

محاضرات في

سيكولوجية المسنين

مرحلة الشيخوخة

” إطار نظري ”

مقدمة :

هناك اهتمام وانشغال بالشيخوخة من قدم الزمان ، فالأساطير والأدب العالمية تزخر بالكثير من اللوحات الأدبية التي تصور الشيخوخة بكلآلامها وعجزها وما تثيره في نفوس أصحابها من مرارة وشعور بالوحدة والعزلة (أبو زيد ١٩٧٥) . ومن أمثلة الآداب العالمية التي تعرضت لموضوع الشيخوخة ، تلك الصورة الإنسانية التي عرضتها الكاتبة الفرنسية " سيمون دي بوفوار " Simon de Beauvoir وتضمنت بعض الإشارات العميقة عند اقترابها من الشيخوخة (عبد الحميد ، ١٩٨٧) .

ويعد " 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 الإنجليزية سنة ١٩٥٩ . وقد قطن العرب إلى أهمية دراسة الكبار فكتب " أبو حاتم السجستاني " رسالته عن المعمرين سنة ٨٦٤م. وتطور الاهتمام بالأعمال المناسبة للكبار إلى دراسة العوامل المؤدية لإطالة العمر .

ومن أمثلة ذلك الاهتمام الدارسة التي قام بها " تينون " M.J.Tenon سنة ١٨١٣ ، والبحث الذي أجراه " ليجونكور " Lejoncourt سنة ١٨٤٢ .

وبدأ الاهتمام بمراحل حياة الكبار ، وخاصة الشيخوخة منذ سنة ١٨٦٠ . 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 الاجتماعية التي تصاحب حياة الكبار . وقد ظهرت نتائج هذه الدراسة في الكتاب الذي نشره " بوس " C.Booth سنة ١٨٩٤ بعنوان : " الأشخاص المسنون في انجلندوويلز " (السيد ١٩٧٥ ، ص ٣٣٦ - ٣٣٧) .

ويعد كتاب " هول " C.H.Hall الذي ظهر سنة ١٩٢٢ عن النصف الأخير من عمر الإنسان البدء الحقيقي للدراسات البيولوجية النفسية الخاصة بالكبار . وكان لهذا الاتجاه أثره على القارة الأوربية فنشأت حلقات الدراسة الخاصة ببيولوجية الكبار سنة ١٩٣٩ . (نفس المرجع السابق) .

كما بعد صدور كتاب مشكلات الشيخوخة " لكاودري " سنة ١٩٣٩ من الأعمال المبكرة للتعريف بالنواحي البيولوجية والطبية لشيخوخة الإنسان . وقد استخدم فيه لأول مرة اصطلاح " ديرونولوجي

Gerontology للدلالة على الدراسات العلمية لظاهرة الشيخوخة)
ولمادونا هي ، وأورباخ (١٩٨٠) .

وتبع ذلك دراسة مشكلة التكيف الاجتماعي للشيخوخة ، والتي قامت
بها لجنة من الجمعية الأمريكية للعلوم الاجتماعية سنة ١٩٤٣ . ونشرت
نتائج أبحاث هذه اللجنة في كتاب " لبولاك " O.Pillak . عن التوافق
الاجتماعي للمسنين Social Adjustment in Old Age سنة
١٩٤٨ (السيد ١٩٧٥ ، ص ٣٣٦-٣٣٧) .

ثم تطور البحث إلى وجهته النفسية الصحيحة في السنوات الأخيرة ،
وذلك عندما عكفت جامعة كمبردج على دراسة مظاهر التغيير في الأداء
الإنساني من الرشد إلى سن ٨٠ سنة . وذلك في الفترة من ١٩٤٦ إلى سنة
١٩٥٦ . ونشرت نتائج هذه البحوث في كتاب " لولفورد " A.T. Welford
عام ١٩٥٨ ، عن التقدم في العمر والمهارات الإنسانية

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 ، واتجه المجتمع عارفاً
بمسئولياتها ومتحملاً لها في عدة بلاد من أنحاء العالم ، اتجه إلى
دراسة مشكلات واحتياجات من جاوز سن الستين من الجنسين .
وبالتالي بدأت هذه البلاد في اتخاذ خطوات نحو تحسين حالة هؤلاء

الشيخ (فكري ، ١٩٧٥) . فأنشأت العديد من المراكز المتخصصة ، وأصدرت الكثير من الدوريات التي تعالج موضوع المسنين ، وأصبح المجال مفتوحاً أمام الباحثين من مختلف التخصصات العلمية لدراسة تلك الفئة العمرية (عبد حميد ، ١٩٨٧) .

وقد حظيت الشيخوخة في النصف الثاني من هذا القرن باهتمام واضح من قبل الباحثين . وتجلّى ذلك في زيادة عدد المقالات التي تناولت الموضوع ، حيث بلغ مجموعها خمسين ألف مقالة ما بين ١٩٥٩ و ١٩٧٥ . وفي الولايات المتحدة وحدها تضاعف عدد البحوث - في الفترة الواقعة ما بين ١٩٦٩ ، ١٩٧٥ بنسبة ٥٠ % ، حيث ظهر في هذه الفترة ٧٣٠ بحثاً . وفي عام ١٩٨٠ بلغ عدد الرسائل المسجلة في ست جامعات أمريكية فقط ٢١٥ رسالة عن المسنين (Birren, 1980) .

يضاف إلى ذلك زيادة عدد المجالات العلمية والمهنية التي تعالج موضوع الشيخوخة . وكانت أول دورية علمية تصدر في الولايات المتحدة عام ١٩٤٥ هي : مجلة علم الشيخوخة Journal of Gerontology ، عن جمعية الشيخوخة في الولايات المتحدة الأمريكية . أما في أوروبا فأول دورية صدرت عن الشيخوخة كانت في عام ١٩٥٦ ، ثم

أنشئت جمعية دولية للشيخوخة ، وكذلك عقدت المؤتمرات الدولية حول مشكلات الشيخوخة (انظر : عودة ١٩٨٦ : Birren 1980) .

وقد نشأت الحاجة إلى علم الشيخوخة الاجتماعي Social Gerontology انطلاقاً من مسلمة مؤداها أن الأساليب والنظريات البيولوجية لم تعد كافية وحدها لفهم طبيعة وخصائص هذه المرحلة العمرية. فالأمر في حاجة إلى تكوين أساس علمي منظم تركز عليه الدراسات الاجتماعية . والنفسية لظاهرة التقدم في العمر . (انظر Spencer & Dorr, 1975) .

فالشيخوخة ليست مجرد عملية بيولوجية بحتة تظهر أثارها في التغيرات الفيزيائية والفسولوجية التي تطرأ على الفرد حين يصل إلى تلك السن المتقدمة ، وإنما هي بالإضافة إلى ذلك ظاهرة اجتماعية تتمثل في موقف المجتمع من الفرد حين يصل إلى سن معين بالذات يحددها المجتمع بطريقة تعسفية دون أن يأخذ في الاعتبار الحالة الفيزيائية أو العقلية للأفراد . كما يفرض المجتمع على هؤلاء الأفراد قيوداً معينة تتمثل بأوضح صورها في الحكم عليهم بالتقاعد من وظائفهم وأعمالهم (أبوزيد ١٩٧٥) .

أسباب الاهتمام بدراسة المسنين :

وكان من أهم الأسباب والدوافع التي أدت إلى تزايد الاهتمام
بمرحلة الشيخوخة والتقدم في العمر بوجه عام في الآونة الأخيرة على
المستوى العالمي ما يأتي :

١- تزايد نسبة كبار السن في كل من المجتمعات المتقدمة والنامية
بشكل واضح ، وذلك نتيجة التغير في نسب المواليد والوفيات ، وارتفاع
مستوى الصحة العلاجية والوقائية بوجه عام (انظر : El-Badry,
1985) . وقد تغير البناء العمري للسكان - حتى في أكثر الدول تقدما
- من الشكل الهرمي إلى الشكل الجرسى . وذلك بعد أن انخفضت
نسب الوفيات على المستوى العالمي (Atoh & Ouant, 1988) ،
وتغير التوزيع السكاني من الإحلال غير الفعال inefficient
Replacement (حيث الارتفاع في المواليد والارتفاع في الوفيات)
، إلى الإحلال الفعال Efficient Replacement (حيث انخفاض
المواليد ، وانخفاض الوفيات) . وترتب على الانخفاض في المواليد ،
وذلك في الوفيات زيادة عمر الفرد ، وبالتالي زيادة عدد المسنين ()
United Nations) . وذلك على النحو الآتي :

(أ) على المستوي المحلي : تبين أن هناك زيادة ملحوظة في
أعداد المسنين في الوطن العربي بوجه عام ، وفي مصر بوجه خاص

. حيث وصل عدد سكان مصر الذين بلغوا من العمر ٦٠ عاما فأكثر في سنة ١٩٨٠ حوالي ٢٤٠٠٠٠٠٠ نسمة . ومن المتوقع أن يصل هذا العدد سنة ٢٠٠٠ إلى حوالي ٤٦٣٥٠٠٠ نسمة ، أي بزيادة قدرها ٩٤% (من خلال : عبد المحسن ١٩٨٦) .

ولعل هذا ما أدى إلى تحرك الجهات المسؤولة في مصر نحو تقديم المساعدات المختلفة عن طريق إنشاء العديد من دور الإيواء - وأندية المسنين مع تقديم القروض المالية الخاصة بالضمان الاجتماعي ، فقد تم إنشاء الجمعية العامة لرعاية المسنين في عام ١٩٨١ ، وإشهارها بوزارة الشؤون الاجتماعية برقم ١١٢ لسنة ١٩٨١ كجمعية عامة لها فروع بالمحافظات . وتهدف هذه الجمعية إلى تحقيق عدة أهداف من بينها العمل على رسم سياسة عامة للمسنين على مستوى الجمهورية . وإنشاء دور وأندية للمسنين بمختلف المحافظات ، والعمل على رفع مستوى الأحوال المعيشية للمسنين ، وإجراء البحوث والدراسات في مجال رعاية المسنين . وقد أوسعت هذه الجمعية في إنشاء الأندية النهارية للمسنين حتى بلغ عددها ٣٨ ناديا موزعة على ٢٢ محافظة . كما أن هناك دورا لتكريم المسنين القادرين على خدمة أنفسهم بلغ عددها ٤٠ دورا موزعة على سبع محافظات تقدم فيها الرعاية الصحية والاجتماعية للمسنين . وكذلك هناك دور لتكريم

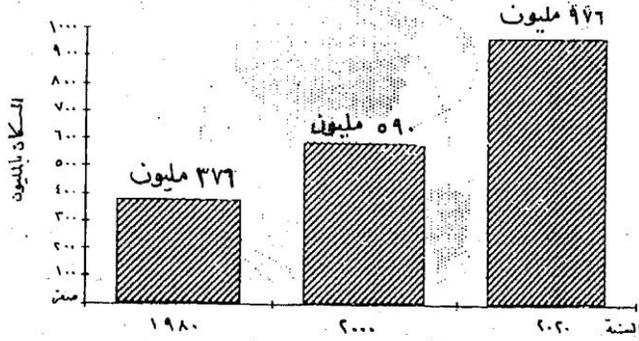
المسنين غير القادرين على خدمة أنفسهم (الجمعية العامة لرعاية المسنين ١٩٨٧) .

وعلى الرغم من تزايد عدد الأندية إلى ٤٤ ناديا على مستوى الجمهورية واهتمام إدارة رعاية المسنين بشأن التوسع في إنشاء هذه الأندية في الخطة الخمسية ١٩٩٢/٨٧ - فإن هناك بعض التحفظات على هذه الأندية ومنها عدم التوازن في توزيعها حيث تتركز معظمها (٤٥%) في مدينتي القاهرة والإسكندرية ، كما أن الكثير منها لم يضع في اعتباره الحالة الصحية للمسنين وقدراتهم المحدودة . وغالبيتها تتبع جميعات لها أغراض وأنشطة مختلفة ومتعددة مما يجعل نشاط نادي المسنين نشاطا نسبيا بالنسبة للأنشطة الأخرى . كما أنها لا تقوم بتنفيذ البرامج والخدمات التي نصت عليها لائحة إنشائها (العرفان ، عبد العال ، ١٩٩١) .

(ب) على المستوى العالمي : تبين أيضا أن هناك زيادة مضطردة في أعداد المسنين مما يشير إلى أننا أمام شريحة عمرية ليست بالقليلة وتستحق الاهتمام والرعاية من قبل المجتمع والدارسين في المجال .

فقد وصل عدد الأشخاص الذين بلغوا سن ٦٠ سنة فأكثر على مستوى العالم عام ١٩٨٠ إلى ٣٧٦ مليون نسمة ويحتمل أن يتزايد هذا

العدد ليصل إلى حوالي ٥٩٠ مليون نسمة عام ٢٠٠٠ ، وإلى ٩٢٦ مليون نسمة عام ٢٠٢٠ وهذا ما يوضحه الشكل البياني .



شكل (١) يوضح عدد سكان العالم ممن بلغوا سن الستين

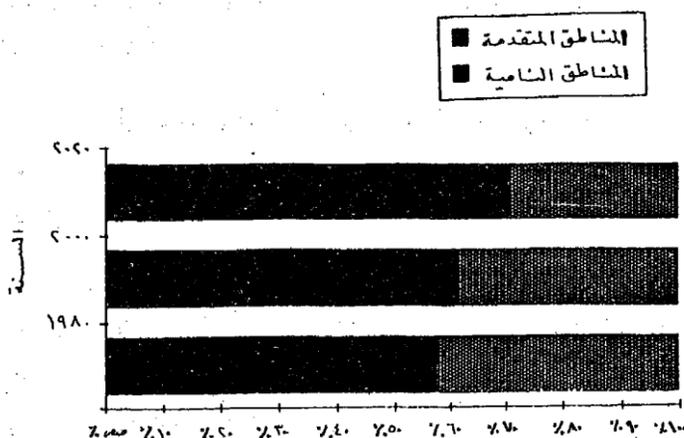
فأكثر عام ١٩٨٠ ، ومن يحتمل بلوغهم هذا السن في عام ٢٠٠٠

وعام ٢٠٢٠ (انظر : Skeet. 1988 P.2) وتبين أن الزيادة في

عدد الأشخاص ممن بلغوا ٦٠ سنة فأكثر ، تظهر بشكل واضح وقوى

في الدول النامية من العالم

الأشخاص في هذه الدول من ٥٥% عام ١٩٨٠ إلى ٧٠% عام ٢٠٢٠ وهذا ما يوضحه الشكل التالي :



شكل (٢) يوضح التوزيع المتغير لجمهور المنسين في المناطق

المتقدمة والنامية من العالم (انظر : Skeet,1988, P.2)

٢- تتمثل أهمية دراسة المسنين أيضا في أن المتع الذي نعيش فيه قادته غالبا من الكبار ، لذا يجب دراستهم لمعرفة إمكانياتهم البشرية. (السيد ١٩٧٥ ، ص٣٣٨) .

٣- يعد المسنون أيضا الثروة البشرية لأيمجتمع . ففي هذا العصر الذي نحرص فيه على تجميع كل طاقاتنا البشرية في سبيل البناء تقف مسألة رعاية المسنين ضمن موضوعات الساعة التي يجب أن تحظى باهتمام المشتغلين في مجال التربية وعلم النفس وعلم الاجتماع ،

والطب بفروعه المختلفة . وغير ذلك من التخصصات التي يمكن أن تلقى الضوء على هذه المرحلة من لعمر .

٤- لا تقف أهمية المسنين عند حدود الاستفادة من خبراتهم ، ولكن نجد أيضا أن تلك الشريحة هي التي تتولى في الغالب مقاليد الأمور الأسرية والعائلية والاجتماعية . وتحمل على عاتقها مهمة تربية الصغار . وتعليمهم القيم والمبادئ والمعايير التي يسلكون وفقا لها .

٥- يمكن من خلال إجراء الدراسات والبحوث في مجال المسنين ، والوقوف على مشكلاتهم وحاجاتهم الأساسية ، واتجاهاتهم وقيمهم إعداد وتقديم البرامج والخدمات الإرشادية التي تلائم أفراد هذه المرحلة العمرية . فقد أشارت " هاريس " إلى أن العقود أو السنوات القادمة سوف تشهد تغييرات كبيرة في جمهور المسنين كجماعة في حاجة إلى اهتمام ورعاية خاصة. وأن لهذه التغييرات تأثيرها في اهتمامات واحتياجات المسنين ، وفي إدراك المجتمع واتجاهه نحوهم (Harris,1985) .

٦- أشار " كوجل " إلى أهمية دراسة المسنين عبر ثقافات وحضارات مختلفة في مجال بناء تصور أو إطار مفسر لظاهرة التقدم في العمر عبر هذه الحضارات (Gowgill,1975) .

وفي ضوء ما سبق يتبين مدى أهمية دراستنا للمسنين من عدة زوايا سنعرض لكل منها في تقرير مستقل ، وذلك على النحو التالي :

أولاً : الكشف عن المشكلات التي تواجه المسنين من المتقاعدين وغير المتقاعدين عن العمل .

ثانياً : الكشف عن معتقدات واتجاهات الشباب نحو المسنين .

المفاهيم الإنسانية

ونعرض فيما يلي للمفاهيم الأساسية التي اعتمدنا عليها في مجال

دراستنا لمسنين وذلك على النحو التالي :

١- مفهوم الشيخوخة Senility :

(أ) المعنى اللغوي للشيخوخة :

شاخ الإنسان شيخا وشيخوخة : سن الشياخة ، منصب الشيخ وموضع ممارسة سلطته . (الشيخ) من أدرك الشيخوخة وهي غالبا عند الخمسين وهو فوق الكهل ودون الهرم ، وهو ذو المكانة من علم أو فضل أو رياة

(مجمع اللغة العربية ١٩٩٠ ص ٣٥٥) .

ويقال هرم الرجل هرما : أي بلغ أقصى الكبر وضعف فهو هرم (مجمع اللغة العربية ١٩٩٠ ص ٤٦٨) . فالهرم هو : كبير السن (الرازي ١٩٣٧) .

وفي مجال الشيخوخة والكبر : يقال : شاب الرجل ، ثم شط ، ثم شاخ ، ثم كبر ، ثم توجه ، ثم دلف ، ثم دب ، ثم مج ، ثم هج ، ثم ثلب ، ثم الموت . ويقال عن الرجل إذا شاخ وعلت سنه ، فهو فخر وقحب . فإذا ولى وسا ، عيه أثر الكبر ، فهو بفن ودرج . فإذا زاد

ضعفه ، ونقص عقله ، فهو: جلاب ومهتر (الثعالبي ١٩٧٢ ، ص ١١١ - ١١٢) .

وفي مجال ترتيب سن المرأة ذكر ما يأتي :

هي طفلة ، ما دامت صغيرة ، ثم وليدة إذا تحركت . ثم كاعب إذا كعب ثديها ثم ناهد ، إذا زاد ، ثم معصر إذا أدركت . ثم عانس إذا ارتفعت عن حد الإعصار . ثم خود إذا توسطت الشباب . ثم مسلف إذا جاوزت الأربعين . ثم نص ، إذا كانت بين الشباب والتعجيز . ثم شهلة كهلة ، إذا وجدت مسن الكبر ، وفيها بقية وجلد . ثم شهيرة إذا عجزت وفيها تماسك ثم حبيزون إذا صارت عالية السن ناقصة القوة . ثم قلم إذا انحنى قدها وسقطت أسنانها . (الثعالبي ١٩٧٢ ص ١١٢) .
وما دام الفرد بين سن الثلاثين والأربعين فهو : شاب ، ثم هو كهل : إلى أن يتوفي الستين (نفس المرجع السابق ص ١١١) .

(ب) مفهوم الشيخوخة كما يستخدمه الباحثون في

الميدان :

يستخدم الباحثون في مجال دراسة المسنين أحيانا مفهوم الشيخوخة وأحيانا أخرى مفهوم التقدم في العمر Aging على أنهما مترادفان ويشيران إلى نفس المعنى . وكلاهما قد استخدم بأشكال مختلفة . فمفهوم التقدم في العمر هو أحد المفاهيم المراوغة إلى درجة جعلت من

غير المستطاع لعدد كبير من الباحثين تناوله تجريبيا . كما تعددت المقاييس المستخدمة في تحديد مرحلة الشيخوخة . وشملت هذه المقاييس العمر الزمني ، والعمر البيولوجي ، والعمر السيكولوجي ، والعمر الاجتماعي .

١- العمر الزمني Chronological Age ”

يرى " بروملي " أن مرحلة الشيخوخة تنقسم إلى أربعة مستويات :
المستوى الأول : فترة ما قبل التقاعد Preretirement وتمتد من ٥٥ إلى ٦٥ سنة .

المستوى الثاني : فترة التقاعد : ٦٥ سنة فأكثر ، حيث الانفصال عن الدور المهني وشؤون المجتمع ، ويصاحبها تغيرات عديدة في النواحي العقلية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية .

المستوى الثالث : فترة التقدم في العمر Old Age ، والتي تمتد من ٧٠ سنة فأكثر ، حيث الاعتماد على الآخرين والضعف الجسدي والعقلي .

المستوى الرابع : فترة الشيخوخة والعجز التام والمرض والوفاة ، والتي تمتد حتى ١١٠ سنة (Bromley , 1966, P. 21-22) .

أما " هيرلوك " فتشير إلى وجود مرحلتين متميزتين :

الأولى : المرحلة الأولية أو المبكرة من التقدم في العمر (الشيخوخة المبكرة Early Old Age) وتمتد من ٦٠ إلى ٧٠ سنة .
الثانية : المرحلة المتقدمة (الهرم) وتبدأ من ٧٠ سنة وحتى نهاية الحياة . (Hurlock, 1981, P.390) .

ويرى " فؤاد البهي السيد " أن مرحلة الكبار تتضمن كل من الرشد والشيخوخة وتمتد من ٢١ سنة إلى ما بعد ٦٠ سنة حتى نهاية العمر ، وهي تنقسم إلى ثلاث مراحل جزئية .

الأولى : مرحلة الرشد المبكر ، وتمتد من ٢١ سنة إلى ٤٠ سنة .
الثانية : مرحلة وسط العمر ، وتمتد من ٤٠ سنة إلى ٦٠ سنة .
الثالثة : الشيخوخة ، وتمتد من ٦٠ سنة حتى نهاي العمر .
(السيد ١٩٧٥ ، ص ٣٣٥) .

وقد لوحظ أن هناك اختلافات في تحديد السن الذي تبدأ عنده الشيخوخة وتراوح هناك السن بين ٥٥ و ٦٥ سنة ولكن مع تقدم وسائل المعيشة الحديثة وارتفاع والوسائل الصحية أصبح سن ٥٥ غير مقبول - كسن لبدء الشيخوخة - وأصبح الاتفاق عاما (أو شبه عام) على أن سن بدء الشيخوخة هو سن الستين وهذا هو ما اصطلح عليه الدارسون للشيخوخة . (فكري ١٩٧٥) . فسن الستين - كما ترى

هيرلوك - هو الحد الفاصل بين مرحلة الكهولة والشيخوخة (Hurlock, 1981).

ولا يعد العمر الزمني وحده معيارا دقيقا لتقسيم حياة الكبار إلى مراحل ، فالعمر الزمني الذي تظهر عنده التغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية الخاصة بكبر السن يختلف من فرد لآخر . بل إن الشخص الواحد قد يختلف عمره الزمني عن عمره البيولوجي عن عمره السيكلوجي . (انظر : فوزي ١٩٨٢ ، السيد ١٩٧٥) . ولكنه بالرغم من هذا يستخدم العمر الزمني كإطار مفيد في بعض الحالات ، وخاصة بالنسبة للمتوسطات العامة لمظاهر الحياة (السيد ١٩٧٥ ص ٣٣٥) .

لذلك فمن المفيد من الناحية العملية ، وفي البحوث الخاصة بالمسنين استخدام مفهوم العمر الوظيفي Functional Age ، والذي يعطي مؤشرا للعمر بالنسبة للقدرة الأدائية. وقد استخدم هذا المفهوم أساسا في البحوث المتعلقة بتقدم السن في المجال الصناعي (من حيث مهارات العمل وأداء العامل .. الخ) (انظر فوزي ، ١٩٨٢ ، ص ٢٣٣) . حيث تقسم الحياة من ناحية العمل والإنتاج إلى أربع مراحل رئيسية هي :

أ - مرحلة التكوين : وتمتد من بدء الحياة إلى بدء الرشد .

ب - مرحلة ذروة الإنتاج : وتمثل مرحلة الرشد المبكر والتي تمتد من ٢١ سنة إلى ٤٠ سنة .

ج - مرحلة الإنتاج المتناقصة : وتمثل مرحلة وسط العمر ، والتي تمتد من ٤٠ سنة إلى ٦٠ سنة .

د - مرحلة الراحة : وهي مرحلة الإحالة إلى المعاش ، وتمتد من ٦٠ سنة إلى نهاية العمر (السيد ١٩٧٥ ، ص ٣٣٥) .

وقد حاول " بل وآخرون " , Bell, et al , بناء مقاييس مختلفة للعمر الوظيفي ، مشيراً إلى أنه يعد أكثر فائدة من العمر الزمني في معرفة الفرد المتقدم من العمر ، فهناك على سبيل المثال اختلاف في إدراك الفرد للعمر الزمني باختلاف الجنس " والطبقة " والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ، وغير ذلك من المتغيرات (Neugarten , 1977) .

٢- العمر البيولوجي Biological Age :

ويستخدم في تحديد بداية الشيخوخة العضوية ، وهو مقياس وصفي يقوم على أساس المعطيات البيولوجية لكل مرحلة مثل معدل الأيض ، ومعدل نشاط الغدد الصماء ، وقوة دفع الدم ، والتغيرات العصبية .. الخ .

٣- العمر الاجتماعي Social Age :

ويشير إلى الأدوار الاجتماعية Social Roles ، وعلاقة الفرد بالآخرين ومدى توافقه الاجتماعي .

٤- العمر السيكولوجي Psychological Age:

ويستخدم هذا المقياس في تحديد الشيخوخة النفسية ، وهو مقياس وصفي يقوم على جملة الخصائص النفسية والتغيرات في سلوك الفرد ومشاعره ، وأفكاره ... الخ (انظر : عودة ١٩٨٦ ، قناوي ١٩٨٧ ، (Dibner, 1975) .

هذا وقد لوحظ أن هناك تناقضا بين المحكات المستخدمة في التحديد السيكولوجي المرشد والشيخوخة . فالدورة الثلاثية للحياة: الصبا والرشد والشيخوخة يوجد بينها أوجه تشابه واختلاف ، فهي جميعا تتسم بالصيرورة ، في حالة الصبا والرشد صيرورة ارتقائية تقدمية . بينما في حالة الشيخوخة صيرورة تدهورية ، حيث العجز والاعتماد على الآخرين. ويختلف الاعتماد في الشيخوخة عنه في الصبا . حيث يتحول تدريجيا نحو قمة الاستقلال في منحنى دورة الحياة. (أبو حطب ، ١٩٨٢) .

وفي ضوء هذه المقاييس ميز " بيرون وريتز " بين أنواع مختلفة من الشيخوخة هي : الشيخوخة البيولوجية ، والشيخوخة السيكولوجية ،

والشيخوخة الاجتماعية ، بالإضافة إلى الشيخوخة الزمنية (انظر :
 . (Birren & Rinner, 1977 ، WHO,1986,P.7

وعلى الرغم من وجود بعض الاختلافات بين الباحثين حول مفهوم
الشيخوخة والتقدم في العمر ، فإن هناك بعض جوانب الاتفاق بين هذه
التعريفات ، والتي يمكن تلخيصها فيما يأتي :

أ - أن هناك تغيرا يحدث في وظائف الكائن بعد بلوغ فترة النضج

ب- أن هذا التغير هو حصيلة عدد من التراكبات البيولوجية
والسيكولوجية والاجتماعية التي يمر بها الفرد في حياته .

ج - أن العمر الزمني غير كاف وحده لتفسير التغيرات التي تطرأ
على الفرد في مرحلة الشيخوخة . (انظر حسين ١٩٨٢) .

د- أن الشيخوخة كمرحلة عمرية من مراحل النمو لها مظاهرها
البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية المصاحبة لها . فهي " الفترة التي
يحدث خلالها ضعف وانهيار في الجسم ، واضطراب في الوظائف
العقلية، ويصبح الفرد أقل كفاءة ، وليس له دور محدد . ومنسحب
اجتماعيا ، وسيء التوافق ، ومنخفض الدافعية ، وغير ذلك من
التغيرات " (Hurlock, 1981) . كما يعرف " بيرن " الشيخوخة بأنها
انخفاض تدريجي في كل من الأداء والوظيفة ، (Birren, 1960,

p.161) ويعرف " شاي " التقدم في العمر بأنه " التدهور التدريجي في قدرة الفرد على التكيف مع التغيرات التي يواجهها ، وتقرضها ظروف الحياة . (Schaie 1962. p. 129) .

٢- مفهوم التقاعد Retirement :

على الرغم من أنه لا يوجد إتفاق تام حول تعريف واحد للتقاعد بين العلماء والدارسين في هذا الصدد (Tinker, 1981) . فإن هناك اتفاقا حول الجوانب التالية:

أ - يرتبط مفهوم التقاعد بمفهوم الوظيفة Job أكثر من ارتباطه بمفهوم العمل Work . فالتقاعد يعني انقطاع الشخص عن أداء وظيفة ما ظل يؤديها حتى سن التقاعد . ولكن ذلك لا يعني أن الشخص أصبح غير قادر على العمل تماما (Atchley , 1976, p. 5-6) .

ب - هناك علاقة بين مفهوم التقاعد ، ومفهوم الأدوار الاجتماعية . فالتقاعد لا يعني فقط الانقطاع عن العمل ، بل يتعداه إلى حدوث تغييرات جارية في أدوار الفرد الاجتماعية . وذلك لأن العمل الذي يحدد مركز الفرد الاجتماعي . ويجعله يشعر بهويته . كما يحدد نظرته لنفسه . ونظرة الآخرين إليه (عبد الحميد ١٩٨٧) .

ج - ينقسم التقاعد إلى نوعين هما : التقاعد الإجباري Involuntarily أو الإلزامي ، وهو الذي يجبر عليه الفردولة العديد من

الأثار السلبية ، والتقاعد الاختياري Voluntarily ويتم برغبة الفرد .
وله أثاره الإيجابية بالمقارنة بالنوع الأول (Hurlock, 1981,)
. (Atchley , 1976).

د - تنقسم التعريفات المختلفة التي تناولت مفهوم التقاعد إلى ثلاث فئات أساسية هي :

الفئة الأولى : وتناولت التقاعد على أنه الانفصال أو الانسحاب من عمل رئيسي يتكسب منه الفرد .

الفئة الثانية : وتعاملت مع التقاعد على أنه الانسحاب نهائيا من قوة العمل .

الفئة الثالثة : وتعاملت مع التقاعد على أنه نهاية كل نشاط يسهم به الفرد فيما عدا الأنشطة الروتينية التي يقوم بها للحفاظ على كيانه (باركر ١٩٨٨) .

هـ - يتضمن التقاعد ست مراحل لكل منها دور اجتماعي معين - حددها

" أتشلي " في الشكل التالي :

مرحلة النهائية	مرحلة الاستقرار	مرحلة إعادة التوجيه	مرحلة الانسحاب	مرحلة شهر الحسل	مرحلة التربية	مرحلة التهيئة
التقاعد			ما قبل التقاعد			
نهاية التقاعد			بداية التقاعد			

شكل (٣) يوضح مراحل التقاعد - كما حددها اتشالي

(انظر Atchley, 1976, p> 64)

ونعرض لهذه المراحل على النحو الآتي :

المرحلة الأولى : مرحلة ما قبل التقاعد Pretirement Phase

وتنقسم إلى مرحلتين فرعيتين :

أ - المرحلة البعيدة : Remote Pase ، وتبدأ من تاريخ أداء

الفرد وممارسته لوظيفته الأولى ، وتنتهي حين يقترب الفرد من التقاعد

ب - المرحلة القريبة : Near Phase ، وتبدأ عندما يعي الفرد

بأنه سوف يتقاعد قريبا . ويحتاج الفرد خلالها إلى التخطيط للمستقبل

من الناحية المادية ، وشغل أوقات الفراغ . وفي هذه المرحلة يتحدد

اتجاه الفرد نحو التقاعد إيجاب أم سلبا .

