



جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم -

كلية العلوم الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

مذكرة تخرج

للحصول على شهادة الماستر في علم النفس

تخصص علم النفس العيادي و الصحة العقلية

المحيط وتأثيره على المعاش النفسي للمسن

دراسة ميدانية لأربع حالات

(دار المسنين - مستغانم -)

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

الطالب(ة): عمور نصيرة

أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
كروجة الشارف	أستاذ محاضرة أ	جامعة مستغانم	رئيسا
ميموني مصطفى	أستاذ محاضرة أ	جامعة مستغانم	مشرفا ومقررا
عمار ميلود	أستاذ محاضرة أ	جامعة مستغانم	مناقشا

السنة الجامعية: 2016-2017

محتويات البحث

كلمة شكر

- 1- مقدمة
- 2- دوافع اختيار الموضوع.....
- 3- أهمية البحث.....
- 4- الاشكالية.....
- 5- الفرضيات.....
- 6- التعاريف الإجرائية.....
- 7- صعوبات البحث.....
- 8- مخطط المذكرة.....

الجانب النظري

الفصل الاول: سيكولوجية الشيخوخة

- تمهيد

- 1) دراسات سابقة للمسنين.....
- 2) مرحلة الشيخوخة و محدداتها.....
- 3) سيكولوجية الشيخوخة.....
- 4) الاضطرابات العضوية و النفسية و العقلية الخاصة بمرحلة الشيخوخة.....

- ملخص الفصل

الفصل الثاني: المعاش النفسي للمسن بين الرفض و القبول

- تمهيد

.....(1) المعاش النفسي.

.....(2) الصحة النفسية للمسن.

.....(3) تكفل و رعاية المسنين.

ملخص الفصل

الفصل الثالث: دار المسنين بين المجتمع و الشريعة

- تمهيد

.....- النظرة الاجتماعية للمسنين.

.....- النظرة الاسلامية للمسنين.

.....- ظاهرة دار العجزة .

- ملخص الفصل

كلمة شكر

بداية أتقدم بالشكر الى المولى عز وجل الذي قدرني على انجاز هذا العمل، كما أتقدم بخالص الشكر و التقدير و الاحترام الى أستاذي و مؤطري "ميموني مصطفى" الذي لم يبخل علي بالنصائح و الارشادات، دون أن أنسى أساتذة و طلبة قسم علم النفس. كما أتشكر ادارة دار المسنين لولاية مستغانم و خاصة الاخصائيين النفسانيين. أهدي عملي هذا الى روح جدتي الغالية على قلبي راجية من المولى عز و جل أن يتغمدها برحمته،

الى الوالدين الكريمين اللذين سهرا الليالي، و ربياني و منحاني الدعم للوصول الى هذا اليوم، دون أن أنسى اخواني: الخنساء، بشير، شمس الدين و نرجس.

و الى الصغير: محمد عبد القادر

شكر خاص الى رفيقة دربي حليلة و الى صديقاتي الاوفياء:

كاميليا، جهيدة، فايضة، صباح، فريدة، أسماء، زينة

شكر خاص الى من كان سندا لي و أعطاني الدعم المعنوي و الحقيقي لانهاء مذكرتي:

"توفيق"

الى كل من تقدم به العمر و ترك الزمن عليه أثر فابيض شعره و تجعد وجهه وضعفت قوته.

مقدمة:

قال تعالى : " وقضي ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحساناً ، إما يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما وقل لهما قولاً كريماً" (الآية 23 / سورة الإسراء)

يمر الإنسان في حياته بعدة مراحل ويحتاج إلي رعاية خاصة في مرحلتي الطفولة والشيخوخة وإذا كانت مرحلة الطفولة قد حظيت باهتمام واضح على المستوي القومي والدولي منذ مئات السنين في العالم المتقدم ، إلا أن مرحلة الشيخوخة لم تحظ بنفس القدر من الاهتمام.

الشيخوخة هي حالة يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية البدنية والعقلية واضحا،

و بذلك يصبح المسن في حاجة شديدة الى غيره، فهناك عدة عوامل تستلزم الاهتمام بهذه الفئة بسبب التغيرات التي حدثت لها في العديد من الجوانب، و الأكثر أهمية هو الثاء لهم لما قدموه للمجتمعات طوال حياتهم،

فالمسنين غالبا ما يقابلون بعدم الاهتمام و الإهمال في العديد من المجتمعات ما يساهم في ظهور العديد من الاضطرابات خاصة اذا تواجدوا داخل مراكز للعجزة و هذا ما يزيد حدة في الاضطراب عند تخلي نظامهم الاجتماعي الرئيسي عنهم و هي الاسرة، لان الاسرة هي العامل الاساسي لتوفير الحاجيات البيولوجية و الصحية و الاقتصادية و الاكثر أهمية للاحتياجات النفسية و الاجتماعية، هذه الاحتياجات التي حرم منها المسن من طرف الاسرة لم يتلقاها داخل دار المسنين هذا ما يزيد هذه الفئة بالاحساس بالتهميش و الرفض من قبل الآخر فيقابلها المسن برفض هذا التغيير، هذا ما جعلنا نسلط الضوء عن قرب على مدى تأثير المحيط على المعاش النفسي للمسن.

2- دواعي اختيار الموضوع:

- زيادة في ظاهرة إقالة المسنين لدار العجزة.
- دراسة مدى التهميش الاجتماعي الذي يعاني منه المسنين في دار العجزة.
- معرفة مدى معاناة المسن و معاشه النفسي داخل دار العجزة.
- معرفة إمكانية تعويض و تحقيق متطلبات المسنين داخل المركز.

3- أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث في جانبين: نظري و تطبيقي، أما الجانب النظري يحتوي على الجانب السيكولوجي للمسن داخل و أهم الاضطرابات العضوية و النفسية و حتى العقلية التي تعيق مسار حياته فتؤدي به إلى انعدام التكيف مع ذاته و مع الآخرين إضافة إلى الإهمال الشبه التام لهذه الفئة التي يمكن اعتبارها كفئة ذات احتياجات خاصة، زيادة أن الدراسات و البحوث خاصة النفسية عن المسنين تكاد تكون نادرة بالمقارنة بالمرحلة العمرية الأخرى كالطفولة و المراهقة، لذلك يجب الاهتمام بهذه الفئة. أما عن أهمية البحث من الجانب التطبيقي تتمثل في توضيح معاش المسن داخل دار العجزة و مدى تقبله أو رفضه للضع و ما آل إليه و كذلك مدى تصور المقيم لذاته و تصور المجتمع له.

- يتناول شريحة هامة من المجتمع و هي المسنين.
- التعرف على الاضطرابات البدنية و النفسية الأكثر انتشارا بين المسنين.
- يتناول فئة المسنين المحرومين من أسرهم و الذين يعيشون في مراكز العجزة.
- توعية المجتمع بضرورة الالتفات إلى هذه الشريحة من المجتمع.
- الرغبة في محاولة الكشف عن معانات هذه الفئة.

4- الإشكالية و فرضيات البحث:

قال الله تعالى: "الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة ثم من بعد قوة ضعفا و شبيبة يخلق ما يشاء و هو العليم القدير."

بعد مرحلة الكهولة يخطوا الإنسان خطوات عملاقة نحو آخر مرحلة عمرية و هي مرحلة الشيخوخة، هذه الأخيرة التي تعتبر المرحلة الأكثر أهمية و حساسية لان تحدث فيها تغيرات في كل الجوانب (الفزيولوجية، النفسية، الاجتماعية).

ويصبح بذلك الإنسان في حاجة ماسة للآخر حتى يستطيع تلبية متطلباته حتى في ابسط الأشياء منها، و إن لم يكن هناك تواجد للآخر يزداد مخاوفه من المستقبل و هذا ما قد يحدث اضطرابات نفسية و حتى عضوية للفرد.

و من هنا تختلف سيكولوجية الإنسان من فرد لآخر حسب الفروقات الفردية بالإضافة إلى المحيط الذي يتواجد فيه، فسيكولوجية الفرد في مرحلة الشيخوخة في الوسط العائلي بالتأكيد تختلف عن سيكولوجية الفرد المتواجد بدار العجزة.

و من هنا تطرح الاسئلة التالية:

- كيف يعيش المسن مرحلة الشيخوخة مع التغيرات الفزيولوجية لهذه المرحلة؟

- مرحلة الشيخوخة في حد ذاتها صعبة التكيف، فيكيف يكون المعاش النفسي للمسن اذا اقترنت الشيخوخة بالاقامة في دار العجزة؟

و منه الاشكالية تكون:

كيف يكون المعاش النفسي عند المسن المقيم في دار العجزة؟ و ما مدى الاختلاف بينه و بين المقيم في المحيط الاسري؟

1-4 الفرضيات:

كلما كان المسن بعيدا المحيط الاسري أدى ذلك الى اضطرابات نفسية، ابرزها القلق و الاكتئاب، لذلك يجب ان يكون هنالك تكفل طبي، نفسي و حتى اجتماعي.

الفرضية الجزئية:

- تختلف حدة الاضطرابات النفسية بين المسن في دار العجزة و المسن في المحيط العائلي.

- يكون المعاش النفسي متدهور بالنسبة للمسن المقيم في دار العجزة بالمقارنة مع المسن في المحيط العائلي.

4-2 منهجية البحث:

هي دراسة وصفية لدار المسنين بولاية مستغانم، تبدأ بتقديم مختصر للمركز، دوره و أهدافه بالإضافة الى المكونات المادية و كذا البشرية و قوانينه مركزين على الفرقة العاملة من أخصائيين نفسانيين و كذا اجتماعيين، و التعرف على معظم الحالات الموجودة من مسنين، من أجل دراسة و تحليل المعاش النفسي باستخدام المنهج العيادي.

أدوات البحث المستعملة هي كل من المقابلة و الملاحظة و دراسة حالة، أما بالنسبة للاختبارات: مقياس بيك للاكتئاب و مقياس هاميلتون للقلق و الغاية من ذلك للتحقق أكثر من الفرضيات.

ينقسم البحث الى جانبين: جانب نظري و جانب تطبيقي يكون النظري مدعماً للتطبيقي بصورة أكثر وضوحاً و تستطيع تفسير المحتوى و مفاهيم البحث للقارئ.

5- التعاريف الاجرائية:

الشيخوخة: هي المرحلة الاخيرة من مراحل النمو البيولوجي، و التي تحدث فيها عدة تغيرات ، مما يحدث اضطرابات نفسية التي بدورها تتزايد اذا تزامنت مع الإقامة في دار العجزة، فيصبح المسن يعاني الامرين(التقدم في السن، الإقامة في دار المسنين).

المعاش النفسي: هو الحالة السيكولوجية الراهنة لأي فرد، أما بالنسبة للبحث فهي الحالة السيكولوجية للمسن في المدة المتزامنة مع تواجده في دار المسنين.

الاكتئاب: هو مزيج من الشعور بالكآبة و الحزن و الاحباط و اليأس مع اضطراب في المزاج و الشعور بالذنب أو الاثم، يترافق ذلك مع الارق و فقدان الشهية، و هو الدرجة الكلية التي يتحصل عليها المسن في مقياس الاكتئاب المستخدم.

القلق: هي حالة نفسية و فزيولوجية تتركب من تضايف عناصر ادراكية، جسدية و سلوكية.

و هو حالة مزاجية عامة تحدث من دون التعرف عليها أثار تحفيزها و تكون بسبب التغيرات الفزيولوجية و النفسية عند المسن.

المؤسسة: هو المكان الذي يلجأ اليه المسنون من السن 60 سنة و ما فوق، لوجود ظروف و عوامل اجتماعية كانهدم الدخل أو انعدام المأوى وفقا لقوانين و برامج ينظمها المركز.

6- صعوبات البحث:

- قلة المصادر و المراجع الخاصة بالشيخوخة.

- رفض الادارة لتزويدنا بالمعلومات عن الحالات و وضعها مراقبة مشددة على الحالات.

- عدم وجود مكان مستقر لاجراء المقابلات داخل المركز.

7- مخطط المذكرة:

تتضمن المذكرة جانبين: جانب تطبيقي و جانب نظري

تمهيد الفصل الاول:

للشيخوخة جوانب متعددة، و دراستها يجب أن تكون شاملة و أن تكون علمية و موضوعية أو عقلية أي مستمدة من واقع البيئة و تصف حياة الشيخ النفسية و الاجتماعية كما يعيشها فعلا. و المعروف أن للشيخوخة جوانب حيوية تتناول دراسة شكل الجسم و العضلات وحتى حالة الجلد و الحواس، فهي آخر مرحلة من مراحل النمو.

هذه التغيرات هي التي تؤثر على المعاش النفسي للمسن.

في هذا الفصل تطرقنا الى أهم الدراسات السابقة حول هذه المرحلة المهمة ثم التعريف بها ماهية الشيخوخة بالإضافة الى مختلف المقاييس المتعارف عليها لتحديد سن الشيخوخة، ثم ننتقل الى سيكولوجية الشيخوخة و التطرق الى أهم التغيرات التي تحدث في هذه المرحلة: التغيرات العضوية، النفسية و الاجتماعية ثم الى أهم الاضطرابات الخاصة بهذه المرحلة: العضوية، النفسية و كذا الاضطرابات العقلية و بهذا العنصر نختم الفصل الاول.

1-الدراسات السابقة:

1-1بحثR.J.VAN ZONNEVELOL:

قام هذا الاخير 1960باجراء بحث بعنوان "الحالة الصحية و العوامل الاجتماعية النفسية في الشيخوخة"، و كانت تهدف هذه الدراسة الاستطلاعية الى الوصول لايجاد علاقة ما بين الجانب الصحي و الجوانب الاجتماعية النفسية للشيخوخة، و قد أجريت هذه الدراسة على عينة تتكون من 3149 هولندي تتراوح أعمارهم من 65 الى ما فوق من مستويات ثقافية اجتماعية، اقتصادية مهنية مختلفة ثم اختارها عن طريق الاتصال مع أطباء المنازل الذين تهمهم أبحاث مثل هذه و أستخدم البحث في هذه الدراسة الأدوات التالية: فحص طبي، استمارة متكونة من أسئلة تتعلق بالتكيف مع الشيخوخة و بمكانة الشيخ في المجتمع.

و قد أخذ بعين الاعتبار انطباعات المفحوص، نحو صحته و انطباعات الطبيب نحو مفحوصه ثم قام بتحليل المعطيات الاجتماعية و النفسية التي حصل عليها بواسطة الادوات المستخدمة في البحث و يرى الباحث من بين النتائج التي أسفرت عليها هذه الدراسة ما يلي:

- أن الحالة الصحية للمسنين العاملين، أو الذين يشغلون أنفسهم بمهام أخرى أحسن من المسنين المقيمين في المؤسسات بدون عمل.

- صحة المسن الذي لا يعيش في عزلة أفضل من صحة الذي يحس أنه في وحدة.

- وجود علاقة بين الشعور بالوحدة و الحرمان و تأثيرها على الحالة الصحية.

2-1 بحثSPACARD ET M.O.LAHALL:

كانت هذه الدراسة سنة 1960 تحت عنوان:"اتجاهات و سلوكات المسنين"، و كانت تهدف هذه الدراسة الاستطلاعية الى البحث في اتجاهات و سلوكات المسنين، و أجريت هذه الدراسة على عينة تتكون من 109 فرنسي، منها 56 رجلا و 53 امرأة من مراكز المسنين المتقاعدين منهم و غير المتقاعدين تتراوح أعمارهم ما بين:

58-86 سنة و هم من مستويات ثقافية مختلفة.

3-1 بحث LUCETTE JAROSZ:

قامت هذه الاخيرة باجراء بحث بعنوان: "الشيخوخة في الجزائر"، و ذلك 1971 و كانت تهدف هذه الدراسة الى معرفة أسباب و درجة قبول و رفض كل من المحيط الاسري و الاجتماعي للأمراض العقلية للشيخوخة و انطلقت الباحثة من الفرضية التالية: أن تقبل أو رفض الشيخوخة المرضية العقلية، يختلف من البيئة الحضارية عنه في البيئة الريفية و ذلك حسب التغيرات الاجتماعية، و أجريت هذه الدراسة على عينة تتراوح أعمارهم من 60 و ما فوق من الجنسين و تم اختيارها من المستشفى العقلي "ليفرانس فانون" من مستويات ثقافية اجتماعية، اقتصادية مهنية مختلفة، ثم قامت الباحثة بجمع الملاحظات الطبية لكل حالة من 1960-1970 و صنفتها باستخدام بعض الاساليب الاحصائية و على هذا الاساس فقد استنتجت الباحثة ما يلي:

- تقلص دور المسنين في الجزائر نظرا للتطور الاقتصادي و الاجتماعي.
- تعتبر نظرة المجتمع للفرد تاذي أصبح يقاس بالمرودود الاقتصادي.
- أن الشيخ يعيش في حالة القلق و الانهيار العصبي، نظرا لصعوبة اتصاله مع عائلته و هذا ما يؤدي الى اختلال توازنه و اضطراب في معاشه النفسي.
- أن الشيخوخة ليسوا بحاجة الى مراكز لرعايتهم بقدر ما هم بحاجة الى جو عائلي و اجتماعي يفهمهم و يقدرهم.
- ان ظهور الاضطرابات النفسية للمسن، ما هي الا نتيجة للظروف المعاشية و المتمثلة في فقدانهم لمكانتهم و حرمانهم و نقص الحنان.
- و أخذت بعين الاعتبار في هذه الدراسة الجنس، السن، الحالة المدنية، المكان و نوعية السكن و اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على الادوات التالية:

القياس النفسي، استمارة تتكون من أسئلة تتعلق بالجنس، الحالة العائلية، الاجتماعية، المهنية و التجاهات النفسية.¹

بداية الاهتمام بدراسة الشيخوخة:

أخذت الدوريات العلمية في نشر تقارير و أبحاث عن التقدم في السن. و لقد صدر جرنال الشيخوخة

بواسطة جمعية الشيوخ في الولايات المتحدة الأمريكية. و كانت تنشر

مقالات و أبحاث ذات صلة بالعلوم البيولوجية و الطب العلاجي و علم النفس و علم الاجتماع و الخدمة الاجتماعية، كذلك كانت تنشر تقارير عن منظمات الشيوخ في المجتمعات الأخرى.

أما في أوروبا فان أول دورية عن الشيوخ صدرت في عام 1956. و أنشئت جمعية دولية للشيوخ، و كذلك عقدت المؤتمرات الدولية، و فيها التقى كثير من العلماء من مختلف بلدان العالم لإلقاء الأبحاث و مناقشة المشكلات الخاصة بالشيخوخة. و في بعض بلاد العالم المتحضر الآن وحدات للبحوث أو منظمات أو مراكز للبحث في التقدم في السن، و ذلك بالطبع إلى جانب المنظمات الخيرية الحرة التي ترعى الشيوخ. و كذلك أصبح هناك اعتراف متزايد بعلم الشيخوخة كنوع متميز من البحث، و كذلك تظهر بحوث مستقلة في الدوريات العلمية و ملخصات الرسائل أي رسائل الماجستير و الدكتوراه. كذلك اهتم بعض العلماء و الباحثين بجمع التراث القديم في هذا الموضوع، كما اهتم بعضهم بإعداد قوائم بالكتب و المراجع في هذا الميدان.²

¹ يحيى اوي ام الجليلي، صايم فاطمة الزهرة، مذكرة لنيل شهادة الليسانس جامعة مستغانم 2003/2004
² بشير معمري، عبد الحميد خزار، الاضطرابات الجسمية والنفسية لدى المسنين قسم علم النفس جامعة باتنة ص76

2- مرحلة الشيخوخة :

1-2 تعريف الشيخوخة:

لغة:الشيخوخة لغويا مشتقة من فعل شاخ الإنسان شيخا و شيخوخة و الشيخ هو إدراك الشيخوخة وهي غالبا عند الخمسين و هو فوق الكهل و دون الهرم و هو ذو المكانة من علم أو فضل أو رئاسة و يقولون أسن الشياخة يعني منصب الشيخ و موضع ممارسة سلطة و يقال هرم الرجل هرما أي بلغ أقصى الكبر و ضعف فالهرم هو كبر السن.

أما اصطلاحا فالشيخوخة هي تغير طبيعي في حياة الإنسان أي أنها تطور فزيولوجي شأنها كمرحلة الرضاعة و الطفولة و البلوغ و السن الوسط ثم الكهولة.

و هي ظاهرة بيولوجية طبيعية حتمية يحدث فيها تغير في التركيب التشريحي و الوظائف الفزيولوجية للجسم مع مرور الزمن، و في غياب المرض تتحرك هذه التغيرات بخطى ثابتة و غالبا لا تسبب أعراضا ملحوظة.

