

سيكولوجية المسنين

كود المقرر (214)
إعداد

أستاذ المقرر

دكتور/ هشام عبد الحميد

مدرس علم النفس - كلية الآداب - جامعة جنوب الوادي

العام الجامعي

2022/2021م

تناول هذا المقرر في موضوع سيكولوجية المسنين المتغيرات النفسية لفئات المسنين
التي تعتبر فئة كبيرة من المجتمع واعتمد المقرر بشكل كبير على مقرر الدكتور / عبد
اللطيف خليفة في إعداد المادة العلمية

محتويات الكتاب

الفصل الأول

مرحلة الشيخوخة

الفصل الثاني الخصائص والمتغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة
الفصل الثالث الإدراك الاجتماعي للمسنين
الفصل الرابع الخصائص الفسيولوجية والبيولوجية للشيخوخة
الفصل الخامس التغيرات البيولوجية والفسيولوجية للشيخوخة .
الفصل السادس التغير في النشاط العقلي والقدرات العقلية
الفصل الثامن أمراض الشيخوخة
الفصل التاسع أهم الأمراض المصاحبة للشيخوخة
الفصل العاشر معتقدات الشباب واتجاهاتهم نحو المسنين
الفصل الحادي عشر مفاهيم الدراسة
الفصل الثاني عشر رعاية صحة الوالدين
الفصل الثالث عشر مفاهيم طب المسنين الحديث
الفصل الرابع عشر من يقوم برعاية المسنين

الفهرس

الموضوع	رقم الصفحة
---------	------------

2	مرحلة الشيخوخة
19	الخصائص والمتغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة
38	الإدراك الاجتماعي للمسنين
53	الخصائص الفسيولوجية والبيولوجية للشيخوخة
57	التغيرات البيولوجية والفسيولوجية للشيخوخة .
63	التغير في القوة العضلية والأداء الحركي
68	التغير في النشاط العقلي والقدرات العقلية
73	أمراض الشيخوخة
77	أهم الأمراض المصاحبة للشيخوخة
80	معتقدات الشباب واتجاهاتهم نحو المسنين
103	مفاهيم الدراسة
105	رعاية صحة الوالدين
120	مفاهيم طب المسنين الحديث
123	من يقوم برعاية 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 تنثيره في نفوس أصحابها من مرارة وشعور بالوحدة والعزلة (أبو زيد 1975) . 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 ، 1987) .

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 1959. وقد قطن العرب إلى أهمية دراسة الكبار فكتب " أبو حاتم السجستاني " رسالته عن المعمرين سنة 864م. وتطور الاهتمام من الأعمال المناسبة للكبار إلى دراسة العوامل المؤدية لإطالة العمر . ومن أمثلة ذلك الاهتمام الدارسة التي قام بها " تينون " **M.J.Tenon** سنة 1813 ، والبحث الذي أجراه " ليجونكور " **Lejoncourt** سنة 1842.

وبدأ الاهتمام بمراحل حياة الكبار ، وخاصة الشيخوخة منذ سنة 1860. وذلك عندما نشر " فلورنس **P.Flourens** كتابه عن الشيخوخة البشرية وتوزيعها السكاني على سطح الكرة الأرضية . ثم تطور الاهتمام بالكبار بعد ذلك إلى دراسة المشكلات الاجتماعية التي تصاحب حياة الكبار . وقد ظهرت نتائج هذه الدراسة في الكتاب الذي نشره " بوس " **C.Booth** سنة 1894 بعنوان : " الأشخاص المسنون في انجلندوويلز " (السيد 1975 ، ص336 - 337) .

ويعد كتاب " هول " C.H.Hall الذي ظهر سنة 1922 عن النصف الأخير من عمر الإنسان البدء الحقيقي للدراسات البيولوجية النفسية الخاصة بالكبار . وكان لهذا الاتجاه أثره على القارة الأوروبية فنشأت حلقات الدراسة الخاصة ببيولوجية الكبار سنة 1939. (نفس المرجع السابق).
كما بعد صدور كتاب مشكلات الشيخوخة " لكاودري " سنة 1939 من الأعمال المبكرة للتعريف بالنواحي البيولوجية والطبية لشيخوخة الإنسان .
وقد استخدم فيه لأول مرة اصطلاح " ديرونولوجي Gerontology للدلالة على الدراسات العلمية لظاهرة الشيخوخة (ولمادوناهي ، وأورباخ (1980) .

وتبع ذلك دراسة مشكلة التكيف الاجتماعي للشيخوخة ، والتي قامت بها لجنة من الجمعية الأمريكية للعلوم الاجتماعية سنة 1943. ونشرت نتائج أبحاث هذه اللجنة في كتاب " لبولاك " O.Pillak . عن التوافق الاجتماعي للمسنين Social Adjustment in Old Age سنة 1948 (السيد 1975 ، ص 336-337) .

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

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 عارفا بمسئولياتها وامتحنها 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 الشيوخ (فكري ، 1975) .
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 ، 1987) .

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 1959 و
1975 . وفي الولايات المتحدة وحدها تضاعف عدد البحوث - في الفترة
الواقعة ما بين 1969 ، 1975 بنسبة 50 % ، حيث ظهر في هذه الفترة
730 بحثاً . وفي عام 1980 بلغ عدد الرسائل المسجلة في ست جامعات
أمريكية فقط 215 رسالة عن المسنين (Birren, 1980) .

يضاف إلى ذلك زيادة عدد المجلات العلمية والمهنية التي تعالج
موضوع الشيخوخة . وكانت أول دورية علمية تصدر في الولايات المتحدة
عام 1945 هي : مجلة علم الشيخوخة *Journal of Gerontology* ،
عن جمعية الشيوخ في الولايات المتحدة الأمريكية . أما في أوروبا فأول
دورية صدرت عن الشيوخ كانت في عام 1956 ، ثم أنشئت جمعية دولية
للشيوخ ، وكذلك عقدت المؤتمرات الدولية حول مشكلات الشيخوخة (انظر
: عودة 1986 : 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 قيودا معينة تتمثل بأوضح صورها في الحكم عليهم بالتقاعد من وظائفهم وأعمالهم (أبوزيد 1975).

أسباب الاهتمام بدراسة المسنين :

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

1- 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

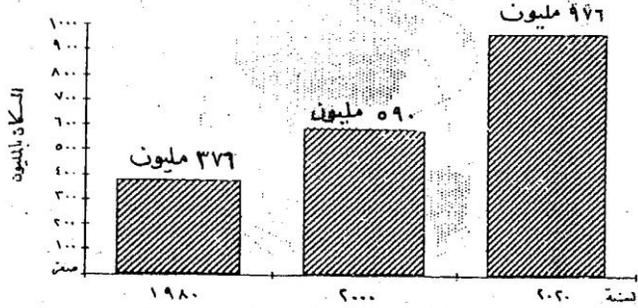
وصل عدد سكان مصر الذين بلغوا من العمر 60 عاما فأكثر في سنة 1980 حوالي 2400000 نسمة . ومن المتوقع أن يصل هذا العدد سنة 2000 إلى حوالي 4635000 نسمة ، أي بزيادة قدرها 94% (من خلال : عبد المحسن 1986) .

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 1981 ، وإشهارها بوزارة الشؤون الاجتماعية برقم 112 لسنة 1981 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 38 ناديا موزعة على 22 محافظة. كما أن هناك دورا لتكريم المسنين القادرين على خدمة أنفسهم بلغ عددها 40 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 1987) .

وعلى الرغم من تزايد عدد الأندية إلى 44 ناديا على مستوى الجمهورية واهتمام إدارة رعاية المسنين بشأن التوسع في إنشاء هذه الأندية في الخطة الخمسية 1992/87 - فإن هناك بعض التحفظات على هذه الأندية ومنها عدم التوازن في توزيعها حيث تتركز معظمها (45%) في مدينتي القاهرة والإسكندرية ، كما أن الكثير منها لم يضع في اعتباره الحالة الصحية للمسنين وقدراتهم المحدودة. وغالبيتها تتبع جميعات لها

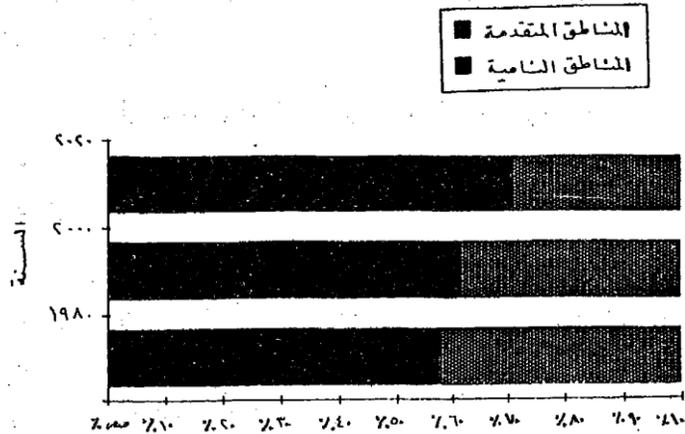
أغراض وأنشطة مختلفة ومتعددة مما يجعل نشاط نادي المسنين نشاطا نسبيا بالنسبة للأنشطة الأخرى. كما أنها لا تقوم بتنفيذ البرامج والخدمات التي نصت عليها لائحة إنشائها (العرفان ، عبد العال ، 1991).

(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 60 سنة فأكثر على مستوى العالم عام 1980 إلى 376 مليون نسمة ويحتمل أن يتزايد هذا العدد ليصل إلى حوالي 590 مليون نسمة عام 2000 ، وإلى 926 مليون نسمة عام 2020 وهذا ما يوضحه الشكل البياني .



شكل (1) يوضح عدد سكان العالم ممن بلغوا سن الستين فأكثر عام 1980 ، ومن يحتمل بلوغهم هذا السن في عام 2000 وعام 2020 (انظر : Skeet. 1988 P.2)
وتبين أن الزيادة في عدد الأشخاص ممن بلغوا 60 سنة فأكثر ، تظهر بشكل واضح وقوى في الدول النامية من العالم . حيث ستزداد نسبة هؤلاء

الأشخاص في هذه الدول من 55% عام 1980 إلى 70% عام 2020
وهذا ما يوضحه الشكل التالي :



شكل (2) يوضح التوزيع المتغير لجمهور المسنين في المناطق

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

2- تتمثل أهمية دراسة المسنين أيضا في أن المتع الذي نعيش فيه قاداته غالبا من الكبار ، لذا يجب دراستهم لمعرفة إمكانياتهم البشرية. (السيد 1975 ، ص338) .

3- يعد المسنون أيضا الثروة البشرية لأي مجتمع . 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 العمر .

4- 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 .

5- 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 نشهد 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) .

6- 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 :

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

ثانيا : 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 :

1- 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 رئاسة (مجمع اللغة العربية 1990 ص 355) .

ويقال هرم الرجل هرما : أي بلغ أقصى الكبر وضعف فهو هرم (مجمع اللغة العربية 1990 ص 468) . فالهرم هو : كبر السن (الرازي 1937) .

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 1972 ، ص 111 - 112) .

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 حزيون إذا صارت عالية السن ناقصة القوة . ثم قلعم إذا انحنى قدها وسقطت أسنانها . (الثعالبي 1972 ص 112) .

وما دام الفرد بين سن الثلاثين والأربعين فهو : شاب ، ثم هو كهل : إلى أن يتوفي الستين (نفس المرجع السابق ص 111) .

(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 .

1- العمر الزمني Chronological Age "

يرى " بروملي " أن مرحلة الشيخوخة تنقسم إلى أربعة مستويات :
المستوى الأول : فترة ما قبل التقاعد Preretirement وتمتد من 55 إلى
65 سنة .

المستوى الثاني : فترة التقاعد : 65 سنة فأكثر ، حيث الانفصال عن الدور
المهني وشئون المجتمع ، ويصاحبها تغيرات عديدة في النواحي العقلية
والبيولوجية والنفسية والاجتماعية .

المستوى الثالث : فترة التقدم في العمر Old Age ، والتي تمتد من 70
سنة فأكثر ، حيث الاعتماد على الآخرين والضعف الجسدي والعقلي .
المستوى الرابع : فترة الشيخوخة والعجز التام والمرض والوفاة ، والتي تمتد
حتى 110 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 60 إلى 70 سنة .
الثانية : المرحلة المتقدمة (الهرم) وتبدأ من 70 سنة وحتى نهاية الحياة .
(Hurlock, 1981, P.390) .

ويرى " فؤاد البهي السيد " أن مرحلة الكبار تتضمن كل من الرشد والشخوخة
وتمتد من 21 سنة إلى ما بعد 60 سنة حتى نهاية العمر ، وهي تنقسم إلى ثلاث
مراحل جزئية .

- الأولى : مرحلة الرشد المبكر ، وتمتد من 21 سنة إلى 40 سنة .
 - الثانية : مرحلة وسط العمر ، وتمتد من 40 سنة إلى 60 سنة .
 - الثالثة : الشيخوخة ، وتمتد من 60 سنة حتى نهاي العمر .
- (السيد 1975 ، ص 335) .

وقد لوحظ أن هناك اختلافات في تحديد السن الذي تبدأ عنده الشيخوخة وتراوح هناك السن بين 55 و 65 سنة ولكن مع تقدم وسائل المعيشة الحديثة وارتفاع والوسائل الصحية أصبح سن 55 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 1975) . 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 1982 ، السيد 1975) . ولكنه بالرغم من هذا يستخدم العمر الزمني كإطار مفيد في بعض الحالات، وخاصة بالنسبة للمتوسطات العامة لمظاهر الحياة (السيد 1975 ص335) .

لذلك فمن المفيد من الناحية العملية، وفي البحوث الخاصة بالمسنين استخدام مفهوم العمر الوظيفي **Functional Age** ، والذي يعطي مؤشرا للعمر بالنسبة لقدرة الأداء. وقد استخدم هذا المفهوم أساسا في البحوث المتعلقة بتقدم السن في المجال الصناعي (من حيث مهارات العمل وأداء العامل .. الخ) (انظر فوزي ، 1982 ، ص233) . 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 21 سنة إلى 40 سنة .
- ج - مرحلة الإنتاج المتناقصة : وتمثل مرحلة وسط العمر، والتي تمتد من 40 سنة إلى 60 سنة .

د - مرحلة الراحة : وهي مرحلة الإحالة إلى المعاش ، وتمتد من 60 سنة إلى نهاية العمر (السيد 1975 ، ص335) .

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) .

2- 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 .

3- العمر الاجتماعي Social Age :

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

4- 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 1986 ، قناوي 1987 ، 1975 ، Dibner) .

هذا وقد لوحظ أن هناك تناقضا بين المحكات المستخدمة في التحديدالسيكولوجي المرشد والشيخوخة . فالدورة الثلاثية للحياة: الصبا والرشد والشيخوخة يوجد بينها أوجه تشابه واختلاف ، فهي جميعا تتسم بالسيروية ، في حالة الصبا والرشد سيروية ارتقائية تقدمية. بينما في حالة الشيخوخة سيروية 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 ، 1982) .

وفي ضوء هذه المقاييس ميز " بيرون وريتر " بين أنواع مختلفة من الشيخوخة هي : الشيخوخة البيولوجية ، والشيخوخة السيكولوجية ، والشيخوخة الاجتماعية ، بالإضافة إلى الشيخوخة الزمنية (انظر : WHO,1986,P.7 ، Birren & Rinner, 1977) .

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 حصلة 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 1982) .
- د- أن الشيخوخة كمرحلة عمرية من مراحل النمو لها مظاهرها البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية المصاحبة لها . فهي " الفترة التي يحدث خلالها ضعف وانهايار 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 ، وتفرضها ظروف الحياة . (Schaie 1962. p. 129) .

2- مفهوم التقاعد Retirement :

على الرغم من أنه لا يوجد اتفاق 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 . فالقاعد 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 تغيرات 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 1987) .

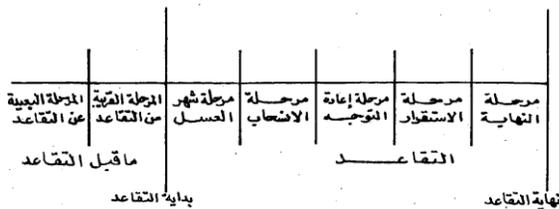
ج - ينقسم التقاعد إلى نوعين هما : التقاعد الإجباري Involuntarily أو الإلزامي ، وهو الذي يجبر عليه الفرد وله العديد من الآثار السلبية، والتقاعد الاختياري Voluntarily ويتم برغبة الفرد. وله آثاره الإيجابية بالمقارنة بالنوع الأول (Hurlock, 1981, Atchley , 1976) .

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 1988) .

هـ - يتضمن التقاعد ست مراحل لكل منها دور اجتماعي معين - حددها " أتشلي " في الشكل التالي :



شكل (3) يوضح مراحل التقاعد - كما حددها اتشالي
(Anzley, 1976, p> 64 انظر)

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 (زيارة الأقارب 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 بالانكفاء الذاتي . أما مشكلاتها فتتمثل في مواجهة الفرد للضعف الجسمي والتغيير في مستوى أدائه .

المرحلة السادسة : المرحلة النهائية Termination Phase:

حيث يموت الأشخاص بشكل مفاجئ دون أن يمروا بفترة طويلة من العجز أو المرض . ويكون الموت بالنسبة لهؤلاء الأشخاص هو نهاية التقاعد . أما الأشخاص الذين يعيشون إلى أن يفتقدوا 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 بتغيير سلوك الفرد واتجاهاته لكي يواجه موقفا جديدا .

الثالث : أنه قد يشير إلى فكرة سلبية مضمونها الاستقرار الذي يعني الهدوء والسكون (باركر 1988) .

3- 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 1987 ، ص 39) .

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

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

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

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

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

5- 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 1988) .

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 1922 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 والفسيولوجية والنفسية الاجتماعية (السيد 1975 ، ص 334 - 337) .

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 346) .

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 كلكائن حي بعد اكتمال النضج . وهذه التغيرات الاضمحلالية المسايرة لتقدم السن تعترى كل الأجهزة الفسيولوجية والعضوية والحركية والدورية والهضمية والبولية والتناسلية والعصبية والفكرية . (قناوي 1987 ، ص 19) .

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 ب - تقدم سن كيميائي	(١)
شيخوخة	[أ - تقدم في السن ب - اضمحلال في القدرة الوظيفية	(٢)

(أنظر : فكري ، ١٩٧٥) .

وتتمثل أهم التغيرات الجسمية البيولوجية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة في

الآتي :

1- 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 30 إلى 50% إلى جانب وجود بقع زرقاء تحت الجلد . (السيد ، 1975
 ، فكري 1975 : Hall, 1984) .

2- التغيرات البيولوجية والفسولوجية :

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 38 سعرا في الساعة بالنسبة للراشدين ويهبط إلى 35 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 للرتين ، حيث تقل نسبة الهواء في عمليتي الشهيق والزفير تبعا لزيادة السن ، فهناك تناقص في السعة الهوائية للرتين تبعا لزيادة العمر الزمني . وتظل قدرة الإنسان على التنفس في انحدارها حتى يصل الفرد إلى شيخوخته فتتقص هذه القدرة 25% 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 لحامض الهيدروكلوريك وأنزيمات الهضم ، وقصور الأمعاء الدقيقة على امتصاص المواد الغذائية وضعف الأمعاء الغليظة على التفرغ .

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 1987 ، فكري 1975 ، السيد 1975 : Hall,1984) .

3- التغير في الحواس :

ويتضمن ما يأتي :

- أ- تغير البصر تبعاً لزيادة العمر حيث تضعف قوة لاستجابة الضوئية للعين مع زيادة العمر ، وذلك لأن حدة العين تفقد جزءاً كبيراً 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 تبعاً لزيادة العمر ، ويفقد جزءاً كبيراً من حرارته ، ويصبح مرتعشاً متقطعاً . 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 40 و 65 سنة ويصبح تكيف الجسم لدرجات الحرارة الباردة والساخنة بطيئاً ضعيفاً (انظر : السيد 1975 ، فكري 1975 ، Birren : 1960) .

4- التغير في القوة العضلية والأداء الحركي :

تضمحل العضلات في مرحلة الشيخوخة ومع تزايد العمر ، وتقل مرونتها بسبب التغيرات الفسيولوجية والعضوية في الخلايا . وتتأثر النواحي الحركية تبعاً لهذا الضمور والجمود . وتتأثر قوة العضلات في سرعة انكماشها وامتدادها ، وبذلك تضعف القوة العضلية للفرد . كما يضعف الأداء الحركي . (السيد 1975) .

ويرجع الاضمحلال في الأداء الحركي والقوة العضلية إلى ضمور الجهاز العصبي مع تزايد العمر (قناوي 1987 ، فوزي 1982) .

ومن الأمراض المصاحبة لمرحلة الشيخوخة ، ارتفاع ضغط الدم ، وتصلب الشرايين ، والروماتيزم وآلام المفاصل . والتهاب القصبه الهوائية ، وتضخم البروستاتا ، وغيرها ، وهي مشكلات صحية وأمراض تأتي غالباً نتيجة اضطراب وظائف الجسم البيولوجية والفسيولوجية (قناوي 1987 ، Hess 1967) .

هذا وعلى الرغم من تناقص الطاقة العضوية مع تقدم السن ، فإن هناك زيادة مطردة في الخبرة الإنسانية . (السيد 1975) .

ومن مظاهر التعبير عن الجوانب البيولوجية والفسولوجية لمرحلة الشيخوخة ما جاء ذكره في " القرآن الكريم " عن الضعف الجسماني بشكلام وبياض الشعر بشكل خاص . قال تعالى : " قَالَ رَبِّ إِنِّي وَهَنَ الْعَظْمُ مِنِّي وَاشْتَعَلَ الرَّأْسُ شَيْبًا وَلَمْ أَكُنْ بِدُعَائِكَ رَبِّ شَقِيًّا " (مريم : 4) وعن العقم وفقدان القدرة الجنسية قال تعالى : " قَالَتْ يَا وَيْلَتَى أَأَلِدُ وَأَنَا عَجُوزٌ وَهَذَا بَعْلِي شَيْخًا ، إِنَّ هَذَا لَشَيْءٌ عَجِيبٌ (هود ٧٢) .

ثانيا : الخصائص والتغيرات الاجتماعية :

هناك العديد من التغيرات الاجتماعية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة بوجه عام ، والتقاعد عن العمل بوجه خاص ، ومن مظاهر هذه التغيرات فقدان العلاقات الاجتماعية ، وفقدان العديد من الأنشطة والاهتمامات ، والاعتماد على الآخرين . والخضوع لنفوذ الراشدين ، ... الخ (عيسوي ، 1972 ، Livson, 1982) . ويواجه الشخص المسن خلال هذه المرحلة العديد من المشكلات التي تعوق توافقه النفسي والاجتماعي ، ومن هذه المشكلات العزلة ، ووقت الفراغ ، وانخفاض الدخل الشهري ، والإصابة ببعض الأمراض الجسمية والنفسية ، وكثرة الخلافات الأسرية ، واستهزاء الآخرين به . وغير ذلك من المشكلات الصحية والاقتصادية والاجتماعية (انظر : قناوي 1987 ، حامد 1966 ، Loway, 1975 ، Bromley, 1966, Bennerr, 1980) .

وقد أوضح كل من " كمنج وهنري " أن مرحلة الشيخوخة يصاحبها نوع من الانسحاب من السياق الاجتماعي ، ونقص عمليات التفاعل الاجتماعي بين المسن والآخرين (Comming & Henry, 1961) .

كما تبين أن هذه التغيرات الاجتماعية تختلف باختلاف الإطار الحضاري والثقافي الذي ينتمي إليه الفرد ، والتصورات والاتجاهات السائدة نحو المسنين ، كما ترتبط بسمات شخصية المسنين ، وبالجنس (ذكر أم أنثى) ، وبالحالة الاجتماعية ، وبالمستوى الاقتصادي ، والتعليمي . وغير ذلك من المتغيرات .

(انظر 1982 Cowgill, 1981 Russell, 1988 Holzer, 1962: livson).
وتتركز التغيرات الاجتماعية بوجه عام حول مفهوم التوافق الاجتماعي Social Adjustment ، ويقصد به عملية إحداث التغيرات المطلوبة في الشخص ذاته أو في بيئته للحصول على التوافق النفسي (English & English 1988) . ويميز الباحثون في هذا الصدد أمثال برجس وكافن Burgeis & Cavan – بين نوعين من التوافق هما :

الأول : التوافق الشخصي : ويعني إعادة بناء الشخص لاتجاهاته وأفكاره وسلوكه ، بحيث يمكنه الاستجابة للمواقف الجديدة ، بما يتفق مع رغباته وطموحاته من ناحية ، ومع توقعات ومطالب المجتمع من ناحية أخرى .

الثاني : التوافق الاجتماعي : ويقصد به تكيف المجتمع أو إحدى هيئاته المتغير بغرض زيادة الفاعلية الاجتماعية من جانب ، وزيادة التوافق الشخصي لأعضاء المجتمع من جانب آخر (من خلال : حامد ، 1966 ، ص 38) .

وقد أوضحت نتائج الدراسات السابقة أن التقاعد يؤثر على التوافق الاجتماعي للمسنين ، مما لم يستطيعوا تعويض فقدان العمل بأوجه اهتمام وأنشطة متنوعة يمكن أن تساعدهم على قضاء وقت الفراغ ، وإشباع حاجاتهم ، وتحقيق ذاتهم (عفيفي 1991: حامد 1966: الديب 1988 : Atchley 1976) . فالعزلة بالنسبة للمسنين تجعلهم أقل قدرة على التكيف مع البيئة الاجتماعية . أما العمل فيساعدهم على حل الكثير من مشكلاتهم ، وإعطائهم الأهمية والمكانة الاجتماعية (نجاتي : 1984) .

وبوجه عام يتأثر التوافق الاجتماعي للمسنين بعدة عوامل يمكن تقسيمها إلى فئتين :

الأولى : خاصة بالأشخاص المسنين : كالحالة الصحية ، والاقتصادية ، والجنس ، والمستوى التعليمي ، والحالة الاجتماعية ، ومدى تقبل الفرد لذاته ... الخ .

الثانية : خاصة بالآخرين من أفراد المجتمع ، واتجاهاتهم نحو المسنين ، ونظرتهم إليهم ومدى تقبلهم لهم ، والرعاية التي يحظى بها المسنون من قبل المجتمع .

ويتجلى هذا التوافق الاجتماعي بالنسبة للمسنين في ثلاثة جوانب أساسية هي :

1- التكامل الاجتماعي Social Integration ، حيث يشارك الفرد في العديد من الأنشطة لقضاء وقت الفراغ وتحاشي العزلة .

2- التقويم الاجتماعي Social Evaluation ، حيث يعبر الفرد عن رأيه كعضو في جماعة .

3- المجارة للمعايير الاجتماعية ، حيث يتصرف الفرد في ضوء المعايير والتوقعات الاجتماعية السائدة (Bennett, 1980) .

وأشار " هافيجرست " R. Havighurst إلى أهمية التوافق الاجتماعي للمسنين وحدد التقدم في العمر في ضوء الكفاءة الاجتماعية Social Competence للفرد. أي قدرة الفرد على عمل علاقات اجتماعية وثيقة مع الآخرين والتغلب على ما يواجهه من صعاب ومشكلات قد تعوق توافقه من خلال (حامد ، 1966 ، ص24) .
ثالثا : الخصائص والتغيرات السيكولوجية :

لا تنفصل التغيرات النفسية للشيخوخة عن التغيرات الاجتماعية ، بل هي على علاقة وثيقة وترتبط ببعضها البعض الآخر . فالتوافق - على سبيل المثال - يتضمن الجانبين النفسي والاجتماعي في آن واحد . والهدف من تناولنا لكل منهما بشكل مستقل هو إبراز معالمه وتحديد أبعاده .

وقد ظهر هذا واضحا في تعريف الباحثين للشيخوخة من الناحية السيكولوجية بأنها " حالة من الاضمحلال تعتري إمكانات التوافق النفسي والاجتماعي للفرد ، فتقل قدرته على استغلال إمكاناته الجسمية والعقلية والنفسية في مواجهة ضغوط الحياة لدرجة لا يمكن معها الوفاء الكامل بالمطالب البيئية أو تحقيق قدر مناسب من الإشباع لحاجاته المختلفة (انظر : قناوي ، 1987) .

ونعرض فيما يلي لبعض الخصائص والتغيرات السيكولوجية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة :

1- تغير عملية التعلم تبعا لزيادة العمر .

التعلم في جوهره هو تغير في الأداء نتيجة الممارسة ، ويحدث عندما يتكرر الموقف ويتحسن الأداء . ويستمر هذا التحسن في الزيادة حتى يصل الأداء إلى المرحلة التي يثبت فيها على مستوى معين لا يزيد فيها مع استمرار الممارسة . ويقرر "

ثورنديك " F. Thorndike أن التعلم يصل إلى ذروته القصوى في مرحلة الرشد ، وتدل أبحاث " كوبر " T. Kubo على أن الانحدار الذي يعقب الذروة يبدأ بطيئا حتى يصل سن الفرد إلى حوالي 70 سنة ، فتيغير معدل الانحدار من التدرج البطئ إلى الهبوط السريع . وتشير أبحاث " جلبرت " J.Gilbert على أن سرعة الانحدار تختلف من فرد لآخر تبعا لاختلاف نسب الذكاء ، واختلاف طبيعة المادة التي يتعلمها الفرد . والدافع إلى التعلم ، (السيد : 1975 ، ص 365) .

ويفسر البعض ظاهرة تغير عملية التعلم تبعا لزيادة العمر على أساس ضعف المرونة للتكيف نتيجة لزيادة السن ، ويفسر البعض الآخر ظاهرة التغير على أساس ضعف القدرة على تسجيل المعلومات تبعا لزيادة العمر . ويؤيد هذه الفكرة تناقص القدرة على التذكير المباشر تناقصا ملحوظا في الشيخوخة بالمقارنة بسنوات الرشد ، واحتفاظ الفرد بخبراته ومعلوماته القديمة خلال مراحل حياته الأخيرة .

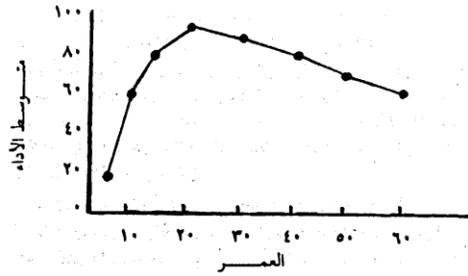
وهناك أيضا من يفسر عملية انحدار التعلم على أساس فكرة التداخل بين الخبرات القديمة والخبرات الجديدة (السيد : 1975 ، ص 375 ، 376) .

