمع وتنمية البيئة ونائب رئيس مجلس الإدارة

رئيس التحرير

أ.د. عبير محمد أنور

أستاذ علم النفس ومدير مركز البحوث والدراسات النفسية

هيئة التحرير

أ.د. معتز سيد عبدالله

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة القاهرة

أ.د. طريف شوقي فرج

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة بني سويف

أ.د. بدرية كمال أحمد شرايية

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة المنصورة

أ.د. فريح عويد العائري

أستاذ علم النفس بكلية التربية – الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب – الكويت

أ.د. أحمد عبدالفتاح عياد

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة طنطا

أ.د. عبدالمنعم شحاتة محمود

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة المنوفية

مدير التحرير

د. وفاء إمام عبد الفتاح

دكتوراه علم النفس – مركز البحوث والدراسات النفسية بكلية الآداب – جامعة القاهرة

سكرتير تحرير المجلة

أ. أمل السيد الحسيني

اختصاصي أول تقنية معلومات

المنسق الإلكتروني

أ. أيمن أبو العلا

اختصاصي أول تكنولوجيا المعلومات



مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center



كلية الآداب
Faculty of Arts

الهيئة الاستشارية

أ.د. الحسين عبدالمنعم

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة القاهرة

أ.د. أحمد عبدالخالق

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة الإسكندرية

أ.د. أيمن عامر

أستاذ ورئيس قسم علم النفس بكلية الآداب – جامعة القاهرة

أ.د. طارق عبدالوهاب

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة الفيوم

أ.د. طه المستكاوي

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة أسيوط

أ.د. عادل كمال خضر

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة بنها

أ.د. عويد سلطان المشعان

أستاذ ورئيس قسم علم النفس بكلية العلوم الاجتماعية – جامعة الكويت

أ.د. محمد دسوقي

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة المنيا

أ.د. محمود خيال

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة المنوفية



مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center



كلية الآداب
Faculty of Arts

مجلة بحوث ودراسات نفسية

يصدرها مركز البحوث والدراسات النفسية

كلية الآداب - جامعة القاهرة

دورية علمية سيكولوجية محكمة - ربع سنوية

الفروق الارتقائية بين مرحلتي الرشد الأوسط والرشد المتأخر في

الإدراك الذاتي للتقدم في العمر

أ.رشا محمد مصطفى أمين

اختصاصية نفسية بمركز البحوث والدراسات النفسية

كلية الآداب - جامعة القاهرة

د.أماني أحمد يحيي

مدرس علم النفس الارتقائي الاجتماعي

كلية الآداب - جامعة القاهرة

د.فكري محمد العتر

أستاذ علم النفس الارتقائي

كلية الآداب - جامعة القاهرة



مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center



كلية الآداب
Faculty of Arts

المحتويات

الصفحة	الموضوع
٧٧-١	الفروق الارتقائية بين مرحلتي الرشد الأوسط والرشد المتأخر في الإدراك الذاتي للمتقدم في العمر أ.رشا محمد مصطفى أمين د.فكري محمد العتر د.أماني أحمد يحيي
١١٣-٧٩	السلوك التدميري المشوّش وعلاقته بالطمأنينة النفسية لدى المراهقين الأيتام المصابين بالصرع د. شيماء محمد جادالله د. سليمان محمد سليمان
١٥١-١١٥	الآثار السلبية للحجر الصحي على الصحة النفسية لدى المصابين بفيروس كورونا والمشتبه بإصابتهم د. غادة سعد سليمان الطلحة

الفروق الارتقائية بين مرحلتي الرشد الأوسط والرشد المتأخر

في الإدراك الذاتي للتقدم في العمر

أ.رشا محمد مصطفى أمين

اختصاصية نفسية بمركز البحوث والدراسات النفسية

كلية الآداب - جامعة القاهرة

د.أمانى أحمد يحيى

مدرس علم النفس الارتقائي الاجتماعي

كلية الآداب - جامعة القاهرة

د.فكري محمد العتر

أستاذ علم النفس الارتقائي

كلية الآداب - جامعة القاهرة

المخلص

هدف البحث الحالى إلى الكشف عن الفروق بين مرحلتى الرشد الأوسط والرشد المتأخر في الإدراك الذاتى للتقدم فى العمر. وقد تكونت عينة الدراسة من (١٢٠) من الذكور موزعين على المرحلتين الارتقائيتين اللتين يتناولهما موضوع الدراسة: الرشد المبكر (٦٠) راشداً، والرشد المتأخر (٦٠) راشداً. واشتملت أدوات الدراسة على: مقياس الإدراك الذاتى للتقدم فى العمر إعداد (Brothers,2016) (ترجمة الباحثة) وتم حساب خصائصه السيكومترية المتمثلة فى الثبات والصدق، حيث يتكون المقياس من خمسة مجالات للإدراك الذاتى للشيخوخة، عبر إدراك المكاسب والخسائر فى تلك المجالات: الوظائف النفسية والبدنية، والوظائف المعرفية، والعلاقات البينية الشخصية، والوظائف المعرفية الاجتماعية والوجدانية، وأسلوب الحياة والمشاركة الاجتماعية. ولم تكشف نتائج الدراسة الحالية عن فروق جوهرية بين الرشد الأوسط (٤٥ - ٦٠ سنة) والرشد المتأخر نسبياً أو الشيخوخة (٦٥ - ٧٥ سنة) فى إدراك مكاسب وخسائر كل من الأداء المعرفي، والعلاقات البينية الشخصية، والمعرفة الاجتماعية والوجدانية. كما كشفت النتائج زيادة

إدراك الخسائر في مجال الصحة البدنية -بصورة جوهريّة- لدى المجموعة العمرية الأصغر نسبياً (٤٥-٥٠ سنة)، بينما تضاعف إدراك خسائر الصحة البدنية -بصورة جوهريّة- أيضاً لدى المجموعتين العمريتين الأكبر (٦٥-٧٠، ٧٠-٧٥)، في مقابل زيادة إدراك مكاسب الصحة البدنية لديهم.

الكلمات المفتاحية: الإدراك الذاتي للتقدم في العمر - الفروق الارتقائية - الرشد الأوسط والرشد المتأخر.

The Developmental Differences between Middle and Late Adulthood in Self Perception of Aging

Rasha Mohamed Mostafa

Psychologist in Psychological Research center-Cairo University

Dr.Fekry Mohammed Aletr

Dr.Amany Ahmed Yehia

Professor of Developmental Psychology

Dr. of Social Developmental Psychology

Faculty of Arts-Cairo University

Faculty of Arts-Cairo University

Abstract

This study aims at showing the differences between middle and late adulthood stage in self perception of aging. The study sample consists of 120 male divided between the two developmental stages in which the study includes: - the early adulthood (60) adults, the late adulthood (60) adults. For scales we used: Awareness of age –related change (AARC) made by (Brothers, 2016), "translated by the researcher", the psychometric properties are calculated; represented by reliability and validity. The scale consists of five domains in self perception of aging: Mental and Physical Functioning, Cognitive Functioning, Interpersonal Relations, Social Cognitive and Social Emotional Functioning, Life style and positive Engagement. The results of the study did not show any major differences between middle adulthood stage (45-60 years) or and the nearly late adulthood or aging (65-75 years) in perception the gains or losses of the Cognitive Functioning, interpersonal Relations and Cognitive and Social Emotional Functioning. The results indicate a great increase in perception of losses for Mental and Physical Functioning domain among relatively younger individuals aged (45-50 years), perception of losses for Mental and Physical Functioning decreased substantially among relatively older individuals aged between (65-70, 70-75 years), which means their perception of gains in Mental and Physical Functioning increased.

Key Words: Self Perception of Aging- Developmental Differences – Middle Adulthood Stage and Late Adulthood Stage

مقدمة

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن الفروق بين مرحلتى الرشد الأوسط والرشد المتأخر فى الإدراك الذاتى للتقدم فى العمر. وتُعد الشيخوخة بشكل عام مرحلة تدهور فى الصحة البدنية، والمعرفية، والنفسية، والاجتماعية، ومرحلة من التغيرات التى تؤدى إلى قصور بنيوي ووظيفي (Townsend, 2015). وتُعرّف منظمة الصحة العالمية الشيخوخة بأنها "انخفاض إمكانات الفرد فيما يتعلق بقدرته على التكيف مع العوامل البيئية" (WHO, 2015). ووفقاً لمناقشة إريكسون Erikson، للشيخوخة التى يتناولها من منظور نفسي اجتماعي، فإنه يرى أن الأفراد الذين تبلغ أعمارهم ٦٥ سنة فما فوق يدرسون حياتهم؛ حيث تعنى دراسة حياة الفرد العودة والنظر فى تجارب حياته الخاصة وتقييمها وإعادة تفسيرها، فتؤدى أحداث مثل فقدان القوة البدنية، والتقاعد، وموت الأقران، إلى قيام الفرد بدراسة حياته ومراجعة ماضيه، فغالباً فى هذه المرحلة من العمر ما يطرح الفرد أسئلة مثل: هل عشت حياة كاملة؟ وهل كان بإمكانى أن أعيش حياة أكثر سعادة؟ فإذا كانت الإجابة على مثل هذه الأسئلة إيجابية فإن الأفكار والذكريات الناشئة عن دراسة الماضي ستخلق صورة حياة جديدة، وسيصل فى هذه المرحلة من العمر إلى التكامل الذاتى؛ أما إذا قام المسن بتحليل سلبي لمرحلة أو أكثر من مراحل حياته الماضية، فإن أفكاره حول القيمة الإجمالية لحياته وماضيه ستكون سلبية، وسيكون لدى الفرد مشاعر اليأس والاكتئاب، معتقداً أنه لم يحصل على ما يريد من الحياة. (yildis, 2013).

أما بالنسبة للمهام الارتقائية؛ يتوقع من الأفراد المسنين تحقيق المهام الارتقائية مثل: التكيف مع انخفاض القوة البدنية، وتدهور الحالة الصحية أثناء تقدمهم فى السن، وإكمال المهام الحياتية التى يجب أن يكونوا قادرين على القيام بها، والعناية بصحتهم، والتكيف مع المواقف السلبية المحتملة مثل: الإرهاق الانفعالي والجسدي، وفقدان الأدوار، والتكيف مع انخفاض الدخل الذى قد ينشأ مع التقاعد، وقبول وفاة أزواجهم، وإقامة علاقات

التقارب أو الصداقة، والوفاء بمسئوليتهم الاجتماعية من أجل حياة أسهل (Kilicanslanm&Yavuger, 2021).

ويحدد الباحثون الارتقائيون الشيخوخة المبكرة من ٦٥-٧٤ سنة، ومن ٧٥-٨٤ شيخوخة متقدمة، ومن ٨٥ فأكثر تحدد على أنها مرحلة المسنين المعمرين، (Santrock, 2013). ويظهر كبار السن البالغين من العمر ٨٥ عامًا عندما ينتقلون إلى الفئة الأكبر سنًا - خصائص مختلفة عن المسنين الأصغر سنًا على وجه الخصوص، حيث يعيش المسنون الأصغر سنًا - عادة - حياة مستقلة مع مستويات أعلى من الصحة النفسية والجسدية، في حين أن المسنين الأكبر سنًا هم أكثر عرضة -جسديًا ونفسيًا- لارتفاع معدل انتشار الأمراض والاضطرابات الوظيفية بالإضافة إلى زيادة الحاجة إلى العناية المركزة (Chai & jun, 2017)، وعلى الرغم من أنهم يعانون من مشاكل صحية أكثر (Martin et al., 2015). كما أشار همبل Hempel وتيلور Taylor وكونولي Connolly والبس Alpass وستيفن Stephens (2017) أن القلق المتزايد -بغض النظر عن المتغيرات الديموجرافية- يؤدي إلى انخفاض الصحة النفسية والبدنية، ونوعية الحياة في الشيخوخة المبكرة.

والشيخوخة هي عملية نشطة، مليئة بكل من المكاسب والخسائر (Baltes, 1987)، والتي تؤثر على إدراكاتنا لخبرتنا؛ ففي مدى الحياة، يتم تنمية معتقدات أساسية فيما يتعلق بطبيعة عملية الشيخوخة (Boder, 2021)، كما تنعكس في تفسير خبراتنا الخاصة بالشيخوخة على مدار الحياة، ويصبح العمر الموضوعي ذاتيًا بشكل متزايد كما يتضح من الاختلافات بين العمر الذاتي والعمر الزمني الذي يزداد بمرور الوقت (Montepare, 2009). ويطلق على مزيج من أفكارنا ومعتقداتنا حول خبرتنا الشخصية في الشيخوخة -التصورات أو الإدراكات الذاتية للشيخوخة-. وعلى الرغم من أن الأبحاث تشير إلى ارتفاع معدل انتشار التغيرات السلبية مع التقدم في العمر، فإن كبار السن يشعرون بانهم أصغر سنًا مما هم عليه في الواقع، كما يشعرون عمومًا بالرضا عن تقدمهم في السن (Gana, Alaphilippe, & Bailly, 2004; Rubin & Berntsen, 2006).

وتُعد دراسة التغيير المرتبط بالزمن مهمة، إذ إن التغيير قد يعكس قدرة الأفراد على التكيف مع التغيرات المرتبطة بالعمر في مجالات مختلفة من الأداء (مثل: الصحة، والقدرات المعرفية)، فقد اتضح ذلك من خلال بيانات دراسة طويلة (استمرت لمدة ٦ سنوات) عن الشيخوخة، أجراها كل من بالتس Baltes وماير Mayer (1999) وهدفت إلى دراسة التغيير المرتبط بالوقت في العمر الذاتي والرضا عن الشيخوخة، كما أشارت إلى أن المعلومات عن المسارات المختلفة للاستقرار والتغيير في التصورات الذاتية للشيخوخة في عينة غير متجانسة من كبار السن قد تعزز فهمنا لمقاومة الذات المتشيخة (Brothers, 2016).

تشير بعض النماذج المبكرة للتقدم في العمر، مثل نظرية التحرر من الالتزامات لكيمينج Cummings وهنري Henrys (1961)، التي ترى أن الشيخوخة زمن لا مفر منه للانسحاب والتدهور، وعلى الرغم من أن هذه النظرية قد فقدت مصداقيتها بشكل رئيسي، فإن العديد من الأطر السلبية حول الشيخوخة لا تزال قائمة (Bowling, 2008)؛ على سبيل المثال: في مجال الرعاية الصحية، غالبًا ما تهيمن النماذج الطبية الحيوية على تصورات الشيخوخة مع التركيز على العملية الجسمانية، حيث تتمثل إحدى الصعوبات المتعلقة بالشيخوخة في إطار النموذج الطبي الحيوي للرعاية الصحية في استخدامهم لنماذج العجز ووصفها للشيخوخة بأنها مرحلة تدهور (Vincent, 2006).

وعلى العكس من ذلك، فقد حوّل الباحثون تفكيرهم بشكل متزايد عن أفكار الشيخوخة من كونها مرحلة تدهور إلى فكرة إعطاء الأولوية لنوعية الحياة (Bowling, 2008)، وهذه التحولات تتطلب أطرًا نظرية جديدة، مثل: التقدم الناجح في العمر، والشيخوخة الإيجابية والشيخوخة النشطة (López-López, & Sánchez, 2019).

وعلى الرغم من أن النماذج المبكرة تتوافق مع التصورات الطبية الحيوية للشيخوخة الناجحة، وتعطي الأفضلية للصحة البدنية والمعرفية (Rowe & Kahn, 1997)، فقد تطورت الأطر لدعم رؤية أكثر توجهاً للمشاركة الاجتماعية والنظر في إدراكات وتصورات

كبار السن لماهية التقدم الناجح في العمر، حيث إن هناك تباين بين المقاييس الموضوعية للباحث والتصورات الشخصية لكبار السن للتقدم الناجح في العمر (Coso et al., 2014). فقد تخلق الأطر السلبية للشيخوخة إدراكات وتصورات متعلقة بالشيخوخة لها نتائج نفسية وجسدية (Wurm et al., 2013). والتمييز ضد المسنين هو التحيز ضد كبار السن والشيخوخة، وهو أحد أكثر أشكال التحيز انتشاراً وقبولاً في المجتمعات في جميع أنحاء العالم (Palmore, 2001; WHO, 2015)، ويحدث هذا التحيز على أساس فردي راسخ في تفاعلاتنا المجتمعية، والممارسات الثقافية، والمؤسسات (Iverson et al., 2009).

ويتضمن التمييز ضد كبار السن ثلاثة مكونات: المكون المعرفي، والمكون الوجداني، والمكون السلوكي، وهذه المكونات يمكن أن تكون صريحة أو ضمنية (Iverson et al., 2009). كما يمكن أن تؤدي القوالب النمطية ووصمة العار لكبار السن إلى التمييز الذاتي، ووصمة العار الذاتي، فوصمة العار الذاتية ممكن أن تخلق وضعاً يكون فيه الشخص على دراية بالصورة النمطية والتحيز، ويبدأ في استيعابها (Sheehan et al., 2017). وتتضمن العملية إدراك وصمة العار والموافقة عليها، ومن ثمّ تطبيقها على الذات (Sheehan et al., 2017).

وينظر إلى نظريات التمييز الذاتي للعمر على أنه تجسيد للصورة النمطية، والذي يحدث عندما يصبح الخطاب الثقافي المحيط بالشيخوخة متكاملًا من قبل الفرد، ويحدث تجسيد الصورة النمطية للعمر من خلال عدة عمليات، يتم من خلالها تعلم القوالب النمطية وتعزيزها طوال دورة الحياة، ويمكن أن تكون غير واعية، وتصبح قوالب نمطية ذاتية، وتؤثر على الفرد بطرق متعددة من خلال مسارات متعددة (Levy, 2009).

وعلى الرغم من أن البحث في الصور النمطية الذاتية يسלט الضوء على النتائج السلبية المتزايدة، فإن الجانب الآخر يتمثل في التصورات الذاتية الإيجابية للشيخوخة، فقد ثبت أن لها نتائج إيجابية مثل زيادة طول العمر (Levy et al., 2002)، وبالنظر إلى

الآثار المترتبة على التصورات والإدراكات الذاتية للشيخوخة على دورة الحياة، فمن المهم فهم التصورات الذاتية لكبار السن عن الشيخوخة لأن لها تأثيرًا كبيرًا على نوعية الحياة، كما أنها تشير إلى الكيفية التي تنظر بها المجتمعات إلى شيخوخة السكان.

فلدى الباحثين تصوراتهم الخاصة عن الشيخوخة التي قد تؤثر على كيفية تعاملهم مع البحث، كما يمكن أن تحتوي الأسئلة المطروحة حول الشيخوخة على افتراضات أساسية حول العمر، علاوة على ذلك تعتمد التصورات الذاتية للشيخوخة على نقاط مرجعية مختلفة للمقارنة (Miche et al., 2014). على سبيل المثال: قد يقارن الفرد شيخوخته بمجموعته أو بأفراد أصغر منه، وعندما يسأل كبار السن عن تصوراتهم للعمر، فإن الصياغة المستخدمة قد تقودهم إلى التفكير في تقدمهم في العمر مقارنة بنقاط مرجعية محددة.

وبناءً على ذلك، تكتسب هذه الدراسة أهمية خاصة من كونها تأتي في إطار تراث بحثي حديث نسبياً اجتمع حول اختبار ما جاء به منظور الارتقاء عبر دورة الحياة من مبادئ ارتقائية وفروض ومستويات لدراسة التغيرات في العمليات النفسية المرتبطة بالعمر.

ولتوضيح دواعي أهمية الدراسة المقترحة من هذه الزاوية نعقد مقارنة بين التصورات التقليدية للتغيرات المرتبطة بالعمر، خاصة تلك المرتبطة بالمكاسب الارتقائية والخسائر، والتي سادت عقود القرن العشرين حتى بداية العقد الأخير منه، وتصورات منظور الارتقاء عبر دورة الحياة التي بدأت تهيمن على المجال منذ تسعينيات القرن العشرين وحتى الآن.

ولعل بالنتس Baltes (1987) هو أكثر منظري منظور الارتقاء عبر دورة الحياة وضوحاً في تعريف معنى المكاسب والخسائر الارتقائية. فالمقصود **بالكسب** اكتساب بناءات ووظائف جديدة، ومواطن تحسن في فاعلية أو كفاءة البناءات القديمة والوظائف الموجودة بالفعل، أو اكتساب تطبيق جديد لبنية أو وظيفة موجودة في مجالات أو مهام مختلفة. أما بالنسبة **للخسارة أو الفقد** فيقصد بها إما اختفاء أو زوال بناءات أو وظائف

موجودة، أو تناقص في فاعلية أو كفاءة بناءات أو وظائف قديمة. والأهم في تعريف بالتس، أن الكسب لا يحمل خيراً على طول الخط، كما أن الفقد أو الخسارة لا تحمل سوءاً على طول الخط.

