

جامعة الجزائر 02 أبو قاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

مساهمة الدعم النفسي الاجتماعي في تحقيق الصحة  
النفسية لدى عينة من المسنين

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس العيادي

إشراف:

أ.د ربيعة تريباش

إعداد الطالبة:

خديجة حمو علي

السنة الجامعية : 2020 / 2019

«بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ»

﴿وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ

وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا ۖ إِمَّا يَبُلُغَنَّ عِنْدَكَ

الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا

أُفًّا وَلَا تَنْهَرَهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا﴾.

(23 الآية، سورة الإسراء)



## شكر وتقدير

الحمد لله حمداً كثيراً طيباً مباركاً كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه، وأصلي وأسلم على المبعوث رحمة للعالمين معلم البشرية سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم وعلى آله وصحبة الطيبين الطاهرين ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين أما بعد،

قال الله تعالى ( لئن شكرتم لأزيدنكم و لئن كفرتم إن عذابي لشديد ) الآية سورة ، ﴿وَمَنْ شَكَرَ

فَإِنَّمَا يَشْكُرُ لِنَفْسِهِ﴾النمل: 40

لا بد من تسجيل اقل ما يمكن ان يقال من كلمات الشكر والعرفان , الى من وقف بجانبى وساندى وشجعنى لانجاز هذا البحث و الى الاستاذة المشرفة ربيعة تريباش لما قدمته لي من نصح وتسهيل فكانت لي خير عون على تذليل كل المعوقات و خير معلم ومشرف, كما لا أنسى الأستاذ عبد الفتاح أبي مولود على النصائح و الارشادات فكان لي خير عون ، والى كل من ساهم ووقف معي وشجعني على انجاز هذا البحث للجميع اهدي لكم شكري وخالص امتناني.

كما يسعدني أن أتقدم بالشكر والتقدير والاحترام إلى السادة المحكمين لما بذلوه من جهد مشكور في تحكيم أدوات هذه الدراسة و لما قدموه من نصح ومشورة. وإلى صديقاتي الكريمات، وخاصة والدي و أخوتي و عائلة حموعللي و لحمام و أوكاسو و زويبير وسلأوي عبد القادر على دعمهم المعنوي المتواصل.

وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين

حموعللي

خديجة

## ملخص الدراسة باللغة العربية

تناولت الدراسة موضوع الدعم النفسي الاجتماعي ومساهمته في تحقيق الصحة النفسية لدى المسنين، وكان الهدف من هذه الدراسة معرفة العلاقة بين الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية، ومعرفة الفروق في الصحة النفسية لدى المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع وذوي الدعم النفسي الاجتماعي المنخفض والتي تعزى لمتغير الجنس، الحالة الاجتماعية ومكان الإقامة، وللتأكد من تحقق فرضيات الدراسة تم استخدام مجموعة من المقاييس، تمثلت في مقياس الصحة النفسية، واستبيان الدعم النفسي الاجتماعي، من إعداد الباحثة. وطبقت على عينة تكونت من (121) مسن ومسنة. وتم الاعتماد على المنهج الوصفي، وقد أسفرت النتائج على ما يلي: وجود مستوى مرتفع من الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية لدى عينة الدراسة، توجد علاقة بين الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية لدى المسنين. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين مرتفعي الدعم النفسي الاجتماعي ومنخفضي الدعم النفسي الاجتماعي في الصحة النفسية. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين مرتفعي الدعم النفسي الاجتماعي في الصحة النفسية تعزى لمتغير الجنس. الحالة الاجتماعية. ومكان الإقامة. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين منخفضي الدعم النفسي الاجتماعي في الصحة النفسية تعزى لمتغير الجنس. الحالة الاجتماعية. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين منخفضي الدعم النفسي الاجتماعي في الصحة النفسية تعزى لمتغير مكان الإقامة.

وفي الأخير تمت مناقشة النتائج وفق التراث النظري والدراسات السابقة المستخدمة لهذا الغرض، لنختم الدراسة ببعض المقترحات والتوصيات في حدود ما تم التوصل إليه من نتائج، وتبقى نتائج هذه الدراسة محدودة بعينيتها ومنهجها وأدواتها.

## Résumé de l'étude

L'étude portait sur le sujet du soutien psychosocial et de sa contribution à la réalisation de la santé mentale chez les personnes âgées. Le but de cette étude était de déterminer la relation entre le soutien psychosocial et la santé mentale et de connaître les différences de santé mentale chez les personnes âgées bénéficiant d'un soutien psychosocial élevé et de celles bénéficiant d'un faible soutien psychosocial. Afin de vérifier les hypothèses de l'étude, un ensemble de mesures ont été utilisées, à savoir la mesure de la santé mentale et le questionnaire de soutien psychosocial, préparés par le chercheur, et appliqués à un échantillon de (121) femmes âgées et âgées. L'approche descriptive a donné des résultats comme suit: un niveau élevé de soutien psychosocial et de santé mentale dans l'échantillon de l'étude, il existe une relation entre le soutien psychosocial et la santé mentale chez les personnes âgées. Aucune différence statistiquement significative n'a été constatée entre les personnes âgées bénéficiant d'un soutien psychosocial élevé et d'un soutien psychosocial faible en santé mentale. Aucune différence statistiquement significative entre les personnes âgées bénéficiant d'un soutien psychosocial élevé en santé mentale n'était attribuable à la variable sexe. Et lieu de résidence. Aucune différence statistiquement significative entre les personnes âgées bénéficiant d'un faible soutien psychosocial en santé mentale n'était attribuable au sexe. État civil. Il existe des différences statistiquement significatives entre les personnes âgées bénéficiant d'un faible soutien psychosocial en santé mentale, attribuables au lieu de résidence. Enfin, les résultats ont été discutés en fonction du patrimoine théorique et des études antérieures utilisées à cette fin, afin de conclure l'étude avec quelques suggestions et recommandations dans les limites des résultats obtenus. Les résultats de cette étude restent limités en termes d'échantillon, de méthodologie et d'outils.

## قائمة المحتويات

الصفحة	المحتوى
أ	شكر و عرفان
ب	ملخص الدراسة باللغة العربية والأجنبية
ح	فهرس المحتويات
ج	قائمة الجداول
و	قائمة الأشكال
هـ	قائمة الملاحق
<b>الفصل الأول: الخلفية النظرية للدراسة</b>	
1	1_ مقدمة
6	2_ مشكلة الدراسة
11	3_ فرضيات الدراسة وأسباب اختيار الموضوع
12	4_ أهمية الدراسة
13	5_ أهداف الدراسة
14	6_ التعارف الإجرائية
14	7_ الدراسات السابقة
46	7_ 4_ خلاصة وتعقيب على الدراسات السابقة
<b>الفصل الثاني: الإطار النظري</b>	
<b>المبحث الأول: الدعم النفسي الاجتماعي</b>	
48	1_ تمهيد
48	2_ مفهوم الدعم النفسي الاجتماعي
59	3_ مناهج الدعم النفسي الاجتماعي
60	4_ النماذج والنظريات المفسرة للدعم النفسي الاجتماعي

63	5_ مصادر الدعم النفسي الاجتماعي
64	6_ الدور الاجتماعي للمسن
66	7_ شروط تقديم الدعم النفسي الاجتماعي
67	8_ أشكال الدعم النفسي الاجتماعي
70	9_ أهمية وأهداف الدعم النفسي الاجتماعي
72	10_ الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية
75	11_ الدعم النفسي الاجتماعي للمسنين
76	12_ دور الدعم في تحسين التوافق النفسي الاجتماعي للمسن
83_ 81	13- محاور تقديم الدعم النفسي الاجتماعي للمسنين وبعض الأساليب لدعمهم - خلاصة الفصل
	<b>المبحث الثاني : الصحة النفسية</b>
83	1_ تمهيد
83	2_ تعريف الصحة النفسية
90	3_ بعض الاتجاهات المفسرة لمفهوم الصحة النفسية
97	4_ الصحة النفسية وعلاقتها ببعض المفاهيم
101	5_ علم الصحة النفسية
111	6_ علاقة الصحة النفسية بالعلوم الأخرى
111	7_ أهمية وأهداف علم الصحة النفسية
113	8_ مناهج الصحة النفسية
115	9_ معايير الصحة النفسية
117	10_ نسبية الصحة النفسية
120	11_ مؤشرات ومظاهر الصحة النفسية
124	12_ العلاقة بين الصحة النفسية والدين
125	13_ الصحة النفسية للمسنين
132	خلاصة الفصل
	<b>المبحث الثالث: الشيخوخة</b>
134	1_ تمهيد

134	2_ تعريف الشيخوخة
139	3_ بداية الاهتمام بدراسة الشيخوخة والمسنين
143	4_ التغيرات التي تحدث في الشيخوخة
149	5_ النظريات التي تناولت دراسة الشيخوخة
153	6_ متاعب الشيخوخة ومشكلات المسنين
159	7_ لائحة العوامل السلبية التي تسرع عملية الشيخوخة و التقدم في السن
160	8_ العوامل الإيجابية التي تؤخر عملية التقدم في السن
161	9_ شخصية وخصائص المسن
162	10_ المسن في الأسرة الجزائرية
166	11_ رعاية المسنين.
171	12_ احتياجات المسنين
174	خلاصة الفصل
<b>الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية</b>	
176	تمهيد
177	أولاً: منهج الدراسة
	ثانياً: الدراسة الاستطلاعية أهدافها ومكان و زمان إجراء الدراسة الاستطلاعية
	ثالثاً: عينة الدراسة الاستطلاعية
184	رابعاً: أدوات جمع البيانات
197	خامساً: الدراسة الأساسية
197	سادساً: عينة الدراسة الأساسية
200	سابعاً: إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية
201	ثامناً: صعوبات تطبيق الدراسة الأساسية
<b>الفصل الرابع: عرض ومناقشة النتائج</b>	
204	عرض ومناقشة الفرضية الأولى
207	عرض ومناقشة الفرضية الثانية

211	عرض ومناقشة الفرضية العامة
212	عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الأولى
213	عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الثانية
214	عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الثالثة
215	عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الرابعة
216	عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الخامسة
217	عرض ومناقشة الفرضية الجزئية السادسة
218	عرض ومناقشة الفرضية الجزئية السابعة
219	مناقشة عامة لفرضيات الدراسة
237	الخاتمة
239	التوصيات
239	المقترحات
242	المراجع
257	الملاحق

## قائمة الجداول

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
01	الفرق بين الصحة النفسية و المرض النفسي	103
02	الفئات العمرية للمسنين ذكور و إناث سنة 2004	141
03	الفئات العمرية للمسنين ذكور و إناث سنة 2005	142
04	يوضح توزيع العينة حسب السن	178
05	يوضح توزيع العينة حسب الجنس	179
06	يوضح توزيع العينة حسب الأولاد	179
07	يوضح توزيع العينة حسب الحالة الاجتماعية	179
08	يوضح توزيع العينة حسب مكان الإقامة	180
09	يوضح توزيع العينة حسب المؤهل العلمي	181
10	يوضح توزيع العينة حسب السوابق المرضية	181
11	يوضح توزيع العينة حسب المعاش	182
12	يوضح توزيع العينة حسب من يستلم المعاش	178
13	يوضح بعض الفقرات التي تم إعادة صياغتها	187
14	يوضح معاملات صدق الاتساق الداخلي لبنود مقياس الدعم النفسي الاجتماعي	188
15	ثبات الاتساق الداخلي ( معامل ألفا_كرونباخ)	189
16	التجزئة النصفية لحساب معامل الثبات	189
17	يوضح بعض الفقرات التي تم إعادة صياغتها قبل إعادة تحكيمها	192
18	يوضح معاملات صدق الاتساق الداخلي لبنود مقياس الصحة النفسية	193

195	ثبات الاتساق الداخلي ( معامل ألفا_كرونباخ) .	19
195	التجزئة النصفية لحساب معامل الثبات	20
197	يوضح توزيع العينة حسب السن	21
198	يوضح توزيع العينة حسب الجنس	22
198	يوضح توزيع العينة حسب الأولاد	23
199	يوضح توزيع العينة حسب الحالة الاجتماعية	24
199	يوضح توزيع العينة حسب مكان الإقامة	25
199	يوضح توزيع العينة حسب المؤهل العلمي	26
200	يوضح توزيع العينة حسب السوابق المرضية	27
200	يوضح توزيع العينة حسب المعاش	28
201	يوضح النسبة المئوية لنتائج تقدير أفراد عينة الدراسة على مقياس الدعم النفسي الاجتماعي	29
204	يوضح نتائج تقديرات مستوى أبعاد الدعم النفسي الاجتماعي.	30
205	يوضح النسبة المئوية لنتائج تقدير أفراد عينة الدراسة على مقياس الصحة النفسية	31
208	يوضح نتائج تقديرات مستوى أبعاد مقياس الصحة النفسية.	32
209	يوضح قيم معامل الارتباط برسون بين كل من الدعم النفسي الاجتماعي و الصحة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة	33

211	يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المنخفض و المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع في الصحة النفسية.	34
212	يوضح نتائج اختبار (ت) لمعرفة الفروق في الصحة النفسية بين المسنين منخفضي الدعم النفسي الاجتماعي تبعاً لمتغير الجنس.	35
214	يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في الصحة النفسية لدى المسنين ذوي الدعم النفسي المنخفض تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.	36
215	يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في الصحة النفسية لدى المسنين ذوي الدعم النفسي المنخفض تعزى لمتغير مكان الإقامة.	37
216	يوضح نتائج اختبار (ت) لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد العينة مرتفعي الدعم النفسي الاجتماعي في الصحة النفسية حسب متغير الجنس.	38
216	يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في الصحة النفسية لدى المسنين ذوي الدعم النفسي المرتفع تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.	39
217	يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في الصحة النفسية لدى المسنين ذوي الدعم النفسي المرتفع تعزى لمتغير مكان الإقامة.	40



## قائمة الأشكال

الرقم	اسم الشكل	الصفحة
شكل (1)	يوضح مناهج الدعم النفسي الاجتماعي	58
شكل (2)	يوضح العلاقة السببية بين الضغط و المرض و نقاط عمل الدعم الاجتماعي	60
شكل رقم 03	يوضح لنا باختصار مصادر الدعم النفسي الاجتماعي	66
شكل رقم 04	يوضح أنواع الدعم النفسي الاجتماعي	70
شكل رقم 05	يوضح أهداف الدعم النفسي الاجتماعي	72
شكل رقم 06	العلاقة بين الدعم النفسي الاجتماعي و الصحة النفسية	75
شكل رقم 07	يوضح مفهوم الصحة النفسية	90
الشكل رقم (08)	يمثل مجالات حياتية عن الصحة النفسية	92
الشكل رقم (09)	العوامل التي تؤثر على الصحة النفسية	104
الشكل رقم (10)	يوضح مناهج الصحة النفسية	116
الشكل رقم (11)	يوضح معايير الصحة النفسية	119
الشكل رقم (12)	يمثل النسبة المئوية لتوزيع أفراد العينة حسب مستوى الدعم النفسي الاجتماعي (مرتفع و منخفض).	205
الشكل رقم (13)	يوضح مستوى الصحة النفسية لدى عينة الدراسة (مرتفع، منخفض).	208

## قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
257	دليل المقابلة نصف الموجهة	ملحق (1)
258	مقياس الصحة النفسية في صورته النهائية	ملحق (2)
260	مقياس الصحة النفسية في صورته الأولية	ملحق (3)
262	استبيان الدعم النفسي الاجتماعي في صورته الأولية	ملحق (4)
264	استبيان الدعم النفسي الاجتماعي في صورته النهائية	ملحق (5)
265	قائمة الأساتذة المحكمين	ملحق (6)
266	يوضح نتائج فرضيات الدراسة باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية SPSS 22	ملحق (7)

# الفصل الأول

# الخلفية النظرية للدراسة

❖ مقدمة

❖ مشكلة الدراسة و تساؤلاتها

❖ أسباب اختيار الموضوع

❖ أهداف وأهمية الدراسة

❖ التعاريف الإجرائية

❖ حدود الدراسة

## مقدمة

تعتبر الشيخوخة المحطة الأخيرة في رحلة الإنسان الارتقائية والنمائية، ولهذا فالبعض يراها مرحلة الإشراف على النهاية، والبعض الآخر يرى فيها تبلور الحكمة وعمق التجربة والتمرس والحنكة بالحياة، أما البعض الآخر يدركها من الجانب السلبي بصفقتها مرحلة التآكل والانحلال العضوي والحسي . فالشيخوخة تعرف بأنها وضع نفسي وجسمي عام يتسم بالضعف والانحدار في قوى الفرد وأبنيته المختلفة ناجم عن تغيرات جسمية ونفسية تحدث في مراحل متأخرة من حياة الشخص، فمن المحتمل أن يصل الفرد إلى مرحلة الشيخوخة في حياته بعمر الستين (60) سنة، حيث يبدأ يعاني من ضعف في صحته ونقص قواه الجسمية.

ومن الطبيعي أن الإنسان يتغيرا تغيرا عضويا ونفسيا نتيجة لزيادة عمره، فبعد أن كان قادرا على مواجهة مشكلات حياته بقوة أصبح كائنا ضعيفا يعيش على ماضيه أكثر مما يعيش في حاضره، غير أن بعض المسنين ينجحون في مواجهة مشاكلهم ويحققون ذاتهم.

إن المعنى السيكولوجي الذي يحمله التقدم في السن هو الذي يحدد استجابة مجتمع ما للتغير البيولوجي الذي يطرأ على الفرد، فإذا كان المجتمع يعتمد في بناءه على القوة العضلية والإجهاد الجسدي فمن المؤكد أن يقوم بعزل كبار السن الذين فقدوا قدراتهم العضلية وبذلك الاستغناء عنهم، في حين أن المجتمعات التي تعتبر الإنسان قوة عقلية ومجموعة من الخبرات والتجاوب فمن المؤكد أن استجابتها للتقدم في السن ستكون مختلفة تماما.

فالشيخوخة مرحلة عمرية كسائر المراحل السابقة تكون عرضة للقوة والضعف وعرضة للصحة والمرض، ولا نقصد ما يصيب الجسم فحسب بل ما قد يصيب الجهاز النفسي أيضا بما فيه من عقل ووجدان، ذلك أننا نسير بطريقة تفاعلية في بنياتنا الجسمية والنفسية إلى حد كبير أو صغير.

فموضوع إساءة معاملة كبار السن موضوع هام جداً ويتطلب طرحه على كافة مستويات ومفاصل المجتمع لكي يهتم بتثقف أبنائه بأهمية هذا الموضوع وعلى أوسع نطاق وكذلك في الصحف والمجلات لكي يصبح الموضوع الأول الذي يشغل فكر المجتمع ويصبح الشغل الشاغل في البلاد العربية والإسلامية.

ولكي يتكون الضمير الإنساني والشعور الحسي بهذه الشريحة التي خدمت أبنائها وقدمت المجتمع لابد وأن تراعي حالتهم النفسية، حيث تعتبر الحالة النفسية لدى المسنين محصلة خبرة سنين طويلة أثرت بها عوامل سلبية وإيجابية وبدرجات متفاوتة على الصحة النفسية للمسنين لتصل في النهاية حالة نفسية غير

متساوية لكل المسنين، بل تختلف تبعاً لكل مسن وحسب الظروف البيئية والاجتماعية والاقتصادية والصحية التي يعيشها في حياته منذ الطفولة والمراهقة والشباب والرجولة وصولاً إلى الشيخوخة. فالصحة النفسية للمسن هي نتاج عوامل نجاح وفشل وسرور وإحباط وإخفاقات وتكيف وصراع وهي في مجملها عناصر تجعلنا نهتم أكثر بالمسنين من الناحية النفسية والصحية ورعايتهم ومدى قدرته على التكيف بهذه المرحلة المتأخرة من العمر مع الآخرين خاصة وأنه يفتقد إلى الأهل والزوجة والأولاد وعدم الأمان المادي ثم نظرة المجتمع إليه في البيئة الإيوائية .

إن نفسية المسن تستدعي أن يكون له موقع في البيئة الجديدة ومجموعة يتبادل الحديث معها كونه يحلو له الحديث عن الماضي والذكريات القديمة كذلك يتجه التفكير لديهم إلى البطء والتحفظ والهدوء والسكينة، لأنهم ليسوا على عجلة من أمرهم كما أن قدرتهم العقلية لا تلبّي السرعة المطلوبة الفائقة في الإجابة دائماً، ويجب مراعاة هذه القدرة العقلية ويحتاج إلى وقت أطول لاستدراك ما هو مطلوب منه إضافة إلى كونهم يميلون إلى تعظيم دور الذات أو قدر من التركيز على الذات.

فمن أهم المشكلات التي تواجه المسنين في حياتهم هو إحساسهم بأنهم أناس غير مرغوب فيهم ولا فائدة منهم، وبذلك ينجر عن هذا عدة أمراض ومشكلات نفسية واجتماعية نتيجة الظروف والخبرات الصعبة الصادمة التي عاشها المجتمع، مما تؤدي إلى تدهور الوظائف الجسمية والعقلية والتغيرات الاجتماعية المصاحبة والتي تتمثل في فقدان العلاقات الاجتماعية والأنشطة والاهتمامات، والاعتماد على الآخرين والشعور بالملل واليأس، والمعاناة من وقت الفراغ ومن افتقاد الشعور بالأهمية الناتج عن فقدان الدور الاجتماعي.

ومما زاد من أهمية دراسة المسنين تزايد عددهم الذي أسهم به تحسن الوعي والرعاية الصحيين على المستويين الوقائي والعلاجي وضرورة النظر إليهم، وما يواجهه المسنون في هذه المرحلة من مهمات توافقت مع خبرات الفقد، وتناقص القدرات الجسمية، وتقلص الدخل، ووفاء الشريك، وتغير الأدوار الاجتماعية، والشبكة الاجتماعية، والتقاعد، ودخول دار الرعاية في بعض الأحيان. ولا يتوافق جميع المسنين بنفس الكفاءة مع هذه المتطلبات وما يرافقها من قلة في مصادر الدعم النفسي الاجتماعي ومستواه، مما يهيء لحالة من عدم الرضا. الرضا الذي يعد مظهر من مظاهر الصحة النفسية ويُعرف بأنه تقدير هادئ ومتأمل لمدى حسن سير الأمور الآن أو في الماضي، وللعلاقة بين الدعم والرضا أهمية كبيرة ذكرتها

العديد من الدراسات، منها دراسة **Cutrone et al (1986)** التي تناولت الدور الذي يلعبه الدعم الاجتماعي في التنبؤ بكل من الأعراض البدنية ومتغير الرضا عن الحياة في ضوء الأحداث المثيرة للمشقة.

إن دور الأسرة مهم جدا في دعم كبار السن في مواجهة الصعوبات التي يواجهونها، فعلى الأولاد تعويض النقص الذي قد يصيب الكبير في السن، وذلك بتأمين أجواء من الحب والتعاطف والمساندة النفسية تشعره بالراحة النفسية واستقرار المستقبل، وذلك لكي يستطيعوا أن يتكيفوا مع أوضاعهم وحياتهم اليومية.

فكل منا يحتاج إلى الدعم الاجتماعي حتى يخفف من العناء ويزيد من الشعور بالسعادة، وهذا الدعم يوفر تقديراً عالياً للذات والثقة بها، ويولد المشاعر الإيجابية ويقلل من التأثير السلبي للأحداث الخارجية. والعلاقات الاجتماعية عموماً هي من أهم مصادر السعادة التي يحتاجها الإنسان يومياً خلال حياته العملية مع الأصدقاء وفي العمل، وبهذا يوفر لنفسه السعادة والراحة النفسية فالعلاقات الاجتماعية من أهم مصادر الدعم الاجتماعي، والمسئ أحوج ما يكون إلى العلاقات الاجتماعية التي توفر له الدعم الفعلي من حب ورعاية وإحساس بالمواساة والطمأنينة والارتباط مع مجموعة اجتماعية ذات تقدير بالنسبة له تمنحه القدرة على تقدير ذاته والثقة بها وتساعد على اختيار استراتيجيات تكيف مناسبة مع ضغوط الحياة وصعوباتها وتطوراتها.

أصبحت رعاية المسنين من المجالات الرئيسية التي تستوقف اهتمام المجتمعات، فهذا من خلال النظم والقوانين التي حاولت قدر المستطاع تقديم الرعاية لهم، بحيث لم تعد تقتصر على تقديم الخدمات المادية والمساعدات العينية فقط ، بل امتدت تلك الخدمات إلى جميع النواحي لتشمل الخدمات الطبية والنفسية والاجتماعية والروحية وخدمات العناية الشخصية وغيرها من الصور الرعاية المختلفة، ففي هذه المرحلة لها سماتها النفسية والانفعالية والاجتماعية حسب البيئة المحيطة بها، وقد لوحظ بعض القصور في تقديم الخدمات والاهتمام بكبار السن مما جعل هذه الفئة مهمشة، وبذلك عرضة لعدة مشكلات.

فنوعية المشكلات النفسية أو الصحية أو الاجتماعية تختلف من مجتمع إلى مجتمع وكذلك تختلف في المجتمع الواحد، فقد تنجم عن الحياة الأسرية كفقدان الدور المهني أو حتى الأسري بعد كبر الأولاد أو كرد فعل على إحساس الكبير بالسن، فغالبية المسنين يعيشون مع أزواجهن أو زوجاتهم أو مع أعضاء الأسرة الآخرين، والبعض الآخر يعيشون بمفردهم، ومنهم من يعيش في دور الرعاية يقضون ما تبقى من حياتهم في مراكز الشيخوخة.

وفي هذا السياق جاءت هذه الدراسة للكشف عن مساهمة الدعم النفسي الاجتماعي في تحقيق الصحة النفسية لدى عينة من المسنين، وللتعرف ما إذا كانت هناك فروق في الصحة النفسية لدى المسنين مرتفعي ومنخفضي الدعم النفسي الاجتماعي لدى المسنين، واستجابة لمتطلبات هذا الموضوع قمنا بتحديد مسار هذا الدراسة انطلاقاً من إتباع الخطوات التالية:

قسمت الدراسة إلى فصول فجاء هذا التقسيم على النحو التالي:

**الفصل الأول :** خصص هذا الفصل لإشكالية البحث واعتباراته بدءاً بإشكالية الدراسة ثم بصياغة فرضيات توجه في إيجاد أجوبة على التساؤلات الدراسة، أسباب اختيار الموضوع، ثم أهمية الدراسة وأهدافها، وفي الأخير قمنا بتحديد المفاهيم أو التعاريف الإجرائية.

جاء هذا الفصل لتناول الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة بدءاً بالدراسات التي تناولت الدعم النفسي الاجتماعي ثم الدراسات التي تناولت الصحة النفسية، ثم التي تناولت الدعم النفسي الاجتماعي وعلاقته بالصحة النفسية، وفي الأخير تم تعقيب على الدراسات السابقة.

**الفصل الثاني:** قسم إلى ثلاث مباحث وهي:

**المبحث الأول:** ماهية الدعم النفسي الاجتماعي، النماذج والنظريات المفسرة لها، أهداف وأهمية الدعم النفسي الاجتماعي، الدعم النفسي الاجتماعي وعلاقته بالصحة النفسية، الدعم النفسي الاجتماعي للمسنين ومحاور تقديمه وأشكاله، ختاماً بخلاصة للفصل.

**المبحث الثاني:** تطرقنا فيه إلى ماهية الصحة النفسية ، مناهجها وأهم النظريات المفسرة لها، الصحة النفسية والاضطراب النفسي، علم الصحة النفسية، بالإضافة إلى الصحة النفسية لدى المسنين وبعض المفاهيم المرتبطة بالصحة النفسية، ختاماً بخلاصة للفصل.

**أما بالنسبة للمبحث الثالث:** كان حول الشيخوخة ومتغيرات التي تحدث فيها، وأهم النظريات المفسرة لها، ثم التطرق إلى تعريف للمسنين وأهم الحاجات النفسية والاجتماعية لهم، والرعاية المقدمة إليهم، وفي الأخير خلاصة الفصل.

**الفصل الثالث:** تمحور هذا الفصل حول إجراءات الدراسة والتي تضمنت منهج الدراسة وعينتها والأدوات المستخدمة في الدراسة، إجراءات التطبيق ومكان التطبيق وصولاً إلى أهم الصعوبات التي واجهت إجراءات التطبيق.

**الفصل الرابع:** كان هذا الفصل لعرض مناقشة نتائج فرضيات الدراسة، وفي الأخير استنتاج عام لما توصلت إليه الدراسة.

وفي الأخير قمنا بوضع خاتمة عامة تضمنت مجموعة من التوصيات والاقتراحات خاصة بدراسة فئة المسنين، ختاماً بالمراجع والملاحق.

### مشكلة البحث:

عندما نتحدث عن كبار السن، فنحن نتحدث عن فئة لها قيمتها الاجتماعية، وتتميز بخصائص إيجابية عديدة، أهمها الخبرة الحياتية التي نستمد منها منهم، وعندما نتحدث عن رعاية كبار السن كظاهرة نفسية واجتماعية سلبية، فإننا نسلط الضوء على أهمية الوعي بسلوك الكبار ودوافعه واضطراباته، لنستطيع خدمتهم، ونوفر لهم عيشاً جيداً كي يعيشوا متوافقين نفسياً واجتماعياً.

والشيخوخة ليست مجرد عملية بيولوجية بحتة تظهر آثارها في التغيرات الجسمية أو الفسيولوجية التي يصل لها الشخص المسن، مثل ضعف الوظائف لديه كالسمع، أو البصر، أو ضعف الحركة، وظهور مشكلات طبية، ولكن هناك قضايا اجتماعية ونفسية يعاني منها المسنون، وتقصنا المعرفة والوعي بكيفية التعامل معهم، وفهم احتياجاتهم، كما أن المجتمع يمارس عليهم ضغوطاً من قبل عدم تفهم احتياجاتهم، كما يعاني المسنون من قلة الاهتمام والخدمات والاستفادة من خبراتهم.

فيما يتعلق بالإحصاءات لأعداد المسنين في العالم فإن إحصاءات الأمم المتحدة تشير إلى تزايد أعدادهم باطراد، حيث كان عدد من بلغوا سن ستين سنة في عام 1980 أكثر من 376 مليوناً، وفي عام 2000 بلغوا 600 مليون نسمة، ويتوقع أن يبلغوا 976 مليوناً في عام 2020.

ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية فإن نسبة المسنين إلى عدد سكان العالم ستتضاعف بين عامي 2000 و 2050، من حوالي 11% إلى 22%. وتضيف منظمة الصحة العالمية إلى أن عدد الناس الذين تجاوزت أعمارهم الستين عاماً في أنحاء العالم قد تجاوز الـ 800 مليون، وهناك توقعات إلى أن هذا الرقم سيرتفع إلى أكثر من مليار في العام 2050. (عبد الحكيم محمود، 2013).

أما في الجزائر تشير الإحصائيات إلى وجود 3,5 ملايين مسن وهذا حسب الإحصاء السكاني لعام 2006، في الوقت الذي تشير فيه المعطيات الرقمية إلى أن المعدل في الحياة حالياً وصل إلى 9,73 سنة، وسيصل عدد المسنين لسنة 2030 إلى 6,7 ملايين مسن من أصل 45,4 مليون نسمة، كما كشفت الإحصائيات التي قدمتها مديرية حماية وترقية المسنين، أن من 2123 مسن من نزلاء المؤسسات، هناك 644 معوق ذهنياً و 301 مسن من متعدد الإعاقات و 219 مسن مصاب بأمراض مزمنة. ([www.Djazairss.com/elhiwar/28789](http://www.Djazairss.com/elhiwar/28789)).

إن الواقع الذي ترسمه هذه الإحصائيات في زيادة عدد المسنين تركز على الواقع المتردي لهذه الفئة، حيث تستمر في المعاناة من بعض المشكلات والاضطرابات النفسية أو الاجتماعية وعدم الاهتمام وتلقي الدعم النفسي والاجتماعي سواء من طرف الأسرة أو من المجتمع والهيئات المسؤولة.

وهناك العديد من العوامل المسببة للمشاكل الصحية النفسية للمسنين منها عوامل اجتماعية وديموغرافية مثل العزلة الاجتماعية والفقر و فقدان الاستقلالية و الشعور بالوحدة و كذا سوء معاملة كبار السن، وهي من أخطر العوامل الاجتماعية المؤثرة على الحالة النفسية لهم، فقد ذكر تقرير الاتحاد العالمي للصحة النفسية الخاص بهذه المناسبة أن حوالي 4-6% من كبار السن يعانون من سوء المعاملة في المنازل بل وحتى في دور العجزة والمستشفيات.

إضافة إلى ضغوطات الحياة النمطية الشائعة بين جميع الناس، فإن كثيراً من كبار السن يفقدون قدرتهم على العيش بصورة مستقلة بسبب محدودية الحركة، أو الألم المزمن، أو الضعف، أو غير ذلك من المشاكل النفسية أو البدنية، ويحتاجون إلى شكل من أشكال الرعاية طويلة الأجل. بالإضافة إلى ذلك، فإن كبار السن أكثر عرضة للمعاناة من حوادث مثل مشاعر الحزن والحداد، أو انخفاض الوضع الاجتماعي والاقتصادي في ظل التقاعد، أو العجز. وكل هذه العوامل يمكن أن تؤدي إلى العزلة، وفقد الاستقلال، والشعور بالوحدة، والضييق النفسي لدى المسنين.

فالإهمال البدني وسوء المعاملة المسنين يمكن أن يؤدي إلى إصابات بدنية، وعواقب نفسية خطيرة أيضاً، وأحياناً طويلة الأمد، بما في ذلك الاكتئاب والقلق، فتشير نتائج بعض الدراسات كدراسة (Salkangas et al 1991) أن كلا من الصحة النفسية السليمة و نقص الاضطرابات النفسية ترتبط بالرضا عن الحياة وأن الشعور بالوحدة يكون بعدم الرضا عن الحياة، لذا نجد أن هناك عوامل اجتماعية ونفسية وبيولوجية متعددة تحدد مستوى الصحة النفسية لشخص ما في أية لحظة من الزمن.

إن وجود المسن داخل الأسرة وعيشه مع أفراد العائلة ينجم عنه جملة من العلاقات والاهتمامات يتقاسمونها فيما بينهم، فهو لا يستطيع العيش معزولاً عن عائلته أو عن الآخرين لأن الإنسان اجتماعي بطبعه ومجبور بالاتصال بمن حوله، فيشبع حاجاته وحاجة غيره، وبالتالي يتبادل الأفكار والمشاعر والقيم والعادات والتقاليد، فتعد العلاقات الاجتماعية من المظاهر الحياتية للإنسان التي تدل على الرضا الانفعالي لديه وتخفف من أثر الضغط الذي يتلقاه الفرد كما تساعده على التعامل هذه الضغوط.

في بعض الحالات قد نجد ضعف في العلاقات والروابط الاجتماعية، مما ينتج عنها برود وخلل، ومن أهم العوامل التي يعدها المسنون مصدرا للرضا هي الصحة والعلاقات الاجتماعية والدخل، كما يعتبرها مصدرا هاما من مصادر الأمن الذي يحتاجه في حياته، وذلك من خلال البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها، فهي تعتبر مجالا هاما لتوفير السند والعون له لكونها مصدر يلجأ إليه المسن في طلب المساعدة، وتلعب العلاقات الاجتماعية بما تؤمنه من دعم نفسي اجتماعي للمسن دوراً هاماً في تحسين مؤشرات الصحة النفسية لديه التي يعد الرضا عن الحياة أبرزها، بالإضافة إلى تحقيق حاجات المسن النفسية في الأمن والانتماء والتقدير، هذه العلاقات التي تعد من أبرز مصادر الدعم النفسي الاجتماعي للمسن هي أبرز ما يتأثر سلباً بعملية الانسحاب من الحياة الأسرية والاجتماعية.

من هنا تأتي ضرورة دراسة الدعم النفسي الاجتماعي لدى المسنين في داخل الأسرة أو خارجها في مجتمعنا الجزائري بصفة عامة والمجتمع الصحراوي بصفة خاصة، بسبب حدوث خلل في علاقاتهم الاجتماعية وبالتالي سوء توافقه النفسي والاجتماعي مما يؤثر أيضا على معنوياته النفسية والجسمية والعقلية، وما يمكن أن يسهم به ذلك من تأثيرات سلبية على شعورهم بالرضا وعلى مستوى تحقيقهم لحاجات الأمن والانتماء والتقدير، وبالتالي مستوى مناسب من الصحة النفسية والتوافق الشخصي والاجتماعي.

وقد وجدت الباحثة ما يؤكد هذه الضرورة في دراسة واقع حياة المسنين وذلك عن طريق الملاحظة والمقابلات غير المقننة معهم وشكاويهم من أفراد أسرتهم وأقاربهم، وتناول تفاصيل حياتهم المختلفة من سوء المعاملة وقلة الاهتمام بهم وعدم تقديم لهم العون والمساعدة وتواجهه لوحده طوال الوقت يصارع أحاسيسه وذكرياته المؤلمة وهذا ما ساهم في تحطيم معنوياته النفسية وتغيير نمط حياته، و من حيث إمكانات الدعم المتوفرة على الصعيد الشخصي وداخل أسرته والأشخاص المحيطين به (الأصدقاء، المجتمع، الأقارب... الخ)، الأمر الذي أكد وجود مشكلة في مستوى الدعم النفسي الاجتماعي المقدم للمسنين بأنواعه

المختلفة ومن مصادره المتعددة، مما يؤثر في متغيرات عديدة تتعلق بنوعية حياتهم وصحتهم النفسية وتوافقهم الشخصي والاجتماعي في هذه المرحلة كثيرة المتطلبات، وضعيفة الإمكانيات في الوقت نفسه وعلى الرغم من أهمية هذه المتغيرات فقد أكد بعض الدراسات السابقة حول المسنين، منها دراسة (1997) Greenberg, et al التي وجدت أن الدعم النفسي الاجتماعي يعزز الإحساس بالارتياح. ودراسة (1998) Fox التي بينت وجود ارتباط إيجابي بين الرضا عن الحياة والعلاقات الاجتماعية، ووجود ارتباط سلبي بين الرضا عن الحياة والعلاقات الاجتماعية المضطربة، كما أظهرت دراسة (2002) Cummings ارتباطاً دالاً بين انخفاض الرضا عن الحياة والإحساس بالسعادة وضعف الدعم الاجتماعي. كما توصلت بعض الدراسات مثل دراسة شوكت (2002)، ودراسة غانم (2002) التي أجريت على فئة المسنين إلى وجود علاقة سلبية بين الدعم النفسي الاجتماعي والوحدة النفسية. فطبيعة الشبكة الاجتماعية التي يتميز بها المسنين كبيرة وواسعة أن أنه يشككي من عدم تلقيه الدعم والعون، ومعاناته من بعض المشاكل النفسية والجسمية والتي أثرت على إدراكه لهذا الدعم المقدم له، لأن الأسرة والأفراد المحيطين بالمرس يقدّمون كل ما لديهم من جهد في تقديم وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي له بأبعاده المختلفة، إلا أننا نجد هذه الفئة تشككي من قلة الدعم والمساعدة، وكذا نجد شيوع الاضطرابات النفسية والأمراض الجسمية لديهم مما يؤثر ذلك على صحتهم النفسية، بالرغم من أن المرس في المجتمع الصحراوي الجزائري ما زال يتمتع بالدعم النفسي الاجتماعي من طرف أسرته وأصدقائه ومجتمعه ورضاه عنه. وفي مقال تحدث فيه "لطي صوان" بأن الدعم الاجتماعي يمكن أن يكون له تأثير سلبي على المسنين و هذا حسب بعض الدراسات، ففي دراسة حديثة أجراها باحثون من جامعة سنغافورة الوطنية الطبية تشير إلى أن الدعم الاجتماعي من الأسرة والأصدقاء لا يشترط أن يكون له تأثير إيجابي تماماً على الصحة العقلية إنما هو "نعمة ونقمة". فهذه الدراسة الأولى التي تظهر كل من الآثار السلبية والإيجابية للدعم الاجتماعي لكبار السن في سنغافورة.

في حين أظهرت بعض الدراسات حول الدعم الاجتماعي أنه يمكن أن يساعد على تحسين الصحة العقلية للشخص، وجد آخرون أن تلقي الدعم الاجتماعي قد يكون له تأثير سلبي على صحة الفرد العقلية، ولكن لم تثبت أي من الأبحاث الماضية حتى الآن بوضوح أسباب هذا الغموض.