المرحلة الثانية : مرحلة شهر العسل The Honeymoon Phase:

وهي بداية التقاعد ، حيث يتطلع الفرد لعمل أشياء لم يكن لديه

وقتا كافيا لانجازها من قبل (الكسفر ، زيارة الأقرار والأصدقاء

والرحلات .. الخ) . وتتطلب أن يكون المتقاعد متمتعا بصحة جيدة .

وفيظروف نفسية واجتماعية ملائمة .

المرحلة الثالثة : مرحلة الانسحاب Disenchantment Phase

وتبدأ هذه المرحلة حينما تنتهي مرحلة شهر العسل ، حيث ينظر فيها المتقاعد لحياته نظرة تتسم بالسلبية والتشاؤم . وتتأثر هذه النظرة بعدة عوامل اقتصادية وصحية واجتماعية . فقد تبين أن أكثر المتقاعدين شعورا بالقلق يعانون من مشكلات مادية وصحية حادة.

المرحلة الرابعة : مرحلة إعادة التوجه Reorientation Phase

ويتوقف نجاح هذه المرحلة على استخدام الشخص المتقاعد لخبراته لكي ينمو بشكل واقعي . كما تتضمن استكشاف الفرد لمجالات جديدة يمكنه المشاركة فيها . ويشعر من خلالها بالتفاعل مع الآخرين . ويحتاج الفرد في هذه المرحلة إلى التوجيه من قبل أسرته وأصدقائه ، فهم مصدر رضاء وإحساسه بوجوده .

المرحلة الخامسة : مرحلة الاستقرار Stability Phase

والاستقرار أو الثبات هذا لا يعني عدم وجود التغيير ، ولكن يشير إلى كيفية التعامل مع التغيير . ففي هذه المرحلة ينمو لدى المتقاعد عمل الاختيارات . ويسمح بالتعامل مع الحياة بقدر معقول من الراحة والنظام .

وينتقل بعض الأشخاص إلى هذه المرحلة مباشرة بعد شهر العسل ، كما يصل آخرون إليها بعد الشعور بالألم والمعاناة . كما أن هناك أشخاصا قد لا يصلون إليها .

وفي هذه المرحلة يعرف المتقاعد حدود إمكانياته وطاقاته وما هو متوقع منه. وبالتالي يشعر بالاكتمال الذاتي . أما مشكلاتها فتتمثل في مواجهة الفرد للضعف الجسمي والتغير في مستوى أدائه .

المرحلة السادسة : المرحلة النهائية Termination Phase :

حيث يموت الأشخاص بشكلمفاجئ دون أن يمروا بفترة طويلة من العجز أو المرض . ويكون الموت بالنسبة لهؤلاء الأشخاص هو نهاية التقاعد . أما الأشخاص الذين يعيشون إلى أنيفتقدوا دور التقاعد فأغلبهم بسبب المرض أو العجز المصاحب لتقدم سنهم . وعندما يصبح الفرد عاجزا غير قادر على التعامل أو العمل في بعض الأنشطة المنزلية البسيطة ، أو رعاية نفسه فإنه ينتقل من دور التقاعد إلى دور المريض العاجز (Atchley , 1976, P. 63-71) .

هذا وقد تبين أن للتقاعد بوجه عام آثاره السلبية التي لخصها " كمنج " فيثلاثة جوانب هي : العزلة الاجتماعية ، وفقدان المكانة ، وفقدان الجماعة الخاصة . (انظر Coming & Henry) .

أما مفهوم التوافق مع التقاعد Adjustment to Retirement فيشير إلى ثلاثة مضامين :

الأول : أنه يشير إلى الرضا أو إلى الشعور الإيجابي بأن التقاعد شيء طيب بل وربما أفضل مما كان متوقعا .

الثاني : أنه قد يعني التواءم مع ظروف متغيرة وذلك بتغير سلوك الفرد واتجاهاته لكي يواجه موقفا جديدا .

الثالث : أنه قد يشير إلى فكرة سلبية مضمونها الاستقرار الذي يعني الهدوء والسكون (باركر ١٩٨٨) .

٣- مفهوم الشخص المتقاعد Retired Man :

عرفه " تومسون " بأنه " كل من ترك وظيفته ، سواء كان إجباريا بسبب بلوغه سن التقاعد ، أو اختياريا بسبب ظروفه الصحية " (Thompson, 1960, P.165) . وعرفه " نبيل عبد الحميد " بأنه " هو الشخص الذي يبلغ السن التي حددها قانون المعاشات (وهو في مصر سن الستين لبعض الوظائف ، والخامسة والستين لبعضها الآخر) ، ولا يقوم بعمل ما . وهو تعريف لا يضم المتقاعدين بسبب المرض ، أو المتقاعدين باختيارهم (عبد الحميد ١٩٨٧ ، ص ٣٩) .

أما فيما يتعلق بأنماط المتقاعدين فيقسمها " ريشارد ولفيسون وبيترسون " إلى خمسة أنماط هي :

١- النمط الناضج ، وفيه يقع هؤلاء الذين يقبلون التقاعد بسهولة دون الندم على ما فات . كما أن بإمكانهم إقامة علاقات جديدة ومهام جديدة تشغل حياتهم .

٢- أصحاب المقعد الهزاز ، وهم الذين يرحبون بالتقاعد كمرحلة للاسترخاء ، والتأمل والتمتع السلبي بالتقدم في العمر .

٣- أما النمط الثالث من المتقاعدين فهم " ذوو الدروع " أي الذين يتبعون أسلوب حياة منظم مفعم بالنشاط لكي يدافعوا به ضد قلق التقدم في العمر .

٤- أما " الغاضبون " فهم الذين لا يستطيعون مواجهة فكرة التقدم في العمر ، ولومون الآخرين عن فشلهم في تحقيق أهدافهم في الحياة .

٥- أما " كارهو أنفسهم " فهم الأشخاص الذين يلومون أنفسهم عن كل فشل لحق بهم . وغالبا ما يفشل أصحاب النمطين الأخيرين في مواجهة أزمة التقاعد والتغلب عليها (باركر ١٩٨٨) .

الخصائص والتغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة

تتسم مرحلة الشيخوخة بعدة خصائص وتغيرات تميزها عن غيرها من المراحل وهذه التغيرات - كما سبق أن ذكرنا - هي نتيجة عدة عوامل سيكولوجية وبيولوجية ، واجتماعية يمر بها الفرد . وهذا ما نتناوله على النحو الآتي :

أولا : الخصائص والتغيرات الفسيولوجية والبيولوجية :

يعد كتاب " هول " G.Hall عن الشيخوخة الذي ظهر سنة ١٩٢٢ البداية الحقيقية للدراسات البيولوجية الخاصة بالكبار . فقد

ترتب عليه دراسة أثر الزمن على التغيرات البيولوجية التي تحدث للحيوانات خلال مراحل حياتهم المختلفة . ثم تطورت الأبحاث إلى دراسة أثر الزمن على خواص الإنسان البيولوجية والفسولوجية والنفسية الاجتماعية (السيد ١٩٧٥ ، ص ٣٣٤ - ٣٣٧) .

ويتغير الجسم البشري وتتغير أجهزته تبعا لزيادة عمر الفرد وارتقائه في حياته من الطفولة إلى المراهقة إلى الرشد إلى الشيخوخة . وبما أن الوظائف العضوية تعتمد على تكوين الأجهزة الخاصة بها . إذن فالوظائف العضوية تختلف من عمر إلى عمر يليه ومن مرحلة إلى أخرى تعقبها (نفس المرجع السابق ص ٣٤٦) .

وتكاد تجمع الأبحاث في علم الحياة والعلوم الطبية ، على أن الشيخوخة من الناحية البيولوجية عبارة عن " نمط شائع من الاضمحلال الجسمي في البناء والوظيفة يحدث بتقدم السن لدى كل كائن حي بعد اكتمال النضج . وهذه التغيرات الاضمحالية المسيرة لتقدم السن تعتري كل الأجهزة الفسيولوجية والعضوية والحركية والدورية والهضمية والبولية والتناسلية والعصبية والفكرية . (قناوي ١٩٨٧ ، ص ١٩) .

ولقد اتجه تعريف الشيخوخة من الناحية البيولوجية إلى جانبين أساسيين :

الأول : ويتعلق بالبناء : ويشير إلى زيادة التفاعلات الكيميائية الهدامة بالجسم عن التفاعلات الكيميائية البناءة . مما يترتب عليه نقص مستمر في مقدرة الجسم على مقاومة المؤثرات الخارجية .

الثاني : خاص بالوظيفة : حيث يؤدي هذا النقص المستمر في مقدرة الجسم على مقاومة المؤثرات الخارجية إلى نقص في المقدرة الوظيفية لهذه الأعضاء . وهذا أوضح ما يكون في نوعين من أعضاء الجسم . ذلك الذي ليس عنده المقدرة بطبيعته على تعويض نقص الخلايا (مثل خلايا الجهاز العصبي عامة) . والثاني ، ذلك الذي يتميز بأنه يتحكم في أعضاء أخرى بالجسم (مثل الغدة النخامية التي تتحكم في وظائف الغدد الصماء ، ومقدرتها على إفراز الهرمونات) وأي من النوعين ، أو كلاهما يؤدي في النهاية إلى اضمحلال وظيفة العضو والجسم ، وهو ما يسمى على مستوى الجسم كله عند حدوثه بالشيخوخة ، ويمكن توضيح ذلك بالآتي :

- | | | | |
|--------------|---|--------------------------------|-----|
| تقدم في السن | [| أ - تقدم سن بيولوجي | (١) |
| | | ب - تقدم سن كيميائي | |
| شيخوخة | [| أ - تقدم في السن | (٢) |
| | | ب - اضمحلال في القدرة الوظيفية | |
- (أنظر : فكري ، ١٩٧٥) .

وتتمثل أهم التغيرات الجسمية البيولوجية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة في الآتي :

١- التغير في الشكل العام للجسم :

ومن أبرزها التغير في وزن الجسم ،حيث يتجه نحو الانخفاض ، وكذلك سقوط الشعر والصلع ، وجفاف الجلد ،ورعشة اليدين ،وتورم القدمين بسبب اختزان السوائل بهما كأحد مضاعفات الدوالي بالساقين التي تنتشر بين الشيوخ بنسبة ٣٠ إلى ٥٠% إلى جانب وجود بقع زرقاء تحت الجلد . (السيد ، ١٩٧٥ ، فكري ١٩٧٥ : Hall, 1984) .

٢- التغيرات البيولوجية والفيولوجية :

ومنها ما يأتي :

أ - تغير معدل الأيض Metabolism ، تدل عملية الأيض على عمليتي البناء والهدم في الجسم . ولهذا الأيض علاقة مباشرة بقدرة الجسم على تجديد نفسه . حيث يصل معدل الأيض ٣٨ سعرا في الساعة بالنسبة للراشدين ويهبط إلى ٣٥ سعرا في سن السبعين ، ويظل في هبوطه حتى نهاية العمر ، ويؤدي هذا الهبوط إلى تغلب عوامل الهدم على عوامل البناء في الجسم .

ب- تغير معدل نشاط الغدد الصماء ، حيث يهبط معدل إفراز هرمونات هذه الغدد بشكل واضح كلما تقدم الفرد في العمر .

ج - تغير السعة الهوائية للرئتين ، حيث تقل نسبة الهواء في عمليتي الشهيق والزفير تبعا لزيادة السن ، فهناك تناقص في السعة الهوائية للرئتين تبعا لزيادة العمر الزمني . وتظل قدرة الإنسان على التنفس في انحدارها حتى يصل الفرد إلى شيخوخته فتتقص هذه القدرة ٢٥% عما كانت عليه في الرشد .

د - تغير قوة دفعة الدم ، تتناقص القوة الدافعة للدم تبعا لزيادة العمر الزمني ، وتقاس هذه القوة باختبارات خاصة في جميع المراحل الزمنية للحياة .

هـ - التغيرات في الجهاز الهضمي ، أوضحت نتائج الدراسات حولتأثير الشيخوخة على أعضاء الجهاز الهضمي والكبد أنه يوجد انخفاض ملحوظ في كمية إفراز اللعاب وقدرته الهضمية . كما أن هناك انخفاضا في إفراز المعدة لحمض الهيدروكلوريك وأنزيمات الهضم ، وقصور الأمعاء الدقيقة على امتصاص المواد الغذائية وضعف الأمعاء الغليظة على التفريغ .

هذه أمثلة لبعض التغيرات الفسيولوجية والبيولوجية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة والتقدم في العمر . وإلى جانب ذلك يوجد العديد من

التغيرات في وظائف الكلى ، والكبد ، والجهاز العصبي .. الخ . (انظر : قناوي ١٩٨٧ ، فكري ١٩٧٥ ، السيد ١٩٧٥ : Hall,1984).

٣- التغير في الحواس :

ويتضمن ما يأتي :

أ- تغير البصر تبعا لزيادة العمر حيث تضعف قوة لاستجابة الضوئية للعين مع زيادة العمر ، وذلك لأن حدة العين تفقد جزءا كبيرا من مرونتها .

ب - تغير السمع : تبدأ حاسة السمع في الضعف في سن الخمسين . ومن مظاهر هذا الضعف صعوبة إدراك الأصوات الحادة ، وفي نفس الوقت ارتفاع العتبة الفارقة للسمع بتقدم السن ، وتزايد حاجة المسنين لأن يرفع الآخرون أصواتهم حتى يمكنهم سماعهم بوضوح .

ج - تغير الصوت : يضعف الصوت تبعا لزيادة العمر ، ويفقد جزءا كبيرا من حرارته ، ويصبح مرتعشا متقطعا . ويرتبط هذا التغير بمخارج الحروف التي تعتمد في جوهرها على التكوين السليم لجوف الفم .

د- تغير حاسة التذوق : تضعف براعم التذوق المنتشرة على طرفي وجانبي اللسان تبعاً لزيادة العمر ويقل إحساس الكبار بالمادة السكرية .

هـ - تغير حاسة اللمس : حيث يضعف إحساس الجلد تبعاً لزيادة العمر ، وخاصة فيما بين ٤٠ و ٦٥ سنة ويصبح تكيف الجسم لدرجات الحرارة الباردة والساخنة بطيئاً ضعيفاً (انظر : السيد ،١٩٧٥ ، فكري ١٩٧٥ ، : Birren ,1960)

النظريات المفسرة لمشكلات

الشيخوخة والتقاعد عن العمل

يرى " ستانلي باركر " أن هناك زاويتين يمكن من خلالها النظر إلى مشكلات التقدم في العمر :

الزاوية الأولى : هناك من ينظر إلى التقاعد والعمل من زاوية تقليدية محددة ومن هذه الزاوية يقع التأكيد الأكبر على مدى الاختيارات المتاحة أمام كبار السن، وعلى التمسك ومسايرة أفاظ التفكير والسلوك التقليدي والإبقاء على ما هي عليه.

الزاوية الثانية : الاتجاه الذي ينظر إلى التقدم في العمر من وجهة نظر متحررة عريضة ومتجددة . وهنا يقع التأكيد الأكبر على ضرورة التوسع في مدى الاختيارات المتاحة أمام كبار السن وعلى تشجيع الأفكار الجديدة وتحدي الأوضاع التقليدية بوضع سياسات بديلة .

ويرى " باركر " أنه من الضروري تبني وجهة النظر الثانية ،مؤكدًا ضرورة تناول جديد لمشكلات التقاعد والعمل للمتقدمين في العمر . فالتقاعد بالنسبة لغير القادرين على العمل قد يجلب لهم بعض الارتياح ،أما هؤلاء الذين مازالوا قادرين على العمل بدرجة كافية فإن التقاعد الإجباري قد يجلب لهم انتقالًا مفاجئًا من حالة الاستقلال والكفاءة إلى

حالة الاعتمادية التي لم يختارونها ولم يكونوا مهيين لها بعد (باركر ،
١٩٨٨) .

وفي ضوء الزاويتين السابقتين نعرض لأهم النظريات والمناحي
المفسرة لمرحلة الشيخوخة والتقاعد عن العمل ، وذلك على النحو
الآتي:

١ - نظرية الانسحاب أو فك الارتباط Disengagement:

وهي نظرية قدمها كل من " كمنج وهنري " وتقوم على افتراض
مؤداه أن الأفراد حينما يصلوا إلى مرحلة الشيخوخة فإنهم يبدأون
تدريجيا في الانسحاب من السياق الاجتماعي وتناقص الأنشطة التي
كانوا يقومون بها من قبل . وذلك نتيجة لنقص عمليات التفاعل
بينالمسن والآخرين من أفراد المجتمع داخل النسق الاجتماعي الذي
ينتمي إليه . ووفقا لهذه النظرية فإن التقاعد الإجباري عند سن معين يعد
تحديدا من قبل المجتمع للوقت الذي يتوقع من المسنين فيه أن تضعف
روابطهم الاجتماعية . (Cumming & Henry , 1961) .

وفي ضوء هذه النظرية فإن مظاهر التغير المصاحبة للمتقدم في
العمر تتمثل في ثلاثة جوانب هي :

١- تناقص معدل تفاعل الفرد كلما تقدم في العمر .

٢- حدوث تغيرات كمية وكيفية في أسلوب ونمط التفاعل بين الفرد والآخرين.

٣- تغير شخصية الفرد ، حيث ينتقل المسن من الاهتمام بالآخرين إلى الاستغراق والاهتماممبداته (نفس المرجع السابق) . (

وتختلف عملية الانسحاب هذه من مجتمع لآخر ، ومن ثقافة لأخرى . كما تختلف شكلا ومضمونا لدى المسنين الذين يشغلون وظائف مختلفة . فمن أوجه النقد التي وجهت إلى هذه النظرية أنها لا تنطبق على الأفراد الذين يعملون أعمالا تتصل بالأدب أو الفن أو التدريس الجامعي- على سبيل المثال - (انظر : عبد الحميد ، ١٩٨٧) .

وفيضوء هذه الانتقادات عدلت " كمنج " من هذه النظرية . وأشارت إلى أن الرضا عن الحياة يرتبط بنظرة الفرد لمرحلة التقاعد ، وهل يفضل الفرد المسن ممارسة الأنشطة بشكل إيجابي . أم أنه يرغب في العزلة والانسحاب من المجتمع (Cumming, 1964) .

كما أضاف " ستريب وشنيذر " إلى هذه النظرية مفهوم الانسحاب الفارق ، Differential Disengagement ، والذي يشير إلى وجود اختلاف في درجة الانسحاب باختلاف طبيعة عمل المسنين ، وسمات

شخصيتهم وغير ذلك من عوامل (Streib & Schneider, 1972)

٢- نظرية النشاط Activity Theory :

وتفترض هذه النظرية أنه لكي يحدث التوافق بشكل فعال مع فقدان عمل أو وظيفة فإنه يجب على الفرد أن يجد بديلا لتلك الأهداف الشخصية التي كان ذلك العمل يقوم بتحقيقها . وأن ينمي اهتماماته ويواصل نشاطاته بما يساعد على رفع روحه المعنوية . (Atchley , 1976,P. 112) .

ويعتبر " فريدمان وهافيجرست ، وميلر ، مؤسسي هذه النظرية وقد ركز كل من " فريدمان وهافيجرست " على أهمية الأنشطة البديلة في حالة فقد المتقاعد لوظيفته ، وعمله والتي يمكن من خلالها شغل وقت فراغه وإعادة توافقه .

كما ركز " ميلر " على الأنشطة البديلة التي تمثل مصدرا جديدا للدخل . إذن فالأنشطة البديلة التي يقوم بها الشخص بعد التقاعد تحقق له هدفين : الأول : أن يجد البديل عن العمل المفقود . والثاني : أنها تعتبر مصدرا جديدا للدخل الذي تناقص بعد التقاعد عن العمل (انظر : Friedinan & Havighurt, 1954 , Miller, 1965) .

وعلى عكس نظرية الانسحاب فإن نظرية النشاط ترى أن الرضا لدى كبار السن إنما يتوقف على اندماج الفرد في المجتمع وعلى تلك الاجتهادات التي يظل يضيفها وعلى شعوره بأنه مازال نافعا ومطلوبا (باركر ، ١٩٨٨) فقيام المسن ببعض الأنشطة يعتبر أمرا ضروريا لزيادة رضا المسن عن الحياة وقناعته نبها . فاتجاهات كبار السن نحو التقاعد - كما يرى هافيجرست Haveghurst تنقسم إلى فئتين :

الأولى : هم الأشخاص الذين يمكنهم التغيير من نمط حياتهم بعد التقاعد ويطلق عليهم (Transformers) عن طريقخلق أنماط جديدة من الأنشطة والأعمال لقضاء وقت الفراغ .

الثانية : وهم الأشخاص الذين يرغبون الاستمرار في نفس أعمالهم السابقة ويطلق عليهم " Maintainers " (Hurlock , 1981, P.) . (426)

ويؤخذ على هذه النظرية أنها لا تلائم إلا نسبة قليلة من المتقاعدين ولا تفسر إلا نسبة ضئيلة مما يعانيه المسنون . فالأفراد الذين كانوا مشغولين بدرجة كبيرة في عملهم قبل التقاعد ، ولم يكن لديهم الوقت الكافي لممارسة وتنمية بعض الأنشطة أو المعارف لن يجدوا مكانا في هذه النظرية (انظر : عبد الحميد ١٩٨٧) .

٣- نظرية الأزمة Crisis Theory

وتؤكد هذه النظرية أهمية الدور المهني بالنسبة للفرد داخل المجتمع . فقيام الشخص المسن بعمل ما يعد في غاية الأهمية بالنسبة له . حيث يكسبه الدور المهني هويته ، ويمكنه من وضع نفسه في علاقات مع الآخرين ، ويساعده على التوافق النفسي الاجتماعي (Bell , 1975) .

ويرى أنصار هذه النظرية أن التقاعد يمثل أزمة بالنسبة للمسن ، خاصة لدى هؤلاء الأشخاص الذين يعطون للعمل أهمية كبيرة . ويعتبرونه قيمة في حياتهم . (انظر : Bell, 1978) .

وقد انقسم الباحثون إزاء هذه النظرية إلى فريقين :

الفريق الأول : ويرى ممثلوه أنفقدان الفرد لعمله وتغير أدواره بعد إحالته للتقاعد يؤثر في نظرتة لنفسه ، وفي علاقاته مع أسرته والمجتمع الذي يعيش فيه

الفريق الثاني : وينظر أصحابه إلى الإحالة إلى التقاعد على أنه ليس العامل الوحيد والأهم في عدم رضا المسن عن نفسه وعن حياته . فتأثير التقاعد يتوقف على عدة عوامل منها المستوى الاقتصادي الاجتماعي ، وأهمية العمل بالنسبة للفرد ، والحالة الصحية .. الخ . (انظر: عبد الحميد ، ١٩٨٧ ، ص ٥٦ ، ٥٧ ، وعفيفي ، ١٩٩٠ ، ص ٦٥) .

٤- نظرية الشخصية Personality Theory :

ويرى أنصار هذه النظرية أن التوافق مع التقدم في العمر يرتبط بنمط وسمات شخصية الفرد . وينظرون إلى التغيرات المصاحبة للمتقدم في العمر على أنها نتيجة للتفاعل بين التغيرات الاجتماعية الخارجية . والتغيرات البيولوجية الداخلية (Russell, 1981, Neugarten, 1977) .

وطبقا لهذه النظرية فإن الأفراد ذوي الشخصيات المتكاملة Integrated Personalities يمكنهم الأداء بشكل أفضل . وذلك لأن لديهم درجة مرتفعة من القدرات المعرفية ، والأنا الدفاعية ، ودرجة عالية من التحكم في الذات ، والمرونة ، والنضج ، والخبرة ، والتفتح . وفي مقابل ذلك يوجد الأفراد ذوو الشخصيات غير المتكاملة Unintergrated . وهم الأفراد الذين لديهم إعاقات في الوظائف السيكولوجية ، ويفتقدون القدرة على التحكم في انفعالاتهم . كما أن هناك تدهورا في قدراتهم (Russell, 1981) .

ويرى البعض أن هؤلاء الأشخاص الذين تتسم شخصياتهم بالتكامل ليس بالضرورة أن يكونوا متكاملين اجتماعيا في قيامهم بأدوارهم ، وفي علاقاتهم الاجتماعية . ومع ذلك فإن لديهم درجة عالية من الرضا عن الحياة . (نفس المرجع السابق) ويؤكد " نيوجرتين " أهمية الشخصية

بمختلف سماتها كمتغير مستقل يساعدنا على وصف أنماذ المسنين ،
والتنبؤ بالعلاقات بينمستوى فاعلية الدور الاجتماعي والرضا عن الحياة
(Neugarten, 1977) .

٥- منحنى التفاعلية الرمزية Symbolic

:Interactionalism

وينظر أصحابه إلى التقدم في العمر على أنه نتيجة للعلاقات
المتبادلة بين الفرد وبيئته الاجتماعية . فالتقدم في العمر هو عملية
دينامية تستجيب للسياقات البنائية والمعارية وإمكانات الفرد وإدراكاته ()
(Russell. 1981) .

ولا يعطى منحنى التفاعلية الرمزية اهتماما كبيرة لنمط معين من
النشاط أو السلوك أو الخبرة لدى المسنين . ولكنه يفترض أنهنالك نوعا
من التركيب الاجتماعي والعلاقات المقعدة بين هذه العناصر جميعها .
فالرضا عن الحياة مثلا هو مزيج بينالاتساق الداخلي ،والتوقعات
المعارية .

وفي ضوء ذلك يعطي أصحاب هذا المنحي أهمية للمشاركة في
الحياة الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين داخل إطار معين تحكمه
الأوضاع والمعايير السائدة فيه ، فهناك مثلا علاقة بين التوافق مع

التقدم في العمر ، وشكل الدور الذي يقوم به الفرد رسمياً أم غير رسمي
(Russell. 1971, P.54-57) .

٦- نظرية التوافق A theory of Adjustment

وفي ضوء تحليل " أتشلي " للعناصر الأساسية في النظريات
الثلاث (النشاط ، والانسحاب والاستمرار) ، والتي عرضنا لها من قبل
، أوضح أن عملية التوافق تقوم على عنصرين أساسيين هما :

أ - التسوية الداخلية Internal Compromise .

ب - التفاوض والتفاهم بين الأشخاص Interpersonal
Negotiation.

والتسوية الداخلية تعني إعادة النظر في معايير اتخاذ القرار . أما
التفاوض بين الأشخاص فينظر إليه عملية يتم فيها مناقشة الفرد
لأهدافه وطموحاته مع الآخرين ممن يتعامل معهم . ويمكن أن يترتب
عليها تغيير الفرد لأهدافه . وأوضح " أتشلي " أن هناك علاقة قوية بين
هذين العنصرين . وأشار إلى أن مدرج الأهداف الشخصية
Hierarchy of Personal يتسم بالتغير من مرحلة عمرية لأخرى ،
ويتطلب ذلك من المتقاعد أن يتكيف مع الأدوار الجديدة . ويأخذ التغير
في مدرج الأهداف الشخصية اتجاهين :

الأول : أن يكون التدرج إيجابيا ، فيكون الفرد أكثر شعورا بالرضا والنجاح والالتزام ، والتفاعل مع الآخرين .

الثاني : أن يترتب على التدرج حدوث تغير سلبي ، خاصة لدى الأشخاص الذين وصلوا إلى قمة العمل في وظائفهم السابقة ، حيث يصبح التقاعد امرا صعبا بالنسبة لهم ، كما يعتبر الأشخاص المأديون الوظيفة شيئا هاما لتحقيق أهدافهم المادية .

وأوضح " أتشلي " أن التقاعد لدى العديد من الأشخاص المتقاعدين يتضمن إعادة تنظيمهم لمدج الأهداف الشخصية في ضوء عمليتين هما التسوية الداخلية ، حيث إعادة النظر والمراجعة الداخلية لمعايير اتخاذ القرار ومناقشة الفرد لأهدافه وطموحاته مع الآخرين، وعملية المقارنة أو المضاهاة بين أهداف الفرد وأهداف الآخرين (Atchley, 1976, P. 113-120) .

عرضنا بذلك لبعض النظريات والمناحي التي تلقى الضوء على مرحلة الشيخوخة والتقدم في العمر . وذلك سواء فيما يتعلق بخصائص هذه المرحلة ، والمشكلات التي يواجهها المسنون من المتقاعدين وغير المتقاعدين عن العمل ، ومصادر وأسباب هذه المشكلات ، وكيفية التغلب عليها . وقد تبين من خلال هذا العرض أن هذه النظريات في مجملها تشير إلى أن التوافق النفسي والاجتماعي مع التقدم في العمر

هو نتيجة التفاعل بين نوعين من العوامل هما : العوامل الداخلية الخاصة بالشخص ، والعوامل الخارجية التي ترتبط بالبيئة والسياق الاجتماعي والحضاري .

وهناك إلى جانب هذه النظريات نظريات أخرى مثل نظرية الاستمرار Continuity Theory (انظر 1976 , Atchley) ، والنظريات البيولوجية (انظر Hall, 1984) . وهي لا تختلف كثيرا في إطارها العام وفروضها الأساسية عن النظريات التي سبق أن عرضنا لها .

الإدراك الاجتماعي للمسنين

” التعريف والإطارات النظرية المفسرة ”

تتمثل أهمية تناولنا لهذه الإطارات النظرية في أنها تلقي الضوء على كيفية إدراك الآخرين للمسنين وتساعدنا على تفسير التصورات والاتجاهات السائدة نحوهم .

ونعرض أولاً لمعنى الإدراك الاجتماعي :

١- معنى الإدراك الاجتماعي Social Perception :

يستخدم مصطلح " الإدراك " في علم النفس الاجتماعي استخداماً مغايراً عن استخدامه في علم النفس التجريبي . فهو في علم النفس التجريبي اصطلاح يشار به إلى ما يقع على سلوك الكائن الحي من تحكم مصدره الحواس ، أو إلى خبرة حسية منتظمة على ضوء خبرات حسية سبق وقوعها للكائن (مذكور وآخرون ١٩٧٥) . أو هو بمعنى آخر قدرة المرء على تنظيم التنبيهات الحسية الواردة إليه عن طريق الحواس المختلفة ، ومعالجتها ذهنياً في إطار الخبرات السابقة والتعرف عليها ، وإعطائها معانيها ودلالاتها المعرفية المختلفة (الصبوة ١٩٨٧ ، ص ٣٩) .

فالباحث في علم النفس العام أو علم النفس التجريبي يهتم بدراسة إدراك الفرد " أ " للفرد " ب " على أنه قصير أو طويل ، بدين أو نحيف

،أبيض أو أسود . أما الباحث في علم النفس الاجتماعي فيتركز اهتمامه على إدراك الفرد "أ" " للفرد "ب" في إطار عمليات التفاعل الاجتماعي ، كيف يتعامل معه ، وكيف يؤثر في شخصيته أو يتأثر بها ، وباتجاهات "ب" كما تكشف عن نفسها في تفاعله الاجتماعي معه .. وهكذا .

وعملية إدراك الفرد للآخرين عملية معقدة ،فهو لا يعتمد على مجرد ما يراه الفرد وما يسمعه عن الآخرين،بل يعتمد أيضا على خصائص الموقف الذي تتم فيه عمليات التفاعل الاجتماعي . وعلى نوع العلاقات التي تصل ما بين المفاعلين في ذلك الموقف (السيد ، ١٩٨١ ، ص٢١٠) .