وارتكزت أعمال بالتس وزملائه في هذا المجال على عدة مسلمات استندت إليها نظرية الارتقاء عبر دورة الحياة، مؤداها: أن التغيرات الارتقائية ممتدة بطول العمر، وأنها متعددة الأبعاد والاتجاهات، وأن المراحل الارتقائية متساوية في أهميتها، إذ إن المراحل المبكرة ليست أهم ارتقائياً من المراحل المتأخرة في دورة الحياة، ويتسم مسار الارتقاء بالمطاوعة، وتتأثر التغيرات الارتقائية بالسياق البيئي، والمسلمة الأخيرة، أن مسار الارتقاء يتضمن الكسب والخسارة أو التزايد والتناقص في كفاءة العمليات النفسية.

مدخل إلى مشكلة البحث:

تُعد الطريقة التي يدرك بها الأفراد ويفسرون ويختبرون عملية الشيخوخة لديهم وعمرهم الزمني هي إحدى القوى النفسية التي تؤثر بلا شك على مسار الشيخوخة. وتشير الأدلة التجريبية في مجال الشيخوخة الذاتية أن الأفراد الذين لديهم توقعات واتجاهات سلبية بشأن التقدم في العمر هم أكثر عرضة لخطر تطور العديد من النتائج السلبية عند تقدمهم في العمر. على سبيل المثال لا الحصر: ترتبط الشيخوخة الذاتية السلبية تجريبياً بضعف الأداء البدني والمعرفي (Levy et al., 2002; Robertson et al., 2016; Robertson et al., 2015)، وزيادة خطر الإصابة بمشكلات طبية حادة، بما في ذلك أمراض القلب والأوعية الدموية، والسقوط ودخول المستشفى (Levy et al., 2015; Moser et al., 2011)، والإصابة بالزهايمر، (Levy et al., 2016)، وقصر طول العمر بمتوسط ٧,٥ سنة (Levy et al., 2002).

وتُعد هذه الدراسات جزءاً من مجموعة متزايدة من الأدلة التي توضح وجود صلة لا يمكن إنكارها بين الطريقة التي يدرك بها الأفراد العمر والشيخوخة، ومسارات الارتقاء والنتائج التي قد تظهر خلال مرحلة الرشد، بالإضافة إلى الدور المحتمل الذي تلعبه

الشيخوخة الذاتية في تشكيل مسارات الشيخوخة والذي يعد له دوراً هاماً، وبالنظر إلى الأدلة المتراكمة على احتمالات المرونة الارتقائية خلال مرحلة الرشد واستمرار الدعم التجريبي لعدم تجانس ظهور الشيخوخة، وإمكانية البقاء بصحة جيدة حتى الأعمار المتقدمة جداً أصبحت حقيقة أكثر واقعية (Lowsky et al., 2014).

وتقدم هذه الأدلة الدعم لاستكشاف العوامل السلوكية والثقافية والاجتماعية التي قد تساعد في تغيير مسار الشيخوخة للأفضل، ومنذ منتصف السبعينيات ذكر أنه من أكثر التغيرات اللافتة للنظر في نموذج الشيخوخة هو الاعتراف بالفروق الفردية والمرونة في عملية الشيخوخة (Aldwin et al., 2006).

تشمل تفسيرات التباين المتزايد الملاحظ في الشيخوخة مجموعة من العوامل السلوكية والنفسية التي يمكن أن تسرع عملية الشيخوخة البيولوجية (مثل: السمنة، والتدخين، والتوتر) بالإضافة إلى عوامل أخرى قد تبطئ عملية الشيخوخة، مثل: (التدريب، الدعم الاجتماعي، معتقدات التحكم) (Al_dwin,etal., 2006).

تهتم الأبحاث الخاصة بالشيخوخة الذاتية بفكرة أن الراشدين من جميع الأعمار لديهم توقعات واتجاهات معينة حول التقدم في العمر، وأن دراسة هذه الاتجاهات لها صلة مباشرة بارتفاع الحياة في وقت لاحق. تعتمد أبحاث الشيخوخة الذاتية على العمل المبكر في عامي ١٩٦٠ و ١٩٧٠ من قبل رواد في هذا المجال، مثل: برنيس نيوجارتن Robert Bernice Neugarten (1967, p. 197)، وروبرت كستنبوم (Kastenbaum, Derbin, Sabatini & Kantt, 1972)، وبول لوتن Poell Lawton (1975).

ثم أشارت هذه الأبحاث إلى الاستبطان من قبل الراشدين الناجحين في منتصف العمر لمتابعة وتحقيق أهداف حياتهم، وتشمل أبحاث الشيخوخة الذاتية المبكرة على مفهومين، وهما الإحساس بالعمر^١ والاتجاهات نحو الشيخوخة. (Brothers,2016)

¹ Felt Age

الإحساس بالعمر:

أدت جهود كستنباوم Kastenbaum لتفعيل الشيخوخة الذاتية إلى نشوء العمر المحسوس، والذي لخص الشيخوخة الذاتية في سؤال يبدو بسيطاً لكنه قوي، ويتمثل في، ما هو العمر الذي تشعر به؟ (Barrelt, 2005)، حيث هدف من دراسة العمر المحسوس استكمال مقاييس أخرى للعمر، (مثل: العمر الزمني، والعمر البيولوجي، والعمر الوظيفي)، وقد أشارت نتائج دراسات العمر المحسوس في التراث بارتباطه بمجموعة من النتائج ذات الصلة (وتشمل الذاكرة، وظيفة المشي، السعادة النفسية، استجابات المعايضة للسرطان، وأمور أخرى) (Boehmer, 2007; Kleinspehn et al., 2008; Montepare, 2009)؛ وأنه أكثر إفادة من العمر الزمني لوصف مرحلة ارتقاء الفرد (Barret, 2003)، لأنه غالباً يتم مقارنة أقوى القدرات التنبؤية للبقاء على قيد الحياة بالحالة الصحية الموضوعية، كما أظهرت الدراسات التي أجريت على العمر المحسوس أن معظم الراشدين يصفو شعورهم بأنهم أصغر من عمرهم الزمني بمعدل ٢٠% (Rubin & Berntsen, 2006) ويرتبط شعورهم بأنهم أصغر من عمرهم بمؤشرات إيجابية للصحة والسعادة (Stephan et al., 2013).

الاتجاهات نحو الشيخوخة^٢:

وقد ذكر لاوتن Lawton (1975) أن مفهوم الاتجاهات نحو الشيخوخة حظي باهتمام واسع النطاق في تراث الشيخوخة الذاتية، وعرف بأنه: "الاتجاهات نحو الشيخوخة الذاتية" والتي يشير إليها أحياناً بالرضا عن الشيخوخة^٣ أو الإدراك الذاتي للشيخوخة^٤. كما يشير هذا المفهوم إلى التقييم الشامل أو الكلي للفرد لعملية الشيخوخة الخاصة به.

² Attitudes Toward Own Aging (ATOA)

³ Satisfaction with Aging

⁴ Self- Perceptions of Aging

وتمثل المفاهيم المبكرة للشيخوخة الذاتية (العمر المحسوس) والاتجاهات نحو الشيخوخة جهداً مهماً لتعزيز فهم الخبرة الذاتية للشيخوخة وأهميتها للنتائج الارتقائية، ومع ذلك، هناك العديد من المشكلات المهمة في مفاهيم الشيخوخة الذاتية الحالية، تتمثل فيما يلي:

المشكلة الأولى: الاعتماد على تلك المفاهيم لعدة عقود أعاق تطوير تدابير أكثر تفصيلاً وقائمة على أسس نظرية، وأحد القيود في هذا المجال هو فقدان التماسك والتميز المفاهيمي بين مفاهيم الشيخوخة الذاتية الحالية (Diehl & Wahl et al., 2014) على الرغم من طرح العديد من المفاهيم، فإن أيًا منها ليس لديه خلفية نظرية أو مفاهيمية مفصلة للغاية، ولم يتم فحص الارتباط أو المساهمات الفريدة لكل منها.

المشكلة الثانية: هو أن هناك اعتماداً في المقام الأول على التقييم الكلي وأحادي البعد للشيخوخة الذاتية دون اعتراف صريح بأن تجارب الشيخوخة الذاتية للأفراد تختلف بالتأكيد عبر مجالات الحياة والسلوك المختلفة. على سبيل المثال، قد تختلف تجارب الشيخوخة في مجال الأسرة عن تلك الموجودة في المجالات المادية والمتعلقة بالعمل.

المشكلة الثالثة: فشل الطبيعة أحادية الاتجاه لمفاهيم الشيخوخة الذاتية في إدراك مبدأ رئيسي لنظرية الإرتقاء مدى الحياة التي تحدث فيها المكاسب والخسائر المرتبطة بالعمر بشكل متزامن.

وبناءً على المشكلات السابقة وظهور الوعي بالتغيير المرتبط بالعمر كمفهوم تفصيلي للشيخوخة الذاتية تم تقديم منحنى الوعي بالتغيير المرتبط بالعمر^٥ كمنحنى جديد لتطوير الشيخوخة الذاتية، حيث تم التعبير عنه نظرياً من خلال (Diehl & Wahl, 2010)، وتم تطويره باعتباره منحنى متعدد الأبعاد والاتجاهات لفهم المواقف النفسية والسلوكية المحددة التي تجعل الأفراد على دراية بأعمارهم.

⁵ Awanness of Age- Related Change (AARE)

فقد حاول منحي الوعي بالتغيير المرتبط بالعمر الإجابة على السؤال التالي: ما الذي يأخذه الأفراد في الحسبان عند التفكير في العمر الذي يشعرون به أو عندما يذكرون فيما إذا كانت الشيخوخة أفضل أو أسوأ مما توقعوا؟

كما يعبر هذا المنحي عن المعرفة الذاتية لشيخوخة الذات، وهو شكل من أشكال المعرفة الذاتية الضمنية حول تجربة الشخص مع الشيخوخة، والتي يتم دمجها في مفهوم الذات لدى الشخص بوصفها جانباً أساسياً من جوانب الشيخوخة الذاتية وهوية الشيخوخة (Diehl & Breathes, 2015)، وتطوير المعرفة الذاتية المتضمنة في هذا المنحنى من التجارب اليومية والملاحظات الذاتية، بما في ذلك ردود فعل الآخرين والتفاعلات معهم.

منحي الوعي بالتغيير المرتبط بالعمر متعدد الاتجاهات والأبعاد (AARC)

يتضمن مفهوم الوعي بالتغيير المرتبط بالعمر متعدد الاتجاهات والأبعاد كلاً من الخبرات الذاتية الإيجابية والسلبية للشيخوخة في خمسة مجالات من الحياة، هي: الصحة والأداء البدني، والوظائف المعرفية، والعلاقات الشخصية، والوظائف الاجتماعية المعرفية، والاجتماعية الانفعالية، وأسلوب الحياة والمشاركة.

وتشير المجالات السلوكية النظرية في ظاهرها إلى العديد من خبرات الشيخوخة المختلفة، بالإضافة إلى الإشارة إلى الكفاءات الإيجابية والسلبية، المشار إليها باسم المكاسب^٦ والخسائر^٧ على التوالي، ونظراً للتركيز على مجالات الحياة المختلفة، وعلى كل من التغييرات الإيجابية والسلبية، فمن المتوقع أن يسمح تقييم (AARC) بفهم أكبر للمواقف اليومية المحددة وأحداث الحياة التي تجعل الناس على دراية بعملية الشيخوخة الخاصة بهم (Diehl & Wahl, 2010).

⁶ AARC Gains

⁷ AARC Losses

وأخيراً يشمل (AARC) على التغييرات الإيجابية والسلبية المرتبطة بالعمر عبر مجالات سلوكية متعددة، ويمثل معرفة ذاتية صريحة حول الشيخوخة التي تتطور وتتغير على مدار سنوات الرشد.

ويتطلب إدخاله في دراسة الشيخوخة الذاتية أن نولي اهتماماً للتجارب المحددة التي يلاحظها الأفراد حول تقدمهم في العمر، وكيف يمثلون معرفياً هذه التجارب المرتبطة بالعمر. حيث يسهم منحي الوعي بالتغيير المرتبط بالعمر متعدد الاتجاهات والأبعاد مساهمة قيمة؛ لأن لديه القدرة على تعزيز فهم الروابط بين الشيخوخة الذاتية والصحة والرفاهية.

ويعبر الإدراك الذاتي للشيخوخة عن معتقدات وتصورات يتبناها كبار السن حول شيخوختهم، ويتم تصورها وفقاً للأبعاد والاتجاهات المتعددة للشيخوخة (Baltes, 1987)، فالشخص لا يمتلك عادة تصور ذاتي واحد، ولكن العديد من التصورات المختلفة في مجالات مختلفة؛ مما يشير إلى تعدد الأبعاد (Kornadt & Rothermund, 2015). بالإضافة إلى ذلك، تتكون هذه التصورات من المكاسب والخسائر المرتبطة بالعمر، مما يعني أن ارتقائها ليس موحداً، ومن ثم فهي متعددة الاتجاهات.

على سبيل المثال، يمكن أن ترتبط شيخوخة الفرد بالخسائر والتدهور في المجال الصحي، ولكن في نفس الوقت، ترتبط بالمكاسب والنمو في الكفاءات الشخصية؛ كالحكمة والصبر.

الأسئلة البحثية:

تتلخص أسئلة البحث في الآتي:

- ١- هل توجد فروق ارتقائية مرتبطة بالعمر بين الرشد الأوسط والرشد المتأخر في الإدراك الذاتي لمكاسب الصحة البدنية والخسائر؟
- ٢- هل توجد فروق ارتقائية مرتبطة بالعمر بين الرشد الأوسط والرشد المتأخر في الإدراك الذاتي للمكاسب في الوظائف المعرفية والخسائر؟
- ٣- هل توجد فروق ارتقائية مرتبطة بالعمر بين الرشد الأوسط والرشد المتأخر في الإدراك الذاتي لمكاسب العلاقات البينية الشخصية والخسائر؟
- ٤- هل توجد فروق ارتقائية مرتبطة بالعمر بين الرشد الأوسط والرشد المتأخر في الإدراك الذاتي لمكاسب الوظائف الاجتماعية المعرفية والخسائر؟
- ٥- هل توجد فروق فردية بين الرشد الأوسط والرشد المتأخر في أسلوب الحياة والمشاركة؟

وتستهدف الدراسة في إطار مسعاها الرئيسي الأهداف التالية:

- اختبار نموذج الارتقاء عبر دورة الحياة، خاصةً ما يتعلق بعمليات التوازن الإيجابي بين الخسائر والمكاسب، في إطار الثقافة المحلية.
- محاولة دراسة التكيف بصورة أكثر عمقاً، تبتعد عن الرؤى الخطية الأحادية، إذ التكيف ليس هو تحقيق المكتسبات على طول الخط، وليس سوء التكيف هو الخسارة والعجز عن تحقيق المكتسبات على طول الخط، بل إن التكيف بمعناه الإنساني العميق هو تحقيق التوازن الإيجابي بين مكتسبات قائمة ومحتملة، وخسائر قائمة ومحتملة أيضاً؛ وفي المقابل، يكمن سوء التكيف في العجز عن هذا التنظيم.

- محاولة التحقق من مدى وعي الأشخاص الراشدين والمتقدمين في العمر بما لديهم من مكتسبات، وفواقد أو خسائر، فضلاً عن الفروق العمرية.
- أن نسعى من خلال هذه الدراسة إلى وضع أساس علمي لبناء برامج إرشادية للمتقدمين في العمر.

المفاهيم والإطار النظري

يختص هذا الجزء بتقديم إطار نظري واضح لمفهوم الدراسة.

الإدراك الذاتي للتقدم في العمر

الإدراك الذاتي للشيخوخة، والقوالب النمطية الذاتية للشيخوخة، والرضا عن الشيخوخة في التراث، تعبر هذه المفاهيم عن تقييم الأفراد لشيخوختهم (Kleinspehn et al., 2008).

يتم تعريف التصورات الذاتية للشيخوخة على أنها شكل من أشكال معرفة الذات حول ارتفاع الفرد في مرحلة الرشد (Diehl et al., 2015)، ويشمل الإدراك الذاتي للشيخوخة أفكار الفرد وقيمه واتجاهاته حول الشيخوخة.

وخلال عملية الشيخوخة، يعاني الفرد من بعض التغيرات المعرفية والبدنية والاجتماعية، قد تختلف هذه التغيرات من شخص لآخر اعتماداً على أسلوب حياة الفرد أو عاداته وخصائصه الوراثية أو الاضطرابات الجسدية والعقلية، وهذه التغيرات التي تحدث بطرق مختلفة من فرد لآخر ينتج عنها تغير منظور الفرد تجاه الشيخوخة (Levy, 2003)، في الوقت نفسه، لا يعتمد تصور الفرد الذاتي للشيخوخة على تجربة الفرد فحسب، بل يعتمد أيضاً على رسائل بيئته الاجتماعية حول الشيخوخة.

وتشير نظرية تجسيد الصورة النمطية لليفي (Levy ٢٠٠٩) إلى أن تعرض الأفراد للصور النمطية السلبية عن كبار السن منذ صغرهم - يؤدي إلى استبعادهم تدريجياً، وإدراكهم لعمليات الشيخوخة بشكل سلبي، بالإضافة إلى ذلك، فإن تطور الإدراك الذاتي

السلبى للشيخوخة بسبب الصور النمطية السلبية عن كبار السن يتسبب في انسحاب الأفراد من الحياة الاجتماعية والعلاقات الوثيقة (Levy, 2009)؛ لذلك، يتأثر أفراد كبار السن بالإدراك الذاتى للشيخوخة في العديد من العوامل، مثل: الصور النمطية التي أنشأها المجتمع، والفترة العمرية التي يعيش فيها الفرد، والتغيرات الفسيولوجية والاجتماعية التي تحدث فيه (Keller et al., 1989).

وأشارت الدراسات أن العديد من كبار السن يرون أنهم يتقدمون في السن بنجاح على الرغم من التدهور البدني والمعرفي والنفسي والاجتماعي (Martin, et al., 2015; kim & park, 2017; fougner et al., 2019)، وارتبط إدراكهم لأنفسهم بتقدمهم في العمر بنجاح بالسعادة النفسية (Strawbridge et al., 2002).

وقد ذكر بينستوك Binstock (1997) أن السعادة النفسية للأفراد المتقدمين في العمر بنجاح ستمنحهم الفرصة ليكونوا جزءًا نشطًا من المجتمع. من ناحية أخرى، فإن انخفاض السعادة النفسية، قد يؤدي للاكتئاب والمشاكل النفسية المؤدية إلى عواقب أكثر خطورة، مثل: سوء التغذية، وتدهور الصحة، وحتى الانتحار، بل ومن الممكن أن يحتاج الفرد إلى رعاية مستمرة في مؤسسته (Kilicanslanm&Yavuger, 2021).

وذكر كيم Kim وكيم Kum وبورنر Boerner وهان Han (٢٠١٨) أن الإدراك الذاتى للشيخوخة يتكون من بُعدين:

- ١- قلق الشيخوخة^٨.
- ٢- ومنحنى الوقت المستقبلي^٩.

يعتمد قلق الشيخوخة على القلق بشأن التغيرات المرتبطة بالعمر في المظهر الجسدي للشخص والاعتقاد بأن الشيخوخة هي مرحلة من مراحل الحياة تكون فيها مشاكل الصحة البدنية والألم وفقدان الحواس والتدهور المعرفي أمر لا مفر منه (show& Longman,

⁸ Ageing Anxiety

⁹ Future Time Perspective

(2017). ويشير منحى الوقت المستقبلي إلى التركيز على الفرص وقيود الوقت، وذلك وفقاً لنظرية الاختيار الاجتماعي الانفعالي¹⁰ (Carstensen et al., 2003).

إن الآلية الرئيسية في اختيار الهدف تعتمد على منظور الوقت، فعندما ينظر إلى الوقت على أنه مفتوح النهاية (كما هو الحال غالباً مع الشباب)، يتم اختبار الأهداف العريضة، وعندما يتم إدراك القيود الزمنية، فمن المحتمل أن يتم اختيار أهداف ذات مغزى عاطفي، حيث لا يوجد احتمال مستقبلي للوقت.

وقد أظهرت الأبحاث السابقة أن التصورات الذاتية للشيخوخة يمكن أن تتنبأ بقوة الصحة البدنية وطول العمر. على سبيل المثال، وجدت دراسة طويلة -استمرت عامًا- أن الراشدين الأكبر سنًا الذين لديهم تصورات ذاتية أكثر إيجابية للشيخوخة حافظوا على مستويات من الوظائف الصحية (أي مقدار المشاكل الصحية التي تتداخل مع الحياة اليومية) في السنوات اللاحقة مقارنة بأولئك الذين لديهم تصورات ذاتية أقل إيجابية للشيخوخة (Levy et al., 2002).

