

THE EFFICACY OF COGNITIVE THERAPY AND ACTIVITY PARTICIPATION ON REDUCING LEVEL OF DEPRESSION AMONG THE ELDERLY

Bushara Jamil Al-Absi

Ministry of Education || Jordan

Abstract: This study aimed to evaluate the effectiveness of cognitive intervention program and activity participation in reducing level of depression among a sample of elderly persons. The sample of the study consisted of 30 elderly individuals scored high on Beck inventory for depression and divided randomly into three group: the first experimental group (cognitive therapy) of (10) persons, the second experimental group, (activity participation) of (10) persons, and the control group of (10) persons.

Cognitive therapy was used with the first experimental group; and the activity participation with the second experimental group while the control group was not subjected to any program.

The two programs lasted for three months at a rate of a weekly session for each program lasting for 60 minutes. Pre, post and follow up measures were obtained.

The results showed that there were differences of statistical significance between the first experimental group (cognitive therapy) and the control group in post test and follow up ,which means that the program depending on the cognitive therapy led to reducing depression level among the first experimental group individuals.

The results showed differences of statistical significance between the second experimental group (activity participation) and the control group in post test and follow up ,which means that the program depending on activity participation led to reducing level of depression among the individuals of the second experimental group.

The results showed no statistical differences between the first and second experimental groups.

Keywords: cognitive therapy, participation in activities.

أثر العلاج المعرفي والمشاركة بالأنشطة في خفض مستوى الاكتئاب لدى كبار السن

بشرى جميل محمود العبسي

وزارة التربية والتعليم || الأردن

المستخلص: هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مدى فاعلية برنامج العلاج المعرفي، والمشاركة بالأنشطة في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من المسنين الموجودين في دار الضيافة لرعاية المسنين، وتمّ تحديد أفراد الدراسة من خلال تطبيق قائمة بيك (Beck) للاكتئاب بصورتها المعربة، وبلغ عدد أفراد الدراسة 30 فرداً، وقسمت العينة عشوائياً إلى ثلاث مجموعات، المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي)، وعدد أفرادها 10، والمجموعة التجريبية الثانية (المشاركة بالأنشطة) وعدد أفرادها 10، والمجموعة الضابطة وعدد أفرادها 10، وقد حصل جميع أفراد الدراسة على درجات مرتفعة على قائمة بيك (Beck) للاكتئاب بصورتها المعربة في القياس القبلي. واستمر البرنامج لمدة ثلاثة شهور بواقع جلسة أسبوعياً لكل برنامج مدتها 60 دقيقة، وأجرى القياس البعدي بعد توقف البرنامج مباشرة، ثمّ أجرى قياس المتابعة بعد ذلك بأسبوعين.

وأظهرت النتائج أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي)، والمجموعة الضابطة التي لم تتعرض للعلاج، لصالح المجموعة التجريبية للفروق على قياس المتابعة. كما أظهرت النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية الثانية (المشاركة بالنشاطات)، والمجموعة الضابطة التي لم تتعرض للعلاج لصالح المجموعة التجريبية، للفروق على المتابعة، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبتين الأولى والثانية. الكلمات المفتاحية: العلاج المعرفي، المشاركة بالنشاطات.

المقدمة.

تعتبري التغيرات حياة الإنسان ما دام على قيد الحياة. وفي كل مرحلة زمنية من مراحل عمره تطراً على وظائفه الحياتية وأدواره الاجتماعية تغيرات عديدة، فتظهر مع كل مرحلة وظائف وأدوار جديدة مطلوب منه أدائها. ومن أحلك هذه المراحل وأشدها على الإنسان مرحلة الشيخوخة. هذه المرحلة التي تؤثر بعمق في نفسيته ووظيفته ودوره الاجتماعي، وهي مرحلة تختلف في طابعها الاجتماعي والوظيفي عن المراحل الأخرى المختلفة كمرحلة الطفولة أو الشباب (إبراهيم، 1997).

وتعد مرحلة الشباب مرحلة عطاء اقتصادي واجتماعي لدى الفرد، فالفرد في هذه المرحلة التي تمتد من الثامنة عشرة وحتى سن التقاعد 60 سنة فأكثر، يكون نشيطاً منتجاً معطاءً، وترتبط أدواره بموروثه ومكتسباته، فإن كان ذكراً، فعليه أن يحتل مركز الزوج أو الأب، وإن كانت أنثى، فعليها أن تحتل مركز الزوجة أو الأم. أما عندما يبلغ الفرد سن الشيخوخة فإنه سوف يفقد كثيراً من هذه الأدوار، ومن هنا سوف تتغير نظرتة إلى ذاته وتزداد مشاكله النفسية (الغريب، 2001).

وتواجه المجتمعات المعاصرة ظاهرة تزايد أعداد كبار السن، خاصة في الدول المتقدمة، ومنها المجتمعات العربية. لذلك برزت الحاجة للاهتمام بهذه المرحلة العمرية ودراسة سماتها دراسة علمية دقيقة، تمهيداً لتقديم البرامج والمشروعات التي تتوافق وحاجات هؤلاء الأفراد في هذه المرحلة.

وعلى ما يبدو فإن الزيادة الحاصلة في أعداد المسنين في مختلف الدول جاءت نتيجة طبيعية لعمليات التنمية والتحديث وتحسين الخدمات الصحية. وقد ساهم ذلك في فرض تغييرات ملموسة على صعيد البنية الاجتماعية، وخاصة أن الأسرة لم تعد ممتدة كما كانت سابقاً، بل أصبحت الأسرة مقتصرة على الأب والأم والأولاد فقط. وقد نجم عن ذلك إشكاليات اجتماعية ونفسية تستحق البحث والدراسة، خصوصاً ما يعانيه كبار السن من شعور بالعزلة والاكئاب وفقدان للمكانة. ولم يعد الكبير في السن ذلك الشخص المثالي النموذجي الذي يلجأ إليه الكل في سرائهم وضرائهم، بل أصبح عالماً على أبنائه، وبات الحل هو أن يرسل إلى دارٍ ترعاه، مقابل مبلغ من المال يدفع دون اكترابٍ للعلاقات الإنسانية (رطوط، 2001؛ Manni, 2000).

وفي الحقيقة لا نستطيع تحديد بداية مرحلة الكبر في السن، لذلك اختلف العلماء في التوصل إلى تعريف واحد ومحدد لهذه المرحلة.

وهناك عددٌ من المعايير التي يمكن استخدامها في تحديد مرحلة الشيخوخة، ومن هذه المقاييس: العمرُ الزمني، والعمرُ البيولوجي، والعمرُ السيكولوجي، والعمرُ الاجتماعي.

ويستخدم العمرُ البيولوجي (Biological Age) في تحديد بداية الشيخوخة، وهو مقياسٌ وصفي يقومُ بناءً على المعطيات البيولوجية لكل مرحلة، مثل معدل الأيض، والتغيرات العصبية وغير ذلك. وأما العمرُ الزمني فقد

اعتمدَ بعد الثورة الصناعية في أوروبا، ونجمَ عنه تحديد سن التقاعد في معظم دول العالم بالخامسة والستين من عمر الفرد، في حين تحدده معظم الدول العربية ومنها الأردن بسن الستين (الغزاوي، 1988).
وأما العمر الاجتماعي (Social Age)، فيشير إلى الأدوار الاجتماعية وعلاقة الفرد بالآخرين. والعمر
السيكولوجي (Psychological Age) هو مقياس وصفي يقوم على جملة من الخصائص النفسية والتغيرات في سلوك
الفرد ومشاعره وأفكاره (خليفة، 1999).

وتعرف قناوي (1987) الكبر في السن على أنها حالة سيالة تتأثر بفسولوجيا الفرد ونفسيته وبالبيئة
الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي يعيش فيها واتجاهاتها التي يتقبلها ويتصرف تبعاً لها. ويعرف شاي (، 1982
Schaie) الكبر في السن بأنه التدهور التدريجي في قدرة الفرد على التكيف مع التغيرات التي تواجهه أو تفرضها ظروف
الحياة.

ويعرف إبراهيم (1997) الكبر في السن على أنها حالة يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية والبدنية
والعقلية واضحاً يمكن قياسه وله آثاره على العمليات التوافقية.
وتعرف الأمم المتحدة الكبر في السن على أنها عملية مستمرة من التغيرات التي تصاحب المرحلة الأخيرة من
حياة الإنسان. وقد استقرت هيئة الأمم المتحدة للمسنين على أن مرحلة الشيخوخة تبدأ عند سن الستين (قنديل،
1993).

وبشكل عام يمكن تعريف الكبر في السن على أنها حالة من القصور البيولوجي العام تؤدي إلى موت الإنسان
كنتيجة لانهيار العمليات العضوية الحيوية، علماً بأنها تزيد من احتمال الموت بسبب تعرض المسنين لأنواع من
العدوى أو المضاعفات التي تتبع التعرض للحوادث.

مشكلة الدراسة:

مع مرور الإنسان في مراحل عمره المختلفة، يطرأ على دوره ووظيفته الاجتماعية تغييرات تبعاً لمرحلة عمره
التي يعيش فيها، والتي تحدد له طبيعة وظائفه الاجتماعية المطلوب منه القيام بها. وغالباً ما يكون التغير عميقاً عند
وصوله إلى مرحلة الشيخوخة التي يختلف طابعها الاجتماعي والوظيفي والنفسي عن طابع مرحلتي الطفولة والشباب.
وكنتيجة لعمليات التنمية والتحديث وما صاحبها من تغيرات ديموغرافية، فقد زادت نسبة المسنين في مختلف
البلدان التي حدثت فيها هذه العمليات مما أدى إلى تغير في الأبنية الاجتماعية، فلم تعد الأسرة هي الأسرة الممتدة، بل
أصبحت تقتصر على الأسرة النووية التي تضم الأب والأم والأولاد. وقد نجم عن هذا التغير الوظيفي ظواهر
اجتماعية ونفسية عديدة منها ما يعانيه كبار السن من اكتئاب، وتغير في المكانة، مما يقودهم في النهاية إلى العزلة
وانتظار الموت (إبراهيم، 1997).

ونظراً لافتقار بعض كبار السن لمكانتهم الاجتماعية، وتغير أدوارهم فقد أثر ذلك سلباً على أفكارهم،
وبنيتهم المعرفية، وأدى إلى صعوبات كثيرة أثرت على حياتهم، ومنها انخفاض مستوى دافعيتهم بالمشاركة بأي نشاط،
وشعورهم بالإحباط والاكتئاب.

وقد تواجه كبار السن الذين يتم وضعهم في دور للرعاية مشاكل نفسية متعددة مثل الاكتئاب والإحباط
وخيبة الأمل من الأبناء، وكذلك كثير من الأفكار الهدامة للذات من مثل لا أمل في موتي أفضل.

ومن هنا جاءت هذه الدراسة والتي تتناول إحدى المشكلات الانفعالية التي يعاني منها كبار السن في السن عند
وصولهم لهذه المرحلة. وتسعى هذه الدراسة إلى استقصاء مدى فاعلية العلاج المعرفي، والمشاركة بالنشاطات في
خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من كبار السن.

فرضيات الدراسة

ستعمل هذه الدراسة على فحص الفرضيات التالية:

- 1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(0.05 = \alpha)$ في مستوى الاكتئاب بين كبار السن الذين تعرضوا لبرنامج العلاج المعرفي (المجموعة التجريبية الأولى)، وبين كبار السن الذين لم يتعرضوا للبرنامج (المجموعة الضابطة).
- 2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(0.05 = \alpha)$ في مستوى الاكتئاب بين كبار السن الذين تعرضوا لبرنامج المشاركة بالنشاطات (المجموعة التجريبية الثانية)، وبين كبار السن الذين لم يتعرضوا للبرنامج (المجموعة الضابطة).
- 3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(0.05 = \alpha)$ في مستوى الاكتئاب بين كبار السن الذين تعرضوا لبرنامج العلاج المعرفي (المجموعة التجريبية الأولى)، وبين كبار السن الذين تعرضوا لبرنامج المشاركة بالنشاطات (المجموعة التجريبية الثانية).