وفي دراسة نُشرت مؤخراً في مجلة العلوم الاجتماعية والطبية، قام بها كل من البروفيسور "راهول الهوترا" و"شانون انغ" من مركز أبحاث الشيخوخة والتعليم في جامعة سنغافورة الوطنية، علماً بأن البيانات تم جمعها من استطلاعات أجريت على عينة قوامها 2766 من كبار السن تتراوح أعمارهم بين 62-97 سنة، أستخلص فيها أن تلقي الدعم الاجتماعي كالمال والطعام والملابس والمساعدة المنزلية خَفَّض أعراض الاكتئاب بين كبار السن، ولكن أظهرت النتائج في ذات الوقت أن منهم من شعر أنه فقد سيطرته على حياته. فقدان السيطرة أدى إلى ارتفاع معدل أعراض الاكتئاب في مواجهة التأثير الإيجابي لتلقي الدعم الاجتماعي.

وأوضح السيد "انغ" أن تلقي الدعم الاجتماعي يمكن أن يساعد كبار السن على الشعور بالانتماء وتعزيز التقارب، كما ويمكن أن يؤثر عليهم سلباً لأنه يقلل من إحساسهم بالسيطرة على حياتهم الخاصة." فالنتائج التي توصلنا إليها تشير إلى أهمية صياغة سياسات جديدة من شأنها التشجيع على تقديم الدعم لكبار السن بما يضمن تمكنهم من الحفاظ على السيطرة على حياتهم الخاصة، كما أكد البروفيسور "مالهوترا" أننا بحاجة إلى التفكير في السبل التي تمكننا من مساعدة كبار السن دون زيادة إحساسهم بالاعتماد علينا.

فيحتاج كل منا إلى الدعم الاجتماعي حتى يخفف من العناء ويزيد من الشعور بالسعادة، وهذا الدعم يوفر تقديراً عالياً للذات والثقة بها، ويولد المشاعر الإيجابية ويقلل من التأثير السلبي للأحداث الخارجية، وبهذا يوفر لنفسه السعادة والراحة النفسية فالعلاقات الاجتماعية من أهم مصادر الدعم الاجتماعي و النفسي. والحماية من تأثير ضغوطات الحياة بأكملها.

كما يعتبر الدعم النفسي الاجتماعي مصدراً رئيسياً من مصادر الأمن التي قد يحتاجها الفرد من عالمه الذي يعيش فيه، ولعل الفرد في مرحلة كبر السن أحوج ما يكون إلى العلاقات الاجتماعية التي توفر له المساندة الفعلية من حب ورعاية وإحساس بالمواساة والطمأنينة والارتباط مع مجموعة اجتماعية ذات تقدير بالنسبة له تمنحه القدرة على تقدير ذاته والثقة بها وتساعد على اختيار استراتيجيات تكيف مناسبة مع ضغوط الحياة وصعوباتها وتطوراتها.

## مشكلة الدراسة

لذا يجب الاهتمام بالصحة النفسية للأفراد في مرحلة كبر السن كما في جميع المراحل وذلك لمساعدتهم على الحياة الهانئة وتحقيق الأمن النفسي والانفعالي لهم. والعمل على إشباع حاجاتهم إلى الحب والأمن والمكانة والانتماء وإقناعهم أن ما تبقى لهم من قوى تكفيهم للعيش بسعادة مع الآخرين ومع أنفسهم فلكل مرحلة جمالها ورونقها، المهم أن نبحث عن هذا الجانب المضيء ونتعامل معه. وهنا تبرز مشكلة البحث في التساؤلات التالية:

- \_ ما مستوى الدعم النفسي الاجتماعي لدى عينة الدراسة؟.
- \_ ما مستوى الصحة النفسية لدى عينة الدراسة؟.
- \_ هل توجد علاقة بين الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية لدى عينة الدراسة؟.
- \_ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع وبين المسنين ذوي الدعم المنخفض؟.
- \_ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المنخفض تعزى لمتغير الجنس؟.
- \_ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المنخفض تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية؟.
- \_ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المنخفض تعزى لمتغير مكان الإقامة؟.
- \_ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع تعزى لمتغير الجنس؟.
- \_ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية؟.
- \_ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع تعزى لمتغير مكان الإقامة؟.

### فرضيات الدراسة

والتي تعتبر إجابات لتساؤلات الدراسة وهي:

- \_ لدى عينة الدراسة مستوى مرتفع من الدعم النفسي الاجتماعي.

- \_ لدى عينة الدراسة مستوى مرتفع الصحة النفسية.
- \_ توجد علاقة بين الدعم النفسي الاجتماعي و الصحة النفسية لدى عينة الدراسة.
- \_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع وبين المسنين ذوي الدعم المنخفض.
- \_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المنخفض تعزى لمتغير الجنس.
- \_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المنخفض تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
- \_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المنخفض تعزى لمتغير مكان الإقامة.
- \_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع تعزى لمتغير الجنس.
- \_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
- \_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع تعزى لمتغير مكان الإقامة.

### أهمية الدراسة:

- تتمثل أهمية الدراسة الحالية في جانبين هما:
- أولاً: الجانب العلمي المتمثل في جمع البيانات والمعلومات عن فئة المسنين، مما يساهم في دعم النسق المعرفي لموضوع المسنين بالجزائر .
- ثانياً: الجانب العملي والمتمثل في الخروج ببعض التوصيات التي تؤدي إلى الوصول إلى تقديم خدمة ورعاية أفضل لهذه الفئة، من خلال العمل على تلبية متطلبات المسنين وتوفير احتياجاتهم، والسعي إلى تقديم وتوفير الدعم النفسي الاجتماعي الذي يحقق لهم صحة نفسية وحياة آمنة ويحفظ لهم كرامتهم في المجتمع.

### أسباب اختيار الدراسة:

- \_ قلة الدراسات التي اهتمت بدراسة المسنين في المجتمع الجزائري بوجه عام علما أن هذه الفئة في تزايد مع ارتفاع متوسط الأعمار.
- \_ ندرة الدراسات التي تناولت مساهمة الدعم النفسي الاجتماعي في تحقيق الصحة النفسية وتلبية حاجات المسنين في المجتمع الجزائري.
- \_ التعرف على الواقع النفسي والاجتماعي للمسنين في المجتمع.
- \_ التعرف على أنواع الرعاية والمساندة التي تقدم للمسنين في المجتمع الجزائري .
- \_ أهمية الدعم النفسي الاجتماعي في حياة الفرد الذي يؤدي إلى تحقيق حياة أفضل للمسنين.
- \_ إبراز أهمية رعاية المسنين من مختلف النواحي الصحية والاجتماعية والنفسية.
- \_ تعزيز دورهم في المجتمع وتحفيز أفراد المجتمع المحلي ومؤسساته المختلفة لخدمة هذه الشريحة .

### أهداف الدراسة:

- تسعى هذه الدراسة إلى التعرف على:
  - \_ مستوى الدعم النفسي الاجتماعي ونوعه ومصدره لدى أفراد عينة الدراسة.
  - \_ مستوى الصحة النفسية بأبعادها المختلفة لدى عينة الدراسة.
  - \_ العلاقة بين الدعم النفسي والاجتماعي والصحة النفسية للمسنين، وهل يقوم المسن بنفسه بتحقيق ذلك من أجل الوصول إلى صحة نفسية جيدة، وكذلك التعرف على مدى تمتع المسن بالدعم النفسي الاجتماعي ورضاه عن ما يقدم له من دعم وعون، وتمتعه بالصحة النفسية، والتعرف على المشاكل النفسية والأمراض الجسمية التي يعاني منها المسن.
  - \_ معرفة الفروق بين المسنين في الصحة النفسية ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المنخفض وذوي الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع.
  - \_ معرفة الفروق بين المسنين في الصحة النفسية ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المنخفض تعزى لمتغير الجنس والحالة الاجتماعية ومكان الإقامة.
  - \_ معرفة الفروق بين المسنين في الصحة النفسية ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع تعزى لمتغير الجنس والحالة الاجتماعية ومكان الإقامة.

### التعريف الإجرائية:

**الصحة النفسية:** هي قدرة المسن على تجاوز المرض والتعافي من الاضطرابات الحسية المتعلقة بالجهاز العصبي والاضطرابات الخاصة بالشيخوخة، وعدم شعوره بالوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية، و كذا شعوره بالسعادة مع الذات والآخرين والرضا والتفاؤل والإقبال على الحياة، ويتحقق ذلك من خلال التوافق النفسي و الاجتماعي مع علاقات اجتماعية راضية و مرضية .

و تتحدد بالدرجة التي يحصل عليها المسن بعد إجابته على مقياس الصحة النفسية المستخدم في هذه الدراسة بأبعادها المختلفة التي تضمنت الجانب النفسي والاجتماعي للمسن وجانب التعافي من الاضطرابات الحسية المتعلقة بالجهاز العصبي والاضطرابات الخاصة بالشيخوخة، والتي تقدر ب 39 درجة أي حصول المسن فوق هذه الدرجة المرتفعة تشير إلى شعوره بالصحة النفسية.

**الدعم النفسي الاجتماعي:** هو ذلك الدعم الذي يتلقاه المسن من طرف أسرته أصدقائه من أجل الحصول على المساعدة شعوره أن لديه عدد كاف من الأفراد في حياته يمكن اللجوء إليهم وقت الضرورة، ومشاركتهم له اهتمامات الحياة، أن يكون راض عما يقدمون له من الدعم.

ويتحدد بالدرجة المرتفعة المقدرة ب 20 فما فوق والتي يحصل عليها المسن من خلال تطبيق المقياس عليه وإجابته عليه بما يتضمنه من بعد مصدر الدعم ونوعه، ومصدر رضا المسن عن الدعم المقدم له. المسن: هو الفرد الذي تجاوز الخامسة والستين من العمر، وتتجه قوته وحيويته إلى الانخفاض مع ازدياد احتمال الإصابة بالأمراض وبخاصة أمراض الشيخوخة، الأمر الذي يتزايد معه الشعور بالحاجة والعناية والرعاية الاجتماعية والنفسية والطبية الخاصة. (أبو عوض، 2008، ص10).

وتعرفه الباحثة إجرائيا بأنه الفرد الذي يتراوح عمره من 60 سنة فما فوق (المسنين كلا الجنسين) ويقوم مع أسرته أو أحد أقربائه، وتسمح له صحته العقلية والنفسية والجسدية ومدى سلامة الحواس بتطبيق أدوات الدراسة.

### \_ الدراسات السابقة

هنا نعرض بعض الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت متغيرات الدراسة، حيث تظم المجموعة الأولى الدراسات التي تناولت الدعم النفسي والاجتماعي، في حين المجموعة الثانية تشمل الدراسات التي تناولت الصحة النفسية، والمجموعة الأخيرة سنعرض فيها الدراسات التي تناولت المتغيرين الدعم النفسي والاجتماعي والصحة النفسية لدى المسنين.

### 1/ الدراسات التي تناولت الدعم النفسي والاجتماعي.

مما لا شك أن مصطلح " الدعم النفسي الاجتماعي " يُشير إلى الترابط المشترك بين العمليات النفسية والاجتماعية وإلى حقيقة أن كل منهما يتفاعل مع الآخر باستمرار ويؤثر فيه، لذا نجد بعض الدراسات تناولت الدعم النفسي الاجتماعي وعلاقته ببعض المتغيرات المختلفة لدى عينة من المسنين، وسوف نعرض هذه الدراسات بدءاً بالدراسات العربية ثم الدراسات الأجنبية.

#### أ . الدراسات العربية

##### \* دراسة حسين (2003)

عنوان الدراسة: العلاقة بين درجات مقياس الدعم الاجتماعي ومستوى الضغوط النفسية لدى معاقى انتفاضة الأقصى.

هدف الدراسة: استهدفت الدراسة التعرف على العلاقة بين درجات مقياس الدعم الاجتماعي ومستوى الضغوط النفسية لدى معاقى انتفاضة الأقصى.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 120 معاقاً ممن أصيبوا خلال انتفاضة الأقصى الثانية والتي بدأت في 28 سبتمبر 2000 م.

الأدوات المستعملة: استخدم الباحث ثلاثة مقاييس (مقياس المساندة الاجتماعية ومقياس موضع الضبط الداخلي).

نتائج الدراسة: وتوصلت الدراسة إلى وجود ارتباط دال إحصائياً سالب بين الدعم أبعاد الدعم الاجتماعي والدرجة الكلية له، وبين كل من بعد من أبعاد الضغوط النفسية فكلما زادت درجة الدعم الاجتماعي قلت درجة الضغوط النفسية والعكس صحيح. (محمود خليل أبو دف، 2011، ص55).

##### \*دراسة قنون خميسة ( 2013 )

بعنوان " الاستجابة المناعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان ".

**عينة الدراسة:** اعتمدت في هذه الدراسة على عينة عرضية تكونت من 60 مريضاً بالسرطان وذلك بالمستشفى الجامعي ومركز مكافحة السرطان بباتنة، حيث طبق على أفرادها اختبار الدعم الاجتماعي المدرك ل Zimet واختبار الرضا عن الحياة للدسوقي.

**هدف الدراسة:** وتهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة القائمة بين الاستجابة المناعية (الغلوبولينات المناعية IgA, IgG, IgM) ومتغيري الدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان.

**عينة الدراسة:** تراوحت أعمارهم بين 21 و 75 سنة، وتتنوع قيم كل من الغلوبولين المناعي IgA و الغلوبولين IgM توزيعاً ملتوياً بينما تتوزع قيم كل من الغلوبولين المناعي IgM والدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة توزيعاً اعتدالياً لدى مرضى السرطان.

نتائج الدراسة وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

\_ لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين معدل كل من الغلوبولين المناعي IgA والغلوبولين IgM ودرجة كل من الدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان.

\_ توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين معدل الغلوبولين المناعي IgG ودرجة كل من الدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان. (قنون خميسة، 2013).

### دراسة ل "ريتا علي زيدو" (2013)

**عنوان الدراسة:** المشكلات النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى كبار السن.

**عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (343) مسن ومسننة من المقيمين في محافظة دمشق.

**الأدوات المستعملة:** قامت الباحثة باستخدام الأدوات التالية: \_ مقياس المشكلات النفسية من إعداد الباحثة، \_ مقياس المساندة الاجتماعية من إعداد الباحثة، \_ مقياس الحالة الصحية مسح مختصر للحالة الصحية SF- 12r .

**عينة الدراسة:** تراوحت أعمارهم من 60 سنة فأكثر من محافظة دمشق.

**نتائج الدراسة:** وكانت نتائج هذه الدراسة كالاتي:

- \_ توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة على مقياس المشكلات النفسية وأبعاده الفرعية ( مشاعر الوحدة والاعتراب، قلق الموت، اللامعنى ) ومتوسط درجات أفراد العينة على مقياس المساندة الاجتماعية، وهذه العلاقة عكسية.
- \_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة البحث على مقياس المشكلات النفسية تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور.
- \_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة البحث على بُعد مشاعر الوحدة والاعتراب تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور.
- \_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة البحث على بُعد قلق الموت تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور.
- \_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة البحث على بُعد اللامعنى تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور.
- \_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة البحث على مقياس المشكلات النفسية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح الأرامل.
- \_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة البحث على بُعد مشاعر الوحدة والاعتراب تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح الأرامل.
- \_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة البحث على بُعد قلق الموت تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح الأرامل.
- \_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة البحث على بُعد اللامعنى تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح الأرامل.
- \_ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط أداء أفراد العينة على مقياس المشكلات النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي.
- \_ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط أداء أفراد العينة على بُعد مشاعر الوحدة والاعتراب تعزى لمتغير المستوى التعليمي.
- \_ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط أداء أفراد العينة على بُعد مشاعر قلق الموت تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

.لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط أداء أفراد العينة على بُعد اللامعنى تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

.توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة على مقياس المشكلات النفسية تعزى لمتغير الحالة الصحية لصالح منخفضي الحالة الصحية.

.توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة على بُعد مشاعر الوحدة والاعتزَاب تعزى لمتغير الحالة الصحية لصالح منخفضي الحالة الصحية.

.توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة على بُعد قلق الموت تعزى لمتغير الحالة الصحية لصالح منخفضي الحالة الصحية.

.توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة على بُعد اللامعنى تعزى لمتغير الحالة الصحية لصالح منخفضي الحالة الصحية.

.توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة على مقياس المساندة الاجتماعية تعزى لمتغيرات الجنس ( لصالح الإناث ) والحالة الاجتماعية ( لصالح المتزوجين ) والحالة الصحية ( لصالح مرتفعي الحالة الصحية ).

.لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة على مقياس المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

### دراسة مروة فتحي عوض (2014)

**تحت عنوان: " الشيخوخة الناجحة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية.**

**هدف الدراسة:** تهدف الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الشيخوخة الناجحة وبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية (المساندة الاجتماعية المُدرَكة - أساليب مواجهة الضغوط -العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ( والديموجرافية) العمل - النوع - العمر - الحالة الصحية المُدرَكة - المستوى التعليمي - المستوى الاجتماعي الاقتصادي- الحالة الاجتماعية).

**عينة الدراسة:** وتكونت عينة الدراسة من ( 130 ) مسنا من الجنسين المقيمين في محافظتي القاهرة والجيزة ممن يعيشون في بيئاتهم الطبيعية مع أسرهم، وقد تم تصنيفهم لبعض العينات الفرعية تبعا لمتغيرات الدراسة.

**الأدوات المستعملة:** وقد استخدمت الباحثة الأدوات التالية:

١ (مقياس الشيخوخة الناجحة .إعداد الباحثة ٢ (مقياس المساندة الاجتماعية المُدرّكة لدى المسنين .إعداد الباحثة ٣ (مقياس أساليب مواجهة الضغوط لدى المسنين .إعداد الباحثة ٤ (قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية إعداد كوستا ، وماكرى 1992 ترجمة : بدر الأنصاري، اختصار وتعديل :الباحثة 5(استمارة الحالة الصحية المُدرّكة للمسن .إعداد الباحثة6 (استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي إعداد / سامية القطان 1982، تعديل الباحثة.

**نتائج الدراسة:** وقد أوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة إيجابية بين الشيخوخة الناجحة وكل من المساندة الاجتماعية المُدرّكة وأساليب مواجهة الضغوط ( أسلوب التوجه نحو حل المشكلة - أسلوب التوجه نحو الدين - أسلوب طلب العون والمساعدة (وخصائص الشخصية ) انخفاض العصائية - الانبساط - التفتح للخبرة - يقظة الضمير - الطيبة/ المقبولية (والحالة الصحية المُدرّكة، ووجود فروق في الشيخوخة الناجحة ترتبط بكل من الحالة الوظيفية للمسن والمستوى التعليمي والمستوى الاجتماعي، بينما لم توجد فروق في الشيخوخة الناجحة ترتبط بكل من متغير النوع والعمر والحالة الاجتماعية للمسن.

دراسة ناصر (2009) فلسطين.

**عنوان الدراسة:** مستوى الضغوط النفسية ومستوى الدعم الاجتماعي لدى المسنين في دور الرعاية في مدينة الناصرة.

**هدف الدراسة:** التعرف إلى مستوى الضغوط النفسية ومستوى الدعم النفسي الاجتماعي لدى المسنين في دور الرعاية في مدينة الناصرة، في ضوء متغيرات (الجنس، الحالة الاجتماعية، مدة الإقامة في دار الرعاية).

**عينة الدراسة:** تكونت من 70 مسن ومسنّة، من المقيمين في در الرعاية في الناصرة.

**أدوات الدراسة:** مقياس الضغوط النفسية (بعد فيسيولوجي، بعد معرفي، بعد انفعالي، بعد اجتماعي، بعد سلوكي)، مقياس الدعم الاجتماعي للمسنين (دعم مادي، دعم عاطفي، دعم معلومات، دعم تقييم).

**أهم نتائج الدراسة:** كان تقدير أفراد عينة الدراسة على مقياس الدعم الاجتماعي على جميع أبعاده بأنه بدرجة متوسطة، عدم وجود فروق ذات دلالة في مستوى الدعم الاجتماعي ككل، يعزى لمتغير الجنس أو الحالة الاجتماعية أو مدة الإقامة في الدار.

دراسة كفا (2012) سوريا.

عنوان الدراسة: الصلابة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى المسنين.

هدف الدراسة: التعرف على العلاقة بين الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى المسنين المقيمين في دور الرعاية الاجتماعية وخارجها.

عينة الدراسة: بلغت 620 مسن ومسنه، منهم 330 مسن، و 290 مسنه.

أدوات الدراسة: مقياس مسح الآراء الشخصية لقياس الصلابة النفسية، مقياس المساندة الاجتماعية، ومقياس الحالة الصحية.

أهم نتائج الدراسة: بينت الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية، كما توجد علاقة دالة بين الصلابة النفسية والرضا عن المساندة الاجتماعية.

ب. الدراسات الأجنبية

\* دراسة توني و آخرون 1980

عنوان الدراسة: حول الفروق بين الجنسين في الدعم الاجتماعي.

عينة الدراسة: أجريت الدراسة على عينة قوامها 214 رجل و 166 امرأة، تراوحت أعمارهم بين 50 و 95 سنة.

نتائج الدراسة: وقد أظهرت النتائج وجود فروق في درجة الدعم الاجتماعي، حيث أن النساء يتمتعن بشبكة العلاقات الاجتماعية أكثر من الرجال كما يتلقين دعماً اجتماعياً أكثر من الرجال، بينما الرجال أكثر رضا بزواجهم مقارنة بالنساء.

\* دراسة كيترون و آخرون (1986) Cutrone et al

عنوان الدراسة: حول الدور الذي يلعبه الدعم الاجتماعي في التنبؤ بكل من الأعراض البدنية ومتغير الرضا عن الحياة في ضوء الأحداث المثيرة للمشقة.

عينة الدراسة: أجريت على عينة قوامها 50 فرداً من كبار السن و المقيمين في مركز رعاية المسنين.

**نتائج الدراسة:** وقد خلص الباحثون إلى أن الدعم الاجتماعي قد أسهم بنسبة ذات دلالة إحصائية في التنبؤ بالأعراض البدنية في حين ارتبط متغير الرضا عن الحياة بالتفاعل بين الأحداث المثيرة للمشقة والدعم الاجتماعي .

### \* دراسة نينا كنول (1989) Nina

**عنوان الدراسة:** حول الفروق الفردية في الدعم الاجتماعي حسب السن و الجنس.

**عينة الدراسة:** أجريت الدراسة سنة ( 1991 ) بألمانيا على 126 رجل و 109 امرأة تتراوح أعمارهم بين 14 و 66 سنة.

**نتائج الدراسة:** وقد أظهرت النتائج أن الدعم الاجتماعي يكون أكثر لدى النساء الصغيرات بالسن مقارنة بالمتوسطات والكبيرات في العمر، كما أظهرت الدراسة وجود فروق بين الجنسين (Nina ,Ralf,2003).

### \*دراسة Bell (1990)

**عنوان الدراسة:** دراسة حول تأثير العزلة الاجتماعية والألم والاضطراب الجسدي على الاكتئاب لدى

ثلاث مجموعات من المسنين .

**عينة الدراسة:** على عينة بلغ قوامها (105) مسناً من السود و (100) مسناً من اللاتينيين و (112) مسناً من البيض من أصل أوريي واحتوت فروض الدراسة على أثر العزلة الاجتماعية والألم والخلل الوظيفي الجسدي والأوضاع الاقتصادية والاجتماعية ونوع الجنس على الاستجابة لأعراض الاكتئاب لدى المسنين الذين يعانون من أعراض مشتركة، وهل التأثيرات متشابهة بالنسبة للعينات الثلاثة.

**نتائج الدراسة:** وأشارت النتائج إلى وجود علاقة دالة بين العزلة الاجتماعية والألم والخلل الوظيفي الجسدي والاكتئاب بالنسبة للعينة ككل، وأظهرت كذلك بأن الدعم الاجتماعي يمكن أن يخفف من شدة الاكتئاب وأن هناك تفاوتاً في مستوى الاكتئاب ومؤشرات التنبؤ به بين المجموعات الثلاثة، وأوضحت الدراسة ضرورة التدخل العلاجي بأسلوب يختلف مع كل فئة من الفئات عينة الدراسة.

### \* دراسة Ralf Schwarzer (1991)

**عنوان الدراسة:** عوامل الخطر وبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي.

**هدف الدراسة:** وقد هدفت إلى دراسة الوضع الحالي لهذه العوامل والتغيرات الخاصة بهم مع مرور الوقت على أساس نوع الجنس والعمر بين المهاجرين ألمانيا الشرقية في لمدة عامين.

**عينة الدراسة:** وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعتين الأولى مجموعة 126 من الرجال و 109 شاركت فيها النساء الذين تتراوح أعمارهم بين 66 سنة.

**نتائج الدراسة:** وقد أظهرت النتائج أن النساء في منتصف العمر وكبار السن أشاروا إلى مستويات منخفضة نسبيا من الدعم، وكذا الرجال أظهروا مستويات مماثلة من الدعم الاجتماعي، وأن الدعم الاجتماعي أيضا له تأثير سلبي على وقوع (الاكتئاب والقلق) والمشاكل الصحة بين النساء.

### \*دراسة Susan Letvak (1997)

**عنوان الدراسة:** " الدعم الاجتماعي في البيئات الريفية لدى عينة من المسنين.

**عينة الدراسة:** أجريت دراسة على ثمانين (08) نساء مسنات الذين يعيشون بمفردهم في المجتمعات الريفية الأدوات المستعملة: مقياس الدعم الاجتماعي، ومقياس الضغط العصبي والتوتر المزمن.

**نتائج الدراسة:** وأشارت النتائج أن 47.5% أبدوا مستوى منخفض من الدعم الاجتماعي، و58% كانت صحتهم سيئة جدا ويعانون من الإجهاد، كما أظهرت نتائج الدراسة إلى أن حجم الشبكة الاجتماعية والاتصال هي العوامل الاجتماعية الهامة التي يمكن أن تحسن نوعية الحياة.

( Susan Letvak,1997 ) .

### \*. دراسة Henry Minardi (2003)

**عنوان الدراسة:** الاكتئاب لدى المسنين.

**هدف الدراسة:** معرفة وجود الاكتئاب لدى كبار السن وارتباطه بكل من الوحدة النفسية والدعم الاجتماعي والرضا عن الحياة والإعاقة.

**عينة الدراسة:** وكانت عينة الدراسة تتكون من 156 مشارك (مسن) وتراوحت أعمارهم بين 65 سنة، و قد ركزت على كبار السن الذين يحضرون إلى المركز لإجراء المقابلات.

**نتائج الدراسة:** وأظهرت النتائج وجود مستوى أعلى من الاكتئاب ووجود ارتباط بين الاكتئاب والشعور بالوحدة والاكتئاب والرضا عن الحياة، ولم تكن هناك علاقة بين الاكتئاب والدعم الاجتماعي، أو الاكتئاب والإعاقة.

\* دراسة بزولا أني busola oni (2010)

عنوان الدراسة: "الوحدة النفسية و علاقتها بالاكتئاب لدى كبار السن".

هدف الدراسة: وكان الغرض من هذه الدراسة معرفة العلاقة بين الوحدة والاكتئاب، بالإضافة إلى استكشاف أنواع معينة من العلاقات الاجتماعية في بيوت التمريض ومعرفة كيف تتأثر صحة المسنين من خلال الشعور بالوحدة والاكتئاب.

الأدوات المستعملة: تم قياس كل من الاكتئاب والشعور بالوحدة باستخدام مقياس الاكتئاب للشيخوخة (G. D.S)، مقياس الوحدة النفسية راسيل (جامعة كاليفورنيا).

عينة الدراسة: وتكونت العينة من 96 مسن، وقد تم عزل 54 مسن بسبب المرض وغيرها من العوامل التي لم يكشف عنها، وأصبحت العينة 42 مسن.

نتائج الدراسة: وأظهرت النتائج وجود علاقة بين الشعور بالوحدة والاكتئاب راجعة إلى نقص الدعم الاجتماعي، وبذلك تساعد نتائج هذه الدراسة الممرضين وغيرهم من العاملين في مجال الرعاية الصحية عند تقييم العلاقات الاجتماعية للمسنين وبذلك اقتراح وسائل لخفض أو مكافحة الشعور بالوحدة والاكتئاب بين كبار السن (2010, busola oni).

\*دراسة Espen Bjertness and Steffen Dalgard (2012)

عنوان الدراسة: علاقة الدعم الاجتماعي بالضغوطات النفسية والمشاكل الصحية الجسدية والعوامل الاجتماعية والاقتصادية لدى كبار السن الذين يعيشون في المنزل.

هدف الدراسة: وكانت تهدف الدراسة إلى معرفة أهمية الدعم الاجتماعي والمشاكل الصحية الجسدية والاجتماعية والاقتصادية والضغط النفسي.

عينة الدراسة: تم سحب عينة عشوائية من الأشخاص البالغين من العمر 65 سنة أو أكثر الذين يقيمون مع ذويهم في أوصلو.

الأدوات المستعملة: تم استخدام مقياس الضغط النفسي ل هويكنز (HSCL-10) ومقياس الدعم الاجتماعي (OSS).

نتائج الدراسة: وأظهرت النتائج أن هناك ارتباط بين الضغوطات النفسية والدعم الاجتماعي (المتتملة في عدد من الأصدقاء المقربين، والقلق والاهتمام)، وأن هناك علاقة قوية بين نقص الدعم الاجتماعي والضغط النفسي. (Espen Bjertness and Steffen Dalgard , 2012).

دراسة Lawler (2009).

عنوان الدراسة: الوحدة، شبكات الدعم الاجتماعي، المزاج والإحساس بالارتياح لدى المسنين القاطنين في مساكن مشتركة.

هدف الدراسة: دراسة العلاقة بين الشبكة الاجتماعية والوحدة والاكتئاب والقلق ونوعية الحياة لدى المسنين المشتركين في السكن في دبلن.

عينة الدراسة: اشترك في الدراسة حوالي (2991) فرد أعمارهم 65 سنة فما فوق.

أدوات الدراسة: اتبع أسلوب مقابلة المسنين في منازلهم باستخدام GMS – AGE CAT، وتم قياس شبكات الدعم الاجتماعي باستخدام نموذج WENGER.

أهم نتائج الدراسة: ظهر أن 35% من الأفراد يشعرون بالوحدة النفسية، و9% وصفوها بأنها مؤلمة، كما

أن 34% من المسنين لم يملكو شبكات دعم متكاملة، كما أن 32% من الأفراد الذين يملكون شبكات دعم اجتماعية متكاملة كانوا يشعرون بالوحدة وكان الإحساس بالوحدة أكبر لدى الأرامل والمسنين ذوي الإعاقة الفيزيولوجية، وكلما كبر الأفراد عمرا كانوا يبدون شعورا متزايدا بالوحدة. كما كان الإحساس بعدم الارتياح والمزاج المكتئب وفقدان الأمل يرتبط إيجابا مع الوحدة والشبكات الاجتماعية غير المتكاملة.

### دراسة Nelson (1989)

**عنوان الدراسة:** حول العلاقة بين الاكتئاب والدعم الاجتماعي وتقدير الذات في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية .

**عينة الدراسة:** عينة قوامها 26 مبحوثا في المدى العمري من 61 إلى 95 عاما.

**نتائج الدراسة:** وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة سلبية بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب.

(رضوان جاب الله شعبان، 2001، ص80).

### دراسة Dean & al (1990)

**عنوان الدراسة:** حول الدور الوقائي للدعم الاجتماعي من مصادر مختلفة على الاكتئاب.

**عينة الدراسة:** أجريت الدراسة على عينة قوامها 997 فردا من الجنسين 50% ( لكل منهما) ممن تراوحت أعمارهم بين 50 - 85 سنة.

**الأدوات المستعملة:** طبق الباحثون مقاييس الأعراض الاكتئابية والدعم الاجتماعي التعبيري، وأحداث الحياة.

**نتائج الدراسة:** أسفرت النتائج على أن أحداث الحياة تؤثر بشكل موجب على زيادة الأعراض الاكتئابية، كما أسفرت النتائج على أن الدعم الاجتماعي المنخفض يرتبط بزيادة الأعراض الاكتئابية بينما ارتبط الدعم الاجتماعي المرتفع بأعراض اكتئابية أقل.

### \*دراسة راهول وآخرون

تشير دراسة حديثة أجراها باحثون من جامعة سنغافورة الوطنية الطبية أن الدعم الاجتماعي من الأسرة والأصدقاء لا يشترط أن يكون له تأثير إيجابي تماما على الصحة العقلية إنما هو "نعمة ونقمة". هذه هي الدراسة الأولى التي تظهر كل من الآثار السلبية والإيجابية للدعم الاجتماعي لكبار السن في سنغافورة وأثرها على صناع القرار في البلاد.

في حين أظهرت بعض الدراسات حول الدعم الاجتماعي أنه يمكن أن يساعد على تحسين الصحة العقلية للشخص، وجد آخرون أن تلقي الدعم الاجتماعي قد يكون له تأثير سلبي على صحة الفرد العقلية، ولكن لم تثبت أي من الأبحاث الماضية حتى الآن بوضوح أسباب هذا الغموض.

وفي دراسة نُشرت مؤخراً في مجلة العلوم الاجتماعية والطبية، قام بها كل من البروفيسور "راهول مالهوترا" و"شانون انغ" من مركز أبحاث الشيخوخة والتعليم في جامعة سنغافورة الوطنية، علماً بأن البيانات تم جمعها من استطلاعات أجريت على عينة قوامها 2766 من كبار السن تتراوح أعمارهم بين 62-97 سنة، أستخلص فيها أن تلقي الدعم الاجتماعي كالمال والطعام والملابس والمساعدة المنزلية حَفَّض أعراض الاكتئاب بين كبار السن، ولكن أظهرت النتائج في ذات الوقت أن منهم من شعر أنه فقد سيطرته على حياته. فقدان السيطرة أدى إلى ارتفاع معدل أعراض الاكتئاب في مواجهة التأثير الإيجابي لتلقي الدعم الاجتماعي. كما وأظهرت الدراسة أن الانخفاض في السيطرة على حياتهم كان أكبر لدى النساء من الرجال.

هذه النتائج الجديدة تتناقض مع الفكرة السائدة بأن زيادة الدعم الاجتماعي تكون دائماً ذات تأثير إيجابي. كما واقتُرحت أنه ولكي يعود الدعم الاجتماعي بنتائج إيجابية على الصحة العقلية لكبار السن فإنه يتوجب على صناع القرار ومقدمي هذه الرعاية أن يكونوا على بينة بالآثار السلبية والإيجابية.

وأوضح السيد أنغ "أن تلقي الدعم الاجتماعي يمكن أن يساعد كبار السن على الشعور بالانتماء وتعزيز التقارب، كما ويمكن أن يؤثر عليهم سلباً لأنه يقلل من إحساسهم بالسيطرة على حياتهم الخاصة."

(<http://medicalxpress.com/news/2016-03-social-bad-older-adults.html>)

### ثانياً: الدراسات التي تناولت الصحة النفسية

أ- الدراسات العربية :

\*دراسة عبد المنعم عاشور (1982)

عنوان الدراسة: تناولت موضوع حول الصحة الجسمية والنفسية للمسنين المقيمين في مراكز رعاية المسنين بالقاهرة.

## مشكلة الدراسة

**عينة الدراسة:** وبعد إجراء الفحوص الطبية المختلفة ودراسة التاريخ الطبي والنفسي والتاريخ الأسري والاجتماعي لعينة من المسنين بلغ عددهم (52) مسنا.

**نتائج الدراسة:** دلت نتائج الدراسة التي توصلت إليها إلى أن أهم المشكلات الصحية هي الحالات المرضية التي تضمنت أمراض البول السكري والتهاب الشرايين، ومتاعب الصدر وضغط الدم والفشل الكلوي .. الخ، وكان هذا بنسب متفاوتة ، وفيما يتعلق باضطراب السمع وازدواج الرؤية تعد من أكثر مشكلات الحواس شيوعا لدى المسنين، وأن هناك حالات من حوادث المخ الوعائي (الأصوات الغريبة)، واضطرابات حركية لا إرادية، أما من الناحية الاجتماعية فقد كان الترمل هو السمة السائدة بين معظم أفراد العينة المتعاقدين عن العمل، وإن صعوبات التوافق النفسي كانت أبرز أسباب لجوء المسنين إلى مراكز الرعاية، أو بسبب الخوف من الوقوع فريسة للمرض النفسي أو عدم وجود مأوى غير مراكز الرعاية و الاستقبال.

**\*دراسة محمد درويش (1985)**

**عنوان الدراسة:** دارت حول علاقة السن والإقامة بمستوى التوافق لدى المدرسين المسنين المحالين على التقاعد عن العمل في كل من مدينة القاهرة وأقاليم أخرى.

**عينة الدراسة:** واشتملت العينة التي خضعت للدراسة على ( 180 ) مدرسا من مدرسي المرحلة الابتدائية المحالين على التقاعد تراوحت أعمارهم بين ( 60\_ 70 ) سنة.

**نتائج الدراسة:** كان من نتائج الدراسة الميدانية البسيكوميترية التي تم فيها استخدام مقياس التوافق إلى مايلي :

\_ ينخفض مستوى التوافق كلما زاد الفرد تقدما في السن إلى الشيخوخة .  
\_ وأن مستوى التوافق يزداد لدى المسنين المقيمين في الأقاليم أكثر منه من المسنين المقيمين في مدينة القاهرة في مختلف الأعمار .

\_ كما أوضحت الدراسة الإكلينيكية أن توافق الشيخوخة هو نمط من أنماط التوافق في مرحلة لطفولة.

**\*دراسة سهير كامل أحمد(1991)**

**عنوان الدراسة:** الحرمان من البيئة الطبيعية وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين بدور الرعاية الخاصة.

## مشكلة الدراسة

**هدف الدراسة:** " تهدف إلى التعرف على الجوانب المتعددة للشخصية لدى عينتين من المسنات الأولى بدور الرعاية والثانية مسنات ذوات أسر طبيعية، كما تهدف إلى التعرف على ما يمكن للبيئة أن تعكسه من بناء نفسي مميز لدى عينة من مسنات دور الرعاية الخاصة.

عينة الدراسة: وشملت عينة الدراسة مجموعتين الأولى تكونت من عشر مسنات من المقيّمات بدور الرعاية، أعمارهن من 60\_ 79 سنة، والثانية من عشر مسنات من ذوات الأسر الطبيعية تراوحت أعمارهن من 70\_ 90 سنة، حيث طبق عليهن اختبار الشخصية متعدد الأوجه، واستمارة تاريخ الحالة والمقابلة الإكلينيكية واختبار تفهم الموضوع للمسنين، وأشارت النتائج أن حرمان المسنات من البيئة الطبيعية يؤثر تأثيراً كبيراً على شخصيتهن وتوافقهن الشخصي والاجتماعي.  
(كامل علوان الزبيدي، 2009، 273).

**\* دراسة حسن (2000)**

**عنوان دراسة:** تناولت " اثر تناول القات على الصحة النفسية لدى كبار السن ."

**الأدوات المستعملة:** واختار الباحث مقياس الصحة النفسية.

**عينة الدراسة:** وطبق على عينة من المفرطين في تناول القات وبلغت العينة 100 فرداً ممن بلغت أعمارهم أكثر من 50 سنة.

**نتائج الدراسة:** وخلصت النتائج أن الذين يتناولون القات بشكل دائم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض وأن صحتهم النفسية متدنية.

**\*دراسة الفقيه (2009)**

**عنوان الدراسة:** "واقع الصحة النفسية للمسنين".

**هدف الدراسة:** هدفت إلى تقييم الوضعية النفسية والجسدية لدى المسنين بمؤسسات رعاية الشيخوخة وتحديد مظاهر الصحة النفسية وسمات الشخصية وأنماطها التي تميزهم، وكذلك التعرف إلى مدى ارتباط المستوى التعليمي والاقتصادي والترمل بالصحة النفسية لدى المسنين والتعرف إلى الفروق بين الجنسين من المسنين في الصحة النفسية، وكان أهم نتائج هذه الدراسة أن المشكلات النفسية تحل الصدارة في قائمة مختلف المشكلات التي يعاني منها كبار السن داخل مؤسسات الرعاية، كما تبين أن مستوى

الصحة النفسية لديهم منخفض، ووجود علاقة ارتباطية بين متغير المستوى الاقتصادي للمسن ومتغير الوضعية العائلية ومتغير أنماط الشخصية ومستوى الصحة النفسية لديهم، كما تبين وجود فرق بين المسنين والمسنات من حيث مظاهر الصحة النفسية لصالح المسنين. (هناء حسني النابلسي، ص 210).

### دراسة محمد بيومي خليل (1999)

**عنوان الدراسة:** العلاقة بين قلق التقدم في العمر وإرادة الحياة والصحة النفسية للمسنين.

**هدف الدراسة:** هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين قلق التقدم في العمر وإرادة الحياة والصحة النفسية للمسنين.

**عينة الدراسة:** وقد تكونت عينة الدراسة ( 100 ) مسن من المتقاعدين عن العمل بمحافظة الشرقية منهم 50 مسنا و 50 مسنة وتم اختيار العينة على أساس السلامة من الأمراض التي تعوق المسن عن القيام بأمر حياته بشكل طبيعي وأن يكون مقيم مع ذويه وليس بدور للمسنين.