وأيضًا، فإن التصورات الذاتية للقرب من الموت هي تنبؤات قوية بطول العمر (Kolter- Gruhn, Gruhn, & Smith, 2010) كجزء من الدراسة برلين الطولية للشيخوخة، حيث طلب من المشاركين تقييم مستوى اتفاقهم على سؤال واحد "الذي شعور بأن وقتي ينفذ" / من ١ (لا ينطبق على) إلى ٥ (ينطبق تمامًا). حتى عندما تم أخذ العمر في الاعتبار كمتغير مشترك، توفي كبار السن الذين تزيد أعمارهم عن ٧٠ عامًا، والذين رأوا أنفسهم أقرب إلى الموت في وقت أبكر من أولئك الذين اعتبروا أنفسهم أبعد من الموت.

تؤدي تصورات الشيخوخة إلى ارتقاء القوالب النمطية المرتبطة بالعمر، حيث ينظر إلى كبار السن عمومًا على أنهم غير أكفاء، ولكنهم يتسمون بالدفء، أما القوالب النمطية السلبية ترتبط بالأعمار الأكبر سنًا، في حين تميل القوالب النمطية الأكثر إيجابية إلى

¹⁰ The socioemotional Selectivity Theory

وصف الراشدين الذين يقتربون من سن ٦٥ عامًا. ويمكن أن يؤدي تنشيط القوالب النمطية السلبية إلى أداء سيء لكبار السن على اختبار الذاكرة والتي تعد قدرة نمطية. بينما أظهرت بعض البحوث إلى أنه يمكن مكافحة تهديد الصورة النمطية من خلال استخدام الأفكار الفردية أو إزالة المعلومات المهددة من التعليمات، فإن اختبار الذاكرة نفسه يهدد كبار السن، وقد تؤثر القوالب النمطية أيضًا على العمر الذاتي لكبار السن، أما الأعمار الذاتية الأعلى فقد ارتبطت بالمخاطر الصحية وانخفاض الأداء البدني، وقد أظهرت أبحاث أخرى أنه يمكن التلاعب الذاتي ببساطة عن طريق إجراء اختبار الذاكرة أو توقع إجراء اختبار الذاكرة (Hughes, et al., 2013).

إحدى السمات الرئيسية للقوالب النمطية للشيخوخة هي تعريف الفرد لنفسه كشخص راشد أكبر سنًا، فقد يتردد كبار السن في تحديد هويتهم على أنهم كبار السن. والواقع أن العديد من الراشدين الذين تزيد أعمارهم عن ٦٠ عامًا يُعدون راشدين في منتصف العمر، وليسوا كبار السن (Blau, 1956). وقد يكون هذا التردد في تصنيف أنفسهم على أنهم من كبار السن مسئولًا جزئيًا على انخفاض العمر الذاتي، فقد أشار العديد من الراشدين عن شعورهم أنهم أصغر سنًا بكثير (١٠ إلى ١٥ عامًا) من عمرهم الفعلي (Hughes, 2014).

ونجد أن تفسيرات وتقييمات الأفراد لأعمارهم وشيخوختهم، أو التصورات الذاتية للشيخوخة، تؤثر على كيفية تحركهم طول دورة الحياة، حيث أشارت أبحاث الشيخوخة إلى أن كبار السن ينظرون أحيانًا إلى الشيخوخة من خلال عدسة العجز والتدهور، ومن ثم لديهم العديد من التصورات السلبية حول تقدمهم في العمر (Barrett&Barlee, 2022).

قد أرجع العلماء المفاهيم السلبية الخاصة بالشيخوخة إلى النظم الثقافية الأيديولوجية، بما في ذلك الفردية^{١١} وثقافة التعزيز^{١٢} (Barbee et al., 2018)، كما تبين أن

¹¹ Individualism

¹² Enhance Cement Culture

الشيخوخة كعملية خسائر سيئة لا رجعة فيها (Gullette, 2004)، وهم يجادلون بأن وسائل الإعلام، والسياسة العامة، والرعاية الصحية، والبحوث الطبية تبالغ في التأكيد على سرد التدهور الذي يشجع الأفراد على الخوف من شيخوختهم وإشكالية تقدمهم في العمر، ومع ذلك، فإن ظهور علم الشيخوخة الإيجابي "وهو مجال فرعي" يحل كيف يمكن أن تؤدي الشيخوخة إلى نتائج إيجابية مثل المقاومة، والقدرة على التكيف، والنجاح المالي، والمشاركة المجتمعية (Johnson&Mutchler, 2014)، بالإضافة إلى حدوث تحول للاهتمام العلمي إلى تصورات الأفراد الإيجابية للشيخوخة (Miler; 2019; Padilla & Chaves- Hernandez, 2020).

وفي إطار أبحاث الشيخوخة، أشارت الدراسات بشكل متزايد إلى تأثير النوع والهوية الجنسية على تصورات الأفراد للشيخوخة (Barrett& Barbee, 2017) حيث تؤثر مرحلة منتصف العمر على وجهة نظر مهمة لتحليل التصورات الإيجابية للشيخوخة. فالتغيرات التي تحدث خلال منتصف العمر فيما يتعلق بالوظائف المعرفية، والارتقاء الانفعالي، والعلاقات الاجتماعية، والعمل، والمظهر الجسدي يمكن أن تجعل قلق الشيخوخة بارزاً (Lachman, etal, 2015) وتُعد هذه النتيجة صحيحة عبر مجموعات التنوع والهوية الجنسية (Barbee, 2022).

وبالاعتماد على المقابلات المتعمقة، اقترح مفهوم تسخير التقدم^{١٣} لتوضيح عملية اجتماعية يولد من خلالها الناس تصورات إيجابية عن الشيخوخة في منتصف العمر، على عكس الأطر المفاهيمية الأخرى، فإن تسخير التقدم لا يركز على الصور الإيجابية للشيخوخة على المستوى الثقافي (Gullette, 2004) ولا على النتائج الإيجابية الموضوعية في الحياة اللاحقة، والموارد المالية، بل يتضمن مفهوم تسخير التقدم بناء الناس لروايات الشخصية للشيخوخة حيث يشرح الأفراد شيخوختهم كقصة لتجربة تقدم على مدى حياتهم (Johanson& Mutchler, 2014).

¹³ Harnessing Progress

ويتضح مما سبق أن:

- الأطر المفاهيمية في علم الشيخوخة صورت الشيخوخة على أنها عملية تدهور بدني وعقلي واجتماعي، لكن هذا الاتجاه تغير منذ عدة عقود؛ وأصبح الاهتمام في مجال علم الشيخوخة الإيجابي بكيفية تمتع الناس بالشيخوخة أو الاستفادة منها؛ حيث تسعى أطر مثل الشيخوخة الناجحة^{١٤} والشيخوخة المنتجة^{١٥} ونظرية المشاركة المدنية^{١٦} إلى تقديم رؤى إيجابية عن الحياة اللاحقة والآليات التي تحسن من تجربة الشيخوخة (Johnson, & Mutchler, 2014).
- من الضروري وجود تصور ذاتي إيجابي للشيخوخة، وذلك من أجل الحصول على تكيف أفضل مع التغيرات في السنوات اللاحقة على الرغم من الظروف الموضوعية، (Levy et al., 2002).
- تم استخدام التصور الذاتي للشيخوخة بالتبادل مع الصور الذاتية للشيخوخة^{١٧}، وهوية الشيخوخة^{١٨}، أو القوالب النمطية الذاتية للشيخوخة^{١٩} في التراث البحثي (Bai & Chow, 2013; Tovel et al., 2019; Levy et al., 2002).
- يجب أن يكون الإدراك الذاتي الإيجابي للشيخوخة مفيداً للصحة الجسدية والعقلية (Maier & Smith, 1999) بل إنه عامل وقائي في الأداء البدني في الشيخوخة (Sargent- Cox et al., 2012).
- وجود تصور ذاتي سلبي للشيخوخة له آثار ضارة على الأداء البدني والعقلي والسلوكي والاجتماعي لكبار السن (Bai, 2014)، حيث ثبت أن الأداء البدني

¹⁴ Successful Aging

¹⁵ Productive Aging

¹⁶ Civic Engagement Theory

¹⁷ self- image of ageing

¹⁸ Ageing identity

¹⁹ self- stereotypes of ageing

التمثل في مهام أنشطة الحياة اليومية الأساسية والفعالة له ارتباط قوي بالإدراك الذاتي للشيخوخة (Moser et al., 2011).

الإدراك الذاتي للشيخوخة والوظائف الجسدية

أوضحت الدراسات أن العوامل المتصلة بالصحة هي -أيضاً- من بين المحددات المحتملة للإدراك الذاتي للشيخوخة، حيث وجد أنه لحالات الصحة البدنية أو الإعاقة الوظيفية تأثير أساسي على تصور الأفراد الأكبر سناً أو تقييمهم لعملية الشيخوخة (Jang, et al., 2004) على سبيل المثال، يمكن أن يؤثر وجود تاريخ من الأمراض المزمنة على هوية كبار السن الحالية (Hannum et al., 2017)، ومن هذا المنظور، يبدو أن الأداء البدني من حيث مستوى الاستقلال أو الحالة الصحية يلعب دوراً هاماً في التأثير على الإدراك الذاتي للشيخوخة.

الإدراك الذاتي للشيخوخة والوظيفة الاجتماعية

تلعب العناصر الاجتماعية أو الانفعالية -أيضاً- دوراً كبيراً في تحديد الإدراك الذاتي للشيخوخة، فقد أشار الباحثون أن كبار السن الذين لديهم شبكة اجتماعية أكبر (Kim et al., 2012)، ورضا أكبر عن دعمهم الاجتماعي (Lamont et al., 2017) قد يشعرون بمزيد من الإيجابية بشأن عملية الشيخوخة، ولديهم موقف أكثر ملاءمة تجاه الشيخوخة الشخصية، ومع ذلك أظهر شنج Cheng, 2017 مؤخرًا أن الإدراك الذاتي للشيخوخة لا علاقة له بالرضا عن الدعم، ومن ثم فإن النتائج غير الحاسمة بشأن العلاقة بين الأداء الاجتماعي والتصور الذاتي للشيخوخة لها ما يبررها لإجراء مزيد من الأبحاث.

وتُعد التصورات الذاتية للشيخوخة من بين العديد من المفاهيم التي تتدرج تحت مفهوم الوعي بالشيخوخة²⁰ (Diehl, et al., 2014)، وبشكل عام، يمثل الوعي بالشيخوخة إحدى المفاهيم المختلفة للمعرفة الذاتية المرتبطة بالشيخوخة والتي يتم دمجها في مفهومنا

²⁰ Awareness of Ageing

الذاتي وهويتنا عبر الزمن، على سبيل المثال: (العمر الذاتي، والهوية العمرية، التصورات الذاتية للشيخوخة، والاتجاه نحو الشيخوخة، والوعي المرتبط بتغير في العمر).

ومن بين المفاهيم والتطبيقات المختلفة للوعي بالشيخوخة، أصبح الإدراك الذاتي للشيخوخة من أكثر المفاهيم شيوعاً بسبب الأبعاد المتعددة للمفهوم في مجالات مختلفة، على سبيل المثال: (النفسية والفسولوجية). والتكافؤ، على سبيل المثال: (الإيجابية والسلبية) للمعرفة الذاتية المرتبطة بالشيخوخة، والتي تعكس القوالب النمطية المختلفة للشيخوخة (أي: المعتقدات حول كبار السن بشكل عام) الموجودة عبر الثقافات (Diehl, et al., 2014) بالإضافة إلى ذلك تساعد المعرفة الذاتية، وخبرات الشيخوخة الفعلية، والعمليات النفسية التي تشملها التصورات الذاتية للشيخوخة على ربط تقييمات العمر الذاتي بالنتائج الصحية (Diehl et al., 2014).

وتمدنا نظرية تجسيد القوالب النمطية بمنحنى نفسي اجتماعي لفهم الطرق التي تؤثر بها التصورات الذاتية للشيخوخة على صحة كبار السن. وتعتمد النظرية على فكرة أن الشيخوخة هي بنية اجتماعية تتأثر بالصور النمطية للشيخوخة الثقافية، وتستمر من خلال عمليات المجموعة بين الأجيال. وتشير النظرية بأن القوالب النمطية يتم استيعابها عندما تؤدي الصور النمطية للشيخوخة الثقافة إلى قوالب نمطية ذاتية تؤثر بدورها على صحة الفرد وسعادته.

وتحتوي النظرية (levy, 2009) على أربعة مكونات أساسية للصور النمطية، هي:

- (١) يتم استيعابها مدى الحياة.
- (٢) يمكن أن تعمل دون وعي.
- (٣) تكتسب أهمية من الارتباط بالذات.
- (٤) تستخدم مسارات متعددة للتأثير على الصحة.

ارتقاء الإدراك الذاتي للتقدم في العمر عبر مرحلة الرشد

قد أشار ليفي Levy (٢٠٠٣) أن العوامل الفردية تلعب دورًا هامًا في أن تصبح القوالب النمطية المعروفة للشيخوخة ذاتية، حيث إنه من المرجح أن تفسير العوامل التي تتجاوز الانغماس الثقافي والتي تشكل الارتقاء على المستوى الفردي بعض الاختلافات في التصورات الذاتية الإيجابية والسلبية، فمثلًا، العوامل التي تساهم في مسارات الصحة والسعادة قد تؤثر على التغييرات في التصورات الذاتية للشيخوخة عبر مرحلة الرشد، ومع هذا توفر المسارات للفرد تغذية راجعة لتقييم عملية الشيخوخة الخاصة به فيما يتعلق بالتوقعات على الرغم من أن توقعات الشيخوخة مستمدة من القوالب النمطية (Levy, 2009)، كما يمكن للأفراد استخدام تجاربهم الخاصة للتفاوض حول وجهة نظر محدثة تتوافق مع تجربتهم الفعلية (Bennett & Gains, 2010)، ويتجلى هذا التفاعل خلال موافقة ٧٠% من عينة من الراشدين الذين تبلغ أعمارهم ٥٠ عامًا فأكثر على عبارة "مع تقدمي في العمر، تبدو الأشياء أفضل مما كنت اعتقد أنها ستكون" (Rothermund & Brand stadter, 2003).

ومن المحتمل أن تؤثر عوامل الارتقاء على تأييد القوالب النمطية الإيجابية والسلبية التي يتعرض لها الأفراد في ثقافتهم، على عكس الأشكال الأخرى من القوالب النمطية والتعصب، فليس من السهل الحفاظ على التعميمات المتعلقة بالشيخوخة من خلال التجنب؛ لأنها الفئة الاجتماعية الوحيدة التي من المحتمل أن ننضم إليها جميعًا في يوم من الأيام.

وعلى الرغم من أن العوامل الارتقائية يمكن أن تساعد في منع الاستيعاب السلبي للقوالب النمطية للشيخوخة، فإن التصورات الذاتية للشيخوخة وعوامل الحياة هذه ثنائية الاتجاه ولا يمكن أبدًا استيعابها تمامًا (Han & Richardson, 2014).

التغيرات الارتقائية في الإدراكات الذاتية للشيخوخة في مرحلة الرشد المتأخر

على الرغم من قلة الأبحاث التي اهتمت بهذه التغيرات، إلا أن النتائج الطولية تشير إلى أن التصورات الذاتية للشيخوخة تتغير في الواقع عبر المراحل اللاحقة من مرحلة الرشد، وذلك بناءً على الخصائص الشخصية والعوامل الصحية والموارد الاجتماعية، ويدعم هذا الدليل فكرة أن استيعاب القوالب النمطية للشيخوخة يتأثر بتجارب الشيخوخة الخاصة بكل فرد.

فقد وُجد عبر الدراسات، أن التغيرات في التصورات الذاتية للشيخوخة تُعزى بشكل متساوٍ -تقريبًا- إلى الاختلافات بين وداخل الشخص عبر الزمن، والتي تمثل الخصائص الشخصية، مثل: (العمر، العرق، الجنس، الحالة الاجتماعية)، والتغيرات المتعلقة بالصحة، مثل: (الصحة البدنية، والصحة المعرفية)، والموارد الاجتماعية، مثل: (الدعم الاجتماعي، ونماذج دور الشيخوخة)، كما يبدو أن خصائص الشخصية توفر السياق الذي يشكل تجارب الشيخوخة، في حين أن جودة صحة الفرد وسعادته وموارده الاجتماعية هي المعيار المستخدم لتقييم جودة خبرة الشيخوخة.

فمن خلال دراسة برلين للشيخوخة، أوضح البحث الأولي حول التغيرات في التصورات الذاتية للشيخوخة، أنه في المتوسط الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين ٧٠ و ١٠٤ عام لديهم تصورات ذاتية أقل إيجابية للشيخوخة عبر الزمن، (Kleinspehn et al., 2008)، وعلى الرغم من أن التصورات الذاتية للشيخوخة كانت في المتوسط تزداد سوءًا بمرور الوقت، إلا أنه كان هناك تباين كبير داخل الشخص حيث يشعر بعض الأفراد بتصورات ذاتية أفضل للشيخوخة بمرور الوقت.

وقد وجد أن الجنس، والصحة الجسدية، والوحدة، والأداء المعرفي للتنبؤ بالتغيرات في التصورات الذاتية للشيخوخة -على وجه التحديد- ارتبط بكونه رجلًا يتمتع بصحة بدنية ومعرفية جيدة مع تصورات منخفضة عن الشعور بالوحدة بتصورات ذاتية أكثر إيجابية للشيخوخة عبر الزمن، كما أظهر التحليل متعدد المستويات أن ٤٣% من التباين في

التصورات الذاتية للشيخوخة عبر الزمن كان داخل الفرد بينما كان ٥٧% بين الأفراد (Kleindpehn et al., 2008).

التغيرات في التصورات الذاتية للشيخوخة

على الرغم من أوجه التشابه بين المنظورات النظرية يمكن اشتقاق توقعات مختلفة حول مسارات التغيير في التصورات الذاتية للشيخوخة، فعلى سبيل المثال: تشير نماذج التقدم الناجح في العمر وتنظيم الذات، أنه بمرور الوقت، يجب على كبار السن الحفاظ على (أو حتى زيادة) التصورات الذاتية الإيجابية للشيخوخة.

وقد لاحظ Rubin وبرنستن Bernsten (2006) أنه عندما يبلغ الفرد سن الأربعين فصاعدًا، يبدو أن الفجوة بين العمر الفعلي والعمر الذاتي تصل إلى ٢٠% من العمر الزمني، ولم يجدوا فروقًا في هذا المقدار النسبي إلى أن يصل الفرد إلى السبعينات من عمره، حيث يرتبط العمر المتقدم بتباينات سلبية أكبر بين العمر الذاتي والعمر الفعلي، لكن المقدار النسبي للعمر الذاتي إلى العمر الزمني لا تختلف، وبعبارة أخرى، يجب أن يزداد التفاوت مع تقدم العمر إذا أردنا الحفاظ على نسبة ٢٠%، فتشير الدراسات المستعرضة للتصورات الذاتية للشيخوخة إلى وجود اختلافات فردية كبيرة، لكن النتائج حول مصادر هذا التباين غير متسقة، حيث نجد أن بعض الباحثين قد أشاروا بوجود اختلافات كبيرة في التباين العمري المحسوس المرتبط بالحالة الاجتماعية والاقتصادية (Westerhof & Barrett, 2005) فنجد أن البعض الآخر لم يقرروا ذلك (Rubin & Berntsen, 2006)، بينما اتضح في دراسات أخرى عدم وجود فروق بين الجنسين.

وقد لاحظ (Kim & Moen, 2002) مستويات أعلى من الرضا عن الشيخوخة لدى الرجال مقارنة بالنساء، وتتفق معظم الدراسات على أن الحالة الصحية هي مصدر مهم للاختلاف.

وقد ركزت دراستان عن التغيير طويل المدى في العمر الذاتي على الاستقرار والتغيير في الذات²¹ لأفراد من فئات العمرية تمثل (الرشد الأوسط- الرشد الأكبر)، وقد وجدت هذه الدراسات أن معظم الأفراد حافظوا على هوية عمرية مستقرة بمرور الوقت، كما تم دراسة التغيير في التفاوت العمري المحسوس على مدار ٨ سنوات بواسطة يوتنين Uotinen، ورننتان Rantanen وسويتاما Switama، وريوبلا Ruoppila (2006)، وأكثر من ٦ أشهر في سياق العلاج الطبي من قبل كنول Knoll، وريكمان Rieckmann، وسكولز Scholes، وشيردين Schiarden (2004) (brothers, 2016)، وأيضًا بواسطة (Boehmer, 2008)؛ وقد أفاد يوتنين Uotinen وزملاؤه أن ٥٢% من عينتهم زادوا أو انخفضوا في التفاوت العمري الذاتي، في حين لم يجد كتول Knoll وزملاؤه وبومير Boehmer أي تغيير.