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أثر برنامجين العلاج المعرفي والمشاركة بالنشاطات في خفض مستوى الاكتئاب لدى كبار السن في دار الضيافة لرعاية المسنين. ولتحقيق هذا الهدف تم تصميم برنامجي علاج جمعي، أحدهما قائم على العلاج المعرفي، والآخر على المشاركة بالنشاطات لخفض مستوى الاكتئاب لدى كبار السن وفحص أثر البرنامجين على الاكتئاب.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في محاولتها توجيه الاهتمام نحو توظيف البرامج العلاجية في خفض مستوى الاكتئاب، باستخدام استراتيجيات معرفية وأخرى قائمة على النشاط، وبناء على ذلك تتحدد أهمية الدراسة من خلال ما يلي:

- 1- تعمل هذه الدراسة على تحديد أثر برنامج العلاج المعرفي، والمشاركة بالنشاطات في خفض مستوى الاكتئاب لدى كبار السن في دار الضيافة لرعاية المسنين. ومن المتوقع أن تخرج هذه الدراسة بنتائج يستفيد منها معدو البرامج الإرشادية ومطوروها في مجال الإرشاد والتوجيه.
- 2- يتوقع أن تعطي هذه الدراسة تغذية راجعة للمشرفين على إعداد البرامج الإرشادية.
- 3- ستساعد هذه الدراسة في التعرف على مدى فعالية البرامج المقدمة لرعاية المسنين، وعلى مدى نجاحها في تحقيق أهدافها.
- 4- حاجة راسمي السياسات وصناع القرار لمثل هذا النوع من الدراسات.
- 5- قلة الدراسات النفسية النظرية والتطبيقية التي أجريت في مجال علاج الاكتئاب لدى كبار السن الموجودين في دور الرعاية من خلال برنامج العلاج المعرفي والمشاركة بالنشاطات.

حدود الدراسة

تتحدد نتائج هذه الدراسة بالحدود الآتية:

- الحدود الموضوعية: أثر العلاج المعرفي والمشاركة بالنشاطات في خفض مستوى الاكتئاب.
- الحدود البشرية: المسنين القادرين على التجاوب مع الباحثة والذين تسمح ظروفهم الصحية والعقلية بذلك.

- الحدود المكانية: دار الضيافة لرعاية المسنين بالأردن.
- الحدود المنهجية: هذه الدراسة بالأدوات التي استخدمت وهي: قائمة بيك للاكتئاب بصورتها المعربة، وبرنامج العلاج الجمعي الذي يستند على العلاج المعرفي، وبرنامج العلاج الجمعي الذي يستند على المشاركة بالنشاطات.

مصطلحات الدراسة:

- **العلاج المعرفي:** هو نظام طوره آرون بيك (Beck)، ويؤكد على أهمية أنظمة المعتقد والتفكير في تحديد السلوك والمشاعر، ويركز على فهم المعتقدات المشوشة، واستخدام تكتيكات لتنظيم التفكير اللاتكفي (Sharf, 1996).
- وعرف إجرائياً بالبرنامج الذي تم تطبيقه في هذه الدراسة والذي يتكون من 11 جلسة مدة كل جلسة 60 دقيقة، ويستند إلى العلاج المعرفي.
- **المشاركة بالنشاطات:** وهذه الاستراتيجية تقوم على عدة مراحل، أولها تحديد الخط القاعدي لأنشطة المسترشد، ثم العمل على تحديد المهام والمسؤوليات وخاصة النشاطات الإيجابية، التي يمكن أن يتضمنها جدول النشاطات، بحيث تتضمن أحداثاً تبعث على السرور وتبرز سيطرة الفرد على تلك الأحداث، ويتم هنا تعليم المسترشد كيفية مراقبة سلوكياته، وتحديد درجة سروره وسيطرته على الأحداث في ضوء ممارسته للأنشطة (محمد، 2000).
- وعرف إجرائياً بالبرنامج الذي تم تطبيقه على شكل برنامج إرشاد جمعي قائم على المشاركة بالنشاطات ويتكون من 9 جلسات مدة كل جلسة 60 دقيقة.
- **الاكتئاب:** وهو حالة انفعالية يعاني الفرد من خلالها الحزن الشديد والميول الانتحارية والتشاؤم، ويظهر الاكتئاب على شكل مجموعة من الأعراض المميزة مثل:
 1. تدني مفهوم الذات.
 2. انخفاض ملحوظ في مستوى النشاط.
 3. اليأس والحزن واللامبالاة.
 4. اضطرابات في النوم والشهية.
- ويعرف إجرائياً بالدرجة المسجلة على قائمة بيك (Beck) للاكتئاب بصورتها المعربة.
- **كبار السن:** وتعرفهم الباحثة بأنهم أولئك الأشخاص الذين يتلقون خدمات الرعاية التي تقدمها دار الضيافة لرعاية المسنين، وتطبق عليهم شروط القبول في هذه الدار للعام 2005 / 2006 كتدني القدرة الجسدية أو عدم وجود من يرعاه.

2- الدراسات السابقة.

تناولت العديد من الدراسات موضوع العلاج المعرفي والمشاركة بالنشاطات لدى الأفراد بشكل عام، ولدى كبار السن بشكل خاص وأثر كل منهما في خفض مستوى الاكتئاب، ولتسهيل استعراض الدراسات فقد تم تقسيمها إلى ثلاثة أقسام وعلى النحو التالي:

أولاً- الدراسات التي تناولت مشكلات كبار السن

- أجرى محافظة (1993) دراسة بعنوان مشكلات المسنين في دور الرعاية في الأردن هدفت إلى تحديد المشكلات التي يعاني منها المسنون داخل دور الرعاية، ومدى اختلاف شعورهم بها باختلاف جنسهم وعمرهم ومدة إقامتهم في تلك الدور. وقد تألف مجتمع الدراسة من كافة المسنين القادرين على التجاوب مع الباحث في كافة دور

الرعاية في الأردن، وقد بلغ عددهم 180 مسناً ذكوراً وإناً بعد استثناء 20 مسناً منهم، وتألقت عينة الدراسة من 60 مسناً، 26 ذكوراً، و34 إناً، وقد أظهرت النتائج أن المشكلات التي يواجهها كبار السن من وجهة نظرهم كانت أولاً في المجال التربوي، والاجتماعي والصحي، ثم مجال الخدمات النفسية. وقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة شعور المسنين بالمشكلات بين الذكور والإناً، وأن المسنين في الفئة العمرية 60 - 70 سنة يشعرون بالمشكلات الصحية أقل من المسنين في الفئة العمرية 71 سنة فأكثر. ولم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية في باقي المجالات تعود لمتغير العمر.

- وقد أظهرت دراسة راشد (1983) حول سمات الشخصية لكبار السن المقيمين في دور المسنين بالإسكندرية وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين كل من الوسواس والاكتئاب والقلق والخوف وبين التقدم في السن، وإن من مسببات الاضطراب النفسي لدى المسنين العزلة الاجتماعية، والتمارض، وقلة النشاط.
- وقد دلت دراسة جوهر (1980) حول المشكلات الفردية التي تواجه المسنين وأساليب رعايتهم اجتماعياً بالمؤسسات على أن نسبة 42.2% من مجتمع البحث حالتهم الصحية سيئة، وأن نسبة 34.62% حالتهم الصحية متوسطة، وأن 24.35% حالتهم الصحية جيدة، وأن حوالي 65.39% يعانون من اضطرابات نفسية تتمثل بالقلق والاكتئاب والخوف والشك.
- بينما تناولت دراسة الشوا (1995) العلاقة بين أسلوب رعاية المسنين ومستوى الاكتئاب عندهم. وقد هدفت إلى الكشف عن مدى تأثير مستوى الاكتئاب عند المسنين باختلاف نوع الرعاية المقدمة لهم، وفيما إذا كان مستوى الاكتئاب يختلف باختلاف جنس المسن، أو مستواه التعليمي، وتألقت العينة من 150 مسناً ومسنة. 75 منهم يقيمون في دور للرعاية، و75 يقيمون في بيوتهم. وقد دلت النتائج على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الاكتئاب بين المسنين في دور الرعاية والمسنين في منازلهم، حيث تبين أن مستوى الاكتئاب عند المسنين المقيمين في دور الرعاية أعلى منه لدى المقيمين مع أبنائهم، ولم تظهر الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب عند المسنين ترجع لعامل الجنس أو المستوى التعليمي.
- وتناولت دراسة برنسيدي (Burnside, 1984) مشكلة مهمة تهدد المسنين، وهي الاكتئاب بدرجاته المختلفة والتي تظهر أعراضه على شكل الشعور باليأس وفقدان الأمل والرغبة في الموت، وقد ظهرت لدى المسنين أعراض فسيولوجية تتمثل في اضطرابات النوم، وفقدان الشهية، بالإضافة إلى مشاعر العزلة والانطواء.
- أما دراسة البشير (1989) حول المشكلات التي تواجه كبار السن في المجتمع الأردني، فقد هدفت إلى رصد المشكلات التي تواجه كبار السن من أجل تذليلها ليتمكنوا من العيش في ظروف صحية واجتماعية ونفسية تحافظ على قدرتهم الذهنية والجسمية وأمنهم النفسي بصورة أفضل ولفترة أطول. وقد تم استخدام عدد من طالبات كلية التمريض في الجامعة الأردنية وذلك لاستطلاع مشكلات المسنين في الأردن، وقد بلغت العينة مائتين وسبعين فرداً، وقد دلت نتيجة الدراسة على أن المسنين يعانون من القلق النفسي، وأنهم بحاجة للشعور بالأمن النفسي بدلاً من الشعور بأنهم عالة على المجتمع منتظرين الموت.
- ودرست شويكة (1994) دور طريقة تنظيم المجتمع في إشباع الاحتياجات الاجتماعية للمسنين. وقد استخدمت الباحثة منهج المسح الاجتماعي على عينة من دور الرعاية الاجتماعية بالرياض والجمعيات الخيرية والمستشفيات، ودلت النتائج على أن المسنين المستفيدين من خدمات مؤسسات الرعاية وغير المستفيدين لديهم احتياجات اجتماعية ونفسية وصحية واقتصادية، وقد اشتملت هذه الاحتياجات على: الاحتياجات الاجتماعية وتشمل الرغبة بالاتصال مع الأسرة، والرغبة في إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، وحاجة المسن لمن يسمعه، والحاجة للقيام بعمل نافع يشغل وقت فراغه. الاحتياجات الصحية وتشمل ضرورة الكشف المستمر وتوفير

العلاج المناسب، والتشخيص السليم، والاهتمام بالحالة الصحية للمسنين، وتوفير نظارات طبية خاصة. الاحتياجات النفسية وتشمل الشعور بالاهتمام، والشعور بالراحة النفسية والطمأنينة، والشعور بالرضا عن النفس، وعدم الشعور بالوحدة والعزلة. الاحتياجات الاقتصادية وتشمل الحصول على بعض الموارد المادية الخاصة مثل السكن والغذاء والملبس وزيادة الدخل. كما أشارت نتائج الدراسة إلى وجود صعوبات تواجه المسنين حول إشباع احتياجاتهم بشكل كامل، حيث ترجع هذه الصعوبات إلى عدة أسباب منها ما يرتبط بالمؤسسة نفسها، ومنها ما يرتبط بطبيعة العلاقة بالآخرين.

