



مدى فاعلية البرنامج التأهيلي النفسي الاجتماعي المقترح
في تحسين الحالة الذهنية والتخفيف من الاكتئاب لدى المسنين
في دور الرعاية الاجتماعية"

إعداد

الطالبة: حياة يوسف موسى مألوي

إشراف

أ.د / عبد العزيز بن علي رشيد الغريب

أستاذ علم الاجتماع بكلية العلوم الاجتماعية

جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات منح درجة دكتوراه الخدمة الاجتماعية

كلية العلوم التربوية والنفسية

(قسم علم النفس والصحة النفسية)

جامعة لاهاي

ابريل ٢٠١١



الإهداء

إلى من علموني العطاء والديّ الغاليين اللذين كانت مساعدتهم لي في هذا البحث حلقة من سلسلة

...

وإلى الذين تسلقوا هرم الحياة . . . الذين أنفقوا جلّ أعمارهم في العطاء ومن حقهم علينا أن نعني بهم

ونرد لهم بعض الجميل . . . وإلى كل من يهتم برعاية المسنين في دور الرعاية الاجتماعية وخارجها

. . . أقدم هذا البحث المتواضع سائلة من الله سبحانه حسن القبول

الباحثة

شكر

الحمد لله .. ذي الآلاء والإحسان والإنعام الذي أعانني على انجاز هذه الدراسة فله الشكر
والثناء كما ينبغي لجلال وجهه و لعظيم سلطانه ...

أناس كثيرون يستحقون مني الشكر والثناء... أذكر منهم أمي وأبي الغالبيين
لمرافقتهما لي في السفر ولدعمهما المعنوي والنفسي، والأخت ليلي ملاًوي و ابنيها
مروان وماهر، والأخت حنان ملاًوي...

وأتوجه بجزيل الشكر لسعادة أ.د. عبد العزيز بن علي رشيد الغريب المشرف على البحث
و الشكر موصول إلى الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة لتفضلهم بقبول مناقشة هذه
الرسالة ...

والشكر للأختين هنية هوساوي لطباعة جزء من البحث و خديجة عمار لمساعدتي في
الترجمة والطباعة والبحث...

وأتوجه بالشكر لوزارة الشؤون الاجتماعية في المملكة العربية السعودية لموافقتهما
لتطبيق البرنامج متمثلة في نائب مدير الشؤون د.عبدالله اليوسف وأ. خالد الجوبيعي
مدير إدارة رعاية المسنين بالوزارة...و الشكر لكل المسؤولين في دور الرعاية الذين
قاموا بتطبيق البرنامج كالتالي:

المملكة العربية السعودية: مدير دار الرعاية الاجتماعية بالدمام أ. خالد الملا، والأخصائي
الاجتماعي أ. منصور الكثيري مدير دار الرعاية الاجتماعية بمكة المكرمة، أ.عبيد الله
المسعودي، ورئيسة القسم النسائي أ. أمل يلي .

جمهورية مصر العربية: مدير رعاية المسنين بجمهورية مصر العربية العميد أحمد
أمين، والمدير التنفيذي لدار سيدات مصر بالقاهرة، أ. زينب، والأخصائي محمد عفيفي

والأخصائية رحاب ، مدير دار كرموز لرعاية المسنين بالإسكندرية أ.علي جمعة والأخصائية
أ. فوقية مسعد، ومديرة دار الهنا لرعاية المسنات بالإسكندرية أ. عايذة خورشيد
والأخصائية، أ. عزيزة

دولة الإمارات العربية: مديرة دار رعاية المسنين بعجمان أ/ ليلى الزرعوني والأخصائية
ميسون ...

والشكر موصول لمسؤولة المكتبة في جامعة أم القرى بمكة أ. خيرية الأدموي لمساعدتي
في تسهيل الاستعارة من المكتبة وتزويدي بالمراجع المطلوبة ،

والشكر لد/ لطفي الشربيني مدير مركز الطب النفسي بالإسكندرية .

والشكر لد/ عبير عيسى في جامعة عين شمس بالقاهرة .

والشكر لكل من دعمني معنويا ومعرفياً .

فهرس المحتويات

ب	الإهداء
ج	الشكر
هـ	فهرس المحتويات
ز	قائمة الجداول
ح	قائمة الأشكال
ط	قائمة الملاحق
ي	الملخص العربي
ك	الملخص الانجليزي
١	المقدمة
٢	مشكلة الدراسة
٤	أهداف الدراسة
٥	أهمية الدراسة
٦	فروض الدراسة
٧	مصطلحات الدراسة
١١	المبحث الأول
١٢	مراحل الشيخوخة
١٤	الحاجات الأساسية للمسنين
١٧	المبحث الثاني
١٧	التغيرات في مرحلة الشيخوخة
١٨	أولاً: التغيرات الجسدية للمسنين
٣١	ثانياً: التغيرات العقلية للمسنين
٣٤	ثالثاً: التغيرات النفسية والانفعالية للمسنين
٣٦	رابعاً: التغيرات الاجتماعية لدى المسنين
٣٨	المبحث الثالث
٣٨	أكثر الأمراض شيوعاً لدى المسنين
٤٥	المبحث الرابع
٤٥	الإسلام والمسنين
٤٦	أولاً: التغيرات الجسدية والعقلية في القرآن الكريم
٥	

٤٧	ثانياً: الإسلام والجانب النفسي للمسنين
٤٧	ثالثاً: رعاية الإسلام والجانب الجسمي والعقلي والاقتصادي للمسنين
٤٩	المبحث الخامس
٤٩	برامج رعاية المسنين عالمياً وعربياً ومحلياً
٤٩	أولاً: أهمية توفير برامج رعاية المسنين
٥١	ثانياً: حاجات المسنين و مشكلاتهم
٥٤	ثالثاً: نظرة تحليلية للبرامج والخدمات المتوفرة في دور رعاية المسنين عالمياً وعربياً و محلياً
٥٥	رابعاً: أهم برامج الرعاية التي يحتاج إليها المسنين و المسنون
٥٦	خامساً: أهم الخدمات التي ينبغي أن تتوفر للمسنين و المسنين خلال هذه البرامج
٥٨	سادساً: نظرة عامة على برامج رعاية المسنين في العالم
٦٣	دور الرعاية الاجتماعية ومراكز الخدمات الاجتماعية في المملكة العربية السعودية
٦٨	الدراسات السابقة
٦٩	أولاً: الدراسات العربية
٧٧	ثانياً: الدراسات الأجنبية
٨٢	التعليق على الدراسات السابقة
٨٦	إجراءات الدراسة
٨٧	أولاً: منهج الدراسة
٨٥	ثانياً: مجتمع الدراسة
٩٢	ثالثاً: مجال الدراسة وحدودها
٩٣	رابعاً: عينة الدراسة
٩٣	خامساً: أداة الدراسة
٩٤	سادساً: طريقة تصميم أدوات الدراسة
٩٥	سابعاً: الأساليب الإحصائية
٩٧	عرض النتائج ومناقشتها
١٣٠	مناقشة نتائج البحث
١٣٣	ربط النتائج بالدراسات السابقة
١٣٤	التوصيات والمقترحات
١٣٨	المراجع

قائمة الجداول

- ١٢ جدول (١) يوضح نسبة المسنين من سن ٦٠ فأكثر في دول مجلس التعاون
- ٩٨ الجدول (٢) يوضح الدول الممثلة في البحث وأعداد الذين تم إجراء الدراسة عليهم
- ١٠١ الجدول (٣) القيمة المعنوية لمربع كى ودلالته الإحصائية
- ١٠٢ الجدول (٤) السن في الدول الثلاث
- ١٠٣ الجدول (٥) القيمة المعنوية لاختبار كراسكال واليس
- ١٠٤ الجدول (٦) جدول يوضح الحالة الذهنية قبل وبعد تطبيق البرنامج المقترح
- ١٠٩ الجدول (٧) لعلاقة بين البلد - الجنس - درجة التعليم - الحالة الاجتماعية والحلة الذهنية قبل تطبيق البرنامج المقترح
- ١١٠ الجدول (٨) القيمة المعنوية لمربع كى ودلالته
- ١١٣ الجدول (٩) الاكثتاب قبل وبعد البرنامج
- ١١٣ الجدول (١٠) القيمة المعنوية لاختبار ماك نيمار ودلالته الإحصائية
- ١١٤ الجدول (١١) القيمة المعنوية لاختبار كرسكال واليس ودلالته الإحصائية
- ١١٥ الجدول (١٢) القيمة المعنوية لاختبار مان ويتى ودلالته الإحصائية
- ١١٧ الجدول (١٣) القيمة المعنوية لاختبار كرسكال واليس مقارنة بدرجة التعليم
- ١١٨ الجدول (١٤) القيمة المعنوية لأختبار كرسكال واليس مقارنة بالحالة الاجتماعية.
- ١١٨ الجدول (١٥) معامل ارتباط الرتب (سبيرمان) الحالة الذهنية والاكثتاب مقارنة بالسن
- ١١٩ الجدول (١٦) نتائج اختبار مربع كى للاستقلالية مقارنة بالجنس ودرجة التعليم والحالة الاجتماعية
- ١٢٠ الجدول (١٧) العلاقة بين البلد - الجنس - درجة التعليم - الحالة الاجتماعية ودرجة الاكثتاب قبل تطبيق البرنامج المقترح
- ١٢٥ الجدول (١٨) الاكثتاب قبل وبعد البرنامج حسب البلد
- ١٢٦ الجدول (١٩) اختبار ماك نيمار
- ١٢٨ الجدول (٢٠) الذهنية قبل وبعد حسب البلد

قائمة الأشكال

- الشكل (١) هرم ماسلو (التفصيلي) ١٥
- الشكل (٢) تغيرات مرحلة الشيخوخة ١٨
- الشكل (٣) حاجات ومشكلات المسنين ٥٢
- الشكل (٤) خدمات المسنين الواجب توافرها في دور رعاية المسنين ٥٦
- الشكل (٥) التوزيع حسب النوع والبلد ٩٩
- الشكل (٦) التوزيع حسب درجة التعليم والبلد ١٠٠
- الشكل (٧) التوزيع حسب الحالة الاجتماعية والبلد ١٠٢
- الشكل (٨) التوزيع حسب الحالة الذهنية قبل البرنامج و البلد ١٠٤
- الشكل (٩) التوزيع حسب الحالة الذهنية قبل البرنامج و درجة التعليم ١١٠
- الشكل (١٠) التوزيع حسب الحالة الذهنية قبل البرنامج و الحالة الاجتماعية ١١١
- الشكل (١١) الحالة الذهنية قبل و بعد البرنامج ١١١
- الشكل (١٢) الحالة الذهنية قبل و بعد البرنامج حسب السن ١١٢
- الشكل (١٣) التوزيع حسب الاكتئاب قبل البرنامج و البلد ١٢١
- الشكل (١٤) التوزيع حسب الاكتئاب قبل البرنامج و النوع ١٢٢
- الشكل (١٥) التوزيع حسب الاكتئاب قبل البرنامج و درجة التعليم ١٢٢
- الشكل (١٦) التوزيع حسب الاكتئاب قبل البرنامج و الحالة الاجتماعية ١٢٣
- الشكل (١٧) الاكتئاب قبل و بعد البرنامج حسب السن ١٢٤

قائمة الملاحق

١٥٠	أدوات البحث
١٥٣	اختبار بيك لاكتئاب المسنين
١٥٤	مقياس الحالة الذهنية
١٥٥	استبانة استطلاع الرأي ١
١٥٨	استبانة استطلاع الرأي ٢
١٦٣	أسماء الأساتذة المحكمين للإستبانة
١٦٥	البرنامج المقترح

ملخص الدراسة

عنوان الدراسة هو "مدى فاعلية البرنامج التأهيلي النفسي الاجتماعي المقترح في تحسين الحالة الذهنية والتخفيف من الاكتئاب لدى المسنين في دور الرعاية الاجتماعية"، وتهدف الدراسة إلى عدة أهداف منها:

١. مساعدة العاملين في دور الرعاية في التوصل إلى برنامج متكامل يشمل جميع الجوانب التي أثبتت العديد من الدراسات أنها مهمة في تلك الدور.
٢. التعرف على أوضاع المسنين في دور الرعاية وعلى احتياجاتهم.
٣. التعرف على تأثير استخدام الألوان على الحالة النفسية للمسنين من خلال تطبيق أسبوع الألوان الذي تم اقتراحه في البرنامج.
٤. التعرف على أفضل الطرق لتحسن ذاكرة المسنين عن طريق استخدام الوسائل الحديثة والتي تم اقتراحها في البرنامج.

وقد تم تطبيق الدراسة في ثلاثة دول هي: المملكة العربية السعودية (مدينة مكة المكرمة والدمام)، الإمارات (إمارة عجمان) وجمهورية مصر العربية (مدينة القاهرة والإسكندرية) حيث تم تطبيق الدراسة على (٩٠) مسن ومسنة. واستخدمت الباحثة مقياس بيك لاكتئاب كبار السن ومقياس الحالة الذهنية وبرنامج تأهيلي لكبار السن من إعدادها. وأظهرت الدراسة النتائج التالية:

١. أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $\geq 0,05$ بين متوسط الحالة الذهنية لكبار السن قبل تطبيق البرنامج وبعده في نتائج تطبيق المقياس القبلي والبعدي وذلك لصالح دولة الإمارات (إمارة عجمان) حيث أظهرت الدراسة تحسن في الحالة الذهنية لدى كبار السن بعد تطبيق مقياس الحالة الذهنية.
٢. أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $\geq 0,05$ بين متوسط اكتئاب المسنين بناء على الجنس، والحالة الاجتماعية والدولة حيث أشارت النتائج إلى تحسن لدى المسنين في دولة الإمارات (إمارة عجمان) بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اكتئاب المسنين بناء على الجنس، والحالة الاجتماعية والدولة في المملكة العربية السعودية (مدينتي مكة والدمام) و جمهورية مصر العربية (مدينتي القاهرة والإسكندرية) ويعود السبب لصعوبة تطبيق البرنامج فيها لضعف تأهيل العاملات في الدور وقلة الإمكانيات المتوفرة.
٣. أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $\geq 0,05$ بين متوسط دور الرعاية في الإمارات العربية المتحدة (إمارة عجمان)، جمهورية مصر العربية (مدينة الإسكندرية والقاهرة) المملكة العربية السعودية (مدينة مكة، والدمام) وذلك بنسبة (٩٣.٨%) بعد تطبيق البرنامج في السعودية، و (٥٠%) من الحالات في الإمارات العربية السعودية و بنسبة (٧٢%) لجمهورية مصر من إجمالي عدد الحالات وذلك يرجع إلى أن عدد نزلاء الدور تختلف من دولة إلى أخرى والنسبة الأكبر كانت من مصر.

The title of study

The effectiveness of the program proposed social, psychological rehabilitation in the alleviation of depression and improve mental status in older people in social care homes the study aims to several Targets, including:

1. To help workers in care homes to reach an integrated program covering all aspects that many studies have proven that it neglected in care homes:
2. Identifying the conditions of the elderly in social care homes and to such needs.
3. Identifying the impact of the use of colors on the psychological state of elderly through the Application (week of color) that has been proposed in the program
4. Identify the best ways to improve the memory of the elderly through the use of modern methods, which have been proposed in the program

Has been applied to the study in three countries: Saudi Arabia (Makah and Dammam), United Arab Emirates (Ajman) and the Arab Republic of Egypt (Cairo and Alexandria) where the application of the study (90) elderly man and women The researcher used the Beck scale for the elderly, and the depressed state of mind scale and rehabilitation program for older prepared by the researcher .

The study showed the following results

1. It is no statistically significant differences at the level of $<0, 05$ between the average state of mind for the elderly before the application of the program and beyond in the results of applying the scale tribal and post for the benefit of the UAE (Ajman), where the study showed improvement in mental status in older people after the application of measure the state of mind
2. It is no statistically significant differences at the level of $<., 0.5$ between the average depression elderly based on sex, marital status, and the state where the results indicate an improvement in the elderly in the UAE (Ajman) while no statistically significant differences between the depression the elderly based on gender, social status and the state in Saudi Arabia (Makah and Dammam)and The Arab Republic of Egypt (Cairo and Alexandria) and due to the difficulty of implementing the program in which the weakness of the rehabilitation of workers in social care, and lack of resources available.
3. It is no statistically significant differences at the level of <0.05 between the average social welfare homes in the UAE (Ajman), Arab Republic of Egypt (Cairo and Alexandria), Saudi Arabia (Makkah and Dammam), a percentage (93.8%) after the application of the program in Saudi Arabia, (50%) of cases in the UAE, (72%) in the Egypt of the total cases and due to the different number of inmates from state to state and the largest percentage was from Egypt

الفصل الأول

المقدمة

يشهد العالم تطورات طبية في مجال علاج الأمراض، وتطور وسائل الوقاية منها أدت إلى زيادة العمر المتوقع عند الولادة ولهذا تجاوز العمر (الثمانين عاماً) في بعض الدول ومنها دول العالم الثالث، إذ يوجد حوالي أكثر من نصف المسنين بالعالم يعيشون في الدول النامية .. مما استدعى الانتباه إلى مواضيع تتعلق بالرفاهية الاجتماعية لهذه الفئة، فقد تبين أن التغيرات الديموغرافية أكثر سرعة في الدول النامية، وان نسبة المسنين أكثر ارتفاعاً في المنطقة العربية فقد وصلت نسبتهم إلى ٥.٦ % عام ١٩٩٩م ومن المتوقع أن تصل إلى ٦.٨ % في عام ٢٠٢٥م وإلى ١٢.٥ % عام ٢٠٥٠م. وهذه الزيادة يمكن ردها إلى مجموعة من العوامل منها انخفاض معدلات وفيات الأطفال وتحسن التغذية والشروط الصحية وتطور الوضع الاقتصادي.(الأحمد، ٢٠٠١م:٥٤)

وتتفق الباحثة مع ما ذكره عاشور (٢٠٠١م: ٢٦) بأن العصر الحالي يطلق عليه "عصر المعمرين"، وفي عام ١٩٩٩م صدر قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة باعتباره عاماً دولياً للمسنين ومناسبة يحتفل بها سنوياً في ١٥ سبتمبر، وهو تأكيد عالمي على أهمية هذه الفئة في المجتمع، حيث أن هذه الفئة تحتاج إلى رعاية خاصة وخدمات معينة كانت توفرها الأسرة سابقاً وبدأت تقدمها مؤسسات متخصصة الآن، وذلك لعدة أسباب كما ذكرها كلاً من شلبي وعبد الرزاق (٢٠٠٧م: ٤٨) وهي الظروف الحياتية للأسرة اليوم، وتسارع نمط الحياة وكثرة المشاغل التي أدت إلى أن بعض الأسر تهمل المسنين فيها.

وكما تعتقد الباحثة أن المجتمع العربي و السعودي شهد خلال العقود الخمسة الأخيرة خاصة عدة تحولات اقتصادية واجتماعية وديمغرافية كان لها الأثر الواضح في بلورة قضية المسنين

الاجتماعية والاقتصادية، وأبرزها ما ذكره شلبي وعبد الرزاق (٢٠٠٧م: ٥٠)، مثل: الهجرة الداخلية والخارجية وما رافقها من تحولات في النسق الاجتماعي بشكل عام، وفي تركيب الأسرة ووظائفها تجاه أفرادها وبخاصة المسنين منهم، فترتب على ذلك ظهور أنماط الحياة المعاصرة كانتقال بعض وظائف الأسرة إلى مؤسسات اجتماعية كالنظام التعليمي، نظام الحماية الاجتماعية وحضانة الأطفال، فبعد أن كانت الأسر تتكون من أكثر من جيل وهو ما يعرف بالأسرة الممتدة (Extended family) تحولت في بنائها الاجتماعي بفعل التغيرات السريعة التي شهدتها المجتمع إلى أسرة نووية (Nuclear family) تتكون من الزوج والزوجة والأولاد، وبدأت الأسرة في الوقت الراهن تشهد تحولات في منظوماتها القيمية ووظائفها الاجتماعية، فبعد أن كانت منظومة القيم يحتل فيها المسنين مركز القوة لما له من دور اجتماعي ومكانة اجتماعية زيادة على مساهمته في العملية الإنتاجية والتنشئة الاجتماعية، فهو الناصح والمعلم والقُدوة ويدين له كل أفراد الأسرة بالاحترام والطاعة، نجد أن هيبة كبير السن ومكانته قد تغيرت في الوقت الحاضر بفعل التغير في المكانة الاجتماعية التي كان يحتلها ويؤديها، فقد تلاشى دوره في العملية الإنتاجية والتنشئة الاجتماعية للأجيال. (شلبي وعبد الرزاق، ٢٠٠٧م، ٥٠)

مشكلة الدراسة

إن التزايد المستمر في أعداد المسنين في العالم ككل أدى إلى ظهور العديد من الدراسات والبحوث المتخصصة في دراسة تلك الفئة العمرية، ومن ثم أهتم علماء النفس بالجوانب المختلفة للتكيف السلوكي في ضوء الخسائر التي يتعرض لها المسنون بسرعة في التعامل مع الآخرين والظروف المحيطة، مع التعرف على أنماط السلوك التعويضي والتي قد تعوق الخسائر المرتبطة

بالتقدم في السن، والتي قد تؤدي في بعض الأحيان كما ذكر إسماعيل (١٩٨٣ م: ٢٣) إلى مستويات أعلى من الأداء الوظيفي بسبب تراكم الخبرات.

وقد أجرى جوهر (١٩٨٠ م: ٦٧) دراسة في مدينة حلوان بجمهورية مصر عن المشكلات الفردية التي تواجه المسنين وأساليب رعايتهم اجتماعيا بالمؤسسات والتي أظهرت أهم نتائجها أن أكثر تلك المشكلات تتمثل في المشكلات الصحية مثل أمراض السمع، هبوط القلب. الضغط، والسكر، والمشكلات النفسية مثل الاكتئاب، الخوف، والشك، والمشكلات الترويحوية والمشكلات الدينية، والمشكلات الاقتصادية... الخ.

كما أكدت دراسة عبد الباقي (١٩٨٥ م) عن العزلة الاجتماعية للمسنين وعلاقتها بالاكتئاب النفسي، و أرجعت سببها إلى قلة النشاط لدى المسنين وبداية ظهور الأعراض المرضية و الاكتئاب نتيجة الإحساس بفقدان الأمل وانخفاض الروح المعنوية.

بينما تناولت دراسة عودة (١٩٨٦ م) التي اهتمت بدراسة المشكلات الخاصة بالمسنين والمسنات في دور الرعاية الاجتماعية في دولة الكويت، والتي كانت أهمها فقدان الشهية والآم المعدة، ثم ضعف القدرة العقلية العامة، القلق العصابي والاكتئاب الحاد (عبدالمنعم، ٢٠٠٢ م: ٧٠). والكثير من المشكلات التي يشعر بها المسنون تعبر عن حاجاتهم التي هي بحاجة إلى إشباع، حيث أكد خليفة (١٩٩٧ م: ٧١-٧٣) أن أكثر تلك الحاجات هي حاجة المسن إلى الرعاية الصحية وتجنب الضرر، فأكثر المسنين يعانون من المتاعب الصحية والآلام والأمراض، و كذلك الحاجة إلى الأمن، نظراً لشعور المسن بالوحدة، ثم الحاجة إلى التقدير والاحترام من جانب المجتمع الذي يعيش فيه، والحاجة إلى الاندماج في النشاطات الترويحوية، والحاجة إلى مساعدة الأبناء، والحاجة إلى مساعدة الجهات الحكومية لمواجهة مشكلات المسنين، والحاجة إلى ضبط الانفعالات، والانجاز، ومعرفة الإمكانيات المتاحة.

ومن خلال إطلاع الباحثة على عدد من المراجع العلمية والدراسات السابقة وتوصيات المؤتمرات التي اهتمت بهذه الفئة من المجتمع، حيث ترجع الباحثة سبب اختيارها لهذا الموضوع إلى: أولاً إلى قلة الأبحاث العربية والسعودية التي اهتمت بهذه الفئة الهامة من المجتمع، وثانياً بسبب ما لاحظته الباحثة خلال زيارتها لبعض دور رعاية المسنين حيث تكتفي تلك الدور بتقديم الجانب الإيوائي والعلاجي الصحي في أغلب الأحيان وتهمل باقي الجوانب مثل الجانب النفسي والاجتماعي والترفيهي وحتى الديني.

وحاولت الباحثة من هذه الدراسة أن تقدم برنامجاً تأهلياً متكاملًا للجوانب المهملة في دور الرعاية حيث لا يتوفر العديد من البرامج التي تغطي جميع احتياجات المسنين رغبة منها في تحقيق الاختلاف في نوعية الخدمات التي تقدم من خلال تطبيق برنامجها المقترح داخل تلك الدور. وقد صاغت الباحثة مشكلة دراستها في السؤال الرئيسي التالي: **ما مدى فاعلية استخدام برنامج تأهيلي نفسي اجتماعي مقترح في تحسين الحالة الذهنية وتخفيف من الاكتئاب لدى المسنين في دور الرعاية؟**

أهداف الدراسة

اهتمت الدراسة الحالية بمحاولة تحسين الحالة الذهنية وتخفيف حدة الاكتئاب لدى المسنين المقيمين في دور الرعاية من خلال تقديم برنامج تأهيلي نفسي، اجتماعي، ترفيهي، ثقافي، وديني، حيث هدفت الدراسة إلى:

1. مساعدة العاملين في دور الرعاية في التوصل إلى برنامج متكامل يشمل جميع الجوانب التي أثبتت العديد من الدراسات أنها مهمة في تلك الدور.
2. تصميم برنامج تأهيلي نفسي اجتماعي متكامل.

٣. التعرف على أوضاع المسنين في دور الرعاية وعلى احتياجاتهم.

٤. التعرف على تأثير استخدام الألوان على الحالة النفسية للمسنين من خلال تطبيق

أسبوع الألوان الذي تم اقتراحه في البرنامج.

٥. التعرف على أفضل الطرق لتحسن ذاكرة المسنين عن طريق استخدام الوسائل الحديثة

والتي تم اقتراحها في البرنامج.

٦. توعية العاملين في دور الرعاية بأهمية إبقاء المسنين مرتبطين بالبيئة الاجتماعية

المحيطة بهم وفي الأدوار التي يمكن أن يقوموا بها لخدمة المجتمع.

أهمية الدراسة

ترتكز أهمية الدراسة على تقديم برنامج مقترح يهدف إلى تحسين الحالة الذهنية وتخفيف

حدة الاكتئاب لدى المسنين في دور الرعاية، حيث يقل الاهتمام في تلك الدور بالجوانب النفسية

والاجتماعية والترفيهية والثقافية وحتى الدينية في تلك الدور وهذا ما أكدته العديد من الدراسات التي

تناولت تلك الدور وأوضاع المسنين فيها سواء الدراسات العربية أو الأجنبية ومن هنا تكمن أهمية

الدراسة الحالية في:

أ- أهمية نظرية :

١. إظهار أهمية التأهيل النفسي، الاجتماعي، الثقافي، الديني والترفيهي في تأهيل المسنين جنباً

إلى جنب مع العلاج الدوائي.

٢. تسعى الدراسة إلى التوصل إلى أساليب متنوعة تثري مجال الرعاية بالمسنين.

٣. تسليط الأضواء والكشف عن العوامل المسببة لسمة القلق عند المسنين، وهذا بدوره قد يساعد على فهم نفسية المسنين وكيفية التعامل معهم من قبل القائمين على رعايتهم في دور الرعاية للمسنين أو في داخل الأسرة.

٤. المساهمة في تنفيذ بعض التوصيات الصادرة في الندوة الخليجية الرابعة والتي انعقدت في الرياض بتاريخ ٢١-٢٢ / ٣ / ١٤٣٠هـ، والتي دعت إلى تكثيف الدراسات البحثية وإعداد التقارير النوعية بخصوص رعاية المسنين للبناء على نتائجها في إعداد الخطط الوطنية وتكوين قاعدة معطيات من أجل الرعاية المبنية على الأدلة والبراهين للمسنين والارتقاء بالأوضاع الصحية والنفسية لهم.

ب- أهمية تطبيقية:

١. محاولة التوصل إلى برنامج تأهيلي نفسي اجتماعي متكامل يساعد في تأهيل المسنين المقيمين في دور الرعاية.
٢. مساعدة العاملين في دور الرعاية الاجتماعية على توظيف البرنامج المقترح والاستفادة منه لخدمة تلك الفئة من المجتمع.
٣. وضع برامج إرشادية وقائية وعلاجية لتحسين الرعاية للمسنين، والتي يمكن أن يفيد منها المرشدون النفسيون والقائمون على رعاية المسنين.

فروض الدراسة

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $\geq 0,05$ بين متوسطات الحالة الذهنية لدى المسنين قبل تطبيق البرنامج وبعده في نتائج تطبيق مقياس الحالة الذهنية القبلي والبعدي.

٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $\geq 0,05$ بين متوسط اكتئاب المسنين بناء على الجنس، والحالة الاجتماعية والدولة قبل وبعد تطبيق مقياس بيك لاكتئاب المسنين.

٣. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $\geq 0,05$ بين متوسط نتائج دور الرعاية في الإمارات العربية المتحدة (إمارة عجمان)، جمهورية مصر العربية (مدينة الإسكندرية والقاهرة) المملكة العربية السعودية (مدينة مكة، والدمام)

مصطلحات الدراسة

١. برنامج تأهيلي مقترح

ويعرف البرنامج التأهيلي إجرائياً بأنه مجموع الإرشادات والتدريبات الاجتماعية، النفسية، الثقافية، الدينية والترفيهية المشروحة بالتفصيل بهدف تقديمها إلى العاملين في دور الرعاية لتحسين الحالة الذهنية وتخفيف أعراض اكتئاب المسنين المقيمين في تلك الدور.

٢. تحسين الحالة الذهنية

ويقصد بالحالة الذهنية إجرائياً تحسين الحالة العقلية للمسنين في دور الرعاية من حيث تحسين قدرتهم على التركيز والتذكر عبر عدد من الأنشطة الحديثة مثل الذاكرة التصويرية، والألوان، واستخدام الترفيه المدروس والرياضة البدنية والتي أثبتت الدراسات الحديثة فاعليتها بالنسبة للمسنين.

٣. الاكتئاب

يعرف بيك (Beck) الاكتئاب أنه: " استجابة لا تكيفيه مبالغ فيها وتتم بوصفها نتيجة منطقية لمجموع التصورات و الإدراكات السلبية للذات أو الموقف الخارجي أو المستقبل أو للعناصر الثلاث مجتمعه" (1976 م: ١٩)

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه: حالة شعورية (فكرية وحسية) غير واضحة لدى الفرد قد تظهر على شكل حزن وهم وعدم الرضا عن الذات فتؤدي إلى تغير سلبي وملحوظ في النواحي النفسية والانفعالية والاجتماعية . ويقصد به مجموع الاستجابات التي يحصل عليها كبير السن على فقرات المقياس الذي استخدمته الباحثة في هذه الدراسة.

كما تقصد الباحثة "بتخفيف حدة الاكتئاب" في الدراسة الحالية: أي تقليل الأعراض التي تصاحبه لدى المسنين وبالتالي تحسين الحالة الصحية لديهم عن طريق استخدام الأنشطة والإرشادات المقدمة في البرنامج المقترح.

٤. المسنين

استخدمت الباحثة مصطلح "المسنين" والذي تقصد به تلك الفئة من المجتمع من سن (٦٥ وأكثر)، و تختلف المصطلحات المستخدمة لوصف المسنين اختلافاً كبيراً، حتى في الوثائق الدولية، حيث يطلق عليهم تارة (المسنين) و (المسنين)، و(الأكبر سناً) و(فئة العمر الثالثة) و (سن الشيخوخة)، كما أطلق مصطلح (فئة العمر الرابعة) للدلالة على الأشخاص الذين تزيد أعمارهم على ٨٠ عاماً.

وتستخدم الأمم المتحدة مصطلح (المسنين) وهو التعبير الذي استخدم في قراري الجمعية العامة ٥/٤٧ و ٩٨/٤٨. ووفقاً للممارسة المتبعة في الإدارات الإحصائية للأمم المتحدة، حيث تشمل هذه المصطلحات الأشخاص البالغين من العمر ٦٠ سنة فأكثر، (حيث تعتبر إدارة

الإحصاءات التابعة للاتحاد الأوروبي أن (المسنين) هم الذين بلغوا من العمر ٦٥ سنة أو أكثر، حيث إن سن ال ٦٥ هي السن الأكثر شيوعاً للتقاعد).

وتعرف الباحثة "المسنين" إجرائياً على أنه " من بلغ ٦٥ عاماً أو أكثر وحدثت له تغيرات فسيولوجية وأصبح غير قادر على تلبية احتياجاته فاعتمد على الغير مما ولد لديه شعور بعدم الأمان والمحبة والانتماء.

٥. دور الرعاية

وتعرفها الباحثة إجرائياً على أنها رعاية مؤسسة مخصصة لاحتياجات المسنين تقدمها الدولة أو أشخاص (تتوفر في بعض الدول العربية والدول الأجنبية) في حالة عجز أو عدم رغبة عائلة المسن في الاهتمام به أو إذا لم يكن لدى المسن عائلة ترعاه.

ويؤكد جوهر (١٩٨٠م: ٨٢) أنه يجب عدم عزل المسن في تلك المؤسسات عن المجتمع، وذلك بتضافر العاملين في تلك الدور ومؤسسات المجتمع المدني المختلفة والمتطوعين.

وكما يؤكد خليفة (١٩٩٧م، ٦٣) أن الأسر في المجتمع المدني المعاصر باتت تعتمد على مؤسسات الرعاية الخاصة بالمسنين بشكل كبير، وترى الدهان (٢٠٠٥م) أنه قد تكون هذه المؤسسات -بالرغم من عيوبها- بديلاً مفيداً حيث أن العديد من المسنين يفقدون مساندة الأسرة لهم في الوقت الذين يفقدون فيه وظائفهم ومكانتهم الاجتماعية.

الفصل الثاني

المبحث الأول

المقدمة

أن الشيخوخة لا يمكن أن تقاس ببساطة بحسب السن أو بالتغيرات الفسيولوجية فقط كما يرى الطفيلي (٢٠٠٤ م: ١٤٥-١٤٦) ، بل تخضع لعدة عوامل مؤثرة أخرى، ومن هنا يعتبر العديد من المختصين أن الشيخوخة ليست حالة مرضية بحد ذاتها وإنما هي مجموعة من الحالات النفسية والجسمية والاجتماعية والعقلية.

ويؤكد العبيدي (٢٠٠٣ م: ٩٧-٩٨) أنه لا يجب النظر للشيخوخة كمرض ولكن كعملية طبيعية تشمل التغيرات التدريجية في الشكل والوظيفة والقدرة على تحمل الضغوط، وهي يبدأ من التدهور المتدرج الذي يحدث من قمة النضج البدني والصحي في العقد الثالث من العمر حيث تبدأ التغيرات الفسيولوجية المتعلقة بالسن مبكرا جدا عما قد نتصور.

ومن خلال إطلاع الباحثة على العديد من الدراسات التي تكشف عن تزايد عدد المسنين في السنوات العشر الأخيرة مما يستعدي الاهتمام بهم، حيث ذكر خوجة وسليمان في دليل رعاية المسنين في الرعاية الصحية عام ١٤٢١ هـ أن عدد المسنين يتزايد في العالم أجمع بمعدل ٢,٥% في السنة وفق الجدول الآتي والذي يوضح نسبة المسنين ٦٠ سنة فأكثر في دول مجلس التعاون الخليجي كما يظهر الجدول (١):

جدول (١)

يوضح نسبة المسنين من سن ٦٠ فأكثر في دول مجلس التعاون الخليجي ومصر

معدل المسنين في عدد السكان الكلي	معدل المسنين في عدد السكان الكلي	معدل المسنين في عدد السكان الكلي	البلد
٢٠٢٠م	٢٠١٧م	١٩٩٥م	
١٤,٢	١٠,٦	٩,٥	العالم
٨,٤	٥,٩	٥,٢	منطقة الاسكو العربية
٦,١	٤,٨	٤,١	المملكة العربية السعودية
٩,٨	٤,٩	٣,١	البحرين
١٧,٤	٩,١	٣,٣	الكويت
٦,٠	٥,٤	٤,٣	عُمان
١٢,٢	٩,٥	٤,٣	قطر
١٩,٤	١٢,٦	١,٧	الإمارات
عدد المسنين ٣.٣ مليون نسمة في عام ٢٠١٠ بنسبة ٤.٢ % من اجمالي السكان، ومن المتوقع ارتفاع هذه النسبة لتبلغ ٨% بحلول عام ٢٠٣٠ نظراً لتطور الخدمات الصحية.			مصر

(الغريب:٢٠٠٩م) و(الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء

www.capmas.gov.eg) وستعرض الباحثة أهم تلك التغيرات ومراحل الشيخوخة لتوضيح

كامل الجوانب.

مراحل الشيخوخة:

و قد قسم القرآن الكريم هذه المرحلة إلى مرحلتين فرعيتين كما ذكرت سليمان (٢٠٠٨م: ١٠٥)

و هي:

- مرحلة الشيخوخة لقوله تعالى: "ثُمَّ لِيُبْلِغُوا أَشُدَّكُمْ ثُمَّ لَكُمْ وَاشْيُوحًا" (سورة

غافر ٦٧)

- مرحلة أرذل العمر " الهرم " لقوله تعالى: " وَمِنْكُمْ مَنْ يُرَدُّ إِلَى أَرْذَلِ الْعُمُرِ لَكُمْ لَا

يَعْلَمُ بَعْدَ عِلْمٍ شَيْئًا إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ قَدِيرٌ " (سورة الحج ٥٠).

و أكد ذلك الطحان (١٩٨٤م: ٣٠) حيث ذكر أن بعض الباحثين في الشيخوخة قد قاموا

بتقسيم هذه المرحلة إلى:

- مرحلة الشيخوخة المبكرة وهي تمتد من ٦٠ سنة إلى ٧٥.

- مرحلة الهرم تمتد من ٧٥ سنة إلى نهاية العمر.

بينما ذكر غندور (١٩٩٠م: ١١- ١٢) أنه يمكن تقسيم مرحلة الشيخوخة إلى أربعة مستويات

وهي على النحو التالي:

- المستوى الأول: فترة ما قبل التقاعد وتمتد من ٥٥ إلى ٥٦ سنة.

- المستوى الثاني: فترة التقاعد من ٦٥ سنة وأكثر حيث الانفصال عن الدور

المهني وشؤون المجتمع وما يصاحبها من تغيرات عديدة في النواحي التعليمية

والبيولوجية والنفسية والاجتماعية.

- المستوى الثالث: فترة التقدم في العمر من ٧٠ سنة فأكثر حيث الاعتماد على

الآخرين والضعف الجسدي والعقلي.

- المستوى الرابع: فترة الشيخوخة والعجز التام والمرض والوفاة وتمتد حتى ١١٠

سنة.

و أما صادق وأبو حطب (١٩٩٠م: ٢٨-٣٣) فقسما المرحلة إلى ثلاث مراحل فرعية و هي:

– مرحلة كبر السن المبكرة:

و هي المرحلة العمرية من سن ٦٥ إلى سن ٥٧ وهي الفترة الأولى أو المرحلة الأولى من كبر السن ويسمى فيها " الكهل " أي من وخط الشيب شعره، أو السن النشط أو الفعال.

– مرحلة كبر السن الوسطى :

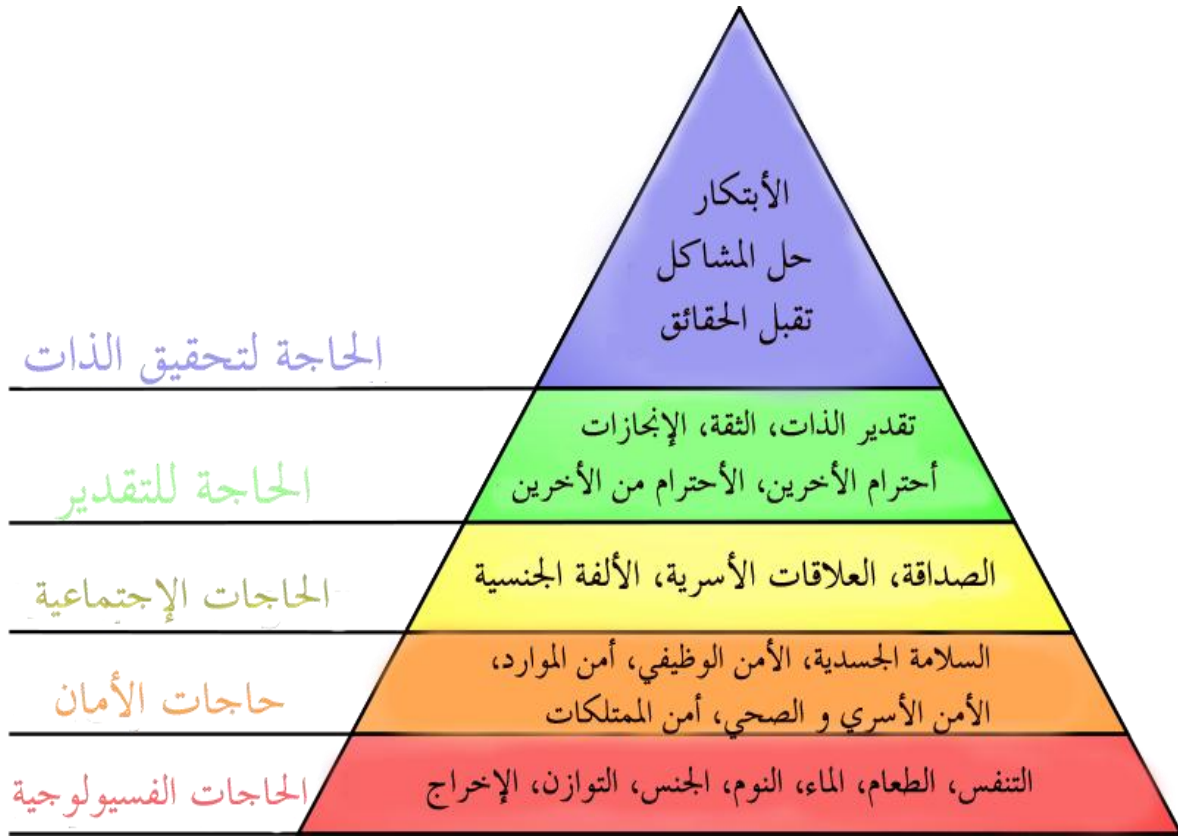
و هذه الفترة تكون من سن ٧٥ إلى سن ٨٥ سنة وهي الفترة الثانية ويسمى كبير السن فيها " المسن الكبير أو الشيخ الكبير " وهي مرحلة الضعف والقعود عن العمل والحاجة إلى المساعدة في الرعاية الصحية وتكثر فيها الأمراض والأوجاع.

– مرحلة كبر السن المتأخرة:

والفترة الأخيرة تكون من سن ٨٥ سنة فأكثر وهي الفترة الثالثة من كبر السن ويسمى كبير السن فيها " الشيخ الهرم أو الشيخ المعمر " وهي عادة مرحلة الضعف الشديد وملازمة الفراش والاعتماد على الآخرين في كل شي.

الحاجات الأساسية للمسنين

لا يعتبر أمراً مستحيلاً أن يشيخ الإنسان ويكبر في السن وهو في حالة من البهجة والسرور، فكل ما يتطلبه ذلك هو الاستعداد للشيخوخة و تغيراتها فيجب على الشخص المسن أن يتأقلم مع جسمه المصاب بالتداعي ومع واقعه الذي يتزايد به القلق وانطلاقاً من ذلك ومما سبق من استعراض للتغيرات التي تصاحب هذه المرحلة تظهر احتياجات المسنين والتي إذا تم توفيرها وإشباعها يمكن أن تحدث تغيراً إيجابياً كبيراً في هذه المرحلة ومن أهم هذه الاحتياجات حسب هرم (مسلو) والذي قسمها إلى خمسة درجات هرمية وستوضحها الباحثة في الشكل التالي:



الشكل (١)

هرم ماسلو (التفصيلي) (المليجي، ٢٠٠٠م: ٢٣٩)

أولاً: الحاجات الفسيولوجية:

وتتمثل في الحاجة للشفاء من أمراض الجسد والاحتفاظ بالطاقة الجسدية. ومحاربة الألم،

مثال لذلك الحاجة لتأمين الطعام والشراب، التنفس الجيد، و النوم والخلود للراحة وغيرها .

(الشاذلي، ٢٠٠١م: ١٠)

ثانياً: الحاجة للاطمئنان والأمان:

وتظهر في التمكن من التعبير عن المخاوف وفي إيجاد الثقة مع الطاقم المعالج(المختص

بمراقبة المسن) وإلى الإحساس بمصداقية الآخرين والشعور بالطمأنينة. (قدومي، ١٩٩٨م: ١٥)،

مثل تحاشي الحوادث (كالسقوط والإغماء وغيرها) وتوفير المكان المريح والمهياً واحترام حقوقه في التملك.

ثالثاً: الحاجة للمحبة والشعور بالانتماء:

وتتمثل في مشاركته الحديث وتبادل الأخبار والإصغاء له وفهمه ليكون الشخص المسن قادراً على المحبة ويشعر بمحبة الآخرين له.(الشاذلي، ٢٠٠١م: ١٠) ومثال على ذلك التواصل مع الآخرين وبناء العلاقات الاجتماعية.

رابعاً: الحاجة للحفاظ على عزة النفس و الكرامة :

وتتم عن طريق الاحتفاظ بكرامة الشخص المسن بصرف النظر عن ضعفه والمحافظة على اعتماده على ذاته و ذلك بتدعيم شعور الشخص المسن بأنه شخص طبيعي وبأنه إنسان بكل معنى الكلمة حتى النهاية ليحتفظ الشخص المسن بهويته الشخصية بالمعنى المعنوي.(الشيخ، ٢٠٠٣م: ٢٣-٢٤) وتتمثل في احترام قيم ومعتقدات الشخص المسن.

خامساً: الحاجة لتقبل المرحلة (التفعل):

وترى الباحثة أنه يمكن تقبل وتجاوز هذه المرحلة الحتمية وتفهم معنى الموت وقرب النهاية، حيث يحتاج المسن لمن يرافقه أثناء معالجة مصاعبه الشخصية، ليتوجه نحو نهاية حياته وموته، واقفاً، شامخاً، وفي صحة روحية جيدة. فعندما ندرك حاجات المسنين والمرحلة التي يمرون بها يجب العمل بشكل يضمن التكفل الشامل بهؤلاء عبر توفير طاقم متعدد الاختصاصات يكون محور اهتمامه هو الشخص المسن منطلقاً من حاجاته الفسيولوجية وصولاً إلى تلبية حاجات أكثر

رُقياً وأهميةً وانتهاءً بما يسمى تحقيق الذات حسب هرم مسلو. (Sugiswawa & Others, 1994 م: ٧).

المبحث الثاني

التغيرات في مرحلة الشيخوخة

منذ ولادة الإنسان وهو يبدأ في التقدم نحو الشيخوخة تدريجياً، فكما تؤكد الباحثة أننا جميعاً نتقدم بالعمر وفي حالة شيخوخة كامنة، لكن كل شخص يهرم ويشيخ بطريقة مغايرة عن الآخرين، فبعض الأشخاص المسنين يحافظون على قدرتهم على الاعتماد على أنفسهم وعلى وضع حياتي ومعيشي مقبول حتى آخر يوم من حياتهم. وهكذا فإن عملية الشيخوخة تبدو عملية مختلفة بنظمها، بشدتها وبتوجهها وذلك بحسب كل شخص من الأشخاص .