تتمثل الدراسات السابقة فيما يلي:

- دراسة ليفي Levy وسلاد slade وكاسل kasl (2002) التي تناولت الأفراد الذين لديهم تصورات ذاتية عن الشيخوخة (معتقدات الأفراد الأكبر سنًا حول شيخوختهم) حيث أشاروا بأن وظائفهم الصحية أفضل على مدى ١٨ عامًا مقارنة بأولئك الذين لديهم تصورات ذاتية أكثر سلبية عن الشيخوخة، حيث أشارت النتائج أن أولئك الذين لديهم تصورات ذاتية أكثر إيجابية للشيخوخة أقرروا في عام ١٩٧٥ بأن وظائفهم الصحية أفضل من عام ١٩٧٧ إلى عام ١٩٩٥، وذلك عندما قاموا بالتحكم في المقاييس الأساسية للوظائف الصحية، والصحة الذاتية، والعمر، والجنس، والحالة الاجتماعية والاقتصادية، كما أظهرت -أيضًا- الدراسة أن التحكم الإدراكي يعدل جزئيًا العلاقة بين التصورات الذاتية للشيخوخة والأداء، حيث تكونت العينة من ٤٣٣ مشاركًا في دراسة أوهايو الطولية للشيخوخة والتقاعد، وهي دراسة مجتمعية (أعمارهم ٥٠ عامًا فأكثر)، ثم مقابلاتهم على

²¹ Self- assignment

مدار ست جلسات، وقد تشير الدراسة بتأثير الطريقة التي ينظر بها الأفراد إلى شيخوختهم على وظائفهم الصحية.

- دراسة أجراها كلينسفين - امرلن Kleinspehn وكوتر - جريهن Kotter- Gruhn وسميث Smith (2008) التي هدفت إلى بحث التغير المرتبط بالوقت في العمر المحسوس^{٢٢} والعمر الجسدي^{٢٣}، والرضا عن الشيخوخة في الأعمار المتقدمة والمتغيرات المشتركة لهذا التغيير، باستخدام بيانات طولية مدتها ست سنوات من دراسة برلين للشيخوخة (تتراوح أعمارهم ما بين ٧٠-١٠٤ سنة). وتشير النتائج إلى أن عمر الأفراد ظل في المتوسط حوالي ١٣ عامًا أي أقل من العمر الفعلي بمرور الوقت، في حين أشاروا إلى التناقص المتفاوت بين العمر البدني والفعلي وانخفاض الرضا عن الشيخوخة بمرور الوقت، وبعد التحكم في فروق المستوى، ظهر نمط مختلف من الفروق الفردية في التغيير للأبعاد الثلاثة، حيث ساهم العمر في انخفاض أكبر في الرضا عن الشيخوخة، ولكن وجد زيادة في التفاوت في العمر المحسوس، كما أدى ارتفاع عدد الأمراض عن خط الأساس إلى خفض التغيير في التباين للعمر المحسوس.

- وقد أشار روبرتسون Robertson وسافا Savva كينج كلايمينيس King- Kallimanis وكني Kenny (2015) إلى تزايد التصورات الذاتية الإيجابية للشيخوخة من احتمالية التقدم الناجح في العمر، ومع ذلك، ليس مؤكد إذا كان التأثير من خلال آليات نفسية فقط أو ما إذا كانت تظهر أيضًا في نتائج جسدية. وحاول الباحثون استكشاف العلاقة بين التصورات الذاتية للشيخوخة والنتيجة الموضوعية، وهي سرعة المشي، والتي تُعد مؤشرًا قويًا على النتائج الوظيفية في الشيخوخة، وقد تكونت العينة من ٤٩٣٠٥ مشارك، بمتوسط (٦٣.٨ سنة، ٤٥٤.٢٠% من العينة سيدات) من الدراسة الأيرلندية الطولية للشيخوخة^{٢٤}، حيث تم تطبيق استبيان لتصورات الشيخوخة، وتم تسجيل

²² Felt age

²³ Physical age

²⁴ The Irish longitudinal study on ageing (TILDA)

الوقت المستغرق للنهوض من الكرسي والمشي ٣ أمتار، والموزان والجلوس. كما تم تطبيق مقياس اكتئاب لتحديد المزاج الاكتئابي، وقد أظهرت النتائج ارتباط التصورات السلبية للشيخوخة ببطء المؤشرات الحركية، وهذا يشير إلى أن التصورات لها تأثير مباشر ومستقلة على النتائج الجسدية.

- كما أشار كل من مرتجي Mortagy وفهيم Fahim وفريد Farid وعبدالرحمن Abdul Rahman وعبدالله Abdallah (٢٠١٣) إلى أن كبار السن الذين لديهم تصورات ذاتية إيجابية للشيخوخة يميلون إلى الانخراط في سلوكيات صحية إضافية تتعلق بالوقاية ولديهم وظائف صحية أفضل ويعيشون لفترة أطول. وهدفت الدراسة إلى تقييم الصورة الذاتية للمسنين الذين يعيشون في المجتمع تجاه الشيخوخة في مدينة شبرا الخيمة، وتكونت عينة الدراسة من أربعمئة من كبار السن، وتم عمل مقابلات مع المشاركين لتطبيق مجموعة من الاستبيانات المختلفة، وهي: الإدراك الذاتي للشيخوخة، وجودة الحياة، والرضا عن الحياة، وانفعالات الإيجابية والسلبية، ومقياس العمر الذاتي، ومقياس السعادة، ومقياس الروح المعنوية لمركز فيلادفيا للأمراض الشيخوخة. وأسفرت النتائج عن شعور كبار السن بأنهم أصغر سنًا مما هم عليه في الواقع وبشكل عام راضون عن تقدمهم في العمر، ولديهم مستويات عالية من الانفعال الإيجابي ومستوى منخفض من الانفعال السلبي، ولديهم معنويات أعلى، ولديهم صورة نمطية إيجابية للعمر، ولديهم قبول إيجابي للذات (سعادة نفسية جيدة)، وهدف إيجابي في الحياة. كما أظهرت النتائج أهم ثلاثة أشياء لنوعية حياة جيدة بين المشاركين بالترتيب: صحة جيدة يليها معاش تقاعدي جيد، وعلاقة جيدة مع أفراد الأسرة أو الأصدقاء. وانتهت الدراسة إلى أن كبار السن في مدينة شبرا الخيمة لديهم إدراك ذاتي إيجابي للشيخوخة.

- كما حاول الباحثون بان pan وشان chan واكس Xu ويونج Yeung (٢٠١٩) معرفة الفرق بين الأداء البدني والاجتماعي في تحديد الرضا عن الحياة والتصور الذاتي للشيخوخة بين كبار السن الذين يعيشون في المجتمع الصيني. وتكونت عينة الدراسة من

٢١٦١ مشاركًا تتراوح أعمارهم بين ٦٠ عامًا أو أكثر تم اختيارهم عن طريق المقابلة. وتم قياس العوامل الاجتماعية الديموجرافية من خلال: العمر، ومستوى التعليم، والحالة الاجتماعية، كما تم تحديد الأداء البدني من حيث الصحة المدركة ذاتيًا والأنشطة الأساسية والفعالة للحياة اليومية، وعدد الأمراض المزمنة، وتم وصف الأداء الاجتماعي من حيث عدد الأشخاص الذين يعيشون معًا، وشبكة الدعم الاجتماعي، والشعور بالوحدة، وقد تم استخدام الانحدار المتعدد لتحديد المحددات الهامة للرضا عن الحياة والإدراك الذاتي للشيخوخة. وأشارت النتائج إلى: ارتباط العمر الأكبر والمستوى التعليمي الأدنى بدرجة أعلى من الرضا عن الحياة، في حين ارتبط العمر الأصغر والمستوى التعليمي الأساسي بمستوى أعلى من الإدراك الذاتي للشيخوخة، كما كان للأداء الاجتماعي الأسبقية على الأداء الجسدي في المساهمة في الرضا عن الحياة، في المقابل، تفوق الأداء البدني على الأداء الاجتماعي في تعزيز الإدراك الذاتي الإيجابي للشيخوخة. واستخلصت الدراسة أن الشعور بالرفقة والشبكة الاجتماعية الداعمة أمران حيويان في تعزيز الرضا عن الحياة، في حين أن الصحة البدنية والاستقلال الوظيفي ضروريان لتسهيل التصور الذاتي الإيجابي للشيخوخة، ويمكن أن يوفر فهم المحددات الأساسية نظرة ثاقبة جديدة للآلية التي ينطوي عليها تحقيق التقدم الناجح في العمر.

- وقام كيليكارسلان Kilicarslan ويافيزار Yaveser (٢٠٢١) بدراسة الإدراك الذاتي لدى الراشدين الذين يعيشون في منطقة وسط الأناضول بتركيا في نطاق قلق الشيخوخة، وأبعاد منحنى الوقت المستقبلي^{٢٥}. وتُعد الدراسة وصفية، وقد استخدمت المنهج الكيفي، وتكونت العينة من ٣٧ فردًا تتراوح أعمارهم بين ٦٥ و ٧٤ عامًا. وأظهرت النتائج أن قلق الشيخوخة ومنحنى الوقت المستقبلي والشعور بالوحدة تمثل أبعادًا فرعية مختلفة للإدراك الذاتي للشيخوخة، وأشارت النتائج -أيضًا- أن الإدراك الذاتي

²⁵ Future Time Perspective dimensions

للشيخوخة لدى الراشدين البالغين من العمر (٦٥-٧٤ عامًا) إدراك سلبي، وأن هذه التصورات تختلف باختلاف المعيشة، ولكنها لا تختلف باختلاف الجنس.

وبعد مرور حوالي عقدين على دراسة ليفي Levy وآخرين (٢٠٠٢) حول تأثير التصورات الذاتية للشيخوخة^{٢٦} على معدل الوفيات، وفي هذا السياق هدفت دراسة ويرم Wurm وشيفر Schafer (2022) إلى تكرار هذه النتائج وتوسيع نطاقها على خلفية المناقشات الأخيرة في البحث حول الشيخوخة الذاتية. وشملت الدراسة عينة كبيرة من السكان الألمان الذين تبلغ أعمارهم ٤٠ عامًا وأكثر (ن = ٢٤٠٠)، والذين تم توثيق معدل الوفيات لديهم علي مدار ٢٣ عامًا (١٩٩٦-٢٠١٩). وتعد الدراسة الأولى من نوعها التي تهدف إلي دراسة تأثير المكاسب والخسائر المرتبطة بالتصورات الذاتية للشيخوخة والعمر الذاتي كمكونات للشيخوخة الذاتية علي معدل الوفيات، كما تم تحليل البيانات باستخدام تحليل الانحدار الهرمي للمخاطر النسبية. وأشارت الدراسة إلي الدور البارز للمكاسب ذات صلة بالتصورات الذاتية للشيخوخة بالنسبة للأفراد الذين أدركوا أن الشيخوخة مرتبطة بالارتقاء المستمر حيث كانوا يدركون مقدارًا يصل للنصف لمخاطر الوفاة مقارنة بالأفراد الذين يعانون من انخفاض في التصورات الذاتية المرتبطة بالمكاسب، وأيضًا أشارت إلي أن النظر إلي الشيخوخة علي أنها مرتبطة بخسائر جسدية أو اجتماعية لا يمكنها التنبؤ بالوفيات بعد التحكم في المتغيرات المشتركة مثل العمر والجنس والتعليم والمتغيرات المرتبطة بالصحة والمتغيرات النفسية المعروفة، كما لم يستطع العمر الذاتي والتصورات الذاتية للشيخوخة في نموذج مشترك بالتنبؤ بالوفيات أيضًا، وظلت التصورات الذاتية المرتبطة بالمكاسب مؤثرًا مهمًا علي الوفيات. كما أسفرت أيضًا النتائج ارتباط التصورات الذاتية المرتبطة بالمكاسب بشكل رئيسي (وليس المرتبطة بالخسائر أو العمر الذاتي) بتفسير الاختلافات في الوفيات؛ ومن ثمَّ ينبغي معالجتها في الدراسات الوقائية.

²⁶ (SAP) self-perceptions aging

- وأشار كل من تولي ويلسون Tully-Wilson و بوجاك Bojak و ميلر Miller و ستلمان Stallman وألن Allen وماسون Mason (2021) أن مع زيادة عدد كبار السن، من المهم فهم ما قد يساعد كل شخص مسن على العيش بشكل جيد ولفترة أطول، ويعمل مراجعة لنتائج الدراسات الطولية للتصورات الذاتية للكشف عن الشيخوخة من خلال مقياس للأفكار النمطية الداخلية للشيخوخة، وذلك لدى المشاركين الذين تبلغ أعمارهم ٥٠ عامًا أو أكثر، حيث تضمنت العينة ٢١ دراسة نشرت باللغة الإنجليزية، واستخدم مقياس الاتجاهات نحو الشيخوخة الذاتية^{٢٧} لقياس التصورات الذاتية للشيخوخة^{٢٨}، وقد أظهر تصميم الدراسة وقياسها جودة جيدة إلى مرتفعة، مع ثبات مقياس (ATOA) في جميع الدراسات.

وأظهرت النتائج الأولية التصورات الذاتية للشيخوخة :

- ١- فسيولوجية (ن = ١٥، طول العمر مع صحة أفضل، سلوكيات صحية، أمراض).
- ٢- نفسية (ن = ٦، اكتئاب، وظائف معرفية).

ولم تظهر نتائج اجتماعية، وارتبطت التصورات الإيجابية للشيخوخة الذاتية بنتائج طولية صحية بما في ذلك تحسين الصحة الذاتية وتقليل السمنة، والعمر الطويل، الأداء الأفضل لأنشطة الحياة اليومية، وانخفاض الاكتئاب، وجودة الوظائف المعرفية (بما في ذلك الانخفاض في التدهور المعرفي وحوادث الخرف) وتعد هذه مسارات مباشرة وغير مباشرة توفر النتائج للأفكار النمطية للشيخوخة، مما يوفر الدعم لنظرية تجسيد الأفكار النمطية^{٢٩} لليفي Levy. وتعد النتائج لها تطبيقات علي الصحة العامة، وعلي نطاق واسع تعد رسائل مجتمعية حول فوائد التصورات الإيجابية للشيخوخة والشيخوخة المعتادة والشيخوخة الصحية، وبشكل أضيق في استخدام مقياس (ATOA) للتطبيق علي الرشد

²⁷ Attitudes Toward Own Aging (ATOA)

²⁸ (SPA) self- perceptions aging

²⁹ Stereo Type Embodiment Theory

الأوسط الذين لديهم تصورات سلبية عن الشيخوخة لمنع التدهور الجسدي والنفسي في المستقبل.

تعليق عام على الدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق للدراسات، نورد عددا من الملاحظات على الدراسات السابقة والتي تعد بمثابة مبررات لإجراء الدراسة الحالية:

- وجود فروق مرتبطة بالعمر في عمليات المكاسب والخسائر لدى الأفراد، كما أظهرت بعض هذه الدراسات أن هناك اتجاهاً ارتقائياً في مستويات الاستخدام كدالة للعمر.

- ندرة الدراسات التي عُنيت بعمليات المكاسب والخسائر خاصةً في مرحلة الرشد الأوسط.

- ندرة الدراسات العربية التي اهتمت بموضوع البحث الحالي.

- غياب الصورة الوافية عن الإدراك الذاتي للتقدم في العمر.

- تتدخل متغيرات عديدة في قدرة الأفراد على تحديد لعمليات المكاسب والخسائر؛ كالدافعية، وارتقاء كل من استعداداتهم الذاتية، وبعض سماتهم الشخصية، كما أن للثقافة المحيطة بالفرد دوراً مهماً في ذلك.

الفروض البحثية:

1- مع التقدم في العمر يتزايد الإدراك الذاتي للخسائر في الصحة البدنية، ويتضاءل الإدراك الذاتي للمكاسب.

2- مع التقدم في العمر، يتزايد الإدراك الذاتي للخسائر في الوظائف المعرفية، ويتضاءل الإدراك الذاتي للمكاسب.

3- مع التقدم في العمر، يتزايد الإدراك الذاتي للخسائر في العلاقات البينية الشخصية، ويتضاءل الإدراك الذاتي للمكاسب.

4- مع التقدم في العمر، يتزايد الإدراك الذاتي للخسائر في المعرفة الاجتماعية، ويتضاءل الإحساس بالمكاسب.

٥- مع التقدم في العمر، يتزايد الإدراك الذاتي للخسائر في أسلوب الحياة، ويتضاءل الإحساس بالمكاسب.

المنهج

تتبع الدراسة الحالية منهجاً وصفيًا ارتباطيًا، يتم من خلاله الكشف عن المعاني الدقيقة والكافية لعدد من الجوانب المرتبطة بالإدراكات الذاتية للتقدم في العمر والفروق الارتقائية فيما بين مرحلتي الرشد المبكر والرشد المتأخر.

تتبع الدراسة الحالية منهجاً وصفيًا ارتباطيًا، يتم من خلاله الكشف عن المعاني الدقيقة والكافية لعدد من الجوانب المرتبطة بالإدراكات الذاتية للتقدم في العمر والفروق الارتقائية لمرحلتي الرشد الأوسط والمتأخر. وطبقاً لأهداف الدراسة الحالية سيتم الاعتماد على تصميم الدراسة الارتقائية المستعرضة، حيث المقارنة بين مجموعتين يتم سحبهما من جمهورين ارتقائياً، إحداهما عينة تمثل مرحلة الرشد المتوسط، والثانية تمثل مرحلة الرشد المتأخر، ومن ثمَّ يمكن اختبار الفروق الارتقائية بين المجموعتين على متغيرات الدراسة، واختبار طبيعة العلاقات بين المتغيرات في كل مجموعة، وتستعين الدراسة في جمع البيانات باستبيانات التقدير الذاتي، وإخضاعها لعمليات ضبط الصلاحية السيكومترية؛ مما يقود إلى تكوين مقاييس ثابتة وصادقة في قياس جوانب المفهوم محور الاهتمام (Shaughnessy, Zechmeister, & Zechmeister, 2006:102).

المنهج والإجراءات

(١) المشاركون في الدراسة

أُجريت الدراسة الأساسية على مجموعة من المشاركين قوامها (١٤٠) ذكراً، وتم استبعاد (٢٠) مشاركاً لعدم جدية استجاباتهم أو لعدم استكمالهم الأداء على مقاييس الدراسة؛ ليصبح العدد النهائي للمشاركين (١٢٠) من الذكور موزعين على المرحلتين الارتقائيتين اللتين يتناولهما موضوع الدراسة: الرشد المبكر (٦٠) راشداً، والرشد المتأخر (٦٠) راشداً. ويوضح الجدول رقم (١) توزيع الأعداد على المجموعات العمرية.