- ودرست العكروش (1999) مشكلات كبار السن في المجتمع الأردني من الجوانب النفسية، والاجتماعية، والاقتصادية، والترفيهية، والصحية داخل بيوتهم، ونظرة المجتمع الأردني إلى كبار السن. وقد دلت نتائج الدراسة على: ارتفاع نسبة الأبناء الذي يستشيرون آباءهم في أمورهم في المناطق الريفية عن المناطق الحضرية. إن حوالي نصف المسنين المقيمين في دور المسنين لديهم أبناء متزوجون يقيمون داخل الأردن، وهذا يشير إلى مدى التراجع في القيم الدينية. إن حوالي نصف أفراد العينة المقيمين في دور المسنين يعتمدون في إقامتهم على الرعاية الاجتماعية، أي تقوم وزارة التنمية الاجتماعية أو الجمعيات الخيرية بدفع تكاليف إقامتهم في الدور، بسبب تدني الدخل المادي لهؤلاء المسنين. إن المسنين المتزوجين والذين يقيمون مع أبنائهم وبناتهم كانوا يشعرون بالراحة، والسعادة والرضا. كما أشارت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط قوي بين المشكلات النفسية، والاجتماعية والاقتصادية، والصحية التي يتعرض لها المسنون.

- وأجرى العزبي (1982) دراسة تهدف إلى تحديد العلاقة بين اتجاهات المسن نحو الشيخوخة، وما يرتبط بها من تغيرات جسمية واجتماعية، ورضا المسن عن حياته وتقبله للآخرين من حوله. وتكونت عينة الدراسة من 27 فرداً أحيلوا على التقاعد من عملهم، تراوحت أعمارهم بين 59-67 سنة. وكشفت نتائج هذه الدراسة عن وجود علاقة إيجابية دالة بين اتجاهات المسن نحو الشيخوخة ومقدار الرضا عن الحياة، وتقبله لذاته وللآخرين.

- كما أجرت السباسي (1983) دراسة لمعرفة أثر أسلوب الرعاية في مشكلات التكيف لدى كبار السن في الأردن. وتكونت العينة من 150 مسناً ومسنّة، 50 منهم يتلقون رعاية مؤسسية، و100 يتلقون رعاية أسرية. للكشف عن المشكلات التي يعاني منها كبار السن، وقامت بإجراء المقابلات الفردية مع كبار السن الذين يتلقون رعاية مؤسسية في كل من دار الضيافة / عمان، ودار السلام / عمان، ومركز الأميرة منى / الزرقاء، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن كبار السن الذين يتلقون رعاية مؤسسية يعانون من مشكلات في التكيف والشخصية أقل من أولئك الذين يتلقون رعاية أسرية. وفيما يتعلق بمتغير الجنس فقد ظهر أن كبار السن من الإناث يعانون من مشكلات في التكيف والشخصية أكثر من الذكور، أما بالنسبة لعالمي الجنس ونوع الرعاية، فلم تظهر فروق بين الجنسين ممن يتلقون رعاية مؤسسية.

- وتناولت دراسة لاوتون (Lawton, 1984) تحديد الاحتياجات الخدمية المتغيرة للمسنين. حيث تألفت العينة من 494 مسناً من المقيمين في مشاريع إسكانية حكومية، وقد دلت نتائج الدراسة على أن أكثر المشكلات التي يعاني منها المسنون كانت في المجالات النفسية.

- وهدفت دراسة أبو ناعمة (1985) إلى تحديد مشكلات المسنين من وجهة نظرهم، ومدى اختلاف هذه المشكلات باختلاف الجنس والعمر، ومستوى الرضا عن الحياة، والموقف من دور الرعاية. وتألفت العينة من 400 مسن يقيمون في محافظة عمان. وأشارت النتائج أن المسنين يعانون من مشكلات عديدة منها الشعور بالفراغ والملل، وعدم تقديم الرعاية الكاملة، ومشكلات العلاقة مع الأهل والأقارب، كما بيّنت نتائج الدراسة أن أفراد الدراسة

يرفضون بشدة فكرة الذهاب إلى دور الرعاية. أما المجموعة القليلة التي تقبلت الفكرة، فقد كانت تعاني من مشكلات العجز، والإعاقة الجسدية، وعقوق الأبناء.

- وقامت عطا الله (1998) بإجراء دراسة اجتماعية ميدانية على وضع المرأة المسنة في المجتمع الأردني المتغير. وكان هدفها التعرف على أمرين أساسيين هما كيفية معاملة المسنة داخل الأسرة من وجهة نظرها، والمشكلات التي تواجهها المسنة سواء أقامت في مسكن منفرد، أو مع أحد أفراد أسرتها، وتكونت عينة الدراسة من 400 مسنة من المسنات اللواتي تزيد أعمارهن عن سبعين عاماً. وخلصت الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها، كلما زاد عمر المسنة قل توافقها مع أفراد أسرتها. وكلما زاد عمرها زاد انزعاجها من ابتعاد أبنائها عنها، وزاد شعورها بأن أبنائها وأحفادها يرفضون أفكارها، وزاد شعورها بأنها ربة البيت. وكلما زاد عمر المسنة زاد خوفها من البقاء وحدها دون رفيق. وظهر أن المسنة المتزوجة أكثر توافقاً وتفاهماً مع أفراد أسرتها من المسنة المطلقة أو الأرملة. وأن المسنة الأرملة أكثر شعوراً بنقص احتياجاتها من المسنة المتزوجة والمسنة المطلقة. وأن المسنة المطلقة أكثر شعوراً بالوحدة والكآبة واليأس من الحياة من المسنة المتزوجة والمسنة الأرملة. والمسنة المطلقة أكثر شعوراً بدورها كربة بيت من المسنة المتزوجة والمسنة الأرملة. أما أبناء المسنة المتزوجة فيستشيرون أمهاتهم أكثر من أبناء المسنة الأرملة وأبناء المسنة المطلقة. وتبين أيضاً من النتائج أن المسنات اللواتي يزرن أهلهم باستمرار يشعرون برضا أكبر عما حققته في حياتهن من المسنات اللواتي لا يزرن أهلهم بشكل مستمر. وأن هؤلاء المسنات المعتادات على زيارة أهلهم يشعرون دائماً بحاجتهن إلى شخص قريب منهن، وأنه كلما ابتعدت المسنة عن زيارة أبنائها أو زيارة أبنائها لها عانت من الوحدة والكآبة، وتبين أيضاً أن المسنات اللواتي يعشن مع أهالي أزواجهن يعانين من مشكلة التدخل في شؤونهن الخاصة أكثر من المسنات اللواتي يعشن بشكل مستقل.

- وفي دراسة أجرتها تابلوسكي (Tabloski, 1989) على عينة من المسنين بلغ عددهم 239 مسناً ومسنَةً، تم تقسيمهم إلى مجموعات بحسب الجنس والعمر من 64 - 79 عاماً، ومن 80 عاماً فأكثر. ومكان الإقامة: مقيمون في مجتمعهم العادي، ومقيمون في دور الرعاية. وهدفت الدراسة إلى فحص العلاقة ما بين التقييم الذاتي للصحة، وبين متغيرات تشكل العوامل المؤثرة على دور المسن ونشاطاته مثل الحالة الصحية، والحالة النفسية، أو الكآبة في سن الشيخوخة. أشارت النتائج إلى أن المسنين في دور الرعاية يعانون من المشكلات النفسية المتمثلة بالاكئاب، وأن هذا الاكئاب ناتج عن الإقامة في دور الرعاية. وقد أشارت الدراسة أيضاً إلى أن الذكور يعانون من المشكلات النفسية أكثر من الإناث.

- أما دراسة وستكوت (Westcot, 1983) عن العزلة فقد توصلت إلى أن العزلة تتولد لدى المسنين نتيجة حدوث تغير في العلاقات الأسرية كفقد الزوج وموت الأحبة، وحين يتقدم بهم العمر يتنامى عندهم الإحساس بقرب النهاية ودنو الأجل، إذ إن الغالبية العظمى منهم بانتقالهم من مرحلة العمر المتوسط إلى سن الشيخوخة ينشأ لديهم شعور بانخفاض في مستوى احترام الفرد لنفسه وتقديره لذاته.

- وقام مكارثي (Mccarthy, 1985) بمحاولة لتحديد أهم المتغيرات التي تعطي معنى لحياة المسنين داخل أحد مراكز رعاية المسنين. بدراسة تكونت عينتها من 26 مسناً من الجنسين أغلبيتهم من الإناث، وجميعهم نزلوا في مركز أورليانز للمتقاعدین، تراوحت أعمارهم بين 60 - 80 عاماً. وأشارت النتائج إلى أن متغير العلاقات الاجتماعية المتمثل بالعلاقة مع الأزواج أو أفراد الأسرة أو الأصدقاء، ومتغير الحالة الصحية للمسنين، ومتغير الخدمات المقدمة، كانت أهم المتغيرات التي تعطي معنى لحياة المسنين داخل مركز الرعاية.

- ثانياً: الدراسات التي تناولت فاعلية العلاج المعرفي في خفض مستوى الاكتئاب لدى كبار السن.
- في دراسة قام بها عراقي (1991) حول مدى فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في علاج مرض الاكتئاب العصبي على عينة من طلاب الجامعة. فقد تم اختيار هذه العينة وفقاً للدرجات التي حصلوا عليها على مقياس بيك (Beck). وقد قسمت العينة إلى مجموعتين تجريبيتين، ومجموعتين ضابطين لمدة 12 أسبوعاً بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً، وقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية ما بين المجموعتين لصالح المجموعتين التجريبيتين.
 - كما هدفت دراسة بيفرز وميلر (Beevers Miller, 2005) ، إلى تحديد فاعلية العلاج المعرفي في التخلص من الأعراض الاكتئابية والتشوهات المعرفية لدى الأفراد، حيث وزعت العينة عشوائياً إلى ثلاث مجموعات، المجموعة التجريبية الأولى تلقت برنامج العلاج المعرفي، المجموعة التجريبية الثانية تلقت أدوية لعلاج الاكتئاب، أما المجموعة الضابطة فلم يتلقى أي نوع من العلاج. وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد الذين تلقوا برنامج العلاج المعرفي والأفراد الذين تلقوا أدوية الاكتئاب، كما لوحظ تحسن لدى الأفراد الذين تلقوا برنامج العلاج المعرفي مقارنة مع المجموعة الضابطة ومجموعة أدوية الاكتئاب.
 - وأجرى جونز وبولس (Johnes Pulos, 1993) دراسة هدفت إلى المقارنة بين فاعلية العلاج المعرفي وحده، وبين العلاج المعرفي بالإضافة إلى استخدام العقاقير لعلاج الاكتئاب. على عينة مكونة من 32 فرداً تتراوح أعمارهم ما بين 18 - 62 سنة. وقد قسمت العينة إلى مجموعتين، كل مجموعة تضم 16 فرداً، ويتألف البرنامج العلاجي من عشرين جلسة على مدار 12 أسبوعاً، حيث تعرضت المجموعة الأولى للعلاج المعرفي، والمجموعة الثانية للعلاج المعرفي مضافاً إليه استخدام الأدوية، وقد دلت النتائج على تحسن الأفراد في كلتا المجموعتين واختفاء معظم الأعراض الاكتئابية، ولم تكن الفروق ذات دلالة إحصائية بين الأسلوبين.
 - وأجرى مورياتي (Moriarty, 2002) دراسة هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى الاكتئاب. وقد اشتملت العينة على 26 فرداً يعانون من أعراض الاكتئاب تتراوح أعمارهم بين 31-80 سنة، تم توزيع العينة على 4 مجموعات، ثلاث تجريبية، وواحدة ضابطة، وقد استمر البرنامج لمدة 12 أسبوعاً. ولم تظهر النتائج فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات في خفض مستوى الاكتئاب.
 - كما قام نتسكي (Nitschke, 2001) بدراسة الدرجة التي تتصل بها نسبة تراجع الأعراض خلال برنامج العلاج المعرفي إلى عودة الأعراض بعد الانتهاء من العلاج. حيث تم فحص العلاقة بين عودة الأعراض بعد ثلاثة إلى ستة شهور من الانتهاء من العلاج، بما في ذلك نسبة تراجع الأعراض بعد وقت قريب من العلاج. وقد أظهرت النتائج أن هذه الأعراض الاكتئابية قبل العلاج كانت مؤشراً يتنبأ بنسبة عودة الأعراض خلال فترة العلاج.
 - وهدفت دراسة بول وجوليان (Ball, Jillian, 2000) إلى تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي بالاشتراك مع التدريب التدعيمي، لدراسة عينة منتقاة من المرضى الذين يراجعون العيادات خلال فترة طويلة من الزمن 1-3 سنوات. سعت الدراسة إلى الكشف عن استجابات الأشخاص لكل من العلاج المعرفي السلوكي والتدريب التدعيمي ضمن جماعة بوجود اضطرابات معينة في الشخصية. تم إجراء التقييم على شريحة تمثل 11 شخصاً من البالغين والتي أُشير إليها على أنها وحدة اضطرابات المزاج، يميزها تاريخ من الاكتئاب. وقد أنهى أفرادها علاجاً سلوكياً معرفياً جماعياً إما بشكل منفرد أو بالاشتراك مع جماعة تدريب تدعيمي. وتم إجراء تقييم للشخصية باستخدام الدليل التشخيصي الإحصائي لفئات اضطراب الشخصية، وهذه التصنيفات والفئات تم دمجها لتشكيل ثلاث مجموعات: مجموعة تضم أفراداً لا يوجد لديهم اضطراب في الشخصية. ومجموعة تضم أفراداً