**الأدوات المستعملة:** وقد تم استخدام مقياس قلق التقدم في العمر ومقياس إرادة الحياة ومقياس الصحة النفسية للكبار، وأوضحت النتائج وجود علاقة سالبة بين قلق تدهور الذات الجنسية وكل من إرادة البقاء وإرادة المقاومة.

وعلاقة سالبة بين قلق الموت وكل إرادة البقاء وإرادة المقاومة وعلاقة سالبة بين قلق فقد الدور الاجتماعي وكل من إرادة البقاء وإرادة الاستمتاع بالحياة . (د. ماجدة خميس علي ابراهيم، 2000، ص04).

### دراسة مبروك (2007)

**عنوان الدراسة:** الرضا العام عن الحياة لدى المسنين.

**هدف الدراسة:** هدفها التعرف على متغير الرضا العام عن الحياة لدى المسنين.

**عينة الدراسة:** حيث تكونت العينة من (995) مسن ذكور.

**نتائج الدراسة:** وكشفت نتائج التحليل العامل عن وجود أربعة عوامل للرضا عن الحياة: (الشعور بالرضا، والشعور بالأمان، والقناعة، والانسجام) وكشفت تحليل الانحدار المتعدد عن أول منبئ بالرضا عن الحياة

وهو تقدير المسن لحالته الصحية بنسبة تباين 15%، ثم كان لمتغير الانبساط كسمة من سمات الشخصية الإسهام الثاني في الرضا عن الحياة بنسبة 92%، وأخيراً جاء متغير التدين كمنبئ ثالث بنسبة تباين قدرها 1%. (جولتان حجاز وآخرون، 2010، ص122).

### \* دراسة زينب دهيمي (2008)

**عنوان الدراسة:** التوافق الاجتماعي والنفسي للمسن في الأسرة الحديثة.

**هدف الدراسة:** والتي هدفت إلى التعرف على التوافق الاجتماعي والنفسي للمسن في الأسرة الحديثة.

**عينة الدراسة:** اشتملت الدراسة على عينة قوامها 180 مسن بمدينة بسكرة.

**الأدوات المستخدمة:** واستخدمت مقياس التوافق النفسي والاجتماعي لسامية القطان.

**نتائج الدراسة:** وبعد المعالجات الإحصائية أسفرت النتائج على وجود فروق دالة بين الصحة النفسية لدى المسنين في أسرة ممتدة مقارنة بأسرة نووية وكانت الفروق لصالح الأسرة النووية بمعنى أن المسن الذي يعيش في أسرة ممتدة يتمتع بصحة نفسية وتوافق نفسي واجتماعي أكثر من المسن الذي يعيش في أسرة نووية. (أحمد سني، 2014).

### \* دراسة " كمال يوسف بلان " (2009)

**هدف الدراسة:** هدفت هذه الدراسة إلى كشف الفروق بين المسنين المقيمين في دور رعاية المسنين والمسنين المقيمين مع أسرهم في درجة معاناتهم للقلق، حسب متغيرات مكان الإقامة والعمر والجنس.

**عينة الدراسة:** وقد تكونت عينة الدراسة من 436 مسناً ومسنة منهم 222 من الذكور و214 من الإناث، وقد كانت عينة المسنين المقيمين في دور رعاية المسنين 150 مسناً ومسنة والمقيمين مع أسرهم 286 مسناً ومسنة، من محافظات دمشق.

**الأدوات المستعملة:** كانت أداة الدراسة مقياس سمة القلق لسيلبرجر والذي يحتوي على عشرين عبارة يدل نصفها على أعراض القلق والنصف الآخر على عدم وجوده، ثم تمت المعالجة الإحصائية بواسطة الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS.

نتائج الدراسة: وكانت النتائج التي توصلت إليها الدراسة على النحو الآتي:

\_ توجد فروق دالة على وجود سمة القلق لدى المسنين تبعاً لمتغير مكان الإقامة في الأسرة وفي دور المسنين.

\_ توجد فروق دالة على وجود سمة القلق بين المسنين الذكور المقيمين مع أسرهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية.

\_ توجد فروق دالة على وجود سمة القلق بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمسنين المقيمين في دور الرعاية وفقاً لمتغير الفئة العمرية 71 سنة فما فوق. (كمال يوسف بلان، 2009، ص02).

### \*دراسة حسني عوض 2016

عنوان الدراسة: تناولت الدراسة الاغتراب النفسي وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى المسنين المقيمين مع أسرهم في محافظة طولكرم في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية.

عينة الدراسة: وتكونت عينة الدراسة من (300) مسن ومسنة و تزيد أعمارهم عن (60 عاماً).

الأدوات المستعملة: ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحثان بإعداد استبانة الاغتراب النفسي واستبانة التوافق النفسي الاجتماعي تم التأكد من صدقها وثباتها.

منهج الدراسة: واستخدم الباحثان المنهج الوصفي الارتباطي.

نتائج الدراسة: وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن متوسط درجة الاغتراب النفسي لدى المسنين المقيمين مع أسرهم في محافظة طولكرم قد بلغت (3.09)، كما بلغ متوسط درجة التوافق النفسي (2.42).

\_ وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباط عكسية سالبة ودالة إحصائياً بين الاغتراب النفسي والتوافق النفسي الاجتماعي ككل. كما أظهرت النتائج وجود فروق في درجة التوافق النفسي والاجتماعي للمسنين، بين المستجيبين حسب متغير الحالة الاجتماعية ومكان السكن، وذلك بين أعزب ومتزوج، ولصالح المتزوج وبين قرية ومدينة لصالح القرية.

ـ وأظهرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية في متوسطات التوافق النفسي والاجتماعي لدى المسنين، بحسب متغيرات الجنس، المستوى التعليمي، مكان الإقامة الحالي، بينما وجدت فروق معنوية في متوسطات المتوسطات الحسابية للاغتراب النفسي لدى المسنين، بحسب متغير المستوى التعليمي للصالح بكالوريوس فأعلى، ومتغير مكان السكن، لصالح القرية. ومتغير الحالة الاجتماعية، لصالح المتزوجين. (حسني عوض و سعاد نبيل 2016).

### \*دراسة محمود مصباح عبد الرحمن وآخرون 2011

عنوان الدراسة: بعض المشكلات التي تواجه كبار السن بريف محافظة كفر الشيخ.

هدف الدراسة: استهدف هذا البحث بصفة أساسية الوقوف على بعض المشكلات التي تواجه كبار السن بريف محافظة كفر الشيخ.

عينة الدراسة: وتم اختيار عينة عشوائية منتظمة قوامها 245 مفردة.

نتائج الدراسة: وأظهرت النتائج أن جميع كبار السن يعانون من المشاكل الثماني المدروسة بصفة عامة ولكن بدرجات متفاوتة، والتي أمكن ترتيبها وفق الأهمية النسبية لكل منها كالآتي : المشكلة الاقتصادية في المرتبة الأولى بمتوسط درجات مرجحة بلغ (3.72) درجة، وكانت أهم مشكلة داخل هذه الفئة ارتفاع أسعار السلع الغذائية وعدم توافرها في كثير من الأحيان القرية ،تليها المشاكل الصحية(3.68)، ثم مشكلة تفكك العلاقات الاجتماعية مع أفراد الأسرة والأصدقاء (3.62) ، فالمشاكل النفسية والمواقف السلبية تجاه كبار السن (3.61)، ومشاكل قضاء وقت الفراغ (3.43)، ومشاكل التقاعد وتقلص منظومة المكانة الاجتماعية (3.40) ، وأخيرا المشاكل الدينية (3.37) على الترتيب.

\*دراسة "كامل حسن كتلو" (2016)

عنوانها: " الصحة النفسية للمسنين الفلسطينيين "

هدفها: هدفت الدراسة إلى الكشف عن واقع الصحة النفسية لدى المسنين الفلسطينيين، والتعرف إلى أثر بعض المتغيرات على الصحة النفسية (الجنس، العمر، مكان الإقامة، المؤهلات العلمية، مكان السكن)، عينة الدراسة: طبقت الدراسة على عينة قوامها ( 105 ) مسناً ومسنةً.

الأدوات المستعملة: استخدمت الدراسة قائمة كورنل الجديد (1986) ، تم التحقق من الكفاية السيكمترية للمقياس.

**نتائج الدراسة:** توصلت الدراسة إلى أن أعراض الاضطرابات السيكماتية لدى المسنين كانت متوسطة، وكانت أبرز الأعراض المتعلقة بالحساسية، ثم الغضب، والتوتر، وعدم الكفاية، وأخيرا الاكتئاب. أظهرت النتائج فيما يتعلق بمتغير الجنس وجود فروق في البعد العيادي للحساسية لصالح المسنات، ولم تظهر فروق في أبعاد الدراسة الأخرى. أما مكان الإقامة فلم تظهر فروق على جميع الأبعاد، ما عدا، بعد الغضب ولصالح الذين يسكنون في بيوتهم؛ وكذلك متغير العمر لم تظهر فروق على جميع الأبعاد، ما عدا، بعد القلق لصالح الذين أعمارهم دون 65 سنة، في حين لم تظهر فروق على جميع الأبعاد والدرجة الكلية لمتغير الحالة الاجتماعية والمؤهلات العلمية، وفي متغير مكان السكن لم تظهر فروق في جميع الأبعاد، ما عدا بعد الغضب لصالح الذين يسكنون القرى .

### ب. الدراسات الأجنبية :

\* دراسة " ليفسون F. Livson (1962)

**عنوان الدراسة:** الظروف الاجتماعية وعلاقتها بالتوافق لدى المسنين.

**عينة الدراسة:** أجرى ليفسون دراسة حول " الظروف الاجتماعية التوافق " على عينة من المسنين تراوحت أعمارهم بين 55 و 74 سنة.

**هدف الدراسة:** كان الهدف منها التعرف على علاقة الظروف الاجتماعية بصفة عامة بالتوافق لدى المسنين.

**نتائج الدراسة:** كان من نتائج الدراسة بعد التحليل ما يلي:

\_ أن هناك علاقة وثيقة بين توافق المسنين والأنشطة المختلفة التي يمارسونها، بحيث دلت النتائج أن الأفراد الذين يتميزون بمستوى من التوافق الجيد كانوا أكثر نشاطا اجتماعيا مقارنة بالأفراد الذين لديهم مستوى متدني من التوافق.

\_ وأن هناك علاقة وطيدة بين الحالة الاجتماعية للمسنين ومستوى التوافق فالأفراد المتزوجون كانوا أكثر توافقا من الأفراد المنفصلين أو الأرمال.

\_ تبين كذلك من نتائج الدراسة أنه لا توجد فروقا بين الأفراد مرتفعو التوافق ومنخفضي التوافق من حيث الجوانب الصحية، وعموما فإن التوافق العام للمسن يرتبط بعوامل عديدة منها المستوى الاقتصادي والحالة الاجتماعية والصحية وغيرها.

### \*دراسة نوقارتن (Neugarten 1979)

عنوان الدراسة: الصحة النفسية للمسنين .

هدف الدراسة: كان الهدف من هذه الدراسة هو التعرف على أثر أنواع التفاعل مع الأسرة والأصدقاء والعوامل البيئية على الصحة النفسية للمسنين.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (168) فردا من المسنين الذين تزيد أعمارهم عن (65) عاما. الأدوات المستعملة: استبيان للصحة النفسية.

نتائج الدراسة: من خلال النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن نوع التفاعل الأسري كان مرتبطا بالصحة النفسية وأن عاملا الدخل والصحة يساهمان وبشكل واضح في تحقيق الصحة النفسية للمسنين، وبالتالي توافقهم النفسي الاجتماعي، كما أن الرضا عن الخدمات البيئية الاجتماعية الخاصة بالسكن وتسهيلات المواصلات كانت جوانب هامة في توافق المسنين، وأن المسن يشعر بالانتماء إلى أقاربه بدافع الالتزام أكثر منه اختباريا، وأنه يفضل التفاعلات والعلاقات الوثيقة بالأصدقاء أكثر من الأقارب الذين يكون لدى المسنين رغبة في الاستقلال عنهم. (رياش سعيد ، 2008 ، ص 55).

### \* دراسة Richards (1997)

عنوان الدراسة: " تأثير الطلاق و الانفصال في الصحة النفسية لعينة من كبار السن " .

هدف الدراسة: كان الهدف من الدراسة التعرف على تأثير الطلاق و الانفصال في الصحة النفسية.

عينة الدراسة: تكونت من كبار السن من عمر 53 سنة فما فوق وبلغت عينة البحث 2085 فردا ومن الذين طلقوا أو انفصلوا مرة واحدة على الأقل.

نتائج الدراسة: و من أبرز النتائج التي توصل إليها ارتباط الطلاق و الانفصال بالقلق المتزايد وكذلك الكآبة المتزايدة.

### \* دراسة Sugisawa (1997)

استهدفت الدراسة التعرف على " تأثير التقاعد بين الصحة النفسية والرفاهية الاجتماعية عند اليابانيين من الكهول (دراسة طولية)، وأجريت المقابلات على 78 شخصا متقاعدا، وقد توصلت نتائج هذه الدراسة أن المسنين يقعون في حالة العزلة الاجتماعية بعد التقاعد. (كامل علوان الزبيدي، 2009، 271، 272).

### \* دراسة هيدو و آخرون ( 1998 )

تمت هذه الدراسة في اليابان لمعرفة أثر ضغوط مرحلة الشيخوخة على صحة المسن العقلية، وقد استخدم مقياس الضغوط لدى المسنين، وتكونت عينة الدراسة من 67 مسنا من الذكور والإناث، وأسفرت هذه الدراسة عن تأثير أحداث الحياة الضاغطة على الحالة الصحية للمسنين.

(د.مامجدة خميس علي ابراهيم، 2000، ص04).

### \* دراسة Sherina Mohd Sidik ( 2004 )

بعنوان " المشاكل الصحية الجسدية والعقلية وارتباطها مع العوامل الديموغرافية الاجتماعية بين كبار السن ".

**هدف الدراسة:** والهدف من هذه الدراسة هو تحديد مدى انتشار المشاكل الصحية الجسدية والعقلية، وكذلك تحديد ارتباط هذه المشاكل الصحية مع العوامل الديموغرافية الاجتماعية بين كبار السن في مجتمع ريفي في سيبانغ، سيلانغور.

**عينة الدراسة:** وقد تم اختيار خمسة من أصل تسع قرى عن طريق أخذ عينات عشوائية من كبار السن في القرى المختارة تمت مقابلتهم باستخدام اختبار (الاستبيان) الذي تضمن GDS-30، ECAQ ومؤشر بارثل. من 263 السكان المسنين (6.2% من مجموع السكان)، وافقت على المشاركة حوالي (223)، وقد أعطوا في هذه الدراسة معدل استجابة 84.8%، وكان متوسط عمر المشاركين 69.7 سنة مع متوسط 68 عاما.

**نتائج الدراسة:** أظهرت نتائج الدراسة انتشار المشاكل الصحية الجسدية مثل المرض المزمن كانت 60.1% و 15.7% على التوالي. في حين أن انتشار مشاكل الصحة العقلية مثل الاكتئاب وضعف

الإدراك 7.6% و 22.4% على التوالي، وأن الاكتئاب يرتبط بشكل كبير مع البطالة ( $p < 0.05$ )، في حين أن الضعف الإدراكي كان مرتبطاً بشكل كبير مع التقدم في العمر والجنس والعرق والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي ( $p < 0.05$ ). (Sherina Mohd Sidik, Lekhraj Rampal.2004).

### • دراسات تناولت متغيرات الدراسة" الدعم النفسي الاجتماعي و لصحة النفسية

أ . الدراسات العربية

\* دراسة محمد حسن غانم (2002)

**عنوان الدراسة:** علاقة المساندة النفسية والاجتماعية المدركة لكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين.

**هدف الدراسة:** التي هدفت إلى الوقوف على علاقة المساندة النفسية والاجتماعية المدركة لكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين.

**عينة الدراسة:** عينة مكونة من 900 من المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات الإيواء وأسر طبيعية وتراوح أعمارهم بين ( 80 سنة).

**الأدوات المستعملة:** وطبق عليهم مقياس المساندة النفسية، قائمة بك للاكتئاب.

**نتائج الدراسة:** وقد بينت النتائج أن إدراك المسنين والمسنات الذين يعيشون في بيئة طبيعية تسودها المساندة الاجتماعية بأبعادها المختلفة أكبر وأفضل من الذين يقيمون في دور الإيواء. وأن إدراك الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب يتزايد لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الإيواء. (سني أحمد، 2014، ص27).

\*دراسة خطاب (2010) مصر.

**عنوان الدراسة:** أنماط المساندة الاجتماعية والنوع كمنبئات لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى المسنين.

**هدف الدراسة:** توضيح مدى تباين جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى المسنين بتباين كل من المساندة الاجتماعية والنوع، كما سعت الدراسة إلى استكشاف الدور التنبؤي لأنماط المساندة الاجتماعية كأحد المنبئات لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى المسنين.

**عينة الدراسة:** تكونت من 100 مسن ومسنة، تتراوح أعمارهم من 64 - 80 سنة.

أدوات الدراسة: مقياس الحالة الصحية، sf36 مقياس المساندة الاجتماعية.

**أهم نتائج الدراسة:** المسنات أفضل في نوعية حياتهن المرتبطة بالصحة بالمقارنة بالمسنين. كما أن المسنات أكثر مساندة اجتماعية، كما بينت الدراسة تأثير دال للمساندة في رفع مستوى الحالة الصحية لدى المسنين والمسنات، كما تبين أن أنواع المساندة قادرة على التنبؤ بجودة الحياة المرتبطة بالصحة بمستويات دلالة عالية.

\*دراسة شوكت ( 2002 ) مصر .

**عنوان الدراسة:** المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالوحدة النفسية والتفاؤل والتشاؤم لدى المسنين المقيمين بدور الرعاية (دراسة مقارنة) .

**هدف الدراسة:** فحص العلاقة بين المساندة والشعور بالوحدة النفسية لدى المسنين.

**عينة الدراسة:** تكونت من 100 مسن ومسنة.

**أدوات الدراسة:** مقياس المساندة الاجتماعية للمسنين، مقياس الوحدة النفسية إعداد خضر والشناوي، استمارة جمع بيانات أولية. القائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم إعداد عبد الخالق.

**أهم نتائج الدراسة:** أشارت إلى أن درجة المساندة الكلية كانت أعلى لدى المسنين المقيمين مع أسرهم من المسنين المقيمين في دور الرعاية، ودرجة الوحدة النفسية والتشاؤم أعلى لدى المسنين في دور الرعاية، وكانت المسنات أفضل من المسنين في المساندة الاجتماعية، كما يوجد ارتباط دال وسلبى بين المساندة الاجتماعية والوحدة النفسية.

\*دراسة غانم (2002) مصر .

**عنوان الدراسة:** المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات إيواء وأسر طبيعية.

**هدف الدراسة:** الوقوف على علاقة المساندة الاجتماعية المدركة بكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين والمسنات أفراد العينة.

**عينة الدراسة:** تكونت من 100 مسن ومسنة مقيمين في مؤسسات الإيواء وفي أسرهم الطبيعية، تراوحت أعمارهم من 60 إلى 74.

**أدوات الدراسة:** مقياس المساندة الاجتماعية المدركة، مقياس الشعور بالوحدة النفسية، قائمة بيك للاكتئاب.

**أهم نتائج الدراسة:** إدراك المسنين والمسنات الذين يعيشون في بيئة طبيعية للمساندة الاجتماعية ومساندة التكامل الاجتماعي أكبر وأفضل من المسنين في دار الرعاية، وأن إدراك الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب يتزايد عند المسنين والمسنات في دور الرعاية الاجتماعية. (سهر بدر، 2016، ص76-77).

**\*دراسة تادية محمد عبد الحفيظ هلال" (2012)**

**عنوان الدراسة:** العوامل الاجتماعية المرتبطة بالتوافق النفسي للمسنين (دراسة مقارنة بين بيئة الأسرة ودور المسنين)،

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين العوامل الاجتماعية التي تتمثل في العلاقات الأسرية -المساندة الاجتماعية التوافق النفسي للمسنين التعرف على ما إذا كانت هناك فروق بين المسنين في دور الرعاية والمسنين في بيئة الأسرة في كل من العوامل الاجتماعية) العلاقات الأسرية-المساندة الاجتماعية (والتوافق النفسي بإبعاده) ذاتي، اجتماعي، صحي، اقتصادي، ثقافي بيئي، ثم التعرف على ما إذا كانت العوامل الاجتماعية والتوافق النفسي يختلف باختلاف الجنس (ذكور -إناث)، واختلاف السن (الأكبر سنا -الأصغر سنا).

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من عينة 80 سنه من الذكور والإناث داخل محافظة - قوامها (72) فرد من المسنين بين سن (60 سنة) القاهرة، مقسمه إلى 36 يقيمون في بيئة الأسرة و 36 يقيمون في بيئة دور الرعاية .

**المنهج المتبع:** وقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي المقارن  
**الأدوات المستعملة:** ومن الأدوات المقابلة المفتوحة، استمارة العلاقات الأسرية للمسنين إعداد الباحثة، مقياس المساندة الاجتماعية للمسنين، مقياس التوافق النفسي للمسنين إعداد الباحثة.

**نتائج الدراسة:** وقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها:

\_توجد علاقة ايجابية بين العوامل الاجتماعية (العلاقات الأسرية -المساندة الاجتماعية) والتوافق النفسي للمسنين .

\_ توجد فروق بين المسنين في بيئة الأسرة والمسنين في دور الرعاية في العوامل الاجتماعية (العلاقات الأسرية -المساندة الاجتماعية) لصالح المسنين في بيئة الأسرة.

\_. يختلف مستوى التوافق النفسي بأبعاده الآتية (ذاتي-اجتماعي-صحي جسمي -مجموع كلي للتوافق النفسي) بين المسنين في بيئة الأسرة والمسنين في دور الرعاية لصالح المسنين في بيئة الأسرة ، ولا يوجد فروق بينهم في(البعد الاقتصادي -البعد الثقافي البيئي).

دراسة سهر بدره (2016)

**عنوان الدراسة:** الدعم النفسي الاجتماعي والحاجات النفسية والرضا عن الحياة لدى المسنين.

**هدف الدراسة:** وكانت الأهداف التي تناولتها في دراستها على النحو التالي:

\_ مستوى الدعم النفسي الاجتماعي ونوعه ومصدره لدى أفراد عينة الدراسة.

\_ مستوى الرضا عن الحياة لدى أفراد عينة الدراسة.

\_ مستوى تحقيق الحاجات النفسية لدى أفراد عينة الدراسة.

\_ العلاقة بين الدعم النفسي الاجتماعي والحاجات النفسية والرضا عن الحياة بشكل ثنائي، ومن حيث

تفاعل مستوى الدعم النفسي الاجتماعي ومستوى تحقيق الحاجات النفسية على الرضا عن الحياة.

\_ دلالة الفروق في مستوى الدعم النفسي الاجتماعي تبعاً للمتغيرات التالية: العمر، الجنس، مدة الإقامة

في الدار، الدخل، وجود الأولاد، الحالة الاجتماعية.

\_ دلالة الفروق في مستوى الرضا عن الحياة تبعاً للمتغيرات التالية: العمر، الجنس، مدة الإقامة في

الدار، الدخل، وجود الأولاد، الحالة الاجتماعية.

\_ دلالة الفروق في مستوى تحقيق الحاجات النفسية تبعاً للمتغيرات التالية: العمر، الجنس، مدة الإقامة

في الدار، الدخل، وجود الأولاد، الحالة الاجتماعية.

\_ أثر تفاعل المتغيرات التصنيفية على مستوى الدعم النفسي الاجتماعي لدى المسنين أفراد العينة.

\_ أثر تفاعل المتغيرات التصنيفية على مستوى الرضا عن الحياة لدى المسنين أفراد العينة.

\_ أثر تفاعل المتغيرات التصنيفية على مستوى تحقيق الحاجات النفسية لدى المسنين أفراد العينة .

**عينة الدراسة:** بلغ عدد أفراد عينة الدراسة (125) مسن ومسنة، وسحبت العينة بالطريقة المقصودة

اعتماداً على الخبرة السابقة للباحثة.

**الأدوات المستعملة:** قامت الباحثة بإعداد مقياس تقدير لقياس مستوى الدعم النفسي الاجتماعي بأنواعه

المختلفة، ومصادر وحجم الشبكة الاجتماعية الداعمة التي تؤمن الدعم، ومقياس الرضا عن الحياة

لدى المسنين داخل دار الرعاية، مقياس الحاجات النفسية لدى المسنين داخل دور الرعاية.

**منهج الدراسة:** اعتمدت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي الذي يصف الحالة الراهنة للظاهرة، وطبيعة الظروف والاتجاهات السائدة حالياً.

### نتائج الدراسة:

1. يمكن التنبؤ بتحقيق الحاجات النفسية من متغير الدعم النفسي الاجتماعي بحيث يفسر الدعم النفسي

الاجتماعي 65% من تحقيق الحاجات النفسية لدى المسنين أفراد العينة.

2. يمكن التنبؤ بمتغير الرضا عن الحياة من متغير الدعم النفسي الاجتماعي، بحيث يفسر الدعم النفسي الاجتماعي بدرجته الكلية 68% من الرضا عن الحياة لدى المسنين أفراد العينة.

3. وجود أثر لاختلاف مستويات الدعم النفسي الاجتماعي على مستويات الرضا عن الحياة باختلاف مستويات تحقيق الحاجات النفسية لدى المسنين أفراد العينة.

4. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدعم النفسي الاجتماعي، تبعاً لمتغير العمر لصالح الفئة العمرية 85 فما فوق.

5. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدعم النفسي الاجتماعي تبعاً لمتغير الجنس، لصالح الإناث.

6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدعم النفسي الاجتماعي تبعاً لمتغير مدة الإقامة في الدار.

7. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدعم النفسي الاجتماعي تبعاً لمتغير الدخل، لصالح فئة الدخل (50\_100 ألف).

8. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدعم النفسي الاجتماعي تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، لصالح فئة الأرملة.

9. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدعم النفسي الاجتماعي تبعاً لمتغير وجود الأولاد.

10. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن الحياة، تبعاً لمتغير العمر لصالح الفئة العمرية 85 فما فوق.

11. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير الجنس لصالح الإناث.
12. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير مدة الإقامة في الدار.
13. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير الدخل، لصالح فئة الدخل (100\_50 ألف).
14. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، لصالح فئة الأراذل.
15. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير وجود الأولاد.
16. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تحقيق الحاجات النفسية (أمن، انتماء، تقدير)، تبعاً لمتغير العمر لصالح الفئة العمرية 85 فما فوق.
17. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تحقيق الحاجات النفسية (أمن، انتماء، تقدير) تبعاً لمتغير الجنس، لصالح الإناث.
18. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير مدة الإقامة في الدار.
19. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تحقيق الحاجات النفسية (أمن، انتماء، تقدير) تبعاً لمتغير الدخل، لصالح فئة من يعتمد على الكفلاء في الإنفاق.
20. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تحقيق الحاجات النفسية (أمن، انتماء، تقدير) تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، لصالح فئة الأراذل والعازبين.
21. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تحقيق الحاجات النفسية (أمن، انتماء، تقدير) تبعاً لمتغير وجود الأولاد.
22. وجود أثر لتفاعل المتغيرات التصنيفية على درجة الشعور بالرضا عن الحياة لدى المسنين أفراد العينة.
23. وجود أثر لتفاعل المتغيرات التصنيفية على درجة تقدير مستوى الدعم النفسي الاجتماعي لدى المسنين أفراد العينة.
24. وجود أثر لتفاعل المتغيرات التصنيفية على درجة تحقيق الحاجات النفسية لدى المسنين أفراد العينة.

### ب. الدراسات الأجنبية

\* دراسة بيركمان و سايم (1979): عنوان الدراسة: العلاقة بين الدعم الاجتماعي والصحة النفسية لدى كبار السن.

عينة الدراسة: وقد طبقت على عينة عشوائية مكونة من ( 6928 ) مسن من الرجال والنساء في مقاطعة ألاميدا كاليفورنيا ، وقد تمت متابعتهم لمدة تسع سنوات.

نتائج الدراسة: وقد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن الأشخاص الذين يفتقرون إلى العلاقات الاجتماعية أكثر عرضة للوفاة من الذين لديهم شبكات أو علاقات اجتماعية واسعة، وتوصلت أيضا إلى وجود نمط ثابت من زيادة في معدلات وفيات يرتبط بانخفاض تدريجي للتفاعل الاجتماعي والدعم الاجتماعي .  
( Kristiana Raube، 1992، ص15 ) .

### \*دراسة Caruand Harelzev (1983)

عنوان الدراسة: العلاقة بين الدعم الاجتماعي والصحة النفسية لدى كبار السن .

هدف الدراسة: كان الهدف من إجراء الدراسة " معرفة العلاقة بين الدعم الاجتماعي والصحة النفسية لدى كبار السن.

عينة الدراسة: وبلغ عدد أفراد عينة البحث 1727 فردا ممن بلغت أعمارهم 62 سنة فأكثر من ولاية أوهايو وتمت المقابلة باستخدام مقياس منيسوتا للشخصية المتعدد الأوجه لغرض تقييم الصحة النفسية لمبحوثين.

نتائج الدراسة: أظهر تحليل النتائج أن الصحة الجسمية لها علاقة قوية بالصحة النفسية وأن هناك علاقة بين الدعم الاجتماعي والصحة النفسية لدى كبار السن.

\*دراسة McCullough ماکولو (1995): عنوان الدراسة: "العلاقة بين الدعم الاجتماعي و الصحة النفسية "

هدف الدراسة: وقد أجريت هذه الدراسة لمعرفة العلاقة بين القرب من العائلة وتصورات الدعم الاجتماعي و الاكتئاب، والقلق، والإيجابية والسلبية التي تؤثر في السن لدى البالغين في المناطق الريفية،

**عينة الدراسة:** أجريت هذه الدراسة على عينة مكونة من 100 شخص، تراوحت أعمارهم بين 65 سنة فأكثر تم اختيارهم بشكل عشوائي.

**نتائج الدراسة:** وقد أسفرت نتائج الدراسة أن الدعم الاجتماعي له علاقة بالصحة النفسية وهناك علاقة بين مستويات الاكتئاب و الدعم الاجتماعي. ( Susan Letvak ,2002,P 3 .4.5 ) .

### \*دراسة Adams, Bowden (2000)

**عنوان الدراسة:** " العلاقة بين الدعم الاجتماعي والصحة النفسية لدى المسنين.

**هدف الدراسة:** البحث عن العلاقة الدعم الاجتماعي والصحة النفسية.

**عينة الدراسة:** وأجريت الدراسة على عينة عشوائية تكونت من 34 أسر على فئات مختلفة من المسنين.

**نتائج الدراسة:** وقد أظهرت نتائج هذه الدراسات أن شيوخ لديهم مستويات عالية من الدعم الاجتماعي وأداء أكبر في الأنشطة المختلفة التي تعزز الصحة النفسية لديهم، وأن الدعم الاجتماعي له علاقة مباشرة على الصحة النفسية، كما أظهرت الدراسات أن الدعم الاجتماعي يوفر للأفراد الأمن والشعور بالهوية خلال أوقات الأزمات و مشاعر اليأس.

### دراسة Silverstin, Chin & Heller (1996)

**عنوان الدراسة:** الدعم الاجتماعي بين الأجيال والشعور بالارتياح لدى الوالدين المسنين.

**هدف الدراسة:** معرفة مستوى الدعم الاجتماعي العابر للأجيال المفيد للمسنين ومعرفة أثر الدعم المفرط المقدم من الأبناء لأبائهم المسنين أو المقدم من المسنين أنفسهم للأطفال.

**عينة الدراسة:** تكونت من ( 539 ) فرد مسن.

**أدوات الدراسة:** أداة لقياس الدعم الاجتماعي المقدم من الأطفال للمسنين، ومن المسنين للأطفال. **أهم نتائج الدراسة:** أشارت إلى أن مقدار كبير من الدعم المقدم من الأطفال للمسنين غير المتزوجين أو الذين لا يتوقعون الكثير من الدعم، أدى إلى مزاج جيد جداً، لكن بعد فترة من الزمن بدأ الدعم الكبير بقلب المزاج من جيد إلى مكتئب. كما بينت النتائج أن تقديم الدعم من المسنين للأطفال يقلل من الاكتئاب المرتبط بالعزوبية لدى المسنين.

\*دراسة Ritblatt & Drager (2000): عنوان الدراسة: العلاقة بين الحياة الرتيبة ومفاهيم الدعم الاجتماعي والاكتئاب والرضا عن الحياة بين المسنين.

هدف الدراسة: العلاقة بين الحياة الرتيبة من حيث العزل والاندماج المرافق للتقدم في العمر، ومفاهيم الدعم الاجتماعي والاكتئاب والرضا عن الحياة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 223 فرد 128 إناث و 95 ذكور، أعمارهم بين 60 و 85 سنة. أدوات الدراسة :استخدمت أداة لقياس الدعم الاجتماعي المقدم، قائمة بيك للأعراض الاكتئابية، أداة لقياس الرضا عن الحياة، واستبيان لجمع البيانات الشخصية.

أهم نتائج الدراسة :تبين أن الأفراد الذين يعيشون بطريقة يحددون فيها العوامل العمرية المتعلقة بكبر السن يكونون أكثر رضا عن الحياة، ويسجلون مستويات عالية من الدعم الاجتماعي وأعراض اكتئابية أقل بالمقارنة مع الأفراد الذين يعيشون بطريقة يدمجون بها عوامل كبر السن ضمن ترتيبات حياتهم اليومية، كما أظهرت نتائج الدراسة أن الاكتئاب وطريقة العيش والجنس والدعم الاجتماعي والدخل والوضع الصحي يفسرون 40 % من تغيرات الرضا عن الحياة لدى المسنين.

\*دراسة Philips (2008)

عنوان الدراسة :الدعم الاجتماعي غير الرسمي والشعور بالارتياح لدى المسنين في هونغ كونغ. هدف الدراسة :معرفة أثر أنماط متنوعة من الدعم الاجتماعي غير الرسمي على الشعور بالارتياح لدى المسنين، حيث تم دراسة الفرق بين المقاييس الموضوعية والذاتية للدعم الاجتماعي غير الرسمي مثل: (حجم الشبكات الاجتماعية وتكرار التواصل) مقابل (الرضا عن الدعم الذي يتلقاه المسن،) على الشعور النفسي بالارتياح لدى مسنين يقيمون في ظروف معيشية مختلفة. عينة الدراسة :جمعت المعلومات باستخدام طريقة المقابلة من عينة بلغت 518 مسن، 224 ذكور و 294 إناث.

أدوات الدراسة :تم جمع البيانات بواسطة الأدوات التالية:

الدعم الاجتماعي: استخدمت الدراسة 3مقاييس للدعم الاجتماعي، مقياس التقرير الذاتي عن حجم شبكات الدعم، ومقياس لتكرار التواصل مع الشبكة الداعمة، ومقياس للرضا عن الدعم المقدم. الشعور بالارتياح: تألف هذا المقياس من 5 عبارات 4 ذات اتجاه إيجابي و 1 ذات اتجاه سلبي. أهم نتائج الدراسة :ارتباط الدعم الاجتماعي غير الرسمي بالشعور بالارتياح لدى المسنين، ووجد أن المقاييس الذاتية للدعم وبخاصة الرضا عن الدعم المقدم من الأسرة، من المتنبئات الهامة للشعور

بالارتياح، كما أن تأثير حجم الشبكة الاجتماعية على الشعور بالارتياح كان قوي لدى المسنين الذين يعيشون لوحدهم.

**\*دراسة Consedine & Merz (2009).**

**عنوان الدراسة:** العلاقة بين الدعم العائلي والإحساس بالارتياح لدى المسنين تبعاً لنمط التواصل لدى المسن.

**هدف الدراسة:** بحث العلاقة بين الدعم العائلي والإحساس بالارتياح لدى المسنين، ومعرفة احتمال قيام نمط التواصل لدى المسن بدور وسيط في ذلك.

**عينة الدراسة:** تكونت من 1118 فرد من إثنيات وعرقيات مختلفة.

**أدوات الدراسة:** استبيان للبيانات الشخصية، أداة لقياس العجز في العمليات المعرفية الوظيفية، أداة لقياس الدعم العائلي يشمل بعد الدعم العاطفي والدعم الأدائي، وأداة لقياس نمط التواصل يتألف من 30 عبارة، وأداة لقياس الإحساس بالارتياح ترصد 10 مشاعر مختلفة عن طريق 30 عبارة.

**أهم نتائج الدراسة:** تبين أن الدعم العاطفي والأدائي من العائلة ونمط التواصل من الممكن أن يتنبأ بمدى الإحساس بالارتياح لدى المسن، وتبين أن الدعم العاطفي عادة ما ارتبط بمعدلات عالية من الإحساس بالارتياح، بينما ارتبط الدعم الأدائي بنقص الشعور بالارتياح.

**\*دراسة Kaufman (2010).**

**عنوان الدراسة:** الدعم الاجتماعي وعبء تقديم الرعاية، والرضا عن الحياة لدى عينة من المسنين ذوي التخلف العقلي البسيط ومقدمي الرعاية لهم.

**هدف الدراسة:** تم بحث العلاقة بين درجات أفراد العينة الذين يتلقون دعم اجتماعي غير رسمي والأفراد الذين لا يتلقون الدعم، ومستوى تحمل عبء الرعاية لدى مقدمي الرعاية، والرضا عن الحياة.

**عينة الدراسة:** تكونت من 141 فرد يكونون عائلات في بيئتي البيض الأمريكيين والأفارقة الأمريكيين.

**أدوات الدراسة:** استخدمت أداة لجمع البيانات الشخصية، اختبار بسيط لقياس الكفاءة المعرفية لمقدم الرعاية، قائمة أعراض العته، أداة لتقييم الدعم البيني لقياس الدعم الاجتماعي غير المباشر، مقياس لأعباء تقديم الرعاية عن طريق قياس تبعات تقديم الرعاية على مقدمها، مقياس للرضا عن الحياة.

**أهم نتائج الدراسة:** كان الذكور بشكل عام أكثر ميلاً للوحدة، والذكور الأفارقة أكثر ميلاً للوحدة، وأقل اعتمادية على غيرهم، وأظهرت الدراسة درجات متقاربة من الدعم الاجتماعي غير الرسمي لدى

جميع المشاركين، وتقدمت الإناث على 3 أبعاد من أصل 4 على مقياس الدعم الاجتماعي غير الرسمي، وسجل 32% من الحاصلين على الرعاية مستوى جيد من الرضا عن الحياة. (سهر بدره، 2016، ص 85، 86).

### التعليق على الدراسات السابقة وعلاقتها بموضوع الأطروحة:

من خلال ما تم عرضه من الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة يمكن إجمال الملاحظات التي توضح ارتباط كل دراسة بالدراسة الحالية:

يبدو من خلال ما تم عرضه من دراسات علمية هادفة، وهي كثيرة في ميدان الشيخوخة، والتقدم في السن، وعلى وجه الخصوص في البلدان الأجنبية التي تولي اهتماما كبيرا بالفرد في مجتمعاتها والغريب في الأمر أن هذا الاهتمام يقل وبشكل ملحوظ في مجتمعاتنا العربية والدليل على ذلك قلة وضعف الدراسات التي تهتم بالمسنين خاصة من ناحية الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية. ومع ذلك فإن الاهتمام بالشيخوخة يدل وبشكل واضح وجلي على مدى أهمية هذه المرحلة العمرية وما تعانيه من مشكلات في شتى المجالات الحياتية منها النفسية والاجتماعية والاقتصادية وغيره، من هنا نستخلص ما يلي:

\_ الأخذ بعين الاعتبار ظروف المسن النفسية والاجتماعية والصحية وعوامل كثيرة محددة لحياته أثناء دراسة المسنين، كما يجب أن نأخذ بعين الاعتبار عددا من المتغيرات التي لها دور أساسي وهام فيما يعانيه المسن من مشكلات، ومنها فترة ومدة الإحالة على التقاعد والحالة المهنية والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية، من طلاق أو زواج أو ترمول ومستوى الدخل من ضعفه أو عدمه ومكان الإقامة وغيرها من التغيرات.

يتضح مما تم عرضه من دراسات سابقة التي تناولت متغيرات الدراسة أنها تختلف من حيث الهدف والمكان وحجم العينة ومعظمها كانت قد أجريت أو طبقت في المجتمع العربي والأجنبي، وقد توصلت إلى نفس النتائج بالرغم من اختلاف البيئة والعادات والتقاليد، في حين دراسة واحدة توصلت إلى عكس النتائج في أن للدعم الاجتماعي دور سلبي وتأثير سيئ على كبار السن.

