واقع الصحة النفسية للمسنين في الجزائر

"دراسة على عينة من المسنين بمراكز رعاية الشيخوخة"

فقيه العيد*

ملخص: تهدف الدراسة الحالية إلى تقييم الوضعية النفسية والجسدية لدى المسنين بمؤسسات رعاية الشيخوخة، وتحديد مظاهر الصحة النفسية وسمات الشخصية وأنماطها التي تميزهم، وتعرف مدى ارتباط المستوى التعليمي والاقتصادي والترمل بالصحة النفسية لدى المسنين. وأخيراً معرفة الفروق بين الجنسين من المسنين في الصحة النفسية. أما أهمية هذه الدراسة فتكمن في تقديم حلول موضوعية على شكل إجراءات وقائية تسهم بشكل أو بآخر في الحفاظ على الصحة النفسية للمسنين، ومن ثم تحدّ – قدر المستطاع – من انتشار مشكلات الشيخوخة. استخدم المنهج الوصفي في هذه الدراسة، واتبع الباحث طريقة المعاينة الاحتمالية العشوائية البسيطة، واختيرت عينة قوامها 150 مسناً من أربع مؤسسات رسمية لرعاية الشيخوخة تمثل وسط البلاد وغربها. واعتمد الباحث على قائمة تقييم الوضعية النفسية والجسدية للمسن، ومقياس سمات الشخصية للمسنين أدوات أساسية للدراسة، واستخدمت الأساليب الإحصائية التالية في معالجة النتائج: النسب المئوية، ومعاملات الارتباط، ومقياس T لدراسة الفروق. وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

– تحتل المشكلات النفسية الصدارة في قائمة مختلف المشكلات التي يعانيها كبار السن داخل مؤسسات رعاية الشيخوخة، ويعد مستوى الصحة النفسية لديهم منخفضاً.

– توجد علاقة ارتباطية بين متغير المستوى الاقتصادي للمسن، ومتغير الوضعية العائلية، ومتغير أنماط الشخصية ومستوى الصحة النفسية لديهم.

* جامعة أبي بكر بلقايد – تلمسان – الجزائر.

– يوجد فرق بين المسنين والمسنات من حيث مظاهر الصحة النفسية لصالح المسنين.

المصطلحات الأساسية: الصحة النفسية – الشيخوخة العادية – مركز رعاية الشيخوخة – أنماط الشخصية والشيخوخة – الاضطرابات النفسية والعقلية للشيخوخة – الشيخوخة والتوافق النفسي – التكيف.

مقدمة:

إن رعاية المسنين وحمايتهم والاهتمام بصحتهم النفسية والجسدية ودراسة مشكلاتهم، ليست مطالب إنسانية فقط بل ضرورة ملحة تفرضها طبيعة هذه المرحلة من النمو أيضاً. ولا شك أن مشكلة الصحة النفسية للمسنين في الجزائر من أكبر المشكلات التي يواجهها مجتمعنا خاصة والمجتمع العربي عامة. ويزداد تفاقم هذه المشكلة بارتفاع عدد السكان وانخفاض مستوى الوعي الصحي والأخلاقي من جهة، وضعف الدور الوقائي من جهة أخرى؛ فوظيفة الصحة النفسية في مراكز رعاية الشيخوخة وظيفة توجيهية، وتعليمية، وتدريبية، وعلاجية، وتشجيعية ووقائية، في الوقت نفسه. وبما أن الصحة النفسية في جوهرها العام، عملية إنسانية تهدف إلى الاهتمام بالإنسان، وتحقيق توافقه، وإزاحة الحواجز التي تعرقل نموه النفسي والجماعي، وإنقاذه من مختلف الانحرافات والآفات الاجتماعية، كان لزاماً علينا دراسة واقع الصحة النفسية للمسنين وتحديد حاجاتهم ومطالبهم للاستفادة مما لديهم من استعدادات وقدرات وخبرات متراكمة ومعارف غزيرة.

مشكلة الدراسة:

إن مشكلة الصحة النفسية لدى المسنين في المجتمع الجزائري، باتت تفرض نفسها على كثير من نواحي الحياة؛ ذلك أن معاناة المسنين جسدياً وسلوكياً ونفسياً وعقلياً، تحتاج إلى الرعاية المناسبة من طرف فريق متعدد التخصصات، وبما أنه يتعذر على الأسرة – في بعض الأحيان – التكفل الطبي والنفسي بالمسن، فإننا نجدها تلجأ إلى المؤسسات الرسمية للتكفل به. إن الطابع الذي تنشده المراكز الخاصة برعاية الشيخوخة هو طابع المصحات؛ حيث يتوافر للمسن المكان اللائق بإقامته تحت إشراف صحي يساعده على تحمل أمراض الشيخوخة التي يعانيها، وحتى لا يتعرض للأخطار إذا ترك يقيم وحده أو مع أسرته.

ولهذا رأينا من المفيد تسليط الضوء على واقع الصحة النفسية لدى المسن

داخل مراكز رعاية الشيخوخة، وتعرف مختلف المشكلات التي يعانيها، والتي ترتبط باستقلاليته الشخصية وصحته العامة، ومشكلاته الانفعالية والسلوكية والعقلية المعرفية، ومحاولة تحديد مختلف مظاهر الصحة النفسية التي يتميز بها.

ويمكن تحديد مشكلة الدراسة بصورة إجرائية من خلال التساؤلات التالية:

– إلى أي مدى تنتشر الاضطرابات العضوية الوظيفية، والاضطرابات النفسية والعقلية في مؤسسات رعاية الشيخوخة في الجزائر؟

– إلى أي مدى يتمتع هؤلاء المسنون بالاستقلالية والتحكم الذاتي؟

– ما مقدار تفاعلهم الاجتماعي، ومقدار اتزانهم الانفعالي؟

– إلى أي مدى يتمتع هؤلاء بالرضا عن الذات، والإقبال على الحياة؟

– إلى أي مدى يتمتع المسنون بالمرونة مع مختلف مطالب الحياة؟

– هل توجد علاقة ارتباطية بين المستوى التعليمي ومستوى الصحة النفسية لدى المسنين؟

– هل توجد علاقة ارتباطية بين المستوى الاقتصادي ومستوى الصحة النفسية لدى المسنين؟

– هل توجد علاقة ارتباطية بين الوضعية العائلية للمسن ومستوى الصحة النفسية؟

– هل توجد علاقة ارتباطية بين أنماط الشخصية للمسنين ومستوى الصحة النفسية؟

– هل يوجد فرق بين المسنين والمسنات من حيث درجات الصحة النفسية؟

– هل يوجد فرق بين الأرامل المسنين والمسنين المطلقين من حيث درجات الصحة النفسية؟

– هل يوجد فرق بين الأرامل المسنين والمسنين العزاب من حيث درجات الصحة النفسية؟

– هل يوجد فرق بين المسنين المطلقين والمسنين العزاب من حيث درجات الصحة النفسية؟

أهمية الدراسة وأهدافها:

تكمن أهمية هذه الدراسة في تقديم حلول موضوعية على شكل إجراءات وقائية تسهم بشكل أو بآخر في الحفاظ على الصحة النفسية للمسنين، ومن ثم تحدّ– قدر المستطاع – من انتشار مشكلات الشيخوخة.

وترمي هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

– تقييم الوضعية النفسية والجسدية لدى المسنين بمؤسسات رعاية الشيخوخة، وتحديد مظاهر الصحة النفسية وأنماط الشخصية التي تميزهم.

– تعرف مدى ارتباط المستوى التعليمي والاقتصادي والترمل بالصحة النفسية لدى المسنين.

– معرفة الفروق بين الجنسين من المسنين في الصحة النفسية.

تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة:

مفهوم الشخص المسن: المقصود بـ "الشخص المسن" بلوغ العقد السادس من العمر؛ أي أن عمره ستون سنة فما فوق، ويوجد بمركز رعاية الشيخوخة.

مفهوم الصحة النفسية للمسن: وتحدده القائمة التقييميّة للوضعية النفسية والعقلية للمسن، من إعداد الباحث، ويتضمن مختلف المشكلات الوظيفية والنفسية والعقلية.

سمات الشخصية لدى المسنين: هي مجموعة من الصفات الشخصية، كما يحددها مقياس سمات الشخصية (لعبد اللطيف محمد خليفة وشعبان جاب الله رضوان).

أولاً – نظريات الدراسة:

أ– تعريف الشيخوخة:

يرى (محمد أيمن محمد خير عرقسوسي، 2006) أن الشيخوخة تقترن بالاستهلاك التدريجي للأعضاء والتغيرات الحيوية التي تطرأ على الجسم، وهكذا فإنه من الطبيعي أن يحدث هذا التدهور في استهلاك العضلات كمرحلة من مراحل الحياة، ويضيف قائلاً: "وتعتبر مرحلة الشيخوخة أوج النضج الفكري وثراءه عند البعض، والثراء الشخصي بالخبرة الذاتية مع الآخرين، حيث يفهم الحياة فهماً واقعياً ويدرك الحياة بعيداً عن الخيال وبواقعية عملية".

أما "هيتو" (Hétu, 1992: 37) فيعرف الشيخوخة بأنها "تلك المرحلة الأخيرة من العمر التي تقترن بتغيرات على المستوى الجسدي والعقلي والعلائقي والاجتماعي".

ويعرف "لوزان وآدم" (Lauzon et Adam,1997: 14) الشخص المسن بأنه "ذلك الإنسان الذي يبلغ فترة متقدمة من العمر، ويتميز بضعف بعض الأبنية والوظائف العضوية. إن الشيخوخة الجسمية ما هي إلا المظهر الأكثر بروزاً من بين المكونات الأخرى لهذا الكائن المركب، إلا أنه على الرغم من مظاهر الأفول والتراجع التي تعرفها الشيخوخة، توصف هذه المرحلة العمرية بمرحلة كمال النمو الاجتماعي والنفسي والروحي والسياسي والمعرفي والديني والعاطفي والفلسفي".

مما سبق ذكره من تعاريف حول الشيخوخة، نلاحظ أنها تحدد مفهوم الشيخوخة انطلاقاً من التغيرات البيوفيزيولوجية التي تطرأ على الشخصية في هذه المرحلة، وفعلاً إن عدداً كبيراً من المسنين في هذه المرحلة عرضة لمشكلات مرضية مزمنة؛ نظراً لضعف مقاومة الجسم مما يقلل فرص بعض التدخلات العلاجية، وزيادة الحاجة إلى الرعاية الصحية والطبية والاجتماعية والنفسية التي تترافق ومشاعر عدم الأمن كلما تقدم بهم العمر. كما يتحدد مفهوم الشيخوخة بكمال النضج على جميع المستويات، والقدرة على التكيف وعيش حياة سعيدة ذات مغزى على الرغم من ضغوط الشيخوخة وأعبائها.

ب – تعريف الصحة النفسية:

يعرف (عبد المطلب أمين القريطي 1998 :28–29) الصحة النفسية السليمة بأنها "حالة عقلية انفعالية إيجابية، مستقرة نسبياً، تعبر عن تكامل طاقات الفرد ووظائفه المختلفة، وتوازن القوى الداخلية والخارجية الموجهة لسلوكه في مجتمع ووقت ما ومرحلة نمو معينة، وتمتعه بالعافية النفسية والفاعلية الاجتماعية". يوضح القريطي في هذا التعريف حالتين أساسيتين تتسم بهما الصحة النفسية وهما: حالة الاستقرار النسبي والحالة الإيجابية، اللتان تشكلان في النهاية حالة تعبر عن التكامل بين طاقات الفرد وإمكاناته ووظائفه المختلفة: الانفعالية والعقلية والدافعية من جهة، ثم التوازن بين القوى الداخلية والخارجية من جهة أخرى. وفي النهاية يشكل التكامل بين الطاقات، والتوازن بين القوى على تنوعها عملاً واحداً منتظماً دينامياً.

أما (علاء الدين كفافي 1997: 81) فيعرف الصحة النفسية بأنها "حالة من التوازن والتكامل بين الوظائف النفسية للفرد، تؤدي به إلى أن يسلك طريقة تجعله يتقبل ذاته، ويقبله المجتمع؛ بحيث يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا والكفاية".

هذا التعريف لا يختلف عن سابقه من حيث المضمون، فهو مجموعة من المظاهر السلوكية والصفات الإيجابية كأهداف أساسية يمكن للفرد أن ينميها ويؤصلها في سلوكه، فيشعر على إثرها بالرضا والكفاية ومن ثم التمتع بالصحة النفسية.

ج – مفهوم الصحة النفسية للمسن:

يحدد "ولسون وكنايزل" (Wilson et Kneisl, 1982: 30) مفهوم الصحة النفسية للمسن وفقاً لقدرته على التكيف، والعيش بسلام في أثناء هذه المرحلة من العمر حيث يصرح قائلاً: "ترتكز الصحة النفسية للمسن على الدعائم التالية: كفاءته في لعب أدوار مناسبة لسنه، وتقبل التحديات الجديدة، والتكيف مع الفقد ومختلف التغيرات المرتبطة بالشيخوخة". أما "شامبان وآخرون" (Champagne et al,1992: 15) فيرون أن المسن الذي يتمتع بالصحة النفسية "هو ذلك الذي يبدي استجابات انفعالية ملائمة ومتوافقة مع ما يقتضيه الموقف ويتمكن من التعبير عنها، ويمتلك قدرة تحكم جيدة، وله القدرة على إقامة اتصال فعال مع الواقع، ويستطيع ممارسة استقلاليته الشخصية وأدواره الاجتماعية ورضاه عنها".

ويتجه "آشلي ولوكلارك" (Atchley 1989: 125-130) إلى تحديد ستة مظاهر للصحة النفسية لدى المسنين، وهي على النحو الآتي: "سلامة المسن من الأمراض الخطيرة والمزمنة (كالخبل الشيخي مثلاً)، والقدرة على تلبية احتياجاته الصحية والسكنية والغذائية وحسن استغلال وقت فراغه، والتقدير الجيد للذات، ونجاحه في نشاطاته وأعماله، وتقبل الآخرين والاتصال الوظيفي بهم، والقدرة على ضبط النفس".