الجدول رقم (١)

يوضح البيانات الأولية لأفراد العينة

م	البيان	العدد	النسبة
أ	عينة الرشد الأوسط	٣٦	٦٠
	٥٠-٤٥	٤٠	٤٠
ب	عينة الرشد المتأخر	٣٤	٥٦,٧
	٧٠-٦٥	٢٨	٤٣,٣

الجدول رقم (٢)
خصائص أفراد العينة

م	المتغيرات	عينة الرشد الأوسط		عينة الرشد المتأخر	
		النسبة	العدد	النسبة	العدد
١	الحالة الزوجية				
	أعزب	٥	١	١.٧	
	متزوج	٩٥	٥٦	٩٣.٣	
	أرمل	-	٣	٥	
٢	الحالة التعليمية				
	مؤهل متوسط	١٣.٣	١٠	١٦.٧	
	مؤهل فوق متوسط	١٥	١٣	٢١.٧	
	مؤهل جامعي	٦٠	٣٠	٥٠	
	مؤهل فوق جامعي	١١.٧	٧	١١.٧	
٣	حالة العمل				
	عمل دائم كل الوقت	٨٥	٦	١٠	
	عمل دائم جزء من الوقت	١١.٧	٤	٦.٧	
	عمل مؤقت بعقد	-	١	١.٧	
	معاش مبكر	٣,٣	٤	٦.٧	
	محال للتقاعد	-	٢٨	٤٦.٧	
	يعمل بعد المعاش	-	١٧	٢٨.٣	
٤	الدخل				
	٥٠٠٠ جنيه فأكثر	١١.٧	١٦	٢٦.٧	
	٤٠٠٠ جنيه: أقل من ٥٠٠٠ جنيه	٢٣.٣	١٢	٢٠	
	٣٠٠٠ جنيه: أقل من ٤٠٠٠ جنيه	٢٣.٣	١٢	٢٠	
	٢٠٠٠ جنيه: أقل من ٣٠٠٠ جنيه	٣٥.٠	١٣	٢١.٧	
	أقل من ٢٠٠٠ جنيه	٦.٧	٧	١١.٧	

٥				جهة العمل
١.٧	١	١.٧	١	عسكرية
١.٠	٦	-	-	شرطية
٥٥	٣٣	٦.٠	٣٦	حكومية
١.٠	٦	٦.٧	٤	قطاع أعمال عام
١.٧	١	٢١.٧	١٣	عمل إداري بالجامعة
-	-	١.٧	١	عمل أكاديمي بالجامعة
٨.٣	٥	-	-	عمل إداري بالتربية والتعليم
١١.٧	٧	٨.٣	٥	التدريس بالتربية والتعليم
١.٧	١	-	-	مصنع قطاع عام
٦				الوظيفة
١.٧	١	-	-	العمال المهرة
١٨.٣	١١	٢٣.٣	١٤	الكتابيون والمساعدون والفنيون
٤٦.٧	٢٨	٥٨.٣	٣٥	القائمون بالأعمال الإدارية وشبه المهنية
١٣.٣	٨	١١.٧	٧	رجال الإدارة والمهنيون
٢.٠	١٢	٦.٧	٤	الوظائف التنفيذية والمهنية العليا

ويوضح الجدول (٢) المعلومات التالية عن العينة:

فيما يتصل بأعمار المشاركين في الدراسة: بالنسبة لعينة الرشد الأوسط يتراوح المدى

العمرى من ٤٥-٥٠ (٣٦) مشاركاً بنسبة (٦٠%) من إجمالي العينة، والمدى العمرى

من ٥٥-٥١ (٢٤) مشاركاً بنسبة (٤٠%) من إجمالي العينة.

وفيما يتصل بالمدى العمرى لعينة الرشد المتأخر يتراوح المدى العمرى بين ٦٥-٧٠

(٣٤) مشاركاً بنسبة (٥٦.٧%) من إجمالي الأفراد المشاركين، والمدى العمرى من ٧١-

٧٥ (٢٨) مشاركاً بنسبة (٤٣.٣%) من إجمالي العينة.

١- فيما يتصل بالحالة الزوجية للمشاركين في الدراسة، وذلك لعينة الرشد الأوسط؛ تبين أن ٣ مشاركين عزّاب بنسبة ٣% من إجمالي الأفراد المشاركين، و ٥٧ متزوجين بنسبة ٩٥% من إجمالي الأفراد المشاركين.

وفيما يتصل بالرشد المتأخر؛ فقد تبين أن مشاركاً واحداً أعزباً بنسبة ١.٧% من إجمالي الأفراد المشاركين، و ٥٦ متزوجين بنسبة ٩٣.٣% من إجمالي الأفراد المشاركين، و ٣ مشاركين أرامل بنسبة (٥%) من إجمالي أفراد العينة.

٢- فيما يتصل بالحالة التعليمية للمشاركين في الدراسة، وذلك لعينة الرشد الأوسط؛ فقد تبين أن ٨ من الأفراد المشاركين (١٣.٣%) تعليمهم مؤهل متوسط، و ٩ من الأفراد المشاركين (١٥%) تعليمهم مؤهل فوق المتوسط، و ٣٦ من الأفراد المشاركين (٦٠%) تعليمهم مؤهل جامعي، و ٧ من الأفراد المشاركين (١١.٧%) تعليم فوق الجامعي.

أما بالنسبة لعينة الرشد المتأخر تبين أن ١٠ من الأفراد المشاركين (١٦.٧%) تعليمهم مؤهل متوسط، و ١٣ من الأفراد المشاركين (٢١.٧%) تعليمهم مؤهل فوق المتوسط، و ٣٠ من الأفراد المشاركين (٥٠%) تعليمهم مؤهل جامعي، و ٧ من الأفراد المشاركين (١١.٧%) تعليمهم فوق الجامعي.

٣- فيما يتصل بحالة العمل للمشاركين في الدراسة، وذلك لعينة الرشد الأوسط؛ تبين أن ٥١ من الأفراد المشاركين (٨٥%) لديهم عمل دائم كل الوقت، و ٧ من الأفراد المشاركين (١١.٧%) لديهم عمل دائم جزء من الوقت، و ٢ من الأفراد المشاركين (٣.٣%) معاش مبكر.

أما بالنسبة لعينة الرشد المتأخر؛ تبين أن ٦ من الأفراد المشاركين (١٠%) لديهم عمل دائم كل الوقت، و ٤ من الأفراد المشاركين (٦.٧%) لديهم عمل دائم جزء من الوقت، و ١ من الأفراد المشاركين (١.٧%) لديه عمل مؤقت بعقد، و ٤ من الأفراد المشاركين

(٦.٧%) معاش مبكر، و ٢٨ من الأفراد المشاركين (٤٦.٧%) محالين للتقاعد، و ١٧ من الأفراد المشاركين (٢٨.٣%) يعملون بعد المعاش.

٤- فيما يتصل بالدخل للمشاركين في الدراسة، وذلك لعينة الرشد الأوسط؛ تبين أن ٧ من الأفراد المشاركين (١١.٧%) دخلهم ٥٠٠٠ جنيه فأكثر، و ١٤ من الأفراد المشاركين (٢٣.٣%) دخلهم من ٤٠٠٠ جنيه إلى ٥٠٠٠ جنيه، و ١٤ (٢٣.٣%) من الأفراد المشاركين دخلهم من ٣٠٠٠ جنيه إلى ٤٠٠٠ جنيه، و ٢١ من الأفراد المشاركين (٣٥%) من ٢٠٠٠ جنيه إلى ٣٠٠٠ جنيه، و ٤ من الأفراد المشاركين (٦.٧%) دخلهم أقل من ٢٠٠٠ جنيه.

أما بالنسبة لعينة الرشد المتأخر تبين أن ١٦ من الأفراد المشاركين (٢٦.٧%) دخلهم ٥٠٠٠ جنيه فأكثر، و ١٢ من الأفراد المشاركين (٢٠%) دخلهم من ٤٠٠٠ جنيه إلى ٥٠٠٠ جنيه، و ١٢ (٢٠%) من الأفراد المشاركين دخلهم من ٣٠٠٠ جنيه إلى ٤٠٠٠ جنيه، و ١٣ من الأفراد المشاركين (٢١.٧%) من ٢٠٠٠ جنيه إلى ٣٠٠٠ جنيه، و ٧ من الأفراد المشاركين (١١.٧%) دخلهم أقل من ٢٠٠٠ جنيه.

٥- فيما يتصل بجهة العمل للمشاركين في الدراسة، وذلك لعينة الرشد الأوسط؛ تبين أن ١ من الأفراد المشاركين (١.٧%) يعمل في جهة عسكرية، وأن ٣٦ من الأفراد المشاركين (٦٠%) يعملوا في جهة حكومية، و ٤ من الأفراد المشاركين (٦.٧%) يعملون في قطاع أعمال عام، و ١٣ من الأفراد المشاركين (٢١.٧%) عمل إداري بالجامعة، و ١ من المشاركين (١.٧%) يقوم بعمل أكاديمي بالجامعة، و ٥ من الأفراد المشاركين (٨.٣%) يقوموا بالتدريس بالتربية والتعليم.

وفيما يتصل بالرشد المتأخر تبين أن ١ من الأفراد المشاركين (١.٧%) يعمل في جهة عسكرية، و ٦ من الأفراد المشاركين (١٠%) يعملون بالشرطة، وأن ٣٣ من الأفراد المشاركين (٥٥%) يعملون في جهة حكومية، و ٦ من الأفراد المشاركين (١٠%) يعملون في قطاع أعمال عام، و ١ من الأفراد المشاركين (١.٧%) عمل إداري بالجامعة، و ٥ من

المشاركين (٨.٣%) يقوم بعمل إداري بالتربية والتعليم، و ٧ من الأفراد المشاركين (١١.٧%) يقومون بالتدريس بالتربية والتعليم، و ١ من الأفراد المشاركين (١.٧%) يعمل في القطاع العام.

٦- فيما يتصل بالوظيفة للمشاركين في الدراسة، وذلك لعينة الرشد الأوسط؛ تبين أن ١٤ من الأفراد المشاركين (٢٣.٣%) كتابيون ومساعدون وفنيون، و ٣٥ من الأفراد المشاركين (٥٨.٣%) قائمون بأعمال إدارية وشبه مهنية، و ٧ من الأفراد المشاركين (١١.٧%) رجال إدارة ومهنيون، و ٤ من الأفراد المشاركين (٦.٧%) بالوظائف التنفيذية والمهنية العليا.

وفيما يتصل بعينة الرشد المتأخر تبين أن ١ من الأفراد المشاركين (١.٧%) عامل ماهر، و ١١ من الأفراد المشاركين (١٨.٣%) كتابيون ومساعدون وفنيون، و ٢٨ من الأفراد المشاركين (٤٦.٧%) قائمون بأعمال إدارية وشبه مهنية، و ٨ من الأفراد المشاركين (١٣.٣%) وظائف إدارية ومهنيون، و ١٢ من الأفراد المشاركين (٢٠%) بالوظائف التنفيذية والمهنية العليا.

(٢) أدوات الدراسة

تضمنت أدوات الدراسة: مقياس الإدراك الذاتي للتقدم في العمر إعداد: (Brothers, 2016) (ترجمة الباحثة). بالإضافة إلى صفحة البيانات الأساسية التي أعدتها الباحثة لجمع البيانات الديموجرافية لأفراد العينة، وفيما يلي وصف لهذه المقاييس، وعرض للخطوات التي اتبعت للتحقق من كفاءتها السيكمترية:

مقياس الإدراك الذاتي للتقدم في العمر، أجريت ثلاث دراسات لتطوير وتقييم استبيان متعدد الأبعاد للوعي بالتغيير المرتبط بالعمر، حيث تكونت النسخة الأولى للاستبيان من ١٨٩ بنداً، تم تطبيقها على ٣٩٦ فرداً تتراوح أعمارهم ما بين ٤٠ - ٩٥ سنة، وأشار التحليل العاملي بوجود عاملين: الأول: يمثل الوعي بالتغيرات الإيجابية المرتبطة بالعمر (المكاسب)، والثاني: يمثل الوعي بالتغيرات السلبية المرتبطة بالعمر (الخسائر). وفي

الدراسة الثانية تم تخفيض بنود الاستبيان إلى ١٠٠ بند باستخدام المزيد من العوامل السكانية على عينة من ٥٨٦ من الراشدين الذين تتراوح أعمارهم بين ٤٠ - ١٠٢ سنة، حيث تم التأكيد على العاملين والمقاييس الفرعية وثباتها، وفي الدراسة الثالثة تم تخفيض البنود إلى ٥٠ بنداً، وتم التطبيق على ٤٢٥ مشاركاً من الدراسات الأولى والثانية بعد حوالي ٢.٥ سنة، وأكدت نتائج الدراسة على العاملين المكاسب المدركة، والخسائر المدركة وقوة الخصائص السيكومترية للإصدار الثالث، وأصبح المقياس في صورته النهائية يتكون من (٥٠) بنداً موزعة بالتساوي على الأبعاد الخمسة المكونة للمفهوم، حيث يتكون كل بُعد من (١٠) بنود، تقيس البنود (٥، ٢٥، ٢٩، ٣٥، ٤٣، ٧، ٢٠، ٢٢، ٢٧، ٣٦) المكاسب والخسائر للقدرة الصحية والجسدية. وتقيس البنود (١٢، ٢١، ٣٣، ٤٤، ٤٩، ٣، ٩، ١٧، ٢٦، ٣٨) المكاسب والخسائر للقدرة المعرفية. وتقيس البنود (١، ٦، ١٩، ٣٩، ٥٠، ١١، ٣٠، ٣٤، ٤٢، ٤٥) المكاسب والخسائر في العلاقات الشخصية. وتقيس البنود (١٠، ١٤، ١٨، ٢٣، ٤١، ٤، ١٣، ١٦، ٢٤، ٤٧) المكاسب والخسائر في المعرفة الاجتماعية والانفعالية. وتقيس البنود (٨، ١٥، ٣١، ٣٧، ٤٠، ٢، ٢٨، ٣٢، ٤٦، ٤٨) المكاسب والخسائر في أسلوب الحياة والمشاركة الفعالة (Brother, Miche, Wahl,& Diehl, 2015).

وتتطلب الإجابة عن كل بند أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين الدرجة صفر التي تدل على أن مضمون البند لا ينطبق إطلاقاً إلى الدرجة (٤) التي تدل على أن مضمون البند ينطبق عليه تماماً (Brother, Miche, Wahl,& Diehl, 2015)، واستخدمت النسخة الثالثة في الدراسة الحالية.

الكفاءة السيكومترية للمقياس

أولاً الصدق:

في هذا الجزء، تم استكشاف صدق المحتوى بعدة مؤشرات، هي: حجم معاملات الارتباط بين مجالات الإدراك الذاتي للمكاسب، وكذلك حجم معاملات الارتباط ودلالاتها فيما بين مجالات الإدراك الذاتي للخسائر، إذ تشير معاملات الارتباط المرتفعة والدالة إحصائياً إلى تجانس المجالات على تمايزها حول مضمون نفسي متجانس يعكس الإدراك الذاتي للمكاسب والخسائر في مجالات نفسية اجتماعية مختلفة عبر التقدم في العمر نحو الشيخوخة. وتم كذلك حساب معامل ارتباط كل مجال من مجالات إدراك المكاسب، بالدرجة الكلية لمجالات المكاسب، وعلى الجانب الآخر تم حساب معاملات ارتباط كل مجال من مجالات الإدراك الذاتي للخسائر بالدرجة الكلية للإدراك الذاتي للخسائر، وذلك بهدف التحقق كذلك من مدى تجانس المجالات حول مضمون نفسي واحد. وتم لنفس الغرض حساب معامل ألفا كرونباخ لحساب الاتساق الداخلي فيما بين المجالات العريضة للإدراك الذاتي لكل من المكاسب والخسائر، إذ المجالات هي: الصحة البدنية، والأداء المعرفي، والعلاقات الشخصية البينية، والمعرفة الاجتماعية، وأسلوب الحياة، والمشاركة الاجتماعية.

وفيما يتعلق بمجالات الإدراك الذاتي للمكاسب، جاءت قيمة معامل ألفا كرونباخ فيما بين المجالات ٠.٨١، وهي قيمة مرتفعة تعكس حجم تجانس مرتفع حول مضمون نفسي واحد. وجاءت جميع معاملات الارتباط فيما بين المجالات مرتفعة ودالة فيما وراء ٠.٠٠١، كما يظهر في الجدول التالي رقم (٣). وجاءت أكثر العلاقات قوة بين إدراك مكاسب الأداء المعرفي ومكاسب المعرفة الاجتماعية ٠.٧٣، تليها في القوة علاقة المعرفة الاجتماعية بمكاسب العلاقات الشخصية البينية ٠.٦١، ثم علاقات مكاسب العلاقات الشخصية البينية بكل من مكاسب الصحة البدنية ٠.٥٥ ومكاسب الأداء المعرفي ٠.٥٨. وجاءت أضعف العلاقات بين مكاسب الصحة البدنية ومكاسب المعرفة

الاجتماعية ٠.٢٧، ومكاسب الأداء المعرفي ومكاسب أسلوب الحياة والمشاركة المجتمعية ٠.٢٧. وتراوحت معاملات ارتباط كل مجال بالدرجة الكلية للإدراك الذاتي للمكاسب ما بين ٠.٤٨ معامل ارتباط مكاسب أسلوب الحياة والمشاركة المجتمعية، و ٠.٧١ معامل ارتباط مكاسب العلاقات الشخصية البينية.

جدول (٣)

معاملات ارتباط مجالات الإدراك الذاتي للمكاسب وارتباطها بالدرجة الكلية لإدراك المكاسب

المجالات	الصحة البدنية	الأداء المعرفي	علاقات شخصية	معرفة اجتماعية	أسلوب الحياة	الارتباط بالدرجة الكلية
الصحة البدنية	١	**٠.٣٦	**٠.٥٥	**٠.٢٧	٠.٤٩**	**٠.٥٤
الأداء المعرفي		١	**٠.٥٨	**٠.٧٣	**٠.٢٧	**٠.٦٣
علاقات شخصية			١	**٠.٦١	**٠.٤٣	**٠.٧١
معرفة اجتماعية				١	**٠.٣٩	**٠.٦٧
أسلوب حياة					١	**٠.٤٨

**معاملات الارتباط دالة فيما وراء ٠.٠٠١

جدول (٤)

معاملات ارتباط مجالات الإدراك الذاتي للخسائر وارتباطها بالدرجة الكلية لإدراك الخسائر

الارتباط بالدرجة الكلية	أسلوب الحياة	معرفة اجتماعية	علاقات شخصية	الأداء المعرفي	الصحة البدنية	المجالات
٠.٥٩	٠.٦٣	**٠.٤٣	**٠.٢٧	**٠.٥٣	١	الصحة البدنية
**٠.٦٣	**٠.٥١	**٠.٥٣	**٠.٣٩	١		الأداء المعرفي
**٠.٥٠	**٠.٤٥	**٠.٤٩	١			علاقات شخصية
**٠.٦٦	**٠.٥٧	١				معرفة اجتماعية
**٠.٧١	١					أسلوب حياة

**معاملات الارتباط دالة فيما وراء ٠.٠٠١

جاءت قيمة معامل ألفا كرونباخ للاتساق فيما بين مجالات الإدراك الذاتي للخسائر مرتفعة ٠.٨٢، وتعكس تجانساً كبيراً في المحتوى النفسي الذي تدور حوله مجالات الإدراك الذاتي للخسائر. وتشير بيانات الجدول (٤) أن جميع معاملات الارتباط فيما بين المجالات مرتفعة ودالة فيما وراء ٠.٠٠١، مما يؤكد حجم التجانس فيما بين هذه المجالات. وجاءت أكثر العلاقات قوة بين الإدراك الشخصي للخسارة في الصحة البدنية والإدراك الذاتي للخسارة في أسلوب الحياة والمشاركة الاجتماعية ٠.٦٣. تليها العلاقة بين إدراك الخسارة في المعرفة الاجتماعية والخسارة المدركة في أسلوب الحياة والمشاركة الاجتماعية ٠.٥٧. وفي مرتبة تالية، تأتي العلاقة بين الإدراك الذاتي للخسارة في الأداء المعرفي، وكل من الخسارة المدركة في الصحة البدنية ٠.٥٣، والمعرفة الاجتماعية ٠.٥٣، وأسلوب الحياة والمشاركة الاجتماعية ٠.٥١. وجاءت أضعف العلاقات بين الخسارة في الصحة البدنية والخسارة في العلاقات الشخصية البينية ٠.٢٧. وتراوحت معاملات ارتباط المجال بالدرجة الكلية للإدراك الذاتي للخسائر ما بين ٠.٧١ معامل ارتباط أسلوب الحياة والمشاركة الاجتماعية، و ٠.٥٠ معامل ارتباط الخسائر المدركة في

العلاقة الشخصية البيئية. وتفيد هذه البيانات مجتمعة أننا أمام مقياس لا بأس به من حيث صدق المحتوى، إذ تغطي مختلف المجالات الإدراك الذاتي للمكاسب والخسائر في حياة الراشدين ما بين مرحلتي الرشد الأوسط والرشد المتأخر أو الشيخوخة.

ثانياً الثبات:

اعتمدت الدراسة على الاتساق الداخلي باستخدام معادلة ألفا كرونباخ، لحساب ثبات بنود كل مجال من مجالات الإدراك الذاتي للشيخوخة بشقيه: إدراك الخسائر، وإدراك المكاسب. ويُعد معامل الثبات ألفا كرونباخ أحد طرائق تقدير الاتساق الداخلي للاختبار، ويفترض أن البنود المختلفة داخل المقياس تقيس نفس السمة أو القدرة موضع القياس، كما يشير ارتفاع معامل ألفا إلى أن بنود المقياس تعبر عن مضمون واحد (Kaplan & Saccuzzo, 2009)، وقد تم حساب ثبات مقياس الإدراك الذاتي للشيخوخة من خلال ألفا كرونباخ، وارتباط البند بالدرجة الكلية ويتضح ذلك من الجداول التالي.

