الاضطرابـــات الجسميـــة والنفسيـــة لـــدى المسنيـــن

المقيميـــن بـــدار العجـــزة بمدينة باتنة ـ الجزائر

أ.د. بشيـــر معمريـــة – علـم النفـس– باتانـة ، الجزائـر

د. عبـد الحميـد خـزار – علـم النفـس– باتانـة ، الجزائـر

maamria03@yahoo.fr - bashir_psy@hotmail.com

مقدمة: يقول الله تعالى: " الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعفا وشيبة, يخلق ما يشاء وهو العليم القدير ". الروم: 54. إن هذه الآية الكريمة تبين أن حياة الإنسان في مسارها الطبيعي هي رحلة تبدأ بضعف وتنتهي بضعف. فتبدأ بضعف الطفولة في جوانبها الجسمية والعقلية وتنتهي بضعف الشيخوخة الجسدي والعقلي. ويتوسط هذين الطرفين مرحلة القوة والشباب التي يتمتع فيها الإنسان بمظاهر القوة في جميع مكوناتها. ويعيش الإنسان نشوة الابتعاد عن مرحلة الطفولة وضعفها والاقتراب من مرحلة الشباب ومتعتها, بينما تصيبه الحسرة حين يبدأ في الابتعاد عن مرحلة الشباب عندما يجد نفسه ينتقل من ضعف إلى ضعف أكبر. (بدر عمر العمر, 2002, 115).

فالبداية والنهاية في حياة الإنسان تمثلان مرحلة ضعف واعتماد, وهما مرحلتا الطفولة والشيخوخة. وهناك أوجه الشبه بين المرحلتين فيما يلي:

1 ـ أن كلاهما يشكل جماعة عمرية موجودة في المجتمع, ولكن ليس لأي منهما القدرة على اتخاذ القرار أو حتى مجرد التأثير فيه.

2 ـ أن كلا من الطفل والمسن غير عامل وغير منتج, يأخذ ولا يعطي.

3 ـ كلاهما يمر بمرحلة الاعتماد التي قد تبدو للبعض أنها ممتعة.

4 ـ كلاهما يعيش حياته بلا تخطيط ويعيش أحلام يقظة.

5 ـ كلاهما ينقصه جانب من التعلم. فالطفل تنقصه الخبرة, والمسن ينقصه التطور في التعلم. (مديحة العزبي, 1992, 93 ـ 94).

وإذا كان الناس لا يختلفون في إدراكهم لضرورة الرعاية والاهتمام بالأطفال حتى يشبوا, فإنهم من الضروري أو يدركوا ذلك بالنسبة للمسنين, سواء على مستوى الأفراد والأسر, أم على مستوى المجتمع ومؤسساته. لأن مرحلة الشيخوخة يضعف فيها الفرد, وتنقص فاعليته وتنخفض قدراته البدنية والعقلية, ويكون معرضا لكثير من المشكلات الجسمية والنفسية والاجتماعية, ويكون بالتالي معرضا أكثر إلى اضطرابات جسمية ونفسية, مما يجعله في حاجة شديدة إلى الرعاية الشاملة جسميا ونفسيا واجتماعيا.

ورغم أن مرحلة الشيخوخة هي مرحلة الضعف والوهن البدني " قال رب إني وهن العظم مني واشتعل الرأس شيبا ". مريم : 4. إلا أنها لا تخضع لقانون واحد هو قانون الذبول والوهن, بل هناك أنماط متعددة من الشيخوخة تتباين الواحدة منها عن الأخرى, بحيث لا يوجد تطابق أو تشابه بين مسنّين تشير شهادة ميلاد كل منهما إلى نفس العمر. ومن الممكن أن ينتهي عمر الشخص بعد شيخوخة قوية البنية متزنة الوجدان صافية العقل منظمة التفكير سديدة المنطق. ومن الخطأ أن نربط بين الشيخوخة وبين الذبول الجسمي والاضطراب الوجداني والتفكك العقلي.

وبما أن الفروق الفردية تزداد مع التقدم في العمر, فإن المسنين لا يكونون متجانسين على الإطلاق, ولا يمكن أن يكونوا كذلك. فالتغيرات الجسمية والعقلية في مرحلة الشيخوخة, تختلف اختلافا كبيرا من فرد لآخر. مما قد يجعل بعض الأفراد يبدون أكثر تقدما في العمر من البعض الآخر. ولعل هذا ما دعا بعض الباحثين إلى النظر إلى العمر الزمني على أنه ليس هو العمر الطبيعي الذي يحسب منه بداية الشيخوخة. (مديحة العزبي, 1989, 195).

ويشير البعض إلى اعتبار ظهور الضعف والمرض الجسمي والتدهور في القدرات العقلية بداية لمرحلة الشيخوخة إضافة إلى العمر الزمني.

وتؤدي العوامل النفسية والاجتماعية أدوارا مختلفة في جعل حياة المسن سعيدة جيدة يسودها الرضا والاستقرار والتوازن الوجداني, أو جعلها حياة البؤس واليأس والاكتئاب والاضطراب الوجداني.

ويذكر الباحثون أنه عندما يخفق المسنون في الإبقاء على علاقاتهم ببيئاتهم الاجتماعية, فإن أسباب الإخفاق تكمن في البيئة الاجتماعية وليس في كبر السن. وأن عوامل مثل المكانة في العمل والموارد المالية وغيرها وتؤثر على قدرة المسن في أن يحيا حياة مشبعة بدرجة أكبر مما يؤثر عليه الكبر. (سهير كامل أحمد, 1987, 219).

وبينت الدراسات أن الذبول البدني لدى المسن يرتبط أكثر بالضغوط النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها. وأن العوامل النفسية والاجتماعية غير الملائمة كالعزلة والضيق الاقتصادي والحرمان والتجاهل والإهمال, تؤدي دورا كبيرا في جعل مرحلة الشيخوخة فترة تدهور واضح نفسيا وبدنيا. أما إذا كان المسنون يدركون أنهم موضع تقبل واحترام من الآخرين, فإن هذا الإدراك يجعلهم يعيشون شيخوخة قوية بدنيا ومتوافقة وسعيدة نفسيا. (علي محمد الديب, 1988, 50).

وتعتبر الأسرة المكان الطبيعي الذي يجد فيه الفرد الأمن والطمأنينة والشعور بالانتماء والرعاية والتقبل والاحترام, بغض النظر عن عمره وقوته وضعفه. ويكون الفرد الضعيف بسبب المرض أو الإعاقة, أو بسبب المرحلة العمرية التي يوجد فيها كالطفل والمسن أولى الأشخاص حاجة إلى العيش داخل أسرة متماسكة متوافقة تتولاهم بالتقبل والرعاية. ويعيش المسنون عادة في أسرهم أيا كان وضعها الاجتماعي, فيعيش المسن مع شريكه أو مع أبنائه في نفس الأسرة. ولكن بعض المسنين, ونظرا لأسباب مختلفة يودعون في مراكز لإيوائهم تدعى مراكز رعاية المسنين أو دار العجزة.

وطالما يعيش المسن في أسرة طبيعية يكون في وضع أفضل من وجوده في مركز رعاية يفتقر فيه إلى الإشباع العاطفي والعلاقات الاجتماعية الدافئة والسند النفسي, مما يجعله يتعرض لبعض الاضطرابات النفسية وكذلك البدنية. مما دفع الباحث إلى إنجاز هذه الدراسة علها تساهم إلى التعرف على الاضطرابات الجسمية والنفسية الشائعة لدى المسنين من الجنسين المقيمين في دار العجزة.

أهـــداف البحـــــث

يسعى هذا البحث إلى تحقيق الأهداف التالية :

1 - التعرف على الأمراض البدنية أكثر انتشارا بين المسنين والفروق بين الجنسين فيها.

2 - التعرف على الاضطرابات النفسية أكثر انتشارا لدى المسنين والفروق بين الجنسين فيها.

أهميـــة البحـــث

يكتسي هذا البحث أهمية مما يلي :

1 - أنه يتناول شريحة هامة من المجتمع وهم فئة المسنين.

2 - أنه البحث الأول في علم الباحث الذي يتناول الأمراض البدنية والنفسية لدى المسنين في الجزائر.

3 - أنه يتناول فئة المسنين المحرومين من أسرهم والذين يعيشون في مركز الإيواء.

4 - أنه سوف يتوصل إلى نتائج تفيد في فهم حالات المسنين غير الماكثين مع أسرهم.

5 - سوف يوفر للباحثين فرصا لتناول جوانب أخرى من حياة المسنين بصفة عامة.