و هناك رأي آخر بان الشيخوخة هي نتيجة تراكم ظواهر كثيرة منها ما هو مرضي مثل:تصلب الشرايين و الأمراض المزمنة و منها ما هو بسبب نقص التغذية و التقلبات الجوية و الحالة النفسية و العصبية و الحالة المناعية و منها ما هو بسبب المؤثرات الداخلية و الخارجية و الإسراف في تعاطي العقاقير و العدوى إلى آخره مما يؤدي إلى الاضمحلال و الشيخوخة ذلك إذ أتت مبكرة عن ميعادها الافتراضي

*يتفق الكثيرون على تعريف الشيخوخة بأنها مرحلة العمر التي تبدأ فيها الوظائف الجسدية و العقلية في التدهور بصورة أكثر وضوحا مما كانت عليه في الفترات السابقة من العمر

أو هي مرحلة زمنية من مراحل العمر المتتابعة يصل إليها الإنسان بعد سن الخامسة و الستين، فهي عملية حيوية طبيعية تتأثر بنمط الحياة و بعوامل البيئة و الوراثة.³

³نفس المرجع السابق

و يمكن تعريف الشيخوخة على أنها حالة يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية و البدنية و العقلية واضحا يمكن قياسه، و على أثاره تكون العمليات التوافقية⁴.

مفهوم الكبير:

له أبعاد عديدة و قد يعزى إلى عوامل نفسية و اجتماعية مثل التغيرات الطبيعية في الجسم، و ما يرتبط بها من مشاكل صحية.

و من ناحية أخرى قد يكون الشخص مسنا في نواح معينة، و ليس كذلك في أخرى، و هذه الأنواع من التناقضات قد يسبب بعض المشاكل للشخص المسن، الذي لا يعتبر نفسه مسنا و يريد الاستمرار في التفاعل مع المجتمع الذي ينظر إليه غالبا على انه عالة على المجتمع الذي يعيش فيه و أنه عضو غير منتج و غير فعال و لا جدوى منه و غالبا ما ينشأ الصراع بين المجتمع الذي يصنف الشخص باعتباره مسنا و بين الشخص الذي لا يوافق على أن يوضع في هذه الخانة و يرفض هذا التعريف.

تعريف ذهان الشيخوخة:

يقصد بذهان الشيخوخة نوع من الاضطراب المزمن الذي يصيب كبار السن مع وجود عجز في أعضاء أو أجزاء الدماغ. و يشار الى هذا الذهان باسم عته الشيخوخة و قد يصاحب هذه الحالة فقدان الذاكرة و التهيج و العناد، و يطلق عليه أيضا اصطلاح ذهان الشيخوخة و يصاحبه زملة الأعراض الدماغية مع مرض الشيخوخة الدماغية. وقد يطلق اصطلاح الشيخوخة على فقدان القدرة الوظيفية العقلية أو الجسمية في كبار السن.

عوامل تحديد الشيخوخة:

ان نوعية الشيخوخة يحددها عاملان:

- الطبيعة: المتمثلة في المتغيرات البيولوجية لخلايا و أعضاء و أجهزة الجسم.

⁴ نفس المرجع السابق

-المجتمع: التوقف حيال الشيخوخة و المتمثل في الاتجاهات السائدة في المجتمع حيال الشيخوخة و حيال المسنين.. من حيث شروط الحياة: و الاوضاع الاقتصادية و الرعاية الصحية و الاجتماعية و أنظمة التقاعد و فرص العمل و الانشطة المتاحة و المشاركة المجتمعية.

2-2 مقاييس تحديد الشيخوخة:

لقد اختلفت الآراء عن الوقت الذي تبدأ فيه الشيخوخة و أوضحت دراسات عدة ان التقدم في السن هو ظهور اعراض الشيخوخة سواء صحيا او نفسيا او عقليا قد يبدأ في اي مرحلة من مراحل العمر.

و بما انه من المعروف ان سن الشخص قد لا يكون بالضرورة متفق بوظائفه البدنية فقد اتفق الكثيرون على تعريف الشيخوخة بانها مرحلة العمر التي تبدأ فيها الوظائف الجسدية و العقلية في التدهور.

و من الناحية الاحصائية لا بد من الاتفاق على سن افتراضي معين و قد اختارت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية عام 1972م سن الخامسة و الستين على ان بداية الاعمار (كبر السن)،كون ان هذا السن يتفق مع سن التقاعد في معظم الدول ،و لا يزال الاتجاه العام ينمو نحو تاخير سن التقاعد.

يستخدم الباحثون احيانا مفهوم الشيخوخة و احيانا مفهوم التقدم في العمر على انهما مترادفان و يشيران الى نفس المعنى و يشار ضمن مفهوم التقدم في العمر الى عدة اعمار و هي:

العمر الزمني، العمر البيولوجي،العمر النفسي،العمر الاجتماعي.

1- العمر الزمني Chronological Age:

تم اعتماد سن الستين بداية لهذه المرحلة و تستمر حتى نهاية العمر،

و تم تقسيم مرحلة الشيخوخة على هذا الاساس الى اربعة مستويات:⁵

المستوى الاول: ويسمى فترة ما قبل التقاعد و يمتد من 55 الى 65 سنة

المستوى الثاني: و يسمى فترة التقاعد 65 سنة فأكثر، حيث الانفصال عن الدور المهني و شؤون المجتمع. و يصاحبها تغيرات عديدة في النواحي العقلية و البيولوجية و النفسية و الاجتماعية.

المستوى الثالث: فترة التقدم في العمر و تمتد من 70 سنة فأكثر، حيث يكون الاعتماد على الآخرين و الضعف الجسمي و الضعف العقلي.

المستوى الرابع: فترة الشيخوخة و العجز التام و المرض و الوفاة.(Bromley1966)

و هناك تقسيم آخر يشير الى مرحلتين:

المرحلة الاولى: أو المبكرة من التقدم في العمر الشيخوخة المبكرة و تمتد من 60 الى 70 سنة.

المرحلة الثانية: المرحلة المتقدمة أو الهرم و تبدأ من 70 سنة و حتى (Hurlock1981).
نهاية الحياة

لا يعد العمر الزمني وحده معيارا دقيقا لتقسيم حياة الكبار الى مراحل ، فالعمر الزمني الذي تظهر فيه

التغيرات البيولوجية و النفسية و الاجتماعية الخاصة بكبر السن يختلف من فرد لآخر، بل ان الشخص

الواحد قد يختلف عمره الزمني عن عمره البيولوجي عن عمره السيكلوجي و لكن بالرغم من هذا يستخدم العمر الزمني كإطار مفيد في بعض الحالات.

⁵نفس المرجع السابق

2- العمر البيولوجي Biological Age:

تستخدم في تحديد الشيخوخة العضوية و هو مقياس وصفي يقوم على أساس المعطيات البيولوجية و هي تغيرات بطيئة و من الصعب التعرف على معدلاتها الفعلية حيث تتراكم آثار التدهور و تنشأ الشيخوخة من تراكم الآثار الضارة لما يحدث من تلف أو مرض أو اضطراب ناجم عن شيخوخة في الخلايا و الأنسجة أو بسبب قصور في العمليات الكيماوية و الحيوية مثل معدل الأيض و معدل نشاط الغدد الصماء و قوة دفع الدم و التغيرات العصبية.

3- العمر النفسي Psychological Age:

يستخدم هذا المقياس في تحديد الشيخوخة النفسية و هو مقياس و صفي يقوم على جملة الخصائص النفسية و التغيرات في سلوك الفرد و مشاعره و أفكاره.

4-العمر الاجتماعي Social Age:

صنفت منظمة الصحة العالمية مراحل كبر السن يأتي:

*الراشد: و هو من كان في سن 60 الى حوالي 74 و لا يزال يساهم في الحياة بحيوية و نشاط.

*الشيخ: و هو من كان في سن 75 سنة الى حوالي 85 سنة و الذي قلت مساهماته.

*الهرم: و هو من كان في سن 85 سنة فأكثر و غالبا ما يكون ملازما لفرشه.

*المعمر: و هو من بلغ 100 سنة فأكثر.⁶

⁶نفس المرجع السابق

نظريات تفسير الشيخوخة:

عندما نبحث في الشيخوخة، يوجد ميل لتفسيرها بالتغيرات الجسدية و بالهبوط الجسمي. و لكن ما هو سبب هذه التغيرات؟ لماذا تحصل الشيخوخة، هي أسئلة لا يوجد توافق في الاجابة عليها.

1- الشيخوخة مبرمجة بيولوجيا:

يرى العديد من علماء الاحياء أو البيولوجيين أن الشيخوخة تحصل في الخلايا نتيجة مجموعة من

الاعطاب أو بعد تلف تدريجي في فعالية الوظيفة الخلوية مثلا تصدع أو تمزق في A.D.N سلاسل

يؤدي الى احداث مجرى أو منحنى على مستوى الخلايا. غالبا يرمم هذا التصدع و تستمر الخلية في

وظيفتها بشكل فعال، و لكن مع الوقت فان الكسور أو التصدع الصغير الذي يصيب A.D.N و التي لا ترمم، تتراكم، و هذا التراكم في أعضاء الخلايا التي تتضمن أنسجة فاسدة و أي تعرض للاتلاف يشكل ظاهرة الشيخوخة.

ومن الممكن ايضا أن امكانية ترميم في A.D.N تهبط مع العمر.

يوجد تغيرات أخرى تقع على المستوى الخلوي، و هي خسارة في المرونة، انخفاض في القدرة على انتاج الكريات اللمفاوية، اليانعة أو المتغيرة في الجهاز المناعي، و تغيرات في بروتينات الخلايا تخفض فعاليتها.

ان الابحاث التي تدعمت هذه الملاحظات العامة أعطت الاولوية للعوامل الجسدية و لكنها لا تجيب على السؤال الاساسي لماذا تحصل الشيخوخة و لماذا تحصل هذه التغيرات مع التقدم في العمر.

الحدود الوراثية:

من الباحثين من وضع نظرية لهذه المسألة الاساسية، فلقد لاحظوا ان لكل نوع من الكائنات الحية، حد أقصى من الحياة أو من الاستمرارية يصل الى 120 سنة عند الانسان أما الدجاج حين أن السلاحف يعيشون طويلا. هذا Hayflik فحياتهم قصيرة في 1977-1987 الاستنتاج حمل علماء الأحياء مثل

على الاعتقاد بوجود عامل بيولوجي هو أساس حدود الحياة أو أنه يحد العمر. و لقد دعم هايفلك اعتقاده بالملاحظة التي تكررت فيما بعد في مختبرات متعددة في العالم و التي تشير الى أن خلايا الجنين الموضوعة في محلول غذائي لا تنقسم سوى الى عدد محدود من المرات بعدها تتحلل مجموعة الخلايا. خلايا الجنين البشري تنقسم الى ما يقارب 50 مرة أما خلايا السلحفاة فتتنقسم الى 100 قسم في حين خلايا الدجاجة تنقسم الى 25 قسم تقريبا . اضافة الى ذلك فان خلايا الكائن البشري عندما يصل الى مرحلة الرشد، فانها لا تنقسم سوى الى 20 قسم و كأنها قد استهلكت قسما من قدراتها الوراثية.

طبقا لهذه الملاحظات نستطيع الاعتقاد بأن كل نوع من الكائنات الحية يمتلك حدود معينة لا تستطيع الخلايا بعد تخطيها هذه الحدود أن تتكاثر بدقة و من الممكن أيضا أن كل نوع من الكائنات عنده حدود

معينة للوظائف الخلوية الاخرى كالقدرة مثلا على ترميم A.D.N

و هذه الحدود هي التي تعود الى ما يسمى بالشيخوخة.

2- العوامل المحيطة:

كذلك فان الخلايا تفقد جزءا من فعاليتها الوظيفية اذا ما تضررت بعوامل خارجية أي أتلفت و كان سبب تلفها عوامل خارجية.

يدعم هذا التفسير الاحيائيون الذين يعتقدون بأن الجسم غير مبرمج ليدمر ذاته بذاته، فالجسم برأيهم معرض باستمرار لحوادث محتملة تتلف الخلايا. هكذا كلنا معرضون الى كميات من الاشعاعات

الاساسية التي تساهم بتدمير الخلايا و خاصة بما يتعلق بال A.D.N

لاقت هذه النظريات التجريبية للشيخوخة رواجاً كبيراً و لكن الابحاث التجريبية الحديثة لا تسند هذه النظريات، فلقد تعرضت حيوانات الى كميات من الاشعاعات المختلفة و لم تكن النتائج لتوافق النظريات التجريبية حول الشيخوخة اذا لم يظهر على الحيوانات التي تعرضت لكميات مرتفعة من الاشعاعات اي اشارات لشيخوخة سرسعة للخلايا انما هي أكثر قابلية لأمراض مختلفة.

تتضمن هاتان النظريتان الشاملتان فرضية مشتركة هي: ان الشيخوخة تحدث على مستوى الخلايا و هي نتيجة التراكم التدريجي لتشوهات في العمل الوظيفي للخلايا. تنتج هذه التشوهات اما بفعل عوامل خارجية أو بفعل من التوقيت الوراثي الداخلي، و اما بالضرر اليومي لاجزاء الجسم كما التغيرات التي تحدث في خلايا الاذن الداخلية التي تتفعل أو تتأثر بتبدلات الضجيج المحيط. كل هذه العوامل هي المسؤولة عن الشيخوخة.

يقترح Vincent Cristofalo نظرية مشابهة و ان كانت تختلف قليلاً.

نستطيع و ضع سيناريو لشيخوخة الجسد بالطريقة التالية: "كل خلية و كل نسيج يمتلك مساره الخاص للشيخوخة". و طبقاً لهذا الافتراض فان الموت يأتي عندما تهبط الانطباقية الذاتية لاحدى مكونات الجسد التي تشيخ بسرعة دون المستوى الضروري لبقاء الجسد على قيد الحياة.

3- سيكولوجية الشيخوخة:

الشيخوخة هي عبارة عن مجموعة من المتغيرات الجسمية و النفسية تحدث بعد سن الرشد وفي المرحلة الاخيرة من الحياة.⁷

و للشيخوخة رغم وجود فوارق فردية، ذاتية خصائص و مميزات و صفات عامة و شاملة لكل البشر، بغض النظر عن الزمان و المكان و العرق و الجنس و اللون، و هذه الصفات تبرزها مظاهر خاصة بها و مميزة لها، من المعروف أن الانسان عندما يمر في كل مرحلة من مراحل عمره يكون لهذه المرحلة مهام يتوجب القيام بها و قد أسهم علم النفس و علم الاجتماع في فهم الكثير عن النفس البشرية و ما تمر به في كل مرحلة من مراحل العمر.

مرحلة الشيخوخة هي حالة طبيعية و ليست بمرض أو علة، و هي كأى مرحلة عمرية تتميز بخصائص تميزها عن غيرها من المراحل العمرية السابقة، حيث يكون مستوى النمو في الانحدار بجميع جوانبه، هذا ما قد ينعكس سلبا على الفرد.

في الشيخوخة تأتي محصلة اهمال السنين الطوال في الاهتمام الجسمية للشخص منذ الطفولة حتى الشيخوخة. و يحمل الشيخ فوق رأسه – أراد أم لم يرد- أوجاع و آلام السنين الخوالي ذات الفجوات الصحية المترتبة على نقص في تغذيته. حدثت أثناء الطفولة أو المراهقة أو الشباب.

نقص في اللياقة و الصحة البدنية من خلال اهمال الرياضة و عدم الاهتمام بمزاوتها. من الطبيعي أن نجد في الشيخوخة و مع تقدم العمر نقصا في نشاط بعض أنزيمات الجسم، و اضطرابا في توازن بعض العناصر مثل الصوديوم و البوتاسيوم و الكلور داخل الخلية و خارجها.

كما أثبتت الابحاث أن هناك انخفاض في مناعة الجسم،

مظاهر الشيخوخة تختلف من فرد الى آخر و ذلك تبعا للعوامل الوراثية، الاجتماعية، و لنوعية النشاط الممارس في سن الرشد حيث اجمع على أهم الابعاد في الشيخوخة في ما يلي:

⁷ عبد المنعم الميلادي، الابعاد النفسية للمسن مؤسسة شباب الجامعة الاسكندرية 2003 ص132

1-3 الابعاد الجسمية:

أي تفاعل حدث في سلسلة التفاعلات الجسمية، منذ الميلاد حتى الشيخوخة يظل داخلا في نطاق الشخصية، و أي مرض أصاب عضوا من أعضاء الجسم قد يترك أثرا ما حتى بعد انتهاء فترة المرض، فإذا كانت طفولة الشخص هشة و لم يتلق في طفولته الغذاء المناسب لتلك المرحلة، أو أصيب بمجموعة من الأمراض خلال تلك المرحلة العمرية و لم يتلق العلاج المناسب، فان مثل هذا الطفل لا يستطيع أن يغطي الآثار الناجمة عن سوء التغذية أو الناجمة عن الإصابة بالأمراض التي نزلت به مهما حاول أن يصلح هذه الفجوات الغذائية أو المرضية التي نزلت و لم تأخذ نصيبها من الاهتمام و العلاج. و هذه تدخل في الحصيلة العمرية لمرحلة الطفولة. يمكن للطب أن يصلح ما يمكن إصلاحه و تخفيف ما يمكن تخفيفه و لكنه لا يستطيع أن يتلاشى جميع الآثار الضارة التي لحقت بالشخص خلال سني عمره من خلال إهمال في التغذية أو إهمال في التربية الرياضية أو أن يسد فجوات جسمية نشأت عن نقص معين في حلقة عمرية معينة.

-التغيرات الخارجية:

- ظهور الشيب و التجاعيد.
- تساقط الشعر و الاسنان.
- تغيرات في صبغة الجلد.
- هزلة الجسم و تقوس الظهر.

-التغيرات الداخلية:

- فقدان مرونة الاوعية الدموية مما يزيد من احتمالية الاصابة بتصلب الشرايين.
- عدم القدرة على التنفس بسهولة بسبب تقليل السعة الحيوية في الرئتين.
- زيادة تعرض العظام للكسر و التهشم لليونتها، مع ضعف قدرة العظام على التعظم بعد الكسر.

- قلة المناعة في مواجهة الامراض و ضعف التماثل الى الشفاء بعد المرض.

- بطء عمليات النمو و البناء و بالتالي يصبح الجسم غير قادر على اصلاح التلف.

-التغيرات العضوية:

- الضعف العام في الصحة.

- نقص الطاقة الانتاجية .

- قلة الحركة و النشاط.

- نقص القوة العضلية.

- ضعف في القوة الانقباضية.

- ضعف التوافق العضلي و العصبي.

- ضعف الطاقة الجسمية و الجنسية.

- تراجع في نشاط الحواس.

-**الابعاد النفسية:** ان الاعوجاجات الوجدانية التي تحدث خلال الطفولة، تزداد انحرافا في

المراهقة، و تزداد أكثر فأكثر في الشباب و البلوغ و يستمر التعقد الوجداني حتى

الشيخوخة، هذا و التفاعلات الوجدانية هذه لا تتصل بالسلبيات فحسب، بل تتصل أيضا

بالايجابيات، فالاشياء و الاشخاص و الفئات و العلاقات بل و الشعور و الافكار و القيم و

كل ما تتعلق به قلوبنا لم تحدث فجأة و لا طفرة واحدة، بل أنت لنا بالترابك الوجداني و

النوعية الواحدة من الاشياء التي بدأنا في حبها يزداد حينها لها بطريقة تراكمية، فالحالة

الوجدانية التي يعيشها المسن أو الشيخ هي محصلة ما جناه سلبا أو ايجابا في حياته.

كذلك تكون طريقة التفكير و السلوك متأثرة بما حصل عليه في حياته التي سبقت شيخوخته.

- ضعف الانتباه.

- ضيق الاهتمامات و المحافظة.

- شدة التأثير الانفعالي.

- نقص تحمل درجات الحرارة و الضجيج.

- العواطف: ان حاجة الانسان في هذه المرحلة الى الاحساس بالامان ماديا و معنويا و الاحساس بالاهمية تزداد عنها في فترات العمر السابقة و ذلك بسبب فقدان عمل و افتقاد شريك العمر أو الاقارب.

يمكن لنفسية المسن أن لا تشيخ ففي الشيخوخة يشعر بمتع أخرى لم تكن تستهويه من قبل، و يصير أكثر نضجا و تعقلا، و لا يستجيب لاندفاعات الشباب و حماسه غير المبني على مبرر معقول و يصير أكثر حرصا على المال و ميلا الى البخل و أكثر عمق في التفكير و أقل اندفاع في التصرفات، كما يكبر مع المسن حب الدنيا و طول الامل في الحياة حتى ان الامل يسبق العمر بكثير فيمكن للجسم أن يشيخ لكن دون النفس، عن أبي هريرة رضي الله عنه أن الرسول صلى الله عليه و سلم قال: "لا يزال قلب الكبير شابا في اثنتين: حب الدنيا و طول الامل."

هناك سمات نفسية يشترك فيها المسن أظو الشيخ مع غيره، الا حدث في طريق شيخوخته مطب عاطفي أو شرخ نفسي أو مرض أطاح به بعيدا

- الحساسية الزائدة بالذات: يبدأ بعض الشيوخ الادباء بكتابة سيرتهم الشخصية مسلطين الاضواء على المؤثرات التي دفعت بهم الى الابداع الفني خلال مراحل نموهم المختلفة. فمن خصائص الشيخوخة العودة الى جعل الذات مركز الاهتمام الشخصي و بؤرة لحيته و كراهيته.

و ليس من الضرورة ان يكون موقف الشيخ من نفسه هو موقف المحب لها بل انه قد يتخذ موقف المتشدد الذي لا يرحم نفسه.