وهناك كما أوضح " هارفي " نسق من المعتقدات يؤثر في إدراكنا الاجتماعي للآخرين ، وتختلف درجة تأثير هذا النسق في ضوء أربعة مستويات متدرجة من العيانية إلى التجريد . وأشار إلى أن لكل مستوى من هذه المستويات تأثيره في إدراك الفرد للآخرين وانطباعاته عنهم (Harvery,et al.. 1966) .

فالإدراك الاجتماعي هو: " عملية تكوين انطباعات Impressions عن الآخرين ، وتقويمهم والحكم على سلوكهم وخصائصهم (سواء فيما يتعلق بمشاعرهم أو مقاصدهم ، أو

استعداداتهم ... الخ) . كما أنه يتضمن وضع الفرد للأشخاص الآخرين وتصنيفهم في فئات ذات معنى (كأن يصنف الفرد الآخرين على أساس : المظهر الجسمي أو ملامح الوجه أو على أساس بعض المتغيرات السيكولوجية مثل : العداوة والكراهية - مقابل التسامح والحب) (Khan, 1984, P.25) .

ومصطلح الإدراك كما هو ملاحظ من هذا التعريف - يستخدم بشكل واسع وشامل ، فهو يتضمن عمليات الاستدلال Interenee والتي تستخدم غالبا على أنها معرفة Cognition أكثر من كونها إدراكا (Harre & Lannb, 1984)

وتمر عملية تكوين الانطباعات عن الآخرين بأربع مراحل هي : الأولى: حيث تكوين انطباع عام عن الأشخاص بمجرد رؤيتنا لهم . وذلك على الرغم من عدم توفر القدر الكافي من المعلومات .والذي يسمح بإصدار أحكام تتسم بالدقة .

الثانية : تنظم النظريات الضمنية Implicit Theories هذا الانطباع ،ومن أمثلة ذلك العلاقة المفترضة بين القدرات العقلية أو بعض سمات الشخصية وبين الخصائص الجسمية أو المظهر الخارجي للآخرين .

الثالثة تحدد تلك النظريات تنبؤاتنا عن هؤلاء الأشخاص .

الرابعة : تتشكل تلك التنبؤات حتى تتسق مع إدراكنا للشخص كوحدة مستقلة (Cook, 1971: Smith, 1966) .

ويعتبر التقويم Evaluation أحد المظاهر الهامة في عملية تكوين الانطباعات الأولية ، هل نحب أم نكره . ودرجة هذا الحب أو هذه الكراهية وقد تبين هذا بوضوح في أعمال " أو سجود ومعاونيه " (Osgood, et al. 1957) ، على مقياس تميز المعنى Semntic Differential ، والتي تبين من خلالها أن بعد التقويم يعد أحد الأبعاد الأساسية الذي يقف خلف إدراك الفرد للآخرين ، بينما يقوم بعد القوة ، والنشاط بدور أقل أهمية في هذه العملية (sears, et al,1985) .

وقد يترتب على التقويم بعض التشوهات وعدم الدقة في العديد من المواقف وذلك على النحو التالي :

أ - الاتساق : Consistency ، حيث يميل الأفراد إلى تكوين خصائص متسقة عند تقويمهم للآخرين حتى إذا لم تتوفر لديهم معلومات كافية عنهم . فإذا أدرك شخص ما شخصا آخر بأنه لطيف أو جيد فهو ينر إليه على أنه جذاب ، وذكي ، وشجاع . أما إذا أدركه على أنه سيء ، فهو ينظر إليه على أنه حيان وقبيح وأحمق .

وهذا الميل نحو الاتساق يسمى عادة بأثر الهالة Halo effect ، لأن ما نطلق عليه " حسن " يحاط بمجموعة من الصفات الإيجابية تعزي أو تنسب إليه ، وهذا هو تأثير الهالة الإيجابي Positive Halo . أما تأثير الهالة السلبي Negative Halo فيتمثل في أن ما نطلق عليه " سيئا " يتم رؤيته على أنه يتصف بكل السمات أو الصفات السلبية .

وقد تبين من الدراسة التي أجراها " دوين وآخرون " Doin et al., في السبعينيات أن الأفراد يعطون للأشخاص ذوي الجاذبية الجسمية ، كالمركز المهني ، والكفاءة (Sears, et al., 1985) . فإدراكنا للمرأة مثلا بأنها جميلة يمتد إلى تصورنا لها بأنها تتسم بالدفء والذكاء .

ب - التحيز الإيجابي Positive Bias :

تعتبر التقويمات الإيجابية أكثر شيوعا من التقويمات السلبية . وهذا الميل للمتقويمات الإيجابية يرجع إلى ما أطلق عليه " برونر وآخرون (Bruner & et al, 1985) أثر التساهل أو اللين Linency effect . وما أسماء " سيرز " بالتحيز الإيجابي حيث يصبح الأفراد في حالة أفضل عندما يحاطون بأشياء حسنة وخبرات

سارة ، ومناخ جميل ، وأشخاص يتسمون بالصفات الإيجابية
(Sears, et al, 1985) .

٢- الإطار النظري المفسر للإدراك الاجتماعي :

هناك العديد من التساؤلات التي تحاول أن تجيب عنها في هذا
الجزء . ومنها على سبيل المثال : كيف تتكون انطباعات الفرد عن
الآخرين بوجه عام والمسئولين بوجه خاص ؟ وما هي العمليات
المتضمنة في إدراك العلاقات بين الأشخاص ؟ وما هي العوامل المؤثرة
في ذلك ؟

وسوف نحاول الإجابة عن هذه الأسئلة من خلال عرضنا لأهم
المناحي أو الأطارات النظرية المفسرة للإدراك الاجتماعي . وذلك على
النحو الآتي :

١- نظرية الحدس :

تقوم هذه النظرية على ثلاث فروض أساسية هي :

١- أن الإدراك الاجتماعي فطري أو موروث . فالتعبيرات
والملامح الخارجية الموجهة وعمليات التعرف عليها فطرية ولا
دخل للعوامل البيئية فيها .

٢- أن الإدراك الاجتماعي ذو طبيعة كلية ، حيث يدرك الفرد
الآخرين ككل وليس كأجزاء مستقلة .

٣- أن الإدراك الاجتماعي يتم بشكل مباشر، وهو من الفروض الغامضة في نظريات الحدس، فهناك صعوبة تواجه الباحثين في التمييز بين الإدراك الاجتماعي المباشر وغير المباشر (Sarbin , et al., 1960).

ونعرض فيما يلي لهذه الافتراضات بشيء من التفصيل :

الافتراض الأول : حيث أوضحت دراسة " إيمان " (Ekman, 1973) أن هناك تشابها في بعض الحالات الانفعالية بين العديد من الثقافات . وأن الأطفال الذين يولدون ولديهم عجز تام عن الرؤية يظهرون تعبيرات وجيهة يمكن التعرف عليها وبالتالي استنتج البعض من الباحثين أن الإدراك الاجتماعي عملية فطرية - وإذا كان هناك دليل على أن التعبير والتعرف على الانفعالات يكون فطريا ، فإنه لا يوجد دليل مقنع بأن الأحكام التي يصدرها الفرد تعد نظرية أيضا .

الافتراض الثاني : ويتلخص في أن الفرد يميل إلى تنظيم اطباعاته والربط بين أنواع مختلفة من المعلومات . إلا أنه ليس من الضروري أن يكون الإدراك كليا ، فقد يعطي الفرد أحكاما لجوانب محددة من الشخصية من خلال أجزاء مستقلة من المعلومات .

الافتراض الثالث : أن الإدراك الاجتماعي ذو طبيعة مباشرة . ومن

النظريات التي اهتمت بالتمييز بين لإدراك المباشر ما يأتي :

أ - نظرية الجشطلت للإدراك الاجتماعي ، وتركز على مفهوم التماثل في الشكل Ismorphism الذي قدمه " أرنهيم " Arnheim . فالبناء الجسمي للفرد ينعكس في نمط التماثل بين القوى السيكولوجية الداخلية وبين الملامح والتعبيرات الخارجية . إلا أنه يؤخذ على هذه النظرية عدم التحديد الواضح لمعنى البناء الجسمي ، وما هي القوى الجسمية.

ب - نظرية التعاطف Empathy Theory : وتفترض أنالشخص الملاحظ يعرف ما هي مشاعر الشخص المبحوث لأنه يتخيل نفسه في ظروف مماثلة ويستجيب طبقا لذلك . فالإدراك المباشر في هذه العملية يتناقض مع الإدراك غير المباشر . إلا أن هذا التصور مازال يحتاج إلى دليل مقنع (Cook, 1971) .

ويلاحظ علىهذه الافتراضات الثلاثة لنظرية الحدس أنها ليست مرتبطة ولا يجمعها إطار أو مقام مشترك يسمح بتفسير عملية الإدراك الاجتماعي على أسس واضحة ودقيقة (نفس المرجع السابق) .

٢- منحي التعلم :

ويذهب أصحابه إلى أن الأفراد يكونون معلوماتهم ومعارفهم عن الآخرين بطريقةآلية بسيطة دون ربطها بالخبرات الماضية المتاحة لدى الفرد .وذلك على النحو الآتي:

النموذج الأول : نموذج التوسط Averaging Model :

يعتمد منحى التعلم في تفسيره لتكوين الانطباعات على مبدأ التوسط الذي قدمه " أندرسون " Anderson والذي نعرض له كما يلي :

نفترض مثلا أن الشخص (أ) لاحظ أن الشخص (ب) لطيف وذكي وحكيمولكنه قصير جدا ، وملابسه فقيرة . إنه بسرعة (أي الشخص " أ " يقوم بتشغيل معلوماته في ضوء ما هو إيجابي أو سلبي من هذه الصفات . في حالة ما إذا طلب منه مثلا إعطاء تقدير لهذه الصفات في ضوء مقياس متصل يمتد من +١٠ (إيجابي جدا) إلى -١٠ (سلبي جدا) وذلك على النحو الآتي :

جدول رقم (١)

يوضح تقدير الفرد لمجموعة من الصفات

السمات	درجة توقيتها
لطيف	+١٠
ذكي	+١٠
حكيم	+٤
قصير جدا	-٥

٩-	ملايسه فقيرة
٢=١٠/٥+	الانطباع العام

وفي ضوء هذا التقديرات يفترض " نموذج المتوسط " أن الشخص سوف يصل إلى تقويم عام لمتوسط السمات الخمس والذي هو عبارة عن (مجموع درجات السمات الإيجابية - مجموع درجات السمات السلبية) ، ثم يقسم الناتج على العدد الكلي للسمات . وذلك كما هو موضح بالجدول رقم(١) حيث تبين أن درجة تقدير الشخص(أ) (للشخص (ب) = ٢+ وهيدرجة إيجابية معتدلة.

(انظر : Anderson & Klaiizky, 1987)

أما النموذج الثاني المقابل : فهو " نموذج الإضافة " Additional Model ويركز هذا النموذج علأن الأفراد يربطون بين المعلومات المنفصلة عن طريق الإضافة . نفترض مثلا أن الشخص (أ) يحب الشخص (ب) بدرجة (٦+) ثم تكونت لديه بعد ذلك سمات إيجابية أخرى عنه بدرجة (١+) فيكون تقدير الشخص (أ) لـ (ب) على النحو التالي :

$$\text{في ضوء نموذج المتوسط} = ٧/٢ = ٣.٥$$

أما نموذج الإضافة = ٧+ (Sears et al., 1985) .

وقد أشار " أندرسون " إلى أنه لا يمكن التنبؤ بدقة من خلال هذين النموذجين فقط (المتوسط ، والإضافة) . وذلك لأنهما يتسمان بالبساطة الشديدة ، والانطباع الأولى . ونعرض لهما على النحو التالي :

أ - أوزان السمات Trait Weights : فالسمات كما أشار " أندرسون " لا تختلف فقط من حيث كونها إيجابية أو سلبية، ولكن أيضا في درجة أهميتها والوزن النسبي الذي تمثله في الانطباع العامل للشخص . فالخضوع ، وعدم الأمانة يرى القاضي أن الدافع أو المحامي غير الأمين أكثر خطورة من المدافع المسالم . وبالتالي فصفة عدم الأمانة في المدافع سوف تمثل وزنا أكبر في تكوين الانطباع السلبي العام لدى القاضي بالمقارنة بصفة الخضوع .

ب - الانطباعات الأولية First Impressions ويعطيها " أندرسون " أهمية كبيرة حيث يسري أنها تؤثر في تكوين الانطباعات التالية . فالكفرة أو التصور الذي يكونه شخصا لأول مرة عن شخص آخر تؤثر في علاقاته معه في المراحل التالية (Kahn, 1984, P.29-30) يعد من أفضل الطرق للتنبؤ بالانطباعات العامة .

٣- المنحي المعرفي :

بدأ الاهتمام بدراسة الإدراك الاجتماعي منذ الأربعينيات من القرن الحالي بواسطة " سولومون أش " S. Asch . ويرى ممثلوا هذا

المنحي أن الانطباعات التي يكون الفرد عن الآخرين لها معنى معين بالنسبة له . وأنها لا توجد بشكل مستقل عن المعارف والخبرات السابقة ، بل توجد في إطار أوسياق معين تؤثر فيه وتتأثر به (Sears, et al., 1985) . فنحن لا ندرك صفات الآخرين على أنها أجزاء منفصلة (كالحركة ، واللبس ، والصوت .. الخ) ولكنها أشياء متصلة ويوجد بينها درجة في الاتساق . حيث تحدث عملية تنظيم لهذه الأجزاء من المعارف أو المعلومات وتنظيمها في جشطالت أو إطار عام ذي معنى متكامل . فإدراك الأجزاء مع بعضها البعض يعطينا أيضا انطبعا عاما لا يتوفر من خلال النظر إلى هذه الأجزاء منفصلة . وبالتالي فتكوين الانطباعات ليست عملية آلية ولكنها عملية تتم في سياق معين . فمعرفة لشخصما بأنه ذكي في إطار المعرفة بأنه يتسم " بالدفء " يختلف عن معرفتنا " بأنه ذكي في إطار أنه يتسم بالبرودة (نفس المرجع السابق) .

وبوجه عام فهناك عدد من المبادئ العامة التي توصل إليها الباحثون في مجال دراستهم للمعرفة الاجتماعية وهي :

أ - تشتمل معالجة المعلومات Information Processing عن الأفراد الآخرين على إدراك أو تصور بعض المعاني المرتبطة بموضوع المنبه .

ب - يميل الأفراد للانتباه إلى الملامح أو الخصائص الأكثر بروزا
Salient Features فيالمجال الإدراكي .

ج - ينتظم المجال الإدراكي لدى الفرد عن طريق عملية التصنيف
التي يقوم بها أو وضع المنبهات في فئات Categorisation فنحن
نميل إلى رؤية الأشياء المعزولة أو المنفصلة على أنها جزء من فئة أو
مجموعة .

د - نحن ندرك المنبهات غالبا على أنها جزء من البناء أو الإطار
العام فكل منبه يرتبط بالمنبهات الأخرى في الزمان والمكان والتأثير .
حيث يتم إدراكنا للآخرين في سياق معين أو بناء شامل من المعارف)
(Sears, et al. 1985

ويهتم أصحاب المنحي المعرفي بدور التمثيلات العقلية Mental
Representations والمخططات العقلية Mental Schema في
إدراك الأشخاص والأحداث الاجتماعية .

ويتركز تناولنا للمنحي المعرفي حول ثلاث نقاط رئيسية هي المعالم
البارزة وعملية التصنيف إلى فئات . والمخططات . ونعرض لها على
النحو التالي :

١- المعالم البارزة :

يستخدم الفرد في إدراكه للآخرين عددا من الهاديات ، ولكنه لا يستخدمها كلها بنفس الدرجة أو الأهمية . فطبقا لمبدأ الشكل الأساسي Figure- Ground Principle يعطي الأفراد اهتماما كبيرا للمظاهر أو الجوانب البارزة في المجال الإدراكي . فإذا نحن مثلا لاحظنا طالبا يجلس على كرسي متحرك . فإننا سوف تعطي اهتماما أكبر إلى أنه شخص معوق جسميا . أما الصفات الأخرى مثل ملبسه ، أو جنسه أو سلالته ، أو عمره فتعتبر جوانب ثانوية.

وقد تبين أن اتجاه الفرد نحو موضوع ما لا يقوم على كل ما لديه من معتقدات عن هذا الموضوع ، ولكن يعتمد في المقام الأول على معتقداته البارزة Salient Belief ، عن هذا الموضوع . فإذا كانت هذه المعتقدات البارزة سلبية فسوف تكون الاتجاهات سلبية ، والعكس صحيح (Fishbein 1965) .

وأوضحت نتائج الدراسات التي أجريت في مجال الإدراك الاجتماعي أن العمر يعتبر من الهاديات ذات الأهمية الكبيرة . واحد المنبهات البارزة في تحديد إدراك الشخص للآخرين ، ففي ضوءه يتم إدراك الآخرين للشخص المسن (من حيث المظهر ، والكفاءة ، والسلوك ، وسمات الشخصية . والقدرات العقلية .. الخ) . وتعد هذه

التصورات المتاحة لدى الفرد عن المسنين بمثابة إطار مرجعي يتم من خلاله تقديره وتقويمه لهم (Lustky , 1980) .

وهناك أيضا عدد من الظروف الموضوعية التي تجعل بعض الصفات أو الملامح أكثر بروزا وأهمية بالنسبة للفرد . ومنها مثلا الوضوح أو النضوج والحركة وشدة المنبه ، والسؤال الذي نحاول الإجابة عنه في هذا السياق هو : كيف تؤثر المعالم البارزة في الإدراك ؟

يحاول الأفراد دائما تكوين انطباعات تتسم بالدقة والوضوح عن الآخرين والأحداث المحيطة بهم عن طريق بذل جهد معرفي ضئيل أو معدود ، وذلك على النحو التالي :

أ - يستجيب الشخص للمنبهات البارزة بدرجة عالية من الانتباه .
ب - يؤثر البروز في إدراك السببية Causality لدى الأفراد ، فالطالب الذي يجلس في مقعد في المقدمة ويثير أسئلة كثيرة يدرك على أنه مسيطر في المناقشة ، وبارز عن الطالب الذي يجلس في المؤخرة ،وقلما يسأل سؤالا .

ج - يزيد البروز من تماسك الانطباع الذي يكونه الفرد عن الآخرين ، فإذا كانت الصفة البارزة في شخص معين أنه " عضو في جماعة تعاطي المخدرات " فإننا تعزي إليه خصائص هذه الجماعة ،

فندركه مثلا على أن لديه ميولا لارتكاب الجريمة . وغير ملتزم بالجوانب الأخلاقية . ولذا كانت الصفة البارزة في شخص ما هي أنه متقدم في العمر ، فإننا سوف تعزي إليه الخصائص المصاحبة لمرحلة الشيخوخة والتقدم في العمر ، مثل العجز وعدم الكفاءة الجسمية والعقلية ... الخ إذن فالمنبهات البارزة تحدث مستوى عاليا من توجه الانتباه لجوانب معينة دون غيرها (Sears, et al. 1983) .

وقد امتد البعض من الباحثين بفكرة البروز إلى أنها تشتمل على الحيوية Vividness ، فالمعلومات التي تجذبنا وتشد انتباهنا تتسم بأنها شيقة انفعاليا ومثيرة للخيال . ويرجع تأثير هذه المنبهات الحيوية لعدة من الأسباب منها ، أنه يمكن ملاحظتها أو رؤيتها بسرعة ، وأسهل في تذكرها ، وأكثر إثارة انفعاليا .

وفي ضوء ذلك يتبين أن أصحاب المنحى المعرفي يعطون أهمية للعلامح البارزة أو السمات المركزية في إدراك الفرد للآخرين - في حين أن أصحاب منحى أو مبدأ التوسط - كما سبق أن أوضحنا - يرون أن كل الصفات لها نفس التأثير وبالتالي لا توجد سمة مركزية وأخرى هامشية .

وقد تبين ذلك بوضوح في تجارب وأعمال " سولومون أشن " S. Asch التي قام بها بهدف اختيار مبدأ المركز والهامش وأهميته في

إدراكنا لسمات أو صفات الأشخاص الآخرين الذين نتعامل معهم في حياتنا اليومية .

وأوضحت نتائج هذه التجربة أن بعض الصفات مثل الحكمة والمرح والإنسانية والإيثار عزيت بواسطة أغلبية المبحوثين إلى الشخص العاطفي بينما عزيت الأغلبية عكس هذه الصفات إلى الشخص البارد ذي المشاعر الجامدة ، فكلية (عاطفي أو عكسها) كانت بمثابة المركز أو السمة الرئيسية في نظر أفراد البحث ، فأثرت في تكوين انطباعاتهم العام (انظر : سوف ، ١٩٨٣ ، Berkowtis ، 1980) .

كما اهتم " روزنبرج " وآخرون (Rosenberg et.al., 1988) بدراسة لماذا يعزى الأفراد لصفات معينة أهمية أو وزن أكبر عند تكوين انطباعاتهم ؟ واستخدم في هذه الدراسة أسلوباً في القياس متعدد الأبعاد Multidimensional Scale وذلك بهدف تحديد البناء الذي يقف خلف مجموعة السمات التي استخدمت بواسطة " أش " ، ويوضح الشكل التالي نتائج هذه الدراسة .

شكل (٥) يوضح البعدين الرئيسيين للانطباعات الأولية

(انظر Rosenberg, et.al.,1968)

إذن فهناك بعدان رئيسيان يقفان وراء تكوين الانطباعات الأولية

هما :

١- الخصال الاجتماعية Social Characteristics أو العلاقات بين الأشخاص (مثل : حسن ، ومحاي، واجتماعي ، ومتسامح ، ومخلص في قطب - ومقابل غير شعبي ، ومتشائم ، وغير اجتماعي ، وسريع الغضب في قطب آخر) .

٢- الخصال العقلية أو الفكرية Intellectual : (مثال : مثابر ، وخيالي ، وماهر ، وذكي ، وجاد ، في قطب- مقابل أحمق ، وغير خيالي ، وغير ذكي ، في قطب آخر) . (انظر Rosenberg et al, 1968) .

ويمثل هذان البعدان إطارا مرجعيا لتفسير ما توصل إليه " أش " من نتائج .

٢- عملية التصنيف إلى فئات :

وتقوم على افتراض أن العمليات الإدراكية المعالم الفيزيقي يمكن تطبيقها على إدراك الفئات الاجتماعية ، بحيث تضيف مجموعة من

القوالب النمطية* "Stereotypes" على كل فئة من هذه الفئات . أي أن القوالب النمطية تنشأ أثناء قيامنا بعملية التصنيف إلى فئات (انظر عبد الله ١٩٨٧ ، ص٤٧) .

وتقوم عملية التصنيف إلى فئات على عدة من الأسس أو القواعد ، منها التصنيف على أساس المظهر الخارجي ، أو الخصائص الجسمية ، أو السلالة ، أو العمر أو الديانة ، أو الجنس... الخ . ويترتب على عملية التصنيف فترة من تشغيل المعلومات ، أو التشغيل المعرفي Cognitive Miser حيث تتكون لدى الفرد معلومات إضافية عن الفئة موضع التصنيف ، بحيث تتسق المعلومات مع نمط أو نوع الفئة (Anderson & Klataky, 1987) .

كما قد يترتب على عملية التصنيف أشكال خاطئة من الإدراك ، التي قد تؤدي إلى أشكال من العدوان والتعصب . فقد أوضحت نتائج الدراسات أن عملية التصنيف إلى فئات يترتب عليها أنواع من التمييز بين الجماعات والتحيزات الاجتماعية Social Bais حيث يشعر الفرد

* يعد " ليبمان " W.Lippman هو أول من أطلق مصطلح الأنماط المعجمة الجامدة ي كتابه " الرأي العام " للدلالة على تلك الصور التي في رؤسنا ، والتي تمدنا بمعايير جاهزة للحكم على الأشياء وتفسير الأحداث ، والتي قد لا تعلم عنها أكثر من الجزينات ، ثم شاع استخدام المصطلح في علم النفس الاجتماعي للدلالة على إدراك مقنن إلى درجة كبيرة لكل موضوع أو فئة من الموضوعات أو على وجه الخصوص لكل مجموعة من الأفراد (من خلال ملكه ١٩٨٩) .

بحبه لجماعته التي ينتمي إليها وكرهيته للجماعات الأخرى وتعصبه ضدها (Tajfel et al., 1971, Markus & Zajonc, 1985) .

وقد أوضحت نتائج الدراسات أن القوالب النمطية الشائعة عن المسنين بوجه عام تتسم بالسلبية ، حيث يرى الآخرون المسن غالبا على أنه مكتئب . ومنسحب وبطئ ، ومضطرب عقليا وانفعاليا (Craver & Garza) . وغير ذلك من القوالب النمطية التي يتعلق بعضها بالجانب الاجتماعي للمسنين ، وبعضها الآخر بالجانب العقلي .

٣- المخططات :

ويعقصد بها نسق أو بناء منظم للمعارف حول منبه معين أو مجموعة من المنبهات مثل : الأشخاص ، ونمط الشخصية ، والدور أو الحدث (Sears, et al, 1985, P.493) . ويشتمل المخطط على مجموعة منظمة من المعارف عن الأشخاص أو الموضوعات أو الأحداث ، والعلاقات القائمة بينالمعارف المختلفة . ومضمون المخطط يمكن أن يشير إلى جوانب مختلفة مثل : نمط الشخصية ، ومفهوم الذات ، والاتجاه ، والعادات ، والتقاليد الشائعة .

وتختلف المخططات على بعد العيانية - التجريد ، فيمكن أن تكون عيانية تشتمل على عناصر نوعية محددة ، أو تكون مجردة تشتمل

على عناصر شاملة وعامة . كما يختلف الأفراد فيما يمتلكونه من مخططات عن نفس الموضوع أو الشيء . وترتقى هذه المخططات عبر العمر سواء من حيث الشكل أو المضمون (Flavell, 1977) .

وهناك أنواع عديدة من المخططات نعرض لها على النحو الآتي :

١- مخططات الشخص Person Schemes عن الأشخاص

الآخرين :وهي أبنية معرفية حول فرد أو فئة من الأفراد ، فتصوري لشخص ما بأنه أمين ، يؤدي واجباته ، وبناصر الضعيف . هذه مجموعة صفات تكون بناء المخطط الذي أرسمه عن هذا الشخص .

وتتركز مخططات الشخص حول فئات معينة ، على سبيل المثال

حول فئة الانبساطيين ، أو الانطوائيين ، وصغار السن ، أو كبار

السن ... الخ ، ويوصف هذا النمط أحيانا على أنه يتم في ضوء "

نظرية الشخصية الضمنية" Implicit Personality Theory لأنه

يبدو للفرد كنظرية عما هي السمات التي يتصف بها الآخريون .

٢- مخططات تدور حول القوالب النمطية للجماعة Group

Stereotype Schemas: وتشتمل على الاتجاهات والسمات

النوعية لجماعة من الأفراد كالتصور نحو جماعة دينية أو سياسية أو

رياضية.

٣- مخطط الذات Self Schema: ويتضمن وصف الأبعاد التي
اتصورها عن نفسي ، مثل التواضع ، والفردية ، والتعاون ، وتأكيد
الذات ... الخ .

٤- مخططات عن سلسلة الأحداث : ومثل هذه المخططات يطلق
عليها

" أبلسون" النصوص المكتوبة " وهي عبارة عن السلوك المترتب على
وقائع وأحداث تاريخية سابقة (Sears, et al,1985) .

٣- نظرية الاستدلال :

ويعرض لها بعض الباحثين في إطار حديثهم عن المنحى المعرفي
. فهي تفسر الإدراك الاجتماعي من خلال عملية الاستدلال التي يقوم
بها الشخص باعتماد على الشواهد والهاديات المتاحة لديه عن الآخرين
. وكذلك بعض المبادئ العامة المتعلقة بالسلوك الإنساني ، والتي
يمكن التعميم من خلالها . ويطلق على تلك المبادئ " نظريات
الشخصية الضمنية " ومضمونها أن عملية تكوين الأحكام عبارة عن
علاقة يعقدها الفرد بين السمة المشاهدة وبين تصوره الداخلي ،
ومعتقداته ، وتوقعاته . فمثلا نفترض أنك تعرف أن الشخص (س) كثير
الكلام ، فيمكنك أنتستتجأنه يميل إلى تكوين الأصدقاء والشعبية . وهذه
الاستنتاجات لا تقوم في الواقع على وجود معلومات دقيقة أو أكيدة

وومع ذلك نحن نأخذها كما لو كانت صحيحة تماما (Berkowting, 1980).

وفي ضوء نظرية الشخصية الضمنية التي توجد لدى الأفراد ، تؤثر هذه الأبنية المعرفية على إدراكهم للأشخاص الآخرين، وفي الاستنتاجات التي يصلون إليها . فإدراك الفرد لا يتحدد كلية بالمعلومات المتاحة لديه ولكن بوظيفة هذه المعلومات في نظرية الشخصية الضمنية . والسؤال الآن أيهما أكثر أهمية : المعلومات المتاحة لدى الفرد عن سلوك وشخصية الآخرين ، أم الإطار المعرفي للفرد القائم بتفسير واستخدام هذه المعلومات ؟ والإجابة على ذلك تتلخص في أن تزايد أهمية أي منهما يعتمد على طبيعة الموقف فعندما تكون المعلومات المتاحة عن الآخرين واسعة أو شاملة ومفروضة عليه تكون نظريات الشخصية الضمنية أقل تأثيرا - عنه عندما تكون المعلومات المتاحة ثرية وشاملة فقط (نفس المرجع السابق) .

فالشخص الذي يصدر حكما لديه معلومات من ثلاث مصادر ، من الموضوع ، والسياق ، والذاكرة . ويستدل أو يستنتج في ضوء قاعدة التحديد أو المطابقة من المعلومات المرتبطة بفئة معينة من الأشخاص كما يقوم بعمل استدلالات إضافية مستخدما قاعدة الترابط . أما فيما يتعلق بالأحكام الدينامية أو المتغيرة ، وعلاقتها بنموذج الاستدلال

فتتلخص في : " نموذج المهارة الاجتماعية " ، الذي قدمه " أرجايل وكيندون " . ويشتمل هذا النموذج على أربع عمليات تحدث أثناء التفاعل . فالشخص يقابل أشخاصا آخرين ، ثم يقرر ماذا يفعل لكي يحقق هدفه ، ثم يفعل أو يسلك ثم يوم بفحص النتائج المترتبة (Argyle & Kendon, 1967) .

ويختلف النموذج الاستدلالي الثابت ، الذي يتوقف عند مجرد تكوين الفرد لأحكامه - عن نموذج المهارة الاجتماعية ، والذي يأخذ في الاعتبار استجابة من يصدر الحكم على الموضوع (Cook, 1971) .

وقد اهتم العديد من الباحثين بدراسة التوقعات المرتبطة بعمر معين في ضوء الاستدلال السببي Causal Inference ، وعمليات العزو أو التعليل Attribution Processes . فالاعتقاد في العجز الجسمي المصاحب للتقدم في العمر - على سبيل المثال - يعد عاملا مهما في نظرية السبب الأولية Priori Causal ، يترتب عليه العديد من الاستنتاجات في تصورنا للمسنين . منها على سبيل المثال الاعتقاد بأن المسنين أقل قدرة على العمل ، وأن أداءهم يتسم بالبطء الشديد ... الخ (Lustky, 1981) .

وبذلك نكون قد عرضنا لمفهوم الإدراك الاجتماعي ، ثم تناولنا الإطارات النظرية المفسرة للإدراك الاجتماعي بوجه عام ، فعرضنا لنظرية الحدس ، والمنحى المعرفي ، ونظرية الاستدلال ، وأوضحنا خلال تناولنا لهذه النظريات كيف يمكن الاستفادة منها في مجالدراستنا للمعتقدات والاتجاهات نحو المسنين . وهي محاولة مازالت تحتاج إلى مزيد من البحث والدراسة ، وقبلها كنا قد قدمنا تعريفات إجرائية للمفاهيم الأساسية وهي الشيخوخة والتقاعد والشخص لتقاعد . وعرضنا لأهم الخصائص والتغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة ، وأهم النظريات والمناحي المفسرة لمشكلات الشيخوخة والتقاعد عن العمل . وكل ذلك يمثل إطارا نظريا نستند إليه في تناولنا لمجموعة البحوث الواقعية التي نعرض لها على مدار الكتاب خلال التقارير التالية .

