جامعة عبد الحميد بن باديس –مستغانم –

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

الآثار النفسية على المسنين في ظل جائحة فيروس كورونا Covid-19

دراسة عيادية لحالتين

مقدمة من طرف

الطالب(ة): بوخاتم فريدة

أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
د.سليمان مسعود ليلى.	أستاذ محاضر(أ)	رئيسا
د.بن ملوكة شاهيناز	أستاذ محاضر(أ)	مشرفا ومقررا
د.لينة بلال.	أستاذ محاضر(أ)	ممتحنا

السنة الجامعية2021- 2022

تاريخ الإيداع: 2022/06/30 إمضاء المشرف بعد الاطلاع على التصحيحات

جامعة عبد الحميد بن باديس –مستغانم –

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

الآثار النفسية على المسنين في ظل جائحة فيروس كورونا Covid-19

دراسة عيادية لحالتين

مقدمة من طرف

الطالب(ة): بوخاتم فريدة

أما م لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
د.سليمان مسعود ليلى.	أستاذ محاضر(أ)	رئيسا
د.بن ملوكة شاهيناز	أستاذ محاضر(أ)	مشرفا ومقررا
د.لينة بلال.	أستاذ محاضر(أ)	ممتحنا

السنة الجامعية 2021-2022

جامعة عبد الحميد بن باديس –مستغانم –

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

الآثار النفسية على المسنين في ظل جائحة فيروس كورونا Covid-19

دراسة عيادية لحالتين

مقدمة من طرف

الطالب(ة): بوخاتم فريدة

أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
د.سليمان مسعود ليلى.	أستاذ محاضر(أ)	رئيسا
د.بن ملوكة شاهيناز	أستاذ محاضر(أ)	مشرفا ومقررا
د.لينة بلال.	أستاذ محاضر(أ)	ممتحنا

السنة الجامعية2021- 2022

تاريخ الإيداع:..... إمضاء المشرف بعد الاطلاع على التصحيحات

شكر

الحمد لله الذي أنار لي درب العلم والمعرفة وأعانني ووفقني على إنجاز هذا العمل.

أتوجه بجزيل شكري الحامل لكل معاني الامتنان والعرفان بالجميل إلى الأستاذة المشرفة "بن ملوكة شهيناز" حفظها الله لقبولها الإشراف على هذا العمل وحسن التوجيه والمتابعة و التي لم تبخل علي بنصائحها القيمة.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى نفسي التي سهرت الليالي لانجاز هذا العمل المتواضع.

كذلك أتوجه بعظيم الامتنان والشكر ل"صياد حليمة" و "تلمساني أمال " و " محمودي نصيرة " و "سليمان دنيا زاد " و "ولاد تومي طيب " على كل ما قدموه لي من مساعدة و مساندة جزاهم الله كل خير.

كما لا أنسى شكر لكل من ساعدني من قريب أو من بعيد ولو بالكلمة الطيبة.

طالبة من المولى عز وجل أن ينفع به غيرنا

فالحمد لله حتى يرضى والحمد لله إذا رضي والحمد لله بعد الرضا اللهم إن هذا الجهد المتواضع الذي قام به عبدك وابن أمتك قد تم بعونك ومنّك وفضلك خالصا لوجهك الكريم مبتغيا فيه رضاك على خاتم النبيين (محمد) ومغفرتك لفائدة البلاد والعباد فتقبله منا يالارحم الراحمين وصلي اللهم أصحابه الميامين اللهم أمين. وال بيته الطيبين الطاهرين وأرضى على

الإهداء

إلى من تاهت الكلمات والحروف في وصفها، إلى من كانت سندا في حياتي وغمرتني بعطفها، إلى منبع الحنان "أمي الغالية" أدام الله صحتها ورعاها

إلى من أطفأ ظلمة جهلي وكان خير مرشد لي نحو العلم و المعرفة، إلى من ضحى من أجل أن ينير دربي وطريقي "أبي العزيز" أطال الله في عمره

الى نفسي العزيزة التي جاهدت من أجل الوصول الى مبتغاها

إلى روح جدتي الغالية رحمها الله و أدخلها فسيح جناته

و روح جدي العزيز رحمه الله و أسكنه فسيح جناته

إلى من كانوا يضيئون لي الطريق ويساندونني ويتنازلون عن حقوقهم لإرضائي أخواتي

إلى كل أفراد عائلتي كبيرهم و صغيرهم، و أخص بالذكر أخي الغالي الذي لم تلده أمي "رزقي جيلالي"

إلى من جمعني بهم القدر و كانوا خير رفقة لي

إلى كل من وسعته ذاكرتي ولم تسعه مذكرتي فله مني ألف سلام

ملخص الدراسة :

تهدف دراستنا الحالية الى الكشف على الآثار النفسية على المسنين في ظل جائحة كوفيد-19. و التأثيرات بعد الشفاء و على المدى البعيد، و معرفة الاضطرابات النفسية التي تلازم المسن المصاب أثناء و بعد الشفاء.

و لهذا الغرض تم اختيار العينة من فئة المسنين الذين أصيبو بفيروس كورونا، أجريت الدراسة على حالتين، اعتمدنا على المنهج العيادي لأن دراستنا تتضمن الدراسة الاكلينيكية و ذلك باستخدام المقابلة العيادية و الملاحظة، تمت الدراسة بمنزل كل حالة بمستغانم، تحت اجراء أربع مقابلات مع مل واحد على حدى، يتراوح سنهم ما بين 75 و 80، و بعد الحصول على المعلومات و تحليل الدراسة، أسفرت على النتائج التالية:

الاثار النفسية التي تظهر على المسن في زمن كورونا و تشمل الاضطرابات نفسية و عقلية المتمثلة في القلق و الاكتئاب و الخوف و اضطرابات الشهية و النوم، اضافة الى الحساسية الزائدة، و فيما بخص الاضطرابات العقلية نذكر الزهايمر.

وجود تأثير نفسي على المدى البعيد التي يصيب المسن بحيث أن هناك علاقة بين هذا التأثير و الاضطرابات التي تظهر قبل الاصابة اثر الاجراءات الوقائية لحمايته كونه أكثر عرضة للإصابة .

الاثار التي تظهر أثناء الاصابة و تتطور بعد التعافي تشمل القلق و اضطرابات النوم و أعراض الوسواس القهري، كذلك الخوف من العدوى.

الكلمات المفتاحية :

المسنين-الأثار النفسية-كوفيد 19

Abstract:
Our current study aims to reveal the psychological effects on the elderly in light of the COVID-19 pandemic. And the effects that appear on them after recovery and in the long run، and knowing the psychological disorders that accompany the injured elderly during and after recovery.
For this purpose، the sample was selected from the category of elderly people who were infected with the Corona virus، the study was conducted on two cases، we relied on the clinical approach because our study includes the clinical study، using the clinical interview and observation. Individually، their age ranges between 75 and 80 years، and after obtaining information and analyzing the study، the following results were obtained:
The psychological effects that appear on the elderly in the time of Corona، which include psychological and mental disorders represented by anxiety، depression، fear، appetite and sleep disorders، in addition to excessive sensitivity، and with regard to mental disorders، we mention Alzheimer's.
There is a psychological impact that affects the elderly، and thus there is a relationship between this effect and the disorders that appear before the injury and that because of precautions to protect him as he is more vulnerable to infection.
Effects that appear during injury and develop after recovery include anxiety، sleep disturbances، obsessive-compulsive symptoms، as well as fear of infection.

Keywords:

Elderly - Psychological Effects - COVID-19

فهرس المحتويات

شكر	
إهداء	
ملخص البحث باللغة العربية	
ملخص البحث باللغة الانجليزية.....	
فهرس المحتويات.....	
مقدمة.....	أ
الفصل الأول : مدخل للدراسة.	
1. الإشكالية.....	**03**
2. الفرضية العامة.....	**04**
3. الفرضيات الجزئية.....	**04**
4. أهداف الدراسة.....	**05**
5. أهمية الدراسة.....	**05**
6. أسباب إختيار الموضوع.....	**05**
7. صعوبات الدراسة.	**05**
8. التعريفات الإجرائية.	**06**
9. الدراسات السابقة.	**06**
10. التعليق على الدراسات السابقة.	**09**
الجانب النظري **الفصل الثاني : الشيخوخة**	
تمهيد.....	**12**
1. دراسة الشيخوخة.....	**13**
1.1بداية الاهتمام بمرحلة الشيخوخة.....	**13**
2.1اسباب الاهتمام بدراسة المسنين.....	**15**
2. المفاهيم المتعلقة بالشيخوخة.....	**16**

1.2تحديد مفهوم المسن.....	**16**
2.2مفهوم التقدم في العمر.....	**16**
3. تعريف الشيخوخة	**16**
1.3التعريف اللغوي للشيخوخة.....	**16**
2.3التعريف الاصطلاحي للشيخوخة.....	**17**
3.3الشيخوخة من الناحية الزمنية.....	**17**
4.3التعريف البيولوجي للشيخوخة	**18**
5.3التعريف السيكولوجي للشيخوخة.	**18**
6.3التعريف الإجتماعي للشيخوخة.....	**18**
7.3الشيخوخة كما يستخدمه الباحثون في الميدان.....	**19**
4. المسن في الإسلام.	**19**
5. شخصية المسن.....	**20**
6. أنواع الشيخوخة.	**21**
7. مراحل كبر السن.....	**21**
8. مطالب النمو لمرحلة الشيخوخة.	**22**
9. مشاكل المسنين.....	**23**
1.9المشاكل التي يواجهها المسن.	**23**
2.9الوقاية من مشكلات المسنين.....	**26**
3.9علاج مشكلات المسنين	**27**
10. حاجيات المسن	**28**
11. التغييرات التي تطرأ على المسنين.....	**29**
12.نظريات دراسة الشيخوخة.....	**35**
1.12لنظرية البيولوجية.....	**35**
2.12نظريات الاجتماعية.....	**40**
3.12 النظرية السيكولوجية(نظريات الشخصية).....	**45**

4.12المدخل السيكولوجي الاجتماعي.....	47
5.12 النظرية الانثروبولوجية(نظرية لبثقافة الفرعية).....	48
12. الشيخوخة و المفاهيم و الأفكار الخاطئة.	49
13. أمراض الشيخوخة.....	50
الخلاصة.....	54
الفصل الثالث : الصحة النفسية عند المسنين	
تمهيد	57
1. مفهوم الصحة النفسية	58
2. الصحة النفسية لدى المسنين.	58
3. الشيخوخة و المرض النفسي	59
4. التغيرات الصحية للمسن.....	60
5. مفهوم الاضطرابات النفسية.....	61
1.5الإضطرابات العصابية.....	62
1.1.5الاكتئاب.....	62
2.1.5القلق.....	64
3.1.5 الوسواس القهري.....	65
4.1.5توهم المرض.....	66
5.1.5الأرق.....	68
2.5الإضطرابات الذهانية.....	68
1.2.5الزهايمر.....	69
2.2.5الفصام.....	71
3.2.5الارتباك الذهني.....	72
4.2.5الاختلال العقلي (العتة).....	72
5.2.5ذهان الشيخوخة.....	73
6.2.5باركنسون.....	74

6. مفهوم التوافق النفسي.	76
7. التوافق النفسي عند المسنين.	77
8. محددات التوافق.	78
الخلاصة.....	79
الفصل الرابع : كورونا و الصحة النفسية	
تمهيد.....	82
1. مفهوم جائحة كورونا	83
2. فيروس كورونا.	83
3. مرض كوفيد 19.....	83
4. نبذة عن بداية ظهور فيروس كورونا.	84
5. الأعراض الناجمة عن فيروس كورونا.	84
6. أسباب انتشار العدوى لفيروس كورونا.	85
7. العمل المرتبط بمكافحة الأوبئة.	86
8. التأثير النفسي لجائحة كورونا.	88
9. المشاكل العقلية و النفسية الشائعة عند المصابين بالفيروس.....	88
10. الحجر الصحي.	90
11. الآثار النفسية الناتجة عن الحجر الصحي.	91
الخلاصة	93
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس : منهجية البحث	
تمهيد.....	97
1. الدراسة الاستطلاعية.....	98
2. منهج الدراسة.....	98
1.2مفهوم المنهج.....	98
2.2المنهج العيادي.....	98

3.2دراسة الحالة.....	**99**
3. أدوات البحث.....	**100**
1.3المقابلة العيادية.....	**100**
2.3الملاحظة العيادية.....	**101**
4. حدود الدراسة.....	**101**
5. العينة.....	**101**
خلاصة.....	**102**
الفصل السادس : عرض الحالات و مناقشة الفرضيات	
تمهيد.....	**104**
1. عرض الحالات	**105**
1.1عرض الحالة الأولى.....	**105**
2.1عرض الحالة الثانية.....	**110**
2. عرض النتائج و مناقشة الفرضيات.....	**114**
الخلاصة.....	**116**
الخاتمة.....	**118**
التوصيات.....	**119**
قائمة المراجع	**121**

المقدمة

في حياة الانسان العديد من المراحل التي ينضج حينها منذ الولادة حتى الوفاة، و كل المراحل التي يمر بها الفرد خلال كل تلك المراحل المختلفة تتابع سلسلة متصلة من الأحداث و التغيرات المتلاحقة التي قد تكون واضحة للانسان،و من المحطات التي يمر بها الانسان في مراحل عمره المختلفة نذكر اخر مرحلة ألا و هي مرحلة الشيخوخة التي يكون فيها الانسان أو بالأحرى المسن قد تجاوز جميع المراحل العمرية السابقة بما أنها هي المحطة الأخيرة في رحلة الحياة.

تبدأ مرحلة الشيخوخة مع نهاية مرحلة الرشد أو ما بعد الكهولة و بداية مرحلة العجز، و عادة ما يطلق على هذه المرحلة اسم مرحلة الهرم أي كلما زاد عمر الانسان.

عملية الشيخوخة هي حقيقة بيولوجية لها طريقتها في الحدوث خارج نطاق التحكم البشري، وطبعا يختلف تعريفها من مجتمع الى اخر. تحدث على مستوى التغيرات الجسدية كنتيجة لتراكم كميات كبيرة من نواتج تفاعلات الجزئيات و الخلايا بمرور الوقت مما يؤدي الى تضاؤل تدريجي في القدرات الجسدية و النفسية، و زيادة الاحتمالات الاصابة بالأمراض و الموت في النهاية، و لكن هذه التغيرات ليست حتمية، فقد يصل بعض الأشخاص الى عمر السبعين و هم يتمتعون بصحة جيدة بينما البعض يصيبهم الوهن و يحتاجون الى الرعاية من الاخر، و مع تزايد ضغوطات الحياة عليهم و فرض المرحلة العمرية نفسها على كبار السن و فقد تتفاقم المشكلات النفسية نتيجة الاصابة بأمراض شائعة مع زيادة الاضطرابات الجسدية قد تزداد معها نسبة الاصابة بالاضطرابات النفسية مع تقدم العمر.

و بما أن الشيخوخة تعتبر آخر مرحلة من الحياة تجعل كبير السن هشا، حيث يتميز المسن بانخفاض تدريجي و مستمر في الأداء و الوظائف الجسمية و الإجتماعية و النفسية التي قد تؤدي به إلى ظهور أمراض، كما أن هذه المرحلة ترتبط بتغيرات جسدية و معرفية تستدعي التمييز بينها و بين الفئات العمرية الأخرى، كما يلاحظ خلالها تراجع القدرات الوظيفية الذي ينجم عنها

تدهور في صحته الجسدية و إصابته بأمراض مزمنة و التي تضعف مناعة المسن. و لا سيما أثناء نزول فيروس كورونا المستجد الذي انتشر بشكل عام في السنوات الأخيرة الذي أثر على العالم بأكمله و على جميع الفئات المجتمع، إلا أن هناك تخوف من إصابة كبار السن بهذا الفيروس نظرا لتقدم عمرهم و تدهور صحتهم ما جعلهم أكثر عرضة للإصابة ببعض مضاعفات الفيروس.

و لمكافحة هذا الفيروس يجب التقيد بالإجراءات الوقائية اللازمة، و أهمها الحجر الصحي الذي يعتبر عزل المسن و إبعاده عن محيطه لحماية نفسه، علما أن المسن يعاني الملل و وقت فراغ كبير الناتج عن التقاعد و فقد المكانة الاجتماعية و التوقف عن الأنشطة اليومية، إضافة إلى الصدمة و التوتر النفسي و الخوف من العدوى. كل هذه العوامل قد تؤدي إلى ظهور إضطرابات نفسية التي تؤثر على مناعة المسن حتى أنها بإمكانها أن تلازمه أثناء الإصابة و تتفاقم، بل و تظهر إضطرابات أخرى الناتجة عن المعاناة الجسمية خلال الإصابة، و من المرجح ان تستمر هذه الإضطرابات على المدى الطويل بعد الإصابة ليواجهها المسن لاستعادة توازنه النفسي تحت إشراف الدعم النفسي و إرشادات للإستجابة تداعيات لهذه الأزمة و كيفية التعامل معها.

الفصل الأول:

مدخل إلى الدراسة

الفصل الأول: مدخل للدراسة.

11. الإشكالية.
12. الفرضية العامة.
13. الفرضيات الجزئية.
14. أهداف الدراسة.
15. أهمية الدراسة.
16. أسباب إختبار الموضوع.
17. صعوبات الدراسة.
18. التعريفات الإجرائية.
19. الدراسات السابقة.
20. التعليق على الدراسات السابقة.

الإشكالية:

تعتبر جائحة كورونا صدمة نفسية يتأثر بها سكان الأرض بطريقة أو بأخرى وبشكل متفاوت على حسب أعمارهم وتاريخهم الطبي، وقد يكون الخوف والقلق أثناء هذه الظروف طبيعي جدا لانها ردة فعل طبيعية اذ ان هذه الاعراض تسبقها افكار معينة موجودة في حالة ما تمت مناقشتها تصبح افكار عقلانية و واقعية ويكون الخوف من الاصابة في مستواه الطبيعي لكن الخوف المتكرر اذا تفاقم قد يسبب مشاكل خطيرة كما اثبتت الدراسات ان كبار السن هم اكثر عرضة للاصابة بهذا الفيروس نظرا لما يعانوه من حالات طبية معينة، كما انهم معرضين لاضطرابات عضوية كثيرة كالسكر، أو الضغط، القلب...الخ ،وكل هذه المشاكل الصحية بامكانها ان تؤثر على نفسيتهم سواء كمرض او كعلاج لان بعض العلاجات الامراض العضوية ممكن ان تسبب لهم نوع من انواع القلق ،كما انهم يعانون من ظروف نفسية واجتماعية قد تكون مختلفة عن من هم اصغر منهم لاسباب مختلفة كوقت الفراغ الناتج بعد التقاعد ويمكن ان يكون معرض لاضطرابات صحية قد تؤثر على قدراته الوظيفية التي تجعله يشعر كانه عبىء على المجتمع وعلى محيطه اي انه يشعر بالذنب اتجاههم وكل هذه العوامل قد تؤدي كبير السن الى الاصابة بالاضطرابات نفسية مختلفة اشهرها الاكتئاب والقلق.

ولاسيما اثناء نزول فيروس كورونا الذي على اثره قد طرأت عده تغيرات اولها الحجر الصحي الذي اثر على فئة المسنين اكثر من غيرهم لعدم التواصل المباشر مع محيطهم والقلق من الاصابة بهذا الفيروس بحيث يؤثر على الجهاز المناعي الذي بنفسه يتاثر مباشرة بالمناعة النفسية الموجودة لديهم، وبما ان اثناء هذه الظروف كانت الاستجابة متفاوتة فانها تعتمد على المقدمات المسبقة للاصابة اي هناك من يعاني هشاشة نفسية وقد اصيب ببعض الاضطرابات السيكولوجية التي تاخذ وقتا طويل عكس شفاء بدني .

نضيف الى ذلك التاثير المباشر اثناء الإصابة بالفيروس قد يكون كأعراض جانبية نتيجة الادوية المستخدمة للعلاج من الكوفيد و هناك اضطرابات اخرى كاضطرابات الشهية والنوم وحالات التوتر والقلق خلال الإصابة.

اما ما بعد الاصابة او بعد الشفاء من الكرونا فعلميا الاثار النفسية موجودة بعد التعافي قد تكون مباشرة بعد الشفاء او تكون على مدى البعيد بشكل متفاوت حيث هناك دراسة اعدها الباحثون من جامعة اكسفورد توصلت ان هناك 18 بالمئة من المتعافين يصابون بامراض نفسية خلال ثلاثة اشهر من تاريخ الشفاء وظهور مشاكل عقلية ونفسية مختلفة المستويات كالارق والاكتئاب والقلق الذين يعتبرون اكثر شيوعا هناك مشاكل اخرى خطيرة و منه يمكن طرح الإشكال التالي: ماهي الاضطرابات النفسية التي أثرت على المسنين في زمن جائحة كورونا؟

و تفرعت من الإشكالية التالية تساؤلات فرعية :

- هل هناك تأثير نفسي على المسن بعد الإصابة بالفيروس على المدى البعيد بعد التعافي ؟
- هل الاضطرابات النفسية التي تصيب المسن أثناء الإصابة تتطور بعد التعافي من الإصابة؟

الفرضيات:

الفرضية العامة :

تتمثل الاثار النفسية التي تصيب المسنين في ظل جائحة كورونا في زيادة حالات القلق والاكتئاب.... وغير ذلك.

الفرضيات الجزئية:

هناك تأثير نفسي على المدى البعيد بعد مدة معينة من الشفاء.

يمكن أن تتطور الاضطرابات النفسية المصاحبة أثناء الإصابة بالفيروس بعد شفاء المسن .

أهداف الدراسة:

- التعرف على الاضطرابات النفسية التي تصاحب المسن.
- التعرف على معاناة فئة المسنين أثناء جائحة كورونا.

- الكشف عن الاضطرابات النفسية التي تظهر بعد شفاء المسن المصاب بالفيروس .

أهمية الدراسة:

تأتي أهمية الدراسة للتركيز الضوء على المعاناة التي واجهها فئة كبار السن في أزمة جائحة كورونا من حيث صحتهم النفسية التي تشمل مختلف الاضطرابات النفسية التي تلازم هذه الفئة قبل وأثناء وبعد الشفاء من الإصابة بالفيروس.

أسباب إختيار الموضوع:

التواصل مع فئة المسنين والتقرب منهم.

محاولة تقديم الدعم النفسي للمسنين.

الاحتكاك بهذه الفئة العمرية (المسنين) .

قلة المواضيع التي تتضمن دراسات حول جائحة كورونا وكذا المواضيع التي تخص المسن.

أحد الأسباب أن معظم المصابين بكرونا هم المسنين إذا يسهل وجود الحالات.

صعوبات الدراسة:

عدم وجود الحالات في المراكز الاستشفائية وغيرها.

عدم وجود مراجع كافية حول فئة الشيخوخة .

صعوبة الحصول على المعلومات الكافية الخاصة بالإيطار الزماني أو المكاني نتيجة التعامل مع المسن الذي يعاني اضطرابات فيما يخص الذاكرة او الإدراك .

التعريفات الإجرائية:

المسنين :

و نقصد بهم الفئة العمرية التي يتراوح سنهم ما بين السبعين و الثمانين و الذين أصيبو بفيروس المستجد كوفيد 19، تتميز بتناقص في قدراته الجسدية والنفسية والعقلية وتدهور علاقته الإجتماعية

الآثار النفسية:

و نقصد بها الإضطرابات النفسية التي تتمثل في مجموعة من الأعراض النفسية والجسمية التي تحدد نوع الاضطراب.

الصحة النفسية:

نقصد بها قدرة الفرد على التكيف وخلوه من أي اضطراب نفسي ومن مظاهرها الإيجابية والرضا وتقبل الواقع

فيروس كورونا:

و نقصد به فيروس يسبب المرض على شكل نزلات برد بدرجات متفاوتة، يصيب الأشخاص الأقل مناعة أو المصابين بالأمراض المزمنة والأمراض الخاصة بالجهاز التنفسي، و أكثر الفئات عرضة للإصابة به هم المسنين.

الدراسات السابقة:

من الدراسات التي تناولت كورونا والمسن:

الدراسة الأولى:

دراسة بدران دليلة و برويس وردة وآخرون (2021)، كانت حول قلق الموت لدى عينة من المسنين في ضوء انتشار فيروس كوفيد 19 أجريت على عينة من المسنين (60) باستخدام المنهج الوصفي التحليلي، هدفها التعرف على مستوى انتشار قلق الموت أثناء كورونا و الكشف على فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين في ضوء متغير الحالة الصحية (المعاناة من الأمراض المزمنة أو خلوه منها)، وكانت النتائج كالتالي: ارتفاع مستوى انتشار قلق الموت ادى

المسنين أثناء كورونا، و توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين في قلق الموت اثناء الجائحة في ضوء متغير الحالة الصحية لصالح معاناة من أمراض المزمنة

(بدران دليلة و آخرون،2021)

الدراسة الثانية :

دراسة إيمان قاسمي (2021)، كانت حول أساليب التعامل مع مواقف الحياة الضاغطة لدى كبار السن المقمين بدور العجزة في ظل زمن انتشار فيروس كورونا ((COVID 19في الجزائر، أجريت الدراسة على عينة من المسنين المقيمين بالمركز هم 40 (مسن/ مسنة)، باستخدام المنهج الوصفي التحليلي (تطبيق مقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية للمسنين). هدفت إلى معرفة نوع المشكلات التي تكون بمثابة مصدر الضغط لدى كبار السن المقيمين بدور العجزة، وتحديد مستوى تفاعلهم في حل مشكلات الضغوط التي تواجههم ،التعرف على الفروق المتواجدة في أساليب التعامل مع هذه الضغوطات باختلاف الجنس ، وكذلك الكشف عن واقع تكيفهم مع هذه الضغوطات التي تواجههم في زمن انتشار جائحة كورونا في الجزائر، توصلت النتائج إلى أن ن أغلبية كبار السن المقيمين بدور العجزة لديهم مستوى التعامل مع مواقف الحياة الضاغطة مرتفع، كما أنه لا يوجد اختلاف في التعامل مع تلك الضغوطات باختلاف جنس عينة الدراسه. **(إيمان قاسمي، 2022).**

الدراسة الثالثة:

دراسة عمرو منتصر، عباسي ماعة (2022)، تحت عنوان الرجوعية النفسية لدى كبار السن المصابين بالقصور الكلوي في ظل انتشار فيروس كورونا، أجريت هذه الدراسة على حالتين من كبار السن حيث تمركزت حول هذه الفئة العمرية من عمر 50 سنة فما فوق، باستخدام المنهج الاكلينيكي تتمثل أدوات الاستقصاء التي يوفرها في المقابلة العيادية والملاحظة المباشرة وسلم الرجعية. هدفها قياس و معرفة مستوى الرجوعية لدى كبار السن المرضى بالقصور الكلوي في ظل انتشار الجائحة، وفي النتيجة تحصلنا على مستوى جيد جدا من

الرجوعية في ظل جائحة كورونا رغم القلق والمخاوف التي كانت على وجوه المرضى.

(عمرو منتصر و عباسي ماعة ، 2022).

الدراسة الرابعة:

دراسة إيمان قاسمي، أحمد فاضلي(2021)، تحت عنوان أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق النفسي لدى كبار السن المقيمين بدور العجزة في ظل انتشار فيروس كوفيد 19 في الجزائر، أجريت هذه الدراسة على عينة من المسنين 40 (مسن/ مسنة) باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي هدفت إلى التعرف على مستوى أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى كبار السن المقيمين بدور العجزة، والكشف عن الفروق المتواجدة في أساليب التعامل مع هذه الضغوطات باختلاف الجنس، والتعرف على مستوى التوافق النفسي لدى كبار السن، والكشف عن الفروق المتواجدة في التوافق النفسي باختلاف الجنس، بالإضافة إلى التعرف على العلاقة المتواجدة بين أساليب التعامل مع الضغوطات والتوافق النفسي لدى كبار السن ،تمثلت نتائج المتوصل اليها في أن المسنين المقيمين بدور العجزة لديهم مستوى مرتفع في أساليب التعامل مع الضغوطات النفسية على عكس التوافق حيث سجل انخفاضه لديهم بالإضافة إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية باختلاف الجنس، وذلك حسب متغيرات الدراسة كما انتهت إلى تأكيد العلاقة الارتباطية بين أساليب التعامل مع تلك الضغوطات والتوافق النفسي لدى كبار السن المقيمين بدور العجزة.

(إيمان قاسمي، أحمد فاضلي، 2021).

التعليق على الدراسات السابقة :

من حيث الأهداف:

اختلفت الدراسات السابقة من حيث الأهداف النفسية وتوافقت من حيث الأهداف الزمنية، حيث أن دراستين قد هدفت إلى معرفة مستوى ضغوطات النفسية والتوافق النفسي والعلاقة فيما بينهما في جائحة كورونا، ودراسات أخرى قد هدفت إلى معرفة مستوى الرجوعية، ودراسة هدفت

إلى معرفة مستوى انتشار قلق الموت في جائحة كورونا... الدراسة التي تتوافق مع الدراسة الحالية .