- الاعجاب بالماضي: يمكن للشيخ أن يتخذ موقف الاعجاب بماضيه فقد يعجب بما رزق به من رجال و نساء، و قد ينصب اعجابه على تاريخه الحافل بالمآثر و البطولات و بالمواقف الحاسمة أو بالقرارات القاطعة المفيدة التي كان لها أعظم الأثر في حياة شرائح كثيرة من الناس. و قد تذكر المسنة أو الشيخة من خلالها بما كان لها من مال و جمال و فتنة أيام شبابها و كيف كان الكثير من الناس يطلبون ودها.

- اللامبالاة من الذات: غالبا ما يكون الموقف المتهكم من كل شيء و الساخر من كل الناس حتى مع نفسه فلا هو ناقد على ذاته و لا هو معجب بها بل هو ساخر من أي شيء يدعو الى السخرية و هو يضحك من المواقف التي تصدر من الآخرين و حتى شخصه هو.

فهو يذكر المواقف التي صدرت منه و بعثت على السخرية سواء كان هو الساخر من نفسه أو السخرية كانت من غيره و الواقع أن الشخص لا يستطيع أن يتخذ مثل هذا الموقف الساخر الا اذا كان متجردا من التحيز الى جانب نفسه أو متحيزا ضدها، فاللامبالاة كموقف هي التي تسمح للشخص بأن يتخذ الموقف التهكمي من نفسه.

- الذاكرة: يعتبر النسيان من أبرز السمات لدى المسن و خاصة الذاكرة القريبة، أما الذاكرة البعيدة فأحداثها تبدو ملتصقة بالذاكرة لدى المسن.

- التفكير: يكون التفكير بطيء و متحفظ و التأمي في اتخاذ القرارات.

-الشخصية:

تظهر على المسن بعض التغيرات في الشخصية، فقد يصبح:

- عديم الثقة.

- يبالغ في صفاته و قدراته و ردود أفعاله.

- قد يهمل في مظهره تعبيرا عن الانسحاب من الحياة.

- يصبح منتقد مستمر للآخرين.

- عديم السيطرة على المشاعر و الضوابط السلوكية.

تغيرات نفسية أخرى:

- ازدياد الحذب و الترنح عند الوقوف.

- نقص تحمل الضغط و ازدياد معدل الوفايات المرافق للحروق و الرضوض و الامراض مع تقدم السن.

- ازدياد الازمات العاطفية الناجمة عن الخسائر الشخصية مثل ضياع القوة الجسمية و وفاة الاصدقاء و التقاعد و تناقص الدخل و غيرها.

- كثرة حدوث المشاكل النفسية و الاجتماعية المرافقة للمرض.6

-الأبعاد الاجتماعية:-

يكتسب الأشخاص مهارة معينة في التعامل مع الناس و الخبرة التي تأتي لنا نكتسبها بطريقة تراكبية و هناك أناس اكتسبوا جهازا اجتماعيا ممتازا في شخصياتهم بينما هناك أجهزة اجتماعية لدى بعض الشخصيات مصابة بعطب في ناحية من النواحي.

و قد يقع حادث لشخص ما بعد أن تكون شخصيته قد تبلورت حينما يكون التبلور في احدى شرائح الشخصية (جسمية، نفسية، عقلية: لغوية، اجتماعية). الحادث قد يكون صدمة نفسية أو عاهة أو اصابة بالمخ أو بتصلب شرايين الجسم فيفقد لياقته شكلا و تفكيراً و كلاماً. و قد يفقد ثروته أو أحد أحبائه فيفقد لياقته الاجتماعية.

فشخصية المسن أو الشيخ هي حصيلة تفاعلات سابقة حدثت له في تاريخ حياته منذ الطفولة حتى بلوغه الكبر و الشيخوخة اضافة الى ما يستجد من تغيرات شيخوخة حدثت له من خلال مرض عضوي أو حادث أو مرض نفسي أو عقلي.⁸

⁸ نفس المرجع السابق

4- الاضطرابات الخاصة بمرحلة الشيخوخة:

تعد الحالة الصحية للمسنين من الموضوعات التي تم الاهتمام بها من قبل الاطباء و الجمعيات العلمية و و جمعيات رعاية المسنين على مختلف المجتمعات، لما لهذه الشريحة من المجتمع من حق في الرعاية و الاهتمام.

و تشير البحوث المتخصصة الى أن أعداد المسنين يتزايد مما يترتب عليه الزيادة في المطالب التي تتعلق بالرعاية الصحية و الاجتماعية لهم.

و نظرا للضعف الذي يصيب المسنين، فانهم يصابون بكثير من الامراض المزمنة، اذا ما قورنوا بغيرهم في مختلف الاعمار الأخرى. و عادة ما يكونون عرضة لنوع أو أكثر منها، مما يستلزم وجود رعاية طبية مستمرة لهم.

و يشير مفهوم الصحة في مجال الرعاية الصحية لدى المسنين الى جانبين:

الأول: يتعلق بغياب أو وجود الامراض فالامراض لها جوانب شخصية غير محببة، فهي مؤلمة للفرد و تعوقه عن استخدام قدراته لأداء الادوار الاجتماعية المتوقعة منه، و خاصة الامراض المزمنة.

الثاني: يتعلق بدرجة الصعوبة الوظيفية. فالنشاطات التي تتعلق بمهام الحياة اليومية التي يقوم بها الفرد، أو التي يعتقد أنه يستطيع القيام بها، تعد مؤشرا مهما في تحديد ما سوف تصبح عليه حالته الصحية في المستقبل.

مشاكل كبار السن:

ان كبار السن لهم حياتهم الخاصة و ما يصاحبها من مشاكل متعددة و متنوعة تتطلب حولا و استجابات لتجعلهم يشعرون بذاتهم و وجودهم في المجتمع. و يمكن تلخيص مشاكل المسنين و معاناتهم و ما يطرأ على حياتهم الجسمية و العقلية و النفسية على النحو التالي:

- فقدان الاعتبار للذات بفقدان المركز و الدور الانتاجي و ما يرافقهما من شكوك حول دور المسن أو أهميته لاسرته و مجتمعه.

- الشعور بفقدان الامن و الخوف من المستقبل، مع الاحساس بعدم القدرة على الوفاء بمستلزمات العيش.

- الاحساس بالاعتلال الجسمي و العصبي و خاصة مرضى السكر.

- الاحساس بالضعف في القدرة على الحفظ و التذكر.

- الاضطرابات النفسية و شدة الحساسية و العناد و سرعة الغضب.

- تدني القدرة على مقاومة الضغوط الناشئة عن التغير الاجتماعي.

- محدودية الحوافز لانتماء و المشاركة الاجتماعية.

1-4 الاضطرابات العضوية:

تمثل التغيرات العضوية التي تحدث في الشيخوخة مصدرا رئيسيا لانهايار الشخصية. فغالبية كبار السن يخضعون لمظاهر الضعف الفيزيقي و النفسي المصاحب للتقدم في السن. ان الشعور بقرب نهاية الحياة مع التدهور الطبيعي للجسم ربما يتسبب في حدوث درجات متفاوتة من انحلال الشخصية.

المظهر العام لكبار السن يدل على ما فعلته الشيخوخة بالإنسان، فالخطوات البطيئة المتناقلة هي دليل على ما أصاب أعضاء الحركة من العظام و العضلات و المفاصل مع تقدم السن من الضمور و فقدان المرونة، أمت القوام المنحني الذي يتميز به كبار السن فهو نتيجة ما حدث من تغييرات في عظام و مفاصل العمود الفقري و التشويه الذي ينتج عن هشاشة الفقرات و تيبس الغضاريف التي تفصل بينها و قد ثبت أن الطول يقل في الشيخوخة عنه في الشباب فينقص ارتفاع الشخص بضعة سنتيمترات نتيجة لانحناء القوام و لضمور عظام و غضاريف العمود الفقري، أما وزن الجسم فانه ينقص في الشيخوخة وان كان يبدو الجسم مترهلا، ذلك أن كتلة الجسد تتكون من الدهون و الأنسجة الأخرى التي تكون العظام و العضلات و الأعضاء، و فيما تزيد كمية الدهون مع تقدم السن فان الأنسجة الأخرى تصاب بالضمور و يقل الوزن الكلي للجسم.

ففي كبار السن يتدهور الدماغ و الجهاز العصبي المركزي بصورة سريعة.

و إذا أثرت هذه التغيرات على الدماغ تأثيرا تدريجيا فان هذه الحالة تسمى انحلال أو تدهور الشيخوخة. أما إذا حدثت هذه التغيرات بصورة فجائية و كانت نوعية أو محلية، فإننا نكون أمام حالة تصلب شرايين القشرة الدماغية و انسدادها و على ذلك يمكن تصنيف زملة الأعراض الدماغية في الشيخوخة إلى ثلاث فئات هي:

* اضطرابات ما قبل الشيخوخة.

* اضطرابات الشيخوخة.

* اضطرابات تصلب شرايين القشرة الدماغية.

النوع الأول: و يتناول الأشخاص من سن 45-60 سنة و من أكثر الأعراض شيوعا في هذه المرحلة مرض الزهايمر. لقد وصف هذا المرض أول مرة عالم الأعصاب الألماني آلس الزهيمر 1860 أي منذ 130 عاما و يحدث في السن ما بين 40 و 60 سنة و يسير بسرعة أزيد من مرض آخر يحدث في هذه المرحلة أيضا هو مرض بيك و ينتهي بالوفاة بعد ثلاثة أو أربع سنوات و تزداد نسبته بين النساء بالنسبة للرجال و يبدأ هذا الاضطراب بإيجاد صعوبة في التركيز، و يبدو على المريض السرحان و شرود الذهن و الثورة و عدم الراحة كما يعاني من هذات الاتهام و الاضطهاد و يميل المريض إلى لوم الآخرين.

النوع الثاني: و هو مرض بيك و لقد وصفه لأول مرة عالم فيزياء من تشيكوسلوفاكيا سنة 1892 و هو ارنولد بيك و ينحل فيه أو يتفكك الجهاز العصبي المركزي، و بنوع خاص تحدث إصابات في الفص الجبهي و الفص الصدغي عبارة عن ضمور هذه الفصوص أو توقف نموها نتيجة لضعف تغذيتها. و تمتاز هذه الحال بنقص وزن الدماغ نحو 1300 مجم إلى أقل من 1000 مجم. و يعاني المريض من النسيان و عدم القدرة على التذكر. و يميل إلى التفكير المجرد و يعاني من العجز في الكلام و يبدو المريض غبيا و غير

الفصل الاول

مهتدم في مظهره و يفتر إلى الوعي أو فهم حالته و تحدث الوفاة بعد 4-7 سنوات.

بالإضافة إلى أن هناك دراسات عديدة بينت أن من بين المشكلات الصحية التي للمسنين أمراض القلب و الانحدار في القدرة البدنية و القدرة العقلية، و خاصة بين الذين يعيشون في بيوت العجزة. و كذلك أمراض السمع و هبوط القلب و ارتفاع ضغط الدم و السكري.

و في دراسة قامت بها الجمعية المصرية لصحة المسنين على 132 مسنا من نزلاء دار المسنين من الجنسين بلغ عدد الذكور 56 فردا و الإناث 76. تراوحت أعمارهم بين 60 إلى 97 سنة بمتوسط حسابي قدره 75.10 للرجال و 73.3 للنساء. تبين من نتائجها أن نسبة الأمراض البدنية للعينة كانت كما يلي:

المرض	عدد المصابين به	النسبة المئوية
ارتفاع ضغط الدم	83	62.9
الضعف العام	76	57.6
ضعف الذاكرة و التركيز	60	45.6
ضعف النظر	59	44.7
أمراض القلب و الاوعية	49	37.1
ضعف السمع	47	35.6
عدم التحكم في البول أو البراز	38	28.8
الامراض الروماتزمية و العظام	27	20.5
مرض السكر	25	18.9
الشلل بأنواعه و البتر	21	15.9
أمراض أخرى	35	26.5

جدول رقم (1) لنسبة الامراض البدنية عند المسنين

يتبين من الجدول أن الأمراض الأكثر انتشارا بين المسنين و المسنات هي:
ارتفاع ضغط الدم، الضعف العام، ضعف الذاكرة، و عدم تركيزها و ضعف النظر.

2-4 الاضطرابات النفسية:

وفق نظرية إيريك اريكسون في النمو النفسي الاجتماعي 1963 يمر بثمان مراحل تشكل كل منها تطورا جديدا في شخصية الفرد و علاقاته مع الآخرين. و آخر هذه المراحل هي مرحلة تكامل الأنا مقابل اليأس. و هي مرحلة الشيخوخة و أزمة إحساس الفرد بأن هويته قد تحددت بما فعل. فإذا كان ما فعله يبعث على السعادة و الإحساس بالانجاز، فسوف يتجاوز هذه المرحلة بنجاح و هو يشعر بالتكامل و الرضا. أما إذا كانت نظرتة لماضيه تتسم بالإحباط و خيبة الأمل، فسوف يشعر باليأس. و يشعر بعض المسنين باليأس و خاصة أولئك الذين ينقطعون عن العمل، نتيجة لفظ المجتمع لهم حين يتقاعدون اذا كانوا عمالا و موظفين، أين يتم التخلي عن خبراتهم و لا يوجد لهم دور في التسيير و الانتاج بعد ذلك، و لم يبق لهم سوى الرحيل أو الاستعداد له.

و في هذا الصدد لفت الباحثون الانتباه الى العوامل النفسية و الاجتماعية المصاحبة لتقدم العمر و منها عامل فقدان الدور الذي اعتبر من العوامل المباشرة التي تثير مشاعر اليأس و الأسى، و من ثم القلق و الوحدة النفسية و العزلة الاجتماعية.

و في مجال الاضطرابات النفسية و العقلية يرى بعض الباحثين أنه لا يوجد اختلاف بين المسنين و و بين من هم أقل عمرا في أنماط الاضطرابات النفسية و العقلية. بحيث يمكن توقع المرض العقلي في كل العمار الراشدة. طبقا للاصطلاحات التقليدية للذهان و العصاب و الأمراض السيكوسوماتية. و يقدم آخرون نموذجا من ستة اضطرابات عقلية وجدت لدى المسنين و هي:
العمليات النمطية و الذهان و الأعراض الحادة المترامنة و الاضطرابات العقلية و إدمان الكحول و الفصام. و تزيد نسبة الرجال في الأعراض العقلية و إدمان

الكحول، بينما ترتفع نسبة النساء في الذهان و الاضطرابات العصبية. إلا أن نتائج البحوث تشير إلى أن المسن يتعرض لجملة من الاضطرابات النفسية و العقلية وفقا للاصطلاحات التقليدية في الطب النفسي و علم النفس المرضي. كالاكتئاب الذي استحوذ على اهتمام الكثير من الباحثين، و قد تبين أن أسبابه تعود إلى الإهمال و فقدان النشاط البدني و العجز و الحرمان العاطفي و فقدان المكانة و السيرة السابقة لقوة الأنا المتبعة. و يصيبهم القلق بأنواعه كقلق الموت. و يصابون كذلك بالخوف و الفزع و الوسواس و الأفعال القهرية و توهم المرض و الوحدة النفسية و التصلب حيث يقاومون التغيير. و اضطرابات الذاكرة و الهلوس و اضطرابات النوم حيث يتكرر استيقاظه أثناء الليل نتيجة لقلة الجهد اليومي الجسمي و العقلي بسبب التقاعد و عدم القيام بأي عمل. و ينتج عن عدم الاسترخاء في النوم أعراض كثيرة كارتعاش اليدين و صعوبة ضبط حركة العينين و تغير في بعض الوظائف الجسمية كضربات القلب و ضغط الدم و التنفس و ارتفاع درجة الحرارة. و ينشغل المسنون بالموت و يصيبهم القلق منه و خاصة لدى الإناث اللاتي تظهر لديهن أنماط من التعاسة و الخوف و خيبة الامل و اليأس.

3-4 الاضطرابات العقلية:

يتعرض كذلك المسنون إلى الأمراض الذهانية مثل البارانويا و الفصام، حيث تشير البحوث الى أنه مع التقدم في السن يزداد عدد المرضى المترددين على مستشفيات الأمراض العقلية. فحوالي 1 بالمائة من المسنين يعانون من عته الشيخوخة و هو أحد أمراض ذهان الشيخوخة و من العوامل الاجتماعية المسؤولة عنه: العزلة الاجتماعية، العجز، التقاعد. بينت الدراسة التي Ruth Bennet 1977 على عينة من 100 مسن يقيمون في قامت بها بيوت العجزة. أن تقييمهم لأنفسهم كان سالبا و مستواهم الاقتصادي الاجتماعي في طفولتهم كان منخفضا و درجة العزلة الاجتماعية كانت مرتفعة لديهم.

و بهدف التعرف على دور مكان الإقامة على عدد من الاضطرابات النفسية لدى المسنين، تمت المقارنة بين 10 مسنات مقيمات بدور رعاية المسنين و 10 مسنات مقيمات مع أسرهن بمصر على قائمة مينسوتا متعدد الواجه للشخصية. فتبين أن المسنات المقيمات بدور الرعاية كن أكثر من المسنات المقيمات مع أسرهن في كل من توهم المرض و الاكتئاب و البارانويا و الوسوس و الفصام. Hyslip و آخرون في دراسة لهم على 107 من المسنين يقيمون في دار الرعاية

ظهور اليأس ووجدوا علاقة موجبة بين اليأس و الاكتئاب. و تشير البحوث إلى أن الصحة النفسية للمسنين تتأثر بما يصيبهم من أمراض جسمية، فيصبحون أكثر عرضة إلى الاضطرابات النفسية كالاكتئاب و القلق.

و تشير الإحصاءات في المجتمعات الغربية إلى أن الذهان تزداد معدلاته بانتظام مع التقدم بالعمر.

و تشير جميع البيانات الإحصائية في هذه المجتمعات إلى أن للمسنين المطلقين أو المنفصلين أو الذين لم يتزوجوا إطلاقا معدلات مرتفعة بانتظام في الإصابة بالأمراض العقلية مقارنة بالمتزوجين. فهناك ما لا يقل عن 10 بالمائة من الأشخاص في سن 65 سنة فأكثر، مصابون باعتلالات عقلية تسبب لهم مستوى من انعدام الأهلية. و بين 3 الى 4 بالمائة من هؤلاء يوجدون تحت الرعاية في بيوت الشيخوخة.

و بالنسبة للتصلب يشير الباحثون الى أنه يظهر في أواسط العمر ويزداد مع التقدم في العمر. و يكون الرجال أكثر مرونة من النساء، و بينت دراسة كل من ولسون 1980 و رتشارد 1981 و بوس 1984 أن المسنين يبدون تصلبا في بعض المواقف مثل الحذر في اتخاذ القرارات الصعبة، و تكوين الأفكار، و استخدام الاستراتيجيات غير الفعالة، و بطء الوظائف العقلية.

و في مجال قلق الموت لدى Lester 1967 في دراسة له على عينة من المسنين مقيمين المسنين وجد

في مؤسسة إيواء أن 45 بالمائة منهم يعتقدون أن الناس يخافون من الموت في سن السبعين و ما بعدها. و أوضح كذلك أن وقت الفراغ يعتبر متغيرا هاما يرتبط بقلق الموت لدى المسنين. حيث أن المسنين الذين لديهم أنشطة قليلة لشغل وقت فراغهم كانوا أكثر خوفا من الموت.⁹

⁹ عبد الرحمان العيساوي، اضطرابات الشيخوخة و علاجها دار النهضة العربية للطباعة و النشر بيروت 1989 ص39

ملخص الفصل الاول:

يبقى المسن عاجزا و ضعيفا و أكثر عرضة للاضطرابات النفسية أكثر من الآخرين، فضعف جسمه عن ذي قبل و اختلافه عن البقية يجعله يدخل في دوامة من الاضطرابات النفسية التي لا يكون السبب الرئيسي فيها هو تقدم السن أو العجز كما يظهر لنا بل السبب يكون نظرة المجتمع عامة و الاسرة خاصة كونهم ينظرون اليه أنه عاجز يستحق الشفقة و المساعدة و هذا ما يدفع به الى الانطواء و العجز التام و يكون سريع الاستثارة، و هذا ما يوضحه الفصل الثاني للمعاش النفسي للمسن.

تمهيد الفصل الثاني:

تختلف نفسية مرحلة الشيخوخة عن نفسية المراحل السابقة، بحكم التغيرات التي يتعرض اليها المسن من تغيرات جسمية و نفسية و اجتماعية، فالمشكلات النفسية في هذه المرحلة حتمية خاصة بالنسبة للمحيط العائلي، فبعد ان انعكست الظروف و اصبح الفرد يعتمد على الغير بعد أن كان يعتمد عليه فهذه أولى مراحل الصراع بين الرفض و القبول. في هذا الفصل تطرقنا الى تعريف الحالة النفسية للمسن مع تبين أهم مظاهرها الجسمية و النفسية و الاجتماعية، مع ذكر أهم الاساليب التكفل بالمسنين من جميع النواحي الطبية و النفسية و الاجتماعية من أجل ضمان سيرورة طبيعية.

1- المعاش النفسي: هو ذلك الاحساس أو الشعور الذي يراود و يزاول الفرد ضمن الواقع المعاش و يحتوي على مجموعة الوقائع الممكنة و القدرة على تحديد سلوك الفرد ، و مهمة علم النفس الدينامي أن يستخلص بصورة لا بأس بها في سلوك الفرد من الوقائع السيكولوجية الموجودة في حيز الحياة بشكل بيضاوي يحيط بالدائرة و أكبر منها و الفراغ داخل الشكل البيضاوي بما فيه الدارة هو حيز الحياة أي البيئة السيكولوجية للفرد.