الخصائص الفسيولوجية والبيولوجية للشيخوخة

التعريف البيولوجي للشيخوخة :

تكاد تجمع الأبحاث في علم الحياة ، والعلوم الطبية على أن الشيخوخة من الناحية البيولوجية عبارة عن " نمط شائع من الاضمحلال الجسمي في البناء والوظيفة يحدث بتقدم السن لدى كل كائن حي بعد اكتمال النضج . وهذه التغيرات الاضمحلالية المسيرة لتقدم السن تعترى كل الأجهزة الفسيولوجية والعضوية والحركية والدورية

والهضمية والبولية والتناسلية والعصبية والفكرية " ولقد حدد " كارلسون
Carlson تلك التغيرات الجسدية المصاحبة لتقدم السن في :

- ١- الجفاف التدريجي للأنسجة .
- ٢- التأخير التدريجي في انقسام الخلايا ، وضعف إمكانية نمو
الخلايا وضمحلل الأنسجة .
- ٣- التأخر التدريجي في معدل تأكسد الأنسجة .
- ٤- الضمور الخلوي والتدهور .
- ٥- النقص التدريجي في مرونة الخلايا ، والتغيرات التدهورية في
الأنسجة الاتصالية المرنة .
- ٦- القوة المتناقصة للعضلة الهيكلية .
- ٧- التدهور المستمر في الجهاز العصبي ، وضعف قوة الإبصار
والمسح والانتباه والذاكرة .

ويركز هذا التعريف للشيخوخة من الناحية البيولوجية على جانبيين
.. غير أن حالة الاضمحلال التي تميز الجسم في مرحلة الشيخوخة .

* الجانب الأول : خاص بالبناء :

ويشير إلى زيادة التفاعلات الكيميائية الهدامة بالجسم من التفاعلات
الكيميائية البناءة في كل عضو من أعضاء الجسم وفي الجسم كله ،
وفقدان الخلايا من أعضاء الجسم بسبب تقدم السن .

* الجانب الثاني : خاص بالوظيفة :

الذي يشير إلى أنه نتيجة للاضمحلال في بناء الجسم يحدث نقص مستمر في مقدرة الجسم على مقاومة المؤثرات الخارجية . ونقص في التفاعلات الوظيفية في الجسم وفي المقدرة الوظيفية لأعضاء الجسم . وهناك كتاب آخرون وصفوا التغيرات الجسدية بتفصيل أكثر حيث ذكروا تغيرات معينة في الجلد والشعر والقامة والأوعية الدموية من ذلك :

(أ) أعراض الجلد : يذبل الجلد في الشيخوخة وأوضح ما يكون ذلك جلد الوجه والرقبة والأطراف ويصبح الجلد جافا متجعدا .

(ب) أعراض الشعر : يزائل الشعر لونه الطبيعي وينقلب رماديا ثم يشيب أو يسقط الشعر تماما ويظهر الصلع في الرأس .

(ج) أعراض القامة : يقل انتصاب القامة لانحناء العمود الفقري التدريجي وتبدل الحركات المعبرة في الوجه واليدين وتصبح ثقيلة متراخية .

(د) أعراض البطانة الدهنية تحت الجلد : يرتخي التصاق البطانة الدهنية المنتشرة تحت الجلد بالأنسجة التي تحتها فتزحف تلك البطانة الدهنية إلى أسفل وأكثر ما يظهر ذلك واضحا في الوجه والأطراف .

(هـ) أعراض الحواس : تضعف قوة البصر ومداه وتتضاءل قوة السمع.

(و) أعراض الجهاز التنفسي والدوري : تضعف قابلية الرئة وتتقص قدرتها على استيعاب الشهيق ، كما تتضاءل قوة القلب والأوعية الدموية فتقل مرونتها وتتصلب الأوعية وتتراكم على جدارها الداخلي رواسب صلبة هي ما يسمى بتصلب الشرايين .

(ز) أعراض الجهاز الهضمي : يضطرب الهضم ، وتضعف حركة الأمعاء .

(ح) أعراض جسمانية عامة : يعتري الجسم عامة ضعف مستمر في قواه .

وسوف نوضح فيما يلي بشيء من التفصيل المظاهر الاضحالية المصاحبة للشيخوخة من حيث :

- ١- التغير في الشكل العام للجسم .
- ٢- التغيرات البيولوجية الفسيولوجية .
- ٣- التغير في القوة العضلية والأداء الحركي .
- ٤- التغير الحسي .

وما يؤدي إليه ذلك من أمراض الشيخوخة وتدهور الصحة الجسمية لدى المسنين وسفونوضح في فصل لاحق كيفية رعاية التغير العضوي لدى المسنين .

أولا : التغير في الشكل العام للجسم :

هناك عديد من التغيرات التي يمكن أن ندركها لأول وهلة على الشخص المسن ويمكن تمييزها ومعرفتها ومن ذلك :

(أ) الوزن :

فالشخص المسن غالبا ما يكون خفيف الجسم ، ولو أن هذا لا ينفى وجود بعض الشيوخ البدناء ، وهؤلاء الشيوخ الزائدو الوزن لأنهم كانوا في شبابهم كذلك - أي أنهم لم يزدوا في الوزن عندما تجاوزا سن الستين ، بل استمرت حالة الومن معهم ولم تكن شيئا طارئا - وحتى هؤلاء كانوا مصابين بالبدانة في شبابهم يقل وزنهم بعد تجاوزهم سن الستين .

لقد أوضحت دراسة تمت على أكثر من ثلاث آلاف من الشيوخ الأصحاء في هولندا أن متوسط الوزن في سن الخامسة والستين للرجال هو (٦٨.٨ ك.ج) وللسيديات (٧٠.٦ ك.ج) وأنه انخفض في سن الخامسة والثمانين إلى (٦٣.٦ ك.ج) للرجال ، (٦٢.٨ ك.ج) للسيديات ، وقد أمكن إيجاد معادلة لمعدل انخفاض الوزن مع السن بعد سن الستين بأنها نصف في المائة سنويا وقد يزيد هذا المعدل إلى (١.٥ % أو ٢ %) بعد سن الخامسة والسبعين ، وأن وزن السيديات المسنات يزيد قليلا عن وزن الرجال المسنين .

(ب) الطول :

ينقص الطول بعد سن الستين بمعدل (٢ - ٥ سم) عنه في سن الشباب ، وقد أوضحت دراسة أجريت على (٣٠٠٠) شخص من المسنين الأصحاء أن متوسط الطول للرجال في سن الستين هو (١٧٠سم) تنقص إلى (١٦٥سم) بعد سن الخامسة والثمانين . أما السيدات فكان متوسط الطول (١٥٨ سم) ثم قصر إلى (١٥٠سم) في الخامسة والثمانين ، وفي كل الحالات يكون قصر الطول الناتج عن الشيخوخة مصحوبا بتحدب أو إنثناء في العمود الفقري .

(ج) الشعر :

من المظاهر الشائعة في الشيخوخة ظاهرة سقوط الشعر . حتى أن كثيرا من الشيخوخة عندهم صلع تام ، وهذا الصلع يكون مصاحبا لزيادة في شعر الأنف والأذنين . وقد ينبت الشعر في وجه السيدات . ويميل العلماء في تفسير سقوط الشعر ولأسنان عند الشيخوخة إلى اعتبارها من مظاهر التفاعل الذاتي المتحصن .

(د) الجلد :

من مظاهر الشيخوخة التي تظهر على الجلد ولا تخطئها العين ذلك التجعد الواضح لجلد الوجه ، ويصبح جلد الجسم بصفة عامة متغطا وجافا مع فقدان ليونته وطبقة الدهن التي تبطنه . ويترتب على ذلك انخفاض سمك الجلد إلى ما يقل عن نصف سمكه في سن الشباب

كذلك تظهر على ظهر اليد عند الشيوخ بقع حمراء بسبب نزيف شعري رفيع نتيجة لضعف جدران الشعيرات الدموية في هذا الجزء من الجسم

(هـ) اليدان والقدمان :

تحدث مع المسن تغيرات في اليدين وتتميز بالرعشة واللون الأزرق وتتميز القدمان بالتورم بسبب اختزان السوائل بهما كأحد مضاعفات الدوالي بالساقين التي تنتشر بين الشيوخ بنسبة تتراوح بين (٢٠ - ٥٠%) إلى جانب وجود بقع زرقاء تحت الجلد .

ويجدر بنا هنا أن ننبه إلى عدم الانسياق إلى هذه الأوصاف أو الاعتقاد بأن هؤلاء الشيوخ رجالا أو نساء جميعهم بصحة رديئة أو أنهم مرضى - فهناك كثير من الشيوخ تظهر عليهم علامات الشيخوخة ولكنهم إلى حد ما أصحاء ..

ثانيا : التغيرات البيولوجية الفسيولوجية :

(أ) تغير معدل الأيض :

تدل عملية الأيض Metablism على عمليتي البناء والهدم في الجسم ، ولهذا الأيض علاقة مباشرة بمدى قدرة الجسم على تجديد نفسه ، وتقاس هذه العملية بالسعر في الساعة - وفي الشيخوخة يهبط معدل الأيض من (٣٨) سعر في الساعة بالنسبة للراشدين إلى (٣٥)

سعر في سن السبعين ويظل في هبوطه حتى نهاية العمر - ومعنى هذا الهبوط هو تغلب عوامل الهدم على عوامل البناء في الجسم . (فؤاد البهي السيد ، ١٩٧٥ ، ٣٥٠-٣٥١) .

وتوازن عملية الهدم والبناء يؤدي إلى جعل الجسم أكثر تماسكا وقدرة على مقاومة عوامل الفناء - ومما لا شك فيه أن تغلب الهدم على البناء أمر لا مناص منه خلال الشيخوخة ولكن المؤكد أن حف الهدم يمكن أن يكون بطيئا جدا خلالها إذا ما كانت البنية متينة وإذا كانت العناية مكفولة للشخص فيما قبل الشيخوخة وفي أثنائها (Sckioff, L, 1979,148) .

ولكن العلامة الواضحة والمميزة للشيخوخة هي زحف الهدم بشدة متغلبا على البناء وخاصة إذا كان ذلك سائدا في المراحل السابقة للشيخوخة ، بما في ذلك الطفولة ذاتها التي تعتبر المراحل خطأ في إحراز البناء وأكثر المراحل خطأ في تجنب الهدم . (يوسف ميخائيل أسعد ، ١٩٧٧ ، ٧) .

(ب) التغيير في خلايا الجسم :

لقد كان من أسباب القصور في إدراك كيفية حدوث التغييرات البيولوجية في الشيخوخة هو ندرة المعلومات المتاحة عن التغييرات التي تصاحب الشيخوخة داخل خلايا الجسم ز ولقد ثبت أن الخلية التي تتقدم بها

السن (تشيخ) تموت أو تستبدل بغيرها وبسرعات متفاوتة ، (مثل خلية النشاط المخاطي للأمعاء الدقيقة التي تستبدل كل ٢٤ ساعة) أو لا تستبدل إطلاقاً ، وعندما تتجاوز سرعة وفاة الخلية وانقراضها سرعة الاستبدال ، فإنه يمكن تسمية ذلك بالشيخوخة .

ولقد قطعت الدراسات الحديثة في علم الخلية بأن لكل خلية عمرها المحدد لها الذي يتوقف على الجينات بداخلها في الجزئيات المسماة D.N.A. والخلية محكومة بقواعد انقسام معينة . فهي تنقسم عدة مرات محدودة ، تجدد بها شبابها . ثم بعد ذلك تظهر عليها أعراض الشيخوخة ، وذلك راجع إلى الظروف المحيطة بالخلية ، وأنه ولو أن لكل خلية عمرها النظري الافتراضي منذ تكوينها إلا أن العوامل البيئية المحيطة بها قد تؤثر على العمر .

والواقع أن كل خلية بالجسم تعيش في حالة معادلة فسيولوجية ، أو ثبات فسيولوجي (وظيفي) وهذه المعادلة أو هذا الثبات من الدقة بحيث أن الجسم لا يسمح مطلقاً بأي تعديل ولو بسيط فيه . ويقوم بإصلاحه مباشرة بوسائله الخاصة، وهذا ينطبق على الإنسان في جميع مراحل السن المختلفة ولكنه يتقدم السن فإن مقدرة الجسم على الاحتفاظ بهذا الثبات أو المعادلة في حالة الدقة المتناهية في سن الشباب أو النضوج هذه هي القدرة تقل مع تقدم السن ، وذلك لأن عدم مقدرة

الجسم على الاحتفاظ بالظروف البيئية الملائمة لمعيشة الخلية لعمرها الافتراضي ، يترتب عليه شيخوختها المبكرة ووفاتها المبكرة أيضا - لأنه كما ذكرنا فإن الوفاة تعقب الشيخوخة ومرحلة لاحقة لها .

ومن أمثلة فشل الجسم في الاحتفاظ بالظروف البيئية الصالحة لمعيشة الخلية ، قصور الكليتين عن إفراز متخلفات الجسم وتصلب الشرايين وضيقها وضعف عضلة القلب ، وبالتالي انخفاض كمية الدم التي تغذي الجسم وعدم الاحتفاظ بالمستوى الطبيعي للسكر والأملاح مثل الصوديوم والبوتاسيوم في الدم .. وغير ذلك . وينتج عن فقدان الخلايا من أعضاء الجسم نقص في المقدرة الوظيفية لهذه الأعضاء ، وهذا أوضح ما يكون في نوعين من أعضاء الجسم .

الأول : الذي ليس عنده المقدرة بطبيعته على تعويض نقص الخلايا مثل : المخ وخلايا الجهاز العصبي عامة .

الثاني : الي يتميز بأنه يتحكم في أعضاء أخرى بالجسم وأنها تحت سيطرته ووظيفتها محكومة مثل الغدة النخامية التي تتحكم في وظائف الغدد الصماء والأخرى بالجسم كله والخصيتان التان تتحكمان في الوظائف الجنسية وفي بناء وتكوين خلايا الجسم بصفة عامة . وفي بناء ووظائف العضلات والعظام بصفة خاصة .

ويظهر تأثير الخلايا في أجهزة الجسم فيما يلي :

(أ) كل خلية في جسم الكائن الحي تحمل نفس المجموعات من الجينات (آلاف من الخلايا في الأفراد الكبيرة العديدة الخلايا) والجينات هي جزئيات .

(ب) كل جزئ من D.N.A يحمل في داخله شفرة - معلومات لبناء أنواع معينة من بروتينات أو انزيمات .

(ج) تتناسخ هذه الشفرة من المعلومات الموجودة في ال D.N.A بطريقة تكاملية مع جزئيات R.N.A داخل النواة .

(د) تترجم المعلومات الوراثية الموجودة في R.N.A إلى سلالات من جزئيات بروتين أو أنزيم - أي أن الأنزيمات مبنية وفق تصميم خاص موجود في جزئ من R.N.A تعبيرا عن المعلومات المخزنة في جزئ D.N.A الخاص بهذه الأنزيمات .

(هـ) عند النواة في الخلية المقدره على تعطيل أو تبسيط الانزيمات وبالتالي تنظيم النمو والتباين والشيخوخة والموت في برنامج محدد من قبل .

(ج) تغير معدل الماء والأملاح في الجسم .

أعطت الفحوص الكيماوية المخبرية للسوائل في أجسام الشيوخ - نتائج مميزة للشيخوخة ، حيث تتضائل كمية الماء في الأنسجة ، وتطول المدة اللازمة لتمائل المواد والعناصر الغذائية وتحليلها إلى عناصرها الأولية حتى يتم توزيعها على أنسجة الجسم ، وكذلك تضطرب النسب بين الأملاح المعدنية لبعض العناصر الموجودة في الجسم ومنها الصوديوم والكلور والكلس والبوتاس والفسفور .

(أمين رويحة ، ١٩٧٢ ، ٢٠-٢١) .

(د) تغير معدل نشاط الغدد الصماء :

يصل إفراز الغدد الصماء إلى ذروته في سن العشرين ، ويهبط معدل افراز هرمونات هذه الغدد بسرعة منتظمة حتى سن (٧٠ سنة) ثم تتغير سرعته في هبوطها حتى نهاية الحياة . (فؤاد البهي السيد ، ١٩٧٥ ، ٢٥١) .

(هـ) التغيرات في الدورة الدموية :

فالدورة الدموية من أكثر الأعضاء تأثرا بالشيخوخة ، وما التأثير بالتالي له آثار على باقي أعضاء الجسم حيث أنه يمدها بحاجتها من التغذية والأكسجين ، وفي الشيخوخة تتناقص القوة الدافعة للدم في خط مستقيم ينحدر بانتظام تبعا لزيادة العمر الزمني . حيث تكون أقصى قوة لا ندفاع

الدم في سن العشرين تظل في تناقصها حتى سن (٩٠ سنة) إلى نهاية الحياة . (فؤاد البهي السيد ١٩٧٥ ، ٢٥٢) .

ويكون ذلك مصحوبا بانخفاض في مقدرة القلب على ضخ الدم إلى أعضاء الجسم المختلفة ، وقد قدر هذا الانخفاض بحوالي (٤٠%) من الطبيعي عند الشباب ، وهناك أيضا بطء في ضربات القلب (٥٥ - ٧٠ ضربة) في الدقيقة مقابل (٧٠-٩٠) ضربة عند الشباب ، مع احتمالات إضرابه في نسبة تتراوح بين (١٥ - ٣٠%) منهم .

ويرتفع ضغط الدم عند الشيخوخة فيصبح الضغط الانقباضي عندهم بين (١٥٠-١٨٥) ملليمتر من الزئبق مقابل (١٠٠ - ١٤٠) عند الشباب أما الدورة الدموية في الأطراف فلا حاجة إلى الإشارة إليها فمن الواضح عند الشيخوخة أنهم يشكون من برودة الأطراف بسبب ضعف الدورة الدموية ، وهذه البرودة كثيرا ماتكون مصحوبة بلون أزرق في الجلد . ((Betwinick , J.& storandt, M, 1974,545

(و) تغير السعة الهوائية للرئتين :

تقل نسبة الهواء في عمليتي الشهيق والزفير تبعا لزيادة السن وخاصة بعد سن الـ (٢٠) وتتناقص هذه السعة أيضا في خط مستقيم يهبط بانتظام تبعا لزيادة العمر الزمني شأنها في ذلك شأن قوة اندفاع الدم في الأوعية المختلفة . وتظل قدرة الإنسان على التنفس في انحدارها حتى

يصل الفرد إلى شيخوخته فتتقص هذه القوة (٢٥%) عما كانت عليه في الرشد ومن الملاحظات العادية عند الشيخوخة ضيق التنفس وسببه انخفاض مقدرة الرئتين على القيام بوظائفها وهي تنقية الدم من ثاني أكسيد الكربون وامتداده بالأكسجين وذلك بسبب التغيرات التي تحدث بها وبالقفس الصدري بسبب الشيخوخة (Curti, H. J., 1963,366) .

(ز) التغيرات في الجهاز الهضمي :

دلت الدراسات التي دارت حول تأثير الشيخوخة على أعضاء الجهاز الهضمي والكبد على :

" انخفاض ملحوظ في كمية إفراز اللعاب وقدرته الهضمية إلى ما يتراوح بين (١٠-٣٠%) عن معدلها الطبيعي .

- انخفاض ملحوظ في إفراز المعدة من حامض الهيدروكلوريك وانزيمات الهضم إلى (٦٠%) من الحالة الطبيعية عند الشباب ، أما مقدرة المعدة على التفريغ فهي تنخفض أيضا .

- قصور مقدرة الأمعاء الدقيقة على امتصاص المواد الغذائية بنسبة (٥٠-٦٥%) عن الطبيعي ولا يخف أثر ذلك على تغذية الشيخوخة وقد يكون تفسيرها لما يعانيه بعضهم من نقص التغذية .

- ضعف مقدرة الأمعاء الغليظة على التفريغ ، ويظهر ذلك واضحا فيما يعانيه معظم الشيخوخة من الإمساك .

- إفراز البنكرياس يقل عند الشيوخ وهذا يقلل بلا شك المقدرة على الهضم .

(ج) التغيير في وظيفة الكبد :

يقل حجم الكبد ووزنه إلى حوالي ثلثي الحالة الطبيعية ، وقد اثبتت الدراسة التي أجراها مركز أبحاث الشيخوخة بجامعة الإسكندرية أنه بسبب المقدرة الاحباطية للكبد من الناحية الوظيفية والتي تبلغ حوالي (٧٥%) من مقدرتة ، فإن هذا النقص في حجم الكبد لا يعرض الشيوخ إلى أعراضه نقص وظائف الكبد لأنه في حدود الاحتياطي ، متصلا عما تقوم به خلايا الكبد الباقية من محاولة تعويض النقص في عددها بزيادة مقدرتها الوظيفية وقد اثبتت ذلك الدراسات الحديثة التي أوضحت زيادة كمية الانزيمات الفعالة داخل الخلايا الكبدية للشيوخ ، (Cnrtis , H.J, 1963, 365,366).

كيس المرارة ، كان الاعتقاد الشائع أن نسبة التهابات المرارة ووجود الحصوات بها مرتفعة عند الشيوخ ، ولكن الدراسات الحديثة التي قام بها مركز الشيخوخة بالإسكندرية اثبتت عك ذلك ، إذ أن (٩٠%) من الشيوخ يتمتعون بكيس مراري عادي وقادر تماما على القيام بوظائفه .

(ط) التغيير في وظائف الكلي :

يحدث قصور في وظائف الكلى ومقدرتها على الإفراز من الجسم ، وقد اثبتت الدراسات على هذه الوظائف انخفاضها عند الشيخوخة إلى نسبة تتراوح بين (٤٠-٤٥%) من الطبيعي في سن الشباب ، وذلك أن الكليتين يصيبهما ضمور عضوي نتيجة الشيخوخة . (عصام فكري ، ١٩٨٢ ، ٤٠).

(ى) كمية الزلال في الدم :

تتخفض نسبة الزلال في الدم عموماً في الشيخوخة عنها في الشباب ، وهذا الانخفاض أساساً نتيجة انخفاض في نبتة زلال الألبومين ، ويصاحب ذلك زيادة في زلال الجلوبيولين الذي لا يمكنه سد النقص في الألبومين ، وقد أمكن العلماء إرجاع نقص الألبومين إلى قصور في وظائف الكبد التي تشمل صناعة زلال الألبومين ، وقصور في مقدرة الأمعاء الدقيقة على الامتصاص .

(Curtis , H.J3 1963, 365) ،

(ك) التغيرات في الجهاز العصبي والمخ :

يصل الجهاز العصبي إلى ذروته الحيوية في الرشد ثم يبدأ نشاطه يضعف بالتدريج ولكن فبطء غير ملحوظ ويصعب قياس هذا الضعف ، ولكن تزداد سرعة هذا الانحدار في الشيخوخة بصورة ملحوظة ، وعندما يقترب العمر الزمني من (٦٠) سنة تبطؤ

الاستجابات العصبية كما تظهر في صورة ردود الفعل كما تحدث في القوس العصبي الخاص بها مما يرجع إلى شيخوخة الخلايا العصبية نفسها وشيخوخة الجهاز العصبي المركزي حيث يتناقص عدد الخلايا العصبية بتقدم السن ، وتحدث الاستثارة العصبية التي تحد من انتقال السرعة تضاؤلاً في الجهد العصبي الناتج عن التغيرات الاضمحالية في المراكز المخية تحت القشرية (فؤاد البهي السيد ، ١٩٧٥ ٣٥٤-٣٥٥) . و تقدم هذه النظرة على أساس فسيو كيميائي يجعل من بطء الأداء النفسي الحركي لدى المسنين متغيراً تابعاً أساسياً لعملية شيخوخة فسيولوجية الجهاز العصبي المركزي .

وقد ثبت بالأبحاث التي استخدمت فيها النظائر المشعة أن هناك انخفاضاً ملحوظاً في نشاط الدورة الدموية بالمخ ، وإذا أضفنا إلى ذلك عدم تكوين خلايا جديدة بدل الخلايا الميتة ، لأدركنا اضمحلال وظيفة المخ في الشيخوخة ، ومن أمثلة ذلك فقدان الذاكرة . وعدم التركيز ، واضطرابات النوم واليقظة ، وعدم القدرة على التصرف الصحيح .. الخ . ومن الواجب التنبيه إلى أن هذا ليس معناه أن جميع الشيوخ عندهم اضطرابات في الجهاز العصبي والمخ

ثالثاً : التغير في القوة العضلية والأداء الحركي :

(أ) تغير القوة العضلية والعضوية :

تضمّر العضلات في هذه المرحلة تبعاً لزيادة العمر ، وتقل مرونتها بسبب التغيرات الفسيولوجية والعضوية في خلاياها ، وبذلك تتأثر النواحي الحركية تبعاً لهذا الضمور والجمود - وتتأثر قوة العضلات في سرعة انكماشها وامتدادها ، وبذلك تضعف القوة العضلية للفرد . (فؤاد البهي السيد ١٩٧٥ ، ٣٥٣) .

وقد أمكن قياس هذا الانخفاض في قوة العضلات وإيجاد نسبة لها على مر السنين وهي (١.٥%) في السنة ابتداءً من سن الخامسة والستين ويستمر

” أمراض الشيخوخة ”

مع زيادة الأبحاث في مجال الشيخوخة يصبح أمر تحديد أي الأمراض المزمنة احتمال وجوده أكثر ممكنا حيث إذا وجدت ترتبط هذه الأمراض حتما بعملية التقدم في السن ، أو بالتغيرات الهرمونية ، والضغط أو التغذية أو قد تعود إلى عوامل وراثية .

إن المضر لا يتم توزيعه توزيعا عشوائيا بين السكان ، ولكنه يتغير بدرجة كبيرة تبعا للسن والجنس والمكانة الاجتماعية والمسكن والعادات . ومع أن هناك تناقضات كبيرة فيما يختص بالحالة الصحية لكل من الشباب والمسنين، فإن العديد من الأبعاد تعتبر عامة في كل مرحلة سن إذ أنه :

أولا : إن كل الأمراض لها نتائج اجتماعية غير محببة .. فهي مؤلمة للفرد وهي تعوق الفرد عن استخدام قدراته (عقلية كانت أو بدنية) لأداء الأدوار الاجتماعية. علاوة على ذلك : فإن الأمراض تتسم بالاختلاف في النوع والدرجة فيما يختص بالحدة والأزمان مع درجة ما من التهديد للحياة .

وأخيرا : فإن الأمراض عادة ما تنتظر إليها المؤسسات الطبية في المجتمع على أنها تحتاج لعناية تحت إشرافهم .
وسوف نتناول هنا أمراض الشيخوخة من حيث :

- العوامل المسببة لأمراض الشيخوخة .
- أهم الأمراض المصاحبة للشيخوخة .

العوامل المسببة لأمراض الشيخوخة :

هذا ، ويمكن القول أن أشد العوامل التي تتسبب في الهدم والفناء في جسم الإنسان تحدث عادة من خلال :

1- الإفراط في تناول الأغذية :

لا جدال في أن الإفراط في تناول الأغذية البروتينية والدهنية المركزة واتباع نظام غير صحي في التغذية . من أقوى العوامل التي تؤدي إلى تولد المواد الحامضية التي تعمل على انقاص قلوية الوسط السائل بالجسم . وعذا يؤدي إلى تراكم النفايات والسموم التي تتولد عن هضم وتمثيل الطعام فوق بعضها البعض دون أن يترك للجسم الفرصة الكافية لكي يعادل الجسم في خلالها جميع النفايات في المواد الحامضية التي تتخلف عن هضم الطعام . وخاصة إذا كان من النوع المركز أو غير المكتمل لشروط التغذية . (fikry, M.E, 39) 1970,

وعندما يصل الإنسان إلى سن الخمسين وما بعدها وهو مستمر في عاداته الغذائية غير الصحية مع عدم قدرته على القيام بالأعمال الجسدية الكافية لحرق الزائد عن حاجته الجسمية من الطعام ، فإن هذا

الاختلال في الهضم وسوء تمثيل الغذاء يؤديان إلى تراكم النفايات والسموم بالجسم فيصاب بالحموضة وما يترتب على ذلك من متاعب صحية ، مثل البول السكري ، وارتفاع ضغط الدم ، وتصلب الشرايين ، والروماتيزم ، وترسب الدهن على الأنسجة والشرايين والإحساس بالوهن والضعف والخمول .. ونحو ذلك من الأعراض التي يصاب بها المرء في أعقاب الكهولة . (حسن عبد السلام ١٩٧٢ ، ٢٧-٢٩) .

٢- امتصاص الجسم نواتج التخمر :

فقد يحدث تخمر بعض أجزاء الطعام في الأمعاء ، ويمتص الجسم نواتج هذا التخمر ، كما يحدث بسبب الإمساك بقاء الكتلة البرازية مدة أطول مما يجب بداخل الأمعاء . وكثيرا ما يحدث الإمساك للإنسان بتقدم السن عندما تعجز الأمعاء عن هضم المواد السليولوزية في الطعام ويترتب على بقاء الكتلة البرازية مدة أطول في الأمعاء . أن يمتص منها الجسم بعض السموم والتوكسينات الضارة فيضطرب الهضم ، ويتكدر الدم ، ويبطؤ عمل الفكر ، ويزول بريق العينين ويشوب الوجه شيء من الشحوب والذبول ، وتتبعث من الفم رائحة غير مقبولة . وباستمرار هذه الحالة لدى الفرد أو تكرار إصابته بها مع تقدم السن عندما تعجز الأمعاء عن التخلص من محتوياتها في الأوقات الملائمة إلى التهاب الزائدة الدودية ، والبول السكري والمغص الكلوي ،

والروماتيزم الشديد . إلى غير ذلك من الاضطرابات التي تسود حياة الكبار والمسنين

٣- امتصاص الجسم لبعض المفززات السامة :

قد يمتص الجسم أحيانا بعض التوكسينات والنفائات الضارة التي قد تتولد عن هضم وتمثيل الأغذية والتي قد تنشأ عن هدم الأنسجة والخلايا بسبب الأعمال المستمرة التي يؤديها الإنسان في حياته ، وقد يمتص أيضا شيئاً من القيح أو الصديد الذي تفرزه أنسجة مريضة أو ملتهبة في باطن الجسم كاللثة المصابة باليوريا ، والجراحات والخواريج الباطنية ، والتوكسينات التي تتولد عن وجود بعض البؤرات الصديدية في بعض أغشية الجسم .

فإذا كان المرء قويا وفي صحة جيدة فإن في استطاعته أن يتخلص أولا بأول من هذه السموم ويمنع تراكمها في الدم ، أما إذا كان معتلا أو متقدما في السن فإن عمليات الحياة في جسمه تكون راكدة غير نشطة فلا يقوى على أكسدة النفائات الضارة والتخلص منها . كذلك إذا كانت الأعمال التي يقوم بها المرء فوق طاقته وكان دائم التفكير في المشاغل والهموم المعقدة . أو كان كثير الغضب والحزن والقلق فإن حياة الجسم تهبط إلى حد كبير فلا يقدر على معادلة التوكسينات التي قد تتولد فيه . (skoloff, L,1979,, 311) .

