

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة ابن خلدون - تيارت -
كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية
مسار علم النفس
تخصص علم النفس العيادي

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر علم النفس العيادي

الأرق وعلاقته بظهور الاضطرابات النفسية لدى المسنين

دراسة ميدانية بدار الأشخاص المسنين بتيارت

تحت إشراف الأستاذة:

- ملوكي . ج

إعداد الطلبة:

- سمار مصطفى

- عيساني مليكة

السنة الدراسية:

2016/2015

إهداء

نهدي ثمار هذا الجهد المبذول إلى الأولياء أطال الله في
أعمارهم
إلى كل الإخوة والأخوات
إلى طلبة دفعة 2016/2015 تخصص علم النفس العيادي
إلى كل الأساتذة من الطور الإبتدائي إلى الطور الجامعي

شكر

قال رسول الله صلى الله عليه وسلم (إذا ساعدكم أحد
فكافئوه فإذا لم تجدوا بما تكافئوه فأتوا عليه)
فالتناء وكل التناء لله عز وجل الذي وفقنا طيلة مشوارنا
الدراسي ونسأل الله دوام النجاح والتوفيق، كما نخص
 بالذكر الأساتذة الكرام الذين لم يبخلوا علينا بنصائحهم فلهم
كامل الاحترام والتقدير

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة إلى الكشف عن الاضطرابات النفسية الناجمة عن الأرق لدى المسنين، وذلك باستخدام عينة مقصودة تكونت من ثلاثة حالات، وتمحورت الدراسة حول التساؤلات التالية:

- هل للأرق علاقة بظهور الاضطرابات النفسية لدى المسنين؟ وإن كان كذلك فما هي هذه الاضطرابات؟

وقد تم إتباع المنهج العيادي الذي يستخدمه المختص النفسي في دراسة المشكلات الشخصية للأفراد حيث يعتمد على الملاحظة المعمقة، ويجمع بيانات تفصيلية عن تاريخ الفرد وظروف تنشئته وعلاقاته عن طريق مقابلة الفرد أو من تربطهم علاقة به، فمن خلال الاختبارات النفسية وجمع البيانات يتم تشخيص المشكلة، ولقد اعتمدت الدراسة في جمع البيانات على مقياسين (مقياس الأرق من إعداد د.زينب محمود شقير - مقياس الاضطرابات النفسية من إعداد ماكس هاملتون) وتم تحليل البيانات عن طريق دراسة الحالة، حيث أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- للأرق علاقة بظهور بعض الاضطرابات النفسية لدى المسنين.

- للأرق علاقة بظهور الاكتئاب لدى المسنين.

- للأرق علاقة بظهور القلق لدى المسنين.

- للأرق علاقة بظهور الوسواس لدى المسنين.

فهرس المحتويات

- إهداء أ
- شكر ب
- ملخص الدراسة ج
- فهرس المحتويات د
- قائمة الجداول هـ
- مقدمة 09

الفصل الأول: تقديم الدراسة

- 1- الإشكالية 12
- 2- الفرضيات 12
- 3- أهداف الدراسة 12
- 4- أهمية الدراسة 13
- 5- التعاريف الإجرائية 14
- 6- الدراسات السابقة 14

الفصل الثاني: المقاربة النظرية للدراسة

- المبحث الأول: الأرق
 - تمهيد 36
 - 1- تعريف الأرق 36
 - 2- أنواع الأرق 37
 - 3- أعراض الأرق 39
 - 4- أسباب الأرق 40
 - 5- النظريات النفسية التي تناولت الأرق 43

44 6- علاج الأرق

45 7- الوقاية من الأرق

- المبحث الثاني: المسنين

48 تمهيد

48 1- تعريف المسنين

50 2- بداية الاهتمام بدراسة المسنين

53 3- أنواع المسنين

54 4- الخصائص المميزة للمسنين

66 5- النظريات المفسرة لمشكلات المسنين

77 6- حقوق المسنين

80 7- أسس رعاية المسنين

81 8- دور الدولة في رعاية المسنين

- المبحث الثالث: الاضطرابات النفسية

87 تمهيد

87 1- تعريف الاضطرابات النفسية

88 2- أسباب الاضطرابات النفسية

91 3- تصنيف الاضطرابات النفسية

97 4- أنواع الاضطرابات النفسية

99 5- الوقاية من الاضطرابات النفسية

الفصل الثالث: المقاربة الميدانية للدراسة

102 - المجال الزمني والمكاني للدراسة

102 - عينة الدراسة

102	.....	- المنهج المستخدم في الدراسة
102	.....	- أدوات الدراسة
103	.....	- وصف مقاييس الدراسة
105	.....	- تقديم حالات الدراسة
117	.....	- صياغة النتائج العامة للدراسة
123	.....	- خاتمة
		- قائمة المراجع
		- قائمة الملاحق

قائمة الجداول:

العنوان	رقم الجدول
يبين التصنيف الكلاسيكي للاضطرابات النفسية	الجدول رقم (1)
يبين تصنيف الاضطرابات العقلية والنفسية حسب DSM VI	الجدول رقم (2)
يبين عرض محتوى المقابلات مع الحالة الأولى	الجدول رقم (3)
يبين عرض محتوى المقابلات مع الحالة الثانية	الجدول رقم (4)
يبين عرض محتوى المقابلات مع الحالة الثالثة	الجدول رقم (5)

مقدمة

مقدمة:

تعد اضطرابات النوم الناتجة عن تعرض الناس لظروف صعبة كالأزمات والمشاكل أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا، وهي شائعة ضمن أعراض أمراض نفسية وجسمانية كثيرة: كالقلق والاكتئاب والوسواس، ويمكن أن تكون حالة مستقلة بذاتها، ففي جميع الحالات تشكل اضطرابات النوم مصدر قلق إضافي للإنسان فآثارها لا تتوقف على الإنسان الذي يعاني منها بل معظم الأحيان تتعداه إلى المحيطين به فتعكس آثارها على أقربائه وزملائه حيث يعانون من صعوبة التعامل السلوكي معه بسبب سرعة الاستثارة لديه وعصبية الزائدة بجانب أن علاقته بالآخرين تتسم بالتوتر نتيجة لعدم حصوله على كفايته من النوم.

ويمكن أن تكون اضطرابات النوم مؤشرا لكثير من الاضطرابات العضوية والنفسية والسلوكية، لذا فإن الحالة الصحية للجسم وما فيها من جلاء العقل واتزان الانفعالات يمكن أن تضرب جميعها إذا ما اضطرب نوم الفرد، ولا سيما بالحرمان، كالإنقاص من مدة النوم الطبيعي للفرد أو الحرمان الكلي أو الجزئي منه، وقد يكون في بداية النوم أو خلاله أو آخره، محدد الزمن أو متكرر وطويل الأمد.

ومن أشيع هذه الاضطرابات الأرق الذي يعد من أكثر اضطرابات النوم انتشارا، حيث يؤثر بصفة خاصة على المسنين، فنجد أن كبار السن يشكون دائما من مشاكل النوم و أكثر ما يشكون منه تقطع النوم، ويزيد الأرق بصورة مضطربة مع تقدم العمر، إذ أن مرحلة الشيخوخة تعد إحدى مراحل النمو الأساسية التي يصاحبها العديد من التغيرات الفيزيولوجية والبيولوجية والاجتماعية والنفسية، ويترتب على هذه التغيرات ظهور العديد من المشكلات التي تعوق توافق المسن مع أسرته ومجتمعه بوجه عام، وتؤثر على حالته النفسية بشكل خاص، حيث أن بعض الحالات النفسية والتي تبدو ناتجة عن عمليات الشيخوخة إنما هي ناتجة عن اضطرابات نفسية، وهذه الأخيرة تؤثر أيضا تأثيرا على الحالة النفسية للمسن، حيث

تقل قدرته على الإنتاج والدخول في نمط حياة روتيني مما يؤدي إلى التوقع والانسحاب من العلاقات الاجتماعية وكذلك الإحساس بالنهاية مما يتولد لديه قلق الموت.

وفي دراستنا هذه أردنا أن ندرس العلاقة بين متغير الأرق وبعض الاضطرابات النفسية لدى هذه الشريحة من الأفراد، حيث قسم البحث إلى ثلاث فصول، خصص الفصل الأول للإطار المنهجي للبحث الذي حددنا فيه الإشكالية، الفرضيات، أهداف الدراسة، أهمية الدراسة، المفاهيم الإجرائية والدراسات السابقة، أما الفصل الثاني فقد خصص للجانب النظري والذي احتوى على ثلاث مباحث:

- المبحث الأول: الأرق

- المبحث الثاني: المسنين

- المبحث الثالث: الاضطرابات النفسية

أما الفصل الثالث فقد خصص لعرض الجانب المنهجي والتطبيقي للدراسة حيث تم التطرق فيه إلى عرض الحالات وتطبيق المقاييس، تحليل النتائج ومناقشة الفرضيات.

الفصل الأول: تقديم الدراسة

- الإشكالية
- الفرضيات
- أهداف الدراسة
- أهداف الدراسة
- التعاريف الإجرائية
- الدراسات السابقة

1- الإشكالية:

يعد متغير الصحة النفسية من المتغيرات التي حظيت بالاهتمام منذ قدم العصور، وأي خلل على مستواها يؤدي إلى ظهور اضطرابات معينة منها اضطرابات النوم التي هي عبارة عن مجموع الاضطرابات التي يتعرض لها الفرد نتيجة إفراطه أو حرمانه من النوم لفترة زمنية محددة، فالحرمان من النوم أو ما يعرف بالأرق هو عبارة عن فقدان القدرة على النوم الطبيعي بصورة دائمة، حيث يجد الفرد صعوبة في الدخول إلى النوم أو يتعرض لليقظة المتكررة أثناء الليل، نجد هذا الأخير بصفة شائعة لدى المسنين الذين تجاوز سنهم 60 سنة وهم كبار السن الذين تتجه قدرتهم البدنية والمعرفية إلى الانخفاض مع ازدياد تعرضهم للإصابة باضطرابات الشيخوخة، فمن خلال الدراسة الحالية والمتمثلة في الأرق وعلاقته بظهور الاضطرابات النفسية لدى المسنين، نطرح الإشكال التالي: هل للأرق علاقة بظهور الاضطرابات النفسية لدى المسنين؟

2- فرضية الدراسة:

- للأرق علاقة بظهور بعض الاضطرابات النفسية لدى المسنين.

فرضيات جزئية:

- للأرق علاقة بظهور الاكتئاب لدى المسنين.

- للأرق علاقة بظهور الوسواس لدى المسنين.

- للأرق علاقة بظهور القلق لدى المسنين.

3- أهداف الدراسة:

- الإجابة عن تساؤلات الدراسة.

- الكشف عن العلاقة بين الأرق وظهور الاضطرابات النفسية لدى المسنين.

- معرفة الآثار النفسية الناجمة عن الأرق عند المسنين.
- التعرف على المشاكل التي يواجهها المسنون.
- التعرف على كيفية التعامل مع المسنين في دار رعاية المسنين.

4- أهمية الدراسة:

- إثراء للمعرفة العلمية و العملية في مجال اضطرابات النوم التي يمكن أن يعاني منها المسن من الناحية النفسية.
- معرفة مدى تأثير الأرق على التوافق النفسي لدى المسنين.
- إبراز بعض الاضطرابات النفسية التي يمكن أن يعاني منها المسنون نتيجة الأرق.

5- التعاريف الإجرائية:

- 1- الأرق: هو عبارة عن فقدان القدرة على النوم الطبيعي بصورة دائمة، حيث يجد الفرد صعوبة في الدخول إلى النوم أو يتعرض لليقظة المتكررة أثناء الليل.
- 2- المسنين: هم كبار السن الذين تجاوز سنهم 60 سنة والذين تتجه قدرتهم البدنية والمعرفية إلى الانخفاض مع ازدياد تعرضهم للإصابة باضطرابات الشيخوخة.
- 3- الاضطرابات النفسية: هي مجموع الأعراض والملاحم التشخيصية والإكلينيكية التي تدل على عجز أو خلل في السيرورة النفسية.

6- دراسات سابقة:

دراسات أجنبية:

- (1)- بدأت تجارب الحرمان من النوم عام 1986 في جامعة أيو IAWA ويعد كل من باتريك وجيلبرت (Patrick et Gilbert) من أوائل الذين درسوا الحرمان من النوم تتفاوت بصورة عامة تبعا لفعل العديد من العوامل: ومنها عمر الفرد، ونمط شخصيته ونمط نومه

ومدى حاجته الطبيعية للنوم فضلا على طبيعة وأهمية العمل الذي يقوم به والذي قد يكون السبب في حرمانه من النوم، كذلك تختلف ردود فعل الحرمان من النوم بصورة تتناسب مع طول أمده، كما أنها تعتمد إلى حد بعيد على نوعية الحرمان وفي ما إذا كان كاملا أو جزئيا وإذا كان في الجزء الأول أو الأخير من النوم.

أجريت عدة دراسات لاختبار أثر الحرمان من النوم ومن هذه الدراسات على سبيل المثال أجريت دراسة في أمريكا عام 1959 على شاب تطوع للخضوع إلى تجربة الحرمان من النوم لمدة مقررة طولها 8 أيام متواصلة من اليقظة الكاملة أي 192 ساعة وقبل البدء بالتجربة أجريت له العديد من الفحوص الجسمية والنفسية والعصبية والعقلية ولغرض إبقائه يقظا انشغل بعمل إذاعي وبانتهاء المدة المقررة أمكن تسجيل الملاحظات التالية عن مسيرة الحرمان من النوم وهي:

- لم تحدث أي أعراض خلال اليوم الأول من الحرمان.
- في نهاية اليوم الثاني بدأ يتوهم أنه يرى ما يشبه نسيج العنكبوت أمام عينه وتحولت البقع والنقوش على المائدة وكأنها حشرات مختلفة، وتوهم بأنه يرى أرنب في مقصورة البث الإذاعي.
- بعد قضاء 100 ساعة من اليقظة المتواصلة بدأ عليه العجز عن مواصلة الاختبارات التي تهدف إلى قياس الانتباه والتركيز والقدرة على حل المسائل.
- بعد مرور 110 ساعات بدأ يعاني من الهذيان وأصبح عالمه المرئي مملوء بخيالات وهمية غريبة.
- بعد مرور 120 ساعة راح يتوهم أنه يرى حريقا وأصبح فزعا وراح يطلب النجدة.
- بعد مرور 150 ساعة بدأ يشك بهويته الذاتية، ومن يكون أهو هو؟ أو الممثل الذي ظهرت صورته على الحائط أمامه، وفقد مقدرته على إدراك حس الزمان والمكان.

- ولكن حتى بعد مرور هذه المدة الطويلة من الحرمان من النوم ظهر متماسك الشخصية ومتمرن السلوك ولم يصدر عنه أي تجاوز أو أخطاء صارخة أو خروج عن المألوف.

- في اليوم الأخير من التجربة بدأ الاختلال واضحا بين عالمه الخيالي وبين عالمه الواقعي وبدأ يظهر أعراض الهلوسة بشكل واضح وراح يتصور بأن الطبيب الذي يقوم بفحصه بين الحين والآخر إنما هو مجهز الموتى وبأنه جاء لدفنه حيا مما دفعه إلى الهرب من الطبيب.

- بعد الانتهاء من التجربة وقع في النوم لمدة 13 ساعة واستيقظ بعدها وعاد إلى حالته الطبيعية قبل التجربة باستثناء أنه ظل يعاني من درجة طفيفة من الاكتئاب ولمدة ثلاث شهور.

وفي تجربة ثانية خضع فيها متطوع آخر للحرمان من النوم لمدة 230 ساعة أي لمدة 9 أيام و14 ساعة جاءت النتائج متقاربة جدا مع نتائج التجربة السابقة.

وفي تجربة ثالثة خضع متطوع آخر لمدة 268 ساعة لحرمانه من النوم أي لمدة 11 يوم و4 ساعات ومن النتائج التي توصلت إليها التجربة:

- في اليوم الرابع من الحرمان من النوم أصبح متجهما ومنفعلا وشكى من تناقص في ذاكرته وفي مقدرته على التركيز والانتباه وصار يرى أضواء الشارع وكأنها غامضة وبدأ يشعر بشيء من الضغط في رأسه.

- وفي اليوم التاسع أخذ يشعر بهلوسة وأحلام عابرة وراح يتصور نفسه لاعبا عظيما من لاعبي كرة القدم.

- في نهاية اليوم الحادي عشر نام لمدة 14 ساعة.

وفي تجربة رابعة ظهر على الفرد مشاعر التمثل والوخز في الجلد وسماع ضوضاء داخل الأذن وزيادة في انخفاض اليقظة التامة مما يؤدي إلى زيادة الشعور بالهروب ونقص الاهتمام بكل ما يحيط به، وفي اليوم الخامس من التجربة ظهرت أعراض تناذر ذهاني

واختلال الإحساس بالواقع وزيادة في حدة الهلوسة بل وصلت الهلوسة في حداثها بأن الفرد يشعر وكأنها واقع أيضا، أصبح الفرد يحتاج إلى مجهود استثنائي لإبقاء العيون مفتوحة وكذلك اختل لديه الشعور بالوقت والمكان وكذلك بالشعور بنفسه كفرد وكذلك شاعت لديه الأفكار الخاصة بشعور العظمة وكانت حالته في النهار أشبه بحالة الهذيان بينما في الليل لديه فصام العظمة.

ومن الملاحظات التي سجلت عن أسرى الحرب الكورية فإن الذين يتعرضون منهم لعمليات متواصلة من اليقظة والاستجواب بعضهم انهارت مقاومتهم وفي ملاحظات أخرى سجلت عن مرضى جراحة القلب هي ظهور أعراض من الهذيان والهلاوس والأوهام مع اضطراب في التوجه وظهور الأفكار الاضطهادية فإذا حرم الفرد لمدة خمسة أيام فإن القلب والجهاز التنفسي يؤديان وظائفهما بتكاسل، وظهور رعشة خفيفة باليدين وصعوبة التركيز بالعين، تهدل الجفون وحساسية زائدة للألم. (علي محمود كاظم، 2014: 285-286)

(2)- وأظهرت دراسة أخرى أن قلة النوم تؤثر على الذاكرة وتضعف من أداء المخ حيث تكون ردود أفعال الشبان الذين يغالبهم النعاس شبيهة لحد كبير بردود أفعال من هم في العقد السابع من العمر وأيد ذلك دراسة أخرى عن آثار عدم النوم لمدة 24 ساعة على شبان تتراوح أعمارهم بين 19 و 24 سنة، إن أنماط نشاط المخ التي سجلت لدى الشبان تماثل تلك التي لدى كبار السن الأصحاء الذين يؤدون مهامًا مماثلة تتصل بالذاكرة، كذلك أظهرت دراسة أخرى على عينة مؤلفة من أكثر من مائة شخص بالغ واكتشفوا أنه بالمقارنة مع الأشخاص الذين كانوا يحصلون على ساعات النوم المثالية فإن الأشخاص الذين كانوا يحصلون على ساعات نوم طويلة يعانون من مشاكل في النوم حيث أفادوا أنهم يجدون صعوبة في النوم عند الذهاب إلى الفراش، كما أنهم لا يستغرقون في النوم وينهضون أكثر من مرة خلال الليل، كما أنهم ينهضون مبكرا، فضلا عن عدم شعورهم بالحيوية عندما ينهضون من النوم كما أنهم يشعرون بالنعاس طوال اليوم، هذا وقد أكد باحثون إيطاليون في

دراسة حديثة أن عدم أخذ قسط وافر من النوم أثناء الليل قد يعرض الأشخاص وخاصة المصابين منهم بارتفاع ضغط الدم الشرياني بعد تعريضهم لحرمان من النوم من الساعة 3 إلى 7 صباحا لخطر الإصابة بأمراض القلب وهذا ما جعل الخبراء يؤكدون على ضرورة أن يقضي الإنسان 8 ساعات على الأقل في النوم كل ليلة وذلك لتجنب المشكلات الجسدية والعصبية التي قد تسببها قلة الراحة والحرمان من النوم. (علي محمود كاظم، 2014: 286-287)

(3)- أجرى أندرسون وآخرون (Anderson et al) سنة 1979 دراسة بعنوان الأرق والعلاج بالتنويم الإيحائي وقد هدفت الدراسة إلى معرفة أثر التنويم الإيحائي لعلاج الأرق وقد استخدم التصميم التجريبي بمشاركة ثمانية عشر فردا يعانون من الأرق تتراوح أعمارهم من 29 حتى 60 سنة وقد خضعوا لجلسات التنويم الإيحائي لمدة 10 أسابيع بمعدل كل أسبوع جلسة وقد استخدم أربعة مقاييس للأرق وهي: متوسط وقت الذهاب إلى النوم، متوسط مدة النوم، ونوعية النوم، وحالة اليقظة التي تتطوي على اضطراب الأرق، وقد أظهرت النتائج فعالية التنويم الإيحائي لعلاج الأرق. (عيسى بن محمد بن سالم المنوري، 2013: 43-44)

(4)- ورأى بيكر (Becker) سنة 1993 في دراسته لتقييم المرضى في مركز اضطرابات النوم لاختلال النوم، كانوا يعانون من اضطرابات في النوم بمعدل ثلاث ليالي في الأسبوع واستمرت لمدة 6 شهور أو أكثر، وتكونت العينة من ستة بالغين ذكور وقد هدفت الدراسة إلى إخضاعهم للعلاج بالتنويم الإيحائي لخفض الأرق ولمعرفة استمرار النفسية الفيزيولوجية وغيرها من التشخيصات لاضطرابات النوم، وقد استمر ثلاثة مرضى فقط من العينة وبشكل منتظم لدورتين للعلاج بالتنويم الإيحائي، ويقدمون تقريرا يوميا للعلاج لمدة نصف ساعة قبل النوم أثناء وجودهم في السرير، وقد أظهرت النتائج تحسن بشكل جيد وبقي هذا التحسن لما بعد فترة المتابعة. (عيسى بن محمد بن سالم المنوري، 2013: 44)

(5)- وقام هاوسام (Hawsam) سنة 1999 بإجراء دراسة بعنوان التنويم الإيحائي في علاج الكوابيس والأرق والذعر الليلي، وقد هدفت الدراسة إلى علاج الكوابيس والأرق والذعر الليلي والخوف من الظلام لصبي عمره 11 سنة يعاني من ذلك، الذي حدث له نتيجة إصابته إصابة شديدة في المستشفى وتسبب في حدوث اضطرابا تنفسية لديه، وذلك باستخدام إستراتيجية التنويم الإيحائي، وقد أظهرت النتائج فعالية التنويم الإيحائي للعلاج. (عيسى بن محمد بن سالم المنوري، 2013: 44)

(6)- كما أشار بيردنت و أوت (Berndt et Ott) سنة 2000 في دراسته التي كانت بعنوان فاعلية علاج الأرق بالتنويم الإيحائي المسجل على شريط، والتي هدفت عن البحث عن فعالية الأشرطة الصوتية المسجل بها جلسات التنويم الإيحائي لعلاج الأرق لدى عينة تتكون من 21 فرد يعانون من الأرق المزمن، حيث كانوا يعانون من: إطالة التفكير في الأحداث المجهدة في حين يرقد في السرير، تجرع اللوم أو المشاكل التي لم تحل، استهلاك المخدرات أو الكحول، عدم القدرة على النوم بشكل طبيعي وكذلك الشعور بعدم الانتعاش بعد النوم، وكان الهدف الأول من هذه الدراسة هو أن التنويم الإيحائي لم يتم توثيقه بشكل كامل كعلاج للأرق والتحقق من صحة ذلك تجريبيا، ودراسة كيفية التدخل في حالة التنويم هل تكون مفيدة لعلاج مشاكل النوم، حيث تكونت العينة من 21 فرد منهم 13 رجلا و 8 نساء، وكانت أعمارهم تتراوح ما بين 13 إلى 47 سنة، كان 48% عازبون، و62% متزوجون، و38% من العاملين في مدرسة ثانوية، و19% على الأقل ملتحقون بالتعليم الجامعي، وقد استمرت لديهم اضطرابات النوم بالفعل من 3- 4 سنوات وبلغت مدة معاناتهم من 6 أشهر إلى 20 عاما، وذلك من خلال التشخيص في المقابلة الأولية وقد أفاد 16 من الـ 21 أنهم لم يتناولون أي دواء حاليا لاضطراب نومهم، وتم استخدام مقياس الأرق من الدليل التشخيصي للأمراض النفسية DSM-IV في المقابلة الأولية وقد تراوحت مدة الجلسة من 15 إلى 20 دقيقة وكان شريط التنويم الإيحائي يحتوي على أربع مراحل وهي:

- يتموضع المريض تحت التنويم الإيحائي عن طريق تقنيات الاسترخاء والتنفس.
- يجب أن يتخيل المريض أنه يسير في درج يتكون من عشر خطوات وقد ساعد ذلك على التعميق والتحقق من حالة التنويم.
- تقدم للمريض بعض التخيلات.
- وتقدم اقتراحات تساعد على الانتقال إلى النوم وطلب من كل مريض أن يستمع إلى هذه الجلسات لمدة 28 يوماً، وقد أظهرت النتائج فعالية التنويم الإيحائي لعلاج الأرق. (عيسى بن محمد بن سالم المنوري، 2013: 45-46)

(7)- كما قام كل من أنبار وسلوثير (Anbar et Slothower) سنة 2006 بدراسة بعنوان التنويم الإيحائي لعلاج الأرق للأطفال في سن المدرسة، وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن فعالية التنويم الإيحائي لعلاج الأرق والكشف عن أسباب الأرق، وقد استخدم الباحث المنهج التجريبي، حيث تكونت عينة الدراسة من 84 طفلاً تم إخضاعهم لدورة في التنويم الإيحائي الذاتي على شكل دورتين: بعد الدورة الأولى عاد 75 طفلاً لاستكمال الدورة الثانية وكان متوسط أعمارهم 12 سنة وأظهرت النتائج أن الأطفال الصغار أكثر عرضة للأرق المرتبط بالمخاوف وأن 70 من المرضى يعانون من التأخر في بداية النوم لأكثر من 30 دقيقة وأظهرت النتائج أن 90% وجدوا تحسن في بداية النوم و21 مريضاً يعانون الاستيقاظ ليلاً أكثر من مرة واحدة في الأسبوع وقد أظهرت النتائج تحسن بنسبة 52% من الاستيقاظ، وتم الإبلاغ عن الشكاوي الجسدية بنسبة 41% من المرضى بما في ذلك ألم في الصدر، ضيق التنفس، آلام في البطن وظيفية، والسعال، والصداع، وضعف الحبل الصوتي، وقد أظهرت النتائج أن 87% تحسن من الشكاوي الجسدية بعد التنويم الإيحائي. (عيسى بن محمد بن سالم المنوري، 2013: 46-47)

(8)- أجرى تشان وآخرون (Chenet et al) سنة 2012 دراسة شبه تجريبية بعنوان فعالية العلاج بالتنويم الإيحائي في تحسين نوعية النوم لدى سكان دار المسنين، وقد تم

اختيار المشاركين المسنين المؤهلين عن طريق أخذ عينة مستهدفة من مرافق السكن بمساعدة الموظفين في الدار وتم اختيار 21 فرد، تم تطبيق العلاج بالتنويم الإيحائي على 11 مشارك في المجموعة التجريبية لمدة 8 أسابيع، وتلقت المجموعة الضابطة الرعاية الروتينية وشملت أدوات القياس مقياس بيتسبرغ لمؤشر جودة النوم ومقياس التماثلية البصرية واستخدمت يوميات النوم لجمع البيانات والتي تم تحليلها بالإحصاء الوصفي وتم حساب المعدلات بالتقدير المعمم GEE للقياسات المتكررة وأظهر المشاركون في المجموعة التجريبية نتائج متفوقة مع وجود اختلافات كبيرة في إجمالي الوقت للبقاء مستيقظا بعد بداية النوم، وكفاءة النوم، وانخفاض بشكل كبير البقاء في السرير مستيقظا، مع زيادة أسابيع من العلاج بالتنويم الإيحائي اقترحت هذه الدراسة أنه يمكن تطبيق هذا العلاج البديل في الممارسات السريرية والتمريضية وإعادة تقييم فعاليتها في الدراسات المستقبلية. (عيسى بن محمد بن سالم المنوري، 2013: 50)

(9)- أجرى ماسيلوري (Mcelory) سنة 1979 دراسة لعلاج الآلام والآثار النفسية لمرضى فقر الدم المنجلي باستخدام التنويم الإيحائي الذاتي، استنادا إلى مجموعة من الفئات المظهرية من أنماط الألم المزمن، كانت أهداف الدراسة السيكومترية لإدارة إجراءات في محاولة لتحديد أنماط الإحساس بالألم لدى مرضى فقر الدم المنجلي، واستخدم في هذه الدراسة المنهج التجريبي، وتم استخدام التدريب الذاتي وهي الطريقة النفسية الفيزيولوجية من التنويم الإيحائي الذاتي لتعزيز ردود الفعل المناسبة والصحية للجسم والعقل مع المرضى وتم اختيار العينة من خلال الأفراد الذين يعانون من مرض فقر الدم المنجلي الذين يدخلون غرفة الطوارئ لأنهم يعانون من أزمة مؤلمة وتم تقسيمهم في فئات والربط بين المعلومات التفصيلية المتعلقة بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي والعمر عند اكتشاف المرض والعوامل المؤهلة التي تؤدي إلى الأزمة المؤلمة وتاريخ المسكن وبطبيعة الحال اختيار مكان للعلاج خلال فترة الدراسة وقد بدأ التدريب الذاتي بعد إجراء المقابلات والاختبارات وكانت فوائد