- مفهوم الحالة السيكولوجية للمسن:

يعني به الواقع السيكولوجي الذي يعيش الفرد، و الوسط الذي ينتمي اليه. حيث يحتوي على مجموعة من الوقائع المعاشة، تحمل شحنة من الحالات ، و السمات النفسية كالقلق، الاحباط، التوتر و غيرها، و بما ان مرحلة الشيخوخة تعتبر مرحلة الوهن و الضعف و الاقتراب من النهاية، فان الحالة السيكولوجية للمسن تتراوح ما بين الملل الى ما آل اليه، و ضعفهم و حالتهم الصحية و الاجتماعية، العزلة و الفراغ الذي يؤدي الى اضطرابات نفسية و عقلية شديدة، فيدفعهم الى الاحتجاج و الانتعاض من كل شيء يدور حولهم، و يكون للفراغ الذي يحدث عقب التقاعد عن العمل لديه أثر سيء على الحالة النفسية لكبار السن، فالحرمان يكون بداية الاضطراب النفسي، حيث يشكوا المسنون من انفضاض الناس من حولهم، مما يجعلهم يعيشون في عزلة قاتلة تضيق دائرة علاقاتهم في محيط الاسرة و الاصدقاء فينفض الناس من حولهم، لانهم دائماً الشكوى و كثيري الانتقاد، كذلك ظهور الاكتئاب النفسي كاضطراب لدى المسنين تعددت أسبابه و أهمها:

- نظرة المسن الى حالته في هذه المرحلة و قد أصابه الضعف و تراكمت عليه العلل و الامراض ثم العزلة التي يعيشها.

- اذا كانت مرحلة الشيخوخة بداية مرحلة تحدث فيها تغيرات فزيولوجية و نفسية و اجتماعية، فكيف يعيش المسن حالته السيكولوجية من شيخوخة كمرحلة عياء و تعب و ضعف في مختلف الجوانب و بعد عن المحيط العائلي و الحنين الاسري و عدم القدرة على التكيف الذاتي و الاجتماعي و من هنا تمثلت أهم الاضطرابات النفسية فيما يلي:

***القلق:** هي حالة نفسية و فزيولوجية تتركب من تضافر عناصر ادراكية و جسدية و سلوكية لخلق شعور غير سار يرتبط عادة بعدم الارتياح، و الخوف أو التردد.

و القلق هو حالة مزاجية عامة تحدث من دون التعرف على أثار تحفيزها. على هذا النحو يختلف القلق عن الخوف الذي يحدث في وجود تهديد ملحوظ و بالإضافة الى ذلك يتصل الخوف بسلوكيات محددة من الهرب و التجنب، في حين أن القلق هو نتيجة لتهديدات لا يمكن السيطرة عليها.

تشير الدراسات الى أن ما يصل الى 20 بالمئة من كبار السن قد يعانون من اضطرابات القلق بدرجات متفاوتة، حول كيفية التعامل مع كبار السن في حالة القلق، فهو بمثابة أداة للجسم و العقل هدفها البقاء على قيد الحياة في الحالات المختلفة و الوقاية من الخطر و تخطي الازمات بسلام.

اضطرابات القلق شائعة بين كبار السن و السار هنا هو ان التشخيص الفعال للحالة و الدعم المستمر في التعامل مع كبار السن و العلاج يمكنها اعادة الحياة الى مسارها الطبيعي حتى في هذه المرحلة المعقدة من الحياة.

ان حدوث القلق في مرحلة الشيخوخة تعدة سمة مميزة، و أنه كلما تقدم مسن في العمر زاد مستوى قلقه و ان هذا القلق مصدره الجوانب التالية:

لاضطرابات القلق لدى كبار السن عوامل تركز على :

1- الشعور بالاغتراب:

وهو شعور الفرد بالانفصال النسبي عن ذاته أو مجتمعه أي الشعور بالوحدة والقلق المؤديان الى الاكتئاب.

فيما يتطلب وقت الفراغ في مرحلة السن المتقدم طرقا متنوعة وتعاوننا مشتركا بين الأسرة والدولة والفرد.. فالانسان الذي كان يعمل بانتظام وينتج ويحقق ذاته يجد نفسه فجأة مضطرا الى تغيير أسلوب حياته، فساعات الفراغ الطويلة تشعره بعدم قدرته على التكيف معها. وتتضح هذه المشكلة من خلال عدم توفر النوادي والحدائق الخاصة بالمسنين.

تشير الدراسات الى ان كبار السن تظهر لديهم علامات القلق بشأن صحتهم، فهم يميلون للخوف من تدهور ادائهم الوظيفي ومن الامراض التي قد تحرمهم من القدرة على العيش و الاداء بشكل مستقل.

2- الاستقلال المالي:

حينما يفقد المسن عمله فإنه ينتقل من الحياة النشطة الى الفراغ، ومن الاستقلال الى الاعتماد على الآخرين، فيجد نفسه في مواجهة موقف صعب هو انخفاض الدخل مع تزايد الأعباء المالية وعدم وجود مصادر إضافية للدخل غير المعاش مما يعمق الشعور بعدم الاستقرار الاقتصادي و يدفعه الى تخفيض نفقاته وتعميق شعوره بالحيرة بين قبول المساعدة من الأبناء أو عدم قبولها و بين العيش وحيدا أو مع من يقبل من الأبناء والأحفاد، أو العيش في دور المسنين...

3- التقاعد:

يعد التقاعد نقطة تحول رئيسية في حياة الإنسان، لأنه المؤشر الاجتماعي الرئيسي على تحول الإنسان الى مرحلة الشيخوخة، والتقاعد هو ظاهرة اجتماعية تتمثل في موقف المجتمع من الفرد حين يصل الى سن معين بالذات يحددها المجتمع دون أن يأخذ في الاعتبار الحالة العقلية والإنتاجية للمسنين.. وهكذا فالحكم بالتقاعد معناه الحكم على الفرد بالانسحاب من حياة المجتمع، لأن العمل هو الذي يحدد مركز الفرد ونظرته الى نفسه، ونظرة الآخرين له. فيما يرى بعض علماء النفس أن التقاعد ليس مجرد شكل من أشكال الحياة الاجتماعية نتج عن تغير أنشطة الدور الاجتماعي للفرد، ولكنه يعني أن يحدد للفرد دور خاص ومحدد للتكوين الاجتماعي، أي دور اجتماعي جديد يكتنفه الخوف والغموض ما يوتر سلبا على المسنين في جوانب كثيرة أهمها لذة العمل.. والشعور بالقيمة، والعيش في محيط اجتماعي.

الاعراض الجسدية للقلق:

صعوبة في التنفس، سرعة التنفس

نبض القلب السريع

الدوخة

الصداع

جفاف الفم

الفصل الثاني

الارق

فقدان الشهية

الاعراض النفسية:

العصبية

الشعور بالعجز، الاحساس بالذنب والخوف

عدم النوم او الحساسية الزائدة

الارتباك

صعوبة التركيز

عدم الراحة

الميل الى العزلة

*الانهيار:

من النادر ان نسمع بمتقدم في السن (رجل أم امرأة) أصيب بانهيار عصبي لان الاعتقاد السائد ان أعصاب المتقدمين في السن هادئة وصبرهم لا ينفذ ويعالجون الأمر بهدوء وهم مثال السكينة،

الا أنه من الصعب اكتشاف أعراض الانهيار العصبي لدى المسن لذا يجب مراقبة حالات معينة تتكرر وتزداد منها وجع الرأس والظهر الدائم ومشاكل المعدة والامعاء وصعوبة الهضم وتراجع التركيز، لكن اهتمام الطبيب ينصب على معالجة الحالة العضوية وإهمال الأسباب النفسية، واذا ما اصيب المسن بالارق والتعب السريع فتعتبر عائلته ذلك كجزء طبيعي من الشيخوخة، وبهذا يتم الخلط بينها وبين الخرف او التقدم بالسن والاصابة بالانهيار العصبي الذي يمكن معالجته حسب قول الطبيب بالعقاقير او بالعلاج النفسي أو الاثنين معا، لكن قبل كل شيء يحتاج المسن لمساندة الأهل وإظهار حبهم واهتمامهم به، ومن الضروري جدا استفسار أفراد العائلة من مختصين عن كيفية التعامل مع هذه الحالة التي تكون صعبة بالنسبة اليهم كما للمصاب بها. فالانهيار العصبي بالنسبة للطرفين من الصعب فهمه، وكلما عرف الأهل أكثر كان تفهم الوضع أسهل والعلاج أسرع.

أن الاعراض الانهيارية أهم مشكلات الشيخوخة حيث بينت الدراسات Muller يؤكد المعاصرة أن بالاعتماد على جميع الاعراض الانهيارية، و نسبة انتشار الانهيار عند الشيخوخ لا يتجاوز 6 بالمائة اضافة الى أن هناك ارتباط وثيق بين الامراض الجسمية و الانهيار، أما الشيخوخ المصابون باضطرابات عقلية مثل الزهايمر يمكنهم أن يتعرضوا للانهيار حيث وجد أن الادوية المستعملة لعلاج الحالات المزمنة الموجودة من قبل قد تؤدي الى بداية الانهيار.

الاعراض الجسدية للانهيار:

اضطراب التفكير وتسارعه

البكاء.

الدوار.

المشاعر القوية من القلق أو الاكتئاب

الغثيان

القيء

تسارع التنفس

ضيق التنفس

تسارع نبضات القلب

التعرق

القشعريرة

الاعراض النفسية للانهيار:

الحزن الشديد و البكاء

اليأس و الكآبة و فقدان الحماس في الحياة الاجتماعية

الميل الى العزلة

الاكتئاب الحاد و الرغبة في الانتحار أو ايداء الذات (المزاج السوداوي)

التقلب في المزاج

*الاحباط:

هو الحالة التي تنتج عن الدخول في هذه المرحلة الجديدة و التي تكون متعبة، تمزج بين العياء البيولوجي و الذي يكون بسبب التقدم في العمر و النفسي و الاجتماعي و جوانب أخرى و خاصة اذا كان قد تعرض للتخلي من أقرب الناس له، كل هذا يمنع تحقيق الاهداف المرجوة و يصبح المسن يعيش صراعا بين هذه المرحلة الجديدة و المتعبة التي تمنعه من تحقيق حاجاته و الاحساس بالعجز الذي يدخله دائما في دائرة من التوتر و الالم.

*الاكتئاب:

ان التقدم في العمر يجعل كبار السن يميلون الى التقليل أو النقص في العلاقات الاجتماعية مما يؤدي بهم الى العزلة و الشعور بالوحدة و نقص الرضا بالحياة. الاكتئاب هو أحد الامراض النفسية التي تواجه الانسان شأنه شأن الامراض الاخرى كالسكري و الضغط. يتفشى الاكتئاب بين المسنين بنسبة 15 بالمائة.

الاعراض الجسدية للاكتئاب:

الارق و خاصة قبل الفجر(الارق الصباحي)

فقدان الشهية و الوزن

فقدان القدرة الجنسية و اضطراب الطمث

الامساك

الاعراض النفسية للاكتئاب:

الحزن و الكآبة و البكاء

انخفاض الروح المعنوية

الرغبة في الانتحار

فقدان الاهتمام بالهوايات القديمة و حتى الاشياء الجديدة

الشعور بالانخفاض في المكانة و قدرة الذات

الفشل و الشعور بالذنب

لا يشخص الاكتئاب الا اذا مرت فترة أسبوعين على الاقل على المزاج السوداوي، و يقسم الى ثلاث أنواع خفيف، متوسط و شديد و ذلك حسب شدة الاعراض¹.

2- الصحة النفسية للمسن:

تهدف الصحة النفسية تطبيقيا الى الوقاية من الاضطرابات النفسية أولا، و علاج الاضطرابات النفسية و المحافظة على استمرار الصحة و التكيف الافضل ثانيا، في الجانب الاول نعمل على تحديد الجوانب التي يمكن التي يمكن أن تسبب الاضطرابات، ثم نعمل على ازالتها و ابعاد الافراد عنها مع توفير الشروط العامة التي تعطي الفرد قوة عملية لمواجهة الظروف الصعبة. و في الجانب الثاني تقوم المؤسسات المتخصصة بدعم الفرد من جهة، و علاج مشكلاته النفسية التي يمكن أن توجد لديه من الجهة الثانية، ثم مرافقته لخطوات من أجل التأكد من حسن عودته الى أسلم وضع و الى انتظام ذلك في شروط الحياة المختلفة.

و في مجال المسنين فان الشيخوخة تقترن بالاستهلاك التدريجي للاعضاء و التغيرات الحيوية التي تطرأ على الجسم و التي ترافق الشيخوخة. و هكذا فانه من الطبيعي أن يحدث هذا التدهور في استهلاك العضلات كمرحلة من مراحل الحياة.

يعاني كبار السن أي من هم فوق الستين من الامراض النفسية التي يعاني منها الاصغر سنا بل ان نسبة الاصابة ببعض الامراض النفسية مثل الاكتئاب النفسي و الزهايمر و تصلب شرايين المخ تزيد عند كبار السن و يرجع ذلك لعدة أسباب:

أولا: أن التقدم في العمر يحمل معه أمراضا للسن تؤثر على المخ و الصحة النفسية و الصحة العامة.

ثانيا: ان التقدم في العمر يحمل في طياته بعض الاحداث و التغيرات التي قد تكون سلبية. في هذا السن غالبا ما يحال كبار السن إلى التقاعد ويتبع هذا أن يفقد الإنسان بعضا من إحساسه بقيمته في الحياة خاصة إذا كان إحساسه بذاته مستمدا بصورة كبيرة من عمله ، كما أن الإنسان يفقد بتقاعده عن العمل أحد أهم وسائل الاحتكاك الإجتماعي فإن العمل ليس وسيلة للكسب والإحساس بالذات فقط بل إنه في العمل يلتقي الإنسان بزملاء وأصدقاء فكثير من

¹نعيم الرفاعين،الصحة النفسية،دراسة في سيكولوجية التكيف المطبعة الجديدة دمشق الطبعة الخامسة 1979ص47

الصدقات تتكون عن طريق العمل. بل ويجري في العمل كثير من الأحاديث والمناقشات والفكاهة والاستماع إلى مشاكل الآخرين واستماعهم لمشاكلك.

وتحتاج خدمات الصحة النفسية للمسنين لحسن التوجيه نفسيًا ومهنيًا واجتماعيًا للوقاية من مشكلات منظورة قبل وقوعها أو لعلاج مشكلات قائمة يعاني منها المسنون ، ولا بد لنا في البداية من معرفة مميزات الحياة النفسية للمسن وهي كما يلي:
أهم جوانب حياة المسن ومميزاتها:

- قد تمتد فترة الشيخوخة عشرات السنين، قال صلى الله عليه و سلم: "خيركم من طال عمره و حسن عمله.. و شركم من طال عمره و ساء عمله."

- يعاني المسن ضعفا جسما عاما في الاحساس و العضلات و العظام و النشاط الجسمي الداخلي (هضمي و بولي و دموي و جلدي) و ضعفا عاما في البصر.. و بدء ظهور الترهلات. و أعراض الشيخوخة هذه تظهر على كل انسان..

- نضوج علمي و غزارة و ثراء فكري، حيث أن كبار العلماء خير انتاجهم الفكري في هذه المرحلة (ما بعد الستين). و يكون لدى المسن أيضا ثراء شخصي بالخبرة الذاتية مع الآخرين حيث يفهم الحياة فهما واقعا و يدرك الحياة بعيدا عن الخيال و بواقعية عملية.

- صلابة نفسية واجتماعية في الاتجاهات، يصعب معها التكيف والتوافق النفسي للمسن مع مستجدات الحياة وما تتطلبه من علاقات وأنماط سلوكية جديدة مع أجيال عدة، وهو ما يجعله يعاني صعوبات التوافق الضروري للحياة الهادئة. قال تعالى: {وَمَنْ نَعْمَرَهُ نَنكسهُ فِي الْخَلْقِ

أَفَلَا يَعْقلُونَ} سورة يس الآية 68

أهم مشكلات كبار السن:

عدد كبير من المسنين عرضة لمشكلات مزمنة ولا بد لهم من معاشتها بصبر وهدوء للتخفيف من أضرارها ، والمشكلات يمكن أن تكون انفعالية وجدانية كالشعور بالفشل أو الإحباط، وهو ما يؤدي إلى أن تغلب على هؤلاء روح التشاؤم. وقد يصل ببعضهم إلى الشك بأقرب المقربين إليهم ، ويكون سلوكهم متسمًا بالشك والحذر والحساسية والتأثر الانفعالي.

وأما المشكلات الصحية فإن أمراض الشيخوخة تعتبر أكثر خطورة لضعف مقاومة الجسم لدى المسن وشدة تأثيره وضعفه، وهو ما يقلل فرص إجراء جراحات ضرورية لصحته. كما

أن ضعف الجسم عموماً يظهر لديه أمراضاً ومشكلات جسدية مثل أمراض القلب والشرابين وهشاشة العظام والكسور والأمراض الجلدية والحسية وغيرها، وقد يظهر لدى المريض توهم بالأمراض وتركيز زائد على الصحة حيث ينظر للعرض البسيط بأنه خطير. قال تعالى: " قَالَ رَبِّ إِنِّي وَهَنَ الْعَظْمُ مِنِّي وَاشْتَعَلَ الرَّأْسُ شَيْبًا وَلَمْ أَكُنْ بِدُعَائِكَ رَبِّ شَقِيًّا " سورة مريم الآية 4

وهناك مشكلات اقتصادية يعانيتها المسنون لنقص مواردهم المالية، ولضعف الأداء لديهم، أو للتقاعد، أو لترك العمل، وهذا في حد ذاته مشكلة نفسية واجتماعية وصحية واقتصادية بأبعادها المؤثرة والمتأثرة .

وأما المشكلات الاجتماعية فإن ازدياد العمر يقلل من الأصدقاء بسبب تفرقهم إما بالبعد وإما بالوفاة وإما بالسفر. وكذلك الأولاد لانهماكهم في شؤون الحياة. وأما شريك الحياة الزوجية فقد يتوفى وبالتالي يظل المسن يعاني الوحدة وأثارها النفسية ، وكذلك فإن عددًا غير قليل من المسنين يعاني الصلابة الاجتماعية لصعوبة تكيفه وتبنيه أنماطاً جديدة في السلوك والتفكير في الوقاية من مشكلات الشيخوخة.

يجب رعاية المسن والاهتمام به أولاً بأول في حل المشكلات أو إشباع الحاجات، ولا بد من عمل برنامج نشاط حركي جسمي وذهني عقلي له لمساعدته على روح التفاؤل ليعيش شيخوخته بأوسع وأكمل شيء ممكن ، ولا بد من الاهتمام بالعمر العقلي ومراعاته وكذلك العمر التحصيلي والمستوى الفسيولوجي والانفعالي والاجتماعي والجنسي، فالشيخوخة لا تعد بالعمر الزمني فقط.

ويجب تشجيع المسن على البحث والاطلاع حتى نبقي ذاكرته متنبهة ، ونشجعه على تحديد أهداف للمستقبل يسعى لتحقيقها، ونحثه على السعي لذلك، قال صلى الله عليه وسلم : "خيركم من طال عمره و حسن عمله."²

3- تكفل و رعاية المسنين:

² عبد المنعم الميلادي، الأبعاد النفسية للمسن مرجع سبق ذكره ص108

تحظى قضايا واحتياجات المسنين باهتمام مختلف دول العالم. ولقد أكدت الدراسات العلمية في مجال رعاية المسنين، أن الكبر هو مرحلة عادية من مراحل النمو، ويتطلب ضرورة العمل على وضع خطط وبرامج تستهدف الاستفادة من جهود وخبرات المسنين، وتوفير أوجه الرعاية التي تكفل لهم حياة كريمة مستقرة، والعمل على دمجهم في المجتمع للمساهمة في تحقيق أهدافه؛ لذا فإن قضية المسنين هي قضية تهم كل البلدان؛ لما لها من تأثير على التنمية الشاملة.

وللمسنّ ظروفٌ خاصةٌ يجب علينا مراعاتها حتى نتمكّن من التعامل معه، خاصّة في هذه الفترة الحرجة من العمر، فهناك مجموعة من التغييرات التي تُصاحب هذه الفترة، والتي تنعكس، بدورها، على الحالة النفسية والصحية له؛ كالتغيرات الفيزيولوجية؛ فمع تقدّم العمر تتأثّر وظائف القلب والأوعية الدموية وكذلك الجهاز التنفسي؛ مما يؤثّر بدوره على القوة العضلية للمسنّ، وتضعف قدرته على التحمّل، وتقلّ طاقاته، وكذلك تتأثّر الوظائف الحسية، مثل التغييرات التي تُصيب العين والسمع والتغييرات النفسية، حيث ترتبط المشكلات النفسية الاجتماعية للمسنّين بعدم إتاحة الفرصة لهم للمشاركة والتكيّف مع الوضع الجديد الذي وُجدوا فيه؛ فيشعرون بالقلق على المستقبل، والخوف من الانهيار.