الإطـــار النظـري للدراســـــة

أولا : مفهـــوم الشيخوخـــــة Senility

أ - المعنى اللغوي للشيخوخة : الشيخوخة لغويا مشتقة من فعل شاخَ الإنسان شيخا وشيخوخة. والشيخ هو من أدرك الشيخوخة وهي غالبا عند الخمسين, وهو فوق الكهل ودون الهرم. وهو ذو المكانة من علم أو فضل أو رئاسة. ويقولون أسنّ الشياخة, يعني منصب الشيخ وموضع ممارسة سلطته. ويقال هرم الرجل هرما: أي بلغ أقصى الكبر. وضعف فهو هرم. فالهرم هو كبر السن. (في: عبد اللطيف محمد خليفة, 1991, 10).

ب - مفهوم الشيخوخة لدى الباحثين: يستخدم الباحثون أحيانا مفهوم الشيخوخة وأحيانا مفهوم التقدم في العمر Aging على أنهما مترادفان ويشيران إلى نفس المعنى. ويشار ضمن مفهوم التقدم في العمر إلى عدة أعمار وهي: العمر الزمني, العمر البيولوجي, العمر السيكولوجي, والعمر الاجتماعي.

1 - العمر الزمني Chronological Age: وتم تقسيم الشيخوخة على هذا الأساس إلى أربعة مستويات:

المستوى الأول: ويسمى فترة ما قبل التقاعد ويمتد من 55 إلى 65 سنة.

المستوى الثاني: ويسمى فترة التقاعد 65 سنة فأكثر.

المستوى الثالث: فترة التقدم في العمر Old Age وتمتد من 70 سنة فأكثر.

المستوى الرابع: فترة الشيخوخة والعجز التام والمرض والوفاة والتي تمتد إلى غاية 110 سنوات فأكثر.

وظهر اختلاف بين الباحثين حول تحديد السن التي تبدأ منها الشيخوخة. وهناك من حددها في البداية بين 55 و 65 سنة. إلا أن تقدم وسائل المعيشة الحديثة وارتفاع الخدمات الصحية أصبح سن 55 سنة غير مقبول كسن بدء الشيخوخة. وأصبح الاتفاق شبه عام على أن سن بدء الشيخوخة هو سن الستين. (عبد اللطيف محمد خليفة, 1991, 11 - 12).

2 - العمر البيولوجي Biological Age: ويستخدم في تحديد الشيخوخة العضوية. وهو مقياس وصفي يقوم على أساس المعطيات البيولوجية لكل مرحلة مثل معدل الأيض, ومعدل نشاط الغدد الصماء, وقوة دفع الدم, والتغيرات العصبية.

3 - العمر الاجتماعي *Social Age*: ويقاس بأداء الأدوار الاجتماعية وعلاقات الفرد ومدى توافقه الاجتماعي.

4 - العمر النفسي Psychological Age: ويستخدم هذا العمر في تحديد الشيخوخة النفسية. وهو مقياس وصفي يقوم على مجموعة من الخصائص النفسية والتغيرات في سلوك الفرد ومشاعره وأفكاره. (عبد اللطيف محمد خليفة, 1991, 13 - 14)

إن الشيخوخة كمرحلة عمرية من مراحل النمو لها مظاهرها البيولوجية والنفسية والاجتماعية. فهي الفترة التي يحدث خلالها ضعف وانهيار في الجسم واضطراب في الوظائف العقلية. ويصبح الفرد أقل كفاءة, وليس له دور محدد, ومنسحب اجتماعيا, وسيئ التوافق, ومنخفض الدافعية, وغير ذلك من التغيرات.

ثانيـــا : تاريـــخ دراســـة المسنيـــن

يشير وارنر شايي W. Schaie 1970 وهو أحد علماء النفس البارزين في " علم نفس النمو مدى الحياة " إلى أن كثيرا من سيكولوجي النمو يهتمون بالأطفال وليس بقضايا النمو الإنساني. (ليدفورد ج. بيسكوف, 1975, 16 - 17). فمعظم الدراسات والمؤلفات التي تناولت سيكولوجية النمو, لا تتعدى الاهتمام بمرحلتي الطفولة والمراهقة. إلا أنه بعد الحرب العالمية الثانية بدأ الاهتمام بمراحل النمو ما بعد المراهقة, وبدأت الدراسات حول الشيخوخة تنمو بسرعة. فتم إنجاز حوالي 206 أطروحة حول الشيخوخة بين عامي 1939 - 1969 رغم أن هذا الرقم يعد ضئيلا جدا مقارنة بما ينجز من أطروحات حول المراحل الأولى من عمر الإنسان. كما توفر حوالي 2000 مرجع حول الشيخوخة بين عامي 1963 - 1969. مما يعني نمو هذه الدراسات حول علم نفس الشيخوخة Geropsychology. (ليدفورد ج. بيسكوف, 1975, 17).

وتذكر المراجع المهتمة بسيكولوجية الشيخوخة, أن الاهتمام بدراسة الشيخوخة بدأ منذ عصر فلاسفة الإغريق, أين بحث هيبوقراط Hippocrates (460 - 375 ق. م) في أمراض الشيخوخة. وقدم إسهامات جيدة في فهم الظروف الصحية في مرحلة التقدم في العمر. فنصح بالاعتدال في الغذاء, وبالتمرينات البدنية بغرض التعمير. ووصف عددا من أمراض الشيخوخة, مثل المياه الزرقاء وفقدان السمع والتهاب المفاصل والأرق. (عزة عبد الكريم مبروك, 2002, 399).

ويعد الخطيب الروماني سيشرون *Cicero* الذي عاش في القرن الأول قبل الميلاد, أول من اهتم بالخواص السلوكية للكبار والأعمال المناسبة لهم. وترجمت رسالته إلى اللغة الإنجليزية عام 1959. كما اهتم العرب بدراسة الكبار, فكتب أبو حاتم السجستاني رسالته عن المعمرين سنة 865 ميلادية. (فؤاد البهي السيد, 1975, 336).

وتذكر المراجع في هذا المجال أن الكتابات عن الشيخوخة بدأت عام 1700 على يد فرانكلين Franklin وبعض المفكرين. واستمرت حتى عام 1838 حيث نشر كويتليت *Quetelet* كتابا بعنوان " طبيعة الإنسان وتطور قدراته ". عرض فيه لبعض السمات الإنسانية وإمكاناتها وحدودها, كما تضمن معلومات هامة عن علم نفس المسنين. وطبق المنهج المستعرض لدراسة النمو. وفي عام 1884 تابع فرانسيس جالتو F. Galton جهود سابقيه فقام بقياس عدد من الخصائص والسمات على عينة من 9337 من الذكور والإناث في لندن, تتدرج أعمارهم من 5 إلى 80 سنة, مبرهنا على أن كثيرا من الخصائص البشرية تظهر فروقا مع تقدم العمر.

وفي بداية القرن العشرين بدأ الاهتمام بالمسنين يظهر جليا في الولايات المتحدة الأمريكية. فأسهم باحثون في الطب وعلم النفس وعلم الاجتماع في جذب اهتمام المجتمع إلى الشيخوخة كمشكلة اجتماعية. وظهرت إثر ذلك دراسات طبية ونفسية وبيولوجية, تؤكد على الحدود التي يمليها السن الكبير على الجوانب الجسمية والصحية والعقلية للمسن. كما أخذ المصلحون الاجتماعيون يبحثون مشكلات الفقر لدى المسنين وحاجاتهم إلى الضمان الاجتماعي.

وفي عام 1908 بدأ عدد من الباحثين يدرسون مظاهر مختلفة للمسنين. وظهرت مؤلفات في المجال من بينها كتاب " مشكلات العمر ". وكتاب " النمو والموت " لمؤلفهما مينوط Minot. وصدر كتاب ج. ح. هول G. H. Hall بعنوان: " الشيخوخة: النصف الآخر من الحياة " عام 1922, الذي اهتم بسن التقاعد. وكان بداية حقيقية للدراسات البيولوجية والنفسية الخاصة بالكبار. وكان له أثر كبير على الأوربيين, فنشأت حلقات الدراسة الخاصة بسيكولوجية الكبار ابتداء من سنة 1933. وصدر في نفس السنة كتاب : تصلب الشرايين لمؤلفه كودري Cowdry. وفي عام 1939 ظهر كتاب آخر لنفس المؤلف بعنوان: " مشكلات كبار السن Problems of Aging " ورد فيه مصطلح " علم الشيخوخة Gerontology ". وفي عام 1941 عقد مؤتمر المؤسسة القومية للصحة بالولايات المتحدة الأمريكية نوقشت فيه موضوعات مرتبطة بالشيخوخة, مثل أهمية الطب النفسي للمسنين وعلاقته بمشكلات الصحة العامة, والتغيرات العقلية عبر العمر, والجوانب الاجتماعية للمسنين.