التدريب الذاتي للحث على الراحة، الاستجمام، الاسترخاء الذاتي، التنظيم الذاتي من الوظائف اللاإرادية وتخفيف الآلام وأظهرت النتائج أن آثار التدريب الذاتي بعد ملاحظة المرضى في غضون الأسبوعين الأولين من التدريب أصبحوا أكثر استرخاء وأقل قلقاً وتحسن النوم وتحسنت الذاكرة وزاد الحافز لديهم وبالتالي زيادة قدرة المريض على التعامل مع التوتر وتحقيق قدر أكبر من استرخاء العضلات. (عيسى بن محمد بن سالم المنوري، 2013: 50-51)

(10)- كما قام سيمونز وباراجان (Simondse et Baragen) بدراسة لتحديد السلوكيات المرتبطة بالنوم من خلال مقارنة بين عينة إكلينيكية قوامها 150 مفحوصاً وأخرى غير إكلينيكية قوامها 309 مفحوصين تراوحت أعمارهم ما بين 8- 12 سنة وقد أسفرت نتائج الدراسة عن تميز العينة الإكلينيكية بأحلام مزعجة (كوابيس) ومخاوف من الليل، صعوبة في الدخول في النوم، والخوف من الموت، والخوف من الظلام بالإضافة إلى ظهور التبول الليلي والحاجة إلى الاطمئنان لدى أطفال 10 سنوات في حين انتشرت الأحلام المزعجة لدى المرضى في عمر 11 عاماً ولاسيما لدى أولئك الذين يعانون من الاضطرابات الوجدانية والقلق بالمقارنة بالعينة غير الإكلينيكية من الفئات العمرية ذاتها. (أنور حمودة البناء، 2008: 597)

(11)- وفي دراسة أمريكية حديثة أجريت في كلية بلومبيرغ للصحة العامة في جامعة جون هوبكنز ونشرت في مجلة (علم الشيخوخة، العلوم الطبية) قام الباحثون بإجراء هذه الدراسة على مرحلتين في 2006 قاموا بسؤال الأشخاص من الجنسين والذين فوق الخمسين سنة من العمر إن كان لديهم واحد أو أكثر من أعراض الأرق والتي تتجلى إما بصعوبة البدء بالنوم أو البقاء متيقظاً أو كليهما وكذلك إن كان المرضى قد شعروا بأي فترة بالراحة بعد النوم وبعد سنتين في 2008 قام الباحثون بتسجيل الحالات التي راجعت الخدمات الصحية مثل القبول بالمشافي أو مراجعة دور المسنين أو المراكز الصحية ويذكر أن نصف المرضى فوق

الستين سنة من العمر يعانون من الأرق ولكن 10% منهم يتلقون العلاج لذلك ويتجلى الأرق أما بصعوبة البدء بالنوم أو النوم المتقطع والاستيقاظ المتكرر أو الاستيقاظ باكرا أو عدم الشعور بالراحة بعد النوم والشكوى من الصداع التوترى أو اضطرابات الهضم أو التعب أثناء النهار، يمكن للتوتر والاكتئاب أن يسببا الأرق بالإضافة لتناول بعض الأدوية مثل الأدوية الحاوية على الكافيين أو الكورتيزونات وكذلك تناول الكافيين والنيكوتين والكحول وبعض الحالات المرضية المؤلمة أو الحاجة للتبول المتكرر كما أن لبيئة ومكان النوم تأثيرا على الأرق بالإضافة للسفر المتكرر الذي يسبب اضطرابا بجدول النوم. (مجلة العربية، 2013)

(12)- دراسة وولفوك ومكانتي سنة 1983 بعنوان استخدام الاسترخاء في علاج الأرق حيث اعتمد الباحثان في هذه الدراسة على استخدام أربعة أساليب علاجية تعتمد على تدريبات الاسترخاء في علاج مشكلة الأرق وقد تكونت عينة الدراسة من أربعة وأربعين مشاركا تتراوح أعمارهم بين 19 و 71 سنة تم تطبيق تدريبات الاسترخاء على المشاركين في صورة مجموعات صغيرة كل مجموعة تتكون من خمسة أشخاص استمرت تدريبات الاسترخاء لمدة أربعة أسابيع وقد كان خلالها يمارس المشاركون تدريبات الاسترخاء أساسا على التحكم الذاتي من خلال قيام كل مشارك بالمسؤوليات الملقاة على عاتقه في حل مشكلته وأشارت النتائج إلى تحسن ملحوظ في خفض ساعات الاستيقاظ بين المشاركين مما يعني التخلص من مشكلة الأرق التي كانوا يعانون منها. (فضل خالد أبو هين، 2008: 117)

(13)- دراسة مورين وأزرين (Morin et Azerin) سنة 1987 بعنوان ضبط المتغيرات وتدريب التخيل أساليب علاجية لمشكلة الأرق حيث حاول الباحثان في هذه الدراسة المقارنة بين ضبط المتغيرات البيئية التي يمكن أن تؤثر على حالة النوم كالضوضاء والإضاءة والأجهزة المختلفة ومكان النوم وتوقيته وأسلوب آخر يعتمد على تدريب المشاركين

على تخيل أشياء معينة أو تركيز تفكيرهم وتخيلهم على مثيرات محددة لفترة من الوقت حتى يأخذهم النعاس وقد اشتملت عينة الدراسة على واحد وعشرون مشاركا وتبين من نتائج الدراسة أن أسلوب ضبط المتغيرات أفضل من أسلوب تدريبات التخيل في علاج مشكلة الأرق. (فضل خالد أبو هين، 2008: 118)

(14)- دراسة مورين وأزرين (Morin et Azerin) سنة 1988 بعنوان الإرشاد السلوكي والمعرفي في علاج الأرق في هذه الدراسة تم تطبيق الإرشاد السلوكي والمعرفي على عينة من المشاركين يقدر عددهم بسبعة وعشرين شخصا من كبار السن وقد تبين أن كلا العلاجين أديا إلى تحسن ملحوظ في مستوى ساعات النوم خلال فترة 3 شهور ومتابعة لمدة 12 شهرا فالمسترشدون حققوا تحسنا ملحوظا في عدد ساعات النوم والاستيقاظ ليلا كما تشير النتائج إلى انه يمكن علاج حالات الأرق واضطرابات النوم الأخرى باستخدام أساليب الإرشاد النفسي المختلفة إلا أن الإرشاد السلوكي حقق نتائج أفضل في علاج مشكلات النوم المختلفة مقارنة بالإرشاد المعرفي علما بان تطبيق الإرشاد في هذه الدراسة استمر لمدة عشرة أسابيع منها أسبوعان لوضع خط الأساس وأربعة أسابيع للعلاج وأسبوع إلى ثلاثة أسابيع إضافية لمتابعة العلاج. (فضل خالد أبو هين، 2008: 118)

(15)- دراسة ثيرولت سنة 1994 هدفت دراسة التقاعد تحول نفسي اجتماعي (عملية التأقلم على المتغيرات) إلى معرفة مستوى القلق والاضطرابات النفسية لدى كبار السن قبل وبعد التقاعد وأظهرت النتائج أن إحالة كبار السن إلى التقاعد تزيد من مستوى القلق والاضطرابات النفسية لديهم وأن أعلى مستوى للقلق قد تم تسجيله في فترة قبيل التقاعد. (صفا عيسى صيام، 2010: 67)

دراسات عربية:

(16)- دراسة خليل درويش سنة 2003 هدفت دراسة المسنين ومشكلاتهم (دراسة مسحية لنزلاء دور رعاية المسنين في دولة الإمارات العربية المتحدة والتي أجريت على جميع

المسنين المقيمين في دور الرعاية باستثناء 66 حالة لسوء أحوالهم الصحية) إلى التعرف على الأسباب التي تؤدي إلى تحويل المسنين إلى دور الرعاية وعلى المشكلات التي يعانون منها من وجهة نظرهم، تم استخدام استبيان تم إعداده من قبل الباحث لقياس الأسباب والمشكلات. وأظهرت النتائج أن عجز المسنين عن خدمة أنفسهم بأنفسهم وعزلهم عن الآخرين هو أقوى الأسباب المؤدية إلى تحويلهم إلى دور الرعاية وأن المشكلات النفسية والاجتماعية، خاصة شعور المسنين بالحزن والكآبة الناجم عن تفكيرهم بأحفادهم والاشتياق إليهم وعن فقدانهم لمكانتهم في الأسرة والمجتمع من أشد المشكلات التي تبعث على الألم والمعاناة في دور الرعاية وتليها من حيث الأهمية المشكلات الصحية، وخاصة الأمراض التي تصحب الشيخوخة، أما المشكلات المتعلقة بالخدمات التي تقدمها الإدارة للمسنين فلم تشكل من وجهة نظرهم مشكلات جوهرية. (صفا عيسى صيام، 2010: 56)

(17)- دراسة محمد حسن غانم سنة 2002 هدفت الدراسة الحالية إلى الوقوف على علاقة المساندة الاجتماعية المدركة بكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين والمسنان المقيمين في مؤسسات إيواء وأسر طبيعية، وتكونت عينة الدراسة من 100 مسن ومسننة يعيشون في دور إيواء وأسر طبيعية وتراوحت الأعمار بين 60 و74 عام وتم تطبيق مقياس المساندة الاجتماعية المدركة، مقياس الشعور بالوحدة النفسية، وقائمة بيك للاكتئاب، وقد بينت النتائج أن إدراك المسنين والمسنان الذين يعيشون في بيئة طبيعية للمساندة الاجتماعية بأبعادها المختلفة أكبر وأفضل من المسنين والمسنان الذين يقيمون في دور الإيواء، وأن إدراك الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب يتزايد لدى المسنين والمسنان المقيمين في دور الإيواء. (صفا عيسى صيام، 2010: 57)

(18)- دراسة عزة عبد الكريم مبروك سنة 2002 هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع متغيرات تقييم الذات والشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى عينة من المسنين الذكور في مدينة القاهرة كما تحاول فحص تأثير تقييم الذات على العلاقة الارتباطية بين مشاعر الوحدة

النفسية والاكنتاب. ولقد طبقت بطارية من الاختبارات التي تقيس هذه المتغيرات على عينة عشوائية من المسنين بلغت 60 مسن، وحسبت العلاقات الارتباطية بين متغيرات الدراسة.

وقد كشفت الدراسة عن وجود علاقة سالبة ودالة إحصائيا بين تقييم الذات وكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكنتاب، حيث تتخض مشاعر الوحدة النفسية ومستويات الاكنتاب في ظل التقييم الايجابي للذات. وقد كشفت الدراسة أيضا أن دور تقييم الذات في خفض العلاقة بين الوحدة النفسية والاكنتاب كان كبيرا وهذا يشير إلى أن العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والاكنتاب لدى كبار السن تتأثر بمتغير تقييم الذات واستخدم مقياس الشعور بالوحدة النفسية (مقياس الاكنتاب للمسنين) مقياس تقييم الذات للمسنين. (صفا عيسى صيام، 2010: 57)

19)- دراسة آمال باظة سنة 1998 هدفت الدراسة إلى توضيح صورة الأعراض الخاصة بالاضطراب المعرفي لدى المسنين والخاصة بالاكنتاب المحددة سابقا لدى الشباب والمقارنة بين مستوى الاضطراب لدى المسنين المقيمين في أسر طبيعية والمشاركين في نوادي المسنين وغير المشاركين في نوادي المسنين لإظهار دور الأنشطة والتواجد في عمل جماعي أو الانتماء لجمعية أو نادي بعد الإحالة على المعاش وفقدان الدور الاجتماعي للوظيفة وتقنين الاختبارات النفسية على المسنين لتصبح صالحة للتشخيص والمقارنة بين المسنين والمسنتات في متغيرات الاكنتاب، الاتجاهات المختلفة وظيفيا، اليأس، السلبية، كما تهدف إلى إظهار التكامل بين الجانب المعرفي والجانب الوجداني بدراسة المكونات المعرفية للاكنتاب كأحد الاضطرابات الوجدانية وشملت العينة على 112 مسن من الرجال و40 مسنة من الإناث يعيشون في أسرهم ولا يشتركون في نواد للمسنين و35 مسن من الرجال المقيمين في أسر طبيعية ومشاركين في نوادي المسنين وأظهرت النتائج:

- أن المسنين بشكل عام سواء مشتركين في نوادي أو غير مشتركين يعانون من الاكتئاب (التشويه المعرفي) ولكن مع وجود الفارق في درجة المعاناة الاكتئابية فهي أكثر لدى المسنين في أسرهم وغير مشتركين في نوادي المسنين.

- الاتجاهات المختلفة وظيفيا لها علاقة ارتباط موجبة مع الوحدة النفسية وسالبة مع المرغوبية الاجتماعية.

- أن المسنين المقيمين وغير مشتركين في نوادي المسنين أكثر سلبية في نظرتهم لذواتهم والعالم من حولهم وللمستقبل.

- أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات مجموعة المسنين غير المشاركين في نادي المسنين ومجموعة المسنين المشاركين في نادي المسنين على مقياس اليأس.

- أنه لا توجد فروق بين المسنين والمسنان المقيمين في أسرهم وغير مشتركين في نادي المسنين ذات دلالة إحصائية على المقاييس (الاتجاهات المختلفة وظيفيا، السلبية، اليأس) لكن يوجد فروق على مقياس الاكتئاب لصالح مجموعة المسنان.

- وجود علاقة ارتباط بين المكونات المعرفية للاكتئاب وأقل معاملات الارتباط معامل ارتباط الدرجات على مقياس اليأس مع الدرجات على مقياس الاكتئاب. (صفا عيسى صيام، 2010: 60)

(20)- دراسة هشام محمد مخيمر سنة 1996 هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية وبين طول فترة التقاعد عن العمل لدى المسنين والكشف عن الفروق بين الجنسين في الشعور بالوحدة النفسية بعد سن التقاعد عن العمل والكشف عن الفروق في الشعور بالوحدة النفسية بين المسنين المستمرين في العمل بعد سن التقاعد وبين المسنين الذين لا يعملون بعد سن التقاعد، وشملت العينة 100 فرد من المسنين بواقع 50 رجل و50 امرأة، واستخدم الباحث استمارة جمع بيانات أولية من إعدادة ومقياس

الشعور بالوحدة النفسية إعداد إبراهيم قشقوش وأظهرت النتائج أن الشعور بالوحدة النفسية يرتفع لدى المسنين غير العاملين بعد سن التقاعد مع تقدمهم في العمر وهذا يؤكد أن للسنة تأثير ايجابي على شعور الفرد المسن بالوحدة النفسية وأن الشعور بالوحدة النفسية يرتفع لدى المسنين العاملين وغير العاملين الذكور بالمقارنة بنظرائهم من المسنات العاملات وغير العاملات وأن الشعور بالوحدة النفسية يرتفع لدى المسنين الذكور والإناث غير العاملين بالمقارنة بنظرائهم من المسنين الذكور والإناث العاملين بعد سن التقاعد أي أن العمل من المتغيرات ذات الأهمية لدى المسنين والمسنات في الشعور بالوحدة النفسية. (صفا عيسى صيام، 2010: 61)

- (21)- دراسة مصطفى محمد مصطفى سنة 1996 هدفت دراسة الوحدة النفسية وعلاقتها بالتوافق الشخصي والاجتماعي لدى المسنين المقيمين بدور الرعاية الاجتماعية إلى:
- التعرف على طبيعة العلاقات الارتباطية بين درجة الوحدة النفسية للمسنين ودرجات توافقهم الشخصي والاجتماعي والعام لدى أفراد الجنسين.
 - تحديد دلالة الفروق في الشعور بالوحدة النفسية بين أفراد الجنسين من المسنين.
 - تحديد دلالة الفروق في كل من درجات التوافق الشخصي والاجتماعي والعام بين الجنسين من المسنين.
 - تحديد دلالة الفروق بين المسنين الأكثر شعورا والأقل شعورا بالوحدة النفسية وكل من درجات توافقهم الشخصي والاجتماعي والعام.
 - تحديد دلالة الفروق للتفاعل بين عاملي الجنس والوحدة النفسية في كل من التوافق الشخصي والاجتماعي والعام، وتكونت العينة من 315 مسن (ذكور وإناث) من دور الرعاية الاجتماعية من مدينة الإسكندرية، واستخدم الباحث مقياس الإحساس بالوحدة النفسية إعداد إبراهيم الشقوش ومقياس التوافق النفسي لسامية القطان وأظهرت النتائج:

- وجود علاقات ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين درجة الشعور بالوحدة النفسية وكل من التوافق الشخصي والاجتماعي والعام لدى أفراد الجنسين من المسنين المقيمين بدور الرعاية الاجتماعية أي أنه كلما زاد درجة الوحدة النفسية عند المسنين انخفضت درجات توافقهم الشخصي والاجتماعي والعام.

- وجود فروق دالة إحصائياً في الشعور بالوحدة النفسية بين المسنين والمسنات لصالح المسنات.

- وجود فروق دالة إحصائياً في التوافق الشخصي والاجتماعي بين أفراد الجنسين لصالح مجموعة المسنات ووجود فروق دالة إحصائياً في التوافق العام بين أفراد الجنسين لصالح مجموعة المسنين الذكور.

- وجود فروق دالة إحصائياً في كل من أنماط التوافق الشخصي والاجتماعي يوالعام بين الأكثر والأقل شعوراً بالوحدة النفسية بصرف النظر عن الجنس لصالح الأقل شعوراً بالوحدة النفسية.

- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في التفاعل بين عاملي الجنس والوحدة النفسية في أنماطه الثلاثة (الشخصي والاجتماعي والعام) كل على حده. (صفا عيسى صيام، 2010: 62)

(22)- دراسة سميرة عبد الله كردي سنة 2006 هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق بين درجات المسنات المقيمت بدور الرعاية الاجتماعية والمسنات اللاتي يسكن مع أسرهن بالنسبة للمتغيرات الآتية اضطرابات النوم والاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية وتكونت العينة من 25 مسنة من دار الرعاية الاجتماعية و 30 مسنة من المقيمت مع ذويهن وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المسنات المقيمت في دور الرعاية والمسنات المقيمت مع ذويهن على مقياس اضطرابات النوم لصالح المسنات بدور الرعاية كما وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المسنات في دور الرعاية والمسنات المقيمت مع ذويهن على مقياس الاكتئاب لصالح المسنات في دور الرعاية فهن

أكثر اكتئاباً من المسنات المقيمات مع ذويهم كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المسنات المقيمات بدور الرعاية ودرجات المسنات المقيمات مع ذويهن على مقياس الشعور بالوحدة النفسية لصالح المسنات بدور الرعاية الاجتماعية. (صفا عيسى صيام، 2010: 54)

(23)- دراسة عودة سنة 1986 حول مشكلات مرحلة الشيخوخة في المجتمع الكويتي التي هدفت إلى الكشف عن المشكلات التي تواجه المسنين في هذه المرحلة واقتراح الوسائل العلاجية لمواجهة هذه المشكلات، وقد بلغت عينة الدراسة 64 مسن ومسنة منهم 38 ذكور و26 إناث من دار الرعاية الاجتماعية للمسنين ومن الأسر الكويتية، ومن نتائج هذه الدراسة:

- أن مشكلات المسنين في الكويت تشمل المرض، الأرق، ضعف البصر والسمع، الحساسية تجاه بعض الأطعمة، التعب، ضعف القدرة العقلية، الاضطرابات الانفعالية، القلق... كما بينت الدراسة أن لكل من الذكور والإناث مشاكل خاصة، وأن مسني الرعاية الاجتماعية هم أكثر معاناة بالنسبة للأمراض الجسمية والنفسية من الذين يعيشون في أسرهم. (كمال يوسف بلان، 2009: 22)

(24)- دراسة سعادات سنة 1988 هدفت إلى معرفة الخصائص والملاح العامة للمسنات، وقد أجراها في قطر للحالات تحت الرعاية بمستشفى الرميلة بالدوحة، حيث قدم صورة تفصيلية عن المسنات في المجتمع القطري، ومن أهم نتائج الدراسة:

- أن عدم انتظام زيارة الأهل والأقارب للمسنات يزيد من إحساسهن بالإهمال والشعور بالنبذ.

- أن الرعاية والمساعدة المقدمة للمسنات من المشفى تعد صعبة نظراً لمرضهن في حين أن الأسرة لا ترغب بتحمل أعباء أمراضهن على الرغم من أن الأطباء يرون في العديد من الحالات أن المحيط الأسري هو الأنسب لهن.

- طالبت المسنات أن يقيم المشفى حفلات ترفيهية لهن. (كمال يوسف بلان، 2009: 23)

(25)- دراسة قصاص سنة 1997 دراسة ميدانية عن القلق عند المسنين، هدفت إلى معرفة واقعهم الصحي والاجتماعي وشمل البحث جميع المحافظات السورية بعينة بلغت 1982 مسن ومسنة، وقد أبرزت نتائج البحث أن 16.7% من المسنين في العينة هم بحالة عجز وظيفي بشكل ما وتزداد نسبتهم مع تقدم العمر، كما أن طلبات المسنين الغالبة هي: توفير الوسائل المساعدة والرعاية المنزلية، وإنشاء نوادٍ لهم ودور للمسنين، وكانت طلبات أسر المسنين هي: صرف رواتب للمسنين وتوفير الرعاية الصحية لهم والأدوية، وكذلك تأسيس دور للمسنين وتوفير رعاية اجتماعية لهم. (كمال يوسف بلان، 2009: 24)

(26)- دراسة قديمي سنة 1998 دراسة هدفت إلى معرفة مشكلات المسنين في ضوء متغيرات الجنس والحالة الاجتماعية ومكان الإقامة وقد أجرتها في الأردن، حيث تم اختيار العينة بصورة عشوائية طبقية، بحيث اشتملت على مسنين من أحياء مختلفة في المدينة والقرية وعددهم 100 مسن ومسنة، وقد بينت نتائج الدراسة أن أهم المشكلات التي تواجه المسنين هي: الظروف السكنية غير المناسبة، عدم الذهاب إلى الحدائق والنوادي، عدم تقديم الاحترام الكافي للآباء من قبل الأبناء، الانفعال بسرعة وكره الذهاب إلى الأطباء، كما بينت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق في درجة الشعور بالمشكلات التي تواجه المسنين تعود لمتغير الجنس، كما أنه توجد فروق في درجة الشعور بالمشكلات تعزى لأثر مكان الإقامة، إذ تبين أن المسنين في القرى يعانون من المشكلات أكثر بكثير من سكان المدن. (كمال يوسف بلان، 2009: 25)

(27)- دراسة المرعود سنة 1998 هدفت إلى توضيح طبيعة التكامل في دور الأسرة والمؤسسة الاجتماعية في رعاية المسنين والإحاطة بأبعاده لتطويره، قد تكونت عينة الدراسة من جميع المقيمين في دار الرعاية الاجتماعية بمحافظة عنيزة في السعودية وكان من نتائج الدراسة: أن أغلب المسنين المقيمين في دار الرعاية ليس لديهم أسرة ترعاهم، وأن المسن

الذي له أسرة أو أقارب يتواصلون معه من خلال الزيارات الدورية أو من خلال المكالمات الهاتفية متوافق في دار الرعاية أفضل من المسن الذي ليس لديه أحد. (كمال يوسف بلان، 2009: 25)

(28)- دراسة السدحان سنة 2000 دراسة اجتماعية على المسنين المقيمين في دور الرعاية الاجتماعية، والتي هدفت إلى التعرف على الخصائص العامة والاجتماعية للمسنين في هذه الدور وعلى العلاقة بين المسنين المقيمين بدور الرعاية وذويهم وإلى أسباب دخول المسنين إلى دور الرعاية، وتكونت عينة الدراسة من 462 مسن ومسنة من المجتمع السعودي، ومن أهم نتائج هذه الدراسة ما يأتي:

- يغلب على المسنين المقيمين في دور الرعاية عدم وجود شريك حياة لهم وعدم وجود من يقوم برعايتهم وأن نصفهم تقريباً لم يتزوج أصلاً.

- اتصف المسنون المقيمون بدور الرعاية بالضعف الاقتصادي.

- الزيارات التبادلية بين المسنين وذويهم قليلة جداً. (كمال يوسف بلان، 2009: 25)

التعقيب على الدراسات السابقة:

- تناولت بعض الدراسات السابقة مشكلة الأرق بشكل خاص مثل دراسات (أندرسون

وآخرون 1979 - هواسام 1999 - أنبار وسلوثوير 2006 - بردنت وأوت 2000 -

شان 2012)

- كما توجد دراسات اقتصرت عينة الدراسة بها على الذكور دون الإناث كدراسة (بيكر

1993 - هواسام 1999)

- عينة الدراسة شملت الأطفال في دراسة (هواسام 1999 - أنبار وسلوثوير 2006)

وعلى كبار السن في دراسة (شان وآخرون 2012)

- من ناحية حجم العينة فقد تفاوتت الدراسات بين العينات الكبيرة والمتوسطة والصغيرة، فمن الدراسات التي تناولت عينة كبيرة (ماسيلوري 1979 - بردنت وأوت 2000 - بيكر 1993 - أندرسون وآخرون 1979 - شان وآخرون 2012 - أنبار وسلوثير 2006)
- ومن الدراسات التي تناولت عينة صغيرة أو ما يسمى بدراسة حالة وتكون لفرد واحد (هواسام 1999)
- دراسة هشام مخيمر 1996 والتي تبين من خلال نتائجها أن الشعور بالوحدة النفسية يرتفع لدى المسنين الغير عاملين بعد سن التقاعد
- كما ركزت بعض الدراسات على تأثير الإقامة في دور الرعاية على نفسية المسنين وقارنت بين هؤلاء وبين المسنين المقيمين مع أسرهم ففي دراسة سميرة كردي 2006 تبين أن المسنات المقيمات في دور الرعاية أكثر شعور بالوحدة والعزلة والاكتئاب من المسنات المقيمات مع أسرهن
- وتناولت بعض هذه الدراسات موضوع الشعور بالوحدة النفسية وتأثيره على تقييم الذات لدى المسنين ففي دراسة عزة مبروك 2002 تبين وجود علاقة سالبة بين تقييم الذات وكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب، ودراسة مصطفى مصطفى 1995 أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباط سالبة بين الشعور بالوحدة النفسية وكل من التوافق الشخصي والاجتماعي والتوافق العام

الفصل الثاني: المقاربة النظرية للدراسة

- المبحث الأول: الأرق
- المبحث الثاني: المسنين
- المبحث الثالث: الاضطرابات النفسية

المبحث الأول: الأرق

- تمهيد
- تعريف الأرق
- أنواع الأرق
- أعراض الأرق
- أسباب الأرق
- النظريات النفسية التي تناولت الأرق
- علاج الأرق
- الوقاية من الأرق

تمهيد:

يعرف الأرق في مراجع الطب النفسي على أنه صعوبة الدخول في النوم أو الاستمرار فيه و يعاني من الأرق أعداد كبيرة من الناس حيث أن ما يقرب 50% من الناس في منتصف العمر يعانون من مشكلة الأرق لبعض الوقت و خاصة فئة الشيخوخة و يزيد انتشاره عند النساء أكثر من الرجال و في هذا المبحث أردنا التعريف بهذا الاضطراب حيث تطرقنا لمختلف التعاريف المتعلقة به و أنواعه و أعراضه و أسبابه سواء نفسية كانت أو عضوية أو بيئية و كذلك تطرقنا لبعض النظريات التي تناولت الأرق و إلى طرق العلاج.

1- تعريف الأرق:

يعرف الأرق بأنه صعوبة في استهلاك النوم، وتعزيزه، أو الحصول على نوم كافي. مشكلات النوم هذه تسبب أسي أو تداخل في حياة الفرد وتحدث على الرغم من أن الفرد قد تكون فرصة أمامه للنوم، والأرق يأتي غالبا مصحوبا بعدد من المشكلات النفسية المختلفة . (إس جي هوفمان، 2012: 21)

هو عدم الحصول على كمية كافية من النوم أو الاضطرابات في نوعية النوم، وقد يكون الأرق عارضا، أي لفترة أو لأسابيع، أو مزمنًا لفترة شهور أو سنين. (عبد الباسط السيد، 2007: 143)

هو صعوبة بدء النوم أو المحافظة عليه، أو الشعور بعدم الراحة بعد النوم الذي يبدو كافيا في مدته بدرجة تجعل الشخص يشكو ذلك. وينتج من الأرق الشعور بالإجهاد، خلال ساعات النهار مع سرعة الاستثارة، وقد يحدث خلل في الأداء الوظيفي اليومي للشخص، ويبدأ اضطراب الأرق عند أي سن، ولكن يصبح متزايد مع التقدم في العمر، وهناك تفاوت كبير في الوقت الطبيعي الذي يستغرقه أي شخص للدخول في النوم. كما أن هناك تفاوت في فترة النوم الطبيعية اللازمة لأي شخص ليحس بالراحة ولكن غالبية الناس يبدوون نومهم

خلال ثلاثين دقيقة من تهيئهم المناسب للنوم، والاستلقاء في الفراش ويظل النوم من أربع إلى عشر ساعات. وعند معانات الأرق قد يلجأ الشخص إلى علاج نفسه من خلال تعاطي حبوب مهدئة أو كحول. الأمر الذي يهيأه ليصبح مدمنا. (عبد المنعم الميلادي، 2006: 98)

هو عجز عن النوم بشكل طبيعي، يظهر بأشكال متعددة هي: اضطرابات الطور الأول الذي يبدأ معه الشخص في الاستغراق في النوم. النوم الخفيف، النوم القلق، النوم المتقطع، اليقظة المبكرة، وتحدث نتيجة لوجود مركز للإثارة في لحاء المخ لم يتأثر بالكف، ومن ثم حال دون انتشار الكف ليغطي كل القطاعات العليا من المخ. (عبد المنعم الحنفي، 1995: 24)

ويعرف أيضا بأنه عبارة عن استعصاء النوم أو تقطعه أو انخفاض جودته. مما يعود سلبا على صحة المريض النفسية والجسدية ويمكن أن يعرف بأنه الشكوى من عدم الحصول على نوم مريح خلال الليل وهو ما يؤثر على نشاط المصاب خلال النهار وتختلف أسبابه و علاجاته من شخص لآخر حسب حالاته و ظروفه. (الخميس 18 فيفري 2016، الساعة 15:43 <http://www.wikipeddia.org>)

2- أنواع الأرق:

2-1- من حيث الشدة:

2-1-1- الأرق العابر: وهو الأرق الذي يدوم لليلة أو لليلتين، ويعرف بحالة نقص النوم الناتجة عن وضع استثنائي عابر، يمر به الشخص مثل: قلق الامتحانات عند الطلبة، النوم في القطار، السفر بين بلدان بعيدة. وهذا الأرق طبيعي إذ يزول تلقائيا. و يمكن التعويض عن النوم في الليالي اللاحقة.