ومع ذلك نشير إلى أن بعض نتائج الدراسات السابقة آلت إلى ما يخدم هذه الدراسة المتواضعة، والتي حاولنا إدراج أغلبها ضمن دراستنا الحالية حول " الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية

## مشكلة الدراسة

---

للمسنين" والتي نسعى من خلالها الوقوف على مساهمة الدعم النفسي الاجتماعي في تحقيق الصحة النفسية لدى المسن الجزائري.

وتعد الدراسة الحالية التي قمنا بها من الدراسات القليلة التي تناولت المسنين من حيث متغيرات الدراسة المتمثلة في الدعم النفسي الاجتماعي وتحديد مصادره ونوعه ومستوياته، كما تحاول الدراسة الحالية التطرق إلى جوانب حياة المسنين ومدى توفر الدعم النفسي الاجتماعي والوصول به إلى مستوى عال من الصحة النفسية، وتم الاستفادة من هذه الدراسات السابقة في إعداد أدوات الدراسة، ومناقشة نتائج الدراسة..

# المبحث الأول: الدعم النفسي الاجتماعي

- 1\_ تمهيد
- 2\_ مفهوم الدعم النفسي الاجتماعي
- 3\_ مناهج الدعم النفسي الاجتماعي
- 4\_ النماذج والنظريات المفسرة للدعم النفسي الاجتماعي
- 5\_ مصادر الدعم النفسي الاجتماعي
- 6\_ شروط تقديم الدعم النفسي الاجتماعي
- 7\_ أشكال الدعم النفسي الاجتماعي
- 8\_ أهمية وأهداف الدعم النفسي الاجتماعي
- 9\_ الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية
- 10\_ الدعم النفسي الاجتماعي للمسنين
- 11\_ محاور تقديم الدعم النفسي الاجتماعي للمسنين وبعض الأساليب لدعمهم
- 12\_ دور الدعم النفسي الاجتماعي في تحسين التوافق النفسي الاجتماعي للمسنين

خلاصة الفصل

### تمهيد

إن كون الإنسان مخلوقا اجتماعيا لا يمكنه العيش بمنأى عن بني جنسه، وكونه مفطور على التواصل مع غيره (أهم ما يميزه باعتباره كائن عاقل)، ويشبع هذا التواصل حاجات الفرد المختلفة كما يسهم في إشباع حاجات الآخرين في عملية تبادلية تشمل مجالات الحياة كافة. ونتيجة لظروف الحياة المعاصرة وآثارها السلبية على صحة الفرد النفسية، وتأثيراتها العميقة على نمط العلاقات الاجتماعية بين الأفراد، أخذت مصطلحات الدعم الاجتماعي والمساندة الاجتماعية وأنظمة الدعم تحتل حيزا هاما في آراء وأفكار وكتابات المهتمين بالأوضاع الإنسانية، وحظيت العلاقات الاجتماعية لما تقدمه من نفع في مجال التكيف والصحة النفسية والتوافق بالنصيب الأكبر من الاهتمام وانطلاقا من أن سعادة الفرد ترتبط بشكل وثيق بالآخرين.

### 1 \_ مفهوم الدعم النفسي الاجتماعي

#### 1\_1 تعريف الدعم:

#### \*الدعم في اللغة:

من دعم الشيء أسنده أو أعانه و قواه، والسند من الإسناد، وكل شيء أسندت إليه شيئا، فهو سند وما يسند إليه يسمى مسندا وسندا وجمعه المساند، وساندت الرجل مساندة إذا عاضدته وكاتفته.

( ابن منظور ،ب.ت،ص12 . 57 ) .

#### \*الدعم اصطلاحا:

يختلف الباحثون حول تعريفه وفقا لتوجهاتهم النظرية، فمن منظور سوسولوجي ينظر إلى عملية الدعم في ضوء عدد وقوة اتصالات الفرد بالآخرين في بيئته الاجتماعية، بمعنى درجة التكامل الاجتماعي للفرد، أو حجم وتركيب الشبكة الاجتماعية للفرد، وهذا التكامل الاجتماعي قد يرفع من مستوى الصحة النفسية بصفة عامة. (<http://educapsy.com>)

وإذا كان مصطلح شبكة العلاقات الاجتماعية يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح الدعم، إلا أن ليبرمان (Libermann 1982) يرى أن الدعم مفهوم أضيق بكثير من مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية،

حيث يعتمد الدعم في تقديره على إدراك الأفراد لشبكاتهم الاجتماعية باعتبارها الأطر التي تشتمل على الأفراد الذين يتقون فيهم، ويستندون على علاقاتهم بهم. (الشناوي محروس محمد وآخرون، 1994، ص3)

وبصفة عامة فمهما كان الأساس النظري الذي ينطلق منه اصطلاح الدعم فإنه يبدو من خلال هذا المفهوم أنه يشتمل على مكونين رئيسيين:

أ . المفهوم الأول: أن يدرك الفرد أنه يوجد عددا كافيا من الأشخاص في حياته يمكنه أن يرجع إليهم عند الحاجة.

ب . المفهوم الثاني: أن يكون لدى هذا الفرد درجة من الرضا عن هذا الدعم المتاح له والاعتقاد في كفاية الدعم.

### 2\_1\_ مفهوم الدعم النفسي

ويعرف الدعم النفسي في القرآن الكريم بأنه الخطاب الرباني الموجه للمؤمنين في كتاب الله عز وجل بقصد إسنادهم من الناحية النفسية وتقوية معنوياتهم والتسرية عن نفوسهم وتطوير كفاءاتهم الذاتية في مواجهة الضغوط النفسية الناتجة عن مصاعب الحياة العديدة ووقايتهم من احباطات نفسية محتملة.

(محمود أبو دف ،2011،ص57).

يهدف الدعم النفسي إلى مساعدة الأفراد والحفاظ على سلامتهم والوصول بهم إلى تكيف أفضل، كما يساعد على التغلب على الاضطراب العاطفي ومعالجته.

( Estelle Coclet, 2010,p12).

الدعم النفسي: يشير إلى الإجراءات التي تلبى الاحتياجات النفسية والاجتماعية للأفراد والأسر والمجتمعات المحلية في ممارسة مجموعة واسعة من الأساليب والأنشطة التي تحمل اسم "الدعم النفسي".

( Nana Wiedemann ,2010, p22).

فالدعم النفسي يعبر عن السلامة النفسية والصحة النفسية للأفراد الذين يتلقونه من طرف زملائهم والمشرفين عليهم من أجل ضمان صحتهم النفسية، فتكمن أهميته في الالتزام بالعمل الذي يقوم به الفرد

وبذلك زيادة الرضا الوظيفي، تمتع الفرد بالمزاج الجيد أي الإيجابي، السلوك الجيد، كما يعمل على الوقاية من الضغوطات المؤلمة في العمل، أما غياب الدعم النفسي أو افتقار الفرد إلى هذا الدعم يؤدي إلى ارتفاع درجة التوتر والصراعات التي تسبب مشاكل كثيرة مثل التعب والصداع والإرهاق والقلق، كما يمكن أن يتسبب انعدام الدعم النفسي في فقدان الإنتاجية بالنسبة للعاملين وزيادة خطر وقوع حوادث والإصابات في العمل. ( ص، 2012، Samra, M. Gilbert).

### 1\_3 الدعم الاجتماعي

الدعم الاجتماعي يعتبر من المتغيرات التي يختلف الباحثون حول تعريفه وفقا لتوجهاتهم النظرية، فمن منظور سوسولوجي ينظر إلى الدعم الاجتماعي في ضوء عدد قوة اتصالات الفرد بالآخرين في بيئته الاجتماعية بمعنى درجة التكامل الاجتماعي للفرد، أو حجم و تركيب الشبكة الاجتماعية للفرد، وهذا التكامل الاجتماعي قد يرفع من مستوى الصحة.

ويذكر **كوهلين وويلز 1985 cohen et wils** بأن الدعم الاجتماعي يحمي الناس من الآثار السيئة من الأحداث المجهدة في الحياة، كما تبين أن الأفراد الذين يتمتعون بدعم اجتماعي مرتفع يتمتعون بصحة أفضل من الأفراد الذين يتلقون دعم اجتماعي منخفض.

كما بينت نتائج دراسة **يوسف (2012) Yusoff** أن الدعم الاجتماعي ( الدعم من الأصدقاء والآخرين ) له علاقة جوهرية بالتوافق النفسي. (د.ماهر يوسف المجدلوي، 2014، ص216).

ويعتبر الدعم الاجتماعي المصادر الاجتماعية التي يلجأ إليها الأفراد كالأسرة والأصدقاء لمساعدتهم على مواجهة صعوبات الحياة، والدعم الاجتماعي يتضمن عنصرين أساسيين هما: إدراك الفرد لوجود آخرين حوله يمكنه اللجوء لهم عند الحاجة، ورضاه عن مستوى الدعم المقدم منهم.

(د.نادية سراج جان، 2008، ص606).

في حين أشار **كابلان Caplan (2004)** إلى أن الدعم الاجتماعي قصير الأجل قد يتكون من ثلاثة عناصر: المساعدة الضرورية من الآخرين في توفير المصادر النفسية والسيطرة على عواطف الفرد، ومشاركته في تنفيذ المهام وتوفير الأموال اللازمة والمواد والأدوات والتوجيه المعرفي ليتمكن من السيطرة على الموقف. (فواز أيوب حمدان مومني ، 2008 ، ص29).

فالدعم الاجتماعي أو ما يسمى بالمساندة الاجتماعية تعرف بأنها انتماء لشبكة اتصالات اجتماعية وواجبات متبادلة عن طريق المجموعة الموجودة داخل الشبكة الاجتماعية، فتتم عملية التبادل، وتنشأ من خلالها في النهاية علاقة ود وحب واعتناء متبادلة. ( Cohn.H.P.1996.P09 ) .

- **الإسناد الاجتماعي:** هو شعور الإنسان بوجود أشخاص مقربين يقفون بجانبه عند حاجته إليهم، وأن هذه الفئة المساندة قد تكون من أفراد أسرته، وأن الأصدقاء أو الجيران، أو الزملاء في العمل، والذين يشاركون الفرد مشاركة وجدانية ويدعمونه معنويا . (لشرى عناد مبارك، 2008، ص05) .

- **الدعم الاجتماعي Social support:** ويقصد به أي دعم معنوي أو مادي يقدم بطريقة مباشرة أو غير مباشرة للفرد، سواء كان هذا الدعم من الشخص نفسه أو من المحيطين به سواء كانوا الأهل أو الأصدقاء أو المعالجين أو أي أشخاص آخرين، ويدركه الفرد علي أنه مساندة له للتغلب على المشاكل التي يواجهها. (ولاء عبد المنعم، 2008، ص39).

### 1\_3 الدعم النفسي والاجتماعي

يعتبر الدعم النفسي الاجتماعي مفهوم حديث نسبيا مثل ظهور مصطلح الشبكة الاجتماعية على يد Barenz البداية الحقيقية له، وأصبح إدراك الفرد لمستوى الدعم النفسي الاجتماعي يعتمد على إدراكه لشبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة التي تضم مصادر المساعدة أي أن الدعم النفسي الاجتماعي هو كيفية إدراك الأفراد لشبكاتهم الاجتماعية، وإحدى طرق تحديد مفهوم الدعم النفسي الاجتماعي هو أن له كيف وكما، يدل كيف على الجانب الذاتي للدعم النفسي الاجتماعي، ويدل الكم على الجانب الموضوعي، ومن الممكن تسميتهما الوجهين الثقافي والوظيفي، أو الدعم المعتمد على الشبكة الاجتماعية والدعم الأساسي.

أما الاهتمام الحالي بالدعم النفسي الاجتماعي فيرجع إلى ثلاثة باحثين هم Cobb, Caplan, Cassel الذين يعتبرون أبرز المهتمين الجدد بالدعم الاجتماعي. فقد أكد كاسل على أهمية الدعم الاجتماعي في الحد من الاضطرابات الناجمة عن الضغوط وتمزق العلاقات الاجتماعية، واعتبر التغذية الراجعة الاجتماعية عنصرا أساسيا في فكرته عن الدعم، واتفق كابلان مع ما ذهب إليه كاسل وقبل بفرضيته عن الدور الملطف الذي يقوم به الدعم الاجتماعي في مواجهة الضغوط، وذلك من خلال تعبئة

مصادر الأفراد النفسية (شبكاتهم الاجتماعية) وزيادة استعدادها لتقديم المساعدة بأنواعها المختلفة. (بدر، 2016، ص30).

وحسب الإطار النفسي والاجتماعي 2005-2007 للاتحاد الدولي فهو يحدد الدعم النفسي الاجتماعي بأنه "عملية لتعزيز ومساعدة الأفراد والأسر الذين يعانون من أزمات لاستعادة إرادتهم ومواجهة الأحداث في المستقبل، كما يشجع على استعادة التماسك الاجتماعي وتعزيز الروابط الاجتماعية بين الأفراد وتحسين الصحة النفسية والاجتماعية للأفراد وقدرتهم على التغلب على أي عقبات في المستقبل، كما يمكن أن يكون للدعم النفسي الاجتماعي دور كبير في الوقاية والعلاج، فمن الناحية الوقائية يساعد على منع تطور المشاكل النفسية أما الناحية العلاجية يساعد الأفراد على التغلب على المشاكل النفسية التي وقعت بسبب الصدمة والأزمات وعلاجها.

( Tomas Bertelsen ,2010,p25 .26)

### الدعم النفسي الاجتماعي:

يشير إلى الترابط المشترك بين العمليات النفسية والاجتماعية، وإلى حقيقة أن كل منهما يتفاعل مع الآخر باستمرار ويؤثر فيه، ويستخدم مصطلح الدعم النفسي الاجتماعي لوصف أي شكل من أشكال الدعم المحلي أو الخارجي. (د.مرسيلينا حسن شعبان، 2013، ص 19).

يعرف الاتحاد الدولي للصليب الأحمر الدعم النفسي الاجتماعي على أنه النهج المجتمعي لتسهيل قدرة السكان المتضررين على التعافي في الوقت الذي يحافظ فيه على صحة ورفاه المواطنين والمتطوعين.

( باربرا جوين ، 2009 ، ص12 ) .

كما عرف **Lynn Walker** الدعم النفسي الاجتماعي بأنه مصطلح يتضمن المكونات التالية:

\_ مصطلح نفسي يتضمن المشاعر والأفكار والعواطف.

\_ مصطلح اجتماعي يتضمن الميل إلى البيئة التي يعيش فيها الفرد. وتشمل الأسرة والأصدقاء، والمجتمع، المدرسة ... الخ

\_ مصطلح الدعم هو الطريقة التي يتم فيها مساعدة الأفراد على التعامل مع المشاكل والصدمات وبناء المرونة ، وتوفير الرعاية . ( Lynn Walker,2005,p16 ) .

أما **sarah Meyer** فتعرفه على أنه أي نوع من الدعم المحلي أو الخارجي الذي يهدف إلى حماية أو تعزيز الرفاهية النفسية والاجتماعية و / أو منع أو علاج اضطراب عقلي.

التدخلات النفسية والاجتماعية لمعالجة الآثار النفسية للصراع، بما في ذلك الآثار المترتبة على السلوك، والعاطفة، والأفكار والذاكرة والأداء، والاجتماعية آثار، بما في ذلك التغيرات في العلاقات، والدعم الاجتماعي والوضع الاقتصادي.( sarah Meyer,2013,p15 ) .

كما عرفه **Nicole** بأنه مساعدة الأسر والمجتمعات المحلية لتحسين حالتهم النفسية والوصول بهم إلى صحة نفسية وتشجيع الروابط بين الناس، وهو سلسلة متصلة من الرعاية والدعم الذي يؤثر في كل من الفرد والبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الناس. ( Nicole Toutounji , 2009,p6 )

كما يعرف **الدعم النفسي الاجتماعي** بأنه مصطلح يتصل العلاقة الديناميكية بين الأبعاد النفسية والاجتماعية للشخص، حيث يؤثر الواحد على الآخر. فالبعد النفسي يشمل العمليات العقلية للشخص، وكذلك عملياتها العاطفية والداخلية (مشاعر وردود الفعل)، يشمل العلاقات الاجتماعية، وشبكات المجتمع والأسرة، والقيم الاجتماعية والممارسات الثقافية.( Nana Wiedemann ,2010, p19 ) .

وهو عملية بناء المقاومة (المرونة، والصمود) في نفس الفرد باحترام إستقلاليته وتقديره، وذلك من خلال دعم العلاقات الاجتماعية بهدف الوصول بالفرد إلى الراحة النفسية، مما يعزز إعادة بناء تماسك المجتمع. (سعاد عبد العال الطاهر،بت،ص22).

**الدعم النفسي الاجتماعي**: يشير تعبير نفسي \_اجتماعي إلى العلاقة المتبادلة بين البعدين النفسي و الاجتماعي يشمل البعد النفسي العمليات الداخلية والنفسية والفكرية والمشاعر وردود الفعل، أما البعد الاجتماعي فيشمل العلاقات والشبكات الأسرية والاجتماعية، القيم الاجتماعية والممارسات الثقافية، ويعني الدعم النفسي الاجتماعي إلى الإجراءات التي تتصدى للاحتياجات النفسية \_ الاجتماعية على حد سواء للأسر والأفراد والمجتمع المحلي (براءة حاطوم، 2014 ،ص 11 ، 12 ) .

ويعرف **الدعم النفسي الاجتماعي** بأنه يشمل إدماج الاعتبارات النفسية في الخدمات الأساسية وتعزيز الدعم المبني على العائلة والمجتمع وتوفير المساعدة بشكل موجه إلى الأفراد والأسر والمجموعات وتوفير خدمات الصحة النفسية المتخصصة لمن يحتاجها. (أجل خيبري ، 2014 ، ص 02 )

هو عبارة عن مجموعة من الأنشطة المتمثلة في الإرشاد الفردي أو الأسري، ومجموعة من المساعدات الاجتماعية والتوجيه المهني، والمساعدات القانونية وتقديم المساعدة الغذائية والمساعدة العلاجية ... الخ، من أجل استعادة الفرد لنشاطه ( Marie Eve.2004.p06).

إن الدعم النفسي والاجتماعي هو مساعدة الأشخاص والأسر والمجتمعات المحلية في تحسين صحتهم النفسية والاجتماعية، وتشجيع الاتصال بين الناس، وبناء شعور أفضل بالذات والمجتمع كما يعبر عنه من خلال الاعتناء والاحترام في العائلات التي تنقل التفاهم والتسامح والقبول وتعزيز الرعاية اليومية الملائمة ضمن الأسرة والمجتمع.

الدعم النفسي والاجتماعي هو سلسلة متصلة من الدعم والرعاية التي تؤثر على الفرد والبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الأفراد. تمتد هذه السلسلة من أفراد الأسرة، ومقدمي الرعاية، والأصدقاء والجيران، والمدرسين، إلى العاملين في مجال الصحة وأعضاء المجتمع، ضمن علاقات ، وتتوسع لتصل إلى الرعاية والدعم التي تقدمها الخدمات النفسية المتخصصة. (Bshr Dayan ,2016 ,p02)

**الدعم النفسي الاجتماعي** هو تعبير نفسي \_ اجتماعي يشير إلى العلاقة بين الجوانب النفسية و الاجتماعية في حالات الطوارئ ، فالأثر النفسي يكون على الخبرات النفسية وعلى العواطف والسلوك و الأفكار والذاكرة والتعلم، أما الأثر الاجتماعي يكون في تغيرات السلوك بين الناس وخلق العديد من المشاكل للفرد والأسرة، والمجتمع بشكل عام . ([http // psychosocial.actalliance.org](http://psychosocial.actalliance.org)) .

**الدعم النفسي الاجتماعي** يشير إلى الترابط المشترك بين العمليات النفسية والاجتماعية، وإلى حقيقة أن كل منهما يتفاعل مع الآخر باستمرار و يؤثر فيه.

فهو يشمل العمليات الداخلية أي العلاقة الديناميكية بين البعد النفسي والاجتماعي للفرد.

فالبعد النفسي يشمل العمليات الداخلية والنفسية والفكرية وكذلك المشاعر و ردود الفعل .

والبعد الاجتماعي يشمل العلاقات والشبكات الأسرية والاجتماعية والقيم الاجتماعية والممارسة الثقافية.

وهو مصطلح يشير إلى الإجراءات التي تتصدى للاحتياجات النفسية والاجتماعية للأفراد والأسر والمجتمعات المحلية. (د.مرسلينا شعبان حسن، 2013، ص19. 139).

يعرف كليونوني(2009) الدعم النفسي الاجتماعي هو اعتقاد أو إيمان الفرد بوجود أو توافر أشخاص مقربين له يمكن أن يثق بهم ويعتقد أن بوسعهم أن يعتنون به ويبقوا بجانبه عند الحاجة أو عند التعرض للضغوطات من أجل تحفيزهم للوصول إلى الأهداف المطلوبة.

أما بالنسبة لـتاردي (2002) يعتبره العوامل التي تساعد الأفراد على التوافق والتكيف مع المواقف المختلفة التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية من أجل تشكيل المقاومة أو المرونة عند تلقي الصدمات ووضع الإمكانيات اللازمة التي تجعل الفرد يتكيف على العيش في الظروف التي يعيش فيها.

أما دوليت (2004) فيرى بأنه الأدوات والإمكانيات التي يتم تزويدها للأفراد أو الفئات الذين يتعرضون لضغوط حياتية من أجل تحفيزهم للوصول إلى حياة صحية وذات مستوى نفسي واجتماعي مقبول. (أسامة محمد، 2015، ص15).

يعد الدعم الاجتماعي الحماية التي يحصل عليها الأفراد من خلال شبكة العلاقات الاجتماعية بين الأفراد. ويرى بعض الباحثين أن الدعم الاجتماعي تشير إلى وجود علاقات مرضية تتسم بالحب والود والثقة والتقدير، وتمثل هذه العلاقات مصدات أو حواجز ضد الضغوط.

ويعرفه شيفر وآخرون (Schaefer, et al, 1990): الدعم الاجتماعي الذي يكون في ثلاثة أبعاد هي الدعم المعنوي الذي يتضمن توفير الود والتأييد والدعم المادي الذي يتضمن تزويد الفرد بالخدمات والمساعدات المباشرة والدعم المعلوماتي ويتلخص في تقديم النصائح والتوجيهات التي تساعد الفرد في حل مشكلات وتعطيه تغذية راجعة عن سلوكه. (رولا مجدي هاشم الصفدي، 2013، ص17).

وبضيف رودين(1955) مكونات الدعم الاجتماعي تتمثل في التعبير عن المشاعر الايجابية، التسليم بملاتمة أفكار ومعتقدات الشخص ومشاعره وتفسيراته، لأن الشخص الذي ينتمي إلى شبكة اجتماعية ويتعرض لمواقف ضاغطة منها يحتاج إلى المساعدة والإمداد بالمعلومات التي يحتاجها لتحسين حالته وتقوية موقفه.

وترى سارسون و آخرون (1986) أن مفهوم الدعم الاجتماعي عبارة عن أشخاص يعتمد عليهم الفرد في قضاء حاجاته وبيادلونه كل محبة وتقدير.

كما يرى باريرا **Anilay, Barrera, 1996** أن للدعم الاجتماعي ثلاث مفاهيم تتمثل في:

- العمق الاجتماعي ويشير إلى العلاقات أو الروابط الاجتماعية التي يقدمها الفرد مع الآخرين ذوي الأهمية في بيئته الاجتماعية.
- الدعم الاجتماعي المدرك وينظر له وفقاً لمعناه بالتقويم المعرفي للعلاقات الثابتة مع الآخرين.
- الدعم الفعلي ويشير إلى الدعم الاجتماعي باعتباره تلك الأفعال التي يؤديها الآخرين بهدف مساعدة شخص معين.

ويتفق الكثير من الباحثين أن مفهوم الدعم الاجتماعي يشمل التالي:

\_ أن يدرك الفرد أنه يوجد عدد كاف من الأشخاص في شبكة علاقاته الاجتماعية، يمكن الرجوع إليهم والاعتماد عليهم عند الحاجة.

\_ أن يكون لدى الفرد درجة معقولة من الرضا عن الدعم المتاح له والقناعة بجدواها.

(هند عقيل، 2008، ص 192، 193).

كما يعتبر **الدعم النفسي الاجتماعي** بأنه دعماً للصحة العقلية والمعاونة " النفس \_ اجتماعية " مصطلحاً مركباً لوصف أي نوع من المساعدات المحلية أو الخارجية التي تستهدف حماية أو تحسين المعاونة " النفس - اجتماعية " و / أو الوقاية من الاضطرابات العقلية و / أو علاجها.

وتعكس هذه المصطلحات وثيقة الصلة لدى الكثير من العاملين في مجال المعاونة نهجاً متكاملة، وإن كانت مختلفة، وتميل الوكالات غير العاملة في قطاع الصحة إلى استخدام مصطلح دعم المعاونة " النفس - اجتماعية " ، أما في قطاع الصحة فيميلون إلى استخدام مصطلح الصحة العقلية ( إعادة التأهيل النفس - اجتماعي )، وفي العلاج النفس - اجتماعي لوصف التدخلات غير البيولوجية مع الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات النفسية. (مصطفى عثمان، 2007، ص 18) .

من خلال عرض مجموعة من التعاريف وآراء بعض العلماء والباحثين حول مفهوم الدعم النفسي الاجتماعي، وجدنا أن هناك تشابه واختلاف كل حسب نظره ومجاله، لذا ترى الباحثة من خلال ما سبق ذكره بأن الدعم النفسي الاجتماعي بأنه الرعاية والدعم المقدم من طرف الأفراد المحيطين بالفرد سواء كانت الأسرة أو الأصدقاء أو المجتمع، الذي يؤثر في الفرد والبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها.

ومن هنا ترى الباحثة أن مصطلح الدعم النفسي الاجتماعي يدل على تقديم المساعدة المعنوية أو العاطفية والمادية أو الاجتماعية التي يتلقاها المسن من مصادر مختلفة ( الأسرة، الأصدقاء، المجتمع)، فهو يعطي للمسند الإحساس بأنه ذو أهمية، وأن هناك من يلجأ إليه وقت الضرورة، وكذا حماية صحته النفسية والاجتماعية أو الوقاية ومعالجة الاضطرابات التي يعاني منها من أجل الوصول إلى صحة نفسية أفضل.

## 2\_ مناهج الدعم النفسي الاجتماعي:

2 \_ 1 منهج عيادي: يبنى هذا المنهج على استعادة الصحة النفسية وتتضمن التداخلات الشائعة من استشارات فردية أو علاج جماعي أو علاج نفسي (سلوكي معرفي) علاج اسري.

ويعتبر الدعم النفسي الاجتماعي مصدراً فعالاً الذي يحتاجه الفرد في مواجهة الضغوط حيث يؤثر نمط ما يتلقاه الفرد من دعم سواء أكان عاطفياً أو معلوماتياً أو ذاتياً في شد عضده وإثراء خبرته وجعله أكثر إدراكاً وتقديراً وواقعياً في تقييمه للحدث مما يسهم بالتالي في زيادة قدرته ومهارته في مواجهة الضغوط والتعامل معها، وبذلك نجد أنه بمقدار تلقي المساعدة والدعم الاجتماعي يكون التباين في حدوث الضغوط وخطورة تأثيراتها. ( فوزية إبراهيم رباح الكردي، 2012، ص15).

فإن الدعم الاجتماعي بما يتيح من علاقات اجتماعية تتسم بالحميمة والدفء والثقة يعمل كحواجز أو مصدات ضد التأثيرات السلبية لضغوط الحياة، ومثل هذه العلاقة بالإضافة إلي أنه يمثل مصدراً للتخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن تعرض الفرد للأحداث الضاغطة بما يتيح من إشباع لحاجاته للأمن النفسي، فإنه يزيد من شعوره بهويته وتقديره لذاته، ويعمل على شحن معنوياته ويرفع من مستوي صلابته النفسية واعتقاده في فاعليته وكفاءته وتعزز ثقته في نفسه، وهو كله عوامل لا تساعد فقط كما قلنا على الوقاية من هذه الضغوط وإنما يمكن أن يسهم في الشفاء مما يترتب عنه من آثار سلبية

على الصحة والنفس، وفي هذا الصدد تشير نتائج الدراسات المقارنة التي أجريت في مجال صحة المسنين إلى أن الأشخاص الذين يعانون من أمراض نفسية أو جسدية مزمنة ويتلقون دعماً نفسياً أو اجتماعياً يتمثلون بشكل أكبر للشفاء من المرضى الذين لا يتلقون مثل هذا الدعم، كما أنهم كانوا أثناء مرضهم أقوى إرادة وأقل شكوى من الألم. هذا وتزداد فاعلية الدعم الاجتماعي بتفاعله مع متغيرات أخرى كالتدين مثلاً. (بندر بن محمد حسن، 2008، ص45).

**2-2 منهج وقائي:** يهدف إلى حماية وإعادة القدرة الوظيفية للأفراد إلى حالتها السابقة من منظور نفسي اجتماعي تطوري لأن الدعم النفسي المبكر هو عامل وقائي يساعد الأشخاص على التكيف بطريقة أفضل مع الظروف ويعزز قدرتهم على التفاعل بشكل أفضل والبدء بإعادة تنظيم حياتهم لأن إهمال ردود الفعل الانفعالية قد يخلق ضحايا سلبيين بدلاً من ضحايا ناشطين.

(<http://montada.aya.sy/showthread.php>)

إن الدعم النفسي الاجتماعي يعمل على تعزيز الروابط الاجتماعية بين الناس ومساعدتهم على التعافي والتغلب على العقبات التي قد تواجهه مستقبلاً، فدوره العلاجي يكون في منع تطور المشاكل النفسية التي قد تواجه الفرد، والتغلب عليها وحلها أو صدمة قد تترك آثاراً، وتقديم علاجاً لهذه المشاكل .

. ( Nana Wiedemann,2010,p26)

من خلال ما تم عرضه، نلخص هذه المناهج في الشكل التالي:



الشكل رقم (01) : يوضح مناهج الدعم النفسي الاجتماعي

التكيف مع الظروف و تعزيز قدرة الفرد على التفاعل. \_ التعافي من الأمراض .

### 3\_ النمذج المفسرة للدعم النفسي الاجتماعي

#### 3\_1 نموذج الأثر المباشر Modèle des effets directs

يرى رواد هذه النموذج و من بينهم " كوهن " و " ويلس " ( 1985 ) أن الدعم الاجتماعي له أثر مباشر وإيجابي في الصحة وهذا بأوجه مختلفة، فالشبكة الاجتماعية تسمح بتقديم خبرات إيجابية منظمة وجملة من العلاقات الاجتماعية المستقرة والمعززة، هذا النوع من الدعم يسمح بالحصول على عواطف إيجابية، استقرار وأمان، يوفر الشعور العام بالصحة النفسية، يسمح بالاعتراف بالقيمة الشخصية، هذه الحالات النفسية الإيجابية تكون ذو فائدة على صحة الفرد، ومن بين وظائفه تسهيل ميكانيزمات التعديل الجهاز الغدي، ويؤثر كذلك في تبني السلوكيات السوية والرغبة في العناية بالذات وكل هذا بمعزل عن حالات الضغط. (ساعو مراد، 2011، ص36) .

#### 3\_2 نموذج تخفيف الأثر

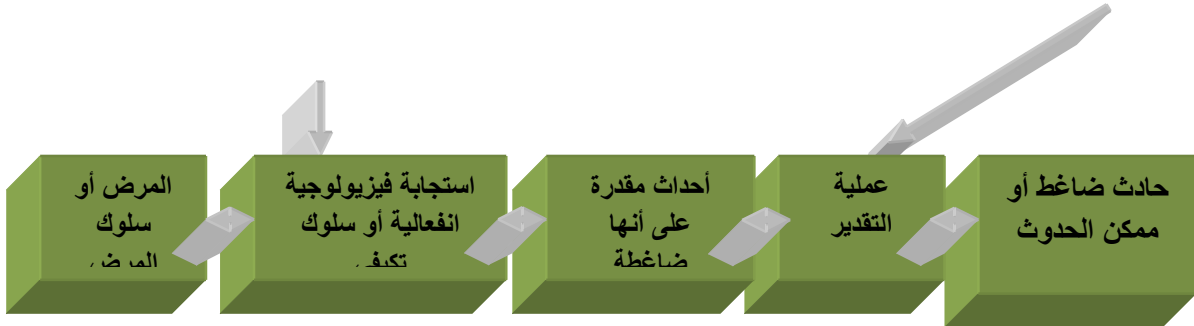
حيث يفترض هذا النموذج أن المساندة الاجتماعية تستطيع أن تخفض من الضغط النفسي حتى يستعيد الفرد نواحي النقص التي نشأت لديه بسبب الحزن، وتقدم هذه النظرية مفهوما نظريا جديدا هو نموذج الحماية، ويقصد به أن المساندة الاجتماعية المرتفعة تحمي الشخص من سيطرة الضغط النفسي وتأثيره السلبي على حالته الصحية.

أي أن هذا النموذج يرتبط بالصحة فقط بشكل أساسي للأفراد الذين يقعون تحت الضغط، وينظر فيه إلى أن المساندة الاجتماعية تحمي الأفراد الذين يتعرضون لضغوط من احتمال التأثير الضار لها، ومن ثم فإن المساندة تقوم بدورها في نقطتين مختلفين بين الضغط والمرض وهي:

- (1) تتدخل المساندة بين الحدث الضاغط (أو توقعه) وبين فعل الضغط، حيث تقوم بتخفيف أو منع استجابة تقدير الضغط بمعنى أن إدراك الفرد أن الآخرين يمكنهم أن يقدموا له الإمكانيات اللازمة، قد تجعله يعيد تقدير إمكانية وجود ضرر نتيجة للموقف أو تقوي لديه القدرة على التعامل مع المطالب التي يفرضها عليه الموقف، ومن ثم فإن الفرد لا يقدر الموقف على أنه شديد الضغط .
- (2) تتدخل المساندة بين خبرة الضغط وظهور حالة مرضية ( باثولوجية ) عن طريق تقليل أو استبعاد رد فعل الضغط بالتأثير المباشر على العمليات الفيزيولوجية، وقد تزيل المساندة الأثر المترتب

على تقدير الضغط عن طريق تقديم حل للمشكلة وذلك بالتخفيف أو التهوين من الأهمية التي يدركها الفرد لهذه المشكلة. (عبيد بنت محمد حسن، 2003، ص28).

وفي فيما يلي نوضح العلاقة السببية بين الضغط والمرض ونقاط عمل الدعم الاجتماعي. الدعم الاجتماعي يمنع تقدير الضغط  
الدعم الاجتماعي قد ينتج عنه إعادة التقدير أو كف الاستجابة غير التوافقية تسهيل أو الاستجابات التوافقية المضادة لها



شكل (02) يوضح العلاقة السببية بين الضغط والمرض ونقاط عمل الدعم الاجتماعي.

(قنون خميسة، 2006، ص84).

## 4\_ النظريات المفسرة للدعم النفسي الاجتماعي

### 4\_1 نظرية التبادل الاجتماعي

ينظر إلى العلاقات من خلال نظرية التكافؤ التي تعتبر من أهم نظريات التبادل الاجتماعي على أنها تتكون من تبادل المصالح والفوائد، أي أن الأفراد المشتركين في علاقة تبادل يفترضون أن تقديم فائدة أو منفعة يرتبط بتلقي الفرد منفعة أخرى في المقابل، وأن تلقي منفعة يُعد دليلاً ملزماً بإعادة تقديم منفعة في المقابل، وأي خلل في هذا التبادل المتوقع يؤدي إلى ردود فعل وجدانية سلبية، ومن بين العوامل الهامة التي تؤثر على أهمية تلك الاعتبارات نوعية العلاقة إذ أن التكافؤ مهم في علاقات العمل (علاقات ملزمة) وكذلك في العلاقات الودية (علاقات الأصدقاء).

كما أن درجة الإشباع والحرمان تلعبان دروا مهما في العلاقات الاجتماعية، وتتأثر بعوامل العرض والطلب مثل المعاملات الاقتصادية، فالشخص الذي يكون مصدراً للإشباع يطالب في المقابل بخدمات لإشباع حاجته وهذه الخدمات ترتفع قيمتها وتخفض مقارنته مع خدمات الإشباع التي يقدمها للآخرين.

لقد انحصر اهتمام هذه النظرية بالمسنين، حيث لفت النظر إلى وجود العديد من الآليات المعرفية التي يجذب الشخص استخدامها عند تبادل الدعم مع الآخرين وهي:

### أ . ادخار الدعم الاجتماعي:

جوهر هذه الآلية أن الشخص لديه رصيد من الدعم كان يقدمه في الماضي للآخرين، وأن ما يقدمه حالياً من دعم يعتبر قليلاً مقارنة بالدعم المقدم في الماضي.

### ب . القابلية للمساواة:

تنص هذه الآلية على حقيقة أن الشخص يدرك مقدار الدعم الذي يبذل له من قبل الآخرين، وبالتالي يحاول جاهداً ألا يطالب منهم دعماً يفوق طاقتهم.

### ج . المودة أو الوحدة المترابطة :

تعني أنه من المفترض أن يكون أفراد المجتمع الواحد مترابطين في وحدة عضوية ونفسية واجتماعية واحدة، وأن الحب والعطاء سلوك سائد داخل الأسرة وبالتالي فإن ذلك ينعكس عليهم.

### د . الانتباه الانتقائي أو الاختياري:

يعني قدرة الشخص على إدراك ما يقدمه للآخرين، وما يعجز عن تقديمه.

### هـ . استمرارية الشخصية:

وهي وعي الشخص أن الدعم المقدم بأنواعه المختلفة يمكن أن يقدم في جميع مراحل الحياة المختلفة وإن اختلفت الأنواع.

و . المقارنة الاجتماعية: تعني مقارنة الشخص بين ما كان يحصل عليه من دعم في الماضي وما يحصل عليه في الوقت الراهن. (قتون خميسة، 2012، ص 86، 87).

### 4\_2 نظرية الارتباط : يرى " بولبي Bowlby " مؤسس نظرية الارتباط **Attachement** أن

المساندة الاجتماعية التي يقدمها الأهل والأصدقاء لا تعوض الفرد عن النقص الكبير الذي يكون حدث له

بسبب فقد شخص عزيز، لأنه فقد الشخص الذي يمثل الارتباط، وهناك نوعان من الشعور بالوحدة النفسية هما:

1. الشعور بالوحدة الوجدانية .

2. الشعور بالوحدة الاجتماعية .

والمساندة الاجتماعية تؤثر في الشعور بالوحدة الاجتماعية، أما الحالة الزوجية فهي تؤثر في الشعور بالوحدة الوجدانية، ذلك أن غياب الارتباط الوجداني مع الشكل الذي يتعلق به الفرد يؤثر في الشعور بالوحدة الاجتماعية، وهناك بعض الدراسات التي أيدت هذا النموذج أي الارتباط، واعتبرت أن تعبير الفرد عن ما يعانيه بالكتابة أو الحديث يؤدي إلى الشعور بالتحسن في حالته الصحية، بل أنه حتى الكلمات التي يستخدمها لوصف الصدمة التي يعانيها قد تشير إلى مدى تحسن في حالته بشكل عام.

(نبيلة باوية، 2012، ص56. 57)

### 4\_3 نظرية المقارنة الاجتماعية

ترى هذه النظرية أن لدى الأفراد حافزا لتقييم آرائهم واتجاهاتهم من خلال المقارنة بمعايير موضوعية أو بسلوكيات الآخرين، ونفترض أن الناس يختارون أناسا مثلهم للمقارنة إذ أن جمع المعلومات من الذين يشبهونهم أكثر فائدة للذات.

وحسب **Festinger** فإن الفرد يحس بالحاجة إلى الآخرين لتقييم ذاته ووضعه وقدراته بالمقارنة مع الآخرين، حيث يقوم بمقارنة ذاته ووضعه مع وضع أمثاله وعلى ضوء هذه المقارنة يعمل على تعديل سلوكه ووضعه.

وبشير **Bunik et al** وآخرون إلى أن الأشخاص يفضلونهم، ويرى أيضا أن الأفراد الذين يعانون من أحداث الحياة الضاغطة يلجأون إلى آخرين أفضل منهم.

### 4\_4 النظرية الكلية

أشار كل من **دك و سليفر** أن هذه النظرية تؤكد حاجة الفرد للدعم الاجتماعي خصوصا في المواقف الصعبة التي يمر بها، واهتمت هذه النظرية أيضا بالخصائص الشخصية التي يمكن أن تؤثر في شبكة

العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد والنظرية الكلية اهتمت بمقياس الإدراك الكلي لمصادر الدعم المتاحة للفرد ودرجة رضاه عن هذه المصادر. (قنون خميسة، 2012، ص 87).