من حيث مناهج الدراسات:

هناك دراسات استخدمت المنهج الوصفي التحليلي والارتباطي، واخرى استخدمت المنهج العيادي ما يشمل المقابلة والملاحظة وهذا ما يتفق مع المنهج المستخدم في الدراسة الحالية.

من حيث عينات الدراسة:

توافقت عينة الدراسة من حيث الفئة (المسنين)، لكن اختلفت من حيث الفروق الخاصة بالجنس والمعاناة الصحية، وكذلك مقر الإقامة فهناك دراسات أجريت بدور العجزة عكس الدراسات الأخرى التي أجريت على عينة عشوائيا خارج الميدان وهي نفس الفئة المستهدفة في الدراسة الحالية.

نتائج الدراسات :

تباينت الدراسات السابقة من حيث النتائج لاختلاف المتغيرات الخاصة بالدراسة ، حيث دراسة بدران دليلة وبرويس وردة (2021) التي توصلت إلى أن مستوى إنتشار قلق الموت لدى المسنين أثناء جائحة كورونا مرتفع، أما من حيث الفروق الخاصة بالحالة الصحية فتوجد معاناة أصحاب الأمراض المزمنة.

أما بالنسبة إلى دراسة قاسمي إيمان (2021) التي أظهرت ارتفاع في مستوى التعامل مع مواقف الحياة الضاغطة مع عدم وجود فروق من حيث جنس العينة (2021) ، لاحظت كذلك ارتفاع في مستوى أساليب التعامل مع الضغوطات النفسية عكس التوافق النفسي منخفض مع عدم وجود فروق من حيث جنس العينة ،كما أن هناك وجود علاقة ارتباطية بين أساليب التعامل مع ضغوطات والتوافق النفسي لدى كبار السن في ظل جائحة كورونا. وآخر دراسة كانت لعمرو منتصر وعباسي ماعة (2022) توصلت إلى أن مستوى الرجوعية لدى كبار السن المرضى بقصور الكلوي مرتفع في ظل جائحة كورونا رغم القلق والمخاوف التي اجتاحتهم آنذاك.

الجانب النظري

الفصل الثاني:

الشيخوخة

الفصل الثاني : الشيخوخة :

تمهيد

1. دراسة الشيخوخة

1.1 بداية الاهتمام بمرحلة الشيخوخة.

2.1 أهمية دراسة الشيخوخة.

2. المفاهيم المتعلقة بالشيخوخة.

1.2 تحديد مفهوم المسن.

2.2 مفهوم التقدم في العمر.

3. تعريف الشيخوخة .

1.3 التعريف اللغوي و الاصطلاحي للشيخوخة.

2.3 الشيخوخة من الناحية الزمنية.

3.3 التعريف البيولوجي للشيخوخة .

4.3 التعريف السيكولوجي للشيخوخة.

5.3 التعريف الإجتماعي للشيخوخة.

6.3 الشيخوخة كما يستخدمه الباحثون في الميدان.

4. اهتمام الاسلام بالمسنين.

5. شخصية المسن.

6. أنواع الشيخوخة.

7. مراحل كبر السن.

8. مطالب النمو لمرحلة الشيخوخة.

9. مشاكل المسنين.

1.9 المشاكل التي يواجهها المسن.

2.9 الوقاية من مشكلات المسنين.

3.9 علاج مشكلات المسنين .

10. حاجيات المسن .

11. التغييرات التي تطرأ على المسنين.

12. النظريات التي تدرس المسن.

13. الشيخوخة و المفاهيم و الأفكار الخاطئة.

14. أمراض الشيخوخة.

الخلاصة.

تمهيد:

الشيخوخة هي عملية الهرم و التقدم في العمر، وهي حالة تعبرعن تغيرات جذرية في مجال الأنشطة الإجتماعية التي اعتمدها الفرد طيلة حياته ، تعاني الشيخوخة تدهور تدريجي في القدرات العقلية على مدى سنوات طويلة، إضافة إلى مشاكل فسيولوجية و نفسية وتغيرات عضوية مرضية التي تسبب أمراض مزمنة، مما تؤدي إلى اختلال في توازن المسن مع ظروف حياته، والذي قد تكون بداية تحول في سلوكاته و تصرفاته و علاقاته مع الغير.

اذن ما مضمون الشيخوخة؟ و ما يميزها عن باقي الفئات؟ و ما هي النظريات التي تناولت دراستها؟.

1. دراسة الشيخوخة:

1.1 بداية الاهتمام بمرحلة الشيخوخة:

يعد « سيشرون » الخطيب الروماني المشهور الذي عاش في القرن الأول قبل ميلاد المسيح أول من اهتم بالخواص السلوكية للكبار والأعمال المناسبة لهم . وقد ترجمت رسالته عن الكبار إلى الانجليزية سنة 1959 . وقد فطن العرب إلى أهمية دراسة الكبار فكتب «أبو حاتم السجستانى » رسالته عن المعمرين سنة، وتطور الاهتمام من الأعمال المناسبة للكبار إلى دراسة العوامل المؤدية لإطالة العمر ومن أمثلة ذلك الاهتمام الدراسة التي قام بها« تينون» . M.J Tenonسنة 1813، والبحث الذي أجراه «ليجونكور》 Lejoncourt سنة1842. بدأ الإهتمام بمراحل حياة الكبار، وخاصة الشيوخ منذ سنة 1860 وذلك عندما نشر « فلورنس » P. Flourens كتابه عن الشيخوخة البشرية وتوزيعها السكاني على سطح الكرة الأرضية.

ثم تطور الاهتمام بالكبار بعد ذلك إلى دراسة المشكلات الإجتماعية التي تصاحب حياة الكبار، وقد ظهرت نتائج هذه الدراسة في الكتاب الذي نشره «بوس» C. Booth سنة 1894 بعنوان : « الأشخاص المسنون في الجلندوويلز ».

وبعد كتاب « هول » G.H. Hall الذي ظهر سنة 1922 عن النصف الأخير من عمر الانسان البدء الحقيقي للدراسات البيولوجية النفسية الخاصة بالكبار وكان لهذا الاتجاه أثره على القارة الأوربية فنشأت حلقات الدراسة الخاصة بسيكولوجية الكبار سنة 1939.

كما يعد صدور كتاب مشكلات الشيخوخة « لكاودري، سنة 1939 من الأعمال المبكرة للتعريف بالنواحي البيولوجية والطبية لشيخوخة الإنسان وقد استخدم فيه لأول مرة اصطلاح «جيرونتولوجى» Gerontology للدلالة على الدراسات العلمية لظاهرة الشيخوخة.

وتبع ذلك دراسة مشكلة التكيف الاجتماعي للشيوخ، والتي قامت بها لجنة من الجمعية الأمريكية للعلوم الاجتماعية سنة 1943 ونشرت نتائج أبحاث هذه اللجنة في كتاب « لبولاك » O. Pollak ، عن التوافق الاجتماعي للمسنين Social Adjustment in Old Age سنة 1948.

ثم تطور البحث إلى وجهته النفسية الصحيحة في السنوات الأخيرة، وذلك عندما عكفت جامعة كمبردج على دراسة مظاهر التغير في الأداء الانساني من الرشد إلى سن 80 سنة، وذلك في الفترة من 1946 إلى سنة 1956 ونشرت نتائج هذه البحوث في كتاب «لولفورد، A.T. Welford عام 1958، عن التقدم في العمر والمهارات الانسانية . Aging and Human Skills

ولقد كان لموجة تطور العلوم واتساع نطاقها وشمولها في العصر الحديث أثرها في التوجه إلى دراسة الشيخوخة بشكل علمي، وأصبح لها نصيب من الاهتمام العلمي الحديث، وإتجه المجتمع عارفاً بمسئولياتها ومتحملا لها في عدة بلاد من أنحاء العالم؛ إتجه إلى دراسة مشكلات واحتياجات من جاوز سن الستين من الجنسين وبالتالي بدأت هذه البلاد في إتخاذ خطوات نحو تحسين حالة هؤلاء الشيوخ فأنشات العديد من المراكز المتخصصة، وأصدرت الكثير من الدوريات التي تعالج موضوع المسنين، وأصبح المجال مفتوحا أمام الباحثين من مختلف التخصصات العلمية لدراسة تلك الفئة العمرية .

وقد حظيت الشيخوخة في النصف الثاني من هذا القرن باهتمام واضح من قبل الباحثين وتجلى ذلك في زيادة عدد المقالات التي تناولت الموضوع، حيث بلغ مجموعها خمسين ألف مقالة ما بين 1959 و 1975 وفي الولايات المتحدة وحدها تضاعف عدد البحوث – في الفترة الواقعة ما بين 1969 بنسبة 50 %، حيث ظهر في هذه الفترة 73 بحثا وفي عام 1980 بلغ عدد الرسائل المسجلة في ست جامعات أمريكية فقط 215 رسالة عن المسنين.

يضاف إلى ذلك زيادة عدد المجلات العلمية والمهنية التي تعالج موضوع الشيخوخة. وكانت أول دورية علمية تصدر في الولايات المتحدة عام ١٩٤٥هي :

مجلة علم الشيخوخة Journal of Gerontology،عن جمعية الشيوخ في الولايات المتحدة الأمريكية أما في أوربا فأول دورية صدرت عن الشيوخ كانت في عام 1956، ثم أنشئت جمعية دولية للشيوخ، وكذلك عقدت المؤتمرات لدولية حول مشكلات الشيخوخة. وقد نشأت الحاجة إلى علم الشيخوخة الإجتماعي Social Gerontology إنطلاقاً من مسلمة مؤداها أن الأساليب والنظريات البيولوجية لم تعد كافية وحدها لفهم طبيعة وخصائص هذه المرحلة العمرية فالأمر في

حاجة إلى تكوين أساس علمى منظم ترتكز عليه الدراسات الاجتماعية، والنفسية لظاهرة التقدم في العمر. **(د.عبد اللطيف محمد خليفة، 1999، ص3 ،4 ،5).**

2.1 أسباب الاهتمام بدراسة المسنين:

إن من أهم الأسباب والدوافع التي أدت إلى تزايد الاهتمام بمرحلة الشيخوخة والتقدم في العمر بوجه عام كالآتي:

تزايد نسبة كبار السن في كل المجتمعات المتقدمة والنامية بشكل واضح وذلك لأسباب ديمغرافية تتعلق بالتغير في نسب المواليد والوفيات نتيجة ارتفاع مستوى الصحة العلاجية والوقائية بوجه عام.

تتمثل أهمية دراسة المسنين أيضا في أن المجتمع الذي نعيش فيه قادته اغلبهم من الكبار، لذا يرى بعض المختصين أنه يجب دراستهم لمعرفة امكانياتهم البشرية.

يعد المسنون أيضا الثروة البشرية لأي مجتمع ففي هذا العصر الذي نحرص فيه على تجميع كل طاقاتنا البشرية في سبيل البناء تقف مسالة رعاية المسنين ضمن موضوعات الساعة التي يجب ان تحظى باهتمام المشتغلين في مجال التربية وعلم النفس و علم الاجتماع.

لا تقف اهمية المسنين عند حدود الاستفادة من خبراتهم، ولكن نجد ايضا تلك الشريحة التي تتولى في الغالب مقاليد الامور الاسرية والعائلية والاجتماعية، وتحمل على عاتقها مهنة تربية الصغار وتعليمهم القيم والمبادئ والمعايير التي يسلكونها وفقا لها.

يمكن من خلال إجراء الدراسات والبحوث في مجال المسنين الوقوف على مشكلاتكم وحاجاتهم الاساسية، واتجاهاتهم وقيمهم وإعداد وتقديم البرامج والخدمات الارشادية التي تلائم أفراد هذه الفئة العمرية، فقد أشارت هاريس الى ان العقود او السنوات القادمة سوف تشهد تغيرات كبيرة في جمهور المسنين كجماعة في حاجة الى اهتمام ورعاية خاصة كما أشار كوجل إلى أهمية دراسة المسنين عبر الثقافات والحضارات المختلفة في مجال بناء تصور أو اطر مفسرة لظاهرة التقدم في العمر عبر الحضارات **(د.عبد اللطيف محمد خليفة، 1999، ص7 ،8).**

a. **المفاهيم المتعلقة بالشيخوخة:**

1.2 تحديد مفهوم المسن:

هو تحديد سن معين يبدأ من مرحلة الشيخوخة، بعض المجتمعات العربية حددت بداية هذه المرحلة في سن الستين حين يحال الفرد للتقاعد، أما في المجتمعات الغربية وصوله إلى سن الخامسة والستون و ما بعدها، إلا أن الواقع يؤكد أن الإحساس بالهرم و العجز أمر نسبي، يختلف من شخص لآخر و من مجتمع لآخر.

و ينظر علماء النفس إلى مرحلة الشيخوخة أنها حلقة من سلسلة الحياة تصاحب تغيرات كثيرة أهمها ظهور فكرة نمطية لدى المسن ألا وهي"أنه لا أحد و لا دور له"و ذلك بعد تقاعده من العمل **(أحمد السيد مصطفى، 2010، ص 7، 8).**

2.2 مفهوم التقدم في العمر:

يشير هذا اللفظ إلى ان الشيخوخة و التقدم في العمر مترادفان يشيران الى التغيرات العضوية عبر دورة الحياة و التغيرات الإجتماعية و النفسية التي تظهر في الأسلوب من منظورنا و ما نتوقع تحقيقه و ما يتوقعه الاخرين منا، بالإضافة إلى تغيرات في القدرات العقلية..، ويمكننا النظر لمرحلة التقدم في العمر على أنها فترة من التدهور و الانخفاض.

(د.جمعة سيد يوسف، د.عزة عبد الكريم مبروك، 2006، ص47 ، 48).

3. تعريف الشيخوخة:

1.3 التعريف اللغوي و الاصطلاحي للشيخوخة :

التعريف اللغوي:

شاخ الانسان شيخا وشيخوخة : أسنّ الشياخة ، منصب الشيخ وموضع، الشيخ من ادرك الشيخوخة ، وهي غالبا عند الخمسين وهو فوق الكهل دون الهرم وهو ذو المكان من علم او فضل او رياسة **(مجمع اللغه العربيه 1990صفحه 335).**

ويقال هرم الرجل هرما: أي بلغ أقصى الكبر وضعف فهو هرم (مجمع اللغه العربيه 1990 صفحه 468). فالهرم هو كبر السن. **(دعبد اللطيف محمد خليفة، 1999، ص 10).**

التعريف الاصطلاحي :

لم يتفق الباحثون على تعريف جامع للشيخوخة وذلك لانها ليست من الظواهر الثابتة التي تحدث في المراحل الاخيرة من حياه الفرد لكنها حالة سيالة تتأثر بفيزيولوجية الفرد ونفسيته والبيئة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي يعيش فيها واتجاهاتها والتي يتقبلها ويتصرف طبقا لها. **(د.هدى محمد القناوي، 1987، ص 4).** و التعريف الذي يتفق فيه الكثيرون على انها مرحلة العمر التي تبدا فيها الوظائف الجسدية والعقلية في التدهور بصورة أكثر وضوحا مما كانت عليه في الفترات السابقة من العمر.

(د.كمال علوان الزبيدي، 2009 ، ص20).

يعرف "بيت واندرسون" الشيخوخة على أنها إنخفاض تدريجي في الوظيفة والأداء نتيجة لتقدم العمر ويرجع هذا الإنخفاض إلى الإرهاق العائد الى تجمع ظروف والاحداث المجهدة والمسببة للإجهاد والمشقة . **(د.جمعة سيد يوسف، 2006، ص 49).**

و عرفها بيرن و رينر Birren and Renner أنها تشير إلى التغيرات المنتظمة التي تحدث في الكائنات العضوية و الناضجة وراثيا و التي تعيش في ظل الظروف البيئية الممثلة و ذلك مع تقدهم في العمر الزمني و حددها العالم المرموق أليكس كومفرت Alex Comfort على أنها ليست عملية إفساد و تلف تدريجي، و أن ما يقاس فيها يظهر على هيئة نقص في الحيوية أو زيادة في العطب و يعرفها كذلك ب. ب ميداوار P.B Medawar بأنها التغير الذي يعتري القدرة الجسدية و الأحاسيس و الطاقات التي تلزم الفرد في شيخوخته بحيث تؤدي به تدريجيا إلى الموت لأسباب عرضية أو أحداث اعتباطية .

(د.يحي مرسى عيد بدر، 2007، ص 27 ،28).

2.3 الشيخوخة من الناحية الزمنية

هناك اختلاف في تحديد سن الشيخوخة، تراوح بين سن الخامسة والخمسين و الستين و الخامسة والستين، و لكن نظرة إلى السن الذي يتقاعد فيه الموظف في البلدان المختلفة تدل على هذا الاختلاف. و هناك اتفاق شبه عام على أن سن الشيخوخة يبدأ عند الستين الى نهاية العمر و هذا ما اصطلح عليه الدارسون للشيخوخة كظاهرة صحية إجتماعية.

(د.هدى محمد القناوي، 1987، ص 5).

3.3 التعريف البيولوجي للشيخوخة:

تجمع الأبحاث في علم الحياة أن الشيخوخة من الناحية البيولوجية عبارة عن نمط شائع من الاضمحلال الجسمي في البناء و الوظيفة يحدث تقدم السن بعد اكتمال النضج و هذه التغيرات الاضمحلالية تعتري كل الأجهزة الفيسيولوجية و العضوية و الحركية و الدورية و الهضمية و البولية و التناسلية و الغدية و العصبية و الفكرية.

(د.هدى محمد القناوي، 1987، ص 18).

4.3 التعريف السيكولوجي للشيخوخة:

الشيخوخة من الناحية السيكولوجية تمثل حالة من الاضمحلال تعتري إمكانات التوافق النفسي و الاجتماعي للفرد مع ملاحظة بعض التغييرات الانفعالية التي تحدث أثناء هذه المرحلة إضافة إلى السلوك الشخصي الذي ينشأ عن التغييرات، و كذالك القلق بالنسبة للصحة العامة و فقدان الامان الاقتصادي و الشعور بالوحدة. و العزلة و اتجاهات الشك و تضييق الإهتمامات التي تؤدي إلى الاستيطان و الاهتمام المتزايد بالغرائز الجسمية و تقليل النشاط الجنسي و عدم القدرة على التوافق مع الظروف المتغيرة و الثرثرة في الكلام خاصة عن الماضي و الاكتناز خاصة للأشياء التافهة و تخفيف أحداث الماضي.

(د.هدى محمد القناوي، 1987، ص 52).

5.3 التعريف الإجتماعي للشيخوخة :

الشيخوخة من الناحية الإجتماعية هي حالة من هجر العلاقات الإجتماعية والأدوار التي تطابق مرحلة الرشد التي يتم فيها قبول العلاقات الإجتماعية، والأدوار التي تطابق السنوات المتأخرة من مرحلة الرشد لقد اعتاد مجتمعنا الإنساني في نظرته الإجتماعية للمسنين أن يخلق لديهم عقدا نفسية تفقدهم الثقة في النفس، مما يجعل المسن يشعر بأنه أصبح أداة عاطلة في هذا المجتمع، لايستطيع القيام فيه بأعمال إيجابية مهمة، وهذا الشعور بعيد تماما عن الحقيقة ويجب على المسن أن يكافحه ويحاول التغلب عليه .

ومن الطريف ماقيل عن المسنين "لماذا تزداد نسبة الاضطرابات العقلية بينهم؟ " ما قاله الكسندر فورم (1979)، بأن الكبار يفقدون عقولهم لأحد الأسباب الثلاثة :

لأنهم يفتقدونها في شبابهم أو لسبب مرض أو أننا ندفعهم إلى الجنون .

(د.هدى محمد القناوي، 1987، ص 80).

6.3 الشيخوخة كما يستخدمه الباحثون في الميدن :

استخدم الباحثون في مجال دراسة المسنين احيانا مفهوم الشيخوخة واحيانا اخرى مفهوم التقدم في العمر، على انهم مترادفان يشيران الى نفس المعنى، فمفهوم التقدم في العمر هو احد المفاهيم التي اخذها عدد كبير من الباحثين وتناولها تجريبيا.

(د.عبد اللطيف محمد خليفة، 1999،ص11).

4. اهتمام الإسلام بالمسنين :

يمر المسنون في مرحلة الشيخوخة ببعض التغيرات التي قد تؤثر على صحتهم النفسية وشؤونهم الاجتماعية، لذلك فهم بحاجة إلى الرعاية الأسرية والاجتماعية المناسبة. ومن هنا حث الدين الإسلامي الحنيف على رعاية المسنين والاهتمام بهم وتقديم الخدمات اللازمة لهم في جوانب حياتهم المختلفة، قال الله تعالى: {وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحسنًا إما يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما وقل لهما قولا كريما (3) * (سورة الاسراء). وأوصى نبينا صلى الله عليه وسلم بتوقير الكبار والقيام بحقهم حيث قال: "ليس منا من لم يرحم صغيرنا ويعرف حق كبيرنا" (رواه المنذري، ١٤٢١: ٩٠)، وهذا دليل عناية ورعاية بهذه الفئة فئات المجتمع.

(د.عادل بن مشعل عزيز آل هادي الغامدي، 2018، ص307).

5. شخصية المسن:

عندما تتكلم عن الشخصية تعني الصفات والمكونات الجسمية والعقلية والوجدانية والاجتماعية في سياق من التعامل والشمول فكل من هذه الجوانب للشخصية يتأثر بالآخر معه، ذا وا كانت الفروق الفردية قائمة وأثبتها علم النفس الحديث وعلم الوراثة في المراحل المبكرة من النمو كمرحلة الطفولة والمراهقة مثلاً، إلا أن الفروق الفردية تكون أوسع و أوضح في مكونات الشخصية في المرحلة المتأخرة من دورة الحياة في كبار السن.

فكبار السن لهم شخصياتهم المتميزة التي هي حصيلة تفاعل العوامل الوراثية مع الظروف البيئية الطبيعية والاجتماعية، مضروبة بعدد السنين والعمر الزمني لحياة الكبير و يختلف علماء النفس والاجتماع في مدى ثبوت أو تغير صفات شخصية الكبار، ومن الدراسات التي تؤيد ثبات الشخصية دراسة اندرسون (Anderson) الذي توصل إلى استنتاجات تجريبية تؤكد بأن الخصائص الإنسانية والخلفية لا تتغير مع العمر بينما الخصائص العقلية والفكرية كالذكاء و المعرفة والمهارات تتغير كلما تقدم العمر أما الدراسات التي قام بها كل من بيكر (beker) وكيلي (Kelly) فتؤكد أن التغيير يحدث في جميع الشخصية وعدم ثباتها خلال المراحل الممتدة من سن الرشد والبلوغ إلى سن الشيخوخة . وعلى الرغم من إيمان كيلي بنظرية التغيير إلا أنه استدرك فأكد بوجود استمرارية ولبات في إدراك النفس والثقة بها، فمفهوم الذات لدى الفرد له بعض الثبات طوال دورة الحياة ،ولعل النظرية التي أتى بها العالم الاجتماعي البورت Alport في التأكيد على الثبات والتغير في صفات الشخصية بين الطفل والكبير في النظرية المقبولة والتي يمكن الأخذ بها وعليه فمن الخطأ التعميم.

(مساري الراوي، 2009، ص32) .

6. أنواع الشيخوخة:

يتعرض الإنسان ثلاثة أنواع من الشيخوخة وهي:

الشيخوخة العضوية : Organic Gériatrie

وهي شيخوخة بيولوجية تظهر في تدهور أجهزة الجسم وتناقض وظائفها تدريجيا.

الشيخوخة النفسية :psychological geriatric

تظهر في التدهور القدرات العقلية وتناقص الوظائف النفسية تدريجيا.

الشيخوخة الإجتماعية : social geriatric

تظهر في تغير الأدوار الاجتماعية والظروف الاسرية وتناقض الكفاءة الاجتماعية تدريجيا. التأثير المتبادل بين هذه الأنواع الثلاث للشيخوخة أي أن الشيخوخة البيولوجية تؤثر على شيخوخة النفسية والاجتماعية و الشيخوخة النفسية تؤثر على الشيخوخة البيولوجية والاجتماعية و الشيخوخة الاجتماعية تؤثر على الشيخوخة البيولوجية والنفسية ما يعني أنه لا يمكن الفصل بينها إلا من أجل الدراسة .**(د.كمال إبراهيم مرسي، 2006، ص 31، 32).**

7. مراحل الشيخوخة :

تنقسم مرحلة كبر السن الى ثلاث مراحل فرعية نلخصها كالآتي:

مرحلة كبر السن المبكرة:

من السن 65 الى السن 75 سنة هي فترة أولى من كبر السن ويسمى كبير السن فيها "الكهل أو النشط او الفعال" فالكثيرون من كبار السن في هذه الفترة يتمتعون بصحة جيدة وقدرة على العمل وعدم الحاجة الى المساعدة.

مرحلة كبر السن الوسطى:

من السن 75 إلى السن 85 سنة وهي الفترة الثانية من كبر السن يسمى كبير السن فيها "المسن الكبير او الشيخ الكبير " وهي مرحلة الضعف والقعود عن العمل والاحتياج الى المساعدة والرعاية الصحية حيث فيها تكثر الأمراض والأوجاع.

مرحلة كبار السن المتأخرة:

من سن 85 سنه فأكثر وهي الفترة الثالثة والأخيرة من كبر السن يسمى كبير السن فيها "الشيخ الهرم او الشيخ المعمر" وهي مرحلة الضعف الشديد و ملازمة الفراش والإعتماد على الآخر والحاجة إلى التمريض ودخول المستشفى .

ويمكن تلخيص مراحل كبر السن إلى أن كبير السن ينقسم الى ثلاث فئات وهي:

كبير السن النشط او الفعال : وهو الكهل من السن 65 الى 75 سنة.

كبير السن الشيخ: من سن 75 الى 85 سنة.

كبير السن الهرم : من سن 85 سنه الى نهاية العمر.

و تختلف حاجه كبير السن الى الرعاية وفق مرحلة كبره فلكل مرحلة مستوى ونسبة احتياجاتها.

(د.كمال إبراهيم مرسي، 2006، ص 28،29).

8. مطالب النمو لمرحلة الشيخوخة:

حدد هانچرست مطالب النمو لكل مرحلة عمرية، بما فيها الشيخوخة، فمن بين أهداف هذه المرحلة العمرية هي التوافق مع القوى الجسمية والصحية المتناقصة والتوافق مع قدرة التقاعد ونقص البخل، وتكوين انتماء واضح للفرد مع الفئة العمرية وتوطيد متطلبات العيش المادية المرضية.

أما إريكسون Erikson قد حدد مطالب النمو النفسي والاجتماعي لهذه المرحلة والتي أسماها به رحلة الرشد المتأخر، فقسمها إلى مايلي: والتي تبدأ من سن 65 سنة فأكثر.

نوع الحاجات: الاستمرار في تنمية الذات والمحافظة على الطاقة.

الأزمة: تكامل الأنا ضده الإحساس باليأس.

المهام: يصبح المسن هو ذاته في وجود الآخرين.

كما يرى إريكسون أن أزمة تكامل الأنا مقابل الشعور باليأس، تكون بدخول الفرد المرحلة الأخيرة من الحياة، والتي تعتمد على طبيعة النمو النفسي والاجتماعي وطبيعة حل أزمة النمو في هذه المرحلة على التاريخ السابق للفرد ممثلا في طبيعة حل أزمات النمو السابقة وأيضا

على ما يحيط من ظروف اجتماعية وصحي، فيؤدي الحل الناجح لهذه الأزمة إلى شعور الفرد متكامل الأنا من خلال تقبله لدورة حياته وحياة الآخرين الذين لهم معنى بالنسبة له، أما الفشل في حل الأزمة يؤدي إلى شعور الفرد باليأس والإحباط. وكنتيجة لمثل هذا الحل الناجح للأزمة تكون قوة التكيف من خلال اكتساب الأنا فاعلية جديدة تتمثل في الحكمة التي تدل على الحكم الناضج والفهم الشامل.

وعليه في محاولة لوصف الشيخوخة لابد من الاعتراف بأن هذه المرحلة التي يتقدم فيها السن والمرتبط بتدهور على جميع الجولاب بما فيها الجسمية والصحية والنفسية والاجتماعية بصفة عامة مقارنة بمراحل عمرية سابقة، مما يتطلب توافق وتكيف مع التغيرات التي يعيشها المسن، هذا من جهة، ومن جهة أخرى أن مراحل الشيخوخة قد تعددت فمنها من حصرها بالتقاعد كبروملي، ومنها من اعتبرها مرحلة نمو متطلب توافق وتكيف مع مختلف التغيرات الصحية والنفسية كهافجرست، ومنها أيضا من اعتبرها مرحلة أزمة من خلال تكامل الأنا يقابله الشعور باليأس، فالحل الناجح لهذه الأزمة يؤدي إلى تكامل الأنا وقوة التكيف، أما الفشل يؤدي إلى شعور المسن باليأس والإحباط وهذا ا وراه إريكسون.

(بلخير فايزة، 2012، ص62 ،63).