2-1-2- الأرق الانتقالي: وهو الذي لا يتجاوز مدته 3 أسابيع وينتج غالبا عن ظروف عائلية أو مهنية أو معاشية صعبة. أو تعديل وضع المحيط أو تغيير نظام العمل. ومن ثمة فهناك جملة العوامل الانفعالية الإستثنائية التي تمكن من توازن النوم. اليقظة ولذلك فإن هذا الأرق يرتبط بالألم كإلتهابات الفم و آلام الأسنان و الخناق و القرحة و الروماتيزم.

2-1-3- الأرق المستمر: ويطلق عليه أيضا الأرق المزمن (متأصل أو زمني) وفي هذا النوع يتم تعزيز الهشاشة الانتقالية في توازن النوم، اليقظة، باستمرار العوامل المسببة، أو دخول عوامل جديدة صعبة تعزز استمرارية الاضطراب. (مجدي الدسوقي، 2006: 53-54)

2-2- من حيث الشكل:

2-2-1- صعوبة البدء في النوم: ويشكو المصابون من صعوبة في النوم عند ذهابهم إلى الفراش و لكن ما إن يناموا فإن نومهم يستمر بشكل طبيعي ويكون عادة مرتبطا بالتوتر النفسي.

2-2-2- الاستيقاظ المتكرر: ويدخل المصابون في النوم بسهولة ولكنهم يشكون من تقطع النوم وعدم استمراريته وصعوبة الرجوع الى النوم.

2-2-3- الاستيقاظ المبكر: ويشكو المرضى من الاستيقاظ في ساعة مبكرة من النهار وعدم القدرة على العودة إلى النوم و هو من علامات الإصابة بالاكتئاب. (أيمن الشربيني، 1994: 74-75)

ويقسم كذلك إلى ثلاثة أنواع عفا على مدة الإصابة:

1- الأرق العابر: ويعني به عدم مقدرة الشخص على النوم الجيد لعدة أيام ويأتي هذا النوع من الأرق نتيجة لضغط أو تأثير نفسي ومن أمثلة هذا النوع من الأرق تقلب الطالب في

السرير ليلا قبل بداية امتحان هام كما قد يصعب النوم ليلة اجتماع هام في العمل أو بعد مشاجرة مع الزوج أو الزوجة، و قد يتسبب أيضا العمل الشاق قبل النوم مباشرة أو المرض أو تغيير مكان النوم كما يحدث عند السفر إلى الحرمات المؤقت ويأتي اختلاف التوقيت نتيجة لسفر أو خلال التجوال من وإلى التوقيت الصيفي.

2- الأرق قصير المدى: وهو عندما تستمر نوبة الأرق لعدة أسابيع فقط، فمثلا تؤدي ضغوط العمل المتواصلة في المكتب أو الاضطرابات العائلية بالمنزل إلى رداءة النوم لمدة تصل لعدة أسابيع، وبالتخلص من تلك الظروف العارضة أو التكيف معها يعود الشخص إلى النوم بصورة طبيعية.

3- الأرق المزمن: يحدث هذا النوع من الأرق كل ليلة أو في معظم الليالي، ولقد اتضح أن أكثر من 55 مليون شخص في أمريكا الشمالية يشكو من الأرق المزمن كما أن الأمراض العضوية المصاحبة للنوم مثل: اضطرابات التنفس أو متلازمة الأرجل غير المستقرة تتسبب في أكثر من نصف حالات الأرق هذه. (عبد المنعم الحنفي، 1995: 62-63)

3- أعراض الأرق:

3-1- المظاهر الليلية للأرق:

1- صعوبة النوم والغفو.

2- الاستيقاظ المتعدد في الليل دون سبب ظاهر.

3- الاستيقاظ الصباحي المبكر.

ويمكن ملاحظة الشعور بخفة النوم عند بعض الناس، أو شدة في الحساسية للضجيج أثناء الليل والاستيقاظ في ساعة محددة أو الحديث عن ليالي بيضاء لم تغمض فيها العين.

3-2- المظاهر النهارية للأرق:

من أهمها النعاس والإحساس بالتعب والإرهاق أثناء النهار والصعوبة في العمل وفي التركيز والنرفزة والإثارة والقلق من هموم النوم عند إقبال الليل. (حسان شمسي باشا، 1993: 63)

- أما في الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية فيتم تشخيص الأرق كما يلي:

1- الشكوى المستمرة والبارزة من صعوبة بدء النوم أو الدخول فيه أو الاستمرار فيه أو النوم الغير مريح الذي لا يساعد على النشاط والحيوية لمدة شهر على الأقل.

2- أن يسبب هذا الاضطراب قلقا أو توترا دالا إكلينيكيًا أو خلا في الأداء الاجتماعي والمهني أو أي مجالات أخرى من الأداء.

3- لا يحدث هذا الاضطراب بصورة انفرادية أثناء وجود غفوات النوم المفاجئة أو اضطراب النوم المرتبط بالتنفس أو اضطرابات النوم الثانوية.

4- لا يحدث هذا الاضطراب بصورة منفردا أثناء وجود اضطراب عقلي آخر مثل اضطراب الاكتئاب الحاد أو القلق المعمم أو الاهتياج.

5- لا يرجع هذا الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة الناتجة عن تعاطي المواد المؤثرة نفسيا مثل: تعاطي المخدرات أو المداولة باستخدام الأدوية النفسية، ولا يكون نتيجة حالة طبية عامة. (لطي الشربيني، 2000: 147-148)

4- أسباب الأرق:

4-1- الأسباب النفسية: وهو أكثر أنواع الأرق شيوعا، وقد أظهرت الدراسات أن 40% من المصابين بالأرق لديهم اضطرابات نفسية. والأسباب النفسية التي تسبب الأرق متعددة منها الضغوط العائلية والوظيفية والقلق والاكتئاب، والمصاب بالأرق الناتج عن اضطرابات

نفسية لا يدرك في معظم الحالات أن السبب في إصابته بالأرق يتعلق باضطرابات نفسية، ويخشى الكثير من الناس أن يوصفوا بأنهم مرضى نفسيين.

ولكن نظرا لشيوع الاضطرابات النفسية كأحد أهم الأسباب للأرق يجب استكشاف احتمال وجود الأسباب النفسية عند المصابين بالأرق، ويشكو المصابون بالاكتئاب من الاستيقاظ المبكر فيما يعاني المصابون بالقلق من صعوبة الدخول في النوم. (عبد الباسط السيد، 2007: 166)

4-2- الأسباب العضوية: كتلك التي تسبب آلاما في الجسم مثل: الحرارة أو الصداع أو البطن أو المفاصل أو الظهر، وعلاج الأرق في هذه الحالة يكون في علاج المرض الأساسي.

4-3- الاضطرابات التنفسية: ومنها الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم وتوقف التنفس المركزي وخاصة عند المصابين بهبوط القلب والحساسية التنفسية لمجرى الهواء العلوي أو السفلي.

4-4- ارتداد الحمض إلى المرئ: وتعني استرجاع الحمض من المعدة إلى المرئ وأحيانا يصل الحمض إلى البلعوم، وهذا أحد الأسباب المعروفة لتقطع النوم والأرق.

4-5- متلازمة حركة الساقين غير المستقرة: النوم غير المريح أي دخول موجات اليقظة على موجات النوم العميق "توم الألفا دلتا" المصابون بهذا الاضطراب قد ينامون لساعات كافية ولكنهم لا يشعرون بالنشاط والحيوية عند استيقاظهم، وهم يصفون نومهم عادة بالنوم الخفيف جدا وعدم القدرة على الاستغراق في النوم. والمصابون بهذا الاضطراب لا يحصلون على النوم العميق بصورة طبيعية.

4-6- الألم: الألم مهما كان أسبابه قد يؤدي إلى الأرق.

4-7- أسباب طبية أخرى: كالشلل الرعاش وأمراض الكلى واضطراب الغدة الدرقية والسكري. (مجدي الدسوقي، 2006: 88-89)

4-8- الأسباب السلوكية و البيئية و الأجواء المحيطة:

4-8-1- تناول وجبة ثقيلة قبل النوم: ويؤدي ذلك إلى عسر الهضم الذي يسبب الأرق.

4-8-2- التدخين: من المعروف أن النيكوتين الموجود في التبغ مادة مثيرة للدماغ يمكن أن تسبب الأرق، شرب الكحول، تناول القهوة أو الشاي قبل فترة قصيرة من النوم.

4-8-3- الضجيج: فبعض الناس لا يستطيعون النوم بسبب ما حولهم من ضجيج.

4-8-4- الطيران البعيد والعمل في الليل: ويحدث ذلك عند الطيارين والمرضىين والعاملين في فترات متغيرة من اليوم.

- عدم الانتظام في مواعيد النوم والاستيقاظ. (عبد الباسط السيد، 2007: 169)

4-8-5- الأرق المكتسب (الأرق السيكوفيزيولوجي): وهنا يعاني المصاب من الأرق نتيجة لبعض العوارض الاجتماعية أو الضغوط النفسية ولكن بعد زوال السبب الذي أدى إلى الأرق تستمر مشكلة المريض مع الأرق ويصبح مشغول الذهن وكثير القلق من احتمال عدم نومه ويدخله ذلك في حلقة مفرغة تزيد من مشكلة الأرق عنده وهؤلاء المرضى قد ينامون بنسبة أفضل خارج منازلهم. (مجدي الدسوقي، 2006: 95)

4-8-6- الخمول والكسل: فقد أظهرت الدراسات أن الأشخاص الذين يعيشون حياة خاملة ينامون بصورة أسوأ من الذين يعيشون حياة نشطة مليئة بالحيوية، والرياضيون بصورة عامة ينامون أفضل من الخاملين.

4-8-7- الإفراط في استخدام المنبهات أو استخدام الكحول: والمنبهات تشمل المشروبات المنبهة كالقهوة والشاي والشوكولا، كما أن دخان السجائر يعتبر من المنبهات، أما بالنسبة

للكحول فإنه مثبت علميا أنه يؤدي إلى الأرق تقطع النوم كما أنه يزيد من اضطرابات التنفس أثناء النوم.

4-8-8- عدم القيام بجهد جسماني: فيكثر الأرق عند الذين يعملون في المكاتب أو الذين لا يبذلون جهدا جسديا كبيرا. (عبد الباسط السيد، 2007: 170-171)

5- النظريات النفسية التي تناولت الأرق:

بسبب تعقد السلوك الإنساني أصبحت هناك حاجة ماسة إلى تقديم العديد من التفسيرات في محاولة لفهم وتفسير هذا السلوك والتنبؤ به والتحكم به، ومن أجل ذلك انبثقت العديد من النظريات المتنافسة والمختلفة فيما بينها. ومن بين هذه النظريات التي حاولت تفسير ظاهرة الأرق هي:

5-1- نظرية فرط الاستثارة الجسمية:

تقترح هذه النظرية بأن الشخص الذي يكون لديه أرق يختبر العديد من التغييرات في العمليات الحيوية مثل الزيادة في عدد ضربات القلب والتوتر العضلي وغير ذلك من أعراض جسمية تظهر قبل النوم أو أثناءه أو بعده مما يؤدي إلى حالة من عدم الراحة في الظروف الجسمية اللازمة لابتداء النوم والاستمرار به بشكل مريح .

5-2- نظرية فرط الاستثارة الذهنية:

تعتبر هذه النظرية أن النشاط الذهني في فترة ما قبل النوم بقليل هو العامل الأهم في حدوث اضطرابات النوم، فتنخفض المستويات الممثلة لنوعية النوم وكميته، وأكثر تحديدا فقد تحدثت المعايير التشخيصية DSM-IV عن وقوع الفرد أسيرا لأفكار سلبية مؤلمة أو التفكير في مشكلة تتطلب عمقا كبيرا من أجل التغلب عليها و الخروج بحلول منطقية وقابلة للتطبيق، ويؤدي ذلك إلى زيادة الفترة اللازمة لبدء النوم مع حاجة الفرد الشديدة للنوم، وهنا يقع الفرد

في حلقة مفرغة فكلما زاد تفكير الفرد بأنه يريد النوم كلما زاد الضيق الناتج عن عدم تحقق هذه الفكرة. وعندما يزيد إصرار الفرد على النوم يزيد شعوره بالضيق والإحباط وبالتالي تقل قابلية الفرد للنوم. (عيسى المنوري، 2013: 22)

5-3- نظرية ضبط المثير :

إن المظلة الرئيسية في هذه النظرية هي التأكيد على أن ابتداء النوم أي شخص طبيعي، والنوم يأتي من خلال إقران المثيرات المتواجدة في غرفة النوم بالنوم. وبالتالي يفقد السرير في غرفة النوم أهميته كمثير تمييزي للنوم . فقد ينخرط الفرد بسلوكيات تخلق حالة صعوبة في ابتداء النوم. أو إذا حصل النوم فقد يكون غير مريح، وهذه السلوكيات تتمحور حول ممارسات من شأنها أن تقود إلى حالة التيقظ بدلا من النوم مثل: القراءة أو مشاهدة التلفاز أو الأكل أثناء تواجد الفرد في السرير. (عيسى المنوري، 2013: 23)

6- علاج الأرق:

6-1- العلاج الطبي: ويتمثل في وصف الأدوية المناسبة ومن بينها: الأقراص المنومة وأشهرها: الفاليوم، مثل البنزوديازيبين، إلا أن معظمها يسبب حالة من التعود حيث أن المريض لا يستطيع النوم من دون الدواء وقد يحتاج المريض إلى تقليل الجرعة بالتدريج لكسر اعتماد المريض على الدواء.

مضادات الحساسية: مثل : الدايفينهيدرامين، أحيانا تستخدم للمساعدة على النوم. فكما هو معروف فإن النعاس من الآثار الجانبية لمضادات الحساسية.

الميلاتونين: حيث يقوم الميلاتولين بضبط دورة الاستيقاظ والنوم لدى الإنسان.

مضادات الاكتئاب: توصف أحيانا لما لها من أثر مهدئ. (لطفى الشربيني، 2000: 172)

6-2-المعالجة بالأعشاب: من الأعشاب التي تساعد على الراحة والنوم: المليسة، الشبث، الناردين، خزامة (الأوندة)، قويسة (قويسة)، الشوفان (فرطال)، والزيزفون. وعادة تستخدم 30-40 غرام من هذه الأعشاب في اللتر وتؤخذ نصف ساعة قبل الأكل أو بعد ساعتين منه.

6-3- المعالجة المائية: للماء مفعول مزدوج فهو مريح ومخفف للألم، لذلك ينصح برش الماء على العمود الفقري مساءً بحرارة مقبولة وفي حال توفر أحواض في الحمامات فإن الركون في الحمام المملوء بالماء الفائز لمدة 10-15 دقيقة قبل النوم يساعد كثيراً في علاج حالات الأرق.

6-4- المعالجة النفسية بالاسترخاء: تستدم في حالة الأرق النفسجسي والمتابعة المنتظمة تعطي نتائج ممتازة، وهي تعتبر وسيلة منتشرة في الغرب، وتؤدي دون طبيب. لكن هذه الوسيلة لم تأخذ مكانها في العالم العربي. (أحمد مجدي، 2010: 259-261)

7- الوقاية من الأرق:

- 1- لا تذهب إلى الفراش إلا إذا كنت متعباً.
- 2- إذا عجزت عن النوم بعد فترة معقولة (بين 15 و 20 دقيقة) فاترك الفراش واستغرق في القراءة، أو شاهد التلفزيون، المهم حمل الهموم إلى غرفة أخرى.
- 3- إذا أصبحت مستعداً للنوم عد إلى فراشك، فإذا صعب عليك النوم بعد ذلك فطبق القاعدة السابقة وابدأ من جديد، وثابر على فعل ذلك طوال الليل إذا اقتضى الأمر إلى أن تستسلم للنوم لدى ملامسة رأسك للوسادة.
- 4- اضبط المنبه كل صباح وأترك فراشك عندما يدق جرس الساعة كالعادة.
- 5- قلل من التدخين و تعاطي الشوكولا والشاي وتجنبهما عصراً.

6-تجنب تناول الوجبات الثقيلة عند اقتراب موعد النوم، وكذلك تقادي تناول الطعام في منتصف الليل، ولكن وجبة خفيفة من الحليب الساخن و البسكويت تساعد بعض الأشخاص على النوم. (مجدي الدسوقي، 2006: 113)

7-حافظ على لياقتك البدنية عن طريق التدريب المنتظم، ولكن لا تتدرب عند اقتراب موعد النوم.

8-ابدل نشاطا جسمانيا، إن أمكن في الليلة التي تلي إصابتك بالأرق.

9-إذا توترت عندما تحين ساعة النوم فتدرب على أساليب الاسترخاء، كأن تتوتر قليلا وتسترخي بالتناوب، وتصور مشاهد مناظر هادئة.

10-الامتناع عن مطالعة كل ما يمكن أن يحرض الخيال، أو مشاهدة برنامج تلفزيوني مثير أو الاستماع إلى لراديو يذيع أخبارا مقلقة.

11-الاسترخاء الكامل في السرير وترك العضلات دون أن تتوتر.

12-عدم التفكير في أي من الهموم اليومية، أو محاولة حل إحدى المشكلات المستعصية التي تحفز الدماغ وتنبهه.

13-تهيئة جو مناسب للنوم كإطفاء الإنارة والابتعاد عن الضجيج وإطفاء التلفاز عند النوم. (نبيل محفوظ، 1984: 153)

المبحث الثاني: المسنين

- تمهيد
- تعريف المسنين
- بداية الاهتمام بدراسة المسنين
- أنواع المسنين
- الخصائص المميزة للمسنين
- النظريات المفسرة لمشكلات المسنين
- حقوق المسنين
- أسس رعاية المسنين
- دور المراكز في رعاية المسنين

تمهيد:

تعد مرحلة الشيخوخة لدى المسنين إحدى مراحل النمو الأكثر حساسية، من خلال ما يصاحبها من تغيرات فيزيولوجية وبيولوجية واجتماعية ونفسية، ويترتب على هذه التغيرات ظهور العديد من المشكلات التي تعوق توافق المسن مع أسرته ومجتمعه، وتؤثر على حالته النفسية، وفي هذا المبحث أردنا التعريف بهذه الفئة العمرية وأنواعها، الخصائص المميزة لها، النظريات المفسرة لمشكلاتها، وأسس رعايتها

1- تعريف المسنين:

المسن هو من كبرت سنه، وضعفت قواه الجسمية والذهنية ويطلق عليه شيخ ويظهر عليه الشيب في الغالب فإن زاد في الكبر أطلق عليه هرم أو كهل. (فؤاد عبد المنعم أحمد، د- س: 3)

وقد بين القرآن الكريم مراحل حياة الفرد وجعل الشيخوخة هي المرحلة الأخيرة من حياة الإنسان الدنيوية قال الله عز وجل (هو الذي خلقكم من تراب ثم من نطفة ثم من علقة ثم يخرجكم طفلاً ثم لتبلغوا أشدكم ثم لتكونوا شيوخاً ومنكم من يتوفى من قبل ولتبلغوا أجلاً مسمى ولعلكم تعقلون) سورة غافر 67، ووصف مرحلة الشيخوخة بالضعف والشيب فقال سبحانه (الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعفاً وشيباً يخلق ما يشاء وهو العليم القدير) سورة الروم 54، وإذا زاد الإنسان في الكبر وصل إلى أرذل العمر قال تعالى (والله خلقكم ثم يتوفاكم من يرد إلى أرذل العمر لكي لا يعلم بعد علم شيئاً إن الله عليم قدير) سورة النحل 70، وأرذل العمر هو الهرم، لأنه ينقص قوته وعقله ويصيره إلى الخرف ويرجع إلى الحالة الطفولية فلا يعلم ما كان يعلم قبل من الأمور، لفرط الكبر، وورد في السنة عن أبي هريرة أنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم (عمر أمتي من ستين إلى سبعين سنة) والحديث يحدد متوسط عمر أبناء الأمة الإسلامية من ستين سنة إلى سبعين، ولم يحدد بداية سن الشيخوخة للفرد لتعذر وضع حد زمني دقيق بين مراحل

العمر المختلفة، ولأن أعراض بدء الشيخوخة تختلف باختلاف الأفراد والبيئات المختلفة، وإن كان بعض الباحثين في علم الاجتماع يحدد المسن بمن تجاوز عمره الستين وأيضاً بعض الفقهاء يحددون عمر الشيخ من الستين لآخر العمر في إطار الأحكام الفقهية من وصية أو وقف أو غيرها وتحديد المسن بسن معينة ضابط يسهل التعامل معه ويجرى عليه العمل في جامعة الدول العربية وكثير من قوانين البلاد العربية تحدد سن التقاعد بستين سنة. (فؤاد عبد المنعم أحمد، د- س: 3)

المسن لغة: الرجل الكبير في السن قال ابن منظور (أسن الرجل: كبير، وكبرت سنه، يسن إسناناً فهو مسن وهرم وكهل هو أقصى الكبر، ويقال هرم الرجل هرماً: أي بلغ أقصى الكبر، وضعف فهو هرم وقال الرازي: الهرم هو كبر السن.

المسن اصطلاحاً: يطلق الفقهاء الكبر في السن على معنيين:

الأول: أن يبلغ الإنسان مبلغ الشيخوخة والضعف بعد تجاوزه مرحلة الكهولة.

الثاني: أن يراد به الخروج عن حد الصغر بدخول مرحلة الشباب فيكون بمعنى البلوغ المصطلح عليه.

وقرب المسن بالشيخوخة والهرم، فالشيخ الفاني، هو الذي فنيت قوته أو أشرف على الفناء وأصبح كل يوم في نقص إلى أن يموت.

أما الاتجاهات المعاصرة في تعريف المسن فهي كثيرة منها: أن المسن هو من دخل طور الكبر والكبر حقيقة بيولوجية تميز التطور الختامي في دورة حياة البشر.

وذهب البعض إلى أن المسن هو كل فرد أصبح عاجزاً عن رعاية نفسه وخدمتها إثر تقدمه في العمر وليس بسبب إعاقة أو ما شابهها.

ويجدر بالذكر الدكتور عبد الحميد محمد شانلي إلى ضرورة عدم الخلط بين مفهومي

المسن والشيخوخة فالأول يعني التقدم في العمر والثاني يعني التغيرات البيولوجية

والفيزيولوجية التي تتضمن اضمحلال وتراجع القدرات الوظيفية. (هيفاء محمد الزبيدي، 2012: 156-158)

المسنون هم كبار السن الذين تتجه قوتهم وحيويتهم إلى الانخفاض مع ازدياد تعرضهم للإصابة بالأمراض وخاصة أمراض الشيخوخة الأمر الذي يتزايد معه الشعور بالحاجة والعناية والرعاية الاجتماعية والنفسية والطبية الخاصة. (سليم أبو عوض، 2007: 10)

المسنون أولئك الأفراد الذين وصلوا إلى سن التقاعد ممن تتراوح أعمارهم ما بين 60-75 سنة ممن يعانون نقصاً واضحاً في بعض جوانب الكفاءة الاجتماعية. (محمد النوبي محمد علي، 2012: 31)

وتعرف مريم الأشقر الكبر في السن: بأنه ضعف الجسم المطرد في وقاية ذاته مع الزيادة المتصاعدة لعمليات الهدم الذاتي ونمو الضعف في وقاية الذات يكون ناتجاً عن عجز الجهاز المناعي وضعف آلية تضمين التلف ويؤدي ذلك إلى تغيرات جسمية وفيزيولوجية ونفسية. (محمد النوبي محمد علي، 2012: 34)

ويعرفه كمال الدين بان المسن هو من دخل طور الكبر مع التسليم بما هو متعارف عليه بأن هذا الطور يبدأ من سن الستين. (محمد النوبي محمد علي، 2012: 35)

2- بداية الاهتمام برعاية المسنين:

كان الإنسان البدائي يعتقد أن حياته لا نهاية لها ما لم تتدخل عوامل خارجية مثل الحوادث أو السحر فتضع حداً لها وكان لدى العديد من الشعوب البدائية وعياً بالعلاقة ما بين التخلص من الجلد القديم وما يبدو من تجدد الحياة لدى بعض الكائنات الحية مثل الزواحف والثعابين فترى في الرسومات الحجرية لبعض هذه الشعوب الأفعى واضعة ذيلها في فمها ممثلة الخلود.

ثم أتى بعده جالينوس سنة 130-200م وجذب الانتباه إلى أهمية التمرينات والتغذية ومن العلماء المسلمين الذين كتبوا الكتابات في وصف هذه المرحلة العالم ابن الجوزي فقد أفاض في وصف وتحليل مرحلة الشيخوخة وما يصاحبها من التغيرات الجسمية والعقلية منها خاصة.

وألف الإمام أبو حاتم السجستاني 235هـ كتابا سماه (المعمرين من العرب) جمع فيه أخبار أكثر من 100 معمر من العرب أورد على لسانهم بعض الحكم وتجارب الحياة الطويلة التي مرت عليهم وبعض القصائد والأبيات الشعرية في الحياة الطويلة وما يمر على الإنسان فيها، ومن خلال التتبع التاريخي نجد أن المسنين لم يحظوا بالاهتمام المناسب لهم سوى الإشارات في كتب هنا وهناك إلى ضرورة الانتباه للصحة البدنية وكيفية الحفاظ عليها وتوالت بعدها النظريات والكتابات التي تصف كبر السن ومشكلاته ووصف الجوانب الجسمية والنفسية والصحية لكبر السن ثم تطور الاهتمام من الأعمال المناسبة لكبار السن إلى دراسة العوامل المؤدية لإطالة العمر ثم تطور بعد ذلك إلى دراسة المشكلات الاجتماعية التي تصاحب حياة الكبار وبعد كتاب ستانلي هول وعنوانه (الشيخوخة، النصف الأخير من الحياة) الذي ظهر عام 1922م البدء الحقيقي للدراسات البيولوجية النفسية الخاصة بكبار السن.

وقد دفع هذا الكتاب الباحثين السيكولوجيين إلى دراسة أثر الزمن على تغيير خواص الإنسان البيولوجية الفزيولوجية النفسية والاجتماعية، وكان لهذا الاتجاه اثر على الاهتمام بالمؤتمرات الدولية وحلقات الدراسة الخاصة بسيكولوجية الكبار، حيث أقيم أول مؤتمر دولي حول الشيخوخة في الاتحاد السوفياتي سابقا في كييف عام 1938 ثم نشر بوكالة الشيخوخة، ومدى تكيف الفرد في هذه المرحلة من حياته بالنسبة لعائلته وعمله ودخله المتناقص وبصدر هذا الكتاب اتسع نطاق الاهتمام وامتدت البحوث إلى جميع جوانب

عملية التقدم في العمر وأدى ذلك إلى تأسيس الجمعية الدولية لعلم الشيخوخة عام 1950 لتجمع الباحثين في هذا الميدان من مختلف التخصصات.

وفي النصف الثاني من القرن الماضي حظيت قضية كبار السن والشيخوخة باهتمام واضح من قبل الباحثين وتوالى للوقت الحاضر الدراسات والبحوث والكتب التي سلطت الضوء على جوانب عديدة من هذه القضية فحقوق المسنين في الغرب إذا عرفت في النصف الثاني للقرن الماضي إزاء الواقع المرير لهم من فقدان الأمن الصحي والاقتصادي والاجتماعي والتتكر الأسري لمطالبهم مما أدى بالجمعية العالمية للمسنين فيينا-النمسا سنة 1982 أن تقر الخطة الدولية لرعاية المسنين التي شملت مجالات متعددة منها: الصحة والتغذية والإسكان والرعاية الاجتماعية والأسرة وتأمين الدخل والعمل والتعليم لهم ثم في عام 1991 وقعت الجمعية العامة للأمم المتحدة على مبادئ لرعاية كبار السن تحقق لهم مفهوم الاستقلالية والمشاركة والرعاية والرضا الشخصي والكرامة وعقد في العام نفسه لأول مرة اليوم الدولي للمسنين.