### 5\_ مصادر الدعم النفسي الاجتماعي

اتفق علماء النفس أن هناك مصدرين للدعم النفسي الاجتماعي، فتنوع مصادره المختلفة وكذا فاعليتها طبقا للظروف المتاحة لها وهي:

#### \_ مصادر الدعم النفسي الاجتماعي الرسمية:

هي المحترفين في المساعدة ( الطبقات المجتمعية، المنظمات، مجموعات الخدمة الاجتماعية ).

#### \_ مصادر الدعم النفسي الاجتماعي غير الرسمية:

تتمثل في الوالدين، الأصدقاء، الزملاء... الخ.

لأهمية ذلك فكل الأعمال المرتبطة بالدعم تهتم بنشاط المساندين غير الرسميين، وكذا جماعات الخدمة في التدخل.

فقد لخص توربك " مصادر المساندة الاجتماعية في ثمانية مصادر كما يلي:

الزوجة أو الزوج، الأسرة، الأقارب، الجيران، زملاء العمل، زملاء الدراسة، والأفراد الذين يوفران الرعاية الصحية والنفسية والمرشد والمعالج النفسي ورجال الدين.

هنا يشير " ليفي Levey " (1983) إلى أن المساندة الاجتماعية تختلف باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد، ففي مرحلة الطفولة تكون المساندة الاجتماعية متمثلة في الأسرة (الأم، الأب، الأشقاء) وفي مرحلة المراهقة تتمثل في جماعات الرفاق والأسرة، وفي مرحلة الرشد تتمثل في: الزوج أو الزوجة وكذلك علاقات العمل والأبناء. (نبيلة باوية ، 2012، ص 46).

علاقات العمل: التي تقلل من تأثير الضغوط النفسية إذ أن التماسك في جماعة العمل وارتفاع درجة التفاعل الايجابي والمودة بين العاملين وبين القيادة يؤدي إلى انخفاض تأثير الضغوط عليهن وإلى التمتع بالصحة النفسية السليمة. (قدور بن عباد هوارية، 2014، ص 91).

### الدعم الأسري (العائلة):

حيث يتجلى الدعم العائلي في المساندة الوجدانية، وفي مدى تفهم الوالدين لسلوك الابن وتصرفاته ومشاكله وإظهار قدر من الحب والتشجيع له، ولإنجازاته أمام الآخرين والاهتمام بمطالبه، وتوجيهه برفق ومودة، ومشاركته في أنشطته، إشباع حاجاته .

### دعم الرفقة (الأصدقاء):

تعتبر جماعة الرفاق ذات دور إيجابي في عملية الدعم، فهي التي تؤثر في معايير الفرد الاجتماعية، في حين تعتبر ( نعيمة، 2002 ) أن لجماعة الرفاق أثراً كبيراً في سلوك الفرد، قد يفوق أثر المنزل أو المدرسة، حيث تهيب للطفل الجو المناسب للمعاملات الاجتماعية، وتنمي روح الانتماء لديه، وتبرز مواهبه الاجتماعية. ( نيفين عبد الهادي، 2013، ص 25. 26 ) .

ويرى كل من مات ودين. Matt, G.E. & Dean, A. (1993) أن الأفراد الذين يفتقدون المساندة من الأصدقاء يكونون أكثر عرضة للاضطراب النفسي، وقد يلجأون إلى الانسحاب والابتعاد عن الآخرين لشعورهم بالوحدة والعزلة، أما الأفراد الذين يرتبطون بصداقات كثيرة كانوا أقل شعوراً بالوحدة النفسية . (أسماء السرسى وآخرون، 2001، ص 09 ) .

### 6\_ الدور الاجتماعي للمسن باعتباره مصدر من مصادر الدعم النفسي الاجتماعي.

تعد الأدوار الاجتماعية للفرد مصدر من مصادر الدعم الاجتماعي، فأداء الفرد لدوره كأب أو جد من الأمور المهمة، لما يجده من إدراك لأهميته كما ذكرت بعض الدراسات أن تقديم المسن للمساعدة من الممكن أن يحسن حالته الانفعالية عن طريق إحساسه بالمعنى ووجود هدف في الحياة. فقد تبين أن التأثيرات الحاصلة للمسنين الذين يقدمون الدعم الحقيقي للأولاد، تستلزم وجود التزامات ومسؤوليات وواجبات اجتماعية للمسن، وقد تحققت الدراسات من أثر تقديم أنواع من الدعم مثل الدعم المادي المباشر (المالي) والمساعدة في الواجبات المنزلية والمساعدة بالعناية بالأطفال ومدى تأثير ذلك في الرضا عن الحياة لدى المسنات في الصين.

وتبين أن المسنات كن أكثر رضا عن الحياة عندما أحيطت بهن مسؤوليات ترتبط بالعناية بالجيل الجديد، أو القيام ببعض الواجبات المنزلية.

ويذكر **Chalise (2010)** أنه في معظم بلدان آسيا يعمل المسنون في القطاعات الخاصة، ويعتبر الأبناء مؤتمنون على آبائهم، وتقع مسؤولية العناية بهم عليهم وعلى زوجاتهم، وعلى الرغم من أن معظم الدعم يتجه من الأبناء للآباء، فإن هناك دعم يتجه من المسنين إلى أبنائهم مثل الدعم المادي والخدمات المختلفة، والمشاركة في صناعة القرار داخل الأسرة وتحديد طبيعة العلاقات والقوانين الاجتماعية في المجتمع المحلي المحيط.

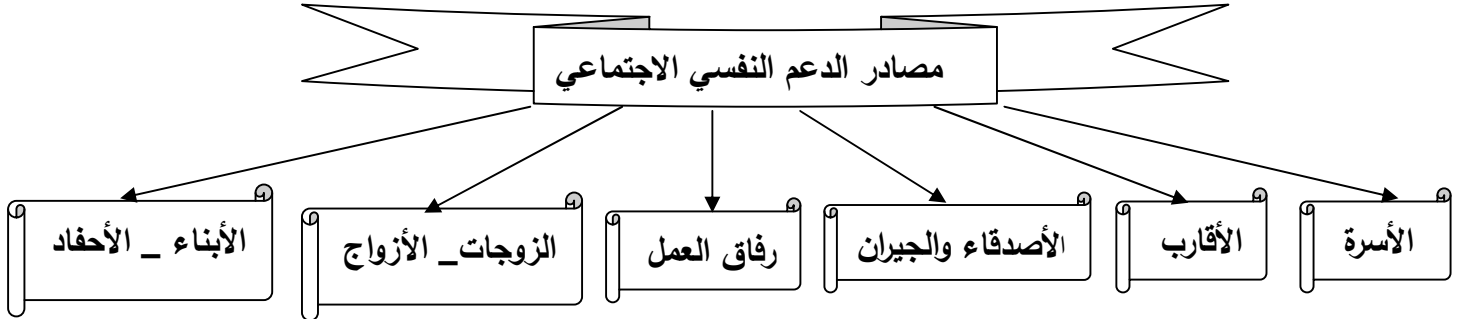
وعلى الرغم من الاهتمام الضئيل الذي أولي لأثر تقديم الدعم، فإن الأبحاث توقعت أن مساعدة الآخرين تنمي وتحسن الحالة الانفعالية لدى المسنين. فقد وجد أن المسنين الذين يقدمون الدعم لأبنائهم يشعرون بقدر كبير من الراحة، لا يشعر به أولئك الذين لا يفعلون ذلك، والآلية التي تؤدي لذلك، هي تولد لشعور بوجود الهدف عن طريق تبني دور الدعم المثمر وتنمية المودة والثقة مع الآخرين.

وذكرت دراسة **Stalnake (2007)** أن للعلاقات الاجتماعية أثر سببي في صحة الأفراد وإحساسهم بالارتياح. وقد أجريت بعض الدراسات على توقع مفاده أن تحسين المشاركة في تقديم الفعاليات الاجتماعية يؤدي إلى تحسين الرضا عن الحياة لدى الأفراد الذين يمرون بظروف صعبة، وذكرت دراسة **Adejumo (2010)** أن حياة المسنين تزيد غنى بحضور الأصدقاء والعائلة، فيما أن المسنون يتواصلون مع أفراد أقل بالمقارنة بالمرحلة السابقة، فإن أهمية العلاقات الشخصية تحافظ على قيمتها وربما أكثر من قبل.

وذكر **Lou (2010)** أن الفرد لا يشعر بالرضا حين يتلقى الدعم من الآخرين فقط، ولكن أيضا بإعطاء الدعم ضمن علاقة تبادلية، فتقديم الدعم يعطي الشخص مشاعر إيجابية وإحساسا بالقيمة الذاتية وتقدير الذات. (سهاد سمير بدره، 2014، ص44، 45).

مما سبق ذكره من مصادر الدعم النفسي الاجتماعي تختلف في نوعها باختلاف المراحل العمرية التي يمر بها الفرد كما تتنوع مصادره في فعاليتها حسب الظروف المختلفة وتمثل هذه المصادر في الأسرة والأقارب والأصدقاء والحيران ورفاق العمل والزوجات والأبناء.

ومن هنا الشكل رقم (03) الموالي يوضح لنا باختصار مصادر الدعم النفسي الاجتماعي:



الشكل رقم(3): يوضح مصادر الدعم النفسي الاجتماعي

### 7 \_ شروط تقديم الدعم النفسي الاجتماعي

ويرى " تايلور " (1995) **taylor** " أن نمط الدعم أو السند الاجتماعي الذي يحتاجه الفرد يختلف باختلاف مرحلة الضغط أو المشقة التي يمر بها، فالفرد الذي يحتاج السلوى والطمأنينة من الأهل والأقارب، إذا تلقى من الأهل النصح والإرشاد في تلك المرحلة فمن المحتمل أن يصيبه هذا النوع من خيبة الأمل، بالرغم من تلقيه نمط السند، لذا يؤكد الباحثون مراعاة التوقيت ونمط السند اللازمان في وقت المشقة حتى يكون للسند أثاره الايجابية المتوقعة لذلك فهناك بعض شروط يجب أن تتوفر في عملية السند النفسي والاجتماعي عند تقديمه كما حددها كل من " واد" و" تافريس" (1987) **wade et tavrism** وتمثل هذه في:

#### مصدر الدعم :

لا بد أن تتوفر بغض الخصائص لدى مانح الدعم، والتي تتمثل في المرونة والنضج والفهم الكامل لطبيعة المشكلة التي يمر بها المتلقي حتى يساهم بقدر فعال في تقديم الدعم .

#### كمية السند:

لابد أن يكون معدل السند الاجتماعي معتدل عند تقديمها للمتلقي حتى لا يجعله أكثر اعتمادية وينخفض بالتالي تقديره لذاته. (شهرزاد بوشدوب، 2009، ص53) .

اختيار التوقيت المناسب لتقديم الدعم : إن من المهارة الاجتماعية تقديم المساعدة الاجتماعية في وقتها المناسب فيكون تأثيرها إيجابيا على المتلقي، أما في وقت لا يحتاج إليها المتلقي أو بعد فوات الأوان فإنها لا تعني له شيئا وقد تسبب له مشكلات .

### كثافة المساعدة :

ويقصد بها تعدد مصادر المساعدة الاجتماعية لدى المتلقي مما قد يسهم سريعا في حل المشكلة التي يمر بها ويساعده على تخطي الأزمات المختلة في حياته.

### التشابه والفهم المتعاطف:

إن المساعدة أو الدعم يمكن تقبله بشكل أفضل في حالة التشابه النفسي والاجتماعي للنماذج والمتلقي، وخاصة إذا كانت الظروف التي يمران بها متشابهة. (نبيلة باوية ، 2012، ص52) .

## 8\_ أشكال الدعم الاجتماعي:

يرى كلا من " كوهين " و " ويلز " ( cohen et wills ) من خلال المراجعة الشاملة لنتائج الدراسات والبحوث السابقة التي أجريت على بعد الأثر الواقى، أو المخفف للدعم الاجتماعي على أحداث الحياة الضاغطة التي يمر بها الفرد في حياته اليومية، ومن خلال عرض الآراء ووجهات النظر في هذا الإطار فقد توصل الباحثان إلى أربع أشكال للدعم الاجتماعي وهي:

### • دعم التقدير Esteem Support

ويعتبر في هذا النوع من الدعم في تقديم أشكال مختلفة من المعلومات لمساعدة الفرد على تعميق إحساسه بأنه مقبول Accepted من الآخرين، ولديه مقومات التقدير الذاتي من المحيطين به/ وهذا يعطي الإحساس بالقيمة الشخصية واحترام الذات، وهذا النوع من الدعم الاجتماعي يطلق عليه العديد من المسميات الأخرى مثل المساعدة النفسية والمساعدة التعبيرية Expressive ، ومساعدة احترام الذات Self Esteem Support ومساعدة التنفيس Ventilation Support ، والمساعدة الوثيقة Close Support .

### • الدعم بالمعلومات Information Support

وهذا النوع من الدعم يظهر في إمداد متلقي الدعم بالمعلومات التي تفيده في حل مشكلة صعبة يواجهها في حياته اليومية، ومن خلال إيذاء النصح له و توجيهه أو إرشاده، ويطلق على هذا النوع من النوع من المساندة بعض المفاهيم الأخرى مثل مساندة التوجيه المعرفي Cognitive Guidance Support والمساندة بالنصح والإرشاد.

### • الصحة الاجتماعية Social Companionship

ويرى (اكسفورد 1994 Oxford) أن مصطلح الصحة الاجتماعية أدخل تحت مفهوم الدعم الاجتماعي بفضل كل من " كوهين و ويلز 1985 " ويعني قضاء وقت الفراغ مع الآخرين المحيطين بالفرد في ممارسة بعض الأنشطة الترفيهية والترفيهية والمشاركة الاجتماعية في المناسبات المختلفة لإشباع الحاجة إلى الانتماء والتواصل مع الآخرين ومساعدة الفرد على التخلص من قلقه وهمومه والتخفيف عنه في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، وأشار بعض الباحثين لمصطلح الصحة الاجتماعية بأنه يمثل الوظيفة الوقائية للدعم الاجتماعي. (محمد حامد ابراهيم الهنداوي، 2011، ص14 . 15 ) .

### • الدعم المعنوي ( الإدراكي ) :

هو دعم نفسي يجده الإنسان في كلمات التهاني والثناء عليه في السراء، وفي عبارات المواساة والشفقة في الضراء فيجد في تهنئة الناس له الاستحسان والتقدير والتقبل والحب المتبادل، ويجد في مواساتهم له التخفيف من مشاعر التوتر والقلق والسخط والجزع والتشجيع على التفكير فيما أصابه بطريقة تفاؤلية فيها رضا بقضاء الله و قدره.

### • الدعم السلوكي : يشير إلى المشاركة في المهام والأعمال المختلفة بالجهد البدني.

### • الدعم الاجتماعي الوجداني :

هو إظهار مشاعر الثقة والحب والحنان للآخرين، كما يعرف على أنه دعم وسند نفسي يجده الإنسان في وقوف الناس معه، ومشاركتهم له أفراحه وأحزانه، وتعاطفهم معه واتجاهاتهم نحوه واهتمامهم بأمره مما يجعله يشعر بالثقة في نفسه وفي الناس، فيزداد فرحا في السراء ويزداد صبورا وتحملا في الضراء . (قنون خميسة، 2013، ص88 . 89) .

**الدعم المادي :** يتمثل في تزويد الفرد بالخدمات والمساعدات المباشرة. ويمكننا اعتباره بأنه مساعدة حقيقية حيث يأخذ شكل هبة أو منحة مالية من أجل مد العون لشخص في أوقات عصيبة، أو تسهيل شئ ما، كوجبة صغيرة على كل إعالة وذلك في أوقات الحرمان. (بوحاتمي سامية، 2001، ص45).

### • الدعم التقييمي :

يتضمن مساعدة الفرد على تحقيق فهم أفضل للحدث الضاغط وللاستراتيجيات يجب حشدتها للتعامل معه، ومن خلال تبادل التقييمات يستطيع الفرد الذي يواجه حدثا ضاغطا أن يقرر مقدار التهديد الذي يسببه الحدث الضاغط ويستطيع الاستفادة من المقترحات حول كيفية إدارة المواقف، وليس هناك من شك في أن المساندة تمثل رافدا مهما بالنسبة للفرد يجعله يقيم الضغط تقييما واقعا كما تجعله أكثر إدراكا للموقف، وربما تفسيره تفسيراً إيجابياً.

(علي خرف الله، 2015، ص371. 372) .

### • الدعم المتوقع و الدعم المتلقي :

فالدعم المتوقع يعود إلى الحكم الشخصي للمستلم .المستفيد على ما سيوفره أو وفره مقدمو الدعم من مساعدة فاعلة عند الحاجة، وأما الدعم المستلم أو الدعم المتلقي فيسمى أيضا الدعم الفعال الذي يعود إلى أفعال أو إجراءات داعمة محددة مثل نصيحة أو طمأنينة وتقدم من الداعمين عند الحاجة.

### • دعم هيكلي و دعم وظيفي:

فالدعم الهيكلي يسمى أيضا بالتكافل الاجتماعي، حيث يكون الفرد المدعوم متصلا بشبكة اجتماعية ومثال ذلك العلاقات الاجتماعية، أو عندما يتكامل الفرد في شبكته الاجتماعية مثل علاقاته العائلية، صداقاته وعضويته في مختلف النوادي والمنظمات، مما يعزز التكافل الاجتماعي، أما الدعم الوظيفي فينظر إلى الوظيفة المحددة التي يمكن للعضو في الشبكة الاجتماعية أن يقدمها، وقد تكون عاطفية آلية معلوماتية أو مجموعات داعمة والمذكورة سابقا.

### • الدعم الخفي : وهذا الدعم يكون بغير وعي الشخص الداعم قد يكون هو الأكثر فائدة

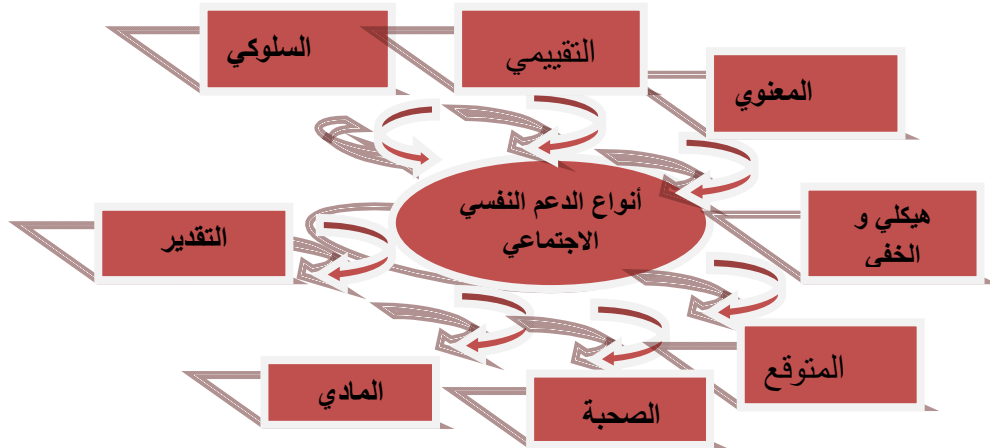
( Wills .T,1985 ,P61 82 ) .

نستنتج أن الدعم سواء كان دعما نفسيا أو اجتماعيا فإنه يأخذ أشكالا وأنواعا مختلفة، قد يكون دعم انفعالي ووجداني يتضمن الإعجاب والثقة وتقديم الحب والتعاطف والاهتمام والإصغاء إلى الآخرين، أو

دعم معلوماتي يتمثل في تقديم النصائح والاقتراحات وتزويد الفرد بالمعلومات التي قد يحتاج إليها، والتي قد تساعده في أوقات الأزمات والضغوط على كيفية التعامل معها، وتعليمه مهارات تساعده في التغلب على المشكلة، فالدعم المعلوماتي يسهم في تعديل إدراك الفرد لجوانب المواقف الضاغطة، أي أن الدعم الانفعالي والمعلوماتي يسهمان في بشكل إيجابي في تحديد استراتيجيات المواجهة للضغوط لدى الفرد، فهي تعمل على توظيف ما يملكه من مصادر داخلية مثل فاعلية الذات و التفاؤل، وما لديه من مصادر خارجية مثل المساندة الاجتماعية المقدمة للفرد لمواجهة المواقف الضاغطة.

بالإضافة إلى الدعم المالي والسلوكي والتقييمي والمتوقع والخفي... الخ، فهذه الأنواع المختلفة من الدعم لها تأثيرات وتفاعلات مختلفة على صحة الفرد وشخصيته وعلاقاته الشخصية.

### الشكل رقم (04): يوضح أنواع الدعم النفسي الاجتماعي



### 9 \_ أهمية وأهداف الدعم النفسي الاجتماعي

للدعم الاجتماعي وظائف نفسية واجتماعية وصحية متعددة منها:

\_ الدعم النفسي يعمل على تخفيف المعاناة الانفعالية والجسدية على حد سواء، تحسين حالة الناس على المدى القصير.

\_ الحد من الآثار النفسية السلبية بعيدة المدى، فيمكن للدعم النفسي المبكر أن يخفف التوتر إلى حد كبير، وأن يقلل من فرصة أن يكون لدى الشخص رد فعل طويل المدى تجاه التوتر، وبمساعدة الناس

على تطوير مهارات العون الذاتي والثقة بالنفس لديهم، يضعف الشعور بالعجز واليأس. ( ليز فليندت سيمونسن و آخرون، 2002، ص35) .

يلعب الدعم النفسي الاجتماعي للمجتمعات دورا هاما في الوقاية من التعرض إلى المزيد من التفكك الاجتماعي وفي تجنب خلق بيئة مهينة لحدوث الاستغلال والعنف، ومع ذلك فإن النماذج الغربية لنظام العلاج النفسي لما بعد الصدمات. ( Manida Naebalang.2006.p59 ) .

يقوم بمهمة حماية الشخص لذاته وزيادة الإحساس بفاعليته، بل إن احتمالات إصابة الشخص بالاضطرابات النفسية والعقلية تقل عندما يدرك الشخص أنه يتلقى الدعم النفسي الاجتماعي من شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به، ولاشك أن هذا الدعم يؤدي دورا هاما في تجاوز أي أزمة قد تواجه الشخص.

وهنا فإنه يؤدي دورا وقائيا، في حين أنه يمكن أن يلعب دورا هاما في الشفاء من الاضطرابات النفسية والعقلية، ويسهم في التوافق الايجابي والنمو الشخصي للفرد، ويجعل الشخص أقل تأثرا في تلقيه لأي ضغوطات أو أزمات.

كما يلعب دورا علاجيا ويؤدي دورا تأهليا في المحافظة على وجود الفرد في حالة رضا عن علاقته بالآخرين واستمرار اعتقاده في كفاية وكفاءة وقوة الدعم.

ويضيف **Moncher (1995)** أن العلاقات الاجتماعية والعائلية الداعمة، والتي توفر الدعم الكافي لأبنائها، تعمل على تقليل خطر اعتداء الوالدين على أبنائهما وخاصة عندما تمر الأسرة بظروف ضاغطة.

كما يهدف الدعم النفسي إلى إشباع الاحتياجات الوجدانية لأباء وأفراد الأسرة، ومساعدتهم على فهم ذواتهم والوعي بمشاعرهم وردود أفعالهم واتجاهاتهم وقيمهم ومعتقداتهم، وعلاج ما يترتب على ذلك من خبرات فشل وصراعات وسوء التكيف. ( ابراهيم أمين القريوتي ، 2009، ص13).

وتتير (معروف، 2015) أن الدعم النفسي الاجتماعي تكمن أهميته في تمكين الشخص من استعادة صورته التي قد تكون هزتها أحداث اليوم ويسمح للإنسان بالتمتع والاسترخاء ويوفر له قاعدة آمنة لحياته، كما أن الدعم النفسي الاجتماعي يجعل للإنسان يؤكد أن الآخرين يتماثلون معه ويهتمون بمشكلاته وأنه

ليس معزولاً وأن لديه بالفعل أناساً آخرين يساعده ويثقون بجواره، ولهذا يعتبر الدعم النفسي الاجتماعي أحد تكتيكات التكيف والتأقلم مع الضغوط، إن أهمية الدعم في حياة الإنسان الوظيفية تشكل افتراضاً هاماً في معظم النظريات التنظيمية والنفسية التي تقترح وجود نوع معين من التفاعل بين عوامل الضغوط والتأييد الاجتماعي. (أسامة محمد، 2015، ص22).

الشكل رقم (05) : يوضح أهداف الدعم النفسي الاجتماعي



الشكل رقم (5): يوضح أهداف الدعم النفسي الاجتماعي

### 10 \_ الدعم النفسي الاجتماعي وعلاقته بالصحة النفسية

أوضحت دراسات عديدة في مجال الصحة النفسية والعقلية أن هناك علاقات ارتباطية موجبة بين الدعم الاجتماعي والصحة النفسية، وهناك أثر عام مفيد للدعم الاجتماعي على الصحة البدنية والنفسية يمكن أن يحدث لأن الشبكات الاجتماعية الكبيرة يمكن أن تزود الأشخاص بخبرات إيجابية منتظمة ومجموعة من الأدوار التي تتلقى مكافأة من المجتمع وهذا النوع من الدعم يمكن أن يرتبط مع السعادة إذ أنه يوفر حالة إيجابية من الوجدان وإحساساً بالاستقرار في مواقف الحياة والاعتراف بأهمية الذات كذلك فإن التكامل في الشبكة

الاجتماعية يمكن أن يساعد أيضاً في تجنب الخبرات السالبة (مثلاً: المشكلات المالية والقانونية ) والتي كان من الممكن بدون وجود الدعم أن يزيد من احتمال حدوث الاضطراب النفسي أو البدني، ويصور هذا النموذج للدعم من وجهة نظر سوسولوجية (علم الاجتماع) على أنه تفاعل اجتماعي منظم أو "انغماس في الأدوار الاجتماعية" أما من ناحية علم النفس "المنظور السيكولوجي" فإنه ينظر للدعم على أنه تفاعل اجتماعي واندماج اجتماعي ومكافأة العلاقات ومساندة الحالة.

وهذا النوع من الدعم الخاصة بالشبكة الاجتماعية يمكن أن يرتبط بالصحة البدنية عن طريق آثار الانفعال على الهرمونات العصبية أو وظائف جهاز المناعة أو عن طريق التأثير على أنماط السلوك المتصل بالصحة مثل تدخين السجائر وتعاطي الخمر أو البحث عن المساعدة الطبية. (رولا مجدي، 2013، ص25).

ويشير فريدينبرج " Frydenberg " (1997) و " كوهين " Cohen (2004) إلى أن الدعم الاجتماعي يمثل متغيراً هاماً للصحة النفسية و الجسمية للفرد، ويعد مؤشراً جيداً عن التوافق النفسي، فهو ذات أهمية كبيرة و مصدر هام من مصادر الشعور بالأمن والتمتع بالصحة النفسية، ويسهم بحد كبير في التخفيف من الضغوط، ويبرهان أن انخفاض الدعم الاجتماعي أو المساندة الاجتماعية يعد مؤشراً عن انخفاض الصحة النفسية.

فقد أوضحت العديد من الدراسات وجود علاقة بين المساندة النفسية الاجتماعية بين الأفراد والتوافق النفسي، وأن نقص المساندة يرتبط بظهور الاضطراب النفسي لدى الفرد، وأن هذه المساندة سواء كانت من الأسرة أو الأصدقاء أو الأقران تكون ذات أهمية في تحديد قدرة الفرد على مواجهة الضغوط فضلاً عن أهمية هذه المساندة الاجتماعية وخاصة المساندة الأسرية في حماية الأفراد من النتائج والآثار السلبية المترتبة على ضغوط الحياة. (طه عبد العظيم حسين و آخر ، 2006، ص136) .

ومن المعروف أن الدعم النفسي الاجتماعي لديه علاقة مباشرة على الصحة النفسية، وعندما تكون مستويات الدعم مرتفعة يكون الضغط أقل في المواقف العصبية، وتكون لدى الفرد القدرة على مواجهة هذه الضغوط، فقد أكدت بعض الدراسات أن الدعم الاجتماعي يوفر للأفراد الأمن والشعور بالهوية خلال

تعرضهم للأزمات، ويقلل من مشاعر اليأس، كما أكدت هذه الدراسات (باريرا و حامية جونز، 1992) أن انعدام أو ضعف الدعم و تفكك الأسرة يؤدي إلى العنف والانحراف والأداء المدرسي.

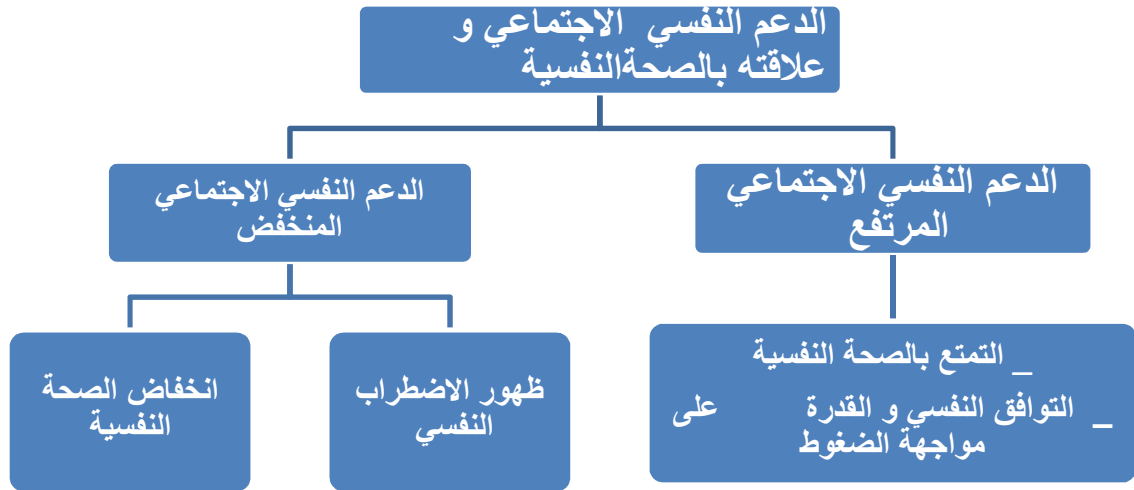
وعلى عكس ذلك توصلت دراسة مارشال، وتريون (2000) أن الدعم الاجتماعي يعتبر مؤشرا كبيرا من المرونة أي قدرة الفرد على التعامل مع المواقف الصعبة وأحداث الحياة بنجاح، وشعور الفرد بالأمل والثقة بالنفس.

فالدعم النفسي الاجتماعي بالنسبة لكبار السن يعد ذو أهمية كبيرة لهذه الفئة، بحكم التغيرات التي تحدث في مرحلة الشيخوخة و مشكلاتها خاصة الصحية كالأمراض المزمنة التي يعاني منها المسنين تزيد من حاجة هذه الفئة إلى الدعم النفسي والاجتماعي، فقد أظهرت دراسة "جونسون" (1998) أن كبار السن الذين هم من ذوي مستويات عالية من الدعم الاجتماعي يمتازون بصحة جيدة وأداء أكثر تميزا، ووضع صحي عالي وكذلك انخفاض في معدلات الوفيات.

أما ماكولو (1995) الذي درس العلاقة بين القرب من العائلة وتصورات الدعم الاجتماعي للاكتئاب والقلق لدى عينة من المسنين، توصل إلى وجود انحدارات متعددة للدعم الاجتماعي التي تكون مؤشرا كبيرا للصحة النفسية، وبذلك تقلل من الشعور الاكتئاب والقلق.

كما توصلت دراسة بيكر و ونغ (1997) إلى وجود علاقة بين مستويات الاكتئاب والدعم الاجتماعي للمسنين، حيث أن تلقي المسن الدعم الاجتماعي المقدم من قبل العائلة والجيران والأصدقاء والجماعة يعتبر وسيلة للتعامل مع الشعور بالوحدة و الاكتئاب .

الشكل رقم (06) : العلاقة بين الدعم النفسي الاجتماعي و الصحة النفسية



شكل رقم(6): يوضح العلاقة بين الدعم النفسي الاجتماعي و الصحة النفسية

## 11\_ الدعم النفسي الاجتماعي للمسنين

إن المسن بالوجه العام والمسن الجزائري بوجه خاص يعيش أوضاع نفسية وصحية مزرية، ومشاكل اجتماعية ونفسية أثرت على حياته وعلى سلوكه وتفكيره وهذا ما يزيد من حاجاته إلى تلقي دعما نفسيا واجتماعيا، فالمواقف التي يتعرض لها المسن ولا يستطيع مواجهتها وتترك آثارا سلبية تجعله أقل قدرة على مواصلة حياته، فالدعم النفسي والاجتماعي يقوم على تعزيز قوة العطاء الإنساني لكل الفئات بدون استثناء .

إن ضعف الاتصال بين المسن وأفراد أسرته هذه الأخيرة التي يفترض بها احتوائه وتقديم الدعم النفسي الاجتماعي له والذي بدوره يمنح المسن تحصين نفسي ضد مختلف الأمراض العضوية والنفسية التي يمكن أن تصيبه، ومن أبرز الدراسات التي توصلت إلى أهمية المساندة النفسية الاجتماعية في حياة المسن دراسة "كراوس" و زملائه ( 1990 ) والتي كانت تهدف إلى معرفة الفروق بين المسنين مرتفعي الشعور بالوحدة النفسية الاكتئابية ومنخفضي الشعور بالوحدة النفسية الاكتئابية وعلاقة ذلك بأدراك المسن للمساندة الاجتماعية، وقد توصلوا إلى عدد من النتائج كان أهمها زيادة عدد الاتصالات الاجتماعية بالزوجة والأبناء والأصدقاء يقلل من استهداف المسن للوقوع في مشكلات الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب، وفي دراسة أجراها نفس الباحث على عدد من المسنين الأرامل توصل إلى نتيجة مؤداها انه

كلما أدرك المسن انه يتلقى عددا من سبل الدعم والمساندة من الآخرين خفف ذلك من الإحساس بالشعور بالوحدة النفسية. (سني أحمد، 2015، ص87).

وفي دراسة قام بها " محمد حسن غانم (2009) حول طبيعة إدراك المسن للمساندة الاجتماعية بأنواعها المختلفة ( مساندة بالمعلومات ، مساندة أدائية ووجدانية ومساندة التكامل الاجتماعي)، وهل يختلف هذا الإدراك باختلاف طبيعة إقامة المسن ( أسر طبيعية ، دور الإيواء)، حيث توصلت هذه الدراسة إلى أن الإدراك الجيد للمساندة الاجتماعية وأبعادها إنما يعد مؤشرا مهما على تمتع الفرد بالصحة النفسية وأنه كلما زاد إدراك المسن أنه ما زال يتلقى أنواعا مختلفة من المساندة الاجتماعية وقادرا في نفس الوقت نفسه على التفاعل والعطاء للآخرين قلت لديه الإحساسات الضاغطة بالتوتر والقلق النفسي و الاضطرابات النفسية المختلفة. (يمينة خلادي ، 2012 ، ص53. 54).

ويشير عطوف محمود ياسين إلى اختلاف الدول في موقفها ورعايتها لفئة المسنين، فتجد مثلا في الدول المتطورة كالسويد، الدنمارك، اليابان، استراليا وأمريكا، مئات المراكز لرعاية أفراد هذه الفئة من الجنسين و تخطيط القرى والمدن النرويجية لهم وتزويدها ببرامج ثقافية ورياضية وترفيهية للاستفادة من عقول المسنين الذين وصلوا إلى مرحلة من الحكمة والتجارب الكافية للاستفادة منها حتى أن بعض الدول تستفيد من خبراتهم و مهارتهم في المجالس الاستشارية والتخطيط و تسمى بعض المؤسسات هذا العمر الذي وصل إليه المسنون بالعمر الذهبي وهم فوق الستين من العمر، بينما تتجه دول العلم الثالث إلى إهمال الكهول وتنبأ من الشيوخ. (عطوف محمود ياسين، 1988، ص489).

### 12\_ دور الدعم النفسي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي عند المسنين:

هناك مجموعة من الحاجات النفسية التي يحتاجها الفرد لضمان الصحة النفسية والتوافق النفسي الاجتماعي مع المحيطين به، وتتمثل في الحاجة لانتمائه إلى جماعة ما، كما يبحث المسن عن الأمن والأمان تجنب الأذى، كما يحتاج إلى الرفقة التي ترتبط بدوافع الرعاية، العناية، الحب والانتماء.

من هذا المنطلق يتوجب على الأسر التي من بين أفرادها شخص مسن، إدراك احتياجاته النفسية والاستعداد لها. فإذا كان توافق الفرد مع نفسه ومع العوامل البيئية التي يتفاعل معها يعتبر من الضروريات الأساسية، فإن إمكانية التوافق السوي بالنسبة للفرد المسن تقتضي كذلك أن يتقبل أفراد المجتمع الحالة الشخصية بكل مظاهرها و يتكفلون به ويعملون على رعايته و مساعدته على التغلب على

مشاكله وتمكينه من إشباع حاجاته بالطرق الملائمة لكي يحافظون على كرامته ومكانته الاجتماعية بشكل يجعله يشعر باستمرار بقيمته الاجتماعية وأهميته تتأكد مع اهتمام أفراد المجتمع عموماً والمقربين إليه خصوصاً أهمية الإدراك الإيجابي الذي يستشعره المسن في علاقاته مع الأشخاص المقربين منه في تحقيق الاتزان النفسي من جميع جوانبه، الأمر الذي يساعده في أن يحيا حياة سعيدة من بين مؤشرات شعوره بأنه يحظى بتقدير ومكانة اجتماعية داخل الجماعات التي ينتمي إليها وهذا ما يجعل نظرتة لنفسه تمنحه قوة تتعدى حتى الأمراض العضوية المرتبطة بالسن. (سني أحمد، 2015، ص87).

### 12\_ 1. محاور تقديم الدعم النفسي الاجتماعي للمسنين

يحتاج كل فرد من أفراد المجتمع إلى الدعم سواء كان هذا الدعم نفسي أو اجتماعي ليخفف من معاناته ولكي يزيد من شعوره بالسعادة والرضا عن الحياة، وبذلك يكون لدى الفرد المسن تقديراً عالياً للذات والشعور بالثقة، ويقلل لديه المشاعر السلبية ويقوي المشاعر الإيجابية، فالدعم النفسي الاجتماعي يعتبر مهماً بالنسبة لكبار السن بما له من أهمية في تحقيق صحة نفسية جيدة وكذا تحقيق توافق نفسي واجتماعي والتفاعل مع المحيطين به من داخل أسرته، أو أصدقائه ومجتمعه.

فالمساندة الأسرية تعني الحصول على العون والمساندة من قبل الأسرة والشعور بالأمن النفسي لوجود الفرد بينهم وأنه محل ثقتهم واحترامهم.

والمساندة من الأصدقاء تعني الشعور بالراحة للتواجد مع الأصدقاء ومشاركتهم اهتمامات الحياة والحصول على المناصرة والمساعدة عند الضرورة. (آيت حمودة حكيمة و آخرون ، 2011، ص09) .

فالدعم النفسي الاجتماعي لديه عدة مصادر نذكر منها على سبيل المثال:

### \_ الأسرة:

تعد الأسرة أهم جهاز يقدم الرعاية غير الرسمية لكبار السن وذلك من منطلق ضرورة رعاية المسن داخل المحيط الطبيعي له دون نزعه ووضعه في وسط مخالف لما تعود عليه لذلك فإن الاتجاهات الحديثة تتجه نحو إعادة تقديم الرعاية للمسنين من خلال أسرته باعتبارها من أنسب أنواع الخدمات الغير رسمية.

وإن رعاية الأسرة لكبير السن هي جزء من دورها الطبيعي ووظيفتها التقليدية في رعاية أفرادها

وحياتهم فهي أفضل من يحتضن الكبير ويرد له الجميل ويبعد عنه المخاوف والأوهام، ذلك لان الأسرة هي نسق اجتماعي يتكون من وحدات مرتبطة بعضها ببعض على مستويات مختلفة ولها اتصالاتها الاجتماعية المتعددة التي يمكن أن تدعم شبكة العلاقات الاجتماعية لكبير السن مع المجتمع مما يقلل من شعوره بالغرابة والوحدة وفقد الأهمية.

ودائماً كانت قيم المجتمع الدينية والحضارية موجهاً لمسؤولية الأسرة في رعاية الكبار من أفرادها وتكريمهم، فالكبار هم مصدر فخر بما يمنحونه من بركة وحكمة وحب.

وتكشف الدراسات والبحوث الميدانية عن أهمية الأسرة في رعاية المسنين ففي بعض الدراسات اتضح انه على الرغم من أن عدداً كبيراً من المسنين قد يعيشون بعيداً عن أبنائهم إلا أن الروابط الأسرية ظلت قائمة تمارس وظيفتها في توفير المساعدة لهؤلاء الكبار عند وقت الحاجة إليها.