9. مشاكل المسنين:

1.9 المشاكل التي يواجهها المسنين:

يواجه المسنون عدة مشكلات تتعلق بطبيعة نموهم و متطلباتهم النمائية، أهمها:

المشكلات الصحية:

تتأثر صحة كبار السن لعدة عوامل اجتماعية وثقافية كمستوى المعيشي و درجة التعليم وارتفاع مستوى الصحة العامة.

كما أن الحالة الصحية تؤثر على المسن في جوانب عديدة مثل: قدرته على العمل والمساهمة في التطوع و المشاركة في الأنشطة الترويجية و علاقاته الإجتماعية...، و هناك ارتباط قوي بين

الصحة الجسمية و الصحة النفسية، و أن التغيرات الجسمية و عمل أجهزتها تكون تابعة لزيادة عمر الفرد من الطفولة حتى الشيخوخة لتتغير وظائف هذه الأجهزة ويتزامن مع تغيرها في هذا العمر أمراض خاصة بهذا الفئة العمرية كالأمراض المزمنة و ضعف الحواس و تتضمن هذه التغيرات الحالة النفسية و الانفعالية للمسن، فنلاحظ الأمراض العصابية و الذهنية أهم أمراض التي يواجهها المسن في المجتمع المعاصر، و ما يعرف بذهان الشيخوخة الذي يشمل العوامل الاجتماعية.

و يزيد من حدة المشكلات الصحية للمسن وجود بعض المعوقات ترجع لهم منها:

- ✓ اهمال المسنين أنفسهم في عدم طلب المساعدة حتى تسوء حالتهم.
- ✓ عدم اهتمامهم بالكشف الطبي الدوري.
- ✓ عدم إدراكهم خطورة علاج أنفسهم بعيدا عن الإشراف الطبي.
- ✓ عدم دراسة المسن كيفية الوقاية من الحوادث المؤثرة للصحة.
- ✓ خوف بعض المسنين من الإيداع في المستشفيات و ابعادهم عن الجو الأسري.
- ✓ عدم قدرتهم على تحمل نفقات العلاج.

المشكلات الإقتصادية:

الوصول إلى سن التقاعد يعني نقص في الدخل و بالتالي انخفاض المستوى المعيشي، وحتى قدرتهم على العمل تقل لأصحاب الحرف... و أثبتت الدراسات أن قلة من المسنين لا تتعدى الثلث في أي مجتمع تواصل العمل و تحسن دخلها، بينما البقية الباقية تعاني ضييق مالي، و هذا ينعكس على إشباع الحاجيات الضرورية خاصة العلاج.لذلك وجوب زيادة مواردهم المالية لاكتفاء بحاجيتهم.

المشكلات الإجتماعية :

زوجات و إخوة و والدين و أجداد و أصدقاء و مشاركون في الحياة السياسية والاجتماعية و غير ذلك، يعيشون حياتهم ويشبعون حاجاتهم ويواجهون مشكلاتهم كأي إنسان في وسط إجتماعي، و ترتبط العلاقات الاجتماعية التي ينخرط فيها المسن بناحيتين اساسيتين الأولى

تتمثل في التكوين النفسي والداخلي للمسن، والثانية تتمثل في الإطار الإجتماعي والظروف الإجتماعية المحيطة به، لذلك فإن العلاقات الاجتماعية لها دور بارز في حيات المسن سواء داخل الأسرة أو خارجها، و في غياب الأصدقاء وابتعاد الأبناء ووفاة الشريك وغيرها من الفقدان... كل ذلك يؤثر على العلاقات الاجتماعية للمسن فيحتاج الى شغل أوقات فراغه حتى لا يشعر بالوحدة، والتمركز حول الذات، وهنا تظهر حاجة المسن الى تكوين صداقات وانضمامه الى جماعات صغيرة وقيام الاخصائي بالعمل معه يتيح له فرصه لتعويض ما فقد

المشاكل الدينية:

يشير ابراهيم (1997) إلى أن الدين مفتاح الحياة السعيدة في الشيخوخة، لأن الدين يساعد كبير السن على تقبل الظروف التي تمر به فيميل إلى التقرب إلى الله كلما تقدم بالعمر، وهذا بسبب اقتراب نهاية رحلة الحياة والتفكير عما اقترفه من أخطاء في الماضي، قد يكون ذلك نتيجة للرغبة في الإختلاط والإرتباط بأشخاص آخرين في دور العبادة والخروج من العزلة خاصة بعد التقاعد من العمل.

فإقبال المسنين على قراءة القرآن و الكتب الدينية يعتبر مؤشرا يوضح مدى تمسكهم بالدين و طقوسه، فعدم توفر الحاجيات الخاصة بالدين و عدم إشباع رغباتهم في لقاء رجال الدين لمناقشتهم في الأمور الدينية يشكل لهم عبئا نفسيا وجوب العمل على تذليله، فاليقظة الدينية تعتبر كأعمال نفسية بديلة التي تؤدي بالمسن الى سكينة نفسية و امل مشرق يضمن سعادة الإنسان في مراحل حياته و التي بحاجة إليها المسن كسند في حياته.

مشكلات وقت الفراغ:

لابد للإنسان ملئ وقت فراغه بالمفيد النافع لتحقيق الراحة الجسمية و النفسية و تخفيف المعاناة و تأثير الضغوطات النفسية و الاجتماعية، فقد انشغلت الدول و الشعوب بشغل أوقات المسنين بانشاء نوادي خاصة و برامج للترويح و التسلية، و حثهم للمحافظة على صحتهم و على استغلال أوقات فراغهم لتعويض اقتصاد عملهم إن أنماط قضاء وقت الفراغ تتسم بالثبات النسبي

طول حياة الفرد بينما يتخلى البعض عن اهتمامهم بسبب التقدم في العمر كعدم الإستمرار في ممارسة الرياضة....

التقاعد:

ينسحب الفرد من القوى العاملة في المجتمع ليعتمدظام معين للكفالة المادية و هذا ما يخص التقاعد الذي يسبب بشعور فقد الهوية و فقد المكانة الاجتماعية خاصة الرجال وكذلك تدني مفهوم الذات لديهم ،و فيما يخص النساء يكون أقل وطأة حيث أن مكانها الطبيعي البيت لذلك لا يخلق لها التقاعد أية مشكلات، حيث يعد التقاعد نقطةتحول في حياة الفرد لأنه مؤشر إجتماعي يدل على تحول الفرد من طور منتصف العمر إلى مرحلة الشيخوخة، بالإضافة إلى انخفاض مستوى الدخل الذي لا يكفي المتطلبات الأساسية ما يؤدي إلى إنهيار شديد في تقدير الذات ، و كذالك نقص تواصل المتقاعد بسبب طبيعة العمل الذي كان يزاوله ، ليجد صعوبة في التكيف مع الوضع الجديد مما يؤدي إلى فقدان الانتماء إلى جماعة .

(د.محمد إبراهيم السفاسفة، 2014، ص 355 ، 359).

2.9 الوقاية من مشكلات الشيخوخة:

هناك عدة إجراءات وقائية من مشكلات الشيخوخةويمكننا أن نلخصها في مايلي:

- فهم شخصيةالمسن وطبيعة الملرحلةالتي يمر بها.
- دراسة إمكانيات كل ما يجلب له السعادة والرضا.
- يجب أن تكون الرعاية الصحية والجسمية والاهتمام بالفحص الطبي والعلاج في الوقت المناسب للوقاية من الحوادث والتعرض للعدوى الأمراض .
- الاهتمام بالتوافق الاجتماعي والعلاقات الإجتماعية، وتوسيع دائرة الصداقات بين المتكافئينمعهم سنا وثقافة ومستوى حتى يشتركوا في اتجاهات مختلفة مع الاهتمام بالهوايات والرياضةولو رياضة المشي وذلك أقل شيء .

• تشجيع الشيخ على البحث والاستطلاع حتى تبقى ذاكرته حية متنبهة لشؤون الحياة، وتشجيعهم على تحديد أهداف املستقبل يسعى لتحقيقها.

ضمانا للاستقرار الحالة النفسية للمسنين على الأبناء والمحيطين أن يشعروهم بالاهتمام بهم بتتبع أحاديثهم ، كما يجب استشارتهم في بعض الأمور وأخذ أرائهم حتى يشعروا بمكانتهم وقيادتهم التي فقدوها لظروف الحياة. يميل كبار السن إلى التقرب إلى الله سبحانه وتعالى فيجب تشجيعهم على زيارة الأماكن المقدسة وتوفير الإمكانيات اللازمة لهم.

(طيب جاب الله و آخرون، 2021، ص 575).

3.9 علاج مشكلات الشيخوخة:

يشمل عدة علاجات من بينها:

العلاج الطبي:

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

العلاج النفسي:

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

العلاج البيئي:

يجب تنمية اهتمامات وميول الشيخ وملء وقت فراغه بوسائل التسلية، ودفعه إلى المشاركة في الحياة الاجتماعية والاهتمام بمظهره العام ، ويجب تشجيع الشيخ على ممارسة الهوايات للتخفيف من متاعب وقت الفراغ ولتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي يجب الاهتمام بالتأهيل النفسي

والاجتماعي للشيخ ولا بد من توفير الرعاية لهم على كافة المستويات حسب قدراتهم ومستوياتهم.

(حامد عبد السلام زهران، 1984، ص 548، 549).

10. حاجيات المسنيين:

للمسنين مجموعة من الحاجيات نذكرها كالآتي:

الحاجيات النفسية: تأتي في المقدمة في الدول الرأسمالية في ظل ضعف وتزعزع العلاقات الأسرية في تلك المجتمعات الصناعية، أما في الدول العربية فتأتي في ظل القائمة مع عدم إغفالها تماما وخاصة لبعض المسنين بدار العجزة مثل" العزاب، من تقطعت روابطهم العائلية وتتمثل الحاجيات النفسية في "الانفعال، الخوف، والحاجة الى الحب والمحافظة على الروح المعنوية العالية والاحتفاظ بدرجة عالية من الثبات الانفعالي.

الحاجيات الفسيولوجية: تتمثل في الحاجة للغذاء والتحرر من الألم والحافظة على الطاقة والحاجة الى الراحة والنشاط المنظم والحاجة الى النظافة.

الحاجيات العقلية: مرتبطة بالمشكلات الخاصة بالتفكير والميول والذاكرة وتقوية الصلة بالواقع والمكانة الاجتماعية والاحساس بالمسؤولية للأخرين والاحترام.

الحاجات المادية: هي في الأقطار العربية على نحو كافي وفعال وميسور لأنها لا تزال تحبوا الى الأخذ بنظام التأمينات الاجتماعية والضمان الاجتماعي ففي مجتمع صناعي متقدم على سبيل المثال حيث تطور نظام محكم لتأمينات الاجتماعية في عدد كبير من الدول تأتي الحاجات المادية في أخر القائمة.

الحاجات النوعية: هي التحرر من الألم والوحدة والمحافظة على الطاقة والروح المعنوية، وجد أن هذه الحاجات نادرا ما تشبع وعدم الاشباع يؤثر على حياة المسنين.

(بدور محمود سعيد، 2008، ص41).

11. التغيرات التي تطرأ على المسنين:

1.11 التغيرات البيولوجية الفسيولوجية:

تغير معدل نشاط الغدد الصماء : يصل إفراز الغدد الصماء ذروته في سن العشرين، ويهبط معدل إفراز هرمونات هذه الغدة بسرعة منتظمة حتى سن 70 سنة، ثم تتغير سرعته في هبوطها حتى نهاية الحياة .

تغير قوة دفع الدم: تتناقص القوة الدافعة للدم في خط مستقيم ينحدر بإنتظام، تبعا لزيادة العمر الزمني و بالتالي هذه القوة تبدأ مرتفعة عند 20 سنة و تظل في تناقصها حتى 90 سنة إلى نهاية الحياة .

تغير السعة الهوائية للرئتين: تقل نسبة الهواء في عمليتين الشهيق و الزفير تبعا لزيادة السن و خاصة بعد السن ال 20 سنة و تقاس كمية الهواء أثناء عملية التنفس بالسنتيمتر المكعب و تقاس هذه السعة في خط مستقيم يهبط بإنتظام تبعا لزيادة العمر الزمني و تظل قدرة الإنسان على التنفس فيإنحدارها حتى يصل الفرد إلى شيخوخته فتنقص هذه القوة بنسبة 25% كما كانت عليه في الرشد.

التغيرات العصبية:

يصل الجهاز العصبي إلى ذروته الحيوية في الرشد ثم يبدأ نشاطه يضعف بالتدريج و لكن في بطئ غير ملحوظ، و لذا يصعب قياس هذا الضعف ثم تصبح سرعة هذا الإنحدار ملحوظة في الشيخوخة، و قد ترجع هذه الطاهرة إلى ضعف نسبة الأوكسجين التي يحملها الدم إلى المخنتيجة لشيخوخة الفرد، و نتيجة لضعف السعة الهوائية للرئتين، أكثر مما ترجع إلى شيخوخة الخلايا العصبية نفسها.

الكفاية البدنية و مستوى التكيف :

تصل الكفاية البدنية إلى ذروتها العليا في السن 25 سنة أي في الرشد و يبدأ إنحدارها بطيئا حتى سن 40 و 45 سنة، و يزداد معدل الإنحدار بعد ذلك زيادة ملحوظة بعد ذلك السن و يعاني الفرد الأمرين في تكيفه لبدنه الذي بدأ يضعف و بيئته لا ترحم في تطورها و سرعة

تغيرها.

التغير الحسي:

لكل حاسة تكوين عضوي ووظيفة سلوكية وتعتمد الوظيفة على مدى نضج الحواس، وتتأثر الحواس من ناحيتها التكوينية بالزمن فتبدأ ضعيفة في الطفولة ،ويكتمل نموها في المراهقة والرشد وتضعف في الشيخوخة و من التغيرات التي تطرأ على الحواس هي:

تغير البصر: تضعف قوة الاستجابة الضوئية للعين تبعا لزيادة السن، وذلك لأن حدة العين تفقدجزءا كبيرا من مرونتها إذ من المعروف علميا أن حدقة العين تتسع عندما تقل الإضاءة وتضيق عندما تزداد الإضاءة حتى تتحكم في كمية الضوء المناسب للعين.

تغير السمع: تبدأ حاسة السمع تضعف في وقت مبكر شأنها في ذلك شأن حاسة البصر، ومن المظاهر ضعف السمع في الشيخوخة صعوبة إدراك الأصوات الحادة.

تغير الصوت: يتغير الصوت البشري تبعا لزيادة السن خاصة في الشيخوخة حيث أنه يفقد جزءا كبيرا من حرارته ويصبح مرتعشا ومتقطعا.

التغير الحسي البشري: تضعف النواحي الحسية للجلد البشري تبعا لزيادة العمر وخاصة بين 40 سنة و65 سنة يصل معدل الضعف إلى نهاية القصوى .ولذا يتأثر الشيوخ بالحر اللافح في الصيف والبرد القارس في الشتاء أكثر مما كانوا يتأثرون به في رشدهم وشبابهم.

(فؤاد البهي السيد، 1998، ص 312 ،321).

2.11 التغيرات السلوكية الانفعالية:

في الغالب تكون سلوكيات المسنين محكومة بظروف حياتهم و أنماط شخصيتهم وظروف الحياة الحالية الخاصة بهم ولكن يمكن القول أن المسنين أقل مرونة، يصعب عليهم تقبل التغيير في أسلوب الحياة والأفكار و السلوكيات وانفرض عليهم الواقع ذلك التغيير. إن حاجات المسنين الذاتية المركز تدور حول أنفسهم أكثر مما تدور حول غيرهم، وتؤدي هذه الذاتية إلى نمط غريب من أنماط السلوك الأناني، كما تتميز انفعالتهم بالعناد وصلابة الرأي الذي يؤدي

الى السلوك المضاد، وعند غضبهم إنهم غالبا ما يثورون كالأطفال حيث لا يتحكموا الشيوخ تحكما صحيحا في انفعالاتهم المختلفة. **(سليم مريم، 2002، ص505).**

3.11 التغيرات الاجتماعية:

تتعدد التغيرات الاجتماعية التي تصاحب مرحلة الشيخوخة و تتداخل مع بعضها البعض، إلا أن أبرز هذه التغيرات لدى المسنين هي: تقلص علاقاتهم الاجتماعية، إذ تقتصر على الأصدقاء القدامى ومن كان يسكن بقربه نظراً لصعوبة تنقلاته بسبب التغيرات الجسمية آنفة الذكر وهذا قد يؤدي إلى تقلص المكانة الاجتماعية للمسن، كما ينتج عن هذا التغير مظهر جديد في حياة المسن ألا وهو: الفراغ والعزلة والشعور بالغربة، وذلك نتيجة للانسحاب المتبادل بين المسن والمجتمع الذي يؤدي بدوره إلى ضيق الاتصال بالمجتمع، وإلى تدهور المشاركة الاجتماعية لديه "باغتراب المسنين عن المجتمع وهذا عائد إلى فقدان الأدوار الاجتماعية المتمثلة في رعاية الأبناء والأسرة.

(د.عبد الله بن ناصر السدحان، 2008، ص28).

4.11 تغير القوة العضلية والمظاهر الحركية :

تضمر العضلات تبعا لزيادة العمر وخاصة بعد مرحلة الرشد واكتمال النضج وبذلك تتأثر النواحي الحركية تبعا لهذا الضمور الذي هو عبارة عن انكماش عضلي من ناحية وامتداد في الناحية الأخرى وعندما تضعف هذه القوة تتأثر سرعة الانكماش والامتداد وتضعف تبعا لذلك القوة العضلية للفرد هذه القوة تبدأ ضعيفة في الطفولة وتصل إلى ذروتها في الرشد ثم تبدأ في الانحطاط كلما اقترب عمر الفرد من الشيخوخة حتى نهاية العمر.

(مصطفى محمد أحمد الفقهي، 2008، ص35).

5.11 تغير القدرات العقلية:

الإدراك:

يهدف الإدراك إلى معرفة المادة التي يريدها الفرد ،فتقوم هذه العملية على مدى قدرة الفرد على تصنيف المعلومات التي يدركها أكثر مما تقوم على النواحي الحسية ومعطياتها وذلك حينما

يحاول الفرد أن يربط بين عناصر الموقف الخارجي وبين الخبرات السابقة التي مرت به ، فتزداد عملية الإدراك وتكثر بهما الأخطاء بعد سن الرشد ،ولذلك تتطلب هذه العملية وقتا أطول عند الشيخوخة ومن أهم العوامل التي تؤثر في عملية الإدراك عند الشيخوخة المخية نتيجة لزيادة السن. **(فؤاد البهي السيد، 1998، ص 339).**

التذكر:

التذكر عملية عقلية ديناميكية متطورة متغيرة .. وبما أن الزمن ركن من اركانها الرئيسية فهي لذلك دائمةا لتغير تبعا لتغير عمر الفرد في تزايده المستمر من الطفولة الى المراهقة الى الرشد حتى الشيخوخة . ويختلف التذكر تبعا لمايلى :

مدى الفاصل الزمني القائم بين عملية الاكتساب وعملية الاسترجاع... فهناك التذكر المباشر والتذكر البعيد، والتذكر الحديث، والتذكر القديم كما يختلف تبعا لاختلاف مادة التذكر نفسها. فهناك التذكر العددي، وتذكر الأشكال والرسوم والصور والمجسمات، وتذكر الالفاظ والعبارات والجمل والفقرات .. الخ . **(د.هدى القناوي، 1987، ص 33 ، 34).**

التخيل :

يعتبر خيال الشيخ قويا وغير منسوب بالضعف .. فهو يسبح بخياله في الاشياء التي سبق له اختزانها . وفي نفس الوقت يستطيع أن يركب صورا خيالية متعددة من المحصول الحسى الذي مر بخبراته التي سبق له أن حصل عليها .كذلك فان الشيخ يستطيع أن يركب صورا خيالية متعددة وحركية للغاية من الصور الخيالية التي يكون قد ركبها من قبل.

اذا لماذا خيال المسنين وانتاجهم وابداعهم ليس بنفس الكم وبنفس الجودة التي كانت متوافرة لهم قبل الشيخوخة ؟

الواقع أن ذلك لايتعلق بضعف الخيال، ولكن يتعلق بضعف البنية والعوامل الوجدانية، كانحطاط الهمة، والاحساس باليأس، أو بعدم تشجيع المحيطين بهم أو لسبب عدم قدرتهم على الوقوف

على آراء الناس منهم بسبب انقطاعهم عنهم.. إلى غير ذلك من أسباب جسمية ونفسية واجتماعية . **(د.هدى القناوي ، 1987 ، ص 35).**

الذكاء :

ينظر عادة إلى كبر السن كفترة انحدار في القدرات العقلية، وتباطؤ الاستجابة التي تحدث نتيجة للوهن الجسماني، والتغيرات الحسى حركية، وقد أرجع البعض انخفاض الاداء بأنه أحد علامات كبر السن، والواقع أن أبحاثا كثيرة قد دلت على أن هناك انحدارا في القدرة على الاستجابة الحركية والذكاء بين المسنين، ولكن هناك دلائل متزايدة على أن هذه الفروق قد لاتكون نتيجة مباشرة للانحدار الوظيفي الذي يرتبط عادة بكبر السن .

(د.هدى قناوي، 1987، ص 35) .

الذاكرة :

ذاكرة الوقت وذاكرة الأرقام تضعفان على حد ما في الشيخوخة ولكن ذاكرة الطفولة للأشخاص والأحدازث المرتبطة بذهن الشيخ زمن الطفولة تزداد قوة، أيضا ذاكرة المراهقة والشباب تزداد قوة ،فالمسن يذكر أشياء وقعت له في عهد الطفولة وكان قد نسيها مدة طويلة ولكنه يجد نفسه وقد طعن في السن يذكر تلك الأحداث بدقة، بينما يكون قد نسى الأحداث التي وقعت منذ لحظات،"وقد ينسى الشيخ الوقت والتاريخ والأماكن التي وضع بها الأشياء والتي كان فيها منذ لحظات أو الشخصيات التي قابلها".

(عبد المنعم الميلادي، 2002، ص44).

6.11 التغيرات النفسية :

هناك اضطرابات نفسية تحدث للمسنين، ومن الممكن تحديدها باستعراض الخصائص النفسية للمسنين والتي تشمل :

- تتميز انفعالات المسنين بأنها ذاتية المركز حيث تدور حول انفسهم أكثر مما تدور حول غيرهم، وتؤدي هذه الذاتية إلى نمط غريب من انماط السلوك الأناني.

- عدم القدرة على التحكم في الانفعالات تحكما صحيحا شأنهم في ذلك شار الأطفال الذين يعجزون عن ضبط مشاعرهم وعواطفهم.
- العناد وصلابة الرأي، وقد يؤدي هذا العناد إلى السلوك المضاد.
- الميل إلى المديح والإطراء والتشجيع .
- للمسنين ما يثير في نفوسهم القلق، وقد يؤدي بهم القلق إلى الكآبة لأنهم لا يجدون متنفسا لانفعالاتهم كما كانوا من قبل .
- يتميز أغلب المسنين بالشك والريبة من الآخرين وعدم الثقة بهم.
- يقف المسنون من البيئة المحيطة بهم موقفا سلبها فلا ينفعلون لها ومعها وكانهم بذلك يعبرون عن شعورهم بالأبوة السحيقة التي تفصلهم عن الأجيال الأخرى .
- تتصف انفعالات المسنين أحيانا بالخمول وبلادة الحس، وقد يرجع هذا الشعور الغريب بالسلبية والبلادة إلى عدم إدراك المسن المسؤولية التي تواجه من يحيطون به.
- يغلب على انفعالاتهم التعصب الذي لا يقوم في جوهره على أي أساس فهم يتعصبون لجيلهم ولأرائهم ولعواطفهم ولكل ما يمتد إليهم بصلة.
- يحسون في أعماقهم بأنهم مضطهدون، ويؤدي بهم الشعور بالاضطهاد إلى الإحساس العميق بالفشل .
- التمسك الفكري والتصلب والتحفظ وتوخي الحرص والحذر.

(د.عبد الحميد محمد شاذلي، 2001، ص 17).

11. نظريات دراسة الشيخوخة:

1.12 النظرية البيولوجية : و تندرج تحت هذا المجموعة إحدى عشر نظرية فرعية تفسر عملية الشيخوخة و هي كالآتي:

1.1.12 التغيرات داخل الخلايا يسبب التدمير المستمر في مراكز آر. ان. أ :RNA

حيث تلقى الاتجاهات الحديثه التي اتجه إليها العلماء باستعمال النظائر المشعة بعض الضوء على التغيرات التي تحدث داخل الخلية المصاحبة لعملية الشيخوخة و هي تدمير مستمر في مراكز تكوين آر. أن. أ بسبب الاستعمال المستمر، و بسبب هذا التغير فإن الإنزيمات التي تحدث نتيجة لهذا الإرسال الخاطئ فيها تكون غير قادرة على القيام بوظائفها، و بسبب تراكم المواد التي تستعمل عادة في تكوين آر. أن. أ و الإنزيمات لعدم استعمالها فإنه يترتب على ذلك تهبيط وظائفها أو تكوين أصناف فيها ليست من القوة والثبات مثل الأصناف الطبيعية منها. **(د.يحي مرسي عيد بدر، 2007، ص 188).**

أو ما تسمى بنظرية الخطأ الوراثي gentic errorحيث لدى انقسام الخلايا يتم نقل المعلومات من خلية إلى خلية أخرى، فتحدث أخطاء في النقل و تتزايد هذه الأخطاء عبر الزمن، بحيث لا تعطى المعلومات الوراثية التي كانت تعطيها في الطفولة و التي ينبغي أن تعطيها دائما فيتلف الجسم. **(د.كامل علواني الزبيدي، 2008، ص 227).**

2.1.12 التغيرات في حجم الجزيئات :

في أبحاث أخرى تشير إلى أن الشيخوخة تصاحبها تغيرات في حجم الجزيئات داخل الخلية نفسها بانضمام جزئ من البروتين الى جزئ حامض النواة، مما يترتب عليه اختلال في وظائف الخلية الأساسية بسبب هذا الخلل الكيميائي بداخلها.

(د.يحي مرسي عيد بدر، 2007، ص 188).

3.1.12 وجود صبغة الشيخوخة في الخلايا المسنة:

وجود مايسمى ب"صبغة الشيخوخة" في هذا البحث، و قد أمكن إثبات وجود هذه الصبغة في الخلايا المسنة، و هي نتاج شيخوخة بعض محتويات الخلية بسبب تراكم انزيمات مائية فيها،

مما يؤدي في النهاية إلى تحول محتويات الخلية الطبيعية إلى هذه الصبغة و هي بدورها قادرة على تحطيم جزئ البروتين الذي يمكن اعتبار وجوده بداخل الخلية من أساسيات عملها، و يمكن استنتاج أن هذا في النهاية سوف يؤدي إلى شيخوخة الخلية ثم وفاتها.

(د.يحي مرسي عيد بدر، 2007، ص 188).

4.1.12 النظرية الجزيئية في عمل الخلية :

مع تقدم علوم دراسة الخلية عامة، و بروز النظرية الحديثة "النظرية الجزيئية في عمل الخلية" هي باختصار مبنية على أساس أن كل عمل في الخلية هو عبارة عن تفاعل كيميائي أي نظرية البيولوجيا الكيميائية أو الجزيئية، و أن الشيخوخة ما هي إلا قصور في هذه التفاعلات الكيماوية. **(د.يحي مرسي عيد بدر، 2007، ص 188).**

5.1.12 اضمحلال و انكماش خلايا الجسم:

هناك خلايا الجسم تضمحل و تنكمش، و هناك خلايا في جزء من الجسم مؤدية الى الهلاك و أن خلايا أخرى في مكان آخر لا يحدث لها ذلك لأنها تعتمد على الخلايا التي تضمحل أو تهلك، فإن الخلايا الاولى تتوقف عن أداء الوظيفة.

و من ناحية أخرى نجد أن الباحثين يهتمون بالأعضاء و يعدون الخلايا و تضح أن الخلايا لا تزول و لا تنتهي و في هذا الصدد ثار نقاش طويل حول العلاقة بين فقدان خلايا المخ و الشيخوخة و على الرغم أن كل النشرات الطبية توضح أن الكبار يفقدون ألف خلية مخية يوميا فإن ذلك لم تثبت صحته و انتهى كثير من العلماء إلى أنه و بينما توجد خسارة كبيرة لدى بعض الأشخاص المصابين بأمراض معينة، فإن خسارة خلايا المخ اذا حدثت لمعظم الناس فإنها تعتبر تافهة و تسببها الأمراض الأوعية الدموية للمخ، و ليس هناك سبب للإعتقاد بأن موت خلايا المخ و اختفائها تعتبر خاصية بيولوجية متأصلة في الجنس البشري.

(د.يحي مرسي عيد بدر، 2007، ص 189).