وبشكل عام، ومن خلال بيانات الجدول التالي (٥) جاءت معاملات ألفا كرونباخ متوسطة، وإن كانت مرتفعة إلى حد ما في حال مجال الأداء المعرفي سواء في سياق الإدراك الذاتي للمكاسب أو في سياق الإدراك الذاتي للخسائر، يليه مجال الصحة البدنية خاصة في سياق إدراك الخسائر، ومجال أسلوب الحياة والمشاركة الاجتماعية خاصة في سياق الإدراك الذاتي للمكاسب. ويُعد المقياس الأضعف من حيث الثبات بالاتساق الداخلي هو مقياس أسلوب الحياة في سياق الإدراك الذاتي للخسائر، حيث انخفضت معاملات ألفا في العينة الكلية وعينة الرشد الأوسط وعينة الشيخوخة أو المتقدمين في السن. وجاءت معاملات ثبات ألفا كرونباخ إجمالاً مرضية، بما يجعلنا نطمئن إلى حد كبير للتحليلات الإحصائية التالية.

جدول (٥)

قيمة معامل ألفا كرونباخ بحسب المجالات والفئات العمرية والعينة الكلية

المجموعات وقيمة معامل ألفا	العينة الكلية ن ١٢٠	الرشد الأوسط ن (٤٥ - ٥٥) ٦٠	الرشد المتقدم ن (٦٥ - ٧٥) ٦٠
المجالات			
الصحة البدنية			
مكاسب:	٠.٦٠	٠.٦٠	٠.٥١
خسائر:	٠.٧٢	٠.٧٤	٠.٧٠
الأداء المعرفي:			
مكاسب	٠.٧٨	٠.٧٥	٠.٨٠
خسائر	٠.٨٢	٠.٧٣	٠.٨٦
العلاقات الشخصية البينية:			
المكاسب:	٠.٧١	٠.٥٩	٠.٨٠
الخسائر:	٠.٧١	٠.٥٢	٠.٦٧
المعرفة الاجتماعية			
الوجدانية:	٠.٧١	٠.٦٨	٠.٧٣
المكاسب:	٠.٦٢	٠.٥٧	٠.٦٦
الخسائر:			
أسلوب الحياة والمشاركة:			
المكاسب:	٠.٨٤	٠.٨٤	٠.٧٩
الخسائر:	٠.٤٣	٠.٤٧	٠.٥٢

وفي خطوة تالية، تم حساب ثبات البنود، أو ما يعرف بالقدرة التمييزية للبنود في كل مجال، من خلال حساب معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية للمجال. وتكشف بيانات الجدول التالي (٦) عن معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية في مرحلتي الرشد الأوسط والرشد المتقدم، حيث جاءت معاملات الارتباط متجاوزة حد المحك ٠.٣٠، واستبعدت البنود التي انخفض ارتباطها بالدرجة الكلية عن هذا الحد، وهي البنود أرقام: ٧، ٨، ١٣، ٢٦، ٢٩، ٤٣، ٤٩. ومنتقل فيما يلي إلى عرض نتائج الدراسة.

جدول رقم (٦)

معاملات الاتساق الداخلي من خلال ارتباط البند بالدرجة الكلية لدى إجمالي عيني
(الرشد الأوسط والرشد المتأخر "ن=١٢٠")، بعد حذف البنود الضعيفة

رقم البند	قيمة معامل الارتباط	رقم البند	قيمة معامل الارتباط
١	٠.٥	٢٦	٠.٦
٢	٠.٣	٢٧	٠.٥
٣	٠.٦	٢٨	٠.٧
٤	٠.٦	٢٩	٠.٥
٥	٠.٦	٣٠	٠.٤
٦	٠.٤	٣١	٠.٧
٧		٣٢	٠.٣
٨		٣٣	٠.٤
٩	٠.٧	٣٤	٠.٣
١٠	٠.٥	٣٥	٠.٦
١١	٠.٥	٣٦	٠.٧
١٢	٠.٦	٣٧	٠.٧
١٣		٣٨	٠.٤
١٤	٠.٤	٣٩	٠.٥
١٥	٠.٦	٤٠	٠.٧
١٦	٠.٥	٤١	٠.٦
١٧	٠.٦	٤٢	٠.٣
١٨	٠.٥	٤٣	٠.٦
١٩	٠.٧	٤٤	٠.٦
٢٠	٠.٨	٤٥	٠.٥
٢١	٠.٧	٤٦	٠.٣
٢٢	٠.٥	٤٧	٠.٥
٢٣	٠.٤	٤٨	٠.٥
٢٤	٠.٦	٤٩	٠.٧
٢٥	٠.٣	٥٠	٠.٢

النتائج

تم تطبيق أسلوب تحليل التباين المتعدد في اتجاه واحد MANOVA لاستكشاف الفروق الارتقائية المرتبطة بالعمر بين المستويات العمرية الأربعة التي تنتظم أعمار المشاركين في الدراسة (٤٥ - ٥٠، ٥٠ - ٥٥، ٦٥ - ٧٠، ٧٠ - ٧٥)، في مجالات الإدراك الذاتي للشيخوخة، عبر إدراك المكاسب والخسائر في تلك المجالات: الصحة البدنية، والوظائف المعرفية، والعلاقات البينية الشخصية، ووظائف المعرفة الاجتماعية، وأسلوب الحياة.

ويوضح الجدول التالي (٧) المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمجالات الإدراك الذاتي للشيخوخة، عبر مختلف المستويات العمرية. كما توضح بيانات الجدول رقم (٨) البيانات الأساسية لتحليل التباين المتعدد في اتجاه واحد لتحليل الآثار الرئيسية للمجموعات العمرية (٤ مجموعات عمرية) في مجالات الإدراك الذاتي للمكاسب والخسائر، ومن ثم الإدراك الذاتي للشيخوخة.

وتكشف بيانات تطبيق تكتيك تحليل التباين المتعدد آثار ارتقائية رئيسية مرتبطة بالعمر في مجالات الإدراك الذاتي للشيخوخة، إذ قيمة لامبدا ويلك Wilks' Lambda ٠.٥٠٦ (ف (٣٠، ٣٧٢) ٢.٣٨ دالة فيما وراء (٠.٠٠١)؛ وقيمة مربع إيتا ٠.١٨١، إذ تفسر الفروق العمرية ما نسبته ١٨.١% من التباين القابل للتفسير في مجالات الإدراك الذاتي للشيخوخة.

وفي ضوء اختبار بونفيروني Bonferroni للمقارنات البعدية المتعددة، تبين أن تلك الآثار الرئيسية تتركز في المكاسب المدركة في الصحة البدنية، إذ تظهر فروق جوهرية دالة إحصائيًا عند مستوى ٠.٠١٣ بين المجموعة العمرية الأصغر في الرشد الأوسط (٤٥ - ٥٠) سنة، والمجموعة العمرية الأكثر تقدمًا في العمر (٧٠ - ٧٥ سنة)، (الفروق بين المتوسطين - ١.٩٩٤) إذ تشير النتيجة بأن المجموعة المتقدمة في العمر أكثر

حساسية لمكاسب الصحة البدنية منها لدى المجموعة الأصغر في مرحلة الرشد الأوسط؛ مما يعكس بالتبعية حساسية أكبر في الرشد الأوسط للخسائر في الصحة البدنية. ويوضح الشكل التالي (١) منحنى الحساسية للمكاسب الصحية إذ يصل إلى أعلى مستوى له لدى المجموعة العمرية الأكبر (٧٠ - ٧٥ سنة).

وأفادت نتائج اختبار بونفيريني -أيضاً- للمقارنات البعدية المتعددة إلى وجود حساسية مرتفعة للخسائر في مجال العلاقات البينية الشخصية تتبدى لدى المجموعتين الأكبر عمراً (٦٥ - ٧٠، ٧٠ - ٧٥ سنة)، بالمقارنة مع المجموعة الثانية (٥٠ - ٥٥ سنة)، قيمة الفارق ٢.٨٦ دال عند مستوى ٠.٠١، و ٢.٨٣ دال عند مستوى ٠.٠٢، بما يشير إلى ارتفاع مستوى الحساسية النسبية للخسارة في مجال العلاقات البينية الشخصية كلما تقدم في العمر نحو الرشد المتأخر.

جدول (٧)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لمجالات الإدراك الذاتي للمكاسب والخسائر

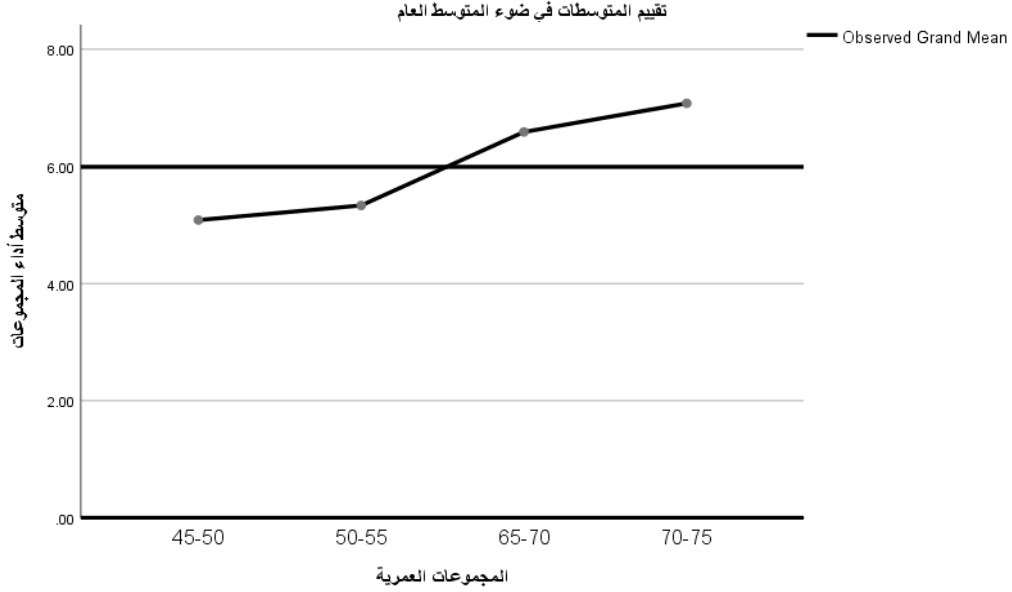
العينة الكلية: ن ١٢٠		الرابعة (٧٠-٧٥) ن ٢٦		الثالثة (٦٥ - ٧٠) ن ٣٤		الثانية (٥٥ - ٦٠) ن ٢٤		الأولى (٤٥-٥٠) ن ٣٦		المجموعات العمرية
ع	م	ع	م	ع	م	ع	م	ع	م	المتغيرات
٢.٥٨	٥.٩٩	٢.١٥	٧.٠٨	٢.٥١	٦.٥٩	٢.٨٥	٥.٣٣	٢.٣٧	٥.٠٨	مجال الصحة البدنية
٣.٤١	٨.١٣	٣.٢١	٧.٨٥	٣.٥١	٨.٤١	٣.٣٥	٨.٤٦	٣.٥٨	٧.٨٣	المكاسب: الخسائر:
٢.٩١	١١.٧٧	٢.٦٣	١١.٨٨	٣.١٧	١١.٦٢	٢.٨١	١٢.٠٨	٣.٠٠	١١.٦١	مجال الوظائف المعرفية
٣.٥٦	٤.٦٣	٤.١٤	٥.٥٠	٤.٠٢	٤.٦٢	٣.١١	٤.٧٩	٢.٨٨	٣.٨٩	المكاسب: الخسائر:
٣.٦٠	١٣.٩٢	٣.٦٠	١٤.٩٢	٤.٢٢	١٣.٥	٣.٣٤	١٤.٢٩	٣.٢٤	١٣.٣٦	العلاقات الشخصية
٣.٤٩	٥.٤٣	٣.٠١	٦.٥٠	٤.١٠	٦.٥٣	٢.٧٦	٣.٦٧	٣.١٢	٤.٨١	المكاسب: الخسائر:
٣.٤٥	١٥.٠٠	٣.٢٩	١٥.٣٤	٣.٨٩	١٤.٤٤	٣.٠٥	١٥.٦٧	٣.٤٣	١٤.٨٣	المعرفة الاجتماعية:
٣.٧٥	٧.٣٦	٣.٢٥	٦.١١	٣.٩٦	٧.٣٥	٢.٨٣	٨.٣٨	٤.٢٨	٧.٥٨	المكاسب: الخسائر:
٤.٠٩	١٠.٨٨	٤.٠٠	١٢.٥٨	٣.٠٨	١١.٨٢	٤.٥٥	٩.٧٥	٤.١٤	٩.٥٠	مجال أسلوب الحياة:
٣.٤٣	٨.٨٨	٣.١٦	٨.٥٨	٣.٦٩	٩.١٥	٣.١٦	٨.٦٣	٣.٦٦	٩.٠٣	المكاسب: الخسائر:

جدول (٨)

بيانات تحليل التباين المتعدد في اتجاه واحد لمتوسطات المجموعات العمرية الأربع في مجالات إدراك المكاسب والخسائر

الأبعاد	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة F	دلالة F
مكاسب الصحة البدنية	٢٨.٨٣	٢٧.٦١	٤.٥٢	٠.٠٠٥
خسائر الصحة البدنية	١٠.٥٥	٣.٥٢	٠.٢٩٧	٠.٨٢٧
مكاسب الأداء المعرفي	٧.٤١	٢.٤٧	٠.٢٠٢	٠.٨٩٥
خسائر الأداء المعرفي	٤٠.٠٨	١٣.٣٦	١.٠٥٣	٠.٣٧٢
مكاسب العلاقات الشخصية البينية	٤٦.٧٢	١٥.٥٧	١.١٧٦	٠.٣٢٢
خسائر العلاقات الشخصية البينية	١٥٩.٥٢	٥٣.١٨	٤.٧٧	٠.٠٠٤
مكاسب المعرفة الاجتماعية	٢٥.٤٠	٨.٤٧	٠.٧٠٤	٠.٥٥١
خسائر المعرفة الاجتماعية	٣٠.٤٥	١٠.١٥	٠.٩٤٤	٠.٤٢٢
مكاسب أسلوب الحياة والمشاركة الاجتماعية	٢١٥.٣٨	٧١.٧٩	٥.٢٥	٠.٠٠٢
خسائر أسلوب الحياة والمشاركة الاجتماعية	٧.١٦	٢.٣٩	٠.١٩٨	٠.٨٩٧

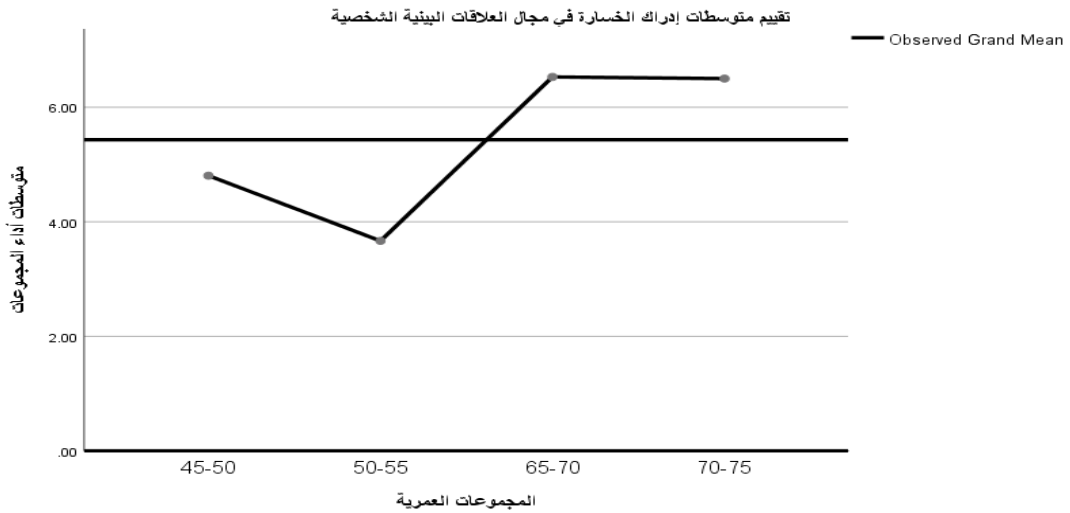
الشكل (١) يوضح منحنى الإدراك الذاتي لمكاسب الصحة البدنية من الرشد الأوسط إلى الرشد



المتقدم

ويكشف الشكل التالي رقم (٢) عن هذه العلاقة بين التقدم في العمر وزيادة الحساسية للخسارة في العلاقات البينية الشخصية.

شكل (٢) يوضح ارتفاع الحساسية للخسائر في مجال العلاقات البينية الشخصية



وكشفت نتائج المقارنات البعدية المتعددة عن فروق جوهرية بين المجموعتين العمريتين الأكبر (٧٠ - ٧٥) حيث الشيخوخة متقدمة نسبياً، والمجموعة العمرية الأصغر (٤٥ - ٥٠) حيث المرحلة الوسطى من الرشد في الإدراك الذاتي للمكاسب في أسلوب الحياة (قيمة الفارق ٣.٠٠٨، دال عند مستوى ٠.٠١٧). إذ تفيد النتيجة بأن الأصغر سنّاً أكثر حساسية للخسارة في مجال أسلوب الحياة، بينما الأكبر سنّاً أكثر حساسية للمكاسب في مجال أسلوب الحياة.

ولم تظهر أية آثار ارتقائية أخرى مرتبطة بالعمر في أي من المجالات الأخرى سواء على مستوى إدراك الخسارة أو على مستوى إدراك الكسب.

وفي إطار التحقق من الفروق الارتقائية المرتبطة بالعمر في مجالات الإدراك الذاتي للشيخوخة عبر مرحلتي الرشد الأوسط والرشد المتقدم، قام فريق البحث بحساب نسبة مئوية للإدراك الذاتي للمكاسب في كل مجال تضع في الحسبان قيمة الخسائر، بحيث تعكس النسبة المئوية الموازنة المدركة بين المكاسب والخسائر في كل مجال، وكان يتم هذه من خلال قسمة الدرجة على بنود إدراك المكاسب في مجال الصحة البدنية على سبيل المثال على مجموع كل من الدرجة الكلية على بنود المكاسب والدرجة الكلية على بنود الخسائر، وضرب الناتج في ١٠٠. ويتم تكرار هذه الخطوة في المجالات الخمسة التي يتكون منها مقياس الإدراك الذاتي للتقدم في العمر أو الشيخوخة. كما يظهر في الصيغة التالية:

$$\text{نسبة إدراك المكاسب} = \text{إدراك المكاسب} \div (\text{إدراك المكاسب} + \text{إدراك الخسائر}) \times 100$$

ويتم بعد ذلك تطبيق معادلة اختبار دلالة الفروق بين متوسط عينة وقيمة محكية، إذ القيمة المحكية هنا ٥٠%، فإذا كان متوسط الإدراك الذاتي للمكاسب في المجال المحدد (الصحة البدنية مثلاً) أعلى من ٥٠% بصورة جوهرية ودالة إحصائياً - عكس هذا إدراكاً للمكاسب في هذا المجال، وإذا كان المتوسط أقل من ٥٠% بصورة جوهرية ودالة إحصائياً دلّ هذا على إدراك ذاتي للخسائر أكثر من المكاسب، فإن لم يكن ثمة

فارق جوهري أعلى أو أقل دل هذا على أن هذا المجال تتعادل فيه المكاسب والخسائر. وتتم هذه الإجراءات على كل مجموعة عمرية من مجموعات الدراسة، ومقارنة نتائج المجموعات بشكل غير مباشر لتتبع ما يمكن أن تكشف عنه النتائج من فروق ارتقائية مرتبطة بالعمر في الموازنة الإدراكية بين المكاسب والخسائر في مختلف المجالات المحكية.

وفيما يلي عرض نتائج المجموعات الأربع: المتوسطات والانحرافات المعيارية، وقيم اختبارات للفروق بين متوسط كل مجموعة والقيمة المحكية ٥٠% ودلالة الفرق ذي الذيلين.

جدول (٩)

المجموعة العمرية الأولى (٤٥ - ٥٠ سنة) ن ٣٤ النسب المئوية للمكاسب المدركة ودالاتها بالمقارنة مع القيمة المحكية ٥٠%

المؤشرات	م	ع	ت	الدالة
المجالات				
مجال الصحة البدنية	٤٠.١٨	١٧.٢٦	٣.٤٤-	٠.٠٢
مجال الأداء المعرفي	٨٠.٢٨	١٣.٤٩	١٣.٤٧	٠.٠٠١
مجال العلاقات الشخصية	٧٥.٠١	١٣.٠٠	١١.٥٤	٠.٠٠١
مجال المعرفة الاجتماعية	٧٥.٣٠	١٦.٢٤	٩.٣٥	٠.٠٠١
مجال أسلوب الحياة	٤٢.٦١	٢١.١٠	٢.١٠-	٠.٠٤٣
متوسط النسب عبر المجالات	٦٥.٠١	١١.٤٥	٧.٨٧	٠.٠٠١

ويظهر من الجدول (٩) أن المجموعة العمرية الأصغر في مرحلة الرشد الأوسط، تتبدى لديها حساسية جوهريّة للخسائر في الصحة البدنية، إذ نسبة إدراك المكاسب ٤٠.١٨%، أقل بصورة جوهريّة إحصائيّاً من النسبة المحكية ٥٠% (ت -٣.٤٤ دالة عند مستوى ٠.٠٢). كما تتبدى لدى هذه المجموعة حساسية للخسائر في مجال أسلوب

الحياة، إذ نسبة إدراك المكاسب في هذا المجال ٤٢.٦١%، أقل بصورة جوهرية إحصائياً من النسبة المحكية ٥٠% (ت - ٢.١٠ دالة عند مستوى ٠.٠٤٣). وترتفع نسبة إدراك المكاسب في بقية المجالات عن النسبة المحكية بصورة جوهرية، وكذلك النسبة الإجمالية لإدراك المكاسب عبر مختلف المجالات المتبقية: الأداء المعرفي، والعلاقات اليبينية الشخصية، والمعرفة الاجتماعية.