وقد تتجاوز الآباء والأمهات والمسنين إلى بعض الأقارب أو الجيران والأصدقاء في المجتمع المحلي، وان كبار السن الذين قد يوجد لديهم أبناء بالغين يفضلون تلقي الرعاية في بيوت أبنائهم رافضين أي شكل من أشكال الرعاية المؤسسية الداخلية المغلقة متى توافرت الظروف لذلك. وتظهر دراسات أخرى أجريت في انكلترا بمعرفة **موروني** أن للأسرة أهمية بالغة كنظام اجتماعي لتوفير وتقديم الخدمات طويلة المدى وتتفق بعض نتائج هذه الدراسة مع آراء **Atchey** في أن الأسرة واحدة من أهم المصادر في توفير خدمات الرعاية طويلة المدى لأفرادها من المسنين أو العجزة وتؤكد دراسة **موروني** على الدور الذي يمكن أن تقوم به الأسرة في رعاية المسنين من أفرادها وذلك لان تشجيع الاعتماد على الدولة في رعاية المسنين سوف يؤدي إلى رفض الأبناء القيام بمسؤوليتهم تجاه ذويهم مما يعني زيادة الطلب على الخدمات الحكومية للقيام بهذا الدور وبذلك فمن المتوقع حدوث نتائج اقتصادية سيئة تهز جوانب الاقتصاد القومي الانكليزي. (محمد جرادات، 2011).

إن دور العائلة مهم جدا في دعم كبار السن في مواجهة الصعوبات التي يواجهونها، فعلى الأولاد تعويض النقص الذي قد يصيب الكبير في السن، وذلك بتأمين أجواء من الحب والتعاطف والمساندة النفسية تشعره بالراحة النفسية واستقرار المستقبل، وذلك لكي يستطيعوا أن يتكيفوا مع أوضاعهم وحياتهم اليومية.

كذلك عندما يلجأ المجتمع إلى خبرات المسنين في الحياة فإن ذلك قد يجعلهم يشعرون بقيمتهم و أهمية دورهم في المجتمع، لذلك على من يحيطون بالمسنين أن يستمعوا إلى أفكارهم وليتعلموا منها فإن المسنين قد مروا بتجارب طويلة، وأنهم قد استفادوا من هذه التجارب، استناداً على القول المأثور "من ليس له ماضي، ليس له حاضر"، يجب أن نستمع إليهم فإن معظمهم يحلو لهم الحديث عن الماضي والذكريات القديمة، لهذا يجب الإنصات لهم باهتمام، وتحفيزهم على إخراج ما عندهم من كنوز الذكريات الماضية، والتعبير عما يكمن في خواتمهم وبواطنهم، وهذا مما يخفف من حدة القلق والضيق الذي يعانون منه، أيضاً ينبغي مساعدتهم في المحافظة على صحتهم النفسية، وذلك من خلال الإشادة بما قاموا به في الماضي من أعمال إيجابية، والتحدث عن إنجازاتهم؛ خاصة تلك التي تشعرهم بالرضا والفخر والاعتزاز، وتساعدهم في توضيح أدوارهم، ومسؤولياتهم الأسرية والاجتماعية، كما يجب إعانتهم على أداء العبادات، وفعل الطاعات، وتذكيرهم برحمة الله وعفوه وغفرانه، وما أعدّه الخالق جلّ جلاله لعباده الصالحين، من نعيم لا ينفد؛ حتى تطمئن أنفسهم، وتشرح صدورهم، وتستقيم أفكارهم.

### \_ أهمية الصداقات والجماعة

تعد الجماعة مناسلاً لتبادل الآراء والأفكار واستعراض المشكلات التي تواجه الأعضاء ومدخلاً مناسباً لاكتساب خبرات جديدة وتبني مداخل وأهداف متطورة وحينما يتفاعل الأفراد الذين يواجهون خبرات وضغوطاً متقاربة، فإن وجهات نظرهم المتباينة تمكنهم من إعادة تقييم أبعاد البيئة والمجتمع وتعديل بعض قيمهم بما يتوافق مع تطورات الحياة، فالحياة الجماعية توفر الفرصة لتجديد الصداقات القديمة وبناء صداقات جديدة، وتساعد الأفراد على تنمية شخصياتهم وتحقيق الأغراض المشتركة للجماعة كلها، بحيث تعمل على إشباع الاحتياجات لدى الأعضاء وإتاحة الفرصة لهم لتحمل المسؤولية والقيادة التي شعروا بفقدانها.

توفر الصداقات شبكة مهمة من في الإسناد الاجتماعي لكبار السن فالإحساس بالود والشعور بالانتماء والاعتماد المتبادل هي حاجات مهمة وذات علاقة بالرضا عن الحياة، تستطيع الصداقات أن تساعد في تعزيزها وتركيزها.

وتختلف العلاقات مع الأصدقاء عن تلك التي مع أعضاء الأسرة بسبب طبيعتها التطوعية الاختيارية والتأكيد على الكسب المتبادل ثنائياً. وليس مستغرباً أن نجد كبار السن الذين يعيشون لوحدهم لديهم

مستويات من الاتصال والاحتكاك بالأقران أعلى من أولئك الذين يعيشون مع زوجاتهم ( و أزواجهن) أو مع عضو آخر من العائلة، ويحتفظ الكبار الأصحاء أيضا بمستويات أعظم من الاحتكاك والتواصل مع الأصدقاء، في حين أن العوق الوظيفي لكبار السن يمكن أن يعرضهم إلى خطر فقدان الأصدقاء حين يمنع ذلك العوق الأفراد من الإبقاء بالالتزامات وتحقيق توقعات الشخص الآخر، ويوفر الأصدقاء بعض الإسناد غير المباشر وغير الرسمي للكبار العاجزين أو ذوي الحاجات الخاصة في الوقت الذي يكون فيه الإسناد المباشر من أعضاء العائلة هو المفضل لدى معظم كبار السن ، و نمطيا فإن الأصدقاء يوفرون إسنادا حينما يكون ملائما أو أن الحاجة للمساعدة تكون غير متوقعة .

( علي الجاسم، 2009، ص240. 241 ).

فالصداقات والعلاقات الاجتماعية تمثل عاملاً حاسماً في التوافق النفسي، حيث يتمتع من لديهم شبكة علاقات اجتماعية واسعة في سن متقدمة بتوافق نفسي أعلى، إلا أننا نجد أن كثيراً من المسنين يشكون من ضعف العلاقات الاجتماعية، وخصوصاً من كانت تربطه علاقاته عبر مهنته، فإذا كان صاحب مركز اجتماعي، أو شهرة، تجدهم في مراحل متقدمة يكونون أقل توافقاً، ويترتب أهمية العلاقات الاجتماعية لدى المسنين وأثرها على التوافق النفسي بالأهمية وفقدان الدور، ويصبح لديه مفهوم سلبي عن ذاته بأنه لم يعد له أي أهمية، أو دور، مما جعل الجميع يتخلى عنه، ومن ثم تنعكس عليه بمشاعر سلبية.(عبد الحكيم،2013).

## 12\_2. بعض الأساليب لدعم المسنين

1. العمل على تنمية شعور المسن بقيمة الذات، من خلال توكيل بعض المهم البسيطة للمسن على أن تكون متناسبة مع قدراته الحركية والذهنية، مما يجعل له دور حقيقي في بيئته الاجتماعية .
2. إشعار المسن بقيمته في الحياة، عن طريق الاستفادة من خبراته الحياتية والمهنية والعملية بقدر الإمكان .
3. إرشاد المسن إلى إمكانية كتابة ذكرياته الشخصية، كوسيلة لشغل وقت الفراغ واستعادة الخبرات الجميلة، وآلية لتنشيط القدرات العقلية وأسلوب يساعد على فهم المسن بشكل عميق.
4. استعادة الخبرات السعيدة من خلال عقد جلسات استماع يتشارك فيها كبار السن في الخبرات التي مروا بها في حياتهم .

5. مشاركة المسن في اتخاذ القرارات وخاصة المتعلقة بهم مما يعمل على تنمية وتوكيد الذات.
6. إظهار الاحترام والتقدير نحو كبار السن لتنمية الشعور بالأمن والاستقرار النفسي.
7. مساعدة كبار السن على تنمية البعد الروحي بتشجيعهم على أداء العبادات والمناسك.
8. العمل على تدعيم وتجديد شبكة العلاقات الاجتماعية الخاصة بالمسن من خلال التواصل مع أصدقاءه و معارفه بشكل فعال .
9. تدعيم النسق الوجداني للمسن، من خلال إظهار التعاطف والمشاعر الدافئة الطبيعية والبعيدة عن الشفقة، لما لها من أثر سلبي في نفس المسن.
10. تجاهل السلوكيات السلبية الصادرة عن المسن، وتجنب توجيه النقد له نظرا لما يخلفه النقد المستمر من آثار سلبية على صحته النفسية. (أحمد السيد مصطفى، 2008، ص11. 12).

### خلاصة الفصل

خلاصة ما تم عرضه في هذا الفصل وعلى ضوء ما سبق ذكره من مفاهيم حول الدعم النفسي الاجتماعي ومناهجه والنظريات المفسرة له أهميته للمسنين، يبقى من العوامل أو الإستراتيجية الهامة في الحفاظ على الصحة النفسية للمسن خاصة إذا كانت لديه شبكة اجتماعية تساعده على مواجهة أي موقف ضاغط والآثار الناجمة عنه. ويخفف من العناء ويزيد من الشعور بالسعادة، وهذا الدعم يوفر تقديرا عاليا للذات والثقة بها، ويولد المشاعر الإيجابية ويقلل من التأثير السلبي للأحداث الخارجية.

# المبحث الثاني: الصحة النفسية

1\_ تمهيد

2\_ تعريف الصحة النفسية

3\_ بعض الاتجاهات المفسرة لمفهوم الصحة النفسية

4\_ الصحة النفسية وعلاقتها ببعض المفاهيم

5\_ علم الصحة النفسية

6\_ علاقة الصحة النفسية بالعلوم الأخرى

7\_ أهمية وأهداف علم الصحة النفسية

8\_ مناهج الصحة النفسية

9\_ معايير الصحة النفسية

10\_ نسبية الصحة النفسية

11\_ مؤشرات ومظاهر الصحة النفسية

12\_ الصحة النفسية للمسنين

13\_ خلاصة الفصل

### تمهيد

مما لا شك فيه أن الصحة في جوانبها المختلفة مهمة للحياة الإنسانية، وأن بلوغ الإنسان أعلى مستوى صحي ممكن هو هدف اجتماعي بالغ الأهمية، وأن حفظ صحة البشر وتعزيزها يعتبر مطلباً أساسياً لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية والمساهمة في تحسين نوعية الحياة، والصحة مسؤولية مشتركة بين جميع أفراد المجتمع (حكومات، مؤسسات، جمعيات...) بل أصبح الناس أنفسهم شركاء كاملين في عملية الحفاظ والنهوض بالصحة من خلال التركيز على أنماط الحياة الصحية، وتعزيز معلوماتهم وتشجيع سلوكياتهم الصحية والابتعاد عن السلوكيات المضرّة بها، وبالتالي تنمية قدرات الأفراد البدنية والذهنية إلى أقصى حد والسماح لهم بحياة ناجحة اجتماعياً و اقتصادياً في انسجامهم مع بيئتهم.

ويعتبر الشخص إذا كانت متكيفاً مع بيئته لكي يستطيع تكوين وتدعيم صلاته وعلاقاته الاجتماعية حتى تكون خلواً من الصعاب والمضايقات وحتى تكون بالنسبة له مجدية اجتماعياً وشخصياً وحتى يجدي الرضا والمتعة، إنه بهذه الوسيلة يتمكن من استغلال كفاءته إلى أبعد الحدود دون أن تحدث صعاب أو مضايقات له، والصحة النفسية ليست حالة محددة و مؤكدة يحصل عليها الفرد أو يخفق في تحقيقها، وتختلف من شخص إلى آخر كما أنه يندر أن يكون الشخص متكيفاً تكيفاً كاملاً من هذه الناحية .

### 1. مفهوم الصحة النفسية

قبل البدء بتعريف الصحة النفسية لا بد من تعريف للصحة الجسمية أي مناقشة مفهوم الصحة من منظور عضوي (جسدي) ثم من منظور نفسي ، على الرغم من تداخل بينهما في بعض الأحيان .

#### 1\_1 مفهوم الصحة الجسمية

عرفت منظمة الصحة العالمية في إعلان ألما آتا 1978 م الصحة بأنها حالة من اكتمال السلامة جسدياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام الاضطراب أو العجز ( إياذ رجب السراج، 2015، ص23).

هي التوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة مع القدرة على مواجهة الصعوبات العادية المحيطة بالإنسان مع الإحساس الإيجابي بالنشاط والقوة والحيوية، ولهذا فهي لا تقتصر على غياب المرض.

هي قدرة الجسم على مواجهة الصعوبات العادية التي تحيط بالإنسان بحيث يقاوم التغيرات المألوفة في البيئة مع قدرة الجسم على التكيف معها. (سعيد حسن العزة، 2004، ص51. 52).

ونقصد بالتوافق أن تكون الوظائف الجسمية متعاونة تعاوناً تاماً لصالح الجسم كله، فلا يجوز في الحالة الصحية، أن يقوم عضو من الجسم بنشاط أكبر وأقل مما يتطلبه الجسم كله، وإلا نشأت حالة مرضية تختلف في شدتها ومدة بقاؤها باختلاف نوعها وظروفها، فإذا زاد أو قل نشاط غدة من الغدد عما يتطلبه الجسم كله كوحدة أدى إلى حالة مرضية، فزيادة نشاط الغدة الدرقية مثلاً عما يستدعه الاتزان الكلي لمجموع نشاط الغدد يترتب عليها المعروفة باسم تورم الدرقية المصاحب بجحوض العين وانخفاض نشاط الغدة الدرقية عن الحد الذي يتطلبه اتزان مجموع نشاط الغدد ينتج عنه حالة الوذمة المخاطية كذلك قد تستقل في النمو مجموعة من خلايا الجسم عن بقية الأنسجة المحيطة بها، فتتحول إلى خلايا خبيثة لا تقوم بوظيفة ما في الجسم سوى الدمار للخلايا الطبيعية، وتسحب عندئذ كثيراً من نشاط الجسم وغذائه لحسابها الخاص، وهذه الحالة المعروفة بالسرطان، من هذا كله يتضح المقصود بالتوافق هو أن تعمل أجزاء الجسم لصالح الجسم كله. (د. عبد العزيز القوسي، 1952، ص05).

تأثير الصحة الجسمية على الصحة النفسية :

- أ. تعقد الحياة النفسية بتعدد المجموعة العصبية في الجسم .
- ب. تأثر الحالة النفسية بما تفرزه الغدد الصماء من هرمونات في الجسم .
- ت. يؤثر التعب على الصحة النفسية بسبب ما ينتج عليه من توكسينات و تراكم حامض اللبنيك وثاني الكربون في الأنشطة الجسمية .
- ث. العاهات الجسمية تحد من كفاءة الفرد في النشاط و الحركة و التفاعل الاجتماعي .
- ج. تأثير الصحة النفسية على الصحة الجسمية .

إن تأثير الصحة النفسية على الصحة الجسمية لا يبتكره أحد من التخصصين وغير المتخصصين فمن المعروف أن تمتع الإنسان بصحة نفسية له تأثير طيب على نموه الجسمي وعلامة سلامة أعضاؤه و سلامة وظائفها والصحية النفسية تساعد على فتح الشهية للطعام وسلامة عمليات الهضم والتمثيل الغذائي. (مدثر سليم أحمد، 2003، ص22. 23) .

من هنا يمكن أن نقول أن الصحة الجسمية هي التوافق بين الوظائف الجسمية المختلفة أي أن يقوم كل عضو في الجسم بوظيفته بطريقة سليمة تخدم حاجة الأعضاء الأخرى دون زيادة أو نقصان، وقدرة الجسم على مواجهة الصعوبات العادية المحيطة به، وقدرته على مقاومة التغيرات المألوفة كمقاومة الأمراض.

### 1\_2 مفهوم الصحة النفسية :

ليس من السهل وضع تعريف محدد للصحة النفسية لأن ذلك يتطلب تحديد ماهية النفس، فالصحة النفسية تكوين فرضي يمكن التعرف عليه من خلال بعض الظواهر الإنسانية التي تخص سلوك الإنسان و شخصيته، ولقد تعددت واختلفت تعريفات الباحثين والعلماء حول الصحة النفسية، كلا حسب المدرسة النفسية التي ينتمي لها صاحب التعريف ولذا سوف نستعرض العديد من التعريفات لمفهوم الصحة النفسية، ولا نستطيع أن نتفق على تعريف شامل لهذا المفهوم باختلاف المدرسة العلمية التي ينتمي إليها، فالصحة النفسية ليست أمرا معزولا عن مجمل الظروف السياسية والاقتصادية والاجتماعية، بل هي ذات علاقة قوية بها، تتفاعل مع تطورها وتتدهور بتدهورها.

فيعرفها **مصطفى فهمي ( 1976 )** بأنها " الخلو أو البرء من أعراض المرض العقلي " ، فهذه الفئة تنظر إلى الصحة النفسية بانتقاء حالة المرض ، فإذا كانت حالة المرض موجودة كانت الصحة النفسية مصابة، وهنا نتحدث عنها بلغة المرض وإن كانت غير موجودة كانت حسنة وهنا نتحدث بلغة الصحة.

ويعرفها **القوصي (1962)** بأن الصحة النفسية ليست مجرد الخلو من المرض، فهذا التعريف ضيق و محدود لأنه يعتمد على حالة السلب أو النفي، فهو يقتصر على جانب واحد من جوانب الصحة النفسية، فخلت الفرد من أعراض المرض العقلي أو النفسي شرط أساسي للصحة النفسية لكنه يعد شرطا ناقصا غير كامل للدلالة على الصحة النفسية. (بتسام أحمد أبو العمرين ، 2008، ص12) .

ويعرفها " **أبو هين** " الصحة النفسية بأنها : مفهوم مجرد يشير إلى التوازن و التكامل المتجدد و المنشط للوظائف النفسية و العقلية للفرد يسلك سلوكا اجتماعيا مقبولا من الفرد ذاته و من المجتمع المحيط، وأن يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا والنجاح وتقبل الذات. ( مروان عبد الله دياب ، 2006 ، ص39).

## الصحة النفسية

واتفق كل من **كمال الدسوقي (1974)** و **الكفاي (1990)** بأن الصحة النفسية هي حالة من التوازن و التكامل بين الوظائف النفسية للفرد، تؤدي به إلى أن يسلك بطريقة تجعله يتقبل ذاته ويقبله المجتمع بحيث يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا والكفاية. (زينب دهيمي، ب.س، ص4).

يعرف **عبد السلام عبد الغفار** الصحة النفسية بأنها : مفهوم ثقافي و نسبي بطبيعته، وهو متغير بتغير ما يجد علينا من معلومات عن الحياة، وما ينبغي أن تكون عليه كما أنه يتغير بما نكشفه عن أنفسنا وسلوكنا وما نحب أن نصل إليه في حياتنا.

ويعرف **أحمد عبد الخالق** : حالة دائمة نسبيا استاتيكية ثابتة إما تتحقق أو لا تتحقق، وإنما هي حالة ديناميكية متحركة ونسبية تتغير من فرد إلى آخر، ولدى الفرد ذاته من وقت إلى آخر، كما تختلف معاييرها تبعا لمراحل النمو التي يمر بها الفرد، وتتغير تبعا لتغير الزمان وتغير المجتمعات.

( د. خالد عبد الحميد عثمان ،ب.س، ص2).

أما **عبد المطلب أمين القريطي (1998)** فيعرفها بأنها حالة عقلية انفعالية ايجابية مستقرة نسبيا ، تعبر عن تكامل طاقات الفرد ووظائفه المختلفة، وتوازن القوى الداخلية والخارجية الموجهة لسلوكه في المجتمع و وقت ما ومرحلة نمو معينة، وتمتعه بالعافية النفسية والفاعلية الاجتماعية.

(فقيه العيد، 2007، ص276).

أما **بارون (1968)** فيقول " إن الذين يتمتعون بالصحة النفسية السليمة هم من يعلمون ما يرونه صوابا، و الصواب في نظرهم هو أنه لا ينبغي على الفرد أن يكذب أو يغش أو يسرق أو يغتاب أو يقتل، وبصفة عامة الصواب هو ألا نفعل ما يهدد سير الحياة و نموها. ( نفس المرجع السابق، ص277) .

ولقد عرفت **منظمة الصحة العالمية** الصحة بأنها حالة من الكمال البدني والنفسي والاجتماعي والعافية وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز، لذا تتضمن الصحة حالة الوظائف النفسية والجسدية والاجتماعية، والتي تتصاحب بطريقة حميمة ولا تستقل عن بعضها، وثمة بيئة بأن المرض النفسي والجسدي ربما يتصاحبان أو يتشاركان أو يتبعان بعضهما أو يسبق أحدهما الآخر، بالإضافة إلى البيئة التي تشير بأن الاضطرابات النفسية تزيد من أخطار الأمراض البدنية والعكس صحيح .

(jané-Liopis,2005 , p19)

## الصحة النفسية

وتعرف وزارة الصحة والخدمات الاجتماعية (DHSS) الصحة النفسية بأنها " قدرة الفرد والجماعة والبيئة على التفاعل والمساهمة في تحقيق السعادة والتنمية والاستخدام الأمثل للقدرات العقلية للشخص، وتحقيق الأهداف الفردية والجماعية العادلة وتهيئة ظروف المساواة الأساسية، وللحفاظ على الصحة النفسية الجيدة يجب أن يكون هناك توازن بين مختلف جوانب الحياة، سواء كانت اجتماعية، بدنية أو عقلية، اقتصادية وروحية. (Malcolm Anderson et Karen Paren ,2002 ,P04) .

ويعرفها ج. سارتر ( J Surter ) بأنها قدرة الجهاز النفسي على العمل بطريقة متناغمة ، مقبولة وفعالة مع القدرة على مواجهة الوضعيات الصعبة و تحقيق التوازن .

أما ج. بوستال (J .postel) فيرى أن الشخص الذي يتمتع بالصحة النفسية هو الشخص الذي يعيش بانسجام مع محيطه، وبالتالي تربطه علاقة طيبة بأسرته و مجتمعه، ويتمتع بتوازن عقلي كاف، وبالتالي يكون شخصا قادرا على حل صراعاته الداخلية والخارجية ومقاومة الإحباطات التي يواجهها في حياته مع الآخرين. (أسماء أوعود ، 2014،ص25،24) .

ومن الأخصائيين النفسيين من يعتبر أن السلامة أو الصحة النفسية تتطلب التوافق بين الشخص ومجتمعه وكذلك قدرته على الالتزام بالمعايير والقيم الاجتماعية و التوافق مع السلوك المقبول لهذا المجتمع أو ذلك، و يتفق مع هذه النظرة الأخصائيين الاجتماعيين الذين يعتبرون المقاييس والمعايير الاجتماعية عاملا مهما في نظرة الشخص إلى الصحة والمرض، ومما تقدم و لضرورة أخذ العوامل النفسية والمجتمعية وكذلك الطبية بعين الاعتبار أصبح هناك مفهوم هام للصحة النفسية على أنها حالة من الاتزان النفسي يستطيع من خلالها الشخص استخدام قدراته العقلية و المعرفية و الحسية للتعامل بشكل جيد مع المجتمع و للقيام بالمهام الحياتية اليومية (مجموعة أخصائيين ، 2008،ص03) .

كما تعرف الصحة النفسية بأنها حالة دائما نسبيا يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا وشخصيا، وانفعاليا و اجتماعيا أي مع نفسه أو مع بيئته ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادرا على تحقيق ذاته و استغلال قدراته وامكانياته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة وتكون شخصيته متكاملة سوية، وسلوكه عاديا ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلام.

(زينب عبد الرزاق غريب، وآخرون، 2008،ص09) .

## الصحة النفسية

فالصحة هي حالة من الرفاهية والسعادة والكفاية الجسمية والنفسية والاجتماعية التامة وليست مجرد غياب المرض أو العجز أو الضعف، فالصحة النفسية هي التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات والصعوبات العادية المحيطة بالإنسان والإحساس الايجابي بالنشاط والسعادة والرضا. (د.كلثوم بلميهوب و آخرون ، 2009،ص09).

عرفها **محمد الطيب** بأنها تلك الحالة التي تتسم بالثبات النفسي، والتي يكون فيها الفرد متمتعاً بالتوافق الشخصي والاجتماعي والانتزان الانفعالي ايجابيا خلافا مبدعاً، يشعر بالسعادة و الرضا، قادراً على أن يؤكد ذاته ويحقق طموحاته، واعياً بإمكانياته الحقيقية، قادراً على استخدامها في أفضل صورة ممكنة .

كما يعرفها **حسن منسي** " هي قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع الآخرين من حوله، أي يشعر بالرضا التام عن سلوكياته اللفظية والعملية المباشرة وغير المباشرة، وقدرة على التكيف والعيش بسلام مع التمتع الذي يعيش فيه، وعملية التوافق هذه تكون على المستوى السيكولوجي أو البيولوجي أو الاجتماعي. (نصيرة لمين ، 2008،ص22).

قدرة الإنسان على الشعور بالسعادة وإيمانه بقيمة الحياة وتكوين علاقات صادقة مع الآخرين وكذلك قدرته على العودة إلى حالته الطبيعية بعد التعرض لأي صدمة أو ضغط نفسي للصحة النفسية جزء مكمل للصحة العامة. (سعد عباس الجنابي، 2009،ص05) .

فهي أيضاً التوافق التام أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات العادية التي تطرأ عادة على الإنسان و مع الإحساس الايجابي بالسعادة والكفاية.

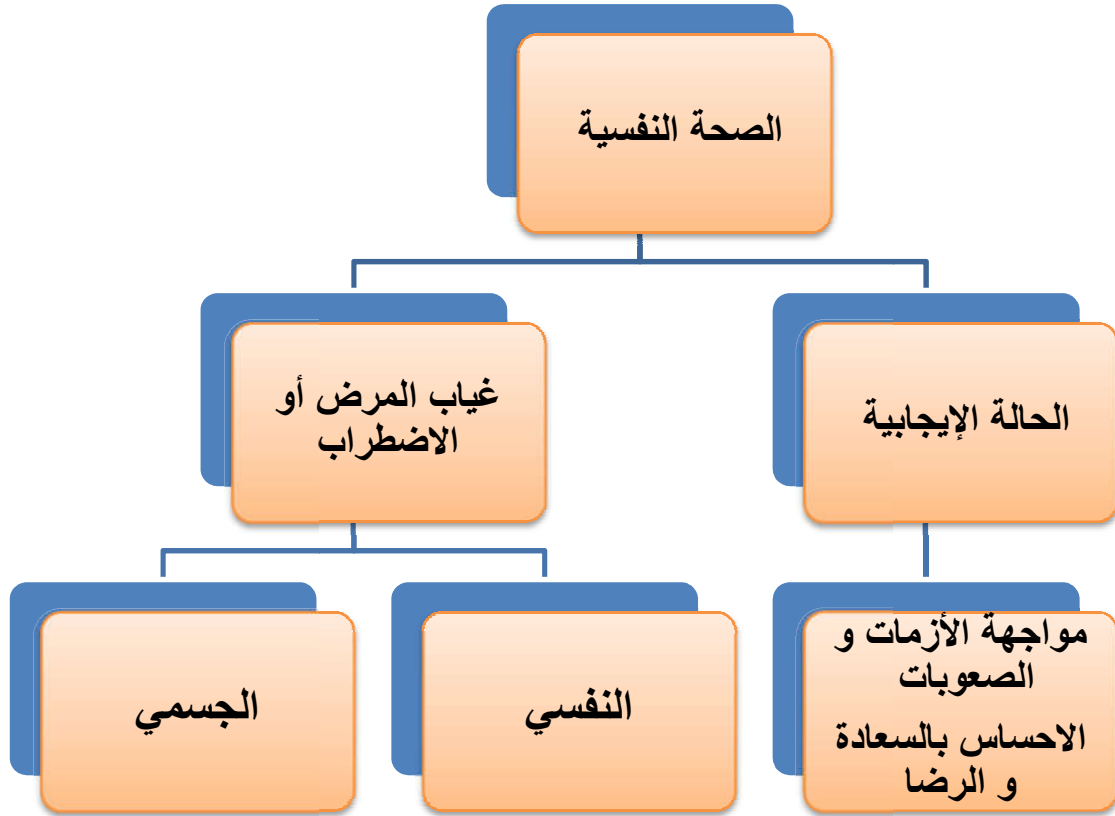
(عبد الفتاح محمد العيسوي ، 1993،ص165) .

وتعرف الصحة النفسية من المنظور الإسلامي بأنها قدرة الفرد على تجريد نفسه من الهوى و إخلاص العبودية لله تعالى ، بالمحبة والطاعة وادعاء والخوف والرجاء والتوكل مع القدرة على تهذيب النفس والسمو بها من خلال أداء التكاليف التي شرعها الله كذلك القدرة على التفاعل مع البيئة التي يعيش فيها، فيسلك فيها السلوك المفيد والبناء بالنسبة له ولمجتمعه، وبما يساعده على مواجهة الأزمات و الصعوبات التي تواجهه بطريقة إيجابية دون خوف أو قلق، وتقبل ذاته وواقع حياته والتوافق مع المجتمع الذي يعيش فيه. (أسماء أوعود، 2014،ص26) .

يرى الرفاعي (1981) أنها تمثل الحالة الإيجابية التي تميز الفرد و تظهر في مستوى قيامه بوظائفه النفسية بشكل حسن و متنسق و متكامل ضمن وحدة الشخصية. (د. نمير حسن ،، ص 151 ) .

بعد تناولنا مفهوم الصحة النفسية على تعددها واختلاف العلماء في النظر لهذا المفهوم كلا حسب وجهة نظره، وجدنا أنفسنا أمام أكثر من تعريف ومن الممكن جعل هذه التعاريف ضمن مجموعتين، فالمجموعة الأولى تنظر إلى مفهوم الصحة النفسية نظرة ضيقة أي تعرفها على أساس غياب المرض فإذا الفرد مريض فإن الصحة النفسية لديه مريضة أي بها خلل أو اضطراب، وهذا ما يمكن ملاحظته في الحالات المرضية، أما المجموعة الثانية فتتظر إليها بشكل أوسع وأكثر شمولية وهي حالة دائمة نسبيا يكون الفرد فيها متوافقا نفسيا مع نفسه وبيئته، ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية ويكون سلوكه عاديا، ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة وسلام، أي أن هذه المجموعة تقف عند نظرة شاملة وعامة للشخص في النظر إلى صحته النفسية، وهذا التعريف الأخير كثير ما يعتمد عليه علماء النفس.

ومن هنا يمكن وضع تعريف شامل للصحة النفسية انطلاقا من مجمل التعاريف السابقة بأن الصحة النفسية هي : حالة من الإيجابية تتضمن التمتع بصحة العقل والجسم التوافق بين الوظائف النفسية المختلفة، وليست مجرد الغياب أو الخلو من أعراض المرض النفسي والجسمي، مع القدرة على مواجهة الأزمات والصعوبات العادية المحيطة بالإنسان، والإحساس الإيجابي بالنشاط والسعادة والرضا وبالتالي فإن مفهوم الصحة النفسية يعني أمرين أساسيين هما: غياب الاضطرابات ( المرض) والمظاهر الإيجابية . الشكل رقم (07): يوضح مفهوم الصحة النفسية



### 2 / بعض الاتجاهات المفسرة لمفهوم الصحة النفسية

#### 2. 1 مفهوم الصحة النفسية من وجهة نظر التحليل النفسي

أجاب فرويد عن السؤال حول معيار الصحة النفسية بقوله أنها "القدرة على الحب والحياة". ((فالإنسان السليم نفسياً هو الإنسان الذي تمتلك "الأنا" لديه قدرتها الكاملة على التنظيم والإنجاز، ويمتلك مدخلاً لجميع أجزاء "الهو" ويستطيع ممارسة تأثيره عليه. ولا يوجد هناك عداء طبيعي بين الأنا والهو، إنهما ينتميان لبعضهما بعضاً ولا يمكن فصلهما عملياً عن بعضهما في حالة الصحة)) ، ويشكل الأنا بهذا التحديد كثيراً أو قليلاً الأجزاء الواعية والعقلانية من الشخص، في حين تتجمع الدوافع والغرائز اللاشعورية في هو، حيث تتمرد وتنشق في حالة العصاب (الاضطراب النفسي)، في حين تكون في حالة الصحة النفسية مندمجة بصورة مناسبة. (بطرس حافظ بطرس، 2008، ص24) .

وتتحقق الصحة النفسية عند حدوث التوازن بين "الهو" و "الأنا" و "الأنا الأعلى" وبضطرب عندما لا تتمكن الأنا من الموازنة بين هو الغريزية والأنا العليا المثالية. ويرى فرويد أن عودة الخبرات المكبوتة يؤثر تأثيراً رئيسياً في تكوين الأمراض العصابية وأن الفرد الذي يتمتع بصحة

نفسية هو من يستطيع إشباع المتطلبات الضرورية للهو بوسائل مقبولة اجتماعية. ويرى أصحاب التحليل النفسي أن الصحة النفسية الجيدة تكمن في قدرة الأنا على التوفيق بين أجهزة الشخصية المختلفة ومطالب الواقع، أو في الوصول إلى حل معقول للصراع الذي ينشأ بين هذه الأجهزة ومطالب الواقع، غير أنهم يرون أن الإنسان لا يستطيع أن يصل إلا إلى تحقيق جزئي لصحته النفسية إذ لا يستطيع الإنسان أن يحصل على السعادة والتقدم معا وبشكل كامل. (قدور نوبيات، 2013، ص 82).

### 2. 2 مفهوم الصحة النفسية من وجهة نظر التحليل الوجودي

يرى هذا الاتجاه بأن الصحة النفسية هي السيطرة على المكامن النفسية الجسدية و النفسية العقلية، و بطريقة متشابهة للتحليل النفسي المتمثلة في جعل المكبوتات مدركة ودمج الأجزاء المقسمة من الشخصية، اهتم التحليل الوجودي بالأجزاء غير النامية من الشخصية، ويهدف العلاج النفسي في التحليل الوجودي إلى صهر الدوافع لتذوب في روية ثابتة ومحددة للعالم و الذات.

وعلى عكس التحليل النفسي و علم النفس الوجودي ينطلق التحليل الوجودي من الإنسان السليم ويعتبر المرض شكلا قاصرا من الصحة ، و يتجنب التحليل الوجودي الحديث عن عصابات و تضررات الإنسان، ويؤكد على أنه حتى في العصابات يمكن إيجاد مساحات متدرجة من الحرية ينبغي توسيعها، وتعد الانحرافات الجنسية بالنسبة لميدارد بوس على سبيل المثال أمثلة مهمة للتحليل الوجودي، والتي تمثل رغبة منكشحة يصعب إدراكها للحب و القرب، وعندما نقود المريض على أساس الأجزاء السليمة الباقية من نفسيته نحو الاعتراف بنفسه وبالعالم أو توكيد ذاته والعالم ، بدلا من البحث في أعماقه عن دوافع شاذة أو عن الصدمات التي لا يمكن إصلاحها أو عن مشاعر النفس، فإنه يشعر بأنه مفهوم بشكل أفضل. ( جمال أبو دلو، 2009، ص 31. 32).

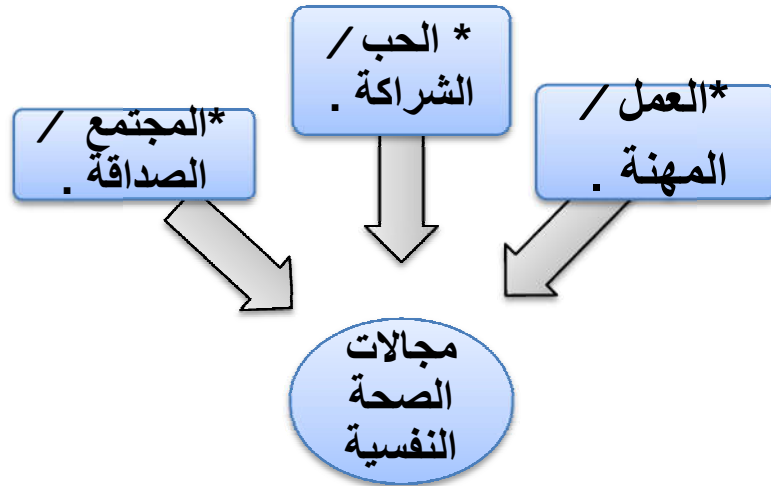
### 2. 3 وجهة نظر علم النفس الفردي

يطرح علم النفس الفردي الذي يمثله أدلر السؤال عن الصحة النفسية بشكل مختلف عن التحليل النفسي التقليدي، فقد اعتبر أدلر العصاب على أنه شكلا خاطئا من أسلوب الحياة والشذوذ الاجتماعي، ويرى بونغراتس **pongartz** أن لهذه النظرة ميزة أن العصائبيين لا يستطيعون التحصن وراء المرض انطلاقا من الملاحظة أن جملة " أنا مريض " تلاقي تفهما واسع المدى من المحيط .

## الصحة النفسية

انطلاقاً من الاستنتاج الذي توصل إليه آدلر أن المجتمع أو المحيط يشكل بنية أساسية للمخلوق الإنساني لا يمكن إلغاؤها أو إبطالها ، فقد حدد علم النفس الفردي مصطلح " الشعور الجماعي " معياراً للصحة النفسية، و للتفريق بين العصاب (الاضطراب) و السواء .

واستناداً إلى ذلك يعد السلوك النافع للمجتمع سلوكاً صحيحاً ، و قد نظر آدلر لتصرفات الفرد \_ من منظور المستقبل البعيد \_ لجماعة مستقبلية مثالية وقاسها عليه، إلا أنه عندما يهتم بالإنسان الآن بالآخرين على أساس التساوي بينهم والتعاون يمكن اعتباره من وجهة نظر علم النفس الفردي قد شفي. وتوجد ثلاثة مجالات حياتية تعبر الصحة النفسية عن نفسها من خلالها، وهذه المجالات هي:



الشكل رقم (08) : يمثل مجالات حياتية عن الصحة النفسية

والشرطين الأول والثاني يمثلان معيار فرويد في الصحة النفسية المتمثل في أن الإنسان هو القادر على الحب والعمل، حيث تلعب القدرة على الإنجاز في كلا الاتجاهين، وبتذكرنا في الشرط الثالث بالمسلمة القائلة " إن الإنسان عبارة عن مخلوق اجتماعي بالدرجة الأولى، ومن خلال الإجابة على المهمات الحياتية الثلاثة يتجلى أعلاه الشعور الجماعي. (بطرس حافظ بطرس، 2008، ص 22. 23) .

2 . 4 وجهة نظر الاتجاه الطبيعي: يحدد هذا الاتجاه مفهوم التوافق النفسي على أساس ما يستشعره الإنسان من خبرات تأتيه باللذة أو بالألم، فاللذة مرغوبة بالطبيعة، ويهدف الإنسان إشباعها و

كذلك أيضا الألم مكروه بالطبيعة و كل مكروه مؤلم، و كل لذيذ خير، وكل مؤلم شر ... ومن هنا يرسى هذا الاتجاه قواعده على أساس :

«إن الصحة النفسية للفرد تتجلى في كل شيء ينزع الإنسان نحوه ويميل إليه ويرغب فيه بالطبيعة ويشتهيهِ ... وهذا الميل يجعل الإنسان يحدد ما يوافقهِ وما لا يوافقهِ، وبطبيعة الحال ما يوافق الإنسان خير، وما لا يتفق مع طبيعته هو شر ..» .

وهنا نجد أن هذا الاتجاه يهدم قيمة الإنسان الحقيقية، تلك التي تظهر في اختياره الواعي الحر، حيث صار الإنسان عبدا لشهوته، وخاضعا لمطالبه الحسية المادية، هذا التصور معيب للإنسان و يفقده إنسانيته.

### 2. 5. الاتجاه الذي يؤكد الطبيعة النفسية الفاعلة

يرى هذا الاتجاه أن الصحة النفسية ليست مجموعة من الصفات تخلع على الإنسان بل هي نابعة من الفاعلية النفسية، سواء كانت هذه الفاعلية اهتماما أم رغبة أم ميلا أم تعاطفا أم تحسينا أم تقبيحا.

ومن هذا المنطلق تصبح الصحة النفسية مسألة ذاتية فردية تلعب فيها إرادة الإنسان دورا كبيرا وأساسيا فكل ما يؤلم رغبات الإنسان النفسية الإرادية يعتبر خيرا بالنسبة إلى صاحب هذه الإدارة أو تلك، لأن تأثير الأجواء المحيطة بنا سواء كانت مجموعات أو أفرادا أو ظروفًا.. الخ، هذا التأثير سواء كان بالمواعمة أو المنافاة يدل على وجود علاقة بين طبيعة الأشياء وطبيعة نفسيتنا.