أما "بارجي وميلوكس" (Berget et Mailloux-poirier,1989: 90) فيركزان على أربعة محكات يجب أن تتوافر في المسن الذي يتمتع بالصحة النفسية الجيدة، أولها تقبل المسن لذاته كما هي وتكوين مفهوم موضوعي للمرحلة العمرية التي يعيشها، حيث يفسح هذا التقبل المجال للمسن بتنمية ما تتمتع به شخصيته من استعدادات وقدرات تضمن له ولمجتمعه النفع والفائدة، والصمود أمام متطلبات

المرحلة العمرية التي يعيشها. وثاني هذه المحكات يكمن في قدرة المسن على التكيف مع الفقد بمختلف أنواعه، إذ تسمح له هذه القدرة بتكوين نظرة واقعية للحياة، والاستمرار في النمو الشخصي والإقبال على الحياة وفقاً لفلسفة غنية بالمعاني الحكيمة. أما ثالث هذه المحكات فيتمثل في الاستقلالية التي تضمن للمسن تلبية حاجاته وإشباعها، معتمداً على نفسه في تصريف أموره، مستثمراً إمكانياته العقلية والمعرفية، ومكوناً صلابة في التصدي لمختلف الحواجز التي تعرقل بلوغ غاياته وأهدافه. أما رابع هذه المحكات فيتمثل في القدرة على التفاعل الاجتماعي، ويتحدد بمقدرة المسن على بناء روابط إنسانية متينة، وصداقات مثمرة مع الآخرين والاندماج معهم في الأسرة والشارع والمؤسسة حتى يشعر بالانتماء والمساندة الوجدانية ولذة التعاون.

مما سبق ذكره حول مظاهر الصحة النفسية لدى المسن يتضح لنا جلياً أنها اشتملت على دلائل عديدة تتصل بالجانب العضوي والنفسي والاجتماعي والبيئي، واسترشاداً بهذه الجوانب يمكن القول إنه يقصد بالصحة النفسية للمسن، مدى قدرته على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه ومع البيئة التي تحيط به؛ مما يقلل من حدة الأزمات والاضطرابات، ويجعله يرضى عن نفسه ويتقبل ذاته كما هي والآخرين كما هم، وينمي ويستثمر طاقاته المختلفة بما يحقق التوازن الانفعالي والعاطفي والعقلي، وبما يتفق مع تنوع مطالب الحياة ونشاطاتها المتباينة في اتساق وتكامل.

د – مشكلات الصحة النفسية لدى المسنين:

تتميز مرحلة الشيخوخة بمظاهر جسمية ونفسية وعقلية مختلفة، إذ تحدث تغيرات على المستوى العضوي، كالضعف العام في الجسم وبدء ظهور ترهل عضلي وهشاشة العظام وتغيرات في الوظائف الداخلية للجهاز الدوري والهضمي والبولي، وأمراض عضوية أخرى كمشكلات الغدد الصماء، والتهاب المفاصل، وضعف الحواس كضعف السمع والبصر. وتحدث تغيرات على مستوى الملكات العقلية كضعف الانتباه والذاكرة، وتغيرات على المستوى النفسي كانحسار الاهتمامات، والتشبث أكثر بالأفكار والمعتقدات السابقة، وشدة التأثر الانفعالي والحساسية الزائدة، والغضب... ويتأثر مستوى الدافعية والنشاط العام لدى المسنين إذا ما قورن بماضيهم، ولا يسعنا المجال للحديث عن كل المشكلات

الصحية التي قد تحدث في أثناء الشيخوخة. وبناء على ذلك سنورد باختصار المشكلات التالية:

– مشكلات التكيف في أثناء مرحلة الشيخوخة:

قدمت لنا أبحاث كل من "هيتو، وفيزينا، وأولد وبابااليا، وأغار وبوفور" (Hétu, 1992, Vézina et al, 1994, Olds et Papalia, 2000, Aguerre et Bouffard, 2003) الكثير من المعارف في فهم سيرورة التكيف لدى المسنين، وعلى إثر تلك الدراسات سطرت برامج مختلفة للصحة النفسية ومساعدة الأشخاص المسنين، وجعلهم أكثر توافقاً وانسجاماً مع ذواتهم ومجتمعهم وبيئتهم.

وتوصلت دراسة "شاي وويليس" (Schaie et Willis, 1991: 275) حول مشكلات التكيف لدى المسنين، الذين تقع أعمارهم بين 60 و80 سنة، ومن ثقافات مختلفة – إلى أنه توجد صلابة نفسية واجتماعية في الاتجاهات تصعب عملية التكيف والتوافق النفسي للمسن مع مستجدات الحياة الشخصية والبيئية والاجتماعية وما تتطلبه من علاقات وأنماط سلوكية جديدة. فالشخصية بحسب هذه الدراسة تحافظ بصلابة على الأفكار والمعتقدات نفسها والقدرة نفسها على عملية التكيف التي كانت تتمتع بها في السابق. وفيما يلي نورد باختصار بعض النظريات التي حاولت تذليل مشكلات التكيف لدى المسنين:

– **نظرية الاستمرارية Continuité**: يرى "آشلي" (Atchley, 1989: 183-190) أن البنية القاعدية لشخصية المسن هي التي تحدد عملية التكيف، فهي التي تسمح أو لا تسمح للمسن استيعاب طبيعة التغيرات التي تحدث في أثناء مرحلة الشيخوخة؛ أي على المسن أن يستخدم تجاربه السابقة مصدراً للمعرفة لتحقيق عملية التكيف والتوافق، خاصة إذا تحققت مطالب النمو السليم في هذه المرحلة. فالمسن – بحسب هذه النظرية – يسير على خط متصل بين مختلف المراحل العمرية محافظاً على الإيقاع نفسه في عملية التكيف.

– **نظرية الحركة والنشاط L'activité**: يؤكد "كنيث" (Knight, 1989: 52-69) أن سبب تدهور الصحة النفسية لدى المسن يعود بالدرجة الأولى إلى توقف الحركة الدؤوب والنشاط؛ أي التقاعد النفسي الحركي الذي يتمثل في الخمول والركون والجلوس لمدة طويلة والاستغراق في النوم وفقدان المبادرة، التي تعطل النشاط النفسي الحركي والمعرفي. لقد توصل "كنيث" من خلال الدراسات التي قام بها

حول المسنين إلى أن التقاعد قد خلق مشكلات جديدة حول الصورة الجسمية وتحقيق الذات لدى المسنين، فكلما تقدم بهم السن أحسوا أكثر بالضعف والعجز، فيصبح المسن منهم يرى نفسه أنه قد وصل إلى مرحلة حرجة تؤثر سلباً على تكيفه وتوافقه. وبناء على ذلك ترى هذه النظرية أنه لتحقيق عملية التكيف لدى المسن يجب تنظيم وقته، والقيام بنشاطات مختلفة تتناسب وقدراته الجسمية والذهنية، وتشجيعه على القراءة والاطلاع حتى تبقى ذاكرته متزنة، وأن يعيش شيخوخته بما هو ممكن ومتاح وفي تفاؤل مستمر.

- **نظرية الانتقاء الاجتماعي الانفعالي Sélectivité socio-émotionnelle**:

تقترح هذه النظرية نموذج النمو القائم على عملية التكيف أو ما يسمى اختصاراً بنموذج SOC "الانتقاء، الاختيار الجيد، والتعويض" - "Sélection, Optimisation et Compensation" الذي استخدمه كل من "فروند وبالت" (Freund et Baltes, 2003: 27-50) في فهم سيكولوجية المسن؛ فالفرد يقوم أولاً "بانتقاء" الأهداف التي تتماشى مع قيمه وتحدد المغزى من وجوده، وتتفق مع قدراته الجسمية والعقلية ومتطلبات البيئة التي تحيط به، ثم بعد ذلك يتجه نحو "الاختيار الجيد" للوسائل والأدوات التي تحقق له هذه الأهداف. وعندما تواجهه مختلف الحواجز التي تعرقل السير الحسن لتحقيق الهدف، يتجه نحو "التعويض" المادي والمعنوي وتحضير الأجواء الإجرائية والنفسية الملائمة في تذليل الصعوبات، ومن ثم تحقيق التكيف المنشود. لقد سمح التطبيق العملي لهذا النموذج بتنمية الاتجاهات والميول واهتمامات المسنين، وضبط العلاقات الاجتماعية بين المتكافئين سناً وثقافة، مع التركيز على ملء وقت فراغهم بالهوايات المفيدة والرياضة الخفيفة وحسن المظهر... يسمح هذا النموذج للمسن بالمشاركة الفعالة في الحياة الاجتماعية، والاهتمام أكثر بنفسه، واختيار نشاطات تنسجم مع قواه ومواهبه.

- **مشكلات التقاعد:**

إحالة المسن على التقاعد يعني للكثير من الحالات توقف أدوار اجتماعية مهمة وانحسار الاتصالات، ويعني لحالات أخرى نقصاً في الدخل وزيادة الفراغ والوحدة. إن الكثير من المسنين يخلطون بين التقاعد المهني والتقاعد النفسي

والجسدي، فيصبح المسن يرى نفسه عديم الفائدة، ولا قيمة له، وأنه بلغ سناً يجب أن يعتزل فيها الحياة. وللتغلب على أزمة التقاعد – بحسب "لوكلارك" (Leclerc& al 2003: 59) – يجب التمهيد لها نفسياً وعملياً، وذلك بتشجيع المسن على تحديد أهداف مستقبلية واضحة يسعى لتحقيقها. وتدريبه على كيفية استغلال مهاراته وتنمية مواهبه والاستمتاع بهواياته.

– فكرة الموت لدى المسنين:

تتجمع تصورات وانفعالات ومشاعر شتى حول فكرة الموت لدى المسنين أبرزها: القلق، والاكتئاب، والوساوس، والتبرم، والضيق خاصة إذا استسلم لمشاعر العجز التي تنتابه، كالتفكير في العوز وكيفية إشباع الحاجات، والمرض وكيفية الشفاء منه. إن الخوف من الموت عند المسن هو خوف – في الأصل – من الألم والفناء والفقدان، إنه خوف من المجهول والوحدة الأبدية، وخوف من العقاب الإلهي، وخوف على من سيتركه من الأحبة، وخوف من مفارقة الحياة برمتها.

على الرغم من فكرة الموت والمخاوف التي تصاحبها فإن هناك قدرة عالية لدى المسنين على تحقيق قدر مقبول من التكيف والتوافق مع متطلبات الحياة، كما أورد ذلك "لوكلارك وآخرون" (Leclerc & al, 2003: 53-70) حول قدرة المسن على التكيف بعد رحيل أحد الزوجين، حيث وجدت هذه الدراسة أن الأرمل أكثر تكيفاً وتقبلاً لفكرة الموت نظراً لنضجه النفسي الاجتماعي، إلا أن الزوجة الأرمل أكثر حساسية وأقل تكيفاً من الزوج الأرمل. وتتفق هذه الدراسة إلى حد كبير مع الدراسة التي أشار إليها (أحمد عبد الخالق، 2005: 94) حول قلق الموت والعمر والنضج النفسي الاجتماعي لدى عينة قوامها 196 راشداً، راوحت أعمارهم بين 18و80 سنة، أجابوا جميعاً على مقياس قلق الموت وقائمة "كونستانتينبور" للتطور النفسي الاجتماعي. فكشفت النتائج أن النضج النفسي الاجتماعي أفضل منبئ بقلق الموت أكثر من العمر، وعلى الرغم من ذلك أظهرت النتائج أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة بينهما؛ أي كلما زاد النضج النفسي الاجتماعي وزاد العمر انخفض قلق الموت.

هـ – خدمات الصحة النفسية للمسن:

تحتاج خدمات الصحة النفسية للمسن بحسب – (محمد أيمن محمد خير عرقسوسي، 2006) – إلى حسن التوجيه نفسياً ومهنياً واجتماعياً للوقاية من مشكلات منظورة قبل وقوعها أو لعلاج مشكلات قائمة يعانيها، وعليه يجب رعاية

المسن والاهتمام به أولاً فأولاً في حل المشكلات أو إشباع الحاجات. ويشمل علاج مشكلات الشيخوخة العلاج الطبي والعلاج النفسي، ويهدف هذا الأخير إلى تحقيق الأمن النفسي والانفعالي، وتحقيق عزة النفس، وشعوره بالحب وأنه مطلوب من أهله، وإقناعه بالتعايش بما تبقى له من قوى لإسعاد نفسه، في الحدود الجديدة التي يستطيع أن يعيشها، ويفيد في ذلك العلاج بالعمل، وهذا يتطلب إرشاد المسن مهنياً وأسرياً مع الاهتمام لملء وقت الفراغ وأهميته، والعلاج البيئي وذلك بتنمية اهتماماته وميوله، وتوفير وسائل التسلية، وبدفعه للمشاركة الاجتماعية وتأهيله نفسياً واجتماعياً؛ مما يساعده على تحقيق التوافق النفسي، ويفيد في ذلك الورش والنوادي التي تعد خصيصاً للتغلب على مشكلة التقاعد.

- الاضطرابات النفسية والعقلية لدى المسنين:

أ - الاضطرابات النفسية:

- حالة الاكتئاب لدى الشخص المسن:

الاكتئاب حالة يشعر فيها المسن بالحزن الشديد والكدر والهم والغم، فيتخلى عن المناسبات الاجتماعية، فيلجأ إلى البكاء، ويهمل العناية بشخصه، ويرفض مشاركة الآخرين داخل الأسرة أو خارجها، ويتجه نحو الشكوى الزائدة من أعراض جسدية وهمية، ونلاحظ اضطراب النوم وفقدان الشهية، والشعور بالتعب لأقل مجهود يقوم به، وظهور مخاوف مختلفة، والتفكير في وضع حد للحياة، وظهور أوهام وأفكار غير معهودة تتوافق مع حزنه، كالاعتقاد الجازم أنه يجلب الحظ السيئ لعائلته، وأن موته قادم لا محالة، وأنه عبء على عائلته.