جدول (١٠)

المجموعة العمرية الثانية (٥٠ - ٥٥ سنة) ن ٢٤ النسب المئوية للمكاسب المدركة ودالاتها بالمقارنة مع القيمة المحكية ٥٠%

المؤشرات	م	ع	ت	الدالة
مجال الصحة البدنية	٣٨.٨٣	٢٠.٢١	٢.٧١-	٠.٠١٣
مجال الأداء المعرفي	٧٧.٧٧	١٣.٨١	٩.٨٥	٠.٠٠١
مجال العلاقات الشخصية	٨٠.٢٥	١٣.٥١	١٠.٩٧	٠.٠٠١
مجال المعرفة الاجتماعية	٧٢.٥٣	١٠.٦٥	١٠.٣٧	٠.٠٠١
مجال أسلوب الحياة	٤٢.٢٣	٢٣.٣٨	١.٦٣-	٠.١١٧
متوسط النسب عبر المجالات	٦٤.٦٧	١٢.٠٠	٥.٩٩	٠.٠٠١

ويظهر من بيانات الجدول (١٠) استمرار حساسية مرحلة الرشد الأوسط في مستوى عمري أكبر للخسارة في مجال الصحة البدنية، إذ متوسط نسبة إدراك المكاسب في هذا المجال ٣٨.٨٣%، أقل من القيمة المحكية ٥٠% بصورة دالة إحصائياً في ضوء الانحراف المعياري ٢٠.٢١، دالة عند مستوى ٠.٠٠١، وجاء كذلك متوسط نسبة إدراك المكاسب في أسلوب الحياة (٤٢.٢٣%، ع ٢٣.٣٨) أقل من النسبة المحكية ٥٠%، إلا أنه انخفاض غير جوهري إحصائياً؛ مما يعكس تعادل الخسائر والمكاسب في هذا المجال. وجاءت متوسطات نسب إدراك المكاسب في مجالات الأداء المعرفي، والعلاقات

الشخصية البينية، والمعرفة الاجتماعية مرتفعة بصورة دالة إحصائياً عن النسبة المحكية، وكذلك متوسط النسبة العامة لإدراك المكاسب عبر مختلف المجالات أعلى من النسبة المحكية بشكل دال إحصائياً، كما يظهر من بيانات الجدول.

ويظهر من الجدول (١١) تضاؤل الحساسية للخسائر في مجال الصحة البدنية، فعلى الرغم من انخفاض متوسط نسبة إدراك المكاسب (٤٤.٦٥% ع ١٦.٣٣) عن النسبة المحكية ٥٠%، فإن الفرق غير دال إحصائياً؛ مما يشير إلى بداية التعادلية بين إدراك المكاسب والخسائر في هذا المجال. وبالوصول إلى هذا المستوى العمري من الشيخوخة أو الرشد المتقدم تتطابق تقريباً نسبة إدراك المكاسب والخسائر في مجال أسلوب الحياة والمشاركة الاجتماعية (٥٠.٧٧%، ع ١٥.٧٠)، ومن ثم لا يوجد فرق جوهري بين هذه النسبة والنسبة المحكية. وتظل نسبة إدراك المكاسب في بقية المجالات مرتفعة بالنسبة لإدراك الخسائر.

جدول (١١)

المجموعة العمرية الثالثة (٦٥ - ٧٠ سنة) ن ٣٤ النسب المئوية للمكاسب المدركة ودلالاتها بالمقارنة مع القيمة المحكية ٥٠%

الدالة	ت	ع	م	المؤشرات المجالات
٠.٠٦٥	١.١٩-	١٦.٣٣	٤٤.٦٥	مجال الصحة البدنية
٠.٠٠١	٨.٤٤	١٨.٨٤	٧٧.٢٩	مجال الأداء المعرفي
٠.٠٠١	٦.٤٥	١٧.٤٤	٦٩.٣١	مجال العلاقات الشخصية
٠.٠٠١	٨.٤٦	١٦.٧٠	٧٤.٢٢	مجال المعرفة الاجتماعية
٠.٧٧٨	٠.٢٨٤	١٥.٧٠	٥٠.٧٧	مجال أسلوب الحياة
٠.٠٠١	٥.٩٣٩	١٣.٨٩	٦٤.١٤	متوسط النسب عبر المجالات

جدول (١٢)

المجموعة العمرية الرابعة (٧٠ - ٧٥ سنة) ن ٢٦ النسب المئوية للمكاسب المدركة ودلالاتها بالمقارنة مع القيمة المحكية ٥٠%

المؤشرات	م	ع	ت	الدلالة
المجالات				
مجال الصحة البدنية	٤٨.٤٩	١٤.٧٠	٠.٥٢٣-	٠.٦٠٥
مجال الأداء المعرفي	٧٤.٧٧	١٧.٥٢	٧.٢١	٠.٠٠١
مجال العلاقات الشخصية	٦٩.٧١	١٣.٥٤	٧.٤٢	٠.٠٠١
مجال المعرفة الاجتماعية	٧٨.٢٧	١٤.٣٢	١٠.٠٧	٠.٠٠١
مجال أسلوب الحياة	٥٣.١٤	١٥.١١	١.٠٦	٠.٢٩٩
متوسط النسب عبر المجالات	٦٥.٥٨	١١.٨٢	٦.٧٢	٠.٠٠١

وتشير نتائج الجدول (١٢) بأنه على الرغم من التقدم في العمر إلى الرشد المتأخر والشيخوخة، يشهد مجالاً الصحة البدنية وأسلوب الحياة والمشاركة الاجتماعية تعادلاً في متوسط إدراك المكاسب ومتوسط إدراك الخسائر، وتظل المجالات الأخرى نسبة إدراك المكاسب مرتفعة بصورة جوهرية عن النسبة المحكية ٥٠%.

مناقشة النتائج

تناولت الدراسة الحالية مفهوم الإدراك الذاتي للتقدم في العمر أو الشيخوخة بوصفه إدراك المكاسب والخسائر في خمسة مجالات، هي: الصحة البدنية، والأداء المعرفي، والعلاقات الشخصية، والمعرفة الاجتماعية، وأسلوب الحياة والمشاركة الاجتماعية. وتعكس مكاسب الصحة الجسمانية إدراك الفرد بأنه يعطي اهتماماً أكبر لصحته البدنية، ويهتم أكثر بتناول الطعام الصحي، والاهتمام أكثر بالانتظام في ممارسة الرياضة، وفي المقابل تعكس الخسائر الصحية إدراك الفرد أن طاقته تضاءلت عن ذي قبل، واحتياج الجسم

لأوقات أكثر للراحة، وأن القدرة الجسمية لم تعد كما كانت من قبل، وإدراك وجود الكثير من الآلام والأوجاع الجسمية.

وتعكس مكاسب الأداء المعرفي إدراك الفرد بأن لديه خبرات ومعارف كبيرة يستطيع بها تقييم الأشياء والأشخاص، وأن لديه القدرة على تقدير عواقب الأمور وتوقعها، والاعتماد في اتخاذ القرار على معلومات يتم تجميعها قبيل اتخاذ القرار، وإدراك الفرد أنه أصبح يتسم بالحكمة، وفي المقابل تعكس الخسائر في الأداء المعرفي إدراك الفرد لتراجع استيعابه الذهني، وبطء التفكير، وصعوبات التركيز، والنسيان.

وتعكس مكاسب العلاقات الشخصية البينية التقدير الذاتي بإدراك احترام الآخرين، وتقدير الناس والعلاقات بدرجة أكبر مما كان، والإدراك الذاتي للزيادة في قوة العلاقات والصدقات، والانفتاح على الآخرين أكثر مما كان، وإدراك أن الأسرة أصبحت أكثر أهمية مما كانت عليه؛ وفي المقابل عكست خسائر العلاقات الشخصية البينية إدراك الشخص بأن الآخرين يعاملونه وكأنه غير موجود، وقيام الآخرين بعمل أشياء نيابة عنه لاقتناعهم بعجزه عن الوفاء بهذه الأعمال، وإدراك أن الآخرين أصبحوا أكثر تحفظاً، وإدراك الفرد أنه أصبح أكثر اعتماداً على الآخرين، وأن الآخرين أصبحوا أقل صبراً عند التعامل معه.

وتعكس مكاسب المعرفة الاجتماعية إدراك الشخص أنه أصبح أكثر معرفة باحتياجاته، والإحساس العام بما هو أفضل بالنسبة له، والامتنان لله، والحمد على ما أنعم الله عليه، كما يدرك الشخص كيف لا يقوم بأعمال غريبة عن شخصيته، وإدراك الزيادة في الثقة بالنفس، وفي المقابل تتعكس خسائر المعرفة الاجتماعية في القلق على المستقبل أكثر من ذي قبل، والتفكير في الموت، والشعور بالعزلة المتزايدة عن العالم المحيط به، والشعور بالحزن أكثر من ذي قبل، وانخفاض الدافعية والشعور بصعوبة في رفع الدافعية.

وتعكس مكاسب أسلوب الحياة والمشاركة الاجتماعية إدراك الشخص الذاتي بأن له دوراً أكبر في تحديد روتين حياته اليومية، وإدراكه بأنه يستمتع بحياته أكثر من ذي قبل، وأن لديه وقتاً أكبر للقيام بالأعمال التي يستمتع بها، وأن الحياة أصبحت أكثر متعة من ذي

قبل، وإدراك الفرد بأنه أصبحت لديه الحرية بأن يعيش حياته كما يريد، وتنعكس خسائر أسلوب الحياة والمشاركة الاجتماعية في إدراك الشخص بأنه يحتاج لوقت أطول للقيام بأي عمل مهما كان بسيطاً، وأنه لم يعد يقوم بالكثير من الأشياء كما كان يفعل من قبل، والشعور بالتهديد المادي أو الاقتصادي، وإدراكه أن عليه أن يقلل من نشاطه، والانشغال بماذا يمكن أن يحدث في المستقبل إذ لم يعد قادراً على القيام بأشياء معينة.

ولم تكشف نتائج الدراسة الحالية عن فروق جوهرية بين الرشد الأوسط (٤٥ - ٦٠ سنة) والرشد المتأخر نسبياً أو الشيخوخة (٦٥ - ٧٥ سنة) في إدراك مكاسب وخسائر الأداء المعرفي، وإدراك مكاسب وخسائر العلاقات البينية الشخصية، وإدراك مكاسب وخسائر المعرفة الاجتماعية والوجدانية. وجاءت النتائج بهذا غير محققة لفروض الدراسة بشكل عام، فقد اتجهت فروض الدراسة نحو افتراض عام، مفاده؛ أنه مع التقدم في العمر يتزايد إدراك الخسائر في مختلف المجالات ويتضاءل إدراك المكاسب، وجاءت النتائج لتؤكد أنه لم تكن هناك فروق بين الرشد الأوسط والرشد المتقدم في إدراك المكاسب وفي إدراك الخسائر، بل إن نسبة إدراك المكاسب تزيد بشكل جوهري عن نسبة إدراك الخسائر عبر مختلف المجالات وعبر مختلف المستويات العمرية.

واستثناء من هذا الشكل العام للنتائج، جاءت نتائج مجال الصحة البدنية مغايرة كذلك للفروض، إذ يزيد بصورة جوهرية إدراك الخسائر في مجال الصحة البدنية لدى المجموعة العمرية الأصغر نسبياً (٤٥ - ٥٠ سنة)، ويتضاءل بصورة جوهرية إدراك خسائر الصحة البدنية لدى المجموعتين العمريتين الأكبر (٦٥ - ٧٠، ٧٠ - ٧٥)، في مقابل زيادة إدراك مكاسب الصحة البدنية لديهم. واتساقاً مع هذا يأتي الارتفاع الجوهري في إدراك خسائر أسلوب الحياة والمشاركة الاجتماعية لدى الأصغر سناً (٤٥ - ٥٠ سنة)، وتضاؤل إدراك المكاسب في المجال ذاته بالمقارنة مع المجموعتين الأكبر عمر، إذ ارتفع بشكل جوهري إدراك مكاسب أسلوب الحياة لدى الأكبر عمراً في مرحلة الشيخوخة، وتضاءل بشكل جوهري إدراك الخسائر في نفس المجال. والنتيجة الوحيدة التي جاءت

متسقة مع الفروض هي التزايد الجوهري مع التقدم في العمر في إدراك خسائر العلاقات
البيئية الشخصية.

إلا أن هذا لا يعني أن نسبة إدراك المكاسب الصحية لدى كبار السن - مرتفعة بصورة
جوهريّة بالمقارنة مع نسبة إدراك الخسائر، فحقيقة الأمر أن النسبتين متعادلتين بمعنى أن
أي منهما لم يتجاوز النسبة المحكية ٥٠% بصورة جوهريّة، في حين أنه في المجموعتين
العمريتين الأصغر تجاوزت نسبة تساؤل إدراك المكاسب حاجز النسبة المحكية ٥٠%
(أقل من ٥٠% بصورة جوهريّة)، ومن ثمّ ارتفاع نسبة إدراك الخسائر عن هذا الحد
بصورة جوهريّة. وبالمثل نجد الأمر في إدراك الخسائر في أسلوب الحياة والمشاركة
الاجتماعية، فبينما لا تصل نسبة إدراك المكاسب في المجموعتين الأكبر عمراً إلى أقل
من النسبة المحكية ٥٠% بصورة جوهريّة، نجد أن هذه النسبة في المجموعتين العمريتين
الأصغر (الرشد الأوسط) تقل بصورة جوهريّة عن النسبة المحكية ٥٠%. ونؤكد هنا كذلك
أنه بالنسبة للفروق الارتقائية في إدراك مكاسب العلاقات البيئية الشخصية أن الفروق
جاءت في حجم إدراك المكاسب، إذ تظل نسبة إدراك المكاسب مرتفعة ومتجاوزة بصورة
جوهريّة حاجز النسبة المحكية ٥٠% في مختلف مجموعات الدراسة العمرية، في مقابل
أن نسب إدراك الخسارة في هذا المجال أقل بصورة جوهريّة من حاجز النسبة المحكية
٥٠% في مختلف مجموعات الدراسة العمرية.

ومن هنا، فإن إدراك الخسائر في مختلف مجالات الحياة لا يقترن بالتقدم في العمر، كما
أن إدراك المكاسب لا يزيد بالضرورة كلما اقتربنا من سن الشباب، أو الرشد الأوسط، فما
تؤكدته الدراسة الحالية أن مرحلة الرشد الأوسط أكثر حساسية للتغيرات التي تمثل خسائر
في مجال الصحة البدنية، وأكثر حساسية لما يحدث من خسائر في مجال أسلوب الحياة
والمشاركة الاجتماعية، بل إن النتائج تشير إلى ما يمكن أن يكون العمر الحرج بالنسبة
للخسائر في هذين المجالين. وإلى جانب هذا تؤكد النتائج أن الشيخوخة لا تقترن -حنماً-
بالضرورة بما يمكن أن يسمى عملية التشيخ، بل إن الشيخوخة مرحلة من مراحل التكيف

الإيجابي عبر دورة الحياة، ومن ثم ترتبط بعملية التكيف الممتدة عبر دورة الحياة أكثر مما ترتبط بعملية التشيخ.

وتُعد الشيخوخة ظاهرة جديدة نسبياً؛ لأن متوسط العمر المتوقع لم يمتد إلى الشيخوخة إلا مؤخراً نسبياً. وفي العديد من البلدان الحديثة، تزامنت هذه الزيادة في متوسط العمر المتوقع مع انخفاض معدلات الخصوبة، وقد أدى هذا إلى تغيير جذري في التركيبة السكانية. إن انخفاض نسب الأشخاص في سن العمل يجب أن يضمن ظروف معيشية مناسبة لعدد متزايد من كبار السن. ولمواجهة هذا التحدي، يحتاج علم الشيخوخة إلى توفير المعرفة حول الشيخوخة الإيجابية أو الناجحة والظروف التي تعززها.

وقد تناولت الدراسة الحالية السياق المحدد للشيخوخة في أربعة مجالات حياتية، هي: التغيرات الفسيولوجية، والأداء المعرفي، والعلاقات الاجتماعية، والكفاءة اليومية. ونستطيع أن نستنتج من هذه الدراسة ما يلي:

(أ) أنه مع تقدم العمر، ليس من الضروري أو الحتمي أن تصبح نسبة المكاسب والخسائر الارتقائية سلبية بشكل متزايد، أو تعني زيادة في نسبة الخسائر، بل هي عملية موازنة مستمرة ودينامية بين المكاسب والخسائر.

(ب) أن الشيخوخة مثل أي مرحلة أخرى في الحياة، تتميز بعدم التجانس الهائل بين الأفراد وداخل الفرد الواحد.

(ج) أنه من الضروري التمييز بين كبار السن الأصغر نسبياً، والمتقدمين في العمر، أو في مرحلة الشيخوخة، أو بين المسنين والمعمرين، إذ يُظهر العديد من الأفراد في الستينيات والسبعينيات من العمر مستويات عالية نسبياً من الأداء، بينما في سن الشيخوخة جداً (٨٥ عاماً فما فوق) تصبح الآثار الضارة للشيخوخة أكثر وضوحاً.

ونظراً للنسبة غير المواتية من المكاسب الارتقائية إلى الخسائر في مرحلة الرشد المتقدم، فإن مصطلح الشيخوخة الناجحة يبدو وكأنه متناقض؛ وهذا يقودنا إلى مسألة كيفية تعريف

الشيخوخة الناجحة بشكل أفضل. وعلى المستوى المجرد، يتفق الباحثون عادة على أن الشيخوخة الناجحة يمكن تعريفها بأنها تحقيق أقصى قدر من المكاسب وتقليل الخسائر في وقت واحد. ومع ذلك، يجب تحديد ما يشكل بالضبط المكاسب والخسائر اعتماداً على سؤال البحث المحدد والمطروح. ومن المفترض أنه بسبب حكم القيمة المتأصل المطلوب لتحديد معايير الشيخوخة الناجحة، لا توجد مجموعة مقبولة -عموماً- من المعايير التي تميز الشيخوخة الناجحة.

ونحاول هنا التركيز بعيداً عن مناقشة الأساليب التي تركز على المعايير لتحديد الشيخوخة الناجحة إلى مراجعة النظريات التي تتناول مسألة العمليات الكامنة وراء الشيخوخة الناجحة. وفي الآونة الأخيرة، تم الاعتراف بشكل متزايد بدور العمليات الاستباقية في الشيخوخة. والافتراض الأساسي الذي يقوم عليه هذا المفهوم هو أن الارتقاء عملية دينامية للتفاعل مع بيئة الفرد إذ يتشكل من خلال البيئة، ويشكل بيئته بنفسه بصورة استباقية (على سبيل المثال، -Lerner & Busch, 1989; Lawton, 1989; Rossnagel, 1981). وفقاً لهذا الرأي، يتكيف الأفراد باستمرار مع بيئتهم المتغيرة، ويتصرفون بناءً على بيئتهم، ويخلقون بيئات تناسب احتياجاتهم بشكل فعال، على سبيل المثال: (الانتقال إلى شقة في الطابق الأرضي، حيث يمكن استخدام الكرسي المتحرك عندما تكون الحركة ضعيفة).

وتؤكد النماذج الحديثة للشيخوخة الناجحة دور العمليات الدافعية في فهم التنظيم الارتقائي في الشيخوخة، مثل نموذج الاختيار والحد الأمثل والتعويض (Baltes, 1997;)، (Baltes&Baltes, 1990; Freund et al., 1999; Marsiske et al., 1995) ونموذج المواجهة بالاستيعاب والمواءمة (على سبيل المثال، Brandtstndter & Renner, 1990; Greve, 1994)، ونموذج الضبط الأولي والثانوي (على سبيل المثال، Heckhausen & Schulz, 1995). ووفقاً لهذه النماذج، فإن إحدى الطرائق المهمة التي يمارس بها الأفراد دوراً نشطاً في ارتقائهم، هي اختيار الأهداف الشخصية والالتزام بها والسعي وراءها. ومن خلال تكييف الأهداف والمعايير مع

الموارد المحدودة بشكل متزايد، على سبيل المثال: (التدهور المرتبط بالصحة)، يمكن لكبار السن الحفاظ على رفايتهم ودرجة معينة من السيطرة.