وقد ورد في القرآن الكريم ما يشير بوضوح إلى توقف القدرة على التعلم واكتساب خبرات جديدة مع تقدم العمر ، وذلك فيقوله تعالى : " وَاللَّهُ خَلَقَكُمْ ثُمَّ يَتَوَفَّاكُمْ وَمِنْكُمْ مَنْ يُرَدُّ إِلَىٰ أَرْذَلِ الْعُمُرِ لِكَيْ لَا يَعْلَمَ بَعْدَ عِلْمٍ شَيْئًا إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ قَدِيرٌ " (سورة النحل آية 70) .

2- تغير القدرات العقلية :

تبين أن أكثر القدرات العقلية انحدارا من وسط العمر إلى الشيخوخة هي القدرة الاستدلالية ، كما أن هناك انخاضا في القدرات العددية واللفظية . والقدرة الإدراكية (السيد : 1975 ، ص 384-385) .

والقدرة العقلية مثل القدرة الجسمية ، ترتفع وتبلغ قمته بين سن العشرين والثلاثين . وبعد هذا العمر تبدأ في الهبوط ببطء في البداية ويصبح الهبوط واضحا بعد الأربعين . وعند بلوغ الخمسين والستين يقل أداء الشخص 25% عن الأشخاص الذين تقع أعمارهم بين 20 أو 30 سنة (انظر : السيد 1990 ، ص 364-365) . ويوضح الشكل التالي تغير الأداء على اختبارات الذكاء مع العمر .



شكل (4) العلاقة بين درجات الذكاء على مقياس وكسلر المرشدين ، والعمر (نقلا عن السيد : 1990 ، ص 365)

وغالبا ما تتسم فترة التقدم في العمر بالإعاقات المعرفية Cognitive Deficits ، فالمسنون يجدون صعوبة في عمليات حل المشكلات ، والاستدلال ، وتكوين المفهوم (انظر: Denney, 1982, Cornelius & Caspi, 1987) وتتسم أيضا بالتصلب العقلي Mental Rigidity ، وانخفاض القدرة على تعلم مهارات جديدة (Hurlock, 1981) .

كما أن هناك تأثيرا للسن على مختلف الجوانب العقلية عامة والذاكرة قصيرة المدى خاصة . حيث عدم القدرة على تنظيم عملية الاختزان ، ونقص القدرة على الانتباه والإدراك نظرا لضعف القدرة على التعلم والاكتماب (عبد الرحمن ، 1988) . فهناك نوع من العجز أو الضعف في عمليات الاحساس والإدراك ، والأداء النفسي الحركي ، وغير ذلك مع تقدم الأفراد في العمر .

(Dibner, 1975m Shanas, et.al. 1988)

وتشير نتائج الدراسات العرضية Cross - Sectional التي قام بها " حيلفورد " عن علاقة العمر بالإبداع - إلى وجود انخفاض ملحوظ بعد سن الثلاثين والأربعين في القدرات الإبداعية مثل الطلاقة ، والمرونة والأصالة . (Guilford, 1967) .

كما أظهرت نتائج الدراسة التي قام بها " محي الدين حسين " عن وجود تدهور في مستوى الدافعية مع تقدم الأفراد في العمر بالإضافة إلى تدهور القدرات الإبداعية (حسين ، 1982) .

3- تغير الشخصية والحالة النفسية للفرد مع تقدم العمر :

فالفردي - في ضوء نظرية " اريكسون " Erikson - يمر بثماني مراحل ، تشكل كل منها تطورا جديدا في شخصية الفرد وعلاقته بالآخرين . وآخر هذه المراحل هي مرحلة التكامل - في مقابل اليأس Ego . VS. Despair . Integrity وهي أزمة الشيخوخة وإحساس الفرد بأن هويته قد تحددت بما فعل . فإذا كان ما فعله يبعث على السعادة والإحساس بالإنجاز فإنه سوف يتجاوز هذه المرحلة بنجاح وهو يشعر بالتكامل والرضا . أما إذا كانت نظرتة لماضيه تتسم بالإحباط وخيبة الأمل فسوف يشعر باليأس (من خلال Fernald & Fernald , 1978) ، ويرى " أريكسون " ضرورة أن يتقبل المسنون حتمية كبر السن والتغيرات المصاحبة له . وأن يواجهوا هذه الظروف بنضج الأنا ودون بأس (Sze, 1975) .

كما تبين أن هناك تغيرا في مفهوم الفرد عن ذاته خلال مرحلة الشيخوخة بوجه عام . فمن المشكلات المصاحبة لفترة التقاعد - على سبيل المثال - الاعتمادية والعدوانية ، وعدم الثقة في الذات (Bromley, 1977) . وتبين أيضا أن الرضا عن الحياة العائلية يعد مؤشرا هاما للرضا عن الحياة بوجه عام لدى الأفراد المسنين ، يليها الرضا عن مستوى المعيشة . ثم الصحة ، والحالة المادية (Medley, 1976) . وأن هناك علاقة إيجابية دالة بين اتجاهات

المسن نحو الشيخوخة ومقدار الرضا عن الحياة ، وتقبله لذاته ، وتقبله للآخرين (العزبي 1982) .

فمشكلات الصحة النفسية للمسنين ترتبط بعدة عوامل منها العجز الجسمي ، والفقر ، وسوء التغذية ، والوحدة ، وافتقاد الهدف ، وافتقاد الأصدقاء . وتشير النتائج إلى أن الزيادة في أعداد المسنين قد صاحبها زيادة في أعداد المرضى المترددين على مستشفيات الأمراض العقلية . فحوالي 1% من المسنين يعانون من عنة الشيخوخة . وهو أحد أمراض زهان الشيخوخة (عكاشة ، 1976 ، ص 357) .

وتبين أن حالة القلق تعد سمة مميزة لهذه المرحلة ، وأن الأفراد كلما تقدموا في العمر زاد مستوى القلق لديهم . وأن قلب المسنين ينتج من أربعة مصادر هي: أ - قلب الصحة ، نتيجة للاضمحلال في بناء الجسم ونقص القدرة على مقاومة المؤثرات الخارجية .

ب - قلب التقاعد وترك العمل ، وما يترتب عليه عن عدم الأمان الاقتصادي .

ج - قلب الانفصال والإحساس بالوحدة والفراغ .

د - قلب الموت ، حيث الإحساس بالنهاية واليأس من الشفاء (عبد المعطي

1988 ، فوزي ، 1982) .

يصاحب مرحلة الشيخوخة أيضا نوعا من التوهم المرضي ، وإحساس المسن وشكوته بأنه مريض ، وتردده على الأطباء دون وجود سبب فعلي يدعو إلى ذلك . وقد كشفت نتائج إحدى الدراسات أن 94% من المسنين المقيمين في مؤسسات الأمراض النفسية لا يحتاجون إلى مثل هذه الإقامة (Duffy, 1975) .

وهناك إلى جانب ذلك العديد من الأمراض والاضطرابات النفسية المصاحبة

لمرحلة الشيخوخة ، كالاكتئاب ، والفصام وغيرها (انظر : عكاشة ، 1976) .

4- تغير الاهتمامات والحاجات :

وتشير الاهتمامات Interests إلى وجود ميل إلى أداء نشاط ما يحقق

إرضاء أو إشباع لدى الفرد . فهي ميول نحو أشياء يشعر الفرد نحوها بجاذبية

خاصة (English & English , 1958) .

وتتمثل اهتمامات المسنين في الجوانب التالية:

أ- الاهتمامات الشخصية **Personal Interests** : وتتضمن الاهتمامات الخاصة بالذات ، والجسم ، والمظهر أو الشكل الخارجي . وفيما يتعلق بالاهتمامات الخاصة بالذات نجد تركيز اهتمام المسن بذاته عن ذي قبل . فيصبح أكثر تمركزا حول ذاته **Egocentric** . وأقل اهتماما برغبات الآخرين . أما الاهتمامات الخاصة بالجسم ، فيصبح المسن أكثر شكوى من الإصابة بالأمراض ، أما المظهر فيعطي بعض المسنين اهتماما بهذا الجانب ، والبعض الآخر لا يعطي للمظهر أي اهتمام . ويتوقف ذلك غالبا على نشاط الفرد الاجتماعي ، ومدى مشاركته للآخرين ، وإمكانياته المادية .

ب - الاهتمامات الترفيهية **Recreational Interests** : وتشمل القراءة ، وكتابة الخطابات ، والاستماع إلى الراديو ، ومشاهدة التلفزيون والرحلات ، وزيارة الأصدقاء والأقارب ، والاشتراك في المنظمات والمؤسسات .

ج - الاهتمامات الاجتماعية **Social Interestes** : حيث يعاني المسن من الشعور بالفراغ والعزلة ، والانسحاب من البيئة الاجتماعية نظرا لنقص الاندماج مع الآخرين وتناقص الأدوار الاجتماعية التي كان يقوم بها . وكذلك المشاركة في الأنشطة .

د - الاهتمامات الدينية **Religious Interests** : حيث يصبح الفرد أكثر تسامحا وأقل تعصبا للجوانب الدينية مع تقدم العمر . كذلك تتسم مرحلة الشيخوخة بأن المسنين فيها أكثر ترددا على أماكن العبادة (انظر Hurlick 1981, P.402-410) .

ومن خلال هذه الاهتمامات يمكن استنتاج أهم الحاجات **Needs** بالنسبة للمسنين ، والتي تتضمن الحاجة إلى الرعاية الصحية ، والحاجة إلى التقدير والاحترام والتقبل من قبل المجتمع الذي يعيشون فيه ، وتجنب الاعتماد على الآخرين ، وضبط النفس ، والتدريب على مهارات جديدة ، والحاجة إلى الصداقات ، والحاجة إلى الأمن الاقتصادي والدخل الكافي (انظر : عبد الهادي 1986 ، قناوي ، 1987) .

5- تغير نسق القيم:

يقصد بنسق القيم أو منظومة القيم: **Value System** " البناء أو التنظيم الشامل لقيم الفرد . وتمثل كل قيمة في هذا النسق عنصراً . وتتفاعل هذه العناصر معاً لتؤدي وظيفة معينة بالنسبة للفرد " (خليفة 1987 ، ص46) .
وأوضح " روكتش " أن تغير نسق القيم عبر العمر يأخذ شكل أنماط ارتقائية مختلفة . ومن هذه الأنماط نمط القيم الشخصية (كالتخليقية ، والعقلانية ، والمنطقية ، والتناسق الداخلي) ، والتي تقل أهميتها في فترة المراهقة ، وتزداد خلال سنوات الدراسة الجامعية ، ثم تنخفض أهميتها مرة أخرى لدى المسنين ، أما النمط الارتقائي الذي يشتمل على قيمتي الحياة المثيرة ، والسعادة ، فتزداد أهميته في مرحلة المراهقة ، ثم تقل أهميته في السنوات التالية من العمر . كما تبين تزايد أهمية النمط الارتقائي ، الذي يشتمل على قيمتي المساواة والاستغلال في الستينيات والسبعينيات من العمر (Roceach, 1973) .

كما أشار بنجتسون إلى وجود تغير في التوجهات القيمية عبر العمر :
فصغار السن تتسم توجهاتهم القيمية بالفردية ، أما كبار السن فتتصف توجهاتهم بالاجتماعية (Bengtson) . كما كشفت نتائج الدراسات عن تزايد أهمية القيم الدينية والجمالية والاجتماعية بتزايد العمر (Hoge & Bener, 1974) .
وأشار " كوجان وولش " إلى وجود تغير في القيم مع تزايد العمر ، من التفاؤل إلى التشاؤم (Kogan & Wallach, 1961) .

كما كشفت نتائج الدراسة التي أجريناها عن نسقي القيم المتصور والواقعي لدى المسنين ، كشفت عن أهمية قيمة الحياة العائلية . والقيم الأخلاقية والدينية بالنسبة للمسنين . وذلك سواء على المستوى التصوري أو الواقعي (خليفة ، 1991 "ج") .

عرضان فيما سبق للخصائص والتغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة ، والتي تتمثل في النواحي البيولوجية والفسولوجية ، والاجتماعية ، والسيكولوجية ، وعلى الرغم من أن التغير الذي يطرأ على الكائن إنما هو نتيجة للمؤثرات البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية ، فإن معظم الباحثين قد قصروا اهتمامهم

في دائرة محددة ،مثلنظرية جبرارد Gerard التي حصرت اهتمامها في دائرة العوامل البيولوجية والتغيرات التي تعتري الجهاز العصبي ، ونظرية " كمنج " Cumming في الانسحاب الاجتماعي Disengagement ،حيث ترجع التغيرات التي تصاحب التقدم في العمر إلى المواقف التي يفرضها المجتمع على المسنين (حسين ، 1982 ، ص38) .

وفي ضوء ذلكيتين أهمية التعامل مع مختلف المظاهر والتغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة فيضوء التفاعل ومنظومة العلاقات القائمة بينها . فهناك - على سبيل المثال - علاقة بين العزلة والإصابة بالقلقلدى المسنين (Blau, 1973) كما أن هناك علاقة بين درجة القلق والحالة الصحية العامة وعدم الكفاءة الجسمية ، تبيينأيضا أن العوامل الاجتماعية تؤثر تأثيرا واضحا في انتشار ذهان وعصاب الشيخوخة .

وبعد أنانتهينا من عرض المظاهر والتغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة يصبح من المجدي أننتناول أهم النظريات المفسرة لمشكلات الشيخوخة والتقاعد عن العمل وذلك على النحو التالي :

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 ألفاظ 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 مهئين لها بعد (باركر ، 1988) .

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

1- 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 بين المسن 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 :

- 1- تناقص معدل تفاعل الفرد كلما تقدم في العمر .
- 2- حدوث تغيرات كمية وكيفية في أسلوب ونمط التفاعل بين الفرد والآخرين .

3- تغير شخصية الفرد، حيث ينتقل المسن من الاهتمام بالآخرين إلى الاستغراق والاهتمام بذاته (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 ، 1987) .

وفي ضوء 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 وشneider " 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) .

2- 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 ، 1988) فقيام المسن
ببعض الأنشطة يعتبر أمرا ضروريا لزيادة رضا المسن عن الحياة وقناعاته 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 يعانیه المسنون . فالأفراد الذين كانوا مشغولين بدرجة كبيرة في عملهم قبل التقاعد ، ولم يكن لديهم الوقت الكافي لممارسة وتنمية بعض الأنشطة أو المعارات لن يجدوا مكانا في هذه النظرية (انظر : عبد الحميد 1987) .

3- 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 أن فقدان الفرد لعمله وتغير أدواره بعد إحالته للتقاعد يؤثر في نظريته 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 ، 1987 ، ص 56 ، 57 ، وعفيفي ، 1990 ص 65) .

4- 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 السيكلوجية ، 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 أنماط المسنين ، والتنبؤ بالعلاقات بينمستوى فاعلية الدور الاجتماعي والرضا عن الحياة (Neugarten, 1977) .

5- منحنى التفاعلية الرمزية **Symbolic Interactionism** :

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

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

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 رسميا أم غير رسمي (Russell. 1971, P.54-57).

6- 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 الماديون الوظيفة شيئا هاما لتحقيق أهدافهم المادية .

وأوضح " أتشلي " أن التقاعد لدى العديد من الأشخاص المتقاعدين يتضمن إعادة تنظيمهم لمدرج 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 والسياس الاجتماعية والحضاري .

وهناك إلى جانب هذه النظريات نظريات أخرى مثل نظرية الاستمرار Continuity Theory (انظر Atchley , 1976) ، 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 :

1- 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 1975) . أو هو بمعنى آخر قدرة المرء على تنظيم التنبهات الحسية الواردة إليه عن طريق الحواس المختلفة ، ومعالجتها ذهنياً في إطار الخبرات السابقة والتعرف عليها ، وإعطائها معانيها ودلالاتها المعرفية المختلفة (الصبوة 1987 ، ص 39) .

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 ، 1981 ، ص210) .

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 سجاد 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 ذوى 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) .

3- الإطار النظري المفسرة 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 الإطار النظري المفسرة للإدراك الاجتماعي . وذلك على النحو الآتي :

1- نظرية الحدس :

تقوم هذه النظرية على ثلاث فروض أساسية هي :

1- أن الإدراك الاجتماعي فطري أو موروث . فالتعبيرات والملاحم الخارجية الموجه وعمليات التعرف عليها فطرية ولا دخل للعوامل البيئية فيها .

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

3- أن الإدراك الاجتماعي يتمبشكلمباشر ، 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 " إكمان " (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 إدراك المباشر ما يأتي :

أ - نظرية الجشطالت للإدراك الاجتماعي ، وترتكز على مفهوم التماثل في الشكل Ismporthism الذي قدمه " أرنهايم " Arnheim . فالبناء الجسمي للفرد ينعكس في نمط التماثل بين القوى السيكلوجية 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 على هذه 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) .
2- منحى التعلم :

ويذهب أصحابه إلى أن الأفراد يكونون معلوماتهم ومعارفهم عن الآخرين بطريقة آلية 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 وحكيم ولكنه 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 10+ (إيجابي جدا) إلى - 10 (سلبي جدا) وذلك على النحو الآتي :

جدول رقم (1)

يوضح تقدير الفرد لمجموعة من الصفات

درجات توقيتها	السمات
10+	لطيف
10+	ذكي
4+	حكيم
5-	قصير جدا
9-	ملابسه فقيرة

وفي ضوء هذا التقديرات يفترض " نموذج التوسط " 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(1) حيث تبين أن درجة تقدير الشخص(أ) (للشخص (ب) = +2 وهي درجة إيجابية معتدلة .

(انظر : Anderson & Klaiuky, 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 (+6) ثم تكونت لديه بعد ذلك سمات إيجابية أخرى عنه بدرجة (+1) فيكون تقدير الشخص (أ) لـ (ب) على النحو التالي :

في ضوء نموذج المتوسط = $3.5 \frac{7}{2}$

أما نموذج الإضافة = $7+$ (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 العام للشخص . فالخضوع ، وعدم الأمانة يرى القاضي أن الدافع أو المحامي غير الأمين أكثر خطورة من المدافع المسالم . وبالتالي فصفة عدم الأمانة فيالمدافع سوف تمثلوزنا 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 .

3- 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 جشطات 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 . فمعرفةنا لشخص ما 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 في المجال الإدراكي .

ج - ينتظم المجال الإدراكي لدى الفرد عن طريق عملية التصنيف التي يقوم بها أو وضع المنبهات في فئات Categorination 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 :

1- 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 النصوص 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 ، فنذكره 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

شكل (5) يوضح البعدين الرئيسيين للانطباعات الأولية
(انظر Rosenberg, et.al.,1968)

إذن فهناك بعدان رئيسيان يقفان وراء تكوين الانطباعات الأولية هما :

1- 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) .

2- 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 .
2- 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 1987 ، ص47) .

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

* يعد " ليبمان " W.Lippman هو أول من أطلق مصطلح الأنماط المعقدة الجامدة ي كتابه عن " الرأي العام " للدلالة على تلك الصور التي في رؤسنا ، والتي تمدنا بمعايير جاهزة للحكم على الأشياء ولتفسير الأحداث ، والتي قد لا تعلم عنها أكثر من الجزئيات ، 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 مليكه 1989) .

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 والتحييزات الاجتماعية **Social Bais** حيث يشعر الفرد بحبه لجماعته التي ينتمي إليها وكرهه 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 .

3- 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 :

1- مخططات الشخص Person Schemes عن الأشخاص الآخرين :وهي أبنية معرفية حول فرد أو فئة من الأفراد ، فتصوري لشخص ما بأنه أمين ، يؤدي واجباته ، ويناظر 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 الآخرون .

2- 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.

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

4- 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) .

3- 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 . ومع 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 بفتة معينة من الأشخاص كما يقوم بعمل استدالات 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 الغزو 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 لمتقاعد . 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 المسايرة 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 :

1- الجفاف التدريجي للأنسجة .

2- التأخير التدريجي في انقسام الخلايا ، وضعف إمكانية نمو الخلايا وازمحلل الأنسجة .

3- التأخر التدريجي في معدل تأكسد الأنسجة .

4- الضمور الخلوي والتدهور .

5- النقص التدريجي في مرونة الخلايا ، والتغيرات التدهورية في الأنسجة الاتصالية المرنة .

6- القوة المتناقصة للعضلة الهيكلية .

7- التدهور المستمر في الجهاز العصبي ، وضعف قوة الإبصار والمسح والانتباه والذاكرة .

ويركز هذا التعريف للشيخوخة من الناحية البيولوجية على جانبين .. 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 : يذبل 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 وتنقص قدرتها على استيعاب الشهيقي ، 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 .

(أمين رويحة 1972)

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

1- التغيير في الشكل العام للجسم .

2- التغييرات البيولوجية الفسيولوجية .

3- التغيير في القوة العضلية والأداء الحركي .

4- التغيير الحسي .

وما يؤدي إليه ذلك من أمراض الشيخوخة وتدهور الصحة الجسمية لدى المسنين وسفوف نوضح في فصل لاحق كيفية رعاية التغيير العضوي لدى المسنين .

أولا : التغيير في الشكل العام للجسم :

هناك عديد من التغييرات 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 ينفي وجود بعض الشيوخ البدناء ، وهؤلاء الشيوخ الزائدو الوزن لأنهم كانوا في شبابهم كذلك - أي أنهم لم يزيدوا في الوزن عندما تجاوزوا سن الستين ، بل استمرت حالة الومن

معهم ولم تكن شيئاً طارئاً - 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 (68.8ك.ج) ولل سيدات (70.6ك.ج) وأنه انخفض في سن الخامسة والثمانين إلى (63.6ك.ج) للرجال ، (62.8 ك.ج) للسيدات ، وقد أمكن إيجاد معادلة لمعدل انخفاض الوزن مع السن بعد سن الستين بأنها نصف في المائة سنويا وقد يزيد هذا المعدل إلى (1.5% أو 2%) بعد سن الخامسة والسبعين ، وأن وزن السيدات المسنات يزيد قليلا عن وزن الرجال المسنين .

(عصام فكري سنة 1982 ، 24)

(ب) الطول :

ينقص الطول بعد سن الستين بمعدل (2 - 5 سم) عنه في سن الشباب ، وقد أوضحت دراسة أجريت على (3000) شخص من المسنين الأصحاء أن متوسط الطول للرجال في سن الستين هو (170سم) تنقص إلى (165سم) بعد سن الخامسة والثمانين . أما السيدات فكان متوسط الطول (158 سم) ثم قصر إلى (150سم) 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 الشيوخ ظاهرة سقوط الشعر . حتى أن كثيرا من الشيوخ 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 الشيوخ 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

يقول عن نصف سمكه في سن الشباب كذلك تظهر على ظهر اليد عند الشيخوخة بقع حمراء بسبب نزيف شعري رفيع نتيجة لضعف جدران الشعيرات الدموية في هذا الجزء من الجسم .
(هـ) اليدين 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 الشيخوخة بنسبة تتراوح بين (20 - 50%) إلى جانب وجود بقع زرقاء تحت الجلد .

ويجدر بنا هنا أن ننبه إلى عدم الانسياق إلى هذه الأوصاف أو الاعتقاد بأن هؤلاء الشيخوخة رجالاً أو نساء جميعهم بصحة رديئة أو أنهم مرضى - فهناك كثير من الشيخوخة تظهر عليهم علامات الشيخوخة ولكنهم إلى حد ما أصحاء ...
(عصام فكري 1980 ، 24)

ثانياً : 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 (38) سعر في الساعة بالنسبة للراشدين إلى (35) 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 ، 1975 ، 350-351) .

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 مخلص

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 (Sckoiuff, 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 ، 1977 ، 7) .

(ب) التغير في خلايا الجسم :

لقد كان من أسباب القصور في إدراك كيفية حدوث التغيرات البيولوجية في الشيخوخة هو ندرة المعلومات المتاحة عن التغيرات 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 24 ساعة) أو لا تستبدل إطلاقا ، 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 مطلقا 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 لدم .. 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 تتحلمان 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 أد 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 جزئمن R.N.A تعبيرا عن المعلومات المخزنة في جزئ D.N.A الخاص بهذه الأنزيمات .

(هـ) عند النواة في الخلية المقدرة على تعطيل أو تبسيط الانزيمات وبالتالي تنظيم النمو والتباين والشيخوخة والموت في برنامج محدد من قبل .
(عصام فكري ، 1982 ، 22) .

(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 لتماثل 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 ، 1972 ، 20-21) .

(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 (70 سنة) ثم تتغير سرعته في هبوطها حتى نهاية الحياة . (فؤاد البهي السيد ، 1975 ، 251) .
(هـ) التغيرات في الدورة الدموية :

فالدورة الدموية من أكثر الأعضاء تأثرا بالشيخوخة ، وهما 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 (90 سنة) إلى نهاية الحياة . (فؤاد البهي السيد 1975 ، 252) .

ويكون ذلك مصحوبا بانخفاض في مقدرة القلب على ضخ الدم إلى أعضاء الجسم المختلفة ، وقد قدر هذا الانخفاض بحوالي (40%) من الطبيعي عند الشباب ، وهناك

أيضا بطء في ضربات القلب (55 - 70 ضربة) في الدقيقة مقابل (70-90) ضربة عند الشباب ، مع احتمالات إضرابه في نسبة تتراوح بين (15 - 30%) منهم . ويرتفع ضغط الدم عند الشيوخ فيصبح الضغط الانقباضي عندهم بين (150 - 185) ملليمتر من الزئبق مقابل (100 - 140) عند الشباب . أما الدورة الدموية في الأطراف فلا حاجة إلى الإشارة إليها فمن الواضح عند الشيوخ 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 (20) 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 فتنتقص هذه القوة (25%) عما كانت عليه في الرشد ومن الملاحظات العادية عند الشيوخ ضيق التنفس وسببه انخفاض مقدرة الرئتين على القيام بوظائفها وهي تنقية الدم من ثاني أكسيد الكربون وإمداده بالأكسجين وذلك بسبب التغيرات التي تحدث بها وبالقفص 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 ف كمية إفراز اللعاب وقدرته الهضمية إلى ما يتراوح بين (10-30%) عن معدلها الطبيعي .

- انخفاض ملحوظ في إفراز المعدة من حامض الهيدروكلوريك وانزيمات الهضم إلى (60%) من الحالة الطبيعية عند الشباب ، أما مقدرة المعدة على التفريغ فهي تنخفض أيضا .

- قصور مقدرة الأمعاء الدقيقة على امتصاص المواد الغذائية بنسبة (50-65%) عن الطبيعي ولا يخفض أثر ذلك على تغذية الشيوخ وقد يكون تفسيراً لما يعانيه بعضهم من نقص التغذية .

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

- إفراز البنكرياس يقل عند الشيوخ وهذا يقلل بلا شك المقدرة على الهضم .
(Fikry, M.E. 1965, 213-226) .

(ح) التغيير في وظيفة الكبد :

يقل حجم الكبد ووزنه إلى حوالي ثلثي الحالة الطبيعية ، وقد أثبتت الدراسة التي أجراها مركز أبحاث الشيخوخة بجامعة الإسكندرية أنه بسبب المقدرة الاحباطية للكبد من الناحية الوظيفية والتي تبلغ حوالي (75%) من مقدرة ، فإن هذا النقص في حجم الكبد لا يعرض الشيوخ إلى أعراضه نقص وظائف الكبد لأنه في حدود الاحتياطي ، متصلاً عما تقوم به خلايا الكبد الباقية من محاولة تعويض النقص في عددها بزيادة مقدرتها الوظيفية وقد أثبتت 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 ذلك ، إذ أن (90%) من الشيوخ يتمتعون بكيس مراري عادي وقادر تماماً على القيام بوظائفه .

(ط) التغيير في وظائف الكلى :

يحدث قصور في وظائف الكلى ومقدرتها على الإفراز من الجسم ، وقد أثبتت الدراسات على هذه الوظائف انخفاضها عند الشيوخ إلى نسبة تتراوح بين (40-

45%) من الطبيعي في سن الشباب ، وذلك أن الكليتين يصيبهما ضمور عضوي نتيجة الشيخوخة . (عصام فكري ، 1982 ، 40).

(ى) كمية الزلال في الدم :

تنخفض نسبة الزلال في الدم عموما في الشيخوخة عنها في الشباب ، وهذا الانخفاض أساسا 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 (60) 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 تضؤلا في الجهد العصبي الناتج عن التغيرات الاضمحالية في المراكز المخية تحت القشرية (فؤاد البهي السيد ، 1975 354-355) . وتقدم هذه النظرة على أساس فسيو كيميائي يجعل من بطء الأداء النفسي الحركي لدى المسنين متغيرا تابعا أساسيا لعملية شيخوخة فسيولوجية الجهاز العصبي المركزي .

وقد ثبت بالأبحاث التي استخدمت فيها النظائر المشعة أن هناك انخفاضا ملحوظا 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 ، لأن هذا خطأ يجب ألا نقع فيه فالواقع أن ما بين (7-10%) من الشيوخ يتمتعون بحالة طيبة .

(HICKS, L.H. & BIRREN J.E: 1970, 380-381)

ثالثا : التغير في القوة العضلية والأداء الحركي :

(أ) تغير القوة العضلية والعضوية :

تضمحل العضلات في هذه المرحلة تبعا لزيادة العمر ، وتقل مرونتها بسبب التغيرات الفسيولوجية والعضوية في خلاياها ، وبذلك تتأثر النواحي الحركية تبعا لهذا الضمور والجمود - وتتأثر قوة العضلات في سرعة انكماشها وامتدادها ، وبذلك تضعف القوة العضلية للفرد . (فؤاد البهي السيد 1975 ، 353) .

وقد أمكن قياس هذا الانخفاض في قوة العضلات وإيجاد نسبة لها على مر السنين

وهي (1.5%) في السنة ابتداء من سن الخامسة والستين ويستمر ذلك إلى بين

الخامسة والثمانين ، ويصاحب هذا القصور في قوة عضلات الجسم قصورا مماثلا

في سرعة انقباضها تحت أي ظروف ، وهذا راجع فقط إلى ضمورها وإلى بطء التنبيه

عن طريق الأعصاب الموصلة إليها . (Falzone , J.A. 45- 47)

ولقد أوضحت الدراسات العديدة أن المسنين يتميزون بضعف القوة العضلية

وتناقص في سرعة الاستجابة ، وأن القوة البدنية تتأثر بضعف القوة العضلية ، فقوة

اليد تضمحل بتقدم السن ، وأن المتوسط لقوة القبضة عند سن الستين يضمحل

بمقدار (17%) عن حده الأقصى في فترة الشباب ، وأن الحد الأقصى لقوة القبضة

لمن بلغوا سن (65) سنة مساويا له تقريبا عند أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين

(12-15) سنة (محسن الصاوي 1977) .