وفي عام 1999 نظمت الجمعية العامة للأمم المتحدة العام الدولي للمسنين من اجل وضع المبادئ الأساسية لهم ومحاولة تنمية الاتجاهات والقدرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والمعنوية للمسنين في القرن القادم ووعدت الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 2001 العام الدولي للمسنين ولتطبيق المفاهيم على الواقع في الألفية الثالثة.

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

- تزايد نسبة كبار السن في كل من المجتمعات المتقدمة والنامية بشكل واضح وذلك نتيجة التغير في نسب المواليد والوفيات وارتفاع مستوى الصحة العلاجية والوقائية بوجه عام.
- المجتمع الذي نعيش فيه قاده غالبا من الكبار.

- لا تقف أهمية دراسة أحوال المسنين عند القادة الكبار ولكن نجد أيضا أن تلك الشريحة هي التي تتولى في الغالب تقاليد الأمور الأسرية والعائلية والاجتماعية وتحمل على عاتقها مهمة تربية الصغار وتعليمهم القيم والمبادئ والمعايير التي يسلكون وفقا لها.
- يعد المسنون ثروة بشرية لأي مجتمع للتمكن من الاستفادة من خبراتهم.
- إجراء الدراسات والبحوث على هذه الفئة يمكننا من إعداد وتقديم البرامج والخدمات الإرشادية التي تلائم أفراد هذه المرحلة العمرية من خلال الإطلاع على المشاكل التي تواجههم. (هيفاء محمد الزبيدي، 2012: 160-163)

3- أنواع المسنين:

يشير سمير بانوب 2002 أن الدول النامية جرى العرف فيها على اعتماد سن الستين كحد لتعريف المسن، أما الدول الصناعية فتحدد سن المسن 65 سنة ويمكن تقسيم فئة المسنين إلى:

- المسن الصغير ما بين (65- 74 سنة) هم الناشطون في أعمالهم ومجتمعاتهم.
 - المسن ما بين (75- 84 سنة) هم المتقاعدون والمتمتعون بالحيوية.
 - المسن الكبير ما بين (85 سنة) هم المحتاجون إلى المساعدة والرعاية في حياتهم.
- كما يمكن تصنيف المسنين على النحو التالي:

3-1- من حيث العمر:

- الكهل من كان في سن (60- 75) ولا زال يسهم في مجالات الحياة المختلفة بحيوية ونشاط.
- الشيخ هو من كان في سن (75- 80) والذي ضعفت مساهمته وغالبا ما يلزم بيته.
- الهرم وهو من كان فوق (85 فأكثر) وغالبا ما يلزم الفراش.

- المعمر من بلغ سن المائة فأكثر ولا زال في شيخوخة ممتدة.

3-2- من حيث القدرة على الحركة:

- المتحرك النشط وهو الذي لا يزال في حالة صحية تسمح له بالتحرك خارج نطاق البيت والإسهام في مختلف مجالات الحياة.

- الضعيف الملازم لبيته هو الذي لا تساعده حالته الصحية على التحرك داخل بيته لقضاء حاجته اليومية ويحتاج للمساعدة في بعض الأحيان.

- الواهن الملازم لفراشه هو الذي أضعفه المرض وأقعده لدرجة أصبح واهنا هشاً لا يقدر على شيء.

3-3- من حيث العمل:

- المتقاعد هو الذي كان يعمل بالمؤسسات الخاصة أو الحكومة وبلغ السن التي نصت عليها التشريعات للتقاعد.

- العامل لحسابه هو المهني (طبيب - محام...) أو حرّ (بناء - سباك...) الذي لا يتقيد بسن معينة للتقاعد وإنما يظل يعمل حتى تمنعه صحته المتدهورة من الاستمرار في العمل.

- الأجير الحرّ هو عامل يومي يعمل لدى الغير ولا يرتبط مع صاحب عمل واحد ويستمر إلا أن يصيبه الوهن. (محمد النوبي محمد علي، 2012: 34-36)

4- الخصائص المميزة للمسنين: (التغيرات المصاحبة)

مع التقدم في العمر نجد أن استجابات المسنين قد يمتد بها نوع من التغير يمكن في بعض الأحيان أن يكون بدرجة من الوضوح، بحيث تميز المسنين كفاءة عمرية وتحدد أسلوب تعاملهم مع المجتمع وأسلوب تعامل المجتمع معهم وتحدد بالتالي دورهم في الحياة، الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى اعتبار هذه التغيرات في الاستجابات مظهراً هاماً من مظاهر التقدم في العمر، فمن أهم ما قد يحدث لاستجابات المسنين من تغيرات هو اتصاف هذه

الاستجابات بالتصلب والحذر والبطء، وهذه التغيرات هي بدورها نتاج لما يحدث من انحدار في الذاكرة والقدرة على التعلم وفي بعض الجوانب العقلية المعرفية.

فهذه المرحلة تتطلب من كبار السن المرونة باستخدام مواردهم الداخلية والخارجية للتغلب على التحديات التي تواجههم في هذه المرحلة من الحياة، فمن خلال المرونة والموارد الروحية يستطيع الأشخاص القائمين على رعايتهم التركيز على قدراتهم وسماتهم الايجابية بدلا من المشاكل والأمراض، فالشيخوخة كمرحلة تتسم ببعض الخصائص والتغيرات التي تميزها عن غيرها من المراحل، وهذه التغيرات نتيجة عدة عوامل سيكولوجية وبيولوجية واجتماعية يمر بها الفرد.

أولاً: الخصائص والتغيرات الفيزيولوجية والبيولوجية

يعد كتاب هول عن الشيخوخة الذي ظهر سنة 1922 البداية الحقيقية للدراسات البيولوجية الخاصة بالكبار فقد ترتب عليه دراسة أثر الزمن على التغيرات البيولوجية التي تحدث للحيوانات خلال مراحل حياتهم المختلفة، ثم تطورت الأبحاث إلى دراسة أثر الزمن على خواص الإنسان البيولوجية والفيزيولوجية والنفسية الاجتماعية.

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

وتكاد تجمع الأبحاث في علم الحياة والعلوم الطبية على أن الشيخوخة من الناحية البيولوجية عبارة عن نمط شائع من الاضمحلال الجسمي في البناء والوظيفة يحدث بتقدم السن لدى كل كائن حي حتى بعد اكتمال النضج، وهذه التغيرات الاضمحلالية المساييرة لتقدم السن تعتري كل الأجهزة الفيزيولوجية والعضوية والحركية الدورية والهضمية والبولية والتناسلية والغددية والعصبية والفكرية.

ولقد اتجه تعريف الشيخوخة من الناحية البيولوجية إلى جانبين أساسيين:

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

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

ويمكن توضيح ذلك كالتالي:

- تقدم بيولوجي + تقدم كيميائي = تقدم في السن.

- تقدم في السن + اضمحلال في القدرة الوظيفية = شيخوخة.

وتتمثل أهم التغيرات الجسمية البيولوجية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة في الآتي:

1- التغير في الشكل العام للجسم

من أبرزها التغير في وزن الجسم حيث يتجه نحو الانخفاض وكذلك سقوط الشعر والصلع وجفاف الجلد ورعشة اليدين وتورم القدمين بسبب اختزان السوائل بهما كأحد مضاعفات الدوالي بالساقين التي تنتشر بين الشيوخ بنسبة 30 إلى 50% إلى جانب وجود بقع زرقاء تحت الجلد.

2- التغيرات البيولوجية والفسولوجية:

ومنها ما يأتي:

أ- **تغير معدل الأيض:** تدل عملية الأيض على عمليتي البناء والهدم في الجسم ولهذا الأيض علاقة مباشرة بقدرة الجسم على تجديد نفسه حيث يصل معدل الأيض 38 سعرا في الساعة بالنسبة للراشدين ويهبط إلى 35 سعرا في سن السبعين ويظل في هبوطه حتى نهاية العمر ويؤدي هذا الهبوط إلى تغلب عوامل الهدم على عوامل البناء في الجسم.

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

ج- **تغير السعة الهوائية للرئتين:** حيث تقل نسبة الهواء في عمليتي الشهيق والزفير تبعا لزيادة السن، فهناك تناقص في السعة الهوائية للرئتين تبعا لزيادة العمر الزمني وتظل قدرة الإنسان على التنفس في انحدارها حتى يصل الفرد إلى الشيخوخة فتتقص هذه القدرة 25% عما كانت عليه في الرشد.

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

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

3- التغيير في الحواس:

ويتضمن ما يأتي:

أ- **تغيير البصر:** تبعا لزيادة العمر حيث تضعف قوة الاستجابة الضوئية للعين مع زيادة العمر وذلك لأن حدة العين تفقد جزءاً كبيراً من مرونتها.

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

ج- **تغيير الصوت:** يضعف الصوت تبعا لزيادة العمر ويفقد جزءاً كبيراً من حرارته ويصبح مرتعشا ومتقطعا ويرتبط هذا التغيير بمخارج الحروف التي تعتمد في جوهرها على التكوين السليم لجوف الفم.

د- **تغيير الذوق:** تضعف براعم التذوق المنتشرة على طرفي وجانبي اللسان تبعا لزيادة العمر ويقل إحساس الكبار بالمادة السكرية.

هـ- **تغيير اللمس:** حيث يضعف إحساس الجلد تبعا لزيادة العمر وخاصة فيما بين 40 و60 سنة ويصبح تكيف الجسم لدرجات الحرارة الباردة والساخنة بطيئاً ضعيفاً.

4- التغيير في القوة العضلية والأداء الحركي:

تضمحل العضلات في مرحلة الشيخوخة ومع تزايد العمر فتقل مرونتها بسبب التغييرات الفيزيولوجية والعضوية في الخلايا وتتأثر النواحي الحركية تبعا لهذا الضمور والجمود وتتأثر قوة العضلات في سرعة انكماشها وامتدادها وبذلك تضعف القوة العضلية للفرد كما يضعف الأداء الحركي.

ويرجع الاضمحلال في الأداء الحركي والقوة العضلية إلى ضمور الجهاز العصبي مع تزايد العمر.

ومن الأمراض المصاحبة لمرحلة الشيخوخة ارتفاع ضغط الدم وتصلب الشرايين والروماتيزم وآلام المفاصل والتهاب القصبة الهوائية وتضخم البروستاتا وغيرها وهي مشكلات صحية وأمراض تأتي غالبا نتيجة اضطراب وظائف الجسم البيولوجية والفسولوجية.

هذا وعلى الرغم من تناقص الطاقة العضوية مع التقدم في السن، فإن هناك زيادة مطردة في الخبرة الإنسانية.

ومن مظاهر التعبير عن الجوانب البيولوجية والفيزيولوجية لمرحلة الشيخوخة ما جاء ذكره في القرآن الكريم عن الضعف الجسماني بشكل عام وبياض الشعر بشكل خاص قال تعالى (قال ربي إنني وهن العظم مني واشتعل الرأس شيبا ولم أكن بدعائك ربي شقيا) سورة مريم 04.

ثانيا: الخصائص والتغيرات الاجتماعية:

هنالك العديد من التغيرات الاجتماعية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة بوجه عام والتقاعد عن العمل بوجه خاص ومن مظاهر هذه التغيرات فقدان العلاقات الاجتماعية وفقدان العديد من الأنشطة والاهتمامات والاعتماد على الآخرين والخضوع لنفوذ الراشدين، ويواجه الشخص المسن خلال هذه المرحلة العديد من المشكلات التي تعوق توافقه النفسي والاجتماعي، ومن هذه المشكلات العزلة ووقت الفراغ وانخفاض الدخل الشهري والإصابة ببعض الأمراض الجسمية والنفسية وكثرة الخلافات الأسرية واستهزاء الآخرين به وغير ذلك من المشكلات الصحية والاقتصادية والاجتماعية.

وقد أوضح كل من كمنج وهنري أن مرحلة الشيخوخة يصاحبها نوع من الانسحاب من السياق الاجتماعي ونقص عمليات التفاعل الاجتماعي بين المسنين والآخرين كما تبين أن

هذه التغيرات الاجتماعية تختلف باختلاف الإطار الحضاري والثقافي الذي ينتمي إليه الفرد والتصورات والاتجاهات السائدة نحو المسنين كما ترتبط بسمات شخصية المسنين وبالجنس وبالحالة الاجتماعية وبالمستوى الاقتصادي والتعليمي وغير ذلك من المتغيرات.

وقد أوضحت نتائج الدراسات السابقة أن التقاعد يؤثر على التوافق الاجتماعي للمسنين ما لم يستطيعوا تعويض فقدان العمل بأوجه اهتمام وأنشطة متنوعة يمكن أن تساعدهم على قضاء وقت الفراغ وإشباع حاجاتهم وتحقيق ذاتهم فالعزلة بالنسبة للمسنين تجعلهم أقل قدرة على التكيف مع البيئة الاجتماعية أما العمل فيساعدهم على حل الكثير من مشكلاتهم وإعطائهم الأهمية والمكانة الاجتماعية وبوجه عام يتأثر التوافق الاجتماعي للمسنين بعدة عوامل يمكن تقسيمها إلى فئتين:

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

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

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

أ- التكامل الاجتماعي: حيث يشارك الفرد في العديد من الأنشطة لقضاء وقت الفراغ وتحاشي العزلة.

ب- التقويم الاجتماعي: حيث يعبر الفرد عن رأيه كعضو في الجماعة.

ج- المجارات للمعايير الاجتماعية: حيث يتصرف الفرد في ضوء المعايير والتوقعات الاجتماعية السائدة.

وأشار فيجراست إلى أهمية التوافق الاجتماعي للمسنين وحدد التقدم في العمر في ضوء الكفاءة الاجتماعية للفرد أي قدرة الفرد على عمل علاقات اجتماعية وثيقة مع الآخرين والتغلب على ما يواجهه من صعاب ومشكلات قد تعوق توافقه.

ثالثاً: الخصائص والتغيرات السيكولوجية:

لا تتفصل التغيرات النفسية للشيخوخة عن التغيرات الاجتماعية بل هي على علاقة وثيقة وترتبط ببعضها البعض فالتوافق على سبيل المثال يتضمن الجانبين النفسي والاجتماعي في آن واحد والهدف من تناولنا لكل منهما بشكل مستقل هو إبراز معالمه وتحديد أبعاده وقد ظهر هذا واضحاً في تعريف الباحثين للشيخوخة من الناحية السيكولوجية بأنها حالة من الاضمحلال تعترى إمكانات التوافق النفسي والاجتماعي للفرد فتقل قدرته على استغلال إمكاناته الجسمية والعقلية والنفسية في مواجهة ضغوط الحياة لدرجة لا يمكن معها الوفاء الكامل بالمطالب البيئية أو تحقيق قدر مناسب من الإشباع لحاجاته المختلفة.

ونعرض فيما يلي بعض الخصائص والتغيرات السيكولوجية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة:

أ- **تغير عملية التعلم تبعاً لزيادة العمر:** التعلم في جوهره هو تغير في الأداء نتيجة الممارسة ويحدث عندما يتكرر الموقف ويتحسن الأداء ويستمر هذا التحسن في الزيادة حتى يصل الأداء إلى المرحلة التي يثبت فيها على مستوى معين لا يزيد فيها مع استمرار الممارسة ويقر "ثورندايك" أن التعلم يصل إلى ذروتها لقصوى في مرحلة الرشد وتدل أبحاث "كوبو" على أن الانحدار الذي يعقب الذروة يبدأ بطيئاً حتى يصل سن الفرد إلى حوالي 70 سنة، فيتغير معدل الانحدار من التدرج البطيء إلى الهبوط السريع، وتشير أبحاث "جليبرت" على أن سرعة الانحدار تختلف من فرد لآخر تبعاً لاختلاف نسب الذكاء واختلاف طبيعة المادة التي يتعلمها الفرد والدافع إلى التعلم.

ويفسر البعض ظاهرة تغير عملية التعلم تبعاً لزيادة العمر على أساس ضعف المرونة للتكيف نتيجة لزيادة السن ويفسر البعض الآخر ظاهرة التغير على أساس ضعف القدرة على

تسجيل المعلومات تبعا لزيادة العمر ويؤيد هذه الفكرة تناقص القدرة على التذكر المباشر تناقصا ملحوظا في الشيخوخة بالمقارنة بسنوات الرشد واحتفاظ الفرد بخبراته ومعلوماته القديمة خلال مراحل حياته الأخيرة، وهناك أيضا من يفسر عملية انحدار التعلم على أساس فكرة التداخل بين الخبرات القديمة والخبرات الجديدة.

ب- تغير القدرات العقلية: تبين أن أكثر القدرات العقلية انحدارا من وسط العمر إلى الشيخوخة هي القدرات الاستدلالية كما أن هناك انخفاضا في القدرات العددية واللفظية والقدرات الإدراكية والقدرة العقلية مثل القدرة الجسمية ترتفع وتبلغ قمته بين سن العشرين والثلاثين وبعد هذا العمر تبدأ في الهبوط ببطء في البداية ويصبح الهبوط واضحا بعد الأربعين وعند بلوغ الخمسين والستين يقل أداء الشخص 25% عن الأشخاص الذين تقع أعمارهم بين 20 و 30 سنة.

وغالبا ما تتسم فترة التقدم في العمر بالإعاقات المعرفية، فالمسنون يجدون صعوبة في عمليات حل المشكلات والاستدلال وتكوين المفهوم وتتسم أيضا بالتصلب العقلي وانخفاض القدرة على تعلم مهارات جديدة، كما أن هناك تأثير السن على مختلف الجوانب العقلية عامة والذاكرة قصيرة المدى خاصة، حيث عدم القدرة على تنظيم عملية الاختزان ونقص القدرة على الانتباه والإدراك نظرا لضعف القدرة على التعلم والاكتساب، فهناك نوع من العجز أو الضعف في عمليات الإحساس والإدراك والأداء النفسي والحركي وغير ذلك مع تقدم الأفراد في العمر.

وتشير نتائج الدراسات العرضية التي قام بها "جيلفورد" عن علاقة العمر بالإبداع إلى وجود انخفاض ملحوظ بعد سن الثلاثين والأربعين في القدرات الإبداعية مثل الطلاقة والمرونة والأصالة.

ج- تغير الشخصية والحالة النفسية للفرد مع التقدم في العمر: فالفرد في ضوء نظرية "اريكسون" يمر بثمان مراحل تشكل كل منها تطورا جديدا في شخصية الفرد وعلاقته

بالآخرين وآخر هذه المراحل هي مرحلة التكامل في مقابل اليأس وهي أزمة الشيخوخة وإحساس الفرد بأن هويته قد تحددت بما فعل فإذا كان ما فعله يبعث على السعادة والإحساس بالإنجاز فإنه سيتجاوز هذه المرحلة بنجاح وهو يشعر بالتكامل والرضا أما إذا كانت نظرتة لماضيه تتسم بالإحباط وخيبة الأمل فسوف يشعر باليأس ويرى "إيركسون" ضرورة أن يتقبل المسنون حتمية كبر السن والتغيرات المصاحبة له وأن يواجهها هذه الظروف بنضج الأنا ودون يأس.

كما تبين أن هناك تغييرا في مفهوم الفرد عن ذاته خلال مرحلة الشيخوخة بوجه عام فمن المشكلات المصاحبة لفترة التقاعد على سبيل المثال، الاعتمادية والعدوانية وعدم الثقة في الذات وتبين أيضا أن الرضا عن الحياة العائلية يعد مؤشرا هاما للرضا عن الحياة بوجه عام لدى الأفراد المسنين يليه الرضا عن مستوى المعيشة ثم الصحة والحالة المادية وان هناك علاقة ايجابية دالة بين اتجاهات المسن نحو الشيخوخة ومقدار الرضا عن الحياة وتقبله لذاته وتقبله للآخرين.

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

وتبين أن حالة القلق تعد سمة مميزة لهذه المرحلة وان الأفراد كلما تقدموا في العمر زاد مستوى القلق لديهم، وأن قلق المسنين ينتج من أربعة مصادر:

أ- قلق الصحة نتيجة الاضمحلال في بناء الجسم ونقص القدرة على مقاومة المؤثرات الخارجية.

ب- قلق التقاعد وترك العمل وما يترتب عليه من عدم الأمان الاقتصادي.

ج- قلق الانفصال والإحساس بالوحدة والفراغ.

د- قلق الموت حيث الإحساس بالنهاية واليأس من الشفاء.

يصاحب مرحلة الشيخوخة أيضا نوعا من التوهم المرضي وإحساس المسن وشكونه بأنه مريض وتردده على الأطباء دون وجود سبب فعلي يدعو إلى ذلك وقد كشفت نتائج إحدى الدراسات أن 94% من المسنين المقيمين في مؤسسات الأمراض النفسية لا يحتاجون إلى مثل هذه الإقامة وهناك إلى جانب ذلك العديد من الأمراض والاضطرابات النفسية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة كالاكتئاب والفصام وغيرها.

د- **تغير الاهتمامات والحاجات:** وتشير الاهتمامات إلى وجود ميل إلى أداء نشاط ما يحقق إرضاء أو إشباع لدى الفرد فهي ميول نحو أشياء يشعر الفرد نحوها بجاذبية خاصة وتتمثل اهتمامات المسنين في الجوانب التالية:

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

و- **الاهتمامات الترفيهية** وتشمل القراءة وكتابة الخطابات والاستماع إلى الراديو ومشاهدة

التلفزيون والرحلات وزيارة الأصدقاء والأقارب والاشتراك في المنظمات والمؤسسات.

ز- **الاهتمامات الاجتماعية** بحيث يصبح الفرد أكثر تسامحا وأقل تعصبا للجوانب الدينية مع تقدم العمر كذلك تتسم مرحلة الشيخوخة بان المسنين فيها أكثر ترددا على أماكن العبادة.

ومن خلال هذه الاهتمامات يمكن استنتاج أهم الحاجات بنسبة للمسنين والتي تتضمن الحاجة إلى الرعاية الصحية والحاجة إلى التقدير والاحترام والتقبل من قبل المجتمع الذي يعيشون فيه وتجنب الاعتماد على الآخرين وضبط النفس والتدريب على مهارات جديد والحاجة إلى الصداقات والحاجة إلى الأمن الاقتصادي والدخل الكافي.

ك- **تغير نسق القيم:** يقصد بنسق القيم أو منظومة القيم البناء أو التنظيم الشامل لقيم الفرد وتمثل كل قيمة في هذا النسق عنصرا من عناصره وتتفاعل هذه العناصر معا لتؤدي وظيفة معينة بالنسبة للفرد.

وأوضح "روكتش" أن تغير نسق القيم عبر العمر يأخذ شكل أنماط ارتقائية مختلفة ومن هذه الأنماط نمط القيم الشخصية كالتخيلية والعقلانية والمنطقية والتناسق الداخلي والتي تقل أهميتها في فترة المراهقة وتزداد خلال سنوات الدراسة الجامعية ثم تنخفض أهميتها مرة أخرى لدى المسنين أما النمط الارتقائي الذي يشمل قيمتي الحياة المثيرة والسعادة، فتزداد أهميته في مرحلة المراهقة ثم تقل أهميته في السنوات التالية من العمر، كما تبين تزايد أهمية نمط الارتقائي الذي يشتمل على قيمتي المساواة والاستقلال في الستينيات والسبعينيات من العمر كما أشار "بنجتسون" إلى وجود تغير في التوجهات القيمية عبر العمر فصغار السن تتسم توجهاتهم القيمية بالفردية، أما كبار السن فتتصف توجهاتهم بالاجتماعية.

كما كشفت نتائج الدراسات عن تزايد أهمية القيم الدينية والجمالية والاجتماعية بتزايد العمر، وأشار "كوجان وولش" إلى وجود تغير في القيم مع تزايد العمر من التفاؤل إلى التشاؤم.

كما كشفت نتائج الدراسة التي أجريناها عن نسقي القيم المتصور والواقعي لدى المسنين كشفت عن أهمية قيمة الحياة العائلية والقيم الأخلاقية والدينية بالنسبة للمسنين وذلك سواء على المستوى التصوري أو الواقعي. (عبد اللطيف محمد خليفة، 1997: 20-33)

5- النظريات المفسرة لمشكلات المسنين:

تهتم الدراسات التي أجريت على المسنين بالتعرف على الخصائص البيولوجية والفيزيولوجية والاجتماعية والنفسية لشخصية المسن ومعرفة ما طرأ على تلك الخصائص من تغيرات أو اضمحلال كنتيجة للتقدم في العمر وذلك من اجل إيجاد الطرق العلمية لمساعدتهم حتى يَمروا بتلك المرحلة بسلام نفسي واجتماعي بغية الوصول إلى السبيل الأمثل للشيخوخة الناجحة وهناك مجموعة من النظريات حاولت تفسير الشيخوخة بكل جوانبها الايجابية والسلبية منها ما هو قديم ومنها ما هو حديث ومنها ما هو متطور مبني على أفكار قديمة وسيتعرض الباحث في الجزء التالي مجموعة من النظريات التي اهتمت بدراسة وتفسير وتحليل مرحلة الشيخوخة وهي:

5-1- نظرية فك الارتباط:

التي قدمها كل من "كانج" و"هنري" وتفترض أن مرحلة الشيخوخة تتضمن الانسحاب من السياق الاجتماعي مع تناقص الأنشطة كنتيجة لنقص عمليات التفاعل بين المسنين والآخرين من أفراد المجتمع ووفقا لهذه النظرية فان مرحلة الشيخوخة تصاحبها مجموعة من التغيرات مثل: انخفاض معدل تفاعل وفاعلية الفرد كلما تقدم في العمر وظهور تغيرات كمية وكيفية في أساليب وأنماط التفاعل بين المسن والآخرين وحدثت تغيرات شخصية داخل المسن حيث يتغير من الاهتمام بالآخرين إلى الاهتمام بالذات بتحقيقها في عمله وان ينمي اهتمامات جديدة ويواصل نشاطاته بما يحافظ على توازنه المعنوي وترى نظرية النشاط أن الرضا لدى كبار السن يتوقف على اندماج الفرد في المجتمع وقيامه ببعض الأنشطة وهذا عكس نظرية فك الارتباط التي ترى أن الانسحاب هو الأسلوب الأمثل وما يؤخذ على نظرية النشاط أنها لا تلائم إلا نسبة قليلة من المتقاعدين عن العمل وتفسيرها لما يعانيه المسن في الشيخوخة غير المتكامل.

5-2- نظرية النشاط:

يرى "فريدمان" و"هافيجرست" و"ميلر" مؤسسي هذه النظرية أن التوافق بشكل فعال مع فقدان العمل أو الوظيفة يتطلب من الفرد المسن أن يجد بديلا لتلك الأهداف التي كان يقوم بتحقيقها في عمله وان ينمي اهتمامات جديدة ويواصل نشاطاته بما يحافظ على توازنه المعنوي، وتعنى نظرية النشاط أن الرضا لدى كبار السن يتوقف على اندماج الفرد في المجتمع وقيامه ببعض الأنشطة وهذا عكس نظرية فك الارتباط التي ترى أن الانسحاب هو الأسلوب الأمثل وما يؤخذ على نظرية النشاط أنها لا تلائم إلا نسبة قليلة من المسنين المتقاعدين عن العمل وتفسيرها لما يعانیه المسن في الشيخوخة غير متكامل.

5-3- نظرية التبادلية:

وتعني الفكرة الرئيسية لهذه النظرية إلى الأخذ والعطاء بمعنى الحصول على شيء يعني الالتزام برد شيء ذا قيمة مماثلة ويرى البعض أن هذا المبدأ هو الأساس الذي يقوم عليه المجتمع ومن هنا يمكن تفسير مركز كبار السن في المجتمع تفسير جزئيا أي يفتقر إلى القيمة التبادلية فهم لا يملكون شيئا يقدمونه مقابل الرعاية والاهتمام وقاعدة التبادلية ليس لها اجل محدد بمعنى الالتزام حتى يتم الوفاء برد القيمة وفي العلاقات بين الأشخاص فان كبار السن في علاقاتهم بالشباب يمكن تفسيرها في ضوء ذلك، ويرى الباحث أن هذه النظرية لا تناسب المسنين في المجتمعات المسلمة حيث أشار القران الكريم في أكثر من موضع إلى التوصية ببر الوالدين وصدق على هذا الحديث النبوي (بروا آبائكم تبروكم أبناءكم) وهذا هو منطق المجتمع المسلم في التعامل مع كبار السن.

5-4- نظرية الأزمة:

وتركز هذه النظرية على الدور المهني للشخص داخل المجتمع فقيام المسن بعمل ما يعد من الأمور المهمة حيث يدعم هويته ويحسن علاقته مع الآخرين ويساعد على التوافق النفسي الاجتماعي ويرى مؤيدي هذه النظرية أن التقاعد يمثل أزمة للمسن خاصة لدى

الأشخاص المسنين الذين يعطون أهمية كبرى للعمل واختلف الباحثين إبداء هذه النظرية فالبعض يرى أن فقدان الفرد المسن لعمله وإحالاته للتقاعد يؤثر في نفسيته وفي علاقته بأسرته والمجتمع الذي يعيش فيه بينما يرى الآخرون أن الإحالة إلى التقاعد ليس العامل الأوحد في عدم رضا المسن عن نفسه بل هناك عوامل أخرى مثل المستوى الاقتصادي والاجتماعي والحالة الصحية.