وظهر الاهتمام الطبي والنفسي والاجتماعي بالمسنين, فتوالت الدراسات من قبل الباحثين والجمعيات العلمية والجامعات خاصة في أمريكا, سواء في مجال التوافق والاضطرابات والعجز, أو في مجال القدرات الإنسانية ومظاهر التغير في الأداء لدى المسنين, أو في مجال احتياجات المسنين إلى الرعاية.

وتم دفع هذا النشاط العلمي بصدور دوريات علمية متخصصة في نشر البحوث حول الشيخوخة. فصدرت أول دورية علمية في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1945 وهي مجلة علم الشيخوخة Journal of Gerontology. نشر حوالي 60 ألف بحث حول المسنين بين عامي 1959 و 1975. وفي أوربا صدرت مجلة عن المسنين عام 1956. ثم أنشئت جمعية دولية عن المسنين. وتوالى إجراء البحوث وإصدار الكتب عن المسنين والشيخوخة, مثل كتاب " الشيخوخة والسلوك " لمؤلفه بوتواينك Botwinick عام 1973. وكتاب " الشيخوخة في الثمانينات: قضايا نفسية " لمؤلفه بون *Poon* عام 1980. وكتاب " صور الشيخوخة " لمؤلفيه فيثرستون, ويرنينك Featherstone & Wernineck عام 1995. الذي نبه إلى أهمية دراسة الشيخوخة في ثقافات مختلفة. والمسلمة الرئيسية فيه أن العمر والشيخوخة كمفهومين يتحدد معناهما اجتماعيا وثقافيا على الرغم من ارتباطهما بالظاهرة البيولوجية. كما أن العمر الاجتماعي, إنما هو مفهوم نسبي يختلف في محيط الثقافات المختلفة. (محمد المصيلحي سالم, 1997, 307 - 308) (عبد اللطيف محمد خليفة, 1991, 4 - 5). (ليدفورد ج. بيسكوف, 1975, 45) (محمد شحاتة ربيع, 1988, 7).

ثالثـــا : الأمـــراض الجسميـــة لدى المسنيـــن

تعد الحالة الصحية للمسنين من الموضوعات التي تم الاهتمام بها من قبل الأطباء والجمعيات العلمية وجمعيات رعاية المسنين على مختلف المجتمعات, لما لهذه الشريحة من المجتمع من حق في الرعاية والاهتمام. وتشير البحوث المتخصصة إلى أن أعداد المسنين يتزايد مما يترتب عليه الزيادة في المطالب التي تتعلق بالرعاية الصحية والاجتماعية لهم.

ونظرا للضعف الذي يصيب المسنين, فإنهم يصابون بكثير من الأمراض المزمنة, إذا ما قورنوا بغيرهم في مختلف الأعمار الأخرى. وعادة ما يكونون عرضة لنوع أو أكثر منها, مما يستلزم وجود رعاية طبية مستمرة لهم.

ويشير مفهوم الصحة في مجال الرعاية الصحية لدى المسنين إلى جانبين: الأول, ويتعلق بغياب أو وجود الأمراض, فالأمراض لها جوانب شخصية غير محببة, فهي مؤلمة للفرد وتعوقه عن استخدام قدراته لأداء الأدوار الاجتماعية المتوقعة منه, وخاصة الأمراض المزمنة. الثاني, ويتعلق بدرجة الصعوبة الوظيفية. فالنشاطات التي تتعلق بمهام الحياة اليومية التي يقوم بها الفرد, أو التي يعتقد أنه يستطيع القيام بها, تعد مؤشرا مهما في تحديد ما سوف تصبح عليه حالته الصحية في المستقبل. (عزة عبد الكريم مبروك, 2002, 398 - 399).

وبينت دراسات عديدة أن من بين المشكلات الصحية للمسنين أمراض القلب والانحدار في القدرة البدنية والقدرة العقلية, وخاصة بين الذين يعيشون في بيوت العجزة. (في : أشرف محمد عطية, 1999, 133). وكذلك أمراض السمع وهبوط القلب وارتفاع ضغط الدم والسكري (في : عصام عبد اللطيف العقاد, 1999, 287).

وفي دراسة قامت بها الجمعية المصرية لصحة المسنين على 132 مسنا من نزلاء دار المسنين من الجنسين بلغ عدد الذكور 56 فردا والإناث 76. تراوحت أعمارهم بين أقل من 60 — إلى 97 سنة بمتوسط حسابي قدره 75.10 للرجال و 73.3 للنساء. تبين من نتائجها أن نسبة الأمراض البدنية للعينة كانت كما يبينها الجدول رقم (1). (شامل ضياء الدين, 1999, 351 - 367).

المرض	عدد المصابين به	النسبة المئوية
ارتفاع ضغط الدم	83	62.9
الضعف العام	76	57.6
ضعف الذاكرة وعدم التركيز	60	45.6
ضعف النظر	59	44.7
أمراض القلب والأوعية	49	37.1
ضعف السمع	47	35.6
عدم التحكم في البول أو البراز	38	28.8
الأمراض الروماتزمية وأمراض العظام	27	20.5
مرض السكر	25	18.9
الشلل بأنواعه والبتر	21	15.9
أمراض أخرى مثل التهاب الجهاز البولي والمغص والقولون والمعدة والكبد والبروستاتة وغيرها.	35	26.5

يتبين من الجدول رقم (1) أن الأمراض أكثر انتشارا بين المسنين والمسنات هي : ارتفاع ضغط الدم, الضعف العام, ضعف الذاكرة وعدم تركيزها, ضعف النظر.

رابعـــا : الامـــراض النفسيـــة لدى المسنيـــن

يعرّف السيكولوجيون الشيخوخة بأنها " حالة من الاضمحلال تعتري إمكانات التوافق الشخصي والاجتماعي للفرد, فتقل قدرته على استغلال إمكاناته الجسمية والعقلية والنفسية في موجهة ضغوط الحياة لدرجة لا يمكن معها الوفاء الكامل بالمتطلبات البيئية, أو تحقيق قدر مناسب من الإشباع لحاجاته المختلفة ". (عبد الطيف محمد خليفة, 1991, 27).

والفرد وفق نظرية إريك إريكسون E. Erickson 1963 في النمو النفسي الاجتماعي, يمر بثمان مراحل تشكل كل منها تطورا جديدا في شخصية الفرد وعلاقاته بالآخرين. وآخر هذه المراحل هي مرحلة تكامل الأنا مقابل اليأس Ego Integrity vs Despair وهي مرحلة الشيخوخة وأزمة إحساس الفرد بأن هويته قد تحددت بما فعل. فإذا كان ما فعله يبعث على السعادة والإحساس بالإنجاز, فسوف يتجاوز هذه المرحلة بنجاح وهو يشعر بالتكامل والرضا. أما إذا كانت نظرته لماضيه تتسم بالإحباط وخيبة الأمل, فسوف يشعر باليأس. (عبد الطيف محمد خليفة, 1991, 29).

ويشعر بعض المسنين باليأس وخاصة أولئك الذين ينقطعون عن العمل, نتيجة لفظ المجتمع لهم حين يتقاعدون إذا كانوا عمالا وموظفين, أين يتم التخلي عن خبراتهم ولا يوجد لهم دور في التسيير والإنتاج بعد ذلك, ولم يبق لهم إلا الرحيل أو الاستعداد له.

وفي هذا الصدد لفت الباحثون الانتباه إلى العوامل النفسية والاجتماعية المصاحبة لتقدم العمر. ومنها عامل " فقدان الدور *Role loss* " الذي اعتبر من العوامل المباشرة التي تثير مشاعر اليأس والأسى, ومن ثم القلق والوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية. (مايسة أحمد النيال وآخر, 1995, 26)

وفي مجال الإصابة بالاضطرابات النفسية والعقلية يرى بعض الباحثين أنه لا يوجد اختلاف بين المسنين وبين من هم أقل عمرا في أنماط الاضطرابات النفسية والعقلية. بحيث يمكن توقع المرض العقلي في كل الأعمار الراشدة. طبقا للاصطلاحات التقليدية للذهان والعصاب والأمراض السيكوسوماتية. ويقدم آخرون نموذجا من ستة اضطرابات عقلية وجدت لدى المسنين وهي: العمليات النمطية والذهان والأعراض الحادة المتزامنة والاضطرابات العقلية وإدمان الكحول والفصام. وتزيد نسبة الرجال في الأعراض العقلية وإدمان الكحول, بينما ترتفع نسبة النساء في الذهان والاضطرابات العصبية. (ليدفورد ج. بيسكوف, 1975, 614).