وهذا ما يوضح ظهور علامات الضعف والاضمحلال بعد القوة العضلية والعضوية

تفقد العضلات والعظام مرونتها فيحس الشيخ بتصلبها وبعض آلام منها عند

محاولة أداء عمل جسماني ، وقد يستطيع الشخص المسن القيام ببعض الأعمال

الجسدية التي كان يؤديها قل أن يدخل مرحلة الكهولة ، ولكنه يجد في ذلك كثيرا من

الصعوبة ، فقد وهن عظمه واضمحلت قوته ، وهو يلهث عندما يصعد السلم ويتعب

بسرعة عند المشي ، ولا يستطيع الجري إذا أراد اللحاق ، بالترام أو الأتوبيس .
(حسن عبد السلام 1952 ، 15-16).

(ب) من ناحية الأداء الحركي :

من المعروف أن حركة الشيوخ تكون في الغالب محدودة ومقيدة وتؤدي بصعوبة خاصة في المشي الذي يضمحل مع تقدم السن إلى مجرد تحريك قصير وبخطوات قصيرة . وقد أوضحت الدراسات والبحوث التي أجريت حول الأداء الحركي للمسنين أن لأداء المسنين على مقاييس التحكم اليدوي أضعف منه في حالة الشباب ، وأن رعة حركات اليد في الانقباض والانبساط والوصول القبض على الأشياء والدوران يتزايد في مدى العمر من (8 - 18 سنة) حتى تصل إلى حدها الأقصى عند سن (18 سنة) وتضمحل بعد ذلك اضمحلالا واضحا .

(حسن عبد السلام 1952 ، 15-16) ،

فمن ناحية نجد أن الحياة تمضي الفرد عاما بعد عام فإذا به يتعرقل في مشيه بعد أن كان يسرع بها ، ويضيق مداها فإذا هي خطوات قصيرة زاحفة متعبة بعد أن كانت طويلة نشطة ، وترتعش يداه وأصابعه بعد أن كانت قوية نشطة متزنة ناضجة وتؤثر هذه المظاهر الحركية للشيخوخة على المهارات التي يقوم بها الفرد فنجد أن السرعة في المهارات اليدوية البسيطة تضمحل بتقدم السن : فالمسنين يكتبون بمعدل أقل منه عند الشباب ، والأراء في الأعمال التي تتطلب أداء مستمر (كالنقر) مثلا تكون لدى من هم في وسط العمر أقل منه عند الشباب ويكون لدى المسنين أقل منه لدى من هم في وسط العمر .

ويرجع الاضمحلال في الأداء الحركي والقوة العضلية إلى شيخوخة الجهاز العصبي المركزي وضموره ، حيث تتناقص سرعة الأداء الحركي نتيجة لزيادة فترة زمن الرجوع بين الاستخارة والاستجابة الحركية المقابلة لها ، وخاصة بعد مرحلة الرشد والتقدم في العمر نحو الشيخوخة (Falzone , J.A. 45- 47)

رابعا : التغير الحسي :

الحواس هي أبواب المعرفة ومنافذ العقل إلى العالم الخارجي حيث يعتمد إدراك الفرد لهذا العالم على وظيفة تلك الحواس .. إذ يقوم الجهاز العصبي بتجميع الاستشارات

الحسية وتحويلها إلى مدركات عقلية .. وهكذا يدرك الفرد نفسه والعالم المحيط به عبر حواسه .

ولكل حاسة تكوين عضوي ووظيفة سلوكية ، وتعتمد هذه الوظيفة على مدى نضج التكوين لهذه الحواس .. وتتأثر الحواس أيضا بالشيخوخة فتبدو وظيفتها ضمنية منذ سن الخمسين ومن ذلك :

(أ) حاسة الإبصار :

تضعف الاستجابة الضوئية للعين تبعا لزيادة العمر وذلك لأن حدقة العين تفقد جزءا كبيرا من قوتها . ويصاحب ذلك تناقص في حدة الإبصار وفي القدرة على الرؤية في المستويات المنخفضة من الإضاءة نقل الحساسية للألوان بتقدم السن ، ويظهر هذا الضعف في الرؤية لدى الأفراد من الجنسين بعد سن (42 سنة) يرجع ذلك إلى أن تغيرات في وظائف فسيولوجية معينة للمخ والشبكية وإلى أن إنسان العين يضيق بتقدم السن مما يقلل من كمية الضوء التي تعمل إلى الشبكية .

(ب) حاسة السمع :

تبدأ حاسة السمع في الضعف في وقت مبكر . وتدل الدراسات العلمية على أن البذور الأولى لضعف السمع تبدأ في سن الخمسين ، ومن مظاهر هذا الضعف صعوبة إدراك الأصوات الحادة ، وفي نفس الوقت ارتفاع في العتبة الفارقة للسمع بتقدم السن ، وتزايد في حاجة المسنين لأن يرفع الآخرون أصواتهم ليكون سماعهم بوضوح . ويرجع ذلك إلى ضمور الأعصاب الطرفية في اللغة القاعدية لتوقعة الأذن

(ج) تغير الصوت :

يتغير الصوت البشري تبعا لزيادة السن ، وبما أن مخارج الحروف تعتمد على درجة نضج الصوت إذن تتغير طريقة نطق الكلمات المختلفة تبعا لزيادة العمر ، وبذلك تتغير قوة الصوت فيضعف ويفقد جزءا من حرارته ويصبح مرتفعا منقطعاً ، وكذلك تتغير طريقة النطق فعندما يكثُر سقوط الأسنان بزيادة العمر ، تتغير طريقة إخراج الحروف التي تعتمد في جوهرها على تكوين سليم لجوف الفم (الكسين) مثلا .

(د) حاسة التذوق :

تضعف براعم التذوق علي طرفي وجانبي اللسان البشري تبعا لزيادة العمر ، ويقل إحساس الكبار بالمواد السكرية ، وتأثر هذه البارعم أيضا بالتوابل الحريقة . وبكثرة التدخين .. الخ .

(ه) حاسة اللمس :

يضعف إحساس الجلد تبعا لزيادة العمر وخاصة فيما بين (40-65 سنة) حيث يصل معدل الضعف إلى نهايته القسوى . وبذلك يصبح تكيف الجسم لدرجات الحرارة الباردة والساخنة بطيئا ضعيفا . ولذا يتأثر الشيوخ بالجو اللافح والبرد القاسي عما كانوا في رشدهم .

وهكذا تلاحظ أن الكفاءة الحسية تضعف لدى المسنين ، ويعتري هذا الضعف أعضاء الحس ومستقبلاته - وهو اضمحلال طبيعي نتيجة لتقدم السن الناتج عن ضعف نقل المعلومات أو الانطباعات الحسية مما تقلل من كمية المعلومات التي تعطي للجهاز العصبي المركزي خلال وحدة زمنية . (Welford , A.T. 1959,) (582-610) .

وبناء على ذلك نلاحظ أن المسن :

أ - تضعف قوته البدنية : فتقل ثقته بنفسه أو يخشى الفشل في تصرفاته فيميل لأن يكون متأنيا وحريصا في استجابته وحركاته ، ومن هنا يظهر البطء السلوكي الذي يميز المسنين غالبا - ويكون بمثابة ظاهرة توافقية تساو من نشاط بعض الحاجات النفسية لدى المسنين (تجنب الضرر - تجنب الفشل) .

ب - يعاني الفرد المسن في تكيفه مع بدنه الذين بدأ يضعف ، وبنيته التي لا ترحم في تطورها وسرعة تغييرها ، وعلى المسن أن يتعلم كيف يوفق بين حالته الجديدة ومطالبه المتعددة . والتوافق السليم يسير له حياة هادئة ، والتوافق الخاطئ ينمو به نحو الأمراض العصبية والنفسية المختلفة . (Bjorksten J 141, 1462) .

ولكن مما يجدر ملاحظته أن استخدام المقاييس الجسدية كمقاييس الشيخوخة قد واجهتها صعوبات معينة منها :

1- ليس هناك سن واحدة تبدأ فيه كل الوظائف في الاختفاء ، كما أن هناك بعض الوظائف تصل إلى ذروة نضجها في العشرينات ثم تبدأ في الانحدار وبعضها يصل إلى ذروته في الأربعينيات ثم يبدأ في الانحدار ، وبعضها لا يضعف إلا بفعل عوامل الزمن ، وبذلك يصبح لدى المسن عضوا معينا كبيرا في السن بالنسبة لوظيفته بينما يكون عضوا آخر شابا في وظيفته .

2- لا تفسد كل أعضاء أو أجزاء الجسم بنفس معدل السرعة ، فبعضها يختص ببطء بينما يختص الآخر بسرعة .

3- أن معدل التغير يكون بطيئا ولا يمكن قياسه على فترات أسبوعية أو شهرية ويقول " ستيجليتز Stoeplitz " عند مقارنة معدل التقدم في السن في الفترات المختلفة من الحياة ، إن التقدم في السن ، يصل إلى أكبر درجة في حالة الجنسين fetus بينما يكون أقل في حالة الطفل الرضيع intabnt يظل قليلا أيضا في حالة الطفل child أما بعد تمام النضج فيصبح بنفس البطء الذي لا يمكن إدراكه إلا بالملاحظات التي تكون متباعدة ، وهكذا تبدأ بوادر أعراض التقدم في السن في سن مبكرة جدا عما نعتقد ، كما أن التغيرات البطيئة والمقدمة للسنوات الأخيرة تسلتزم بالضرورة قرار جدي بالنسبة لدرجة اختفائها التي يمكن تحديدها بدرجة كبيرة في الشيخوخة عن أي سن آخر .

4- بالنسبة لشخص معين لا تظهر كل دلائل التقدم في السن بنفس الصرامة ، وبهذا فقد يكون إبصار شخص ما حاد ولكنه ضعيف السمع ، وشخص آخر يكون أعمي تقريبا ولكن سمعه عادي ، بينما يستطيع شخص ثالث أن يرى ويسمع بطريقة عادية ولكن الهدم والبناء مضطرب لديه بدرجة كبيرة . ولذلك لا يمكن استخدام مقياس جسدي ليشير إلى درجة التقدم في السن .

5- أن بعض التغيرات التي لا يمكن ملاحظتها بسهولة يبدو من الصعب قياسها والحكم عليها . ولكن على الرغم من هذه الصعوبات فإن التقدم في السن يدل على التلف الجسدي الذي يرتبط بالعمر المتتابع ، ويمكن استخدام مجموعة المتغيرات الجسدية المترابطة مجتمعة في الحكم على وصول الفرد إلى الشيخوخة أكثر من الحكم عليه من مجرد النظر إلى شهادة الميلاد .

(Falzone , J.A, 1967, 42-53) .

خامسا : التغيير في النشاط العقلي والقدرات العقلية :

الواقع أن النشاط العقلي للإنسان يتوقف أولا على مدى سلامة المخ باعتباره جهاز التفكير .. ثم يتوقف بعد ذلك على ما يتلقاه ذلك الجهاز من خبرات عقلية، ومعنى هذا أن الإنسان يتعرض للتدهور العقلي إذا ما تعرض إلى الاضمحلال في نشاط المخ أو نقص فيما يتلقاه من خبرات .

وفي الشيخوخة فإن ملا تلاحظه من ضعف أو خطأ في التفكير إنما يترد إلى ما قد يحدث من عطب في التفكير نتيجة ضمور خلايا المخ . أو لسبب حدوث مرض به أو إصابته بحدوث ، أو قد يرجع عطب التفكير إلى سوء تغذية المخ بالمخبرات المعرفية الجديدة . أو عدم تفاعل الخبرات المقدمة إلى المخ مع آخر مستوى نمائي وصل إليه ، أو تقديم معلومات زائفة أو غثة إلى المخ أو عدم تدريبه على منهج التفكير السليم . وسنحاول فيما يلي أن نوضح مدى التغيير في النشاط العقلي لدى المسنين :

(أ) الإدراك :

تقوم عملية الإدراك على مدى قدرة الفرد على تصنيف المعلومات التي يتلقاها عن طريق حواسه ، ويحاول أن يربط بين عناصر الموقف الخارجي وبين الخبرات السابقة التي مرت به ، وتعرف عمليتا الإحساس وترجمة الإحساس بعملية الإدراك ، فالإدراك إن هو تلك العملية العقلية التي من شأنها تحويل المحسوس إلى معقول وتزداد صعوبة عملية الإدراك وتكثر به الأخطاء بعد سن الرشد ، ولذلك تتطلب هذه العملية وقتا أطول عند الشيوخ عما كانت تتطلبه وهم في رشدهم ، أو بعد اكتمال نضجهم . (فؤاد البهي السج ، 1975 ، 366) .

ومن أهم العوامل التي تؤثر في عملية الإدراك عند الشيوخ ، ضعف المداخل الحسية أو القنوات الموصلة التي تربط بين العالم الخارجي والمخ ، وهي المستقبلات الحسية (الحواس الخمس) التي ترتبط بالمخ بواسطة الأعصاب الموردة ، كذلك يتوقف الإدراك عند الشيوخ على ضعف القشرة المخية ، ونتيجة لزيادة السن ، وخاصة في مراكز الإدراك المتعلقة بكل حاسة من الحواس ، بحيث

أن الشحنات العصبية المنقولة من تلك الحاسة إلى مركز الإدراك الخاص بها لا يستطيع لأن يعطيها معنى عقليا .

وطبيعي أنه إذا ما حدث خلل أو ضعف في إحدى محطات الاستقبال الخمس فإن التيار العصبي المورد ينقل شحنة عصبية مشابهة أو ضعيفة ، وبالتالي فإن قلم الترجمة في المخ يقدم صورة مشوهة عن العالم الخارجي ، أو ينقل صورة ضعيفة عنه ، كذلك فإذا ما حدث أن خلل أو ضعف في مركز الإدراك بالمخ فإن ذلك يحول دون إدراك العالم الخارجي إدراكا دقيقا .

(birren, J.E.1955, 437-440)

(ب) التذكر :

التذكر عملية ديناميكية متطورة متغيرة .. وبما أن الزمن ركن من أركانها الرئيسية فهي لذلك دائمة التغير تبعا لتغير عمر الفرد في تزايد مستمر من الطفولة إلى المراهقة إلى الرشد حتى الشيخوخة . ويختلف التذكر تبعا لم يلي :

- مدى الفاصل الزمني القائم بين عملية الاكتساب وعملية الاسترجاع - فهناك التذكر المباشر والتذكر البعيد ، والتذكر الحديث ، والتذكر القديم .
- كما يختلف تبعا لاختلاف مادة التذكر نفسها . فهناك التذكر العددي وتذكر الأشكال والرسوم والصور والمجسمات وتذكر الألفاظ والعبارات والجمل وال فقرات .. الخ .

وبالنسبة للفاصل الزمني :

فإن الشيخ يذكر القديم وينسى الحديث . لأنه تعلم القديم منذ زمن طويل وتدريب عليه طوال ذلك الزمن في حوار واحد وعمله وحياته اليومية ، فاكسب بذلك أصالة أبقى عليه وحافظت على استمرار وجوده . أما الحديث فلم يحظ بنفس المستوى من التدريب الذي حظي به القديم .. ولذلك فإن الشيخ يذكر بالتفصيل أشياء وقعت له في الطفولة بل وفي عهد مراهقته وطفولته بعد أن كان قد نسيها لفترة طويلة ، ولكنه يجد نفسه وقد طعن في السن يذكر تلك الأحداث بدقة بينما يكون قد نس الأشياء التي وقعت له منذ لحظات وقد ينسى الشيخ الوقت والتاريخ

والأماكن التي وضع بها الأشياء أو التي كان فيها من لحظات أو الشخصيات التي قابلها . (betwinick, J.& thompson, LW, 1958, 25.26) .
وبالنسبة لمادة التذكر :

فإننا نستطيع القول بأن هناك ذاكرات متعددة لا ذاكرة واحدة فحسب ، وأن بعض الذاكرات تضعف لدى الشيوخ دون باقي الذاكرات . فذاكرة الأسماء تضعف لديهم باستثناء الأسماء التي لها دلالة وجدانية في عاطفة الشخص المسن . ولعل ذاكرة الوقت وذاكرة الأرقام أيضا تضعفان إلى حد ما في الشيخوخة ، ويذكر الشيخ الجمل والعبارات عن تذكر الألفاظ . (gail , A.J & Richard,) .
(E.R,1980, 111.112) .

وهناك من يفسر النسيان لدى المسنين بأن ذاكرة الشيخ تضعف كلما تقدم في السن ، ولكن الغالبية ترجعه إلى أن اهتمام المسن ينسحب من العالم الخارجي إلى نفسه فهو لا يمحو ما بذاكرته تماما بل يتغلب اهتمام عقلي ما على اهتمام عقلي آخر .

(ج) التخيل :

يعتبر خيال الشيخ قويا وغير منسوب بالضعف . فهو يسبح بخياله في الأشياء التي سبق له اختزانها . وفي نفس الوقت يستطيع أن يركب صورا خيالية متعددة من المحصول الحسي الذي مر بخبراته التي سبق له أنحصل عليها - كذلك فإن الشيخ يستطيع أن يركب صورا خيالية متعددة وحركية للغاية من الصور الخيالية التي يكون قد ركبها من قبل . (Rabbit, P. 1961, 233,234) .

وهنا نتساءل : إذا كان خيال المسنين بهذه الصورة - فلماذا نرى أن خيال المسنين وانتاجهم وإبداعهم ليس بنفس الكم وبنفس الجودة التي كانت متوافرة لهم قبل الشيخوخة ؟

الواقع أن ذلك لا يتعلق بضعف الخيال ، ولكن يتعلق بضعف البنية والعوامل الوجدانية ، كانهطاط الهمة ، والإحساس باليأس ، أو بعدم تشجيع المحيطين بهم أو لسبب عدم قدرتهم على الوقوف على آراء الناس منهم بسبب انقطاعهم عنهم .. إلى غير ذلك من أسباب جسمية ونفسية واجتماعية .

(د) التغير في القدرة الوجداء :

ينظر عادة إلى كبر السن كفترة انحدار في القدرات العقلية . تباطء الاستجابة التي تحدث نتيجة للهن الجسماني ، والتغيرات الحسي حركية ، وقد أرجع البعض انخفاض الأداء بأنه أحد علامات كبر السن ، والواقع أن أبحاثا كثيرة قد دلت على أن هناك انحدارا في القدرة على اسلاتجابة الحركية الوجداء بين المسنين ، ولكن هناك دلائل متزايدة على أن هذه الفروق قد لا تكون نتيجة مباشرة للانحدار الوظيفي الذي يرتبط عادة بكبر السن . (welford, D., 1958,214) .

وقد ذكر " ثورستون" وهو من رواد اختبارات الوجداء : أنه يمكن تعريف الوجداء بما يجري قياسه باختبارات حاصل الوجداء ، وقد ظل هذا التعريف مسيطرا على تعريف القدرة العقلية لفترة طويلة .

أكثر المجالات شيوعا التي تم في إطارها تفحص التغيرات العقلية هي الدراسات التي تجري على فئات مختلفة والتي تم فيها مقارنة أشخاص من أعمار مختلفة من حيث نتائج الاختبار والدلائل فيما يختص بفئات السن المختلفة من حيث الفروق في اختبارات حاصل الوجداء . وحيث أن فئات السن المختلفة تختلف باختلاف مستويات التعليم ، والفرص والخبرات في الحياة ، والصحة البدنية - فإن الدرجات التي سجلتها تختلف هي الأخرى .. ودراسات الفئات المختلفة اليوم تغزو بشدة وجود نموذج " انحدار يتبع السن " في الوظائف العقلية .. غير أنه ليس واضحا بعد إلى أي مدى ترتبط التغيرات الإنحدارية في الوجداء بالسن الحقيقية . (محسن الصاوي 1997، 95) .

إن دور العوامل التكوينية في الوجداء وهي مجال لا يزال موضع جدل - قد يؤثر أيضا على الأداء العقلي والانحدار مع التقدم في السن .

إن العلاقة بين أمراض أعية الدورة الدموية والعطب الفعلي قد تحدث هي الأخرى ، ف كثيرا ما يؤثر فقدان الوظيفي للوجداء الذي يلاحظ بين كبار السن - الذي قد يكون سمة حتمية من سمات الشيخوخة نفسها ، بل قد يكن انعكاسا لضعف الصحة العامة وتأثير ذلك على القدرة على تنسيق المعلومات .

وأن الانحدار العقلي يظهر في الواقع بشكل واضح لدى المسنين الذين أوشكت حياتهم على النهاية ، وعلى ذلك فإن الحالة الصحية المنذرة بالوفاة ، ترتبط ارتباطا وثيقا بالانخفاض في مستوى أداء اختبارات الذكاء . وقد تتسبب فيه أو تتفاعل معه ، وهي بالتأكيد تؤدي إلى خفض الأداء في كثير من واجبات الأداء . وتعتبر نذيرا بقرب النهاية . (Burch, R.J.& Jackson, D.,1966,526)

(ه) التغير في زمن رد الفعل والاستجابات الحس حركية :

اقترح " بيرين " (1970) أن بطء السلوك هو المتغير المستقل الذي يضع حدودا للمسنين في إجراءات مثل الذاكرة والتصور ، والأداء ، وحل المسائل .. وقد دلت نتائج الدراسات التجريبية على المسنين . على أن زمن رد الفعل أي الزمن الذي يمضي بين عرض المثير وبداية استجابة الشخص له ينخفض قليلا ، ولكن بثبات مع التقدم في السن . وقد اقترح أن هذه التغيرات علامات على انخفاض وظيفة الجهاز العصبي المركزي ، أما التغيرات الأخرى التي تؤدي إلى مثل هذا البطء تعتبر خاضعة للسيطرة الإرادية للفرد .

(Hicks, L.H.& Birren, J.E, 1970, 384) .

إن الانخفاض في القدرة على الأداء لها واجبات حس حركية معقدة في السن المتقدمة قد درست هي الأخرى .

وهنا أيضا توجد أسباب عدة لهذه التغيرات أن عوامل مثل الصحة الجسمية ومستوى التلف الحسي (الإبصار ، السمع ، التذوق ، اللمس . الشم) يحتاج للسيطرة عليها قبل التصل إلى نتائج نهائية حول الانحدار الطبيعي .

(Birren .J. E. woods, M.&vortue , M 1980,222) .

والآن وبعد أن عرضنا لأهم التغيرات والخصائص الفسيولوجية والبيولوجية للشيوخوة أصبح لزاما علينا أن نحدد أهم العوامل التي تؤدي أو تسبب أمراض الشيخوخة .

" 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 .
(Cnteis , H.J. 1963, 365,368) .

وأخيرا : فإن الأمراض عادة ما تنظر 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 تراكمالنفايات 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, 1970, 39) .

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 الدهون على الأنسجة والشرايين والإحساس بالوهن والضعف والخمول .. ونحو ذلك من الأعراض التي يصاب بها المرء في أعقاب الكهولة . (حسن عبد السلام 1972 ، 27-29) .

2- 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 ، وتنبعث من الفم رائحة غير مقبولة . وباستمرار هذه الحالة لدى الفرد أو تكرار إصابته بها مع تقدم اسن 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 .

(حسن عبد السلام 1952 ، 49-50) .

3- امتصاص الجسم لبعض المفرزات 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 شيئا من القيح أو الصديد الذي تفرزه أنسجة مريضة أو ملتهبة في باطن الجسم كاللثة المصابة باليوريا ، والجراحات والخوارج الباطنية ، والتوكسينات التي تتولد عن وجود بعض البؤرات الصديدية في بعض أغشية الجسم .

(حسن عبد السلام 1952، 53) .

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) .

4- 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 السمباتية) 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 والشرايين 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 السمبتاوي ، 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 تعرضا لأضرار التدخين ، فجلده المخاطي معرض أولا 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 ، 1972 ، 329-351) .

5- 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 ورفائق الغبار والسناج تعمل كل هذه المواد على نقص نقاوة السائل الدموي .

الأمراض المصاحبة للشيوخوخة :

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 المزمّنة ، 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 عليه 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 المزمن ، وقد يشعر المتقدم في السن بشيء من التحسن ويظهر أنه قد شفى مما ألم به . ولكن سرعان ما تنقضي 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 :

1- ضغط الدم وتصلب الشرايين والذبحة الصدرية .

2- القبض المؤمن وأمراض الجهاز الهضمي .

3- 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 1986 ، 51-52) .

وفيما يلي أهم الأمراض التي تصاحب مرحلة الشيخوخة والتي نذكر منها :

1- 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 الشيوخ عندما يكون الجسم ممتددا تبلغ (135 درجة) . والدرجة الطبيعية لضغط الانبساط هي (90) 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 1982 ، 28) .

ومن أعراض ارتفاع ضغط الدم التي يشعر بها المصاب ، ظنين 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 1972 ، 104) .

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 1972 ، 297-299) .

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 .

2- 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 الدموية ، 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 البطين الأيسر للقلب . يرافق هذه الأعراض العامة لتغلب الشرايين أعراض خاصة في أعضاء الجسم الداخلية (كالكلى ، الكبد ، الدماغ ، .. الخ) إذا أصيبت شرايينها بالتصلب أيضا .

فإذا تصلب شريان الكلى 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 وتتورم 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 الشيوخ 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 1972 ، 299-307) .

3- 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 طولها 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 1972 ، 215-216) .

ومن أسباب القبض أيضا : قلة حركة الجسم ، والخطأ في انتقاء الغذاء وكذلك الاضطراب إلى ملازمة الفراش لمدة طويلة بسبب العجز أو الأمراض الطارئة . وقد يؤدي بقاء البراز في الأمعاء مدة طويلة إلى جفافه ، بحيث يخرج متقطعا كعبر الجمال أو الماعز ، ولونه قاتم كالمحروق ، وتحيطه أحيانا من الخارج مواد

مخاطية أفرزتها الأمعاء بسبب ضغط كتل البراز الجافة على جدارها المخاطي ، ويبدل 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 ، أو بانفجار أحد شرايين الدماغ (السكتة القلبية أو الدماغية) . هذا وقد يخرج البراز الجاف مصحوبا بمخاط ويحدث تشنجات مؤلمة جدا ، وكثيرا ما يتضاعف ويسبب الإصابة بالبأسور . (أمين رويحة 1972 ، 226-232) .

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 . (Fikry , M.E. 1965, 216,226) .

4- 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 : اللباجو ، 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 والتمرينات 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 1952 ، 81-82) .

5- 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 بالأنسولين فيجبر المصاب على حقن جسمه بالأنسولين المستخرج من غددة البقر . (حسن عبد السلام ، 1952 ، 77) .

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 بملذات الحياة في سنى الشباب الأولى فكثير من الناس لا يراعون الاعتدال في المأكل والمشرب وتتناول 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 (4%) من الشيوخ ويمكن أن يظهر في أي سن عند المسنين حتى سن التسعين ، وهو أكثر في السيدات عنه في الرجال بنسبة (5 - 1) والشيوخ أكثر تأثراً للأنسولين وحساسيته عن الشباب ويترتب على ذلك التغييرات في احتراق السكر في الجسم ، أن تنخفض نسبة تركيز السكر في الدم عنها في مرحلة الشباب إلى (80-85) ملليجرام /سم في الشيوخ بدلا من (90-100) عند الشباب في المتوسط .
(عصام فكري 1982 ، 34) .

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 .

6- التهاب القصبة الهوائية وانتفاخ الرئة :

الإصابة بالتهاب القصبة الهوائية المزمن (برونشيث) والذي يزحف ببطء ولا يعباُ 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 أدوار 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 مزمن ، ويبقى الكفاح بينه وبين الجسم سجالاتا .. 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 الشيوخ ينبغي اعتباره إصابة خطيرة تستوجب مكافحتها جسديا ومن بداية ظهورها .

ومن أعراض انتفاخ الرئة (ايمفوزيم) التي يسهل على العامة تمييزها عند الشيوخ 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 1972 ، 101-103) .

7- 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 1952 ، 81-80) .

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 (50-75) 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 1982 ، 26)

8- 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 مداخن المصانع والسيارات .

والثاني : هو التدخين .

إذ تدل الاحصائيات على أن عدد الوفيات بسرطان الرئة بين من كانوا يدخنون (20) سيجارة يوميا أكثر من (52%) 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 1972 ، 111-112) .

معتقدات الشباب واتجاهاتهم نحو المسنين

مقدمة :

موضوع البحث الحالي هو دراسة معتقدات واتجاهات الشباب من طلبة وطالبات الجامعة نحو المسنين ، ممن تجاوزت أعمارهم سن الستين . وترتبط الاتجاهات والتصورات الشائعة عن المسنين بالمناخ والإطار الحضاري والثقافي الذي يسود كل مجتمع من المجتمعات ، وأصبح الاهتمام بها يدخل في مجال الإدراك الاجتماعي Social Perception للشيخوخة . ويمكننا من خلال دراسة التصورات والاتجاهات فيظل هذا الإطار الوقوف على طبيعة ونوع العلاقة بين المسنين ، والآخرين من أفراد المجتمع (Lustky, 1980) . فهناك تفاعل مستمر بين الأجيال المختلفة ، واهتمامنا بدراسة معتقدات واتجاهات الآخرين نحو المسنين من منطلق هذا التفاعل بين الأجيال يلقي الضوء على ما أسماه " كاجان وموس " ، بعلم النفس الارتقائي الشمولي ، والذي تمثل فيه مرحلة الرشد والشيخوخة أهمية كبيرة (Kagan & Moss, 1962) . فمرحلة الشيخوخة أو التقدم في العمر هي مرحلة حرجة في مسار النمو الإنساني . ويحدد طبيعة هذه المرحلة كمرحلة نمائية عادية ، أو كمرحلة أزمة موقف المحيطين بالمسنين واتجاهاتهم نحوهم من ناحية ، واتجاهات المسنين أنفسهم نحو تقدمهم في العمر من ناحية أخرى (Brubaker & Powers, 1976, Eisdorfer, 1983,) (Green, 1981) .

ويذكر بعض الباحثين أنه عندما يخفق المسنون في الإبقاء على علاقاتهم وارتباطاتهم ببيئتهم الاجتماعية وليس في كبر السن (عبد المحسن ، 1986 ، غازي 1991) .

ويختلف تأثير المعتقدات والاتجاهات السائدة نحو المسنين إيجابا أو سلبا حسب نوع هذه المعتقدات والاتجاهات . فقد تبين أن شيوع بعض القوالب النمطية Stereotypes والاتجاهات السلبية نحو المسنين يؤثر على توافقهم النفسي والاجتماعي . ومن ذلك شعورهم بالاتجاه السلبي نحو أنفسهم ، كما يصبحون أقل قدرة على التحكم في حياتهم ، وأقل توافقا نفسيا واجتماعيا ، ويشعرون بأنهم لا قيمة لهم ولا فائدة منهم (Skeet, 1988, Hurlock,1981) ويجعلهم أشبه بجماعات الأقلية (Darke, 1985, Kogan, 1961, A) .