6.1.12 وجود و انتشار بعض العيوب في الخلايا:

يوجد عيب معين ينتشر في الخلايا و بالتالي تفقد قدرتها على العمل (المتمثل في إفراز الإنزيمات أو الإنقسام) و من ثم فإن الأعضاء التي توجد فيها هذه الخلايا تصبح معيبة. حيث لا يوجد دليل يثبت أن هناك أي تغير متقدم و ذاتي في قدرة الخلايا لكي تنقسم أو تستكمل النقص فيها و لم يتم الكشف عن اختلافات قدرة الخلايا على الاستجابة للهرمونات. و تم الوصول لبعض الاختلافات و لكنها تعتبر ثانوية بالنسبة للتغيرات في مكان آخر في الجسم و خصوصا تلك التغيرات المرتبطة بالضعف العام و الذي يتزامن مع الشيخوخة و من المحتمل أنه عندما تفشل الميكانيزمات الأساسية فإن ذلك ليس مرجعه الخلايا ذاتها، و انما المواد خارج الخلايا و هي البروتينات النسيج الرابط و أشهر هذه المواد المعروفة هي الكولاجين (مادة بروتينية في نسيج الضام و العظام و المعروف على أنه الجلد و يشكل الكولاجين حوالي 30 ٪ من البروتين الجسدي الكلي. اذا أضفنا بعض البروتين النسيجي الرابط الآخر سيكون لدينا 40 ٪ أو أكثر من بروتين الجسم.

و هذه البروتينات هامة أو لا بسبب مقدار البروتين الذي تشكله هذه الخلايا، و كذلك لأنه لا يتم استبدال هذه البروتينات في العديد من أماكن الجسم حيث معظمها يظل لدى الفرد طيلة فترة حياته، و هذه البروتينات عرضة للتغير الدائم. **(د.يحي مرسي عيد بدر، 2007، ص 189 ، 190).**

تفقد الألياف العصبية و الجلد و الأوعية الدموية الكثير من مطاطيتها ، نتيجة لتقدم الإنسان في العمر و قد وجد أن هذه الظاهرة ناجمة عن تكوين روابط عرضية أو ضمن خلايا الكولاجين collogen الذي يعتبر بروتين ليفي مسؤول عن اختفاء المطاطية عن هذه الأنسجة. و تفترض هذه النظرية (نظرية الروابط العرضية) Cross linking أن الروابط العرضية قد تتكون في الإنزيمات و إذا ما تكونت هذه في الإنزيمات فإنها ستغير من شكل وتركيب جزئيات الإنزيمات بحيث تفقدها امكانياتها في العمل بصورة طبيعية.

(د.كامل علواني الزبيدي، 2008، ص 228 ، 229).

7.1.12 تخريب الخلايا ووجود تغيير غروي في جزيئات مادة الجسم:

إن الشيخوخة تنتج من تخريب في الخلايا الثابتة والمتخصصة في وظيفة ما، وكذلك ربما لوجود تغيير غروي في جزيئات مادة الجسم نفسه. ويفترض بعض الباحثين أن "إرهاق الخلايا" يسبب الشيخوخة ويسهل الأمر لدخول بعض الشوائب في تجويفها ،حتى لقد لاحظ البعض تراكم بعض الأجسام الغريبة الملونة في الخلايا، واطلقوا عليها اسم صبغة الشيخوخة وتدخل في تركيبها مادة ال lipofucinو لقد وجدت هذه الصبغة بكمية وفيرة في خلايا القلب و المخ و الغدة فوق الكلية في أجسام المسنين .

ولكن لم يثبت للآن، ولا يوجد دليل على أن هذه الصبغة تتدخل في الوظيفة الطبيعية للخلية التي تحتلها. **(د.يحي مرسي عيد بدر، 2007، ص 190).**

8.1.12 التغيرات في نوعية الإنقسام الحقيقي للخلايا:

تقول أن الشيخوخة تنتج من تغيرات في نوعية الإنقسام الحقيقي للخلايا .faulty copying وهذا يقودنا للدخول في دراسة تغيرات التركيب جزئ مادة ال ((D.N.A مما يسبب أخطاء في التركيبة المعنية coded information والتي يحتاج إليها تكوين البروتين المعين في الخلية. ولقد ساد الاعتقاد أن هذا غير ممكن إلا أنه قد تحدث أخطاء في إرسال المعلومات المطلوبة من الجزء إلى الخلية حيث تتكون البروتينات وعملية إرسال المعلومات هذه تكون من ال .RNAاكثر مما هو مماثل له في خلايا كبد الفئران الشباب و لذا أصبح من المعتقد ان بعض من هذا ال RNAيحمل في جزيئاته أخطاء في الرسالة التي يحملها ،و لذا تصل المعلومات الخاصة بتركيب نوع معين من الإنزيمات بطريقة خاطئة.

وبمضي الوقت، ونتيجة لتناقص المادة الصحيحة تزيد نسبة صنع ال RNAعن المعتاد كعملية تعويض عن النقص في الكمية الصحيحة المعتادة. و عندما تعجز عملية التعويض هذه ،لا يتمكن الجسم من تكوين RNAجديد، تحدث الوفاة.

(د.يحي مرسي عيد بدر، 2007، ص 190 ، 191).

9.1.12 تغيير طبيعة الخلايا بفعل العوامل الوراثية:

نذكر ان بعض الخلايا تتغير طبيعتها بفعل الوراثة او بفعل التحول الطبيعي المفاجئ mutationأو عامل الحساسية immunological change وهذا التغير في طبيعة الخلايا سواء كان نتيجة لهذا أو ذاك فإنه يجعل الشيخوخة أكثر ظهورا في الجسم.

وفي حين نجد ان الأمراض التي تتسم بطابع الحساسية الذاتية تعتبر نادرة نوعا ما في المسنين فإننا نلاحظ ازدياد نسبة بعض الأمراض فيها كنوع من أنواع الأنيميا وأمراض التشمع amyloidosiوالبول السكري عند الكبار .(. maturity onset).

(د.يحي مرسي عيد بدر، 2007، ص 191).

10.1.12 تغيير طبيعة الخلايا بفعل العوامل البيئية الضارة:

تفترض أن الخلايا الهامة المتخصصة في الأنسجة تندرج في الموت بدون ترتيب ثابت نتيجة لوجود بعض الظروف الضارة والمحيطة بها، وبعد موت عدد معين من خلايا هذا النسيج يصل الى حد الذي يتعذر فيه على ما تبقى من الخلايا القيام بالوظيفة الأساسية للعنصر المصاب... تحدث الوفاة. ويعزو بعض العلماء إلى الأشعة الكونية cosmic Ray'sعلى أنها طرفا هاما في الظروف الضارة المحيطة بالخلايا.

(د.يحي مرسي عيد بدر، 2007، ص 191).

11.1.12 ضعف النشاط الإنزيمات الخلوية:

تشير الى ان ضعف النشاط الانزيمات الخلويه تشير إلى أن ضعف انشاط الإنزيمات الخلوية في الخلايا الحيوية له علاقة بظهور الشيخوخة، فالخلايا التي لها خاصية الإنتعاش و التجديد regenerative capacity قليلا ما تظهر عند كبار السن. أما الخلايا المتخصصة في وظائف معينة و التي لا يمكنها التغيير الذاتي أو التجديد، فإنها تشيخ بسرعة و لا أمل فيها للعودة لحالة الشباب .

و استخلاصا من الربط بين النظريات و الملاحظات المتعددة لبيولوجيا الشيخوخة على مستوى الخلية، يمكن أن نصل إلى أن أيا منها أو جميعها تؤدي في النهاية إلى اضمحلال وظيفة العضو أو الجسم، و هو مايسمى على مستوى الجسم كله و عند حدوثه بالشيخوخة.

و يمكن توضيح ذلك كالآتي:

أ – تقدم في السن :

1. تقدم سن بيولوجي.
2. تقدم سن كيميائي.

ب– شيخوخة:

1. تقدم في السن.
2. اضمحلال في القدرة الوظيفية.

(د.يحي مرسي عيد بدر، 2007، ص 191 ، 192).

2.12 النظريات الإجتماعية:

1.2.12 نظرية النشاط:

تتفق معظم وجهات النظر الخاصة بكبر السن على أن المسنين لهم نفس الاحتياجات النفسية والاجتماعية التي يحتاجها الشخص متوسط العمر و تبعا لنظرية النشاط فإن الشخص الذي يصل إلى مرحلة كبر السن بنجاح هو الشخص الذي يقاوم الظروف الخاصة بهذه المرحلة و يتوافق بنجاح مع التغيرات التي تطرأ على تلك المرحلة و تفسر هذه النظرية عزلة كبار السن و عدم وجود دور أو نشاط لهم بسبب ما يلي:

أ– تقلص العالم الاجتماعي للشخص المسن عند تقاعده و موت الرفيق و الاصدقاء و غير ذلك من المحددات المختلفة على حراكه .

ب– الانحدار الجسماني للمسن يزيد من الصعوبة المتزايدة في عدم قدرته على مواجهة تلك المعوقات و في عدم إشباع احتياجاته .

و تشتمل نظرية النشاط على العديد من الأحكام القيمية . حيث تفترض أنه من الأفضل أن يكون الشخص نشطا من كونه غير نشط، و أن يكافح ضد الصعاب أحسن من التواؤم وتكيف معها . **(د.يحي مرسي عيد بدر، 2007، ص 192).**

جاءت هذه النظرية لتؤكد النتائج الايجابية لاستمرار الارتباط بالعالم على سعته ، والتوصل إلى أدوار بديلة لتلك التي فقدت نتيجة التقاعد أو الترمل، ويتضمن ذلك مستويات عالية من المشاركة الاجتماعية، والروح المعنوية، وغيرها من عناصر الرضا، وإن كان كثيرا ما يتعذر تحديد هذه العلاقة. **(د.هدى القناوي، 1987، ص 11).**

2.2.12 نظرية الإنفصال:

انتهت الدراسات المبكرة إلى أن نظرية الإنفصال ترى الشيخوخة كعملية انسحاب متبادل و حتمي تؤدي إلى قلة التفاعل بين الفرد و المجتمع.و قد وسعت كمنج Cumming من نطاق النظرية من خلال مناقشتها للجوانب المتميزة من عملية الانفصال و ربطتها بالاختلافات البيولوجية و في القيود المجتمعية و الأدوار المتغيرة. كما أضاف هنري Henry تحليلا آخر لهذه النظرية في كتاب كبر السن) Growing oldكتاب كمنج و هنري الصادر عام 1961) يشير إلى أن هذه العملية تمثل انفصالا ذاتيا ينبع من شخصيات المسنين و أن العوامل البيئية لا تكفي للتنبؤ بها.

أوضح كل من هافج هيرست Havighurst ونيوجارتن Neugarten و توبن Tobinمن خلال دراسة المسنين بمدينة كنساس kansasأن أكثر المسنين المشاركين في الأدوار الاجتماعية يحققون إشباع اكبر في الحياة مقارنة مع غيرهم الأقل مشاركة، كما أوضح هؤلاء العلماء أن هناك ثلاثة أنماط من شخصيات المسنين المنفصلين، النمط الأول الذي يؤدي إلى راحة الأقارب، و النمط الثاني يؤدي إلى إحساس كبير بعدم الراحة و قلة الشعور بإشباع الحياة، و النمط الثالث و الاخير و الذين ينفصلون لفترات طويلة من حياتهم و يشعرون بالرضى عن ذلك، و من تم الشيخوخة لا تسبب تغيرات ملحوظة في حياتهم.

أوضح روز Ros بقوله أنه يحاول التعرف على الأنماط العديدة لاستجابة المسنين للأدوار المتغيرة و انتهى إلى أن بعض المسنين لا يعانون الحرمان و من ثم فإن الشيخوخة مجرد استمرار لأسلوب حياة ممارس من خلال سنوات البلوغ المبكر و في مرحلة متوسط العمر.

إذن المسنون قد يكونون مجرد منفصلين أو يعانون من فقدان الأدوار و يستسلمون للموقف دون البحث عن البديل، و هناك من فئة أخرى إما تخلق أدوار جديدة مستقلة و إما تخلق أدوار جديدة في مجتمع الشيخوخة مختلف عن المجتمع الأكبر.

قد وضع أسس هذه النظرية كل من كمنج و هنري حيث يرى كل منهما أن هناك انسحابا تدريجيا للمسن من المجتمع و يعدون أنفسهم للانسحاب الاخير من خلال الانفصال عن العلاقات و الوظائف الاجتماعية لمواجهة الموت .

انتهى كل من نيوجارتن و مادوكس Maddox و ايزدورفر Eisdurfer و غيرهم إلى أن الإشباع أو التكيف في مرحلة الشيخوخة يتميز بمشاركة إيجابية من جانب بعض الأشخاص و مشاركة سلبية من البعض الآخر. **(د.يحي مرسي عيد بدر، 2007، ص 192، 193، 194).**

تتلخص الأفكار الأساسية لهذه النظرية فيما يلي:

1_ إن عملية الانسحاب الاجتماعي و النفسي للمسنين عملية عامة اي تحدث في كل المجتمعات و في كل العصور التاريخية.

2_ أن هذه العملية حتمية .

أنها عملية داخلية، و لا تنسب إلى العوامل الاجتماعية وحدها.

3_ أن هذه العملية ليست فقط ملازمة للتوافق الناجح في مرحلة العمر المتقدم، بل هي شرط ضروري لحدوثه .

4_ أن هذه العملية تتضمن انسحابا متزايد.

(د.جمعة سيد يوسف، 2006، ص53، 54).

هذه العملية تعمل على ثلاثة مستويات:

من الناحية الاجتماعية: يجب على المسن أن يترك مجال الدور الذي لم يعد يستطيع العمل فيه بكفاءة و ذلك لكي يفسح المجال لمن هم اصغر منهم.

بالنسبة للفرد: فإن فك الارتباط وسيلة للمحافظة على التوازن بين الطاقات المنحسرة للسن من جهة ،و متطلبات شركاء الدور من جهة أخرى.

و **من الناحية النفسية:** فهو يشير إلى المحافظة على الموارد العاطفية ليتمكن من التركيز على استعداداته للموت. **(د.هدى محمد قناوي، 1987، ص 11).**

3.2.12 النظرية التنموية:

إن الانسحاب الاجتماعي و السيكولوجي الذي تحاول نظرية عدم الارتباط تفسيره قد تم توثيقه في العديد من دراسات الشخصية عن حياة البالغين و لقد بدأت منذ عشرون عاما مضت مع القيام باستفسار تفصيلي عن شخصيات المسنين في مدينة كنساس سيتي بولاية ميسوري بأمريكا، و بينما يبدو أن المسنين لا يرتبطون فإن عددا من الباحثين الميدانيين قد كانو متضايقين من الاقتراح القاتل بأن كبر السن الغير مرتبط هو الأكثر سعادة و أن هذه الاستفسارات حول هذا الموضوع قد مهدت الطريق لوضع نظرية تنموية عن المسنين التي تعتمد على أن التكيف لكبر السن يمكن أن تتطور في اتجاهات متعددة، و هي تعتمد في ذلك على خبرات الحياة الماضية للمسن، مع التركيز على استمرارية النمو بين أوجه مراحل حياة الإنسان لذلك فقد اعتبر بعض العلماء المتخصصين في دراسة المسنين هذه النظرية التنموية كنظرية مستمرة.

انتقدت تلك النظرية نتائج النظريتين السابقتين. حيث أشارت إلى أن النشاط أو عدمه لا يؤدي بالضرورة إلى سعادة المسن، كذالك مع الارتباطات أو عدمها لا تؤدي إلى السعادة أو عدمها، و قد توصل علماء النفس التنموي إلى أن أنماط الشخصية تظل ثابتة إلى حد كبير خلال حياة الإنسان، على الأقل بالنسبة للطريقة التي يتكيف بها الأفراد أو التي يفشلون في التكيف بها للوسط الاجتماعي الذي يعيشون فيه، و أن الوجه الذي يقدمه المسن الحياة غالبا ما يكون ثابتا .

للمسنين أهمية خاصة بالنسبة لمن يتعاملون مع المسنين و يرغب معظم المسنين في أن تظل لهم ارتباطات ببيئتهم الاجتماعية، إن المسنين سوف يتصرفون كما كانو يتصرفون عندما كانو صغارا.

عندما يفشل المسنون في أن يظلوا على علاقة و ارتباط ببيئتهم الإجتماعية فإن أساس الفشل يكمن في البيئة الاجتماعية و ليس في كبر السن و أن هذه العوامل كالمكانة في العمل و الصحة و الموارد المالية و غيرها تؤثر على قدرة كبير السن في أن يحيا حياة مشبعة بدرجة أكثر مما يؤثر عليه كبر السن. **(د.يحي مرسي عيد بدر، 2007، ص 195، 196).**

4.2.12 النظرية التفاعلية الرمزية:

ترى هذه النظرية انه تم حسم الصراع بين النظريات المختلفة من خلال الإيمان بأن كل نظرية تعتمد على الأخرى فالتفسيرات المتعلقة بتكيف ورفاهية المسنين مازال ينظر إليها في ضوء إطار العمليات التنموية او الشخصية. كما ترى هذه النظرية أن النظريات الذاتية لا تفسر مسألة إنسحاب المجتمع ولا النتائج الحديثة التي مؤداها أن المجتمع قد يمارس إعادة المشتركة، ومن ثم ظهرت الحاجة إلى إطار نظري آخر لتفسير ظواهر الشيخوخة الناجحة في سياق بيئة التفاعلية وهي بيئة خاصة بالناس والأشياء معا، كما أنها بيئة يمكن أن تنسحب ولكنها يمكن أن تقود إلى المشاركة ويشترك فيها الآخرون.

و في هذا الإطار قدم روز وزملاؤه الذين يؤيدون التفاعلية الرمزية منظورا نظريا جديدا وحاول تدعيمه بالبيانات الإمبريقية والتي كانت بمثابة قاعدة للأبحاث التالية التي قام بها المجلس "ميدويست" Midwest council البحوث الاجتماعية عن الشيخوخة والمسجل في كتاب "المسنون وعالمهم الإجتماعي" 1965 older people and their social worlds" ونجد ان المقالات التي كتبتها كافان Cavan ودويتشر Deutscherالرمزية للمسنين مثل هذه الدراسات تتناول المراحل المختلفة لدورة الحياة كما أن كافان نفسها تناولت مشكلة التقاعد الإجباري أو فقدان الزوج خلال مرحلة الشيخوخة، كما تناول دويتشر مسألة تكيف الوالدين مع رحيل الأبناء خلال مرحلة منتصف العمر وكلاهما يركز على التحليل التفاعلي، أي تغيرات الحياة التي تتطلب تكيفات رئيسية للناس.

تنتهي إلى أن الحياة تمثل سلسلة من الأحداث "العارضة" وبعضها اكثر أهمية من الأخرى، كلها تتطلب تعلم وسائل جديدة وبديلة لممارسة الأدوار في المجتمع. كما تبلور المراحل المحددة

للحياة التي يهتمون بها كنقاط إنتقال في إطار عملية التعلم الإجتماعي خلال فترة الحياة أي مجال لتنشئة الكبار.

نجد ان دراسة كافان تعتبر إسهام كبير من جانب أصحاب النظرية التفاعلية التي تفسر علم الشيخوخة الإجتماعي. كما ان تأثير هذا المدخل واضح في دراسهطة أعضاء مجلس "ميدويست" للبحث الإجتماعي عن الشيخوخة و من أمثلتهم ميلر Miller 1965 و كرايست Chirist 1965 ضض اللذان تناولا التغييرات العمرية وعلاقاتها بتغير المكانات وعمليات إعادة التعريف المصاحبة للأدوار الإجتماعية.

وترى هذه النظرية أن الناس الذين يكبرون في السن قد لا يستطيعون الحفاظ على كياناتهم وأدوارهم التقليدية، ومن أجل تعويض ذلك يجب أن يبحثوا عن كيانات بديلة مع أدوار إجتماعية بديلة، وهذه النظرة تتشابه في الخطوط العريضة مع النظريات السوستيولوجية.

3.12 النظريات السيكولوجية (نظريات الشخصية):

تهدف نظريات الشخصية إلى تفسير أنماط التكيف في السنوات الأخيرة من الحياة على أساس أنماط السلوك طوال الحياة والتي يجرى تعميمها من خلال مصطلح الشخصية personality و يرى نيوجارتن وهو أحد أقطاب هذا المدخل أن هذا المصطلح غير ضروري ويرى أن المجتمع هو جزء من البيئة التي يمكن التكيف معها والتأثير عليها او الإستجابة لها ولكن ليس بالضرورة التفاعل معها، بينما يؤكد هانري على أهمية مصطلح اتى بمعنى عمليات الشخصية المختلفة ، وعلى هذا النحو فهي تمثل عمليات "للأنا" ذات التاريخ التطوري ومسار واضح خاص بها وقوة ايجابية يمكن أن تؤثر على رد الفعل بالنسبة للأحداث الخارجية وإختيار الإستجابة لهم.

(د.يحي مرسي عيد بدر، 2007، ص 197 ، 198).

يرى أنصار هذه النظرية أن التوافق مع تقدم العمر يرتبط بنمط وسمات شخصية الفرد ،وينظرون إلى التغيرات المصاحبة للتقدم في العمر على أنها نتيجة للتفاعل بين التغيرات الاجتماعية والتغيرات البيولوجية الداخلية ،وطبقا لهذه النظرية فإن أفراد ذوي الشخصيات المتكاملة يمكنهم

الأداء بشكل افضل لأن لديهم درجة مرتفعة من القدرات المعرفية، والأنا الدفاعية، ودرجة عالية من التحكم في الذات، والمرونة والنضج والخبرة، والتفتح ،وفي المقابل يوجد أفراد ذو شخصيات غير متكاملة الذين لديهم إعاقات في الوظائف السيكولوجية، يفتقدون القدرة على التحكم في إنفعالاتهم كما أن هناك تدهور في قدراتهم.

والأشخاص الذين تبتسم شخصياتهم بالتكامل ليس بالضرورة أن يكون متكاملين إجتماعيا في قيامهم بأدوارهم، وفي علاقاتهم الإجتماعية، ومع ذلك لديهم درجة عالية من الرضا عن الحياة.

(د.جمعة سيد يوسف، 2006، ص55).

يرى هافجرست Harighurstالذي يعتبر احد زعماء هذه النظرية بأن نوع الشخصية هو العامل المهم جدا في الإقتناع بالحياة فإن أنماط الشخصية المختلفة تحتاج إلى مستويات مختلفة من الفعالية للإقتناع بالحياى فأطلق على نمطين من الشخصية هما:

المدركون :Reorganizers

وهم يحاولون البقاء بمستوى الفرد المتوسط من العمل من خلال إيجاد أدوار جديدة بديلة على الأدوار المفقودة، وبهذا فإنهم سيحافظون على مستويات من الإقتناع بالحياة والفاعلية العالية.

المتحررون :Disengaged

و هم ذو مستويات واطئة من الفعالية غير أنهم يتمتعون بمستويات عالية من الإقتناع بالحياة، حيث أنهم إنسحبوا عن الكثير من أدوارهم بشكل تطوعي.

(د.كامل علوان الزبيدي، 2009، ص 233).

4.12 المدخل السيكولوجي الاجتماعي:

هناك مدخلين رئيسين لدراسة الشيخوخة: الأول يركز على الجوانب الذاتية والشخصية لهذه العملية ويعطي اهتماما ضئيلا للوسط الثقافي او الاجتماعي، والثاني يفسر ظاهرة الشيخوخة على أساس الثقافة والتفاعل الإجتماعي ويتجاهل الجوانب الفرضية و التطورية لعملية الشيخوخة و هناك تكامل بين هذين المدخلين و تتمثل نقطة الالتقاء بينهما في عملية التنشئة الاجتماعية و مفهوم الدور الاجتماعي.

و ترى هذه النظرية أن العمليات الشخصية قد يجرى النظر إليها على أنها تفسر المعتقدات الخاصة بتوقعات العمليات الأخرى مع اختبار العمليات الهامة الأخرى إلى جانب نمط الإستجابة المترتب على نقص التشابه بين توقعات سلوك الفرد و توقعات الآخرين ومن ناحية أخرى نجد أن عمليات التفاعل تقدم مثيرات يمكن للفرد من خلالها أن يكتسب ويعدل احساسه بالذات ،ومن ثم يمكن من خلال تحليل سلوك الدور والتفاعل أن نفهم ظاهرة الشيخوخة بطريقة تتيح لنا تقديم توصيات تتعلق بالسياسة الاجتماعية الملائمة لمجال الصحة ورفاهية المسنين.

(د.يحي مرسي عيد بدر، 2007، ص 198).

المفاهيم الأساسية لنظرية الدور التي يتزعمها توماس وكولي و جوفمان، هو تحديد الحالة، وأول من طرح ذلك هو (توماس Thomas) حيث يرى أن الأفراد يمرون بمرحلة التفحص والتروي والتي تدعى تحديد الحالة قبل الاستجابة، فلا يستجيب الأفراد ببساطة لموقف ما، وإنما يحللون ذلك الموقف و يختارون الإستجابة الملائمة أولا والمفهوم الثاني هو مرآة الذات وأول من طرح هذا المفهوم هو (كولي Coolley) وهو أننا نفس بشكل ذاتي سلوك الآخرين الذين نتفاعل معهم الإتجاه لكي تتأكد فيها إذا كنا نؤدي الأدوار بشكل صحيح أم لا. أما مفهوم الثالث فهو تقديم الذات والذي طرحه (جوفمان (Goffmanوالإفتراض الأساس هنا هو أننا متى دخلنا في التفاعل الإجتماعي فإننا نبحث عن معلومات حول الأفراد الذين نتفاعل معهم، فنتفحص أحدنا الآخر نتفحص عاداته الشخصية، أساليب كلامه، ونسأله أسئلة حول مهنته وحالته الزوجية وأمور اخرى و وفقا لما يراه جوفمان أننا نمتلك القدرة على تقديم عدد من الذوات، وهذا يعني أن الذات ليس كيانا ثابتا و إنما شيئا مطاوعا يفترض فيه عدد من الأشكال المختلفة، فبعد تحديد الحالة ربما إستخدام مرآة الذات تختار تقديم الذات التي نعدها ملائمة للموقف، فمثلا الشخص المسن الذي يريد أن ينتمي إلى (دار الرعاية المسنين) ربما يقدم ذاتا ساذجة، مرتبكة، مثيرة للتعاطف إلى المسؤولين عن إسكان المسنين ونفسه الشخص ربما يقدم ذات مستقلة وذكية عند مناظرة أفراد آخرين فإذا أدركنا هذا المبدأ أو لم ندركه فإننا نستخدمه في عرض الذات.

(د.كامل علوان الزبيدي، 2009، ص 234 ، 235).

5.12 النظرية الانثروبولوجية (نظرية الثقافة الفرعية) :

أوضح روز Rose أن هناك ثقافة فرعية للمسنين من خلال افتراض التأثير المتبادل بين المسنين والمجتمع، وفي ظل عملية التفاعل فإن المسنين وغيرهم يعملون على تقييم اسهاماتهم الإجتماعية وينسبون خصائص لبعضهم البعض كفئات عمرية متمايزة، وهذا يؤدي إلى إستبعاد المسنين من التفاعل مع الشباب، كما يعمل المسنين على استبعاد الشباب والأصغر سنا عموما بسبب وجود علاقة إيجابية يشعرون بها إتجاه بعضهم البعض، ومن ثم وجود ثقافة فرعية واحدة تجمعهم.

و يرى روز أن هذه النظرية تعني مجموعة عامة وليس مجموعات خاصة من القيم والمعتقدات الخاصة بالمسنين، وفي ذلك يذكر روز أن الثقافة الفرعية للشيخوخة توصف بأنها ثقافة عامة، وتتخلل الثقافات الفرعية الأخرى (تلك التي ترتكز على المهنة والدين والجنس والتوحد العرقي)، والتي تميز الناس في مرحلة منتصف العمر، وطالما أن المسنين يميلون للتوحد على أساس العمر وليس على أساس هذه الأقسام الأخرى، فمن الممكن أن يضعف الثقافات الفرعية الأخرى وذلك مع استبدالهم بثقافة فرعية جديدة نجد أن البحوث الاجتماعية انطلاقا من الإطار الذي اقترحه روز تركز على الشيخوخة كثقافة فرعية ناشئة أكثر من كونها فئة من الناس في المجتمع الأمريكي، كما نجد استبدال ثقافة فرعية واحدة بأخرى قد يميز الطرق التي يتكيف بها المسنون مع خسارتهم للأدوار في المجتمع. ويرى البعض إمكان استبدال الثقافة الفرعية الخاصة بالمسنين إلى إتجاه المسنين إلى بعض الثقافات الفرعية المتعددة في المجتمع وفقا لتعدد أدوارهم في المجتمع .

(د.يحي مرسي عيد بدر، 2007، ص 198 ، 199).

لاحظ ارنولد روز ان المسنين يقومون بالتشكيل أفكار ومعتقدات وانماط سلوكية خاصة بهم، ذلك نتيجة زيادة عددهم في المجتمع وانعزالهم عنه، وهذا يقود إلى ما يطلق عليه الوعي العمري المتنامي ولشعور المسنين أنهم مختلفون عن بقية المجتمع فلهم قيمهم وأساليب حياتهم

وإهتمامتهم ويعتقد أصحاب هذه النظرية بأن الثقافة الفرعية العمرية أكثر قوة من الثقافة الفرعية للدين، والجنس، والطبقة الإجتماعية ، والمهنة .