5-5- نظرية الشخصية:

ويرى مؤيدي هذه النظرية أن التوافق لدى كبار السن يرتبط بسمات شخصية وان التغييرات المصاحبة للتقدم في العمر هي نتيجة للتفاعل بين التغييرات الاجتماعية الخارجية والبيولوجية الداخلية وطبقا لهذه النظرية فان الأشخاص ذوي الشخصيات المتكاملة يتميزون بالأداء المرتفع ولديهم درجة مرتفعة من القدرات المعرفية والانا الدفاعية والضبط الذاتي والمرونة والنضج والخبرة والتفتح بينما الأفراد ذوي الشخصيات غير المتكاملة لديهم إعاقات في وظائفهم النفسية مما يفقدهم القدرة على الضبط الذاتي ولديهم تدهور في قدراتهم بشكل عام.

5-6- نظرية التوافق:

يرى "اتشلي" أن عملية التوافق تقوم على عنصرين أساسيين هما:

(التسوية الداخلية - التفاوض والتفاهم بين الأشخاص) وتعني التسوية الداخلية إعادة النظر في معايير اتخاذ القرار أما التفاوض بين الأشخاص فيتم في مناقشة الأهداف والطموحات مع الآخرين الذي يتعامل معهم وفي ضوء هذين العنصرين يمكن أن يغير الفرد أهدافه حسب المرحلة العمرية التي يمر بها، وهذا يتطلب من المتقاعد أو المسن التكيف مع الأدوار الجديدة والفرد الذي يغير أهدافه وفقا لسنه يشعر بالرضا والنجاح والتفاعل الايجابي مع الآخرين أمل الذي لا يستطيع أن يغير أهدافه وطموحاته فيرى أن التقاعد أمرا صعبا ويشعر بعدم الرضا مع تفاعل سلبي أو تدهور في العلاقات.

5-7- نموذج روي للتكيف:

يعتمد على نظرية التكيف "لهلسون" ونظرية الأنظمة العامة "لفون" ويعتبر روي الشخص نموذج تكيفي له عمليات تكيفية واصفا الشخص ككل يتكون من أجزاء فالنظام التكيفي له مدخلان من مثيرات وله مستوى تكيف كما أن له مخرجات مثل الاستجابة السلوكية التي تعمل كتغذية راجعة وله عمليات تحكم تعرف باليات التكيف، وللنظام التكيفي مدخل تكيف يأتي من البيئة الخارجية بالإضافة إلى الشخص ذاته فمستوى التكيف للشخص يعمل كمدخل لذلك النظام التكيفي فمستوى التكيف لكل شخص يتغير باستمرار، واستخدام روي مصطلح عملية التكيف ليصف عملية التحكم للشخص كنظام تكيفي ومستوى التكيف الشخصي يتأثر بنمو الفرد كما يتأثر باستخدام آليات التكيف، والاستخدام الأقصى لآليات التكيف تزيد مستوى التكيف للفرد وتزيد مدى المثيرات التي يمكن للفرد أن يستجيب لها بطريق ايجابية فملاحظة سلوك الشخص فيما يتعلق بأنماط التكيف يمكنه من التعرف على استجابات تكيفية فاعلة وغير فعالة في مواقف الصحة والمرض فسلامة الشخص يمكن معرفتها على أنها القدرة على البقاء في تحقيق أهداف النمو ويرى روي أن الصحة أو الشيخوخة الناجحة يمكن تنميتها عن طريق تسهيل استجابات التكيف.

5-8- نظرية فولد للشيخوخة الناجحة:

نظرية الرعاية الناجحة للشيخوخة كان الاحتياج لها كثيرا فمن 17 نظرية رعاية معروفة قام بتحليلها لم يكن بأحدها وصف للشيخوخة فحقيقة غياب نظرية الرعاية التي تتعلق بالشيخوخة تعكس غياب التوجه العملي فيما يتعلق ما يمكن القيام به لرعاية كبار السن في الشيخوخة والتي يمكن تقديمها ومدى الحاجة إلى تنمية الرعاية بالاعتماد على نظريات محددة للشيخوخة وتعتمد نظرية فولد على تحليل ومراجعة عدد من النظريات التي اهتمت برعاية كبار السن واحد هذه النظريات كان نموذج روي للتكيف فقد ذكر روي نظرية النمو "لاريكسون" في عملها وتركز أن مشكلات طبية معينة يمكن أن تظهر مع تقدم العمر

حيث قدم نموذج "روي" للتكيف مدخل لنظرية الشيخوخة الناجحة "فولد" والتي تضمنت الأبعاد التي لا يمكن فصلها لكيان الإنسان البدني والعقلي والروحي والوجودي والتي تم تناولها بذاتية بواسطة الشخص المسن حيث يوجد معرفة كبيرة للكائنات البشرية في نظريات الشيخوخة الناجحة ومع ذلك فمعرفة الأنظمة الفرعية لم يكن فعال في تحديد خصائص الشخص ككل فمن خلال التنوع في إعادة الصياغة الإستنتاجية عملية تتضمن الاشتقاق من المعرفة الموجودة لنظرية لا تخص الرعاية وإعادة صياغة المعلومات من نموذج الإدراك فقد طور فولد نظريته للشيخوخة الناجحة معتمدا فيها على المعرفة الموجودة لمفاهيم الشيخوخة والنظريات غير المتخصصة بالرعاية ونظرية "تورنستان" الاجتماعية وحدد أبعادا لنظريته هي:

- أ- آليات الأداء: استخدام الشخص للوعي والاختيار كاستجابة تكيفية للتدهور الفيزيولوجي والجسمي مع العجز الوظيفي المترتب على ما سبق كنتيجة للشيخوخة.
- ب- العوامل النفسية الداخلية (الاستبطانية): السمات الفطرية والدائمة لشخصية الفرد والتي يمكن أن تفرز أو تعيق قدرة الفرد على التكيف مع التغيير في نهاية العمر والقدرة على حل المشكلات.
- ج- الروحانية: وتعني الآراء الشخصية والسلوكيات التي تعبر عن الإحساس بالارتباط بشيء ما أكثر من الارتباط بالنفس، المشاعر، الأفكار، الخبرات، السلوكيات، التي تنشأ من البحث عن الكمال.
- د- التحول الفكري: ويعني التحول فيما وراء المنظور من منظور مادي وعقلاني إلى منظور ناضج و وجودي الذي يصحب مرحلة الشيخوخة

5-9- النظرية النفسية الاجتماعية لبريانت:

اقترح "بريانت" نظرية اجتماعية للشيخوخة الناجحة تعني الصحة والقدرة على الحركة وعمل شيء له معنى أو فائدة وعرف الشيخوخة الصحية على أنها الحصول على مستوى من الصحة والتكيف مع تقدم العمر بطريقة مقبولة يرتضيها الفرد والرضا يتضمن الحياة الجسمية والسلامة المادية والعقلية والقدرة على التعايش مع الناس ومع الخصائص الداخلية للشخصية والاتجاه الايجابي ووضع بعض مكونات الشيخوخة الصحية والتي تتميز بأنها هرمية منها (غياب المرض - عدم وجود إعاقة - سهولة المحافظة على الوظائف العقلية والجسمية) فالمحافظة على تلك الوظائف يساعد على المشاركة النشطة في الحياة فهذه المكونات الثلاث تمثل مفهوم الشيخوخة الصحية واقترح إضافة مكون رابع وهو الروحانية الايجابية لتعزيز تلك النظرية فالروحانية تعني البحث الشخصي لفهم إجابات لأسئلة كبرى عن الحياة ومعناها والعلاقة بالكمال والتي ربما لا تؤدي إلى أو تنشأ من نمو الطقوس الدينية و تكوين المجتمع.

5-10- نظرية الفعل المتسم بالعقلانية:

يعتمد في نظريتهما للفعل المتسم بالعقلانية على أساسيين:

- إن المخلوقات البشرية عقلانية وتستفيد استفادة منظمة من المعلومات المتوفرة لها
- إن الناس يأخذون في الاعتبار آثار أفعالهم قبل قيامهم بسلوكيات مهنية فنظرية الفعل العقلاني تشير إلى أن السلوك تحكمه النية والتي هي عبارة عن مركب عن اتجاه الشخص للقيام بالعمل أم لا وينتج عن ذلك نتيجة ايجابية أو سلبية ودافعية الشخص أن يفي بمتطلبات الآخرين.

5-11- نظرية "اريكسون" للمراحل النفس اجتماعية للحياة من منظور نمائي:

فنظرية "اريكسون" عن المراحل النفس اجتماعية للحياة تطورت في بداية الستينات ويستمر قبولها كنظرية مقبولة جدا لنمو الأفراد من جميع المراحل وطبقا لهذه النظرية توجد ثمان مراحل نمائية للحياة لآبد أن يجيد كل فرد أولا هذه المراحل قبل أن يتقدم به السن فالمرحلة الثمانية هي:

- بداية الطفولة: يحب الطفل الثقة مقابل عدم الثقة.
- الطفل الرضيع: يجيد الطفل الذاتية مقابل الخزي (الحياء).
- الطفولة المبكرة: يجيد الطفل المبادئ مقابل الذم.
- الطفولة المتوسطة: يجيد الطفل الجسد مقابل الدونية.
- المراهقة: يجيد الشاب الهوية مقابل اللاهوية (ذويان الشخصية).
- الرشد: يجيد الراشد العلاقات الودية مقابل العزلة.
- في منتصف العمر: يجيد الراشد العمومية مقابل الخصوصية.
- في الشيخوخة: يجيد المسن السلامة الذاتية مقابل اليأس.

ويوضح "اريكسون" هذه المهام الثمانية كمراحل تشتق من عمليات النفس التحليلية، وأن تحقيق السلامة الذاتية (الأنا) انعكاس لعملية النضج التي يمر بها الأشخاص بم فيها من انتصارات وإحباطات، ويتعلمون من الخبرات الحياتية الجيدة والسيئة، ويرى اريكسون أن عوامل أحداث التوازن في مرحلة النمو في الشيخوخة تتضمن السلامة الذاتية مقابل اليأس، وأن عملية إحداث التوازن تتطلب عملية تقييم ذلك باستمرار ونمو الوعي بالذات المضطرب لمكانة الشخص بأسرته والأنظمة الاجتماعية في المجتمع، فالتقويم الشامل يتضمن فحص المنظور التاريخي الشخصي مع مناقشة كل من النواحي الايجابية للحياة والصراعات التي تهم الشخص المسن، بالإضافة إلى تقييم ترتيبات الحياة والضمان المالي والصحي والذاتي

والطاقة والإفراط في الحساسية والتفاعلات الاجتماعية. ففي تحليل المنظور التاريخي الشخصي، القضايا يجب أن تقيّم في ضوء أحداث الحياة في أواخر العمر، كما يرى أن الفرد هو مجموعة كل الأنشطة الايجابية والسلبية التي حدثت طوال الحياة، وأن هذه الأنشطة لها أثر على فكرة "اريكسون" لليأس المتأصلة في كبر السن ويرى أن كبار السن يجب أن يجيدوا مهام الحياة التي تساعدهم في التغلب على مشاعر اليأس، فإذا لم يحل كبار السن المسائل المرتبطة باليأس فمن المتوقع أن يصبحوا مكتئبين غير سعداء ويتلفظون للمشاعر عن أحداث حياتهم، ويعبرون عن خوفهم المرتبط بتقدم السن، فإذا حلت هذه الأزمات التي تأتي في آخر العمر ويتغلب المسن على تحديات الحياة حتى يحقق السلامة الذاتية، فإن هذا يحدد أو يميز النمو المرضي والكامل للأفراد، ويرى "اريكسون" أن المسنين الناضجين لهم خصائص تميز إحساسهم الايجابي نحو ذاتهم ومجتمعاتهم ومنها المرونة - النضج الشخصي - الإحساس بالاستمرار داخل الشخص والمجتمع - الحساسية إلى المنبهات العاطفية داخل الفرد والمجتمع - التفاؤل - القدرة على التكيف - الجرأة - شعور الفرد بذاتيته وكيانه الاجتماعي - تحمل المسؤولية - الرضا العام عن الحياة

5-12- نظرية الشيخوخة من منظور إسلامي:

يرى كمال مرسي أن هناك ثمة فروق جوهرية لا يمكن تجاهلها بين النظرة المادية الحسية المجردة للمسنين، وبين نظرة أهل الإسلام المتبصرة لهذه المرحلة فيقول الإمام الغزالي -رحمه الله- في باب التفكير من كتابه المتفرد إحياء علوم الدين شارحا أسباب طول الأمل وعلاجه:

طول الأمل له سببان، احدهما: الجهل، والآخر: حب الدنيا، إما حب الدنيا: فهو انه إذا أنس بها وبشهواتها ولذاتها وعلائقها تظل على قلبه مفارقتها فامتتع قلبه من الفكر في الموت الذي هو سبب مفارقتها فإن خطر له في بعض الأحوال أمر الموت والحاجة إلى الاستعداد له وقال: الأيام بين يديك إلى أن تكبر ثم تتوب، وإذا كبر فيقول: إلى أن تصير

شيخا قال: إلى أن تفرغ من بناء هذه الدار، إلى أن تختطفه المنية في وقت لا يحتسبه، فتطول عند ذلك حسرته.

وأما الجهل فهو أن الإنسان قد يعول على شبابه فيستبعد قرب الموت مع الشباب ولو تفكر هذا الغافل وعلم أن الموت ليس له وقت مخصوص من شباب وشيب وكهولة ومن ليل ونهار لعظم استشعاره واشتغل بالاستعداد له وان البحث في أسباب المرض والتداوي لا ينافي مبدأ التوكل لقوله صلى الله عليه وسلم (ما انزل الله داء إلا أنزل له شفاء) ولكن فمهما ارتقت العلوم الطبية فلم تبلغ بالإنسان لوضع واكتشاف دواء للهرم، ولن يصل أصحاب نظريات تفسير الشيخوخة مهما أعيوا أنفسهم بتطوير مناهجهم لاحتواء مشكلاتها بالكامل جاء الأعراب إلى الرسول صلى الله عليه وسلم فقالوا: يا رسول الله أنتداوي؟ فقال: تداووا فان الله عز وجل لم يضع داء إلا وضع له دواء، غير داء واحد: الهرم.

وليست العبرة في الوقوف على الأسباب الحقيقية للهرم بل هي في العمل لما بعد الموت والتعمير لدار البقاء قبل التعمير لدار الرحيل والفناء.

وفيما يتعلق بالتطورات الحديثة لآليات البحث العلمي عن أسباب الشيخوخة فقد تمكن عالم الهندسة الجينية براون من إثبات أهمية المورث الجيني (B21 a0) في تحديد أسس دخول وشدة مرحلة الشيخوخة، وتنظيم العدد المحدد من انقسامات الخلايا غير الجنسية.

ولكن المشكلة التي حيرت فريق البحث العلمي ووصفها براون بمشكلة اللامعقول هي أن معظم الخلايا يموت بعد عدد محدود من الانقسامات لأسباب لا يمكن التحكم فيها معمليا، فقال رسول الله صلى الله عليه وسلم: لا تزول قدما ابن آدم يوم القيامة من عند ربه حتى يسأل عن خمس: عن عمره فيما أفناه وعن شبابه فيما أبلاه وعن ماله من أين اكتسبه وفيم أنفقه وماذا عمل فيما علم

ولما كانت أقدام الناس لن تبرح موقف يوم القيامة العسير حتى يتم السؤال عن نعم الصحة والقوة والعلم، فقد وجب أن نشير إلى بعض الأبحاث الطبية الحديثة التي تربط بين

أسباب الشيخوخة المبكرة وتعاطي بعض ضعاف النفوس الكحول والمخدرات وغيرها من الخبائث في فترة شبابهم وحديثا فقد اثبت موريتا أن أضرار التدخين تمتد لتشمل التسبب في الشيخوخة المبكرة للبشرة ويرى أن هذه النتيجة تتسجم مع عرقلة التدخين لآليات تجديد الخلايا الجلدية وتحطيمه للكولاجينات التي تحافظ على نضارة البشرة

وعلى الرغم من كثرة النظريات العلمية المتعلقة بتفسيرات الشيخوخة، إلا أن الإطار التربوي بشكل عام والتراثي الإسلامي بشكل خاص لهذه المرحلة ما يزال في حاجة للمزيد من الدراسات الفكرية الناضجة التي قد تسهم في سبر الكثير من الأغوار المجهولة وفي جسر العديد من الهوات المكشوفة. فيقول حسن إبراهيم عبد العال 1993 في دراسته عن: التربية والشيخوخة: دراسة للأبعاد التربوية لظاهرة الشيخوخة في فكر الإمام ابن الجوزي: قليلة هي الدراسات التي توجهت نحو مرحلة الشيخوخة للوقوف على خصائصها ومتطلباتها في دراستها التربوية المحدثة، وأقل منها وأندر تلك التي حاولت سبر أغوار تراثنا الإسلامي بحثا عن أبعاد هذه المرحلة. وكان الخوف من ليل الشيخوخة البارد، وما تنذر به هذه المرحلة من انحدار وضعف وقصور وعجز، قد دفع الباحثين إلى تناسيها.

وبعد هذه المقدمة الواضحة، فقد تناول عبد العال رؤية الإمام أبو الفرج ابن الجوزي للأبعاد التربوية لظاهرة الشيخوخة مبينا خصائص تكوينها الجسمي والعقلي والاجتماعي.

ولأنه قد سبق أن بين في نظرية اريكسون النفس الاجتماعية، فيحسن بنا أن نحول إبراز بعض الخصائص النمائية الاجتماعية التي تناولها ابن الجوزي، حتى يتسنى للقارئ الكريم تصور مدى وسع الهواة بين الفكر التأملي لبعض أهل الإسلام، والفكر المادي المجرد الذي قد يسعى غيرهم للترويج له.

يقول "ابن الجوزي" مصورا المشاعر والأحاسيس التي يجب أن تنتاب الشيخ المسن العاقل: إني لأعجب من عاقل يرى استيلاء الموت على أقرانه وجيرانه كيف يطيب عيشه، خصوصا إذا علت سنه. و أعجب لمن يرى الأفاعي تدب إليه، وهو لا ينزعج، أما يرى

الشيخ دبيب الموت في أعضائه قد اخرج سكين القوى، وانزل متغشم الضعف، وقلب السواد بياضا، ثم في كل يوم يزداد الناقص!

وإذا كان اريكسون قد حاول أن يبرز السلبيات، وان لا يقصر وصفه على المظاهر النمائية الاجتماعية المتعلقة بمرحلة الشيخوخة، فقد مضى ابن الجوزي بعمق اكبر وواقعية مجردة ليصف بعض السلوكيات الاجتماعية الخاطئة في هذه المرحلة يقول عبد العال: فكما تنتاب بعض الشيوخ المسنين نزعة الفرار إلى الله، والالتجاء إليه والانغماس في أعمال الطاعة والعبادة، فغن منهم من يسيء التصرف في المواقف الاجتماعية المختلفة، وربما كان ذلك بتأثير ما يصيبهم من الضعف العام الذي يفقد الشيخ المسن كثيرا من توازنه العقلي والشخصي، فيأتي بسلوكيات لا تناسب سنه ويقدم على تصرفات تخالف الدين والأعراف الاجتماعية

ولا يكتفي عبد العال بالإشارة إلى الأمثلة الواضحة التي ساقها ابن الجوزي للتدليل على سوء السلوك الاجتماعي وسوء استغلال الوقت لدى بعض المسنين، ولكنه يتخطى الأمثلة المجردة لمحاولة إثبات أن ابن الجوزي قد سبق العلماء النفسانيين المعاصرين في تحديد الأعراض العامة لبعض الأمراض النفسية. وليس على سبيل الحصر: فيرى عبد العال أن الأمثلة التي قد تسيطر على بعض المسنين تقترب من أعراض المرض النفسي البارانونيا ويعلل ابن الجوزي ميل الشيوخ المسنين إلى الوحدة واعتزال الحياة والناس، بما قد يصيبهم أحيانا من اعتقادات خاطئة تسيطر عليهم، كان يعتقد الشيخ المسن أن الناس من حوله أعداء يتربصون به، ويدبرون له كل مكروه، فيشك فيمن حوله جميعا ويأخذ في الحذر منهم... وما ذكره ابن الجوزي يقترب من أعراض المرض النفسي البارانونيا الذي يصيب الكهول والشيوخ، ويتميز المرض النفسي بالهذاء، وهو لدى المسنين يمتاز بزيادة الآراء الخاطئة وسيطرتها على التفكير، وأنها لا تقبل الجدل، وتتسم بالثبات والتمركز.

وأخيرا فإن نظرة فاحصة لطبيعة المشكلات الاجتماعية الحقيقية التي قد يعاني منها المسنون في بعض دول العالم قد تعطي مؤشرات واضحة لحجم المأساة النفسية والاجتماعية لهؤلاء الذين أعطوا بسخاء في ربيع عمرهم، لينبذوا عند وصولهم لأرذلهم. وتظهر الدراسات الحديثة أن الديناميات السكانية في دول الاتحاد الأوروبي في الفترة بين 1995-2020 تظهران نسبة النمو السكاني للمسنين ستستمر في الارتفاع وبخاصة في فرنسا وبريطانيا وهولندا وتتوقع الدراسة أن تشهد السنوات القادمة انخفاض نسبي في معدلات الرعاية الصحية في هذه الدول المتقدمة، مع ارتفاع ملحوظ في مستويات المشكلات الاجتماعية التي يعاني منها المسنون، وبخاصة فيما يتعلق بمشكلة الحرمان أي الرفض الاجتماعي وبالمقارنة بالمخطط العالمي العام لنمو الشيخوخة، فإن دولا فقيرة مثل بنغلاديش والسودان قد تصل فيها معدلات الزيادة إلى 228% دون أن تعني مثل هذه النسبة المرتفعة بالضرورة زيادة حجم المعاناة الاجتماعية. وهذا دل فإنما يدل على ذات النتيجة التي قد وصلنا إليها عند تأملنا في مشكلات المراهقة في المجتمعات الغربية والإسلامية: وهي أن تماسك الواقع الإسلامي الاجتماعي يصب إيجابا لمصلحة جميع الفئات والقطاعات المجتمعية. (محمد النوبي محمد علي، 2012: 50-63)

6- حقوق المسنين:

6-1- حق المسن في الرعاية الاجتماعية:

وتتضمن هذه الفقرة أصناف الرعاية بمختلف أشكالها لان من حق المسن شرعا الاندماج في مجتمعه والمشاركة في صياغة القرارات التي تؤثر مباشرة في معيشتهم وتمتعهم بجميع حقوق الإنسان، فهذا رسول الله كان يأتي ضعفاء المسلمين ويزورهم ويعود مرضاهم ويشهد جنائزهم والمسنون هم من جملة الضعفاء.

فمن الأهمية بمكان العمل على استمرار المسن متحركا بقدر الإمكان مزاولا أي نشاط مناسب، مشاركا في الحياة والعطاء مثبتا لذاته وانه مرغوب فيه وفي خبرته وعطائه وإظهار

الوفاء والاحترام له وتشجيعه على ممارسة نشاطاته وخبراته وان يشعر انه مازال قادرا على العطاء كما أن الإسلام نهى التأفف من المسن أو انتهاره ولا يخاطب إلا بالقول الكريم ولا يعامل إلا بالتوقير والاحترام فإذا ما وقع على المسن إيذاء مادي أو معنوي بالاستهزاء أو السخرية مثلا كان معصية يعذر يؤدب فاعلها.

6-2- حق المسن في العمل مادام قادرا عليه:

فمن حق المسن وكما قلنا أن يشارك في الحياة والعطاء ليثبت ذاته ولا يصح حجب العمل عن الكبير أو منعه من ممارسة الوظيفة المناسبة لإمكاناته وطاقاته الفكرية على انه لا يجوز تحميله مالا يطيق لقوله (فإذا كلفتهم فأعينوهم) وقد تستلزم مرحلة كبر السن من صاحبها التحول عن مهمته الشاقة إلى مهنة تتفق ووضعه الجديد أو على الأقل التخفيف من معدل العمل الذي كان يبذله في مرحلة الشباب ليتمكن من الاستمرار في العطاء والإنتاج، أما اليوم فان هناك سنا محددة يحال فيها جميع الأفراد إلى التقاعد برغم أن هناك فروقا فردية بين الناس فهناك من يعجز عن العمل في سن الخمسين وهناك من يكون قادرا على العمل حتى سن السبعين أو الثمانين لذلك فان قانون التقاعد في بعض الأحيان يعد جائرا في حق بعض الأفراد ويؤدي الانقطاع عن العمل إلى قطع صلة الفرد بزملائه فيعاني من الفراغ وكما اشرنا سابقا إن تحقيق الذات يرتبط بالدور الاجتماعي الذي يقوم به الفرد أما المسن المتقاعد فيظل بلا أهداف ولا طموحات ولا غايات فتهتز قيمته وتقديره لذاته والتقاعد بصفة عامة تعني تضائل دخل معظم المسنين إذ انه يكون عادة اقل من دخل الأجر والمرتبات وبينما يتطلع الشباب إلى الترقية وزيادة المرتبات يكون على المسن أن يتقبل حقيقة إن فرصته في الحياة بدأت تتضاءل.

ويكون أمر التقاعد أصعب إذا كان لمن يصل لسن التقاعد رغبة في الاستمرار في العمل فيؤدي بذلك إلى عجزه عن تقبل المواقف الجديدة ومن ثم زيادة الصعوبات التي يواجهها في التوافق للتقاعد ومما يجدر ذكره أن أهم الاستنتاجات التي توصل إليها أبو قراط

منذ أكثر من 2400 سنة هي أن المسن لا يجب أن يتوقف عن العمل إذ يعطيه إحساسا بقيمته وبأن المجتمع مازال في حاجة إليه مما ينعكس على صحته الجسمية والنفسية دون ان يحسوا بأنهم أصبحوا ثقلًا أو أعباء على غيرهم.

ولا يعني مما تقدم عدم ضبط سن التقاعد بل هو أمر مطلوب وضروري لإتاحة الفرصة للشباب للعمل ولكن لا يمنع استثناء من القاعدة الاستفادة من الطاقات وقدرات بعض المسنين في خدمة أنفسهم و أوطانهم، فمن حق المسن إذا إيجاد الأنشطة وورشات عمل ومركز تدريب مهني في مختلف الاختصاصات وحشد القادرين منهم على الحركة والعمل فيها لتدريبهم وتشغيلهم وتوظيفهم ولو بمقدار أربع ساعات في اليوم فنفتح أمامهم أبواب الأمل والطموح ونمكنهم من تجديد حيويتهم واستمرار نشاطهم والإفادة من خبراتهم وعطائهم ولو كانت محدودة وهذا لون من اشتراكهم في مسيرة البناء والتعمير والتنمية التي هي ضرورية في كل دولة ويؤدي هذا الى التخفيف من أعباء الإنفاق الصحي الاجتماعي الذي تقوم به الدول ويسهم في تقليل عبء الموازنة العامة للنفقات العامة ويساعد على رفع الدخل العام.

6-3- حق المسن في الرعاية الصحية:

فكما اشرنا إليه سابقا أن هذه المرحلة العمرية تقترن بإصابة المسن ببعض الأمراض التي تتطلب زيارات للأطباء وشراء للأدوية وقد حث الشرع الحكيم على التداوي من كل مرض وفي هذه يقول مجيبا على سؤال الأعرابي قال: يا رسول الله أنتداوي؟ فقال: نعم يا عباد الله تداووا، فان الله عز وجل لم يضع داء إلا ووضع له شفاء غير داء واحد، قالوا: ما هو؟ قال: الهرم، وعلى هذا فلا بد من وجود أقسام أو مستشفيات وقفا على أمراض الشيخوخة والعناية الصحية بالمسن ليست محصورة في مستشفى أو عيادة بل هي نظام يمتد إلى المنزل والمؤسسات والمجتمع.

وكل ما ذكرناه سابقا نتيقن أن الشريعة الإسلامية قد أحاطت المسنين بمزيد من التحصينات لما عساه قد يطرأ في بعض الأزمنة أو في بعض الأمكنة من مساس بهيبتهم ويمكننا إجمال تلك التحصينات في ثلاث مراحل هي:

- مرحلة الاستغناء بالنفس، وتكون في حال قيام المسن بتدبير حاله وتربص الشيخوخة بالتوفير لها.

- مرحلة الاستغناء بالعائلة، وتكون في حال انعدام المرحلة الأولى أو ضعفها فيلزم الإسلام أهل المسن وعشيرته بتلبية احتياجاته والإنفاق عليه كما كان هو في سن الشباب والعطاء.

- مرحلة الاستغناء بالمجتمع، وتكون في حال انعدام المرحلتين السابقتين أو ضعفها لان المسن كان احد المشاركين في بناء المجتمع ودعم خزينته المالية. (هيفاء محمد الزبيدي، 2012: 163-170)

7- أسس رعاية المسنين:

لقد كفل الإسلام المسنين عن طريق رعاية الأسرة للأبوين والجددين ورعاية الجيرة للمسنين من الجيران وهناك التكافل الاجتماعي في الدولة المسلمة والاهتمام بالشيخوخة صحيا واجتماعيا واقتصاديا.

ففي نظام النفقات الذي أرسى الإسلام دعائمه لا يمكن أن يعيش المسن في ضيق وحرَج ولا سيما إذا كان له أبناء يتكسبون أو في رعاية نظام إسلامي يطبق الشريعة الغراء.