كما أشار " جيمس بيرن " إلى أن من مؤشرات الشيخوخة الناجحة كفاءة الفرد المسن في ممارسة أدواره الاجتماعية ، والتي تتحدد بموقف المجتمع من المسن ، ومن ظاهرة التقدم في العمر بوجه عام (Birren, 1964) .

فتوجد المسنين مع الأشخاص المحيطين بهم وما يبذونه من اتجاهات يؤثر إلى حد كبير في انتقائهم للسلوالملائم لمرحلتهم العمرية ، وكذلك في درجة توافقهم لمتطلبات هذه المرحلة (منصور ، 1987) . وتبين أن نظرة الشباب وصغار السن إلى المسنين علي أنهم لا قيمة لهم قد أدى إلى انخفاض تقديرهم لذواتهم (Skeet. 1988 ، كما تبين أن المسنين يلقون تأييدا ورعاية محدودة في النواحي العاطفية والصحية في حالة غياب العلاقات الطيبة والوثيقة مع الآخرين (Depner & Dayton, 1988) .

وقد تبين أن هناك العديد من المصادر أو العوامل المسئولة عن شيوع التصورات النمطية حول المسنين ، ومن هذه المصادر ما يأتي :

- 1- الحكايات والقصص الشعبية التي تنتقل من جيل لآخر ، وتصف هؤلاء المسنين بأنهم يتسمون بالغرابة والشذوذ في تفكيرهم وسلوكهم .
- 2- وسائل الاتصال الجماهيري ، والتي تصف الأفراد المسنين بأنهم خطرون ، ومظهرهم غير مقبول ، وغرباء في تصرفاتهم ، ويشبهون الأطفال .. الخ .

3- القوالب النمطية التي دعمتها نتائج بعض الدراسات العلمية التي أجريت على عينات غير ممثلة للجمهور العام (انظر : Hurlock, 1981) . وعلى الرغم من أن بداية الاهتمام بدراسة موضوع المعتقدات والاتجاهات نحو المسنين ترجع إلى العقد الرابع من القرن الحالي . فإن هذا الموضوع لم يأخذ الاهتمام الكافي مثل باقي الموضوعات الاجتماعية أو السياسية أو الاقتصادية . هذا على الرغم من أهميته سواء من الناحية النظرية أو العملية (انظر : Lustky, 1980) . فدراسة مثل هذه المعتقدات والاتجاهات يمكن أن تساعدنا على التنبؤ بالمقاصد Intentions والميول السلوكية ، أي بكيف يسلك الآخرون مع أفراد هذه الفئة العمرية ، كما أنها تعكس مدى وعي أفراد المجتمع بهؤلاء الأفراد (Lustky, 1980) . فدراسة منظومة أن نسق المعتقدات Belief System التي تدور حول المسنين تساعد على إلقاء الضوء على كيف يدرك الآخرون المسن وينظرون إليه وكيف يتعاملون معه (Kogan, 1988 : Kite & Johnson, 1967”b”) . كما تساعدنا دراسة الموضوع الراهن في مجال الإرشاد والتوجيه ، وإعداد برامج لتغيير الاتجاهات (Auerbach & Levenson, 1977) . ويرجع الاهتمام المحدود بدراسة موضوع المعتقدات والاتجاهات نحو المسنين إلى عدة عوامل ، من أهمها اختلاف الباحثين في تناولهم لمفهوم الاتجاه ومكوناته ، وأدوات قياسه ، وعدم التحديد الواضح للعلاقة بين الاتجاهات والسلوك ، وتعارض نتائج الدراسات حول الاتجاهات العامة السائدة نحو المسنين (انظر Lustky, 1980) . فهناك بعض الدراسات التي كشفت نتائجها عن وجود اتجاهات إيجابية نحو المسنين (انظر على سبيل المثال : Green et al, 1981 Perrottaet al, منصور ، 1987) . وفي مقابل هذا كشف بعضها الآخر عن وجود اتجاهات سلبية (من هذه الدراسات على سبيل المثال : Lane, 1964, Wernick & Manaster, 1984) .

الدراسات السابقة

تنقسم الدراسات التي تناولت موضوع الاتجاهات نحو المسنين إلى ثلاث فئات نعرضها على النحو التالي :

الفئة الأولى :وهي الدراسات التي اهتمت بالكون المعرفي للاتجاه ، وتركزت حول المعتقدات والتصورات السائدة نحو المسنين .

الفئة الثانية : وتتعلق بالدراسات التي اهتمت بالكون الوجداني للاتجاه وركزت على لمشاعر والتقييمات الاتجاهية Attitudinal Evaluations نحو التقدم في العمر والمسنين .

الفئة الثالثة : دراسات تغيير الاتجاهات نحو المسنين .

ونعرض فيما يلي لكفئ من هذها لفئات وما يندرج تحتها من دراسات .

الفئة الأولى: الدراسات التي تناولت المعتقدات والتصورات الشائعة نحو المسنين :

تعد دراسة " تركمانولورجي " من أوائل الدراسات التي تناولت الموضوع بوجه عام. وقد اهتمت هذه الدراسة بإلقاء الضوء على الاتجاهات نحو المسنين من زاوية المعتقدات والتصورات السائدة نحو أفراد هذه المرحلة العمرية .وتركزت الأداة المستخدمة في هذه الدراسة .. والمكونة من 137 بندا -على التصورات والمعتقدات .وكانت الإجابة على البند بنعم و بلا ، وليست مع أو ضد . وبالتالي فهي تتعامل مع المعتقدات أو الجانب المعرفي للاتجاه .وأوضحت نتائج هذه الدراسة أن هناك الكثير من التصورات والقوالب النمطية الخاطئة نحو المسنين والتقدم في العمر بوجه عام ("A.b" ,1953, Tuckman & Lorge) .

وأجرى كل من "كوجان وشيلتون " دراسة عن تصورات المسنين لمرحلة التقدم في العمر ، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين ،الأولى وبلغ حجمها 89مبحوثا من الذكور ، عتراوحت أعمارهم بين 54 ، و 92 سنة . الثانية ، بلغ حجمها 109 من الإناث ، تراوحت أعمارهن بين 49 و 86 سنة.

وكشفت نتائج هذه الدراسة عما يأتي :

- 1- تبين أن حوالي نصف أفراد العينة من المجموعتين يعتقدون في أهمية الصداقة والصحة بالنسبة للمسنين . وأن مناهم حاجات المسنين الحاجة إلى التأييد والمساعدة من الآخرين . والحاجة إلى مزاوله الأنشطة وشغل وقت الفراغ . والحاجة إلى الراحة ، والاستقلال ، والأمن الاقتصادي أو المادي والصحة .
- 2- يعتقد أفراد العينة أن مخاوف المسنين تتمثل في الشعور بالعزلة والوحدة ، والاعتماد على الغير والعجز ، وعدم الأمان ، والافتقار إلى المال ، والموت .
- 3- هناك اعتقاد لدى المسنين بأن جيل الشباب ضيق الأفق . ويتسم بالتطرف والجمود والحمق .
- 4- تبين أن من أكثر الأشياء التي تسعد المسنين تكوين علاقات مع الآخرين ، وتذكر الأحداث والخبرات الماضية (Kogan & Shelton 1962) .
وقام " كوجان وشيلتون" أيضا بدراسة هدفت إلى المقارنة بين معتقدات كل من المسنين والشباب نحو التقدم في العمر . وتكونت عينة المسنين من 46 فردا من الذكور . و55 من الإناث ، وتراوحت أعمارهم بين 50 و 92 سنة ، بمتوسط عمري 70 سنة . أما عينة الشباب فشملت 44 فردا من الذكور ، و49 من الإناث بمرحلة التعليم الجامعي . وكان من نتائج هذه الدراسة ما يلي:
- 1- فيما يتعلق بحاجات المسنين : يرى الشباب من الجنسين أن المساعدة ، والاستجابة الإيجابية من قبل الآخرين تعد من أكثر حاجات المسنين .
- 2- مخاوف كبار السن ، يرى الشباب من الجنسين أن أهم مخاوف المسنين الخوف من الموت . أما المسنون من الجنسين فيرون أن مخاوف التقدم في العمر تتمثل في عدم الأمان المادي ، وعدم وجود النقود لشراء متطلباتهم .
- 3- ويرى المسنون الذكور أن أهم المخاوف التي تواجه المسنون الاعتمادية والتبعية .
- 4- المظهر أو الشكل الخارجي للمسنين : يرى الشباب الذكور أن وجوه المسنين بها تجاعيد وتكشف عن التقدم في العمر . أما الإناث فقد أوضحت أن المسنين مظهرهم الخارجي وشكلهم غير مقبول . كذلك أكد أفراد عينة المسنين أهمية المظهر أو الشكل الخارجي بالنسبة لهم .

5- يرى الشباب من الجنسين أن " صغر السن " من الأشياء التي يستاء منها المسنون .

6- مصادر سعادة المسنين : يرى الشباب من الجنسين أن الحب يعد من أكثر مصادر السعادة بالنسبة للمسنين . ويرى المسنون أن الصحبة والعلاقات الطيبة مع الأسرة من أهم مصادر السعادة بالنسبة لهم .

7- تصور المسنين لجيل الشباب : يرى الشباب الذكور أن المسنين يقارونون دائما بين أنفسهم وبين الأجيال السابقة . ويرون أن هذه المقارنة - من وجهة نظرهم - غير عادلة وتعكس عدم حب المسنين لهم. أما المسنون فيرون أن الشباب أصبح أقل التزاما عن ذي قبل وتغيرت قيمه واتجاهاته .

8- الصداقة مع المسنين : يرى المسنون أنها مفيدة بالنسبة لهم وتؤثر على توافقهم النفسي والاجتماعي . أما صغار السن وبخاصة الإناث فيرفضن إقامة صداقة مع المسنين (Kogon & Shelton , 1962) .

كما قامت " هاريس ومعاونوها " في السبعينيات L.Harris & Assoc. بدراسة رائدة في هذا المجال عن المعتقدات والتصورات العامة عن التقدم في العمر والمسنين . وذلك على عينات من أفراد المجتمع الأمريكي . بلغ حجمها 4254 فردا مقسمين إلى ثلاث عينات فرعية في ضوء العمر على النحو التالي:

العينة الأولى : الأفراد ممن بلغت أعمارهم 18 سنة وحتى 54 سنة .

العينة الثانية : الأفراد الذين تراوحت أعمارهم بين 55 ، 64 سنة .

العينة الثالثة : الأفراد الذين تجاوزت أعمارهم 65 سنة فأكثر .

وتضمنت نالتعليمات الموجهة إلى أفراد العينة الإشارة إلى أن الهدف من البحث هو قياس معتقداتهم نحو المسنين ممن بلغت أعمارهم 65 سنة فأكثر . وكان من نتائج هذه الدراسة ما يأتي :

1- تبين أن معتقدات أفراد العينيتين الثانية والثالثة تتسم بأنها أكثر سلبية - بالمقارنة بأفراد العينة الأولى والذين تتراوح أعمارهم بين 18 و 54 سنة.

2- هناك اتفاق بين أفراد العينات الثلاث حول أهم المشكلات التي يواجهها المسنون . وهي مشكلات تتعلق بالنواحي الصحية والاقتصادية والاجتماعية .

وبالإضافة إلى ذلك هناك اختلاف حول بعض المشكلات مثل مشكلة عدم وجود فرص عمل ملائمة للمسنين فالمسنون من الفئة الثالثة أكثر اعتقاداً في أهمية هذه المشكلة بالمقارنة بالأفراد في المدي العمري من 18-64 سنة .

3- المعتقدات حول طبيعة التقدم في العمر ، أظهرت نتائج هذه الدراسة أن هناك اعتقاداً لدى أفراد المجتمع الأمريكي بوجه عام بأن هناك العديد من التغيرات التي تصاحب مرحلة الشيخوخة والتقدم في العمر ، فهم أفضل تعليماً وخبرة ، ويتسمون بالأمانة ، ويميلون إلى العزلة .

وبوجه عام أوضحت نتائج دراسة " هاريس ومعاونوها " أنها كـبعض المعتقدات التي تتسم بالدقة والموضوعية حول المسنين . وهناك أيضاً بعض المعتقدات والتصورات غير الدقيقة حول المسنين والتقدم في العمر بوجه عام (من خلال : Lustky , 1980) .

وأوضح " بروملي " أن هناك بعض التصورات الشائعة لدى صغار السن عن المسنين ، منها على سبيل المثال ، أن حاجتهم للنوم ضعيفة ، وقدرتهم على العمل محدودة ، وأن مرحلة التقاعد تمثل بالنسبة للمسنين نهاية الحياة واليأس من المستقبل (Bromley 1969) .

أما دراسة " سالتر " عن معتقدات الطلاب الجامعيين حول المسنين ، فقد أوضحت نتائجها أن هؤلاء الطلاب يرون أن الاندماج والتفاعل الاجتماعي والمشاركة الفعالة في بعض الأنشطة تعد أقل أهمية بالنسبة للمسنين ممن بلغت أعمارهم 65 سنة فأكثر . ويعارض هؤلاء الطلاب فكرة أن التدهور شيء حتمي أو مصاحب بالضرورة لكبر السن ، كما أنهم غير متأكدين من أن كبار السن أكثر تديناً (Salter , 1976) .

وقام " بلمور " بإجراء دراسة عن المعتقدات والتصورات الشائعة لدى الجمهور العام حول المسنين . وتركزت هذه المعتقدات حول القدرات العقلية للمسنين (الذاكرة، والتعلم ، والإدراك) ، والحالة الوجدانية (عدم الاستقرار الانفعالي) والحالة الصحية ، والظروف الاجتماعية (العزلة والوحدة) ، والخصائص الديموجرافية (كثافة السكان) ، والإمكانيات والخدمات المتاحة للمسنين . وكشفت

نتائج هذه الدراسة عن وجود العديد من التصورات والمعلومات الخاطئة وسوء الفهم **Miscocepteion** حول المسنين (Palmore, 1977) .

وأوضحت نتائج الدراسة التي قام بها " جيجر " عن المعتقدات السائدة لدينيات من الأشخاص ينتمون إلى تخصصات مهنية مختلفة (الطب ، والقانون والاجتماع) نحو المسنين ، أوضحت نتائجها أن الوحدة والفقر وتدهور الحالة الصحية من أكثر المشاكل التي تواجه المسنون بوجه عام (Geiger,1978).

وقام " كوجان" بدراسة على عينة بلغ حجمها 150 مبحوثا نصفهم من الذكور والنصف الثاني من الإناث مقسمين إلى خمس مجموعات فيضوء العمر : الأولى : من 18-21 سنة والثاني : من 22-28 سنة ، والثالثة: من 29-38 سنة، ورابعة : من 39-55 سنة ، والخامسة : من 26-76 سنة . وتشتمل كل مجموعة على 30 شخصا : 15 من الذكور ، و 15 من الإناث وعرض عليهم جميعا 66 صورة فوتوغرافية لأشخاص نصفهم من الذكور والنصف الثاني من الإناث ، ومن أعمار مختلفة . وأوضحت نتائج هذه الدراسة أهمية متغير الجنس والعمر فيتحديد تصور الفرد وإدراكه للمسنين والتقدم في العمر .

وأشار " كوجان " إلى أن هذا الإدراك أو التصور يتم في ضوء عملية التصنيف إلى فئات **Categorisation** طبقا لمتغيرات مختلفة كالجنس ، والعمر، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي .وتبين أن الإناث يفضلن صور الذكور والإناث من نفس أعمارهن . أما الذكور فيفضلون الإناث من الأعمار الأصغر ("b" 1979 Kogon) .

وعن دور العمر في تحديد إدراك الفرد وتصوره لمرحلة التقدم في العمر . أوضحت نتائج دراسة " وليمز " أن النساء أكثر إدراكا للتقدم في العمر من الرجال (Williams,1977) .

أما الدراسة التي قامت بها " بدرية شريف عبد الوهاب " عن نظرة الشباب للمسنين فقد تكونت عينتها من 300 طالب وطالبة بمرحلة التعليم الجامعي . وأشارت نتائجها إلى أن هؤلاء الشباب يتقفون في آراء المسنين وأفكارهم ولكنهم لا يستشيرونهم في بعض المسائل الشخصية كالزواج ،ويرى الشباب أن المسنين

يتسمون بالتسلط ، وأنهم المشاكل التي يواجهها المسنون - من وجهة نظر الشباب - هي المشاكل الاقتصادية والصحية والتشعور بالوحدة ، وأنهم غير مرغوبين .ويرى الشباب أن وجود المسن بين أفراد أسرته يمكن أن يساعده على حل بعض مشاكله ، ومن ثم فإنهم لا يؤيدون فكرة المؤسسات الخاصة بالمسنين (عبد الوهاب ، 1982) .

الفئة الثانية : الدراسات التي ركزت على الجانب الوجداني للاتجاه نحو المسنين . ومن هذه الدراسات الدراسة التي قام بها " كوجان " ، وأوضحت نتائجها أن اتجاهات الطلاب الجامعيين أكثر إيجابية نحو الأشخاص في المراحل العمرية المتوسطة Middle aged - عن الأشخاص في المراحل المتقدمة من العمر (Kogain, 1979"b") .

كما قام " شيفلدت " بدراسة اتجاهات عينات من الأطفال نحو أشخاص بعضهم صغار السن وبعضهم الآخر كبار السن . وذلك من خلال عرض مجموعة من الصور لهؤلاء الأشخاص . وأوضحت نتائج هذه الدراسة أن الأطفال يفضلون الأشخاص صغار السن ولديهم اتجاهات إيجابية نحوهم . أما اتجاهاتهم نحو الأشخاص المسنين فتتسم بالسلبية (Secfeldt, et al, 1977) .

أما دراسة " ونبرجر " عن اتجاهات الأطفال في الأعمار من 5 إلى 8 سنوات نحو المسنين . فقد كشفت نتائجها أن اتجاهات هؤلاء الأطفال تتراوح بين الحياة والسلبية (Weinderger, 1989) .

أما الدراسة التي قام بها " انفستر وكنج " فقد كشفت نتائجها أن المراهقين لديهم اتجاهات إيجابية نحو المسنين . وأنهذه الاتجاهات تختلف باختلاف الطبقة الاجتماعية . فالمرهقون من الطبقات المرتفعة لديهم اتجاهات أكثر إيجابية من المراهقين من الطبقات المنخفضة (Invester & King , 1977) .

كما أوضحت نتائج الدراسة التي قام بها " تورسون " أن الاتجاهات نحو المسنين تختلف باختلاف مستوى التعليم . فالأكثر تعليماً اتجاهاتهم أكثر إيجابية من الأقل تعليماً (Thorson, 1974) . كما تبين أنه لا يوجد تأثير لكل من العمر

والسلالة ، والطبقة الاجتماعية . على الاتجاهات نحو المسنين (Thorson, 1975) .

وفي دراسة قام بها " كوجان " عن العلاقة بين الاتجاهات نحو المسنين والتسلطية ، أظهرت النتائج وجود علاقة بين الاتجاهات السلبية نحو المسنين والتسلطية المرتفعة ("A" Kogan, 1961) . وأشار الباحث في دراسته هذه إلى ضرورة دراسة العلاقة بين الاتجاهات نحو المسنين والمتغيرات النفسية والاجتماعية والاقتصادية . وسمات الشخصية (نفس المرجع السابق) .

وأجرى كل من " نوس واكتورد " دراسة بهدف إلقاء الضوء على اتجاهات طلبة الجامعة نحو أقرانهم من نفس العمر ، ونحو من هم أكبر منهم عمرا بوجه عام والمسنين بوجه خاص . وكشفت نتائج هذه الدراسة أن اتجاهات هؤلاء الطلاب نحو زملائهم من نفس العمر تتسم بالإيجابية . أما اتجاهاتهم نحو المسنين فتتسم بالسلبية والرفض . وفسر الباحثان هذه النتيجة في ضوء عمليات التفاعل بين الأجيال ، فالأفراد من نفس العمر يدركون أن هناك تفاعلا قويا فيما بينهم وأن المسافات الاجتماعية بينهم محدودة . في حين يدركون هذه المسافات على أنها واسعة بينهم وبين الأشخاص الأكبر والأصغر منهم سنا . (Naus & Eckenrode, 1974) .

أما الدراسة التي قام بها كل من " بييري وغارني " عن اتجاهات طلبة وطالبات الجامعة نحو المسنين ، فقد أوضحت نتائجها أن اتجاهات هؤلاء الطلاب تتسم بالسلبية ، وينظرون إلى المسنين على أنهم أقل كفاءة جسميا وعقليا . (Berry & Verney, 1978)

وأجرى " طلعت منصور " دراسة بهدف التعرف على الاتجاهات النفسية نحو المسنين لدى فئات عمرية مختلفة من المجتمع الكويتي . وشملت هذه المراحل ما يلي:
أ- مرحلة الشباب : وتضمنت 66 مبحوثا من طلبة وطالبات جامعة الكويت . وكان متوسط أعمار الطلاب 21.3 سنة بانحراف معياري قدره 7.5 . أما متوسط أعمار الطالبات فقد بلغ 20.8 سنة بانحراف معياري 3.4 .

ب - مرحلة الرشد المبكر : ويمثلها 62 مبحوثا من الجنسين ، وكان متوسط أعمار الذكور 35.2 سنة بانحراف معياري قدره 2.93 ، ومتوسط أعمار الإناث 37.8 سنة بانحراف معياري قدره 3.57 .

ج- مرحلة الرشد الأوسط : ويمثلها 38 مبحوثا من الجنسين . وقد بلغ متوسط أعمار الذكور 45.3 سنة بانحراف معياري قدره 5.21 بينما بلغ متوسط أعمار الإناث 53.5 سنة بانحراف معياري قدره 3.41 .

د - مرحلة الرشد المتأخر (كبار السن) : وتتألف من 34 مبحوثا من الجنسين . وكان متوسط أعمار الذكور 66.3 سنة بانحراف معياري قدره 6.54 ومتوسط أعمار الإناث 64.7 سنة بانحراف معياري قدره 4.79 .

أما الأداة التي استخدمت في هذه الدراسة فهي عبارة عن مجموعة من الأمثال الشعبية الشائعة في المجتمع الكويتي ، وبلغ عدد هذه الأمثال 20 مثلا . وأوضحت نتائج هذه الدراسة أن هناك توجهها ثقافيا عاما لدى الأجيال المختلفة في المجتمع الكويتي نحو المسنين ، يتمثل في النظرة الإيجابية للمسنين من قبل هذه الأجيال المتعاقبة. فالمسنون هم أعضاء فعالون في جسم المجتمع الكويتي ، فهناك نظرة إنسانية إيجابية تعكس إطارا مرجعيا متأصلا في ثقافة المجتمع الكويتي - كما يقول الباحث - وهذه النظرة هي سبيل للوصول لا لفصل بين الأجيال المتعاقبة فيما يتجلى في تواصلها الثقافي وفي استمرارية أسلوب الحياة في هذا المجتمع (منصور 1987) .

وهناك دراسة أخرى قام بها : توس" عن الاتجاهات السائدة لدى عينة من طلبة الجامعة ، بلغ حجمها 1.3 طالبا ، نحو المسنين من الرجال ، لمحاولة إلقاء الضوء على المتغيرات التي ترتبط بهذه الاتجاهات . وكانت الأداة المستخدمة هي مقياس مميز المعنى لأوسجود ، حيث يطلب من المبحوث تقدير الصفة في ضوء اتجاهه نحو كل من :

أ - الأشخاص الذكور ، ممن تتراوح أعمارهم بين 20 ، 30 سنة .

ب - الأشخاص الذكور ، ممن تتراوح أعمارهم بين 70 ، 85 سنة .

وكشفت نتائج هذه الدراسة عما يأتي :

1- تبين من نتائج التحليل العاملي أن الاتجاهات نحو المسنين تنظمها ثلاث عوامل هي :

الأول : التقويم Evaluation ، وتشيعت عليه المقاييس التقييمية ، والمقاييس الخاصة بالتقبل الشخصي Personal Acceptability .

الثاني : الحسم - مقابل عدم الحسم Decisive - Idecisive وتشيعت عليه المقاييس الخاصة بعد الاستقلال - الاعتماد أو التبعية.

الثالث : المساعدة - مقابل عدم الكفاءة أو العجز Instrumental - Inefficetive وأوضح الباحث أن هذه النتائج قد كشفت عن وجود المكون الوجداني للاتجاه مستقلا عن المكون المعرفي . حيث يمثل العامل الأول والخاص بالتقبل الشخصي المكون الوجداني للاتجاه . بينما يمثل العاملان الثاني والثالث المكون المعرفي للاتجاه .

2- أوضحت النتائج أن اتجاهات الطلاب الجامعيين نحو الذكور كبار السن من الفئة الثانية أقل إيجابية من اتجاهاتهم نحو الذكور الأصغر سنا من الفئة الأولى. كما تبين أنظرة هؤلاء الطلاب المسنين من الفئة الثانية تتسم بأنها أقل حسما من نظرتهم لأفراد الفئة الأولى .

3- أوضحت النتائج أيضا أنهنالك مجموعة من المتغيرات يجب الاهتمام بها ودراستها في علاقتها بالاتجاهات نحو المسنين ،مثل العمر ، والجنس ،وسمات الشخصية ، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي (Naus, 1973) .

أما دراسة " توماس وياماماتو" ، فقد أوضحت نتائجها أن اتجاهات المراهقين نحو المسنين تنظمها ثلاثة عوامل هي : التقويم Evaluation ، والوجدان Affection ، والنشاط مقابل السكون Activity - Potency (Thomas & Yamamoto 1975) .

كما تبين في دراسة أخرى أن الاتجاهات نحو المسنين تنظمها أربعة عوامل هي: العامل الخاص بالنواحي الجسمية ، وعامل الرضا عن الحياة ، وعامل التقبل ، وعامل العلاقات بين الأشخاص (Cunnigam, 1978) .

وقام " جرين ومعاونوه " بإجراء دراسة عن العلاقة بين اتجاهات عينة من طلاب كلية الطب نحو المسنين ، ورغبة هؤلاء الطلاب في العمل معهم بعد تخرجهم من الجامعة . وكشفت نتائج هذه الدراسة أن هناك ارتباطا عاليا ودالا إحصائيا بين المقصد أو النية التي يعبر عنها هؤلاء الطلاب لفظيا **Expressed Intention** للعمل مع المرضى المسنين ، ومشاعرهم الإيجابية نحوهم . كما تبين أن اتجاهات هؤلاء الطلاب نحو المسنين تتسم بالإيجابية ، وأن هذه الاتجاهات الإيجابية تتمثل في عدة مظاهر أو أبعاد هي الاتصال الشخصي ، والاعتقاد بأن العمل مع هؤلاء المسنين يعتبر مدعما ومكافئا ، والشعور بالراحة في العمل مع هذه الفئة ، ووجود قوالب نمطية إيجابية عنهم **Positive Stereotypes** . (Green et al, 1986).

وفي مقابل ذلك كشفت نتائج بعض الدراسات الأخرى أنه على الرغم من وجود اتجاهات إيجابية محببة لدى طلاب كلية الطب نحو المسنين ، فإنهم لا يرغبون في العمل بعد التخرج في مجال خدمة ورعاية المسنين (Gale & Livseley 1974). ويتضح من هذه الدراسات أن هناك تباينا أو اختلافا بين مشاعر الفرد وسلوكه الفعلي . وهو ما أشار إليه " بروملي " من أن هناك نوعا من التناقض الوجداني **Ambivalence** في الاتجاه نحو المسنين . فعلى الرغم من الشعور بالحب والمسئولية نحوهم ، فإن هناك بعض الاتجاهات العدائية أو السلبية نحوهم (Bromley, 1969, P.86-87).

وقام " روثيروم " بدراسة بهدف المقارنة بين اتجاهات الراشدين الصغار ، والكبار نحو التقدم العمري . وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين : الأولى : 20 فردا نصفهم من الذكور والنصف الثاني من الإناث ، وتراوحت أعمارهم بين 30 ، 44 سنة . أما المجموعة الثانية فتكونت أيضا من 20 فردا من الجنسين ، وتراوحت أعمارهم بين 55 ، 70 سنة ، وكانت الأداة المستخدمة في هذه الدراسة عبارة عن مجموعة من الصفات بلغ عددها 100 صفة . يطلب من المبحوث إعطاء تقدير كل منها من (1) إلى (5) حسب ملاءمة الصفة .

وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى أنه بمجرد وصول الشخص إلى مرحلة الشيخوخة وتقدمه في العمر ، فإنه يكون وجهة نظر إيجابية ويعجب بالخصائص المرتبطة بكبر السن مثل الخبر والمحكمة (Rothbaum 1983).

وبوجه عام تشير نتائج الدراسات إلى أن المسنين ينظرون إلى تقدم العمر بشكل إيجابي بالمقارنة بصغار السن (انظر Brubaker & Powers 1976) .

كما قامت " هدى قناوي " بدراسة عن اتجاهات المسنين نحو رعايتهم النفسية والاجتماعية وعلاقتها بتوافقهم النفسي ، وتكونت عينة هذه الدراسة من 118 فردا من المسنين من الجنسين تراوحت أعمارهم بين 60 ، 86 سنة ، بمتوسط 98.9 سنة وانحراف معياري 6.35 سنة ، يقيم نصف أفراد هذه العينة بدور المسنين ، والنصف الثاني من المقيمين مع أسرهم ، وكشفت نتائج هذه الدراسة عما يأتي :

- 1- هناك اتجاه سالف لدى المسنين المقيمين بدور المسنين من الجنسين نحو رعايتهم النفسية والاجتماعية .
- 2- تبين أن المسنين المقيمين خارج دور المسنين أكثر توافقا من المسنين المقيمين داخل هذه الدور (قناوي 1988) .

الفئة الثالثة : دراسات تغيير الاتجاهات نحو المسنين :

مازالت دراسة تغيير الاتجاهات نحو المسنين في حاجة إلى العناية بها والتخطيط لها . وذلك لما لها من أهمية عملية وتطبيقية سواء بالنسبة لأفراد المجتمع ، أو المسنين أنفسهم . فقد تبين أن البرامج الدراسية قد غيرت من الاتجاهات السلبية لدى الممرضات في مجال رعاية المسنين (Lustky, 1980) . كما تبين حدوث تغيير في اتجاهات الشباب - من طلب وطالبات الجامعة نحو المسنين - من السلبية إلى الإيجابي . وذلك بعد تقديم برنامج يتضمن مجموعة من المحاضرات تصفدقة طبيعة وخصائص المسنين (Auerbach & Levenson, 1977)

وبوجه عام كشفت نتائج الدراسات التي تمت في هذا المجال عن مدى أهمية برامج تغيير الاتجاهات نحو المسنين من السلبية إلى الإيجابية . وذلك باتباع أسلوب القياس القبلي -البعدي .وأن ذلك يمكن أن يتمن خلال عدة وسائل كالبرامج الدراسية . والأفلام ، والاتصال المباشر بالمسنين (Rosencranz & Mcnevin,1969) .