كما يشعرون بالوحدة والعزلة والاعتراب؛ مما يُؤدّي إلى اليأس والاكتئاب، وقد يُصاب المسنُّ بضعف الذاكرة بالنسبة للأحداث الجارية. ونظراً لما يطرأ على الأشخاص المسنين من مجموعةٍ من التغييرات التي تنعكسُ بدورها على صحتهم وحالاتهم النفسية، فهم بحاجةٍ إلى طرق وأساليب وخطط تكفلُ حديثة للوقاية من المشكلات النفسية الاجتماعية التي يواجهونها، وهو ما أكّدت عليه الدراسات العلمية، حيثُ أشارت إلى أنّ المسنّ في حاجةٍ إلى نظامٍ رعايةٍ صحيّ يكفلُ له الأمن الاقتصادي، والرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية، وكذا المشاركة في عمليّات التنمية، والاستفادة من خبراته في مجال تخصّصه، بما يتناسب مع إمكانيّاته الجسمية وقدراته العقلية، حتى يستطيع أن يُسهم في النشاط الاجتماعي والاقتصادي والسياسي.

حتى تكون هناك رعاية متكاملة للمسنين يجب أن يتوفر فريق في جميع الجوانب، ففريق رعاية المسنين يتكون من: أطباء المسنين، أطباء التأهيل و هيئة التمريض، الاخصائيين النفسانيين، أخصائي التغذية، أخصائي التأهيل المعرفي و اللفظي، المعالج الوظيفي، الاخصائيين الاجتماعيين.

الا أن الاهتمام بالمسنين يرتكز على ثلاث جوانب:

- الجانب الطبي
- الجانب النفسي
- الجانب الاجتماعي³

3-1 الرعاية الصحية و الطبية للمسن:

*يكون طبيب المسنين حاصل على دراسات عليا و تدريب اكلينيكي في تخصص طب المسنين

- العناية بالمشاكل الطبية التي يعاني منها المسن و متابعتها.
 - القيام بالمتابعة المباشرة و الاشراف على برنامج رعاية المسنين.
 - تقديم التثقيف الطبي للمريض و عائلته و مقدمي الرعاية.
- ممرض المسنين حاصل على دراسات عليا و تدريب اكلينيكي في تمريض المسنين ودوره في الرعاية:

- جمع البيانات عن صحة المسنين و أداءهم الوظيفي بطريقة علمية و بصفة دورية.
- اكتشاف مشكلات المرضى بناءا على البيانات التي يتم تجميعها.
- تقييم المريض.
- وضع أهداف للعلاج و تطويره.
- مراجعة خطة العلاج.

و من أهم الوسائل الطبية المستخدمة مع المسنين:

- أ- **العلاج الطبيعي:** يساعد المريض المسن على استخدام عضلاته المعطلة كالعلاج بالحمامات المائية و الكهربائية و التدليك و التمرينات البدنية الخاصة.
- ب- **الخدمات الطبية:** هو الاشراف الصحي العام على المسنين ليكون الاشراف الصحي مستمر، و الاهتمام بالعلاج الطبيعي خاصة في حالة الاعاقات الجسمية و توفير الاجهزة التعويضية اللازمة.

³كاظم كلواجي،العناية الصحية للمسن ص من1

2-3 الرعاية النفسية للمسن:

*الاخصائي النفسي و تتمحور مهامه في:

- عمل مسح شامل للمشاكل المعرفية و العاطفية و السلوكية للمسن.
- تنبيه فريق رعاية المسنين لاستشارة طبيب نفسي المسنين عند الحاجة.
- اشراك العائلة و مقدمي الرعاية في عملية التقييم السيكولوجي و خطة العلاج حسب الحاجة.
- تقديم المشورة لفريق رعاية المسنين للمساعدة في حل بعض مشكلات التواصل بين الفريق و سلس الاداء الوظيفي.

1-2-3 العلاج بالاسترخاء:

هو أمثل علاج في حقل الامراض النفسية و أكثر فاعلية في علاج كثير من الاضطرابات النفسية مثل: التوتر و القلق
تقوم فكرة هذا الاسلوب العلاجي على اكتساب المسن لعادة الاسترخاء العضلي مع الهدوء النفسي و الذي يوظف لخدمة مريض القلق و التوتر العضلي، و عندما يكون المسن في حالة توتر و قلق فتكون عضلات فكه مشدودة، و كذلك الاطراف و عضلات الوجه، كما قد يعاني من الصداع لا تفلح في علاجه المسكنات بل يتحسن تلقائيا بالاسترخاء.

2-2-3 العلاج الجماعي:

يقصد به علاج عدد من المسنين معا في شكل جماعات صغيرة، مع استغلال التفاعل الاجتماعي بينهم و بين المعالج، و هذا ما يؤدي الى تغيير سلوكهم المضطرب، يستخدم العلاج النفسي الجماعي ل:

- علاج حالات الانطواء، العزلة، الاكتئاب و الخجل.
- من خلاله يستطيع المعالج معرفة التشخيص الحقيقي لما يعاني منه المسن لأنه يقوم بسلوك تلقائي يشبه تماما سلوكه العادي في الحياة.

3-2-3 العلاج بالعمل:

تعمل هذه الطريقة أساسا على استنفاد طاقة المسن بتوجيهها الى النواحي العملية حتى ينصرف المريض عن الانشغال بمشكلاته الداخلية و الاهتمام بها، حيث يشعر و هو يقوم بدور انتاجي أهميته في الحياة فيستعيد ثقته بنفسه، و يكون اختيار نوع العمل حسب قدرات المسن، ميوله و رغباته، فتمثلت أهدافه في:

- التخلص من التركيز على الانفعالات النفسية التي تسبب اضطرابات نفسية التي يعاني منها المسن.

- توجيه المسن الى عمل نشط مثل النجارة و الحدادة بحيث يستخدم هذا النوع من العمل مع ذوي السلوك العدوانى و حالات الاكتئاب و ذلك من أجل استرداد الامل في نفسية المسن.

- المساعدة في التعبير عن المشاعر و الاحاسيس.

يخصص للعلاج بالعمل قسم خاص مقسم الى ورشات، يشرف عليها أخصائىون في العلاج بالعمل و خبراء للتدريب في الحرف.

ومن ايجابيات هذا العلاج:

- تجنب الملل و الانشغال بما يفيد.

- تقليل التوتر النفسى، مما يقلل الاحتياج الى العقاقير و المهدئات.

- رفع الروح المعنوية للمسن عندما يحس أنه ينتج.

- اخراج المسن بعيدا عن نفسه و توسع اتصاله بالواقع.

- تهيئة حياة اجتماعية متفاعلو و ابعاد المعاق عن الانطواء.

3-3 الرعاية الاجتماعية للمسن:

*الاخصائى الاجتماعى

- تقديم تقييم شامل لظروف المسن الاجتماعية و التواصل مع أهله و مقدمى الرعاية.

- تنسيق لقاء أسرة المسن مع أعضاء فريق الرعاية للتواصل حول خطة الرعاية حسب الحاجة.

- تقديم المشورة لفريق رعاية المسنين حول تأثير المشاكل الاجتماعية و العاطفية على أداء المريض.

- وضع جزء خاص للعلاج الاجتماعي من خطة علاج المسن و ذلك يشمل التدخلات على المستوى الفردي و العائلي و الجماعي.
- تقديم التثقيف الطبي للمريض و عائلته و مقدمي الرعاية.
- القيام بالاتصال و التنسيق مع جهات الرعاية الاجتماعية داخل المراكز و خارجها للقيام بواجبها.
- تقديم المساعدة للمريض و عائلته و مقدمي الرعاية لاختيار المكان المناسب حسب حاجة المسن (الدمج الاجتماعي).
- تحفيز استقلالية المريض بتقديم الرعاية لمقدمي الرعاية للمسنين بتوفير خدمات الدعم و المشورة.⁴

3-4 أساليب الوقاية:

عندما يتقدم الفرد في الحياة تواجهه كثير من المشكلات و يصبح كبير السن كما كان طفلا يعتمد على الآخرين جسديا و اقتصاديا و اجتماعيا. ان الابناء يكبرون و يعيشون بعيد عن آبائهم الذين يشعرون بالوحدة، و بعدم الامان و عدم الرغبة فيهم، و تضعف حياتهم الجنسية مما يزيد شعورهم بالوحدة، و عدم الموائمة. و بالنسبة للرجال تمثل الاحالة على التقاعد عبئا جديدا يضاف الى ذلك فقدان أحد الطرفين الزوج أو الزوجة للأخر الى جانب الضعف الجسدي و الامراض المزمنة و المتاعب النفسية الناتجة من تغيير مفهوم الذات بالتقدم في السن. لذلك ينبغي أن توجه العناية المهنية و الصحية و الاجتماعية لمشاكل هذا القطاع الكبير من أفراد المجتمع.

يضاف الى ذلك ما يعرف بخراف الشيخوخة أو ذهان الشيخوخة، و الجدير بالذكر أن هذا الاضطراب يرجع للضغوط النفسية أكثر مما يرجع لتدهور المخ و يمكن أن تتحسن حالة المريض نوعا ما اذا شعر بأنه مطلوب و مرغوب فيه.

ان كبار السن يحتاجون الى الشعور بالرضى و بالامان و الانتماء و بالمواءمة و الحب و التعاطف و بالتقدير و الاحترام و بأنهم يستطيعون أن يزاولوا أعمالهم.⁵

⁴ موسوعة الطب النفسي الكتاب الجامع للاضطرابات النفسية و طرق علاجها نفسيا، عبد المنعم المنفي، مكتبة المربولي الطبعة الثانية 1995

⁵ عفاف عبد المنعم درويش، محمد جابر بريطع، الحركة و كبار السن، منشأ المعارف الإسكندرية 2000 ص 21

- ان الجانب الوقائي له دور كبير و فعال في معالجة مشاكل المسنين،حيث بادرت الكثير من الحكومات لوضع قوانين تحمي الافراد من اصابات العمل، و توفير وسائل الامن الصناعي كذلك الاجراءات الوقائية من حدوث الاعاقات مثل: التوعية بأساليب التغذية السليمة، التحصين ضد الامراض المعدية التي تؤدي الى اعاقات جسمية و حسية فالإكتشاف المبكر لكثير من الامراض، و العلاج منها يؤدي الى الوقاية من أي عجز ينتج عنها.⁶

⁶نفس المرجع السابق

ملخص الفصل الثاني:

ان سيكولوجية المسن تتميز عن المراحل الاخرى فهي تتسم ببعض الاضطرابات الجسمية و الاجتماعية و خاصة النفسية منها، فالمسن في هذه المرحلة نفسيته لا تخلو من حالات القلق و الاحباط و الاكتئاب حيث يعود ذلك الى التراجع في المكانة الاجتماعية و نقص العلاقات الاجتماعية ما يدفع به الى العزلة و الاحساس بالوحدة هذا ما يولد بدوره اضطرابات نفسية أخرى، و من هنا يجب أن يكون هناك تكفل بالمسن من جميع النواحي طبي، نفسي، اجتماعي لاعادة ادماجه داخل المجتمع و تحسيسه بمكانته التي لم تتغير بعد التغيرات التي طرأت عليه، مع تدعيمه بمجموعة من النشاطات الوقائية التي تحد من الوقوع في الاضطرابات.

تمهيد الفصل الثالث:

تختلف الآراء و النظرة نحو الشيخوخة من فئة الى أخرى و تيار الى آخر، فهناك من يرى أن الكبر في السن وقار و وصول الى اعلى درجات الاحترام و يعتبرها خبرة يجب الاستفادة منها، في الجانب الآخر هناك رأي آخر من المجتمعات التي تعتبر مجتمعات مادية أكثر فهي ترى أن الفرد اذا نفذت طاقته عن العمل يصبح وجوده كعدمه، في مقابل ذلك يأتي الموقف الاسلامي الذي وضع مرتبة المسنين في المراتب العليا و وضع لهم حقوق على أولادهم في العديد من الآيات لدرجة أن الله أقرن طاعته من طاعة الوالدين.

1- النظرة الاجتماعية للمسن:

1-1الموقف الايجابي نحو المسنين:

تتفاوت المواقف من الشيخوخة خلال العصور. فالحضارات الأولى التي قامت على الصيد والحرب لم تكن تنظر إلى الشخص الهرم بما يستحقه من احترام وما يستلزمه من عناية لأنه لضعف بنيته عالية على مجتمع يقوم على القوة وهو لذلك يبعد من السلطة وقد يشاهد مطروداً أو مهجوراً في الطرقات. ولما استتبت الحياة الزراعية واستقرت القبائل أصبح المسنّ محترماً في القبيلة ومعدوداً في الطبقة الراقية منها بل ربما انتخبته رئيساً لها.

- في إسبارطة كان هناك مجلس مؤلف من 28 رجلاً ممن تجاوزوا الستين وهم أعظم الناس شأنًا.

- وفي جمهورية البندقية كان الرؤساء غالباً من المتقدمين في السن. كذلك كانت سلطة الشيوخ هي القاعدة في البابوية.

- وفي عدد من الدول توكل قضايا البلاد إلى السياسيين الكبار في السن الضليعين في الخبرة والتجربة وليس نادراً أن يتولى الشيوخ السلطة ولا يتركونها إلا كارهين.

- وفي الصين كان - وما يزال - للشيخوخة مكاسب كبيرة. فمن حق الشيوخ أن يتحدثوا وواجب الشباب أن يصغوا إليهم. وهناك حكمة صينية تقول: "المفروض أن يكون للشباب الصيني أذنان يسمع بهما لا لسان يتكلم به" وعندهم إنه إذا كان عطف الإنسان على أولاده من سنة الطبيعة فإن الحضارة تقتضي أن يتعلم الصغار حب آبائهم وأجدادهم.

- كان يُنظر إلى الشيوخ الذين يقاومون مجرى الزمن على أنهم كائنات استثنائية يجتنبون الاحترام ولا يطرحون مسائل معقدة لضالة عددهم.

هناك مجتمعات كثيرة مجدت المسنين و جعلت منهم أشخاص ذوي أهمية و مكانة داخل المجتمع.

رغم أن هذه المرحلة التي يعتبرها الكثيرون أنها مرحلة الفشل و الضعف و الهوان و انعدام العطاء و هي المرحلة الاخيرة من العمر التي تقترب من النهاية، الا أن هناك الكثير من الافراد في مختلف المجتمعات استطاعت تحقيق طموحاتها و وصلت الى القمة في الابداع الا بعد الدخول في هذه المرحلة، و على ذلك شواهد في أقصى التاريخ:

Selon- هو أحد الحكماء السبعة في اليونان القديمة قال: **"اني أتقدم في السن و لا أكف عن طلب العلم."**

Sophocle- ظل سوفوكل يؤلف تراجمياتته حتى أقصى شيخوخته و استطاع بابداعه أن يكسب انصافه من القضاة عندما قاضاه أبناءه و طلبوا الاستلاء على أمواله بحجة نقصان عقله، فقام بقراءة آخر مسرحية له التي ألفها و هو في سن متقدم، فاستطاع اثبات عكس ما قاله ابنائه من خلال ابداعه.

- و كثيرا من عظماء اليونان هو ميروس، فيثاغورس، أفلاطون، سقراط و غيرهم.

كما في الحضارة العربية هناك الكثر من كان عطاءهم العلمي في الشيخوخة:

- **الجاحظ:** عمره ضكان طويلا و لم ينفك من التأليف و السخرية رغم شلله و مرضه.

- **الشيخ محي الدين بن عربي:** كتابه فصوص الحكم كان في آخر حياته.

- **أبو الريحان البيروني:** ألف كتابه الصيدلة بعد أن تجاوز الثمانين.

كما ظهر آخرون في العصر الحديث،

Louis Pasteur- أبدع في جميع مراحل حياته، خاصة في آخرها عندما أصبح كهلا

و مريضا و أصيب بنزيف دماغي جعله مشلولاً، أملاً نصا قري 'نه في الاكاديمية يقول

فيه: **"ما يزال عندي الكثير لأعمله، عالم كبير كامل يجب أن أكتشف عنه."**

و كثير من النابغين لم يظهروا الا بعد تجاوز الخمسين،

- روائع (غوني) الشاعر الالمانى

- النحات الفرنسي رودان فلم يعلو شأنه الا بعد الاربعين و قد عاش حتى بلغ 83 سنة.

- بيكاسو انجز انجازات هائلة و هو في سن متقدمة.

2-1 الموقف السلبي نحو المسنين:

بمثل ما هناك مجتمعات ارتقت و ارتفعت بواسطة تشجيعها لكبار السن و جعلت منهم محل

للثقة و محور تستفيد من تجاربهم، هناك مجتمعات عملت ما يقال عنه تدنيس المسن و

تحسيسه بأن ليس منه جدوى و أصبح و جوده كعدمه.

برغم ما أحرزته الحضارة الغربية من تقدم مادي وتكنولوجي في هذا العصر، الا أنها

وصلت الى انهيارها و فسادها عندما أهدرت قيمة البشر، و حولتهم الى مجرد آلات تعمل،

فاذا توقفت عن العمل بسبب عجز أو مرض أو شيخوخة ولا يوجد سبيل لتصليحها و لا حل الا التخلص منها.

فأصحاب هذه الحضارة المادية يبيحون القتل و يسهلون سبله، هذا ما يسمونه بالقتل الرحيم و الذي يستهدف أصحاب الامراض المزمنة و كبار السن، هذه العملية لها جذور منذ تمتد لعشرات السنين:

- انجلترا: عام (1936م) جمعية باسم "القتل بدافع الرحمة"، طالبت السلطات بإباحة الإجهاز على المريض الميئوس من شفائه، وتكرر الطلب، فرفض.

- أمريكا: كونت جمعية لهذا الغرض في أمريكا، وباء مشروعها بالفشل سنة (1938م)، وما زالت هذه الدعوة تكسب أنصارًا في هذه البلاد.

- ووصل الحدُّ ببعض هذه الدول إلى وضع تشريعات قانونية تسمح بهذا القتل، ولا تجرّم مرتكبيه من الأطباء وغيرهم، مثل هولندا، كما وصل الحدُّ ببعض الأطباء إلى اختراع الأجهزة التي تسهّل الانتحار للراغبين فيه، وأعدّت البرامج التلفازية لترويجه، ونُشرت الكتب التي تؤيده وتدعو إليه.

قولون: إن حياة بعض كبار السن والمرضى لا تساوي عدمها، وخير لهم أن يموتوا، وإن قيمة الحياة تقاس بمقدار مساهمة الإنسان إبداعًا وإنتاجًا، ويقولون أيضاً: ما قيمة الحياة عندما يصبح الإنسان معتمداً على غيره في قضاء حوائجه؟¹

3-1 الموقف الاسلامي نحو المسنين:

ان المتأمل في نظرة الإسلام إلى كبار السن؛ لتنبّدى له حقيقة ثابتة، ألا وهي أن الإسلام - من منطلق الكرامة الإنسانية التي قررها لكل فرد من بني آدم - قد اهتم بالإنسان في جميع مراحل حياته؛ حيث يقول الله تعالى :

"وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبُرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِّنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَىٰ

كَثِيرٍ مِّمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا" الاسراء:70

ومراحل حياة الإنسان هي قوة بين ضعفين؛ شباب بين طفولة وشيخوخة، وقد عبر القرآن الكريم عن ذلك في قوله تعالى:

"اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِّنْ ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِن بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِّن بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ" الروم: 54

فالإنسان لا محالة أي إنسان تبدأ حياته بطفولة ضعيفة، قد تنتهي بشيخوخة ضعيفة أيضاً إذا أمد الله في عمره، فيصبح في حاجة إلي رعاية غيره من أفراد المجتمع. لا يوجد دين عني بحقوق الشيوخ وكبار السن كما عني بها هذا الدين، فالإسلام يُعنى بالإنسان طفلاً، ويُعنى به صبيّاً، ويُعنى به شاباً، ويُعنى به كهلاً، ويُعنى به شيخاً، إنه يمضي مع الإنسان في رحلة حياته كلها، من المهد إلى اللحد، من صرخة الوضع إلى أنة النَّزْع، يشرّع لهذا الإنسان، ويوجهه في جوانب حياته كله. والإسلام يوجب علينا أن نرعى حقوق المسنين المادية وحقوقهم الأدبية؛ فالإنسان ليس مجرد حيوان يأكل ويشرب، الإنسان أكبر من ذلك، بعض الناس يظن أن أباه يحتاج إلى الأكل والشرب فقط، فيضعه في بيت للمسنين أو العَجَزَة - كما يسمونه، وهذه تسمية خاطئة، فلا يجوز أن نسميهم العجزة، إذ يمكن أن نسميهم (كبار السن)، أو (الشيوخ)، أو نحو ذلك - فإذا وضعه في هذه الدُّور، شعر أنه أدّى ما عليه، وهذا خطأ كبير؛ فالإنسان له أشواق وطموحات، وحقوق أدبية، ومن حق الأب والجد أن يعيش مع أولاده وأحفاده، ومن حق الأحفاد أن يستمعوا إلى حكايات جدهم، وأن يتعلّموا من تجاربه، من حقهم أن يؤنسهم، ومن حقه أن يؤنسه، أما أن ترميه في المصحّة، أو في دار العجزة، وتقول: لقد أدبت ما عليّ؛ فهذا لا يعرفه الإسلام، يقول الله تعالى:

"وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا إِمَّا يَبُلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أَفٍّ وَلَا تَنْهَرُهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا * وَاحْفَظْ لَهُمَا جَنَاحَ الذَّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا" الإسراء: 23-24²

2- ظاهرة دار العجزة:

دار العجزة ظاهرة مثيرة للجدل بصورة واضحة وتثير استنكار شريحة واسعة من مجتمعنا حيث يرفضها الكثيرون معتبرينها شكلاً من أشكال العقوق للوالدين، وجهة النظر هذه ترتبط بقيم دينية واجتماعية متوارثة في مجتمعنا، حيث انها تعتبر رعاية

²مسارح الراوي، سيكولوجية الشيخوخة و موقف الاسلام و التراث العربي من كبار السن، دار الياقوت للطباعة و النشر، عمان 2009 ص 32، 33،

الوالدين حين يكبران شكل من أشكال رد الجميل لهما.