ويلاحظ أن هذه العلاقة من الممكن أن تكون موضوعية من ناحية التأثير، إلا أنها غالبا ما تكون ذاتية من ناحية التأثير، ذلك أن الناس يختلفون في العوامل الذاتية اختلافا كبيرا.

(د.سيد صبحي، 2003، ص27. 28) .

### 2. 6. وجهة نظر المدرسة السلوكية

ترى هذه المدرسة أن السلوك متعلم من البيئة، وأن عملية التعلم و تحدث نتيجة لوجود الدافع والمثير والاستجابة، بمعنى إذا وجد الدافع و المثير حدثت الاستجابة ( السلوك ) و لكي يقوي الربط بين المثير و الاستجابة لابد من التعزيز ، أما إذا تكررت هذه الأخيرة دون تعزيز كان ذلك عاملا على

إضعاف الرابطة بينها و بين المثير أي إضعاف التعلم ، وتقرر هذه المدرسة أن الناس يقومون بسلوك سوي معين لأنهم تعلموا أن يتصرفوا بهذا الشكل نتيجة التعزيز ، لذلك فإن مفهوم الصحة النفسية عند السلوكيين يتحدد باستجابات مناسبة للمثيرات المختلفة حيث تكون هذه الاستجابات بعيدة عن القلق والتوتر ، ويتلخص مفهوم الصحة النفسية وفقا لها المنظور في القدرة على اكتساب عادات تتناسب مع البيئة التي يعيش فيها الفرد ومتطلباتها .

### 2. 7 وجهة نظر المدرسة المعرفية

تتضمن الصحة النفسية من وجهة نظر أصحاب هذه المدرسة القدرة على تفسير الخبرات بطريقة منطقية تمكن الفرد من المحافظة على الأمل و استخدام مهارات معرفية مناسبة لمواجهة الأزمات و حل المشكلات ، و عليه فالشخص المتمتع بالصحة النفسية قادر على استخدام استراتيجيات معرفية مناسبة للتخلص من الضغوط النفسية و يحيا على فسحة من الأمل ولا يسمح لليأس بالتسلل إلى نفسه ، فالإنسان يقع صريع المعاناة و الاضطراب نتيجة لخلل في نظام المعتقدات ، أما الشخص المعافى فهو ذلك الذي يتمتع بنظام معتقدات واقعي في النظرة إلى الذات و الآخرين و الدنيا ، وينتج عن هكذا نظام واقعي عقلاني سيادة التفكير الإيجابي في الموقف الحياتية ، أما في الموقف من الذات.

(بشير حسام، 2011، ص117. 118).

### 2. 8 وجهة نظر المدرسة الإنسانية

تبدو الصحة النفسية عند المفكرين الإنسانيين في مدى تحقيق الفرد لإنسانيته تحقيقا كاملا ويختلف الأفراد فيما يصلون إليه من مستويات من حيث الإنسانية الكاملة ، و هكذا يخالفون في مستويات "كارل روجرز" فيما يلي وجهة صحتهم النفسية ، ومن رواد هذه المدرسة نجد "أبراهام ماسلو" و كل منهما في هذا المجال : يرى " ماسلو" أن للإنسان حاجات متنوعة ، و أن هذه الحاجات تتوزع بصورة هرمية منها ذات المستوى الأدنى و الأخرى ذات المستوى الأعلى، يضم المستوى الأول الحاجات الفسيولوجية والحاجة إلى الأمن و السلامة ، فإشباع الحاجات الجسمية تشعر الفرد بالأمان ، وعندها سيحاول إشباع المستوى الأعلى من الحاجات التي يطلق عليها الحاجات الاجتماعية منها الحاجة إلى الصداقة و العطف و الحنان و التحصيل و تحقيق الذات الذي يعد الغاية العظمى في هرم " ماسلو" و تتحقق الصحة

النفسية عندما يتمكن الفرد من إشباع هذه الحاجات بطريقة سوية و يحقق إنسانيته الكاملة ، كما قدم " ماسلو" قائمة طويلة من خصائص الإنسان الذي يحقق أقصى حالات الذات و هي :

\* الإدراك الفعال للواقع و التعامل الإيجابي معه ، و مجابهة صعوباته بدلا من الانسحاب في الأوهام والأحلام .

\* درجة عالية من تقبل الذات و الآخرين .

\* القدرة على إقامة علاقات حميمة .

\* القدرة على المرح و الدعابة والاستمتاع بملذات الحياة.

\* القدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية .

\* الأصالة و الابتكار في العمل و المواقف .

بينما يرى " روجرز " وهو واضع نظرية الذات في علم النفس ، أن كل فرد قادر على إدراك ذاته و تكوين مفهوم أو فكرة عنها ، و ينمو مفهوم الذات نتيجة التفاعل الاجتماعي جنبا إلى جنب مع الدافع الداخلي لتحقيق الذات ، و لكي يحقق الإنسان ذاته لابد أن يكون مفهومه عنها موجبا و حقيقيا ، فالإنسان المتمتع بالصحة النفسية هو الشخص القادر على تكوين مفهوم إيجابي عن نفسه ، والذي يتفق سلوكه مع المعايير الاجتماعية و مع مفهومه عن ذاته (نفس المرجع السابق، 2011، ص116).

## 2. 9 وجهة نظر العلاج الجشططي ( Fritz Perls )

فترى الصحة النفسية في القدرة على العيش هنا و الآن بشكل حقيقي ، بينما يتجلى المرض في تزوير الواقع الذاتي و الوجودي ، و الهروب في الماضي أو المستقبل ، أي الهروب من متعة و قلق العيش الكثيف للتجربة الوجودية في الحاضر ، و من المعروف أن المريض النفسي يعاني فعلا من انعدام القدرة على مجابهة الذات و لذلك فهو يكتفي في اجترار الماضي بشكل دفاعي أو هو يهرب من غنى اللحظة في أحلام المستقبل الوهمية .

## الصحة النفسية

يرى **بيرلز** أن الصحة النفسية تتحقق حين يتمكن الشخص من الوقوف على قدميه ، و تحمل مسؤولية مصيره ، و يتمكن من رغباته ومشاعره في حالة من اللقاء مع الذات و انطلاق حيويته في اتجاه نمائي .

يرى **جون بولبي** أن الصحة النفسية أساسا في بناء الطمأنينة القاعدية التي تمثل ثمرة تجربة تعلق إيجابي وطيد و مستقر مع الأم ، فالطمأنينة القاعدية هي منطلق الانفتاح على الدنيا و الناس و تفتح الإمكانيات و نمو الثقة بالذات ، وعلى العكس فهو يرجع مختلف الاضطرابات النفسية إلى قلق الانفصال ، و ما يولده من انعدام الطمأنينة القاعدية التي تؤسس لكل السلوكات وردود الفعل الدفاعية المرضية في التعامل مع الدنيا و الناس . (مصطفى حجازي، 2004، ص42) .

ركز **فرويد** في نظريته على الصراعات التي تعيق تحقيق الصحة النفسية ، ولكنه لم يكشف بدرجة كافية عن الطريقة التي يتبعها الفرد في تنمية صحته النفسية . وتبعاً لرأي **فرويد** ، تتمثل الصحة النفسية الجيدة في قدرة الأنا على التوفيق بين أجهزة الشخصية المختلفة ومطالب الواقع ، وأن الإنسان لا يستطيع أن يصل إلى تحقيق جزئي لصحته النفسية ، وذلك لأنه في صراع دائم بين محتويات ، الهو ومطالب الواقع ، و يرى **ماسلو** أن الصحة النفسية تتحقق لدى الفرد إذا حقق الحاجات الواردة في هرمه ، أما من منظور سلوكي تتحدد الصحة النفسية باستجابات مناسبة للمثيرات المختلفة ، وذلك لأن استجابة الأفراد إلى هذه المثيرات بسلوك مناسب ، متحررين من القلق ، فإنه يعبر عن الصحة النفسية .

أما مفهوم الصحة النفسية من منظور معرفي ، فإنه يعتمد على الطريقة التي يعتمدها الفرد في تفسير وتقييم المواقف والأحداث البيئية المحيطة ، و استعمال مهارات مناسبة في حل المشكلات ، و أساليب معرفية مناسبة في مواجهة الضغوطات النفسية ، بينما الشخص الذي لا يتمتع بصحة نفسية مناسبة هو الذي يفقد الأمل ، والشعور بالعجز .

وأما **روجرز Rogers** فإنه يرى بأن للإنسان قدرة على إدراك ذاته ، وأن الطرق التي يتكيف فيها الفرد مع البيئة المنسجمة مع أفعاله وذاته فإنها تعكس إدراكه لذاته ، فإذا كان مفهوم الذات إيجابياً كانت الصحة النفسية لديه إيجابية ، أما **آدلر** يرى الفرد باعتباره كائن اجتماعي ، وتجاوزه لمشاعر النقص يحقق صحته النفسية .

رغم اختلاف المدارس التي اهتمت بتقديم مفهومها للصحة النفسية ، إلا أنه يمكن إيجاز أهم مظاهرها فيما يلي:

\_التوفيق بين الدوافع البيولوجية و متطلبات الواقع الاجتماعي

- القدرة على الحب و العمل المنتج.

- التغلب على الشعور بالنقص و العيش مع الآخرين .

-مواجهة مشكلات مختلف مراحل النمو .

- إدراك الذات و تحقيقها

- تعلم الاستجابات المناسبة للمثيرات وتعزيزها.

- اكتساب عادات تتلاءم مع البيئة الاجتماعية

- تحقيق الفرد لإنسانيته و تكوين مفهوم إيجابي عن الذات.

- استخدام استراتيجيات معرفية و مهارات مناسبة ومنطقية.

- سيادة التفكير الإيجابي تجاه الذات و المواقف الحياتية .

يتضح مما تقدم أن الصحة النفسية تتحقق بتحقيق التوافق البيولوجي ، و النفسي و الاجتماعي والمعرفي ، و التوافق مع متطلبات البيئة الخارجية .

### 3 / الصحة النفسية و علاقتها ببعض المفاهيم

#### 3. 1. الصحة النفسية و التوافق

##### 3. 1. 1. تعريف التوافق :

التوافق عملية دينامية مستمرة يهدف بها الشخص إلى أن يغير سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقاً بينه وبين بيئته الطبيعية التي تمثل العالم الخارجي وكل ما يحيط بالفرد من أشياء حيوية وطبيعية، وبين بيئته

الاجتماعية و الثقافية التي تشمل المجتمع الذي يعيش فيه الإنسان، بأفراده وعاداته والقوانين التي تنظم علاقات الأفراد بعضهم ببعض، ويتطلب التوافق تنوعاً في السلوك يتناسب مع الظروف المختلفة التي يفرضها الواقع، أي يتطلب قوة مرنة تساعد الفرد في التغلب على ما يواجهه من عقبات تحول بينه وبين تحقيق أهدافه التي يسعى إليها.

ويتحدد ما إذا كان التوافق سليماً أو غير سليم تبعاً لمدى نجاح الأساليب التي يتبعها الفرد للوصول إلى حالة التوازن النسبي مع بيئته، ومن أهم الشروط التي تحقق التوافق النفسي: \_ أن يتحقق إشباع دوافع السلوك وحاجات الفرد، فإذا حدث إحباط أو كبت لدوافع الفرد وحاجاته لجأ الفرد إلى حيل الدفاع النفسي كأساليب غير مباشرة لأحداث التوافق النفسي، كما أن الضبط الشعوري للسلوك يعتبر عملية توافقية واعية مرنة يتطلب طاقة واعية كافية من ذات مدركة واعية، والموقف التوافق يتضمن ثلاثة عناصر: الفرد وحاجاته من البيئة أو إمكانيات الظروف الميسرة له. ولآخرين الذين يشاركونه الموقف، ولا غنى له عن استرضائهم إلى جانب ترضية نفسه أيضاً. (محمد محمد بيومي، 2000، ص86).

كما عرفه **مدحت عبد الحميد** بأنه شعور النسبي بالرضا و الإشباع الناتج عن الحل الناجح لصراعات الفرد في محاولته للتوفيق بين رغباته و ظروفه المحيطة (عبد العزيز بن محمد النغمشي، 1999، ص47).

ولا يمكن فهم التوافق دون فهم جميع مجالاته وهي التوافق الاجتماعي و الأسري والصحي والنفسي والدراسي والمهني .

### 1. التوافق النفسي :

هو مدى ما يتمتع به الفرد من قدرة على ضبط النفس وتحمل موقف النقد والإحباط مع القدرة على السيطرة على القلق والشعور بالأمن والاطمئنان بعيداً عن الخوف والتوتر.

### 2. التوافق الاجتماعي:

هو شعور الفرد بالسعادة مع الآخرين وقدرته على إقامة العلاقات الاجتماعية الناجحة والقيام بالدور الاجتماعي المناسب (د. جمال الدين محمد ، 2011، ص07) .

وهو قدرة الفرد على المشاركة الاجتماعية الفعالة، وشعوره بالمسؤولية الاجتماعية وامتناله لقيم المجتمع الذي يعيش فيه، وشعوره بقيمته ودوره الفعال في تنمية مجتمعه، وقدرته على تحقيق الانتماء والولاء

للجماعة من حوله، والدخول في منافسات اجتماعية بناءة مع الآخرين، والقدرة على إقامة علاقات طيبة ايجابية مع أفراد المجتمع بما يحرص على حقوق الآخرين في جو من الثقة والاحترام المتبادل معهم، وشعور بالسعادة والامتنان لانتمائه للجماعة واحتلاله مكانة متميزة من خلال ما يؤديه من عمل اجتماعي تعاوني (شفيق، 2003، ص4. 6) .

هناك ارتباط كبير قد يصل في بعض الأحيان إلى الترادف بين التوافق و الصحة النفسية و لعل السبب في ذلك يرجع إلى أن الشخص الذي يتوافق توافق جيداً المواقف السيئة و العلاقات الشخصية يعد دليلاً لامتلاكه و تمتعه بصحة نفسية جيدة أيضاً ، و أن القدرة على التشكيل و التعديل من قبل الفرد لمواجهة المتطلبات و إشباع الحاجات يمكن اعتباره مقياساً للصحة النفسية ، و هذا ما جعل بعض الباحثين يلجأ إلى استخدام مقياس الصحة النفسية لقياس التوافق و أحياناً مقاييس التوافق لقياس الصحة النفسية (د. مدحت عبد الحميد عبد اللطيف ، 2011، ص82).

ومن الملاحظ أن كثير من العلماء يوحّدون بين الصحة النفسية و حسن التوافق ، و يثبتون أن زيادة حالات التوافق دليل على الصحة النفسية و أن حالات عدم التوافق مؤشر لاختلال الصحة النفسية ، فنجد أن هناك تداخل بينهما ، بحيث يرى الكثير من الباحثين أن دراسة الصحة النفسية ما هي إلا دراسة للتوافق .

### 3. 2 التكيف و الصحة النفسية

التكيف لغة كلمة تعني التآلف و التقارب و اجتماع الكلمة ، فهي نقيض التخالف و التنافر و التصادم ، و التكيف في علم النفس هو تلك العملية الديناميكية المستمرة التي يهدف بها الشخص إلى أن يغير سلوكه ، ليحدث علاقة أكثر توافقاً بينه و بين البيئة ، و بناء على ذلك الفهم نستطيع أن نعرف هذه الظاهرة بأنها القدرة على تكوين العلاقات المرضية بين المرء و بيئته (مصطفى فهمي، 1978، ص11) .

فالتكيف مفهوم مستمد من علم البيولوجيا كما حددته نظرية داروين، حيث يشير هذا المفهوم إلى أن الكائن الحي يحاول أن يلائم نفسه و العالم الطبيعي الذي يعيش فيه من أجل البقاء و على هذا يمكن وصف السلوك الإنساني على أنه رد فعل لكثير من مطالب البيئة الطبيعية الملحة و ليس الأمر قاصراً

على الإنسان في مواعته في البيئة بل إن الحيوان نفسه يحاول أن يتكيف حيث منح الله سبحانه و تعالى الكائنات عموماً القدرة التي تساعده على التكيف و التلاؤم مع الظروف المادية و الطبيعية السيئة .

ويعتبر التكيف من الموضوعات التي اهتم علم النفس بدراستها، لأنه يرتبط ارتباطاً مباشراً بسلوك الإنسان، ومع دخول مفهوم التكيف كمرادف للتوافق لتفسير مظاهر التغير الاجتماعي في سلوك الفرد ليشمل كل ما يقوم به الفرد من سلوك ليحقق التكيف بينه وبين بيئته. وأصبح يعني كما يرى ويلفولك ونيكوليش (Woolfolk and Nicolich. L) تغير سلوك الفرد كي ينسجم مع غيره من الأفراد، وخاصة الخضوع للالتزامات الاجتماعية.

ولقد تباينت نظرة علماء النفس إلى مفهوم التكيف نتيجة لتباين مدارسهم، إذ يرى أصحاب الاتجاه النفسي، أن التكيف يتحقق بإشباع حاجات الفرد ودوافعه، وهذا يؤكد أن التكيف خفض للتوتر، ويتم الوصول إليه في الإشباع العام لدوافع الفرد، ويرى (الهنا، 1976) أن التكيف يشير إلى الأحداث النفسية، التي تعمل على استبعاد حالات إعادة الفرد إلى المستوى المناسب لحياته في بيئته. أي أن الكائن الحي يحاول إشباع دوافعه بأيسر الطرق بأحداث أشكال جديدة من الاستجابة أو التعديل في البيئة أو في دوافعه نفسها، وبهذا فإن الحياة كلها عملية توافق مستمرة. (د.فاضل كردي الشمري، 2013، ص119).

ويمكن أن نقارن بين الصحة النفسية و سوء التوافق، فنلاحظ الصحة النفسية تقود إلى التوافق وإذا اعتبرنا الصحة النفسية هي المتغير المستقل فإن التوافق الشخصي والاجتماعي للفرد يعد بمثابة المتغير التابع كما يمكن أن نعتبر التكيف الناجح يؤدي بالضرورة إلى الصحة النفسية، وهنا يعد التوافق العامل المستقل، وهكذا نلاحظ أن التكيف النفسي و الصحة النفسية عمليتان مترابطتان ومستمرتان مع نمو الإنسان. (د.صالح حسن الدايري، 2004، ص53.54).

يمكن النظر إلى التكيف من حيث أبعاده و مجالاته المتنوعة كما يلي :

### 1.2.3 التكيف الشخصي (الانفعالي):

ويشمل السعادة مع النفس والرضا عنها وإشباع الدوافع الأولية والثانوية المكتسبة وانسجامها وحل صراعاتها، وتناسب قدرات الفرد وإمكاناته مع مستوى طموحه وأهدافه.

### 2.2.3 التكيف الاجتماعي Social Adjustment:

هو قدرة الفرد على إقامة علاقات اجتماعية مرضية و مشبعة لحاجاته النفسية ويتحقق ذلك الهدف بمساعدة الفرد على إقامة علاقات اجتماعية فعالة مع الأشخاص المحيطين به سواء في الأسرة أو العمل، وينظر علماء الصحة النفسية إلى التكيف الاجتماعي على أنه بعد إيجابي من أبعاد الصحة النفسية والشعور بالسعادة والدعم. ( عبد الله أبو زعيزع ،2013،ص121) .

ويشمل السعادة مع الآخرين والالتزام بقوانين المجتمع وقيمه والتفاعل الاجتماعي السوي والعمل للخير و السعادة الزوجية والراحة المهنية، ويظهر هذا النوع من التكيف في عدة مجالات كالمدرسة ويطلق عليه التكيف الدراسي، وفي الأسرة واسمه التكيف الأسري وكذلك في العمل ويطلق عليه اسم التكيف المهني.

(د.جمال أبو دلو،2009،ص 79).

وهذا يرمز إلى قدرة الفرد في العيش السوي مع بيئته الخارجية المادية والاجتماعية والبيئة المادية يعني ما يحيط بنا من عوامل مادية كالسكن والمركبات العامة والأجهزة الإلكترونية، أما البيئة الاجتماعية فتتعلق بالقيم والتقاليد والمعتقدات الدينية والاجتماعية والسياسية والاقتصادية والتعليمية والأمال الخاصة والأهداف العامة .

وبما أن البيئة في عالم اليوم متغيرة نتيجة سرعة... بأن يكون قادرا على مواكبة هذا التغيير بما يناسب من سلوك نتيجة المشكلات المستجدة من كثرة التفكير والانفعال والقلق والتوتر الإنساني، وأن يكون الفرد مطالب بتعديل سلوكه و تطويع رغباته بحيث تتماشى و مسار القيم الاجتماعية والأخلاقية والتكيف الاجتماعي لا يعني الانسياق وراء إرضاء البيئة الفاسدة أو الوقوف أمام البيئة المعارضة في الرأي، وإنما القدرة على المراجعة النفس واستعمال العقل وإتباع الضمير بما يرض النفس والواقع والمجتمع لأن العجز عن التكيف يعني الإضرار بالصحة النفسية والجسدية والخضوع للبيئة غير الصالحة يقود إلى نفس النتيجة فلا إفراط ولا تفريط. ( الزين عباس عمارة ،2006،ص 203) .

#### 4/ الاضطراب النفسي والصحة النفسية

الصحة الجيدة لا تعني الجسم المعافى فحسب ، فالشخص المعافى يجب أن يتمتع بالصحة العقلية و النفسية أيضا و بالتالي يكون قادرا على التفكير بوضوح و على حل المشكلات المختلفة التي يواجهها في حياته ، و أن يتمتع بعلاقات جيدة مع أصدقائه و زملائه في العمل و الأسرة ، و أن يشعر بالراحة و

## الصحة النفسية

الطمأنينة و أن يحمل السعادة إلى الآخرين في المجتمع ، و هذه النواحي الصحية هي التي يمكن أن تعتبر صحة نفسية .

فالنفس يمكن أن تمرض مثلما يمكن أن يمرض الجسم، ويمكن أن يسمى ذلك الاضطراب النفسي، أي حدث أو حالة يتعرض لها شخص ما يؤثر على عواطفه أو أفكاره أو سلوكه بحيث لا تتوافق مع معتقداته الثقافية وشخصيته وتؤدي إلى تأثير سلبي على حياته وحياته عائلته والمحيطين به.

(فيكرام باتل ، 2008، ص03).

والمرض النفسي هو اضطراب وظيفي في الشخصية يكون نفسي المنشأ و يبدو في صورة أعراض نفسية و جسمية مختلفة، ويؤثر في سلوك الفرد فيعيق توافقه النفسي و يعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه.

وهو اضطراب وظيفي في الشخصية يرجع أساسا إلى الخبرات المؤلمة وإلى الصدمات الانفعالية أو إلى اضطراب العلاقات الاجتماعية وخاصة الخبرات الشديدة المتكررة إلى غير ذلك من ألوان الخبرات المؤلمة التي يتعرض لها الفرد في ماضي حياته و خاصة في طفولته المبكرة، أو أنه يتعرض لها الآن أو من المتوقع أن يتعرض لها في المستقبل، وهو يتسم بوجود صراعات داخلية و ظهور أعراض هذه الصراعات والتي أهمها الشعور بالقلق والخوف والاكتئاب، الوسواس وسلوك الاستئثار والحساسية الزائدة ، اضطراب النوم والطعام، النرفزة في المعاملة مع الغير، الانطواء وظهور حالات الهستيريا و الشكوى من الأوجاع والأمراض والشعور بالتعب والإجهاد دون المساس بترابط أو تكامل الشخصية ويتحمل المريض المسؤولية كاملة ويقوم بالواجبات الملقاة على عاتقه والتحكم في الذات.

(سعيد حسن العزة، 2004، ص50. 51) .

إن المرض النفسي هو حالة من التعوق أو المعاناة الجسمية أو كلاهما ، تؤثر على فاعلية الإنسان، وعلى تكيفه الاجتماعي، وعلى تصالحه النسبي مع نفسه، وهذه الحالة يصاب بها الشخص نفسه لدرجة تعتبر سلبية إذا قيست بما كان عليه قبل ذلك ( في حالة الناضجين) ، أو بما كان يتوقع منه أو يتوقع له ( في حالة الأطفال في سن النضج) . (د. أحمد العقباوي ،بجى الرخاوي، 1999، ص11) .

ونوضح ذلك في الجدول رقم (01) التالي الفرق بين الصحة النفسية والمرض النفسي:

## الصحة النفسية

المرض النفسي	الصحة النفسية
صعوبة التكيف و مواجهة مواقف الحياة بسهولة الشعور بالحزن و الكآبة العامة	القدرة على التكيف و مواجهة مواقف الحياة اليومية الشعور بالرضا و الكفاية و الطمأنينة
الاضطراب و التعقيد في علاقاته مع الآخرين و أفراد أسرته و زملائه في العمل	قدرة الفرد على التوافق و مواجهة الأزمات بفعالية و كفاية
التصرف العدواني تجاه نفسه و اتجاه الآخرين و سرعة الانفعال	يكون لدى الفرد قدر من الثبات الانفعالي و يمكن التحكم في انفعالاته
عدم القدرة على النجاح و الاستمرار في العمل	القدرة على الإنتاج في العمل

(بطرس حافظ بطرس، 2008، ص30.31)

العوامل التي تسبب الأمراض النفسية و العقلية :

هناك عوامل كثيرة تلعب دورا مباشرا أو غير مباشرا في إصابة الفرد بالأمراض النفسية و العقلية منها :

\_ تغيرات كيميائية في المخ .

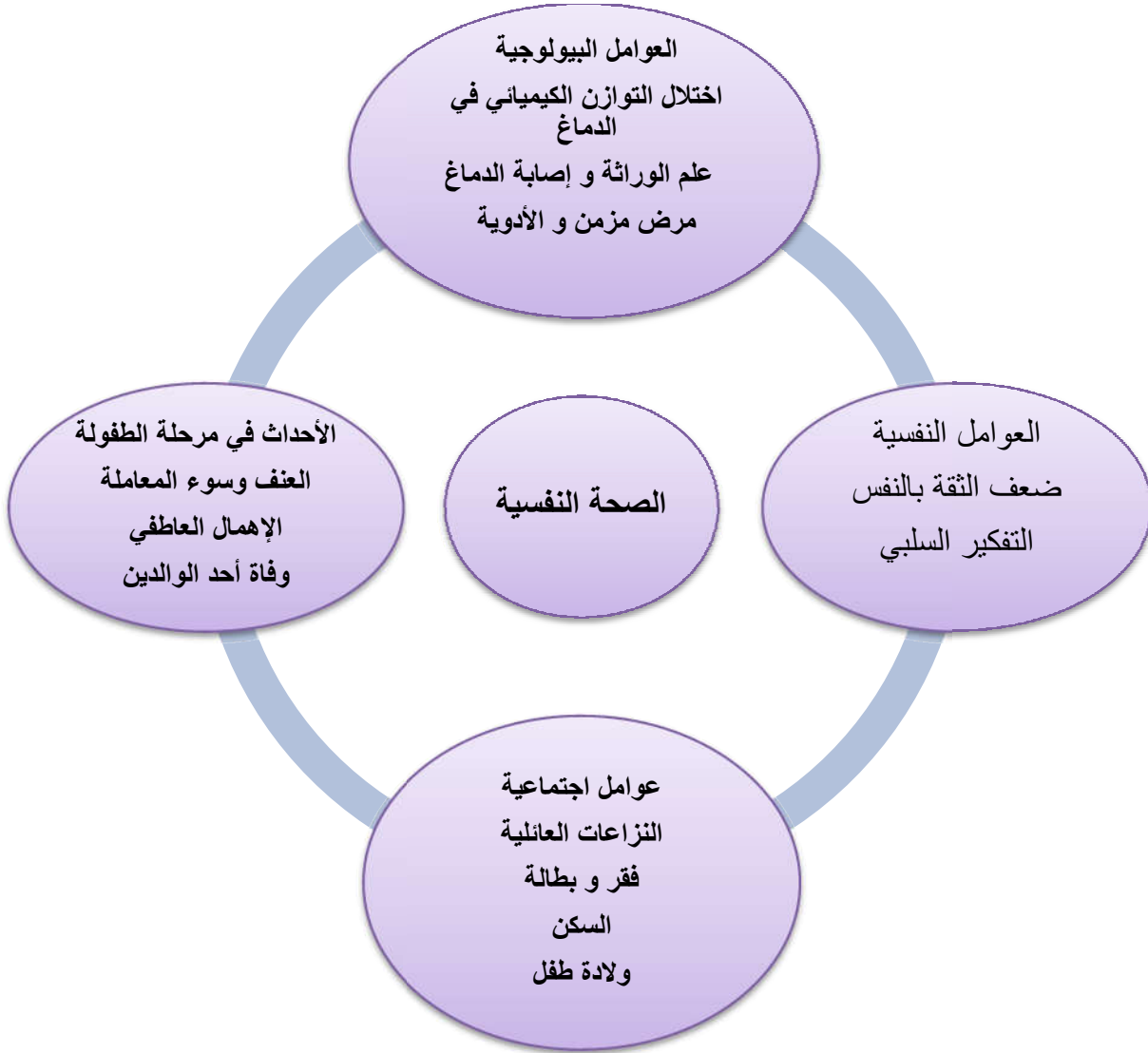
\_ العوامل الوراثية.

\_ الأحداث السيئة في الطفولة.

\_ الجو الأسري المضطرب أو المفكك.

\_ عوامل اجتماعية كالفقر و البطالة و عدم توفر السكن الملائم (سعد الجنابي، 2009، ص06).

وفي هذا الرسم البياني نوضح العوامل التي تؤثر على الصحة النفسية



الشكل رقم (09) : العوامل التي تؤثر على الصحة النفسية

(Shoba Raja,2009,p25)

#### 1.4 بعض الاضطرابات النفسية

سوف نتناول بعض الاضطرابات النفسية و يمكن أن نصنفها إلى أربعة أنواع و هي :

##### 1.1.4 الاضطرابات النفسية الشائعة :و تشمل ما يلي :

أ. **القلق** : ويعرف القلق بأنه خبرة عنيفة من الخوف والتوجس يدركها الفرد كشيء ينبعث من داخله ، ولا يمت بصلة إلى موقف تهديد خارجي واقعي، فالقلق هو أكثر ارتباطا بالمشكلات النفسية الداخلية

التي تعتبر مصدر القلق ولذلك فهي موجودة بشكل مزمن مما يجعلها تؤدي إلى تغيرات جسمية ونفسية خطيرة حيث يستجيب المصاب بالقلق استجابة عنيفة كما لو كان يواجه موقفا بين الحياة و الموت ، أي أن القلق موجود هنا رغم عدم وجود سبب كبير للخوف ولذلك فإن القلق استجابة تدل على حالة داخلية ذات معنى للشخص الذي يخبرها، و بالتالي فإنه يميل إلى ينسب هذا المعنى إلى الواقع الذي يصوره لنفسه كعرض موهوم جسمي أو تهديد خارجي ومن ثم فإنه من الصعب وضع حد فاصل بين الخوف والقلق.(عبد الفتاح محمد العيسوي ،1993،ص148) .

فالقلق أو التوتر النفسي يحتل المرتبة الأولى في الانتشار بين الأمراض النفسية، وهناك فرق بين القلق الطبيعي المرغوب كالقلق مثلا أيام الامتحانات وبين القلق المرضي الذي يحتاج إلى تدخل الأطباء. وتظهر الأعراض النفسية على شكلين:

\_ الشعور بالعصبية أو التحفز والخوف وعدم الإحساس بالراحة.

\_ الأعراض الفسيولوجية الجسمية كخفقان القلب أو رعشة اليدين أو آلام الصدر وبرودة الأطراف و اضطرابات المعدة وغير ذلك، ويؤثر أيضا على التفكير و التركيز مما يكون له مردود سلبي على التحصيل الدراسي أو العملي .(د.جمال أبو دلو،2009،ص131) .

ويصف الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات العقلية الخواص الرئيسية للقلق كما يلي:

أ. التوتر الحركي كما يدل عليه أن يصبح الفرد قفازا ا متحفزا متغيرا فجأة مرتجعا مرتعدا غير قادر على الاسترخاء.

ب. النشاط الزائد للجهاز في الدوار أو الدوخة.

ويعتبر اضطراب القلق من الاضطرابات الانفعالية التي تدخل في دائرة اضطراب الوجدان، وهو جانب من الحياة البشرية و أحد لوازم الوجود البشري إذ أن القلق بمثابة الحرص على الحياة وهو رغبة في الحياة إذ تزيد آليات العمل النفسية حين ينتابها شعور غامض بالخطر أو التهديد وهو على النقيض من الاكتئاب إذ تتزايد في حالات الاكتئاب آليات العمل التي تهدد حياة الفرد النفسية والاجتماعية، ومع تزايد هذا الشعور الغامض بالتهديد فإن الفرد يصل إلى حد الاضطراب الذي يحتاج إلى مساعدة خارجية سواء

بالعقائير أو الأساليب العلاجية والإرشادية لتخفيف حدة هذا الاضطراب .(عبد الستار إبراهيم و عبد الله عسكر،2008،ص50 .51).

ب . الاكتئاب :

يعرف إسماعيل (2010) الاكتئاب على أنه حالة انفعالية يشعر فيها الفرد بالحزن، وفقدان السعادة و الانسحاب الاجتماعي و فقدان الأمن والإحساس بعدم القيمة و فقدان أمل في المستقبل هذا بالإضافة إلى عدم القدرة على الإنجاز وزيادة الحساسية الانفعالية و الشعور بالوحدة النفسية والإحساس بالذنب نحو الذات و الآخرين، كما يتميز بوجود بعض الأعراض واضطراب الشهية والشعور بالإجهاد ونقصان الوزن.(إسماعيل أبو الرقاب ،2010،ص27 ).

وفقا لمنظمة الصحة العالمية فالإكتئاب هو اضطراب من الاضطرابات العقلية الشائعة التي تكون مرتبطة مع المزاج المكتئب ، وفقدان الاهتمام أو المتعة ، الشعور بالذنب أو انخفاض تقدير الذات، اضطراب النوم أو الشهية، وانخفاض الطاقة ، وضعف التركيز. هذه المشاكل يمكن أن تصبح مزمنة أو متكررة، وتؤدي إلى ضعف كبير في قدرة الفرد على تحمل مسؤوليات اليومية.

(LaVona Traywick، 2007، p 34)

ومن أعراض الاكتئاب نذكر الإحساس بفقدان الأهمية، وال فشل، والشعور بالذنب، والتقيب في الماضي؛ لإيجاد سبب يفسر به إحساسه بالذنب والخطيئة. (محمد الحسن خالد عبد الحليم،2008،ص 59) .

ومن الأعراض الشائعة أيضا الدوخة، والأوجاع والآلام المزمنة، والإمساك ، والوزن ، فقدان الذاكرة ، الأرق والإمساك. (Chantal Henry,2004, p03) .

فمرحلة العمر أيضا مرتبطة بالحالة الوجدانية للإنسان فالاضطرابات الوجدانية تزيد كلما تقدم العمر، ونادرا ما يصاب الإنسان باضطراب وجداني قبل الثلاثين، ومع التوغل في العمر يزداد تعرض الإنسان للاكتئاب، فانحسار ضوء الحياة والحيوية والاهتمام والدخول في غيابات الظلمات والخمول والإهمال يتحدد عند المرأة بتوقف الطمث وعند الرجال بالمعاش، هنا يسيطر على الإنسان الإحساس بخيبة الأمل وأن كل سعيه في الحياة لم يكن منه جدوى وما سيأتي سيكون أيضا بلا جدوى.

هذه أحاسيس عامة و مشتركة بين كل البشر بدرجات متفاوتة حسب الظروف المحيطة وحسب رؤيته لذاته وحسب الإمكانيات المتاحة له، وليس كل إنسان يصاب بالاكتئاب في هذه السن بل لابد من استعداد معين.

ونسبة انتشار الاكتئاب عالية تصل إلى حوالي 5% أي يوجد ما يقرب من مائتي مليون مكتئب في العالم، كما أن 70% من حالات الانتحار التي تمت سببها الاكتئاب وذلك لأن 15% من مرضى الاكتئاب ينتحرون، وهذه أرقام هامة لمن يههم الأمر من الأطباء والأهل والأصدقاء وهو أكثر انتشارا بين النساء منه بين الرجال. (د. عادل صادق، ب.ت، ص 99. 113).

يعتبر اكتئاب الشيخوخة أحد أكثر الحالات النفسية التي تعترى الفرد في هذه المرحلة، التي غالبا ما تترافق بفقدانات متعددة واحباطات مختلفة. ويمتد الاكتئاب من الحالات الاكتئابية الخفيفة والعابرة، إلى الاضطرابات الوجدانية الأكثر حدة وخطورة. ويقدر كابلان وشادوك Kalpan and Shadock (1996) انتشار اكتئاب الشيخوخة بين 15% و 20% وهو أحد المشكلات الأكثر ضررا على مسار الحياة الطبيعية للشيخ، وله أثار مدمرة عليه، ويكون في الغالب معقدا، وكثيرا ما يصعب تشخيصه بسبب الأمراض الجسدية التي يحتمل أن تصيب الشيخ في هذه الفترة، كتناذرات خرف الشيخوخة. فالوصول إلى تشخيص دقيق من قبل العيادي يتطلب منه التمييز بين الاكتئاب وبين الآثار التي تلي كارثة ما، أو أنماط أخرى من الإصابات الدماغية والأمراض.

ويكون التدهور المعنوي للشيخ مرتبط بطبيعة هذه المرحلة ومختلف الحوادث والظروف التي تميزها، وعليه فإن التخفيف من حدة هذه الضغوط يكون بالوقوف إلى جانب الشيخ، من خلال ضمان إطعامه وكسوته والحديث إليه، والتجوال معه. حتى وإن لم يظهر الشيخ تجاوبا إيجابيا معنا في إحساننا إليه، فإنه يشعر بالاحترام والتقدير من السلوكيات الإيجابية التي نتعامل بها معه.

يخلق الاكتئاب في الشيخوخة خصوصا، مشكلات كثيرة في ممارسة نشاطات الحياة اليومية، وكثيرا ما يكون مرتبط بتزايد درجة التبعية لدى الشيخ ونقلص حيز الاستقلالية لديه، واعتماده على أعضاء الأسرة أو المؤسسات الصحية. ويمكن أن يكون وفاة الزوج أحد الأسباب الأولية لظهور الاكتئاب، لأن الشعور بالوحدة يعيق الاستمتاع بزينة الحياة، وتتعد حياة الشيخ أكثر عندما يتعرض إلى الفقر أو المرض، أو يدمن على مواد مضررة بالصحة. فقد لوحظ أن الأرمال والمطلقين أكثر عرضة للإصابة

بالاكتئاب، وأن النساء مهينات أكثر للإصابة به من الرجال، وأن الاكتئاب عند الشيوخ أكثر انتشاراً بالمقارنة مع الراشدين. (زقار رضوان، 2016، ص80)

### 2.1.4 الاضطرابات النفسية الحادة

تتمثل الاضطرابات النفسية الحادة في عدة أنواع رئيسية نتناول البعض منها وهي:

#### 1. الذهان:

يعاني الشخص من مشاكل و سلوكيات شديدة وأفكار غريبة أو غير معتادة، وهو ناتج عن مجموعة من العوامل بما في ذلك الوراثة، وكيمياء الدماغ، والإجهاد وعوامل أخرى مثل استخدام المخدرات أو الاكتئاب الشديد، عادة ما تبدأ نوبات ذهانية فجأة ولا تدوم لفترة طويلة، ما يصيب المريض بضلالات وهالوس والعمية.

#### 2 . الفصام :

الفصام العقلي: هو مرض ذهاني شديد و مزمن، وتأتي التسمية من اللغة اليونانية وتعني فصم العقلي ويصيب حوالي 1 بالمئة من الناس أثناء حياتهم في جميع الثقافات، وتكثر الإصابة في منتصف العشرينات وأوائل الثلاثينات من العمر، تزيد الإصابة في الطبقات الاجتماعية الدنيا، ويؤثر الفصام على التفكير، الإدراك والسلوك والعاطفة و المعرفة.

وحسب الإصدار الرابع لتشخيص وإحصاء الأمراض فإن تشخيص الفصام يعتمد على:

1. وجود عرضين أو أكثر من الأعراض التالية على أن تكون موجودة لمدة شهر على فترات واضحة.

2. استمرار علامات الاضطراب لمدة ستة شهور على الأقل.

3. ينتج عن الأعراض اضطراب في الأداء والعلاقات الاجتماعية والمهنية.

(محمد عودة الريماوي، 2004، ص638. 638).

وهو مرض عقلي جسيم يتميز بأعراض متنوعة من أهمها الانسحاب من الواقع، والميل إلى تفكك الشخصية، أي تباعد كل جزء عن الجزء الآخر، وكذلك عدم اتساق الوظائف النفسية مع بعضها البعض،

وأخيرا الميل إلى ظهور أعراض سلبية تدل على اضمحلال القدرات العقلية تدريجيا إذا لم تعالج علاجا صحيحا. ( أحمد عكاشة و آخرون ، 1999، ص113 )

يؤثر بشكل رئيسي على الشباب قبل 30 سنة من العمر وتتركز أعراض الفصام فيما يلي:

\_ المعتقدات الخاطئة مثل: اعتقاد الفرد بأن هناك من يحاول إيذاءه.