الشيخوخة كما يرى Allen (1994 م: ٨) أنها السنوات الأخيرة من العمر ولكن مع التقدم الطبي والعلمي حيث ازداد معدل عمر الفرد في عدد كثير من الدول من ٧٠ عاماً إلى أكثر من ٨٠ عاماً وذلك خلال قرن من الزمان أي منذ بداية القرن العشرين حتى بداية القرن الحادي والعشرين. ومع هذه الزيادة في معدلات الأعمار عموماً، زاد الاهتمام بدراسات الشيخوخة بكامل تغيراتها واحتياجاتها كما ذكر الشيخ (٢٠٠٦ م: ١٢) حيث يجد كل العاملين، في حقل رعاية المسنين وخدمتهم، يجدون أنفسهم حالياً أمام مسؤوليات ومهام كثيرة وشاملة وهامة تجاه تلك الفئة المسنة من المجتمع، كونها فئة هشة، متداعية، وضعيفة عموماً كون هذه الفئة العمرية تمر بالعديد من التغيرات و التي سنتعرضها الباحثة في الشكل التالي لتوضح تأثيرها في المرحلة وهي:

تغيرات مرحلة الشيخوخة

الشكل (٢)

تغيرات مرحلة الشيخوخة من تصميم الباحثة

أولاً: التغيرات الجسدية للمسنين

• تغيرات الجهاز الهضمي :

يعرف العبيدي (٢٠٠٣م:٨٤) الجهاز الهضمي على أنه "مجموعة من الأعضاء المرتبطة

بعملية الهضم مثل الأمعاء والمعدة والكبد والقولون". و يرى أن في مرحلة الشيخوخة تحدث

مجموعة من التغيرات الوظيفية في الجهاز الهضمي و منها تضؤل حجم الإنزيمات التي تفرزها

الأمعاء الدقيقة، وتضؤل امتصاص السكر البسيط كما تضعف عضلات القولون، وتقل كفاءة

الكبد في تحويل المواد الغريبة، وكذلك يقل امتصاص الكالسيوم والحديد. و نستعرض بعضاً من الأمراض التي تصيب الجهاز الهضمي ومنها:

– داء المبيضات " الكنديية " *Condidosis*

وهو ناتج عن العدوى بفطر " المونيليا " التي تصيب الفم " اللسان ، اللثة ، الحلق ، الجهة الداخلية للخدين. (جعفر، ٢٠٠٣م: ٣٣)

– التهاب الغدة النكفية الحاد " *Parotits Acute* "

ويحدث هذا الإلتهاب نتيجة انتان مصدره الفم وهو حالة منتشرة لدى المسنين . (جعفر، ٢٠٠٣م: ٣٣)

– عسر البلع " *Dysphasia Esophagi* "

وهو إحدى مشاكل الشيخوخة التي تستدعي الاهتمام وذلك لتعدد واختلاف الأسباب الناجمة عن وجود خلل في الطريق الذي يسلكه الطعام ابتداءً من الأسنان ثم اللسان، والحلق والحنجرة انتهاءً بالمرئ. وقد يكون من أسبابه تضخم الغدة الدرقية ، أو تضخم الشريان الأورطي مما يؤدي إلى الضغط على جدار المرئ (شريم، ١٩٩٢م: ١٣٩)

– القرحة الهضمية " *Ulcus Pe Pricum* "

ومن أعراضها: فقر الدم وهو نقص الحديد ، ألم في أعلى البطن ، فقدان وزن الجسم ، وهي مسؤولة عن ثلث الوفيات عند المسنين.(جعفر، ٢٠٠٣م: ٣٤)

– التهاب القولون القرحي " *Colitis Ulcerosa* "

و تتمثل أعراضه في إسهال ونزيف دموي معوي وهو من الحالات المرضية الخطيرة التي تحدث لدى المسنين. (جعفر ، ٢٠٠٣م: ٣٣)

- اضطرابات الامتصاص المعوي الشيخوخي:

و هي اضطرابات مرتبطة بالتقدم في السن وناجمة عن التبديلات الحاصلة في الغشاء المخاطي للأمعاء الدقيقة مما يؤثر على عمليات امتصاص عناصر الكالسيوم والفسفور والحديد وفيتامين د والحامض الفوليكي وفيتامين ب^{١٢}. (جعفر، ٢٠٠٣م:٣٥)

- الإمساك المزمن " onstipation chronic senitis "

ويعتبره جعفر (٢٠٠٣م :٣٥) من أكثر المتغيرات الناجمة عن الشيخوخة شيوعا نتيجة نقص الحركة والقعود الطويل والثبات وهي من العوامل المسببة للإمساك عند المسنين ويرى شريم (١٩٩٢م :١٤٠-١٤١) أنه يؤدي إلى انسداد الأمعاء وتقرحات نازفة لجدار الأمعاء الغليظة أو في منطقة الشرج. وقد يسبب الإمساك لبعض المسنين اضطرابات نفسية، حيث يصبح المسن حاد الطبع سريع التهيج .

- داء الحصى الصفراوية أو تحصى المرارة "Cholelithiasis":

و يذكر جعفر (٢٠٠٣م :٣٥) أنه يحدث بسبب قلة الحركة والرياضة والإفراط في تناول الشحميات و السكريات و يترافق مع بعض المضاعفات مثل :تشمع الكبد الصفراوي الذي يحدث في حال انسداد القناة الكبدية الرئيسية الناقلة للافرزات الصفراوية إلى الأمعاء، وهذا الداء يصيب المسنين من النساء والرجال على السواء ويسبب آلاما شديدة.

- الأسنان:

ويرى شريم (١٩٩٢م :١٣٩) أن تردي الحالة الصحية للأسنان تعتبر من أكثر مشاكل الشيخوخة شيوعا وتحديدا إذا ما وصلت إلى مرحلة استخدام الأسنان الصناعية، لأن استخدامها بطريقة غير جيدة يؤثر سلبا على الوضع الصحي للفم وقد يؤدي إلى حدوث أمراض وتقرحات

فموية وكذلك قد يكون سببا لظهور تأثيرات سلبية على وظائف الجهاز الهضمي وبالتالي حدوث اضطرابات هضمية.

– الكبد:

يتقلص حجم الكبد وتضعف مقاومته للسموم التي ينقلها الدم إليه. (جعفر، ٢٠٠٣م: ٣٩)

• التغيرات في الجهاز الدوري الدموي:

ذكر العبيدي (٢٠٠٣م: ٨٢) أن القلب يتأثر مع التقدم في العمر، حيث تقل نبضاته من ناحية، ويزيد عدم انتظام نبضاته من ناحية ثانية، وتتأثر الأوعية الدموية حيث يزيد تراكم أملاح الكالسيوم على جدار الأوعية الدموية إلى سماكتها، وبالتالي تقل مرونتها مقارنة بحالتها في المراحل العمرية السابقة. ويؤدي ما تتعرض له الأوعية الدموية من ضيق أو انسداد أو تلف إلى التأثير في سريان الدم ، وقد يكون هذا أحد الأسباب المؤدية إلى ارتفاع ضغط الدم.

– القلب:

ويؤكد الكيلاني (١٩٨٣م: ١٢٧) أن أهم الأمراض التي تصيب القلب هي:

▪ اضطرابات نبضات القلب:

ويوضح أن هذا النوع من الاضطرابات تحدث في حالة إصابة المسن بتليف أو تكلس في عضلة القلب فيقطع مسار النبضات من الأذين الأيمن والذي يقع ناظم القلب في أعلاها وتنطلق منه النبضات عبر عضلة الأذين لتصل إلى نقطة خاصة في أسفل الأذين عقدة الأذين البطنية، فيصاب بحصار القلب" انقطاع تيار نبض القلب " وقد يحتاج المريض إلى تركيب " ناظم قلب صناعي".

▪ أمراض القلب الزاوي:

و يذكر أنها تظهر مع تقدم العمر تحت بطانة الشرايين التاجية بلورات دهن الكولسترول والتي تزيد في جسم الإنسان نتيجة إكثاره من تناول الطعام الغني بالدهن الحيواني، ونتيجة لترسب الكولسترول والأقراص الدموية مع الخيوط الليفية و يحدث للشريان ما يسمى " بالتصلب الشرياني" وبالتالي فإن الدم والأكسجين لا يصلان إلى عضلة القلب بكمية كافية خصوصا عند القيام بمجهود جسماني فتحدث آلام الذبحة الصدرية والتي تضغط على مقدمة القفص الصدري ثم تنتشر إلى الرئة والفكين أو الذراعين.

■ ضغط الدم المرتفع:

و كما ذكر الكيلاني (١٩٨٣م: ١٢٩) أن الإنسان يصاب بارتفاع ضغط الدم نظرا للوراثة أو لقلقه الدائم الذي يزيد من توتر الشريان تحت تأثير أعصاب الجهاز السمبثاوي الذي يتأثر بالقلق ومختلف العوامل النفسية. وارتفاع ضغط الدم يزيد من تسارع تصلب الشرايين.

■ هبوط ضغط الدم:

إن قلة شهية المسنين وما يتبع من قلة تناول السوائل أو فقدهم للكثير من السوائل بسبب القيء الشديد أو الإسهال أو بسبب زيادة إدرار البول، تعرضهم لنوبات هبوط ضغط الدم، وقد يصاب المسن بانخفاض في ضغط الدم الحاد نتيجة القيام السريع من الفراش أو قيامهم للسير من وضع النوم أو الجلوس وهذا التغير المفاجئ للوضع يصاحبه الشعور بالدوخة والاختلاط الذهني الذي يسبب الهبوط المفاجئ في درجة توتر الشرايين التي تكون عاجزة عن سرعة التكيف وتغير درجة التوتر الشرييني تبعا لتغير وضع الجسم.

■ أمراض صمامات القلب والتهاباتها من القلب:

ويرى الكيلاني (١٩٨٣م : ١٣٠) أن الروماتيزم هو أهم سبب لإصابة صمامات الشباب بالتضييق أو التكلس أو التوسع، أما عند الكهول فإن حدوث حمى الروماتيزم أمر غير شائع ولكن كلا من الصمام الأورطي والتاجي عند الكهول قد يصاب بالتكلس والتوسع مع تغيرات تقدم السن والشيخوخة.

– الشرايين:

▪ التهابات الشرايين :

فالشرايين كما يرى الكيلاني (١٩٨٣م : ١٣٤) أنها كغيرها من أعضاء الجسم معرضة للإصابة بالالتهابات خلال سنوات الشيخوخة ومن أهم أنواع هذه الالتهابات " التهابات الشرايين الزهري" وقد أخذ يتضاءل بفعل استخدام دواء البنسلين في علاج مرض الزهري في أطواره الأولية. كما قد يصيب النوع الثاني من الالتهابات الشريانية المسنات خاصة فوق سن الخمسين وكذلك بعض المسنين الذين يصابون بالآم في عضلات الكتفين أو الحوض ويصاحبه ارتفاع في درجة الحرارة، نقص الشهية ووزن الجسم.

▪ تصلب الشرايين الشيخوخي:

و قد ذكر الكيلاني(١٩٨٣م : ١٣٤) أن هناك أنواعاً من تصلب الشرايين الذي يسبب مع تقدم العمر تليفاً وربما تكلساً في الطبقة الوسطى من الشرايين. لذلك تصبح الشرايين أكثر صلابةً وتؤدي لإرتفاع خفيف أو معتدل في ضغط الدم الانقباضي .

• التغيرات في الجهاز الحركي (العضلات ، المفاصل و العظام)

يوضح العبيدي (٢٠٠٣م : ٨٢) أن جسم الإنسان يصل إلى كامل نموه وتبلغ قامته أقصاها في سن الخامسة والعشرين. وقد يحدث نقص ضئيل في قامة المسن تبلغ في المتوسط

ثلاث إِنْشَاتٍ بسببِ ضمورٍ في بعض الغضاريف، كما يتضاعل عرض المنكبين نتيجة تآكل الغضاريف، وضعف العضلات. كما تحدث تغيراتٌ كيميائيةٌ في بُنية العظام تؤدي إلى قلة كثافتها.

- العضلات:

إن نقص البوتاسيوم مع تقدم العمر يسبب ضموراً في العضلات. وبالتالي يشعر المسن بالآمٍ شديدةٍ في عضلاته نتيجةً هذا الضمور.

- التقلصات العضلية:

ذكرت لوقا (٢٠٠٩م: ١٣) أن المسنين يصابون بنوباتٍ من الآلام بسبب تقلص بعض عضلات الجسم بدون سببٍ محدد. وقد يكون السبب نقصَ بعض الفيتامينات أو الهبوط الكلوي أو بعض أمراض الجهاز العصبي.

- المفاصل:

إن التهاب المفاصل يظهر في الرجال بعد سن الخمسين كما ذكرت لوقا (٢٠٠٩م: ١٣)، حيث أكدت أنه دائم الحدوث بعد سن السبعين ونظراً لتقدم السن فإن الغضروف المسهل لحركة الركبة يبلى وتصبح حركة المفصل عظميةً لا غضروفية فيحدث احتكاكٌ بين الطرفين العظمين اللذين يوجدان مع الكبسولة والأربطة فيحتكان سوياً دون المادة الحامية فيسببان الألم. وتدهور حالة المفاصل تظهر أساساً في تدمير الغضروف، وبالتالي تلامس نهايات العظام. وفي النهاية تزداد أطراف العظام احتكاكاً تحت حمولة الجسم - خاصة عند فرط السمنة - فينتهي الحال في أغلب الأحيان إلى التحام العظام حيث تصبح حركة المفاصل مستحيلة و ستستعرض الباحثة أهم الأمراض التي تصيب المفاصل وهي:

▪ التهاب المفاصل الرثواني " شبيه بالروماتيزم ":

و كما ذكر الكيلاني (١٩٨٣م:١٨٨) فإن هذا الالتهاب يؤثر على المفاصل الصغيرة في اليدين أو القدمين ويصيب المسنين من الجنسين ويصاحبه بالإضافة إلى آلامه ارتفاع حرارة الجسم مع ارتفاع في نسبة تنقل الدم وارتفاع في معياره وقد يؤثر المرض على قدرة الشخص على اللبس أو الأكل أو حتى تمشيط شعره أو السير على قدميه.

■ الآم النقرس الأصلي والنقرس الكاذب:

و يؤكد الكيلاني (١٩٨٣م:١٨٨) على أن زيادة حامض اليوريك هو السبب في إصابة المسنين بهذا المرض ومن أعراضه: آلام واحمرار وتورم في المفاصل، ويستجيب المسنين للعلاج من هذا المرض بنسبة ١٠% عند العلاج بأقراص الزايلوريك وتناول الكثير من السوائل والقلويات.

أما النقرس الكاذب فيطلق على الآم المفاصل الصغيرة في القدمين والتي تحدث بسبب ترسب مادة البار والفسفات فيها بدلاً من حامض اليوريك، ويمكن علاجه باستخدام أقراص الزايلوريك.

– العظام :

إن أهم التغيرات التي يمكن أن تصيب العظام خلال سنوات الشيخوخة هي ما ذكره الشربيني (١٩٩٠ م: ٩٢):

■ وهن العظام أو هشاشة العظام :

وهن العظام أو ما يعرف بهشاشة العظام يحدث نتيجة فقد مادة العظام عاما بعد عام وكما هو معروف؛ أن كتلة العظام بعد الولادة يحدث لها تسارع وزيادة. وتبلغ ذروتها بعد سن البلوغ وتستمر في الزيادة حتى سن الثلاثين. وعند بلوغ الخمسين يحدث هبوط في

تلك الكتلة وخاصة عند النساء بعد انقطاع الطمث. وقد يحدث بسبب وجود اضطرابات في الغدة الدرقية أو نقص فيتامين (د) الذي يستدعي علاجه استخدام الكورتيزون والذي يؤدي إلى هشاشة العظام، ومن أعراض هشاشة العظام الأم شديدة في العظام وخصوصاً في الظهر والرقبة وقد يصبح المسن معرضاً للكسور بسهولة عند تعرضه لأي إرتطام، وأكثر العظام عرضةً للكسور عظام الرسغ والفخذ والظهر وقد يحدث إنحناء أو اعوجاج في العمود الفقري. (الشربيني، ١٩٩٠م: ٩٢-٩٣)

■ لين العظام :

و يؤكد الشربيني (١٩٩٠م: ٩٣) أنه مرض شائع لدى المسنين ويحدث نتيجة فقد عنصر الكالسيوم الذي يكسب الهيكل العظمي الصلابة بسبب نقص فيتامين (د) بسبب عدم تناول كمية كافية منه أو بسبب عدم تعرض المسن لأشعة الشمس نتيجة البقاء داخل المنزل أو بسبب أمراض الجهاز الهضمي التي تمنع امتصاص الغذاء الذي يحتوي على هذا الفيتامين. وينتج من لين العظام الأم وتشوهات في الهيكل العظمي وصعوبة في المشي وصعود الدرج (السلام).

● التغيرات في الجهاز التنفسي:

ذكر العبيدي (٢٠٠٣م: ٨٣) أنه تقل نسبة الهواء في عمليتي الشهيق والزفير تبعاً لزيادة السن، فضعف عضلات الصدر التي عادة، ما يعاني منها المسنون تؤدي إلى ضعف عملية الشهيق والزفير وبالتالي فإن كمية الأكسجين التي تستطيع الرئتان أن تمتلئ بها وتوزعها على أعضاء الجسم، تقل كثيراً في مرحلة الشيخوخة تقل كمية الأكسجين الواردة إلى الرئتين عن طريق الشهيق بـ ٥٠% بين سن ٢٥-٧٥ سنة. و قد قسم الكيلاني (١٩٨٣م: ١٥١) أمراض المسنين الرئوية إلى قسمين:

١. الأمراض التي تسد القصبات أو المسالك التنفس وهي :

■ التهاب القصبات المزمن

ومن أعراضه ضيق النَّفَس مع نفث البصاق المخاطي أو القيحي وتستمر الحالة لعدة سنوات وفي الأطوار المتقدمة يصبح لون لسانه وشفتيه ازرقاً نظراً لنقص الأوكسجين. و يكون سببه تجمعُ البصاق المخاطي وتورم خلايا الغشاء المبطن للقصبات فتضيق القصباتُ ويشعر المسن بضيقٍ في الصدر وبأزيز زفيرٍ، ويتجمع البصاق عندما لا تفرز الغدد المنتشرة بين خلايا البطانة التي تغطي القصبات الهوائية السوائل السطحية لتنظيف المسالك الهوائية بمساعدة أهداب القصبات.

■ مرض الربو الشعبي :

و ذكر الكيلاني (١٩٨٣م:١٥١) فإن المريض يصاب بهذا الداء بنوبات ضيق في الصدر بسبب إصابة قصباته الهوائية بالتشنج عند استنشاقه لبعض المواد أو لقاحات الزهور أو الروائح نظرا لحساسية جسمه عامة وقصباته الهوائية خاصةً لهذه المواد. وقد يحدث تشنج القصبات نتيجةً القلق النفسي أو الإصابة بالالتهابات الجرثومية في القلب وتبدأ النوبات الربوية في المسن منذ أيام شبابه.

■ الأمراض التي تقيد حركة الرئتين :

و ذكر الكيلاني (١٩٨٣) أن المريض المصاب بهذه الأمراض يشكو من ضيق النفس عند التعب وهي إما تصيب عظام القفص الصدري أو العمود الفقري بقلة الحركة عامة وخلال حركات التنفس خاصة، أو أنها تسبب احتقاناً أو تليفاً في أنسجة الرئتين(ص١٥١) منها:

١. هبوط القلب الأيسر الذي يؤدي إلى احتقان الرئتين وصعوبة حركتها.

٢. التهاب المفاصل الرثواني ويؤدى (عند النساء خاصة) لتليف الرئتين.

٣. مرض اللحمانية " الساركويد " الذي يسبب تليف النسيج الرئوي.

▪ مرض تليف الفصوص الرئوية:

ويتم علاج بعض هذه الأمراض باستخدام الكورتيزون، ويمكن علاج هبوط القلب

الأيسر بسهولة بأخذ الأنفاس . أما في حالات تصلب الفقرات فيمزولة تمارين التنفس

العميق .

• التغيرات في الحواس :

الحواس هي أبواب العقل ومنافذ إلى العالم الخارجي كما يعتبرها السيد (١٩٩٨م: ٢٠)

ويعتمد إدراك الفرد لهذا العالم على وظيفة تلك الحواس ويقوم الجهاز العصبي بتجميع الإشارات

الحسية وتحويلها إلى مُدركات عقلية، وهكذا يدرك الفرد نفسه وعالمه المحيط به عبر حواسه. ولكل

حاسة تكوينٌ عضوي ووظيفة سلوكية، وتعتمد الوظيفة على مدى النضج التكويني للحواس، وتتأثر

الحواس من ناحيتها التكوينية بالزمن فتبدأ ضعيفة في الطفولة، ويكتمل نموها في المراهقة (الرشد)،

وتضعف في الشيخوخة. وهكذا تبدأ وظيفتها ضعيفة ثم تقوى ثم تضعف، ولقد تواترت أغلب نتائج

الأبحاث العلمية على تأكيد أن الضعف الأخير هو الذي ينتاب أغلب الحواس ويبدو واضحا بعد

سن الخمسين.

▪ تغيرات السمع :

يؤكد الكيلاني (١٩٨٣م: ١٥١) أن ضعف السمع من الأمور المتوقعة الحدوث

في سنوات الشيخوخة وسبب "صمم الشيخوخة" هو حدوث تلف في خلايا "العصب

السمعي" الذي ينقل الأصوات التي يسمعها الإنسان لمراكز السمع في الدماغ والتي تقوم

بتغيير الأصوات وبناءً على ذلك يستجيب الإنسان للكلام الذي يسمعه إما بالرد على ذلك

بكلام مناسب أو عملٍ مناسب للموقف. والعصب السمعي مكون من خلايا عصبية وخلايا الجسم البشري العصبية تهري وتبلى ثم تموت واحدة تلو الأخرى بعد سنوات طويلة من العمر...الخ، وما يموت منها لا يعوض. و عادة ما يشكو المسنين من ضعف سماع جميع ذبذبات الصوت وبخاصة الأصوات ذوات الطبقات العالية حتى ولو استعملوا "سماعة الأذن " فان الأصوات التي يسمعونها لا تخلو من التشويش بسبب ذلك. والمستقبلات للأصوات السريعة التردد الموجودة في القوقعة هي التي تتلفُ أولاً مع تقدم العمر، لذلك لا يسمع المسنين الهمس والكلام الهادئ. وكذلك يجد المسن صعوبة قصى في التركيز على سماع الأصوات الممتزجة كما يجد صعوبة في فرزها لذلك إذا كنت جالساً بجانب أحد المسنين في مكان عام يعج بالضوضاء فانه يجد صعوبة في التفريق ما بين صوتك وبين أصوات الجمع الغفير الذي يحيط بالمكان ويمكن التغلب على صمم الشيخوخة بواسطة استخدام سماعة الأذن.

■ تغيرات الإبصار :

وذكر الشرييني (١٩٩٠م: ٦٥) أن العين تصيبها تغيرات في تركيب مكوناتها وفي وظيفة الإبصار مع تقدم السن و تبدو هذه التغيرات من النظر إلى المسنين حيث تكون العينان غائرتين للداخل، والجفون قد تتجه إلى الداخل فتحتك الرموش بالعين مما يتسبب في احمرارها. وقد تتجه إلى الخارج فتسيل الدموع خارج العين، وبالنظر إلى سواد العين يلاحظ وجود دائرة ملونة حوله في المسنين نتيجةً لترسب بعض المواد الدهنية حول القرنية. و من أهم الأمراض التي تصاب بها العين في الشيخوخة والتي تؤدي إلى ضعف الإبصار كما ذكرها الكيلاني(١٩٨٣م:٢٠٨):

– ماء العين الأبيض :

فمع تقدم العمر تميل عدسة العين للعتمة البيضاء ونتيجةً لذلك تصبح كَدْرَةً غيرَ شفافة لا تسمح للنور الخارجي بالوقوع على شبكة العين الحساسة ومع أن هذه الحالة مظهر من مظاهر تقدم السن إلا أنها تحدث بسرعة أكثر لو كان الإنسان مصاباً بداء السكري .

– عشى الظلمة:

عند التقدم في العمر تحدث في خلايا شبكية العين تغيرات تجعلها أقل قدرة على التكيف عند الانتقال من الضوء إلى الظلام...الخ، و ربما يسبب هذا الأمر وقوع بعض الحوادث للمسنين خلال سيرهم على الأقدام أو قيادتهم للسيارات ليلاً.

– استسقاء العين " الماء الأسود أو الأزرق":

و استسقاء العين الزيادة في درجة ضغط سوائل العين ومع أن هذه الحالة تحدث أكثر في سنوات الشيخوخة. إلا أن الشيخوخة ليست بالضرورة من أسبابها المباشرة وان تراكمت زمنياً. و زيادة ضغط السوائل مع تقدم العمر يحدث ببطء شديد ولذلك فإن المريض لا يلاحظ أعراض المرض في حينها. وأهم هذه الأعراض هي: الإصابة بضعف حدة البصر وحدوث مناطق معتمة في حقل النظر كما يصاب " قرص عصب العين " بالتقعر أو التكيب وفي الأطوار المتقدمة من المرض تصاب البقعة الحساسة في الشبكية بالتلف وعندما تصاب بالتلف تصبح غير قابلة للتحسن بالعلاج.

ثانياً: التغيرات العقلية للمسنين

ترتبط التغيرات العقلية و النفسية و الانفعالية [كما أكدت (حسين، ٢٠٠٧م: ٧-٨) و(جعفر، ٢٠٠٦)] بالتغيرات الجسدية ارتباطاً وثيقاً فمع التقدم في السن تصاب الوظائف الإدراكية بالخلل وتُعتبر الوظائف الإدراكية إحدى أهم وظائف الدماغ المسؤولة عن تحليل المعلومات الواصلة إلى الدماغ عبر طرق الحواس المختلفة. كما يضعف الذكاء التركيبي الذي تتطلب عملياته وجود شبكة عالية المواصفات ما بين الخلايا الدماغية التي يزيد عددها عن ١٠٠ مليار خلية حسب التقديرات، بسبب تناقص هذه الخلايا مع التقدم في العمر. وأكد ذلك بومغارترز (٢٠٠٧م: ١٢٢) عندما قال: "أن الذكاء هو إحدى القدرات العقلية التي يصيبها التغير بسبب تراكم سنوات الحياة مستندا على الدراسة عن معامل الذكاء و تناولت فئات عمرية من المسنين أظهرت وجود انخفاض في مستوى الذكاء بينما عند العمر المتوسط للإنسان أن هذا الذكاء يبرز في مجال الأداء." وتعتقد الباحثة بأنه في هذه المرحلة يحدث بطؤ في الأداء بمعنى أن المسنين يحتاجون إلى زمن أطول من الشباب للقيام بنفس الأداء.

وقد ذكر الشرييني (١٩٩٠ م: ٥٥) أن ضعف الذاكرة من أهم التغيرات العقلية التي تميز الشيخوخة، وأن تدهور الذاكرة للمسنين لا يؤثر على تذكر الأحداث البعيدة بل على الذاكرة الحالية التي تتعامل مع ما يحدث في نفس اللحظة.

ويعلل بومغارترز (٢٠٠٧م: ١٢٣) السبب في ذلك بأن التعليم القديم والمعلومات والخبرات السابقة حدثت منذ زمن طويل وتم التدريب عليها، وحدثت ضمن إطار من تكامل القدرات العقلية ، فاكتملت بذلك أصالة في الإدراك و وضوحا في الأحاسيس فاخترن في الدماغ منطبعا بصورة متكاملة مجسمة ، أما الذاكرة الحالية فلم تتوفر لها مثل تلك الخصائص عند المسنين.

• مرض الزهايمر:

سمي لمرض مرض الزهايمر - الخرف المبكر باسم العالم الألماني ألويس الزهايمر (Alois Alzheimer) الذي اكتشفه عام ١٩٠٦م، وأشهر من أصيب به هو الرئيس الأمريكي الأسبق رونالد ريجين. وهناك ٤.٥ مليون مصاب بهذا المرض في الولايات المتحدة الأمريكية فقط، وعادة ما يتوفي المريض في فترة ٨ سنوات من تشخيص المرض و في بعض الحالات عاش المرضي حتى ٢٠ عاما من بعد التشخيص .

وقد وصف مكتشف المرض وجود رقع أو لويحات (plaques) حول خلايا المخ ، وتشابكات أو كتل (tangles) داخل خلايا المخ وذلك عند الفحص المجهرى لأنسجة المخ ، ومازال هذا الوصف حتى الآن كأنه هو السمة المميزة لهذا المرض.(بيترسن، ٢٠٠٣م: ٧٦)

وتتكون اللويحات من نوع من البروتين الموجود بالمخ يسمى بيتا أميلويد beta-amyloid، بينما تتكون الكتل داخل الخلايا العصبية كخيوط ملتوية بفعل تشوه يصيب بروتينا آخر يسمى تو tau، وقد لاحظ العلماء أن هذه البروتينات تزيد ضمن نظام معين - حيث تبدأ بالتواجد بمناطق المخ المسؤولة عن الذاكرة والتعلم ثم بقية المناطق - كلما تقدمنا في العمر ولكنها تكون أكثر بكثير عند مرضى الزهايمر، والعلماء لم يتوصلوا تحديدا لدور هذه البروتينات ولكن الخبراء يعتقدون أنها تمنع توصيل الإشارات بين الخلايا العصبية وتعرقل الأنشطة اللازمة لاستمرار حياة الخلية . وما هو مؤكد لدي العلماء هو أنه بمجرد ظهور المرض يكون قد سبقته عملية موت وتحلل طويلة - تمت لسنوات - لخلايا المخ التي تقوم بحفظ المعلومات واسترجاعها. وبموت الخلايا العصبية ، يتقلص المخ ويحدث به ضمور ، ويفقد شكله المتجدد.

وحتى الآن لم يتمكن العلماء من التعرف علي السبب الواضح والمباشر لهذا المرض، و لكن نتيجة للأبحاث المستمرة لما يقرب من ١٥ عاما تمكنوا من التعرف علي مجموعة من العوامل التي من الممكن أن تتضافر لتؤدي في النهاية إلى مرض الزهايمر. (بيترسن، ٢٠٠٣م: ٧٨)

أهم العوامل المسببة له هي:

- التقدم بالعمر: وهو أكثر العوامل المشجعة لظهور المرض، حيث أن غالبية المرضى يصابون به بعد سن الخامسة و الستين ، و تزداد فرصة المرض بنسبة الضعف كل خمسة أعوام تالية لهذا السن حتى تصل إلى نسبة ٥٠% عند سن ٨٥.
- العوامل الوراثية: حيث أن فرصة حدوث المرض تزيد عند الذين أصيب أحد والديهم أو أجدادهم بهذا المرض مقارنة بالأشخاص الطبيعيين.
- الأمراض التي تؤثر علي الأوعية الدموية الموجودة في المخ .
- إصابات الرأس الخطيرة تزيد من فرص الإصابة بالمرض .

كما تحدث بعض التغيرات في الشخصية وهذه التغيرات تختلف في سرعة ظهورها وتقدمها من شخص لآخر، ويفقد المصابون بالزهايمر القدرة على التعرف على الأماكن ، أو من يحبونهم ، ولا يستطيعون الاهتمام بأنفسهم كما أن المرض يستمر بين ثمانية إلى عشر سنوات، بالرغم من أن بعض المصابين به قد يموتون في مرحلة مبكرة ، أو قد يعيشون لفترة ٢٠ عاما.

وكما يؤكد بيترسن (٢٠٠٣م: ١١٥) أنه على الأطباء التحدث مع المريض للتعرف والتأكد من وجود خلل في الإدراك (cognitive impairment) أو تغيرات في الكلام (language dysfunction)، كذلك فإنهم يتحدثون مع الملاصقين للمريض كما يهتمون بالتعرف على أي خلل بالذاكرة و المشاكل المتعلقة بالنشاط اليومي مثل الطبخ و التنظيف و التصرف في النقود و الضياع و الحيرة أو تشوش الذهن و العناية بالأمر الشخصية.

ويعتبر هذا المرض أكثر الأسباب شيوعا للإصابة بخلل عقلي شديد (dementia) ويسبب خلا شديدا بالإدراك والتصرفات مما يؤثر على التواصل الاجتماعي وقدرات العمل.

ثالثاً: التغيرات النفسية والانفعالية للمسنين

ترى كامل (١٩٨٧ م: ٤٥-٤٦) أن الوظائف النفسية والحيوية في الإنسان تخضع لكثير من التغيرات التي تصاحب انتقاله من مرحلة إلى مرحلة أخرى من العمر فتحصل معظم الكفاءات والمهارات الحركية تصل إلى العشرينات من العمر ثم تأخذ في التدهور تدريجياً. فالتغيرات الجسمية والعقلية تؤدي إلى تغيرات في الاحتياجات الاجتماعية وبالتالي تؤثر على المسن نفسياً وانفعالياً.

و يؤكد ذلك شريم (١٩٩٢م: ١٨) عندما ذكر أن المتغيرات متعلقة بالشيخوخة والحاصلة في المجال البيولوجي أو الاجتماعي أو النفسي وليست متغيرات قائمة بذاتها محصورة في مجالها بل هي امتداد وانعكاس لمتغيراتٍ أخرى في مجالات أخرى لتداخلها وتفاعلها مع بعضها وأن هناك الكثير من المتغيرات النفسية التي لها علاقة بالمسن مثل: نقص الوظائف الحسية المتخصصة في انخفاض القدرة الحسية كحاسة السمع والبصر والتذوق، وأن تناقض الاستجابات " نفسية حركية تعد من أبرز مظاهر الشيخوخة " وقد تؤثر في الحياة العاطفية أيضاً بسبب غياب آليات الدفاع، فالخوف من الشيخوخة والقلق يؤديان ويزيدان من السلوك السلبي الانهزامي المثبط ويؤدي مجموع ذلك إلى الانطواء. كما تظهر اضطرابات المزاج أيضاً، فيصاب العقل بالحنين والآلام المعنوية فندخل هنا في حلقة معيبة مفرغة تزيد من ضعف ما يسمى الوظائف الدماغية العليا و التي تؤدي إلى الانحدار الفسيولوجي العام (الزبيدي، ٢٠٠٩ م: ٢٨-٢٩).

وعادة ما يشعر كبير السن بالقلق على المستقبل والخوف كما ذكرت سليمان (٢٠٠٨ م: ١٧-١٨) أنه في بعض الحالات التي تمت دراستها أن المسن قد يصاب بالانهيار العصبي خاصة إذا فرضت عليه حياة جديدة أو أجبر بتغيير في السلوك لم يألفه من قبل ولا يجد في نفسه المرونة

الكافية لسرعة التوافق معه، وعلى وجه الخصوص إذا لم يتهيأ لهذا التغيير، أو إذا شعر أو أشعره الناس أنه أصبح لا فائدة منه بعد أن كان يظن أنه ملء السمع والبصر.

كما يصبح كبير السن أقل استجابة للمؤثرات حوله وأكثر تركيزاً حول ذاته ويميل إلى الذكريات وتكرار حكاية الخبرات السابقة، وتضعف ذاكرته ويقل اهتمامه وميوله وتقل شهيته للطعام والنوم (WHO، ١٢، ١٩٩٨م).

و أكدت أبحاث الشيخوخة أن كبير السن يبدأ في فقدان طاقته حيث تضعف حيويته و يزداد شعوره بقلّة قيمته في الحياة، مما يؤدي إلى الاكتئاب والتهيج وسرعة الاستثارة والعناد والنكوص إلى حالة الاعتماد على الغير وإهمال النظافة والملبس والمظهر (WHO/INPEA ، ٢٠٠٢ م: ٣٣).

كما يوضح Bell (١٩٩٠ م: ١٥-١٦) أن المسنين يزداد لديهم انعدام الشعور الذاتي (فقدان وضياح الذات) حيث يشعر كبير السن (خاصة المصاب بالعجز الجسدي أو الذهني) بعدم الجدوى في الحياة و بأن الآخرين لا يقبلونه ولا يرغبون في وجوده وما يصاحب ذلك من تصعيد وتوتر. فقد يعيش البعض وكأنهم ينتظرون النهاية المحتومة. كما يشعر الكثير من المسنين بالحزن والأسى الناتج عن الوحدة و من فقد حب الآخرين، والشعور بالذنب الناتج من الحوادث الماضية (استرجاع الذكريات الماضية المؤلمة) قد يزداد هذا الشعور بالوحدة لعدم وجود من يتحدث معهم نتيجة زواج الأولاد وانشغالهم بالأمر الحياتية وموت الشريك وتقدم العمر والمرض أحيانا.

و يذكر Blazer (١٩٩٠ م: ٢٩) أن أهم ما يميز هذه المرحلة العمرية كثرة الاحتياجات النفسية حيث تزداد الحاجة للشعور بالأمان الداخلي (الذاتي) والخارجي (الآخرين) و للتحرر من كل الضغوط النفسية، و الحاجة إلى التقدير، و إلى الشعور بالعطف والمحبة أي إشباع الجانب

الوجداني للمسنين، فهو محتاج دائماً إلى أن يحب وأن يُحب وأن يعترف به. ويحس أنه ذو نفع للجماعة وأنها في حاجة إليه بما يؤدي إلى إحساسه بكيانه.

رابعاً: التغيرات الاجتماعية لدى المسنين

إن الشيخوخة كما يستعرض Guse (١٩٩٢م: ٢٥) انخفاض في قدرات التأقلم عند الإنسان وهذا يعني انحدار العلاقة المتناغمة ما بين الوسط الداخلي المتداعي مع المحيط والخارجي، هذا الانحدار يعبر عنه بالانحدار الحيوي، النفسي، العقلي، و بالعزلة الاجتماعية والوحدة. فإن الإنسان بصفة عامة يعاني من الحرمان الاجتماعي عندما يفقد القدرة على حرية الاتصال الاجتماعي طبقاً لحاجته و رغباته.

والشعور بالانتماء مهم جداً للإنسان لأنه اجتماعي بطبعه لا يستطيع العيش بمفرده ولا بد من الدخول في علاقات تفاعلية مع الآخرين. ولكن كلما كبر الإنسان مال إلى فقدان الشعور بالانتماء بعد تقاعده عن العمل ورحيل أصدقائه وأبنائه (أبا الخيل، ١٤١١هـ: ٦٠).

وشعور الفرد كما ذكر الغريب (٢٠٠٧م: ٦٣) بضعف إمكاناته وقدراته بعد الكبر وإحساسه بأن المجتمع يرفضه يجعل المسنين يكفون عن المشاركة في الأنشطة الخاصة بالشباب ومتوسطي العمر و تنقطع صلتهم المباشرة بالناس، ويبدون غير مباليين، ويقل تأثيرهم على الآخرين مما يجعلهم يتجهون للعزلة دون رضا منهم، ويرى الغريب (٢٠٠٧م: ١٢٤) أن تغير نمط العائلات وتطويره والذي لا يوجد متسع فيه للمسنين يؤدي بهم إلى العزلة الاجتماعية، بينما يرى العبيدي (٢٠٠٣م: ٢٢-٢٤) أن التغيرات الاجتماعية تشمل المحيط المادي من جهة والمحيط الإنساني من جهة أخرى حيث يلعب المحيط المادي دوراً في التأقلم ما بين الفرد والمحيط بشكل عام والمحيط

الإنساني يؤثر على الشخصية النفسية ويحيط بها ويضعها في مكانها ضمن سلسلة التفاعلات الإنسانية الضرورية للتوازن الداخلي.

وتعتقد الباحثة أن العمل الإنتاجي يؤدي إلى التصاق الشخص بمجتمعه واندراجه فيه من الناحية الاجتماعية، وهذه المعطيات تتغير مع التقدم في السن (حجازي، ١٩٨٣م: ٢٤) فتؤدي هذه إلى تزعزع الوجود الاجتماعي للشخص، وهكذا تفكك السنوات الكيان الاجتماعي للشخص مما يؤدي إلى الإحساس بالعزلة والوحدة وهذا ما يشعر به أكثر المسنين.

و يعتبر المسن كما يؤكد خليفة (١٩٩١م: ١٢) من أكثر فئات المجتمع تعرضاً للحرمان الاجتماعي نظراً لقلّة موارده المالية وضعف قواه الجسدية . ويبدأ هذا الشعور بحياة الحرمان من العلاقات العائلية والتي كانت تؤلف جزءاً كبيراً من نشاطه واهتماماته اليومية، مما يضع القيود على تحركات المسنين وعلاقاتهم الشخصية بأفراد المجتمع. و يبدأ كبير السن في الشعور بالاعتراب عن المجتمع نتيجة لعدم استجابة المجتمع لاحتياجاته أو لعدم توفير الفرص له للاشتراك في اتخاذ القرارات الهامة المتعلقة بإشباع متطلباته، فينشأ ما يسمى (باغتراب المسنين عن المجتمع).

المبحث الثالث

أكثر الأمراض شيوعاً لدى المسنين

أولاً: بعض الأمراض والاضطرابات النفسية:

لا يمكن أن تكون الشيخوخة مرحلة مثالية للإنسان كما ذكر الفحل (١٩٩٠م:١٧٧) بعد أن ذهب الشباب بحيويته وحل محله الوهن والضعف لذا فالمشكلات النفسية في الشيخوخة قائمة لا محالة، لكنها تتراوح بين مشاعر المال والعزلة والفراغ إلى الاضطرابات النفسية والعقلية الشديدة كالعته "خرف الشيخوخة والاكتئاب النفسي الشديد الذي يدفع إلى التفكير في الانتحار في بعض الأحيان".

■ الاكتئاب النفسي :

ذكر الشربيني (١٩٩٠ م:٩٧) في موسوعة المصطلحات النفسية أن الاكتئاب هو اضطراب للمزاج مع هبوط في الحالة النفسية والجسدية، وأسبابه عوامل وراثية ومكتسبة مثل التعرض للضغوط والخسارة، بينما يقول الفحل (١٩٩٠ م:٥٠) أن الاكتئاب هو غضب موجه نحو الذات.

■ أسبابه

عادة يصيب الاكتئاب الشديد ٣% ممن هم فوق الستين وتصيب الأعراض الاكتئابية ٢٧% من المسنين في المجتمع وتزيد الأعداد بالنسبة للمسنين المقيمين في المؤسسات الاجتماعية أو المحجوزين في المستشفيات كما ذكر عاشور (٢٠٠١م: ٨١٣)، ومن أهم أسباب الإصابة به أيضاً ما ذكره فهمي (٢٠٠٧م: ٧٨٦):

١. التغيير المفاجئ الذي يحدث للمسنين بعد الإحالة إلى المعاش والإحساس بالفراغ والبدء بالعزلة تدريجياً من المجتمع وابتعاد من كانوا يلجأون إليه لقضاء حاجاتهم عندما كان في العمل. وهذا يولد لديه إحساس بفقدان أهميته للمجتمع وعدم فائدته وبالتالي حدوث خمول جسدي وعقلي يؤدي إلى الاكتئاب .

٢. فقدان الأقرباء والأصدقاء وشريك الحياة يزيد من عزلة المسنين ومن إحساسهم بقرب نهايتهم أيضا .

٣. نقص الحيوية بصفة عامة ونقص القدرة الجنسية بصفة خاصة تسبب اضطرابات نفسية عند المسنين مع اضطرابات في السلوك إما بالانعزال والاكتئاب أو بالعدوانية ضد المحيطين به.

■ أعراضه :

ذكر موسي (ب.ت:٦٨) أن أعراض الاكتئاب تنقسم إلى أعراض جسدية وأعراض نفسية.

١. الأعراض الجسمية:

أ- فقدان الشهية والامتناع عن تناول الطعام مما يؤدي إلى فقدان الوزن والضعف العام وشحوب اللون أو الشراهة في الأكل وزيادة الوزن والسمنة.

ب- الأرق والنوم المتقطع أو كثرة النوم فالمكتئب ينام ساعات طويلة.

ج- الحموضة والإمساك والدوار والضعف الجنسي والصداع والطنين في الأذن، وضعف المناعة الجسمية، وعدم قدرة الجسم على مقاومة الأمراض.

٢. الأعراض النفسية:

أ- الشعور بالحزن والغم والبكاء دون سبب أو لأسباب بسيطة.

ب- هبوط الروح المعنوية والشعور باليأس والجزع والتشاؤم والقلق.

ج- الشرود والسرحان وعدم القدرة على التركيز والاستثارة بسهولة.

- د- إهمال المظهر والهندام وعدم الاهتمام بالنظافة الشخصية.
- هـ- الخمول والكسل وعدم الاستمتاع بأي نشاط والانقطاع عن العمل.
- و- الشعور بالذنب ولوم الذات وتأنيب الضمير والشعور بعدم القيمة والحط من شان الذات والميول الانتحارية.
- ز- الشعور بالإجهاد الفكري وعدم القدرة على التفكير وقلة الاستيعاب.
- ح- عدم الرغبة في الحياة وإهمال العمل وفقدان الطموح والتفكير في الانتحار.

ثانيا: بعض الأمراض والاضطرابات العضوية

▪ الإمساك المزمن:

أثبتت الدراسات الطبية والنفسية المتطورة كما ذكر الزراد (١٩٩٦م: ٢٠٩) أن معظم حالات الإمساك وخاصة الحالات الوظيفية منها ترجع إلى عوامل نفسية، حيث أن الانفعالات الحادة والمستمرة يمكن أن تؤدي إلى الإمساك ولوحظ بالنسبة للفرد الذي يتعرض لحالة خوف شديدة، أو عدم القدرة على التعبير أو الانطواء أو الكبت يعاني في الغالب من حالات الإمساك الشديد وهذه الحالات كثير ما يتعرض لها المسنون الذين يتعرضون للانطواء أو الكبت. وذكر الشربيني (١٩٩٠م: ١٣٥) أن عدم الحركة والنشاط أو تغير الشخص للمكان الذي اعتاد الإقامة فيه. وقد يكون أحد الآثار الجانبية لاستخدام بعض الأدوية أو أن يكون أحد الآثار الجانبية لاستخدام بعض أدوية الجهاز العصبي لعلاج الاكتئاب أو مرض باركنسون .

▪ ضغط الدم:

ذكر درويش (٢٣:م٢٠٠٠) أن معدل كلٍ من النبض وضغط الدم يرتفعان عند المسنين مقارنة بالشباب والأطفال، وعادة يرتفع كلاً من ضغط الدم الانقباضي والانبساطي مع زيادة العمر. وتشير الدراسات الطبية والسيكوسوماتية كما ذكر الزراد (١٩٩٦م: ٢٨٨) أن جميع حالات ارتفاع ضغط الدم خاصة حالات ارتفاع ضغط الدم الجوهرية ترجع إلى عوامل نفسية عصبية "غير عضوية" وهذه العوامل تؤدي إلى ارتفاع عارض أو مزمن لضغط الدم. ومن أسباب ارتفاع ضغط الدم الشرياني كما ذكر حسان (٢٠٠٣ م: ٨٦) معظمها مجهولة في ٩٠% من الحالات أما ١٠% الباقية فتكون أسبابها مرتبطة بالأمر التالي:

أ- أمراض الكلى

ب- ضيق وتصلب شرايين الكلى

ج- أمراض الغدتين الكظريتين

ومن أهم عوامل ظهور ارتفاع ضغط الدم الشرياني في مرحلة الشيخوخة هي:

أ. نظام غذائي غير سليم " كثرة الملح في الطعام".

ب. التدخين.

ج. زيادة الوزن والسمنة.

د. بعض أمراض القلب.

هـ. داء السكري.

و. توتر الأعصاب .

ز. الضغوط النفسية والعصبية.

ومن أهم الإجراءات الوقائية التي يتوجب على المسن الالتزام بها:

أ- إذا لم يكن مصابا بارتفاع ضغط الدم الشرياني:

- الفحص المنظم لضغط الدم.
- التقليل من الملح في الطعام .
- تناول الأطعمة قليلة الدسم.
- الإكثار من تناول الخضار والفواكه.
- المحافظة على وزن مثالي .
- الإقلاع عن تدخين السجائر.
- الممارسة المنتظمة للرياضة.

ب- إذا كان مصاحباً بارتفاع ضغط الدم الشرياني:

- مراقبة ضغط الدم بانتظام.
- استشارة طبية بصورة منتظمة.
- تناول الأدوية الموصوفة من قبل الطبيب.
- التقليل من الملح في الطعام.

يوصي الشريبي (١٩٩٠ م: ١١٤) بالتالي :

تحديد من نبدأ بعلاجه أي المسنين الذين يعانون من ارتفاع دائم في الضغط فوق معدل ١٦٠/٩٥ ويشكون من أعراض مثل الصداع ومضاعفات مثل : أمراض القلب والكلى والعين.

▪ مرض السكري:

تقول لوقا (٢٠٠٩م: ١٠٠) أن مرض السكري ملازم عادة للشيخوخة لأن كثيراً من

المسنين يصابون به. ومن المتعارف عليه أن نسبة السكر في الدم في الظروف العادية ٨٠ - ١٢٠

ملم في كل ١٠٠ سم^٣ وأحياناً ترتفع نسبة السكر في الدم إلى ١٨٠ ملم / ١٠٠ سم^٣ ولا يستطيع الكبد

أو العضلات اختزانها وخاصة إذا كان البنكرياس غير نشط لذا يتخلص الجسم من هذه الزيادة عن

طريق الكلية حيث يمر السكر الزائد في البول. وصنف الأطباء عدة أشكال لمرض السكر كما ذكرها الزراد (١٩٩٦م:٣٨٧):

- أ- أن مرض السكر الوراثي يصيب الشباب والكهول.
- ب- مرض السكر البنكرياسي الناتج عن تلف في خلايا البنكرياس وإصابتها بالالتهاب.
- ج- مرض السكر الناتج عن خلل في إفراز الغدد الصماء مثل: فرط النخامية والدرقية والكظرية.
- د- فرط السكر دوائي المنشأ الناجم عن بعض المركبات الدوائية المدرة للبول.
- هـ- مرض السكر نفسي المنشأ.

■ أعراضه:

ذكر جعفر (٢٠٠٣م:٩٠) أن من أهم أعراض السكري هي:

- أ- العطش الشديد والجفاف في الفم.
- ب- الجوع الشديد والشعور بالحاجة إلى تناول السكاكر.
- ج- كثرة تكرار البول.
- د- الإرهاق.
- هـ- آلام في الجسم.

وقد ذكر جعفر (٢٠٠٣م:٩١) بعض مضاعفات مرض السكر عند المسنين:

- أ- المضاعفات الحادة " غيبوبة السكري الناجمة عن ارتفاع شديد لنسبة السكر في الدم.

ب- المضاعفات المزمنة وتصيب عدة أعضاء أهمها العينين، القلب،
الشرابيين، والكليتين.