مقابل الرؤية السابقة، تعتقد شريحة في مجتمعنا أن مبدأ دار العجزة يؤمن حلاً عملياً لمشكلة هرم أحد الوالدين وتحوله إلى عبء على أحد الأولاد أو بعضهم وذلك بعيداً عن المثاليات وكلام المبادئ التي يتحدث بها الآخرون.

2-1 الرأي الأول:

قد كان لقضية حقوق المسنين دور بارز في التشريع الإسلامي، بل وفي الفكر الإسلامي، لكن في ظل ابتعاد بعض الأفراد والمجتمعات عن هدي القرآن والسنة، وفي ظل حصول ظاهرة دار " :تغيرات اجتماعية واقعية، دخلت على المجتمعات الإسلامية ظاهرة جديدة هي العجزة أو المسنين" التي تحيل على وجود مشكلة اجتماعية ودينية وثقافية في المجتمع الإسلامي؛ ذلك لكونه قد نشأ على خصال عظيمة مبنية على مبدأ توقير الصغير للكبير، ورحمة القوي بالضعيف، وحصول المودة والرحمة بين أفراد الأسرة، كما أنه اتسم بواقع أسري مبني على تعاليم الدين الإسلامي الحنيف وأحكامه التشريعية، والأخلاقية والسلوكية التي تجعل من الحياة الاجتماعية حياة مملوءة بالحب والعطف، والحنان والاحترام والتقدير لكبار السن والإحسان إلى الوالدين، والعناية بهما، خصوصاً أثناء بلوغهما الكبر، فقد حث ديننا الحنيف على كبار السن من الوالدين، أو غيرهم، بآيات واضحة، وأحاديث راسخة لا تقبل عناصرها أي تأويل أو ترخيص أو استثناء مهما كانت الظروف.

تعريف دار العجزة:

عبارة عن مكان مخصص لإيواء أناس يتميزون بصفة الضعف والعجز، أو أناس وصلوا سن الشيخوخة، أو بلغوا من الكبر عتياً، فاتخذوا تلك الدار مأوى لهم، فهي إذاً عبارة عن فضاء استثنائي يجمع بين أناس يتميزون بصفة الضعف، وأناس خانتهم أيام الاستقرار والدفء العائلي، وتخلى عنهم أبناؤهم في ظرف من الظروف بعد أن بلغوا من الكبر عتياً، وبعد أن وصلوا إلى مرحلة تستوجب العناية المثلى، وهي عبارة عن مأوى لمن انقطعت أسباب الوصال بينهم وبين أهليهم، وهي دار تضم بين جدرانها أشخاصاً رمتهم ظروف صحية ونفسية في ظل التهميش المجتمعي، فوجدوا أنفسهم في مواجهة هموم الحياة، فلم يجدوا مسكناً ولا منزلاً ولا محلاً إلا ذلك الحزن، الذي يمنحهم بعضاً من الدفء، ومهما

كان ذلك الدفاء فإنه لن يعوض الحنان الأسري، ولن يصل إلى درجة الدفاء العائلي أبدًا.
أسباب ظهور دار العَجْزة:

تعتبر ظاهرة "دار المسنين" أو "دار العجزة" ظاهرة دخيلة على المجتمع الاسلامي، ذلك لانه مجتمع يتميز عن غيره من المجتمعات ب: التضامن و التآزر و التراحم، و تتميز المجتمع الاسلامي عن غيره من المجتمعات بذلك هو ما يكشف الستار عن كون الظاهرة ليست من أصولنا و لا من ثقافتنا، و لا من صميم هويتنا، و انما هو حل و بديل غربي، لا يمت الى ما نحن عليه من القيم و البادئ بصلة، فهو حل و بديل ليس منا و لسنا منه، بل الذي رمانا به و أملاه علينا، و غزانا به فكرا و حسا، قد ابتغى من وراء ذلك مرادا، هو القضاء على أواصر المحبة و الاخوة التي تجمع بين أفراد المجتمع الاسلامي، و القضاء على خلق اسلامي عظيم نزل به وحي السماء حلا لجميع مشاكل الضعف و العجز بين صفوف المسلمين، ألا و هو خلق التضامن و التكافل، و على هذا الاساس فان ظاهرة "دار العجزة" ظهرت في أول امرها في المجتمعات الغربية، يطبعها التفكك الاسري و عقوق الوالدين، و انتشار الانانية، و انطفاء جذوة الحب بين الابناء و الاحفاد.

فلا عجب أن نرى هذه المجتمعات الغربية تستفحل فيها هذه الظاهرة، لانها مجتمعات تشكل المجال الاستراتيجي لتنمية و تغلغل ما يكون وراء ذلك من الاسباب، فالظاهرة واحدة و أسبابها متعددة و أهمها ما يلي:

- ابتعاد تلك المجتمعات عن مصدر الرشد وسبيل الاهتداء، الذي يمثله قبس الوحي ونور النبوة.

- انتشار القيم المادية.

- تفكك أواصر المحبة بين الابناء و الالاء.

- طغيان الاهتمامات الفردية و المصالح الشخصية على أفراد الاسرة الغربية.

- نكران جميل المسنين و النظرة اليهم نظرة الاحتقار.

أسباب رفض المجتمع الاسلامي لدار العجزة:

- كونها ظاهرة دخيلة على المجتمع الاسلامي، و تأييد انتشارها يدخل في اطار تشجيع الغزو الثقافي الغربي على العالم الاسلامي.

- تشجيع للعقوق، اذ بانتشارها سيصبح التخلي عن المسنين أمرا عاديا و تكون بذلك محفزة
للأفراد على التنصل من مسؤولية رعاية المسنين و الاعتناء بهم، و سيؤدي ذلك الة
التملص من الروابط الأسرية، و سيجعل الاواصر العائلية مفككة.
- انتشارها دليل على اندثار القيم الإسلامية التي تأمرنا ببر الوالدين و أمثالهم من كبار
السن.

- تتشابه حالة المسن مع حالة الطفل الصغير مما يستوجب التعامل معه بلطف و لين و هذا
لايتحقق الا في حضن الأسرة.

بدائل و حلول لدار العجزة:

نظراً لغياب توافق اجتماعي حول ظاهرة دار العجزة و نظراً لكون نسبة كبيرة ترفض
انتشار هذه الظاهرة لأسباب منطقية، فقد اقترن هذا الرفض بحلول وبدائل يراها
المعارضون مناسبة للاستغناء عن هذه الظاهرة، وهذه الحلول والبدائل تتلخص فيما يلي:

- تأكيد وتأصيل القيم والتعاليم الدينية.

- تعزيز دور الأسرة في رعاية كبار السن.

- توعية المجتمع بخطورة التخلي عن المسنين.

- سن تشريعات تعاقب كل من تخلى عن مسن.

- تنوير العيين ببر الوالدين.

- الدعوة إلى الإنفاق ودفع الزكاة وعلاج العجز عن طريق التكافل الاجتماعي.

2-2 الرأي الثاني:

إذا كانت دار العَجَزَة لم تحظَ بالقبول لدى أغلب الفئات، لكون الظاهرة دخيلةً على المجتمع
الإسلامي، ولأسباب سلف ذكرها، فإن ذلك لم يمنع بعض الفئات من الحديث عن الجانب
الإيجابي لهذه الظاهرة؛ وذلك لكونها لا تحيل دوماً على العقوق، كما أن ظهورها مرتبط
بأسباب منطقية ومبررة، فالتخلي عن المسنين، وظاهرة التشرد، والتسول، في نظر هؤلاء
حقائق لا سبيل إلى إنكارها، فهي تحتاج إلى حلول عملية، ومن بين هذه الحلول: إنشاء دور
مخصصة لإيواء صنف معين ومحدد من العَجَزَة، فإنشاء دار العَجَزَة في نظر هؤلاء أمر
مرغوب فيه بشرط أن تكون خاصة بالمسنين المنقطعين الذين ليس لهم أقارب وفقدوا جميع

أفراد أسرهم، ولا يجوز اتخاذها بديلاً لرعاية من لهم أهل أو أولاد أو إخوة إلا في الحالات الاستثنائية التي تتطلب رعاية خاصة لا تتوفر في الأشخاص العاديين.

يقول المؤيدون لدور العجزة بأنه لا يجب أن نكون ضد وجود دور رعاية المسنين، لأن البعض قد يحتاجها حقاً، فإذا لم يكن للمسن أبناء يقومون برعايته، و له ابن معاق، ففي هذه الحالات يكون وجود دور المسنين ضروري، و على الجهات الحكومية عدم التقصير في هذا الجانب و يجب الحرص على تطوير خدماتها.³

أهمية دور رعاية المسنين:

تعتبر دور المسنين الحل النهائي لتقديم الخدمات لكبار السن الأصحاء، أو الذين يعانون من الأمراض ولا يوجد من يقدم لهم الرعاية من عائلاتهم، حيث قد يصبح من المستحيل على العائلة تقديم الخدمة الكبيرة للمسن نتيجة مشاكل نفسية أو جسدية أو مادية، أو عدم وجود أقارب يقدمون الخدمة، وتكون هذه الدور في الغالب مملوكة لشخص ما أو مجموعة من الأشخاص كنوع من الاستثمار، وبعضها مملوكة للدولة وتشرف عليها، وتتنوع طبيعة هذه الدور حسب الخدمة التي تقدمها والمرضى الذين تستقبلهم. تقدم هذه الدور جميع الخدمات للمسن، من علاج وتقديم الفحص الدوري له، كما أنها تقدم الرفاهية والرعاية النفسية للمريض، وتساعد على إشراك المسنين في النشاطات التي يحبونها وتزيد من قدرتهم على التواصل مع غيرهم من الأشخاص وبناء العلاقات الاجتماعية، كما أنها تقدم التعامل اللطيف والاستماع للمسن في حديثه، ففي معظم الحالات يشعر المسن بالملل والضجر؛ لعدم تفرغ الأبناء وانشغالهم بأعمالهم، وفي الغالب عندما يدخل المسن إلى الدار فإنه يعاني من الاكتئاب، ويعتبرها الخطوة الأخيرة قبل الموت، وتخلي الجميع عنه لذلك فإنه يحتاج إلى عملية إعادة تأهيل نفسي. على الرغم من انتشار دور المسنين في البلدان العربية إلا أن العلاقات الاجتماعية بين الأفراد ما زالت قويةً وترفض بعض العائلات فكرة مثل هذه الدور، فالعادات والتقاليد ورثت أهمية المسنين في الحياة وأنهم هم سبب البركة والبساطة، ومراعاتهم والعناية بهم من واجبات أقاربهم مهما بلغت درجة القرابة.⁴

³ Elbahethoun.com

⁴ خديجة حمو علي، علاقة الشعور بالوحدة النفسية بالاكتئاب لدى عينة من المسنين المقيمين بدور العجزة و المقيمين مع ذويهم، معهد علم النفس

ملخص الفصل الثالث:

من خلال دراسة موضوع الشيخوخة نظريا، توصلنا الى أن الفرد منذ دخول مرحلة الشيخوخة و هو يعاني من سلبيات هذه المرحلة أكثر من ايجابياتها، اضافة الى ما يزيد الامر تعقيدا هو التواجد داخل المركز فتنأزم الحالة السيكولوجية للمسن فنتولد لديه عدة اضطرابات نفسية كالاحاساس بالنقص و العزلة خاصة الاكتئاب و القلق الدائمين، هذا بالنسبة الى النظري اما الجانب التطبيقي يبين مدى معاناة المسن في هذه المرحلة و الى أي مدى يكون الفرق في سيكولوجية المسن بين المقيم داخل المركز و المسن في محيطه العائلي.

1- منهجية البحث:

المنهج المتبع في البحث الميداني هو المنهج العيادي بهدف توضيح و تبيان مدى تأثير المعاش النفسي للمسن المقيم في دار المسنين، كذلك للتعريف بأهم الاضطرابات السيكولوجية المزرية التي يعاني منها المسن داخل المؤسسة.

تتمثل أهمية و أهداف هذا المنهج أنه يتعمق أكثر في الدراسة الفردية و يعطي صورة اكلنيكية لكل حالة، أما أدوات البحث فتمثلت في كل من الملاحظة و المقابلة العيادية. المقابلة فكانت موجهة و أحيانا غير موجهة و ذلك لتوفير الثقة و الراحة النفسية و ذلك بهدف تهيئة الحالة للتكلم بحرية و راحة.

فأما المقابلة الموجهة بهدف جمع و استقصاء المعلومات الكافية عن الحالة، أما الاداة أو الوسيلة الاخيرة فكانت تطبيق الاختبارات التي تساعد على كشف الصراع النفسي و المعاناة الداخلية التي يعيشها المسن خلال مرحلة الشيخوخة والأكثر أهمية هو البعد عن العائلة التي لها دور فعال في التخفيف من الضغط الذي يعيشه أي مسن لاسيما المقيم في دار العجزة.

1.1 الملاحظة العيادية:

تعتبر من أهم الادوات المستخدمة في الدراسات الوصفية و تكمن أهمية تلك الاداة في في جمع البيانات المتعلقة في كثير من انماط السلوك التي لا يمكن دراستها الا بواسطة تلك الاداة، كما ان الملاحظة العيادية يمكن استخدامها في بحث و صفي لدراسة سلوك المسنين و تصرفاتهم و كذا الهيئة الخارجية و الانفعالات و حتى لحظات الصمت فهي معبرة و لها احياءاتها كالاتحاد بالوحدة أو عدم الانتماء الى الجماعة أو عدم تقبل الوضع الحالي الذي وصل اليه.

2.1 المقابلة العيادية: المقابلة هي محادثة أو حوار موجه بين الباحث من جهة و شخص أو أشخاص اخرين من جهة اخرى بغرض جمع المعلومات اللازمة للبحث و الحوار و يتم

طرح مجموعة من الاسئلة من الباحث التي يتطلب الاجابة عليها من الاشخاص المعنيين بالبحث.

اقتصرت المقابلات خلال هذه الدراسة على أخذ المعلومات عن طريق التحاور مع الحالات بهدف توضيح الاعراض النفسية الناتجة عن كونه مسن من جهة و أنه داخل دار المسنين من جهة أخرى، و تكون بطريقة موجهة أي عن طريق الكلام، أو غير لفظية والتي يدخل فيها: الإيماءات، طريقة الجلوس، النظافة... الخ.

خصص لكل حالة 4 مقابلات عيادية كانت ما بين 30 الى 45 دقيقة، و كانت تحدد حسب الحالة و استعدادها و كذا رغبتها في مواصلة الحديث.

المقابلتين الاولى و الثانية كانت على شكل مقابلة حرة كلقاء تحضيرى للحالة، خاصة الحالات المتواجدة داخل المركز، من خلال هاتين المقابلتين تم الاتصال بالحالة و التعرف عليها و كسب ثقتها نوعا ما، مع التعريف بدور الاخصائي و اطلاع الحالة على أخلاقيات المهنة من أهمها السرية حتى يتاح للحالة التحدث بكل حرية، كما كان الهدف كذلك في هاتين المقابلتين جمع المعلومات عن الحالة: تاريخ الحياة الشخصي و العائلي و الكشف عن أهم التغيرات النفسية و الاجتماعية التي طرأت على مسار حياة الحالة.

أما المقابلة الثالثة و الرابعة فكان الهدف منها تطبيق مجموعة من الاختبارات حتى يتم دراسة المعاش النفسي و التي تمثلت في:

مقياس الاكتئاب Beck للكشف عن شدة الاكتئاب التي تعاني منها الحالة.

مقياس القلق Hamilton للكشف عن درجة القلق التي يعاني منها و تأثيره عن الحالة النفسية

و ما مدى وجود الفرق في الشدة بين المسنين المقيمين في المراكز و المتواجدين في المحيط العالي.

3-1 دراسة حالة:

تمثلت في دراسة حالات لمسنين داخل دار المسنين و آخرون في محيط عائلاتهم للتمكن من فهمهم و تفسير سلوكهم و تحديد مشكلاتهم مع تحليل المعلومات التي جمعت من أجل الوقوف على ما يعاناه المسن و الكشف على المعاش النفسي و الظروف التي تحيط به للوصول الى تقرير تظهر فيه الصورة الحقيقية للواقع السيكولوجي الذي تعيشه فئة المسنين داخل المراكز وكذا خارجها.

4-1 سلم تقويم الاكتئاب Beck:

هو وسيلة لتقدير الاكتئاب و تحديد نوعه و شدته، و هو يمثل محاولة مبكرة و ناجحة لقياس درجة الاكتئاب في الشخصية و كذا نوعيته.

مقياس Beck للاكتئاب هو مقياس تقييمي يتكون من 21 مجموعة من الاسئلة و كل مجموعة تصف أحد الاعراض السريرية للاكتئاب، فالنتيجة في النهاية تمد الشدة الاجمالية للاكتئاب بالدرجات و يمكن حتى أن تقدر الميولات الانتحارية.

5-1 سلم تقويم القلق Hamilton:

يعطي درجة كمية معتمدة على وجود بعض الاعراض الجسمية و النفسية أو اذا استخدم استخداما سليما فان الدرجات تكون مؤشرا يوثق به لتسجيل تحسن المريض.

- يشمل المقياس 14 عرضا مركبا مركبا يكون مجموع درجاتها مقياسا كميًا لدرجة القلق، و عادة ما يطبق قبل بدء العلاج ثم يطبق دوريا لمعرفة مدى التحسن.

2- مكان الدراسة:

دار المسنين لولاية مستغانم، تقع بالدبدابة بلدية صيادة، فتح المركز سنة 1998.

بموجب مرسوم تنفيذي 113/12 المؤرخ في 03/07

يسع المركز مساحة 1/4 هكتار.

يتميز المركز بنظام داخلي يتكفل بفئات:

-المسنون البالغون 65 سنة فما فوق(الاشخاص المحرومين)

-مسنون محرومون بدون روابط اسرية.

-وضعية اجتماعية صعبة.

يتم الدخول الى المركز بطلب مرفق بملف حددته الوزارة، كما يتم الدخول ب طلب من مصالح مكلفة بالنشاط الاجتماعي للولاية (الشرطة،الوكيل العام،وكيل الجمهورية،رئيس البلدية).

كما يقدم خدمات ينص عليها القانون.

تمثلت أهمية المركز في دوره و أهدافه.

دور المركز:

- أي شخص يكون ينتمي الى احدى الفئات التي ينص عليها القانون يمكنه الالتحاق بالمركز.

أهدافه:

- التخفيف من نسبة الاشخاص المتخلى عنهم من طرف عائلاتهم أو في وضع صعب.

- محاولة خلق جو عائلي يخفف من معاناة الافرد و احساسهم بالضياع.

- اعادة بناء الحياة النفسية حتى يتسنى له تقبل الذات و كذا الواقع.

- يسعى المركز الى اعادة الافراد الى الدمج الاجتماعي و العائلي.

- توفير العناية الصحية و النفسية.

- تقديم جملة من البرامج و النشاطات الترفيهية.

مكونات المركز:

-المكونات المادية:

الادارة: تنقسم الى قسمين:

القسم الاول:

6 مكاتب (المدير،المقتصد،سكرتيرة،متصرف اداري،محاسب مالي،نائب المقتصد،عون اعلام آلي،المكلف بالمخزن.)

القسم الثاني:

3 مكاتب (المراقب العام،الاخصائي النفساني،المساعد الاجتماعي).

التربوي الاجتماعي:

الطابق السفلي:

24 غرفة،غرفة تلفاز،قاعة الاستقبال،حمام،قاعة محو الامية

الطابق الاول:

24 غرفة،غرفة تلفاز،قاعة الاستقبال،حمام

بالاضافة الى المطبخ،العيادة،قاعة الحفلات،بياضة،غسالة

المكونات البشرية:

طاقة استعاب المركز 96 فرد من الجنسين

ملاحظات حول المركز:

- وجود الاختلاط بين الفئات في نفس الجناح الذي يكمن في الاختلاط في السن و الحالة الصحية.
- عدم توفير الرعاية الصحية التامة من أطباء متخصصين و ممرضين.
- اختلاط في أدوار العمال مما يجعل المربي يعمل عمل الممرض و غياب المختص الاجتماعي مما يجعل النفسي يعمل المختص الاجتماعي و هذا ما يخلق عبئ على النفسي.
- عدم التخصص بفئة معينة مما يجعل استحالة التكيف بين المقيمين و كذا استحالة التكفل.
- عدم وجود عمال ذوي كفاءات.
- انعدام الامكانيات التي تساعد الاخصائي في عمله.
- التناقض الكبير بين اسم المركز والواقع المعاش.