(د.كامل علوان الزبيدي، 2009، ص 234).

12. الشيخوخة والمفاهيم والأفكار الخاطئة:

هناك العديد من الخرافات والأفكار الخاطئة التي تتردد بطريقة آلية حول مرحلة الشيخوخة منها:

- ✓ عندما يصبح الأفراد مسنين يصبحون أكثر تشابها _لو عاش الأفراد عمرا مديدا سيصبحون خرفين (مصابون بالخرف).
- ✓ الشيخوخة هي زمن الهدوء والصفاء عامة.
- ✓ يميل المسنون إلى إظهار اهتمام قليل بالعلاقات الجنسية
- ✓ يميل المسنون إلى الجمود والعناد والتشبث بالرأي.
- ✓ إن غالبية المسنين يفتقدون الابتكارية وغير منتجين.
- ✓ يعاني المسنون من صعوبات في تعلم مهارات جديدة .
- ✓ عندما يتقدم الأفراد في السن يصبحون غريبي الأطوار ومخبولين.
- ✓ إن غالبية المسنين يعانون من الوحدة النفسية والعزلة .
- ✓ تقدم الأفراد في السن فيصبحون أكثر تدينا.

* إن هذه المفاهيم الخاطئة، معتقدات و مدراكات غير علمية، يشيع استخدامها ويقبلها الغالبية العظمى من الأفراد، كذلك المسنين، وعندما يراودنا الأمل في زيادة وعينا وفهمنا للتقدم في السن والشيخوخة، فإن خطوة هامة ومبدئية لتحقيق هذا الأمل تتمثل في تبديد المفاهيم الشخصية المسبقة و الخاطئة بخصوص عملية التقدم في السن أو الشيخوخة، وعند وضع هذه النقطة في الاعتبار فإن مناقشة هذه المزاعم قد تفيد في هذا المجال.

(د.عادل عز الدين الأشول، 2008، ص 970).

14. أمراض الشيخوخة:

1.14 هشاشة العظام :

ويقصد بها هبوط كثافة العظام، مما يجعلها ضعيفة سهلة الكسر، وتصيب النساء أكثر من الرجال، وتسمى المرض الصامت ؛ لأن أعراضها ليست مؤلمة، فلا يعرف المريض بهشاشة عظامه إلا في مراحل متأخرة من المرض عندما يشعر بألم في الظهر، أو تقوس عموده الفقري، أو انحناء جسمه، ونقص طوله، أو عندما تنكسر عظامه ويخبره الطبيب بهشاشة عظامه.

(د.كمال إبراهيم مرسي، 2006، ص 43).

2.14 التهاب القصبة الهوائية المزمن :

يعتري القفص الصدري شيء من الضمور، فيضيق من الاعلى بحيث يصبح شكله كحبة الاجاص، و بذلك تقل قابليته للاتساع و هذه العوامل كلها تحد من سعة التنفس و ينقص مقدار الهواء الذي يدخل الى الرئة و يرافق هذا كله صعوبة في دوران الدم داخل الرئة مما يحمل القلب الى العمل باقصى قوته، فيزيد في اعياءه و يعرضه الى الاضرار، ومن اعراضه ضيق التنفس خصوصا عند صعود السلم او مرتفع، و السعال خصوصا في الصباح بعد النهوض من النوم . **(فيصل محمد خير الزراد، 1984، ص 17).**

3.14 ضعف الحواس:

اكثر الحواس تعرضا للضعف في هذه المرحلة هما حاستي السمع والبصر، خاصة حاسة السمع فتقدم العمر يصاحبه اصابة الاذن الخارجية الوسطى و الداخلية من اعراضها انخفاض في درجة السمع و يرافق ذلك انخفاض خفيف بمنطقة الاصوات الحادة .اما بالنسبة لحاسة البصر فانها تقل مع تقدم العمر لان معظم المسنين يلجؤون إلى النظارات.

(فيصل محمد خير الزراد، 1984، ص 13، 14).

4.14 البول السكري :

مرض شائع عند كبار السن من أعراضه فقدان الوزن والشعور بالعطش والخمول وكثرة التبول والحكة في الجلد، وله أسباب كثيرة أهمها نقص كفاءة الكبد والبنكرياس، التي تؤدي إلى خلل في عمليات التمثيل الغذائي للسكريات، فيزداد السكر في البول والدم، ويجعل كبير السن عرضة لمضاعفات في الكلى والعيون وتصلب الشرايين وانسدادها، وما يترتب عليه من السكتة الدماغية والقلبية والجلطات المختلفة . **(د.كمال إبراهيم مرسي، 2006، ص 44).**

5.14 تصلب الشرايين :

هو مرض يظهر بدرجات متفاوتة عند كل الشيوخ تقريبا، كما يظهر في بعض الحالات المرضية كالامراض المعدية المزمنة "الزهري"، والامراض التي تؤدي الى تسرب الدهون الثقيلة على جدران الشرايين، و امراض الكلى، و امراض الدم الاوعية الدموية التي يجري فيها الدم من القلب نحو اجزاء الجسم كلها تموضعات مكونة من مادة دهنية "الكولسترول " واملاح الكلس، فيضيق الشريان و يفقد مطاطيته مما يشكل عائقا لجريان الدورة الدموية بداخله ، وقد يحدث احتقان في الاماكن شديدة التضييق من الشرايين مما يؤدي الى تجلطه و سد الشريان بالجلطة، فتتوقف الدورة الدموية فيه او يتم انفجاره في موضع السد، والمصاب بتصلب الشرايين يشعر بضيق حجمها و تعثر الدورة الدموية فيها بحكم شعوره بآلام شديدة في القلب اذا كانت الاصابة في شريانه، اما اذا كانت الاصابة بشريان الرجل يحس بألم شديد في الرجل يجبره على التوقف عند المشي ويصبح لون الجلد ازرق .

(حامد زهران ، 1977، ص45).

6.14 ضغط الدم :

تقوم الشرايين بتنظيم الضغط وكمية الدم المارة بها عن طريق التمدد و التقلص المنتظم مع نبضات القلب، وهناك نوعان الضغط الانقباضي، عندما ينبض القلب اثناء عملية الضخ و الضغط الانبساطي و يقاس عند استرخاء القلب لاستقبال الدم القادم من الجسم .

7.14 ارتفاع الضغط الدموي :

قد يرتفع ارتفاعا مؤقتا، ليس له اي دلالة مرضية و ذلك في حالات الاجهاد الجسدي كالركض فيشعر المصاب بطنين في الاذنين و غيرها من الأعراض ....

الضغط الدموي :

ينذر ان يكون هبوط الضغط الدموي حالة مرضية مستقلة بنفسها وموروثة من العائلة نتيجة لاصابة الجسم بحالات مرضية كالامراض المعدية أو ضعف القلب .

(حامد زهران، 1977، ص 546 ،547).

8.14 أمراض الفم والأسنان :

يتعرض كبار السن لمشكلات في الفم والأسنان بسبب تسوس الأسنان وضعف العظام والتهابات اللثة وعوامل التعرية، التي تؤدي إلى ضعف الأسنان وخلعها، واستبدالها بأسنان صناعية عن طريق تركيب أطقم متحركة أو ثابتة أو زراعة أسنان جديدة .

(د.كمال إبراهيم مرسي، 2006، ص 45).

9.14 الشلل الرعاش :

ويسمى مرض باركنسون Parkinson's disease يصيب كبار السن، من أعراضه بطء الحركة، وتيبس العضلات، ورعشة في اليدين والجفون والشفاة وثقل في اللسان واضطراب الصوت، ويؤدي إلى عجز عن الحركة، وسيلان اللعاب. وتتدهور حالة المريض مع التقدم في السن فلا يستطيع المشي، ويكون عرضة للسقوط إذا وقف، ويعجز عن تناول الطعام أو العناية بنفسه في اللبس والخلع، وقد يعاني من إمساك وانسداد معوي وسلس بولي، وصعوبة في التنفس، وضعف في حاسة الشم، وتدهور عقلي وفقدان الذاكرة وعدم القدرة على التركيز.

(د.كمال إبراهيم مرسي، 2006، ص 46).

10.14السرطان :

ليس مرضا واحدا لكنه أنواع عديدة، تصل إلى أكثر من 200 نوعا بعضها قابل للعلاج لاسيما إذا تم اكتشافها مبكرا والسرطانات تصيب كبار السن بمعدلات أعلى من صغار السن، ويبدو

أن تشيخ خلايا الجسم له علاقة بظهور المرض وسرعة انتشاره كلما تقدم السن.

(د.كمال إبراهيم مرسي، 2006، ص 45).

الخلاصة:

من خلال ما تم التطرق إليه في هذا الفصل أن الشيخوخة مرحلة نمائية طبيعية تحدث فيها تغيرات فيزيولوجية ونفسية واجتماعية في حياة الشيخ، وهي ليست مرضا، ويستطيع الانسان أن يعيشها في أمن وسكينة في حدود ما تسمح به قدراته وإمكانياته لكن يصاحبها دائما وهن وضعف على مستوى مختلف الوظائف الجسدية و العقلية و النفسية، مما يجعلها مرحلة حساسة تتطلب عناية خاصة من طرف المحيط الذي يعيش فيه الشيخ.

الفصل الثالث:

الصحة النفسية عند المسنين

الفصل الثالث:الصحة النفسية عند المسنين .

تمهيد .

1. مفهوم الصحة النفسية .
2. الصحة النفسية لدى المسنين.
3. الشيخوخةو المرض النفسي .
4. التغيرات الصحية للمسن.
5. مفهوم الاضطرابات النفسية.

1.5 الإضطرابات العصابية.

1.1.5 الإكتئاب.

2.1.5 القلق.

3.1.5 الوسواس القهري.

4.1.5 توهم المرض.

5.1.5الأرق.

2.5 الإضطرابات الذهانية.

1.2.5 الزهايمر.

2.2.5الفصام.

3.2.5الارتباك الذهني.

4.2.5 الاختلال العقلي (العتة).

5.2.5ذهان الشيخوخة .

6.2.5 باركنسون.

6. مفهوم التوافق النفسي.
7. التوافق النفسي عند المسنين.
8. محددات التوافق.

الخلاصة .

تمهيد:

عندما نتكلم عن شخصية كبار السن فإننا نعني الصفات و المكونات الجسمية و العقلية التي تؤثر في الشيخوخة و التي تسبب الكثير من الإضطرابات النفسية و العقلية التي تؤثر على كيفية التفكير و الشعور و على كيفية التصرف و صعوبة التعامل مع المشاعر و السيطرة عليها، و هذا ما سنذكره في الفصل التالي فيما يتعلق بالصحة النفسية المرتبطة بالمسن و الإضطرابات الشائعة لدى هذه الفئة.و منه نطرح السؤال الاتي: ما هي الاضطرابات النفسية و العقلية الشائعة عند المسن؟.

1. مفهوم الصحة النفسية :

من تعاريف الصحة النفسية ما يؤكد على قدرة الفرد على التعلم من المواقف التي تواجهه. فالفرد الذي يواجه مواقف وصعوبات ومشكلات ولا يتعلم أو يكتسب الخبرة منها يعتبر شخصاً مضطرباً من الناحية النفسية.

وهناك من عرف الصحة النفسية على أنها الخلو من الإمراض والاضطرابات النفسية. ولكن هذا التعريف قاصر إلى حد كبير فالفرد قد لايعاني من اضطراب أو مرض نفسي معين ومع ذلك تبدو عليه الإيجابية والسعادة والرضا والتي تعتبر من المظاهر الهامة للصحة النفسية.

عرفها **بوهيم (1955)** على أنها حالة ومستوى فاعلية الفرد الإجتماعية وما تؤدي إليه من إشباع لحاجات الفرد.أي هي حالة الفرد التي تحدد فاعليته الاجتماعية والمقصودة بمستوى فاعلية الفرد الاجتماعية قدرته على التأثير في الجماعة وقدرته على التعامل الفعال الناجح مع الجماعة التي يعايشها وما يؤدي هذا التفاعل من إشباع لحاجاته.

يعرفها **كلاندر (1968)** أن الصحة النفسية للفرد تقاس بمدى قدرته على التأثير في بيئته، وقدرته على التكيف مع الحياة، بما يؤدي إلى صاحبه إلى قدر معقول من الإشباع الشخصي والكفاءة والسعادة.

و يعرفها **شوين (1965)** بأنها التكيف المتكامل، والذي يحدده عدد من الصفات مثل القدرة على ضبط النفس، والشعور بالمسؤولية الشخصية، الاجتماعية. والاهتمام بالقيم المختلفة وخاصة القيم الديمقراطية. **(د.محمود كاظم محمود التميمي، 2016، ص 19، 20).**

2. الصحة النفسية عند المسنين:

قد أشارت غالبية الدراسات الوبائية على جمهور المسنين الى التفرقه بين زملة الأمراض العضوية والذهان الوظيفي، ولكن لم يتم الإنتباه بشكل كافي لاضطرابات العصبية واضطرابات الشخصية، وقد يرجع ذلك إلى أن العصاب في مرحلة العمر المتقدمة غالبا ما ينظر اليه على أنه جزء من عملية التقدم في العمر عن كونه اضطرابا مرضيا.

(د.جمعة سيد يوسف، 2006 ، ص 71) .

مرحله كبر السن ليست مرحلة حزن ونكد واكتئاب وتذمر وسخط وخوف من الموت بطبيعتها، وليس كبار السن قلقين ومكتئبين بسبب الشيخوخة كما يظن بعض الناس، لأن الشيخوخة الطبيعية مرحلة نمو يتقبلها كثيرا من الناس ويرضون بها، ويسعدون فيها بإنجازاتهم و وجودهم مع أبنائهم وأحفادهم. **(د.كمال ابراهيم مرسي، 2006، ص56)** .

3. الشيخوخة و المرض النفسي:

إن معظم كبار السن ليس مكتئبين إنهم يمارسون حياة ناشطة ومنتجة حتى هؤلاء الاشخاص الذين يعانون من أمراض عضوية أو التدهور مالي أو فقدان الأقارب لا يزالون ينعمون بصحة نفسية جيدة وعلى ذلك الرغم من حدوث العديد من الأمراض النفسية في متأخر العمر إلا أنها ليست حتمية الحدوث في فترة الشيخوخة..

يعانون بعض كبار السن من بعض مظاهر القلق والتوتر واضطرابات النوم والشعور بالوحدة و العزلة الاجتماعيةو الخوف من تركهم بلا إهتمام، ويعتبر الإكتئاب من أشهر الأمراض النفسية ويعد السبب المؤدي إلى تفشي حالات الإنتحار بين المسلمين وقد تحجب بعض الشكوى الجسمانية الأعراض المصاحبة للإكتئاب، ولقد أوضحت الدراسات أن المسنين الذين يعانون من أفكار إنتحارية قاموا بزيارة الطبيب المعالج في الشهر الذي ظهرت فيه الأعراض ولم يكن هذا الطبيب طبيبا نفسيا مختصا ومن ثم لم يحصل هؤلاء على العلاج وهذا ما يمثل خطورة لهم خاصة أنه يساعد على تصعيد بعض الأمراض الطبية الأخرى، فلقد أوضحت الدراسات أن الإكتئاب يزيد من معدل الإصابة بالأزمات القلبية والعدوى الخطيرة.

إن الأمراض النفسية التي تصيب المسنين قد تنجم عن بعض الأمراض العضوية الأخرى كمشاكل الغدد الصماء والتهاب المفاصل وضعف السمع او البصر التي يعاني منها نصف هؤلاء المترددين على العيادات النفسية وكذلك السرطان، الأرق، السكر، الجلطات الدماغية، الانفلونزا... وغيرها من الأمراض ، في بعض الأحيان قد تخطئ في تشخيص الإكتئاب لدى

المسنين ففي بعض الحالات قد تشخص الحالات فقدان الذاكرة، والقلق، والارتباك التي تصحب الإكتئاب على أنها أعراض مرض الزهايمر، فلو كان الأمر كذلك وكانت هذه الأعراض هي أعراض الزهايمر، فلا ينفع العلاج بل قد تؤدي تلك الأعراض إلى الموت، ولكن قد يمكنه بالعلاج المناسب القضاء على هذا المرض.

(د.كامل علوان الزبيدي، 2009، ص 195 ،196).

4. التغيرات الصحة النفسية للمسن:

تطرق على المسن تغيرات نفسية عديدة ترتبط بالتحديات والصعوبات الإجتماعية التي يواجهها كتقاعده من العمل، وضعف في صحته ،وإصابته بكثير من الأمراض المزمنة ،ووفاة شريك الحياة أو الأصدقاء .

اشارت دراسة محمد الصاوي إلى أن التقدم في العمر يكون مصحوبا بزيادى في شدة بعض الحاجات النفسية التي تتعلق بالحساسية الشخصية كلوم الذات ونقص شدة بعض الحاجات مثل الطموح وقوة الارادة والإنجاز والسيطرة والتغلب على الصعاب.

كشفت الدراسة عادل الجوهر سنة 1980 على أن أهم المشكلات النفسية التي يعاني منها المسنون هي الإكتئاب والخوف والشك.

أشارت دراسة محمد سمير عبد الفتاح إلى أن المسنين المقيمين بدور المسنين لديهم تصور سلبي للذات مقارنة بالذين يعيشون مع أسرهم الطبيعية.

كشفت دراسو سهام راشد عن وجود علاقة موجبة بين الإصابة ببعض الأمراض النفسية والاجتماعية والتقدم في العمر، كما أوضحت أن كلا من الوسواس القهري والاكتئاب والقلق، والهستيرية والوحدة والعزلة والمشكلة الاجتماعية ووقت الفراغ من العوامل التي تساعد على ظهور التغيرات المصاحبة للتقدم في العمر.

تبين بعض نتائج الدراسات أن حالة القلق في مرحلة الشيخوخة مميزة لهذه المرحلة، وأن الأفراد كلما تقدموا في العمر زاد مستوى قلق لديهم ويتمركز هذا قلق حول عدة مجالات كالصحة والتقاعد والانفصال والاحساس بالوحدة وقلق الموت.

هناك دراسات أشارت إلى حدوث الزيادة في الصحة النفسية مع تقدم العمر ،ومن أمثلة ذلك أن هناك علاقة إيجابية دالة بين اتجاهات المسنين نحو الشيخوخة ومقدار الرضا عن الحياة إلى الثبات العام للعديد من الجوانب الشخصية بما فيها سمات من قبيل العصابية والثقة بالنفس .

و ترى نظرية شبكة العلاقات الاجتماعية أن التفاعلات مع الناس الآخرين خاصة ذوي الحالة والعمر وأسلوب الحياة المشابه يعد أمرا مفيدا للصحة النفسية بوجه عام والاداء المعرفي بوجه خاص وقد تكون الصحهة الجيدة ووجهة الضبط الداخلية المدركة مفيدة للاداء المعرفي. **(د.جمعة سيد يوسف، 2006، ص 29 ،30، 31 ،32).**

5. مفهوم الاضطرابات النفسية:

يشير مصطلح الاضطراب العقلي و النفسي إلى المفهوم التالي: " الاضطرابات العقلية ، السلوكية، أو اضطرابات النماء العصبية، هي متلازمات تتميز باختلال سريري ملحوظ في إدراك الفرد، أو التنظيم العاطفي، أو السلوك مما يعكس خللا في العمليات النفسية أو البيولوجية، أو النمائية التي تكمن وراء الأداء العقلي أو السلوكي، و عادة ما ترتبط هذه الاضطرابات بالتدهور في الأداء في المجالات الشخصية أو العائلية أو الاجتماعية أو التعليمية أو المهنية أو غيرها من المجالات المهمة .

فيفهم من هذا التعريف أن الاضطرابات العقلية والنفسية هي عبارة عن مجموعة من الأعراض تظهر على الفرد و تنعكس سلبا على ذاته و واقعه الاجتماعي، و توجد نوعا من عدم التوافق ، عن طريق التأثير على الجوانب التفكيرية أو الانفعالية أو السلوكية لشخصيته، كما يفهم أيضا منه أن الاضطراب هو مصطلح أعم و أشمل من مصطلح المرض .

(لخضر حمزة و آخرون، 2022 ، ص 35).

1.5 الاضطرابات العصابية:

مما لاشك فيه أن في الاضطرابات العصابية أصبحت تواجهنا بمشكلة صحية عامة، إذ أن مدى انتشارها يفوق ما نعرفه عن الأمراض العقلية والعضوية، فهي بالحقيقة أكثر فروع الطب النفسي والعقلي شيوعا.

ويعرف أحمد عزت راجح العصاب بأنه (اضطراب وظيفي في الشخصية، يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة، منها القلق، الاكتئاب، الوسواس، توهم المرض) والعصاب اضطراب انفعالي يتميز عن غيره من الاضطرابات الانفعالية بقلق شديد ومبالغة في استخدام الحيل الدفاعية في محاولة الفرد لسيطرة على القلق الذي يعاني منه .

ويعرف عبد المنعم الحنفي العصاب بأنه اضطراب انفعالي يسبب صراعا داخليا وتصدعا في العلاقات الشخصية .

ويصف كل من أحمد عكاشة، عبد الستار إبراهيم، وعماد الدين سلطان، العصابي بالتوتر، والقلق والانشغال، والافتقار إلى الشعور بالرضا والتبصر بالذات، وعلى قدر محدود من تقدير الذات. **(أزهار فوزي عارف جعفر، 2008، ص 33).**

و من أهم الاضطرابات العصابية التي تصيب المسنين كالآتي:

1.1.5 الاكتئاب:

وقيمه الشعور بالحزن حيث يشعر المكتئب بالياس الشديد وهذا الياس في مواجهه الامل ويشعر بعدم السعاده والتشاؤم والديه الشعور بالفطور وغير قادر على اتخاذ القرار وان للاكتئاب اللاشعور وانا الشعور بالذنب ناتج عن حسابات قديمه وربما ازدواجيه لا شعوريه.

المسن المكتئب يفقد ذاته وتوازنه الشخصي وتوافقي مع العالم الخارجي ويشعر انه كل شيء ويسير اوتو فينخل الى ان الاكتئاب فقدان لتقدير الذات بدرجه او باخرى في السيره الذاتيه

تكون اني فقدت كل شيء الدنيا الان خاويه وذلك اذا كان فقدان الذاتي يرجع بصفه اساسيه الى فقدان الامدادات الداخليه من الاناء العليا. **(د.نبيل محمد الفحل ، 2016، ص 6).**

أعراض الاكتئاب لدى المسنين:

أعراض نفسية:

الشعور بالضيق .

الأرق خاصة اليقظة.

نقص الوزن.

نقص الطاقة و النشاط.

عدم تحمل المسؤوليات المعتادة.

قلة الحركة أو زيادتها.

بطئ في التفكير مع التردد و صعوبة اتخاذ القرار.

هذاءات الذنب.

توهم المرض.

أعراض جسمية:

الإرهاق العام.

آلام جسمية غير محددة.

الإمساك.

آلام البطن.

شكاوى لها علاقة بالقلب .

الصداع.

آلام الظهر.

(بشير معمرية و آخرون، 2009 ، ص 77).

2.1.5 القلق :

تتمثل نوبة القلق في اضطرابات القلب، واضطراب التنفس، والعرق، والفزع، والاختلاج (الرعشة)، والجوع الشديد، والاستيقاظ في حالة رعب ، وكثرة إفراز البول، والإفرازات المنوية، واختلال الرؤية، والشعور العام بالتعب... فالأعراض الجسمية لعصاب القلق قد تشمل أياً من أجهزة الجسم أو كلها.

(موسوعة علم النفس و التربية ، ص170).

القلق هو حالة توتر شامل و مستمر، نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد تحدث، ويصطحبها خوف غامض و أعراض نفسية وجسمية كما أنه شعور متعلق سواء بوضعية صدمة حالية، أو أنه متعلق بانتظار خطرات من موضوع غير محدد.

(عبد السلام زهران، 1978، ص397).

أعراض القلق:

الشعور بالاختناق وضيق التنفس، الإحساس بالاضطرابات غير معروفة المصدر و يمكن أن يتزايد في أشد الحالات .

صعوبة الاسترخاء أو النوم.

المعاناة من دوار الشديد و الرغبة في التقيؤ.

ازدياد دقات القلب مع صعوبة في التنفس العميق.

ارتعاش الجسم والأطرف و التعرق.

شعور الفرد بانفعال و توتر انفعالي يضغط عليه من الداخل كالحزن، الغضب،الفرح.

الشعور بالعصبية أو التحقير أو الخوف و عدم احساس بالراحة الشعور بالتشتت الذهني و عدم التركز. **(محمد حامد زهران، 2000 ، ص 100).**

3.1.5 الوسواس القهري:

الوسواس :Obsession وهو تسلط فكرة على الشخص المريض، وتتكرر بشكل دوري دون أن يحصل فيها تغيير أو تعديل. وتكون إستحواذية تأتيه بصورة قسرية أو قهرية، وعلى الرغم من رفضه لها ومقاومتها داخليا بأفكار مناقضة لإدراكه بعدم جدواها

فهي عنده أفكار لا معنى لها، ولكنه لا يستطيع التخلص منها، فتسيطر عليه، وتأخذ صورا متعددة ومن أمثلتها: الأفكار المتعلقة بالتلوث والشك وانعدام النظافة، كغسل اليدين المتكرر، والأفكار المتعلقة بإرتكاب الأفعال العنيفة مثل هواجس أذى الآخرين، وأفكار تتعلق بالعد القهري وأخرى تتمثل في هيئة حركات وأفعال قهرية نمطية ودورية .

(د.أديب محمد خالد، 2009، ص288).

أعراض الوسواس القهري:

وتتحدد الأعراض العامة لهذا الاضطراب وفق الصورة الآتية:

الأفكار.

هواية التجميع والإدخار مع الشعور بعدم الكفاية.

الكف الإنفعالي من حيث الإدراك والإستجابة.

الإندفاعات للقيام بأعمال مرفوضة إجتماعياً وأخلاقياً.

التسويف و المماطلة والتأجيل.

الإعتماد الإنفعالي الخفي والقوى على الغير.

التناقض الوجداني .

التصنع الوساوس الفكرية المسيطرة على شعور المريض.

الصور الوسواسية الملحة لأحداث سابقة.

المخاوف المرضية (كالخوف من التلوث).

العد القهري.

التنظيف القهري، أو المبالغة في النظافة.

المراجعة المتكررة .

الإتباع الدقيق للقواعد والتنظيمات والتقاليد الإجتماعية البسيطة، وإعطاء أهمية بالغة للدقائق والصغائر والتفصيلات .

البطء في السلوك ورد الفعل.

الخوف من التغير وتجنب مواجهة المواقف الجديدة غير المألوفة (العناد وكره الغموض).

عدم القدرة على إتخاذ القرار، إنعدام القدرة على الحسم، والتردد، والشك، الطقوس القهرية، والتشاؤم .

الحساسية الزائدة، والخجل الزائد.

شدة الإرتياب والحيرة البالغة، وشدة التزمت.

المبالغة في الإتجاهات الأخلاقية .

الإنضباط الشديد والتصلب وعدم المرونة.

اجترار والتقمص .

(د.أديب محمد خالد ،2009 ، ص 293 ، 294).

4.1.5 التوهم المرضي:

هو من أكثر في الاضطرابات العصابية في مرحلة الشيخوخة انتشارا، وقد يرجع ذلك إلى القصور الجسماني المرتبط بهذه السن، وقد يكون الشعور بالمرض مبررا للفشل والإحباط ، كما تلعب حاجة المسنين الشديدة للفت الأنظار الدور الكبير في ظهور المرض، وتوهم المرض أشيع لدى الإناث منه لدى الذكور، ويلاحظ توهم المرض أيضا في حالة العجز أو الإعاقة حيث يبالغ في الإصابة الجسمية والسمة الأساسية له، هي انشغال دائم باحتمال الإصابة بواحد أو أكثر من الاضطرابات الجسمية الخطيرة، يعبر عنه بشكوى جسدية مستمرة أو بانشغال بمظهر الجسم، وكثيرا ما يفسر الشخص الأحاسيس والظواهر الطبيعية والعادية باعتبارها شاذة

ومصدرا للضيق، كما يركز الانتباه على واحد أو أثنين من الأعضاء أو الأجهزة بالجسم، وغالبا ما يضيف المريض احتمال وجود اضطرابات جسمية أخرى بالإضافة إلى الاضطراب الأساسي.

(أزهار فوزي عارف جعفر، 2008 ، ص 61).

أعراض توهم المرضي :

تسلط فكرة المرض على الشخص (وسواس)، والشعور العام بعدم الراحة.

يظهر توهم المرض على الغالب باضطرابات (الحساسية المرضية) أي بإحساسات غير مألوفة يصعب تحديدها مزعجة أكثر مما هي مؤلمة واضطرابات توتر، وتشوه وانتفاخ.... الخ تصيب على نحو دائم جزءا من الجسم (الصدر والبطن) على وجه العموم .