في هذه المرحلة، تهتم في المقام الأول معظم الأبحاث التي تتناول التنظيم الارتقائي في الشيخوخة بفهم كيف، وتحت أي ظروف تساهم هذه العمليات في الشيخوخة الناجحة؟ ومع ذلك، نأمل أن يساعد تحديد العمليات المركزية للشيخوخة الناجحة في تطوير برامج الوقاية أو التدخل لتحسين نوعية حياة كبار السن في المستقبل غير البعيد. وهذا ما سنحاول تناوله في دراسة تالية: كيف تسهم العمليات الدافعية: الاختيار وبلوغ الحد الأمثل والتعويض في تحقيق الشيخوخة الناجحة؟

المراجع:

- Aldwin, C. M., Spiro, A., & Park, C. L. (2006). Health, behavior, and optimal aging: A life span developmental perspective. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Ed.), *Handbook of the psychology of aging* (6th ed., pp. 85-104). New York, NY: Elsevier.
- Bai, X. (2014). Images of ageing in society: A literature review. *Journal of Population Ageing*, 7, 231–253.
- Bai, X., & Chow, N. W. S. (2013). Chinese elders' self-image and their perceived peerimage: Possibility of self-enhancement bias. *International Journal of Aging & Human Development*, 77, 1–16.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- Barbee, H. (2020). *Managing midlife: How gender and sexuality shape midlife perceptions of decline and progress* (p.28000745). ProQuest Dissertations Publishing.
- Barbee, H., Moloney, M. E., & Konrad, T. (2018). Selling slumber: American neoliberalism and the medicalization of sleeplessness. *Sociology Compass*, 12(10), 1–16.
- Barrett, A. E. (2003). Socioeconomic status and age identity: The role of dimensions of health in the subjective construction of age. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58, S101-S109. doi: 10.1093/geronb/58.2.S101
- Barrett, A. E., & Barbee, H. (2017). Variation in subjective aging by sexual minority status: An examination of four perspectives.

International Journal of Aging and Human Development,
85(1), 44–66.

Barrett, A. E., & Barbee, H. (2022). The subjective life course framework: Integrating life course sociology with gerontological perspectives on subjective aging (p.100448). *Advances in Life Course Research*

Bennett, T., & Gaines, J. (2010). Believing what you hear: The impact of aging stereotypes upon the old. *Educational Gerontology*, 36(5), 435–445.
<https://doi.org/10.1080/03601270903212336>

Boehmer, S. (2007). Relationships between felt age and perceived disability, satisfaction with recovery, self-efficacy beliefs and coping strategies. *Journal of Health Psychology*, 12, 895-906.

doi:10.1177/1359105307082453

Boehmer, S. (2007). Relationships between felt age and perceived disability, satisfaction with recovery, self-efficacy beliefs and coping strategies. *Journal of Health Psychology*, 12, 895–906

Bowling, A. (2008). Enhancing later life: How older people perceive active ageing?. *Aging & Mental Health*, 12, 293–301.

doi:10.1080/13607860802120979

Brothers, A. (2016). *Awareness of age-related change (AARC): Measurement, conceptual status, and Role for promoting successful aging*. Doctoral dissertation, Colorado state university.

Carstensen, L. L., Fung, H. H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27(2), 103–123.

Chai, H. W., & Jun, H. J. (2017). Relationship between ties with adult children and life satisfaction among the middle-aged, the young-old, and the oldest-old Korean adults. *The International Journal of Aging and Human Development*, 85(4), 354–376.

<https://doi.org/10.1177/0091415016685834>.

Cheng, S. T. (2017). Self-perception of aging and satisfaction with children's support. *The Journals of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 72, 782–791.

Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C., & Brayne, C. (2014). Operational definitions of successful aging: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 26, 373–381.

doi:10.1017/S1041610213002287

Diehl, M., & Wahl, H. (2010). Awareness of age-related change: examination of a (mostly) unexplored concept. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B, 340-350. doi: 10.1093/geronb/gbp110

Diehl, M., Wahl, H. W., Barrett, A. E., Brothers, A. F., Miche, M., Montepare, J. M., & Wurm, S. (2014). Awareness of aging: Theoretical considerations on an emerging concept. *Developmental Review*, 34(2), 93-113. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.01.001>

Diehl, M., Wahl, H. W., Barrett, A. E., Brothers, A. F., Miche, M., Montepare, J. M., Wurm, S. (2014). Awareness of aging: Theoretical considerations on an emerging concept. *Developmental Review*, 34, 93-113. doi:

10.1016/J.Dr.2014.01.001

- Diehl, M., Wahl, H.-W., Brothers, A., & Miche, M. (2015). Subjective aging and awareness of aging: Toward a new understanding of the aging self. In M. Diehl & H.-W. Wahl (Ed.), *Annual review of gerontology and geriatrics, Subjective aging: New developments and future directions* (V. 35, pp. 1–28). New York: Springer.
- Fougner, M., Bergland, A., Lund, A., & Debesay, J. (2019). Aging and exercise: Perceptions of active livedbody. *Pysiotherapy Theory and Practice*, 35(7), 651–662.
- Gana, K., Alaphilippe, D., & Bailly, N. (2004). Positive illusions and mental and physical health in later life. *Aging & Mental Health*, 8, 58–64.
- Gullette, M. M. (2004). *Aged by culture*. Chicago, IL: The University of Chicago Press. Holstein, M. B., & Minkler, M. (2003). Self, society, and the “new gerontology.”. *The Gerontologist*, 43(6), 787–796
- Han, J., & Richardson, V. E. (2015). The relationships among perceived discrimination, selfperceptions of aging, and depressive symptoms: a longitudinal examination of age discrimination. *Aging & Mental Health*, 19(8), 747-755. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.962007>
- Hannum, S. M., Black, H. K., Rubinstein, R. L., & de Medeiros, K. (2017). Chronic illness and generativity in late life: A case study. *The Gerontologist*, 57, 171–178.
- Hempel, M. E., Taylor, J. E., Connolly, M. J., Alpass, F. M., & Stephens, C. V. (2017). Scared behind the wheel: What impact does driving anxiety have on the health and well-being of young older adults? *International Psychogeriatrics*, 29(6), 1027–1034.

<https://doi.org/10.1017/S1041610216002271>

Hughes, M.L., Geraci, L., & DeForrest, R. (2013). Aging five years in five minutes: The effect of taking a memory test on older adults' subjective age. *Psychological Science*, 24, 2481-2488.

Iversen, T. N., Larsen, L., & Solem, P. E. (2009). A conceptual analysis of ageism. *Nordic Psychology*, 61, 4-22.

doi:10.1027/1901-2276.61.3.4

Jang, Y., Poon, L. W., Kim, S. Y., & Shin, B. K. (2004). Self-perception of aging and health among older adults in Korea. *Journal of Aging Studies*, 18, 485-496.

Jang, Y., Poon, L. W., Kim, S. Y., & Shin, B. K. (2004). Self-perception of aging and health among older adults in Korea. *Journal of Aging Studies*, 18, 485-496

Johnson, K. J., & Mutchler, J. E. (2014). The emergence of a positive gerontology: From disengagement to social involvement. *The Gerontologist*, 54(1), 93-100

Johnson, K. J., & Mutchler, J. E. (2014). The emergence of a positive gerontology: From disengagement to social involvement. *The Gerontologist*, 54(1), 93-100.

Keller, M. L., Leventhal, E. A., & Larson, B. (198⁹). Aging: The lived experience. *International Journal of Aging & Human Development*, 29(1), 67-82.

Kilicanslanm S., Yavuger, Y.(2021).Turkish young- old adults' self-perceptions if ageing. *Ageingint*, 46, 216- 233.

Kim, G., Jang, Y., & Chiriboga, D. A. (2012). Personal views about aging among Korean American older adults: The role of

physical health, social network, and acculturation. *Journal of Cross-cultural Gerontology*, 27, 139–148.

Kim, J. E., & Moen, P. (2002). Retirement transitions, gender, and psychological well-being: A life-course, ecological model. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B, 212–222.

Kim, S., & Park, S. (2017). A meta-analysis of the correlates of successful aging in older adults. *Research on Aging*, 39(5), 657–677

Kim, Y., Kim, K., Boerner, K., & Han, G. (2018). Aging together: Self-perceptions of aging and family experiences among Korean baby boomer couples. *Gerontologist*, 58(6), 1044–1053.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnx132>

Kleinspehn-Ammerlahn, A., Kotter-Grühn, D., & Smith, J. (2008). Self-perceptions of aging: Do subjective age and satisfaction with aging change during old age?. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(6), 377–385.
<https://doi.org/10.1093/geronb/63.6.P377>

Kleinspehn-Ammerlahn, A., Kotter-Grühn, D., & Smith, J. (2008). Self-perceptions of aging: Do subjective age and satisfaction with aging change during old age? *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63, 377–P385.

doi: 10.1093/geronb/63.6.P377

Knoll, N., Riekman, N., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2004). Predictors of subjective age before and after cataract surgery:

Conscientiousness makes a difference. *Psychology and Aging*, 19, 676–688.

Kotter-Grühn, D., Grühn, D., & Smith, J. (2010). Predicting one's own death: the relationship between subjective and objective nearness to death in very old age. *European Journal of Ageing*, 7, 293-300

Kotter-Grühn, D., Kleinspehn-Ammerlahn, A., Gerstorf, D., & Smith, J. (2009). Selfperceptions of aging predict mortality and change with approaching death: 16- year longitudinal results from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 24, 654-667.

Lachman, M. E., Teshale, S., & Agrigoroaei, S. (2015). Midlife as a pivotal period in the life course: Balancing growth and decline at the crossroads of youth and old age. *International Journal of Behavioral Development*, 39(1), 20–31.

Lamont, R. A., Nelis, S. M., Quinn, C., & Clare, L. (2017). Social support and attitudes to aging in later life. *International Journal of Aging & Human Development*, 84, 109–125.

Levy, B. R. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B, P203–P211.

Levy, B. R. (2003a). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(4), 203–211. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.4.P203>

Levy, B. R. (2009). A psychosocial approach to aging. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(4), 332–336.

<https://doi.org/10.1093/geronb/58.4.P203>

- Levy, B. R., Ferrucci, L., Zonderman, A. B., Slade, M. D., Troncoso, J., & Resnick, S. M. (2016). A culture–brain link: Negative age stereotypes predict Alzheimer’s disease biomarkers. *Psychology and Aging, 31*, 82-88. doi:10.1037/pag0000062
- Levy, B. R., Slade, M. D., Chung, K., & Gill, T. M. (2015). Resiliency over time of elders’ age stereotypes after encountering stressful events. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 70*, 886-890. doi:10.1093/geronb/gbu082
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 261–270
- Levy, B.R., Slade, M.D., Kunkel, S.R.,& Kasl,S.V. (2002). Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging. *Journal of personality and social psychology, 83*(2),261-270.
- López-López, R., & Sánchez, M. (2019). The institutional active aging paradigm in Europe (2002–2015). *The Gerontologist, 60*(3),406-415. doi:10.1093/geront/gnz094.
- Lowsky, D.J., Olshansky, S.J., Bhattacharya, J.,& Goldman,D.P. (2014). Heterogeneity in healthy aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci 69*(6):640-9. doi: 10.1093/gerona/glt162.
- Maier, H., & Smith, J. (1999). Psychological predictors of mortality in old age. *The Journals of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 54*, 44–54.

Martin, A. S., Palmer, B. W., Rock, D., Gelston, C. V., & Jeste, D. V. (2015). Associations of self-perceived successful aging in young-old versus old-old adults. *International Psychogeriatrics*, 27(4), 601–609.

<https://doi.org/10.1017/S104161021400221X>.

Martin, A. S., Palmer, B. W., Rock, D., Gelston, C. V., & Jeste, D. V. (2015). Associations of self-perceived successful aging in young-old versus old-old adults. *International Psychogeriatrics*, 27(4), 601–609.

<https://doi.org/10.1017/S104161021400221X>

Miche, M., Wahl, H. W., Diehl, M., Oswald, F., Kaspar, R., & Kolb, M. (2014). Natural occurrence of subjective aging experiences in community-dwelling older adults. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69, 174–187.

[doi:10.1093/geronb/gbs164](https://doi.org/10.1093/geronb/gbs164)

Miller, L. (2019). The perils and pleasures of aging: How women's sexualities change across the life course. *The Sociological Quarterly*, 60(3), 371–396.

Montepare, J. M. (2009). Subjective age: Toward a guiding lifespan framework. *International Journal of Behavioral Development*, 33(1), 42–46. <https://doi.org/10.1177/0165025408095551>

Montepare, J. M. (2009). Subjective age: Toward a guiding lifespan framework. *International Journal of Behavioral Development*, 33, 42-46. [doi:10.1177/0165025408095551](https://doi.org/10.1177/0165025408095551)

Mortagy, A., Fahim, H., Farid, T., Abdul Rahman, E., & Abdellah, A. (2013). Self-perception of community dwelling elderly

toward aging in shubra elkhima city. *The Egyptian journal of hospital medicine*, 53, 782-788.

Moser, C., Spagnoli, J., & Santos-Eggimann, B. (2011). Self-perception of aging and vulnerability to adverse outcomes at the age of 65–70 years. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66, 675-680. doi: 10.1093/geronb/gbr052

Moser, C., Spagnoli, J., & Santos-Eggimann, B. (2011). Self-perception of aging and vulnerability to adverse outcomes at the age of 65-70 years. *The Journals of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 66, 675–680.

Padilla, G. M., & Chavez-Hernandez, A. M. (2020). “I have no reason not to be happy”: The social and bodily conditions of positive aging for Latin-American men in Mexico. *Journal of Aging Studies*, 54, Article 100868

Palmore, E. B. (2001). The Ageism Survey: First Findings. *The Gerontologist*, 41, 572-575.
<https://doi.org/10.1093/geront/41.5.572>.

Pan, y., Chan., S., Xu., Y., & Yeurg, K. (2019). Determinants of life satisfaction and self- perception of ageing among elderly people in china: An exploratort study in comparison between physical and social functioning. *Archives of Gerontology and geriatrics*, <https://doi.org/10.1016/j.archgen.2019.103910>.

Robertson, D. A., King-Kallimanis, B. L., & Kenny, R. A. (2016). Negative perceptions of aging predict longitudinal decline in cognitive function. *Psychology and Aging*, 31, 71-81. doi:10.1037/pag0000061

- Robertson, D. A., Savva, G. M., King-Kallimanis, B. L., & Kenny, R. A. (2013). Self perceptions of ageing and physical health

outcomes: An investigation into the longitudinal association between negative perceptions of ageing and and timed up-and-go. 9th congress of the EUGMS European geriatric medicine, 4:S199

• DOI:[10.1016/j.eurger.2013.07.665](https://doi.org/10.1016/j.eurger.2013.07.665)

Rothermund, K., & Brandtstädter, J. (2003). Age stereotypes and self-views in later life: Evaluating rival assumptions. *International Journal of Behavioral Development*, 27(6),549–554.

<https://doi.org/10.1080/01650250344000208>

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433–440. doi:10.1093/geront/37.4.433

Rubin, D. C., & Berntsen, D. (2006). People over forty feel 20% younger than their age: Subjective age across the lifespan. *Psychonomic Bulletin & Review*,13, 776-780. doi: 2048/10.3758/BF03193996

Sargent-Cox, K. A., Anstey, K. J., & Luszcz, M. A. (2012). The relationship between change in self-perceptions of aging and physical functioning in older adults. *Psychology and Aging*, 27, 750–760.

Shaw, R., & Langman, M. (2017). Perceptions of being old and the ageing process. *Ageing International*, 42, 115–135.

<https://doi.org/10.1007/s12126-017-9279-5>.

Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. W. (2017). Structures and types of stigma. In W. Gaebel, W. Rössler & N. Sartorius (Ed.), *The stigma of mental illness-end of the story?* (pp. 43– 66). Cham: Springer. doi:10.1007/978-3-319-27839-1-3.

- Stephan, Y., Chalabaev, A., Kotter-Grühn, D., & Jaconelli, A. (2013). "Feeling younger, being stronger": An experimental study of subjective age and physical functioning among older adults. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68, 1-7. doi:10.1093/geronb/gbs037
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 727-733.
- Tovel, H., Carmel, S., & Raveis, V. H. (2019). Relationships among self-perception of aging, physical functioning, and self-efficacy in late life. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74, 212-221.
- <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx056> gbx056-gbx056
- Townsend, M. C. (2015). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence based practice* (8th ed.). Philadelphia: FA Davis.
- Tully-Wilson, C., Bojak, R., Milleae, P.M., Stallman., H.M., Allen, A., & Mason, J. (2021). Self-perceptions of aging: A Systematic Review of longitudinal. *Psychology and aging*, 36(7), 773-789.
- Uotinen, V., Rantanen, T., Suutama, T., & Ruoppila, I. (2006). Change in subjective age among older people over an eight-year follow-up: "Getting older and feeling younger?". *Experimental Aging Research*, 32, 381-393.
- Vincent, J. A. (2006). Ageing contested: Anti-ageing science and the cultural construction of old age. *Sociology*, 40, 681-698.
- doi:10.1177/0038038506065154

- Westerhof, G. J., & Barrett, A. E. (2005). Age identity and subjective wellbeing: A comparison of the United States and Germany. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 60B, S129–S136.
- World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. Geneva: *World Health Organization*.
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y ().
- Wurm, S., Warner, L. M., Ziegelmann, J. P., Wolff, J. K., & Schüz, B. (2013). How do negative self-perceptions of aging become a self-fulfilling prophecy?. *Psychology and Aging*, 28, 1088–1097. doi:10.1037/a003284
- Wurm, S., Diehl, M., Kornadt, A. E., Westerhof, G. J., & Wahl, H.-W. (2017). How do views on aging affect health outcomes in adulthood and late life? Explanations for an established connection. *Developmental Review*.
doi:10.1016/j.dr.2017.08.002.
- Yıldız, A. (2013). *Senility and perspective of the elderly: An example of the “Ömür Dediğin program*. Konya Selçuk University social sciences institute (master dissertation). Konya.
- Boeder, J. (2021). *The development of self- perceptions of ageing: the interplay between society and the self across the life span*. Doctoral dissertation, Claremont graduate university.

- Barbee, H. (2022). Harnessing Frogress Gender, sexuality, and positive self- perceptions of aging in midlife. *Journal aging studies*, <https://doi.org110.1016/j.jag2022.101008>
- Hughes,M. (2014). *The Influence of Self-Perceptions of Aging on Older Adults' Cognition and Behavior*. Unpublshed doctoral, Texas University.
- Freund, A. & Baltes, P. (1999). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correction to Freund and Baltes (1998). *Psychology and Aging*, 14(4),700-702.
- Baltes, P.B & Baltes, M. M. (1990a) Psychological perspectives on successful aging. The model of selective optimization with compensation. In: Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (Ed.). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York. NY US: Cambridge University Press (pp. 1-34).
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*,52(4),366–380. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.4.366>
- Heckhausen, J.,& Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychol Rev*, 102(2), 284-304. doi: 10.1037/0033-295x.102.2.284
- Kaplan, R.M., & Saccuzzo, D. P. (2009). *Psychological testing: principles, applications, and issues*. (7ed.), Newgen-Austin.



مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center



كلية الآداب
Faculty of Arts

Journal

The Psychological Research Center
Faculty of Arts - Cairo University

The Developmental Differences between Middle and
Late Adulthood in Self Perception of Aging

Rasha Mohamed Mostafa

Psychologist in Psychological Research center-Cairo University

Dr. Fekry Mohammed Aletr

Professor of Developmental Psychology

Faculty of Arts-Cairo University

Dr. Amany Ahmed Yehia

Dr. of Social Developmental Psychology

Faculty of Arts-Cairo University



مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center



كلية الآداب
Faculty of Arts

Content

Subject	NO.
The Developmental Differences between Middle and Late Adulthood in Self Perception of Aging Rasha Mohamed Mostafa Dr. Fekry Mohammed Aletr Dr. Amany Ahmed Yehia	1-77
Disruptive Behavior and its Relationship to Psychological Security among Orphanages Adolescent with New-Onset Epilepsy Dr. Shimaa M. Gad Allah Dr. Suleiman M. Suleiman	79-113
The Negative Effects of Quarantine upon Mental Health of Individuals Infected with Coronavirus and Suspected of Infection Dr. Ghada Saad Suliman Altalha	115-151