3- تقديم الحالات:

اجريت الدراسات على عينة تتكون من 4 حالات من كلا الجنسين وهم مسنون تتراوح أعمارهم ما بين 65 سنة الى 87 سنة.

حالتين مقيمتين داخل المركز و حالتين تعيشين في وسط عائلتيهما.

اختيار العينة لم يكن عشوائيا بل تم التعرف على الحالات الموجودة في المركز بعدها تم اختيار العينة المناسبة لموضوع الدراسة على حسب السن بالاضافة الى حسن اللغة حتى يسهل تطبيق مقياسي الاكتئاب و القلق اللذين تتم من خلالهما التوصل لدرجة المعاناة في الامن و الاحزان و الشعور بالوحدة للدخول في هذه المرحلة من جهة و التواجد داخل المركز من جهة اخرى خاصة بعد فقدان دفي الاسرة و المكانة الاجتماعية و كذا المكانة بين الاصدقاء .

كذلك يتم من خلال مقياس الاكتئاب و كذا القلق الكشف عن الحالة النفسية التي قد تؤدي الى الانهيار أو حتى الى الانتحار.

4- عرض و تحليل نتائج الحالات:

1-4 الحالة الاولى:

المعلومات الاولى:

الاسم: س-ع.

السن: 60 سنة.

الجنس: أنثى

الوضع الاجتماعي: متزوجة

مقر الإقامة: دار المسنين-مستغانم-

سبب الدخول: تدهور الوضعية الاجتماعية و المالية(عدم وجود مأوى)،ليس لديها اسرة و أولاد لعدم الانجاب، انعدام العمل و الدخل.

الحالة الصحية: القولون العصبي، القرحة المعدية، الصداع النصفي.

نتائج المقابلات:

الحالة جد اجتماعية و مرحبة بأي شخص يخلق معها علاقة.

بعد موت زوجها الذي دخلت معه القفص في السن 19 و الذي كانت خلال حياتها معه لا تعرف الشارع قط و لا حتى زيارة الاقارب الذين انقطعت اخبارهم عنها منذ زواجها، فحتى قبل ذلك كانت قد فقدت اي اتصال مع والدتها التي انفصلت عن والدها و أعادت الزواج، رغم ذلك إلا أن الحالة كانت مرتاحة مع زوجها و اعتادت على بعد أهلها إلا أنها لم تحظى بأطفال الى أن توفي الزوج، لم تعرف الحالة كيف تتصرف بعد أن كانت لا تملك

أي وسيلة للاتصال بالأهل بقيت على ذلك الحال الى أن فقدت البيت الذي كان يحويها مع زوجها لأنه لم يكن ملكا لهما.

دخلت الحالة المركز عن طريق الشرطة الذين استنجدت بهم، فالحالة الى حد الساعة لا تعلم مكان وجود أهلها و ان كانوا على قيد الحياة أو غير ذلك.

لم تكن عملية الاتصال صعبة على عكس ذلك فهي كانت جد مرحبة،

أما عن المزاج فهي عصبية نوعا ما مع زميلاتها إلا أن لها علاقات وطيدة مع أغلبهن، فمعظمهم يتكلمون عنها بالحسنى.

للحالة نظرات حزينة تظهر خاصة في لحظات الصمت هذه الاخيرة التي بدورها تتخللها تنهيدات طويلة و جد مؤثرة، تتحسر الحالة على ما وصلت اليه و تتمنى أن يعود بها الزمن الى الوراء و تعمل و تحتفظ ببيتها و حياتها و لا تدخل المركز وحتى أنها تتمنى لو يعطيها حظها يوما ما و تعيد حياتها مع رجل آخر و لا تبقى داخل المركز هذا الاخير الذي تصفه بالسجن فهي تقول حتى الذي فالسجن فهو معاقب لذنب قام بفعله أما نحن فما هو ذنبنا الذي نحن بصدد دفع ثمنه.

أجوبة الحالة منظمة، أما في مجال اللغة و الكلام فهي جيدة و أفكارها واضحة و متسلسلة، كما أنها تستحضر الماضي على شكل أفكار منظمة بالإضافة الى قدرتها على التركيز.

أما عن التصرفات فليس هناك أي نشاط يمارس داخل المركز يخفف المعاناة سوى مشاهدة التلفاز وسط المقيمين أو الخروج الى رحلات من اونة الى اخرى.

المعاش النفسي للحالة داخل المركز:

الحالة تعيش وسط مجموعة من المقيمين على اختلاف جنسهم و أعمارهم و كذا سبب دخولهم المركز.

تقضي الحالة أغلب وقتها جالسة أو مستلقية في المكان المخصص لها، تتجاذب أطراف الحديث مع زميلاتها ، تحاول الحالة دائما ان لا تكون وحيدة فهي لها علاقات مع جميع المقيمت تقريبا على غير حالات أخرى التي تفضل أن تبقى وحيدة.

تطمح الحالة الى غد أفضل، رغم ان الحالة لا تكبت و تتحدث عن معاناتها و ما يؤلمها الا أن من يتحدث اليها يلمس حزنها و احساسها بنقص الحنان هذا ما يترجم من خلال نظراتها و ايماءاتها و حتى من خلال لحظات الصمت الطويلة و ما زاد الطين بلة هي تلك الامراض السيكوسوماتية التي تعاني منها الحالة ما جعلها ترفض جميع عروض الدمج الاجتماعي التي جاءت.

عرض نتائج مقياس BECK للحالة الاولى:

03	1- الحزن.....
04	2- التشاؤم من المستقبل.....
02	3- الاحساس بالفشل.....
01	4- السخط و عدم الرضا.....
02	5- الاحساس بالندم او الذنب.....
01	6- توقع العقاب.....
01	7- كراهية النفس.....
01	8- ادانة الذات.....
00	9- وجود أفكار انتحارية.....
00	10- البكاء.....
02	11- الاستثارة و عدم الاستقرار النفسي.....
02	12- الانسحاب الاجتماعي.....
00	13- التردد و عدم الحسم.....
00	14- تغير صورة الجسم و الشكل.....
04	15- هبوط مستوى الكفاءة و العمل.....
02	16- اضطرابات النوم.....
02	17- التعب و القابلية للارهاق.....
02	18- فقدان الشهية.....
02	19- تناقص الوزن.....
01	20- تأثر الطاقة الجنسية.....
01	21- الانشغال عن الصحة.....

عرض نتائج مقياس Hamiltoun للحالة الاولى:

01	1- عسر المزاج...
01	2- التوتر
00	3- الخوف
03	4- الارق
00	5- الذاكرة
02	6- المزاج الاكتئابي
02	7- السلوك خلال المقابلة
03	8- المشاعر الجسمية (الحسية)
01	9- المشاعر الجسمية (العضلية)
00	10- أعراض القلب و الاوعية الدموية
03	11- أعراض تنفسية
03	12- الاعراض المعوية الدموية
01	13- أعراض المسالك البولية
02	14- أعراض خاصة بالجهاز العصبي المستقبل

نتائج مقياس Beck للاكتئاب للحالة الاولى:

تم اجراء الاختبار السابق ذكره على ضوء المقابلات السابقة، كانت النتيجة 33 نقطة وهذا ما يتطابق مع التصحيح أن الحالة تعاني من اكتئاب شديد و الذي ظهر من خلال بعض فقرات الاختبار و كانت فيها الدرجات مرتفعة: الحزن=03، التشاؤم من المستقبل=04، هبوط مستوى الكفاءة و العمل=04، و من هنا نستنتج أن الحالة ينتابها شعور بالحزن و خوف من ما ينتظرها في المستقبل و هذا ما يجعل الحالة تتشاءم من المستقبل أما الافكار الانتحارية فهي منعدمة.

نتائج مقياس Hamiltoun للقلق للحالة الاولى:

كانت النتيجة 22 نقطة كما جرى الحال على المقياس السابق من خلال المقابلات تم كذلك اجراء مقياس القلق على الحالة، تظهر مجموعة من الملاحظات التي تثبت وجود حالة من القلق و هي تتمثل في وجود أرق ب 3 نقاط فوجود الارق هو مؤشر للقلق، كما كان من نصيب المشاعر الجسمية 3 نقاط فالحالة لها احساس بأن أعضاؤها الحسية في تنازل من الناحية الوظيفية و هذا ما يجعلها أكثر قلق بالإضافة الى اضطرابات أخرى في التنفس و الاوعية الدموية، هذا ما يجعل الحالة تحس بالتعب عند القيام بأبسط الاعمال و الدخول في دوامة من القلق و حالة من الاكتئاب عند تفاقم هذه الاعراض.

تحليل المقابلات:

من خلال دراسة الحالة "س.ع" يظهر أن الحالة تعاني صراع نتيجة الملل داخل المركز و كذا الندم على دخوله و كان ذلك يظهر من خلال تعبيرها المباشر و اللفظي على ما تعانيه، فهي في أغلب أوقاتها تحاول جاهدة كسر الروتين و الملل الذي تعيشه من خلال خلق علاقات مع المقيمين أو حتى العمال بالرغم من هناك أوقات تنعزل الحالة عن الجميع لتنفرد بنفسها.

تبين من خلال تطبيق مقياسي القلق و الاكتئاب، أن هناك اختلاف في حدتهما فالالاكتئاب تحصل على 33 نقطة أي اكتئاب شديد و يظهر هذا في النظرة التشاؤمية من المستقبل، أما عن القلق 22 نقطة أي قلق متوسط قد يترجم الى وجود صراع و ضغط داخليين.

القلق و الاكتئاب هما شعوران يعبران عن العجز و النقص و هي أعراض تعيق أي شخص مسن خاصة عند المواقف الجديدة مثل الدخول الى دار العجزة.

2-4 الحالة الثانية:

المعلومات الاولية:

الاسم: ف.م

السن: 88 سنة

الجنس: ذكر

الوضع الاجتماعي: متزوج

مقر الإقامة: دار المسنين-مستغانم-

سبب الدخول: تدهور الوضعية الاجتماعية و المالية (عدم وجود مأوى). تخلي الزوجة عنه أما الابناء فليديه ابنة متزوجة و لها حياتها الخاصة.

الحالة الصحية: a.v.c

نتائج المقابلات:

الحالة اجتماعي و على وجهه ابتسامة لا تفارقه، سريع الدخول في أي علاقة و مع أي شخص.

- بعد موت الزوجة الاولى أعاد الحالة م.م الزواج بامرأة أخرى بعد أن كان قد غير مقر سكنه بحكم مكان عمله و قد كانت الزوجة الثانية من هذه المنطقة، كان ف.م مدمنا على شرب المواد الكحولية و هذا ما جعل الزوجة تنكد عليه على حد قول الحالة عند أي دخول له الى المنزل، بالضافة الى أن كانت تراودها شكوك بأنه يخونها و هذا ما دفعه الى الادمان أكثر.

الحالة كان مقاولا مما جعله شخصا ذو مال و جاه، قبل أن يخالفه الحظ في احدى المرات و خسر كل ما لديه بعد فشل مشروعه و حجز على أمواله من طرف البنك، فسارع الى وهب البيت الى الزوجة حتى يتبقى له مكان يأويه، بعد مدة وجد نفسه في الشارع بعد أن تحجبت الزوجة بأنها تشك فيه و طلبت الطلاق.

ليس للحالة أبناء مع الزوجة الثانية، لديه فقط ابنة من الزوجة الأولى الا أن لها حياتها الخاصة فهي متزوجة و لها أطفال، يتصل ف.م بابنته بين الحين و الآخر و يقوم بزيارتها الا أنه يرفض البقاء عندها.

- دخل الحالة المركز بمحض ارادته مستجدا طالبا مأوى يحتويه بعد أن باءت محاولاته مع بالفشل مع زوجته.

- كان الاتصال سهلا مع الحالة بعد تقديم الاخصائية النفسانية بمهامي و ما أرجوه منه.

- يتحدث الحالة وهو متحسر على ما وصل اليه مرددا: "كي كنت و كي وليت... " حتى أنه لا ينتظر مني الاسئلة فيحكي عن ماضيه و انجازاته متفاخرا بذاته.

- مزاج الحالة ف.م هادئ جدا فهو لا يتحدث الى المقيمين كثيرا الا في حالات نادرة، كونه يرى نفسه أنه أهم منهم و ذو مكانة اجتماعية مرموقة، أما مع العمال فهو محبوب بينهم فهم ينادونه "عمي محمد" يلبون رغباته، يبتسم و يقول أن روح الدعابة لديه جعلته يسرق قلوبهم، فالابتسامة لا تفارق شفاهه، رغم ذلك فنظراته يتخللها حزن و عند التعبير عن موقف ما تكون الدموع سريعة الحضور.

يتأسف عن المرحلة الاخيرة من حياته التي يمر بها عكس المراحل الاخرى من حياته التي خلالها لم يفكر فيها.

- الاتصال مع الحالة كان جد سهل و المزاج اتجاها يمكن القول أنه كان عميق، حيث أنه كان يتعامل بتلقائية و حرية وحواره مليء بالانفعالات و الاهتمام الوجداني، حتى أنه لا ينتظر الاسئلة، عاطفته كانت متمثلة في احساسه بذاته و كبريائه، الذاكرة لا بأس بها فهو يأخذ وقتا ليس بكثير لتذكر الاحداث فيبدو لديه وضوح و تنظيم في مجال الوعي، الحالة متفائل بقوله "الحمد لله".

أما عن اللغة و الكلام فهو واضح، ليس لديه أي اضطراب لغوي، كما أنه يحسن اللغة الفرنسية.

المعاش النفسي للحالة في المركز:

يعيش الحالة في المراكز منذ 15 سنة الا أنه مقيم في المركز لحالي منذ 4 سنوات، بالنسبة للعلاقة بالزملاء فهي علاقات سطحية مع من هم من حوله من مسنين، فهو يقول أنه لا يريد الاحتكاك بهم لان ليس لديهم نفس المستوى الثقافي للنقاش فعلاقته معهم تكاد تكون منعدمة. الحالة دائم التواجد في الغرفة بسبب الوضع الصحي، بالاضافة أنه يفضل البقاء وحده، وفي المواسم و الاعياد يخرج من المركز قاصدا منزل ابنته بعد مدة يعود الى المركز. الحالة تحس بارتياح في المركز، فهو يحظى بالعناية بالاضافة أن له مدخول مالي من تقاعده يؤمن له متطلباته الغير متوفرة في المركز. أما عن العلاقة مع العمال فهي حسنة و يعاملونه جيدا.

نتائج مقياس Beck للحالة الثانية:

04	1- الحزن.....
02	2- التشاؤم من المستقبل.....
00	3- الاحساس بالفشل.....
00	4- السخط و عدم الرضا.....
02	5- الاحساس بالندم او الذنب.....
03	6- توقع العقاب.....
04	7- كراهية النفس.....
03	8- ادانة الذات.....
01	9- وجود أفكار انتحارية.....
01	10- البكاء.....
01	11- الاستثارة و عدم الاستقرار النفسي.....
00	12- الانسحاب الاجتماعي.....
00	13- التردد و عدم الحسم.....
00	14- تغير صورة الجسم و الشكل.....
02	15- هبوط مستوى الكفاءة و العمل.....
02	16- اضطرابات النوم.....
01	17- التعب و القابلية للارهاق.....
02	18- فقدان الشهية.....
00	19- تناقص الوزن.....
03	20- تأثر الطاقة الجنسية.....
00	21- الانشغال عن الصحة.....

عرض نتائج مقياس Hamiltoun للحالة الثانية:

02	1- عسر المزاج...
00	2- التوتر
00	3- الخوف
03	4- الأرق
01	5- الذاكرة
01	6- المزاج الاكتئابي
00	7- السلوك خلال المقابلة
01	8- المشاعر الجسمية (الحسية)
01	9- المشاعر الجسمية (العضلية)
00	10- أعراض القلب و الاوعية الدموية
00	11- أعراض تنفسية
02	12- الاعراض المعوية الدموية
01	13- أعراض المسالك البولية
00	14- أعراض خاصة بالجهاز العصبي المستقبل

تحليل نتائج مقياس Beck للاكتئاب للحالة الثانية:

على ضوء المقابلات تم اجراء الاختبار السابق ذكره، و كانت النتيجة 31 نقطة، تتطابق هذه النتيجة في تصحيح الاختبار هو اكتئاب شديد و الذي ظهر من خلال الفقرات التالية التي كانت فيها الدرجات مرتفعة: هبوط مستوى الكفاءة و العمل و اضطرابات النوم و تناقص الوزن و الطاقة الجنسية،

رغم أن الحالة ليست لديها أفكار انتحارية بسبب الوازع الديني الا أننا نستنتج أنها تعاني الاكتئاب بسبب الحالة الصحية المتدنية.

تحليل نتائج مقياس Hamiltoun للقلق للحالة الثانية:

تم اجراء الاختبار و كانت النتيجة 12 نقطة هذا ما يبين أن الحالة تعاني من قلق ضعيف يظهر من خلال الفقرات التالية: عسر المزاج و الأرق.

تحليل المقابلات:

من خلال المقابلات مع الحالة م.م تبين في محتواها الحالة النفسية التي يعيشها، أنه يعاني من صراع داخلي بسبب التغيرات الفزيولوجية و الاجتماعية، و تضاعف عامل السن بالوضع الصحي، الا أن ذلك لم يجعل الحالة تشعر بالنقص أو تحط من قيمتها و هذا ما ترجم في سلوكها الايجابي،

يتضح من خلال المقياسين أن هناك فرق شاسع بين نتائج المقياسين فالإكتئاب 31 نقطة ما يدل على رفض للحالة الآنية، أما القلق فكان 12 نقطة يعود الى الوضع الصحي الذي جعل من الحالة على وشك الدخول في اضطراب القلق.

3-4 الحالة الثالثة:

المعلومات الاولية:

الاسم: م.ع

السن: 63 سنة

الجنس: ذكر

الوضع الاجتماعي: متزوج

مقر الإقامة: البيت العائلي

الحالة الصحية: لا يعاني أي اضطراب

نتائج المقابلات:

من خلال المقابلات كان الاتصال مع الحالة جد سهل و لم تكن هناك أي صعوبات، يتميز الحالة بصحة جيدة و لا يعاني من أي اضطراب جسدي أو وظيفي،

الحالة متزوج و له 5 أبناء، اشتغل مدرس و ارتقى الى مدير اكاديمية الى أن تقاعد،

يشغل الحالة وقته بأمور سياسية و الانضمام الى جمعيات خيرية بالاضافة الى ممارسة الرياضة التي يعتبرها أساس في حياته التي يعتبرها سر بقاءه بصحة جيدة.

كانت عملية الاتصال سهلة الا أنه كان يغلب عليه الصمت، أما عن مزاجه فهو جد هادئ و حيادي، لديه احساس قوي بذاته و بقدرته و كفاءته.

لديه نظام في أجوبته و في انتظام مجال وعيه، تغلب على أجوبته النظرة الايجابية للحياة.

أما اللغة و الكلام فهو يستخدم اللغة الفرنسية بكثرة بالاضافة الى اللهجة العامية، بسهولة يستحضر ماضيه في أفكار منظمة.

يعيش حياة هادئة مع الاسرة، له علاقات اجتماعية محدودة، و هو يزاول نشاطات مختلفة كالرياضة و كتابة مقالات صحفية.

المعاش النفسي للحالة:

الحالة يعيش مع أسرته المتكونة من والدته و زوجته و أبنائه، يقضي أغلب وقته في مكتبه بسبب نشاطاته التي يمارسها، الا أنه يقاسم عائلته أوقات فراغه، الحالة يعيش في جو عائلي ما يجعله يعيش هذا السن بشكل عادي و طبيعي دون الشعور بالحرمان بالاضافة الى ممارسة نشاطات مختلفة تجعله يحس بان مكانته لم تتغير و أنه لم يضعف رغم تقدم سنه، أما عن علاقاته خارج محيطه العائلي فله أصدقاء معدودين بالاضافة الى أصدقاء أو زملاء بدافع العمل.

الحالة يهتم بالجانب الصحي كثيرا رغم خلوه من أي اضطراب فهو يخضع الى فحوصات طبية دائمة كوقاية من الاضطرابات.

عرض نتائج مقياس Beck للحالة الثالثة:

00	1- الحزن.....
02	2- التشاؤم من المستقبل.....
00	3- الاحساس بالفشل.....
02	4- السخط و عدم الرضا.....
00	5- الاحساس بالندم او الذنب.....
00	6- توقع العقاب.....
00	7- كراهية النفس.....
00	8- ادانة الذات.....
00	9- وجود أفكار انتحارية.....
00	10- البكاء.....
01	11- الاستثارة و عدم الاستقرار النفسي.
00	12- الانسحاب الاجتماعي.....
01	13- التردد و عدم الحسم.....
00	14- تغير صورة الجسم و الشكل.....
00	15- هبوط مستوى الكفاءة و العمل.....
02	16- اضطرابات النوم.....
00	17- التعب و القابلية للارهاق.....
01	18- فقدان الشهية.....
00	19- تناقص الوزن.....
00	20- تأثر الطاقة الجنسية.....
03	21- الانشغال عن الصحة.....