وفي ضوء عرضنا لنتائج الدراسات السابقة التي ألفت الضوء على المعتقدات والاتجاهات السائدة نحو المسنين - يمكن استخلاص ما يأتي :

أولا : أن بعض هذه الدراسات قد ركزت على المكون المعرفي للاتجاه ، حيث المعتقدات والتصورات السائدة لدى قطاعات مختلفة من أفراد المجتمع نحو المسنين . وبعضها الآخر اهتم بالمكون الوجداني أو التقويمي للاتجاه ، حيث دراسة مشاعر الأفراد نحو المسنين .

ثانيا : كشفت النتائج الخاصة بالمعتقدات والتصورات والقوالب النمطية الشائعة عن المسنين أن بعضها يتسم بالدقة والموضوعية ،وبعضها الآخر يتسم بعدمالدقة أو الخطأ وسوء الفهم لطبيعة المسنين . والتقدم في العمر بوجه عام .

ثالثا : أوضحت نتائج التحليل العاملي أن الاتجاه نحو المسنين ينتظم حول عدة أبعاد وليس بعدا واحدا ، وأن هذه الأبعاد تعكس المكونين : المعرفي والوجداني للاتجاه نحو المسنين (انظر : Rosencranz & McNevin, 1969, Mc Tavish,1971, Naus, 1973) .

رابعا : تبين أن هناك تعارضا بين نتائج الدراسات حول الاتجاهات السائدة نحو المسنين . فعلى حين كشفت نتائج بعض هذه الدراسات عن وجود اتجاهات تتسم بالرفض والسلبية (انظر على سبيل المثال : Seelfeldtet al, 1977, "A" Bromley,1969, Kogan & Shelton , 1962) ، فإن بعضها الآخر قد كشف عن وجود اتجاهات إيجابية (منصور ، Rothbaum, 1983 1987) .

كما أوضحت نتائج فئة ثالثة من الدراسات أن الاتجاهات السائدة نحو المسنين هي مزيج من الإيجابية والسلبية (Brubaker & Powers, 1976) ومن الحياة والسلبية في فئة رابعة من الدراسات (Weinberger, 1979) . كما

أظهرت نتائج فئة خامسة من لدراسات وجود نوع من التناقض الوجداني **Ambivalence** في اتجاهات الأفراد نحو المسنين . فعلي الرغم من أن مشاعر هؤلاء الأفراد تتسم بالإيجابية فإنهم لا يفضلون العمل والتفاعل مع المسنين (Gale & Livesley, 1974) .

خامسا : يرجع هذا التعارض بين نتائج الدراسات إلى عدة من عوامل أهمها ما يأتي :

1- اختلاف الباحثين في تناولهم لمفهوم كبر السن أو التقدم في العمر من دراسة لأخرى . فهناك من يقيس الاتجاهات نحو الأشخاص ممن بلغت أعمارهم 60 سنة فأكثر . وهناك من يقيس الاتجاهات نحو الأشخاص ممن بلغت أعمارهم 75 سنة فأكثر . وهي مسأل تحتاج إلى التحديد منذ البداية سواء فيما يتعلق بأعمار المبحوثين أو أعمار الأشخاص المسنين المراد قياس الاتجاه نحوهم .
فهناك كما أشار البعض نموذج متعدد الأبعاد **Multidimensional Model** يجب دراسة الاتجاهات من خلاله . فيجب على سبيل المثال تحديد عمر وجنس الأشخاص المراد قياس الاتجاهات نحوهم (انظر : Kire & Johnson , 1981, Lustky, 1988) . فالتعامل مع المنبه بشكل كلي وعام دون تحديده لا يمكننا من خلاله الوقوف بدقة على إدراك الأفراد وتصوراتهم نحو المسنين أو أي موضوع آخر . وذلك لأن التعامل مع فئات عامة من الأشخاص (كفئة المسنين) يجعل للشخص يقع تحت تأثير القوالب النمطية والتصورات الثقافية العامة . أما فيحالة وصف هؤلاء ، الأفراد المسنين ، من حيث أعمارهم ، وجنسهم ، فإن ذلك يساعد الفرد المطلوب دراسة معتقداته واتجاهاته على عزل هذه القوالب النمطية العامة ، ويصبح أكثر وعيا في إدراكه لأفراد هذه الفئة . (انظر Green1981) .

2- اختلاف أساليب القياس المستخدمة في دراسة الاتجاهات نحو المسنين ، حيث اعتمد بعضها على الاستخبارات (Tucman & Lorge, 1955) ، وبعضها على مقياس مميز المعنى (Semantic Differntial Eisdorfer & Altrocchim) (1961) ، وبعضها الآخر على الأساليب الإسقاطية (Cameron, 1969) . وقد

أدى هذا الاختلاف في استخدام الأدوات من دراسة لأخرى إلى نتائج متعارضة في المجال .

3- كما أرجع البعض هذا التعارض بيننتائج الدراسات حول الاتجاهات نحو المسنين إلى عدم أخذ العديد من المتغيرات التي ترتبط بهذه الاتجاهات - في الاعتبار ومن أهمها ما يأتي :

أ- سمات الشخصية : فقدتين أن هناك علاقة بين التسلبية والاتجاهات التعصبية نحو المسنين ("A" Kogan, 1961) .

ب- المستوى الاجتماعي الاقتصادي: حيث تبين أن المستوى الاقتصادي الاجتماعي المرتفع يرتبط بالاتجاهات الأكثر إيجابية نحو المسنين (Investor & King, 1977) .

كما اتضح أن الأفراد الأكثر تعليماً لديهم اتجاهات أكثر إيجابية نحو المسنين - بالمقارنة بالأقل تعليماً (Thorson, 1974) . وبوجه عام تعد المهنة ، ومستوى التعليم والدخل من المتغيرات الهامة التي ترتبط بالاتجاهات نحو المسنين (انظر : Lusky, 1980) .

ج - الجنس : حيث تبين أن النساء أكثر إدراكاً لخطورة التقدم في العمر من الرجال . وبالتالي يجب أن نأخذ في الاعتبار متغير جنس الأشخاص الذين ندرس اتجاهاتهم نحو المسنين (Williams, 1977) .

د- الاتصال بالأشخاص المسنين ، حيث كشفت نتائج الدراسات عن وجود علاقة إيجابية بين الخبرة والتعامل مع المسنين والاتجاهات القائمة نحوهم (Naus, 1973) .

مفاهيم الدراسة

يعد مفهوماً المعتمد والاتجاه من المفاهيم الأساسية في دراستنا الحالية . وعلى الرغم من أن مفهوم الاتجاه يعد من أكثر المفاهيم شيوعاً واستخداماً في مجال علم النفس الاجتماعي ، فإنه لا يوجد اتفاق بين الباحثين في تناولهم لهذا المفهوم . فقد تبين أن حوالي 20.209 ما بين مقالة وكتاب تناولت مفهوم الاتجاه في مجلة الملخصات السيكولوجية في الفترة من 1970 - 1979 ، لا يوجد بينها اتفاق

حول ما يعنيه الباحثون بهذا المفهوم (انظر Dawes & Smith, 1985, P. 509).

ويمكن تقسيم التوجهات النظرية التي تناولت مفهوم الاتجاه وعرضها في ضوء توجيهين أساسيين :
التوجه الأول :

ويرى ممثلوه أن الاتجاه هو " عبارة عن نسق أو تنظيم له مكوناته الثلاثة : المعرفية ، والوجدانية ، والسلوكية ، ويتمثل في درجات من القبول أو الرفض نحو موضوع الاتجاه " (السيد 1989 ، Rajeck, 1990, Berkowitz, 1986, Sears, et al 1985, Srightzman & Deaux 1981).

وفي ضوء هذا التعريف لمفهوم الاتجاه يتم قياس كالمكون من المكونات الثلاثة بعدد من البنود ، بحيث يمكن الخروج في النهاية بدرجة لكل مكون بالإضافة إلى درجة كلية للاتجاه موضوع الدراسة .

ويفترض أصحاب هذا التوجه أن هناك ارتباطا بين هذه المكونات ، فمن يكره موضوعا معيناً (وجدان) ، لديه معارفسلبية (معرفة) ، تجعله يميل لتجنب التعرض له (سلوك) (انظر : عبد الله ، 1990 ، Kelvian 1969) .

وعلى الرغم من شمولية التعريفات التي تقع ضمن هذا التوجه . فإن عليها بعض المأخذ ، منها وجود تعارض في نتائجها ، خاصة فيما يتعلق بمسألة العلاقة بين المكون الوجداني ، والمكون السلوكي (انظر على سبيل المثال : Pittman, 1973, Schneider, 1970, Wieker, 1973). فهناك نوع من عدم الاتساق بين

المشاعر والسلوط ، وقد أرجع الباحثون عدم الاتساق هذا إلى عدة عوامل ، منها أنهذه الدراسات التي تناولت العلاقة بين الاتجاه والسلوط قد اهتمت بالاتجاه في شكله العام . ويرى أبلسون Abelson أن الاتجاهات العامة غير كافية للتنبؤ بالظاهر النوعية للسلوك (Rokeach, 1980). فالالاتجاه - كما يرى روكتش - عبارة عن تنظيميختلف في مدى خصوصيته أو عموميته ، وفي اتساعه أو ضيقه طبقاً لما يتضمنه من أجزاء أو عناصر (Rokeach, 1976 P.112) ،

وأشار روكتش إلى أنه عند دراسة العلاقة بين الاتجاه والسلوك يجب الاهتمام بتحديد الاتجاه ،والموضوع الذي يدور حوله ،والموقف أو السياق الذي ندرس فيه الاتجاه ، فالسلوك ،على حد قوله ، هو دالة للتفاعل بين الاتجاه نحو الموضوع والاتجاه نحو الموقف . ويتوقف دور كل منهما على حجم تأثيره ،فقد يكون للموضوع دور كبير في تنشيط معتقدات الفرد ، وهنا نكون بصدد عمومية السلوك ، وقد يكون الموقف هو المنشط للسلوط وهتا نكون بصدد خصوصية السلوك ، وهذا ما أشار إليه : كريتش وكرتشفيد وبالأتشي " من أن السلوط لا يتحدد فقط بواسطة الاتجاهات ولكن إلى جانبها يوجد العديد من الحاجات والظروف الموقفية المؤشرة (Krech, Crutchfield & Ballachey, 1962, P, 103) .

التوجه الثاني :

ويرى أصحابه ضرورة الفصل بين مفهوم المعتقد ، ومفهوم الاتجاه ، والتعامل مع كل منهما بشكل مستقل . حيث تمثل المعتقدات الجانب المعرفي . ويمثل الاتجاه الجانب الوجداني ، بالإضافة إلى نية السلوك أو المقاصد السلوكية Behavioral Intention (انظر على سبيل المثال : Fishbein & Ajzen, 1977, Oskamp, 1972) .

وفي ضوء هذا التوجه يمكن قياس كل مكون من المكونات الثلاثة بشكل مستقل عن الآخر (انظر "A" Kogan, 1979) . ولا توجد إمكانية للحصول على درجة كلية للاتجاه .

مفهوم المعتقد Belief :

عرفه كريتش وكرتشفيد بأنه " تنظيم يتسم بالثبات للمدركات والمعارف حول جانب معين من عالم الفرد ،أو هو نمط المعاني Pattern of meanings لمعرفة الفرد حول شيء محدد (Krech & Crutchfield 1948, P. 150) .

رعاية صحة الوالدين

اخترت عبارة " رعاية صحة الوالدين " بديلا من " رعاية المسنين " للأسباب التالية :

1- تظل الأسرة - آباء وأبناء - هي النسق المجتمعي الأول والأهم من حيث ممارسة الرعايا الصحية والاجتماعية والنفسية لكل أفرادها صغارا وكبارا .

2- يترتب على هذا أن مستوى الخدمة والرعاية التي يقدمها الأبناء للآباء يعتمد على إمكانيات الأسرة مجتمعة ، سواء الإمكانيات الذاتية للأسرة أ ما يمكنها الحصول عليه من باقي أفراد المجتمع .

3- تناول الموضوع بهذا الشكل يتيح للأبن أو الابنة متوسطي العمر أن يجدا مادة يطبقانها فورا في رعاية الوالدين المسنين ، وهو ما نحتاج إليه في مصر فورا وقد بدأ نفيق على مشكلة رعاية الكبار .

4- تناول الموضوع بهذا الشكل يتيح أيضا للأبن أن يعي أنه سيأتي عليه الدور في التقدم في السن ، وأن يبدأ مبكرا في الاستعداد لشيخوخته هو نفسه .

5- أريد استغلال التوجه الإيجابي نحو رعاية الوالدين الذي خلقته في نفوسنا عقائدنا الدينية ، وبالوالدين إحسانا ، أكرم أبك وأمك ، وقبلها وصايا حكماء قدماء المصريين وتراث هائل من المعتقدات الشعبية .

وأريد أن أحول هذه الشعارات إلى أفعال ملموسة تستغل ما أتى به العلم الحديث في تفاصيل الرعاية .

ولا يعني هذا أننا ننسى أو نغفل السن الوحيد ، ففي نفس المادة مفاتيح للرعايا الذاتية ولا ينبغي أن يأسى هذا المسن الوحيد على حاله لأن 10-20% من المسنين يكونون وحيدين مثله ولأن هذه النسبة تزيد في المستقبل وسيكون شعار المسنين ما حك جلدك مثل ظفرك فتول أنت جميع أمرك .

كما أن هذا لا يعني نسيان المسنين ضيوف المؤسسات المختلفة (مستشفيات - مسحات - إسكان محمي .. الخ) فإن للمسنيين هناك رعاية كذلك (محترفين ومتطوعين) والجو السائد يجب ألا يختلف كثيرا عن جو الأسرة والبيت ، وإن كانت له خصوصية بالطبع وسنشير إلى ذلك في موضعه .

وما نود أن نؤكد عليه أنه يمكن بالقطع تحسين صحة وسعادة مسنينا في بيوتنا وبين أهلهم بالإمكانيات المتاحة لو ارتفع تمكن الأبناء من أصول الرعاية العلمية لأبائهم ويتعلق هذا التمكن بتوافر المعلومات أكثر منه بتوافر المادة بالقطع .
والمعارف والمهارات المطلوبة أسهل مما نتصور وفي متناول أيدينا كل ما ينقصنا هو التخلص من الوهم الكاذب بأننا نضع أباءنا على رؤوسنا وفي أعيننا ، وما يبني عليه من تراخ ويأس وإهمال .

ويمكننا أن نتاول الرعاية الصحية ومشاكلها على مستويين :

أولا : البنية الأساسية أو الإطار الخاص بالرعاية ، وهي مجموعة القضايا المؤثرة على الرعاية ، مثل العلاقات والوقت والتمويل .. الخ ، والتي ينبغي تناولها بالتحليل والتفعيل في ظل المتغيرات الخاصة بكل ابن راع ، ووالد متلق للرعاية .

ثانيا : مضمون الرعاية وهو عناصر الرعايا الصحية والنفسية مقسمة على مجالات متخصصة (التغذية - الارتقاء بالصحة - النشاط .. الخ) في ضوء النتائج المؤكدة للبحوث المعاصرة وسنكتفي بما هو موثق مرتفع إلى مستوى الحقيقة ، وسنغفل كل ما هو مثار جدل ، أو مازال على مستوى الظن أو الفرض .

أولا : إطار الرعاية

(أ) العلاقات :

لأن والديك لديهما رصيد طويل من كونهما رعيك سنين طويلة ، فإن قبولهما الآن لرعايتك لهما لا يمر بدون صعوبات ومشاكل . ونك أنت لم تتعود بعد على الدور الجديد فإن العلاقة بينك وبينهما قد تتوتر بما يهدد نجاح العلاقة والرعاية

معا . وإليك مجرد أمثلة من تطور العلاقة بينك وبين والديك بمناسبة وصولك إلى منتصف العمر ، ووصولهما إلى الشيخوخة .

" جيل الساندوتش " هو جيلك وأنت محصور بين مسئوليتك نحو والديك من ناحية ، ونحو أبنائك من ناحية أخرى ، فإذا تركت والديك في بيتهما وتقاسمت رعايتهما بينك وبين اخوة وأخوات لك أو تحملتها وحدك ، فهناك عبء كبير لمقابلة متطلبات الرعاية من جهد ومال ووقت .. الخ ، ولا تخلو العلاقات من مشاكل ويزداد الموقف تعقيدا إذا اضطررتكم الظروف للعيش تحت سقف واحد ، إما في منزلك أو في منزل والديك .

وفي كلتا الحالتين فإن الحقيقة أن العلاقات بين الأباء والأبناء مجرد انعكاس للعلاقات بين أفراد الأسرة منذ أمد سحيق ، فالروابط القوية والدفء والرغبة في المشاركة والاستقرار تخلق مع الزمن وسائل صحية للتفاعل والتجاوب ومقابلة احتياجات الآخر وفي أغلب الأحيان فإن العلاقات بين الأبناء والأباء وداخل الأسرة عموما - في مصر والعالم كله - جيدة وتخلو من المشاكل الكبيرة لكن هناك أقلية صغيرة من الأسر تكون العلاقات بها سيئة جدا لدرجة تصدم الضمير الإنساني .

ومن البديهي أن الإنسان أن الإنسان في شيخوخته يحتاج رعاية إذا أصبح معتمدا على غيره ، معوزا محتاجا لديه مشكلة صحية أو آلة من العجز ، وفي هذه الحالات تتقاسم مسئولية الرعاية الأنظمة الصحية والأنظمة الاجتماعية بدرجات تعاون مختلفة كما أن لكل من الأنظمة الطبية والاجتماعية حدودها كذلك فالطب حتى الآن لم يجد حلا تكنولوجيا لكثير من المشاكل السحصة والمؤسسات الطبية لا تحتمل ولا ترحب بالرعاية طويلة المدى . وتثور قضايا أخلاقية وقانونية هامة إذا اقتربنا من جدوى بعض الإجراءات الطبية المكلفة . ويشح الانفاق الطبي على المسنين في أيامهم وساعاتهم الأخيرة .

كذلك الرعاية الاجتماعية حتى الآن يحكمها تصور القائمين عليها لما يحتاجه المسن ، أو بالأحرى ما يملكه الراعي من إمكانيات وهناك أجهزة أخرى في المجتمع مثل الإسكان والتعليم والثقافة والإعلام لها دور مهم في الرعاية في

الشيخوخة الطبيعية والمرضية ، والخلاصة أنه مع طول عمر أعداد أكثر فأكثر يتزايد عدد المحتاجين إلى رعاية طبية واجتماعية وإسكانية .. الخ لذلك يلزم ابتكار أساليب جديدة لتحقيق هذه الرعاية وتطوير هذه الأساليب باستمرار إذ يلزم اتخاذ المسن شريكا في الخدمة وليس مجرد متلق لها كذلك يلزم النظر إلى الأمام والتوقع والتخطيط لحسن الاستقبال والأداء للخدمة . وقبول كل طرف في الخدمة مسؤوليته عن دوره فيها وأول هذه الأطراف هي أنا وأنت نحن نتكلم عن قضايا تخصنا اليوم وغدا ولا يصح أن نبقي هكذا متفرجين ، فالشيخوخة مسئولية الجميع ومسئوليتنا أن ننبه الجميع إلى ذلك .

إذا استخدمنا المعايير الذاتية الانفعالية في الحكم على علاقاتنا بأبائنا فسوف يكشف هذا عن فساد العلاقات في بعض المجالات فقد فمثلا المزاج السيء من غضب وقلب وكره وخوف واكتئاب ويأس .. إلخ يعكس علاقة سيئة تهدد حسن الرعاية وتهدد صحتك أنت كذلك والمتعامل مع هذه لمشكلة استخدم الأسلوب العلمي في حل المعضلات بخطواته المتعاقبة من التدبير والتفكير وإعادة التقييم والتفاوض والحلول الوسط إذا أجدت هذا الأسلوب العلمي في حل أزمة العلاقة بينك وبين والديك فخيروا وإلا فاستشر .

إذا استخدمنا المعايير الموضوعية في الحكم على علاقتك بأبويك من خلال ما يبدو عليها من آثار الإساءة والإهمال فأنت في مأزق ، إذ إنك المسئول عن إهمال والديك لشخصهما لا يهمل نفسه إلا العاجز عن رعايتها . وهنا تأتي مسئوليتك عن رعاية الوالد العاجز عن رعاية نفسك لعاهة في صحته أو عقله . العرف والتقاليد والقانون يلزمك بذلك .

أنت مسئول عن إساءتك - بقصد أو بدون قصد - إلى والديك طبعا أكثر الإساءة في هذا الموقف غير مقصودة وتنشأ من عجزك عن مقابلة احتياج والديك إلى رعايتك وسقوطك في دوامة التعب والغضب والإحباط فمثلا مجرد حبسك لوالدك للخوف بحجة حمايته من نفسه هو إساءة له وإهمالك لنظافته أو ستر عورته هو عدوان جسيم عليه ، أن تتنهد أو تقول " أفّ أو تتجاهل ما يقوله هو إساءة معنوية لا تقل عن العنف الجسدي إن تصرفك في أمواله بغير الحق - مهما

أعطيتنا من مبررات تبدو مقبولة - إساءة بالغة حتى لو قبلها هذا الوالد الضعيف الأدهي من ذلك أن تهجر والديك لفقرهما هربا من الإنفاق عليهما وإشراكهما فيما أعطاك الله مهما صغر . القانون في صف والديك المعدمين الهجر الجزئي أو الكامل المؤقت أو الدائم للوالدين إساءة بالغة بل هي معصية دينية . لا تظن أن امتناع والديك عن الشكوى هو دليل رضائهما في كل الأحوال كم يسكت الوالدان على الضيم لسبب أو لآخر .

الجيران كذلك يلاحظون ويتكلمون عن حالات الإساءة في بيوت الآخرين الإساءة وعلاماتها تظهر واضحة لكل مهني يتعامل مع السن سواء كان طبيبا أو ممرضة أو اجتماعيا معنى ذلك أن إهمال المسنين أو الإساءة الإيجابية لهم وإردة حتى من أحبائهم يأتي ذلك من باب العجز وردود الفعل تجاه هذا العجز لذلك يجب بذل جهد كبير في تمكين هؤلاء الرعاية المحبين المخلصين من تقديم رعاية فعالة للتمكين أكثره تدريب وتعليم وأقلة المال والإمكانات المادية ولا تنتهي علاقتك بوالديك المسنين المرضى أو المعوقين قبل مناقشة قضية قرارك إيداعهم مكانا آمنا (أيا كان اسم هذا المكان) لأن سلوكهم قد تدهور بطريقة يستحيل معها التعامل معهم في المجتمع . هذا ما يطلق عليه الآن بالسلوط التحدي . إنها أزمة في العلاقات بينك وبين أبويك لابد من تناولهم بعقلانية وحب ، وتنفيذها بتخطيط ومتابعة وحب كذلك وبالاستعانة بالاستشاريين في هذا المجال يمكنك أخذ هذا القرار في الوقت والظروف المناسبة .

(ب) الوقت :

علم وفن إدارة الوقت لتحقيق الأهداف مطلوب جدا في قضية رعايتك لوالديك المسنين يبدو هذا خطيرا إذا كنت في المدينة ومشغولا وممزقا بين أولويات كثيرة يواجه هذا الموقف أكثر السيدات العاملات ويساهم فيه أكثر كون الوالد أو الوالدة المسنين شديدي الاعتماد عليها في أداء حاجاتهما اليومية الأساسية . ولكن مما يبشر بالأمل أن الأجيال الجديدة والمقبلة من المسنين ستكون أكثر صحة واستقلالا ولن تشكل عبئا كبيرا على أولادهم لسنين طويلة ، وذلك بفضل التقدم العلمي المذهل .

وإليك بعض النصائح :

- اكتب جدولك الأسبوعي على الورق ليتمكنك حسن الاستفادة من الوقت مما يتيح لك وقتا معقولا لكل مسئولية .
- ضع قائمة بالأولويات فيما يختص بتوزيع وقت في هذا الأسبوع . تعلم أن تقول " لا " للأولويات المتأخرة حتى لا تجهد نفسك .
- لا تتردد في إعادة ترتيب الوقت والالتزامات حسب تداعي الأحداث .
- لا تنس نفسك أعط نفسك وقتا كافيا ولو نصف ساعة مشي لتعيد شحن طاقتك للرعاية ولا تعرض نفسك لخطر ليفقدك والداك كراع لهما .

(ج) المال :

المال عصب الرعاية . المال هنا هو مالك ومال والديك . وبالتخطيط السليم وفي ضوء علاقة متينة صريحة ، يمكن حساب التوقعات والاحتياجات والموارد . حسن إدارة هذا المال يعطي دعما متبادلا وإشباعا متبادلا لدى كل من الأبناء والآباء .

المال ضرورة للبقاء به نشترى الطعام والمأوى والأمان والسلامة والراحة . وبالمال يمكن شراء أشياء مهمة منها النفوذ والمتعة ، والكمليات والعلاج . علأن النسبة الأكبر من مسنينا دخلهم ثابت وأقل من احتياجاتهم لا يصعد للتضخم وتساعد الحاجة وهم في حاجة إلى دعن مالي من أبنائهم ومن الدولة .

وإليك بعض النصائح فيما يتعلق باستخدام المال المتاح :

1- انظر إلى توقعاتك التي تولدت لديك من خلال حياتك الماضية في كنف هذين الوالدين قد تكتشف أنك استمرأت تفضيلهما إياك على نفسيهما وتريد استمرار رعايتهما لك وليس العكس ، أو قد تكبر إبنا شكورا تريد رد لدي وأن تعوضهما خيرا عن سنوات الشقاء من أجلك ، وبنفس المعيار انظر إلى توقعاتهما منك في ضوء ماضي انفاقهما عليك .

2- احسب الموارد الحقيقية الواقعية المتاحة وضع نصب عينيك درجة من التخطيط للحاضر ضع هامشا للكوارث غير الموقعة لا قدر الله .

3- هناك فرق بين " حاجاتك " وهو ما يجب التعويل عليه وبين " رغباتك " سر فقط خلف حاجاتك الضرورية بما فيها حاجتك العاطفية للأمان المالي .

4- اسأل والديك نفس السؤال أرشدهما إلى أهمية وضع أولوية الحاجات الضرورية وعدم الانسياق وراء كل الرغبات وبالتفاوض والتوفيق يمكن مقابلة الاحتياجات بالموارد . كذلك يمكنك إرشاد والديك إلى الطرق القانونية الأمانة للتصرف في أموالهما وحمايتها كما يجب عليك إرشادهما وتمكينهما من الحصول على أي دعم مالي يتيح لهم المجتمع الحكومي أو التطوعي .
(د) السكن :

سواء أكان والداك قريبين من عينيك أم لا ، فلا تجعلهما بعيدين عن قلبك أبدا .
أليس كذلك ؟ إذن كيف؟

مادام الأب والأم ، في صحة معقولة يتبادلان رعاية بعضهما البعض في بيتهما فلا مشكلة كبيرة لديك حيث تستطيع أن تمارس ما تسميه اليوم بالرعاية عن بعد ، بنجاح تام تحت الظروف العادية وعندما تحل بهما أزمة صحية عارضة .

لكن القرار الصعب بأن تنتقل والدة وحيدة عاجزة إلى بيتك بدل أن تترك لوحدها في بيتها فذلك يحمل في طياته مشاكل كثيرة وانفعالات متباينة لا تهرب من القرار. أما إذا كان هذا المسن الوحيد هو الأب وليس الأم فالمشكلة أكبر .

طبعاً وجود الأم أو الأب في بيتك هو البديل عن إيداعهما بيتاً للتمري أو مصحة أو داراً للمسنين . هو تحد يجب قبوله والاستعداد له وحل مشاكله بالعقل والحب. أما الرعاية للوالدين عن بعد فهي الأكثر شيوعاً هذه الأيام ، خصوصاً في المدن المصرية قد تقصر مسافة هذا البعد بوجود الوالدين في شقة في نفس العمارة أو الشارع . أو تطول بوجود الوالدين في مدينة أو حتى دولة أخرى .

عناصر الرعاية الأساسية هنا تتضمن الزيارة أو الاتصال هاتفياً أو بريدياً وتوفير مساعدات الرعاية الشخصية والمنزلية (عينا أو بالشراء) ثم ضمان الأمان التام في البيئة . ويصلح كثير من المسنين لمثل هذه الترتيبات لتوافر الاستقلالية لديهم لكن ينفى شرط الصلاحية لهذا النوع من الرعاية للوالد المتعرض للحوادث أو شديد الاعتماد على الغير .

ومع أنني لا أوافق على مبدأ إيداع الوالدين بمؤسسات الرعاية فإنني استخدم هذا التعبير لأن الناس ينظرون إلى هذا التصرف باعتباره تخلصا من الوالدين ورعايتهما ويدينونه .. مع أنهم يمارسونه فعلا .

لكن التعبير الأدق هو أنه في مرحلة ما من الرعاية لبعض المسنين قد لا تتم أفضل رعاية سوي في مكان آمن مجهز معد لهذه الرعاية وهذا تكون الرحمة واضحة والعناية كاملة .

ولكي لا تقع في هاوية التعميم فإن المجتمعات قديما وحديثا درجت على أن تخصص لبعض المسنين أنواعا مختلفة من المؤسسات للإقامة بعض الوقت أو دائما قد تكون سكنا مستقلا محميا يتيح للمسن الوحيد القادر أن يختلط بأقرانه . وأن يطمئن إلى وجود عين ساهرة على أمنه وصحته ، ويسمى هذا بالإسكان المحمي ، وقد تكون مصحة زاخرة بالتمريض الماهر والعلاج الطبيعي النشط والأنشطة المفيدة الممتعة تتيح للمسن الخارج من أزمة صحية كبرى أن يقضي فترة نقاهة فاعلة كما تتيح للمسن الذي أعده المرض المزمّن ونشأت فجوة وخصومة كبيرة بين إمكانياته الصحية الوظيفية المحدودة وبين المجتمع والبيئة ملاذا أخيرا أمنا .