لقد عاش المسنون في مجتمعات إسلامية في وفرة من العيش حيث تتعدد مصادر الإنفاق في الشريعة الإسلامية ابتداء برعاية الأسرة وانتهاء برعاية الدولة المسلمة ممثلة في الحاكم المسلم ومسؤولية هذه الدولة عن تأمين العمل والحاجات الضرورية مستفيدة من روافد الإنفاق المتعددة كالهبات والوصايا المالية ونظام الوقف وغيره حسبما كان شائعا ومطبوقا في

مجتمعاتنا المسلمة، وسوف نتحدث في هذه الفقرة عن: مسؤولية الأسرة في الإسلام، ومسؤولية الدولة أيضا.

8- دور المراكز في رعاية المسنين:

لقد اثر التحديث والمجتمع الصناعي والمدني في العلاقات القائمة بين الجيل القديم والجيل الجديد فتحوّلت من مرحلة الإكرام إلى مرحلة الفتور فمشاكل الانفصال والطلاق والسكن والهجرة وغلاء كلفة المعيشة ودخول المرأة معترك العمل جعلت من المسن فردا وحيدا متروكا بلا رعاية أو مراقبة صحية أو حتى غذائية في بعض الأحيان.

وأدت كل هذه العوامل إلى اضطرار المسن إلى التوجه مكرها طائعا إلى دور العجزة التي يجب أن يسميها البعض تخفيفا للوطأة بيوت الضيافة أو بيوت الراحة.

لقد كانت مسألة الحفاظ على المسنين حتى الأمس القريب من واجبات عائلاتهم فما تستطيع تقديمه العائلة من احتياجات روحية ومادية لا تستطيع إن تعوضه المؤسسات البديلة وأصبح واضحا إن الأولاد بدعوا يتذمرون ويتبرمون من الوالدين اللذين أمعنا في الكبر وهذا ما لم يكن موجودا قبلا فلم يسلم الشيوخ والمسنون إلى دور العجزة إلا أخيرا.

وتجدر الإشارة إلى انه ما زال للمسّن مكانته في الكثير من العائلات يطبع كلمته ويسمعا كل أفراد الأسرة ما يشعره بالاحترام والفائدة وبأنه مازال مرغوبا فيه.

- أسباب دخول المسنين إلى دور رعاية المسنين:

لقد حدثت تغيرات في المجتمع أدت إلى خلق ظروف مستجدة صعبة أثرت سلبا على رعاية المسنين كان الناس في السابق يتفرغون لخدمة المسن لكن هذا الوضع يكاد يكون اليوم مستحيلا بسبب:

- تغير أنماط الحياة منها: ظروف الهجرة إلى الخارج من فئة الشباب بسبب العمل.

- نمو إعداد المسنين للتقدم الصحي الذي أدى لزيادة متوسط العمر.

- تحول الأسر من أسر ممتدة يتعاون كل أفرادها لرعاية الشخص المسن إلى أسر نووية منهمكة في تغطية متطلبات الحياة.
- تراخي الروابط الأسرية.
- خروج المرأة إلى العمل والتي كانت سابقا وحدها المعنية بخدمة الكبار.
- لأجل كل ذلك تغيرت في العقود الأخيرة كثيرا من المفاهيم والعادات التي كان بعضها مستهجنًا وشاذًا وغير لائق فيما مضى كأن يعيش مسن لوحده وأبنائه متواجدين لا بل على العكس فقد كان الكبار قبل نصف قرن هم قادة الأسرة يتربعون على عرشها قراراتهم هي النافذة في كل مناحي الحياة وحتى آخر عمرهم حيث كان متوسط العمر عام 1900، 34 سنة لكن التطورات الطبية والاقتصادية حولت كثيرا منهم إلى متقاعدين وزاد متوسط العمر إلى 68 سنة.
- مشاكل المسنين الجسمية:
- تغيرات طبيعية نتيجة تقدم العمر وتغيرات مرضية تضاف إليها في اغلب الأحيان.
- انحدار القدرات الوظيفية لأعضاء الجسم.
- نقص القدرة على الحركة لدى الكبير مما يحوجه لمساعدة الغير.
- انحرافات نفسية بسبب الضغوط.
- تغيرات في أجهزة الحواس وتراجع في انتصاب القامة وصعوبة في حركة الأطراف وعدم ليونة في الأربطة.
- تغير في الوزن وتوزيع الدهن.
- تضخم في القلب وتليف عضلاته وانخفاض كفاءة الدورة الدموية وتصلب الشرايين وتغير في ضغط الدم.

- انحدار في وظائف الكلى وازدياد مشاكل الإمساك.
- تضخم البروستات لدى الرجال وازدياد التهابات الرحم والفم لدى النساء.
- بؤادر كسل الكبد والأمعاء.
- ازدياد الضعف الذهني وفقدان الذاكرة أو النسيان وتغير في عادات النوم وفقدان القدرة على التعلم.
- هشاشة لعظام.
- ازدياد حالات الاكتئاب بسبب اضطهاد المحيطين وعزلهم ومنع الممتلكات وعدم الاختلاط معهم وعدم تأمين الحاجات الأساسية.
- الشعور بالوحدة خاصة إذا توفي الزوج وتفرق الأولاد.
- اعتماد اغلب الكبار في مجتمعات ماديا على الآخرين حيث لا يوجد ضمانات مادية إلا في حالات بعض الممولين أو الموظفين الذين يتقاعدوا مجزيا أما الآخرين فلا تكاد تعرفه تقاعدتهم تكفي للضروريات وبقية المسنين ليس لهم من ضمانات إلا الروابط الأسرية التي تكاد تهتر حديثا لكثرة أعباء الحياة والتغيرات المجتمعية.
- تغير اتجاهات المجتمع:
- تتأثر اتجاهات المجتمع سلبا تجاه كبار السن للأسباب التالية:
- إن المسن لم يعد منتجا فانحسر دوره وفقد أهميته.
- أصبح بحاجة لرعاية مكثفة مما يجعله عبئا.
- ازدياد أعباء الحياة الاقتصادية مما يجعل الأولويات للأجيال الناشئة.
- عدم التمسك بتعاليم الدين والتقاليد المرعية.
- عمل المرأة جعلها تشعر بتقييد حريتها حين يفرض عليها مساعدة الكبار.

لهذه الأسباب مجتمعة أصبحت رعاية الكبار مهددة مما يفرض على المجتمع إيجاد البدائل ويقع في مقدمة هذه البدائل دور المسنين.

- دور دور المسنين في الرعاية:

- توفير أوجه الرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية والمعيشية والترفيهية لنزلاء الدار والمركز طبقا لمتطلبات واحتياجات كل نزيل.

- تطوير برامج التأهيل المناسبة للمسنين والاستفادة من قدراتهم وإمكانياتهم.

- إدماج المسنين مع البيئة الخارجية وتوثيق الصلة بينهم وبين أسرهم.

- توفير الرعاية والتأهيل والعلاج للمسنين في مكان إقامتهم وتوجيه الأسر لأساليب العناية بهم من خلال الوحدات المتنقلة.

- تدريب وتأهيل الإطارات العاملة بالدار والمركز ورفع كفاءتهم وتطوير قدراتهم في مجال رعاية المسنين.

- أنواع الرعاية:

- الرعاية الدائمة: تقدم هذه الرعاية لفئة المسنين الذين لا عائل لهم والذين لا تسمح ظروف أسرهم برعايتهم ويقيمون في دار رعاية المسنين بصورة دائمة حتى نهاية حياتهم ويشترط عند توفير هذا النوع من الرعاية الحصول على موافقتهم وموافقة أسرهم.

- الرعاية المتقطعة: وهي بمثابة رعاية مشتركة للمسن بين الدار أو المركز والأسرة من اجل تخفيف العبء عن الأسرة وذلك من خلال رعاية المسن في الدار أو المركز لمدة محدودة يعود بعدها إلى رعاية أسرته وهكذا بالتناوب.

- الرعاية المؤقتة: يتم خلالها تقديم الخدمات المختلفة للمسن لفترة محددة تمتد لشهر أو أكثر نتيجة لظروف طارئة في الأسرة يعود بعدها المسن إلى أسرته حال انتهاء المدة المحددة.

- الرعاية الأسرية: تقدم أوجه الرعاية المطلوبة للمسنين في محيط أسرهم حيث يقوم الأخصائيون كل في مجال عمله بزيارات منزلية إلى المسنين للتعرف على احتياجاتهم والعمل من أجل توفيرها داخل الأسرة دون الحاجة إلى زيارتهم للدار أو المركز أو الإقامة فيهما وذلك من خلال الوحدة المتنقلة. (سليم أبو عوض، 2007: 191-194)

المبحث الثالث: الاضطرابات النفسية

- تمهيد
- تعريف الاضطرابات النفسية
- أسباب الاضطرابات النفسية
- تصنيف الاضطرابات النفسية
- أنواع الاضطرابات النفسية
- الوقاية من الاضطرابات النفسية

تمهيد:

يعتبر مصطلح الاضطرابات النفسية حديث نسبيا، وقد بدأ يحل تدريجيا محل الأمراض النفسية في كثير من دوائر الطب النفسي، مراعاة للآثار النفسية السلبية لكلمة مرض، ويتفق معظم علماء النفس والطب الحديث على أن الاضطرابات النفسية تشير إلى حالات سوء التوافق سواء مع النفس أو الجسد أو البيئة طبيعية كانت أو اجتماعية، ويعبر عنها عادة بدرجة عالية من القلق والتوتر واليأس والتعاسة و القهر، ففي هذا المبحث تطرقنا إلى تعريف الاضطرابات النفسية، أسبابها، تصنيفها، أنواعها، وكيفية الوقاية منها.

1- تعريف الاضطرابات النفسية:

إن كلمة اضطراب مشتقة من الفعل تضطرب: أي تحرك وماج، وضرب بعضه ضربا، واضطرب الأمر: اختل، واضطرب من كذا أي ضجر، واضطرب في أمره: أي تردد وارتبك.

مصطلح الاضطراب النفسي حديث نسبيا وبدأ يحل تدريجيا محل المرض النفسي في كثير من دوائر الطب النفسي مراعاة للآثار النفسية السلبية لكلمة مرض، كما قررت الجمعية الأمريكية للطب النفسي سنة 1980 في التصنيف الأمريكي الثالث لأمراض الطب النفسي إلغاء كلمة عصاب.

وفي التصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية CIM 10 يشير مصطلح الاضطراب إلى: وجود مجموعة من الأعراض والسلوكيات التي تكون محددة عياديا ويشتمل في معظم الحالات على مشاعر الضيق واضطراب في الوظائف الشخصية.

وحسب الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM IV فإنه لا يوجد تعريف إجرائي شامل للاضطراب يطبق على كل الوضعيات.

والاضطراب النفسي (العقلي) يعرف بمفاهيم مختلفة مثل: معاناة، سوء التحكم بالذات، ضرر، إعاقة، اللامنتقية، مجموعة من الأعراض... ، كل من هذه المصطلحات يدل على الاضطراب، لكنه ليس معادل له، وكل وضعية تتطلب تعريفاً مختلفاً.

وبصفة عامة يعرف DSM IV الاضطراب النفسي (العقلي) بأنه: مجموعة أعراض سلوكية أو نفسية، عيادياً تكون ذات معنى، تطراً على شخص ما ويصاحبها عادة ضيق ملازم ومهما يكون أصل هذه الاضطرابات فإنها تعتبر كمظاهر لاختلال وظيفة سلوكية، نفسية أو بيولوجية للشخص.

ويتفق معظم علماء علم النفس الحديث على أن الاضطرابات النفسية تشير إلى حالات سوء التوافق مع النفس أو مع الجسد أو مع البيئة، طبيعية كانت أم اجتماعية ويعبر عنها بدرجة عالية من القلق والتوتر والإحساس باليأس والتعاسة والقهر وغالباً ما تمس البعد الانفعالي للشخصية ويظل معها الفرد المضطرب متصلاً بالحياة الواقعية قادراً على استبصار حالته المضطربة.

وبالنظر للطبيعة التفاعلية للاضطراب النفسي فقد بدأ مصطلح العصاب يختفي تدريجياً لتحل مكانه كلمة تفاعل، كصفة لمعظم أنواع الاضطرابات النفسية ويأخذ أشكالاً متعددة مثل: القلق التفاعلي، الاكتئاب التفاعلي... (أسماء بوعود، 2014: 30، 32)

2- أسباب الاضطرابات النفسية:

تتعدد العوامل التي تؤدي إلى الإصابة بالاضطرابات النفسية بحيث نجد أن بعضها يكون عوامل داخلية والأخرى عوامل خارجية عن الفرد، وفي كثير من الأحيان فإن علة الإصابة بالاضطراب النفسي تكون متعددة العوامل: الوراثة، الاضطرابات العضوية، الاضطرابات البيوكيميائية، الضغوط الاجتماعية، العلاقات العائلية، العمر، الجنس، السلالة، الطبقة الاجتماعية...

- الوراثة: هناك بعض الأدلة على أن بعض أنماط الأمراض النفسية يمكن أن تكون وراثية وعلى سبيل المثال بعض أشكال الفصام فقد أفادت دراسات التوائم أن نسبة الإصابة بهذا المرض في التوائم الصنوية تصل إلى 40% وفي غير التوائم الصنوية (الأخوية) تصل نسبة الإصابة به إلى 10% وتكون نسبة الإصابة أعلى إذا كان المريضان من نفس الجنس.

- الاضطرابات العضوية: ومنها اضطراب وظائف خلايا المخ وينشأ هذا الاضطراب نتيجة الإفراط في الكحوليات وغيرها من السموم و تعاطي المخدرات، أورام المخ، إصابات الرأس، العدوى، نقص الأوكسجين، عدم التوازن في سوائل الجسم، وفي بعض الأحيان يكون السبب في اضطراب وظائف خلايا المخ، كذلك تصبح الشرايين الدماغية صعبة وضعيفة بحيث ينشأ عن ذلك ترسيب الدهون على جدرانها، مما يعرقل تدفق الدم خلالها، ومن هنا تضطرب وظائف خلايا الدماغ، وعلى هذا فإذا لم تعرف العلة وتعالج بشكل سريع فإن الإنسان يمكن أن يتوفى ويكون السبب ملامح في زملة اضطرابات عضوية بالمخ أو خبل.

- الاضطرابات البيوكيميائية: من المقبول عامة أن بعض الأمراض العقلية يمكن أن ترجع في جزء منها إلى اضطرابات في كيمياء البدن فالإكتئاب على سبيل المثال يمكن أن يعقب الولادة، أو قد يكون مصاحبا لسن اليأس وانقطاع الطمث، وذلك عندما تضطرب مستويات الهرمونات في جسم المرأة.

ومن الصعب أحيانا أن نقيم ما إذا كان الإكتئاب راجع إلى تغيرات في مستويات الهرمونات في الدم، أو كان الشخص قد اكتتب بسبب وصوله إلى سن اليأس أو الولادة، ومن المؤلم أن الحالات التي تعاني من أمراض اكتئاب شديدة ودائمة يمكن أن تعزى إلى أمراض عضوية وعلى سبيل المثال: الأنفلونزا، الحمى، الإصابة البسيطة بالرأس، مع عدم وجود دلالة لاضطراب عضوي في قشرة الدماغ، ويتضح أن بعض الأفراد الذين يعانون من أعراض اكتئابية لديهم بعض القصور في مادة خاصة بالدماغ وهي مادة السيروتونين ويمكن

أن يعد الاضطراب في الصوديوم والماء أحد العوامل التي تسبب الأمراض العقلية حيث تكون الحالة المزاجية خاصة متأثرة بهذا الاضطراب كما في حالات الهوس والاكتئاب وتعطى عقاقير لعلاج الاضطرابات البيوكيميائية للجسم كجزء من العلاج الكلي لفرد.

- الضغوط الاجتماعية: من الناس من يتعامل مع مواقف الانعصاب التي تعشي حياتهم اليومية ويتكيفون وإياها، وآخرون يحتاجون إلى مساعدة، بينما نجد أن فريقا ثالثا يمكن أن يسقطوا فريسة تلك المواقف ذلك أنها قد تفوق طاقتهم وتحملهم ويؤدي هذا بهم إلى إصابتهم بالمرض العقلي، ويشير كثير من الباحثين إلى أن المعوقات التي تقابل الفرد يمكن أن تشكل مطالب توافقية أو انعصاب يحتاج من الفرد إلى جهود زائدة وتغير في نشاطه إذا ما أراد أن يتغلب على هذه المعوقات ويواجه حاجاته ومطالبه وعندما يكون الانعصاب زائدا فإنه يستنفذ قوانا ويؤدي إلى تدمير الوظائف المتكاملة لشخصياتنا.

والانعصاب هو قوة مادية واقعة على الكائن تكفي لأن تسبب له توترا أو انعكاسا في شخصيته وعندما تكون هذه القوة المؤثرة كبيرة فإن تأثيرها على شخصية الفرد يكون بنفس القدر وقد يعرف البعض الانعصاب بأنه ضغط انفعالي غير سار يختبره الفرد في استجاباته للإحباطات التي يتعرض لها في بيئته وقد يعمم بعض العلماء هذا المصطلح ليشمل كل الظروف التي تواجه الكائن أو تعترض إشباع دوافعه وإرضاء حاجاته فالانعصاب يؤدي إلى انهيار وظائفه ومن ثم يصبح معرضا للإصابة بالمرض العقلي أو النفسي.

- العلاقات العائلية: تنمو العلاقات العائلية وتتحدد في مستويات التكوين الأولى وهذه العلاقات تساعد الطفل على تكوين أنماط استجابات تجاه الآخرين في مستويات حياته التالية فالطفل الذي ينعم بالحب والدفء في علاقاته العائلية في سنوات حياته الأولى من المحتمل أن ينمو أمناً في علاقاته الاجتماعية مع الآخرين وفي أحيان أخرى فإن أعضاء آخرين من العائلة قد يلومون طفلهم على ما يثيره من مشاكل تظهر في محيط الجماعة ويويخونه وهنا قد يكون الطفل بمثابة كبش الفداء لمشاكل أسرته وهنا فإذا لم يستطع الطفل أن يتعامل مع

هذا الموقف فإنه من الممكن أن ينسحب إلى عالم وهمي متخيل ومن ثم يمكن أن يظهر سلوكه المضطرب هذا بشكل أو بآخر.

- العمر: يلاحظ أن بعض الأمراض يكون أكثر شيوعاً في سن معينة ومثال على ذلك زملة أعراض اضطرابات المخ العضوية لدى كبار السن وهناك فترات في نمط حياة الإنسان يكون فيها معرضاً للإصابة بالأمراض العضوية مثال عند التقاعد عن العمل في هذه الحالة يمكن أن يحدث الاكتئاب الاستجابي.

- الجنس: بالنظر إلى معدلات الإناث المصابات بالاضطرابات الوجدانية في المستشفيات نجد أن مرض الاكتئاب عادة ما يكون بنسبة ثلاثة للإناث إلى اثنين للذكور.

- السلالة: يبدو أن بعض السلالات تكون أكثر استهدافاً لأمراض عقلية خاصة، مثال أن اضطراب الهوس الاكتئابي أكثر انتشاراً بين أفراد من سلالة اليهود. (مجدي أحمد محمد عبد الله، 2000: 129، 134)

3- تصنيف الاضطرابات النفسية:

هناك عدة نماذج مختلفة لتصنيف الاضطرابات النفسية والعقلية، ومن أهم هذه التصنيفات المعمول بها على المستوى العالمي ما يلي:

- التصنيف الذي يقوم على أسس فيزيولوجية: لم تتحدث الدراسات إلا عن القليل من فيزيولوجية العمليات النفسية المرضية وغير المرضية وأصحاب هذا التصنيف يفترضون أن كل صور الاضطراب النفسي تتوقف على إحدى الحالات الثلاث للجهاز العصبي وهي: حالة زيادة الإثارة، حالة قلة الإثارة، حالة عدم التوازن.

بينما يشير ماينرت في تصنيفه على افتراضات فيزيولوجية تتعلق بما يلي:

- اضطرابات تنشأ من تغيرات تشريحية.

- اضطرابات نتيجة للتغذية وتشمل ما يلي: اضطرابات نتيجة إثارة القشرة المخية وتظهر في الهوس والميلانخوليا، اضطرابات نتيجة إثارة منطقة تحت القشرة وتظهر في الهذات والهلاوس، اضطرابات في المراكز الدموية لمنطقة تحت القشرة وتظهر في الصرع.

- اضطرابات نتيجة التسمم.

- التصنيف الذي يقوم على أسباب المرض: يشمل هذا الاتجاه أصحاب التحليل النفسي ويستخدم علم النفس العيادي غالبا هذه التصنيفات، في الواقع لم يهتم التحليليون بوضع تصنيف للأمراض العقلية والنفسية بل كان جل اهتمامهم منصبا حول معرفة أسباب الأمراض والعوامل الكامنة التي تقف وراءه والميكانيزمات الدفاعية المستخدمة، البنية العميقة، ونمط العلاقة بالموضوع، ونوع القلق... وبالرغم من ذلك فإنه يوجد تصنيف خاص بهم إذ يقسمون الأمراض النفسية والعقلية إلى ثلاث فئات مرضية كبرى وهي: العصاب، الذهان، الحالات الحدية (البينية).

ولقد عرف هذا الاتجاه عدة محطات لكل منها منطلقاته ومسلماته الخاصة في التصنيف حيث نجد أن عدة محللين بعد فرويد أسهموا من خلال دراساتهم حول الأمراض النفسية في وضع تصنيفات مختلفة انطلاقا من مصادر متنوعة ويندرج ذلك ضمن الاتجاهات التالية:

- الاتجاه الأول: يتعلق بمحاولة وضع نظام عام للتصنيف يقوم على أساس النظريات والملاحظات التحليلية كأعمال كارل أبراهام حول مراحل النمو الليبيدي وأعمال أوتو فينشل حول تطور الأنا، ولا تزال هذه الإسهامات تحظى بالاهتمام إلى يومنا هذا.

- الاتجاه الثاني: يتعلق بالأبحاث العيادية الفردية التي تتم على مستوى العيادة النفسية انطلاقا من دراسة حالات مرضية.

- الاتجاه الثالث: من بين الأعمال البارزة في هذا الاتجاه نجد أعمال بارجوري الذي قام بتوضيح الفروق بين البنية، الأعراض، الطبع.

- الاتجاه الرابع: حسب دانييل ويدلوشر إن التحليل النفسي يهتم بالنشاطات العقلية كعمليات التفكير بالإضافة إلى جوانب سيكودينامية أخرى يمكن ملاحظتها كالحركات أو الكلام

جدول رقم (1) يبين التصنيف الكلاسيكي للاضطرابات النفسية

العلاقة مع الموضوع	الدفاع الرئيس	طبيعة القلق	طبيعة الصراع	الركن المسيطر في التنظيم	البنية
جنسية	الكبت	الخصاء	الأنا الأعلى مع الهو	الأنا الأعلى	العصاب
امتزاجية	الرفض	التجزئة	الهو مع الواقع	الهو	الذهان
اتكالية	الانشطار	فقدان الموضوع	الأنا مع الهو مع الواقع	الأنا	الحالات البينية

إذا فهذا الاتجاه في التصنيف اهتم بشكل أكبر بدراسة السببية المرضية، وانطلاقاً من ذلك تم بناء هذه التصنيفات، التي كثيراً ما وجهت له انتقادات حول مدى صحتها إذ يعتبرها البعض أنها تخضع في كثير من بنودها لعامل الصدفة هذا بالإضافة إلى أن المرض الواحد يسببه أكثر من عامل واحد.

- التصنيف الذي يقوم على أعراض المرض: يقوم هذا التصنيف على الأعراض ورائد هذا التقسيم هو كرايبلين الذي توصل من خلال إخضاعه الأمراض النفسية للملاحظة إلى استنتاجات قيمة، ولعل أهم التصنيفات التي تمثلها اليوم هي:

- تصنيف الجمعية الأمريكية للطب العقلي (APA) الذي يسمى الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM).

- تصنيف منظمة الصحة العالمية (OSM) الذي يسمى بالتصنيف العالمي للاضطرابات العقلية واضطرابات السلوك (CIM).

مثلا: في الدليل التشخيصي الرابع والإصدار (DSM IV) الذي تم مراجعته من طرف الـ (APA) اقترح تصنيف متعدد المحاور للاضطرابات العقلية والنفسية يضم خمسة محاور تشمل ما يلي:

المحور الأول: الاضطرابات النفسية

المحور الثاني: اضطرابات الشخصية

المحور الثالث: الأمراض العضوية

المحور الرابع: شدة عوامل الضغط النفسي الاجتماعي

المحور الخامس: مستوى التكيف والعمل الأكثر ارتفاعا خلال السنة الجارية

جدول رقم (2) يوضح تصنيف الاضطرابات العقلية والنفسية حسب DSM IV

أمثلة فرعية	مثال عن العينة	الاضطراب
هذيان ناتج عن حالة طبية، هذيان ناتج عن تناول مادة	الهذيان	هذيان، عته، اضطراب فقدان الذاكرة
عته نوع زهايمر خرف وعائي	العته	هذيان، عته، اضطراب فقدان الذاكرة
		اضطرابات عقلية ناتجة عن حالة طبية عامة
تبعية لمادة الكحول، الحشيش، تعاطي المخدرات	اضطرابات ناتجة عن استعمال مادة	اضطرابات ناتجة عن تعاطي مادة
تسمم ناتج عن مادة، التوقف عن مادة	لاضطراب الناتج عن مادة	اضطرابات ناتجة عن تعاطي مادة

نوع شبه عظامي، نوع غير متمايز، نوع تخشبي	الفصام	الفصام واضطرابات ذهانية أخرى
نوع إيروتوماتي، نوع العظمة	الاضطراب الهذائي	الفصام واضطرابات ذهانية أخرى
	اضطراب الفصام الوجداني	الفصام واضطرابات ذهانية أخرى
نوبة اكتئاب رئيسي، نوبة هوس	النوبات المزاجية	اضطرابات المزاج
اضطراب اكتئابي رئيسي، اضطراب اكتئابي رئيسي معاود	الاضطراب الاكتئابي	اضطرابات المزاج
	الاضطراب متعدد القطب	اضطرابات المزاج
	هجمة الهلع	اضطرابات القلق
	خواف اجتماعي	اضطرابات القلق
	الاضطراب الوسواسي القهري	اضطرابات القلق
		الاضطراب جسدي الشكل
		اضطراب مفتعل
		الاضطراب التفككي
		الاضطراب الجنسي

		اضطراب السيرورات الغذائية
		اضطرابات النوم
		اضطرابات التحكم في الاندفاعات
		اضطرابات التكيف

وتصنف الاضطرابات النفسية إلى:

- اضطراب نفسي: وهو اضطراب وظيفي في الشخصية يبدو في صورة أعراض جسمية ونفسية شتى منها: القلق والوساوس، والأفكار المتسلطة والمخاوف الشاذة واضطرابات جسمية وحركية وحسية متعددة، وهذا تعريف للمرض من حيث أعراضه، فإذا أردنا أن نعرفه من حيث أسبابه قلنا أنه اضطراب وظيفي ينشأ من تضافر عدة عوامل على رأسها صراعات لا شعورية في عهد الطفولة أما إن أردنا أن نعرفه من حيث هدفه قلنا أنه محاولة شاذة تستهدف حل أزمة نفسية محاولة لتجنب القلق أو درئه وهي محاولة قد تفلح في هدفها هذا بقدر قليل أو كبير، أو تكون محاولة خائبة لا تجدي فتيلاً في خفض القلق بل تزيده شدة وإصرار (اضطرابات الشخصية، الانحرافات الجنسية، الأمراض الجسمية النفسية المنشأ).

- اضطراب عقلي: أو الذهان وهو اضطراب خطير في شخصية الفرد بأسرها يبدو في صورة اختلال شديد في التفكير والقوى العقلية بوجه عام كما يتميز باضطراب ملحوظ في الحياة الانفعالية وعجز شديد عن ضبط النفس مما يحول دون المريض ورعاية نفسه وبمنعه من التوافق الاجتماعي في مختلف صورته: التوافق العائلي والمهني والديني وغيرها، والاضطرابات العقلية إما عضوية وهي ما كان لها أساس عضوي معروف كتلف النسيج العصبي للمخ من الزهري أو المخدرات أو تصلب الشرايين لجنون الشيخوخة وجنون المخدرات والشلل الجنوني العام، وإما وظيفية أي تكون العوامل النفسية جوهرية غالبية في

الفصام والذهان الدوري، أو هي الأمراض التي لا يستقيم تفسيرها بعوامل بيولوجية وتشريحية كما يستقيم بعوامل نفسية واجتماعية.

وهناك العديد من الطرق التي يمكن الاستعانة بها لتصنيف الاضطرابات النفسية منها التصنيف على أساس الملامح الظاهرة والمسيطرة على الفرد مثل:

- قصور النشاط المعرفي: فحينما تحدث إعاقة للقدرات العقلية كالاستدلال والإدراك والإنتباه والحكم والتذكر والاتصال، وتكون هذه الإعاقة شديدة يمكن وصف السلوك بأنه غير سوي.

- قصور السلوك الاجتماعي: نظرا إلى أن هناك مجموعة من التقاليد الاجتماعية التي تنظم السلوك في كل مجتمع فإنه حينما ينحرف السلوك بدرجة عالية عن مستويات تلك التقاليد فمن المحتمل أن يطلق عليه سلوك غير سوي.