تزداد حدة هذه الأعراض مع مرور الزمن، وعليه يبقى التدخل العلاجي المؤسساتي الحل الوحيد لمثل هذه الحالات؛ ذلك أن المؤسسة توفر الشروط الضرورية للتكفل بمثل هذه الحالات وجعل المسن يتكيف - قدر الإمكان - مع شخصه، وبيئته، ومجتمعه.

- القلق ومشكلة تدني مستوى الكفايات:

القلق لدى المسنين عرض شائع تشترك فيه معظم الاضطرابات النفسية، يظهر على شكل توتر وضيق وتوقع الأذى، وعدم الاستقرار مما يعوق المسن عن القيام بنشاطات فعالة. ويصاحب القلق أعراض جسمية مختلفة تتخذ صفة توهم

المرض المصحوب بمشاعر الذنب الشاذة، فيلوم ذاته على أفعال أو رغبات أو أفكار تتناقض مع المعايير الدينية والأخلاقية.

- توهم المرض Hypocondrie:

في هذا الاضطراب يعتقد المسن بوجود مرض لا يشفى في بعض أجزاء جسمه، ويظهر توهم المرض خاصة في الأعضاء التي تكون عرضة للتغير الفسيولوجي والتوتر العضلي أو كرد فعل للقلق، وفي كثير من الأحيان تمثل هذه الشكاوى الجسمية "مكانيزماً" دفاعياً نفسياً ضد الواجبات الاجتماعية، أو لفت انتباه الآخرين وطلب المساعدة، أو بمنزلة وسيلة عقابية يكفر بها المسن عن أخطائه السابقة.

ب - أكثر الاضطرابات العقلية شيوعاً لدى المسنين:

- الانهيار العقلي ومشكلة الانتحار:

- مرض الانزلاق Syndrome de glissement والانتحار لدى المسنين:

يبدأ مرض الانزلاق في الظهور عند عزوف المسن عن تناول الطعام، حيث يرفض فتح فمه لتناول الغذاء وكف النشاط الحركي، وفقدان اللغة المنطوقة، وفي كثير من الأحيان تستعمل طريقة التغذية الاصطناعية أو عن طريق الحقن. إن رفض المسن للطعام يعرضه لأمراض وعوارض جانبية أساسية، فيصبح انتحار المسن الملاذ الأمثل لمن يعانون الاكتئاب سواء الحاد منه أو المزمن.

- التشخيص الفارقي لحالة الاكتئاب:

السبب الرئيسي لظهور الحالة الانهيارية لدى المسن تكمن في تغير نمط حياتهم، والتغيرات التي تطرأ على حياتهم الصحية الجسدية منها والنفسية، فيصبح الموت الحل الأنسب لإيقاف هذه الوضعية المزرية التي تعتري المسن.

توجد عدة عوامل ومسببات قد تؤدي إلى ظهور أعراض شبيهة بحالة الاكتئاب العقلي مثل اضطرابات الغدة الدرقية، وفقر الدم، وانخفاض مستوى بعض الفيتامينات، واستعمال بعض أدوية القلب، والستيرويدات، وتعاطي الكحول والمخدرات. وقد يكون الاكتئاب عرضاً مبكراً لمرض الرعاش "باركينسون" أو "الزهايمر".

- استخدام مضادات الهمود:

يجب الانتباه لأنواع الأدوية المضادة للاكتئاب وآثارها الجانبية وتداخلاتها مع

الأدوية الأخرى التي يستعملها المريض. كما يجب حث المسن والمرافقين له على أن يكون منتظماً في تناوله للدواء ولفترة لا تقل عن شهرين.

- **الخلط الذهني La confusion mentale:**

في هذا الاضطراب يرتبك المسن ويحتار، فيجد صعوبة في التركيز، واضطراباً في التوجه الزماني المكاني، وفقراً شديداً على مستوى التفكير واللغة، ويتغيّم الوعي وتضعف الاستجابة للمثيرات، فيكون المسن ساكناً هادئاً بطيء الحركة، ويفقد تعرف الأشياء والآخرين.

- **الخداع Les illusions:**

قد يضطرب الإدراك لدى بعض المسنين نتيجة لأسباب عضوية واضحة تؤدي إلى سوء تفسير المثيرات الحسية، ويؤثر التفسير الإدراكي الخاطئ على خبرات المسن السابقة وتجاربه، ويتأثر بدوافعه وانفعالاته المكبوتة، وكثيراً ما يصاحبه التوتر والخوف.

- **العجز العقلي والمعرفي لدى المسنين Déficits cognitifs fragmentaires et démences:**

يتضمن العجز المعرفي والعقلي لدى المسنين تدهور الملكات العقلية بالدرجة الأولى؛ فنلاحظ اضطرابات مختلفة تمس الذاكرة، والتوجه، والتركيز، والانتباه، والوعي، والتفكير المجرد، والتحكيم، واللغة. ويظهر ذلك في شكل عدم القدرة على القيام بالنشاط العادي، وقلة الاهتمام بالعالم الخارجي، ونقص القدرة على التعلم، وتزداد حدة التدهور العقلي المعرفي إلى درجة الخبل، وفيه يصل المسن إلى عدم القدرة على الاتصال والقيام بأبسط نشاط متعلق بنظافته. يحدث هذا العجز المعرفي بسبب اضطرابات واضحة على مستوى المخ.

ثانياً – أدبيات الصحة النفسية للمسنين في الجزائر:

1 – عدد المسنين في الجزائر وطرق التكفل بهم:

يقدر عدد المسنين في مطلع القرن الحادي والعشرين بنحو 600 مليون مسن. ومن المتوقع أن يرتفع العدد إلى مليار مسن في عام 2025. ويقدر عدد المسنين في الجزائر بـ 3,5 ملايين، وبمعدل عمري يقدر بـ76 سنة، بحسب تصريح رسمي لوزير التضامن الوطني في اليوم العالمي للمسنين (الفاتح من أكتوبر، 2007)، وكشف أن معدل العمر في الجزائر انتقل من 71,5 سنة 2000 إلى 76,3 سنة 2006،

وهذا يدل على تحسن الظروف المعيشية والصحية للمواطنين. وتوفر الدولة الجزائرية خدمات متنوعة للمسنين تتمثل أساساً في الرعاية الأسرية والصحية؛ إذ يوجد على مستوى الوطن 28 مركزاً لحماية الشيخوخة موزعة على 23 ولاية، وبطاقة استيعاب تقدر بـ 3219 شخصاً بنسبة تعادل 0,06 بالمائة من مجموع عدد المسنين في الجزائر، كما يوجد 23 جمعية تهتم بـ 800 مسن، وتعمل بالتنسيق مع وزارة التضامن الوطني، و277 جمعية تهتم بالمسنين داخل منازلهم.

2 – حلول تشريعية لحماية حقوق المسنين:

إيماناً بالقيم الإنسانية والتربوية التي نشأ عليها المجتمع الجزائري، وإيماناً بفلسفة المجتمع التكافلية والتزامه الأخلاقي والقانوني، تعتزم العدالة الجزائرية إحالة الأشخاص الذين يتخلون عن آبائهم وأمهاتهم المسنين على العدالة، وذلك وفقاً لما تنص عليه إحدى مواد القانون الجديد الخاص بحماية حقوق هذه الفئة الاجتماعية، ومن ثم، فإن حماية المسنين من عقوق أبنائهم والزج بهم في الشوارع وحرمانهم من منازلهم، نابعة من واجب الدولة في الحفاظ على حقوق هذه الفئة وتوفير الظروف الحسنة لضمان عيشهم الكريم.

تسعى الجزائر إلى توجيه اهتمامها نحو المسنين نظراً لتراجع الولادات، إذ سيشكل المسنون نسبة كبيرة من السكان مستقبلاً، وعليه، اقترحت تدابير جديدة بما فيها المساعدة في البيت ومراكز الاستقبال ومعاشات عالية. وأخيراً أعلنت الحكومة الجزائرية نيتها أن تجعل من العناية بالمسنين أولوية وطنية. وتحت عنوان "تحسين جودة الحياة للمسنين" سيوجه اهتمام خاص لهذه الشريحة المنسية في بلد يتكون أساساً من الشباب، وذلك بوضع آليات جديدة لإدماجهم ومشاركتهم الاجتماعية.

لقد تمكنت في الآونة الأخيرة وزارة التشغيل والتضامن الوطني من مساعدة نحو 70.000 شخص من المتقاعدين المعدومين، والأكثر تهديداً بسبب المرض أو السن، والذين يعيشون في أوضاع مزرية، حيث استفادوا من برنامج المساعدة المنزلية التي اعتمدت سنة 2006، وتخصيص أماكن خاصة لراحتهم في مكاتب الأداء للضمان الاجتماعي. وأعلنت الحكومة أنها ستشجع البحوث والدراسات التي تجرى حول الشيخوخة واحتياجات المسنين، وكيفية القضاء على التلاشي

التدريجي للتضامن الأسري، لبناء مخططات وبرامج أكثر دقة بهدف التكفل بهم صحياً واجتماعياً وثقافياً.

3 – رعاية المسنين في مراكز حماية الشيخوخة:

يعتمد التكفل بالمراكز الخاصة بالمسنين على برامج ثقافية وترفيهية، كإقامة حفلات داخل المركز وتنظيم رحلات للنزهة والاحتكاك بالجمعيات؛ لتعويضهم الوحدة والعزلة التي يعانونها، والأجواء الأسرية التي افتقدوها لأي سبب من الأسباب؛ ليحاطوا بالرعاية اللازمة التي تحفظ لهم كرامتهم، وتعينهم على متاعب الشيخوخة، فهم بحاجة إلى من يواسيهم ويخفف من معاناة وحدتهم، ويشعرهم بأهمية وجودهم في الحياة.

إن الطابع الذي تنشده هذه المراكز هو طابع طبي، ونفسي، وتدريبي واجتماعي، حيث توفر للمسن المكان اللائق بإقامته تحت إشراف صحي، يساعده على تحمل أمراض الشيخوخة التي يعانيها، وحتى لا يتعرض للأخطار إذا ترك يقيم وحده أو مع أسرته.

ثالثاً – الدراسات السابقة:

– **دراسة "بنلترش وآخرون"** (Benlatreche et al; 1993: 27-34) حول "المقاربة الوبائية للاضطرابات العقلية لدى المسنين في ولاية قسنطينة – الجزائر–"، كان الهدف من هذه الدراسة الحصول على معطيات وبائية عن الاضطرابات العقلية لدى المسنين البالغين من العمر 65 سنة فما فوق، ومحاولة تصنيفها وفقاً للدليل ت .إ .ض. ع رقم 3 – DSM III، وقد استخدمت الدراسة استمارة مقننة طبقت على عينة قوامها 67 مسن من الجنسين، وخلصت إلى النتائج التالية:

– تصاب النساء بهذه الاضطرابات أكثر من الرجال (1,3 مقابل رجل واحد)، وينتشر الاضطراب العقلي بين المسنين بنسبة 75% بعد 70سنة، في حين ينتشر المرض العضوي بينهم بنسبة مئوية تقدر بـ80%، أما الترمل فيصيب الجنس الأنثوي بنسبة 76%، وينتشر الخبل بين المسنين بالنسبة السابقة نفسها؛ أي 76%، وأكثر أنواع الخبل انتشاراً بينهم هو مرض الزهايمر.

– يتوزع عامل الخطر للإصابة بالمرض العقلي بين المسنين بحسب (التقدم في العمر، الأنوثة، الترمل، الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية، والأمراض الداخلية، والصدمات النفسية).

– **دراسة "أوليفي"** (Ollivet, 2007) حول "القلق والاكتئاب لدى المسنين"، وكان الهدف من الدراسة تعرف مدى انتشار القلق والاكتئاب بين المسنين. وأجريت هذه الدراسة المسحية على عينة قوامها 13004 مسنين، أعمارهم تمتد من 65 سنة فما فوق، وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

– ينتشر اضطراب القلق والاكتئاب بين المسنين كلما تجاوزوا عمر65 سنة، وينتشر أكثر لدى المسنين الذين يعيشون وحدهم وليس لهم أقارب.

– ينتشر القلق بين هؤلاء المسنين بنسبة مئوية تقدر بـ 3,1%، في حين ينتشر الاكتئاب بينهم بنسبة مقدارها 9,7%. أما نسبة اضطراب القلق مع الاكتئاب كمرضٍ واحد فتصل إلى 8,4% وهي نسبة عالية، وأكثر المسنين لا يحصلون على علاجٍ مُنتظم للقلق والاكتئاب على الرغم من معاناتهم.

– يتعرض المسنون لنوبات القلق والاكتئاب نتيجة الوحدة ومعاناة الأمراض العضوية؛ مما يقود بعضهم إلى الانتحار.

– **دراسة "قودي وآخرون"** (Gaudet et al., 1993: 611-614) حول "الخلط الذهني لدى المسنين في الوسط الاستشفائي قصير المدى". وكان الهدف من الدراسة تحديد مدى انتشار الخلط الذهني لدى المسن ما بين 60–105 سنوات، وتوضيح مميزات هذا الاضطراب وفقاً للدليل التشخيصي رقم أربعة DSM-IV وتحديد العوامل المساعدة في ظهوره وتقييم مآله، وأخيراً علاجه. أقيمت هذه الدراسة على عينة قوامها 487 حالة، ومتوسط عمري يقدر بـ84 سنة، وخلصت إلى النتائج التالية:

– 10,7% من المسنين يعانون الخلط الذهني الصريح، في حين يظهر 54% منهم العلامات الأولية للخلط الذهني، و46% تطور لديهم الخلط الذهني بعد الفترة الاستشفائية.