و ذكر الطبيب النفسي B.Wilson في كتابه الطب السيكوسوماني والذي نقله الزراد
(١٩٩٦م:٣٨٩) أن العلاقة بين مرض السكر والعوامل النفسية علاقة وطيدة، كعلاقة مرض السكر
بضغط الدم، حيث أن زيادة السكر في الدم يرفع من ضغط الدم لذا ينصح الأطباء جميع مرضى
السكر بالابتعاد عن الانفعالات والصدمات النفسية. وأما جعفر فينصح (٢٠٠٣م:٩١) لتفادي
حصول مضاعفات السكري في سن الشيخوخة بالتالي:

أ- التشخيص المبكر.

ب- العناية المبكرة والمتواصلة التي تتم بإشراف طبيب وفريق عمل صحي متعدد
الاختصاص.

ج- تحاشي ومعالجة عوامل المرض التي يتعرض لها المسن مثل: التدخين،
ارتفاع ضغط الدم الشرياني، وانعدام الحركة وعدم ممارسة النشاطات
الرياضية.

المبحث الرابع

الإسلام والمسنين

الإسلام دين الإنسانية، فهو يحترم الإنسان ويصون كرامته ولقد كرم الله بني آدم وجعلهم

خلفاء في الأرض لعمارته لقوله تعالى: "وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَا هُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَمَرَرْنَا هُمْ مِنْ

الطِّبَاتِ وَفَضَّلَانَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا. " (الاسراء ٧٠)، ولهذا حرص على تنظيم العلاقات

الأسرية والاجتماعية على أساس العدل والتعاون والمساواة والتضامن لقوله ﷺ: " المسلم للمسلم

كالبنيان يشد بعضه بعضا. " (خطار، ١٩٩٢م: ١٤٣)

وقد حث الرسول ﷺ المسلمين بأن يتعاونوا ويكونوا في خدمة بعضهم بعضا والمساعدة

لقضاء حوائج بعضهم البعض كما روى جابر رضي الله عنه حديثاً عن الرسول ﷺ وفيه: " مَنْ يَكُنْ فِي حَاجَةٍ

أَخِيهِ فَلْيَكُنِ اللَّهُ فِي حَاجَتِهِ " (إبراهيم، ٢٠٠٩م: ٣٧)

وامتدت رعاية الإسلام لجميع فئات المجتمع أطفالا ونساء شبابا وكباراً فقد قال تعالى: "

وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا... " (الاسراء ٢٣) فهذه الآية الكريمة كما ذكر

عودة (١٩٨٦ م: ٧٢) هي دستور سماوي رائع لإرشاد البشرية إلى كيفية التعامل الأمثل مع

الإنسان حين يدخل مرحلة عمرية متقدمة من حياته ويصبح بحاجة إلى رعاية واهتمام الآخرين

وخاصة أبناء أسرته والمجتمع بشكل عام.

وذكر الشريبي (١٩٩٠م: ١٦٧) أن هذا الدستور أو المنظور الإسلامي والمنبثق من

القرآن الكريم والسنة النبوية لموضوع الشيخوخة وما يتعلق بها من حالة الضعف والوهن وقد تضمن

الكثير من الاعتبارات الأخلاقية التي يدور بشأنها الجدل في المجتمعات الغربية ومن أهمها مسألة

رعاية المسنين. فهذه المسألة تشكل عبئاً على السلطات الرسمية في الدول الغربية رغم ما يتوفر

لهم من سبل الرعاية الطبية والاجتماعية لنعطيهم من يقوم برعاية المسنين هناك والإنفاق على من

ينوء خدمة المسنين صحياً واجتماعياً وما يتعرض له المسنون من سوء معاملة وإهمال، وتعتبر من

القضايا الهامة التي تشغل بال الدوائر المختلفة.

أولاً : التغيرات الجسدية والعقلية في القرآن الكريم

لقد تناول القرآن الكريم جميع التغيرات الجسدية والعقلية للإنسان منذ عام ١٤٠٠ هـ عام
فالإنسان يمر بثلاث مراحل رئيسية ذكرت في القرآن وأوردتها السدحان (١٤١٨ هـ: ١٧) عندما ذكر
قوله تعالى: "اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا
وَشَيْبَةً يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ" (الروم ٥٤). فالمرحلة التي يمر بها الإنسان هي: ضعف
في مرحلة الطفولة، ثم قوة في مرحلة الشباب، ثم ضعف في مرحلة الكهولة.

ومن التغيرات الجسمية التي تظهر في مرحلة الشيخوخة وهن العظام وتغير شعر الإنسان
من الأسود إلى الأبيض كما ظهر في قوله تعالى: " قَالَ رَبِّ إِنِّي وَهَنَ الْعَظْمُ مِنِّي وَاشْتَعَلَ الرَّأْسُ
شَيْبًا. " (مريم ٤).

ومن التغيرات العقلية التي تصاحب مرحلة الشيخوخة من ضعف الذاكرة والنسيان والخرف
لقوله تعالى: " وَاللَّهُ خَلَقَكُمْ ثُمَّ يَتَوَفَّاكُمْ وَمِنْكُمْ مَنْ يُرَدُّ إِلَى أَرْذَلِ الْعُمَرِ لِكَيْ لَا يَعْلَمَ بَعْدَ عِلْمٍ شَيْئًا إِنَّ
اللَّهَ عَلِيمٌ قَدِيرٌ. " (النحل ٧٠).

وأرذل العمر كما أورده السدحان (١٤١٨ هـ: ٢٢) نقلاً عن عدة مفسرين: هو آخره الذي
تضعف فيه القوى، وتفسد فيه الحواس ويخل فيه النطق وتحصل فيه قلة العلم وسوء الحفظ
والخرف.

ثانياً: الإسلام والجانب النفسي للمسنين

الإسلام ينظر إلى المسن كما أوضح الغريب (٢٠٠٧م: ١٠٧) نظرة سماوية تعبدية
شمولية فالله تعالى عندما أمر بالإحسان إلى الوالدين في الآية: " وَقَضَى رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ
وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا. " (الإسراء ٢٣)، في صورة قضاء منه تعالى بجعل الأمر المؤكد بالإحسان
إليهم بعد الأمر المؤكد بعبادته هذه دلالة على تعبدية وشمولية ديننا الإسلامي. وكثير من الآيات

تحفظ للمسنة كرامته وتوفر له السلام النفسى فى كبفه. وكذلك فى السنة النبوية كان الرسول ﷺ فى أحاديثه يوفر للمسنة الأمان النفسى ويحفظ له كرامته ويعلى من قدره وأن زيادة العمر للمؤمن لا تكون إلا خيراً له لقوله ﷺ: " ألا أنبئكم بخياركم قالوا بلى يا رسول الله قال: خياركم أطولكم أعماراً إذا سدوا."، وفى رواية أخرى قال ﷺ: "خياركم أطولكم أعماراً وأحسنكم أعمالاً." أخرجه الإمام أحمد فى سنده.

ومن الأحاديث التى تشعر المسنة بأهميته وتعلي من قدره هى ربط إجلال الله تعالى مع إكرام المسنين حيث قال ﷺ: "إِنَّ مِنْ إِجْلَالِ اللَّهِ إِكْرَامَ ذِي الشَّيْبَةِ الْمُسْلِمِ." ومن الرقى الإسلامى فى التعامل مع المسنين عندما أوصى الرسول ﷺ بتوقيرهم واحترامهم عندما أوصى خادمه أنس بن مالك فقال: "يا أنس أرض الصغير ووقر الكبير."

ثالثاً: رعاية الإسلام والجانب الجسمى والعقلى والاقتصادى للمسنين

لقد أولى الإسلام رعاية متكاملة اجتماعية وجسدية وعقلية واقتصادية للمسنين حتى لا يشق عليهم ومن صور رعاية الإسلام وعنايته بالمسنين التى ذكرها السدحان (١٤١٨هـ: ٣١): عندما أمر النبى ﷺ الأئمة الذين يصلون بالناس بالتخفيف مراعاة لمن خلفهم من الضعفاء والمسنين، عن أبي هريرة رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ قال: "إِذَا صَلَّى أَحَدُكُمْ لِلنَّاسِ فَلْيُخَفِّفْ، فَإِنَّ فِيهِمُ الضَّعِيفَ وَالسَّقِيمَ وَذَا الْحَاجَّةِ، وَإِذَا صَلَّى أَحَدُكُمْ لِنَفْسِهِ فَلْيُطَوِّلْ مَا شَاءَ." صحيح البخارى.

الترخيص لكبير السن فى إنابة من يحج عنه لكبر سنه وعجزه كما ورد فى صحيح البخارى عن ابن عباس ؓ قال: "جاءت امرأة من خثعم عام حجة الوداع قالت: يا رسول الله إن فریضة الله عز وجل فى الحج على عباده أدركت أبى شيخاً كبيراً لا يستطيع أن يستوي على الرحلة فهل يقضى عنه أن أحج عنه قال: نعم."

وكذلك راعى الإسلام عجز الكبير عن الصيام فرخص له الإفطار في شهر رمضان في عجزه والإطعام عن كل يوم مسكينا كما ذكر الله تعالى: " يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا كُتِبَ عَلَيْكُمُ الصِّيَامُ كَمَا كُتِبَ عَلَى الَّذِينَ مِنْ قَبْلِكُمْ لَعَلَّكُمْ تَتَّقُونَ." (البقرة ١٨٣-١٨٤). ويذكر ابن كثير أن هذه الآية نزلت في الشيخ الكبير الذي لا يطيق الصوم.

ومن ضروب الرعاية الاقتصادية في الإسلام للمسنين كما أورده أحمد (١٩٩٢م : ١٤٧) حدد القرآن الكريم مصارف الزكاة الثمانية في قوله تعالى: "إنما الصدقات للفقراء والمساكين والعاملين عليها والمؤلفة قلوبهم وفي الرقاب والغارمين وفي سبيل الله وابن السبيل فريضة من الله والله عليم حكيم". وهذا الإنفاق حق للمحتاج وواجب على القادر يأخذه الحاكم ممثلا في هذا أمر الله في جو من الرحمة ويتولى إنفاقه وهنا تمثلت عناية الإسلام بالمسنين فكانتا داخلة في إطار رعاية الفقراء والضعفاء. بأن جعل لهم من مال بيت المسلمين دخلاً.

أروع صور عناية الإسلام بالمسنين ما ذكره السدحان (١٤١٨هـ: ٣٣) هو عندما كان الرسول ﷺ يأمر بالإحسان إلى المسنين حتى من غير المسلمين، وأمر بعدم قتلهم في الحروب أو التعرض لهم.

المبحث الخامس

برامج رعاية المسنين عالمياً وعربياً ومحلياً

تمهيد

أصبح مجال رعاية المسنين من المجالات الرئيسة في المجتمعات المعاصرة، حيث يظهر الاهتمام برعايتهم من خلال النظم واللوائح التي نظمت أوجه الرعاية بحيث لم تعد تقتصر على تقديم الخدمات المالية والمساعدات العينية فقط، بل امتدت تلك الخدمات إلى جميع النواحي في محاولة لتوفير الراحة و السعادة للمسنين وليرفع من روحهم المعنوية لتشمل الخدمات الطبية والنفسية والاجتماعية والترفيهية (الترفيهية) وخدمات العناية الشخصية وغيرها من صور الرعاية المختلفة.

وتحظى قضايا وحاجات المسنين و المسنين بالاهتمام العالمي نظراً لما يمثله المسنين من نسبة متزايدة من سكان العالم، ونتيجة للتطور الهائل في علوم الطب وأساليب الرعاية الصحية وتقدم العلوم الإنسانية كالطب النفسي والخدمة الاجتماعية، والاكتشافات العلمية حول أمراض المسنين ومشكلاتهم، وحاجاتهم وبداية ظهور تخصصات مستقلة في الطب وعلم النفس والخدمة الاجتماعية.

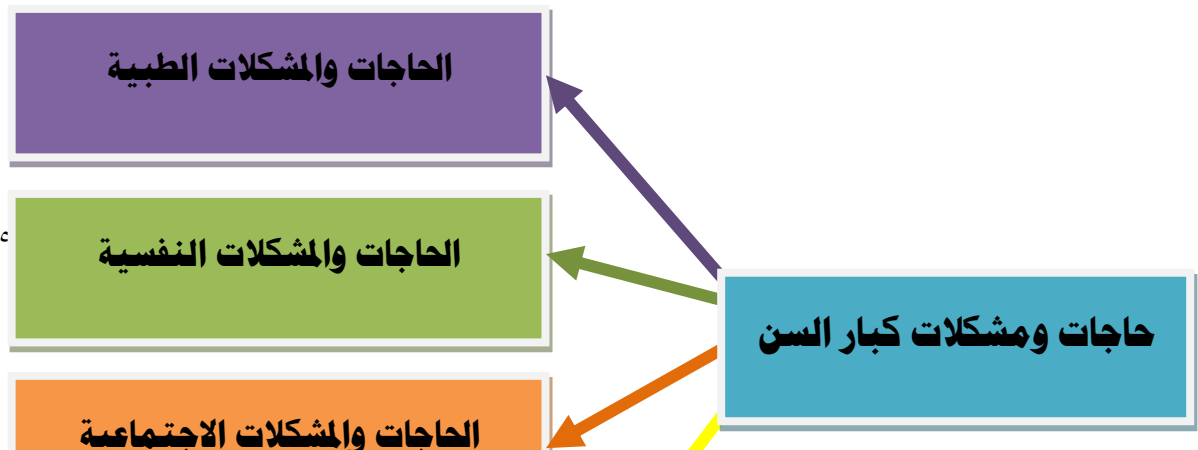
أولاً: أهمية توفير برامج رعاية المسنين

استعرضت العديد من الدراسات أهمية توفير برامج جيدة لرعاية المسنين و المسنين في دور الرعاية و منها دراسة عيد (٢٠٠٩م) و دراسة المحمداوي (٢٠٠٨م) و لخصت الباحثة الأهمية كالتالي:

١. الزيادة المستمرة في أعداد المسنين على مستوى العالم أجمع والمجتمع السعودي على وجه الخصوص مما يتطلب التدخل المبكر للتعامل مع حاجات ومشكلات هذه الشريحة وتوفير الخدمات والبرامج التي تعينهم على الحياة الكريمة.
٢. الجانب الديني والإنساني الذي حثت عليه جميع الأديان السماوية للاهتمام بفئة المسنين وتقديم العون والمساندة لهم.
٣. الوفاء للمسنين نظير ما قدموه لمجتمعهم بتوفير أفضل أشكال الرعاية الممكنة لهم في أواخر حياتهم.
٤. مساندة ودعم الأسر السعودية التي تتولى مسؤولية رعاية المسنين وتخفيف جزء من العبء الملقى على عاتقها.
٥. التصدي لكثير من المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية التي تواجه المسنين وأسرها في المملكة العربية السعودية.
٦. التقدم العلمي في المجالات الطبية والنفسية والاجتماعية والذي أضفى بعضاً من الحقائق العلمية حول الشيخوخة وجوانبها البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية.

ثانياً: حاجات المسنين و مشكلاتهم

تختلف حاجات المسنين و المسنين ومشكلاتهم الطبية والنفسية والاجتماعية و خدمات العناية الشخصية التي يحتاجون إليها فتنوع من حيث طبيعتها ودرجة حدتها وآثارها فضلاً عن مسبباتها المباشرة وغير المباشرة (عيسوي، ١٩٩٤ م: ١٦). و قد لخصتها الباحثة في الشكل التالي:



■ الحاجات والمشكلات الطبية:

- ضعف الحواس خاصة السمع والبصر.
- ضعف نشاط عضلات القلب.
- ضعف نشاط الغدد الصماء.
- القابلية للعدوى والأمراض المعدية.
- أمراض ضغط الدم وتصلب الشرايين.
- السكري.
- فقر الدم.
- أمراض الجهاز الدوري والعصبي والهضمي.
- أمراض القلب وغيرها من الأمراض المرتبطة بكبر السن.

(قدومي، ١٩٩٨م: ٦٧)

■ الحاجات والمشكلات النفسية:

- استجابات المسنين الانفعالية تتميز بالذاتية التي تؤدي إلى أنماط غريبة من السلوك الأناني والعناد وصلابة الرأي.
- الحزن والأسى الناجم عن الوحدة.
- الشعور بالذنب الناجم عن الصراعات والحوادث الماضية المؤسفة.
- الشعور بالوحدة نتيجة لضعف العلاقات الاجتماعية.
- القلق من الموت.
- الشعور بعدم الكفاءة.
- الاكتئاب. (الفحل، ٢٠٠٤م: ٢٧)

■ الحاجات والمشكلات الاجتماعية:

- الحرمان الاجتماعي.
- تقلص العلاقات الاجتماعية.
- فقدان الأمن الاقتصادي.
- فقد الدور.
- التقاعد، والترمل، والطلاق.
- مشكلات شغل وقت الفراغ. (المرعود، ١٩٩٨م: ٣٣)

■ حاجات ومشكلات العناية الشخصية:

- نظافة البدن (الاعتسال، وإزالة الشعر غير المرغوب فيه، وتقليم الأظافر).
- نظافة الملابس ومكان المعيشة.
- التغذية السليمة.

- التقيد بالأنظمة الغذائية والدوائية الموصوفة طبيًا. (Guse، ١٩٩٢م: ١٨)

ثالثاً: نظرة تحليلية للبرامج والخدمات المتوفرة في دور رعاية المسنين عالمياً وعربياً

و محلياً

بعد أن استعرضت الباحثة عدداً من الدراسات التي اهتمت بواقع دور رعاية المسنين في بعض الدول العربية و العالمية و منها دراسة محمد (٢٠٠٦م) و التي اهتمت بمعرفة درجة القلق والاكتئاب لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم ويرتادون نوادي المسنين وكذلك الذين يعيشون في دور المسنين و دراسة عودة (١٩٨٦م) و التي بحثت في مشكلات المسنين في المجتمع الكويتي و دراسة العيد (٢٠٠٩م) و التي بحثت في واقع دور رعاية المسنين في الجزائر و قد أظهرت هذه الدراسات الأمور التالية:

١. قدم الأنظمة والسياسات والإجراءات التي تعمل على تنظيم هذه البرامج والخدمات وعدم وفائها بحاجات المسنين بشكل عام.

٢. محدودية عدد المستفيدين من هذه البرامج والخدمات، نتيجة الشروط الموضوعية للاستفادة من هذه الخدمات، أو بسبب عدم توفرها في أماكن قريبة من المستفيدين، أو بسبب ارتفاع تكاليف الخدمات، أو بسبب توجه المسنين والمجتمع نحو الأندية والمراكز الخاصة.

٣. عدم وفاء هذه البرامج بحاجات المسنين الطبية والنفسية والاجتماعية وخدمات العناية الشخصية، حيث تركز في معظمها على تقديم المساعدات المالية والعينية كخدمات الجمعيات الخيرية، أو ممارسة الأنشطة الترويحية والثقافية كما في الأندية والمراكز الخاصة.

٤. ضعف كفاءة العاملين المعنيين بوضع وتصميم برامج رعاية المسنين و ضعف مستوى العاملين في هذه الدور من حيث التعليم و السن و الخبرة و درجة الاستعداد.

٥. قلة عدد العاملين المعنيين بتقديم خدمات الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية والشخصية .

رابعاً: أهم برامج الرعاية التي يحتاج إليها المسنين و المسنون

تختلف أنواع الرعاية التي تقدم للمسنين و للمسنين وذلك باختلاف أوضاعهم وظروفهم الطبية والنفسية والاقتصادية والاجتماعية، إلا أن هناك أربعة أشكال من الرعاية المؤسسية المتخصصة التي تحتاج إليها هذه الشريحة هي (Martinez، ١٩٩٤م: ٢١-٢٢):

١. برامج الرعاية الإيوائية الدائمة: للحالات التي لا يوجد أو لا يعرف لها أقارب يمكن أن تقوم برعايتها.

٢. برامج الرعاية الإيوائية المؤقتة: للحالات التي تحتاج إلى رعاية مؤقتة نظراً لغياب أو انشغال من يقوم على رعايتها لفترة مؤقتة.

٣. برامج الرعاية المنزلية: للحالات التي تحتاج إلى خدمات شخصية وتمريضية معينة.

٤. برامج الرعاية النهارية: لجميع المسنين الذين يرغبون في شغل وقت فراغهم وممارسة الأنشطة المختلفة.

خامساً: أهم الخدمات التي ينبغي أن تتوفر للمسنين و المسنين خلال هذه البرامج

ترتبط خدمات وبرامج رعاية المسنين بحاجاتهم ومشكلاتهم الطبية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والشخصية وحاجات ومشكلات أسرهم، لهذا كان من الضروري قيام الجهات ذات الاختصاص بتقديم جميع أوجه الرعاية التخصصية الدائمة والمؤقتة والنهارية والمنزلية (الطبية والنفسية والاجتماعية والشخصية) للمسنين وأسرهم (العيد، ٢٠٠٩)، وينبغي أن تشمل هذه الخدمات والبرامج الجوانب التالية والتي لخصتها الباحثة في الشكل التالي:



الشكل (٤)

خدمات كبار السن الواجب توافرها في دور رعاية المسنين من تصميم الباحثة

■ الخدمات الطبية:

١. الفحص الدوري الشامل من خلال تحليل الدم، وعمل الأشعة، وتحديد نسبة السكر، وإفراز الغدة الدرقية، وتحليل البول كيميائياً وميكروسكوبياً وذلك بهدف الاكتشاف المبكر للأمراض.
٢. العلاج الطبي الشامل لجميع الأمراض التي يعاني منها المسن.
٣. التأهيل الطبي الشامل للإعاقات البدنية.
٤. توفير الخدمات الوقائية والتنقيفية المرتبطة بالغذاء، والنظافة، وتعاطي العقاقير، والوقاية من الحوادث والإصابات، وتنشيط الدورة الدموية والعضلات والمفاصل.

٥. التنسيق والتعاون مع المؤسسات الطبية والمراكز العلاجية المتاحة في

المجتمع لعلاج أمراض المسنين. (Allen، ١٩٩٤م: ٥٤-٥٥)

■ الخدمات النفسية:

١. متابعة الحالات الملتحقة بالدور والمراكز الإيوائية حديثا والعمل من أجل

تكيفهم واستقرارهم النفسي.

٢. علاج المشكلات النفسية التي قد تواجه بعض المسنين.

٣. توفير البرامج الوقائية والتثقيفية المرتبطة بحاجات المسنين النفسية

ومشكلاتهم، وكيفية التعامل معها.

٤. التنسيق والتعاون مع المستشفيات ومراكز العلاج والعيادات الخاصة

لعلاج مشكلات المسنين النفسية. (العيد، ٢٠٠٩م: ٨٥-٨٦)

■ الخدمات الاجتماعية:

١. علاج المشكلات الاجتماعية التي تواجه المسنين وأسرتهم.

٢. تعزيز شبكة العلاقات الاجتماعية للمسنين بأفراد أسرهم ومجتمعهم.

٣. تنمية المهارات الاجتماعية لدى المسنين.

٤. توفير البرامج الوقائية والتثقيفية المرتبطة بحاجات المسنين الاجتماعية

ومشكلاتهم، وكيفية التعامل معها.

٥. التنسيق والتعاون مع المؤسسات الاجتماعية الحكومية والأهلية والجمعيات

الخيرية لصالح المسنين وأسرتهم. (العيد، ٢٠٠٩م: ٨٨)

■ خدمات العناية الشخصية:

١. توفير خدمات العناية الشخصية المنزلية المتخصصة للمسنين في منازلهم.

٢. توفير البرامج التثقيفية المرتبطة بخدمات العناية الشخصية للمسنين.
(العيد، ٢٠٠٩م: ٨٨)

■ خدمات ترفيهية:

١. البرامج والأنشطة الدينية.
٢. البرامج والأنشطة الثقافية.
٣. البرامج والأنشطة الاجتماعية.
٤. البرامج والأنشطة الترويحية (الترفيهية).
٥. البرامج والأنشطة الفنية والحرفية. (المحمداوي، ٢٠٠٨م: ١١٠)

سادساً: نظرة عامة على برامج رعاية المسنين في العالم

○ بعض من النماذج العالمية:

مراكز رعاية المسنين في الدانمرك " كنموذج أوروبي "

لقد كان للدانمركيين قصب السبق في هذا المجال حيث تمتع الدانمركيون بالرعاية الطبية المجانية منذ زمن طويل وأقاموا برنامجاً موسعاً لرعاية مسنيهم. ولقد تأسست الجمعية الدانمركية لرعاية المسنين عام ١٩١٠م. و طبقاً لنظام المساعدة الاجتماعية لعام ١٩٧٦م قامت مجالس البلديات في الدانمرك بإنشاء مراكز تكون مسؤولة عن توفير الخدمات للمسنين والهدف منها هو المساعدة والمحافظة على الصحة الجسمانية والاجتماعية عند المواطنين المتقاعدين الذين يرغبون

في البقاء بالمنزل بجوار الأسرة والأصدقاء وتقدم هذه المراكز خدمات مجانية مثل: المعالجة الطبيعية التأهيلية كما تقدم الوجبات الغذائية وعندما يستلزم الموقف، يقدمون الرعاية التمريضية المنزلية المجانية. ويلاحظ أن مراكز الرعاية الاجتماعية الدانمركية تكون ملحقة بسكن جماعي وهي ظاهرة تنفرد بها الدول الاسكندنافية وهذا السكن يضيق الفجوة بين الحياة المستقلة ودار الرعاية. ولقد دخل إلى مراكز الرعاية النهارية بحلول عام ١٩٨٤م ما يقرب من ١٦٠٠٠ شخص، ٧٥% منهم فوق سن السابعة والستين. وتعزي الرعاية الفائقة التي تقدم إلى المسنين الدانمركيين إلى تعاون الجمعية الدانمركية لرعاية المسنين والبلديات. (<http://www.bishahcoll.edu.sa>)

النموذج الياباني لرعاية المسنين:

المراكز اليابانية التي تقابل مراكز المسنين في أوروبا هي: مركز الرعاية النهارية، والمراكز الجماعية ونوادي المسنين، وتتوفر الخدمات الاجتماعية في اليابان منذ زمن بعيد إلا أن الحكومة قد بدأت في وضع المعايير النظامية لهذه الخدمات عام ١٩٨٣م، وتشرف وزارة الصحة على هذه الخدمات لمراعاة تطبيق تلك المعايير. وتهدف القوانين الموضوعية إلى تحقيق سعادة المسنين من خلال الإجراءات اللازمة للحفاظ على صحتهم العقلية والجسدية ولإستقرار حياتهم و إحساسهم بأن لديهم هدف في الحياة. (<http://www.bishahcoll.edu.sa>)

وتشمل الخدمات التي تقدمها المراكز اليابانية وسائل النقل من وإلى المركز والعلاج الطبيعي والنشاطات الجماعية وتنمية الهويات الفردية و من وجهة نظر الباحثة فإن هذه الخدمات تساهم و بشكل فاعل في تحسين نوعية الحياة لدى المسنين.

النموذج الأمريكي في مجال خدمات المسنين:

نجد مسمى مراكز المسنين أو المراكز متعددة الخدمات لمؤسسات رعاية المسنين في الولايات المتحدة الأمريكية. وقد صدر هذا النظام عام ١٩٦٥م، ويتولى المجلس القومي للمسنين الإشراف على تنفيذ الخطوط الرئيسية لخدمات المسنين. وفي عام ١٩٤٣م، تأسس أول مركز للمسنين يتم تمويله حكومياً. وقد حدد المركز تعريف مركز المتقاعدين بأنه " مكان يلتقي فيه المسنين ويشاركون في نشاطات تعزز من كرامتهم وتساند إحساسهم بالاستقلال وتشجيع اندماجهم في المجتمع. و تشمل الخدمات التي تقدمها مراكز المسنين الأمريكية خدمات المعلومات والتمويل وتقديم الخدمات المباشرة وتقييم الحالة الذاتية للفرد وإرشادات الحالة الشخصية والتشخيص الطبي والنفسي والرعاية الصحية المنزلية والخدمات القانونية والحراسة والمواصلات وخدمات المرافق وخدمات المتطوعين والوجبات الغذائية. (منتدى العلوم الاجتماعية: <http://swmsa.net/forum/archive/index.php/t-11390.html/>)

○ بعض النماذج العربية :

جمهورية مصر العربية :

نظراً لتزايد عدد المسنين في جمهورية مصر و ارتفاع نسبة التقاعد في السنوات الأخيرة دعت الحاجة الاجتماعية لزيادة الاهتمام بهذه الفئة من المجتمع توجد في مصر ما يسمى بنوادي المسنين وهي تقابل مراكز المسنين. وأول نادٍ تم تأسيسه رسمياً كان في عام ١٩٨٠م(على الرغم من وجود مثل هذه النوادي دون أن تكون ذات طابع رسمي) منذ زمن بعيد وتتولى وزارة التأمينات والشئون الاجتماعية تحديد الخطوط الأساسية للخدمات التي تقدمها هذه النوادي كما تمنح الوزارة التصاريح بإقامة هذه النوادي وتراقب نشاطاتها. وتعرف هذه النوادي وفقاً لوزارة التأمينات والشئون

الاجتماعية بأنها مؤسسات اجتماعية تقدم الخدمات والنشاطات للأعضاء المسنين، وتشتمل على الإرشاد والخدمات الطبية والندوات والتدريب واللقاءات الاجتماعية ومشاريع الاستثمار وأداء فريضة الحج.

وقد لوحظ أن نوادي المسنين ليست ذات شهرة وأن مقاهي المتقاعدين بما لها من تقليد قديم أكثر شهرة وانتشاراً من النوادي وتشمل نشاطات هذه المقاهي: قراءة الصحف وشرب الشاي، ولعب الدمينو ويتم ذلك وسط دفء صحبة الأصدقاء مما يساعد على قضاء الوقت وتحقيق المتعة للمسنين المتقاعدين. (<http://www.bishahcoll.edu.sa/>)

دولة الكويت:

إن الكثير من التغيرات طرأت على المجتمع الكويتي حيث تقلصت الأسرة الممتدة وبروز الأسرة النواة، وارتفاع معدل العمر وتزايد أعداد المسنين وتغير احتياجاتهم ومتطلباتهم... الخ، لذا نجد أن الدولة سارعت بإقامة وتنفيذ مجموعة من المشاريع والبرامج التي ترعى وتهتم بفئة المسنين وتقوم وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل بتوفير كافة أنواع الرعاية الاجتماعية لفئة المسنين، فدار رعاية المسنين التي تأسست عام ١٩٥٥م، لم تقتصر على إيواء ورعاية فئات المسنين من الجنسين ولكنها أيضاً اشتملت على أقسام التأهيل المهني للمسنين، وإلى جانب الإيواء والتأهيل فإن الدار تقدم الرعاية المنزلية للحالات التي تحتاج إليها، وكذلك الرعاية النهارية من خدمات اجتماعية ونفسية وطبية لمن يزورون الدار في فترة الصباح ثم يعودون إلى أسرهم وكذلك الرعاية اللاحقة لمن تحولوا من الرعاية الدائمة إلى الإقامة مع أسرهم، هذا وهناك بعض الأنشطة والبرامج التي يستفيد منها المسنون نشير إلى بعض منها:

أ- الديوانيات المختلفة ومنها ديوانية الصيادين حيث يمكن للمسنين تبادل الذكريات والخبرات المهنية وقضاء أوقات ممتعة.

ب- المقاهي الشعبية وهي أندية لكافة الفئات العمرية وبها يمكن للمسنين أن يقضوا أوقات سعيدة.

كما يتوفر هناك العديد من الهيئات التي تهتم برعاية المسنين. وإن كانت هذه نماذج مشرقة وطيبة بالنسبة لرعاية المسنين فإن الكويت رغم ذلك لا تختلف كثيراً عن بقية الدول العربية في توفير الرعاية اللازمة لجميع المسنين. (<http://www.bishahcoll.edu.sa/>)

المملكة العربية السعودية:

ترى الباحثة أنه نظراً للنمو الاقتصادي السريع والطفرة التي شهدتها و تشهدها المملكة في جميع المناطق و في مختلف المجالات والتحضر والنمو العمراني المتسارع الذي شمل الكثير من القرى والهجر وتحويلها إلى مدن، ونمو المدن الصغيرة إلى مدن متوسطة وكبيرة إضافة إلى العوامل الاجتماعية والثقافية فقد تضافرت هذه العوامل لتحول المجتمع إلى مجتمع صناعي وتجاري وقد أدى كل ذلك إلى زيادة سرعة التحول الاجتماعي وإلى تفكك البنيان الأسري التقليدي وعلاقاته، وحدث نتيجةً لذلك تقلص الأسرة الممتدة وشيوع ما يسمى بالأسرة النووية وتبع ذلك ازدياد العزلة الاجتماعية وهيمنة قيم المدينة ومتطلبات التحضر مما أسهم في إحساس الفرد وخاصة المسنين بالعزلة نتيجة لتغير أنماط الحياة وسيادة القيم الاقتصادية.

كما وأصبحت هناك هجرات واسعة من القرى والهجر إلى المدن. الأمر الذي كان له أثره على المسنين وأصبحت هناك مشكلة يتطلب حلها وجود منشآت اجتماعية ملائمة للمسنين في

المملكة العربية السعودية لتساعدهم على الاحتفاظ بوقارهم وتشعرهم بذاتهم في المجتمع وتتيح لهم إمكانية البقاء مع ذويهم وتحقيق الطمأنينة والراحة لهم.

دور الرعاية الاجتماعية ومراكز الخدمات الاجتماعية في المملكة العربية السعودية:

لقد أولت المملكة العربية السعودية برامج رعاية المسنين اهتماماً خاصاً، فبدأت خدمات رعايتهم وتأمين سبل الحياة الكريمة لهم في عهد جلالة الملك عبد العزيز آل سعود، حيث أولى العجزة والمسنين عناية خاصة فأمر بصرف المخصصات لهم وإنشاء الدور الخاصة بالعناية بهم وكانت تتبع الخاصة الملكية، وحين أنشئت الرئاسة العامة لدور الأيتام في عام ١٣٧٥هـ تولت الإشراف على خدمات رعاية المسنين، ثم ضمت الرئاسة العامة لدور الأيتام إلى وزارة العمل والشؤون الاجتماعية في عام ١٣٨٠هـ حيث تولت الوزارة مسؤولية خدمات رعاية المسنين وتطويرها وأصدرت اللوائح الخاصة بدور الرعاية الاجتماعية الخاصة برعاية المسنين، وفي عهد الخير والنماء خلال العقدين المضيقين في عهد خادم الحرمين الشريفين بدأت الخدمات المقدمة للمسنين تنتهج أسلوباً متميزاً وفريداً يخضع دائماً للتقويم والتطوير.

وتعتقد الباحثة أنه نتيجة للتطور الذي تشهده المملكة ازدادت الحاجة لإنشاء دور للرعاية الاجتماعية ومراكز للخدمات الاجتماعية في الكثير من المدن والقرى وذلك بهدف إيواء ورعاية المسنين وفق برامج ترفيهية ورعاية اجتماعية وطبية. والهدف من هذه الدور إيوائي وفق الشروط التي تحددها لوائحها ومن ضمنها أن يتجاوز عمر المودع فيها سن الستين. (موقع وزارة الشؤون

الاجتماعية) <http://mosa.gov.sa/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=10>

و فيما يلي ستستعرض الباحثة أبرز ملامح الخدمات التي تقدمها دور الرعاية الاجتماعية تحت إشراف إدارة رعاية المسنين التي تهتم بالعمل من أجل تحقيق خدمات الرعاية السليمة لفئة

المسنين ممن لا يوجد لديهم أقارب يمكن أن يعتنوا بهم، وذلك وفقاً لأحدث الأساليب العلمية وبما يضمن عملية التكاتف والتكافل الاجتماعي بين أفراد المجتمع عن طريق دور الرعاية الاجتماعية.

دور الرعاية الاجتماعية:

حيث تستقبل هذه الدور المسنين - من الجنسين - الذين أعجزتهم الشيخوخة عن العمل أو الذين يعجزون عن القيام بشؤون أنفسهم أو المرضى الذين بلغوا العشرين من المصايب بعجز بدني أو عقلي أفقدهم القدرة على العمل أو رعاية أنفسهم بشرط خلوهم من الأمراض المعدية أو الأمراض العقلية، ومن أهم شروط القبول بتلك الدور عدم وجود أقارب يمكن أن يعتنوا بتلك الفئات، ولقد روعي عند إعداد هذه الدور أن تكون قريبة إلى حياة الأسرة الطبيعية يتمتع فيها المسن بنوع من الاستقلال ويشعر فيها بالراحة والأمن والسكينة، وتوفر لهم داخل تلك الدور الإعاشة الكاملة والرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية وخدمات العلاج الطبيعي وبرامج العناية الشخصية، كما تتيح للمسنين مزاوله بعض الأعمال اليدوية والأعمال الفنية بغرض شغل أوقات الفراغ، كما يتمتع المقيمون من المسنين داخل دور الرعاية بالبرامج الدينية والثقافية والترفيهية المناسبة، ويصرف لكل مقيم بدور الرعاية الاجتماعية مصروف جيب شهري قدره (١٥٠ ريالاً). (موقع وزارة الشؤون الاجتماعية) <http://mosa.gov.sa/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=10>

برنامج الاستضافة المؤقتة للمسنين:

وحرصاً على إبقاء المسن في محيط أسرته الطبيعية فقد شرعت الدور بتطبيق برنامج الاستضافة المؤقتة، وهو قائم على استضافة المسن أو المسنة بالدار، وذلك في الفترة الصباحية وحتى المساء ثم تأتي أسرته لأخذه من الدار، ويحصل المسن أثناء وجوده على كافة الخدمات المقدمة للمقيمين من رعاية طبية واجتماعية ونفسية.

أما البرامج التي تقدم لهؤلاء خارج الدور فتتمثل في الزيارات والرحلات الأسبوعية والنزهات التي تتم بانتظام للقادرين منهم بغية ربطهم بالمجتمع الخارجي والقضاء على إحساسهم بالعزلة. ومواكبة لتطلعات خادم الحرمين الشريفين وتكريسه لمبدأ التكافل الاجتماعي فقد تم الحد من مسألة القبول في هذه الدور، إذ يأتي أهم شرط من شروط القبول بتلك الدور أن لا يوجد للمسن أو المسنة أقارب يمكن أن يعتنوا به. والجدير بالذكر أن أكثر من ٩٠% من نزلاء ونزيلات دور رعاية المسنين هم من الأشخاص الذين لا يوجد لهم أبناء أو أقارب أو أرحام، وهؤلاء لا يمثلون نسبة كبيرة قياساً بنسبة السكان في هذا المجتمع المترابط والذي ينطلق في تماسكه الأسري من تعليمات ديننا الإسلامي الحنيف الذي يحث على البر بالوالدين والإحسان إليهما.

وتوجد حالياً عشر دور لرعاية المسنين والمسنيات موزعة على أرجاء المملكة في كل من: الرياض للذكور، الرياض للإناث، عنيزة، وادي الدواسر، الدمام، الجوف، المدينة المنورة، أبها، مكة المكرمة، والطائف. (موقع وزارة الشؤون الاجتماعية)

<http://mosa.gov.sa/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=10>

مركز الأمير سلمان الاجتماعي:

تم إنشاء مشروع جديد لرعاية المسنين في الرياض وهو مركز الأمير سلمان الاجتماعي. إلا أن هناك فرقاً كبيراً بين هذا المركز ودور الرعاية الاجتماعية، فمركز الأمير سلمان الاجتماعي ليس الغرض منه إيداع أفراد المجتمع المسنين فيه، إنما هو مركز بر وتكريم للمسنين فهو بالأحرى منتدى يجتمع فيه المسنين. والمركز ينتهج سياسة الباب المفتوح والهدف منه إشعار المسن بمكانته الاجتماعية وبماضيه. وهو - أي المركز - يوفر جواً من الاستقرار والطمأنينة في النهار، أثناء

تواجد رب البيت - بسبب ظروف العمل أو الدراسة في الخارج - فالمركز ما هو إلا منتدى للمسنين يقضون فيه أوقات فراغهم، لأن الفراغ هو المشكلة الأساسية الرئيسية لدى المسن.

والمركز عبارة عن مشروع خاص، يتبنى كل ما تمليه الحاجة لعمله. فالقطاع العام قد يكون محدداً بإجراءات وسياسات معينة، وقد يكون هناك من العائلات الصغيرة، من ترغب في الترفيه عن المسن، خاصة يومي الخميس والجمعة مثلاً، فيكون هناك تنسيق من خلال المركز لتحقيق ذلك. وقد تكون هناك دراسة ينطلق بها المركز للاستفادة من المسنين، فيجتمع المسنون في بعض الأوقات للاستئناس وشغل الفراغ وعمل الدراسة، ونحو ذلك من الأعمال والمميزات التي يوفرها المركز.

فمركز الأمير سلمان الاجتماعي مجال أنشطة أوسع وأرحب، ويتسع لكل أفكار جديدة مما يجعله مشروعاً حضارياً متميزاً في مجال دور ومسئوليات رعاية المسنين وتحديدها من قبلهم ومن قبل أسرهم والمؤسسات الأهلية. (موقع مركز الأمير سلمان الاجتماعي - <http://www.mas-pssc.com>)

دار الأمان للمسنات:

كما يجري حالياً تنفيذ مشروع دار الأمان للمسنات بمدينة جدة، وهو أول مشروع خيري تقوم بتنفيذه الجمعية الخيرية الإنسانية بجده بتعاون جهود فاعلي الخير من أبناء الوطن، ويهدف هذا المشروع إلى توفير الأمان لمسنات في حاجة للرعاية الكريمة لظروفهن الخاصة أو لسفر أسرهن المفاجئ أو لقضاء نقاهة أو لمن تفتقد من يرعاها. وتقدم الدار خدمات ترفيهية لمسنات في

طور النفاهة وتقديم برامج ترفيحية ومسلية لتشجيع المسنات على القيام ببعض المهارات اليومية

البسيطة ووجود إشراف طبي عام لجميع المسنات. (<http://www.bishahcoll.edu.sa>)

وتعتقد الباحثة أن إنشاء مثل هذه المشاريع من المؤسسات الرائدة لخدمة المسنين أمر بالغ

الأهمية حيث تقدم خدمات مطلوبة ومرغوبة لمن هم في أمس الحاجة إلى توفير الأمان والرعاية

الكريمة لهم... الخ، حيث باتوا في مرحلة عمرية متأخرة وحرجة لا يستطيعون خلالها خدمة أنفسهم

وفي ذات الوقت يتحاشون أن يتقلوا كاهل أسرهم ومنهم من لم يعد له عائل يقوم على رعايته

والحاجة ماسة إلى توفير الأمان والعيش الكريم لهم.

الدراسات السابقة

المقدمة

حظي مجال رعاية المسنين و المسنين باهتمام واسع عالمياً وعربياً و محلياً بسبب تزايد

أعداد المسنين في المجتمعات المعاصرة و حاجاتهم لتوفير الرعاية الشاملة و التي تتماشى مع

التغيرات التي تصاحب هذه المرحلة العمرية و التي تحتاج إلى عناية خاصة. و قد اطلعت الباحثة

على عدد كبير من الدراسات و الأبحاث التي اهتمت بالمسنين و التغيرات التي يواجهونها من

تغيرات جسدية، نفسية، واجتماعية و قد قامت الباحثة باختيار عددٍ من هذه الدراسات و الأبحاث

بما يتلاءم مع دراستها الحالية و قامت بتقسيمها إلى:

○ الدراسات العربية

○ الدراسات الأجنبية

أولاً: الدراسات العربية

• دراسة الغريب (٢٠٠٩م):

و عنوانها " التفضيل الترويحي للمسنين في المجتمع السعودي." و اعتمدت هذه الدراسة على منهج المسح الاجتماعي، وطبقت على عينة بلغت ٢٣٧ مسناً في المجتمع السعودي، وهدفت إلى التعرف على الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والأسرية لممارسي النشاط الترويحي. وكذلك تحديد آراء المسنين في الترويح، إضافة إلى التعرف على الأنشطة الترويحية التي يفضلها المسنين على غيرها من حيث نوعها وأهميتها، والجهات التي يفضل المسنين أن تكون مسؤولة عن توفير الأنشطة الترويحية لهم، وأخيراً تحديد أسباب تفضيل الأنشطة الترويحية كما يراها المسنين. وفي نهاية الدراسة عرضت بعض التوصيات لتفعيل أنشطة الترويح للمسنين في المجتمع السعودي، وضرورة النظر إليه بوصفه عنصراً مهماً لدى المسنين في المتبقي من حياتهم إذا ما أمد الله في أعمارهم.

• دراسة السوسي (٢٠٠٨م):

بعنوان " استجابة وظائف التنفس لتمرينات التنفس مقارنة بتمرينات التنفس و تحريك الصدر في المسنين بجمهورية مصر العربية"، و هدفت لدراسة استجابة وظائف التنفس لتمرينات التنفس مقارنة بتمرينات التنفس و تحريك الصدر في المسنين ٢٠ إناث و ١٠ ذكور أعمارهم تتراوح ما بين ٦٥-٨٠ سنة تم تقسيم المشاركين عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين: الأولى مجموعة (أ) و الثانية مجموعة (ب). كل الأشخاص في مجموعة (أ) تلقوا تمرينات تنفس الحجاب

الحاجز و جهاز الحافز التنفسي، بينما الأشخاص في مجموعة (ب) تلقوا تمرينات تنفس الحجاب الحاجز، جهاز الحافز التنفسي و تمرينات تحريك الصدر. النتائج وجدت أن وظائف التنفس تحسنت بشكل ملحوظ بعد التمارين في كلتا المجموعتين مقارنة بما قبل التمارين. النتائج وجدت أن وظائف التنفس (المدى الحيوي القصري و التهوية الإرادية القصوى) تحسنتا بشكل ملحوظ بعد التمارين لدى مجموعة (ب) مقارنة بما بعد التمارين لدى مجموعة (أ). وأيضاً وجدت النتائج أن وظيفة التنفس (الحجم الزفيري القصري في أول ثانية) لم تتحسن بشكل ملحوظ بعد التمارين لدى مجموعة (ب) مقارنة بما بعد التمارين لدى مجموعة (أ). و تؤكد هذه الدراسة تؤكد أن تمرينات تنفس الحجاب الحاجز، جهاز الحافز التنفسي و تمرينات تحريك الصدر ذات تأثير إيجابي ملحوظ على وظائف التنفس (الحيوي القصري و التهوية الإرادية القصوى) في الأشخاص المسنين.

• دراسة مدينة الملك عبد العزيز للعلوم و التقنية (٢٠٠٨م):

وعنوانها " المشكلات التي يعاني منها المسنون في دور الرعاية بالمملكة العربية السعودية." أظهرت أن ٦٥% من المسنين المقيمين في دور الرعاية، يعانون الأمرين من انخفاض مستوى الخدمات الصحية، إلى جانب تأخر الضمان الاجتماعي، وعدم وجود خدمات أو امتيازات خاصة بهم، فيما يرى ٤٨ بالمائة من ذوي المسنين عدم وجود خدمات تقدم للمسنين. تم تطبيق الدراسة المسحية على عينة عشوائية من المسنين من الجنسين في مكة المكرمة والمدينة المنورة و أظهرت الدراسة أن أكثر المشكلات التي يعانيها المسنون هي تدني مستوى الخدمات الطبية والترفيهية المقدمة لهم، حيث يرى ٢٤.٥% منهم عدم وجود أي خدمات تقدم لهم، وكذلك حاجة العاملين في الدّور إلى الالتحاق بالبرامج والدورات التدريبية لتطوير مستواهم العلمي والعملية. وأظهرت الدراسة أن مشكلات المسنين المقيمين في دور الرعاية تتمثل في عدم وجود مصروف

مادي كما كان في السابق، والشعور بفقدان دورهم في الحياة، وعدم وجود من يتحدث إليهم عن مشكلاتهم وليبوحوا لهم بما في أنفسهم، إضافةً إلى الشعور بالتقصير في أداء الواجبات الدينية، وكذلك الشعور بعدم تقدير الآخرين لهم واحترامهم.

• دراسة السيد (٢٠٠٨م)

عنوانها " مدى فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف الشعور (بالوحدة و الاكتئاب و القلق) لدى عينة من المسنين المقيمين بدور الرعاية في المغرب." هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الوحدة و الاكتئاب و القلق لدى عينة الدراسة من المسنات المقيمات في دار المسنين و تنمية بعض المهارات و استثمار وقت الفراغ لدى عينة الدراسة من المسنات المقيمات في دار المسنين و كانت عينة الدراسة من (٢٠ سيدة) أعمارهن تتراوح بين (٦٨ - ٧٤) و استخدمت الباحثة عدداً من الأدوات وهي: مقياس الشعور بالوحدة النفسية و مقياس القلق كسمة و حالة و مقياس الاكتئاب. كما أعدت الباحثة برنامجاً إرشادياً. و أظهرت الدراسة وجود علاقة بين الشعور بالوحدة و الاكتئاب و القلق كما أظهرت الدراسة وجود انخفاض في الاكتئاب و القلق و الشعور بالوحدة بعد تطبيق البرنامج.