٤- التسمم المزمن بالنيكوتين :

لا توجد قاعدة ثابتة لأعراض التسمم بالنيكوتين - فبينما لا تظهر أعراض مرضية عند أحد المدخنين تظهر عند فرد آخر هذه الأعراض في عضو واحد من أعضائه وعند فرد ثالث في عدة أعضاء معا . وعلى العموم فإن النيكوتين يهاجم أول ما يهاجم من أعضاء الجسم الجهاز العصبي وعلى الأخص الجزء الذي لا سلطة للإرادة عليه (الجهاز العصبي السمبناوي) الذي يغذي أعصاب أعضاء الجسم الداخلية كلها ، بما فيها الأوعية الدموية وغدد الهرمونات (الصماء) وهذا الجهاز تخرج فروعه من الدماغ لتصل أولا إلى محولات على جانب العمود الفقري المسماة (بالعقد العصبية السمبناوية) هذا وللنيكوتين تفاعل خاص مع هذه العقد فهي تجذبه إليها مما يؤدي إلى حدوث تهيج أو ارتخاء (حسب الاستعداد أو التحمل الشخصي) فيضطرب عمل الجهاز ، وبالتالي أعمال الأعضاء التي يصيبها . ويمتد خطر سم النيكوتين إلى الدماغ والشرابين المغذية له ، فتضيق وتقل كمية الدم في داخلها مما يصيب المخ بالوهن . كذلك فإن سم النيكوتين يؤثر في أمراض القلب باعتباره أهم أجهزة وأعضاء الجسم التي يتحكم فيها العصب السمبناوي ، مما يؤدي إلى نوبات الذبحة

الصدرية وارتفاع ضغط الدم (وأن وجدت أسباب أخرى تؤثر في حدوثه) .

كما يؤثر التسمم بالنيكوتين على الجهاز التنفسي ، إذ أن أكثر الأجهزة تعرضاً لأضرار التدخين ، فجلده المخاطي معرض أولاً للتماس المباشر مع الدخان بما يحتويه هذا لدخان من غازات ، مما يؤدي إلى التهاب مزمن في الجلد المخاطي للقصبة الهوائية ، فيتهيج ويفرز طبقة مخاطية قد تمتد إلى الحنجرة والأوتار الصوتية فيعجزها على أداء عملها . كما أن هذا الالتهاب قد يصل إلى الأكياس الهوائية في الرئة وتسبب السعال الجاف و المصحوب بقشع مخاطي ، وقد يمتد الالتهاب من الأكياس إلى الرئة نفسها ويحدث فيها التهابات موضعية .. الخ.

وفوق ذلك يؤثر التدخين وتسمم النيكوتين على الكبد ، والبنكرياس ، وعلى نشاط الغدد الصماء ، وغير ذلك مما يصيب الفرد مع تقدم السن ، واستمراره في التدخين المزمّن لفترة طويلة وبكثرة . (أمين رويحة ، ١٩٧٢ ، ٣٢٩-٣٥١) .

٥- المعيشة في جو غير صحي :

فالمعيشة في هواء غير صحي مثل جو المدن الصناعية والأماكن المكتظة واستنشاق هواء ملوث ، تعتبر من أهم عوامل التسمم في

الجسم فالجو الملوث تلفظه مداخن الأفران والمصانع من غاز الكربونيك ورقائق الغبار والسناج تعمل كل هذه المواد على نقص نقاوة السائل الدموي .

الأمراض المصاحبة للشيخوخة :

ليس ثمة جدل في أن الإنسان معرض للإصابة بالمرض والأضطرابات الصحية المتنوعة في جميع سني حياته ، غير أنه من الملاحظ في الوقت نفسه أن مرحلة الصبا والشباب لا يلازمها شيء من الأمراض والمتاعب الصحية المزمنة ، فقد يصاب المرء الذي لم يبلغ سن الأربعين بالحمى أو بمرض شديد ، ولكنه يقوم بعد فترة قصيرة أو طويلة هو معاف وفي صحة كاملة ولا يبدو عيه بعد انقضاء فترة المرض أنه أصيب بشيء .

أما إذا ولى الشباب ودخل المرء في مرحلة الكهولة فإن المتاعب الصحية التي تلحق به في تلك السن تكون غالبا من النوع المستديم أو المزمّن ، وقد يشعر المتقدم في السن بشيء من التحسن ويظهر أنه قد شفي مما ألم به . ولكن سرعان ما تتقضي فترة الإحساس بالصحة الكاملة فيعاوده المرض ويقضي بقية سنى حياته بين اليأس والرجاء ، ويتحسن قليلا ثم تسوء حالته ، ثم يتحسن مرة أخرى ، ثم يعود فيمرض ، وفي النهاية يلازمه المرض إلى آخر أيام حياته .

أهم الأمراض المصاحبة للشيخوخة :

وللشيخوخة أمراض خاصة مرتبطة بما يحدث في سن الشيخوخة من تبدلات في أعضاء الجسم ، وقد تظهر هذه الأعراض في سن الشباب فإذا ما ظهرت آنذاك كانت في الغالب أمراضا عابرة طارئة تزول وتشفى تماما بعد المعالجة .

ومن أمراض الشيخوخة نتناول ما يلي :

- ١- ضغط الدم وتصلب الشرايين والذبحة الصدرية .
- ٢- القبض المؤمن وأمراض الجهاز الهضمي .
- ٣- الإصابة بالتهاب القصبة الهوائية .

ولكن يجب أن نشير في البداية إلى أن مفهوم المرض والتسمية المشتركة لكل الأمراض توافر إطارا مفيدا من خلاله إلى الحالة الصحية في مرحلة الشيخوخة . كذلك فإن التركيز على القصور الوظيفي ، ودرجة الآلية وإزمان الحالة ، ونوع الرعاية الطبية أو الصحية التي يتطلبها الفرد من المجتمع ، يؤكد الوظيفة أكثر مما يؤكد المرض .

إن معظم المسنين الذين تظهر عليهم علامة أو أكثر من علامات المرض ، تكون مرتبطة بعملية التقدم في السن ، وقد أصبح الواجب المهم هو تتبع العجز الذي يعقبها . فقد أظهرت الدراسات أن الحالات

الحادة بكل أنواعها تتأرجح مع التقدم في السن أما الحالات المزمنة فعلى العكس تتزايد مع السن . (محمد عودة ١٩٨٦ ، ٥١-٥٢) .
وفيما يلي أهم الأمراض التي تصاحب مرحلة الشيخوخة والتي نذكر منها :

١- ارتفاع ضغط الدم :

يدور الدم في الأوعية الدموية نتيجة تقلص القلب وانبساطه بالتناوب بصورة منتظمة وعندما تتقلص عضلة تدفع الدم من داخله إلى الشرايين فتتسع هذه بحكم مرونتها وبنسبة القوة الضاغطة عليها (ضغط التقلص) ثم يعود إلى درجة التقلص (ضغط الانبساط) ويمكن تحديد ضغط الدم وقياسه بواسطة آلات خاصة بذلك والدرجة الطبيعية لضغط الدم عند الشيخوخة عندما يكون الجسم ممتددا تبلغ (١٣٥) درجة . والدرجة الطبيعية لضغط الانبساط هي (٩٠) درجة واستمرار الارتفاع في الضغط الدموي عن المعدل الطبيعي يجهد القلب ويعرضه للإفلاس أو تنفجر الأوعية الدموية وخصوصا المتصلب منها . هذا ويرتفع ضغط الدم إلى درجات أعلى من درجاته الطبيعية في حالات الضغط الانفصالية والنفسية المستمرة ، وفي بعض الحالات المرضية كتصلب الشرايين وبعض أمراض الكلى . (عصام فكري ١٩٨٢ ، ٢٨) .

ومن أعراض ارتفاع ضغط الدم التي يشعر بها المصاب ، طنين في الأذنين ، وثقل في الرأس ، واضطراب نفسي ، وسرعة في الإثارة وضعف الذاكرة ، والصداع ودوخة عند انحناء الجسم إلى أسفل وزوغان في العين .. الخ.

(أمين رويحة ١٩٧٢ ، ١٠٤) .

ويتزايد الاهتمام بهذه الحالة المرضية بسبب ارتباطها بأمراض القلب والصدمات وتدل المعطيات عن مدى تطور ارتفاع ضغط الدم على أن حدوثه يرتبط بعملية كبر السن ، وإن كان أمر ارتفاع ضغط الدم يقتصر على المسنين بحيث يمكن اعتباره من الأمراض الملازمة للشيخوخة التي لا بد من حدوثها . فقد أظهرت العلوم الطبية والطب النفسي أن ارتفاع ضغط الدم يرتبط بمدى قدرة الفرد على مواجهة كل التهديدات والصعوبات والأزمات .. أي أنه استجابة جسمية ترتبط بالتهديدات والأزمات النفسية غير أن طبيعة ارتفاع ضغط الدم والعملية البيولوجية التي يتضمنها ، وكيف تتفاعل هذه الظواهر مع الضغوط الاجتماعية . فلا يزال في حاجة للإيضاح ، وينطبق ذلك على الأمراض المزمنة الأخرى .

(أمين رويحة ١٩٧٢ ، ٢٩٧-٢٩٩) .

والظاهر أن الإنسان كلما تقدم في السن فإن قدرته على تحمل الضغوط الجسمية والبيئية تنخفض بقدر ملحوظ . والتقدم في السن هنا يقصد به السن الزمني بقدر ما يقصد به سن العضو الذي يتأثر بدوره في التكوينات الوراثية وأسلوب المعيشة والغذاء . إن الطرق التي تربط بين الحالة البيولوجية للفرد بما في ذلك تكوينه الوراثي ، وموقفه الشخصي والاجتماعي ، وبين تكوين معظم أمراض الشيخوخة ماتزال غامضة .

٢- تصلب الشرايين :

يظهر مرض تصلب الشرايين بدرجات متفاوتة عند الشيوخ تقريبا ، كما يظهر في بعض الحالات المرضية عند الشباب ، وإن كان هناك جدل بين الأطباء حول اعتباره مرضا ملازما للشيخوخة أو اعتباره مرضا حقيقيا وليس عرضا من أعراضها .

ومهما يكن من أمره فقد أصبح من المعروف أن هناك بعض عادات وطرق الحياة تهيئ للإصابة بتصلب الشرايين ، كالجلوس طويلا ، والسمنة ، والأغذية الدسمة، والاجهاد في العمل بدون راحة ، والضغوط النفسية المستمرة ، كما أنها تمثل حالة استهلاك فسيولوجية في الأوعية لدموية ، قد يسرع بإظهارها أخطاء صحية في المعيشة ،

أو تسممات مزمنة بغازات سوء الهضم ، أو النيكوتين ، أو افراط شرب
المسكرات واستعمال المنبهات (قهوة - شاي) وما إلى ذلك .
وفي مرض تصلب الشرايين تتجمع على الجدار الداخلي للشرايين مواد
دهنية

" وكوليسترول " ، وأملاح الكلس ، مما يتسبب في ضيقه وفقدانه
لمرونته مما يشكل عائقا لجريان الدورة الدموية بداخله ، وقد يحدث
احتقان في الأماكن الشديدة الضيق من الشريان ، أو موجات لولبية في
الدم ، تؤدي إلى تجلطه ، وسد الشريان الجلطة فتتوقف الدورة الدموية
فيه ، أو يتم انفجاره في موضع السد . (Fikry , M.E. 1970,)
. (133.134)

ومن الصعب جدا الاستدلال على وجود التصلب في الشرايين إلا بعد
أن يصبح متقدما بعض الشيء حيث يزداد الشريان صلابة وتعرجا
يمكن للطبيب الجيد أن يلمس ذلك بأصابعه على الشرايين السطحية في
الجسم ، كشريان النبض فوق مفصل اليد ، وشريان العضد فوق
مفصل المرفق ، وشريان الفخذ وشريان الصدغ أمام الأذن .

ومن الأدلة المبكرة على وجود تصلب شريان العضد هو ارتفاع هذا
الشريان عند كل نبضة من نبضات القلب ، والشريان المتصلب إما أن
يكون مملوءا بالدم ومتوترا ، وأما أن يضيق في داخله فتقل درجة

الامتلاء فيه بنسبة الضيق في داخله والتصوير بالأشعة السينية يساعد في تشخيص تصلب الشرايين الغائرة وخصوصا الشريان الأورطي .

والمصاب بتصلب الشرايين يشعر بضيق حجمها وتعثر الدورة الدموية فيها بحكم شعوره بالألم بشدة في القلب إذا كانت الإصابة في شريانه التاجي وكثيرا ما ينتابه عسر في التنفس الذي يظهر عند تعرض الجسم إلى عمل شاق (كالصعود لدرجات السلم) وقد يظهر عسر التنفس بعد تناول وجبة من الطعام ويستمر ذلك لبضع دقائق أو ساعات أو أيام ، وهذه النوبات تدل على وجود انحطاط في قوى البطنين الأيسر للقلب . يرافق هذه الأعراض العامة لتغلب الشرايين أعراض خاصة في أعضاء الجسم الداخلية (كالكلية ، الكبد ، الدماغ ، .. الخ) إذا أصيبت شرايينها بالتصلب أيضا .

فإذا تصلب شريان الكلية أدى ذلك إلى ضمورها وعجزها عن إفراز البول وغيره من السموم الضارة والإصابة بما يسمى بالتسمم البولي وعواقبه الخطيرة جدا .

وإذا حدث تصلب في شريان غدة البنكرياس : أدى ذلك إلى عجزها عن إفراز هرمونها (أنسولين) بالمقدار الكافي واحتقان وتضخم في الكبد وإلى نزيف المعدة والأمعاء فالإصابة بمرض السكر .

وإذا كانت الإصابة بشريان الرجل : يحس المصاب بألم شديد في رجله يجبره على الوقوف عند المشي ، ويزرق لون الجلد وتورم الرجل ، ثم تموت لانقطاع الدورة الدموية عنها .

أما عن تصلب شرايين الدماغ : فيحدث نقص في تغذية الدماغ وتموينه بالقدر الكافي من الدم ، فتنخفض بذلك حيويته وطاقته ويصاب بانخراط في القوى الجسمية والعقلية وضعف الذاكرة وعدم الاكتراث ونوبات الدوخة والغيبوبة .

وكثيرا ما يصاب الشيخ بهذا النوع من التصلب .

هذا وإحداث انفجار في الشريان المتصلب يصاب الجسم بشلل فجائي في بعض أطرافه أو أعضائه وفقا لموضع الشريان المتفجر، ويعقب ذلك غيبوبة تنتهي بالموت . (أمين رويحة ١٩٧٢ ، ٢٩٩-٣٠٧) .

٣- القبض المزمن :

القبض المزمن أو الكسل الأمعاء علة نصيب الصغار والمسنين غير أن المسنين تكثر بينهم الإصابة بها ، وتتمثل في عجز الأمعاء عن تفريغ الراز بصورة منتظمة . لذلك فإن أي اضطراب في تفريغ فضلات الجسم أو أي تأخر في عملية التفريغ (فيض) يؤدي على إصابة الجسم بأضرار صحية جسيمة .

وللقبض أسباب مختلفة منها مثلا : وجود أورام (سرطان) في الأمعاء يؤدي إلى تضيق سمعتها مما يعوق مرور المواد البرازية (وهو من الحالات الخطرة على الحياة) ، كما قد يحدث نتيجة ضعف العصب السمبتاوي أو الهزل أو فقر الدم ، وقد يكون السبب شذوذا خلقيا في الأمعاء الغليظة يزيد في طولها وعلى الأخص في القولون المستعرض منها بحيث يهبط لفرط طوله أو قد يحدث بسبب الالتصاق بين الأمعاء وجدار البطن في موضع ضيق .. الخ . وهذا كله يؤدي إلى طول مدة بقاء البراز داخل الأمعاء ، ويزداد جفافه فيتعسر انزلاقه في الأمعاء ويحدث القبض وقد تطول مدة تخزين البراز في الأمعاء الغليظة أياما عديدة ، وتزداد كميته إلى درجة تحدث أرقاء في جدار الأمعاء ، وتخلف توسعا في شكل كيس . (أمين رويحة ١٩٧٢ ، ٢١٥-٢١٦) . ومن أسباب القبض أيضا : قلة حركة الجسم ، والخطأ في انتقاء الغذاء وكذلك الاضطرار إلى ملازمة الفراش لمدة طويلة بسبب العجز أو الأمراض الطارئة .

وقد يؤدي بقاء البراز في الأمعاء مدة طويلة إلى جفافه ، بحيث يخرج متقطعا كبعر الجمال أو الماعز ، ولونه قاتم كالمحروق ، وتحيطه أحيانا من الخارج مواد مخاطية أفرزتها الأمعاء بسبب ضغط كتل البراز الجافة على جدارها المخاطي ، ويبذل المصاب مجهودا على

عضلات بطنه فيحبس أنفاسه كي تشترك عضلة الحجاب الحاجز مع عضلات جدار البطن في الضغط على الأمعاء لتفريغ البراز منها . وقد يؤدي هذا الضغط عند المسنين والمصابين بمرض القلب أو تصلب في الشرايين إلى الموت المفاجئ بشلل القلب .

(السكتة القلبية أو الدماغية) . هذا وقد يخرج البراز الجاف مصحوبا بمخاط ويحدث تشققات مؤمة جدا ، وكثيرا ما يتضاعف ويسبب الإصابة بالباسور .

(أمين رويحة ١٩٧٢ ، ٢٢٦-٢٣٢) .

ويرافق القبض أحيانا غازات في البطن والتأثير على القلب لارتفاع الحجاب الحاجز من جراء ضغط الأمعاء المنتفخة بالغازات عليه ، ومن الأعراض التي ترافق القبض أيضا : الشعور بثقل فوق المعدة ، ومرارة في الفم مع رائحة كريهة فيه ، وارتخاء عام في الجسم وفقدان النشاط للعمل ، وكآبة النفس وصداع مصحوب أحيانا بدوخة .

وكما أوضحنا سابقا : فإن اختزان الطعام والمواد المتحللة في الأمعاء يؤدي إلى التعفن والتخمر وتكون أنواع من الحوامض والغازات ، وتكوين المادة السامة للجسم ، (كالاندول واسكاتول والصتول والتيوماتين) فيمتص الدم قليلا من هذه المواد وينقله إلى الكبد وبعض الغدد الأخرى ، وكلما زادت كمية السموم عن قدرة الجسم على إبطال

مفعولها فإنه يتسمم بها . وما يؤدي إليه ذلك من تأثر الدم بنسبة الحموضة وتأثيره على الأوعية الدموية ، والجهاز التنفسي والقلب .. الخ.

٤- الروماتيزم وآلام المفاصل :

يشكو الذين يتخطون مرحلة الشباب عادة من الروماتيزم وآلام المفاصل ، وهذا الداء له صور شتى ، وأسباب الإصابة به غير متفق عليها ، على وجه التحديد - غير أنه فيما عدا الحمى الروماتيزمية ، يتجه الرأي إلى إرجاعها إلى تولد بعض النفايات السامة التي تفرزها أغشية ملتهبة في الجسم كما يحدث عند التهاب اللثة وإصابتها . ومن الأمراض التي تمت بصلة وثيقة إلى الروماتيزم : اللمباجو ، وعرق النساء وآلام المفاصل ، والنقرس ، وفي وسع المرء أن يتخلص منها حتى ولو كانت من النوع المزمن وذلك باتباع القواعد الصحية في المعيشة والإقلال من الأغذية التي تولد الحموضة في لجسم ومن الوسائل الناجحة في تحصين الجسم ضد الإصابة بالروماتيزم تعريضه لاشعة الشمس والهواء الطلق أكبر مدة ممكنة ، وأخذ قسط كبير من الحركة والرياضة والتمارينات الجسمانية والتدليك ، بحيث تشمل تحريك الأجزاء التي أصيبت بالروماتيزم ، وإلا تكون هذه الحركات عنيفة ..

ذلك أن الحركة تساعد على إزالة النفايات السامة والمواد الحمضية التي تتراكم حول المفاصل والعضلات وتسبب التهابها .
والاعتقاد السائد بأن التعرض للرطوبة من أهم أسباب الإصابة بالروماتيزم ليس له ما يؤيده - ويتجه الرأي الطبي الحديث إلى القول :
بأن عوامل الإصابة بهذا الداء منشؤها داخل الجسم ، وليس بسبب ما يتعرض له من تيارات أو رطوبة أو برد . (حسن عبد السلام ١٩٥٢ ، ٨١-٨٢) .

٥- البول السكري :

وينشأ عن عجز جزائر لانجرهام المتصلة بغدة البنكرياس عن إفراز المقدار الكافي من الهرمون اللازم لتمثيل السكر في الجسم ، وهذا الهرمون هو المعروف بالأنسلين فيجبر المصاب على حقن جسمه بالأنسولين المستخرج من غدد البقر .
(حسن عبد السلام ، ١٩٥٢ ، ٧٧) .

واحتراق السكر في الجسم يختلف في الشيوخ عنه عند الشباب ، وذلك لعدة عوامل منها :

- انخفاض نسبة الجليكوجين (السكر المركز) في الكبد مع الشيخوخة .

- انخفاض امتصاص السكريات في الأمعاء الدقيقة ونقص في
مقدرة الجسم على استهلاك السكر .

والإصابة بالبول السكري سببه الأول إسراف المرء في الاستمتاع بملاذ
الحياة في سنى الشباب الأولى فكثير من الناس لا يراعون الاعتدال في
المأكل والمشرب وتناول المكيفات . وهم بذلك يلهبون غدتهم
البنكرياسية بالسوط لكي تهضم لهم أضعاف المقدار المقرر لها أن
تهضمه ، ويترتب على ذلك أن تصاب أنسجتها بالتلف في سن مبكرة ،
فتعجز عن إفراز المقدار الكافي من الأنسولين .

ومرض البول السكري عند الشيوخ له خصائص محددة وهو موجود في
(٤%) من الشيوخ ويمكن أن يظهر في أي سن عند المسنين حتى سن
التسعين ، وهو أكثر في السيدات عنه في الرجال بنسبة (٥ - ١)
والشيوخ أكثر تأثراً للأنسولين وحساسيته عن الشباب ويترتب على ذلك
التغيرات في احتراق السكر في الجسم ، أن تتخفص نسبة تركيز
السكر في الدم عنها في مرحلة الشباب إلى (٨٠-٨٥) ملليجرام /سم
في الشيوخ بدلا من (٩٠-١٠٠) عند الشباب في المتوسط .

(عصام فكري ١٩٨٢ ، ٣٤) .

ومن الميسور أن يتجنب المتقدم في السن كثيرا من الأضرار المترتبة
على إصابته بالبول السكري إذا هو عقد العزم على اتباع القواعد

الصحيحة في معيشته ، وقبل أن يضحى بشيء مما اعتاد أن يتناوله من المأكولات الدسمة المركزة بدلا من الإسراف في حقن جسمه بالأنسولين لكي لا يفوته لون من ألوان الطعام أو متعة من متع الدنيا .

٦- التهاب القصبة الهوائية وانتفاخ الرئة :

الإصابة بالتهاب القصبة الهوائية المزمن (برونشيت) والذي يزحف ببطء ولا يعبا لظهور أعراضه الأولية فتهمل مكافحتها حتى يستفحل الداء ويتعذر الشفاء التام منها ينضج الالتهاب مزمنًا .. والتهاب القصبة الهوائية يمتد تدريجيا على فروعها حتى يصل إلى الجلد المخاطي للأكياس الهوائية (السنج) وهو يشاهد في مختلف أعمار العمر ولكنه يكون قبل سن الشيخوخة عابرا يشفي بالمعالجة شفاء تاما بعد وقت قصير . أما في الشيخوخة فهو مزمن لأنه ينتج بفعل الانتفاخ الشبخوخي في الرئة . ذلك أن سعة التنفس في الرئة تقل تدريجيا بتقدم العمر ، كما تضيق سعة الأوعية الدموية التي تحمل الأكسجين من هواء التنفس فتعطيه ما تحمله من الكربون بداخل الرئة أيضا .

وفي سن الشيخوخة يعتري القفص الصدري شيء من الضمور فيضيق من أعلى بحيث يصبح شكله كحبة الكمثرى ، وبذلك تقل قابليته للاتساع ، وهذه العوامل كلها تحد من سعة التنفس وينقص مقدار الهواء الذي يدخل إلى الرئة مما يحمل القلب إلى العمل بأقصى قوته ،

فيزيد من أعبائه ويعرض للأضرار والإصابة ببعض الأمراض - فإذا ما تعرضت رئة مصابة بالانتفاخ الشيخوخي إلى مؤثرات ضارة كالبرد مثلا : اصببت بالتهاب يصعب على الجسم التغلب الكلي عليه أو الشفاء منه فيظل الالتهاب مزمنًا ، ويبقى الكفاح بينه وبين الجسم سجالا .. والتهاب القصبة الهوائية المزمن يزيد من أعباء القلب ويضعفه . كما أن ضعف القلب يزيد التهاب القصبة تضخما .. وكثيرا ما يحدث الالتهاب من القصبة إلى الرئة نفسها فيعجز عند الشيخوخة ينبغي اعتباره إصابة خطيرة تستوجب مكافحتها جسديا ومن بداية ظهورها .

ومن أعراض انتفاخ الرئة (ايمفوريم) التي يسهل على العامة تمييزها عند الشيخوخة ضيق التنفس وخصوصا عند صعوده سلم أو مرتفع وعجز الشيخ عن إطفاء عود ثقاب مشتعل يمسكه ويده ممدودة كليا إلى الأمام ، بالنفخ في الهواء الزفير من صدره . ولدى الطبيب وسائل أخرى وألات خاصة لقياس سعة الرئة ، وتحديد مقدار ما يمكن أن تستوعبه من كمية الهواء .. كما يعرف التهاب القصبة الهوائية بما يرافقه من سعال وبصاق ، وخصوصا في الصباح بعد الاستيقاظ من النوم - ويزيد التدخين من تفاقم انتفاخ الرئة ، والإصابة بالتهاب القصبة ومضاعفاته . (أمين رويحة ١٩٧٢ ، ١٠١-١٠٣) .

٧- تضخم البروستاتا :

هو من أمراض الشيخوخة عند الرجال - والبروستاتا غدة بحجم الليمونة الصغيرة مركزة في الحوض الأسفل تحت المثانة مباشرة ، ويمر من داخلها الأصليل الذي يخرج فيه البول من المثانة إلى الخارج . وتتضخم البروستاتا عند بعض الشيوخ ، ويزداد حجمها تدريجيا ، ويضيق مجرى البول في داخلها ، فيتعذر تفريغ المثانة عند التبول تفريغا تاما ، وكذلك يتبقى في المثانة رواسب من البول ، تقل كميته أو تزداد حسب نسبة التضخم في البروستاتا . (حسن عبد السلام ١٩٥٢ ، ٨٠-٨١) .

وفي المثانة يتعرض البول الراسب إلى التلوث بالجراثيم ويلهب بطانة المثانة من الداخل وقد يحدث اضرارا وخيمة العاقبة في الكلى . وغالبا ما يحدث تضخم البروستاتا بين سن (٥٠-٧٥) ثم قد يحدث بعد ذلك .

أما الأعراض التي يحس بها المصاب فهي الشعور بحصر البول ، والصعوبة في انتفاخ المثانة عند بداية التبول ، والإحساس بالحرقان أثناء التبول وبعده ، وملاحظة نزول البول بدون اندفاع ، بحيث يقع عند الوقوف بين القدمين ، أو نزوله متقطعا - وكذلك الشعور بحرقان

في منطقة الشرج ، وضغط مستمر عليه كضغط الغائط عن الشعور
بالحاجة الملحة للتبرز . (عصام فكري ١٩٨٢ ، ٢٦)

٨- السرطان :

مازال هذا لداء الفتاك في مقدمة أمراض الشيخوخة المخيفة حتى الآن
، وتدل الاحصائيات العلمية على ظهور انخفاض ملحوظ في عدد
الإصابات بسرطان المعدة بينما ازداد هذا العدد في سرطان الرئة
لسببين :

إحدهما : استنشاق الغازات الضارة المنتشرة في الهواء من مداخل
المصانع والسيارات .
والثاني : هو التدخين .

إذ تدل الاحصائيات على أن عدد الوفيات بسرطان الرئة بين من كانوا
يدخنون

(٢٠) سيجارة يوميا أكثر من (٥٢%) من الوفيات من غير المدخنين

ومازالت الأبحاث العلمية جادة لإيجاد طريقة للفحص تدل على وجود
السرطان في الجسم عند بدايته أو سلامته منه . ومن المؤسف أن
يكون العلم حتى الآن غير قادر على التوصل إلى طرق لاستكشاف
هذا الداء عند بدايته وطرق علاجه الرادعة . خصوصا استئصال درن

السرطان عند بدايته وقبل أن يستفحل أمره بالعملية الجراحية هو الطريقة الوحيدة لضمان الشفاء منه شفاء تاما .

والمصابون بالسرطان لا يذهبون للطبيب عامة إلا بعد أن يستفحل الأمر ، ويصبح الشفاء متعذرا ، ويغدو الاستئصال غير ممكن ، ولا لوم عليهم في ذلك إذ أن أعراض المرض الأولية لا تسبب للمصاب إلا القليل من الانزعاج ، فلا يكثر لها بل تمهل في عرض نفسه على الطبيب ، فعلى كل من وصل الشيخوخة أن يراجع الطبيب بمجرد شعوره بأي عرض غير مألوف في جسمه ولا يهمل ذلك حتى يتمكن من العلاج والمرض مازال في بدايته أو مستترا في جسمه.

(أمين رويحة ١٩٧٢ ، ١١١-١١٢) .

مفاهيم طب المسنين الحديث

ولكن ما هي المفاهيم التي يمكننا تطبيقها فورا ودون إنتظار لانتشار أطباء المسنين في مصر ؟

هناك بعض الأمثلة منها ممارسة الصيانة الصحية والتركيز على الرقابة وحسن التعامل مع الأدوية وإتاحة الفرصة لإقامة نظام أطباء المسنين والاعتراف بحق المسنين في الجراحة كذلك توفير خدمة دخول المسنين إلى المستشفيات بسهولة.

ونعني بالصيانة الصحية للمسنين الاستجابة العصرية للتناقض الواضح بين حاجات المسنين الصحية المتزايدة وامكانياتهم المادية المتناقصة . وبإمكان نظم ومؤسسات الصيانة الصحية للمسنين بتركيزها على الوقاية والاكتشاف المبكر للحالات المرضية وتشجيع تعزيز الصحة وكلها قليلة التكاليف نسبيا أن تمنع إصابة المسن بالأزمات الصحية الخطيرة التي تتطلب تكاليف هائلة لمواجهتها ويمكن للمسن المصري تطبيق هذا المبدأ حتى في غياب مؤسسات خاصة " للصيانة " الصحية بأن ينفق إمكانياته المحدودة في سوق الخدمة لصحية على إجراءات وقاية وتعزيز الصحة .

وهناك اعتقاد بأن المستشفيات خطر على المسنين يجب تجنبه بقدر الإمكان وهو اعتقاد مستفز ولكنه صادق تماما لعدة أسباب منها :

١- الروتين اليومي في المستشفيات مزعج للمسن ولا يتحملة أياما طويلة

(مواعيد النوم ونوع الطعام .. الخ) .

٢- خدمات متعددة مما تعودنا على إجرائها في المستشفيات أصبحت اليوم متاحة في البيوت وعيادات الأطباء . فلما المستشفى ؟ أليس أيسر وأرخص ؟ لا ينقص هذا الاتجاه سوى عدم دخول التمريض بثقل إلى البيوت وتحصن الممرضات

بأسوار المستشفيات ولكن هذا وضع عابر مؤقت ومصيره التغيير ليواكب العصر بعد حل بعض المشكلات الخاصة به من وعي وتدريب وتنظيم وأمن .

٣- إذا احتاج المسن للمستشفى لجراحة أو أزمة صحية شديدة ليكن بقاؤه فيها لأقصر مدة ممكنة . وليساعده أولاده في اتخاذ القرار السليم .

العمل والتقاعد

المتقاعد هو الذي لا يعمل ويتلقى معاشا عن عمل سابق وكثير من المسنين متقاعدون أصحاب معاشات ويمكن للمتقاعد أن يجمع بين التقاعد وعمل جديد ولكن هناك مسنون يعملون ولا يتلقون أجرا .. ربات البيوت مثلا وهناك متقاعدون لا يحصلون على معاشات وهؤلاء ممن تقاعدوا قبل الموعد الرسمي ورضوا بمكافآت تبخرت بسرعة وهناك مسنون يعملون لحساب أنفسهم ويتحكمون في ساعات عملهم ودخلهم غير ثابت نظريا لا يخرج الإنسان نهائيا وتاما من سوق العمل إلى التقاعد النهائي سوى العجز الشديد بسبب المرض أو الهزال .