يؤكد جيلفورد على أعراض المرض فيقول أن الشخص الذي يعاني من إضطرابات جسمية نفسية يكون لديه شكاوي تنفسية وأوعية قلبية وغالبا ما تكون شديدة ويشكو المريض من قلة الطاقة ويستخدم أعراضه الجسمية في إراحة نفسه، ويهتم في الوقت نفسه بها ويظهر عناية عامة بوظائفه البدنية.

يشير كل من (فيس وأنجلش) بأنه لابد من أن ننظر لشخصية الفرد المصاب فقد لاحظا دائما أن المريض الذي يصر على أن لديه (مرض جسمي) يكون عرضه لأنه يعاني من اضطراب أصله انفعالي في حين أنالمريض الذي يصر أن (مرضه نفسي) يكون غالبالديه مرض عضوي وهناك العديد من المرضى بمرضعضوي متقدم يجتهدون في تضليل أنفسهم بفكرة أن مرضهم كله عقلي. الشعور بالنقص مما يعوق الإتصال الإجتماعي ويؤدي الى الإنعزال والإنسحاب. اضافة إلى ذلك يتعرض أطباء النفس إلى صعوبات عديدة عند تشخيصهم لتوهم المرض، في هذا الصدد يذكر أحد الأطباء بارسكي Barsky يفزع الأطباء عند زيارات توهمي المرض خاصة بسبب شيوعهم، ولأنهم يكونون عاجزين عن تقديم يد العون والمساعدة. اذ يعاني أطباء البدن التعب عند سماع القصة اللا متناهية للعضو التي يقدمها المرضى بتوهم المرض. كما رأى بعض الخبراء أن توهم المرض ليس مرضا منفصل وأنما اضطراب ثانوي لإضطراب عقلي أخر. **(د.عادل خضير عبيس العابدي، 2019 ، ص 205 ، 206).**

5.1.5 الأرق:

هو امتناع النوم الكافي على الراغب في النوم، وفي مواعيده المألوفة أو الحفاظ على النوم، يأتي بدرجات مختلفة أشدها امتناع النوم بكامله أو الاستفاقة المبكرة وتعجل النوم بعدها. **(كمال و آخرون، 1990 ، ص 195).**

أعراض الأرق:

لدى المسنين تكون في :

- ارتعاش اليدين .
- صعوبة ضبط حركة العين.
- تغير في بعض الوظائف الجسمية كضربات القلب، وضغط الدم، و التنفس، وارتفاع درجة الحرارة. **معمرية و آخرون، 2009 ، ص 77).**

2.5 الاضطرابات الذهانية:

تتسع هذه الفئة من الاضطرابات في الوظائف العقلية والسلوك لتشمل الاضطرابات العقلية التي تعود إلى أسباب عضوية في الدماغ أو إصابة في المخ، والاضطرابات العقلية التي تعود الى أسباب وظيفية لا عضوية كما أنها حالة تدخل ضمن الاضطرابات الانفعالية الحادة تتضح آثارها على سلوك المصاب، وقد تكون هذه الاضطرابات متداخلة لا تستقر على حال، يعاني المريض بسببها من العجز على التفكير، و يكون غير قادر على ضبط النفس، ويشعر بالضعف في امكانية إشباع السلوك التوافقي فيكون سيئا في علاقته الاجتماعية .**(د.أديب محمد الخالدي،2009 ، 315).**

و نذكر بعض الاضطرابات الذهانية الشائعة عند المسنين منها:

1.2.5 اضطراب الزهايمر:

اضطراب عقلي يظهر بشكل أساسي في مرحلة كبر السن، وتزداد احتمالات الإصابة به بعد سن 85، ويصيب النساء أكثر من الرجال، لكن يموت منه الرجال بسرعة أكثر من النساء وتظهر أعراض الزهايمر تدريجيا وببطء، بحيث لا تعرف الأسرة أن كبير السن يعاني من الزهايمر حإلا بعد تدهور الحالة واضطرابها. **(د.مرسي كمال إبراهيم، 2006، ص 61)**
هو احد الامراض العقلية التي تصيب الانسان فيما قبل الشيخوخة ، وهو عبارة عن تدهور في خلايا المخ وذلك التدهور الذي يسبب معاناة المريض من صعوبات في الكلام و الذي يؤدي الى الاصابة بالشيخوخة المبكرة . يتميز بتلف في الدماغ لايرى الا بالمجهر، ويتمثل هذا التلف في ترسب مادة amiboideمع اصابة الالياف العصبية بالانحلال بحيث ينتشر هذا التلف في منطقة قرن وكذلك منطقة اللحاء والأخرى المرتبطة بمنطقة امون، مما يسبب نقص في وزن الدماغ و تدهور الوظائف المعرفية كالانتباه و التركيز و الادراك، الذاكرة، اللغة ، التفكير الى جانب ظهور اضطرابات سلوكية كالعدوانية، ويبدأ هذا المرض في مرحلة مبكرة في الخمسينات ، ثم يتدهور بعد ذلك بسرعة مع تقدم العمر.

(عبد الرحمن العيسوي ، 1999 ، ص140).

أعراض الزهايمر:

يتطور داء الزهايمر بشكل خفي بحيث يصعب تشخيص المرض في السنوات الأولى لتطوره، ويعتقد أنه في اللحظة التي يتم فيها تشخيص المرض تكون العملية المرضية قد مر عليها ما بين الخمس إلى العشر سنوات. وربما معرفتنا بالأعراض المنذرة بالمرض سيساعدنا على التشخيصالمبكر له، وهذه الأعراض يمكن إيجازها بما يلي:

خلل الذاكرة: وهو حجر الزاوية بالنسبة لداء الزهايمر، ومظهر البدء عند ثلاثة أرباع المرضى، ويتميز خلل الذاكرة بالنقاط التالية:

يميل المريض إلى التقليل من أهميته، على عكس الأهل حيث ينتابهم قلق كبير من خلل الذاكرة هذا.

تصاب أولاً الذاكرة الحديثة، وهو ما يؤدي إلىتغيرات في القدرة على اكتساب معلومات جديدة أوعلى استحضار معلومات مكتسبة حديثاً، وهي منالنوع النسيان أولا بأول. وفي المراحل المتقدمة منالمرض تصاب أيضا الذاكرة البعيدة أي ذاكرةالطفولة والشباب وذكريات الماضي.إن النسيان يشمل هنا الواقعة بكليتها وليس جزءاًمنها، كأن ينسىالمريض أن أحداً قد زاره في اليوم السابق، ولا يفيد هنا محاولة تذكير المريض ببعض الوقائع لكي يستعيد ما نسيه كذكر اسم الشخص أو ما قاما به معاً.وينعكس هذا الخلل سلبا على الفعاليات الاجتماعية والعائلية والمهنية.

صعوبة في إنجاز المهام اليومية كتحضير الطعام و نسيان حاجات عند التسوق أو إجراء المعاملات الرسمية و البريدية و البنكية (مثلا يلاحظ الأحفاد أن جدتهم لم تعد تطهو طعاماً لذيذاً وهذا عائد لنسيانها طريقة التحضير أو نسيانها بعض العناصر الضرورية كالملح و البهارات....).

اضطراب في اللغة من نوع صعوبة إيجاد الكلمات المناسبة حتى السهلة منها وحتى استبدالها بكلمات أخرى، وأخطاء في تسمية الأشياء، وصعوبة التدفق الكلامي، وصعوبات مماثلة في الفهم وهو ما يدعى باللغة الطبية بالحبسة.

اضطراب في التوجه في الزمان والمكان كعدم معرفة تاريخ اليوم والفصل والسنة، أو التوهان في الطريق والأماكن التي يعرفها جيداً.

خلل مماثل في إطلاق الأحكام والأفكار المجردة والحساب.

تضييع الأغراض مثل حمالة المفاتيح أو محفظة النقود، أو وضعها بأماكن غير اعتيادية كوضع المكواة داخل البراد.

تقلبات المزاج والسلوك كأن يصبح الشخص حزيناً، أو تبدل سريع في المزاج من حالة هدوء إلى بكاء، وحتى حالة من الغضب دون سبب ظاهر.

تغيرات في الشخصية، كأن يصاب بحالة من التخليط الذهني أو يصبح منغلقا على ذاته أو حذراً من الآخرين.

فقدان الاهتمام بالأشياء والمحيط بحيث يصبح الشخص سلبياً ويحتاج إلى الكثير من التشجيع للقيام بعمل بسيط. **(د.سمير أبو حامد ، 2009 ، ص 15 ، 16 ،17)**

2.2.5 الفصام :

هو ضرب من الخلل العقلي يشمل ما كان يعرف مسبقا بالجنون المبكر ، يتميز بالتفكك و التحلل لاسيما بين العمليات الفكرية و الشعورية و الإنفعالية.

(د.خليل أبو فرحة ، 2000، ص 24).

مرض عقلي وظيفي ذهاني حاد ، يسبب الانشطار و عدم انتظام الشخصية، و يعمل على تدهورها تدريجيا حتى يؤدي إلى التناثر.

(د.أديب محمد الخالدي، 2007 ، ص 333).

أعراض الفصام:

إضطرابات في الفكر و اللغة.

الأوهام (أوهام الاضطهاد ، السيطرة، المرجع، الشعور بالخطيئة، المراق، العدم، العظمة).

فقدان ترابط الأفكار.

فقر المحتوى (فقر الترابطات المنطقية في اللغة).

استعمال لغة جديدة.

استخدام رنين الكلام أو إيقاع واحد.

سلاطة الكلمات اضطرابات الإدراك.

إنهيار الانتباه الانتقائي .

الهلاوس.

اضطرابات المزاج و الوجدان

اضطرابات السلوك الحركي.

الانسحاب الاجتماعي.

(د.قاسم حسين صالح ، 2014 ، ص 230 -242).

3.2.5 الارتباك الذهني :

اضطراب عقلي يحدث في كبر السن بسبب ما يصيب المخ من تلفيات أو أورام مع التقدم في السن. قد يحدث الارتباك الذهني كبير السن للحظات أو لساعات أو لأيام و تنتهي الحالة ،فهو اضطراب متقطع يحدث عادة في نهاية اليوم حيث يشعر كبير السن بحالة التوهان و عدم التركيز عند الغروب و دخول الليل تم تختفي هذه الحالة في الصباح.

(د.كمال ابراهيم مرسي، 2006 ، ص 66).

الأعراض الارتباك الذهني:

نقص النشاط الفكري .

الميل إلى الكسل و السكوت.

نقص اليقظة و الانتباه.

عدم التفاعل مع من يدور معه.

تنتابه نوبات غضب و انفعال شديد.

حدوث فقدان للذاكرة و التوهان فجأة.

(د.كمال ابراهيم مرسي، 2006 ، ص 66).

4.2.5 الاختلال العقلي (العتة):

هو عباره عن خلل وظيفي عقلي ناتج عن مرض عضوي اصاب المخ ويحدث بسبب خلل يؤثر على منطقه اكثر من المخ وقد يكون هذا الخلل راجعا الى مرض في اجهزه الجسم ثم يؤثر بسرعه على الجهاز العصبي وعلى المخ اساسا .

(عبد المنعم الميلادي ،ص 166).

أعراض الاختلال العقلي:

فقدان الذاكرة للأحداث القريبة و تفاصيلها .

تذكر الاحداث البعيدة بتفاصيلها.

فقدان المهارات في القراءة و الكتابة.

النسيان القيام بالأمور اليومية.

فقدان رعاية نفسه (المسن).

تدهور في القدرات العقلية.

إضطرابات النطق و الكلام.

ظهور هذاءات و الهلوسات.

شذوذ التصرفات و اختلال الحكم على الأشياء و الأشخاص .

حدوث فقدان الذاكرة و التوهان بالتدريج و استمرارهما لفترة طويلة.

(د.كمال ابراهيم مرسي، 2006 ، ص 66 ، 67).

5.2.5 ذهان الشيخوخة:

مرض ذهان الشيخوخة ثابت وهو تناقص في الوظائف العقلية لدى المصاب فيؤثر على أدائه كما يؤثر في درجة توافقه مع الآخرين، و يعاني المصاب بذهان الشيخوخة في النسيان حتى لأقرب الأحداث التي يتعرض لها خاصة عند استفحال مرضه، و يعاني من خلل واضح في الوظائف العليا للحاء المخ كاضطراب الكلام، أو اضطراب حسي أو حركي. يصيب افراد الذي تجاوز الستين من أعمارهم بسبب حدوث اضمحلال في الأنسجة وخلايا المخ، وقد تكون الصدمات النفسية الحادة وكذلك الخبرات المؤلمة المهددة للكيان الإنفعالي والإصابة ببعض الامراض المزمنة .

أعراض ذهان الشيخوخة:

- ✓ اضطراب في ساعات النوم حيث لا تزيد ساعات النوم عن ساعتين.

- ✓ فقدان الذاكرة.
- ✓ ضعف قدرته على التذكر لأقرب المواقف والأحداث والأشخاص.
- ✓ التصرف بتصرفات شاذة في الليل حيث ينسى عنوان بيته مثلا حينما يكون خارج المنزل.
- ✓ يتصف بسلوك أناني والعناد و يركز اهتمامه حول نفسه.
- ✓ يتعرض للإحباط في تحقيق غاية معينة ، ويستجيب لهذه الحالة بالبكاء الصامت وهي شبه بالاكتئاب العصبي.
- ✓ تنتابه نوبات عدوانية يكون فيها سريع الاهتياج والغضب والثورة مما قد يدخل الأذى والضرر له للآخرين.
- ✓ فقدان الشعور بالحساسية الإجتماعية وبالرحمة نحو لمن يعيش معهم.
- ✓ وفضلا عن كل هذه الأعراض السابقة فإنه يسبب تفاقم مرضه بفقد أسنانه وشعره، ويكون ضعيف التمييز الذوقي، وإذا ما حاول القراءة فإنه لا يستطيع مزاولتها لأنه عندما يقرأ جملة معينة و قد وصل إلى آخرها ينسى اولها.

(د.أديب محمد خالدي، 2009، ص 318 ،319 ،320).

6.2.5 داء باركنسون:

إن مرض باركنسون مسؤول عن العديد من حالات العجز، فحوالي 75% من المصابين بداء باركنسون تظهر عليهم الأعراض الأولى للمرض بعمر ويتراوح بين سن الـ50 إلى 65 سنة. ويتصف داء باركنسون برعاش الراحة، وبندرة حركات الوجه والأعضاء يمكن للمتلازمة الاكتئابية أن تكون أحيانًا العرض الوحيد الكاشف عن حقيقة مرض باركنسون، وإن بعض أشكال المرض ليست ارتعاشية. ويكون المشي نمطيا مع نقص في حركة الذراعين، وصمل جذعي، ومراوحة ويمكن أن يتخذ علاج داء باركنسون أشكالاً مختلفة جدا وفقا للعمر، والإعاقة، والأمراض الأخرى ويجب أن يكون العلاج تدريجيا دائما، وأن يسعى إلى تجنب

التأثيرات الثانوية العديدة للأدوية المضادة لداء باركنسون. كما يجب البحث أيضا عن اضطرابات الذاكرة حيث يمكن لمتلازمة باركنسون أن تترافق بتبدل الوظائف المعرفية التي يؤدي تطورها إلى حدوث خرف أجسام لوي(آفة تكتشف في الدماغ عند تشريح الجثث). **(كريستوف دو جاجيه، 2014، ص77).**

أعراض بارنكسون:

التباطؤ:

يلاحظ المرضى أو أقاربهم أنهم يشعرون بالتعب بشكل سريع أو أن حركتهم بدأت تتباطأ. ويمكن أن تتعلق للحالة بطريقة المشي أو بسرعة الاستيعاب، كما قد يشعرون بأنهم أصبحوا خرقى، ولا سيما عند محاولتهم إتمام المهام الدقيقة التي تتطلب استخدام الأيدي، مثل عملية تركيب الأزرار وفكها. وتصبح الحركات الأوتوماتيكية أكثر بطئاً.

التصلب:

يواجه المصابون بالمرض حالة متزايدة من التصلب ،ولا سيما عند الأطراف كالذراعين والساقين. وقد يسبب هذا التصلب مشاكل عند ارتداء الملابس. ويترافق الألم في بعض الأحيان مع حالة التصلب هذه، وكثيراً ما يلجأ مرضى باركنسون إلى طبيب العائلة يشكون من «كتف متجمدة» ويعود سبب الإصابة بهذه الحالة إلى تصلب العضلات المحيطة بالكتف والعضد، وقد يفسّر الألم الذي يرافق هذه الحالة بأنه مشكلة في المفاصل.

الارتعاش:

يبدأ الارتعاش عادة في اليد أو في القدم، ويكون بسيطاً، بحركة لا تتعدى جزءا من البوصة (أي خمسة ميلليمترات أو أقل)، تتكرر من ثلاث إلى خمس مرات في الثانية. وأما على مستوى اليد، فغالباً ما يتأثر الخنصر والسبابة والإصبع الوسطى بشكل أساسي. وتظهر الحركة المتكررة وكأن المصاب يقوم بدحرجة طابة، أو حبة دواء، بين إبهامه وإصبعيه الأولين. ومن هنا أتت تسمية «ارتعاش الحبة المتدحرجة». كما يمكن أن يتأثر الساعد فتتحرك اليد بصورة دائرية.

عدم توازن وضعية الجسم:

مع تفاقم المرض، قد يعاني المريض من عدم الثبات، كما قد يتعرض للسقوط ويحدث هذا عادة عندما يؤثر المرض في ردودالفعل التي تمكن الإنسان السليم من سرعة تفادي التعثر أو زلة القدم. ويصعب في العادة تصويب أي نوع من فقدان التوازن التي يصاب بها مرضى باركنسون، وذلك بسبب حالتي التصلب والتباطؤ اللتين ترافقان المرض.

أعراض أُخرى:

قد يسبق الإصابة بالارتعاش بسنوات عديدة ظهور بعض الأعراض، مثل التصلبوالتباطؤ. وتتضمن هذه الأعراض فقدان حاسة الشم، والاكتئاب، وأنواعا محددة من اضطرابات النوم التي يقوم فيها الأشخاص (ولا سيما الرجال)، بتمثيل الأحلام التي تراودهم بشكل عنيف أحيانا. **(البروفيسور توني شابيرا، 2014 ، ص 16 ، 17 ، 18).**

6. مفهوم التوافق النفسي:

هو حالة من الموائمة والتناغم مع البيئة وتنطوي على قدرة الفرد على إشباع معظم حاجاته وتصرفاته بشكل مرضي ازاء مطالب البيئة المادية والاجتماعية وتجنب الفرد معظم المتطلبات الفيزيائية والاجتماعية التي يعاني منها الفرد.

(أسعد شريف الأمارة ، 2022 ، ص30).

رغم تعد تعريفات التوافق، إلا أنه يمكن حصرها في ثلاثة اتجاهات رئيسية :

– الاتجاه الأول يرى أن التوافق عملية فردية تبدأ وتنتهي بالفرد .

– الاتجاه الثاني يرى أن التوافق عملية اجتماعية تقوم على الانصياع للمجتمع بصرف النظر عن رضا الفرد عن هذا الانصياع .

– أما الاتجاه الأخير فهو الاتجاه التكاملي وهو يوفق بين ما هو فردي وما هو اجتماعي .

(د.عبد الحميد محمد شاذلي، 2001 ، ص 28، 29).

7. التوافق النفسي عند المسنين:

ان كبر السن عملية مستمرة تتطلب توافقا مستمرا للتغير وتوقعا لتغير أبعد ويشير التوافق الكبير السن إلى ردود الفعل التفاعل التغيرات البيولوجية و الاجتماعية والنفسية التي تشكل جزءا من التقدم في العمر .

وهناك مفهومان رئيسيان لتفسير التوافق لكبر السن وهما فك الارتباط و النشاط وتقترض النظرية الأولى أن انخفاض التفاعل الاجتماعي والنشاط عند المسن هو استجابة طبيعية لعوامل ترتبط بالعمر مثل ضعف الصحة وفقدان الأقران وموت الأقارب المسنين وما ينتج عنه من تقلص في العالم الاجتماعي للمسن ولكي يكون التوافق ناجحا فيجب أن يكون فك الارتباط عملية متبادلة بين الفرد والمجتمع، وإذا بدأت هذه العملية قبل أن يستعد لها للطرف الآخر يصاب الفرد بالتعاسة .

وطبقا لنظرية النشاط يجب أن يتمسك المسنون بادوار العمر الأوسط وأنشطته طالما وجدوا إلى ذلك سبيلا، فيستبدلون الأدوار التي تركوها

بأدوار أخرى جديدة (مثل التخطيط للرحلات وممارسة الهوايات بعد التقاعد) ويقاومون قدر الإمكان تقلص دورهم الاجتماعي والفيزيقي في

الحياة .

وبينما تعد كلتا النظريتين مفيدتين إلا أن كلا منهما على حدة غير كاف في حد دائه لتفسير التوافق الناجح لكبر السين، إذ لابد من الرجوع إلى عوامل أخرى هامة مثل الصحة والوضع الاجتماعي الاقتصادي والتعليم والعلاقات الأسرية.

(د.عبد الحميد محمد شاذلي ، 2001 ، ص 46).

8. محددات التوافق:

يقرر شك Shoek(1952) أن مستوى التوافق لدى المسن يتحدد تبعا لأدوار ثلاثة هي :

دور التوجه الفردي .

دور كفاءة الأداء و القدرات

دور البيئة الاجتماعية والثقافية .

(د.عبد الحميد محمد شاذلي ، 2001 ، ص 48 ، 49).

الخلاصة:

بما أن الشيخوخة حالة من الإضمحلال و تعتري إمكانات التوافق الشخصي و الإجتماعي للفرد، فيحدث تناقص في قدرات على الفرد على امكاناته و قدراته الجسدية و العقلية وخاصة النفسية في مواجهة ضغوطات الحياة، و عدم القدرة على تحقيق القدر المناسب من الإشباع لحاجياته المختلفة.

الفصل الرابع:

كورونا و الصحة النفسية

الفصل الرابع : كورونا و الصحة النفسية:

تمهيد.

1. مفهوم جائحة كورونا .
2. فيروس كورونا.
3. مرض كوفيد 19.
4. نبذة عن بداية ظهور فيروس كورونا.
5. الأعراض الناجمة عن فيروس كورونا.
6. أسباب انتشار العدوى لفيروس كورونا.
7. العمل المرتبط بمكافحة الأوبئة.
8. التأثير النفسي لجائحة كورونا.
9. المشاكل العقلية و النفسية الشائعة عند المصابين بالفيروس.
10. الحجر الصحي.
11. الآثار النفسية الناتجة عن الحجر الصحي.

الخلاصة .

تمهيد:

تسببت جائحة كورونا بتأثيرات على الصحة النفسية و العقلية للأفراد بشكل عام حول العالم خاصة المسنين باعتبارهم أكثر عرضة للإصابة، إلا أن الإجراءات التي أخذت لمجابهتها تركت آثار نفسية متنوعة و انتشارها الهائل أدى إلى ضغوطات نفسية متنوعة، إضافة إلى الحجر الصحي الذي أدى إلى مضاعفات خلال هذه الجائحة و هذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل من تعريف شامل حول فيروس كورونا المستجد و التأثيرات النفسية الناتجة عنه و عن متطلباته. اذا ماهو فيروس كورونا و فيما تتمثل أثارها النفسية و هل تسبب اضطرابات مختلفة؟.

1.مفهوم جائحة كورونا:

لغة: أضاف القاموس الشعبي urban dictionaryكلمة جديدة (covidiot) تشير للأشخاص الذين يهملون التحذيرات التي تصدرها السلطات الصحية العامة...، و إن المصطلح الجديد مشتق من (كوفيد 19) الإسم الذي أطلقته منظمة الصحة العالمية على فيروس كورونا

اصطلاحا: يعد فيروس كورونا المستجد لعام 2019 الذي تم إعلانه وباءا من قبل منظمة الصحة العالمية، سلالة جديدة من الفيروسات التاجية، خطورة هذا الفيروس انه بسبب أمراضا في الجهاز التنفسي التي تتراوح من نزلات البرد الى امراض اكثر شدة تؤدي الى الوفاة أو هو عبارة عن فيروس يصيب الجهاز التنفسي نزلات حادة قد تنتهي بالوفاة.

(كتفي عزوز و آخرون،2020 ،ص 338 ، 339).

2.فيروس كوفيد 19:

كورونا هي فصيلة كبيرة من الفيروسات التي قد تسبب المرض للحيوان و الإنسان. ومن فيروسات كورونا تسبب لدى البشر حاالات عدوى الجهاز التنفسي التي المعروف أن عدد تتراوح حدتها من نزلات البرد الشائعة إلى الامراض الاشد وخامة مثل متلازمة الشرق الاوسط التنفسية والمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (السارس). ويسبب فيروس كورونا المكتشف مؤخرا مرض فيروس كورونا كوفيد – 19.

3.مرض كوفيد 19:

ولم يكن هناك أي علم بوجود مرض كوفيد – 19 هو مرض معدي سببه فيروس كورونا المكتشف مؤخرا هذا الفيروس وهذا المرض المستجدين قبل اندلاع الفاشية في مدينة يوهان الصينية في كانون الأول/ ديسمبر 2019 .

(دليل توعوي صحي شامل ،مقتبس من الموقع الإلكتروني للمنظمة الصحة العالمية، 2020 ، ص4).

4.نبذة عن بدايه ظهور فيروس كورونا:

تم الابلاغ في منتصف عام 2012 عن اصابه رجل في الستين من عمره بمرض تنفسي قاتل علما بانه كان من قبل موفور الصحة . حدد السبب لاحقا على انه اصيب بفيروس كورونا جديد اطلق عليه اسم فيروس كورونا المتسبب لملازمة الشرق الاوسط التنفسية وكشفت التحليلات الاسترجاعية بعد ذلك ان الحالات الاولى للمرض حدثت قبلا في مجموعة من الحالات المرتبطة بالمستشفيات في الاردن في ابريل 2012.

و منذ ذلك الحين جرى توثيق حالات اضافية عدوى فيروس كورونا المتسبب لمتلازمة الشرق الاوسط التنفسية في الاردن و المملكه العربيه السعوديه على حد سواء وفي بعض البلدان في الشرق الاوسط ،و جرى تحديد حالات مرتبطة بالسفر في كل من اوروبا وشمال افريقيا.

(world health organisation 2019).

5.أعراض المرض:

تتمثل الأعراض الأكثر شيوع المرض كوفيد 19 في :

- الحمى .
- السعال الجاف.
- الإرهاق.
- فقدان حاسة الشم والذوق.

وتشمل الأعراض الأخرى الأقل شيوعا ولكن قد تصيب بعض المرضى :

- الآلام والأوجاع.
- احتقان الأنف.
- الصداع.
- آلام الحلق.
- الإسهال.
- احمرار العينين أو تهيجهما.

- صعوبة أو ضيق في التنفس .
- الم في الصدر.
- ظهور طفح جلدي أوتغير لون أصابع اليدين أو القدمين.

وعادة ما تكون هذه الأعراض خفيفة تبدأ تدريجيا، ويصاب البعض بالعدوى بأعراض خفيفة فقط. **(world health organisation 2019)**

ويتعافى معظم الناس من المرض دون الحاجة إلى العلاج الخاص، ولكن الأعراض تشتد على شخص واحد من بين خمسة أشخاص المصابين بالفيروس، يعاني صعوبة التنفس وتزداد مخاطر الإصابة بمضاعفات وخيمة بين المسنين وذي سوابق مرضية والأمراض المزمنة... ، فور إصابتهم بالحمى المصحوبة بضيق التنفس يوصي الإتصال بالطبيب أو الالحاق بالمستشفى ليرفق بالرعاية الصحية .

(دليل توعوي صحي شامل ،مقتبس من الموقع الإلكتروني للمنظمة الصحة العالمية ، 2020 ، ص 4).

6.أسباب إنتشار العدوى لمرض كوفيد 19:

هذا الفيروس ينتقل عبر الإتصال المباشر بالرذاذ التنفسي الصادر عن شخص مصاب من جراء لمس الأسطح الملوثة والذي ينشأ عن السعال أوالعطس ويمكن أن يصاب الفرد أيضا بالفيروس ومن ثم لمس وجهه مثال العينين والأنف والفم. ويمكن لفيروس مرض "كوفيد– 19 " أن يعيش على الأسطح لعدة ساعات، ولكن يمكن القضاء عليه بمسح الأسطح بالمطهرات البسيطة. فالأشخاص الأكثر عرضة لهذا الفيروس هم المسنين الأشخاص الذين يعانون من مشاكل صحية مزمنة، من قبيل السكري وأمراض القلب.

(سنوسي بومدين و آخرون، 2020 ، ص 68).

7.العمل المرتبط بمكافحة الأوبئة:

- تأكيد الشائعات وإجراء تشخيص.
- تأكيد أن الوباء الفعلي في طريقه إلى الانتشار بمجرد إجراء التشخيص، مما يعني الإقرار بأن عدد الحالات أكثر من المعتاد، ويتطلب هذا الأمر تنفيذ نظام فحص فعال.
- رصد سمات الشخاص المصابين بالمرض.
- رسم منحنى الإصابة بالوباء يشمل كافة الحالات في رسم بياني تسجل فيه الحالات يوميا أو أسبوعيا (لبيان التوزيع على مدارفترة زمنية).
- تحديد مصدر الوباء يمكن القيام بهذا الأمر بمساعدة البيانات والتي تبين مجموعة من الحالات في مكان محدد.
- متابعة انتشارالوباء من خلال رصد الحالات على الخريطة بمجرد اكتشافها.
- وضع نظام لإبلاغ عن حالاتت الإصابة.