• دراسة الجروشي (٢٠٠٧م):

عنوان الدراسة " مدى فاعلية الدعاء كبرنامج إرشادي نفسي ديني في خفض القلق لدى أفراد العينة" والتي تمت بالمملكة العربية السعودية وهدفت إلى معرفة مدى فاعلية الدعاء كبرنامج إرشادي نفسي ديني في خفض نسبة القلق، كذلك تهدف إلى تطبيق البرنامج الإرشادي في تخفيض القلق لدى المجموعة التجريبية. و كانت عينة الدراسة وعددها (٣٦) فرد تتراوح أعمارهم بين ٤٠ -

٦٥ و ممن يعانون من القلق الشديد واستخدمت الباحثة مقياس سبيلبرجر للقلق، وبرنامج الدعاء

المحتوى على عدد من الجلسات الإرشادية التي قامت بتطبيقها بمساعدة مرشد ديني، وبعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج الإرشادي تم إجراء القياس البعدي، وذلك للتحقق من أهداف الدراسة، وقد تم اختيار اختبار T.test لإيجاد الفروق بين متوسطات المجموعات حيث يعد الأنسب للتحقق من فروض البحث. وقد أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبلي و البعدي لصالح المجموعة التجريبية عند مستوى دلالة (0.05) وهذا يؤكد فاعلية الدعاء في خفض القلق. وفي ضوء ما توصل إليه البحث من نتائج قدمت بعض التوصيات التي يمكن إن يسترشد بها داخل دور الرعاية بإقامة محاضرات وندوات لمعالجة بعض المشكلات والضغوط النفسية.

• دراسة جعفر (٢٠٠٦م):

والتي كان عنوانها "مرض السكري عند المسنين وعلاقته ببعض العوامل النفسية والسمات الشخصية" والتي طبقت في المملكة العربية السعودية وهدفت إلى التعرف على العلاقة بين مرض السكر وبعض العوامل النفسية مثل (نمط السلوك والعصابية، والعدوان، والغضب) وقد شارك في إجراء الدراسة ٢٣٩ فرداً (تتراوح أعمارهم من ٦٠-٧٥) استخدمت أربعة مقاييس لجمع بيانات الدراسة وهي نمط السلوك، والعصابية، والعدوان، وحالة الغضب وسمته والتعبير عنه. وقد أظهرت النتائج أن العمر ارتبط إيجابياً بنمط السلوك وضبط الغضب، ولكنه ارتبط سلبياً بالعصابية، والعدوان، وحالة الغضب، وسمة الغضب، وإظهار الغضب كما لم تظهر مدة الإصابة بالمرض أي علاقة بأي من متغيرات الدراسة كما أظهرت الدراسة وجود علاقة بين العوامل النفسية و السمات الشخصية و المرض.

• دراسة الحجاجي (٢٠٠٤م):

عنوان الدراسة "مشكلات المسنين الاجتماعية والنفسية ودور المؤسسات الإيوائية في مواجهتها". وطبقت الدراسة بطرابلس في ليبيا وهدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مشكلات المسنين الاجتماعية والنفسية من خلال إقامتهم بالمؤسسات الإيوائية، وحرمانهم من الإقامة داخل أسرة طبيعية، والكشف عن دور المؤسسة في تعويض الجو العائلي بما يحقق التخفيف من حدة تلك المشكلات. و قد استخدمت الدراسة المنهج الاستطلاعي، حيث اعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي مستخدمةً استمارة المقابلة المقننة التي تضمنت عدداً من الأسئلة المتعلقة بمحاور الدراسة و طبقت الدراسة على (٥٠) مسن من القانطين بالدار. وأظهرت نتائج الدراسة أن أغلب المسنين بالمؤسسة هم من العزاب أو الأرمال أو المطلقين الذين يفتقدون وجود الأبناء والأزواج وبالتالي لا يوجد من يقدم لهم الرعاية الاجتماعية اللازمة داخل أسرهم. كما أظهرت نتائج الدراسة أن أغلب المسنين تواجههم مجموعة كبيرة من المشكلات الاجتماعية والنفسية والصحية (مثل الاكتئاب الشديد و السكري و ارتفاع ضغط الدم و بعض المشكلات القلبية و صعوبات التنفس) كما أظهرت الدراسة أن مثل هذه المؤسسة تهتم بتوفير الاحتياجات المادية أكثر من اهتمامها بالنواحي المعنوية والإنسانية. وأن أغلب المسنين المقيمين بالمؤسسة يشعرون بالعزلة والغربة والكآبة لعدم وجود زيارات من أفراد الأسرة والأقارب. كما أظهرت نتائج الدراسة حاجة المسنين لبعض وسائل الترفيه وتوفير مكان مخصص للعبادة به أحد رجال الدين و رغبتهم في زيارة أماكن مختلفة لشعورهم بأنهم سجناء إذ لا يسمح لهم بالخروج.

• دراسة جامعة القاهرة (٢٠٠٤م):

عنوان الدراسة " أثر الصلاة و التأمل على مكافحة أمراض الشيخوخة." و أظهرت الدراسة أن الراحة النفسية التي توفرها الصلاة تساعد على زيادة إفراز الميلاتونين، وهو الهرمون المسئول

عن مقاومة الشيخوخة و أعراضها. فأداء الصلاة والتأمل والتعبد هي من أهم المنشطات الطبيعية التي تساعد على إفراز هرمون الشباب، الميلاتونين، و بالتالي تأخير أعراض الشيخوخة و تقليل درجة الاكتئاب و القلق لدى الأفراد. فصناعة هرمون الميلاتونين في الجسم لا تحتاج إلى استخدام العقارات الدوائية المصنعة بأشكالها المختلفة و إنما إتباع سلوك غذائي و معيشي مريح مع الراحة النفسية التي توفرها العبادات والابتعاد عن المهيجات والعادات السلوكية الضارة.

• دراسة راشد (٢٠٠٤م):

و عنوانها " أثر ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في تعديل أسلوب حياة المسنات الأرامل" و أظهرت الدراسة أن ممارسة العلاج المعرفي السلوكي عبر استخدام برنامج معد من قبل الباحثة يساهم في تغيير أسلوب حياة المسنات الأرامل عبر تغيير السلوك السلبي و تحسين المعرفة حول الأمور الحياتية، و طبق على ٢٣ مسنة في مدينة القاهرة. وقد أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة العلاج المعرفي السلوكي و تعديل أسلوب حياة المسنات الأرامل كما أوصت الدراسة بأهمية تفعيل هذا الأسلوب في دور رعاية المسنين و مجالاتها.

• دراسة أبو عجيبة (٢٠٠٢م):

عنوان الدراسة " دراسة ميدانية للواقع المعيشي للمسنين في بعض دور الرعاية في مدينة طرابلس" وهدفت الدراسة إلى التعرف على أثر الواقع المعيشي للمسنين في بعض دور الرعاية لتحديد الخدمات التي يحتاجها المسنين في هذه الدور. وقد استخدم الباحث المقابلة والملاحظة الشخصية للمسنين في ثلاث دور للرعاية بمدينة طرابلس و طبقت الدراسة على ٩٨ مسن من المقيمين بهذه الدور و تمكن الباحث من مقابلتهم ومتابعتهم خلال مدة إجراء الدراسة. وأظهرت

الدراسة أن إيداع المسنين دور الرعاية يزيد في المشاعر السلبية لديهم مثل الشعور بالانسحاب والعزلة وعدم الأهمية. كما أظهرت أن أغلبية المسنين في هذه الدور يشعرون بأنهم فقدوا مكانتهم وعلاقاتهم الاجتماعية مما يؤدي إلى إصابتهم بالاكتئاب والقلق واضطرابات النوم وبالتالي يزداد الضغط النفسي لديهم مما يساهم في اختلال ضغط الدم والسكري وصعوبة ضبطه مما يزيد من معدل خطر إصابتهم بالجلطات القلبية و الدماغية.

• دراسة القاطي (١٩٩٨م):

عنوان الدراسة " دور الصحة النفسية و الانفعالية على مرض السكري." والتي هدفت للتعرف على الآثار النفسية المترتبة علي الإصابة بمرض السكري بالنسبة للمريض و تأثير الصحة النفسية للشخص على المرض. وتم تطبيق الدراسة في مدينة طرابلس، واستخدمت الباحثة الأسلوب الوصفي باستخدام الملاحظة والسجلات الصحية للمرضى. وأظهرت الدراسة أن تخفيف الضغوط النفسية و الإنفعالية يساهم في تخفيض نسبة السكري في الدم لدى المصابين به و قد أظهرت الدراسة سهولة التحكم في مستوى السكري في الدم لدى المرضى الذين يتمتعون بصحة نفسية جيدة واهتمام و متابعة من قبل عائلاتهم.

• دراسة أحمد (١٩٩٧م):

عنوان الدراسة " الأوضاع الاجتماعية والنفسية الضاغطة وعلاقتها بالاكتئاب و ضيق التنفس لدى المسنين بمدينة القاهرة" والتي هدفت لإيجاد العلاقة الارتباطية بين الأوضاع الاجتماعية والنفسية الضاغطة والاكتئاب النفسي وأمراض ضيق التنفس، فقد قام الباحث ببناء مقياس لأنماط الأوضاع الاجتماعية والنفسية الضاغطة والذي احتوى على (٤٧) فقرة تؤلف مقياس أنماط الأوضاع الاجتماعية والنفسية الضاغطة بصورته النهائية. وكان له مؤشران على الصدق،

كما كان له ثبات مقداره (٠.٨٤) بطريقة معامل "ألفا" للاتساق الداخلي، و(٠.٧٤) بطريقة إعادة الاختبار. كما قام الباحث ببناء مقياس لتشخيص الاكتئاب النفسي في ضوء استكمال الخصائص السايكومترية للمقياس، تم الحصول على (٥٢) فقرة تُولف مقياس والاكتئاب النفسي بصورته النهائية. وكانت له مؤشرات صدق عديدة كما كان له ثبات مقداره (٠.٨٧) بطريقة معامل "ألفا" للاتساق الداخلي (٠.٨٠) بطريقة إعادة الاختبار.

وأظهرت النتائج أن الإنسان وحدة واحدة تشمل الجسد والعقل وان ما يتعرض له من ضغط نفسي أو اجتماعي يمكن أن يحدث أثاره على صحة الفرد الجسمية والنفسية وهذا ما أكدته نتيجة البحث الحالي والذي أظهر زيادةً في درجة الاكتئاب لدى الأشخاص الذين يعانون مشاكل نفسية واجتماعية ولدى عينة الدراسة من المسنين كما أظهرت الدراسة أن هذه المشاكل تؤثر في صحتهم الجسدية حيث أظهرت النتائج أن معظم ممن يعانون من الاكتئاب الشديد (عينة الدراسة) مصابون بضيق في التنفس بدرجات متفاوتة بين المتوسط إلى الشديد. وأوصت الدراسة بضرورة الاهتمام بالدعم العائلي وإدماج المصابين بالاكتئاب في البرامج الترفيهية والأنشطة الرياضية لتخفيف حدة المرض وعلاجه مع ضرورة مواجهة المشاكل وإيجاد حلول لها مما سيؤدي لتغيير في حالة الأشخاص المصابين بالاكتئاب.

• دراسة العاصي (١٩٩٥م):

عنوان الدراسة " دراسة تقويمية لدور رعاية المسنين والعجزة" وهدفت للتعرف على واقع دور رعاية المسنين في ليبيا و تحديد المشكلات التي تواجه هذه الدور و تقديم اقتراحات لتحسين الأوضاع فيها تم تطبيق الدراسة على ٢٤٢ مسن من قانطي الدار و استخدمت الباحثة أسلوب المقابلة والملاحظة وأظهرت النتائج إن دور رعاية المسنين لم تبنى خصيصاً لإيواء ورعاية المسنين

بل هي مبنى سكني عادي تم استخدامه كدار للرعاية. فمعظم دور الرعاية تكون محاطة بسور عالي و قليلة النوافذ، كما تتسم حجرات الدور بالضيق و تكدس الأسرة فيها، وأظهرت الدراسة أيضاً أن عدد العاملين في الدار لا يتناسب مع عدد النزلاء و المؤهلات العلمية لجميع العاملين بالدار لا تتعدى المؤهل المتوسط بما في ذلك الأخصائيين الاجتماعيين، والعمل يسير في الدور من خلال الخبرة الطويلة للعاملين وليس المؤهل أو المهنة ومبادئها، كما أظهرت نتائج الدراسة انعدام البرامج الترفيهية والثقافية. وأوصت الدراسة بضرورة تجهيز المباني المناسبة لدور الرعاية وتوفير العاملين المؤهلين نفسياً واجتماعياً بعدد يتماشى مع عدد النزلاء في هذه الدور كما يجب أن تخضع هذه الدور لتنظيم برامج ترفيهية و ثقافية لتحسين الأوضاع النفسية والانفعالية للمسنين.

ثانياً: الدراسات الأجنبية

• دراسة بوشمان (Bushman)(٢٠٠٩م):

بعنوان " الصداقة و العلاقات الاجتماعية تقدم أمل المسنين في حياة جديدة وفي تحسين نوعية الحياة." وقد أكدت الدراسة التي تمت بجامعة رايس (RICE) بالولايات المتحدة الأمريكية أن نجاح المسنين في تنويع صداقاتهم وإبقاء علاقاتهم الاجتماعية يمكن أن يساعدهم على الإحساس بأنهم أصغر من أعمارهم الحقيقية، كما تسمح لهم بالاحتفاظ بحيويتهم وقدرتهم على الحركة بنشاط.وأوضحت الدراسة أن القدرات الحركية للمسنين على صلة مباشرة بعلاقاتهم وممارساتهم اليومية التي كلما ازدادت تزداد تأثيراتها الإيجابية على الدماغ. وقد جرى تحديد مجموعة من الأدلة التي تشير إلى أن المشاركة في نشاطات محفزة للتفكير والمشاركة الاجتماعية وممارسة الرياضة بانتظام يمكن أن تحد من تراجع الحركة المترافق مع الشيخوخة. كما تضيف الدراسة أن هذه

النشاطات تفرز بروتينات معينة قادرة على حماية أعصاب الدماغ من الموت السريع، كما تعزز قوة الروابط الموجودة بينها، وهذه الحماية هي التي تضمن للجسم القدرة على مواصلة الحركة النشطة، كما في مرحلة الشباب.

وتقول الدراسة التي شملت حالات ٩٠٦ شخصاً يبلغ متوسط أعمارهم ٨٠ عاماً، إن الذين حافظوا على علاقات الصداقة والروابط والنشاطات الاجتماعية تمكنوا من تأدية عدة حركات يعجز عنها معظم المسنين، وبينها السير بخط مستقيم والوقوف على قدم واحدة والوقوف على أصابع القدمين والدوران.

• دراسة هايس (Heise) (٢٠٠٩م) :

وعنوان الدراسة " العلاقة بين الاكتئاب والتفكير السلبي لدى المسنين" وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن علاقة الاكتئاب لدى المسنين بالتفكير السلبي والانتحار وأظهرت الدراسة أنه توجد علاقة طردية بين الاكتئاب والتفكير السلبي (الانتحار واختيار الموت كسبيل للراحة) كما أظهرت أثر ذلك على جودة الحياة التي يعيشها المسنين حيث يفقدون الاهتمام بكل ما يدور حولهم من أحداث جيدة و تزداد لديهم المشاعر السلبية والشعور بالذنب مما يؤثر على حالتهم الذهنية والجسدية (إضطرابات الأكل أو الامتناع عنه و العزلة) وأظهرت الدراسة المسحية في كندا أن ١٢ من ١٠٠٠ شخص يبلغ عمره ٦٥ فكر في الموت و إنهاء حياته وكانت النسبة أكبر لدى الرجال المسنين من ذوي البشرة البيضاء وأظهرت الدراسة أن حالات الانتحار كانت تعود لأسباب اضطراب السلوك، الألم الجسدي نتيجة المرض، ضعف العلاقات الاجتماعية أو انعدامها الخلل الوظيفي والاضطراب الذهني و التي تم إهمالها.

• دراسة كلوسنير (Klausner) (٢٠٠٨م):

وعنوانها " العلاقة بين ممارسة التمارين الرياضية وأمراض الشيخوخة." حيث أخضع ١٨٠ من المسنين بمدينة هيوستن للدراسة وأظهرت النتائج أن المسنين ممن تلقوا تمارين خاصة بتقوية العضلات والقدرة على التحمل مرة أو مرتين أسبوعياً كانوا أكثر نشاطاً جسدياً و ذهنياً من ممن لم يمارسوا الرياضة نهائياً كما أظهرت الدراسة أن الرياضة بأنواعها تقلل من خطر الإصابة بأمراض القلب ومن احتمال الإصابة بالزهايمر كما تخفف من الاكتئاب.

• دراسة بينت و بوسورث (Bosworth & Pent) (٢٠٠٤م):

وعنوان الدراسة هو " العلاقة بين الأنشطة الاجتماعية و ضعف الذاكرة لدى المسنين." وأظهرت هذه الدراسة بجامعة هارفرد أن المسنين الذين يشاركون في الأنشطة الاجتماعية بشكل نشط يتأخر لديهم ضعف الذاكرة مقارنة بغيرهم . وأشار الباحثون إلى أن المشاركين (وعددهم ٢٥ مشارك تتراوح أعمارهم بين ٦١-٧٠) الأكثر تواصلًا اجتماعياً هم الأبطأ في تراجع الذاكرة بين عامي ١٩٩٨ و ٢٠٠٤، بل إن تراجع الذاكرة بين هذه الفئة أقل من نصف التراجع لدى فئة المسنين الأقل تواصلًا. وأظهرت الدراسة أن القوى والعوامل الاجتماعية لها دور كبير في التأثير علي الحالة الصحية و قد تدفعها قدماً نحو الأفضل.

• دراسة هيجن و آخرون (Heggins & Others) (٢٠٠٤م):

وكان عنوانها " العلاقة بين النشاط العقلي و تقلص الدماغ لدى المسنين." وأظهرت هذه الدراسة الأسترالية أن الدماغ ينقلص بسرعة أكبر إذا لم يتم تحفيزه من خلال حل الألغاز أو تعلم لغات جديدة. وأظهر التصوير المقطعي للدماغ أن الناس الذين لا يلتزمون بنشاط عقلي معقد طوال حياتهم، يعانون من تقلص في جزء رئيسي من دماغهم في سن الشيخوخة بنسبة مرتين أكثر من

غيرهم. وقام فريق البحث بدراسة شملت ٥٠ شخصا بين (٦٠ - ٦٨) طوال ٣ سنوات، فتبين أن من كانوا ناشطين عقليا خلال حياتهم يملكون مركز ذاكرة كبيراً في دماغهم، وتبين أيضاً أن دماغ من كان نشاطهم العقلي منخفضاً طوال حياتهم تقلص بمعدل النصف خلال السنوات الثلاث.

• دراسة ماكدونيل و بيرن (McDonnal & Burrn) (٢٠٠١م):

والتي كانت بعنوان " أثر الإثراء الحسي و إعادة التعلم في برامج رعاية المسنين على وظائف المخ لديهم." وتهدف إلى الكشف على أثر الإثراء الحسي و إعادة التعلم لتحسين وظائف المخ لدى المسنين وتم تطبيق هذه الدراسة على (٣٥) مسن في دار الرعاية بمدينة ملبورن الأسترالية حيث واجه العاملون في هذه الدار صعوبة في إدماج المسنين للمشاركة في الأنشطة داخل الدار مع ارتفاع درجة الاكتئاب والعزلة وبعد ملاحظة الباحثين للبرامج المقدمة والأوضاع العامة في الدار ظهر أن السبب يرجع إلى ضعف البرامج المقدمة و جمودها و خلوها من الإثراء الحسي الملموس. ثم تم تطبيق برنامج جديد يتضمن المشاركة الجماعية بين العاملين في الدار و المسنين. وأظهرت الدراسة أن للإثراء الحسي وإعادة التعلم أثره الواضح على تحسين وظائف المخ المعرفية و الانفعالية للمسنين. واستنتجت أن وسائل تحقيق الإثراء الحسي في برامج الرعاية المتكاملة للمسنين في دور المسنين وهي كالتالي:

١. الأنشطة المرتبطة بالفنون الجميلة تساعد المسن على الاندماج.
٢. المشاركة في بعض عمليات التجميع الخفيفة.
٣. الرياضة مع الموسيقى أو أصوات الطبيعة فيؤدي المسن بعض الحركات مع الموسيقى.

٤. مقهى ترفيهي للمسنين خالي من الملوثات حيث يمكن فيه مشاهدة التلفاز أو

الاستماع للراديو و الحديث.

• دراسة هيز و آخرون (Hays &Others) (٢٠٠١م):

وعنوان الدراسة هو " العلاقة بين العلاج الاجتماعي و انخفاض حالات الخلل الوظيفي (ضعف الأداء الحركي و العقلي) لدى المسنين الذين يعانون من الاكتئاب المزمن" وقد هدفت الدراسة التي طبقت في فرنسا إلى التعرف على أثر الدعم الاجتماعي في تحسين تفهقر الأداء الذي يصيب المسنين الذين يعانون من الاكتئاب المزمن. وطبقت الدراسة على عينة من ١١٣ مريضاً من المسنين و تمت متابعتهم لمدة ١٢ شهر وأظهرت الدراسة تحسن في الأداء الذهني والجسدي مع انخفاض درجة الاكتئاب وقد تم استخدام مقياس هاملتون لقياس درجة الاكتئاب قبل و بعد إخضاع أفراد العينة للتجربة.

• دراسة أوسبورن و آخرون (Osborn &Others) (١٩٩٨م):

وعنوانها "العلاقة بين تبادل الخبرات الجماعية و مواجهة مشكلات المسنين النفسية." والتي طبقت في أستراليا وهدفت إلى اختبار العوامل المؤثرة التي ينبغي الاهتمام بها عند تكوين وتطبيق جماعات الذكريات مع المسنين التي تهدف إلى تشجيع المهارات والسلوكيات الإيجابية، أشار الباحثين إلى خبراتهم الشخصية مع عشرة من المسنين تراوحت أعمارهم بين (٦٨ - ٨٩) ووجد أن العوامل المؤثرة في نجاح هذه الجماعات تضمنت الاهتمام بمجموعة من العوامل الأساسية تمثلت في:

- الهدفية (Purposfullness).

- البناء التنظيمي (Structure).

- القواعد المنظمة للعمل (Rules).
- أسلوب القيادة (Leadership style).
- عمليات الجماعة (Group process).

كما شدد الباحثين على استخدام جماعات الذكريات كأداة فاعلة للتدخل والتعامل مع مشكلات محددة يعاني منها المسنين، أو كوسيلة لتعزيز القدرات والمهارات العامة.

• دراسة قوري و سيرن (Gorey & Cryns) (١٩٩١م):

وعنوانها "أثر أسلوب التدخل الجماعي على تخفيض درجة الاكتئاب لدى المسنين". واستهدفت الدراسة الأمريكية تحليل ١٩ دراسة تجريبية تعاملت مع فعالية أسلوب التدخل الجماعي مع المسنين (٦٥ سنة فأكثر) والمصابين بالاكتئاب، وجد الباحثان أن العمل الجماعي كان سببا في إحداث تغييرات إيجابية بنسبة (٣٢%) لحالاتهم الانفعالية، وأن (٨٧%) من هذا التغيير لا يعزى إلى أساليب تدخل محددة. ووجدا أيضا أن العمل الجماعي يعتبر أداة فاعلة خاصة مع الأشخاص الذين يعيشون بمفردهم ويعانون من اكتئاب متوسط أو شديد، كما وجدا أن عمر أعضاء الجماعة ليس له علاقة بدرجة فعالية العمل الجماعي، وأن أكثر أشكال الجماعات فعالية هي الجماعات الصغيرة العدد التي تعمل لفترة زمنية قصيرة.

التعليق على الدراسات السابقة:

بعد استعراض الدراسات السابقة تلاحظ الباحثة أن معظم الدراسات اهتمت بدراسة العلاقة بين الحالة النفسية والانفعالية والتغيرات الجسدية والاجتماعية والتي تصاحب المسنين في هذه المرحلة مثل: دراسة قوري وسيرن (Gorey & Cryns) ١٩٩١م، ودراسة أوسبورن (Osborn)

وآخرون ١٩٩٨م، ودراسة هيز وآخرون (Hays & Others) (٢٠٠١م، دراسة ماكدونيل و بيرن
(McDonnal & Burrn) (٢٠٠١م، ودراسة هيجن وآخرون (Heggins & Others) (٢٠٠٤م،
و دراسة بينت وبوسورث (Bosworth & Pent) (٢٠٠٤م، و دراسة كلوسنير (Klausner)
٢٠٠٨م، و دراسة هايس (Heise) (٢٠٠٩م، ودراسة أحمد (١٩٩٧م، ودراسة القاطي (١٩٩٨م، و
دراسة جامعة القاهرة (٢٠٠٤م، دراسة جعفر (٢٠٠٦م، وقد أظهرت جميع تلك الدراسات وجود علاقة
بين الصحة النفسية والانفعالية وسلامة المسنين الجسدية. حيث أن تحسن الحالة النفسية لديهم
تساهم في تخفيض حدة مرض السكري وارتفاع ضغط الدم كما تساهم في تحسن درجة استجابتهم
الذهنية والعقلية، كما أظهرت تلك الدراسات أن النشاط الحركي والذهني يساهم في تحسن الصحة
النفسية لدى المسنين ممن يعانون من المشكلات النفسية التي تصاحب هذه المرحلة العمرية مثل
الاكتئاب والقلق والمشاعر السلبية كالتفكير بالموت والانتحار. وهذا ما تسعى الدراسة الحالية
لإثباته حيث ستراعي الباحثة توفر الأنشطة الجسدية و العقلية في البرنامج الذي سيتم تطبيقه في
دور الرعاية كما ستراعي الباحثة الاهتمام بالحالة النفسية والانفعالية لدى المسنين في برنامجها.
وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة كل من الجروشي (٢٠٠٧ م و الغريب (٢٠٠٩ م والتي
تركز على أهمية البرامج الترفيهية في تحسين الصحة النفسية و الجسدية للمسنين.
كما تتفق الدراسة الحالية مع كل من دراسة بوشمان (Bushman) (٢٠٠٩م، ودراسة قوري
وسيرن (Gorey & Cryns) (١٩٩١م، ودراسة أوسبورن (Osborn) و آخرون (١٩٩٨م، و دراسة
هيز و آخرون (٢٠٠١م، ودراسة بينت و بوسورث (Bosworth & Pent) (٢٠٠٤م في أهمية
الجانب الاجتماعي و بناء العلاقات الاجتماعية سواء مع أفراد عائلاتهم أو مع أفراد المجتمع
المحيط بالمسنين في تحسين نوعية حياتهم في دور الرعاية.

ستراعي الباحثة في برنامجها أيضاً الاهتمام بالجانب الروحي الديني لدى المسنين وذلك للدور الذي يمثله الاهتمام بهذا الجانب على صحة المسنين الجسدية والعقلية والنفسية كما أظهرت دراسة كل من دراسة جامعة القاهرة ٢٠٠٤م ودراسة الجروشي ٢٠٠٧م، ودراسة السيد ٢٠٠٨م. وتختلف الدراسة الحالية عن دراسة كل من: دراسة ماكدونيل وبيرن (McDonnal& Burrn ٢٠٠١، ودراسة بينت و بوسورث (Bosworth &Pent ٢٠٠٤م، ودراسة كلوسنير(Klausner) ٢٠٠٨م، ودراسة راشد ٢٠٠٤م، في كون الدراسة الحالية تعد برنامجاً متكاملًا يتضمن الاهتمام بالجوانب الجسدية، العقلية، النفسية، والاجتماعية عن طريق توفير عدد من الأنشطة التي تساهم في تحسينها وبالتالي الارتقاء بنوعية الحياة لدى المسنين في دور الرعاية و الذين يعانون الكثير من المشكلات كما أظهرت دراسة العاصي ١٩٩٥م، ودراسة أبو عجيبة ٢٠٠٢م، ودراسة الحجاجي ٢٠٠٤م، ودراسة مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية ٢٠٠٨م.

الفصل الثالث

إجراءات الدراسة

أولاً: منهج الدراسة

يستعرض هذا الفصل خطوات وإجراءات الدراسة التي ستستخدم في جمع وتحليل بيانات الدراسة، من حيث المنهج، ومجتمع الدراسة، ووصف المجتمع، وأداة الدراسة، وطريقة بنائها، وإجراءات تطبيق الأداة، والأساليب الإحصائية التي ستستخدم في التحليل.

استخدمت الدراسة المنهج الشبه التجريبي، والذي وضحه القحطاني وآخرون (٢٠٠٤: ١٨٨) بأنه نتيجة لصعوبة تطبيق المنهج التجريبي على الكثير من الظواهر الإنسانية ودراستها في أرض الواقع، فعلى الباحث أن يلجأ إلى المنهج شبه التجريبي، والذي يقوم في الأساس على دراسة الظواهر الإنسانية كما هي دون تغيير. و تكمن الصعوبات عندما لا يستطيع الباحث الحصول على تصاميم تجريبية حقيقية مما يجعله يلجأ إلى البحث شبه التجريبي الذي يتوافق مع طبيعة الظواهر الإنسانية ويحاول تعظيم الصدق الداخلي والخارجي على حد سواء.

ويكون الأمر جلياً عندما لا يكون من الممكن تعيين أو اختيار مفردات عشوائية للتجربة، إذا يستلزم الأمر أن يلجأ الباحث إلى الاعتماد على المجتمع الفعلي. ويظهر أن المنهج شبه التجريبي لا يختلف كثيراً عن المنهج التجريبي في إطاره العام المتعلق بخطوات التجربة وأنواعها، إلا أنه لا يتم في هذا المنهج ضبط المتغيرات الخارجية. بمقدار ضبطها في المنهج التجريبي، إذا أن ضبط المتغيرات في المنهج شبه التجريبي لا يمكن أن يصل إلى مستوى المنهج التجريبي، خاصة من

حيث ضبط عوائق الصدق الداخلي والصدق الخارجي، مثل تفاعلات الاختبار القبلي وعوامل الاختبار وتفاعلاتها، سيتضح ذلك عندما نتحدث عن تصميم المجموعات شبه التجريبية.

وقد تم استخدام تصميم السلسلة الزمنية حيث تم تطبيق مقياس الحالة الذهنية ومقياس بيك لاكتئاب المسنين قبل استخدام البرنامج المقترح، ثم بعد شهر من تطبيق البرنامج يتم تطبيق مقياس الحالة الذهنية ومقياس بيك لاكتئاب المسنين على المجموعة التجريبية، ثم قياس الفرق في نتائج المقياسين قبل وبعد تطبيق البرنامج.

ثانياً: مجتمع الدراسة

يقصد بمجتمع الدراسة كما ذكر عبيدات (١٩٩٦م: ١٠٩) " جميع الأفراد أو الأشخاص أو الأشياء الذين يكونون موضوع مشكلة البحث"، ويتكون مجتمع الدراسة الحالية من جميع المسنين في دور الرعاية الاجتماعية (تم استبعاد الحالات المرضية الشديدة مثل المصابين بالزهايمر ونحوه) الموجودة في إمارة عجمان بالإمارات العربية المتحدة، والإسكندرية والقاهرة بجمهورية مصر العربية، و مكة و الدمام بالمملكة العربية السعودية.

ثالثاً: مجال الدراسة وحدودها

□ **المجال الموضوعي:** يحدد المجال الموضوعي للدراسة في حدود المسنين الذين يعانون من الاكتئاب وضعف الذاكرة إنما حالتهم الصحية العامة تسمح لهم بتطبيق النشاط الرياضي والترفيهي دون الخوف علي صحتهم. وسيتم خلالها تطبيق برنامج (من أجل

شيخوخة مريحة) والذي يتكون من عدد من البرامج التي تتكامل مع بعضها البعض لتشكل البرنامج الرئيسي وهي:

البرنامج الأول:

التقييم القبلي والتهيئة ويهدف إلى معرفة جوانب القوة والضعف لدى المسن الخاضع

للتجربة. وتتم عن طريق الاستماع الجيد لهم وممارسة العلاج المعرفي والمتمثل في:

•التقييم الموضوعي لمؤشرات الصحة العامة عن طريق:

١. قياس العمليات الحيوية (النبض، الضغط و سرعة دقات القلب)

٢. تحديد معدل للتنفس

٣. قوة قبضة اليد

٤. تحديد درجة النشاط البدني

•تقييم الوظائف الانفعالية والمعرفية والسيكولوجية:

١. الوظائف الانفعالية ويقصد بها عملية رصد مظاهر القلق وتقييم الاكتئاب وقد

استخدمت الباحثة مقياس الاكتئاب.

٢. الوظائف المعرفية يقصد بها التعرف على درجة التركيز والانتباه وتقييم الذاكرة

من خلال الإستبانة التي تجريها الباحثة على أفراد العينة.

٣. الوظائف السيكولوجية ويقصد بها التعرف على سرعة رد الفعل الحركي وتقدير

زمن الرجوع وقبضة اليد لتحديد نوع النشاط الرياضي والفني الذي سيؤديه المسن

خلال تجربة البرنامج.

• جلسات العلاج الجماعي المعرفي:

ستتخلل البرنامج جلسات تقام في موعد مناسب (يتمشى مع مواعيد دور الرعاية التي تطبق البرنامج) عن طريق أخصائي يدير حواراً مقنناً مع المسنين في مجموعة لا تزيد عن ١٥ شخص وتتم الجلسات بالصورة التالية:

١. استثارة الأخصائي لدافعتهم بسؤاله عن المعوقات التي تحول دون أن يكونوا

نماذج فعالة في المجتمع و ذلك بالتحدث عن مشاعرهم حول ما يحيط بهم.

٢. جذبهم للتحدث عن متطلباتهم و احتياجاتهم و إقناعهم بأن هذه المتطلبات

ستكون قيد التنفيذ في مراحل و لن يتم إهمالها.

٣. استثارتهم لمعرفة مواقفهم لمواجهة أفكار معينة و تدريبهم بأسلوب غير مباشر

لمواجهة الأفكار السلبية.

البرنامج الثاني:

• تنشيط الذاكرة عن طريق:

تدريب المسنين على تركيز الانتباه عن طريق عرض صور وسؤالهم ماذا رأوا (يمكن

استخدام صور الحيوانات أو الألوان ويمكن عرض الأعداد) عموماً سيرتكز النشاط على استخدام

ألعاب تتطلب استخدام الحواس لتنشيط مخزون الذاكرة لديهم وتحسين الاستجابة لديهم عن طريق

إثارة المشاعر لديهم باستعراض صور ومشاهد لها معنى حسي في الذاكرة لديهم.

• تدريب جهاز الثبات العصبي

يمكن تدريب المسنين على استخدام لوحة الثقوب مع أعواد الكبريت تمرير الحلقة الرنانة عبر المنحنى ونحوه.

• تدريب الذاكرة

يعرض على المسنين في هذا التدريب فيلم قصير ثم يطلب منهم أن يقصوه بالتتابع الزمني في تسلسل الأحداث.

• التدريب على التناسق الحسي . الحركي

يتم تدريب المسنين باستخدام وسائل تدريبية مثل استخدام أشكال تتغير بالضغط عليها (مرنة) للحصول على شكل جديد. كما يمكن استخدام تدريب نقل الأشكال من مكان لآخر بأحجام متفاوتة لتحقيق التناسق الحسي الحركي.

البرنامج الثالث:

• النشاط الديني و الثقافي:

١. تجهيز مصلى مريح (بتوفير مقاعد للغير قادرين على الركوع و السجود) إذا كان غير متوفر في الدار.

٢. توفير إمامٍ لجمعهم للصلاة ثم الجلوس معهم للدعاء أو لاستعراض قصصٍ من القرآن أو السنة النبوية.

٣. توفير أغطية للمسنات وملابس معطرة وذات رائحة طيبة للمسنين للصلاة فيها.

٤. اصطحاب المسنين للصلاة في المساجد مثل يوم الجمعة والاستماع إلى الخطبة.

٥. عرض صلاة الجمعة و المناسبات على شاشة كبيرة وجمعهم لمشاهدتها.

البرنامج الرابع:

•النشاط الترفيهي الترويحي:

١. اصطحاب المسنين في زيارة لأحد المنتزهات المتوفرة في المنطقة التي تتواجد فيها الدار مع إعداد بعض المشروبات (كالشاي و القهوة و العصائر) وتجهيز وجبة بسيطة ومشاركة المسنين في الإعداد لهذه الزيارة.

٢. اصطحاب المسنين لزيارة المعالم المهمة في المنطقة وسماع ما يعرفونه عنها.

٣. توفير الخامات الفنية و تقديمها لمن يجيد التطريز أو أعمال التريكو ونحوه لإعداد كنفات أو أغطية وتقديمها للمواليد.

٤. استخدام الألوان لتحسين الحالة النفسية للمسن عن طريق استخدام المواد الطبيعية لصباغة قطع من الأقمشة البيضاء ثم تشكيلها ليستخدمها المسن لاحقاً كغطاء أو وسادة و نحوه. كما يمكن استخدام الألوان عن طريق لصق أشكال ملونة على مدخل الدار أو غرف المسنين أو المقهي لإضفاء ألوان مفرحة و زاهية على المكان.

البرنامج الخامس:

•العناية الشخصية:

١. تقديم ملابس جديدة بألوان جميلة حسب اختيار المسن الشخصية.

٢. تقديم أدوات الزينة من عطور ونحوه للمسنات.

٣. مساعدتهم على الاستحمام وتشجيعهم عليه بتجهيز أدواته من ملابس ومناشف وصابون وغيره.

٤. الحرص على نظافتهم الشخصية مثل نظافة الأسنان والأطراف بقص الأظافر واستخدام المرطبات والتأكيد على جعلهم يطلبون المساعدة في ذلك.

البرنامج السادس:

•الدمج الاجتماعي:

١. استقبال عدد من الأطفال (يمكن دعوة الأيتام) ومشاركتهم الحديث مع المسنين وتوفير بعض الهدايا ليقدمها المسنين للأطفال عند زيارتهم (كالحلوى والألعاب البسيطة) لتقوية الصلات الاجتماعية بين المسنين والأطفال الذين يفتقدون وجود الكبير أو الجد والمسنين الذي يفتقدون تقديم النصح والإرشاد وهذا النشاط هدفه تعزيز ثقة المسن في وجوده وأنه ما يزال قادر على العطاء.

٢. إعداد أطباق طعام تقليدية بإشراف المسنين ثم مشاركة الجميع في تناولها مع العاملين وإظهار ردود الفعل الإيجابية كما يمكن عرضها في صورة سوق ودعوة عدد من الزوار لحضوره.

٣. نقل المسنين لزيارة الأيتام في مسكنهم ومشاركتهم بعض المناسبات الخاصة أو العامة كالأعياد والجمع وغيرها وأيضاً للتحقيق التواصل الاجتماعي للمسنين داخل الدار وهذا النشاط يقدم خدمة مزدوجة للمسنين وللايتام في الوقت ذاته.

٤. توفير وسائل لنقل المسنين لزيارة المرضى وخاصة ذوي الأمراض المستعصية.

رابعاً: مجال الدراسة وحدودها

□ **المجال الزمني:** ستقتصر الفترة الزمنية للدراسة على مدة شهر (أربعة أسابيع) خصص

عدد من الأنشطة اليومية التي تطبق خلال شهر.

□ **المجال المكاني:** يتعلق النطاق المكاني للدراسة دور الرعاية الاجتماعية (في الإمارات

العربية المتحدة إمارة عجمان)، جمهورية مصر العربية (الإسكندرية والقاهرة) المملكة

العربية السعودية (مكة والدمام).

رابعاً: عينة الدراسة

نظراً لصعوبة تطبيق البرنامج على جميع دور الرعاية في بعض الدول المنتقاة لذا تم

اقتصار الدراسة على عينة من المسنين في بعض تلك الدول وتم اختيارها وفق الخطوات التالية:

١. حصر دور الرعاية الاجتماعية في بعض الدول العربية (الإمارات، مصر، السعودية)

والتي يوجد بها نسبة من المسنين المدركين حتى يسهل تطبيق الدراسة عليهم.

٢. اختارت الباحثة بعض دور المسنين بعد زيارات عدة لمختلف الدور ومعرفة مدى

استعداد العاملين في تلك الدور على تنفيذ البرنامج.

٣. حصرت الباحثة عدد المسنين الخاضعين للدراسة في (٩٠ مسن ومسننة).

خامساً: أداة الدراسة

استخدمت الباحثة عدة أدوات وكانت كالتالي:

١. زيارة استطلاعية لدور المسنين قبل إعداد الدراسة في كل من (السعودية، البحرين،

الإمارات، مصر، وقطر) وتم خلالها توزيع استبانة بهدف التعرف على الفئات

المتواجدة في الدار وحالتهم الصحية ومدى استعداد العاملين لتطبيق البرنامج

لاحقاً. (الملاحق ص: ١٥٢)

٢. استبانة استطلاعية وزعت على المسنين (٦٠ فما فوق) للتعرف على اهتماماتهم

وتوقعاتهم وذلك لمساعدة الباحثة على تصميم برنامجها المقترح والذي يستهدف

المسنين. (تم إرفاق نموذج الاستبانة الاستطلاعية بعد التحكيم في قائمة الملاحق

ص: ١٥٤)

٣. تم استخدام مقياس الحالة الذهنية المكون من (٩) فقرات، (تم إرفاق نموذج منه

في ملاحق الدراسة، ص: ١٤٩)، ومقياس بيك لاكتئاب المسنين والذي تم تطبيقه

قبل البرنامج وبعد البرنامج لملاحظة أي تحسن طرأ على الحالة الذهنية للمسنين

ودرجة الاكتئاب.

٤. برنامج إرشادي يشمل الجوانب النفسية، الاجتماعية، الدينية، الثقافية والترفيهية

(البرنامج موجود في الملاحق، ص: ١٦٠)

سادساً: طريقة تصميم أدوات الدراسة

عند تصميم الأدوات راعت الباحثة عدد من الأمور وهي:

- عند تصميم الاستبانة وتنفيذها: وقد عرفها القحطاني وآخرون (٢٠٠٤م: ٢٨٨) على أنها

وسيلة لجمع البيانات من مجموعة من الأفراد عن طريق إجاباتهم عن مجموعة من الأسئلة

المكتوبة حول موضوع معين دون مساعدة الباحث لهم أو حضوره أثناء إجاباتهم عليها.

وتستخدم عادة عند قياس الآراء والاتجاهات، كما تستخدم لجمع حقائق ومعلومات عن

موضوع معين.

وعند تصميم الاستبانة اعتمدت الباحثة على أهداف الدراسة وأخذ رأي السادة المحكمين حول مفردات الاستبانة وطريقة تنظيمها وراعت الباحثة أن يتم توضيح مفردات الاستبانة إلى أفراد العينة بأسلوب سهل ولغة مبسطة حتى يمكنهم اختيار الإجابة المناسبة قدر الإمكان.

- عند تصميم البرنامج وتنفيذه: قامت الباحثة بإجراء استبانة استطلاعية قبل البدء في تصميم البرنامج لتحديد الأنشطة التي ستقترحها في البرنامج كما أخذت رأي السادة المحكمين وعدد من المختصين في مجال الشيخوخة حول نوعية الأنشطة والإرشادات كما قامت الباحثة بشرح تفصيلات البرنامج وخطواته إلى العاملين في دور الرعاية وترك هامش حرية لهم في تحديد أنشطة إضافية إذا لم تتوفر الإمكانيات المادية لتطبيق الأنشطة المقترحة مع توضيحها في تقارير التنفيذ التي سيقدمونها للباحثة.

سابعاً: الأساليب الإحصائية

بعد الإطلاع على الأدب التربوي والدراسات السابقة في هذا المجال سيتم استخدام

الاختبارات التالية:

١. وصف البيانات الكمية الوسيط، الحد الأدنى، الحد الأقصى، الوسط الحسابي، والانحراف المعياري.
٢. معامل ارتباط الرتب (سبيرمان) لاختبار الارتباط بين مجموع نقاط الحالة الذهنية و الاكتتاب مع السن.
٣. مربع كاي للعينات الغير مستقلة (المكنمار) لاختبار الفروق بين فئات الحالة الذهنية و الاكتتاب قبل و بعد البرنامج.
٤. اختبار فروق الرتب لعينات متعددة مستقلة (اختبار كراسكال واليس).
٥. اختبار فروق الرتب لعينتين مستقلتين (اختبار مان ويتي).

الفصل الرابع

عرض النتائج ومناقشتها

المقدمة:

يتناول الفصل الحالي عرضاً لنتائج البحث التي تم التوصل إليها، حيث تمت الإجابة على تساؤلات البحث من خلال محاولة التحقق من صحة الفروض، ومن ثم مناقشة النتائج في ضوء كل من الإطار النظري والدراسات والبحوث السابقة.

الاختبارات المستخدمة:

١. لوصف البيانات الكمية الوسيط، الحد الأدنى، الحد الأقصى، الوسط الحسابي، الانحراف المعياري

٢. معامل ارتباط الرتب (سبيرمان) لاختبار الارتباط بين مجموع نقاط الحالة الذهنية و الاكتتاب مع السن

٣. مربع كاي للعينات الغير مستقلة (المكنمار) لاختبار الفروق بين فئات الحالة الذهنية و الاكتتاب قبل و بعد البرنامج

٤. اختبار فروق الرتب لعينات متعددة مستقلة (اختبار كراسكال واليس)

٥. اختبار فروق الرتب لعينتين مستقلتين (اختبار مان ويتي)

ملحوظة:

يؤخذ في الاعتبار أن التحسن يوازي النقص في درجات الاكتتاب (أي أنه كلما قلت الفروق

بين درجات قبل و بعد كان التحسن أكبر إلي أن يصل إلي درجات سالبة)

الجدول (٢)

يوضح الدول الممثلة في البحث وأعداد الذين تم إجراء الدراسة عليهم

البلد		السعودية		الإمارات		مصر		المجموع	
العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
الجنس	الذكر	10	62.5%	6	75.0%	16	64.0%	32	65.3%
	الأنثى	6	37.5%	2	25.0%	9	36.0%	17	34.7%
	المجموع	16	100.0%	8	100.0%	25	100.0%	49	100.0%
درجة التعليم	امى	5	31.3%	8	100.0%	8	32.0%	21	42.9%
	تعليم متوسط	11	68.8%	0	.0%	11	44.0%	22	44.9%
	تعليم عالي	0	.0%	0	.0%	6	24.0%	6	12.2%
	المجموع	16	100.0%	8	100.0%	25	100.0%	49	100.0%
الحالة الاجتماعية	متزوج	3	18.8%	1	12.5%	5	20.0%	9	18.4%
	مطلق	1	6.3%	2	25.0%	5	20.0%	8	16.3%
	أرمل	2	12.5%	3	37.5%	8	32.0%	13	26.5%
	أعزب	10	62.5%	2	25.0%	7	28.0%	19	38.8%
	المجموع	16	100.0%	8	100.0%	25	100.0%	49	100.0%

الجدول السابق يوضح الدول الممثلة في البحث وأعداد الذين تم إجراء الدراسة عليهم على النحو

التالي:

١. الجنس:

- دولة المملكة العربية السعودية حيث كانت العينة ممثلة من ١٦ حالة يمثل العدد (٣٢.٦٥

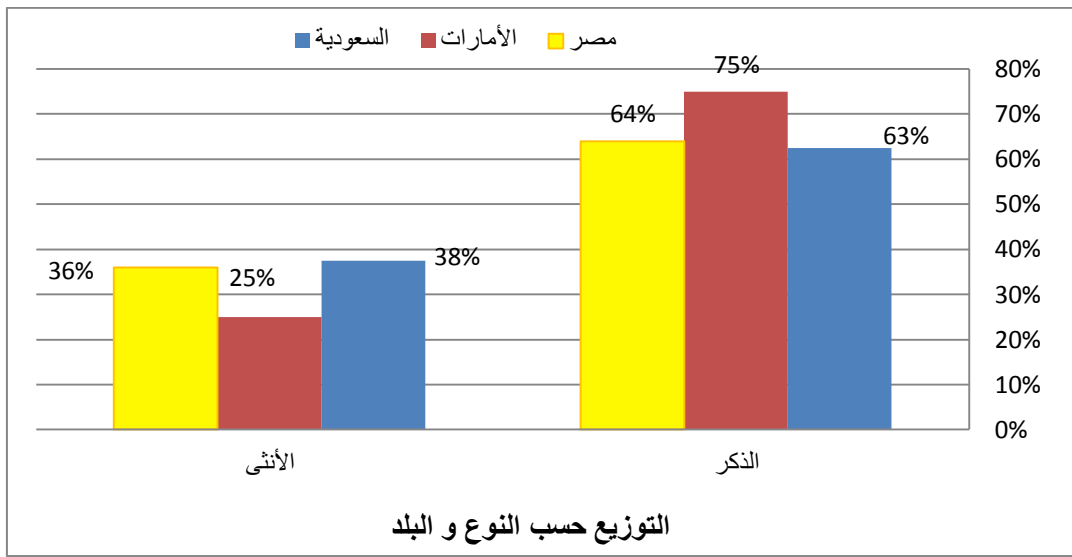
% من اجمالى العينة حيث يمثل الذكور (٦٢.٥ %) والإناث (٣٧.٥ %).