وقد قسمت علاقة الإنسان بالعمل والعمر إلى أربع مراحل :

• العمر الأول : الاستعداد للعمل بالدراسة (الطفولة وأول الشباب

• (

• العمر الثاني : العمل المنتظم المستقر (حتى منتصف العمر والشيخوخة القادرة) .

• العمر الرابع : التقاعد النهائي (الشيخوخة العاجزة) .

والمسنون في العمر الثالث لا يملكون رفاهية التقاعد الأمن ولا يملكون اليقين حول أوضاعهم في العمل والمجتمع ولذلك هـ في قلق دائم وحيرة والعمل لا يوفر الدخل فقط وإنما هو كذلك إطار كامل للوجود الاجتماعي للفرد .

الانسحاب من العمل (الاسم المهدب للتقاعد) له الآن مخارج كثيرة متنوعة تناسب حاجات كل عامل مسن أو متوسط العمر وترتيبات مالية مرنة وقد انخفضت سن التقاعد الاجباري في الستينيات (الظروف تحديث الصناعة في الغرب) وعادت إلى الارتفاع في التسعينيات (لارتفاع أعداد المسنين) .

وهكذا نرى أن معاش التقاعد لم يعد في العالم ومصر بالذات - كافيا وثابتا ومتوقعا بل وحتى متاحا لكثير من المسنين وليست هناك وسيلة لإصلاحه وفي المقابل نشأت وتتشأ استجابات جديدة لتلبية حاجات المسنين المالية والاجتماعية مثل تسهيل عودتهم إلى سوق العمل .

ولكن الأزمة مازالت محتدمة خصوصا في مصر ولذلك نرى أن المسنين في العمر الثالث يدب تسهيل جمعهم بين العمل والتقاعد كما

أن المسنين في العمر الرابع يجب تأمين معاش شيخوخة لهم وإعداد برامج رعاية تغطي احتياجاتهم بالكامل .

من يقوم برعاية المسنين

مقدمة :

الواقع أن ظهور دراسة جديدة تتحول في أقل من عشرين سنة إلى علم قائم بذاته لدليل على بدء قيام مشكلة . ولذلك فإن دراسة علم الشيخوخة يوضح بقدر كبير تلك العملية التي وصفها C.wright mills (١٩٥٩) بأنها تعمل على تحويل المشاكل الشخصية إلى قضايا عامة . والحقيقة أن المشاكل الشخصية لا تصبح اجتماعية إلا إذا شملت أعدادا كثيرة من أفراد المجتمع . وبالنسبة للأعداد المتزايدة والمطرودة من المسنين بدرجة تكاد تعادل الزيادة في عدد المواليد ، فضلا عن انخفاض معدل وفيات الأطفال مع التقدم الباهر في مجال الطب الجسماني والنفسي ، مما يجعل من الشيخوخة مشكلة اجتماعية تتطلب المبادرة بدراسة وتحليل احتياجات أفرادها . والسعي للتوصل إلى رؤية جديدة ، تمكن المسنين اليوم وفي السنوات القادمة من الإحساس بأنهم مازالوا وسيظلون جزءا متكاملًا مع المجتمع ، ولهم الحق في الحصول على الفرص المناسبة للمشاركة الفعالة طبقا لقدراتهم .

ولكن السؤال الذي يلح الآن هو من الذي يجب أن يقوم برعاية المسنين

؟

أن تحديد مسؤولية رعاية المسنين كفيل بتوفير الطمأنينة على مستقبل فئة قضت معظم سنوات حياتها في رعاية الآخرين ويجب أن تتوفر لها الرعاية الكاملة ، لقضاء البقية الباقية من عمرها في صحة وسعادة ويسر - فليس مقبولاً ونحن في الربع الأخير من القرن العشرين أن نترك أي مجموعة من الناس بغير ضمان الرعاية المناسبة لهم .

وقد نصت المادة (٢٥) من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على أنه :
(لكل إنسان الحق في مستوى معيشي ملائم لصحته ورفاهيته ، وكذلك لصحة ورفاهية أسرته ، بما في ذلك المأكل والملبس والسكن ، والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية والحق في الأمان عندما يتقدم به السن) .

ولا شك أن المرء عندما يتصور نفسه في آخر مراحل العمر وقد أمن واطمأن على ظروف معيشته ، ويسعد واستقر فيما يتعلق بمستقبل حياته فإن ذلك سوف ينعكس على حياته وانتاجه في مقتبل العمر - فليس الزم السعادة والنشاط البناء من الشعور بالأمن والاطمئنان على مستقبل الأيام .

الاهتمام العالمي برعاية المسنين :

كانت الخطوة الجادة الأولى في مجال رعاية المسنين هي تلك الخطوة النشطة التي خطتها هيئة الأمم المتحدة عندما قررت في جلستها ٣٣

لعام ١٩٧٨ الدعوة إلى تجمع عالمي في عام ١٩٨٢ ، بهدف دراسة الشيخوخة وكبار السن ، ووضع برنامج عمل لضمان الأمان الاجتماعي والاقتصادي لهذه الفئة واطاحة الفرصة لأفرادها للمشاركة في التنمية الاقتصادية والاجتماعية لبلادهم .

إن إدراك الأمم المتحدة للحاجة الملحة لتوحيد وتقييم أمثل الطرق لتقديم الرعاية المناسبة لكبار السن على أساس التجارب التي تراكمت في مختلف البلدان هو ما حدا بها إلى تنظيم هذا الاجتماع العالمي ، بهدف التوصل إلى إقرار توصيات أو سياسات لتحسين الرعاية التي يجب أن تقدمها الحكومات لهذه الفئة من مواطنيها .

وقد عقد المؤتمر العالمي للشيخوخة في فيينا بالنمسا في الفترة من ٢٦ يوليو حتى ٦ أغسطس ١٩٨٢ .. واختارت الأمم المتحدة شجرة التين الهندي (التين البنغالي) شعارا للمؤتمر ، التي ترمز لطول العمر ، والاعتماد على النفس ، والاستمرار في النمو ، حيث تمتد هذه الشجرة لمئات الأقدام عن جزعها الأساسي ويعتبر سراقها مكانا للأسواق والتجمعات الاجتماعية ، وتمثل أيضا نقطة أساسية للشعائر الاجتماعية والسياسية ، وقد صمم هذا الشعار أوسكار بيرجار Oscar berger وهو فنان أمريكي يبلغ من العمر ثمانين عاما .

وقد هذا المؤتمر كاستجابة للحقيقة الفريدة التي قالها وليم كيرجان
Wailiam M. Kerigan السكرتير العام للمؤتمر للجنة الاستشارية
للمؤتمر وهي :

" أنه لأول مرة في تاريخ البشرية ، يشهد هذا الجيل مجموعة جديدة من
عمر الإنسان وهي الشيخوخة وحتى هذا القرن وبالتحديد حتى الربع
الثاني من هذا القرن ، كان هناك القليل جدا من الناس الذين عاشوا في
الستينات من أعمارهم ليشتدوا بمجموعة عمرية حقيقية .. واستمر
كيرجان قائلاً : أنه قد ثبت الآن فقد ، أن توقع الحياة قد أثبت أن هذه
المجموعة العمرية الجديدة ، يمكن إثباتها بمشاكلها الفريدة ومسئولياتها
، كما يمكن إيجاد تأثيرها السياسي والاقتصادي والاجتماعي الفريد على
المجتمعات .

كما أن من أهداف المؤتمر التوصل إلى برنامج موجه من التفاعل
لضمان الأمان الاقتصادي والاجتماعي للمسنين بالإضافة إلى توفير
الفرص لهم ، لكي يساهموا ويشاركوا في تقدم مجتمعاتهم .
وسيكون هذا المؤتمر فرصة لكل الدول لتوضح دلائل انجازات القرن
العشرين مثل فهم عالمية وحتمية الشيخوخة الإنسانية والتقدم في السن
بالنسبة للبشر .

ويعتبر المؤتمر العالمي للشيخوخة من أهم مؤتمرات الأمم المتحدة الخاصة بالإنسان تلخيصاً تحت الموضوع المطروحة .

الموضوعات المطروحة :

لقد شملت الموضوعات المطروحة أمام التجمع العالمي موضوعات إنسانية تتصل بالاحتياجات الخاصة بالمسنين ، والتي تتعلق بالصحة والإسكان والبيئة والسعادة الاجتماعية ، والأمان الاقتصادي والتعليم والأسرة . أما الموضوعات المتعلقة بالنمو فتشمل مشاركة المسنين في المجتمع ودورهم في التنمية .

وسوف نتناول بإيجاز بعض هذه الموضوعات :

١- أهمية الأسرة :

تم التأكيد على أهمية إبقاء تكوين الأسرة وأنه يجب تشجيع الأسرة كوحدة اجتماعية أساسية كما أن صياغة وتحقيق السياسات الدولية للشيخوخة تعتبر من حق كل دولة فيما يتعلق بمشاكل الشيخوخة .

٢- الحق في التقاعد :

ويعتبر حق الناس في التقاعد عن العمل شيئاً أساسياً ولكن المسنين يجب أن يأخذوا الفرصة ليستمروا في الأدوار المرضية والمناسبة ، كما أن الأعداد الجسمي والثقافي والصحي للشيخوخة يعتبر عملية تمتد مدى الحياة . وقد أوصت اللجنة الاستشارية للمؤتمر على تقديم

خدمات الصحة الجسمية والصحة النفسية المناسبة للمسنين في جميع أنحاء العالم . وأشارت إلى أن أقل تخفيض في الانفاق على التسليح سوف يكون له تأثيره على إتاحة المصادر لتحسين الحياة للمسنين .

٣- النساء :

وقد أكد المؤتمر أن موضوع الشيخوخة ذو أهمية خاصة للسيدات ، ذلك أن توقعات الحياة للنساء تعتبر أطول من الرجال ، وشعرت اللجنة الاستشارية للمؤتمر أن مسألة السيدات المتقدمات في السن ، يجب أن تتناولها في خطة رعاية الشيخوخة في جميع البلدان . ذلك أن المسنات يعانين من المساوئ الاقتصادية الشديدة وخصوصا في الدول النامية ، حيث أن دخولهن تقل عن دخول المسنين وأجورهن منخفضة أيضا أثناء حياتهن العملية وفي معظم نظم الضمان الاجتماعي نجد النساء يعاملن على أساس أنهن ربات بيوت في مقابل الرجال الذين يكسبون لقمة العيش أثناء حياتهم العملية وبعدها .

بالإضافة لذلك فإن أكثر الرجال غالبا ما يميلون لأن يتزوجوا من نساء تصغرهم سنا ويتركوهن أرامل في سنواتهن الأخيرة ، وليست المسنات يعانين الوحدة فقط بل يعانين من الحرمان الاقتصادي أيضا حتى أنه في معظم أنحاء العالم نجد أن النساء اللاتي يزيد عمرهن عن الستين هن أفقر الفقراء .

٤- الاستفادة من خبرة المسنين :

وقد أوصى المؤتمر بأن الدول الغنية والفقيرة على حد سواء بحاجة إلى ضمان دخول المسنين في كل مجالات الحياة الاقتصادية والثقافية والاجتماعية والأسرية والسياسية . وأن هناك دروسا يمكن أن نتعلمها منهم .. ويجب إبقاء تركيبات المسنين في ميدان العمل ، على أن يقر متخذي القرار في الحكومات بالحاجة للمسنين فيجعلوا المعادلات السياسية والاقتصادية والاجتماعية في المجتمع تشمل المسنين .

٥- إشباع حاجات المسنين :

وبوصي المؤتمر بأن خطة التفاعل مع المسنين يجب أن تركز على حصولهم على نوعية حياة أفضل من الرفاهية الاجتماعية والصحة والتغذية ، والإسكان والبيئة والحفاظ على الدخل والتعليم والأسرة .

٦- الصحة :

ومن الملاحظ أن الخدمات الصحية للمسنين في معظم الدول النامية لا تزال محدودة جدا .. وقد وافق المؤتمر على أن يكون الاهتمام على الخدمات الوقائية بدلا من الخدمات العلاجية حيث أن الخدمات الوقائية إذا ما بدأت في سن مبكر

تستطيع أن تعد الناس لعقابت الشيخوخة ، ولحياة أصح وأسعد .. كما أن العناية الطبية الأولية والأساسية والتي تقوم بها معظم الدول النامية كمدخل لجعل الخدمات الطبية متوافرة لكل المجتمع بأسرع ما يمكن ، كما يجب أن تخضع الخدمات الطبية التقليدية للبحث وأن تدعمها بالخدمات المرتبطة بها .

٧- الإسكان :

الدول النامية عموما تعطي للإسكان أولوية منخفضة بسبب تكاليف الاستثمار المرتفعة ، وهذا يعتبر سببا من أسباب تقوية الأسر الممتدة.. وقد اقترح المؤتمر أنه يجب على الحكومات والمجتمعات مساعدة الأسر المسنة لتحسين أحوال مسكنهم وأحوال معيشتهم .

٨- التربية :

وقد أكد المؤتمر على حاجة إلى مساعدة المسنين بأعدادهم لهذه المرحلة العمرية لكي يستطيعوا المشاركة في الدخل والقيام بالأنشطة حتى يصبحوا أكثر اعتمادا على أنفسهم وأن يكونوا مكتفين ذاتيا ، ويكون ذلك مستقبلا بتدريب المسنين على المهارات الإدارية وأن تتم البرامج التدريبية من خلال المراكز التي تكون أجزاء متكاملة من حياة المجتمع ، وأن تعرض التربية لأهم سمات الشيخوخة واحتياجاتها

والأعداد لها ، وتساهم في التربية من أجل التقاعد والتربية من أجل استغلال وقت الفراغ .. الخ .

٩- وسائل الرعاية :

حقيقة أخرى أكد عليها المؤتمر وهي أنه " إذا كان النمط الشائع للشيخوخة هو اعتبارها فترة خسارة أو انحدار متعدد في حوالي الستين حينما يكبر الفرد في السن ويتعرض لتغيير مستمر جسمي ونفسي واجتماعي لا بد له أن يتكيف معه .. فإنه يمكن إدراك أن الشيخوخة أمرا حتميا إلا أنه يمكننا عمل الكثير فيما يتعلق بالصفات المحددة ، كالاهتمام بالعوامل البيئية مثل الغذاء والتمارين وتكيف المسن مع مجتمعي وواقع عملية تقدمه في السن .

وسوف نتناول فيما يلي مسؤوليات رعاية الشيخوخة على المستوى المحلي وتتمثل في :

- أولا : رعاية الأسرة .
- ثانيا : رعاية الدولة .
- ثالثا : رعاية المؤسسات الخاصة . رابعا : دور رعاية المسنين .

النمو في الرشد والشيخوخة

في هذا لفصل نعرض لأهم مظاهر الارتقاء في مرحلتي الرشد ،
الشيخوخة ومنها التغير الجسمي والحركي الحسي متضمنة أهم العوامل
المؤثرة في التغير العضوي في مرحلتي الرشد والشيخوخة كذلك مظاهر
التغير الانفعالي في نفس المرحلتين إلى جانب التغير في السلوك
الاجتماعي لنفس المرحلتين كما عرض لهما د/ فؤاد البهي السيد في
مؤلفه الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة .

من الرشد إلى الشيخوخة

مقدمة :

نعيش حياتنا في هدوء وبسر ، أو شدة وعسر . وتمضي بنا قافلة
الزمن فإذا الذي كنا نأباه في مراهقتنا نقله في رشدنا . وإذا الذي كنا
نرتضيه في طفولتنا نرفضه في شيخوختنا .

نعيش حياتنا ، حياة الكبار ، فنسعد بالقوة العارمة التي تعتلج بها
نفوسنا الشابة وفي أعماقنا خوف مستتر كامن الشيخوخة المقبلة
، وخوف من أن تأخذ منا الحياة ما أعطت ، وأن نتبدل من بعد قوة
ضعفنا .

تلك هي حياتنا . ضعف يتسامى إلى قوة ، وقوة تهبط إلى ضعف

مشكلتنا إذن هي مشكلة التكيف لحالات الضعف والقوة ،هي مشكلة التوافق النفسي مع التغير الذي يلزم حياتنا كلما زاد عمرنا هي مشكلة تقبل التغيرات الاجتماعية التي تحدث من حولنا ، فنلاحقها في رشدنا ، ونكاد نصنعها عندما نعيش أحداث بيئتنا الراهنة ، ثم نختلف عنها في شيخوختنا. من نحن ؟ من هم الكبار ؟ ما الذي أثار هذه المشكلة حتى أصبحت مجالا خصبا للدراسة والبحث ؟ وما هي أهمية أهداف دراسة الكبار ؟ وما هي المظاهر السلوكية العامة لهم ؟ وما وهو أثرهم في المجتمعات الحديثة التي نسميها علميا بالمجتمعات المعمرة؟

تعد مرحلة الكبار ، مرحلة النضج واكتمال الشخصية ، وضعفها وانحاضارها هي ربيع العمر وخريفه . وهي تتطور بالفرد من رعاية الأسرة إلى الاستقلال الذاتي وكسب الرزق ، وإلى مسؤولية تكوين أسرة جديدة ورعايتها والإشراف على توجيهها في هذه المرحلة تصددم أحلام المراهقة بالواقع ،ولهذه يجب أن يتعلم الكبير كيف يكيف أماله لمظاهر البيئة التي يعيش فيها .

مرحلة الكبار هي مرحلة الرشد والشيخوخة . وهي تمتد من ٢١ سنة إلى ٦٠ سنة حتى نهاية العمر . وهي تنقسم من الناحية البيولوجية النفسية إلى ثلاث مراحل جزئية نلخصها فيما يلي :

(أ) مرحلة الرشد المبكر - وهي تمتد من ٢١ سنة إلى ٤٠ سنة .

(ب) مرحلة وسط العمر - وهي تمتد من ٤٠ سنة إلى ٦٠ سنة .

(ج) الشيخوخة - وهي تمتد من ٦٠ سنة حتى نهاية العمر .

وتقسم الحياة كلها من ناحية العمل والإنتاج إلى أربعة مراحل

رئيسية نلخصها فيما يلي :

(أ) مرحلة التكوين - وتمتد هذه المرحلة من بدء الحياة إلى بدء

الرشد.

(ب) مرحلة زروة الإنتاج - وهي تمثل مرحلة الرشد المبكر التي

تمتد من ٢١ إلى ٤٠ سنة .

(ج) مرحلة النجاج المتناقصة وهي تمثل مرحلة وسط العمر التي

تمتد من ٤٠ سنة إلى ٦٠ سنة .

(د) مرحلة الراحة - وهي تمثل مرحلة الإحالة إلى المعاش وهي

تمتد من ٦٠ إلى نهاية العمر .

هذا ولا يعد العمر الزمني وحده معيارا دقيقا لتقسيم حياة البار إلى

مراحل ولكنه بالرغم من هذا يستخدم كإطار مفيد في بعض الحالات

وخاصة بالنسبة للمتوسطات العامة لمظاهر الحياة ، ولذا فقد نستطيع

تقسيم الشيخوخة بالنسبة إلى أنواع مختلفة مثل الشيخوخة الزمنية وذلك

عندما تتخذ زيادة العمر حدا فارقا لمراحل الحياة ومثل الشيخوخة

العضوية والشيخوخة النفسية ومن العلماء من يقسم الشيخوخة نفسها إلى مرحلتين نلخصهما فيما يلي :

(أ) الشيخوخة المبكرة - وهي تمتد من ٦٠ سنة إلى ٧٥ سنة .

(ب) الهرم - وهو يمتد من ٧٥ سنة إلى نهاية العمر .

نشأة وتاريخ الاهتمام بسيكولوجية الكبار :

يعد سيشرون الخطيب الروماني المشهور الذي عاش في القرن الأول قبل ميلاد السيد المسيح أول من اهتم بالخواص السلوكية للكبار والأعمال المناسبة لهم وقد ترجمت رسالته عن الكبار إلى الإنجليزية سنة ١٩٥٩ . وقد فطن العرب إلى أهمية دراسة الكبار فكتب أبو حاتم السجستاني رسالته عن المعمرين سنة ٨٦٤ . وقد تطور الاهتمام من الأعمال المناسبة للكبار إلى دراسة العوامل المؤدية لإطالة العمر ونذكر على سبيل المثال الدراسة التي قام بها تينون Tenon سنة ١٨١٣ والبحث الذي أجراه ليجونكور Lejoncourt سنة ١٨٤٢ .

وقد بدأ الاهتمام بمراحل حياة الكبار وخاصة الشيوخ منذ سنة ١٨٦٠ وذلك عندما نشر فلورنس Florans كتابه عن الشيخوخة البشرية وتوزيعها السكاني على سطح الكرة الأرضية هذا وقد قسم فلورنس مرحلة الشيخوخة إلى مرحلتين متميزتين تبدأ الأولى من سن ٧٠ سنة وتبدأ الثانية من سن ٨٥ سنة .

ثم تطور الاهتمام بالكبار بعد ذلك إلى دراسة المشكلات الاجتماعية التي تصاحب حياة الكبار ، وقد ظهرت نتائج هذه الدراسات في الكتاب الذي نشره بوس Booth سنة ١٨٩٤ وقد أدت هذه الدراسات إلى سلسلة من الإصلاحات الاجتماعية الخاصة بكبار السن والشيخوخة .

هذا ويعد كتاب هول Hall الذي ظهر سنة ١٩٢٢ البدء الحقيقي للدراسات البيولوجية النفسية الخاصة بالكبار وقد أدى هذا البحث إلى دراسة أثر الزمن على التغيرات البيولوجية التي تحدث للحيوانات خلال مراحل حياتهم المختلفة ثم تطورت الأبحاث إلى دراسة أثر الزمن على تغيير خواص الإنسان البيولوجية الفسيولوجية ، والنفسية والاجتماعية وكان لهذا الاتجاه أثره على القارة الأوربية فنشأت حلقات الدراسة الخاصة ببيولوجية الكبار سنة ١٩٣٩ .

وقد شغلت مشكلة التكيف الاجتماعي للشيخوخة الباحثين في العقد الرابع من هذا القرن فدعا بيرجز Burgess ١٩٤٣ إلى تكوين لجنة من الجمعية الأمريكية للعلوم الاجتماعية لدراسة مشكلة الشيخوخة ومدى تكيف الفرد في هذه المرحلة من حياته بالنسبة لعائلته وعمله ودخله المتناقص وقد نشرت هذه اللجنة نتائج أبحاثها في الكتاب الذي

نشره بولاك Pollak سنة ١٩٤٨ وتناول فيه كلناحية من تلك النواحي بالدراسة والتحليل .

ثم تطور البحث إلى وجهته النفسية الصحيحة في السنين الأخيرة وذلك عندما عكفت جامعة كمبردج على دراسة مظاهر التغير في الأداء الإنساني من الرشد إلى أن يصل سن الفرد إلى ٨٠ سنة وقد استمرت هذه الأبحاث قائمة في معمل علم النفس من سنة ١٩٤٦ وقد نشرها ولفورد Welford في كتابه الذي ظهر سنة ١٩٥٨ .

أهمية دراسة الكبار :

يمكن أن نلخص أهمية دراسة الكبار في النواحي التالية :

١- تزداد نسبة الكبار سنة بعد أخرى ولهذه الزيادة أثرها في اهتمام العلم الحديث بدراسة الصفات الرئيسية للكبار وخاصة في المظاهر الجسمية الحسية والعقلية المعرفية والانفعالية العاطفية والاجتماعية وهذا ويمكن تلخيص أسباب زيادة تعداد الكبار في العالم في النواحي التالية :

(أ) ارتفاع مستوى الصحة الوقائية التي تهدف إلى منع انتشار الأمراض والأوبئة.

(ب) ارتفاع مستوى الصحة البنائية التي تهدف إلى تحقيق النواحي الغذائية والبيولوجية لبناء مجتمع سليم وأفراد أقوياء .

(ج) ارتفاع مستوى الصحة العلاجية التي تهدف إلى تزويد الفرد والمجتمع بالدواء المناسب لكل الأمراض المعروفة .

(د) ارتفاع مستوى الصحة النفسية التي تهدف إلى تحقيق التكامل الصحيح للشخصية الإنسانية وإلى تيسير أسباب الراحة النفسية التي تحول بين الفرد وبين الأمراض العصبية المختلفة .

(هـ) زيادة النسل عاما بعد آخر نتيجة للعوامل السابقة وتؤدي هذه الزيادة بدورها إلى زيادة تعداد الكبار في المجتمع الإنساني .

(و) انتشار السلام العالمي لمدى ما يقرب من ربع قرن أدى إلى احتفاظ كل دولة بزهرة شبابها وإلى زيادة نسبة الكبار في تلك المجتمعات وذلك لأن الضحية الأولى للحرب هم الكبار أنفسهم .

٢- المجتمع الذي نعيش فيه قادته من الكبار فهم الذين يوجهون سياسة الدولة ومشروعاتها الاقتصادية وتطورها الاجتماعي إذن يجب أن ندرس هؤلاء الكبار لندرس إمكانياتنا البشرية، ووسائل تحقيق أهدافنا .

٣- زيادة الاهتمام بدراسة الكبار وخاصة بعد أن اكتشف علم النفس والعلوم الأخرى المتصلة به الخواص الرئيسية للطفولة الإنسانية وقد تطور البحث من الطفولة إلى المراهقة ومن المراهقة إلى الرشد والشيخوخة ومن هذه جميعا إلى دراسة النمو من بدء الحياة إلى نهايتها

وبذلك بدأت دراسة الكبار منذ سنوات قليلة وذلك لأن مرحلة الكبار هي مظهر من مظاهر التطور النفسي للفرد في نضجه واكتمال شخصيته وفي شيخوخته وضعفه .

٤- الثروة البشرية هي أهم أنواع الثروات الموجودة في أي إقليم ، هي أهم من الثروات المعدنية والزراعية وغيرها من الثروات الأخرى والطاقة البشرية مازالت مجهولة في أغلب نواحيها ، والدراسة العلمية لنفسية الكبار تهدف فيما تهدف إلى معرفة الإمكانيات البشرية والطاقات الكامنة لتوجيهها لخير المجتمع ولخير النوع الإنساني كله . ولهذا يجب أن نفهم سلوك الكبار في حياتنا الفردية والاجتماعية.

٥- ارتفاع نسبة الأمية في العالم يحول بين الفرد وبين الاستفادة من قواه وإمكانياته الخصب ، والدراسة العلمية لنفسية الكبار تكشف عن الطرق الصحيحة لتعليم هؤلاء الأميين ، ولا نستطيع أن تعلم الفرد دون أن نعرف خواصه المختلفة وإمكانياته ودوافعه وميوله وأهدافه واستعداداته وقدراته .

٦- هذا يجب أن ندرس الكبار لفهم أنفسنا ونفهم غيرنا ، ولنطور المجتمع الذي نعيش فيه .

أهداف دراسة سيكولوجية الكبار :

أي مظهر من مظاهر الحياة يبدأ وينتهي في الزمن . ولا معنى للزمن دون تغير ، ذلك بأن الزمن دائما موجب ، لا سالب له ، يسير في اتجاه واحد ، يتزايد يوما بعد آخر ، وكلما تزايد الزمن تغير الكائن الحي إما قوة وإما ضعفا والإنسان يسير في قافلة الزمن من مهده إلى لحدده .

يتغير الإنسان تغييرا عضويا ونفسيا نتيجة لزيادة عمره وهو في شبابه مخلوق ناضج يواجه مشكلات حياته بقوة وإرادة وحيوية وهو في شيخوخته كائن ضعيف يعيش على ماضيه أكثر مما يعيش في حاضره . أنه يعيش ذكرياته التي صنعها في طفولته وشبابه .

وعلينا أن نفهم أنفسنا ، ومظاهر قوتنا وضعفنا حتى نعرف حدودنا وإمكاناتنا ونعرف غيرنا حتى لا نكلف أنفسنا شططا . وهكذا يصبح أهم هدف دراسة سيكولوجية الكبار معرفة إمكاناتنا الكامنة والإفادة منها لأقصى حد ممكن ، واستغلال الثروة البشرية الكامنة في أنفسنا وعند غيرنا حتى لا تبقى معطلة نعيش ونموت بها دون أن ترى النور في حياتنا .

وكما تهدف هذه الدراسة معرفة سيكولوجية الرشد ، فهي تهدف أيضا إلى معرفة سيكولوجية الشيخوخة ، وإلى معرفة الخواص النفسية لأبائنا وأمهاتنا حتى نكفل لهم حياة كريمة سعيدة وإلى معرفة شيخوختنا

المقبلة حتى لا نشقى أولادنا بتعصبنا ومشكلاتنا ، ولهذه الدراسة أهميتها لأن المجتمعات المعاصرة تنحو نحو الشيخوخة أي تزداد نسبة الشيخوخة فيها يوما بعد يوم ولهذا أصبح لهذا القطاع الجديد من السكان حقوق وواجبات لم تكن واضحة من قبل . هذا وليس هدفنا من دراسة الشيخوخة هو إطالة العمر لأن الأعمار بيد الله ولكن هدفنا الحقيقي هو زيادة المدى النشط في حياة الفرد حتى يستمتع بحياته في عمله وراحته ، بعيدا عن الآلام والمشكلات ، وحتى يشعر الفرد أن الحياة في بدئها إلى نهايتها تجربة رائعة ، ومخاطرة جميلة وليست مجرد أعباء متراكمة ومكالات عابسة ، وأزمات تنقض ظهر صاحبها .

يجب أن يتعلم الفرد كيف ينظم استعداداته العقلية ، وقدراته المعرفية وفكرته عن نفسه ليواجه التغيرات الداخلية التي تطرأ على جسمه ونفسه خلال رشده وشيخوخته ، وليواجه أيضا الضغوط الخارجية التي يفرضها عليه المجتمع المتطور المتغير الذي يعيش هو في اطاره .

تلك هي أهداف دراسة سيكولوجية الكبار وهي في جوهرها أهداف الحياة نفسها ، الحياة المتوثبة الفياضة المتغيرة المتطورة الهادفة إلى المثل العليا في كل ميدان من ميادين نشاط الكبار .

المظاهر السلوكية العامة للكبار :

سنعالج واجهة التغير التي تطرأ على كل مظهر من المظاهر السلوكية لحياة الفرد خلال حياة الكبار ، وذلك بنفس الطريقة التي عالجت بها تلك المظاهر خلال مرحلتي الطفولة والمراهقة .

هذا وسنبين في الفقرات التالية الخصائص العامة لمراحل الرشد المبكر ووسط العمر والشيخوخة .

الخصائص العامة لمرحلة الرشد المبكر :

تتلخص أهم المعالم الرئيسية لهذه المرحلة في النواحي التالية :

- ١- يصل إنتاج الفرد في هذه المرحلة إلى ذروته . ويصل الفرد إلى تمام نضجه . وتعد هذه المرحلة بحق مرحلة الكفاح والتناقص وإرساء قواعد الحياة على أسس ثابتة مكيئة.
- ٢- يؤثر مدى نجاح الفرد أو فشله في تحقيق مطالب نموه على مدى نجاحه أو فشله في حياتنا المقبلة وخاصة في مراحل وسط العمر ، ويؤثر هذا النجاح أو الفشل على عمل الفرد ومكانته الاجتماعية ، وحياته العائلية . هذا ويتأثر نجاح الفرد في تحقيق مطالب الرشد المبكر ، بمدى نجاحه في تحقيق مطالب نمو المرحلة السابقة للرشد أي مرحلة المراهقة . وعلى الفرد أن يعمل دائما على تحقيق المطالب التي يستطيع

تحقيقها في مراهقته وإلا أصبح تكيفه لبيئته عملية شاقة قاسية ، بل وعسيرة أحيانا .