الإجراء العلاجي: من الضروري بعد عملية التشخيص القيام بما يلي:

- تقرير العلاج المناسب.
- تقرير نظام العلاج.
- تقديم المستلزمات الطبية.
- كفالة تطبيق نظم العلاج في مرافق الخدمات الصحية.
- البحث عن الحالات وتقديم العلاج المبكر لها (فهذا يقلل من معدل الوفيات بصورة ملحوظة).
- التأكد من إمكانية حصول جميع قطاعات السكان على الخدمات الصحية.
- إنشاء نظام لإبلاغ عن الحالات في االمرافق الصحية.

فالإجراء العلاجي عنصر مهم، ليس فقط بالنسبة للمريض الذي يتلقى العلاج، بل أيضا لبقية السكان الذين سوف تتزايد رغبتهم في قبول الإجراءات الوقائية المقترحة للسيطرة على الوباء عند رؤيتهم العناية التي يتلقاها ممن يعانون من المرض.

الإجراءات الوقائية:

- إجراءات الصحة البيئية.
- التطعيم.
- التثقيف الصحي .

ونظرا إلى ما تواجهه البشرية يتضح الدور الالمهم الفعال للأخصائي النفسي المختص في علم النفس عموما حيث يقول "ماسلو": في يقيني أن موقع علماء النفس في عالم اليوم أهم المواقع واحسمها على الإطلاق، أؤكد هذا لأن من المعضلات التي تواجه البشرية اليوم من حرب و سلام و نظام وفوضى، واستغلال وتآخي وفهم وسوء فهم، وسعادة وشقاء، وحب وكراهية جميعها يكمن كلها في فهم الطبيعة البشرية فهما جيدا.

والى هذا الهدف تتجه وظيفة علم النفس بكامله وبذاته.

ومن خلال عرض الإستراتيجية السابقة فإنه يمكن القول ان للأخصائي النفسي دور فعال في تطبيق الإستراتيجية المتمثلة في ثلاثة خطوات هي:

- العمل المرتبط بمكافحة الوباء.
- الإجراء العلاجي.
- الإجراءات الوقائية.

(كتفي عزوز و آخرون، (2020)، ص 339 ، 340).

8.التأثير النفسي لجائحة كورونا:

إن تفشي فيروس Covid 19 لم يؤثر على السلامة الجسدية لفئة معينة من الناس فقط، بل تعدى تأثيره ذلك بكثير ما دام أنه مس كيانهم النفسي بشكل مباشر وتجدر الاشارة الى أن الفئة المتأثرة نفسيا من جراء تفشي هذا الفيروس اكبر بكثير من تلك المتأثرة من الجانب الجسدي، لأنها تشمل أولئك الذين اصيبوا بالفيروس والذين لم يصيبوا على حدسواء. لذا فإنه من الضروري جدا تقديم المرافقة النفسية لكل الفئات خلال مدة انتشار هذا الوباء، وعلى النفسانيين التدخل المباشر على عدة مستويات وتوفير الدعم النفسي الضروري حتى تتمكن من تجاوز هذه الفترة بأقل الاضرار النفسية الممكنة.

(بوبازين أحسن، بروتوكول تدخل النفسانيين للتخفيف من الآثار النفسية نتيجة تفشي Covid 19 ، ص 1).

9.المشاكل العقلية و النفسية الشائعة عند المصابين بالفيروس :

رد فعل المشاعر:

تتأثر كيفية استجابة مشاعر المرضى ومدى شدة ردود فعلهم في مواقف الضغط على العديد من العوامل، التي قد تختلف اختلافا كبيرا.

القلق هو أكثر ردود فعلا للمشاعر شيوعا نتيجة الضغط، وهو يشير إلى مشاعر التوتر والخوف والقلق عندما يتوقع الناس خطرا أو عواقب سيئة؛ ويمكن أن تؤدي الدرجة المتوسطة من القلق إلى زيادة مستوى اليقظة لديهم، وتنشيط الجهاز العصبي السمبثاوي، وتحسين قدرتهم على التكيف مع البيئة والتعامل معها، أي أنه رد فعل وقائي، ولكن إذا كان مفرطا أو غيرمناسب، يصبح رد فعل نفسي ضار.

الخوف هو نوع من رد فعل مشاعر الهلع والذعر عند مواجهة الكارثة؛ حيث الشعور بغياب الثقة وعدم القدرة على التغلب على الخطر، فيريدون الابتعاد أو الفرار، وربما يكون للخوف المفرط أو المستمر آثار سلبية خطرة عليهم.

بينما يتمثل الاكتئاب في انخفاض المعنويات، والتشاؤم السلبي، والعزلة، والعجز، واليأس وغيرها، مصحوبا بالأرق، وفقدان الشهية، وانخفاض الرغبة الجنسية، وغيرها من أعراض الوعكة الصحية، وفي الحالات الشديدة، يمكن الشعور بالتشاؤم والتفكير في الانتحار.

أما الغضب فهو المشاعر المرتبطة بالإحباط والتهديد، حيث يشعر المرضى بذلك عندما لا يستطيعون تحقيق أهدافهم، أويشعرون بعدم احترام ذاتهم، وبالتالي يحاولون إزالة العقبات، أو استعادة احترامهم لذاتهم مصحوبًا غالبا بسلوك عدواني.

تغيرات الوظائف المعرفية:

يمكن للضغوط الخفيفة أن تعزز انتباه الفرد وذاكرته وقدرته على التفكير؛ وذلك للتكيف مع تغيرات البيئة الخارجية والتعامل معها، فهو رد فعل إيجابي اتجاه الضغط النفسي؛ لكن الضغط القوي يمكن أن يتسبب في ردود فعل سلبية اتجاه الضغط النفسي؛ مثل: الارتباك، والاضطراب في درجة الوعي، وقلة الانتباه، وضعف الذاكرة والتفكير وقوة التخيل، وما إلى ذلك؛ وفي مايلي العديد من ردود الفعل السلبية الشائعة اتجاه الضغط النفسي:

جنون العظمة: هو تحول الشخص العاقل عادة إلى شخص متطرف وعنيد، ويصبح ضيق الرؤية، وكلامه غير منطقي؛ أو أنه يظهر اهتماما مفرطا بالذات، وذلك مع التركيز فقط على عالمه الداخلي، مثل: المشاعر، والأفكار، والمفاهيم، بدلاً من العالم الخارجي.

التشوه المعرفي: هو المبالغة المفرطة في العواقب السلبية المحتملة عند التعرض للضغط.

الوسواس القهري: هو التفكير بشكل متكرر حول الأمور التي تتعلق بالوباء، وكلما أراد الفرد التخلص منه، كان من الصعب السيطرة عليه؛ مما يجعله غير قادر على العمل، وممارسة حياته بشكل طبيعي.

وهناك رد فعل محتمل آخر؛ وهو المغالطة المنطقية (القسمة الثنائية الزائفة)، ويعني التركيز على اختيار المعلومات السلبية، ويصبح الفرد حساسا ومريبا، ويفضل نسيان الأمور، وما إلى ذلك.

التغيرات السلوكية:

يصاحب رد الفعل تجاه الضغط النفسي تغير في السلوك الخارجي للناس أيضا، وهذا هو السلوك الذي يتبعه الجسم والعقل من أجل تخفيف أثر الضغط، والتخلص من التوتر الجسدي والعقلي، للتكيف مع احتياجات البيئة.

التهرب والابتعاد: قد يتهرب المريض من الفحص والعلاج، أوحتى يرغب في مغادرة المستشفى والتخلص من بيئة العزل.

الانتكاسة واضطراب الشخصية الاعتمادي: وفيها يعتمد المريض بشكل كبير على رعاية الآخرين له، ويتوقف عن بذل أي جهد من تلقاء نفسه، على أمل الحصول على تعاطف الآخرين ودعمهم ورعايتهم، للحد من الضغط النفسي والألم.

العداء والسلوك العدواني: قد يبدو المريض غاضبا و معاديا ومتعسفا، أو السلوك أويحض على الكراهية، أو إهانة الآخرين، أو قد يرفض تناول الدواء، يرفض تلقي العلاج، وينزع أنبوب المحاليل، أو أنبوب الدرنقة، وقناع الأكسجين، وغيرها من السلوكيات.

اليأس والشفقة على الذات: يصبح المريض سلبيا، مستسلم القدره، ويرثي حاله، ويشعر بغياب الأمان، وفقدان احترامه لذاته.

الأعراض الجسدية:

قد تظهر على المريض أعراض غير أعراضه الأساسية، أو قد تتفاقم أعراضه الأساسية؛ على سبيل المثال: قد يصاب بالغثيان، والقيء، والتبول المتكرر، والأرق، وفقدان الشهية، وما إلى ذلك. **(أمينة شكري و آخرون، 2020، ص15 ، 16 ، 17).**

10.الحجر الصحي:

تبعا ما يوصي به خبراء الأوبئة ومراكزا لبحث البيولوجي ومنظمة الصحة العالمية. هناك إجماع على أن العزل أو الحجر الصحي يمثل في الوضع الحالي، الإجراء الصحي في الوضع الحالي، الإجراء المضمون النتيجة لتفادي الإصابة بفيروس كورونا المستجد، السريع الانتشار

والوخيم العواقب، فهو يشكل أسلوب العلاجي الوحيد الواقي من احتمال الإصابة بهذا الوباء، رغم تدعياته النفسية الكبيرة المتمثلة بالخصوص في وصم المصاب اجتماعيا و تهميشه و اشعاره بالذنب نتيجة نقله للعدوى إلى أهله و محيطه .

(د. العزيز وردة و آخرون ، 2021، ص 430).

11.الآثار النفسية للحجر الصحي:

نشرت مجلة Lancet The الطبية مراجعة ل24 دراسة توثق التأثير النفسي للحجر الصحي و وفق تقرير نشرتها لمجلة تحت عنوان: "الأثر النفسي للحجر الصحي وكيفية الحد منه"، فإن الأبحاث تؤكد الآثار النفسية المدمرة والسلبية، بما في ذلك أعراض الإجهاد بعد الصدمة والارتباك والغضب، للعزل المنزلي وستزداد حدة الضغوطات كلما طالت فترة الحجر الصحي، والمخاوف من العدوى والإحباط والملل، وعدم كفاية الإمدادات والخسارة المالية.

ويعاني المتواجدون بالحجر الصحي من الملل والغضب والوحدة النفسية واليأس. ومن أهم أسباب الخوف من جائحة كورونا هو التعرض للضغوط من خلال الأخبار التي يسمعها الفرد كل يوم عن الإصابات والوفيات في وسائل الإعلام، وهذا يصاحبه أعراض مثل الشعور بالخوف والرعب وغيرها. وهو ماجعل الأفراد يتجنبون بعضهم البعض .

وجد (&al،Huang،2020) في دراسة حول أعراض القلق والإكتئاب واضطرابات النوم لدى 7235 صيني، أن القلق العام انتشر بنسبة 35.1% وانتشرت أعراض الاكتئاب بنسبة 20.1% أما اضطرابات النوم فبلغت نسبتها 18.2% عند أفراد العينة.

وفي دراسة اخرى أجريت في الصين على 1593 فرد من طرف (Lei & al،2020) أن نسبة انتشار القلق كانت 8.3 % أما الإكتئاب فبلغت 14.6%. كما قامت الدراسة بالمقارنة بين أولئك الذين تأثروا بالحجر وأولئك الذين لم يتأثروا، حيث انتشرت أعراض القلق والاكتئاب عند الذين تأثروا بالحجر (12.9% ،22.4%) على التوالي، أما الذين لم يتأثروا به فكانت (6.7% ، 11.9%).

وفي دراسة أخرى اجريت على 1556 إيطالي في فترة الحجر، وجد (&Altena 2020،al) أن أعراض القلق انتشرت بنسبة 24.7 % ،أما انتشار اضطراب القلق فكان 23.2%، بينما 42 % من أفراد العينة عانوا من اضطرابات النوم.

وقد بينت دراسة (Gulano& al،2020) أن معظم الأفراد يتعرضون لموقف مرهق غير مسبوق بسبب الحجر المنزلي نظرا لتفشي كوفيد-19، وقد لا يؤدي هذا إلى زيادة التوتر أثناء النهار والقلق ومستويات الإكتئاب فحسب، بل يؤدي أيضا إلى اضطراب النوم، بسبب الدور الأساسي الذي يلعبه النوم في تنظيم المشاعر.

(د. العزيز وردة و آخرون ، 2021، ص 432 ، 433).

الخلاصة:

نظرا لانتشار جائحة كورونا في العالم و بشكل عام في العالم، و تأثيرها على سكان هذا العالم و ما رافق ذلك من انعكاسات سلبية و خطيرة على الفرد حيث كورونا جعلت الأفراد يعيشون خوفا و قلقا كبير الذي تسبب في ظهور إضطرابات نفسية عميقة .

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس:

منهجية البحث

الفصل الخامس: منهجية البحث

تمهيد.

1. الدراسة الاستطلاعية.

2. منهج الدراسة.

1.1مفهوم المنهج.

a. المنهج العيادي.

3.1 دراسة الحالة.

3. أدوات البحث.

1.2 المقابلة العيادية.

b. الملاحظة العبادية.

4. حدود الدراسة.

5. العينة.

خلاصة.

تمهيد :

يعتمد كل بحث علمي على منهجية تتبع لإجراء دراسة معينة خاصة بموضوع بحثنا، ولإثبات فرضيات الدراسة الحالية المطروحة سابقا..، استوجب تحديد المنهج ومفهومه والأدوات المستعملة في ذلك، إضافة إلى تعيين كل من الحدود الزمنية والمكانية وعينة الدراسة.

فما هو هذا المنهج و ما هي الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة؟.

1. الدراسة الإستطلاعية :

هي دراسة استكشافية تسمح للباحث بالحصول على المعلومات الاولية حول موضوع بحثه كما تسمح كذلك بالتعرف على الظروف والامكانيات المتوفرة في الميدان ومدى صلاحية الوسائل المنهجية المستعملة قصد ضبط المتغيرات البحث

(عبد الرحمن العيسوي، 1989 ،ص 48).

2. منهج الدراسة:

1.2 مفهوم المنهج:

إن منهج البحث العلمي يعني أننا نستخدم طريقة علمية منظمة في مواجهة مشكلاتنا اليومية والعامة وهذايعني أننا نكون قادرين على:

تحديد مشكلاتنا بشكل دقيق يساعدنا على تناولها بالدراسة والبحث.

وضع الفروض الميدانية التي تساعدنا على حل مشكلاتنا.

تحليل الاجراءات اللازمة لاختيار الفروض والوصول الى حل المشكلات.

(ذوقان عبيدات واخرون، 2015، صفحة 15).

2.2 المنهج العيادي:

وذلك الفرع من فروع علم النفس الذي يتناول بالدراسة والتحليل سلوك الأفراد الذين يختلفون في سلوكهم اختلافا كبيرا عن غيرهم من الناس، مما يدعو الى اختبارهم أسوياء أو غير أسوياء، وذلك بقصد مساعدتهم في التغلب على مشكلاتهم وتحقيق التكيف افضل لهم.

وهو من المناهج الموجهة الى الفرد أي انها تتجه إلى دراسة الحقائق السلوكية الخاصة بفرد معين وتقييم دوافعه وتوافقه، وفي هذا المنهج يقوم الأخصائي النفسي بإجراء وتطبيق اختبارات مختلفة على الفرد، كما يقوم بدراسة حالة الشخص وذلك بجمع البيانات المتعلقة لأسرته والتاريخ التطوير بالحالة وبداية المرض والاضطراب، كما يقوم الأخصائي بمقابلة الشخصية للحصول على بيانات مختلفة عن حياة الشخص .

(محمود مندوه محمد سالم، 2012 ،ص 91 ، 92).

3.2 دراسة الحالة:

وهي أسلوب ومنهج في نفس الوقت تقوم على دراسة الظاهرة على حالة واحدة وهي تفيد في معرفة أسباب الظاهرة وطرق علاجها .

(محمود مندوه محمد سالم، 2012 ، ص 82).

إن الهدف من دراسة الحالة هو البحث والكشف الدقيق عن المعطيات الخارجية والداخلية التي تسمح بفهم الحالة الفردية من جميع أبعادها داخل وسطها المميز كما قال به – J.Faver Boutonier "تعرف دراسة حالة في علم النفس الإكلينيكي بفحص عميق للحالة الفردية حيث تهدف إلى فهم سلوك الفرد في معاشه مع ربط كل تصرفاته الملاحظة بأحداثه الشخصية" .

وتتم دراسة الحالة دوما في إطار إجتماعي، إطار الأسرة أو إطار الجماعة أو إطار المجتمع ولما كان الإطار الإجتماعي ديناميكيا دوما فإن دراسة الحالة لابد من أن تتضمن معلومات ذات علاقة بالدراسة عن الناس المحيطين بصاحب الحالة المدروسة والجماعة التي لها علاقة والمواقف التي يتم فيها التفاعل وطبيعة العلاقات بين الحالة والحالات المماثلة والمجاورة. إذ أن دراسة الحالة على جانب كبير من الفائدة وبخاصة بالنسبة للأفراد والجماعات المحدودة بيد أن إمكانية الإعتماد عليها في التعميم محدودة، رغم حرص الباحثين على انتقاء حالات مماثلة ما أمكن.

حيث أن دراسة الحالة أداة قيمة تكشف لنا عن وقائع حياة الفرد موضوع الدراسة منذ ميلاده، إذ تحاول أن تعطينا فهما شاملا عن الفرد والعلاقات ماضيه وحاضره في بيئته الإجتماعية، وذلك يتطلب تكامل معلومات مستمدة من إستجابات الفرد الراهنة ومن خبراته السابقة ومن نتائج الإختبارات ومن مصادر أخرى: الأساتذة، الأصحاب، المدرسين.

حيث يوضح Huber سنة 1993 «أن دراسة الحالة تعد واحدة من وسائل تكوين وإثبات الفرضيات وكذا التفسيرات، إنها مركز المنهج الإكلينيكي فهي لاتهدف فقط بإعطاء وصف للحالة ولوضعيته والمشكلة بل تبحث أيضا في توضيح

أصل المشكل وتطوره، كذلك البحث الإستذكاري يهدف إلى وضع معالم للأسباب ومنشأ المشكل.

(فاطمة زهراء بن مجاهد، دون سنة، ص 60).

3. أدوات البحث :

تعتبر أدوات ذات أهمية، فهي ملجأ الباحث لجمع المعلومات والبيانات من الميدان قصد التحليل والوقوف على دلالتها ومعانيها، وذلك لتحقيق أغراض البحث ومن هذه الوسائل نذكر:

1.3 المقابلة الإكلينيكية :

تعتبر المقابلة الإكلينيكية من التقنيات الأساسية لدراسة الحالة وفهم معاش الفرد، استدلالاته ودوافعه، عرفهCyssau " :كفعل اتصالي بمعنى تبادل الكلام بين الأشخاص مع واحد أو أكثر في حالة المقابلة مع الأفواج". **(شطاح هاجر، 2011، ص 121).**

وهي حوار بين الباحث والمفحوص يوجه فيه الباحث أسئلة معينة لجمع بيانات حول الموضوع الذي يبحثه، ويتم فيها تسجيل المعلومات والبيانات مباشرة من الحالة ومن عيوبها أنها تعتمد على التذكر، وهي غير منظمة، وقد تكون متحيزة غير موضوعية، ولا يمكن الاعتماد على بياناتها بشكل مطلق .

ومن مزايا المقابلة الإكلينيكية :

تساعد على ملاحظة الفرد ككل لفترة طويلة مما يساعد على الكشف عن ظروف أثرت في شخصيته يصعب الكشف عنها بغير هذه الطريقة.

تعتبر مصدر هاما لتكوين الفروض التي يتم التحقق منها فيما بعد بطرق أخرى .

(محمود مندوه محمد سالم 2012 ،ص 80 ، 98).

استعنا في هذه الدراسة بالمقابلة العيادية نظرا لأهميتها في البحوث والدراسات النفسية، وللاقتراب من المفحوص والاستماع له وخلق جو من التجاوبل جمع المعلومات وفهم معاشه النفسي، ولقد استخدمنا المقابلة العيادية النصف الموجهة لاعتبارها الأكثر تلاؤما مع موضوع الدراسة فهب تحدد حرية المبحوث والباحث.

2.3 الملاحظة الإكلينيكية:

بالنسبة لي Pedinielli مشروع الملاحظة الاكلينيكية في إطار البحث : " ..... يكشف عن ظواهر سلوكية متعددة، يظهر معناها من خلال العودة إلى الدينامية، تاريخ الموضوع ومجاله، فالملاحظة في هذه الحالة تتعلق بمجموع السلوكات اللفظية وغير اللفظية، التفاعلات في مرجعها الموضوعي والذاتي.

والملاحظة كمرحلة أساسية في كل الخبرات وتجارب الباحث تشمل الوصف والتحليل والإجابة على بعض الأهداف خلال جمع المعطيات. **(شطاح هاجر، 2010، ص 120).**

ومن جهتنا فقد اعتمدنا على الملاحظة المباشرة للموضوع كاداة علمية ضرورية لموضوع الدراسة الحالية.

4. حدود الدراسة:

تحددت الدراسة بالمجالات الدراسة التالية:

المجال البشري:

اشتملت هذه الدراسة على رجال المسنين .

المجال الزماني :

طبقت هذه الدراسة مع الحالتين : الحالة الأولى بشهر مارس و الحالة الثانية في شهر أبريل.

المجال المكاني:

أجريت الدراسة بمنزل الحالتين .

5. العينة:

موضوع البحث يتمثل في االآثار النفسية على المسنين في ظل جائحة كورونا حيث أجريت الدراسةعلى حالتين إثنين.

خلاصة :

تعد الخطوات المنهجية المنظمة قالبا مهما في مساعدة الباحث في تأطير بحثه بشكل علمي موضوعي بحيث يتسنى له أن يدرس موضوعا ما أو ظاهرة نفسية بعيدا عن التياهان و إنما يدرس الظاهرة بصفة جيدة من خلال استناده على مراحل يتبعها ليصل إلى نتائج بحث قيمة و لأجل هذا قد وضحنا في ما سبق جل الخطوات المعتمدة في بحثنا هذا حتى علينا الدراسة.

الفصل السادس : عرض الحالات و مناقشة الفرضيات

تمهيد.

1. عرض الحالات .

1.1 عرض الحالة الأولى.

2.1 عرض الحالة الثانية.

2. عرض النتائج و مناقشة الفرضيات.

الخاتمة.

التوصيات و الاقتراحات.

تمهيد

حاولنا في هذا الفصل عرض الحالتين التي تمت دراستهما كذالك عرض النتائج المتحصل عليها من خلال كل ما توصلنا اليه في المقابلات الاربعة مع كل حالة باستعمال ادوات البحث المتمثلة في المقابلة و الملاحظة العيادية، ثم مناقشة الفرضيات بصفة عامة و اثباتها اذا كانت هذه الفرضيات صحيحة أمو غير مثبتة.

- ماهي الاضطرابات النفسية التي أثرت على المسنين في زمن جائحة كورونا؟
- هل هناك تأثير نفسي على المسن بعد الإصابة بالفيروس على المدى البعيد بعد التعافي؟
- هل الاضطرابات النفسية التي تصيب المسن أثناء الإصابة تتطور بعد التعافي من الإصابة؟

1. عرض الحالات :

1.1 الحالة الأولى:

الاسم : أ.ب.

الجنس: ذكر .

السن : 78 سنة.

الحالة المدنية : متزوج (مطلق سابقا).

عدد الأخوة: 09 إخوة (3 بنات ، 6 أولاد).

رتبته بين الإخوة: الثالث.

المستوى التعليمي: المرحلة الإبتدائية.

الإقامة: مستغانم / خارج الوطن (مغترب).

المهنة : متقاعد .

البنية الفرمولوجية:تتميز الحالة ب:

طول القامة.

بشرة بيضاء مع تجاعيد واضحة.

لون العينين بني.

شعر رمادي.

بشوش الملامح.

قوي البنية.

ذو عندما نظيف من حيث الملابس و الهيئة.

مزاج الحالة :

مزاج الحالة مضطرب ومتقلب بحيث ينفعل أثناء الحديث عن موضوع ما.

السلوك:

يتسم بسلوك هادئ أحيانا وأحيانا عصبي وقلق.

النوم:

نوم متقطع حيث نومه مضطرب خاصة بالليل ينهض عدة مرات أثناء نومه ليلا إثر حركة خفيفة أو بدون حركة.

الاكل :

شهية مفتوحة يحب الأكل كثيرا.

النظافة:

مهتم بنظافة أدق تفاصيل جسده كالنظر الى أظافره و غسل اليدين بعد لمس اي سطح بالخارج ...و ينتبه لنظافة الآخرين كثيرا.

الاتصال:

الاتصال كان جيد جدا لم اتلقى أي صعوبات في التواصل أو البدء المقابلة معه وكان متحمس ليطلعني عن حالته ومرضه.

اللغة والكلام:

اللغة سليمة ومفهومة إلى حد ما ، أما بالنسبة للكلام فيكون محتوى الكلام غير واضح ينتقل من موضوع لآخر دون غلق الموضوع الأول.

الإيقاع اللغوي:

الإيقاع معتدل و أحيانا عال قليلا .

الذاكرة:

الذاكرة ضعيفة قليلا حيث ينسى الموضوع حتى أذكره بآخر أحداث الموضوع المسرود .

الأفكار :

تغلب على أفكاره الإيجابية ودائما ما يقدر ذاته ونفسه في الموضوع.

النشاط الحسي الحركي:

تميز الحالة بحركة بطيئة وهذا راجع لكبر سنه.

الإدراك:

إدراك للزمان والمكان مضطرب قليلا، لا يتذكر زمن إصابته بالتحديد.

سوابق مرضية:

ضغط الدم.

الداء السكري.

القلب .

إعاقة جسدية خفيفة في الرجل اليسرى.

المقابلة الأولى:

هدفها التعرف على الحالة وجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات الاولية، والبيانات الشخصية الخاصة بالحالة بعد محاولة كسب ثقتها، و التعريف بدورنا اخصائيين نفسانيين.

المقابلة الثانية:

لقد ركزنا في هذه المقابلة على الجانب الأسري ونوعية علاقته داخل الأسرة عاشت الحالة في أسرة مكونة من أب وأم وزوجة الأب الثانية وثمانية إخوة وأخوات من الأم والأب، تزوج ابنة عمته ولم يكن راضيا عن هذا الزواج ، قبل بعد الضغط الكبير عليه من طرف الأب، لديه ولدين معها وبعد ستة سنوات من الزواج تطلق، ومن ثم رجع إلى فرنسا واستقر هناك بعيدا عن أهله اهله وأعاد الزواج من امرأة أخرى التي استقر مع 15 سنة دون أولاد كذلك تطلقا بسبب خلاف بينهما مما جعله وحيدا ليعود إلى بلده بعد ما أصيب بجلطة سببت له في إعاقة خفيفة في رجله اليسرى مما أجبره على الزواج مرة أخرى،والتي استقر معها هنا بالجزائر.

علاقته مع إخوته جيدة إلا أخاه الأكبر مضطربة قليلا بسبب خلافات حول الإرث الحالة لا تتحدث عن أبيها كثيرا عكس الأم فكل حين يذكرها ويدعو لها بالرحمة بما يدل على أن علاقته مع أبيه كانت مضطربة قليلا نتيجو الخلافات التي وقعت في شبابه ،علاقته مع ابنته شبه منقطعة، ومع أبنائه علاقة جيدة فهم دائما ما يزورنه و على اتصال مستمر معه.

المقابلة الثالثة:

طرقنا في هذه المقابلة إلى الجانب الصحي للحالة.

الحالة مصاب بضغط الدم الذي هو في ارتفاع مستمر نتيجة انفعاله الزائد وعصبيته المستمرة وكذا السكري.

يلحظ تحسن في رجله اليسرى من حيث الحركة فكان لا يستطيع تحريكها والآن أصبح يقود السيارة بشكل عادي قام بمعالجة قلبه حيث قام بعملية جراحية خارج الوطن وهو تحت المراقبه لفترات معينة .

علاجاته ومراقبة صحته خارج الوطن مما يضطره العودة في كل مرة إلى الخارج.

المقابلة الرابعة:

هدفت الى التعرف على تاريخ الإصابة كوفيد 19.