عرض نتائج مقياس Hamiltoun للحالة الثالثة:

03	1- عسر المزاج...
02	2- التوتر
00	3- الخوف
00	4- الأرق
01	5- الذاكرة
00	6- المزاج الاكتابي
00	7- السلوك خلال المقابلة
00	8- المشاعر الجسمية (الحسية)
00	9- المشاعر الجسمية (العضلية)
00	10- أعراض القلب و الاوعية الدموية
00	11- أعراض تنفسية
00	12- الاعراض المعوية الدموية
00	13- أعراض المسالك البولية
00	14- أعراض خاصة بالجهاز العصبي المستقبل

تحليل نتائج مقياس Beck للاكتئاب للحالة الثالثة:

تم اجراء الاختبار على ضوء المقابلات السابقة، اعطى مقياس الاكتئاب نتيجة 09 نقاط ما يقابله في التصحيح لا يوجد اكتئاب و هذا ما يظهر على نتائج العبارات التي معظمها كانت 00 يعود هذا الى ما يتلقاه من سند عائلي و تنظيم وقته و انشغاله بنشاطات تلهيه عن التفكير في التغيرات الفزيولوجية التي تطرأ على الجسم و الاحساس بالضعف و تغير المكانة الاجتماعية.

تحليل نتائج مقياس Hamiltoun للقلق للحالة الثالثة:

النتيجة التي تحصلنا عليها من خلال مقياس القلق كانت 06 نقاط ما يترجم الى أنه الحالة ليس لديها أي قلق نحو التغيرات الجسمية أو النفسية التي يؤل اليها الفرد عند التقدم في العمر و عدم وجود القلق في حياة الحالة هذا ما يحميه من الدخول في دوامة الاكتئاب.

تحليل المقابلات:

تحت ضوء المقابلات التي جمعنا بالحالة تبين في محتواها أنها تعيش حالة نفسية جيدة حيث أن نفسيته تخلو من أي صراع من أي نوع، فرغم التغيرات الفزيولوجية و البيولوجية فهو لا يزال يحتفظ بنشاطه بالاضافة الى ثقته بحاله و تقديره لذاته،

بالاضافة الى محيطه الاسري الذي كان بالدرجة الاولى هو المنبع الذي يأخذ منه قوته.

أما من خلال مقياسي القلق و الاكتئاب فهناك تقارب بين النتيجةين حيث كان من نصيب الاكتئاب 09 نقاط و القلق 06 ما يوضح الخلو من المشاكل النفسية نتيجة الحصول على جميع المنبهات التي تضمن الاستقرار و الراحة النفسية هذا ما جعله يحتفظ بالتفاعلية مع الآخرين و تبادل الاتصال.

4-4 الحالة الرابعة:

المعلومات الاولية:

الاسم: ج.ف

السن: 83 سنة

الجنس: أنثى

الوضع الاجتماعي: متزوجة

مقر الإقامة: البيت العائلي

الحالة الصحية: لا تعاني أي اضطراب

نتائج المقابلات:

الحالة تعيش مع ابنها و عائلته، تزوجت في سن مبكرة 13 سنة برجل يكبرها سنا أنجبت منه طفلين، بعد وفاته اعادت الزواج من رجل آخر و أنجبت طفلين، بعد مدة انفصلا و أصبحت الحالة لوحدها تربي أربعة أطفال دون أن يكون لها عمل مستقر سوى دخل زوجها الاول أو نفقة أبنائها التي تتحصل عليها، عاشت حياتها و هي تربي أبنائها، استطاعت ان تجعل كل واحد من أبنائها ذو مكانة اجتماعية، تزوجت بناتها و استقرت كل واحدة ببيتها و ظلت هي عند ابنها الذي هو كذلك استقر و تزوج.

تعيش الحالة حياة مستقرة عند ابنها رغم تقدمها بالسن الا أنها تقضي حاجياتها لوحدها و تتمتع بصحة جيدة.

عملية الاتصال مع الحالة جد سهلة لكن يغلب عليها الصمت، مزاجها هادئ جدا تغلب على عل كلامها عبارات دينية "الحمد لله، الشكر لله....."

فخورة بانجازاتها مع عائلتها حيث أنها استطاعت لوحدها تربية أربع أطفال و تدريسهم.....الخ

يظهر الانتظام الشديد في الاجوبة و كذا الوعي مع الايجابية نحو الماضي و المستقبل، بالنسبة للغة و الكلام تستخدم اللهجة العامية كما تستحضر الماضي بسهولة على شكل أفكار منظمة في قالب روائي مع التركيز العميق.

المعاش النفسي للحالة:

الحالة تعيش مع العائلة في منزل كبير أغلب الوقت في غرفتها تشاهد التلفاز و أوقات أخرى تدرس في محو الامية أو مدارس قرآنية، تحاول كثيرا الرفع من مستواها التعليمي. أما عن العلاقة بالعائلة فهي علاقة جيدة يغلب عليها الطابع الحميمي تحظى بتكفل نفسي و دعم من العائلة للوصول الى هدفها رغم تقدمها في السن.

عرض نتائج مقياس Beck للحالة الرابعة:

00	1- الحزن.....
02	2- التشاؤم من المستقبل.....
00	3- الاحساس بالفشل.....
02	4- السخط و عدم الرضا.....
00	5- الاحساس بالندم او الذنب.....
00	6- توقع العقاب.....
00	7- كراهية النفس.....
00	8- ادانة الذات.....
00	9- وجود أفكار انتحارية.....
01	10- البكاء.....
02	11- الاستثارة و عدم الاستقرار النفسي.....
00	12- الانسحاب الاجتماعي.....
02	13- التردد و عدم الحسم.....
01	14- تغير صورة الجسم و الشكل.....
01	15- هبوط مستوى الكفاءة و العمل.....
02	16- اضطرابات النوم.....
01	17- التعب و القابلية للارهاق.....
02	18- فقدان الشهية.....
02	19- تناقص الوزن.....
01	20- تأثر الطاقة الجنسية.....
02	21- الانشغال عن الصحة.....

عرض نتائج مقياس Hamiltoun للحالة الرابعة:

03	1- عسر المزاج...
02	2- التوتر
01	3- الخوف
00	4- الارق
01	5- الذاكرة
00	6- المزاج الاكتابي
00	7- السلوك خلال المقابلة
00	8- المشاعر الجسمية (الحسية)
00	9- المشاعر الجسمية (العضلية)
00	10- أعراض القلب و الاوعية الدموية
00	11- أعراض نفسية
00	12- الاعراض المعوية الدموية
00	13- أعراض المسالك البولية
00	14- أعراض خاصة بالجهاز العصبي المستقبل

تحليل نتائج مقياس Beck للاكتئاب للحالة الرابعة:

أعطى مقياس الاكتئاب درجة 17 نقطة ما يقابل في التصحيح اكتئاب متوسط ظهر من خلال العبارات: اضطرابات النوم و فقدان الشهية و كذا تناقص الوزن التي هي تغيرات بيولوجية تكون في أصلها تغيرات حتمية بعد التقدم في العمر و الوصول الى سن معين حيث تتضاءل الاحتياجات البيولوجية على ما مانت عليه من قبل.

تحليل نتائج مقياس Hamiltoun للقلق للحالة الرابعة:

ظهر على مقياس القلق 7 نقاط ما يترجم أنه لا يوجد عند الحالة قلق فهناك بعض الاعراض الطفيفة التي تظهر نوع من القلق التوتر و عسر المزاج الذي يكون متقلب راجعا ذلك الى التغيرات النفسية التي تختلف من سن الى سن آخر أكثر تقدما.

تحليل المقابلات:

بعد مجموعة من المقابلات مع الحالة التي تعيش حالة نفسية جد مستقرة و هادئة، مقارنة بسنها البيولوجي فهي تحظى بنصيب لا بأس به من النشاط هذا الاخير الذي استثمرته في مجموعة من الانشطة التي لا ترهق نفسياتها بل عكس ذلك هذا ما جعلها بعيدة عن أي

صراع داخلي أو حتى خارجي دون أن ننسى العامل الاول و هو الاسرة التي أعطتها دعما جعلها تحس أنها فرد لازال قادرا على العطاء رغم التقدم بالعمر.

مقياس Beck للاكتئاب:

الحالات	الحالة الاولى	الحالة الثانية	الحالة الثالثة	الحالة الرابعة
درجة الاكتئاب	33	31	09	17

الجدول رقم(3) عرض نتائج مقياس الاكتئاب لكل الحالات

نتائج مقياس Hamiltoun للقلق:

الحالات	الحالة الاولى	الحالة الثانية	الحالة الثالثة	الحالة الرابعة
درجة القلق	22	12	06	07

الجدول رقم(4) عرض نتائج مقياس القلق لكل الحالات

ملخص حول الحالات:

استعانة بالمعطيات الاساسية و الخاصة لكل حالة، و بتطبيق مقياسي الاكتئاب و القلق تبين أن التقدم في السن و المعاش النفسي و المحيط لهم أثر في بروز الاضطرابات النفسية لدى المسن، هذا ما لمس لدى العينة التي تعيش داخل المركز و المتمثلة في الاحساس بالنقص و الشعور بالوحدة مع الشعور بالقلق مهما كانت نسبته الذي يؤدي بدوره الى حالة اكتئابية شديدة عند الحالات.

عكس ما كان عند المسنين المقيمين داخل محيطهم العائلي فهم يتمتعون بالإحساس بذاتهم و شعورهم بالأمان فتكون نسبة القلق لديهم ضئيلة ما يجعل حالة الاكتئاب تكون بعيدة.

يعني أن المسن يعاني اضطرابات نفسية، تختلف من حيث الشدة و الحدة و تزيد اذا انعدم التكفل الذي يساعدهو يساهم في قدرة المسن على التكيف.

5- مناقشة الفرضيات:

الفرضية الأساسية:

كلما كان المسن بعيدا المحيط الاسري أدى ذلك الى اضطرابات نفسية، ابرزها القلق و الاكتئاب، لذلك يجب ان يكون هنالك تكفل طبي، نفسي و حتى اجتماعي.

حسب حالات الدراسة يتبين ارتباط المعاش النفسي بالمحيط الاسري فالابتعاد عن المحيط يؤدي الى اضطرابات سيكولوجية، فالحالة الاولى المقيم داخل المركز أظهر ارتفاع في حدة الاكتئاب و القلق و ظهر من خلال الاحساس بالعجز و النقص هذا ما يجعل الحالة تحاول كسر هذا الاحساس بالتكلم و انشاء علاقات اجتماعية الا أن ذلك لم يجدي بسبب التواجد داخل المركز و الاحساس بالحرمان من الاحساس بالمسؤولية و المكانة داخل الاسرة مع غياب التكفل النفسي و الاجتماعي في المركز، أما الحالة الثانية رغم أنه يحس بكيانه و يقدر ذاته فدرجة الاكتئاب لديه شديدة بسبب ضعف صحته و احساسه بالتبعية و تذبذب في الاستقرار النفسي، أما الحالة الثالثة تخلص من الاضطرابات النفسية و الاحساس بالمسؤولية و الشعور بالذات هذا ما يبرر الانخفاض في درجة القلق و الاكتئاب، أما الحالة الرابعة كذلك تعيش وسط الجو العائلي ما يجعلها تخلص من الاضطرابات النفسية.

الفرضية الجزئية: تختلف حدة الاضطرابات النفسية للمسن باختلاف المحيط و حسب نوعية التكفل، فكل حالة و معاشها النفسي و واقعها السيكولوجي اتجاه ما يتركه المحيط الاسري من أثر و انعكاسات. أما حالتي القلق و الاكتئاب تراوحت ما بين شديد عند الحالات المقيمة في المركز و ضعف في الحدة عند الحالات في المحيط الاسري.

ملخص:

خلال موضوع البحث "المحيط و تأثيره على المعاش النفسي للمسن"، تمثل الهدف في الوصول الى نتيجة و هي مدى تأثر الحالة السيكولوجية للمسن و ما ينتج عنه من اضطرابات نفسية، تمت الدراسة على 4 حالات من كلا الجنسين، تتراوح أعمارهم ما بين 62 سنة الى 88 سنة، تم اختيارها وفق السن و نوع الجنس، استعمل البحث الادوات التالية: المقابلة و الملاحظة و مقياس القلق و مقياس الاكتئاب،

و على ضوء تحليل المعطيات المتحصل عليها:

- كلما ابتعد المسن عن محيطه العائلي يؤدي ذلك الى اضطرابات نفسية أبرزها القلق و الاكتئاب مما يوجب التكفل الطبي و النفسي و الاجتماعي للمسن الذي يقيم في المركز بعيدا عن المحيط العائلي.

- كلما نقص التكفل النفسي و الطبي و الاجتماعي أدى الى أزمات نفسية بين المسنين.

خلاصة البحث:

كان للمحيط العائلي أثر فعال في طرح عديد من الاسئلة منها مدى تأثير الشديد على المعاش النفسي للمسن، لذلك يجب الاخذ بعين الاعتبار و الاهتمام بفئة المسنين عامة و البعيدين عن محيطهم العائلي خاصة، يكون ذلك بالتكفل النفسي و الطبي و الاجتماعي، الا أن الواقع يحتوي على العديد من الصراعات بين المعاناة السيكولوجية لفئة المسنين من اهمال صحي و نفسي و خاصة الاجتماعي الذي تعاني منه هذه الفئة المتواجدة في مراكز المسنين.

كان محتوى الموضوع المحيط الاسري و مدى تأثيره على المعاش النفسي للمسن، فتصورت الفكرة العامة المستخلصة أن بروز الاضطرابات النفسية الحادة عند المسن مرتبطة ارتباطا وثيقا بالمحيط المتواجد فيه فهنا تظهر معاناة المسن التي تكون في الاصل قد بدأت عند ظهور التغيرات العضوية و النفسية و تتأزم أكثر عند تغير المحيط من دفيء عائلي الى محيط مختلف تماما و هو دار العجزة التي تؤزم حالة المسن بعد التخلي عنه و احساسه بالتبعية و الضعف و التوقف عن الانتاج فهنا تصبح الاضطرابات أكثر تأزما اذا ما عززت بتكفل نفسي و اجتماعي ملائم قصد التخفيف من حدة الاضطرابات و اعطائهم حقهم كفئة ساهمت في يوم ما في انجازات و تربية أجيال.

في الاخير نقول أن الدراسة سمحت لنا من التأكد أنه اذا وجد تكفل نفسي و اجتماعي الذي يحسس المسن أن مكانته لم تهتز بعد أن لعب الدهر لعبته و هبته مازالت قائمة في قلوبنا و رأيه مأخوذ به عند المحيطين به، فالتعاون و المساندة يخفف من الاضطرابات، و يكون هذا وفقا لمبادئ انسانية و اخلاقية قبل أن تكون طيبة أو نفسية.

الاقتراحات و التوصيات:

- التعاطف مع فئة المسنين و تشجيعهم و اكسابهم الثقة في أنفسهم، و عدم تحسيسهم بأنهم غير قادرين مثل غيرهم، و رفع الروح المعنوية لهم خاصة المتواجدين في دار المسنين.
- تقديم الرعاية و التكفل النفسي و الاجتماعي داخل دار المسنين.
- تخصص المراكز الخاصة بالمسنين و احتضانهم و مساعدتهم على التغلب على نظراتهم السلبية، و توفير النوادي الرياضية و الثقافية.
- توفير متخصصين من نفسانيين و اجتماعيين من أجل التكفل و تدريبهم و تأهيلهم.
- تشجيع الباحثين على المواصلة في تقديم دراسات و بحوث عن المسنين لمعرفة الاحتياجات و تطوير طرق الرعاية.
- تقديم منح مالية للمسنين لتحسيسهم بالاستقلالية.
- مواكبة الدول المتقدمة التي تهتم بهذه الفئة و معرفة الاساليب الحديثة التي تتبعها لرعاية المسنين.
- رفع الدولة لميزانية المراكز التي تهتم بالمسنين لتوفير تكفل و رعاية أكثر رفاهية.

المراجع:

- 1) ابراهيم عبد الهادي محمد المليجي-الرعاية الطبية و التأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية- الناشر المكتب الجامعي الحديث- الاسكندرية-2002
 - 2) رمضان محمد القذافي- الصحة النفسية و التوافق- المكتب الجامعي الحديث- الاسكندرية- الطبعة الثالثة 1998
 - 3) عبد الهادي مصباحي- شباب بلا شيخوخة- دار الامين-القاهرة الطبعة الاولى 1994
 - 4) عبد المنعم الميلادي- الابعاد النفسية للمسن- مؤسسة شباب الجامعة-2002
 - 5) عبد المنعم الميلادي- الصحة النفسية- مؤسسة شباب الجامعة- الاسكندرية 2003
 - 6) عفاف عبد المنعم درويش- محمد جابر بريطع- الحركة و كبار السن- دعوة للمشاركة البدنية، النفسية، العقلية و الاجتماعية- منشأ المعارف بالاسكندرية- 2000
 - 7) عبد الرحمن العيساوي- اضطرابات الشيخوخة و علاجها- دار النهضة العربية للطباعة و النشر- بيروت 1989
 - 8) نعيم الرفاعين-الصحة النفسية- دراسة في سيكولوجية التكيف- المطبعة الجديدة دمشق- الطبعة الخامسة 1979
- الكتب الالكترونية:

- 1) بشير معمريه- عبد الحميد خزار- الاضطرابات الجسمية و النفسية لدى المسنين- قسم علم النفس-جامعة باتنة
 - 2) جورج كرم- كبار السن الاكثر سعادة
 - 3) كاظم الحلواجي- العناية الصحية بالمسنين
 - 4) مسارع الراوي- سيكولوجية الشيخوخة و موقف الاسلام و التراث العربي من كبار السن، دار الياقوت للطباعة و النشر، عمان 2009
- الموسوعات:

- 1) موسوعة علم النفس- المجلد 3- رولان فرنسواز- التعريب فؤاد شاهين- عويدات للنشر و الطبع- بيروت- لبنان

2) موسوعة الطب النفسي- الكتاب الجامع في الاضطرابات النفسية و طرق علاجها نفسيا-
عبد المنعم الحنفي- الحنفي- مكتبة المدبولي- الطبعة الثانية 1995

المذكرات:

1) مذكرة لنيل شهادة الليسانس- الاعاقة السمعية، البصرية و الحركية و تأثيرها على
المعاش النفسي للمسن/ اشراف الاستاذ ميموني مصطفى/ الطالبة: يحيياوي أم الجيلالي، صايم
فاطمة الزهراء، بوصيري سيد أحمد- جامعة مستغانم 2004-2003

2) مذكرة لنيل شهادة الليسانس- الاكتئاب و الوظائف المعرفية عند الشخص المسن في
المحيط المؤسسي/ اشراف الاستاذ جرادى العربي/ الطالبة: سموحي دليلة- جامعة مستغانم
2007-2006

3) مذكرة لنيل شهادة الماجستير/ علاقة الشعور بالوحدة النفسية بالاكتئاب/ اشراف السناذة
ربيعة تريباش/ الطالبة: حمو علي خديجة- جامعة الجزائر 2012-2011

- مقال المؤتمر الدولي حول التكفل بالمشكلات النفسية و الاجتماعية للمسنين/ جامعة
بوزريعة/ قسم علم النفس و علوم التربية و الارطفونيا/ 03-10 مارس 2015

Internet :

1)m.elaph.com

2)ar.islamway.net

3)v.3bir.net

4)www.alukah.net

5)www.alnour.se

6)mawdoo3.com

7)vb.tgared.org

8)the doctors forum.com

9)www.albahethon.com

مقياس Beck للاكتئاب:

الحزن:

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

التشاؤم من المستقبل :

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

الإحساس بالفشل :

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

السخط و عدم الرضا :

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

الإحساس بالندم أو الذنب

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

توقع العقاب :

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

4- أشعر برغبة في العقاب

كراهية النفس .

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

إدانة الذات :

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

وجود أفكار انتحارية :

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

البكاء :

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

الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي :

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

الانسحاب الاجتماعي :

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

التردد وعدم الحسم :

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

تغير صورة الجسم والشكل :

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

هبوط مستوى الكفاءة والعمل :

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

اضطرابات النوم :

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

التعب والقابلية للإرهاق :

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

فقدان الشهية :

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

تناقص الوزن :

- 0- وزني تقريباً ثابت .

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

تأثر الطاقة الجنسية :

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

الانشغال على الصحة :

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

مخطط المذكرة

الجانب التطبيقي

- منهجية البحث (الملاحظة، المقابلة، دراسة حالة، الاختبارات).
- مكان الدراسة (الدور، الاهداف، المكونات).
- تقديم الحالات.
- عرض نتائج الاختبارات و تحليل المقابلات.
- ملخص حول الحالات.
- مناقشة الفرضيات.
- ملخص البحث.
- الاقتراحات و التوصيات.

الجانب النظري

الفصل الثالث

- النظرة الاجتماعية للمسنين
- النظرة الاسلامية للمسنين
- ظاهرة دار العجزة

الفصل الثاني

- المعاش النفسي
- الصحة النفسية للمسن
- تكفل و رعاية المسنين

الفصل الاول

- أهم الدراسات
- مرحلة الشيخوخة و محدداتها
- سيكولوجية الشيخوخة
- اضطرابات الشيخوخة

المحيط و تأثيره عل المعاش النفسي للمسن