دراميين، عشوائيين، مضطربين ومجموعة تضم أفراداً متنهين، متوترين، خائفين. تم تطبيق مجموعة من مقاييس الحديث عن الذات، وتقديم تعزيز عن الذات قبل البدء بالعلاج، وبعد العلاج وذلك من خلال متابعة طويلة الأمد من 1-3 سنة. أظهرت كلا المجموعتين تحسناً ملحوظاً في العلامات خلال العلاج. هذا التحسن وهذه المكتسبات تم الحفاظ عليها خلال فترة المتابعة. وعلى أية حال فالتحسن لدى أولئك المرضى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية كان أكبر بعد فترة العلاج، ومن خلال متابعة طويلة الأمد، فيما يتعلق بكل من مستوى الأعراض الاكتئابية.

- كما قاما عدد من الدراسات التي اختبرت نظرية بيك (Beck) في الاكتئاب. واستنتجوا أنه من الواضح أن التفكير السلبي مرتبط بالاكتئاب، وأن الناس المكتئبين يميلون لأن يحملوا نظرة سلبية عن أنفسهم، وعن قدرتهم على التعامل مع البيئة، ومع مستقبلهم، مقترحين دعماً لمفهوم بيك (Beck) عن الثالوث المعرفي، ودعماً للعلاقة بين المدركات السلبية والسلوكيات والمشاعر الاكتئابية. وتشير الأبحاث إلى طرق معالجة الأفراد للمعلومات، حيث أن الأفراد المكتئبين يختلفون عن أولئك غير المكتئبين في الطريقة التي يستدعون بها المعلومات وفي طريقة تفكيرهم.

ثالثاً: الدراسات التي تناولت فاعلية المشاركة بالنشاطات في خفض مستوى الاكتئاب

- أجرى آدامز (Adams, 2004) دراسة حول تغير النشاطات والميول لدى كبار السن وعلاقتها بالاكتئاب. تألفت العينة من مرضى العيادات الخارجية والذين تتراوح أعمارهم ما بين 65-94 سنة. وقد تم تطبيق مقياس (CATT) وهو مؤشر تغير النشاطات والميول المؤلف من 30 بنداً. أظهرت النتائج أن 30% من أفراد العينة تراجعت استجاباتهم في مجال الترفيه المنزلي والاهتمام بأراء الآخرين، وبالتسوق وشراء الأشياء، أو حضور مناسبات اجتماعية. وهذه مؤشرات لها علاقة بالاكتئاب. كذلك أشارت النتائج إلى ازدياد الميل الروحي لدى الكبار، ونقص النشاطات الحركية. كما أكدت النتائج على أن النشاطات الفعالة والنشاطات الاجتماعية هي ذات صلة كبيرة بانخفاض اكتئاب كبار السن أو ازدياده.

- وقام كريشان وماكويد (Krishan Mc Quoid, 2004) بدراسة حول اكتئاب كبار السن. تألفت العينة من مجموعتين، المجموعة التجريبية وتضم 370 شخصاً ممن يعانون من اكتئاب الكبار، والمجموعة الضابطة وتضم 157 شخصاً غير اكتئابيين. وقسم المشاركون على أساس عدة أبعاد، منها تنوع الأنشطة الاجتماعية، سن المسن، بداية المرض، وقد قيّمت الحالة المرضية لكافة المشتركين على أساس التقرير الذاتي وبوساطة مقياس الحالة السريرية المتراكمة. وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية ما بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

- وقام ريزو رونكر (Roenker Rizo, 2005) بمحاولة لفهم تأثيرات النشاط البدني والسلوك المستقر على الصحة المعرفية أو الذهنية لدى كبار السن، حيث تم فحص الفرضيتين التاليتين: تشير الفرضية الأولى إلى أن الاكتئاب يجمع أو يكبت القدرة المعرفية، وأن النشاط الجسدي يخفف حالة القلق وبالتالي يحسن القدرة الذهنية. أما الفرضية الثانية فتري أن الاتصال الاجتماعي الذي يتم من خلال الأنشطة الاجتماعية يحسن من الوظيفة المعرفية أو الذهنية وذلك من خلال تحفيز الجهاز العصبي. وأجريت الدراسة على 158 شخصاً من كبار السن، حيث طبقت عليهم مقاييس تتعلق بنشاطاتهم المعرفية وحالتهم الاكتئابية والاجتماعية والبدنية. وقد أظهرت النتائج وجود علاقة قوية ما بين معالجة الاكتئاب وتحسين الوظيفة المعرفية أو الذهنية للمسترد.

- وفي دراسة أجراها هارين (Heeren, 2005) حول وجود علاقة ما بين الاكتئاب ونوعية الحياة التي يعيشها كبار السن. أجريت الدراسة على 131 شخصاً مصابين باكتئاب شديد في 8 مستشفيات وقدمت برامج مساعدة لهم عددها 8. وأشارت النتائج إلى وجود علاقة عكسية قوية ما بين المشاركة الاجتماعية ونوعية الحياة وما بين الاكتئاب.
- كما أجرى ليتل وجونز (Jones, Little, 2002) دراسة بعنوان معالجة الاكتئاب لدى كبار السن عن طريق الذكريات. حيث تناولت هذه الدراسة الجهود المبذولة لاستخدام العلاج بالذكريات، والتنوع في النشاطات كوسيلة عاطفية للتخفيف من الاكتئاب لدى كبار السن الموجودين في مؤسسات بالريف. وقد أثبت هذا العلاج فعاليته كطريقة نفسية اجتماعية في تخفيف آثار الاكتئاب وأعراضه.
- وقد قام جوسي وتومهاف (Jocie, Tomhave, 2000) بدراسة حول دور العلاج بالحديث الذاتي في علاج الاكتئاب. وأجريت الدراسة على 34 من الكبار في السن تزيد أعمارهم عن 60 سنة مصابون باكتئاب شديد، وقسمت العينة إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية، وأخرى ضابطة. أظهرت النتائج وجود علاقة قوية ما بين الحديث الذاتي وعلاج الاكتئاب فيما يتعلق بالمجموعة التجريبية. أما المجموعة الضابطة فلم تظهر فروقاً ذات دلالة إحصائية.
- أجرى تومس (Thomas, 2005) بمحاولة لفهم أهمية الشبكات الاجتماعية في خفض مستوى الاكتئاب، دراسة على مجموعتين، مجموعة تتلقى رعاية رسمية بدون وجود شبكة دعم، ومجموعة تتلقى رعاية غير رسمية بوجود شبكة دعم اجتماعية. وأظهرت النتائج تحسن الاكتئاب لدى المجموعة التي تتلقى رعاية غير رسمية بوجود شبكة دعم اجتماعية. وقد كانت الفروق ذات دلالة إحصائية ما بين المجموعتين.
- وفي دراسة أجراها بروتس وأولسن (Protas, Olson, 2005) حول علاقة نقص الأداء الجسماني باكتئاب كبار السن. أجريت الدراسة على 203 أشخاص قسموا إلى ثلاث فئات، قادر على الحركة، واهن، وغير قادر، بناءً على ما ذكره هؤلاء الأشخاص عن أنفسهم. وأشارت النتائج إلى وجود علاقة عكسية ما بين الأداء الجسمي لدى كبار السن وما بين اكتئابهم. كما أشارت النتائج إلى إمكانية الاستفادة من هذه الدراسة في حالة المعالجة أو في برامج الوقاية.
- كما وجد ناصر وفاروخبي (Nassar, Farakhpuy, 1985) من الدارسة التي قاما بها في الولايات المتحدة لتقييم أولويات العمل، وكذلك تفضيلات المسنين ممن يقيمون في مركز حكومي لرعايتهم، وذلك من خلال الخصائص البيئية المرغوبة للنشاطات الداخلية. إلى أن كبار السن يفضلون النوم، ومشاهدة التلفاز، وإعداد الطعام، وجميعها تتمحور في المجال الترويحي في خفض مستوى الاكتئاب، من خلال تعلم مجموعة من المهارات التي تشتمل على النظر إلى المشكلات بموضوعية باعتبارها من حقائق الحياة، وأن الفرد لديه القدرة على التعامل مع هذه المشكلات، وبالتالي مواجهة المشكلة بدلاً من تجنبها، وهذه المواجهة تؤدي إلى تقليل حساسية الفرد من موضوع المشكلة، مما يسمح له بالتفكير بشكل منطقي بحيث يوازن بين البدائل المختلفة لحل المشكلة.

تعليق على الدراسات

بالرجوع إلى الدراسات السابقة يتبين لنا أن جميع هذه الدراسات قد تحدثت عن موضوع العلاج المعرفي، والمشاركة بالنشاطات لدى الأفراد بشكل عام، ولدى كبار السن بشكل خاص وأثر كل منهما في خفض مستوى الاكتئاب، إلا أن هناك عدد قليل من الدراسات التي اهتمت ببناء البرامج التدريبية ودراسة مدى فاعلية العلاج

المعرفي والمشاركة بالنشاطات في خفض مستوى الاكتئاب لدى كبار السن. وهذا ما حاولت الباحثة إيصاله والعمل عليه في دراستها.

3- منهجية الدراسة وإجراءاتها.

منهجية الدراسة:

تشتمل منهجية الدراسة على مكوناتها الإجرائية وذلك بدءاً من أفراد الدراسة، ومروراً بأداة القياس وكيفية إعدادها وصدقها وثباتها، وانتهاءً بأساليب المعالجة الإحصائية.

أفراد الدراسة:

أجريت الدراسة على 30 فرداً من المسنين الموجودين في دار الضيافة لرعاية المسنين (جمعية الأسرة البيضاء) في عمان للعامين 2005 و2006، وقد تم تحديد أفراد الدراسة بناءً على نتائج تطبيق مقياس بيك (Beck) للاكتئاب على جميع المسنين في الدار والذين تسمح ظروفهم الصحية بذلك، وبلغ عددهم 90 مسناً، ولما كانت متوسط درجات القائمة بين 16-23، فقد اعتبر الأفراد الذين حصلوا على درجات تزيد على هذا المتوسط بأنهم يعانون من مستوى مرتفع من الاكتئاب، وقد بلغ عدد المسنين الذين حصلوا على درجات تزيد على هذا المتوسط 45 مسناً، وتراوح درجاتهم على مقياس الاكتئاب بين 23 كحد أدنى، و63 كحد أعلى.