– يعتبر الثلوث المكروبي وعدم انتظام عملية الأيض من الأسباب الرئيسة للإصابة به.

– بعد فترة العلاج أظهرت 60% من الحالات تراجعاً على مستوى الأعراض، في حين 17% فقط من الحالات تحسنت لديها الأعراض جزئياً، و 23% من الحالات لم تظهر أي تراجع على مستوى الأعراض، و33% من الحالات لقيت حتفها بعد 3 أشهر من المعاناة مع المرض.

– **دراسة " ماك دووال"** (Mc Dowell et al., 1994: 899-913) حول "انتشار الخبل لدى المسنين". حاولت هذه الدراسة أن تقيم مدى انتشار الخبل وأنماطه لدى عينة من المسنين على المستوى المؤسساتي، ويقدر عددهم بـ 9008، وعينة من المسنين الذين يعيشون في منازلهم، ويقدر عددهم بـ1255. أقيمت هذه الدراسة في خمس مناطق بكندا، واستخدم فيها المنهج الوصفي الذي يقوم على الطرق المسحية، وخلصت إلى النتائج التالية:

– ينتشر الخبل بنسبة مئوية تقدر بـ8% بين المسنين البالغين من العمر 65– 85 سنة، وبشكل متساو تقريباً بين من كانوا في المؤسسات أو في بيوتهم، وترتفع النسبة لتصل إلى 34,5% بين المسنين الذين تفوق أعمارهم 85 سنة.

رابعاً – الإجراءات المنهجية للبحث:

منهجية الدراسة:

لما كانت هذه الدراسة من البحوث الوصفية التي تعتمد في تحليل نتائجها على استكشاف الوضعية النفسية والجسدية للمسنين، كان لزاماً علينا اتباع المنهج الوصفي منهجاً للدراسة.

– العينة:

لتحقيق الغرض من هذه الدراسة، استخدمت طريقة المعاينة الاحتمالية العشوائية البسيطة من أربع مؤسسات رسمية لرعاية الشيخوخة تمثل وسط البلاد وغربها، على النحو الموضح في الجدول التالي:

جدول (1)
توزع أفراد العينة وفقاً للجنس والانتماء المؤسساتي

مؤسسات رعاية الشيخوخة	حجم المجتمع	حجم العينة	النسبة الاحتمالية	عدد الذكور	عدد الإناث
دالي إبراهيم – الجزائر العاصمة	120	50	2,4	33	21
وهران	80	30	2,6	18	16
سيدي بلعباس	60	30	2	15	14
تلمسان	90	40	2,25	18	15
المجموع	350	150		84	66

حدود الدراسة:

تتحدد هذه الدراسة بالعينة المستخدمة في البحث، وهي تقدر بـ 150 مسناً موجوداً في مختلف مؤسسات رعاية الشيخوخة في الجزائر، وتراوح أعمارهم بين 60 و100 سنة. كما تتعين حدود هذه الدراسة في ضوء الأدوات والأساليب الإحصائية المستخدمة، ومدى إمكانية تعميم النتائج المتوقعة على مجتمع المسنين في ضوء الفترة الزمنية التي تمتد على طول سنة 2007.

الأدوات المستخدمة في الدراسة:

1 – قائمة تقييم الوضعية النفسية والجسدية للمسنين:

تم إعداد قائمة تقييم الوضعية النفسية والجسدية للمسنين، وهي تتكون من 57 بنداً، يجيب فيها المبحوث بـ (نعم أو لا)، وتدور حول المستوى التعليمي والاقتصادي والحالة العائلية، والمشكلات الصحية العضوية والجسدية، والمشكلات النفسية والعقلية والمعرفية، والمشكلات المرتبطة بالاستقلالية، والانحرافات السلوكية، ومجموعة أخرى من البنود، منها ما يرتبط بالقدرة على التوافق الشخصي وأخرى بالتوافق الاجتماعي، وأخرى ترتبط بالتوافق البيئي. واستخدم صدق المحكمين للتحقق من صدق بنودها، كما تم حساب ثبات البنود بطريقة إعادة الاختبار لدى العينة نفسها بعد 10 أيام، وقوامها 40 مسناً تراوح أعمارهم بين 60– 80 سنة، وراوحت نسبة الاتفاق بين 93% و100%

2 – مقياس سمات الشخصية لـ (عبد اللطيف محمد خليفة وشعبان جاب الله رضوان، 1998):

لم يقحم هذا المقياس بهدف تحديد عوامل الشخصية، وإنما اجتهاداً منا لتحديد نمط الشخصية لدى المسن الذي يتمتع بالقدرة على التكيف كمقاومة الإحباط، والسيطرة الانفعالية في أثناء مواجهة مختلف المشكلات وضغوط الحياة اليومية، والقدرة على معالجة مختلف أنواع الصراع المرتبط بمرحلة الشيخوخة، ونمط الشخصية الذي لا يساعد المسن على تحقيق التكيف المطلوب في هذه المرحلة.

وصف المقياس: يتكون المقياس من 133 بنداً، تتوزع طبقاً للمكون الخاص بها، وذلك على النحو التالي:

- السمات المعرفية: وتشتمل على خمسة مكونات، وتتضمن 20 بنداً.
- السمات الدافعية: وتشتمل على خمسة مكونات، وتتضمن 13 بنداً.

- السمات الانفعالية والوجدانية: وتشتمل على عشرة مكونات، وتتضمن 35 بنداً.
- السمات الاجتماعية: وتشتمل على تسعة مكونات، وتتضمن 25 بنداً.
- السمات الدينية والأخلاقية: وتشتمل على ثلاثة مكونات، وتتضمن 20 بنداً.
- سمات السلطة والقيادة: وتشتمل على ثلاثة مكونات، وتتضمن 10 بنود.
- السمات الجسمية والجمالية: وتشتمل على مكونين، وتتضمن 10 بنود.

يقدر المبحوث درجة انطباق كل صفة من الصفات على شخصيته في ضوء تقدير متصل من خمس درجات، هي على النحو التالي: – لا تنطبق على الإطلاق – تنطبق بدرجة ضعيفة – تنطبق بدرجة متوسطة – تنطبق بدرجة كبيرة – تنطبق بدرجة كبيرة جداً.

ثبات المقياس في البيئة الجزائرية: حدد ثبات البنود بطريقة إعادة الاختبار بفاصل زمني يقدر بـ10 أيام، على عينة واحدة أجريت عليها تجربة الثبات، وتبين أن نسبة الثبات تراوح بين 85 و94، أما صدق المقياس فاكتفي بإجراءات الصدق التي قام بها معدو المقياس الأصلي.

ثبات المقياس في البيئة المصرية: قام معدو المقياس بتحديد ثبات البنود بطريقة إعادة الاختبار بفاصل زمني يقدر بـ15 يوماً، وذلك لدى مختلف العينات التي أجريت عليها تجربة الثبات، وتبين أن نسبة الثبات تراوح بين 79 و90 بالنسبة لعينة الذكور، وبين 92 و100 بالنسبة لعينة الطالبات والطلاب، وبين 95 و 100 بالنسبة لعينة الموظفين والموظفات. أما بخصوص ثبات المقاييس الفرعية فقدر بطريقة إعادة الاختبار وطريقة الاتساق الداخلي بمعامل ألفا كرومباخ، وأسفرت النتائج أن معظم معاملات ثبات المقاييس مرضية، وتشير إلى إمكانية التعامل معها بدرجة معقولة من الثقة.

وحسب صدق المقياس بطريقة الاتساق الداخلي، حيث حسب معامل ارتباط بيرسون بين البند والدرجة الكلية للمقياس الخاص به لدى العينات الأساسية للدراسة. وخلصت النتائج إلى أن جميع الارتباطات في العينات السبع دالة عند مستوى دلالة 0,01، باستثناء سبعة عشر معاملاً في عينة هيئة التدريس، حيث راوحت دلالتها الإحصائية بين 0,05 و 0,01.

كما أسفرت نتائج التحليل العاملي من الدرجة الأولى عن انتظام المقاييس الفرعية في سبعة عوامل لدى كل من عينة الطلاب الذكور، وعينة الطالبات، وكلتيهما معاً، وعينة الموظفات. كما انتظمت هذه المقاييس في ستة عوامل لدى كل من عينة

الموظفين الذكور، والموظفين ذكوراً وإناثاً. وفي ضوء تفسير هذه العوامل، تبين للباحثين أنها تتسق إلى حد كبير مع الإطار النظري للمقياس المستخدم.

الأساليب الإحصائية المستعملة:

ولمعالجة نتائج الدراسة الأساسية استخدم الباحث مجموعة من الأساليب الإحصائية كحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية، وحساب النسب المئوية، ومقياسT لدراسة الفرق بين متوسطي عينتين مستقلتين، ومعامل الارتباط للاتفاق (C).

عرض النتائج:

1 – عرض النتائج الخاصة بحساب النسب المئوية للمستوى التعليمي والاقتصادي والوضعية العائلية للمسنين، ومدى شيوع المشكلات العضوية الوظيفية، والمشكلات النفسية والسلوكية والعقلية لدى المسنين، ومدى توافقهم اجتماعياً وشخصياً.

جدول (2)
النسب المئوية للمستوى التعليمي والاقتصادي والوضعية العائلية لدى المسنين بمراكز رعاية الشيخوخة

1- المستوى التعليمي	ك	ن	%
دون مستوى	117	150	78
التعليم الابتدائي	33	150	22
2 – المستوى الاقتصادي	**ك**	**ن**	**%**
منخفض	90	150	60
متوسط	60	150	40
مرتفع	00	150	00
3 – الوضعية العائلية	**ك**	**ن**	**%**
أرمل	39	150	26
مطلق	36	150	24
أعزب	75	150	50
زواج فعلي دون وفاة أحدهما	00	150	00

من خلال جدول (2) يتبين لنا جلياً أن نسبة كبيرة جداً من المسنين تقدر بـ78% دون مستوى تعليمي، والقلة القليلة – بنسبة 22% – لديها فقط المستوى الابتدائي، كما نلاحظ أن الغالبية من المسنين – بنسبة 60% – فقراء؛ أي مستواهم الاقتصادي منخفض، في حين يقع مستوى البقية في حدود المتوسط وتحت المتوسط بنسبة مئوية مقدارها 40%، أما الوضعية العائلية للمسنين الموجودين في مراكز رعاية الشيخوخة فنلاحظ أن نصفهم – بنسبة 50% – عزاب، في حين يشكل الأرامل 26%، وبنسبة قريبة للمطلقين؛ وهي 24%، في حين لا يوجد بمراكز رعاية الشيخوخة وفقاً للعينة المدروسة من هم متزوجون وأزواجهم على قيد الحياة. وتدل هذه النتائج على أن مراكز رعاية الشيخوخة تستقطب المسن ذا الظروف الخاصة؛ أي عندما يفقد المسن القدرة على رعاية نفسه وتعجز الأسرة عن الاهتمام به. وعليه يحتاج المسن في هذه الظروف إلى الرفيق والتفهم والمشاركة الوجدانية، وتقبل المجتمع له حتى يستطيع استئناف رحلة الحياة الشاقة في جو ملائم من الإشباع. ولذلك فإن توفير بيئة ملائمة أصبح أمراً ملحاً يعمل على حماية المسن ويساعده على إشباع حاجاته الشخصية والاقتصادية والطبية والاجتماعية، ويوفر له المشاريع الثقافية والترويحية والمهنية التي تملأ حياته ولا سيما إذا كان من فئات الأعزب والمطلق والأرمل الوحيد والعاطل.

جدول (3)
مدى شيوع المشكلات الصحية العضوية والجسدية بمراكز رعاية الشيخوخة

مشكلات عضوية وجسدية	ك	ن	%
ضعف السمع	40	150	**26,66**
ضعف البصر	62	150	**41,33**
مرض عضوي مزمن	31	150	**20,66**
عجز حركي	73	150	**48,66**
فقدان الشهية	51	150	**34**
أرق ليلي	102	150	**68**

من خلال جدول (3) يتبين لنا أن الغالبية من المسنين تعاني الأرق الليلي، بنسبة مئوية مقدارها 68%، يليه العجز الحركي بنسبة مئوية مقدارها 48,66%، ثم ضعف البصر بنسبة 41,33%، وفقدان الشهية بنسبة 34%، وضعف السمع بنسبة 26,66%،

وأخيرا الأمراض العضوية المزمنة بنسبة .66.20% من خلال هذه النسب المئوية نلاحظ أن المشكلات العضوية والجسدية بين المسنين تنتشر بشكل عادي تقريباً.

جدول (4)
مدى شيوع المشكلات المرتبطة بالاستقلالية لدى المسنين بمراكز رعاية الشيخوخة

مشكلات مرتبطة بالاستقلالية	ك	ن	%
احتياج المسن إلى المساعدة في أثناء تناول الطعام	22	150	14,66
احتياج المسن إلى المساعدة في أثناء قضاء حاجاته الخاصة بالنظافة	13	150	8,66
احتياج المسن إلى المساعدة في أثناء قيامه بشؤونه الخاصة	26	150	17,33
عجز المسن عن تسيير موارده المالية	33	150	22
إهمال الهندام والنظافة	32	150	21,33

من خلال جدول (4) يتضح لنا جلياً أن المشكلات المرتبطة باستقلالية المسن ليست منتشرة بشكل لافت للانتباه، حيث كانت أكبر نسبة مئوية، وتقدر بـ22%، تتعلق بعجز المسنين عن تسيير مواردهم المالية؛ نظراً للتقهقر المعرفي الذي يصيبهم، وأن 21,33% مهملون لهندامهم ونظافتهم، و17,33% فقط يحتاجون للمساعدة في أثناء قيامهم بشؤونهم الخاصة وهي ترتبط أكثر بالإجراءات الإدارية والتقنية، في حين يحتاج 14,66% منهم إلى المساعدة في أثناء تناولهم للطعام، وأخيراً 8,66% فقط يحتاجون إلى المساعدة في أثناء قضاء حاجتهم الخاصة بالإخراج.