وللأسف فإن مشكلة " سكن المسن " لم تلق في بلادنا الاهتمام اللازم حتى الآن . فلو بقي المسن في بيته الحالي فلن يجد من يهيئ له هذا المسكن ليلائم انخفاض وظائفه (دور أرضي - مصعد - تكييف .. الخ) ولو انتقل المسن إلى بيت أولاده فلن يجد له مكانا (بيوت صغيرة لأسر صغيرة في أحياء مزدحمة) ولو احتاج المسن إلى " بيت محمي " ما وجد غير استغلال وقلة خبرة بالرعاية . ولو احتاج المسن إلى " مصحة المسنين " لذهل لندرتهما التامة .

ولكن ولأن الحاجة أم الاختراع ، ولأن الدنيا بخير ، فهناك في حياتنا المعاصرة نباتات من حلول لمشاكل إسكان المسنين تبعث الأمل .. مجرد الأمل وإن كان لدينا مشوار طويل تتضافر فيه جهود الحكومة (تأمينات - إسكان - صحة - اجتماع) والتطوعيات والقطاع الخاص المستنير ، لإيجاد وإدارة منظومة من الخدمات المتكاملة (إسكان - صحة - نشاط) وإلى أن يتم هذا تبقى " رعاية

المسنين في بيوتهم " بأيدي أبنائهم وبناتهم والشباب الذي يمتهن " مساعدة المسن " هي النموذج العاجل الأمثل لرفع كفاءة رعاية الوالدين .

وهكذا نرى أن المسنين يفضلوا - نفسيا - أن تستمر حياتهم في شيخوختهم في بيت الأسرة الذي عاشوا فيه في هذا الموضع - وهو اجتماعي اقتصادي - نعود فنكتشف أن معظم المسنين ليس لديهم في شيخوختهم خيار سوى الاستمرار في نفس مسكن الأسرة يحدث هذا في العالم المتقدم ، والنامي على السواء .

في العالم المتقدم الغني يستطيع معظم المسنين - وبالذات المتقاعدين - استمرار الحياة في بيت يملكه المسن ويسقط عليه هويته وشخصيته ويعيش في تآلف ممتع معه . في بلادنا يمكن للمسّن طبعا البقاء في بيت الأسرة ولكن يغلب أن يشاركه فيه أجيال أخرى من الأسرة كما ينذر للمساحة المخصصة للمسّن في هذا البيت أن تكون كافية ومؤمنة وأمنة ومجهزة لتعويض انخفاض قدراته الوظيفية .

أقلية من المسنين - وهم أغنياء المتقاعدين - يقضون شيخوختهم في منتجات خاصة بالمتقاعدين يغلب عليها طابع الحياة النشطة الممتعة بعيدا عن ضحية المدينة . وهي مجتمع عالي الانتاج عالي الاستهلاك تكون إقامة هذه المنتجات " بيزنس " مربح ومطلوب هل نحلم بأن يكون لدينا من المسنين من يملكون الإمكانات ليكونا سكان مثل هذه المنتجات ؟ وهل يدخل رجال الأعمال المصريون هذا المجال ؟ وليكن تسويق هذه المنتجات تصديرا مربحا للطبيعة المصرية والعمالة المصرية ؟ هل نستفيد من العولمة حيث يمكننا المنافسة ؟ أقلية أخرى من المسنين في كل مكان من العالم ، وهم الأكثر فقرا أنهم بلا مأوى من الناحية العملية . واجب جميع المجتمعات غنيها وفقيرها تدبير المسكن المناسب لهذه الفئات كجزء من شبكة الأمان الاجتماعي .

وهنا يجب ألا ننسى العلاقة الحوارية بين الإنسان والمساحة التي يسكن فيها الصحة والسعادة في الشيخوخة تتطلب مسكنا صحيا سعيدا .

ثانيا : مضمون الرعاية

(أ) الارتقاء بالصحة :

الصحة ليست حالة مستقرة بل تتجاذبها عوامل تعصف بها وما لم يبذل جهد إيجابي مستمر للارتقاء بها فقد تنخفض تحت عوامل المرض والإعمار وغيرها والصحة مستويات والقناعة بالمستويات الأقل فيها ليست فضيلة .. الصحة نعمة نحن مسئولون عن صيانتها والشكر عليها والصحة قد يعجز المال عن شرائها ولكن الحياة الفاضلة تضمن أرقى مستويات للصحة في مختلف الأعمار .

وتشمل عناصر الارتقاء بالصحة تخليص البشر أولاً بأول من عوامل الخطر التي تهدد هذه الصحة بالأمراض ثم تعزيز مستوى الأداء الإنساني من خلال روشات صحية علمية في مجالات الحياة اليومية من طعام وشراب ونشاط وتريخ وانفعال واستمتاع .

ومن عناصر الارتقاء بالصحة الفحص الدوري السنوي والفلسفة من ورائه هي الاكتشاف المبكر للأمراض الصامتة أو التي لا تعلن عن نفسها بظواهر مرضية وهذه مسئولية المسن نفسه أو رعاته ، ولا نتوقع أن تنفق الحكومة أموالاً على ذلك خاصة وأن الفحص الدوري غير مكلف وعائده أكبر كثيراً من نفقاته . وأكبر أعدائه خوفنا من اكتشاف المجهول ، وميلنا إلى تأجيل المصيبة حتى تحدث ، ويمكن لطبيب العائلة أو أي طبيب على وعي بصحة المسنين أن يعرف ماذا يفعل في هذا المجال ، إما في عيادته أو عن طريق التاليل والأبحاث والمناظير والأشاعات ولا ننسى طبيب الأسنان ، والمؤكد أن كل فرد هو المسئول عن أخذ المبادرة السنوية للفحص الدوري .

ب) خفض الوزن :

الوزن الزائد - وأبسط مظاهره " الكرش " - يعني أنك تبتلع سعرات - طعاماً أو شراباً - أكثر مما تحرق نشاطاً يساعدك على ذلك الاستعداد الوراثي والتقدم في العمر . ولعلك الآن مستعد لأن تقدر همية منع حدوث أو الاحتفاظ بهذا الوزن الزائد وفي حاجة إلى أن تعرف كيف؟ والإجابة ببساطة هي ممارسة حساب الداخل والفاقد من السعرات الحرارية . استشر طبيبك أو أخصائي تغذية عن السعرات المسموح لك بها ولا تتجاوزها .

ولكي تحول هذه السعرات إلى وجبات صحية إليك بعض الخطوط العامة:

- ابدأ بملء معدتك من الخبز والخضروات والفواكه .
- ابتعد تماما عن الغذاء الغني بالدهن ، وليكن الطعام إما مشويا أو على البخار .
- تدرج في تعويد نفسك على الغذاء الجديد .
- لا تملأ طبقك ولا تعد ملأه لا تستغل البوفيه المفتوح .
- كل ببطء وتمهل تأكل أقل .

وإلى جوار نوع وكمية الغذاء المطلوب للمحافظة على الوزن أو إنقاصه يجب أن يكون لديك هدف واقعي من ناحية الوزن أو شكل الجسم الذي تريده ويمكنك الوصول إليه والمحافظة عليه وكذلك يجب معرفة الوقت المطلوب للوصول إلى هذا الهدف .

من ذلك يتضح أن الوزن الزائد والكرش مرفوضان تماما والعودة إلى الوزن الصحي سهل وممكن المطلوب فقط استشارة المختص ، والبدء بالعمل فورا وهذا في يدك أنت .

(ج) مزاولة النشاط الرياضي :

نرجو أن نوجه الاهتمام إلى أن أي عضو لا تستعمله بما يكفي يضمحل ويضعف وهذا ينطبق على العضلات وعلى العظام مثلا أي وظيفة لا تستعملها بما يكفي تذبل وهذا ينطبق على الذاكرة مثلا أي درجة عامة من اللياقة البدنية لا نخدمها بالاستعمال أو التدريب نفقدها وهذا ينطبق على الاحتمال والقوة والمرونة مثلا. إذن لا خيار أمامك في أهمية إبقاء أجهزتك ووظائفك في حالة نشاط دائم ضمانا لكفاءتها الوظيفية والخيار الوحيد المتاح لديك هو بين تعديل أسلوب حياتك ليشم هذه الأنشطة . بحيث نطمئن عليها دائما وتلقائيا . وبين أن تفرغ مساحات من حياتك لخدمة وصيانة هذه الأجهزة والوظائف بالتدريب المخطط .

ولعل هذه المقدمة قد أزلت من ذهنك وهما كبيرا اسمه " حاجة المسن إلى الراحة التي افتقدها طول عمره " لقد وصل المسن إلى هذا العمر لأنه كان نشيطا ولا بد أن يبقى نشيطا لستمع بشيخوخته .

قلة استعمال الأعضاء والوظائف هو العنصر الثاني المضاف إلى المرض ليحدث العجز في المسنين نذكر هنا السمنة والكرس والإصابة باسكر ، وهشاشة العظام ، وضغط الدم ودهنيات الدم المرتفعة المختلفة وأمراض القلب .

هل بإمكانك ترشيح " وصفة " نشاط أو تمرين للمسنين كما في الغذاء مثلا ؟
المبدأ الأول : القليل الدائم هو الخير المستمر والمؤثر الحقيقي على الصحة فمثلا ثلاثون دقيقة من المشي أربع مرات أسبوعيا قد تكفي لضمان لياقة بدنية معقولة لكل المسنين ويناسب هذا النظام حتى الرضى والطاعين في السن والتنوع أو كبدل يمكن ركبو الدراجة أو السباحة أو عمل تمرينات أبروبيك في الماء .

المبدأ الثاني : لترشيد هذا البرنامج ابدأ باستشارة طبيبك لتقييم حالة أجهزتك وإعطاء الضوء الأخضر ولكن هذا ليس ضروريا دائما ويمكن أن تستعيز عنه بالبدء في التدريب بطيئا خفيفا ثم تدرج في الشدة .

المبدأ الثالث : تأكد انك تمارس الأنواع الثلاثة من الأنشطة وهي التحمل للقلب والتنفس ، أو ما يسمى بالأبروبيك وأفضلها المشي . تقوية العضلات وأفضلها حمل الأثقال المناسبة طبعاً والمرونة والاتزان والرشاقة وأفضلها الرقص ونظ الحبل والكرة الطبية .

المبدأ الرابع : سواء أدخلت هذه الأنشطة في فعاليات حياتك اليومية أو خصصت لها وقتاً مستقطعاً من روتينك الأصلي فعليك بالصبر والاستمرار بالأهل والأصدقاء لمساندة هذا البرنامج حتى يؤدي ثماره .

هل من أخبار طيبة عن نتائج بحوث اكدت وجود عائد صحي ونفسي لممارسة هذه التمارين والأنشطة ؟

نعم هناك قائمة بالأمراض التي ثبت ارتباطها بدرجة النشاط وتستخدم فيها التمرينات الرياضية وقاية وعاجاً فمثلاً :

تمرين المسنين على النشاط البدني يدعم الاستفادة بالأنسولين . وإذا أضيف إلى التمرين إنقاص الوزن ضعفت فرص حدوث مرض السكر .

أداء التمرينات بالنسبة للمسنين جزء من نظام علاج ارتفاع ضغط الدم البسيط والمتوسط وكذلك لمنع وعلاج مرض القلب .
 حتى في التهاب المفاصل تفيد التمرينات كثيرا .
 التمرين في الشباب يقوى العظام ويقلل الهشاشة بعد الإياس .
 حتى السرطان ثبت أنه أكثر فيمن تتصف حياتهم بالكسل وقلة النشاط .
 (د) التغذية :

يقع الغذاء على رأس قائمة المحددات للصحة والسعادة في جميع الأعمار . ومع أن الجميع يأكلون عدة مرات يوميا إلا أن الثقافة الغذائية الغائبة عن الأغلبية تسمح بإهدار شديد للصحة ومعاناة لا لزوم لها .
 حدثنا عما يجب أن يأكله المسن بالذات ؟
 في جميع الأعمار الغذاء المتوازن المتكامل يجب أن يضم مقادير معينة من كل من ست مجموعات محددة هي كل ما تشتهي الأنفس وتسرع العيون وتضمن الصحة والسعادة أي الصحة الجسمية والنفسية .
 ما يتغير في هذه الوصفة الغذائية الثابتة بتغيير العمر أو الجنس أو الوزن أو النشاط هو مجرد التمثيل النسبي لكل مجموعة ضمن الوصفة الكلية .
 وفيما يلي الوصفة الغذائية لوجبة مسن تجاوز الستين عاما مثلا شاملة اسم المجموعة الغذائية والمقادير الضرورية من كل مجموعة وسنميز بعض المجموعات بنجمة دليلا على أن لها وزنا مميذا في هذا العمر ولاحتوائها على العناصر النادرة .

المقدار (1)	المجموعة الغذائية
* 6-11	1- الخبز والأرز والمكرونات والحبوب .
* 3-5	2- الخضروات

3- الفاكهة	*2-4
4- اللبن والزبادي والجبنه	*2-3
5- اللحم والدجاج والسّمك والبقول المجففة والبيض والمكسرات	*2-3
6- الدهون والزيوت والحلويات	بتقدير وشح

(1) المقدار في هذا المجال يتعدد بوزن ونشاط المسن تحت إشراف طبي.
* هذه الأغذية هي الأكثر أهمية ولا يمكن الاستغناء عنها ويجب البدء بها عند تناول الطعام .

هذه المجموعات الست تحتوي على ما يسمى في الأدبيات العلمية (ماكرو وميكرو - عناصر غذائية) وأشهرها هذه الأيام فيتامين " د ، ب12 الكالسيوم الزنك وهي عظيمة الأثر على الصحة خصوصا للمسنين هذه المجموعات الثلاث المميزة يطلقون عليها الآن " الأغذية السوبر " وهي حقا كذلك .

والآن النظر إلى هذه الوصفة وانظر أين غذاؤك منها وتحدث بخصوصها إلى طبيبك أو ممرضتك أو أخصائي التغذية وستجني خيرا كثيرا ستلاحظ أن احتياجاتك الغذائية لن تقابلها إلا وصفة شخصية جدا تناسب عمرك ووزنك ودرجة نشاطك وحالة أجهزتك المختلفة وستلاحظ أن توفيق غذائك سيحسن كثيرا من الوظائف والأعراض التي كنت تشكو منها ولا تدري أصلها خذ مثلا تحسن ذاكرتك وقلبك .

هل الجهل وعدم الدراية فقط هو ما يعيب تغذية المسنين ؟ أم أن ظروفهم الصحية والاجتماعية قد تفسد توازنهم الغذائي ؟

كثير من المسنين بهم درجة من العجز تعوقهم عن تناول الغذاء المناسب فقلة الأسنان تجعل المضغ عذابا ، والاكنتاب يقلل الشهية للطعام وقلة وصعوبة الحركة تعوق التسوق للطعام الطازج والعجز يجعل طبخ وجبة ساخنة مستحيلا . وضعف الذاكرة كم ترك طعاما ليفسد على الرف بدون استهلاك كما أن اللبن واللحم والخضروات والفواكه قد تكون أسعارها في غير متناول الكثير من المسنين وعشرات غيرها من العقبات الصغيرة والكبيرة في عملية ضمان حصول السن على الوجبة الصحيحة .

وإذا لاذ المسن بدار ضيافة أو مصحة للمسنين سعياً وراء التخلص من هذه الهموم وضمان وجبة مناسبة تصل إليه في وقتها ، فقد لا يكون ذلك متاحاً ، حيث تكون الوجبات أحياناً متكررة غير مضبوطة الحرارة والمذاق وعليك أن تتحمل عادات المشاركين لك على المائدة ليست هذه دعوة لليأس بقدر ما هي تحريض على التصدي لهذه المشكلات حسب حالة كل مسن .

عليك أيضاً بالتوقف عن التدخين والكحوليات بعد أن تبين أن كليهما ضار وقاتل وليس من ورائه منفعة وأصبح موضوع البحوث والحديث هو كيف توقف من تعود أو أدمن ؟ وكيف نمنع من لم يبدأ ؟ هل ينطبق هذا على المسنين كذلك ؟ وهل هناك هامش للاستفادة الصحية يعادل عذاب الامتناع بعد طول معاقرة للسيجارة والكاس ؟

نعم كل سجارة يتركها المسن وكل قطرة خمر يستغني عنها إضافة إيجابية إلى صحته ونوعية حياته والتقدم في أساليب الإقلاع والامتناع مطرد . كل ما هناك أنه يجب عدم نسيان المسنين ونحن نخطط ونأمل .

(هـ) الخدمة الطبية :

سيظل الطبيب الذي تقطر يداه دماً ورحمة في نفس الوقت ملاذاً نهرع إليه لعلاج ما يصيبنا من ألم أو حمى أو وهن في العصر الحديث تعقدت علاقتنا بهذا " الحكيم " الذي كان باباً مفتوحاً دائماً وبلا مقابل غالباً ، وأصبح اليوم - التمتع بخدماته - يلزمنا ركوب الصعب بعد أن تطور الطب إلى صناعة وتجارة كبرى ، وأصبحت خدمة الطبيب أو الممرضة أو أشباههما سلعة يلزم تدابير ثمنها والحصول على موعد بتسلمها وخلت العلاقة بين المريض ومقدمي الخدمة الطبية من جانبها الشخصي الفردي .

وترجع خصائص الخدمة الطبية للمسن إلى الأولوية التي تعطي للمسنين في المجتمع وإلى خصائص المنظومة العامة للخدمة الطبية للمجتمع عموماً ، وإلى خصوصية صحة المسنين ومن واقع كل المؤشرات فإن السن المصري لا يحصل على الخدمة الطبية المناسب كما وكيفاً ونفقةً فهل هناك أمل في تحسين الوضع؟ وكيف ؟

الملاحظ أنه بالنسبة لصحة المسنين في مصر لا يمارس طب المسنين على نطاق واسع رغم أنه الكفيل بجل كثير من المشكلات الفنية والتمويلية لهذا ننصح بأن يكون بكل جامعة قسم لطب وصحة المسنين وأن ينشر هذا القسم الوعي الكافي ويدرب الكوادر الكافية ويجري البحوث اللازمة .

كذلك من الملاحظ أن الشعب المصري لا يجنب نسبة كافية من دخله للإنفاق على الصحة والطب ولا يستجيب لأثر التضخم وتحديث التكنولوجيا على ارتفاع فاتورة العلاج يظهر أثر ذلك على شريحة المسنين بالذات لأنهم الأكثر احتياجا إلى الإنفاق الطبي الصحي ولهذا يجب أن يزيد الوعي وتنتشر الآليات التي تثري الإنفاق على الصحة وأهم من ذلك ترشده وتراعي أقصى درجات الجدوى الاقتصادية لأي علاج أو تكنولوجيا .

كما أن الشعب المصري لا يمارس بدرجة كافية وفاعلة عمليات التكافل وتقلل الإمكانيات والثروة بين الأجيال بمعنى التوسع في التأمين على الصحة وعلى نفقات صيانتها حيث يدفع الصغار أقساطا للتأمين الآن لكي يستفيد منها الكبار ولهذا يجب دراسة هذه القضية بما يتمشى مع تقاليدنا ، وكلها تحص على التكافل بدون شك .

في البلاد المشابهة لنا فإن نصف تكاليف الحفاظ على صحة المسن تأتي من أنظمة تكافل تحت أسماء مختلفة (تأمين - صناديق زمالة .. الخ) وطبعا تتكفل الهبات والتبرعات والزكاة بحاجة المعدمين ، أو من قصرت إمكانياتهم عن تأمين ضرورياتهم ورغم أن دور الحكومة في الدعم المباشر للمحتاجين والمهمشين موجود ، ولكن تحده أولويات مشاكل أكثر إلحاحا وسوء استخدام لهذه الموارد المحدودة لعيوب في الإدارة أو فجوة في ثقة الجمهور بالدعم المجاني .

ولهذا فإن تطوير الدور الحكومي في مجال طب المسنين هو فرصة هائلة لتحسين أوضاعهم وهناك بوادر طيبة على ذلك منها إضافة موضوع رعاية المسنين إلى طب الأسرة (المنشأ حديثا كذلك) ومنها إتاحة التأمين الصحي الحكومي لشرائح أكبر من المسنين والمتقاعدين واستجابة الصناديق الحكومية

(التأمينات الاجتماعية والصندوق الاجتماعي) إلى احتياجات تمويل صحة المسنين .

والملاحظ أن القطاع الخاص المصري لم ينزل بعد إلى مجال الرعاية الصحية للمسنين برؤية واضحة وعقلية المستثمر الذكي الإنسان لكن رعاية المسنين صناعة ثقيلة مضمونة العائد الاقتصادي والاجتماعي والإلهي صناعة كثيفة العمالة قليلة رأس المال تناسب السوق المصرية حيث اليد العاملة متوفرة والحاجة شديدة وهناك فرص عمل تنافسية تجعلنا نطفوا في بحار العولمة .

مفاهيم طب المسنين الحديث

ولكن ما هي المفاهيم التي يمكننا تطبيقها فوراً 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 وإمكانياتهم المادية المتناقصة . وبإمكان نظم ومؤسسات الصيانة الصحية للمسنين بتركيزها على الوقاية والاكتشاف المبكر للحالات المرضية وتشجيع تعزيز الصحة وكلها قليلة التكاليف نسبياً 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 تماماً لعدة أسباب منها :

1- الروتين اليومي في المستشفيات مزعج للمسن ولا يتحملة أياماً طويلة

(مواعيد النوم ونوع الطعام .. الخ) .

2- 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 التمرريض بثقل إلى البيوت وتحصن الممرضات بأسوار المستشفيات ولكن هذا وضع عابر مؤقت ومصيره التغيير ليوأكب العصر بعد حل بعض المشكلات الخاصة به من وعي وتدريب وتنظيم وأمن .

3- 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 وتنشأ 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 (1959) بأنها تعمل على تويل المشاكل الشخصية إلى قضايا عامة .

والحقيقة أن المشاكل الشخصية لا تصبح اجتماعية إلا إذا شملت أعدادا كثيرة من أفراد المجتمع . وبالنسبة للأعداد المتزايدة والمطرده 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 مسئولية 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 مقبولا ونحن في الربع الأخير من القرن العشرين أن نترك أي مجموعة من الناس بغير ضمان الرعاية المناسبة لهم .

وقد نصت المادة (25) 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 مقبل 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 33 لعام 1978 الدعوة إلى تجمع عالمي في عام 1982 ، بهدف دراسة الشيخوخة وكبار السن ، ووضع برنامج عمل لضمان الأمان الاجتماعي والاقتصادي لهذه الفئة وإتاحة 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 26 يوليو حتى 6 أغسطس 1982 .. 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 سرادقها 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 قائلا : 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 :

1- 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 .

2- 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 الجسدية والثقافية والصحية 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 .

3- 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 ربوات 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 .

4- 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 .

5- إشباع حاجات المسنين :

ويوصي 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 .

6- 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 .

7- 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 .

8- التربية :

وقد أكد المؤتمر على الحاجة إلى مساعدة المسنين بأعدادهم لهذه المرحلة العمرية لكي يستطيعوا المشاركة في الدخل والقيام بالأنشطة حتى يصبحوا أكثر اعتمادا على أنفسهم وأن يكونوا مكثفين 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 .

9- 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 جسدي ونفسي واجتماعي لابد 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 .

مسئوليات رعاية المسنين

أولا مسؤولية الأبناء

الرابطة الأسرية :

قليل من الناس عامتهم وخاصتهم لا يوافقون على فكرة أن للرباط الأسري أهميته
الخاصة بالنسبة لكبار السن ، والواقع أننا نعتمد - أن صوابا أو خطأ - على
الروابط الأسرية التي تقوم على الحب والالتزام بتعويض ما يعجز عنه المجتمع ،
في سبيل سعادة مواطنينا كبار السن .. فالأهل والأقارب قد يقومون بدور مهم في
سبيل الوفاء بحاجات المسنين الصحية أو المالية ، على شكل خدمات أو هدايا
أو إسهامات مالية .. كما أن باستطاعتهم أن يوفرُوا الحنان والرفقة للمسنين في
وقت يكون فيه مجتمع الفرد المسن محاطا بالمعوقات المالية . وفي الوقت الذي
نعترف فيه بأن الصداقة ذات سعة عابرة تتوقف على المصالح المشتركة
والتجاور الجغرافي - فإننا نميل دائما إلى اعتبار أن العلاقات الأسرية ذات طابع
مستديم وبالتالي فهي صالحة لأشباع حاجة الفرد على مدى الحياة .

والواقع أن معظم الأسر ترعى كبار السن من الأقارب ولكن هناك كثيرا من
المسنين لا أسر لهم ، وكثيرين آخرين أعضاء في أسر سادها سوء التوافق
والتوتر طول حياتهم حتى متى حدث تغيير في السلوك أو مرض ، كان ذلك عاملا
على فصم هذا الرباط المتوتر .. كذلك فعلى الرغم من ان الأبناء والبنات يرتبطون
ارتباط الدم بآبائهم وأمهاتهم وأجدادهم وجداتهم ، فإن تلك الفطرة أو الارتباط
الدموي لا يكفي وحده لكي يكون أداة نافعة ناجحة في رعاية الشيخوخة - ذلك

أن الفطرة أو الارتباط الدموي بمثابة الخامة التي تحتاج بعد توافرها إلى تصنيع وصقل وتدريب على كيفية الرعاية الصالحة بعد إحراز تفهم وبصيرة بطبيعة الشيوخة . وبعد الوقوف على خصائصها العارضة وسماتها الثابتة .

فمن المعروف أنه نظرا للرباط الدموي نجد أنه لا أحد غير الأبناء والبنات يستطيع أن يوفر لهم الحنان والعطف والرعاية النفسية مهما بلغ من الحنق في فن رعاية الشيوخ . ذلك أن الشيخ يتلذذ أو يحس بالسعادة والطمأنينة والشبع النفسي والدفاء العاطفي إذا هو أحس بأن ابنائه وبناته بارون به ، ومتعلقون بشخصه وحريصون على راحته ومهتمون بمصالحه ، فمهما قدم الشيخ من صنوف الحب والمودة والرعاية والعناية فإنه لا يستطيع أن يستغني بحال من الأحوال عن مودة وتعاطف وحنان أبنائه وبناته .

التغير الاجتماعي ورعاية الأبناء للمسنين :

يرى بعض الباحثين الغربيين أن التغيرات التاريخية في الأسرة هي المسئولة عن كثير من المشاكل التي يواجهها المسنون اليوم ، وهم يشيرون إلى ماض أصبح أسطوريا ، عندما كان الأجداد أعضاء مساهمين في أسر تضم ثلاثة أجيال يتمتعون فيها بخيرات الأبناء والأحفاد وأقربين بصحبتهم .

ولسوء الحظ فإن وسائل الإعلام اليوم أصبحت حافلة بأخبار كبار السن الذين يقاسون من الوحدة والعوز ، وقد هجرهم الأبناء والأقربون ليستقروا في ملاجئ أو حجرات فوق الأسطح ، أو تحت الأرض بعد أن جردوا من الإحساس بالقيمة والنفع . واذكر على سبيل المثال المسلسل التلفزيوني المصري " بابا عبده " الذي كانت له مكانته في الأسرة وكيف كان الأمر الناهي والمحب المتفاني لتوصيل أبنائه إلى المراكز الاجتماعية المرموقة ، ثم كيف انقلب الوضع ليصبح متسولا لحب أبنائه وعطفهم عليه حيث شغلتهم الحياة .

فالظروف المادية التي فرضتها تطورات الحياة الحديثة بمشاكلها وأزماتها جعلت أبناء هذا العصر لا يفكرون إلا في الأشياء التي تمسك بها أيديهم والتي يستطيعون حصرها بالأرقام ، ومن ثم فإن روح البحث والسعي والكد المستمر ومحاولة تحقيق أكبر كسب ممكن وفي أقصر وقت ممكن لم يترك للأبناء والأحفاد

وقتا لرعاية أب عجوز أو جسد هرم ، وأصبحت التضحية المقدمة للشيخوخة إنما هي تضحية في الهواء وليس وراءها عائد نفعي مباشر . أو غير مباشر وأصبح الجميع ينظرون إلى جيل الأجداد باعتباره جيل تقضي به الأيام القليلة القادمة إلى الموت فهو في انحطاط وليس في ارتفاع وفي تقهقر وليس في تقدم .

فإن العصر الحديث يقيس كل دقيقة بالفائدة والضرر ، وما يقدم من عطاء يكون في ضوء المنفعة .. وبذلك كثر السفر والانتقال والابتعاد عن الأباء وتفرق جميع الأبناء بعد زواجهم وترك العجوز وحيدا يطل عليه أحد أبنائه بين الحين والحين ليسأله عن صحته أو عن أحواله في الوقت الذي هو في مسيس الحاجة لوجود من يقوم على رعايته على الأقل من الناحية الصحية وتناول الأدوية في مواعيدها المحددة أو الأخط بيده في ذهابه وإيابه داخل البيت .

ثم أن الظروف التي تمر بها المرأة المعاصرة قد اختلفت عما كانت عليه فيما مضى بعد أن تحررت من العديد من المظاهر التي كانت تشل تقدمها ونموها الاجتماعي ، فخرجت إلى الحياة العملية ومن ثم أصبحت في حاجة إلى أن تنعم بالهدوء في بيتها بعد عناء العمل الطويل حيث لم تعد بعد الألم التي يفرض عليها أن تقوم بخدمة الرجل وأمه وأبيه مهما كانت رغبتها الذاتية من حيث رضاها عن هذا العمل أم عدم رضاها عنه .

ثم ظروف المدينة المرهقة من التزامم والتكتلات بكل شبر في المدينة كما نجد أن الناس في المدينة لا يحب الواحد منهم زحام الآخر ويفر إلى بيته الذي ينعم فيه بالراحة لا يريد فيه سوى زوجته وأبنائه الصغار .. بعكس البيئة الريفية التي يعيش فيها القروي طوال يومه في حقله يحس بالوحشة فيجد نفسه في شوق إلى معاشرته الناس والحديث معهم عندما يعود إلى البيت . ومن ثم يريد أن يجد بيته مزدحما بأكثر عدد من الناس حتى يشفي غليله من الشوق إلى الناس .