- دولة الإمارات المتحدة حيث كانت العينة ممثلة من ٨ حالة يمثل العدد (١٦.٣٢ % من

اجمالى العينة حيث يمثل الذكور (٧٥ %) والإناث (٢٥ %)

- جمهورية مصر العربية حيث كانت العينة ممثلة من ١٦ حالة يمثل العدد (٥١ %) من اجمالي العينة حيث يمثل الذكور (٦٤ %) والإناث (٣٦ %).
- اجمالي الذكور ٣٢ حالة تمثل (٦٥.٣ %) من اجمالي العينة والإناث ١٧ تمثل (٣٤.٧ %) من اجمالي العينة وكان قيمة مربع كى ٠.٤٠٦ والاختبار معنوي عند مستوى ٠.٨١٦ .

الشكل (٥)
التوزيع حسب النوع والبلد

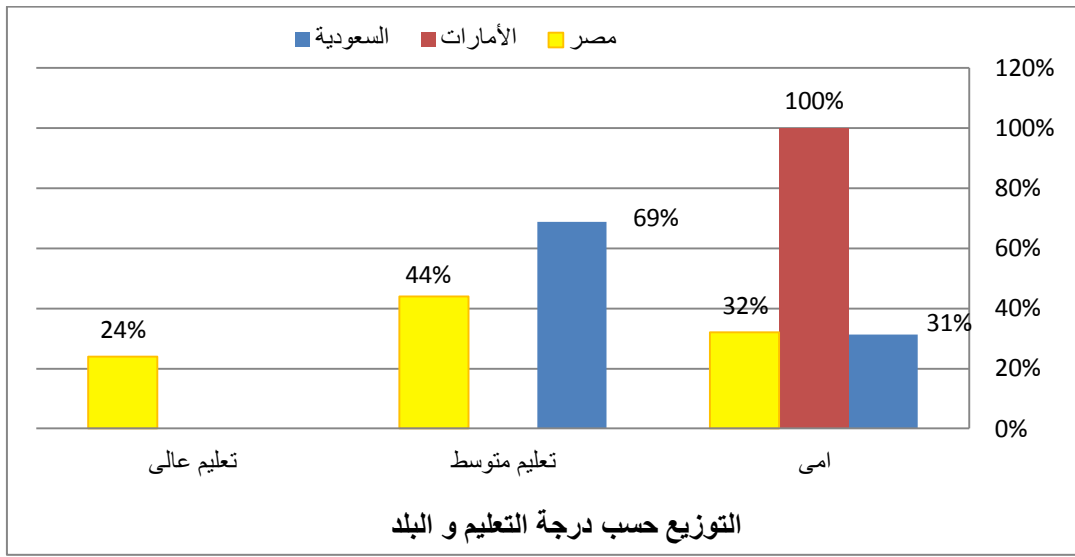


٢. درجة التعليم :

- مستوى التعليم بالمملكة العربية السعودية على النحو التالي : ١١ حالة تعليم متوسط تمثل (٦٨.٨%) من العينة و (٥) حالات أميين تمثل (٣١.٢٥%).
- مستوى التعليم بدولة الإمارات العربية المتحدة على النحو التالي: ٨ حالات جميعها اميين تمثل (١٠٠ %) .
- مستوى التعليم بجمهورية مصر العربية على النحو التالي: ٨ حالة أميين تمثل (٣٢%) من العينة و ١١ حالة تمثل (٤٤ %) من العينة و ٦ حالات تمثل (٢٤ %) من العينة .

- اجمالي الأميين ٢١ حالة تمثل (٤٢.٩%) من اجمالي العينة والتعليم المتوسط ٢٢ حالة تمثل (٤٤.٩%) من اجمالي العينة والتعليم العالي ٦ حالات تمثل (١٢.٢%) وكان قيمة مربع كى ١٨.٦٧٠ والاختبار معنوى عند مستوى ٠.٠٠٠١

الشكل (٦)
التوزيع حسب درجة التعليم والبلد



٣. الحالة الاجتماعية:

- الحالة الاجتماعية لحالات المملكة العربية السعودية على النحو التالي: ٣ حالات متزوجين بنسبة (١٨%) من العينة حالة واحدة مطلق تمثل (٦.٣%) و ٢ حالة أرمل بنسبة (١٢.٥%)
- و ١٠ حالات اعزب بنسبة (٦٢.٥%).
- الحالة الاجتماعية لحالات دولة الإمارات العربية المتحدة على النحو التالي: حالة واحدة متزوج بنسبة (١٢.٥%) من العينة و ٢ حالة مطلق بنسبة (٢٥%) و ٣ حالات ارمل بنسبة (٣٧.٥%) و ٢ حالة أعزب بنسبة (٢٥%).

– الحالة الاجتماعية لحالات جمهورية مصر العربية على النحو التالي: ٥ حالات متزوج بنسبة (٢٠%) و ٥ حالات مطلق بنسبة (٢٠%) و ٨ حالات بنسبة (٣٢%) و ٧ حالات بنسبة (٢٨%).

– اجمالي المتزوجين ٩ حالات تمثل (١٨.٤%) من اجمالي العينة و ٨ حالات تمثل (١٦.٣%) من اجمالي العينة و ١٣ حالة تمثل (٢٦%) و ١٩ حالة تمثل (٣٨%) من اجمالي العينة وكان قيمة مربع كى ٧.٠٥٢ والأختبار معنوى عند مستوى ٠.٣١٦.

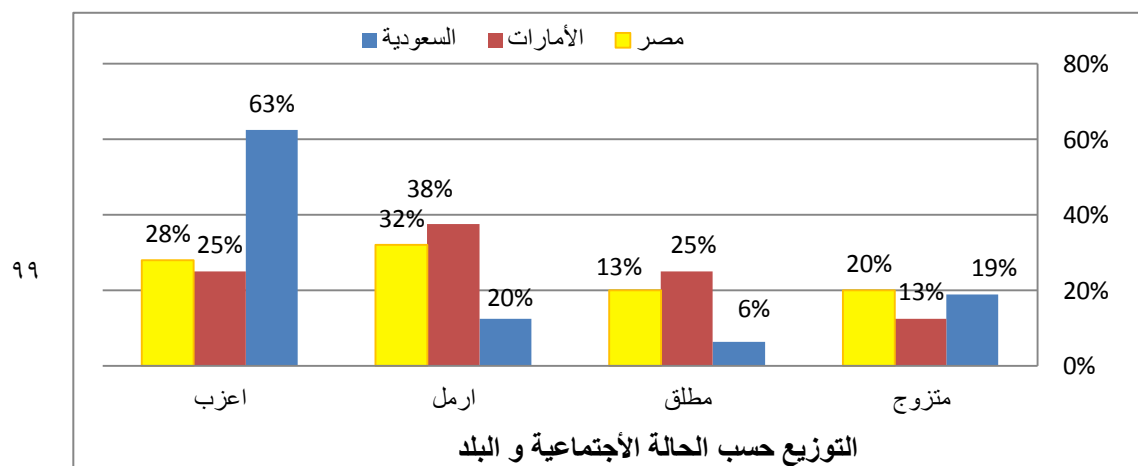
الجدول (٣)

يوضح القيمة المعنوية لمربع كى ودلالته الإحصائية بالنسبة لكل من الجنس ودرجة التعليم والحالة الاجتماعية مقارنة بالبلد.

البلد	مربع كى	الجنس
.406	قيمة المعنوية	
.816	مربع كى	درجة التعليم
18.670	قيمة المعنوية	
.001	مربع كى	الحالة الاجتماعية
7.052	قيمة المعنوية	
.316		

الشكل (٧)

التوزيع حسب الحالة الاجتماعية والبلد



٤. السن :

الجدول (٤)
السن في الدول الثلاث

البلد	وسيط	الحد الأدنى	الحد الأقصى	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
السعودية	٦٠	٦٠	٧٥	٦١.٩	٤.٢٨
الإمارات	٦٠	٦٠	٨١	٦٦.٨	٩.٧٢
مصر	٦٠	٦٠	٨٢	٦٥.٠	١٨.٠
المجموع	٦٠	٦٠	٨٢	٦٤.٣	٧.٣٩

- المملكة العربية السعودية الحد الأدنى للسن ٦٠ سنة والحد الأقصى ٧٥ سنة حيث كان الوسط الحسابي ٦١.٩ سنة والوسيط بانحراف معياري ٤.٢٨ .
- دولة الإمارات العربية المتحدة الحد الأدنى ٦٠ سنة والحد الأقصى ٨١ سنة حيث كان الوسط الحسابي ٦٦.٨ سنة والوسيط ٦٠ سنة بانحراف معياري ٩.٧٢ .
- جمهورية مصر العربية الحد الأدنى ٦٠ سنة والحد الأقصى ٨٢ سنة حيث كان الوسط الحسابي ٦٥ سنة والوسيط ٦٠ سنة بانحراف معياري ٨ .
- وكان الوسط الحسابي لاجمالي السن بالدول الثلاث ٦٤.٣ سنة والوسيط ٦٠ سنة بانحراف معياري ٧.٣٩ وكان نتيجة اختبار كراسكال واليس قيمة معامل كى ١.١٠٥ والاختبار معنوي عند قيمة ٠.٥٧٥ .

الجدول (٥)

يوضح القيمة المعنوية لاختبار كراسكال واليس ودلالته الإحصائية بالنسبة للسن في كل بلد.

السن	
1.105	معامل كي
.575	قيمة المعنوية

ينص الفرض الأول على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الحالة الذهنية للمسنين قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه في نتائج الاختبار القبلي والبعدي.

- تشير النتائج بالجدول (٦) إلى مقدار التحسن بالنسبة للحالة الذهنية بعد تطبيق البرنامج المقترح مقارنة بالحالات قبل تطبيق البرنامج .
- كان عدد الحالات التي تعاني من تأثر متوسط بالحالة الذهنية ١٧ حالة مقيمة طبقاً للإجابات الخاصة بها من ٤ - ٧ من ١٠ درجات تمثل (٣٤.٧ %) من اجمالي الحالات وعدد ٣ حالات مقيمة طبقاً للإجابات بها من بأقل من ٤ تمثل (٦.١ %) باجمالي ٢٠ حالة تمثل (٤٠.٨ %) مقابل ٢٩ حالة طبيعية تمثل (٥٩.٢ %) مقارنة بالتقييم بعد تطبيق البرنامج المقترح حيث حدث تحسن لعدد ١٣ من ضمن الحالات المتوسطة من ١٧ حالة وعدد ٢ حالة من الحالات الشديدة باجمالي ١٥ حالة تحسن بعد تطبيق البرنامج تمثل (٣٠.٦ %) ليصبح اجمالي الحالات التي لاتعاني ٤٤ حالة تمثل (٨٩.٨ %) من اجمالي الحالات و اختبار ماك نيمار :القيمة المعنوية = ٠.٠٠٠١

الجدول (٦)

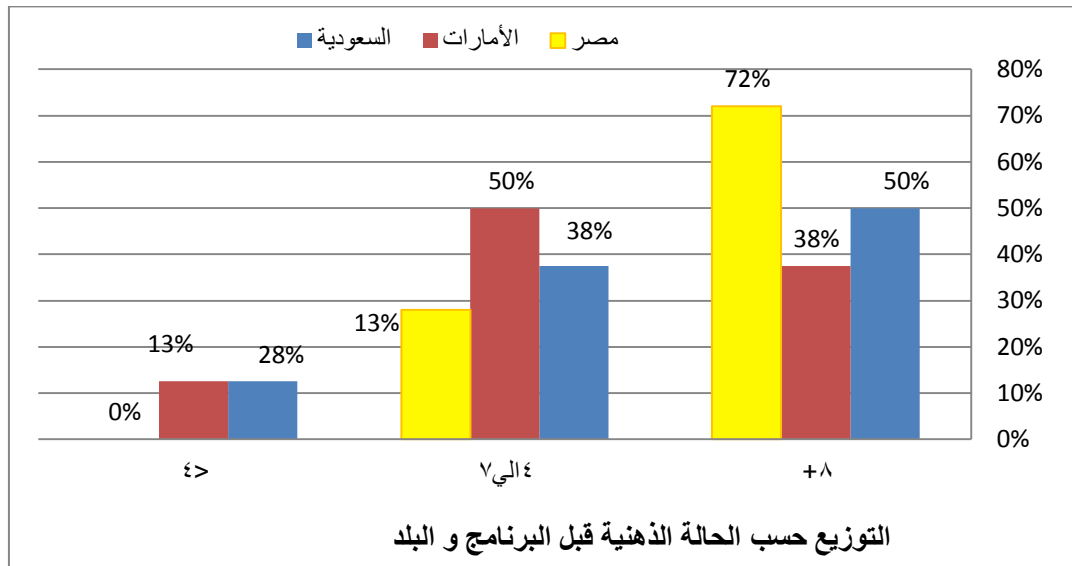
جدول يوضح الحالة الذهنية قبل وبعد تطبيق البرنامج المقترح

المجموع	الذهنية بعد		
	<4	4-7	8+

29	0	0	29	العدد	8+	الذهنية قبل
59.2%	.0%	.0%	59.2%	%		
17	0	3	14	العدد	4-7	
34.7%	.0%	6.1%	28.6%	%		
3	1	1	1	العدد	<4	
6.1%	2.0%	2.0%	2.0%	%		
49	1	4	44	العدد		المجموع
100.0%	2.0%	8.2%	89.8%	%		

الشكل (٨)

التوزيع حسب الحالة الذهنية قبل البرنامج و البلد



وللتحقق من صحة الفرض حيث تم حساب النسبة المئوية لعينة البحث ودالاتها بالنسبة لكل من

البلد - الجنس - درجة التعليم - والحالة الاجتماعية مقابل الحالة الذهنية قبل البرنامج .

- يوضح جدول التالي رقم (٧) نتائج اختبار مربع كاي للاستقلالية لدراسة العلاقة بين عدم

ملائمة البلد الجنس - درجة التعليم - الحالة الاجتماعية، كأحد العوامل المؤثرة في الحالة

الذهنية قبل تطبيق البرنامج المقترح حيث تم تقسيم الحالات إلى ثلاث فئات:

▪ الفئة الأولى والتي خلصت في التقييم على ٨ درجات فأكثر.

▪ الفئة الثانية والتي حصلت في التقييم على درجة ما بين ٤ - ٧ وتعرف بالحالة المتوسطة.

▪ الفئة الثالثة والتي حصلت في التقييم على درجة اقل من ٤ درجات وتعرف بالحالة الشديدة.

- وتشير النتائج بالنسبة للبلد أن الفئة الأولى كانت ٨ حالات بالمملكة السعودية تمثل (٥٠%) من اجمالي حالات السعودية و ٣ حالات من الإمارات تمثل (٣٧.٥%) من اجمالي حالات الإمارات و ١٨ حالة من جمهورية مصر العربية تمثل (٧٢%) من اجمالي حالات مصر .

وكان اجمالي حالات الفئة الأولى ٢٩ حالة من اجمالي الحالات تمثل (٥٩.٢%) من الأجمالي

وتشير النتائج بالنسبة للبلد أن الفئة الثانية كانت ٦ حالات بالمملكة السعودية تمثل (٦٣.٥%) من اجمالي حالات السعودية و ٤ حالات من الإمارات تمثل (٥٠%) من اجمالي حالات الإمارات و ٧ حالات من جمهورية مصر العربية تمثل (٢٨%) من اجمالي حالات مصر.

وكان اجمالي حالات الفئة الثانية ١٧ حالة من اجمالي الحالات تمثل (٣٤.٧%) من الأجمالي

وتشير النتائج بالنسبة للبلد ان الفئة الثالثة كانت ٢ حالة بالمملكة السعودية تمثل (١٢.٥%) من اجمالي حالات السعودية وحالة واحدة من الإمارات تمثل (١٢.٥%) من اجمالي حالات الإمارات ولا يوجد حالات من جمهورية مصر العربية.

وكان اجمالي حالات الفئة الثالثة ٣ حالات من اجمالي الحالات تمثل (٦.١%) من الأجمالي

كما نجد قيمة مربع كى للفئات الثلاث بالنسبة للبلد ٥.٥٨٢ والاختبار معنوي عند مستوى

٠.٢٣٣ وتشير النتائج بالنسبة للجنس أن الفئة الأولى كانت ٢٤ حالة ذكر تمثل (٧٥%) من

اجمالي الحالات و ٥ حالات أنثى تمثل (٢٩%) من اجمالي الحالات.

وكان اجمالي حالات الفئة الأولى ٢٩ حالة من اجمالي الحالات تمثل (٥٩.٢%) من

الأجمالي

وتشير النتائج بالنسبة للجنس أن الفئة الثانية كانت ٦ حالات ذكر تمثل (١٧.٨%) من

من اجمالي الحالات و ١١ حالة أنثى تمثل (٦٤.٧%) من اجمالي الحالات.

وكان اجمالي حالات الفئة الثانية ١٧ حالة من اجمالي الحالات تمثل (٣٤.٧%) من

الأجمالي

وتشير النتائج بالنسبة للجنس أن الفئة الثالثة كانت ٢ حالة ذكر تمثل (٦.٣%) من

اجمالي الحالات وحالة واحدة أنثى تمثل (٥.٩%) من اجمالي الحالات.

وكان اجمالي حالات الفئة الثالثة ٣ حالات من اجمالي الحالات تمثل (٦.١%) من

الأجمالي

كما نجد قيمة مربع كى ١٠.٦٥٩ بالنسبة للجنس والاختبار معنوي عند مستوى ٠.٠٠٥

وتشير النتائج بالنسبة لدرجة التعليم أن الفئة الأولى كانت ١١ حالة أميين تمثل (٥٢.٤%) من اجمالي الحالات و ١٥ حالة تعليم متوسط تمثل (٦٨.٢%) من اجمالي الحالات و ٣ حالات تعليم عالي تمثل (٥٠%) من اجمالي الحالات .

وكان اجمالي حالات الفئة الأولى ٢٩ حالة من اجمالي الحالات تمثل (٥٩.٢%) من

الأجمالي

وتشير النتائج بالنسبة لدرجة التعليم أن الفئة الثانية كانت ٩ حالات أميين تمثل (٤٢.٩%) من اجمالي الحالات و ٥ حالات تعليم متوسط تمثل (٢٢.٧%) من اجمالي الحالات و ٣ حالات تعليم عالي تمثل (٥٠%) من اجمالي الحالات .

وكان اجمالي حالات الفئة الثانية ١٧ حالة من اجمالي الحالات تمثل (٣٤.٧%) من

الأجمالي

وتشير النتائج بالنسبة لدرجة التعليم ان الفئة الثالث كانت حالة واحدة أمية تمثل (٤.٨%) من اجمالي الحالات و ٢ حالة تعليم متوسط تمثل (٩.١%) من اجمالي الحالات ولا يوجد حالات بالفئة الثالثة.

وكان اجمالي حالات الفئة الثالثة ٣ حالات من اجمالي الحالات تمثل (٦.١%) من

الأجمالي

كما نجد قيمة مربع كى ٣.٠١٥ بالنسبة لدرجة التعليم والاختبار معنوي عند مستوى

٠.٥٥٥

وتشير النتائج بالنسبة للحالة الاجتماعية للفئة الأولى كانت ٧ حالات متزوجين تمثل (٧٧.٨%) من اجمالي الحالات و ٥ حالات مطلق تمثل (٦٢.٥%) من اجمالي الحالات و ٧ حالات ارمل تمثل (٥٣.٨%) من اجمالي الحالات و ١٠ حالات أعزب تمثل (٥٢.٦%) من اجمالي الحالات .

وكان اجمالي حالات الفئة الأولى ٢٩ حالة من اجمالي الحالات تمثل (٥٩.٢%) من

الأجمالي

وتشير النتائج بالنسبة للحالة الاجتماعية للفئة الثانية كانت حالتين متزوجين تمثل (٢٢%) من اجمالي الحالات و حالتين مطلق تمثل (٢٢%) من اجمالي الحالات و ٦ حالات أرمل تمثل (٤٦.٢%) من اجمالي الحالات و ٧ حالات أعزب تمثل (٣٦.٧%) من اجمالي الحالات .

وكان اجمالي حالات الفئة الثانية ١٧ حالة من اجمالي الحالات تمثل (٣٤.٧%) (

من الأجمالي

وتشير النتائج بالنسبة للحالة الاجتماعية للفئة الثالثة حالة واحدة مطلق تمثل (١٢.٥%) من اجمالي الحالات و ٢ حالة أعزب تمثل (١٠.٥%) من اجمالي الحالات ولا يوجد متزوج او أرمل.

وكان اجمالي حالات الفئة الثالثة ٣ حالات من اجمالي الحالات تمثل (٦.١%) من

الأجمالي كما نجد قيمة مربع كى ٤.٣٥٩ بالنسبة للحالة الاجتماعية والاختبار معنوي عند مستوى

٠.٦٢٨

ويعود السبب في تلك النتائج إلى اختلاف العدد بين الدول حيث أن عدد أفراد العينة في

جمهورية مصر العربية كان أكبر وذلك تماشياً مع البلد وعدد السكان ونحوه

الجدول (٧)

لعلاقة بين البلد - الجنس - درجة التعليم - الحالة الاجتماعية والحلة الذهنية قبل تطبيق البرنامج المقترح

		الحالة الذهنية قبل							
المجموع		<4		4-7		8+			
%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد		
100.0%	16	12.5%	2	37.5%	6	50.0%	8	السعودية	البلد
100.0%	8	12.5%	1	50.0%	4	37.5%	3	الإمارات	
100.0%	25	.0%	0	28.0%	7	72.0%	18	مصر	
100.0%	49	6.1%	3	34.7%	17	59.2%	29	المجموع	
100.0%	32	6.3%	2	18.8%	6	75.0%	24	الذكر	الجنس
100.0%	17	5.9%	1	64.7%	11	29.4%	5	الأُنثى	
100.0%	49	6.1%	3	34.7%	17	59.2%	29	المجموع	
100.0%	21	4.8%	1	42.9%	9	52.4%	11	امى	درجة التعليم
100.0%	22	9.1%	2	22.7%	5	68.2%	15	تعليم متوسط	
100.0%	6	.0%	0	50.0%	3	50.0%	3	تعليم عالى	
100.0%	49	6.1%	3	34.7%	17	59.2%	29	المجموع	
100.0%	9	.0%	0	22.2%	2	77.8%	7	متزوج	الحالة الاجتماعية
100.0%	8	12.5%	1	25.0%	2	62.5%	5	مطلق	
100.0%	13	.0%	0	46.2%	6	53.8%	7	ارمل	
100.0%	19	10.5%	2	36.8%	7	52.6%	10	اعزب	
100.0%	49	6.1%	3	34.7%	17	59.2%	29	المجموع	

الجدول (٨)

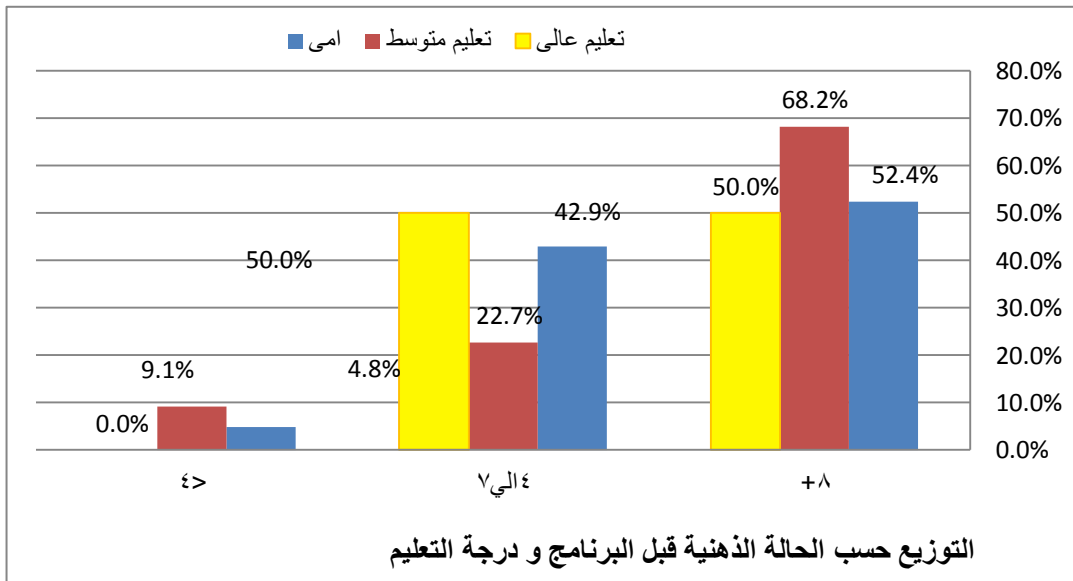
يوضح القيمة المعنوية لمربع كى ودلالته الإحصائية بالنسبة لكل من البلد والجنس مقارنة بالحالة الذهنية قبل تطبيق البرنامج.

الذهنية قبل		
5.582	معامل كى	البلد
.233	قيمة المعنوية	
10.659	معامل كى	الجنس

.005	قيمة المعنوية	
3.015	معامل كي	درجة التعليم
.555	قيمة المعنوية	
4.359	معامل كي	الحالة الاجتماعية
.628	قيمة المعنوية	

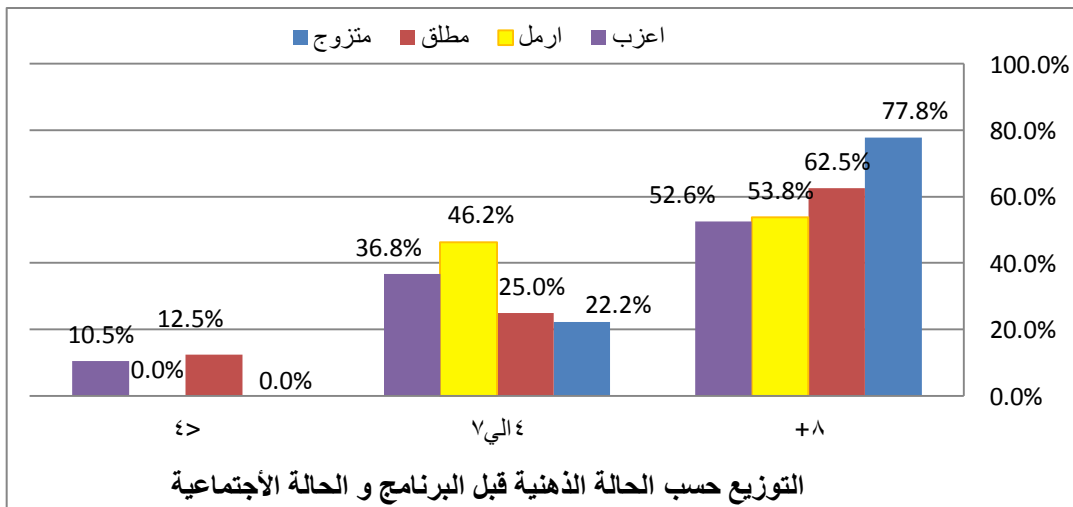
الشكل (٩)

التوزيع حسب الحالة الذهنية قبل البرنامج و درجة التعليم

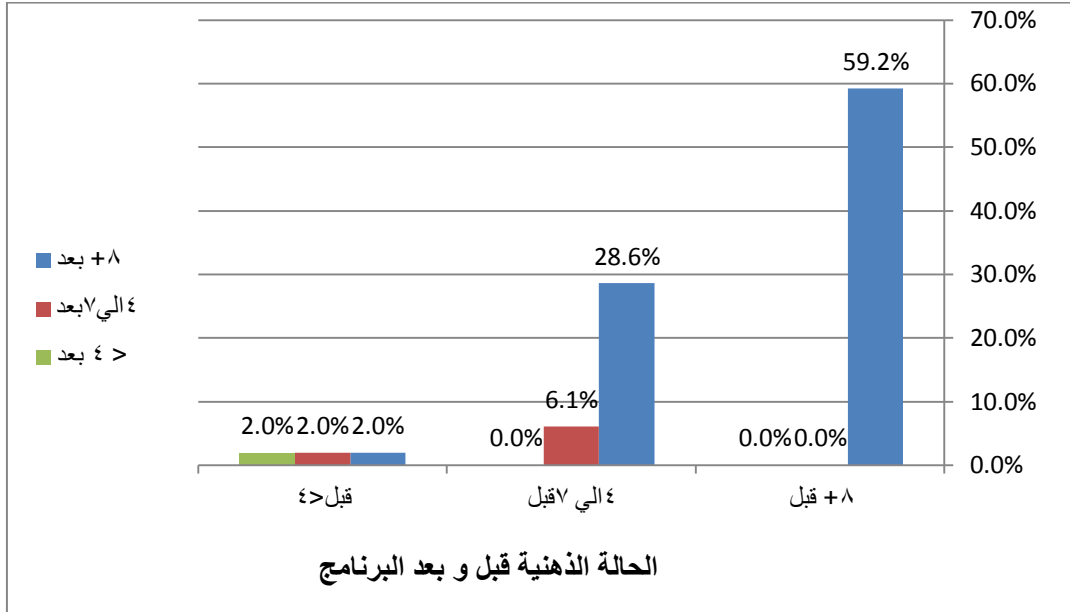


الشكل (١٠)

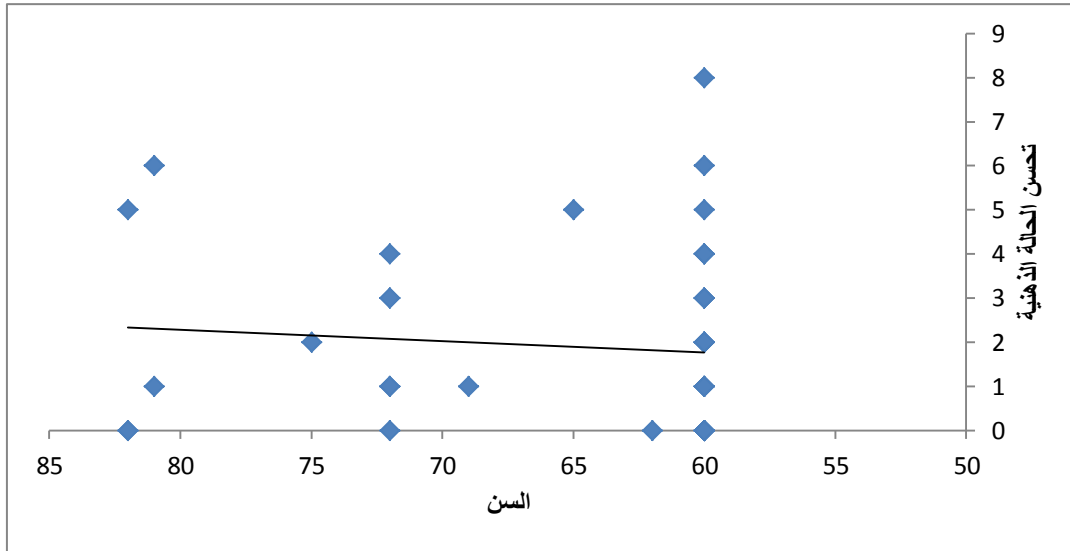
التوزيع حسب الحالة الذهنية قبل البرنامج و الحالة الاجتماعية



الشكل (١١)
الحالة الذهنية قبل و بعد البرنامج



الشكل (١٢)
الحالة الذهنية قبل و بعد البرنامج حسب السن



ينص الفرض الثاني على انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اكتتاب المسنين قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه في نتائج الاختبار القبلي والبعدي .

– تشير النتائج بالجدول التالي (٩) إلى مقدار التحسن بالنسبة للاكتتاب بعد تطبيق البرنامج المقترح مقارنة بالحالات قبل تطبيق البرنامج.

– كان عدد الحالات التي تعاني من اكتتاب قبل تطبيق البرنامج المقترح ٢٠ حالة تمثل (٤٠.٨ %) مقابل ٢٩ حالة طبيعية تمثل (٥٩.٢ %) مقارنة بالتقييم بعد تطبيق البرنامج المقترح حيث حدث تحسن ١٠ حالات تحسن بعد تطبيق البرنامج تمثل (٢٠.٤ %) ليصبح اجمالى الحالات التي لا تعاني ٣٩ حالة تمثل (٧٩.٦ %) من اجمالى الحالات .
اختبار ماك نيمار :القيمة المعنوية = ٠.٠٣

الجدول (٩)
الاكتتاب قبل وبعد البرنامج

المجموع	الاكتتاب بعد		

	"5 > يوجد اكتئاب"	"لا يوجد اكتئاب"		
الالاكتئاب قبل	2	27	العدد	"لا يوجد اكتئاب"
29	4.1%	55.1%	%	
59.2%	16.3%	24.5%	%	"5 > يوجد اكتئاب"
20	8	12	العدد	
40.8%	20.4%	79.6%	%	
49	10	39	العدد	المجموع
100.0%	20.4%	79.6%	%	

الجدول (١٠)

يوضح القيمة المعنوية لاختبار ماك نيمار ودلالته الإحصائية بالنسبة لفروق درجات الحالة الذهنية قبل وبعد تطبيق البرنامج لجميع الحالات.

البلد	فرق درجات الحالة الذهنية	فرق درجات الاكتئاب
السعودية	وسيط	2.0000
	الحد الأدنى	-8.00
	الحد الأقصى	7.00
	الوسط الحسابي	-1.7500
	الانحراف المعياري	5.47114
الإمارات	وسيط	1.5000
	الحد الأدنى	-4.00
	الحد الأقصى	1.00
	الوسط الحسابي	-2.2500
	الانحراف المعياري	1.58114

-2.0000	.0000	وسيط	مصر
-6.00	.00	الحد الأدنى	
5.00	5.00	الحد الأقصى	
-1.4000	1.2400	الوسط الحسابي	
2.19848	1.61452	الانحراف المعياري	
-2.0000	1.0000	وسيط	المجموع
-8.00	.00	الحد الأدنى	
7.00	8.00	الحد الأقصى	
-1.3265	1.8776	الوسط الحسابي	
3.52011	2.00658	الانحراف المعياري	

الجدول (١١)

يوضح القيمة المعنوية لأختبار كرسكال واليس ودلالته الإحصائية بالنسبة لفروق درجات الحالة الذهنية والاكنتاب بعد تطبيق البرنامج مقارنة بالبلد.

فرق درجات الاكتتاب	فرق درجات الحالة الذهنية	
3.108	6.720	معامل كي
.211	.035	القيمة المعنوية

فرق درجات الاكتتاب	فرق درجات الحالة الذهنية		الجنس
-2.5000	1.0000	وسيط	الذكر
-8.00	.00	الحد الأدنى	

1.00	6.00	الحد الاقصى	
-2.7500	1.2187	الوسط الحسابي	
2.61509	1.62112	الانحراف المعياري	
1.0000	3.0000	وسيط	الأثنى
-4.00	.00	الحد الادني	
7.00	8.00	الحد الاقصى	
1.3529	3.1176	الوسط الحسابي	
3.49895	2.11785	الانحراف المعياري	
-2.0000	1.0000	وسيط	المجموع
-8.00	.00	الحد الادني	
7.00	8.00	الحد الاقصى	
-1.3265	1.8776	الوسط الحسابي	
3.52011	2.00658	الانحراف المعياري	

الجدول (١٢)

يوضح القيمة المعنوية لاختبار مان ويتنى ودلالته الإحصائية بالنسبة لفروق درجات الحالة
الذهنية والاكتئاب بعد تطبيق البرنامج مقارنة بالجنس.

فرق درجات الاكتئاب	فرق درجات الحالة الذهنية		
-3.661	-3.216	Z	
.000	.001	القيمة المعنوية	
فرق درجات الاكتئاب	فرق درجات الحالة الذهنية		درجة التعليم
.0000	2.0000	وسيط	امى
-4.00	.00	الحد الادني	

7.00	6.00	الحد الاقصى	
.5714	2.0476	الوسط الحسابي	
2.95925	1.90987	الانحراف المعياري	
-3.5000	1.0000	وسيط	تعليم متوسط
-8.00	.00	الحد الادني	
5.00	8.00	الحد الاقصى	
-3.0455	1.7273	الوسط الحسابي	
3.52511	2.16425	الانحراف المعياري	
-2.0000	1.5000	وسيط	تعليم عالي
-4.00	.00	الحد الادني	
1.00	4.00	الحد الاقصى	
-1.6667	1.8333	الوسط الحسابي	
1.86190	2.04124	الانحراف المعياري	
-2.0000	1.0000	وسيط	المجموع
-8.00	.00	الحد الادني	
7.00	8.00	الحد الاقصى	
-1.3265	1.8776	الوسط الحسابي	
3.52011	2.00658	الانحراف المعياري	

الجدول (١٣)

يوضح القيمة المعنوية لاختبار كرسكال واليس ودلالته الإحصائية بالنسبة لفروق درجات الحالة الذهنية والاكنتاب بعد تطبيق البرنامج مقارنة بدرجة التعليم.

فرق درجات الاكنتاب	فرق درجات الحالة الذهنية
--------------------	--------------------------

معامل كي	.755	13.819
القيمة المعنوية	.685	.001

الحالة الاجتماعية	فرق درجات الحالة الذهنية	فرق درجات الاكتئاب
متزوج	وسيط	1.0000
	الحد الأدنى	-2.0000
	الحد الأقصى	4.00
	الوسط الحسابي	6.00
	الانحراف المعياري	1.5556
		-0.8889
		2.61937
مطلق	وسيط	0.5000
	الحد الأدنى	-1.5000
	الحد الأقصى	-5.00
	الوسط الحسابي	1.00
	الانحراف المعياري	3.00
		1.1250
		-1.6250
		2.26385
ارمل	وسيط	2.0000
	الحد الأدنى	-0.0000
	الحد الأقصى	-6.00
	الوسط الحسابي	7.00
	الانحراف المعياري	5.00
		2.0000
		0.3077
		3.75021
اعزب	وسيط	2.0000
	الحد الأدنى	-3.0000
	الحد الأقصى	-8.00
	الوسط الحسابي	5.00
	الانحراف المعياري	8.00
		2.2632
		-2.5263
		3.87826
المجموع	وسيط	1.0000
	الحد الأدنى	-2.0000
	الحد الأقصى	-8.00
	الوسط الحسابي	7.00
	الانحراف المعياري	8.00
		1.8776
		-1.3265
		3.52011

الجدول (١٤)

يوضح القيمة المعنوية لأختبار كرسكال واليس ودلالته الإحصائية بالنسبة لفروق درجات الحالة الذهنية والاكتئاب بعد تطبيق البرنامج مقارنة بالحالة الاجتماعية.

معامل كي القيمة المعنوية	فرق درجات الحالة الذهنية 2.087	فرق درجات الاكتئاب 4.553
	.555	.208

الجدول (١٥)

وضح القيمة المعنوية لاختبار سبيرمان (معامل ارتباط الرتب) ودلالته الإحصائية بالنسبة لفروق درجات الحالة الذهنية والاكتئاب مقارنة بالسن.

معامل ارتباط الرتب (سبيرمان)		السن
فرق درجات الحالة الذهنية	معامل الارتباط	.096
	القيمة المعنوية	.511
فرق درجات الاكتئاب	معامل الارتباط	-.274
	القيمة المعنوية	.057

- هناك ارتباط ضعيف موجب بين التحسن في الحالة الذهنية و السن
- هناك ارتباط ضعيف موجب بين التحسن في الاكتئاب و السن
- و لكن الارتباط ليس ذو دلالة معنوية في الحالتين

وللتحقق من صحة الفرض حيث تم حساب النسبة المئوية لعينة البحث ودلالاتها بالنسبة

لكل من البلد - الجنس - درجة التعليم - والحالة الاجتماعية مقابل الاكتئاب .

يوضح جدول التالي: رقم (١٦) نتائج اختبار مربع كاي للاستقلالية لدراسة العلاقة بين عدم

ملائمة البلد الجنس - درجة التعليم - الحالة الاجتماعية، كأحد العوامل المؤثرة في درجة الاكتئاب

قبل تطبيق البرنامج المقترح.

الجدول (١٦)

يوضح القيمة المعنوية لاختبار مربع كاي للاستقلالية ودلالته الإحصائية بالنسبة للاكتئاب قبل
١١٦ تطبيق لبرنامج مقارنة بالجنس ودرجة التعليم والحالة الاجتماعية .

اللاكتئاب قبل		
4.240	معامل كي	البلد
.120	قيمة المعنوية	
1.584	معامل كي	الجنس
.208	قيمة المعنوية	
1.681	معامل كي	درجة التعليم
.432	قيمة المعنوية	
8.570	معامل كي	الحالة الاجتماعية
.036	قيمة المعنوية	

- وتشير النتائج بالنسبة للبلد أن ٩ حالات مصابة باللاكتئاب بالمملكة السعودية تمثل (٥٦.٣%) من اجمالي حالات السعودية وحالة واحدة من الإمارات تمثل (١٢.٥%) من اجمالي حالات الإمارات و ١٠ حالات من جمهورية مصر العربية تمثل (٤٠%) من اجمالي حالات مصر.
- وكان اجمالي حالات اللاكتئاب ٢٠ حالة من اجمالي الحالات تمثل (٤٠%) من الأجمالي كما نجد قيمة مربع كي ٤.٢٤٠ والاختبار معنوي عند مستوى ٠.١٢٠
- وتشير النتائج بالنسبة للجنس أن ١١ حالة ذكر مصابة باللاكتئاب تمثل (٣٤.٤%) من اجمالي الحالات و ٩ حالة أنثى تمثل (٥٢.٩%) من اجمالي حالات .
- وكان اجمالي حالات اللاكتئاب ٢٠ حالة من اجمالي الحالات تمثل (٤٠.٨%) من الأجمالي كما نجد قيمة مربع كي ١.٥٨٤ والاختبار معنوي عند مستوى ٠.٢٠٨
- وتشير النتائج بالنسبة لدرجة التعليم ان ٩ حالات أميين تمثل (٤٢.٩%) من اجمالي الحالات و ١٠ حالات تعليم متوسط تمثل (٤٥.٥%) من اجمالي الحالات و حالة واحدة تعليم عالي تمثل (١٦.٧%) من اجمالي الحالات .

- وكان اجمالي حالات الاكتئاب ٢٠ حالة من اجمالي الحالات تمثل (٤٠%) من الأجمالي كما نجد قيمة مربع كى ١.٦٨١ والاختبار معنوي عند مستوى ٠.٤٣٢ .
- وتشير النتائج بالنسبة للحالة الاجتماعية أن ٧ حالات متزوجين تمثل (٧٧.٨%) من اجمالي الحالات و حالة واحدة مطلق تمثل (١٢.٥ %) من اجمالي الحالات و ٦ حالات تمثل (٤٦.٢%) من اجمالي الحالات و ٦ حالات أعزب تمثل (٣١.٦%) من اجمالي الحالات .
- وكان اجمالي حالات الاكتئاب ٢٠ حالة من اجمالي الحالات تمثل (٤٠.٨%) من الأجمالي كما نجد قيمة مربع كى ٨.٥٧٠ والاختبار معنوي عند مستوى ٠.٠٣٦ أى أنه توجد علاقة بين البلد - الجنس - درجة التعليم - الحالة الاجتماعية والاكتئاب قبل تطبيق البرنامج المقترح.