٣- وعندما يتخلف النضج بالفرد في أي ناحية من نواحيه الجسمية أو العقلية المعرفية ، أو الانفعالية العاطفية وأصبح لهذا القطاع الجديد من السكان حقوقه وواجباته . حقوقه الاقتصادية مثل التأمين الاجتماعي ، ورف سن الإحالة إلى المعاش بالنسبة للأصحاء القادرين منهم ، والعناية بإعادة تعليمهم مهارات وخبرات جديدة تتناسب مع حالتهم العقلية والصحية . وأصبحت عليهم واجبات جديدة أهمها ممارسة النواحي السياسية في مجتمع يتطور بسرعة شديدة .

ولهذا أصبحت عملية تعليم الكبار حقا أساسيا لكل الأفراد شباب كانوا أم شيوخا ، ولم تعد نافلة من نوافل التطور الاجتماعي القائم . أن الفرد يتعلم من مهده إلى لحده . فكل يوم يمر يكسبه خبرات جديدة تحتاج إلى تنظيم وتخطيط .

من حق البار أن يتعلموا مهارات جديدة تساعدهم على مسايرة التطور القائم في المجتمعات الصناعية الحديثة ، إذ في هذه المجتمعات تضعف الروابط العائلية ، وتتفكك أواصر الأسرة ، ويشعر

الفرد بالعزلة والوحدة وتزداد أوقات الفراغ . وخير علاج لهذه الوحدة هو تعلم خبرات ومهارات جديدة للترفيه والمتعة والفائدة .

التغير الجسمي والحركي الحسي

مقدمة :

يتغير الجسم البشري وتتغير أجهزته المختلفة تبعا لزيادة عمر الفرد وتطوره في حياته من الطفولة إلى المراهقة إلى الرشد إلى الشيخوخة ، وبما أن الوظائف العضوية تعتمد على تكوين الأجهزة الخاصة بها ، إذن فالوظائف العضوية تختلف من عمر إلى عمر يليه من مرحلة إلى أخرى تعقبها .

وبما أن الحركة هي الناحية الوظيفية للتكوين العضلي للفرد ، وبما أن الإحساس هو أيضا الناحية الوظيفية للحواس ، إذن فالدراسة التي تهدف إلى تحديد المعالم الرئيسية للتغير الحسي والحركي يجب أن تقوم على ركائزها الجسمية العضوية الفسيولوجية .

ولذا سنتناول في تحليلنا لمظاهر التغير الجسمي الحركي الحسي ، أهم العوامل التي تؤثر على التغير العضوي ، والنظريات التي تفسر مظاهر هذا التغير ، ثم ننتقل إلى دراسة التغيرات البيولوجية الفسيولوجية ، وما يترتب عليها من تغير في القوة العضلية ، وأثر هذا

التغير على المظاهر الحركية للفرد خلال رشده وشيخوخته ، ثم تنتهي من ذلك كله إلى تبيان المظاهر المختلفة للتغير الحسي .

وهذا وبما أن بعض مظاهر هذا التغير تتحدر بالفرد إلى الضعف إذن فمن الطبيعي أن نتناول بالدراسة الأسس العلمية ، والوسائل الحديثة لمقاومة مظاهر هذا الضعف ولرعاية حياة الفرد في المراحل الأخيرة من حياته .

ولقد فطن العرب قديما لبعض مظاهر الضعف التي تصاحب المراحل الأخيرة في حياة الفرد ، فقبل لأحد المعمرين العرب : ما بقى منك ؟

قال : اذكر القديم وأنسى الحديث ، وأرق بالليل وأنام وسط القوم .
هذا وتهدف هذه الدراسة إلى معرفة هذه المظاهر معرفة علمية صحيحة تمهيدا لتوجيهها التوجيه الذي يناسب حياة الفرد حتى يسعد بحياته في رفق وأناة دون أن يتعسف بها في تيه الآلام والأمراض والشكوى والشقاء .

أهم العوامل التي تؤثر على التغير العضوي :

مرحلة الرشد هي مرحلة اكتمال النضج ، وهي تحمل بين طياتها بذور التغير الذي سيحدث بعد ذلك في مرحلة وسط العمر والشيخوخة .

ويتأثر التغير العضوي للكبار بعوامل مختلفة نلخصها فيما يلي :

١- الوراثة :

وهي كما نعلم إحدى المحددات الرئيسية للحياة في أبعادها المختلفة فهي التي تحدد بعض خواص الفرد الرئيسية مثل الطول ، وشكل الشعر ولون العينين ، وقابلية الإصابة بأمراض معينة مثل السكر والصلع وعمى الألوان هذا ويتأثر مدى الحياة نفسه ، طال أم قصر بعامل الوراثة وذلك لأن متوسط العمر يختلف من عائلة لعائلة ومن سلالة لسلالة أخرى .

٢- المهنة :

لكل مهنة أثارها على المشتغلين بها ، وهذا يفسر لنا كثرة أمراض القلب والتهاب الحنجرة بين المشتغلين بمهنة التعليم وارتفاع نسبة أمراض الروماتزم بين الفلاحين وارتفاع نسبة السل بين المشتغلين بصناعة النسيج.

٣- الغذاء :

ذلت الأبحاث التي أجريت على الفئران على أن نقص الغذاء عن الحد الحيوي الضروري لانتزان الحياة يبكر بالشيخوخة ، وأن زيادة الغذاء عن ذلك الحد يؤدي أيضا إلى نفس النتيجة التي أدى إليها النقصان الشديد ، هذا ولنوع الغذاء أثره على حياة الكبار ، فمثلا تؤدي زيادة نسبة

المواد الدهنية في غذاء الكبار إلى زيادة ترسيب الكولسترول في الأوعية الدموية وهذا بدوره يؤدي إلى زيادة ضغط الدم وأمراض القلب .

٤- تنشيط الأجهزة العضوية المختلفة :

تواترت نتائج التجارب المختلفة في هذا الميدان على أن كثرة استخدام أي عضو من أعضاء الجسم البشري يؤخر شيخوخته ، فلكل جهاز عضوي مرحلة يصل فيها إلى ذروة قوته ثم ينحدر بعدها إلى الشيخوخة شأنه في ذلك شأن الجسم البشري كوحدة أو ككل ، وهكذا نرى أن للقلب ، وللرئتين وللعضلات ، وللقشرة المخية ، منحنيات تحدد اتجاه نموها ، وطريق انحدارها وضعفها ، هذا وقد نجد أنفسنا في المستقبل القريب أمام مفهوم جديد يقرر أن الوظيفة تؤخر الشيخوخة ، شأنه في ذلك شأن المفهوم الذي يقرر أن الوظيفة تخلق العضو .

٥- البيئة :

تؤثر البيئة بنوعيتها ، اجتماعية كانت أم طبيعية ، أي معدل التغير العضوي في الكائن الحي ، وخاصة في طفولته وشيخوخته ، ولذا يختلف مدى سرعة أو بطء ظهور مظاهر الشيخوخة من مجتمع لآخر ، ومن بيئة لأخرى ، فمثلا تسرع الشيخوخة بالفرد في المجتمعات المتخلفة وتتناقص سرعتها في المجتمعات الناهضة ، ويختلف أيضا معدل التغير في المجتمعات الريفية عنه في المجتمعات الحضرية ،

وللبينة الطبيعية الجغرافية أثرها أيضا على تحديد مدى المرحلة المنتجة في حياة الفرد ، هذا ولكل بيئة أمراضها العضوية التي تنتشر بين سكانها ،ولهذه الأمراض أثارها المختلفة على إنتاج الفرد ، وعلى متوسط العمر .

النظريات التي تفسر مظاهر التغير العضوي :

تميل بعض النظريات المعاصرة إلى تفسير ظاهرة التغير العضوي تبعا لزيادة العمر الزمني على أساس التغيرات البيولوجية الداخلية التي تحدث في جسم الكائن الحي ، وما يصاحبها من تغيرات كيميائية ، ولاشك أن لهذه النظريات نصيبها من الصحة وخاصة بالنسبة للهرمونات التي تفرها الغدد الصماء ، وأثر هذه الهرمونات على معدل نمو أو ضعف الفرد . هذا وقد سبق أن بينا أن لبعض هذه الغدد توقيتا غريبا ، يساير دورة الحياة في ضعفها ،وقوتها ، ثم في ضعفها الأخير وهي تتحدر نحو الشيخوخة ، ويميل البعض الآخر إلى تفسير التغير الذي يصاحب النشاط البدني على أساس مفهوم التعويض . فما كان يؤخذ بالقوة في شباب الفرد واكتمال حيويته أصبح يؤخذ بالحيلة في شيخوخته وضعفه ،فمثلا عندما يعجز الفرد عن حمل الأشياء الثقيلة بيده فإنه قد يستخدم كلتا يديه . أو يحملها على ظهره أو يجرها وراءه . وهو ما يفتأ يعدل في نشاطه البدني حتى يصبح في حدود قدراته

الجسيمة . وعندما يفشل الفرد تماما في القيام بالنشاط الجسماني الذي كان يهدف إليه فإنه لا يقدم عليه مرة أخرى ، وفي أية صورة حتى لا يشعر دائما بمرارة الإخفاق .

وهكذا نرى أن للتعويض مستويات متدرجة نلخصها في التعويض الفاشل ، والتعويض الجزئي ، والتعويض الكامل ، وما فوق التعويض . هذا وتعتمد فكرة التعويض على الزيادة المطردة في الخبرة بالرغم من التناقص المتوالي للطاقة العضوية في الإنسان .

وهكذا نرى أن الحياة تعتمد في بنائها واكتمال نضجها على القوى الكامنة في الطاقة العضوية للفرد ، ثم يتزايد أثر الخبرة حتى يصل إلى الحد الذي يعوض فيه مدى الفاقد ، في الطاقة وذلك عندما يلتقي بمنحنى الطاقة بمنحنى الخبرة بعد ذلك في القوة حتى يصبح لها الدور الرئيسي في حياة الفرد .

ولذلك تصل القوة العضوية وما ي صاحبها من سرعة بدنية إلى أقصاها في المدى الزمني للعمر الذي يمتد من ٢٠ سنة إلى ٣٠ سنة ثم تتناقص بعد ذلك في الأربعين ويزداد تناقصها بشكل واضح في المدى الزمني للعمر الذي يمتد من ٤٠ سنة إلى ٧٠ سنة إلى نهاية العمر .

ويتغير شكل الجسم ونشاطه العضوي تبعاً لزيادة العمر الزمني .
ولذلك يمكن أحيانا معرفة أعمار الناس بالتقريب من شكل الجسم ،
ومدى نشاط أعضائه العضوية المختلفة .

التغيرات البيولوجية الفسيولوجية :

تتلخص أهم التغيرات البيولوجية التي تحدث للإنسان في رشده
وشيخوخته في النواحي التالية :

تغير معدل الإيض :

تدل عملية الايض Mdtabolism على عمليتي البناء الحيوي
Anabolism والهدم الحيوي Catabolism ولهذا الايض علاقة
مباشرة بمدى قدرة الجسم على تجديد نفسه .

وتقاس هذه العملية بالسعر في الساعة بالنسبة لوحد المساحة
الجسمية وتبدأ هذه العملية ضعيفة جدا عند الولادة ثم يرتفع مستواها
وتزداد سرعتها في الشهر الأول للحياة وتظل كذلك حتى نهاية السنة
الأولى بعد الولادة ، وتتطور من ٢٥ سعرا إلى ٦٠ سعرا في السنة
الخامسة ثم تهدأ سرعتها نوعا عند الراشدين .

وهكذا نرى أن الايض يصبح مساويا لـ ٦٨.٥٠ سعرا في الساعة
بالنسبة للذكور ، ٣٦.٥٠ سعرا في الساعة بالنسبة للإناث في المدى
الزمني للعمر الذي يمتد من ٣٠ سنة إلى ٤٠ سنة . ثم يهبط هذا

المعدل بعد ذلك إلى ٣٥ في سن ٧٠ سنة ويظل في هبوط حتى نهاية العمر .

١- تغير معدل نشاط الغدد الصماء :

يصل إفراز الغدد الصماء ذروته في سن العشرين . هذا ويهبط معدل إفراز هرمونات هذه الغدد بسرعة منتظمة حتى سن ٧٠ سنة ، ثم تتغير سرعته في هبوطها حتى نهاية الحياة.

٢- تغير قوة دفع الدم :

تتناقص القوة الدافعة للدم في خط مستقيم ينحدر بانتظام تبعا لزيادة العمر الزمني وهكذا نرى أن هذه القوة تبدأ مرتفعة عند ٢٠ سنة وتظل في تناقصها حتى سن ٩٠ سنة إلى نهاية الحياة وتقاس هذه القوة باختبارات في جميع المراحل الزمنية للحياة .

٣- تغير السعة الهوائية للرئتين :

تقل نسبة الهواء في عمليتي الشهيق والزفير تبعا لزيادة السن وخاصة بعد العمر الزمني المساوي لـ ٢٠ سنة ، وتقاس كمية الهواء أثناء عملية التنفس بالسنتيمتر المكعب .

٤- التغيرات العصبية:

يصل الجهاز العصبي إلى ذروته الحيوية في الرشد ثم يبدأ نشاطه يضعف بالتدريج ولكن في ببطء غير ملحوظ . ولذا يصعب قياس

الضعف ثم تصبح سرعة هذا الانحدار ملحوظ في الشيخوخة ، وعندما يقترب العمر الزمني من سن ٦٠ سنة تبطؤ الاستجابات كما تظهر في صورة ردود الفعل ، وكما تحدث في القوس العصبي الخاص بها .

وقد ترجع هذه الظاهرة إلى ضعف نسبة الأوكسجين التي يحملها الدم إلى المخ نتيجة لشيخوخة الفرد ، ونتيجة لضعف السعة الهوائية للرئتين ، أكثر مما ترجع إلى شيخوخة الخلايا العصبية نفسها .

ولذا قد يصاب بعض الأفراد ببعض الأمراض العصبية في المراحل المتأخرة من العمر مثل زهان الشيخوخة والكآبة وغيرها من الأمراض المختلفة ، ويسمى هذا النوع من الزهان بالذهان العضوي Rganic psychoses .

٥- الكفاية البدنية ومستوى التكيف :

تصل الكفاية البدنية إلى ذروتها العليا فيسن ٢٥ سنة أي في الرشد .ويبدأ انحدارها بطيئاً حتى سن الأربعين أو الخامسة والأربعين .ويزداد معدل الانحدار بعد ذلك زيادة ملحوظة بعد ذلك السن .

ويعاني الفرد الأمرين في تكيفه لبدنه الذي بدأ يضعف وبيئته التي لا ترحم في تطورها وسرعة تغييرها . وعلى الفرد أن يتعلم كيف يوافق بين حالته الجديدة ومطالبه المتعددة. والتوافق الصحيح يبسر للفرد حياة

هادئة سعيدة ، والتوافق الخاطئ ينحو به نحو الأمراض العصبية النفسية المختلفة .

تغير القوة العضلية :

تضمحل العضلات تبعا لزيادة العمر وخاصة بعد مرحلة الرشد واكتمال النضج وتقل مرونتها ، وبذلك تتأثر النواحي الحركية تبعا لهذا الضمور وذلك الجمود والحركة - كما نعلم - هي انكماش عضلي في ناحية وامتداد في الناحية الأخرى ، وعندما تضعف هذه القوة تتأثر سرعة الانكماش والامتداد وتضعف تبعا لذلك القوة العضلية للفرد .

ولهذه التغيرات أثرها على الجهد البدني ، والعمل اليدوي وحتى على عملية المشي نفسها ، فتتغير مشية الفرد لزيادة عمره الزمني .

هذا ويمكن التغلب - إلى حد ما - على ضمور العضلات وذلك عن طريق زيادة المواد البروتينية في الطعام مثل اللحوم بأنواعها البرية والبحرية والمنتجات الحيوية مثل الجبن واللبن والبيض ، وذلك بشرط أن تسمح حالة الجسم بهذه الزيادة ، وألا يؤدي هذا التغيير إلى زيادة نسبة البوليين في الدم وتقاس القوة العضلية عن طريق التجارب الخاصة بالتعب . وتتخلص إحدى هذه التجارب فيحمل ثقل معين مثل ١ كيلو جرام حتى يشعر الفرد أنه لم يعد يستطيع حمل مثل هذا الثقل . وتدل نتائج هذه التجربة على أن مدى الزمن الذي يستطيع فيه الفرد

الاستمرار في حمل مثل هذا الثقل يتناقص تبعا لزيادة العمر الزمني وخاصة بعد مرحلة الرشد . ويبدأ هذا الضعف بوضوح في أواخر مرحلة وسط العمر أي بعد سن ٥٥ سنة ثم يزداد وضوحها بعد ذلك حتى نهاية العمر .

ولهذا الضعف أثره على إنتاج العمل في المصانع المختلفة وتدل التجارب التي أجراها بومجارتنيه Baumgartnier على أن إنتاج العمال يتناقص تبعا لتناقص القوة العضلية وخاصة بعد سن ٣٠ سنة، ويبدأ في الوضوح عندما يصل عمر العامل إلى ٥٠ سنة ، ويكاد يصبح خط الانحدار عموميا بعد ٦٠ سنة ، ويؤثر هذا النقص على دخل الفرد وخاصة إذا كان أجره يرتبط بمعدل الإنتاج ارتباطا مباشرا . ولكن بعض العمال يعوضون هذا الضعف اكتشاف طرق جديدة للقيام بعملهم تتناسب ومستوى قوتهم العضلية المتناقصة ، وذلك عندما تسمح طبيعة العمل نفسه بمثل ذلك التعويض . وخير لمثل هؤلاء العمال وللمصنع الذي يعملون فيه أن يجد لهم العمل الذي يتناسب مع خبرتهم الطويلة الخصبة والذي لا يرهق جدهم العضلي .

تغير المظاهر الحركية :

يعوق النمو غير المتزن تعلم المهارات الحركية الدقيقة في مرحلة المراهقة. يتم يتزن في مرحلة الرشد ، فيصبح الفرد قادرا على تعلم المهارات التي لم يمكنه منها اختلال نموها السابق .

وتصل هذه المهارات إلى ذروتها خلال المدى الزمني الذي يمتد من ٢٠ سنة إلى ٣٠ سنة ، وتقاس سرعة استجابة الفرد في تعلمه الحركي بما نسميه زمن الرجوع .

ويعرف زمن الرجوع بأنه المدى الزمني بين حدوث الاستثارة والاستجابة الحركية المقابلة لها . هذا ويتأثر هذا المدى الزمني تأثرا واضحا بزيادة العمر الزمني. وهكذا نرى أن المدى الزمني للرجوع يزداد تبعا لزيادة العمر الزمني وخاصة بعد مرحلة الرشد . وتدل التجار التي أجراها زافران Szafran سنة ١٩٥١ على أن زمن الرجوع بالنسبة للمثيرات الضوئية يصل إلى ٠.٩٦ من الثانية من ٢٠ سنة إلى ٢٩ سنة ثم يزداد إلى ١.٥٥ ثانية من ٤٠ سنة إلى ٤٩ سنة ويظل في ازدياد حتى يصل إلى ١.٦٧ ثانية من ٥٠ سنة إلى ٥٩ سنة .

ولهذا المدى الزمني للرجوع أثره في قيادة السيارات ، وفي أغلب الصناعات التي تعتمد على سرعة الاستجابة المباشرة للاستثارة القائمة .

وتمضي الحياة بالفرد عاما بعد آخر .فإذا هو يتوكل في مشيته بعد أن كان يسرع بها . ويضيق مداها ويصغر ، فإذا هي خطوات قصيرة زاحفة متعبة ، بعد أن كانت طويلة نشيطة . وترتعش يداه وأصابعه بعد أن كانت متزنة قوية ناضجة . وأثر هذه المظاهر الحركية للشيخوخة على المهارات التي يقوم بها الفرد .

التغير الحسي :

الحواس هي أبواب العقل ومناذره إلى العالم الخارجي . ويعتمد إدراك الفرد لهذا العالم على وظيفة تلك الحواس . ويقوم الجهاز العصبي بتجميع الإستثارات الحسية وتحويلها مدركات عقلية . وهكذا يدرك الفرد نفسه وعالمه المحيط به عبر حواسه .

ولكل حاسة تكوين عضوي ووظيفة سلوكية . وتعتمد الوظيفة على مدى النضج التكويني للحواس ، وتتأثر الحواس من ناحيتها التكوينية بالزمن ، فتبدأ ضعيفة في الطفولة ، ويكتمل نموها في المراهقة والرشد ، وتضعف في الشيخوخة . وهكذا تبدأ وظيفتها ضعيفة ثم تقوى ثم تضعف .

وهي لا تسير من ضعفها إلى نضجها إلى ضعفها الأخير بنفس السرعة ، فتتفاوت فيما بينها ، ويتفاوت مدى تغيرها أيضا من فرد لآخر .

ولقد تواترت أغلب نتائج الأبحاث العلمية على تأكيد أن الضعف الأخير الذي ينتاب أغلب الحواس يبدو واضحا جليا بعد سن الخمسين .

هذا وسنبين فيما يلي التغيرات التي تطرأ على البصر ، والسمع ، والصوت والتذوق والإحساسات الأخرى الخاصة بالجلد .

١- تغير البصر تبعا لزيادة العمر :

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

وتتغير قوة الاستجابة الضوئية من ١٦ وحدة في سن ١٠ سنوات إلى ٤ وحدات في سن ٤٠ سنة إلى وحدتين في سن ٦٠ سنة ، ويصل هذا الانحدار إلى أقصاه فيما بين سن ٤٠ سنة و ٥٠ سنة ، ثم تهدأ بعد ذلك سرعة انحداره .

٢- تغير السمع تبعا لزيادة العمر :

تبدأ حاسة السمع في الضعف في وقت مبكر ، شأنها في ذلك حاسة البصر وتدل أغلب الدراسات العلمية على أن البذور الأولى لضعف السمع تبدأ في المراهقة ، ويستمر هذا الضعف حتى يبلغ عمر ٥٠

سنة ، ثم تقف عملية الانحدار عند حد معين ومن مظاهر ضعف السمع في هذه السن صعوبة إدراك الأصوات الحادة .

٣- تغير الصوت تبعا لزيادة العمر :

يتغير الصوت البشري تبعا لزيادة السن وخاصة في الشيخوخة ، وبما أن مخارج الحروف تعتمد على درجة نضج الصوت ، إذن تتغير طريقة نطق الكلمات المختلفة تبعا لزيادة العمر ، ومن الملاحظات التي ندركها جميعا اختلاف نطق الطفل للألفاظ المختلفة ، عن نطق المراهق والرشد ، عن نطق الشيخ الهرم .

هذا وعندما يكثر سقوط الأسنان تبعا لزيادة العمر يتغير الصوت البشري ويرتبط هذا التغير بمخارج الحروف التي تعتمد في جوهرها على التكوين السليم لجوف الفم وليس شيء من الحروف أدخل في باب النقص والعجز من فم الأهتم من الفاء والسين إذا كان في وسط الكلمة ويضعف الصوت تبعا لزيادة العمر ، ويفقد جزءا كبيرا من حرارته ، ويصبح مرتعشا ، منقطعا .

٤- تغير حاسة التذوق تبعا لزيادة العمر :

تضعف براعم التذوق المنتشرة على طرفي وجانبي اللسان البشري تبعا لزيادة العمر ، ويقل إحساس الكبار بالمواد السكرية ، ولذلك لا يميلون إليها كثيرا كما كانوا يحبونها في طفولتهم .

وتتأثر هذه البراعم أيضا بالتوابل الحريفة ، وبكثرة التدخين ، وتلك عادات يميل إليها الكبار أيضا .

٥- التغير الحسي البشري تبعا لزيادة العمر :

تضعف النواحي الحسية للجلد البشري تبعا لزيادة العمر وخاصة فيما بين ٤٠ سنة و ٦٥ سنة حيث يصل معدل الضعف إلى نهايته القصوى ، وبذلك يصبح تكيف الجسم لدرجات الحرارة الباردة والساخنة بطيئا ضعيفا ، ولذا يتأثر الشيوخ بالحر اللافح في الصيف والبرد القارس في الشتاء أكثر مما كانوا يتأثرون به في رشدهم وشبابهم .

رعاية التغير العضوي :

بما أن المظهر العضوي للفرد يتغير تبعا لزيادة سنه ، فيتزن في مرحلة الرشد ثم يضعف بعد ذلك في المراحل التالية، وبما أن الوظائف المختلفة لأجهزة وأعضاء الجسم البشري تتغير هي الأخرى تبعا لتغير النواحي التكوينية لها ، إذن فالضعف الذي يصاحب الأعمال الكبيرة يحتاج إلى رعاية خاصة تختلف في جوهرها عن الرعاية التي كانت ضرورية لها في أطوار نموها نحو تكاملها ونضجها .

ولذا يهدف هذا النوع من الرعاية إلى العناية بمظاهر الضعف حتى نجنب كبار السن آلام الشيخوخة .

وهذا وتتلخص أهم نواحي هذه الرعاية والعناية في توفير النواحي الوقائية لأمراض الشيخوخة وتوفير الغذاء المناسب لهذه الفئة من السكان ومعرفة الحاجات المادية الضرورية لهم ، والبحث عن العمل المناسب لهم حتى لا نرهقهم من أمرهم عسرا .

١- أمراض الشيخوخة :

يصبح الفرد عرضة للإصابة بأمراض الشيخوخة نتيجة للتغيرات العضوية التي تنشأ عن زيادة العمر الزمني وخاصة بعد مرحلة الرشد ، وتدل الإحصائيات المختلفة على أن أكثر الأمراض انتشارا بين كبار السن هي الروماتزم ، وأمراض القلب ، وأمراض الجهاز التنفسي ، وأمراض الجهاز الهضمي ، وضعف البصر والسمع ، ولذا يجب أن تنظم الرعاية الصحية المناسبة للكبار ، وخاصة النواحي الوقائية ، والعلاجية .

وهذا وقد نشطت الأبحاث الطبية الخاصة بمقاومة ضعف الشيخوخة ، منذ أواخر القرن الماضي ، وفي الثلث الأول من هذا القرن ، وكانت مثار انتباه العالم وقتئذ ، مثل الدراسة التي قام بها سيجارد Sequard في فرنسا عن علاقة الهرمونات التناسلية بمستوى حيوية الجسم البشري في الشيخوخة ، ودراسة ميتشنيكوف Metchnikoff في روسيا عن أثر الغذاء على مقاومة ضعف الشيخوخة وخاصة اللبن الرائب ، وأكدت

أبحاث جينيو Gueniot التي أجراها وهو في التسعين من عمره على أن قلة نسبة الأكسجين في الهواء تؤدي إلى ظهور أعراض وأمراض الشيخوخة في وقت مبكر .

٢- الغذاء المناسب للشيخوخة :

يجب أن يتغير غذاء الفرد تبعاً لزيادة عمره ، فما كان يصلح للطفل ، قد يصبح غير صالح للشيخ .

هذا ويجب أن يتخفف كبار السن من تناول المواد الدهنية الحيوانية حتى

لا تزيد نسبة الكوليسترول في الدم مما يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم ، وأن يعوضوا نقص المواد الدهنية الحيوانية بالزيوت النباتية .

ويجب ألا تقل نسبة المواد البروتينية في اليوم عن جرام لكل كيلو من وزن الجسم ، وتؤكد بعض الأبحاث الحديثة أهمية الغذاء الذي يعتمد على الأنواع المختلفة للأحياء البحرية في إنقاص نسبة الكوليسترول في الدم ولذا تعد الأسماك غذاء مناسب لكبار السن .

٣- الحاجات المادية للشيخوخة :

توفير الحاجات المادية للشيخوخة يعد حقا أساسيا للمواطنين في المجتمعات المعاصرة ، وتختلف نسب هذه الحاجات المادية تبعاً لاختلاف نوعها وأهميتها في حياة الشيخوخة .. ولقد بين التقرير الذي

قدمه بيفردج Beveridge سنة ١٩٤٢ للحكومة البريطانية عن العلاقة القائمة بين النسب المختلفة لحاجات الراشدين وحاجات الشيوخ وتتلخص نتائج هذه الدراسة في النواحي التالية :

١- الحاجات الغذائية للشيوخ تعادل ٨٧% من الحاجات الغذائية للشباب .

٢- الكساء يعادل ٦٧% من الكساء المناسب للشباب .

٣- المسكن ، والتدفئة ، والإضاءة تعادل ١٢٥% من القدر المناسب للشباب .

٤- الأعمال البدنية واليدوية : الأعمال البدنية الشاقة ، واليدوية السريعة ، لا تتناسب الخصائص العضوية النفسية للكبار ، ولذا يجب أن يهتم كل مصنع بتوفير العمل المناسب لفئات الأعمال المختلفة .

ويجب أن ينشئ كل مصنع مكتبا خاصا بدراسة الأعمال المناسبة للأعمار الزمنية المختلفة ولهذا المكتب أهمية في زيادة الإنتاج ، وتجنب الحوادث التي تنشأ عن مزاوله كبار السن للأعمال التي تحتاج إلى جهد بدني مرهق أو استجابات سريعة لا تتناسب مع الخواص العضوية النفسية للشيوخ .

وقد استطاع زافران Szafrn أن يصور عمال أحد المصانع وهم يقومون بأعمالهم اليدوية تصويراً سينمائياً ، فاكتشف أن ملاحظة العامل لما يعمل وتتبعه لحركات يده ، تزداد تبعا لزيادة عمره . وهكذا يزداد شعور العامل بأعباء هذا التغير كلما كبر سنه ، وعليه أن يتعلم الأساليب الجديدة التي تفرضها عليه الاكتشافات المتلاحقة في ميدان الصناعة لذا يجب أن تدرب العمال على تقبل نمط التغير ، وعلى التكيف السريع له حتى لا يتخلفوا في أدائهم وإنتاجهم ، ومستوى دخلهم . ومن حق العمال الكبار على القائمين بالصناعة أن يهيئوهم لمرونة التغير ، وأن يوالوا تدريبهم قبيل كل تغير متوقع . وقد نستطيع أن نوجه العمال الكبار إلى أنواع الأعمال التي يصلحون لها إذا عرفت أهم خصائصهم المرتبطة بالعمل .

وتتلخص هذه الخصائص في النواحي التالية :

- ١- الدقة والعناية بما يعملون .
- ٢- الانتظام وال ضبط .
- ٣- الثبات والاستقرار .
- ٤- الصبر والمثابرة .
- ٥- صعوبة التكيف بالنسبة للأساليب الجديدة .
- ٦- ضعف القوة الجسمية .
- ٧- الكبار أبطأ ن الشبان في استجاباتهم وأداء أعمالهم .
- ٨- الكبار أقل تعرض لحوادث العمل من زملائهم الشبان .

- ٩- الكبار أصلح لمهام القيادة والإشراف من الشبان .
١٠- الكبار أكثر ولاء للعمل وللمصنع من زملائهم الشبان .

التغير الانفعالي :

فيما يلي عامل توضيح المعالم الرئيسية للتغير الانفعالي الذي يصاحب مراحل النمو في تطورها من الرشد إلى الشيخوخة حتى يفهم الكبار طبيعة انفعالاتهم وحقيقة عواطفهم عندما يواجهون مشكلات الحياة اليومية وأحداث الزمن التي تحيط بهم صباح مساء .
وحرى بنا ونحن نعالج مظاهر الحياة الانفعالية للكبار أن نوضح نواحي قلقهم ومخاوفهم ، ومهاوى ضعفهم ومدارج قوتهم حتى نصل بهم إلى أعلى أرجاء الاتزان الانفعالي فيسيروا بحياتهم على هدي من أمرهم وعلى بيئة من طبيعتهم .

هذا ويجب أنتقهم مدى خطورة التغيرات الجنسية التي تصيب الرجل المرأة بعد مرحلة الرشد . وعندما تجهل المرأة طبيعة هذه التغيرات التي تصل بها إلى سن اليأس فإنها تعاني صراعا نفسيا ضاريا قد يؤدي بها إلى الانهيار العصبي .