وقد تم اختيار 30 فرداً من الذين حصلوا على أعلى الدرجات على قائمة بيك (Beck) للاكتئاب، وبعد ذلك تم توزيع أفراد العينة عشوائياً إلى ثلاث مجموعات بالتساوي، مجموعتين تجريبتين ومجموعة ضابطة، حيث تضمنت كل مجموعة عشرة مسنين من أفراد الدراسة، وقد خضع أفراد المجموعة التجريبية الأولى إلى برنامج العلاج المعرفي، بينما خضع أفراد المجموعة التجريبية الثانية إلى برنامج المشاركة بالنشاطات، أما أفراد المجموعة الضابطة فلم يخضعوا لأي نوع من أنواع المعالجة، ويمثل الجدول (2) توزيع أفراد الدراسة على المجموعات الثلاث.

الجدول (2) توزيع أفراد عينة الدراسة على المجموعات الثلاث حسب الجنس

المجموع	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية الثانية (المشاركة بالنشاطات)	المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي)	المجموعة
16	5	5	6	ذكور
14	5	5	4	إناث
30	10	10	10	المجموع

أداة الدراسة

قائمة بيك (Beck) المعربة للاكتئاب

تم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب بصورته المعربة (حمدي، وأبو طالب، وأبو حجلة، 1988) لقياس الاكتئاب لدى كبار السن الموجودين في دار الضيافة لرعاية المسنين، وهذا المقياس من شأنه أن يساعد المرشد النفسي في الكشف عن مظاهر الاكتئاب وأعراضه لدى كبار السن، وبالتالي المساعدة في مواجهتها والقضاء عليها.

بالنسبة لدلالات صدق القائمة، تشير نتائج دراسة قام بها بيك (Beck, 1961) على عينة من 1000 مريض تم تشخيصهم إكلينيكيًا كاكئابيين، إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجات على قائمة بيك (Beck) للاكتئاب بين متوسطات مجموعتين من المرضى، تألفت المجموعة الأولى من مرضى مقيمين في المستشفيات، ويتلقى

أفرادها علاجاً نفسياً من الاكتئاب، بينما تألفت الثانية من مرضى العيادات الخارجية، كما وجد بيك ((Beck معامل ارتباط مقداره (0.67) بين درجات أفراد عينة الدراسة على قائمة الاكتئاب وبين محك التشخيص الإكلينيكي. وفي دراسة قام بها كل من بامبري وأوليفر Oliver Bamberry حول صدق قائمة بيك ((Beck باستخدام محك التقدير الإكلينيكي، على عينة من 56 طالباً جامعياً، تبين وجود معامل ارتباط مقداره 0.77 بين درجات الطلبة على قائمة بيك (Beck)، وبين محك التقدير الإكلينيكي (حمدي، وأبو طالب، وأبو حجلة، 1988).

كما توجد لقائمة بيك (Beck) للاكتئاب معاملات ارتباط ذات دلالة إحصائية مع مقاييس الاكتئاب الأخرى مثل مقياس الاكتئاب في اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية، ومقياس هاملتون (Hamilton scale). وقد أشارت نتائج التحليل العاملي للدرجات على قائمة بيك (Beck) إلى وجود عدة عوامل هي الاكتئاب، واحتقار الذات، والتشاؤم، والانتحار (Beck, 1976).

وقد قام حمدي، وأبو طالب، وأبو حجلة (1988) بتطبيق الصيغة المعربة لقائمة بيك (Beck) على عينة مكونة من 56 طالباً وطالبة في الجامعة الأردنية، تم تقسيمهم إلى مجموعتين بناءً على المقابلات الإكلينيكية، مجموعة اكتئابية وأخرى غير اكتئابية، ثم أعطي الطلبة قائمة بيك (Beck) المعربة، فأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين.

وأجرى التحليل العاملي لفقرات هذا المقياس، حيث بينت نتائجه وجود عدة عوامل رئيسية ارتكزت عليها فقرات هذا المقياس فسّرت ما نسبته (45.5%) من التباين الكلي للقائمة، وهذه العوامل هي:

1- وجود مشاعر سلبية.

2- اضطراب الوظائف الفسيولوجية.

3- التشاؤم والشعور بلا جدوى.

أما بالنسبة لثبات القائمة المعربة، فقد تم حسابه بطريقة إعادة الاختبار على عينة من 80 طالباً وطالبة في الجامعة الأردنية بفاصل زمني مدته أسبوعاً، وكانت قيمة معامل الثبات 0.88، كما حسب الاتساق الداخلي للقائمة المعربة في عينة ثالثة تألفت من 635 طالباً وطالبة باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، فكانت قيمته 0.87 (حمدي، وأبو طالب، وأبو حجلة، 1988).

يتم تصحيح القائمة بجمع الدرجات التي يحصل عليها الفرد على جميع الفقرات، حيث يتراوح مدى الدرجة الكلية على القائمة بين (0) و (63)، وتفسر الدرجات على القائمة بالشكل التالي:

1- غير مكتئب (0 - 9)

2- اكتئاب خفيف (10 - 15).

3- اكتئاب متوسط (16 - 23)

4- اكتئاب شديد (24 - 63).

وتعتبر الدرجة (10) نقطة فاصلة بين المكتئبين وغير المكتئبين.

إجراءات الدراسة

بعد تحديد أسئلة الدراسة وصياغتها واعتماد الأدوات اللازمة لجمع البيانات الخاصة بالدراسة، وتحديد أفراد العينة المناسبة لهذه الدراسة، أتبع الخطوات التالية في تنفيذ الدراسة.

1- مخاطبة الجهات المعنية بكبار السن بشكل رسمي من أجل تحديد أفراد الدراسة، وحصراً أفراد الدراسة ضمن

دار الضيافة لرعاية المسنين في محافظة العاصمة كونها الوحيدة التي أبدت الموافقة على تطبيق برنامجي هذه

الدراسة على نزلها.

- 2- الحصول على الموافقة لإجراء الدراسة، ومقابلة المختصين برعاية المسنين لتعريفهم بهدف الدراسة والأداة المستخدمة فيها، وكيفية تطبيقها، حتى يتم تسهيل عملية اختيار أفراد العينة.
- 3- وبعد التأكد من الأداة ومناسبتها لأفراد العينة، قامت الباحثة بمقابلة كل شخص وحده، وجمعت معلومات أو بيانات أولية عن كل فرد منهم، وبعد ذلك تم تطبيق قائمة الاكتئاب على جميع المسنين القادرين على التجاوب.
- 4- بعد تحديد أفراد الدراسة بناءً على نتائجهم على مقياس الاكتئاب، تم توزيعهم عشوائياً إلى ثلاث مجموعات باستخدام طريقة الأرقام العشوائية، حيث خضعت المجموعة التجريبية الأولى لبرنامج العلاج المعرفي، بينما خضعت المجموعة التجريبية الثانية إلى برنامج المشاركة بالنشاطات، في حين لم تخضع المجموعة الضابطة لأي نوع من أنواع المعالجة. تم استخدام برنامجين يستند أحدهما على العلاج المعرفي، والآخر على المشاركة بالنشاطات، وفيما يلي وصف مختصر لكل منهما.

1- برنامج العلاج المعرفي

- تم تطوير برنامج العلاج المعرفي (ملحق رقم 3) من خلال الخطوات التالية:
- أ- تحديد مفهوم العلاج المعرفي وعلاقته بالاكتئاب استناداً إلى ما ورد في الدراسات.
 - ب- تقسيم البرنامج إلى ثلاثة أجزاء وهي الجزء التمهيدي، والجزء الرئيسي، والجزء الختامي.
 - ج- توزيع المهام على 11 جلسة مدة كل منها 60 دقيقة.
 - د- صياغة أهداف كل جلسة.
 - هـ- بناء نشاطات تمثل الأجزاء الثلاثة في البرنامج.
 - و- عرض البرنامج على لجنة من المحكمين لتقدير مدى تمثيل الجلسات للأهداف الموضوعية.
 - ز- تعديل البرنامج في ضوء ملاحظات المحكمين ومقترحاتهم.
- وكان الالتقاء بأعضاء المجموعة يتم مرتين أسبوعياً، واستغرقت كل جلسة مدة ستين دقيقة، وفيما يلي عرض مختصر للنشاطات التي اشتملت عليها كل جلسة.

الجلسة الأولى

تقوم المرشدة بالترحيب بالأعضاء وتعريفهم بنفسها وبطبيعة عملها، ثم تعطي وصفاً مختصراً للأهداف الجلسة، وتطلب منهم أن يتعارفوا إلى بعضهما لبعض، ثم تعرض مقدمة عن العلاج المعرفي على اعتبار أنها إحدى الاستراتيجيات الفعالة في علاج الاكتئاب، ثم تعرف الأعضاء بأهداف البرنامج، وتتعرف إلى توقعاتهم من تطبيقه، وتقوم بتصحيح التوقعات الخاطئة وثبت التوقعات الصحيحة، ثم توضح كيفية اللقاءات وأهمية السرية، والالتزام بالمواعيد، والمواظبة على الحضور، وضرورة تنفيذ ما يتم الاتفاق عليه من واجبات.

الجلسة الثانية والثالثة

تقوم المرشدة بالتحدث عن أهداف البرنامج، ثم توضح مفهوم الاكتئاب ومصادره وأعراضه وأنماط الاستجابات الناتجة عنه، وكذلك تقوم بتوضيح دور العلاج المعرفي في خفض مستوى الاكتئاب، وتوضح أهمية حضور كل جلسة والقيام بالواجبات البيتية.

من الجلسة الثالثة وحتى العاشرة

تقوم المرشدة بمناقشة الواجبات البيتية مع الأعضاء، وتشرح التشويهمات المعرفية التي يقوم عليها العلاج المعرفي، مع إعطاء أمثلة على كل تشويه.

الجلسة الحادية عشرة

تقوم المرشدة بمناقشة الواجب البيتي مع الأعضاء، وتتحدث عن أهداف الجلسة، وتقوم بعد ذلك بإعادة تطبيق مقياس بيك (Beck) للاكتئاب بصورته المعربة، وتطلب منهم تقييم البرنامج، وتنتهي برنامج العلاج المعرفي.

2- برنامج المشاركة بالنشاطات

تم تطوير برنامج المشاركة بالنشاطات (ملحق رقم 4) من خلال الخطوات التالية:

1. تحديد مفهوم المشاركة بالنشاطات وعلاقته بالاكتئاب، استناداً إلى ما ورد في الدراسات.
 2. تقسيم البرنامج إلى ثلاثة أجزاء وهي الجزء التمهيدي، والجزء الرئيسي، والجزء الختامي.
 3. توزيع المهمات على 9 جلسات مدة كل منها 60 دقيقة.
 4. صياغة أهداف كل جلسة.
 5. بناء نشاطات تمثل الأجزاء الثلاثة في البرنامج.
 6. عرض البرنامج على لجنة المحكمين لتقدير مدى تمثيل الجلسات للأهداف الموضوعية.
 7. تعديل البرنامج في ضوء ملاحظات المحكمين ومقترحاتهم.
- وكان الالتقاء بأعضاء المجموعة يتم مرتين أسبوعياً، واستغرقت كل جلسة مدة ستين دقيقة، وفيما يلي عرض مختصر للنشاطات التي اشتملت عليها كل جلسة.

الجلسة الأولى

تقوم المرشدة بالترحيب بالأعضاء، وتعريفهم بنفسها وبطبيعة عملها، ثم تعطي وصفاً مختصراً لأهداف الجلسة، وتطلب منهم أن يتعارفوا على بعضهم البعض، ثم تعرض عليهم مقدمة عن المشاركة بالنشاطات على اعتباره إحدى الطرق المناسبة في علاج الاكتئاب، ثم تعرّف الأعضاء بأهداف البرنامج، وتتعرف إلى توقعاتهم من تطبيقه، وتقوم بتصحيح التوقعات الخاطئة، وتثبت التوقعات الصحيحة، ثم توضح كيفية اللقاءات، وأهمية السرية، والالتزام بالمواعيد، والمواظبة على الحضور، وضرورة تنفيذ ما يتم الاتفاق عليه من واجبات.