الجدول (١٧)

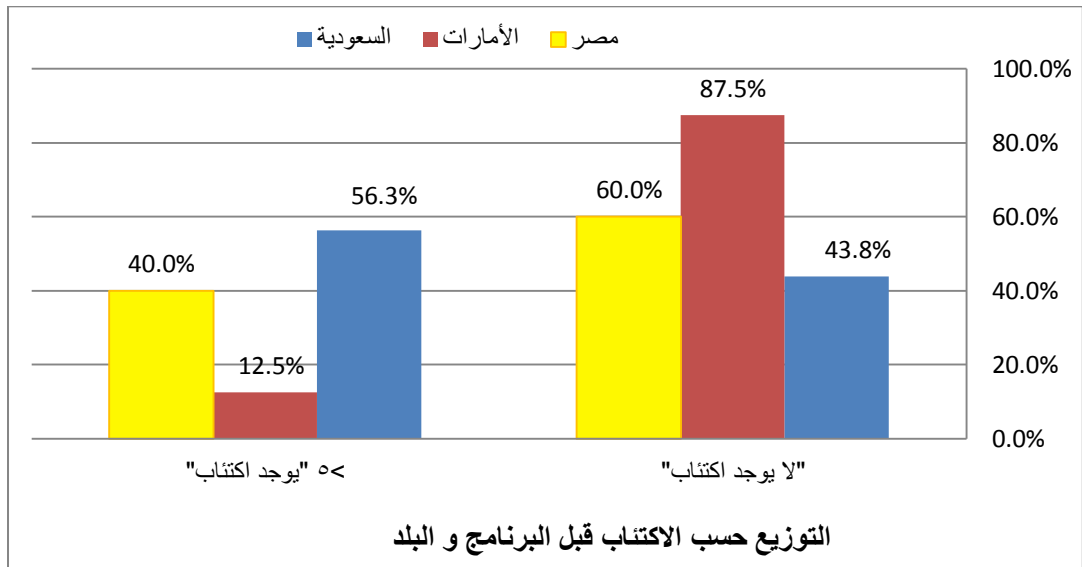
العلاقة بين البلد - الجنس - درجة التعليم - الحالة الاجتماعية ودرجة الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج المقترح

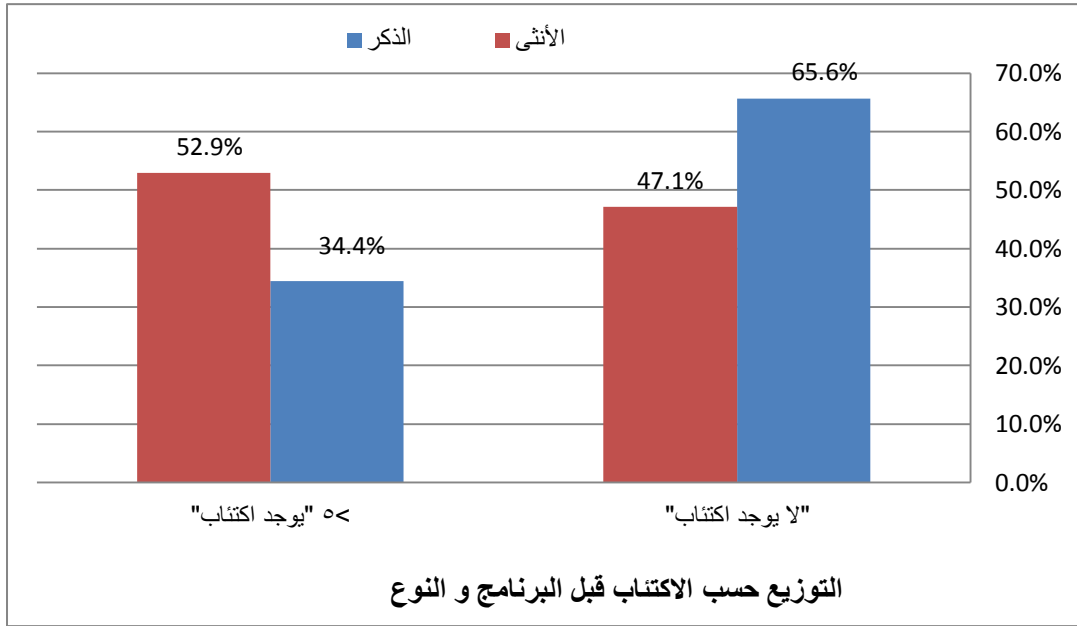
		الاكتئاب قبل			
" >5 يوجد اكتئاب "		" لا يوجد اكتئاب "			
%	العدد	%	العدد		
56.3%	9	43.8%	7	السعودية	البلد
12.5%	1	87.5%	7	الأمارات	
40.0%	10	60.0%	15	مصر	
40.8%	20	59.2%	29	المجموع	
34.4%	11	65.6%	21	الذكر	الجنس
52.9%	9	47.1%	8	الأنثى	
40.8%	20	59.2%	29	المجموع	
42.9%	9	57.1%	12	امى	درجة التعليم
45.5%	10	54.5%	12	تعليم متوسط	

16.7%	1	83.3%	5	تعليم عالي	
40.8%	20	59.2%	29	المجموع	
77.8%	7	22.2%	2	متزوج	الحالة الاجتماعية
12.5%	1	87.5%	7	مطلق	
46.2%	6	53.8%	7	أرمل	
31.6%	6	68.4%	13	اعزب	
40.8%	20	59.2%	29	المجموع	

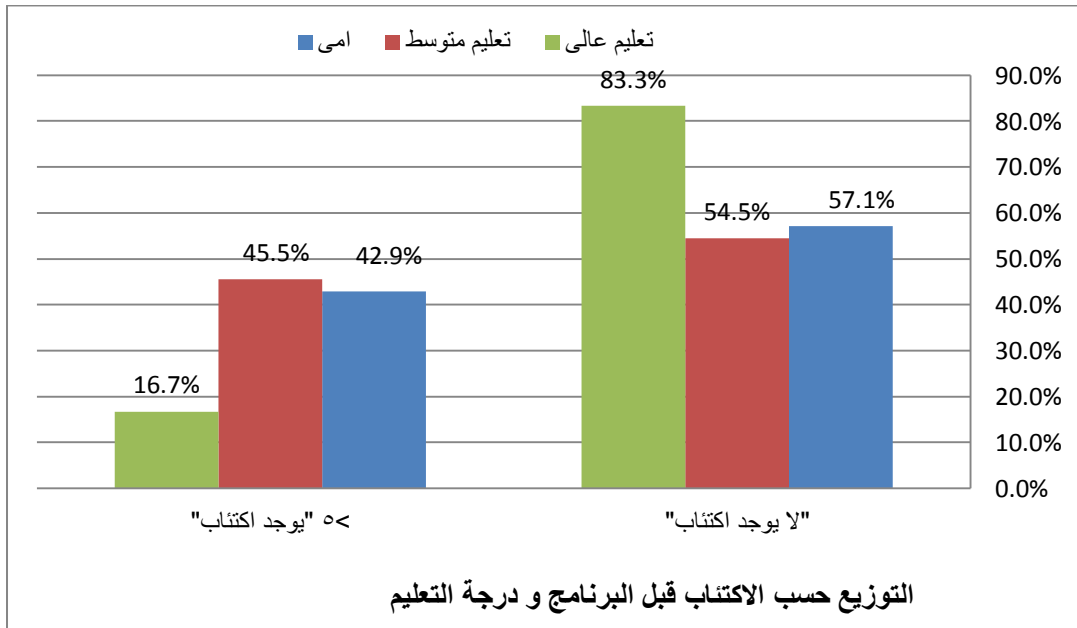
الشكل (١٣)

التوزيع حسب الاكتئاب قبل البرنامج و البلد

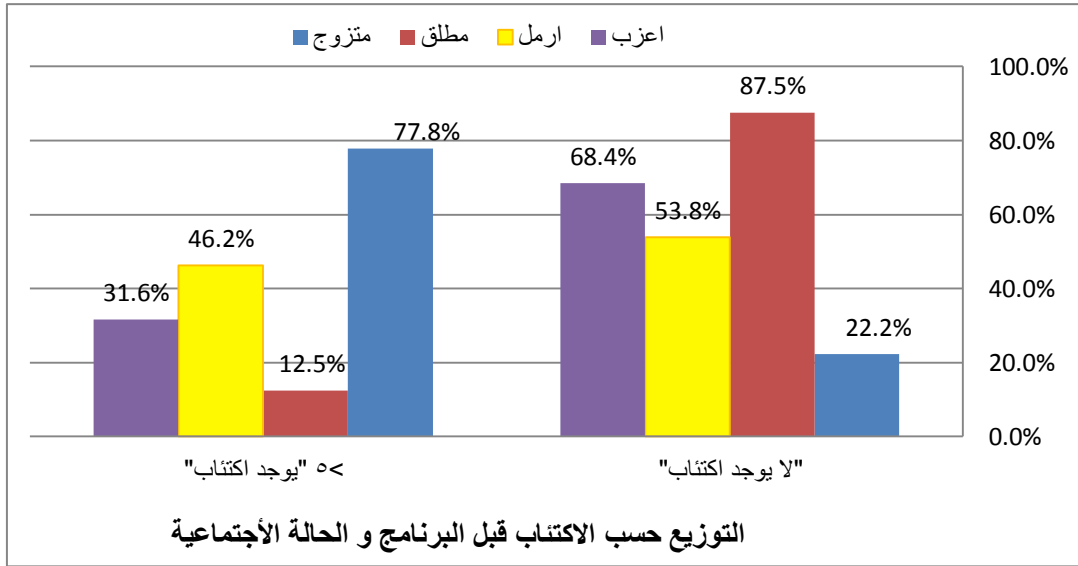




الشكل (١٤)
التوزيع حسب الاكتابة قبل البرنامج و النوع

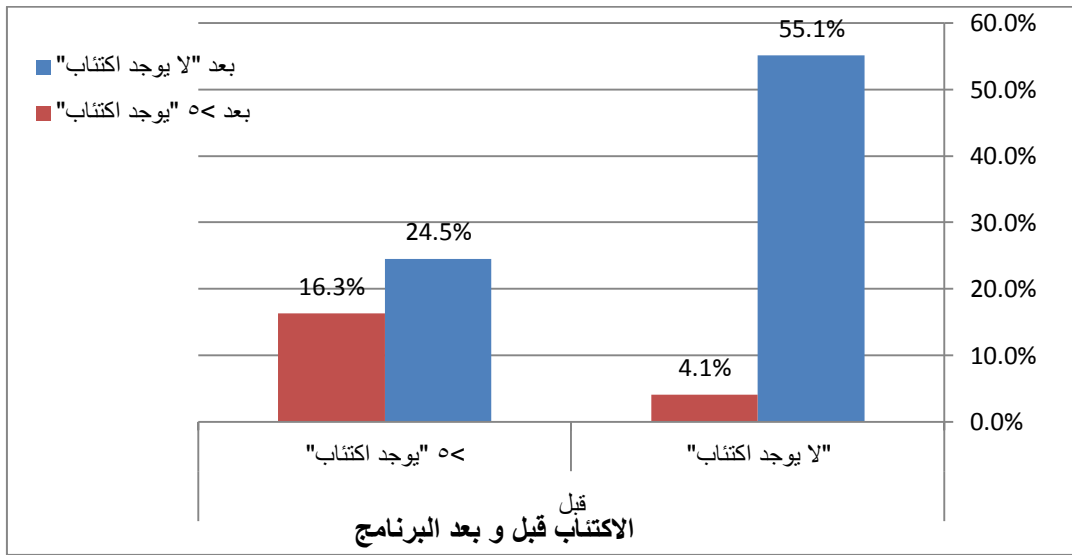


الشكل (١٥)
التوزيع حسب الاكتابة قبل البرنامج و درجة التعليم



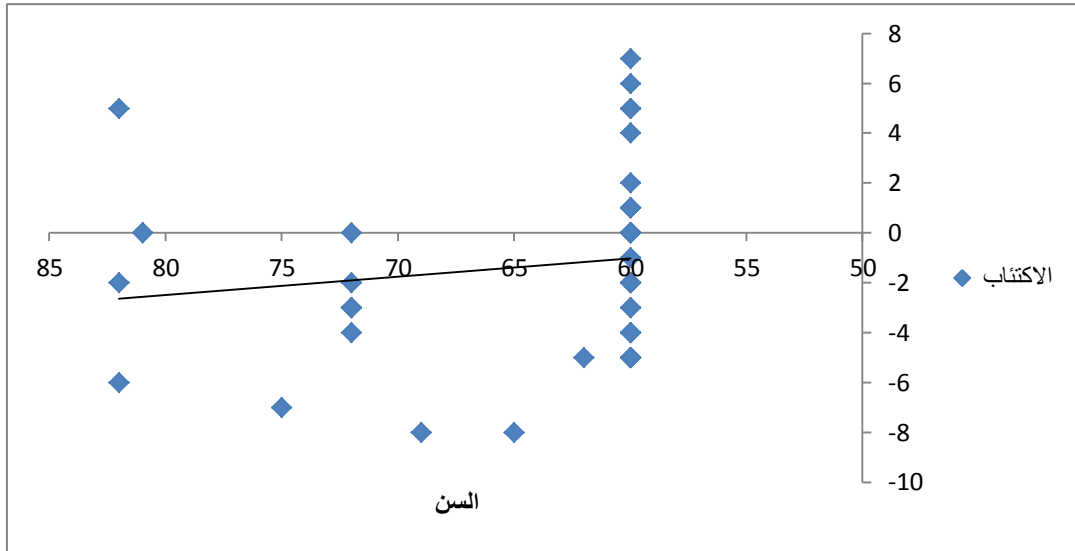
الشكل (١٦)

التوزيع حسب الاكتاب قبل البرنامج و الحالة الاجتماعية



الشكل (١٧)

الايكتاب قبل و بعد البرنامج حسب السن



ينص الفرض الثالث على انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين دور الرعاية في المملكة العربية السعودية (مدينة مكة والدمام) ودولة الإمارات العربية المتحدة (إمارة عجمان) وجمهورية مصر العربية (مدينة القاهرة والإسكندرية) .

وللتحقق من صحة الفرض حيث تم حساب النسبة المئوية لعينة البحث ودلالاتها بالنسبة لكل من البلد مقابل الاكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج المقترح .

يوضح جدول التالي رقم (١٧) نتائج اختبار ماكنيمار للاستقلالية لدراسة العلاقة بين

البلد ، كأحد العوامل المؤثرة في درجة الاكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج المقترح.

١- المملكة العربية السعودية

وتشير النتائج بالنسبة للسعودية أن ٩ حالات مصابة بالاكتئاب بالمملكة السعودية تمثل

(٥٦.٣%) من اجمالي حالات السعودية قبل تطبيق البرنامج و ٧ حالات لا تعاني من الاكتئاب

تمثل (٤٨.٨%) أصبحت ١٠ حالات بنسبة (٦٢.٥%) بزيادة ٣ حالات بعد تطبيق البرنامج

ويعود السبب في تلك النتائج إلى عدم تعاون العاملات في دار الرعاية حيث أنهم وجدوا صعوبة في تطبيق مفردات البرنامج كونهم غير مؤهلات أكاديمياً فمعظمهم حاصلات على الشهادة المتوسطة أو الثانوية و يعملن بالدار كعاملات أو مراقبات وليسوا أخصائيات اجتماعيات.

٢ - دولة الإمارات العربية المتحدة

تشير النتائج بالنسبة للإمارات أن حالة واحدة من الإمارات كانت تعاني من الاكتئاب تمثل (١٢.٥ %) من إجمالي حالات الإمارات قبل تطبيق البرنامج تحسنت بعد تطبيق البرنامج.

٣ - جمهورية مصر العربية

تشير النتائج بالنسبة لجمهورية مصر العربية ان ١٠ حالات تعاني من الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج تمثل (٤٠ %) من إجمالي حالات مصر و ١٥ حالة لا تعاني من الاكتئاب تمثل (٦٠ %) أصبحت ٢١ حالة بنسبة (٨٤ %) بزيادة ٦ حالات بعد تطبيق البرنامج.

الجدول (١٨)

الاكتئاب قبل وبعد البرنامج حسب البلد

المجموع	الاكتئاب بعد					البلد
	" >5 يوجد اكتئاب"	" لا يوجد اكتئاب"				
7	2	5	العدد	" لا يوجد اكتئاب"	الاكتئاب قبل	السعودية
43.8%	12.5%	31.3%	% of المجموع			
9	4	5	العدد	" >5 يوجد اكتئاب"		
56.3%	25.0%	31.3%	% of المجموع			
16	6	10	العدد		المجموع	
100.0%	37.5%	62.5%	% of المجموع			
7		7	العدد	" لا يوجد اكتئاب"	الاكتئاب قبل	الإمارات
87.5%		87.5%	% of المجموع			
1		1	العدد	" >5 يوجد اكتئاب"		
12.5%		12.5%	% of المجموع			

8		8	العدد	المجموع	
100.0%		100.0%	% of المجموع		
15	0	15	العدد	"لا يوجد اكتئاب"	الاكتئاب قبل
60.0%	.0%	60.0%	% of المجموع		
10	4	6	العدد	"5 > يوجد اكتئاب"	
40.0%	16.0%	24.0%	% of المجموع		
25	4	21	العدد	المجموع	
100.0%	16.0%	84.0%	% of المجموع		

الجدول (١٩)

يوضح القيمة المعنوية لاختبار ماك نيمار ودلالته الإحصائية بالنسبة للاكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج.

القيمة المعنوية	البلد
.453	السعودية
.	الإمارات
.031	مصر

وللتحقق من صحة الفرض حيث تم حساب النسبة المئوية لعينة البحث ودلالتها بالنسبة لكل من

البلد مقابل الحالة الذهنية قبل وبعد تطبيق البرنامج المقترح .

يوضح جدول التالي رقم (١٨) نتائج اختبار مربع كاي للاستقلالية لدراسة العلاقة بين

عدم ملائمة البلد الجنس - درجة التعليم - الحالة الاجتماعية، كأحد العوامل المؤثرة في الحالة

الذهنية قبل تطبيق البرنامج المقترح حيث تم تقسيم الحالات الى ثلاث فئات:

- الفئة الأولى والتي حصلت في التقييم على ٨ درجات فأكثر.
- الفئة الثانية والتي حصلت في التقييم على درجة ما بين ٤ - ٧ وتعرف بالحالة المتوسطة.

▪ الفئة الثالثة والتي حصلت في التقييم على درجة اقل من ٤ درجات وتعرف بالحالة الشديدة.

١- المملكة العربية السعودية

وتشير النتائج بالنسبة للمملكة العربية السعودية قبل تطبيق البرنامج كانت الفئة الأولى ٨ حالات تمثل (٥٠%) من اجمالي حالات السعودية و ٦ حالات بالفئة الثانية تمثل (٣٧.٥%) و ٢ حالة من الفئة الثالثة تمثل (١٢.٥%) أصبحت ١٥ حالة بالفئة الأولى تمثل (٩٣.٨%) بزيادة (٣٣.٨%) بعد تطبيق البرنامج.

٢- دولة الإمارات العربية المتحدة

وتشير النتائج بالنسبة لدولة الإمارات العربية المتحدة قبل تطبيق البرنامج كانت الفئة الأولى ٣ حالات تمثل (٣٧.٥%) من اجمالي حالات الإمارات و ٤ حالات بالفئة الثانية تمثل (٥٠%) وحالة واحدة بالفئة الثالثة تمثل (١٢.٥%) أصبحت ٤ حالة بالفئة الأولى تمثل (٥٠%) بزيادة (١٢.٥) بعد تطبيق البرنامج.

٣- جمهورية مصر العربية

وتشير النتائج بالنسبة لجمهورية مصر العربية قبل تطبيق البرنامج كانت الفئة الأولى ١٨ حالة تمثل (٧٢%) من اجمالي حالات جمهورية مصر العربية و ٧ حالات بالفئة الثانية تمثل (٢٨%) أصبحت ٢٥ حالة بالفئة الأولى تمثل (١٠٠%) بزيادة (٢٨%) بعد تطبيق البرنامج.

الجدول (٢٠)

الذهنية قبل وبعد حسب البلد

المجموع	الذهنية بعد						البلد
	<4	4-7	8+				
8		0	8	العدد	8+	الذهنية قبل	السعودية
50.0%		.0%	50.0%	% of المجموع			
6		0	6	العدد	4-7		
37.5%		.0%	37.5%	% of المجموع			
2		1	1	العدد	<4		
12.5%		6.3%	6.3%	% of المجموع			
16		1	15	العدد	المجموع		
100.0%		6.3%	93.8%	% of المجموع			
3	0	0	3	العدد	8+	الذهنية قبل	الإمارات
37.5%	.0%	.0%	37.5%	% of المجموع			
4	0	3	1	العدد	4-7		
50.0%	.0%	37.5%	12.5%	% of المجموع			
1	1	0	0	العدد	<4		
12.5%	12.5%	.0%	.0%	% of المجموع			
8	1	3	4	العدد	المجموع		
100.0%	12.5%	37.5%	50.0%	% of المجموع			
18			18	العدد	8+	الذهنية قبل	مصر
72.0%			72.0%	% of المجموع			
7			7	العدد	4-7		
28.0%			28.0%	% of المجموع			
25			25	العدد	المجموع		
100.0%			100.0%	% of المجموع			

الفصل الخامس

مناقشة نتائج البحث

١. أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الحالة الذهنية للمسنين قبل تطبيق البرنامج وبعده في نتائج تطبيق الاختبار القبلي و البعدي وذلك بأن عدد الحالات التي تعاني من تأثر متوسط بالحالة الذهنية ١٧ حالة مقيمة طبقاً للإجابات الخاصة بها من ٤ - ٧ من ١٠ درجات تمثل (٣٤.٧%) من اجمالي الحالات وعدد ٣ حالات مقيمة طبقاً للإجابات بها من بأقل من ٤ تمثل (٦.١%) باجمالي ٢٠ حالة تمثل (٤٠.٨%) مقابل ٢٩ حالة طبيعية تمثل (٥٩.٢%) مقارنة بالتقييم بعد تطبيق البرنامج المقترح حيث حدث تحسن لعدد ١٣ من ضمن الحالات المتوسطة من ١٧ حالة وعدد ٢ حالة من الحالات الشديدة باجمالي ١٥ حالة تحسن بعد تطبيق البرنامج تمثل (٣٠.٦%) ليصبح اجمالي الحالات التي لا تعاني ٤٤ حالة تمثل (٨٩.٨%) من اجمالي الحالات .

٢. أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اكتئاب المسنين بناء على الجنس، والحالة الاجتماعية والدولة حيث أشارت النتائج إلى التالي:

■ أن ٩ حالات مصابة بالاكتئاب بالمملكة السعودية تمثل (٥٦.٣%) من اجمالي حالات السعودية قبل تطبيق البرنامج و ٧ حالات لا تعاني من الاكتئاب تمثل (٤٨.٨%) أصبحت ١٠ حالات بنسبة (٦٢.٥%) بزيادة ٣ حالات بعد تطبيق البرنامج ويعود السبب في تلك النتائج إلى عدم تعاون العاملات في دار الرعاية حيث أنهم وجدوا صعوبة في تطبيق مفردات البرنامج كونهم غير مؤهلين أكاديمياً فمعظمهم حاصلات على الشهادة المتوسطة أو الثانوية و يعملن بالدار كعاملات أو مراقبات وليسوا أخصائيات اجتماعيات.

■ أما بالنسبة للأمارات أن حالة واحدة من الإمارات كانت تعاني من الاكتئاب تمثل (١٢.٥%) من اجمالي حالات الإمارات قبل تطبيق البرنامج تحسنت بعد تطبيق البرنامج.

■ وكذلك تشير النتائج بالنسبة لجمهورية مصر العربية أن ١٠ حالات تعاني من الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج تمثل (٤٠%) من اجمالي حالات مصر و ١٥ حالة لا تعاني من الاكتئاب تمثل (٦٠%) أصبحت ٢١ حالة بنسبة (٨٤%) بزيادة ٦ حالات بعد تطبيق البرنامج.

٣. أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين دور الرعاية في الإمارات العربية المتحدة إمارة عجمان (، جمهورية مصر العربية (مدينة الإسكندرية والقاهرة) المملكة العربية السعودية (مدينة مكة، والدمام) وذلك بناءً على التالي:

■ المملكة العربية السعودية

حيث تشير النتائج بالنسبة للمملكة العربية السعودية قبل تطبيق البرنامج كانت الفئة الأولى ٨ حالات تمثل (٥٠%) من اجمالي حالات السعودية و ٦ حالات بالفئة الثانية تمثل (٣٧.٥%) و ٢ حالة من الفئة الثالثة تمثل (١٢.٥%) أصبحت ١٥ حالة بالفئة الأولى تمثل (٩٣.٨%) بزيادة (٣٣.٨%) بعد تطبيق البرنامج.

■ دولة الإمارات العربية المتحدة

تشير النتائج بالنسبة لدولة الإمارات العربية المتحدة قبل تطبيق البرنامج كانت الفئة الأولى ٣ حالات تمثل (٣٧.٥%) من اجمالي حالات الإمارات و ٤ حالات بالفئة الثانية تمثل (٥٠%) وحالة واحدة بالفئة الثالثة تمثل (١٢.٥%) أصبحت ٤ حالة بالفئة الأولى تمثل (٥٠%) بزيادة (١٢.٥%) بعد تطبيق البرنامج.

■ جمهورية مصر العربية

تشير النتائج بالنسبة لجمهورية مصر العربية قبل تطبيق البرنامج كانت الفئة الأولى ١٨ حالة تمثل (٧٢%) من اجمالي حالات جمهورية مصر العربية و ٧ حالات بالفئة الثانية تمثل (٢٨%) أصبحت ٢٥ حالة بالفئة الأولى تمثل (١٠٠%) بزيادة (٢٨%) بعد تطبيق البرنامج.

وترى الباحثة أن النتائج تأثرت بالتالي:

١. حجم دار الرعاية والموارد المالية المتاحة لها، فبعض دور الرعاية واجهت صعوبة في تطبيق بعض أنشطة البرنامج بسبب عدم توفر الإمكانيات المادية والبعض الآخر بسبب نقص العاملات ونحوه كما في السعودية وجمهورية مصر حيث لا يتماشى عدد نزلاء الدار مع عدد العاملات بها.
٢. مؤهل العاملات في دور الرعاية حيث أظهرت دور الرعاية ذات الكوادر المؤهلة أكاديميا تحسناً بعد تنفيذ البرنامج، حيث أبدى الموظفات في تلك الدور استعداداً لتطبيق الأنشطة المقترحة مما انعكس ايجابيا على نتائج الدراسة، فالعاملات في دار الرعاية في الإمارات مؤهلات حيث أن معظمهم أخصائيات اجتماعيات بينما في مصر والسعودية أكثر العاملات في تلك الدور عبارة عن مراقبات أو مشرفات فقط.
٣. اختلفت أعداد المسنين من دولة لأخرى للاختلاف بين الدول الثلاثة من حيث عدد السكان، الناحية الاجتماعية والاقتصادية، فنسبة النزلاء في دور الرعاية بجمهورية مصر كان الأكبر بين الدول الثلاثة .

ربط النتائج بالدراسات السابقة

لقد اختلفت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في كونها طبقت برنامجاً شاملاً لعدد من الجوانب المهمة في حياة الإنسان عامة والمسنين خاصة ومن هنا لم تتطابق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة سواء لاختلاف نوعية البرنامج أو مجتمع الدراسة والعينة ولاختلاف مكان تطبيقها. وستذكر الباحثة بعض النقاط التي تتماشى مع نتائج دراستها الحالية ونتائجها وهي كالتالي:

١. تشابهت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة الغريب (٢٠٠٩) حيث اهتمت الدراسة الحالية ودراسة الغريب بأهمية الجانب الترويحي في حياة المسنين وجاءت نتائج الدراسة الحالية إيجابية حيث أظهر المسنين تحسناً في درجة الاكتئاب لديهم بعد تطبيق الأنشطة الترويحية وهي نتائج مشابهة لما ظهر في دراسة الغريب (٢٠٠٩).
٢. اهتمت الدراسة الحالية بالنشاط الرياضي لكبار السن وتأثيره ليس فقط الصحي الجسدي بل والنفسي حيث أظهرت نتائج الدراسة أن الأنشطة والتمارين الرياضية تقوم بتحسين قدرات المسن العقلية وبالتالي تتحسن حالته النفسية وبدره تقل درجة الاكتئاب لديه وهذا ما أظهرته نتائج دراسة كلا من السوسي (٢٠٠٨م)، القاطي (١٩٩٨م)، أحمد (١٩٩٧م)، دراسة كلوسنير (2008) (Klausner م)، دراسة بينت و بوسورث (Bosworth & Pent 2004م)، دراسة هايس (2009) (Heise م)،
٣. دراسة هيجن و آخرون (2004) (Heggins & Others م) والتي أظهرت نتائجها أثر التحسن الانفعالي والعقلي على الحالة الصحية للمسنين

٤. وضحت نتائج الدراسة الحالية تأثير الجانب الاجتماعي على الصحة النفسية والعقلية

للمسنين وهذا يتشابه مع نتائج دراسة كلاً من دراسة هيز و آخرون (Others & Hays)

(2001م)، دراسة أوسبورن و آخرون (1998) (Others & Osborn م)، دراسة أحمد

(١٩٩٧م)، دراسة بوشمان (2009)(Bushman م) ودراسة قوري و سيرن (Gorey &

(1991) (Cryns م).

٥. تشابهت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة كلاً من دراسة جامعة القاهرة (٢٠٠٤م)، دراسة

الجروشي (٢٠٠٧م)، ودراسة السيد (٢٠٠٨م) في دور الجانب الديني وتأثيره على صحة

المسنين حيث أظهر المسنين في الدراسة الحالية والدراسات المشابهة لها تحسناً في

الصحة النفسية ونقص في حالات الاكتئاب والميل للانتحار.

٦. أظهرت نتائج الدراسة الحالية تأثير الوضع القائم في مؤسسات إيواء المسنين ورعايتهم

على حالة المسن المقيم بها النفسية، العقلية، الانفعالية والصحية وهو ما لمستته الباحثة

خلال دراستها حيث كان للوضع السيئ في بعض دور الرعاية تأثيره على البرنامج المقدم

من حيث ضعف مستوى الدار والعاملين بها وعدم توفر الإمكانيات المادية والبشرية

لتطبيق البرنامج وهو ما أظهرته دراسة كلاً من دراسة مدينة الملك عبد العزيز للعلوم و

التقنية (٢٠٠٨م)، دراسة الحجاجي (٢٠٠٤م)، دراسة أبو عجيبة (٢٠٠٢م) ودراسة

العاصي (١٩٩٥م).

التوصيات والمقترحات

في ضوء نتائج الدراسة الحالية والدراسات السابقة توصي الباحثة بالتالي:

أولاً: توصيات خاصة بالعاملين في دور الرعاية:

١. إخضاعه العاملين بالدور لدورات تدريبية في فن التعامل مع المسنين.
٢. الحرص على تبادل الزيارات بين دور المسنين داخل الدولة وخارجها.
٣. توفير أخصائيين اجتماعيين ونفسيين بعدد كافي داخل دور الرعاية .
٤. وضع حوافز مادية ومعنوية للعامل المتميز في تطبيق الأنشطة وابتكارها متابعتها .

ثانياً: البيئة المادية التي يعيش فيها المسن:

١. الحرص على توفير الحدائق الخضراء داخل دور المسنين.
٢. البعد عن الألوان التقليدية عند طلاء الجدران والحرص على وجود الألوان الزاهية.
٣. توفير الملابس الزاهية لكبار السن.
٤. الابتعاد عن الأثاث الكلاسيكي (البني والبيج) واختيار جلسات ومفروشات ذات ألوان زاهية .
٥. الاحتفاظ برائحة المكان العطرة بدلا من رائحة مواد التنظيف والتعقيم فقط.

ثالثاً: توصيات خاصة بالبرامج المطبقة في دور الرعاية:

١. تطبيق المزيد من الدراسات والأبحاث التي تتبنى برامج حديثة ومتكاملة للتعامل مع المسنين في دور الرعاية.
٢. الحرص على تطبيق أسبوع الألوان كل شهر ومدة خمس أشهر على الأقل.
٣. حث العاملين على تذكير المسنين باليوم والتاريخ.

وفي ضوء النتائج السابقة تقترح الباحثة المقترحات التالية:

١. إنشاء دور للمسنين مجهزة ومعدة وفق الدراسات الحديثة لتتماشى مع احتياجات تلك الفئة.
٢. تعزيز دور ومكانة كبير السن بين مختلف الطبقات الاجتماعية في المجتمع عن طريق تكثيف البرامج الإعلامية الدينية والثقافية التي تسهل قبول واحترام المسنين بشكل عام.
٣. ضرورة استحداث فروع علمية تابعة لقسم الاجتماع في الجامعات والكليات تعني بدراسة علم الشيخوخة ورعاية المسنين لتأهيل كوادر ملائمة للعمل مع تلك الفئة مستقبلاً.
٤. تعزيز المناهج الدراسية لكافة المراحل بمفردات تحث على احترام وتقدير المسنين في المجتمع.
٥. ضرورة إيجاد تنسيق وتعاون وثيق وثابت بين المؤسسات والشركات والجمعيات الخيرية الموجودة في المجتمع وبين مراكز الرعاية الاجتماعية وذلك للمساهمة والتعاون في تمويل البرامج التي تضطلع بها تلك المراكز في خدمة ورعاية المسنين وذوي الاحتياجات الخاصة.
٦. ضرورة القيام بالمزيد من الدراسات والأبحاث المتعلقة بالمسنين والتغيرات التي تصاحبهم.
٧. أهمية إخضاع العاملين في دور الرعاية لدورات تدريبية في فن التعامل مع المسنين.

المراجع

المراجع

المصادر:

القرآن الكريم

المراجع العربية:

١. إبراهيم، كمال، (٢٠٠٩م)، المسنين ورعايتهم في الإسلام وعلم النفس ، دار النشر للجامعات، شارع الحجاز، مصر
٢. أبو حطب، فؤاد وصادق، آمال، (١٩٩٩م)، نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
٣. أبو عجيله، صالحين محمد، (٢٠٠٢م)، "دراسة ميدانية للواقع المعيشي للمسنين في بعض دور الرعاية في مدينة طرابلس" ، كلية العلوم الاجتماعية التطبيقية، جامعة الفاتح، طرابلس، ليبيا
٤. أحمد، سهير كامل، (١٩٨٧م)، الاكتئاب والانطواء الاجتماعي لدى المسنين المتقاعدین في البيئتين المصرية والسعودية، مجلة دراسات تربوية، المجلد الثاني، الجزء السابع. القاهرة.
٥. أحمد، عبد الحميد، (١٩٩٧م)، "الأوضاع الاجتماعية والنفسية الضاغطة وعلاقتها بالاكتئاب و ضيق التنفس لدى المسنين" مجلة جامعة دمشق ، المجلد ٢٣ - العدد (١١٥)
٦. إدريس، زينة، (٢٠٠٢م)، **MAYO CLINIC** حول الشيخوخة المعافاة ، الدار العربية للعلوم، لبنان.

٧. إسماعيل، عزت سيد، (١٩٨٣م)، الشيخوخة أسبابها، مضاعفاتها، وكالة المطبوعات، الكويت.
٨. الأحمد، أمل، (٢٠٠١م)، بحوث ودراسات في علم النفس، مؤسسة الرسالة للطباعة، دمشق.
٩. البحيري، النقيب عبد السلام، (٢٠٠٣م)، مقاومة الشيخوخة، المؤسسة الحديثة للكتاب طرابلس، لبنان.
١٠. الجروشي، سماء محمد أحمد، (٢٠٠٧م)، مدى فاعلية الدعاء كبرنامج إرشادي نفسي ديني في خفض القلق لدى أفراد العينة"، دراسة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الملك خالد.
١١. الحجاجي، محمد مهدي، (٢٠٠٤م)، "مشكلات المسنين الاجتماعية والنفسية ودور المؤسسات الإيوائية في مواجهتها"، دراسة ميدانية للوضع الذي يعيشه المسنين المقيمين بدار الوفاء لرعاية العجزة والمسنين بطرابلس، ليبيا
١٢. الزبيدي، علي، (٢٠٠٩م)، سيكولوجية الكبر والشيخوخة، إثراء للنشر والتوزيع، الأردن
١٣. السدحان، عبد الله ناصر، (٢٠٠٠م)، العقوق (دراسة اجتماعية ميدانية على المسنين المقيمين في دور الرعاية الاجتماعية)، دار شقراء، الرياض.
١٤. السوسي، عطا أكرم إبراهيم أحمد، (٢٠٠٨م)، " استجابة وظائف التنفس لتمرينات التنفس مقارنة بتمرينات التنفس و تحريك الصدر في المسنين"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلاج الطبيعي، جامعة القاهرة، مصر

١٥. السيد، إيمان حسين، (٢٠٠٨م)، "مدى فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف الشعور (بالوحدة و الاكتئاب و القلق) لدى عينة من المسنين المقيمين بدور الرعاية"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الأخوين، المغرب
١٦. الشربيني، لطفي عبد العزيز، (١٩٩٠م)، أسرار الشيخوخة: مشكلات المسنين.. وكيفية العلاج، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر
١٧. الشيخ، دعد، (٢٠٠٣م)، رحلة مع المتقاعدين (مفهوم الذات والتكيف)، دار كيوان، دمشق
١٨. الطحان، محمد خالد، (١٩٨٤م)، قضايا الشيخوخة ، نظرة مستقبلية في التقدم في السن ودراسة اجتماعية نفسية، دار القلم، الكويت
١٩. الطفيلي، امتثال زين الدين، (٢٠٠٤م)، علم نفس النمو من الطفولة إلى الشيخوخة، دار المنهل اللبناني، بيروت.
٢٠. الطيبي، عكاشة عبد المنان، (٢٠٠٢م)، الشيخوخة شباب دائم كيف؟، المكتبة الثقافية.
٢١. العاصي، ليلي على، (١٩٩٥م)، "دراسة تقويمية لدور رعاية المسنين والعجزة"، دراسة ماجستير غير منشورة ، جامعة الفاتح، طرابلس، ليبيا
٢٢. العبيدي، إبراهيم محمد، (٢٠٠٣م)، علم الشيخوخة الاجتماعي، دار الزهراء، الرياض.
٢٣. العشماوي، عزة، (٢٠٠٩م)، الحياة مع المسنين، مكتبة الشروق الدولية، القاهرة ، مصر.
٢٤. الغريب، عبد العزيز علي، (٢٠٠٧م)، الحماية الاجتماعية للمسنين ، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية
٢٥. الغريب، عبد العزيز علي، (٢٠٠٩م) ،"التفصيل التروحي للمسنين في المجتمع السعودي"، دراسة منشورة في مجلس النشر العالمية

٢٦. الغريب، علي محمد ، (١٩٨٨م)،العلاقة بين التوافق والرضا عن الحياة لدى المسنين وبين استمرارهم في العمل، **مجلة علم النفس**، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد السادس، القاهرة.

٢٧. الفحل، نبيل محمد، (١٩٩٠م)، **بعض متغيرات الشخصية وارتباطها بالاكنتاب لدى المسنين من الجنس**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة طنطا ، كلية التربية، جمهورية مصر العربية

٢٨. الفحل، نبيل محمد، (٢٠٠٤م)، **الاكنتاب النفسي للمسنين**، دار قباء، القاهرة.

٢٩. فهمي، محمد سيد و فهمي، نورهان حسن،(١٩٩٩م)، **الرعاية الاجتماعية للمسنين**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

٣٠. القاطي، ماجدة عبد الحميد،(١٩٩٨م)، **دور الصحة النفسية و الانفعالية على مرض السكري**، دراسة غير منشورة بجامعة الفاتح، ليبيا.

٣١. القحطاني، سالم بن سعيد، وآخرون، (٢٠٠٤م)، **منهج البحث في العلوم السلوكية**، ط ٢، العبيكان للنشر والتوزيع، الرياض، المملكة العربية السعودية.

٣٢. المرعود، محمد عبد الله ، (١٩٩٨م)، **تكامل دور الأسرة والمؤسسات الاجتماعية في رعاية المسنين**، رسالة ماجستير، جامعة الملك سعود.

٣٣. بومغارترز، فيليب،(٢٠٠٧م)، **الإنسان وعمره - كيف نطيل حياتنا ونسعد في شيخوختنا**، دار طلاس للدراسات والنشر، دمشق، سورية

٣٤. بيتزنسن، رونالد، ٢٠٠٣، **MAYO CLINIC حول داء ألزهايمر**، ترجمة، تحقيق: مركز التعريب والبرمجة، الدار العربية للعلوم ناشرون، بيروت، لبنان

٣٥. جعفر، غسان، (٢٠٠٦م)، **خرف الشيخوخة (الزهايمر) مرض فقدان الذاكرة، دار الكفاح**

للنشر والتوزيع ، الدمام

٣٦. جعفر، هدى، (٢٠٠٦م)، **"مرض السكري عند المسنين وعلاقته ببعض العوامل النفسية**

والسمات الشخصية"، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد ٣٤ العدد ١ .

٣٧. جوهر، عادل موسى، (١٩٨٠م)، **دراسة المشكلات الفردية التي تواجه المسنين وأساليب**

رعايتهم اجتماعياً بالمؤسسات الإيوائية، رسالة ماجستير، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة

حلوان.

٣٨. خطار، أمين و مي، محمود يوسف، (١٩٩٢م)، **الشيخوخة، كلية الطب البشري، جامعة**

دمشق

٣٩. خليفة، عبد اللطيف محمد، (١٩٩٧م)، **دراسات في سيكولوجية المسنين، جامعة القاهرة، دار**

غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

٤٠. دراسة جامعة القاهرة، (٢٠٠٤م)، **" أثر الصلاة و التأمل على مكافحة أمراض الشيخوخة."** ،

إشراف د.عادل عبد الحميد، كلية العلاج الطبيعي، جامعة القاهرة، مصر

٤١. دراسة مدينة الملك عبد العزيز للعلوم و التقنية، (٢٠٠٨م)، **"المشكلات التي يعاني منها**

المسنون في دور الرعاية بالمملكة العربية السعودية"،

<http://www.kabar.ws/news-action-show-id-6188.htm>

٤٢. دعيبس، يسري، (٢٠٠٢م)، **الحياة الاقتصادية للمسنين، الملتقى المصري للإبداع والتنمية،**

مصر.

٤٣. دوغلاس، ه باول ، تعريب النابلسي، هالة، (٢٠٠١م)، **تسع خرافات عن الشيخوخة، مكتبة**

العبيكان، الرياض، المملكة العربية السعودية.

٤٤. راشد، عفاف، (٢٠٠٤م)، "أثر ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في تعديل أسلوب حياة المسنين الأرامل"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة قناة السويس.
٤٥. زهران، حامد عبد السلام، (١٩٩٧م)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة.
٤٦. سليمان، سناء، (٢٠٠٨م)، مرحلة الشيخوخة وحياة المسنين بين الآمال والآلام (الجزء ١٦)، عالم الكتب، القاهرة، مصر
٤٧. شاهين، فؤاد، (٢٠٠١م)، تقنيات مقاومة الشيخوخة، عويدات للنشر والطباعة، بيروت، لبنان.
٤٨. شلبي، إلهام إسماعيل محمد، و عبد الرزاق، مدحت قاسم، (٢٠٠٧م)، الصحة واللياقة للمسنين، عالم الكتب، القاهرة، مصر
٤٩. عاشور، عبد المنعم، (٢٠٠١م)، صحة المسنين كيف يمكن رعايتها ؟، مركز الأهرام للترجمة والنشر، جمهورية مصر العربية.
٥٠. عبد الباقي، سلوى، (١٩٨٥م)، العزلة الاجتماعية عند المسنين وعلاقتها بالاكنتاب النفسي، مجلة دراسات تربوية، المجلد الثاني، الجزء السابع، القاهرة.
٥١. عبد التواب، نشوة حسين، (٢٠٠٧م)، الأسس النفسية العصبية للوظائف التنفيذية تطبيقات على بعض الاضطرابات عند المسنين، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة
٥٢. عزت سيد، إسماعيل، (١٩٨٣م)، الشيخوخة: أسبابها، مضاعفاتها، مكتبة النهضة، القاهرة.
٥٣. عوده، محمد، (١٩٨٦م)، مشكلات مرحلة الشيخوخة في المجتمع الكويتي، دراسة لعينة من المسنين، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، المجلد السادس، العدد ٢٣، جامعة الكويت.
٥٤. عيسوي، عبد الرحمن، (١٩٩٤م)، سيكولوجية الشيخوخة، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.

٥٥. غندور، فادي، (١٩٩٠م)، الشيخوخة نافذة على حياة المسنين، دار قباء، القاهرة.
٥٦. قديمي، خولة عزت، (١٩٩٨م)، مشكلات المسنين في ضوء متغيرات الجنس والحالة الاجتماعية ومكان الإقامة، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، العدد ٣٣، المجلد التاسع، دار النهضة، الأردن.
٥٧. منظمة المؤتمر الإسلامي صندوق الثقافة، (١٩٨٦م)، "حلقة رعاية المسنين في السلام في أبو ظبي".
٥٨. موسى، سلامة، (ب.ت)، حياتنا بعد الخمسين، دار المعارف القاهرة، مصر

المراجع الأجنبية:

1. Martinez, L.E.,(1994), Coping and depression among elderly stroke victims Mai, 32, 2.
2. Guse, L. W.,(1992), Strain among Elderly primary caregivers, Dai. A,52,8.
3. Heoksema, S.N., Grayso, C.,& Larson.J.,(1999), Explaining the gender difference in depressive symptoms, Journal of personality and social psychology, Vol. 77, No.5.
4. Bell, J.L. ,(1990), The impact of social isolation, pain, and physical dysfunction on depression, among three elderly Ethnic Minority Groups experiencing joint symptoms, Dai. A50.
5. Blazer, D. ,(1990), Emotional problems in later life: Intervention strategies for professional caregivers. New York: Springer.
6. Allen, I. ,(1994), Elderly People, Choice, Participation and Satisfaction, 100 Park Village East: London.

مواقع إلكترونية:

١. منتدى العلوم الاجتماعية:
<http://swmsa.net/forum/archive/index.php/t-11390.html>
٢. موقع وزارة الشؤون الاجتماعية:
<http://mosa.gov.sa/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=10>
٣. موقع مركز الأمير سلمان الاجتماعي:
<http://www.mas-pssc.com>
٤. رعاية المسنين : بين مسئوليات المجتمع ودور الأسرة والمؤسسات الأهلية والرسمية:
<http://www.bishahcoll.edu.sa>
٥. موقع الجهاز : www.capmas.gov.eg

مراجع استفادت منها الباحثة في تنفيذ البرنامج المقترح:

١. إدريس زينة، (٢٠٠٢م)، MAYO CLINIC حول الشيخوخة المعافاة ، الدار العربية للعلوم، لبنان
٢. البحيري، النقيب عبد السلام، (٢٠٠٣م)، مقاومة الشيخوخة، المؤسسة الحديثة للكتاب طرابلس، لبنان
٣. درويش، عفاف عبد المنعم و بريقع، محمد جابر، (٢٠٠٠م)، الحركة والمسنين (دعوة للمشاركة البدنية-النفسية-العقلية- الاجتماعية)، منشأة المعارف بالإسكندرية
٤. دعيس، يسري، (٢٠٠٢م)، الحياة الاقتصادية للمسنين، الملتقى المصري للإبداع والتنمية
دليل العمل الاجتماعي للعاملين بدور الرعاية الاجتماعية، وزارة العمل والشؤون الإجتماعية.

٥. روفيكس، اندره، (١٩٩١م)، الحياة الباقية كيف تطيل عمر شبابك، دار المعرفة، دمشق
٦. شاهين، فؤاد، (٢٠٠١م)، تقنيات مقاومة الشيخوخة، عويدات للنشر والطباعة، بيروت
- عبد المجيد، مرسى، (١٤١٥هـ)، التعايش مع داء الزهايمر وحالات أخرى متشابهة، الدار العربية للعلوم، بيروت
٧. فرانكس، هلين، (ب.ت)، ترجمة مركز التعريب والبرامج، كيف تجعل خريف العمر ربيعاً، الدار العربية للعلوم، بيروت
٨. موسى، سلامة، (ب.ت)، حياتنا بعد الخمسين، دار المعارف، القاهرة

مراجع إضافية اطلعت عليها الباحثة:

١. اسكندر، ماجدة، (ب.ت)، ورقة عمل حول تأهيل الكوادر المدربة لرعاية المسنين، وزارة الشؤون الاجتماعية،
٢. السدحان، عبد الله ناصر، (ب.ت)، ورقة عمل حول المنطلقات الأساسية لفهم مرحلة الشيخوخة وكيفية التعامل معها، وزارة الشؤون الاجتماعية
٣. السيسي، أحمد محمد ابراهيم، (٢٠٠٨م)، ورقة عمل حول سياسة وجهود الوزارة نحو رعاية المسنين، وزارة الشؤون الاجتماعية،
٤. الصرعاوي، عبد العزيز عبد الله و الربيعان، يحيى، (٢٠٠٣م)، الملتقى العربي الثاني للحكام العرب، الكويت رابطة الاجتماعيين
٥. الطيبي، عكاشة عبد المنان، (٢٠٠٢م)، الشيخوخة شباب دائم كيف؟، المكتبة الثقافية
٦. العشماوي، عزة، (٢٠٠٩م)، الحياة مع المسنين، مكتبة الشروق الدولية، القاهرة

٧. الملتقى العربي الثاني للحكام العرب (الأمس إشراقه الغد)،(٢٠٠٢م)، جمعية الحكمة للمتقاعدين، مركز الخدمات الإسلامية البحرانية
٨. الهيل، أمينة و الحياي، سعدون، (ب.ت)، ورقة عمل حول دور القطاع الأهلي والخاص في دعم ورعاية الفئات المهمشة وذوي الاحتياجات من المسنين، وزارة الشؤون الاجتماعية
٩. اليزيدي، لولوة ناصر، (ب.ت)، ورقة عمل حول التشريعات ووضع الخطط الخاصة بالمسنين في السياسات الاجتماعية، وزارة الشؤون الاجتماعية،
١٠. حسن، نورهان منير و فهمي، محمد سيد،(٢٠٠٠م)، الرعاية الاجتماعية للمسنين، المكتبة الجامعية، الإسكندرية
١١. حلقة رعاية المسنين في السلام في أبو ظبي ، (١٩٨٦م)، منظمة المؤتمر الإسلامي صندوق الثقافة
١٢. خوجة، توفيق أحمد و باسليمان، محمد عمر، (٢٠٠٠م)، دليل رعاية المسنين في الرعاية الصحية الأولية، وزارة الصحة المملكة العربية.
١٣. زلوم، هيفاء، (ب.ت)، تجارب الدول (تجربة المملكة الأردنية الهاشمية في مجال رعاية المسنين)
١٤. سليم، تسليم هند، (١٩٩٨م)، الشيخوخة في مفاهيم طلاب الطب، ط ١، الشركة العالمية للكتاب، بيروت
١٥. سليم، صلاح فؤاد، (٢٠٠٦م)، التقويم النفسي، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع
١٦. عصر، سامي، (٢٠٠٠م)، الملتقى العربي الأول للرعاية الاجتماعية للمسنين، جمعية الحكمة للمتقاعدين، بيروت

١٧. ندوة رعاية المسنين، (٢٠٠٠م)، المجلس الأعلى لرعاية الفنون والآداب والعلوم الاجتماعية،

مطابع دار البعث

الملاحق

أدوات البحث

آلية تنفيذ البرنامج المقترح

- ١- تحديد عدد المسنين.
- ٢- ضرورة تعبئة البيانات المرفقة كاملة.
- ٣- إجراء الاختبارات التالية قبل وبعد تنفيذ البرنامج (قياس الحالة الذهنية لمعرفة قدرة المسنين على التذكر، وقياس الاكتئاب).
- ٤- تطبيق البرنامج متصلاً.
- ٥- تطبيق أسبوع الألوان في الأسبوع الثاني من بدء البرنامج .
- ٦- كتابة جميع الصعوبات حتى لو كانت بسيطة وأسبابها.
- ٧- يمكن إضافة أو تعديل بعض ما ورد بالبرنامج المقترح بما يتلائم مع بيئة المسنين وإمكانية الدار .
- ٨- ضرورة كتابة أي تعديلات أو إضافات .

شاكراً ومقدرة لكم حسن التعاون وأثابكم الله الجنة

الباحثة / حياة ملاوي

أولاً- البيانات الأولية لعينة الدراسة:

الاسم- " اختياري".....

س ١- العمر :

١- من ٦٠ إلى ٧٠ سنة ()

٢- من ٧١ إلى ٨٠ سنة ()

٣- من ٨٠ سنة فأكثر ()

س ٢- ضع علامة (√) أمام الجنس : : ١- ذكر () ٢- أنثى () .

س ٣- ضع علامة (√) أمام المستوى التعليمي:

١- أمي () ٢- يقرأ ويكتب () ٣- ابتدائي () ٤- متوسط ()

٥- ثانوي () ٦- جامعي () ٧- دراسات عليا () ٨- أخرى ()

س ٤- ما التخصص الدراسي لك ؟

١- تخصصات إسلامية () ٥- تخصصات تربوية ونفسية ()

٢- تخصصات إدارية ومالية () ٦- علوم هندسية ()

٣- تخصصات علمية. () ٧- تخصصات طبية ()

٤- أخرى . ()

س ٥- الحالة الاجتماعية :

١- متزوج () ٢- متزوج معدد ()

٣- مطلق () ٤- أرمل ()

٥- أعزب () ٦- أخرى تذكر ()

س ٦- عدد الأبناء :

١- ذكور () ٢- إناث () ٣- لا يوجد ()

تاريخ إجراء الاستبيان /

الدولة /

اختبار بيك لاكتتاب المسنين

هذا المقياس يتألف من ١٥ سؤالاً يتم الإجابة عليها بالنفي أو الإثبات (لا أو نعم) وهو مصمم خصيصاً ليطبق على المسنين لقياس وجود الاكتئاب .

وهذه هي الأسئلة :

- | لا | نعم | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ١- هل أنت راضٍ عن حياتك ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ٢- هل تخليت عن كثير من اهتماماتك وأنشطتك ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ٣- هل تحس أن هناك فراغاً في حياتك ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ٤- هل تشعر غالباً بالملل ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ٥- هل روحك المعنوية عالية معظم الوقت ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ٦- هل تخشي أن شيئاً ما سيئاً سوف يحدث لك ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ٧- هل تشعر بأنك سعيد معظم الوقت ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ٨- هل تشعر غالباً أنك عاجز ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ٩- هل تفضل البقاء بالبيت علي الخروج لعمل بعض الأشياء ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ١٠- هل تشعر بأن لديك مشكلة : الذاكرة أكثر من ذي قبل ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ١١- هل تظن أن وجودك على قيد الحياة الآن شيء رائع ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ١٢- هل تشعر بأن وجودك الآن عديم القيمة إلى حد ما ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ١٣- هل تشعر أنك تفيض حيوية ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ١٤- هل تشعر بأن وضعك يائس ؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ١٥- هل تشعر أن معظم الناس أحسن حالا منك ؟ |

قياس الحالة الذهنية

اسم المسن : السن :

الدرجة

يسأل المسن عن :

١ - الاسم ؟

٢ - ما المكان الذي نحن فيه الآن ؟

٣ - اليوم هو؟

٤ - في أي شهر؟

٥ - وفي أي سنة ؟

٦ - كم عمرك ؟

٧ - نسأله عن ثلاثة أشياء في الغرفة .