أصيبت الحالةبكوفيد 19 العام الماضي ،تم نقل العدوى له عن طريق زيارة أحد الأقارب له من المصابين، لقد اكتشف إصابته عن طريق الحمى الإسهال المتكرر الذي جعل عائلته تشك في إصابته بالفيروس، وبعد الفحص تأكدت صحة الاصابة بنسبة 30%، رفض المكوت في المستشفى، عولج في منزل إبنه تحت رعايته، عام اضطرابات مختلفة خلال فترة المرض منها اضطرابات الشهية (فقدان الشهية و عدم القدرة على الأكل بتاتا حيث كان يجبره إبنه على الأكل)، اضطرابات النوم، ضعف في التنفس لما جعله يستخدم قارورة الأوكسجين، كذالك أصيب بشلل شبه كلي مما أدى به إلى استخدام حفاظات لعدم قدرته على الحركة ما جعله يشعر بالعجز، تقول الحالة رغم إصابتي بفيروس إلا أن عائلته لم تتقيد بالاجراءات الوقائية، حيث كان هناك اتصال

مباشر وعن قرب مع زوجته وإبنه وأحفاده وهذا ما جعله يشعر بوجوده ولا يشعر بالملل، نقل الفيروس لزوجته وإبنه مما جعله يشعر بالذنب.

دامت فترة علاجه حوالي شهر بعدما شفي و تحسنت حالته وعاد للحركة مجددا بعد ثمرينات ساعدته على ذلك . ظنت الحالة أنها النهاية وأنه لا يستطيع النجاة من المرض وفقدان الامل لدرجة أنه أصبح يستهزئ بنفسه التي كانت صلبة وقوية حتى أنهكها المرض، ما يدل على أن الحالة قد أصابها اليأس والقلق من الموت.

بعد الشفاء الحالة قد عادت شهيته مثل ما كانت من قبل، لكن الخوف والقلق مستمر حيث أصبح يلتزم بالإجراءات الوقائية التزاما صارما (عدم الخروج، عدم تبادل اللمس مع الأقارب واحترام مسافة ما بينهما...)، أما النوم لازال مضطرب، تقول الحالة أن بعد الشفاء من المرض (الإصابة بالفيروس) تدهورت ذاكرتي قليلا فنسيت بعض الأحداث الخاصة بالماضي بشبابه أي التفاصيل الخاصة بفترة معينة أو بحدث معين.

استنتاج :

تبلغ الحاله 78 سنة هندامه نظيف مرتب ذاكرتهضعيفة نوعا ما، متزوج يعاني اضطرابات عضوية ونفسية عديدة خاصةالأمراض المزالمزمنة منه التي تضعف مناعته وبسبب هذا الضعف الذي كان السبيل لاصابته بكوفيد 19مما جعله يعيش طريحا للفراش حوالي شهر من معاناة جسديةونفسية وقلق وخوف أثناء اصابته، لقد اجريت مع الحالة اربع مقابلات، كانت الحالة خلال هذه المقابلات كثير الكلام يرفع صوته تارة ويخفضه تارة اخرى، متحمس على الحديث، افراط في تحريك اليدين، دائما ما يكون البطل في حديثه وسردقصصه، يفتخر بانجازاته وهذا دليل على تقدير ذاته وثقته بنفسه، عصبي اثناء احداث تستفزه، ينتبه لأدق التفاصيل. أما من خلال الصحة النفسية للحالة أثناء إصابته بالفيروس وبعد إصابته نستنتج أن الحالة قد أصيبت باضطرابات نفسية مختلفة أثناء الإصابة منها اضطرابات النوم والأكل، حيث استمرت احداها والأخرى قد شفي منها، بالنسبة لاضطرابات النوم التي كانت ما قبل الإصابة ولكنها تدهورت أثناء الإصابة ولا زالت تلازمته بعد الشفاء، أما بالنسبة إلى ذاكرته فإنها تتدهور تدريجيا

بعد الشفاء، إضافة إلى القلق فلازمه كذالك بعد الشفاء خوفا من أن يصاب مرة أخرى بالفيروس.

2.1 الحالة الثانية:

الاسم : ز.م .

الجنس: ذكر .

السن : 80 سنة.

الحالة المدنية : متزوج (مطلق سابقا).

عدد الأخوة: 04 إخوة (02 بنات، 02 أولاد).

رتبته بين الإخوة: الأخير.

المستوى التعليمي: المرحلة الإبتدائية.

الإقامة: مستغانم .

المهنة : متقاعد.

البنية الفرمولوجية: تتميز الحالة ب:

النحافة، متوسط القامة .

أسمر البشرة مع تجاعيد خفيفة .

لون العينين بني.

شعر أبيض يتخلله الشعرالأسود .

يتسم بالبشاشة والمزح والضحك الكثير .

ذو هندام نظيف من حيث الملابس والجسم .

مزاج الحالة :

مزاج الحالة عصبي حيث يغضب لأتفه الأسباب كصوت الباب عند فتحه مثلا.

السلوك:

يتسم بسلوك هادئ وأحيانا عصبي وقلق.

النوم:

كثير النوم، حيث ينام أكثر من 8 ساعات في اليوم إضافة إلى القيلولة.

الاكل :

شهية مغلوقة، يتبع حمية غذائية خاصة مقدمة من طرف الطبيب.

النظافة:

مهتم بنظافة جسده وخاصة تنسيق الثياب .

الاتصال:

الاتصال كان سهل جدا لم اتلقى صعوبة في ذلك وكان متشوق ليطلعني عن حالته .

اللغة والكلام:

اللغة سليمة ومفهومة، أما بالنسبة إلى محتوى الكلام واضح مع نظام تسلسل الأحداث.

الإيقاع اللغوي:

الإيقاع مرتفع إلى حد ما.

الذاكرة:

لايعاني أي خلل بالذاكرة، يتذكرأدق تفاصيل الأحداث.

الأفكار:

تغلب على أفكاره الإيجابية ودائما ما يقدر ذاته ويفتخر بنفسه التي كانت بالماضي.

النشاط الحسي الحركي:

تتميز الحالة بحركة سوية مقارنة مع سنه .

الإدراك:

إدراك للزمان والمكان جيد، يتذكر تاريخ إصابته ومكان علاجه بالتحديد مع الإنتباه الجيد للأحداث والتفاصيل.

سوابق مرضية:

ضغط الدم (في العين).

المقابلة الأولى:

هدفها التعرف على الحالة وجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات الاولية، والبيانات الشخصية الخاصة بالحالة بعد محاولة كسب ثقتها، والتعريف بدورنا اخصائيين نفسانيين.

المقابلة الثانية:

لقد ركزنا في هذه المقابلة على الجانب الأسري والمهني ونوعية علاقته داخل الأسرة.

عاشت الحالة يتيم الأب (توفي الأب قبل ولادته)، عاش مع أمه 16 سنة، وفي سن 16 هاجر خارج البلاد وإستفاد من عقد التأمين لمدة ثلاث سنوات مع إجراء الخدمة العسكرية، كان لاعب كرة القدم بالجزائر (1956 – 1957، I.S.M مستغانم)، وأستمر في مسيرته الرياضية خارج البلاد كذلك (1958 – 1969، Stade –Français – Paris)، رجع إلى البلاد في سن 27، أجرى إنتخابات الفلاحة ونجح في أخذ المنصب التجاري الفلاحي مع الاستمرار في المشاركة في الألعاب الرياضية، مدة عمله بالفلاحة كانت 30 سنة وثلاثة أشهر بالضبط.

تزوج خارج البلاد حيث دامت العلاقة 30 سنة مع زوجته الأولى وأبناءهما لأربع، فقد أحد أبنائه، ثم عاد إلى البلاد بعد الطلاق بالتراضي، أعاد الزواج في سن 56 واستقر مع أبنائه من زوجته الثانية، مع بقاء التواصل مع أبنائه من الزوجة الأولى.

ماتت أمه وهو في سن 59 التي تأثر لموتها حيثك انت علاقتهما قوية و جد عاطفية فكانت له الأب والأم في نفس الوقت.

علاقته مع طليقته علاقة صداقة ومستمرة بسبب الأبناء، علاقاته معأ بنائه ككل جيدة، ونفس الأمر مع زوجته الثانية ومحيطه .

المقابلة الثالثة:

تطرقنا في هذه المقابلة إلى الجانب الصحي للحالة.

الحالة مصاب بضغط الدم الخاص بالعين الذي في ارتفاع مستمر نتيجةع صبيته لأتفه الأسباب وانتباهه لأدق التفاصيل التي تنرفزه كصوت الباب أو الحنفية.

أصيب بضغط الدم في 2020 ، اكتشفه بعد زيارة الطبيب نتيجة صداع شديد، يستخدم دواء (Unisia).

المقابلة الرابعة:

هدفت الى التعرف على تاريخ الإصابة بكوفيد 19.

أصيبت الحالة بكوفيد 19 العام الماضي، حيث

أخذ اللقاح الأول المضاد للفيروس كورونا لإتمام الإجراءات الخاصة بالسفر (لزيارة أبنائه خارج البلاد)، ولأخذ اللقاح الثاني لزم عليه فحص إختبار كورونا، إذ تأكدت الإصابة بنسبة 30 %، من أعراض الكورونا التي أصابته الامساك مع الحمى الباردة .

أخذ العلاج لمدة 15 يوم لكن دون التقيد بالإجراءاتا لعلاجية كالبقاء بالسرير وعدم كثرة الحركة إلا للضرورة ،حيث لم يستطع البقاء دونح ركة ماجعل حالته تسوء إلى درجة أخذه إلى المستشفى والمكوث فيها مع وجود نقص الأكسجين لكنه رفض ذلك، فضل المكوث في المنزل بعد قضاء ليلة واحدة في المستشفى .

عولج في منزله تحت إجراءات الحجر الصحي المنزلي، عان من إضطرابات الشهية والإكتئاب، كما لوحظ انخفاض واضح في الوزن مما أدى إلى تمديد فترة علاجه.

في فترة الإصابة كان على غير عادته حيث كثير الكلام إضافة إلى شعوره بالملل والضيق لبقاءه وحده مع القلق على أبنائه من انتقال العدوى، فقد الأمل في الشفاء عندما لاحظ أن فترة العلاج قد طالت .

شفي بعد شهر ونصف من الإصابة، استعاد وزنه بعد فترة من الشفاء، لاحظ زيادة في حالات القلق لديه، وإنزعاجه من الأصوات رغم تفاهاتها.

استنتاج :

تبلغ الحالة 80 سنة ذات ، هندام نظيف ومرتب، ذاكرته قوية يتذكر تفاصيل حياته من أولها لأخرها، متزوج يعاني مرض ضغط الدم الذي أضعف مناعته وكان سببا في ضعفه أثناء إصابته بكوفيد 19، امتدت فترة علاجه حوالي شهرو نصف من معاناة جسديةو نفسية أثناء اصابته بالفيروس، لقد أجريت مع الحالة أربع مقابلات لدراسة حالته، خلال هذها لمقابلات كان منتبه جدا ليطلعني عن حالته من جميع الجوانب الأسرية والصحية وغيرها... صوته مرتفع وكثير الضحك ليوضح أنه شخصا إجتماعي، متحمس على الحديث عن حياته بالماضي ما يدل على إعجابه بماضيه، يذكر أنه شخص عصبي يستفز منأ بسط الأمور.

أما من خلال الصحة النفسية للحالة أثناء إصابته بالفيروسو بعد إصابته نستنتج أن الحالة قد أصيبت باضطرابات نفسية مختلفة أثناء الإصابة منها اضطرابات الأكل والإكتئاب ما جعله يشعر بالملل بسبب الحجر الصحي إضافة إلى الخوف بسبب تدهور صحته لعدم التزامه بالإجراءات الوقائية أثناء العلاج، حيث استمرت احداها والأخر لقد شفي منها، بالنسبة لاضطرابات الأكل التي كانت ما قبل الإصابة وتدهورت أثناء الإصابة فقد عاد إلى حميته بعد الشفاء كحياته مسبقا، وبعدما عادإ لى الحركة وتخلص من الحجر الصحي عاد إلى حيويته ونشاطه، كذالك يتضح أن هناك زيادة في حالات القلق والعصبية بعد الشفاء ونرفزته وحساسيته من أمور قد تكون عادية بالنسبة لمحيطه.

2. عرض النتائج ومناقشة الفرضيات:

بعدما تم عرض النتائج التي حاولنا من خلالها تحقق منف رضيات الدراسة بواسطة دراستنا لحالتين منف ئة المسنين قد أصيبو بفيروس كورونا، سيتم هذا العنصر بمناقشة النتائج المتعلقة بفرضية الدراسة والذي تم عرضها سابقا، ولقد تم التحقق من الفرضيات وذلك باعتماد على أدوات المستخدمة في الدراسة والمتمثلة في المقابلة العيادية نصف الموجهة والملاحظة، فقد دلت عملية تحليل النتائج على تحقيق نسبي لصحة الفرضيات الجزئية وتوصلت إلى نتائج معمقة تثبت صحة الفرضية العامة.

بالنسبة للتساؤل العام أن هناك اضطرابات التي أثرت على المسنين فيج ائحة كورونا، والتي تسببت في حالات نفسية وعقلية والتي تتمثل فيا لقلق والاكتئاب الذي كان سببه الحجر الصحي المطبق اثناء الإصابة، إضافة إلى اضطرابات الشهية واضطرابات النوم والتي كانت بسبب المعاناة الخاصة بأعراض الفيروس العامة، والحساسية الزائدة، إضافة إلى اضطرابات الذهان التي تتمثل في الزهايمر.

عرض نتائج الفرضية الأولى:

والتي مفادها أن بعد الإصابة بفيروس كورونا هناك تأثير نفسي على المدى البعيد بعد التعافي وهذا ما طرأ على الحالتين، إذ نستنتج أن من خلال الدراسة للحالتين ظهرت عليهما أعراض القلق واضطرابات النوم والذاكرة بالنسبة للحالة الأولى (أ.ب)، وبالنسبة للحالة الثانية نجد ظهور حساسية الزائدة والعصبيةا لتي اتضحت من خلال نتائج الدراسة الخاصة بها.

عرض نتائج الفرضية الثانية:

مفادها أن الاضطرابات النفسية التي تظهر أثناء الإصابة تتطور بعد التعافي، وتوصلت النتائج من خلال دراسة الحالتين إلى أن كلاهما عانا اضطرابات نفسية أثناء الإصابة المتمثلة في اضطرابات النوم، والقلق، واعراض الوسواس القهري، والخوف من العدوى والإصابة مرة ثانية، إضافة إلى الضغوطات النفسية التي كان يتفاداها قبل الاصابة.

الخلاصة

الى ما سبق ذكره نستخلص بأن نتائج الدراسة التي توصلنا اليها قد أثبتت أن بعض المسنين على الرغم من أن الظروف المحيطة بهم الناتجة عن كوفيد-19 الا أنهم واجهوها و شفيت هذه الفئة الحساسة من الفيروس الذي قد افتك بالأغلبية من جميع الفئات و تسبب في ضغوطات نفسية كثيرة، لكن هذا الفيروس لم ينتهي تأثيره عند شفاء المسن منه انما ظهرت اثاره التي تشمل الصحة التفسية على المدى البعيد بعد مدة من الشفاء، و تتمثل هذه الاثار في اضطرابات نفسية عديدة منها عصابية كالقلق و اضطرابات النوم و غيرها...، و منها اضطرابات ذهانية كالزهايمر.

الخاتمة

ربما كان لجائحة كوفيد-19 تغيرات كثيرة أحدثتها على نمط حياة الانسان، كما أنها غيرت روتين حياته اليومية مما سبب ضغوطات نفسية التي جعلت حياة الانسان خارج السيطرة و ما يؤثر على الترابط و الاتصال الاجتماعي بين الأشخاص، لهذا يعد الاهتمام بالصحة النفسية في مثل هذه الفترات العصبية أمرا غاية في الأهمية اذ يجب اتخاذ الاجراءات اللازمة للحفاظ على الصحة النفسية للمجتمعات المتأثرة بالفيروس. و يمكن لهذه المخاوف حول انتقال المرض من شخص لاخر أن تؤثر على الحصول على الدعم الاجتماعي المطلوب ما يترك تأثيرا سلبيا على الصحة النفسية

إن تفشي هذا الفيروس الذي كان تأثيره على كبار السن بنسبة كبيرة مقارنة مع باقي الفئات العمرية ،نظرا لما يعانوه من أمراض مزمنة و ضعف المناعة، و هذا ما جعلهم يفرطون في الإهتمام بالصحة الجسدية دون مراعاة أهمية الصحة النفسية التي تدهورت خلال الإجراءات الوقائية للفيروس و ما ينتج عنها الوحدة و العزلة التي تسبب ضغوطات نفسية و إجتماعية فالفرد له حاجة الى التفاعلات الاجتماعية و التواصل مع الاخرين و في حال لم يلبي رغبة هذا التفاعل قد يؤدي الى ظهور اضطرابات مختلفة أهمها القلق و الإكتئاب والهلع والكابة والوحدة، إضافة إلى التوتر و الخوف اللذان يؤثران على مناعة الإنسان بشكل كبير، أما الحجر الصحي طويل المد لعلاج المسن المصاب بالفيروس يكون مصدر للتعرض بإضطرابات نفسية عديدة الناتجة عن توقف الأنشطة الإعتيادية كالحركة... و التواصل المباشر، و يمكن أن تتطور هذه الإضطرابات إلى ما بعد الشفاء حيث يمكن أن تتواجد عواقب نفسية مستمرة بعيدة المدى نتيجة عوامل مختلفة .و بما أن الصحة النفسية تساعد على تحقيق العديد من الأمور المتعلقة بحياة الفرد لاستثمار جميع قدراته و طاقاته و قدراته على مواجهة مختلف المتطلبات الحياتية و المشكلات التي تواجهه، ذلك أن الفرد يمتلك أحد ميكانيزمات التوافق الذي يشير إلى صحته النفسية، و لعل التمتع بالصحة النفسية من شأنه المساعدة في إدارة الأزمة المتعلقة بالفيروس.

التوصيات و الاقتراحات :

- شغل أوقات فراغ المسنين لتخفيف شعورهم بالوحدة.
- تقدير الظروف الصحية للمسنين.
- الإهتمام بالصحة النفسية للمسن كما هو الحال بالنسبة للصحة الجسدية .
- الإستجابة لإحتياجات الرعاية الصحية الحرجة لكبار السن المصابين بفيروس كورونا.
- تقديم الدعم اللازم و التنبيهات من خلال وسائل الإعلام لهذه الفئة، و توفير معلومات تثقيفية عامة بالفيروس.
- إدراك ما يصاحب التدابير المتعلقة بجائحة كوفيد 19 كالتباعد البدني و مخاطر وعواقب صحية على كبار السن و تقديم الدعم الأولي و العلاج الطبي.
- الحد من اللجوء إلى وسائل تقيد حركة كبار السن.
- البقاء على التواصل المستمر مع كبار السن و تشجيع أفراد محيطه على ذلك.
- تعزيز الثقة في نفوس المسنين.
- محاولة تفهم مشاعر و مشكلات المسنين التي يعانيها و مناقشة هذه المخاوف.
- المحافظة على النشاط البدني و القيام بالأنشطة الإستمتاعية .

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

الكتب :

- أحمد السيد مصطفى، (2010)، كبار السن " دليل حياة "، الطبعة الاولى، مديرية التضامن الاجتماعي، محافظة الاسكندرية.
- أسعد شريف الامارة، علي حسين حلو، (2022)، مدخل الصحة النفسية، ط.1، الدار المنهجية للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.
- أمينة شكري، أحمد السعيد،، (2020)، دليل وقاية الصحة النفسية من فيروس كورونا، ط.1، بيت الحكمة للاستثمارات الثقافية، القاهرة.
- د.أديب محمد الخالدي، (2009)، المرجع في الصحة النفسية نظرية جديدة، ط.3، دار وائل للنشر، عمان، الاردن.
- د.جمعة يوسف، د.عزة عبد الكريم مبروك، (2006)، الصحة الجسمية و النفسية للمسنين، ب.ط، دار غريب للطباعة والنشر و التوزيع، القاهرة .
- د.حامد عبد السلام زهران، (1984)، الصحة النفسية و العلاج النفسي، ب.ط، عالم الكتب، القاهرة .
- د.خليل أبو فرحة، (2000)، الموسوعة النفسية، ط.1، دار أسامة للنشر و التوزيع، الأردن، عمان.
- د.سمير أبو حامد، (2009)، مرض الزهايمر –النسيان من نعمة الى نقمة، ط.1، خطوات للنشر و التوزيع، دمشق.
- د.عادل عز الدين الأشول، (2008)، علم النفس من الجنين الى الشيخوخة، مكتبة الانجلو المصرية .
- د.عبد الحميد محمد شاذلي، (2001)، التوافق النفسي للمسنين، المكتبة الجامعية، اسكندرية، مصر.

- د.عبد اللطيف محمد خليفة، (1999)، دراسات في سيكولوجية المسنين، بدون طبعة، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة .
- د.عبد الله الناصر السدحان، (2008)، الشيخوخة و كيفية تعامل الاسلام مع متغيراتها، الادارة العامة للثقافة و النشر.
- د.عبد المنعم الميلادي، (2002)، الابعاد النفسية للمسن، مؤسسة شباب الجامعة، مصر.
- د.قاسم حسين صالح، (2015)، الاضطربات النفسية و العقلية نظرياتها، أسبابها، طرائق علاجها، دار دجلة للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.
- د.كامل علوان الزبيدي،(2009)، علم نفس الشيخوخة، مؤسسة الوراق للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.
- د.كمال ابراهيم مرسي، (2006)، كبار السن و رعايتهم في الاسلام و علم النفس، ط.1، دار النشر للجامعات، القاهرة .
- د.محمد ابراهيم السفاسفة، أحمد عبد الحكيم عربيات، (2014)، مبادئ الصحة التفسية و المدرسية، ط.1، دار الاعصار العلمي للنشر و التوزيع، عمان.
- د.محمد كاظم محمود التميمي، (2015)، مؤشرات في الصحة النفسية، الدار المنهجية للنشر و التوزيع، عمان .
- د.محمود مندوه محمد سالم، (2012)، علم النفس الاكلينيكي (العيادي) فنياته – و تطبيقاته، ط.1، دار الزهراء للنشر و التوزيع، الرياض.
- د.مساري حسن الراوي، (2009)، سيكولوجية الشيخوخة، دار الياقوت للطياعة و النشر، ط.1، بيروت، لبنان.
- د.نبيل محمد الفحل، (2016)، مقياس الاكتئاب النفسي للمسنين، ط.1، دار العلوم للنشر و التوزيع، القاهرة.
- د.هدى القناوي، (1987)، سيكولوجية المسنين، الطبعة الاولى، مركز التنمية بلا البشرية و المعلومات، الجيزة، جمهورية مصر العربية.

- د.يحي مرسي عيد بدر، (2007)، المسنون في عالم متغير مقدمة في علم الشيخوخة، ط.1، دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر، الاسكندرية .
- ذوقان عبيدات، كايد عبد الحق، (2015)، البحث العلمي مفهومه و أدواته و أساليبه، ط.17، دار الفكر، عمان.
- سليم مريم، (2002)، علم النفس النمو، ط.1، دار النهضة العربية للطباعة و النشر و التوزيع، لبنان.
- عبد الرحمن العيسوي، (1999)، العصبية النفسية و الذهانات العقلية (بحث ميداني للامراض العقلية و النفسية الشائعة)، دار النهضة العربية، ب.ط، بيروت، لبنان.
- فؤاد البهي السيد، (1998)، الاسس النفسية للنمو من الطفولة الى الشيخوخة، دار الفكر العربي، القاهرة .
- فيصل محمد خير الزراد، (1984)، الامراض العقلية الذهان الوظيفي و العضوي، دار القلم للنشر و التوزيع، ط.1، جامعة بدمنهور، الاسكندرية.
- كريستوف دو جاجيه، ترجمة : محمد أحمد طجو، محمد نبيل الحمصي، (2014)، طب الشيخوخة، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم و التقنية، الرياض.
- محمد حامد زهران، (1977)، التوجيه و الارشاد النفسي، عالم الكتب، القاهرة.
- مصطفى محمد أحمد الفقهي، (2008)، رعاية المسنين بين العلوم الوصفية و التصور الاسلامي، ط.1، المكتب الجامعي الحديث، مصر .
- اليروفيسور توني شابيرا، ترجمة : هلا أمان الدين، (2014)، مرض باركسون، ط.1، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم و التقنية، الرياض.

المجلات :

- أزهار فوزي عارف جعفر، (2008)، الاضطرابات العصبية لدى المسنين المقيمين في المؤسسات الاوائية في محافظات شمال فلسطين، رسالة الماجيستير، ملية الارشاد النفسي و التربوي لجامعة القدس.
- إيمان قاسمي، (2021)، أساليب التعامل مع المواقف الضاغطة لدى كبار السن المقيمين بدور العجزة في ظل زمن انتشار فيروس كورونا في الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي، المجلد 8، العدد 03، ص 1178، 1190.
- إيمان قاسمي، أحمد فاضلي، (2021)، أساليب التعامل مع الضغوط النفسية و علاقتها بالتوافق النفسي لدى كبار السن المقيمين بدور العجزة في ظل انتشار فيروس كورونا كوفيد –19 ف الجزائر، مجلة الآداب و العلوم الاجتماعية، المجلد 18، العدد 02، ص 09، 20.
- بدران دليلة، برويس وردة، سلطاني أسماء، (2021)، قلق الموت لدى عينة من المسنين في ضوء انتشار فيروس كوفيد –19، دراسات نفسية و تربوية، المجلد 14، العدد 2، ص 177، 187 .
- بدور حمود سعيد، (2008)، مستوى الرعاية النفسية المقدمة للمسنين بدور الايواء بولاية الخرطوم و اتجاهات المسنين نحوها، مذكرة لنيل شهادة الماجيستير في علم النفس ، جامعة الخرطوم.
- بشير معمرية، عبد الحميد خزار، (2009)، الاضطرابات الجسمية و النفسية لدى المسنين المقيمين بدار العجزة بمدينة باتنة –الجزائر، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 23، ص 74، 83.
- بلخير فايزة، (2012)، مفهوم الذات و علاقته بالتكيف الاجتماعي لدى المسنين المقيمين بدار العجزة، مذكرة لنيل الماجيستير في علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران، السانية.

- بوبازين أحسن، بروتوكول تدخل النفسانيين للتخفيف من الآثار النفسية نتيجة تفشي فيروس covid 19.
- د.العزيز وردة، د.خماد محمد، (2021)، الآثار النفسية و الاجتماعية الناتجة عن الحجر الصحي المطبق في الجزائر في ظل انتشار فيروس كوفيد-19، مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية، المجلد 12، العدد 01، ص 426، 443. **المذكرات :**
- د.عادل بن مشعل عزيز آل هادي الغامدي، (2017)، الاحتياجات الاجتماعية و النفسية و الصحية و المادية للمسنين من وجهة نظرهم مع تصور مقترح لتضمينها في مناهج التعليم بالمملكة العربية السعودية، مجلة جامعة الباحة للعلوم الإنسانية، المجلد الأول، العدد 11، ص 299، 356.
- دليل توعوي صحي شامل، (2020)، فيروس كورونا المستجد (covid-19)، النسخة الاولى.
- سنوسي بومدين، جلولي زينب، (2020)، الصحة النفسية في ظل انتشار فيروس كورونا كوفيد-19 و التباعد الاجتماعي و استمرار الحجر الصحي، مجلة التمكين الاجتماعي، المجلد 02، العدد 02، ص 65، 80.
- شطاح هاجر، (2011)، أثر سوء المعاملة الوالدية على صورة الذات عند الطفل، مذكرة لنيل شهادة الماجيستير في علم النفس العيادي، كلية العلوم الانسانية و العلوم الاجتماعية، جامعة منتوري،، قسنطينة.
- طيب جاب الله، نصيرة لعموري، بهية بطاوي، (2021)، المشكلات النفسية و الاجتماعية لدى كبار السن وآليات التكفل بهم، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، المجلد 6، العدد 1، ص 563، 583.
- عادل خضير عبيس العابدي، (2019)، توهم المرض لدى طلبة الجامعة الاسلامية، مجلة كلية التربية الاساسية للعلوم التربوية و الانسانية، العدد 45، ص 200، 221.

- عمرو منتصر، عباسي ماعة،(2022)، الرجوعية النفسية لدى كبار السن المصابين بالقصور الكلوي في ظل انتشار فيروس كورونا –مساهمة ميدانية–، مجلة دراسات، المجلد 11، العدد 01، ص 537، 551.
- فاطمة الزهراء بن مجاهد، مساهمة في دراسة بعض سمات شخصية الطفل المعتدي عليه جسديا بالتكرار من طرف أقرانه،مذكرة لنيل شهادة الماجيستير في علم النفس الاكلينيكي ، قسم علم النفس و العلوم التربية، جامعة منتوري، قسنطينة.
- كتفي عزوز، فيجل زهرة، (2020)، جهود مركز المساعدة النفسي الجامعي بالمسيلة في التكفل بالطالب في زمن تفشي وباء كورونا، مجلة التمكين الاجتماعي، المجلد 02، العدد 02، ص 333، 346.
- لخضر حمزة، عبد الرحمان البشيري، (2022)، أثر الاضطربات النفسية على أهلية الأداء في التشريع الجزائري و على ضوء الطب النفسي، مجلة الحقوق و العلوم الإنسانية، المجلد 15، العدد 01، ص 32، 52.

المواقع :

- https://www.who.int/ar/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses#