الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الجزائر 2 – أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الإجتماعية
قسم علم الإجتماع والديمغرافيا

تخصص: علم الإجتماع التربوي

نسق علاج مرض الزهايمر والتكفل بالمسن

دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي
مصطفى باشا مصلحة طب الأعصاب

أطروحة لنيل درجة دكتوراه العلوم

إعداد الطالبة
شابي نورة

إشراف الأستاذة الدكتورة
شريف أسيا

لجنة المناقشة

1 - الأستاذ: عيساني الدين ..... رئيسا
2 - الأستاذة: شريف آسيا ..... مقررا
3 - الأستاذة: فاصولي زينب ..... عضوا
4 - الأستاذ: بدروني محمد ..... عضوا
5 - الأستاذة: واضح صليحة ..... عضوا

السنة الجامعية: 2018 / 2019

بسم الله الرحمن الرحيم

قال الله تعالى: "يأيها الناس إن كنتم في ريب من البعث فإنا خلقنكم من تراب ثم من نطفة ثم من علقة ثم من مضغة مخلقة وغير مخلقة لنبين لكم ونقر في الأرحام ما نشاء إلى أجل مسمى ثم نخرجكم طفلا ثم لتبلغوا أشدكم ومنكم من يتوفى ومنكم من يرد إلى أرذل العمر لكيلا يعلم من بعد علم شيئاً . . . (5) " .

صدق الله العظيم

(سورة الحج، الآية 5)

كلمة شكر وتقدير

الشكر لله كثيرا والحمد لله كثيرا الذي أعاننا وقدرنا على إنجاز هذا العمل، كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذة الدكتورة شريف آسيا على متابعتها وإشرافها على هذا البحث المتواضع وصبرها علينا وعلى توجيهاتها القيمة التي ساهمت بصورة إيجابية لإتمام هذا العمل.

كما لا أنسى أن أشكر اللجنة الموقرة على قبولها مناقشة بحثنا هذا: الأستاذ عيساني نور الدين، الأستاذة فصولي زينب، والأستاذ بدروني محمد، والأستاذة واضح صليحة. وأشكر أيضا الأستاذة عيرش يسمينة على مرافقتها لنا ومساعدتها المتواصلة في كل مراحل إنجاز هذا العمل.

كما لا يفوتني أن أشكر الروح التي رافقت روحي زوجي العزيز حفظه الله وأدامه لمساندته وصبره عليا.

وكذا أشكر كل من مد لنا العون من قريب أو بعيد ولو بكلمة طيبة إلى كل هؤلاء.

أقول شكرا جزيلا

الفهـرس

المحتوى	الصفحة
الباب الأول: الجانب النظري للبحث	
مقدمـــة	
الفصل الأول: الإقتراب المنهجي والنظري للبحث.....	**6**
I - الإقتراب المنهجي للبحث	**7**
1 - أسباب اختيار الموضوع والهدف منه.....	**7**
2 - الإشكالية.....	**11**
3 - الفرضيات.....	**15**
4 - تحديد المفاهيم.....	**16**
5 - المنهج والتقنيات المستعملة.....	**22**
6 - الدراسات السابقة.....	**28**
II – المقاربة النظرية	**31**
1 - المساهمات الفكرية للمرض العصبي عبر تاريخ البشرية.....	**31**
2 - الإقتراب السوسيولوجي للدراسة.....	**34**
3 - أهم النظريات المفسرة لاحتياجات المسنين.....	**42**
4 - علم الإجتماع والشيخوخة.....	**46**
الفصل الثاني: مرحلة الشيخوخة والأمراض المصاحبة لها.....	**50**
I – مرحلة الشيخوخة	**51**
1 – أسباب الاهتمام بدراسة مرحلة الشيخوخة.....	**51**
2 – طبيعة الشيخوخة والتغيرات المميزة لها.....	**54**
3 – خصائص المسنون والحاجات الأساسية.....	**61**
4 – مشكلات الشيخوخة.....	**67**
II – الأمراض المصاحبة لمرحلة الشيخوخة	**71**
1 – مقاومة مرحلة الشيخوخة كمرض.....	**71**
2 – الأمراض البدنية الشائعة بين المسنين.....	**72**
3 – الأمراض النفسية والإضطرابات العقلية والعصبية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة.....	**75**

المحتوى	الصفحة
الفصل الثالث: نسق علاج الأمراض العصبية وسبل رعاية المسنين.....	88
I – نسق علاج الأمراض العصبية والنفسية	89
1 - أهمية العلاج الطبي وأنواعه.....	89
2 - أهمية العلاج الشعبي وأشكاله.....	93
3 - مؤسسات رعاية الصحة النفسية والعصبية.....	98
4 – تشخيص وعلاج الأمراض العقلية والعصبية عند المسنين.....	101
II – سبل رعاية المسنين ووسائل الوقاية من الأمراض العصبية	106
1 – الأطراف المسؤولة عن رعاية المسنين.....	106
2 – فلسفة الرعاية في مرحلة الشيخوخة.....	107
3 - الخدمة الإجتماعية ورعاية المسنين.....	109
4 – أنواع الرعاية المقدمة للمسنين.....	112
5 – أساليب الوقاية من الأمراض العقلية والعصبية.....	115
الفصل الرابع: دور الأسرة والهيئات المختصة في التكفل بالمسن.....	120
I – دور الأسرة في التكفل بالمسن	121
1 – الأسرة الجزائرية وأهم وظائفها ومظاهرها وخصائصها.....	121
2 – أهم النظريات المفسرة لتطور الأسرة.....	128
3 – المسنون في الأسرة الحديثة.....	130
4 – دور ومكانة المسن في الأسرة الجزائرية.....	135
5 – التكفل بالمسن المريض بالزهايمر.....	137
II – دور الهيئات المختصة في التكفل بالمسن	139
1 – بوادر الشيخوخة ووضعية المسنين في الجزائر.....	139
2 – المواقف المختلفة حول تقديم الرعاية للمسنين.....	142
3 – واقع المسنين في المجتمع الجزائري.....	146
4 – سياسة الجزائر المنتهجة لرعاية المسنين.....	150

المحتوى	الصفحة
الباب الثاني: الجانب الميداني للبحث	
الفصل الخامس: مجالات البحث وخصائص عينة البحث.....	**155**
I – مجالات البحث	**156**
II – خصائص عينة البحث.....	**158**
الفصل السادس: تحليل الفرضية الأولى:.....	**184**
I – مفهوم مرض الزهايمر في مرحلة الشيخوخة.....	**185**
II – نسق علاج مرض الزهايمر.....	**200**
الفصل السابع: تحليل الفرضية الثانية:.....	**216**
I – تأثير التغيرات البيولوجية والسيكولوجية في الإصابة بمرض الزهايمر.....	**217**
II – تأثير التغيرات الإجتماعية والإقتصادية في الإصابة بمرض الزهايمر	**227**
الفصل الثامن: تحليل الفرضية الثالثة:	**247**
I – أهمية التكفل الأسري في التقليص من شدة المرض.....	**248**
II – أهمية تكفل الهيئات المختصة بالمسن في التقليص من شدة المرض	**260**
III – أهمية الرعاية بكل أنواعها في التقليص من شدة المرض.....	**267**
*** إستنتـــاج عـــام**.....	**282**
*** الخاتمـــة**.....	**284**
*** المراجـــع**.....	**288**
*** الملاحـــق**	

فهـرس الجداول

الرقم	العناوين	الصفحة
	جداول خصائص العينة	
01	توزيع أفراد العينة حسب الجنس.....	158
02	توزيع أفراد العينة حسب فئات السن.....	159
03	توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية.....	161
04	توزيع أفراد العينة حسب المنطقة الجغرافية الإقامة.....	162
05	توزيع أفراد العينة حسب نمط الأسرة.....	164
06	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.....	165
07	توزيع أفراد العينة حسب المشاكل الإجتماعية التي يعاني منها المريض....	166
08	توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية.....	168
09	توزيع أفراد العينة حسب سبب التقاعد.....	169
10	توزيع أفراد العينة حسب إمتلاك الدخل ومدى كفايته.....	171
11	توزيع أفراد العينة حسب مصدر مصاريف العلاج والدواء.....	172
12	توزيع أفراد العينة حسب تكلفة العلاج والدواء.....	173
13	توزيع أفراد العينة حسب طبيعة الأمراض التي يعانون منها.....	174
14	توزيع أفراد العينة حسب نوع الأمراض المزمنة والأمراض الحادة.....	176
15	توزيع أفراد العينة حسب إسم المرض العصبي الذي يعاني منه المريض..	178
16	توزيع أفراد العينة حسب مرحلة المرض.....	181
	جداول تحليل وتفسير الفرضية الأولى	
17	علاقة المستوى التعليمي للمتكفل برأيه عن حتمية الإصابة بالمرض العصبي	185
18	علاقة المستوى التعليمي للمتكفل بمدى معرفته لمرض الزهايمر.....	188
19	علاقة المستوى التعليمي للمتكفل بفهمه لأعراض ومظاهر مرض الزهايمر	192
20	علاقة المستوى التعليمي للمتكفل بتقديره للعوامل المسببة في الإصابة بمرض الزهايمر.....	196
21	علاقة المستوى التعليمي للمتكفل بإختيار الوجهة الأولى للعلاج.....	200
22	علاقة المستوى التعليمي للمتكفل بممارسة العلاج الشعبي.....	203
23	علاقة المستوى التعليمي للمتكفل بنظرته لمدى مساهمة المستشفى في العلاج	208
24	علاقة المستوى التعليمي للمتكفل بإختيار نسق العلاج الأفضل.....	212

الرقم	العناوين	الصفحة
	جداول تحليل وتفسير الفرضية الثانية	
25	علاقة الجنس بالتغيرات البيولوجية التي تطرأ على المسن.....	217
26	علاقة فئات السن بالتغيرات الفيزيولوجية التي تطرأ على المسن.....	219
27	علاقة فئات السن بالتغيرات السيكولوجية التي تطرأ على المسن.....	223
28	علاقة الجنس بالتغيرات الإجتماعية التي يعيشها المسن.....	227
29	علاقة الجنس بالمشاكل الإجتماعية التي يعاني منها المسن.....	231
30	علاقة الحالة المدنية للمسن بميله للعزلة.....	233
31	علاقة الجنس بسبب الشعور بالفراغ.....	235
32	علاقة الحالة المهنية بالمشاكل الإقتصادية.....	238
33	علاقة الحالة المهنية واعتبار الإحالة على التقاعد سبب لمرض الزهايمر....	241
34	علاقة الحالة المدنية بمدى تقبل المسن للتقاعد.....	243
	جداول تحليل وتفسير الفرضية الثالثة	
35	علاقة المنطقة الجغرافية للإقامة بنمط الأسرة التي يعيش فيها المسن المريض	248
36	علاقة المنطقة الجغرافية للإقامة بنوع العلاقة السائدة بين المريض وأفراد أسرته بعد الإصابة بالمرض.....	253
37	علاقة المستوى التعليمي للمتكفل بنظرته لتغير دور المسن في الأسرة بعد إصابته بالمرض.....	256
38	علاقة المستوى التعليمي للمتكفل بنظرته لاحترام الغير للمسن.....	260
39	علاقة المنطقة الجغرافية للإقامة بتوفير المراكز المختصة والإمكانيات للتكفل بالمسن المريض.....	263
40	علاقة المستوى التعليمي بنظرة المتكفل لمدى تكفل الهيئات المختصة بالمسن المريض بالزهايمر.....	265
41	علاقة المنطقة الجغرافية للإقامة بالرعاية الصحية التي يتلقاها المسن المريض بالزهايمر.....	267
42	علاقة مرحلة تطور المرض بنوع الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن المريض بالزهايمر.....	268
43	علاقة الحالة المهنية بنوع الرعاية الإقتصادية التي يتلقاها المسن المريض بالزهايمر.....	271
44	علاقة الشخص الذي يعتني بالمريض في المنزل بنوع الرعاية النفسية..	274
45	علاقة نمط الأسرة بنوع الرعاية الإجتماعية التي يتلقاها المسن المريض بالزهايمر.....	277
46	علاقة المستوى التعليمي بكيفية الوقاية والحد من إنتشار مرض الزهايمر..	279

مقدمـــة:

يتعرض الإنسان للمعاناة من الأمراض الجسمية والعقلية والعصبية والنفسية والنفسجسمية في أي مرحلة من مراحل حياته وإن كان أخطرها تلك الأمراض التي تصيب عقل الإنسان، بإعتباره أعلى وأثمن وأقيم ما يوجد في الإنسان، وما يميزه عن سائر الكائنات الحية الأخرى، إلى جانب أن المريض لا يعاني وحده من آلام المرض ولكن معه أسرته، بل ومجتمعه كله. ولذلك من الأهمية بمكان حماية أفراد المجتمع ووقايتهم من التعرض للأمراض العقلية والعصبية. وعلى أسوأ الفروض إذا حدثت الإصابة فعلا فلابد من توفير الرعاية والعناية الطبية والنفسية والاجتماعية، ذلك لأنه حتى في الحالات التي لا تعرف أسبابها حتى الآن فإن توفير الرعاية والإشراف والعناية والتكفل الجيد يخفف من حدة آلام المريض، بل إن الوعي الصحي ضرورة ملحة لما له من أثر طيب في سلامة بنيان الشخصية وصحتها واتزانها. ذلك لأن خطورة الأعراض العقلية والعصبية حين يهاجم المرض الفرد، تتوقف حدتها على مبلغ سلامة الشخصية قبل الإصابة، فمن كانت شخصيته سوية قوية متكيفة كانت حدة إصابته أقل وطأة.

يعتبر المرض العصبي والعقلي ظاهرة موجودة في مختلف المجتمعات أينما كانوا، ولكن ليس بنفس الدرجة وتمثل الدراسة التي توضح الكيفية التي تؤثر بها الأمراض في الجماعات الإنسانية والطرق التي تستجيب بها هذه الجماعات للمرض ميدانا حيويا وهاما لتطبيق المعرفة السوسيولوجية وأساليب البحث الإجتماعي، ولا يكاد يخلو مجال من مجالات الحياة الإنسانية إلا وقد أثبت علم الإجتماع قدرته على الإسهام في وصفه وتشخيصه وتحليل أبعاده وتفسير العوامل المؤثرة فيه، وليس هناك شك في أن هذه الإسهامات جميعا تمثل الأساس الذي ينهض عليه الترشيد والتخطيط والعلاج للمشكلات التي تقف أمام قدرة الإنسان على تحقيق مستويات أرقى من الإنجاز في هذا المجال. ولقد ظلت بعض الجوانب المتصلة بتوزيع الأمراض وإنتشارها ومفهومها بين الجماعات أمرا يحتاج إلى البحث والتحليل والإستقصاء والتفسير، وكان ذلك بالطبع فاتحة الإهتمام بالمتغيرات السوسيولوجية في علاقتها بظواهر المرض والعلاج ونحن في دراستنا هذه حاولنا تحليل وتفسير إدراك الناس لأعراض مرض الزهايمر وطريقة تعريفهم له ونوع العلاج الذي اختاروه وطريقة معاملتهم لمرضاهم، بالإضافة إلى دراسة مصادر الضغوط والمشكلات الاجتماعية والعلاقة بين هذه الضغوط وبين الإصابة بمرض الزهايمر. حيث أن هناك عوامل إجتماعية ومجتمعية عديدة تؤثر في الإصابة بالمرض وفي الإستجابة للعلاج.

لقد أصبحت مسألة تخفيض حدة مرض الزهايمر أو التحكم فيه مسألة تحتاج إلى وقت طويل، وهذا يعني أن التدخل العلاجي يستلزم إحداث تغييرات متكررة ومستمرة في الأنماط المعيارية لحياة المريض، كما سيترتب على التعديلات اللازمة في أدوار المرض تحقيق تكيف مستمر مع الأفراد والجماعات الذين يتصلون بالمريض وخاصة أسرهم. وتعتبر رعاية المرضى مكلفة للغاية من ناحية المال والزمن ولهذا أصبحت الأسباب الإجتماعية على وجه الخصوص لها مكانة بارزة في تخفيض حدة هذا المرض، وللأسرة والمجتمع والهيئات المختصة دورا هاما في تفاديه، وفي علاجه. وما لفت انتباهنا هو انتشار هذه الظاهرة بكثرة في السنوات الأخيرة في المجتمع الجزائري فأردنا دراسة هذا المرض من الناحية الإجتماعية.

لقد أخذ الميدان الذي يجمع علم الاجتماع والطب النفسي والاضطرابات العقلية والعصبية ينظر إلى هذا المرض بإعتباره ظاهرة إجتماعية وبدأ فهم ودراسة العوامل الإجتماعية والعمليات التي تساهم في حدوث المرض، ويعني في نفس الوقت بالتعرف على الأساليب الإجتماعية المستخدمة في رعاية من يشكون من هذا المرض، كما يهتم بالجوانب الإجتماعية في الوقاية منه، وعلى الرغم من أن الموضوعات تجري في إطار ميدان الطب النفسي، إلا أن طريقة تناولها والنظريات التي استعنا بها في التفسير هي من ميدان علم الإجتماع، وهكذا نضيف بدراستنا للسلوك العقلي المعتل بعدا اجتماعيا جديدا في تناول مثل هذه المشكلة، فغيرنا التركيز على الكائن العضوي للفرد إلى الإهتمام بالشخصية الإجتماعية، وكذلك أخذ أثر البيئة السوسيوثقافية في الاعتبار. كما أبرزنا الإهتمام بأثر البناء السيوسيواقتصادي في حدوث المرض، فضلا عن الضغوطات الإجتماعية التي يتعرض لها الفرد وأثرها في حدوث المرض.

لقد ارتفعت معدلات الإصابة بمرض الزهايمر في بلادنا وبلغ أرقاما قياسية جعلت المختصين في طب الأعصاب يتحركون لأجلها ويحاولون توحيد الجهود لتحسين التكفل بالمرضى، ويعتقد العلماء أن مرض الزهايمر ناجم عن مزيج من العوامل الوراثية وعوامل أخرى تتعلق بنمط الحياة والبيئة المحيطة ومن الصعب جدا فهم المسببات، لكن تأثيرها على خلايا الدماغ واضحة إذ أنه يصيب خلايا المخ ويقضي عليها. والتداخل الشديد بين ما يعتري المسن من تغيرات طبيعية وما يصيبه من ظواهر مرضية متكررة يجعل من الصعوبة على الأطباء وضع منهج موحد في المعالجة كما أن الكثير من المسنين يستصغيرون الأعراض التي تعتريهم فلا يسعون إلى المساعدة الطبية فتتطور الحالة إلى الأسوأ.

ينخر مرض الزهايمر ذاكرة الأعزاء على قلوبنا وهم في أرذل العمر فيفقدون قدرة التعرف على من حولهم وأداء وظائفهم الحركية وأحيانا تصدر عنهم سلوكات عدوانية ومنافية للأخلاق والطبيعة وحتى لا يصنفهم المجتمع في خانة المجانين أردنا ببحثنا هذا التعمق في دراسة مرض الزهايمر وتشخيصه أي معرفة طبيعة المرض ومدى شدته وتحديد مراحله وذلك من خلال ما يظهره المسن من أعراض وعن طريق معرفة أصل الإضطراب ومنبعه ومجرى نموه ونسق علاجه والتكفل بالمريض من طرف الأسرة والهيئات المختصة خاصة من الناحية الإجتماعية. ولما يفتقر الحقل العلمي لمثل هذه الدراسات الإجتماعية حاولنا التعرف على مدى فهم المجتمع الجزائري لمرض الزهايمر واختيار نسق العلاج الأفضل بالإضافة إلى مدى تكفل الأسرة والهيئات المختصة بالمصابين بمرض الزهايمر ومدى توفير الرعاية اللازمة لهم بكل جوانبها خاصة الرعاية الصحية والإقتصادية والنفسية والإجتماعية.

إنطلاقا من التساؤلات والفرضيات التي وضعناها من جهة والمعطيات النظرية التي إعتمدنا عليها من جهة أخرى حاولنا دراسة مرض الزهايمر ونسق علاجه ومدى تكفل الأسرة بالمسن المريض كما اتبعنا المنهج الوصفي الذي يستخدم لدراسة الظواهر الإجتماعية حيث قمنا بإختيار عينة من مجتمع البحث من المستشفى الجامعي مصطفى باشا مصلحة طب الأعصاب حيث قمنا بتوزيع إستمارة على المتكفلين بالمرضى.

إن دراستنا لموضوع نسق علاج مرض الزهايمر والتكفل بالمسن ستكون شاملة على بابين **الباب الأول** يضم الجانب النظري للبحث، **الفصل الأول** خاص بالاقتراب المنهجي للدراسة ويضم أسباب إختيار الموضوع والهدف منه، الإشكالية، الفرضيات، تحديد المفاهيم، المنهج والتقنيات المستعملة والدراسات السابقة، والمقاربة النظرية للدراسة ويضم المساهمات الفكرية للمرض العصبي عبر تاريخ البشرية، والاقتراب السوسيولوجي للدراسة وأهم النظريات المفسرة لاحتياجات المسنين وأخيرا علم الإجتماع والشيخوخة.

أما **الفصل الثاني** خصصناه لمرحلة الشيخوخة والأمراض المصاحبة لها ويضم في **المبحث الأول** مرحلة الشيخوخة حيث حاولنا إظهار أسباب الإهتمام بدراسة مرحلة الشيخوخة وكذلك تطرقنا إلى طبيعة الشيخوخة والتغيرات المميزة لها، وأيضا تعرفنا على خصائص المسنون والحاجات الأساسية، وأهم مشكلات الشيخوخة.

أما في **المبحث الثاني** فتطرقنا إلى الأمراض المصاحبة لمرحلة الشيخوخة ويضم مقاومة مرحلة الشيخوخة كمرض وكذلك تعرفنا على أهم الأمراض البدنية الشائعة بين المسنين وأخيرا الأمراض النفسية والإضطرابات العقلية والعصبية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة.

الفصل الثالث خصصناه لنسق علاج الأمراض العصبية وسبل رعاية المسنين ويضم في **المبحث الأول** نسق علاج الأمراض العصبية والنفسية حيث تطرقنا إلى التعرف على أهمية العلاج الطبي وأنواعه وإلى أهمية العلاج الشعبي وأشكاله، كذلك مؤسسات رعاية الصحة النفسية والعصبية وتشخيص وعلاج الأمراض العقلية والعصبية عند المسنين، أما في **المبحث الثاني** سبل رعاية المسنين ووسائل الوقاية من الأمراض العصبية فتطرقنا إلى التعرف على الأطراف المسؤولة عن رعاية المسنين وفلسفة الرعاية في مرحلة الشيخوخة وكذلك الخدمة الإجتماعية ورعاية المسنين وأنواع الرعاية المقدمة للمسنين وأخيرا أساليب الوقاية من الأمراض العقلية والعصبية.

الفصل الرابع خصصناه لدور الأسرة والهيئات المختصة في التكفل بالمسن ويضم **المبحث الأول** دور الأسرة في التكفل بالمسن ولقد تطرقنا إلى الأسرة الجزائرية وأهم وظائفها ومظاهرها وخصائصها وكذلك تعرفنا على أهم النظريات المفسرة لتطور الأسرة والمسنون في الأسرة الحديثة وأيضا دور ومكانة المسن في الأسرة الجزائرية، والتكفل بالمسن المريض بالزهايمر. أما في **المبحث الثاني** دور الهيئات المختصة في التكفل فتعرفنا على بوادر الشيخوخة ووضعية المسنين في الجزائر. وتطرقنا إلى المواقف المختلفة حول تقديم الرعاية للمسنين وواقع المسنين في المجتمع الجزائري وأخيرا سياسة الجزائر المنتهجة لرعاية المسنين خصصناه.

أما **الباب الثاني** فيضم الجانب الميداني للبحث، **الفصل الخامس** خصصناه لمجالات البحث وخصائص العينة ويضم **المبحث الأول** مجالات البحث وهي المجال الزمني والمجال الجغرافي والبشري، أما **المبحث الثاني** يضم خصائص عينة البحث وهي الخصائص الديمغرافية والإجتماعية والإقتصادية والصحية للمبحوثين.

الفصل السادس خصصناه لتحليل وتفسير الفرضية الأولى ويضم في **المبحث الأول** مفهوم مرض الزهايمر في مرحلة الشيخوخة ولقد تطرقنا أولا إلى المرض العصبي بصفة عامة ثم انتقلنا إلى دراسة طبيعة مرض الزهايمر في مرحلة الشيخوخة وكذلك أعراضه ومظاهره وأخيرا العوامل المسببة في الإصابة به أما **المبحث الثاني** فيضم نسق علاج مرض الزهايمر وقد تطرقنا إلى اختيار الوجهة الأولى للعلاج وممارسة العلاج الشعبي وكذلك تعرفنا على مدى مساهمة المستشفى في العلاج وأخيرا اختيار العلاج الأفضل.

أما **الفصل السابع** خصصناه لتحليل وتفسير الفرضية الثانية ويضم **المبحث الأول** تأثير التغيرات البيولوجية في الإصابة بمرض الزهايمر وكذلك التغيرات الفيزيولوجية والتغيرات السيكولوجية وتأثيرها في الإصابة بمرض الزهايمر، أما **المبحث الثاني** فيضم تأثير التغيرات الإجتماعية والإقتصادية في الإصابة بمرض الزهايمر.

أما **الفصل الثامن** فخصصناه لتحليل وتفسير الفرضية الثالثة.

ويضم **المبحث الأول** أهمية التكفل الأسري في التقليص من شدة المرض حيث تطرقنا إلى نمط الأسرة التي يعيش فيها المسن والعلاقة السائدة بين المسن المريض وأفراد أسرته، كذلك مكانة ودور المسن في الأسرة وعلاقتهما في التقليص من شدة المرض.

أما **المبحث الثاني** فيضم أهمية تكفل الهيئات المختصة بالمسن في التقليص من شدة المرض حيث تطرقنا إلى تأثير المؤسسات الإجتماعية على المسن المريض وكذلك توفير المراكز المختصة والإمكانيات المتاحة وأيضا تكفل الهيئات المختصة بالمسن المريض وعلاقتها بالتقليص من شدة المرض.

أما **المبحث الثالث** فيضم أهمية الرعاية بكل أنواعها في التقليص من شدة المرض حيث تطرقنا إلى أهمية كل من الرعاية الصحية والرعاية الاقتصادية والرعاية الإجتماعية وأهميتها في التقليص من شدة المرض وأخيرا كيفية الوقاية والحد من إنتشار مرض الزهايمر.

الفصل الأول

الإقتراب المنهجي والنظري للبحث

I - الإقتراب المنهجي للبحث

1 - أسباب اختيار الموضوع والهدف منه.

2 - الإشكالية.

3 - الفرضيات.

4 - تحديد المفاهيم.

5 - المنهج والتقنيات المستعملة.

6 - الدراسات السابقة.

II - المقاربة النظرية

1 - المساهمات الفكرية للمرض العصبي عبر تاريخ البشرية.

2 - الإقتراب السوسيولوجي للدراسة.

3 - أهم النظريات المفسرة لاحتياجات المسنين.

4 - علم الإجتماع والشيخوخة.

I – الإقتراب المنهجي للبحث:

1 - أسباب اختيار الموضوع والهدف منه:

أ – الأسباب:

لا يوجد بحث بدون أسباب ودوافع تخلق في الباحث روح الفضولية لمعرفة المزيد عن ما لفت انتباهه وزرع فيه حب البحث والإستطلاع. ولقد خصصنا بحثنا هذا لمرحلة معينة يعيشها الفرد ألا وهي مرحلة الشيخوخة وهذا بسبب أنه موضوعا من أهم موضوعات العصر، والتي يزداد إنتشارها يوما بعد يوم. وبسبب تعقد المدينة الحديثة، وتعرض المسنين لكثير من ألوان الصراع والتوتر والتأزم والقسوة،... وما إلى ذلك بالإضافة إلى ظروف المنافسة التي يتسم بها هذا العصر، حيث أصبحت الأمراض العصبية والنفسية والإضطرابات السلوكية تقلق مضجع إنسان هذا العصر خاصة فئة المسنين. فتنال من راحتهم وسعادتهم وتجعلهم يدفعون ثمن عز شبابهم بالضعف والعجز والخرف في مرحلة الشيخوخة.

بالإضافة إلى أن موضوع الشيخوخة من الموضوعات الهامة والشيقة سواءا في علم النفس أو علم الإجتماع، ولكنه أهمل ولم يلق من العناية ما يلقاه كثير من الموضوعات الأخرى كالطفولة والمراهقة، ولذلك اخترنا دراسة الإضطرابات العصبية في مرحلة الشيخوخة كما تعد هذه الأخيرة مجالا خصبا لكثير من الدراسات والأبحاث التي تتعرف على الوضعية الإجتماعية والحالة النفسية للمسن، ومن ثم تساعد على حسن التعامل معه وذلك بتوفير الظروف المناسبة ليعيش حياة سليمة، وذلك من حيث التكفل والرعاية الصحية، والظروف الإجتماعية والإقتصادية، ورسم البرامج اللازمة لعلاج المشكلات التي تواجه المسنين. إذن كان السبب الرئيسي لاختيارنا لهذا الموضوع هو نقص الأبحاث على مستوى الدراسات الأولية أو على مستوى الدراسات العليا إلى مثل هذا الحقل المعرفي الخصب. والذي سنتناول فيه دراسة حياة المسنين والظروف الإجتماعية التي يعيشها كل مسن مثل مكانته في الأسرة والمجتمع وكذلك الظروف الإقتصادية والمستوى المعيشي له خاصة بعد الإحالة إلى التقاعد وكل التغيرات التي تحدث له بعد هذه الإحالة كما سنهتم بالضغوطات والتغيرات النفسية والعصبية التي يتعرض إليها.

أما السبب الجوهري لاختيارنا هذا الموضوع هو إزدياد عدد المسنين نتيجة للتقدم الطبي وإرتفاع مستوى المعيشة، حيث كان المسنين ممن يبلغون "65 سنة" من العمر فأكثر10% من مجموع سكان الكرة الأرضية في أواخر القرن العشرين. وستصبح نسبتهم خلال الفترة ما

بين 2000-2050 أكثر من 22% من سكان العالم وسيبلغ عددهم عندئذ مليار شخص وتوازي نسبتهم في حينها نسبة الأطفال بين الولادة وعمر 14 سنة. وستحدث واحدة من أكثر التغييرات المهمة في العالم وهي ظاهرة العالم الأشيب والتي تتطلب تغيير الخطط والاستراتيجيات من أجل استعاب المسنين في جميع مناشط الحياة.

لذا فإن دراسة هذه الفئة الإجتماعية الواسعة ومعرفة خصائصها ومتطلبات حياتها أمر في غاية الأهمية خاصة بعد ما أكدت دراسة فرنسية أن شبح الشيخوخة سيمس الجزائريين خلال الثمانية والثلاثين سنة المقبلة، وأن نسبة 70 بالمائة من الشباب الذين يتكون منهم سكان الجزائر ستعرف تراجعا في أفق سنة 2050، أين ستصبح الجزائر رابع بلد إفريقي من حيث ارتفاع نسبة الشيخوخة في المجتمع، بسبب الأوضاع الإجتماعية والإقتصادية لهذه البلدان وتأخر عمر الزواج.

وحسب الإحصائيات المقدمة من قبل المعهد الوطني للدراسات الديمغرافية وهو هيئة عمومية فرنسية والمنشورة حديثا، فإن الجزائر تأتي في مقدمة الدول الإفريقية التي ستعرف ارتفاعا في فئة الأشخاص الذين يتجاوزون 60 سنة مع حدود سنة 2025، فخلال سنة 2010، بلغ متوسط عمر الجزائريين 26.2 سنة، وبلغ عدد الأشخاص الذين يتجاوزون 60 سنة 2.4 مليون شخص، وهي المعطيات التي ستتغير من هنا إلى سنة 2025 أين سيصبح متوسط عمر الجزائريين 42 سنة، وسيرتفع عدد الأشخاص الذين يتجاوز عمرهم 60 سنة إلى 12.2 مليون شخص أي ما يشكل نسبة 26.2 بالمائة من العدد الإجمالي لسكان الجزائر[1].

وحسب نفس الدراسة لهذا المعهد الفرنسي، هناك ثلاثة بلدان فقط في إفريقيا ستشيخ شعوبها على غرار الجزائر وهي كل من مصر ليبيا وتونس، خاصة وأن هذه البلدان تعرف ارتفاعا في معدل حياة الإنسان، وأرجع المعهد أسباب مآل هذه الشعوب نحو الشيخوخة إلى عدة عوامل إجتماعية وإقتصادية، فبالجزائر هناك تأخر في عمر الزواج لدى الجزائريين بسبب انتشار البطالة، حيث أن الجزائريين أصبحوا لا يتزوجون في سن مبكر بسبب أزمة السكن أيضا، وهذا عكس ما عرفته الجزائر في العقدين الأخيرين، حيث كان الجزائريون يتزوجون في سن مبكر، كشفت الدراسة أنه نادرا ما يتزوج الشباب حاليا في سن العشرين كما كان في السابق وينتظرون إلى غاية الأربعين من أجل البدء في التفكير بالزواج، وضف إلى ذلك العوامل المرتبطة بالنمو الديمغرافي، حيث أنه ومع ارتفاع تكلفة المعيشة وتدهور القدرة الشرائية للمواطنين ومشاكل أخرى تطغى على الجزائريين أصبح الأزواج لا يكثرون من الولادات كالسابق، فإذا كان أزواج ما بعد الاستقلال يصلون إلى عشرة أولاد، فإن الأزواج الحاليين لا يتجاوزون عتبة الأربعة أولاد وفي بعض الأحيان أقل.

[1] - المعهد الوطني للدراسات الديمغرافية، ***دراسة فرنسية حول الشيخوخة في الجزائر***، http://elraaed.Com/ara/watan/10946

ويبقى الرهان على السلطات الجزائرية إن أرادت تفادي المشاكل التي ستلم بوضعية شيخوخة شعبها أن تحسن من تقديم الخدمات الصحية قبل وصول سنة 2025، حيث ستواجهها أعباء التكفل بعدد هائل من السكان الذين وصلوا سن الشيخوخة، وإحداث توازن في سوق العمل[1].

بالنظر إلى هذه الإحصائيات فمن الضروري علينا كباحثين إجتماعيين دراسة هذه الفئة الإجتماعية ومحاولة إعطاء تفسيرات لما يعتري الأشخاص المسنين من تغيرات نفسية، إجتماعية، إقتصادية، ومساعدة الأجهزة الحكومية في وضع مخططات لرعايتهم ولكي تكون فئة مساعدة وليست عالة على المجتمع، حيث نوفر لهم الشروط للحياة السعيدة المليئة بالنشاط والحيوية والاندماج في المجتمع إلى آخر لحظة في الحياة وعليه فمن الضروري أن تهتم المجتمعات المعاصرة بتوفير الرعاية النفسية والعصبية والجسمية وذلك بتوفير الأخصائيين الإجتماعيين والنفسانين الذين يتولون الأمراض العصبية والأزمات النفسية وقاية وعلاجا. فضلا عن ضرورة نشر الوعي أو الثقافة النفسية بين أفراد المجتمع وإحكام فهم الأمراض النفسية والعصبية وأسبابها وطرق الوقاية منها وعلاجها.

بالإضافة إلى تركيزنا على أهم مرض عصبي يعاني منه المسنين وهو مرض الزهايمر الذي بدأ ينتشر بسرعة بين المسنين خاصة في الآونة الأخيرة، كما أن هذا المرض يعرف إنتشارا كبيرا في الجزائر.

حيث أظهرت احصائيات أجريت خلال سنتي 2017 و2018 تسجيل 200 ألف مريض بالزهايمر على المستوى الوطني حسب ما أفادت به البروفيسور أمالو سهيلة وهي طبيبة أعصاب متخصصة في مرض الزهايمر بالمستشفى الجامعي فرانس فانون بالبليدة، وأكدت ذات المختصة أنه يتوجب إيلاء تكفل جيد لهؤولاء المرض، ومرافقة عائلاتهم حول كيفية التعامل معهم بهدف إبطاء تطور المرض لديهم والتخفيف من معاناتهم بالإضافة إلى تخصيص المنشآت الضرورية لإستقبالهم[2]. ومن أهم الأسباب نجد الفراغ الذي تعيش فيه هذه الشريحة وتحولهم إلى أجساد بلا روح. ولهذا السبب وغيرها من الأسباب أردنا التعمق في دراسة هذا المرض وأسبابه وخاصة الأسباب الإجتماعية التي يمكننا أن نتفادها بمجرد معرفتها ومعرفة مدى تأثيرها على إصابة المسن بمرض الزهايمر.

---

(1) ـ نفس المرجع.

(2) http://www.djazairess.com/Akhbarelyoum/248001

ب - الهدف من الدراسة:

إن الهدف الذي نطمح إليه من خلال تطرقنا لهذا الموضوع هو إعادة الاعتبار لهذه الفئة المهمشة من طرف العائلة من جهة والمجتمع من جهة أخرى. وأردنا أن يكون هذا البحث كدعوة للمواطن لكي يعطي ما للمسن من واجب الاحترام والتقدير والحب والعطف والرعاية، وحسن معاملة الشخص المسن أيا كان موقعه والدا كان أو جارا أو جدا أوعما.... وكذلك أردنا بهذا البحث المتواضع أن يكون صيحة مدوية في آذان المسؤولين في المجتمع عن رعاية المسنين. وليكون نداء صادقا وصادرا من القلب لكل فرد على أرضنا الجزائر.

وليكون أيضا دعوة متواضعة لإعادة النظر في أوضاع المسنين من أبناء المجتمع في ضوء تلك الحقائق الاحصائية التي تدل على زيادة عدد المسنين بحكم طول عمر الإنسان كلما تقدمنا في مضمار الحضارة والرقي، وكلما تحسنت الخدمات الطبية وكلما تحسنت ظروف التغذية والوقاية، وتوفرت أساليب العلاج الطبي المتقدم.

كما أردنا معرفة ما تتطلبه رعاية المسنين لتفادي إصابتهم بالأمراض العصبية وبالأخص مرض الزهايمر وذلك بإعداد المختصين في جوانب الرعاية الصحية والإجتماعية والنفسية والترويحية وفق برامج عملية صحيحة وبرامج تدريب ناجحة، كذلك محاولة معرفة الكيفية التي يجب أن نتعامل بها مع المسنين في البيت والمجتمع، ليعيشوا شيخوخة سعيدة بعيدة عن المشاكل والحرمان والعزلة بل التضامن والحب والحنان لأن الإنسان يتغير تغيرا عضويا ونفسيا نتيجة لزيادة عمره، وهو في شبابه مخلوق ناضج يواجه مشكلات حياته بقوة، وإرادة وحيوية وهو في شيخوخته كائن ضعيف يعيش مع ماضيه أكثر مما يعيش في حاضره. فعلينا أن نفهم شيوخنا ومظاهر قوتهم وضعفهم، وهكذا يصبح أهم هدف من أهداف هذه الدراسة هي مساعدة المسنين بإظهار المشاكل التي يعانون منها ومحاولة إيجاد حلول لها وذلك بتجسيدها في أرض الواقع من جهة ومن جهة أخرى معرفة إمكاناتهم الكامنة والإستفادة منها لأقصى حد ممكن واستغلال الثروة البشرية. ولهذه الدراسة أهميتها لأن المجتمعات تنحو نحو الشيخوخة. حيث تزداد نسبة المسنين يوما بعد يوم، ولهذا أصبح لهذه الفئة من السكان حقوق وواجبات لم تكن واضحة من قبل. خاصة المصابين بمرض الزهايمر بتوفير المراكز الاستشفائية ونشر الوعي بمدى خطورته خاصة إذا إشتد وانتقل إلى المرحلة الأخير أين يكون المسن معرض للموت.

2 - الإشكالية:

يعتبر المرض ظاهرة عامة تؤثر على كل الأفراد، أينما كانوا ولكن ليس بنفس الدرجة أو في نفس الإتجاه وتمثل الدراسة التي توضح الكيفية التي تؤثر بها الأمراض العصبية والنفسية في الجماعات الانسانية، والطرق التي تستجيب بها هذه الجماعات للمرض، ميدانا حيويا وهاما لتطبيق المعرفة السوسيولوجية وأساليب البحث الإجتماعي، من هذه الأمراض نجد الأمراض العصبية التي لا تحدث بطريقة عشوائية بل بدرجات متباينة تقل أو تزيد بين الجماعات المختلفة "فمن الصعب إحصاء الأمراض العصبية في مختلف الطبقات الإجتماعية، سواء في المناطق الريفية أو الحضرية أو حتى بين النساء والرجال، وحتى الاحصائيات التي تؤخذ من المستشفيات تكون غير دقيقة، كذلك إجراءات المسح التي يقوم بها مجتمع ما لحصر مرضى الزهايمر تكون ضعيفة[1].

إن الأمراض النفسية والإضطرابات العصبية عند المسنين غالبا ما يتم تجاهلها أو أن يفكر بأنها ذات أهمية ضئيلة أو حتى أنها قد لا تستحق الإهتمام، ولكن الأمر لم يستقر على هذا الحال، فقد بدأ المختصون يركزون على هذه الأمراض ويسعون إلى تشخيصيها والتمييز فيما بينها وتحديد أسبابها والظروف الميسرة لتطورها. ولقد تأكد بأنه من الصعوبة بمكان أن يقرر فيما إذا كانت الأعراض الخاصة بالإضطرابات الوظيفية والمتلازمات العصبية الوظيفية تصف بدقة الإضطرابات الحقيقية للكبر أم ردود فعل لأحداث الحياة الضاغطة والظروف الطارئة أم أنها من جانب آخر تعبيرات ظاهرة لإضطرابات واختلالات متأصلة وثابتة وذات علاقة بالوراثة. ولكن الحقيقة الطبيعية الخالدة التي يجب ألا تغيب عن وعينا وتفكيرنا هي حقيقة التغيير فليس هناك كائن حي لا يتغير، " فالتغيير هي سمة الحياة وطبيعتها والمسار الذي تتخذه الكائنات الحية في تغيرها هو مسار تطوري بنائي تقدمي في بداياته يهدف إلى النضج والتكامل في البناء والوظيفية ثم ينعكس اتجاهه وهدفه بعد النضج فيصبح اتجاهه تراجعيا وهدفه الإضعاف والانهاك ثم الإنحدار، من كل الجوانب الفسيولوجية والنفسية" [2].

كما أصبح المسنون المصابون بالأمراض العقلية والعصبية يشغلون الآن عددا من الأسرة أكثر من مرضى السرطان والأمراض القلبية والسل... وغيرها من الأمراض المصاحبة للشيخوخة. فهنا نلاحظ تدهور يكاد يكون طبيعيا يحدث بمرور الزمن أو بمرور العمر أو يحدث مع ظاهرة التشيخ، ولقد انتبه الناس منذ القدم إلى ما يصاحب التقدم في السن من تغيرات منها التدهور الفسيولوجي والنكوص النفسي. بالإضافة إلى التغييرات العضوية التي تحدث في مرحلة

---

[1] - عبد الرحمن عيسوي، ***الأعصبية النفسية والذهانات العصبية***، دار المعرفة الجامعية، جامعة الإسكندرية، 1995، ص 5.

[2] - علي جاسم عكلة الزبيدي، ***سيكولوجية الكبر والشيخوخة، مراحل ما بعد النمو في حياة الإنسان***، مكتبة الجامعة الشارقة، إثراء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2009 ص 87.

الشيخوخة والتي تعتبر مصدرا رئيسيا لإنهيار الشخصية، " فغالبية المسنين يخضعون لمظاهر الضعف الفيزيقي والنفسي المصاحب للتقدم في السن والشعور بقرب نهاية الحياة مع التدهور الطبيعي للجسم قد يتسبب في حدوث درجات متفاوتة من انحلال الشخصية وإضطرابات عصبية. وإلى الجوانب الأكثر درامية لتوقف الحياة وقد تزايدت اليوم أهمية هذه الإضطرابات وذلك بسبب زيادة طول العمر أو التعمير وبسبب تقدم علوم الطب" [1] .

كما أن التغيير في العمر يجعل المشكلات النفسية والإجتماعية والطبية الكبرى تتزايد ولذلك فهي تلقى مزيدا من الإهتمام لأهميتها، ولاشك في أن من بين الأمراض التي ستتزايد هي الأمراض العصبية المتعلقة بالعمر المتقدم وتؤدي مثل هذه الأمراض إلى مشكلة طبية وإجتماعية.

إن الحدوث البطيء للمرض العصبي "الزهايمر" عند المسن وتزامن ذلك مع حدوث أعراض بسيطة يمكن إكتشافها فقط من خلال الفحص الدقيق يجعل المسنين ينكرون وجود تلك الأعراض ومن ثم لا يذهبون للطبيب بسبب مخاوفهم من جهة والخلط بين مرض الزهايمر والمظاهر المصاحبة لعملية الشيخوخة من جهة أخرى، حيث يشعرون بأنهم ليسوا مرضى وأنهم يكبرون ويتقدمون في السن فقط. وفي الحالات القصوى للمرض قد يلجأون إلى الطب الشعبي بما فيه التداوي بالأعشاب أو الذهاب إلى الرقاة ظنا بأنهم مصابون بسحر من طرف أحد أفراد العائلة رغبة لإستلاء هذا الأخير على بيته أو أمواله أو شكوكا بمن حولهم وعدم ثقتهم بهم. فيتماطلون عن العلاج الطبي مما يؤدي إلى تعقد حالتهم واستعصاء شفائهم.

بالإضافة إلى أن هناك تغيرات كثيرة ومعقدة تطرأ على الإنسان فبناء الجسم الإنساني ووظائفه تضعف كذلك فإن دور ومكانة الإنسان في المجتمع تتغير، ويتغير بذلك تكيفه بالبيئة الإجتماعية والإقتصادية المحيطة به. فبعض الناس يعانون من إضطرابات عصبية وبعض الأمراض الجسمية. كما تتغير الإتجاهات الشخصية، والإجتماعية بل هناك أيضا تغيرات في القدرات الحسية والحركية. كما تحدث تغيرات فسيولوجية قد تؤدي إلى صعوبات في التكيف المهني، وفي أداء بعض المناشط الثقافية والرياضية. وعندما تصبح هذه التغيرات المختلفة حادة لدى المسنين تصاحب بفترات إضطرابات واضحة وفقدان للإحتكاك بالبيئة "العزلة الإجتماعية والانسحاب من الحياة الإجتماعية "، فإنها تشير إلى أمراض عصبية. وكما قد تكون هناك ظروف مساعدة خلال الشيخوخة تساعد على انتشار بعض الأمراض وبالذات بين المسنين مثلا الأمراض الناجمة عن ضعف حيوية الجسم بصفة عامة راجع إلى الميكانيزم الحيوي المتعلق بعمليتي الهدم والبناء الداخلتين وزيادة نسبة الهدم على البناء في هذه المرحلة[2].

وهناك مجموعة من الأمراض الوجدانية والعصبية التي تشيع في الشيخوخة وهي الأمراض التي لا يمكن عزلها عن الجسم وعن الأحوال النفسية. وهنا نشير إلى أن العلاقة

---

[1] - عبد الرحمن عيسوي، ***إضطرابات الشيخوخة وعلاجها***، دراسة حول دور الشيوخ في معركة التنمية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1989، ص 68.

[2] – نفس المرجع، ص 47.

بين الجسم والعقل والوجدان إنما هي علاقة حميمة. فكثير من الخلل الذي قد يصيب جسم المسن يمكن أن يرتد إلى ما يفكر فيه وما يحس به، وما ينشأ بينه وبين الآخرين من علاقة إجتماعية غير سوية. وقد يصادف المسن صعوبات في معتكر الحياة سواء ما يقابله في حياته من صعوبات إجتماعية وإقتصادية. فالحالة الإجتماعية التي يعيشها المسن لها تأثير حيث أن هناك مرض سيكوسماتي يتعرض المسن لهزات نفسية بالإضافة إلى تدهور الظروف الإجتماعية وذلك بسبب التغير الذي جرى في نمط الأسرة والميل إلى العيش في الأسرة النواتية والانعزال عن الأسرة الممتدة يجعل المسن يشعر بالوحدة والعزلة. وكذلك نجد تراجع وسوء العلاقة بين الأباء والأبناء وهو ما يسمى بصراع الأجيال. ونقص التكيف الإجتماعي للمسن حيث يجب أن يكون هناك تلائم وانسجام وتوافق بين المسن وبين نفسه، وبينه وبين جميع فئات البيئة المحيطة ونقصد بها "الأسرة والمجتمع" لأن الضغوط الإجتماعية تؤثر على تكيف المسن.

كذلك تغير الظروف الإقتصادية للمسن نتيجة للعجز عن العمل والإحالة إلى التقاعد والعيش على موارد مالية محدودة كالتقاعد فيصبح المورد الإقتصادي مشكلة لأولئك الذين ليس لهم مورد ثابت لسد حاجاتهم الأساسية ومما يزيد في مأساة المتقاعد هو أن راتبه الثابت يأخذ في الإضمحلال بسبب ارتفاع الأسعار.

إن مشكلة الصحة العصبية والنفسية هي في جوهرها مشكلة إجتماعية أو شعبية عامة، فالوضع المثالي أن يوفر المجتمع ظروفا إقتصادية وإجتماعية وصحية للحياة أفضل من الانشغال والانغماس في مشكلة الأمراض العصبية والنفسية في حد ذاتها فيجب أن نوفر الظروف الملائمة للنمو الانفعالي السوي والسليم عن الإهتمام بعلاج المرض النفسي والعصبي بالإضافة إلى أن الشيخوخة ارتبطت في أذهان كثير من الناس بالمرض الجسمي والمرض النفسي. إلا أن الواقع أن مرحلة الشيخوخة شأنها شأن أية مرحلة أخرى من مراحل العمر، عرضة للصحة والمرض وعرضة للقوة والضعف، وما يشاع عن حالات الشيخوخة بأنها انحراف عن الصحة السليمة إنما قد يعود إلى إهمال المسنين من جانب الأسرة والمجتمع من جانب آخر، وذلك لعدم رعاية المسنين من طرف أبناءهم الذين يفترقون عنهم بعد الزواج واستقلالهم الإقتصادي والعاطفي فتضرب على المسن الوحدة بظلها في الوقت الذي يشعر فيه بالحاجة إلى الغير وإلى حب وعطف الأبناء عليه.

ومن خلال ما تم ذكره يمكننا أن نطرح عدة تساؤلات التي يستوجب الإجابة عليها وهي كالتالي:

هل للمستوى التعليمي للمتكفل بالمريض المصاب بالزهايمر تأثير على معرفة المرض ونسق علاجه؟

وهل للتغيرات البيولوجية التي تحدث في الجسم بصفة عامة وتحدث في المخ بصفة خاصة الإجتماعية مثل الانسحاب الإجتماعي والعزلة الإقتصادية مثل الإحالة على التقاعد تأثيرا في إصابة المسن بمرض الزهايمر؟

وهل تكفل الأسرة والهيئات المختصة وتوفير الرعاية بكل جوانبها للمسن الذي يعاني من مرض الزهايمر أن يساعد في تقليص شدة المرض؟

3 - الفرضيات:

بناءا على التساؤلات المطروحة سنقوم بطرح بعض الفرضيات والتي تعتبر كإجابة محتملة للمشكلة التي يدرسها الباحث وهي نقطة التحول من البناء النظري للبحث إلى التصميم التجريبي للإجابة على المشكلة القائمة.

ومن خلال ما ورد قمنا بصياغة الفرضيات كالآتي.

1 – يلعب المستوى التعليمي للمتكفل بالمريض المصاب بالزهايمر دورا في فهم مرض الزهايمر واختيار نسق العلاج المناسب.

2 – تؤثر التغيرات البيولوجية (التدهور الطبيعي للجسم) والإجتماعية (الإنسحاب الإجتماعي) والإقتصادية (الإحالة على التقاعد والعجز عن العمل) التي يعيشها المسن على إصابته بمرض الزهايمر.

3 – التكفل الأسري والهيئات المختصة والرعاية الصحية والإقتصادية والنفسية والإجتماعية للمسن المريض بالزهايمر قد يساعد على التقليص من شدة المرض.

4 - تحديد المفاهيم:

إن البحث في علم الإجتماع يتطلب تحديد المفاهيم التي يعمل عليها الباحث بإعتبار ذلك من الركائز الأساسية في البحث السوسيولوجي حيث أن " كل بحث علمي يتناول مجموعة معينة من الظواهر تخضع لنفس التحديد[1].

تعتبر مرحلة تحديد المفاهيم التي تبنى عليها الدراسة من أهم المراحل العلمية والمنهجية التي ينبغي على الباحث أن يتخطاها، ذلك أنها تحدد المجال العلمي والنظري والتطبيقي للدراسة، فتساعد على الفهم الجيد لما يريد الباحث أن يصل إليه وحصر المتغيرات التي يمكن أن تؤثر في الدراسة بشكل أو بأخر وتحديدها لتجنب الاستنتجات والتفسيرات الخاطئة.

من خلال موضوع الدراسة نتطرق إلى أهم المفاهيم التي تبنى عليها دراستنا والتي تساعدنا بشكل واضح في فهم الموضوع وهي:

4 - 1 - الأمراض العصبية: يستخدم علماء الطب النفسي والخبراء مصطلح المرض العصبي على نطاق واسع في الواقع اليومي مما يسبب كثيرا من الخلط والغموض، ويستعمل الأطباء في كثير من الأحيان المفهوم الإجتماعي للمرض في تقييم مرضاهم، وإصدار الأحكام في مختلف مجالات المشاركة التي يقومون بها. ولا يعني استخدام هذا المصطلح أن هناك إتفاقا تاما بين العاملين في هذا الميدان على سلامته ودقته، فنجد آدمس " **Adams** " ينادي بأنه لا يوجد ما يسمى بالمرض العصبي في أي صورة لها معنى معقول، إن الحقيقة هي أن هذا المصطلح يطلق بدون تميز على مجموعة من أنماط السلوك في العلاقات الإنسانية المتبادلة، فالمرض العصبي ليس إلا ظاهرة تتضمن سلوكا في علاقات إنسانية متبادلة ويجب أن تقوم برامج الوقاية تبعا لذلك على فهم منظم للسلوك في هذه العلاقات.

كما أن مصطلح المرض العصبي، مصطلح عام مداه واسع وبالتالي لا يعتبر مصطلحا دقيقا لأنه يتضمن مجموعة كبيرة من أنماط السلوك والذي يعتبر غير سوي، كما يرى **واركنتين وزملاؤه** " أن الجنون هو التمتع بالتلقائية، وعدم الانصياع للثقافة مؤقتا ". أي التخلي عن تنظيم الشخصية بإزاحة القيود المفروضة عليها وعوامل النقص والكف[2].

فيما يرى " **R. Bastide** ": أن هناك بعض العلماء يعتبرون المرض العصبي ظاهرة إجتماعية منهم **G. Devereux** الذي أصر على هذه المفاهيم المسبقة، حيث أن الجنون إجتماعي، لأنه يأتي من الخارج أما بالمفهوم **الدوركايمي** فالجنون يعني " شيء إجتماعي"، بما أن المريض يجد نفسه مرغما على معرفته بأنه مريض، وبأن تصرفاته تتغير إلى تصرفات تقليدية غير عادية، وهي تنتظر من الشخص المصاب بالزهايمر" [3].

---

[1] - نفس المرجع، ص 125.

[2] - سعد جلال، ***في الصحة العصبية، الأمراض النفسية والعصبية والإنحرافات السلوكية***، دار الفكر العربي، مطابع الدجوي، القاهرة، 1985، ص 84.

[3] - Roger Bastide, ***Sociologie des maladies mentales, Ed. Flammarion***, France, 1965, p.261.

ويعرف أيضا المرض العصبي بأنه مرض له مظاهر نفسية وسلوكية قد يصحبه خلل في الوظائف نتيجة لإضطراب إجتماعي أو نفسي أو وراثي أي أنه لا يقتصر على العلاقة بين الفرد والمجتمع"[1].

نقصد بالأمراض العصبية في بحثنا هذا الأمراض التي تصيب المسن وتجعله غير قادر على حياة سليمة، ويتجلى هذا في سلوكه العام وتصرفاته الغريبة والخارجة عن العادة، وعدم قدرته على الظهور بمظهر الإنسان العادي بل يتحول إلى إنسان غير واعي ولا مسؤول إلى درجة إختلال في اللغة والتفكير وحتى في إدراك الواقع والحياة الإجتماعية، كما نلاحظ على الفرد المسن الذي يعاني من المرض العصبي عجز في ضبط النفس، وعدم القدرة على القيام بعلاقات إجتماعية مع الغير أي العزلة والإنسحاب من الحياة الإجتماعية، فالفرد المسن الذي يعاني من المرض الزهايمر ينسى أسماء أفراد عائلته ولا يستطيع التعرف على الأطفال الذين أنجبهم، ولا المكان الذي يعيش فيه، وحتى العمل الذي كان يعمله كل هذا يشير إلى الإضطرابات العصبية في العمر المتقدم وإلى الجوانب الأكثر درامية لتوقف الحياة.

4 - 2 – مرض الزهايمر: يعرف علم النفس العصبي مرض الزهايمر على أنه مرض انحلالي **Maladie dégénérative** يمس الجهاز العصبي المركزي وهو نوع من أنواع الخرف وأكثر انتشارا يظهر نتيجة لتغيرات عصبية بنيوية وكيميائية تصيب القشرة الجديدة **Hypoholamus**، مع هيمنة لضمور المخ[2].

كما نجد الدكتورة **حصة شرار العتيبي** استشارية أمراض باطنية وعصبية ونائبة رئيس قسم الباطنية بمستشفى الملك فهد بجدة تعرف مرض الزهايمر بأنه عبارة عن إضطراب وظيفي يعمل بشكل تدريجي على تدمير خلايا الدماغ، وإلى ضمور حجم المخ، ويصيب الجزء المسؤول عن التفكير والذاكرة واللغة"[3].

كما يعرفه **Rousseau** في كتابه **مرض الزهايمر**، بأنه حالة مرضية تصيب الخلايا العصبية في المخ، وتؤدي إلى إفسادها وانكماش حجم المخ.

أما **SCHADE** فيعرفه على أنه زوال تدريجي ودائم للكفاءات الذهنية، ذو أصل عضوي، كافي للتأثير بشكل كبير على النشاط الإجتماعي أو المهني للمصاب[4].

---

(1) - Roger Bastide:IBID, p.264.

(2) - حياة مسعودي، **دراسة إضطراب نقص الكلمة عند المصاب بمرض الزهايمر في طوره، الابتدائي**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العصبي، كلية العلوم الانسانية والإجتماعية، جامعة الجزائر 2، بوزريعة 2012/2011، ص 47.

(3) - نوال مجبور، ***عجز سياقات الكف عند الشيخوخة العادية والمصابين بمرض الزهايمر***، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العصبي، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية، جامعة الجزائر 2، بوزريعة، 2009 - 2010، ص 6.

(4) - نفس المرجع، ص 56.

أما التصنيف العالمي العاشر للأمراض فيعرفه بأنه مرض دماغي لحائي أولي ذو أسباب مجهولة وخصائص عصبية مرضية وعصبية كيميائية مميزة، كما يظهر هذا المرض بصفة خفية ويتطور تدريجيا.

وكما تعرفه المنظمة العالمية للصحة O.M.S بأنه عرض ناتج عن مرض دماغي مزمن ذو تدهور تدريجي، ويتميز بإضطرابات للعديد من الوظائف القشرية العليا، كالذاكرة، التفكير، التوجه الفهم، الحساب، التعلم، اللغة، الكلام بشكل يعرقل نشاطات الحياة اليومية[1].

ينجم مرض الزهايمر بسبب تلف في الخلايا العصبية وبذلك إضطرابات في الذاكرة أي نسيان المسن لكثير من الأشياء منها أسماء أبناءه مكان سكنه وموضع الأشياء وبالإضافة إلى إضطرابات في التفكير حيث يذكر المسن الماضي جيدا وينسى الحاضر الذي يعيشه فتفكيره مرتبط أكثر بالماضي وإضطرابات في اللغة حيث يتحدث بكلمات غير مفهومة وغير واضحة.

4 – 3 - المسن: من المتفق أن المسن هو كل شخص بلغ مرحلة الشيخوخة المرتبطة بالتقدم في السن وما يرافقه من ظهور مجموعة من التغيرات التي تأتي في مقدمتها التغيرات البيولوجية نتيجة تراجع وضعف الجسم في أداء وظائفه الحيوية.

وعند مراجعة متأنية للأدبيات ذات الصلة لمصطلح "مسن" يعثر الباحث على عدد كبير من التوصيات المرادفة لهذا المصطلح، كأن يوصف المسن بأنه الشخص الكبير في السن أو المتقدم في العمر أو الشخص الذي دخل مرحلة الشيخوخة...إلخ[2]. وقد يكون الشخص مسننا في نواحي معينة وليس كذلك في نواحي أخرى وهذه التناقضات تسبب مشاكل للمسن الذي لا يعتبر نفسه مسن ويريد الإستمرار في التفاعل مع المجتمع الذي ينظر إليه غالبا على أنه عالة عليه وأنه عضو غير منتج[3].

أما تعريفنا للمسن في هذه الدراسة فهو كل شخص بلغ الستين من عمره فما فوق ويعاني من مرض الزهايمر فالمسن هو كل شخص يصل إلى سن الشيخوخة. والمسنون هم الأشخاص الذين تجاوزوا مراحل النمو والتطور والبناء والنضج في قواهم الفسيولوجية وفي وظائف أعضائهم البدنية كافة. ووصلوا إلى مراحل التوقف والإستقرار وبدايات الضعف والفقدان والانحدار في بعض وظائف تلك الأعضاء خاصة ضمور المخ والإصابة بمرض الزهايمر.

---

(1) – O.M.S **classification international des troubles mentaux et des troubles du comportement**, descriptive clinique et directive pour le diagnostique, tradiction pour pull c.b.j, paris, 1993, p 42.

(2) - أحمد الأصفر ويوسف بريك، ***مظاهر التغير بواقع المسنين في الجمهورية العربية السورية بين عامي 1994-2004***، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، حلب، 2007، ص 6.

(3) - عزت سيد إسماعيل، ***الشيخوخة، أساسيتها، مضاعفاتها، الوقاية والاحتفاظ بحيوية الشباب***، الطبعة الأولى، الكويت، 1983، ص 19.

4 - 4 - التغير الإجتماعي: التغير كلمة مشتقة من فعل تغير وهو تحول من حالة إلى حالة أخرى. أما التغير الإجتماعي فيعرفه **أحمد النكلاوي** " كمفهوم يتغير من السمات التي لازمت الانسانية منذ فجر نشأتها حتى عصرنا الحالي، حيث يشمل تفاعل أنماط الحياة على اختلافها تحقيق إستمرار أنماط جديدة[1].

أما **هربرت سبنسر** فيعرفه على أنه " تطور المجتمع وهو انتقال من مجتمع يمتاز ببساطة وصغر بنائه ووظائفه إلى مجتمع يتسم بالتباين على نطاق واسع".

أما **فيرتشيلد:** ينظر للتغير على أنه تغير يعتري العمليات الإجتماعية أو النظم الإجتماعية أو التكوينات الإجتماعية، وقد يكون التغير تقديما أو تأخيرا، مخطط أو غير مخطط مفيدا.

كما يرى **مالينوفسكي**، بأن التغير هو العملية التي يتحول بها نظام المجتمع من نموذج إلى آخر[2].

أما ولبرت مرو Wilbert morre يرى أن التغير الإجتماعي يعني التبدل الذي يحدث في الأنساق الإجتماعية، بما يتضمنه من نتائج المترقبة عنه في القواعد والقيم والنتائج الحضري[3].

ونحن نقصد بالتغير في هذه الدراسة كل تحول يحدث في النظام الإجتماعي سواء كان في البناء أو الوظيفة، خلال فترة زمنية معينة أو محددة، حيث أن أي تغير يحدث لابد أن يؤدي إلى سلسلة من التغيرات الفرعية التي تصيب معظم جوانب حياة الشخص المسن بدرجات متفاوتة. كذلك التغير هو تحول في النظم والقيم والمعايير السائد لدى أفراد المجتمع والتغير المادي والمعنوي حيث يتضمن الأخير تغير اتجاهات الناس وقيمهم وعاداتهم وسلوكاتهم فأفراد المجتمع الجزائري أحدثوا تغيرات خطيرة في قيم العلاقات الأسرية وأصبحت إقامة المسن مع الأسرة والتكفل برعايته عبئا ثقيلا مما يؤدي به إلى الانهيار العصبي. فتضعه الأسرة في المستشفى أو يلتحق بمراكز العجزة لإيوائه بعد رفضه من طرف عائلته. بالإضافة إلى التغيرات الإجتماعية التي تحدث في مرحلة الشيخوخة وهي اعتزال الفرد للحياة الإجتماعية والتقاعد عن العمل وتغير مكانته في المجتمع والأسرة.

4 - 5 - المكانة الإجتماعية: إن أول من استعمل مفهوم المكانة هو **راد كليف بروان** عندما أراد تحديد النقطة التي يحتلها الفرد في التركيب الإجتماعي، ففي بنية العلاقات القرابية مثلا هناك مراكز كثيرة مثل: مركز الأب، الأم، الإبن، البنت وهذه المراكز جميعها هي أحكام ومقاييس أخلاقية وإجتماعية تحدد السلوك "الدور" الإجتماعي اليومي للفرد[4].

---

[1] - أحمد النكلاوي، ***التغير والبناء الإجتماعي***، دراسة نظرية ميدانية، مكتبة القاهرة الحديثة، الطبعة الأولى، مصر، 1961، ص 261.

[2] - محمد علي محمد والسيد عبد العاطي والسيدة سامية محمد، ***قاموس علم الإجتماع***، دار النهضة العربية للطباعة و النشر بيروت، د ت، ص 414.

[3] - خديجة سبخاوي، ***التغير الاجتماعي وآثاره على تشرد المسنين***، رسالة ماجستير في علم الاجتماع الجنائي، جامعة الجزائر، بوزريعة، 2008، ص 105.

[4] - دينكن ميتشل، ***معجم علم الإجتماع***، ترجمة إحسان محمد حسن، دار الطليعة، الطبعة الثانية، بيروت، 1986، ص 203.

كما تعرف **المكانة الإجتماعية** على أنها وضع الشخص أو الأسرة بالنسبة للأشخاص أو الأسر الأخرى في النسق الإجتماعي ويحدد هذا النسق حقوق وواجبات وسلوك الآخرين بما في ذلك طبيعة العلاقات مع الأشخاص من مراكز إجتماعية آخرى[1].

كما أن هذه المكانة الإجتماعية تتأثر بعدة متغيرات أهمها الثقافية والتربية والتعليم وبقية النشاطات والفعاليات التي يقوم بها الفرد في أي نسق من أنساق المجتمع[2].

أما **لينتون (Linton)** فيقول أن المكان الذي يحتله الفرد في نظام معين وفي زمان معين يدعى مكانته بالنسبة لهذا النظام[3].

ونحن نرى أن مكانة الفرد تختلف حسب الدور وحسب المركز الذي يشغله أو الذي يحظى به وحسب طبيعة المكانة ذاتها فهي تختلف من مسن إلى آخر بإختلاف نوع الأسرة التي ينتمي إليها فمثلا في الأسرة التقليدية أو الريفية فنجد المسن يتمتع بمكانة مرموقة داخل الدائرة القرابية وخارجها حيث يستشار في كل المواقف والمجالات مثل الزواج، الميراث وكذلك فض النازعات التي تنشأ بين أفراد أسرته...إلخ وهذا كله راجع لتقدير الأبناء للآباء ورفع مكانتهم. أما الأسرة الحضرية فإن مكانة المسن على عكس مكانته في الأسرة التقليدية حيث نجدها في أضيق حدودها وخاصة بعد استقلالية الأبناء عن الآباء سواء في البيت أو التدخل في الأمور الإقتصادية حيث كانت مكانة المسن مرتبطة بالوظيفة المخولة له من طرف أفراد أسرته ومجتمعه وبما أن الوظيفة صارت في أضيق نطاقها وخاصة بعد تقاعد المسن من عمله وانخفاض راتبه الشهري فلا يجد الاحترام والتقدير الذي كان يضفيه عليه مركزه الإجتماعي.

4 - 6 - الإنسحاب الإجتماعي: يعرف بأنه عملية حتمية من الناحية البيولوجية والنفسية، حيث يرى كل من **كمنج camming** و**هنري hanrey** بأن الشيخوخة عملية انسحاب متبادل وحتمي، مرة عندما يقطع المسنون أنشطتهم وإلتزاماتهم بشكل إختياري ومرة بتشجيع أو بإجبار من المجتمع، وذلك بالضغط على الفرد للتقاعد عن طريق سن القوانين دون مراعاة قدرتهم على مواصلة العمل، حيث ينسحب المسن من العلاقات والتفاعلات الإجتماعية تدريجيا. من خلال هذا نرى أن الانسحاب الإجتماعي هو أن يتخلى المسن عن المكتسبات الإجتماعية التي حققها طوال حياته الإجتماعية نتيجة لما يحدث له من تغيرات نفسية وفسيولوجية تجعله عاجزا على أداء أدواره ونشاطاته المعتادة وإما بإجبار من المجتمع الذي يجعل التقدم في العمر مؤشرا للعجز والتراجع في القدرة على العمل. وبذلك ينظر له نظرة فيها إعفاء من المسؤولية عامة وجبره بذلك على التقاعد عن العمل. إن عملية الانسحاب هذه

---

(1) - عبد الهادي الجوهري، ***معجم علم الإجتماع***، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1999، ص 232.

(2) - دينكن منتشل، المرجع السابق، ص 210.

(3) - محمد عاطف غيث، ***قاموس علم الاجتماع***، دار المعرفة الجامعية، الطبعة الثانية، القاهرة، 1989، ص 472.

سواء كانت اختيارية أو إجبارية فإنها تشترك في نقطة العجز والقصور في الوظائف العامة لدى المسنين التي بموجبها تتم هذه العملية.

4 - 7 - التقاعد: نقصد به بلوغ العامل سنا معينة يفترض فيها عدم قدرته على العمل ويختلف سن التقاعد بإختلاف المهن، كما أن سن التقاعد للنساء يقل عادة في نظم التأمين الإجتماعي عن سن التقاعد للرجال وهناك تقاعد إلزامي وهو اعتزال العامل عن العمل بصفة إلزامية طبقا لنظام العمل. "يعرف التقاعد المبكر بأنه تقاعد العامل عن العمل قبل السن المحددة للتقاعد ويحصل العامل في مثل هذه الحالة في بعض نظم التأمينات الإجتماعية على معاش منخفض بشروط معينة وسن القانوني للتقاعد يحدده التشريع القومي ليترك العامل في الخدمة"[1].

إن مرحلة التقاعد تتسم بتحول سريع في الظروف الإجتماعية والإقتصادية والتكوين النفسي للفرد، فالمسن هنا يفك ارتباطه بمهنته الأساسية وهذا يؤدي إلى سلسلة من التغيرات سواء في النشاطات اليومية أو الاتصالات الإجتماعية ومستويات المعيشة. "حيث تؤدي الآثار المتزايدة للتقدم في السن إلى تزايد احتمالات المرض والعجز وفك الارتباط بالعديد من الإهتمامات الإجتماعية لعدم القدرة على مواجهة المطالب البدنية والنفسية وتتوقف مكانته للعديد من الاعتبارات كالمثل وإتجاهات المجتمع ونظمه، طبيعته ودرجة قدرته العصبية"[2].

4 - 8 - نسق العلاج: نقصد هنا بنسق العلاج الطريقة المختارة من طرف عائلة المريض لعلاج مريضها، وما لاحظناه أن المجتمع الجزائري يفتقر حاليا لنسق علاجي متجانس بل ليس إلا هجينا من أنساق وجدت بالجزائر قبل بداية الفترة الاستعمارية، ولقد كان يغلب عندهم تصور سحري ديني للمرض وعلاجه. فالعائلة هي المشرف الأساسي على العلاج، إلى غاية مجيء الإستعمار الفرنسي الذي نقل معه أساليب مختلفة في فهم وعلاج خاصة الأمراض العصبية بإستعمال العلاج الطبي من خلال التطور العلمي في الطب العصبي.

أ - العلاج الطبي: نقصد به ذلك العلاج الذي يعتمد على الطرق العلمية والتكنولوجيا لعلاج المرضى وذلك إما بإعطاء الأدوية أو بإدخال المريض إلى المستشفى ليكون تحت المراقبة الطبية أو استعمال طريقة الجلسات النفسية فلقد تعددت طرق العلاج الطبي للمرض العصبي ومنها العلاج البيولوجي والعلاج السلوكي والعلاج النفسي والأسري وغيرها.

---

(1) - أحمد زكي بدوي، ***معجم مصطلحات العلوم الإدارية***، دار الكتاب المصري، القاهرة ودار الكتاب اللبناني بيروت، الطبعة الأولى، بيروت، 1984، ص 345.

(2) - عبد الرحمن عيسوي، ***سيكولوجية الشيخوخة***، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، د ت، ص 14.

ب – العلاج الشعبي: يعتبر موضوع الطب الشعبي أو الطب التقليدي كما يصطلح عليه البعض من المواضيع التي يتطرق إليها علم الأنتربولوجيا وبالخصوص الثقافية والإجتماعية وتطلق تسمية العلاج الشعبي على الوسائل والطرق التقليدية المستعلمة لعلاج المرضى بمرض الزهايمر وهي طرق مستمدة من التفكير الميتافيزيقي والخرافة، وهي تعتمد على الدين فنجد مستعملوها عادة هم أفراد يتمتعون بصفات روحية متميزة في مجتمعهم[1].

4 - 9 - التكفل: " يعتبر التكفل مجموعة من الخدمات التي تقدم للفرد ليتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقا لإمكاناته وقدراته الجسمية وميوله بأسلوب يشبع حاجاته ويحقق تصوره لذاته"[2].

إن المسنين كجماعة يحتاجون إلى التكفل والرعاية الملائمة سواء من طرف العائلة أو من طرف المجتمع أو الدولة بكل هيئاتها من مؤسسات استشفائية ودور العجزة ومؤسسات الخدمات الإجتماعية فالتكفل الجيد بالمسن يكون بتعاون كل من الأسرة والمجتمع والدولة.

ونحن نقصد بالتكفل العناية والإهتمام والرعاية بكل جوانبها. فهؤلاء المسنين فئة لديهم الحق في الحياة وفي بيئة ملائمة مرنة لتحقيق التوازن بين الحاجات الداخلية والضغوط الخارجية. إنهم يحتاجون إلى الأمن الأسري والمالي والمادي لتحقيق الأمن الوجداني ومن الضروري مشاركة المسنين في الحياة العائلية.

5 - المنهج والتقنيات المستعملة: إذا كانت فكرة البحث بمثابة البذرة أو النواة الأولى في البحث، فإن منهج البحث يعتبر بمثابة التربة، فإذا ما أحسن الباحث اختيار التربة التي تلائم البذرة فسوف ينمو البحث نموا سليما ويأتي بنتائج ذات قيمة علميا فلا يمكن إنجاز أي عمل بدون الاعتماد على منهج دقيق، وهو يعرف بأنه تلك الكيفية أو الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة مشكل موضوع البحث[3].

5 - 1 - المنهج: يرى ماكس فيبر أن المنهج عبارة عن وسيلة للحصول على المعارف وهو بذلك يخضع للقانون الذي يحكم جميع الوسائل الملائمة وهو بذلك أفضل. إذ أن ما يحدد قيمة المنهج هو قدرة الباحث، وطبيعة البحث وكذلك فعالية البحث. فلا يمكن تحديدها إلا في ضوء النتائج التي يمكن تحقيقها[4]. ويعرف المنهج أيضا أنه الطريق المؤدي إلى كشف الحقيقة بواسطة مجموعة من القواعد التي تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة[5]. فالمنهج هنا يعني طريق للحقيقة التي نتوصل إليها عن طريق العقل المؤطرة بقواعد ومبادئ بحثية معينة، يستلزمها طبيعة المنهج وطبيعة الدراسة.

---

(1) - مورس مارشال، ***علم الإجتماع والأنتربولوجيا***، ترجمة محمد عيسى، بحث في الهضاب والهدايا الملزمة، دار الفكر العربي، 1972، ص 32.

(2) – كامل أحمد سهير، ***التوجيه والإرشاد النفسي***، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر، 1999، ص 7.

(3) - علي عدلي أبو طاحون، ***مناهج وإجراءات البحث الاجتماعي***، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 1998، ص 267.

(4) - عنصر العياشي، ***ملاحظات حول الإشكالية المنهجية عند ماكس فيبر***، دراسات عربية، العدد 3، 1986، ص 22.

(5) - سيد أحمد غريب، ***البحث الاجتماعي***، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998، ص 105.

لكن هناك مشاكل معينة على مستوى المنهج وتطبيقه في العلوم الإنسانية عامة والإجتماعية خاصة، بحيث أن الظواهر الإجتماعية أقل قابلية للتكرار والملاحظة وأكثر قابلية للتغير، كذلك صعوبة عزل تأثيرات المتغيرات عن بعضها البعض في ظاهرة معينة[1].

لقد قمنا في دراستنا بإتباع المنهج الوصفي الذي "يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع ويهتم بوصفها وصفا دقيقا، ويعبر عنها تعبيرا كيفيا أو كميا، فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة ويوضح لنا خصائصها، أما التعبير الكمي فيعطينا وصفا رقميا يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجات ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى[2].

لقد اخترنا هذا المنهج الذي يمكن استخدامه لدراسة الظواهر الإجتماعية، ومظاهر السلوك الإنساني حيث أننا لا نستطيع إخضاع الظواهر الإجتماعية للتجارب المعملية، ولذلك يتم دراستها في ظروفها الطبيعية لاكتشاف العوامل المتضمنة في الموقف وتحليلها. كما استعملنا طرق وأدوات بحثية تستجيب لطبيعة الدراسة الوصفية من ناحية قدرتها على جمع البيانات التي نحتاجها، ومن ناحية تأقلمها لصيرورة البحث في كل خطواته بداية بالجمع إلى الفرز ثم العرض والتحليل ثم التفسير والنتائج.

استعملنا ضمن إطار منهج البحوث الميدانية طريقة العينات وبعض الأدوات البحثية التي تعتبر رئيسية لإتمام الجانب الميداني ومنها الاستمارة، وبعض الأدوات المستعارة من المنهج الإحصائي كالجداول والتنسيب[3].

5 - 2 - العينة:

يعتمد كل بحث على طريقة معينة، فنختار التقنية المناسبة للدراسة. بعد تحديد المنهج النموذجي، فبما أننا لا نستطيع استخدام طريقة المسح الشامل في إطار منهج البحث الميداني فنلجأ إلى طريقة العينات التي تتوافق مع المنهج الذي اخترناه سالفا.

إن الهدف الأساسي من اختيار العينة هو الحصول على معلومات عن المجتمع الأصلي للبحث فليس من السهل علينا أن نقوم بتطبيق بحثنا على جميع أفراد المجتمع الأصلي، ولكن أخذنا بعين الاعتبار أن تكون العينة ذات حجم كاف وانتقينا عدد من الأفراد بطريقة تجعل منهم ممثلين لمجتمع الدراسة. فالاختيار الأفضل للعينة يجعل النتائج قابلة للتعميم، على المجتمع الأصلي الذي اشتقت منه. وبهذه الطريقة فإنه يمكن دراسة الكل عن طريق دراسة الجزء. ويعرف جلال مصطفى الصياد العينة في كتابه "المعاينة الإحصائية" بأنها "لك الجزء الذي يتم اختياره من مجتمع البحث بهدف تعميم نتائجه على المجتمع كله، من أجل

---

(1) - سهير عبد الطاهر ومصطفى مدحت، ***مناهج البحث في العلوم الإجتماعية والإقتصادية***، الإشعاع، الطبعة الأولى، الإسكندرية، 2004، ص 80.

(2) - أمين ساعاتي، ***تبسط كتابة البحث العلمي، من البكاليريوس الماجستير، الدكتوراء***، المركز السعودي للدراسات الإستراتيجية، مصر، د ت، ص 45.

(3) - فوزي غرايبة، نعيم دهمش، وآخرون، ***أساليب البحث العلمي في العلوم الإنسانية***، كلية الاقتصاد والتجارة، الجامعة الأردنية، الطبعة الثانية، الأردن، 1981، ص، 15.

ذلك يجب أن تكون العينة ممثلة للمجتمع بصورة صادقة، حتى يمكن استخدام بياناتها في إيجاد تقديرات جيدة لمعالجة المجتمع" [1].

لقد تم اختيارنا للعينة بطريقة عشوائية، وما يميز هذا النوع من العينات هو أن كل وحدة من وحدات مجتمع البحث المدروس يكون لها نفس الفرصة لتصبح جزءا من العينة، مما يبعد إلى حد كبير تأثير الصدفة والتحيز، في عملية الاختيار ففي هذا النوع من العينات تتاح لجميع أفراد مجتمع البحث فرصا متساوية ومستقلة لكي يدخلوا العينة، أي أن لكل فرد من المجتمع نفس الاحتمال في الاختيار، وإن اختيار أي فرد لا يؤثر في اختيار الفرد الآخر.

من بين الطرق التي تستخدم في الاختيار العشوائي كتابة أسماء جميع أفراد المجتمع الأصلي على بطاقات صغيرة وتطبق كل بطاقة، ثم توضع هذه البطاقات في صندوق وتقلب ثم نختار بطاقة حتى نحصل على عدد الأفراد المطلوبين في عينة البحث.

فقمنا بإختيار العينة المتكونة من 121 مبحوثا من بينهم 56 ذكرا و65 أنثا بطريقة مباشرة حيث نذهب في الصباح الباكر من كل خميس إلى المستشفى الجامعي مصطفى باشا مصلحة طب الأعصاب وبمساعدة من الممرضين والمهتمين بالإستقبال يقدمون لنا قائمة المرضى الذين لديهم موعد لذلك اليوم للمعاينة الخارجية ونقوم بعملية كتابة الأسماء على البطاقات ثم نطويها وبعدها نختار تلقائيا، وبعد تحديد أسماء المبحوثين نقوم بمحاورة بعضهم قبل المعاينة لأنهم ينصرفون مباشرة بعد المعاينة ولضيق الوقت نحاور البعض الآخر بعد المعاينة، ولقد اخترنا يوم الخميس ليس عشوائيا ولكن نظر لتخصيص هذا اليوم للمتابعة الخارجية للمسنين الذين يعانون من الأمراض العصبية وخاصة مرض الزهايمر.

5 - 3 - التقنيات المستعملة: نعني بها الأدوات التي استعملناها لجمع البيانات التي تخدم بحثنا واختيارنا لها يتوقف على العديد من العوامل فطبيعة المشكلة والفروض تتحكمان في عملية اختيار الأدوات ولا يكفي أن نتقن طريقة واحدة لجمع البيانات بل علينا الإلمام بكل الأدوات المختلفة وهذا ما يساعدنا في تقييمها لاختيار أكثرها مناسبة لطبيعة بحثنا بالإضافة إلى الطريقة التي تسمح بإجراء البحث الميداني والتعرف على نتائجه والمعطيات المتوصل إليها في أشكال بسيطة تسهل علينا القراءة والتحليل والتفسير، ونحن استعملنا عدة أدوات في هذا البحث وهي:

أ - **الملاحظة:** لقد كانت الملاحظة المستخدمة في هذه الدراسة من نوع الملاحظة في عين المكان وهي تقنية مباشرة للتقصي تستعمل عادة في مشاهدة مجموعة ما بصفة مباشرة وذلك بهدف أخذ معلومات كيفية من أجل فهم المواقف والسلوكات. وشكل الملاحظة المستعملة في بحثنا هي الملاحظة من دون المشاركة وهي حالة لايشارك فيها الملاحظ أو الملاحظة في

[1] - مجد الدين عمر خيري حمش، ***علم الإجتماع: الموضوع والمنهج***، دار مجدلاوي للنشر، الطبعة الأولى، عمان، 1999، ص 276.

حياة الأشخاص الموجودين تحت الدراسة[1]. وهذا ما قمنا به حيث كنا بعيدين ولا نشارك بشكل مباشر في الموقف الذي نلاحظه، حيث قمنا بملاحظة المبحوثين من الخارج دون أن نتفاعل مع موضوع الملاحظة ولا نؤثر فيه. واستعبانا ما يجب استعابه وتسجيل المفيد. ومنها ملاحظتنا للمعاملة الحسنة التي كان المتكفل يعامل بها المريض حيث كان يشعره بالاطمئنان ويؤنسه تارة ويمازحه تارة آخرى حتى يحين دوره للمعاينة. كما لا حظنا أفرادا أخرين يأتون لمطالبة موعد لإحضار أحد أفراد عائلتهم وعندما استمعنا إلى أسئلة الممرضة وإجابات هؤلاء الذين جاؤا يستفسرون على مواعيد قدموا أسبابا إجتماعية للمرض ومنها وبصريح العبارة قالت إحدهن "أبي مريض وهو يعاني من إضطرابات سلوكية وفكرية وهو ينسى كثيرا فمنذ أن عاد من الصحراء وتقاعد من عمله أصبح كالمجنون" وآخر قال: "منذ وفاة أمي تغيرت سلوكات أبي وأصبح مضطربا في عقله". وغيرها من الأسباب التي سمعناها تتردد على ألسنة الحاضرين لطلب المعاينة الطبية لمرضاهم.

ب - استمارة إستبيان:

تعد من أهم الأدوات التي تستخدم في مجال البحوث التربوية والنفسية والإجتماعية على نطاق واسع، وذلك للحصول على المعلومات التي ترتبط بالظروف والأساليب القائمة بالفعل وكذلك التعرف على الآراء والإتجاهات والمعتقدات. لدى الأفراد. وهي وسيلة لجمع البيانات تعتمد على مجموعة من الأسئلة المقيدة أين يقوم الباحث باختيار إجابة من إجابتين أو أكثر، وأسئلة مفتوحة أين يقوم المبحوثين بالإجابة بحرية كاملة عن الأسئلة، مما يساهم في الكشف عن دوافعهم واتجاهاتهم، وأسئلة مقيدة مفتوحة وهي أسئلة تصحبها إجابات متعددة يختار المبحوث إحداها، ثم يجيب بحرية عن الأسباب المرتبطة بذلك[2].

لقد قمنا بتصميم أسئلة الاستمارة بناء على طبيعة الدراسة وفي ضوء الهدف من البحث، وهي تحتوي على جميع المحاور الرئيسية والفرعية التي يشتمل عليها البحث، ووضعنا مجموعة من الأسئلة لكل محور من هذه المحاور وكذلك بناءا على طبيعة الفروض المقترحة في البحث وهي تنقسم إلى:

- البيانات العامة للمريض.

- أسئلة خاصة بالفرضية الأولى: وتتعلق بسيطرة التصورات الإجتماعية في فهم مرض الزهايمر في مرحلة الشيخوخة إختيار نسق العلاج المناسب.

- أسئلة خاصة بالفرضية الثانية: تتعلق بالتغيرات البيولوجية والإجتماعية الإقتصادية التي تأثر في إصابة المسن بمرض الزهايمر.

---

(1) - موريس أنجرس، ***منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية***، ترجمة بوزيد صحراوي، كمال بوشرف، سعيد سبعون، دار القصبة للنشر، حيدرة، الجزائر، 2006، ص 185.

(2) - نفس المرجع، ص 192.

- أسئلة خاصة بالفرضية الثالثة: وتتعلق بإمكانية التكفل الأسري والهيئات المختصة والرعاية الصحية والإجتماعية والنفسية للمسن المريض بالزهايمر أن يساعد على تقلص شدة المرض.

- قبل الوصول إلى بناء الاستمارة النهائية قمنا بتطبيقها في بحث استطلاعي على عينة من مجتمع البحث ومن خلالها تعرفنا على مدى مناسبتها من حيث الصياغة والمضمون لتحقيق أهداف البحث حيث أننا قمنا ببعض التعديلات في صياغة الأسئلة بما يناسب المستوى الثقافي للمبحوثين وإلغاء الأسئلة الحرجة والتي لم يرد المبحوثين الإجابة عليها واكتفينا بالملاحظة في مكان الاستمارة على مستوى الأسئلة الملغاة. بالإضافة إلى تقديمها للأستاذة المشرفة لقراءتها وإعادة تصحيح وتغير بعض الأسئلة. أما بالنسبة لطريقة تطبيق الاستمارة في الحصول على إجابات المبحوثين فكان ذلك بالاتصال المباشر بالمبحوثين، وذلك لعدم استطاعتهم الإجابة لوحدهم عن الأسئلة فاضطرنا إلى قراءة الأسئلة لهم وتبسيطها إلى أدنى الحدود ثم كتابة إجاباتهم حرفيا. وهذا ما يسمى بـــ " الاستمارة بالمقابلة " وحاولنا الابتعاد عن التفسيرات الشخصية أو الإيحاء للمبحوثين بإجابة معينة تتفق واتجاهاتنا.

بما أن خطوات تصميم استمارة المقابلة تتشابه مع خطوات تصميم استمارة الاستفتاء، فلا توجد فروق جوهرية بين الاستمارتين، ولا في طريقة إعداد كل منهما والفرق بينهما في التسمية فيمكننا أن نقول استمارة استفتاء أو استمارة مقابلة وهذا ما نحن بصدد القيام به فرغم وجود عدد من الأفراد ذات مستوى تعليمي عالي، وباستطاعتهم القراءة والإجابة على الأسئلة إلا أننا استعملنا نفس الطريقة التي استعملناها مع المبحوثين الذين لا يستطيعون القراءة ولا الكتابة، وهذا لكي لا يكون هناك خلل في طريقة تطبيق الاستمارة وفي هذه الحالة نستطيع تسميتها استبيان[1].

لقد حاولنا خلق جو من الود وجعل المبحوث يعبر عن رأيه بكل وضوح وصراحة وحرية وإثارة دوافعه لكي يقدم كل ما لديه من حقائق والاستجابة معنا. كما راعينا نوع الثقافة السائدة ولقد كسبنا ثقة المبحوثين وتلقينا تجاوبا إيجابيا من طرفهم فما أن نبدأ بسؤال حتى يبدأ المبحوث في سرد ما جرى للمسن المريض بكل عفوية. ولقد حافظنا على إستمرار تعاون المبحوث حتى نهاية أسئلة الاستمارة، ولم نتلق أي صعوبة أو محاولة نفور عن الإجابة إلا عند عينة صغيرة حاولت التهرب من بعض الأسئلة وعينة صغيرة أخرى لم تشأ الإجابة على بعض الأسئلة والمشكل الوحيد هو الوقت حيث نستغرق أكثر من نصف ساعة مع المبحوث الواحد وفي بعض الأحيان المبحوثين الأخرين نجدهم قد ذهبوا بعد المعاينة ولا يريدون الإنتظار لاستجوابهم وهناك من يغادر قبل الملء الكلي للاستمار فنضطر إلى إلغاءها لأنها ناقصة وهذا ما جعلنا نستغرق وقتا في جمع المعطيات.

جـــ - مقابلة البحث: وهي تقنية مباشرة للتقصي العلمي تستعمل إزاء الأفراد الذين تم سحبهم بكيفية منعزلة، غير أنها تستعمل في بعض الحالات إزاء المجموعات من أجل استجوابهم، فهي تقنية مباشرة من أجل مساءلة الأفراد بكيفية منعزلة. والمقابلة هي أفصل

[1] - سعيد سبعون وحفصة جرادي، ***الدليل المنهجي في إعداد المذكرات والرسائل الجامعية في علم الإجتماع***، دار القصبة للنشر، 2012، ص 105.

التقنيات لكل من يريد استكشاف الحوافز العميقة للأفراد واكتشاف الأسباب المشتركة لسلوكهم من خلال خصوصية كل حالة[1] ولقد استعلمنا المقابلة مع الطبيب المختص الذي يتابع كل حالة تم استجوابها وذلك للمقارنة بين إجابات المبحوثين ومعلومات الطبيب للتأكد من صحة المعلومات المقدمة لنا من طرف المتكفل بالمريض هذا من جهة ومن جهة أخرى للمزيد من المعلومات التي لم نتحصل عليها من طرف المبحوثين.

5 - 4 - الأدوات الإحصائية:

يعتبر علم الإحصاء من العلوم التي تحددها نظريات ثابتة ومعروفة إلا أنه في حقيقة الأمر أحد العلوم التطبيقية، حيث يمكن استخدام الأدوات والطرق الإحصائية في تحليل الظواهر الطبيعية والإجتماعية والإقتصادية والوقوف على حقيقة تغيرها مع دراسة المؤثرات والعوامل التي تحدد شكل وسلوك هذه الظواهر في المستقبل[2].

يلجأ الباحث إلى استعمال المنهج الإحصائي الذي يساعده على التعبير عن البيانات التي جمعها عن طريق التعبير عنها أو عرضها بصورة علمية وتحليلها وتلخيصها وعرضها في صورة جداول إحصائية أو رسوم بيانية أو أشكال هندسية.

لقد استعملنا في دراستنا الجداول كوسيلة لتفريع البيانات، وترتيبها لما يمكن من الربط بين المؤشرات التي تعبر عنها، والمقارنة بينها على نحو يستجيب والجانب النظري من موضوع البحث الذي تحدده العلاقة الموجودة بين متغيرات الفرضيات.

بعد النزول إلى الميدان وتمكننا من جمع المعطيات اللازمة من أفراد العينة التي تمكنا من مقابلتها. تأتي مرحلة معالجة هذه البيانات، حيث إستعنا بمجموعة من الأدوات للتفريغ والتحليل وكان ذلك بعد الانتهاء من تفيئة الأسئلة وترميزها.

لتفريغ هذه المعطيات تمت الإستعانة بالنظام الحزم الاحصائية الإجتماعية (Spss)، وبعد عملية صب البيانات في هذا النظام تلتها عملية استخراج الجداول البسيطة لاستخدامها في وصف خصائص عينة البحث، وبناء الجداول المركبة التي تخدم فرضيات البحث.

---

[1] - نفس المرجع، ص 197.

[2] - مصطفى حسين باهي، وإخلاص محمد عبد الحفيظ، ***طرق البحث العلمي والتحاليل الإحصائية***، مركز الكتاب للنشر، 2000، ص 225.

6 – الدراسات السابقة:

إن الإهتمام بتحسين الحياة في المراحل المتقدمة من العمر، والسعي للإحتفاظ بالقوة التي كان الكبار يمتلكونها في مرحلة الشباب ومحاولات تفسير أسباب الضعف البدني وظهور الأمراض في الكبر هي اهتمامات مثلت جهود إنسانية دائمة ومستمرة منذ أن وجد الإنسان. ولكن المحاولات الأولى لم تكن موفقة ولم تكن علمية وبمرور الزمن وتكاثف الجهود وتراكم الخبرات تحسنت مناهج البحث وتطورت، وتنوعت العلوم التي تعتني بصحة الانسان وتطورت النظريات التي تصنع المبادئ العلمية العامة والخاصة لتفسير الحدث والعلوم التي تهتم بدراسة الشيخوخة كمرحلة عمرية هامة.

ومن أقدم هذه الدراسات تعود إلى العصور القديمة في حضارات سومروبال وأشاور بالعراق وفي مصر القديمة حيث تظهر النصوص في تلك الحضارات أن الناس في تلك المرحلة كانوا يعتقدون بأن الشيخوخة من الأمور الحتمية التي لا يمكن إلغاؤها أو تغير مسارها ورغم هذه المعتقدات ولكن الإنسان بدأ في التفكير والتجريب للتغلب على بعض مظاهر الكبر والشيخوخة[1].

في اليونان القديمة حاول أبقراط في القرن الرابع قبل الميلاد فهم الصحة الجسمية للمسن والعوامل المؤثرة فيها وخاصة العوامل الغذائية. ولقد قدم أوصاف لأنواع الأغذية الملائمة للمسنين وأوصى بالتمرينات البدنية بهدف التعمير، بالإضافة إلى الاهتمام بالجانب النفسي فأوصى بضرورة إبقاء المسن بالعمل لأن ذلك يعطيهم إحساسا بقيمتهم وبأن المجتمع مازال في حاجة إليه مما ينعكس على صحته الجسمية والعصبية.

أما **أفلاطون** الذي توفي بعد أبوقراط بحوالي 30 سنة فإن فكرته عن ثبات الخصائص النفسية للفرد طوال حياته إذا كان يرى أن معظم الخصائص الموجودة لدى أي فرد في المراحل المبكرة من حياته لا يلغيها الكبر بالسن فيرى أن الإنسان المتوافق في حياته يواجه المشكلات التي يتعرض لها بأيسر وأنجح الطرق.

أما **أرسطو** فكان يرى أن الكائن الحي يبدأ حياته بنوع من الحرارة الولادية التي تتبدد وتستهلك في عمليات الحياة ثم تتلاشى وتختفي وصولا إلى الشيخوخة والوفاة.

وعند حوالي منتصف القرن الثاني الميلادي كان الطبيب الروماني **جالينوس** (130-200 م) يعتقد أن الكبر هو حالة بين المرض والصحة، ولا ينفع العلاج معه طبيا وإنما يكتفي بالاعتماد على أساليب وقائية كالرياضة والتغذية السليمة والنوم الكافي.

وفي فترة العصور الوسطى المظلمة تراجعت التوجهات والأفكار العلمية وانتشرت المعتقدات الخرافية والإيمان بالسحر والشعوذة مما أدى إلى استعمالها لعلاج بعض

[1] - علي جاسم عكلة الزبيدي، المرجع السابق، ص 99.

الأمراض[1]، في الوقت ذاته كانت الحضارة والثقافة والعلوم تزدهر في منطقة الشرق العربي والإسلامي. فقد وضع **ابن سينا** ستة فصول من كتابه الأول **"القانون في الطب"** يهتم فيها بكيفية التعامل مع أمراض المسنين وأوضاعهم وسماها بـــ "تدبير المشايخ" كذلك كتب بوخاتم السجستاني في عام 864 هـــ رسالته عن المعمرين. أما حنين ابن اسحاق فوضع كتابا عن أسباب الكبر وأمراض المسنين تحت عنوان "طب المشيخة"[2].

أما في بدايات عصر النهضة الأوروبية وحتى أوائل القرن الخامس عشر الميلادي فلم يتطور البحث حول الشيخوخة حيث صور المسنون أنداك بأنهم فئة متدهورة جسميا وصحيا وعقليا وإجتماعيا.

وشهد القرن الثامن عشر الميلادي نقله نوعية في دراسة المسنين، حيث بدأ البحث العلمي الدقيق وتأليف الكتب العلمية التي تضم البحوث العلمية والنظريات الخاصة بالمسنين وأوضاعهم البدنية والعصبية ولقد صدر أول كتاب أمريكي عن الأمراض العصبية في مرحلة الشيخوخة، من تأليف بنيامين راشي.

ويعد القرن العشرين نقطة التحول الأساسية للاهتمام بالمسنين والشيخوخة، حيث تعددت الاهتمامات والموضوعات وتنوعت الدراسات وأسست الجمعيات العلمية ومراكز البحوث الخاصة بعلم الكبر والشيخوخة[3].

ثم تطور الاهتمام بالمسنين بعد ذلك إلى دراسة المشكلات الإجتماعية التي تصاحب حياة المسنين، وقد ظهرت نتائج هذه الدراسات في الكتاب الذي نشره **بوث** سنة 1894 وقد أدت هذه الدراسات إلى سلسلة من الإصلاحات الإجتماعية الخاصة بالمسنين[4].

حاليا وللتزايد المستمر في أعداد المسنين أدى إلى ظهور الكثير من الدراسات والبحوث المتخصصة التي ركزت على دراسة هذه الفئة العمرية، وبالتالي أصبح لدينا تراث علما يمكن الاستفادة من معطياته في أي موضوع يركز على هذه الفئة العمرية وسنقوم بعرض بعضها.

دراسة هنري وكامنيغ 1961 أشارا إلى أن المسن تنقصه عمليات التفاعل الإجتماعي الذي يساعده على التعامل والتكيف مع البيئة المحيطة به. وفي دراسة **ليفنسن** 1962 تبين أن هناك العديد من التغيرات الإجتماعية التي تصاحب مرحلة الشيخوخة ومن أهم هذه التغيرات فقدان

---

(1) - نفس المرجع، ص 100.

(2) - محمد شاذلي عبد الحميد، ***التوافق النفسي للمسنين***، المكتبة الجامعية، الاسكندرية، 2001، ص 41.

(3) - علي جاسم عكلة الزبيدي، المرجع السابق، ص 103.

(4) - فؤاد السيد البهي، ***الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة***، دار الفكر العربي، القاهرة، 1997 ص 33.

العلاقات الإجتماعية وفقدان العديد من الأنشطة والإهتمامات والاعتماد على الآخرين والخضوع لسيطرة وتحكم الراشدين.

كما توصل كل من **بروملي** 1966 **ولواي** 1975 إلى أن المسن يواجه عددامن المشكلات تقف بينه وبين التوافق النفسي والإجتماعي مما قد يؤدي به إلى المرض العصبي ومنها العزلة، وطول وقت الفراغ وإنخفاض الدخل الشهري بعد التقاعد والتعرض للمشكلات الجسمية والنفسية وظهور الخلافات الأسرية ومشكلة السخرية والاستهزاء من قبل الآخرين.

دراسة شهيناز عبد الهادي 1986 التي توصلت إلى تحديد حاجات المسنين والتي تم تلخيصها في الحاجة إلى الأمن والحاجة إلى الاحترام والتقدير والحاجة إلى ضبط الإنفعالات والشعور بالانجازات والحاجة إلى معرفة الإمكانيات وتنمية المهارات[1].

دراسة دعبس 1992 يرى أن من أهم الأسباب التي تؤدي إلى ظهور المشكلات بأنواعها لدى المسنين في المجتمعات الحضارية ما يلي: انخفاض مستوى المعيشة، عدم كفاية الدخل، عدم الاحساس بالأمن وعدم توفير فرص مناسبة للتدريب على المهن أو الحرف أو للخيرات الجديدة والإتجاهات السلبية نحوهم من قبل أفراد المجتمع، وعدم توفير التوجيه والإرشاد والعناية الطبية والنفسية والإجتماعية الملائمة وضعف كل من التفاعل الإجتماعي وشبكة العلاقات الإجتماعية.

بالإضافة إلى دراسة **ماري حرجس** 1997 حول درجة اندماج المسن وتفاعله مع الآخرين وتوصل في نهاية دراسته إلى أنه في الغالب تكون لدى المسن درجة تفاعل كبيرة مع أفراد الأسرة وإن كان الاندماج في المجتمع والتفاعل معه يكاد يكون منعدما[2].

وأيضا دراسة قامت بها **بينت Bennett** سنة 2000 بإجراء دراسة بهدف فحص ما إذا كان انخفاض مستوى المشاركة الإجتماعية مقدمة للمرض والوفاة وقد تبين من نتائج الدراسة أن المستوى المنخفض من الاندماج " المشاركة الإجتماعية " نذير مهم للمرض والوفاة ومعنى هذا أن المستوى المنخفض للمشاركة الإجتماعية إما أن يكون له تأثير مباشر على الوفاة أو أنه يمثل مشكلات صحية كامنة تعمل كمميز للصحة المعتلة في أواخر العمر، كذلك فإن المشاركة الإجتماعية قد يكون لها دور يتوسط التدهور في الصحة الجسمية والعصبية والروح المعنوية[3].

---

(1) - محمد شاذلي، المرجع السابق، ص 14.

(2) - يوسف ميخائيل أسعد، ***رعاية الشيخوخة***، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، 2000، ص 5.

(3) - سيد يوسف جمعة وعزة عبد الكريم مبروك، ***الصحة الجسمية والنفسية للمسنين***، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2006، ص 102.

II – المقاربة النظرية:

1 - المساهمات الفكرية للمرض العصبي عبر تاريخ البشرية:

لقد لاحظت البشرية على مدار حياتها سلوكات غريبة غير عادية، وحاولت تفسيرها تفسيرا مقبولا، فقد وضع الإغريق القدامى نظريات علمية محكمة لشرح وتفسير السلوك المضطرب، كما حاول الرومان والصينيون والفراعنة التعامل مع هذه السلوكات المضطربة وعلاجها، إلا أن العديد من المضطربين نفسيا عصبيا على مدار التاريخ كانوا يعذبون ويكبلون بالقيود في محاولة لطرد الأرواح الشريرة من أجسامهم.

ما من شك أن تقدم العلم مرتبط بجذوره التي تضرب في الماضي. وقد عرف الإنسان من خلال انشغاله واهتمامه بالسلوك المنحرف الذي يبدو وكأنه لا يقبل التفسير عدد من الحقائق والمعتقدات، فتاريخ الفكر الإنساني يوحي بأن المرض العصبي كان قائما وموجودا بالفعل عند الإنسان في عصر ما قبل التاريخ. ولعل المرض العصبي قد اتخذ عندئذ صورة تتوقف على المرتبة التي توصل إليها ذلك الإنسان من حيث تطوره العصبي، وعلى أنواع العناء والضغوط المرتبطة بصراعه من أجل البقاء، وعلى ما سمحت بوجوده الأنظمة الإجتماعية أو الحضارية البدائية من موارد آنذاك.

في بداية الأمر أخذت تغييرات الإنسان للمرض العصبي نتيجة الوجهة الشيطانية فلقد بينت الدراسات التي تمت للشعوب البدائية أن الرجل البدائي كان يعتقد دائما بوجود مخلوقات حوله لا يراها لكنه يسمع أصواتها، وكان ينظر إلى المرضى النفسيين والعصبيين نظرة خوف. حيث كان يسود الاعتقاد بأن هؤلاء تلبسهم روح شريرة، فكانوا يسمون "الملبوسون"، وكان كهنة القبيلة وعرافها وسحرتها أقدر الناس على الاتصال بتلك الأرواح، فلجأ إليهم الناس لطرد تلك الأرواح الشريرة من جسد المريض[1].

وفي الحضارة الصينية القديمة كان الاعتقاد السائد أنه كان هناك قوتان في حياة الفرد هما "يانغ" و"وين" وهما قوتان متعارضتان يسيطران على كل شيء، حيث أن كل ما يجري في الكون يعتمد على التوازن بينهما، بما في ذلك تكوين الصحة والمرض. أما المصريين القدامى فقد كانوا يعتقدون بأن الأمراض تنشأ من غضب الآلهة، أو تأثير أرواح الموتى، وتقمصها لجسد المريض وامتلاكه، ولذا كان علاجهم معرفة الطلاسم والسحر لطرد هذه الأرواح وذلك بالتعاويذ والرقى، واعتقادهم بها أكثر من العقاقير الطبية. فلقد آمنوا بفعل القوى الروحانية في تسبب المرض ولهذا اتخذوا العديد من الآلهة واعتبر الإله هورس Horos إلها للصحة.

---

[1] سعد جلال، المرجع السابق، ص 21.

نفس الشيء نجده في النصوص الهندية فيما يتعلق بالأمراض العصبية، غير أن **سوسروتا** كان يرى أن أسباب هذه الأمراض تتناسب مع معتقدات العصر الحاضر والشائع في السيكولوجية الهندية أن الروح تسكن جوف القلب وهي تستغل الجسم أو الأجزاء المختلفة للجسم كأدوات لها[1]. كذلك عند اليونان فلقد كانت الفكرة السائدة بأن المرض العصبي ينسب إلى قوه الآلهة وتأثيرها، وكل ذلك تغير على يد **أبو قراط** (480-370 ق.م): المعروف بأبو الطب العصبي حيث حاول تخليص الطب بشكل عام، والأمراض العصبية بشكل خاص من قبضة التأويلات الخرافية[2]. فلعل أصدق مثل على اتجاهاته رأيه في الصرع، الذي كان يسمي " بالمرض المقدس " إذ نادى بأنه ليست له أي قدسية أو صفة سماوية تجعله مختلفا عن أي مرض آخر لأن أسبابه طبيعية.

أما **أفلاطون** (429-347 ق.م) فاعتقد أن الأشخاص ذوي الاضطرابات العصبية مرضى وليسوا مصابين بمس شيطاني، وحقهم العلاج واحترامهم لإنسانيتهم، ولعل كتاب **"الجمهورية"** لأفلاطون أول مرجع في معاملة المريض العصبي، حيث أكد حسن المعاملة والرعاية المنزلية، وتوقيع غرامة على من يهمل المريض عصبيا[3]. وبعده جاء تلميذه **أرسطو** (384-322 ق.م) بتفسيرات معقدة وطريفة للعقل والروح الإنسانية، ومن أهم مبادئه هو أن عالمنا المادي هو عالم ظواهر يجب دراستها. ولقد قسم الروح إلى نوعين: روح عاقلة وروح غير عاقلة، ولكل منهما أجزائها، أما العقل فهو خلاق وهو مستقل عن الفرد والمادة، وهو خالد لا يمكن إصابته بمرض.

لم تكن للحضارة الرومانية من مساهمة في تاريخ الطب وخاصة في الأمراض النفسية والعصبية، غير أن هنالك بعض الأمثلة على هذه المساهمة وأهمها مساهمة **جالينوس** في الاسكندرية (130-200 ب.م) ومساهمات في روما قبل الميلاد بحوالي قرن وأهمها:

مساهمة اسكلبياديس الذي اعتبر المرض العصبي منبعثا عن اضطرابات انفعالية غير محتملة، وميز بين هذيان الحمى وبين أشكال الاضطرابات العصبية المزمنة. واحتقر لفظة " الجنون " واعتبرها لفظة سوقية كما هاجم معاملة المرضى وسجنهم في الزنزانات بل نادى إلى وضعهم في أماكن جيدة الإضاءة واستخدام الموسيقى. كما نجد أرتيوس الذي اعتقد بأن مواطن المرض العصبي هو الرأس وفي البطن، فإذا ما بدأ في البطن فإن الرأس يصاب تبعا لذلك، وقد أبدى اهتماما بالشخصية غير الطبيعية التي تهيئ للمرض العصبي.

---

(1) - علي كمال، ***العلاج النفسي، قديما وحديثا***، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، الطبعة الأولى، 1991، ص 39.

(2) - محمد السيد عبد الرحمن، ***علم الأمراض النفسية والعصبية***، الأسباب - الأعراض - التشخيص – العلاج، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، الكتاب الأول، الجزء الأول، 1999، ص 33.

(3) - عبد السلام زهران حامد، ***الصحة النفسية والعلاج النفسي***، نشر، توزيع، طباعة عالم الكتب، الطبعة الثالثة، 1977، ص 96.

نجد أيضا **مساهمة سورانوس** الذي انتقد الوسائل المتبعة في زمانه مثل استعمال الأفيون للنوم. كما أحس بشناعة ما كان يتبع مع المرضى ونصح أن يوضعوا في حجرات مضيئة ومعتدلة الحرارة وعدم استعمال العنف. أما **جالينوس** (130-200 م) وهو أشهر شخصية طبية بعد أبقراط في تاريخ الطب القديم. فلقد استطاع أن يجمع المعرضة الطبية التي توصل إليها سابقوه وأضاف إليها من ملاحظاته وخبرته، وأنشأ منها نظاما طبيا عرف باسمه. ومن آثار جالينوس الباقية حتى الآن تقسيمه لأمزجة الشخصية إلى أربع أنواع: السوداوية، الدموية، الصفراوية والبلعمية[1]. وبموته انتهت الحكمة الطبية ودخل الطب عالم الظلام.

حيث ظهرت المسيحية وكان ظهورها مصاحبا للضعف العام الذي بدأ يدب في أوصال الحضارة اليونانية والرومانية. واجتياح البرابرة لأوربا، وبدأ عصر توقف القيام فيه بأعمال مبتكرة في كل العلوم، وعادت فكرة الشيطان في تفسير الاضطرابات العصبية. ولقد ألقى اللوم على المسيحية والكنيسة الرومانية عن القسوة والاضطهاد الذي ساد في العصور الوسطى في معاملة المرضى[2].

بعد تدهور الحضارة اليونانية والرومانية انتقل مشعل الحضارة إلى العالم الإسلامي، فبينما كانت أوروبا يضرب عليها ظلام العصور الوسطى كان للعرب فضل الاحتفاظ على التراث الثقافي القديم واستيعابه وتطويره فاستطاعوا باستخدام الترجمة، وجمعهم لمؤلفات اليونانين والمصريين، والفرس وغيرهم في نقل تراث الشرق إليهم وذلك كان أساسا لعلم الطب وتطوير النظرة العلمية للمرض العصبي، وتبين أثر العرب من خلال التراث الذي تركه الطبيب العربي " **نجب الدين** ابن **حماد السمرقندي**" الذي عاش في القرن الثامن بعد الميلاد وكتب أطروحته الرائدة في الطب النفسي "الأسباب والعلامات" أين قسم الأمراض العصبية إلى تسعة أمراض وهي خطوة رائدة يعتبرها مؤرخو الطب في الغرب بأنها أول تصنيف للأمراض العصبية. ومن بعده نجد **الرازي** في القرن الرابع الهجري ومن أهم كتبه " كتاب الطب الروحاني، والذي يعرف أيضا بكتاب "طب النفوس". وهي أول محاولة تاريخية لتناول الحياة النفسية حيث يعتبر الرازي ساعور المعتضدي في بغداد ورائد الطب النفسي حيث قال: "على الطبيب أن يرجي مريضه بالشفاء، حتى ولو كان ميؤسا منه فإن مزاج الجسم نابع من مزاج النفس".

كذلك نجد الشيخ الرئيس **أبو علي الحسين بن علي بن سيناء** فمن مراجعة الفصول المختلفة لموسوعة "**القانون**" تظهر إشارات كثيرة تدل على مبلغ إدراكه للعوامل النفسية. ففي هذا الكتاب استطاع اكتشاف الصلة بين "الجسم والنفس". كما نجد الطبيب العربي الشهير في عصره "**الفارابي**" الذي استعمل طريقة علاجية متقدمة بقرون عديدة على الأساليب التحليلية النفسية المعاصرة، وهي تشخيص وعلاج الحالات المرضية والناجمة عن تفاعل النفس مع الجسم

---

[1] - علي كمال، المرجع السابق، ص 49.

[2] - حسين عبد الحميد أحمد رشوان، ***دور المتغيرات الإجتماعية في الطب والأمراض***، المكتب الجامعي الحديث، الطبعة الثانية، الاسكندرية، 1988، ص 237.

"الأمراض النفس جسمية". وهناك إشارات كثيرة في كتب الفلاسفة كالغزالي وابن سكوبه، والطبري... وغيرهم أفاضوا فيها بالفكر والأمل عن العلاقة بين النفس والجسم. كما كان أول بيمارستان أنشئ في العالم الإسلامي ذلك الذي أنشأه الوليد بن عبد الملك عام 707م[1].

إن أعظم أصحاب الفضل على الطب العصبي في عصر النهضة هو **جوهان وبير** (1515-1588) الذي قضى على سيطرة اللاهوت على علم النفس الطبي، وتجدد الإهتمام بالمرض العصبي بوصفه مرضا وأيده في ذلك ريخبالد سكوت (1538-1595) وهو كاتب انجليزي ألف كتابا عنوانه اكتشاف السحر في (1584) والذي ذكر فيه أن الاضطراب العصبي سببه المرض وليس مس من الشيطان.

خلال أواخر القرن التاسع عشر أدت الاكتشافات الطبية إلى تحول في رعاية المرضى من مجرد العطف إلى العلاج والشفاء. ولقد شارك الكثير من الأفراد في إقامة دعائم رعاية الصحة النفسية ومن أهم المصادر في هذا المجال نجد قصة كليفورد بيرز الذي أصيب بمرض نفسي دفع به إلى عدد من مستشفيات الأمراض العصبية لفترة ما بين (1900-1903)، وحين شفي من مرضه عكف على تأليف كتابه "العقل الذي وجد نفسه" وذلك عام 1908 وبمساعدة طبيب مشهور من أطباء الأمراض العصبية تمكن من تأسيس جمعية الصحة النفسية. وفي العام التالي تم تنظيم الجمعية الوطنية الأمريكية للصحة العصبية، ووظيفتها معاونة المرضى بالعلاج ثم تطورة برامجها من العلاج إلى الوقاية[2]. أما حاليا فروح العصر في إيديولوجيات علوم السلوك الإنساني، والتي يحتل التحليل النفسي مكانة بين هذه العلوم، وزاد الإهتمام بالصحة النفسية إلى حد اعتبار الصحة النفسية علم قائم بحد ذاته واهتمت الجامعات على التكريس لهدف الصحة النفسية، وبدأت تتحدد معالم هذا العلم وأهدافه ومناهجه، وأصبح يدرس حاليا ضمن برامج إعداد المعلمين والموجهين والإحصائيين النفسيين والإجتماعيين[3].

2 – الاقتراب السوسيولوجي للدراسة:

إن كل صور التغيير في العالم راجعة إلى التفاعل بين وحدات نسق معين، طالما أن التغيير عملية تلقائية تظهر بفعل ظروف معينة تمر بها عملية التفاعل والمجتمع هو متميز له شعوره الخاص به، ويقول **إميل دوركالم**: " إن المجتمع ليس هو الموجود غير المنطقي أو الوهمي، كما كان ذلك هو الاعتقاد السائد قديما، إن الأمر على العكس من ذلك تماما، فالتصورات الجمعية هي الصورة العليا للحياة النفسية، حيث هي وعي، وهي لذلك يجب أن تظل خارجة عن الأفراد،

---

(1) - علي كمال، المرجع السابق، ص 61.

(2) - حنان عبد الحميد الغناني، ***الصحة النفسية***، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2000، ص 30.

(3) - مصطفى خليل الشرقاوي، ***علم الصحة النفسية***، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، د ت، ص 24.

بل وتسمو فوقهم، حيث هي تدرك الأشياء في جوانبها الدائمة الأساسية فقط، وهي تشكلها وتجعل منها أفكارا قابلة للتواصل، فالمجتمع يرى أبعد وأفضل من الأفراد" [1].

2 - 1 - النظرية الدوركايمية: لا شك أن النظرية التي نهتدي بها في بحثنا، هي النظرية الدوركايمية التي تمثل اتجاها متميزا في علم الاجتماع، ويتمثل ذلك في تأكيده على أهمية الواقع الإجتماعي، وضرورة التفسير استنادا إلى ظواهر إجتماعية خالصة. فهو يمثل المدرسة الإجتماعية أو النزعة السوسيولوجية. فلقد أظهر أن الوقائع الإجتماعية قائمة بذاتها. كما كشف عن الأهمية الإجتماعية والثقافية لتقسيم العمل، هذا فضلا عن أن مفهومه عن الأنومي Anomie قد أثرى النظرية السوسيولوجية عن الانحراف.

إن المجتمع وإن كان يتكون من الأفراد، إلا أنه يشكل واقعا قائما بذاته بمعنى أن كل فرد يولد ويجد الإطار الإجتماعي الذي يصبح مجرد عنصر فيه، ولكن سلوك الأفراد واتجاهاتهم تختلف بإختلاف الموقف الجماعي، فالفرد يفكر ويشعر بطريقة غير عادية حينما ينخرط في حشد، ويدل ذلك على انبثاق واقع جديد يخلقه تجمع الأفراد، وهذا الواقع يؤثر في سلوكهم ويعمل على تغييره[2]. ونحن كذلك إذا نظرنا إلى الاحصاءات الإجتماعية، سنلاحظ أن عددا من الظواهر الإجتماعية كالجريمة والانتحار والمرض العصبي تظهر بدرجة عالية من الأنساق والإطراد من سنة إلى أخرى.

يعتبر دوركايم المجتمع مجموعة من الظواهر الإجتماعية أو الحقائق الإجتماعية كالقانون والعادات والتقاليد وأنماط السلوك المتكررة والشائعة، ومع ترسخ هذه الحقائق الإجتماعية تتجسد على شكل مؤسسات إجتماعية تتضمن أنماط السلوك والمعايير والقيم التي ترتبط ببعضها البعض، والتي تتعلق بوظيفة إجتماعية أساسية كإنجاب الأطفال أو الإنتاج أو السلطة وتوزيعها أو الطقوسية أو التربية. ويعرف دوركايم الظواهر الإجتماعية في كتابه "قواعد المنهج في علم الاجتماع" من خلال مميزاتها على أنها ضروب من المشاعر والتفكير والسلوك عامة وملزمة ويوضح أن ضروب السلوك والتفكير الإجتماعيين أشياء حقيقية توجد خارج ضمائر الأفراد الذين يجبرون على الخضوع لها في كل لحظة من لحظات حياتهم[3].

لقد كان دوركايم يؤكد أن كل منا يحمل المجتمع في عقله على شكل معان واتفاقات، ومبادئ أخلاقية اكتسبها الفرد من خلال عملية التطبيع الإجتماعي. ولقد اتفق دوركايم مع ابن خلدون على أن الفرد يرتبط بعلاقة وثيقة بالظواهر الإجتماعية، ولكنه أكثر من ابن خلدون اهتم بتحليل هذه العلاقة بكثير من التفصيل، فالفرد وهو يتفاعل مع الآخرين لإشباع حاجاته المختلفة يقوم بإنتاج اتفاقات، وتوقعات تتحول إلى ظواهر إجتماعية، ثم يقوم الأفراد بنقل هذه الظواهر من جيل إلى جيل بحيث تعطي صفة الديمومة والإستمرار وبالتالي فإن

---

[1] - محمد علي محمد، ***المفكرون الإجتماعيون***، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1983، ص 100.

[2] - إميل دوركايم، **الانتحار**، ترجمة حسن عودة، دار النشر، الهيئة العامة السورية للكتاب، دمشق، 2011، ص 209.

[3] - مجد الدين عمر خيري خمش، المرجع السابق، ص 43.

الحقيقة الأساسية في المجتمع ليست الأفراد وإنما الظواهر الإجتماعية فالأفراد يفنون في وقت قصير، لكن الظواهر الإجتماعية تبقى وتستمر.

2 – 2 – تصور بارسونز للتنظيم الإجتماعي:

يرى البعض أنه من الصعوبة استيعاب دراسة تحليل بارسونز لتقاليد المعرفية إلا أنه من الأهمية بمكان في دراسة تفاصيل تحليله أنه نسج مفاهيم مختارة من كل هذه التقاليد في نظريته عن الفعل الطوعي لأنه وطبقا لإستراتيجيته الخاصة ببناء النظرية بدأ بارسونز في بناء نظرية إجتماعية للتنظيم الإجتماعي وفي الصياغة الأولية صور بارسونز الطوعية على أنها عمليات ذاتية لاتخاذ القرار عند الأفراد إلا أنه يرى أن هذه القرارات هي المحصلة الجزئية لبعض أنواع القيود المعيارية والموقفية، وعليه فإن الفعل الطوعي يتضمن مجموعة من العناصر الأساسية هي:

1 – ممثلون (فاعلون) Actors وهم في رأي بارسونز أشخاص (أفراد).

2 – اعتبار الفاعلون يسعون من أجل تحقيق هدف فلكل فرد أهدافه واهتماماته وتختلف هذه الأهداف والاهتمامات من شخص لآخر.

3 – الفاعلون يمتلكون وسائل بديلة لتحقيق هذه الأهداف.

4 – إن الفاعلون يواجهون عديدا من الظروف الموقفية وربما تكون هذه العوامل والمتغيرات مادية أو غير مادية وقد تكون متغيرات ثقافية وإجتماعية أو بيئية أو قد تكون عوامل متعلقة بتكوينهم البيولوجي أو الوراثي، وكل هذه العوامل تؤثر في اختيار الأهداف والوسائل.

5 – فاعلون تحكمهم قيم ومعايير وأفكار ومعتقدات بمعنى أن هذه الأشياء والتي تعتبر من مكونات الثقافة تؤثر في الهدف وفي الوسائل التي يتم اختيارها لتحقيق الهدف فالفرد ليس حرا في أفعاله وسلوكه وفقا لأهوائه ورغباته بل هو مقيد في أفعاله وسلوكه بواسطة ثقافة يتعلمها خلال تفاعله مع الأعضاء الآخرين في جماعته أو مجتمعه.

6 – وهكذا يتضمن الفعل فاعلون يتخذون قرارات ذاتية بشأن وسائل تحقيق الغايات والتي يعتبرها أفكار وظروف موقفية[1].

[1] - على عدلي أبو طاحون، ***في النظريات الإجتماعية المعاصرة***، المكتب الجامعي الحديث، الأزاريطة، الطبعة الأولى، الاسكندرية، د ت، ص 178.

ولكن كيف تتكامل نظم الشخصية مع النظام الإجتماعي؟ الأمر الذي يبعث على وجود التوازن وعلى الصعيد المجرد يتصور بارسونز وجود نظامين يعملان على تكامل الشخصية في النظام الإجتماعي هما:

1 – نظم التنشئة الإجتماعية Socailization.

2 – نظم الضبط الإجتماعي Social Control.

وأنه من خلال عمل هذين النظامين تتكون نظم الشخصية التي تتوافق مع بناء النظم الإجتماعية.

أولا: نظام التنشئة الإجتماعية: وبأسلوب مجرد يرى بارسونز أن نظم التنشئة الإجتماعية عبارة عن الوسيلة التي تدخل فيها الأنماط الثقافية (القيم والمعتقدات واللغة وغيرها من الرموز) إلى نظام الشخصية، وهكذا تحدد بناء الحاجات الخاصة ومن خلال هذه العملية يصبح الفاعلون على استعداد لإضفاء الطاقة المحركة على أدوارهم وهكذا يكونون على استعداد للتكيف مع المعايير ويكتسبون مهارات بأدوارهم وثمة وظيفة أخرى لنظم التنشئة الإجتماعية وهي توفير روابط ثابتة آمنة بين الأشخاص تخفف الكثير من الجهد والقلق والتوتر المقترنة بإكتساب المهارات والدوافع الصحية ولقد كان الاهتمام الأساسي في منظور بارسونز الوظيفي هو تحقيق تكامل بين إهتمامات المجتمع ككل وإهتمامات أعضاء هذا المجتمع، فإذا أمكننا تحقيق هذا التكامل فإننا سوف نتوقع درجة عالية من الواقعية والإلتزام من جانب الأعضاء للعمل وبذل الجهد للمحافظة على النظام الإجتماعي وإنجاز تكامله وتوازنه.

ثانيا: نظام الضبط الإجتماعي: تنطوي نظم الضبط الإجتماعي على تلك الطرق التي يتم بها تنظيم أدوار المكافة في النظم الإجتماعية وهناك نظم متعددة للضبط منها:

أ – التأسيس أو عملية تكوين النظم وهذا من شأنه أن يجعل توقعات الدور واضحة وغير مبهمة، بينما تضع فاصلا زمنيا ومكانيا بين التوقعات المتناقضة.

ب – الجزاءات والإشارات بين الأشخاص والتي يستخدمها الفاعلون بمهارة من أجل حدوث تبادل وتطابق قانوني.

جـــ – الأنشطة الطقوسية والتي يقوم فيها الفاعلون بأدوار رمزية من شأنها تدعيم الأنماط الثقافية السائدة.

د – أبنية صمام الأمان والتي تنفصل فيه الميول المنحرفة في الزمان والمكان عن الأنماط المؤسسية العادية والطبيعية.

هـــ – أبنية إعادة التكاملة والتي يكون دورها على وجه الخصوص إعادة الميول المنحرفة.

و – وأخيرا تأسيس القدرة على استخدام القوة داخل بعض قطاعات النظام[1].

وهكذا ينظر إلى هذين النظامين بإعتبارهما يحسمان واحدة من أعقد المشكلات التكاملية التي تواجه الأنساق الإجتماعية والتي تعني بكيفية إسهام الأنماط الثقافية في ضبط النظام الإجتماعي والتوازن. ومن الطبيعي أن بارسونز يقرر بأن نظامي التنشئة الإجتماعية والضبط الإجتماعي لايكللان دائما بالنجاح ومن هنا فهما يسمحان بحدوث بعض الانحرافات وكذا التغير الإجتماعي إلا أنه من الواضح أن المفاهيم الناشئة في كتاب النظام الإجتماعي، تعطي أهمية للتحليل في اتجاه البحث عن تعليمات من شأنها أن تحفظ التكامل وضمنيا توازن الأنساق الإجتماعية.

2 - 3 - بارسونز وظهور التفسير البنائي الوظيفي للعلاقات بين الأطباء والمرضى:

يعتبر التحليل الوظيفي الذي أجراه بارسونز لدراسة العلاقات بين الأطباء والمرضى من أبرز تلك التحليلات، فقد بدأ بارسونز عملية التحليل حينما اعتبر المرض سلوكا منحرفا، وفي بداية تحليله لدور المريض أشار إلى أن الصحة التي يتمتع بها أعضاء أي جماعة تعتبر مطلبا وظيفيا لأي نسق إجتماعي، وعلى هذا فإن المرض يعتبر عائقا أمام قيام المجتمع بوظائفه، ولذلك فإن بارسونز يؤكد على ضرورة تعريف المرض وتحديده وتشخصيه وطرق علاجه. وبخاصة أن المرضى غير قادرين على الإنجاز الفعال لأدوراهم الإجتماعة في المجتمع[2]، وانطلاقا من تلك فقد بدأ بارسونز الاهتمام بالعلاقات بين الأطباء المرضى عن طريق دراسة الدور الإجتماعي لكل منهما، فإذا اعتبر أن هذه العلاقة تعتبر نمطا ثقافيا سوف يكون من السهل هنا نقلها من الأفراد الذين يعرفونها إلى الأفراد الذين لا يعرفونها، فكل فرد يؤدي دوره ويكون الآخر متوقعا لهذا الدور ونتائج هذا السلوك، فلا يمكن للفرد تحديد دوره وهو بعيد عن دور الآخر الذي يشاركه في هذه العملية.

فشأن الدور الذي يقوم به كل من الطبيب والمريض شأن أي دور آخر في المجتمع إذ لابد أن يرتبط ببعض التوقعات التي تستهل مجموعة الحقوق والالتزامات التي يفرضها. ومثال ذلك أن الدور الذي يلعبه الشخص المريض وقتي وغير مرغوب فيه، وهذا ما يجعل بارسونز يركز على مجموعة الواجبات التي عن طريقها يستطيع الشخص المريض الرجوع إلى حالته الطبيعية بطريقة سريعة وممكنة، فالشخص المريض لابد أن يملك بعض الامتيازات وخاصة أنه محتاج إلى العناية من الطبيب الذي يعالجه من أجل الوصول به إلى حالة متحسنة فهو يبحث بإستمرار عن نصيحة طبية متخصصة، ولذلك فهو يتعاون مع الطبيب من أجل تحسين حالته[3].

---

(1) - نفس المرجع، ص 195.

(2) - نفس المرجع، ص 206.

(3) - نادية محمد السيد عمر، ***علم الإجتماع الطبي، المفهوم والمجالات***، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، الاسكندرية، 1996، ص 86.

كما أن دراسة **بارسونز** للعلاقات بين الأطباء والمرضى نمت من خلال دراسة الدور الإجتماعي لكل منهما، ذلك الدور الذي يرتبط بتوقعات وحقوق وإلتزامات كل من الطبيب والمريض فإذا نظرنا أولا إلى:

أ – **الدور الإجتماعي للمريض:** نجده يتشابه مع أي دور آخر في المجتمع مرتبط بأنماط السلوك المتوقع ويتضمن في داخله مجموعة الالتزامات والامتيازات الخاصة به ويرى بارسونز أننا. ونحن بصدد دراسة الدور الإجتماعي للمريض. يجب أن نضع في اعتبارنا أن هذا الدور يختلف حسب اختلاف نوعية الأمراض من ناحية واختلاف شخصية المريض من ناحية أخرى. وأن هناك ثلاث مسلمات رئيسية مرتبطة بهذا الدور:

أولا: أن هذا المريض غير قادر وبالتالي فهو يحتاج إلى المساعدة.

ثانيا: أنه لا يملك المقدرة العلمية لشفائه.

ثالثا: أن هذا الشخص غير مسئول عن حالته، وهذه الحالة يمكن تعريفها إجتماعيا بأنها ليست خطأ منه.

وقد خلص بارسونز من تحليله لدور المريض إلى أنه يريد أن يصل إلى مرحلة الشفاء بأقصى سرعة ممكنة، ويكون الشفاء هو هدفه الأساسي.

كما يرى بارسونز أن هناك ثلاث محكات أساسية لقبول الدور الإجتماعي للمريض:

أولا: أن الحالة المرضية التي يعاني منها المريض لا دخل له بها فهو ضحية لقوى خارجة عنه.

ثانيا: تتعلق بالسمة البنائية الإجتماعية لدور المريض، والتي تختص بإعفاء هذا المريض من إلتزاماته الطبيعية.

ثالثا: هو أن يبدأ المريض بالبحث عن المساعدة الطبية المتخصصة.

إذا نظرنا إلى حقوق المريض كما حددها بارسونز نجد أنها تتمثل أولا في إعفائه من مسئولياته الإجتماعية والطبيعية وربما يكون من أهم أسباب هذا الإعفاء من وجهة نظر بارسونز أن هذا المريض غير مسئول عن حالته وهو غير قادر عل مساعدة ذاته، ولا يملك القدرة على شفائه من المرض، ومن أجل منع استخدام هذا الحق بغير ضرورة، فإن المجتمع يرى أنه يجب أن يكون شرعيا وأن يستمد هذه الشرعية من الأطباء ومن هنا نرى أن هذه الحقوق ليست حقوقا دائمة بقدر ما هي إضطرارية وتزول بزوال المرض.

هذا عن حقوق المريض أما إلتزاماته فهي تتصل برغبة المريض في التحسن حيث أن هذه الرغبة هي التي تحفزه للبحث عن المساعدة الطبية المتخصصة والتعاون مع القائمين بعلاجه في محاولة للوصول إلى حالة متحسنة بأسرع وقت[1].

[1] – نفس المرجع، ص 87.

ب - الدور الإجتماعي للطبيب: يرى بارسونز أن هناك مجموعة من التوقعات التي يجب أن يلتزم بها الطبيب إلى حد ما من أجل أن يتوافق سلوكه مع ما يتوقعه منه المجتمع ومن هذه التوقعات:

1 – أن يستخدم الطبيب كل خبراته ومهاراته ومعرفته لحل مشاكل المريض.

2 – أن يكون هدف الطبيب الأول هو تحسين صحة المريض.

3 – أن يكون حكمه على المرض عن طريق ممارسته الطبية المتخصصة.

4 – أن يتعهد بأن يكون متعاونا في الوظائف التي تساهم في المحافظة على صحة الفرد.

5 – أن يكون الطبيب مقتدرا ومتخصصا في مجال العناية حتى يستطيع أن يتعامل مع مواقف الضعف الصحي.

6 – إذا كان بارسونز قد عرف المريض بأنه فرد منحرفا فمن الطبيعي أن ينظر إلى الطبيب باعتباره المسئول عن تقويم هذا الانحراف وتحقيق الضبط الإجتماعي.

7 – نظرا لأن رعاية المريض نشاط مهني متخصص، ومن ثم دور الطبيب يعتمد على خبرته ومهارته وكفاءته الفنية في مزاولة مهنة الطب[1].

وقد أشار بارسونز إلى أنه إذا كان على أي نسق إجتماعي أن يستمر فعليه أن يتغلب على أربعة مشاكل أساسية، ولقد أطلق بارسونز على هذه المشكلات إسم "الملزمات الوظيفية" وهذه المشكلات الأربعة هي: التكيف، انجاز الهدف المحافظة على التوازن، التكامل.

أولا - معوقات التكيف:

عدم توافر الوعي الصحي لدى المريض: يعتبر عدم توفر الوعي الصحي لدى المريض من أهم المعوقات الوظيفية في هذا المجال حيث أنه يؤدي إلى إضعاف العلاقات بين الأطباء والمرضى ومن ثم يؤدي إلى عدم استقرار النسق العلاجي، ويعتبر "التعليم" أحد العوامل الهامة التي تلعب دورا أساسيا في توافر الوعي الصحي لدى المريض، وفي زيادة خبراته ومعلوماته التي يتلقاها من طبيبه، فالمرضى الأكثر تعليما يتمتعون بالوعي الصحي ويكونون أكثر قدرة على تفهم أسباب المرض وطرق تنفيذ العلاج.

وإذا كان عليه أن يستمر، فإن شعور المريض بأنه حالة إنسانية، وليس حالة مرضية أمر ضروري وطبيعي لابد من توافره، لذا فإن النسق العلاجي يستطيع تحقيق هذه الحالة للمرضى من خلال الأطباء حيث تقع على عاتقهم هذه المسئولية، فمعاملة الطبيب للمريض كحالة إنسانية وقدرته على تفسير الحالة المرضية له بأسلوب سهل مبسط يستطيع تفهمه واستيعابه إنما يؤدي إلى:

---

[1] - نفس المرجع، ص 88.

1 – زيادة معرفة المريض ووعيه الصحي الذي يجب أن يتوافر في أي مريض ويحفزه على تنفيذ العلاج بدقة مما يسهم في سرعة الشفاء.

2 – أنه يساعد بذلك على تدعيم العلاقة بينه وبين مرضاه وجعل الحوار مفتوحا بينهما[1].

وبهذه المسئولية التي تقع على عاتق الطبيب يستطيع أن يحقق حاجة المريض الطبيعية وهي شعوره بإنسانيته وبالتالي يساعد على تكيف المريض وزيادة وعيه الصحي.

ثانيا - معوقات إنجاز الهدف:

هناك معوقات تواجه النسق العلاجي وتعوقه عن إنجاز أهدافه وتحقيقها على النحو الأكمل ومن هذه المعوقات قلة الإمكانيات بالمستشفى، فغالبا ما يعوق الفريق المعالج عن تحقيق أهدافه حيث أنها تجعل الطبيب في حالة صراع دائم بين كيفية استخدام هذه الإمكانيات الضئيلة لجميع المرضى وبين حادة كل مريض منهم إليها مما يجعله في النهاية يضطر إلى تحديد أولويات حادجة المرضى لاستخدام هذه الإمكانيات، ومن العوامل أيضا التي تعوق النسق العلاجي عن تحقيق أهدافه هي أعداد المرضى، وعامل الوقت، حيث أن عدم التناسب بين أعداد المرضى وبين الوقت المسموح به لكل مريض يعوق النسق عن تحقيق أهدافه لأن قلة الوقت الذي يقضيه الطبيب مع مريضة تؤثر في المقام الأول على رغبة الطبيب، وعدم قدرته على منح المريض معلومات كافية حالته، كما أنه يؤدي إلى افتقاد الوقت الكافي للإستماع لشكوى المريض والإكتفاء بالتشخيص والعلاج واتسام العلاقة بالطابع اللا إنساني.

ثالثا - معوقات التوازن والثبات:

عدم تعاون المريض مع الطبيب: إن عدم تعاون المريض مع الطبيب من أهم المعوقات التي تواجه ثبات النسق العلاجي، وبرغم اختلاف التوقعات لمعرفة أسباب عدم تعاون المريض مع الطبيب إلا أن جميع الأبحاث التي اهتمت بهذا أكدت النتائج على أن عدم التعاون هذا يعني فشل المريض في تتبع نصائع الطبيب، وأن هذه الظاهرة إنما تؤدي إلى تهديد طرق العلاج التي يتبعها الطبيب، ومن أهم أسباب عدم تعاون المرضى مع أطبائهم، وذلك من خلال وجهة نظر المرضى ذاتهم وتفسيرهم لهذه الظاهرة نجد: عدم قدرة المريض على فهم ما يقوله الطبيب، وهذا راجع إما إلى انخفاض المستوى التعليمي والثقافي للمريض أو أنه راجع صعوبة اللغة الطبية التي يستخدمها الطبيب. غير أن الأطباء يصيغون أسبابا أخرى تؤدي إلى عدم تعاون المرضى معهم ومن هذه الأسباب جهل المريض وعدم قدرته على فهم حقيقة مرضه، وهذا الجهل إنما يكون نتاجا طبيعيا لعدم توافر الوعي الصحي لديه، ويؤكد الأطباء أيضا على أن فهم المريض لحقيقة مرضه إنما يرجع أيضا إلى المعتقدات الخاصة طئة التي يؤمن بها المريض[2].

---

(1) - نفس المرجع، ص 89.

(2) - نفس المرجع، ص 91.

رابعا - المعوقات التي تواجه تكامل النسق العلاجي:

معوقات التكامل الثقافي: من المعوقات التي تواجه التكامل الثقافي في النسق العلاجي هي اللغة الطبية حيث أن هناك الكثير من الدراسات التي أجريت في هذا المجال وأثبتت أن استخدام الأطباء لبعض المصطلحات الطبية أمام المرض دون الإهتمام بما إذا كان المريض يفهمها أم لا أمر شائع، وهذه المصطلحات تخلق مشاكل في اتصال الطبيب بالمريض. وجدير بالذكر أنه إذا كانت اللغة الطبيية التي يستخدمها الطبيب أحيانا أمام المريض معوقا من معوقات التكامل الثقافي داخل النسق العلاجي فإنه ينبغي على الأطباء تجنبها لهذا الخطأ عدم استخدام تلك المصطلحات لأن استخدامها إما أن يؤدي إلى فهم خاطئ للمريض عن حالته أو جعله في حالة من الإضطراب والقلق النفسي، ولذا يجب على الطبيب مراعاة ذلك أثناء تعامله معه.

بالإضافة إلى اللغة الطبية التي يستخدمها الأطباء والتي تعوق التكامل الثقافي نجد عائقا آخر وهو الشك حيث يعتبر من أهم معوقات التكامل بين الأطباء والمرضى داخل النسق العلاجي، ويعتبر بارسونز أول من نبه إلى تأثر هذه المشكلة على علاقات الأطباء بالمرضى وخاصة أثناء علاج وتشخيص المرض حيث لاحظ كثير من الباحثين من بعده أن هذه المشكلة حينما تظهر أمام الطبيب فإنه يحاول علاجها بالنفاق أو بالتهرب حتى لا يتصح للمريض عدم تأكده من التشخيص أو العلاج.

3 - أهم النظريات المفسرة لاحتياجات المسنين:

من أهم أهداف البحوث التي تطرقت في مواضيعها دراسة قضايا المسنين هو إكتشاف مفتاح الحياة الناجحة لهم، وتوضيح مختلف العوامل والظروف التي تقود إلى إشباع احتياجات المسنين، وذلك من خلال كشف أهم المشكلات التي يتعرض لها المسنون والسعي إلى توفير الرعاية والحماية اللازمة لهم.

ولقد تعددت النظريات التي إهتمت بموضوع الشيخوخة، بجوانبها المختلفة، فمنها من اهتمت بالجانب البيولوجي أي التركيز على فهم النمو والمشكلات الصحية وأخرى اهتمت بالجانب النفسي لها بتركيزها على نمو الشخصية، ووصفها لمرحلة الشيخوخة بأنها مرحلة من مراحل النمو والتي تسير وفق محددات بيولوجية ونفسية وإجتماعية. أما النظريات الإجتماعية فنجدها قد ركزت على المكانة الإجتماعية التي يحتلها المسن ولتوضيح ذلك أكثر سنقصر على أهم النظريات التي اهتمت بالجانب الإجتماعي.

3 - 1 - نظرية النشاط: يعتبر **فريدمان Frédman وهافيجهرس Havighars 1954 وميلر Miller** 1965 مؤسسي هذه النظرية وهي تقوم على افتراض أن المسنين يمكنهم الاحتفاظ بأكبر قدر ممكن من النشاط، ولأطول فترة ممكنة بالأنشطة والإتجاهات التي اكتسبوها حين كانوا في منتصف العمر، وتبعا لذلك فإنهم سوف يجدون البدائل لأنشطتهم المفتقدة بالعمل الجديد حين يواجهون بالتقاعد، وبتكوين صداقات جديدة حين يفقدون صداقاتهم القديمة بالاشتراك في الأندية

ويفترض هذا النموذج على وجه الخصوص أن على المسنين البحث عن بدائل لأدوار رئيسية أربعة كانت مساندة من قبل حتى نهاية مرحلة الرشد المتوسط وهي فقدان العمل، ونقص الدخل، وضعف الصحة، والتغير في بنية الأسرة، وإذا أمكن للمسن تعويض هذه الأدوار المفقودة فإنه يحقق لنفسه توافقا ناجحا في شيخوخته فالشيخوخة هي مرحلة فرص جديدة لأدوار إجتماعية جديدة، وليس مرحلة انسحاب كلي من الحياة الإجتماعية[1].

إلا أن هذه النظرية لا تلاءم إلا نسبة قليلة من المتقاعدين، ولا تفسر إلا نسبة ضئيلة من معاناة المسنين، فالأفراد الذين كانوا مشغولين لدرجة كبيرة في عملهم، ولم يكن لديهم الوقت الكافي لتنمية اهتمامات وأنشطة متعددة سواء كانت ترويحية أو إقتصادية لم يجدوا لهم مكانا في هذه النظرية ولا يمكن تفهم نظرية النشاط تفهما جيدا إلا من خلال إطار نموذج النشاط وفك الإرتباط.

3 - 2 - نظرية الإنسحاب: أو نظرية التحرر من الإلتزامات أوفك الإرتباط وظهرت عام 1961 وتعتبر من أهم النظريات التي نالت اهتمام العلماء ومنهم **كانتج** و**هنري** و**بوتوينك** وترى أن الشيخوخة الناجحة تتضمن الانسحاب التدريجي من الإطار وتكون على ثلاث مستويات وهي المستوى الإجتماعي، والمستوى النفسي والمستوى الشخصي، وتقوم هذه النظرية على أساس أن الأفراد في أواخر حياتهم يمليون للإنسحاب أو الانفصال عن الآخرين وعن الأنشطة المختلفة، إن هذه النظرية تركز على عملية الإنفصال التي تحدث بين الفرد والمجتمع.

حيث ترى أن المسن ينسحب من العلاقات والتفاعلات الإجتماعية تدريجيا. فهو يتخلى على المكتسبات الإجتماعية التي حققها طوال حياته الإجتماعية نتيجة لما يحدث به من تغيرات نفسية وسوسيولوجية تجعله عاجزا على أداء أدواره بالإضافة إلى أن عملية الانسحاب الإجتماعي والنفسي عامة تبدو في شكل نمطي أو متواتى بالنسبة لمجتمع المسنين، بمعنى أنها تحدث في كل مكان وفي كل العصور التاريخية هذه العملية حتمية بمعنى أنها لابد أن تحدث في وقت ما في مستقبل حياة الفرد عندما يقطع المسنون أنشطتهم وإلتزاماتهم بشكل اختياري أو بإجبار من المجتمع وذلك بالضغط على الفرد على التقاعد عن طريق سن القوانين. دون مراعاة قدرتهم من عدمها على موصلة العمل. فينظر إليه نظرة الإعفاء من المسؤولية عامة وجبره بذلك على التقاعد عن العمل[2].

ونحن نرى أن عملية الانسحاب هذه سواء كانت اختيارية أو إجبارية فإنها تشترك في نقطة العجز والقصور في الوظائف العامة لدى المسنين التي بموجبها تتم هذه العملية.

3 - 3 - نظرية الدور: عرض **أرنولدروز Aemonldrose** 1965 مع زملائه ظاهرة المسنين من خلال ظهور ثقافة فرعية للمسنين حيث جدد "**روز**" طبقة من الأفراد أطلق عليها

---

[1] - سيد يوسف جمعة، مرجع السابق ، ص 55.

[2] - راضية حاج لكحل، ***الصحة النفسية للمسنين***، دراسة مقارنة بين المسن في الأسرة الممتدة والأسرة النواتية بمدينة بسكرة، رسالة ماجستير، قسم علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 2، بوزريعة، 2008، ص 55.

جماعة المسنين الواعيين، وهم هؤلاء الأشخاص الذين يدركون أنهم كبار في السن، وأنهم خاضعون لحرمان ما بسبب كبر سنهم، وأنهم يستجيبون بعدم الرضا، وببعض الجهد الإيجابي للتغلب على ذلك، ويكتسبون إحساسا بالتوحد مع غيرهم من المسنين بسبب إدراكهم لتلك التحديات، وهذا يعني فقدان إجباري لبعض تلك الأدوار، واكتسابا إجباريا لأدوار مرغوبة ثم واصل **"روز"** تقديم منظوره لتحديد أنماط متعددة الاستجابة للأدوار المتغيرة فهناك من بين المسنين من لم يجد أي حرمان فكبر السن بالنسبة إليهم هو إستمرار لنمط خبرة في حياتهم المبكرة أو سنوات رشدهم الأوسط، أما الآخرون فقد مروا بخبرة فقدان الأدوار واستسلموا للموقف، ولم يبحثوا عن بدائل، وهناك صنف ثالث ينقسم على فرعين: الفرع الأول: هؤلاء الذين ينجحون في خلق أدوار جديدة مستقلة أي يصبحون مرتبطون مرة أخرى، والفرع الثاني: هؤلاء الذين يخلقون أدوار جديدة في مجتمع فرعي مسن يختلف عن المجتمع العام الكبير[1].

3 - 4 - النظرية التنموية: وهي نظرية تنتقد ما جاء في نظرية النشاط ونظرية الانسحاب، حيث ترى هذه النظرية أن التكيف مع الشيخوخة يمكنه أن يستمر في عدة اتجاهات، وهناك بعض العلماء أطلقوا على هذا المنظور نظرية الإستمرار، حيث تفيد نتائج كثير من الدراسات بأن المسنين الذين يمارسون نشاطات وأعمال، يكونون أكثر رضا عن حياتهم من المسنين المنسحبين من العمل.

وعندما يفشل المسنون في أن يظلوا مشغولين ببيئتهم الطبيعية فإن منبع فشلهم يكمن في البيئة الإجتماعية نفسها، وليس نتيجة شيخوختهم. حيث أن هناك عوامل أخرى مثل: المكانة في العمل، والحالة الصحية، والموارد المالية، والأدوار الإجتماعية، تؤثر على قدرة المسن بأن يتمتع بحياة مرضية وعليه فإن العوامل والتغيرات الإجتماعية والإقتصادية هي التي تؤثر في ظهور مشكلات وليس التغيرات الداخلية البيولوجية والنفسية[2].

3 - 5 - نظرية التبادل الإجتماعي: بدأت هذه النظرية بفكرة جديدة قدمها **هوماتز Humans** في 1961 وهي السلوك الإجتماعي كتبادل، ثم تطورت أكثر على **يد بلاو Blau** 1961 **وايمرسون Emerson** 1962-1992 في تحليلهما للتبادل والسلطة في الحياة الإجتماعية وقوام النظرية هو أن: التفاعل بين الأفراد أو الهيئات الجماعية يمكن وصفه على أنه محاولات للوصول إلى الحد الأقصى من المكافآت وتقليل التكاليف.

---

[1] - محمد شاذلي عبد الحميد، المرجع السابق، ص 136.

[2] - محمد سيد فهمي، ***الرعاية الإجتماعية للمسن***، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 1999، ص 47.

تقوم نظرية التبادل الإجتماعي على فرضين رئيسين:

الأول: أن القدر الذي يحوزه المسنون من موارد القوة بالنسبة إلى فئات العمر الأخرى يتناسب طرديا مع درجة تحديث المجتمع، وبعكس المسنين في المجتمعات التقليدية، فإن المسنين في المجتمعات الصناعية لديهم موارد قليلة للقوة لتبادلها في التفاعل الإجتماعي اليومي.

أما الثاني: أن هناك علاقة انحنائية بين العمر الزمني ودرجة موارد القوة، فامتلاك موارد القوة يميل إلى أن يكون محدودا في فترة الشباب ثم يزيد خلال العمر الأوسط المتأخر، ثم يقل بحدة في سنوات العمر المتقدم[1].

3 - 6 - النظرية التفاعلية الرمزية: ترى هذه النظرية أنه تم حسم الصراع بين النظريات المختلفة من خلال الايمان بأن كل نظرية تعتمد على الآخرى، فالتفسيرات المتعلقة بتكيف ورفاهية المسنين ما زال ينظر إليها في ضوء إطار العمليات التنموية أو الشخصية، كما ترى هذه النظرية أن النظريات الذاتية لا تفسر مسألة الانسحاب الإجتماعي. ولا النتائج الحديثة التي مؤداها أن المجتمع قد يمارس إعادة المشاركة. ومن ثم ظهرت الحاجة إلى إطار نظري آخر لتفسير ظواهر الشيخوخة الناجحة في سياق بيئة تفاعلية وهي بيئة خاصة بالناس والأشياء معا.

إن عملية التنشئة الإجتماعية بالنسبة للشخص البالغ تحدث العديد من التغيرات في الظروف الإجتماعية وهذا يتطلب تكيفا في طرق المشاركة في المجتمع، ونجد أن التغير في الظروف الإجتماعية تمثل نقطة تحول هامة، ولكن الانتقال الفعلي من كيان قديم إلى آخر جديد يتم من خلال عملية التنشئة الإجتماعية. وترى هذه النظرية أن الناس الذين يكبرون في السن قد لا يستطيعون الحفاظ على كيانهم وأدوارهم التقليدية ومن أجل تعويض ذلك يجب أن يبحثوا عن كيانات بديلة مع أدوار إجتماعية بديلة. وهذه النظرة تتشابه في الخطوط العريضة مع النظريات السوسيولوجية.

هنا نجد دراسة **كافان** التي تعتبر إسهام كبير من جانب أصحاب النظرية التفاعلية التي تفسر علم الشيخوخة الإجتماعي، كما أن تأثير هذا المدخل واضح في دراسة أعضاء مجلس " ميدويست" للبحث الإجتماعي عن الشيخوخة ومن أمثلتهم كراسيت **Christ** "1965" الذي تناول التغيرات العمرية وعلاقتها بتغير المكانات وعمليات إعادة التعريف المصاحبة للأدوار الإجتماعية[2].

---

[1] - راضية حاج لكحل، المرجع السابق 58.

[2] - يحي مرسي عيد بدر، ***المسنون في عالم متغير***، مقدمة في علم الشيخوخة، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الاسكندرية، الطبعة الأولى، 2007، ص 193 .

4 - علم الإجتماع والشيخوخة:

4 - 1 - خلفية تاريخية: لا تعتبر مرحلة الشيخوخة، بالظاهرة الطارئة التي تصيب أفراد المجتمع بل هي واحدة من مراحل تطور الإنسان ونموه، ولقد حاولت الكثير من الكتابات منذ القديم وصف هذه المرحلة فظهرت مؤلفات مختلفة كان أولها ما أمثار إليه **هيبو قراط** أبو الطب في العصر اليوناني القديم عن أعراض الشيخوخة، ثم توالت الكتابات الأدبية التي تمحورت معظمها في وصف السمات السلوكية المميزة للمسن وأهم الأعمال التي تناسبهم وفقا لقدراتهم الخاصة.

في عام 1922 أصدر Hall كتابه عن النصف الثاني أو الأخير من عمر الانسان واصفا فيه التغيرات البيولوجية والنفسية التي تحدث خلال هذه الفترة، وكان أول إستخدام للتفكير العلمي في مشكلات المسنين متمثلا في كتاب **كلودري** 1939 عن مشكلات للشيخوخة والذي صنف فيه الكثير من التغيرات البيولوجية والطبية التي ظهرت خلال هذه المرحلة إشادة لعلم دراسة الشيخوخة الذي أدرى إلى إزدياد الاهتمام بالمسنين فصدرت الدوريات العلمية المتخصصة وأنشئت الجمعيات الدولية وعقدت المؤتمرات وأقرت بضرورة تكوين وحدات البحوث المتخصصة، كما أخذ التطور الأكاديمي لأبحاث الشيخوخة منحا أكاديميا منهجيا فظهرت العلوم المتخصصة التي تهتم بدراسة هذه المرحلة العمرية من مراحل النمو الإنساني[1].

كما أصدر عالم الإجتماع البريطاني المعاصر **بيترتاونسند** كتاب عن الحياة العائلية لدى المسنين، واعتمد في تألفيه على دراسة عميقة أجراها في لندن، وكان السبب الرئيسي وراء هذه الدراسة هو إزدياد الشعوربالقلق في بريطانيا على المسنين الذين كانوا يتزايدون في العدد بسرعة عالية والذين كانوا يعانون من الوحدة والعزلة والانقباض نتيجة لشعورهم بالإهمال من أولادهم وأقاربهم ومن الدولة على سواء، وقد اعتبر صدور هذا الكتاب إيزانا ببدء إهتمام السوسيولوجين والانتروبولوجيين يزداد بدراسة الشيخوخة كظاهرة إجتماعية وبحياة المسنين في المجتمع العربي المتقدم والعلاقات الإجتماعية التي تقوم بين مختلف الأجيال والدور الذي يلعبه المسنون في حياة المجتمع المعاصر والمشكلات التي يعانون منها ونظرة المجتمع والدولة إليهم والخدمات التي تقدم لهم ويقارنون هذا كله بما سيحدث في المجتمعات التقليدية والمتخلفة.

[1] – حياة مسعودي، المرجع السابق، ص 22.

كما ظهرت دراسات عالجت مشكلة الشيخوخة في بعض المجتمعات المحلية في بريطانيا وفي بعض الدول الأوروبية، وخاصة في فرنسا حيث نجد بالذات سلسلة طويلة من مشروعات البحوث الكبرى عن سيكولوجية الشيخوخة وكانت تهتم بتغيرات السن وأثرها في الذاكرة وفي الوظائف العصبية والحركية وكذلك تأثير التعليم على تراجع هذه الوظائف عند المسنين[1].

وعموما نجد أن الاهتمام بدراسة الشيخوخة من الناحية الإجتماعية إهتمام حديث نسبيا رغم ما أحرزه من نجاح وتقدم، وأن معظم المحاولات تدرس المشكلة في جماعات وفئات معينة بالذات، أو في مجتمعات محلية محددة لتحقيق أكبر قدر ممكن من الدقة العلمية والتعمق في التحليل.

4 - 2 - مجالات الدراسات السوسيولوجية للمسنين: يميل علماء الاجتماع إلى التركيز على العلاقة بين المسنين والمجتمع، ودراسة المعايير التي يخضع لها المسنون في حياتهم وأدوارهم الإجتماعية ومدى إستمرارهم في أدوارهم القديمة أو عجزهم في الوفاء بالأهداف المحددة ومن أمثلة علماء الاجتماع الذين درسوا هذه الموضوعات.

ديفيد رايزمان David riesman: وهو عالم اجتماع شهير في جامعة شيكاغو وقد أوضح وجود علاقة بين التعريف الثقافي والمكانة الإجتماعية للمسنين، وهو يرى أن إذا ظلت الظروف الثقافية ثابتة وغير متغيرة فإن المسنين يستطيعون التكيف مع عملية الشيخوخة وقد أطلق على هذه الظروف اسم العناصر الثقافية الوقائية وأدخل ضمنها مكونات المكانة الإجتماعية مثل العمل والطاقة والمركز. وقد حالت عملية الشيخوخة بين المسن وهذه المكونات، وهكذا فقد نظر إلى هذه العملية كنوع من اللغز حيث أن الظروف المطلوبة لضمان التكيف مع المسنين كانت تدمرها عملية الشيخوخة.

هناك فانيل جنزبرج Raphael ginzburg: وهو من علماء الإجتماع الذين أوضحوا أهمية الجانب الإجتماعي في تناول عملية الشيخوخة فقد أوضح أن الوضع السيء للمسنين في المجتمع الأمريكي يتبع من الإتجاه السلبي للمجتمع نحوهم ومن أسباب ذلك فهو يرى أن المسنين فقدوا أسباب الحياة وأصبح مقدرا لهم التدهور والتداعي وهذا قليل من الفرص الإقتصادية والإجتماعية للمسنين مما دفعهم إلى الخمول والتواكل أمام فقدان أي قدرة فيزيقية أو كفاءة عقلية.

هناك ميتون بارون ,Miton barro: وهو من علماء الإجتماع المدافعين عن التفسير الإجتماعي للشيخوخة حيث ذهب إلى حد تقديم أحد النماذج المبكر لفهم الشيخوخة كظاهرة إجتماعية. ونجد أن مكونات هذه الصورة الجماعية بما في ذلك البطء وعدم الكفاءة العصبية والفيزيقية وعدم القدرة على التعلم قد حرمت المسنين من فرص المشاركة الإجتماعية وترتب على ذلك تعامل المسنين مع المجتمع بأسلوب جماعة الأقلية المليئة بالمرارة والمعارضة والكراهية[2].

---

[1] - يحي مرسي عيد بدر، المرجع السابق، ص 116.

[2] - نفس المرجع، ص 119.

إن علماء الإجتماع كمثل الفسيولوجين وعلماء النفس قد ركزوا على تدهور الأفراد مع تقدمهم في العمر ويركزون أكثر على تدهور العلاقات الإجتماعية للمسن مع بيئة المحيطة. وهذا التدهور بين الفرد والمجتمع يرجع إلى تدهور القدرات السيكولوجية والفسيولوجية للمسن ولقد ركزت الدراسات الإجتماعية عليه بصفته كيان اجتماعي يؤثر في الظروف الإجتماعية المحيطة ويتأثر بها.

5 - 3 - علم الشيخوخة الإجتماعي: لقد أوضح علم الشيخوخة الإجتماعي أنه مع تقدم الأفراد في العمر تتقلص علاقاتهم بالجماعات الإجتماعية، وتحدث العديد من خسائر الدور تماثل التدهور السيكولوجي والفيزيقي ومن بين المجالات التي تتدهور فيها الروابط الإجتماعية للمسنين نجد:

1 – فقدان روابط العائلة مع تدهور العائلة الممتدة وإنهيار رابطة الزواج بسبب وفاة أحد الزوجين.

2 – فقدان قيادة المجتمع والمشاركة واستبدالها على المجتمع كمقدم للخدمات.

3 – فقدان الأدوار المهنية الخاصة بالمسن وفقدان الإتجاهات أو الروابط التي تعتمد عليها.

4 – تدهور الرفاهية الإقتصادية وفقدان البيت المستقل والانتقال إلى مساكن المسنين.

5 – فقدان سيطرة الإنسان على حياته وقراراته والتنازل عن الاختيارات لأبنائه.

6 – فقدان التفاعل مع الأشخاص الصغار عموما.

7 – فقدان الأمل بالمستقبل.

8 – فقدان الإنسان لقيمته المفيدة لمجتمعه.

وتعتبر **التنشئة الإجتماعية: Socialisation** من المجالات الهامة للدراسات السوسيولوجية للمسنين فالبشر دوما يتفاعلون مع بعضهم البعض وخلال ذلك يطورون أنماطا سلوكية ملائمة توضح ما ينبغي أن يكون وما يستحق الفعل وكيفية تنظيم الأنشطة المختلفة لمتابعة الأهداف، وهذه الأفكار والقيم والأفعال تختلف بإختلاف الثقافات والتي تتحدد وفقا لمفهوم أعضائها وتصوراتهم عن العالم[1].

ومن خلال عملية التنشئة الإجتماعية يتعلم الأعضاء المنتمين لثقافة ما الكيفية التي من المتوقع أن يتصرفوا بها وكيفية شغل المراكز المتاحة أمامهم، وهذه التصرفات تحدث في هذه البيئات، ولذا نجد علماء الشيخوخة الإجتماعيون يدرسون طرق إرتباط الجماعات العمرية المختلفة بالمجتمع الذي يعيشون فيه وخصوصا العلاقات بين المسنين وباقي المجتمع

[1] - نفس المرجع، ص 120.

ونتائج هذه العلاقات مثل العزلة والإعالة الإقتصادية وفقدان الدور، ودرسوا كيفية الحفاظ على هذه العلاقات وكيفية تطوير معايير السلوك الخاصة بالمسنين والحفاظ عليها.

من ناحية أخرى نجد أن البحوث في مجال علم الشيخوخة الإجتماعي تناولت كيفية إعداد المسنين أنفسهم لمرحلة الشيخوخة من خلال ما يسمى بعملية التنشئة المرتقبة وهي "العملية التي يمكن من خلالها معرفة السلوك المتوقع في ظل الأدوار الجديدة قبل شغل هذه الأدوار" [1].

[1] - نفس المرجع، ص 121.

الفصل الثاني

مرحلة الشيخوخة والأمراض المصاحبة لها

I - مرحلة الشيخوخة

1 - أسباب الاهتمام بدراسة مرحلة الشيخوخة.

2 - طبيعة الشيخوخة والتغيرات المميزة لها.

3 - خصائص المسنون والحاجات الأساسية.

4 - مشكلات الشيخوخة.

II - الأمراض المصاحبة لمرحلة الشيخوخة

1 - مقاومة مرحلة الشيخوخة كمرض.

2 - الأمراض البدنية الشائعة بين المسنين.

3 - الأمراض النفسية والإضطرابات العقلية والعصبية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة.

I – مرحلة الشيخوخة:

1 - أسباب الاهتمام بدراسة مرحلة الشيخوخة: اهتم علماء الأنتروبولوجيا بدارسة ظاهرة الشيخوخة وذلك من خلال الأساطير والتراث القديم في المجتمعات القبلية البدائية " ولقد كان هناك إرتباط بين المسنين والأنتروبولوجيين منذ عهد بعيد. فقد كان المسنون هم المرشدين الأساسيين للأنتروبولوجيين في العديد من الثقافات التقليدية والدراسات المنهجية للعمر والشيخوخة. وتعتبر البحوث الأنتربولوجية عن الشيخوخة البداية لتسجيل مدى التباين المطلوب لتفسير المؤثرات الثقافية على عملية الشيخوخة ودور المسنين في المجتمعات المحكمة أو الجماعات الفرعية، وساعدت تلك البحوث على استكشاف المنظور الداخلي للمسنين وكذلك فهم عمليات الشيخوخة في سياق التنظيم الإجتماعي الأكبر. ونجد **Leo simoms** وهو أنتروبولوجي في جامعة ييل yale عالج الشيخوخة كظاهرة ثقافية ووضع مؤلفا بعنوان" دور المسنين في المجتمع البدائي" عام 1947. وقدم إطارا فلسفيا تصور من خلاله أن مكانة المسنين عبارة عن متغير ثقافي ومن ثم فإن التعريفات الثقافية للشيخوخة تساهم في تشكيل سلوك المسنين وترسم ملامح معاملة المجتمع لهم.

في هذا الإطار تناولت **ما رجريت ميد Margaret mead** الأعباء التي فرضتها الحضارة الصناعية الحديثة على كاهل المسنين، وتعود هذه الثقافة كثيرا على الإستقلال ولكنها في الوقت ذاته ربطت بين كبر السن وفقدان الاستقلال. وعرفت عملية الشيخوخة في ضوء التدهور والفشل وأعلت من شأن الشباب وسخرت من المسنين. وقد تعاونت ما رجريت ميد مع العلماء الذين إهتموا بتحسين الوضع الإجتماعي للمسنين وأوضحت أن هناك اختيارين أساسيين أمام علماء الشيخوخة الإجتماعيون وهما.

أ – محاولة تغيير المؤسسات الإجتماعية مثل العائلة والمصنع والإقتصاد.

ب – إعادة تعريف الشيخوخة بحيث يؤدي ذلك إلى الربط بينها وبين الاعتماد على الآخرين.

وعلى الرغم من كل هذا إلا أن الأنتروبولوجيون إهتموا بعلم الشيخوخة. حيث أن الجلسة الأولى المخصصة للشيخوخة في الاجتماعات السنوية للاتجاه الأنتروبولوجي الأمريكي كان عام 1965[1].

ولقد بينت بعض الدراسات للمسنين في مجتمعات عديدة اختلافا في النظرة ومعاملة المسنين حيث توضح لنا دراسة حول المسينون في مجتمعات بدائية أن المجتمع البدائي بحكم تنظيمه القبلي القائم على القرابة يعطي أهمية بالغة للتكامل الإجتماعي بين أفراد الجماعة، كما كانت نظرتها إلى المسنين والشيخوخة مختلفة عن المجتمعات الحديثة وربما كان السبب

[1] - يحي مرسي عيد بدر، المرجع السابق، ص 151.

الرئيسي في هذا الاختلاف هو أن الظروف والأحوال العامة في المجتمع البدائي لا تسمح إلا لنسبة ضئيلة جدا من السكان بأن تعيش حتى مرحلة الشيخوخة، وذلك نظرا لانخفاض مستوى العناية الطبية وتفشي الأمراض والأوبئة. ولذا فإن الشيخوخة كعملية بيولوجية تكاد لا تكون مفهومة تماما حيث يموت الناس في العادة في سن صغيرة نسبيا.

فتعتبر عندهم الشيخوخة ذاتها انجازا له أهمية ومكانة متميزة وتجلب لصاحبها الاحترام فأهمية الفرد في المجتمعات البدائية لا ترتبط بالضرورة بقدرته على الإنتاج الإقتصادي، بل يضطلعون بدور حيوي هام في عملية الانتاج ويتمثل في الشعائر والطقوس السحرية والدينية التي يمارسها الشيوخ وتعتبر ممهدة للنشاط الإقتصادي ومتممة له.

إن المسنين في المجتمعات البدائية يشاركون مشاركة فعلية فعالة في حياة المجتمع وأنهم يشعرون بذلك. كما أن المجتمع ذاته يشعرهم بحاجته إليهم وهذه مواقف نكاد لا نجد لها مثيلا في المجتمعات الصناعية المتقدمة حيث أن المسنين في المجتمعات البدائية يتمتعون بدرجة عالية جدا من الإحترام ويلقون عناية كبيرة من أفراد المجتمع وتعتبر الشيخوخة أفضل فترات العمر ولا تعتبر بأنها مرض أو حالة باتولوجية ولا تنظر إلى المسنين على أنهم عبء ثقيلا[1].

نفس الإهتمام كان يحظى به المسنين في المجتمعات القديمة والنامية حيث أن المسنين يواظبون على العمل طالما استطاعوا القيام به وكان العرف السائد يقر بذلك، ولقد كان المسنون منذ العصور القديمة محل اهتمام وتقدير، وكانت آراؤهم محترمة وكانت المجتمعات الصغيرة التي يعيشون فيها تلجأ إليهم لفض مشاكلهم واستشارتهم في أمورهم مثلما ذكره لنا التاريخ عن الحكماء المسنين الذين كان الملوك والزعماء يلجأون إليهم لإستجلاء آرائهم. حيث أن حكمة وذكاء وخبرة المسنون كانت مصدر احترام لهم ففي **الصين** كان المسن يشعر بالرضا عن حياته ويستعد للموت بعدما عاش حياته بحلوها ومرها ورأى أطفاله وأحفاده يكبرون ويتمتعون بالصحة ويطيعون والديهم ولكن المسنين الآن يتقاعدون ويعملون بأجر زهيد في بعض الأنشطة لتوفير الإمكانيات الإقتصادية .

أما في **الهند** فيقوم النسق الإجتماعي على نظام الطائفة ويقوم على أسلوب مميز للتساند والتفاوت والسيطرة أو الخضوع بين كل جماعة وأخرى. ونجد أن مصطلح المسن في المجتمع الهندي يعتبر مرادفا للقائد، ولكن في الوقت ذاته نجد أن العمر وحده ليس كافيا لتأهيل الرجال للقيادة بل ينبغي أن يكون له ثروة علمية.

وفي **الدول العربية**: زادت أعداد السكان بصفة عامة في الآونة الأخيرة وانعكس ذلك أيضا نتيجة للتقدم الصحي وبذلك زيادة عدد المسنين ونسبة المعمرين، وقد ترتب على زيادة أعداد المسنين في مصر أن حجم المشكلة الطبية وصل ما بين مرتين وثلاث مرات حجم المشكلة

[1] - نفس المرجع، ص 253.

الإجتماعية مما يلقي عبئا على الأجهزة والأفراد هذا ما أدى إلى الاهتمام بدراسة المشاكل الطبية والإجتماعية للشيخوخة وقد صدر قانون رقم 116 لسنة 1950 في شأن الضمان الإجتماعي ومن بين المستفيدين من هذا القانون الأشخاص الذين بلغوا سن الشيخوخة.

أما المسنون في **المجتمعات المتقدمة**: فتختلف النظرة إليهم وذلك بالاهتمام بدراسة الشيخوخة. ففي بريطانيا جرت العديد من الدراسات التي تحاول تتبع مكانة المسنين وخصوصا عند مقارنتهم بالأوضاع السائدة في العائلة البريطانية في مرحلة ما قبل الصناعة وعلم الاجتماع التاريخي يقدم طريقة لفحص التطور المجتمعي والشيخوخة أي من خلال التعرف على كيفية تغير عملية الشيخوخة ووضع المسنين على مدى الزمن. ولقد كانت العائلة البريطانية المعاصر تعامل المسنين بشكل مختلف عن العائلة في فترة ما قبل الصناعة حيث أن المسنين لم يسمحوا لأبنائهم المتزوجين بالعيش معهم. كما أنهم لم يذهبوا لكي يعيشوا في بيوت أبنائهم المتزوجين، والنسب تشير إلى أن المنزل الذي يعيش فيه عدة أجيال لم يكن هو المرفق العادي لدعم المسنين.

أما المسنون في **الولايات المتحدة الأمريكية**: إن مؤتمر البيت الأبيض الذي تناول المسنين في يناير عام 1960 يمثل علامة بارزة على اهتمام الامريكين بالمسنين، وقد تم حث الكونجرس في أواخر الخمسينات من هذا القرن على إنشاء لجنة فرعية للمسنين والشيخوخة ولكنه فشل في بعض من المذكرات التي تستهدف تقديم التأمين الصحي والرعاية الطبية وبناء دور التمريض لمواجهة أهم حاجات المسنين ومن أهم المشكلات التي تواجه مقدمي الخدمة والرعاية الإجتماعية للمسنين الأمريكين نجد: الاشمئزاز الشخصي من الشيخوخة، حيث يعتبر أهم سبب للعديد من الصعوبات في الإتجاهات نحو الشيخوخة، كذلك الخوف من العجز والإحساس بعدم الفائدة والموت. حيث أن الخوف من التغيير والتدهور الفيزيقي والذي من المتوقع أن تجلبه الشيخوخة والموت يعتبر عاملا آخر يؤثر في اتجاهات الباحثين المتخصصين. بالإضافة إلى التقاعد الإجباري وهو يساهم في إبعاد المسنين عن مجرى الحياة الرئيسية[1]. فالنسق الإقتصادي السائد يتطلب منهم الانسحاب من المشاركة النشطة بغض النظر عن مدى كفاءاتهم وهنا تظهر التأثيرات الإقتصادية كنقص المورد المالي والتغيرات الإجتماعية مثل الانسحاب والعزلة التي قد تؤدي بالمسن إلى الإصابة بإضطرابات عصبية وخاصة مرض الزهايمر.

بالإضافة إلى أن هناك العديد من الأسباب وراء زيادة الإهتمام بدراسة الشيخوخة ومنها الأسباب الديموغرافية حيث أن الناس يعيشون الآن لمدة أطول بسبب الخدمات الصحية الأفضل وأدت الزيادة الكبيرة في أعداد المسنين إلى تحويل مشكلتهم من مجرد مشكلة عاطفية تهدف إلى العطف على هؤلاء المسنين دون القيام بأي إجراءات ايجابية لعلاجه إلى

[1] - نفس المرجع، ص 267.

اتخاذ الوسائل المناسبة لتحسين حياتهم، بالإضافة إلى أن قضايا المسنين اتخذت مكانا بارزا في الاجتماعات الدولية والإقليمية مما أتيح الفرصة أمام المتخصصين في مختلف الجوانب إلى ضرورة التفكير في الاستفادة من معطيات تلك الاجتماعات في صياغة برامج وخطط الرعاية الواجبة للمسنين.

كما تؤكد الإحصاءات أنه من خلال الفترة من عام 2000 إلى 2050 سوف تتزايد أعداد المسنين من 2114 مليون نسمة على المستوى العالمي إلى 11121 مليون نسمة بنسبة تزيد عن 22 % من مجموع سكان العالم وأن فئة المسنين هم أكثر الفئات العمرية تزايدا وإضطرادا في فئات السكان، حيث تؤكد الدراسات أن نسبة المسنين في إفريقيا بواقع 152 % وفي آسيا 154 % وفي أمريكا 137 % ونفس النسبة في أوروبا وذلك خلال القرن الحالي[1].

كما ترجع الأسباب لدراسة المسنين إلى ما شكلته هذه الفئة في الشكل العام للسكان في العالم. حيث أدت زيادة أعداد المسنين إلى ظهور تركيب عمري جديد مما يحتم أهمية البحث في أنساق تنموية وإجتماعية وإقتصادية تساعد على خلق أدوار فعالة لهذه الفئة المتزايدة. بالإضافة إلى ضرورة التعرف على شكل التغيرات في شتى النواحي التي تعتري أفراد هذه المرحلة، طبيعة هذه التغيرات وخصائصها وكذا دراسة المشكلات المعالجة لها وتوضح كيفية تفسيرها وعلاجها.

كما أخذت الدوريات العلمية في نشر تقارير وأبحاث عن التقدم في السن ولقد أصدر جرنال الشيخوخة في عام 1943 Journal of gerontology بوساطة جمعية الشيوخ في و.م.أ وكانت تنشر مقالات وأبحاث ذات صلة بالعلوم البيولوجية والطب العلاجي وعلم النفس وعلم الإجتماع والخدمة. كما أنشئت جمعية دولية للشيوخ في أوربا عام 1956 عقدت مؤتمرات دولية أين التقى كثير من العلماء لإلقاء الأبحاث ومناقشة المشكلات الخاصة بالشيخوخة. كما أصبح هناك اعتراف متزايد بعلم الشيخوخة كنوع متميز من البحث[2].

2 - طبيعة الشيخوخة والتغيرات المميزة لها:

تعرف الشيخوخة بأنها التغيرات الفسيولوجية غير قابلة للرجوع، والتي تحدث في الجسم نتيجة لتقدم العمر وتستمر بصفة تصاعدية إلى أن تصل إلى العجز التام والموت. وإن وصول الإنسان إلى مرحلة الشيخوخة تصاحبه العديد من التغيرات البيولوجية والنفسية فنجد تدهور في الوظائف العصبية مثل ضعف الذاكرة النسيان ومظاهر تخريف الشيخوخة كتكرار الحديث ذاته عدة مرات ونسيان الأبناء والأهل، البطء في التفكير والإحالة إلى التقاعد وافتقاد شريك الحياة وابتعاد الأبناء عن الأسرة كل ذلك يشعره بالغربة والخوف.

(1) - يحي مرسي عيد بدر، المرجع السابق، ص 35.
(2) - عبد الرحمن عيسوي، ***إضطرابات الشيخوخة وعلاجها***، المرجع السابق، ص 10.

لم يتفق الباحثون على تعريف شامل للشيخوخة، ويعود السبب في ذلك إلى أنها ليست من الظواهر الثابتة التي تحدث في المرحلة الأخيرة من حياة الفرد مرتبطة بالتقدم في السن فقط، ولكنها حالة تتأثر أيضا بفسيولوجية الفرد ونفسيته وبالبيئة الإجتماعية والإقتصادية والثقافية التي يعيش فيها[1].

كما تعرف بأنها مرحلة زمنية من مراحل العمر المتتابعة يصل إليها الإنسان بعد سن الخامسة والستين، فهي عملية حيوية طبيعية تتأثر بنمط الحياة، وبعوامل البيئة والوراثة لذا تجب الرعاية المبكرة التي تقي من أمراض الشيخوخة المستقبلية. بالإضافة إلى أن الشيخوخة وضع نفسي، جسمي عام يتسم بالضعف والانحدار في قوى الشخص وأبنيته المختلفة ناجم عن تغيرات جسيمة ونفسية تحدث في المراحل المتأخرة من حياة الشخص وتؤدي تلك التغيرات إلى خلل يصيب العمليات الحيوية الدقيقة التي يعتمد عليها الجسم في إعادة بناء ما يتلف منه[2].

2 - 1 – طبيعة الشيخوخة: تعتبر الشيخوخة مرحلة زمنية من مراحل العمر المتتابعة يصل إليها الإنسان بعد سن الخامسة والستين. فهي عملية حيوية طبيعية تتأثر بنمط الحياة وبعوامل البيئة والوراثة، لذا تجب الرعاية المبكرة التي تقي من أمراض الشيخوخة المستقبلية.

كما أنها عملية يشترك فيها الإنسان بدرجات متفاوتة وهي تتضمن التفاعل المستمر للعديد من المتغيرات الفيزيقية والإجتماعية والفكرية والوجدانية، إنها عملية تستوجب من الأفراد تأمل سلسلة من المراحل الإنتقالية خلال تقدمه في الحياة.

إن مشكلة تعريف الشيخوخة من أكثر المشكلات تعقيدا مقارنة بما قد يبدو لأول وهلة. وتعتبر ظواهر الشيخوخة معقدة أساسا وقد يتم تناولها من عدة منظورات ونجد أن العلوم المختلفة تعطي كل منها أولوية بجانب معين من عملية الشيخوخة ويقدم **بيرن ورينر Birren and Renner** تعريف للشيخوخة: " تشير الشيخوخة إلى التغيرات المنتظمة التي تحدث في الكائنات العضوية الناضجة وراثيا والتي تعيش في ظل الظروف البيئية الممثلة وذلك مع تقدمهم في العمر الزمني"[3] إن هذا التعريف يركز على الشيخوخة كعملية نمو والتي من خلالها يتم تحديد فترة النضج من خلال الهرم مع تغيير الإهتمام اتجاه الأحداث التقليدية التي قد تؤثر على بعض الأفراد بأسلوب لا يمثل أي نوع، كما يركز على أن المؤثرات البيئة يمكن أن تتفاعل مع عملية الشيخوخة.

---

(1) - هدى محمد قناوي، ***سيكولوجية المسنين***، مركز التنمية البشرية والمعلومات، الطبعة الأولى، الجيزة، 1987، ص 3.

(2) - علي جاسم عكلة الزبيدي، المرجع السابق، ص 37.

(3) - يحي مرسى عيد البدر، المرجع السابق، ص 27.

إن الشيخوخة كما حددها العالم **أليكس كمفرت Alex confort** "ليست إلا عملية إفساد وتلف تدريجي، وأن ما يقاس فيها إنما يظهر على هيئة نقص في الحيوية أو زيادة في العطب". والشيخوخة كما يعرفها **ميداوار P.B Nedawar** "هي التغير الذي يعتري القدرة الجسدية والأحاسيس والطاقات التي تلزم الفرد في شيخوخته بحيث تؤدي به تدريجيا إلى الموت"[1].

كما يعرفها **عبد السلام زهران حامد** على أنها: " مجموعة تغيرات جسمية ونفسية تحدث بعد سن الرشد في الحلقة الأخيرة من الحياة، ومن المتغيرات "العضوية" الضعف العام في الصحة ونقص القوة العضلية وضعف الحواس، وضعف الطاقة الجسمية والجنسية بوجه عام، ومن المتغيرات النفسية ضعف الانتباه والذاكرة، وضيق الاهتمامات والمحافظة وشدة التأثر الانفعالي والحساسية النفسية "[2].

إذا حاولنا أن نصف الشيخوخة بأسلوب فعلينا الاعتراف بأن هذه المرحلة التي يتقدم فيها السن بالإنسان ترتبط بتدهور وترد في الحالة الصحية والنفسية والإجتماعية بصفة عامة مقارنة بمراحل العمر السابقة كما ترتبط بالضعف والوهن وانحصار النشاط والإخفاق في الاحتفاظ بالوظائف المعتادة للإنسان، ويؤدي الانخفاض الملحوظ في المناعة والقدرة على التحمل إلى التعرض للإصابة بالأمراض المختلفة في نفس الوقت. كما أن اختلال المناعة قد يكون وراء زيادة الإصابة بالسرطان، كما تؤكد بعض النظريات أن الوهن الذي يصيب مناعة الإنسان مع السن المتقدمة قد يكون هو الأصل في كل ما نراه من مظاهر الشيخوخة وما يترتب عليه من تغيرات جسدية نفسية[3].

ويرى **برومللي** أن مرحلة الشيخوخة تنقسم إلى أربعة مستويات وهي:

- **المستوى الأول:** فترة ما قبل التقاعد: وتمتد من 55 سنة إلى 65 سنة، وفيها تتزايد السرعة التي يحدث بها العديد من التغيرات الحادة وانخفاض القدرات العقلية الوظيفية وتزايد معدل الأمراض والإضطرابات الوجدانية.

- **المستوى الثاني:** فترة التقاعد: وتبدأ هذه المرحلة من حوالي سن الخامسة والستين إلى سن السبعين وتتسم بتحول سريع في الظروف الإجتماعية والإقتصادية والتكوين النفسي للفرد، فالمسن هنا يفك ارتباطه بمهنته الأساسية وهذا يؤدي إلى سلسلة من التغيرات سواء من النشاطات اليومية أو الاتصالات الإجتماعية ومستويات المعيشة، كما تؤدي الآثار المتزايدة للتقدم في السن إلى تزايد احتمالات المرض والعجز وفك الارتباط بالعديد من الاهتمامات الإجتماعية لعدم القدرة على مواجهة المطالب البدنية والنفسية.

---

(1) - نفس المرجع، ص 29.

(2) - عبد السلام زهران حامد، المرجع السابق، ص 343.

(3) - لطفي عبد العزيز الشربيني، ***أسرار الشيخوخة، مشكلات المسنين وكيفية العلاج***، دار النهضة العربية ، بيروت، د ت، ص 12.

- **المستوى الثالث**: فترة التقدم في العمر وتمتد من حوالي سن السبعين وتتصف بقصور قدرة الفرد عل التعامل مع شؤون الحياة اليومية العادلة وفي هذه المرحلة يكون الإنسان قد فك ارتباطه تماما من المسار الرئيسي للنشاط الإجتماعي والإقتصادي وتتوقف مكانته للعديد من الاعتبارات مثل اتجاهات المجتمع ونظمه، طبيعته ودرجة قدرته البدنية والعقلية.

- **المستوى الرابع:** فترة النهاية وينظر إلى هذه المرحلة بشكل سلبي بإعتبارها جزءا من الموت على أن تكون جزءا من الحياة وبلغة الطب هي المرحلة النهائية في انهيار الوظائف الفيزيولوجية اللازمة للحفاظ على الحياة[1].

أما **هيرولوك** فتشير إلى وجود مرحلتين متميزتين.

المرحلة الأولية أو المبكرة من التقدم في العمر "الشيخوخة من 60 إلى 70 سنة" والمرحلة الثانية من المرحلة المتقدمة "الهرم" وتبدأ من 70 سنة وحتى نهاية الحياة.

- **أما المنظمة العالمية للصحة OMS** فتعتبر أن الأشخاص الذين يبلغون 60 سنة فما فوق يمثلون المجتمع المسن، هذا المقياس يعتبر الأكثر استعمالا لأنه يستجيب لمجموعة من المقاييس الإجتماعية والإقتصادية. لا سيما فترة الإحالة على التقاعد، ولقد حددت المنظمة العالمية للصحة مراحل حياة الإنسان بداية من 45 سنة كما يلي:

- العمر المتوسط Age moyen: 45-59 سنة،
- المسن Personne âgée: 60-74 سنة،
- الشيخ Vieillard: 75-90 سنة.
- المعمر أو الطاعن في السن grand vieillard: 90 سنة فما فوق.

كل هذه التصنيفات تبقى نسبية وتجعل من الشيخوخة متغيرة من شخص إلى آخر ومن مجتمع إلى آخر، تدخل عوامل موضوعية عديدة غير الوضع الحي الذاتي في تحديد الشيخوخة منها: المستوى التعليمي، نوع المهنة، الوضع العائلي، نوعية وسائل الترفيه، السلامة الغذائية، النظافة، المستوى الإقتصادي والإجتماعي.

كما يوجد توصيات تشير إلى وجود مداخل متعددة لتعريف المسن يمكن إجمالها في خمس مداخل أساسية هي:

1 – المدخل الزمني: فالعمر الزمني هو العمر الذي يتم من خلاله عد السنوات التي عاشها الشخص كسن البلوغ وسن التقاعد...إلخ ووفقا للعمر الزمني غالبا ما يعد الأفراد الذين بلغوا 65 سنة مسنين، وهذا في زمن قريب حيث لم يكن هناك عدد من "المئويين" وهم الذين تبلغ

[1] - عبد الرحمن عيسوي، ***سيكولوجية الشيخوخة***، المرجع السابق، ص 16.

أعمارهم مائة (100 سنة) أو تزيد أما الآن فقد أدت الزيادة الكبيرة في أعدادهم جعل قسم السكان التابع للأمم المتحدة تعيد صياغة تعريفاتها المعتمدة لمصطلح "المسن" حيث يعني حاليا ذلك الشخص الذي يبلغ 85 سنة وأكثر. أما الجمعية العامة للأمم المتحدة ومنذ سنة 1980 حددت سن 60 كبداية في الدخول إلى مرحلة الشيخوخة وأصبح المسن هو الشخص الذي يبلغ 60 سنة وأكثر[1]. كما أن الباحثين في هذا المجال يركزون على طول فترة الحياة كؤشر لذلك، حيث يرون أنه إذا كان المسن معروف عليه منذ زمن طويل أنه يستعمل في تحديد المدة التي يعيشها الإنسان، فإنه مع التطورات الحديثة نتيجة انخفاض معدل الوفيات والتي انعكست على العمر الزمني الموقع الذي عرف إرتفاعا في ظل التحسن في الجانب الصحي[2].

2 – المدخل البيولوجي: إن العمر البيولوجي، هو ذلك العمر الذي له علاقة مباشرة بجسم الإنسان الذي يتصف بصفات عضوية وبيولوجية، والذي يشير إلى عملية حيوية طويلة من البناء والاهتراء التي توصل في نهاية الأمر إلى الموت.

كما يركز البيولوجيين في تعريفهم لمرحلة الشيخوخة على التغيرات الصحية والنفسية والجسمية التي تحدث في هذه المرحلة. فيعرفونها بأنها " نمط شائع من الاضمحلال الجسمي في البناء والوظيفة يحدث بتقدم السن عند الفرد بعد إتمام عملية النضج[3]. وبإختصار " السن الذي ينتهي فيه نضج الإنسان ويتحول النمو إلى عملية تفكك وهبوط تدريجي في قدرة أعضاء الجسم على القيام بوظائفه[4].

3 - المدخل النفسي: فيعبر العمر النفسي عن المشاعر الذاتية للإنسان ويمكن للمصائب كموت الشريك أن يؤدي إلى الشعور بالتقدم بالعمر. وتقلص علاقات المسن بالآخرين مما يبعث في نفسه الشعور بالاغتراب والوحدة وضعف المرونة مما ينتج عند المسن مشكلات ذات طبيعة نفسية.

4 - المدخل الإجتماعي: إن العمر الإجتماعي هو العمر الذي يتحدد من خلال علاقة الإنسان بمجتمعه ومؤسساته المختلفة، فيصبح المرء مسن بالمعنى الإجتماعي عندما تغير مكانته الإجتماعية، وعندما يصبح غير قادر على القيام بالأدوار التي كان يقوم بها قبل تقدمه بالعمر[5]. حيث تعرف هذه المرحلة بأنها مرحلة تراجع وخسارة مجموعة من الأدوار والعلاقات داخل البناء الإجتماعي ومع أفراد عائلته وأصدقائه وزملائه في العمل.

---

(1) - محمد سيد فهي، المرجع السابق، ص 24.

(2) - Organisation mondiale de la santé, ***la santé des personnes âgées***, série le rapports techniques 779, Genève, 1989, p 8.

(3) - هدى محمد قناوي، المرجع السابق، ص 17.

(4) - أحمد زكي بدوي، ***معجم مصطلحات العلوم الإجتماعية، انجليزي – فرنسي – عربي***، مكتبة لبنان ساحة رياض الصلح، بيروت، الطبعة الثانية، 1986، ص 12.

(5) - أحمد الأصفر ويوسف بريك، المرجع السابق، ص 7.

ولكن تحديد السن الذي تتم فيه تلك التغيرات يبقى مرتبطا باختلاف الثقافة السائدة في كل مجتمع واختلافها أيضا من جيل لأخر.

5 – المدخل الإقتصادي: فإنه كثيرا ما يستعان للدلالة على بداية مرحلة الشيخوخة بسن التقاعد والخروج من القوة العاملة وما يصاحبه من انخفاض في الدخل وهبوط الحالة المعنوية وتراجع في العلاقات والأدوار التي كان يقوم بها فيما سبق، خاصة في المجتمعات التي لها سن قانوني للانسحاب من العمل، حيث أن كثير من الأشخاص يضعون نهاية لنشاطهم الإقتصادي بحجة العجز في مرحلة الشيخوخة[1].

ولقد كان من الضروري وضع التشريعات والقوانين التي تنظم العلاقة بين أصحاب العمل والعمال وتحديد الحقوق التي يتمتع بها هؤلاء العمال، وخاصة ما يتعلق بتقاعد العمال والإحالة على المعاش في سن معين أين يفقد فيه هؤلاء العمال جزءا كبيرا من قدرتهم الفيزيقية فيصبحون عاجزين عن ممارسة الأعمال الشاقة أو يفقدون جزءا من قدرتهم على التركيز والتدقيق في العمل[2]. والجزائر بدورها وضعت قانون للتقاعد يتماشى مع الوضعية الديمغرافية من جهة، والوضعية الإقتصادية من جهة أخرى، حيث حددت فيه سن 60 سنة بالنسبة للرجال و55 سنة بالنسبة للنساء كسن للتقاعد[3].

2 – 2 - التغيرات المميزة لمرحلة الشيخوخة:

للشيخوخة مجموعة من التغيرات تميزها عن غيرها من مراحل النمو وهذه التغيرات نتيجة لتضافر العوامل السيكولوجية والإجتماعية التي يمر بها الفرد خلال هذه المرحلة، إلا أنه يجب الحذر عند وصف التغييرات لأنها لا تعتبر وليدة مرحلة الشيخوخة بل هي خاضعة لمجموعة من التأثيرات والخبرات التي مر بها المسن عبر حياته بمراحلها العمرية المختلفة ومن بعض وأهم التغييرات نجد.

أولا: التغيرات البيولوجية: إن عملية الشيخوخة تعتبر عملية بيولوجية بالدرجة الأولى ترتبط بالبرنامج الوراثي لكل فرد، ومن ثم فإن التغيرات البيولوجية بما ينتج عنها من تغيرات في الوظائف الفسيولوجية أو الخلوية لها دور أساسي في عملية الشيخوخة، وبالتالي فإن تقييم الأساس البيولوجي للشيخوخة يقدم أساسا هاما من أجل فهم أفضل لعلم الشيخوخة، وسوف يترتب على التطورات في علم الأحياء وعلم الأدوية والعقاقير والطب زيادة أعداد المسنين.

---

(1) - Organisation mondiale de la santé, op.cit, p 8.

(2) - يسرى دعبس، **أوضاع المسنين في الثقافات المختلفة، دراسة انتروبولوجية مقارنة**، الملتقى المصري للابداع والتنمية، الاسكندرية، الطبعة الأولى، 2002، ص 22.

(3) - أحمد التيجاني بلعروسي، **قانون الضمان الإجتماعي**، دار هومة للطابعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2004، ص 7.

إن الشيخوخة والموت كمظهرين للنمو والتكشف هما ظاهرتان طبيعيتان تسيطر عليه وتنظمه عوامل وراثية، وهما صفتان موروثتان ينظمه جزئيات D.N.A في النواه ولكنها مثل الصفقات الوراثية الأخرى تأثيرات بعوامل خارجية فتبطئ سرعتها أو تزيد وفق تأثير البيئة على الجزئيات[1].

ثانيا: التغيرات الفيزيولوجية والعقلية: إن التغيرات الفيزيولوجية مهمة يتعرض لها الفرد مع التقدم في السن على مستوى النشاطات الفيزيولوجية، هذه التغيرات والتبدلات تبعث إلى الشيخوخة معرفية وهذا ما يفسر نقص القدرات المعرفية للمسن، حيث التغيرات الفيزيولوجية تؤثر على القوة العضلية والقدرة على التحمل وتضعف العظام، وتتأثر أنسجة المفاصل خاصة عند السيدات، وتتأثر وظائف القلب والأوعية الدموية[2].

إن هذه التغيرات مهمة، يتعرض لها الفرد مع التقدم في السن فتقل قدرة المسن على أداء العمل العضلي وتتأثر الوظائف الحسية كالسمع والبصر. بالإضافة إلى التغيرات التي تصيب الجهاز العصبي هناك تغيرات يدركها المسن حيث أن الظهر يتقعر ويتحدب، شعر أشيب، ظهور تجاعيد،... وغيرها. ولكن التغيرات العقلية تحتل درجة أكبر من التغيرات الفيزيولوجية وذلك لتأثيرها السلبي على حياة المسن وعائلته نظرا لصعوبة التمييز ما هو طبيعي منها وما هو مرضي يستدعي البحث والعلاج ومن هذه التغيرات العقلية ضعف الذاكرة، النسيان، ومظاهر تخريف الشيخوخة، كتكرار الحديث ذاته عدة مرات، ونسيان الأبناء والأهل البط في التفكير وتباطؤ القدرة على الابتكار[3].

ثالثا: التغيرات السلوكية الانفعالية: تكون سلوكيات المسنين محكومة بظروف حياتهم عبر السنين وأنماط شخصيتهم وظروف حياتهم الحالية. والمسنين أقل مرونة، فمن الصعب عليهم تقبل التغيير في أسلوب الحياة وكما تتميز انفعالاتهم بالعناء وصلابة الرأي الذي يؤدي إلى السلوك المضاد حيث لا يتحكمون في انفعالاتهم التي تعتبر في جوهرها مزيج من انفعالات الحياة كلها من طفولتها إلى شيخوختها، وقد يجدد نوعها وتواتر ظهور بعضها واختفاء البعض الآخر مدى تكييف الفرد لنفسه وتكيفه مع بيئته وما يعتريها من تطور، ومدى تقبل الناس للمسنين ومدى إهمالهم.

---

(1) - نوال مجبور، المرجع السابق، ص 20.

(2) - Patrick L, ***psychologie du vieillissement une perspecture cogmitire***, éditions de Boeck université, paris, 2005, p 39.

(3) - سليم مريم، ***علم نفس النمو***، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى، لبنان، 2002، ص 510.

رابعا: التغيرات النفسية والإجتماعية: يشكو المسنون من ابتعاد الناس عنهم، مما يجعلهم يعيشون في عزلة قاتلة وتضيق دائرة علاقاتهم بمحيط الأسرة، وفي واقع الأمر أن الناس ينفضون بالفعل من حول المسن، لأنه دائم الشكوى، ولا يكف على توجيه النصائح، كما أن الكثير من المسنين لديهم شك زائد في من حولهم، ويعتقدون أنهم سوف يسلبون أموالهم وقد يتهمون بذلك في بعض الأحيان. كذلك يلاحظ على بعض المسنين المبالغة في البخل، وإن النتيجة النهائية لكل ذلك هو العزلة التي يعاني منها المسنون مما يؤثر سلبا على حالتهم النفسية والعقلية.

إن الحالة المعنوية أو النفسية أو العاطفية للمسنين إنها في الغالب تتعرض لإضطرابات منها الإحباط والاكتئاب والإجهاد الذهني وعدم القدرة على التفكير السليم، وقد تنتابهم نوبات من القلق، وبعضهم يكون دائم القنوط واليأس التي ترافقهم والحزن على وضعهم الحالي ذلك بالمقارنة بحالة أيام الشباب، كما تنتابهم بعض نوبات القلق والغضب عندما يخفقون في إنجاز بعض الأعمال البسيطة، كما يقومون بمقارنة قدراتهم بحال من هم أصغر منهم سنا ولا يقوى على منافستهم وهنا يتمنى المسن العودة إلى الشباب[1] .

3 - خصائص المسنون والحاجات الأساسية:

3 – 1 – خصائص المسنون: في الشيخوخة يتلقى الشخص الحصيلة النهائية المتأتية له عن سلسلة طويلة من التفاعلات الجسيمة أنه يحمل فوق ظهره الفجوات الصحية المترتبة على نقص في التغذية وجهازا وجدانيا نتيجة التفاعلات الوجدانية المتراكمة منذ طفولته. وما يقال عن الناحتين الجسمية والوجدانية يقال أيضا عن الناحية العقلية والثقافية فالخبرة التحصيلية التي تأتي للمسنين وطريقة التفكير والحصيلة الثقافية التي حظى بها إنما تأتي له نتيجة الخبرات السابقة.

إن المسنون كفئة من الفئات الخاصة في المجتمع يتصفون بعدة خصائص خاصة بهم، وما لهذه الخصائص من أهمية للعاملين في هذا المجال والذين يهتمون بتقديم العون والمساعدة لتلك الفئة سنتعرف على أهم الخصائص التي تصاحب هذه المرحلة العمرية الحساسة.

أولا: الخصائص الوجدانية: رغم وجود فروق فردية واسعة النطاق بين الأفراد الواقعين في سن واحدة. فإن المسن يشترك مع غيره في سمات مشتركة بينه وبين الآخرين من نفس سنه مثل الحساسية الزائدة بالذات. فالمسن شخص يسحب الكثير من وجدانه من الموضوعات الخارجية ومن الإهتمامات الإجتماعية، فنجد أن ثمة اهتزاز يحدث لدى الشخص بإزاء قيمة تقديره بذاته، ذلك أن المسن كثير ما يفشل في تحقيق الأهداف

[1] - نفس المرجع، ص 505.

المرسومة، أو لا يجدون أهدافهم لأن طبيعة الشيخوخة تفتقر إلى القدرة على تجديد الأهداف بل لأن الواقع الإجتماعي من حولهم يوحي لهم بأنه لا فائدة من تجديد الأهداف، لأن فترة الحياة الباقية قصيرة. ولكن هذا الافتقار إلى تقدير الذات أو نقص تلك القيمة تنعكس على تعامله مع الناس فهو في معظم الحالات ينصرف عن إقامة علاقات جديدة مع غيره[1].

ثانيا: الخصائص العقلية: من الخصائص العقلية لمرحلة الشيخوخة إضطراب التفكير، وضعف الذاكرة، وضعف القدرة على الاستنتاج، وكثرة النسيان، وخاصة بالنسبة للمعلومات الحديثة، بالإضافة إلى ما يصاب به بعض المسنين من ظهور خرف الشيخوخة وبعض أمراض الشيخوخة إنما تنشأ عن الأفكار التي تسيطر على المسن، وتستحوذ على نشاطه العقلي. وبما أن النفس والجسم والعقل جوانب مترابطة متفاعلة فإنها تؤثر وتتأثر بعضها بالآخر فعندما تضطرب النفس، يعتل الجسم، وبالتالي يضطرب العقل[2].

في الواقع أن الإنسان يتعرض للتدهور العقلي إذا ما تعرض لعامل من هذه العوامل:
العامل الأول ما قد يتعرض له المخ من عطب أو ما قد يصاب به من حوادث.

العامل الثاني فهو النقص في تغذية المخ بالخبرات الجديدة، أو عدم تفاعل الخدمات المقدمة إلى المخ.

العامل الثالث هو العامل الوجداني الانفعالي فإذا ما أصيب الشخص بصدمة عاطفية مفاجئة أو إذا أصيب بحالة من الذعر أو بعقدة نفسية تعيق تفكيره وتنسيه ما سبق أن حصلة من معرفة فإنه في تلك الحالات لا تقع إصابات عضوية في المخ بل إن الاصابات تعد من قبيل الاعوججات أو الاصابات الوظيفية، وما تقع في الشيخوخة من ضعف أو خطأ في التفكير أو اللغة إنما يرتد إلى واحد من هذه الأسباب الثلاثة أو إلى إثنين منهما أو إلى الأسباب الثلاثة جميعا[3].

ثالثا: الخصائص الإنفعالية: تميل انفعالات الشيخوخة إلى تلخيص السلوك الانفعالي لمراحل الحياة كلها في مرحلة واحدة ومن أهم الإنفعالات التي تكون في الطفولة وتعود مرة أخرى إلى الظهور في مرحلة الشيخوخة نجد أن:

- إنفعالات المسنين ذاتية المركز تدور حول أنفسهم أكثر مما تدور حول غيرهم أي الميل إلى الذاتية

---

(1) - يوسف ميخائيل أسعد، المرجع السابق، ص 69.

(2) - محمد سلامة غباري، ***رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الإجتماعية ''رعاية المعوقين''***، المكتب الجامعي الحديث، الأزاريطة، الأسكندرية، 2003، ص 271.

(3) - نفس المرجع، ص 71.

- لا يتحكم المسنون تحكما صحيحا في انفعالاتهم المختلفة وتتميز انفعالاتهم بالعناد وصلابة الرأي، وقد يؤدي هذا العناد إلى السلوك المضاد فنجد المسنون يثورون لأوهام لا حقيقة لها، عندما تتكيف الأمور فإنهم يراوغون ويظلون في عنادهم.

- كما تتشابه انفعالات المسنين مع انفعالات المراهقين حيث تجدهم مذبذبون بين ذلك وذاك ويحاولون فرض شخصيتهم وذلك لكي لا يظن الغير أنه بدأ يضعف بالإضافة إلى أن المسنين يقفون من البيئة المحيطة بهم موقفا سلبيا لا ينفعلون لها ومعها وكأنهم بهذا يعبرون عن شعورهم بالهوة السحيقة التي تفصلهم عن الأجيال الأخرى التي تضطرب بها الحياة من حولهم، ولذا كثيرا ما تتصف انفعالاتهم بالخمول واللامبالاة.

كذلك عندما يتفاعلون كثيرا ما يخطئون في إدراك الموقف المحيط بهم، ولذلك تجد انفعالاتهم شاذة لا تتناسب ومقومات الموقف الذي أثار في نفوسهم ذلك الانفعال وهم يتعصبون لجيلهم ولآرائهم ولعواطفهم ولكل ما يمد إليهم بصلة قرابة وإذا لم يتقبل الآخرون ذلك التعصب فإنهم يحسون في أعماق أنفسهم بأنهم مضطهدون ويؤدي بهم الشعور بالإضطهاد إلى الاحساس بالفشل[1].

رابعا: الخصائص النفسية: يتصف المسنون بمجموعة من الخصائص النفسية منها مشاعر الكآبة وانقباض النفس واليأس من الحياة. كما يتصفون بالعناد والحساسية الزائدة، وسرعة الاستثارة النفسية كالغضب والانطواء، فنجدهم يغضبون لأتفه الأسباب، ولا يستطيعون التحكم في مشاعرهم وكذلك عدم القدرة على التحكم في انفعالاتهم. ومن خصائص المسنون أيضا ما يشعرون من قلق وتوتر دائم، الناتج من شعورهم بعدم الحاجة إليهم، وعدم الرغبة فيهم، وخاصة عندما ينتقدهم المحيطون بهم، ولا يتقبلون تصرفاتهم، وعندما يضيقون بسلوكهم وكثرة مطالبهم وغالبا ما يتصفون بالانطواء وخاصة عندما ينفض من حولهم الأحباب والمعارف فينعزلون ويسرحون في ماضيهم فيشعرون بعدم تقدير الذات والإحساس بالقلة والدونية.

وتضاف إلى هذه الخصائص ما يشعر به المسنون من عدم الانتماء إلى المجتمع الذي ينسحبون منه ويعيشون في وحدة قاتلة، وعدم القدرة على التفاعل مع الآخرين المحيطين بهم في المجتمع، وأصعب شيء على نفس الإنسان أن يجحده من ضحى بعمره من أجلهم وتخلى عنه الأهل والأصحاب وضاق به الأبناء والزوجات[2]. وهنا يجدر القول أن إنهيار الحالة النفسية للمسنين تنعكس على حالته الجسمية، فتزداد سوءا وتزداد تدهورا.

---

[1] - فؤاد السيد البهي، المرجع السابق، ص 442.

[2] - محمد سلامة غباري، المرجع السابق، ص 249.

خامسا: الخصائص الإجتماعية: ترتبط العلاقات الإجتماعية التي ينخرط فيها المسنين بالتكوين النفسي الداخلي للمسنين وإلى الظروف الإجتماعية المحيطة به والإطار الإجتماعي الذي يندرج في نطاقه ولقد سبق أن أكدنا أن الظروف الإجتماعية الراهنة التي يجبر المسنون الخضوع لضغوطها أكبر أثر في دخيلة المسن بمعنى أن الداخل يتأثر بالخارج ويصير بمثابة مرآة عاكسة إلى حد بعيد للأحوال الإجتماعية للفلسفة الإجتماعية التي يأخذ بها المجتمع إزاء المسنين[1].

يزداد اهتمام الفرد بنفسه كلما تقدمت به السن نحو الشيخوخة، وتضعف صلته بالمجالات الإجتماعية البعيدة عن دائرته الضيقة وبذلك يصبح المسن أنانيا نرجسيا في حياته. وهكذا ضعف العلاقات القائمة بين المسن ومعارفه شيئا فشيئا حتى تصبح دائرة نشاطه الإجتماعي قاصرة على العلاقات الأسرية الضيقة[2].

ولذا تصبح مرحلة الشيخوخة مرحلة العزلة والوحدة، وهي تختلف في مظهرها الانعزالي عن مرحلة الرشد، لأنها تمعن في الضيق كلما ازداد العمر بالمسن، بينما تخف عزلة الراشد كلما تخطى العتبة الأولى لحياته الانعزالية، وتكيف بالمجتمع المحيط به ويزيد من عزلة الشيخوخة زواج الأبناء، وموت أحد الزوجين، والضعف البدني الذي يحول بين المسن وبين زيارة الأصدقاء الذين في أماكن بعيدة عن مسكنه، وتناقص جيله يوما بعد يوم.

ومن الخصائص الإجتماعية للمسنين تدهور العلاقات وتمزق شبكتها أو تقلصها وقد تنحصر في المنزل والأسرة، وقد تتلاشى منهما أيضا. فتزداد حاجتهم إلى الانتماء ويبحثون عن الحب والأهل والأصدقاء، وخاصة المسنون الذين فارقتهم زوجاتهم، وابتعد عنهم أبناؤهم، وتركوهم يعانون من الوحدة القاتلة. بالإضافة إلى فقدانهم للمعايير الإجتماعية الجديدة واستمتاعهم لنقد الأجيال الحالية مما يعرضهم للسخرية والرفض من الأهل والأبناء الذين يضيقون منهم، ولا يتقبلون تصرفاتهم، فيزداد شعور المسنين بالرفض ويزداد شعورهم بأنهم أصبحوا عبئا ثقيلا، وعالة على أسرهم وعلى المجتمع[3].

3 – 2 - الحاجات الأساسية لفئة المسنين:

فئة المسنين من أهم الفئات الخاصة التي تحتاج إلى الإهتمام والرعاية ومعظم المجتمعات تولى إهتماما كبيرا بهذه الفئة، وتجند لها كل الإمكانيات المادية والبشرية، وأعدت الكثير من المؤسسات التي تقدم لهم أوجه الرعاية المختلفة. بالإضافة إلى ظهور العديد من النظريات العلمية الحديثة لتفسير الظروف المحيطة بظاهرة الشيخوخة ومتطلبات واحتياجات فئة المسنين، وستعرض موجز لهذه الحاجات.

---

(1) - يوسف ميخائيل أسعد، المرجع السابق، ص 76.

(2) - فؤاد السيد البهي، المرجع السابق، ص 456.

(3) - محمد سلامة غباري، المرجع السابق، ص 271.

أولا: الحاجات النفسية للمسن: أول هذه الحاجات هي الحاجة إلى الشعور باحترام الذات بعد أن وصلوا إلى الشعور بالنفس المحطمة، واليأس القاتل والوحدة الخانقة، يحاول الأخصائي الإجتماعي انتشال المسن من هوة اليأس ومساعدته في اشباع حاجاته بقدر الإمكان ويتيح له فرص للتعبير عن ذاته، واثبات وجوده، فتفتح أمامه منافذ الحياة من جديد ويستعيد شعوره باحترامه لذاته.

الحاجة إلى الشعور بالثقة بالنفس حاجة أخرى من الحاجات النفسية الهامة للمسن، الأخصائي الإجتماعي يحاول مساعدته في تحقيق ذلك، فيشركه في مواجهة الصعوبات التي تواجهه ويسند إليه المسؤوليات التي تناسب قدراته وإمكاناته، عندما يشعر المسن بنجاحه فإنه يستعيد ثقته بنفسه.

الحاجة إلى الشعور بالأمن لا تقل أهمية عن الحاجات الأخرى، فالمسن إذا وجد من بيئته ومجتمعه تقبلا له، ووجد الرعاية والخدمات المختلفة التي يحتاجها، فسيتحرر من الخوف والقلق ويقبل على الحياة آمنا في بيته وفي مجتمعه، واثقا من نفسه قادرا مع الاندماج في الحياة والتوافق مع مجتمعه، فينسى تعصبه وعناده، ويخرج من وحدته وانطوائه ويقبل على الحياة شاعرا بالأمن والطمأنينة.

وبما أن حاجة المسن إلى الاستقرار العاطفي تمثل له أهمية كبيرة لأنها تخلصه من الجمود العاطفي المؤقت الذي ترتب على وحدته وانطوائه، فإن الأخصائي الإجتماعي يكون له الجماعات التي من خلالها يكون العلاقات من جديد، ويجد حوله من يتفاعل معهم فيشعر معهم بالحب والانتماء الذي يخرجه من إنطوائه ويأسه، ويعيد إليه الأمل في الحياة من جديد[1].

كما أن المسن في أمس الحاجة إلى الشعور بالحب وإذا فقد حب المحيطين به ضاع منه الأمن والأمان، وظهرت عليه العديد من المشكلات التي ترتبت على فقدان حب وتعاطف المحيطين به، ويصبح عاجزا عن تبادل الحب معهم، وعندئذ يصاب بالانطواء والإكتئاب، ويلجأ إلى أحلام اليقظة، التي يجد فيها ضالته المفقودة. فالمسن في حاجة لحب أسرته وأبنائه الذين ضحى بعمره من أجلهم. كما هو في حاجة إلى تعاطفهم ورعايتهم، حتى لا يترك فريسة للوحدة واليأس والضياع[2].

ثانيا: الحاجات الإجتماعية للمسن: من أهم الاحتياجات الإجتماعية للمسن، حاجته للاحتفاظ بمكانته الإجتماعية لأنها تؤكد له إستمرار ارتباطه بأسرته وبيئته، بعد أن اهتزت مكانته عندما فقد العمل، وتقلصت أنشطته في الحياة.

---

(1) - نفس المرجع، ص 250.
(2) - نفس المرجع، ص 256.

والأخصائي الإجتماعي الذي يعمل في مجال رعاية المسنين يدرك ذلك جيدا، ولذلك يعمل على الاستفادة ممن لهم خبرات سابقة قبل التقاعد، وتوظيفها بالصورة المناسبة، سواء كانت خبرات في الحياة أو خبرات في العمل، فيساعد المسنين القادرين على العمل بتشغيلهم في الأماكن التي تناسب ظروفهم الجديدة بعد التقاعد، كما يساعدهم على الخروج من وحدتهم وانطوائهم والاندماج في الحياة من جديد وممارسة أدوار جديدة بما يشعرهم باستعادة مكانتهم في الحياة.

الحاجة إلى التوافق مع الظروف الجديدة من الحاجات الإجتماعية الهامة للمسن أيضا، بعد أن فرض عليهم كبر السن تغيرات وظروف جديدة جعلتهم في أشد الاحتياج إلى التوافق مع هذه الظروف الجديدة. وخاصة أن هذه الظروف الجديدة متصلة بالأسرة والعمل، وفقدان الوظيفة وقلة الدخل أو انعدامه وكل هذه الظروف لم يهيأ المسن لمواجهتها.

بالإضافة إلى الحاجة إلى الوجود في جماعة، بعد أن بدأ المسن يشعر بوحدة وعزلته وضعف ارتباطه بأسرته وتفكك ارتباطه بالمحيطين به، وانقطعت علاقاته بالعمل، وأصبح محتاجا إلى العيش في جماعة يتفاعل معها ويشعر من خلالها بالحب والتعاطف والانتماء، ويبدأ من جديد في تكوين علاقات جديدة تشعره بالأمل وتعيد إليه الرغبة في الحياة.

إن كل هذه الاحتياجات الإجتماعية وغيرها، يحتاجها المسن ليستطيع الاندماج في الحياة من جديد بنشاط متجدد، ومعنويات مرتفعة ليشعر أنه قادر على التوافق مع ظروفه الجديدة[1].

ثالثا: احتياجات أخرى للمسنين:

أ – يحتاج المسنون إلى العديد من الاحتياجات الصحية المناسبة لظروفهم الجديدة وخاصة عند ظهور أمراض الشيخوخة ومشاكلها الصحية،

ب – كما يحتاجون إلى احتياجات إقتصادية وخاصة عندما يقل الدخل وتضيع الوظيفة عن طريق المعاشات، والتأمينات الإجتماعية والمساعدات،

جـ - كما أن المسنون في حاجة شديدة للترويح وشغل وقت الفراغ، وخاصة وأن وقت فراغهم طويل، وعليه يجب تصميم برامج وأنشطة تروحية مناسبة لسنهم، وظروفهم الجديدة وقدراتهم المتبقية،

د – كما يحتاج المسنون أيضا إلى الاحتياجات التأمينية مثل تأمين الشيخوخة والعجز وتأمين الرعاية الإجتماعية وتأمينات المرض والبطالة،

[1] - نفس المرجع، ص 276.

هـ - وكذلك يحتاج المسنون إلى الخدمات المهنية التي تقدمها الخدمة الإجتماعية لعلاج مشكلاتهم الإقتصادية والإجتماعية والنفسية حتى تخفف ضغوطهم النفسية وتغير مشاعرهم السلبية،

و – بالإضافة إلى هذه الاحتياجات المختلفة فإن المسنون يحتاجون إلى الإقامة مع أسرهم وأبنائهم، ويفضلونها عن الإقامة في المؤسسات التي تقدم لهم أوجه الرعاية المختلفة لأن الأسرة تمد المسن بالأمن الإقتصادي وتوفير الحاجات الضرورية، بالإضافة إلى إشباع حاجاته النفسية كما يحتاجون إلى توطيد العلاقات بين أفراد العائلة ليحافظوا على الروابط الأسرية بالأقارب.

4 - مشكلات الشيخوخة:

يعتبر مجلد "د. **إدموند كودري Edmund cowdry**، الصادر عام 1938 والمسمى مشكلات الشيخوخة، أحد الإسهامات المبكرة في مجال دراسة الجوانب البيولوجية الطبية للشيخوخة، حيث تناول تأثير الشيخوخة على الجسم البشري وأجهزته المختلفة.

إذا لم تشبع احتياجات المسنين، فستظهر المشكلات الكثيرة والمتنوعة التي تجعل مهمة مساعدتهم أكثر صعوبة، لما لهذه المشكلات من تأثير كبير من تدهور أحولهم إلى اضطراب حالتهم النفسية والجسمية والعقلية والإجتماعية ولكن لا يتعرض كل المسنين لنفس المشكلات فهي متنوعة فمنها مشكلات بسيطة عابرة تزول بالعلاج وأخرى مزمنة ولابد لهم من معايشتها بصبر وهدوء للتخفيف من أضرارها حيث نجد:

أولا: المشكلات الصحية: المرتبطة بالضعف الصحي العام والضعف الجسمي وضعف الحواس كالسمع والبصر وضعف القوة العضلية وإنحناء الظهر، والتعرض بدرجة أكبر من ذي قبل للإصابة بالمرض وعدم مقاومة الجسم، وقد يظهر لدى المسنين توهم المرض.

إن أمراض الشيخوخة أكثر خطورة لضعف مقاومة الجسم لدى المسن وشدة تأثره، وضعفه مما يقلل فرص إجراء جراحات مثل أمراض القلب والشرايين وغيرها، وقد يظهر لدى المسن توهم بالأمراض وتركيز زائد على الصحة حيث تعتبر الصحة أكثر ارتباطا بالتوافق والرضا عن حياتهم.

ثانيا: المشكلات العاطفية: يواجه الكثير من المسنين الوحدة، إما بسبب الطلاق أو موت أحد الزوجين أو العزوبية وأكثرهم تعرضا للمشكلات العاطفية أولئك الذين فقدوا أزواجهم، فيصابون في الغالب بالاكتئاب لإحساسهم بالوحدة واليأس من الحياة وشعورهم بأنهم صاروا حملا ثقيلا على أبنائهم وأقربائهم[1].

[1] - عبد السلام زهران حامد، المرجع السابق، ص 540.

ثالثا: المشكلات السيكولوجية: ترتبط المشكلات النفسية في الغالب بعدم التكيف مع التغيرات العمرية، فالمسنون تنتابهم مشاعر الوحدة والفراغ والخوف من المستقبل وفقدان الأبناء وحب الآخرين إن المشكلات النفسية قائمة في الشيخوخة لا محالة فنجد الإضطرابات النفسية والعقلية كالعته "الخرف الشيخوخة" والإكتئاب النفسي الشديد الذي يدفع إلى الانتحار في بعض الأحيان حيث يكون للفراغ الذي يحدث عقب سن التقاعد من العمل أسوأ الأثر في الحالة النفسية المسنين، مما يؤدي إلى تدهور صحتهم البدنية وقراراتهم العقلية، ويصيب الملل في العادة المسنين بسبب ما آل إليه وضعهم وحالتهم الصحية والإجتماعية

كما نجد مشكلات ذهنية فكرية وذلك نتيجة لضعف الحواس وضعف الانتباه وعدم القدرة على التركيز مما يضعف الذاكرة وتشتتها وسرعة النسيان. مما يجعل الفرد يركز في تفكيره حول شيء مما يبدو شبيها بالوسوسة أو الهلوسة بالإضافة على مشكلات الشعور بعدم الاحترام وعدم الثقة بالنفس والشعور بالاضطهاد وفقدان الشعور بالحب.

رابعا: المشكلات الإقتصادية: يعاني منها المسنون لنقص مواردهم المالية ولضعف الأداء لديهم، أو للتقاعد أو لترك العمل وهذا في حد ذاته مشكلة نفسية وإجتماعية وإقتصادية بأبعادها المؤثرة والمتأثرة. كما تعتبر المشكلات الإقتصادية على رأس المشاكل التي يعاني منها المسنين والتي يجب وضعها في الحسبان، فعندما يحل وقت التقاعد وما يصاحبه من زيادة الفراغ ونقص الدخل يشعر الفرد في أعماق نفسه بالقلق على حاضره والخوف مما قد يؤدي به إلى الإنهيار العصبي، كما يرى **Rook** أن النقص المادي يمكن أن يعرقل سير العلاقات الإجتماعية بالنظر لمصاريف الإنتقال والترفيه والمجاملات والتكاليف الأخرى[1].

بالإضافة إلى أن المشكلات الإقتصادية هي فقدان الأمن الإقتصادي وهذا نتيجة لفقدان مكانة العمل وبالتالي فقدان جزء من الدخل المادي ولأن العائدات المادية تمتاز بالثبات، بينما المصاريف تمتاز دوما بالإرتفاع، فإن عدم القدرة على تعويض التناقص النسبي للدخل يشكل نوعا من القلق والإكتئاب لدى المسنين وهذه الآثار المادية تنعكس سلبا على المسن من خلال العجز عن توفير المسكن الصحي، والغذاء الكافي[2].

لقد توصل **ابراهيم العبيدي** "1989" في دراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتقاعدين في تقييمهم لحالتهم الصحية بعد التقاعد بإختلاف الوظائف التي كانوا يشغلونها، وتكشف هذه النتيجة عن إرتباط المستوى المهني للفرد بحالته الصحية. فكلما ارتفع المستوى المهني للفرد كان أكثر توافقا مع التغيرات التي يواجهها في سن التقاعد[3].

---

(1) - Rook, K.S, chambart L, ***famille et habitations***, paris, C.N.R.S, Tome 1, 1995, p 175.

(2) - http // www.swmsa.com/modules, php.

(3) - عبد السلام زهران حامد، المرجع السابق، ص 546.

خامسا: المشكلات الإجتماعية: تتسم مرحلة التقدم في العمر بتقلص كل من منظومة المكانة الإجتماعية بفقدان أحد أو بعض مكوناتها الإجتماعية، كفقدانه لدوره المهني نتيجة للتقاعد الإجباري أو فقدانه لدوره كشريك حياة نتيجة للترمل، كل هذا يؤدي إلى فقدانه الأمن الإجتماعي الذي يؤدي بدوره إلى ضيق مصادر الاتصال بالمجتمع وإلى التدهور في المشاركة الإجتماعية لديه، وهذه المظاهر الجديدة في حياة المسن قد تساعد على حدوث تغيرات صحية ونفسية[1].

بالإضافة إلى أن أفراد الأسرة ينظرون إلى المسن باعتباره أنه الإنسان الذي يقضي به الأيام القليلة أو الكثيرة القادمة إلى الموت، فهو في انحطاط وليس في ارتفاع وفي تقهقر لا في تقدم، لذا فمن الخسارة أن تقدم إليه التضحية الأسرة الحديثة، وإن هذا الافتقار إلى الحياة الإجتماعية تملأ عليه مشاعر القلق على أمنه وسلامته وهذا النوع من المشكلات يعتبر من أكثر المشكلات تأثيرا على المسنين. وأوضحت دراسة **سيمون** وآخرون (2001) أن للبيئة الإجتماعية دورا مهما في حماية المسنين ضد التدهور العقلي. فبعد أن كان المسن قائدا ومعيلا لأسرة يسير أمورها ويدبر شؤونها يتخلى عن هذه الأدوار والمواقع واحد تلو الآخر ويصبح عاجزا عن تدبير شؤون نفسه ما لم يستعن بالآخرين[2].

سادسا: التقاعد ومشكلاته الإجتماعية:

أ - **أزمة التقاعد:** تعتبر الوظيفة جزء جوهري في حياتنا اليومية لما يصاحبها من أنماط محددة في السلوك تتحول مع الزمن إلى عادات راسخة، وتؤثر في شخصية الفرد وتصبغه بصبغة إجتماعية فالوظيفة هي التي تحدد أوقات العمل والراحة وهي التي تؤثر في نظرته للحياة، وذلك بمقدار ما تفيضه عليه من مكانة إجتماعية، وهي التي تمنحه الشعور بالأهمية، وعندما يدرك الفرد أنه أوشك على التقاعد لكبر سنه، فإنه يحس في أعماق نفسه بالقلق والمخاوف، وقد يؤدي به القلق إلى الانهيار العصبي، حيث تفرض عليه حياته الجديدة بعد التقاعد أسلوبا جديدا من السلوك لم يألفه من قبل. ولذا يجب أن يتهيأ الفرد لهذا التغير حتى لا يجد نفسه فجأة وقد أصبح مهملا لا فائدة ترجى منه.

ب - **التقاعد التدريجي:** خير وسيلة للتغلب على أزمة التقاعد هي التمهيد العملي والنفسي لها، وذلك عن طريق التقاعد التدريجي الذي يبدأ في منتصف العمر، وأصلح الأعمار المناسبة لهذا النوع من التقاعد هو سن الخمسين، وخير للوظيفة نفسها وللفرد أن يبدأ التقاعد التدريجي

---

(1) - سيد يوسف جمعة، المرجع السابق، ص 32.

(2) - يوسف ميخائيل أسعد، مرجع سابق، ص 91.

بإنقاص ساعات العمل إلى النصف، ثم إلى الثلث ثم إلى الربع، ثم ينتهي هذا التناقص التدريجي على التقاعد، وذلك عن طريق زيادة هوايات جديدة تهيئ لهم الجو المناسب لاستغلال أوقات الفراغ المتزايد فيما يعود عليهم بالمتعة، وما يعود على المجتمع بالخير.

وخير للمجتمع المعاصر أن يجد عملا جديدا للمتقاعدين يتناسب ومواهبهم وقواهم، من أن يعولهم عن طريق التكافل الإجتماعي، وهكذا يتقاعد الفرد من مهنة إلى مهنة أخرى أكثر مناسبة له، أو إلى نشاط آخر أكثر ملاءمة لأسلوبه الجديد في الحياة. ولذا ينادى كثير من المشتغلين بحركة تعليم الكبار بضرورة إعداد منهج تعليمي متكامل لتدريب الأفراد الذين يبلغون منتصف العمر على تحقيق مطالب النمو التي تتناسب وطبيعة حياتهم، وعلى تكوين مهارات وهوايات جديدة تصلح لأن تملأ على الفرد حياته، حتى لا يحس بالفراغ والعزلة[1].

جـ - التقاعد الفارق: يختلف سن التقاعد من دولة لأخرى فهو مثلا في مصر 60 سنة، وفي انجلترا 60 سنة، أما في فرنسا 65 سنة، وتقوم فكرة تحديد هذا السن على أسس مختلفة أهمها: تناقص الانتاج نتيجة لزيادة السن، مما يؤثر تحديد هذا السن، مما يؤثر على العمل نفسه ورعاية الفرد في شيخوخته حتى يستمتع بالجزء الباقي له من الحياة، كما يريد، بعيدا عن مطالب العمل اليومي، ومشاقة الدائمة، وإفساح الطريق أمام الشبان حتى لا يسد المسنون عليهم طريق العمل، والكسب المشروع والترقي في السلم الوظيفي أو المهني.

وعندما نتعمق في مشكلة التقاعد نوعا ما، نجد أننا أمام مشكلات متعددة مختلفة هل يجب أن يتقاعد جميع الناس في سن واحدة؟ هل يتقاعد الناس فعلا في سن واحدة؟ وما هي الأسس التي يجب أن تراعى في تحديد سن التقاعد المناسب لكل مهنة وكل عمل؟ نستطيع أن نلخص أهم الأسس التي يجب أن نعتمد عليها في حساب سن التقاعد في النواحي التالية:

1 – العمر الانتاجي في كل مهنة، ومتى يبلغ الانتاج ذروته، ومتى ينحدر إلى نهايته الصغرى؟

2 – نوع الانتاج في كل مهنة، وهل هو كمي، أو نوعي، أو هما معا؟

3 – متوسط الحياة في كل مهنة.

4 – الأمراض الشائعة في كل مهنة.

5 – مستويات التخصص الضرورية للمهنة.

6 – مدى إعاقة المسنين لعملية الترقي المهني التي يترقبها الشبان وغيرها من الأسس التي من أجلها يجب أن يختلف سن التقاعد من مهنة لأخرى، بحيث يصبح فارقا لاحدا جامدا.

[1] - نفس المرجع، ص 95.

II – الأمراض المصاحبة لمرحلة الشيخوخة:

1 – مقاومة مرحلة الشيخوخة كمرض:

إن الشيخوخة لا تستلزم بالضرورة الإصابة بمجموعة من الأمراض التي تشيع حاليا حيث يمكن أن يقضي المسن شيخوخة صالحة خالية من الكثير من الأمراض. وتستطيع الشيخوخة أن تلقى عن كاهلها الكثير من الأمراض والأعراض التي تنوء بها اليوم وتخضع لها خضوعا كاملا وجعلت معظم الناس يعتقدون أن تلك الأمراض مرادفة للشيخوخة، كذا فإن الشيخوخة وقد كان الأحرى أن تسمى بالأمراض المصاحبة للشيخوخة حتى لا تفهم أن ارتباط الشيخوخة بها هو ارتباط جوهري وليس ارتباطا عارضا يمكن فصله.

كما أن هناك مجموعة كبيرة من الأمراض الوجدانية والأمراض العصبية التي تشيع في الشيخوخة وهي الأمراض التي لا يمكن عزلها عن الجسم وعن الأحوال الجسمية، وهنا نشير إلى أن العلاقة بين الجسم والعقل والوجدان إنما هي علاقة حميمة، فلقد تكون الأمراض النفسية جميعا صد لما أصاب الجسم من خلل. كما أن الكثير من الخلل الذي قد يصيب جسم الشخص يمكن أن يرتد في النهاية إلى ما يفكر فيه وما يحسه، وما ينشأ بينه وبين الآخرين من علاقات إجتماعية غير سوية، وقد يصادف الشخص صعوبات في معترك الحياة سواء ما يقابله في حياته من صعوبات إقتصادية ومشاكل إجتماعية أو من معاملة قاسية ويمكن النظر إلى أمراض الشيخوخة من ثلاث زوايا[1].

الزواية الأولى: وهي زاوية الوراثة وهي الزاوية التراكبية التفاعلية بين كائن وآخر ابتداء مما ورثه إلى نهاية ما توصل إليه من مستوى، حيث أن بعض الناس قد ورثوا مقومات متينة تأخذ بالتفتح والتفاعل مع المقومات البيئية بحيث تأتي عن ذلك في نهاية المطاف شيخوخة متينة.

الزاوية الثانية: وهي المكملة للزاوية الأولى ففيها نجد أن المؤثرات البيئية تتفاعل بإستمرار بغير انقطاع مع الإنسان ويكون التفاعل الحادث مع المركب الأخير نعني مع آخر مستوى تطوري وصلت إليه شخصية الفرد أو قوامه الحيوي، فكلما كان التفاعل مع مؤثرات بيئية مواتية كانت نتيجة التفاعل لمصلحة الشخص، وكان المتوقع له أن يتمتع بشيخوخة حسنة على العكس من ذلك إذا كانت التفاعلات الحادثة مع مؤثرات بيئية رديئة فإن الشخص يتدهور وتكون شيخوخته واهنة ممتلئة بالعديد من الأمراض التي تعرف بأمراض الشيخوخة.

[1] - يوسف ميخائيل أسعد: المرجع السابق، ص 169.

الزاوية الثالثة: وهي زاوية الشيخوخة نفسها، فإن الشخص الذي لايلق عناية صحية في شيخوخته فإنه يكون عرضة للانهيار السريع وتأخذ حالته في التدهور المستمر والسريع، ومن المؤكد أن الشيخوخة لا تختلف في هذا الصدد عن أية مرحلة عمرية أخرى من حيث أن لها أنواعا مهما الرعاية الصحية التي يجب أن تحظى بها[1].

2 - الأمراض البدنية الشائعة بين المسنين:

طبقا لما يعانيه المسن من أمراض مصاحبة لعملية الشيخوخة، فإنه يوجد نمطين أو نوعين من الأمراض التي تصيبه هي:

أمراض حتمية هي الشيخوخة بحد ذاتها حيث أنها حتمية وغير قابلة للعلاج، وسوف يصاب بها كل إنسان إذا ما إمتد به العمر نتيجة ما يميز هذه المرحلة من الضعف والاضمحلال التدريجي للقدرات الجسدية والاحاسيس والطاقة، حيث نجد من بين أنواع هذه الأمراض: أمراض الأوعية الدموية (تصلب الشرايين) وهشاشة العظام، وكذا الضعف في حاستي السمع والرؤية وكذلك ضعف الذاكرة والادراك[2].

وهناك أمراض ذات نتائج أخطر كلما تقدم الفرد في العمر وتشتمل مرض الأنفلونزا وانتفاخ الرئة، وأمراض أخرى مثل مرض السكري وارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب، والأورام الخبيثة مثل السرطان، رغم أن هذه الأمراض ليست لها علاقة بهذه الفئة العمرية بالذات ولكنها سميت بهذا الاسم لأنها تشكل حقا خطورة على هذه الفئة نتيجة ما يشهده الجسم في هذه المرحلة من ضعف وتدهور في معظم أجهزته مثل الجهاز التنفسي، الجهاز الهضمي، وجهاز المناعة، وبالتالي تتراجع هذه الأجهزة في أداء أدوارها بصفة كبيرة.

مهما يكن فإن من المظاهر العامة لأمراض الشيخوخة نجد أن المسنين لا يصابون بمرض واحد فقط بل يصابون بعدة أمراض في نفس الوقت وعادة ما تكون هذه الأمراض مزمنة، مما يزيد صعوبة التكفل بهم ورعايتهم من الناحية الصحية.

إن المشكلات البيولوجية ماهي إلا مشكلات صحية وأمراض تصيب المسن ذلك أن التقدم في السن يجلب في كثير من الأحيان مشاكل صحية وأمراض مختلفة، بسبب هذه التغيرات البيولوجية فكلما أصبح الشخص أكبر كلما أصبح أكثر عرضة للإصابة بمرض واحد أو أكثر من الأمراض المزمنة وتدل الدراسات على أن بين الناس الذين هم في أعمار تتجاوز الثمانين سنة هناك 70% من النساء و53% من الرجال لديهم أكثر من مرض مزمن واحد[3]. وبالتالي يمكن تلخيص الأمراض الشائعة في هذه المرحلة من العمر على النحو التالي:

---

(1) - نفس المرجع، ص 170.

(2) - يحي مرسي عيد بدر، المرجع السابق، ص 75.

(3) - علي جاسم عكلة الزبيدي، المرجع السابق، ص 268.

أ - أمراض القلب والأوعية الدموية: تعد أمراض القلب السبب الرئيسي الأول الذي يقود إلى الوفاة بين المسنين ويعد تضيق الشريان التاجي، وارتفاع ضغط الدم وعجز القلب الاحتقاني، الأمراض الأكثر شيوعا لجهاز الدوران، تضيق الشرايين وما يحدث للأوعية الدموية بمرور الزمن من خلال ترسبات للدهون على الطبقة المبطنة للجدار الوعائي، وهناك عوامل تزيد في خطورة الإصابة بمرض تصلب الشرايين ومنها ارتفاع ضغط الدم والضغوط النفسية، ومرض السكري، والسمنة ونمط الحياة المتسم بالجلوس وقلة الحركة، والتدخين، والاستعداد الوراثي العائلي للسكتة القلبية[1].

ب - أمراض الجهاز الحركي: تشتمل التهاب المفاصل، والتهاب العمود الفقري، وهشاشة العظام، والأورام السرطانية، ومرض باركسنون الذي يطلق عليه مرض الشلل الرعاشي، ورغم أن سبب هذا المرض مختلفة مثل العوامل الوراثية والتهابات الدماغ والسموم والإصابات التي يتعرض لها الرأس[2].

جـ - أمراض الجهاز البولي والتناسلي: إن المشاكل التناسلية والبولية تزداد تأثيراتها في الكبر، حيث أن الحالات المزمنة هي نتيجة لتدهور تدريجي في جهاز الإفراز. ففي الوقت الذي تنخفض أو تتناقص فيه وظيفة الكلية مثلا فيمكن أن يحدث التهابا، في حين يعاني المسنين من الرجال في الغالب تضخما تدريجيا للبروستات والتي تتداخل مع عملية التبول. وهناك أيضا العجز المزمن عن ضبط التبول والذي يكون مشكلة متوسطة الانتشار بين المسنين ولكن يزداد انتشاره مع التقدم في العمر.

د - أمراض الغدد الصماء: قد يعاني المسنون وخصوصا النساء خللا وظيفيا في الغدة الدرقية إما بسبب فرط إفراز هرمون الثايروكسين أو بسبب قصور في إفراز الهرمون ولكن قصورالإفراز هو الأكثر شيوعا بين الطرفين ويمكن أن يسبب الموت إذا لم يعالج. وتتضمن الأعراض النمطية لهذا الخلل: الإمساك وزيادة الوزن، عدم تحمل البرد، والكآبة والاضطرابات النفسية بالهلاوس وبطء العمليات العقلية وضعف القدرة على الإستجابة إلى الضغوط أما العلاج فيتضمن التعويض عن إفراز هرمون الثايروكسين.

هـ - الأمراض التي تصيب الأذن: كثقل السمع أو فقده والأمراض التي تصيب العين كقصور النظر، حيث يصبح المسن يرى الأشياء البعيدة أكثر من القريبة، وتعتم العدسة ونقص حجم حدقة العين[3].

---

(1) - نفس المرجع، ص 269

(2) - مسعودة ناصري، ***أهم العوامل المؤثرة في الرعاية الصحية للمسنين في الأسرة الجزائرية***، رسالة ماجستير في الاجتماع العائلة والسكان، جامعة الجزائر 2، بوزريعة، 2012، ص 62.

(3) - نفس المرجع، ص 63.

و - الأمراض الحادة "الطارئة"عند المسنين: إن السببين الرئيسيين المؤديين إلى مشاكل الأمراض الحادة عند الأشخاص المسنين هما الأنفلونزا وذات الرئة من جانب والحوادث والجروح من جانب آخر، حيث تعد الأنفلونزا وذات الرئة سببا يقود إلى الموت بين المسنين حيث أن الحوادث تمثل سببا للوفاة وذلك لأن هذه الظروف والحالات الحادة ينتج عنها حاجة إلى تكاليف رعاية صحية عالية الثمن، وتكون اعتبارات مهمة لفهم الموقف الصحي للمسنين[1].

ولكثرة مشاكل الشيخوخة الصحية ذكر بعض الباحثين في تفسير العلاقة بين الشيخوخة وبين المرض ثلاثة إتجاهات، فالإتجاه الأول يرى أن الشيخوخة هي المرض، والإتجاه الثاني يرى أن الشيخوخة والمرض أمران منفصلان، والإتجاه الثالث يرى أن الشيخوخة والمرض عبارة عن مرحلتين في خط واحد متصل، ولا شك أن الإتجاهين الأول والثاني يجعلان من الشيخوخة والمرض أمران متلازمان أبدا، الأمر الذي يستلزم حاجة المسن للرعاية الصحية حتى الوفاة[2].

ويرفض بعض الباحثين التصور الشائع بأن الشيخوخة هي مرحلة للتدهور الحتمي والأمراض المزمنة، وفقدان معنى الأداء الوظيفي ويرون أن هذا التصور خاطئ، لذلك يبقى موضوع التغيرات الصحية التي تطرأ على حياة المسنين، من أهم الموضوعات التي تناولها الباحثون بالدراسة، بوصفهم مرحلة التقدم في العمر بصفة عامة بأنها ضعف الصحة الجسمية وذلك أنه حتى في ظل عدم الإصابة بالمرض يبقى المسنون عادة يشعرون بأنهم ليسوا على ما يرام.

ويرى البعض أن زيادة مدة هذه المرحلة من العمر وزيادة نسبة المسنين في المجتمع سوف يجعلنا نواجه مشكلة زيادة انتشار أمراض الشيخوخة، خاصة النفسية والعقلية كما هو الحال في المجتمعات المتقدمة، حيث تبين من الدراسات أن أكثر من 80 % من الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة يكون لديهم على الأقل مرض مزمن واحد وأن توقع حياة بدون أمراض يقل بشدة بعد عمر 64 سنة، ويزيد هذا الاحتمال بعد سن التسعين، فيصاب المسنون بالعديد من الأمراض المزمنة. ونجد أن الشفاء من الأمراض التي تصيبهم عند تقديم العلاج لا يكون بصفة تامة، وإنما يتم التخفيف من حدتها[3].

---

(1) - علي جسام عكلة الزبيدي، المرجع السابق، ص 287.

(2) - سعد الدين مسعد هلالي، ***قضية المسنين الكبار المعاصية وأحكامهم الخاصة في الفقه الاسلامي***، مجلس النشر العلمي، لجامعة الكويت، الكويت، 2002، ص 59.

(3) - يوسف جمعة، المرجع السابق، ص 30.

3 – الأمراض النفسية والاضطرابات العقلية والعصبية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة:

خصصت لجنة خبراء الصحة النفسية التابعة لمنظمة الصحة العالمية تقريرها السادس الصادر في سنة 1959 لمشكلة الشيخوخة على أساس أنها أصبحت مشكلة تواجه بعض الدول اليوم وسوف تواجه بعض الدول غدا. وترى هذه اللجنة أن هناك احتمالا كبيرا في أن يزداد عدد المرضى بأمراض عقلية وجسمانية مما سوف يزيد من العبء على الخدمات الصحية فزيادة عدد المسنين سوف يؤدي إلى زيادة عدد المرضى بأمراض عقلية وجسمانية في المجتمع، ولقد أجمعت الدراسات المتعلقة بالمسنين أن الكآبة ومتلازمة الدماغ العضوية تمثلان الاضطرابات الأكثر شيوعا التي يظهرها المسنون[1]. ومن أهم الأمراض النفسية والعقلية التي يعاني منها المسنون نجد:

3 – 1 – الأمراض الوجدانية والنفسية للمسنين:

أولا - الأمراض الوجدانية: هي تلك الأمراض التي تتصل بالقطاع الوجداني من الشخصية ومنها **الوسواس** وهو عبارة عن فكرة ثابتة ملحة في عقل المريض مصحوبة بجيشان وجداني وهذا الوسواس لا يترك المسن المريض به في راحة بل يطارده طوال الوقت.

وهناك **مرض الأعمال القهرية** فنجد مثلا الواحد منهم مدفوعا إلى عد أعمدة الهاتف في أثناء ركوبه القطار بحيث لا يستطيع الحيلولة بين نفسه وبين هذا التصرف القهري.

وأيضا نجد **الشك في نيات الآخرين اتجاههم** فيأخذ المسن في إتهام أقرب الناس إليه بأنه لا يحبه وأنه يتمنى له الموت، ولقد يفتري بعض المسنين على من حولهم بأنهم شتموهم أو ضربوهم[2].

ثانيا - الأمراض النفسية: قد يعاني المسن من عدد من الأمراض النفسية والتي من أكثرها إنتشارا في الوقت الحالي القلق وتوهم المرض والاكتئاب والوهن أو الضعف والهستريا ويلاحظ أن كل منا قد يشعر بعرض أو أكثر من هذه الأعراض ولكن ليس معنى ذلك أننا كلنا مرضى وهي لا تعتبر مرضية إلا إذا كانت حادة ومزمنة ومنها عصاب القلق حيث أن القلق مثلها مثل الخوف - حالة غير سارة - وهي عبارة عن حالة توتر نسعى للفرار منها والمسن يمتثل للتوقعات الإجتماعية عن طريق إشعاره بما يهدد شعوره بالأمن، وقلق المسن إن هو إلا فشل في دفاعاته التي تستهدف حمايته من مواجهة مخاوف وقلق الخبرات السابقة.

---

[1] - علي جاسم عكلة الزبيدي، المرجع السابق، ص 303.

[2] - عبد الرحمن عيسوي، ***الأعصبة النفسية والذهانات العصبية***، المرجع السابق، ص 230.

وهناك **عصاب الهستيريا:** وهي من أهم الأمراض ذات النشأة السيكولوجية، والشخص الهستيري قد يصبح أعمى أو أصم أو عاجزا عن الشعور، وقد يغرق المريض في حالة شديدة من فقدان الذاكرة والتوهان وتعدد الشخصية.

بالإضافة إلى **عصاب توهم المرض** وهو سلاح مخيف يطارد الإنسان المسن ويحاوره ويخادعه فيتخيل صاحبه أنه قد أصيب بأشد الأمراض خطورة وفتكا. وحالة توهم المرض تشير على اهتمام المريض بصورة مرضية بصحته أي المعاناة من وسواس المرض ومن أعراض هذا المرض شكوى المريض من الصداع، ومن الأرق أو فقدان النوم وعدم الاستقرار أو عدم الشعور بالارتياح.

كذلك نجد **عصاب الاكتئاب** ويتضمن هذا النوع تغيرات عضوية أو ما يعرف الاضطرابات السيكوسوماتية أي الأمراض ذات الأسباب النفسية والأعراض الجسمية من ذلك الشعور بالألم. وفي حالة اكتئاب رد الفعل يستجيب المريض للضغوط بقدر من الحزن أكثر من اللازم ويفشل في العودة للحياة الطبيعية[1].

3 – 2 - الأمراض العقلية في مرحلة الشيخوخة: في الواقع لا توجد أسس علمية دقيقة لتصنيف الأمراض العقلية إلى أنواع محددة، حيث أن كثيرا من الأعراض تتداخل، وبذلك يوجد العرض الواحد في كثير من الأمراض، وهذا يجعل عملية التشخيص عملية صعبة وتقريبية ومن أهم الأمراض العقلية المعروفة في مرحلة الشيخوخة نجد:

أولا - ذهان الفصام: تمتاز معظم حالات الفصام بفقدان المريض القدرة على الاتصال بالواقع، فيعجز عن التكيف إجتماعيا وينسحب تدريجيا من جميع العلاقات الانسان فاستجاباته للمواقف الإجتماعية تصبح غير ملائمة، وبمرور الوقت يصبح عاجزا عن التمييز بين عالمه الخيالي الوهمي وبين العالم الخارجي، حيث يفقد الإحساس بالواقع، كما يظهر لديهم أعراض الهذيان الذي يتركز حول الاتهام بالرذيلة والخطايا الدينية أو الاتهام بالغيرة والسحر، وخرق العادات الطبيعية أو الكفر وعدم الإيمان. والتشخيص في المراحل الأولى من المرض يعتبر عملية صعبة جدا فالشخص المريض يبدو كما لو كان قادرا على الاتصال بالبيئة ويبدوا ظاهريا كما لو كان طبيعيا[2].

ثانيا - ذهانات سن اليأس: وهو مرض ينتاب الإنسان في صورة اضطراب يتمثل في ردود فعل إكتئابية تتميز بالتهيج وإدانة الذات ولومها، ويحدث هذا الاضطراب في مرحلة سن اليأس عندما يواجه الإنسان سلسلة من التغيرات الفسيولوجية المرتبطة بالتدهور العصبي

---

[1] - نفس المرجع، ص 242.

[2] - نفس المرجع، ص 265.

والبدني، وفيما يتعلق الأعراض التي يعاني منها مرضى هذا الإضطراب فإنها تظهر تدريجيا ولاشك أن هناك من الخبرات المؤلمة والحزينة التي تعجل بظهور هذا المرض منها فقدان المكانة الإجتماعية أو الوظيفية، حالات الموت في الأسرة والانتكاسات المالية، وتتضمن الأعراض الأولية فقدان الوزن والأرق والصداع، ضعف التركيز وعندما يزداد المرض فإن الصورة التي تؤخذ عن المريض تمتاز باليأس الشديد وفقدان الأمل.

ثالثا - ذهان الشيخوخة: كان يسمى في الماضي عته الشيخوخة أو جنون الشيخوخة أو الذهان المصاحب لتصلب الشرايين وانسدادها ويعتبر واحدا من المشكلات الصحية الرئيسية المعاصرة، حيث يكون حوالي 12,8% من حالات الدخول للمستشفيات العقلية ويبدوا أن هذا المرض يحدث لكيلا الجنسين بدرجة متساوية، كما يحدث بدرجة أكبر لدى الأشخاص ذوي المستوى الإجتماعي والإقتصادي المنخفض، ولكن هذا لا يعني اقتصاره عند مجموعة إقتصادية. والأعراض الأكثر حدة في مرض تصلب الشرايين يسبقها بإستمرار صداع ودوران، وشكاوي جسمية غير محددة وفترة عامة من الهبوط العضوي والعقلي، حيث يظهر الاضطراب العقلي في سير المرض وقد تستغرق فترات النقاهة عدة شهور أو حتى عدة سنوات ومن ثم تنتهي بنوبة قد يشفى المريض منها أو قد لا يشفى أبدا[1].

3 - 3 – الأمراض العصبية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة:

3 – 3 - 1 - المرض العصبي بين الخرافة والعلم:

خرافة المرض العصبي أطلقها توماس زاس **Thomas szasz** في 1960، ولقد كانت فكرة مدوية قال فيها أن الفصام ليس مرضا، وأن فكرة المرض العصبي مجرد خرافة أو أسطورة ابتدعها الأطباء النفسيين ليحكموا سيطرتهم وسطوهم على مرضاهم، كما يفترض أن المرض النفسي في أحد مسبباته ناتج عن القمع وغياب العدل، وهو مجرد استجابة إجتماعية[2].

إن الإعتقاد بأن المرض العصبي خرافة فهو تفكير ميتافزيقي وهو فكر يصدر عن مشاكل تتعلق بنرجسية الفرد أو بنرجسية المجتمع، ويخفف الألم النرجسي عن طريق وهم التغلب على مصادر هذا الألم، فهو فكر لا يدعمه واقع فيزيقي ثابت بل تدعمه صراعات نفسية داخلية ذات طابع وهمي تخيلي. وهذا التفكير جعل الإنسان الأول يتصور وجود صلة بين الطبيعة وبينه ومن هذا ظهرت الخرافة والأسطورة تمثل عالما آخر قائما بذاته يتصل به الناس[3].

---

[1] - عبد الرحمن عيسوي، ***إضطرابات الشيخوخة وعلاجها***، المرجع السابق، ص 55.

[2] - محمد السيد عبد الرحمن، المرجع السابق ص 16.

[3]- أحمد فائق، ***الأمراض النفسية الإجتماعية، نحو نظرية في اضطراب علاقة الفرد بالمجتمع***، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2001، ص 419.

ومن الغريب أننا مازلنا نشهد رواسب هذا التفكير والسلوك في حفلات الزار، ومحاولة التطبيب عن طريق الدجالين والمشعوذين، ومحترفي النصب والاحتيال، وأدعياء "الطب الروحاني". ولكن التعليم في بلادنا لم ينجح في تبديد ظلام الخرافة، ولم يتحرر عقول الشباب، ومن المدهش أيضا أنه رغم ما أحرزته اليوم العلوم الطبيعة الحديثة من انتصارات مذهلة واكتشافات رائعة وعلى الرغم من إنتشار نور العلم، إلا أن كثيرا من الدراسات الميدانية التي تناولت الشباب العربي وجدت أن التعليم لا يبدد ظلام الخرافة من أذهان الشباب العربي بل دلت الدراسات أن العلم يوجد جنبا إلى جنب مع الخرافة[1].

إن العصر الحالي هو عصر إحساس الإنسان بنفسه وبإنسانيته، وتتمثل روح العصر في إيديولوجيات علوم السلوك الإنساني والتي يحتل التحليل النفسي مكانة بين هذه العلوم. وحديثا حاول علماء الإجتماع وعلماء الانتروبولوجية باسهاماتهم بيان العوامل الإجتماعية والثقافية التي تساعد على فهم الإنسان لنفسه .

إن الطب العصبي كفرع من فروع الطب يركز اهتمامه المباشر على سلوك الإنسان لهذا لابد أن يندمج ويتفاعل مع التاريخ الحديث والفكر المعاصر لكل العلوم التي تدرس الإنسان.

لقد انصب إهتمام الطب العصبي في القرن التاسع عشر على تتبع تشريح المرضى للأمراض السلوكية، وقد تم ذلك بعد أن أعلن **فرشوف** مفاهيمه عن المرض إذ أكدت هذه المفاهيم ضرورة تحديد المكان التشريحي للمرض على خلاف ما كان متبعا من قبل.

إن اعتبار المرض العصبي مرضا جسمانيا اتجاه لم ينته تماما عند كثير من الأطباء العاملين في ميدان الطب العصبي وتمسكهم بالعلاج الطبي البحت. وليس أدل على ذلك من البحوث والأموال التي تصرف لبيان أثر العقاقير المختلفة في العلاج واعتقاد البعض بأن علاج كل الأمراض سيوجد حتما في مجال الكمياء الحيوية[2].

إن الوظيفة الرئيسية للطب العصبي هي علاج الأمراض والاختلالات العصبية، وقد أحدثت الكشوف والنظريات العصبية الجديدة، وخاصة في السنوات الأخيرة تغيرات بالغة في مجالات التعليم والتربية ورعاية الطفولة، والزواج وغيرها من المجالات الإنسانية الأخرى وفي الطريق إلى علاج العقول المريضة وضحت بعض معالم العقل، وسيؤدي ذلك إلى حقائق سيكون لتطبيقها أثارا في المستقبل[3].

---

(1) - عبد الرحمن عيسوي، ***الإسلام والعلاج النفسي الحديث***، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، 1997، ص 38.

(2) - سعد جلال، المرجع السابق، ص 476.

(3) - عبد الرحمن عيسوى، ***الأمراض السيكوسوماتية***، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1996، ص 167.

وأكثر الأمراض العصبية شيوعا في مرحلة الشيخوخة هو **مرض الزهايمر Maladie d'Alzheimer** ولقد وصف هذا المرض لأول مرة عالم الأعصاب الألماني **ألوس الزهايمر Alois Alzheimer** سنة 1806 ويسمى أيضا العته / الخرف الكهلي هو السبب الأكثر شيوعا للخرف يؤذي المهارات العصبية والإجتماعية مما يؤدي إلى إعاقة الأداء اليومي في الحياة العادية ويسبب مرض الزهايمر الدماغي تزايد في فقدان الذاكرة والعمليات العقلية الأخرى، وهو نادرا ما يحدث قبل سن الأربعين ولكن فرصة الإصابة به تزداد مع التقدم في السن، ففي المراحل المبكرة له ينسى الفرد الحوادث اليومية، ولكنه يستطيع تذكر الحوادث التي وقعت منذ عدة سنين.

3 – 3 - 2 – مرض الزهايمر: يعد مرض الزهايمر مأساة عائلية وواقعة كبيرة في المجتمع، والاختلال الانحلالي للزهايمر هو أكثر الاختلالات انتشارا نشهده خاصة في الوقت الحالي، بما أنه يمثل حسب الباحثين بين 40 و69 % من مجموع الاختلالات، ويقدر حاليا عدد المصابين بمرض الزهايمر أكثر من عشر ملايين في العالم.

أولا - لمحة تاريخية عن مرض الزهايمر:

تعني الكلمة اللاتينية اختلال **Démence** شذوذ أو تيهان وأيضا جنون أو عته، وقد تداولت هذه الكلمة خلال القرون الماضية بشكل كبير حتى وصلت إلى وقتنا الحالي. وعرف **Esqurol** أخصائي الأمراض العقلية الفرنسي أن (المختل هو الغني الذي أصبح فقيرا، بالعكس مع المتخلف عقليا الذي يبقى دائما فقيرا)، وكما أكد منذ سنة 1816 على وجود أشخاص يعانون من ضعف في الاستيعاب، النسيان للأشياء اليومية إضطرابات سلوكية، إضطرابات في النوم، الفعالية والنشاط والايماءات إضافة إلى إضطرابات سلوكية حادة تتمثل في حركات مفاجئة، الارتعاش ، الهذيان، عدم الوعي، فقدان النظافة الجسدية...إلخ.

إن هذه الأعراض المتنوعة كانت موضوع بحث كثير من الأخصائيين الذين عملوا على ايجاد تصنيف شامل لهذه الأعراض. وبفضل التطور الكبير في علم الكيمياء استطاع المختص في الأمراض العصبية الطبيب الألماني **Alois Alzheimer** سنة 1906 في إجراء التشريح لمريضة كان يعالجها وقد توفيت فاكتشف وجود ضمور في المخ[1]. حيث لاحظ عن طريق المجهر الالكتروني وجود صفائح هرمية plaque sénile على مستوى القشرة الدماغية، كما كانت تعاني من إضطرابات في الذاكرة واللغة والقدرات المعرفية وابتداءا من هذا التاريخ اعتبر مرض الزهايمر بأنه عته كهولي أي يظهر قبل سن الخامسة والستون، ومع تقدم

[1] - نوال مجبور: المرجع السابق، ص 51.

الدراسات لوحظ أن وجود إصابات دماغية في العته الشيخوخة، أي بعد سن الخامسة والستين تشبه تلك الموجودة في مرض الزهايمر أي عته كهولي، ونظرا لهذا التشابه اتفق الباحثون على وضع تسمية واحدة تجمع بين النوع الأول والثاني تتمثل في عته من نوع الزهايمر[1].

وفي سنة 1910 اقترح **KRAEPLIN** المختص الألماني في الأمراض العقلية والنفسية للوسط العلمي اسم مرض الزهايمر من أجل تحديد هذا النوع من الاختلال أو الإضطراب.

ويذكر أيضا **Aupetit** أنه قدم في لندن سنة 1977، أول مؤتمر دولي كبير حول مرض الزهايمر. منذ ذلك الوقت اتفق الباحثون لكل البلدان الناطقة باللغة الانجليزية على أن كل أنواع مرض الزهايمر كل الأشكال التي لم تدرس بعد لهذا الأخير، أصبحت موحدة تحت اسم اختلالات لنوع الزهايمر **Démence de type Alzheimer** وبإختصار **DTA** وهذا من أجل تحقيق مصداقية علمية أكثر دقة، ومواصلة البحث حول تعريف الأشكال المبكرة لمرض الزهايمر والأشكال المتأخرة للاختلال الخرفي لنوع الزهايمر، وأصبح مصطلح **Maladie d'alzheimer** مستعملا عند معظم الباحثين[2].

ثانيا - تعريف مرض الزهايمر:

مرض الزهايمر أو الخرف الكهلي أو الأمه (أمه الرجل، فهو مأموه، وهو الذي ليس عقله معه)، يعرف بأنه مرض تنكسي عصبي، عادة ما يبدأ ببطء ويتدهور مع مرور الوقت، ويشكل مرض الزهايمر سبب حوالي 60 % إلى 70 % من حالات الخرف، وتشمل الأعراض الأكثر شيوعا للمرض هي الصعوبة في تذكر الأحداث الأخيرة كفقدان الذاكرة قصيرة الأمد، ومع تقدم المرض قد تتضمن الأعراض مشاكل في اللغة، والتوهان بما في ذلك الضياع بسهولة وتقلب المزاج، وفقدان القدرة على العناية بالنفس، ومشاكل سلوكية. وبشكل تدريجي تتدهور حالة المريض لينسحب من الأسرة والمجتمع، وبشكل تدريجي يفقد وظائف الجسم ما يؤدي في نهاية المطاف إلى الموت.

مرض الزهايمر عبارة عن ضمور في خلايا المخ يؤدي إلى تراجع مستمر في الذاكرة وفي القدرات العصبية الذهنية وهو ليس مرحلة طبيعية من مراحل الشيخوخة. لكن احتمال الإصابة به يتزايد مع تقدم العمر نحو 5% من الناس في سن 65-74 عاما يعانون من مرض الزهايمر، بينما نسبة المصابين به في سن 85 عاما فما فوق تصل نحو 50%.

(1) - Rousseau,T. ***Communication et maladie d'Alzheimer, évaluation et pris en charge***, 2eme ed France, 1995, p 12.

(2) - Au petit, H, ***la maladie d'Alzheimer***, ed opile jacob, 2004, p 32.

ويسير بسرعة أزيد من أي مرض آخر يحدث في هذه المرحلة، والاختلال الانحلالي الزهايمر démence dégénérative هو أكثر الإختلالات إنتشارا نشهده خاصة في الوقت الحالي ويقدر حاليا عدد المصابين به أكثر من عشر ملايين في العالم من بينهم أربعة ملايين في الولايات المتحدة الأمريكية وحوالي 600.000 في فرنسا، كما تصل إلى 110.000 حالة جديدة سنويا في العالم والرقم لم يتوقف عن التزايد[1].

يقول **أنجلش** أن مرض الزهايمر أحد الأمراض العصبية التي تصيب الإنسان فيما قبل الشيخوخة أو أثناءها وهو عبارة عن تدهور في المخ ويسبب معاناة المريض من صعوبات في الكلام والذي يؤدي إلى الإصابة بالشيخوخة المبكرة ويطلق على هذا المرض أسماء أخرى فيقال له "عته الزهايمر" أو "تصلب الزهايمر" أو "خلايا أو أسباب الزهايمر"[2].

ثالثا - أنواع مرض الزهايمر:

النوع الأول: وراثي ويسمى الزهايمر العائلي Alzheimer familial وهو ينتقل عن طريق الجينات الوراثية من أحد الوالدين أو كلاهما، وهو غير منتشر ويحدث بنسبة 10 % لمن هم قبل سن 65 سنة، وهو نادر جدا، عادة يصاب الأشخاص بالمرض بجيل مبكر جدا حتى عقدهم الرابع.

النوع الثاني: وهو الأكثر إنتشارا ويسمى الزهايمر الفردي Alzheimer sporadique فهو لا يحدث عن طريق الوراثة ويبدأ المرض عادة بعد سن 65 سنة. ويسمى أيضا الزهايمر المتأخر وهو الشائع[3].

النوع الثالث: الزهايمر المبكر وهو الزهايمر الذي يبدأ بجيل مبكر تحت سن 60 سنة ، وهؤلاء المرضى عادة يعانون من أمراض عصبية أخرى.

رابعا – الأسباب والعوامل المساعدة على الإصابة بمرض الزهايمر:

1 – أسباب المرض: إن أمل علاج مرض الزهايمر يبقى مرتبطا بمعرفة أسبابه، إلا أن هذه الأخيرة تبقى ليومنا هذا غير معروفة، فمرض الزهايمر مرض عصبي انحلالي وتطوري من سبب غير معروف.

لقد تكاتفت الدراسات في السنوات الأخيرة وخاصة في ميدان علم الأعصاب المرضي، وعلم الأعصاب الكيميائي، حيث أدت إلى ظهور نظرية سميت **بنظرية ألبيتا أميلويد** أين يفسر الأطباء أن هناك ظاهرتين متلازمتين تحدثان معا داخل الدماغ، فمن جهة هناك بروتين يتجمع بطريقة غير طبيعية داخل الخلايا العصبية مسببا انحلال عصبي ليفي.

---

(1) - ترجمة زين جاسم بوعلاى، مراجعة عادل العوفي، ***دليل لفهم مرض الزهايمر***، تواصل حقيبة علمية تثقيفية لمرض خرف الشيخوخة ومقدمي الرعاية، 2007، ص 3.

(2) - عبد الرحمن عيسوي، **علم نفس الشواذ والصحة النفسية**، موسوعة علم النفس الحديث، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان، 2002، ص 140.

(3) - حياة مسعودي، المرجع السابق، ص 49.

ومن جهة أخرى تواجد صفائح بيتيدية تتحشر بين الخلايا العصبية، ويرجع سبب وجودها إلى تراكم غير عادي لمادة تسمى ألبيتا أميلويد وتأتي هذه المادة من بورتين غير غشائي موجود بشكل طبيعي داخل جميع أنواع الخلايا العصبية[1]. وإلى جانب هذه النظرية، افترض الباحثون أسباب أخرى للمرض، إلا أن بعضها ما يزال قيد الدراسة. وبالرغم من عدم التأكد من الأسباب الرئيسية للمرض، إلا أنه تم التوصل إلى أن:

- مرض الزهايمر يمس فئة النساء والرجال.
- احتمال ظهور المرض مع التقدم في السن.
- يعد مرض الزهايمر من الأمراض الغير معدية.
- مرض الزهايمر لا يرجع إلى سبب واحد بل يخضع إلى تداخل مجموعة من الأسباب.

كما تم اقتراح عدة فرضيات كشرح لأسباب المرض نذكر أهمها.

* **الفرضية الوراثية:** تعتمد هذه الفرضية على الدراسات الإحصائية، وقد أظهرت الدراسات الوراثية الحالية، أشكال عائلية لمرض الزهايمر المنقولة عبر المورثات العائلية، وتوصل العلماء لنتائج تثبت وجود سوابق عائلية لمرض الزهايمر عند 15% من الحالات، وقد أثبتت الدراسات لهذه العائلات تصاعد احتمال الإصابة بهذا المرض، دون معرفة أصل هذا الاشتراك في نفس المرض.

* **فرضية إختلال التوازن الكيميائي:** أثبتت بعض الدراسات قام بها باحثون بجامعة كاليفورنيا، أن سوء التغذية المزمن يؤدي إلى نقص الفيناميناتوالأملاح المعدنية التي يمكن أن تساهم في تفاقم مرض الزهايمر وقد ارتبطت الزيادة أو النقصان في تداول بعض المواد الغذائية في حدوث الإصابة مثل فيتامين B12، فيتامين A، وفيتامين C، والكولين وهي مادة غذائية ينتجها الجسم وهي المسؤولة على نقل الإشارات العصبية بين خلايا الدماغ والتي يبطؤ عملها عند الإصابة بالزهايمر.

وفيتامين B12: توصل الباحثون من خلال دراستهم أن النقص المزمن لفيتامين B12 مرتبط بتفاقم مرض الزهايمر. كما أن أكثر من 70% من المسنين الذين يعانون من نقص في هذا الفيتامين يعانون من مرض الزهايمر. حيث تتخلص وظائف هذا الفيتامين في تأثيره على العمليات الأيضية في الجسم، والتي تلعب دورا هاما في عمل بعض الأنسجة العصبية وإنتاج النواقل العصبية والدهون الفوسفورية التي قد تكشف عن سر ارتباط الفيتامين بتطور وتقدم مرض الزهايمر[2].

---

[1] - نفس المرجع، ص 52

[2] - حياة مسعودي، المرجع السابق، ص 54.

2 – العوامل المساعدة على الإصابة بمرض الزهايمر: يعد البحث عن العوامل التي تساعد على الاصابة بمرض الزهايمر وإيجاد طرق للوقاية من بعضها، ميدان صعب ومهم في نفس الوقت لفتح المجال للبحث عن إمكانيات التقدير والتنبؤ بالمرض، وذلك بالاعتماد على دراسات إحصائية حول المصابين بالزهايمر وتتمثل بعض هذه العوامل في.

* **السن،** وهو العامل الأول الذي قد يؤدي إلى الإصابة بالخرف عامة وبمرض الزهايمر خاصة حيث تتزايد فرص التعرض بهذا المرض مع التقدم في السن بنسبة الضعف كل خمسة أعوام تالية لسن 65 حتى تصل لأعلى نسبة 50% عند سن 85.

* **الجنس:** توصلت الدراسات إلى أن فئة النساء هن أكثر عرضة للإصابة بمرض الزهايمر، وهذا لوجود نسب عالية في الإصابة عند فئة النساء مقارنة مع فئة الرجال.

* **العوامل الوراثية:** إن إمكانية الإصابة بمرض الزهايمر مضاعفة ثلاث مرات، إذا أصيب أحد الآباء من الجيل الأول بهذا المرض، وتتضاعف هذه الإمكانية إلى 7 مرات إذا أصيب أكثر من فرد في العائلة. كما تمكن العلماء مؤخرا من التعرف على موروثة يعتقد أنها تسبب المرض بالإضافة إلى الاعتقاد بأن المرض ناشئ من تفاعل معقد بين أسباب جينية وأخرى غير جينية، كما أن هناك احتمال مضاعف للإصابة بهذا المرض عند الأشخاص الذين يحملون نسختين من الموروثة المنتجة لمادة المركب الدهني الروتيني **l'apoliporotéine E** [1].

استنادا إلى دراسات التوائم والأسر يتراوح تأثير العامل الوراثي الجيني في مرض الزهايمر بين 49 % إلى 79 % حوالي 0,1% من الحالات هي اشكال عائلية صبغية جسمية.

* **العوامل النفسية والإجتماعية:** تتمثل في المستوى الثقافي حيث توصلت الدراسات أن عامل المستوى الثقافي الضعيف يزيد من احتمال الإصابة بمرض الزهايمر أو الخرف عامة، كما أكدت أيضا أن تأثير هذا العامل هو أكثر وضوحا عند فئة النساء منه عند فئة الرجال، في حين فسرت الدراسات تأثير المستوى الثقافي العالي على أنه انعكاس لايجابيات المستوى الإجتماعي الإقتصادي الجيد المتمثل في التغذية وكل الظروف الملائمة للحياة.

* **عامل النشاطات الترفيهية** حيث توصلت الدراسات إلى أن القيام ببعض النشاطات الترفيهية يقلل من احتمال الإصابة بمرض الزهايمر مثل البستنة، السفر، الأشغال اليدوية لأن هذا النوع من النشاطات يسمح بتدخل الوظائف التنفيذية والتخطيط مما يؤخر من ظهور المرض.

* **عامل الإصابة الوعائية:** حيث أن السوابق المرضية يمكن أن تكون عامل من العوامل التي تهدد بالإصابة بمرض الزهايمر ومن هذه الأمراض نجد: إرتفاع الضغط الدموي، والداء السكري وارتفاع الكلولسترول في الدم،...إلخ.

[1] - مدحت أبو النصر، **الاعاقة العقلية المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية**، مجموعة النيل العربية، القاهرة، 2005، ص 210.

- إصابات الرأس: هناك دلائل قوية على أن إصابات الرأس الخطيرة تزيد من فرص الاصابة بالمرض[1].

خامسا - مراحل تطور المرض: يذكر **EUSTACHE** في كتابه أن الزهايمر مرض عصبي مزمن يتطور بصفة خفية وتدريجية، يصيب الوظائف الذهنية إلى أن يتطور إلى مرحلة خرف حاد، فغالبا ما تظهر على المصاب إضطرابات في الذاكرة مصحوبة بإضطرابات معرفية وعصبية والتي تتطور بصفة تدريجية، فالتغير الانحلالي للمخ يتطور خلال الزمن. هذا ما يسمح بتمييز مراحل مختلفة من تطور المرض[2].

المرحلة الأولى: تتميز بوجود تدهور عقلي خفيف واضطرابات في التفكير والاستيعاب والإدراك الحسي والتناسق الحركي والعجز عن تذكر الأحداث القريبة، والعجز عن استخدام المفردات اللغوية المناسبة للتعبير عنها، ويميل المريض إلى العزلة والانطواء. ويغلب على مزاج هؤلاء قبل المرض المعاناة من الحزن والقلق والتوتر والتهيج[3].

كما تظهر إضطرابات الذاكرة والتي تطور بصفة تدريجية وتتمثل في صعوبات التحديد والنسيان بشكل دائم ومتكرر للأشياء البسيطة، الأسماء، المواعيد والتواريخ وبعض نشاطات الحياة اليومية.

المرحلة الثانية: يعاني المريض من الهذاءات أو الضلالات délusions وهي أفكار زائفة وغير حقيقية، كما يعاني المريض من الخلط والتزيف في الذاكرة ويعتر به نوبات من الضحك والبكاء والقلق وشروذ الذهن والغضب. ويغلب على مزاج المريض الاكتئاب وقد تحدث حالات من الابتهاج الزائف أو البلادة الزائدة، مع زيادة الحركة وعدم السكون إلى الراحة والتجول دون هدف وتكرار الأعمال والحركات عديمة الغاية[4].

تظهر هذه المرحلة بعد ثلاثة إلى أربعة سنوات من تطور المرض، وتظهر على شكل عرض يسمى Syndrome aphaso-apraxo-agnosique وتتمثل في إضطرابات ذهنية مع خلل كبير في التوجيه المكاني والزماني بالإضافة إلى إضطرابات الفهم، أخطاء في التسمية والتعيين والتراكيب اللغوية، نقص الكلمة وتعويض كلمة أخرى، نلاحظ أيضا ردائة un jargon فيصبح كلام المصاب غير مفهوم، مما يؤدي إلى نقص تدريجي في الكلام حتى يصل إلى خرس تام[5].

---

(1) - نفس المرجع، ص 51.

(2) - نوال مجبور، المرجع السابق، ص 70.

(3) - عبد الرحمن عيسوي، ***علم النفس الشواذ والصحة النفسية***، المرجع السابق، ص 145.

(4) - نفس المرجع، ص 146.

(5) - حياة مسعودي، المرجع السابق، ص 58.

المرحلة الثالثة: تظهر هذه المرحلة حسب **Kacha** بعد 5 إلى 7 سنوات تقريبا من تطور المرض، وتعتبر مرحلة الخرف الكلي la démence globale وتصبح الإضطرابات عميقة، وتظهر أعراض أكثر صعوبة حيث أن المصاب بالزهايمر يفقد تماما الاستقلالية الذاتية سواء الجسمية أو الذهنية ويصبح المريض غير واعي، مضطرب وقلق ولا يتمكن من الاتصال والتفاعل مع الآخرين، ويفقد المصاب كل قدراته العقلية والمعرفية وتتدهور حالته الصحية والنفسية وتنتهي هذه المرحلة بالموت[1].

سادسا – الأعراض الإلكينيكية للمرض:

تكون بداية المرض عموما غير ظاهرة، وتسجل أعراض فقدان الذاكرة في المرتبة الأولى، أما التعبير فيكون مضطرب وتختلف درجة هذا الإضطراب من مصاب لآخر، وتزداد هذه الأعراض في الخطورة مع تطور المرض وقد صنف **SCHADE** أعراض المرض فيما يلي:

1 – اضطرابات الذاكرة: تعد اضطرابات الذاكرة أول عرض يظهر في مرض الزهايمر، حيث يكون المصاب في أول الأمر منعزل عن العائلة والمحيط. وقد تدوم هذه الحالة عدة شهور أو أعوام ثم يتطور المرض حيث لا يستطيع المصاب استحضار الكلمة أو اسم الشيء، المكان أو الشخص وتبدأ أعراض النسيان في التفاقم تدريجيا. تعتبر اضطرابات الذاكرة من بين أول الأعراض ظهور في معظم الحالات إذ بينت الدراسات النفسية العصبية إلى أن هذه الاضطرابات تظهر عند حوالي 50% إلى 70% من حالات الاختلال من نوع الزهايمر وتعتبر كإصابة مبكرة لوظائف الذاكرة.

2 – اضطرابات لغوية: يلاحظ لدى المصاب بالزهايمر وجود حبسة aphasie تكون غير ظاهرة، فالمصاب يبحث عن الكلمات أو حتى الحروف ولايجدها، أي فقدان الكلمات ويظهر هذا جليا مع مرور الوقت، بالإضافة إلى فقدان المصاب للمعاني النحوية والصرفية حيث يكون الخطاب خالي من المعاني، بدون وجود روابط. كما أنه يوجد تطور مبكر وسريع لإضطرابات اللغة في مرض الزهايمر، وهي مرتبطة بالتطور السريع للمرض، فنلاحظ وجود نسبة الإضطرابات اللغوية حوالي 40% من حالات الخرف الخفيف.

كما تظهر **اضطرابات اللغة الكتابية** في مرحلة مبكرة من المرض، وتكون على شكل اضطرابات في النظام الحركي الكتابي كما يعاني المصاب من عسر الكتابة وصعوبة احترام القواعد الكتابية مثل التنقيط، الفواصل...إلخ.

[1] - نوال مجبور، المرجع السابق، ص 49.

أما **اللغة الشفوية** فهي جد مضطربة وتتطور على مدى تطور المرض، وتتمثل الإضطرابات التي تمس التعبير الشفوي في نقص الكلمات وتحويلات لفظية، كما يكون خطاب المريض غير مفهوم خالي من الروابط بالإضافة إلى وجود أخطاء نحوية وكلمات غير موجودة في النظام اللساني.

3 – اضطرابات سلوكية: تظهر الإضطرابات السلوكية بعدم وعي المصاب بمرضه وبحالات النسيان المتكررة، وعدم إبداء رد فعل اتجاه هذا المرض ولكن يلاحظ في بعض الأحيان ظهور عرض انهياري، كما توجد اضطرابات سلوكية على مستوى الطبع تتمثل في سرعة الغضب التأثر وحالة من القلق الشديد.

4 – اضطرابات الانتباه: تظهر اضطرابات الانتباه بصفة مبكرة عند المصاب بالزهايمر، وتتجلى هذه الاضطرابات خاصة في صعوبات الانتباه للنشاطات التي تشمل عدة منبهات أو مثيرات، كما توجد علاقة بين اضطرابات الانتباه وعدم الوعي بالمرض والخمول[1].

5 – اضطرابات التعرف: تكون اضطرابات التعرف غير واضحة في المرحلة الأولى من تطور مرض الزهايمر، كما أنه يمكن أن نلاحظ إضطراب التعرف البصري الذي يتمثل في عدم القدرة على التعرف على الأشياء في المحيط رغم أن حاسة البصر سليمة. إن حدة المرض تجعل المصاب غير قادر على التعرف على الأوجه وحتى المألوفة.

6 – اضطرابات عدم الوعي: هو عدم وعي المصاب بحقيقة مرضه، ويعاني المصاب بالزهايمر من هذا الإضطرابات في مرحلة متطورة من المرض وهناك علاقة بين عدم الوعي ودرجة تطور وخطورة مرض الزهايمر لأن عدم الوعي من أهم الإضطرابات التي تؤدي إلى فقدان الاستقلالية.

7 – اضطرابات الأبراكسيا: يظهر في مرحلة متطورة من المرض، ويظهر في صعوبة القيام بحركات أو استعمال الأشياء، وهي راجعة لإصابة في الوظائف الحركية رغم سلامة الحواس والمصاب غير قادر على استعمال الأدوات البسيطة.

8 – اضطرابات الوظائف التنفيذية: تظهر هذه الاضطرابات بصفة مبكرة عند المصاب بالزهايمر وهي تعكس الصعوبات المعرفية، وتتجلى هذه الاضطرابات في عدم القدرة على استعمال أو تصنيف المعلومات حسب النوع والشكل، وتظهر صعوبة تنفيذ بعض النشاطات اليومية مثل: اللبس، تحضير الأكل،...إلخ[2].

---

[1] - نوال مجبور، المرجع السابق، ص 61.

[2] - نوال مجبور، نفس المرجع، ص 62.

9 – الاضطرابات النفسية:

أ – الاكتئاب: من بين الاضطرابات السلوكية التي تظهر بصفة مبكرة عند المصاب بالزهايمر منذ المرحلة الأولى من تطور المرض. ويؤدي الاكتئاب إلى اللامبالاة والخمول وإهمال إنجاز بعض النشاطات اليومية ونقص التركيز وحالات الاكتئاب غالبا ما تظهر عند النساء أكثر من الرجال.

ب – القلق: يظهر اضطراب القلق من بين الأعراض الثلاثة الأولى من ظهور مرض الزهايمر فحوالي 50 % من المرضى يعانون القلق، وهو مرتبط بالاكتئاب، ويمكن أن يظهر على شكل أعراض مختلفة كإرتفاع الضغط الدموي، اضطرابات النوم، القيام بأفعال دون هدف معين، والتخوف الشديد من ردة فعل أو رفض من طرف المحيط والعائلة.

جـ - الحزن الشديد: تظهر هذه الحالة في مختلف مراحل التطور لمرض الزهايمر، وغالبا ما تظهر هذه الحالة في حالات الفشل.

د – الهيجان: يظهر هذا السلوك في مرحلة متطور من مرض الزهايمر حيث توجد صعوبات معرفية واضطرابات عدم وعي المصاب بصعوباته، يعتبر هذا الاضطراب كعائق حقيقي في الكفالة بالنسبة للمجتمع والعائلة[1].

[1] - نفس المرجع، ص 65.

الفصل الثالث

نسق علاج الأمراض العصبية
وسبل رعاية المسنين

I - نسق علاج الأمراض العصبية والنفسية

1 – أهمية العلاج الطبي وأنواعه.

2 – أهمية العلاج الشعبي وأشكاله.

3 – مؤسسات رعاية الصحة النفسية والعصبية.

4 – تشخيص وعلاج الأمراض العقلية والعصبية عند المسنين.

II - سبل رعاية المسنين ووسائل الوقاية من الأمراض العصبية

1 – الأطراف المسؤولة عن رعاية المسنين.

2 – فلسفة الرعاية في مرحلة الشيخوخة.

3 – الخدمة الإجتماعية ورعاية المسنين.

4 – أنواع الرعاية المقدمة للمسنين.

5 – أساليب الوقاية من الأمراض العقلية والعصبية.

I – نسق علاج الأمراض العصبية والنفسية:

1 - أهمية العلاج الطبي وأنواعه:

1 - 1 - الإهتمام بالعلاج الطبي: كانت العودة إلى أبقراط مما أدى إلى قيام محاولات لإيجاد سبل تجريبية لعلاج المرضى بأمراض عصبية، فلقد أمدتنا الدراسات الميكروسكوبية للمخ خلال البقية الباقية من هذا القرن دلالات مختلفة تلقى أضواء على أسباب الإضطراب العصبي لدى المسنين، وفي حالات التخذير المختلفة، وكان طبيعيا أن يكون الإتجاه في ذلك الوقت ممثلا للرغبة في علاج المرضى بأمراض عصبية بالطرق الجسمانية البحتة، وقد أدى هذا الإتجاه إلى نجاح العلاج بالأنسولين، وبالصدمات الكهربائية، وكذلك القيام بالعمليات الجراحية المختلفة، مما أدى إلى التقدم في عمليات جراحة المخ.

لقد انصب إهتمام الطب العصبي في القرن التاسع عشر على تتبع التشريح المرضى للأمراض السلوكية، وقد تم ذلك بعد أن أعلن "فرشوف" مفاهيمه عن المرض، إذ أكدت هذه المفاهيم ضرورة تحديد المكان التشريحي للمرض على خلاف ما كان متبعا من قبل، وبوصفها للمرض على أنه يتكون من عمليات فسيولوجية عادية في الحياة تغيرت بظروف مرضية. ولقد كان لمدة الإقامة في المستشفى تحت أثر التغيرات الثقافية المرتبطة بالتصنيع والتحضر في القرن التاسع عشر، أثر في تطور التشخيص والطب العصبي وتصنيف الأمراض إذ سمحت مدة الإقامة للأطباء بدراسة التطور الطبيعي للأمراض في بيئة المستشفى[1].

يرجع تقدم علم الأمراض العصبية إلى نظريات فرويد، ولقد أصبح بالإمكان بعد تحسين الوسائل تشخيص هذه الأمراض وتعريفها وعلاجها، ولقد اعتقد الخبراء أن سبب الأمراض العصبية هو إهتمام الناس بها، وبالوسائل المتاحة لتشخيصها وعلاجها. ولقد عارض الناس في الماضي كل من فكر في علاج الأمراض العصبية ثم أصبح الآن يلتمس العون في هذا السبيل، حيث أصبح في الإمكان علاج أنواع كثيرة من هذه الأمرض[2].

إن أصل الطب العصبي يندرج من الممارسات القديمة والطقوس العلاجية التقليدية، إذ يرى **ليفي ستروس "L'évis-strauss"** أن البنية الإجتماعية الثقافية البدائية لا تختلف عن البنية الإجتماعية الحديثة إلا من حيث الشكل. أما من حيث الجوهر فهي متشابهة بالإضافة إلى أن الطب العصبي في الجزائر ليس له مصداقية إجتماعية، وفي هذا الإطار يرى الدكتور **"محفوظ بوسبسي"** أن المريض وعائلته ترفض اللجوء إلى الطبيب العصبي نظرا للأفكار المسبقة السائدة حوله[3].

---

(1) - سعد جلال، المرجع السابق، ص 47.

(2) - عبد الرحمن عيسوي، ***الأمراض السيكوسوماتية***، المرجع السابق، ص 168.

(3) - Boucebci Mahfoud, ***maladie mentale et handicape mental,*** Ed, ENAL, Alger, 1984, p.19.

إهتمت الجزائر بالطب العصبي وبتحسين مكانته بين العلوم وإعتباره مجالا هاما من مجالات الطب ولقد تقدم هذا النوع بشكل ملحوظ سنة 1887 بحضور **فرنس فانون** وهو طبيب عقلي فرنسي إهتم بالطب العصبي بالجزائر. وكان بداية لعمل وتحليل وبناء الطب العصبي. وأصبح له مكانة في المجتمع، حيث نجد كثير من الأطباء ضحوا بوقتهم ومالهم لتحضير مهام طبي ولقد تلقوا تشجيعا من المجتمع، وهذا ما يعبر عنه **"دوميز"** فيما كتبه 1979 " قول لي إلى أي نوع من الطب النفساني تنظم أقول لك إلى أي نوع من المجتمع تطمح إليه في اللاشعورك"[1].

1 - 2 - أنواع العلاج: إن الأسباب التي تؤدي إلى معظم الإضطرابات العصبية لم تتم معرفتها تماما، ولهذا السبب فإن مثل هذه الإضطرابات تخضع بالتأكيد إلى اختلاف في طرق علاجها. والحقيقة فإن نوع العلاج الذي يتناوله المريض يتحدد عادة بواسطة الطبيب المعالج أي أن كل مدرسة سيكولوجية لديها طرق علاجها الخاصة ومن أهمها نجد:

أولا: العلاج البيولوجي: هو الأكثر استخداما في عصرنا الحالي، وهو يستخدم العقاقير الكيماوية حيث يتناول المرضى المكتئبين أدوية لرفع الروح المعنوية لديهم، ولقد أحدث هذا النوع من العلاج ثورة في طرق علاج الإضطرابات العصبية وخاصة في المستشفيات، أين كثيرا من المرضى استفادوا من العلاج خاصة العصابيين، ومع ذلك فإن العلاج لم يسلم من وجود بعض المعارضيين له، وحجتهم أن تناول المهدئات يؤدي إلى تهدئة المريض لبعض الوقت دون المساعدة الفعالة لشفائه. ويقولون أيضا بأن العقاقير الكيماوية تعالج أعراض المرض وليس أسبابه.

ثانيا: العلاج السلوكي: هو أسلوب من الأساليب الحديثة نسبيا يقوم على أساس استخدام نظريات وقواعد التعلم في تعديل السلوك إلا أن البداية الفعلية لهذا العلاج ترجع إلى جهود عدد من العلماء فلقد استخدمه **"أرنولد لازاروس"** سنة 1958 اسم "العلاج السلوكي" ليصف نوعا جديدا من العلاج لتعديل السلوك المضطرب وهو محاولة لحل المشكلات وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضي المتمثل في الأعراض، وتنمية السلوك الإرادي السوي لدى الفرد[2].

ونجد نظريات التعلم تهتم أولا بأنماط السلوك الملحوظ، والتي تسبب المتاعب للفرد، وهي تعتقد أنه يمكنها تفسير السلوك الشاذ بنفس القواعد التي تفسر بها السلوك السوي، فالكل يتم تعلمه، كما نجد نظريات التعزيز **"لدولارد وميللز"** حيث اعتمدا في بناء نظريتهما على أسس سلوكية في التعلم، وعلى العلوم الإجتماعية لفهم السلوك البشري، ولفهم دوافع السلوك الخفية والاشعورية. وتعتبر نظرية العصاب بأنه إنتاج لخبرة الفرد، وهو سلوك متعلم ويخضع لقوانين التعلم. وترى النظرية أن تعليم الأباء لأبنائهم سلوكات متناقضة يرجع إلى اختلاف ثقافتهم وتجاربهم في الحياة[3].

---

(1) - Boucebci Mahfoud, ***la psychiatrie tourmentée,*** L'effet dagma. Ed, Bouchene Alger, 1990, p.8.

(2) - عبد السلام زهران حامد، المرجع السابق، ص 237.

(3) - عبد العلي الجسماني، ***الأمراض النفسية، تاريخها، أنواعها، علاجها،*** الدار العربية للعلوم، الطبعة الأولى، 1998، ص 85.

ثالثا: العلاج النفسي: نجد حركة التحليل النفسي وهي الحركة الأقدم والأوسع معرفة لدى الناس ولعلها أكثر الحركات النفسية أهمية من حيث سيطرتها على التفكير الانساني في هذا القرن ويعد **فرويد** الرائد الأول لهذا الإتجاه الذي انتشر في أوربا مع بداية القرن العشرين منطلقا من فيننا معقل التحليل النفسي ثم عبر المحيط الأطلنطي إلى أمريكا في نهاية الثلاثينات. وهو نظام يتكون من إجراءات مختلفة ومعقدة ومن بينها:

1 - التنويم المغناطيسي، 2 – العلاج بالايحاد، 3 – التأثير على شخصية المريض لتغيير سلوكه، 4 - وغرس القيم الطيبة في نفسه لتقويم العلاقات الإيجابية بينه وبين أسرته، وبينه وبين سائر الناس في محيطه الإجتماعي[1]. ويجب أن يكون الطبيب على دراية صحيحة عن إهتمامات المريض ومجريات حياته، وعلاقاته بمحيطه الطبيعي والإجتماعي حقيقة علاقاته بزملائه في مجال العمل.

كما ترى نظرية التحليل النفسي أن الإضطرابات العصبية والنفسية لها أسباب لاشعورية، حيث قسمت الجهاز النفسي إلى ثلاث مستويات والتي تكون العوامل الديناميكية للحياة النفسية وهي تقوم على الصراع والتوزان والميول الفطرية، وهي "الهو - الأنا - الأنا الأعلى"[2].

حيث يرى سيجموند فرويد بأن الصراع بين الذات مع العالم الخارجي من ناحية، وبين الذات والهومن ناحية أخرى يعتبر سببا في السلوك المرضي، والصراع الناشئ بين الرغبات الجنسية عند الفرد والأخلاق، ويرجع فرويد الاضطرابات إلى الكبت اللاشعوري، ولذلك فإن هدف العلاج عنده هو إخراج اللاشعور المكبوت إلى حيز الشعور. ويقوم العلاج عنده على العلاقة بين الطبيب والمريض والتي يسميها فرويد بالتحويل ويتضمن هذا الأخير جميع الإنفعالات المتبعة من علاقة المريض بالطبيب[3].

رابعا: العلاج الإجتماعي: إن التنظيم الصحيح للصحة العصبية يتطلب شكلا من أشكال التنظيم السليم منذ بواكير الحياة أي منذ الولادة، فتنشئة الطفل في الأسرة، وتعويده على إتباع قواعد الصحة الجسمية والعصبية تعد مسألة أساسية لضمان الصحة العصبية، فالإنسان إنما هو نتاج التطور التاريخي والإجتماعي في أي مجتمع من المجتمعات وكل ما يكتسبه من فضائل وما يترسخ لديه من سمات تنسب إليه، وبها يعرف كالوعي، والشعور الحي، والتفكير البناء، وأسلوب الكلام وقوة الإرادة وسمو الخصائص الأخلاقية.

---

(1) - محمد السيد عبد الرحمن، المرجع السابق، ص 446.

(2) - سيجموند فرويد ، ***معالم التحليل النفسي***، ترجمة محمد عثماني نجاتي، ديوان المطبوعات الجامعية، ENL، 1988، ص25 .

(3) - سعيد حسني العزة وجودت عزت عبد الهادي، ***نظريات الإرشاد والعلاج النفسي***، مكتبة دار الثقافة للنشر، والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 1999، ص 23.

في هذا المجال نجد **سوليفان** الذي يرى أنه لا يمكن رؤية الشخص بمعزل عن المواقف الشخصية المتبادلة، ويعرف سوليفان الإضطراب على أنه نمط من السلوك غير المناسب ولقد وضع تفسيرا للإضطرابات على أساس مفهوم القلق، الذي اعتبره ظاهرة ناتجة عن سوء العلاقات الشخصية المتبادلة. وشعور المسن بالنبذ من قبل الآخرين. كما أن العلاج الإجتماعي يتعامل مع البيئة الإجتماعية للمريض وتعديلها أو تغييرها، أو نقل المريض من البيئة الإجتماعية التي أدت إلى الإضطراب العصبي إلى بيئة إجتماعية تحقق التوافق النفسي السوي. ومن مزايا العلاج الإجتماعي هو اعتباره المسن المريض كإنسان وليس مجرد "حالة". كذلك المساهمة في إعادة التوافق الشخصي والإجتماعي والزواجي والأسري للمسن المريض. وكذا إعادة الثقة بالنفس والتقليل من السلوك الغريب والشاذ للمريض. ولكن رغم هذا كله نجد أن نظرية سوليفان كباقي النظريات الإجتماعية تعجز عن تحديد الوسائل الدقيقة التي يشكل المجتمع بها الفرد، ويكسبه طابعه الإجتماعي[1].

خامسا: العلاجات النفسية الجماعية:

أ - **العلاج الزواجي:** يهدف هذا العلاج إلى مساعدة الأزواج على تحسين تواصلهم، وتطوير إدراكهم بمشكلاتهم، وارتياد المشاعر التي يخبرونها في تعاملاتهم السلبية، وإحياء الأمل ويستخدم هذا العلاج عندما يكون أحد الزوجين يعاني من مشكلة عقلية أو نفسية وهي علاجات تقوم على الاستبصار الموجه والتي تركز على العوامل اللاشعورية التي أثرت في اختيار القرين، وفي الصراعات الزواجية التي حدثت أخيرا لن تكون فعالة، ومن ناحية أخرى إذا ارتكز الاستبصار على أنواع من السلوك يجب تغييرها لتحسين الزواج وفي هذه الحالة فإن العلاج الزواجي سيكون فعالا في زيادة الرضا الزواجي[2].

ب - **العلاج الأسري:** يقوم العلاج الأسري على مبدأ أساسي مفاده أن الأعراض التي لدى المسن، غالبا ماهي إلا تعبير عن مشكلات بين أفراد الأسرة الواحدة. ومادامت الوحدة الأسرية هي التي ينبغي علاجها لا الفرد وحده نجد المعالج يلتقي بأفراد الأسرة مجتمعين، وموضوع الحديث لايكون ماذا أصاب هذا المسن، بل ماذا أصاب العلاقات بين الأفراد، القاعدة الأساسية في العلاج العائلي "الأسري" تعطي لجميع الأعضاء نفس الحق في الحديث بحرية وإذا كانت الجماعة ناجحة فإن المريض المميز لن يتحسن وحده بل يستفيد أيضا الإخوة الذين لم تكن مشاكلهم ظاهرة أو مقلقة لراحة الوالدين[3].

---

[1] - إجلال محمد سرى، ***علم النفس العلاجي***، نشر، توزيع، طباعة، عالم الكتب، الطبعة الثانية، القاهرة، 2000، ص 145.

[2] - محمد السيد عبد الرحمن، المرجع السابق، ص 494.

[3] - عبد الكريم قاسم أبو الخير، ***أساسيات التمريض في الأمراض العصبية والنفسية***، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2001، ص 95.

يهدف هذا العلاج إلى مساعدة الأسرة على كشف نقاط الضعف التي تؤثر في علاقات وتفاعلات أفراد الأسرة، وتقوية القيم الإيجابية للأسرة ومساعدتها على تدعيم القيم الموجبة وإهمال جوانب السلوك السلبية وكذلك مساعدة الأسرة على رفع مستوى أدائها الإجتماعي، وتحقيق التوازن والتماسك بين أعضائها، وفي هذا الصدد نجد **باطسون (Bateson)** الذي يعتبر الحالة المرضية للفرد أنها ليست مستقلة إنما مرتبطة بالعائلة. أي فعالية العلاج لا تكون إلا بمشاركة العائلة، حيث أن المحيط كله يعمل بالتوازن مع الطبيب للوصول إلى نتيجة إيجابية[1].

سادسا: العلاج الديني: يقوم على أساليب ومفاهيم ومبادئ دينية روحية أخلاقية والعلاج النفسي الديني أسلوب توجيه وإرشاد وتربية وتعليم فهو يمزج بين علم النفس والاجتماع والتربية والدين وهو يعتمد على خمسة أركان هي:

1 – الإثم والشعور بالخطيئة.

2 – الإعتراف والتكفير.

3 – الذات الإجتماعية.

4 – القيم الأخلاقية والروحية والدينية.

5 – صحة البدن.

إن هذه النظرية العلاجية تعتمد اعتمادا كبيرا على الدين، ذلك لأن الدين هو الطريق إلى العقل، إن الدين هو الطريق إلى القلب... إن الدين يحدث نوعا من "غسل المخ للفرد" ... إن الدين هو الطريق إلى بقاء ودوام القيم الإنسانية للتغلب على التوترات والصراعات التي يتعرض لها. ومن أجل هذا كله ظهرت محاولات عدة لصياغة الكثير من القواعد والمبادئ الدينية في قوالب نفسية، ونستطيع أن نعبر عن ذلك بالعبارة المشهورة To psychologize réligien على حد تعبير **"مورو" "Mourer"**، إن هذه المحاولات النفسية ذات الأصول الدينية صرف تنفيذ البشرية[2].

2 - أهمية العلاج الشعبي وأشكاله:

أولا: أهمية العلاج الشعبي: تعتبر المعتقدات الشعبية أو العلاج الشعبي على الرغم من اختلافه من ثقافة إلى أخرى أساس كل ثقافة خاصة وأنها تقوم بأغلب الوظائف في مختلف المجتمعات. وظاهرة العلاج الشعبي وخاصة علاج الاضطرابات العصبية، يعتبر جزء لا

(1) - Norbert sillammy, ***Dictionnaire usuel de psycologie***, ed Barabas, paris, 1983, P 43.

(2) - مصطفى فهمي، ***الصحة النفسية، دراسات في سيكولوجية التكيف***، الناشر مكتبة الحانجي بالقاهرة، الطبعة الثانية، القاهرة، 1987، ص 8.

يتجزء من المعتقدات الشعبية، والمعارف والعادات والتقاليد، والتي بقيت موجودة لحد الآن وبالتالي فالمعتقد الشعبي له علاقة وطيدة بالطب الشعبي، وببعض الممارسات التقليدية الأخرى لذلك نجده راسخا في عقول الناس مهما تغيرت الأوضاع الإجتماعية والإقتصادية للمجتمع[1].

ثانيا: أشكال الطب الشعبي: لقد ظهرت هذه الطريقة في العلاج عند الإنسان في عصر ما قبل التاريخ، وكانت وجهته الأولى نحو التفسير الغيبي وإرجاع المرض للمس بالجن والأرواح الشريرة التي تصيب جسم الإنسان، والعلاج الأنسب لطرد تلك الأرواح يقوم به الكاهن. لكن رغم مرور زمن على هذه الطريقة العلاجية والنظرة السيئة للمرض العصبي، إلا أن هذا الإعتقاد سائد إلى يومنا هذا. فنجد فئة كبيرة من المجتمع تتجه إلى هذا النوع من العلاج الذي له مكانة معتبرة وله وسائله الخاصة وأشخاصه الساهرين على تطويره وركيزتهم الأساسية هي التفكير الميتافيزيقي والدين. للطب الشعبي علاقة وطيدة مع المعتقدات الشعبية فهو سابق عن الفرد كما أنه ليس له قواعد أو تفكير هادف بل ينبثق من المحاولة والخطأ، ويعتمد في نموه على التجربة. وبالتالي يرسخ في عقول الناس مهما تغيرت الأوضاع الإجتماعية والإقتصادية للمجتمع.

يعرف **دون يودر** الطب الشعبي بأنه: "جميع الأفكار ووجهات النظر التقليدية حول المرض والعلاج، وما يتصل بذلك من سلوك وممارسات تتعلق بالوقاية من المرض، ومعالجته بصرف النظر عن النسق الطبي الحديث". وحول هذا المفهوم يورد **محمد الجوهري** إن الممارسات الطبية الشعبية ترتكز في جانب كبير منها على أسلوب المحاولة والخطأ.

ويمكن صياغة تعريف وهو أن الطب الشعبي هو معتقدات أفراد المجتمع نحو المرض، والأفكار السائدة حوله، ومسبباته وردود الأفعال التي تبدو في سلوكهم وتصرفاتهم لمواجهته، وذلك خارج نطاق الطب الحديث لتشمل الطقوس والممارسات العلاجية للشفاء والمرض، أو الوقاية منه، وكذلك المحاولات المتنوعة التي تستخدم العناصر والمواد العلاجية أو تلك التي تتم على يد معالج متخصص[2]. ويتخذ الطب الشعبي أشكال مختلفة من بينها.

أ - السحر والطب الشعبي:

*** الساحر:** يعتبر الشخص العالم أو الناصح بعلوم السحر والممارسة السحرية بكل أنواعها ويكمن عمله في ممارسة السحر الأسود الذي يرى فيه معظم العلماء على أنه فعل يمارسه "الطبيب الساحر" لظروف خاصة ولكي يكون الشخص ساحرا يجب أن تكون له قدرة معينة جسمية أو عقلية مظهر مرعب، فيه إشارات تظهر غير عادية ليست في متناول

---

(1) - فوزية دياب، ***القيم والعادات الإجتماعية***، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1980، ص 12.

(2) - محمد الجوهري وعلياء شكري وآخرون، ***الصحة والمرض***، وجهة نظر علم الاجتماع والأنثروبولوجيا، الطبعة الثالثة، القاهرة، 2005، ص 108.

الجميع، ويملك قوى خارقة للعادة. فالسحر هو "الوصفة" التي تمكنه من القيام بأعمال تخرج عن نطاق قدرته العادية، ويرى البعض أن هذه "الوصفة" سر قديم توارثته الأجيال فهو يستعمل بعض المواد والأعشاب إضافة إلى الكلمات التي يتمتمها والحركات التي يؤديها، وتستعمل هذه المواد من المساحيق والأعشاب إما لإلحاق الضرر أو للشفاء من بعض الأمراض[1]. مثل الاضطرابات العصبية ونوبات القلق التي تنتاب المسن والتي يعتبرها بعض الناس ماهي إلا سحر من طرف أحد الأشخاص، فتجدهم يقصدون الساحر من أجل فسخ هذا السحر ليعود المسن كما كان.

لكلمة السحر معاني فيطلق مثلا للتعاليل والتلهية. وقوله تعالى **"إنما أنت من المسحرين"**[2] والسحر الذي نقصد به اللجوء إلى وسائل خرافية سواء من حيث الإستعمال أو المعالجة والاستناد على قوى غيبية سواء كانت خيرة كالملائكة أو قوى شريرة كالشياطين والجن وكذلك الاعتقاد بتأثير قوى غيبية على الإنسان من حيث الصحة أو المرض إن العديد من علماء الاجتماع والديانات والانتروبولوجية قد كتبوا عن ظاهرة السحر وأكدوا ارجاعها إلى أصول دينية وميتولوجية منبثقة من الواقع الإجتماعي والحضاري للإنسان وهذا ما يجعله يدخل في إطار المعتقدات والممارسات الثقافية والإجتماعية[3].

*** السحر وعلاقته بالطب الشعبي:** أكد **جيمس فريزير** في قوله: "إن كل المجتمعات قد مرت بثلاث مراحل أساسية تمثلت في مرحلة السحر، الدين، العلم"[4].

كما أكد **محمد الجوهري**: "أن الممارسة الطبية الشعبية في الواقع الإجتماعي الحي تقترب في كثير من الأحيان ملامحها من الممارسة السحرية"[5].

فالسحر إذن هو محاولة التحكم في البيئة والعلاقات الإجتماعية والسيطرة عليها باستخدام وسائل لا يمكن بواسطتها قياس الجهد والإنجاز. كما يعتبر السحر وظيفة إجتماعية حيث يقوم الساحر بما يشبه إلى حد ما وظيفة رجل الدين أو الطبيب ولذلك إذا أخفق الدين أو العلم في إشباع الرغبات الإنسانية في حل مشاكلها الملحة فإن السحر يحاول أن يعمل كموقف بديل، كما يعتقد علماء التحليل النفسي أن السحر يعتبر من وسائل التنفيس[6].

---

(1) - مجموعة من الأساتذة المصريين والعرب، ***معجم العلوم الإجتماعية***، الهيئة المصرية للكتاب، مصر، 1975، ص 340.

(2) - سورة الشعراء، الآية، 153.

(3) – شابحة بذاك، ***الوظيفة السوسيولوجية للسحر عن الأسطورة القبائلية***، أطروحة ماجستير، معهد علم الاجتماع، جامعة الجزائر، بوزريعة، 1993، ص 30.

(4) - السمالوطي نبيل محمد توفيق، ***الدين والبناء الإجتماعي***، دار المشرق للنشر، جدة، 1981، ص 67.

(5) - محمد الجوهري، ***دراسات في المعتقدات الشعبية***، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية ، 1990، ص 35.

(6) - أحمد زكي بدوي، ***معجم مصطلحات العلوم الإجتماعية***، المرجع السابق، ص 253.

الطالب والطب الشعبي:

*** الطالب:** لقد اعتبر الطالب الشخص الأساسي للقبيلة أو الدشرة خلال فترة الإستعمار، وهو الشخص الوحيد المتعرف على المحتوى الديني، والحافظ للقرآن الكريم. فكانت كل الوظائف الدينية تنسب إليه بحيث كان الإمام وهو الذي يعلم الصبيان تلاوة القرآن وقراءته في نفس الوقت. إلا أن مكانة الطالب الإجتماعية ووظيفته حاليا قد تغيرت بتغير الظروف المعيشية فوظيفته الحالية تتمثل في معرفة كبيرة بميدان السحر والاستحواذ، بحيث يقوم الطالب بانتزاع السحر وكتابة الحرز للقضاء على الشر والمرض ويقوم بإخراج الجن من المريض عن طريق تلاوة القرآن[1].

كما أنه يستعمل الأعشاب لمداواة بعض الأمراض أو يمارس ما يسمى بالطب الشعبي أو طبيب الأعشاب. والطالب في أغلب الأحيان يكون من أصل مرابطي، فكل دشرة أو قرية لها عائلة أو عائلتين من المرابطين، والكثير منهم يتحصل على هذه المكانة لإنتسابه إلى **الرسول صلى الله عليه وسلم**، إلا أنه يمكن لرجل غير مرابطي أن يصبح "طالب" شريطة أن يتحصل على إيجازة من إحدى الزوايا، هذه الشهادة تؤهله لأن يعالج الأمراض الجسدية والنفسية والروحية[2].

ب - الطالب وعلاقته بالطب الشعبي: إن ظاهرة التعاونية والرقي تعد للباحث السوسيولوجي من أمور الثقافة الشعبية. فأي دلالة سوسيولوجية يسمح لنا التحليل باستخلاصها من عينات التجارب القليلة التي جمعناها من بعض شرائح المجتمع. كما تشكل الخلفية الدينية الشبكة المشتركة بين كل الظواهر وأشكال الثقافة الشعبية والتي لا تمحى من أذهان العامة. ومن بين هذه الأشكال نجد "الطالب". فإذا نظرنا إلى علاقة الإنسان بالجن كقوة غيبية لها صفاتها وخصائصها وما ينجم عن هذه العلاقة من اضطرابات جسدية ونفسية والتي نصطلح عليها "بالإستحواذ"، ففي هذه الحالة يتم العلاج عند الطالب، فهو القادر على علاج المصابين بالجن وإرجاع التوازن بين العالم الغيبي والعالم الطبيعي. ومنه يظهر لنا الدور الذي يلعبه الطالب في عملية العلاج لبعض الأمراض العصبية.

جـ - الرقية والطب الشعبي:

*** – الرقية:** وهي أن يقرأ القارئ على محل الألم أو على يديه للمسح بهما أو في ماء ونحوه، وينفث إثر القراءة نفثا خاليا من البزاق. إنما هو نفس معه بلل من الريق. وأجمع العلماء على جواز الرقية عند اجتماع ثلاثة شروط:

---

(1) - Ouitis A, ***Les contradictions sociales et leurs expressions symboliques dans le setifois,*** Ed SNED, 1977, P 87.

(2) - Marouf Nadir, ***Pour une sociologie culturel***. Mythe, croyances et cultures populaire au Maghreb, Oran, 1988, P 86.

- أن تكون بكلام **الله تعالي** أو بأسمائه وصفاته.

- أن تكون باللسان العربي أو بما يعرف معناه من غيره.

- أن يعتقد أن الرقية لا تؤثر بذاتها بل بذات **الله تعالي** هي التي تسمى العزائم، وخص منه الدليل من خلا من الشرك فقد رخص فيه **رسول الله – صلى الله عليه وسلم** - من العين والحمى[1].

*** الرقية وعلاقتها بالطب الشعبي:** يستدل كل من يجادل بوجود مس بالجن وإرجاعه كسبب مؤكد للإضطرابات العصبية والنفسية والعصبية بالآية الكريمة من سورة البقرة.

قال الله تعالى: "الذين يأكلون الربا، لا يقومون إلا كما يقوم الذي يتخبطه الشيطان من المس"[2] ففي الواقع قد جاء الدين الإسلامي بالتعاليم والقوانين السماوية التي تنظم حياة الإنسان من مختلف جوانبها، فالله سبحانه وتعالى قد خلق الإنسان ووضع له كل ما يضمن له الوقاية والصلاح وفي العقيدة الإسلامية الحل لكل ما يمكن أن يعترى حياة الإنسان من الإضطرابات.

فتعتبر الرقية أو العلاج بالرقية شكلا من أشكال العلاج الشعبي مثلا في الجزائر هناك الكثير من الأشخاص يلجأون إلى الراقي وذلك في حالتين، الأولى عند فشل الطبيب العادي في معالجة المرض الذي يعانون منه هؤلاء الأشخاص، والثانية الإعتقاد بأنها الوسيلة الأبسط والأسرع وربما الأنجح في علاج الأمراض. وإذا فشلت يرجعون إلى الطبيب العصبي وغيرهما وتصاحب عملية العلاج أحيانا العزائم، وهي ما يقرأ من كلام شبه غامض ويخطاب به المريض. وبداية استخدام الرقية الشرعية كان بظهور الإسلام في شبه الجزيرة العربية على يد **الرسول عليه الصلاة والسلام**[3]. ومنه يعتبر العلاج عن طريق الرقية ممارسة تقليدية شعبية مازالت قائمة إلى يومنا هذا. فلما كان المريض يمكن أن يرجع إلى عوامل نفسية أو روحية فإن العلاج يمكن أن يهتم أحيانا استعمال الطب الشعبي (الرقية مثلا).

كما أن النظرة الإسلامية بالنسبة للعلاج من كل ما يصيب الإنسان من أمراض. يوضحها الحديث الشريف الذي أجاز التداوي: **قال الرسول صلى الله عليه وسلم - : " تداووا ولا تتداووا بحرام "** رواه أبو داود. ونذكر ذلك لنؤكد أن تلاوة القرآن الكريم والأذكار والرقية الشرعية لا يتعارض استخدامها مع طلب العلاج الطبي.

---

(1) - أبو بكر بن محمد الحنبلي، ***علاج الأمور السحرية من الشريعة الاسلامية***، دار الهداية ودار عمار، قسنطينة، 1990، ص 58.

(2) - سورة البقرة، الآية 275.

(3) - لطفي عبد العزيز الشربيني، ***مرض الصرع، الأسباب، المشكلة، العلاج***، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، ص 69.

3 - مؤسسات رعاية الصحة النفسية والعصبية:

كانت مؤسسات الرعاية المبكرة للأشخاص الذين يعانون من إضطرابات عقلية وعصبية تتم تحت إشراف علماء الدين كما كانت تتم غالبا في الأديرة والكنائس، وفي منتصف القرن السادس عشر عرفت هذه المؤسسات بالملاجئ، وكان أولها مستشفى بثلهام Bethleham بلندن ولقد كانت بمثابة سجون حيث كان النزلاء يربطون في الحوائط بسلاسل حديدية، أما في أمريكا فقد تأسس أول مستشفى بها في منتصف القرن الثامن عشر، ولم تكن الظروف وأساليب معاملة المرضى أفضل مما هي عليه في أوربا. ولكن بعد الثورة الأمريكية (1776) والثورة الفرنسية (1789) بدأت حركة إصلاح وتحسين الرعاية بالمرضى وذلك في مؤسسة **لابستر** "La bicêtre " على يد **فيليب نبل** (1745–1826) بفرنسا حيث فك قيود المرضى. أما في انجلترا فنجد **وليم توك** (1732–1822) الذي أقام مصحة في أحد المناطق الريفية في شمال انجلترا وذلك لتوفير الهدوء والراحة للمرضى كما نجد **اسيكرول** "Espuiral"، (1840-1972) دعى إلى إعادة النظر في الوضعية الحقيقية للمستشفى الخاص بالأمراض العقلية والعصبية، وذلك بإعتبار أنه المكان الذي ينبغي أن يجد فيه المريض العناية والراحة وكذلك يجب أن يكون عنصرا فعالا ووسيلة ناجحة للعلاج. أما في أمريكا فقد كان **بلجامين روش** (1813–1945) أعظم المعالجين والمهتمين بإصلاح المؤسسات العلاجية[1].

من خلال ما ذكرناه نجد أن المجتمعات إهتمت بصحة أفرادها النفسية وذلك بإقامتها لمؤسسات الرعاية الصحية النفسية وتوفر هذه المؤسسات للأفراد خدمات متعددة تشمل أشكالا من العناية والتوجيه والإرشاد والعلاج ثم التأميل بعد الإضطراب، وفيما يلي عرض لأهم هذه المؤسسات:

أولا: المستشفى كنسق إجتماعي وثقافي: يعتبر المستشفى الحديث المكان الذي يتجمع فيه المرضى ذو الحالات المتشابهة بعيدا عن المجتمع الخارجي يقيمون لفترات طويلة نسبيا مع بعضهم البعض يقوم على رعايتهم وملاحظتهم ومراقبتهم مجموعة مدربة من الأطباء والممرضات. كما يعتبر المستشفى ضمن النسق العلاجي والصحي عامة عنصرا ضروريا في الوقت الراهن. خاصة يتردد عليه قسم واسع من السكان. ويمكن تعرفه بأنه "يشكل عنصرا من تنظيم طابع طبي إجتماعي، تكمن وظيفته في ضمان للسكان العناية الطبية اللازمة: العلاج والوقاية وتمتد خدماته إلى الخارج لتصل إلى الأسرة، ومحيطها وهو أيضا مركز لتعليم الطب والبحث البيو إجتماعي. والمستشفى نسق إجتماعي يكون فيه المرضى والأطباء في نفس الوقت مواضيع وأدوات قادرة على المبادرة تتعلق بالغير وهو محلا خصبا للتحليل السوسيولوجي. لكن ظلت الصورة العامة للمستشفى لمدى زمني طويل تنحصر في كونها بناءا "فيزيقيا" يدخله المرضى للإستشفاء.

[1] - محمد السيد عبد الرحمن، المرجع السابق، ص 36.

حيث تركز اهتمام القوى العاملة الطبية في الممارسات الطبية المباشرة من فحوص وتحاليل وأدوية وعلاج، دون أن يوجهوا بعض اهتمامهم إلى البناء الإجتماعي للمستشفى أو الثقافة الخاصة بها. وإذا كانت المستشفيات هي مراكز الرعاية الطبية التي تدين في نموها وازدهارها وتوفيرها لغرض علاج معظم الناس على اختلاف انتماءاتهم الإجتماعية، فإن المستشفى في الوقت ذاته مصدر للخدمات التمريضية[1]. من ناحية والخدمات الإجتماعية من ناحية أخرى والتي سوف نرها من خلال هذه الدراسات:

أ – دراسة E. Goffman : حاول "**غوفمان**" - عند دراسته لمستشفى "سانت إليزابيت" - معرفة وضعية المرضى عقليا وعصبيا وعلاقاتهم مع الوسط الإستشفائي، واعتمد في ذلك على التحليل السوسيولوجي لتصرفات المرضى والإبتعاد عن التفسير الطبي. كما حاول أن يفرض المستشفى كمؤسسة كلية. يرى "غوفمان" أن المستشفى يمثل مكانا لهيكلة التصرفات. وبناء الإستراتيجيات حيث يتكيف المرضى مع الظروف المفروضة عليهم وذلك إما بالصمت والإنعزال أو التمرد على قوانين المستشفى، كما لاحظ أن بعض المرضى خلال فترة وجودهم بالمستشفى ومعرفتهم للوجهة الطبية لحالتهم طلبوا أن يعاملوا بالمثل مع المرضى الآخرين لأنه عند خروج بعضهم من المستشفى يذكرون بأنهم تعرضوا لعلاج طبي فيشعرون بفترة العزلة داخل المستشفى. إن المرضى يمكن أن يجدوا أنفسهم في وضعية صعبة عند خروجهم من المستشفى ولكي يعيشوا مطمئنين يجب عليهم أن يبينوا أنهم راضون بالمكانة التي أعطيت لهم[2].

ب - دراسة M. Boucebci : قام بوسبسي بدراسة نقدية حول وضعية المرضى عقليا وعصبيا داخل المستشفى فطرح سؤال في كيفية معاملة المرضى؟ وأعطى قاعدة للتكفل بهم. وأخذ بعين الإعتبار التغير النسقي للمريض فبعدما كان في جو عائلي أين يتمتع بنوع من الحرية يجد نفسه في المستشفى مع أشخاص يجهلهم وتحت مراقبة طبية كل هذا يؤثر عليه ويؤدي به إلى العزلة. ولهذا حاول كل من "**Cooper**" و"**Laing**" توعية الأطباء لهذا الجانب وأخذه بعين الإعتبار.

أما "**دوميز**" فهو يرى أن طريقة معاملة المرضى عصبيا تساعدنا على الحكم الجيد على قيمة أي مجتمع وطريقة تفكيره وهذا ما يعبر عنه فيما كتبه عام 1979: " قل لي إلى أي نوع من الطب العصبي تنظم أقول لك إلى أي نوع من المجتمع تنتمي في لاشعورك". كما أن درجة تقدم أي بلد تقاس بمستوى طبها العصبي، وفي عام 1987 نجد "**Fanon**" يمثل بداية خاصة بالنسبة لأي طبيب عقلي وطبيب عصبي جزائري وهذه البداية تشبه النهاية لصمت طويل ربما هي بداية للعمل التحليلي لمؤسسات الطب العصبي[3].

---

(1) - علي مكاوي، ***علم الإجتماع الطبي***، كلية الآداب، جامعة القاهرة، د.ت، ص 238.

(2) - Erving Goffman, ***Asiles. étude sur la condition sociale des malades mentaux***, Ed de minuit, 1968, P 56.

(3) - Boucebci Mahfoud, ***la psyciatrie tourmentée,*** op,cit, P, 88.

جـ – دراسة M. Faucault : يرى أن المريض العصبي المحجوز في مراكز كالسجون ومع المنحرفين يصنفون وفق تقسيم إجتماعي أخلاقي، فالمريض محصور في هذه الدائرة وقبل أن يكون موضوعا للمعرفة والشفقة فلقد كان يعامل على أساس أنه منحرف، وتجوله في الشوارع يشوه المجال الإجتماعي، ولقد كانت تصنف حالته من جانب أخلاقي. وليدعم رأيه في هذا الصدد نجده اهتم برأي " اسيكرول " الذي دعا إلى إعادة النظر في الوضعية الحقيقية للمستشفى الخاص بالأمراض العصبية، وذلك بإعتباره أنه المكان الذي ينبغي أن يجد فيه المريض العناية والراحة، وأيضا يجب أن يكون عنصرا فعلا ووسيلة ناجحة للعلاج، وأن يوفر للمريض جوا هادئ واجتماعي لكي لا يحسسونهم بأنهم فئة خطيرة ومنبوذة من المجتمع بل أنهم مثل المرضى العاديين وأنهم في المستشفى لمدة فقط. ويكون إصلاح هذه المؤسسات الإستشفائية بإصدار قوانين عديدة لحماية المرضى من التجاوزات التي تمس كرامتهم وإنسانيتهم[1].

ثانيا - العيادات النفسية: تظهر العيادات النفسية في أشكال مختلفة، ولكنها تتفق جميعها في توفير الخدمة النفسية لمن يحتاجها مع بقائه ضمن الجماعة، وبعض هذه العيادات واسع ويضم عددا كبيرا من الأخصائيين، وبعضها عام من حيث من يعتني بهم وبعضها خاص مثلا بالأطفال أو المسنين أو العمال، وغير ذلك. وبعضها تابع لمؤسسات حكومية، أو إجتماعية أو خاصة.

ثالثا - الإقامة الجبرية: إن الغرض لإقامة المرضى العصبيين في هذه المستشفيات ليس بقصد المعاناة ولكن لصالحهم بقصد العلاج. ولصالح المجتمع عندما يجمع الأطباء بأن حالة المريض شديدة الخطورة والخوف من إلحاق الضرر بالناس عند إطلاق سراحهم، والإقامة الجبرية لبعض المرضى ليس فقط لخطورتهم، بل أيضا لعدم وجود من يرعاهم من ذويهم خارج المستشفيات لإمكانيات مادية وغيرها.

رابعا - المجتمعات المحلية: هو اتجاه لعلاج مرضى الإضطرابات العصبية خارج المستشفيات بين مجتمعاتهم لتجنب أي صدمة تواجههم عندما يبتعدون عن البيئة التي يعيشون فيها. ولقد بذلت مجهودات لتوفير وتحسين العلاج الخارجي لجميع الطبقات الإجتماعية بدأ هذا التغيير منذ سنة 1953 بتدعيم المحليات لبناء تشغيل مراكز للصحة العصبية بلغت حوالي 400 مركز يؤدون الخدمات الآتية:

1 – السماح للمرضى بإقامة قصيرة في المستشفيات.

2 – السماح لهم بالعودة إلى منازلهم عند المساء.

---

[1] - Faucault Michal، op,cit, P, 43.

3 – توفير العلاج المناسب للمرضى الذين يعيشون في مجتمعاتهم.

4 – الرعاية الطارئة للحالات الخاصة.

5 – تقديم الخدمات التعليمية والاستشارية لأفراد المجتمع.

وقد ظهرت أيضا أنواع أخرى من برامج العلاج في المجتمعات المحلية مثل تدريب الأطباء والمدرسين وضباط الشرطة وغيرهم على أحسن الأساليب للتعامل مع هؤلاء المرضى المحتاجين للرعاية الصحية. كما أصبحت التنظيمات الخاصة الآن تساهم في توفير أي احتياجات تتطلبها المجتمعات المحلية لتوفير الرعاية الصحية ثم تجهيز عيادات مجانية لتلبية احتياجات الفقراء[1].

4 – تشخيص وعلاج الأمراض العقلية والعصبية عند المسنين:

أولا: أساليب التشخيص الطبي والنفسي والإجتماعي:

أ - تعريف التشخيص:

نقصد بالتشخيص معرفة كم المرض أي معرفة طبيعة المرض ومدى شدته وشموله أي تحديد المرض أو الإضطراب أو الخلل، أو المشكلة أو مظاهر الشذوذ، أو الانحراف عن طريق ما يظهره الفرد من أعراض أو عن طريق معرفة أصل الإضطراب ومنبعه ومجرى نموه، كذلك يقصد بالتشخيص تصنيف الفرد على أساس سمات معينة والتشخيص هو أول خطوة يقابلها المريض عندما يدخل أي مستشفى للأمراض العصبية أو يذهب إلى العيادات النفسية، حيث تشخص حالته ويهتم المسؤولون بتحديد طبيعة مرضه تحديدا دقيقا ولا يقصد بذلك مجرد وضع لافتة على المريض يكتب عليها عصابي أو فصامي وإنما يقصد به رسم صورة كاملة وشاملة عن الأعراض وتقويم العوامل النفسية والبيولوجية والإجتماعية في نشأتها، ويلزم أن يكون التشخيص كاملا. فالتشخيص يستهدف توضيح الأمراض، كذلك ربما يكون التشخيص قبل وبعد تقديم نوع من العلاج لمعرفة مدى تأثيره وفاعليته، وهنا ينصب الاهتمام أيضا على الأعراض لوضع أسس العلاج في المستقبل.

ب - أنواع التشخيص:

ب - 1 – التشخيص الطبي diagnosis: يتطلب الحصول على معلومات كثيرة طبية، نفسية وإجتماعية وتاريخية لذلك فالتشخيص المثالي هو الذي يقوم به فريق من المتخصصين في الطب والطب النفسي والخدمة الإجتماعية. وبالنسبة للمعلومات الطبية تتضمن وصف الحالة الفيزيقية للمريض وخاصة الظروف المرضية التي يمكن أن تكون عوامل مسببة للمرض العصبي ويتطلب ذلك فحص طبي وعصبي دقيقين.

[1] - نادية محمد السيد عمر، المرجع السابق، ص 330.

أما المعطيات النفسية فتتضمن أعراض المريض وشكواه وقدراته العصبية وصراعاته وتنظيم شخصيته، ويمكن الحصول على ذلك عن طريق ملاحظة المريض أو عن طريق المقابلة أو استخدام الإختبارات النفسية.

أما المعطيات الإجتماعية فتتضمن ظروف المريض المنزلية وحالته الإجتماعية وظروفه المهنية أو العملية، وتكيفه الإجتماعي، ومركزه المالي. وموقف حياته العام ويجمع هذه المعطيات الاخصائي في الطب العصبي الإجتماعي[1].

ب - 2 – التشخيص النفسي: يعتمد التقويم أو التشخيص النفسي على استخدام ملاحظة المريض ومقابلته، وتطبق الاختبارات النفسية المتعددة، ويتضمن تقويم السلوك العام، والقدرات وتنظيم الشخصية فعند دخول المريض للمستشفى يقدم وصف مختصر لسلوك المريض مشيرا إلى وجهاته وعاطفته وما يشعر به من هلاوس وهذيان.

كما يستطيع العلاج النفسي أن يلعب دورا في علاج المصابين بالجروح الدماغية في التخفيف من الشعور باليأس والضيق والقنوط والشك الذاتي، حيث تقضي هيئة التمريض معظم وقتها في التعاطف مع المرضى وتقديم المعلومات الطبية إليهم ويشجعون المرضى بلطف على أن يكونوا أكثر واقعية مع مظاهر عجزهم، وانفتاحا مع مخاوفهم واحباطاتهم، وعند هذا الحد يصبحون أكثر استعدادا للإعتراف بشعورهم بالعجز، ولكن أكثر شعورا بالغضب والخوف والقنوط وأنهم يتمنون أن يروا نتائج محسوسة وإيجابية كنتيجة للمعالجة الفيزيقية التي يتلقونها بينما كان آخرون يضعون اللوم على أنفسهم، فإذا لم يحققوا شفاء سريعا، فإنهم لابد أن يكونوا مسؤولين بطريقة ما. على الرغم من شعورهم بالغضب واليأس بدأ المرضى يعترفون بالمشاكل التي سوف تقابلهم بعد الخروج من المستشفى، وبدأوا يقبلون الحقيقة وبدوا مستعدين لمواجهة المشاكل المقبلة ومنها: هل سوف يتمكنون من العودة إلى وضعهم السابق؟ هل سوف يتمكنون من التجوال وحدهم؟ وكيف ستستيجب لهم أسرهم؟

وفي خلال هذه الفترة تستمر هيئة التمريض في تشجيع المرضى على الإفصاح عن إهتماماتهم ومتاعبهم ومشاغلهم، كما يقدمون لهم التأكيدات والتأييدات ويشجعونهم على الوصول إلى استكشاف بدائل جديدة. وفي المرحلة الأخيرة من العلاج يواجه المرضى مشكلة الرحيل عن المستشفى، فبعضهم يشعر بخيبة الأمل، وبعضهم يسهل مشكلة الانتقال وذلك عن طريق عمل زيارات في نهاية الأسبوع لمنازلهم، وكان معظمهم تقريبا مازال يعترف بالاضطراب والخلط والخوف عما سوف يقابلهم في المجتمع الخارجي، فلم يكن هناك أحدا واثقا من قدرته على التكيف، ولكنهم كانوا أقل اعتكافا وأقل غضبا وأقل يأسا[2].

---

[1] - عبد الرحمن عيسوي، ***إضطرابات الشيخوخة وعلاجها***، المرجع السابق، ص 142.

[2] - نفس المرجع، ص 145.

ب - 3 - التشخيص الإجتماعي: إننا لانهتم فقط بديناميات المريض الشخصية، ولكننا نهتم أيضا بمواقف حياته الكلية، كيف كانت الضغوط، وكيف كانت ردود فعله عليها في الماضي، وكيف أصبحت ردود فعله الآن؟ وهنا لابد من الاهتمام بحياة المريض الأسرية الحاضرة والماضية وتكيفه الإجتماعي والمهني والعائلي، فلابد أن نعرف إذا كان قد مر بزواج سعيد أو طلاق، أو إنفصال، أو أنه يعاني من عدم الرضا عن مهنته، أو كانت له علاقات سيئة بوالديه، أو أن تعليمه تعرقل، وأنه يعيش في منطقة شعبية فقيرة...إلخ، ولكل هذه العوامل أهمية في نشأة المرض أو الاضطراب العصبي. ونقص هذه المعطيات الإجتماعية حول موقف حياة المريض العامة يؤدي إلى فهم ناقص لإضطرابه، وقد يعوق ذلك وضع خطة فعالة للعلاج.

ثانيا - العلاج في العيادات والمستشفيات العقلية والعصبية الحديثة: تختلف المستشفى الحديثة عن المستشفى التقليدية في مظاهر النشاط، وفي أسلوب معاملة المرضى وفي كم وكيف ما تقدم لهم من رعاية، إنها توفر لهم جوا وديا مشجعا، مع توفير مجالات واسعة من النشاط التي تضمن للمرضى أقصى درجة ممكنة من الصحة العقلية والعصبية، ففي المستشفى الحديث لا يوجد وقت فراغ أو البطالة حيث توجد مناشط مثيرة في جو جذاب، فهو يهيئ أساليب العلاج طبقا لحاجات كل مريض، كما يشجع المريض على الإهتمام بشفاء نفسه، والوصول إلى بر السواء، ويتلقى المريض معالجة عن طريق العمل حيث تبذل جهود لتوفير مواقف حياة متكاملة تنمي الإهتمامات والمهارات والإتجاهات الصحية التي تجعل المريض المسن تحمل صعوبات الحياة الحديثة والتي تساعد المريض المنسحبين والخائفين على إعادة الشعور بالثقة في أنفسهم.

على الرغم من أن بعض المرضى يعتبرون أنفسهم قد سجنوا أو حبسوا في المستشفى، إنما في الواقع الحصول على مكان في المستشفى مسألة صعبة أكثر من الخروج منها وذلك لإزدحامها. ومعظم المرضى ليسوا خطرين فيما عدا عجزهم عن العناية بأنفسهم والذين سوف يعانون إذا تركوا وحدهم في المجتمع، ويتم الخروج بالنسبة لمعظم المرضى بعد الشفاء أو التحسن وعلى الرغم أن الأطباء يرغبون في بقاء المريض في المستشفى حتى يتم الشفاء نهائيا، إلا أن معظم المرضى يخرجون بمجرد إحساسهم أنهم ليسوا في حاجة إلى مساعدة المستشفى[1].

بالإضافة إلى أن الأساليب العلاجية يمكن دمجها أو مزجها واستخدام ما تتطلبه حالة المريض منها حسب شدة المرض أو بساطته، فيكون هذا الأسلوب من إشارة المعالج للمريض عن الدوافع والإتجاهات وعن طبيعتها وجوهرها كما ظهرت في مجرى العلاج، بالإضافة إلى الأخذ بعين الاعتبار العلاقة الشخصية بين الطبيب والمريض فلا تقبل أهمية عن أي شيء يقال أو يعمل أثناء العملية العلاجية، إن نقص الفهم الأصيل والإهتمام الفعلي من جانب الطبيب سرعان ما يشعر بهما المريض، وحتى مع أكثر الإجراءات العلاجية مهارة فإن العلاج لن يتقدم.

[1] - نفس المرجع، ص 177.

ويصدق هذا النوع مع المرضى المنسحبين الحجولين الذين يلجأون إلى الطبيب للمساعدة بكثرة التردد فإنهم عرضة أن يلجأوا مرة ثانية إلى الانسحاب والعزلة مالم يلقوا المرافقة الملائمة والحب والتعاطف والتعضيد، ولذلك على المعالجيين النفسيين أن يخلقوا جو دافئ وودي ليحس المريض بالراحة. ويكون حرفي التعبير عن مشاعره الداخلية مع وجود شعور بالثقة والانسجام والوئام القائمين بين المعالج والمريض[1].

ثالثا - تشخيص مرض الزهايمر وعلاجه:

أ – تشخيص مرض الزهايمر: اختلف العلماء قديما وحديثا في طريقه تشخيص مرض الزهايمر فقديما كانوا يأخذون عينة أو شريحة من مخ المريض حتى يمكنهم التعرف على حقيقة المرض، وهناك تشابك كتل من الألياف العصبية وتكورها بعضها على بعض، وهذه الطريقة مؤلمة للغاية إذا أنها تعرض المريض إلى شق جمجمة رأسه بغية الوصول إلى مكان المرض لأخذ الشريحة. أما الطريقة الحديثة فهي معتمدة على التقدم العلمي في مجال الأشعة والأجهزة الرنانة التي تساعد الطبيب على كشف المرض وظهور أي ورم من شأنه أن يؤثر أو يسبب مرض الزهايمر بالإضافة إلى فحوصات واختبارات قوة الذاكرة وضعفها، وقدرة المسن على الإدراك الخارجي ومدى انتباهه أو عدمه إلى غير ذلك من الفحوص والتجارب التي تساعد الطبيب على تحديد بدايات المرض أو تأخره ويجب أن ننتبه إلى أن مرض الزهايمر مثل أي مرض يمكن معالجته إذا كان في بدايات إكتشافه، أما إذا استفحل المرض فيكون الأمر صعب على الطبيب المعالج حينئذ يضطر إلى إعطاء المريض بعض الأدوية التي تؤجل تدهور حالة المرض قليلا.

في عام 1976 إكتشف علماء بريطانيون أن المصابين بالمرض هم من المصابين بفقر ملحوظ في أحد الأنزيمات التي تعمل على انتاج مادة الاستايكولتن التي تساعد على انعاش الذاكرة وتسهيل عملية الإتصال بين الخلايا العصبية[2].

ب – علاج مرض الزهايمر: لقد توصل بعض العلماء إلى عقاقير خاصة تحاول تنشيط الذاكرة وإعادتها كما كانت، وهذا العقار مبني على فكرة تعويض الخلايا الناقصة في الدماغ وهي المادة البروتينية RNA المسؤولة عن تغذية خلايا الدماغ وهناك من الأطباء من بنى طريقة جديدة في العلاج ممتدة من تصوره بعدم وصول كمية العقار المطلوب عن طريق تعاطيه بالفم إلى مكان الخلايا بالمخ فابتدع طريقة مؤداها حقن المريض تحت جلده بالعقار المطلوب لكي يصل مباشرة إلى الدماغ وقد أتت هذه الطريقة بنتائج ممتازة[3].

---

(1) - نفس المرجع، ص 180.

(2) - جمال محمد سعيد، ***تأملات بين الألوان والغرائز والشيخوخة***، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، د ت، ص 138.

(3) - نفس المرجع، ص 139.

بالإضافة إلى أن علاج مرض الزهايمر يجب أن يوجه أولا نحو أي مشكلة طبية تكون قد سببته خاصة إذا كانت هذه المشكلة قابلة للإصلاح وأيضا يجب أن يشتمل العلاج أدوية أمراض نفسية وعقلية للتخفيف من الأعراض ولمحاولة جعل المريض يعتمد على نفسه. والتشخيص المبكر والعلاج المبكر أيضا لهما أهمية قصوى، لأن مرض الزهايمر الذي يمكن إصلاحه مبكرا قد يتطور مع الوقت إلى اضطراب في الوظيفة المعرفية غير قابلة للإصلاح وقد يمكن إبطاء تقدم المرض في بعض الحالات. وهناك العديد من الأدوية التي تم تصنيعها لهذا الغرض[1].

جـ - العلاج ومدى فائدته: من خلال البحث المتواصل نحن نتعلم المزيد عن كيفية تأثير مرض الزهايمر على الدماغ وأغلب الظن هذا سيساعدنا في تطوير طرق جديدة في العلاج في المستقبل، حاليا لا يعرف كيفية الوقاية ولا العلاج التام ولكن هناك العديد من طرق العلاج المتوفرة لتساعد على إدارة الأعراض، فمعرفة الأعراض المبكرة من المرض يتيح لنا الوقت للنظر إلى القضايا المختلفة مثل: الأمور الطبية وطرق العلاج المتوفرة والأمور المالية مثل إدارة الأموال، والأمور القانونية مثل إحضار توكيل ومن المهم على الشخص أن يتبع حياة صحية ويمارس الرياضة والتحدث مع شخص آخر فكل هذه الأساليب تساعد على التغيير بالنسبة إلى الحالة الطبية والنفسية.

إن طرق العلاج ممكن أن تحسن العناصر الآتية:

* **الذاكرة والتفكير:** فقدان الذاكرة والنسيان هي البوادر المبكرة في مرض الزهايمر ومعظم الناس يعتبرونها أجزاء طبيعية من الحياة ومن مرحلة الشيخوخة، فمن السهل على الانسان أن ينسى إسم أو وجه شخص ما. ولكن الشخص المصاب بمرض الزهايمر فإن مشاكل الذاكرة تصبح أكثر تكرار أو أشد. هذه الطرق في العلاج تساعد في تحسين ذاكرة الانسان وتمكنه من الاحتفاظ بمعلومات جديدة لمدة أطول.

* **الأنشطة اليومية:** عندما يصاب الشخص بمرض الزهايمر تصبح المهام العادية ذات صعوبة، والأمثلة على ذلك تشمل استخدام الهاتف، والقيام بالأعمال المنزلية، وإرتداء الملابس، وإعداد الطعام أو إدارة الأموال، وبعض الأدوية يمكن أن تساعد بعض الناس على مواصلة إدارة أنشطتهم اليومية والمعيشة بطريقة مستقلة لفترة أطول.

* **السلوك:** من الممكن على الشخص أن يتأثر من مرض الزهايمر بطرق عديدة من ناحية السلوك، ويمكن للأعراض أن تشمل الهلوسة والتحول، والعنف والمزاجية مع أسرته المعتنية به لفترة أطول لذا من الممكن تأخير الحاجة إلى الرعاية المستمرة في المنزل بتناول أدوية خاصة لهذا الغرض[2].

---

[1] - طارق كمال، ***الصحة النفسية للأسرة***، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2005، ص 162.

[2] - نفس المرجع، ص 165.

II – سبل رعاية المسنين ووسائل الوقاية من الأمراض العصبية:

1 – الأطراف المسؤولة عن رعاية المسنين:

يجب تحديد مسؤولية رعاية المسنين لأن تحديد تلك المسؤولية كفيل بالطمأنينة على مستقبل الشيخوخة وبقضاء تلك المرحلة العمرية في صحة وسعادة ويسر، ولسنا نقصد بالرعاية أننا نعترف بأن الشيخوخة مرحلة العجز والتدهور بل كل فئة من فئات الناس بحاجة إلى نوع من أنواع الرعاية من الطفل الصغير على المراهق والشاب والمسن والمرأة والرجل جميعا بحاجة إلى رعاية.

أولا - مسؤولية الأبناء والبنات: بالرغم من أن الأبناء والبنات يرتبطون بارتباط الدم بآبائهم وأمهاتهم وأجدادهم وجداتهم ولكنه غير كاف ليكون أداة ناجعة في رعاية الشيخوخة بالإضافة إلى أن رعاية الأبناء والبنات للمسنين قد لا تتم في نطاق الشقة الضيقة أو في نطاق الأسرة الحديثة التي لا ترحب بوجود المسن في نطاقها أو التي تجد نفسها غير قادرة على الوفاء بالخدمة المناسبة بإزاء ما يحتاجون إليه من رعاية مستمرة ومن ملاحظة متواصلة، وخاصة أن المسنون يكونون في الأغلب مرهفي الحس ويتعرض الكثيرون منهم للوساوس والهلوسات مما يجعل من الضروري توجيه وتوفير رعاية خاصة تكفل لهم السعادة وتخفف عنهم ما قد يتعرضون له من إعوجاجات نفسية. إن الواجب إذن أن نقرر أن المسنون بحاجة إلى رعاية من أطراف متباينة بحيث لا يشكل أبناؤهم وبناتهم في تلك الرعاية سوى طرف واحد من بين أطراف متعددة[1].

ثانيا - مسؤولية الدولة: عندما نعرض مسؤولية الدولة فإننا نذكر الاجبار والقصر اللذين ينبغي على الدولة أن تتخذهما بإزاء رعاية المسنين فهي الشخصية المعنوية التي تلزم أجهزتها بتلك الرعاية، بل والتي تلزم المسنون أنفسهم بالخضوع لتلك الرعاية، وألا تقتصر في ذلك على ما تفعله اليوم من رعاية مادية لهم بل عليها أن تمد مظلتها الرعوية للمسنين إلى جميع المناحي التي تؤثر من قريب أو بعيد في شخصية المسن وفي سعادته ومعنويته.

وأول الأساس التي ينبغي مراعاتها ووضعها نصب عين الدولة تحديد الأهداف والمبادئ التي يجب مراعاتها في رعاية المسنين، وأهم الأهداف المتعلقة برعايتهم تحقيق السعادة والرخاء والأمل لأفراد هذه الفئة وتخليص الأسرة مما قد يترتب على الجهل برعاية الشيخوخة من نتائج وخيمة سواء على المسنين أنفسهم أو على أفراد الأسر التي تضمهم.

أما الأساس الثاني فهو الأساس العلمي المتعلق بطبيعة الشيخوخة وخصائصها ذلك أن تفهم نفسية المستهلكين للخدمات يعد شرطا أساسيا للنجاح في تقدير النوعية السليمة لتلك الخدمات بالإضافة إلى الوقوف على الظروف الإجتماعية والإقتصادية التي يخضع لها المسنون في المناطق والبيئات المختلفة.

---

[1] - يوسف ميخائيل أسعد، المرجع السابق، ص 115.

أما الأساس الثالث من الأسس التي يجب أن تأخذها الدولة في اعتبارها فهي الافادة من خبرات الشعوب والدول الأخرى في مجال رعاية الشيخوخة، وعلى الأمم المتحدة بما تضمه من منظمات إجتماعية متخصصة أن تسارع إلى نقل الخبرات التي تتأتى للشعوب والدول على اختلافها إلى سائر الشعوب حتى تستفيد منها.

بالإضافة إلى الأساس التعاوني الذي يجب أن تأخذه الدولة في اعتبارها، ذلك أنها ربما لا تكون قادرة على تحقيق التجانس بين المتطلبات المتباينة في رعاية المسنين، وعلى الدولة العمل على إعداد طائفة من المسؤولين عن رعاية الشيخوخة من أطباء وأخصائيين نفسانيين اجتماعيين بل ورجال إحصاء، ومتخصصين في الشؤون الإجتماعية المتعلقة بالمسنين ومشكلاتهم ولا بد أن يسير جنبا لجنب مع هذا الإعداد لتلك الفئة من الأطباء والأخصائيين توعية قوية للناس تثقفهم على أهمية رعاية الشيخوخة وضرورة الاهتمام بتلك الرعاية ومعاونة الدولة على النهوض بها، بل يجب تبصر الشعب بأن تلك الرعاية يمكن أن تتم بالمؤسسات الخاصة وأن الإلتحاق بتلك المؤسسات لا يتضمن مهانة لكرامة المسن ولا يكون دليلا على أن الأبناء والبنات قد تنكروا لمسنهم بإلحاقه بمؤسسة الشيخوخة، ذلك أنه إذا لم يتكاتف الشعب مع الدولة في هذا الشأن، فإنها لا تستطيع أن تنهض وحدها بالعمل[1].

ثالثا - المؤسسة الخاصة: عبارة عن هيئة أهلية مستقلة لا تخضع للإشراف المباشر للدولة بل تنشأ نتيجة حاجة إجتماعية ملحة، وهي تحتل مكانة هامة في رعاية الشيخوخة حيث صار الاقبال عليها كبيرا، ولا تقتصر مسؤولية تلك المؤسسات الخاصة على الرعاية الصحية وحدها، بل وجدت هناك أيضا أنواع من الرعاية النفسية والإجتماعية، ترتبط بالرعاية الصحية أشد ارتباط وأقواه بحيث لا يمكن توفير الصحة والحيوية والنشاط للمسن بالاهتمام بالجسم فحسب، بل لابد أن تتواكب الرعاية النفسية والإجتماعية مع تلك الرعاية الجسمية البدنية.

2 - فلسفة الرعاية في مرحلة الشيخوخة:

أولا - أهمية الرعاية في مرحلة الشيخوخة: إن أفضل وسيلة لفهم الشيخوخة هو معرفة ما يفكر فيه المسنون أنفسهم، ولكن هذا ليس بالأمر اليسير، فالعديد من المسنين يكونون حذرين في إبداء أرائهم بخصوص المجتمع، لأن المجتمع يرى أن أي تعبير عن المشاعر السلبية للمسنين هو بمثابة نوع من النواح، ومن ثم فإذا لم يتكيف المسنون مع شيخوختهم بشكل مرضي فقد يجري نبذهم من المجتمع، ولذلك لابد من مشاركة المسنين لبقية المجتمع في مشاعرهم ولابد من تكيفهم مع شيخوختهم، ومن ثم العيش بطريقة مختلفة عما مضى وسعيهم الدائب لإشباع رغباتهم بطريقتهم الخاصة في مرحلة أواخر عمرهم.

[1] - نفس المرجع، ص 118.

كما تقف مسألة رعاية المسنين ضمن موضوعات الساعة التي يجب أن تستدعي إهتمام المسؤولين وإنتباههم فلم تعد النظرة إلى المسنين في المجتمعات الحديثة نظرة شفقة أو تصدق، بل أصبحت النظرة إلى هذه الفئة نظرة اهتمام ورعاية مثمرة، ولذلك فقد قدمت الحكومات خدمات إجتماعية ذات أهمية بالغة اعتقادا منها بأنه إذا كانت هذه الفئة قد أسئ إليها عن طريق العزلة والاهمال. إن رعاية المسنين يمكن أن ننظر إليها من أكثر من زاوية، فكبر السن هو أولا مرحلة من مراحل النمو، وهو آخر هذه المراحل، ولا شك أن المرء عندما يتصور نفسه في آخر مراحل العمر وقد أمن وإطمأن على ظروف معيشته وسعد بالنسبة لمستقبل حياته. فإن ذلك ينعكس على حياته، وانتاجه في مقتبل العمر، من ناحية أخرى إن المسنين يعتبرون طاقة بناءهم يمكن استثمارها والاستفادة منها، وإلا فإنهم قد يصبحون عوامل هدم بدلا من أن يكونوا عوامل بناء، فالمسنين إذا لم يشغلهم عمل يصرفون فيه جهدهم. أو يقضون بعض من وقت فراغهم، قد يصبحون عبئا شديدا على من يعيلهم، إن المسنين يدركون أن السعادة في السنوات الأخيرة من حياتهم تعتمد على أربعة عناصر وهي: الصحة الجيدة، الأمن المالي، مجال الإهتمام أو المهنة والرفقة[1].

ثانيا - مبادئ رعاية المسنين: تقوم على مجموعة من المبادئ نجملها في:

أ - حاجة المسنين إلى أن يفهموا أنفسهم، حيث يتطلب أمر توافقهم وتكيفهم ضرورة الإحالة بكل ما يتصل بعملية النضج والتقدم في العمر حتى يمكنهم أن يدركوا كل التغيرات التي تطرأ على طاقتهم العصبية والبدنية وبناء شخصياتهم ما يؤثر في أحوالهم العصبية ومكانتهم في المجتمع.

ب - الإعداد لعملية التقاعد وذلك بتقديم مجموعة من المعلومات والمهارات التي تساعدهم على زيادة فرص التوظيف بعد التقاعد من عملهم والاحتفاظ بصحة جيدة وتأمين المورد المالي، وكذلك توفير حياة أسرية وصلات إجتماعية مناسبة، وأيضا إيجاد أنواع من النشاط والمهارات تكون بديلا لما كانو يعملونه.

جـــ - الحاجة إلى توعية جمهور الشعب بأمور الشيخوخة ومشكلات المسنين، حيث أن الفكرة السائدة عند الناس بأن المسنين قوم فنوا، وأنهم غير منتجين وأنهم يعيشون على هامش الحياة انتظارا للمصير الوشيك المحتوم وهو الموت. وهذه الفكرة في حاجة إلى تغيرها وتوضيح حقيقة المسنين. حيث من يصل إلى سنهم تصبح لديه الحياة وثمرات خبراتها، وعلى المجتمع أيضا معرفة مشكلات المسنين، حتى يمكن أن يواجهها مبكرا في منتصف العمر بالإعداد والتأهيل المناسبين لمثل هذه المواقف.

[1] - يحي مرسى عيد بدر، المرجع السابق، ص 138.

د - ضرورة تثقيف المتخصصين وغيرهم ممن يستدعي الأمر تعاملهم مع المسنين وبديهي أن هذا التثقيف سيختلف نوعا وكما بإختلاف الأشخاص والمسؤليات الملقاة على عاتقهم.

هـ - مساعدة المسنين على الإستقلال، حيث يتعين على الباحث الإجتماعي أن يركز على مجموعة كبيرة من المهارات ليغطي الحاجات المطروحة، وبعض هذه الحاجات يطرحها المبحوثين أنفسهم وهي تتعلق بمواقف الخسارة والتكيف الإجتماعي.

و - الإقرار بحق المسنين في مواصلة النمو والتقدم والتغيير، حيث أن عملية الشيخوخة يتضمن قبول التغير المستمر، كما أن الباحثين الإجتماعيين المهتمين بمشكلات الشيخوخة يجب أن يتغلبوا على العقبات التي تقف أمام التغيير والتقدم. ومن ناحية أخرى نجد أن الرضا أو الاشباع في ظل كبر السن يرتبط بقبول الحياة التي عاشها المسن. كما أن الخدمة الإجتماعية تستهدف تحقيق التكامل بين الماضي والحاضر والمستقبل للفرد. وهي أيضا ذات صلة بالشيخوخة تهتم بالحفاظ على عملية الشيخوخة والتي تعز بحاجات كل فرد في التقدم في أي مرحلة عمرية يمر بها. ومن ثم نجد أن حق الإنسان في تحقيق ذاته واحترامه وكرامته يمثل جزءا أساسيا من تحقيق الاشباع في مرحلة الشيخوخة.

ي - ضرورة مشاركة المسنين في الحياة العائلية نجد أن من أكثر الفروض شيوعا هي أن العائلات تلتزم برعاية أعضائها المسنين، والفرض الآخر هو أن العائلات ترفض هذا الالتزام أو الواجب والواقع أن معظم العائلات تسلم بأن لديها واجب رعاية مسنيها، وأنها سوف تستمر في القيام به إلى أبعد الحدود، ولذلك يجب على الباحثين الإجتماعيين إشراك العائلة والمجتمع في مساعدة المسنين ليس من منطلق ضروريات أخلاقية حقيقية أو تصورية أو دستورية، ولكن لأن مشكلات الفرد المسن ترتبط إرتباطا وثيقا بواجبات الناس من حوله، ونجد أن تجاهل العائلة قد يسبب مشكلات أكبر على المدى الطويل وخصوصا في ضوء الشعور بالذنب عندما لا يستطيع الأبناء رعاية والديهم المسن[1].

3 – الخدمة الإجتماعية ورعاية المسنين:

للخدمة الإجتماعية أهمية كبيرة حيث أنها تساعد المسنين في استعادتهم لتوازنهم النفسي، بعد أن اضطربت أحوالهم النفسية بسبب التغيرات الكبيرة، وتساعدهم على استعادة توازنهم العصبي بعد أن اضطرب تفكيرهم واختلطت عملياتهم العصبية، وخاصة التذكر وما يصيبهم من نسيان كذلك تساعدهم الخدمة الإجتماعية في علاج مشكلاتهم الإجتماعية الكثيرة التي أحاطت بهم بعد وصولهم إلى مرحلة الشيخوخة وإحالتهم إلى التقاعد، وتساعدهم في علاج مشكلاتهم المادية بعد أن انهارت مواردهم المالية وكما تساعدهم في شغل وقت فراغهم

[1] - نفس المرجع، ص 140.

بصورة إيجابية موجهة وتنقذهم من حياة الوهم والخيال التي يهربون إليها في أحلام اليقظة وإعادة التفاعل بين المسنين وبيئاتهم الإجتماعية واكتساب خبرات جديدة، وتنمية مقدرتهم على مواجهة الصعاب والعقبات.

والخدمة الإجتماعية عندما تعمل في مجال رعاية المسنين، فإنها تقوم بخدماتها المهنية، وأساليبها العلاجية من خلال ممارسة طرقها الثلاثة وهي خدمة الفرد وخدمة الجماعة وخدمة المجتمع.

أولا - طريقة خدمة الفرد مع المسنين: إن هدف خدمة الفرد هو علاج المشكلات الفردية "المسن" ويتحقق ذلك من خلال عمليات الدراسة والتشخيص والعلاج وهي عمليات متداخلة، متكاملة متزامنة.

حيث نقصد بالدراسة جمع الحقائق والمعلومات الدراسية عن المسن ومشكلته وظروفه الإجتماعية وعلاقاته بأفراد أسرته ومع أطراف خارج الأسرة من زملاء عمل، أقارب أو جيران، ثم ننتقل إلى عملية التشخيص ويتم من خلالها تحليل الحقائق الدراسية وربطها بما يساعد على تفسير طبيعة المشكلة والوصول إلى العوامل التشخيصية المؤثرة فيها سواء كانت عوامل متصلة ببيئة المسن الداخلية أو الخارجية. لنصل في الأخير إلى عملية العلاج وتتكون من مجموعتين من الأساليب العلاجية، اللتان تتكون منهما الخطة العلاجية المبنية على العوامل التشخيصية الذاتية والبيئة، ونقصد بالعلاج البيئي تعديل يحدث في بيئة العميل سواء بيئة داخلية أو بيئة خارجية أما العلاج الذاتي فهو تعديل يحدث في جوانب شخصية العميل مناسب لعلاج مشكلة المسن[1].

ثانيا - طريقة خدمة الجماعة مع المسنين: هي إحدى الطرق الأساسية لمهنة الخدمة الإجتماعية وبالتالي تشترك في المبادئ والقيم والأهداف، التي تسعى إلى تحقيقها الخدمة الإجتماعية كما أن خدمة الجماعة في مجال رعاية المسنين يمكن أن يكون لها دور كبير في حياة المسنين وذلك عن طريق تكوين جماعات صغيرة من المسنين يراعى فيها التجانس مثل السن والجنس والحالة الإجتماعية والحالة الإقتصادية والحالة التعليمية والهوايات ومن أهدافها أن تتيح الفرصة للمسنين لتكوين علاقات إجتماعية جديدة، وتقوية وتدعيم العلاقات الإجتماعية بين المسنين داخل المؤسسة أو خارجها بالإضافة إلى إشباع الاحتياجات النفسية للمسنين، لتخليصهم من التوتر والقلق والخوف حتى يشعروا بالاستقرار والأمن. كذلك إتاحة الفرص لتحمل المسؤولية والقيادة التي شعر المسن بفقدانها بعد كبر سنه. وهناك أنشطة للجماعة التي يمكن أن يشترك فيها المسنون ومنها:

[1] - محمد سلامة غباري، المرجع السابق، ص 287.

أ - النشاط الرياضي: ويختار منه ما يناسب حالة المسن، مع إقناعه بمدى فائدة هذا النشاط ومن أمثلته: المشي – التمرينات الرياضية الخفيفة التي تساعد على تنشيط الدورة الدموية وتقوية العضلات.

ب – النشاط الإجتماعي: يتضمن الرحلات والزيارات وألعاب التسلية كالطاولة والشطرنج ومشروعات النظافة.

جـ – النشاط الفني: يتضمن الحفلات والرسم والموسيقى والتمثيل...إلخ حسب قدرات وإمكانيات كل مسن.

د – النشاط الثقافي: يتضمن الندوات بمختلف أنواعها، والمحاضرات والمجلات، وكتابة الشعر والإطلاع وغير ذلك من الأنشطة التي تناسب اهتمامات وهوايات وقدرات المسنين.

ويتم ممارسة هذه الأنشطة من خلال البرنامج الذي يصممه الأخصائي الإجتماعي خصيصا لجماعات المسنين ومن خصائص هذا البرنامج هو أن يكون مرتبطا بالمسنين، ويشترط مشاركتهم في وضع هذا البرنامج وأن يكون هذا الأخير معبرا عن الاحتياجات الواضحة للمسنين ويؤدي إلى إشباعها[1].

ثالثا - طريقة تنظيم المجتمع مع المسنين: إن وحدة التعامل في طريقة تنظيم المجتمع هي المجتمع المحلي الصغير وأن مجتمع المؤسسة يعتبر بمثابة بيئة إجتماعية، لها نظامها وأهدافها المبرمجة على أسس علمية وفنية. ودور الأخصائي الإجتماعي هو المساهمة في وضع سياسة مؤسسة رعاية المسنين وتحديد أهدافها في ضوء السياسة العامة للمسنين. والمساهمة في دراسة احتياجات المسنين، وكذلك المساهمة في اشباع الاحتياجات وعلاج المشكلات وتنشيط مشاركة المسنين في حياة المجتمع الانتاجية والإجتماعية.

ولتحقيق هذه الأهداف يجب أن يعد الأخصائي الإجتماعي الذي يعمل في مجال رعاية المسنين إعدادا جيدا يناسب أدواره الفنية وجهوده المهنية حيث أنه لا يقدم مساعدته لهم بطريقة واحدة بل يعمل معهم من خلال الطرق الثلاث حيث أنها متكاملة، لا يمكن الاستغناء عن أي منها. ويضع في اعتباره توضح أدواره المهنية في كل من خدمة الفرد وخدمة الجماعة وتنظيم المجتمع على أن يمارس منها ما يستطيع ممارسته حسب ظروف المسنين واحتياجاتهم ومشكلاتهم وحسب نوعية الخدمات وألوان الرعاية المختلفة التي يحتاجونها [2].

---

[1] - نفس المرجع، ص 293.

[2] - نفس المرجع، ص 299.

4 - أنواع الرعاية المقدمة للمسنين:

لقد أصبح موضوع رعاية وحماية المسنين من أهم المواضيع التي حظيت بالإهتمام في السنوات الأخيرة وذلك على المستويات العالمية والإقليمية، ويأتي هذا الإهتمام بهذه القضية نتيجة للدراسات والبحوث التي أجرتها الهيئة المختصة بالمسنين للأمم المتحدة، حيث أشارت تقديراتها إلى ارتفاع وتزايد أعداد المسنين في كثير من بلدان العالم في السنوات الأخيرة نتيجة لارتفاع مستوى الصحة العلاجية والوقائية لهذه البلدان، ويتوقع أن يبلغ شخص واحد من 5 أفراد سن الستين، أي بنسبة 22% بحلول عام 2050 أما في المجتمعات النامية فيتوقع أن تزيد نسبة المسنين لتصل إلى 20% بحلول نفس السنة[1]. ومن أجل شيخوخة سعيدة يجب توفير مختلف أنواع الرعاية، وتحسين نوعية حياة المسنين.

أولا - الرعاية الصحية: إن الشيخوخة لا تختلف عن أي مرحلة عمرية أخرى، حيث أن لها أنواعها من الرعاية الصحية والتي هي في الواقع ترتكز على أساسين الأول وقائي والثاني علاجي، فمن حيث الأساس العلاجي فإنه لابد من العمل على تخليص المسن من الشوائب الصحية التي لحقت به، وأصابته وذلك من خلال توفير المؤسسات الصحية المجانية أما الأساس الوقائي فيتمثل في توفير الخدمات الصحية الوقائية، التي يمكن لها أن تمنع أو تأخر الأمراض، سواء كانت مرحلية أو مزمنة من خلال زيادة المعلومات الصحية لهم عن طريق عمليات التوعية وتوضيح الممارسات التي يمكن أن تعرضهم للمرض، وتحسسيهم بضرورة تجنبها وتوضيح الممارسات التي يمكن أن تجنبهم ذلك، وحثهم بضرورة القيام بها[2].

ثانيا - الرعاية الإقتصادية: رغم تلك الإجراءات التي اتخذتها الدول والحكومات في العالم من أجل تحسين الجانب الإقتصادي للمسنين، ومن أجل حمايتهم وتأمين مصدر للدخل لهم في هذا العمر، من خلال تلك القوانين وأنظمة الحماية الإجتماعية والضمان الإجتماعي، وانشاء صناديق التقاعد، إلا أن هذه الإجراءات لم تمس كل المسنين، ولم تضمن دخلا جيدا وكافيا لهم، نتيجة النقص الذي يحدث في دخل المسن عند إحالته على التقاعد، من خلال المعاش الثابت الذي لا يقبل الزيادة المطردة وما ينجر عنه من انخفاض المستوى المعيشي للمسن وذلك في ضوء الزيادة المطردة في الأسعار على المستوى المحلي والعالمي بالإضافة إلى الأعباء الانفاقية الأخرى خاصة العبء الانفاقي الجديد المتمثل في مصاريف العلاج نتيجة المشاكل الصحية التي يتعرض لها في هذه المرحلة[3].

---

(1) - United Nations, ***population Aleing and development***, department of economic and Social affairs, 2009, p.2.

(2) - يوسف ميخائيل أسعد، المرجع السابق، ص 178.

(3) - مسعودة ناصري، المرجع السابق، ص 76.

وأمام هذه المطالب والاحتياجات الملحة والضرورية، فإنه بات لزاما على الدول والحكومات ضرورة إعادة النظر في هذه النظم والقوانين وايجاد حل لهؤلاء المسنين والسعي إلى تحسين مستواهم المعيشي ومحاربة الفقر في أوساطهم ولذلك على الحكومات الزيادة في معاشاتهم بالإضافة إلى ضرورة وضع قوانين خاصة من أجل تسهيل عملية الاستفادة من الضمان الإجتماعي والتأمينات الإجتماعية، وكذلك ضرورة مساهمة أسرهم وكل المجتمع بمؤسساته الخدماتية لتقديم المساعدات لهم[1]. أو من خلال السعي إلى إيجاد عمل آخر بعد التقاعد يتماشى مع قدراتهم في العمر، حيث تشير الإحصائيات أن نسبة 24% من المسنين في العالم ينتمون إلى قوة العمل ونشطون إقتصاديا، والذي يكون عددهم أكثر في الدول النامية بنسبة 47% نجد من بينهم النساء أيضا مقابل 14% فقط من المسنين الذين هم ضمن السكان المشتغلون في الدول المتقدمة، وهذا نتيجة الظروف المعيشية المتدهورة التي تدفعهم إلى الإستمرار في العمل بعد التقاعد[2].

كما سعت الأمم المتحدة في إطار نشاطات صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية إلى القضاء على الفقر خاصة في أوساط المسنين، والتي يعتبر هدفا أساسيا من بين أهداف خطة العمل الدولية للشيخوخة والتي تهدف إلى:

- خفض نسبة المسنين الذين يعانون الفقر إلى النصف بحلول سنة 2015.

- إدراج المسنون في السياسات والبرامج لتحقيق هدف الحد من الفقر.

- العمل على المساواة في استفادة المسنين من فرص العمل وفرص الحصول على دخل.

- نشر برامج لتمكين جميع العمال من الحصول على الحماية الإجتماعية الأساسية بما في ذلك المعاشات التقاعدية، والتأمين ضد العجز والإستفادة من الرعاية الصحية.

- وضع وتنفيذ سياسات ترمي إلى توفير الحماية الإقتصادية والإجتماعية الكافية في فترة الشيخوخة.

- السعي إلى تأمين دخل أدنى كاف لجميع المسنين، وتركيز اهتمامهم بصفة خاصة على الفئات المحرومة إجتماعيا وإقتصاديا[3].

---

(1) - نفس المرجع، ص 255.

(2) - United Nation, op,cit, p.4.

(3) - http // www.un.org /arabic/esa/ageing القضاء على الفقر 2009 .

ثالثا - الرعاية الإجتماعية: لابد من توفير رعاية إجتماعية خاصة بهذه الفئة وهي واجب جميع أفراد أسرة المسن من أبناءه وأحفاده وزوجات أبنائه تقديم سبل الرعاية والخدمة الشخصية التي يحتاجها المسن إذا حرم من رعاية شريك حياته، أو حرم من أقرب المقربين له، حيث لا يأتى ذلك إلا من خلال ما يطبع علاقاتهم الإجتماعية لهؤلاء الأفراد من تكافل إجتماعي وتضامن، حيث ما أعظم أن يتكفل الأبناء بآبائهم في الكبر، كما سبق وأن تكفل آباؤهم بهم في الصغر، وذلك من خلال توفير الضمان والأمن الإقتصادي لسد حاجاته المادية. فالتضامن بين الأجيال على جميع المستويات شرط أساسي للتلاحم الإجتماعي.

كما يعتبر قاعدة لنظم الرعاية العامة الرسمية ونظم الرعاية غير الرسمية ولذلك فإنه في كثير من الأحيان التغير في الظروف السكانية والإجتماعية والإقتصادية يقتضي أيضا تعديل نظم المعاشات والضمان الإجتماعي والصحي والرعاية على المدى الطويل، وذلك من أجل المحافظة على ذلك التضامن بين الأجيال التي تقوم عليها هذه الأنظمة وبالتالي الحفاظ على النمو الإقتصادي والتنمية وتأمين الدخل وتوفير الخدمات بصورة ملائمة وفعالة لهذه الفئة من المسنين[1].

بالإضافة إلى علاقة التضامن والتكافل التي يجب أن تكون بين المسن وأفراد أسرته والمجتمع بصفة عامة، فإن المسن أيضا بحاجة إلى التكيف والتأقلم مع الوضع الجديد، وذلك من خلال الإرشاد الإجتماعي له، الذي يجب أن يقوم بتبصير المسن بموقفه الحالي في المجتمع، سواء تمثل المجتمع في النطاق الضيق للأسرة، أو تمثل في المجتمع الخارجي بمؤسساته المختلفة وذلك بإقناع المسن بأنه ليس منبوذا من طرف المجتمع المحيط به ويتحقق ذلك من خلال معاملاته بإحترام وتقدير من طرف أفراد أسرته، وكذلك إقناعه بتقبل تغير الأوضاع، من تغير في الأدوار والمكانات الإجتماعية والأوضاع الإقتصادية[2].

بالإضافة إلى الإرشاد الإجتماعي للأسرة لا يقتصر على إرشاد المسن ومطالبته بالتكيف مع الواقع الجديد، وأن يعدل سلوكه في ضوء تلك المتغيرات، بل يستهدف أيضا التأثر في سلوك المحيطين به من خلال تغير سلوكهم وتعديله في ضوء المتغيرات النفسية والإجتماعية التي حدثت للمسن، ذلك أن المسن في هذه المرحلة يكون بحاجة إلى العطف والمرح والترفيه وتجنبه الوحدة والفراغ، من خلال جعله يقوم بنشاطات مختلفة كذلك عليهم إحترامه واستشارته في أمورهم.

---

[1] - يوسف ميخائيل أسعد، المرجع السابق، ص 244.

[2] - مسعودة ناصري، المرجع السابق، ص 77.

إن الرعاية الإجتماعية للمسنين لا تقتصر فقط على العناصر المذكورة سابقا حيث رغم أن هذا الإرشاد الإجتماعي للمسن، وأفراد أسرته ومجتمعه كفيل ليجعل العلاقة بينهم جيدة وخالية من الصراع وسوء الفهم، إلا أنه كثيرا ما يتعرض الأشخاص المسنين للعنف وسوء المعاملة والتي بدأت تنتشر خاصة في السنوات الأخيرة مع الإرتفاع المتزايد لعدد المسنين، والتي بدأت تلفت إنتباه الرأي العام واعتبارها مسألة حقوق إنسان[1].

رابعا - الرعاية النفسية: إن الكثير من الأمراض والمشاكل النفسية العصبية التي تصيب المسنون ما هي إلا نتيجة ما قد أصابهم من خلل في أجهزتهم الجسمية وما ينجر عنه من نسيان وقلق وعزلة ووحدة، ونتيجة للمشكلات النفسية التي قد تحدث لهم، فإنه يتوجب على المجتمع بصفة عامة والأسرة بصفة خاصة أن تقدم رعاية نفسية خاصة لهم، حيث إن هذه الرعاية النفسية بحاجة إلى جهود كبيرة تبذل من أجل تنقية الجو المحيط بالمسن، وذلك أن مرحلة الشيخوخة تتسم بالحساسية الشديدة، فإنه أي تعكير للجو المحيط به يزداد تعقيدا إذا ما أضيف إلى العوامل النفسية، والحساسية الزائدة لديه، ولعل من أهم العوامل التي ينبغي الحرص على تحقيقها لتنقية الجو الإجتماعي المحيط به هو توعية المتعاملين معه لتوفير الجو الإجتماعي المناسب له، وذلك لإحداث تفاعلات جيدة في نفسية المسن والتي تبعث على السعادة والرضا، حيث يجب أن يستأصل من الجو الإجتماعي المحيط بالمسن كل ما من شأنه أن يشعره بالإهانة والغضب، وكذا تحسيسه بالمرض أو الفقر وغيرها من السلوكيات المثيرة للغضب في نفسية المسن.

بالإضافة إلى تنقية الجو الداخلي النفسي للمسن من كثرة الأفكار التي يمكن أن تعرقل سعادته، وتجعل حالته النفسية معقدة وسيئة مثل فكرة الموت، الشعور بالذنب، الإكتئاب، وإحتقار الذات والوسواس. وإن هذه الحالات النفسية وخاصة إذا تأزمت فإنه لا يمكن التغلب عليها والتخلص منها إلا من خلال تقديم علاج نفسي طبي، رغم عدم قدرة الطب على علاج هذه الأمراض النفسية وهذا رغم ما وصل إليه في هذا المجال[2].

5 - أساليب الوقاية من الأمراض العقلية والعصبية:

لاشك أن الأمراض العقلية والنفسية والجسمية والعصبية عند المسنين تخفف حدتها إذا اتبع الآتي: تحسين الرعاية الطبية والنفسية والعصبية، وتحسين نظام المعاشات والتأمينات، تحسين الإتجاهات الإجتماعية نحو المسنين، ارتفاع مستوى المعيشة وتحسينه، اتباع القواعد الصحية العامة، وتوفير وسائل الراحة والاستجمام والترفيه والترويح عن المسنين، التوسع في انشاء بيوت إيواء المسنين وكذلك تدريبهم على الأعمال البسيطة التي يرغبون فيها.

---

[1] - يوسف ميخائيل أسعد، المرجع السابق، ص 446.

[2] - نفس المرجع، ص 210.

ومقابل هذا يمكن أن نفكر في النتائج التي تترتب على مثل هذه الجهود ومن هذه الفوائد نجد زيادة الكفاية الانتاجية للفرد أي زيادة معدل إنتاجه كما وكيفا وأيضا زيادة طول الحياة العملية للفرد فبدلا مما يعمل المواطن عشرين أو ثلاثين عاما يمكن أن يظل منتجا حوالي أربعين أو خمسين عاما ومعنى ذلك زيادة الفئات المنتجة في المجتمع وتقليل الفئات غير منتجة وبذلك تقليل الإصابة بالأمراض أي تقليل عدد المسنين المرضى في المجتمع وزيادة نسبة السعادة بين عدد كبير من المسنين في المجتمع.

ومن أساليب الوقاية من الأمراض العقلية والعصبية نجد أيضا:

أولا - الوسائل الإجتماعية:

أ - العمل المناسب: من وسائل الوقاية ضرورة توفير فرص العمل المناسب للفرد، فالاستغراق في عمل مفيد يجعل المسن متصلا بعالم الحقيقة ويغرس فيه الشعور بإحترام الذات على اعتبار أن العمل يعتبره به المسن محترما وكريما وأن يتفق مع قدراته وميوله. والخبرة تعلمنا أن للعامل مشاعر باللذة والراحة لأن المسن بدون عمل يشعر بالتفكك والتحلل. إن العمل حق أساسي وضروري من الحقوق الإنسانية كأي حق آخر في تحقيق تكامل المسن، ويؤدي إلى الشعور بالرضا والسعادة وكذلك هو أساسي في الشعور بإحترام الذات[1].

ب - ممارسة الهوايات: هناك كثير من الناس الذين يجدون السعادة والرضا عن طريق ممارسة الهوايات وهذه المشاريع تعطي الشعور بأن المسن خلاق أو مبدع وذلك لأنها نابغة ومنظمة ذاتيا، ولعل هذا يفسر ما يوجد في مستشفيات الأمراض العصبية والنفسية من أقسام للعلاج عن طريق العمل.

جـ - المشاركة الإجتماعية: لاشك أن الانسان كما قال أرسطو قديما حيوان اجتماعي، ولذلك فهو يعاني عندما يعزل بعيدا عن زملائه ولاشك أيضا أن ظروف الحياة تضطر كثيرا من الناس للشعور بالوحدة إن دعوات الاصلاح الإجتماعي لا ينبغي أن تقدم للناس على أنها مبتكرات جديدة وإنما كمجرد عودة إلى التدابير الإجتماعية السابقة.

د - اشباع حاجات الفرد: هناك وسائل إجتماعية تقي من السلوك الشاذ والمنحرف ومن ذلك أن توفير المساكن الصحية بدلا من الأحياء القذرة يؤدي إلى انخفاض نسبة جنوح الأحداث والجرائم. ولكن لسوء الحظ تنقصنا المعرفة الكاملة والكافية عن علل الذهان الوظيفي وبعض الإضطرابات العصبية الأخرى، الأمر الذي لا يجعلنا متأكدين كل التأكيد في وضع وسائل الوقاية، ولكن على كل حال لاشك أن الوقاية خير من عدمها على الإطلاق تلك الوقاية التي

[1] - عبد الرحمن عيسوي، ***اضطرابات الشيخوخة وعلاجها***، المرجع السابق، ص 113.

تعني توفير ظروف مواتية ونشطة وتؤدي إلى النمو الصحي وتشمل الظروف النفسية والإجتماعية والحيوية. ومن أهم المبادئ التي تتخذ في برامج الوقاية مبدأ إشباع حاجات المسن النفسية والإجتماعية والإقتصادية بحيث تؤدي إلى تكامل الذات وإلى تحقيقها واشباع الحاجات يخلق المناخ الملائم للتكيف الفسيولوجي والإجتماعي والمهني والنفسي، إن التكيف في هذه الحالات يضمن الصحة النفسية في مرحلة الشيخوخة[1].

ثانيا - الوسائل الصحية:

أ - العناية بالصحة الجسمية: لاشك أن المحافظة على الصحة العامة تساعد في مقاومة المسن للمرض وعلى تحمل شتى أنواع الضغوط، فوسائل الوقاية الصحية العامة تفيد في الوقاية من الأمراض الجسمية والنفسية، بالإضافة إلى ذلك فإن إكتشاف الأورام المخية إكتشافا مبكرا وكذلك الزهري وغيره من الأمراض العضوية المرتبطة بالأمراض العقلية والعصبية في مرحلة الشيخوخة عامل هام في ضبط هذه الأمراض وعلاجها مبكرا.

كما أن الشلل مسؤول عن دخول نسبة 1,8% من مجموع نزلاء المستشفيات العصبية في الولايات المتحدة الأمريكية، ويحتاج الأمر إلى إجراء الفحوص الدورية الطبية لاكتشاف الأمراض الجسمية المتصلة بالأمراض العقلية كالزهري والأمراض العصبية كالزهايمر، ولذلك ينبغي أن يكون هناك تعاونا كاملا بين المؤسسات الطبية ومؤسسات العلاج النفسي لعلاج الحالات أولا بأول فور إكتشافها.

ب - وسائل تحسين الوراثة: من الأهمية أن نؤكد على عامل الوراثة من أجل البداية الجيدة في الحياة، ومن أجل مستقبل الجنس، وهناك فوائد في التربية الانتقالية أو على القليل في ممارسة الضبط على أولئك الذين يمدون المجتمع بأطفال، فعلى سبيل المثال وجد أن الفئات الصحية نفسيا وعقليا لا تنجب أطفالا بنفس القدر الذي تنجب به الفئات ذات المستوى الإجتماعي والإقتصادي المتدني، لقد وجد أن خريجي الجامعات الأمريكية لم ينجبوا أطفالا إلا بنسبة 1,7 للأسرة أي لكل من الزوج والزوجة، ومعنى ذلك أن المجتمع المنتقي أفراده عقليا وجسميا لا ينتج من يحل محله، ولكن دور الوراثة في الفصام والانحرافات المضادة للمجتمع دور غير واضح علميا وما يجعل اتخاذ الإجراءات العضوية مسألة غير عادلة فقط عند بعض الأسر التي ترتبط شجرة الأسرة كلها بالمرض النفسي والأكثر احتمالا أن الأباء المضطربين ينقلون اضطرابهم لأطفالهم خلال التعليم والاحتكاك والمثال والقدوة أكثر من انتقالها عبر القنوات العضوية[2].

---

[1] - نفس المرجع، ص 114.

[2] - نفس المرجع، ص 115.

ثالثا - الوسائل النفسية: تستهدف هذه الوسائل تنمية شخصية قوية متكيفة إجتماعيا ومتكاملة والمعروف أن حاجاتنا ومشاكلنا تتغير بمرورنا في مراحل الحياة المختلفة فلكل عمر حاجاته ومطالب تكيفه الخاصة، وعلى ذلك فوسائل الوقاية النفسية ينبغي أن تشمل كل مراحل حياة الفرد، أن تساعد الأفراد في كل مراحل حياتهم، والمعروف أن ما يقدم من رعاية في مرحلة معينة يفيد في المراحل اللاحقة من وسائل الوقاية ضرورة إكتشاف المرض وعلاجه فور ظهوره ولذلك نرى أن هناك كثيرا من المؤسسات المتخصصة لرعاية فئات مختلفة من الأفراد، فهناك مشاريع لتنظيم نشاط المسنين.

أ - التكيف المهني: إن ظروف العمل المريحة الانسانية تساعد على حفظ توازن الفرد الصحي، وعلى شعوره بالإطمئنان والأمان وتحميه من القلق والضياع، وتنمي فيه الشعور بالثقة بالنفس وقبول الذات والكمال الذاتي والأمل في المستقبل ويؤدي هذا إلى الحياة الأسرية السعيدة ويغذي هذا كله التكيف المهني.

لذا تقوم بعض المؤسسات بتقديم المساعدات النفسية لعمالها، وتوفير الظروف الصحية داخل المؤسسة التي تؤدي إلى الشعور بالرضا، وتهيئة العلاقة بين الإدارة والعمال، وتوفير الضمانات الوظيفية وفرص الترقي والتقدم في العمل بما يتفق مع قدرات العامل. ومساعدة العامل على أن يرى ذلك الجزء من العمل الذي يقوم به في ضوء الصورة الكلية للعمل في المؤسسة، وكذلك إجراء قياسات دقيقة لقدرات العمال وميولهم ومحاولة وضع الرجل المناسب في المكان المناسب.

ب - الصحة النفسية والعلاقات الشخصية: لكي يتمتع المسن بالتكيف النفسي ينبغي أن يتعلم كيف يسلك سلوكا ناجحا مع الآخرين، وللشعور بالكفاءة في التعامل مع الناس أهمية كبيرة لدى كل مسن فالنجاح المهني يعتمد على مهاراته الإجتماعية وحسن تعامله مع غيره من الناس، وقد يحتاج المسن لتغيير نفسه للنجاح في تحقيق هذا الهدف[1].

كما أن الإنسان لا يعيش فقط على اشباع حاجاته الفيزيقية من مأكل ومشرب بل إن هناك شيئا أعمق من هذا يؤدي إلى الاشباع والرضا، إن التقدم التكنولوجي لا يحل مشكلة الإنسان المعاصر، بل إن هذا العصر قضى على القيم الإجتماعية القديمة، ولم يضع قيما لتحل محلها بحيث تؤدي إلى سعادة الإنسان، فهناك مسنون كثيرون يعتقدون بأن الحياة أصبحت منعزلة وتافهة وعديمة المعنى، لذلك يعتقدون أنهم يعيشون في عصر القلق، ويعجزون عن إقامة علاقات مباشرة بين مشاعرهم وبين بيئاتهم، وتمثل هذه الظروف خلفية للمرض العصبي عند المسنين.

[1] - عبد الرحمن عيسوي، ***العلاج النفسي***، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1984، ص 25.

عندما يتقدم الفرد في الحياة تواجهه كثير من المشكلات ويصبح المسن كما كان طفلا يعتمد على الآخرين إقتصاديا وإجتماعيا إن الأبناء يكبرون ويعيشون بعيدا عن آبائهم الذين يشعرون بالوحدة، وبعدم الأمان، وبعدم الرغبة فيهم. وبالنسبة للرجال تمثل الإحالة على المعاش "التقاعد" عبئا جديدا يضاف إلى ذلك فقدان أحد الطرفين الزوج أو الزوجة للآخر. إلى جانب الضعف الجسدي والأمراض المزمنة والمتاعب النفسية الناتجة من تغيير مفهوم الذات بالتقدم في السن.

المعروف أن عدد المسنين يتزايد في العصر الحديث ففي سنة 1800 كان الطفل الوليد يتوقع له أن يعيش 35 سنة وفي سنة 1900 أصبح يتوقع له أن يعيش 45 سنة وفي سنة 1950 أصبح يتوقع له أن يعيش 70 سنة، ولذلك ينبغي العناية المهنية والصحية والإجتماعية وحل مشاكل هذا القطاع الكبير من أبناء المجتمع يضاف إلى ما يعرف أكثر مما يرجع لتدهور المخ، ويمكن أن يشفى فيه المريض إذا شعر بأنه مطلوب ومرغوب فيه، إن المسنين يحتاجون إلى الشعور بالرضا والأمان والانتماء وبالحب والتعاطف وبالتقدير والاحترام وبأنهم يستطيعون أن يزاولوا أعمالهم ويعيشوا شيخوخة سعيدة بدون أمراض[1].

[1] - نفس المرجع، ص 27.

الفصل الرابع
دور الأسرة والهيئات المختصة
في التكفل بالمسن

I - دور الأسرة في التكفل بالمسن

1 - الأسرة الجزائرية وأهم وظائفها ومظاهرها وخصائصها.

2 - أهم النظريات المفسرة لتطور الأسرة.

3 - المسنون في الأسرة الحديثة.

4 - دور ومكانة المسن في الأسرة الجزائرية.

5 - التكفل بالمسن المريض بالزهايمر.

II - دور الهيئات المختصة في التكفل بالمسن

1 - بوادر الشيخوخة ووضعية المسنين في الجزائر .

2 - المواقف المختلفة حول تقديم الرعاية للمسنين.

3 - واقع المسنين في المجتمع الجزائري.

4 - سياسة الجزائر المنتهجة لرعاية المسنين.

I – دور الأسرة في التكفل بالمسن:

1 - الأسرة الجزائرية وأهم وظائفها ومظاهرها وخصائصها:

أولا - مفهوم الأسرة: إن كلمة الأسرة مشتقة من الأسر وهو القيد وتعني أيضا الحصن لأنها تحمي الفرد وتضمن تماسكه واستقراره واستمرار نظامه[1] إن للأسرة عدة تعريفات تتجه جميعها إلى إبراز الارتباط الدائم بين الرجل والمرأة وما يترتب على ذلك من انجاب ورعاية الأطفال والقيام ببعض الوظائف التي لم تسقط عن الأسرة عبر مراحل تطورها[2].

إن هذا المفهوم واسع يعني في بعض الأحيان علاقات بيولوجية دموية وفي أحيان أخرى يعني مجموعة إجتماعية ضيقة أو ممتدة واعية بنفسها وفي حالات أخرى علاقات مؤسساتية ما بين أفراد مجتمع ما، وتقوم هذه المؤسسة المتمثلة في العائلة بوظيفة إقتصادية، كما عرفت بأنها رابطة إجتماعية دائمة نسبيا تتكون من زوج وزوجة مع أطفال أو بدون أطفال. أو من زوج بمفرده مع أطفاله أو زوجة مع أطفالها. كما يشير إلى أن الأسرة قد تكون أكبر شمولا من الأخرى فتشمل أفرادا آخرين كالأجداد والأحفاد وبعض الأقارب على أن يكونوا مشتركين في معيشة واحدة مع الزوج والزوجة والأطفال.

كما يعرف **"بوتفنوشت مصطفى"** الأسرة على أنها وحدة إجتماعية حيث أن الأبناء والأحفاد لا يتركون الأسرة الأم يشكلون أسر زوجية صغيرة تابعة للعائلة ويعيشون تحت سقف واحد[3]. ويعرفها **"مصطفى الخشاب"** على أنها " تلك المؤسسة الإجتماعية التي تنبعث عن ظروف الحياة الطبيعية التلقائية للنظم والأوضاع، وهي ضرورة حتمية لبقاء الجنس البشري ودوام الوجود الإجتماعي بفضل اتحاد كائنين لا غنى لأحدهما عن الآخر، هما الرجل والمرأة، والاتحاد الدائم بينهما بصورة يقرها المجتمع"[4].

ويعرفها **محمد عاطف غيث،** على أنها جماعة إجتماعية بيولوجية نظامية تتكون من رجل وامرأة تقوم بينهما رابطة زوجية مقررة وهي تقوم على أساس الوظائف لاشباع الحاجيات العاطفية وممارسة العلاقات الجنسية وتهيئة المناخ الإجتماعي والثقافي الملائم لرعاية وتنشئة وتوجيه الأبناء[5].

---

(1) - عاطف وصفي، الأنتروبولوجيا الإجتماعية، دار النهضة للطباعة والنشر، بيروت، د.ت، ص 63.

(2) - الدسوقي كمال، علم النفس ودراسة التوافق، دار النهضة للنشر والتوزيع، بيروت، 1971، ص 43.

(3) - Boutefnouchet Mustapha, ***systéme social et changement social en algerie,*** OPU, Alger, S date, p. 30

(4) - مصطفى الخشاب، ***دراسات في علم الاجتماع العائلي***، دار النهضة العربية، بيروت، 1981، ص 109.

(5) - محمد عاطف غيث، المرجع السابق، ص 46.

كما يعرف **برجس ولوك Burgess et loke** (1953) بأنها مجموعة من الأشخاص يرتبطون بروابط الزواج والدم أو التبني فيعشون معيشة واحدة في مسكن مستقلا يتفاعلون الكل مع الأخر في حدود أدوار الزوج والزوجة، الأب والأم، الأخ والأخت ويشكلون ثقافة واحدة[1].

من خلال التعاريف السابقة نلاحظ أن مفهوم الأسرة جد متطور ويأخذ أشكال ونماذج تختلف في الزمان والمكان باختلاف الثقافات، ومع هذا هناك أمور مشتركة كالقرابة ما بين الأفراد والعيش تحت سقف واحد والقيام بكل من الوظيفة الإقتصادية من أجل البقاء والإستمرار إلى جانب الوظيفة الإجتماعية المتعددة مثل التنشئة الإجتماعية والتوجيه الديني والحماية والتعاطف والمحبة.

لقد عرفت الأسرة الجزائرية تغييرا واضحا في بنائها بفضل الاحتكاك الثقافي الناجم عن الاستعمار كون الأسرة عبارة عن "نظام إجتماعي هام يعتمد في وجوده على عوامل بيولوجية ضرورية تتدخل النظم الإجتماعية في توجيهها وتعديلها وفق خصائص يتبناها كل مجتمع لنفسه حسب المرحلة التاريخية التي يمر بها والتحولات التي يعيشها.

ويظهر من ذلك تأثير الأسرة على المجتمع نظرا للعلاقة التي بينها، وهنا تظهر العائلة الجزائرية كواحدة من هذه النظم الإجتماعية التي لها تأثير مباشر على المجتمع من خلال عناصرها الأساسية التي تنعكس وظائفها على وحدة المجتمع الأصيل، "نظام الأسرة في أمة ما يرتبط وثيقا بمعتقدات هذه الأمة وتاريخها وعرفها الأخلاقي وما تسير عليه من نظم في شؤون السياسة، الاقتصاد والقضاء[2].

إن العائلة الجزائرية كما تطرق إليها أغلب الباحثين في دراساتهم الإجتماعية هي النواة الأساسية التي تنظم واحدة أو عدة أشخاص يعيشون مع واحدة أو عدة زوجات، في الجزائر هذا التجمع يسمى عائلة ويتكون من الأجداد الذين بدورهم يكونون علاقة إجتماعية وإقتصادية، تتمركز على ضوابط واحترام متبادل. وهي أسرة كبيرة تتشكل من عدد من الأفراد إذ يعيش في أحضانها عدة أسر زواجية تحت سقف واحد فالعائلة الجزائرية في نطاق المجتمع الجزائري تتكون من الأفراد المشكلين للكيان الإجتماعي والإقتصادي.

صنف الدكتور **"مصطفى بوتفنوشنت"** الأسرة الجزائرية ضمن الأسرة البطريقية لأن الأب فيها أو الجد هو القائد الروحي للجماعة الأسرية، فهو الذي يقوم بتنظيم وتسيير التراث الجماعي، وله مرتبة خاصة تسمح له بالحفاظ على وحدتها بواسطة نظام محكم، والنسب في الأسرة ذكوري والانتماء أبوي، كما أن صفة الإنقسام التي تميزت بها الأسرة تجعلها

---

(1) - عاطف وصفي،المرجع السابق، ص 203.

(2) - مسعودة كسال، ***مشكلة الطلاق في المجتمع الجزائري***، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1986، ص 21.

خاضعة لمبدأ التماسك الداخلي والخارجي وتتميز العائلة الجزائرية أنها أسرة ذات طابع أحادي الفكر والقوة فهي جماعة غير مقسمة وأن الأب هو المتصرف وهو الآمر والناهي وأمره مطاع في كل الأحوال[1].

ثانيا - أنماط الأسرة: إن النمط الأسري في المجتمعات الإنسانية كان يتميز بالإنتاج قديما، حيث ظلت الأسرة العربية تقليديا تعتمد على سد مختلف حاجات أفرادها على نفسها بما فيها الحاجات المادية والنفسية والأخلاقية والترفيهية والدينية... ومع مرور الزمن أخذ يتقلص شيئا فشئيا حتى وصل إلى نمط الأسرة الأبوية، وقد استقر هذا النمط حتى الوقت الحاضر إلا أنه أخذ في التقلص خصوصا في المجتمعات المتقدمة صناعيا في المناطق الحضرية بشكل عام وسنعرض هذين النمطين من الأسر:

أ – **الأسرة الممتدة:** هي الأسرة التي تجمع في كيان واحد أكثر من أسرة. أي أن الأسرة الممتدة تتكون من ثلاث أجيال، الزوج والزوجة وأبنائهم المتزوجين وزوجاتهم وأطفالهم غير المتزوجين وبناتهم وربما أشخاص أخرين[2].

أما **سناء الخولي** تعرفها "بأنها تتكون من الزوج والزوجة والأولاد غير المتزوجين والأولاد المتزوجين وزوجاتهم وأبنائهم وغيرهم من الأقارب كالعم والعمة والابنة والأرملة وهؤلاء جميعا يقيمون في نفس المسكن ويشاركون في حياة إقتصادية وإجتماعية واحدة تحت رئاسة الأب الأكبر أو رئيس الأسرة"[3].

يعرفها الأستاذ "مصطفى بوتفنوشنت" بأنها الأسرة المتسعة مهما كان حجمها وتستطيع هذه الأسرة أن تتنوع حسب ظروف الزواج والمواليد فبإمكانها أن تجمع بين الأسلاف والأجداد والأقارب من الجانبين[4]. لقد عرفت البناءات الإجتماعية والأسرية تطورات تاريخية خلال أهم مرحلة من مراحل عدم استقرارها فالأسرة الجزائرية باعتبارها عائلة متسعة (ممتدة) تضم العديد من الأسر في بيت واحد قد استطاعت المحافظة على كيانها ونظام حياتها لمدة طويلة، وبدخول الاستعمار الفرنسي إلى الجزائر 1830 م والذي حاول القضاء على النظام الإجتماعي والإقتصادي والثقافي للمجتمع الجزائري بما في ذلك بنية الأسرة الجزائرية وتهجير العديد من أفرادها وطردهم من أراضيهم، ولكن مع كل هذا بقيت الأسرة الجزائرية متمسكة بعاداتها وتقاليدها وتمكنت من إبراز شخصيتها الجزائرية، ولقد

---

(1) - مصطفى بوتفنوشنت، ***العائلة الجزائرية "التطور والخصائص الحديثة"***، ترجمة دمري أحمد، ديوان المطبوعات، بن عكنون، الجزائر، 1984، ص 19.

(2) - عدنان أبو مصلح، ***معجم علم الإجتماع***، دار أسامة والمشرف الثقافي للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2006، ص 19.

(3) - سناء الخولي، ***الأسرة والحياة العائلية***، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1999، ص 40.

(4) - نفس المرجع، ص 25.

كانت الأسرة الجزائرية قبل الاحتلال ذات طابع ممتد حيث كانت تتسع لعديد من العائلات وكانت للعادات والتقاليد دور كبير في تماسك الأفراد التي كانت تربطهم قرابة الدم.

كما تعتبر الأسرة الممتدة الخلية الأساسية في المجتمع الجزائري وهي تجمع الأقارب وموحدة تحت سلطة واحدة تضم أجيال متعددة في تجمع حميمي فالأسرة الممتدة هي الوحدة الأساسية فهي تضم مجموعة من الأسر النواتية، وقد كشفت الدراسات التي تعرضت للأسرة الجزائرية أنها أسرة ممتدة، نسبها أبوي، وسلطته مطلقة، وإذا انتقلنا إلى البناء الداخلي، فإننا نجد رب الأسرة يتمتع بسلطات واسعة فهو الذي يحدد مركز ودور كل فرد من أفرادها[1].

ب - الأسرة النواتية: هي التي تتكون من رجل وزوجته وأطفالهما الذين يعتمدون عليهما ولهما مسكنهما الخاص ومواردهما الخاصة ويمكن القول بوجه عام أن الأسرة النواتية هي ظاهرة مميزة للمجتمعات الحديثة.

كما يطلق عليها أيضا الأسرة الزوجية وإسم الأسرة البسيطة، وهي أصغر وحدة قرابية في المجتمع وتتألف من الزوج والزوجة وأولادهما غير المتزوجين يسكنون معا في مسكن واحد، وتقوم بين أفرادها التزامات متبادلة إقتصادية وقانونية وإجتماعية[2].

وتعرفها **حنان العناني** أنها عبارة عن جماعة تتكون من الزوجين وأبنائهما غير المتزوجين، ومن السمات الأساسية للأسرة النواتية أنها جماعة مؤقتة حيث ينتهي وجودها بوفاة أحد الوالدين[3].

إن الأسرة النواتية هو مصطلح اجتماعي يطلق على الأسرة التي تتكون من الزوجين وأبنائهم غير المتزوجين. هذه الأسرة التي تعتبر وحدة مستقلة عن وحدات المجتمع المحلي.

إن الأسرة الجزائرية بعد الإستقلال شهدت تغيرات عديدة في مختلف النواحي والنشاطات وهذه التغيرات قادتها نحو المعاصرة وعبرت عن رغبة المجتمع الجزائري في العصرنة مع الحفاظ على أصالته وتاريخه العريق. إن النزوح الريفي كان عاملا فعالا في تقليص حجم الأسرة، لأن ذلك ما يتطلبه عامل التصنع الذي يستلزم شكلا من الأسرة النواة المتكونة من الزوج والزوجة والأطفال الصغار، مما ترك أثرا في انقسام الأدوار وأثر على العلاقات القرابية والأسرية التي كانت من أهم الركائز والدعائم التي تقوى عليه العائلة الجزائرية وتحول السلطة الأبوية إلى سلطة مشتركة بين الزوجين وتحمل الفرد المسؤولية بنفسه دون فرض من الآخرين، كما استطاعت المرأة داخل أسرتها كربة بيت أو عاملة خارجه تحقيق

---

(1) - محمد السويدي، ***مقدمة في دراسة المجتمع الجزائري***، ديوا ن المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1990، ص 78.

(2) - عبد القادر القصير، ***الأسرة المتغيرة في مجتمع المدنية والعربية***، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، الطبعة الأولى، 1999، ص 53.

(3) - حنان عبد الحميد العناني، ***الأسرة والمجتمع***، دار الصفاء النشر والتوزيع، عمان، 2000، ص 51.

مكانتها والرفع من وضعها بفضل الحركة الإقتصادية الهائلة التي كان لها أثر كبير في إعطاء المرأة فرصة العمل، لتحقق بذلك ما كانت محرومة منه طيلة الاستعمار. ويمكن إرجاع الاختلافات بين الأسر الريفية والأسر الحضرية، حول مسألة تحديد حجم الأسرة إلى إختلافات ثقافية هامة راجعة إلى اختلاف درجة التعليم والمهنة والمستوى الإجتماعي، والمناخ الثقافي الذي تعيشه كل أسرة[1].

الأسرة النواتية هي التي تتكون من رجل وزوجته وأطفالها الذين يعتمدون عليهما ولهما مسكنهما الخاص ومواردهما الخاصة، ويمكن القول بوجه عام أن الأسرة النواتية هي ظاهرة مميزة للمجتمعات الحديثة وكما يطلق عليها أيضا الأسرة الزوجية وإسم الأسرة البسيطة، وهي أصغر وحدة قرابية في المجتمع وتتألف من الزوج والزوجة وأولادهما غير المتزوجين يسكنون معا في مسكن واحد، وتقوم بين أفرادها إلتزامات إقتصادية وقانونية وإجتماعية.

ثالثا - وظائف الأسرة:

لقد فقدت الأسرة الحضرية المعاصرة الكثير من وظائفها التقليدية التي كانت تقوم بها في الماضي، فنجد الأسرة في العصور السابقة كانت هي النظام الإجتماعي الرئيسي الذي كان ينهض بوظائفه المتعددة كالتنشئة الإجتماعية، ومنح المكانة والتوجيه الديني والترفيه والحماية، والتعاطف والمحبة، حيث أن إستمرار التغير في هذه المجالات سيؤدي إلى فقدان أكثر لوظائف الأسرة وهي مأساة الأسرة الحديثة حيث فقدت أغلب وظائفها ومنها الوظيفة الإقتصادية والوظيفة التعليمية والوظيفة البيولوجية والوظيفة الإجتماعية والوظيفة النفسية.

أ - الوظيفة البيولوجية: رغم ما أصاب الأسرة من تقلص من وظائف إلا أنها ما زالت نظاما أساسيا في المجتمع لا يمكن الاستغناء عنه، فمن خلالها يستمر ويبقى الكائن الإنساني وتتلخص وظيفة الأسرة البيولوجية في الإنجاب ولقد ظلت هذه الوظيفة دائمة مع الأسرة على مدار التاريخ رغم تعرضها لعمليات تنظيمية متأثرة بالمتغيرات الإقتصادية والإجتماعية والثقافية إذ تتوقف عملية الإنجاب على العمر الزمني الذي يصله الزوجان وقد يحدد رسميا بالقانون أو بطريقة غير رسمية، وأصبح لكل من الرجل والمرأة في عدد من الدول الحق المطلق في زيادة أو تحديد عدد أطفالها حسب ما يرغبان فيه بفضل العلم الحديث.

ب - الوظيفة الإجتماعية: تتجلى هذه الوظيفة في عملية التنشئة الإجتماعية، حيث كانت ولا تزال الأسرة أنجح سلاح يستخدمه المجتمع في عملية التطبيع الإجتماعي، ونقل التراث الإجتماعي من جيل إلى جيل وبمعنى آخر تعليم الفرد وإندماجه في ثقافة مجتمعه واتباع تقاليده،

[1] - خديجة سبخاوي ، المرجع السابق، ص 179.

حيث يتوقف أثر الأسرة في عملية التطبيع الإجتماعي على عوامل منها، وضعها الإجتماعي والإقتصادي ومستواها الثقافي وحجمها وتماسكها وإستقرارها بوجهها العاطفي الذي يتجلى في معاملة الوالدين بعضهما لبعض، وما يقوم به الإخوة من تنافس مهما تكن حالتها[1].

جـ - الوظيفة النفسية: الإنسان لايحتاج للغذاء فقط لكي ينمو يكبر، لكنه بحاجة إلى اشباع حاجاته النفسية، كالحاجة إلى الحب والحنان، الأمن والتقدير وهذا لا يمكن أن يتم إلا من خلال الأسرة، حيث أنها المكان الأول الذي يجد فيه الفرد الحنان والدفء العاطفي[2].

رابعا - تغير العلاقات الأسرية الداخلية: إن التغيرات الإجتماعية والتكنولوجية التي تعرض لها المجتمع في السنوات الأخيرة، أثرت في نوعية العلاقات الداخلية في الأسرة من حيث علاقة الزوج بالزوجة والأبناء، وقبل التفصيل في هذه العلاقات الأسرية تعرف هذه الأخيرة على أنها عبارة عن سلوكات وأفعال وردود أفعال ومعاملات، تنظيم وتسير حياة الأفراد وتنقسم العلاقات الأسرية إلى نوعين أساسيين مترابطين ومتكاملين، يؤثر كل منهما في الآخر وهما:

أ - العلاقة بين الزوجين: تتحدد العلاقة بين الزوج والزوجة على أساس معين، ففي العائلة التقليدية فإن علاقة الزوج بزوجته تخضع لمبدأ "البرودة واللامبالاة" والاستخفاف بآرائها وعدم الاستماع إليها والزوجة ما عليها إلا أن تخدم زوجها بإخلاص وتحترمه وتطيعه، ولا ترد الإهانة بمعنى أن تقبل كل مظاهر سلوكه نحوها دون مناقشة أو اعتراض كذلك يجب على الزوجان أن لا يظهران ميلهما نحو بعضهما البعض بشكل علني. وأن الزوجات تابعات إقتصاديا للزوج الذي يمثل صاحب السلطة ورئيسا للعائلة، أما في الأوساط الحضرية فإن العلاقة بين الزوجين قد مسها التغير، فغالبية الأمر تقوم على أساس المساواة بين الزوجين، حيث أصبح الزوج يسمح بمشاركة زوجته في رئاسة الأسرة حتى وإن كانت الزوجة غير عاملة وهذا راجع إلى إرتفاع مستواهم الثقافي، وتغير نظرتهم إلى الحياة إضافة إلى أن نسبة عالية من النساء في هذه الفئة يعملن ويشاركن مشاركة إيجابية في نفقات المنزل، ويتحملن مسؤولية أسرتهن إلى جانب أزواجهن[3].

ب - العلاقة بين الوالدين والأبناء: إن إنتشار التعليم وتخرج العديد من الأبناء من الجامعات أدى إلى إنتشار الوعي الثقافي وكذا حركة التعليم خلق لدى الشباب مجموع من الأفكار والآراء والقيم تختلف ولاشك في تلك التي حصلها الآباء في ظروف متغيرة فمن المفروض أن يمثل الأب السلطة الضابطة والمثل الأعلى بالنسبة للأبناء غير أن نموذج العلاقة بين

---

(1) - حنان عبد الحميد العناني، المرجع السابق، ص 35.

(2) - نفس المرجع، ص 56.

(3) - سناء الخولي، المرجع السابق، ص 446.

الآباء والأبناء تغير من علاقة خضوع مطلق إلى علاقة حوار وتفاهم فأصبح الشباب يتطلعون إلى قيم وطموحات جديدة، غالبا ما تصطدم مع رغبات أبائهم، الأمر الذي يتسبب في التصدع والصراع بينهما.

إن الأبناء اليوم في الأسرة المعاصرة أصبحوا متحررون عما كانوا عليه من قبل فأصبحت لهم شخصية قانونية ومسؤولين عن أنفسهم واتجاهاتهم. كما أن العلاقة التي تربطهم بآبائهم لم تعد علاقة مرتكزة على القوة، فالأب الجزائري تحول من أب متسلط إلى أب ديمقراطي، وذلك بسبب التحولات السوسيوإقتصادية والسوسيوثقافية الخارجية عن الأسرة، وكذلك بسبب تأثر الأب الجزائري بالمركز الجديد لأبنائه، فهم لم يعودوا مجرد أبناء في العائلة مسيرين من طرف الأب وإنما أصبحوا مواطنين في البلاد.

خامسا - خصائص الأسرة الجزائرية:

إن التغيرات والتطورات التي تعرضت لها الأسرة الجزائرية على المستوى البنائي والوظيفي جعلتها تنتقل من نمط الأسرة الممتدة إلى نمط الأسرة النواتية فمن خصائص الأسرة الممتدة أنها موسعة يعيش في أحضانها عدة أسرة نواتية تحت سقف واحد، توفر نوعا من الرعاية والحماية لأبنائها وتعتني بالمسن، ولا تترك أفرادها يواجهون مصاعب الحياة لوحدهم، وهذا النوع من الأسر نجده خاصة في القرى والأرياف مع وجوده بقلة في المدن والحضر.

أما بالنسبة لخصائص الأسرة النواتية فهناك شكلين شكل الأسرة الانتقالية الذي يجمع في نفس الوقت بين الأفكار الداعية للحياة العصرية والأفكار الداعية إلى المحافظة، وشكل الأسرة المتطورة وهو الذي يميل إلى تقليد الحياة الأوروبية في العادات والمعاملة واللباس.

إن الأسرة الممتدة توفر علاقات إجتماعية إنسانية واسعة تساهم في صحة ورفاهية الأسرة ككل، وتعتمد على العلاقات القرابية، كما توفر شعورا بالأمن والضمان النفسي والمادي، ليس من السهل الحصول عليه في الأسرة النواتية ذات الإمكانيات المحدودة بشريا وماديا، وأدى هذا الإنقسام والإنعزال الذي حدث في الأسرة النواة والتي لا تحتفظ بروابط القرابة. ومن أهم المشاكل الإجتماعية التي تنشأ نتيجة لهذه التغيرات البنائية في الأسرة هو المشكلة التي تتعلق بمكانة المسن[1].

كما يشير **مصطفى الخشاب** إلى الخصائص الأسرية التي يمكن حصرها فيما يلي:

1 – أن الأسرة أول خلية يتكون منها البنيان الإجتماعي وأنها أكثر الظواهر الإجتماعية عمومية وإنتشارا فهي إذا أساس الإستقرار في الحياة الإجتماعية.

[1] - نفس المرجع، ص 313.

2 – تقوم الأسرة على أوضاع وعوامل يقرها المجتمع فهي ليست عملا إراديا لكنها من عمل المجتمع وثمرات الحياة الإجتماعية.

3 – تعتبر الأسرة الإطار العام الذي يحدد تصرفات أفرادها فهي تشكل التراث القومي والحضاري وهي مصدر العادات والعرف والتقاليد كما يرجع إليها الفضل في القيام بأهم وظيفة وهي عملية التنشئة الإجتماعية.

4 – الأسرة كونها نظاما إجتماعيا تؤثر وتتأثر بالنظم الإجتماعية الأخرى فإذا كان النظام الأسرى منحلا وفاسدا، فإن هذا الفساد ينعكس على الوضع السياسي والإقتصادي لذلك نشاهد في المجتمعات المستقرة سياسيا أن خلية الأسرة مدعمة وقوية ومحل رعاية الدولة.

5 – تعتبر الأسرة في رأي **"مصطفى الخشاب"** وحدة إقتصادية، فقد كانت قائمة في العصور القديمة بكل مستلزمات الحياة واحتياجاتها وكانت تقوم بكل مظاهر النشاط الإقتصادي وبالرغم من التطورات التي تطرأ على النظم الأسرية إلا أنها ما تزال تؤدي وظائفها الإقتصادية.

6 – الأسرة هي الوسيط الذي اصطلح عليه المجتمع لتحقيق غرائز الإنسان ودوافعه الطبيعية والإجتماعية، وذلك مثل حب الحياة وبقاء النوع وتحقيق الغاية من الوجود الإجتماعي، وتحقيق الدوافع الغريزية والعواطف والإنفعالات الإجتماعية[1].

2 – أهم النظريات المفسرة لتطور الأسرة:

اهتمت العديد من الدراسات الأنثروبولوجية والأبحاث الإجتماعية بموضوع الأسرة الإنسانية بشكل عام، باعتبارها وحدة إجتماعية هامة وخاصة من ناحية تركيبها ووظائفها وتحولها التاريخي الذي عرف هو الآخر عدة أشكال لبنية الأسرة.

فوضعت نظريات كثيرة التي تؤكد المظهر الديناميكي للأسرة وطورت من خلال علوم إجتماعية متعددة مثل علم النفس الإجتماعي، علم الإجتماع، علم الانسان، علم نفس الطفولة وعلم الإجتماع التاريخي ومن هذه النظريات نجد:

أولا - النظرية البنائية الوظيفية: لقد استمدت النظرية البنائية الوظيفية أصولها من الإتجاه الوظيفي في علم النفس وخاصة النظرية الجشطالتية، ومن الوظيفة الأنثروبولوجية فهي لا تهتم بالبحث عن أصل الأسرة وتطورها، بل تنظر إليها بوصفها نسقا إجتماعيا ذا أجزاء مكونة يربط بينها التفاعل، والاعتماد المتبادل، فضلا عن دراسة العلاقة بين الأجزاء والكل.

[1] - مصطفى الخشاب،المرجع السابق، ص 48.

وتهتم هذه النظرية أيضا بدراسة أثر وظائف الأسرة في ديمومة الكيان الإجتماعي وتهدف إلى توضيح الترابط الوظيفي بين النسق الأسري، وبقية أنساق المجتمع الأخرى، وتركز أيضا على دراسة الترابط المنطقي بين الأدوار الإجتماعية الأساسية التي تتكون منها الأسرة ومنها دور الأب، الأم، الابن، الابنة، وعلى أثر هذه الأدوار على تطور الأسرة والجماعة، والمجتمع الكبير ولهذا إن النظرية البنائية تهدف باختصار إلى دراسة السلوك الأسري في محيط إسهاماته في بقاء النسق الأسري.

ثانيا - النظرية التطورية: تعتبر هذه النظرية من النظريات الحديثة حول دراسة نمو الأسرة، حيث يرجع ظهورها بشكل متكامل لأول مرة إلى حوالي سنة 1930، ويظهر اختلافها عن أي نظرية أخرى في محاولتها التوفيق بين الإتجاهات المتعددة في النظريات الأخرى، ولهذا فهي تعتبر نظرية واسعة النطاق لأنها تشمل التحليل في المدى القصير وفي المدى البعيد لذلك تكمن أهميتها في التوفيق بين مختلف الإتجاهات المتعددة حول موضوع الأسرة[1].

ففي الخمسينات والستينات من هذا القرن كانت أكثر النظريات فائدة بشأن فهم ديناميات الحياة الأسرية هي التي درست تطور الأسرة، ولقد وجهت هذه النظرية الأنظار إلى التغيرات الدائمة في كل أسرة على مدى حياتها فلقد فسرت هذه النظرية التغيرات بديناميكيات التفاعلات في نظام الأسرة، وفي الوقت نفسه لم تهمل النظرية تأثير البيئة الإجتماعية، ولكنها أخذتها في الإعتبار أولا لتفسير أن العوامل الخارجية تؤثر في التغيرات الناشئة عن القوى الداخلية، أي أن هذه النظرية ترى أن الركود الإقتصادي، كان له أهمية من حيث كيفية تعديله دور التنقلات المعتادة في الأسرة كيف تعجلت الزوجة الأم عودتها إلى العمل وكيف استقل الأولاد في فترة مبكرة من حياتهم.

كما تشارك النظرية التطورية النظرية الوظيفية في فكرتها الأساسية بأن هناك متطلبات معينة توصف غالبا بأنها جوهرية لا بد أن تتوافر من أجل وجود الأسرة وبقائها وإستمرارها، وأن التغير في أي جزء من أجزاء النسق (النظام) يؤدي إلى تغير في أجزاء الأنساق الأخرى، وتؤكد على أهمية الأوضاع والأدوار والعمليات التفاعلية ولكنها تمتاز عن غيرها بميزة وحيدة وهي محاولتها التمسك ببعدها الزمني، أي أنها تحاول تفسير تغير أنماط التفاعل بين أعضائها بمرور الزمن ويعتبر مفهوم دورة حياة الأسرة المفهوم الرئيسي، أو الأداة الرئيسية لهذا التحليل، وقد استعمل مفهوم دورة حياة الأسرة كمتغير مستقل أو عاملا متحكما لتفسير بعض الظواهر الأسرية مثل نظام الإنفاق، مستوى المعيشة، ونماذج الاستهلاك الأسري[2].

---

[1] - سناء الخولي، المرجع السابق، ص 158.

[2] - نفس المرجع، ص 162.

ثالثا - نظرية تالكوت بارسونز T Parsons: وترتكز نظريته على مفهوم الثبات والذي يمثل بالنسبة إليه التوازن المستقر بحيث يمكن أن يكون النسق ثابتا أو متغيرا، فكل نظام يتكون من أجزاء ترتبط ببعضها البعض ولكل من هذه الأجزاء وظيفة معينة ومحددة تحديدا دقيقا، تؤديها من أجل البناء الكلي الذي تتشكل منه إذ تعمل من خلال هذه الوظائف على تدعيمه وإستمراره، وإذا كان تصور أداء الوظائف بهذا الشكل فهذا معناه أن هذه الأجزاء وهي تعمل بصورة تكاملية بحيث يمكن للنسق أن يحقق التوازن عندما تؤدي الأجزاء المكونة لذلك وظائفها بفعالية وإلا حدث ما يمكن تسميته بلا توازن في النسق، لأن الجزء هو في الحقيقة معوق وظيفي عند الحالة وبالتالي يمكن أن يغير التوازن.

إن نظام الأسرة يتألف من وحدات تقوم بوظائف محدودة كوظيفة الإنجاب والتكاثر، والتربية وغيرها، تؤدي في النهاية هذه الوظائف إلى تكامل النظام الكلي للأسرة التي تعمل داخل الإطار العام للمجتمع بكل أشكاله وأنواعه المتغيرة. فالحركة والتغير والتجديد المستمر عند تالكوت بارسونز هي حقائق لا يمكن إغفالها، ثم الحديث عن النظام والاستقرار والوظائف، لأن التوازن المستقر عنده لا يعني الخمود أو عدم الحركة، بل أن وجود التمايز لابد وأن يحدث التوترات الدافعة إلى التغيرات أو بصفة عامة الحركة والتغيير، ونستخلص من هذا الطرح عند بارسونز أن في الحياة الإجتماعية توازن ثابت وآخر متحرك إذ نميز بين عمليات ضمن النسق الإجتماعي وعمليات تفاعل وتبادل بين هذا النسق نفسه ككل والبيئة المحيطة به، ويوجد عنده مفهومان وهما العملية والبناء.

وبصفة إجمالية ترى هذه النظرية في دراستها للأسرة على أنها تتميز بمراحل وكل مرحلة من هذه المراحل تختص دورة من حياتها بمهام معينة يكون من المحتم على الأسرة كبناء وظيفي أن تقوم بها لكي تحدد مجال تنميتها بداخل المجتمع ككل، ولكي تستمر الأسرة في النمو وكوحدة فهي في هذه الحالة محتاجة إلى الاشباع من متطلبات بيولوجية وثقافية ومطامح شخصية وقيمية.

3 - المسنون في الأسرة الحديثة:

أولا - الأسرة الحديثة لا تحتمل المسنين: لقد أدى ضيق الشقق الحديثة إلى نتائج إجتماعية خطيرة فيما يتعلق بنية الأسرة العضوية، فبعد أن كانت الأسرة قديما تضم في رحابها الأجداد والجدات والعمات والخالات فإنها اليوم أصبحت لا تضم سوى الزوج والزوجة والأبناء والبنات. وهي الغالبية العظمى من الأسرة الحديثة فقد صارت تنسلخ عن الأسرة الأم مستقلة بشقتها أما الأسر القليلة التي تضم الأجداد أو أحدهما فإننا نجد بها الكثير من المشكلات التي تنجم عن وجود المسن في ربوعها. وبالإضافة إلى مشكلة ضيق المسكن التي تجعل الأسرة الحديثة لا تحتمل وجود المسنين في نطاقها فثمة مشكلة أخرى على جانب كبير من الأهمية

وهي مشكلة اشتغال المرأة وانخراطها في ركب الحياة العملية وقضاء معظم الوقت خارج البيت وعند العودة تكون مرهقة لا تستطيع التفرغ لخدمة مسن تحس أنه عبء إضافي وغير طبيعي فبالكاد تخدم زوجها وأولادها، فمن الطبيعي أن المسن في مثل هذه الأسرة يجد نفسه وحيدا جل النهار يحس بأنه في فراغ مميت وأن الخدمة التي يرجوها غير متوفرة له[1]. كما أن الإفتقار إلى حياة إجتماعية تملأ عليه مشاعره الإجتماعية إنما يضرب به بالوحشة والوحدة ويثير لديه نوعا من القلق على أمنه وسلامته فماذا يكون حاله إذا كان مريض بالزهايمر؟

كما أن خدمة المسنين لا ترتبط بمواعيد ينصرف بعدها الخادم إلى حال سبيله بل إن خدمة المسن هي خدمة مستمرة ما دامت إلى جانبه وطبيعة الشيخوخة تتسم بالإلحاح في الطلب والمداومة على مطالبة الآخرين بتلبية حاجاته وإشباع رغباته فيقوم بتذكيرهم بأنه شخصية لها وضعها وأهميتها في البيت وهو يريد أن يبرهن لنفسه أنه ما يزال الشخصية المحببة إلى نفوس الآخرين وأنهم يتمنون إحراز رضاه والتسابق إلى تحقيق ما يشير إليهم بطلبه أو ما يبدي رغبة في إحرازه وأنه ما يزال في واقع الأمر شخصية لها أكبر الوزن في ربوع الأسرة.

ثانيا - الفراغ القاتل: إن الشيخوخة لم يكتب عليها الفراغ بل إن الظروف الإجتماعية المحيطة بالمسنين من جهة وعدم إعداد الناس أنفسهم لمرحلة الشيخوخة من جهة أخرى هما العاملان اللذان يحدوان بالمسنين إلى الاحساس بالفراغ الممض بالسأم الشديد وبالإحساس بطول الوقت.

والواقع أن هناك عدة أسباب تحدو بالمسن إلى الإحساس بالفراغ وبالوقت الطويل ولعل أول تلك الأسباب هو تقلص أهداف المسن أو إنكماشها الشديد، فبعد أن كان طوال حياته العملية خصب الأهداف متعدد الجوانب، كثير المناشط فإنه يجد نفسه وقد صار خالي الوظائف وافتقرت حياته من أي نشاط ولاشك أن الإفتقار إلى الأهداف وعدم تجددها يضرب الشخصية بالعقم والنضوب.

وبعد أن كان لا يجد وقتا يتنفس فيه الصعداء بسبب ازدحام حياته بالأعمال، فإنه يجد نفسه مفلسا لا يجد شيئا يعمله، وهنا يمكن أن نتساءل لماذا لا يترسم المسن أهدافا لنفسه حتى لا ينتهي إلى هذا التبرم بالحياة وحتى لا يحس بالذبول النفسي وبطول الوقت الممل؟ وللإجابة على هذا السؤال نقول أن هناك صنفين من الناس ، صنف نادر وهم أولئك الذين اعتادوا أن يترسموا أهدافا لأنفسهم بحيث يسيرون حياتهم من جانبهم هم وليس من الخارج بواسطة أشخاص آخرين عكس الصنف الثاني الذين اعتادوا أن ترسم لهم الأهداف ويسعون فقط لتحقيقها. وهذا الصنف هو الأغلب الشائع وهذه الميزة ليست بيولوجية في الانسان وإنما يكتسبها من خلال التربية التي يتلقاها منذ نعومة أظافره ونوع التدريب الذي يتلقاه وهو يصير طبيعة ثانية في الانسان وهما المسؤولان عن إعداده ليكون من الصنف الأول أم الثاني.

[1] - علي جاسم عكلة الزبيدي، المرجع السابق، ص 87.

أما السبب الثاني الذي يدفع إلى الإحساس بالفراغ القاتل هو القبوع بنفس المكان مدة طويلة ذلك أن الغالبية العظمى من المسنين يركنون إلى منازلهم ولا يبرحونها ليل نهار وهذا ما يجعله خاضعا للرقابة والجمود والخمول، فالأحداث من حوله هي لا تتغير بل وتتكرر بنفس الشكل وعلى نفس المنوال وهذا الانقطاع عن العالم الخارجي وتقوقع المسن في نطاق محدود لا يستقبل فيه صورا ذهنية إدراكية متحركة، فإن صوره المتخيلة تتساقط الواحد منها بعد الأخرى إلى أن تنتهي حياته الفكرية إلى الذبول والنصوب بعد الحيوية والتدفق[1].

ثالثا - الفشل في التوافق الإجتماعي: نعني بالتوافق الإجتماعي تلك الأنماط السلوكية التي من شأنها أن تجعل الشخص ناجحا في مجابهة المواقف الإجتماعية، وهنا نستطيع القول إن المسنين بوجه عام ينكصون عن مسايرة العصر في تلك القطاعات والميادين التي تشارك في تحقيق توافق الشخصية بالمجتمع، ولعلنا نبدأ بالتوافق الحركي، فمن المعلوم أنه بالنسبة للحياة المدنية الحديثة فإن السرعة في الأداء الحركي تعد من السمات الأساسية في الاتصالات والعلاقات، ولكن الشيخوخة تتسم بالبطء الحركي أو بالعجز عن أداء الحركات المطلوبة في الحياة اليومية على خير وجه[2].

ففي وسائل المواصلات يصير المسنون عقبة أمام الركاب وأمام موظفي النقل، وحتى تفكيرهم يسير ببطء بحيث لايكاد المسن أن يقدم الفكرة الواحدة إلا بعد جهد جاهد، وبالنسبة للحالة المزاجية العامة للمسن فنجده لا يستطيع أن يماشي الشباب في مرحهم بل الكثير منهم يكونون منحرفي المزاج فيقلبون الجو المرح إلى جو مقبض ويضيقون ذرعا بكل من يضحك في مجلسهم ويتهمونه بعدم الوقار وخفة العقل حتى بالنسبة للأحاديث المطروقة فإن الكثير من المسنين لا يستطيعون المشاركة فيها وذلك لانقطاعهم عن ركب الحياة إذ صاروا غير واعين على ما يحدث من حولهم بالدنيا.

بالإضافة إلى أن معظم المسنين يمتنعون عن القراءة وينصرفون عن مشاهدة التلفاز ولا يستمعون إلى الإذاعة، فإننا ندرك مدى تخلفهم الثقافي. وكيف أن ما يتعرضون له من أخبار أو أحاديث إنما تكون أخبارا وأحاديث قديمة بالية غير مثيرة، ذلك أن العقل الراكد والذهن الفارغ لا يستطيع أن يستهوي أحدا لمتابعة ما ينبثق عنه من أحاديث.

رابعا - المعوقات النفسية: يرتبط المرض النفسي سواء كان مرضا عصبيا أم عقليا أو مرضا وجدانيا أشد الارتباط بالحالة الجسمية، فالمرض الذي يصيب الجسم في ناحية ما من أنحائه يتردد صداه في نفسية المريض تماما كما يحدث عندما تتدهور نفسية المريض، فتتأثر صحته الجسمية وتظهر لديه أعراض كثيرة تتعلق بأمراض جسمية متنوعة ومن أكثر

---

(1) - نفس المرجع، ص 92.
(2) - نفس المرجع، ص 95.

الظواهر النفسية شيوعا ظاهرة الوهن النفسي، والشعور بالضآلة النفسية والعجز عن مغالبة الصعاب وعن تقديم الاستجابات المناسبة للمواقف والصعوبات، كما يضرب الشخص باليأس والقنوط ويدفع به إلى الانطواء الداخلي أو إلى التقوقع النفسي والعصبي.

هناك من المعوقات النفسية التي تصيب المسنون تباينهم مزاجيا عن المحيطين بهم، ذلك أن الناس إذا اجتمعوا معا فإنهم يتقاربون في المزاج الواحد بما يسمى بالتناغم الوجداني، ولكن لا نجد هذا التناغم عند معظم المسنون لأنهم في الغالب لا يتسمون بالمرونة المزاجية حيث يرجع هذا إلى العجز النفسي الذي يعاني منه المسن، وهو ذلك العجز التحجري المزاجي الذي لا يسمح له بالتكيف نفسيا ومزاجيا للمجموعة وإصراره بالمطالبة على أن يخضعوا هم لإمرته مزاجيا حتى يتم التقارب بينه وبينهم ومن الطبيعي أن ينتهي هذا الصدام بين مزاج المسن وبين مزاج أية مجموعة يلتئم فيها إلى انصرافه عن الناس أو على انصراف الناس عنه ولا يقتصر هذا الانصراف المكاني والبعد الجسمي للمسن، وإنما يصل الحال إلى حد انعزال المسن في عزلة لم يخترها لنفسه بإرادته وبرغبته الشخصية، وإنما هي عزلة قسرية فرضت عليه فرضا[1].

من هنا فإن المسن لا يكون راضيا عن مثل هذه العزلة الوجدانية والإجتماعية التي فرضت عليه فرضا، بل هو يشكو منها ويتألم أشد الألم، ويحاول أن يجد لنفسه مفرا منها ولكن بغير جدوى لأن التحجر الوجداني للمسن يكون تحجرا لا يقبل اللين.

خامسا - مشكلات الحياة الأسرية: إن الأحداث التي تؤدي إلى المشكلات الأسرية كثيرة جدا، وقد يكون مصدرها داخليا مثل فساد الأبوة، عدم الانفاق، فقدان العقل، الخيانة، الإدمان على الكحول أو المخدرات، الهجرة، وغيرها. ويمكن أن يكون مصدرها خارجيا مثل الحروب، أو الأزمات الإقتصادية أو الزلازل وغيرها.

إن هذه المشكلات تصاحبها ضغوط نفسية، ولكي يواجه الزوجان ذلك بنجاح لابد من إجراء تعديلات في بناء السلطة وأساليب الاتصال والعلاقات العاطفية، وفي الأهداف، وبدون إجراء تعديلات مستمرة يختل التوازن ويعاني الجميع من التوتر. كما أوضح **كوفمان** في دراسة قام بها في هذا الشأن سنة 1990 أن الوالدين أكثر الأشخاص الذي يواجهون مسؤوليات إعطاء العناية المستمرة لأبنائهم المعتمدين عليهم بدنيا وعاطفيا وإقتصاديا، وبمجرد تقدم الوالدين في العمر قد تتأثر سلبيا قدرتهم المستمرة على التكفل بأبنائهم، وذلك بواسطة العديد من المشاكل المتحدة منها المشاكل الصحية والعبء، ورغم معاناة الوالدين فالمفروض عليهم أن يواجهوا كل هذه الصدمات، ومن ثم كان هذا الإتجاه الحديث بالتركيز

[1] - نفس المرجع، ص 108.

على رعاية الإخوة العاديين للمريض، ومحاولة إشراكهم مع الوالدين في برامج إرشادية فهم خير عون للوالدين في مساعدتهم على رعاية أخوهم المريض وبالتالي يساعد ذلك على زيادة قدرة الوالدين على مواجهة الضغوط التي يتعرضون لها[1].

إن المتاعب تنشأ داخل نطاق الأسرة تبعا لموقع الشخص المريض، هل هو أحد الأبناء؟ هل هو أحد الزوجين؟ هل هو أحد المعمرين في الأسرة؟ لذلك فإن واقع الحال في مثل هذا الموقف هو كما عبرت عنه " **لوريا فلاين**". تشغل وظيفة المدير التنفيذي في الاتحاد القومي للأمراض العصبية "National alliance mentallyill" فتقول: "ما من أحد يمكن أن يكون هناك جاهزا وحاضرا ومستعدا أربعة وعشرين ساعة في اليوم لكي يداوي مريضا، ويقوم على خدمته ويراقب ما قد يتعرض له، لذلك يصبح أفراد الأسرة كلهم مجندون وكأنهم المختصون بالعلاج".

كما ترى الدكتورة "فلاين' أن تركيز إهتمام شخص ما بالمريض لا يجب أن ينسيه شؤونه الخاصة، ولهذا يجب أن يستعين بأحد أفراد الأسرة للمساعدة على تصدي المشكلة التي يعاني منها المسن المريض، وذلك بجمع المعلومات حول طبيعة معاناة المريض وقراءة كتب لها علاقة بالمرض، وكذا التحدث مع أفراد سبق لهم الإلمام بنفس المشكلة، وكل هذا من أجل التغلب على المشكلة بأكملها[2].

في هذا الصدد نجد دراسة "**يارو**" على زوجات المرضى من حيث توقعات أعضاء الأسرة حول الاستجابات الإجتماعية للمرض ونمط الاتصالات التي تتم بين أسرة المريض والعالم الخارجي بالنسبة للزوجات في نموذج "يارو" كانت المشكلة الأساسية التي تواجهن هي الصراع بين الحاجة إلى المساعدة في هذا الموقف العصيب وبين عدم الشعور بالقدرة على تحمل مشاركة الأخرين في إبداء مشاعر الشفقة نحو مرض الزوج. ومن المتوقع أن الأبناء البالغين في الأسرة يكونون موضع سر وثقة الزوجة حيث كان في إمكانها إطلاعهم على سر مرض الزوج "والدهم". ولا يحدث في مثل هذا التصرف أي نوع من الخرق أو التمزق لخصوصيات الأسرة، وبالتالي فإن تماسك الأسرة كوحدة كان أمرا مؤكدا، أما بالنسبة للغرباء فإن الأسرة كانت تواجههم بدرجة كبيرة من التكتم والإخفاء وعدم الإفصاح بأية معلومات عن مرض الزوج[3].

---

(1) - سمية طه جميل، ***التخلف العقلي واستراتيجيات مواجهة الضغوط الأسرية***، الناشر مكتبة النهضة المصرية، الطبعة الأولى القاهرة، 1998، ص 63.

(2) - ديانا هيلز وروبرت هيلز. ***العناية بالعقل والنفس***، ترجمة عبد العلي الجسماني، الدار العربية للعلوم، الطبعة الأولى، 1999، ص 309.

(3) - YARROW, M.r and Others, ***The Social Meaning of mental Illness: Journal of social, Issues***, XI (4), 1955, p.p. (33-48).

لقد ميز "يارو" بين نوعين من المعلومات : 1 – معلومات عن الحقائق و2 – معلومات عن التجارب العاطفية، وبينما يصرح للأصدقاء والأقارب بمعرفة النوع الأول من المعلومات فإن النوع الثاني يحجب عنهم لأن بهذا الأخير يجدون أساس لهذا المرض من خلال أخطاء الزوج أو الزوجة الماضية، بالإضافة إلى رغبة الزوجة في المحافظة على الواجهة الإجتماعية للأسرة تستلزم اجتناب أي موقف يوجه فيه النقد لكيفية أدائها لدورها[1].

4 – دور ومكانة المسن في الأسرة الجزائرية:

إن الأسرة الممتدة توفر علاقات إجتماعية إنسانية واسعة تساهم في صحة ورفاهية الأسرة ككل، وتعتمد الأسرة الممتدة على العلاقات القرابية وهؤلاء الأقارب متواجدون دائما لمساعدة الوالدين سواء في عملية التنشئة الإجتماعية أو غيرها من المهام، وكذلك يمثلون نماذج للعديد من الأدوار كما توفر شعورا بالأمن والضمان النفسي والمادي، ليس من السهل الحصول عليه في الأسرة النواتية ذات الإمكانيات المحدودة بشريا أو ماديا.

أدى هذا الانقسام والانعزال الذي حدث في الأسرة النواة والتي لا تحتفظ بروابط القرابة ومنه فإن العلاقات مع الأقارب تبدأ في التآكل، ويعيش عدد محدود جدا من الأجيال في نفس المنزل ويقيم المتزوجون حديثا في منازل مستقلة ويتركون منازل أسرهم ومن أهم المشاكل الإجتماعية التي تنشأ نتيجة لهذه التغييرات البنائية في الأسرة هو المشكلة التي تتعلق بمكانة المسن[2].

أولا - دور ومكانة المسن في الأسرة التقليدية: عرفت الأسرة الجزائرية في القديم بطابعها الممتد، حيث كانت تضم عدة أسر من جد وجدة والأبناء والأحفاد يعيشون حياة جماعية مشتركة يقودها المسن الذي كان يحظى بالتقدير والاحترام من طرف الجميع، وكانت لهذه الأسر نسق من القيم والمعايير التي تثبت سلطة ومكانة المسن نتيجة تجربته في الحياة، فهو بذلك يعتبر الناصح والحاكم في نفس الوقت مما يلزم على الأفراد حق الطاعة والخضوع وحسن التدبير في مختلف القضايا مثل الفصل في أمور الزواج وختان الأطفال وحل بعض المشاكل الأسرية.

فالمسن هو الذي يصدر الأوامر والنواهي والأفراد الآخرون يقومون بمختلف الأعمال من زراعة الأرض وتربية المواشي ومحاولة توفير حاجيات الأسرة المختلفة هذا فيما يخص الرجال أما النساء فكن يشرفن على الأعمال المنزلية كالطبخ والتنظيف وفي بعض الأحيان يقمن بالأعمال الخارجية وكبيرة السن هي التي تقوم بتوجيههن كما تشرف على عملية تزويج الأبناء[3].

---

(1) - Yarrouw, M.R, and Others, Ibid, p. 48.

(2) - سناء الخولي، المرجع السابق، ص 313.

(3) - Jarosz, M, ***Viellesse et vieillissement en Algerie***, Opu, Alger, 1983, p. 63.

ثانيا - دور ومكانة المسن في الأسرة الحديثة: لقد تراجعت المكانة التي كان يحظى بها المسن في الأسرة التقليدية وهذا نتيجة للتغيرات التي طرأت على شكل الأسرة، فبعدما كانت تضم الآباء والأبناء والأجداد والجدات وأحيانا العمات والخالات وبعض الأقارب نجد بضعها الآن أصبح لا يضم سوى الزوجين وأبنائهم خاصة بعد بداية اختفاء الأسرة الممتدة وظهور الأسرة النواتية رغم محاولة أفرادها الحفاظ على طابعها التقليدي المتسم بالروابط القرابية الصميمية.

كما تضعف هذه المكانة في المجتمعات الغربية المعاصرة لأنها تؤمن بالقوة والسرعة، وهي صفات لا تتوفر لجيل المسنين، ولذلك تقسو الحياة عليهم ويهجرهم أبناؤهم وتضيق بهم سبل الرزق ويدركوا أنهم أصبحوا عالة على المجتمع وعلى الحياة نفسها، وقد بدأت هذه الظاهرة تنتشر في مجتمعاتنا أيضا.

لكن يبقى الفارق في البعض من هذه المجتمعات وفي بعض الطبقات الإجتماعية أن يكون منتشرا فيها نظام الأسر الممتدة تضم الأبناء والأحفاد إلى جانب المسنين كونهم يمثلون رمزا للعائلة ومصدرا للإحترام وغالبا ما يلقى فيها المسنين كل التقدير ويظل بيدهم القرار حتى أيامهم الأخيرة كل هذا يساعدهم على الإستمرار في أداء الدور الذي يتلاءم مع سنهم، كما تساعد المجتمع على الاعتراف بهذا الدور وتقبله وبالتالي على تقبل المسنين وإحاطتهم بالرعاية والإحساس طيلة الوقت بالحاجة إلى وجودهم الذي يعتبر (بركة) في أغلب الأحيان[1].

كما نجد في معظم الأسر الحديثة أين أصبح المسنون إما يعيشون بمفردهم أو يوضعون في دور رعاية وفي معظم الأحيان يهمل الأبناء وجودهم هناك فيعانون من الوحدة ونقص الأدوار والاتصال الإجتماعي ولذا فهي تجد صعوبة كبيرة في تقبل جيل الأجداد نظرا لطبيعة المجتمع المعاصر، وطبيعة التحول الإجتماعي السريع وضيق المسكن الحديث وصغر حجم الأسرة نتيجة للإرتفاع مستوى المعيشة زيادة معدل الانفاق وهكذا لا يتسع إطار الأسرة المدنية المعاصرة للمسنين[2].

لقد أثر الوضع الجديدة للأسرة على المسنين وظهر هذا واضحا في قلة العناية بهم أو الاهتمام بأمرهم كل هذا ساهم في تضخم مشكلة الشيخوخة، بحيث أصبحت تحتاج إلى تظافر كثير من القوى لدراستها وايجاد الحلول المناسبة لها وذلك بعد أن فقدت الأسرة الممتدة وظيفتها.

وللتعامل مع المسن يفضل مراعاة العناصر التالية:

- المسن يحتاج للحنان والرعاية والعطف مثل الصغير تماما ويجب أن لا نبخل عليه بذلك.

---

[1] - جورج الخوري ثوما، ***سيكولوجية الأسرة***، دار الجيل، الطبعة الأولى، بيروت، 1988، ص 169.

[2] - سليم مريم، المرجع السابق، ص 5.

- يجب عدم الاصطدام مع المسن في رأي معين لأن مواقفه وقيتا ومن ثم العودة مرة أو مرات أخرى لمحاولة إقناعه تأتي غالبا بما نرغبه من نتائج.

- المسن لا يتحمل الإلحاح عليه ومطالبته بالإسراع في أمر ما واستعجاله، ويجب أن نعطيه الوقت الكافي لإنجاز ما يريد عمله.

- يجب عدم مؤاخذة المسن لبرودة أو عدم اكتراثه بأمر معين فقط، فإنه يحتاج إلى وقت أطول للتفاعل مع الأحداث لا عدم المبالاة.

- يجب أن ندرك أن المسن يستمتع بالحديث عن الماضي السحيق لأنه يتذكره أكثر من الأحداث القريبة ولأنه يشعر باستعراض تجاربه وخبراته، فعلينا أن لا نحرمه من ذلك بل نظهر له التفاعل والإعجاب.

- إن قصور السمع والبصر لدى المسن يجعله يبتعد شيئا فشيئا عن أحداث الواقع وذلك يوجب علينا التحدث بصوت مسموع ومحاولة جذب المسن للواقع بإخباره بما يدور من حوله وأخذ رأيه ومداعبته لأن ذلك مما يؤخر في عملية الانفصال عن الواقع والتي تحدث في الشيخوخة المتأخرة أو الهرم.

5 – التكفل بالمسن المريض بالزهايمر:

يحتاج الإنسان بعد تقدمه بالعمر ويصبح مسنا إلى رعاية خاصة مميزة واهتمام واضح من جانب أبناءه وأحفاده وأفراد أسرته وخاصة من كان يعاني من أمراض عديدة في العظام والجسم والسمع والبصر والذاكرة، وهذا يؤثر على طريقة تواصلهم مع الآخرين، مما يجعلهم يحتاجون إلى من يتكفل بأمورهم.

أولا: تعريف التكفل: يعرف التكفل **لغة**، يكفل، تكفيلا، أو كفالة فلان في حالة واتفق عليه وقام بأموره وحافظ عليها[1].

- **إصطلاحا**: يمكن أن نعتبر التكفل وظيفة ذات طابع تعديلي يسعى إلى تعديل السلوك وفقا للمعايير أي هي عملية لفهم إمكانيات الفرد واستعداداته واستخدامها في حل مشكلاته ووضع خطط لحياته من خلال فهمه لواقعه وحضاره، فمساعدته في تحقيق أكبر قدر من السعادة والكفاية وتحقيق ذاته وصولا إلى درجة التوافق[2].

تعد عملية التكفل في الميدان الإجتماعي بأنها رعاية الفئات المهمشة والمحرومة من المجتمع وذلك لما تعانيه من ظروف صعبة على مستويات مختلفة وجوانب عدة. والتكفل هو رعاية هذه الفئة والاستجابة لكل متطلباته واحتياجاته اليومية.

---

[1] - وئام بوزياني: ***واقع التكفل النفسي المريض بالفصامي داخل المؤسسة الاستشفائية***، مذكرة ماستر علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2013، ص 43.

[2] - سهير كامل أحمد، المرجع السابق، ص 7.

ويتداخل مصطلح التكفل مع مصطلح الرعاية التي تعد خدمة تقدم جهود مشتركة يمتلك القائمين عليها القدرة والمعرفة والمهارة التي تؤهلهم لمساعدة المرضى والأفراد والمسنين منهم على معاودة نشاطاتهم التي كانوا عليها قبل المرض أو لتسهيل حاجاتهم اليومية.

ثانيا: أنواع التكفل: تعددت أنواع التكفل بالمسن بحيث تختلف بين ما هو متعلق بالتكفل الصحي والإجتماعي والنفسي والمادي والأسري.

أ – التكفل الإجتماعي المؤسساتي:

إن المسن في مرحلة الشيخوخة يخضع لحياة مستقرة وهذا الاستقرار ناجما عن فقدانه لمكانته الإجتماعية، وسط المحيط المهني بتقاعده واحالته على التقاعد الزهيد، وعدم قدرته على تحمل مسؤولية أعباء البيت، فيحس بنقص النشاط الذي كان عليه من قبل وكذا إنفصال الأبناء واستغنائهم عنه الأمر الذي يجعله يسعر العلاقات الإجتماعية لارتباطها بتنقلات المسن وبرصيده الإقتصادي بمعنى توقفه به إلى الانعزال والانطواء على نفسه ويصبح يعيش على ماضيه.

ب – التكفل الصحي:

نظرا للتغيرات الجسمية التي تحدث في مرحلة الشيخوخة التي تنجم عنها بعض الإضطرابات العضوية نجد أن المسن هو المستقبل الأول لهذه الأمراض، كالأمراض المعدية والصدرية وأمراض أخرى ناتجة عن سوء التغذية واختلال التوازن الغذائي الذي يصحب تقدم السن بالإضافة إلى أمراض نفسية تؤثر على صحة الجسم، لذا فعملية التكفل الصحي في المراكز تكون صارمة وربطها المختصون بإتجاهين هما.

*** الإتجاه الوقائي:** وهو تنبيه وتوعية المسن على ضرورة الحفاظ على صحته بتقديم النصائح التي يكون من طرف طبيب المركز حيث تشكل النظافة عاملا أساسيا يساعد المسن على وقاية جسمه ويجب أن تتم بصورة منظمة ومستمرة، وهذا بنظافة محيط المسن كتهوية الغرف وتنظيف الأغطية وبنظافة الأشخاص.

*** الإتجاه العلاجي:** لا يتم العلاج عن طريق الأدوية فحسب بل علاج عن طريق العمل وهذا التخفيف من الإضطرابات النفسية التي يعاني منها المسن كالكآبة والوحدة وغيرها ولايتم هذا إلا بتفاعله مع غيره من المسنين أثناء قيامه بتلك الأنشطة.

جـــ - التكفل المادي:

هو جزء لا يتجزأ من عملية التكفل بالمسنين يمنحه منحة مالية فهي تهدف لمعالجة ظاهرة التسول أو طلب المساعدة وذلك لعدم إكتفاء المسنين بالمنح التي تقدم لهم.

د – التكفل النفسي:

إن الشيخوخة مرحلة عمرية حتمية تحتاج إلى رعاية نفسية خاصة لتحقيق رغبات المسن، ويبعث روح التفاؤل والأمن النفسي له وللتكفل النفسي أهمية وضرورة قصوى في حياة الأفراد نظرا لما يعانونه من مشاكل إجتماعية ونفسية. وهو ضرورة إجتماعية تتمثل في صيانة الأسرة وحمايتها وتدعيمها والمحافظة على العلاقات الإجتماعية بين الناس وحماية المرضى ودواعي سياسية تتمثل في ضرورة حفاظ المجتمع على القيم والمبادئ والأفكار والنظريات الموالية للمجتمع، والتي تحافظ على المجتمع و وحدته وتمسكه، وتحميه من عوامل التفريق والتفكك الإجتماعي والنفسي، وظروف العصر التي تتسم بالقلق والتوتر والصراع[1].

هـ - التكفل الأسري:

إن دور الأسرة في التكفل بالمسن هو دور محوري من المهم التركيز عليه حيث أن الأسرة تبقى المكان المثالي الذي يمكن العيش فيه، وأن علاقة المسن مع عائلته هي علاقة تشمل جميع نواحي الحياة، والقائم بالتكفل بالمسن يستغل مكانا واضحا في الأسرة، ولقد نادى المؤتمر العالمي للشيخوخة بأهمية إبقاء تكوين الأسرة وتشجيع الأسرة كوحدة إجتماعية سياسية في رعاية المسنين، وكذا تبين من نتائج الدراسة التي قام بها المسح الدولي للأسر والشؤون المعيشية، أنه عندما تتاح فرصة للمسنين للاختيار بين مصادر الرعاية التي يرغبون فإنهم يفضلون أبنائهم كرعاة لهم ومتكفلين بهم.

II – دور الهيئات المختصة في التكفل بالمسن:

1 – بوادر الشيخوخة ووضعية المسنين في الجزائر:

أولا - الوضعية الديمغرافية وظاهر التشيخ في الجزائر: لقد عرفت الجزائر مجموعة من التحولات الديمغرافية نتيجة لمجموعة من العوامل والظروف المختلفة التي أثرت على مختلف الظواهر الديمغرافية، سواء نتيجة السياسات الإقتصادية والإجتماعية أو نتيجة البرامج والسياسات التي اهتمت بمسألة السكان، إن الوضعية الديمغرافية التي تتميز بها الجزائر في السنوات الأخيرة، من خلال ما تشير إليه الإحصائيات السكانية، والتي تفيد بأن الجزائر قد بلغت مرحلة متقدمة من مراحل التحول الديمغرافي، نتيجة تلك التحولات في هذا الجانب والتي جعلت معدل النمو الطبيعي يعرف إنخفاضا منذ ذلك الوقت إلى يومنا هذا، وهذا رغم الإرتفاع الذي عرفه بعد سنة 2000، والذي قدر بـــ 1,91 % سنة 2008[2].

---

(1) - وئام بوزياني، المرجع السابق، ص 45.

(2) - ONS, ***démographie Algérienne***, 2008, n° 520, p .3.

إن التطور الديمغرافي قد تأثر بمجموعة من العوامل التي رافقت تلك التغيرات في جميع المجالات، سواء من خلال تطوير اقتصادها وتحقيق التنمية، وكذلك تحسين الأوضاع المعيشية للمواطن، أو من خلال تلك الظروف التي مرت بها الجزائر بدءا من منتصف الثمانينات نتيجة إنهيار أسعار البترول في الأسواق العالمية، وتواصلت في التسعينات، وأيضا من خلال تلك البرامج والسياسة السكانية التي اهتمت بإنخفاض في معدل النمو الطبيعي للسكان، فكل هذه العوامل كان لها دور بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في تطور الوضعية الديمغرافية التي تتميز بها الجزائر اليوم.

ثانيا - بوادر الشيخوخة في الجزائر: من بين النتائج المترتبة عن التحولات الديمغرافية في الجزائر نجد التغيرات في الهيكلة العمرية للسكان والتي كانت تعكس بشكل واضح تطور معدل الولادات من جهة، وارتفاع أمل الحياة من جهة أخرى، ومن أجل ضمان أوضاع أحسن في المستقبل لفئة المسنين الإلمام بالوضعية الحالية التي يعيشها المسنين في مجتمعنا والتي باتت تطرح الكثير من الانشغالات في جميع الأصعدة:

أ - على الصعيد الصحي: إعادة النظر في البرامج الصحية وأيضا برامج التكوين والتخصصات الواجب توفرها، وتكييفها حسب النمط الوبائي الذي تعرفه الجزائر في السنوات الأخيرة، من خلال انتشار الأمراض المزمنة التي تعود إلى ارتفاع نسبة المسنين في المجتمع "كأمراض القلب والشرايين، والسكري، وضغط الدم،...إلخ"، وما تتطلبه من توفير الإمكانيات في هذا المجال للتكفل الجيد بهذه الفئة[1].

ب – على الصعيد الإقتصادي: من خلال إعادة النظر في نظام الضمان الإجتماعي وقانون التقاعد من أجل مواكبة تلك الزيادة في نسبة المتقاعدين الذين تتجاوز أعمارهم من 60 سنة فأكثر، وهذا في ظل الظروف الإقتصادية التي تعيشها البلاد والتي انعكست هي الأخرى على وضع هؤلاء المسنين وزيادة تأزمه نتيجة الفقر وتراجع دور الأسرة بالتكفل بهم، بسبب الظروف الإقتصادية التي تعيشها من مشكل البطالة، مشكل السكن،...إلخ.

جـــ – على الصعيد الإجتماعي: من خلال الضرورة التي تطرحها في إعادة النظر في القوانين التي تحمي هذه الفئة، نتيجة ما هو ملاحظ من مظاهر التخلي والإهمال لهذه الفئة[2].

ثالثا – وضعية المسنين في المجتمع الجزائري والمشاكل التي يعانون منها: إن كانت لتلك الإسقاطات التي باتت تنبه على ضرورة الاستعداد الجيد للتكفل بهذه الفئة الناتجة عن هذه الظاهرة وضرورة اتخاذ جميع الإجراءات لتغطية احتياجاتها، فما يزيد هذا الاهتمام

---

(1) - مسعودة ناصري، المرجع السابق، ص 111.

(2) - وزارة الصحة والسكان، ***السياسة الوطنية للسكان للآفاق 2010***، تقرير اللجنة الوطنية للسكان، الجزائر، ديسمبر، 2001، ص 17.

أيضا تلك الظروف الخاصة التي تعيشها هذه الفئة، سواء من الجانب الصحي أو الإقتصادي، أو من الجانب الإجتماعي في المجتمع الجزائري والتي تظهرها نتائج الدراسات التي اهتمت بهذه الفئة، وهذا رغم قلتها ومحدودية الجوانب التي تطرقت إليها.

أ – الوضعية الصحية للمسنين في المجتمع الجزائري: إن مرحلة الشيخوخة لديها نوع من الخصوصية من الناحية الصحية، خاصة وأن هذه المرحلة من العمر تتميز بتراجع الجسم في أدائه لوظائفه الحيوية وما ينتج عنها من زيادة إحتمال الإصابة بالأمراض، ولهذا تحتاج هذه الفئة إلى رعاية صحية سواء كانت وقائية للحد من تلك السلوكيات المضرة بالصحة، أو كانت علاجية لعلاج الأمراض التي يعاني منها أو الحد من تطورها، ولكن لظروف وعوامل تختلف من شخص لآخر فإننا نجد أن نسبة الاقبال على الرعاية وخاصة اقتناء الأدوية ليس نفسها عند كل المسنين.

كما أن هناك صعوبة في تلقي العلاج من جميع جوانبه بصفة عامة، وتوفير الدواء بصفة خاصة تعود بالدرجة الأولى إلى عدم استفادة نسبة معتبرة من هؤلاء من التأمينات الإجتماعية، وهذا بالرغم من أن قانون الضمان الإجتماعي خاصة المتعلق بالتأمين عن المرض يضمن لكل الفئات العمرية والإجتماعية في المجتمع هذا الحق، وذلك حسب قانون رقم 83-11 المؤرخ في 2 جويلية 1983 والمعدل والمتمم في تاريخ 11 أفريل 1994 المتعلق بالتأمينات الإجتماعية، والذي ينص وفق المادة الثانية منه على أن التأمينات الإجتماعية تغطي مخاطر المرض، الولادة، بالإضافة إلى العجز والوفاة، حيث يستفيد من أحكام هذا القانون كل أفراد المجتمع وذلك حسب خصوصية كل شريحة من شرائحه "العمال الأجراء، العمال غير الأجراء، المجاهدين، الأشخاص المعوقين، والطلبة"[1].

هذا فيما يتعلق بالإمكانيات المادية لتوفير العلاج، لتبقى عوائق أخرى تواجه المسن عند توجهه لمؤسسات القطاع الصحي لتلقي العلاج، خاصة وأن هذا القطاع يواجه صعوبات وتحديات عديدة في السنوات الأخيرة، والتي نجد من بينها ضرورة التأقلم مع النمط الوبائي الجديد نتيجة تراجع الأمراض المعدية وظهور أمراض جديدة كالسرطان، ومرض السيدا.

ب – الوضعية الإقتصادية للمسنين في المجتمع الجزائري: لقد اهتمت الدولة الجزائرية بالوضعية الإقتصادية للمسنين حيث أعدت قوانين متعلقة بالحماية الإجتماعية التي شملت هذه الفئة وفقا للواقع الإقتصادي والإجتماعي الذي يميزها، والذي يظهر من خلال العنصر المتعلق بالتأمين على خطر الشيخوخة، وذلك حسب القانون رقم 83-11 المؤرخ في 2 جويلية 1983 المتعلق بالتقاعد والمعدل والمتمم بالمرسوم التشريعي رقم 94-05 المؤرخ في 11 أفريل 1994، والأمر رقم 96-18 المؤرخ في 6 جويلية 1996، والأمر رقم 97-13 المؤرخ في 31 ماي 1997،

[1] - أحمد التيجاني بلعروسي، المرجع السابق، ص 6.

والقانون رقم 99-03 المؤرخ في 22 مارس 1999، حيث تنص المادة الثالثة منه على أن معاش التقاعد حقا ذات طابع مادي وشخصي يستفاد منه مدى الحياة، ويستفيد من معاش التقاعد كل العمال سواء كانوا أجراء أو ملحقين بالأجراء أيا كان قطاع النشاط الذي ينتمون إليه. وحسب المادة السادسة يخضع لذلك وجوبا كل الأشخاص الذين يشتغلون في التراب الوطني أيا كانت جنسيتهم، ومهما كانت صفتهم سواء عملوا لدى فرد أو جماعة من أصحاب العمل ومهما كان مبلغ أو طبيعة أجرهم أو صلاحية عقدهم[1].

جـ – الوضعية الإجتماعية للمسنين في المجتمع الجزائري: تتحدد الوضعية الإجتماعية للمسنين بمجموعة من الخصائص منها الصحية والإقتصادية، وأيضا الخصائص الإجتماعية والديمغرافية المتعلقة بهم وإذا كان للوضع الصحي للمسنين الذي يتميز بتعرض أغلبهم للأمراض خاصة المزمنة والتي تحتاج إلى رعاية صحية مستمرة، وما يقابلها أيضا من وضعية إقتصادية متدهورة نتيجة افتقار أغلب المسنين لدخل شهري والتأمين الصحي الذي يضمن لهم توفير نفقات العلاج اللازم، قد لعبت دور في تحديد تلك الوضعية الإجتماعية التي يعيشها المسن في المجتمع الجزائري، التي تتميز بتبعيتهم واعتمادهم أكثر على الآخرين، أي أن العجز المادي وما يقابله من انتشار الأمراض في أوساطهم جعلهم في خانة المعالين، معتمدين بذلك على التكافل الإجتماعي ومساعدات أفراد أسرتهم بشكل خاص، وعلى مساعدات الحكومة وغيرها بشكل عام لتغطية متطلباتهم المعيشية[2].

إن للخصائص الإجتماعية والديمغرافية للمسن "خاصة الحالة الزواجية لهم" أيضا دور في رسم هذا الواقع الإجتماعي، نظرا لما تلعبه هذه الخصائص من تحديد درجة الوحدة التي يعيشها المسنين، وأيضا نوع العلاقات الإجتماعية التي تجمعهم مع باقي الأفراد الذين يعيشون معهم، على العموم نلاحظ أن المسن في الأسرة الجزائرية إذا كان في كثير من الأحيان يحافظ على مكانته الإجتماعية ببقاء شريك حياته على قيد الحياة، وامتلاكه لمسكن، الذي يضمن له الإستقرار، وعدم التنقل للعيش مع أحد الأبناء أو أحد الأقارب، ويضمن له توفير الرعاية، فإننا نجد العكس يحدث بالنسبة للمسنين الذين تعرضوا للترمل والطلاق، فإنهم يضطرون للعيش بمفردهم أو التنقل والعيش مع أحد الأبناء أو الأحفاد[3].

2 – المواقف المختلفة حول تقديم الرعاية للمسنين:

تختلف الثقافات والعصبيات والقيم باختلاف المجتمعات، التي تنعكس على النظرة إلى المسنين من الناحية النفعية من عدمها في هذه المرحلة من العمر، من خلال المقارنة بين تلك

---

(1) - نفس المرجع، ص 8.

(2) - مسعودة ناصري، المرجع السابق، ص 111.

(3) - المجلس الاقتصادي والاجتماعي، ***مشروع تقرير حول نظرة الاقصاء الاجتماعي، حالة الأشخاص المسنين والطفولة المحرومة من الأسرة***، الدورة العامة السابعة عشر، 2001، ص 40.

الأموال التي تصرف على رعايتهم ودرجة المنفعة والاستفادة من أولئك المسنين، غاضين النظر عن المدة التي قضاها هؤلاء في خدمة وبناء مجتمعهم وأسرهم وأن لهم الحق في هذه المرحلة من العمر أن يحيوا حياة خالية من المشاكل والمعاناة، الأمر الذي أدى إلى بروز اتجاهات مختلفة في السعي إلى حل إشكالية المسنين في دول العالم، والتي تباينت بين مؤيد ومعارض على أحقية المسنين في تلقي الرعاية بمختلف أنواعها وبالأخص المتعلقة بالجانب الصحي، ومن بين هذه الإتجاهات نجد:

أولا - المواقف غير المدعمة لرعاية المسنين: تنظر الأطروحات المادية العلمانية للدراسات التشاؤمية في المجتمعات الغربية إلى الشيخوخة نظرة سلبية وذلك في ظل تزايد عدد المسنين حيث يرون أن مع هذه الزيادة يترتب عليها زيادة في احتياجاتهم المالية والصحية والنفسية، نتيجة لما يتميزون به من التدهور من جميع الجوانب مقابل ندرة أو إنعدام إنتاجهم، ولذا يجب اتخاذ إجراءات تجاه هذا الوضع وذلك من خلال الأطروحات الثلاثة المتمثلة في:

أ – **تشجيع الانتحار "الحق في انهاء الحياة":** اعتبار أن الحياة ملك لصاحبها ويحق له أن يضع حدا لها ويختار الموت. وخاصة المصابين بالأمراض الميئوس من شفائها، ويعانون الفقر، وذلك بإستشارة الطبيب لإرشاد المريض إلى الطريقة الأفضل والأسهل للانتحار.

ب – القتل الرحيم: حيث يرى هذا الطرح أن الإنسان يشبه الآلة، إذا تجاوزت عمرها المنتج، وأصبحت تكلفة صيانتها أكثر من انتاجها، يصبح ذلك من حق المجتمع التخلص منها. وذلك هو الحال بالنسبة للمسنين في نظر أصحاب هذا الطرح.

جـ – منع العلاج عن المسنين: يمنع العلاج عن المسنين المصابين بأمراض مزمنة ويمنع من الدخول إلى المصالح الاستشفائية لتلقي العلاج، وذلك بدعوى توفير العلاج لغيره من الشباب، ومنع العلاج المرتفع ثمنه وهناك بعض البلدان تمنع على المسنين مجرد الإشتراك في نظام التأمين الصحي.

نلاحظ أن هذه الأطروحات ركزت على النظرة النفعية التي تقوم على المقارنة بين تكلفة الرعاية الموجهة للمسن وبين درجة النفع والاستفادة من المسن، وأهملت حق المسن في الحياة، الذي أفنى عمره في خدمة أسرته ومجتمعه وأنه حان الوقت لأفراد أسرته ومجتمعه القيام بواجبها ودورها، اتجاهه لتقديم مختلف أنواع الرعاية[1].

[1] - سعد الدين مسعد هلالي، المرجع السابق، ص 73.

ثانيا - المواقف المدعمة لرعاية المسنين: على عكس الموقف السابق الذي يعارض التكفل بالمسنين، فإن هذه المواقف ظهرت في ظل تلك الدراسات المتفائلة لمرحلة الشيخوخة، نتيجة ما توصل إليه الطب من إكتشافات لعلاج الأمراض التي تصيب المسنين وأصبح من خلالها ينظر إلى المسن نظرة تفاؤل في إمكانية أن يعيش حياة ذات نوعية، ويتمتع بمجموعة من الحقوق نادت بها الأمم المتحدة للمسنين سنة 1999 والتي شملت خمس مبادئ وهي:

أ – مبدأ الاستقلالية: حيث يحق للمسن العمل أو الحصول على فرص أخرى لزيادة الدخل، كما يحق لهم المشاركة في تقرير السن الذي ينسحبون به من العمل كما يحق لهم الحصول على مسكن وغذاء وملبس ورعاية صحية.

ب – مبدأ المشاركة: من حق المسن الاندماج في المجتمع، والمشاركة في النشاطات التي تسمح بالمساهمة في صياغة أو تطبيق تلك السياسات التي تؤثر في معيشتهم، حيث أن هذه المشاركة تسمح لهم بتبادل المعلومات والمهارات والخبرات مع فئة الشباب.

جـ – مبدأ الرعاية: يركز على الرعاية بشتى أنواعها وجوانبها، حيث يحق للمسنين الاستفادة من خدمات الرعاية والحماية الأسرية والمجتمعية، والحق في الحصول على الرعاية الصحية على الخدمات الإجتماعية.

د – مبدأ الإشباع الذاتي: الذي يركز على حق المسنين في استغلال فرص التطوير الكامل لقدراتهم، وحقهم في الاستفادة من الموارد التعليمية والثقافية والترويحية في المجتمع.

هـ – مبدأ الكرامة: هذا المبدأ يكرس حق العيش بكرامة وأمان والمعاملة الحسنة، بغض النظر عن السن والجنس والعرق والحالة الصحية، بالإضافة إلى تقدير إسهاماتهم الإقتصادية[1].

ثالثا - موقف الاسلام في رعاية المسنين: إذا كان المختصون في العلوم الإجتماعية والبيولوجية قد اتفقوا على أن الإنسان تطرأ عليه تغييرات في جسميه وإدراكه وقواه البدنية والعصبية وأن حياته تضعف وتتحدر، فإن الإسلام قد سبق هؤلاء في تقرير تلك الحقيقة حيث يقول سبحانه وتعالى: **"الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعفا وشيبة يخلق ما يشاء وهو العليم القدير"**[2]، وفي هذا القول ينبه سبحانه وتعالى على تنقل الإنسان في أطوار الخلق وفي موضع آخر من الكتاب الكريم يقول سبحانه وتعالى: **"هو الذي خلقكم من تراب ثم من نطفة ثم من علقة ثم يخرجكم طفلا ثم لتبلغوا أشدكم ثم لتكونوا شيوخا ومنكم من يتوفى من قبل ولتبلغوا أجلا مسمى ولعلكم تعقلون"**[3]، ولعلنا نرى

---

(1) - نفس المرجع، ص 74.

(2)- سورة الروم، الآية 54.

(3) - سورة غافر، الآية 67.

في هذه الآية الكريمة تطور مراحل العمر التي يمر بها الإنسان بدء بمرحلة الطفولة ثم بلوغ الأشد ثم الشيخوخة، ويتضح أن الإسلام قد أفصح وأشار إلى مرحلة الشيخوخة كإحدى المراحل العمرية، كما حدد خصائص هذه المرحلة التي تتسم بوهن وضعف، مما يستوجب ذلك ضرورة تركيز الإهتمام بهذه الفئة وتوجيه الرعاية المختلفة من المحيطين بالمسنين أو من الدولة وكيلاهما تبعا لما يمليه التكفل الإجتماعي الذي نادى به الإسلام.

فلقد حرص الإسلام على أساس من العدل والمساواة والتعاون والإخاء والمحبة والمودة والسكينة والتضامن والتساند والتكافل والوحدة والإتجاه، كما عنى عناية خاصة بتوقير الكبار واحترامهم والعطف عليهم والاحسان إليهم. فرعاية الاسلام شاملة لكل قطاعات المجتمع ومتنوعة ومتعددة الجوانب. ومن هنا كانت رعاية المسنين واجبة من النواحي الجسمية والنفسية والإجتماعية والإقتصادية والأسرية والتشريعية. ودعا الاسلام أبناءه إلى صلة الرحم وتوثيق الروابط الأسرية والعطف والإحسان إلى الأهل مصداقا لقوله تعالى: **"واتقوا الله الذي تساءلون به والأرحام"**[1]، ويوصى الإسلام بالوالدين ومن حكمهم من المسنين بالاحسان في قوله تعالى: **"ووصينا الانسان بوالديه حسنا"**[2]، كما يؤكد الإسلام على حسن معاملة الوالدين وخاصة عندما يتقدم بهما العمر في قوله تعالى: **" وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحسانا إما يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما وقل لهما قولا كريما واخفض لهما جناح الذل من الرحمة وقل رب ارحمهما كما ربياني صغيرا"**[3].

إن المسلم يدعي لوالديه بالرحمة ويطلب لهما المغفرة من الله ويعترف بفضلهما في تربيته، كما في قوله تعالى: **"ووصينا الإنسان بوالديه حملته أمه وهنا على وهن وفصاله في عامين أن أشكر لي ولوالديك"**[4]. ويضع الإسلام بر الوالدين ضمن الأعمال الجليلة وعن رسول الله صلى الله عليه وسلم قوله: **"لا يجزى ولد والدا إلا أن يجده مملوكا فيشتريه فيعتقه"** رواه مسلم، كما يدعو الإسلام لصلة الرحم بما فيها من توثيق الروابط وحماية للأسرة ومساندة للضعفاء ويدعوا إلى حسن معاملة الأقارب حتى وإن كانوا يسيئون إلينا وفي الدعوة لصلة الأرحام يقول الرسول الكريم **"من أحب أن يبسط له رزقه وينسأ له في أثره فليصل رحمه"** رواه البخاري.

---

(1) - سورة النساء، الآية 1.

(2) - سورة العنكبوت، الآية 8.

(3) - سورة الإسراء، الآية 23.

(4) - سورة لقمان، الآية 14.

وكما نجد أن عقوق الوالدين أكبر الكبائر، وكذلك شتم الولد لوالده لقول الرسول الكريم **"لا يدخل الجنة قاطع"** رواه البخاري. كما يعمل الإسلام على توقير المسنين واحترامهم ولذلك للمسنين إمامة المسلمين في حالة التساوي في قراءة القرآن الكريم والعلم بالسنة، وكذلك في قول الرسول الكريم البليغ في الدعوة بالرحمة للصغير وتقدير شرف المسن **"ليس منا من لم يرحم صغيرنا ويعرف شرفا كبيرنا"** رواه الترميذي[1].

وعلى ذلك تحدد معالم الأخلاق الإسلام تجاه الوالدين فيما يلي:

أ – طاعتهما: في كل ما يأمران به أو ينهيان عنه ماعدا معصية الله لقول تعالى: **"وإن جهداك على أن تشرك بي ما ليس لك به علم فلا تطعهما وصاحبهما في الدنيا معروفا"** سورة لقمان الآية 15[2].

ب – توقيرهما وتعظيم شأنهما: وخفض الجناح لهما وتكريمهما بالقول والفعل.

جـ – برهما: بكل ما تصل إليه يداه، وتتسع له طاقته من أنواع البر والإحسان كإطعامهما وكسوتهما وعلاج مرضهما ورفع الأذى عنهما[3].

3 - واقع المسنين في المجتمع الجزائري:

أولا - إحصاء المسنين في المجتمع الجزائري: كشف تقرير أنجزته وزارة التضامن الإجتماعي حول وضعية الأسرة الجزائرية مجموعة من الحقائق مدعمة بالأرقام حول واقع المسنين في الجزائر، مع الإشارة إلى أنها المرة الأولى التي يهتم فيها إحصاء رسمي بهذه الشريحة المغيبة، على اعتبار أن الإحصائيات المتداولة في العموم تخص شريحة الشباب التي تشكل الغالبية العظمى لتركيبة المجتمع الجزائري.

كما أشار التقرير إلى أن عدد المسنين في الجزائر يتجاوز المليونين، إذ يصل بالضبط إلى حدود 713,530,2 نسمة، من ضمنها أكثر من مليون و255 ألف رجل مقابل مليون و275 ألف إمرأة. الجدير بالذكر أن المقصود بالمسنين في تقرير وزارة التضامن كل من تجاوز الـــ 60 سنة، ومع أن هذه الشريحة ليست بالعريضة، إلا أن الواقع الذي يرسمه التقرير يركز على الواقع المتردي لها، حيث تستمر في المعاناة بين إهمال السلطات العمومية وبين تغير المفاهيم في المجتمع الجزائري.

واقع الشيخوخة التي وصفها التقرير بأنها رمز السلطة والنزاهة في الأسرة، يزداد خطورة بالنظر لارتفاع معدلات الحياة، حيث أن العناية الصحية المتوفرة سمحت بتجاوز معدل الحياة عتبة الثمانين سنة في حين أن السن القانونية للتقاعد يبدأ في سن الستين بالنسبة للرجال و55

---

[1] - عبد الرحمن عيسوي، ***اضطرابات الشيخوخة وعلاجها***، المرجع السابق، ص 105.

[2] - سورة لقمان، الآية 15.

[3] - عبد الرحمن عيسوي، نفس المرجع، ص 107.

سنة بالنسبة للنساء* ما يعني أن المسن في الجزائر يقضي أكثر من عشرين سنة في الفراغ، على اعتبار غياب الهياكل التي تستوعب هذه الشريحة، ما يجعلها غير فاعلة في المجتمع، الأمر الذي يؤكد بخصوصه الدكتور بن عبد السلام فتحي، طبيب عام "أن يشعر الفرد أنه دون أهمية وغير قادر على تأدية أي دور يساهم بشكل كبير في ظهور الأمراض، فقد بدأنا في الفترة الأخيرة نسجل ارتفاع حالات الزهايمر وغيرها من الأمراض التي تؤكد انعزال المسنين وابتعادهم عن الحياة اليومية الفاعلة"، هذا الحديث الطبي يتماشى مع تلك الأرقام التي تشير إلى غياب شريحة من جاوزوا 60 سنة عن الحياة الإجتماعية والإقتصادية في البلاد.

كما كشف التقرير المتعلق بالمسنين الذين أبدوا الرغبة في تقديم مشاريع في إطار الوكالة الوطنية لتسيير القرض المصغر، أن عددهم لا يتجاوز 587,4 مسن، ما يؤكد العزلة التي تعيشها هذه الشريحة، مع ضرورة التأكيد على أنه على عكس الاعتقاد السائد، فإن المدن الكبرى تضم غالبية المسنين، في مقدمتها العاصمة التي تضم ما يقارب من 268 ألف مسن، في حين أن ولاية وهران تضم أكثر من 115 ألف مسن، هذه الأرقام تضع الولايتين في مقدمة ولايات الوطن من حيث تمركز المسنين، مع التأكيد على الغالبية العظمى ممن يوضعون في خانة الماكثين بالبيت. هذا الواقع الذي باتت تعانيه هذه الشريحة يتزامن مع عودة الحديث عن ضرورة إيجاد سياسة وطنية تتكفل بانشغالات المسنين، من منطلق أن العناية الوحيدة المتوفرة في الوقت الحالي تشمل من سبق له العمل، وبالتالي الحصول على مزايا التقاعد والضمان الإجتماعي، في حين أن بقية شريحة المسنين تكتفي بالعناية الصحية الموفرة من طرف الدولة، الأمر الذي جعل الربط المباشر بين الشيخوخة والأمراض، لا سيما في ظل غياب سياسة تأخذ بعين الإعتبار قدرة هذه الشريحة على الإستمرار في العطاء والمساهمة من خلال الاستفادة من الخبرة[1].

كشفت الإحصائيات التي قدمتها مديرية حماية وترقية المسنين، إلى أن عدد المسنين في الجزائر البالغ أكثر من مليوني شخص، منهم 2123 من نزلاء المؤسسات، حيث تبين نفس الإحصائيات أن أكثر من نصف هذه الشريحة التي تحظى بالرعاية داخل مراكز متخصصة مصابة بإعاقات ذهنية. إذ تم إحصاء 644 مصابا أما فيما يخص المسنين المصابين بمختلف الإعاقات، فوصل عددهم إلى 301 شخص، وبما أن فئة الأشخاص المسنين الأكثر عرضة للإصابة بالأمراض المزمنة. فالأرقام بينت أن هناك 219 شخص مصاب بهذه الأمراض مثل السرطان، القلب، السكري، يقضون ما تبقى من حياتهم بمراكز الشيخوخة. وفيما يخص التكفل بهذه الشريحة في المجتمع الجزائري خاصة من الجانب الصحي، خصصت وزارة التضامن المنحة الجزافية التضامنية التي يستفيد منها الذكور والإناث، كما سهلت عملية

* - هذا ما نص عليه قانون التقاعد القديم قبل التعديل الأخير 2017.

(1) - وزارة التضامن الاجتماعي، ***واقع المسنين بالجزائر***، تقرير أفريل 2010، ص 1.

العلاج واقتناء الأدوية ومن بين المشاريع التي سطرتها الحكومة للتكفل بهذه الشريحة خاصة التي ليس لها مأوى، إنشاء ثمانية مراكز جديدة في طور الإنجاز في مختلف ولايات الوطن منها بسكرة، تمنراست، تبسة، الجزائر، وهران وولايات الجنوب كغرداية، إضافة إلى 32 مركزا متواجدا في مختلف مناطق الوطن من جانب آخر. وفيما يخص نشاط المجتمع المدني في التكفل بهذه الشريحة هناك أربع جمعيات تنشط في الميدان، منها جمعيتان بولاية البليدة وغليزان وواحدة بمستغانم[1].

ثانيا – الواقع الصحي للمسنين: يرى مصطفى خياطي رئيس الهيئة الوطنية للبحث والترقية الصحية أن نسبة الشيخوخة في تزايد وعلى الدولة أن تضع استراتيجية للتكفل بالمسنين صحيا. ولقد انتقد مصطفى خياطي غياب سياسة صحية للتكفل بشريحة المسنين في الجزائر، داعيا السلطات إلى وضع استراتيجية وطنية للتكفل بهذه الفئة وإنشاء مصالح خاصة بهم في مختلف المستشفيات المتواجدة في مختلف أنحاء القطر الوطني.

كما يرى أنه عند التقدم في السن، تبدأ تظهر بعض الأمراض التي تصيب عدة أعضاء في وقت واحد، والكثير من الخبراء تكهنوا بارتفاع عدد المسنين في السنوات القادمة، مشيرا إلى أن النسبة ارتفعت بـــ 6 بالمائة مقارنة بـــ 5,2 في أواخر الثمانينات، ومع هذا الارتفاع نجد أن الحكومة لم تسطر أي سياسة صحية للتكفل بالمسنين على مستوى المستشفيات.

ومن أهم الأمراض المنتشرة عند المسنين نجد في الأمراض المزمنة، الكآبة والزهايمر، نقص السمع، الأمر الذي يدعو إلى تخصيص مصالح خاصة في المستشفيات للتكفل مباشرة بهذه الشريحة، لأن المسن قد يعاني من عدة أمراض في وقت واحد ويرى مصطفى خياطي أن هذه الأمراض كان يمكن تأخيرها لو كانت هناك سياسة صحية معتمدة للتكفل بهذه الشريحة المهمشة، كوضع برامج وقائية مختلفة وخلق التواصل بين الشباب والمسنين، والاستفادة من هذه التجارب، لأن عزل المسن وتهميشه ليس حلا للتكفل به.

ثالثا – الواقع الإجتماعي للمسنين: أكد التقرير الرسمي الذي خص شريحة المسنين بالدراسة على الغياب التام لهذه الشريحة العريضة نسبيا والمهمة من الحياة الإجتماعية والإقتصادية بالبلاد، حيث أن الأرقام المذكورة تشير إلى بلوغ سن الستين في الجزائر في طريقه لأن يتحول لمرادف للعجز وعدم القدرة على تحقيق أي إنجاز يذكر، بالنظر للوضعية التي يوضع فيها كل من جاوز عقده السادس، يحدث هذا في الوقت الذي تشير فيه المعطيات الصحية إلى تحسن نوعية الخدمات والتكفل المقدم غير أن هذا التكفل الصحي لا يقابله تكفل إقتصادي اجتماعي، في إشارة إلى أن البلاد لا تستفيد من أكثر من مليونين شخص ما زال معظمهم قادرا على تأدية دور في المجتمع، غير أن غياب الأطر والهياكل التي تستوعبها

[1] - نفس المرجع، ص 7.

بات يحكم عليها بالجمود من بين الأرقام تلك المتعلقة بمن استفادوا من مزايا الوكالة الوطنية لتسيير القرض المصغر، حيث أن نسبة لا تتجاوز 3% من المشاريع المقترحة على الوكالة الوطنية للقروض المصغرة، ما يؤكد هامشية الفرص المهنية المتوفرة أمام هذه الشريحة.

من جهة أخرى تشير الأرقام إلى أن عدد الرجال الذين تجاوزت أعمارهم العقد السادس المستمرين في العمل لا يتجاوز 223 ألف شخص من ضمن أكثر من مليون رجل جاوز الستين سنة في حين أن عدد النساء الفاعلات في سوق العمل، فقد تم تقديره بحوالي 27 ألف امرأة مع ضرورة التأكيد على غالبية المهن التي تلجأ لها المرأة بعد هذا السن، بسبب الحاجة في المقام الأول، وغالبا ما تكون مهن هشة تكرس الوضعية المتدهورة للمسنات في المجتمع الجزائري.

كما تبين الأرقام الرسمية المتعلقة بالمسنين في الجزائر أن 40 % بالمائة من المسنين يعانون من الإكتئاب، وهو رقم يكشف عن الوضعية الإجتماعية السيئة التي بات يعاني منها المسنون ببلادنا، مع ضرورة الإشارة إلى أن سلسلة الأمراض المتعلقة بالشيخوخة في تزايد مستمر، بداية من داء الخرف، بالإضافة إلى مرض الزهايمر، حيث يتم تسجيل ما لا يقل عن 100 ألف حالة جديدة من مرضى الزهايمر سنويا، مردها في المقام الأول الفراغ الذي تعيش فيه هذه الشريحة تحولهم إلى أجساد بلا روح[1].

رابعا - الواقع الإقتصادي للمسنين المتقاعدين: أجمع المسنون على أن معاشاتهم لم تعد تكفي لقضاء شهر كامل في ظل ارتفاع أسعار المواد الاستهلاكية والخضر والفواكه، مضيفين أن معاشاتهم لم تعرف زيادة منذ سنوات، فيما اختلف الوضع للمتقاعدين الذين يسحبون معاشاتهم بالأورو.

أكد عدد من المتقاعدين في دردشتهم مع "الجزائر نيوز" التي التقت عدد منهم في مركز البريد الذين توافدوا لسحب معاشاتهم، أن هذه الأخيرة لم تعد تكفي لسد حاجياتهم اليومية وأنهم ينتظرون بفارغ الصبر تاريخ العشرين إلى غاية الخامسة والعشرين من الشهر، بإعتباره تاريخ سحب معاشاتهم وفي هذا الصدد، يقول بوعلام والذي كان يعمل في مصنع النسيج بذراع بن خدة أن معاشه الذي لا يتجاوز 7 آلاف دينار لا يكفي لتسديد حاجيات أسرته التي تزداد يوما بعد يوما، مضيفا في ذات السياق أنه لا يزال هو المسؤول عن عائلته نتيجة البطالة التي تنخر جسد أولاده، مشيرا في ذات السياق إلى أن زمنه والوقت الحالي يختلفان تمام، إذ يقول إنه في وقته يستحي أن يطلب من والده مصروف جيبه، بينما أولاده لا يترددون في طلب المصروف، والذي يصاحبه ارتفاع المواد واسعة الاستهلاك، وهي نفس النظرة التي يشاركه فيها "عمي الحاج" الذي قال إن معاشه يقدر بعشرة آلاف دينار، إلا أنه لم يعد يكفي لاقتناء جميع مشتريات المنزل، وفي سؤالنا عن سبب ذلك رغم أن معاشه مرتفع

[1] - نفس المرجع، ص 8.

مقارنة ببعض المتقاعدين أمثال "بوعلام رد "عمي الحاج" أنه يساعد إبنه المتزوج، وهو أب لأربعة أطفال في التكفل بهم، مشيرا إلى أن المؤسسة التي يعمل فيها إبنه سرحت العمال والآن إبنه دون عمل، مؤكدا أنه مضطر للتكفل بأحفاده ومساعدتهم، خاصة وأن متطلباتهم مرتفعة مشيرا في ذات السياق إلى أن حليب الأطفال لوحده يتطلب منهم راتبا خاصا بهم.

خامسا - قانون حماية حقوق المسنين: إجراءات عقابية ضد مهملي أوليائهم ووضع آليات للتكفل بالمسنين في منازلهم حيث تعتزم الحكومة مناقشة مشروع قانون حماية حقوق المسنين الذي أودعته وزارة التضامن الوطني، الأسرة والجالية الجزائرية بالخارج لدى الأمانة العامة للحكومة ويتضمن مشروع القانون إجراءات قانونية لحماية الأشخاص المسنين تصل حد تسليط عقوبات صارمة على الأبناء في حالة ثبوت إهمالهم لأوليائهم المسنين.

ويرمي مشروع القانون إلى ترقية حقوق المسنين في إطار الأسرة وتفعيل دور هذه الأخيرة في حماية المسنين في محيطهم الطبيعي، كما يتيح النص بالنسبة للمسنين الذين يفتقرون إلى روابط أسرية بمعنى أولئك الذين يعيشون من دون أسر سبل العيش من خلال شروط محددة ضمن مواد القانون المرتقب بصفة تقلل من حالات الإهمال والعزلة.

ويتناول النص القانوني مسألة حماية وترقية رفاهية المسنين كواجب وطني يكرس واجب احترام الحقوق وهذا من خلال تحديد دور وواجبات الأسرة بالإضافة إلى وضع آليات للمساعدة الخاصة لمرافقة مفيدة ونافعة، علاوة على تسهيل الوصول إلى أنظمة الكشف المبكر عن طريق الوقاية من الأمراض إلى جانب وضع مؤسسات العلاج المتخصصة تحت تصرفهم، ترقية النشاطات الثقافية والرياضية والاستجمام لصالح هذه الشريحة[1].

4 – سياسة الجزائر المنتهجة لرعاية المسنين:

في إطار التكفل بفئة المسنين قامت السلطات العمومية بنهج استراتيجية شاملة وكاملة بسن قوانين لحماية حقوق الأشخاص المسنين، حيث يتطرق الدستور الجزائري إلى حقوقهم من خلال المواد 58-56 و65 منه مشيرا فيها أن الأسرة هي النواة الأساسية للمجتمع، وأن الشخص المسن محمي من طرف الدولة. ولقد وضع قانون العقوبات نصوصا عقابية لكل التجاوزات التي قد يتعرض لها الأشخاص المسنين خاصة في المادة 276 من قانون العقوبات، ولقد أعطى قانون الصحة عدة امتيازات للأشخاص المسنين، كما تنص عليه المادة 92 والمادة 94 في قانون الصحة، حيث أكد على مراعاة كرامتهم وحساسيتهم الخاصة ومراعاة ظروفهم، وينص قانون الأسرة على وجوب نفقة الفروع على الأصول في المادة 77 منه[2].

---

(1) - نفس المرجع، ص 9.

(2) - As laoui leila, ***quel statut juridique pour les personnes agés***, actes du 3eme séminaires international sur la personnes agée, ses droits et sa protection, Alger, les 7-8, décembre, 1992.

أولا – الرعاية الإقتصادية للمسنين: وقدم هذا النمط من الرعاية للمسنين في الجزائر عبر نظامين، نظام الضمان الإجتماعي ونظام التقاعد.

أ – نظام الضمان الإجتماعي: إن مرحلة الأزمة الإقتصادية التي دخلتها الجزائر منذ أواخر الثمانينات، خاصة منها على الصعيد الإجتماعي، وهذا بإرتفاع نسبة البطالة وظاهرة تسريح العمال، وظهور ظروف جديدة للشغل التي طغت عليها المرونة وعدم الاستقرار، وقد أثرت بشدة على نظام الحماية الإجتماعية، كما تم فرض على منظومة الضمان الإجتماعي مواكبة ركب اقتصاد السوق وتبنى نمط جديد للتسيير ومراجعة مجال تدخلها من أجل التوازن المالي للصناديق[1].

لذا نجد أن المحافظة على منظومة الضمان الإجتماعي من خلال التوزيع القائم على التضامن بين الأجيال يصطدم بصعوبات مالية وعجز في النوعية والمستوى للخدمات المقدمة، مما يجعل صناديق الضمان الإجتماعي تواجه صعوبات مالية هيكلية ترجع أساسا إلى الفارق بين وتيرة الإيرادات ووتيرة النفقات وتباطؤ وتيرة زيادة الموارد سببه:

– عدد المشتركين الذي يعود إلى تراجع الوظائف الهيكلية وانتشار الشغل في القطاع غير الرسمي لينعكس على التهرب الإجتماعي وتوظيف المحالين على التقاعد.

– الإتجاه نحو انخفاض معدل مستوى الاشتراكات الناجمة عن زيادة الحقوق الممنوحة لفئات خاصة، كالمجاهدين والمعوقين وكذا التعويض عن النشاطات ذات المنفعة العامة وعقود ما قبل التشغيل.

– تحقيق المدة الدنيا للاشتراكات.

– الصعوبات التي تعترض عملية تحصيل القروض والأموال[2].

ب – نظام التقاعد: يغطي النشاط الإجتماعي للدولة المسنين الذين لا يتوفرون على موارد والذين هم مدمجين في أسرهم وتسمى "بالمساعدة الإجتماعية في مقر السكن" وتتمثل في دفع منحة شهرية أو مساعدة عينية، وهذه المنحة تشمل كذلك العجزة ومرضى العضال دون شرط يتعلق بالسن وتقدر بـــ 300 دج شهريا إلى غاية سنة 2000 ومنذ شهر جانفي 2001 انتقلت إلى 1000 دج[3].

---

(1) ـ المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، ***تقارير حول الظروف الإقتصادية والإجتماعية***، للسداسي الأول من سنة 2002، الدورتان العامتان 22/21، العدد 9، ماي 2003، ص 263.

(2) ـ نفس المرجع، ص 264.

(3) ـ المجلس الاقتصادي والاجتماعي، المرجع السابق، ص 36.

كما وضعت وزارة العمل والضمان الإجتماعي جهازا جديدا لفائدة المتقاعدين وهو يخص أساسا المتقاعدين العجزة الذين هم بحاجة إلى الغير في حياتهم اليومية، وكذا المسنين الذين تتجاوز أعمارهم السبعين سنة غير المستقلين أو الذين يعيشون بمفردهم إلى جانب المتقاعدين المعوقين غير المستقلين[1]. حاليا تتجسد صيغة المساعدة بالمنزل التي وضعتها وزارة العمل والضمان الإجتماعي بالتنسيق مع الصندوق الوطني للتقاعد في زيارة شهرية إلى مقر إقامة المتقاعد يقوم بها عون من الصندوق الوطني يتولى مرافقته لكل غاية مفيدة من أجل تحصيل معاشه، فبفضل هذه العلاقة التي أدخل عليها طابعا شخصيا والتي ستربط بين المتقاعد وعون الصندوق تم رفع العزلة من أجل استرجاع الثقة التي ضاعت منذ وقت طويل بين هذه الفئة المستضعفة من المجتمع والصندوق الوطني للتقاعد[2].

كما يقترح المجلس اتخاذ إجراءات إقتصادية عاجلة لتحسين ظروف معيشة فئة العمر الثالث منها:

* إنشاء صندوق الشيخوخة للتضامن، لضمان تناسق وفعالية المنح المقدمة ويتم تمويله بمشاركة الخزينة العمومية في تغطية النفقات الإجتماعية الخاصة بالمراكز المتكلفة بالفئة المسنة، والمساعدة في مركز، وكذلك تخصيص جزء من الضرائب والرسوم لصندوق الشيخوخة. بالإضافة إلى تقديم المنظمات غير الحكومية، الوطنية والأجنبية والأغنياء والجمعيات المساعدات والهبات.

* رفع مستوى التقاعد الإجتماعية وفق مستوى المعيشة.

* مساندة الأسعار أو مجانية المنتوجات والخدمات الخاصة.

* إقامة نشاطات إعلامية لإعطاء أو تحسين تشغيل الأشخاص المسنين المتمتعين بصحة جيدة والقادرين على القيام بنشاط معين.

* تحديد وتسهيل إستفادة الأشخاص المسنين المؤهلين المتقاعدين من نشاطات مأجورة[3].

ثانيا – الرعاية الايوائية الشاملة التي تقدمها وزارة التضامن الوطني عبر مؤسسات إيواء المسنين والمعوقين: من أجل التكفل الشامل لهذه الفئة من المجتمع أنشئت دور الأشخاص المسنين أو المعوقين الذين تتجاوز أعمارهم 65 سنة وأعجزتهم الشيخوخة عن إمكانية العمل والقيام بشؤونهم الشخصية بنفسهم بحيث يحتاجون إلى رعاية وخدمات خاصة، ولا يتوفر لدى ولي أمرهم الاستعداد والامكانيات لرعايتهم.

---

(1) - Haddad Amina, ***un dispositif d'aide à domicile pour les retraités***, bultin semestriel de l'inspection de travail, n° 09, Juin 2003, Alger, p. 3.

(2) - Ibid, p. 4.

(3) - المجلس الاقتصادي والاجتماعي، المرجع السابق، ص 48.

بالإضافة إلى تقديم الرعاية للمرضى من المسنين الذين لا عائل لهم ممن يحولون من مستشفيات وزارة الصحة. وكذلك المسنين الذين هم بدون عائلة وبدون دخل وغير مؤهلين لممارسة أي نشاط مهني. وتعتبر دور إيواء المسنين مؤسسات عمومية ذات طابع إداري يتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي.

ويتمثل هدف هذه الدور في دفع المسنين إلى خلق نمط معيشي جديد يسمح لهم بالتأقلم والإندماج داخل المؤسسة والتكفل بهذه الشريحة ثلاثي الإتجاهات:

أ – تكفل داخلي: يمس كل المسنين المتواجدين داخل المؤسسة التي سطرت لهم برنامجا بيداغوجيا والمتمثل في فتح ورشات متعددة، الطبخ، الأشغال البدوية، الألعاب الترفيهية والتثقيفية، البستنة.

ب - تكفل عن بعد: ويمس المسن الذي يعيش في وسطه العائلي حيث تقدم له إعانات طبية، إجتماعية وحتى نفسية والهدف منه الحفاظ على المسن في محيطه الطبيعي أي العائلي الذي يعتبر غلافا وقائيا لما يحتويه من دفء عائلي وعلاقات انسانية متطورة.

جـ – التكفل التناوبي: يتمثل في إقامات متناوبة بين الوسط العائلي والمؤسساتي، والهدف من هذا التكفل تخفيف الحمل على العائلة، الحفاظ على نواتها والسماح للمسن على معالمه وعزته[1].

ومن أجل التكفل الشامل لهذه الفئة من المجتمع تم إنشاء لجنة وطنية لحماية المسنين سنة 1999 في إطار إحياء السنة العالمية للمسنين ولقد وضعت هذه اللجنة خطة عمل وطنية لصالح المسنين من أولوياتها. الحماية القانونية والصحية والإجتماعية وإجراءات أخرى كمجانية التمريض وإنشاء مراكز للتقاعد ومرافق أخرى لرعاية الشيخوخة وتحديد العناصر المحددة للسياسات الوطنية تجاه الأشخاص المسنين وترقية برامج الإعلام والتحسيس حول حقوق المسنين وواجبات فروعهم تجاههم والسهر على تنفيذ مخطط العمل الوطني في جوانبه المتصلة باللجنة وتقييم تطبيقها[2].

---

[1] - عزازن بن عودة، ***نظرة عن واقع الأشخاص المسنين في الجزائر***، فعاليات ورشة العمل العربية حول الرعاية المتكاملة لكبار السن في الوطن العربي، د.ت، ص 3.

[2] - Arrête du 29 rabie el aouel 1420, corréspondant au 13 juillet, 1999 portant création, ***organisation et fonctionnement du comité national du protection et bien être des personnes âgees***, journal officiel n° 58, année 1999.

الجانب الميداني للبحث

الفصل الخامس

مجالات البحث وخصائص عينة البحث

I - مجالات البحث

II - خصائص عينة البحث

I – مجالات البحث:

لكل بحث علمي مجال خاص به، فبعد تحديد الجانب النظري على الباحث تحديد مجال البحث لإكمال الجانب الميداني، وذلك لتحقق من الفرضيات ومحاولة معرفة حقيقة المشكل الذي آثاره الباحث وعليه يجب التعريف بمجال البحث.

1 – المجال الزمني للبحث:

لقد استغرقنا عند القيام بالبحث الميداني سبعة أشهر حيث بدأ العمل من سبتمبر 2017 إلى غاية أفريل 2018، حيث تم هذا البحث على مرحلتين:

المرحلة الأولى دامت شهرا حيث قمنا فيه بالبحث الاستطلاعي الذي كان الهدف منه اختبار استمارة البحث قبل النزول بها بصفة نهائية إلى الميدان لملئها، سواء لمعرفة النقص الذي يعتريها وإكماله أو التعرف على درجة الدقة في طرح بعض الأسئلة الموجودة في الاستمارة وضبطها، وأيضا التعرف على رد فعل المبحوثين ومدى تجاوبهم مع استمارة البحث. حيث قمنا بملء 20 استمارة، 5 استمارات كل خميس، وهذا نظرا لتوقيت المعاينة في المستشفى وهو يوم الخميس من كل أسبوع حيث تم تفريغ المعطيات المبدئية واستخراج بعض الجداول لمعرفة مدى نجاعة وصحة الارتباطات في الجداول التخيلية التي تعتبر الخطوة الأولى من خطوات بناء الاستمارة.

بعد هذه العملية تم تعديل أسئلة الاستمارة وضبطها بإضافة بعض الأسئلة التي تخدم موضوع البحث وانتبهنا إليها من خلال المقابلة مع المبحوثين فبمجرد طرح سؤال عليه يبدأ في إعطاء كل المعلومات الخاص بالمريض قبل طرح الأسئلة الأخرى، كما حذفنا البعض الآخر التي لم نجد لها أهمية، أو لاحظنا تهرب المبحوثين من الإجابة عليها، والوصول إلى الصيغة النهائية للإستمارة التي عرضناها على الأستاذة المشرفة وتمت الموافقة على نزولنا بها إلى الميدان.

أما **المرحلة الثانية** لهذا البحث الميداني دام 6 أشهر من نوفمبر إلى غاية أفريل وكان يتم بالأكثر ملء 5 استمارات كل يوم خميس أي ما يعادل 20 استمارة في الشهر وفي الأخير تحصلنا على 121 إستمارة وتوقفنا في هذا المجموع لسبب تخوفنا من الوقوع في تكرار مبحوث ما. لأن المعاينة تحددت كل 6 أشهر يعود المريض لموعد آخر. وبما أن المتكفل بالمريض عند بعض الحالات يتغير حيث وجدنا هناك مناوبة في مصاحبة المسن المريض للمعاينة الطبية بين الأبناء. ولأن المبحوث مجهول الاسم واللقب، إضطررنا التوقف وعدم المواصلة، لتكون العينة سليمة من كل تكرار أو خلط.

كما إستغرقنا لملء إستمارة واحدة 20 دقيقة في المتوسط. وهذه المدة الطويلة كانت تعود إلى خروج بعض المتكلفين بالمرضى عن موضوع البحث فبمجرد طرح سؤال يبدأ المتكفل يحكي علينا قصة حياة المسن بكل تفاصيلها وأهم المشاكل التي يعاني منها وخاصة الجانب الإقتصادي والمشاكل الأسرية أو ضيق المسكن أو زواج الأبناء وترك المسن وحيدا وغيرها، وكنا دائما نحاول مواصلة طرح الأسئلة المتعلقة بالاستمارة للتحكم في المقابلة عند ملء البيانات بالإضافة إلى عدد الأسئلة المطروحة، كان نوعا ما كبير وهذا ما جعلنا نستغرق وقتا معتبرا مع كل متكفل وفي بعض الحالات نضطر لإلغاء إستمارة بسبب توقف المتكفل وذهابه وترك الإستمارة ناقصة.

2 - المجال الجغرافي للبحث:

إخترنا مستشفى مصطفى باشا بالعاصمة ليس عشوائيا بل قصدا وذلك لتواجد مصلحة الطب العصبي التي تستقبل مرضى الزهايمر ضمن أقسامه المتعددة أين وجدنا عينة البحث وقمنا بالبحث الميداني.

يعرف مستشفى مصطفى باشا بالمركز الإستشفائي الجامعي، وهو من أكبر المستشفيات في الجزائر العاصمة وأقدمها، كان مقرا لسكن الداي مصطفى باشا 1798 – 1805 في عهد التواجد العثماني في الجزائر، أنشأ كمستشفى سنة 1854 أثناء الفترة الإستعمارية بالجزائر العاصمة، وجامعي يتبع وزارة الدفاع الوطني، وهو مؤسسة إدارية عامة.

يتربع المستشفى على مساحة تفوق 15 هكتارا ويتكون من أقسام عديدة لكل المجالات كالطب الداخلي، الاستعجالات، طب الأطفال، قسم التوليد، قسم الأمراض العقلية وأخر للأمراض العصبية... وغيرها من الأقسام، ويعمل به ما يفوق 5 ألاف موظف إداري وطبي، رغم قدم منشآته إلا أن تعدد مصالحه أو أقسامه وتوفره على أزيد من 40 اختصاصا وعلى إمكانيات هامة تجعل منه قبلة للمرضى الذين يقصدونه من جميع مناطق البلاد.

3 - المجال البشري للبحث: بعد النزول إلى الميدان وتمكننا من ملء 121 استمارة مع المتكفلين المرضى من الجنسين 54% إناث و46% ذكور والذين تراوحت أعمارهم ما بين 60 و94 سنة أي بمتوسط عمري قدر عند حسابه بـــ 75 سنة. وأغلبهم متزوجون بـــ 56% من مجموع المبحوثين ومعظمهم يقيمون في الوسط الحضري لمدينة الجزائر بنسبة 81% مقابل 19% من يقطنون في المناطق الريفية، وهذا في وسط عائلي بنسبة 62% في أسرة نواتية، مقابل 38% في أسرة ممتدة. وبما أن عينة البحث من المسنين فقد وجدنا أن معظم المبحوثين بدون مستوى وذلك بنسبة 72% مقابل 6% للمستوى التعليمي الجامعي، وفيما يخص الحالة المهنية فإن 53% من المبحوثين متقاعدين وهذا بحكم السن وعينة البحث. وهم يتميزون بمجموعة من الخصائص الديموغرافية والإجتماعية والإقتصادية والصحية والتي سنقوم بعرضها في العنصر الموالي.

II – خصائص عينة البحث:

بعد النزول إلى الميدان وملء الاستمارات التي تقدر بـــ 121 استمارة من خلال الاستعانة بنوع من العينات غير العشوائية والمتمثلة في العينة القصدية، وذلك بالتوجه إلى المستشفى الجامعي مصطفى باشا بالعاصمة وبالذات مصلحة طب الأعصاب وهو المكان الذي يقصده المرضى المصابون بالالزهايمر. تحصلنا على عينة من المسنين الذين يتميزون بمجموعة من الخصائص الديمغرافية والإجتماعية والإقتصادية والصحية والتي سنقوم بعرضها فيما يلي:

1 – الخصائص الديمغرافية للمبحوثين:

من خلال هذا العنصر سنعرض توزيع هؤلاء المبحوثين حسب الجنس وكذلك حسب فئات العمر، والحالة المدنية.

جـــدول رقـــم 1: يبين توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	التكرار	النسبة
ذكر	56	% 46
أنثى	65	% 54
المجمـــوع	**121**	**% 100**

من خلال القراءة الاحصائية للجدول الذي يبرز توزيع أفراد عينة البحث حسب الجنس، يتضح أن أكبر نسبة هي 54% للإناث مقابل نسبة 46% للذكور.

نستنتج أن مرض الزهايمر يمس كيلا الجنسين رغم اختلاف النسبة وتمثل قضية الفروق بين الذكور والإناث في مختلف الجوانب النفسية والعصبية وحتى العقلية قضية قديمة، كما أن الدراسات قد أشارت من قبل إلى وجود فروق في الأداء العقلي والعصبي لصالح الذكور، حيث أن للصحة النفسية المنخفضة للنساء دور في انخفاض أدائهن العقلي والعصبي حيث أشارت بعض الدراسات إلى أن هناك اختلالات في الذاكرة لدى المكتئبين سواء في الذاكرة قصيرة المدى أو طويلة المدى. وبما أن المسنات في الدراسة الراهنة كن أكثر إصابة بمرض الزهايمر فإن هذا يفسر لما تعانيه المرأة من الضغوطات أكثر من الرجل.

كما تبين دراسة الفروق بين الجنسين في غالبية المجتمعات الانسانية أن المرأة تعاني أكثر من الرجل في الأعراض الدالة على الاضطراب النفسي خاصة الاكتئاب والقلق والأمراض العصبية خاصة مرض الزهايمر وأن الإناث تفوقن على الذكور خلال الثلاثين سنة الأخيرة من حيث المعاناة والاضطرابات سواء النفسية أو العقلية أو العصبية[1].

[1] - جمعة سيد يوسف، المرجع السابق، ص 173.

جزء كبير من الفجوة بين الجنسين في هذا المرض يأتي بسبب الفجوة في السن، الذي يعد أكبر عامل من عوامل خطر الإصابة بالغرق، فكلما تقدم العمر بالإنسان، يزيد احتمال إصابته بمرض الزهايمر، وأعمار النساء في العادة تكون أطول من أعمار الرجال، وبالتالي يكون عدد المصابات بالزهايمر أكبر بالإضافة لعوامل أخرى للإصابة بالمرض يؤثر على النساء أكثر من الرجال، على سبيل المثال هناك عدد أكبر من النساء يصبن بالإكتئاب، والمزاج المكتئب يرتبط إرتباطا وثيقا بالزهايمر المبكر.

مما سبق يتبين أن هناك ما يشبه الاجماع على أن الإناث أقل صحة جسمية، نفسية وعصبية من الذكور وهذا ما يؤكد وجود دور حاسم للجنس في الإصابة بمرض الزهايمر وإنخفاض مستوى الصحة العقلية والنفسية والعصبية، ويبدوا أن هناك أكثر من متغير يلعب دورا مشتركا مع الجنس ليجعل من الإناث الأكثر استهدافا للإصابة منها على سبيل تعدد الضغوط التي تتعرض لها المرأة بصفة عامة، وتعدد الأدوار التي تقوم بها كزوجة وأم وربة منزل وعاملة أيضا، أضف إلى ذلك ما توصف به النساء من رقة المشاعر والحساسية المرهفة والنبرة الوجدانية المرتفعة وسرعة التأثر الوجداني، وهنا لا نملك إلا أن نسلم بأن الإصابة بمرض الزهايمر هو نتيجة لتفاعل عوامل مهيئة (استعداد) وعوامل مرسبة (ظروف بيئية). وأنه في كثير من الأحيان يحدث المرض دون أسباب خارجية بل يرد إلى عوامل عصبية كيمياوية وهذا ما سنتطرق إليه بالتفصيل لاحقا.

جـــدول رقـــم 2: يبين توزيع أفراد العينة حسب فئات السن

فئات السن	التكرار	النسبة
[70 - 60]	49	% 41
[81 - 71]	44	% 36
[92 - 82]	28	% 23
المجمـــوع	**121**	**% 100**

من خلال الجدول أعلاه الذي يبين توزيع المبحوثين حسب فئات السن يتبين لنا أن أكبر نسبة من أفراد عينة بحثنا ينحصر في الفئة العمرية [60–70] سنة بنسبة 41%، تليها الفئة العمرية [71–81] سنة بنسبة 36%، وهذا مقابل نسبة قليلة من المبحوثين في سن [82–92] بنسبة 23%.

من خلال ذلك أن أفراد عينة البحث تتمركز في الفئة [60–70] وهذا يوحي بدوره إلى أن الأشخاص لا يصلون فقط لسن الستين بل يتخطونها بسنوات وأصبح بإمكانهم العيش مدة أطول قد تتجاوز الثمانين، وهذا كله بفضل تحسن الحالة الصحية للسكان بصفة خاصة والمستوى المعيشي بصفة عامة التي رفعت أمل الحياة عند سكان الجزائر.

كما نلاحظ أيضا أن المسنين من جميع الفئات العمرية في مرحلة الشيخوخة معرضين للإصابة بمرض الزهايمر ولكن أكبر نسبة لسن ما بعد التقاعد أي بداية مرحلة الشيخوخة حسب التصنيف العالمي لفئات العمر طبعا، كما نلاحظ أن نسبة الإصابة تنخفض كلما انتقلنا إلى فئات العمر الأكبر، وهذا دليل أن مرض الزهايمر يظهر بشكل أقل عند فئة العمر ما بعد 81 سنة.

إن التقدم في السن يرتبط بالهبوط في مستوى التوافق بين الأشخاص فوق سن الستين حيث نجد هبوط في الصحة النفسية مع تقدم السن وخاصة عند عدم ضبط عوامل سأقلم بالوضع الجديد والدخول في المرحلة العمرية النهائية وهي مرحلة الشيخوخة ولقد اهتم العلماء بدراسة تأثير العمر على عمليات عقلية عديدة كالذاكرة التي تعتبر عرض من أعراض مرض الزهايمر إن فقدها المسن والإدراك والتعلم ولكن ما يهمنا ذكره هنا هو أن العلماء لم يتفقوا على نتائج محددة بخصوص حدوث تدهور في الوظائف النفسية والعقلية وعند المسنين مما جعلهم يقومون بسلسلة كبيرة من البحوث حول النشاط المعرفي في مرحلة العمر المتقدم مما هيأ لنا الفرصة للوصول لاستنتاج واضح للغاية خلاصته أن التدهور العقلي والإصابة بمرض الزهايمر ليس حتميا بالضرورة لدى الشخص المسن إن لم تكن هناك ظروف مهيأ للإصابة. وإذا كان الأداء العقلي والعصبي يتناقص مع تقدم العمر ولكن هذا النقص لا يحدث بنفس الدرجة عند جميع الأفراد، فالتقدم في العمر لا يؤثر كثيرا في الأشخاص الأكبر قدرة منذ البداية[1]. وكما يمكن أن تمر هذه الحياة أو يعيشوها بشكل أفضل وبدون الإصابة بمرض الزهايمر خاصة إذا ما كان شريك حياتهم على قيد الحياة، من خلال ما يقدمه من دعم معنوي يجعله يمتص ضغوطات الحياة المختلفة وأيضا من خلال ما يوفره من الطمأنينة النفسية والابتعاد عن الوحدة والعزلة.

والجدول التالي يبين الحالة المدنية لهؤلاء المبحوثين.

[1] - جمعة سيد يوسف، المرجع السابق ص 76.

جـــدول رقـــم 3: يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية

الحالة المدنية*	التكرار	النسبة
متزوج	68	% 56
مطلق	7	% 6
أرمل	46	% 38
المجمـــوع	**121**	**% 100**

من خلال الجدول المبين أعلاه نلاحظ أن أعلى نسبة تقدربـــ 56% تشير إلى المتزوجين، تليها نسبة 38% للأرامل في حين نجد أن نسبة المطلقين تقدر بـــ 6%.

نستنتج أن معظم المبحوثين متزوجين وهم أكثر فئة معرض للإصابة بمرض الزهايمر وهذا يعود إلى وجود مشاكل عائلية كثيرة يمكن أن تأثر على أحد الزوجين ويصاب بمرض الزهايمر، بالإضافة إلى تعقد الحياة الزوجية وخروج المرأة للعمل وإنسحاب الأبناء، وغيرها من المشاكل التي سنتعرض إليها بالتفصيل عند دراسة أسباب المرض وأهم المشاكل العائلية المساعدة على الإصابة.

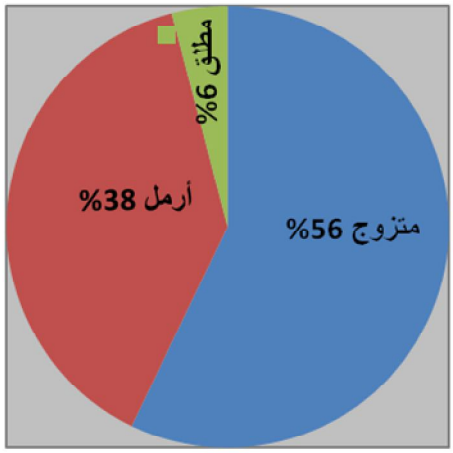
إن المواقف والمشاكل التي قد تنشأ بين الزوجين خلال الحياة الزوجية عديدة ومتنوعة، وربما لا تخلو أية حياة زوجية من مثل هذه المشاكل والكثير منها ترتبط بالواقع الحياتي للعائلة، فهناك بطبيعة الحال المشاكل الزوجية النابعة من عدم التوافق بين الزوجين، ونقص هذا التوافق قد يكون منذ بداية الزواج أو خلاله وقد ينبع من التباين الفكري أو العاطفي بين الزوجين، أو نتيجة التباين في أهدافهما الحياتية، وفي مفهوم مؤسسة الزواج بالنسبة لهما، فتقوم بينهما مشاكل وصراعات، وبسبب هذا التشعب الواسع في مجال الحياة الزوجية يمكن لأحد الزوجين الإصابة بمرض الزهايمر هذا من جهة، ومن جهة أخرى يمكن أن يكون عقوق الأبناء أو زواجهم وخروجهم من المنزل العائلي وانعزالهم عن الوالدين يجعل كيلاهما أو أحدهما يحس بالحزن على الفراق والوحدة.

أما فيما يخص الترمل فهي حالة حتمية في هذه المرحلة العمرية المتقدمة فيمكن لأحد الزوجين أن يفقد الطرف الآخر فيحس الفاقد بوحدة رهيبة وفراغ قاتل بعدما تعود على الشريك طيلة 40 إلى 50 سنة، فليس من السهل تقبل هذا الوضع الجديد والعيش وحيدا وهذا على قول بعض المتكفلين الذين تم استجوابهم حيث هناك من أكد لنا أنه بعد وفاة الأب تغيرت سلوكات الأم وأصبحت مضطربة حتى وصل بها الحال إلى المستشفى أو العكس فهناك من أكد لنا أنه بعد وفاة الأم لم يستطيع الأب تحمل الوحدة وتغيرت سلوكاته.

* حذف من الجدول الحالة المدنية – أعزب –رغم اقتراحها في الإستمارة وذلك لعدم وجود شخص بهذه الحالة ضمن عينة البحث.

بينما وجدنا انخفاض نسبة المطلقين وهذا راجع إلى طبيعة عينة البحث وهي مرحلة الشيخوخة حيث نادرا ما نسمع بالطلاق في هذه المرحلة العمرية أين الاستقرار العاطفي سواء للمرأة أو الرجل.

رسم بياني رقم 2: دائرة نسبية تبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية.



من خلال الدائرة النسبية نلاحظ أن نسبة المتزوجين مرتفعة مقارنة للأرامل والمطلقين. هذا يعني أن فئة المتزجين أكثر عرضة للإصابة بمرض الزهايمر وذلك نظرا للحالة الإجتماعية التي يعيشونها والظورف الإقتصادية التي يعانون منها، كما لاحظنا إرتفاع طفيف في نسبة المطلقين ويمكن إعادة سبب الإصابة إلى الوحدة التي يحس بها المسن بعد فقدانه لشريك حياته سواء الزوجة لزوجها أو العكس.

2 – الخصائص الإجتماعية للمبحوثين:

في هذا المحور سوف نتعرف على الخلفية الإجتماعية للمبحوثين وذلك بالتطرق إلى الطبيعة الغالبة لمنطقة سكنهم، والمستوى التعليمي لهم، ونمط الأسرة التي ينتمي إليها أغلب المبحوثين.

جـــدول رقـــم 4: يبين توزيع أفراد العينة حسب المنطقة الجغرافية للإقامة

المنطقة الجغرافية للإقامة	التكرار	النسبة
حضري	98	% 81
ريفي	23	% 19
المجمـــوع	**121**	**% 100**

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أعلى نسبة لتوزيع أفراد العينة حسب منطقة السكن هي 81% للذين يسكنون في منطقة حضرية مقابل نسبة 19% للذين يسكنون في منطقة ريفية.

إن هذا التوزيع حسب المنطقة الجغرافية لإقامة أفراد العينة يعكس طبيعة الميدان الذي أجري فيه البحث والمتمثل في مدينة الجزائر العاصمة وما تتميز به أغلب بلدياتها خاصة بلديات الوسط أما خارج العاصمة فتتميز بطابع ريفي.

رغم أن البحث أنجز في مستشفى بالعاصمة والتي تعتبر مثلما قلنا بأنها منطقة حضارية لذا وجدنا النسبة مرتفعة لصالحها. ولكن هذا لا يمنع أن نقول أن القاطنون في المناطق الحضرية هم أكثر عرضة للإصابة بمرض الزهايمر وذلك بسبب الضغوطات والإزدحام والمشاكل وضيق السكن وغيرها من الظروف التي يعيشها المسن في المدينة عكس المسن الذي يعيش في الريف حيث السكينة والهدوء إحترام الكبير وتوقيره في المجتمع الريفي كما يستشار المسن من طرف أفراد عائلته وهذا يحسسه بمكانته ودوره وعدم الاستغناء عنه رغم كبره في السن فهذا يجعله محترما من الجميع، بينما المسن في المدينة نجده يعيش وحيدا وذلك لهجرة أولاده بعد زواجهم فيحس بالعزلة وعدم الإهتمام به وانسحابه من المجتمع بعد التقاعد، فيعيش المسن في المدينة وحيدا يتخبط بين جدران منزله.

إن النمو بلا هوادة في المدن والتغيير المستمر في أساليب الحياة والذي يتواكب مع هذا النمو جعل الناس يفكرون في مدى تأثير هذه الحياة الحضرية على الصحة العقلية والعصبية، عامة فإن الزحام واللامبالاة والضغوطات المختلفة المرتبطة بالحياة الحضرية كثيرا ما تسبب مشاكل صحية وعصبية خاصة وعلى قول بعض المتكفلين "نحن نعيش على الأعصاب" عكس أفراد المجتمع في الريف يعيشون في ترابط وتجانس وتكامل فيما بينهم على مستوى عال، وتكاد تخلو من مظاهر المدينة الحديثة. من هذا يتضح أن الصحة العقلية والعصبية ترتبط بطبيعة المجتمع الذي يعيش فيه الأفراد ولا تتعلق بعدد الأفراد أنفسهم، ومن أسباب إرتفاع النسبة كذلك في المدن نتيجة تكدس هائل للسكان داخل المدن "الهجرة الداخلية" وتحطم المدن بشكل فوضوي وانتشار البيوت القصديرية، وضيق الشقق في العمارات، وكذلك عانت وضعية الإسكان كثيرا من الازدحام ومن خلالها برزت آفات وأزمات إجتماعية وصحية لاحصر لها ومنها انتشار مرض الزهايمر.

عكس ما نجده في المجتمع البدوي "الريفي" بنمطه المعيشي وبتنظيمه القبلي يعتبر فعلا خارج مدار الاقتصاد والسلطة الحضريين، وهو قادر على الدفاع عن تفرده في مواجهة سلطان الحواضر، ولكن الارتباطات الإجتماعية والطبيعية لأهل الريف لا تساعد أبدا على

عمل البناء المادي أو الفكري وهكذا يقع الانسان في الريف في أسر البيئة التي يحاول السيطرة عليها، لأن الحياة في الريف صعبة على قول أحد المتكفلين حيث تفتقر معظم المساكن للرفاهية كذلك عدم توفر مرافق للتسلية وعدم ضمان الخدمات وحتى الأساسية منها وكل هذا يجعل المسن الغير قادر على فلاحة الأرض أن يعيش في فراغ قاتل.

جـــدول رقـــم 5: يبين توزيع أفراد العينة حسب نمط الأسرة

نمط الأسرة	التكرار	النسبة
أسرة ممتدة	46	% 38
أسرة نواتية	75	% 62
المجمـــوع	**121**	**% 100**

يتضح من الجدول الإحصائي المبين أعلاه أن أغلب المبحوثين يعيشون في أسر نواتية وذلك بنسبة 62% مقابل 38% من أفراد العينة يعيشون في أسر ممتدة.

يبين هذا التوزيع أن الأسر الخاصة بأفراد العينة الأكثر تناولا في هذا البحث هي الأسر النواتية بعدد يقدر بـــ 75 أسرة نواتية وهي تعكس نوعا ما اتجاه نمط الأسرة في المجتمع الجزائري حاليا وخاصة في الوسط الحضري، حيث تقلص حجم الأسرة، لأن ذلك ما يتطلبه عامل التصنع الذي يستلزم شكلا من الأسرة النواة المتكونة من الزوج والزوجة والأطفال الصغار، مما ترك أثرا في انقسام الأدوار وأثر على العلاقات القرابية والأسرية والتي كانت من أهم الركائز والدعائم التي تقوى عليها العائلة الجزائرية وتحول السلطة الأبوية إلى سلطة مشتركة بين الزوجين.

كما يمكن إرجاع الاختلافات بين الأسر الريفية القائمة على نمط الأسرة الممتدة والأسر الحضرية القائمة على نمط الأسرة النواتية حول مسألة تحديد حجم الأسرة إلى اختلافات ثقافية هامة راجعة إلى اختلاف المستوى الإجتماعي والمناخ الثقافي وإلى اختلاف درجة التعليم والحالة المهنية التي يعيشها كل مسن في الأسرة التي ينتمي إليها.

كنتيجة للتغير في بناء المجتمع، أوضح العديد من علماء الاجتماع من أمثال **جود Goode وزيلديتش Zelditch** أن العائلات الممتدة لا تساهم بشكل جيد في نمط الحراك الكبير في الحياة عند الانتقال إلى تنظيم جديد للمجتمع ومن ثم يتم استبدال العائلة الممتدة بعائلة نواتية، وترتب على البناء الجديد للعائلة نتائج كبيرة في العلاقات الإجتماعية للمسن.

وقد أوضح **كول Koller** أن العزلة النسبية للمسنين تنتج عن تطوير نمط عائلي لا يوجد فيه متسع للمسنين، وقد أوضحت الدراسات في مجال علم الشيخوخة الإجتماعي أثر الضغوط المتزايدة الناتجة عن الحراك الفردي وقيمة لانجاز الناجمة عن التصنيع على التقليل من قيمة المسنين لعائلاتهم[1]، ومن ثم فقد حدث إنعزال كبير للمسنين نتيجة لإنشطار العائلات الممتدة، وعندما يتقاعد أحد الأفراد من مهنته تصبح العائلة هامة للغاية بالنسبة لعلاقة الفرد بالشبكة الإجتماعية وعندما تفشل العائلة في سد هذه الحاجة ينعزل المسن بدرجة كبيرة مما يسبب له عدة إضطرابات وأمراض وخاصة مرض الزهايمر.

جـــدول رقـــم 6: يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة
بدون مستوى	88	% 72
متوسط	18	% 15
ثانوي	8	% 7
جامعي	7	% 6
المجمـــوع	**121**	**% 100**

يبين الجدول أعلاه أن أغلب أفراد العينة لم يحظوا بفرصة التعليم ولذلك نجد أن نسبة 72% بدون مستوى، أي أن المنوال الذي يعبر على المستوى التعليمي الأكثر تكرارا هم أفراد هذه الفئة بعدد قدره 88 مبحوث وهذا مقابل 33 مسن من المبحوثين الذين تمكنوا من الإلتحاق بالمؤسسات التعليمية والوصول إلى مستويات مختلفة من التعليم، حيث نجد أن نسبة 15% من المبحوثين لديهم مستوى متوسط ونسبة 7% منهم بلغوا مرحلة التعليم الثانوي في حين نجد أن القلة منهم من استطاع مواصلة الدراسة إلى المستوى الجامعي التي قدرت نسبتهم بـــ 6%.

نستنتج أن أكثر المصابين بمرض الزهايمر في عينة بحثناهم من أصحاب بدون مستوى وهذا يمكن تفسيره بأنهم عاشوا مرحلة طفولة صعبة تحت وطئة الاستعمار الفرنسي الذي لم يفتح المجال للجزائريين في التعليم فرغم أننا وجدنا تجاوب من طرف هؤلاء خاصة بإستعمال اللغة الفرنسية للتعبير عن ظروفهم كما وجدنا منهم من يجيد القراءة والكتابة ولكننا فضلنا التعامل مع المتكفل بالمريض.

وعلى الرغم من بساطة مفهوم بدون مستوى إلا أن النتائج الخاصة به تنطوي على بعض التعقيدات والمشكلات، منها ما يتعلق بفئة "يقرأ ويكتب" وهي فئة غير محددة الملامح تماما، والأرجح أن أغلب ما يصنفون فيها أميون في واقع الأمر حاملون في بعض الأحيان على

[1] - يحي مرسي عيد بدر، المرجع السابق، ص 132.

شهادة محو الأمية أو الابتدائي وهناك من – ناحية ثانية – مشكلة اختلاف دلالة فئات الحالة التعليمية من عصر لعصر، فلإستكمال مرحلة التعليم الابتدائي في مرحلة ما قبل التطوير الحديث للتعليم في الستينيات دلالة تختلف عن دلالة إستكمال مرحلة التعليم الابتدائي الآن[1].

كما أن هذه الصورة للمستوى التعليمي عند المسنين الذين يمثلون أفراد عينة البحث هذا، تعكس تلك الظروف التي عاشوها خاصة في السنوات الأولى من حياتهم في ظل الاستعمار الفرنسي، والذي سعى إلى نشر الجهل في أوساط الجزائريين وحرمانهم من الإلتحاق بالمدارس والتعليم، بالإضافة إلى أن مرحلة طفولتهم عاشوها تحت قهر الاستعمار واستبداده فهذا يعود سلبا على شخصيتهم وصحتهم في مرحلة الشيخوخة.

ومن خلال الاحصاءات نلاحظ أن أعلى نسبة للمصابين بمرض الزهايمر نجدها عند أصحاب دون المستوى ويمكن تفسير هذا بجهلهم لمفهوم المرض وعدم الذهاب للطبيب المختص باكرا للتشخيص والعلاج مما أدى إلى ارتفاع النسبة عند هذه الفئة لأن العلاج المبكر يساعد على الشفاء المبكر. كما يشكل التعليم إحدى المتطلبات المهمة لتحقيق التوافق مع متطلبات إستمرار الحياة وتقدمها، وذلك لأن حياة الإنسان تعتمد الآن وعلى نحو متزايد على التقدم العلمي والتطور التكنولوجي.

بالإضافة إلى ما وجدناه في الدراسات النفسية من كون متغير التعليم من المتغيرات المؤثرة في الصحة النفسية والجسمية والعصبية للمسنين حيث أشارت تلك الدراسات إلى أن ارتفاع المستوى التعليمي للفرد يعد من المتغيرات ذات التأثير الايجابي على الصحة النفسية والجسمية والعقلية والعصبية للمسن.

جدول رقم 7: يبين توزيع أفراد العينة حسب المشاكل الإجتماعية التي يعاني منها المريض

المشاكل الإجتماعية	التكرار	النسبة
وفاة أحد الزوجين أو أحد الأقارب	52	% 32
الطلاق	7	% 4
السكن	40	% 25
عقوق الأبناء	64	% 39
المجمـــوع	**163**	**% 100**

يبين الجدول أعلاه أن الإتجاه العام للمشاكل الإجتماعية التي يعاني منها المسنون هو مشكل عقوق الأبناء وذلك بنسبة 39% ثم تليها نسبة 32% لمشكل وفاة أحد الزوجين أو أحد الأقارب ثم نجد مشكل السكن بنسبة 25% وأخيرا مشكل الطلاق بـــ 4%.

[1] - جمعة سيد يوسف، المرجع السابق، ص 124.

نستنتج من خلال هذه النتائج أن هناك تعدد وتنوع المشاكل الإجتماعية التي يعاني منها المسنون وطبعا على قول المتكفلين بهم وكل فرد منهم يتأثر بأكثر من مشكل واحد فمثلا هناك من يعاني من مشكل عقوق الأبناء والسكن وآخر يعاني من مشكل وفاة أحد الزوجين وعقوق الأبناء.

ومن أهم المشاكل الإجتماعية عند المسنين نجد عقوق الأبناء وذلك إما بزواجهم وانفصالهم عن الوالدين حيث يفضل شباب اليوم الإنعزال عن البيت العائلي بعد الزواج والعيش بعيدا عن الوالدين وهذا يؤثر في نفسية المسن كثيرا حيث يحرم من عطف وحنان الأبناء والأحفاد وعلى قول بعض المتكفلين أن المسن يحس بفراغ المنزل وبرودته، حيث أن أبناءه لا يزورونه إلا في المناسبات.

كما يعد الترمل واقعا ستواجهه الغالبية من المسنين خاصة عند المسنات ويعزى هذا لأن توقع الحياة أطول بين النساء وأن الممارسات الشائعة هي أن الرجال يتزوجون نساء أصغر من أعمارهم كما أن هناك قلة حالات إعادة الزواج من النساء المرملات. وبغض النظر عن الجنس، فإن المسنين يعتبرون وفاة الزوج أو الزوجة حدث الحياة الأكثر ضغطا خاصة حين تكون الأرملة معتمدة جدا على الزوج أو أن الزوج كان متعمدا بدرجة قوية عليها في الاسناد الانفعالي أو الإجتماعي وعندما لا تملك الأرملة مستقبلا وظيفيا وينخفض الدخل بدرجة كبيرة نتيجة وفاة الزوج وتحدث إنحدرات صحية إذ أن فقدان العطف الانساني الذي ينتج عن موت الزوج أو الزوجة يساهم في الأحداث المتزايدة من الأمراض البدنية والانفعالية وتحدث أيضا نسب متزايدة من الأمراض المزمنة.

وبالإضافة إلى وفاة أحد الزوجين يمكن للمسن أن يعاني من حزن شديد لوفاة أحد أقاربه سواء أحد الأولاد أو الأخ أو الأخت فيحس المسن بحالة من الإكتئاب واليأس ويمكن أن تكون هذه المشاعر والإنفعالات واضحة وجلية بصورة خاصة أيام الذكرى والأعياد.

كما نجد مشكل السكن وذلك إما لضيقه بعد أن كبر الأبناء وأراد المسن تزوجهم أو للحالة المزرية للمسكن ويحتاج إلى ترميم أو عدم إمتلاكه أصلا فقد وجدنا أن بعض المسنين قضوا معظم حياتهم وهم لا يملكون منازل خاصة بهم بل يعتمدون على الكراء وبعد تقاعدهم وانخفاض دخلهم أصبحوا لا يستطيعون دفع الكراء وهذا مشكل عويص يجعل المسن يعاني من حالات الإكتئاب والقلق حول توفير المصاريف اليومية.

أما الطلاق فهو نادرا وهذا ما لاحظناه من خلال الجدول أعلاه فالأمر صعب جدا بالنسبة للمطلقين وبصورة خاصة للنساء أن يجدن شركاء حياة جدد أكثر من الرجال. وحين يقرر المسنين الطلاق فإن عملية الإصلاح يمكن أن تكون أكثر صعوبة مما هي عليه عند الأفراد الأصغر سنا.

3 – الخصائص الإقتصادية للمبحوثين:

في هذا العنصر سوف نحاول إبراز أهم الخصائص الإقتصادية لأفراد العينة من خلال عرض الحالة المدنية ودراسة سبب التقاعد – لفئة المتقاعدين – بالإضافة إلى امتلاك الدخل ومدى كفايته وكذا مصدر مصاريف العلاج والدواء وأيضا تكلفة العلاج والدواء.

جـــدول رقـــم 8: يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية

الحالة المهنية	التكرار	النسبة
متقاعد	65	% 54
عمل بعد التقاعد	3	% 2
لم يعمل أبدا	46	% 38
ترك العمل	7	% 6
المجمـــوع	**121**	**% 100**

من خلال الجدول أعلاه نجد أن أكبر نسبة تقدر بنسبة 53% للمتقاعدين مقابل نسبة 38% من المبحوثين الذين لم يعملوا أبدا وتنتشر هذه الوضعية أكثر في أوساط النساء، في حين نجد نسبة 6% للمبحوثين الذين تركوا العمل وفي الأخير نسبة 2% للذين عملوا بعد التقاعد.

إن هذه الحالة المهنية تمكننا من تصور الظروف الإقتصادية والإجتماعية التي يعيشها هؤلاء المبحوثين. ويمكن للحالة المهنية للمسن أن تلعب دور في الإصابة بمرض الزهايمر. حيث أن النسبة الأكبر للمصابين من المبحوثين هم من المتقاعدين فعليه يمكن اعتبار الإحالة إلى التقاعد سبب من الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بالمرض حيث يجد المسن نفسه يعيش في حالة فراغ قاتل، وعزلة إجتماعية حيث ينعزل عن عمله الذي اعتاد عليه منذ سنوات بالإضافة إلى انعزاله عن أصدقاءه في العمل، فينسحب المسن من الحياة الإجتماعية رويدا رويدا.

أما فيما يخص الارتفاع النسبي للذين لم يعملوا أبدا هذا راجع إلى أن معظم المبحوثين من فئة النساء فلم يكن المجال مفتوحا خاصة لهذه الفئة للتعلم والعمل فلم تكن المرأة عنصرا فعالا في المجال المهني إلا بشكل ضئيل. أما الذين تركوا العمل قبل التقاعد فهم المصابين بأمراض مزمنة أو تعرضوا لإصابات سببت لهم العجز وعدم القدرة على العمل وهم لم يصلوا إلى السن القانوني للتقاعد.

رغم أن نسبة الذين عملوا بعد التقاعد ضئيلة في عينة بحثنا ولكن يمكن أن نفسر أن هذه الفئة اضطرت للعمل في مجال آخر بعد التقاعد لعدة أسباب فإما لعدم كفاية منحة التقاعد أو لإستغلال وقت الفراغ، كما وجدنا من المسنين الذين كانت لهم الرغبة في مواصلة العمل رغم بلوغ السن القانوني للتقاعد ولكنهم لم يجدوا الفرصة وهذا أيضا سبب نفسر به النسبة الضئيلة للذين عملوا بعد التقاعد، فلا يوجد فرص أمام هؤلاء رغم رغبتهم في العمل. وكل هذا على حسب قول المتكفلين بالمرضى، وفي الجدول الموالي سنحاول إيضاح أسباب التقاعد – لفئة المتقاعدين.

جـــدول رقـــم 9: يبين توزيع أفراد عينة البحث حسب سبب التقاعد

سبب التقاعد	التكرار	النسبة
التعب أو العجز	19	% 28
بلوغ أكثر من 32 سنة عمل*	26	% 38
بلوغ السن القانوني للتقاعد	23	% 34
المجمـــوع	**68****	**% 100**

من خلال الجدول أعلاه نجد أن أعلى نسبة هي 38% وذلك لسبب بلوغ الفرد أكثر من 32 سنة عمل ثم تليها نسبة 34% سبب بلوغ السن القانوني للتقاعد وأخيرا نسبة 26% وكان سبب التقاعد هو المرض أو العجز عن العمل بعد حادث ما.

نستنتج أن هناك إختلاف حول أسباب التقاعد والسبب الرئيسي الظاهر على عينة بحثنا هو بلوغ أكثر من 32 سنة عمل حيث كان القانون قبل التعديل الجديد 2017 يسمح لكل فرد عمل أكثر من 32 سنة أن يطلب التقاعد أما السبب الثاني هو بلوغ بعض أفراد العينة السن القانوني للتقاعد والذي حدد بـــ 55 سنة للمرأة و60 سنة للرجل أما السبب الثالث وهو سبب صحي حيث هناك من يعمل في أعمال شاقة وبعد المرض لا يستطيع العمل فيطلب التقاعد النسبي.

* - بلوغ أكثر من 32 سنة عمل: هذا قبل التعديل الجديد لقانون التقاعد.

** - العينة تقلصت بسبب أن المعنيون بهذا السؤال هم 68 فرد حيث أجابوا بأن المريض متقاعد.

مع أن التقاعد أصبح حقا مكتسبا للعمال والموظفين العاملين بأجور ورواتب محدودة لفترات زمنية معينة وأعمار معلومة، إلا أن تطبيق هذا المبدأ على جميع المسنين عند بلوغهم عمرا معينا دون مراعاة ظروف وقواعد أخرى قد خلق مشاكل كثيرة للمسنين أنفسهم وللمجتمع، وقوى العمل حيث يجب التمييز بين المسنين الذين وصلوا مرحلة الشيخوخة والتي تؤثر سلبا في انتاجهم وقدرتهم على العطاء والتفاعل وتحمل المسؤولية أو تقعدهم وتمنعهم عن أداء دورهم أو تخلق لديهم صعوبات أو مشاكل بدنية وهذا بسبب المرض أو العجز، وبين أولئك الذين لا يزالون يتمتعون بقدر لائق من القوة والقدرة على العطاء الفكري أو البدني ويجدون متعة في أعمالهم، ووظائفهم ولكنهم يتقاعدوا إجباريا وذلك بسبب بلوغ إما 32 سنة عمل أو بلوغ السن القانوني للتقاعد حيث أن التقاعد للفئة الأولى التي وصلت مرحلة التعب أو العجز يعد حقا وواجبا بل حلا إنسانيا نبيلا يؤدي إلى خلق ظروف مريحة وعيش هادئ للمسن الذي أنهكته السنين.

في حين أن الإحالة على التقاعد للفئة الثانية وهي أكبر نسبة في عينة بحثنا من المسنين القادرين على مواصلة العمل والراغبين فيه يعد كارثة وصدمة نفسية قوية تطيح بجميع آمالهم وطموحاتهم وتطلعاتهم، ففي الوقت الذي يكون فيه وإستمرارهم في أعمالهم مصدر حيوية ومتعة لهم، ووقاية من تعرضهم لكثير من المشاكل الصحية والنفسية والمادية، فإن حرمانهم من الإستمرار في أعمالهم ومن المساهمة في النشاط الإقتصادي أو الإجتماعي أو الإداري، والذي يؤدي بدوره إلى شحه في الموارد الإقتصادية، وزيادة في الحاجة المادية ستنتج عنه ضغوطات نفسية وحاجات شخصية ومادية تؤدي بدورها إلى مشاكل واضطرابات نفسية كثيرة سلبية عند المسنين[1].

من هنا يجب أن يجري تمييز بين الوصول إلى مرحلة الشيخوخة من جهة وطول العمر من جهة أخرى، فالشيخوخة لا تحدد بعمر معين، ومرحلة عمرية ثابتة، وإنما بمقدار العجز والضعف الذي يعانيه المسن ويمنعه من القيام بأعماله الاعتيادية التي يحددها له نظام العمل ووظائفه الأساسية اليومية والتزاماته الإجتماعية بفعل عوامل الهدم والتراجع في مستوى القدرات وتزايد الآثار السلبية لأمراض الشيخوخة.

أما طول العمر فهو مؤشر واحد وليس وحيدا على الكبر، حيث أن هناك كبارا في السن قد بلغوا الثمانين من العمر ولكنهم لا يزالون يتمتعون بمستوى جيد من القدرات والإمكانيات التي تؤهلهم للإستمرار في العمل والانتاج والابداع الفكري والعلمي والإداري. وأن ابعاد هؤلاء عن ساحات العمل قد يؤدي إلى نتائج خطيرة أهمها الإصابة بمرض الزهايمر.

[1] - علي جاسم عكلة الزبيدي، المرجع السابق، ص 244.

جـــدول رقـــم 10: يبين توزيع أفراد العينة حسب امتلاك الدخل ومدى كفايته

امتلاك الدخل ومدى كفايته		التكرار	النسبة
يملك	يكفى	13	% 16
	لا يكفي	70	% 58
المجموع الجزئي		83	% 69
لا يملك		38	% 31
المجمـــوع الكلي		**121**	**% 100**

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن الفئة المنوالية تتعلق بتلك التي تملك دخلا بأكبر تكرار والمقدربـــ 83 مبحوثا أي نسبة 69% مقابل 38 مبحوثا لا يملك دخل أي نسبة 31%.

وفيما يخص مدى كفاية الدخل وجدنا أكبر نسبة تقدر بـــ 58% وهي لصالح المبحوثين الذين يملكون دخلا ولكنه لا يكفي مقابل 16% للذين يملكون دخلا وهو يكفي.

نستنتج أن معظم المبحوثين يملكون دخلا ومصدره التقاعد بالنظر إلى أن أكبر نسبة للمبحوثين هم متقاعدون ولكن هذه المعاشات تخضع لطبيعة المهنة التي كان يمتهنها المسن وأيضا المدة التي قضاها في سوق الشغل، الأمر الذي يؤدي إلى تباين كبير في قيمتها من شخص لآخر، والتي قد نجد قيمتها أقل من الأجر القاعدي عند بعض الأفراد خاصة فئة النساء اللواتي يعتمدن على معاشات أزواجهن المتوفون.

بالإضافة إلى أن مرحلة التقاعد تعد للكثير من الأفراد فترة خسائر متنوعة ينتج بعضها عن البعض الآخر، فالخسارة المادية تحدث بسبب نقص الدخل الذي يحصل عليه المتقاعد مقارنة بما كان يتقاضاه أيام العمل. حيث أن المعاش الثابت الذي لا يقبل الزيادة المطردة سنويا كما هو الحال بالنسبة للمرتبات يؤدي إلى انخفاض مستوى معيشة المسن وذلك في ضوء الزيادة المطردة في الأسعار على المستوى المحلي، فثمة النقص الشديد الذي يحدث في صلب ما يتقاضاه الفرد لدى احالته على التقاعد، مما يتسبب ارتباك مالي شديد تكون وطأته شديدة على صحته وعلى حالته المعنوية. حيث أن المسن الذي كان يتقاضى مرتبا ضخما يجد نفسه فجأة بعد بلوغه الستين وقد نقص مرتبه الشهري بما لا يقل النصف عما كان يتقاضاه، فإنه لا يستطيع أن يكيف حياته الإقتصادية طفرة واحدة، ولقد يجد نفسه عاجزا عن سد حاجياته الضرورية.

أما الذين يرون أن الدخل كافي وعلى قولهم أن للمسن عدة مصادر وإعتمادات، فبالإضافة إلى معاش التقاعد فهناك من يعتمد على منحة المجاهد وآخرون يعتمدون على الضمان الإجتماعي، كما وجدنا من عينة بحثنا مسنون لا يملكون دخلا فيعتمدون على المساعدات سواء من طرف الأبناء والعائلة أو آخرون وهذا ما سنطرق إليه في الجدول الموالي بالتفصيل خاصة عن توفير مصاريف العلاج والدواء.

جـــدول رقـــم 11: يبين توزيع أفراد العينة حسب مصدر مصاريف العلاج والدواء

مصدر مصاريف العلاج والدواء	التكرار	النسبة
منحة التقاعد	68	% 39
الضمان الإجتماعي	42	% 24
منحة المجاهدين	25	% 15
المساعدات	38	% 22
المجمـــوع	***173**	**% 100**

من خلال الجدول أعلاه نجد أن أعلى نسبة 39% من أفراد العينة يعتمدون على منحة التقاعد كمصدر لتوفير مصاريف العلاج والدواء ثم تليها نسبة 24% للذين يعتمدون على الضمان الإجتماعي ثم نسبة 22% للذين يعتمدون على المساعدات وفي الأخير نجد نسبة 15% للذين يملكون منحة المجاهدين.

نستنتج أن المريض لا يعتمد على مصدر واحد لتوفير مصاريف العلاج والدواء فبالإضافة إلى منحة التقاعد التي قلنا سالفا أنها لا تكفي، نجد من يستفيد من خدمات الضمان الإجتماعي الذي يرجع بالدرجة الأولى إلى ذلك الاشتراك الذي يقوم به المسن في المدة التي قضاها في وسط الشغل والتي تبقى سارية المفعول بعد التقاعد.

كما وجدنا في عينة بحثنا أن هناك فئات أخرى تستفيد من هذه الخدمة بطرق أخرى يضمنها القانون كإستفادة الزوجة من تلك الخدمة عن طريق زوجها المؤمن على سبيل المثال، بالإضافة إلى حق الأشخاص المسنين المصابين بالأمراض المزمنة في التأمين الإجتماعي نتيجة للدور الذي يلعبه التأمين الإجتماعي في تقليص المصاريف الموجهة للعلاج خاصة مع التعديلات والتسهيلات في هذه الخدمة خلال إستحداث بطاقة الشفاء مثلا.

*- مجموع العينة إرتفع بسبب تعدد الإجابات للمبحوث الواحد

وبما أننا تعاملنا مع فئة المسنين وهم الذين عاشوا وشاركوا في الثورة التحريرية فوجدنا البعض منهم يملكون منحة المجاهد وهذه الأخير تكون مصدر لتوفير مصاريف العلاج والدواء. أما الفئة الغير المستفيدة، ورغم قلتها في بحثنا تبقى تواجه صعوبات ومشاكل في تغطية مصاريف العلاج والدواء فتضطر إلى طلب المساعدة من الغير وذلك بإعتبار أن مصاريف العلاج وشراء الدواء مكلف عند بعض المبحوثين وهذا ما سنراه في الجدول الموالي.

جـــدول رقـــم 12: يبين توزيع أفراد العينة حسب تكلفة العلاج والدواء

تكلفة العلاج والدواء	التكرار	النسبة
مكلفة جدا	57	% 47
نوعا ما مكلفة	38	% 31
غير مكلفة	26	% 22
المجمـــوع	**121**	**% 100**

يبين الجدول أعلاه أن نسبة 47% من المتكفلين يرون أن تكلفة العلاج والدواء مكلفة جدا ثم تليها نسبة 31% للذين يرون أنها نوعا ما مكلفة وفي الأخير نجد نسبة 22% للذين يرون أنها غير مكلفة.

من خلال هذه النتائج نستنتج أن رغم إمتلاك معظم المسنين لمنحة التقاعد بالإضافة إلى إمتلاك بعضهم للضمان الإجتماعي وآخرين يملكون منحة المجاهد أو معا في نفس الوقت إلا أننا وجدنا أن معظم المبحوثين يرون أن تكلفة العلاج والدواء مكلفة جدا وهذا راجع إلى نقص الرعاية الصحية لهؤلاء المرضى وعدم توفير الأدوية فعلى قول بعض المتكفلين أن هناك من يشتري الدواء بالعملة الصعبة أي يحضرونه من خارج البلاد. بالإضافة إلى قلة المستشفيات المختصة فيلجاؤون إلى العاصمة وهي بعيدة نوعا ما فيضطرون لكراء سيارة وغيرها من المصاريف التي تقع على كاهل عائلة المسن المريض. وعدم القدرة على دفع تكاليف العلاج عند الأطباء الخواص حيث أن ثمن المعاينة مرتفع وخاصة بالنظر إلى نوع المرض فهو يتطلب متابعة طويلة الأمد وفي بعض الحالات المستعصية فالمتابعة الطبية ضرورية إلى آخر لحظة من حياة المسن ويفرض عليه تناول الأدوية مدى الحياة. وبالإضافة إلى الإصابة بأمراض جسمية أخرى تتطلب المعاينة الدورية وشراء أدوية خاصة بهذه الأمراض.

أما الذين يرون أنها غير مكلفة فهم الأفراد الذين يملكون منحة تقاعد بالإضافة إلى منحة المجاهد أو بإشتراكهم في الضمان الإجتماعي وامتلاكهم لبطاقة الشفاء التي تضمن للمسن المريض الحصول على الأدوية مجانا والمتابعة بالمستشفى مجاني ففي هذه الحالة لا يشعر المتكفل بغلاء العلاج والدواء.

4 – الخصائص الصحية للمبحوثين:

من خلال هذا العنصر سوف نحاول التعرف على الحالة الصحية للبمحوثين ومدى إصابتهم بالأمراض المزمنة والحادة.

جدول رقم 13: يبين توزيع أفراد العينة حسب طبيعة الأمراض التي يعانون منها

طبيعة الأمراض التي يعانون منها	التكرار	النسبة
الأمراض المزمنة	192	% 61
الأمراض الحادة	121	% 39
المجمـــوع	**313***	**% 100**

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن كل أفراد عينة بحثنا يعانون من الأمراض المزمنة والحادة معا حيث نجد 61% للأمراض المزمنة مقابل نسبة 39% للذين يعانون الأمراض الحادة.

من خلال هذا التوزيع للمبحوثين يتبين لنا أن هناك تنوع وتعدد الأمراض التي تصيب المسن والذي يغلب عليها طابع الأمراض المزمنة فتكون عادة الأمراض الأكثر مشاكل في الأعمار المتأخرة لأنها صعبة في التشخيص وفي التعامل معها وإدارتها. ففي الوقت الذي يتعرض فيه المسن إلى عدد من التغيرات المصاحبة للكبر الطبيعي فإن تميز الأعراض المصاحبة للمرض المزمن يكون غالبا معقدا. كما تكون الأمراض المزمنة مستمرة ودائمة وتحدث تأثيرات ضارة متطورة غير قابلة للشفاء ومعظمها يقود إلى الوفاة. ومن أهم هذه الأمراض المزمنة والتي سنتعرض إليها بالتفصيل في الجدول اللاحق نجد أمراض القلب، الجلطات الدماغية، أمراض انسداد القصبات الهوائية، مرض داء السكري، إلتهاب بالكلى المزمن... وغيرها. وهناك أربعة من كل خمسة أشخاص من المسنين يعانون من مرض واحد مزمن على الأقل من تلك الأمراض.

* - مجموع العينة ارتفع بسبب تعدد الإجابات لكل مبحوث.

فكلما أصبح الشخص أكبر كلما أصبح أكثر عرضة للإصابة بمرض واحد أو أكثر من الأمراض المزمنة وتدل الدراسات على أن بين الأفراد الذين هم في أعمار تتجاوز الثمانين سنة هناك 70% من النساء و53% من الرجال لديهم أكثر من مرض مزمن واحد[1].

أما الأمراض الحادة المفاجئة أو المؤقتة فتكون على شكل نوبات قصيرة المدى، وتسببها تلوثات أو عدوى فيروسية أو بكتيريا أو فطريات، وهذه الأمراض تحدث بسرعة وهي قابلة للشفاء من خلال التعامل الدوائي، كما أن كلفة الرعاية الصحية للأمراض الحادة المؤقتة تكون نمطيا أقل بكثير من كلفة الأمراض المزمنة، وذلك بسبب قصر المدة والطبيعة العلاجية للحالة. ولكن تشخيص الأمراض الحادة شأنها في ذلك شأن الأمراض المزمنة فهي أكثر صعوبة عند المسنين فالأعراض مثل فقدان الشهية والكآبة يمكن أن تكون موهمة أو مربكة مع وجود أمراض مزمنة أو انحدارات مرتبطة بالعمر أو تفاعلات دوائية. وهكذا فإن وجود أمراض حادة عرضية يهيئ تحديات خاصة في التشخيص والمعالجة وكذلك في إدارة الوضع الصحي عند المسنين.

وباختصار فإن المسنين يعانون من أمراض حادة عرضية وأمراض مزمنة أكثر مما يعاني غيرهم. وأن خطورة التعرض لأمراض حادة وأمراض مزمنة تزداد مع العمر وكما قلنا سالفا يمكن أن يتعرض المسن لأكثر من مرض مزمن واحد. وهذا ما سنتعرض إليه في الجدول الموالي.

[1] - على جاسم عكلة الزبيدي، المرجع السابق، ص 266.

جدول رقم 14: يبين توزيع أفراد العينة حسب نوع الأمراض المزمنة والأمراض الحادة

نوع الأمراض		التكررات	النسبة
الأمراض المزمنة	أمراض القلب والأوعية الدموية	75	% 39
	أمراض تنفسية مزمنة	25	% 13
	مرض السكري	53	% 28
	إلتهاب المفاصل وهشاشة العظام	27	% 14
	أمراض الجهاز البولي	12	% 6
المجموع الجزئي I		**192**	**% 61**
الأمراض الحادة	الإنفلونزا	98	% 81
	الحوادث والجروح	23	% 19
المجـــوع الجزئي II		**121**	**% 39**
المجمــوع الكلي*		**313**	**% 100**

من خلال الجدول أعلاه والذي يبين أنواع الأمراض المزمنة والحادة التي يعاني منها المسنون على حسب إجابة المتكلفين بالمبحوثين المرضى نلاحظ أن الأمراض المزمنة مثلما شرحناها في الجدول السابق أن نسبتها مرتفعة مقارنة بالأمراض الحادة المؤقتة التي يعاني منها المسن حيث أن أعلى نسبة لصالح الأمراض المزمنة وهي 61% وتتضح أكثر لأمراض القلب والأوعية الدموية بنسبة 39% ثم تليها نسبة 28% لمرض السكري ثم نجد نسبة 14% لإلتهاب المفاصل وهشاشة العظام ثم نجد الأمراض التنفسية بنسبة 13% وأخيرا نجد نسبة 6% لأمراض الجهاز البولي. أما الأمراض الحادة فقدرت نسبتها بـــ 39% وتتضح أعلى نسبة 81% لمرض الأنفلونزا مقابل نسبة 19% للحوادث والجروح.

نستنتج تعدد الأمراض في مرحلة الشيخوخة حيث وجدنا بشكل كبير الأمراض المزمنة وهي أمراض لاشفاء منها بل على المسن بالمتابعة الطبية وتناول الأدوية طوال حياته بالإضافة إلى بعض الأمراض الحادة وهي مؤقتة وأهمها الإنفلونزا وهذا بحكم السن المتقدمة للفرد حيث تنقص المناعة ويتدهور الجسم ويكون أكثر عرضة للمرض. كما يتغير أداء معظم أجهزة الجسم مع التقدم في العمر، ويختلف هذا التغير من جهاز إلى آخر، وبشكل عام

* ارتفع المجموع الكلي عن المجموع الحقيقي لأفراد العينة نظرا لتعدد الإجابات.

فإن أداء أجهزة الجسم كالقلب والكليتين والمعدة... يظهر عليها تراجعا متدرجا لوظائفها. ويعود جزء من هذا التراجع إلى تغيرات في خلايا هذه الأعضاء ونسيجها سواء من حيث بنيتها أو عملها الوظيفي.

تعتبر الأمراض المزمنة خطيرة على حياة المسن وخاصة إن لم تحظى بعناية. وتعد أمراض القلب السبب الرئيسي للوفاة. كما يمكن لإرتفاع ضغط الدم أن يزيد في خطورة مرض القلب والسكتة الدماغية وهناك عوامل مختلفة يشك في أنها تسبب ارتفاع ضغط الدم وتتضمن العمر والجنس والضغوط النفسية، والوراثة والغذاء. وإذا ما ترك ارتفاع ضغط الدم ولم يعالج فسينتج عنه ضرر في القلب وفي أعضاء الجسم الأخرى. أما الإصابة بالسكري عند المسنين سببه حدوث تغيرات في استجابة البنكرياس لإفراز الأنسولين عند زيادة نسبة السكر في الدم، وكذلك اختلال التمثيل الغذائي السكري والذي يعتمد على الأنسولين، ويعد ذلك أحد التغيرات الفسيولوجية التي تحدث عند الشيخوخة والتي تؤدي إلى الإصابة بالسكري لدى الأشخاص الذين تتوفر لديهم الاستعداد الوراثي للإصابة. بالإضافة إلى ذلك فإن العوامل البيئية والمحيطة الأخرى مثل التغذية وأسلوب الحياة لها دور كبير في حدوث الإصابة بالسكري من عدمها[1].

بالإضافة إلى إلتهاب المفاصل الروماتيزمي وهو مرض يبدأ نمطيا في منتصف العمر أو أكبر ومن المحتمل أن يلاقى المرضى أعراضا شديدة خلال النوبات الحادة للمرض في مرحلة الشيخوخة مثل الإعياء، التورم والانتفاخ، الألم والحمى[2]. كما وجدنا من يعاني من هشاشة العظام ومن العوامل المسببة له نمط الحياة الذي يميل نحو الخمول والكسل ونقصد به نقصان بالكتلة العظمية المرتبطة بالعمر وبنسب متسارعة مما يسبب ضعفا بنائيا خطيرا يصبح العظم عرضة للكسر، وحين تنقص كثافة العظم فإن التأثيرات المتراكمة في أواخر الحياة ستؤدي إلى ضعف العظام وتناقص طولها مع ظهور تحدب وألم بالظهر.

كما أن حدوث الأمراض التنفسية المزمنة يزداد مع العمر، ويعود ذلك بصورة أساسية إلى التراجعات في الوظائف الرئوية والقابلية الوراثية والتعرض مدة طويلة للمسرطنات البيئية والتي يعد تدخين السجائر السبب الأساسي المؤدي إلى هذه الأمراض، إضافة إلى الضعف في جهاز المناعة يساهم في زيادة نوبات الالتهابات التنفسية الحادة، والتي تقود في النهاية إلى الأمراض الرئوية.

---

[1] - علي حاسم عكلة الزبيدي، المرجع السابق، ص 278.

[2] - نفس المرجع، ص 280.

رغم قلة المصابين بأمراض الجهاز البولي في عينة بحثنا إلا أنه يجدر لنا الإشارة إلى أن المشاكل البولية تزداد تأثيرها في الكبر، حيث أن الحالات المزمنة هي نتيجة لتدهور تدريجي في جهاز الإفراز ويسبب هذا الإضطراب وعدم الانتظام عدد من العوامل من بينها حدوث مشاكل في الجهاز العصبي، والتهابات وضعف في العضلات وتفاعلات الأدوية التي يتناولها الفرد عند الإصابة بالأمراض أو الاختلالات النفسية.

أما فيما يخص الأمراض الحادة – المؤقتة – فكل المبحوثين يصابون بها خاصة الأنفلونزا الموسمية وهذا حسب رأي المتكفلين بهم وهذا راجع إلى التغييرات العمرية الطبيعية في جهاز المناعة التي تنتج عنها مقاومة ضعيفة للمرض. كما أن المسنين أكثر عرضة للحوادث ويعانون جروحا أكثر حدة وألما بسبب عوامل متعددة، أما العامل الأخطر الأكثر شيوعا فهو الضعف أو الفقدان الوظيفي بسبب التراجعات الطبيعية المرتبطة بالتقدم العمري، فالتراجعات في الجهازين العصبي والحسي ينجم عنها زمن أبطأ لرد الفعل ومعرفة متناقصة للموقف الخطير. فالإدراك المتدني لدرجات الحرارة والألم ونقص الرؤية والسمع يساهم في الخطورة المتزايدة لوقوع الحوادث الطارئة. يضاف إلى القابليات الوظيفية العملية للمسنين، مما يزيد الخطر للإصابة بالجروح والحوادث، فعلى سبيل المثال فإن الإدراك المعاق بسبب الجهاز العصبي المركزي يمكن أن يؤثر في الذاكرة وعملية التذكر[1].

إن قدرة المسن على الاحتفاظ بوظائفه المستقلة تعد دليلا مهما على نوع الحياة التي يعيشها وعلى وضعه الصحي، وكلما ازداد حدوث الأمراض المزمنة والحادة كلما ازداد احتمال تعرض المسن إلى قصور ومحدودية في فعاليته وأنشطته اليومية وتزداد الحاجة للمساعدة.

جدول رقم 15: يبين توزيع أفراد العينة حسب إسم المرض العصبي الذي يعاني منه المريض

التكرارات / إسم المرض العصبي	التكرار	النسبة
الزهايمر	96	% 79
العته	10	% 8
خرف الشيخوخة	15	% 13
المجموع	**121**	**% 100**

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن إسم المرض العصبي الأكثر شيوعا هو مرض الزهايمر وذلك بنسبة 79% ثم نجد الخرف بنسبة 13% وتنخفض النسبة للعته إلى 8%.

[1] - على جاسم عكلة الزبيدي، المرجع السابق، ص 289.

نستنتج أن للمرض العصبي أنواع وأكثرها إنتشارا هو مرض الزهايمر، وهذا على حسب قول المتكفلين بالمرضى بعد تشخيص الطبيب المختص لحالة المسن المريض وإبلاغ العائلة بأنه مصاب بمرض الزهايمر. كما وجدنا تسمية العته والخرف باعتبار مرض الزهايمر نوع من أنواع العته حيث وجدنا بعض المتكفلين سموه بعته وآخرين بخرف، وهذا دليل على تنوع تسمية المرض، بالإضافة إلى أنه لم يتم التشخيص النهائي لمرضاهم حيث أن المريض في المرحلة الأولى للمرض، وكما يظن بعض المتكفلين بأن المسن عندما يكبر في العمر يخرف ويصبح كثير النسيان.

قد يحدث مرض الزهايمر بالتدافق مع مرض الخرف الناتج عن كثرة الاحتشاء، وقد تظهر حالات الخرف في صورة إنسحاب المريض من المجتمع، وفقدان الاهتمامات بالأنشطة المعتادة وقلة طاقته على العمل، ومن المظاهر الإكلينيكية الأكثر وضوحا هي فقدان الذاكرة بالنسبة للأحداث القريبة وسوء الوظيفة المعرفية، فقدان القدرة على التفكير المجرد، وتغير الشخصية وكذلك قلة القدرة على الحكم على الأمور، وفي المراحل الأولى لمرض الخرف قد يشعر المريض بأن ذاكرته قد بدأت تضعف، كما أنه قد يلاحظ أن شخصيته قد تغيرت، ومع تقدم المرض يبدأ المريض في عدم الاحساس بأن ذاكرته مضطربة أو أن شخصيته قد تغيرت وذلك لأن الوظائف العليا للمخ التي تساهم في شعور المريض بأعراض الخرف قد تكون تغيرت، وبالتالي فإن هؤلاء المرضى عادة ما ينكرون أنهم يعانون من أي مشاكل نفسية أو عصبية بل يرجعون حالتهم إلى الكبر في السن وهذه الأعراض ليست مرضية بل هي أعراض الشيخوخة فقط.

للخرف أسباب عديدة وعادة ما يبدأ بطريقة تدريجية على مدى شهور أو سنين ولكنه أحيانا يبدأ بطريقة حادة، ومن أشهر أنواع الخرف مرض الزهايمر، وتبدأ أعراض هذا النوع من أنواع الخرف بصورة بطيئة ومتدرجة وقد يلاحظ أفراد الأسرة الأعراض الأولية للمرض ولكن مثلما قلنا سابقا أنهم لا يعتبرونها مرضية. ومما يزيد في صعوبة التشخيص أنه لا توجد تحاليل ولا أبحاث لتشخيص المرض، وإنما يتم تشخيص هذا المرض عن طريق استبعاد الأمراض الأخرى التي تتشابه في بعض أعراضها مع مرض الزهايمر، ويتم تأكيد التشخيص بعد الموت بفحص المخ، وعادة ما تتأثر الذاكرة عند المريض المصاب بالخرف ولكن هذا التأثير يحدث بصفة خاصة في ذاكرة الأحداث القريبة أي أن المريض قد ينسى ما قيل له قبل دقائق برغم أنه يتذكر أحداثا حدثت منذ وقت بعيد[1].

[1] - طارق كمال، ***الصحة النفسية للأسرة***، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، 2005، ص 151.

كما أن للعته أنواع مختلفة متمايزة عن بعضها منها مرض الزهايمر ويعده البعض السبب الأعظم شيوعا للعته، ويوصف هذا المرض أيضا بأنه عته أولى أو عته تحللي لنوع الزهايمر ويدعى أيضا بالعته الشيخوخي أو الخرف وهو من الأمراض العصبية الخطيرة في الدماغ، ويشير العته بصورة واسعة إلى اضطرابات معرفية كثيرة عند المسنين ويعرف العته بأنه فقدان القدرات الذكائية إلى درجة التي يتدخل معها بالأعمال الوظيفية والإجتماعية مثل تعويق الذاكرة، فهو إذن إنهيار أو إنحطاط للقدرات العقلية يصاحبه عادة إضطراب انفعالي نتيجة لأمراض عضوية أو اختلال في الدماغ، وعلى الرغم أن مرض الزهايمر أكثر شيوعا بين المسنين إلا أنه يمكن أن يصيب الناس الذين هم في سن الأربعين.

تعتمد بداية المرض والمسار الذي يتخذه على السبب الذي يكمن خلفه، كما يعتمد المرض في قابليته للشفاء على السبب الذي أحدثه وعلى مسار التعامل معه وأساليب المعالجة. وعلى الرغم من أن سببا محددا لمرض الزهايمر لم يشخص بدقة حتى الآن إلا أنواعا متعددة لخلل الدماغ والتي ترتبط بمرض الزهايمر قد وجدت عند المصابين بالعته، ولا شك أن عته الشيخوخة بمعنى الزهايمر يتميز بالبطء في حركة العجز الوظيفي، كما يتميز بالإستمرارية ويصاحب المسن حتى وفاته ومن أهم الأعراض للعته من الجانب المعرفي نجد فقدان الذاكرة وعدم الإدراك ويتعلق بالزمان والمكان والناس وأخيرا نسيان الفرد لإسمه. أما الجانب الوجداني فنجد إفراط أو ضعف أو عدم ملائمة مع الاستجابة الانفعالية. والجانب السلوكي فنجد سرعة الغضب والانسحاب، التهيج والتوتر واللامبالاة. أما الجانب النفسي فنجد الكآبة، القلق، الفصام، الهلاوس، أوهام، ومن الجانب اللغوي نجد إضطرابات في الكلام ومن الجانب البدني نجد إضطرابات في النوم، فقدان الوزن، العجز عن ضبط بعض الوظائف[1].

إذن من خلال ما عرضناه نتوصل إلى إمكانية اعتبار مرض الزهايمر أنه عته شيخوخي أو خرف على حسب التشخيص الطبي والمرحلة التي وصل إليها المرض وفي الجدول التالي سنتعرض إلى تطور المرض من خلال ثلاث مراحل.

[1] - على حاسم عكلة الزبيدي، المرجع السابق، ص 306.

جدول رقم 16: يبين توزيع أفراد العينة حسب مرحلة المرض.

التكرارات / مرحلة المرض	التكرر	النسبة
المرحلة الأولى	20	% 16
المرحلة الثانية	66	% 55
المرحلة الثالثة	35	% 29
المجموع	**121**	**% 100**

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أعلى نسبة فيما يخص مراحلة المرض هي نسبة 55% للمرحلة الثانية ثم تليها نسبة 29% للمرحلة الثالثة وأخيرا نسبة 16% للمرحلة الأولى.

نستنتج أن معظم المبحوثين ذهبوا للعلاج في المستشفى في مراحل متأخرة من تطور المرض حيث أننا وجدنا فئة كبيرة في المرحلة الثانية من المرض أي تأزمة حالتهم الصحية حيث تماطلوا في الذهاب إلى المستشفى فتطور المرض عندهم ووجدنا فئة صغيرة في المرحلة الأولى أي في بداية المرض. ويمكن إرجاع هذا الاختلاف في النسب إلى أن بداية مرض الزهايمر مضللة وصعبة التحديد والتعريف.

كما أن هناك صعوبة حتى من الناحية الطبية لتشخيص مرض الزهايمر فلا يمكن تحديده بدقة بمجرد الضعف السلوكي وحده ولكن بعد الوفاة فقط يمكن تشريح المخ وفحصه، ومن ثم التأكد من وجود المرض وأعراضه هي أعراض ذهان الشيخوخة ومنها ضعف الذاكرة، والخلط والتشويش وسوء التوجه أو فقدان القدرة على تمييز الإتجاه، وربما يصاب المريض بفقدان القدرة على الكلام وغيرها من الأعراض فغالبا يكون التدهور التدريجي للصحة وانتقال المرض من المرحلة الأولى إلى المراحل الآخرى ثم الوفاة.

يظهر مرض الزهايمر نتيجة لإصابة على مستوى الفص الصدغي مع إضطراب التوجيه الزماني والمكاني، ويتطور إلى مرحلة خرق حاد مع مرور الزمن، مما يسمح بتمييز ثلاثة مراحل مختلفة لتطور المرض وهي المرحلة الأولى وهي بداية المرض وتكون خفيفة، ثم المرحلة الثانية معتدلة وفيها استقرار للمرض ثم المرحلة الثالثة وهي المرحلة النهائية ويكون المرض حاد على حد قول بعض المتكفلين 'stade final أو la phase terminal.

إن تقدم المرض يختلف من شخص لآخر بالنسبة للمراحل الثلاثة ومن الممكن أن يكون هناك تداخل في الأعراض من مرحلة إلى أخرى.

حيث أن **المرحلة الخفيفة** من مرض الزهايمر البسيط يمكنها أن تستمر من 2 إلى 4 سنوات أو أكثر. فالمرضى في هذه المرحلة من المرض يعانون من فقدان الاهتمام في الأمور التي كانوا يستمتعون بها من قبل. والصعوبة في العثور على أسماء الأشياء المعروفة وكما لديهم صعوبة في استعاب الأفكار المعقدة. ويكون المسنين في هذه المرحلة منتبهين وإجتماعيين ويتمتعون بالحياة ولكن من الممكن أن النسيان يتدخل في حياتهم اليومية وربما يحبطهم، لهذا السبب من الممكن أن يكونوا عاطفيين ومزاجيين أو يشعرون بعدم الاهتمام أو اللامبالاة. كما يعانون من تدهور عقلي خفيف واضطرابات في التفكير والعجز عن استخدام المفردات اللغوية المناسبة للتعبير عنها فيحس بالحزن والقلق ويبدأ في العزلة والإنطواء.

في هذه المرحلة يتم فيها التشخيص السريري لمرض الزهايمر، فتبدأ معاناة المريض في فقدان القدرات الإدراكية، ومن الأعراض والعلامات التي يعاني منها المصاب في هذه المرحلة نجد إرتباكه وإختلاط المواقع والأماكن المألوفة بالنسبة له وأخذ المريض وقتا أطول للقيام بالمهمات اليومية الاعتيادية واتخاذه لقرارات خائطة، وإصابته بالقلق واضطرابات الشخصية والمزاج.

أما في **المرحلة المعتدلة** من مرض الزهايمر المتوسط فغالبا يستمر المرض لأطول مدة من 2 إلى 10 سنوات، وفي هذه المرحلة فمن المحتمل أن الشخص يضيع بسهولة حتى في الأماكن التي يعرفها جيدا، لا يتذكر الأحداث الأخيرة، يحتاج إلى مساعدة أو إشراف على المهام مثل ارتداء الملابس أو الاستحمام، كما يتخيل أن بعض الأحداث حدثت ولكن في الواقع لم تحدث مثلما صرح بعض المتكفلين أن المريض يعاني من هذاءات أو ضلالات حيث يكون أفكار زائفة غير حقيقية مثل تخيل أن إبنه أو إبنته تريد قتله أو سرقة أمواله فيشك في حب الأبناء له ويعاني من الأرق والإضطراب فيجد صعوبة في النوم ومن الممكن أن يتجول دون هدف، ويقوم بتكرار الأعمال والحركات وكذلك عدم إدراك المصاب للوقت والمكان المناسبين للقيام بالأفعال. كما يواجه المريض صعوبات في اللغة وترتيب أفكاره.

أما في **المرحلة الحادة** من مرض الزهايمر الشديد والتي تستمر من 1 إلى 3 سنوات من المحتمل أن المريض ليس لديه القدرة على إستعمال أو فهم الكلمات. ومراعاة نفسه ولا التحرك بمفرده حتى التعرف على أفراد الأسرة. ففي هذه المرحلة من الضروري على المتكفل أن يراعي المريض بصفة مستمرة لمدة 24 ساعة في اليوم وسبعة أيام في الأسبوع[1].

[1] - عبد الرحمان عيسوي، **علم نفس الشواذ والصحة النفسية**، المرجع السابق، ص 145.

وتعد هذه المرحلة أشد مراحل الزهايمر وفيها يفقد المريض القدرة على تمييز أفراد العائلة والأصدقاء بشكل كلي ويغدو معتمدا تماما على الأخرين، وغالبا ما تسفر هذه المرحلة عن وفاة المصاب وخاصة جراء الإصابة بإلتهاب الرئة الشفطي ومن أعراض هذه المرحلة كذلك نقص الوزن، العدوى الجلدية والتشنجات العصبية، صعوبة البلغ، زيادة ساعات النوم وقضاء أغلب الوقت في السرير وفقدان القدرة على التحكم بإخراج البول والبراز.

من خلال ما عرضناه نستطيع القول بأن مرض الزهايمر مرض عصبي يمس كيلا الجنسين رغم اختلاف النسبة وارتفاعها عند الإناث وذلك لأنهن أقل صحة جسمية، نفسية وعصبية بالإضافة إلى الفروق البيولوجية والهرمونية. كما وجدنا أن المسنين من جميع الفئات العمرية في مرحلة الشيخوخة معرضين للإصابة بمرض الزهايمر ولكن أكبر نسبة لفئة ما بعد التقاعد أي بداية الشيخوخة حيث نجد هبوط في الصحة بصفة عامة والصحية العصبية بصفة خاصة مع تقدم السن وخاصة عند عدم ضبط عوامل التأقلم بالوضع الجديد والدخول في المرحلة العمرية النهائية وهي مرحلة الشيخوخة وما يصطحبها من تغيرات خاصة الإجتماعية منها الترمل بوفاة أحد الزوجين وإحساس الطرف الآخر بالوحدة والفراغ وحتى المتزوجين معرضين للإصابة بمرض الزهايمر وهذا طبعا وفقا لعينة بحثنا وكذا المطلقين حيث وجدنا عينة من كل حالة مدنية.

بالإضافة إلى تأثير الحياة الحضرية على الصحة العقلية والعصبية فإن الزحام واللامبالاة والضغوطات المختلفة المرتبطة بالحياة الحضرية كثيرا ما تسبب مشاكل صحية وعصبية أكثر ما تسببه الحياة الريفية بنمطها المعيشي وبتنظيمها القبلي حيث وجدنا أن الأشخاص الذين يعيشون في المدن أكثر إصابة بمرض الزهايمر من الأشخاص الذين يعيشون في الأرياف. كما يمكن إرجاع الاختلافات بين الأسر الريفية القائمة على نمط الأسرة الممتدة والأسر الحضرية القائمة على نمط الأسر النواتية حول مسألة الإصابة بمرض الزهايمر إلى اختلافات ثقافية هامة راجعة إلى اختلاف المستوى الإجتماعي والمناخ الثقافي وإلى إختلاف مستوى التعليم الحالة الإقتصادية التي تعيشها كل أسرة.

كما أن المسن يتعرض إلى عدد من التغيرات المصاحبة للكبر الطبيعي فإن تميز الأعراض المصاحبة للمرض المزمن يكون غالبا معقدا، كما تكون الأمراض المزمنة مستمرة ودائمة وتحدث تأثيرات ضارة ومتطورة غير قابلة للشفاء ومعظمها يقود إلى الوفاة. فكلما أصبح الشخص أكبر كلما أصبح أكثر عرضة للإصابة بمرض واحد أو أكثر من الأمراض المزمنة والحادة وكلما ازداد احتمال تعرض المسن إلى قصور ومحدودية في فعالياته وأنشطته تزداد الحاجة للمساعدة والرعاية.

الفصل السادس

تحليل الفرضية الأولى

I - مفهوم مرض الزهايمر في مرحلة الشيخوخة

II - نسق علاج مرض الزهايمر

I – مفهوم مرض الزهايمر في مرحلة الشيخوخة:

1 – المرض العصبي في مرحلة الشيخوخة:

جدول رقم 17: يبين علاقة المستوى التعليمي للمتكفل برأيه عن حتمية الإصابة بالمرض العصبي في مرحلة الشيخوخة.

المستوى التعليمي / حتمية الإصابة بالمرض العصبي	بدون مستوى	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
مرض حتمي	28 %82	26 %70	11 %37	04 %20	**69** **%57**
مرض غير حتمي	06 %18	11 %30	19 %63	16 %80	**32** **%43**
المجموع	**34** **%100**	**37** **%100**	**30** **%100**	**20** **%100**	**121** **%100**

يبين الجدول أعلاه أن الإتجاه العام يتجه نحو المتكفلين الذين صرحوا بأن المرض العصبي في مرحلة الشيخوخة مرض حتمي وذلك بنسبة 57% وتتأكد عند أصحاب بدون مستوى بنسبة 82% ثم نجد أصحاب المستوى المتوسط بنسبة 70% وتنخفض عند أصحاب المستوى الثانوي إلى نسبة 37% وتنعكس النسب عند المتكفلين الذين صرحوا بأن المرض العصبي في مرحلة الشيخوخة مرض غير حتمي وذلك بنسبة 43% فنجد أعلى نسبة لأصحاب المستوى الجامعي 80% ثم أصحاب المستوى الثانوي بنسبة 63% وتنخفض عند أصحاب المستوى المتوسط بنسبة 30%.

نستنتج أن المستوى التعليمي للمتكفل بالمسن المريض بالزهايمر يلعب دور في فهم وتفسير حتمية الإصابة بالمرض العصبي في مرحلة الشيخوخة حيث أن كلما زاد المستوى التعليمي كلما زاد الوعي وفهم المرض العصبي بإعتباره مرض غير حتمي في مرحلة الشيخوخة وكلما قل المستوى التعليمي قل فهم المرض العصبي وأعتبر مرض حتمي في مرحلة الشيخوخة.

يعرف المرض العصبي على أنه مجموعة الإضطرابات التي تصيب الفرد نتيجة لإصابات في جهازه العصبي في القسم المركزي أو المستقبل، وتتدرج الأمراض العصبية تحت لائحة الخلل في بعض الأعصاب مثل ضمور أجزاء من المخ تنتج عنه آلام مع أعراض كالنسيان أو تدهور في الذاكرة أو بعض حالات الشلل المؤدية إلى عجز بعض الحركات[1].

كما يعد المرض العصبي إضطرابا جسميا تشريحيا أو تلفا في الجهاز العصبي مثل الشلل النصفي أو الشلل الرباعي، والإضطرابات العصابية هي أكثر الإضطرابات النفسية حدوثا بمعنى أنها أكثر انتشار من الإضطرابات الذهانية خاصة عند المسنين[2]. لهذا وجدنا أن أكبر نسبة للمتكفلين يرون بأن المرض العصبي مرض حتمي في مرحلة الشيخوخة وعلى قولهم أن مرحلة الشيخوخة مليئة بالتغيرات خاصة التدهور الصحي للجسم وأكثر شيء يميز الإنسان المسن هو النسيان فيعتبرونه حالة طبيعية في مرحلة الشيخوخة أما الذين يرون بأن المرض العصبي غير حتمي كان تفسيرهم أن هناك من الأشخاص يصلون إلى أعمار متقدمة وعلى قولهم حتى 100 سنة بدون أي تدهور صحي.

إن الدخول في مرحلة الشيخوخة عملية طبيعية تتسلل بصورة بطيئة إلى الإنسان بعد مرحلة الشباب ويتفاوت مجيئها من إنسان إلى آخر. وهي ليست من الظواهر الثابتة التي تحدث في المراحل الأخيرة من حياة الفرد أو الكائن الحي عموما ولكنها سيالة تتأثر بفسيولوجية الفرد ونفسيته وبالبيئة الإجتماعية والإقتصادية والثقافية التي يعيش فيها واتجاهاتها التي يتقبلها ويتصرف طبقا لها.

ولا تعتبر الشيخوخة خاضعة لقانون الوهن البيولوجي والإضطرابات والأمراض الجسمية والنفسية والعقلية والعصبية. بل هي مرحلة في سلسلة حلقات الانسان نفضل بدايتها بسن الخامسة والستين لها سماتها وخصائصها وأزماتها شأنها شأن غيرها من المراحل السابقة عليها[3].

كما أن هناك فروقا فردية في السن التي يصل فيها الفرد إلى أن يكون مسنا وفي مقدار وكثافة الإضطرابات المصاحبة للتقدم في السن، فليس من الضروري أن نعيش جميعا شيخوخة مريضة ومعتلة، وإنما للعادات الطيبة أثرها الطيب في احتفاظ الإنسان بصحته. حيث أن هناك كثير من الدراسات الحديثة التي توحي أن المسنين في الغالب يحتفظون بقدراتهم وملكاتهم، وهناك رأي آخر يقول أن كل الأفراد لابد وأن تتدهور حالتهم ولو بدرجة بسيطة بالتقدم في السن.

---

(1) - جمال أبو دلو، **الصحة النفسية**، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن 2009، ص 293.

(2) - صالح حسين الداهري، وناظم هاشم العبيدي، **الشخصية والصحة النفسية**، دار الكندي للنشر والتوزيع، الأردن، 1999، ص 73.

(3) - نوال مجبور، المرجع السابق، ص 28.

إذا كانت الدراسات الحديثة تؤكد إمكانية احتفاظ المسن بقدراته وملكاته ولكن الرأي العام يعتقد أن عته الشيخوخة هو نتيجة حتمية للتقدم في السن[1]، وقد أوضح د. **ناثان شوك Natham shock** في كتابه المسمى "إتجاهات في علم الشيخوخة" الصادر عام 1951 أنه لا توجد علاقة حتمية بين الشيخوخة والإصابة بالأمراض المزمنة، والمرض العصبي غير طبيعي ولا حتمي فالعديد ممن تجاوزوا الخامسة والستين يبدون في صحة جيدة وفي الوقت ذاته نجد أن كثيرا من الشباب يعانون من العديد من الأمراض المزمنة، ومن ثمة فإن أوجه العجز والمرض التي يعاني منها بعض المسنين ليست وليدة مرحلة الشيخوخة ولكنها نتيجة التراكمات عبر الزمن بدءا من الأربعينات والخمسينات من عمر الإنسان. وقد أيد هذه الفكرة إدارة الأمن الفيدرالي – وهي جهاز الأمن الإجتماعي للدولة – عام 1952 حيث أوضحت أن الشيخوخة يمكن أن تكون فترة للمزيد من التطور وليست بالضرورة مرتبطة بالتدهور والإصابة بالأمراض خاصة الأمراض العصبية[2].

إذن ومن خلال ما تم استعراضه من آراء مختلفة حول حتمية الإصابة بالمرض العصبي نستنتج أن الرأي العام "المجتمع" ومنهم غير المتعلمين ولا المثقفين يرون أن الاصابة بالمرض العصبي في مرحلة الشيخوخة حتمي غير أن المثقفين والباحثين يرون العكس حيث أنه لا توجد علاقة حتمية بين مرحلة الشيخوخة والإصابة بالمرض العصبي.

[1] - عبد الرحمن عيسوي، **اضطرابات الشيخوخة وعلاجها**، المرجع السابق، ص 11.

[2] - يحي مرسي عيد بدر، المرجع السابق، ص 57.

2 – طبيعة مرض الزهايمر في مرحلة الشيخوخة:

جدول رقم 18: يبين علاقة المستوى التعليمي للمتكفل بمدى معرفته لمرض الزهايمر.

المستوى التعليمي / معرفة مرض الزهايمر / معناه حسب المبحوثين		بدون مستوى	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
نعم	فقدان الذاكرة النسيان	5 %15	6 %16	4 %13	2 %10	**17** **%14**
	ضمور للمخ	-	-	12 %40	18 %90	**30** **%25**
لا		29 %85	31 %%84	14 %47	-	**74** **%61**
المجموع		**34** **%100**	**37** **%100**	**30** **%100**	**20** **%100**	**121** **%100**

يبين الجدول أعلاه أن الإتجاه العام لمدى معرفة مرض الزهايمر تتجه نحو المتكفلين الذين صرحوا بأنهم لم يكونوا يعرفون مرض الزهايمر قبل إصابة أحد أفراد عائلتهم وذلك بنسبة 61% ويتضح أكثر عند أصحاب بدون مستوى بنسبة 85% ثم نجد أصحاب المستوى المتوسط بنسبة 84% وتنخفض النسبة عند أصحاب المستوى الثانوي إلى 47% وتنعدم عند أصحاب المستوى الجامعي.

أما فيما يخص المتكفلين الذين صرحوا بأنهم يعرفون مرض الزهايمر قبل إصابة أحد أفراد عائلتهم تقدر بـــ 39% وتدعم خاصة عند الذين يرون بأن الزهايمر عبارة عن ضمور المخ بنسبة 25% ويتضح أكثر عند أصحاب المستوى الجامعي بنسبة 90% ثم نجد أصحاب المستوى الثانوي بنسبة 40% وتنعدم عند أصحاب المستوى المتوسط وأصحاب بدون مستوى، أما الذين عرفوا مرض الزهايمر بأنه فقدان الذاكرة "نسيان" فالنسبة هي 14%. وتتضح أكثر عند أصحاب المستوى المتوسط بنسبة 16% وتليها نسبة 15% لدى الأفراد دون مستوى وتنخفض إلى نسبة 13% لأصحاب المستوى الثانوي.

نستنتج أن للمستوى التعليمي تأثير ودور في معرفة مرض الزهايمر حيث أن فئة كبيرة صرحت بعدم معرفتها المسبقة لمرض الزهايمر وتتضح أكثر عند أصحاب بدون مستوى تعليمي وحتى أصحاب المستوى المتوسط فأكثرهم أيضا صرحوا بعدم معرفتهم له، أما أصحاب المستوى التعليمي العالي حتى الثانويين لهم معرفة مسبقة بالمرض فمنهم من عرفه بأنه ضمور المخ وعلى حسب قول بعض المتكفلين أن المسن المريض يعاني من تقلص في حجم المخ وإنكماشه فيبدأ المريض بفقدان الذاكرة تدريجيا حيث ينس الأشياء القريبة ويتذكر الأشياء البعيدة. أما أصحاب المستويات المنخفضة فمنهم فئة صغيرة عرفت مرض الزهايمر بأنه مرض يعاني منه الفرد في مرحلة الشيخوخة وهو فقدان الذاكرة، ومعظمهم إستعملوا كلمة "النسيان".

تعود تسيمة مرض الزهايمر- مثلما قلنا سابقا إلى الطبيب الألماني الأصل **Alois Alzheimer** الذي يرجع له الفضل في وضع أول وصف وتقرير لهذا المرض سنة 1906 م، ويعرف الزهايمر بأنه داء يصيب المخ ويتطور ليفقد الإنسان ذاكرته وقدرته على التركيز والتعلم، وقد يتطور ليحدث تغييرات في شخصية المريض فيصبح أكثر عصبية أو قد يصاب بالهلوسة أو بحالة من حالات الجنون المؤقت، ولا يوجد حتى الآن علاج لهذا المرض الحظير إلا أن الأبحاث في هذا المجال تتقدم من عام لآخر، كما أثبتت الأبحاث أن العناية بالمريض والوقوف بجانبه تؤدي إلى أفضل النتائج مع الأدوية المتاحة.

كما يعرف علم النفس العصبي مرض الزهايمر على أنه مرض انحلالي **maladie dégénérative** يمس الجهاز العصبي المركزي، وهو نوع من أنواع الخرف وأكثرها انتشارا يظهر نتيجة لتغيرات عصبية بنيوية وكيميائية تصيب القشرة الجديدة **Néocortex**، الحصين **Hippocampe**، اللوزة **Amygda**، وتحت المهاد **Hypothalamud** [1]. ويعرف أيضا بأنه عبارة عن ضمور في خلايا المخ يؤدي إلى تراجع في الذاكرة وفي القدرات العصبية الذهنية وهو ليس مرحلة طبيعية من مراحل الشيخوخة – وهذا ما برهنا عليه سابقا – فهو مرض عصبي تدريجي يحدث عندما ما تتراكم البروتينات في الدماغ، وتسمى اللوحات **(Plaques)** والمتشابكة **(tomgles).** هذه البروتينات تضر الخلايا العصبية تدريحيا مما يؤدي إلى تدميرها، مما يزيد صعوبة التذكر عند الإنسان واستخدام المنطق واللغة، وبالتالي يصبح الانسان مرتبكا وتائها ويعاني من صعوبة في القيام بالمهام اليومية البسيطة مثل تحضير الأكل، إدارة الأعمال[2].

[1] - حياة مسعودة، المرجع السابق، ص 47.

[2] - نوال مجبور، المرجع السابق، ص 52.

كذلك يعتبر الزهايمر أحد الأمراض العصبية التي تصيب المخ يؤدي إلى فقدان غير متدارك للخلايا العصبية، كما يؤدي إلى قصور في القدرات الذهنية ووظائف الإدراك والذاكرة وفي تعريف جمعية الزهايمر الايرلندية لمرض الزهايمر، تصفه بأنه مرض عصبي تدريجي يحدث عندمل تتراكم البروتينات في الدماغ، تؤدي بدورها إلى ضرر بالخلايا العصبية وتدمير اللويحات الأمر الذي يزيد صعوبة التركيز عند الانسان واستخدام المنطق واللغة[1].

ولمرض الزهايمر أسس تشريحية تشبه تلك الخاصة بأمراض الشيخوخة، حيث توجد تغيرات في خلايا المخ لها شكل الخيوط المتشابكة ويطلق عليه خلايا الزهايمر السبنية.

ويطلق عليه بعض علماء النفس التدهور الكهولي، وهو لحسن الحظ مرض نادر الحدوث، ويصيب مخ المريض، وينجم عنه صعوبات في كلام المريض وتبكير بحدوث الشيخوخة، ووجوده يدل على الشيخوخة التي تصيب المريض قبل الأوان، وهو عبارة عن تدهور عقلي يصاحبه عدد من الأعراض وهو صورة مبكرة من عته الشيخوخة، تظهر في العقد الثالث أو الرابع من العمر. وبسير المرض بمعدلات سريعة، وعته الشيخوخة يطلق حالة المريض إذا عانى من الأعراض بعد سن 65 عاما.

كما يدل فحص دماغ المريض على وجود تدمير أو تلف كبير في عضو المخ أو في نسيج المخ العصبي، حيث يلاحظ أن المخ ينكمش في حجمه وتقل تقلصات لحاء المخ أو تضيق. ومع ذلك فإن سبب عته الشيخوخة غير معروف تماما – والحقيقة الواضحة في هذا الصدد أن درجة العته، وكذلك الإضطرابات السلوكية لا تتمشى دائما مع درجة تدهور الدماغ[2].

إن خطورة الإصابة بمرض الزهايمر تزداد مع تقدم العمر لأن نسبة إنتشاره مرتفعة في مرحلة الشيخوخة فهو أكثر شيوعا بين المسنين، لكنه من الممكن أن يحدث لمن هم في الأربعينيات والخمسينات وهذا ما وجدناه فعلا في الميدان ولكننا أقصيناهم عن عينة البحث لأننا خصصنا بحثنا لمرض الزهايمر في مرحلة الشيخوخة والذي يظهر نتيجة تلف عصبي في الدماغ، فالمصاب بهذا المرض يعاني من نقص في الخلايا مقارنة مع الشخص العادي، ومع تطور المرض يتواصل تقلص الخلايا حتى يؤثر على وظيفة الدماغ فتتكثف في المخ مادة تسمى **(Amyloide.B)** التي تؤدي إلى إنتاج تكوينات صفائحية غريبة تنتشر في المخ وتفسد عمله بالتدريج، كما يعرف **(Davous و Delacourte)** مرض الزهايمر على أنه مرض عصبي دائم ذو تطور تدريجي، يظهر على شكل إصابة ذهنية غير مسترجعة إلى أن يؤدي إلى حالة إختلالية[3].

---

(1) - سمير أبو حامد، المرجع السابق، ص 11.

(2) - عبد الرحمان عيسوي، **علم النفس الشواذ والصحة النفسية**، المرجع السابق، ص 143.

(3) - يحي مرسي عيد بدر، المرجع السابق، ص 63.

من خلال ما إستعرضناه نتوصل إلى نتيجة وهي أن جهل وعدم المعرفة المسبقة لمرض الزهايمر من طرف مجموعة كبيرة من عينة البحث أدى إلى تدهور حالة مريضهم وإنتقاله من المرحلة الأولى للمرض حيث يستطيع المسن الشفاء فيها إلى المرحلة الثانية أو الثالثة أين يستعصى الشفاء من المرض وللمستوى التعليمي للمتكفل بالمريض دور حيث أن هذا الأخير هو الذي يتحمل مسؤولية المسن المريض وهو الذي يقرر كيفية علاجه فالمسن المريض رفع عليه القلم لا يتدخل في أي شيء وذلك نظرا لعدم قدرته في التحكم في زمام الأمور فلم يعد مسؤولا لا على العائلة ولا حتى على نفسه فالمتكفل هو الذي يعتني به ويهتم بعلاجه.

بالإضافة إلى المستوى التعليمي الذي وجدنا أنه يلعب دورا هاما في فهم معنى مرض الزهايمر نجد كذلك المنطقة الجغرافية التي يسكن فيها المسن المريض حيث أننا وبعد تحليلنا لجدول رقم (1) (أنظر في الملحق 2) الذي "يبين علاقة المنطقة الجغرافية للإقامة بمدى معرفة مرض الزهايمر" وجدنا أن للمنطقة الجغرافية للإقامة دورا في فهم مرض الزهايمر حيث أن أعلى نسبة هي لعدم معرفة مرض الزهايمر بنسبة 61% وتتضح أكثر عند الساكنين في الريف بنسبة 87% مقابل نسبة 55% للساكنين في المناطق الحضرية وهذا راجع لما تفتقر إليه الأرياف الجزائرية من مدارس ومستشفيات وحتى المستوصفات العلاجية تكاد تنعدم وهذا طبعا على قول المتكفلين بالمرضى الذين إنتقلوا إلى العاصمة لعلاج أحد أفراد عائلتهم فلم يعرفوا نوع المرض وسبب الإصابة فلقد حاولوا علاجه من خلال اللجوء إلى العلاج الشعبي ولكنه لم ينفع ولم يشفى المريض ولهذا لجأوا إلى العاصمة حيث المستشفيات والعلاج الطبي أملا في شفاء مريضهم. بالإضافة إلى أن القاطنين بالأرياف لا يعتبرون المسن مريضا عندما تبدأ تظهر عليه أعراض مرض الزهايمر وخاصة فقدان الذاكرة بل هو عرض من أعراض الشيخوخة ورغم وجود وسائل الإتصال ولكن لا يوجد ثقيف بها إلا في بعض الأحيان.

كذلك نجد تأثير نمط الأسرة التي ينتمي إليها المسن المريض دور في فهم مرض الزهايمر فمن خلال قرأتنا لنسب الجدول رقم (2) (أنظر في الملحق 2) الذي "يبين علاقة نمط الأسرة بمدى معرفة مرض الزهايمر. وجدنا أن أعلى نسبة لعدم معرفة مرض الزهايمر بنسبة 61% وتتضح أكثر بنسبة 80% وهي للمبحوثين المرضى من أسر نواتية مقابل نسبة 31% للمبحوثين من أسر ممتدة وهذا الجهل الذي وجدناه عند المتكفلين راجع إلى أن المسن المريض بالزهايمر يعيش مع زوجته فقط أو العكس المسنة المريضة تعيش مع زوجها فقط وكيلاهما في مرحلة متقدمة من العمر وبدون أي مستوى تعليمي ولا وعي ثقافي ولا دراية طبية بهذا النوع من الأمراض، فعلى قول بعض المتكفلين أنهم وبعد ملاحظة بعض التصرفات والسلوكات غير السوية من طرف الشريك قرر علاجه بكل الطرق إلا أن وصل به الحال إلى المستشفى أين يتابع العلاج.

أما فيما يخص الذين يعرفون مرض الزهايمر كانت النسبة 39% وتتضح أعلى نسبة عند المبحوثين الذين يعيشون في أسر ممتدة ونستطيع تفسير وعي المتكفل الذي ينتمي إلى أسرة ممتدة حيث ينتمي أيضا المسن المريض إلى أن المتكفل إما الإبن أو الإبنة وهذا ما وجدناه في ميدان البحث ولهم مستوى تعليمي معتبر ويعرفون مرض الزهايمر بأنه ضمور بالمخ وذلك بنسبة 25% وهناك من عرفه بأنه نسيان أو فقدان الذاكرة والبعض منهم وعلى قولهم أنهم لم يعتبروا النسيان مرض بل إعتبروه مظهر من مظاهر الشيخوخة، لما تعتري مرحلة الشيخوخة من تغيرات ومنها فقدان الذاكرة فقد وقعوا في الخلط بين أعراض الشيخوخة ومرض الزهايمر. وعليه سنتطرق في النقطة الموالية إلى التعرف على أهم أعراض ومظاهر مرض الزهايمر حسب رأي المتكفلين بالمرضى.

3 – أعراض ومظاهر مرض الزهايمر:

جدول رقم 19: يبين علاقة المستوى التعليمي للمتكفل بفهمه لأعراض ومظاهر مرض الزهايمر.

المستوى التعليمي / أعراض ومظاهر المرض	بدون مستوى	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
إضطرابات في الذاكرة	29 %45	31 %41	29 %35	15 %22	**104** **%35**
اضطرابات في التصرفات	19 %30	22 %29	23 %27	18 %26	**84** **%29**
القلق والإكتئاب	12 %19	15 %20	18 %21	20 %29	**64** **%22**
إضطرابات عاطفية وذهانية	4 %6	8 %10	14 %17	16 %23	**40** **%14**
المجموع	**64** **%100**	**76** **%100**	**84** **%100**	**69** **%100**	*293 **%100**

يبين الجدول أعلاه أن أعراض ومظاهر مرض الزهايمر كثيرة ومتنوعة وعلى حسب المتكفلين نجد إضطرابات في الذاكرة بأعلى نسبة 35% تتضح أكثر عند أصحاب بدون مستوى بنسبة 45% ثم تليها ذوي المستوى المتوسط بنسبة 41% وتنخفض عند أصحاب المستوى الجامعي وذلك بنسبة 22%. ثم نجد إضطرابات في التصرفات بنسبة 29% وأعلى نسبة لأصحاب

* ارتفع المجموع بسبب تعدد الإجابات من طرف المتكفلين.

بدون مستوى 30% وأقل نسبة عند ذوي المستوى الجامعي بنسبة 26%، ثم نجد القلق والاكتئاب بنسبة 22% وأعلى نسبة لذوي المستوى التعليمي بنسبة 29% وتقل عند أصحاب دون مستوى بنسبة 19% وفي الأخير نجد إضطرابات عاطفية وذهانية بنسبة 14% وأعلى نسبة أيضا لذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة 23% وأقل نسبة لأصحاب بدون مستوى بنسبة 6%.

نستنتج أن للمستوى التعليمي للمتكفل دور في فهمه وملاحظته لأعراض ومظاهر مرض الزهايمر، حيث أن الإضطراب الشائع لهذا المرض هو إضطراب في الذاكرة أو النسيان مثلما عبر عنه معظم المتكفلين خاصة نسيان الأسماء والتواريخ والأماكن والوجوه وحتى نسيان إسمه الشخصي وعجز في ايجاد الكلمات أو الصعوبات اللغوية، والتخبط في محيط مألوف وكذلك إضطرابات في التصرفات حيث نجد عدم القدرة على وضع الأشياء في محلها بصفة يومية ونقص أو إنخفاض في القدرة على التحكم. وكذلك التغيرات في المزاج والسلوك والتغيرات في الشخصية، كما تظهر على المريض وعلى قول المتكفلين علامات القلق والإكتئاب بالإضافة إلى إضطرابات عاطفية وذهانية ولكن هذه الأخير لم يعبر عنها أصحاب دون مستوى وذلك لعدم معرفتهم بها.

لقد أمكن تمييز مرض الزهايمر من خلال المظاهر السلوكية لإضطرابات دماغية كثيرة مثل فقدان الذاكرة، وصعوبات التفكير والتواصل مع الآخرين إذ أن فقدان الذاكرة هو مرض تقدمي يزداد شدة مع التقدم بظهور الأعراض الأخرى لمرض الزهايمر مع ملاحظة أن فقدان الذاكرة للأحداث قريبة الوقوع أكثر مما هو للأحداث في الماضي البعيد، كما أن العوق في الذكاء وفي المعرفة شائعان مع صعوبات في التفكير المجرد والعمليات الحسابية ويصبح كذلك الانتباه، وإدراك الزمان والمكان والأشخاص معوقا أيضا، أما الصعوبات في الحكم فتتضمن عدم القدرة على التخطيط أو اتخاذ القرارات، وأن مشكلة إصدار الأحكام يمكن أن تزداد بسبب الافتقار إلى الإهتمام بأنشطة وفعاليات الحياة، كما أن الهبوط في مقدار العناية بالذات يصبح في الغالب مؤكدا ويمكن أن يجلب مشاكل في إدارة حياة المسن.

كما تكون الكآبة المعتدلة إلى الشديدة في المراحل المبكرة لزهايمر علامة مشاعة مميزة لهذا المرض، وعند تقدم المرض يمكن أن يصبح الضحايا متهيجين غير مرتاحين وغير متعاونين، ويمكن أن تحدث شكوك على قول المتكفلين حيث يشك المريض بكل من حوله سواء برغبتهم بقتله أو سرقة أمواله بالإضافة إلى الأوهام والهلاوس وغالبا ما تصاحبها انفجارات غضب وسوء استعمال لفظي، ويمكن أن ينبثق أيضا عجز عن ضبط الذات وصعوبات في الكلام وأنماط نوم مضطربة ومشاكل في تناول الطعام في المراحل الأخيرة للمرض، كما تضعف وتتناقص الكفاءات والقرارات العقلية بصورة متزايدة.

تعتبر إضطرابات النسيان كمؤشر هام في تشخيص مرض الزهايمر وتتمثل صعوبة إستعاب وإكتساب المعلومات الجديدة، نسيان متكرر لحوادث الحياة الحديثة (القريبة) أو البعيدة زمنيا، نسيان أسماء الأصدقاء الأقارب والمواعيد، وغالبا ما تكون إضطرابات الذاكرة مشتركة في بداية المرض مع مشاكل في التوجيه المكاني والزماني.

كما وصف الباحث الألماني **Alois Alzheimer** في 1907 أهم إضطرابات التعبير والفهم اللغوي التي تظهرعلى المصاب وهي تختلف من حالة لأخرى، تتمثل هذه الأعراض في نقص الكلمات وهي العلامات البارزة في بداية المرض، بالإضافة إلى صعوبة التسمية، التصنيف والاستدعاء وتظهر في بداية المرض تحويلات لفظية مع الاحتفاظ بالفهم الشفوي والكتابي ومع تقدم المرض تصبح كل البينات اللفظية مصابة سواء على المستوى الشفوي أو الكتابي ويتميز التعبير الشفوي برطانة، كما يكون الانتاج العفوي جد مضطرب[1].

إن مرض الزهايمر لا يؤدي إلى **إضطراب الوظائف المعرفية** فحسب كالذاكرة واللغة بل يمس السلوك أيضا، وتسير دراسات في علم النفس المرضي **psycho patgologie** أن إضطرابات السلوك تتطور وتتفاقم بتطور إضطرابات الوظائف المعرفية. ولقد أكد الباحث **Rousseau** أن الإضطرابات النفسية السلوكية تظهر منذ بداية المرض – وهذا ما عبر عنه نسبة معتبرة من المتكفلين حيث لاحظوا على مرضاهم إضطرابات في التصرفات – ونجدها عند كل المصابين بمرض الزهايمر إلا أنها تختلف من حالة لأخرى، حسب درجة تطور المرض وشخصية المصاب قبل الإصابة بالمرض وكذا المحيط الإجتماعي[2].

من أهم الإضطرابات التي تظهر على المصاب في بداية المرض هي الإكتئاب، القلق، الحزن، العدوانية...إلخ وبعض الاضطرابات الحيوية كاضطرابات التغذية والنوم، فالعدوانية سلوك سائد عند المصابين بمرض الزهايمر ونجده بنسبة 30 إلى 50% من الحالات ويتمثل السلوك العدواني في التعدي الجسمي على الآخرين عن طريق الضرب والعض، والتعدي اللفظي عن طريق الشتم والعبارات الغير اللائقة، بالإضافة إلى الهيجان وهو سلوك جد سائد نجده بنسبة 50% إلى 90% من الحالات المصابة بمرض الزهايمر يكون متبوع في أغلب الأحيان بسلوك عدواني، فالهيجان يتمثل في مجموعة من السلوكيات اللفظية والحركية الغير ملائمة والغير مراقبة من بينها: القولبية وهي القيام بأفعال لفظية أو حركية متكررة وغير إرادية كالفرار من المنزل، الصراخ بدون أي سبب[3].

---

(1) - نوال مجبور، المرجع السابق، ص 59.

(2) - حياة مسعودي، المرجع السابق، ص 86.

(3) - نفس المرجع، ص 89.

مع تطور المرض تصبح **الإضطرابات السلوكية** أكثر حدة كالتطور السريع للإضطرابات الذهانية **les psychoses**، كما يصبح المصاب غير واعي تماما بإضطراباته **Anosognosique**. فتحدث هذه الأعراض معاناة كبيرة وقلق شديد بالنسبة لعائلة المريض، والتي تصبح في وضعية تجهل فيها كيفية التعامل مع الشخص المصاب، هذا ما يؤدي بها أحيانا إلى وضع المصاب تحت الرعاية المتخصصة بمراكز خاصة بالنسبة للبلدان الأوروبية أما في بلادنا لا توجد مراكز متخصصة للعناية بمرضى الزهايمر، وهذا ما سنتطرق إليه بالتفصيل لاحقا.

كما يعتبر القلق مثله مثل الاكتئاب من بين المؤشرات المبكرة التي تظهر أحيانا قبل الأعراض الأخرى فالقلق راجع للتحولات والصعوبات التي يتلقاها المريض في حياته اليومية فحوالي 50% من مرضى الزهايمري يعانون من القلق، ويختلف الإضطراب من حالة إلى أخرى وحسب مرحلة تطور المرض. فيتطور هذا الإضطراب ويصبح أكثر تفاقما، إذ يتحول من سلوك القلق إلى أعراض جسدية وحركية نذكر منها وعلى قول المتكفلين فالمسن يشعر بجفاف الفم، إرتفاع الضغط الدموي، انخفاض ريتم حفقان القلب وهناك من أضاف إضطرابات النوم، الهروب من المنزل، كذلك التخوف الشديد من ردة فعل الآخرين وخاصة رفض المحيط العائلي له فهناك من المتكفلين صرحوا لنا بأن إصابة أحد أفراد عائلتهم خلق نوع من التشتت في العائلة ورفض البعض تحمل مسؤولية الاعتناء بالمسن المريض.

بالإضافة إلى **الإضطرابات العاطفية** حيث يتميز إضطراب العاطفة عند المريض الزهايمري بفقدان الاحساس باللذة الذي يترتب عنه حالة اللامبالاة والخمول وعدم الاستقرار العاطفي والتغيير الدائم والمفاجئ للمشاعر العاطفية وقلة التفاعل مع المنبهات العاطفية مع خمول تام.

أما **الإضطرابات الذهانية** فتظهر في أغلب الأحيان على شكل اضطرابات حادة في مرحلة متقدمة من مرض الزهايمر خاصة عند المصابين الذين يعانون من اضطرابات حادة على مستوى الوظائف المعرفية وهي ثلاثة أنواع.

النوع الأول هو الأفكار الذهانية الخرافية ويتمثل هذا النوع من الإضطرابات في الاعتداء وإلحاق الأذى بالآخرين والغيرة المفرطة وتعتبر هذه السلوكيات عوامل خطيرة على أفراد العائلة والمحيط، وتعكس هذه الأفكار الأعراض الحادة للهيجان والعدوانية.

والنوع الثاني هو الهلوسة حيث تظهر عند حوالي 21% من المصابين بمرض الزهايمر وهي تزداد خطورة مع تطور المرض، وقد تكون مصحوبة بأفكار ذهانية واضطرابات معرفية وسلوكية أخرى، تظهر الهلوسة البصرية أكثر من الهلوسة السمعية – فكثيرا ما يدعي المريض رؤية شخص متوفي مثلا.

والنوع الثالث هو الاضطرابات الخاصة بالتعرف على الأشخاص وهي إضطرابات ذهانية تظهر في مرحلة متطورة من المرض، وتتمثل في صعوبات التعرف على الأمكنة أو الأشخاص وكذلك عدم التعرف على نفسه في المرآة، وتعتبر هذه الصعوبات كنتيجة لإضطرابات التعرف. والآن[1] ننتقل إلى محاولة التعرف على أهم العوامل المسببة لمرض الزهايمر وطبعا من خلال آراء المتكفلين بالمرضى.

4 – العوامل المسببة في الإصابة بمرض الزهايمر:

جدول رقم 20: يبين علاقة المستوى التعليمي للمتكفل بتقديره للعوامل المسببة في الإصابة بمرض الزهايمر.

المستوى التعليمي / العوامل المسببة	بدون مستوى	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
عوامل عائلية	7 %16	8 %15	5 %9	4 %8	**24** **%12**
عوامل نفسية	-	-	6 %11	10 %21	**16** **%8**
عوامل إجتماعية	9 %20	10 %19	8 %14	06 %12	**33** **%16**
عوامل صحية	5 %11	7 %13	7 %12	9 %18	**28** **%14**
عوامل وراثية	2 %5	5 %9	9 %16	8 %17	**24** **12%**
عوامل ديموغرافية	10 %23	11 %21	12 %21	7 %14	**40** **%20**
عوامل إقتصادية	11 %25	12 %23	10 %17	5 %10	**38** **%18**
المجموع	**44** **%100**	**53** **%100**	**57** **%100**	**49** **%100**	***203** **%100**

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أو الإتجاه العام للعوامل المسببة في الإصابة بمرض الزهايمر حسب رأي المتكفلين هي للعوامل الديموغرافية بنسبة 20% وتتضح أكثر عند أصحاب بدون مستوى بنسبة 23% وتنخفض عند الجامعين بنسبة 14%، ثم نجد العوامل الإقتصادية بنسبة 18%

[1] - حياة مسعودي، المرجع السابق، ص 88.

* ارتفع المجموع عن المجموع الحقيقي للعينة بسبب تعدد الإجابات.

وتتضح أكثر عند أصحاب بدون مستوى بنسبة 25% مقابل 10% للجامعين، ثم نجد العوامل الإجتماعية بنسبة 16% وتتضح أكثر أيضا عند أصحاب بدون مستوى بنسبة 20% مقابل 12% للجامعيين، ثم نجد العوامل الصحية بنسبة 14% وتتضح أكثر عند الجامعيين بنسبة 18% وتقل إلى أن تصل 11% لأصحاب بدون مستوى. ثم نجد العوامل الوراثية بنسبة 12% وتتضح أكثر عند الجامعيين بنسبة 17% وتنخفض تدريجيا إلى أن تصل 5% عند أصحاب بدون مستوى، كما نجد العوامل العائلية بنفس النسبة أي 12% وفي الأخير نجد العوامل النفسية بنسبة 8% وتتضح أكثر عند الجامعيين بنسبة 21%.

من خلال هذه الاحصائيات نلاحظ أن أصحاب المستوى العالي ركزوا أكثر على العوامل الصحية والوراثية والنفسية أما أصحاب المستويات الدنيا فلقد ركزوا أكثر على العوامل الديموغرافية خاصة (السن) والإقتصادية والإجتماعية.

نستنتج أن هناك تعدد الآراء حول العوامل المسببة في الإصابة بمرض الزهايمر فبعد إدخالنا لمتغير المستوى التعليمي وجدنا أن أهم عامل مسبب للمرض حسب رأي المتكفلين هو العامل الديموغرافي الذي نقصد به خاصة السن حيث أن كل المتكفلين أشاروا بنسب متفاوتة حسب المستوى التعليمي إلى أن السن عامل مهم للإصابة حيث أن الفرد عندما يكبر ويدخل مرحلة الشيخوخة يبدأ جسمه في التدهو، فيعتبر التقدم بالعم من أكثر العوامل المشجعة لظهور المرض حيث أن غالبية المرضى يصابون به بعد سن الخامسة والستين، وتزداد فرصة المرض بنسبة الضعف كل خمسة أعوام تالية لهذا السن حتى نسبة 50% عند سن 85 سنة.

بالإضافة إلى العوامل الإقتصادية التي يعيشها الفرد وعلى حسب قول بعض المتكفلين أن للإحالة على التقاعد أثر سلبي على صحة المسن خاصة صحته النفسية. ولما من علاقة بين الجانب الإقتصادي والإجتماعي فلقد وجدنا أيضا هناك من أصر على أن للعوامل الإجتماعية التي يعيشها المسن أثر على صحته وكذلك يجب الأخذ بعين الاعتبار بأن مرحلة الشيخوخة مليئة بالمشاكل الصحية وتعدد الأمراض المزمنة والحادة وهذا ما تطرقنا إليه سابقا. فهذا الجانب أيضا يلعب دور وله تأثير في إصابة المسن بالزهايمر.

كما توصلنا أيضا إلى أن للعوامل العائلية تأثير على صحة المسن حيث أن المشاكل العائلية المتعددة التي يتخبط فيها المسن قد تؤدي به إلى الإصابة بالمرض وكذلك العوامل الوراثية وعلى قول بعض المتكفلين أن هناك من العائلة الذين أصيبوا بمرض الزهايمر فللوارثة أيضا تأثير. وفي الأخير العوامل النفسية التي لم نجدها عند كل من لهم مستوى متوسط أو بدون مستوى، وهذا راجع إلى أن العوامل النفسية غير مرئية فلم يستطيعوا التعبير عنها فقط أصحاب المستوى العالي الذين يأخذون الجانب النفسي بعين الاعتبار في تأثيره على الإصابة بمرض الزهايمر.

إن البحث عن العوامل التي تساعد على الإصابة بمرض الزهايمر وايجاد طرق للوقاية من بعضها، ميدان صعب ومهم في نفس الوقت لفتح المجال للبحث عن إمكانيات التقدير والتنبؤ بالمرض ورغم أن سببا محددا لمرض الزهايمر لم يشخص بدقة حتى الآن إلا أن أنواعا متعددة لخلل الدماغ والتي ترتبط بمرض الزهايمر قد وجدت عند المسنين المصابين بالعته، كما أن هناك دليل على وجود استعداد وراثي للإصابة بمرض الزهايمر عند بعض العائلات إذا أكتشفت الجين الخاص بهذا المرض حيث تلعب العوامل الوراثية أحيانا دورا هاما في الإصابة بهذا المرض فقد اتضح للباحثين أن ثلث المصابين بالمرض ممن لم يرثوه عن أبائهم لهم أقارب مصابون به، وكلما كان سن المصاب صغيرا كان إحتمال إصابة أقاربه به أكبر وأين تجاوز السبعين فإن إحتمال انتقال المرض بالوراثة إلى أقاربه يكون أقل[1].

إن المرض قد لا يكون له سببا واحد بل أسباب عديدة متداخلة بعضها البعض، كما أن إحتمال الإصابة به يتزايد مع تقدم السن نحو 5% من الناس في ما بين سن 65-75 يعانون مرض الزهايمر، بينما نسبة المصابين به في سن 85 عاما فما فوق يصل إلى 50%.

من هنا نستنتج أن عامل السن يمكن أن يكون سببا للإصابة وهذا ما عبر عنه معظم المتكفلين حيث أرجعوا سبب الإصابة إلى الكبر في السن والدخول في مرحلة الشيخوخة المليئة بالتغيرات المساعدة على الإصابة - وهذا ما سنطرق إليه لاحقا بالتفصيل - حيث أن السن العامل الأول الذي قد يؤدي إلى الإصابة بالخرف عامة وبمرض الزهايمر خاصة وقد قام الباحث **(Jorm)** بنشر تحاليله المقسمة إلى 23 دراسة حول علاقة مرض الزهايمر بالسن، وضح هذا التحليل التطور المتغير للإختلالات ومرض الزهايمر تناسبا مع تصاعد السن، وأن هذه الإحصائيات تتضاعف كل 05 سنوات[2].

بالإضافة إلى عامل الجنس حيث توصلت الدراسات إلى أن فئة النساء هن أكثر عرضة للإصابة بمرض الزهايمر، وهذا لوجود نسب عالية في الإصابة عند فئة النساء مقارنة مع فئة الرجال وهذا ما تأكد لنا في بحثنا هذا حيث أن عينة بحثنا تشمل على نسبة 54% نساء مقابل 46% رجال. وهذا يمكن تفسيره بأن المرأة تعاني أكثر من الرجل في الأعراض الدالة على الاضطراب النفسي خاصة الاكتئاب والمرأة أقل صحة جسمية، نفسية وعصبية من الرجل وهذا بسبب الفروق البيولوجية والهرمونية.

[1] - جمال محمد سعيد، المرجع السابق، ص 137.

[2] - نوال مجبور، المرجع السابق، ص 69.

كما صنفت الإصابة بأمراض جسمية مثل الإصابة الوعائية على أنها عامل من العوامل التي قد تهدد بالإصابة بمرض الزهايمر في سنة 1990، وتوجد العديد من العوامل المعروفة سابقا التي يمكن أن تؤدي الإصابة به في الميدان الوعائي، مثل ارتفاع الضغط الدموي **Hypertension** وداء السكري **Diabète**، ارتفاع الكلسترول في الدم[1]. وهذا ما تأكد لنا من خلال بحثنا هذا حيث أننا وجدنا أن كل المسنين المرضى بالالزهايمر يعانون من مرض أو أكثر من الأمراض الجسمية خاصة التي سبق ذكرها وعليه نستنتج أن الصحة والمرض دور مهم في الإصابة بمرض الزهايمر.

بالإضافة إلى الظروف النفسية المزمنة مثل التعرض لليأس أو الحزن لوفاة شخص عزيز أو الأحوال المادية المتدهورة أو الفشل المعنوي أو الأدبي، كذلك وجدنا تأثير العوامل الإجتماعية والإقتصادية ويدخل في هذه العوامل تغير الظروف الإقتصادية للمسن نتيجة للعجز عن العمل والحياة على موارد مالية محدودة كالمعاش مثلا أو ما تم توفيره في سن النشاط ويصبح المورد الإقتصادي مشكلة لأولئك الذين ليس لهم مورد ثابت لسد الحاجات الأساسية. وكما نجد عامل الاستيداع فبعد أن كان الفرد قادرا على العمل والانتاج إلا أن الفرص المفتوحة أمامه لاستغلال هذه الطاقة محدودة فيشعر الفرد بأنه غير مرغوب فيه وأنه لا فاعلية له.

أيضا نجد عوامل عائلية تكمن في عزلة المسن حيث ينسحب عنهم الأبناء إجتماعيا وإقتصاديا في الوقت الذين هم بحاجة إلى أبنائهم كسند يتكيئون عليهم، كما هم بحاجة إلى عطفهم وحنانهم لضعفهم وهذا ما وجدناه في ميدان بحثنا حيث أن نسبة كبيرة من الأباء يعيشون بعزلة عن فروعهم وأبنائهم حيث يعيشون لوحدهم وهذا ما يؤثر سلبا على صحتهم الجسدية وصحتهم النفسية كما أنه يؤدي إلى تفكك الروابط الأسرية وضعف عاطفة البنوة اتجاه الآباء.

بالإضافة إلى المشاكل العائلية التي يعاني منها بعض المسنين من طلاق وضيق المسكن بعد كبر الأبناء ورغبتهم في الزواج وأيضا العوامل الجسمانية ومن بينها الاستعدادات الوراثية والتغيرات المصاحبة للشيخوخة وما يتعرض له الفرد من أمراض وحوادث وإصابات قبل الشيخوخة وأثناءها.

إذن نستنتج أن هناك عوامل وراثية وعوامل مهيئة تكوينية للإصابة بمرض الزهايمر في مرحلة الشيخوخة ولا يمكن إرجاع سبب الإصابة إلى عامل واحد بل يمكن أن تشترك عدة عوامل للإصابة.

---

[1] - سعد جلال، المرجع السابق، ص 326.

بعدما تعرفنا على آراء المتكفلين حول مفهوم المرض العصبي عامة ومرض الزهايمر خاصة وأهم أعراضه وأسباب الإصابة به ننتقل إلى التعرف على الوجهة الأولى للمتكفلين للعلاج وأساس إختيارهم لنسق علاج المسن المريض بالزهايمر.

II- نسق علاج مرض الزهايمر.

1 - اختيار الوجهة الأولى للعلاج.

جدول رقم 21: يبين علاقة المستوى التعليمي للمتكفل باختيار الوجهة الأولى للعلاج.

المستوى التعليمي / الوجهة الأولى	بدون مستوى	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
الطبيب العام	11 %32	12 %32	7 %23	2 %10	**32** **%26**
المختص النفسي	/	/	5 %17	3 %15	**8** **%7**
الطبيب العقلي	/	8 %22	6 %20	4 %20	**18** **%15**
الطبيب العصبي	/	/	8 %27	11 %55	**19** **%16**
الراقـــي	23 %68	17 %46	4 %13	/	**44** **%36**
المجموع	**34** **%100**	**37** **%100**	**30** **%100**	**20** **%100**	**121** **%100**

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن الإتجاه العام للوجهة الأولى التي اختارها المتكفل لعلاج المريض هي الراقي بنسبة 36% وتتضح أكثر عند أصحاب بدون مستوى بنسبة 68% وتنخفض عند أصحاب المستوى الثانوي بنسبة 13% ثم نجد الوجهة إلى الطبيب العام بنسبة 26% وتتضح أكثر عند أصحاب بدون مستوى و مستوى متوسط بنسبة 32% ثم نجد الوجهة إلى الطبيب العصبي بنسبة 16% وتتضح أكثر عند الجامعيين وذلك بنسبة 55% وتنعدم عند أصحاب بدون مستوى والمستوى المتوسط ثم نجد الوجهة إلى الطبيب العقلي بنسبة 15% وتتضح أكثر عند أصحاب المستوى المتوسط بنسبة 22% وفي الأخير نجد الوجهة إلى المختص النفسي بنسبة 7% وتتضح أكثر عند أصحاب المستوى الثانوي بنسبة 17% وتنعدم عند أصحاب المستوى المتوسط وبدون مستوى.

نستنتج أن للمستوى التعليمي للمتكفل دور في فهم المرض وتشخيصه واختيار الوجهة الأولى للعلاج حيث توصلنا إلى أن أصحاب بدون مستوى كانت وجهتهم الأولى هي الراقي وهذا دليل على عدم وعيهم بمرض الزهايمر قبل إصابة أحد أفراد عائلتهم فلم يستطيعوا فهمه واختيار الوجهة المناسبة للعلاج وعلى قول بعض المتكفلين أن المسن المريض كان يعاني من أعراض تشبه أعراض الوسواس ولهذا فضلوا الطب الشعبي عن طريق الرقية ولكنهم إكتشفوا أن ما يعانيه المريض هو مرض يحتاج إلى علاج طبي فغيروا الوجهة فهناك من اتجه إلى الطبيب العام وجههم إلى المستشفى بمصلحة طب الأعصاب أين يتواجد المختصون بهذا المرض.

نفس الشيء وجدناه عند أصحاب المستوى المتوسط ولكن القليل منهم من اتجه إلى الطبيب العقلي وكانت حجتهم أن المسن يعاني من أعراض الجنون فإعتقدوا بأنه جن وفقد عقله لأنه لا يميز بين أولاده ويشك في كل من حوله ويعاني من إضطرابات في سلوكه. أما أصحاب المستوى الثانوي فتعددت الإجابات، حيث هناك من اتجه إلى الراقي بحجة أن المريض يعاني من المس وهناك من اتجه إلى الطبيب العام بحجة عدم معرفة نوع مرضه وهذا الأخير وجههم إلى المستشفى تخصص طب عصبي. وهناك من اعتقد بأن المريض مجنون فذهب به إلى الطبيب العقلي، نفس الشيء وجدناه عند الجامعيين ولكن لم نجد أحد منهم إتجه للراقي وعلى قول بعض المتكفلين أن ما يعانيه المريض ليس من تخصص الطب الشعبي ولا الراقي، ولصعوبة تشخيص المرض وذلك لتشابه أعراض الشيخوخة بأعراض مرض الزهايمر وجدنا أن هناك من إتجه للعلاج عند الطبيب العام للاستشارة الطبية وهناك من اتجه إلى المختص النفسي أو الطبيب العقلي. ولكن أكبر نسبة للمتوجهين للطبيب العصبي هي لصالح الجامعيين وهذا دليل أن للمستوى التعليمي دور في اختيار الوجهة الأولى المناسبة لعلاج مرض الزهايمر.

نستنتج أن المستوى التعليمي يلعب دورا هاما في فهم نوع المرض واختيار الوجهة الأولى للعلاج. حيث أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما إتجهنا نحو العلاج الطبي وكلما انخفض المستوى التعليمي كلما لجأ المتكفلين إلى العلاج عن طريق الرقاة وهذا حسب اتجاهات المبحوثين. كما نجد أن العائلة عندما تلاحظ الأعراض والتصرفات الغريبة وغير العادية على أحد أفرادها فيكون هدفها الأول والأخير هو علاج مريضها ومحاولة إعادة التوازن إليه فنجدها تستعمل كل الطرق الممكنة والمتوفرة لمساعدة مريضها على الشفاء.

إن علينا أن نعترف بأن معرفتنا بالعمليات التي تدفع الأفراد إلى اللجوء لمختلف أنواع الرعاية الطبية محدودة، وكل ما هو متاح لدينا هو مجموعة الملاحظات والانطباعات التي استقيناها من الميدان حول هذه العمليات، وأثرها في الثقافات المختلفة والظروف الإجتماعية المتباينة، فهناك جوانب إجتماعية وثقافية عديدة لكن معرفتنا بها لا تزال محدودة، فالثقافة

والتنظيم الإجتماعي والقرابة والصداقة والإتجاهات الطبية كلها متغيرات مؤثرة في عملية التوجه نحو طلب الرعاية الطبية، فلقد لاحظنا أن سلوك المريض يختلف باختلاف المحاولات التي يبذلها للتعامل مع الحالة المرضية.

كما نجد أن العائلة تبحث عن مساعدة مريضها بكل الوسائل المتاحة لها، حيث وجدنا أن معظم العائلات تستفسر حول ضرورة الذهاب إلى الطبيب وكذلك اختيار الطبيب ذاته من طبيب عام أو مختص نفسي أو طبيب عقلي أو طبيب الأعصاب أو الذهاب إلى الراقي، وهذا يعني أن بعض العائلات قد مرت بتجارب غير رسمية قبل الإتجاه إلى الاستفادة من الخدمة الطبية المتخصصة، وهذه الشبكة من الاستشارات تعد جزءا من المجتمع، وتفرض شكلا معينا على الإتجاه نحو طلب الخدمة الطبية، كما لاحظنا أن هذه المؤثرات الثقافية الخارجية العامة قد تتعارض في تعريفاتها لمرض الزهايمر مع التعريفات الطبية المتخصصة، وفي هذه الحالة قد تؤدي إلى إجحاف الأشخاص عن الاستفادة من الخدمات الطبية وتدهور صحة المريض والانتقال من المرحلة الأولى القابلة للعلاج والشفاء إلى المرحلة الثانية أو المرحلة الأخيرة المستعصية العلاج ولا يمكن الشفاء. حيث أنه عادة ما يلجأ بعض الأشخاص إلى الرقاة، ويختلف تأثير هذا الأخير باختلاف مدى الاعتراف الثقافي في المجتمع المحلي به فكلما قل هذا الاعتراف كلما إزداد اعتماد الأشخاص على العلاج الطبي.

بالإضافة إلى المستوى التعليمي الذي برهنا أن له تأثير على اختيار الوجهة الأولى لاحظنا تأثير المنطقة الجغرافية التي يعيش فيها المسن المريض "أنظر الجدول رقم 3 في الملحق 2" الذي "يبين علاقة المنطقة الجغرافية للإقامة باختيار الوجهة الأولى للعلاج"، حيث ترتفع النسبة لصالح الراقي عند المجتمع الريفي بنسبة 83% وتنخفض عند المجتمع الحضري بنسبة 26% والعكس فيما يخص الإتجاه إلى الطبيب العام أو المختص فهي تنخفض عند المجتمع الريفي بنسبة 17% وترتفع عند المجتمع الحضري بنسبة 29%.

يمثل المجتمع الريفي بيئة خصبة لممارسة الطب غير الرسمي نظرا لخلوها تقريبا من الخدمات الصحية، حيث يعتمد الممارسون على الوراثة واكتساب الخبرة عن الآباء والأجداد والاجراءات العلاجية التي يقومون بها في أي مكان، ويحترف الممارسون القدرة على استخدام العلاج بالأعشاب والرقية وغيرها من الوسائل، كما تعتمد منظومة العلاج الشعبي على مرتكزات تمثل عامل جذب يدفع المسنين إلى اللجوء إليها حيث أن العلاج الشعبي يرتكز في التداوي على مكونات البيئة الطبيعية ذات الآثار الجانبية القليلة والرقية الشرعية المستمدة من القرآن الكريم والسنة النبوية، هذا فضلا عن تواضع المعالجين الشعبيين واستخدامهم مفردات طبية تتفق والسياق الثقافي والإجتماعي الذي يعيش فيه المسنين، بالإضافة إلى انتقال المعالج إلى حيث يقيم المريض عكس الطبيب الذي لا يتنقل إلى المنزل بل على المريض الذهاب إليه.

ويجب أيضا الأخذ بعين الاعتبار مصاريف النقل إلى المدينة وتكلفة العلاج الذي يلعب دور في العزوف عن الذهاب إلى الطبيب وتفضيل المعالج الشعبي الذي له مكانة معتبرة في وسط المجتمع الجزائري، وهذا ما سنتطرق إليه بالتفصل ونحاول إظهار سبب ممارسة أو عدم ممارسة العلاج الشعبي من طرف المتكفلين بالمبحوثين المرضى بالزهايمر.

2 – ممارسة العلاج الشعبي.

جدول رقم 22: يبين علاقة المستوى التعليمي للمتكفل بممارسة العلاج الشعبي.

المستوى التعليمي / ممارسة العلاج الشعبي	التعليل	بدون مستوى	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
نعم	الايمان بقدراته العلاجية	15 %65	08 %47	1 %25	/	**24** **%55**
	لاعتقاد بأن المريض مسحورا أو مسكون	8 %35	09 %53	3 %75	/	**20** **%45**
المجموع الجزئي I		23 %68	17 %46	4 %13	/	**44** **%36**
لا	لعدم الايمان به	4 %36	12 %60	8 %31	09 %45	**33** **%43**
	لعدم منفعته لهذا المرض	7 %64	08 %40	18 %69	11 %55	**44** **%57**
المجموع الجزئي II		11 %32	20 %54	26 %87	20 %100	**77** **%64**
المجموع الكلي		**34** **%100**	**37** **%100**	**30** **%100**	**20** **%100**	**121** **%100**

من خلال الأجوبة المقدمة من طرف المتكفلين بالمرضى، يتبين أن هناك عدة أراء حول ممارسة العلاج الشعبي فنجد أكبر نسبة لعدم ممارسته وذلك بـــ 64% مقابل نسبة أقل للذين مارسوا العلاج الشعبي، وذلك بـــ 36%.

نستنتج أن هذه الآراء تختلف حسب اختلاف المستوى التعليمي، حيث أنه كلما كان المستوى التعليمي منخفض كلما ارتفعت نسبة الممارسين وتنخفض نسبة غير الممارسين والعكس عندما يرتفع المستوى التعليمي تنخفض نسبة الممارسين وترتفع نسبة غير الممارسين حيث أن نسبة هذه الأخيرة هي 64% وتتضح أكثر عند أصحاب المستوى الجامعي بنسبة 100% ثم نجد أصحاب المستوى الثانوي بنسبة 87% وتنخفض تدريجيا إلى أن فصل 32% عند أصحاب بدون مستوى وأعلى نسبة لعدم ممارسة العلاج الشعبي بحجة عدم منفعته لهذا المرض هي بنسبة 57% ومن هنا نجد أن هناك وعي بمفهوم المرض وهذا مقابل نسبة 43% بحجة عدم الايمان بالعلاج الشعبي فرغم وجوده منذ عقود مضت إلا أن هناك من المتكفلين لا يؤمنون بقدراته العلاجية.

أما فيما يخص نسبة الممارسين للعلاج الشعبي فقد قدرت بـــ 36% وتتضح أكثر عند أصحاب بدون مستوى بنسبة 68% ثم نجد أصحاب المستوى المتوسط بنسبة 46% وأعلى نسبة لممارسة العلاج الشعبي هي 55% وذلك بحجة الإيمان بقدراته العلاجية وهذا باعتباره علاج قديم وله مكانة معتبرة في المجتمعات رغم التطور العلمي والتكنولوجي وتتضح أكثر عند أصحاب بدون مستوى بنسبة 65% ثم نجد أصحاب المستوى المتوسط بنسبة 47%. أما فيما يخص الممارسين للعلاج الشعبي بحجة الاعتقاد بأن مريضهم مسكون أو مسحور فتقدر النسبة بـــ 45% وهذا راجع إلى حقيقة مسلم بها أن الإنسان يمكن أن يسكن بجن أو يتعرض لسحر من طرف شخص آخر وهذا ما أقره ديننا الحنيف في القرآن الكريم.

ولكن معظمهم في آخر المطاف عرفوا أن العلاج الشعبي لا ينفع في حالة مرض الزهايمر والدليل على ذلك تواجدهم في المستشفى لعلاج مريضهم واستجوابهم عن مدى تحسن المريض من خلال العلاج الشعبي، فكان جواب معظم المتكفلين الذين مارسوا العلاج الشعبي هو عدم تحسن المريض بل العكس تدهورت حالته وهذا الإتجاه وجدناه خاصة عند أصحاب المستوى الثانوي. "أنظر الجدول رقم 4 في الملحق 2" يبين علاقة المستوى التعليمي للمتكفل بنظرته لمدى تحسن المريض من خلال ممارسته للعلاج الشعبي. حيث نجد نسبة 86% من المتكلفين أقروا بعدم تحسن حالة مريضهم مقابل نسبة 14% لاحظوا تحسن طفيف وطبعا هنا العينة تقلصت عن المجموع الحقيقي وهذا راجع إلى أن فئة صغيرة فقط مارست العلاج الشعبي.

تشير المعلومات المتوفرة لدينا حول ممارسة العلاج الشعبي في المجتمعات المختلفة وحتى في المجتمع الجزائري إلى أن هناك اعترافا شائعا بأهمية كل من العوامل الإجتماعية في تعليل المرض وبأثر العلاقات الشخصية المتبادلة في العلاج، وتتوقف فعالية الطب الشعبي مهما كان إلى درجة كبيرة على هذه الحقيقة. وكانت الممارسة البدائية التي تعتمد على الايديولوجية

الأخلاقية الدينية تعالج القلاقل والذنوب من خلال علاقتها بالحياة الإجتماعية، كما كانت ترتكز على العلاج الإحيائي وتعطي لأثار العلاقات الشخصية دورا هاما في العملية العلاجية، وكذلك كانت تميل إلى تعبئة الموارد التضامنية في المجتمع في مساعدة وإعانة وإراحة الشخص المريض باعتبار التضامن معيارا يدعمه البناء الإجتماعي في المجتمع.

يختلف مثلما رأينا سابقا تعريف مرض الزهايمر من عائلة إلى أخرى وذلك حسب نمطها الثقافي كما أن التطور الإجتماعي لهذه العائلات وللمجتمع ككل، إنما يعني تطور في التصور الثقافي للمرض، فمثلما رأينا أن هناك عائلات كثيرة لا تعرف معنى مرض الزهايمر إلا بعد إصابة أحد أفراد عائلتها وبعد اللجوء إلى أطراف غير طبية كالعلاج الشعبي أو إلى طبيب عام وبعد التشخيص الطبي يوجه المصاب إلى طب الأعصاب أين الطبيب المختص بعلاج مرض الزهايمر. أما غيرها من العائلات فترى بأن المرض حالة من المعاناة أي أن المرض هو ألم بيولوجي غير طبيعي أو إضطراب عقلي يسبب أعراض معينة للإنسان، ويتطلب نوع معين من الرعاية ولقد كانت حجة هذه العائلات لعدم ممارستها للعلاج الشعبي هو عدم الايمان به كطريقة لعلاج المرضى بالزهايمر، وكذلك الوعي بعدم نفعه في علاجه. فالشخص المريض وعلى حسب قول بعض العائلات أنه يعاني من القلق والاضطراب في حالته الطبيعية كموجود إنساني سواء كان هذا الإضطراب من الناحية البيولوجية أو الإجتماعية، فيعتبر هذا السلوك إنحرافا، والانحراف من وجهة النظرة السوسيولوجية هو أي فعل أو سلوك يدنس أو ينتهك المعايير الإجتماعية المتفق عليها داخل أي نسق اجتماعي ويجب إصلاحه، ولذا فالمريض بالزهايمر يمكن اعتباره منحرفا عن ما هو مرسوم من عادات وتقاليد وعليه بالمعالجة.

إن التشخيص المبكر والعلاج لهما أهمية قصوى لأن مرض الزهايمر يمكن إصلاحه مبكرا وقد يتطور مع الوقت إلى اضطراب في الوظيفة المعرفية غير قابلة للإصلاح، وقد يمكن إبطاء تقدم المرض في بعض الحالات بتناول أدوية مناسبة لهذا الغرض[1].

كما لاحظنا أن للموقع الجغرافي لإقامة العائلة دورا هاما في ممارسة العلاج الشعبي من عدمه "أنظر الجدول رقم 5 في الملحق 2" يبين علاقة المنطقة الجغرافية للإقامة بممارسة العلاج الشعبي حيث نجد أعلى نسبة لصالح عدم ممارسته وذلك بنسبة 64% وتتضح أكثر عند المجتمع الحضري بنسبة 74% مقابل نسبة 17% للمجتمع الريفي، أما ممارسة العلاج الشعبي بنسبة 36% وتتضح أكثر عند المجتمع الريفي بنسبة 83% مقابل نسبة 26% للمجتمع الحضري.

[1] - جمال محمد سعيد، المرجع السابق ص 332.

حيث وجدنا أن العائلات التي تقطن بالمناطق الحضرية لم تمارس العلاج الشعبي مقارنة بالعائلات التي تقطن بالمناطق الريفية، وهذا راجع إلى عدة أسباب وأهمها أن الذين يسكنون بالمناطق الحضرية تتوفر أمامهم وسائل العلاج الطبي من أطباء مختصين ومستشفيات عكس الذي يسكنون بالمناطق الريفية فلا طبيب ولا مستشفى فقط هناك المعالج الشعبي، ولهذا وجدنا ورغم أن الفئة التي تسكن بالريف في عينة البحث قليلة ولكن معظمهم مارسوا أولا العلاج الشعبي ثم وبعد أن إكتشفوا عدم منفعته وتأزم حالة مريضهم انتقلوا إلى العلاج الطبي الموجود في المناطق الحضرية لعلاج مريضهم.

إن انتشار صور وأشكال الممارسة غير السوية للطب الشعبي تمثل نتيجة حتمية لتجاهل منظومة الطب الرسمي القائمين عليها للدور المنوط بهذا النوع من الطب في تفعيل برامج ومشروعات الرعاية الصحية المقدمة للمسنين، فعلى الرغم من الاعتراف المجتمعي بالعلاج الشعبي وممارسته، مما يكسبه المزيد من الشرعية الإجتماعية تفنن عملية الممارسة لا توفر الحماية القانونية اللازمة للمعالجين الشعبين بالإضافة إلى أنهم يعتمدون على وسائل بدائية أولية في التشخيص وما يترتب عليه من ممارسات علاجية خاطئة، هذا فضلا عن الاعتماد على الايحاء كأسلوب علاجي، غير ناجح من مختلف أنواع الأمراض خاصة الأمراض النفسية والعصبية للمسنين، وما يترتب عليه من ممارسات خاطئة مثل الاعتماد على الأحجبة وربط المرض بالسحر.

على حسب قول المتكفلين بالمبحوثين المرضى والذين مارسوا العلاج الشعبي أنهم لاجئوا إلى الرقية الشرعية وذلك بنسبة 68% ظنا منهم بأن المسن يعاني من سحر أو وسواس ومن خلال قراءة القرآن عليه ستتحسن حالته والبعض الآخر لجأ لتناول بعض الأعشاب الطبيعية المهدئة للأعصاب بنسبة 32% "أنظر الجدول رقم 6 في الملحق 2" يبين علاقة المستوى التعليمي بنوع العلاج الشعبي الذي مارسه المتكفل". رغم أن نسبة الممارسين في عينة البحث قليلة مقارنة بنسبة غير الممارسين للعلاج الشعبي إلا أننا نستطيع القول بأن ورغم التطور العلمي والتكنولوجي في عالم الطب إلا أن هناك من المجتمع الجزائري من يعتمد على العلاج الشعبي وخاصة الرقية الشرعية وذلك بنسبة 68% مقابل نسبة 32% ممن تنالوا أعشاب طبيعية.

حيث أن الاعتقاد السائد في الأوساط الشعبية هو أن الحالات العصبية أو النوبات النفسية سببها العفاريت التي تسكن المريض ونحن لا ننكر أن مثل هذه الاعتقادات ضعيفة، غير أن هذه الفئات بحكم تربيتها ورصيدها الخرافي تكون في أغلب الأحيان على استعداد لتصديق هذه الخرافات وممارسة الوسائل العلاجية التقليدية والتي تدوم طويلا فيأخذها الخلف عن السلف، والتي تبقى وتستمر برغم فناء الأفراد الذين يكونونها كما تعتبر هذه الممارسات العلاجية محورا أساسيا في الدراسات العلمية الخاصة بموضوع العلاج الشعبي. حيث تقوم بعلاج الفرد من مختلف الجوانب جسمية، نفسية، إجتماعية فنجد فئة من المجتمع تتجه إلى هذا النوع من العلاج الذي له مكانة معتبرة وله وسائله الخاصة.

كما يتخذ العلاج الشعبي أشكالا مختلفة من بينها السحر وهو وصفة تمكن الفرد من القيام بأعمال تخرج عن نطاق قدرته العادية وتستعمل لإلحاق الضرر أو للشفاء من بعض الأمراض مثل الإضطرابات العصبية ونوبات القلق التي تنتاب المسن والتي يعتبرها بعض المسنين وعلى قول المتكفلين بأن حالتهم ليست مرضية بل سحر من طرف أحد الأشخاص. ورغم براعة الطب الحديث في علاج الأمراض إلا أن هناك من عينة بحثنا من لجأ إلى العلاج الشعبي وهذا راجع مثلما أخبرنا به المتكفلين إلى عدم القدرة على تسديد نفقات العلاج الطبي أو لجهل سبب المرض أو لإعتقاد المسن المريض بأنه مسحور من طرف أحد أفراد العائلة لغرض التخلص منه والاستدلاء على أملاكه فيطلب من أفراد عائلته أخذه للطالب حيث يقوم بإنتزاع السحر.

إن تراجع برامج ومشروعات الرعاية الصحية الرسمية وعدم قدرتها على إشباع احتياجات المسنين الصحية، ومايترتب على ذلك من تزايد فرص تعرض المسنين لمختلف أشكال الممارسات الطبية الخاطئة وانعكاس ذلك سلبيا على صحة المسن وقدراته. كما يعكس الطب الشعبي ذلك التفاعل بين الانسان والنسق الايكولوجي الذي يعيش فيه، فمصادر البيئة من حشائش طبية وطقوس لا يمكن أن تشفى الأمراض وحدها دون وجود الخبرة البشرية في استخدامها والتعامل معها وتخضعها للاستخدام اليومي بصرف النظر عن صحة هذا الاستخدام أو خطأه، ومن الظواهر المعروفة في كل بلدان العالم أن ممارسة العلاج الشعبي، سرعان ما تتراجع أمام العلاج الطبي.

ففي كل حالة تتوفر فيها وسائل العلاج الحديثة نجد أن الناس يبدؤن بممارستها والاقبال عليها وتجريبها، ثم سرعان ما يثبت كفاءتها وفعاليتها في علاج كثير من الأمراض التي كان العلاج الشعبي يستغرق وقتا أطول في علاجها أو يخفف في العلاج المطلوب مثل مرض الزهايمر رغم أن هناك من العائلات التي لجأت إلى العلاج الشعبي ولكن في نهاية المطاف وبعد تأزم حالة المريض وعدم شفاءه لجأت إلى العلاج الطبي ولذلك يفترض أن توفر الخدمات الصحية الحديثة لأفراد المجتمع بكل الوسائل والإمكانيات لإضعاف الممارسات الشعبية.

حيث أن هناك خلط بين أدوات ووسائل العلاج الشعبي وعناصر التراث الأخرى والتي تتمثل في اعتماد المعالجين على ربط المرض بقوى غيبية وما يترتب على ذلك من تزايد صور الممارسات غير السوية ولكن عدم قدرة العلاج الشعبي على مواكبة المستجدات والتطورات التي لحقت بالطب الرسمي خاصة في مجال طب المسنين وانعكاس ذلك في اعتماد الطب غير الرسمي على وسائل بدائية في التشخيص والعلاج وعدم قدرته على تطوير وسائله وأدواته.

بالإضافة إلى خصوصية المرحلة العمرية للمسنين وافتقادهم إلى الوعي الكافي بطبيعة الأمراض التي ترتبط بالشيخوخة، وتأثير الممارسات الطبية غير السوية وانعكاس ذلك في عدم وعي هذا القطاع بنوعية الأمراض التي يلجأون إلى العلاج الشعبي. هذا فضلا عن عدم وعيهم بالمعالجين الأكفاء الذين يمكن أن يقدموا الخدمة العلاجية المطلوبة كما أن المسن في الغالب ما يعاني من سرعة إنتشار المرض وزيادة مضاعفاته وانعكاس ذلك بشكل سلبي، على قدرات المريض وحيويته ومع تأخر لجوء المسن إلى الطب الرسمي لا يتمكن الأطباء من وصف الأدوية اللازمة لمواجهة المرض نظرا للتدهور الصحي للمريض. ومن ثم عدم التمكن من محاصرة المرض ومعالجة الخلل الناجم عن الممارسة الخاطئة، وما يترتب على ذلك من معاناة المريض من التدهور السريع والمفاجئ في حالته الصحية. وعليه سنتطرق إلى أهمية العلاج بالمستشفى ومدى مساهمته في شفاء المسن المريض وذلك في الجدول الموالي.

3 – مدى مساهمة المستشفى في العلاج.

جدول رقم 23: يبين علاقة المستوى التعليمي للمتكفل بنظرته لمدى مساهمة المستشفى في العلاج.

المستوى التعليمي / مدى مساهمة المستشفى	بدون مستوى	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
يساهم في العلاج عن طريق الوصفة الطبية	06 %18	11 %29	21 %70	9 %45	**47** **%39**
يساهم حسب تقدم المرض	4 %12	8 %22	9 %30	11 %55	**32** **%27**
لا يساهم مع سوء المعاملة	24 %70	18 %49	/	/	**42** **%35**
المجموع	**34** **%100**	**37** **%100**	**30** **%100**	**20** **%100**	**121** **%100**

بناءا على الأجوبة المقدمة من طرف المتكفلين بالمرضى يبين لنا من خلال الجدول أعلاه أن رأي المتكفلين حول مدى مساهمة المستشفى في العلاج تختلف باختلاف المستوى التعليمي لهم. حيث أن الإتجاه العام هو مساهمة المستشفى في العلاج بنسبة 66% وذلك بحجتين فالأولى هي إعطاء وصفة طبية بنسبة 39% وتتضح أكثر عند أصحاب المستوى

الثانوي بنسبة 70% وتنخفض عند أصحاب بدون مستوى بنسبة 18%، ثم نجد مساهمة المستشفى في العلاج بحجة حسب مرحلة أو تقدم المرض بنسبة 27% وتتضح أكثر عند الجامعيين بنسبة 55% وتنخفض تدريجيا إلى أن تصل 12% لأصحاب بدون مستوى.

أما الرأي المضاد وهو عدم مساهمة المستشفى مع سوء المعاملة فبنسبة 35% وتتضح أكثر عند أصحاب بدون مستوى وذلك نسبة 70% وبنسبة 49% لأصحاب المستوى المتوسط وما نلاحظه إنعدام النسبة عند كل من الثانويين والجامعيين فيما يخص هذا الرأي.

نستنتج أن للمستوى التعليمي للمتكفل دورا في تحديد مدى مساهمة المستشفى في العلاج وتوصلنا إلى أن الذين لديهم نظرة إيجابية عن مساهمة المستشفى في العلاج فهم ينتمون إلى مستويات عليا وهذا يمكن إرجاعه إلى فهمهم لمرض الزهايمر، حيث أنه مرض عصبي خطير يمس مخ الإنسان فيؤدي إلى ضموره وإن لم يعالج المصاب به في المرحلة الأولى فلن يشفى منه عند انتقاله إلى المرحلة الثانية أو الثالثة. وهذا على حسب قول المتكفلين طبعا. فالمستشفى والأطباء العاملين فيه يحاولون علاج المرضى بتقديم وصفات طبية لمجموعة من الأدوية وطبعا يكون الشفاء والتجاوب مع الدواء على حسب حالة المريض فهم يرون أن المريض في بداية المرض سيشفى وإن انتقل إلى المراحل المتقدمة فالأطباء يحاولون التحفيف من شدة المرض فقط لا الشفاء منه.

أما الذين ينتمون إلى مستويات دنيا لهم نظرة سيئة عن المستشفى وهذا يمكن إرجاعه إلى عدم فهمهم لمرض الزهايمر خاصة عند المتكفلين الذين وصل المرض عند ذويهم إلى المرحلة الثانية أو الثالثة حيث يستعصى الشفاء منه ونحن لاحظنا أن أكبر عدد من عينة بحثنا وصلت إلى المرحلة الثانية أو الثالثة للمرض فهؤلاء لن يشفوا من المرض بل يحاول الأطباء تخفيف حدته عليهم فقط وهذا ما يصعب على المتكفلين من مستويات دنيا تفهمه بالإضافة إلى اعتبار المعاملة في المستشفى معاملة سيئة فعلى قول بعض المتكفلين أن لا يوجد إحترام للمسن المريض فيجعلونه ينتظر لساعات طويلة للمعاينة وأثناءها يستعمل الطبيب اللغة الفرنسية أكثر من اللغة العربية وهذا يزعج المتكفلين والبعض منهم لا يفهمون الوضعية الصحية لمريضهم وذلك لعدم فهم لغة الطبيب.

يختلف التعامل مع المرضى بالزهايمر عن التعامل مع غيرهم من المرضى، حيث يتسم هذا التعامل بملامح ومواصفات خاصة، وتعتبر المعرفة بتفاصيل الكيفية التي يتم التحكم بها في المرضى والإشراف عليهم في عمل هيئة التمريض ومساعدي الأطباء في المستشفيات أو القائمين على رعاية هؤلاء المرضى من ذويهم في البيوت، وعلى الممرض أو الممرضة في المستشفى أن تعرف كل مريض في القسم الذي تعمل فيه معرفة وثيقة، كما أن عليها أن تبذل

جهدا خاصا لأولئك المرضى الذين يحتاجون إلى عناية ورعاية خاصة، وتتلقى الممرضة هذه التعليمات من الطبيب، ويجب أن تتحلى معاملة المرضى بالجد والأدب والإقبال والتعاطف ومن الخطأ أن يعتقد أن المريض لا يفهم تلك المعاملة أو لا يقدرها[1]، بل العكس فهو ينزعج عند المعاملة السيئة ويرتاح ويحس براحة نفسية عندما يذهب إلى المستشفى ويعامل بشكل حسن، وهذا حسب قول بعض المتكفلين.

يعتبر التطور التدريجي للمستشفى من مجرد منظمة خيرية، حيث كان البناء الإجتماعي متأثر للغاية بقيم مثل ضرورة تقديم الخدمة للمحتاجين، وقيام المستشفى بدوره باعتباره رسالة دينية إلى منظمة طبية لها أهداف متعددة، ولقد استمر التغير في البناء الإجتماعي مع تغير الإتجاهات في الحاجات الطبية والمطالب، رغم أن الهدف المحدد كان عبارة عن راحة المرضى، فإن التطبيق كان يهدف إلى تحقيق القواعد لترتيب كافة أوجه حياة المريض، وتمكين عدد بسيط من العاملين من الإشراف على عدد كبير من المرضى للحفاظ على النظام، وتوفير العلاج المتاح، وبالنظر إلى الحقيقة التي مؤداها أن معظم المرضى يعتقدون أنهم مصابون بأمراض مزمنة فكان العلاج المستفاد منه يطبق على فترات متقطعة أي ما سمحت به المعرفة الطبية والتي جعلت التدخل الطبي أكثر فعالية، وذلك لجعل المريض أكثر شعورا بالراحة، ومساعدته على الشفاء بتوفير الوسائل والأدوية اللازمة لذلك.

وعليه ومن أجل الوصول إلى خدمات رعاية صحية كاملة ذات نوعية عالية من الكفاءة ومتاحة لأي شخص في المجتمع، وهذا بدوره يتطلب تطوير في الخطة الشاملة التي أعدت في مجال الخدمات الصحية، بحيث يجب إعادة توزيع القوة البشرية التي تعمل في المجال الصحي وجعلها ملائمة لتوزيع السكان في المجتمع وتقديم الخدمات والتسهيلات الصحية في كل مجالات الرعاية الصحية بالإضافة إلى توفير وسائل لتحقيق خدمات أفضل، وتوفير فرصا للاستخدام المناسب، وكذلك توفير كفاءات ويد عاملة مؤهلة تساعد على تحسين النظرة السلبية للمجال الصحي بصفة عامة وخاصة تدريب الممرضات وتأهيل الأطباء للتعامل الجيد مع المرضى حيث أن أحد العوامل الهامة في التأثير على تقييم الطبيب للمريض واستجابته نحوه تمثل في ذاته في المجتمع، ولا يعتمد أداء الطبيب لدوره على نوعية التوجيه العلمي الذي تلقاه أو على أخلاقيات المهنة فقط، ولكنه يعتمد أيضا على توقعات المجتمع لتلك المسؤوليات الموكلة إليه من جانب هذا المجتمع، ولذلك فإن الأطباء مطالبون بالتعامل مع العديد من نماذج المعاناة، وهذا التعامل قد يتطلب منهم مهارات معينة وتوجيهات لا علاقة لها بخبرتهم العلمية.

[1] - مصطفى خليل الشرقاوي، المرجع السابق، ص 317.

وأما الأساس الذي يستند عليه الطب باعتباره فنا إجتماعيا فهو يكمن في الحقيقة التي تشير إلى أن دور الطبيب في المجتمع يحدده المجتمع ذاته، عندما يتوقع منه تقديم العون والمشورة إلى مرضاه وتلعب القيم الإجتماعية دورا محوريا فيما يتعلق بالتحديدات والتعريفات الطبية، فالجانب الأكبر من الممارسة الطبية تنطوي على محاولات يبذلها الأطباء لمعاونة الناس على التوافق الملائم مع مستويات أو معايير ذات طابع اجتماعي أكثر منها معايير طبية.

كما وجدنا مشكلة الإتصال بين الطبيب والمريض والتي أشار إليها بعض المتكفلين بالمرضى وهو إنتشار القلق بين المرضى ولهذا فعلى الطبيب مهمة إعادة الطمأنينة إلى المريض، وذلك باهتمام الطبيب بالتحدث مع المريض باللغة التي يفهمها وفي شتى النواحي، وأن يستمع إلى كل مشاكله وأن يكون قادرا على الاجابة على جميع أسئلته، فالإتصال السليم بينهما يلعب دورا فعالا في التأثير العلاجي منه نخلص أن أسباب عدم تعاون المرضى مع أطبائهم معوقا من المعوقات التي تواجه ثبات النسق العلاجي، وأن هذه الأسباب بعضها متعلقة بالمريض كمستواه التعليمي ومعتقداته الخاطئة، وبعضها قد يرتبط بالطبيب نتيجة معاملته الجادة وعدم قدرته على تقديم شرح مبسط لأسباب المرض وأسلوب العلاج بطريقة يسهل على المريض فهمها واتباعها.

بعد عرض رأي المتكفلين حول كل من العلاج الشعبي وذلك من خلال الرقية الشرعية أو تناول الأعشاب والعلاج الطبي من خلال المعاينة بالمستشفى ومعاملة الطبيب للمريض سنتطرق إلى رأي المتكفلين في نسق العلاج الأفضل لمرض الزهايمر من خلال الجدول الموالي.

4 - اختيار نسق العلاج الأفضل.

جدول رقم 24: يبين علاقة المستوى التعليمي للمتكفل بإختيار نسق العلاج الأفضل.

المستوى التعليمي / اختيار نسق العلاج / التعليل		بدون مستوى	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
نعم للعلاج الطبي	الوعي بفعالية العلاج الطبي	11 %32	20 %54	26 %87	20 %100	**77** **%64**
	عدم صلاحية العلاج الشعبي بعد ممارسته	23 %68	17 %46	4 %13	/ 	**44** **%36**
المجموع		**34** **%100**	**37** **%100**	**30** **%100**	**20** **%100**	**121** **%100**

تشير معطيات الجدول أعلاه أن جميع المتكفلين أجمعوا على اختيار العلاج الطبي كأفضل وسيلة للعلاج وذلك بنسبة 100% ولكن هناك اختلاف في السبب حيث نجد أعلى نسبة 64% لحجة الوعي بفعالية العلاج الطبي وتتضح أكثر عند الجامعيين بنسبة 100% وتنخفض تدريجيا إلى أن تصل 32% عند أصحاب بدون مستوى ولكن النسب تنعكس فيما يخص حجة عدم صلاحية العلاج الشعبي الذي قدر بنسبة 36% وتتضح أكثر عند أصحاب بدون مستوى بنسبة 68% وتنخفض إلى 13% عند الثانويين.

إذن هناك إختلاف في الرأي وهذا باختلاف المستوى التعليمي حيث نلاحظ أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي ارتفعت النسبة لصالح الوعي بفعالية العلاج الطبي وتنخفض النسب بارتفاع المستوى التعليمي وذلك لصالح عدم صلاحية العلاج الشعبي وهذا دليل على أن هذه الفئة لجأت أولا إلى العلاج الشعبي ولكنها إكتشفت عدم صلاحيته في علاج مرض الزهايمر فإتجهت إلى العلاج الطبي وهذه النتيجة هي نفسها التي توصلنا إليها عندما قمنا بتحليل وتفسير الوجهة الأولى التي اختارتها العائلة "أنظر الجدول رقم 19".

نستنتج أن للمستوى التعليمي للمتكفل تأثير على نظرته إلى اختيار نسق العلاج الفعال ولاحظنا أن النسب متساوية مع نسب الوجهة الأولى التي اختارتها العائلة للعلاج، حيث أن كل من اتجه في بداية المرض إلى العلاج الشعبي غير رأيه لعدم صلاحيته واقتنع بفعالية العلاج الطبي لمرض الزهايمر.

يعتبر المطبب الشعبي شخصية هامة ومحترمة في الوسط الإجتماعي الذي يعيش فيه ذلك لأن له معارف ومقدرة في الجانب الديني، كما يستخدم تقنيات سيكولوجية لمعالجة بعض الأمراض كما يعتمد على الأعشاب الطبية لذلك كان ولا تزال له مكانة في المجتمع الجزائري، لهذا وجدنا فئة معتبرة من عينة بحثنا لجأت إليه للعلاج، ولكن لمعارفه المحدودة ولأن علاج المرضى بالزهايمر ليس من تخصصه فقد فشل ولم يستطيع شفاء هؤلاء المرضى وعليه غيرت العائلات وجهت العلاج إلى المعالج الطبي الذي يعتبر كأخصائي في ميدان العلاج الطبي وتكوينه عقلاني، فهو لا يعتمد على المشاكل الشخصية للمريض أي أنه لا يوجد تفاعل نفسي بين المعالج والمريض وهذا عكس المطبب الشعبي، بالإضافة إلى اعتماده على أسس طبية موحدة وشاملة.

إن التردد على الأطباء من أجل الحصول على رعاية طبية هي ظاهرة تعكس الوسط الثقافي الذي ينتمي إليه الفرد والذي عادة ما ينطوي على قيم سلوكية تدعم لديه هذا الإحساس وتحفزه إلى طلب المعونة والعلاج الطبي، أما الأفراد الذين انتهى بهم الأمر للاتجاه إلى العلاج الطبي فهم اتجهوا في أول الأمر إلى العلاج الشعبي وهم أفراد من مستوى أقل تعلما.

لقد مر علاج مرض الزهايمر بأدوار متعددة واتخذ طرقا عديدة وذلك تبعا للنظريات والمعتقدات السائدة عن أسباب هذا المرض، وهذا ما لاحظناه خلال متابعة الطرق العلاجية التي استعملها المتكفلون حيث وجدنا أن كل متكفل يتشبث بكل إمكانية علاجية حيث أنه خضع بالإكراه أو بالقبول لشتى الوسائل العلاجية لتخليص ذويه من المرض، كما أن مرض الزهايمر كعلاجه لابد أن ينظر إليه بصورة أوسع وأكثر شمولية من مجرد النظر إليه بأنه مرض عصبي عن أصول بيولوجية فقط بل هناك مؤثرات بيئية وإجتماعية وحضارية وتربوية. ولذا فإن أي علاج ناجح لهذا المرض يجب أن يأخذ بعين الإعتبار هذه العوامل والتغيرات التي تطرأ على الفرد في مرحلة الشيخوخة وهذا ما سنتناوله بالتفصيل في المبحث الموالي.

من خلال التحليل السوسيولوجي نكشف عن المتغيرات التي تأثر في الممارسات العلاجية بإعتبار أن العلاقة بالعلاج هي قبل كل شيء علاقة ثقافية تنبثق عن مجموع القيم المتعلقة بالجسم والصحة والمرض. فتعطي المعايشة اليومية للصحة قبول إجتماعي معين بحيث

يتوجه المريض إلى العلاج الطبي أو العلاج الشعبي، وهذا الأخير يدخل فيما يسمى الممارسات العلاجية التقليدية. وهو يشكل ميدانا تجهله أو تتجاهله المعرفة الرسمية، رغم أنه يعتبر مصدر تأثير اجتماعي معتبر، وهي ممارسات ترعى صحة الفرد من مختلف جوانبها ومما يجعلها في بعض الأحيان تنافس العلاج الطبي وتشكل هذه الممارسات مرجعا ثقافيا لمختلف الفئات الإجتماعية.

من خلال ما سبق نستنتج أن الإنسان لا يعيش في فراغ حضاري، وإنما هو يعيش في كنف مجتمع ينغمس فيه ويتشابك معه، إن أقرب الاحتمالات ما يسهم به التراث الحضاري في المرض هو الضغط والعناء التي تعجل بالانهيار، وتلك الأسباب المختلفة التي يعبر عنها المريض عن مرضه، كما أن النماذج الثقافية والأساليب النمطية للحياة الإجتماعية تؤثر تأثيرا كبيرا في تصورنا للمرض واستجابتنا له، وتعبيرنا عنه حيث أن تصور الناس للمرض جزء من مركب ثقافي مكتسب، وأنه يرتبط وظيفيا بالاستجابات الثقافية الأخرى للضغوط البيئية.

إن الأسباب التي تؤدي إلى معظم الإضطرابات العصبية خاصة مرض الزهايمر لم تتم معرفتها تماما، ولهذا السبب فإن مثل هذه الإضطرابات تخضع بالتأكيد إلى اختلاف طرق علاجها، والحقيقة فإن نوع نسق العلاج الذي يتناوله أو يستعمله المريض يتحدد حسب ثقافة الأسرة ودرجة معرفتها لهذا المرض، فمن خلال ما توصلنا إليه من تحليل ودراسة مجموعة من الجداول المركبة بين مجموعة من المتغيرات سعيا منا إلى البحث عن مدى فهم الأسرة لمرض الزهايمر. وكذا حاولنا التعرف ومن خلال إجابات المتكفلين على أهم الأعراض والمظاهر التي ظهرت على المسن ومن خلالها إكتشفوا بأنه مريض، بالإضافة إلى دراسة أهم العوامل المسببة للمرض، كما تطرقنا إلى التعرف على الوجهة الأولى التي اختارتها العائلة للعلاج أين وجدنا إختلاف وتعدد الوجهات، فهناك من اتجه إلى العلاج الطبي بكل أشكاله من طبيب عام، طبيب عقلي، طبيب عصبي وطبيب نفسي، وهناك من اتجه إلى العلاج الشعبي بكل أشكاله من رقية شرعية وتناول الأعشاب الطبيعية. حيث أن ظاهرة العلاج الشعبي وخاصة علاج الإضطرابات العصبية يعتبر جزء لا يتجزء من المعتقدات الشعبية والمعارف والعادات والتقاليد والتي بقيت موجودة إلى يومنا هذا.

كما توصلنا إلى أن الضغوط الإجتماعية والحالة المرضية تدفع أفراد العائلة إلى البحث عن حلول للمشاكل الصحية، وحين لا يتيح المجتمع لأفراده أن يواجهوا مشاكلهم بشكل سريع خال من التعقيد ومستند إلى وسائل علمية وعقلانية يضطر الأفراد إلى اللجوء إلى وسائل أخرى بعيدة كل البعد عن القشرة الحضارية التي تغطي المجتمع.

كما وجدنا فروقا في المصطلحات المستخدمة للتعبير عن الحالة المرضية، وهذه المصطلحات تؤثر في طريقة التعبير عن الحالات وعرضها، بالإضافة إلى الأعراض التي لا تترك مجال لاختيار المتكفل بالمريض لطريقة العلاج، وإنما تحفزه مباشرة إلى السعي من أجل الرعاية الطبية، ولهذا فإن علينا ألا نهمل تلك الحقيقة التي مؤداها أن طبيعة الأعراض ذاتها أقوى متغير تفسيري لتعريفات المرض والإتجاه نحو السعي من أجل طلب الرعاية الطبية، فكلما كانت الأعراض غير مألوفة ويتعذر تفسيرها أو فهمها من طرف عائلة المريض، زاد معدل السعي من أجل البحث عن العلاج، كما يلعب الدين والأصل العرقي دور كبير في السلوك المرضي والاستجابة للمرض، وذلك من خلال اختلاف الإتجاهات الثقافية والتوقعات فنجد مثلا أن هناك بعض الجماعات الثقافية تكون أكثر إهتمام بالعلاج الطبي إما بعد فشل العلاج الشعبي أو مباشرة بعد الإصابة بالمرض واختلاف الإتجاهات يعود إلى عوامل كثيرة وخاصة العوامل المتصلة بالتعليم والبيئة الإجتماعية.

كما أن للتشخيص المبكر والعلاج المبكر أهمية قصوى لأن مرض الزهايمر الذي لم يتم إصلاحه مبكرا قد يتطور مع الوقت إلى إضطراب في الوظيفة المعرفية غير قابلة للإصلاح، حيث يمكن علاجه إذا كان في بدايات إكتشافه، أما إذا إستفحل المرض فيكون الأمر صعب على الطبيب المعالج حينئذ يضطر الطبيب إلى إعطاء المريض بعض الأدوية التي تؤجل تدهور حالته فقط. وهذا ما وجدناه في الميدان حيث أن عدد من المصابين في المرحلة الثانية والثالثة للمرض.

وعليه يمكننا القول بأن فرضيتنا تحققت والتي مؤداها **" يلعب المستوى التعليمي للمتكفل بالمريض المصاب بالزهايمر دورا في فهم المرض وإختيار نسق العلاج المناسب"**. حقيقة توصلنا من خلال هذا الفصل إلى أن فئة معتبرة من عينة بحثنا لم تفهم مرض الزهايمر فأدى ذلك إلى خلطها في اختيار نسق العلاج المناسب فقد تماطلت في الذهاب إلى العلاج الطبي حيث اتجهت إلى العلاج الشعبي في بداية الأمر.

كما توصلنا أيضا إلى أن أعراض مرض الزهايمر تشبه أعراض مرحلة الشيخوخة ولذلك كان هناك من عينة بحثنا من اعتبروا هذه التغيرات طبيعية مصاحبة لمرحلة الشيخوخة ليست أعراض لمرض الزهايمر وهذا أيضا تماطل في طلب العلاج الطبي المبكرة فتأزمة حالة المسن المريض وتتطور المرض واستعصى الشفاء منه، وكل هذا طبعا ومثلما قلنا سابقا راجع إلى عدة عوامل مساعدة على فهم المرض وعلاجه ومنها المستوى التعليمي، الرقعة الجغرافية للإقامة، ونمط الأسرة التي ينتمي إليها المسن الذي يعاني من مرض الزهايمر.

الفصل السابع

تحليل الفرضية الثانية

I - تأثير التغيرات البيولوجية والسيكولوجية في الإصابة بمرض الزهايمر

II - تأثير التغيرات الإجتماعية والإقتصادية في الإصابة بمرض الزهايمر

I – تأثير التغيرات البيولوجية والسيكولوجية في الإصابة بمرض الزهايمر.

1 – تأثير التغيرات البيولوجية في الإصابة بمرض الزهايمر.

جدول رقم 25: يوضح علاقة الجنس بالتغيرات البيولوجية التي تطرأ على المسن

الجنس / التغيرات البيولوجية	ذكر	أنثى	المجموع
التغيرات الخارجية	52 %60	44 %47	**96** **%53**
التغيرات في أجهزة الجسم المختلفة وتدهورها	35 %40	49 %53	**84** **%47**
المجموع	**87** **%100**	**93** **%100**	**180** **%100**

ملاحظة تغيير مجموع العينة نظرا لتعدد الاجابات.

يبين الجدول أعلاه أن الإتجاه العام للتغيرات البيولوجية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة هو لصالح التغيرات الخارجية بنسبة 53% وتتضح عند الذكور بنسبة 60% مقابل 47% للإناث ثم نجد التغيرات في أجهزة الجسم المختلفة بنسبة 47% وتتضح أكثر عند الإناث بنسبة 53% مقابل 40% للذكور.

نستنتج من خلال تحليلنا الإحصائي للجدول أعلاه أن التغيرات البيولوجية تختلف بإختلاف الجنس حيث أن المتكفلين عبروا أكثر عن التغيرات الخارجية التي تظهر على المسن عند دخوله مرحلة الشيخوخة والتي تكون واضحة عند الذكور أما بالنسبة للإناث فالتغيرات في أجهزة الجسم المختلفة هي التي تكون واضحة وهذا راجع لطبيعة جسم المرأة.

ترتبط الشيخوخة عند النساء بسن اليأس الذي يصاحبه انقطاع في الطمث الشهري، وتختلف النساء عن بعضهن البعض في تكييف أنفسهن لتقبل الظروف الجديدة والتكيف مع سن اليأس اختلافا كبيرا بينما نجد أن البعض يجدن أن فقدان القدرة على الانجاب سببا لعدم احترامها لذاتها، فتصاب بإضطراب عصبي أو عاطفي، بالإضافة إلى أن هناك مجموعة من النساء يعانين من هزة عاطفية وقلق نفسي مصحوب بأرق وارتعاش في الأطراف فيشكو عامة النساء من إحساس بالشخوخة وإحمرار الوجه وكثيرات يصبن باكتئاب شديد لدرجة إقدام بعضهن على الانتحار ويعاني البعض منهن زيادة ملحوظة في الوزن بدرجة كبيرة.

تعرف الشيخوخة بأنها تغير بيولوجي يؤدي إلى تعديلات في الأبنية والوظائف العضوية وكذلك الإضرار بالقوى التعويضية، وبأنها عملية بيولوجية بالدرجة الأولى ترتبط بالبرنامج الوراثي لكل فرد، ومن ثم فإن التغيرات البيولوجية بما ينتج عنها من تغيرات في الوظائف الفسيولوجية أو الخلوية لها دور أساسي في عملية الشيخوخة.

لقد حددت الطبيعة بشكل أو بأخر أن التغيرات البيولوجية تحدث في الكائنات البشرية في أعمار محددة بعد أن يصلوا إلى مرحلة الشيخوخة ويرتبط هذا الأمر في المرأة بإنقطاع الطمث ومن ثم عدم القدرة على الانجاب، وتوقيت ذلك يختلف من حالة لأخرى.

من أهم التغيرات المصاحبة لعملية الشيخوخة البيولوجية نجد التغيرات الخارجية، فالشخص غالبا ما يكون نحيف الجسم فيما يخص الرجال وزيادة الوزن فيما يخص النساء، كما يحدث نقص كبير في القامة مصحوبا بتحدب وإنحناء في العمود الفقري بالإضافة إلى تحول لون الشعر إلى الرمادي أو الأبيض ويبدأ في التساقط إلى درجة الصلع عند بعض الأفراد. وكذلك تظهر تجاعيد على الجلد خاصة الوجه واليدين. وقلة الحركة وخاصة صعوبة المشي.

كما نجد تغيرات في أجهزة الجسم المختلفة، حيث نجد بناء وهدم الخلايا البروتوبلازمية لا ترجع إلى أداء هذه الخلايا لوظائفها وإنما ترجع إلى الإصابة بالأمراض، وهناك أيضا بعض الآثار الوظيفية للشيخوخة في بعض أجزاء الجسم ومنها حرارة الجسم، احتراق السكر في الجسم ومرض البول السكري، وكذلك قوة العضلات تنخفض في الشيخوخة وذلك بسبب ظهورها، والتغيرات الفسيولوجية والعضوية في خلايا العضلات، وأيضا القلب والدورة الدموية فهي أكثر الأعضاء تأثرا بالشيخوخة وهذا التأثير له أثار على باقي أعضاء الجسم حيث أنه يمدها بحاجتها من التغذية والأوكسجين بالإضافة إلى الجهاز الهضمي والكبد حيث هناك انخفاض ملحوظ من كمية إفراز اللعاب وقدرته الهضمية[1].

كما تبدأ الأذن في التعرض لبعض التغيرات فهناك من يفقد السمع تماما والبعض الآخر يجد صعوبة في السمع أما الجهاز العصبي والمخ فقد ثبت بالأبحاث العلمية الحديثة أن هناك انخفاضا ملحوظا في الدورة الدموية والمخ، وعدم تكوين خلايا جديدة لأنسجة المخ بدل الخلايا الميتة وذلك بسبب الشيخوخة وكل هذا يدل على أن وظائف المخ تضمحل في الشيخوخة ومنها فقدان الذاكرة وعدم التركيز واضطرابات النوم واليقظة وعدم القدرة على التصرف الصحيح وكل هذا وحسب ما توصلنا إليه في بحثنا أنها أعراض مرض الزهايمر.

[1] - يحي مرسي عيد بدر، المرجع السابق، ص 60.

نستنتج أن الدخول في مرحلة الشيخوخة وتدهور الأعضاء الداخلية وظهور أعراض الشيخوخة يمكن أن تؤدي إلى الإصابة بمرض الزهايمر عند بعض الأشخاص.

2 – تأثير التغيرات الفيزيولوجية في الإصابة بمرض الزهايمر.

جدول رقم 26: يوضح علاقة فئات السن بالتغيرات الفيزيولوجية التي تطرأ على المسن.

فئات السن / التغيـــرات الفيزيولوجيـــة	[70 – 60]	[81 – 71]	[92 – 82]	المجموع
الإصابة بأمراض مزمنة	60 %52	76 %58	56 %58	**192** **%56**
الإصابة بأمراض حادة	49 %43	44 %34	28 %29	**121** **%36**
التغيرات الحيوية والإصابة بالعجز	05 %4	10 %8	12 %13	**27** **%8**
المجموع	**114** **%100**	**130** **%100**	**96** **%100**	**340** **%100**

*** ملاحظة:** تغير مجموع العينة نظرا لتعدد الاجابات.

من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا أن الإتجاه العام للتغيرات الفيزيولوجية في مرحلة الشيخوخة هي الإصابة بأمراض مزمنة وذلك بنسبة 56% وتتضح أكثر عند الفئتين [71–81] و[82–92] بنسبة 58% مقابل نسبة 52% لفئة [60-70] ثم تليها الإصابة بأمراض حادة بنسبة 36% تتضح أكثر عند فئة [60-70] بنسبة 43% مقابل نسبة 29% لفئة [82-92] ثم نجد التغيرات الحيوية والإصابة بالعجز بنسبة 8% وأعلى نسبة عند فئة [82-92] بنسبة 13% مقابل نسبة 4% لفئة [60-70].

نستنتج أن التغيرات الفيزيولوجية تختلف بإختلاف السن حيث توصلنا إلى أنه كلما كبر المسن كلما إرتفعت نسبة الإصابة بالأمراض خاصة الأمراض المزمنة وهي الأمراض مستعصية الشفاء منها ففي هذه الحالة نجد أن المسن مرغم بتناول الأدوية طيلة حياته وخاصة أننا وجدنا كل أفراد العينة يعانون على الأقل من مرضين أو أكثر وهذا ما يؤثر

على صحتهم العقلية والعصبية حيث يعانون آلام المرض وكثرت وتنوع الأدوية التي يتناولونها والتي لها تأثيرات جانبية سلبية كثيرة، بالإضافة إلى الأمراض الحادة المؤقتة، فكل أفراد عينة البحث أيضا يعانون منها خاصة مرض الإنفلونزا وهذا راجع طبعا للتدهور البيولوجي لجسمهم ونقص المناعة حيث يتعرضون بكل سهولة لهذه الأمراض.

كما وجدنا بعض من المتكفلين بالمبحوثين المرضى فسروا لنا أهم التغيرات الفيزيولوجية التي طرأت على المسن بالتغيرات الحيوية والإصابة بالعجز سواء العجز الحركي أو العجز الذهني وهذا بحكم المرحلة التي وصلوا إليها وهي مرحلة الشيخوخة.

إن من أهم نتائج الشيخوخة زيادة قابلية التعرض للمرض ومن ثم فهناك إرتباط بين الإثنين، ولكن هناك اختلافات واضحة بين المسن الذي يتمتع بصحة جيدة وذلك الذي يتعرض للعديد من الأمراض، وعموما فلقد وجدنا أن أنماط الحياة والتغذية الجيدة من الممكن أن تخفف من وطاة الشيخوخة. كما تتضمن مرحلة الشيخوخة زيادة الخلل الفسيولوجي، وبالتالي إضطراب عمليات الإتزان البنائي، بالإضافة إلى انخفاض كفاءة الأجهزة الجسمية كالجهاز الدوري والجهاز العصبي المركزي وكفاءة الكلتين وتناقص كفاءة الجهاز المناعي للجسم، وإذا كان احتمال الإصابة بالمرض واردا في كل المراحل العمرية، فإن هذا الاحتمال في الكبر أعلى منه ومن خلال نتائج الجدول أعلاه يتبين لنا أن معظم المبحوثين يعانون من أكثر من مرض مزمن واحد والمرض في مرحلة الشيخوخة غير قابل للشفاء التام، بمعنى أنه لا يمكن إعادة الحالة الصحية للمسن إلى ما كانت عليه، وربما يؤدي إلى العجز الذي قد تحتاج على رعاية طويلة المدى. ويوجد لدى المسنين العديد من الأمراض الجسمية المزمنة وتسبب لهم بعض القيود في حركتهم التي لا تمكنهم من العيش حياة مستقلة.

إن موضوع التغيرات الصحية التي تطرأ على حياة المسنين من أهم الموضوعات التي تناولها الباحثون بالدراسة، حيث توصف مرحلة الشيخوخة بأنها مرحلة ضعف الصحة الجسمية، فحتى في ظل عدم الإصابة بالمرض يشعر المسنون عادة بأنهم ليسوا على ما يرام، كما يرى البعض أن زيادة مدى الحياة وزيادة نسبة المسنين في المجتمع سوف تواجهنا مشكلة زيادة انتشار أمراض الشيخوخة بعد سنوات حتى مع ارتفاع الرعاية الصحية ومواجهة الأمراض الوبائية والأمراض المعدية[1].

بالإضافة إلى التغيرات الفيزيولوجية التي تؤثر على القوة العضلية والقدرة على التحمل وتضعف العظام، وتتأثر أنسجة المفاصل ووظائف القلب والأوعية الدموية حيث تقل قدرة المسن على أداء العمل العضلي وتتأثر الوظائف الحسية كالسمع والبصر، وهشاشة العظام، كذلك إلى الإصابة بمرض السكري وغيرها من الأمراض المزمنة التي يتخبط فيها المسن

[1] - يوسف سيد جمعة وعزة عبد الكريم مبروك، المرجع السابق، ص 26.

ومعظم هذه الأمراض طويلة المدى وبإمكانها أن تؤثر عليه، حيث أن السوابق المرضية يمكن أن تكون عامل من العوامل التي تهدد بالإصابة بمرض الزهايمر، ومن هذه الأمراض أيضا نجد إرتفاع الضغط الدموي وارتفاع الكولسترول في الدم، بالإضافة إلى الأمراض الناجمة عن ضعف حيوية الجسم ومن أسباب ضعف الجسم نقص الوارد إليه من مواد غذائية من جهة، ونقص ما يستوعبه الجسم ويستفيد منه من جهة ثانية، وهذا ما نفسر به أنواع الأمراض التي وجدنا أن كل فرد من أفراد عينة بحثنا يعاني على الأقل من مرض من هذه الأمراض إن لم نقل أكثر من مرض وهذا ما لاحظناه في تحليلنا لأهم الأمراض لأهم يعاني منها أفراد عينة البحث أنظر الجدولين رقم (11 و12).

تعد الأمراض المزمنة والعجز الجسمي في مرحلة الشيخوخة مترادفات ترتبط بالتدهور، وانخفاض الكفاءة وزيادة الاحتياجات والألم الجسمي ويؤدي في النهاية إلى فقدان القدرة على رعاية الذات والاعتماد على الآخرين فمن الجوانب المهمة والمرتبطة بكل من المرض والصحة وجود درجة من العجز في رعاية الذات، وفي أداء النشاطات اليومية، الحياتية، الروتينية، أو القدرة على إدارة المهام المنزلية بشكل مستقل والقدرة على الحركة ومن المقايس المهمة لتحديد الجانب الوظيفي أو درجة العجز هو الاعتماد على قياس كل من نشاطات الحياة اليومية، كقدرة الفرد على القيام بمهام الرعاية الذاتية كالاستحمام وارتداء الملابس واستخدام الحمام والأكل، والحركة داخل المنزل وخارجه، وبالمثل نشاطات الحياة الوسيلية كإدارة الأمور المالية أو القيام بعمليات الشراء، وتنظيف المنزل وإعداد الطعام وتناول الأدوية[1].

إن الجسم البدني نظام معقد من الأعضاء والمكونات البنائية التي تتأثر فرديا وتفاعليا بالكبر فبينما ينمو العضو البشري أكبر فإنه يستمر بالتغير كنتيجة لكلا العاملين الانقسام الخلوي وإعادة بناء الخلية من جهة والتأثيرات المتراكمة لعوامل البيئة من جهة ثانية، وربما التغيرات في الأعضاء الحسية هي الأكثر خطورة لدى المسنين فمن خلال الأحاسيس تستلم المعلومات وتقدم الاستجابات التي تحكم تفاعلاتنا مع الآخرين ومع البيئة، وحين تصل هذه التغيرات مستوى يعوق الوظائف فإن المساعدات والتعديلات في البيئة يمكن أن تقدم مباشرة.

بالإضافة إلى المنظومة الغلافية (الجهاز الجلدي) فهو الأكثر في الأجهزة البدنية والأكثر عرضة للخطر بالنسبة للفرد من حيث التغيرات المرتبطة بالعمر، فحين تحدث التغيرات الظاهرة في المنظومة الجلدية (التجعدات، وشيب الشعر) والتي تعتبر مؤشرات عن كبر السن لدى الكثير من الأشخاص.

[1] - امتثال زين الدين الطفيلي، **علم النفس النمو، من الطفولة إلى الشيخوخة**، دار المنهل اللبناني، لبنان، 2004، ص 270.

كما نجد الجهاز العظمي والعضلي ووظيفته حماية الأجهزة البدنية الرئيسية الأخرى، وأن صحة وتكامل بناء هذه المنظومة تعطي إسنادا مباشرا وفعالا لشكل الجسم وحركته واستقراره وانتصابه، وتصاب عضلات الجسم بالضمور بنسبة متسارعة بصورة معتدلة حين لايتم استخدامها بصورة نظامية، ولهذا فإن الضعف في نسيج العضلة وقوتها مع تقدم العمر يمكن أن يكون أكثر أو أقل استنادا إلى التمارين الرياضية والغذاء.

كذلك الجهاز العصبي الذي يتكون من الدماغ والحبل الشوكي وهي أرقى أنواع الخلايا التي يحويها الجسم البشري ولكن مثلما قلنا سابقا أن هذه الخلايا لاتملك القدرة على التوالد والانقسام أو النمو والتجدد لذا كانت إصابات الخلايا العصبية من أهم وأخطر الإصابات التي يمكن أن يتعرض لها الانسان، ويحدث مع التقدم في العمر نقص تدريجي لعدد الخلايا العصبية مما ينتج عنه ضياع أو ضعف في بعض الوظائف ومنها فقدان الذاكرة التي تعتبر من أهم أعراض مرض الزهايمر.

تعد الصحة الجيدة في آخر الحياة أمرا مهما جدا لمعظم المسنين، إذ أن الانحدرات في الوظائف البدنية والتي تترافق مع الزيادة في العمر الزمني، لا تعني بالضرورة أن جميع المسنين سيعانون بصور أوتوماتيكية من الأمراض والضعف وعدم القدرة حين يتقدم بهم العمر، فالوضع الصحي الجيد أو السيء هو قضية فردية إلى درجة كبيرة في مجتمع المسنين. ونجد الأمراض المزمنة تكون عادة الأمراض الأكثر مشاكل في الأعمار المتأخرة لأنها صعبة في التشخيص وفي التعامل معها وإدراتها وفي الوقت الذي يتعرض فيه المسنين إلى عدد من التغيرات المصاحبة للكبر الطبيعي، فإن تمييز الأعراض المصاحبة للمرض المزمن يكون غالبا معقدا، فالآلام والصداع والتغيرات العابرة المؤقتة في الشهية والاضطرابات البصرية والاحساس بالارتباك والكآبة يمكن أن يتعرض لها المسنون في الغالب كجزء من ظروف أو أوضاع التقدم في العمر أكبر فأكبر، وكذلك كونها مصاحبة للأمراض المزمنة.

إن الأمراض المزمنة تكون مستمرة ودائمة وتحدث تأثيرات ضارة متطورة غير قابلة للانعكاس أو الشفاء. كما تبدأ الأمراض المزمنة في الغالب بوقت مبكر جدا في الحياة، ولكن تصبح ظاهرة وتعبر عن نفسها متأخرة في الحياة حين يصبح التعامل معها وإدراتها أكثر صعوبة أو متعذر، إذ ليس من غير الشائع بالنسبة للمسنين أن يواجهوا محنة وشدة في الضمان المالي طويل المدى أو محنة إجتماعية أو نفسية مع وجود مرض مزمن مشخص حديثا، وعليه نستطيع القول بأنه كلما أصبح الشخص أكبر كلما أصبح أكثر عرضة للإصابة بمرض أو أكثر من الأمراض المزمنة إذن للتغيرات الفيزيولوجية تأثير مباشرة على الإصابة بمرض الزهايمر في مرحلة الشيخوخة.

3 – تأثير التغيرات السيكولوجية في الإصابة بمرض الزهايمر.

جدول رقم 27: يوضح علاقة فئات السن بالتغيرات السيكولوجية التي تطرأ على المسن.

فئات السن / التغيـــرات السيكولوجيـــة	[70 - 60]	[81 - 71]	[92 – 82]	المجموع
التغيرات المعرفية	29 %47	28 %51	20 %43	**77** **%47**
التغيرات في الصحة النفسية	17 %28	14 %25	12 %26	**43** **%27**
التغيرات في الحالة العقلية	15 %25	13 %24	14 %31	**42** **%26**
المجموع	**61** **%100**	**55** **%100**	**46** **%100**	***162** **%100**

يتبين لنا من خلال الجدول أعلاه أن التغيرات السيكولوجية التي تطرأ على المسن مختلفة بإختلاف فئات السن حيث وجدنا أن أعلى نسبة هي 47% للتغيرات المعرفية وتتضح أكثر عند فئة [71-81] بنسبة 51% ثم تليها نسبة 27% للتغيرات في الصحة النفسية وتتضح أكثر عند فئة [60-70] بنسبة 28% ثم نجد نسبة 26% للتغيرات العقلية وتتضح أكثر عند فئة [82–92] بنسبة 31%.

نستنتج أن السن يلعب دورا هاما في حدوث التغيرات السيكولوجية حيث أن التغيرات المعرفية أكثر خاصة عند فئة [71-81] وهذا يمكن تفسير ذلك بأن المسن في مرحلة الشيخوخة يبدأ بالشعور بالتدهور في القدرات المعرفية خاصة فقدان الذاكرة وهذه الأخيرة مثلما رأينا سابقا فهي عبارة عن أهم مؤشرات مرض الزهايمر.

كما وجدنا إرتفاع للتغيرات في الصحة النفسية عند فئة [60-70] ويمكن إرجاعه إلى عدة أسباب ومن أهمها حالات الحزن الشديد بسبب إما وفاة الشريك أو أحد أفراد العائلة بالإضافة إلى الإحالة على التقاعد فيجدون أنفسهم في عزلة رهيبة وفراغ قاتل بسبب ابتعادهم عن العمل والأصدقاء وحتى الأهل حيث يتزوج الأبناء وينعزلون عنهم ماديا ومعنويا، أما فيما

* ارتفع المجموع بسبب تعدد الأجوبة المقدمة من طرف المبحوثين.

يخص التغيرات في الحالة العقلية فنجد أن التدهور العقلي ليس حتمي بالضرورة لدى الشخص المسن، فرغم أن الأداء العقلي يتناقص مع تقدم العمر، ولكنه لا يحدث بنفس الدرجة عند جميع الأفراد وهذا ما جعل فئة صغيرة فقط من عينة بحثنا عبرت عن التغيرات في الحالة العقلية، فكلما تقدم الانسان في العمر ووصل إلى مرحلة الشيخوخة يصاحبه العديد من التغيرات المعرفية والتغيرات في الصحة النفسية والعقلية.

يرى علماء النفس أن الإنتقال من مرحلة منتصف العمر إلى مرحلة الكبر يعتبر تدريجيا وغامضا في بعض الأوقات والأساس السيكولوجي لهذه العملية يكمن في القدرة الفيزيقية المتناقصة وما يصاحب ذلك من إدراك لإقتراب الموت، وعلى الرغم من أن العديد من الجوانب الخاصة بالسلوك لدى المسنين ترتبط بالتغيرات في الاختلافات الفسيولوجية العصبية، فإن علم النفس يركز على الدور الخاص بالخبرة كوسيط للتغير السلوكي، فبالإضافة إلى تسجيل مظاهر التدهور في القدرة الجسمانية وإمكانية التكيف، فإنه يتم التركيز على جوانب السلوك، كما نجد أن الأمراض التي تصيب الأوعية الدموية لنصفي المخ وأمراض المخ الأولية للمسن يمكنها أن تضر الأداء العقلي والسلوك الفعال.

تتكون الوظيفة المعرفية من الذكاء والتعلم والذاكرة، والتي عند أخذها معا فإنها تساند الوظيفة النفسية والوظيفة الإجتماعية في الحياة اليومية، فبدون عمل معرفي طبيعي ستكون هناك كثير من مهمات الحياة مثل المسؤوليات العائلية وأدوار العمل، وأنشطة أوقات الفراغ أكثر تحديا وهذا يمكن أن يفرض ضغوطا مضافة للفرد، ويعتبر التعلم والذاكرة عمليات معرفية يجب أخذها بعين الإعتبار عند فهم الكبر، والوظائف المعرفية فالتعلم يتضمن عمليات معالجة وخزن معلومات جديدة. في حين تكون الذاكرة كفاءة في الإدخال وفي استعادة المعلومات التي خزنت في الذاكرة[1].

يرى الباحثون أن هناك فترات من الحياة، قد تتدهور فيها الصحة النفسية للأفراد كفترة التقاعد وهي مرتبطة بالتقدم في العمر ومن ثمة تطرأ على المسن تغيرات نفسية عديدة ترتبط بالتحديات والصعوبات الإجتماعية التي يواجهها مثل تقاعده من العمل وضعف صحته، وإصابته بكثير من الأمراض المزمنة، ووفاة شريك الحياة .

كما أكدت دراسة **محمد الصاوى 1977** إلى أن التقدم في العمر يكون مصحوبا بزيادة في شدة بعض الحاجات النفسية التي تتعلق بالحساسية الشخصية مثل لوم الذات ونقص شدة بعض الحاجات مثل الطموح وقوة الإرادة والسيطرة، وكشفت دراسة أخرى **لعادل جوهر (1980)** عن أن أهم المشكلات النفسية التي يعاني منها المسنون هي الإكتئاب والخوف والشك، وعليه يمكن القول بأن هناك علاقة موجبة بين الإصابة ببعض الأمراض النفسية

[1] - علي جاسم عكلة الزبيدي، المرجع السابق، ص 173.

والإجتماعية والتقدم في العمر[1]. كما لاحظنا أن كلا من الوسواس القهري والإكتئاب والقلق والهستيري والوحدة والعزلة والمشكلات الإجتماعية، ووقت الفراغ من العوامل التي تساعد على ظهور التغيرات المصاحبة للتقدم في العمر.

بالإضافة إلى أن حالة القلق في مرحلة الشيخوخة تعد سمة مميزة لهذه المرحلة وأن الأفراد كلما تقدموا في السن زاد مستوى القلق لديهم، ويتمركز هذا القلق حول عدة مجالات وهي الصحة، التقاعد، الانفصال عن الأبناء، الإحساس بالوحدة، قلق الموت والعزلة الإجتماعية، عدم الأمان الإقتصادي. فيعد القلق مشكلة أساسية من مشاكل الصحة النفسية لدى المسنين، وهو إضطراب مزمن يتميز بالأسى الشديد والذي يصعب التحكم فيه، وكذلك يشير إلى الإستشارة المرتفعة للجهاز العصبي الذاتي.

ينظر كثير من الباحثين إلى الإكتئاب بإعتباره ظاهرة مرتطبة بشكل مهم بالعمر في الماضي والحاضر، وأنه يرتبط بأسوأ النتائج وهو يتقدم في ذلك على كل الأمراض الطبية التي تطرقنا إليها وتشمل الأمراض المزمنة، وهو يؤدي بالإضافة على ما يسببه من معاناة وقصور لدى الأفراد إلى إرهاق نظام الرعاية الصحية، وخاصة إذا ترافق مع أمراض الشيخوخة الأخرى ولعل من المشكلات الأخرى التي تتصل بالاكتئاب أنه عندما يحدث في السن المتأخر فإنه يقابل بالانكار، حتى يصبح شديدا، ويصبح هؤلاء الأفراد موضع خطورة بسيكاترية. وقد يعرضون أنفسهم للخطر مثل الانتحار، فيعد الإكتئاب من أكثر الإضطرابات شيوعا لدى المسنين وهو حالة انفعالية يشعر فيها الفرد بالحزن وفقدان السعادة والأسى والانسحاب الإجتماعي، وفقدان الأمن والإحساس بعدم القيمة، وفقدان الأمل في المستقبل وبعض الأعراض الجسمية مثل توهم المرض واضطرابات الشهية، والشعور بالاجهاد وانخفاض الوزن، هذا بالإضافة إلى مشاعر الذنب إتجاه الذات واتجاه الآخرين وعدم القدرة على الحب، وضعف الانجاز، وزيادة الحساسية الإنفعالية وغالبا ما يحدث الإكتئاب عقب التقاعد عن العمل أو بسبب فقدان المسن لشخص عزيز عليه أو عقب الإصابة بمرض مزمن من النوع الذي يؤدي إلى حدوث حالة من العجز كالسكتة الدماغية.

كما قد يتعرض المسن للتدهور العقلي إذا ما تعرض لعامل من عاملين أو العاملين معا، فالعامل الأول هو ما قد يتعرض له المخ من عطب أو ما قد يصاب به من حوادث، أو ما قد يشوبه من ضمور، أما العامل الثاني، فهو النقص في تغذية المخ بالخبرات الجديدة، أو عدم تفاعل الخبرات المقدمة إلى المخ مع آخر مستوى نهائي وصل إليه، بالإضافة إلى عامل ثالث لا يمكن التقليل من خطورته وهو العامل الوجداني الانفعالي فإذا ما أصيب الشخص

[1] - جمعة سيد يوسف، المرجع السابق، ص 39.

بصدمة عاطفية مفاجئة أو أصيب بحالة من الذعر أو بعقدة نفسية تعيق تفكيره أو تنسيه ما سبق أن حصله من معرفة، وبالتالي يمكنه الإصابة بمرض الزهايمر.

بالإضافة إلى أن هناك فروق فردية في معدلات التدهور العقلي والمعرفي لدى المسنين بعضهم البعض، بل وفروق وظيفية في الفرد نفسه، حيث تظل بعض الوظائف ثابتة دون تغير ويتغير البعض الآخر. وتشتمل العمليات المعرفية والتي تطرقنا إليها سابقا على الانتباه واللغة والتذكر والقدرة المكانية وتكوين المفاهيم، والتغيرات الحادثة في وظائف الذاكرة على إختلاف أنواعها بصرية أو لفظية أكثر من بقية الوظائف المعرفية بإعتبار أنها أكثر الوظائف التي يشكو منها المسنون إلى الحد الذي جعل بعض العامة من الناس يعتبرون أنفسهم قد هرموا إذا ما بدءوا في نسيان الأشياء في أنشطتهم اليومية.

كما تعد الحالة العقلية عنصرا مهما بالنسبة لتوافق المسن حيث أن الوظيفة المعرفية تكون شيئا ضروريا لأدائه في كل جوانب حياته سواء في العمل أو أثناء نشاطات وقت الفراغ، أو أثناء تفاعليه مع الآخرين أو بالنسبة لأداء أدواره في المجتمع، وبالتالي نجد أن المسنين يعانون من إضطرابات وظائفهم المعرفية سوف يمرون تلقائيا بالمشقة نتيجة عدم التوازن بين مستوى كفاءتهم ومطالب بيئتهم، وترتبط التغيرات التي تحدث في القدرات العقلية لدى المسنين بالتغيرات التي تحدث في الجهاز العصبي.

نستنتج أن التغيرات الفيزيولوجية مهمة ويتعرض لها الفرد مع التقدم في السن على مستوى النشاطات الفيزيولوجية ونقص القدرات المعرفية للمسن، وهي تؤثر على القوة العضلية والقدرة على التحمل وتضعف العظام، وكما تحتل التغيرات العقلية والنفسية درجة كبيرة من الأهمية، وذلك لتأثيرها السلبي على حياة الفرد وعائلته، نظرا لصعوبة التمييز بين ماهو طبيعي منها وماهو مرضي. فكلما تقدم السن ووصل الإنسان إلى مرحلة الشيخوخة يصاحبه العديد من التغيرات البيولوجية والسيكولوجية والتي بدورها يمكن أن تكون سببا لإصابته بمرض الزهايمر، بالإضافة إلى التغيرات الإجتماعية والإقتصادية التي يتعرض لها المسن وسوف نتطرق فيما يلي إلى أهم هذه التغيرات ومدى تأثيرها على المسن.

II – تأثير التغيرات الإجتماعية والإقتصادية في الإصابة بمرض الزهايمر.

1 – تأثير التغيرات الإجتماعية في الإصابة بمرض الزهايمر.

جدول رقم 28: يوضح علاقة الجنس بالتغيرات الإجتماعية التي يعيشها المسن

الجنس / التغيرات الإجتماعية	الذكور	الإناث	المجموع
تغير الأدوار الإجتماعية	13 %23	11 %17	**24** **%20**
تغير نمط العائلات	26 %47	33 %50	**59** **%49**
تغير العلاقات الإجتماعية	17 %30	21 %33	**38** **%31**
المجموع	**56** **%100**	**65** **%100**	**121** **%100**

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن الإتجاه العام لأهم التغيرات الإجتماعية التي يعيشها المسن مقارنة بالجنس هي تغير نمط العائلات بنسبة 49% حيث تتضح أكثر عند الإناث بنسبة 50% مقابل 47% للذكور ثم تليها تغير العلاقات الإجتماعية بنسبة 31% وتتضح أكثر أيضا عند الإناث بنسبة 33% مقابل نسبة 30% وفي الأخير نجد تغير الأدوار بنسبة 20% وتتضح أكثر عند الذكور بنسبة 23% مقابل نسبة 17% للإناث.

نستنتج أن المسن يتعرض إلى مجموعة من التغيرات حتى من الناحية الإجتماعية من كيلا الجنسين في مرحلة الشيخوخة ومن أهمها حسب رأي المتكفلين بالمرضى نجد تغير نمط العائلات وكذلك تغير العلاقات الإجتماعية وتغير الأدوار. حيث يتعرض المسنون للعديد من التغيرات ذات الطبيعة الإجتماعية في حياتهم والتي تتعلق بشتى علاقاتهم ومراكزهم وأنشطتهم المختلفة.

من أهم هذه التغيرات الإجتماعية نجد تغير نمط العائلات حيث أن العائلة نظام إجتماعي يقوم بالعديد من الوظائف مثل الإنجاب والإهتمام بعمليات التنشئة الإجتماعية للصغار...إلخ. وكنتيجة للتغير في بناء المجتمع، أوضح العديد من علماء الاجتماع من أمثال **جود Goode**

وزيلديتش Zelditch أن العائلات الممتدة لا تساهم بشكل جيد في نمط الحراك الكبير في الحياة عند الإنتقال إلى تنظيم جديد للمجتمع ومن ثم يتم إستبدال العائلة الممتدة بعائلة نواتية، وترتب على البناء الجديد للعائلة نتائج كبيرة في العلاقات الإجتماعية للمسنين.

وقد أوضح **كولر Koller** أن العزلة النسبية للمسنين تنتج عن تطوير نمط عائلي لايوجد فيه متسع للمسنين، وقد أوضحت الدراسات في مجال علم الشيخوخة الإجتماعي أثر للضغوط المتزايدة الناتجة عن الحراك الفردي وقيمة الانجاز الناجمة عن التصنيع على التقليل من قيمة المسنين لعائلاتهم، ومن ثم فقد حدث إنعزال كبير للمسنين نتيجة إنشطار العائلات الممتدة[1]، خاصة عندما يتقاعد أحد الأفراد من مهنته تصبح العائلة هامة للغاية بالنسبة لعلاقة الفرد بالشبكة الإجتماعية وعندما تفشل العائلة في سد هذه الحاجة ينعزل المسن بدرجة كبيرة وقد يتعرض إلى مشاكل نفسية وحتى عصبية ومنها الإصابة بمرض الزهايمر فنجد المسن يتأثر كثيرا عندما يكون بعيدا عن أفراد عائلته وأحفاده.

إن التغيرات والتطورات التي تعرضت لها الأسرة الجزائرية على المستوى البنائي والوظيفي جعلتها تنتقل من نمط الأسرة الممتدة إلى نمط الأسرة النواتية، فالنمط الأول نجده خاصة في القرى وبقلة في المدن حيث تكون موسعة يعيش في أحضانها عدة أسر نواتية تحت سقف واحد توفر الرعاية لأبنائها وتعتني بالمسن وتتضامن وتتكافل عند المشاكل أو المرض. عكس الأسرة النواتية الداعية للعصرنة وتقليد الحياة الأوروبية تفضل أن تعيش بعيدا عن الأسرة الممتدة ولا تهتم لمشاكل أو مرض المسن. بالإضافة إلى ضيق الشقق الحديثة أدى إلى إنسلاخ الأسرة النواتية واستقلاليتها في شقة، كما أن مشكل ضيق المسكن تجعل الأسرة الحديثة لا تحتمل وجود المسن في ربوعها كذلك نجد مشكلة خروج المرأة للعمل وانخراطها في ركب الحياة العملية وقضاء معظم الوقت خارج البيت، وعند عودتها لا تتفرغ لخدمة المسن فتحس أنه عبء إضافي، ومن الطبيعي أن المسن في مثل هذه الأسرة يجد نفسه وحيدا جل النهار يحس بأنه في فراغ مميت.

وكما أن الإفتقار إلى حياة إجتماعية تملأ عليه مشاعره الإجتماعية إنما يضرب به بالوحشة والوحدة، ويثير لديه نوعا من القلق على أمنه وسلامته، ويمكن أن يؤدي هذا إلى إصابته بمرض الزهايمر.

[1] - يحي مرسي عيد بدر، المرجع السابق، ص 125.

كما نجد تغير العلاقات الإجتماعية التي تعد السند في الحياة المتأخرة وعامل هام في الإحتفاظ برضا عال عن الحياة، فالحاجات الإجتماعية للمسنين يمكن أن تشبع من قبل العائلة والأصدقاء، ولكن الخسائر والتحولات اليومية يمكن أن تؤثر على التوازن في العلاقات على المدى الطويل فمثلا نجد وعلى حسب قول بعض المتكفلين أن حالات الزواج التي إستمرت لعدة سنوات قد تتعرض للتوترات عندما يصبح أحد الزوجين مريض أو عندما يجبر التقاعد الزوجين على قضاء وقت أطول مع بعضهما البعض.

كما نجد أن هناك عدة أمور تجعل نمط حياة المسنين يختلف عن ذى قبل ومنها المرض، فالتكيف مع عجز أحد الزوجين قد يكون صعبا عندما يكون الشخص الذي يمارس دور رعاية الطرف الآخر مستبدا ومتسلطا خلال حياته الزوجية، ولكن قد يحدث العكس أحيانا والمرض ليس هو السبب الوحيد للتغيرات في توازنات العلاقات الإجتماعية للمسنين، حيث نجد أن التقاعد يمكن أن يخلق نمط حياة مختلف فالزوجة التي اعتادت أن تمكث في المنزل طيلة حياتها قد تجد زوجها المتقاعد إلى جوارها طوال اليوم بلا عمل، قد يعارض ويعيق مسار حياتها، ومن ناحية أخرى نجد أن الطلاق يكون عاملا هاما في تغييرا العلاقات الإجتماعية لبعض المسنين، فأحيانا نجد أن العلاقة الزوجية التي كان يشوبها التوتر فيما مضى قد تنتهي عندما لا يطيق أي من الزوجين شريك حياته.

كذلك نجد تغير العلاقات الإجتماعية في الشيخوخة عند المسن بذاته حيث يزداد اهتمامه بنفسه كلما تقدمت به السن نحو الشيخوخة وتضعف صلته شيئا فشيئا بالمجالات الإجتماعية البعيدة عن دائرته الضيقة، وبذلك يصبح المسن أنانيا، نرجسيا في حياته، وكأنه بهذا السلوك يحافظ على حياته من مضايقات العالم الخارجي المحيط به. وهكذا تضعف العلاقات القائمة بين المسن ومعارفه، ثم يزداد هذا الإنكماش فتضعف العلاقات القائمة بينه وبين الأصدقاء والجيران حتى تصبح دائرة نشاطه الإجتماعي قاصرة على العلاقات الأسرية الضيقة المحدودة، ولذا تصبح مرحلة الشيخوخة مرحلة العزلة والوحدة، ومثلما قلنا سابقا أن ما يزيد من عزلة المسن زواج الأبناء وموت أحد الزوجين والضعف البدني الذي يحول بين المسن وبين زيارة الأصدقاء الذين يسكنون بعيدا عن مسكنه وتناقص أفراد جيله.

بالإضافة على تغير الأدوار الإجتماعية مع تقدم الأشخاص في السن حيث يبدؤون في التخلي عن بعض أدوارهم الإجتماعية، وهذا يصدق على الرجال أكثر من النساء مثلما يبين لنا الجدول السابق ولكنه يؤثر على كل المسنين بصفة عامة، حيث يجرى تصور الشخص على أنه عبارة عن مجموعة من الأدوار الإجتماعية التي يلعبها وفقدان الأدوار يتضمن خسارة العلاقات التبادلية ويسبب خسارة في الاشاعات المرتبطة بالعلاقات الإجتماعية وتختلف الأدوار الضائعة إلى حد كبير في الأهمية عن الأدوار الرئيسية المتضمنة في المؤسسات الإجتماعية الهامة مثل العمالة والزواج.

وقد أوضحت العديد من الدراسات تناقص الأدوار الإجتماعية مع التقدم في العمر، وفي هذا الإطار استخدم **كمنج Gumming** و**هنرى Hemry** مؤشرا كبيرا لقياس مدى خسارة الأدوار، وقد تضمن هذا المؤشر مدى التفاعل مع الآخرين بوصف المسن عضو في العائلة وأحد الأقارب والأصدقاء والجيران والعمال وقاما بإحصاء عدد العلاقات التي خلقها المسن في أي دور من هذه الأدوار واستنتجنا أن المسنين الذكور يمليون إلى فقدان الأدوار الرسمية المرتبطة بالمهنة، بينما تفقد المسنات الأدوار المرتبطة بالأمور المنزلية، ومن ناحية أخرى انتهت **نيوجارتن Neugarten** إلى نتائج مماثلة عن نمط ودرجة التفاعلات الإجتماعية للمسنين حيث أوضحت وجود نقص في هذه العلاقات على المدى الطويل بخصوص أداء الأدوار الإجتماعية في مختلف مناشط الحياة وعدد الساعات التي يقضيها المسن يوميا في التفاعل مع الآخرين ودرجة الاستفادة من خلال المشاركات الإجتماعية الحالية[1].

ومن أهم مظاهر خسارة الأدوار بين المسنين كما استقيناها من ميدان البحث نجد تقاعد الرجال عن العمل وتخلي النساء عن إدارة المنازل والانسحاب من المجتمع النشط والقيادة التنظيمية وإنتهاء العلاقة الزوجية من خلال موت أحد الزوجين، بالإضافة إلى فقدان منزل مستقل والاعتماد على دعم الآخرين في إدارة الاعتمادات أو الأموال. وتتضمن أنماط التغييرات السابقة، التغييرات في الحياة العائلية من شخص متزوج إلى أرمل، وفي الحياة المهنية من شخص عامل إلى متقاعد وفي الحياة الإقتصادية من شخص عامل وكاسب للقوت إلى شخص عاطل عن العمل. وكل هذا قد يساهم في إصابة المسن بالمرض العصبي الالزهايمر ويصبح بمركز المعال الذي يحتاج المساعدة في مجالات الإسكان والنقل والمساعدة المالية من الأخرين.

كما أن هناك العديد من الأسباب التي تؤدي إلى قلة مشاركة المسنين في العلاقات الإجتماعية والأنشطة المجتمعية ومنها أن البعض يفضل الانسحاب ويستمتع بذلك، والبعض قد يعاني من أزمة مثل مرض مفاجئ ومن ثم العزلة المترتبة على عجزه عن إستعادة التوازن بينه وبين المجتمع، فيحس بالوحدة التي تثير الحزن وعدم السعادة، وتضعف مكانته فتقسو الحياة عليه ويهجره أبناءه، وتضيق به سبل الرزق ويدرك أنه أصبح عالة على عائلته والمجتمع وعلى الحياة نفسها. لأن المسن في هذه المرحلة لا يستطيع تحقيق عملية التوافق مثلما كان في طفولته ومراهقته ورشده وذلك لمرونة جهازه العصبي وعندما تضعف هذه المرونة يصعب عليه إقامة الدعائم الصحيحة لهذا التوافق وخاصة عندما يصل به العمر إلى الشيخوخة.

[1] - نفس المرجع، ص 129.

2 – تأثير المشاكل الإجتماعية في الإصابة بمرض الزهايمر.

أ – تأثير المشاكل الإجتماعية.

جدول رقم 29: يوضح علاقة الجنس بالمشاكل الإجتماعية التي يعاني منها المسن.

الجنس / المشاكل الإجتماعية	ذكـــر	أنثى	المجموع
وفاة أحد الزوجين أو أحد الأقارب	22 %27	30 %36	**52** **%32**
الطلاق	3 %3	4 %4	**7** **%4**
أزمة السكن	25 %33	15 %18	**40** **%25**
عقوق الأبناء	29 %37	35 %42	**64** **%39**
المجموع	**79** **%100**	**84** **%100**	*__163__ **%100**

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن الإتجاه العام لأهم المشاكل الإجتماعية التي يعاني منها المسن مقارنة بالجنس هو مشكل عقوق الأبناء بنسبة 39% وتتضح أكثر عند الإناث بنسبة 42% مقابل نسبة 37% للذكور ثم نجد مشكل وفاة أحد الزوجين أو أحد الأقارب بنسبة 32% وتتضح أكثر عند الإناث بنسبة 36% مقابل نسبة 27% للذكور ثم نجد أزمة السكن بنسبة 25% وتتضح أكثر عند الذكور بنسبة 33% مقابل نسبة 18% للإناث، وفي الأخير مشكل الطلاق بنسبة 4%.

نستنتج أن المشاكل الإجتماعية تختلف بإختلاف الجنس حيث وجدنا أن الإناث تعانين أكثر من مشكل عقوق الأبناء والوفاة أما الذكور فهم يعانون أيضا من مشكل عقوق الأبناء بالإضافة إلى أزمة السكن بإعتبار الذكر هو المسؤول عن ضمان وتوفير السكن لعائلته.

* ارتفع المجموع بسبب تعدد إجابات المبحوثين

إن عقوق الأبناء أو ما نستطيع تعويضه بـــ (العش الفارغ) أي عدم وجود الأبناء في البيت. فبصورة شائعة ينظر إليه على أنه محنة وأزمة للمسنين وبخاصة النساء منهم، حيث تدل الدراسات أن الأبناء الذين يغادرون المنزل في الوقت الغير المناسب يمكن أن يخلقوا مشاكل وضغوطات للوالدين حيث يحسون بفراغ المنزل والوحدة والعزلة وبأنهم غير مرغوب فيهم.

كما يعد الترمل واقعا ستواجهه الغالبية من المسنين وبغض النظر عن السن، فإن المسنين يعتبرون وفاة الزوج أو (الزوجة) حدث الحياة الأكثر ضغطا، ويوضح **بورسينو (1993)** بعض المواقف التي تبدو أعظم إحتمالا في خلق مستويات عالية من الضغوط للأشخاص المسنين وهي حينما يتوفى الأزواج بصورة غير متوقعة، وحين تكون الأرملة معتمدة جدا على الزوج أو أن الزوج كان معتمدا بدرجة قوية عليها في الاسناد الانفعالي أو الإجتماعي، وكذلك حينما لا تمتلك الأرملة أو الأرمل مستقبلا وظيفيا فتكون الأرملة (أو الأرمل) قد حاولت أن تكون مستقلة كليا عن الأقارب أو الأصدقاء، أو إذا كانت حياتها (حياته) تدور حول العائلة فقط وحينما ينخفض دخل الأرملة (أو الأرمل) بدرجة كبيرة نتيجة وفاة الزوج (أو الزوجة)[1].

بالإضافة إلى أنه يسود القول بأن مع كبر الناس في السن، تزداد توقعاتهم بموت أحد المحيطين بهم، ومن ثم يكون لديهم إستعداد أقل لتقبل هذا الحدث ويصبحون أكثر إكتئابا وتوترا. فيواجه المسنون مشكلة فقدان الأقران حيث يعيش المسنون في عالم يربطهم مع من عاشوا معهم في شبابهم، وهم أقرانهم يتذكرون جميعا أحداث الماضي ولكن مع مرور الوقت تختفي هذه الذكريات مع رحيل الأقران، ويترك هذا الفقدان فراغا إجتماعيا كبيرا لدى المسنين وتسودهم مشاعر الحداد والشعور بالفراغ وانهيار الايمان، وإنكار حدوث الموت وكذلك الشعور بالحزن واليأس والإكتئاب والبلادة والجمود واللامبالاة والشعور بالذنب، وإذا لم يكن هناك متنفسا لهذه المشاعر تحدث ردود أفعال غير عادية مثل للهلاوس والأوهام وردود أفعال فيزيقية والتعرض للأمراض النفسية والعصبية.

كما نجد مشكل السكن حيث أن المسكن الذي كان ملائما منذ 60 عاما مضت قد يتدهور إلى مستوى غير مقبول، كما أن العجز المتزايد يجعل الشخص المسن غير قادر على الاستفادة بمنزله إلى أقصى درجة، فقد يكون الحمام أو حجرة النوم في مكان مرتفع، ويعتبر عدم التكيف مع متطلبات الإسكان من الأسباب الأكثر شيوعا لمعاناة المسنين ويعتبر زيادة مشروعات الإسكان من وسائل التغلب على هذه المشكلة، كذلك نجد الطلاق رغم أنه نادرا بين المسنين ولكنه مشكل خاصة في هذه المرحلة العمرية حيث من الصعب أن تجد المرأة شريكا آخر في هذا السن خاصة المرأة لأن الرجل مهما كان سنه فهو يستطيع أن يعيد الزواج

[1] - علي جاسم عكلة الزبيدي، المرجع السابق، ص 236.

بأخرى وهذا هو الواقع المعاش والذي نشاهده في الحياة اليومية. فنجد البعض الذي يعاني منه يتعرض إلى أزمة أو مرض مفاجئ ومن ثم العزلة المترتبة عن عجزه عن استعادة التوازن بينه وبين المجتمع، وهذه المجموعة من الأشخاص تكون في أمس الحاجة للرعاية.

إذن مع تقدم الأشخاص في السن والدخول في مرحلة الشيخوخة قد يتعرض إلى مشاكل إجتماعية كثيرة ولكن يختلف تأثيرها من شخص لآخر وهذا راجع إلى التنشئة الإجتماعية لكل شخص وقدرته على تحمل وحل المشاكل بعقلانية وتقبل خسارة أحد الزوجين بالوفاة وتفهم الأبناء عند زواجهم واستقلالهم عن الأباء، كما تعتبر التنشئة الإجتماعية من المجالات الهامة للدراسات السوسيولوجية للمسنين، فالبشر دوما يتفاعلون مع بعضهم البعض وخلال ذلك يطورون أنماطا سلوكية ملائمة توضح ما ينبغي أن يكون وما يستحق بالفعل، وكيفية تنظيم الأنشطة المختلفة ومواجهة المشاكل خاصة الإجتماعية التي تؤثر على الناحية النفسية والعصبية للفرد وقد تؤدي به إلى الإصابة بمرض الزهايمر.

ب – تأثير العزلة الإجتماعية.

جدول رقم 30: يوضح علاقة الحالة المدنية للمسن بميله للعزلة.

الحالة المدنية / ميل المسن للعزلة	متزوج	مطلق	أرمل	المجموع
نعـــم	32 %47	5 %71	25 %54	**62** **%51**
لا	36 %53	2 %29	21 %46	**59** **%49**
المجموع	**68** **%100**	**7** **%100**	**46** **%100**	**121** **%100**

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن الإتجاه العام لمدى ميل المسن للعزلة لصالح نعم أي يميل المسن للعزلة وذلك بنسبة 51% وتتضح أكثر عند المطلقين بنسبة 71% ثم تليها نسبة 54% للأرامل وأخيرا نسبة 47% للمتزوجين أما فيما يخص عدم ميل المسن للعزلة فالنسبة هي 49% وتتضح أكثر عند المتزوجين بنسبة 53% ثم تليها نسبة 46% للأرامل وأخيرا نسبة 29% للمطلقين.

نستنتج أن للحالة المدنية للمسن تأثير في مدى ميله للعزلة من عدمها حيث وجدنا أن معظم المبحوثين يميلون إلى العزلة وهذا راجع إلى إرادتهم في الانسحاب الإجتماعي والتقوقع في مجال محدود جدا بعيدا عن الحراك الإجتماعي، فهم وعلى حسب قول بعض المتكفلين أنهم يحتاجون إلى الراحة بعد مرحلة الرشد التي تتميز بالعمل والمثابرة وتربية الأبناء وتوفير إحتياجاتهم. نجد مرحلة الشيخوخة تتميز بالاحالة إلى التقاعد عن العمل - للذين يعملون - وكبر الأبناء واستقلاليتهم عن الوالدين فيجد المسن نفسه منعزلا عن المجتمع ورغم عدم ميله للعزلة ولكنه يجد نفسه مرغما فتفرض عليه فرضا وذلك بسبب التغيرات الكثيرة التي تصيبه سواء من الناحية الصحية والإجتماعية والإقتصادية.

حيث يتخلى عن الأدوار الإجتماعية دورا وراء دور آخر ونتيجة لإستمرار هذه العملية فإن المسن يتحرر من قيود المعايير الإجتماعية ويصبح أكثر تركيزا حول نفسه. وبالأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية والشخصية في مستوى النشاط عبر مسار الحياة فإذا كان فردا كثير الجلوس في نمط حياته عندما كان في منتصف العمر فإنه سيكون راضيا وسعيدا عن ذلك النمط من الحياة عندما يكبر ولا يجد عملا ليمارس فيه نشاطه.

إن العزلة التي يعيشها المسن أو عدم قدرتهم على ايجاد أدوار أو نشاطات بديلة سببها ما يعانيه المسنين في تقلص تفاعلهم الإجتماعي بتراجع علاقاتهم مع عالمهم الخارجي، وكذلك نتيجة التدهور الجسمي والصحي الذي يزيد من صعوبة مواجهتهم للصعوبات وللأدوار الرئيسية الأربعة التي كان سائدة في نهاية مرحلة الرشد وهي فقدان العمل من خلال الإحالة على التقاعد ونقص الدخل، وضعف الصحة والتغير في نمط الأسرة، وإن تمكن المسن تعويض هذه الأدوار المفقودة فإنه يحقق لنفسه توافق ناجحا في شيخوخته، فالشيخوخة هي مرحلة فرص جديدة للأدوار الإجتماعية وليس مرحلة عزلة وإنسحاب كلي من الحياة لإجتماعية.

ويعتبر **فايز** أول من أشار إلى العزلة الإجتماعية في حدوث الاضطرابات العقلية والعصبية وذلك عام **1934** ولكن لانجد العلاقة بين العزلة الإجتماعية خلال حياة الفرد وبين احتمال الإصابة بالمرض فقط بل العملية تنطوي على جوانب أكثر تعقيدا حيث من المفترض أن يكون هناك نمطا معينا من الأشخاص يعيشون في وضع اجتماعي معين، وعندما يصبحون غير مرغوب فيهم من أقرانهم، فإنهم ينبذونهم وبعد محاولات غير مجدية لكسب قبولهم لهم ينتهي بهم الأمر إلى الانسحاب في قوقعة العزلة حيث تعد العزلة إذا محصلة لعدم التوافق المرضى في علاقاتهم الإجتماعية سواء في محيط أسرتهم أو خارجه حيث يفقدون الشعور بالانتماء فينسحبون من التفاعل الإجتماعي ومن ثم إلى العزلة الإجتماعية وعليه فالأمر لا يقتصر على العزلة بقدر ما هو عبارة عن سلسلة من المشكلات الإجتماعية التي

تبدأ بمجموعة من الظروف التي تؤدي إلى الاغتراب وتستمر مع مجموعة أخرى من العمليات وصعوبات التفاعل التي تنتهي إلى نوع من الفشل واحتمال الإصابة بالمرض[1].

تعتبر العزلة من بين متغيرات التفاعل حيث يحتمل أن يميل الأشخاص الذين يحرمون من التفاعل الطبيعي مع الآخرين إلى تكوين خيالات وضروب من الهذيان تسلمهم في النهاية إلى المرض العصبي هذا فضلا عن أن التفاعل الذي قد ينطوي على توتر أو ضغط يحتمل أن يسفر عن مرض الزهايمر، من هنا اتجه الباحثون نحو تناول أثر ضغوط وأحداث الحياة اليومية كالزواج والطلاق وتغيير المهنة أو فقدانها وتغيير محل الإقامة، ووفاة أحد أفراد الأسرة وما إلى ذلك على الصحة العقلية والعصبية للشخص، كما يجب الاهتمام بأثر أساليب التنشئة الإجتماعية في معدلات حدوث مرض الزهايمر في الطبقات الإجتماعية المختلفة وتفسير التباين في أنماطه، وعليه أدركنا أهمية فهم وتفسير مرض الزهايمر في ضوء الأسرة وأنماطها والحياة الإقتصادية والدين والتحضر والعزلة الإجتماعية وغيرها.

جـــ - تأثير الفراغ القاتل.

جدول رقم 31: يوضح علاقة الجنس بسبب الشعور بالفراغ.

الجنس / سبب الشعور بالفراغ	ذكـــر	أنثى	المجموع
تقلص الأهداف	27 %48	23 %35	**50** **%41**
المكوث في نفس المكان	18 %32	22 %34	**40** **%33**
قلة النوم	11 %20	20 %31	**31** **%26**
المجموع	**56** **%100**	**65** **%100**	**121** **%100**

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أهم سبب للشعور بالفراغ عند المسن هو تقلص الأهداف وذلك بنسبة 41% وتتضح أكثر عند الذكور بنسبة 48% مقابل بنسبة 35% للإناث ثم يليها المكوث في نفس المكان بنسبة 33% وتتضح أكثر عند الإناث بنسبة 34% مقابل بنسبة 32% للذكور وفي الأخير نجد قلة النوم وذلك بنسبة 26% وتتضح أكثر عند الإناث بنسبة 31% مقابل بنسبة 20% للذكور.

[1] - عبد الرزاق جلبي، **محمد علي محمد وآخرون**، المرجع السابق، ص 236.

نستنتج أن سبب الشعور بالفراغ يختلف بإختلاف الجنس حيث وجدنا أن السبب الرئيسي وهو تقلص الأهداف حيث ارتفعت نسبته عند الذكور مقارنة بالإناث وهذا بحكم أن الرجل هو الأكثر إحساس بهذا السبب حيث أنه بعدما كان عاملا يتقاعد وكان مسؤولا عن الأسرة وتنقص مسئولياته بكبر الأبناء كذلك دوره الإجتماعي يتقلص حتى مكانته تتغير. فيحس بفراغ قاتل عكس المرأة فهي قليلة الأهداف وهذا بحكم أن مهمتها إنجاب الأولاد وتربيتهم والاهتمام بالأعمال المنزلية وهذا لا يزول رغم كبرها فهي تعوض تربية أولادها بتربية أحفادها وعندما تكون بصحة جيدة فهي تهتم دائما بالأعمال المنزلية، رغم أنها تفقد بعض الأعمال والأنشطة بسبب العجز وتعوضها إما الإبنة أو زوجة الإبن.

بالإضافة على المكوث في نفس المكان فهذا يجعلها تحس بأنها عديمة النفع والقدرة على الحركة فلا تغادر منزلها إلا للضرورة، كما يتأثر أيضا الرجل بهذا الجانب، فبعدما كان نشيطا وعاملا تجده في كبره عاجزا ضعيفا لا يغادر منزله إلا أحيانا وذلك إما للذهاب إلى المسجد أو المقهى وما يؤرق أكثر المسنين هو قلة النوم وذلك بسبب ما يعانونه من أمراض أو آلام.

إن الظروف الإجتماعية المحيطة بالمسنين من جهة، وعدم إعداد الأشخاص أنفسهم لمرحلة الشيخوخة من جهة أخرى هما العاملان اللذان يحدوان بالمسن إلى الإحساس بالفراغ الممضى وبالسأم الشديد وبالاحساس بطول الوقت. والواقع أن هناك عدة أسباب تحدو بالمسنين إلى الإحساس بالوقت الطويل الممضى، ولعل أول تلك الأسباب وعلى قول بعض المتكفلين بأن أهداف المسن قد تقلصت، فبعد أن كان طوال حياته العملية خصب الأهداف متعدد الجوانب، وقد أفعمت حياته بالكثير من المناشط التي كان لايكاد يفرغ من واحد منها حتى يجد المنشط الآخر في انتظاره ليتمه، فإنه يجد نفسه وقد صار خالي الوفاض وقد أفقرت حياته من أي نشاط. وليس من شك في أن الافتقار إلى الأهداف وعدم تجددها يضرب الشخصية بالعقم والنضوب ويجعلها قفصا خاليا من الحيوية، بل إنه عبئا عليه. وبعد أن كان لايكاد يجد وقتا يتنفس فيه الصعداء بسبب إزدحام حياته بالأعمال.

أما السبب الثاني الذي يدفع بالمسن إلى الاحساس بالفراغ القاتل وبأن حياته لاتكاد تتحرك فهو القبوع بنفس المكان مدة طويلة. ذلك أن الغالبية العظمى من المسنين يركنون إلى منازلهم ولا يبرحونها ليل نهار مع أن في مقدورهم أن يخرجوا عن هذا النطاق الضيق إلى الآفاق الرحبة بحيث يشغلون حياتهم ويفعمونها بالخبرات الجديدة وبحيث يشاهدون ما يستثيرون به وجدانهم وما يبهرهم أو يحملهم على التأمل أو الانفعال أو الدهشة عكس إن ظل المسن في بيته لا يبرحه فإن هذا يجعله خاضعا للرتابة والجمود، فالأحداث حوله هي لا تتغير بل وتتكرر بنفس الشكل وعلى نفس المنوال وشأن المسن شأن أي إنسان آخر، فهو إذا ما انقطع عن العالم الخارجي وتقوقع في نطاق محدود لا يستقبل فيه صورا ذهنية إدراكية متحركة، فإن صوره المتخيلة تساقط الواحدة منها بعد الأخرى إلى أن تنتهي حياته الفكرية

إلى الذبول والنضوب بعد الحيوية والتدفق ولا يظل في ذهنه سوى قليل من الصور الذهنية التي يلتقطها للأشخاص المحيطين به في نطاق البيت المحدود.

ومما يزيد من إحساس المسنين بالتبرم من طول الوقت، ومما يجعل الفراغ مميتا بالنسبة لهم أنهم لايكادون يجدون إلى إغماض أعينهم سبيلا، فإنهم إذا ناموا فيكون نومهم شبه نوم، وكثيرا ما يكون النوم بالنسبة للمسنين عملية موجعة، إذ تكون بعض الأمراض معيقة للنوم كالسعال. فيكون وقته في النوم ليس أهنأ من وقته في اليقظة، وهكذا تجده يعيش في فراغ مضن ومقيت وليس إلى الفكاك منه سبيل.

الواقع أن الغالبية العظمى من الحالات التي تجد فيها المسنون وقد إرتسمت على وجوههم أمارات البؤس وعلامات اليأس، ودلائل المرض إنما هي حالات ناجمة عن الفراغ القاتل الذي حكم على المسنين بأن يعانوا منه. وذلك لنقص المرافق وميادين للتسلية.

إن النظريات الإجتماعية المختلفة للكبر تستند إلى العلاقة بين الإندماج في النشاطات والرضا عن الحياة في مرحلة الشيخوخة. وقد وجد في عدد من الدراسات أن الرضا عن الحياة يرتبط بصورة ايجابية بالمساهمات الفعالة لوقت الفراغ حيث أن المسنين الذين لديهم توظيف أكبر أو مناصب أعلى فعالياتهم اليومية يميلون لأن يكون لديهم رضا عن الحياة أعلى من الأفراد المسنين الذين وظفوا أوقات فراغهم بصورة أولية بمشاهدة التلفاز أو نشاطات سلبية أخرى حصلوا على سرور حينما كانوا منشغلين في الفعالية، ولكن بعد مضي فترة من الزمن لم تساهم تلك النشاطات إلا بالقليل من الرضا. المدرك عن الحياة[1].

بالإضافة إلى قلة المرافق والجمعيات الخاصة والمهتمة بشؤون المسنين حيث وجدنا أن أفراد عينة بحثنا يشكون من هذا الجانب أيضا فاقتصرت حياة المسن بين البيت بدون شيء مهم يقوم به والحديقة العامة أين يلتقي ببعض الأصدقاء وفئة قليلة تفضل البستنة في بستان المنزل وآخرون يتسامرون مع الأصدقاء في المقهى أنظر الجدول رقم (7) في الملحق 2: يبين "علاقة قضاء وقت الفراغ بالجنس". حيث ترتفع نسبة المكوث بالمنزل بنسبة 46% وتليها الحديقة العامة نسبة 26% وكما نجد نسبة 16% للذين يقضون وقت فراغهم في بستان المنزل وفئة في المقهى بنسبة 12%.

إن مشكلات أوقات الفراغ التي يعاني منها المسنون فهي لا تقل أهمية عن المشكلات الإجتماعية الأخرى التي تطرقنا إليها، لأنهم في ظروفهم الجديدة، والتغيرات المختلفة التي أحاطت بهم تركتهم في فراغ كبير، مع عدم وجود ما يشغل هذا الفراغ، ولذلك نراهم ينشغلون بأحلام اليقظة التي تستغرق الكثير من وقتهم في أوهام الخيال التي تبعدهم عن الواقع الأليم ومشاكله، وتعتبر مشكلة شغل أوقات الفراغ لدى المسنين من أكبر المشكلات التي يتعرضون لها، بسبب استقلال الأولاد عنهم، والتقدم في العمر، وتقلص أدوارهم

[1] - علي جاسم عكلة الزبيدي، المرجع السابق، ص 224.

الإجتماعية كل هذا يؤدي إلى إزدياد أوقات الفراغ، وفي نفس الوقت لا يجد بما يشغل هذا الفراغ سوى المكوث بالمنزل ومشاهدة التلفاز أو الذهاب إلى الحديقة العامة أو المقهى فنجد أن المسن مع التقدم في العمر تتقلص علاقاته بالجماعات الإجتماعية وكذا الأنشطة اليومية تكون محدودة جدا. وهي روتينية مما يؤدي بشعوره بالملل فإن كان ينشغل بالتلفاز يصبح غير مهتم بها. وإن كان يهوى القراءة وبسبب نقص النظر وصعوبة القراءة يمتنع عنها. وهذا الفراغ وعدم الإرتباط بأي عمل وما يتبع ذلك من قلة التفاعل الإجتماعي قد يؤثر في نفسية المسن وقد يصاب بمرض الزهايمر.

3 – تأثير التغيرات الإقتصادية في الإصابة بمرض الزهايمر.

أ – تأثير المشاكل الإقتصادية على المسن.

جدول رقم 32: يبين علاقة الحالة المهنية بالمشاكل الإقتصادية.

الحالة المهنية / المشاكل الإقتصادية	متقاعد	عمل بعد التقاعد	لم يعمل أبدا	ترك العمل	المجموع
انحفاض الدخل بعد التقاعد	65 %56	3 %60	-	-	**68** **%39**
غلاء المعيشة وتدهور القدرة الشرائية	52 %44	2 %40	46 %100	7 %100	**107** **%61**
المجموع	**117** **%100**	**5** **%100**	**46** **%100**	**7** **%100**	***175** **%100**

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن الإتجاه العام لأهم المشاكل الإقتصادية مقارنة بالحالة المهنية للمبحوثين يتجه نحو مشكل غلاء المعيشة وتدهور القدرة الشرائية وذلك بنسبة 61% وتتضح أكثر عند كل من الذين لم يعملوا أبدا والذين تركوا العمل بسبب المرض أو العجز بنسبة 100% ثم نجد المتقاعدين بنسبة 44%.

أما فيما يخص مشكل انخفاض الدخل بعد التقاعد فبنسبة 39% وتتضح أكثر عند الذين عملوا بعد التقاعد بنسبة 60% مقابل للمتقاعدين الذين لم يعملوا بعد التقاعد بنسبة 56%.

* - إريفع المجموع عن المجموع الحقيقي للعينة بسبب تعدد إجابات المبحوثين.

نستنتج أن للحالة المهنية للمسن تأثير ودور في إحصاء المشاكل الإقتصادية حيث أن الإحالة على التقاعد يؤدي إلى إنخفاض الدخل والإحساس بغلاء المعيشة. بالإضافة إلى تدهور القدرة الشرائية وهذه المشاكل الإقتصادية تتضح أكثر عند الذين لم يعلموا أبدا أو تركوا العمل بسبب العجز أو المرض.

من أهم المشكلات الناتجة عن التغيرات الإقتصادية نجد إنخفاض الدخل عند المسن، وهذا راجع في أغلب الأحيان إلى التقاعد وهذا ما لمسناه في عينة بحثنا فلقد وجدنا أن كل المبحوثين المتقاعدين يعانون من مشكل انخفاض الدخل مما يؤدي بهم إلى مشكل آخر وهو العجز عن تلبية العديد من الحاجيات الضرورية في الحياة اليومية كتوفير الغذاء والدواء خاصة إذا ما قارنا ذلك بإصابة المسن ببعض الأمراض خاصة المزمنة منها، وما تحتاجه من رعاية طبية وشراء الأدوية. كما أن هذه الظروف التي يعيشها المسنون، نتيجة تراجع مداخيلهم أو فقدانها وما ينجر عنها من آثار ومشكلات في انخفاض المستوى الإقتصادي والمعيشي للمسن وتعرضه للفقر، جراء التقاعد أو توقف المسن غير المؤمن عن العمل بسبب العجز والمرض، كما يعاني المسن الذي لم يعمل أبدا من غلاء المعيشة وانخفاض القدرة الشرائية بشكل كبير وهذا لعدم إمتلاكهم للدخل خاصة النساء حيث كن يعتمدن على أزواجهن وبعد وفاتهم يحسسن بأزمة إقتصادية خانقة.

بالإضافة إلى تقلص مكانته الإجتماعية وتراجع أدواره وفقدانه النفوذ داخل أسرته، من خلال تخليه أو سلبه التصرف في ميزانية الأسرة والخضوع للأبناء، وفقدانه سيطرته على قراراته وحياته. مما يجعل في كثير من الأحيان المسن المتقاعد يعيش مرحلة من الضغوطات المختلفة، تدفعه إلى التفكير في البحث عن عمل جديد، وغالبا ما يكون هذا العمل ذو أجر منخفض، أو يجد صعوبة في ايجاد عمل جديد، وغالبا ما يكون هذا العمل ذو أجر منخفض أو يجد صعوبة في ايجاد عمل يتناسب وحالته الصحية وقدرته البدنية، إن خسارة الأدوار المرتبطة بالعمل للمسنين وفقدانهم لمكانتهم في عائلاتهم، أصبح يطرح أنماط جديدة للاتصال العائلي، ويسبب ضغوطا إقتصادية جديدة للعائلة، وهذا بعدما كانوا يشكلون مصدر من مصادر الدخل للأسرة، بالإضافة إلى ما يولده التقاعد من الشعور بالقلق والتوتر والإكتئاب، وشعور المسن أنه عديم الفائدة في المجتمع، نتيجة الفراغ الذي يعيشه.

إن الأكثر ألما والذي يشكل مأساة في حياة المسن هو أن معاشه الثابت يأخذ في الإضمحلال بسبب ارتفاع مستوى الأسعار وانخفاض القدرة الشرائية، حيث هناك عبء إنفاقي جديد يتحمله المسن وهو عبء العلاج والدواء. ففي الشباب لايكاد الشخص العادي يتردد على الأطباء إلا نادرا ويكاد ينقطع عن الصيدلية، ولكن ما أن تدب الشيخوخة، في أوصاله حتى يجد أن تردده على الطبيب صار شيئا ثابتا لا يتغير، أما الدواء فهو شيء لابد

منه بل شيء متزايد، فهذه أدوية للضغط، وتلك خاصة بالسكر وأخرى خاصة بتصلب الشرايين إلى غير ذلك من الأدوية، وقد يصر الطبيب على أن المسن في حاجة ماسة إلى إجراء عملية جراحية وأن العملية بحاجة إلى مبلغ من المال ولا يوجد منها دينار واحد في حافظة المسن المسكين، فيضاف ألم العوز والعجز عن دفع ثم إجراء العملية إلى ألم المرض والوقوع تحت وطأته. فلا يكون أمامه إلا أن يمتنع عن طاعة أمر الطبيب أو الارتماء في أحضان المستشفيات المجانية المزدحمة بطالبي العلاج ممن لا يقدرون على التردد على المستشفيات الخاصة.

الواقع أن كثير من المتقاعدين ينفقون أموال كبيرة شهريا من منحهم الضئيلة ثمنا للأدوية التي إن إنقطعوا عن تناولها فإنهم يكونون عرضة للموت الأكيد حيث رغم إمتلاكهم للدخل إلا أنهم يرون بأنه غير كافي وهذا حسب قول المتكفلين أنظر الجدول رقم (8) في الملحق 2 حيث يبين "علاقة إمتلاك الدخل بتكلفة العلاج والدواء"، أين وجدنا أعلى نسبة هي 47% لاعتبار أن تكلفة العلاج والدواء مكلفة جدا وتتضح أكثر عند الذين يملكون دخلا ولكنه لا يكفي بنسبة 57% مقابل نسبة 45% للذين لا يملكون دخلا وهذا يمكن إرجاعه إلى أن الفئة التي لا تملك دخلا من عينة البحث ضئيلة. ثم نجد الذين يعتبرون أن تكلفة العلاج والدواء نوعا من مكلفة بنسبة 32% أما الذين يرون أنها غير مكلفة فبنسبة 21% وهي ضئيلة مقارنة بالنسب الأخرى، وعليه نستطيع القول بأن لإمتلاك الدخل من عدمه تأثير في رأي المتكفلين بتكلفة العلاج والدواء. ومما يزيد الطين بلة انغلاق أبواب الاستدانة أمام هؤولاء المسنين فالكل يترقب وفاته عاجلا أو آجلا. فمن أين له أن يسدد؟ فمنحة تقاعده ثابت وأخذت في الإضمحلال بسبب إرتفاع الأسعار المستمر فلا يبقى إذن أمامه إلا المساعدات من الأبناء والبنات أو الأهل والأصدقاء. والواقع أن أصحاب التقاعد كما قلنا يكونون غالبا شخصيات معتمدة على نفسها، ولا يحب الواحد منهم أن يبدي حاجته إلى أحد وبخاصة أبناؤه وبناته. فهو يريد - وقد بلغ تلك السن – وقد كان مرموقا في وظيفته أن يظل شامخ الرأس، إنه يريد أن يستمر أبناؤه وبناته في النظر إليه على أنه الشخص القادر على الإنفاق، وعندما يحس بالعجز وعدم القدرة فهذا يؤثر على نفسيته ويمكن أن يصاحبه قلق وإكتئاب وفي آخر المطاف مرض عصبي بسبب هذه المشاكل الإقتصادية التي آلا إليها في شيخوخته وهي انخفاض الدخل وغلاء المعيشة وإنخفاض القدرة الشرائية وكذلك تدهور صحته التي تحتاج لعلاج ودواء وهو يرى بأنها مكلفة جدا مثلما قلنا سابقا لعدة أسباب منها منحة تقاعده الضئيلة وغلاء الدواء والعلاج وخاصة إذا كان المرض مزمن يحتاج إلى متابعة طبية وتناول الدواء مدى الحياة.

إن سنوات الشيخوخة ليست من سنوات الرخاء المادي نظرا لأن معظم المسنون يتوقفون عن العمل عند بلوغ سن ستين (60) سنة على الأقل، غير أنه يمكن إحالة المرأة العاملة على التقاعد بطلب منها، إبتداء من سن الخامسة والخمسين (55) سنة كاملة[1]. ورغم أن هناك منهم لازالوا قادرين على العمل. ولكن سياسة محاربة البطالة تقتضي إفساح المجال لمن هم أصغر منهم سنا لملء الوظائف الشاغرة ومع أن الميسورين من المسنين قد وفروا من الشباب للشيخوخة إلا أن هبوط القيمة الشرائية للنقود وإطراد الشراء والتضخم المالي يجعلان مدخراتهم غير كافية للوفاء بحاجياتهم خلال سنوات الشيخوخة التي قد تطول ربع قرن أو يزيد بفضل العناية الطبية والمنجزات العلاجية الحديثة ويتعرض المسنون لظروف وطوارئ تجعل من المحتم صرف معونات إضافية لهم، أو تقديم خدمات إجتماعية لهم في بيوتهم كالوجبات لضمان تناولهم الغذاء الكافي الذي يلزم لهم ويقيهم أمراض نقص أو سوء التغذية.

إن المشاكل الإقتصادية التي يعاني منها المسنون تتعلق أكثر بالجانب المادي وتلبية حاجيات المسنين مع عائلتهم – إذا لا يزال عند المسن أبناء أو بنات يعتمدون عليه ماديا – فعلى قول بعض المتكفلين أن المسن المريض يعاني من قلة التمويل الإقتصادي وهو يعتمد على المساعدات التي تقدم له خاصة في توفير مصاريف العلاج والدواء وتوفير الغذاء لأبناءه.

جدول رقم 33: يوضح علاقة الحالة المهنية وإعتبار الاحالة على التقاعد سبب لمرض الزهايمر.

الحالة المهنية / اعتبار الاحالة على التقاعد سببا للمرض	متقاعد	عمل بعد التقاعد	المجموع
نعـــــم	47 %72	1 %33	**48** **%71**
لا	18 %28	2 %67	**20** **%29**
المجموع	**65** **%100**	**3** **%100**	***68** **%100**

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن الإتجاه العام لاعتبار الإحالة على التقاعد سببا للمرض بالإيجاب بنسبة 71% وتتضح أكثر عند فئة المتقاعدين مقابل نسبة 29% لعدم اعتبار الإحالة على التقاعد سبب للمرض وتتضح أكثر عند فئة المتقاعدين الذين عملوا بعد التقاعد.

[1] - الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، أحكام المادة 6 من القانون رقم 83-12، العدد 31/78 ديسمبر 2016 .

* - إنخفض المجموع عن المجموع الحقيقي لعدم إجابة كل المتكفلين لهذا السؤال.

نستنتج أن الحالة المهنية للمسن تؤثر في اعتبار الإحالة على التقاعد سببا للمرض حيث أن 53 فرد من عينة البحث لم يجب عن هذا السؤال لأنهم غير معني به ومعظمهم نساء مكثات بالبيت ولكن وعلى قول بعض المبحوثين أن المسنات المكثات بالبيت تأثرن بعجزهن على القيام بالأعمال المنزلية حتى ولو لم يخرجن ولم يعملن ولكن الإحساس بالكبر والتدهور الصحي والفراغ القاتل يؤثر عليهن أما فيما يخص فئة المتقاعدين وجدنا أن عدد كبير منهم أجابوا بنعم حول إعتبار الإحالة على التقاعد سببا للإصابة بمرض الزهايمر وهذا لعدة أسباب وأهمها الإحساس بأنه غير مرغوب فيه وإنعزله عن أصدقاء. والعمل الذي كان يمتهنه لمدة طويلة. فيرتبط التقاعد بمشاعر سلبية ويعد بالنسبة للكثيرين نهاية رديئة لمرحلة العمل ومرتبطا بإحساس الفرد بأنه أصبح زائدا عن الحاجة.

يعد التقاعد مؤسسة إجتماعية خاصة بالقرن العشرين أما ما قبل هذا التاريخ فإن قليلا من الأفراد الذين يمكن أن يعيشوا عمرا أطول ليدركوا التقاعد أو ليعدوا في عمر التقاعد. بالإضافة إلى الزيادة في طول العمر في القرن العشرين والتي ترتبط بمعايير عليا لنمط الحياة، فإن التصنيع وفائض العمل قد كونت عوامل رئيسية في تطور حركة التقاعد واتساع انتشاره وإقرار قوانين الضمان الإجتماعي التي ضمنت الحصول على ضمان مالي عند الكبر.

هناك أعداد كبيرة ممن يمضون أفضل أيام حياتهم قوة ونشاطا وانتاجا وابداعا في المؤسسات أو شركات لقاء رواتب محددة تتزايد بزيادة السن والخدمة والخبرة، ويتمتعون بمواقع معينة متدرجة في الارتقاء مع إستمرارية العمل ومرور الزمن، ويحقق هؤلاء الناس من خلال عملهم في تلك المؤسسات لسنين طوال علاقات إجتماعية ومواقع إدارية وسلطة ونفوذ وموارد مالية توفر للكثير منهم شعورا بالأمن والإستقرار وقبولا للذات ورضى عنها. والتوافق مع المجتمع الذي يعيشون فيه، وعلى حين عزة يرمى بهؤلاء المسنين خارج المؤسسات التي عملوا فيها على الرغم من كل ما حققوه من إنجازات وما بذلوه من جهد في خدمة تلك المؤسسات وتطويرها لقاء ما يسمى براتب تقاعدي محدود معظمه مما كان يستقطع من رواتهم أثناء الخدمة ويوظف في البنوك ليعود إليهم بعد التقاعد بدفعات شهرية لا تكاد توفرلهم عيشا محترما أو يسد حاجاتهم المعيشية والصحية والإجتماعية المتزايدة بعد أن بلغوا تلك الأعمار المتقدمة.

إن إيقاف المسنين عن أعمالهم التي كانوا يزاولونها لسنين طويلة سيؤدي إلى حرمانهم من التفاعل الإجتماعي والعلاقات الإجتماعية ويمزق ذلك النسيج الذي يربطهم بمحيطهم ويجردهم من الأدوار التي كانوا يضطلعون بها، وتتلاءم مع مرحلتهم العمرية وقدراتهم الوظيفية، فيجدون أنفسهم مكبلي الأيدي والقدرات بفعل قرارات الإحالة على التقاعد والإبعاد القسري عن العمل، وهذا الإجراء يمثل انسلاخا قسريا وليس إنسحابا طوعيا عن أنشطة

المجتمع وفعالياته النظامية، ويعني ذلك انسحاب المجتمع عنهم أكثر من إنسحابهم من المجتمع، وهذا الأمر الواقعي يخلق ويقوي الشعور بالإحباط لدى المسنين ويسرع في عزلتهم وفي تكوين مشاعر من عدم تقدير الذات والدونية.

كما تعد مرحلة التقاعد للكثير من الناس فترة خسائر متنوعة وينتج بعضها عن البعض الآخر، فالخسارة المادية تحدث بسبب نقص الدخل الذي يتحصل عليه المتقاعد مقارنة بما كان يتقاضاه أيام العمل وينتج عن ترك العمل أيضا أن يخسر الشخص النفوذ الذي كان يستمده من وظيفته ومنصبه، ويضاف إلى ذلك خسارة الشخص لقدرته على الحياة المستقلة دون الاعتماد على الآخرين وما يرافق ذلك من مشاعر نفسية سلبية ترتبط بالتقاعد مثل احساس المتقاعد بأنه أصبح شخصيا زائدا عن الحاجة لا شغل له سوى انتظار الموت، كما يعتقد بعض المسنين بأن الحياة أصبحت منعزلة وتافهة وعديمة المعنى، لذلك يعتقدون أنهم يعيشون في عصر القلق ويعجزون عن إقامة علاقات مباشرة بين مشاعرهم وبين بيئاتهم وتمثل هذه الظروف القاسية خلفية لمرض الزهايمر عند المسنين.

جدول رقم 34: يبين علاقة الحالة المدنية بمدى تقبل المسن للتقاعد.

الحالة المدنية / تقبل التقاعد	متزوج	مطلق	أرمل	المجموع
تقبله في البداية ولكنه تأثر بالفراغ وانخفاض الدخل	21 %40	2 %40	7 %70	**30** **%44**
لم يتقبله لأنه في وضع صحي جيد ويحتاج إلى الدخل الصافي	32 %60	3 %60	3 %30	**38** **%56**
المجموع	**53** **%100**	**5** **%100**	**10** **%100**	**68** **%100**

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن الإتجاه العام لمدى تقبل المسن للتقاعد مقارنة بالحالة المدنية هو لعدم تقبله وذلك بنسبة 56% وتتضح أكثر عند المتزوجين والمطلقين بنسبة 60% مقابل نسبة 30% للأرامل أما فيما يخص تقبله في البداية. أي بعد التقاعد مباشرة، فنجد الأرامل بنسبة 70% مقابل نسبة 40% لكل من المتزوجين والمطلقين.

نستنتج أن للحالة المدنية تأثير على تقبل التقاعد من عدمه حيث نجد أن معظم المتزوجين لم يتقبلوه وهذا راجع إلى أن الدخل بعد التقاعد سينخفض والمسن يحتاج إلى المال إما لمساعدة أبناءه في الدراسة أو الزواج وحتى لنفسه حيث يحتاج إلى التغذية الجيدة والعلاج في حالة المرض بالاضافة إلى الإحتياجات اليومية. أما المطلقون فيمكن تفسير عدم تقبلهم للتقاعد هو انشغالهم بالعمل ونسيان مشكل الطلاق والوحدة التي يعانون منها.

أما فيما يخص الأرامل وتقبلهم للتقاعد وعلى حسب قول المتكفلين بهم فإنهم في البداية أي الأشهر الأولى بعد التقاعد لم يكن هذا الأخير مشكلا وذلك بحجة أن المسن تعب وبحاجة للراحة خاصة إن كان العمل شاقا ولكن بعد مدة من التقاعد بدأ المسن يتأثر بالفراغ الذي يعيشه وإنخفاض الدخل الذي أصبح مشكلا فبدأت تصرفاته تتغير وأصبح المسن عدوانيا وعصبيا.

يختلف العاملون في قبولهم للتقاعد من عدمه إستنادا إلى عوامل كثيرة، فالغالبية من العاملين يجدون أن التقاعد أمر مرغوب فيه في حين يرى كثير من العاملين الآخرين أن التقاعد يمثل قرارا غير مرحب به، ومن العوامل المؤثرة في اتخاذ قرار التقاعد في حالة كونه اختياريا الدخل الصافي والوضع الصحي، والتفضيل الأسري و المعايير غير النظامية لمكان العمل والخطط البعيدة المدى للفرد والرغبة الذاتية، فالوضع الصحي المتدهور يرتبط بالرضا عن التقاعد، وكذلك الأفراد الذين يتقاعدون على أساس طوعي يميلون إلى اعتبار التقاعد مفضلا أكثر من أولئك الذين يجبرون عليه، كما أن الدخل الذي يسند ويقوي معيار الحياة الأفضل في فترة ما قبل يبدو أنه عامل مهم في قبول التقاعد من عدمه.

ويؤثر أعضاء الأسرة في الرضا عن التقاعد، فيكون أكثر إرضاء للفرد إذا ما ساندت الأسرة قراره، أما طبيعة العلاقات الأسرية فهي مهمة في هذا المجال أيضا، فالأفراد الذين ينخرطون في علاقات مرضية وايجابية بصورة متبادلة يميلون إلى إعطاء تقديرا أعلى في مقياس الرضا عن التقاعد من أولئك الذين ينخرطون في علاقات تتضمن مسؤوليات تقديم رعاية للمتقاعد.

كما تصبح حياة الشخص المتقاعد وبخاصة خلال الأيام الأولى لترك العمل مملة ومضطربة، حيث يضطر إلى تغيير نمط حياته بصورة كلية، بدءا من وقت استيقاظه المبكر صباحا وحتى إيوائه للسرير ليلا، وبذلك يجد صعوبة في التعود على وضعه الجديد، وكيفية قضائه وإلى أين يتوجه، وقد يضطر في قضاء يومه أو معظم وقته بالمنزل، والذي قد يشعر معه بعدم الترحيب ولا سيما إذا بدأ بقاؤه بالمنزل يجذب انتباهه إلى أعمال منزلية قد يعترض على طريقة أدائها فيقابل بالرفض وعدم الرضا بالتدخل، مما يشعره بأنه غريب في بيته وإذا غادر المنزل فلا مكان بديل له سوى التجول في الشارع الذي لم يعد يألفه والمقهى

التي قد لا يجد فيها من يأنسه من جيله أو رفاق دربه ويصبح عندئذ غريبا عن مجتمعه ويعاني فراغا قاتلا وعدم رضا عن الذات والواقع فيؤدي به ذلك إلى إغتراب عن المجتمع وعن الذات ويكون عرضة للاضطرابات النفسية مثل القلق والكآبة والاستغراق في أحلام اليقظة والميكانيزمات الدفاعية الأخرى ومشاعر من عدم الأمان والخوف من المستقبل، وعدم الثقة بالذات وبالآخرين وسيطرة مشاعر اليأس والاحباط والاحساس بالعزلة.

إن ديناميات انتقالية الفرد من طفولته إلى رشده وشيخوخته هي مزيج من الثبات والتغير، بقدر ما يتميز التنظيم البيولوجي في الإنسان وكذلك تنظيمه النفسي والإجتماعي، بالثبات والتغير، وبالمثابرة والمواءمة، وبظهور معالم جديدة تتضح في مدى واسع من الخصائص الإجتماعية والنفسية والإقتصادية والصحية وإذا كان النمو الإنساني يشير إلى سلسلة موصولة من التغيرات التي تتضح لدى الأفراد بشكل متميز كما يتقدمون في الحياة نحو سنوات الشيخوخة فإن الشيخوخة تعتبر من أهم المراحل المؤثرة في مجرى حياة الفرد. ففيها تتغير كثير من الأنماط الإجتماعية والنفسية والإقتصادية والصحية التي درج عليها الفرد عشرات السنين.

فمرحلة الشيخوخة تشهد اختلالا في عمليتي البناء والهدم مما يترتب عليه تراجعا في القدرات الجسمية والعقلية وتباطؤ في استجابة الفرد للمثيرات والشعور بصعوبة المحافظة على المكانة الإجتماعية التي كان يشعر بها سابقا نتيجة التغيرات السريعة التي تحدث حوله في الأوضاع الإجتماعية والإقتصادية مما يدفعه إلى التمركز حول الذات والعزلة عن الآخرين وما يترتب على ذلك من أزمات نفسية وحتى عصبية.

إن علينا الإعتراف بأن مرحلة الشيخوخة ترتبط بتدهور وترد في الحالة الصحية والنفسية والإجتماعية والإقتصادية بصفة عامة، كما ترتبط بالضعف والوهن وانحسار النشاط، والإخفاق في الاحتفاظ بالوظائف المعتادة للإنسان، ويؤدي الانخفاض الملحوظ في المناعة والقدرة على التحمل إلى التعرض للإصابة بالأمراض المختلفة وأهمها مرض الزهايمر الذي برهنا على تأثير التغيرات التي تصيب المسن في مرحلة الشيخوخة في الإصابة به، حيث يحدث خلال هذه المرحلة ضعف وإنهيار في الجسم، وإضطراب في الوظائف العقلية، ويصبح الفرد أقل كفاءة ومنخفض الدافعية.

كما تمثل التغيرات العضوية التي تحدث في الشيخوخة مصدرا رئيسيا لإنهيار الشخصية، فغالبية المسنين يخضعون لمظاهر الضعف الفيزيقي والنفسي المصاحب للتقدم في السن. إن الشعور بقرب نهاية الحياة مع التدهور الطبيعي للجسم ربما يتسبب في حدوث درجات متفاوتة من انحلال الشخصية.

بالإضافة إلى الحياة الإجتماعية والإقتصادية المزرية التي يعيشها المسن خاصة الفقر والحرمان اللذان يزيدان في سوء التوافق حيث أن المسن ذو الدخل الضعيف يشكل من الظروف المادية القاسية، وسوء التغذية وخاصة صعوبة توفير تكاليف العلاج والدواء إذا مرض. حيث أن المستوى الإقتصادي من شأنه أن يكون مسبب مباشر لظهور المشكلات بأنواعها لدى المسنين فالصحية منها غالبا ما ترجع إلى عدم الكفاية في الدخل، وفقدان الأبناء يعد من المتغيرات التي تعوق عملية التوافق، وتؤدي إلى تدهور الحالة الصحية والوظائف العقلية. ومن خلال هذا يمكن القول بأن فرضتينا تحققت حيث أن للتغيرات البيولوجية والإجتماعية والإقتصادية دور في الإصابة بمرض الزهايمر.

فمنذ بداية القرن العشرين بينت الدراسات أهمية العوامل الإجتماعية وتأثيرها في انتشار وظهور الأمراض، وأهمية هذه العوامل في الإصابة بمرض الزهايمر وعلاجه حيث وجدنا أن هناك إرتباط وثيق بين المرض والبيئة الإجتماعية، وتعتبر الصحة العقلية والعصبية هدف من أهداف التنمية والتطور الإجتماعي والإقتصادي، فهي حق أساسي لجميع أفراد المجتمع، علاوة على أنها وسيلة مهمة لبلوغ الأهداف وأصبح من الممكن القول أن مع تقدم الإنسان في العمر يصبح جزءا من الحياة الإجتماعية، ولكن بالنسبة للمسنين لا تكون حياتهم الإجتماعية بمثل هذا الثراء نتيجة لترك الأبناء المنزل والزواج والانشغال بحياتهم، ومن ثم فإن المساندة التي يتلقاها من خلال تلك الجماعات الأبناء والأصدقاء التي ينتمي إليها تمكنه من التوافق النفسي والإجتماعي للتغيرات السريعة والظروف المجهدة التي يتعرض لها في تلك المرحلة العمرية.

إن مرحلة الشيخوخة من المراحل التي تشهد سلسلة كبيرة. من التغيرات سواء على المستوى الجسماني، النفسي، الانفعالي، المعرفي والعقلي، والعصبي مثلما قلنا سابقا، وهذه التغيرات تجعل لهم خصائص وسمات تخلق لديهم سلسلة من المشكلات والمتطلبات ونجد المشاكل الإجتماعية التي يعيشها المسن أكثر تأثير على صحته النفسية والعصبية فلا يستطيع تحمل أعباء الحياة في أواخر حياته بعد ضعفه من كل النواحي، وهذا لقوله تعالى: **"الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعفا وشيبة، يخلق ما يشاء وهو العليم القدير"**[1].

[1] - سورة الروم، الآية 54.

الفصل الثامن

تحليل الفرضية الثالثة

I – أهمية التكفل الأسري في التقليص من شدة المرض

II – أهمية تكفل الهيئات المختصة بالمسن في التقليص من شدة المرض

III – أهمية الرعاية بكل أنواعها في التقليص من شدة المرض

I – أهمية التكفل الأسري في التقليص من شدة المرض.

1 - نمط الأسرة التي يعيش فيها المسن المريض وعلاقتها بالتقليص من شدة المرض.

جدول رقم 35: يوضح علاقة المنطقة الجغرافية للإقامة بنمط الأسرة التي يعيش فيها المسن المريض.

المنطقة الجغرافية للإقامة / نمط الأسرة	حضري	ريفي	المجموع
أسرة ممتدة	28 %29	18 %78	**46** **%38**
أسرة نواتية	70 %71	5 %22	**75** **%62**
المجموع	**98** **%100**	**23** **%100**	**121** **%100**

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن الإتجاه العام لنمط الأسرة هو للأسرة النواتية بنسبة 62% وتتضح أكثر عند الساكنين بالمناطق الحضرية بنسبة 71% مقابل نسبة 22% للساكنين بالريف ولكن نجد العكس فيما يخص المسنين الذين يعيشون في أسرة ممتدة وذلك بنسبة 38% حيث تتضح أكثر عند الساكنين بالريف بنسبة 78% مقابل نسبة 29% للساكنين بالمناطق الحضرية.

نستنتج أن للمنطقة الجغرافية للإقامة دورا هاما في تحديد نمط الأسرة التي يعيش فيها المسن، ورغم قلة عدد المسنين الساكنين بالريف في عينة بحثنا ولكن النمط الأسري السائد في الريف هو للأسرة الممتدة أين يعيش المسن بين أبناءهم وأحفادهم وحتى الإخوة والأخوات في منزل واحد، عكس ما وجدناه عند المسنين الذين يسكنون بالمدن فأغلبهم يعيشون لوحدهم بعد انعزال أبناءهم وإستقلالهم في منازلهم بعيدا عن الوالدين.

إن التحولات والتغيرات الضخمة التي حدثت في كثير من مجتمعات العالم بسبب التحول التدريجي أو السريع في نمط الحياة من البدائية إلى القروية إلى الحضرية إلى الصناعية، واتساع المدن عددا وحجما، وما صاحبها من زيادة في الخصائص الحضرية التي جعلت نطاق الأسرة يضيق ويضيق معه أساسه الوظيفي، الأمر الذي فرض نوعا جديدا من الأدوار

والمكانات والعلاقات الإجتماعية داخل الأسرة وتختلف عن تلك التي كانت سائدة من قبل، حيث أدى نمط الحياة المدنية والأسرة الصغيرة وانهيار نموذج العائلة، وانتشار التعليم إلى تغير نظام التقويم الإجتماعي، فظهرت معايير جديدة لتحديد المكانة الإجتماعية فأصبح الفرد يقوم على أساس مهنته وتعليمه ومقدار دخله ومعايير أخرى ظهرت مع الكم الهائل من التغيرات التي مست البناء الإجتماعي ككل والبناء الأسرى على وجه الخصوص.

إن الأسرة الجزائرية كغيرها من الأسر مستها التغيرات والتحولات التي حدثت في العالم ككل، حيث تغيرت من الشكل أو النمط التقليدي الذي كان يتميز بالوحدة الإقتصادية والثقافية والإجتماعية في ظل السلطة الأبوية التي تقوم علاقاتها على أسس القرابة الدموية والتي تتطلب تقسيما بسيطا للعمل يتوافق مع السن والجنس يهيأ له أفراد الأسرة منذ نشأتهم الإجتماعية الأولى، مما يجعل من سلوكات أفرادها خاضعة لمجموعة من الضوابط الدينية والعرفية المحددة، وحيث يلعب الإطار القيمي دورا بارزا في توجيه هاته السلوكات وفي التأثير على نمط العلاقات الإجتماعية، وتحديد مكانات الأفراد داخلها، فكان المسن يحظى بالمكانة العالية والسلطة المطلقة التي تدعمها العادات والتقاليد، وقيم التضامن والتكافل الإجتماعي والإقتصادي فلم يكن المسن يشكل موضوع خلاف لأن المسائل المتعلقة بمكانته معايير حددتها القوانين والأعراف تحديدا قاطعا ولازما، وحتى ديننا الحنيف أعطى مكانة عالية للشخص المسن سواء في الأسرة أو المجتمع.

إلا أن إنتشار شكل الأسرة النواتية التي تتميز بخصائص تختلف عن تلك التي كانت سائدة في العائلة التقليدية، وتغير نظام السلطة فيها، وشكل العلاقات بين أفرادها، ونوع الأدوار والمكانات وتخليها عن بعض وظائفها لمؤسسات استحدثت بفعل التطور والانتقال من التقليدية إلى العصرية خاصة مثلما لاحظنا في الجدول أعلاه أين إنتشرت الأسرة النواتية بشكل أكثر في المدن مقارنة بالأسرة الممتدة التي وجدناها في الآرياف أكثر. مما أفرز الكثير من المشكلات المتعلقة بالمسنين لم تكن معروفة من قبل منها الصحية والنفسية، ومشكلات أخرى كالإيواء والسكن.

كما ظهرت الكثير من المظاهر السلبية كنقص بر الأبناء بآبائهم المسنين وعدم احترامهم، ومعاملتهم على أساس ما يأتون به من فائدة وربح مادي فقط بل وحتى التخلي عنهم وتركهم يعيشون بمفردهم بعيدين عن جو الأسرة الممتدة وإنعزالهم عنهم وغيرها من المظاهر السلبية التي كان لها الأثر الكبير على المكانة الإجتماعية للمسن داخل الأسرة والآثر على صحته النفسية والعصبية وإصابته بالأمراض ومنها مرض الزهايمر.

إن الفرد عندما يصل إلى سن معينة يصبح بحاجة إلى أفراد أسرته من حوله فليس بإستطاعته أن يتصور أو أن يتقبل تخلي الأسرة عنه أو حتى أن يخسر دوره داخل الأسرة أو دوره الإجتماعي الذي كان يميزه. كما تتماشى هذه النتائج التي توصلنا إليها مع نتائج دراسة **عواطف إبراهيم 2002** "حول العلاقة بين المساندة الإجتماعية والوحدة النفسية والتي توصلت من خلالها إلى وجود فروق جوهرية بين المسن المقيم في الأسرة الممتدة وغيره الموجود في دور الرعاية، وذلك في مستوى التوافق حيث كان منخفضا عن المقيمن بعيدا عن الأسرة، كما أضافت أنه توجد درجة كبيرة من التشاؤم لديهم"[1].

إن كل ما يطمح إليه المسن في هذه المرحلة من عمره هو البحث عن الأنس من طرف من يحيطون به وعلى وجه الخصوص من تجمعهم به صلات وقرابة وثيقة كالأبناء والأحفاد، فإذا كانت الروابط العائلية ضعيفة ومفككة حتما ستساهم في انعدام التوازن وانخفاض التوافق خاصة إذا صاحب ذلك متغيرات أخرى كالتقاعد وفقدان الأصدقاء وابتعاد الأبناء وانعزالهم في أسر نواتية، وترك المسن يعاني الوحدة والحرمان من عطف وحنان، فهذا يجعله يحس بأنه لاقيمة له ولا أحد يحتاجه فيتعرض إلى مشاكل صحية كثيرة وخاصة النفسية والعصبية وفي كثير من الأحيان إن كان يعاني المسن من أمراض تتأزم وتشتد وذلك بسبب عيشه لوحده وانعزال أولاده منه وعدم مساعدته سواء بأخذه إلى الطبيب للعلاج أو التكفل به في المنزل، فالمسن المريض يحتاج إلى رعاية وعناية من طرف شخص بالغ ولكن وجدنا أن معظم المبحوثين "المسنين المرضى" يعانون من مشكل العيش لوحدهم إما مع الزوجة (الزوج) فقط أو لوحدها إن توفي الزوج (الزوجة) أنظر الملحق 2 جدول رقم (9) 'يوضح "علاقة الحالة المدنية بنمط الأسرة التي يعيش فيها المسن" حيث وجدنا أن أعلى نسبة هي 62% للذين يعيشون وحدهم وتتضح أكثر عند المتزوجين بنسبة 71% مقابل نسبة 46% للأرامل. أما الذين يعيشون في أسر ممتدة فقد كانت النسبة 38% وتتضح أكثر عند الأرامل بنسبة 52% مقابل نسبة 29% للمتزوجين والمطلقين.

نستنتج أن المسن المتزوج وبعد سنوات وفي آخر المطاف يجد نفسه يعيش مع زوجته، فقط وإنعزال الأبناء عنه وخاصة مع إصابته بالمرض فسيعاني الأمرين الوحدة والمرض وفي هذه الحالة عوض مكافحته للمرض وعلاجه تجده "لا حول له ولا قوة من ثم يستسلم للمرض، في غياب المتابعة الطبية والاعتناء به في المنزل.

أما فيما يخص الذين يعيشون في أسرة ممتدة ورغم أن النسبة قليلة إلا أن هناك من يعيش مع الزوجة والأبناء وآخر يعيش مع الزوجة والأبناء والأحفاد خاصة الآرامل حيث يتكفل الأبناء إما بالأب أو الأم عند وفاة الآخر.

[1] - جمعة سيد يوسف، المرجع السابق، ص 97.

لكن عند إصابة أحد الوالدين بالزهايمر وجدنا مشكلة التكفل بالمريض حيث وجدنا اختلاف النسب فيما يخص الاعتناء بالمرضى الذين يعيشون في أسر ممتدة والذين يعيشون في أسر نواتية أنظر الملحق 2 الجدول رقم (10) "يوضح علاقة نمط الأسرة بمن يعتني بالمريض في المنزل" فلقد وجدنا أعلى نسبة لمن يعتني بالمريض في المنزل هو الشريك بنسبة 36% وتتضح أكثر عند الأسرة النواتية بنسبة 40% مقابل نسبة 31% للأسرة الممتدة ثم وجدنا إعتناء الإبنة بنسبة 29% وتليها نسبة 17% لشخص آخر، ونسبة 11% للتناوب بين الأبناء وأخيرا نسبة 7% لإعتناء الابن.

نستنتج أن لنمط الأسرة التي يعيش فيها المسن المريض دورا في تحديد الشخص الذي يعتني بالمسن المريض حيث وجدنا أن الشريك هو الشخص الأول الذي يهتم ويعتني بالآخر وفي حالة وفاة هذا الأخير أو مرضه هو أيضا بأمراض مزمنة أخرى فلقد وجدنا الإبنة هي التي تعتني أكثر بالمسن المريض في المنزل حيث توفر له الأكل وتنظف المنزل وتهتم به.

كما وجدنا أيضا عند بعض أفراد العينة أن هناك شخص آخر لايمد بصلة بالأسرة ويعتني بالمسن المريض وهذا الشخص إما ممرضة أو عاملة تهتم بالمريض في منزله، وعلى قول بعض المتكفلين بسبب إنشغالهم بالعمل وانشغال إخواتهم وعدم قدرتهم على الإعتناء به، دفعوا لشخص آخر ليهتم بالمسن المريض في المنزل. أو التناوب فيما بين الأبناء خاصة البنات لأنهن يجدن الأعمال المنزلية والاعتناء بالوالدين أكثر من الإبن الذين وجدناه بنسبة قليلة فيما يخص الاعتناء بالمريض في المنزل ولكننا وجدناه بنسبة عالية فيما يخص مصاحبة المسن المريض للمعاينة الطبية وهذا ما سنتطرق إليه لاحقا.

إن تحديد مسؤولية التكفل بالمسنين كفيل بالطمأنينة على مستقبل الشيخوخة وبقضاء هذه المرحلة في صحة وسعادة وإن أصيب المسن بالمرض على الأبناء التعاون والتضامن لمساعدته للشفاء منه وإن استعصى الشفاء منه فمحاولة التخفيف من شدته، ولكن تكفل الأبناء بالمسن المريض قد لا يتم في نطاق الشقة الضيقة أو في نطاق الأسرة الحديثة التي لا تحتمل وجود المسن في نطاقها، وخاصة بعد خروج المرأة للعمل وعدم قدرتها في التوفيق بين العمل خارج المنزل وداخله وتربية الأبناء والاعتناء بالمسن المريض الذي تعتبره عبئ عليها. بالإضافة إلى الظروف الإقتصادية المتغيرة وغلاء المعيشة، وغيرها من الظروف التي يعيشها كل فرد من أفراد الأسرة التي ينتمي إليها المسن المريض ورغم كل هذا فلقد وجدنا أن هناك تكفل من طرف أسرة المريض سواء كان يعيش مع الأبناء أو لوحده فقد وجدنا عند البعض أن الأبناء يتناوبون في الذهاب إلى البيت العائلي والاعتناء والاهتمام بالوالدين وخاصة بالمريض.

أما فيما يخص المعاينة الطبية فوجدنا أن أسرة المسن المريض تهتم كثيرا بالمعاينة الطبية أنظر الملحق 2 الجدول رقم (11) يوضح "علاقة نمط الأسرة بمن يأخذ المريض للمعاينة الطبية" وأعلى نسبة وجدناها للإبن بنسبة 44% ثم تليها نسبة 23% للإبنة ثم نجد نسبة 18% للتناوب بين الأبناء وأخيرا نسبة 15% للشريك.

نستنتج أن رغم إختلاف نمط الأسرة التي يعيش فيها المسن إلا أن الإهتمام والعناية بالمسن كبير خاصة فيما يخص أخذه للمعاينة الطبية فوجدنا أن الإبن هو الذي يهتم أكثر وهذا نظرا لمكانة الإبن في الأسرة حيث يتحمل المسؤولية بعد الوالد.

ثم وجدنا الإبنة حيث أن هذه الأخيرة بعد خروجها للعمل أصبحت تتحمل مسؤوليات أكثر مما كانت عليها من قبل، فهي ورغم زواجها وإهتمامها بأبناءها ومسؤلياتها الزوجية إلا أنها لا تهمل والديها خاصة إذا أصيب أحدهما أو كيلاهما بالمرض. كما وجدنا إهتمام الشريك خاصة الزوج بالزوجة فلقد وجدنا في الميدان أن المتكفل هو الشريك.

يجب على كل فرد من أفراد الأسرة أن يهتم بالمريض ولا تترك الوظيفة لشخص واحد ويفضل في بداية التشخيص أن يعرف كل فرد من أفراد العائلة معنى كلمة الزهايمر. وأن المريض قد يفقد قواه العقلية بتدريج مثل الذاكرة والحكم على الأشياء وأحيانا الكلام والتوهان كما يجب تنبيههم أن الحالة النفسية للمريض تتغير بما فيها من الإكتئاب أو هيجان في بعض الأحيان.

إن المعاينة الطبية تلعب دورا هاما في شفاء المريض خاصة كما قولنا إن كان في المرحلة الأولى، ولهذا يجب أن تكون هناك متابعة وإنضباط واحترام مواعيد المعاينة. وهذا يتحمل مسؤوليته المتكفل بالمريض وما لاحظناه في الميدان أن المتكفل يختلف بإختلاف الأسرة التي ينتمي إليها المسن المريض من حيث المستوى التعليمي ورتبته في الأسرة فهناك من وجدنا المتكفل هو الشريك أو الإبن أو الإبنة أو التناوب بين الأبناء وهذا دليل على تضامن وتأزر أفراد الأسرة فيما بينهم لشفاء مريضهم.

نستنتج أن رغم إختلاف نمط الأسرة التي ينتمي إليها المسن المريض وإختلاف من يعتني به في المنزل ومن يأخذه إلى المعاينة الطبية إلا أننا توصلنا إلى أن الأسرة الجزائرية عند إصابة أحد أفرادها بالمرض خاصة مرض الزهايمر تجد كل أفرادها مجندون متضامنون لمساعدة المسن سواء لشفاءه من المرض أو التخفيف عليه إن استعص الشفاء فالتكفل الأسري يلعب دورا هاما في التقليص من شدة المرض. رغم أننا وجدنا اختلاف في عملية التكفل الأسري بالمسن المصاب حيث كان متأرجح بين تكفل نوعي حسن وتكفل محدود أثرا كل منهما بشكل مختلف إما إيجابي أو سلبي على المريض. وذلك بتحكم عوامل منها عوامل

إجتماعية كدرجة القرابة ونوعية العلاقات الأسرية والإجتماعية، وعوامل مادية أساسها وجود أو إنعدام دخل مادي لدى المريض، كذلك عوامل ثقافية تخص المستوى الثقافي للمريض وللتكفل به وعوامل دينية كتأثير القيم الإسلامية على شخصية المتكفل بالمريض.

2 – العلاقة السائدة بين المريض بأفراد أسرته ودورها في التقليص من شدة المرض.

جدول رقم 36: يوضح علاقة منطقة الجغرافية الإقامة بنوع العلاقة السائدة بين المريض وأفراد أسرته بعد الإصابة بالمرض.

المنطقة الجغرافية الإقامة / علاقة المسن بأفراد أسرته	حضري	ريفـــي	المجموع
جيـــدة	52 %53	17 %74	**69** **%57**
حسنـــة	41 %42	4 %17	**45** **%37**
سيئـــة	5 %5	2 %9	**07** **%6**
المجموع	**98** **%100**	**23** **%100**	**121** **%100**

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن الإتجاه العام يشير إلى العلاقة الجيدة بين المسن وأفراد أسرته بنسبة 57% وتتضح أكثر عند الذين يسكنون بالريف بنسبة 74% مقابل نسبة 53% للذين يسكنون بالمناطق الحضرية ثم نجد العلاقة الحسنة بنسبة 37% وتتضح أكثر عند الذين يسكنون بالمناطق الحضرية بنسبة 42% مقابل 17% للذين يسكنون بالريف وفي الأخير نجد العلاقة سيئة بنسبة 6% ووتضح أكثر عند الذين يسكنون بالريف بنسبة 9% مقابل نسبة 5% للذين يسكنون بالمناطق الحضرية.

نستنتج أن لمنطقة الإقامة تأثير في نظرة المتكفل للعلاقة السائدة بين المسن المريض وأفراد عائلته حيث أننا وجدنا المسن المريض الذي يسكن بالريف يحظى بعلاقة جيدة أكثر من المسن المريض الذي يسكن بالمدينة ورغم توفر الإمكانيات الطبية في المدينة إلا أن العلاقة السائدة بين المسن وأفراد أسرته هي علاقة حسنة. ورغم ضئالة نسبة العلاقة السيئة

إلا أننا وجدنا من يرى أن العلاقة تتغير خاصة بعد المرض وهذا من طرف المسن المريض حيث يصبح عصبيا وتتغير كل تصرفاته وسلوكاته سواء مع أفراد أسرته أو غيرهم من الجيران والأصدقاء. وهذا راجع إلى التأثير السلبي للإصابة بالمرض، فعلى قول بعض المتكفلين أنهم يحاولون تفهم وضعه وحالته الصحية إلا أن المسن المريض في كثير من الأحيان يرفض الإصغاء ويكون عنيفا، ويحاول فرض رأيه كرها ويعتقد بأنهم لا يحبونه فيبدأ بالتخيلات. ورغم كل هذا ولكن أفراد الأسرة دائما يحاولون تهدأته وتحسيسه بمكانته ودوره الهام في الأسرة.

وهناك من المتكفلين من صرح بأنه بالعكس بعد مرض الأب أصبحت العلاقة جيدة حيث أصبح المسن هادئ ويستمع لأفراد أسرته وهم يشاورونه في كل شيء على الرغم من عدم أخذ رأيه بعين الاعتبار وهذا راجع إلى أن رأيه غير صائب ولكن يحسسونه بأهميته فقط. وهذا يساعد المريض من الناحية النفسية من تقليص شدة المرض فيحس المسن المريض بحب أفراد أسرته وعطفهم عليه وهناك من المتكفلين وبسبب المرض غيروا طريقة معاملتهم لوالدهم أو لوالدتهم من الحسنة إلى الجيدة، وهناك من انعزل عن والديه وبعد الإصابة رجع إليهم وذلك للتكفل الجيد والعناية بهما.

عند مقارنة نتائج الجدول أعلاه بنتائج جدول رقم (12) أنظر الملحق 2 حيث يوضح "علاقة منطقة الإقامة بنوع العلاقة السائدة بين المسن المريض وأفراد أسرته قبل المرض" لوجدنا أن هناك تغير إيجابي وتحسن للعلاقة بينهما حيث أن العلاقة جيدة بنسبة 40% وبعد المرض أصبحت 57%، منه نستطيع أن نقول بأن الإصابة بالمرض غيرت العلاقات من الحسنة إلى الجيدة وهذا يساعد المسن المريض بتقبل المرض ومحاولة الشفاء منه وطبعا بمساعدة وتكفل الأسرة به.

تعد الأسرة الوعاء الثقافي الأول الذي يشكل حياة الفرد، ويحدد شخصيته وأسلوب تفكيره وسلوكه من خلال عملية التنشئة الإجتماعية المستمرة بإعتبارها أول جماعة تعمل على حماية الفرد حتى في أواخر عمره أي في سن الشيخوخة. والواجب الأسري هو الاعتناء بالمسنين وأن يشعروا بأن هناك سلطة تحميهم وتضمن لهم حقوقهم، وهناك حدود وقيم يجب أن تحترم، وكثيرا ما يخطئ أفراد الأسرة خاصة الزوجين في معاملة المسنين من العائلة. وتكون المعاملة قاسية باستعمال القوة أو بالإهمال والإذلال، وإذا كان هناك اسنجام وتفاهم بين أفراد الأسرة خاصة بين الزوجين في جو يسوده المحبة والتفاهم فسيجد المسنين راحتهم ويكون لهم ذلك كالدافع للراحة والسعادة في أواخر حياتهم خاصة ما إذا كانوا يعانون من مرض الزهايمر فهذا دافع للشفاء منه.

كما أنه لا يمكن دراسة أو فهم المسن المريض بالزهايمر إلا عند إعادته إلى الجو الذي كان يعيش فيه أي الجو العائلي خاصة، فعلينا معرفة مكانته داخل الأسرة وتأثيره وتأثره بها، فنجد **باطسون Basteson** الذي يعتبر الحالة المرضية للفرد أنها ليست مستغلة إنما مرتبطة بالعائلة، أي فعالية العلاج لا يكون الا بمشاركة العائلة بحيث أن المحيط كله يعمل بالتوازن مع الطبيب للوصول إلى نتيجة[1]. إن المدخل للأسرة كنسق من الأدوار مفيدة في دراسة العلاقة بين الأسرة والمرض، فالدراسات التي تجرى عن العلاقة بين مرض الزهايمر وبين الأسرة تقع في فئتين: الفئة الأولى التي تصور الأسرة على أنها البيئة المحيطة للمرض ولها تأثير إيجابي في الشفاء منه، والفئة الثانية التي تطابق بين الأسرة على أنها تلعب دورا سببيا في عملية المرض نفسيها. ولهذا فإن الاستجابات المحتملة للأسرة عندما تواجه بأزمة مرضية يمكن أن يوصف بأنها نوع من التضامن الإيجابي الذي يظهرها على أنها وحدة متكاملة عاطفيا وإجتماعيا.

إن حاجة الأسرة لمواجهة اتجاهات إجتماعية حادة أو لاعقلانية يصبح أمرا واضحا وخاصة في حالة مرض الزهايمر، فإذا نظرنا إلى وطأة هذا المرض على الحياة الأسرية لوجدنا شيئا هاما حيث ينظر إلى الأسرة على أنها سبب لهذا المرض، ولكن من ناحية أخرى فإن هذه النظرة يمكن أن تدلنا على الطريقة التي تندمج فيها الأسرة إجتماعيا أو تكون مسؤولة أو مشاركة في هذا المرض، حيث أن استجابات الأسرة لمرض الزهايمر يمكن أن تدلنا كذلك على الدور الطبيعي للأسرة في الحياة ودورها في الشفاء من المرض.

يسبب إصابة المسن بمرض الزهايمر مشكلات عاطفية ووجدانية وإقتصادية وإجتماعية لأسرته، وقد تختلف مواجهة الأسر للمسن المريض بحسب العلاقة التي تربطه بينهم، ففي الأسرة التي لا يتمتع بمودة واضحة بين أفرادها قد يحدث مرض المسن خلافات كثيرة بينهم وعلى حسب قول بعض المتكفلين فهناك خصومات بين الأبناء على من يهتم بالمسن في المنزل ومن يأخذه للمعاينة حيث هناك من الأبناء الذين يتهربون من تحمل المسؤولية فتقع على واحد منهم أكثر من الآخر، حتى تكاد الأسرة تتفكك وكل فرد يلوم الآخر.

أما إذا كانت العلاقة قوية بينهم فقد تزداد الروابط بينهم، فالتكامل في الحياة الأسرية والوفاق والعلاقات السوية قد يكون لها دور كبير في مواجهة مشكلة مرض المسن، فيتضامن الكل من أجل مساعدته والتكفل بالمسن ورعايته، فالعلاقة الجيدة بين المسن وأفراد عائلته سواء قبل المرض أو بعد الإصابة بالمرض تلعب دورا هاما في إحساس المسن بإهتمام الغير به وانشغالهم بمرضه ومحاولة مساعدته يزيد من رغبته في الشفاء ومكافحة المرض خاصة إن كان في المرحلة الأولى حيث يستطيع الشفاء منه وإلا إستقراره وعدم شدته في حالة الإهتمام والتكفل والرعاية الجيدة وهذا ما وجدناه في الواقع حيث أن هناك من المتكفلين بالمرض أبدوا إرتياحا لما وصل إليه المسن من تحسن خاصة لتضامن وتكافل أفراد أسرته.

(1) – Norbert Sillammy, Op cit, p. 43.

وهذا ما لاحظناه في الميدان حيث وجدنا أن رتبة المتكفل مختلفة من أسرة مسن لآخر حيث هناك من يعيش مع الشريك فقط، فقد وجدنا أن هذا الأخير هو المتكفل بالمنزل ومرافقة المريض للمعاينة سواء الزوجة بالزوج أو العكس أو الإبنة حيث تأتي إلى المنزل العائلي وتعتني بوالديها والإبن يأخذهما للمعاينة الطبية وعليه نستطيع أن نقول أن هناك تقسيم للأدوار بين أفراد الأسرة وهدفها الوحيد هو التكفل الجيد بالمسن المريض وضمان الرعاية والعناية لكي يشفى من المرض.

إن العناية بمريض الزهايمر يجب أن تكون مسؤولية جميع أفراد الأسرة لذا يتحتم على كل أفراد الأسرة أن يعلموا طبيعة المرض وما سوف يحدث للمريض من مضاعفات في المستقبل، كذلك في حالة وجود الأبناء أو الأحفاد بعيدا عن المريض ينصح بالزيارة المتكررة، ومع عدم الإكثار من زيارات الأشخاص الذين لا تربطهم بالمريض علاقة قوية.

إن أعراض الزهايمر تتطور ببطء عادة وتبدأ بفقدان الذاكرة التدريجي حتى تصل إلى ما يعرف بمرحلة الخرف الشائع ذكرها، لذا فمن الأفضل كبداية قبل تدهور حالة المريض الاتفاق داخل الأسرة على تسير الأمور بتوزيع المهام بشكل عادل وتوزيع أوقات العناية بالمريض بحيث لا يشعر بالملل من وجود شخص واحد معه، حتى وإن كان يحبه، فإن تقلبات المزاج قد تؤدي إلى ردود أفعال غير متوقعة.

3 – مكانة ودور المسن في الأسرة وعلاقتهما في التقليص من شدة المرض.

جدول رقم 37: يوضح علاقة المستوى التعليمي للمتكفل بنظرته لتغير دور المسن في الأسرة بعد إصابته بالمرض.

المستوى التعليمي للمتكفل / تغير دور المسن	بدون مستوى	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
نعم تغير دوره	22 %65	25 %68	23 %77	17 %85	**87** **%72**
لا لم يتغير دوره	12 %35	12 %32	7 %23	3 %15	**34** **%28**
المجموع	**34** **%100**	**37** **%100**	**30** **%100**	**20** **%100**	**121** **%100**

من خلال الجدول نلاحظ أن الإتجاه العام هو لتأكيد تغير دور المسن في الأسرة بعد إصابته بالمرض وذلك بنسبة 72% مقابل نسبة 28% لعدم تغير دوره كما لاحظنا أيضا أن

أصحاب المستوى العالي والثانوي هم الذين يؤكدون على تغير دور المسن وذلك بنسبة 85% للجامعيين ونسبة 77% للثانويين ثم تليها نسبة 68% لأصحاب المستوى المتوسط أما أصحاب بدون مستوى فبنسبة 65% ولكن نجد النسب تنعكس في تأكيد عدم تغير دوره حيث نجد أعلى نسبة لأصحاب بدون مستوى بنسبة 35% ثم تليها نسبة 32% لأصحاب المستوى المتوسط ثم نجد نسبة 15% للثانويين وأخيرا نسبة 15% للجامعيين.

نستنتج أن المستوى التعليمي للمتكفل يؤثر في نظرته لتغير دور المسن في الأسرة بعد إصابته بالمرض حيث أن أصحاب المستويات العليا تتفهم واقع المسن فعلى قول بعض المتكفلين أن دور المسن يتغير حتى بدون الإصابة بالمرض لأنه في مرحلة الشيخوخة والتي تعتري المسن فيها كثير من التغيرات ومنها البيولوجية والإجتماعية والإقتصادية والصحية حيث تبدأ صحته في التدهور، وتقاعده عن العمل و زواج الأبناء وغيرها من التغيرات وحتما بعد الإصابة بمرض الزهايمر يتغير دوره في الأسرة فبعدما كان القائد والمسؤول والمسير الأول لشؤون الأسرة فهو يتحول إلى غير مسؤول وذلك بسبب كبره من جهة وإصابته بالمرض من جهة أخرى خاصة مرض الزهايمر حيث يجرد الفرد المصاب به عن كل مسؤولية أو دور يقوم به، وذلك لكثرة نسيانه وعدم قدرته على تسير شؤون الأبناء فتعوضه الإبنة أو الإبن الأكبر.

عندما نتحدث عن تغير الدور ليس الدور البيولوجي كأب أو رب لأسرة فهذا لا يتغير أبدا، بل تغير دوره من الناحية الإجتماعية والإقتصادية حيث بعد تقاعد المسن فهو يعاني من مشكل نقص الدخل وهذا ما يجعل الأبناء يعتمدون على أنفسهم من هذه الناحية وبعدما كان الآمر والناهي يصبح لاحول ولاقوة له، فعند بدأ مرحلة الشيخوخة يبدأ المسن في خسارة بعض أدواره الإجتماعية وذلك بتصور المسن على أنه مجموعة من الأدوار الإجتماعية التي يلعبها، وفقدانه لهذه الأدوار تقابلها خسارة، مماثلة في العلاقات التبادلية الإجتماعية والإشاعات المرتبطة بها.

حيث أن هذه الأدوار الضائعة لها أشكال كثيرة، فالفرد يمكن أن يفقد دور الشخص كعامل وكاسب للقوت بالتقاعد، وما يتبعه من تضاؤل في الدخل، وما ينتج عنه من خسارة في العلاقات الإجتماعية مثل خسارة رفيقاء العمل والأصدقاء نتيجة لتقلص الأنشطة الفردية وقلة الحراك الإجتماعي، ويفقد دور الزوج بالترمل أو الطلاق، وما قد يسببه فقدان هذا الدور من الوحدة. كما تكون هذه الوحدة أكثر خطورة عليهم إذا كان هؤلاء المسنين يعانون الفقر والعزلة الإجتماعية.

إن عملية توافق المسن تتأثر بالعوامل البيئية المحيطة به منها الحاجات الإجتماعية وخاصة الأسرية، فيجب على المسن أن يكيف سلوكه لمطالب الأسرة حتى يهيئ لها ولنفسه أكبر قسط من السعادة وعليه أن يدرك التغير الذي يطرأ على دوره الذي يقوم به في أسرته كزوج وأب لأطفال ثم كإنسان ضعيف حائر القوى، كما أن عليه أن يوفق بين نفسه، وبين وظيفته المتغيرة سواء في الأسرة أو المجتمع الذي ينتمي إليه خاصة بعد إصابته بالمرض.

إن العادات والتقاليد قد تعوق المسن عن تعلم مهارات جديدة وخاصة عندما يعرف أن من حوله ينظرون إليه بأنه فرد مريض، عاجز ولم يعد بمقدره أن ينجز أي عمل، فعلى المسن ورغم المرض أن يفهم الأجيال الأخرى لكي يحقق التوافق الإجتماعي، ولكن المسن المضطرب هو المسن الذي تعرض لخبرات حياة أكثر صعوبة والذي بسبب ذلك لم تكن لديه الفرص المواتية ليكتسب الأساليب الملائمة للتحكم فيما يواجهه من صعاب الحياة وتغير الأدوار.

إن المسن في الأسرة الجزائرية الحديثة لا يجد إلا نفسه وحيدا من بين أفرادها طول النهار، يحس بأنها في فراغ مميت وأن الخدمة التي كان يرجوها لنفسه غير متوفرة والواقع أن أغلب المسنون يمتنعون على التغير فهم يتجمدون في قوالب سلوكية راسخة تأبى على التطور والتعديل، ويتبدى هذا في الفكر والوجدان والتصرف بل إنهم في الأغلب يرفضون الأفكار الجديدة يتشبثون بالإتجاهات التي استوعبوها وضربوا في إثرها وامتصتها شخصتيهم، فالمسن الجزائري فقد مكانته التي يحتلها في الماضي نظرا لرفض الأبناء الشديد لسلطته، بحكم إنتهاء زمنه وحلول زمن آخر يقتضي الحداثة والإنتقاء الفردي، وبهذا انهارت ثقة المسن بنفسه وأصبح عاجز عن الحفاظ على التوازن.

كما أن المسن المريض بالزهايمر تتقلص علاقاته وتصبح ضيقة جدا، حيث ينسحب من المجتمع وتتدهور مشاركته الإجتماعية فيشعر بأنه يعيش حالة من الفراغ وفقدان الانتماء نتيجة لكبر أولاده وتفرقهم عنه وانشغالهم بشؤون حياتهم وانصرافهم في أعمالهم أو إنهماكهم مع أسرهم الجديدة. فيحس المسن بأنه بلا فائدة فلم يعد يقوم بذلك الدور السامي وهو تربية الأولاد ورعايتهم، وقد تزداد الوحدة شدة مع موت أحد الزوجين فبعدما كان يهتم بالشريك من جميع جوانب الحياة يجد نفسه أيضا وحيدا وقد جرد من دور الزوج.

إن دور المسن في الأسرة، في تغير مستمر وفي كل مرحلة يجرد من دور ولكن على أفراد الأسرة أن لا تحسسه بعدم قيمته وفناء دوره، فهذا يزيد من شدة المرض، وتحاول أن تسند له أدوارا جديدة لكي يحس المسن ورغم مرضه بأنه فرد صالح معين لأولاده ويعامل بأنه فرد عادي فالمعاملة الجيدة وإعطاءه قيمة تزيد من حماسه ورغبته في الشفاء من المرض. وكما

يقال إنه إذا ما توفي رجل متقدم في السن، فإنه بذلك تختفي مكتبة، إن هذه المقولة تذكرنا بالدور الحيوي الذي يلعبه المسنين كوسطاء يربطون بين الماضي والحاضر والمستقبل، كما تذكرنا بالأهمية التي يمثلونها وبمعنى الكلمة، كطوق السلامة أو النجاة داخل المجتمع فبدون المعارف والحكمة التي يتحلى بها المسنون لا يتسنى أبدا للصغار معرفة أي شيء عن أصولهم أو إنتماءاتهم غير أنه في سبيل إيجاد لغة مشتركة تجمعهم بالصغار، فلابد أن تتاح للمسنين فرصة للإستمرار في أدوار ولو بسيطة لنقل معارفهم والاستفادة منها.

بالإضافة إلى إستشارتهم في الأمور الأسرية ولو كانت بسيطة فهذا يجعل من المسن يحس بأهميته في الأسرة، ورغم أن رأيه غير صائب ولن يأخذ بعين الإعتبار ولكن للمشورة دور هام في تغير من نفسية المسن المريض أنظر الملحق 2 جدول رقم (13) "يبين علاقة الجنس بمدى إستشارة المريض" فلقد وجدنا أن أكبر نسبة من عينة بحثنا أجابوا بنعم لإستشارة المسن المريض قبل وبعد المرض وذلك بنسبة 53% خاصة الذكر وذلك بنسبة 61% مقابل بنسبة 46% للإناث وهذا ما يفسر توقير وإحترام المسن في الأسرة الجزائرية وحتى بعد المرض وبنسبة أقل وذلك بنسبة 31% لمن أجابوا بنعم لإستشارة المسن قبل المرض ولكن بعد المرض لا وعلى قول هؤلاء أن المسن ينسى كثيرا حتى أسماء أبناءه كيف لهم أن يشاورونه في أمور أسرية؟ والبعض الآخر يرى أن إستشارتهم وهم مرضى لا جدوى منها فهم لا يعطون أي رأي سواء بالموافقة أو بالرفض وحجتهم أنهم غير واعين بما يحدث من حولهم خاصة المتكفلين بالمسنين الذين هم في المرحلة الثانية أو الثالثة أين تكون حالة المسن سيئة والمرض شديد واستعصى الشفاء منه.

كما وجدنا مجموعة صغيرة تقدر بنسبة 16% أجابوا بأنهم يشاورون المسن المريض أحيانا وذلك حسب المواقف والمواضيع فهناك أمور يشاورون المسن وأمور أخرى لا يشاورونه خاصة وعلى قولهم الأمور الشخصية الخاصة بالمتكفل فهو يرى أنه لاداعي لإستشارة المسن وخاصة وهو مريض فلن يغير من قرارات المتكفل شيء فهو المسؤول وليس المسن.

لقد كان المسنين في كل من المجتمع والأسرة يحظون بمكانة إجتماعية عالية، ويحاطون بالتكريم والاحترام، ويستشارون من قبل أفراد الأسرة للإستفادة من خبراتهم وتجاربهم في مختلف مجالات الحياة، وتقدم لهم الخدمات والرعاية اللازمة، إلا أن التغيرات الإجتماعية السريعة التي أصابت مؤسسات المجتمع مؤخرا بما فيها الأسرة قد غيرت من الوضع والمكانة الإجتماعية للمسنين، حيث فقدوا ما كانوا يحاطون به سابقا من إهتمام وتقدير ومكانة في الأسرة والمجتمع، وتراجعت بعض القيم الأسرية وتدهورت العلاقات الأسرية، حيث بدأت بعض الأسر الحالية تتخلى عن إلتزاماتها تجاه المسنين، وبذلك تخلت عن رعايتهم وكلفة

أشخاص غرباء عن الأسرة للتكفل بهم مقابل أجر يتقاضاه عموما إن الإتجاه الغالب في المكانة التي يحتلها المسنون يشير إلى أهميتهم في المجتمع وأن لهم العديد من الأنشطة التي تناسب مرحلتهم العمرية، كما يتمتع المسنون في المجتمع الجزائري بدرجة عالية من الإحترام ويلقون من عناية أفراد المجتمع واهتمامهم ما لانجد له مثيل في مجتمعات أخرى.

حيث الإستناد إلى الدين الإسلامي فتعتبر الشيخوخة أفضل فترات العمر وتعطيها من المزايا وتنسب إليها من الفضائل مالا تنسبه لمراحل العمر الأخرى، وهي بذلك لا تعتبر الشيخوخة مرضا أو حالة باثولوجية ولا تنظر إلى المسنين على أنهم عبء ثقيل يجب على أعضاء المجتمع أن يتحملوا طوعا أو كرها.

بعد كل ما عرضناه يمكن القول بأنه يوجد إختلاف في عملية التكفل الأسري حيث أنه كان متأرجح بين تكفل نوعي حسن وتكفل محدود أثر كل منهما بشكل مختلف "إيجابي وسلبي" على المريض، تمثلت العوامل التي تتحكم في كل منهما في عوامل إجتماعية كدرجة القرابة ونوعية العلاقات الأسرية والإجتماعية، عوامل مادية أساسها وجود أو انعدام دخل مادي لدى المسن المريض، عوامل ثقافية تخص المستوى الثقافي للمريض والمتكفل به وعوامل دينية كتأثير القيم الإسلامية على شخصية المتكفل بالمريض.

II – أهمية تكفل الهيئات المختصة بالمسن في التقليص من شدة المرض.

1 – تأثير المؤسسات الإجتماعية على المسن المريض في التقليص من شدة المرض.

جدول رقم 38: يوضح علاقة المستوى التعليمي للمتكفل بنظرته لاحترام الغير للمسن.

المستوى التعليمي للمتكفل / احترام الغير للمسن	بدون مستوى	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
نعم	14 %41	24 %65	25 %83	18 %90	**81** **%67**
لا	20 %59	13 %35	5 %17	2 %10	**40** **%33**
المجموع	**34** **%100**	**37** **%100**	**30** **%100**	**20** **%100**	**121** **%100**

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن الإتجاه العام لنظرة المتكفل لاحترام الغير للمسن المريض هي نظرة إيجابية وأي (أنه يحترم) وذلك بنسبة 67% وتتضح أكثر عند الجامعيين

بنسبة 90% وتليها نسبة 83% لأصحاب المستوى الثانوي وأخيرا بنسبة 41% لأصحاب بدون مستوى أما فيما يخص النظرة إلى أن المسن لا يحترم فبنسبة 33% وتتضح أكثر عند أصحاب بدون مستوى بنسبة 59% تليها نسبة 35% لأصحاب المستوى المتوسط وأخيرا نسبة 10% للجامعيين.

نستنتج أن للمستوى التعليمي للمتكفل دور في نظرته لإحترام الغير للمسن المريض حيث وجدنا أن المثقفين لهم نظرة إيجابية أما غيرهم فالعكس فهم يرون أن المسن لا يحظى بإحترام الغير فعلى قول بعض المتكفلين أنهم لا يلاحظون تكفل اجتماعي بالمسن المريض حيث يتعرض لطول الإنتظار في المستشفى للمعاينة ولا يأخذ بعين الاعتبار حالته الصحية ولا في المواصلات فهناك شباب جالسين ولا يبالون بمسن مريض واقف أمامهم وأيضا في مراكز البريد فالمسن ينتظر دوره بدون مراعاة لسنه ومرضه. وغيرها من المواقف التي ذكرها لنا بعض المتكفلين، أما الذين يرون بأن المسن يحترم من كل الأطراف التي يحتك بها خاصة المجتمع وذلك إستنادا إلى الدين الإسلامي الذي أوصانا بإحترام وتوقير المسن. حيث أننا وجدنا إختلاف للمواقف حول إحترام والتكفل بالمسنين.

إن اختلاف المستويات الدراسية واختلاف الثقافات والعقليات أدى إلى إختلاف النظرة إلى المسنين ومدى احترامهم من طرف الأشخاص الذين يحتكون بهم يوميا خاصة من الناحية النفعية من عدمها، وما يتميزون به من التدهور من جميع الجوانب، وكذلك قلة أو إنعدام إنتاجهم كل هذا أدى إلى تشبيههم كآلات إذا تجاوزت عمرها المنتج وأصبحت تكلفة صيانتها أكثر من انتاجها يصبح من حق المجتمع التخلص منها، وذلك هو الحال بالنسبة للمسنين في نظر بعض الأشخاص الذين يتعامل معهم المسن متناسين حقه في الحياة، وأنه قد أفنى عمره في خدمة أسرته ومجتمعه على عكس النظرة السلبية والتي تعارض التكفل بالمسنين، فإننا وجدنا من المتكفلين لهم نظرة إيجابية لمعاملة وإحترام الغير للمسنين وذلك لما يلقاه المسنين من إحترام وتقدير خاصة من طرف أفراد أسرهم وجيرانهم وأصدقاءهم فرغم إصابتهم بمرض الزهايمر ولكن لهم الحق في الاندماج في المجتمع والمشاركة في النشاطات التي تسمح لهم بتبادل المعلومات والخبرات وخاصة احتكاكهم فيما بينهم لمساعدتهم على التغلب على المرض والشفاء منه وتكريس حق العيش بكرامة وأمان والمعاملة الحسنة وتقدير إسهاماتهم الإجتماعية والإقتصادية.

كما يظهر الإهتمام والتركيز بوضع الإسلام عدة تحصينات لحماية المسنين من تلك المشاكل التي قد تحدث لهم أو يتلقوها في هذه المرحلة من العمر، حيث تتجلى أوجه التكفل الأسري بالمسن من خلال البحث على التكفل بالوالدين بإعتبارها مظهرا من مظاهر التدين والتي تقوم في الأساس على البر والاحسان إليهما في الكبر، والتي قرنها بعبادته والتحذير

من عقوقهما وإساءة معالمتهما، ولو بقول كلمة (أف) لهما، ولتحقيق ذلك قد حرص الإسلام على تحقيق التكافل الإجتماعي داخل الأسرة. حيث نجد في القرآن الكريم قول الله تعالى: **'' وقضا ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحسانا إما يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما وقل لهما قولا كريما (23) واخفض لهما جناح الذل من الرحمة وقل رب ارحمهما كما ربياني صغيرا (24) ''[1].**

أما فيما يخص تكفل ورعاية المجتمع المسلم لأفراده المسنين ندرج قول الرسول محمد صلى الله عليه وسلم "ما أكرم شاب شيخا لسنه إلا قيض الله له من يكرمه عند سنه" فالمجتمع المسلم يمنح للمسن مكانة ومعاملة مميزة، من خلال التعامل معه بكل توقير واحترام، وكذلك من خلال كل تلك الممارسات العملية التي تصب في هذا النوع من التكفل والرعاية وذلك بدمج المسن في المجتمع وتجنبه العزلة، وبذلك نجد المسن يعيش في كنف أفراد مجتمعه أين يجد له معاملة خاصة يتميز بها عن الآخرين، وذلك بإعتباره إنسان مخلوق مكرم فللمسن مكانته وكرامته في الإسلام. ومن باب واجب الإحسان ورد الجميل وبإعتبار المجتمع الجزائري مجتمع مسلم متراحم ومتماسك، ومتآزرا ومتعاونا يشد بعضه بعضا من خلال البحث المتواصل لأفراده على خدمة بعضهم بعض، وتفريج كرب المحتاجين ومساعدة المسنين المريض على تغلب ومقاومة المرض.

إن مساندة المجتمع للمسن المريض تلعب دورا هاما في تقليص شدة المرض والشفاء منه أنظر الملحق 2 جدول رقم (14) "يبين علاقة منطقة الإقامة بموقف المتكفل لنظرة المجتمع إلى المسن المريض" حيث أن الإتجاه العام هي للنظرة الجيدة وبإحترام وذلك بنسبة 47% وتتضح أكثر عند الذين يسكنون بالريف بنسبة 78% مقابل 40% للذين يسكنون بالمدينة ثم تليها لنظرة حسنة من باب الشفقة عليه بنسبة 29% وأخيرا لنظرة سيئة بإعتباره عالة على المجتمع بنسبة 24% وهي منعدمة عند الذين يسكنون في الريف.

نستنتج أن نظرة المجتمع الريفي للمسن تختلف عن نظرة المجتمع المدني حيث توصلنا إلى أن المجتمع الريفي ورغم مرض المسن إلا أنه يعامله بإحترام ووقار وهذا لما يتسم به المجتمع الريفي من تماسك بين أفراده وتآزر فيما بينهم خاصة عند المرض عكس ما وجدناه في المجتمع المدني حيث أن الآلية التي تزخر بها المدينة قد سكبت على الإنسان الكثير من خصائصها، فكما أن الآلة لا تحس ولا ترحم ولا تتعاطف، كذلك صار إنسان الحضارة لا يحس ولا يرحم ولا يتعاطف، فالمجتمع بالمدينة لا يعرف إلى التكامل سبيلا ولا يفهم له معنى، هكذا صارت الحياة بالبيت فكل عضو بالأسرة يلتف حول نفسه. ولا يحس بالتكافل المصلحي

[1] - سورة الإسراء، الآية 23، 24.

بإزاء غيره خاصة إزاء المسن فالتضحية بغير عائد لم يعد لها معنى ولا وجود في المجتمع الحضري فكل شخص يضحي من أجل الآخر ينتظر مقابلا لتلك التضحية.

وعلى هذا فإن المسن لا يجد صدرا رحبا حيث أن التضحية التي تقدم له ليس لها عائد نفعي، فينظر للمسن بإعتباره إنسان تفضي به الأيام القليلة القادمة إلى الموت، فهو في إنحطاط وليس في إرتفاع، وفي تقهقر لا في تقدم. فمن الخسارة أن تقدم إليه التضحية فهو دخيل على سوق النفعية بالأسرة الحديثة، ولأن إبن العصر الحديث يقيس كل شيء بالفائدة والضرر وفي ضوء هذا المقياس يكون المسن شخصا مضرا إذ ليس من وراء رعايته وخدمته نفع بل من ورائها الضرر المادي المتمثل في التضحية المادية من أجله في الانفاق عليه وفي الوقت الذي يقضي في سبيل خدمته. ورغم هذه النظرة السيئة إلى المسن من طرف فئة صغيرة من المجتمع إلا أن الفئة الكبرى تعامله بإحترام وتحاول مساعدته على تخطى المرض والشفاء منه.

2 – توفير المراكز المختصة والإمكانيات المتاحة تساهم في التقليص من شدة المرض.

جدول رقم 39: يوضح علاقة المنطقة الجغرافية للإقامة بتوفير المراكز المختصة والإمكانيات للتكفل بالمسن المريض.

المنطقة الجغرافية للإقامة / توفير المراكز والإمكانيات	حضـــري	ريفـــي	المجموع
متوفرة	21 %21	-	**21** **%17**
ليست متوفرة	42 %43	20 %87	**62** **%51**
قليلة	35 %36	3 %13	**38** **%32**
المجموع	**98** **%100**	**23** **%100**	**121** **%100**

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن الإتجاه العام لوجود المراكز المختصة والإمكانيات للتكفل بالمسن تتجه نحو عدم توفرها وذلك بنسبة 51% وتتضح أكثر عند الذين يسكنون بالريف بنسبة 87% مقابل نسبة 43% للذين يسكنون بالمنطقة الحضرية ثم تليها نسبة 32%

لتوفر المراكز المختصة ولكنها قليلة وتتضح أكثر عند الذين يسكنون في المنطقة الحضرية بنسبة 36% مقابل 13% للذين يسكنون في الريف وأخيرا نجد نسبة 17% لتأكيد توفر المراكز المختصة وتتضح عند الذين يسكنو بالمناطق الحضرية بنسبة 21% وتنعدم عند الذين يسكنون في الريف.

نستنتج أن لمنطقة الإقامة دور في نظرة المتكفل لمدى توفر المراكز المختصة والإمكانيات للتكفل بالمسن المريض حيث وجدنا أكبر نسبة هي لعدم توفر المراكز والإمكانيات لكيلتا المنطقتين ولكن بشكل أكبر للذين يسكنون في الريف.

وهذا أدى إلى معاناة سكان الريف من تهميش وحرمان من أدنى وسائل العيش بكرامة وخاصة من الناحية الصحية وعلى قول بعض المتكفلين أن هناك إنعدام المراكز الصحية الجوارية الإستعجالية وبخاصة مراكز مختصة بأمراض مزمنة. فهم يعانون مشقة الانتقال من الريف إلى العاصمة لعلاج ذويهم المرضى. وعلى قول البعض الآخر من المتكفلين القادمين من الريف أنهم عانوا كثيرا لكي يصلوا بذويهم إلى المستشفى وذلك لجهلهم بنوع المرض من جهة وطريقة علاجه من جهة أخرى وإنعدام المستوصفات حتى للإستشارة الطبية وقد مارسوا طرق شعبية للعلاج لكن لا جدوى منها. ولقد بدى الاستياء لديهم نظرا لبعد المستشفيات عنهم مما أدى إلى تأزم حالة المسن المريض وعند بعض الحالات إستعصى الشفاء منه وذلك بسبب التأخر في طلب العلاج الطبي.

بالنسبة للمتكفلين الذين يعيشون في المناطق الحضرية فقد كانت نظرة معظمهم فيما يخص توفر المراكز المختصة والإمكانيات نظرة سلبية ولأنها غير متوفرة خاصة في المدينة وهذا راجع إلى قلتها وكثرة الطلب عليها فعلى قول بعض المتكفلين أن رغم تخصيص قسم في مستشفى يهتم بالمرضى المصابين بالزهايمر ولكنه غير كافي والإمكانيات قليلة جدا خاصة توفير الأدوية والأطباء المختصين ومراكز مختصة للتكفل بالمرضى.

رغم إنشاء مراكز ودور العجزة إلا أنها مخصصة فقط لإيواء المسنين الذين تخلت عنهم أسرهم بسبب فقدانهم مكانتهم أو الذين لم يكونوا أسرا أما مراكز خاصة للإهتمام بالمسنين المصابين بمرض الزهايمر فلم نجد أي مركز خاصة لإيواءهم ورعايتهم، وعلى قول بعض المتكفلين وعلى غرار المستشفيات فلم يجدوا مكانا يلجاؤون إليه لمساعدتهم في التكفل الجيد بالمسن حيث أن رعاية أفراد الأسرة لا تكف، فالمسن يحتاج إلى الاحتكاك مع مسنين أخرين مثله، يتبادلون أطراف الحديث ينشغلون بأشياء موحدة مثل البستنة والترفيه عن النفس...إلخ.

بالإضافة إلى صعوبة في تلقي العلاج من جميع جوانبه بصفة عامة، وتوفير الدواء بصفة خاصة وهذا يعود بالدرجة الأولى إلى عدم إستفادة نسبة معتبرة من المسنين المرضى من التأمينات الإجتماعية.

3 – تكفل الهيئات المختصة بالمسن المريض وعلاقتها بالتقليص من شدة المرض.

جدول رقم 40: يبين علاقة المستوى التعليمي بنظرة المتكفل لمدى تكفل الهيئات المختصة بالمسن المريض بالزهايمر.

المستوى التعليمي للمتكفل / تكفل الهيئات المختصة	بدون مستوى	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
نعم هناك تكفل جيد	11 %32	15 %41	14 %47	12 %60	**52** **%43**
لا تتكفل جيدا	23 %68	22 %59	16 %53	8 %40	**69** **%57**
المجموع	**34** **%100**	**37** **%100**	**30** **%100**	**20** **%100**	**121** **%100**

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن الإتجاه العام هو لعدم التكفل الجيد للهيئات المختصة وذلك بنسبة 57% وتتضح أكثر عند أصحاب بدون مستوى نسبة 68% وتنخفض إلى نسبة 59% لأصحاب المستوى المتوسط وتنخفض أكثر إلى أن تصل نسبة 40% للجامعيين.

أما فيما يخص للتكفل الجيد للهيئات المختصة فبنسبة 43% وهنا نجد إنعكاس النسب حيث تتضح أكثر عند الجامعيين بنسبة 60% ثم نجد نسبة 47% للثانويين وتليها نسبة 41% لأصحاب المستوى المتوسط وأخيرا نسبة 32% لأصحاب بدون مستوى.

نستنتج أن للمستوى التعليمي للمتكفل بالمريض تأثير في نظرته لمدى تكفل الهيئات المختص بالمسن المريض بالزهايمر، فكلما كان المستوى التعليمي منخفض كلما ارتفعت النسبة لصالح عدم تكفل الهيئات المختصة وكلما كان المستوى التعليمي مرتفعا كلما ارتفعت النسبة لصالح تكفل جيد للهيئات المختصة، وهذا الاختلاف راجع إلى إرتفاع الوعي عند فئة

المثقفين من حيث تكفل الهيئات المختصة ولكن هذا لا يمنع تشاؤم فئة منهم من وضعية مرضى الزهايمر بالجزائر وعدم قيام الهيئات المختصة بعملها على أتم وجه، فلقد لاحظنا تقصير كبير في حق المسن المريض في المستشفى وعدم توفير الإمكانيات، بالإضافة إلى غياب سياسة صحية للتكفل بشريحة المسنين في الجزائر وعلى السلطات وضع استراتيجية وطنية للتكفل بهذه الشريحة وإنشاء مصالح خاصة بهم ومراكز تهتم بإنشغالاتهم، وذلك لتخفيف العبء على الأسرة، ورغم الإجراءات التي انتهجتها الدولة لرفع مستوى الخدمات الصحية ومنها السماح بخوصصة القطاع، ولكن بتكاليف عالية ليست في متناول الجميع خاصة في الوضع الإقتصادي الراهن الذي يتميز بتدهور وتراجع القدرة الشرائية للمواطنين بصفة عامة وللمسنين بصفة خاصة.

كما كان بالإمكان تأخير الإصابة بمرض الزهايمر أو التخفيف من شدته عند المسنين لو كان هناك سياسية صحية معتمدة للتكفل بهذه الشريحة المهمشة، وذلك بوضع برامج وقائية مختلفة وتوفير الرعاية للمسنين بكل جوانبها.

إن المسنين بحاجة للتكفل بهم من أطراف متباينة بحيث لا يشكل أبناؤهم سوى طرف واحد من بين أطراف متعددة، ومنهم الدولة فعليها أن تلزم أجهزتها بالرعاية وألا تقتصر فقط في الرعاية المادية بل تهتم بجميع المناحي التي تؤثر في شخصية المسن، فعلى الهيئات المسؤولة تحديد الأهداف والمبادئ التي يجب مراعاتها في رعاية المسنين والإهتمام بدراسة طبيعة الشيخوخة وخصائصها والوقوف على الظروف الإجتماعية والإقتصادية التي يخضع لها المسنون.

فإن هذه الهيئات المسؤولة لا تستطيع تحقيق تجانس بين المتطلبات المتباينة في رعاية المسنين لوحدها، وانما يجب أن يكون هناك تضافر الجهود والتعاون بينها وبين أفراد المجتمع، بالإضافة إلى إهتمامها بتكوين أطباء وأخصائيين نفسانيين وإجتماعيين ومختصين في الشؤون الإجتماعية المتعلقة بالمسنين ومشكلاتهم.

تعتبر مسألة رعاية المسنين من ضمن موضوعات الساعة تستدعي إهتمام المسؤولين وانتباههم، فلا تكون نظرة شفقة بل نظرة إهتمام ورعاية فلا يجب أن تهمل أو تعزل هذه الفئة بل يجب إستغلالها ورعايتها. لكي لا يشعر المسن بأنه عالة أو عبئا على من بحوله، خاصة إذا كان مريض بالزهايمر.

لقد كانت الجزائر من بين الدول التي عملت على حماية فئة المسنين من خلال إجراءات مختلفة من أجل التكفل بهم من جميع النواحي، الإقتصادية والإجتماعية والصحية، فسنت قوانين ووضعت أنظمة تضمن رعاية هذه الفئة وذلك من خلال قانون التأمينات الإجتماعية، ونظام

التقاعد، وتوفير التأمين الصحي والمالي، بالإضافة إلى تحديد مسؤولية الأسرة إزاء الأشخاص المسنين خاصة الوالدين في النصوص القانونية، باتخاذ إجراءات عملية لصالح الأشخاص المسنين تلزم الأبناء على تحمل مسؤولياتهم اتجاه الوالدين، بالإضافة إلى تدعيم الوظائف الحيوية للأسرة باعتبارها المحيط الطبيعي والمناسب لرعاية وتلبية احتياجات المسن.

III – أهمية الرعاية بكل أنواعها في التقليص من شدة المرض.

1 – الرعاية الصحية وأهميتها في التقليص من شدة المرض.

جدول رقم 41: يبين علاقة المنطقة الجغرافية الإقامة بالرعاية الصحية التي يتلقاها المسن المريض بالزهايمر.

منطقة الجغرافية الإقامة / نوع الرعاية الصحية	حضـــري	ريفـــي	المجموع
جيـــدة	20 %20	- 	**20** **%17**
حسنـــة	60 %61	3 %13	**63** **%52**
سيئـــة	18 %19	20 %87	**38** **%31**
المجموع	**98** **%100**	**23** **%100**	**121** **%100**

من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا أن الإتجاه العام لنوع الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن المريض بالزهايمر تتجه نحو الحسنة بنسبة 52% وتتضح أكثر عند المتكفلين الذين يعيشون في المنطقة الحضرية مقابل نسبة 13% للذين يعيشون في الريف ثم تليها نسبة 31% للرعاية الصحية السيئة وتتضح أكثر عند الذين يعيشون في الريف بنسبة 87% مقابل نسبة 19%، للذين يعيشون المنطقة الحضرية وأخيرا نجد نسبة 17% للرعاية الصحية الجيدة وتتضح فقط عند الذين يعيشون المنطقة الحضرية بنسبة 20%.

نستنتج أن منطقة الإقامة لها تأثير في رأي المتكفل حول نوع الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن المريض بالزهايمر وعلى العموم فهي حسنة وهذا على حد قول بعض المتكفلين بأن المسن يعاني من مشاكل صحية كثيرة وأمراض مزمنة متعددة فكل مسن يعاني من أكثر من مرض وهذا ما يستلزم معاينته من تخصصات متعددة وتوفير الرعاية الصحية له خاصة المعاينة الطبية الدورية وتوفير الأدوية، ولكن فهذه الأخيرة غير متوفرة بقدر الطلب وإن توفرت فمعظم الأدوية بأثمان باهضة وهي غير مؤمن عليها وهذا ما جعل بعض المتكفلين متشائمين حيال الرعاية الصحية التي يتلقاه المسن المريض خاصة الذي يسكن في الريف فهو بعيد عن المستشفيات فيزيد عناء التنقل إلى المناطق الحضرية للمعاينة الطبية ونقص الأدوية وطول الإنتظار في المستشفى العام وغلاء المعاينة عند الطبيب الخاص.

على الدولة الجزائرية إعادة النظر في البرامج الصحية وتوفير الإمكانيات وتجهيز المستشفيات وتكييفها حسب الحالات المرضية وخاصة المرضى بالزهايمر فعليها رعايتهم صحيا وتوفير الأدوية وتسهيل العلاج بتوفير المختصين وذلك لمنع اشتداد المرض عندهم حيث أن مرض الزهايمر يمكن الشفاء منه إن كان المصاب به في المرحلة الأولى وإلا محاولة تعطيل تأزمه إن انتقل المرض إلى المرحلة الثانية. فمن الضروري توفير رعاية صحية جيدة منذ بداية المرض.

جدول رقم 42: علاقة مرحلة تطور المرض بنوع الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن المريض بالزهايمر.

مرحلة تطور المرض / نوع الرعاية الصحية	المرحلة الأولى	المرحلة الثانية	المرحلة الثالثة	المجموع
جيـــــدة	12 %60	5 %8	3 %9	**20** **%17**
حسنـــــة	5 %25	41 %62	17 %49	**63** **%52**
سيئـــــة	3 %15	20 %30	15 %42	**38** **%31**
المجموع	**20** **%100**	**66** **%100**	**35** **%100**	**121** **%100**

من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا أن النسبة مرتفعة لصالح الرعاية الصحية حسنة بنسبة 52% تليها بنسبة 31% لصالح الرعاية الصحية سيئة ثم نجد نسبة 20% لصالح الرعاية

الصحية جيدة وهنا أعلى نسبة للذين هم في المرحلة الأولى من المرض وذلك بنسبة 60% أما الذين هم في المرحلة الثانية فالنسبة مرتفعة لصالح الرعاية الصحية السيئة بـــ 62% ونجد نسبة 42% لصالح سيئة للذين هم في المرحلة الثالثة.

من خلال هذه الإحصائيات نستطيع القول بأن المتكفلين الذين فهموا معنى المرض وأسرعوا بمريضهم إلى العلاج الطبي فقد تحسن مريضهم وهو في المرحلة الأولى من المرض حيث يتم التشخيص السريري لمرض الزهايمر ويبدأ في العلاج مبكرا فيتحسن المريض لذا اعتبر هؤلاء الرعاية الصحية جيدة أما الذين انتقل مريضهم إلى المرحلة الثانية فهم يرون بأن الرعاية حسنة وذلك لتفاقم فقدان الذاكرة والإرتباك وصعوبة الشفاء من المرض وذلك لتأزم حالة المريض.

أما الذين انتقل مريضهم إلى المرحلة الثالثة حيث يشتد المرض ويفقد المريض القدرة على تمييز أفراد العائلة ويغدو معتمدا تماما على الآخرين حيث يفقد وظائفه الحركية ويصبح غير قادر على التنقل، أي غير مستقل ويحتاج دوما إلى مساعدة ومرافقة. فيرى المتكفلين بالمرضى في هذه المرحلة أن الرعاية الصحية سيئة ولا تعمل على تحسين حالة المسن المريض وعلى قول بعض المتكفلين بأن هناك تهاون واللامبالاة في معاملة المرضى خاصة في المستشفى مما أدى إلى اشتداد المرض وهذا ما توصلنا إليه من خلال الجدول رقم (16) أنظر الملحق 2، حيث "يبين علاقة مساهمة المستشفى بنوع الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن المريض بالزهايمر". حيث ترتفع النسبة لصالح أن الرعاية الصحية حسنة وتتضح أكثر عند رأي بأن المستشفى يساهم حسب حالة المريض وتقدم المرض بنسبة 63% أما فيما يخص النسبة التي تليها هي لصالح الرعاية الصحية سيئة وتتضح أكثر عند رأي بأن المستشفى لا يساهم في العلاج مع سوء المعاملة وذلك بنسبة 52% وأخيرا نجد نسبة 32% لصالح رعاية جيدة وتتضح أكثر عند رأي بأن المستشفى يساهم في العلاج عن طريقة المعاينة الطبية وتقديم وصفة طبية.

تعد الرعاية في المستشفيات للحالات الحادة والشديدة وتسهيلات إعادة التأهيل للحالات العادية من المهمات الصعبة التي يتحملها الأطباء العاملون بالمستشفيات حيث تقدم أوسع مستوى من حيث الخدمات الطبية من جميع أوضاع الرعاية الصحية الأخرى، ولكي يقبل المسنون هذه التسهيلات يجب أن يشخصوا بأنهم يعانون من مشكلة صحية شديدة وأنهم بحاجة إلى سلسلة كاملة من خدمات التشخيص والمعالجة وطول الوقت للشفاء إن أمكن وإلا تقليص من شدة المرض فقط. ولهذا وجدنا أن هناك من عينة البحث من لهم نظرة تشاؤمية

لنوع الرعاية الصحية المقدمة في المستشفى فعلى قول بعض المتكفلين بأنهم لم يلاحظوا أي تحسن على المسن المريض ولكن هذا لا يعني سوء العلاج في المستشفى بل يمكن أن تكون حالة المريض متقدمة واستعصى الشفاء نظرا لما يتميز به مرض الزهايمر من تعقد وصعوبة سواء في التشخيص أو العلاج وحتى الشفاء منه.

إن ثلث خدمات الرعاية الصحية وإنتاجاتها تستهلك في الوقت الحاضر من قبل مجتمع المسنين، وعند الوصول إلى عام (2030 م) يتوقع أن هذه النسبة ستزداد لتصل إلى النصف 50% من جميع الخدمات والإنتاج الصحي، وفي الوقت الذي تحسنت فيه الرعاية الصحية بصورة مطردة على مدى القرنين الماضيين إلا أن الإهتمام بقي محدودا بسبب ارتفاع التكاليف بصورة مستمرة[1]. ومن المرجع أن المسنين سوف تزداد حاجتهم إلى خدمات الرعاية الصحية وأدواتها مع زيادة أعمارهم وذلك لتدهور حالاتهم الصحية خاصة المصابين منهم بالأمراض المزمنة التي تتطلب الرعاية الصحية لمدى طويل.

إن المسن الذي لا يلقى عناية صحية في شيخوخته فإنه يكون عرضة للإنهيار السريع وتأخذ حالته في التدهور المستمر والسريع في نفس الوقت، ومن المؤكد أن الشيخوخة لا تختلف في هذا الصدد عن أية مرحلة عمرية أخرى من حيث أن لها أنواعا من الرعاية الصحية يجب أن تحظى بها. فإذا لم تتوفر تلك الرعاية فسرعان ما يتعرض المسن للمرض وإن كان مريضا يشتد ويستعصى الشفاء منه لأن الرعاية الصحية تلعب دورا هاما في الإصابة بالمرض والشفاء منه، ولها تأثيرا كبيرا ولهذا يجب الاهتمام الجيد بالمسن خاصة توفير الرعاية الصحية الجيدة وذلك بتعاون أفراد الأسرة والهيئات المختصة.

[1] - علي جاسم عكلة الزبيدي، المرجع السابق، ص 358.

2 – الرعاية الإقتصادية وأهميتها في التقليص من شدة المرض.

جدول رقم 43: يبين علاقة الحالة المهنية بنوع الرعاية الإقتصادية التي يتلقاها المسن المريض بالزهايمر.

الحالة المهنية / نـــــوع الرعاية الإقتصادية	متقاعد	عمل بعد التقاعد	لم يعمل أبدا	ترك العمل	المجموع
جيـــدة	10 %15	-	-	-	**10** **%8**
حسنـــة	32 %49	1 %33	26 %56	-	**59** **%49**
سيئـــة	23 %36	2 %67	20 %44	7 %100	**52** **%43**
المجموع	**65** **%100**	**3** **%100**	**46** **%100**	**7** **%100**	**121** **%100**

من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا أن الإتجاه العام لنوع الرعاية الإقتصادية التي يتلقاها المسن هي للحسنة وذلك بنسبة 49% وتتضح أكثر عند الذين لم يعملوا أبدا وذلك بنسبة 56% ثم تليها نسبة 49% للمتقاعدين وأخيرا نسبة 33% للذين عملوا بعد التقاعد.

أما فيما يخص للرعاية الإقتصادية سيئة فبنسبة 43% وتتضح أكثر عند الذين تركوا العمل بنسبة 100% ثم تليها نسبة 67% للذين عملوا بعد التقاعد وتليها نسبة 44% للذين لم يعملوا أبدا وأخيرا نسبة 36% للمتقاعدين أما فيما يخص الرعاية الإقتصادية جيدة فبنسبة 8% وتتضح فقط عند المتقاعدين بنسبة 15%.

نستنتج أن للحالة المهنية علاقة وتأثير حول النظرة لنوع الرعاية الإقتصادية التي يتلقاها المسن المريض وهي على العموم حسنة وذلك لتوفير الدولة لبعض التسهيلات ومنها العلاج المجاني بالمستشفيات العمومية وتوفير الدواء مجانا للذين تتوفر فيهم الشروط والمنخرطين في الضمان الإجتماعي.

أما فيما يخص النظرة السلبية التي تعتبر الرعاية الإقتصادية سيئة فلقد وجدناها خاصة عند الذين تركوا العمل أي قبل بلوغ سن التقاعد، ولا يملكون أجرا. فهؤلاء يجدون صعوبة في توفير مصاريف العلاج والدواء، كذلك وجدنا تشاؤما من طرف المتقاعدين حيث وجدنا أن هناك من عمل بعد التقاعد وذلك لثبات المعاش حيث لا يقبل الزيادة المطردة سنويا مما

أدى إلى انخفاض مستوى معيشة المسن وذلك في ضوء الزيادة في الأسعار وفي متطلبات العلاج من تنقل إلى المستشفى للمعاينة والقيام بمجموعة من التحاليل والأشعة وشراء الأدوية كل هذا يعتبر عبء ثقيل على كاهل المسن المريض وعلى قول بعض المتكفلين أن المسن المريض ينفق أكثر من نصف راتبه الضئيل ثمنا للأدوية التي إن انقطع عن تناولها فإنه يكون عرضة للتأزم حالته الصحية واستعصاء الشفاء من مرضه، نفس الرأي السلبي وجدناه أيضا عند الذين تركوا العمل فهم متشائمين من نوع الرعاية الإقتصادية التي يتلقونها وفئة صغيرة فقط وصفة نوع الرعاية الإقتصادية بالجيدة وهم من المتقاعدين وعلى قول المتكفلين بهم أنهم وبعد تقاعدهم إستفادوا من امتيازات وتسهيلات للعلاج لإنخراطهم في الضمان الإجتماعي وإمتلاكهم بطاقة الشفاء حيث يستطيعون توفير الأدوية مجانا.

إن الدولة مسؤولة عن جميع الفئات العمرية لهذا الشعب، فكما أن الدولة مسؤولة عن رعاية الطفولة، فهي مسؤولة بنفس القدر عن رعاية الشيخوخة، ويجب ألا ينسى المسؤول في الدولة أن المسن الذي أحيل إلى التقاعد قد أدى واجبه وساهم في بناء صرح الدولة، لابد أنه أيضا شارك في دفع عجلة التقدم إلى الأمام، فلابد من النظر إليه بنظرة تعاطف، وأن نكرمه وألا نعرضه للعوز بعد العزة ولابد من أن تتحرك المؤسسات بوازع من نفسها وبتشجيع وحث من المسؤولين عن الخدمات الإجتماعية في بلدنا وعلى رأسهم وزارة الشؤون الإجتماعية لمساعدة المسنين بكافة الطرق والوسائل من ذلك بالدرجة الأولى المساعدات العينية والخدمات المجانية التي يمكن أن يحظى بها المسنون فتخفف عن كواهلهم المثقلة ومن همومهم المضنية وآلامهم النفسية الممضة.

ولقد يتسنى لقيادات الخير في بلدنا أن تستخرج الكثير من المؤسسات ما يكفل التخفيف إلى حد بعيد مما يعاني منه المسنون حاليا من متاعب إقتصادية خاصة ما يتعلق بالعلاج والدواء، فلقد يتسنى الاتفاق مع الكثير من الأطباء على توقيع الكشف بالمجان على عدد معين من المسنين وتوفير الأدوية بالمجان حتى للذين لا يملكون بطاقة الشفاء لأن لتوفير العلاج والدواء تأثير في النظرة لنوع الرعاية الإقتصادية التي يتلقاه المسن أنظر الملحق 2 جدول رقم (19) يبين "علاقة تكلفة العلاج والدواء بنوع الرعاية الإقتصادية التي يتلقاها المسن". حيث وجدنا أن أكبر نسبة هي للرعاية الحسنة وتتضح أكثر عند اعتبار تكلفة العلاج والدواء غير مكلف بنسبة 62% ثم تليها نسبة 47% لنوعا ما مكلفة وأخيرا نسبة 44% لمكلفة جدا. أما فيما يخص لنوع الرعاية الإقتصادية سيئة فهي تتضح أكثر عند اعتبارها مكلفة جدا بنسبة 56% مقابل نسبة 53% لنوعا ما مكلفة.

إن نظرة المتكفل بالمريض لنوع الرعاية الإقتصادية التي يتلقاها المسن تتأثر بنظرته لتكلفة العلاج والدواء حيث أن العلاج يحتاج إلى مصاريف باهضة خاصة للذين يسكنون بالريف فيضاف إليها المواصلات والإقامة إن إستلزم الأمر وشراء الدواء خاصة إن كان المسن المريض فلاحا ولم يؤمن نفسه وبلا ضمان إجتماعي لتعويض ثمن الدواء فهذا كله يجعل المتكفل يرى أن الرعاية الإقتصادية سيئة وعلى قول بعض المتكفلين بأنهم يعانون كثيرا من نقص التمويل والاهتمام بهذه الشريحة من المجتمع فهي وبعد التقاعد تعزل عن المجتمع ولا يعطي لها فرصة لإعادة الإندماج فيقع المسن فريسة المرض وإن أصاب به فلا يجد الرعاية التي يحتاجها وبذلك يشتد المرض وتتأزم حالته ويستعص الشفاء منه.

بالإضافة إلى تأثير إمتلاك الدخل ومدى كفايته بنوع الرعاية الإقتصادية حيث توصلنا من خلال الجدول رقم (18) أنظر الملحق 2 الذي يبين "علاقة إمتلاك الدخل ومدى كفايته بنوع الرعاية الإقتصادية التي يتلقاها المسن". بأن أعلى نسبة للرعاية الإقتصادية حسنة وتتضح أكثر بنسبة 54% للذين يملكون دخلا ولكنه لا يكفي، أما فيما يخص للرعاية الإقتصادية سيئة فالنسبة تتضح أكثر عند الذين لا يملكون دخلا وذلك بنسبة 53% وعليه نستطيع القول بأن لإمتلاك الدخل ومدى كفايته تأثير على النظرة لنوع الرعاية الإقتصادية التي يتلقاها المسن المريض.

رغم الإهتمام بالمسنين والإجراءات المتبعة لتوفير الحماية الإقتصادية لهم في المجتمع الجزائري إلا أننا نجد أن هذا لم يكفي لتحسين أوضاعهم والنظرة التشاؤمية لمعظم المتكفلين بالمرضى لدليل على ذلك ويعود السبب في ذلك إلى عاملين: الأول يتمثل في نسبة التغطية التي يكفلها الضمان الإجتماعي بصفة عامة ونظام التقاعد، الذي يجب إعادة النظر فيه بصفة خاصة، والثاني يتمثل في عجز صندوق التقاعد على تغطية نفقات المستفيدين من معاشات التقاعد نظرا للإختلال الذي عرفه في الميزانية في السنوات التسعينات بسبب الوضع الإقتصادي الذي عاشته الجزائر في تلك الفترة واستمرت آثاره إلى اليوم.

لهذا يجب إعادة النظر في نظام الضمان الإجتماعي وقانون التقاعد من أجل مواكبة الزيادة في نسبة المتقاعدين والوضع الذي آلى إليه المسنين وزيادة تأزم وضعهم الإقتصادي نتيجة غلاء المعيشة وانخفاض القدرة الشرائية، وتراجع دور الأسرة في التكفل بهم ونقص الرعاية الإقتصادية من طرف الدولة.

3 – الرعاية النفسية وأهميتها في التقليص من شدة المرض.

جدول رقم 44: يبين علاقة الشخص الذي يعتني بالمريض في المنزل بنوع الرعاية النفسية.

الشخص المتكفل / نـــوع الرعاية النفسية	الشريك	الإبنة	الإبن	التناوب بين الأبناء	شخص آخر	المجموع
جيـــدة	26 %59	12 %34	-	2 %15	-	**40** **%33**
حسنـــة	18 %47	23 %66	3 %33	8 %62	11 %55	**63** **%52**
سيئـــة	-	-	6 %67	3 %23	09 %45	**18** **%15**
المجموع	**44** **%100**	**35** **%100**	**9** **%100**	**13** **%100**	**20** **%100**	**121** **%100**

من خلال الجدول أعلاه يبين لنا أن الإتجاه العام لنوع الرعاية النفسية مقارنة بالشخص المتكفل بالمريض في المنزل نجد أنه بنسبة 55% وهو لصالح الرعاية النفسية حسنة وتتضح أكثر عند الشخص المتكفل هو الإبنة بنسبة 66% وتليها نسبة 62% للتناوب بين الأبناء وأقلها نجدها عند الإبن وذلك بنسبة 33% ثم نجد الرعاية النفسية جيدة وذلك بنسبة 33% وتتضح أكثر عند الشريك بنسبة 59% وتقل عند التناوب بين الأبناء إلى 15% وفي الأخير نجد الرعاية النفسية سيئة بنسبة 15% وتتضح أكثر عند الإبن بنسبة 67% وأيضا عند شخص آخر بنسبة 45% وتقل إلى نسبة 23% للإبن.

نستنتج أن نوع الرعاية النفسية يختلف بإختلاف الشخص المتكفل بالمريض في المنزل حيث وجدنا أن الرعاية الحسنة هي السائدة بكثرة وذلك بسبب تحسس المسن من كل أفراد الأسرة وخاصة الإبن الذي يعتبر نوعا ما غائب فيما يخص التكفل بالمسن فهو عنصر فعال في رأي من يتكفل بالمسن ويأخذه إلى المعاينة الطبية بالإضافة إلى جفاء مشاعر الحنان وإفتقار الإبن منها عكس المتكفل هو الشريك أو الإبنة ففي هذه الحالة سيكون المسن أكثر راحة من حيث نفسيته فالعلاقة بالشريك أو الإبنة على العموم جيدة، بالإضافة إلى تأثير شخصيته هو بحد ذاته فإنه يحس بأشياء لاوجود لها ويشك بمن حوله فيعاني من إضطرابات نفسية يصعب عليه التخلص منها، كما نجده كثير الحرص على أمواله ومنزله.

بغض النظر عن مدى الاعتراف بثنائية الجسم والنفس إذ أن البعض ينكر وجود النفس ولا يعترف إلا بالجسم فإن أشد المنكرين لوجود النفس لا ينكرون الحالات النفسية والعقلية التي تتواتر على الإنسان الذي يحس أحيانا بالسعادة وأحيانا أخرى بالشقاء، ويحس أحيانا بالأمل وأخرى باليأس، ومما شك فيه أن أحوال الجسم تؤثر في تلك الحالات النفسية الوجدانية والعقلية. هناك تأثير متبادل بين الجسم والنفس أو بينه وبين الحالات النفسية والحالات العقلية، فالجسم يؤثر في تلك الحالات كما أن تلك الحالات تؤثر في المقومات الجسمية وفي اتزان الوظائف الجسمية وعلاقتها الدقيقة القائمة فيما بينهما.

في الواقع إن الجسم إذا ما نضبت حيوتيه وبدأ معينه في الجفاف فإن النشاط العقلي والنفسي يأخذان أيضا في التدهور والذبول، وقد يصاب التفكير أو بعض العمليات العقلية كالتذكر أو التخيل أو الإدراك بالعطب نتيجة حدوث عطب في المخ بسبب حادث نتجت عنه إصابات بالمخ أو نتيجة فقدان التكامل بين أجهزة المخ بعضها وبعض والواقع أنه بالنسبة للمسنين فإن الكثير من الأمراض النفسية والعقلية التي تنتابهم إنما ترتد في النهاية إلى ما يمكن أن يكون قد أصابهم من خلل في أجهزتهم الجسمية، فالمسن الذي إعتاد القراءة والإطلاع وقد أصيب بضعف الإبصار، تجده بلا شك بإزاء مشكلة نفسية خطيرة قد تجعله متبرما بالحياة وبالناس بحيث يبدأ في إظهار بعض الإنحرافات السلوكية التي لم يكن مصابا بها من قبل، بالإضافة إلى الكثير من الانحرافات العقلية والنفسية التي قد تصيب المسنون إنما ترجع أولا وقبل كل شيء إلى ما قد يصاب به المخ من ضمور أو تلف، وفي بعض حالات الشيخوخة المتأخرة يصاب المسن بالهتر وهو ضعف عقلي يشبه الخبل، فيستحيل المسن إلى طفل تستثيره أتفه الأمور وتلهيه بعض الشواغل التافهة، ناهيك عن عدم القدرة على التكيف الإجتماعي ومسايرة الناس فيما يقولون وفيما يعملون.

ومن المعوقات النفسية التي تصيب المسنون تباينهم مزاجيا عن المحطين بهم فيكون صدام بين مزاج المسن وبين مزاج أية مجموعة يلتئم فيها إلى انصرافه عن الناس أو على انصراف الناس عنه ولا يقتصر هذا الإنصراف المكاني والبعد الجسمي للمسن وإنما يصل الحال إلى حد انعزال المسن وهو لم يخترها لنفسه بإرادته بل عزلة فرضت عليه فرضا فيشكي منها المسن ويتألم.

كما تميل إنفعالات الشيخوخة إلى تلخيص السلوك الانفعالي لمراحل الحياة كلها في مرحلة واحدة، ونستطيع أن نلخص أهم انفعالات الطفولة التي تعود مرة أخرى إلى الظهور في مرحلة الشيخوخة في نواحي منها: انفعالات المسنين ذاتية المركز تدور حول أنفسهم أكثر مما تدور حول غيرهم وتؤدي هذه الذاتية إلى نمط غريب من أنماط السلوك الأناني الذي قد

لا يتفق في مظهره العام مع ما يتوقعه الأحفاد من سلوك الأجداد، ولا يتحكم المسنين تحكما صحيحا في انفعالاتهم المختلفة، شأنهم في ذلك شأن الأطفال الذين يعجزون عن ضبط مشاعرهم وعواطفهم،

كما تتميز انفعالات المسنين بالعناد وصلابة الرأي، وقد يؤدي هذا العناد إلى السلوك المضاد ولذا تجد المسنين يثورون لأوهام لاحقيقة لها وعندما تكشف لهم الأمور ويدركون خطأهم فإنهم يراوغون ويظلون في إصرارهم وعنادهم[1]. وبسبب هذه الإنفعالات التي تظهر في مرحلة الشيخوخة يجب توفير رعاية نفسية خاصة وتفهم مشاعرهم واحترام آرائهم لتفادي إنفعالاتهم. وبالإضافة إلى مخاوفهم من الشيخوخة نفسها وما تحمله من مرارة وخوف من إقتراب النهاية والموت حيث لم تعد صحتهم من القوة لمقاومة الأمراض التي تصيبهم وهم في مرضهم كثير من الهواجس والأوهام.

إن رعاية المسنين النفسية بحاجة إلى جهود كبيرة تبذل من أجل تنقية الجو المحيط بالمسن، ذلك أن مرحلة الشيخوخة تتسم كما سبق أن أكدناه عدة مرات بالحساسية الشديدة فأي تعكير في الجو المحيط بالمسن يزداد تعقيدا إذا ما أضيف إلى العوامل النفسية والحساسية الزائدة لديه، وخاصة في حالة مرض الزهايمر فعلى الأسرة وحتى المجتمع الذي يعيش فيه المسن المريض تفهم حالته المرضية ومراعاة شعوره بالإهمال أو النبذ ومحاولة تهدئته وإبعاده عن الجو المثير وتفهمه حيث أن وعي المتعاملين مع المسن بما يجب اتباعه وما يجب تجنبه في غاية الأهمية لتوفير الظروف المناسبة لإحداث تفاعلات جيدة بداخل المسن تبعث على السعادة وتشيع لديه الرضا.

إن المشكلة القائمة بين المسن ومن حوله هي مشكلة تغير الوضع الإجتماعي لكل من المسن ولمن حوله على السواء، فبينما يكبر الوضع الإجتماعي وتسمو المكانة الإجتماعية للأبناء والبنات نجد أن الوضع الإجتماعي والمكانة الإجتماعية للمسن "الأب والأم والجد والجدة" يأخذان في التدهور، بالإضافة إلى بعض المواقف التي تكشف النقاب عن عدم رضا المسنين بما آلوا إليه من وضع منخفض وعلى قول بعض المتكفلين أن هناك مشاحنات حادة قد اندلعت بين المسنين وبين أبنائهم وبناتهم، أو بينهم وبين جيل الشباب أيا كان ممن يعمدون إلى التحكم فيهم أو الاستئثار بالسلطة دونهم خاصة زوجة الإبن التي تمثل جيل الشباب الذي يريد المشاركة في السلطة أو الإستئثار بها دون أم الزوج التي كانت تحظى بالسلطة كلها قبل زواج الإبن.

[1] - فؤاد البهي: المرجع السابق، ص 422.

إن التوعية بالحالة النفسية للمسن خاصة المريض إذا ما اكتملت للمتعاملين مع المسنين فإن كثيرا من المشكلات سوف تخف حدتها وتأخذ في الإنقشاع ولا تستمر في الإرتكاز على صدور المسنين كما هو حادث اليوم في كثير من الحالات ومن الجوانب التي يجب توعية المحيطين بالمسن بإزاءها حضهم على تجنب المناقشات والمجادلات التي تعمل على إثارة أعصابه أو تضعه في موضع المخطئين ولكن يجب في نفس الوقت عدم إتخاذ موقف اللامبالاة تجاه المسن، لأن مثل ذلك الموقف يشعرهم بأنهم صاروا كما مهملا أو أن الأخرين لا يقدرونهم. ذلك أن اللامبالاة تشكل موقف إهماليا لشخصية المسن.

إن كثير من الأمراض والمشاكل النفسية والعصبية التي تصيب المسنون نتيجة ما قد أصابهم من خلل في أجهزتهم الجسمية وما ينجر عنه من نسيان وقلق وعزلة، وعليه يجب على الأسرة بصفة خاصة والمجتمع بصفة عامة تقديم رعاية نفسية خاصة لهم وذلك لإحداث تفاعلات جيدة في نفسية المسن والتي تبعث على السعادة والرضا، حيث يجب إبعاد كل ما يشعره بالإهانة والغضب وعدم تحسيسه بالمرض فهذا قد يزيد من تعقد حالتهم واستعصاء الشفاء من المرض.

4 – الرعاية الإجتماعية وأهميتها في التقليص من شدة المرض.

جدول رقم 45: يبين علاقة نمط الأسرة بنوع الرعاية الإجتماعية التي يتلقاها المسن المريض بالزهايمر.

نمط الأسرة / نـــــوع الرعاية الإجتماعية	أسرة ممتدة	أسرة نواتية	المجموع
جيـــدة	6 %13	- 	**6** **%5**
حسنـــة	32 %70	59 %79	**91** **%75**
سيئـــة	8 %17	16 %21	**24** **%20**
المجموع	**46** **%100**	**75** **%100**	**121** **%100**

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن الإتجاه العام لنوع الرعاية الإجتماعية مقارنة بنمط الأسرة نجده بنسبة 75% لصالح الرعاية الإجتماعية حسنة وتتضح أكثر عند الأسرة النواتية وذلك بنسبة 79% مقابل نسبة 70% للأسرة الممتدة ثم نجد الرعاية الإجتماعية سيئة بنسبة 20% وتتضح أكثر عند الأسرة النواتية بنسبة 21% مقابل نسبة 17% للأسرة الممتدة وفي الأخير نجد الرعاية الإجتماعية جيدة بنسبة 5% وتتضح عند الأسر الممتدة بنسبة 13%.

نستنتج أن لنمط الأسرة التي يعيش فيها المسن أهمية في تحديد نوع الرعاية الإجتماعية التي يتلقاها حيث وجدنا أن المسنين الذين يعيشون في أسرة نواتية تتميز الرعاية الإجتماعية بالحسنة خاصة إذا أصيب المسن بمرض ألزمه الفراش فهو لا يكون علاقات إجتماعية خارج نطاق الأسرة التي يعيش فيها، ولهذه الأخير أهمية في حياة المسن خاصة في حالة مرض الزهايمر.

نظرا لتأكيد الأبحاث العلمية المختلفة على أهمية الأسرة كأفضل البدائل الرعائية من وجهة نظر المسنين، فإنه لابد من العمل على تعزيز دور الأسرة في إحتضان مسنيها ورعايتهم من خلال توفير الحوافز والدعم المادي والعنوي لها ومساندتها في تقديم واجباتها الإجتماعية نحوهم، وهنا لابد من التأكيد على ضرورة التركيز على تكامل دور الأسرة والمجتمع والدولة في رعاية المسنين خاصة المرضى منهم، والعمل على دمج المسنين وتمكينهم إجتماعيا من خلال إشراكهم بالنشاطات الإجتماعية والثقافية المختلفة في المجتمع، والعمل على إقامة أندية إجتماعية وترفيهية ورياضية وتثقيفية خاصة بهم.

حيث تؤثر إيجابيا على حياة المسن بتغيير نمط الحياة اليومي وتجنبه الملل والعزلة التي تزيد من مرضه، كما أن الحركة التي تتطلبها تلك الأنشطة تحافظ على حيوية المسن، وإضافة إلى ذلك سوف تتاح له فرصة لقاء الآخرين وتبادل الأفكار والمعلومات والذكريات على الأسرة التعرف على أهم الأساليب التي تتبعها في معاملة المريض، وهناك طرق تستطيع الأسرة إستعمالها للتجاوب مع المريض ولا يجب أن نذكره في كل مرة أنه عاجز وفاقد للذاكرة، كما لا نصح التكرار كثيرا لأنه ينزعج عندما لا يستحضر ذاكرته، والأفضل أن يذكره الآخرون بحكاياته، التي يعرفها ويحبها وأن نقدم له الأشخاص الذين يزورونه بدل تركه يجاهد نفسه في التعرف عليهم، حتى في البيت يمكن أن يضيع لذا ينصح بعدم تغيير الديكور كثيرا والحفاظ على نفس المعالم وتجنب نقل المريض إلى أماكن أخرى، كما أن جلب شخص غريب ليرعاه يزعجه كثيرا حيث لا يحس بأي علاقة معه.

إن الرعاية الإجتماعية واجب على جميع أفراد الأسرة من أبناءه وأحفاده وزوجات أبنائه حيث يجب أن يطبع علاقاتهم الإجتماعية تكافل إجتماعي وتضامن، فما أعظم أن يتكفل الأبناء بآبائهم في الكبر لأن المسن بحاجة إلى التكيف والتأقلم مع الوضع الجديد وتحسيسه بأنه ليس منبوذ لا من طرف الأسرة ولا المجتمع. وذلك يتحقق من خلال معاملته بإحترام وتقدير من طرف أفراد أسرته وكذلك إقناعه بتقبل تغير الأوضاع وتغير الأدوار والمكانات الإجتماعية وكذلك يتأثر سلوك المحيطين بالمسن في تغير سلوكهم وتعديله في ضوء المتغيرات النفسية والإجتماعية التي حدثت للمسن حيث يكون بحاجة إلى العطف والحنان وملء الفراغ وذلك من خلال جعله يقوم بنشاطات مختلفة.

إن الرعاية الإجتماعية للمسن يجب أن تجد لها بذورا تزرع منذ الطفولة في الناشئة ثم تروى وتغذى بإستمرار سواء بواسطة المناهج المدرسية أو المناشط الخارجية كالإذاعة والصحافة، فثمة دورهام منوط بوسائل الإعلام، فعلى الصحافة والإذاعة والتلفزيون مسؤولية كبيرة في إشاعة روح الوفاء للمسنين والعمل على تكريمهم والاعتراف بفضلهم والحث على رعايتهم، والقيام بمساعدتهم فيما يحتاجون، وعدم تحسيسهم بمرضهم ومعاملتهم معاملة جيدة فهذا يشعرهم بالسعادة والثقة في النفس ويساعدهم على الشفاء من المرض أو على الأقل تقليص شدة المرض.

5 – كفيفية الوقاية والحد من إنتشار مرض الزهايمر.

جدول رقم 46: يبين علاقة المستوى التعليمي بكيفية الوقاية والحد من إنتشار مرض الزهايمر.

المستـــــوى التعليمـــي / كيفيـــة الحد من المرض	بدون مستوى	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
التكفل الجيد	22 %65	17 %46	10 %33	06 %30	**55** **%45**
الرعاية الجيدة	12 %35	11 %30	12 %40	05 %30	**41** **%34**
إعادة النظر في نظام التقاعد	-	9 %24	08 %27	08 %40	**25** **%21**
المجموع	**34** **%100**	**37** **%100**	**30** **%100**	**20** **%100**	**121** **%100**

من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا أن الإتجاه العام لكيفية الوقاية والحد من إنتشار مرض الزهايمر بين المسنين هو للتكفل الجيد من جميع الأطراف وذلك بنسبة 45% وتتضح أكثر عند أصحاب بدون مستوى بنسبة 65% يليها أصحاب المستوى المتوسط بنسبة 46% ثم الثانويين بنسبة 33% وأخيرا الجامعيين بنسبة 30% أما فيما يخص الرعاية الجيدة بكل جوانبها فبنسبة 34% وتتضح أكثر عند أصحاب المستوى الثانوي بنسبة 40% وفي الأخير نجد إعادة النظر في نظام التقاعد وذلك بنسبة 21% وتتضح أكثر عند أصحاب المستوى الجامعي وذلك بنسبة 40%.

نستنتج أن للمستوى التعليمي والوعي الثقافي دورا هاما في تحديد كيفية الوقاية والحد من إنتشار مرض الزهايمر ورغم تفاوت النسب بإختلاف المستوى التعليمي إلا أن معظم المتكفلين يرون بأنه يمكننا الحد من انتشار مرض الزهايمر والوقاية منه وذلك بالتكفل الجيد بالمسن من جميع الأطراف ونقصد التكفل الأسري والهيئات المختصة وكذلك المجتمع فلكل واحد منهم دورا هاما في مساعدة المسنين في التأقلم مع الوضع الجديد وتقبل التغيرات البيولوجية والإجتماعية والإقتصادية والتعايش مع الظروف الجديدة. بالإضافة إلى توفير الرعاية الجيدة بكل جوانبها خاصة الرعاية الصحية وذلك نظرا لمرحلة الشيخوخة التي تتميز بالتدهور الصحي والضعف الجسمي، فيجب توفير مراكز خاصة لإسعافهم وعلاجهم وأيضا الرعاية الإجتماعية بكل جوانبها من العيش في كنف أسرة تهتم به وترعاه جيدا وتحترمه رغم كل التغيرات التي طرأت عليه وتحسسه بمكانته العالية في الأسرة فرغم نقص أدواره وذلك بسبب الكبر والمرض إلا أن مكانته لا تتغير.

بالإضافة إلى الرعاية الإقتصادية وذلك لما تعرفه مرحلة الشيخوخة بأنها مرحلة تقاعد الفرد عن العمل وبذلك سيضطر لتقاضي مرتب شهري محدود، مما يؤدي بالمسن إلى التعرض للحرمان المادي بإرتفاع المستوى المعيشي ويعاني من مشاكل إقتصادية.

كذلك يجب على الدولة إعادة النظر في نظام التقاعد وذلك لما وجدناه في ميدان البحث عند فئة المتقاعدين من تذمر بعضهم لخروجهم من العمل أو الاستغناء عن خدماتهم رغم قدرتهم على العمل وذلك فقط لتطبيق القانون من جهة ومن جهة أخرى نقص الدخل الذي يجعل المسن يعيش حالة من القلق والإضطراب لحالته الإقتصادية السيئة. وعلى السلطات العمومية التكفل الأوسع بهذه الفئة وهو ما سيسهل الكثير على المرضى وعائلتهم التي أضيف لها عبء جديد علاوة على ما تفرضه تحديات الحياة الأخرى ولذلك بات من الضروري العمل من أجل الحفاظ على كرامة هؤلاء المرضى وهو يتهم عبر إنشاء مراكز يتمكنون بموجبها من الإلتقاء يوميا مع من يقوم بالسهر عليهم من أطباء ونفسانين ومختصين في القطاع. بالإضافة إلى الإحتكاك بمسنين أمثالهم حيث يعيشون نفس الظروف وفي نفس المرحلة العمرية.

بعد كل ما توصلنا إليه فيما يخص التكفل رعاية المسنين وما تطرقنا إليه من أسباب وعوامل مساعدة للإصابة بمرض الزهايمر يمكن أن ندرج بعض النقاط التي رأينا أنها يمكن لو طبقت في الواقع أن تخفض من حدة الإصابة بهذا المرض ويمكن اعتبارها كوسائل للوقاية من الإصابة حيث يجب تحسين الرعاية الطبية والنفسية والعقلية للمسنين وتحسين نظام المعاشات والتأمينات، كذلك تحسين الإتجاهات الإجتماعية نحو المسنين وارتفاع مستوى المعيشة وتحسينه بالإضافة إلى اتباع القواعد الصحية العامة بتوفير وسائل الراحة والاستجمام والترفيه والترويح عن المسنين والتوسيع في إنشاء مراكز وبيوت لإيواء المسنين

مجهزة بهياكل، بالإضافة إلى تدريب المسنين القادرين على العمل على الأعمال البسيطة التي يرغبون فيها وإعادة النظر في سن التقاعد وطريقة التقاعد.

مقابل هذا كله يمكن أن نفكر في النتائج التي تترتب على مثل هذه الجهود ومن فوائدها نجد زيادة الكفاية الانتاجية للفرد أي زيادة معدل انتاجه كما وكيفا، وزيادة طول الحياة العملية للفرد فبدلا مما يعمل المواطن ثلاثين عاما يمكن أن يظل منتجا أكثر وبذلك زيادة الفئات المنتجة في المجتمع وتقليل الفئات غير منتجة، كذلك تقليل نسبة الإصابة بالأمراض خاصة الأمراض العصبية وزيادة نسبة السعادة والرضا عن الحياة بين عدد كبير من أفراد المجتمع خاصة عند المسنين.

إستنتاج عام:

من خلال عرضنا لنتائج الدراسة الحالية ومناقشتها نستخلص أن الأمراض التي تصيب المسنين خاصة مرض الزهايمر تعتبر حصيلة لشبكة معقدة من التغيرات التي أمكن البحث العلمي معرفة بعضها وما زالت البحوث الحديثة تواصل إكتشاف البعض الآخر. ولقد توصلنا في دراستنا هذه إلى أن المتغيرات الديموغرافية مثل العمر والجنس والمستوى التعليمي والحالة المدنية والمهنية والرقعة الجغرافية الإقامة تعتبر من أهم المحددات للحالة الصحية للمسنين، بالإضافة إلى إعتبار المكانة الإجتماعية وعدد الأمراض المزمنة التي يعاني منها المسن أيضا من بين أهم المتغيرات المساعدة على تقدير الحالة الصحية للمسن وإصابته بمرض الزهايمر.

نستطيع القول بأن الفرضية الأولى قد تحققت والتي مفادها بأن **"يلعب المستوى التعليمي للمتكفل بالمريض المصاب بالزهايمر دورا في فهم مرض الزهايمر وإختيار نسق العلاج المناسب"**. حيث توصلنا إلى أن هناك اختلاف في فهم مرض الزهايمر من أسرة إلى أخرى وذلك حسب نمطها الثقافي والتطور الإجتماعي والمستوى الإقتصادي والتعليمي حيث وجدنا جهلا من قبل بعض الأسر لمفهوم مرض الزهايمر مما أدى بها إلى التماطل في طلب العلاج الطبي، حيث اتجهت إلى العلاج الشعبي الذي حددناه في دراستنا بالرقية وتناول الأعشاب الطبيعية وذلك بحجة أن المسن يعاني إضطرابات في الذاكرة بسبب الكبر أو الخرف مثلما سماه البعض أو وسواس ينتاب المسن حيث لم تعتبر تلك الأعراض الظاهرة على المسن أعراض مرض الزهايمر وهذا راجع أيضا إلى أن أعراض المرض تشبه أعراض الشيخوخة وهي في كثير من الأحيان مضللة.

وهذا طبعا ما يؤدي إلى تعقد حالة المسن وبشهادة الأطباء أن المرضى لا يصلون إلى العلاج الطبي إلا بعد مرحلة متقدمة من المرض، وفي معظم الحالات يكون الشفاء منه مستعصي، فيحاول الأطباء فقط منع تدهور حالة المريض وتفاقم المرض. إذا طبيعة الأعراض أقوى متغير تفسيري لتعريفات المرض والإتجاه نحو السعي من أجل طلب الرعاية الطبية ورغم أنه لا يوجد علاج نهائي لمرض الزهايمر حاليا، ولكن يتم علاج الأعراض ودعم المرضى المصابين لجعل حياتهم أفضل ومساعدتهم في التعايش مع المرض.

كما تحققت أيضا الفرضية الثانية التي مفادها بأن **التغيرات البيولوجية من تدهور طبيعي للجسم والتغيرات الاجتماعية كالإنسحاب الاجتماعي والتغيرات الاقتصادية كالإحالة على التقاعد والعجز عن العمل التي يعيشها المسن يمكن أن تؤثر على إصابته بمرض الزهايمر.** حيث توصلنا إلى أهمية ودور التغيرات التي تصيب المسن في مرحلة الشيخوخة والتي تساعد على الإصابة بمرض الزهايمر ومن أهمها التغيرات البيولوجية التي تطرأ على المسن كالتدهور الصحي والإصابة بعدة أمراض مزمنة والتغيرات الإجتماعية كالإنسحاب من الحياة الإجتماعية والعزلة عن المجتمع وتغير دور المسن سواء في الأسرة بعدما كان السلطة الحاكمة يصبح كالطفل الصغير يحتاج للمساعدة والمجتمع بعدما كان فردا منتجا فعالا يصبح عالة عليه يستهلك

ولا ينتج، كذلك التغيرات الإقتصادية وأهم حدث هو التقاعد عن العمل والعيش في فراغ قاتل بالإضافة إلى نقص الدخل بسبب إستقراره على منحة التقاعد الزهيدة التي لا تغطي المصاريف اليومية بإرتفاع المستوى المعيشي والغلاء الفاحش للحاجات الضرورية وغيرها من المشاكل والعوامل المساعدة في الإصابة بمرض الزهايمر في مرحلة الشيخوخة.

كذلك تحققت الفرضية الثالثة التي مفادها بأن **التكفل الأسري والهيئات المختصة والرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية للمسن المريض بالزهايمر قد يساعد على التقليص من شدة المرض.** حيث أن مرض الزهايمر من أمراض الشيخوخة التي تدمر خلايا المخ، مما يفقد جسم المسن قدراته البدنية والعقلية والإدراكية، وهذا ما يجعله غير قادر على خدمة نفسه حتى في أبسط أمور الحياة اليومية مما يتطلب التكفل والرعاية والمرافقة له من قبل أفراد أسرته حيث تعتبر الأسرة هي السند الأول في تقديم الدعم والحماية وخدمة الشخص المسن المصاب بالزهايمر من جميع النواحي الإجتماعية والمعيشية والصحية والنفسية ومساعدتهم له على مجابهة الصعوبات التي يخلفها مرض الزهايمر ويصبح غير قادر على القيام بكثير من الأعمال اليومية التي اعتاد القيام بها. والمتكفل هو أكثر من يعاني من المريض نظرا لثقل وصعوبة المرض والتكفل به فعلى قول بعض المتكفلين بأنه ليس سهلا عملية التكفل فهم يجدون أنفسهم أمام شخص مختلف تماما عما عرفوه أحيانا الأم أو الأب يفقدون الهيبة والسلطة والحنان وفجأة يذهب كل هذا وتحل محله بسلوكات أخرى ويصبح المريض كالطفل الصغير يقوم بتصرفات مخالفة للطبيعة والعقل، بسبب عدم الإدراك.

تختلف أنواع الرعاية التي تقدمها الأسرة للمسن المريض بإختلاف احتياجاته، حيث نجدها توفر له الرعاية من الجانب الإجتماعي والنفسي من خلال معاملته بإحترام وتقدير من طرف أفراد أسرته واستشارته وتجنبه الوحدة والعزلة والتكفل به ورعايته إذا فقد شريك حياته أو من الجانب الإقتصادي بتوفير متطلبات العيش أو العلاج التي يحتاجها وتقديم المساعدة المادية له. ولا يتحقق ذلك إلا من خلال روح التعاون والتكافل بين أفراد الأسرة، في التكفل والرعاية الجيدة التي يحتاجها المسن المريض.

لكن التكفل الأسري لا يكفي وحده مثلما رأينا في التحليل حيث توصلنا إلى أنه من الضروري تكاتف الجهود فعلى الدولة أن تلزم الهيئات المختصة برعاية المسنين بتوفير كل ما يحتاجه هؤلاء ومساعدتهم للتأقلم مع وضعهم الجديد وتوفير كل الوسائل وتسهيل الحصول على الرعاية الطبية الجيدة خاصة وتوفير الأدوية. بالإضافة إلى فتح مراكز خاصة تهتم بهذه الفئة المهمشة من المجتمع، وإعادة النظر في قانون التقاعد والظروف الإقتصادية التي يعيشها المسن وكذلك توفير مرافق للترفيه والتسلية والبستنة مع مسنين آخرين حيث تجمعهم نفس الظروف ويعيشون نفس المرحلة حيث يتبادلون الأفكار ويتسامرون ويغيرون الجو بعيدا عن مشاكل الحياة اليومية حيث تحتضن هذه المراكز المرضى ليقضوا بها أوقاتا معينة للعلاج وممارسة الهوايات والاستجمام ثم العودة إلى بيوتهم وأسرهم.

الخاتمـــة:

إن الشيخوخة ليست مجرد عملية بيولوجية تظهر في التغيرات الفيزيقية والفسيولوجية التي تطرأ على الفرد حين يصل إلى مرحلة متقدمة من العمر، والمشكلات التي تصاحب ذلك، وإنما هي إضافة إلى ذلك ظاهرة إجتماعية تتمثل في موقف المجتمع من هذا المسن والمكانة التي يحظى بها خاصة داخل أسرته والتي تتجسد من خلال مشاركته الإجتماعية الفعالة ضمن مجموعة العلاقات المتبادلة مع أفراد الأسرة ومن خلال الدور الذي يقوم به فيها سواء كان ماديا أو معنويا ومن يلقاه مقابل ذلك من حقوق وامتيازات.

تعد الأوضاع الصحية والإقتصادية والإجتماعية التي يعيشها المسنون في المجتمع واحدة من مؤشرات التطور الإجتماعي في الدولة وفي التجمعات السكانية التي تحتضنهم، فرعايتهم والإهتمام بهم والعمل على معالجة مشاكلهم والتصدي لها يحمل في طياته أبعادا إنسانية وأخلاقية وإجتماعية متعددة ويعد واجبا إجتماعيا لما يحمله من قيم الوفاء للمسنين الذين أعطوا مجتمعهم قدرا كبيرا من حياتهم الأمر الذي يجعل الوفاء لهم والتكفل بهم في كبرهم واجبا تقره العادات والتقاليد والأعراف السائدة، ويعرف المجتمع العربي خلال مراحل تطوره جملة من نظم القيم التي جعل التكفل بالمسنين عنصرا أساسيا من عناصر المنظومة الثقافية داخل الأسرة الجزائرية والتي شهدت تحولا عميقا في بنيتها ووظائفها، وخاصة الوظيفة التي تتعلق برعاية المسنين، فقد بات على الأجهزة والمؤسسات الرسمية بذل المزيد من الجهود الموجهة للعناية بهذه الشريحة السكانية التي تشهد تناميا في عددها وإحتياجاتها.

يعتبر مرض الزهايمر أحد الأمراض المزمنة التي تصيب المسن في مرحلة الشيخوخة، والذي لم يستطيع العلماء إيجاد أية وسيلة للشفاء منها حتى يومنا هذا، ويصيب الزهايمر مخ الإنسان ويفقده تدريجيا القدرة على التذكر والتعلم والتركيز، مما يؤدي إلى تغيرات كبيرة في شخصية المريض مع تطور المرض تتمثل في الهلوسة أو الجنون المؤقت إلى جانب حالات عدم الإدراك ويعد مرض الزهايمر من أكثر الأمراض شيوعا حول العالم التي تصيب الإنسان في مرحلة الشيخوخة، ورغم عدم إيجاد علاج ناجح له ولكن بالعلاج الطبي يمكن تخفيف وطأة الأعراض وأن يحسن بشكل كبير من الحالة وتعيق تدهورها لسنوات خاصة إذ ما وصل المسن المريض مبكرا للعلاج الطبي وإكتشاف المرض في بدايته وذلك لما يعتري مرض الزهايمر من غموض وتشابه أعراضه بأعراض الشيخوخة وهذا ما جعل أسرة المسن لا تفهم نوع المرض إلا في بعض الحالة بعد استفحال الشفاء منه وذلك لتماطل الأسرة وإتجاهها للعلاج الشعبي في بداية المرض.

يتطور مرض الزهايمر بشكل خفي بحيث يصعب تشخيص المرض في السنوات الأولى لتطوره، ويعتقد بأنه في اللحظة التي يتم فيها تشخيص المرض تكون العملية المرضية قد مر عليها ما بين الخمس إلى عشر سنوات، وربما معرفتنا بالأعراض المنذرة بالمرض تساعد على التشخيص المبكر له. ومن أهم العوامل المساعدة للإصابة به نجد عامل المستوى الثقافي

الضعيف حيث يزيد من احتمال الإصابة بمرض الزهايمر، بالإضافة إلى عامل الوراثة والعوامل الديموغرافية وكذلك سوء التغذية يؤدي إلى نقص بعض الفيتامينات والأملاح المعدنية والتي يمكن أن تؤثر على خلايا المخ وبالتالي قد يسهم في تفاقم مرض الزهايمر وخاصة نقص الفيتامين B 12. ومن الأسباب الشائعة والمساعدة على الإصابة كذلك نجد التغيرات البيولوجية والإجتماعية والإقتصادية التي يعيشها المسن وتأثير بشكل كبير على صحته عامة وصحته العقلية والنفسية خاصة.

يتداخل مصطلح التكفل مع مصطلح الرعاية التي تعد خدمة تقدم جهود مشتركة يمتلك القائمين عليها القدرة والمعرفة والمهارة التي تؤهلهم لمساعدة المرضى والأفراد والمسنين منهم على معاودة نشاطاتهم التي كانوا عليها قبل المرض أو لتسهيل حاجاتهم اليومية، فالتكفل هو عملية تقوم به الأسرة من جهة والمجتمع من جهة أخرى كهيئة لتحقيق مجموعة من الأهداف تمكن الفرد من التخطيط لمستقبل حياته وفقا لإمكاناته وقدراته وصولا به لضمان رعايته المادية والإجتماعية والأسرية. بالإضافة إلى تكفل الهيئات المختصة بهذه الفئة من جميع النواحي خاصة الناحية الصحية والإجتماعية والإقتصادية وتوفير مراكز خاصة بهم للترفيه والإحتكاك بأشخاص من سنهم.

لقد ختمنا دراستنا هذه بكيفية الوقاية من الإصابة بمرض الزهايمر في مرحلة الشيخوخة ولقد توصلنا إلى أنه بإمكاننا الحد من الإصابة وذلك بالتكفل والإهتمام الجيد بفئة المسنين وذلك بتوفير الرعاية الجيدة من كل النواحي الصحية والإجتماعية والإقتصادية ومن جميع الأطراف سواء الأسرة والمجتمع والدولة.

حيث أن التكفل الأسري الجيد سواء كان المسن يعيش في أسرة ممتدة أو نواتية فعلى أفراد أسرته الإهتمام به ورعايته وعدم تركه وعزله لكي لا يشعر بالوحدة والفراغ القاتل. وتفهم المجتمع له واحترامه من طرف كل الأشخاص الذين يحتك بهم سواء في السوق أو الشارع أو البريد أو المحلات فعلى المجتمع احترام وتقدير المسن بالإضافة إلى تضافر جهود الدولة بتوفير المستشفيات للعلاج ومراكز يلجأ إليها المسن للترفيه والاحتكاك بغيره وتحسين المستوى الإجتماعي والإقتصادي الذي يعيشه المسن.

من خلال هذا البحث أردنا أن يكون دعوة مخلصة للإهتمام بفئة كبيرة من أبناء المجتمع يزداد حجمها يوما بعد يوم نتيجة لتقدم العلوم الطبية والرعاية الإجتماعية وتحسين مستوى التغذية، الأمر الذي يؤدي إلى طول فترة شيخوخة الإنسان المعاصر، فلا ينبغي أن يترك المجتمع هذه الفئة من أبنائه دون عناية وإهتمام ودون الإستفادة مما لديهم من خبرات متراكمة ومعارف غزيرة يمكن أن تسهم في معركة المجتمع الحديث من أجل التنمية. والتاريخ يدلنا على إمكانية إستمرار المسنين في العطاء فهذا يعود بالفائدة لكيلا الطرفين سواء على المجتمع حيث ستكون طبقة منتجة عوض أن تكون مستهلكة حيث أن إبقاء القادرين على العمل في

أعمالهم سيعمل على إحداث نوع من التوازن الإجتماعي والإقتصادي، كذلك بالنسبة للمسن شخصيا حيث يحس بأنه فرد فعال ذو مكانة لا نستطيع الاستغناء عنه فهذا يزيد من حماسه وحيوتيه وتقديم الأفضل عوض من تنحيه وعزله بحجة كبره وتقاعده عن العمل فهذا يجعله يحس بعدم فائدته وعدم الرضا عن الذات والواقع، فيؤدي به ذلك إلى الإغتراب عن المجتمع وعن الذات ويكون عرضة للإضطرابات النفسية والعصبية والإصابة بمرض الزهايمر.

في ضوء الاستعراض السابق نستطيع أن نوجز مشكلة البحث وما أسفر عنه من نتائج فيما يلي:

أولا اعتبار مرض الزهايمر مرض مبهم عند كثير من الأسر الجزائرية فعلى وسائل الإعلام القيام بدور في التوعية بهذا المرض الخطير، والتعرف على أعراضه وأسبابه والتأكيد على أهمية التكفل بالمرضى ورعايتهم من طرف الأسرة والمجتمع والهيئات المختصة لأن الشخص الذي لا يلقى عناية وتكفل في شيخوخته يعاني كثيرا من المشاكل خاصة اليأس وعدم الرضا عن الحياة، ولا يرى مستقبل حياته أية بارقة من أمل. فمن الواجب رعاية المسنين من أطراف متباينة حيث لا يشكل أبناؤهم سوى طرف واحد من بين أطراف متعددة ومنها الدولة التي تلزم أجهزتها بتلك الرعاية فرضا ويجب ألا يقتصر عملها في الرعاية المادية فقد بل تشمل جميع المناحي التي تؤثر من قريب أو بعيد في شخصية المسن وفي سعادته، وذلك بتوفير ظروف ملائمة لحياة سعيدة ومنها تحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية والصحية وتوفير أماكن للترفيه.

ثانيا في المجال الصحي فمن الضروري إستحداث نظام جديد للتأمين الصحي الشامل، بحيث يوفر رعاية صحية متكاملة للمرضى من المسنين وبخاصة مرضى الزهايمر سواء على المستوى التشخيصي أو العلاجي والعمل على إضافة إختصاص أمراض الشيخوخة في الطب وخاصة تأهيل الأطباء الذين سيتعاملون مع المسنين ليس من الناحية الصحية فقط بل من الناحية الإجتماعية والنفسية وهذا لما لاحظنا ولمسناه في الميدان من سوء المعاملة وعدم تفهم المسن المريض ولتعب ومعاناة المتكفل به فعلى الأطباء مراعاة شعور المسن المريض الذي يتعرض لطول الإنتظار للمعاينة الطبية الدورية. كذلك تصنيع أدوية خاصة لتلبية حاجات المسن الأساسية الناتجة عن ظاهرة الشيخوخة وتطوير خدمات الرعاية الصحية الأولية لضمان رفاه المسنين المتكامل في جميع المناطق وضمنها خاصة في الأرياف.

ثالثا في المجال الإقتصادي يجب العمل على استصدار التشريعات والقوانين التي تسمح برفع السن التقاعدي للعاملين في بعض القطاعات الحيوية في الدولة. والعمل على تمكين المسنين وبخاصة (شباب المسنين) الذي تقع أعمارهم بين (60-75) منه من خلال تشجيعهم على مواصلة العطاء والمساهمة في الإنتاج بصفتهم رأسمالا بشريا. وتأمين فرص العمل لهم، وإعادة النظر في الرواتب التقاعدية للمسنين بحيث يتمكنوا من مواصلة حياتهم دون عوز وأن يعيشوا عيشا كريما. وأيضا يجب إعادة النظر إلى نوع العمل وظروف العامل الصحية بحيث أن القيمة الإقتصادية

للعمل كبيرة حيث يعتمد مستوى معيشة المجتمع على مقدار ما يعمله أفراده، فهو بذلك ينمي فيه الشعور بالثقة بالنفس والإطمئنان وإشباع الحاجات الضرورية والعيش حياة كريمة.

رابعا ونتيجة للنمو الديموغرافي الهائل لفئة المسنين في الجزائر خاصة في ظل التغيرات التي مست المجتمع الجزائري كان لزاما على المشرع أن يسن قانونا لحمايتهم وضمان كرامتهم، وأن هذه الحماية هي مسؤولية الجميع أسرة ومجتمعا مدنيا ودولة فلا ينبغي التهرب منها تحت أية ذريعة كانت، بل تفرض هذه المسؤولية على الجميع التكاتف لأجل ضمان الحياة الكريمة للمسنين والتكفل الأسري والهيئات المختصة الجيد ورعايتهم صحيا وإجتماعيا وإقتصاديا بما يليق بمقام المسنين في مجتمعنا الجزائري المسلم.

المراجع

المصادر والمراجع:

أولا: الكتب باللغة العربية:

I – القرآن الكريم:

II – الكتب العلمية:

1 - أبو الخير قاسم عبد الكريم، ***أساسيات التمريض في الأمراض العقلية والنفسية***، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2005.

2 - أبوالنصر مدحت، ***الإعاقة العقلية، المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية***، مجموعة النيل العربية، القاهرة، .2005

3 – أبو حامد سهير، ***مرض الزهايمر النسيان من نعمة إلى نقمة***، دمشق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، دمشق، 2009.

4 - أبو طاحون عدلي علي، ***في النظريات الإجتماعية المعاصرة***، المكتب الجامعي الحديث، الأزاريطة، الإسكندرية، الطبعة الأولى، دون تاريخ.

5 - أبو دلو جمال، ***الصحة النفسية للأسرة***، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، مصر، 2005.

6 – أسعد يوسف ميخائيل، ***رعاية الشيخوخة***، دار غريب للطباعة والنشر، 2000.

7 - إميل دوكايم، ***الانتحار***، ترجمة حسن عودة، دار النشر الهيئة العامة السورية للكتاب، دمشق، 2011.

8 – الأصفر أحمد وبريك يوسف، ***مظاهر التغير بواقع المسنين***، في الجمهورية العربية السورية بين عامي 2004/1994، كلية الآداب والعلوم الانسانية، حلب، 2007.

9 - الحنبلي أبو بكر بن محمد، ***علاج الأمور السحرية من الشريعة الإسلامية***، دار الهداية ودار عمار، قسنطينة، 1990.

10 – الجسماني عبد العلي، ***الأمراض النفسية، تاريخها، أنواعها، علاجها***، الدار العربية للعلوم، الطبعة الأولى، 1998.

11 - الجوهري محمد، ***دراسات في المعتقدات الشعبية***، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1990.

12 - الجوهري محمد و شكري علياء وآخرون، ***الصحة والمرض، وجهة نظر علم الاجتماع والأنترلولوجيا***، الطبعة الثالثة، القاهرة، 2005.

13 - الخشاب مصطفى، ***دراسات في علم الاجتماع العائلي***، دار النهضة العربية للطبعة والنشر، بيروت، 1985.

14 – الخولي سناء، ***الأسرة والحياة العائلية***، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1999.

15 – الدسوقي كمال، ***علم النفس ودراسة التوافق***، دار النهضة للنشر والتوزيع، بيروت، 1997.

16 – الزبيدي علي جاسم عكلة، ***سيكولوجية الكبر والشيخوخة، مراحل ما بعد النمو في حياة الانسان***، مكتبة الجامعة الشارقة، إثراء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2009.

17 - السمالوطي نبيل محمد توفيق، ***الدين والبناء الإجتماعي***، دار المشرق للنشر، الطبعة ج، جدة، 1981.

18 – السويدي محمد، ***مقدمة في دراسة المجتمع الجزائر***، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1990.

19 – السيد البهي فؤاد، ***الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة***، دار الفكر العربي، القاهرة، 1997.

20 - السيد عبد الرحمن محمد، ***علم الأمراض النفسية والعقلية، الأسباب، الأعراض، التشخيص، العلاج***، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، الكتاب الأول، الجزء الأول، 1999.

21 - السيد عمر نادية محمد، ***علم الاجتماع الطبي***، المفهوم والمجالات، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، الاسكندرية، 1996.

22 - الشربيني لطفي عبد العزيز، *أسرار* ***الشيخوخة (مشكلات المسنين وكيفية العلاج)***، دار النهضة العربية، بيروت، د ت.

23 - الشربيني لطفي عبد العزيز، ***مرض الصرع، الأسباب، المشكلة، العلاج***، دار النهضة العربية، بيروت، د ت.

24 - الشرقاوي مصطفى خليل، ***علم الصحة النفسية***، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت. د ت.

25 – العبيدي ناظم هاشم، *الداهري صالح حسن*، ***الشخصية والصحة النفسية***، دار الكندي للنشر والتوزيع، الأردن، 1999.

26 - العزة سيد حسني وعبد الهادي جودت، ***نظريات الإرشاد والعلاج النفسي***، مكتبة دار الثقافة للنشر، والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 1999.

27 – الغناني حنان عبد الحميد، ***الصحة النفسية***، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2000.

28 – الغناني حنان عبد الحميد، ***الطفل، الأسرة، المجتمع***، دار الصفاء، للنشر والتوزيع، عمان، 2000.

29 – القصير عبد القادر، ***الأسرة المتغيرة في مجتمع المدنية والعربية***، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، الطبعة الأولى، 1993.

30 – الطفيلي إمتثال زين الدين، ***علم النفس النمو، من الطفولة إلى الشيخوخة***، دار المنهل اللبناني، 2004.

31 – النكلاوي أحمد، ***التغير والبناء الإجتماعي***، دراسة نظرية ميدانية، مكتبة القاهرة الحديثة، الطبعة الأولى، مصر، 1961.

32 – بلعروسي أحمد التيجاني، ***قانون الضمان الإجتماعي***، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2004.

33 – بوتفنوشت مصطفى، ***العائلة الجزائرية، التطور والخصائص الحديثة***، ترجمة دمرى أحمد، ديوان المطبوعات، بن عكنون، الجزائر، 1984.

34 - حامد عبد السلام زهران، ***الصحة النفسية والعلاج النفسي***، نشر، توزيع وطباعة عالم الكتب، الطبعة الثالثة، 1977.

35 - جلال سعد، ***في الصحة العقلية، الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية***، دار الفكر العربي، القاهرة، 1985.

36 – جمعة سيد يوسف، وعزة عبد الكريم مبروك، ***الصحة الجسمية والنفسية للمسنين***، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2006.

37 - جمال محمد سعيد، ***تأملات بين الألوان والغرائر والشيخوخة***، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، د ت.

38 – دعبس يسرى، ***أوضاع المسنين في الثقافات المختلفة***، دراسة أنتروبولوجية مقارنة، الملتقى المصري للإبداع والتنمية، الاسكندرية، 2002.

39 – دياب فوزية، ***القيم والعادات الإجتماعية***، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1980.

40 - رشوان أحمد، حسين عبد الحميد، ***دور المتغيرات الإجتماعية في الطب والأمراض***، المكتب الحديث، الطبعة الثانية، الإسكندرية، 1988.

41 - سري إجلال محمد، ***علم النفس العلاجي***، نشر، توزيع وطباعة عالم الكتب، الطبعة الثانية، القاهرة، 2000.

42 – سمية طه جميل، ***التخلف العقلي واستراتيجيات مواجهة والضغوط الأسرية***، مكتبة النهضة المصرية، الطبعة الأولى، القاهرة، 1998.

43 – سيد اسماعيل عزت، ***الشيخوخة، أساسيتها، مضاعفاتها، الوقاية والإحتفاظ بحيوية الشباب***، الطبعة الأولى، الكويت، 1983.

44 – شاذلي عبد الحميد محمد، ***التوافق النفسي للمسنين***، المكتبة الجامعية، الاسكندرية، 2001.

45 - عزازن بن عودة، ***نظرة عن واقع الاشخاص المسنين في الجزائر***، فعليات ورشة العمل العربية حول الرعاية المتكاملة لكبار السن في الوطن العربي، د.ت.

46 - عيسوي عبد الرحمن، ***العلاج النفسي***، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1984.

47 - عيسوي عبد الرحمن، ***اضطرابات الشيخوخة وعلاجها***، دارسة حول دور الشيوخ في معركة التنمية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1989.

48 - عيسوي عبد الرحمن، ***الأعصبية النفسية والذهانات العقلية***، دار المعرفة الجامعية، جامعة الإسكندرية، 1995.

49 - عيسوي عبد الرحمن، ***الأمراض السيكوسوماتية***، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1996.

50 - عيسوي عبد الرحمن، ***الإسلام والعلاج النفسي الحديث***، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، 1997.

51 – عيسوي عبد الرحمن، ***علم النفس الشواذ والصحة النفسية***، موسوعة علم النفس الحديث، دار الراتب الجامعية، الطبعة الأولى، بيروت، لبنان، 2001.

52 - عيسوي عبد الرحمن، ***سيكولوجية الشيخوخة***، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، د ت.

53 - علي كمال، ***العلاج النفسي، قديما وحديثا***، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، الطبعة الأولى، 1991.

54 – غباري محمد سلامة، ***رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الإجتماعية***، رعاية المعوقين المكتب الجامعي الحديث، الأزاريطة، الاسكندرية، 2003.

55 - فائق أحمد، ***الأمراض النفسية الإجتماعية***، نحو نظرية في اضطراب علاقة الفرد بالمجتمع، المكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2001.

56 – فرويد سيجموند، ***معالم التحليل النفسي***، ترجمة محمد عثماني نجاتي، ديوان المطبوعات الجامعية، ENL، 1988.

57 - فهمي سيد محمد، ***الرعاية الإجتماعية للمسن***، المكتب الجامعي الحديث الاسكندرية، 1999.

58 - فهمي مصطفى، ***الصحة النفسية، دراسات في سيكولوجية التكيف***، الناشر مكتبة الحانجي، الطبعة الثانية، بالقاهرة، 1987.

59 – قناوي هدى محمد، ***سيكولوجية المسنين***، مركز التنمية البشرية والمعلومات، الطبعة الأولى، الجيزة، 1987.

60 – كسال مسعودة، ***مشكلة الطلاق في المجتمع الجزائري***، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

61 – كامل أحمد سهير، ***التوجيه والإرشاد النفسي***، مركز الاسكندرية للكتاب، مصر، 1999.

62 – كمال طارق، ***الصحة النفسية للأسرة***، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، مصر، 2005.

63 – محمد علي محمد، ***المفكرون الإجتماعيون***، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1983.

64 – مرسي يحي عيد بدر، ***المسنون في عالم متغير، مقدمة في علم الشيخوخة***، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الطبعة الأولى، الاسكندرية، 2007.

65 – مريم سليم، ***علم نفس النمو***، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى، بيروت، لبنان، 2002.

66 – مكاوي علي، ***علم الاجتماع الطبي***، كلية الآداب، جامعة القاهرة، ب ت.

67 – موس مرشال، ***علم الاجتماع والانتربولوجيا***، ترجمة محمد عيسى، بحث في الهضاب العليا والهدايا الملزمة، دار الفكر العربي، ب ت.

68 – نوما جورج الخوري، ***سيكولوجية الأسرة***، دار الجيل، الطبعة الأولى، بيروت، 1988.

69 – هلالي مسعد سعد الدين، ***قضية المسنين الكبار المعاصرة وأحكامهم الخاصة في الفقه الاسلامي***، مجلس النشر العلمي، لجامعة الكويت، الكويت، 2002.

70 – هيلز ديانا، هيلز روبرت، ***العناية بالعقل والنفس***، ترجمة عبد العلي الجسماني، الدار العربية للعلوم، الطبعة الأولى، 1999.

71 – وصفي عاطف، ***الأنترولوجيا الإجتماعية***، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، د ت.

III – الكتب المنهجية:

72 – أبو طاحون عدلي علي، ***مناهج وإجراءات البحث الإجتماعي***، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998.

73 – أنجرس موريس، ***منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية***، تدريبات عملية، ترجمة بوزيد صحراوي، كمال بوشرف وسعيد سبعون، دار القصبة للنشر، حيدرة، الجزائر، 2006.

74 - العياشي عنصر، ***ملاحظات حول الإشكالية المنهجية عند ماكس فيبر***، دراسات عربية، العدد 3، 1986.

75 - باهي حسين مصطفى وإخلاص محمد عبد الحفيظ، ***طرق البحث العلمي والتحاليل الإحصائية***، مركز الكتاب للنشر، 2000.

76 - خيري حمش مجد الدين عمر، ***علم الاجتماع، الموضوع والمنهج***، دار مجدلاوي للنشر، الطبعة الأولى، عمان، 1999.

77 - ساعاتي أمين، ***تبسيط كتابة البحث العلمي، من البكاليريوس، الماجستير، الدكتوراء***، المركز السعودي للدراسات الإستراتيجية، مصر.

78 – سبعون سعيد وجرادي حفصة، ***الدليل المنهجي في إعداد، المذكرات والرسائل الجامعية في علم الاجتماع***، دار القصبة للنشر، حيدرة، الجزائر، 2012.

79 - عبد الطاهر سهير ومصطفى مدحت، ***مناهج في العلوم الإجتماعية والإقتصادية***، دار النشر للإشعاع، الطبعة الأولى، الاسكندرية، 2004.

80 – غرابية فوزي، دهمش نعيم وآخرون، ***آساليب البحث العلمي في العلوم الانسانية***، كلية الاقتصاد والتجارة، الجامعة الأردنية، الطبعة الثانية، 1981.

81 - غريب سيد أحمد، ***البحث الإجتماعي***، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998.

IV – القواميس معاجم:

82 – الجوهري عبد الهادي، ***معجم علم الاجتماع***، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 1999.

83 – أو مصلح عدنان، ***معجم علم الاجتماع***، دار أسامة والمشرف الثقافي للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2006.

84 – بدوي أحمد زكي، ***معجم مصطلحات العلوم الإدارية***، دار الكتاب المصري، القاهرة ودار الكتاب اللبناني، بيروت، 1984.

85 – بدوي أحمد زكي، ***معجم مصطلحات العلوم الإجتماعية (انجليزي، فرنسي، عربي)***، مكتبة لبنان، ساحة رياض الصلح، الطبعة الثانية، بيروت، 1986.

86 - دينكن ميتشل، ***معجم علم الاجتماع***، ترجمة، احسان محمد حسن، دار الطليعة، الطبعة الثانية، بيروت، 1986.

87 - غيث محمد عاطف، ***قاموس علم الاجتماع***، دار المعرفة الجامعية، الطبعة الثانية، القاهرة، 1989.

88 – محمد علي محمد والسيد عبد العاطي السيد، سامية محمد، ***قاموس علم الاجتماع***، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، د ت.

89 – مجموعة من الأساتذة المصريين والعرب، ***معجم العلوم الإجتماعية***، الهيئة المصرية للكتاب، مصر، 1975.

V – الأطروحات:

90 – بذاك شابحة، ***الوظيفة السوسيولوجية للسحر عن الأسطورة القبائلية***، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة الجزائر 2، بوزريعة، 1993.

91 – حاج لكحل راضية، ***الصحة النفسية للمسنين***، رسالة ماجستير قسم علم النفس، جامعة الجزائر 2، بوزريعة، 2008.

92 – سبخاوي خديجة، ***التغير الإجتماعي وآثاره على تشرد المسنين***، رسالة ماجستير في علم الاجتماع الجنائي، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر 2، بوزريعة، 2008.

93 – مجبور نوال، ***عجز سياقات الكف عند الشيخوخة العادية والمصابين بمرض الزهايمر في طوره الابتدائي***، رسالة ماجستير قسم علم النفس، جامعة الجزائر 2، بوزريعة، 2010.

94 – مسعودي حياة، ***دراسة إضطراب نقص الكلمة عند المصاب بمرض الزهايمر في طوره الابتدائي***، رسالة ماجستير في علم النفس العصبي، جامعة الجزائر 2، بوزريعة، 2012.

95 – ناصري مسعودة، ***أهم العوامل المؤثرة في الرعاية الصحية للمسنين في الأسرة الجزائرية***، رسالة ماجستير في علم الاجتماع العائلة والسكان، جامعة الجزائر 2، بوزريعة، 2012.

VI – التقارير:

96 – المجلس الإقتصادي والإجتماعي، ***مشروع تقرير حول نظرة الاقصاء الإجتماعي، حالة الأشخاص المسنين والطفولة المحرومة من الأسرة،*** الدورة العامة السابعة عشر، 2001.

97 – المجلس الوطني الإقتصادي والإجتماعي، ***تقارير حول الظروف الإقتصادية والإجتماعية،*** للسداسي الأول من سنة 2002، الدورتان العامتان 21/22، العدد 9، ماي 2003.

98 – وزارة الصحة والسكان، ***السياسة الوطنية للسكان للآفاق 2010،*** تقرير اللجنة الوطنية للسكان، الجزائر، ديسمبر 2001.

99 – وزارة التضامن الإجتماعي، ***واقع المسنين بالجزائر،*** تقرير أفريل 2010.

100 – دليل لفهم مرض الزهايمر ترجمة زين جاسم لوعلاي، مراجعة عادل العوفي، تواصل حقيبة علمية تثقيفية لمرضى خرف الشيخوخة ومقدمي الرعاية، 2007.

ثانيا: المراجع باللغة الفرنسية:

I – Les Livres:

101 – Aupetit, H, ***la maladie d'Alzheimer***, ed opil Jacob, 2004.

102– Boucebci Mhfoud, ***Maladie Mentale et handicape mental***, Ed, ENAL, Alger, 1984.

103 - Boucebci Mhfoud, ***La psychiatrie tourmentée***, L'effet degma, Ed, Bouchene, Alger, 1990.

104 – Boutefnechet Mustapha, ***système social et changement social en Algrie***, O pu, Alger, s date.

105 – Erving Goffman, ***Asiles, Etudes sur la condition sociale des malades mentaux***, Ed, de minuit, 1968.

106 – Jarosez Michal, ***vieillesse et vieillissement en Algerie,*** O pu, Alger, 1983.

107 - Marouf nadir, ***Pour une sociologie culturel,*** Mythe, croyances et cultures populaire au Maghreb, Oran, 1988.

108 – O.M.S, ***classification international des troubles mentaux et des troubles du comportement, descriptive clinique et directive pour le diognostique***, tradiction pour pull c.b.j, paris 1993.

109 – Organisation Mondiale de la sante, ***la sante de personnes âgées,*** série le rapportes techniques 779, Genève, 1989.

110 - Ouitis A, ***Les Contradiction sociales et leur expressions symbolique dans le setifois,*** Ed, SNED, 1977.

111 – Patrik L, ***psychologie du vieillissement une perspecture cégmitive,*** éditions de Boeck université, paris, 2005.

112 - Roger Bastide, ***Sociologie des maladies mentales, Ed, Flammarion,*** France, 1965.

113 - Robert le Fort, ***Psychiatrique et anti psychiatrie,*** IN, Encylopedia universalis corpus.

114 – Rousseeeau,t, ***communucation et maladie d'alzhieimer évaluation et pris en charge***, 2 eme ed France, 1995.

115 – Rook, K.s, chambart L, ***famille et habitation,*** paris C.N.R.S, tome 1, 1995.

رابعا: المراجع باللغة الإنجليزية:

116 – United Nations, ***population Aleing and developpment,*** department of économic and social affairs, 2009.

117 – Yarrow, M.R and Others, ***The social meaning of mental Illness,*** newspaper of social, Issues sc I 4, 1955.

II – <u>Les dictionnaires</u>:

118 – Norbert Sillammy, ***Dictionnaire usuel de psychologie,*** Ed, Barbas, Paris, 1983.

LES RAPPORTS

119 – Arrete du 29 rabie el aouel 1420, corréspondant au 13 juillet, 1999 portant création, ***organisation et fonctionnement du comité national du protection et bien etre des personnees agées***, journal officiel n°58, année 1999.

120 – Aslaoui leila, ***quel statut juridique pour les personnes agées***, actes du 3eme séminaires international sur la personne agée ses droits et sa protection, Alger, les 7-8 décembre, 1992.

121 – Haddad Amina, ***un dispositif d'aide à domicile pour les retraités***, bultin semestriel de l'inspection de travail, n°09, juin 2003, Alger.

122 – O.N.S, ***démographie Algerienne***, n° 520, 2008, Alger.

III – المواقع الإلكترونية:

123/ http // www.unorg /ageind

124/ http // www.un.org /arabic/esa/ageing,

125/ http // elreaaed. Com lara/watam/10946

126/ File // c : document and setting/eclaire/bureau,look,

127/ http // www.swmsa.com/modules, php.

128 / http // Elraaed. Com/ara/watan/ 10946.

129 / http // www.djazairess.com/Akhbarelyoum/248001

الملاحـــق

استمـارة استبيـــان
خاصة بالمتكفل بالمسن المريـض بالزهايمر
سيدتي الفاضلة / سيدي الفاضل

يرجي منكم تعبئة المعلومات العامة أدناه وذلك بوضع إشارة (X) في المربع المناسب وكتابة المعلومات التي تستدعي ذلك لاستخدامها لمصلحة البحث العلمي. وستبقى في إطار المجال العلمي فقط وأتعهد بسرية المعلومات التي تقدم من طرفكم.

شكرا

المحور الأول: البيانات الشخصية الخاصة بالمريض تملأ من طرف المتكفل:

1 – الجنس: 1 ذكر ☐ ، 2 – أنثى ☐ .

2 – السن:.....

3 – المستوى التعليمي: .....

4 – الحالة المدنية: 1 - أعزب ☐ ، 2 – متزوج ☐ ، 3 – مطلق ☐ ، 4 – أرمل ☐

5 – منطقة السكن: 1 – حضري ☐ ، 2 – ريفي ☐

6 – الحالة المهنية: 1 – متقاعد ☐ ، 2 – عمل بعد التقاعد ☐ ، 3 – لم يعمل أبدا ☐
4 – ترك العمل ☐ ،

7 – ما هو سبب التقاعد: 1 – بلوغ أكثر من 32 سنة عمل ☐ ، 2 – العجز ☐ ،
3 – بلوغ السن القانوني للتقاعد ☐ .

المحور الثاني: تصور مفهوم مرض الزهايمر في مرحلة الشيخوخة.

أولا: مفهوم مرض الزهايمر.

8 – ماذا يعني لكم المرض العصبي في مرحلة الشيخوخة ؟ 1 – حتمي ☐ ، 2 – غير حتمي ☐
في كيلا الحالتين لماذا ؟.....

9 – ما إسم المرض العصبي الذي يعاني منه مريضكم ؟ .....

10 – ماهو تشخيص الطبيب لمدى تطور المرض لدى مريضكم ؟.....

11 – قبل إصابة مريضكم بالزهايمر هل كنتم تعرفونه ؟ 1 – نعم ☐ ، 2 – لا ☐ .
إن كان نعم ما هو؟.....

12 – ما هي المظاهر والأعراض التي ظهرت على مريضكم، ومن خلالها عرفتم بأنه مريض ؟

.....

13 – ما هي العوامل المسببة في الإصابة بمرض الزهايمر في مرحلة الشيخوخة حسب رأيكم ؟

.....

14 – ما هي التغيرات البيولوجية التي طرأت عليه ؟ .....

ثانيا: اختيار نسق العلاج المناسب.

15 – بعد إصابة قريبكم بمرض الزهايمر أين كانت وجهتكم الأولى ؟ ولماذا ؟

1 – الطبيب العام ☐، 2 – المختص النفسي ☐ ، 3 – الطبيب العقلي ☐ ،
4 – الراقي ☐

آخر حدده :.....

16 – هل مارستم العلاج الشعبي ؟ 1 - نعم ☐ ، 2 – لا ☐

في كيلا الحالتين لماذا ؟ .....

17 – ما نوع العلاج الشعبي الذي مارستموه ؟

1 – الرقية الشرعية ☐ ، 2 – تناول أعشاب ☐ ، 3 – شيء آخر ☐

ماهو.....

18 – هل تحسن المريض من خلال هذا العلاج الشعبي ؟ 1 - نعم ☐ ، 2 – لا ☐

في كيلا الحالتين لماذا ؟ .....

19 – حسب رأيكم هل المستشفى يساهم في العلاج ؟ 1 - نعم ☐ ، 2 – لا ☐

في كيلا الحالتين لماذا ؟ .....

20 – كيف ترى تكلفة العلاج والدواء ؟ 1 – مكلفة جدا ☐ ، 2 – نوعا ما مكلفة ☐
3 – غير مكلفة ☐

21 – كيف يتم توفير مصاريف العلاج والدواء ؟

1 – منحة التقاعد ☐ ، 2 – الضمان الاجتماعي ☐ ، 3 – المساعدات ☐ ،
4 – شيء آخر ☐

أذكره : .....

22 – حسب رأيكم أي العلاجين أفضل لعلاج مرض الزهايمر ؟

1 – العلاج الشعبي ☐ ، 2 – العلاج الطبي ☐

ولماذا؟ .....

المحور الثالث: الخصائص المساهمة في مرض الزهايمر.

أولا: الخصائص الإقتصادية للمريض.

23 – هل يملك المريض دخلا ؟ 1 – نعم ☐ ، 2 – لا ☐

24 – كيف ترى قيمة هذا الدخل ؟ 1 – كافي ☐ ، 2 – غير كافي ☐

25 – هل كان عنده مشكل في تقبل التقاعد ؟ 1 – نعم ☐ ، 2 – لا ☐

في كيلا الحالتين كيف ذلك ؟ .....

26 – هل يمكن اعتبار الإحالة على التقاعد سببا لإصابة بمرض الزهايمر ؟

1 – نعم ☐ ، 2 – لا ☐

في كيلا الحالتين كيف ذلك ؟ .....

27 – ما هي المشاكل الاقتصادية التي كان يعاني منها المسن ؟

.....

ثانيا: الخصائص الإجتماعية للمريض.

28 – ما هي التغيرات الإجتماعية التي طرأت على المسن المريض ؟

.....

29 – ما هي المشاكل الإجتماعية التي يعاني منها المريض ؟

1 – وفاة أحد الأقارب ☐ ، 2 – الطلاق ☐ ، 3 – السكن ☐ ،

4 – عقوق الأبناء ☐ ، 5 – آخر ☐

أذكره: .....

30 – هل كان يحب العزلة ؟ 1 – نعم ☐ ، 2 – لا ☐

في كيلا الحالتين لماذا ؟ .....

31 – ما هو سبب شعور بالفراغ وكيف كان يقضيه ؟

.....

ثالثا: الخصائص الصحية للمريض.

32 – ما هي أهم التغيرات الفسيولوجية التي طرأت على المسن ؟

.....

33 – هل يعاني المريض من أمراض مزمنة أخرى غير مرض الزهايمر ؟

1 – نعم ☐ ، 2 – لا ☐

إذا كان نعم ما هي ؟ .....

34 – ما هي التغيرات السيكولوجية التي طرأت على المسن ؟

.....

المحور الرابع: البيانات الخاصة بالتكفل ورعاية المسن.

أولا: تكفل الأسرة بالمسن المريض.

35 – مع من يعيش المريض ؟ 1 – مع الشريك فقط ☐ ، 2 – مع الشريك والأبناء ☐

3 – مع الأبنـاء فقط ☐ ، 4 – مع آخرين ☐

أذكرهم: .....

36 – من يتكفل بالمريض ويقوم برعايته في المنزل ؟

1 – الشريك ☐ ، 2 – الأبناء ☐ ، 3 – الأخوة ☐ ، 4 – آخر ☐

حدده .....

37 – ما نوع العلاقة السائدة بين المريض وأفراد عائلته ؟

قبل المرض: ..... بعد المرض .....

38 – كيف يعامله أفراد العائلة ؟

قبل المرض: ..... بعد المرض .....

39 – هل كان يستشار في العائلة قبل المرض ؟

1 – يستشار ☐ ، 2 – يستشار أحيانا ☐ ، 3 – لا يستشار ☐

في كل الحالات لماذا ؟ .....

40 – هل تغيرت مكانته ودوره في العائلة ؟ 1 – نعم ☐ ، 2 – لا ☐

في كيلا الحالتين كيف ذلك ؟ .....

41 – من يأخذه للمعاينة الطبية ؟ .....

42 – ما هو المستوى التعليمي للمتكفل ؟ .....

ثانيا: تكفل المجتمع والهيئات المختصة بالمريض.

43 – هل يلقى المسن إحتراما من الأطراف التي يحتك بها ؟

.....

44 – كيف ينظر إلى المسن المريض بالزهايمر في المجتمع الجزائري ؟

.....

45 – هل هناك مراكز مهيكلة بالامكانيات والوسائل اللازمة للتكفل بالمسنين المرضى بالزهايمر في الجزائر؟

1 – نعم ☐ ، 2 – لا ☐

في كيلا الحالتين كيف ؟ .....

ثالثا: الرعاية المقدمة للمسن المريض بالزهايمر.

46 – كيف ترى الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن ؟

1 – جيدة ☐ ، 2 – حسنة ☐ ، 3 – سيئة ☐

ولماذا ؟ .....

47 – كيف ترى الرعاية الإقتصادية المقدمة للمسن ؟

1 – جيدة ☐ ، 2 – حسنة ☐ ، 3 – سيئة ☐

ولماذا ؟ .....

48 – كيف ترى الرعاية الإجتماعية المقدمة للمسن ؟

1 – جيدة ☐ ، 2 – حسنة ☐ ، 3 – سيئة ☐

ولماذا ؟ .....

49 – كيف ترى الرعاية النفسية المقدمة للمسن ؟

1 – جيدة ☐ ، 2 – حسنة ☐ ، 3 – سيئة ☐

50 – هل تكفل الأسرة والهيئات المختصة ورعايتها للمسن تساعد على الرضا عن الحياة والوقاية من الإصابة بمرض الزهايمر ؟ 1 – نعم ☐ ، 2 – لا ☐

في كيلا الحالتين لماذا ؟ .....

51 – حسب رأيك هل يمكن الحد من انتشار مرض الزهايمر بين المسنين ؟

1 – نعم ☐ ، 2 – لا ☐

كيف ذلك ؟ .....

جدول رقم 1: يبين علاقة المنطقة الجغرافية للإقامة بمدى معرفة مرض الزهايمر.

المنطقة الجغرافية / الإقامـــة — معرفة مرض الزهايمر		حضـــري	ريفـــي	المجموع
نعـــم	النسيـــان	20 %20	3 %13	**23 %19**
	ضمور المخ	24 %25	-	**24 %20**
لا		54 %55	23 %87	**74 %61**
المجموع		**98 %100**	**23 %100**	**121 %100**

جدول رقم 2: يبين علاقة نمط الأسرة بمدى معرفة مرض الزهايمر.

نمط الأسرة / معرفـــة مرض الزهايمر		ممتدة	نواتية	المجموع
نعـــم	النسيان	8 %17	15 %20	**23 %19**
	ضمور المخ	24 %52	-	**24 %20**
لا		14 %31	60 %80	**74 %61**
المجموع		**46 %100**	**75 %100**	**121 %100**

جدول رقم 3: يبين علاقة المنطقة الجغرافية للإقامة بإختيار الوجهة الأولى للعلاج.

المنطقة الجغرافية / الإقامـــة / الوجهة الأولى	حضـــري	ريفـــي	المجموع
الطبيب العـــام	28 %29	4 %17	**32** **%26**
المختص النفسي	8 %8	-	**8** **%7**
الطبيب العقلي	18 %18	-	**18** **%15**
الطبيب العصبي	19 %18	-	**19** **%16**
الراقـــي	25 %55	19 %83	**44** **%36**
المجموع	**98** **%100**	**23** **%100**	**121** **%100**

جدول رقم 4: يبين علاقة المستوى التعليمي للمتكفل بنظرته لمدة تحسن المريض من خلال ممارسة العلاج الشعبي.

المستوى التعليمي / تحسن حالة المريض	بدون مستوى	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
تحسن نوعـــا مـــا	4 %17	2 %12	-	-	**6** **%14**
لـــم يتحســـن	19 %83	15 %88	4 %100	-	**38** **%86**
المجموع	**23** **%100**	**17** **%100**	**4** **%100**	**-**	**44** **%100**

جدول رقم 5: يبين علاقة المنطقة الجغرافية للإقامة بممارسة العلاج الشعبي.

المنطقة الجغرافية / الإقامـــة / الوجهة الأولى		حضـــري	ريفـــي	المجموع
نعـــم	الإيمان بقدراته العلاجية	11 %44	13 %68	**24** **%55**
	الإعتماد بأن المريض مسحور أو مسكون	14 %56	6 %31	**20** **%45**
المجموع الجزئي I		25 %26	19 %83	**44** **%36**
لا	لعدم الإيمان به	29 %40	4 %100	**33** **%43**
	لعدم منفعته لهذا المرض	44 %60	-	**44** **%57**
المجموع الجزئي II		73 %74	4 %17	**77** **%64**
المجموع الكلي		**98** **%100**	**23** **%100**	**121** **%100**

جدول رقم 6: يبين علاقة المستوى التعليمي بنوع العلاج الشعبي الذي مارسة المتكفل.

المستوى التعليمي / نوع العلاج الشعبي	بدون مستوى	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
الرقية الشرعية	16 %70	11 %65	3 %75	-	**30** **%68**
تناول أعشاب طبيعية	07 %30	6 %35	1 %25	-	**14** **%32**
المجموع	**23** **%100**	**17** **%100**	**4** **%100**	**-**	**44** **%100**

جدول رقم 7: يبين علاقة الجنس بقضاء وقت الفراغ.

الجنس / قضاء وقت الفراغ	ذكر	أنثى	المجموع
المنـــزل	18 %32	38 %58	**56** **%46**
البستان المنـــزل	3 %5	16 %25	**19** **%16**
المقهـــى	15 %27	-	**15** **%18**
الحديقـــة العامـــة	20 %36	11 %17	**31** **%26**
المجموع	**56** **%100**	**65** **%100**	**121** **%100**

جدول رقم 8: يوضع علاقة الحالة المدنية بنمط الأسرة التي يعيش فيها المسن.

الحالة المدنية / نمط الأسرة	متزوج	مطلق	أرمل	المجموع
أســـرة ممتـــدة	20 %29	2 %29	24 %52	**46** **%38**
أســـرة نوتيـــة	48 %71	5 %71	22 %48	**75** **%62**
المجموع	**68** **%100**	**7** **%100**	**46** **%100**	**121** **%100**

جدول رقم 9: يوضح علاقة نمط الأسرة بمن يعتني بالمريض في المنزل.

نمط الأسرة / من يعتني بالمريض في المنزل	أسرة ممتدة	أسرة نوتية	المجموع
الشريـــــك	14 %31	30 %40	**44** **%36**
الإبنـــــة	13 %28	22 %29	**35** **%29**
الإبـــــن	4 %9	5 %7	**9** **%7**
التناوب بين الأبناء	7 %15	6 %8	**13** **%11**
شخـــص آخـــر	8 %17	12 %16	**20** **%17**
المجموع	**46** **%100**	**75** **%100**	**121** **%100**

جدول رقم 10: يوضح علاقة نمط الأسرة بمن يأخذ المريض للمعاينة الطبية.

نمط الأسرة / مـــن يأخذ المريض للمعاينة الطبية	أسرة ممتدة	أسرة نوتية	المجموع
الشريـــك	4 %09	14 %19	**18** **%15**
الإبنـــــة	8 %17	20 %27	**28** **%23**
الإبـــــن	24 %52	29 %38	**53** **%44**
التناوب بين الأبناء	10 %22	12 %16	**22** **%18**
المجموع	**46** **%100**	**75** **%100**	**121** **%100**

جدول رقم 11: يوضح علاقة منطقة الإقامة بنوع العلاقة السائدة بين المسن المريض وأفراد عائلته قبل الإصابة بالمرض.

منطقة الإقامة / علاقة المسن بأفراد عائلته	حضري	ريفي	المجموع
جيـــــدة	37 %38	11 %48	**48** **%40**
حسنـــــة	34 %35	08 %35	**42** **%35**
سيئـــــة	27 %27	4 %17	**31** **%25**
المجموع	**98** **%100**	**23** **%100**	**121** **%100**

جدول رقم 12: يبين علاقة الجنس بمدى إستشارة المسن المريض.

الجنس / مدى إستشارة المسن	الذكر	الأنثى	المجموع
نعم يستشار قبل وبعد المرض	34 %61	30 %46	**64** **%53**
قبل المرض نعم ولكن بعد المرض لا	13 %23	25 %39	**38** **%31**
قبل وبعد المرض أحيانا يستشار	09 %16	10 %15	**19** **%16**
المجموع	**56** **%100**	**65** **%100**	**121** **%100**

جدول رقم 13: يبين "علاقة منطقة الإقامة بموقف المتكفل لنظرة المجتمع إلى المسن المريض".

منطقة الإقامة / نظرة المجتمع	حضري	ريفي	المجموع
جيـــدة بإحترام	39 %40	18 %78	**57** **%47**
حسنـــة الشفقـــة	30 %31	5 %22	**35** **%29**
سيئة عالة على المجتمع	29 %29	-	**29** **%24**
المجموع	**98** **%100**	**23** **%100**	**121** **%100**

جدول رقم 14: يبين علاقة مساهمة المستشفى بنوع الرعاية الصحية التي يتلقاها المسن المريض.

مساهمة المستشفى / نوع الرعاية الصحية	يساهم في العلاج	يساهم تقدم المرض	لا يساهم مع سوء المعاملة	المجموع
جيـــــدة	15 %32	5 %16	-	**20** **%17**
حسنـــــة	23 %49	20 %63	20 %48	**63** **%58**
سيئـــــة	09 %19	07 %21	22 %52	**38** **%31**
المجموع	**47** **%100**	**32** **%100**	**42** **%100**	**121** **%100**

جدول رقم 15: يبين علاقة تكلفة العلاج والدواء بنوع الرعاية الإقتصادية التي يتلقاها المسن.

تكلفة العلاج والدواء / الرعايـــة الصحـــيـــــة	مكلفة جدا	نوعا ما مكلفة	غير مكلفة	المجموع
جيـــــدة	-	-	10 %38	**10** **%8**
حسنـــــة	25 %44	18 %47	16 %62	**59** **%49**
سيئـــــة	32 %56	20 %13	-	**52** **%43**
المجموع	**57** **%100**	**38** **%100**	**26** **%100**	**121** **%100**

جدول رقم 16: يبين علاقة امتلاك الدخل ومدى كفايته بنوع الرعاية الإقتصادية التي بتلقاها المسن.

امتلاك الدخل ومدى كفاية / الرعايـــة الصحـــيـــــة	يملك		المجموع الجزئي	لا يملك	المجموع الكلي
	يكفي	لا يكفي			
جيـــــدة	10 %77	-	10 %12	-	**10** **%8**
حسنـــــة	3 %23	38 %54	41 %49	18 %47	**59** **%49**
سيئـــــة	-	32 %46	32 %39	20 %53	**52** **%43**
المجموع	**13** **%100**	70 %100	**83** **%100**	**38** **%100**	**121** **%100**

جدول رقم 17: يبين علاقة منطقة الإقامة بنوع الرعاية الإجتماعية التي يتلقاها المسن.

منطقة الإقامة / نوع الرعاية الإجتماعية	حضري	ريفي	المجموع
جيـــــدة	6 %6	- 	**6** **%5**
حسنـــــة	77 %78	17 %74	**94** **%78**
سيئـــــة	15 %16	6 %26	**21** **%17**
المجموع	**98** **%100**	**23** **%100**	**121** **%100**

جدول رقم 18: يبين علاقة المستوى التعليمي للمتكفل بنظرته حول أهمية التكفل الأسري ي تقليص شدة المرض وحتى الوقاية منه.

المستوى التعليمي / أهمية التكفل الأسري	بدون مستوى	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
نعـــــم	30 %88	34 %92	28 %93	20 %100	**112** **%93**
لا	4 %12	03 %8	02 %7	- 	**09** **%7**
المجموع	**34** **%100**	**37** **%100**	**30** **%100**	**20** **%100**	**121** **%100**

جدول رقم 19: يبين علاقة نمط الأسرة بالرعاية الجيدة تساعد على تقلص من شدة المرض.

نمط الأسرة / الرعاية الجيـــــدة	أسرة ممتدة	أسرة نوتية	المجموع
نعـــم	31 %67	65 %87	**96** **%79**
لا	15 %33	10 %13	**25** **% 21**
المجموع	**46** **%100**	**75** **%100**	**121** **%100**