جدول (5)
مدى شيوع الانحرافات السلوكية لدى المسنين بمراكز رعاية الشيخوخة

انحرافات سلوكية	ك	ن	%
تناول الكحول	12	150	8
تناول المخدرات	8	150	5,33
العدوانية	43	150	28,66

من خلال جدول (5) نلاحظ أن العدوانية بشقيها: اللفظي والبدني، تتصدر المشكلات السلوكية بين المسنين وبنسبة مئوية مقدارها 28,66%، وعلى الرغم من ذلك يبقى انتشار العنف اللفظي والبدني بين المسنين ضئيلاً ولا يشكل مشكلاً كبيراً على المستوى المؤسساتي، وكذلك بالنسبة لظاهرة تعاطي الكحول التي قدرت بـ 8%، أو تعاطي المخدرات التي قدرت بـ 5,33%.

جدول (6)
مدى شيوع المشكلات النفسية بمراكز رعاية الشيخوخة

المشكلات النفسية	ك	ن	%
الكآبة النفسية	70	150	**46,66**
الشعور بالوحدة	118	150	**79,33**
صدمات نفسية	82	150	**54,66**
السلبية وفقدان المبادرة	53	150	**35,33**
النظرة السلبية للذات	63	150	**42**
المخاوف المرضية	02	150	**1,33**
الحساسية والتوتر	83	150	**55,33**
الشعور بالاضطهاد	96	150	**64**

من خلال جدول (6) نلاحظ أن الشعور بالوحدة ومن ثم تعزيز مشاعر العزلة الاجتماعية تتصدر المشكلات النفسية بين المسنين بمراكز رعاية الشيخوخة، حيث قدرت بـ79,33%، يليها الشعور بالاضطهاد بنسبة 64%، ثم الحساسية والتوتر بنسبة مئوية تقدر 55,33%، والصدمات النفسية بنسبة 54,66%، ثم الكآبة النفسية بنسبة 46% وما تتضمنه من النظرة السلبية للذات وفقدان المبادرة. تشير هذه النتائج إلى أن نسبة كبيرة من المسنين داخل مؤسسات الرعاية تعاني العزلة التي تعكس الانفصال عن الذات وفقدان الإحساس بالوجود الفعال.

جدول (7)
مدى شيوع الاضطرابات العقلية والمعرفية بمراكز رعاية الشيخوخة

الاضطرابات العقلية والمعرفية	ك	ن	%
الاضطراب العقلي المصحوب بتقهقر معرفي	17	150	**11,33**
الخبل الشيخي Démence senile	7	150	**4,6**
الكآبة العقلية – La dépression mélancolique	9	150	**6**

من خلال جدول (7) نلاحظ أن نسبة المسنين المصابين باضطرابات عقلية مصحوبة بتقهقر معرفي تقدر بـ 11,33%، وأن نسبة الذين يعانون الخبل الشيخي تقدر بـ 4,6%، أما نسبة الذين يعانون الكآبة العقلية فتقدر بـ 6%. تدل هذه النتائج على أن شيوع الاضطرابات العقلية والمعرفية بين المسنين بمراكز رعاية الشيخوخة يمثل التحدي الأكبر للعاملين بها، ومن بين الأسباب الرئيسة التي تدفع أهالي المسنين إلى الزج بهم في هذه المؤسسات عدم قدرتهم على التكفل بهم صحياً. كما أن مستشفيات الأمراض العقلية لا تستطيع أن تتكفل بهم مدى الحياة، وتبقى مراكز رعاية الشيخوخة الملاذ الآمن لهؤلاء.

جدول (8)
النسب المئوية للتوافق الاجتماعي لدى المسنين بمراكز رعاية الشيخوخة

مؤشرات التوافق الاجتماعي	ك	ن	%
القدرة على إقامة علاقات حميمية مع الآخر	91	150	**60,66**
القدرة على مشاركة الآخرين	80	150	**53,33**
المحافظة على الصداقة وإقامة علاقات مثمرة مع الآخرين	93	150	**62**
القدرة على إبداء العطف تجاه الآخر	105	150	**70**
وجود اتصال بين المسن والعائلة	52	150	**34,66**
القيام بنشاطات مختلفة تنسجم مع عمر المسن ومتطلبات البيئة	55	150	**36,66**

من خلال جدول (8) نلاحظ أن 70% من المسنين لديهم القدرة على إبداء العطف تجاه الآخرين، و60,66% يستطيعون أن يقيموا علاقات حميمية مع الآخر، و62% يحافظون على الصداقة وإقامة علاقات مثمرة مع الآخرين، و53,33% لديهم القدرة على مشاركة الآخرين في السراء والضراء، في حين نلاحظ أن هناك نسبة قليلة – نوعاً ما – تقدر بـ 36,66% تقوم بنشاطات مختلفة تنسجم مع العمر ومتطلبات البيئة، ونسبة ضئيلة تقدر بـ 34,66 لديها اتصال بعائلتها. تدل هذه النتائج على أن نسبة التوافق الاجتماعي لدى المسنين ما زالت متوسطة، وأن المركز بوصفه مؤسسة مطالب بأن يستغل ذلك الاستعداد الذي يتمتع به المسن، ويتمثل في القدرة على إبداء العطف تجاه الآخر، بهدف تحقيق التوافق الاجتماعي المطلوب.

جدول (9)
النسب المئوية للتوافق الشخصي لدى المسنين بمراكز رعاية الشيخوخة

مؤشرات التوافق الشخصي	ك	ن	%
شعور المسن بالمتعة عند قيامه بمختلف النشاطات	104	150	**69**
القدرة على استيعاب التغيرات الانفعالية	95	150	**63,33**
الشعور بالمسؤولية	93	150	**62**
الرضا عن الذات والتمتع بروح المداعبة	86	150	**57,33**
القدرة على استبصار مطالب الواقع ومشكلاته	102	150	**68**
محافظة المسن على طاقاته النفسية والعقلية	103	150	**68,66**
المرونة في التعامل مع مختلف مطالب الحياة	80	150	**53,33**
الشعور بالسعادة وراحة البال	71	150	**47,33**
القدرة على مقاومة ضغوط الحياة اليومية	99	150	**66**
تقبل الفشل والعمل على تدارك أسبابه	102	150	**68**

من خلال جدول (9) يتبين لنا جلياً أن أكبر نسب مئوية من المسنين – وتقدر بـ69% و68,66% و68% – ما زالوا يشعرون بالمتعة عند قيامهم بمختلف النشاطات، ويحافظون على طاقاتهم النفسية والعقلية، ولديهم القدرة على تقبل الفشل والعمل على تدارك أسبابه، وأن هذه النسب مهمة من حيث الاهتمام أكثر

بتسطير مختلف البرامج التي تسمح للمسن بتوظيف هذه الطاقات بالشكل الذي يخدم صحته النفسية، خاصة أن نسبة 66% من المسنين ما زالت لديها القدرة على مقاومة ضغوط الحياة اليومية، و63,33% لديها القدرة على استيعاب تغيراتها الانفعالية، و62% لديها الشعور بالمسؤولية، و57,33% تشعر بالرضا عن الذات والتمتع بروح المداعبة، و53,33% لديها المرونة في التعامل مع مختلف مطالب الحياة.

جدول (10)
أكثر السمات شيوعاً لدى المسنين بمراكز رعاية الشيخوخة

السمات الانفعالية والوجدانية	
الصفات الإيجابية	**الصفات السلبية**
الصبر وتحمل المشقة.	الشك والوساوس، التعصب، العجز عن التحكم في الانفعالات، القلق والكآبة، الغيرة والعناد.
السمات الاجتماعية	
المحافظة على العادات والتقاليد، الطاعة والمجاراة، الانتماء والوطنية، العمل الجماعي.	الاعتماد على الغير وصعوبة اتخاذ القرار.
السمات المعرفية	
	قليل الثقافة، قليل الوعي، ليس حاضر البديهة، ضيق الأفق، التصلب، عدم تقبل وجهات النظر المعارضة، المبالغة.

من خلال جدول (10) نلاحظ أن أكثر سمات الشخصية شيوعاً تندرج في إطار ثلاثة مكونات من مكونات الشخصية لدى المسنين الموجودين على مستوى مراكز رعاية الشيخوخة، هي: المكون الانفعالي والوجداني، والمكون الاجتماعي، والمكون المعرفي. ويشتمل المكون الانفعالي والوجداني على الصفات السلبية التالية: (الشك والوساوس، التعصب، العجز عن التحكم في الانفعالات، القلق والكآبة، الغيرة والعناد)، وعلى صفتين إيجابيتين وهما الصبر وتحمل المشقة. واشتمل المكون الاجتماعي على الصفات الإيجابية التالية: (المحافظة على العادات والتقاليد، الطاعة

والمجاراة، الانتماء والوطنية، العمل الجماعي) وعلى صفتين سلبيتين وهما (الاعتماد على الغير، وصعوبة اتخاذ القرار). واشتمل المكون المعرفي فقط على الصفات السلبية التالية: (قليل الثقافة، قليل الوعي، ليس حاضر البديهة، ضيق الأفق، التصلب، عدم تقبل وجهات النظر المعارضة، المبالغة).

جدول (11)
السمات المتوسطة الشيوع لدى المسنين بمراكز رعاية الشيخوخة

السمات الدينية والأخلاقية	
الصفات الإيجابية	**الصفات السلبية**
التدين والتمسك بالقيم الأخلاقية.	الانتهازية والأنانية.
سمات الدافعية	
	عدم الكفاية، الكسل والتواكل، اليأس والسلبية.

من خلال جدول (11) نلاحظ أن السمات المتوسطة الشيوع تندرج في إطار مكونين من مكونات الشخصية لدى المسنين الموجودين على مستوى مراكز رعاية الشيخوخة، هما: المكون الديني والأخلاقي، ومكون الدافعية. ويشتمل المكون الديني والأخلاقي على صفتين سلبيتين، هما (الانتهازية والأنانية)، وعلى صفتين إيجابيتين، هما (التدين والتمسك بالقيم الأخلاقية). واشتمل مكون الدافعية فقط على الصفات السلبية التالية: (عدم الكفاية، الكسل والتواكل، اليأس والسلبية).

جدول (12)
أقل السمات شيوعاً لدى المسنين بمراكز رعاية الشيخوخة

السمات الجسمية والجمالية	
الصفات الإيجابية	**الصفات السلبية**
النظافة والاهتمام بالنواحي الجمالية، النظام والسلوك المتحضر.	
السمات الخاصة بالسلطة والقيادة	
	التسلطية، العناد.

من خلال جدول (12) نلاحظ أن أقل السمات شيوعاً تندرج في إطار مكونين من مكونات الشخصية لدى المسنين الموجودين على مستوى مراكز رعاية الشيخوخة هما المكون الجسمي والجمالي، والمكون الخاص بالسلطة والقيادة. حيث يشتمل المكون الجسمي والجمالي على الصفات الإيجابية التالية: (النظافة والاهتمام بالنواحي الجمالية، النظام والسلوك المتحضر). واشتمل مكون السلطة والقيادة على صفتين سلبيتين، هما (التسلطية والعناد).

جدول (13)
النسب المئوية لمختلف أنماط الشخصية لدى المسنين بمراكز رعاية الشيخوخة

أنماط الشخصية	الصفات	ك	ن	%
النمط المتماسك الصلب	مرح، محب لوطنه، يهتم بأسرته، وحافظ على عاداته وتقاليده، اجتماعي، صبور، غيور، متسامح، مخلص، يتحمل المسؤولية، متدين، طموح، مثابر، متواضع، عقلاني وذو تفكير محسوس وواقعي، قوي الأنا، مسيطر على الأمور، متحمس، مغامر، ثقة عالية بالذات، عملي، صريح، يتجه نحو الرفعة، متوتر، مستقل، ذكي.	40	150	26,66
النمط الانهزامي المستاء	مهموم، الشك والوساوس، التعصب، العجز عن التحكم في الانفعالات، القلق والكآبة، الغيرة والعناد، تخيلي، يتسم بالدونية، كتوم، حساس جداً، جبان، متحفظ، غير صريح، الشدة في التعامل مع الآخرين، اليأس والسلبية.	58	150	38,66
النمط التواكلي	الانتهازية والأنانية، عقلاني التفكير، التبعية، الدهاء، ضعف الضمير، الخضوع، عدم الكفاية، الكسل والتواكل.	52	150	34,66

من خلال جدول (13) نلاحظ أن أكبر نسبة مئوية من المسنين الموجودين على المستوى المؤسساتي هي من النمط الانهزامي المستاء، حيث قدرت

بـ38,66%، يليها النمط التواكلي حيث قدرت نسبته المئوية بـ34,66%، أما النمط المتماسك الذي يتمتع بالصلابة فنجده يمثل نسبة ضئيلة في مراكز رعاية المسنين، حيث قدرت بـ26,66%.

2 – عرض النتائج الخاصة بدراسة الارتباط بين متغير المستوى التعليمي، ومتغير المستوى الاقتصادي، والوضعية العائلية للمسن، ومتغير أنماط الشخصية وعلاقتها بمستويات الصحة النفسية.

أ – عرض النتائج الخاصة بحساب معامل التوافق (C) لدراسة العلاقة الارتباطية بين المستوى التعليمي والصحة النفسية لدى المسنين.