- قصور التحكم الذاتي: على الرغم من أنه ليس لدى الأفراد مقدرة كاملة للتحكم المطلق في سلوكهم إلا أن البعض يمارس تحكما ولو بسيطا في سلوكه لذا فإن الانعدام التام للتحكم في السلوك يوصف عامة بأنه سلوك غير سوي.

- الضيق: إن مشاعر الأسى وعدم الارتياح كالقلق والغضب والحزن كلها انفعالات سوية وحتمية ولكن التعبير عن هذه الانفعالات بطريقة غير مناسبة تؤدي إلى المعاناة بطريقة حادة وغير مألوفة يعتقد أنها غير سوية. (مجدي أحمد محمد عبد الله، 2000: 135-136)

4- أنواع الاضطرابات النفسية:

1- الوسواس: تعرفه جمعية الطب العقلي على أنه اضطراب من اضطرابات القلق يعاني فيه المريض من تسلط الأفكار المزعجة على ذهنه والتي لا يستطيع التخلص منها رغم علمه بأنها أفكار تافهة و هذا هو الوسواس، وفي تعريف آخر هو عبارة عن أفكار ودوافع شعورية

تتسلط على تفكير الفرد وقد لا يستطيع التخلص منها بسهولة وتنتابه مثل هذه الأفكار من حين إلى آخر. (صالح حسن الداھري، 2005: 72)

2-الاكتئاب: عرفته جمعية الطب النفسي الأمريكية في تصنيفها الرابع بأنه اضطراب يتميز بوجود خمسة أعراض أو أكثر تمثل تغيراً في الأداء الوظيفي وهي: المزاج المكتئب غالبية اليوم لمدة لا تقل عن أسبوعين، والنقص الواضح في الاهتمام والمتعة بأي شيء، ونقص الوزن الملحوظ بدون عمل ريجيم أو زيادة الوزن، وقلة أو عدم النوم أو زيادة في النوم، هياج نفسحركي أو بطء في النشاط النفسي والحركي، الشعور بالتعب أو فقدان الطاقة على العمل، الشعور باللامبالاة أو الشعور بالذنب الزائد عن الحد، النقص في القدرة على التفكير أو التركيز أو اتخاذ القرارات، أفكار متكررة عن الموت أو أفكار انتحارية متكررة بدون خطة أو محاولات انتحارية حقيقية، وتتحدد الأعراض من خلال شكوى المريض أو ملاحظة المحيطين به ويمكن أن يكون المزاج في الأطفال والمراهقين متهجياً يتميز بسرعة الغضب، وتسبب هذه الأعراض اضطراباً واضحاً في المجالات الاجتماعية والمهنية وهي ليست نتيجة مرض عضوي ولا تعزى إلى فقدان أو موت شخص عزيز. (محمد النوبي محمد علي، 2012: 96-97)

3-القلق: عرفه "مسرمان" بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال مراعاة الدوافع و محاولات الفرد للتكيف ومعنى ذلك بأن القلق عمليات انفعالية متداخلة تحدث خلال الإحباط والصراع وهو شعور عام غامض غير سار مصحوب بالخوف والتوتر وبعض الإحساسات الجسمية مجهولة المصدر كارتفاع ضغط الدم، وتوتر العضلات وخفقان القلب وزيادة إفراز العرق ومع أن الإحساس بالقلق يشبه الإحساس بالخوف إلا أن هناك اختلاف بين القلق والخوف ويتميز بأن أعراض القلق تكون هي السائدة وهو حالة داخلية مؤلمة من العصبية والتوتر والشعور بالرهبة ويختلف القلق عن الخوف في أن للخوف سبباً معروفاً ومصادره

محدودة يمكن معرفتها، ويمثل القلق حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب والهـم المتعلق بـحوادث المستقبل. (جاسـم العبيدي، 2009: 241)

5- الوقاية من الاضطرابات النفسية:

ترتبط الصحة النفسية ارتباطا وثيقا بالعلاج النفسي الوقائي، وتقترن كذلك بنظام منسق من إجراءات شتى يمكن أن تساعد كثيرا في الحيلولة دون وقوع الاضطرابات النفسية ومن هذه الإجراءات الوقائية نذكر ما يلي:

- بما أن التنظيم الصحيح للصحة النفسية يتطلب شكلا من أشكال التنظيم السليم منذ بواكير الحياة أي منذ الولادة فتنشئة الطفل في الأسرة، وتعيده على إتباع قواعد الصحة الجسمية والنفسية، تعد مسألة أساسية لضمان الصحة النفسية.

- من الضروري أن يرافق إجراءات الصحة النفسية التربوية اللازمة لتقوية الصحة الجسمية، وتنمية السلامة العقلية، وهما دعامة الشخصية السوية، فمن الأساسيات المقتضاة لبناء الصحة النفسية هو المحيط الأسري، بدءا بالزواج ومرورا بتنظيم حياة الأسرة.

- يجب التنبيه إلى حوادث التسمم بأشكاله: الفردي، العام.

- الحذر من وقوع العدوى المرضية من أي كانت.

- العلاج المبكر للرضوض والصدمات النفسية.

- ضرورة مراقبة الصحة العقلية سواء في ظروف العمل أم على مستوى معطيات الحياة اليومية.

- محاربة ما يمكن أن ينتشر في المجتمع من أمراض مختلفة، كالأضرار النفسية، الجسمية، نفسجسمية، ومنها كذلك الإدمان على المخدرات والكحوليات... الخ

كذلك يتضمن مفهوم الوقاية من الاضطرابات النفسية ما يعرف بالعلاج الوقائي النسبي

أو الثانوي، وهذا الأخير ينطوي على ما يلي:

- الحيلولة دون حدوث اضطرابات نفسية لدى الأشخاص الذين يشكون من خلل وُلادي في جهازهم العصبي.

- الحيلولة دون وقوع الاضطرابات العصبية التي يمكن أن تتسبب في مضاعفات فيزيولوجية جسمية، وخصوصا لدى النساء الحوامل اللواتي قد تصيبهن اضطرابات نفسية فتضر مباشرة بالجنين.

- وجوب الحيطة من الانتكاسات في حالات الأمراض العصبية النفسية. (أسماء بوعود، 2014: 37-38)

الفصل الثالث: المقاربة الميدانية للدراسة

- المجال الزمني والمكاني للدراسة

- عينة الدراسة

- المنهج المستخدم في الدراسة

- أدوات الدراسة

- وصف مقاييس الدراسة

- تقديم حالات الدراسة

- صياغة النتائج العامة للدراسة

- خاتمة

الإجراءات المنهجية:

تعتبر الدراسة الميدانية مرحلة التطبيق الفعلي لأدوات الدراسة والتي تهدف إلى التحقق من مدى صلاحية الفرضيات المطروحة.

1- المجال الزمني والمكاني:

تمت الدراسة في دار الأشخاص المسنين بتيارت، وذلك من 06-03-2016 حتى 28-04-2016.

دار الأشخاص المسنين: هي مؤسسة عمومية تسعى للتكفل بفئة الأشخاص المسنين البالغين 65 سنة فما فوق، وذلك بتوفير الراحة والعناية الصحية، تهيئة المسن للوسط العائلي، إيجاد ما يسمى بالعائلات المستقبلية.

2- عينة الدراسة:

تم إجراء الدراسة على عينة قوامها 03 حالات تم اختيارها بطريقة مقصودة (مسنين).

3- المنهج المستخدم في الدراسة:

المنهج العيادي هو المنهج الذي يستخدمه المختص النفسي في دراسة المشكلات الشخصية للأفراد يعتمد على الملاحظة المعمقة. (ع، الوافي، 2007: 52)

يجمع بيانات تفصيلية عن تاريخ الفرد وظروف تنشئته وعلاقاته عن طريق مقابلة الفرد أو من تربطهم علاقة به، ومن خلال الاختبارات النفسية و جمع البيانات يتم تشخيص المشكلة (س. عبد الواحد، ي. إبراهيم، 2011: 75)

4- أدوات جمع البيانات:

- دراسة الحالة: هي أداة قيمة تكشف للأخصائي وقائع حياة شخص معين منذ ميلاده حتى الوقت الحاضر، وهذه خطوة أساسية لجمع المعلومات عن تاريخ الفرد ومشكلاته بأسلوب

علمي منظم، مما يساعد الأخصائي على وضع الفروض الأولية التي يحاول فيما بعد اختبار صحتها من خبراته التشخيصية السابقة. (فيصل عباس، 1993: 30)

- الملاحظة: يمكن الحصول على بيانات تتعلق بسلوك الأفراد عن طريق ملاحظتهم في مواقف واقعية، حيث يسجل سلوك الفرد أثناء نشاطه المعتاد، فمثلا ملاحظة سلوك الطفل أثناء اللعب، حيث أن عملية الملاحظة تفيد في الحصول على معلومات أولية وانطباعات تتعلق بالفرد. (صلاح الدين محمود علام، 2011: 647)

- المقابلة: هي محادثة موجهة تتم بين شخصين، الفاحص والمفحوص، حيث يحاول الأخصائي النفسي استخلاص المعلومات اللازمة من الحالة، وهذه المعلومات عادة ما تتعلق بتاريخ الحالة، مشاعره وأفكاره... (محمد شحاتة ربيع، 2011: 410)

- الاختبار النفسي: هو مقياس موضوعي مقنن لعينة من السلوك تختار بدقة بحيث تمثل السلوك المراد اختياره تمثيلا دقيقا، في هذا الموقف يطلب من المفحوص القيام بعمل معين ثم تقدر النتيجة على أساس درجة صحة الاستجابة ومقدارها. (فيصل عباس، 1996: 11)

وصف المقاييس:

1- مقياس الأرق: تم أخذ مقياس الأرق من بطارية اضطرابات النوم لقياس الملامح الإكلينيكية التشخيصية لاضطرابات النوم (DSM IV) من إعداد د. زينب محمود شقير 2009، وهو عبارة عن مقياس يتكون من 25 سؤال، أما في ما يخص تصحيح المقياس فهو كالتالي: لكل سؤال إجابة ببدائل (دائما) (أحيانا) (أبدا)، ولكل بديل درجة معينة من التنقيط على الترتيب (2) (1) (0)، تقاس درجة الأرق من 0 إلى 50 درجة، من 0 إلى 17 درجة منخفض، من 18 إلى 33 درجة متوسط، من 34 إلى 50 درجة مرتفع.

2- مقياس الاضطرابات النفسية: وضع ماكس هاملتون هذا السلم سنة 1959 لقياس الاضطرابات النفسية لدى الفرد، وهو عبارة عن مقياس يتكون من 90 سؤال يقيس 9 محاور وهي كالتالي:

- محور الاهتمام الجسدي يحتوي على 14 سؤال (1-4-12-19-27-40-42-48-49-52-53-56-58-60)

- محور الاستحواذ القهري يحتوي على 10 أسئلة (3-9-10-28-38-45-46-55-65-51)

- محور الحساسية الذاتية الداخلية يحتوي على 10 أسئلة (6-21-34-36-37-41-61-69-73-89)

- محور الاكتئاب يحتوي على 13 سؤال (5-14-15-20-22-26-29-30-31-32-54-71-79)

- محور القلق يحتوي على 12 سؤال (2-17-23-33-39-57-72-78-80-86-64-66)

- محور العدوان يحتوي على 6 أسئلة (11-24-63-67-74-81)

- محور قلق الفوبيا يحتوي على 7 أسئلة (13-25-47-70-75-82-50)

- محور الأفكار الهذيانية يحتوي على 7 أسئلة (8-18-43-68-76-83-59)

- محور العلامات الذهانية يحتوي على 11 سؤال (7-16-35-62-77-84-85-87-88-90-44)

لكل سؤال إجابة ببدائل (بكثر) (كثيرا نوعا ما) (متوسط) (شيئا ما) (ليس على الإطلاق)، ولكل بديل درجة معينة من التتقيط على الترتيب (4) (3) (2) (1) (0)، ويحدد الاضطراب

في حالة تعدي نسبة (0.75)، وبالنسبة لتعليمة المقياس هي سؤال واحد: إلى أي مدى
يضايقك ما يلي؟

تقديم حالات الدراسة:

الحالة الأولى:

1- عرض الحالة الأولى:

- البيانات العامة:

الجنس: ذكر

السن: 78 سنة

الحالة المدنية: أرمل

المهنة: بدون عمل/ مآكث بدار المسنين

جدول رقم (3) يبين عرض ملخص المقابلات مع الحالة الأولى

الهدف	التاريخ	عدد المقابلات
تطبيق مقياس الأرق	2016/03/08	المقابلة الأولى
دراسة تاريخ الحالة	2016/03/15	المقابلة الثانية
تطبيق مقياس هاملتون	2016/03/22	المقابلة الثالثة
تطبيق مقياس هاملتون	2016/03/29	المقابلة الرابعة

2- عرض محتوى المقابلات مع الحالة الأولى:

- الوضعية الاجتماعية:

الحالة شيخ مسن يبلغ من العمر 78 سنة، قصير القامة ذو بنية ضعيفة يبدو عليها الارتعاش، أبيض البشرة ذو عينين خضراوين، أشيب الشعر يضع عمامة، كان التواصل معه في غاية السهولة، بكلمات واضحة وبسيطة، ولد الحالة بولاية تيسمسيلت في دائرة لرجام في أسرة جد فقيرة يحتل المرتبة الثانية بين أخ أكبر وأخت صغيرة عاش الحالة طفولة مزرية لشدة الفقر والحاجة فهو لم يدخل المدرسة نهائيا، لا هو ولا إخوته، بل كانوا يسعون لتلبية قوت يومهم بعدة مهام، وعند وفاة الوالدين تفرق الإخوة وعاش الحالة عند عمه حيث وجد فيه عوض الأب وتقاسم مع أبناء عمه كل حلو ومر، حتى بلغ سن الـ 22 سنة تزوج الحالة ولم يكن يملك أي متطلب من متطلبات الحياة من منزل وعمل، كان الحالة لا يزال يعمل نشاطات حرة لكسب قوت يومه أما بالنسبة للمنزل فقد بنا منزلا من الطوب والوحل، وبعد مرور عامين رزق بابنة كانت هي كل حياته وأنسته تعب و مرارة الحياة، (تتهد الحالة واغرورقت عيناه بالدموع وقال الكبد، الكبد)، وبعدها توفت زوجته إثر سقوط المنزل عليها بسبب الأمطار الغزيرة، ليجد الحالة نفسه وابنته في الشارع، وبعدها مكث هو وابنته عند أخته المتزوجة رغم صعوبة العيش مع صهر قاسي ومنفعل، غير أنه تحمل ذلك لأجل ابنته التي لم يكن يجد من يعتني بها سوى عمتها، فكان يكد للإنفاق عليها إلى غاية أن كبرت البنت وتزوجت، لم يجد الحالة سوى مؤسسة دار المسنين للمكوث بها وهو حاليا يتلقى دواء (NOZINAN)

- الوضعية النفسية:

كان الحالة يبدو في قمة الهدوء غير أن ملامح الحزن بادية أكثر على وجهه، استقبله لنا كان بصدر رحب وابتسامة عريضة غير أن الشعور بالوحدة وملازمة دار المسنين تسببت له في الكآبة

- التصورات المستقبلية:

الحالة يتمنى الموت بأقرب وقت ممكن للتخفيف من حدة المعاناة كسبيل أوجد للراحة، لقوله
(إذا بغى ربي يخفف عليا يدي أمانتو في أقرب فرصة)

3- عرض نتائج مقياس الأرق للحالة الأولى :

- تحليل نتائج مقياس الأرق بالنسبة للحالة الأولى تبين وجود نسبة الأرق بدرجة 21 درجة،
أي دلالة على وجود أرق متوسط

4- عرض نتائج مقياس هاملتون للحالة الأولى:

- تحليل نتائج مقياس هاملتون بالنسبة للحالة الأولى تبين وجود عدة اضطرابات على
الترتيب التالي: الاكتئاب بالدرجة الأولى، الاهتمام بالجسد بالدرجة الثانية، القلق بالدرجة
الثالثة، الاستحواذ القهري بالدرجة الرابعة، الفوبيا والأفكار الهذيانية بالدرجة الخامسة،
العلامات الذهانية بالدرجة السادسة

الاهتمام بالجسد 14 سؤال :

$$-(1,1)-(4,4)-(12,4)-(19,3)-(27,3)-(40,0)-(42,1)-(48,1)-(49,0)-$$

$$(52,0)-(53,4)-(56,4)-(58,3)-(60,0)$$

$$1.85=14/26=0+3+4+4+0+0+0+0+0+3+3+4+4+1$$

الاستحواذ القهري 10 أسئلة:

$$-(3,0)-(9,4)-(10,2)-(28,0)-(38,2)-(45,0)-(46,0)-(55,2)-(65,0)-$$

$$(51,0)$$

$$1=10/10=0+0+2+0+0+2+0+2+4+0$$

حساسية ذاتية داخلية 10 أسئلة:

$$-(0,73)-(0,69)-(0,61)-(2,41)-(0,37)-(0,36)-(1,34)-(2,21)-(0,6) \\ (0,89)$$

$$0.5=10/5=0+0+0+0+2+0+0+1+2+0$$

الاكتئاب 13 سؤال:

$$-(31,0)-(30,1)-(29,4)-(26,0)-(22,1)-(20,3)-(15,3)-(14,2)-(5,4) \\ (79,2)-(71,2)-(54,2)-(32,1)$$

$$1.92=13/25=2+2+2+1+0+1+4+0+1+3+3+2+4$$

القلق 12 سؤال:

$$-(80,0)-(78,0)-(72,0)-(57,3)-(39,3)-(33,0)-(23,0)-(17,4)-(2,1) \\ (66,4)-(64,2)-(86,0)$$

$$1.41=12/17=4+2+0+0+0+0+3+3+0+0+4+1$$

العدوانية 6 أسئلة:

$$(81,0)-(74,0)-(67,0)-(63,0)-(24,1)-(11,0)$$

$$0.1=6/1=0+0+0+0+1+0$$

الفوبيا 7 أسئلة:

$$(0,50)-(2,82)-(0,75)-(1,70)-(3,47)-(0,25)-(0,13)$$

$$0.85=7/6=0+2+0+1+3+0+0$$

أفكار هذيانية:

$$(3,59)-(0,83)-(0,76)-(2,68)-(0,43)-(1,18)-(0,8)$$

$$0.85=7/6=3+0+0+2+0+1+0$$

علامات ذهانية:

$$-(0,88)-(0,87)-(2,85)-(0,84)-(3,77)-(0,62)-(0,35)-(0,16)-(0,7)$$

$$(4,44)-(0,90)$$

$$0.81=11/9=4+0+0+0+2+0+3+0+0+0+0$$

الحالة الثانية:

1- عرض الحالة الثانية:

البيانات العامة:

الجنس: أنثى

السن: 66 سنة

الحالة المدنية: مطلقة

المهنة: بدون عمل/ مائكة بدار المسنين

جدول رقم (4) يبين عرض ملخص المقابلات مع الحالة الثانية

الهدف	التاريخ	عدد المقابلات
تطبيق مقياس الأرق	2016/03/08	المقابلة الأولى
دراسة تاريخ الحالة	2016/03/15	المقابلة الثانية
تطبيق مقياس هاملتون	2016/03/22	المقابلة الثالثة

تطبيق مقياس هاملتون	2016/03/29	المقابلة الرابعة
---------------------	------------	------------------

2- عرض محتوى المقابلات مع الحالة الثانية:

الوضعية الاجتماعية:

الحالة امرأة مسنة تبلغ من العمر 66 سنة، قصيرة القامة ممثلة الجسم يبدو عليها الهدوء، سمراء البشرة ذو عيني بنين، كان التواصل معها في غاية السهولة، بكلمات واضحة وبسيطة، ولدت الحالة بولاية تيارت في بلدية مغيلة في أسرة ميسورة تحتل المرتبة الأخيرة ولها أختين أكبر منها عاشت الحالة طفولة عادية تميزت بكثرة اللعب فهي لم تدخل المدرسة نهائياً، لا هي ولا أخواتها، كانت معظم يومياتهم بين اللعب والأعمال المنزلية، إلى أن كبرن وصرن أهلاً للزواج قرر الأب تزويجهن ما إن يأتي أحد لخطبتهن، فكان زواجهن غصبا عنها لأنها لم ترضى بالعريس فعاشت الحالة حياة جد صعبة مملوءة بالمشاكل حيث كانت تتلقى الضرب من طرف زوجها بكثرة مما أدى بها إلى محاولة الانتحار هرباً من الظلم التي كانت تتلقاه فبعد وفاة والديها لم تجد أي مكان تقصده، وكآخر حل لجأت إليه الحالة هو الهروب من المنزل، فبقيت من شارع إلى شارع، إلى أن وجدت مصالحي الحماية المدنية وأودعتها لدى دار المسنين، وهي حالياً تتلقى أدوية التالية:

(HALDOL-NOZINAN-LAROXIL-TEGRETOL)

- الوضعية النفسية:

كانت الحالة تبدو في قمة الهدوء والبشاشة، استقبلها لنا كان بصدري وابتسامة عريضة غير أن الشعور بالوحدة وملازمة دار المسنين تسببت لها في الكآبة

- التصورات المستقبلية:

الحالة تتمنى الموت بفارغ الصبر لترتاح من حدة المعاناة، لقولها (كون نصيب يقتلوني وما نبقاش حياة)

3- عرض نتائج مقياس الأرق للحالة الثانية :

- تحليل نتائج مقياس الأرق بالنسبة للحالة الثانية تبين وجود نسبة الأرق بدرجة 41 درجة، أي دلالة على وجود أرق مرتفع

4- عرض نتائج مقياس هاملتون للحالة الثانية:

- تحليل نتائج مقياس هاملتون بالنسبة للحالة الثانية تبين وجود عدة اضطرابات على الترتيب التالي: القلق بالدرجة الأولى، الاكتئاب بالدرجة الثانية، الاستحواذ القهري بالدرجة الثالثة، الحساسية الذاتية الداخلية بالدرجة الرابعة، العلامات الذهانية بالدرجة الخامسة، الأفكار الهذيانية بالدرجة السادسة، الاهتمام بالجسد بالدرجة السابعة

الاهتمام بالجسد 14 سؤال :

$$-(1,2)-(4,1)-(12,1)-(19,3)-(27,1)-(40,0)-(42,1)-(0,48)-(1,49)-(1,52)-(0,53)-(0,56)-(0,58)-(60,0)$$

$$0.78=14/11=0+0+0+0+1+1+0+1+0+1+3+1+1+2$$

الاستحواذ القهري 10 أسئلة:

$$-(3,2)-(9,3)-(10,3)-(28,4)-(38,2)-(45,2)-(46,2)-(55,4)-(65,2)-(51,1)$$

$$2.5=10/25=1+2+4+2+2+2+4+3+3+2$$

حساسية ذاتية داخلية 10 أسئلة:

$$-(6,2)-(21,1)-(34,2)-(36,1)-(37,1)-(2,41)-(61,1)-(69,2)-(0,73)-(89,3)$$

$$1.5=10/15=3+0+2+1+2+1+1+2+1+2$$

الاكتئاب 13 سؤال:

$$-(31,3)-(30,4)-(29,4)-(26,3)-(22,3)-(20,3)-(15,2)-(14,3)-(5,4)$$

$$(79,3)-(71,3)-(54,4)-(32,4)$$

$$3.30=13/43=3+3+4+4+3+4+4+3+3+3+2+3+4$$

القلق 12 سؤال:

$$-(80,2)-(78,3)-(72,3)-(57,4)-(39,4)-(33,3)-(23,4)-(17,4)-(2,4)$$

$$(66,4)-(64,3)-(86,2)$$

$$3.33=12/40=4+3+2+2+3+3+4+4+3+4+4+4$$

العدوانية 6 أسئلة:

$$(81,1)-(74,0)-(67,0)-(63,1)-(24,0)-(11,1)$$

$$0.5=6/3=1+0+0+1+0+1$$

الفوبيا 7 أسئلة:

$$(50,1)-(82,0)-(75,2)-(1,70)-(47,0)-(0,25)-(0,13)$$

$$0.57=7/4=1+0+2+1+0+0+0$$

أفكار هذيانية:

$$(83,1)-(76,2)-(68,1)-(59,1)-(43,1)-(1,18)-(8,1)$$

$$1.14=7/8=1+2+1+1+1+1+1$$

علامات ذهانية:

$$-(87,0)-(85,1)-(84,0)-(77,1)-(62,1)-(44,4)-(35,2)-(16,2)-(7,1)$$

$$(99,1)-(88,1)$$

$$1.27=11/14=1+1+0+1+0+1+1+4+2+2+1$$

الحالة الثالثة:

1- عرض الحالة الثالثة:

البيانات العامة

الجنس: أنثى

السن: 66 سنة

الحالة المدنية: أرملة

المهنة: بدون عمل/ مأكثة بدار المسنين

جدول رقم (5) يبين عرض ملخص المقابلات مع الحالة الثالثة

الهدف	التاريخ	عدد المقابلات
تطبيق مقياس الأرق	2016/04/05	المقابلة الأولى
دراسة تاريخ الحالة	2016/04/12	المقابلة الثانية
تطبيق مقياس هاملتون	2016/04/19	المقابلة الثالثة
تطبيق مقياس هاملتون	2016/04/26	المقابلة الرابعة

2- عرض محتوى المقابلات مع الحالة الثالثة:

الوضعية الاجتماعية:

الحالة امرأة مسنة تبلغ من العمر 66 سنة، طويلة القامة ذو بنية ضعيفة تبدو عليها ملامح الحزن والكآبة، سمراء البشرة ذو عينين سوداوين، كان التواصل معها في غاية الصعوبة لأنها رفضت ذلك في البداية وبعد إقناع من المساعدة الاجتماعية تم إجراء المقابلة مع الحالة، كان كلامها غير مفهوم وجد معقد، ولدت الحالة بولاية تيارت في دائرة الرحوية في أسرة ميسورة الحال تحتل المرتبة الثالثة بين أخ وأخت أكبر منها وأخت أصغر منها، عاشت الحالة طفولة مرحة بوجود أمها، إلى غاية أن توفت الأم وأعاد الأب الزواج من امرأة كانت شديدة القسوة عليها، لجأت الحالة إلى عمته ومكثت عندها إلى أن أتمت دراستها بتفوق وولجت عالم الشغل، هنا تعرفت الحالة على شاب وعدها بالزواج فحملت منه بطريقة غير شرعية، طردت الحالة من بيت عمته ووجدت نفسها في الشارع بعد أن استغنى عنها ذلك الشاب وأنكر كل شيء، حاولت الحالة الانتحار عدة مرات، وبعد الولادة أصبحت تعيش اضطرابات نفسية حادة حولت على إثرها لمصلحة الأمراض العقلية، وبعد المتابعة العيادية وتلقي العلاج بالأدوية (HALDOL-TEGRETOL-LARGACTIL) حولت إلى مؤسسة دار المسنين للمكوث بها

- الوضعية النفسية:

كانت الحالة تبدو في قمة الهدوء غير أن ملامح الحزن بادية أكثر على وجهها، استقبلها لي كان في غاية الانفعال والغضب

- التصورات المستقبلية:

ترغب الحالة في الخروج من المؤسسة والعيش بمنزل مستقل لتتكفل بنفسها وتعيش حرة

لقولها (راني حابة نخرج منا ونصرف على روجي، نكري دار و نعيش فيها)

3- عرض نتائج مقياس الأرق للحالة الثالثة:

- تحليل نتائج مقياس الأرق بالنسبة للحالة الثالثة تبين وجود نسبة الأرق بدرجة 28 درجة، أي دلالة على وجود أرق متوسط

4- عرض نتائج مقياس هاملتون للحالة الثالثة:

- تحليل نتائج مقياس هاملتون بالنسبة للحالة الثالثة تبين وجود عدة اضطرابات على الترتيب التالي: الاكتئاب بالدرجة الأولى، القلق بالدرجة الثانية، العلامات الذهانية بالدرجة الثالثة، الحساسية الذاتية الداخلية بالدرجة الرابعة، الفوبيا بالدرجة الخامسة، الاستحواذ القهري بالدرجة السادسة، الأفكار الهذيانية بالدرجة السابعة

الاهتمام بالجسد 14 سؤال:

$$-(49,0)-(48,0)-(42,0)-(40,0)-(27,0)-(19,0)-(12,0)-(4,0)-(1,0)$$

$$(60,1)-(58,1)-(56,1)-(53,3)-(52,0)$$

$$0.42=14/06=1+1+1+3+0+0+0+0+0+0+0+0+0+0$$

الاستحواذ القهري 10 أسئلة:

$$-(65,0)-(55,3)-(46,1)-(45,0)-(38,0)-(28,0)-(10,0)-(9,1)-(3,3)$$

$$(51,0)$$

$$0.8=10/08=0+0+3+1+0+0+0+0+1+3$$

حساسية ذاتية داخلية 10 أسئلة:

$$-(0,73)-(69,3)-(61,2)-(41,1)-(37,1)-(36,1)-(34,2)-(21,0)-(6,0)$$

$$(89,3)$$

$$1.3=10/13=3+0+3+2+1+1+1+2+0+0$$

الاكتئاب 13 سؤال:

$$-(31,2)-(30,4)-(29,4)-(26,0)-(22,4)-(20,2)-(15,2)-(14,0)-(5,4)$$

$$(79,0)-(71,0)-(54,3)-(32,0)$$

$$1.92=13/25=0+0+3+0+2+4+4+0+4+2+2+0+4$$

القلق 12 سؤال:

$$-(80,0)-(78,0)-(72,0)-(57,3)-(39,0)-(33,2)-(23,4)-(17,4)-(2,0)$$

$$(66,4)-(64,0)-(86,0)$$

$$1.41=12/17=4+0+0+0+0+0+3+0+2+4+4+0$$

العدوانية 6 أسئلة:

$$(81,0)-(74,0)-(67,0)-(63,0)-(24,0)-(11,2)$$

$$0.3=6/2=0+0+0+0+0+2$$

الفوبيا 7 أسئلة:

$$(0,50)-(82,3)-(0,75)-(70,0)-(47,4)-(0,25)-(0,13)$$

$$1=7/7=0+3+0+0+4+0+0$$

أفكار هذيانية:

$$(3,59)-(0,83)-(0,76)-(68,0)-(43,2)-(18,0)-(0,8)$$

$$0.71=7/5=3+0+0+0+2+0+0$$

علامات ذهانية:

$$-(0,88)-(0,87)-(85,3)-(84,3)-(77,4)-(0,62)-(35,1)-(0,16)-(0,7) \\ -(4,44)-(0,90)$$

$$1.36=11/15=4+0+0+0+3+3+4+0+1+0+0$$

صياغة النتائج العامة للدراسة:

1- تحليل محتوى المقابلات:

من خلال إجراء المقابلات مع الحالة الأولى تبين لنا أن الحالة يعاني من الأرق لقوله (كي نخط راسي على المخدة يحرم عليا الرقاد ونتفكر كل شي، هناك التخمام راه معينني) وهذا ما لمسناه خلال إجابته عن الفقرات التالية (أجد صعوبة في النوم عند دخولي السرير، أفكر كثيرا في كل ما يحدث من حولي يوميا عند الدخول إلى النوم، تكثر همومي ومشاكلي وأفكر فيها بشدة قبل الدخول في النوم) حيث بينت نتائج مقياس الأرق أن الحالة يعاني من الأرق بدرجة 21 درجة أي أرق متوسط، كما بينت نتائج مقياس هاملتون وجود عدة اضطرابات منها الاكتئاب بدرجة 1.92 درجة لقوله (نحس روجي وحداني، تغيضني عمري وتحكمني العبرة تجيفني، نحس بلي ما عندي حتى حاجة نعيش على جالها، ماني نقارع والو من هذي الدنيا، ولا بغى ربي يخفف عليا يدي أمانتو في أقرب فرصة، يا ربي عجلي بالموت) وهذا ما لمسناه خلال إجابته عن الفقرات التالية (الشعور بالوحدة، البكاء بسهولة، الشعور بعدم الاهتمام بأشياء، الشعور بفقدان الأمل في المستقبل، التفكير في الموت) كما تبين وجود اضطراب القلق بدرجة 1.41 درجة لقوله (نتقلق نتقلق surtou كي نشوف العواج) وهذا ما لمسناه خلال إجابته عن الفقرات التالية (الارتعاش، ضربات قلبية قوية وسريعة، الشعور بالتوتر والانضغاط) كما تبين وجود اضطراب الاستحواذ القهري بدرجة 1 درجة لقوله (كي نتفكر كي كنت وكي وليت، ماكاش لي راه دايتها فينا) وهذا ما لمسناه خلال

اجابته عن الفقرات التالية (الأشجان الصادرة عن تذكر الأشياء، أن تكون مشغولا بعدم العناية والاهتمام)

من خلال إجراء المقابلات مع الحالة الثانية تبين لنا أن الحالة تعاني من الأرق لقولها (أنا قاع ما نرقدش لا نهار لا ليل، هاذوك إلي راهم يهدرو معايا ما يخلونيش قاع نرقد) وهذا ما لمسناه خلال إجابتها عن الفقرات التالية (أجد صعوبة في النوم عند دخولي السرير، أفكر كثيرا في كل ما يحدث من حولي يوميا عند الدخول إلى النوم، تكثر همومي ومشاكلي وأفكر فيها بشدة قبل الدخول في النوم، سماع أصوات لا يسمعا الآخرون) حيث بينت نتائج المقياس أن الحالة تعاني من الأرق بدرجة 41 درجة أي أرق مرتفع، كما تبين ظهور اضطراب القلق بدرجة 3.33 درجة لقولها (نتقلق كي يخربو فيا ولا نشوف حاجة ما عجبنتيش) وهذا ما لمسناه خلال إجابتها على الفقرات التالية (العصبية والإثارة الداخلية، الشعور بالهلع، ضربات قلبية قوية وسريعة) كما تبين وجود اضطراب الاكتئاب بدرجة 3.30 درجة لقولها (أنا غي وحدي ما عندي لا خواتات لا دراري، بغيت نموت ونقتل روحي بصح ربي ما بغاش كي فطنت و لقيت روحي حيا زدت كرهت) وهذا ما لمسناه خلال إجابتها عن الفقرات التالية (الشعور بالوحدة، الشعور بالسواد، الشعور بأنك مقبوض داخل مصيدة، فكرة إتمام الحياة والتفكير في الموت) كما تبين وجود اضطراب الاستحواذ القهري بدرجة 2.5 درجة لقولها (كي نتفكر كي كنت وكي وليت) وهذا ما لمسناه خلال إجابتها عن الفقرات التالية (الأشجان الصادرة عن تذكر الأشياء، أن تكون مشغولا بعدم العناية والاهتمام)

من خلال إجراء المقابلات مع الحالة الثالثة تبين لنا أن الحالة تعاني من الأرق لقولها (أنا ما نرقدش قاع ما نعرفش الرقاد نبات حيا وعينيا مترتقين فالسما) وهذا ما لمسناه خلال إجابتها عن الفقرات التالية (أجد صعوبة في النوم عند دخولي السرير، أفكر كثيرا في كل ما يحدث من حولي يوميا عند الدخول إلى النوم، تكثر همومي ومشاكلي وأفكر فيها بشدة قبل

الدخول في النوم) حيث بينت نتائج المقياس أن الحالة تعاني من الأرق بدرجة 28 درجة أي أرق متوسط، كما تبين ظهور اضطراب الاكتئاب بدرجة 1.92 درجة لقولها (نحس روعي وحدانية، والدنيا قاع تبانلي ظلمة، نحس روعي بلي راني في حبس، وقت فات خممت ننتحر) وهذا ما لمسناه خلال إجابتها عن الفقرات التالية (الشعور بالوحدة، الشعور بالسواد، الشعور بأنك مقبوض داخل مصيدة، فكرة إتمام الحياة والتفكير في الموت) كما تبين وجود اضطراب القلق بدرجة 1.41 درجة لقولها (نتقلق بلخف ونخاف) وهذا ما لمسناه خلال إجابتها عن الفقرات التالية (الارتعاش، الخوف فجأة بدون سبب، الشعور بالتوتر والانضغاط) كما تبين وجود اضطراب الاستحواذ القهري بدرجة 0.8 درجة لقولها (التخمام عياني وما بغاش يروح من بالي) وهذا ما لمسناه خلال إجابتها على الفقرات التالية (الأفكار الغير مرغوبة أو أفكار لم تترك ذهنك، الشعور باضطرابات في التركيز)

2- مناقشة الفرضيات:

الفرضية العامة: للأرق علاقة بظهور بعض الاضطرابات النفسية لدى المسنين

وهذا ما بينته النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق المقاييس، فوجدنا أن لكل حالات الدراسة بعض الاضطرابات النفسية والمتمثلة في: ظهور الاكتئاب بدرجة 1.92 درجة، والقلق بدرجة 1.41 درجة، والاستحواذ القهري بدرجة 1 درجة بالنسبة للحالة الأولى، وظهور القلق بدرجة 3.33 درجة، والاكتئاب بدرجة 3.30 درجة، والاستحواذ القهري بدرجة 2.5 درجة بالنسبة للحالة الثانية، وظهور الاكتئاب بدرجة 1.92 درجة، والقلق بدرجة 1.41 درجة، والاستحواذ القهري بدرجة 0.8 درجة بالنسبة للحالة الثالثة، وهذا ما وجدناه مشابه لدراسة سميرة عبد الله كردي سنة 2006 التي هدفت إلى التعرف على الفروق بين درجات المسنات المقيمت بدور الرعاية الاجتماعية والمسنات اللاتي يسكن مع أسرهن بالنسبة للمتغيرات الآتية اضطرابات النوم والاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية وتكونت العينة من 25 مسنة من دار الرعاية الاجتماعية و 30 مسنة من المقيمت مع ذويهن وأظهرت النتائج

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المسنات المقيمت في دور الرعاية والمسنات المقيمت مع ذويهن على مقياس اضطرابات النوم لصالح المسنات بدور الرعاية كما وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المسنات في دور الرعاية والمسنات المقيمت مع ذويهن على مقياس الاكتئاب لصالح المسنات في دور الرعاية فهن أكثر اكتئاباً من المسنات المقيمت مع ذويهن كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المسنات المقيمت بدور الرعاية ودرجات المسنات المقيمت مع ذويهن على مقياس الشعور بالوحدة النفسية لصالح المسنات بدور الرعاية الاجتماعية، ودراسة خليل درويش سنة 2003 التي هدفت إلى دراسة المسنين ومشكلاتهم (دراسة مسحية لنزلاء دور رعاية المسنين في دولة الإمارات العربية المتحدة والتي أجريت على جميع المسنين المقيمين في دور الرعاية باستثناء 66 حالة لسوء أحوالهم الصحية) إلى التعرف على الأسباب التي تؤدي إلى تحويل المسنين إلى دور الرعاية وعلى المشكلات التي يعانون منها من وجهة نظرهم، تم استخدام استبيان تم إعداده من قبل الباحث لقياس الأسباب والمشكلات. وأظهرت النتائج أن عجز المسنين عن خدمة أنفسهم بأنفسهم وعزلهم عن الآخرين هو أقوى الأسباب المؤدية إلى تحويلهم إلى دور الرعاية وأن المشكلات النفسية والاجتماعية، خاصة شعور المسنين بالحزن والكآبة الناجم عن تفكيرهم بأحفادهم والأشتياق إليهم وعن فقدانهم لمكانتهم في الأسرة والمجتمع من أشد المشكلات التي تبعث على الألم والمعاناة في دور الرعاية وتليها من حيث الأهمية المشكلات الصحية، وخاصة الأمراض التي تصحب الشيخوخة، أما المشكلات المتعلقة بالخدمات التي تقدمها الإدارة للمسنين فلم تشكل من وجهة نظرهم مشكلات جوهرية، ودراسة ثيرولت سنة 1994 التي هدفت إلى دراسة التقاعد (تحول نفسي اجتماعي)، (عملية التأقلم على المتغيرات) إلى معرفة مستوى القلق والاضطرابات النفسية لدى كبار السن قبل وبعد التقاعد وأظهرت النتائج أن إحالة كبار السن إلى التقاعد تزيد من مستوى القلق والاضطرابات النفسية لديهم وأن أعلى مستوى للقلق قد تم تسجيله في فترة قبيل التقاعد، ودراسة قصاص سنة 1997 والتي تمثلت في دراسة ميدانية عن القلق عند المسنين،

هدفت إلى معرفة واقعهم الصحي والاجتماعي وشمل البحث جميع المحافظات السورية بعينة بلغت 1982 مسن ومسنة، وقد أبرزت نتائج البحث أن 16.7% من المسنين في العينة هم بحالة عجز وظيفي بشكل ما وتزداد نسبتهم مع تقدم العمر، كما أن طلبات المسنين الغالبة هي: توفير الوسائل المساعدة والرعاية المنزلية، وإنشاء نوادٍ لهم ودور للمسنين، وكانت طلبات أسر المسنين هي: صرف رواتب للمسنين وتوفير الرعاية الصحية لهم والأدوية، وكذلك تأسيس دور للمسنين وتوفير رعاية اجتماعية لهم

الفرضيات الجزئية:

- للأرق علاقة بظهور الاكتئاب لدى المسنين وهذا ما بينته النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق المقاييس، فوجدنا أن لكل حالات الدراسة اضطراب الاكتئاب والمتمثلة في: ظهور الاكتئاب بدرجة 1.92 درجة بالنسبة للحالة الأولى، وبدرجة 3.30 درجة بالنسبة للحالة الثانية، وبدرجة 1.92 درجة بالنسبة للحالة الثالثة
- للأرق علاقة بظهور القلق لدى المسنين وهذا ما بينته النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق المقاييس، فوجدنا أن لكل حالات الدراسة اضطراب القلق والمتمثلة في: ظهور القلق بدرجة 1.41 درجة بالنسبة للحالة الأولى، وبدرجة 3.33 درجة بالنسبة للحالة الثانية، وبدرجة 1.41 درجة بالنسبة للحالة الثالثة
- للأرق علاقة بظهور الوسواس لدى المسنين وهذا ما بينته النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق المقاييس، فوجدنا أن لكل حالات الدراسة اضطراب الوسواس والمتمثلة في: ظهور الوسواس بدرجة 1 درجة بالنسبة للحالة الأولى، وبدرجة 2.5 درجة بالنسبة للحالة الثانية، وبدرجة 0.8 درجة بالنسبة للحالة الثالثة

3-استنتاج عام:

استنادا على الجانب النظري والدراسة الميدانية لعينة من ثلاث حالات أختيرت بطريقة قصدية من مؤسسة دار الأشخاص المسنين، نستنتج من خلال إجرائنا للمقابلات وتطبيق المقاييس مع الحالات أن للأرق علاقته بظهور بعض الاضطرابات النفسية لدى المسنين، وذلك بالتوصل إلى النتائج التالية:

- للأرق علاقة بظهور بعض الاضطرابات النفسية لدى المسنين
- للأرق علاقة بظهور الاكتئاب لدى المسنين
- للأرق علاقة بظهور القلق لدى المسنين
- للأرق علاقة بظهور الوسواس لدى المسنين

خاتمة:

كخلاصة للموضوع يمكننا القول بأن الأرق من المتغيرات التي تؤدي إلى سوء التوافق النفسي لدى المسنين مخلفة بعض الاضطرابات التي تعكس صفو الحياة، فتعكس آثارها على المسن ومن معه في محيطه الأسري والاجتماعي، لذا تجب الإشارة إلى ضرورة الاهتمام بتلك الفئة العمرية بإنشاء العديد من المراكز المتخصصة وإصدار الكثير من الدوريات التي تعالج موضوع المسنين، ليصبح المجال مفتوحاً أمام الباحثين في مختلف التخصصات العلمية لدراسة تلك الفئة العمرية، أملاً في أن توفر لهم حياة أفضل، فنحن لا نستطيع إغفال شأن الإسهامات التي قدمتها تلك الأعداد الكبيرة من المسنين....

قائمة المراجع:

- القرآن الكريم

- السنة النبوية

- (1)- أحمد مجدي (2010)، **علم النفس المرضي**، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية
- (2)- أسماء بوعود (2014)، **الاضطرابات النفسية بين السيكولوجيا الحديثة والمنظور الإسلامي**، العدد 8، إصدارات مؤسسة العلوم النفسية العربية
- (3)- أنور حمودة البنا (2008)، **المواقف الحياتية الضاغطة وعلاقتها باضطرابات النوم واليقظة لدى طلبة جامعة الأقصى في محافظة غزة من الجنسين المتزوجين وغير المتزوجين**، العدد 2، مجلة الجامعة الإسلامية
- (4)- أيمن الشربيني (1994)، **الأرق وهم له علاج**، أحدث الدراسات عن النوم والأحلام ومشكلة الأرق، القاهرة: مكتبة ابن سينا للنشر والتوزيع
- (5)- حسان باشا شمسي (1993)، **النوم والأرق والأحلام بين الطب والقرآن**، جدة: دار المنارة للنشر والتوزيع
- (6)- سليم أبو عوض (2007)، **التوافق النفسي للمسنين**، ط1، الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع
- (7)- صفا عيسى صيام (2010)، **سمات الشخصية وعلاقتها بالتوافق النفسي للمسنين في محافظات غزة**، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة
- (8)- صلاح الدين محمود علام (2011)، **القياس والتقويم التربوي والنفسي**، القاهرة: دار الفكر العربي
- (9)- صالح حسن الداھري (2005)، **مبادئ الصحة النفسية**، ط1، عمان: دار وائل

- (10)- طه عبد الرحمن تماضر، (2006)، القلق والاكتئاب لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم ويرتادون نوادي المسنين وكذلك يعيشون في دور المسنين، دراسة ميدانية، جامعة عين شمس، القاهرة
- (11)- عبد الباسط السيد (2007)، الأرق أسبابه و علاجه (من القديم إلى الحديث)، القاهرة: شركة مكتبة ألفا للتجارة و التوزيع
- (12)- عبد اللطيف محمد خليفة (1997)، دراسات في سيكولوجية المسنين، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع
- (13)- عبد المنعم الحنفي (1995)، الموسوعة النفسية علم النفس في حياتنا اليومية، القاهرة: مكتبة مدبولي
- (14)- عبد المنعم الميلادي (2006)، الأمراض و الاضطرابات النفسية، الاسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة
- (15)- علي محمود كاظم (2014)، قياس اضطرابات النوم لدى طلبة المرحلة الإعدادية، العدد 15، مجلة كلية التربية الأساسية، جامعة بابل، العراق
- (16)- عودة محمود الريماوي، (1986)، مشكلة مرحلة الشيخوخة في المجتمع الكويتي، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، جامعة الكويت
- (17)- عيسى بن محمد بن سالم المنوري (2013): فعالية إستراتيجية التنويم الإيحائي لدى عينة من الطلاب الذين يعانون من الأرق في سلطنة عمان، قسم التربية والدراسات الإنسانية، كلية العلوم والآداب، جامعة نزوى، عمان
- (18)- فؤاد عبد المنعم أحمد (د.س): حقوق المسنين وواجباتهم في الإسلام مع بيان الحماية النظامية لهم بالمملكة العربية السعودية، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية

19- فضل خالد أبوهين (2008): أثر استخدام تقنيات الإرشاد السلوكي الجمعي في علاج مشكلة الأرق الناتج عن الصدمة النفسية لدى عينة من طلبة جامعة الأقصى بغزة، كلية التربية

20- فيصل عباس (1996): الاختبارات النفسية، ط1، بيروت: دار الفكر العربي

21- كمال الدسوقي (د.س.): علم الأمراض النفسية، التصنيفات والأعراض المرضية، بيروت: دار النهضة العربية

22- كمال يوسف بلان (2009)، دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية أو مع أسرهم، مجلة جامعة دمشق، المجلد 25، العدد 1+2، دمشق

23- لطفي الشربيني (2000)، اضطرابات النوم كيف تحدث وما هو العلاج، القاهرة: مؤسسة دار الشعب للصحافة و الطباعة و النشر

24- مجدي أحمد محمد عبد الله (2003)، النمو النفسي بين السواء والمرضى، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية

25- محمد النوبي محمد علي (2012)، الاكتئاب لدى المسنين، ط1، الأردن: دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع

26- محمد النوبي محمد علي (2012)، الزهايمر لدى المسنين، ط1، الأردن: دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع

27- محمد شحاتة ربيع (2011)، قياس الشخصية، ط3، عمان: دار المسيرة

28- مسارع الراوي (2009)، سيكولوجية الشيخوخة وموقف الإسلام، عمان: دار الياقوت للطباعة والنشر

29- مصطفى محمد أحمد الفقي (2008)، رعاية المسنين بين العلوم الوضعية والتطور الإسلامي، الإسكندرية: دار الفتح

- (30)- نبيل محفوظ (1984)، اضطرابات النوم، القاهرة: دار المستقبل للنشر و التوزيع
- (31)- هوفمان إس جي، ترجمة: مراد علي عيسى (2012)، العلاج المعرفي السلوكي، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع
- (32)- هيفاء محمد الزبيدي (2012)، رعاية المسنين في التشريع الاسلامي، مجلة كلية التربية الاساسية، العدد 75، كلية التربية ابن رشد، جامعة بغداد
- (33)- مجلة العربية (2013): www/alarabiya/net، الأرق مؤثر على القبول بالمشافي لدى كبار السن

قائمة الملاحق

مقياس الأرق من بطارية اضطرابات النوم

لقياس الملامح الإكلينيكية التشخيصية لاضطرابات النوم

(D.S.M.IV)

الجنس:

السن:

الحالة المدنية:

المهنة:

التعليمة: قد يتعرض الفرد لبعض اضطرابات النوم والتي تبدو في شكل: أرق . فزع ليلي . كابوس . تجوال نومي، والمطلوب من سيادتك أن تقرأ العبارات بدقة ثم تسجل رأيك الشخصي إزاء كل عبارة وذلك بوضع (x) عند الاختيار الذي يتفق مع رأيك الشخصي دائماً . أحيانا . أبدا

ملاحظات:

. الإجابة سرية، ومن أجل البحث العلمي فقط

. ليس هناك إجابة صحيحة أو خاطئة

. لا تترك عبارة بدون الإجابة عليها

. لا تضع إجابتين أمام العبارة الواحدة

. أجب بصراحة فالمطلوب رأيك الشخصي فقط

مع الشكر على تعاونك

أبدا	أحيانا	دائما	العبارة	
			أقضي وقتا طويلا مستيقظا قبل الدخول في النوم	1
			أجد صعوبة في النوم عند دخولي السرير	2
			عندما أفكر في الدخول إلى النوم يزداد قلقي وتوتري	3
			أنام فترة قصيرة وأستيقظ فجأة من النوم	4
			أفكر كثيرا في كل ما يحدث من حولي يوميا عند الدخول إلى النوم	5
			فترة النوم القصيرة تسبب لي إرهاق وتعب وصداع	6
			أنا غاضب من نفسي لعدم أخذ كفايتي من النوم	7
			تتكرر صعوبة دخولي في النوم عدة مرات في الأسبوع	8
			عندما أسمع الأذان أو رنين الهاتف أو صوت خفيف أستيقظ بسرعة ويصعب عودتي للنوم مرة أخرى	9
			تقل كفاءتي في العمل بعد حدوث الأرق	10
			يصعب علي التفكير والتركيز والتذكر لبعض الموضوعات بسهولة بسبب عدم حصولي على كفايتي من النوم	11
			أجد صعوبة في الاستمرار في النوم طول الليل	12
			أستيقظ بشكل شبه نظامي في مواعيد غير محددة من الليل	13
			أشعر بالخمول والكسل والتعب الجسمي عند الاستيقاظ من النوم	14
			تنتابني غفوات النوم نهارا في وقت محدد رغم أنني وتستغرق دقائق قليلة	15
			تنتابني غفوات النوم بعد وجبة الغداء رغم أنني وتستغرق دقائق قليلة	16
			تؤثر فترة نومي القليلة على ملامح وجهي فيزيد توتري	17

			18	أستيقظ فجأة من نومي وأقوم بسرعة من السرير دون أن أرتاح
			19	يضايقني جدا أن أستيقظ ليلا والجميع بالمنازل نائمين
			20	تكثر همومي ومشاكلي وأفكر فيها بشدة قبل الدخول في النوم
			21	أشعر بالقلق لتشتت تفكيري لمدة طويلة عند النوم
			22	أغرق في أحلام اليقظة قبل النوم
			23	أشعر بالنعاس أثناء النهار ولكن لا أستطيع أن أنام نوما مريحا
			24	لا أستطيع أن أنام مبكرا (أنام متأخرا)
			25	أستيقظ مبكرا رغم نومي متأخرا

مقياس هاملتون للاضطرابات النفسية

لقياس الملامح الإكلينيكية التشخيصية للاضطرابات النفسية

(MAX HUMILON)

الجنس:

السن:

الحالة المدنية:

المهنة:

التعليمية: يحتوي سلم هاملتون على عبارات تمثل مختلف السلوكيات والأحاسيس اليومية للفرد، والمطلوب من سيادتكم أن تقرأ العبارات بدقة ثم تسجل إلى أي مدى يضايقك ذلك؟ إزاء كل عبارة وذلك بوضع (x) عند الاختيار الذي يتفق مع رأيك الشخصي

ملاحظات:

. الإجابة سرية، ومن أجل البحث العلمي فقط

. ليس هناك إجابة صحيحة أو خاطئة

. لا تترك عبارة بدون الإجابة عليها

. لا تضع إجابتين أمام العبارة الواحدة

. أجب بصراحة فالمطلوب رأيك الشخصي فقط

مع الشكر على تعاونك

بكرة	كثيرا نوعا ما	متوسط	شيئا ما	ليس على الإطلاق	العبارة	
					الصداع	1
					العصبية والإثارة الداخلية	2
					الأفكار الغير مرغوبة أو أفكار لم تترك ذهنك	3
					ضعف أو دوخة	4
					فقدان الاهتمام الجنسي أو عدم الاستمتاع	5
					الشعور بأنك موضع نقد من طرف الآخرين	6
					الشعور بأن شخصا يسير أفكارك	7
					الشعور بأن الآخرين مسئولون عن معظم متاعبك	8
					الأشجان الصادرة عن تذكر الأشياء	9
					أن تكون مشغولا بعدم العناية أو الإهمال	10
					الشعور بأنك تتضايق بسهولة وتزعج	11
					آلام في القلب أو في الصدر	12
					الشعور بالخوف من الأماكن المفتوحة أو من الشوارع	13
					الشعور بتباطئ أو انخفاض طاقتك	14
					فكرة إتمام حياتك	15
					سماع أصوات لا يسمعها الآخرون	16
					الارتعاش	17

					الشعور بأن معظم الناس ليسوا أهلاً لثقة	18
					ضعف الشهية	19
					البكاء بسهولة	20
					الشعور بانحراف المزاج أو الخجل من الجنس الآخر	21
					الشعور بأنك مقبوض داخل مصيدة	22
					الخوف فجأة بدون سبب	23
					الانفجار من الغضب وعدم التحكم فيه	24
					الشعور بالخوف من الخروج داخل منزلك لوحدك	25
					لوم نفسك على بعض الأشياء	26
					آلام في مؤخرة الظهر	27
					الشعور بتوقف عند إنجاز أعمالك	28
					الشعور بالوحدة	29
					الشعور بالسواد	30
					الذعر بخصوص أشياء	31
					الشعور بعدم الاهتمام بأشياء	32
					الشعور بالهلع	33
					الشعور بأنك تخرج بسهولة	34
					الأشخاص الذين يعلمون أفكارك الداخلية	35
					الشعور بأنك غير مفهوم وينفر منك	36
					الشعور بأن الآخرين أقل حفاوة منك ولا يحبونك	37
					العمل ببطئ لتكون أعمالك مضبوطة	38

					39 ضربات قلبية قوية وسريعة
					40 غثيان أو تخمة
					41 الشعور بأنك أقل من الآخرين
					42 تألم في عضلاتك
					43 الشعور بأن الآخرين ينظرون إليك أو يتكلمون عنك
					44 صعوبة النوم
					45 التحقيق وإعادة التحقيق مما تقوم بعمله
					46 الصعوبة في اتخاذ القرارات
					47 الرعب من السفر بالحافلات أو القطارات
					48 الصعوبة في التنفس
					49 نوبات البرد أو الحر
					50 تجنب بعض الأشياء والأماكن والأنشطة لأنها تخيفك
					51 أن يصبح عقلك فارغا
					52 الإحساس بالوخز أو التخدير ببعض أجزاء جسمك
					53 الشعور بانقباض في حنجرتك
					54 الشعور بفقدان الأمل في المستقبل
					55 الشعور باضطرابات في التركيز
					56 الشعور بعدم القوة في أجزاء جسمك
					57 الشعور بالتوتر أو الانضغاط
					58 الشعور بثقل ذراعيك أو رجلك
					59 التفكير في الموت
					60 الإفراط في الأكل

					61	الشعور بالضيق عندما ينظر الناس إليك أو يتحدثون إليك
					62	أن تكون لديك أفكار غير أفكارك
					63	أن تكون لديك اندفاعات لتضرب أو تجرح أو تصيب الآخرين
					64	الإفاقة في الصباح الباكر
					65	تكرار أفعال مثل اللمس أو العد أو الغسل
					66	النوم الغير مريح أو المضطرب
					67	اندفاع للسكر أو رمي الأشياء
					68	لديك أفكار أو معتقدات لا يقاسمك فيها الآخرون
					69	الشعور بضيق شديد مع الآخرين
					70	انحراف المزاج في الزحام مثل الأسواق والسينما
					71	بذل مجهود لأداء أي عمل
					72	نوبات الرعب أو الفزع
					73	الانزعاج من الأكل أو الشرب في الأماكن العامة
					74	الدخول في شجار متكرر
					75	أن تكون عصبيا عندما تترك لوحدهك
					76	إن الآخرين لا يثقون في كلامك
					77	الشعور بأنك وحيد حتى ولو كنت مع الآخرين
					78	الشعور بأنك جد تائر حتى لا تستطيع الثبوت

					79	الشعور بأنك ليس لك قيمة ضئيلة
					80	الشعور بأن الأشياء العادية غريبة أو غير حقيقية
					81	أن تهتف إلى أشياء ثم تتركها فجأة
					82	الخوف من الإغماء وسط عامة الناس
					83	الشعور بأن الآخرين سيقفون عليك إذا سمحت لهم بذلك
					84	وجود أفكار عن الجنس تضايقك كثيرا
					85	فكرة أنك ستعاقب عن خطاياك
					86	أن تدفع للقيام بأعمالك
					87	فكرة أن هناك شيء خطير أو خاطئا في جسدك
					88	الإحساس بأنك لم تكن قريبا لأي شخص
					89	الشعور بالتأنيب
					90	فكرة أن هناك شيئا خاطئا في عقلك