والأكثر من ذلك كله ضعف الواعظ الديني وسط هذا العالم المادي اليوم فليس هناك إلا القلة القليلة ممن يكتنون لأنفسهم كنوزا للأخرة ليحصلوا على أضعاف ما قدمت أيديهم - فقديمًا كان الناس يخدمون الشيوخ والضعفاء طمعا في ثواب يحظون به في الدار الآخرة ، بالإضافة إلى قيم نشئوا عليها وأصبحت جزءا من

ثقافتهم ، ولا شك أن الجميع في كل مكان يحسون الآن بالأثر الذي خلفه الابتعاد عن الدين وتجاهل القيمة الخلقية فيما يعاني منه العالم اليوم من انحرافات . ومع هذه التغيرات الاجتماعية في بنية الأسرة والرابطة الأسرية والمعاناة التي يعاني منها المسنون في معظم دول العالم نتيجة لذلك ، فإننا نعود فنقول : أن الاختلاف الفعلي بين مجتمعنا المصري وهو المجتمع الذي نعرفه بأنه مجتمع إسلامي وبين المجتمع الغربي ، إنما يتركز أساسا على الأسرة . ولدينا معايير وتقاليده وقيم أسرية تقوم على احترام الكبار والحب المتبادل بين أفراد الأسرة والواقع في هذه هي سمات المجتمع الريفي فإن هذه الظاهرة لن تضعف إلا إذا كان الأبناء والبنات مضطرين للانتقال إلى حيث تدعوهم ظروف عملهم. الدين ورعاية المسنين :

إن الأديان عموما تعمل على تعزيز التضامن الأسري بطريقة مباشرة ومن تعاليم جميع الأديان السماوية احترام الكبار ، وخاصة الوالدين .. وحث الوالدين على الإنجاب وتربية الذرية بالطريقة الصحيحة .

إن كل جانب من شعائر الإسلام له تأثير عميق في حياة المسلم حيث يؤدي دورا مهما في تشكيل سلوكه وللدين تأثير قوي وأثر عميق في حياة المسلم العامة والخاصة . وسلوك المسلم منبثق من دينه الذي يوفر له صورة عملية تلهمه في أدق تفاصيل حياته .

فالإسلام ليس عقيدة فحسب ، ولكنه نظام اجتماعي ينظر إلى المجتمع ككل ولا يكتفي بوضع القوانين والقواعد ولكنه يشرع أيضا للأخلاقيات والزواج والعلاقات الإنسانية . ومن دلائل ذلك قول الله تعالى في كتابه الكريم :

" وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحسانا " إما يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما ، وقل لهما قولا كريما واخفض لهما جناح الذل من الرحمة ، وقل رب ارحمهما كما ربياني صغيرا " صدق الله العظيم .

وقوله تعالى : " أن أشكر لي ولوالديك إلى المصير " صدق الله العظيم وقد أوصى الرسول صلى الله عليه وسلم في كثير من الأحاديث النبوية برعاية الوالدين وبرهما في الكثير من ذلك عن أبي هريرة عن النبي صلى الله عليه وسلم

أنه قال : رغم أنف ثم رغم أنف ثم رغم أنف رجل أدرك أبويه أو كلاهما عند الكبر ولم يدخل الجنة .

وذكر الرسول صلى الله عليه وسلم الكثير من الأحاديث التي تحث جميع المسلمين على رعاية المسنين من ذلك قوله صلى الله عليه وسلم " ما أكرم شاب شيخا لسنه إلا قيض الله له من يكرمه عند سنه ، وقوله " ليس منا من لم يكرم صغيرنا ويوقر كبيرنا ، ويأمر بالمعروف وينهي عن المنكر " . وهكذا كانت رعاية الأبناء والأبء المسنين من أهم التعاليم الدينية التي يتمسك بها المسلم من ثم كانت واجبة عليهم .

ثانيا : مسؤولية الدولة

تقف مسألة رعاية الدولة للمسنين ضمن موضوعات الساعة التي يجب أن تسترعي أنتباه المسؤولين واهتماماتهم والتي يجب أن ينادي بها المشتغلون في ميادين التربية والخدمات الاجتماعية ، فلم تعد النظرة إلى كبار السن في المجتمعات الحديثة نظرة إهمال ، أو نظر إشفاق - بل أصبحت النظرة إلى هذه الفئة نظرة اهتمام ورعاية مثمرة .

وتسند مسؤولية الدولة في رعاية المسنين إلى ما جاء به الدستور الدائم لجمهورية مصر العربية من التزام الدولة بالتضامن والتأمين الاجتماعي عند البطالة والعجز والشيخوخة فقد نصت المادة (7) من الدستور إلى أن المجتمع المصري مجتمع يقوم على التضامن الاجتماعي ونصت المادة (17) منه على أن الدولة تكفل خدمات التأمين الاجتماعي والصحي ، ومعاشات العجز عن العمل وبالطالة والشيخوخة للمواطنين جميعا وذلك وفقا للقانون .

هنا ينبغي الإشارة إلى موقف الدولة من رعاية المسنين والخدمات التي تقدمها للشيخوخة ليس من موقف التطوع لفعل الخير ، بل تمثل الالتزام من أجهزتها بتلك الرعاية ، كما تلزم المسنين أنفسهم للخضوع لها وذلك بما تضعه من نظم ولوائح منظمة لذلك الرعاية .

لذلك فإهنا نتناول مسؤولية الدولة من خلال النقاط الآتية :

- 1- الأسس التي ينبغي أن تستند إليها مسؤولية الدولة في الرعاية .
- 2- الجهود التي تقوم بها الدولة في رعاية المسنين .

1- الأسس التي يجب أن تستند إليها مسؤولية الدولة في الرعاية :
يجب أن تقوم رعاية الدولة للمسنين على أسس علمية حتى تضمن لنفسها النجاح من هذه الأسس ما يلي :

أن تضع أهداف محددة تبغي تحقيق السعادة والرخاء والأمل لكبار السن وأن تأخذ بالأسلوب العلمي في تقديم خدمات رعاية المسنين .

فينبغي على الدولة دراسة الحقائق النفسية والعقلية للمسنين والظروف الاجتماعية والاقتصادية والبيئية التي يعيشون فيها كما أن عليها الاستفادة من الخبرات الناجحة للدول الأخرى في مجال رعاية المسنين ونقل تلك الخبرات والاستفادة منها .

يجب أن تقوم رعاية المسنين على أساس تعاوني لهذا يجب أن تقوم المؤسسات الأهلية بدور فعال في هذا المجال مع تقديم الإعانات والإشراف المالي من قبل الدولة والسير جنباً إلى جنب في خطوط مشتركة بين الدولة والمؤسسات الخاصة. وأن تبادر الدولة بإعنا المبادئ واللوائح المنظمة لتلك الرعاية سواء على المستوى الخاص أم المستوى الحكومي .

يجب أن يكون الأساس الاقتصادي واضحاً ، فمن الضروري قبل قيام مشروعات رعاية الشيخوخة القيام بدراسة مستفيضة وواقعية ومستقبلية قبل إخراج المشروع إلى حيز التنفيذ وحتى قبل عرضه للمناقشة وذلك من حيث تكاليف إنشائه وما يجب أن يتوافر له من مال لمداومة الإنفاق عليه .

كما يجب مراعاة حصول كل شخص مسن على ما يتناسب وحالته ومكانته الاجتماعية ولذا يجب أن يتوافر بمؤسسة الشيخوخة درجات ومستويات بحيث لا تترك الرعاية للظروف والمصادفات .

كما أنه لا بد للدولة من العمل على إعداد طائفة المسؤولين عن رعاية الشيخوخة من أطباء وخصائيين نفسيين وخصائيين اجتماعيين ورجال إحصاء ومتخصصين في الشؤون الاجتماعية المتعلقة بالمسنين ومشكلاتهم .

دور الحكومة في رعاية كبار السن :

سنشير هنا بصفة عامة إلى أن الدولة تبذل قصاري جهدها في سبيل رعاية المسنين على :

- توسيع مظلة التأمينات الاجتماعية ، والضمان الاجتماعي، والرعاية الاقتصادية لتشمل جميع المسنين في مصر .
- التوسع في إنشاء دور وأندية رعاية المسنين وتوفير الخدمات اللازمة لسعادتهم ورفائهم .
- إعداد ونشر المعلومات عن الاكتمال وكبر السن وعن السكان السنين وكذلك توفير الكتب والمادة العلمية اللازمة لفهم كبار السن والمعلومات التي تقدم لهم هم شخصيا .
- تعين أوجه النشاط المدعم من جانب الحكومة مع الموارد المتاحة في هذا المضمار وتزيد المسن بما يمكنه من مواجهة احتياجاته بنفسه وكذلك تقديم المساعدة لأولئك الذين لا يستطيعون ذاك بأنفسهم .
- المداومة بتقديم معلومات دورية من المستفيدين من برامج الضمان الاجتماعي ونوع ومقدار الخدمات والفائد الأخرى .
- الاهتمام بالمسح الصحي القومي الخاص بالمسنين والأوضاع الخاصة بالصحة والمرض والعجز .
- توفير الإرشادات الخاصة بكبر السن والكهولة لتكون مرشدا ومعينا لهم ولمن يقوم برعايتهم وذلك فيما يتعلق بخصوص العناية بهم في المنزل والتغذية اللازمة لهم والرعاية عن طريق اختيار الغذاء المناسب والدواء اللازم مع الوقاية من الأمراض والرعاية في حالات المرض .

ثالثا : مسئولية المؤسسات الخاصة

المؤسسات الخاصة عبارة عن هيئات أهلية مستقلة لا تخضع للإشراف المباشر للدولة بل تنشأ أساسا نتيجة حاجة اجتماعية ملحة تجد لها أصداء فيما يقبل

عليه بعض الأهالي أو بعض الهيئات الاجتماعية ، لسد مطالب تلك الحاجة الاجتماعية الملحة .

وفي البداية يكون الباعث لإنشاء المؤسسات الخاصة باعثة صحيحا . ذلك أن الشيخوخة قد ارتبطت في الأذهان بمجموعة من الأمراض التي تحتاج إلى مواظبة على تناول الدواء أو العقاقير والحقن بل الانتظام على صنوف معينة من الطعام التي تخلو من الدسم ، ومن المواد الحريقة مما لا يتوافر تجهيزه بالأسرة .

وأن الظروف النفسية والبيئية تأتي بأثار ضارة وخيمة على صحته وتدفعه إلى الانهيار التام أو قد تقضي به إلى الموت ولذلك يحسن أن نوضح أهم دور يجب أن تقوم به هذه المؤسسات .
دور المؤسسات الخاصة :

إن المؤسسات لخاصة تعلق دورا مهما وأساسيا في مواجهة التحدي الذي يلقاه كبار السن من أعضائها .. فتحاول جاهدة أن تستوعب كل الرغبات والمهارات والمعارف والخبرات المطلوبة لمعاونه الشخص المتقدم في السن ليعيش إلى آخر عمره سعيدا يحيى في مستوى صحي ملائم .. ومن ثم فإن ذلك يتطلب البحث عن إشباع حاجات المسنين وتوفير الرعاية الصحية والخدمات الإسكانية والترويحية والإرشادية والتوظيفية والمساعدات المالية . ويتطلع المسنون إلى مثل هذه الخدمات خصوصا في السن التي لا تسمح بالانتقال من دورهم الين عاشوا فيها مستقلين إلى دور أخرى يقيمون فيها مع الغير .

وتقوم هذه المؤسسات بهذا الدور من خلال :

- الأنشطة الترويحية التي تقدم للمسنين والندوات الدراسية ومعارض الهوايات المختلفة .

- فرص الكسب وذلك بالإشراف على بعض البرامج لإعادة التكيف توطئة لاعادتهم إلى سوق العمل مرة أخرى بعد فترة من الركود .

- تقديم برامج مناسبة للمسنين حيث يجدون الفرصة لإبراز مواهبهم و اكتشاف استعداداتهم ، كما يجدون المناسبات التي يستفيدون فيها من شتى أنواع الخدمات أو يتمكنون عن طريقها من الرحلات والأسفار .

- دراسة وتحسين الظروف البيئية التي تحيط بالعجزة من المسنين أو الطاعنين في السن وبحث المشكلات النفسية والصحية وعلاج الأمراض المختلفة وذلك من خلال توجيه الدعوة لأشخاص من مجالات مختلفة .
هذا .. وكلما ثبت نجاح مؤسسات القطاع الخاص في النهوض برعاية المسنين كان ذلك أدهى إلى تهيئة وبلورة العام حول أهدافها وأهميتها .. ومن ثم تتخ هذه التجارب كقاعدة للتعمير ، ولكن هذه المؤسسات لا تخلو من بعض العيوب سوف نذكر أهمها .
عيوب المؤسسات الخاصة :

من عيوب المؤسسات الاجتماعية الخاصة في مجال رعاية المسنين ما يلي :
- أنها تميل إلى التوقع والانعزالية بعيدا عن الخبرات العالمية في مجال رعاية الشيخوخة ، فأمكاناتها لا تسمح لها بالبحث عما توصل إليه العالم المتحضر بالخارج ، من خبرات ومهارات وما تم اختراعه من أجهزة وأدوات .
- أن أي تدخل من جانب الدولة في شئونها للإشراف عليها إنما يكون ضارا وليس في مصلحتها ويكون مقيدا لتقدمها واستمرار ديناميتها وتطورها .
- أن بعض هذه المؤسسات تبدأ بباعث إنساني ، ولكنها ما تفنأ تنحدر إلى مستوى الاستغلال والجري وراء الربح .
- من المؤسف أن غالبية المؤسسات الخاصة تكون معلقة بشخصية منشئها فما أن يموت إلا ونجد من يقومون بعده ليس لديهم الإيمان برسالة المؤسسة ومن ثم تنحرف عن أهدافها .

رابعا : إقامة دور رعاية المسنين

مع أن التدخل القومي لرعاية كبار السن أكثر شرعية من التدخل لرعاية فئات السن الأخرى ، إلا أن الرعاية التي تقدم لهم ما تزال حتى اليوم بعيدة عن المستوى الملائم ، بعد الكثير من البحث والدراسة والتأمل ، ومراجعة التجارب والخبرات السابقة ، استقر الرأي على أن الحل الوحيد الذي يمكن تنفيذه فورا للتغلب على كل هذه الصعوبات هو العمل على تلبية احتياجات المسنين وفي الوقت نفسه استغلال طاقة بشرية معطلة هي طاقة المسنين القادرين على العمل

، وهي طاقة لا يستهان بها ، ومن الممكن استثمارها في التنمية القومية في المجالين الاقتصادي والاجتماعي ويقتضي هذا الحل التوسع في إنشاء دور المسنين .

ورغم أن فكرة إقامة دور رعاية المسنين في مصر ليست جديدة إذ كانت أور دار تنشأ هي : دار العجزة اليونانية في عام 1890 ، تليها دار مريم العذراء في عام 1891 ، ثم دار العجزة الألمانية في عام 1986 - وإقيمت بعد ذلك عدة دور كانت كلها لجاليات أو جمعيات أجنبية ، إلى أن أنشئت أول دار وطنية في أوائل الستينات واستمر النشاط في هذا المجال بطيئا متغيرا ، ويكاد يقتصر على المشروعات الخاصة .

ففي نهاية عام 1981 بلغ عدد دور المسنين في مصر 35 دارا على مستوى الجمهورية تتسع لعدد 1722 نزيلا بمتوسط 85 نزيلا للدار .

وبالرغم من ضآلة العدد علينا أن نستبعد منه 12 دارا تتسع لعدد 1030 نزيلا كلهم مملوكة لجاليات أو جمعيات خيرية أجنبية ، بذلك يصبح عدد الدور الوطنية 23 ، دارا جلة ما تتسع له لا يتجاوز 700 نزيل بمتوسط 30 نزيلا للدار وهذا العدد موزع كالاتي :

ملاحظات	عدد النزلاء	عدد الدور	
منها 6 دور مجانية تتسم 165 نزيلا.	185	7	الأقاليم
منها دارا مجانية تضم 60 نزيلا	75	4	الإسكندرية
منها 5 دور مجانية تضم 360 نزيلا .	442	12	القاهرة

وبمعنى ذلك : أن القاهرة الكبرى ليس بها سوى (7) دور بالأجر تضم 182 نزيلا ومما يدعو للأسف جدا أن معظم هذه الدور بصرف النظر عن مستواها المادي ، تقتصر على توفير المسكن والمأكل فقط دون أي رعاية أخرى أو احتياجات أخرى ضرورية لمن في هذا السن .

وعندما نطالب بالتوسع في إنشاء دور المسنين لا نهدف إلى إنشاء ملاجئ للعجزة ولا فنادق فخمة مثل ذلك الفندق الذي أقيم في مصر الجديدة (الـ 5 نجوم) والذي أقامته إحدى الجمعيات بالاشتراك مع وزارة الشؤون الاجتماعية .

وبلغت تكاليفه حتى الآن - أكثر من أربعة ملايين جنيه ، ساهمت الوزارة بحوالي النصف فيه . أن مبلغ كهذا كان كفيلا بإقامة 20 دار متوسطة تضم مالا يقال عن 2000 مسن من متوسطي الدخل .

ومن قبيل العلم بالشء لا للمقارنة ، نقدم فيما يلي إحصائية عن دور المسنين في الولايات المتحدة الأمريكية في عام 1970 (200 مليون نسمة) .

نوع الملكية	عدد الدور	عدد النزلاء
حكومية	960	95.390
خاصة	10987	692.222
خيرية	793	67.333
غيرها	2133	156.147
—	—	—

من هذا البيان يتضح أن الحكومة أقامت 15% من مجموع الدور وهذه النسبة تضم 11% من إجمالي النزلاء بمعدل 100 نزيل للدار ، في حين أن القطاع الخاص يملك 73% من إجمالي عدد الدور يضم 70% من إجمالي عدد النزلاء بمتوسط 62 نزيلا للدار والمؤشر الواضح أن هذا العدد يدخل في نطاق المشروعات الاستثمارية التي تهدف إلى الربح . وبهذه المناسبة تقرر هنا ما قالته " ماري أوليد مندلسون " التي تعد من أشهر النقاد الاجتماعيين في أمريكا انتقادا لدور المسنين الخاصة " أنها أقيمت على أسس تنوء تحت ثقل المكاسب الهائلة مع سوء معاملة النزلاء في الوقتالي تعتبر فيه الحكومة شريكا صامتا .. وأن بعض هذه الدور يستتر فيها المالك الحقيقي وراء شخصية إدارية ، الأمر الذي أدى إلى انتشار الرشاوي واستغلال النزلاء من حيث خفض تكاليف الرعاية والتلاعب مع الموردين (انجازات وزارة التأمينات والشئون الاجتماعية 1981).

وإذا كنا نطالب بزيادة أعداد مؤسسات ودور رعاية المسنين في مصر لاستيعاب أكبر عدد من النزلاء المسنين فمن المعلوم أن نوعيات هذه الدور تتأثر قطاعا بمواردها المالية ، وبتنظيم الدار ومختلف الأنشطة الاجتماعية والاقتصادية التي تقدمها سواء كانت منتجة أو لمجرد الترويح وفضلا عن نصيب الدولة من الالتزام

بواجب دعم وتنشيط كل محاولة تهدف لتلبية احتياجات المسنين ، فإن المواطنين القادرين . لا بد وأن يشاركوا في هذا الالتزام وأنه لمن دواعي سعادتنا أن نشير هنا إلى الجهود التي قامت بها وزارة الشؤون الاجتماعية مع المؤسسات الخيرية . والجدير بالذكر أن كلا من وزارة الشؤون الاجتماعية ، وبنك ناصر الاجتماعي ، لا يضمنان بالمساعدة والدعم لتنفي مثل هذه المشروعات .

هذا ونرى - أنه لتكثيف الجهود المبذولة في هذا المجال ، وأحكام الإشراف عليها يجب أن ينشأ فوراً " مجلس أعلى لرعاية المسنين " على قرار المجلس الأعلى لرعاية الشباب والمجلس الأعلى للثقافة والمجلس الأعلى للفنون والآداب وغيرها .

ولقد سبق أن عرض على مجلس الشعب مشروع بقانون لإنشاء نقابة لأصحاب المعاشات ، ولكننا نرى أن النقابات بصفة عامة تختص بفئات متجانسة وعاملة ونرى أن ما يحتاجه كبار السن - سواء كانوا من العاملين السابقين أو لم يكونوا منهم - هو الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية ، التي يجب أن يقوم بها متخصصون ، ولذلك نقترح بضرورة إنشاء المجلس الأعلى لرعاية كبار السن ، على أن يكون تابعا لرئاسة الجمهورية ، ضمن المجالس القومية المتخصصة وأن يكون نصف أعضائه على الأقل ممن جاوزا السنين ومن ذوى الخبرات والتخصصات العلمية المناسبة .

على أن يختص هذا المجلس بالآتي :

- الإشراف المباشر على كل الأنشطة التي تهتم برعاية كبار السن من الناحيتين العلمية والإعلامية بالتعاون مع وزارة الشؤون الاجتماعية ، وتقديم النصح والمشورة الفنية .
- إمساك صندوق قومي لتمويل شتى المشروعات التي تستهد لتلبية احتياجات كبار السن ، ومن الممكن تمويل هذا الصندوق كآلاتي :

- الاعتمادات التي يخصصها بنك ناصر وحصيلة صناديق الزكاة .
- تبرعات المواطنين .
- حصة مالية سنوية من وزارات الصحة ، والشئون الاجتماعية ، والأوقاف .

ولا يفوتنا أن نشير إلى بعض الظواهر التي تدل على البذخ في الوقت الذي تحتاج فيه لكل فائض نقدي لتوفير الخدمات الضرورية للمواطنين .

- نسبة مئوية صغيرة من أرباح البنوك .
 - إنشاء جمعية تعاونية لإنشاء دور المسنين والإشراف على أعمالها .
- وهو مشروع أو رأي اجتهادي يحتمل المراجعة والتعديل من المتخصصين في المجالين الاقتصادي والاجتماعي .

يقوم المجلس الأعلى بوضع التفاصيل الفنية اللازمة لتأسيس هذه الجمعية .
الغرض من الجمعية إنشاء دور للمسنين على مستويات اقتصادية مختلفة ، في مختلف أحياء القاهرة الكبرى وعواصم المحافظات .

رأس مال الجمعية (فرضا) عشرة ملايين جنيه موزعة على 2 مليون سهم ، قيمة السهم خمسة جنيهات يقوم بنك ناصر بإصدارها .

يخصص نصف عدد الأسهم لمختلف الوزارات والهيئات والمؤسسات العامة بنسبة عدد موظفيها ، ويعرض النصف الثاني على مؤسسات القطاع الخاص .

الاكتتاب اختياري ولا يقل عن سهم واحد شهريا ومفتوح لجميع العاملين على اختلاف درجاتهم وأعمارهم . والاكتتاب أساسا نوع من الادخار لفترة الشيخوخة وعلاوة على ذلك يتيح للمساهم الحق في الإقامة الكاملة بإحدى دور الجمعية بمفرده أو مع زوجته .

إذا طرأت على المساهم ظروف قبل تقاعده تجعله يعدل عن فكرة الانتفاع بهذه الخدمة يكون له الحق في استرداد قيمة الأسهم التي اكتتب بها . وفي حالة وفاته تصرف للورثة الشرعيين .

يبدأ حق المكتتب في الإقامة ابتداء من تاريخ تقاعده ويدفع مصاريف الإقامة التي ستحدد تبعا لمختلف مستويات الدور بواقع 75% نقدا ، أو بالخصم من المعاش ، والباقي يخصم تباعا من إجمالي قيمة ما اكتتب به .

يبدأ في الإنشاء فورا وبمجرد وضع المجلس الأعلى للخطة التفصيلية للمشروع ويقدم بنك ناصر القروض اللازمة للبدأ في إنشاء ستة دور ن بواقع دارين من كل مستوى اقتصادي " أ ، ب ، ج " في ثلاثة أحياء مختلفة بالقاهرة ويتوالى الانشاء تباعا في المحافظات حسب نشاط حركة الاتاب ، وحصيلة الصندوق القومي ، ومدى التسهيلات التي ستقدمها الحكومة والبنوك .

ويجب أن نشير إلى أنه من المزايا التي ستعود على المجتمع من تنفيذ هذا المشروع هو التخفيف من أزمة الإسكان حيث سيخلى المسنون الأماكن التي كانوا يشغلونها بعد انتقالهم إلى تلك الدور .. كما أنها في نفس الوقت تعمل على تحقيق حاجات المسنين والعمل على إسعادهم .

ويجب الإشارة إلى أن هذا المشروع مجرد فكرة قابلة للدراسة والتعديل والتطوير من جانب الدولة والمتخصصين . وننتقل الآن إلى تصورنا لما يجب أن تكون عليه دور المسنين .

دور المسنين :

قبل التفكير في إنشاء أي دار للمسنين يجب أن ندرك تماما كل الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية التي تميز كبار السن ، والتي أوضحها تفصيلا فيما سبق . ومن المفيد أن نعيد التأكيد على أن العلاج بصفة عامة وللمسنين بصفة خاصة هو في غاية الأهمية للمسنين عامة والمرضى منهم خاصة كما أن العمل والترفيه والأنشطة الجماعية يجب أن ينظر إليها على أنها لا تقل أهمية عن أي علاج تقليدي بالمعنى الضيق للكلمة .

هذا والعلاج بالعمل لم يعد قاصرا على صناعة السلال أو نسج السجاد بل أصبح يشمل كل أنواع الأنشطة الاجتماعية والترويجية كلها تهدف إلى مساعدة المسن على استعادة احترام الذات والاحساس بالفائدة ، كما تؤكد أن من أخطر العوامل المدمرة في حياة المسن هو أن يحرم من فرص مزاولته للنشاط طالما صحته

تساعده على ذلك ، ومن المناظر المؤلمة حقا رؤية المسن وهو جالس على مقعده يحملق في الفضاء . في انتظار موعد الوجبة التالية . هذا المنظر هو من المناظر التي يجب إلا تشاهد في أي دار للمسنين . كما أنه من أهم نواحي الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية للمسنين إلا ينظر إلى المسن وكأنه أصبح غير مهم ، بل أن باستطاعته أن يسهم في مختلف الأنشطة المفيدة .

وكما ذكرنا أن الأبحاث قد اثبتت أن سوء الأغذية من الأسباب التي تساعد على انتشار الأمراض المزمنة كذلك فإن الرياضة البدنية والترويح والعمل لكل منهم اثره علتنشيط الحيوية والقدرات الجسمية والعصبية للمسن . فإذا ما راعينا كل ذلك ، وقمنا بتنفيذه تنفيذًا سليماً لفي بالغرض المطلوب ، سوف يصبح من السهل تنفيذ مشروع الجمعية التعاونية لإنشاء دور المسنين . وفي تصورنا أن أهم ما يجب مراعاته في هذا الصدد هو :

- أن يلحق بالدار فضاء يقل عن متوسط عشرة أمتار مربعة لكل نزير بالدار ، حتى يتمكن النزلاء من مزولة الأنشطة المناسبة .

- مراعاة التجانس بين نزلاء الدار الواحدة ويلاحظ أن يكون توزيع النزلاء على مختلف الدور بحيث تكون أقرب ما يمكن لمساكن الأهل والأقرباء حتى تسهل عملية تبادل الزيارات .

- إحكام الإشراف العام من المجلس الأعلى ومجلس إدارة الجمعية التعاونية والقيام بزيارات تفتيشية مفاجئة وتكليف المشرفين على الدور بتقديم تقارير شهرية وبهذه المناسبة نود أن نذكر هنا أن المحكمة العليا لنيويورك أصدرت حكماً في شهر أغسطس 1977 بسحب رخصة مؤسسة دار " مانور الملكية للراشدين " وكذلك دار " فردوس مانور " وأسست حكمها على أن هاتين الدارين كانتا في حالة غير لائقة من القذارة وسوء الإدارة .

- ويسرنا أن نورد هنا القرار الذي أصدرته الدكتورة وزير الشؤون الاجتماعية في شهر أغسطس 1981 ، تضم كل دار لجنة مشكلة من مندوب من مجلس إدارة الدار ، ومندوب من إدارة الأسرة والطفولة بمديرية الشؤون

التابعة لها الدار وعضوية اثنين من النزلاء ، ومدير الدار .. ويتضمن القرار أيضا تنظيم الخدمات التي تقدم للنزلاء من الناحية الصحية ، حيث تتولى اللجنة توفير الرعاية الطبيعية لهم بالكشف الدوري عليهم ، وإحالة الحالات التي يتعذر علاجها داخل الدار إلى المستشفيات العامة والخاصة ، كما تقوم بتوفير وسائل الإقامة المريحة .

- أن يكون لكل نزيل بطاقة صحية معتمدة من طبيب الدار ، تبين حالته الصحية ونوع الرعاية الخاصة التي يحتاج إليها ، والنظام الغذائي الواجب اتباعه - وهذا النظام الغذائي ذو أهمية بالغة في كثير من حالات الأمراض المزمنة ، مثل ارتفاع ضغط الدم ، والروماتيزم ، وأمراض السكر والكبد والكلية ... كما تبين نوع الرياضة البدنية التي مكن له مزاولتها .

- أن يكون بكل دار صندوق للإسعاف كامل الاستعداد للتفتيش الدوري . هذا ونقترح أن يتم الاتفاق بين الدار وأقرب دار علاج للاستفادة بالخدمة الليلية في حالات الطوارئ .

- إنشاء مكتبة في كل دار .. ها وإذا راعينا التوزيع المتجانس للنزلاء بالدار ، يصبح من السهل التركيز على اختيار الكتب والمجلات الأكثر ملاءمة لاهتمامات النزلاء والقراءة تعتبر من أنواع النشاط الذهني والنفسي ، فضلا عن أن الموضوعات العامة التي تتعلق بشئون كبار السن وبالتغذية ، والأحداث العالمية تفيد كثيرا في مساعدة النزلاء على حسن التوافق وتغيير الاتجاهات .

- تقويم أنواع من الأعمال والأنشطة التي لا تجعل من النزلاء مجرد أيدي عاطلة على أن يشترط في هذه الأنشطة والأعمال أن تكون سهلة التحقيق متفقة مع قدرة المسن الجسمية والعقلية مثل :

- فلاحه البساتين .
- الصناعات المنزلية ، مثل الشربات والمرببات ومنتجات الألبان .
- تربية الدواجن .
- الإشراف على حضانة أطفال تلحق بالدار لفئات محددة من السن .

• التوعية لاستخدام نظام " جليسة أطفال " وهو الشائع كثيرا في الخارج ولقد أصبحنا أحوج ما تكون لهذا النظام حاليا بسبب تزايد اشتراك المرأة في العمل وفائدة هذا النظام متعددة الجوانب فهي وسيلة صحية تشغل وقت الفراغ - وبالنسبة للمسنات القادرات على القيام بهذا العمل يعتبر نشاطا ذا عائد مادي يساعدهن . وأخيرا فهو مفيد للأم العاملة .

• الاستفادة بخبرات النزلاء السابقة ، وخاصة في مجال التعليم (رجال ونساء) لتنفيذ الآتي :

عقد فصول تقوية أو مراجعة مستويات التعليم الابتدائية والإعدادية والثانوية بأجور رمزية ، وفي ذلك ما يساعد على التخفيف من مشكلة الدروس الخصوصية .

عقد فصول لمحو أمية أبناء الحي .