٨ - ماهو تاريخ اليوم الوطني للدولة ؟

٩ - نطلب منه أن يعد عكسياً من رقم ٢٠ إلى ١ .

نسأله إن يذكر مرة أخرى أسماء الأشياء الثلاثة التي حددناها بالغرفة .



جامعة لاهاي بهولندا

استبانة استطلاع رأي لتحديد احتياجات المسنين **من أجل تصميم** برنامج إرشادي ثقافي

اجتماعي و ترفيهي

متطلب خاص للحصول على درجة الدكتوراه

العام الدراسي ١٤٣٠/١٤٣١ هـ

إعداد الباحثة /

حياة ملاوي

استطلاع رأي

الأب العزيز، الأم القديرة، شاب /شابة اليوم، مسن /مسننة الغد

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

قال تعالى (وتلك الأيام نداولها بين الناس) كلن منا لديه كبير في السن يعيش معه، وجميعنا له علاقات في الداخل والخارج بالمسنين، وكلنا سنصل إلى تلك المرحلة بإذن الله تعالى وعندما نصل لتلك المرحلة نحتاج من يقدم لنا العون والدعم النفسي والاجتماعي من قبل الآخرين والمجتمع، ومن هذا المنطلق رأينا بأن نقوم بوضع برنامج تأهيلي نفسي اجتماعي مقترح وقياس أثره في التقليل من الأمراض العضوية والمرتبطة بالحالة النفسية للمسنين (ولأنه لنا ولكبارنا أحببنا أن نتشارك معا في وضع هذا البرنامج بما يتلائم معنا ومع مجتمعنا (للحصول على درجة الدكتوراه)

- الاسم ثلاثي (اختياري) ■
- () تاريخ الميلاد | | ه ■
- العمر (مهم جداً) ■
- الجنس ذكر أنثى ■
- الحالة الاجتماعية أعزب متزوج مطلق أرمل ■
- الوظيفة الحالية ■
- الدرجة التعليمية ■
- | | ه تاريخ تعبئة الاستمارة ■

من خلال تعايشك مع إحدى المسنين (هل لاحظت أو تقيمت) معاناتهم | أفرحهم احتياجاتهم ! كل هذه التساؤلات تتيح لنا الاستفسار عن بعض الأسئلة المتعلقة بالمسنين، فرأيك وأفكارك هامة قد تكون سبب في نهوض همه المجتمع ويكون المتجمع سبب في احتوائك في كبرك ... لذا أرجوا الإجابة على الأسئلة التالية بما يتلاءم معنا ومع مجتمعنا لنتشارك بسد العوز ..

س/ من خلال معاشتك للمسنين ما هي الأشياء التي تثير الحزن لديهم وتشعرهم
بعدم تقبل الآخرين لهم؟

.....
.....
.....

س/ لو كنت كبير في السن ما هي الأشياء التي تشعرك بالسعادة وأنت تقوم بها؟

.....
.....
.....
.....

س/ ما هي الأشياء التي تتمنى أن تكون متوفرة للمسنين في مجتمعنا؟

.....
.....
.....
.....

س/ ما هي الأفكار التي تراودك وتود تطبيقها للمسنين حتى وان تبادل في ذهنك حاليا صعوبة
تنفيذها للمسنين؟

.....
.....
.....
.....

جميل أن نحظى باهتمام مبكر عسى أن يعود بالنفع لنا ولأمة الإسلام والمسلمين ،شكرا لحسن

التعاون

أ. حياة ملاوي

الأخ الكريم/ الأخت الكريمة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

حرصاً على **تضافر** الجهود للنهوض بعملية التكاتف الاجتماعي **فأنا** بصدد إجراء استبيان لتحديد احتياجات المسنين من أجل تصميم برنامج إرشادي ثقافي اجتماعي و ترفيهي، لذا آمل من سعادتكم تعبئة البيانات المرفقة **بما عرف عنكم من دقة وموضوعية** للاستفادة من تجاربكم بما يتماشى مع شعوركم الفعلي.

و لكم مني جزيل الشكر والعرفان .. علماً أن البيانات الواردة في هذا الاستبيان سرية ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

وتقبلوا تحياتي وتقديري

الباحثة

أولاً- البيانات الأولية لعينة الدراسة:

الاسم- " اختياري".....

س ١- العمر:

١- من ٦٠ إلى ٧٠ سنة ()

٢- من ٧١ إلى ٨٠ سنة ()

٣- من ٨٠ سنة فأكثر ()

س ٢- ضع علامة (√) أمام الجنس :: ١- ذكر () ٢- أنثى () .

س ٣- ضع علامة (√) أمام المستوى التعليمي:

١- أمي () ٢- يقرأ ويكتب () ٣- ابتدائي ()

٤- متوسط ()

٥- ثانوي () ٦- جامعي () ٧- دراسات عليا ()

٨- أخرى ()

س ٤- ما التخصص الدراسي لك ؟

١- تخصصات إسلامية () ٢-- تخصصات تربوية ونفسية ()

٣- تخصصات إدارية ومالية () ٤- علوم هندسية ()

٥- تخصصات علمية. () ٦-- تخصصات طبية ()

٧- أخرى . ()

س ٥- الحالة الاجتماعية :

١-متزوج () ٢- متزوج معدد ()

٣- مطلق () ٤- أرمل ()

٥- أعزب () ٦-أخرى تذكر ()

س ٦- عدد الأبناء :

٢- ذكور () ٣- لا يوجد ()

٢- إناث ()

()

تاريخ إجراء الاستبيان /

الدولة /

ثانياً// الرجاء اختيار الإجابة المناسبة فيما يلي

بنود الاستبيان		نعم	أحياناً لا
	هل تشعر بالسعادة و الفرح لزيارة المتنزهات و الأماكن الترفيهية؟		
	هل تتعب بسرعة عند القيام بأي نشاط رياضي؟		
	هل تشعر بالراحة والسعادة عند زيارة الأماكن الأثرية؟		
	هل تتحسن حالتك الصحية والمزاجية عند ممارسة الرياضة؟		
	هل تحب أن تقدم خبراتك و معرفتك لمن يحتاجها؟		
	هل تسعد بمد يد العون لمن يحتاجه؟		
	هل تتألم دائماً بسبب مشكلات في اللثة و الأسنان؟		
	هل تحب أن يهتم من حولك بك و بصحتك؟		
	هل تزعجك كثرة سؤال الآخرين عن صحتك؟		
	هل تخجل من أن تبتسم أو تضحك بسبب سقوط أسنانك؟		
	هل تعاني من بطء الحركة بسبب وزنك الزائد؟		
	هل تفتقد أبناءك و أصدقاءك؟		
	هل ترغب في التحدث مع أفراد أسرتك بصفة مستمرة؟		
	هل تهتم برأي الآخرين عندما يزداد وزنك؟		
	هل تعاني من الوحدة؟		
	هل تسعد بالجلوس مع الآخرين تناول الشاي و القهوة معهن؟		
	هل كنت مريضاً وتعرضت لموقف افرحك حتى نسيت أنك مريض؟		
	هل نومك لساعات طويلة يساعدك على الحركة بنشاط؟		
	هل إصابتك بأي مرض تجعلك تشعر بالحزن على نفسك؟		
	هل تعجبك كثرة الألوان في أدواتك الشخصية؟		
	هل تجعلك قلة النوم تشعر بالصداع و العصبية؟		
	هل تؤثر قلة النوم في تعاملك مع من حولك؟		
	هل يتسبب ضعف نظرك في عدم قدرتك على القيام بالأنشطة اليومية؟		
	هل تشعر بالقلق والخوف من ارتفاع وانخفاض السكر إذا كنت مصاباً به؟		
	هل تفضل تلوين غرفتك بألوان زاهية؟		

بنود الاستبيان			نعم	أحياناً لا
		هل تشعرك ممارسة بعض الأعمال التي تحبها بتحسّن في صحتك؟		
		هل تتمكن من سماع من حولك بصورة جيدة؟		
		هل تحب الاستماع لإذاعتك المفضلة في الراديو؟		
		هل يحزنك عدم سماعك للآخرين بوضوح؟		
		هل تفضل أن يكون لديك مبلغ من المال في جيبك لشراء ما تريد؟		
		هل تفكر في توفير بعض المال لشراء احتياجاتك؟		
		هل قللت إصابتك بالأمراض من خروجك من المنزل؟		
		هل هناك من يستمع لقصصك و حكايات طفولتك و شبابك؟		
		هل تشعر بالخوف لفقدانك مالك؟		
		هل تفضل مشاهدة التلفاز مع الآخرين؟		
		إذا كنت مصاب بضيق التنفس هل يعيقك من خدمة نفسك أو الحركة؟		
		هل تشعر بالسعادة لوجودك مع أشخاص في مثل سنك؟		
		هل يزعجك اعتمادك على الآخرين؟		
		هل تسعد عندما تعدّ طعامك المفضل في بعض الأوقات؟		

شاكراً لكم حُسنَ تعاونكنَّ،،،

أَسْمَاءُ الْمُحْكَمِينَ

أسماء الأساتذة المحكمين للإستبانة

م	الاسم	الوظيفة	المؤهل
١	أ.د. عبد العزيز علي الغريب	أستاذ مشارك بكلية العلوم الاجتماعية بجامعة الإمام محمد بن سعود	دكتوراه
١	د. سارة أحمد أمين حمزة	رئيسة قسم طب المسنين وعلوم التعمير كلية طب عين شمس	دكتوراه طب وصحة المسنين
٢	د. أحمد شوقي محمدين	مدرس مساعد طب المسنين وعلوم التعمير كلية طب عين شمس	ماجستير طب المسنين
٣	د. إكرامي عيسى عبد الرحمن	مدرس طب المسنين - كلية طب عين شمس	دكتوراه طب المسنين
٤	د. أميمة رفعت السيد	أخصائي نفسي ثان بمستشفى عين شمس الجامعي	ماجستير علم النفس الاكلينيكي للمسنين
٦	د. أحمد البراء الأميري	مستشار وزير التربية والتعليم وأستاذ مشارك بجمعة سابقا	دكتوراه
٧	أ.مصطفى إبراهيم	أخصائي اجتماعي - قسم طب المسنين	ماجستير خدمة اجتماعية

البرنامج المقترح

جداول مقترحة لتطبيقات البرنامج

إعداد / أ. حياة ملاوي

✻ الأسبوع الأول

اليوم	النشاط	ملاحظات
اليسبب	بعد الإفطار جلسة علاج إدراكي معرفي + عمل جلسات العلاج الطبيعي وفي العصر جلسة الشاهي ومشاهدة التلفاز ثم مناقشة الأحداث واسترجاع المعلومات -	
الأحد	جلسة في مقهى الدار مع العاملين في الدار والموظفين + استرجاع بعض الأحداث في الماضي + جلسات الرياضة الخفيفة التي لا تستوجب وجود اخصائي علاج طبيعي	
الاثنين	استقبال الأطفال من دار رعاية الإيتام (عصرا) بالتنسيق مع الدار لبعض المشاهد والبرامج والمشاهد تقدم للمسنين + سؤال كل مسن عن اللون المفضل له في كل شيء (مهم جدا)	
الثلاثاء	في الصباح عرض فلم قصير ثم مجالسة المسنين ومناقشتهم + العلاج الطبيعي + الطلب من المسن تذكر مكان محبب لديه ووصفه بدقة بكل اركانه ومحتوياته تمهيدا لبداية تحسين الذاكرة لديهم	
الأربعاء	تنشيط الذاكرة باستخدام الغرفة الرومانية وشرحها لهم بطريقة ميسرة ومبسطة ثم عرض عدة كلمات عليهم ومحاولة استرجاعها ثم يطلب منهم تذكر غرفة قديمة ووضع كل كلمة في ركن ما ثم يعاد استرجاعها يشترط يكون الجو مرح جدا لضمان تجاوبهم	
الخميس	عمل رحلة لبعض المنتزهات عصرا ويحرص على التواجد وسط عدد جيد من الناس	
الجمعة	إما حضور خطبة الجمعة في مسجد أو تشغيل التلفزيون للخطبة ثم بعد صلاة الظهر جماعة سؤا لهم عن مضمون الخطبة فتح باب للحوار والمناقشة	

✿ الأسبوع الثاني (أسبوع الألوان)

اليوم	النشاط	ملاحظات
السبت	الجلوس بعد الإفطار مع المسنين والحديث عن الألوان المفضلة لديهم في الماضي وعن مقتنياتهم القديمة ومن ثم يتم تزيين الدار كلها بالألوان (يمكن التنسيق مع لجان التطوع في مراكز الأحياء ويمكن زيارة الأسواق وشراء بعض الأشياء الملونة + استخدام طريقة الذاكرة التصويرية لتنشيط ذاكرة المسن	
الأحد	استقبال الزوار من المدارس من التلاميذ ويفضل التنسيق مع المدرسة أن يقدم الزوار هدايا عينية للمسنين بألوان جذابة + عمل تمارين رياضية لتقوية العضلات باستخدام العجين الطبيعي المصبوغ بالألوان الطبيعية+ تقديم الشاي أو العصير في أطباق و كؤوس ملونة وعصير بألوان جذابة حسب حالة المسن الصحية ولو كان ممنوع يعطى ماء في كأس ملونة +استخدام اللوحات الملونة بها بعض العبارات مثلا عند حثهم على شرب الماء يكتب في بطاقة صفراء ويمرر بها على المسن لتحفيز الاستجابة لديهم.	
الاثنين	الجلوس في ساحة الدار وعرض بعض الأفلام مثلا عن قاع البحار وهو يحتوي على الأسماك مختلفة الأشكال والألوان ثم مناقشتهم فيها مع التركيز على الألوان + في العصر عرض صور ملونة لبعض الأماكن والزهور وأي شيء مناسب +جلسة تمارين تنشيطية خفيفة التي لا تحتاج إلى أخصائي	
الثلاثاء	زيارة إحدى الحدائق الخاصة بالأزهار الملونة والتي تحتوي على أكبر عدد من الأزهار المتنوعة + استخدام بطاقة الألوان لتحفيزهم وتذكيرهم مثلا بالتسبيح أو رقم معين	
الأربعاء	ركن الفني وممارسة الهوايات المختلفة + التنسيق مع إحدى المدارس الخاصة بتقديم برنامج يحتوي على مشاهد مختلفة مع التركيز على لبس الألوان الزاهية.	
الخميس	استخدام الحناء للسيدات + للرجال ممارسة بعض الهوايات الرياضية + سرد قصة بقرة بني إسرائيل والحرص على ذكر لونها أو أي قصة ملونة	
الجمعة	خطبة الجمعة ويطلب من الخطيب اختيار خطبة ملائمة يذكر فيها مثلا وصف الجنة والألوان الموجودة بها	

ملاحظة / لابد من تقديم الطعام والشراب في أطباق ملونة وكذلك عرض الفاكهة أمامهم على الطاولة

الحرص على استخدام المناديل الورقية الملونة يفضل أن يرتدي الموظفين والعاملين ألوان جذابة طوال

الأسبوع والابتعاد عن الألوان الرسمية

✿ الأسبوع الثالث

اليوم	النشاط	ملاحظات
السبت	زيارة بعض الأماكن التراثية أو الذهاب لإحدى المطاعم الشعبية + عصراً إضفاء جو من المرح على المسنين بالقيام بتمرين الحجرة الرومانية لتحسين الذاكرة وتنشيطها	
الأحد	جلسة لقاء جماعي مع الأخصائي لتبادل الحديث+ استخدام بعض الألعاب الإدراكية +لوتيسر الصلاة في مسجد الحي + إشراكهم في التجهيز لاستقبال الزوار	
الاثنين	استقبال بعض الزوار لمدة ساعة + ممارسة الرياضة +مشاهدة فلم جماعي ومناقشته معهم	
الثلاثاء	زيارة بعض المدارس الخاصة بعد التنسيق معهم لمدة ساعتين فقط	
الأربعاء	عرض صور متنوعة للأشياء القديمة والحديث عنها + تقديم العصير في كؤوس ملونة	
الخميس	صباحاً سرد بعض القصص عليهم+ عصراً ترك كل شخص يتحدث عما يحبه في الماضي + ويمكن تقسيمهم على يومين	
الجمعة	محاضرة نصف ساعة عن مكانة المسنين في الإسلام ومدى اهتمامه بهم+ إكمال المتبقي منهم	

الأسبوع الرابع

اليوم	النشاط	ملاحظات
السبت	جلسة مع الأخصائي الاجتماعي ليعرف مدى التحسن من عدمه .	
الأحد	استقبال زوار مع الطلبة مع تقديم عروض متنوعة بالتنسيق مع المدرسة.	
الاثنين	استخدام تمرين الحجرة الرومانية بجو مرح لمعرفة مدى التحسن + استخدام البطاقات الملونة	
الثلاثاء	عرض فلم قصير ومناقشة أحداثه والتعليق عليه + نشاط جسماني بسيط كمد الذراعين وشدهما.	
الأربعاء	مناقشة بعض المشاهد سواء التي شاهدوها في العروض+أو في الفلم باستخدام الربط المكاني مثلا هل كان جالسا أو واقفا في الليل أو النهار الغرض منها تنشيط الذاكرة	
الخميس	لو تيسر الخروج لبعض المنتزهات و الرحلات القصيرة حتى لو كانت لأماكن حول الدار.	
الجمعة	الصلاة جماعة +تناول الشاي في مقهى الدار.	

ملاحظة/ بعد تطبيق المقترحات السابقة أو أخرى جديدة (يتم تسجيلها في خانة الملاحظات) يتم إجراء القياس مرة أخرى على المسنين للمقارنة بين حالتهم قبل و بعد تطبيق البرنامج.

من أجل شيخوخة مريحة

(برنامج مقترح لتحسين نوعية حياة المسنين في دور الرعاية)

اعداد/ أ. حياة ملاوي

يقدم هذا البرنامج كمتطلب تكميلي لنيل درجة الدكتوراة

تصور شامل للبرنامج

التمهيد

اهتم البرنامج الذي أعدته الباحثة بعدد من الجوانب التي يجب على دور رعاية المسنين بأنواعها الاهتمام بها و ذلك لحاجة هذه الفئة من المجتمع إلى الرعاية المدروسة و السليمة التي بدورها تجعل من هذه المرحلة التي يمروا بها مرحلة جميلة و ممتعة و ليست بالضرورة بداية النهاية . و سنستعرض في هذا الجزء الجوانب التي يسعى البرنامج لتقديمها ثم سيتم تفصيل هذه الجوانب في الفصول التالية مع تقديم مقترحات تطبيقية لهذه الجوانب و كيفية توظيفها لخدمة المسنين

المحور الأول: الإعداد و التقييم

التقييم القبلي و التهيئة و تهدف إلى معرفة جوانب القوة و الضعف لدى المسن الخاضع للتجربة. و تتم عن طريق الاستماع الجيد لهم و ممارسة العلاج المعرفي و المتمثل في:

• تقييم مؤشرات الصحة العامة مثل:

- ١ . قياس العمليات الحيوية (النبض، الضغط و سرعة دقات القلب)
- ٢ . تحديد معدل للتنفس
- ٣ . قوة قبضة اليد (لتحديد النشاط البدني المناسب)
- ٤ . تحديد درجة النشاط البدني (قدرة الحركة أيضاً للمساعدة في تحديد نوع النشاط)

• تقييم العمليات الانفعالية و المعرفية و السيكلوجية :

- ١ . الوظائف الانفعالية و يقصد بها عملية رصد مظاهر القلق و تقييم الاكتئاب و قد استخدمت الباحثة مقياس الاكتئاب.
- ٢ . الوظائف المعرفية يقصد بها التعرف على درجة التركيز و الانتباه و تقييم الذاكرة من خلال الاستبانة التي تجريها الباحثة على أفراد العينة.

٣. **الوظائف السيكلوجية** و يقصد بها التعرف على سرعة رد الفعل الحركي وتقدير زمن الرجوع وقبضة اليد لتحديد نوع النشاط الرياضي و الفني الذي سيؤديه المسن خلال تجربة البرنامج.

المحور الثاني: ذاكرة المسنين:

• تنشيط الذاكرة عن طريق :

تدريب المسنين على تركيز الانتباه عن طريق عرض صور و سؤالهم ماذا رأوا (يمكن استخدام صور الحيوانات أو الألوان و يمكن عرض الأعداد) عموماً سيرتكز النشاط على استخدام ألعاب تتطلب استخدام الحواس لتنشيط مخزون الذاكرة لديهم و تحسين الاستجابة لديهم عن طريق إثارة المشاعر لديهم باستعراض صور و مشاهد لها معنى حسي في الذاكرة لديهم. و ذلك عن طريق عرض فيلم قصير ثم يطلب منهم أن يقصوه بالتتابع الزمني في تسلسل الأحداث كما يمكن استخدام القصص القصيرة و المواقف.

• استخدام العلاج بالألوان:

سيستخدم البرنامج الألوان لتخفيف درجة الاكتئاب لديهم و تحسين شهيتهم نحو الطعام كما أظهرت نتائج العديد من الدراسات دور الألوان في تحسين المزاج و تخفيف الضغوط النفسية عن طريق:

١. استخدام الألوان في أماكن جلوس المسنين.

٢. استخدام الألوان لتحفيز الذاكرة.

٣. استخدام الألوان في الأغذية المقدمة لهم.

٤. استخدام الألوان في المستلزمات الشخصية.

المحور الثالث: النشاط البدني و الرياضي:

• التدريب على التناسق الحسي - الحركي

يتم تدريب المسنين باستخدام وسائل تدريبية مثل استخدام أشكال تتغير بالضغط عليها (مرنة) للحصول على شكل جديد كما يمكن استخدام تدريب نقل الأشكال من مكان لآخر بأحجام متفاوتة لتحقيق التناسق الحسي الحركي.

المحور الرابع: النشاط الديني و النفسي:

● النشاط الديني و الثقافي:

١. تجهيز مصلى مريح (بتوفير مقاعد للغير قادرين على الركوع و السجود) إذا كان غير متوفر في الدار.
٢. توفير إمام لجمعهم للصلاة ثم الجلوس معهم للدعاء أو لاستعراض قصص من القرآن أو السنة.
٣. توفير أغطية معطرة و ذات رائحة طيبة للمسنين للصلاة فيها.
٤. اصطحاب المسنين للصلاة في المساجد مثل يوم الجمعة و استماع الخطبة.
٥. عرض صلاة الجمعة و المناسبات على شاشة كبيرة و جمعهم لمشاهدتها.

● العناية الشخصية:

١. تقديم ملابس جديدة بألوان جميلة حسب اختيار المسن الشخصية.
٢. تقديم أدوات الزينة من عطور و نحوه للمسنات.
٣. مساعدتهم على الاستحمام و تشجيعهم عليه بتجهيز أدواته من ملابس و مناشف و صابون و غيره.
٤. الحرص على نظافتهم الشخصية من نظافة الأسنان و الأطراف بقص الأظافر و استخدام المرطبات و التأكيد على جعلهم يطلبون المساعدة في ذلك.

المحور الخامس: النشاط الترفيهي و الاجتماعي:

● النشاط الترفيهي الترويحي:

١. اصطحاب المسنين في زيارة لأحد المنتزهات المتوفرة في المنطقة التي تتواجد فيها الدار مع الإعداد للنزهة بعض المشروبات (كالشاي و القهوة و العصائر) و تجهيز وجبة بسيطة و مشاركة المسنين في الإعداد لهذه الزيارة.

٢. اصطحاب المسنين لزيارة المعالم المهمة في المنطقة و سماع ما يعرفونها عنها.

٣. توفير الخامات الفنية و تقديمها لمن يجيد التطريز أو أعمال التريكو و نحوه لإعداد كنزات أو أغطية و تقديمها للمواليد.

٤. استخدام الألوان لتحسين الحالة النفسية للمسن عن طريق استخدام المواد الطبيعية لصبغة قطع من الأقمشة البيضاء ثم تشكيلها ليستخدمها المسن لاحقاً كغطاء أو وسادة و نحوه. كما يمكن استخدام الألوان عن طريق لصق أشكال ملونة على مدخل الدار أو غرف المسنين أو المقهي لإضفاء ألوان مفرحة و زاهية على المكان.

• الدمج الاجتماعي:

١. استقبال عدد من الأطفال (يمكن دعوة الأيتام) و مشاركتهم الحديث مع المسنين و توفير بعض الهدايا لقدمها المسنين للأطفال عند زيارتهم (كالحلوى و الألعاب البسيطة).

٢. إعداد أطباق طعام تقليدية بإشراف المسنين ثم مشاركة الجميع في تناولها مع العاملين و إظهار ردود الفعل الإيجابية كما يمكن عرضها في صورة بازار و دعوة عدد من الزوار لحضوره.

٣. نقل المسنين لزيارة الأيتام في مسكنهم و مشاركتهم بعض المناسبات الخاصة أو العامة كالأعياد و الجمع و غيرها.

٤. توفير وسائل لنقل المسنين لزيارة المرضى و خاصة ذوي الأمراض المستعصية.

مَهْمًا لِذَاكِرَةِ أَفْضَلِ
(دَعِ النَّسِيَانَ جَانِبًا)

مفهوم الذاكرة:

يمكن تعريف الذاكرة بأنها مهارة ومنظومة لمعالجة المعلومات، وتتكون من ثلاث وظائف أساسية وهي:

١. وظيفة حسية ناقلة تستقبل معلومات من الأعضاء الحسية (الحواس) وتحتفظ بها (لمدة لا تزيد عن خمس ثوان)، لذا لا بد من ...نقلها إلى مستودع آخر.
٢. الذاكرة قصيرة المدى تستقبل المعلومات من الحس الناقل حتى تحدث عملية ذهنية واعية، وفي هذه الذاكرة يتم معالجة المعلومات فيما أنها تحذف من الذاكرة القصيرة الأجل أو أنها ترسل إلى الذاكرة طويلة المدى، وعادة عندما لا يتم نقل المعلومات إلى الذاكرة طويلة الأجل خلال خمس عشرة ثانية فإن المعلومات تنسى.
٣. الذاكرة طويلة المدى؛ وهي الذاكرة التي يتم تخزين المعلومات فيها على المدى البعيد. لذا لا بد من تنمية وتطوير هذه الذاكرة وتدريبها على تخزين واسترجاع المعلومات بشكل سريع وقوي، وهذا ما سوف نتناوله في هذا الكتاب -فتابع معنا- وظائف الذاكرة السابقة تعمل بشكل مستمر لمعالجة المعلومات التي نستقبلها بشكل سريع، ثم تعمل على الحذف أو التخزين، ومن ثم الاسترجاع في الوقت المناسب.

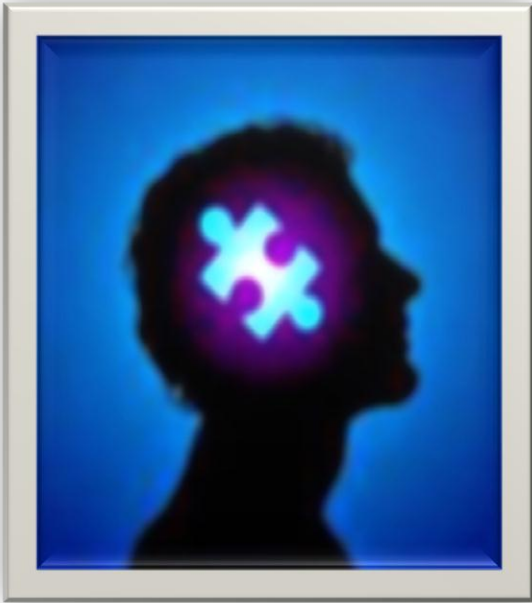
العقل البشري وقدرته الكامنة

يمتلك العقل البشري خصائص ومميزات هائلة وقوة عظيمة على التخزين والتذكر والربط والتحليل...، يقول وليام جيمس "إننا نستخدم أقل من ١٠% من قوانا العقلية" كيف لو استطعنا أن نستخدم ٢٠% من طاقة عقولنا؛ فكيف سوف تكون حياتنا؟.

و يؤكد العلماء أن نسبة استخدام العقل لدى الإنسان صغير بالنسبة إلى الحجم الغير المستخدم، وأن الغير مستخدم يتوقف ويتراجع إلى الوراء، ولهذا يكون النسيان لأن الحجم المستخدم في العقل غير كاف للاستيعاب. وكلما استخدم العقل في عمليات التفكير والتذكر كلما زاد عمره، ويقولون أيضا ً أن العقل لا يصيبه الشيخوخة لأن عمره قد يصل إلى حوالي (٢٧٥ سنة) إذا استعمل في عمليات التفكير والتذكر بشكل صحيح.

أنواع الذاكرة:

- ذاكرة وقتية (قصيرة المدى): وهي تقوم بتذكر الخبرات والمعلومات بعد أن مرّ عليها لحظات.
- ذاكرة دائمية (طويلة المدى) : وهي تقوم بتذكر الخبرات والمعلومات بعد أن مضى عليها وقت طويل.
- وهناك من يقسم الذاكرة بحسب الحواس فهناك:
 - ذاكرة سمعية: تذكر الأصوات المختلفة.
 - ذاكرة بصرية: تذكر الرسوم والأشكال والصور (و هذه ستكون محور اهتمامنا مع المسنين لأن الأبحاث و الدراسات أظهرت مدى فاعلية هذه الذاكرة مع الأطفال و المسنين).
 - ذاكرة حركية: تذكر الحركات المختلفة.



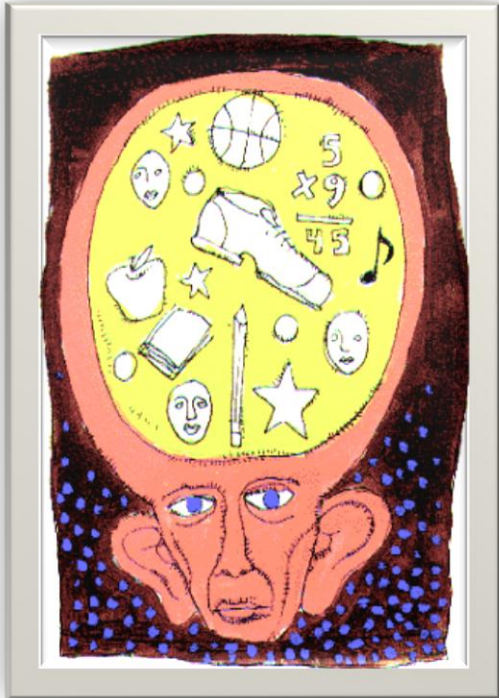
التفكير التصوري أو البصري

التفكير البصري (Visual Thinking) ، أو التفكير التصويري (Picture Thinking) ، أو التعليم البصري/ الفضائي "المكاني (Visual/Spatial Thinking) Learning) أو التعلم بالجانب الأيمن من المخ (Right Brained Learning) هو الظاهرة الشائعة حالياً و هي التي تتضمن عملية التفكير بصريا باستخدام الجانب الأيمن من المخ، أي الجزء المسئول عن العاطفة و الابتكار، حيث يتم من خلال هذه العملية تنظيم المعلومات المتتابعة و الملتقطة بالعين بصورة بديهية.

التفكير البصري هو التفكير الناشئ عما نراه وهو أحد أنماط التفكير الغير لفظي مثله مثل تعلم الموسيقى والرياضيات والحركة، وهذا النوع من التفكير يعتمد على ما تراه العين وما يتم إرساله من شريط من المعلومات المتتابعة الحدوث (المشاهدة) إلى المخ حيث يقوم بترجمتها وتجهيزها وتخزينها في الذاكرة لمعالجتها فيما بعد، الجانب الأيسر من المخ هو المسئول عن عمليات معالجة الأفكار المنطقية أما الجانب الأيمن فهو المسئول عن معالجة الأفكار الإبداعية.

التميزون في هذا النوع من الفكر لديهم المقدرة العالية على الإبداع وبلورة تفكيرهم والتواصل بدرجة عالية مع كل من الأفكار والأشخاص الآخرين ويطلق عليهم أصحاب الجانب الأيمن من المخ.

فمفهوم التفكير البصري ينفي وجود الفرق بين الرؤية والتفكير، حيث يفترض أن المعلومات المشاهدة عبر العين و المرسله إلى المخ لا تعتبر في حد ذاتها كوظيفة فقط يتم من خلالها التقاط ما يدور أمام العين وفي محيط النظر عبر الرؤية



ولكن أيضا تشمل ما يستتبع ذلك من نشاط عقلي يدور في المخ لتفسير ما يجري و التجهيز للتفاعل، أي رد الفعل تجاه ما تم رؤيته وهذا هو التفكير بعينة

التفكير التصويري أو البصري والذاكرة التخيلية

الذاكرة التصويرية (Memory Photographic) هي المقدرة لدى البعض من البشر على استحضار الصور والموسيقى و الأشكال إلى الذاكرة بدقة عالية، الذاكرة التصويرية أو ما يطلق عليها أيضا الذاكرة التخيلية (Eidetic Memory) و قد لوحظ أنها تكون لدى بعض الأطفال عالية جدا إلى الدرجة التي تمكن الطفل من استحضار بدقة بالغة كل ما أمكن أن تشاهده عيناه لبرهة من الزمن لا تتجاوز فترة الـ ٣٠ ثانية، أيضا البعض من الذين يعانون من علة التوحد (Autism) يتمتعون بقوة ذاكرة قوية و فوق العادة.

معظم الناس الذين يمتلكون ذاكرة جيدة في الغالب يكون لديهم ذاكرة تصويرية جيدة، وعلى الرغم من ذلك هناك فروق واضحة بين هذين النوعين من

الذاكرة فيما يتعلق بمعالجة المعلومات الملتقطة، فالإنسان الذي لديه ذاكرة عادية كثيرا ما يستخدم أجهزة التذكر المساعدة (Mnemonic Devices) من أجل حفظ التفاصيل المتعلقة بمعلومة أو موضوع ما، أما الأشخاص الذين يتمتعون بذاكرة تصويرية قوية فسنجد أن لديهم القدرة على تذكر أدق التفاصيل المتعلقة بالمكان و الزمان لمعلومة أو حدث أو موضوع ما، في مقابل ذلك قد يعاني بعض الناس من التشويش لدى ذاكرتهم التصويرية وهذا يعتبر من الحالات



العرضية.

هذا النوع من الذاكرة يكون جليا لدى المفكرين البصريين (Visual Thinkers) أكثر من غيرهم من الناس وتصبح صفة سائدة لديهم حيث يرتبط ذلك بعمل هذا النوع من الذاكرة في الرؤية أكثر منه كوسيلة للتفكير، هذه الميزة للرؤية البصرية قد تصبح محدودة في حالة المصابين بعدم القدرة على تمييز الألوان و الأشكال نتيجة لقصور ذهني لديهم والذي نطلق عليه مجازا عمى الألوان (Visual Agnosia) حيث يفقدون في العادة استخدام مهارات التفكير التصويري العقلي.

لماذا يجب أن نتجه الآن إلى التفكير التصويري و البصري؟

التفكير البصري أداة عظيمة لتبادل الأفكار بسرعة قياسية، سواء تم ذلك بصورة



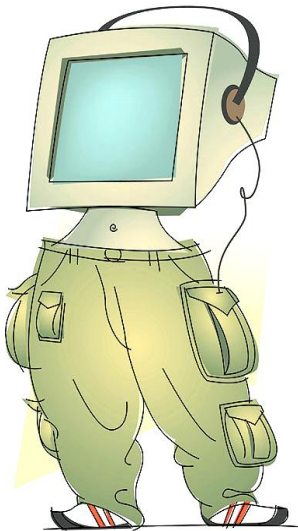
فردية أو من خلال تفاعل مجموعات العمل. حيث يساعد على تسجيل الأفكار و المعلومات بصورة منظمة بغرض عرض ما يمكن عملة أو معالجته تجاه موضوع أو مشروع ما بصورة واضحة المعالم. و بالإضافة إلى تميز هذا الأسلوب من التفكير في تنظيم المعلومات المعقدة؛ فإن اختلاط الألوان والصور و الأشكال في المشاهد المتتابعة الملتقطة بواسطة العين تعمل على زيادة القدرة على ما يسمى باستحضار المشاهد و هي ذات فائدة جمة خلال التحصيل الدراسي لاستيعاب المعلومات الجديدة بسرعة وإتقان.

أدوات التفكير البصري تساهم في تحسين الذاكرة و قدرات

الإنسان على التفكير الجيد:

الأدوات الرقمية الحديثة المساندة للتفكير البصري تساعد على التقاط الأفكار ، وتنظيم المعلومات ، والتعبير عن العمليات المختلفة بواسطة الرسوم التخطيطية والتوضيحية كما تعمل على إيجاد الوثائق المكتوبة بصورة واضحة سواء تم ذلك على المستوى الفردي أو من خلال تعاون مجموعات العمل عن طريق الرسومات التخطيطية التكاملية وما يترافق معها من ملاحظات توضيحية تساهم في تنمية الفكر البصري وفي المساعدة على بناء هيكلية للأعمال المختلفة بكفاءة عالية، ووضع المفاهيم الخاصة بكل مشروع والتعبير عن أفكاره وما يتضمنه والعمل على نقلها بأفضل السبل التفاعلية الرقمية البصرية، حيث يتم ذلك بسرعة وسهولة مما يضيف إيضاحاً متميزاً لمن يشاهده عن المعلومات التي قد تكون غير منظمة أو صعبة الفهم عند عرضها في حالتها الطبيعية، كما تمكن تلك الأدوات من تبادل ومشاركة تلك المعلومات مع مجموعات الدراسة والبحث ذات الاهتمام المشترك ومع المهتمين و المبدعين الآخرين.

الذاكرة التصويرية



الذاكرة التصويرية هي جزء من التفكير البصري أو التصويري و الذي يعتمد على استغلال الجزء الأيمن من المخ و يمكن تعريفها على أنها تلك القدرة التي يمتلكها الإنسان في تذكر أسماء الآخرين و مواقفهم وأهم صفاتهم وأبرز الأحداث التي مرت بهم، وتبقى هذه المعلومات في ذاكرته وإن طال به الزمن..ولا شك أن هذه الذاكرة نعمة من نعم الله على المرء وهي موهبة وقدرة لا يمتلكها كثير من الناس،، ولكن في الوقت نفسه هي مهارة أصبحت تدرس ويدرب عليها.

والذاكرة التصويرية هي ظاهرة معينة يمكن الناس عن طريقها أن يتذكروا لفترة قصيرة جداً عادة كل شيء قد رأوه بدقة وبوضوح، وعادة ما تضعف هذه الذاكرة.

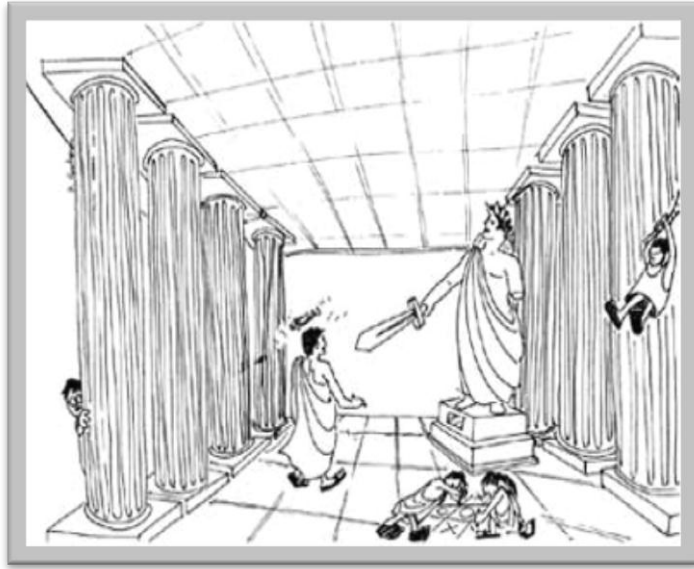
لكن من الممكن أن تكون حادة جداً لدرجة أن تمكن شخصاً من أن يتذكر صورة لـ ١٠٠ نقطة منتشرة بشكل عشوائي على صفحة بيضاء بشكل رائع بعد رؤيتها، وهذا يشير إلى أنه بالإضافة إلى السعة التخزينية العميقة وطويلة المدى فإننا نملك أيضاً قدرة تصويرية فورية ولكنها قصيرة المدى.

مقترحات إضافية لتحسين الذاكرة يمكن الرجوع لفصل الألوان و

استخدام الأنشطة المقترحة في ذلك الفصل:

• نظام الحجرة الرومانية

أنشأ الرومان نظام الذاكرة الخاص بهم بسهولة ، فقد تخيلوا مدخل منزلهم



وحجرتهم ، ثم مألها الحجرة بما شاءوا من أشياء وقطع للأثاث كل شيء كل قطعة أثاث كانت تعمل كصورة ربط ربطوا بينها وبين الأشياء التي رغبوا في تذكرها، وكانوا حريصين بصفة خاصة على ألا يجعلوا من حجرتهم مكاناً لإلقاء النفايات الذهنية، فالدقة والنظام (صفات الجانب الأيسر من الطبقة الخارجية للدماغ).

مثال للحجرة التي أنشأها الإنسان الروماني و كيفية استخدامهم لها ومن ثم

لكل شخص منا أن ينشأ الحجرة التي يريدنا .

لقد أنشأ الإنسان الروماني مدخله وحجرته المتخيلين و بهما عمودان ضخمان على كلا جانبي الباب الأمامي ورأس أسد منقوش كمقبض لبابه وتمثال يوناني رائع على يساره مباشرة عندما يدخل وبجانب التمثال قد تكون هناك أريكة ضخمة مغطاة بفراء أحد الحيوانات التي اصطادها وبجانب الأريكة نبتة مزهرة وأمامها طاولة كبيرة من الرخام وهكذا . وإذا أردنا أن نقول أنه يريد أن يتذكر أن يشتري حذاءً ، وأن يشحذ سيفه وأن يشتري خادمًا وهكذا . فنجد به وبمنتهى البساطة يرى العمود الأول في مدخل حجرته المتخيلة مزيناً بآلاف الأحذية وجلد هذه الأحذية يلمع ويتلألأ والرائحة يشمها فتبهجه ، ويمكنه أن يتخيل انه يشحذ سيفه على العمود الواقع على اليد اليمنى ، منصتاً إلى صوت الاحتكاك وهو يقوم بذلك ، ومتحسناً لشفرة السيف وهي تصبح حادة ويتخيل خادمه ممتطياً أسداً يصدر زئيراً وهكذا .

إن نظام الحجرة الرومانية بصفة خاصة يسهل تطبيقه على مهارات الجانب الأيمن والأيسر من القشرة الخارجية للدماغ وعلى مبادئ الذاكرة لأنه يتطلب هيكلة وتنظيماً دقيقين فضلاً عن كثير من الخيال والإحساس ، والشيء الذي يضيف البهجة في هذا النظام أنه يمكن تخيل الحجرة برمتها لذا يمكنك ان تضمنها كل شيء رائع ترغب فيه .

(الأشياء التي ترضي أحاسيسك ، قطع الأثاث واللوح الفنية التي طالما رغبت في اقتنائها في حياتك الحقيقية ، وبالمثل الأطعمة والأوسمة التي تروق لك ... الخ)

والميزة الرئيسية الأخرى لاستخدام هذا النظام هي أنك إذا بدأت في تخيل نفسك وانك تقتني أشياء معينة موجودة في حجرتك المتخيلة فإن كلاً من ذاكرتك وذكائك المبدع يبدأان في الشروع بلاوعي في طرق يمكنك بها نيل مثل هذه الأشياء ، وزيادة احتمالية قيامك بذلك في نهاية الأمر .

إن نظام الحجرة الرومانية يجعلك تطلق العنان لخيالك وتسمح لك بأن تتذكر أي عدد من الأشياء التي ترغب في تذكرها وستجد هناك فراغاً لتدون فيه وبسرعة أفكارك

الأولى بشأن الأشياء التي ترغب في وضعها في حجرتك وشكل تصميم غرفتك ، وهكذا .

(اقترح ان تضع في حجرتك أمور هي أهداف في حياتك تود تحقيقها كأن تعلق في حجرتك شهادة دكتوراه أو غير ذلك)

• خطوات وضع الحجرة:

ضع الحجرة الخاصة بك بالموصفات السابقة التي ذكرناها، ارسـم هذه الحجرة كرسـم فنان أو كخطة ورسم لمهندس ، ثم دون أسماء الأشياء التي ستجهزها وتزينها بها، اختر عشرة مواضع معينة في حجرتك في ذاكرتك ضع في كل موضع أشياء تصل إلى ٢٠ ، ٣٠ ، ٥٠ الخ ويمكنك إضافة حجرات أخرى لمنزلك كما يمكنك إضافة منازل أخرى لقريتك وإضافة قرى أخرى لمدينتك وإضافة مدن أخرى لبلدك كما يمكنك إضافة بلدان أخرى وهكذا إلى أن تصل إلى المجرة أو الكون... الخ.

كثير من الناس يعتبرون هذا النظام أفضل نظام للذاكرة لديهم ويستخدمون عدداً هائلاً من الأوراق ، ليدونوا فيها مئات الأشياء التي يضعونها في حجرتهم الضخمة ، يمكنك أن تختار الطريقة التي تعجبك في فعل ذلك .

عندما تكون قد انتهيت من هذه المهمة ، قم بعدد من الجولات الذهنية في حجرتك ، لتستظهر بدقة الترتيب وموضع وعدد الأشياء في الحجرة ، مستشعراً ذلك بكل أحاسيسك (الألوان ، المذاق، المشاعر ، الروائح ، الأصوات .. الخ)

• طريقة الربط الذهني

يمكن تحويل المعلومات الجديدة إلى معلومات طويلة المدى بربطها بأشياء معروفة أو بمعلومات موجودة في الذاكرة طويلة



المدى فالمعلومات والحقائق الجديدة مثل قصة الغنم والراعيين) وترتكز القصة على أنه خصص راعين لرعاية الغنم وكانوا على اختلاف فكل منهم يسير في طريق مختلف و بعد فترة لاحظ الراعيين أن عدد

الأغنام قد تقلص و فقدوا) و هذا قد يصيب ذاكرتنا إذا لم نقم بربطها في ذهننا برابط معين فسرعان ما تنتشت كأغنام الراعيين ، أما لو كان هناك رابط فتمى ما احتجنا إلى هذه المعلومات فسرعان ما نحصل عليها كالحبل الذي نسحب به .

يمكن تطبيق طريقة الربط الذهني مع المسنين باستخدام العلاقات فمثلاً لتذكر شخص ما حاول ربط هذا الشخص بالمكان الذي قابلته فيه مثلاً مكتب أو محل و هل كان جالساً أو واقفاً و هكذا فعند محاولة تذكره نرجع إلا المكن و الزمن و الظروف و من هنا ستبدأ الذاكرة باسترجاع كافة المعلومات المتعلقة بذلك الشخص .

كما يمكن كتابة عبارات مثل: استغفر الله أو الحمد لله... على أوراق ملونة ثم أخبر بها المسن يومياً... مع تخصيص كل لون لعبارة مثل اللون الأخضر لعبارة الحمد لله وهكذا....

لون حياتك

(الألوان لتنشيط الذاكرة وتخفيف الاكتئاب)

التمهيد:



أخوتي المسؤولين عند دور رعاية المسنين ظهرت العديد من الدراسات الحديثة عن دور اللون و تأثيرها القوي على الحالة النفسية للإنسان و أثبتت العديد من هذه الدراسات دور الألوان في تخفيف حالات الاكتئاب و القلق لدى المسنين و سنقدم في هذا الجزء نبذة عن مفهوم الألوان العلاجي لتتمكنوا من تطبيقه خلال تجربة الدراسة و في المستقبل...

الألوان الأساسية والألوان الثانوية

حدد العالم الألماني «مندل» ستة ألوان أساسية وهي:

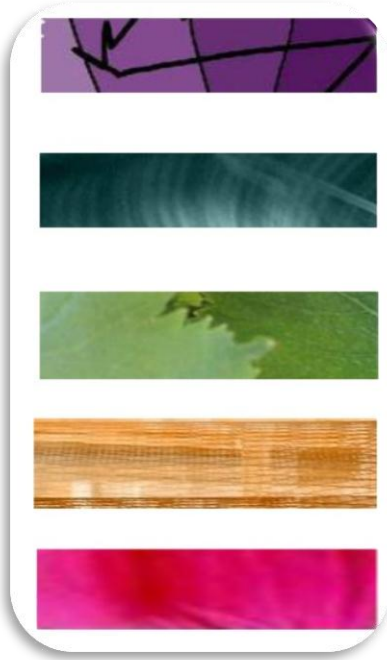
الأحمر والأصفر والأزرق والبرتقالي والأخضر والبنفسجي. وأظهرت البحوث الحديثة، أن الاستخدام الصحيح للألوان يمكن أن يزيد التركيز والنشاط، والقدرة على التعلم والفهم والتذكر بحوالي ٥٥ - ٧٨ في المائة، لذلك يحاول المصممون دائماً استخدام الألوان التي تجعل مظهر الشخص أجمل وتشعره بالراحة أيضاً، وخاصة أننا نحيا في العصر الرقمي، فهناك ما يسمى بالألوان الرقمية، وكل درجة لون تحمل رقما معينا، ولها تأثير درامي معين وخصائص يمكن توظيفها بمهارة في العملية التعليمية. ومن المعروف أن الألوان تخفف التوتر، وأنها تملأ المرء بالطاقة، بل إنها تخفف الألم والمشاكل الجسمانية الأخرى، ويمكن اختيار لون لإحداث تغيير في الحالة النفسية .