جدول (14)
نتائج معامل التوافق (C) لدراسة العلاقة الارتباطية بين المستوى التعليمي والصحة النفسية لدى المسنين

الصحة النفسية / المستوى التعليمي	مرتفعة		متوسطة		منخفضة		المجموع
	ك ح	ك م	ك ح	ك م	ك ح	ك م	
دون مستوى	**42**	47	**36**	35	**39**	35	**117**
ابتدائي	**18**	13	**09**	10	**06**	10	**33**
المجموع	**60**		**45**		**45**		**150**

معامل الارتباط (C)	$كا^2$ المحسوبة	$كا^2$ الجدولية	درجة الحرية DF	مستوى الدلالة المعنوية 0,05
0,17	**4,62**	**5,99**	**02**	**غير دالة**

من خلال جدول (14) نلاحظ أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين المستوى التعليمي للمسنين والصحة النفسية؛ أي أن التأثير الأساسي لمتغير المستوى التعليمي غير دال إحصائياً على مستوى الصحة النفسية للمسنين، وأن الصحة النفسية للمسنين تتحكم فيها متغيرات أخرى غير المستوى التعليمي المنخفض أصلاً

ب – عرض النتائج الخاصة بحساب معامل التوافق (C) لدراسة العلاقة الارتباطية بين المستوى الاقتصادي والصحة النفسية لدى المسنين.

جدول (15)
نتائج معامل التوافق (C) لدراسة العلاقة الارتباطية بين المستوى الاقتصادي والصحة النفسية لدى المسنين

الصحة النفسية / المستوى الاقتصادي	مرتفعة		متوسطة		منخفضة		المجموع
	ك ح	ك م	ك ح	ك م	ك ح	ك م	
منخفض جداً	33	36	21	27	36	27	90
قريب من المتوسط	27	24	24	18	9	18	60
المجموع	60		45		45		150

معامل الارتباط (C)	$كا^2$ المحسوبة	$كا^2$ الجدولية	درجة الحرية DF	مستوى الدلالة المعنوية 0,05
0,26	11,45	5,99	02	دالة إحصائياً

من خلال جدول (15) نلاحظ أن $كا^2$ المحسوبة أكبر من $كا^2$ الجدولية، وهذا يعني وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة معنوية 0,05 بين المستوى الاقتصادي لدى المسنين ومستوى صحتهم النفسية؛ أي كلما كان المستوى الاقتصادي منخفضاً لدى المسنين انخفض مستوى الصحة النفسية.

ج – عرض النتائج الخاصة بحساب معامل التوافق (C) لدراسة العلاقة الارتباطية بين الوضعية العائلية والصحة النفسية لدى المسنين.

من خلال جدول (16) نلاحظ أن $كا^2$ المحسوبة أكبر من $كا^2$ الجدولية؛ أي توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة معنوية 0,05 بين الوضعية العائلية لدى المسنين ومستوى صحتهم النفسية، وهذا يعني أنه كلما اتجهنا نحو المسنين العزاب والمطلقين انخفض مستوى الصحة النفسية. إن التأثير الأساسي لمتغير الوضعية العائلية للمسنين له دلالته على مستوى الصحة النفسية لكبار السن.

جدول (16)
نتائج معامل التوافق (C) لدراسة العلاقة الارتباطية بين الوضعية العائلية والصحة النفسية لدى المسنين

الصحة النفسية / الوضعية العائلية	مرتفعة		متوسطة		منخفضة		المجموع
	ك ح	ك م	ك ح	ك م	ك ح	ك م	
أرمل	24	16	9	12	6	12	39
مطلق	09	14	15	11	12	11	36
أعزب	27	30	21	22	27	22	75
المجموع	60		45		45		150

معامل الارتباط (C)	$كا^2$ المحسوبة	$كا^2$ الجدولية	درجة الحرية DF	مستوى الدلالة المعنوية 0,05
0,27	12,54	9,48	4	دالة إحصائياً

د – عرض النتائج الخاصة بحساب معامل التوافق (C) لدراسة العلاقة الارتباطية بين أنماط الشخصية لدى المسنين والصحة النفسية.

جدول (17)
نتائج معامل التوافق (C) لدراسة العلاقة الارتباطية بين أنماط الشخصية لدى المسنين والصحة النفسية

الصحة النفسية / أنماط الشخصية	مرتفعة		متوسطة		منخفضة		المجموع
	ك ح	ك م	ك ح	ك م	ك ح	ك م	
النمط المتماسك الصلب	30	16	10	12	00	12	40
النمط الانهزامي المستاء	12	23	17	17	29	17	58
النمط التواكلي	18	21	18	16	16	16	52
المجموع	60		45		45		150

معامل الارتباط (C)	$كا^2$ المحسوبة	$كا^2$ الجدولية	درجة الحرية DF	مستوى الدلالة المعنوية 0,05
0,39	26,98	9,48	4	دالة إحصائياً

من خلال جدول (17) نلاحظ أن كا^2 المحسوبة أكبر بكثير من كا^2 الجدولية؛ أي توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً وقوية جداً عند مستوى دلالة معنوية 0,05 بين أنماط الشخصية لدى المسنين والصحة النفسية، وهذا يعني أنه كلما اتجهنا نحو النمط الانهزامي المستاء انخفض مستوى الصحة النفسية، وكلما توجهنا نحو النمط المتماسك الصلب ارتفع مستوى الصحة النفسية.

3 – عرض النتائج الخاصة بحساب مقياس (T) لدراسة الفروق في الصحة النفسية بين المسنين من حيث الجنس، ووضعيتهم العائلية.

جدول (18)
نتائج مقياس (T) لدراسة الفرق بين الجنسين من المسنين من حيث الصحة النفسية

	المسنون ن= 84		المسنات ن= 66		(T) المحسوبة	(T) الجدولية	مستوى الدلالة المعنوية عند درجة حرية 148 ومستوى دلالة معنوية 0,05
	م	ع	م	ع			
درجات الصحة النفسية	33,89	9,46	30,6	11,55	2,21	1,96	دالة إحصائياً

من خلال جدول (18) نلاحظ أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة معنوية 0,05 بين المسنين والمسنات من حيث الصحة النفسية لصالح المسنين؛ أي أن المسنين أكثر صحة نفسية من المسنات.

جدول (19)
نتائج مقياس (T) لدراسة الفرق بين المسنين الأرامل والمطلقين من حيث الصحة النفسية

	المسنون الأرامل ن= 39		المسنون المطلقون ن= 36		(T) المحسوبة	(T) الجدولية	مستوى الدلالة المعنوية عند درجة حرية 73 ومستوى دلالة معنوية 0,01
	م	ع	م	ع			
درجات الصحة النفسية	36,80	8,12	31,30	9,38	2,78	2,35	دالة إحصائياً

من خلال جدول (19) نلاحظ أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة معنوية 0,01 بين المسنين الأرامل والمسنين المطلقين من حيث الصحة النفسية لصالح المسنين الأرامل؛ أي أن المسنين الأرامل أكثر صحة نفسية من المسنين المطلقين.

جدول (20)
نتائج مقياس (T) لدراسة الفرق بين المسنين الأرامل والعزاب من حيث الصحة النفسية

	المسنون الأرامل ن= 39		المسنون العزاب ن= 75		(T) المحسوبة	(T) الجدولية	مستوى الدلالة المعنوية عند درجة حرية 112 ومستوى دلالة معنوية 0,01
	م	ع	م	ع			
درجات الصحة النفسية	36,80	8,12	31	11,57	2,76	2,35	دالة إحصائياً

من خلال جدول (20) نلاحظ أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة معنوية 0,01 بين المسنين الأرامل والمسنين العزاب من حيث الصحة النفسية لصالح المسنين الأرامل؛ أي أن المسنين الأرامل أكثر صحة نفسية من المسنين العزاب.

جدول (21)
نتائج مقياس (T) لدراسة الفرق بين المسنين المطلقين والعزاب من حيث الصحة النفسية

	المسنون المطلقون ن= 36		المسنون العزاب ن= 75		(T) المحسوبة	(T) الجدولية	مستوى الدلالة المعنوية عند درجة حرية 109 ومستوى دلالة معنوية 0,05
	م	ع	م	ع			
درجات الصحة النفسية	31,30	9,38	316	11,57	0,13	1,98	دالة إحصائياً

من خلال جدول (21) نلاحظ أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المسنين المطلقين والمسنين العزاب من حيث الصحة النفسية؛ أي أن الطلاق له أثر رجعي على حياة المسن ومشابه إلى حد كبير للتأثير الذي تحدثه العزوبة.

تحليل النتائج في ضوء تساؤلاتها:

1 – تبين النتائج المتوصل إليها أن المشكلات النفسية تتصدر قائمة مختلف المشكلات التي يعانيها كبار السن داخل مؤسسات رعاية الشيخوخة، كما أظهرت النتائج أن مستوى الصحة النفسية لديهم منخفض على العموم. وفيما يلي أهم المشكلات النفسية للمسنين بحسب ما أظهرته النتائج:

– ضعف التفاعل الاجتماعي: يرجع تدني قدرات المسنين من حيث التفاعل الاجتماعي إلى سيطرة مشاعر الوحدة والإحباط واليأس والانعزال؛ فالعزلة الاجتماعية من أصعب الأمور على المسن، إذ يقتنع أنه وصل إلى عمر متقدم تقل فيه المسؤوليات الاجتماعية والمهنية، خاصة إذا تزامن ذلك بالعزوبة مدى الحياة أو الطلاق في الدرجة الأولى أو حتى بوفاة الزوجة أو الزوج كما هو موضح في جدول 13، إلا أن الدراسة الحالية أثبتت أن الترمل أقل تأثيراً على الصحة النفسية من حيث الانخفاض إذا ما قورن بالعزوبة أو الطلاق، ومما يزيد من توطيد هذه المشاعر وفاة أحد الأقارب أو الأصدقاء من السن نفسها، إذ في الغالب يتماهى المسن معهم في معظم سلوكياتهم ومواقفهم، بالإضافة إلى ذلك وفاة الأبناء أو وفاة أفراد جيله يوماً بعد يوم، وبهذا تقل دائرة الاتصال الاجتماعي وتفتر العلاقات الاجتماعية، فيجد المسن نفسه في مواجهة الفراغ لفترة طويلة فتصبح الضريبة النفسية الملزم دفعها مؤلمة وقاسية. فالمسن المنعزل لا يحيا منفصلاً عن ذاته فقط، بل عن إخوانه وأهله، وعن الأشياء المحيطة به، فتضطرب العلاقة التي تهدف إلى التوفيق بين مطالبه من جهة والواقع بمختلف أبعاده من جهة أخرى. وتختلف درجة الإحساس بالعزلة والوحدة باختلاف الظروف المهيئة لها، ومن ثم يتباين المسنون في درجة إحساسهم بالوحدة. ويصاحب هذا الشعور بالعزلة مجموعة من المظاهر النفسية تتمثل في مشاعر الخزي والكراهية واحتقار الذات، وتصبح علاقة المسن بذاته علاقة غير شخصية فيتحدث عن ذاته كما لو كانت كائناً آخر منفصلاً وغريباً عنه.

بما أن التوافق الاجتماعي لدى المسن يتحقق من خلال التوافق مع الأجيال الأخرى وتعويض الفقد، فالمطلوب هنا من المشرفين على المؤسسات التركيز على دعم المسن نفسياً، ومحاولة ملء وقت فراغه بمختلف الهوايات والنشاطات الضرورية لإشباع حاجاته الاجتماعية، ويجب التنبه جيداً للمقاومة النفسية التي يبديها تجاه التغيير حتى يتم التغلب على تعصبه لآرائه ولماضيه الذي يمثل

بالنسبة له القوة والحيوية والمكانة الاجتماعية وإيجابية العمل، حينها يتحقق ذلك التواصل الفعال مع الآخر وإزاحة ذلك التكاسل في إقامة علاقات اجتماعية جديدة.

– الأفكار السوداوية: أظهرت النتائج أن هناك نسبة معتبرة تقدر بـ6% من المسنين تسيطر عليهم الأفكار السوداوية، والخشية كل الخشية من تطور هذه الأفكار نحو التخطيط للانتحار أو الانتحار مباشرة، فالمطلوب في هذه الحالة تشجيع المريض على تقبل العلاج النفسي والدوائي، ذلك أن الكبار في السن لا يتقبلون مسألة البوح بمشاعرهم بسهولة، ومن ثم لا يبحثون عن حل وتستمر معاناتهم لفترة طويلة، وعليه يبدأ المعالج النفسي هنا بكسر الانعزال والحوار بغض النظر عن طبيعة الانفعالات التي يبديها. ثم ضرورة توظيف فنية الاستماع لمختلف الانشغالات والاهتمامات التي يبديها المسن، وضرورة مساعدته على إيجاد حلول بديلة بعد تقوية صورته عن نفسه وتشجيعه على استعادة نشاطاته. ولحسن الحظ تبين لنا أنه لم تحدث أي حالة انتحار على مستوى هذه المراكز بحسب تصريح العاملين بها.

– المشكلات المعرفية: أظهرت النتائج أن نسبة كبيرة من المسنين غير المصابين بالمرض العقلي، تعاني ضعفاً في الذاكرة وصعوبة كبيرة في تعلم معارف جديدة، ونسبة أخرى تعاني التصلب الفكري وتعنتاً واضحاً في المواقف، وصعوبات واضحة في مواجهة المشكلات وحلها، وعلى الرغم من ذلك تبقى هذه المظاهر لهذه الفئة في حدود العادي وفقاً للمرحلة العمرية التي يعيشونها. أما نسبة المسنين المصابين باضطرابات عقلية مصحوبة بتقهقر معرفي فتقدر بـ 11,33%، وأن نسبة الذين يعانون الخبل الشيخي تقدر بـ4,6% بين المسنين التي تقع أعمارهم بين 60 و100 سنة، أما نسبة الذين يعانون الكآبة العقلية فتقدر بـ6.% والجدير بالذكر التنويه بأن نتائج هذه الدراسة تختلف نوعاً ما عن دراسة "ماك دووال" (Mc Dowell et al., 1994: 899-913) حول "انتشار الخبل لدى المسنين"؛ حيث وجد أن الخبل ينتشر بنسبة مئوية تقدر بـ8% بين المسنين البالغين من العمر 65–85 سنة، وبشكل متساو تقريباً سواء كانوا في المؤسسات أو في بيوتهم.