فإذا تصورنا أن بالقاهرة الكبرى ما لا يقل عن 150 ألف من كبار السن وتخيلنا دور المسنين سوف تستوعب منهم بضعة آلاف سنويا لأمكن تصور الإنتاج الذي كنا أن نحصل عليه في هذه المجالات - فلقد ذكر أحد أعضاء مجلس الشعب عند حديث عن زيادة الإنتاد أن اليابان جعلت من كل منزل فيها خلية إنتاجية نشطة في كل المجالات ، أفلا نستطيع نحن أن نجعل من كل دار للمسنين خلية متواضعة لثتى أنواع الإنتاج ، أو الفائدة التي يمكن الاستفادة بها والتي تناسب قدرات المسنين فيها .

النمو في الرشد والشيخوخة

في هذا الفصل 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 ويسر ، أو شدة وعسر . وتمضي بنا قافلة الزمن فإذا الذي كنا نأباه في مراهقتنا نقبله 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

المعمره؟

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 المرحل تصددم أحلام المراهقة بالواقع ،ولهذه يجب أن يتعلم الكبير كيف يحيا أمانه لمظاهر البيئة التي يعيش فيها .

مرحلة الكبار هي مرحلة الرشد والشيخوخة . وهي تمتد من 21 سنة إلى 60 سنة حتى نهاية العمر . وهي تنقسم من الناحية البيولوجية النفسية إلى ثلاث مراحل جزئية نلخصها فيما يلي :

(أ) مرحلة الرشد المبكر - وهي تمتد من 21 سنة إلى 40 سنة .

(ب) مرحلة وسط العمر - وهي تمتد من 40 سنة إلى 60 سنة .

(ج) الشيخوخة - وهي تمتد من 60 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 21 إلى 40 سنة .

(ج) مرحلة الننتاج المتناقصة وهي تمثل مرحلة وسط العمر التي تمتد من 40 سنة إلى 60 سنة .

(د) مرحلة الراحة - وهي تمثل مرحلة الإحالة إلى المعاش وهي تمتد من 60 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 لخصهما فيما يلي :

(أ) الشيخوخة المبكرة - وهي تمتد من 60 سنة إلى 75 سنة .

(ب) الهرم - وهو يمتد من 75 سنة إلى نهاية العمر .

نشأة وتاريخ الاهتمام ببيولوجية الكبار :

يعد سيثرون 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 1959. وقد فطن العرب إلى أهمية دراسة الكبار فكتب أبو حاتم السجستاني رسالته عن المعمرين سنة 864 . وقد تطور الاهتمام من الأعمال المناسبة للكبار إلى دراسة العوامل المؤدية لإطالة العمر ونذكر على سبيل المثال الدراسة التي قام بها تينون Tenon سنة 1813 والبحث الذي أجراه ليجونكور Lejoncourt سنة 1842 .

وقد بدأ الاهتمام بمراحل حياة الكبار وخاصة الشيوخ منذ سنة 1860 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 70 سنة وتبدأ الثانية من سن 85 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 1894 وقد أدت هذه الدراسات إلى سلسلة من الإصلاحات الاجتماعية الخاصة بكبار السن والشيوخ .

هذا ويعد كتاب هول Hall الذي ظهر سنة 1922 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

الفسولوجية ، والنفسية والاجتماعية وكان لهذا الاتجاه أثره على القارة الأوروبية فنشأت حلقات الدراسة الخاصة ببيكولوجية الكبار سنة 1939 .

وقد شغلت مشكلة التكيف الاجتماعي للشيوخ الباحثين في العقد الرابع من هذا القرن فدعا بيرجز Burgess 1943 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 1948 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 80 سنة وقد استمرت هذه الأبحاث قائمة في معمل علم النفس من سنة 1946 وقد نشرها ولفورد Welford في كتابه الذي ظهر سنة 1958 .

أهمية دراسة الكبار :

يمكن أن نلخص أهمية دراسة الكبار في النواحي التالية :

1- 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 .

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

3- 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 .

4- 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.

5- 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 .

6- هذا يجب أن ندرس الكبار لنفهم 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 لحده .

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 شظا . 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 الشيوخ 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 ومكلمات 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 عالجنا 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 :

1- 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.

2- 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 .

3- 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 لحدده . 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 ننتهي من ذلك كله إلى تبيان المظاهر المختلفة للتغير الحسي .

وهذا وبما أن بعض مظاهر هذا التغير تنحدر 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 ، فقليل 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 :

1- 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 .

2- 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.

3- الغذاء :

ذلت الأبحاث التي أجريت على الفئران على أن نقص الغذاء عن الحد الحيوي الضروري لاتزان 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 .

4- 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 .

5- 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 ، وللبيئة الطبيعية الجغرافية أثرها أيضا على تحديد مدى المرحلية 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 تنحدر 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 منحى الطاقة بمنحى الخبرة بعد ذلك في القوة حتى يصبح لها الدور الرئيسي في حياة الفرد .

ولذلك تصل القوة العضوية وما يصاحبها من سرعة بدنية إلى أقصاها في المدى الزمني للعمر الذي يمتد من 20 سنة إلى 30 سنة ثم تتناقص بعد ذلك في الأربعين ويزداد تناقصها بشكل واضح في المدى الزمني للعمر الذي يمتد من 40 سنة إلى 70 سنة إلى نهاية العمر .

ويتغير شكل الجسم ونشاطه العضوي تبعا 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 25 سعرا إلى 60 سعرا في السنة الخامسة ثم تهدأ سرعتها نوعا عند
الراشدين .

وهكذا نرى أن الايض يصبح مساويا لـ 68.50 سعرا في الساعة بالنسبة
للذكور ، 36.50 سعرا في الساعة بالنسبة للإناث في المدى الزمني للعمر الذي
يمتد من 30 سنة إلى 40 سنة . ثم يهبط هذا المعدل بعد ذلك إلى 35 في سن
70 سنة ويظل في هبوط حتى نهاية العمر .

1- تغير معدل نشاط الغدد الصماء :

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

2- 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 20 سنة وتظل في تناقصها
حتى سن 90 سنة إلى نهاية الحياة وتقاس هذه القوة باختبارات في جميع
المراحل الزمنية للحياة .

3- تغير السعة الهوائية للرئتين :

تقل نسبة الهواء في عمليتي الشهيق والزفير تبعا لزيادة السن وخاصة بعد العمر
الزمني المساوي لـ 20 سنة ، وتقاس كمية الهواء أثناء عملية التنفس
بالسننيمتر المكعب .

4- 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 60 سنة تبطؤ الاستجابات كما تظهر في صورة ردود الفعل ، وكما تحث 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 والكتابة وغيرها من الأمراض المختلفة ، ويسمى هذا النوع من الزهان بالذهان العضوي **Organic psychoses** .

5- الكفاية البدنية ومستوى التكيف :

تصل الكفاية البدنية إلى ذروتها العليا فيسن 25 سنة أي في الرشد .ويبدأ انحدارها ببطيئا 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 ييسر 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 ، فتنغير 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 . وتتلخص إحدى هذه التجارب فيحمل ثقل معين مثل 1 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 55 سنة ثم يزداد وضوحا بعد ذلك حتى نهاية العمر .

ولهذا الضعف أثره على إنتاج العمل في المصانع المختلفة وتدل التجارب التي أجراها بومجارتنيه Baumgartner على أن إنتاج العمال يتناقص تبعا لتناقص القوة العضلية وخاصة بعد سن 30 سنة، ويبدأ في الوضوح عندما يصل عمر العامل إلى 50 سنة ، ويكاد يصبح خط الانحدار عموميا بعد 60 سنة ، ويؤثر هذا النقص على دخل الفرد وخاصة إذا كان أجره يرتبط بمعدل الإنتاج ارتباطا مباشرا . ولكن بعض العمال يعوضون هذا الضعف باكتشاف 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 جهودهم 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 20 سنة إلى 30 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 التجارب التي أجراها زافران Szafran سنة 1951 على أن زمن الرجوع بالنسبة للمثيرات الضوئية يصل إلى 0.96 من الثانية من 20 سنة إلى 29 سنة ثم يزداد إلى 1.55 ثانية من 40 سنة إلى 49 سنة ويظل في ازدياد حتى يصل إلى 1.67 ثانية من 50 سنة إلى 59 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 يتوقل في مشيته بعد أن كان يسرع بها . ويضيق مداها ويصغر ، فإذا هي خطوات قصيرة زاحفة متعبة ، بعد أن كانت طويلة نشيطة . وترتعش يداها وأصابعه بعد أن كانت متزنة قوية ناضجة . وأثر هذه المظاهر الحركية للشيخوخة على المهارات التي يقوم بها الفرد .

التغير الحسي :

الحواس هي أبواب العقل ومنافذه إلى العالم الخارجي . ويعتمد إدراك الفرد لهذا العالم على وظيفة تلك الحواس . ويقوم الجهاز العصبي بتجميع الإستشارات

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 ، ففتفاوت 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 .

1- 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 16 وحدة في سن 10 سنوات إلى 4 وحدات في سن 40 سنة إلى وحدتين في سن 60 سنة ، ويصل هذا الانحدار إلى أقصاه فيما بين سن 40 سنة و50 سنة ، ثم تهدأ بعد ذلك سرعة انحداره .

2- 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 50 سنة ، ثم تقف عملية الانحدار عند

حد معين ومن مظاهر ضعف السمع في هذه السن صعوبة إدراك الأصوات الحادة

3- 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 ، متقطعا .

4- 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 .

5- التغير الحسي البشري تبعا لزيادة العمر :

تضعف النواحي الحسية للجلد البشري تبعا لزيادة العمر وخاصة فيما بين 40 سنة و 65 سنة حيث يصل معدل الضعف إلى نهايته القصوى ، وبذلك يصبح تكييف 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 وتتخلص 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 .

1- 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 .

2- الغذاء المناسب للشيخوخة :

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

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 .

3- الحاجات المادية للشيخوخة :

توفير الحاجات المادية للشيخوخة يعد حقاً أساسياً للمواطنين في المجتمعات المعاصرة ، وتختلف نسب هذه الحاجات المادية تبعاً لاختلاف نوعها وأهميتها في حياة الشيخوخة .. ولقد بين التقرير الذي قدمه بيفردج Beveridge سنة 1942 للحكومة البريطانية عن العلاقة القائمة بين النسب المختلفة لحاجات الراشدين وحاجات الشيخوخة وتتلخص نتائج هذه الدراسة في النواحي التالية :

1- الحاجات الغذائية للشيخوخة تعادل 87% من الحاجات الغذائية للشباب .

2- الكساء يعادل 67% من الكساء المناسب للشباب .

3- المسكن ، والتدفئة ، والإضاءة تعادل 125% من القدر المناسب للشباب .

4- الأعمال البدنية واليدوية : الأعمال البدنية الشاقة ، واليدوية السريعة ، لا

تناسب 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 مزاولة 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 تصويرا سينمائيا ، 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 :

- 1- الدقة والعناية بما يعملون .
 - 2- الانتظام وال ضبط .
 - 3- الثبات والاستقرار .
 - 4- الصبر والمثابرة .
 - 5- صعوبة التكيف بالنسبة للأساليب الجديدة .
 - 6- ضعف القوة الجسمية .
 - 7- الكبار أبطأ ن الشبان في استجاباتهم وأداء أعمالهم .
 - 8- الكبار أقل تعرض لحوادث العمل من زملائهم الشبان .
 - 9- الكبار أصلح لمهام القيادة والإشراف من الشبان .
 - 10- 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 بينة من طبيعتهم .

هذا ويجب أنتفهم 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 . فيتقبل 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 بقى 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 جناتها 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 الانعالي 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 أفراحها 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 لازمتها 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 ، ويظل في سعيه الميرير ، 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 ؟ ويصل 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 .

2- 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 وئيدة ما تلبث أن تتحول إلى خطى سريعة متلاحقة وأن شعره قد بدأ ينحسر إلى الوراء .

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

وما يلبث أن يرض 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 مضطرباً 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 وتنقطع هذه الدورة في مرحلة وسط العمر ، فتظن المرأة بنفسها الظنون وتشعر بوطأة الزمن وتعتصر نفسها أزمة انفعالية حادة تؤدي بها إلى القلق الشديد وهي تنظر فيما حولها فترى أولادها يكبرون ويستقلون عنها ، وينأون بعيداً 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 عبئاً لا طائل وراءها وتحس بالفراغ الشديد .

وتمضي بها الحياة وتنتصر إرادة التكيف على مشكلات التغير 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 1955 على مجموعتين من الأفراد ، الأولى من الشبان الراشدين ، والثانية من الكبار الذين تمتد أعمارهم من 45 سنة إلى 55 سنة .

وتتلخص أهم الفروق الانفعالية بين المجموعتين في النواحي التالية :

- 1- انفعالات الكبار أسرع وأشد من انفعالات الشبان .
- 2- الكبار أقل هدوءاً في انفعالاتهم من الشبان .

3- لا يحب الكبار النقد ويتألمون منه لكنهم سرعان ما يتغلبون على آلامهم ومضايقاتهم .

4- الكبار أقل تذبذبا في انفعالاتهم من الشبان .

5- الكبار أقدر على إخفاء مظاهر غضبهم من الشبان .

6- 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 :

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

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

3- 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 .

4- وعندما يغضب الشيوخ فأنهم غالبا ما يثورون كالأطفال .

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

6- ويميل الشيوخ إلى المدح . والآراء والتشجيع .

وتتشابه انفعالات الشيوخ مع انفعالات المراهقين في النواحي التالية :

1-الشيخوخة 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 .

2- ما أشد سخرية الشيخوخة من الأجيال الأخرى وهم في سخريتهم يميلون إلى لون من ألوان المشاكسة والإغظة التي كانوا يمارسونها في مراهقتهم.

3- وكما تتميز انفعالات المراهقة بالاندفاع تتميز أيضا انفعالات الشيخوخة في بعض نواحيها بصور مختلفة من ذلك الاندفاع العاطفي .

4- 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 الشيخوخة إلا مظاهر عابرة نلخصها فيما يلي :

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

2- ما أكثر شكوك الشيخوخة وريبته 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 :

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

2- ولذا كثيرا ما تتصف انفعالاتهم بالخمول وبلاذة الحس .

3- وقد يرجع هذا الشعور الغريب بالسلبية والبلاذة إلى عدم إدراك الشيخ للمسئولية التي تواجهه من يحيطون به فهو يمضي في حياته ومشاكل الناس من

حواله لتدفعهم إلى ألوان مختلفة من الكفاح المرير . وهو لا يشعر نحوهم ولا نحو مشاكلهم بأية مسئولية تتطلب منه استجابة انفعالية محددة .

4- ولذلك يقل حماسهم لما يحيط بهم من مشكلات انفعالية يضطرب فيها الآخرون .

5- وهم عندما يفعلون كثيرا ما يخطئون إدراك الموقف المحيط بهم ، ولذلك تجيء انفعالاتهم شاذة لا تتناسب ومقومات الموقف الذي أثار في نفوسهم ذلك الانفعال .

6- 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.

7- وعندما لا يقبل الآخرون ذلك التعصب بروح المشاركة والوراء فأنهم يحسون في أعماق أنفسهم بأنهم مضطهدون .

8- ويؤدي بهم الشعور بالاضطهاد إلى الإحساس العميق بالفشل . وقد يتخذون سلوكا معاديا فيجابهون 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 يعترئها 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 ومراهقته 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 الشيخوخة نفسها وما تحمله من مرارة وخوفه من الشيخوخة 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 يخامرهم 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 25 سنة و 30 سنة وتعد تلك الفترة من حياة الأثنى مراحل إنجاب الأطفال ثم ينحدر هذا النشاط حتى يصل إلى نهايته الدنيا عند انقطاع الحيض فيما بين 40 و 50 سنة .
وحيثما ينقطع الحيض تخطو المرأة خطواتها الأخيرة إلى منتصف العمر وتحرر من وظيفتها كمصنع للبشر ، وإنجاب الأطفال إلى كائن يعيش لنفسه أكثر مما يعيش لغيره .

ويؤدي انقطاع الحيض إلى أزمة نفسية حادة ، تمر بها الأثنى ، 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 تبعاً لذلك الهرمونات الذكرية ولذلك تميل الأثنى 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 60 سنة أو سبعين سنة ، وقد سجل بعض الباحثين ملاحظاتهم عن شيوخ أنجبوا أطفالهم وهم في الثمانين من عمرهم .

ويصاحب 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 للآباء 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 تنضج وحدة العائلة نتيجة لمظاهر الحياة المشتركة القائمة بين الرجل والمرأة .

وتبدأ الرغبات الجنسية للزواج قوية في السنين الأولى للحياة الزوجية ثم تضعف تدريجياً 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 ، عمراً طويلاً ، وأن هناك بعض الناس الذين لم يفرطوا في نشاطهم الجنسي ومات بعضهم وهم في شرخ سبابهم ، وعاش البعض الآخر إلى أرذل العمر .
السلوك الديني من الرشد إلى الشيخوخة :

يتغير السلوك الديني للفرد من الرشد إلى الشيخوخة تغيراً جوهرياً ، ويظل 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 للطبقات 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 .

1- العقيدة الدينية :

عندما يصل النمو بالفرد إلى مرحلة الرشد فإنه يكون قد وصلبه 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 ، وتعادل مفاهيم الحياة أمام ناظريه ، 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 تثبنا 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 ومجاليتها 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 .

2- الطقوس والعبادات :

تحتل الأسرة المكانة الأولى في حياة الفرد وخاصة عندما يصل به النمو إلى مرحلة الرشد التي تمتد من 20 سنة إلى 40 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 الامتالية .

وعندما تنتهي وظيفة الأسرة في تكوين الجيل الجديد الذي يبدأ هو نفسه في تكوين أسرة جديدة ويحس الفرد وقد انتصف به العمر أنه يتخفف شيئا فشيئا 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 حزبه 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 بعيدا عن شواغل الدنيا وأحزانها ومسراتها .

3- الدين والتوافق النفسي :

أكثر الشبان توافقا مع بيئتهم ، وتكيفا مع مجتمعهم هم أكثر الناس اهتماما 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 قدما نحو تحقيق التوافق النفسي في صورته الصحيحة .

وعندما يدلف الفرد إلى الشيخوخة ، ويحس بالضعف يشيع في جنبات 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 الشيوخ 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 .

4- الفروق الفردية في السلوك الديني :

المرأة أكثر مراعاة للطقوس الدينية من الرجل ، فهي التي تقيم الشعائر في الدار ، وتحنفل 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 وتصغفه دينية عميقة ، هي التي تندب موتاها 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 تلقي مداخل الثقافة وخارجها ، وبهم ينتقل التراث الثقافي من جيل إلى جيل آخر وفيهم قال الله تعالى : وكذلك جعلنا أمة وسطا لتكونوا شهداء على الناس .

تناول هذا المقرر في موضوع سيكولوجية المسنين المتغيرات النفسية لفئات المسنين التي
تعتبر فئة كبيرة من المجتمع واعتمد المقرر بشكل كبير على مقرر الدكتور / عبد اللطيف
خليفة في إعداد المادة العلمية

المراجع

أولا : المراجع العربية :

- 1- بو حطب (فؤاد عبد اللطيف) " التحديد السيكولوجي المرشد والشيخوخة " المؤتمر الدولي للصحة النفسية للمسنين ، القاهرة 22-25 نوفمبر 1982.
- 2- أبو زيد (أحمد) " مقدمة عن الشيخوخة " عالم الفكر 1975 المجلد السادس ، العدد الثالث ، ص ص 3-12.
- 3- الثعالبي (أبو منصور) نفقه اللغة وسر العربية ، القاهرة ، 1972 .

- 4- الجمعية العامة لرعاية المسنين ، دليل التيسيرات لأصحاب المعاشات ، القاهرة ، مطابع الهيئة العامة للاستعلامات ، 1987 .
- 5- الديب (على محمد) ، العلاقة بين التوافق والرضا عن الحياة لدى المسنين وبين استمرارهم في العمل ، مجلة علم النفس ، 1988 ، العدد 7 ، ص ص 45 - 59 .
- 6- الرازي (أبو بكر) ، مختار الصحاح ، القاهرة : المطبعة الأميرية بولاق الطبعة الثانية 1937 .
- 7- السيد (فؤاد البهي) ، الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة ، القاهرة : دار الفكر العربي 1975 .
- 8- السيد (فؤاد البهي) ، علم النفس الاجتماعي ، القاهرة ، دار الفكر العربي ، 1981 .
- 9- السيد (عبد الحليم محمود) ، " الذكاء الإنساني " ، في : السيد وآخرون : علم النفس العام ، القاهرة ، مكتبة غريب 1990 ص ص 329 - 374 .
- 10- الصبرة (محمد نجيب) ، سرعة الإدراك البصري لدى القاميين والأسرياء ، رسالة دكتوراه ، كلية الآداب ، جامعة القاهرة 1978 (غير منشورة) .
- 11- العرقان (محمد محسن) ، عبد العال (سيد محمد) أندية المسنين ، الأهمية والتقييم ، المؤتمر الدولي السادس عشر للإحصاء والحسابات العلمية والبحوث الاجتماعية والسكانية ، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية 7-2 مارس 1991 ، ص ص 237 - 259 .
- 12- العرزي (مديحة) ، العلاقة بين نظرة المسنين إلى التقدم في العمر والرضا عن حياتهم ، المؤتمر الدولي للصحة النفسية للمسنين بالقاهرة 1982 .
- 13- باركر (استانلي) " العمل والتقاعد " ترجمة تدوحة محمد سلامة في : مجلة علم النفس 1988 ، العدد 6 ، ص ص 91 - 98 .
- 14- حامد (فهمي السيد) التوافق الاجتماعي للمسنين ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب جامعة القاهرة 1966 .

- 15- حسين (محي الدين أحمد) العمر وعلاقته بالإبداع لدى الراشدين
القاهرة دار المعارف 1982 .
- 16- خليفة (عبد اللطيف محمد) ارتقاء نسق القيم لدى الفرد ، رسالة
دكتوراه ، كلية الآداب ، جامعة القاهرة 1987 .
- 17- خليفة (عبد اللطيف محمد) " نسقا القيم المتصور الواقعية لدى
المسنين المتقاعدين عن العمل " في : عبد اللطيف محمد خليفة ، دراسات
في سيكولوجية المسنين التقرير الثالث 1991 "ج" .
- 18- سويف (مصطفى) ، مقدمة لعلم النفس الاجتماعي ، القاهرة مكتبة
الأنجلو المصرية ، 1983 .
- 19- عبد الرحمن (محمد السيد) " الذاكرة قصيرة المدى لدى المسنين " ،
المؤتمر العلمي السنوي الحادي عشر ، كلية الطب - جامعة عين شمس
القاهرة 5 - 8 مارس 1988 .
- 20- عبد الحميد (محمد نبيل) ، العلاقات الأسري للمسنين وتوافقهم النفسي ،
القاهرة : الدار الفنية للنشر والتوزيع ، 1987 .
- 21- عبد المحسن (عبد الحميد) الخدمة الاجتماعية للمسنين وتوافقهم
النفسي ، القاهرة : الدار الفنية للنشر والتوزيع ، 1987 .
- 22- عبد المعطي (حسن مصطفى) " مستوى القلق لدى المسنين "
المؤتمر الطبي السنوي الحادي عشر ، القاهرة ، كلية الطب جامعة عين
شمس ، 5-8 مارس 1988 ، ص ص 52-82 .
- 23- عبد الله (معتز سيد) الاتجاهات التعصبية وعلاقتها ببعض سمات
الشخصية والإنساق القيمية ، رسالة دكتوراه ، كلية الآداب - جامعة القاهرة
1987 .
- 24- عبد الهادي (شاهيناز إسماعيل) الحاجات النفسية للمسنين ، دراسة
ميدانية ، رسالة ماجستير ، كلية البنات ، جامعة عين شمس 1986 .
- 25- عفيفي (إلهام) " الرأة المسنة في المجتمع المصري " دراسة عن المرأة
بعد سن الستين ، القاهرة المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية 1990

- 26- عفيفي (إلهام) " محددات النشاط الاجتماعي للمرأة المسنة " ،
المؤتمر الدولي السادس عشر للإحصاء والحسابات العلمية والبحوث
الاجتماعية والسكانية ، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية القاهرة
2-7 مارس 1991 .
- 27- عكاشة (أحمد) ، الطب النفسي المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو
المصرية ، 1976 .
- 28- عودة (محمد) ، " مشكلات مرحلة الشيخوخة في المجتمع الكويتي :
دراسة ميدانية لعينة من المسنين " المجلة العربية للعلوم الإنسانية ، 1986 ،
المجلد السادس ، العدد 23 ، ص 48-96 .
- 29- عيسوي (عبد الرحمن) ، علم نفس الإنسان ، الإسكندرية ، منشأة
المعارف ، 1972 .
- 30- فكري (محمد عصام) " عالم الشيخوخة " ، عالم الفكر ، 1975
المجلد السادس ، العدد الثالث ، ص ص 13-46 .
- 31- فوزي (منير حسين) ، العلوم السلوكية والإنسانية في الطب ، القاهرة
، مكتبة النهضة المصرية ، 1982 .
- 32- قناوي (هدى محد) سيكولوجية المسنين ، القاهرة ، مركز التنمية
البشرية والمعلومات ، 1987 .
- 33- مجمع اللغة العربية ، المعجم الوجيز ، القاهرة ، مطابع وزارة التربية
والتعليم ، 1990 .
- 34- مذكور (إبراهيم) وآخرون ، معجم العلوم الاجتماعية ، القاهرة الهيئة
المصرية العامة للكتاب 1975 .
- 35- مليكة (لويس كامل) ، سيكولوجية الجماعات والقيادة ، الجزء الأول
القاهرة الهيئة المصرية للكتاب 1989 .
- 36- نجاتي (محمد عثمان) علم النفس في حياتنا اليومية الكويت ، دار
القلم ، 1984 .

37- ولمادونا هي ، وأورباخ ، " علم الشيخوخة الاجتماعي " في : الجمعية الأمريكية لتعليم الكبار (محرر) التوجيه التربوي لكبار السن ، ترجمة محمد عبد المنعم نور ، مراجعة وتقديم : محمد (عماد الدين إسماعيل) القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، 1980 ، ص 25 - 40 .
ثانيا : المراجع الأجنبية :

38. Anderson, S.M. & Klaczky , R.L. “ Traits and Social Stereo types: levels of Categorization in Person Perception “. Journal of Personality & Social Psychology, 1987, Vol. 53 PP. 235-246 .

39. Argyle, M. and Kendon , A. The Experinental Analysis of Social Performance “ Adv. Exp. Of Social Psychology 1967, Vo. 3 , PP. 55-98 .

40. Atchley , R.C. The Sociology of retirement , New York: John Wiley & Sons 1976 .

41. Atoh, M. & Otain, K, “ Change in Age Composition and its Effects of the Youth Populations” In: United Nations (Ed) , Economic and Social Implications of Populations , New York P. 368-388 .

42. Bell, BD. The Limitations of Crisis Theory as An Explanatory Mechanism in Social Gerontology”. International Journal of Aging and Human Development 1975, Vol . 6 (2) PP. 153 - 168 .

43. Bell, B.D. Life Satisfaction and Occupational \Retitement . Beyond The Impact Year, International Journal of Aging and Human, Development , 1978, Vol. 9 (1) PP. 31-50.

- 44- Bennen, R,(Ed), Aging. Isolation and Resocialization.**
New York, Van Nortran Reinhold Company, 1980.
- 45- Berkowitz , L.A Survey of Social Psychology, New York**
, Holt , Rinehart and Winston, 1980.
- 46- Birren, J.E. Psychological Aspects of Aging” . Annual**
Review of Psychology, 1980, Vol 11, PP. 161-183.
- 47. Birren, J.E. & Rinner, VT Research on the Psychology**
of Aging : Principles and Experimentation : In J.E.
Birren & K.W. Schaie (Eds) Handbook of the
Psychology of Aging, New York . Van Nostrand
Reinhold Company, 1977, PP. 3-38 .
- 48. barren , J.E. Progress in Research in the Behavioral**
and Social Science. Human Development 1980 23.
p.p 39-45.
- 49. Blau , Z.S. Old Age in A changing Society, New York .**
New Vieupoinus 1973 .
- 50. Bromley , D.B. The Psychology of Human Aging Great**
Britain: Penguin Book’s , 1966 .
- 51. Bromley, D.B. “ Adulthood and Aging” . In “**
J.G. Coleman (ED). Inteoductory Psychology ,
London: Routledge & Kegan Paul, 1944, PP. 245-
280.
- 52. Bruner, J.S. Shapiro, D. and Taguiri. R. “ The**
Meaning of Trains in Isolation and Combination”
R.Taguoiri & L. Perullo (ED.) Person Perception and

**Interpersonal Behavior , Stanford University presses
1958 .**

**53. Cook M. Interpersonal Perception , Middlesex :
Penguin Books 1971 .**

**54. Cornclius , S.W & Caspi , A. Every Day Problem
Solving in Adulthood and Old Age”, Psychology and
Aging 1987, Vol. 2 No. 2PP. 144–153.**

**55. Craver , C.S. & Garta, N.H. Schema Guided
Information Search in Sereotyping of the Elderly
Journal of Applied Social Psychology 1984, 14
PP.69–81 .**

**56. Cumming E. & Henry , W.E. Growing Old New
York : Basic Book’s Inc. 1961.**

**57. Cowgill DD. (ED) Agin and Modernization New
your Appleton Country Crofts 1972.**

**58. Cumming M.E. New Thoughts on “The Theory of
Disengagement In R. Kastenbaum (ED) New
Thoughts on Old Age New York Springer Pub. Com
1964. PP. 12–15.**

**59. Dibner , A.S. “ The Psycholgy of Normal Aging
. In M.G. Spencer & C.J.Dorr (EDS) Understanding
Aging A multidisciplinary Approach , New York
Appleton Centary Crofts 1975 PP. 67–90.**

**60. Denney N.W. Agiagn and Cognitive Changes . In
B.B. Wolman (ED) Handbook of Developmental
psychology New Jersy Pretice Hall 1982 PP. 807.**

61. Suyddy B.T. Mental Health and understanding Agin A Multicen crofts 1975 . PP. 235–278.
62. Ekman P. Oross Cuhural Stuties of Facial Expression In : P. EKman (ED) Darwin and Facial Expressions. New York Academic Press 1973PP. 196–222.
63. El Badry M.A. Aging in Developing Countries one More Population Problem in United Nations (ED) Economi and Social Implications of Popultion Aging New York 1985, PP. 389–398.
64. Fermalld L.D. & Fermalld P.S. Interoduction to Psychology BBosson : Houghnon Maffin Company 1978.
65. Flavell J.H . Cognitive Developmet, New Jersy Prentics Hall Inc. 1977 .