إلا أن نتائج البحوث التي سأعرضها في الفقرات التالية, تشير إلى أن المسن يتعرض لجملة من الاضطرابات النفسية والعقلية وفقا للاصطلاحات التقليدية في الطب النفسي وعلم النفس المرضي, كالاكتئاب الذي استحوذ على اهتمام الكثير من الباحثين كما سوف نرى. وقد تبين أن أسبابه تعود إلى الإهمال وفقدان النشاط البدني والعجز والحرمان العاطفي وفقدان المكانة والسيرة السابقة لقوة الأنا المتبعة. ويصيبهم القلق بأنواعه كقلق الموت. ويصابون كذلك بالخوف والفزع والوساوس والأفعال القهرية وتوهم المرض والوحدة النفسية والتصلب حيث يقاومون التغيير. واضطرابات الذاكرة والهلاوس واضطرابات النوم حيث يتكرر استيقاظه أثناء الليل نتيجة لقلة الجهد اليومي الجسمي والعقلي بسبب التقاعد وعدم القيام بأي عمل. وينتج عن عدم الاسترخاء في النوم أعراض كثيرة كارتعاش اليدين وصعوبة ضبط حركة العين وتغير في بعض الوظائف الجسمية كضربات القلب وضغط الدم والتنفس وارتفاع درجة الحرارة. وينشغل المسنون بالموت ويصيبهم القلق منه وخاصة لدى الإناث اللاتي تظهر لديهن أنماط من التعاسة والخوف وخيبة الأمل واليأس.

ويتعرض المسنون كذلك إلى الأمراض الذهانية مثل البارانويا والفصام والعته. حيث تشير البحوث إلى أنه مع التقدم في السن يزداد عدد المرضى المترددين على مستشفيات الأمراض العقلية. فحوالي 1 % من المسنين يعانون من عته الشيخوخة, وهو أحد أمراض ذهان الشيخوخة. ومن العوامل الاجتماعية المسؤولة عنه: العزلة الاجتماعية, العجز, التقاعد. (أحمد عكاشة, 1992, 677 - 678).

وفي هذا المجال تم إنجاز العديد من الدراسات حول الاضطرابات النفسية في مرحلة الشيخوخة. ففي دراسة قامت بها سهام حسن راشد على 152 من المسنين يقيمون في بيوت العجزة بمدينة الإسكندرية بمصر 1983 طبقت عليهم استبيان ميدل ساكس Middle Sax لقياس والاضطرابات النفسية وهي القلق والفوبيا والوساوس والاكتئاب والسيكوسوماتيك والهستيريا. توصلت إلى وجود علاقة موجبة دالة بين الاضطرابات النفسية السابقة. وتوصلت كذلك إلى أن المرض الجسمي والوحدة والعزلة الاجتماعية وقلة النشاط هي العوامل التي تساعد على ظهور التغيرات المصاحبة لكبر السن. ووجدت الاكتئاب كأكبر اضطراب لديهم. (في : عصام عبد اللطيف العقاد, 1999, 287).

وفي دراسة أخرى لنفس الباحثة حول الاكتئاب لدى المسنين, بينت أن هذا الاضطراب يعد من أكثر الاضطرابات حدوثا بين المسنين. ومعدل انتشاره هو 15 - 20 % بين بالغي سن 65 سنة. ومن أعراضه الاكلينيكية الشعور بالضيق. والأرق وخاصة اليقظة في الفجر, ونقص الوزن, ونقص الطاقة والنشاط مع عدم إمكان تحمل المسؤوليات المعتادة, وقلة الحركة أو زيادتها أحيانا, وبطء التفكير مع التردد وصعوبة اتخاذ القرار, وهذاءات الذنب وتوهم المرض.

وتكثر الأعراض الجسمية لدى المسنين المكتئبين مثل: الإرهاق العام, الإمساك, آلام جسمية غير محددة, آلام في البطن, شكاوى لها علاقة بالقلب, أو الأرق, أو الصداع أو آلام الظهر. (سهام حسن راشد, 1995, 91 - 92).

وحول الاكتئاب لدى المسنين أيضا أجريت إحدى الدراسات على عينة من 40 من المسنين المتقاعدين و 20 من المسنين العاملين كلهم من الذكور. تراوحت أعمارهم بين 60 - 75 سنة من جنسية مصرية وسعودية. طبقت عليهم قائمة الانقباض. (الاكتئاب) من قائمة مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية MMPI. بينت أن الفرق في الاكتئاب كان لصالح المسنين المتعاقدين بدلالة إحصائية عند مستوى 0.01. (سهير كامل أحمد, 1987, 225 - 229).

وحول الاكتئاب لدى المسنين دائما بينت دراسة منير فوزي وآخرون 1983 على عينة من المسنين الذين يترددون على العيادة الخارجية, أن درجات الاكتئاب ترتفع لدى المسنين ويشيع بينهم القلق والتوهم المرضي. وتبين من دراسة أخرى لنفس الباحث 1982 أن المسنين الذين يرعاهم غير أبنائهم تنخفض روحهم المعنوية. (في : آمال عبد السميع باظة, 1998, 237).

وعن العلاقة بين العزلة والتكيف والصحة العقلية بين أحمد عكاشة وآخر 1982 وجود علاقة مرتفعة بين العته والأمراض الجسمية لدى المسنين. كما وجدا ارتباطا مرتفعا بين المرض النفسي وقلة الاتصال مع الأسرة. (في: سهير كامل أحمد, 1987, 222).

ودائما حول علاقة العزلة الاجتماعية بالاكتئاب لدى المسنين, بينت دراسة سلوى عبد الباقي 1985 على عينة من 34 مسنا تراوحت أعمارهم بين 65 - 75 سنة من الذكور. وجود علاقة موجبة بين الشعور بالعزلة والاكتئاب النفسي. وعزت الباحثة هذه النتيجة إلى قلة النشاط لدى المسنين. وبداية ظهور الأعراض المرضية والاكتئاب نتيجة الإحساس بفقدان الأمل وانخفاض الروح المعنوية. (في: آمال عبد السميع باظة, 1998, 238).

أما بالنسبة لتقييم المسنين لأنفسهم, فقد بينت دراسة روث بينيت 1977 Ruth Bennet على عينة من مئة مسن يقيمون في بيوت العجزة. أن تقييمهم لأنفسهم كان سالبا, ومستواهم الاجتماعي الاقتصادي في طفولتهم كان منخفضا, ودرجة العزلة الاجتماعية كانت مرتفعة لديهم. (في: سهير كامل أحمد, 1987, 222).

وفي مجال مشكلات المسنين, درس محمد عودة 1986 مشكلات المسنين على عينة من الجنسين في الكويت بلغ عددها 64 فردا. طبق عليهم استبيان مشكلات الشيخوخة. فكشفت النتائج على أن مشكلات المسنين الكويتيين تتركز في: المرض والأرق وضعف البصر وضعف السمع والحساسية والتعب وضعف القدرة العقلية والاضطراب الانفعالي والقلق والاكتئاب والشعور بالوحدة والتعصب للرأي والخوف من الله وصراع الأجيال وانقطاع الصلة بالأقارب ووقت الفراغ. (في: عصام عبد اللطيف العقاد, 1999, 287 - 288).

وبهدف التعرف على دور مكان الإقامة على عدد من الاضطرابات النفسية لدى المسنين, تمت المقارنة بين 10 مسنات مقيمات بدور رعاية المسنين و 10 مسنات مقيمات مع أسرهن بمصر على قائمة مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية. وعلى قائمة للانفعالات الإيجابية والسلبية. فتبين أن المسنات المقيمات بدور الرعاية كن أكثر من المسنات المقيمات مع أسرهن في كل من توهم المرض والاكتئاب والبارانويا والوساوس والفصام والانطواء الاجتماعي, وكانت الفروق بين المجموعتين دالة إحصائيا عند مستوى 0.01. ووصلت الانفعالات السلبية بدور الرعاية الخاصة إلى 72 %. مقابل 28 %. من الانفعالات الإيجابية. وبلغت النظرة السلبية الاستسلامية للبيئة 38 %. والنظرة السلبية العدوانية 44 %. ووصل اليأس إلى 53 %. وتقدير الذات السلبي إلى 86 %. (سهير كامل أحمد, 1991, 579 - 597).

ودائما في مجال استعمال قائمة مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية, تم إعادة تقنين هذه القائمة على عينات من الفئة العمرية تمتد من 13 إلى 99 سنة في أمريكا. فوُجد أن ملامح التشخيص تبدأ في التغير ابتداء من سن الخمسين لدى كل من الرجال والنساء. وتبين خاصة أن الدرجة على الاكتئاب تزداد مع الزيادة في العمر لدى الرجال والنساء. (في: آمال عبد السميع باظة, 1998, 227 - 228). ووجد هيسليب وآخرون 1991 Hyslip & *al* في دراسة لهم على 107 من المسنين يقيمون في دار الرعاية ظهور اليأس. ووجدوا علاقة موجبة بين اليأس والاكتئاب. (في: آمال عبد السميع باظة, 1998, 241). وتشير البحوث إلى أن الصحة النفسية للمسنين تتأثر بما يصيبهم من أمراض جسمية, فيصبحون أكثر عرضة للاضطرابات النفسية كالاكتئاب والقلق. (عزة عبد الكريم مبروك, 2002, 398).