الجلسة الثانية

تتحدث المرشدة عن أهداف البرنامج، ثم توضح مفهوم الاكتئاب، ومصادره وأعراضه، وأنماط الاستجابات الناتجة عنه، وكذلك تقوم بتوضيح دور المشاركة بالنشاطات في خفض مستوى الاكتئاب، وتوضح أهمية حضور كل جلسة والقيام بالواجبات البيتية.

من الجلسة الثالثة وحتى الجلسة الثامنة

تقوم المرشدة بمناقشة الواجبات البيتية مع الأعضاء، وتشرح لهم أهمية النشاطات ودورها في حدوث الاكتئاب، ومعوقات النشاطات، وكيفية تخطيط الأعضاء لبرنامجهم اليومي، بحيث يحتوي البرنامج على النشاطات السارة.

الجلسة التاسعة

تقوم المرشدة بمناقشة الواجب البيتي مع الأعضاء، ثم تتحدث عن أهداف الجلسة، ثم تقوم بعد ذلك بإعادة تطبيق مقياس بيك (Beck) للاكتئاب بصورته المعربة، وتطلب منهم تقييم البرنامج ثم تنهيه.

صدق البرنامجين

تم توزيع برنامج المشاركة بالنشاطات، وبرنامج العلاج المعرفي، على لجنة من المحكمين من ذوي الخبرة والمختصين في مجال الإرشاد النفسي والتربوي من أساتذة الجامعة الأردنية، وجامعة البلقاء التطبيقية وعددهم 6، وطلب منهم تقدير ما إذا كانت النشاطات الموصوفة تناسب الأهداف في كل جلسة، وإضافة أية مقترحات أو ملاحظات يرونها مناسبة، وتمت إعادة النظر في البرنامجين في ضوء الملاحظات التي أبداهما المحكمون. وقد استمر تطبيق البرنامجين ثلاثة أشهر، منها شهران ونصف لتطبيق البرنامجين، وأسبوعان للمتابعة، والجدول (3) يوضح الترتيب الزمني لتطبيق البرنامجين.

الجدول (3) الترتيب الزمني لتطبيق البرنامج العلاجي

الجدول الزمني				عدد أفراد المجموعة	المجموعة
قياس المتابعة	القياس البعدي	تطبيق البرنامج	بداية الدراسة والقياس القبلي		
2006\6\20	2006/5/15	من 2006 /1/20 إلى 2006 /4/30	2005/12/25		
قياس	قياس	11 جلسة	قياس	10	التجريبية الأولى
قياس	قياس	9 جلسات	قياس	10	التجريبية الثانية
قياس	قياس	لا جلسات	قياس	10	الضابطة

تصميم الدراسة ومتغيراتها

تعتبر هذه الدراسة دراسة تجريبية تهدف إلى التعرف على أثر كل من برنامج المشاركة بالنشاطات وبرنامج العلاج المعرفي في خفض مستوى الاكتئاب.

وقد تم فيها إجراء قياسات قبلية وبعديّة للمتغير التابع، واختبار فرضياتها الثلاث، من أجل فحص دلالات الفروق بين المجموعة التجريبية الأولى، والمجموعة الضابطة، وبين المجموعة التجريبية الثانية والمجموعة الضابطة، وبين المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة التجريبية الثانية فيما يتعلق بانخفاض مستوى الاكتئاب على القياس القبلي والقياس البعدي، وكما تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية للمجموعات الثلاث على القياسات القبليّة، والقياسات البعديّة من أجل عمل مقارنة بين المجموعات.

ويمكن تمثيل تصميم الدراسة بالرموز كما يلي:

R	O1	X1 (العلاج المعرفي)	O2	O3
R	O1	X2 (المشاركة بالنشاطات)	O2	O3
R	O1	X0 (لا شيء)	O2	O3

المتغيرات المستقلة:

- 1- برنامج العلاج المعرفي.
- 2- برنامج المشاركة بالنشاطات.

المتغيرات التابعة: الدرجة على مقياس بيك (Beck) للاكتئاب بصورته المعربة.

4- نتائج الدراسة ومناقشتها.

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على اثر برنامج العلاج المعرفي، وبرنامج المشاركة بالنشاطات في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من كبار السن في دار الضيافة لرعاية المسنين، وفيما يلي عرض لنتائج الدراسة.

- فحص الفرضية الأولى: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha=0.05)$ في مستوى الاكتئاب بين كبار السن الذين تعرضوا لبرنامج العلاج المعرفي (المجموعة التجريبية الأولى)، وبين كبار السن الذين لم يتعرضوا للبرنامج (المجموعة الضابطة)".

ولفحص هذه الفرضية تم احتساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، وإجراء تحليل التباين المشترك، وبين الجدول (4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي)، والمجموعة الضابطة.

الجدول (4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمجموعة العلاج المعرفي (المجموعة التجريبية الأولى)، والمجموعة الضابطة

المتوسطات الحسابية المعدلة	المتابعة		القياس البعدي		القياس القبلي		
	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
20.46	7.40	13.23	8.56	12.54	8.05	28.43	المجموعة التجريبية الأولى العلاج المعرفي
28.60	9.07	21.51	5.80	25.19	15.47	32.02	المجموعة الضابطة

وتلاحظ من الجدول رقم (4) أن متوسط المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي) على القياس القبلي بلغ (28.43)، وأن متوسط المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي) على القياس البعدي كان (12.54)، وأن متوسط أفراد مجموعة العلاج المعرفي على المتابعة وصل إلى (13.23).

كما يتضح من الجدول أن متوسط أفراد المجموعة الضابطة على القياس القبلي بلغ (32.02)، وأن متوسط المجموعة الضابطة على القياس البعدي بلغ (25.19)، كما أن متوسط المجموعة الضابطة على المتابعة كان (21.51).

من الواضح أن هناك فروقا ظاهرية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة فيما بين القياس القبلي والبعدي، وللتحقق من دلالة الفروق تم إجراء تحليل التباين المشترك، والجدول رقم (5) يوضح نتائج هذا التحليل.

الجدول (5) نتائج تحليل التباين المشترك للاختلاف بين متوسطات أفراد الدراسة في المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي)، والمجموعة الضابطة في القياس البعدي

الدلالة	"ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.07	3.84	177.40	1	177.40	القياس القبلي
0.00	19.46	898.68	1	898.68	المجموعة
		46.18	17	785.11	الخطأ
			19	1861.20	المجموع

يتضح من الجدول (5) أن قيمة الاحصائي "ف" بلغت مستوى الدلالة الاحصائية، حيث أن قيمته كانت (19.46) وأن هذه القيمة دالة عند مستوى 0.05 فاقل، وهذا يشير إلى وجود اختلاف في مستوى الاكتئاب بين أفراد المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي) والمجموعة الضابطة، وبمراجعة المتوسطات الحسابية نلاحظ أن مستوى الاكتئاب كان أقل لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي) مقارنة بالمجموعة الضابطة. وبين الجدول (6) نتائج تحليل التباين المشترك للاختلاف بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي)، والمجموعة الضابطة على قياس المتابعة.

الجدول (6) نتائج تحليل التباين المشترك للاختلاف بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي) والمجموعة الضابطة في قياس المتابعة

الدلالة	"ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.08	3.57	214.02	1	214.02	القياس القبلي
0.02	7.02	420.98	1	420.98	المجموعة
		59.96	17	1019.34	الخطأ
			19	1654.34	المجموع

ويتضح من الجدول (6) أن قيمة الإحصائي "ف" كانت (7.02)، وهذه القيمة دالة عند مستوى 0.05 فاقل، وهذا يشير إلى وجود اختلاف في مستوى الاكتئاب بين أفراد المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي) والمجموعة الضابطة، وبمراجعة المتوسطات الحسابية، نلاحظ أن مستوى الاكتئاب كان أقل لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي)، مقارنة بالمجموعة الضابطة في قياس المتابعة.

- فحص الفرضية الثانية: "لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ($\alpha=0.05$) في مستوى الاكتئاب بين كبار السن الذين تعرضوا لبرنامج المشاركة بالنشاطات (المجموعة التجريبية الثانية) وبين كبار السن الذين لم يتعرضوا للبرنامج (المجموعة الضابطة)".
- ولفحص هذه الفرضية، تم احتساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، وإجراء تحليل التباين المشترك، والجدول تضمنت أرقاماً تبين نتائج الفرضية.

الجدول (7) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمجموعة المشاركة بالنشاطات والمجموعة الضابطة

المتوسطات المعدلة	المتابعة		القياس البعدي		القياس القبلي		
	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
24.35	4.25	19.50	4.76	19.80	6.28	28.90	المجموعة التجريبية الثانية (المشاركة بالنشاطات)
28.60	9.07	21.51	5.80	25.19	15.47	32.02	المجموعة الضابطة

وتلاحظ من الجدول (7) أن متوسط مجموعة المشاركة بالنشاطات على القياس القبلي كان (28.90)، وعلى القياس البعدي كان (19.80)، وأن متوسط أفرادها على قياس المتابعة وصل إلى (19.50). كما يتضح من الجدول بأن متوسط أفراد المجموعة الضابطة على القياس القبلي بلغ (32.02)، وأن متوسط أفراد المجموعة الضابطة على القياس البعدي بلغ (25.19)، كما أن متوسط أفراد المجموعة الضابطة على المتابعة كان (21.51). ومن الواضح وجود اختلاف بين أفراد المجموعة الضابطة على القياس القبلي والبعدي، وللتحقق من أن الاختلاف دال إحصائياً، تم إجراء تحليل التباين المشترك، والجدول (8) يوضح نتائج هذا التحليل.

الجدول (8) نتائج تحليل التباين المشترك للاختلاف بين متوسطات الافراد الذين تعرضوا لبرنامج المشاركة بالنشاطات (المجموعة التجريبية الثانية)، والمجموعة الضابطة في القياس البعدي

الدلالة	"ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.20	1.78	41.04	1	41.04	القياس القبلي
0.00	33.57	772.98	1	772.98	المجموعة
		32.03	17	391.46	الخطأ
			19	1205.48	المجموع

ويتضح من الجدول (8) أن قيمة الاحصائي "ف" بلغت مستوى الدلالة الاحصائية، حيث أن قيمة الاحصائي "ف" كانت (33.57)، وأن هذه القيمة دالة عند مستوى 0.05 فاق، وهذا يشير إلى وجود اختلاف في مستوى الاكتئاب بين أفراد مجموعة المشاركة بالنشاطات (المجموعة التجريبية الثانية)، والمجموعة الضابطة، وبمراجعة المتوسطات الحسابية، نلاحظ أن مستوى الاكتئاب كان أقل لدى أفراد مجموعة المشاركة بالنشاطات مقارنة بالمجموعة الضابطة على القياس البعدي.

الجدول (9) نتائج تحليل التباين المشترك للاختلاف بين متوسطات الافراد الذين تعرضوا لبرنامج المشاركة بالنشاطات (المجموعة التجريبية الثانية) والمجموعة الضابطة على قياس المتابعة

الدلالة	"ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.44	0.62	25.29	1	25.29	القياس القبلي
0.00	10.93	448.48	1	448.48	المجموعة
		41.02	17	697.31	الخطأ
			19	1171.08	المجموع

ويتضح من الجدول (9) أن قيمة الاحصائي " ف " بلغت مستوى الدلالة الاحصائية، حيث كانت قيمته (10.93)، وأن هذه القيمة دالة عند مستوى 0.05 فأقل، وهذا يشير إلى وجود اختلاف في مستوى الاكتئاب بين أفراد مجموعة المشاركة بالنشاطات (المجموعة التجريبية الثانية) والمجموعة الضابطة، وبمراجعة المتوسطات الحسابية، نلاحظ أن مستوى الاكتئاب كان أقل لدى أفراد مجموعة المشاركة بالنشاطات، مقارنة بالمجموعة الضابطة على قياس المتابعة.