– مشكلة الفقر وعدم القدرة على تلبية الكثير من الحاجات المادية و الأساسية: أكدت الدراسة الحالية أن الغالبية من المسنين الموجودين في مؤسسات الرعاية – وبنسبة 60% – لديهم مستوى اقتصادي منخفض، و40% قريب من المتوسط، أي يعانون الفقر وقلة الدخل؛ نتيجة لضعف الراتب التقاعدي، وفي بعض الأحيان انعدام

هذا الراتب، ومن ثم يجد المسن صعوبة بالغة في إشباع حاجاته الأساسية، ويكون التكفل به على المستوى المؤسساتي ضرورياً وملحّاً.

2 – تؤكد الدراسة الحالية أن هناك نسبة معتبرة من المسنين تقدر بـ40% تنعم بصحة نفسية جيدة، وتعيش حياة نشطة، ولديها المقدرة على التفاعل الاجتماعي، وتتسم بالاتزان الانفعالي، وتنعم بالهدوء والأمن النفسي، ولديها القدرة على التحكم والضبط النفسي، والقدرة على التنظيم الصحي في المأكل والمشرب والملبس. وحتى الأشخاص الذين يعانون أمراضاً عضوية متنوعة ونقصاً مالياً –، لا يزالون ينعمون بصحة نفسية وإن كانت متوسطة كما أظهرت النتائج، إلا أن مستوى الصحة النفسية لدى المسنين على المستوى المؤسساتي ما زال منخفضاً على العموم، إذ إن 60% من المسنين يقع مستوى صحتهم النفسية بين التدهور والتوسط، وتؤكد هذه النسبة أهمية بذل المزيد من الجهود.

– كما يبدو من خلال النتائج أن مراكز رعاية كبار السن لم تنجح حتى الآن في استغلال تلك البنايات الكبيرة، وتجهيزها بمختلف المرافق الضرورية لملء وقت فراغ المسنين في نشاط مثمر مفيد، وتحقيق الرعاية النفسية والطبية اللائقة، وتوفير الأجواء اللازمة التي ترفع من مستوى الصحة النفسية لديهم؛ ذلك أن المؤسسة التي تجمع المسنين في بيئة تحد من حريتهم واتصالهم بالعالم الخارجي وتفقدهم الشعور بالاستقلالية مؤسسة غير صحية، والمؤسسة التي تجعل المسنين متواكلين يفتقدون المبادرة وممارسة مختلف الأنشطة مؤسسة لا تخدم الصحة النفسية، والمؤسسة التي تركز على توفير الإيواء والمأكل والمشرب والتركيز على السلامة البدنية فقط على حساب احتياجات المسنين الاجتماعية والنفسية مؤسسة تفتقر للتكفل السليم بنزلائها.

3 – أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن أكثر سمات الشخصية شيوعاً تندرج في إطار ثلاثة مكونات من مكونات الشخصية لدى المسنين الموجودين على مستوى مراكز رعاية الشيخوخة، هي المكون الانفعالي والوجداني، والمكون الاجتماعي، والمكون المعرفي. ويشتمل المكون الانفعالي والوجداني على الصفات السلبية التالية: (الشك والوساوس، التعصب، العجز عن التحكم في الانفعالات، القلق والكآبة، الغيرة والعناد)، وعلى صفتين إيجابيتين، هما: الصبر وتحمل المشقة. واشتمل المكون الاجتماعي على الصفات الإيجابية التالية: (المحافظة على العادات والتقاليد،

الطاعة والمجاراة، الانتماء والوطنية، العمل الجماعي) و على صفتين سلبيتين، هما: (الاعتماد على الغير وصعوبة اتخاذ القرار). واشتمل المكون المعرفي فقط على الصفات السلبية التالية: (قليل الثقافة، قليل الوعي، ليس حاضر البديهة، ضيق الأفق، التصلب، عدم تقبل وجهات النظر المعارضة، المبالغة). أما السمات المتوسطة الشيوع فتندرج في إطار مكونين من مكونات الشخصية لدى المسنين الموجودين على مستوى مراكز رعاية الشيخوخة، هما: المكون الديني والأخلاقي، ومكون الدافعية. ويشتمل المكون الديني والأخلاقي على صفتين سلبيتين، هما: (الانتهازية والأنانية)، وعلى صفتين إيجابيتين، هما: (التدين والتمسك بالقيم الأخلاقية). واشتمل مكون الدافعية فقط على الصفات السلبية التالية: (عدم الكفاية، الكسل والتواكل، اليأس والسلبية).

وأخيراً، فإن السمات الأقل شيوعاً تندرج في إطار مكونين من مكونات الشخصية لدى المسنين الموجودين على مستوى مراكز رعاية الشيخوخة، هما: المكون الجسمي والجمالي، والمكون الخاص بالسلطة والقيادة؛ حيث يشتمل المكون الجسمي والجمالي على الصفات الإيجابية التالية: (النظافة والاهتمام بالنواحي الجمالية، النظام والسلوك المتحضر). واشتمل مكون السلطة والقيادة على صفتين سلبيتين، هما: (التسلطية والعناد).

– خلصت الدراسة الحالية من حيث أنماط الشخصية لدى المسنين الموجودين في مركز رعاية الشيخوخة إلى تحديد ثلاثة أنماط أساسية، وإلى أن أكبر نسبة مئوية من المسنين هي من النمط الانهزامي المستاء؛ حيث قدرت نسبته المئوية بـ38,66%، ويجد هذا النمط من المسنين صعوبة كبيرة في عملية التكيف، إذ يغلب على نمط شخصيتهم الشعور بالمرارة، والاكتئاب والحزن، ويستجدون العقاب الذاتي، فغالباً ما يوبخون أنفسهم ويحملونها أبسط الأخطاء المرتكبة سابقاً، ولديهم تقدير ذاتي سلبي لحاضر الذات وماضيها، هذا النمط من الشخصية يجعل المسن يعيش شيخوخته كفترة انحطاط، وينتظر الموت بفارغ الصبر لتضع حداً لمعاناته. بالإضافة إلى ذلك تجده في أغلب الأوقات مستاء وغير راض عن تصرفات الآخرين، ولديه رغبة شديدة في معاقبتهم وإلقاء اللوم عليهم، كما يتميزون بالعدوانية والتشاؤم والحذر الشديد، ويجدون صعوبة كبيرة في تحمل الإحباط. هذا النمط من الشخصية يرفض فكرة الشيخوخة وتقلقه كثيراً فكرة الموت، ولديه نظرة سلبية نحو الشباب.

أما **النمط التواكلي** فيحتل المرتبة الثانية، حيث قدرت نسبته المئوية بـ34,66%، ذلك أن هذا النمط من الشخصية نجده أكثر تبعية للآخرين وأقل طموحاً، ويشعر بالسعادة حينما يحصل على التقاعد ليتحرر أكثر من القيود والمسؤوليات التي كانت تفرضها مهنته أو نشاطه، يتقبل المساعدة التي تأتيه من الآخر بكل سعادة وارتياح، فهو – في الغالب – بطيء الاستجابة وأقل نشاطاً وتفاعلاً مع الجماعة، يسعى دائماً إلى تفويض مسؤولياته للآخرين، هذا النمط يستطيع أن يعيش شيخوخته في هدوء واسترخاء بما أنه يعتمد على الآخرين في تلبية احتياجاته.

أما **النمط المتماسك الذي يتمتع بالصلابة** فنجده يمثل نسبة ضئيلة في مراكز رعاية المسنين؛ حيث قدرت نسبته المئوية بـ26,66% فقط. هذا النمط من الشخصية نجده يتقبل جيداً ماضيه وحاضره بكل ما يحتويه من أحداث، وله المقدرة على الاستمتاع بمباهج الحياة، ويتقبل ذاته كما هي، ويتميز بالواقعية ويندمج بسهولة في محيطه الاجتماعي والبيئي، ويتمتع بالنشاط والحيوية، ويستطيع أن يغير نشاطاته بسهولة وفقاً للمرحلة العمرية التي يعيشها، ومستعد للعمل الخيري والتضامني في أي وقت، ولديه القدرة على ضبط النفس والتحكم في الذات، ويتميز بسلوك عفوي غير اندفاعي، وله المقدرة على إدارة الأزمات والشدائد.

هذا النمط من الشخصية يجد نفسه مكرهاً لدخول مراكز رعاية الشيخوخة، وأنه يستطيع على الرغم من الظروف القاسية التي تحيط به أن يصمد ويبحث عن الحل المناسب بعيداً عن مركز رعاية المسنين، وإذا مكث في المركز فهو مضطر لذلك اضطراراً. يتميز هذا النمط من الشخصية بالصلابة والشجاعة والدفاع المستميت عن أفكاره ومكتسباته واستقلاليته، ويتمكن من التكيف بسهولة مع مختلف المطالب التي تفرضها مرحلة الشيخوخة، ومشكلته تكمن في أنه يصبح أكثر حساسية عندما يتعرض للأزمات المرضية النفسية أو العضوية التي تحد من نشاطه وتلزمه القعود.

4 – وتأكيداً لما سلف ذكره، خلصت الدراسة الحالية إلى أن هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائياً وقوية جداً بين أنماط الشخصية ومستوى الصحة النفسية، فكلما اتجهنا نحو النمط المتماسك الذي يتمتع بالصلابة وجدنا ارتفاعاً في مستوى الصحة النفسية لديهم، في حين أننا عندما نتجه نحو النمط الانهزامي المستاء نجد انخفاضاً في مستوى الصحة النفسية.

5 – كما أظهرت النتائج عكس ما كان مفترضاً من أنه توجد علاقة ارتباطية بين المستوى التعليمي ومستوى الصحة النفسية لدى المسنين، فالنتيجة المتوصل إليها تشير إلى أنه لا توجد تلك العلاقة الارتباطية؛ أي أن مستوى الصحة النفسية لدى المسن لا تتأثر بالمستوى التعليمي، لسبب بسيط يكمن في أن الغالبية من المسنين ليس لديها مستوى تعليمي أصلاً بنسبة مئوية مقدارها 78% والبقية لديها مستوى تعليمي منخفض جداً، حيث لا يتعدى المستوى الابتدائي.

6 – وأظهرت النتائج أن هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين المستوى الاقتصادي ومستوى الصحة النفسية لدى المسنين؛ ذلك أن تدهور الوضع الاقتصادي والمادي للمسن يؤثر بطريقة أو بأخرى على معاشه النفسي، ومن ثم تتأثر صحته النفسية، وفي الكثير من الأحيان تؤدي الظروف الاقتصادية دوراً كبيراً في وجود المسن في مركز الرعاية، بالإضافة إلى ذلك فإن تلبية الكثير من الحاجات ترتبط ارتباطاً وطيداً بالوضع المادي للمسن.

7 – أظهرت الدراسة الحالية أن هناك علاقة ارتباطية بين الوضعية العائلية للمسن ومستوى الصحة النفسية؛ أي كلما اتجهنا نحو المسنين العزاب والمطلقين انخفض مستوى الصحة النفسية لديهم. إن التأثير الأساسي لمتغير الوضعية العائلية للمسنين له دلالته على مستوى الصحة النفسية لكبار السن، فكل من الترمل والطلاق والعزوبة يؤثر تأثيراً مباشراً على فقدان التوازن النفسي للمسن، وخاصة متغير الطلاق والعزوبة؛ حيث يوطدان لدى المسن مشاعر عدم القيمة، وأن الآخر لا يقبله ولا يرغب في وجوده، فتضيق دائرة اتصالاته، ويرتفع مستوى تشاؤمه وحذره الشديد، فيصبح تقديره لذاته سالباً، ويصعب عليه استيعاب تغيراته الانفعالية، فيعيش شيخوخته كفترة انحطاط وعدم جدوى من الحياة.

وما يؤكد ذلك ما خلصت إليه الدراسة الحالية من وجود فروق دالة إحصائياً بين المسنين الأرامل والمسنين المطلقين والمسنين العزاب لصالح الأرامل، بينما لا يوجد فرق دال إحصائياً بين المسنين المطلقين والمسنين العزاب من حيث الصحة النفسية. فالترمل أقل تأثيراً على سوء الصحة النفسية إذا ما قورن بالعزوبة والطلاق؛ ذلك أن الأرامل قضوا فترة زمنية طويلة مع أزواجهم وكانت لهم الفرصة لممارسة مسؤولياتهم والقيام بنشاطات متعددة تنسجم مع ظروفهم الأسرية ومتطلبات البيئة التي تحيط بهم، مما عزز الحفاظ على طاقاتهم النفسية والعقلية

ومن ثم كانت لهم الفرصة لتأكيد ذواتهم وتنظيم حياتهم في المأكل والمشرب والملبس والنوم... إن الترمل الذي يؤثر على سوء الصحة النفسية يرتبط أكثر بنمط شخصية المسن وبنيتها النفسية، فيصبح غياب الشريك الذي كان يقاسمه مختلف المشاعر صدمة انفعالية قوية لا يتمكن المسن من استيعابها و تجاوزها، بل تؤدي إلى تكريس فكرة الوحدة لديه، وتضيق دائرة اتصالاته، فيحدث النكوص ثم التثبيت على محاسن الماضي، ومن ثم التمركز حول الذات والاستغراق في الاستهامات.

8 – كما أظهرت النتائج عكس ما كان مفترضاً؛ أي يوجد فرق دال إحصائياً بين المسنين والمسنات لصالح المسنين الذكور؛ وهذا يعني أن المسنين أكثر صحة نفسية من المسنات، ويرجع ذلك إلى صلابة الرجل في تخطي الحواجز، والصمود أمام مختلف المواقف المحبطة مقارنة بالمسنة التي تعاني عادة الحساسية والتوتر والقلق بدرجة أكبر من المسن، فالفقد والوحدة والفراغ تثير لدى المسنة الاستغراق في أحلام اليقظة والحنين إلى الماضي، فتسيطر عليها فكرة الانحطاط والتقهقر، ومن ثم عدم القدرة على إيجاد ما يثير المتعة. بالإضافة إلى ذلك تأخذ الشكاوى الجسمية لدى المسنة مسار الميكانيزم الدفاعي النفسي للفت انتباه الآخرين والحصول على المزيد من الاهتمام والمساعدة.