وتشير الإحصاءات في المجتمعات الغربية إلى أن الذهان تزداد معدلاته بانتظام مع التقدم في العمر. وأن نسبة الأشخاص الذين يقيمون في المستشفيات العقلية تزداد بانتظام مع التقدم في العمر. وتشير جميع البيانات الإحصائية في هذه المجتمعات إلى أن للمسنين المطلقين أو المنفصلين أو الذين لم يتزوجوا إطلاقا معدلات مرتفعة بانتظام في الإصابة بالأمراض العقلية مقارنة بالمتزوجين. فهناك ما لا يقل عن 10 % من الأشخاص في سن 65 سنة فأكثر, مصابون باعتلالات عقلية تسبب لهم مستوى من انعدام الأهلية. وبيْن 3 إلى 4 % من هؤلاء يوجدون تحت الرعاية في بيوت الشيخوخة. (ليدفورد ج. بيسكوف, 1975, 613).

وبالنسبة للتصلب يشير الباحثون إلى أنه يظهر في أواسط العمر ويزداد مع التقدم في العمر. ويكون الرجال أكثر مرونة من النساء. وبينت دراستا كل من ولسون 1980 Wilson وريتشارد 1981 Ritchard وبوس 1984 Boss أن المسنين يبدون تصلبا في بعض المواقف مثل الحذر في اتخاذ القرارات الصعبة, وتكوين الأفكار, واستخدام الاستراتيجيات غير الفعالة, وبطء الوظائف العقلية. (عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم, 1999, 47 - 48).

وفي دراسة نشرت عام 1999 في مصر أجريت على 17 مسنا و 13 مسنة تراوحت أعمارهم بين 60 ــ 75 سنة. تبين من نتائجها أن المسنين اتسموا بدرجة عالية من السلوك التصلبي. وأن الإناث أكثر تصلبا من الذكور. (عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم, 1999, 56 - 58).

وفي مجال قلق الموت لدى المسنين وجد ليستر 1967 Lester في دراسة له على عينة من المسنين مقيمين في مؤسسة إيواء, أن 45 % منهم يعتقدون أن الناس يخافون من الموت في سن السبعين وما بعدها. وأوضح كذلك أن وقت الفراغ يعتبر متغيرا هاما يرتبط بقلق الموت لدى المسنين. حيث أن المسنين الذين لديهم أنشطة قليلة لشغل وقت فراغهم, كانوا أكثر خوفا من الموت. (هشام محمد إبراهيم وآخر, 1999, 73 - 74). وبينت دراسة حسن مصطفى (1988) أن قلق المسنين له مصادر أربعة وهي : قلق الصحة, قلق التقاعد وترك العمل, قلق الانفصال, وقلق الموت. (في: أشرف محمد عطية, 1999, 132).

ومن ضمن المشكلات النفسية التي يقابلها المسنون الشعور بالوحدة, حيث يؤكد كثير من علماء النفس والصحة النفسية أن الوحدة النفسية تعد من أكبر المشكلات التي يعانيها المسنون, وأن أعدادا كثيرة منهم يعانون من هذا الشعور. وينتج عن هذا الشعور اضطرابات أخرى مثل القلق والخوف والاكتئاب وانخفاض تقدير الذات. وتذكر فيوليت فؤاد (1990) أن الشعور بالوحدة يرتبط بشعور الفرد بالعزلة الاجتماعية والاغتراب عن الذات والاكتئاب. ويذكر أبراهام مونك 1988 A. Monk أن ما لا يقل عن 12 % من الأمريكيين يعانون من وحدة نفسية حادة. وأن هذه المشكلة تحتل الرتبة الرابعة من بين اثنتي عشرة مشكلة يعاني منها المسنون. (في: سهير محمود عبد الله, 1999, 222 - 225).

وفي مجال اضطرابات الذاكرة يشير علماء النفس والطب النفسي إلى أن هناك تأثيرا واضحا للتقدم في السن على النشاط العقلي عامة والذاكرة خاصة. وفي هذا الصدد توضح دراسة كرال 1982 Kral

أنواع اضطراب الذاكرة لدى المسنين على عينة تتكون من 700 فرد من الجنسين تراوحت أعمارهم بين 60 - 90 سنة. تبين من نتائجها أن حوالي 85 % من أفراد العينة يحدث لديهم اضطراب في الذاكرة مع التقدم في السن. ويبدأ الاضطراب من عجز خفيف في التذكر, إلى الفشل في استدعاء أسماء أو تفاصيل بعض أجزاء الخبرة, إلى نوع شديد من نسيان الشيخوخة, فيكون زمن الاحتفاظ قصيرا, وتدهور حاد في الذاكرة القريبة والبعيدة وتوهان, وأحيانا تزييف الذاكرة, إلى عجز في الذاكرة يكون مرتبطا أحيانا بالحبسة والعمى الحركي وعدم القدرة على التعرف. (محمد السيد عبد الرحمن, 1998, 137).

وفي دراسة أخرى حول اضطرابات الذاكرة لدى المسنين أجريت على 68 مسنا يترددون على نادي للمسنين بمصر تراوحت أعمارهم بين 60 - 82 سنة. منهم 41 ذكرا و 27 أنثى. تبين من نتائجها أن الفئة العمرية 70 - 82 سنة كانت ذاكراتهم أكثر تدهورا بدلالة إحصائية مقارنة بالفئة العمرية 60 - 69 سنة. في القدرة على التعرف, الاسترجاع بواسطة مثير, الاسترجاع الحر, الدرجة الكلية قصيرة المدى. وأن الذكور أحسن تذكرا من الإناث. ولم توجد فروق بين الفئتين العمريتين, ولا بين الجنسين في تذكر الرسوم الهندسية. ويوجد ارتباط سالب بين اضطرابات الذاكرة والصحة النفسية. (محمد السيد عبد الرحمن, 1998, 135 - 136).

يتبين من نتائج الدراسات السابقة أن المسنين يتعرضون للاضطرابات النفسية وفقا للاصطلاح التقليدي في علم النفس المرضي والطب النفسي. ولكن الشيوع كان للاكتئاب

مشكلـــة البحـث وفروضـــه ومفاهيمـــه

1 - مشكلـــة البحـــث

يتبين من نتائج الدراسات السابقة التي تم عرضها, أنها لم تتناول من الاضطرابات الجسمية لدى المسنين إلا القليل, وكذلك بالنسبة للاضطرابات النفسية, على الرغم مما بينته دراسات أخرى من تعرض المسنين للإصابات المرضية مقارنة بأقل منهم سنا. إضافة إلى أن الدراسات السابقة لم تجر كلها على المسنين المقيمين في بيوت الشيخوخة, كما أن القليل منها جدا تناول الفروق بين الجنسين في الاضطرابات الجسمية والاضطرابات النفسية. مما يعتبر نقصا في هذا المجال. وقد أدرك الباحث ذلك بعد اطلاعه على ما توفر له من دراسات سابقة حول الموضوع. وقد كان هذا بمثابة مشكلة بحثية كونت لديه دافعا على تناولها. ومن هنا فإنه قرر الإجابة عن الأسئلة التالية:

1) ما الأمراض البدينة لدى المسنين والمسنات في دار العجزة بمدينة باتنة, الجزائر.

2) ما الأمراض النفسية لدى المسنين والمسنات في دار العجزة بمدينة باتنة, الجزائر.

3) هل توجد فروق بين الذكور والإناث في الأمراض الجسمية ؟

4) هل توجد فروق بين الذكور والإناث في الاضطرابات النفسية ؟

2 - فرضـــا البحـــث

1) توجد فروق بين المسنين والمسنات في الأمراض الجسمية.

2) توجد فروق بين الذكور والإناث في الاضطرابات النفسية.

3 - مفاهيـــم البحـــث

1) المسنون والمسنات: هم الأفراد المقيمون في دار العجزة بمدينة باتنة والذين تتراوح أعمار الذكور بين: 61 إلى 88 سنة وعمر الإناث بين 59 إلى 91 سنة.

2) الأمراض الجسمية: هي الأمراض المتعارف عليها طبيا والواردة في القائمة المستعملة في البحث.

3) الاضطرابات النفسية: هي الاضطرابات النفسية المتعارف عليها نفسيا والواردة في القائمة المستعملة في البحث.