وعندما يصل الفرد في مدارج نموه إلى الحد الذي يجب أن ينشئ لنفسه ومع رفيقة حياته النواة الأولى للأسرة ، فإنه لا يجد أمامه مندوحة من التمسك بالقيم الدينية حتى يقيم النماذج والحدود أمام الجيل الجديد الذي

تزخر به الأسرة في المراحل الأولى لحياتها . وهكذا تؤدي الأسرة وظيفتها الرئيسية في تأكيد العقيدة ، وممارسة العبادات ، وتحقيق التوافق النفسي لكل فرد من أفرادها .

التغير الانفعالي من الرشد إلى الشيخوخة :

تنتهي الثورة الانفعالية في المراهقة إلى الاتزان والنضج قبيل الرشد وتهدأ انفعالات الفرد ، وتستقيم وجهتها وذلك عندما يصل النمو إلى مرحلة التكيف السوي مع نفسه ومع بيئته . فيقبل التغيرات الجسمية الحسية الحركية النفسية التي حولته من طفل إلى راشد . ويتقبل البيئة التي أصبحت تنظر إليه نظرتها إلى الراشدين الناضجين من أبنائها أنه لم يعد بعد ذلك المخلوق التائه الذي يبحث عن عمالة لقد وجد نفسه حينما فهم نفسه ، تقبل بيئته .

ويسير التغير الانفعالي على هذا النهج طوال ما بقي للفرد من حياة حتى الشيخوخة. فتبدأ كل مرحلة من مراحل الحياة بعد ذلك بصراع ينتهي حتى يقف بالفرد على عتبة الغيب . فهو لا يدري كيف سيوافق بين نفسه وبين بيئته ، وبين أماله وواقع حياته الذي يضطرب من حوله . ثم تهدأ حدة هذا الصراع عندما تستقر الحياة بالفرد وتستقيم جناباتها ومناحيها وهو ما يكاد يرضى عن نفسه وعن عالمه . حتى يبدأ مرحلة جديدة من مراحل نموه المقبلة . وهكذا تسير الحياة بالفرد من صراع

في بدء الرشد إلى اتزان في نهايته ومن صراع في بدء مرحلة وسط العمر إلى اتزان في نهايته ، ومن صراع في بدء الشيخوخة حتى ينتهي إلى نمط من السلوك الانفعالي يتميز به الشيوخ عن غيرهم من الأجيال الأخرى التي تصغرهم سنا ومازالت تسير في دروب الحياة . أمواج متلاحقة من طاقات انفعالية عامة ، تثور لتهدأ ، وتهدأ لتثور من جديد .

وهكذا يتصل التغير الانفعالي من الرشد إلى الشيخوخة بمدى نجاح الفرد أو اخفاه في عمليات التكيف التي تفرضها عليه بيئته المتطورة ، وحياته المتغيرة ، ولذا سنعالج فيما يلي مظاهر السلوك الانفعالي وعلاقته بعملية التكيف خلال مرحلة الرشد ، ومرحلة وسط العمر ، ومرحلة الشيخوخة وسنين مدى اختلاف هذا السلوك عند الجنسين الذكور والإناث وخاصة إذا كانت الفروق الفردية في هاتين العمليتين واضحة مؤكدة .

- المظاهر الانفعالية في الرشد :

في مرحلة الرشد يبدأ الفرد حياته العملية ، فيستقل بنفسه اقتصاديا عن أهله ويبدأ في تكوين عائلته الجديدة التي ستبقى معه مدى الحياة بتبعاتها أفرانها ومشكلاتها فهو بذلك يصنع مستقبله ، ويحدد أبعاده ،

يخطط لحياته ، وهو لأول مرة يواجه مشكلات الحياة الواقعية كاختيار المهنة ، واختيار الزوجة وبدء الكفاح الطويل في سبيل الثروة ، والجاه ، والمكانة والحياة الكريمة التي يريجوها لنفسه ، ولرفيقة عمره ، ولذريته . ويدرك في قرارة نفسه أن أي قرار سيتخذه في رسم وتخطيط حياته المقبلة سيحدد مستقبله لسنين طويلة ، فهو لذلك يتردد كثيرا في الحكم على المشكلات التي تواجهه حتى لا يضل ولا يخطئ . وتزداد حدة التردد كلما زادت الحياة التي يحيها تعقيدا وأمالا ، ويؤدي به إلى التوتر الانفعالي الشديد ، وهكذا تزول مظاهر الاتزان الانفعالي التي لازمته في أواخر مراهقته عندما اجتاز به النمو تلك المرحلة إلى التي تليها ، ثم تخف حدة التوتر عندما يستقر به الأمر إلى سنن الطريق ، وأعالیه ونواحيه البعيدة ويمضي به الزمن ويجاوز بنموه العشرينيات إلى الثلاثينيات ، فإذا هو في منتصفها قد اطمأن إلى النمط الذي اختاره لحياته وعرف وجهته في الحياة وهكذا يعود إليه اتزانه الانفعالي مرة أخرى ، ويحس في أعماق نفسه أنه أصبح وكأنه يوجه حياته كيفما يشاء ويبغي . وقد يغالي الفرد في أماله إلى الحد الذي يتجاوز فيه مستوى طموحه ، وطاقاته وقدراته وإمكانياته ، فتفجأ الحياة بما لا يحب ولا يرضى ، وبظل في سعيه المرير ، واخفاقه المتواصل ، حتى يصل إلى المرحلة التي يجب أن يحدد فيها موقفه ومشكلاته ، فهو إما

أن

يرتضي

لا ماله بديلا في مستوى إمكانياته ، ويتكيف تكيفا سويا لوضعه الجديد ، فتهدأ بذلك حياته الانفعالية ، ويستقر به النمو إلى الاتزان الانفعالي الذي يعيد إلى نفسه الهدوء والطمأنينة والرضي بالأمر الواقع . وإما أن يثور على نفسه ويتردد بين الرضي بالواقع ورفضه ، وتزداد حدة هذا التوتر النفسي ضراوة سنة بعد أخرى حتى يؤدي به إلى الانهيار العصبي .

ومهما يكن من أمر المعركة النفسية التي يخوض غمارها الراشد في طريقه إلى الاتزان الانفعالي ، فإنه يعاني خلالها من وطأة القلق ، فهو على دخله ومستواه المالي ، وهل سيكفيه أو لا يحقق له مطالب حياته ؟ وبصل به الوهم إلى ذروة القلق عندما يبلغ من العمر ثلاثين سنة . وهو قلق على صحته يخشى المرض والضعف الذي يحول بينه وبين تحقيق أمانيه ، وهو قلق على مهنته . ومدى نجاحه فيها ، ومستوى اطمئنانه لها ، ولن يؤمن لرقية في مدارجها حتى يدعم مسالكه وأسبابه .

٢- المظاهر الانفعالية لمرحلة وسط العمر :

يعتمد مدى نجاح الفرد في تكيفه لمظاهر التغير الفسيولوجي العضوي النفسي التي تصاحب مرحلة وسط العمر عندما يدرك الفرد أنه قد بدأ

رحلته نحو الشيخوخة بخطى وثيدة ما تلبث أن تتحول إلى خطى سريعة متلاحقة وأن شعره قد بدأ ينحسر إلى الوراء .

وهو لهذا قلق ، تتنازعه الأوهام خوفا على صحته ، وعمله ، ويزداد شعوره بالموت ، ويخشى على نفسه الوقوع وهو يقف أو يسير في طريقه وتتتابه ألوان غريبة من مظاهر الضعف ، فيقاوم الإحساس بالإغماء والغيبوبة .

وما يلبث أن يريض الفرد بحياته ، وينظم طاقته وقواه ويسترجع ثقته ببدنه ونفسه . ويعود إليه تكيفه لمظاهر حياته المتغيرة ، ويستقر به الأمر قرب نهاية هذه المرحلة من الحياة ، ويعود اتزانه النفسي مرة أخرى ، نشأه في ذلك شأن الراشد الذي يبدأ مضطربا ثم ثابت إليه نفسه ، ووازن انفعاله .

وتختلف المرأة عن الرجل في تقبلها لمظاهر التغير تلون حياتها خلال هذه المرحلة وذلك لاختلاف تكوينها ونشاطها عن خصائص الجنس الآخر فهي أنثى ترتبط مظاهر حياتها الجنسية بدورة الحيض الشهرية وتتقطع هذه الدورة في مرحلة وسط العمر ، فتظن المرأة بنفسها الضنون وتشعر بوطأة الزمن وتعنصر نفسها أزمة انفعالية حادة تؤدي بها إلى القلق الشديد وهي تنظر فيما حولها فترى أولادها يكبرون ويستقلون عنها ، وينأون بعيدا عن حياتها ، فكل منهم يومئذ أمر بعينه . وترى

زوجها في شغل عنها بما تضطرب به حياته من نشاط وكفاح ومشكلات فتسورها الشكوك ، وتراودها الظنون وينتهي بها الظن إلى ظنون ، فلا تعلم ما بها ولا من حولها يعلمون وينتابها الملل ، وترى الحياة من حولها عبئا لا طائل وراءها وتحس بالفراغ الشديد .
وتمضي بها الحياة وتنتصر إرادة التكيف على مشكلات التغيير يعود للمرأة اتزانها الانفعالي ، وهكذا تسكن حياتها بعد اضطراب ، وتثوب إليها نفسها بعد خوف وقلق مرير .

هذا وتختلف انفعالات الراشدين عن انفعالات وسط العمر ، في نوعها ومداهما وشدتها كما تدل على ذلك نتائج التجربة التي قام بها بروزيك Brozek سنة ١٩٥٥ على مجموعتين من الأفراد ، الأولى من الشبان الراشدين ، والثانية من الكبار الذين تمتد أعمارهم من ٤٥ سنة إلى ٥٥ سنة .

وتتلخص أهم الفروق الانفعالية بين المجموعتين في النواحي التالية :

- ١- انفعالات الكبار أسرع وأشد من انفعالات الشبان .
- ٢- الكبار أقل هدوءا في انفعالاتهم من الشبان .
- ٣- لا يحب الكبار النقد ويتألمون منه لكنهم سرعان ما يتغلبون على آلامهم ومضايقاتهم .
- ٤- الكبار أقل تذبذبا في انفعالاتهم من الشبان .

- ٥- الكبار أقدر على إخفاء مظاهر غضبهم من الشبان .
٦- انفعالات الكبار أقل توترا في حدوثها من انفعال الشبان .

المظاهر الانفعالية لمرحلة الشيخوخة :

تميل انفعالات الشيخوخة إلى تلخيص السلوك الانفعالي لمرحلة الحياة كلها في مرحلة واحدة . وهي في تلخيصها هذا تؤكد مرحلة الطفولة أكثر مما تؤكد المراهقة ،وتؤكد المراهقة أكثر مما تؤكد مرحلتي الرشد ووسط العمر ثم تنتهي من ذلك كله إلى تأكيد نفسها في انفعالاتها كمرحلة لها خصائصها التي تميزها عن أي مرحلة أخرى سابقة لها .

وقد تستطيع أن نلخص أهم انفعالات الطفولة التي تعود مرة أخرى إلى الظهور في مرحلة الشيخوخة في النواحي التالية :

١- انفعالات الشيوخ ذاتية المركز تدور حول أنفسهم أكثر مما تدور حول غيرهم . وتؤدي هذه الذاتية إلى نمط غريب من أنماط السلوك الأتاني الذي قد لا يتفق في مظهره العام مع ما يتوقعه الأحفاد من سلوك الأجداد .

٢- لا يتحكم الشيوخ تحكما صحيحا في انفعالاتهم المختلفة ، شأنهم في ذلك شأن الأطفال الذين يعجزون عن ضبط مشاعرهم وعواطفهم .

٣- تتميز انفعالات الشيوخ بالعناد وصلابة الرأي . وقد يؤدي هذا العناد إلى السلوك المضاد ولذا تجد الشيوخ يثورون لأوهام لا حقيقة لها وعندما

تكشف لهم الأمور ويدركون خطأهم فأنهم يراوغون ويظنون في إصرارهم وعنادهم .

٤- وعندما يغضب الشيوخ فأنهم غالبا ما يثورون كالأطفال .

٥- وهم بالرغم من عنادهم وغضبهم أكثر قابلية للاستهواء من غيرهم .

٦- ويميل الشيوخ إلى المديح . والآراء والتشجيع .

وتتشابه انفعالات الشيوخ مع انفعالات المراهقين في النواحي التالية :

١- الشيوخ في كثير من انفعالاتهم مذنبون بين ذلك ، لا إلى هؤلاء ولا

إلى هؤلاء ، شأنهم في ذلك شأن المراهقين قبل أن يصل بهم نموهم

الانفعالي إلى النضج الذي تتطلبه طبيعة نموهم ومطالب حياتهم .

٢- ما أشد سخرية الشيوخ من الأجيال الأخرى وهم في سخريتهم

يميلون إلى لون من ألوان المشاكسة والإغاظة التي كانوا يمارسونها في

مراهقتهم.

٣- وكما تتميز انفعالات المراهقة بالاندفاع تتميز أيضا انفعالات

الشيخوخة في بعض نواحيها بصور مختلفة من ذلك الاندفاع العاطفي .

٤- وكما يحاول المراهق أن يفرض شخصيته ليؤكد ذاته حتى يتلخص من خنوع الطفولة وخضوعها ،كذلك يحاول الشيخ أن يفرض شخصيته في سيطرة غريبة حتى لا يظن الناس أنه بدأ يضعف ويهزم .

هذا ولا تكاد تبقى من انفعالات الرشد ووسط العمر عند الشيوخ إلا مظاهر عابرة نلخصها فيما يلي :

١- تدور أغلب انفعالات الراشدين ومن هم في وسط العمر حول القلق كما سبق أن بينا ذلك ،وللشيوخ أيضا ما يثير في نفوسهم القلق ، وقد يؤدي بهم القلق إلى الكآبة لأنهم لا يجدون متنفسا لانفعالاتهم كما كانوا يفعلون في رشدهم .

٢- ما أكثر شكوك الشيوخ ورببتهم في الآخرين، وكأنما هم قد ورثوا من شبابهم وكفاحهم عدم الثقة بالآخرين.

وتكاد مرحلة الشيخوخة تتمايز في سلوكها الانفعالي عن بقية المراحل الأخرى للحياة في النواحي التالية :

١- يحلو للشيوخ أحيانا أن يقفوا من البيئة المحيطة بهم موقفا سلبيا لا ينفعلون لها ومعها ، وكأنهم بهذا يعبرون عن شعورهم بالهوة السحيقة التي تفصلهم عن الأجيال الأخرى التي تضطرب بها الحياة من حولهم .

- ٢- ولذا كثيرا ما تتصف انفعالاتهم بالخمول وبلادة الحس .
- ٣- وقد يرجع هذا الشعور الغريب بالسلبية والبلادة إلى عدم إدراك الشيخ للمسئولية التي تواجهه من يحيطون به فهو يمضي في حياته ومشاكل الناس من حوله لتدفعهم إلى ألوان مختلفة من الكفاح المرير . وهو لا يشعر نحوهم ولا نحو مشاكلهم بأية مسئولية تتطلب منه استجابة انفعالية محددة .
- ٤- ولذلك يقل حماسهم لما يحيط بهم من مشكلات انفعالية يضطرب فيها الآخرون .
- ٥- وهم عندما ينفعلون كثيرا ما يخطئون إدراك الموقف المحيط بهم ، ولذلك تجيء انفعالاتهم شاذة لا تتناسب ومقومات الموقف الذي أثار في نفوسهم ذلك الانفعال .
- ٦- ويغلب على انفعالهم لون غريب من التعصب الذي لا يقوم في جوهره على أي أساس . فهم يتعصبون لجيلهم ، ولآرائهم ، ولعواطفهم ولكل ما يمت إليهم بصلة قريبة.
- ٧- وعندما لا يقبل الآخرون ذلك التعصب بروح المشاركة والوراء فإنهم يحسون في أعماق أنفسهم بأنهم مضطهدون .

٨- ويؤدي بهم الشعور بالاضطهاد إلى الإحساس العميق بالفشل .
وقد يتخذون سلوكا معاديا فيجابون الاضطهاد الذي يقع عليهم
باضطهاد الآخرين .

وهكذا نرى أن انفعالات الشيوخ في جوهرها مزيج من انفعالات الحياة
كلها من طفولتها إلى شيخوتها ونهايتها . وقد يحدد نوعها وتواتر ظهور
بعضها واختفاء البعض الآخر مدى تكيف الفرد لنفسه وما يطرأ عليها
من تغيرات ومدى تكيفه لبيئته وما يعتريها من تطور ، ومدى تقبل
الناس للشيوخ ، ومدى إهمالهم لهم .

مخاوف الكبار :

عندما يصل النمو بالفرد إلى مرحلة الرشد فإنه يكون قد تغلب على
أكثر مخاوفه التي كانت تهدد حياته الانفعالية في طفولته ومرافقته
كالخوف من الظلام والخوف من الحيوانات والخوف من الأصوات
المفاجئة وتمضي الحياة بالفرد ، ويبقى الخوف كامنا في أعماق نفسه ،
وأن اختلف موضوعه وهدفه فالشباب يخشى الفضيحة ويعمل جيدا
ليحافظ على مكانته الاجتماعية التي يعيش في إطارها ، ويراوده أحيانا
الشعور بالذنب ، وقد يؤدي به هذا الخوف إلى التوبة.

وعندما يضعف جسم الفرد في منتصف العمر وبدء الشيخوخة ، فإنه
ينطوي على ألوان جديدة من الخوف لم يألفها من قبل .

ويخاف من الشيوخوخة نفسها وما تحمله من مرارة وخوفه من الشيوخوخة هو خوفه من اقتراب النهاية ،وكثيرا ما يراوده الخوف الشديد من الموت ويؤدي به هذا الخوف إلى الهروب من كل حديث أو حوار أو تفكير يدور حول هذا الموضوع .

ويخاف الفرد من المرض لخوفه من الموت . فلم تعد صحته من القوة بحيث تقاوم الأمراض المختلفة التي قد تصيبه في شيخوخته وهو في مرضه كثير الهواجس والأوهام ،جهم الوجه ، عابس المحيا ، يستغلق عليه الأمر ويقوده الظن إلى ظنون .

وهو ينظر حوله فيرى رفقاء صباه يذهبون إلى غير ما رجعة فيدرك أن حياته قد بدأ ينقضي بموت أفراده ولذا فهو يخاف الوحدة الرهيبة أو العزلة القاسية التي لم يتعودها من قبل . وتزداد مرارة هذه الوحدة كلما انفض من حوله أولاده وأهله ، وذلك عندما تشغلهم عنه معارك الكفاح الشديد في سبيل تحقيق مطالب الحياة ، وقد يخامر شعور غريب بأنه إنسان غير مرغوب فيه ، لا في الدار ولا في العمل .

وينتهي به الأمر إلى الخوف من التقاعد وغالبا ما يؤدي التقاعد إلى الانهيار العصبي . وخاصة في المجتمعات الصناعية ولطالما سمعنا عن كثرة حوادث الانتحار بين الشيوخ في المجتمع الفرنسي وغيره من المجتمعات المعاصرة وهكذا تزداد مخاوف الكبار نتيجة لإحساسهم

بضعفهم الجسماني ، وخوار قواهم الحيوية ، ونقصان دخلهم المالي وهبوط مكانتهم الاجتماعية .

الانفعال الجنسي من الرشد إلى الشيخوخة :

تختلف مستويات النشاط الجنسي ، في قوتها وضعفها ، تبعا لاختلاف جنس الفرد ذكرا كان أم أنثى ، وتبعا لتباين مراحل الحياة التي يجتازها الفرد في نموه من الرشد إلى الشيخوخة .

ويصل نشاط الغدد التناسلية الأنثوية إلى ذروته القصوى فيما بين ٢٥ سنة و ٣٠ سنة وتعد تلك الفترة من حياة الأنثى مراحل إنجاب الأطفال ثم ينحدر هذا النشاط حتى يصل إلى نهايته الدنيا عند انقطاع الحيض فيما بين ٤٠ و ٥٠ سنة . وحينما ينقطع الحيض تخطو المرأة خطواتها الأكيدة إلى منتصف العمر وتحرر من وظيفتها كمصنعة للبشر ، وإنجاب الأطفال إلى كائن يعيش لنفسه أكثر مما يعيش لغيره . ويؤدي انقطاع الحيض إلى أزمة نفسية حادة ، تمر بها الأنثى ، ثم ما تلبث أن تتغلب عليها ، وتتقبل حياتها كما هي ، وتتكيف لوضعها الجديد . وتؤثر هذه الظاهرة على سلوكها ، فتميل إلى السلوك العدواني ، والكآبة . وينتابها الأرق والصداع ويضطرب جهازها الهضمي ، ويكثر إحساسها الشديد بالإرهاق والتعب ويختل اتزانها الإنفعالي فتثور لأتفه الأسباب . ويقل إفراز الهرمونات الأنثوية ، وتزداد تبعا لذلك

الهرمونات الذكرية ولذلك تميل الأنثى في سلوكها إلى مظاهر الرجولة ، وينبت الشعر بغزارة في وجهها وخاصة في الأماكن التي كان ينحسر عنها فينبت شاربها ، وتظهر لحيتها ويزداد صوتها خشونة ويتأخر ظهور علامات الضعف الجنسي عند الذكور إلى أن يصل عمر الفرد إلى ٦٠ سنة أو سبعين سنة ، وقد سجل بعض الباحثين ملاحظاتهم عن شيوخ أنجبوا أطفالهم وهم في الثمانين من عمرهم .

وبصاحب الضعف الجنسي عند الذكور بعض الأعراض الأنثوية الثانوية مثل نعومة الصوت والانحسار الجزئي للشعر عن الشارب واللحية ، وذلك لزيادة نسبة الهرمونات الأنثوية عند الرجل عما كانت عليه في شبابه .

وهكذا يتطور النمو بالذكور والإناث إلى مرحلة جديدة نستطيع أن نسميها المرحلة الجنسية الثالثة لأنها ليست ذكرية ، ولا أنثوية ، ولكنها حيادية.

ويتطور الانفعال الجنسي إلى عاطفة الأبوة والأمومة ، وتبلغ هذه العاطفة شدتها في الرشد ، والسنين الأولى لمنتصف العمر ، وذلك عندما يكون الجيل الجديد في حاجة للأباء والأمهات ، ثم تضعف حدة هذه العاطفة ، وتتغير بعض مكوناتها الرئيسية عندما ينسلخ الجيل الجديد من الجيل الذي أنجبه وأنشأه .

وتصل السعادة الزوجية بين الرجل والمرأة إلى أوجها في السنتين الأولى والثانية للحياة الزوجية ، ثم تهبط هذه السعادة على نهايتها الصغرى من السنة السادسة للزواج إلى السنة الثامنة ثم يزداد الشعور بالسعادة الزوجية حتى يصل مرة أخرى إلى ذروته في السنة الخامسة عشرة للزواج وذلك عندما تتضج وحدة العائلة نتيجة لمظاهر الحياة المشتركة القائمة بين الرجل والمرأة .

وتبدأ الرغبات الجنسية للزواج قوية في السنين الأولى للحياة الزوجية ثم تضعف تدريجيا للتعود ، وتبدأ الرغبات الجنسية ضعيفة في أول مرحلة الحياة الزوجية ثم تقوى نتيجة لتخفف الزوجة من مظاهر الضغط والكبت التي كانت تلازم التربية الأولى للبنات وخاصة لحمايتها ورقابتها .

ويؤكد بينيه Binet خطأ الرأي الشائع عن علاقة النشاط الجنسي بمدى الحياة ، وقد دلت نتائج الدراسة التي أجراها في بعض مستشفيات فرنسا على أن هناك بعض الناس الذين أفرطوا في نشاطهم الجنسي وعاشوا على الرغم من ذلك ، عمرا طويلا ، وأن هناك بعض الناس الذين لم يفرطوا في نشاطهم الجنسي ومات بعضهم وهم في شرح سبابهم ، وعاش البعض الآخر إلى أرذل العمر .

السلوك الديني من الرشد إلى الشيخوخة :

يتغير السلوك الديني للفرد من الرشد إلى الشيخوخة تغيرا جوهريا ، وبظل تغيره حتى يقف به على أعتاب الأبدية . وهكذا يتغير الانفعال الديني من الإيمان المطلق بكل ما يقال للفرد في طفولته إلى اليقظة الدينية التي تهديه في مراهقته إلى المفاهيم الدينية الحقيقية لكل ما في الكون من خير ، وحق وجمال .

ثم يمضي الزمن بالفرد فإذا هو في شبابه في معترك الحياة ، في صراع دائم من أجل كسب الرزق ، وتحقيق المكانة الاجتماعية ، فيعود ليراجع نفسه من جديد ليحدد موقفه العقلي والقلبي من سلوكه الديني ، وهكذا يوائم بين شخصيته في تطورها من المراهقة إلى الرشد ، وبين مطالب بيئته .

ثم يستقر به هذا السلوك في مرحلة الشيخوخة إلى نمط من الإيمان والسكينة القلبية والصوفية الروحية .

وسنبين في تحليلنا لتغير السلوك الديني من الرشد إلى الشيخوخة مدى تأثير العقيدة الدينية لدى الفرد بمظاهر نموه خلال هذه المراحل ، ومدى مراعاته للطقوس المختلفة ، وممارسته للعبادات ، وإلى أي حد يصبح الفرد قادرا على تحقيق التوافق القائم بين نفسه ، وبين مشاعره الدينية المختلفة ، وتنتهي من ذلك كله إلى توضيح الفروق الفردية القائمة بين الناس في المظاهر المختلفة لسلوكهم الديني .

١- العقيدة الدينية :

عندما يصل النمو بالفرد إلى مرحلة الرشد فإنه يكون قد وصله إلى مفترق الطرق بالنسبة لإيمان وعقيدته وعليه أن يختار طريقة عن تفكيره واقناع دون زيغ أو بهتان .

فهو إما أن يكون قد جاوز الشك الديني إلى اليقين ، ويكون قد ارتضى لنفسه فلسفة محددة للحياة تقوم على فكرته الدينية ، وتتناسب مع أنماط حياته ومطالب عصره. ويظل يعيش في إطار هذه الفلسفة دون تغيير يذكر طوال حياته الباقية .

وإما أن يؤدي به الشك إلى شكوك ، والظن إلى ظنون ويخرج من هذا كله إلى الإنكار ، فيرفض ، فيما بينه وبين نفسه ، أو فيما بينه وبين الناس ، المفاهيم الدينية كناحية عقيمة لا تساعد على مواجهة مشكلاته اليومية . وعندما ينتصف العمر بالفرد ، وتعتدل مفاهيم الحياة أمام ناظره ، وتخف حدة لمعركة التي اشتد أوراها في شبابه ، تثوب إليه نفسه ، فيجد في الدين مصدرا خصبا من مصادر الطمأنينة الروحية والراحة النفسية ، والسكينة العميقة. وهكذا ينتهي به اليقين إلى يقين آخر أعمق وأشمل وينتهي به الشك إلى الإيمان فلا يركب رأسه في كل وحل ، ولا يعثر في الطريق المستقيم ، ويصبح أشد تثبتا وأقوى يقينا

من شبابه الذي انقضى . فلا تعتاص عليه أمور دينه بعد أن شاب ،
وتاب ، وأب ، أناب .

ويدلف إلى شيخوخته وقد أدى الحمل الذي انقض ظهره طوال حياته
الماضية فهو إلى رحاب الله يسعى في طمأنينة العابد ، وسكينة المؤمن
، وأنه لم يعد يأبه للشبهات الدينية وهو يتعمق وجوده ويتسامى بنفسه
إلى أفاقها الروحية ومجالها الصوفية، هنا لك تبلو كل نفس ما أسفلت
. هنالك يقف من بعيد لينظر إلى الحياة كلها نظرة موسومة بالخير
والتسامح ولا التواء فيها ولا تكلف .

٢- الطقوس والعبادات :

تحتل الأسرة المكانة الأولى في حياة الفرد وخاصة عندما يصل به
النمو إلى مرحلة الرشد التي تمتد من ٢٠ سنة إلى ٤٠ سنة ، وبذلك
يصبح الشاب زوجا ثم أبا ، ثم قدوة ونموذجا لأبنائه . وهو لذلك يقيم
الشعائر الدينية ببيته أمام أولاده ليعلمهم طقوس دينهم وليطمئن إلى
الطريق الذي يسلكونه في حياتهم داخل إطار أسرتهم ، وإلى الطريق
الذي يسلكونه من بعد في حياتهم الخارجية بين زملائهم وأقرانهم .
وهكذا تقوم الأسرة بدورها في الحفاظ على التراث الديني عبر الأجيال
الامتتالية .

وعندما تنتهي وظيفة الأسرة في تكوين الجيل الجديد الذي يبدأ هو نفسه في تكوين أسرة جديدة ويحس الفرد وقد انتصف به العمر أنه يتخفف شيئاً فشيئاً من العلاقات الاجتماعية التي كانت تملأ عليه داره وحياته ، ويخامره إحساس غريب بالوحدة والعزلة ، وتزيد حدة الإحساس عندما يتقاعد فيخلو لنفسه في صلاته ونسكه ، وتزداد مراعاته للتصوف والشعائر الدينية كلما حزه أمر ، ومرت به ضائقة ، وكلما مات من حوله بعض أقرانه ولداته . وهو طالما يغشى دور العبادة في هذا الطور من حياته وهو يحس أن قد خلالة وجه دينه بعيداً عن شواغل الدنيا وأحزانها ومسراتها .

٣- الدين والتوافق النفسي :

أكثر الشبان توافقاً مع بيئتهم ، وتكيفاً مع مجتمعهم هم أكثر الناس اهتماماً بعقائدهم الدينية . وإقامة لشعائرهم ، ومراعاة لطقوسهم ، وهكذا ندرك أثر الدين على التوافق النفسي القائم بين الفرد وبين المظاهر المتغيرة لبيئته المحيطة به .

وعندما تتصف الحياة بالفرد تضيق دائرة ميوله ويقل عددها ، فيستدل أغلبها الذي لم يعد يلاءم أسلوب حياته بالميول الدينية التي تسير قدماً نحو تحقيق التوافق النفسي في صورته الصحيحة .

وعندما يدلف الفرد إلى الشيخوخة ، ويحس بالضعف يشيع في جنابات نفسه وأرجاء حياته ، ولا يجد ملجأ من الضعف والعجز إلا في دينه يتخذ إيمانه وسيلة لتحقيق الهدوء النفسي الذي يسعى إليه ، وذريعة إلى تقبل التغيرات التي بدأت تعصف ببدنه ونفسه ، وتباعد بينه وبين ما حوله ومن حوله ، وهكذا يلعب الدين دوره الرئيسي في حياة الشيخ فيساعدهم على الرضى بكل التغيرات العضوية ، والنفسية والاجتماعية ، التي تصاحب هذا الطور الأخير من أطوار الحياة . وبذلك يحقق الدين للفرد التوافق النفسي الصحيح الذي يسعى إلى بلوغه خلال جميع مراحل حياته .

٤- الفروق الفردية في السلوك الديني :

المرأة أكثر مراعاة للطقوس الدينية من الرجل ، فهي التي تقيم الشعائر في الدار ، وتحتفل بالأعياد والمواسم لأنها القنطرة البشرية لانتقال عبر الأجيال المتلاحقة .

في أحضان الأم يجد الطفل فرحة العيد . وعلى مائدة الأم يفطر الفتى بعد صيام يوم طويل . المرأة التي تبكي حزنها وتصغى دينية عميقة ، هي التي تتدب موتاهم وتقيم لهم الذكريات السنوية والأربعينية الأسبوعية . من أجل هذا كانت المرأة أكثر من الرجل محافظة على سلوكها الديني .

هذا ويرتبط مدى انتشار السلوك الديني بين الناس بالمستوى الاجتماعي الاقتصادي . فهو ينتشر أكثر ما ينتشر عند أوساط الناس ، إذ عندهم تلقى مداخل الثقافة وخارجها ، وبهم ينتقل التراث الثقافي من جيل إلى جيل آخر وفيهم قال الله تعالى : وكذلك جعلنا أمة وسطا لتكونوا شهداء على الناس