توصيات واقتراحات:

أولاً – على المستوى الأسري:

من خلال النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة يتضح لنا جلياً أن المسن ينزعج كثيراً من الضوضاء، ويرفض المساعدة عندما يكون قادراً، ويميل نحو الاسترخاء والاستجمام والترويح عن النفس، ويتبرم من الوحدة ويقلق كثيراً على فقدان مقتنياته، ويستأنس بحفدته وأبنائه ودور العبادة، ويحب تقديم المشورة والنصح، ويحتاج إلى من يسمعه ويوقره.

إن جل ما يعانيه المسن من مشكلات على مستوى الصحة النفسية ما هو في حقيقة الأمر إلا صرخة استغاثة لمن أصبح عاجزاً عن تحديد هويته ووجوده الفاعل نحو الآخرين. إن ما خلصت إليه نتائج هذه الدراسة من مدى انتشار سوء الصحة النفسية بين المسنين على الرغم من وجودهم في مراكز ترعاهم، ما هو إلا مؤشرات عن ضعف دور الأسرة في مجتمعنا والتخلي عن تضامنها، وانحسار العلاقات العاطفية والإنسانية، وبما أننا ننتمي للمجتمعات العربية الإسلامية يجب أن

تكون الصورة مشرقة تعكس إلى حد كبير ذلك الاحترام والرعاية والمكانة التي يحتلها كل من الأب والأم، وواجب تقديم يد العون لهما عند كبر سنهما كما أكده القرآن الكريم وبينته السيرة النبوية العطرة.

وبناء على ذلك نقترح الأساليب التالية في كيفية التعامل مع مشكلات الصحة النفسية لدى المسن على المستوى الأسري:

- انسجام الأسرة في اتخاذ قراراتها:

إن تباين مستوى فهم أفراد الأسرة لمشكلات الشخص المسن، يؤدي حتماً إلى آراء متفاوتة وحلول متناقضة تنعكس سلبياً على تفكير المسن وسلوكه. وعليه من الأفضل أن يتفق كل أفراد الأسرة على نهج موحد للتعامل مع مختلف المشكلات الصحية التي تنتاب المسن، وأن ينموا ثقافتهم النفسية والدينية. فالآراء والمواقف المتماسكة لجميع أفراد الأسرة تدعم ثقة المسن في نفسه وتساعده على المحافظة على توافقه الشخصي والبيئي والاجتماعي.

- القدرة على الاستماع وتفهم وضعية المسن:

يجب علينا أن نستمع أكثر مما نتكلم مع المسنين، وأن نكون آذاناً صاغية لكل ما يقوله المسن من انشغالات ومطالب واهتمامات وشكاوى، وتقبل شخصية المسن بسلبياته وايجابياته، بمساوئه وعيوبه حتى يشعر بأهميته ومكانته، وتجنب قدر المستطاع النقاش الحاد والمجادلة العقيمة لتغيير معتقداته أو وجهة نظره، وتفادي الاستنتاجات المسبقة بخصوص حالته النفسية وقدراته العقلية.

- الحرص على استقلالية المسن:

على الرغم من أن الشيخوخة تضعف قدرة الفرد على إدارة حياته وتنمي الشعور بعدم الكفاءة، فإنه يجب ألا تدفعنا الشفقة والرغبة في مساعدته إلى قيادة حياته بالنيابة عنه، أو الإفراط في حمايته، والخوف عليه من أبسط الأمور. إن مثل هذا التصرف يعزز شعور المسن بالنقص، فيحس بأنه عالة على الآخرين، ويضعف استقلاليته التي تحدد مكانته وتحافظ على هيبته. فالمطلوب هو تشجيع المسن على اتخاذ قراراته وإدارة حياته مع أقل قدر ممكن من التدخل، والحرص كل الحرص على ألا نشعره بأنه عبء على العائلة بسبب مشكلاته والشكوى المستمرة وأنه أصبح متعباً، بل يجب أن نشعره بأننا سعداء بخدمته.

- تعزيز مشاعر الألفة والانتماء للجماعة:

من مميزات شخصية المسن، بحسب الدراسة الحالية، الشعور بالوحدة، والخوف من الإقصاء والتهميش العائلي، ففي هذه الفترة يكون المسن بحاجة أكثر من أي وقت مضى للمرافقة والمصاحبة والانشغال بمختلف النشاطات البسيطة التي تتناسب مع قدراته.

- القيام بالزيارات والرحلات الترفيهية:

الاستمتاع بمباهج الحياة المشروعة، يبعث في نفسية المسن شعوراً بالأمل والتفاؤل، الذي يؤثر بشكل إيجابي وفعال على معنوياته. ومن الأمور التي يحبها الشخص المسن التنزه والمشي في الهواء الطلق، الذهاب إلى التجمعات العائلية، زيارة المساجد وقراءة القرآن أو الاستماع إليه، الرحلات وحضور فعاليات ثقافية، المشاركة في منافسات فكرية وشبه رياضية.

- مساعدة المسن على الاستمرار في العمل:

السماح للمسن بالاستمرار في العمل المعتاد في الظروف نفسها والأجر نفسه بعد بلوغه سن التقاعد مادام قادراً على العمل وراغباً فيه، وبهذا يصبح سن التقاعد اختيارياً.

السماح للمسن بالاستمرار في العمل المعتاد مع تحمل مسؤولية أقل فيما يختص بالواجبات والساعات وبأجر منخفض أو دون أجر.

ثانياً - على المستوى المؤسساتي:

يمكن أن تمر مرحلة الشيخوخة في توافق وسلام لو تحققت مطالب النمو على وجه سليم في المؤسسة التي لا تكتفي بتوفير ضروريات الحياة المادية كالطعام والملبس والمأوى، بل تتعدى إلى توفير بيئة ملائمة تعمل على حمايتهم وتساعدهم على إشباع حاجاتهم الشخصية والاقتصادية والطبية والاجتماعية، وتوفر لهم البرامج الثقافية والترويحية والمهنية التي تشغل المسن وتملأ حياته.

ومن الأفضل مراعاة الشروط التالية عند إنشاء المؤسسة:

- أن يكون حجم المؤسسة متوسطاً، وذا طاقة استيعاب لا تتعدى الثلاثين نزيلاً، حتى تتمكن من تحسين خدماتها، و أن تتوافر فيها مساحات خضراء جيدة.

- أن يكون الموقع في مكان هادئ ومأهول ومناسب من حيث المواصلات، وأن يراعى في تصميمه تخصيص حجرة تتوافر فيها دورة مياه لكل شخصين.

– إعداد المتخصصين المؤهلين للعمل مع هذه الشريحة، الذين يتمتعون برصيد معرفي كاف عن المظاهر النفسية والفسيولوجية المصاحبة للتقدم في السن، وضرورة اختيار العاملين بالمؤسسة ممن تتوافر فيهم صفات الصبر والتحمل.

– الإدماج الاجتماعي لهؤلاء المسنين لتجنيبهم اليأس كالاشتراك في الجمعيات والنوادي، وحثهم على القيام بمجموعة من النشاطات التي تتناسب مع سنهم.

العمل على نشر ثقافة إيجابية عن الشيخوخة بين المسنين:

يجب أن تعمل مؤسسات رعاية كبار السن على نشر ثقافة الشيخوخة بين المسنين، وذلك بتوضيح مطالب النمو في هذه المرحلة التي تسمح لهم بتكوين رصيد معرفي يؤدي إلى فهم أنفسهم وإدراك معنى التغيرات التي تؤثر في قدرتهم العقلية والجسمية ووضعهم الحالي، حتى يتقبلوا هذه التغيرات والآثار ويعترفوا بها، وأن تنشر الأفكار التي توضح أن المسنين طاقة منتجة وعنصر فعال في بناء المجتمع، وأنهم يستطيعون تعلم مهارات جديدة واكتساب مختلف المعارف والقدرة على التعلم، وأن بمقدورهم تحسين معيشتهم واستغلال وقت فراغهم في أشياء مفيدة، وأنهم يتمتعون بروح المساعدة واتخاذ قراراتهم بأنفسهم، والمشاعر والأحاسيس التي تجعلهم يواكبون الحياة العاطفية بشكل عادي كما تؤكده دراسات "فروند وبالتس" (Freund et Baltes, 2003)، وبذلك يتحقق لهم أقصى توافق شخصي وبيئي واجتماعي ممكن.

المراجع:

أحمد عبد الخالق (2005). **سيكولوجية الموت والاحتضار**، الكويت: مجلس النشر العلمي، ط1.

عبد اللطيف محمد خليفة وشعبان جاب الله رضوان (1998). بعض سمات الشخصية المصرية وأبعادها، **مجلة علم النفس**، عدد 48: 28–65.

عبد المطلب أمين القريطي (1998). في **الصحة النفسية**، القاهرة: دار الفكر العربي، ط1.

علاء الدين كفافي (1997). **الصحة النفسية**، القاهرة: دار هجر، ط4.

بيان وزارة التضامن الوطني بمناسبة اليوم العالمي للمسنين (الفاتح من أكتوبر،2007)

محمد أيمن محمد خير عرقسوسي (2006)، التوجيهات الإسلامية للصحة النفسية، نحو موسوعة إسلامية، المملكة العربية السعودية: جدة. www.elazayem.com
http://www.elazayem.com

Aguerre.C, et Bouffard.L, (2003). Le vieillissement réussi: théories, recherches et applications cliniques, *Revue Québécoise de Psychologie*, vol. 24 (3): 107-129.

Atchley. R. C, (1989). A continuity theory of normal aging, *Gerontologist*, 29: 183-190.

Benlatreche.N, Merdji.Y, Touari.M, et Bensmail.B (1993), Approche épidémiologique des troubles mentaux du sujet âgé à Constantine, *JAM (Journal Algérien de Médecine*. III, 1,27-34.

Berger et Mailloux-Poirier.D (1989). Personnes âgées une approche globale, démarche de soins par besoin, Maloine, Paris.

Champagne.R, Ladouceur.P, de Ravinel.H et Stryckman. J, (1992). Avec le concours de D. Paul, La vieillesse : Voie d'évitement...ou voie d'avenir? Le vieillissement et la santé mentale, Comité de la santé mentale du Québec, Gaëtan Morin Éditeur, Montréal

Freund.A., et Baltes.P.B, (2003), Pour un développement et un vieillissement réussis: Sélection, optimisation et compensation, Revue *Québécoise de Psychologie,*- vol.24 (3): 27-50.

Gaudet.M, Pfitzenmeyer.P, Tavernier.B, et Lechenet.M, (1993). Les états confusionnels en milieu interniste court séjour, *Psychologie Médicale*, Paris, 25, 611-614.

Hétu.J. C, (1992). *Psychologie du vieillissement*. Montréal, Méridien.

Knight.B. (1989). Psychothérapie auprès des personnes âgées, Ottawa, Saint-Laurent.

Lauzon S. et Adam A.(1997). *La personne âgée et ses besoins*, Paris: Seli Arslan.

Leclerc.G, Couture.M, et Roy.J, (2003). Une théorie de l'adaptation à la retraite par l'ajustement des sources de sens, *Revue Québécoise de Psychologie*, vol. 24 (3): 53-70.

McDowell I et al, (1994). Canadian study of health and aging : Study methods and prevalence of dementia, *Can Med Assoc J*, 150, 6: 899-913.

Olds. W et Papalia D. E, (2000). *Le Développement de la personne*, Laval, Études Vivantes.

Ollivet. C, (2007). Les nouvelles technologies : entre fantasmes et services rendus, Alzheimer : repenser le soin, E Hirsch and C Ollivet, Paris, Vuibert

Schaie, K. W., et Willis, S. L. (1991). Adult personality and psychomotor performance : Cross-sectional and longitudinal analyses, *Journal of Gerontology*, 46 (6): 275-284.

Vézina. J, Cappeliez P, et Landreville (1994). *Psychologie gérontologique*. Montréal, Gaëtan Morin.

Wilson et Kneisl. (1982). *Soins infirmiers psychiatriques*. Inter Editions, Québec.

قدم في: مارس 2008
أجيز في: مايو 2009

The Mental Health of Aging in Algeria:
An Investigative Study of Aging while Living in Centers for The Aging

Fekih Laid*

The currnet study aims to assess psychilogical and physical status in centers for aging people, to identify the manigestations of mental health and personality traits, the types that distinguish them, and to identigy the correlation between the educational level. economic level, wideows, widowers, and mental health among the aging. finally, we try to understand the differences between both sexes with regard to their mental health. The importance of this study is to provide objective solutions in the form of preventive actions which will contribute to protecting the mental health of aging, and thereby reduce the spread of problems connected with aging as much as possible.

A descriptive approach is used in this study; for that purpose a sample of 150 aging men and women living in cneters for agina representing the central and west of the country were randomly selected. The researcher based his research on an evaluative list related to the physical and mental conditions od the aging, and on a personality traits test as research instruments. Statistical methods were used: percentages, correlation coefficients, and measurement of paired-samples T tests. After statistical analysis was carried out on the data, the following results were found:

- The problem of mental health outunmbered all the othert problems, and their mental health level was low.

- There is a positive relationship between the following variables of aging: their rconomic level, their family conditions, their personality types and their mental health.

- There are significant differences between men and women in mental health, for the benefit of men.

Key words: Mental health, Normal aging, Center for aging, Personality types and aging, Mental disorders of aging, Aging and psychological adjustment, Adaptation.

* Abou Bekr Belkaid University - Tlemcen, Algeria.