أقسام الألوان

تقسم الألوان بصفة عامة إلى قسمين هما:

الألوان الحارة : وتشمل: الأحمر والبرتقالي والأصفر الكروم.

الألوان الباردة : وتشمل الأخضر والأزرق ودرجاتهما كالأصفر الليموني المخضر الأزرق الذي يميل إلى النيلي.



وهي صفات اشتقت من مظاهرها الطبيعية كالشمس والنار والبراكين والماء والثلج والأشجار والحقول... الخ. فكلما نظرنا حولنا وجدنا الألوان تحيط بنا، ويرتبط اللون بالضوء تماماً، إلى حد أننا لا نستطيع الفصل بينهما، فقد أثبت العالم العربي (ابن الهيثم) أن الشيء لا يضيء بذاته، بل بإشراق النور عليه، كما أن العين لا تشع، وإنما تتلقى الأشعة المنعكسة عن الأشياء فيحدث اللون فالأشياء والأجسام لا تطلق اللون. وهذا ما أعلنه أحد الفلاسفة الألمان إذ قال: "كل البقرات في الليل سود".

كما أجريت دراسات عديدة لمعرفة أثر اللون في عملية التعرف ووجدت الصورة الملونة أكثر بقاء في الذاكرة من الصورة المرسومة أو المخططة، كما أجرى أحد العلماء تجربة باستخدام سلسلة من درجات اللون الرمادي فوجد أنه كلما اختلف اللون المعروض عن اللون الذي قبله كان من السهل التعرف عليه، وكلما اقترب كانت الإجابة عرضة للخطأ، وأن هذه النسبة في الدقة تتراوح بين ٨٧% و ١٧% وأضاف أن هذه النتائج لا تتأثر بمرور الزمن.

واللون له علاقة بحياة الإنسان والحضارة، وهو يمثل موصلاً لرسالة، أو حالة، أو موقف، وبه يشكل الإنسان مع محيطه نسيجاً متشابكاً من العلاقات، فالثابت أننا نتفاعل مع الآخرين، ومع الطبيعة عبر علامات، حيث الأحمر يثيرنا، والأبيض يدعونا للتأمل، والأخضر يحفزنا على الاسترخاء .

الخصائص الدرامية والنفسية للألوان

الألوان أصبحت جزءاً من عناصر الاتصال وتستخدم باستمرار بشكل أساسي في المنتجات والسلع والمبيعات، كما أنها يمكن أن تستخدم كلغة موازية يمكن استخدامها للتلميح أو التصريح بمعان معينة فإذا كانت كذلك فلماذا لا يتم الاستفادة منها في مجال العناية بالمسنين الذين يحتاجوا منا كل اهتمام و رعاية فجميعنا سنمر يوماً بهذه المرحلة.

و سنقدم اقتراح الآن لكيفية استخدام الألوان في العلاج:

الأصفر للتذكر والحفظ

و يستخدم هذا اللون في تحسين قدرات الذاكرة و الحفظ فأثبتت الدراسات أنه من أشد الألوان إيقاعاً في الذاكرة فكلما أردت أن تتذكر شيئاً اكتبه على ورقة صفراء. ويعتبر اللون الأصفر هو لون الغيرة في معناه، فإذا شابه قليلاً من الزرقة عبّر عن الحقد، وإذا شابه قليلاً من الخضرة عبّر عن الحزن، كذلك فهو لون الحذر.



ويمكن الاستفادة منه من خلال توظيفه في عرض الأرقام

المطلوب من المسنين حفظها أو العناوين المهمة و السماء و غيرها و التي تحتاج إلى الحفظ كذلك يمكن استخدامه في اللوحات الإرشادية والإعلانات المهمة داخل الدار أو في غرف المسنين. (في نهاية هذا الجزء توجد نماذج للتطبيق)

البرتقالي يصلح كمنشط

اللون البرتقالي يعمل كمنشط عام ومضاد للإحساس بالهبوط والفتور والاكتئاب والنعاس والاضطهاد واليأس وكل المشاعر السيئة، ويساعد على الشفاء من أمراض القلب والاضطرابات العصبية، وهو من أحسن الألوان وذلك لفتحه للشهية وخاصة



لرفع معدل الشهية عند المسنين الذين يعانون من ضعف الشهية و عدم الرغبة في تناول الطعام، ولذلك يمكن وضع مفارش برتقالية على طاولة الطعام مع أطباق بدرجات اللون البرتقالي. ويمكن إلباس المسنين معاطف أو أغطية للرأس باللون البرتقالي ليزيد معدل الطاقة لديهم و يخفف من الشعور بالتعب أو الإرهاق.

ويمكن الاستفادة منه لأنه مضاد للفطور والنعاس وكل المشاعر السيئة فهو بذلك يصلح استخدامه في الرحلات و قبل الأنشطة الرياضية كدهن الكراسي بهذا اللون أو استخدامه في ستائر غرف الأنشطة الرياضية و يمكن استخدامه في كتابة عبارات تشجيعية توزع على الغرف أو الصالات

الأحمر للحماس و الإنعاش

يعتبر اللون الأحمر لون الشر والحركة المفاجئة، والثورة والصراع، كما أنه



يعكس قوة الإرادة، وهو لون الإنعاش والحماس للجسم والعقل ويزيد الترويح والانتشار، يتميز بكونه منشطاً ومنبهاً. يلفت الانتباه وفتح الشهية. يعالج فقر الدم ويساعد التئام الجروح ويشفي الأكزيما والحروق ويزيد معدل ضربات القلب ومعدل التنفس. وهو لون العواطف والطاقة وهو يساعد على الشفاء من البرود والتهاب المثانة البولية والمشاكل الجلدية. ولا ينصح لمن يعانون

من ضغط الدم العالي وقد وجد العالم غاديلي أن الشعاع الأحمر هو لون البناء والتشييد ويساعد على استمرار خلايا الحمراء في الجسم وينبه الكبد. وبينت دراسة أجريت عام ١٩٩٠ تم فيها تسليط أضواء حمراء اللون على عيون مجموعة المرضى يعانون من الصداع النصفي في بداية ظهور النوبة أن ٩٣% منهم تعافوا جزئياً نتيجة هذا العلاج

وارجع المعالجون السبب أن اللون الأحمر يزيد ضغط الدم الشرياني ويوسع الأوعية الدموية. وهو لون لا يصلح ارتداؤه أثناء المفاوضات فعند محاولة إقناع المسنين بعمل ما أو القيام بأحد الأنشطة يجب إبعاد اللون الأحمر عن مستوى النظر لأنه يخلق نوع من العناد و التمرد لدى الشخص.

ويمكن الاستفادة منه عن طريق إضافة الزهور الحمراء و الوسائد على الكراسي فاللون الأحمر يعطي المكان توهج و بهجة مما يساهم في إعطاء أمل في الحياة كما يمكن الاستفادة منه في المطبخ و أماكن استقبال الزوار.

الأخضر لتحسين القراءة

أحد الألوان الباردة وهو رمز الطبيعة والسكون والحظ الطيب والصحة واليقظة. وقد أثبتت الدراسات أن اللون الأخضر يساعد على تحسين القدرة على القراءة، ومن خواصه أنه يقلل الضغوط النفسية. و أذكر هنا تجربة تمت في لندن على جسر (بلاك فرايار) الذي يعرف بجسر الانتحار - لأن أغلب حوادث الانتحار تتم من فوقه - و عندما تم تغيير لونه الأغبر القاتم إلى اللون الأخضر الجميل أدى ذلك لانخفاض حوادث الانتحار بشكل ملحوظ.



ويمكن الاستفادة منه من خلال استخدامه لتغطية بعض الأرضيات في الدار و كلون للكراسي في غرف الجلوس و يمكن استخدامه في الستائر و الأكواب.

الأزرق للتغلب على الأرق و القلق

هو لون مجدد لنشاط الجهاز العصبي بالجسم ومهدئ للأشخاص العصبيين



والمصابين بارتفاع ضغط الدم والأمراض الروماتزمية وتصلب الشرايين، و يؤدي إلى الاسترخاء ويخفض من عدد مرات التنفس لمن يعاني من الربو بو ضيق التنفس فيساهم في تحسن التنفس و إلى وصول نسبة أكبر من الأكسجين. وقد أجريت العديد من الدراسات أنه عند استخدام اللون الأزرق في الغرف يخفض القلق و الرق الليلي كما

يساهم في تطيف الجو خاصة إذا أضفنا على جدار الغرفة رسومات بسيطة تمثل السحب ، كما أثبتت الأبحاث السريرية أنه يساعد أيضا على تخفيف آلام قرح الفراش والظهر والروماتيزم والاضطرابات الالتهابية كما يمكن استخدامه في الحمامات حيث يضيء جوا من النظافة.

وهو لون يستخدم كنفويض للون الأحمر حيث يمكن ارتداؤه في مقابلات العمل والمؤتمرات والمفاوضات. ويمكن الاستفادة منه من خلال: استخدامه في حجرة الأخصائي الاجتماعي أو النفسي في الدار عن طريق طلاء لون الحائط أو مجموعة من ملصقات الحائط، كذلك يمكن استخدامه في غرف الاستقبال و غرف اللقاءات الجماعية .

الأسود للخضوع



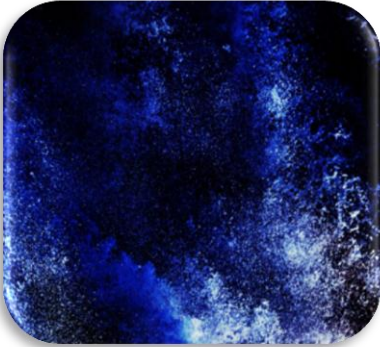
لون أساسي ومهم كما أنه لون الطاقة. وهو لون يلمح للاستسلام والخضوع . كما يشير للتحفظ والحزن والأذى.ويمكن الاستفادة منه كرمز للقوة فيستخدم لبعض الملابس أو كمراكن للنباتات و الزهور.

البنى لزيادة الثقة



هو لون الخشب وهو يعبر بغزارة عن الأرض، ويلمح للأصالة، وقد يعبر عن الحزن، وقد يشير إلى شخص جدير بالثقة، وهو أحد الألوان المفضلة عادة لدى الذكور. ويمكن الاستفادة منه من خلال: استخدامه للتعبير عن الطبيعة كالأرضيات الخشبية و في بعض الأثاث الخشبي أو المصنوع من الخيزران و كما يمكن استخدامه في بعض الملابس و المناديل و الأحذية و الجوارب للدفع و الراحة خاصة للذكور.

النبلي لتنشيط الذاكرة



يشابه اللون الأزرق في التأثير وهذا اللون منشط للذاكرة والتفكير ويساهم في التخفيف من الاضطرابات المعوية ويؤثر على الجهاز التنفسي والشرابين . ويمكن الاستفادة من خواصه بالتبادل مع اللون الأصفر لعرض الأمور التي تحتاج إلى الحفظ والذاكرة النشطة مثل الأرقام ونحوه.

الوردي للتغلب على ظاهرة العنف



له تأثير ملطف على الجسم حيث يعمل على إرخاء العضلات. وقد وجد أنه مهدئ للعدوانيين والذين يميلون للعنف أو من يعانون من حالات الاكتئاب الشديدة. فعادة ما يستخدم في السجون والمستشفيات ومراكز الأبحاث ومراكز علاج الإدمان. ويمكن الاستفادة منه كأن يكون

لون الحائط في غرفة الأخصائي النفسي والاجتماعي بالدار مثلاً أو كلون جدار لغرف المسنين ممن يعانون من الانزعاج و العصبية أو الاكتئاب .

اللون الأبيض للهدوء

الأبيض هو رمز الهدوء والنقاء وهو يشمل كافة ألوان الطيف الضوئي يستعمل كعلاج لمرض الصفراء وخاصة للمصابين بها من الأطفال حديثي الولادة حيث يسלט الضوء الأبيض الشديد عليهم فوق منطقة الكبد فيتم الشفاء.وكذلك ينصح الأطباء مرضى الدرن الرئوي التعرض لضوء الشمس القوي وارتداء الثياب البيضاء.كما أثبت أن ضوء الشمس بما فيه سرعة ألوان الطيف له قدره على إنتاج فيتامين "د" تحت الجلد وهذا الفيتامين يساعد على تكوين العظام ومعالجة هشاشة العظام.



اللون الأبيض أكثر الألوان راحة للنفس وأكبر دليل

لذلك استعماله بكل ما يتعلق بالمرض مثل ألوان جدران المستشفيات وملابس الأطباء والمرضى وأغطية الأسرة وملابس المرضى وستائر الغرف والأجهزة الطبية. و يمكن الاستفادة من هذا اللون في تلطيف الأجواء الصيفية الحارة فاللون الأبيض يترك مسحه من البرودة لذلك يناسب طلاء جميع غرف البيت بالأخص اللون الأبيض اللون المائل إلى الزهر، الأصفر، الأزرق أو الأخضر أو ما يسمى بالأبيض الملون.ففي غرف الاستقبال يمكن طلاء الجدران باللون الأبيض وكذلك جدران وسقف غرفة الطعام وكذلك الستائر، مع إضافة ألوان زاهية أخرى بالأثاث و الأطباق و نحوه.

و سنقدم الآن جدول زمني يوضح كيفية توظيف الألوان خلال أسبوع

كامل :

اليوم	النشاط
السبت	اللقاء مع المسنين و تركهم يختارون الألوان الملائمة من الوسائد لإضافتها إلى كراسي صالة الاستقبال أو الجلوس.
الأحد	أخذ المسنين في نزهة إلى السوق لشراء بعض أدوات المائدة الملونة لسكب الطعام و توزيعه على الزوار من الأطفال أو المدعوين من منسوبي الدار أو غيرهم. أو يمكن تقديم صحون ملونة و تجهيزها للضيافة من خلال المشاركة في وضع التمر أو البسكويت في أوراق ملون على الصحن.
الإثنين	توفير مناديل ملونة و الطلب من المسنين اختيار اللون المناسب و يمكن استخدام النشاط نفسه في توفير أغطية ملونة للسرير أو اختيار لون للستائر داخل الغرف.
الثلاثاء	تجهيز أطعمة مع ضرورة التنوع في استخدام الخضروات و الفاكهة ثم وضع مفرش للطاولة باللون البرتقالي والتنوع في استخدام الأطباق.
الأربعاء	تجهيز أوراق و ألوان للرسم أو التلوين كما يمكن استخدام الخيوط و الصوف الملون لهواة التطريز أو النسيج .
الخميس	استخدام الحناء للسيدات مع تلوينها بمواد طبيعية كالشاي أو الزعفران لفتح باب مناقشة عن الألوان و استرجاع الذاكرة لديهم. يمكن استخدام طاوولات ملونة أو مفارش لوضع ألعاب الطاولة أو الشطرنج و نحوه للرجال. يمكن إضافة طبق فواكه منوع أو أصيص للزهور في داخل أماكن جلوس المسنين و الزائرين.

لقاء يوم الجمعة الديني يكون للحديث عن الألوان في القرآن مثل:

لقد ورد لفظ الخضرة في آيات القرآن الكريم و التي تصف حال أهل الجنة أو ما يحيط بهم من النعيم في جو رفيع من البهجة و المتعة و الأمان النفسي فنجد في سورة الرحمن: (متكئين على رفرف خضر و عبقرى حسان) الآية ٧٦ و قال تعالى : (عاليهم ثياب سندس خضر و إستبرق و حلوا أساور من فضة و سقاهم ربهم شراباً طهوراً) الإنسان ٢١

يمكن مراجعة الأمثلة من الجزء المرفق لاستخدامها.

□ النشاط الأول

الرجاء استخدام أوراق صفراء لتسجيل الأرقام المهمة المطلوب تذكرها و

ملاحظة تحسن درجة التذكر لديهم مثال:

٥٣٤٤٦٨٩

البقال

٥٦٤٢١٧٨

الطبيب

□ النشاط الثاني

استخدام البطاقات الصفراء لتذكير المسنين بمواعيد العلاج أو المواعيد المهمة

لتنشيط الذاكرة لديهم مثال:

دواء الضغط الساعة ٥

دواء السكر الساعة ٧

الخروج للمنتزه غداً

النشاط الثالث

استخدام البطاقات الملونة لتذكيرهم بأعمال يومية مفيدة مثال:

اشرب الماء باستمرار

سبحان الله و الحمد لله

ابتسم و تغلب على المرض

□□ النشاط الرابع

تجهيز الطعام يمكن استخدام الجزر + الطماطم+ البقدونس أو الكزبرة+ الكرم،
الفجل+ الخيار+ الباذنجان+ اليقطين + البطاطس+ الخس+ بطاطا حلوة + خوخ+
موز+ فلفل رومي + فاصوليا+ ذرة+ حب+ لحم+ دجاج+ رز.....

عند تجهيز السلطة مثلاً نستخدم اللون الأخضر فاتح و غامق (الخيار+
الخس+ البقدونس) و اللون الأحمر (الطماطم) و اللون الأصفر (الليمون) و هكذا
فتكون الألوان متوفرة في الوجبة و يمكن تنبيه المسنين بتواجد الألوان في الطعام.

□□ النشاط الخامس

يمكن تجديد الغرف و أماكن الاستقبال و استخدام الألوان كما تظهر الصور
التالية من حيث اللوحات و الوسائد و لون الكراسي و نحوه





□ النشاط السادس

رحلة الألوان في القرآن

قال تعالى في سورة المدثر: (وَاللَّيْلِ إِذْ أَدْبَرَ وَالصُّبْحِ إِذَا أَسْفَرَ إِنَّهَا لَأِخْدَى الْكُبْرِ)

من هنا تبدأ رحلة الألوان فالليل يدل على الظلمة والسواد والنهار يدل على الضياء والنور والبياض والليل يعمل في نظم الكون فسماء الأرض زرقاء ليست كسماء القمر وسطح الأرض ليس كسطح القمر وهكذا فاللون مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالضوء ولذلك فهم اللون يرتبط ارتباطاً وثيقاً بفهم الضوء وضوء الشمس خاصة والألوان لها أثر جلي في النفس فكثيراً ما يرتاح الإنسان للون معين دون الآخر وهذا يرجع لتترك الألوان أثر بأعصاب العين وقد وردت الألوان بالقرآن الكريم وهذه أمثلة لكل واحداً من الألوان :

☞ اللون الأسود : قال تعالى :

(وَإِذَا بُشِّرَ أَحَدُهُمْ بِمَا ضَرَبَ لِلرَّحْمَنِ مَثَلًا ظَلَّ وَجْهُهُ مُسْوَدًّا وَهُوَ كَظِيمٌ)

﴿ اللون الأبيض : قال تعالى : ﴾

(وَتَوَلَّى عَنْهُمْ وَقَالَ يَا أَسْفَىٰ عَلَىٰ يُوسُفَٰ وَأَبْيَضَّتْ عَيْنَاهُ مِنَ الْحُزَنِ فَهُوَ كَظِيمٌ)

﴿ اللون الأصفر : قال تعالى : ﴾

(صفراء فاقع لونها تسرُّ الناظرين)

﴿ اللون الأزرق : قال تعالى : ﴾

(يَوْمَ يُنْفَخُ فِي الصُّورِ وَنَحْشُرُ الْمُجْرِمِينَ يَوْمَئِذٍ زُرْقًا)

﴿ اللون الأخضر : قال تعالى : ﴾

(الَّذِي جَعَلَ لَكُم مِّنَ الشَّجَرِ الْأَخْضَرِ نَارًا فَإِذَا أَنْتُمْ مِنْهُ تُوقَدُونَ)

﴿ اللون الفضي : قال تعالى : ﴾

(وحلوا أساور من فضة وسقاهم ربُّهم شراباً طهوراً)

﴿ اللون الذهبي : قال تعالى : ﴾

(يُحَلِّوْنَ فِيهَا مِنْ أَسَاوِرَ مِنْ ذَهَبٍ)

﴿ اللون الأحمر : قال تعالى : ﴾

(أَلَمْ تَرَ أَنَّ اللَّهَ أَنْزَلَ مِنَ السَّمَاءِ مَاءً فَأَخْرَجْنَا بِهِ ثَمَرَاتٍ مُّخْتَلِفًا أَلْوَانُهَا وَمِنَ الْجِبَالِ جُدَدٌ بَيضٌ وَحُمْرٌ مُّخْتَلِفٌ أَلْوَانُهَا وَغَرَابِيبُ سُودٌ)

في الحركة بركة
(النشاط البدني و الرياضي)

تمارين للمسنين:

توجد الأنماط المتعددة من التمارين والأنشطة الرياضية التي تفيد كل مرحلة

عمرية، وإذا كان الإنسان يعاني من اضطرابات أو بوصوله لمرحلة متقدمة من العمر فمن الهام أن يستشير الطبيب قبل البدء في ممارسة أي نشاط رياضي.

وتعتبر خطوة اللجوء إلى المشورة الطبية خطوة أساسية قبل البدء في أي برنامج رياضي، لكن ما هو السبب وراء ذلك؟



بوجه عام، الرجال فوق سن الأربعين والنساء فوق سن الخمسين من الضروري استشارة الطبيب المختص قبل القيام بأي نشاط حيوي وخاصة إذا كان الشخص:

- لديه احتمالية كبيرة في الإصابة ببعض الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب ومرض السكر.
- يعاني من السمنة أو يقوم بالتدخين

وغالبية المسنين بغض النظر عن العمر نفسه أو الحالة الصحية، عليهم ممارسة

النشاط البدني بمعدلات معتدلة.

أمور صحية لا بد من الالتفات إليها قبل البدء في ممارسة النشاط الرياضي:

إذا كان الشخص لا يقوم بممارسة الرياضة بشكل منتظم لفترة من الزمن، عليه بالرجوع أولاً إلى الطبيب المختص قبل البدء في ممارسة أي نشاط رياضي. وهذه الاستشارة الطبية خطوة لا غنى عنها، في حالة ما إذا كان الشخص يعاني من إحدى الأعراض التالية:

١. آلام في القدم والكاحل.

٢. ضعف في جدار الأوعية الدموية الرئيسية الخارجة من القلب.

٣. بعضاً من اضطرابات العين، مثل نزيف الشبكية، الانفصال الشبكي، بعد إجراء

جراحة المياه البيضاء، زرع

العدسة، العلاج بالليزر أو أية

جراحة متعلقة بالعين لابد من

استشارة الطبيب.

٤. آلام عند المشي بعد الوقوع، لأنه

قد يكون هناك احتمال بوجود كسور دون أن يعي الشخص

٥. ضيق في أحد صمامات القلب.



ما الذي تبحث عنه بعد ممارسة النشاط الرياضي؟

يجب مراعاة الأعراض التالية حيث يجب اللجوء للطبيب فوراً:

١. آلام بالصدر.

٢. عدم انتظام في ضربات القلب أو سرعتها.

٣. قصور حاد في التنفس.

٤. نقص مستمر في الوزن ملحوظ لكنه غير مُشخص.

٥. جلطات دم حادة.

٦. الفتق الذي يسبب أعراضاً من الألم وعدم شعور بالراحة.

٧. أية أعراض جديدة تظهر على الشخص لم يكن معتاد عليها، أو أعراض لم

تُشخص بعد بواسطة الطبيب المختص.

الأنشطة الرياضية المقترحة:

٣' تمارين القوة:

من فوائد تمارين القوة للمسنين:



١. تبنى العضلات.
٢. تزيد من فاعلية التمثيل الغذائي الذي يساعد على بقاء الجلوكوز والوزن في معدلات مثالية.
- يستخدم في هذا التمرين الأثقال الرملية عوضاً عن المعدنية (عبارة عن أكياس مملوءة رمل و يمكن أن تربط على السيقان أو الذراعين).

قبل البدء في ممارسة تمارين القوة:

١. عدم حبس الأنفاس أثناء القيام بهذه التمارين، لأن ذلك قد يؤثر على ضغط الدم.
٢. الحرص على القيام بخطوات ثابتة وتدرجياً.
٣. عدم غلق مفصل الذراع والرجل.
٤. إخراج زفير عند حمل أو دفع الثقل، والشهيق العميق عند الاسترخاء.
٥. الإرهاق البسيط وآلام العضلات أمر طبيعي بعد القيام بتمارين بناء العضلات.
٦. الإنهاك، آلام المفاصل، شد العضلات المؤلم كلها ليست بالأمر الطبيعية.

كم ممارسة هذه التمارين وتكرارها:



١. يتم ممارسة تمارين القوة لكافة عضلات الجسم الرئيسية على الأقل مرتين في الأسبوع، مع التغيير في التمارين حتى لا تعمل نفس المجموعة العضلية في يومين على التوالي.
٢. التدرج في وزن الثقل، ففي الأسبوع الأول يكون أقل وزن ثم يزداد تدريجياً إلى أن يصل إلى المعدل الذي يتلاءم مع مستوى لياقة جسم كل فرد.

٣. من الممكن أيضاً أن تكون البداية بدون حمل أي ثقل، مع الوضع في الاعتبار أن الوزن الزائد عن الحد يُعرض الجسم للإصابات والضرر.
٤. من الهام جداً زيادة وزن الثقل تدريجياً لكي يزيد مزيداً من التحدي لجسده ولكي يجنى ثمار تمارين القوة، إذا لم يتحدى عضلات لن يصبح أقوى.
٥. إعطاء الجسم (٣) ثوانٍ لحمل الثقل من مكانه ثم الثبات على هذا الوضع عند الرفع لمدة ثانية. إنزال الحمل في ثلاث ثوانٍ أيضاً وببطء، ومن الهام جداً لا تجعله يسقط من يديك.
٦. الإحساس بالصعوبة الخفيفة في رفع الثقل، وإذا فشلت في حمله ثمان مرات على التوالي فهذا معناه أن الوزن زائد عن الحد وينبغي تقليله. أما إذا شعرت بخفة الوزن والقدرة على حمله (١٥) مرة على التوالي فهذا معناه أن الوزن خفيف جداً وينبغي تزويده.
٧. يتم تكرار التمرين من ٨-١٥ عدة على التوالي، ثم الاسترخاء لمدة دقيقة ومعاودة ممارسة مجموعة أخرى بنفس العدة.

٣' تمارين قوة التحمل:

ومن أنواعها:



١. المشي

٢. القفز

٣. السباحة

٤. ركوب الدراجة

و لا بد أن نراعي أن يتم التدرج في مثل هذه التمارين والتي تبدأ بخمس دقائق. و تساعد هذه التمارين تحسين معدل ضربات القلب، وتزيد من كفاءة عمليات التنفس عند الإنسان.

٣' تمرين رفع الذراع:



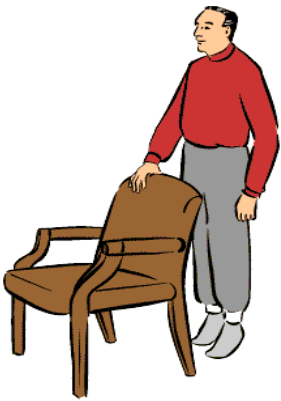
١. الجلوس على مقعد مع الحرص على استقامة الظهر.
٢. تثبيت القدمين على الأرض على أن تكون بمحاذاة الكتفين.
٣. حمل ثقل في كلا اليدين، بحيث يتدلى الذراعين على جانبي الجسم في وضع استقامة مع مواجهة راحة كفي اليدين للداخل.



٤. رفع كلا الذراعين إلى الجانبين بارتفاع الكتفين.
٥. البقاء على وضع الرفع لمدة ثانية.
٦. خفض الذراعين تدريجياً إلى الجانبين.
٧. التوقف، ثم تكرار خطوات التمرين من ٨-١٥ مرة.
٨. لاسترخاء قليلاً، ثم معاودة أداء مجموعة أخرى من التمرين بنفس العدة (٨-١٥ مرة).

٣ تمرين الرفع الجانبي للرجل (تمارين الاتزان) :

تساعد على بناء عضلات الأرجل، وتقلل من قابلية الإنسان للسقوط وتعرضه في السن المتقدمة لكسور العظام والحوض التي تجعله في حاجة على الاعتماد على الآخرين في الحركة.



قبل البدء في ممارسة تمارين الاتزان:

١. الارتقاء بقوة عضلات الجزء السفلي من الجسم يساعد على توازن الجسم، والتوازن الأفضل يعنى عدم التعرض للوقوع والسقوط. وقبل البدء في ممارسة مجموعة من تمارين الاتزان والقوة، ينبغي إتباع نصائح الأمان التالية للجزء السفلي من الجسم:
٢. اللجوء إلى الطبيب واستشارته بخصوص أمان إتباع هذا البرنامج الرياضي.
٣. الاستناد على منضدة أو كرسي بيد واحدة أثناء القيام بتمارين الاتزان.

٤. عند إحراز التقدم في أداء التمرين حاول تدعيم الجسم بطرف إصبع واحد فقط بدلاً من اليد كاملة، مع وجود شخص بجوارك يلاحظك حتى لا يختل توازنك.



٥. وبمرور الوقت وبممارسة تمارين الاتزان، يمكنك القيام بها بدون استخدام اليد أو الأصابع مع غلق العينين (في وجود شخص بجوارك أثناء قيامك بالتمرين في حالة اختلال توازنك).

٦. خفض الرجل المرفوعة لأسفل مرة أخرى ببطء وتكرار نفس الخطوات مع الرجل الأخرى.

٧. الحفاظ على استقامة الظهر والركبة أثناء ممارسة هذا التمرين.

٨. التبادل بين الرجلين في ممارسة التمرين حتى الوصول إلى تكراره مع كل رجل من ٩-١٥ مرة.

٩. أخذ قسطاً من الراحة، ثم القيام بأداء مجموعة أخرى من التمرين بالتناوب بين الرجلين (٨-١٥ عدة في المجموعة الواحدة حسب الاستطاعة).

تمارين خاصة :

→ لمن كان طريح الفراش :

- ❖ رفع الساقين على استقامتهما فوق مستوى السرير ، ثني الذراعين والكاحلين
- ❖ رفع الرأس عن الوسادة و إدارته من جانب لآخر .
- ❖ استخدام جهاز القضيب المعلق فوق الرأس بجذب القضيب عدة مرات إلى أسفل (وهذه الأجهزة متاحة في محال بيع الأجهزة الطبية) .
- ❖ التنفس بعمق و اخرج هواء الزفير بالكامل عدة مرات ، واستنشاق اكبر كمية ممكنة من الهواء (هواء الشهيق) في كل مرة .
- ❖ عصر كرة من المطاط أو قطعة من الأسفنج باليدين .

❖ تكرار كل تمرين ، و زيادة عدد التكرارات بالتدرج .

→ لمن كان يجلس على كرسي متحرك :



❖ تأدية حركات الركل بالساقين في الهواء ، ثني الكاحلين و الذراعين .

❖ التنفس بعمق و إخراج هواء الزفير بالكامل عدة مرات ، و استنشاق اكبر كمية ممكنة من الهواء في كل مرة .

❖ تحريك عجلات الكرسي المتحرك داخل الدار أو خارجها .

❖ اللعب بإحدى الكرات بقذفها .

❖ رفع أثقال خفيفة (مثل المعلبات) .

→ لمن كان قادراً على التجول داخل الدار :

❖ المشي داخل الدار اكبر عدد ممكن من المرات .

❖ قذف كرة كبيرة من المطاط و ركلها بالقدم .

❖ الوقوف و الجلوس عدة مرات .

❖ قم بأداء تمارين المد و الثني للساقين و الذراعين و الظهر .
رفع أثقال خفيفة .

❖ الجلوس على كرسي له ظهر و التشبث به بينما يرفع و يخفض كلاً من الساقين .
رفع أثقال مثبتة في الساق .

→ لمن كان قادراً على التجول خارج الدار :

❖ المشي خارج الدار عدة مرات .

❖ ركوب دراجة .

❖ صعود و نزول السلم عدة مرات .

❖ المشي في الحديقة .



→ لمن كان قادراً على الاختلاط بالمجتمع المحيط به :

- ❖ المشي إلى محل البقالة ، جيئة و ذهاباً ، و الذهاب لزيارة المعارف المقربين .
- ❖ التجول داخل مركز التسوق إذا كان الطقس سيئاً .
- ❖ ممارسة إحدى الرياضات ، مثل السباحة أو الجولف ، كلما أمكن .

مع القيام بأي برنامج رياضي لابد من تذكر العبارة التالية:

"كل شيء لابد وأن يكون باعتدال" و عدم الإفراط عن ما هو محدد في البرنامج الرياضي، لأن الزيادة قد تضر أكثر مما تفيد. لا تحاول ممارسة نفس التمرين لنفس المجموعة العضلية في يومين على التوالي.

الرجاء استخدام أنشطة رياضية متنوعة مما سبق لكل يوم و خلال مدة البرنامج

(شهر).

شارك الآخرين ولا تبغى وحيداً
(النشاط الاجتماعي و دوره)

النمهيء:



إن الإنسان يعاني من الحرمان الاجتماعي عندما يفقد القدرة على حرية الاتصال الاجتماعي طبقاً لحاجته ورغبته، والمسئ يعتبر من أكثر فئات المجتمع تعرضاً للحرمان الاجتماعي نظراً لقلّة موارده المالية وضعف قواه الجسدية ويزيد من حدة المشكلات الاجتماعية شعور المسن بالوحدة والعزلة عن حياة المجتمع، ويبدأ هذا

الشعور بحياة الحرمان من العلاقات العائلية والتي كانت تؤلف جزءاً كبيراً من نشاطه واهتماماته اليومية ، مما يضع القيود على تحركات المسنين وعلاقاتهم الشخصية بأفراد المجتمع .

والحاجات الاجتماعية هي التي يتطلبها الفرد ليكوّن علاقات اجتماعية سوية مع الأفراد من أجل أن يعيش متوافقاً مع محيطه بقيمه ونظمه ومؤسساته. وتشكل الحاجات الاجتماعية للمسنين خاصية أخرى من خصائص الشيخوخة، والتي تشمل نوعية من المشكلات أهمها اغتراب المسنين عن المجتمع نتيجة لعدم استجابة المجتمع لاحتياجات المسنين أو عدم توفير الفرص لهم للاشتراك في اتخاذ القرارات الهامة المتعلقة بإشباع متطلباتهم ، فينشأ ما يسمى (باغتراب المسنين عن المجتمع) وقد يتبع هذا الاغتراب ما يلي :-

١. قلة الاهتمامات الاجتماعية للفرد فيما يتعلق بالجهود والأنشطة التي تخدم مجتمعه.
٢. قلة مشاركاته في المنظمات الاجتماعية أو محاولاته إيجاد المنظمات الأكثر فاعلية في إشباع حاجاته.
٣. عدم الثقة الكافية في المقدرة على تغيير الأوضاع السيئة في المجتمع.



ونتيجة لاغتراب المسنين عن مجتمعهم واضطراب علاقاتهم يميل المسنون إلى العزلة والوحدة ، ويزيد عن عزلة المسن زواج الأبناء أو موت أحد الزوجين والضعف البدني. و خاصة عندما يفقد المسنون مراكزهم في العلاقات العائلية ويفقدون تأثيرهم على الأسرة وانسحاب المسن وانقطاعه عن المجتمع سمة

من سمات التقدم في السن ، ويكون هذا الانسحاب متبادلاً بين المسن والمجتمع ككل ، وقد يرجع ذلك لظرة المجتمع واتجاهاته إلى الاختلاط الاجتماعي بالمشاركة مع أفراد المسنين.

مفهوم الرعاية النفسية والاجتماعية للمسن :

يعرف المسن بأنه من دخل طور الكبر الذي هو حقيقة بيولوجية تميز التطور الختامي في دورة النمو في حياة البشر ، والمسنين هم في مرحلة عمرية من مراحل النمو لها مظاهرها البيولوجية والنفسية والاجتماعية المصاحبة لها حيث يحدث له في أواخر شيخوخته ضعف وانهايار في الجسم ، واضطرابات في الوظائف العقلية ويصبح الفرد فيها أقل كفاءة وليس له دور محدد ، ونفسياً يعاني من انسحاب اجتماعي وعدم قدرة على التوافق بسبب سوء توافقه مع الإحداثيات الجديدة لقلته دافعيته .



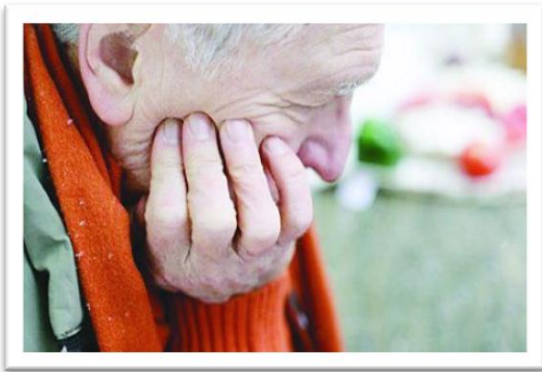
لذا فإن التعامل مع المسنين يتوجب الصبر والاحتمال والتأني وذلك بحسن المعاملة والتعاطف الإنساني والرعاية النفسية

والاجتماعية والتي هدفها تهيئة الشيوخ والمسنين للتكيف للحياة الجديدة بعد تقلص أدوارهم الحياتية، وكذلك مساعدتهم على تقبل أنفسهم كأفراد لهم مكانة في المجتمع

الذي يعيشون فيه، وكثيرا ما يصل الشيوخ إلى مرحلة فيجدون أن معظم الأعداء قد رحلوا عن هذه الدنيا إلى العالم الآخر، ويصبحون في وحده من بعد صحبه لذلك يجب أن نهئى لهم فرصة الاجتماع بغيرهم من الذين يقتربون منهم في الاتجاهات والميول والأفكار، و سنقدم في هذا الجزء بعض المقترحات الخاصة ببناء علاقة اجتماعية للمسنين في دور الرعاية و التي قد تساهم في تحسن حالتهم النفسية و الصحية.

بعض الأنشطة الاجتماعية المقترحة:

١. اصطحاب المسنين لتناول وجبة العشاء مثلاً في أحد المطاعم.
٢. اصطحاب المسنين لحضور فعاليات أحد المهرجانات أو المناسبات بشكل دوري.
٣. اصطحاب المسنين في جولة ترفيهية للأماكن المميزة أو الأماكن الأثرية و الجلوس فيها و استرجاع ذكرياتهم حول هذه المواقع لتنشيط الذاكرة.
٤. اصطحاب المسنين إلى مطعم يقدم الأطعمة التقليدية لتناول وجبة الغداء.
٥. اصطحاب المسنين إلى أحد المنتزهات حيث يتواجد العائلات و الأفراد مما قد يسمح لهم بتبادل الأحاديث مع الزائرين.
٦. استقبال الأطفال الأيتام في دار الرعاية و محاولة خلق جو أسري لهم عن طريق التعارف و توزيع الهدايا و نحوه و يفضل أن تكون هذه الزيارات بشكل دوري.
٧. اصطحاب المسنين لزيارة دور الأيتام و المستشفيات للمشاركة في رفع معنويات النزلاء.
٨. اصطحاب المسنين لزيارة بعض المدارس و اللقاء مع الطلاب و رواية بعض القصص و المواقف.



٩. إشراك المسنين في الفعاليات التي تقيمها الدولة أو المدينة أو الحي في المناسبات كالاستقبال أو المساهمة في تنظيم هذه الفعاليات.

١٠. دعوة أفراد من الأحياء المجاورة للدار الرعاية لشرب الشاي و القهوة و الجلوس مع المسنين و يمكن أن تعقد هذه الدعوات بشكل دوري.

١١. استقبال طلاب المدارس القريبة من الدار للحديث مع المسنين و مشاركتهم بعض الألعاب التي يشارك فيها المسنين كحكام و مراقبين و نحوه.

١٢. تشجيع التواصل الهاتفي للمسنين

مع ذويهم وأقاربهم من خلال توزيع بطاقات مسبوقة الدفع (الجوال) على المسنين أو تحديد موعد ثابت لاستخدامهم الهاتف أسبوعياً للحديث مع الأقارب أو الأصدقاء.

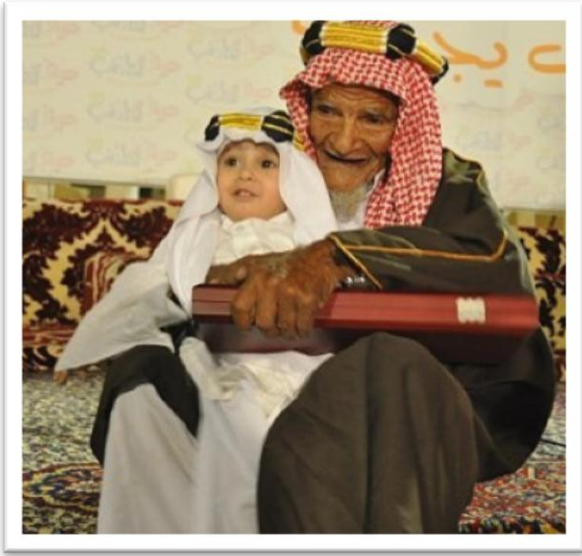
١٣. اصطحاب المسنين للتسوق لشراء احتياجاتهم الغذائية أو الشخصية.

١٤. تنفيذ اللقاءات الجماعية على الأقل

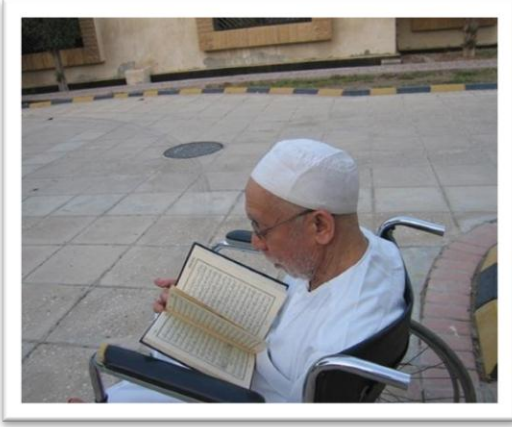
مرة أسبوعياً بين المسنين و الأخصائي الاجتماعي أو النفسي لتبادل الأحاديث معهم و التعرف على مشاكلهم.

١٥. فتح المجال في دار الرعاية لاستقبال بعض الأعضاء للاشتراك في الأنشطة الرياضية بشكل أسبوعي أو بتشكيل مقهي داخل الدار يديره المسنين القادرين و يدعم المسنين و يقدم دخل للدار.

١٦. اصطحاب المسنين للمشاركة في الحملات التي تديرها المراكز أو الأحياء للتوعية أو لجمع التبرعات لتحسين الحي مثلاً.



الإيمان والصحة



نعلم جميعاً أن الإنسان جسد وروح ، و يحتاج كلاهما إلى التغذية لكي يستمر ، وغذاء الجسد معروف ويتمثل في مختلف الأطعمة التي يتناولها الإنسان ، أما غذاء الروح فقلما يعتني به الناس لأنهم لا يلمسونه ولا يعيئون بالمخاطر التي تنتج عن

إهماله ، فالروح تحتاج في غذائها إلى العبادة وإلى أداء الواجبات الدينية والارتباط بالخالق.

وقد علمنا نبياً محمد فائدة علاقة الفرد مع ربه عندما قال : "أرحنا بها يا بلال" ويقصد هنا الصلاة، و قالى تعالى: ألا بذكر الله تطمئن القلوب ، لأن ذكر الله تعالى بالصلاة أو غيرها يطمئن القلب ويريح النفس مما يعود بالنفع على صحة البدن واستقراره.

وقد أثبتت العديد من الدراسات الحديثة أن المواظبة على حضور الطقوس الدينية والتواصل مع الآخرين تساعد على تحسين الصحة النفسية و البدنية. وقد أعلنت دراسة مفادها أن الأشخاص الذين يؤمنون بالله، يتمتعون بصحة أفضل، ويعيشون مدة أطول، من نظرائهم الملحدين، الذين لا يعتقدون بوجود الخالق. وتوصل باحثون من جامعة أيوا الأمريكية إلى أن مدة حياة الأشخاص الذين يواظبون على الذهاب إلى دور العبادة، كانت أطول بحوالي ٣٥ في المائة، مقارنة مع الذين لا يترددون عليها. وتوصلوا أيضا إلى أن جهاز المناعة ينشط عند المسنين الذين يرتادون أماكن العبادة باستمرار وبصورة منتظمة، بعدما درسوا هذه الظاهرة عند ٥٥٠ شخصا فوق سن الخامسة والستين، ولاحظوا أيضا أنهم يصبحون أقل عرضة للإصابة بارتفاع ضغط الدم وانسداد الشرايين.

الجانب الديني وتأثيره على الحالة النفسية و الجسدية للمسنين:

يرجع تأثير العبادة على الصحة النفسية والبدنية لأمر منها :

١. تخفف الطقوس الدينية من الضغط والتوتر وينعكس ذلك إيجابياً على الجهاز المناعي .
٢. إن الصلاة تتوفر على حركات رياضية شاملة وتتميز بالسكينة النفسية. و الصلاة مع الجماعة تسهل تواصل الفرد مع الآخرين واندماجه في بيئته وتجنب الشعور بالوحدة والعزلة عن العالم فتمكن بذلك من تحسين الصحة النفسية، كما أن مجرد التردد على المساجد والتحرك إليها رياضة بدنية نافعة .
٣. إن أداء هذه العبادات في حق خالق الأرض والسموات يطمئن العابد لأنه يشعر بالأمان ما دام بين يدي علي قدير .
٤. إن ممارسة الشعائر الدينية بانتظام تساهم في تحسين الحالة الاجتماعية.

و قد أكدت أحد الدراسات لباحثي الشيخوخة على أهمية ما سبق، حيث أظهرت نتائج دراستهم أن الدين و الإيمان يؤثران داخلياً فحسب وإنما يؤثران بشدة على جميع جوانب حياة المسنين الاجتماعية و الصحية. فبالنسبة لباحثي الشيخوخة مارتين هولت ومورتون ديلمان-جينكينز تمتلك " الحياة الروحية " الغنية وجوهاً اجتماعية جوهرية تصون الكثير من المسنين من مشكلة جبارة للمجتمعات الحديثة: " العشوائية " كفقدان للمعنى وتداعي القيم. فالإيمان يساعد المسنين بالمقابل في تنمية نوعية حياتهم بعمق ومنح حياتهم معنى والتغلب على التفكير بالموت أو التعامل مع الخسائر والأحزان في الوجود بشكل أفضل . فالتدين و الإيمان يحقق في الكبر تكاملاً وجودياً واسعاً، بحيث أنه يبدو بالنسبة لكثير من المسنين نوع من الإكسیر الجسمي والروحي: فقد وجد علماء الشيخوخة أم المسنين المتدينين أكثر أملاً وتفاؤلاً من أترابهم المسنين غير المتدينين، ويمتلكون قيمة ذاتية أكبر ويتحكمون بالحياة بشكل أفضل ولا يشعرون بالوحدة أو بعدم السعادة ويعانون بشكل أقل بكثير من الأمراض الاكتئابية ويتغلبون

على المشقة بشكل أفضل. وباختصار: إن من يستطيع في الشيخوخة الإيمان بالله وبالحب الإلهي في الناس يعيش عموماً أكثر صحة وسعادة.

و من هنا سنحاول في هذا الجزء من البرنامج تقديم بعض المقترحات للأنشطة الدينية للمسنين و التي قد تساهم في تحسين صحتهم النفسية و الجسدية و في تقوية الجانب الاجتماعي لديهم و هي كالتالي:

١. اصطحاب المسنين لأحد المساجد أسبوعياً لحضور صلاة الجمعة و الحرص على اصطحابهم في الأعياد و المناسبات.

٢. تقديم محاضرة و دروس توعوية دينية على الأقل مرتين أسبوعياً و يمكن أن تشمل هذه المحاضرات و الدروس على:

- اهتمام الإسلام بالمسنين ليقدم لهم الدعم و التأكيد على أهميتهم في الدين و المجتمع.
- فضل الأذكار و الحرص على محاولة تكرارها عليهم يومياً و تذكيرهم بها عند النوم و الطعام و نحوه يمكن كتابتها على لوحات أو تشغيل بعض التسجيلات الصوتية التي تكررهما.
- أهمية المحافظة على الصلاة و طرق الصلاة لمرضى و الغير قادرين.
- نعيم الجنة و فضل رؤية الله تعالى.
- تجنب النسيمة و الكراهية و الحقد و ترك الماضي و نبذه و التفاؤل بالخير و المستقبل.
- فضل الإحسان إلى الأيتام و يمكن أن تقدم قبل موعد استضافتهم أو زياراتهم.
- أثر القرآن على النفس.
- الألوان في القرآن و حثهم على ربطها بما حولهم.
- قصص الأنبياء.

٣. اصطحاب المسنين لتوزيع الكتب الدينية (أنكار و أدعية) لرحلات العمرة و الحج.

٤. اصطحابهم للعمرة حسب مقدرتهم.