- فحص الفرضية الثالثة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha=0.05$) في مستوى الاكتئاب بين كبار السن الذين تعرضوا لبرنامج العلاج المعرفي (المجموعة التجريبية الأولى)، وبين كبار السن الذين تعرضوا لبرنامج المشاركة بالنشاطات (المجموعة التجريبية الثانية)".
- ولفحص هذه الفرضية، تم احتساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، وإجراء تحليل التباين المشترك، والجدول التالي تضمنت أرقاماً تبين نتائج الفرضية.

الجدول (10) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمجموعة العلاج المعرفي ومجموعة المشاركة بالنشاطات

المتوسطات الحسابية المعدلة	المتابعة		القياس البعدي		القياس القبلي		
	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
20.48	7.40	13.23	8.56	12.54	8.05	28.43	المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي)
24.35	4.25	19.50	4.76	19.80	6.28	28.90	المجموعة التجريبية الثانية (المشاركة بالنشاطات)

ونلاحظ من الجدول (10) أن متوسط مجموعة العلاج المعرفي على القياس القبلي كان (28.43)، وعلى القياس البعدي كان (12.54)، وعلى المتابعة وصل إلى (13.23). وكما نلاحظ ان متوسط مجموعة المشاركة بالنشاطات على القياس القبلي كان (28.90)، وعلى القياس البعدي كان (19.80)، وعلى المتابعة بلغ (19.50).

ومن الواضح وجود اختلاف ظاهري بين افراد مجموعة العلاج المعرفي (لمجموعة التجريبية الأولى)، ومجموعة المشاركة بالنشاطات (المجموعة التجريبية الثانية) على القياس البعدي والمتابعة، وللتحقق من أن الاختلاف دال إحصائياً، تم إجراء تحليل التباين المشترك، والجدول رقم (11) يوضح نتائج هذا التحليل.

الجدول (11) نتائج تحليل التباين المشترك للاختلاف بين متوسطات الأفراد الذين تعرضوا لبرنامج العلاج المعرفي (المجموعة التجريبية الأولى)، ومجموعة المشاركة بالنشاطات (المجموعة التجريبية الثانية) على القياس البعدي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف"	الدلالة
القياس القبلي	25.79	1	25.79	0.65	0.43
المجموعة	10.09	1	10.09	0.25	0.62
الخطأ	676.71	17	39.81		
المجموع	712.59	19			

ويتضح من الجدول (11) أن قيمة الإحصائي "ف" كانت قيمته (0.025)، وأن هذه القيمة ليست دالة عند مستوى 0.05 فاق، وهذا يشير إلى أن مستوى الاكتئاب بين أفراد مجموعة العلاج المعرفي والمجموعة المشاركة بالنشاط متقارب على القياس البعدي. وهذه الاختلافات ليست ذات دلالة وإنما تعزى للصدفة.

الجدول (12) نتائج تحليل التباين المشترك للاختلاف بين متوسطات الافراد الذين تعرضوا لبرنامج العلاج المعرفي (المجموعة التجريبية الأولى) ومجموعة المشاركة بالنشاطات (المجموعة التجريبية الثانية) على قياس المتابعة

الدالة	"ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.79	0.08	2.36	1	2.36	القياس القبلي
0.42	0.69	21.61	1	21.61	المجموعة
		31.33	17	532.64	الخطأ
			19	556.61	المجموع

ويتضح من الجدول (12) أن قيمة الإحصائي "ف" لم تبلغ مستوى الدلالة الإحصائية، حيث كانت قيمته (0.69)، وأن هذه القيمة ليست دالة عند مستوى 0.05 فاق، وهذا يشير إلى أن مستوى الاكتئاب بين أفراد مجموعة العلاج المعرفي (المجموعة التجريبية الأولى)، ومجموعة المشاركة بالنشاطات (المجموعة التجريبية الثانية) متقارب على المتابعة، وأنه ليس هناك فروق دالة إحصائية بين المجموعة التي تم تعريضها لبرنامج العلاج المعرفي والمجموعة التي تم تعريضها لبرنامج المشاركة بالنشاطات.

مناقشة النتائج:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن فاعلية كل من برنامجي إرشاد جمعي أحدهما قائم على العلاج المعرفي والآخر على المشاركة بالنشاطات في خفض مستوى الاكتئاب. ومن أجل ذلك قامت الباحثة بتطوير برنامجي علاج جمعي اعتماداً على نتائج تطبيق مقياس بيك للاكتئاب بصورته المعربة. وتطبيقهما على عينة عشوائية من كبار السن الموجودين في دار الضيافة لرعاية المسنين.

تشير نتائج الفرضية الأولى إلى أن مستوى الاكتئاب ينخفض انخفاضاً دالاً إحصائياً عند مستوى (0.05) لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى الذين تلقوا برنامج العلاج المعرفي، مقارنة بالمجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا التدريب على أي نوع من أنواع المعالجة.

ولفحص هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين المشترك ANCOVA والذي أظهرت نتائجه وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بين المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي)، والمجموعة الضابطة في القياس القبلي والقياس البعدي، وهذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية الأولى، حيث بلغ متوسط مستوى الاكتئاب في القياس البعدي للمجموعة التجريبية الأولى (12، 54)، بينما بلغ متوسط مستوى الاكتئاب في القياس البعدي للمجموعة الضابطة (19، 25)، ومن جهة أخرى كشفت نتائج تحليل التباين المشترك وجود فروق ذات دلالة في مستوى الاكتئاب بين المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي)، والمجموعة الضابطة في القياس البعدي، وقياس المتابعة فيما يتعلق بمستوى الاكتئاب.

ويمكن أن يفسر الانخفاض الدال في مستوى الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى الذين تلقوا برنامج العلاج المعرفي في ضوء النظر إلى محتويات البرنامج وتفسير مفهوم الاكتئاب. فالاتجاه المعرفي يركز على كيفية تعلم الفرد لدور الأفكار الأوتوماتيكية في حدوث الاكتئاب. والسمة العامة لهذه النظرية هي تدخلها بصورة مباشرة

من خلال قواعد وأهداف موجّهة، واعتمادها على الواجبات البيئية، والمهارات التطبيقية، والتركيز على خفض مستوى الاكتئاب من خلال تقديم مجموعة من المهارات التي تشتمل النظر إلى المشكلات بموضوعية باعتبارها من حقائق الحياة، وأن الفرد لديه القدرة على التعامل مع هذه المشكلات، وبالتالي مواجهة المشكلة بدلا من تجنبها، وهذه المواجهة تؤدي إلى تقليل حساسية الفرد من موضوع المشكلة مما يسمح له بالتفكير بشكل منطقي بحيث يوازن بين البدائل المختلفة لحل المشكلة، كذلك فإن قدرة المرشد على توطيد علاقته بالمسترشدين يساهم بشكل كبير في نجاح البرنامج الإرشادي، إضافة إلى العوامل سابقة الذكر.

ويعود سبب وجود فروق ذات دلالة بين المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي)، والمجموعة الضابطة في مستوى الاكتئاب فيما يتعلق بالقياس البعدي، وقياس المتابعة إلى ثبات الانخفاض في مستوى الاكتئاب الناتج عن استمرارية فاعلية برنامج العلاج المعرفي أثناء فترة المتابعة.

وتتفق نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة مورياتي (2002) (Moriaty)، ودراسة بيفرز وميلر (Beevers, 2005) (Miller)، ودراسة جونز وبولس (Johnes, 1993) (Pulos)، ونتائج دراسة نيتسكي (2001) (Nitschke)، ونتائج دراسة بول وآخرون (Ball, 2000) (Jillian)، ونتائج دراسة هاجا وارنست (1991) (Ernst)، والتي أشارت جميعها إلى فاعلية البرامج المستخدمة في علاج الاكتئاب.

ويمكن أن تفسر هذه النتائج من خلال خصائص العينات التي استخدمت، ومدة تطبيق البرنامج، ومكونات البرنامج، حيث تشابه هذه الدراسات إلى حد كبير مع الدراسة الحالية في تناولها لهذه العوامل.

مناقشة النتائج التي تتعلق بالفرضية الثانية:

تشير نتائج الفرضية الثانية إلى أن مستوى الاكتئاب ينخفض انخفاضاً دالاً إحصائياً عند مستوى ($p < 0.05$) لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية الذين تلقوا التدريب على برنامج المشاركة بالنشاطات، مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا التدريب على أي نوع من أنواع المعالجة.

ولفحص هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين المشترك، وقد أظهرت نتائج تحليل التباين إلى وجود فروق ذات دلالة في مستوى الاكتئاب بين المجموعة التجريبية الثانية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي والقياس البعدي، وهذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية الثانية. حيث بلغ متوسط مستوى الاكتئاب في القياس البعدي للمجموعة التجريبية الثانية (19.80)، بينما بلغ متوسط مستوى الاكتئاب في القياس البعدي للمجموعة الضابطة (25.19)، ومن جهة أخرى كشفت نتائج تحليل التباين المشترك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بين المجموعة التجريبية الثانية (المشاركة بالنشاطات)، والمجموعة الضابطة في القياس البعدي، وقياس المتابعة.

ويمكن أن يفسر الانخفاض الدال في مستوى الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية، الذين تلقوا برنامج المشاركة بالنشاطات إلى رغبة الأفراد في تطبيقه، وعلى سهولة استيعابه وفهمه، وكذلك على قدرة المرشد في توطيد علاقته بالمسترشدين.

ويعود سبب وجود فروق ذات دلالة بين المجموعة التجريبية الثانية (المشاركة بالنشاطات)، والمجموعة الضابطة في خفض مستوى الاكتئاب فيما يتعلق بالقياس البعدي، وقياس المتابعة إلى ثبات الانخفاض في مستوى الاكتئاب، وذلك بسبب فاعلية برنامج الإرشاد الجمعي أثناء فترة المتابعة.

وتتفق نتائج هذه الفرضية مع نتائج جميع الدراسات السابقة عن النشاطات التي تم عرضها في الفصل الثاني. فقد اتفقت مع نتائج دراسة آدمز (2004) (Adams)، ونتائج دراسة كريشنان وماكويد (Mc Quoid, Krishnan, 2004).

(2004)، وكذلك نتائج دراسة ريزو ورونكر (Rizo، 2005، oenker)، ونتائج دراسة هارين (Heeren 2005)، ونتائج دراسة ليتل وجونز (Johnes، Little) ونتائج دراسة جوسي وتومهاف (Jocie، 2000 Tomhave)، ودراسة ثومس (Thomas 2005) ونتائج دراسة ناصر وفاروخبي (Naser، Farukhpuy)، والتي أشارت جميعها إلى فاعلية البرامج المستخدمة في علاج الاكتئاب.

وبشكل عام فإن نجاح البرنامج اعتمد بشكل كبير على رغبة المسنين في تطبيقه، وعلى سهولة فهمه واستيعابه، وقد ركز البرنامج بشكل كبير على وجود علاقة قوية ما بين التنوع في الأنشطة وانخفاض مستوى الاكتئاب. وظهر ذلك للمسنين من فهمهم محتوى الجلسات وتطبيقها، كذلك فإن قدرة المرشد على توطيد علاقته بالمسترشدين ساعد كذلك في نجاح البرنامج الإرشادي، بالإضافة إلى العوامل سابقة الذكر.

مناقشة النتائج التي تتعلق بالفرضية الثالثة:

تشير نتائج الفرضية الثالثة إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ($p < 0.05$) بين أفراد المجموعة التجريبية الأولى الذين تلقوا برنامج العلاج المعرفي، وأفراد المجموعة التجريبية الثانية والذين تلقوا التدريب على برنامج المشاركة بالأنشطة، فيما يتعلق بانخفاض مستوى الاكتئاب. ولفحص هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين المشترك، وقد أظهرت نتائج تحليل التباين المشترك إلى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الاكتئاب بين المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي)، والمجموعة التجريبية الثانية (المشاركة بالأنشطة)، فيما يتعلق في القياس القبلي والقياس البعدي من جهة، والقياس البعدي وقياس المتابعة من جهة أخرى.