إجـــراءات الدراســـة الميدانيـــة

المنهج: اتبع الباحثان المنهج الوصفي بأسلوب المقارنة. حيث تجمع البيانات من عينة البحث, ثم يقارن بين الجنسين فيها.

العينة: تتكون العينة من 56 من المسنين تراوحت أعمارهم بين: 61 - 88 سنة و 42 من المسنات. تتراوح أعمارهن بين 59 و 91 سنة وكلهم من مقيمي دار العجزة.

أداتا البحث: أعد الباحثان أداتين لجمع المعلومات؛ إحداهما خاصة بالأمراض الجسمية إحداهما للذكور والأخرى للإناث. وتتضمن كل منهما 82 مرضا جسميا. والثانية خاصة بالاضطرابات النفسية وتتضمن 65 اضطرابا نفسيا. وتم استعمالهما بالطريقة التالية: بالنسبة لقائمة الأمراض الجسمية استعان الباحث بطبيب المسنين فطلب منه أن يضع أمام كل مرض عدد الأفراد المصابين به . أما بالنسبة لقائمة الاضطرابات النفسية فتم جمع المعلومات بها بمعية الأخصائية النفسية[1] الخاصة بدار العجزة.

أساليب معالجة البيانات: التكرارات والنسب المئوية واختبار كا[2].

عـــرض النتائـــج ومناقشتهـــا

السؤال الأول: ما الأمراض البدينة لدى المسنين والمسنات في دار العجزة بمدينة باتنة.

1 - عينـــة الذكـــور

الجدول رقم (2) يبين ترتيب الأمراض الجسمية لدى الذكور (ن = 56) وفق تكراراتها ونسبها المئوية.

المرض الجسمي	تكراره	%
أمراض العيون	17	30.36
الإعاقة الحركية	8	14.28
الضعف العام	7	12.50
الأمراض العصبية	6	10.71
طريحو الفراش	6	10.71
اضطرابات المعدة	5	14.28
ضعف النظر	5	12.50
ضغط الدم	4	7.14
ضعف السمع	4	7.14
نحافة الجسم	4	7.14
اضطرابات الجهاز البولي	3	7.14
آلام الأمعاء	3	5.36
آلام العمود الفقري	2	5.36
أمراض القلب	2	3.57
آلام في الساقين	2	3.57
آلام المفاصل	2	3.57
الأمراض الجلدية	2	3.57
البواسير	2	3.57
التلعثم في الكلام	2	3.57
نقص الشهية	2	3.57
التقوس في الظهر	2	3.57
التعب البدني	2	3.57
الشلل	2	3.57
الفتق	2	3.57
الرعاش	2	3.57
الدوار (الدوخة)	2	3.57
الصرع	2	3.57
آلام الأسنان	1	3.57
كثرة السعال	1	3.57

مرض السكر	1	3.57
التقوس في القدمين	1	3.57
آلام في القدمين	1	3.57
السل	1	3.57
التهاب القصبة الهوائية	1	3.57
انسداد الشرايين	1	3.57
التهاب الكبد	1	3.57
هشاشة العظام	1	1.78

يتبين من الجدول (2) أن الأمراض الجسمية أكثر انتشارا لدى الذكور هي: أمراض العيون, الإعاقة الحركية, الضعف العام, الأمراض العصبية, طريحو الفراش, اضطرابات المعدة, ضعف النظر.

2 - عينـــــة الإنـــــاث

الجدول رقم (3) يبين ترتيب الأمراض الجسمية لدى عينة الإناث (ن = 42) وفق تكراراتها ونسبها المئوية

المرض الجسمي	تكراره	%
أمراض العيون	14	33.33
الإعاقة الحركية	8	19.05
التلعثم في الكلام	7	16.67
طريحات الفراش	5	11.90
آلام العمود الفقري	4	9.52
آلام في الساقين	4	9.52
ضعف النظر	4	9.52
نحافة الجسم	4	9.52
الروماتيزم	4	9.52
آلام المعدة	3	7.14
آلام المفاصل	3	7.14
ضغط الدم	3	7.14
ضعف السمع	3	7.14
التعب البدني	3	7.14
الأمراض العصبية	3	7.14
الصرع	3	7.14
الضعف العام	2	4.76
اضطراب الجهاز البولي	2	4.76
التقوس في الظهر	2	4.76
الغدة الدرقية	2	4.76
هشاشة العظام	2	4.76
آلام الأسنان	1	2.38
التهاب الحلق	1	2.38
أمراض القلب	1	2.38
نقص الوزن	1	2.38
آلام العنق	1	2.38
أمراض الأذن	1	2.38
نزلات البرد	1	2.38
الأمراض الجلدية	1	2.38
السكري	1	2.38
زيادة الوزن	1	2.38
الربو	1	2.38
الزكام	1	2.38
حساسية لبعض الأطعمة	1	2.38
الشلل	1	2.38
الرعاش	1	2.38
آلام الظهر	1	2.38
السل	1	2.38
التهاب المرارة	1	2.38
عسر الهضم	1	2.38

يتبين من الجدول (3) أن الأمراض الجسمية أكثر انتشارا لدى الإناث هي: أمراض العيون, الإعاقة الحركية, التلعثم في الكلام, طريحو الفراش, آلام العمود الفقري, آلام في الساقين, ضعف النظر, نحافة الجسم, الروماتيزم.

السؤال الثاني: ما الأمراض النفسية لدى المسنين والمسنات فـــي دار العجزة بمدينة باتنة

1- عينـــــة الذكـــــور

الجدول رقم (4) يبين ترتيب الاضطرابات النفسية لدى الـــذكور (ن = 56) وفق تكراراتها ونسبها المئوية.

الاضطراب النفسي	تكراره	%
القلق العام	24	42.85
الاكتئاب النفسي	14	25
اليأس	13	23.21
اضطرابات النوم	10	17.86
قلق الصحة	10	17.86
قلق الموت	10	17.86
إهمال الذات	9	16.07
النظرة السلبية للحياة	9	16.07
العجز وقلة النشاط	8	14.28
الهذاءات	7	12.50
العصبية الزائدة	7	12.50
الاعتمادية	6	10.71
انخفاض تقدير الذات	5	8.93
العته	4	7.14
اضطرابات الكلام	4	7.14
العدوان اللفظي	3	5.36
اضطرابات الذاكرة	3	5.36
توهم المرض	2	3.57
الوسواس	1	1.78
الهوس	1	1.78

يتبين من الجدول رقم (4) أن الاضطرابات النفسية أكثر انتشارا لدى الذكور هي: القلق العام, الاكتئاب النفسي, اليأس, اضطرابات النوم, قلق الصحة, قلق الموت, إهمال الذات, النظرة السلبية للحياة, العجز وقلة النشاط, الهذاءات, العصبية الزائدة.

2- عينـــــة الإنـــــاث

الجدول رقم (5) يبين ترتيب الاضطرابات النفسية لدى الإناث (ن = 42) وفق تكراراتها ونسبها المئوية.

الاضطراب النفسي	تكراره	%
القلق العام	18	42.86
اليأس	16	38.09
الاكتئاب النفسي	16	38.09
قلق الصحة	14	33.33
توهم المرض	14	33.33
قلق الموت	12	28.57
الخوف	12	28.57
النظرة السلبية إلى الحياة	11	26.19
انخفاض تقدير الذات	10	23.81
الاعتمادية	9	21.43
الكذب	8	19.05
اضطرابات النوم	8	19.05
اضطرابات الذاكرة	7	16.67
الشعور بالضيق	7	16.67
العدوان اللفظي	6	14.28
العجز وقلة النشاط	4	9.52
الهذاءات	3	7.14
إهمال الذات	3	7.14
التخلف العقلي	1	2.38
العصبية الزائدة	1	2.38

يتبين من الجدول رقم (5) أن الاضطرابات النفسية أكثر انتشارا لـدى الإناث هي: القلق العام, الاكتئاب النفسي, اليأس, قلـق الصـحة, تـوهم المرض, قلق الموت, الخوف, النظرة السلبية للحياة, انخفاض تقدير الذات, الاعتمادية, الكذب.

الفرض الأول: توجد فروق بين الـذكور والإنـاث فـي الأمـراض الجسمية.

الجدول رقم (6) يبين قيم كا² للفروق بين الذكور الإناث في الأمراض الجسمية حسب حجم تكرارات كل مرض.

الأمراض الجسمية	تكرارها عند الذكور	تكرارها عند الإناث	قيمة كا²
أمراض العيون	17	14	0.30
الإعاقة الحركية	8	8	0.00
الضعف العام	7	2	2.76
الأمراض العصبية	6	3	1
طريحو الفراش	6	5	0.08
آلام المعدة	5	3	0.5
ضعف النظر	5	4	0.10
ضغط الدم	4	3	0.14
ضعف السمع	4	3	0.14
نحافة الجسم	4	4	0.00
اضطرابات الجهاز البولي	3	2	0.5
آلام الأمعاء	3	0	3
آلام العمود الفقري	2	4	2.66
أمراض القلب	2	1	0.32
آلام في الساقين	2	4	2.66
آلام المفاصل	2	3	0.5
الأمراض الجلدية	2	1	0.32
البواسير	2	0	2
التلعثم في الكلام	2	**7**	**2.76**

يتبين من الجدول رقم (6) أن الفروق بـين الـذكور والإنـاث فـي الأمراض الجسمية غير دالة إحصائيا.

الفرض الثاني: توجد فروق بين الذكور والإناث في الاضطرابات النفسية.

الجدول رقم (7) يبين قيم كا² للفـروق بـين الـذكور الإنـاث فـي الاضطرابات النفسية حسب حجم تكرارات كل اضطراب.

الاضطرابات النفسية	تكرارها عند الذكور	تكرارها عند الإناث	قيمة كا²
القلق العام	24	18	0.84
الاكتئاب النفسي	14	16	0.12
اليأس	13	16	0.31
اضطرابات النوم	10	8	0.22
قلق الصحة	10	14	0.66
قلق الموت	10	12	0.18
إهمال الذات	9	3	3
النظرة السلبية للحياة	9	11	0.20
العجز وقلة النشاط	8	4	1.32
الهذاءات	7	3	1.60
العصبية الزائدة	7	1	*4.5
الاعتمادية	6	9	0.60
انخفاض تقدير الذات	5	10	1.66
العته (الخرف)	4	0	2
اضطرابات الكلام	4	0	2
العدوان اللفظي	3	6	1
اضطرابات الذاكرة	3	7	1.60
توهم المرض	2	14	**9
الوسواس	1	**0**	**1**
الهوس	1	**0**	**1**

** دالة إحصائيا عند مستوى 0.01
* دالة إحصائيا عند مستوى 0.05.

يتبين من الجدول رقم (7) أن الفروق بـين الـذكور والإنـاث فـي الاضطرابات النفسية دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 في توهم المـرض لصالح الإناث. وعند مستوى 0.05 في العصبية الزائدة لصالح الذكور. أما الفروق في الاضطرابات النفسية الأخرى فلم تكن دالة إحصائيا.

مناقشـــــــة النتائـــــــج

السؤال الأول: يتبين من الجـدولين رقمـي (2, 3) أن الأمـراض الجسمية أكثر انتشارا لدى الذكور المسنين هي: أمراض العيون, الإعاقـة الحركية, الضعف العام, الأمراض العصبية, طريحو الفراش, اضطرابات المعدة, ضعف النظر. أما لدى الإناث المسنات فكانت الأمـراض أكثـر انتشارا لديهن هي: أمراض العيون, الإعاقة الحركية, التلعثم في الكـلام, طريحو الفراش, آلام العمود الفقري, آلام في الساقين, ضعف النظر, نحافة الجسم, الروماتيزم. وهي من الأمراض الشائعة نسبيا في هذه السن, حيث تمرض العيون ويسري الضعف العام في الجسم وتنقص الحركة ويغـزو الروماتزم الجسم وتكثر الآلام في أماكن معينة من الجسم كالعمود الفقري والساقين والمفاصل وغيرها. وتتفق هذه النتيجة قليلا مع نتـائج دراسـة شامل ضياء الدين 1999 في مصر.

السؤال الثاني: يتبين من الجدولين رقمي (4, 5) أن الاضطرابات النفسية أكثر انتشارا لدى الذكور من المسنين هي: القلق العام, الاكتئاب النفسي, اليأس, اضطرابات النوم, قلق الصحة, قلق الموت, إهمال الذات, النظرة السلبية للحياة, العجز وقلة النشاط, الهذاءات, العصبية الزائدة. وأن الاضطرابات النفسية أكثر انتشارا لدى الإناث من المسنات هي: القلق العام, اليأس, الاكتئاب النفسي, قلق الصحة, توهم المرض, قلق الموت, الخوف, النظرة السلبية للحياة, انخفـاض تقدير الذات, الاعتمادية, اضطرابات النوم, الكذب. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة التي بينت إصابة المسنين بهذه الاضطرابات النفسية. وتشير نظرية إريكسون في النمو إلى أنه في المرحلة الثامنـة مـن النمـو النفسـي الاجتماعي التي تقابل مرحلة الشيخوخة, يمكن أن يصاب الفرد بمشاعر اليأس إذا كانت نظرته لماضيه تتسم بالإحباط وخيبة الأمل. وعندما يفقد المسن الدور الذي كان يؤديه قبل إحالته على التقاعد ودخوله سن الشيخوخة والعجز والهرم, تنتابه مشاعر اليأس والأسى. وبينت الدراسات السابقة (مايسة النيـال 1991, أحمد عكاشة, 1992, سهام حسن راشد 1983, سـهام حسـن راشـد, 1995, سهير كامل أحمد, 1987, منير فوزي وآخرون 1983, سلوى عبـد البـاقي 1985, محمد عودة 1986, سهير كامـل أحمـد, 1991, الإقامـة فـي دور المسنين. Hyslip & al 1991 عزة عبد الكريم مبـروك, 2002, ليـدفورد ج. بيسكوف, 1975, عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم, 1999, هشام محمد إبـراهيم وآخر, 1999, A. Monk 1988, Kral 1982, محمد السيد عبد الرحمن, 1998). أن المسنين يصابون باضطرابات نفسية كالاكتئاب واليأس والقلـق والوحـدة والنفسية وقلق الموت وتوهم المرض وهذاءات الذنب والأرق والتصلب النفسي واضطرابات الذاكرة وانخفاض تقدير الذات وإهمالها والاغتراب. مما يعتبـر ذلك كله دليلا على اضطراب صحتهم النفسية. وتبين كذلك مـن الدراسـات السابقة أن المقيمين من المسنين في إقامات خاصة بهم بعيـدا عـن أسـرهم, تتدهور صحتهم النفسية أكثر من المسنين الذين يقيمون مع أسرهم. وهذا حال المسنين في هذه الدراسة الذين يشعرون بالوحدة والانعزال الاجتماعي ونكران الجميل من الأبناء والمجتمع. مما يجعلهم في حاجة إلى العلاقات الاجتماعيـة الدافئة من أسرهم وذويهم.

وخلاصة القول أن المسنين عندما يكونون في أسرهم الطبيعية يكونون في وضع أفضل من وجودهم في مؤسسات للرعاية لا يمكنها تزويدهم بالإشباع العاطفي الكافي. لأنه مهما قدمت دور الرعاية من عناية بدنية وصحية, فإن بيت المسن الطبيعي حتى وإن كان غير مناسب من بعض الجوانب, يكون أفضل من أية مؤسسة أخرى تتصف فيها الرعاية بالرتابة والافتقار إلى علاقات حانية دافئة.

الفرض الأول: يتبين من الجدول رقم (6) أنه لا توجد فروق بين المسنين والمسنات في انتشار الاضطرابات الجسمية. مما يشير إلى أن كلا من الذكور والإناث من عينة البحث يصابون بنفس الأمراض الجسمية, وليست بينهم اختلافات جوهرية في هذه الأمراض.

الفرض الثاني: يتبين من الجدول رقم (7) أن الفروق بين الذكور والإناث في الاضطرابات النفسية دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 في توهم المرض لصالح الإناث. وعند مستوى 0.05 في العصبية الزائدة لصالح الذكور. أما الفروق في الاضطرابات النفسية الأخرى فلم تكن دالة إحصائيا. من الطبيعي أن تكون الإناث أكثر توهما لإصابتهن بالمرض وخوفهن منه. فالأنثى دائما, وفقا للدراسات السابقة, وفي كل الأعمار والمجتمعات, تكون أكثر من الذكر من حيث إصابتها بالاضطرابات النفسية. ومن الطبيعي كذلك أن يكون الذكور أكثر عصبية مقارنة بالإناث, فالذكر دائما يتميز بالعنف والاندفاع وحب السيطرة, وإذا فقدها انتابته العصبية وعدم الرضا وربما يستخدم العنف.

الخاتمـــــــة والتوصيـــــــات

ظهر من نتائج الدراسة وجود ترتيب للأمراض الجسمية لدى عينة الذكور. حيث جاءت أمراض العيون والإعاقة الحركية والضعف العام وطريحو الفراش واضطرابات المعدة وضعف النظر في المراتب الأولى. وجاءت لدى عينة الإناث أمراض العيون والإعاقة الحركية والتلعثم في الكلام وطريحات الفراش وآلام العمود الفقري وآلام الساقين وضعف النظر ونحافة الجسم والروماتيزم في الرتب الأولى.