ويمكن أن يفسر عدم وجود فروق ذات دلالة في مستوى الاكتئاب بين أفراد المجموعتين التجريبتين فيما يتعلق بالقياس القبلي، القياس البعدي إلى وجود تشابه في المبدأ الذي يقوم عليه كلا البرنامجين من حيث اشتراكهما في المادة النظرية التي قدمت في أول جلستين من كل برنامج.

كما ويعود سبب عدم وجود فروق ذات دلالة في مستوى الاكتئاب فيما يتعلق بالقياس البعدي وقياس المتابعة إلى ثبات تأثير كلا البرنامجين في فترة المتابعة.

التوصيات والمقترحات.

بناءً على ما توصلت إليه الدراسة من نتائج، فقد تمّ وضع التوصيات التالية والتي من شأنها أن تساعد في خفض مستوى الاكتئاب لدى المسنين.

- 1- تطوير البرامج الاجتماعية والترفيهية والثقافية المقدمة للمسنين.
- 2- تدريب كوادر مؤهلة من ذوي الاختصاص النفسي والاجتماعي للتعامل مع كبار السن.
- 3- ضرورة تبني مساقات أكاديمية وعلمية تتعلق بالمسنين في مختلف الجامعات، وتدريب الطلبة على كيفية إعداد البرامج الخاصة بهم.
- 4- وضع برامج كبداية لملء وقت الفراغ لدى المسنين.
- 5- العمل على إنشاء النوادي الاجتماعية لكبار السن بحيث تشتمل على أنشطة وبرامج اجتماعية وترفيهية هادفة تدعم الاستقرار النفسي لديهم، وتساعدهم على التكيف مع المجتمع.
- 6- العمل على توعية المرشدين والأخصائيين، وتدريبهم على برامج إرشادية موجهة لفئة كبار السن (برامج معرفية، وأنشطة ترفيهية).

- 7- إجراء مقارنة بين فاعلية العلاج المعرفي والمشاركة بالنشاطات، وأنماط علاجية أخرى كالعلاج السلوكي، والعلاج الأسري في خفض مستوى الاكتئاب لدى كبار السن.
- 8- إجراء دراسة على عينة أخرى من كبار السن للاستفادة من هذه البرامج، وللتأكد من فاعلية أساليبها المتبقية.
- 9- إجراء دراسات وبحوث علمية تهتم بالبرامج التي تقدم للمسنين من أجل معالجة مشكلاتهم في شتى المجالات.

قائمة المراجع.

أولاً- المراجع بالعربية:

- ابراهيم، سيد سلامة. (1997). رعاية المسنين: قضايا ومشكلات الرعاية الاجتماعية. الجزء الثاني، الإسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر.
- أبوزيد، أحمد. (1975). مقدمة عن الشيخوخة. عالم الفكر، المجلد 6 (3)، 191-212.
- أبوسوسو، سعيدة. (1991). الحاجات النفسية للمرأة المسنة. مجلة علم النفس، الهيئة العربية العامة للكتاب، السنة الرابعة، العدد 16.
- أبو ناعمة، هانية أحمد. (1985). تحديد مشكلات المسنين في محافظة عمان من وجهة نظرهم. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- أسعد، يوسف ميخائيل. (1985). رعاية الشيخوخة. القاهرة: مكتب غريب.
- البداينة، ذياب. (2001). تطوير مقياس للاتجاهات نحو كبار السن في المجتمع الأردني. مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، المجلد 5 (2).
- البشير، هيفاء. (1989). المشاكل التي تواجه السادة كبار السن في المجتمع الأردني. الحلقة الدراسية " نحو غد أفضل للسادة كبار السن"، الاتحاد العام للجمعيات الخيرية بالتعاون مع الجامعة الأردنية.
- جوهر، عادل موسى. (1980). دراسة المشكلات الفردية التي تواجه المسنين وأساليب رعايتهم اجتماعياً بالمؤسسات. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة، مصر.
- حمدي، نزيه، وأبو طالب، وأبو حجلة. (1998). الإرشاد والتوجيه في مراحل العمر. جامعة القدس المفتوحة.
- حمدي، نزيه، وأبو طالب، وأبو حجلة، ونظام. (1998). البناء العملي ودلالات صدق وثبات، صورة معربة لقائمة بيك للاكتئاب. الجامعة الأردنية. مجلة دراسات، المجلد، العدد (1).
- الحنفي، عبد المنعم. (1987). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. القاهرة: مكتبة مدبولي.
- الخطيب، جمال. (2001). تعديل السلوك الإنساني. عمان: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- خليفة، عبد اللطيف. (1999). دراسات في سيكولوجية المسنين. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- راشد، سهام. (1983). السمات الشخصية لكبار السن المقيمين في دور المسنين في الإسكندرية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الإسكندرية، الإسكندرية، مصر.
- رطروط، فواز. (2001). الصور الاجتماعية للصراع الثقافي في نمط الأسرة البنائي السائد في المجتمع الأردني. بحث مقدم لندوة الأسرة العربية وتحديات القرن الحادي والعشرين، المعقود في الجامعة الأردنية يوم (11) كانون الثاني بمناسبة اليوم العربي للأسرة.
- السباسي، هيفاء. (1983). أثر أسلوب الرعاية في مشكلات التكيف والشخصية عند كبار السن في الأردن. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- سعد، علي. (1994). علم الشذوذ النفسي. منشورات جامعة دمشق، مطبعة الاتحاد، دمشق.
- الشناوي، محمد. (1998). العلاج السلوكي الحديث. القاهرة: دارقباة للطباعة والنشر والتوزيع.
- الشوا، سائدة. (1995). العلاقة بين رعاية المسنين ومستوى الاكتئاب عندهم. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- شويكة، منى. (1994). دور طريقة تنظيم المجتمع في إشباع الاحتياجات الاجتماعية للمسنين. دراسة مطبقة على المسنين بمدينة جدة، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الرياض، الرياض، السعودية.
- الظفيري، عبد الوهاب محمد. (2001). السياسة الاجتماعية ورعاية المسنين في دولة الكويت. مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد 29، (1).
- عبد الحميد، عبد الحميد عبد المحسن. (1986). الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين في الوطن العربي: النظرية والممارسة. القاهرة: مكتبة نهضة الشرق.
- عبد الحميد، محمد نبيل. (1987). العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي. القاهرة: الدار الفنية للنشر والتوزيع.
- عبد الله، أمينة. (1985). السمات الشخصية للمتقاعدين العاملين وغير العاملين. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الزقازيق، مصر.
- عراقي، صلاح الدين. (1994). سمات الشخصية لكبار السن المقيمين في دور المسنين بالإسكندرية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الإسكندرية، الإسكندرية، مصر.
- العزبي، مديحة. (1982). اتجاهات المسنين نحو الشيخوخة وعلاقتها برضاهم عن الحياة. المؤتمر الدولي الأول للصحة النفسية للمسنين.
- عطا الله، كوكب. (1988). وضع المرأة المسنة في المجتمع الأردني المتغير. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- عكاشة، أحمد. (1998). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- عكروش، لبنى. (1999). مشكلات كبار السن في المجتمع الأردني. دكتوراه غير منشورة، الجامعة اللبنانية، بيروت.
- الغريب، عبد العزيز علي. (2001). أزمة التقاعد كيف نواجهها؟ الرياض: مؤسسة اليمامة.
- الغزاوي، جلال الدين. (1988). دراسة سوسولوجية حول ظاهرة الشيخوخة ودور الخدمة الاجتماعية. حوليات كلية الآداب، الحولية التاسعة، الرسالة (50).
- فهمي، محمد سيد. (1999). تقويم برامج تنمية المجتمعات الجديدة. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- قدومي، خولة. (1991). مشكلات المسنين في الأردن في ضوء متغيرات الجنس والحالة الاجتماعية ومكان الإقامة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.
- قناوي، هدى محمد. (1987). سيكولوجية المسنين. القاهرة: مركز التنمية البشرية والمعلومات.
- قنديل، أماني. (1993). أوضاع المسنين في منطقة غربي آسيا. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الأمم المتحدة، المجلس الاقتصادي والاجتماعي، القاهرة.
- محافظة، وجيه علي. (1993). مشكلات المسنين في دور الرعاية في الأردن. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.
- محمد، عادل عبد الله. (2000). العلاج المعرفي السلوكي. أساس وتطبيقات، القاهرة.

- معجم اللغة العربية. (1990). المعجم الوجيز. القاهرة: مطابع وزارة التربية والتعليم.
- المنجد في اللغة والإعلام. (1986).
- ناصر، لميس. (1995). الضغط النفسي لدى الكبار العاملين والمتقاعدين. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

ثانياً- المراجع بالإنجليزية:

- Adams. (2004). Changing Investment in Activities and Interests in Elders. Lives: theory and measurement. Aging and Human Development, Vol.58 (2) 57-108.
- Ball, Jillian, Et, Al. (2000). Cognitive Behavior Therapy and Assertion Training Groups for Patients with Depression and Comorbid Personality Disorders. Journal of Behavioral and cognitive psychology 28, 000, 600.
- Beevers, G.and Miller, W. (2005). Unthinking negative conction and symptoms of depression: Evidence of specific treatment effect for cognitive theory. Journal Of Consulting Of Clinical Psychology.
- Bellack, Alan S. Herse, Michel and Kazdin, Alan E. (1982). Behavior Modification And Therapy. New York, Plenum press.
- Corey .Gerald. (2001). Theory And Practice Of Counseling And Psychotherapy. Australia, Brookcole.
- Cummings, vannasaeng, et al. (2004). A counseling intervention for caregivers: effect on neuro psychiatric symptoms. Journal of Geriatric psychiatry. No19.
- Depla, Graaf, et al. (2005). The Role of Stigma in the quality of life of older adults with severe mental ; illness. Journal of Geriatric Psychiatry.
- Jocie. Tomhave, et al. (2000). Self-management therapy and Educational Group therapy for Depressed Elder. Congnitive therapy and Research, vol.24. No.1 pp99-119.
- Krishnan, Mc Quoid, et al. (2004). Medical comorbidity in Late-life depression. Journal of Geriatric Psychiatric. No.19. pp 935-943.
- Leahy, L. (2000). Practicing Cognitive Therapy:Agid To Interventions. Aronson publishing. www. Aronson. Com.
- Little, Jones. (2002). The Use of Reminiscence therapy for the treatment of depression in Rural – Dwelling older adults. Issues in Mental Health Nursing.
- Manni, M.K. (2000). Trends Among The Elderly In Jordan. Unpublished thesis, Mc Gill University, Montreal, Canada.
- Moriaty, D. (2002). Effects of disputation strategies in rational emotive behavior therapy on treatment of depression. Hofstra university. Dissertation Abstract International.
- Nitschke, Jack, e. Et. AL. (2001). Distinguishing Dimensions of Anxiety and Depression. Journal Of Cognitive Therapy and Research, vol.25, No.1.

- Protas, Olson, et al. (2005). Physical – Performance Tests to Evaluate Mobility Disability in community – Dwelling Elder. Journal of Aging and Physical Activity, 13. pp.184-197.
- Rehmy, D. C. and Master, J. C. (1979). Behavior Therapy. Academic Press. New York.
- Rizzo, Roenker, et al. (2005). The Effect of Physical Activity and sedentary Behavior on cognitive Health in older adults. Journal of Aging and physical Activity. No.13.
- Thomas, Granswick. (2005). Elder Care and the Complexities of Social Networks. Statistic Scarada – catalogue No.11.
- Wells, Adrian. (1997). Cognitive Therapy of Anxiety Disorders, practice Manual and conceptual Guide chichester.