أما بالنسبة للاضطرابات النفسية فجاء القلق العام اليأس الاكتئاب النفسي اضطرابات النوم قلق الصحة قلق الموت إهمال الذات النظرة السلبية للحياة العجز وقلة النشاط الهذاءات في الرتب الأولى لدى عينة الذكور. وجاء القلق العام والاكتئاب النفسي واليأس وقلق الصحة وتوهم المرض وقلق الموت والخوف والنظرة السلبية إلى الحياة وانخفاض تقدير الذات في الرتب الأولى لدى الإناث. ولم توجد فروق بين الذكور والإناث في الأمراض الجسمية. بينما تفوق الذكور في العصبية الزائدة على الإناث, وتفوقت الإناث في توهم المرض على الذكور. ووفقا لهذه النتائج التي أسفرت عنها الدراسة, يقترح الباحث بعض التوصيات في جانبين:

الأول: فيما يتعلق بالاهتمام بتشخيص الأمراض الجسمية والنفسية وعلاجها لدى هذه الفئة من المجتمع:

1 - التعرف المبكر على الأمراض الجسمية والنفسية لدى المسنين.

2 - توفير أدوات التشخيص الطبي والنفسي الملائمة واستعمالها دوريا.

3 - توفير أطباء متخصصين في أمراض الشيخوخة من ناحية وفي الأمراض المتعددة من ناحية أخرى.

4 - توفير وسائل الترفيه للمسنين لأن الاهتمام بالرعاية الجسمية والطبية وحده لا يكفي.

الثاني: فيما يتعلق بالبحوث المستقبلية حول المسنين:

1 - دراسات مسحية للأوضاع النفسية والاجتماعية والصحية للمسنين.

2 - دراسات على عينات كبيرة من المسنين للتعرف على حاجاتهم الإرشادية.

3- دراسات حول الاتجاهات نحو المسنين.

* يشكر الباحث الدكتور / عبد الوهاب بهلول, على المساعدة القيمة التي قدمها للباحث في جمع المعلومات المتعلقة بالأمراض الجسمية لدى المسنين والمسنات.

[1] يشكر الباحث السيدة / زرفة بن عبيد, الأخصائية النفسية على المساعدة التي قدمتها للباحث في جمع المعلومات المتعلقة بالاضطرابات النفسية لدى المسنين والمسنات.

المراجـــــــــع

1 ـ القرآن الكريم.

2 ـ آمال عبد السميع باظة (1998). **الاتجاهات المختلة وظيفيا والسلبية واليأس لدى المسنين**. المجلة المصرية للدراسات النفسية. المجلد الثامن العدد 21. القاهرة, مكتبة الأنجلو المصرية.

3 ـ أحمد عكاشة (1992). **الطب النفسي المعاصر**. القاهرة, مكتبة الأنجلو المصرية.

4 ـ أشرف محمد عطية (1999). **دور بعض العوامل النفسية والاجتماعية في فاعلية بعض الوظائف لدى المسنين المتقاعدين وغير المتقاعدين**. المؤتمر الدولي للمسنين. القاهرة, مركز الإرشاد النفسي وقسم طب وصحة المسنين جامعة عين شمس.

5 ـ بدر عمر العمر (2002). **الشيخوخة بين الفرد والأسرة والمجتمع دراسة لأوضاع المسنين في المجتمع الكويتي**. دراسات نفسية المجلد الثاني عشر العدد الأول. القاهرة, رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم).

6 ـ سهام حسن راشد (1995). **الاكتئاب في المسنين**. الثقافة النفسية العدد 21 المجلد السادس. تصدر عن مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية. بيروت, دار النهضة العربية.

7 ـ سهير كامل أحمد (1987). **دراسة عبر ثقافية عن الاكتئاب والانطواء الاجتماعي لدى المسنين المتقاعدين في البيئتين المصرية والسعودية**. دراسات تربوية المجلد الثاني الجزء السابع. القاهرة, رابطة التربية الحديثة.

8 ـ سهير كامل أحمد (1991). **الحرمان من البيئة الطبيعية وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنات بدور الرعاية الخاصة**. دراسات نفسية. عدد أكتوبر. القاهرة, رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم).

9 ـ سهير محمود عبد الله (1999). **فاعلية برنامج إرشادي لتخفيف الشعور بالوحدة النفسية لدى المسنين المقيمين في دور المسنين**. المؤتمر الدولي للمسنين. القاهرة, مركز الإرشاد النفسي وقسم طب وصحة المسنين جامعة عين شمس.

10 ـ شامل ضياء الدين (1999). **دراسة إحصائية اجتماعية وصحية عن المسنين**. المؤتمر الدولي للمسنين. القاهرة, مركز الإرشاد النفسي وقسم طب وصحة المسنين جامعة عين شمس.

11 ـ عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم وآخر (1999). **السلوك التصلبي لدى عينة من المسنين**. المؤتمر الدولي للمسنين. القاهرة, مركز الإرشاد النفسي وقسم طب وصحة المسنين جامعة عين شمس.

12 ـ عبد اللطيف محمد خليفة (1991). **دراسات في سيكولوجية المسنين**. القاهرة, مكتبة الأنجلو المصرية.

13 ـ عزة عبد الكريم مبروك (2002). **مؤشرات التنبؤ بالتقدير الذاتي للصحة الجسمية لدى المسنين.** دراسات نفسية المجلد الثاني عشر العدد الثالث. القاهرة, رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم).

14 ـ عصام عبد اللطيف العقاد (1999). **فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض الاكتئاب لدى المسنين بعد التقاعد.** المؤتمر الدولي للمسنين. القاهرة, مركز الإرشاد النفسي وقسم طب وصحة المسنين جامعة عين شمس.

15 ـ علي محمد الديب (1988). **العلاقة بين التوافق والرضا عن الحياة لدى المسنين وبين استمرارهم في العمل.** مجلة علم النفس العدد السادس. القاهرة, الهيئة المصرية العامة للكتاب.

16 ـ فؤاد البهي السيد (1975). **الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة.** الطبعة الرابعة. القاهرة, دار الكر العربي.

17 ـ ليدفورد ج. بيسكوف (1975). **علم نفس الكبار.** ترجمة: عايف حبيب, دحام الكيال (1984). مراجعة: عبد الرحمن القيسي. المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم, الجهاز العربي لمحو الأمية وتعليم الكبار, جامعة الدول العربية.

18 ـ مايسة أحمد النيال وآخر (1995). **السعادة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والشخصية لدى عينة من المسنين والمسنات, دراسة سيكومترية مقارنة.** مجلة علم النفس العدد 36 القاهرة, تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب.

19 ـ محمد السيد عبد الرحمن (1998). **الذاكرة قصيرة المدى لدى المسنين.** دراسات في الصحة النفسية. الجزء الأول. القاهرة, دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

20 ـ محمد المصيلحي سالم (1997). **المشكلات التربوية للمسنين في مصر: دراسة ميدانية.** مجلة البحوث التربوية والنفسية والاجتماعية العدد 68 كلية التربية القاهرة, جامعة الأزهر.

21 ـ محمد شحاتة ربيع (1988). **أثر السن على الوظائف النفسية.** الإسكندرية, دار المعرفة الجامعية.

22 ـ مديحة العزبي (1989). **التعصب الجيلي: دراسة للاتجاهات المتبادلة بين أفراد الأسرة والمسنين.** بحوث المؤتمر الخامس لعلم النفس في مصر. القاهرة, الجمعية المصرية للدراسات النفسية.

23 ـ مديحة العزبي (1992). **نحو حياة أفضل للمسنين: أهمية الدعم الاجتماعي العاطفي في توافق المسنين.** مجلة الجمعية المصرية للدراسات النفسية العدد الثاني.

24 ـ هشام محمد إبراهيم وآخر (1999). **فاعلية برنامج إرشادي في خفض قلق الموت لدى المسنين المبصرين والمكفوفين.** المؤتمر الدولي للمسنين. القاهرة, مركز الإرشاد النفسي وقسم طب وصحة المسنين, جامعة عين شمس.

Arabpsynet Papers
Search Papers

http://www.arabpsynet.com/paper/default.asp
Papers Form
www.arabpsynet.com/paper/PapForm.htm

Arabpsynet Psychiatrists

Arabic Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.Ar.asp
English Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.asp
French Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.Fr.asp

Arabpsynet Thesis
Search Thesis

http://www.arabpsynet.com/These/default.asp
Thesis Form
www.arabpsynet.com/these/ThesForm.htm

Arabpsynet Psychologists

Arabic Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.Ar.asp
English Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.asp
French Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.Fr.asp