\_ تصورات خاطئة.

- تذوق رائحة أشياء غير موجودة.

\_ سماع أصوات غير موجودة.

\_ سلوكيات غريبة مثل الحديث مع نفسه.

\_ ضعف التركيز وعدم القدرة على التفكير بوضوح.

\_ عدم وجود الحافز للقيام بأشياء.

\_ العواطف غير لائقة على سبيل المثال يضحك على شيء غير محزن.

\_ فقدان المهارات الاجتماعية والانسحاب الاجتماعي.

\_ الأرق، والمشى صعودا وهبوطا.

\_ قلة النظافة الشخصية ، العدوان.

**3 . الاضطراب الثنائي القطب:** الشخص يواجه تقلبات المزاج المتطرفة بين تندي الحالة المزاجية

(الاكتئاب)، والمزاج العالي (الهوس) والمزاج الطبيعي،ومن الأعراض التي تظهر في مرض الهوس

تشمل:

\_ مزاج سعيد جدا

\_ أفكار غير واقعية.

\_ السلوك الجنسي غير مناسب.

\_ إنفاق الكثير من المال.

\_ قلة النوم ، التهيج.

\_ الحديث السريع.

\_ فهم محدود أي تصرفات غير عادية. (Shoba Raja ,2009,p35).

**4 / الزهايمر Alzheimer's Disease** : يعتبر الزهايمر واحد من المشكلات المرتبطة بالشيخوخة ، فالمريض لم يعد يعرف المحيطين به من أهله وينسى كل شيء حتى أسماء أقرب الناس إليه ، و تتدهور حالته العقلية بسرعة .

يختلف مرض الزهايمر عن حالة ضعف الذاكرة المعتادة في الشيخوخة حيث يتفق الجميع على أن تقدم السن يرتبط بالنسيان، لكن الحالة المرضية التي وصفها الطبيب الألماني الزهايمر ( 1863 \_ 1915) و ذكرت تفصيلها في عام 1905 هي تدهور عقلي و سلوكي عام و ليس فقط النسيان أو اضطراب الذاكرة و هي نوع من الحالات النفسية والعصبية يشبه إلى حد كبير حالات التخلف العقلي في الأطفال، حيث أن القوى العقلية بصفة عامة تقل كثيرا عن المتوقع في هذا السن، أما حالات العته Dementia التي يعتبر مرض الزهايمر واحد منها فإنها تتمثل في شخص غني فقد ما لديه وأصبح فقيرا من الناحية العقلية.(لطفي الشربيني، 2003،ص82. 83)

**5 / التخلف العقلي** : يشير مفهوم الضعف العقلي كما ترى الجمعية الأمريكية للطب العقلي إلى حالة تتميز بمستوى عقلي وظيفي عام دون المتوسط ، تبدأ خلال مرحلة النمو و يصاحبها قصور في السلوك التكيفي للفرد، ويقصد بالمستوى الوظيفي العقلي العام نسبة الذكاء كما تستخرج من خلال تطبيق اختبارات ذكاء مقننة، أما دون المتوسط فتعني أن مستوى أداء الفرد يقل عن مستوى أداء العاديين بمقدار انحراف معياري واحد، إذا قيس الأداء باختبار أو بمقاييس الذكاء. (عبد الستار إبراهيم و عبد الله عسكر، 2008،ص97).

والمرض العقلي عبارة عن مجموعة من الأعراض ( يمكن أن تكون سلوكية أو نفسية) تعيق الشخص في أداءه الاجتماعي، الشخصي، أو المهني. كما تغير طريقة التفكير، والمزاج أو السلوك.

.( Tony Clement,2006,p12)

## الصحة النفسية

نرى أن الصحة النفسية والمرض النفسي يمثلان وجهي الحالات النفسية، كما هو الحال بالنسبة للصحة الجسمية التي يستدل عليها بخلو الجسم من الأمراض العضوية، فمن الناحية العملية يمكن اعتبار الحياة سلسلة من الصراعات، ينجح الفرد في التغلب عليها فتكون الصحة النفسية، أو يفشل فيكون المرض النفسي، ومعنى ذلك أن الصحة النفسية لا يمكن فهمها إلا في ضوء المرض النفسي، ويمكن القول بأن المرض النفسي في جوهره هو إخفاق في استيعاب وتوافر وتمثل خصائص السلوك الصحي النفسي، كما أن دراسة المرض النفسي وتفصيه وتحليل أسبابه كان له أثر كبير في تحديد الخصائص التي يمكن الحكم في ضوءها على الصحة النفسية.

### 4 / علم الصحة النفسية

هو الدراسة العلمية للصحة النفسية و عملية التوافق النفسي، ما يؤدي إليها وما يحققها وما يعوقها، وما يحدث من مشكلات واضطرابات وأمراض نفسية ودراسة أسبابها وتشخيصها وعلاجها والوقاية منها.

(حامد عبد السلام زهران، 2008، ص 09) .

كما يمكن تعريف علم الصحة النفسية بأنه ذلك العلم الذي يعني بوصول الإنسان إلى حالة من التوافق النفسي مع ذاته ومع الآخرين وقدرته على مواجهة الأزمات المختلفة بشكل ايجابي وتوفير الحلول لها مع الاستعمال الأمثل لطاقتها الكامنة وتوظيفها للوصول إلى حالة أكثر استقراراً وتكاملاً، كما يبحث في تكوين الأفراد و في علاجهم وفي وقايتهم من العيوب السلوكية والنفسية في مراحل نموهم المختلفة .

(د. عبد العزيز القوصي، 1952، ص 11).

كما يمكن تعرفه بأنه علم التكيف أو التوافق النفسي الذي يهدف إلى تماسك الشخصية ووحدها، وتقبل الفرد لذاته وتقبل الآخرين له، بحيث يترتب على هذا كله شعوره بالسعادة والراحة النفسية .

(محمد مصطفى زيدان ، 2001، ص 253).

### 5 / علاقة علم الصحة النفسية بالعلوم الأخرى

يعتمد علم الصحة النفسية على علوم و تخصصات عدة يستفيد بها، وله صلة وثيقة بها وهي:

## الصحة النفسية

**1.5 فروع علم النفس:** يعرف علم النفس بأنه الدراسة العلمية لسلوك الكائنات العضوية (للإنسان و الحيوان) ويعتمد عليه علم الصحة النفسية بالدرجة الأولى، لأن السلوك الصادر عن الإنسان هو السلوك الذي نصفه بالسواء ( التكيف) والشذوذ (سوء التكيف) ومن فروع علم النفس الذي يعتمد عليها:

**1.5 1. علم النفس النمو:** وخاصة علم النفس الطفل **child psychology** الذي يدرس سلوك الطفل و نموه خلال مراحل تطوره وعوامل هذا النمو، والمبرر الرئيسي لدراسة نمو الطفل هو أن بذور التكيف أو سوء التكيف، السواء أو الاضطراب تتكون في هذه المرحلة وتظهر آثارها في المراحل اللاحقة.

**1.5 2. علم النفس الشخصية **personality psychology** :** الذي يدرس تركيب الشخصية ونظرياتها و ديناميتها وطرق قياسها، إن فحص الشخصية ( السوية أو المضطربة) ما هو إلا دراسة الصحة النفسية في سوائها وانحرافها، فالشخصية محور الصحة النفسية.

**1.5 3. علم النفس الاجتماعي **social psychology** :** الذي يدرس سلوك الأفراد ضمن الجماعة و عملية التفاعل الاجتماعي والتنشئة الاجتماعية والاتجاهات والإعلام ومشكلات التعاون والتنافس والعدوان، وهذه الموضوعات هامة جدا لعلم الصحة النفسية لأنها تلعب دورا هاما في تشكيل سلوك الفرد.

**1.5 4. علم النفس السريري أو العيادي **clinical psychology** :** وهو من أهم الفروع التطبيقية التي تتداخل مع علم الصحة النفسية لأنه يطبق المبادئ النفسية والسلوكية في فهم المشكلات والاضطرابات من أجل علاجها، وأنه يضم مثلا الفحص والتشخيص والعلاج، المآل أو إنذار المرض **prognosis** (أي ما سيؤول إليه الاضطراب لاحقا) والوقاية . (د.محمد قاسم عبد الله، 2007، ص31) .

**2.5 الطب النفسي **psychiatry** :** يدرس الأمراض النفسية والعصبية وتشخيصها وعلاجها وبالرغم من التداخل بين علم النفس السريري والصحة النفسية من جهة والطب النفسي من جهة أخرى، إلا أن هناك اختلافا في طرق الفحص والتقييم والتشخيص والعلاج في تخصص كل منهما، نوضح فيما يلي أهم هذه الفروق:

**1.2.5 الطبيب النفسي :** فيحمل درجة جامعية في الطب أو في علم النفس ثم يتابع دراسته التخصصية العليا في الطب النفسي الذي يعتمد الأساليب الطبية في الفحص والتشخيص، كما يعتمد على العقاقير والأساليب الكهربائية والكيميائية في المعالجة، أما عالم النفس العيادي و متخصص الصحة النفسية

فيحمل درجة دكتوراه في علم السريري والصحة النفسية مع تدريب وترخيص بممارسة المهنة ولا يعتمد الأساليب الطبية في الفحص والتشخيص، وإنما له أساليبه الخاصة مثل الملاحظة والمقابلة والاختبارات، ويعتمد طرق العلاج النفسي المتنوعة في معالجة الاضطرابات النفسية ( العلاج السلوكي العلاج المعرفي والتحليلي والتبصر والعلاج المتمركز على الذات ... الخ) .

**2.2.5 علم الأوبئة Epidemiology** : وهو الدراسة العملية لتوزيع الأمراض والإصابات وانتشارها وتحديد معدلات حدوثها . (نفس المرجع السابق، 2007، ص32) .

**3.2.5 الصحة العامة public health**: وهو أحد فروع الطب الذي يهدف إلى المحافظة على الصحة وقايتها وتحسينها من خلال جهود منظمة في المجتمع مثل البحوث وبرامج التحصين والوقاية والتوعية).

**4.2.5 علم الاجتماع خاصة علم الاجتماع الطبي medical sociology** : الذي يدرس أثر العلاقات الاجتماعية في توزيع الأمراض والاستجابات الثقافية لها و عواملها الاجتماعية و الاقتصادية و جمع البيانات و دراسة الحالات بهدف المساعدة في العلاج .

**5.2.5 الانثروبولوجيا الطبية Medical Anthropology** : و هو أحد فروع الانثروبولوجية أو علم أصل الإنسان ودراسة الحضارات، والانثروبولوجيا الطبية تدرس الظروف في الصحة والمرض عبر المجتمعات و الحضارات المتنوعة وكيف تختلف طبيعة الاضطرابات ونشأتها وعواملها من حضارة من حضارة لأخرى و تلقي هذه البحوث اهتماما متزايدا من خلال ما يسمى الدراسات عبر الحضارية cross cultural studies . (د.محمد قاسم عبد الله، 2007، ص33) .

فعلم الصحة النفسية ليس مستقلا في معارفه عن العلوم الأخرى ، بل يعتمد اعتمادا أساسيا على نتائج كثيرة تأتيه من فروع علم النفس ، علم الاجتماع ، وعلوم جسم الإنسان و وظائفه .

## 6 /أهمية علم الصحة النفسية

إن الصحة النفسية مهمة جدا للفرد فهي من جهة تؤدي إلى تحقيق التوافق والانسجام والتكامل بين خصائص شخصية الفرد في جوانبها العقلية والانفعالية ،وكذلك تساهم في استثمار طاقاته المختلفة على أتم وجه بما يحقق أهدافه في الحياة ويجعله يشعر بكيانه ووجوده ، فهي إذا أساس لممارسة الإنسان

لدوره في الحياة فالطالب والمعلم والعامل والطبيب لا يمكن لكل منهم أداء دوره وفقا لما مطلوب منه، كما تأتي أهمية الصحة النفسية في التأثير الذي تتركه في الصحة الجسمية للفرد إذ أن التعرض للازمات والضغوط النفسية قد يترتب عليه الإصابة بالعديد من الأمراض ذات المنشأ النفسي كالضغط والسكري وغيره .

### 7 / أهداف علم الصحة النفسية

يسعى علم الصحة النفسية وراء المعرفة الدقيقة في حالات التكيف المختلفة التي نمر بها في سلوكنا، و هو لا يكتفي هنا بالمعرفة الوصفية التحليلية الدقيقة للحالات الفردية بل يهدف إلى الانتقال من معرفة الحالات الفردية إلى التعميم ليؤكد على المبادئ أو القواعد التي يقوم عليها .

كما يسعى إلى الوقاية من الاضطرابات النفسية حيث يقوم بتحديد العوامل التي تؤدي إليها ، ثم يعمل على إزالتها أو إبعاد الفرد عنها و توفير الشروط اللازمة التي تمنح الفرد القدرة على مواجهة ظروف الاضطراب و عوامله.

ويسعى كذلك إلى المحافظة على الصحة النفسية ورعايتها واستمرار تطورها باتجاه أفضل، وهنا يعتمد على الدعم و تأكيد الشروط التي يساعد وجودها على استمرار الصحة النفسية ، ومن جهة أخرى يعتمد على العلاج أي إبعاد المرض أو الاضطراب. (د.عبد الفتاح دويدار، ب.س، ص504 ) .

نلاحظ أن الهدف الثاني والثالث لهما نفس الوجهة في ميدان الصحة النفسية في إبعاد الظروف غير المناسبة للفرد في إعادة ما يمكن من الاستواء لصحته النفسية والوقاية أيضا، وبذلك يقول القول أن هذا العلم هو علم نظري وتطبيقي وموضوعي من حيث الطريقة التي يتبعها في دراسة المشكلات من حيث الهدف و العلاج.

وتهدف الصحة النفسية إلى:

1- فهم الإنسان لنفسه ومشاعره وميوله والأزمات التي تعتريه والأمراض النفسية التي قد تصيبه.

2- تبصيره بطرق العلاج وترويض النفس.

3- تساعد في فهم نفوس المجتمع الذي يحيط به وما يختلجهم من مشاعر أو أزمات نفسية.

4-تحقيق التوافق لدى الشخص النفسي والاجتماعي والشعور بالسعادة مع النفس ومع الآخرين.

5-تحقيق الذات لدى الأفراد واستغلال قدراتهم بالأسلوب الأفضل.

6-تدريبهم على مواجهة الحياة ومصاعبها ومشاكلها.

7-الأخذ بيد الإنسان للوصول إلى التكامل النفسي أي الشعور بالاطمئنان.

يستهدف علم الصحة النفسية فئات المجتمع كافة التي تعاني من اضطرابات نفسية وعدم القدرة على

التكيف ، زيادة على الأشخاص غير الأسوياء نذكر على سبيل المثال :

**1 . الأفراد:** أي أن هذا التخصص يساعدهم في معرفة أنفسهم وما يشوبها من أزمات وآفات و

أمراض نفسية وكيفية علاجها فقد ورد في الحديث الشريف ( من عرف نفسه فقد عرف ربه) فكم منهم يعاني من صراعات نفسية لا يعرف حلالها.

**2 .المجتمع:** أن علم الصحة النفسية يساعد في معرفة المجتمع من أهل وأصدقاء وأقرباء وتفسير

سلوكياتهم وانفعالاتهم وما يصدر عنهم وما يعانوه وكيفية مساعدتهم.

## 8 / مناهج الصحة النفسية

يوجد ثلاث مناهج أساسية للصحة النفسية :

**1.8 المنهج الإنمائي developmental :** وهو منهج إنشائي يتضمن زيادة السعادة و الكفاية والتوافق

لدى الأسوياء والعاديين خلال رحلة نموهم حتى يتحقق الوصول بهم إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية، ويتحقق ذلك عن طريق دراسة الإمكانيات والقدرات وتوجيهها التوجه السليم ( نفسيا وتربويا ومهنيا ) ومن خلال رعاية مظاهر النمو جسميا وعقليا واجتماعيا وانفعاليا بما يضمن إتاحة الفرص أمام المواطنين للنمو السوي تحقيقا للنضج والتوافق والصحة النفسية.

**2.8 المنهج الوقائي Preventive :** ويتضمن الوقاية من الوقوع في المشكلات والاضطرابات

والأمراض النفسية ، ويهتم بالأسوياء والأصحاء قبل اهتمامه بالمرضى ليقبهم من أسباب الأمراض النفسية بتعريفهم بها و إزالتها أولا بأول، ويرعى نموهم النفسي السوي و يهيئ الظروف التي تحقق الصحة النفسية

## الصحة النفسية

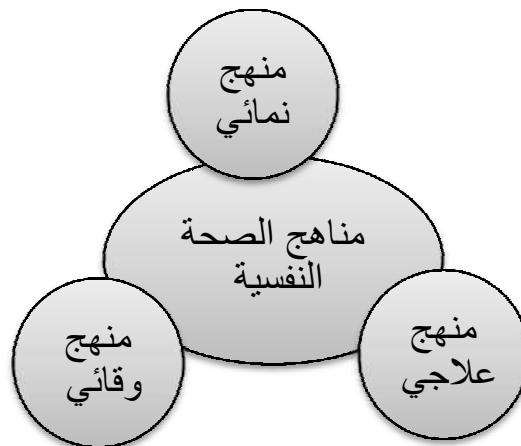
.وللمنهج الوقائي مستويات ثلاثة تبدأ بمحاولة منع حدوث المرض ثم محاولة تشخيصه في مرحلته الأولى بقدر الإمكان ثم محاولة تقليل أثر إعاقته و ازمان المرض. وتتركز الخطوط العريضة للمنهج الوقائي في الإجراءات الوقائية الحيوية الخاصة بالصحة العامة و النواحي التناسلية، والإجراءات الوقائية النفسية الخاصة بالنمو النفسي السوي ونمو المهارات الأساسية والتوافق المهني والمساندة أثناء الفترات الحرجة و التنشئة الاجتماعية السليمة، والإجراءات الوقائية الاجتماعية الخاصة بالدراسات والبحوث العلمية والتقييم والمتابعة، والتخطيط العلمي للإجراءات الوقائية ، و يطلق البعض على المنهج الوقائي اسم " التحصين النفسي ". (حامد عبد السلام زهران ،2005،ص12).

**3.8 المنهج العلاجي :** ويتضمن علاج المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية حتى العودة إلى حالة التوافق والصحة النفسية. (عبد العزيز عبد الله الأحمد ،1999،ص38).

**4. 8. الهدف التربوي:** وهو توظيف ما لدينا من معرفة نفسية في (( تزويد أفراد المجتمع بالخبرات اللازمة بهدف التأثير في معلوماتهم واتجاهاتهم وممارستهم فيما يتعلق بالصحة تأثيراً حميداً.

ويعنى آخر فإن التربية الصحية هي عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع باستخدام الأساليب التربوية الحديثة.(رشيد حميد العبودي،2003،ص132).

الشكل رقم (10) : يوضح مناهج الصحة النفسية



### 9 / معايير الصحة النفسية

تحدد معايير الصحة النفسية بنمط ما يدور في واقع الأفراد وما يواجههم من ضغوطات، وتحدد بمدى توفير عناصر الشعور بالأمن المادي والاقتصادي والاجتماعي، فالصحة النفسية نمط إنساني اجتماعي يرتبط بوجود الإنسان وواقعه.

ومن معايير قياس الصحة النفسية ما يلي:

#### 1.9 المعيار الإحصائي *Statistical Criterion*

أي ظاهرة نفسية عند قياسها إحصائياً تتوزع وفقاً للتوزيع الاعتيادي، بمعنى أن الغالبية من العينة الإحصائية تحصل على درجات متوسطة في حين تحصل فئتان متناظرتان على درجات مرتفعة) أعلى من المتوسط (ودرجات منخفضة) أقل من المتوسط)، وبهذا المعنى تصبح السوية هي المتوسط الحسابي للظاهرة في حين يشير الانحراف إلى طرفي المنحنى إلى اللاسوية، فالشخص اللاسوي هو الذي ينحرف عن المتوسط العام للتوزيع الاعتيادي.

ومن المآخذ على هذا المعيار أنه قد يصلح عند الحديث عن الناس العاديين من حيث الصفات الجسمية مثل الطول والوزن، بينما لا يصلح هذا المعيار في حالة القياس النفسي، لأن القياس النفسي يقوم على أسس معينة إن لم يتم مراعاتها يصبح الرقم الذي نخرج به رقماً مضللاً ولا معنى له، لأن القياس النفسي هو قياس نسبي غير مباشر، فمثلاً عند قياس الذكاء فنحن نفترض وجود الذكاء ولكنه بشكل واقعي غير ملموس ولكن نستدل عليه من صفات الفرد .

#### 2.9 المعيار الذاتي *Subjective Criterion*

السوية تحدد هنا من خلال إدراك الفرد لمعناها، فهي كما يشعر بها الفرد ويراهها من خلال نفسه، فالسوية هنا هي إحساس داخلي وخبرة ذاتية، فإذا كان الفرد يشعر بالقلق وعدم الرضا عن الذات فإنه يعد وفقاً لهذا المعيار غير سوي، فمن الصعب الاعتماد على هذا المعيار كلياً لأن معظم الأفراد الأسوياء تمر بخبرتهم حالات من الضيق والقلق.

### 3.9 المعيار الاجتماعي Social Criterion :

يذهب أصحاب هذا المعيار إلى الأخذ بالأمور الاجتماعية، و ينادون بضرورة إعطاء المكانة الأولى للأسس الاجتماعية في بحث الطبيعة الإنسانية، فالمجتمع كما يرونه يضم مجموعة من العادات والتقاليد والآراء والأفكار التي تسود سلوك الأفراد الذين يتألف منهم، فإذا ما خرج الأفراد على هذه المعايير التي تسود مجتمعهم اعتبر سلوكهم شاذاً، وهكذا يكون التوافق بين سلوك الأفراد وقيم المجتمع هو السواء، ويكون عدم التوافق شذوذاً. ولا يستطيع أحد أن ينكر ما لهذه الجماعة من دور فاعل في تحديد سلوك الأفراد والحكم عليها ومثال ذلك في الأحكام على سلوكنا من خلال الحرام والعيب، والحلال والمستحسن، وما يجدر ذكره أنه ليس كل أفراد المجتمع يتفقون على الأحكام، فبعض الأشخاص يعتبرون أن عدم ارتداء الزّي الشرعي الإسلامي حرام وعيب، وآخرون في نفس المجتمع يعتبرونه غير ملزم، وآخرون يعتبرونه نمطا من التخلف والتراجع إلى عصور غابرة. (الرفاعي نعيم، 1982، ص52) .

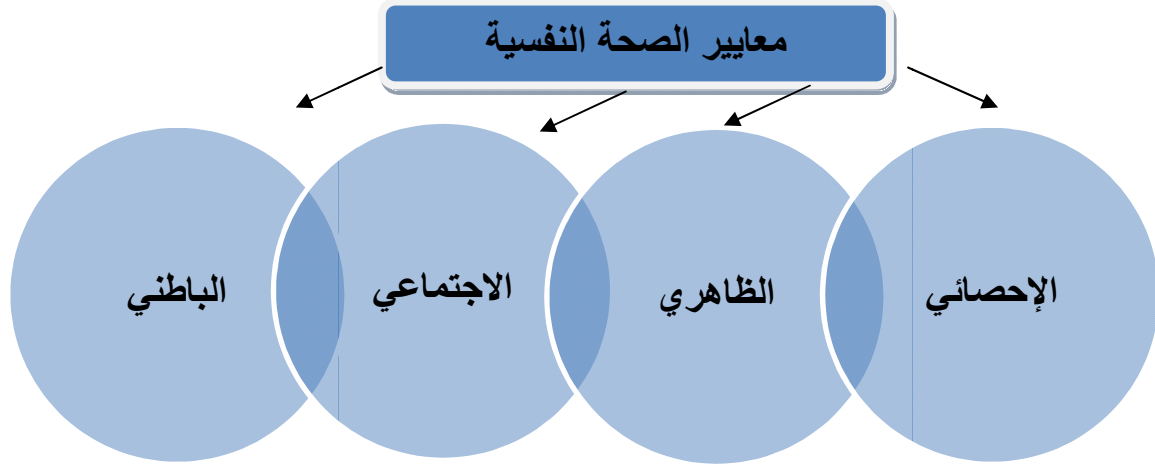
وحسب المعيار الاجتماعي فإن المجتمع لا يقبل إلا السلوك الذي يكون في صالحه، أي في صالح مجموع أفرادها، وفي الوقت نفسه يرفض أي سلوك يهدد تماسكه واستقراره، كما تكمن أهمية المعيار الاجتماعي في تقييم السلوك سواء كان سوياً أو شاذاً، حيث أن الجماعة لا يمكن أن تتماسك بدون معايير اجتماعية، وتبقى المعايير تحمل صلاحيتها بالرغم من التغيرات التي تحصل من جيل لآخر، لكن التغير القيمي الذي يحدث في إطار التطور الاجتماعي لا يبقي الاستمرار به صلاحية للمعيار الاجتماعي للتمييز بين السواء والشذوذ.

(SCHWEBEL&AL, 1990 ,P182) .

### 4.9 المعيار الباطني

هو معيار يجمع بين مزايا معظم المعايير السابقة ويعمل على تجاوز مثاليها فالحكم ليس خارجياً كما هو الحال في المعايير الاجتماعية أو الإحصائية ، كما أنه ليس ذاتياً كما هو الحال في المعيار الذاتي، إنما يعتمد هذا المعيار على أساليب فعالة تمكن الباحث قبل أن يصدر حكمه من أن يصل إلى حقيقة شخصية الإنسان الكامنة في خبراته الشعورية واللاشعورية أيضاً.

الشكل رقم (11): يوضح معايير الصحة النفسية



الشكل رقم (11): يوضح معايير الصحة النفسية

### 10 / نسبية الصحة النفسية :

إن مستوى الصحة النفسية يختلف من فرد إلى آخر، كما تختلف معاييرها تبعاً لمراحل النمو وتتغير كذلك تبعاً لاختلاف الزمان والمجتمع وهذا ما سنعرضه فيما يلي:

#### 1.10 نسبية الصحة النفسية من فرد إلى آخر

يختلف الناس بعضهم عن بعض في الدرجة التي يحوزونها في الصحة النفسية، وهي نسبية غير مطلقة فهي لا تتبع قانون الكل أو لا شيء All Or None Law ، كما أن كمالها التام أمر غير موجود وانتفاءها الكلي هو أيضاً غير متوقع إلا قليلاً، وتفضل ذلك أنه لا يكاد يوجد شخص كامل في صحته النفسية، فمن الممكن أن نلاحظ بعض الجوانب السوية لدى أشد الناس اضطراباً وليس من المتوقع غالباً أن تضطرب جميع الوظائف النفسية لدى الفرد دفعة واحدة.

#### 2.10 نسبية الصحة النفسية لدى الفرد الواحد من وقت إلى آخر

إن الفرد الذي يشعر بالسعادة والنشوة والحبور في كل لحظة من لحظات حياته هو شخص غير موجود كما يصح نقيض ذلك أيضاً، والحق أن كل إنسان يشعر بمواقف سارة و أخرى غير سارة ، كما

يمكن أن نحدد درجة الصحو النفسية أو المرض النفسية لدى شخص ما دمن نمر جميعا بكل المواقف على اختلافها صعودا وهبوطا. (د. عبد الفتاح محمد دويدار، ب.س، ص514.515).

### 3.10 نسبة الصحة النفسية تبعا لمراحل النمو

يتأثر تحديد الصحة النفسية بمراحل النمو التي يمر بها الإنسان و يتصل ذلك بما يسمى بالمعايير العامة للنمو أو المعايير الشائعة له، فإذا فهمنا الصحة النفسية على ضوء مفهوم السلوك السوي يحمل في طياته حكما نسبيا، فقد يعد سلوك ما سوي في مرحلة عمرية معينة كرضاعة طفل لثدي أمه حتى سن الثانية، على حين يعد هذا السلوك غير سوي إن حدث في سن الخامسة ، فمجل القول أن الحكم على سلوك معين بأنه علامة على الصحة النفسية أو مؤشر للشذوذ النفسي يرتبط أيما ارتباطا بمرحلة النمو التي يمر بها الفرد، لذا فإنها من هذا المنظور أمر نسبي. ( نفس المرجع السابق ، ب.س، ص516).

ومن هنا يمكن الحكم على الصحة النفسية من خلال عدة مراحل كالزمان والمكان ومراحل النمو واختلاف الأفراد، إذ ينبغي أن تراعي هذه الأحكام مختلف المتغيرات التي تؤثر على الصحة النفسية والتي تعتبر نسبية.

### 11 / مؤشرات ومظاهر الصحة النفسية

وهذه المؤشرات على نوعين كما يلي:

\*مشاعر ذاتية لا يشعر بها إلا صاحبها.

\*مظاهر خارجية يدركها الآخريين. ونلخص هذه العلامات تبعا لعدد المؤلفين كما يلي:

**1.11 التوافق الذاتي:** وهو نجاح الإنسان في التوافق بين دوافعه وحسن تكيفه مع نفسه ورضاه عنها والتحكم فيها و حسم صراعاته.

**2.11 التوافق الاجتماعي:** ويقصد به حسن التكيف مع الآخريين في المجالات الاجتماعية التي تقوم على العلاقات بين الأفراد، وأهمها الأسرة والمدرسة والمهنة، ويتضمن نجاح الفرد في إقامة علاقات اجتماعية راضية ومرضية، أي يرضى هو عنها ويرضى الآخريين بها و يسعد الطرفان لها وتتسم هذه العلاقات بالتعاون و التسامح والإيثار والثقة والاحترام والتقبل. (بطرس حافظ بطرس، 2008، ص39).

**3.11 الشعور بالسعادة وراحة البال:** وتشمل الشعور بالسعادة مع النفس والراحة النفسية لما للفرد من ماضي نظيف وحاضر سعيد ومستقبل مشرق واستغلال واستفادة من مسرات الحياة اليومية وإشباع الدوافع والحاجات النفسية الأساسية والشعور بالطمأنينة و الأمن والثقة، ووجود اتجاه متسامح مع الذات، واحترام النفس وتقبلها و الثقة فيها وتقدير الذات حق قدرها، ولقد ذهب العلماء والفلاسفة من قديم الزمن إلى أن أسس السعادة الإنسانية هي: الإيمان، الحكمة، الشجاعة، العفة، العدالة وهي قمة الكمالات الإنسانية، أما السعادة مع الآخرين فهي تدل على حب الآخرين والثقة فيهم واحترامهم وتقبلهم والاعتقاد في ثقتهم المتبادلة ووجود اتجاه متسامح نحو الآخرين والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية سليمة ودائمة.

(د.جمال أبو دلو، 2009، ص164 بتصرف ) .

**4.11 معرفة قدر النفس و حدودها:** فكل منا قدرات وإمكانيات بدرجة معينة ومن الثابت أن لكل فرد جوانب ضعف، ومن بين مظاهر الصحة النفسية أن يدرك الفرد هذه الحقيقة ويستثمر جوانب قوته ويتقبل نواحي ضعفه "رحم الله امرئ عرف قدر نفسه" ويعيش شقيا من لم يعرف قدر نفسه وعدم معرفة قدر النفس يكون على صورتين: الإفراط أو التفريط أي مبالغة الفرد في تقدير ذاته وتضخيم إمكاناته أكبر من قدرها، أو تحقير نفسه وبخس حقها والإقلال من قدرها وتشير هاتين الصورتين إلى اختلال الصحة النفسية.

(بطرس حافظ بطرس، 2008، ص39. 40 ) .

**5.11 الاستقلال:** يقصد به قدرة الفرد على أن يعتمد على نفسه أساسا مع عدم الاستغناء عن الآخرين، والاستقرار الجنسي حيث يجد الفرد الرضا والسعادة الجنسية مع فرد واحد من أفراد الجنس الآخر بالطريقة المشروعة.

**6.11 الشعور بالرضا عن النفس:** وهو الشعور براحة الضمير ورضاء الأنفس واستمتاع الفرد بالحياة الممزوجة بتقديره لمشاعر الآخرين واحترام حقوقهم المشروعة.

( محمد السيد الهابط، 2003، ص217، 218، 219.)

**7.11 النجاح في العمل :** يساعد الفرد في تأكيد ذاته ويجلب له السعادة و الرضا ويقوي الرابطة بينه وبين جماعة العمل التي ينتمي إليها وهذه كلها من الأمور التي تدعم صحة الفرد النفسية، ومن العوامل

الهامة التي تساعد الفرد على النجاح في عمله هو أن يكون محيا لعمله وأن يكون هذا العمل متفقا مع ميوله وقدرته، لذا ظهرت دراسات متخصصة في الصحة النفسية للتعرف على ميول الفرد وقياس قدراتهم وذلك لتوجيههم بعد ذلك إلى مجال الدراسة أو العمل الذي يناسب هذه الميول وهذه القدرات، هذه الدراسات تسمى بالتوجه المهني والتوجيه الدراسي، وإذا وضع الفرد المناسب في المكان المناسب أدى ذلك إلى زيادة الإنتاجية ودقة عمله وعدم شعوره بالتعب السريع ، تحمله المسؤولية وهذا يدعم قدرته على التكيف السوي من مجتمعه حيث أن الإنتاج من المطالب الأساسية التي ينشد المجتمع إلى تحقيقها.

مما سبق يتضح أن النجاح في العمل يدعم الصحة النفسية للفرد ويساعده على التكيف الاجتماعي السليم. (نفس المرجع السابق، 2003، ص، 220، 221).

**8.11 مواجهة الإحباط :** إن الصحة النفسية للفرد تظهر عندما يتعامل مع مواقف محيطه، تمثل عقبة في مسيرة تحقيق أهدافه وتتجلى الصحة النفسية والخلو من المرض النفسي عندما يحاول كل فرد أن يخرج من شرنقة الإحباط إلى عوالم متعددة، ولا بد وأنه يوظف إرادته للفعل الجاد الذي يبحث عن الحل البديل الملائم، و ذلك الذي تخلصه من الشعور بالاكتئاب الذي يصاحب الشعور بالإحباط و الذي قد يطمس في أصحاب النفوس الضعيفة القدرة على الوصول إلى أسباب الإحباط .

**9.11 انشراح الصدر و الإقبال على الحياة:** إن انشراح الصدر وما يصحبه من شعور بالسعادة والحماس و التفاؤل بدفع صاحبه إلى الإقبال على الحياة بوجه عام، حيث يشعر بضرورة و أهميته دوره، أن التفاعل من الأمور الضرورية التي تجعله يتعامل مع الأزمات ويضع الحلول البديلة الملائمة التي يساعده على التعامل مع المشكلات أو المواقف الصعبة التي تواجهه، وبطبيعة الحال فإن هذا الشعور الراضي يجعل صاحبه صحيحا نفسيا.

**10.11 الاتزان الانفعالي و الثبات:** والذي يدفع صاحبه إلى التصرف بحكمة وروية و فهم للمواقف ومن أهم المعايير المعبرة عن الصحة النفسية حيث يعبر الاتزان الانفعالي عن نضج الأنا، وكيف تتوازن هذه الأنا مع الضمير والإرادة دون طغيان للانفعالات أو ارتكاب الخطأ.

( أ.د سيد صبحي، 2003، ص 265. 266)

11.11 حسن الخلق: من مظاهر الصحة النفسية حسن الخلق، كانعكاس طبيعي لفطرة

الإنسان

السليم الذي لا يتغير جوهره ضمن حدوده وقدرته الفطرية بحيث يجد الفرد الذي يتمتع

بالصحة النفسية في التزامه الأخلاقي إرضاء لرغباته، ولا يشعر أنه مكره على أن يتمسك

بها ومن خلال حسن الخلق كما أوضحها ( أحمد محمد عبد الخالق، 2007، ص37) هو

إيمان الفرد بالله والتوكل عليه، لا يقترب الآثام إلا قليلا، يبتعد عن الكبائر، يعف عن

الصغائر لا يقرب الفواحش ما ظهر منها وما بطن، إذا حدث صدق، وإذا وعد أوفى، وإذا

أؤتمن أدى، يتجنب قول الزور، ولا يمشي في الأرض مرحا إيمانا منه بأنه لن يخرق الأرض

ولن يبلغ الجبال طولا، ولا يصعر خده للناس، لا يتكبر، يخالق الناس بخلق حسن، يحب

لأخيه ما يحب لنفسه. وقد تأكد الباحثون مؤخرا وبرهنوا على أهمية هذا الجانب لتحقيق

الصحة النفسية. وعليه نلاحظ أن حسن الخلق مظهر أساسي من مظاهر الصحة النفسية

وهذا يعني انسجام الفرد مع نفسه الظاهرة مع الآخر عند احترامه له ومساعدته والمجتمع مع

انتشار سلوكيات حميدة راقية.

الخلو النسبي من الاضطرابات السلوكية: إن الخلو النسبي من الاضطرابات السلوكية أو

الأعراض المرضية مؤشرا ايجابيا لتقرير الصحة النفسية، وهي سلوكيات تميزت بالاعتدال،

التوازن والتوافق مع المعايير الاجتماعية والمطالب الذاتية. وذلك لأن الاضطرابات تؤثر على

نوعية حياة الفرد في علاقاته مع نفسه، وسطه والمجتمع ككل، بحيث يمكننا القول أن

الصحة النفسية قد ينتابها بعض من الاضطرابات السلوكية دون ذلك الاستقرار والطمأنينة

إلى القلق، صراع وألام تجعل الفرد يتحول من الايجابي إلى السلبي في أفكاره، سلوكياته

وانفعالاته. وعليه إن الكثير من علماء الصحة النفسية ساهم في تحديد مجموعة من

المظاهر السلوكية التي تعبر عن الصحة النفسية على شكل قوائم منها ما يتصل بالجانب

الجسمي ومنها ما يتصل بالجانب النفسي، وأخرى اجتماعي خلقي كل حاول ضبط إطار تكاملي لأهم السمات والمظاهر التي تعبر عن الصحة النفسية. ( شدمي رشيدة، 2015، ص14 (15).

**13.11 الاتجاه نحو الذات:** ويشمل مفهوم واقعي و موضوعي عن الذات وإحساس بالهوية.

**14.11 تحقيق الذات :** ويعني استخدام الفرد لقدراته وإمكانياته وتوجيهها نحو المستقبل.

**15.11 تكامل الشخصية:** ويعني الاتساق بين جوانب الشخصية، والمقدرة على مقاومة الشدائد وتحمل الإحباط. (خالد عبد الحميد عثمان، ب.س، ص03).

**16.11 المرونة في مواجهة مطالب الحياة:** ويظهر ذلك في النظرة السليمة الموضوعية للحياة ومطالبها ومشكلاتها اليومية، والعيش في الحاضر والواقع والبصيرة والمرونة والإيجابية في مواجهة الواقع، والقدرة على مواجهة احباطات الحياة اليومية، وبذل الجهود الإيجابية من أجل التغلب على مشكلات الحياة وحلها، والقدرة على مواجهة معظم المواقف التي يقابلها، وتقدير وتحمل المسؤوليات الاجتماعية وتحمل مسؤولية السلوك الشخصي والسيطرة على الظروف البيئية كلما أمكن والتوافق معها، والترحيب بالخبرات والأفكار الجديدة. ( أمال عبد السميع باظه، 1999، ص 11. 12 ).

تعتبر هذه المؤشرات من أهم العلامات التي تدل على الصحة النفسية، ولا بد من أن تجتمع كل هذه العلامات أو الجوانب جميعها لدى الفرد، ولكن تمتع الفرد بكل هذه المؤشرات نادرا، وبذلك تعتبر لدى الأفراد شكل نسبي وليس مطلقا.

### 12 / العلاقة بين الدين والصحة النفسية

يعتبر الدين الإسلامي عاملا مهما في تعزيز العواطف الايجابية لدى الأفراد، وبالتالي ارتياحهم النفسي، فهو بوظيفته المعرفية يقدم تفسيرات لكل المسائل التي لا يمكننا إدراكها و التحكم فيها بعقولنا، والتي تشكل مصدرا للقلق والصراع كالفناء وما وراء الموت والخير والجزاء والبعث ودلالات الخلق والوجود الإنساني، كل هذه التفسيرات تعمل ضابطا وموجها للغرائز التي عادة ما تكون مصدرا لصراع الأنا

وتنقص من القلق المعاش، وكذلك بوظيفته الهوياتية والمتمثلة في تحديد الهوية الفردية والجماعية وتحديد الالتزامات والأطر المرجعية للفرد.

يقول "غوديل" إن «الإسلام يظهر كديانة تضع حدودا ومؤشرات في عالم يحتاج إليه ليصبح بذلك ما هو مسموح وما هو ممنوع واضحا» وبذلك تعزيز سلطة الأنا الأعلى وهو ما يسمح بحل الصراعات وضبط الغرائز والتحكم فيها والوصول إلى الإشباع في ظل التكيف مع الواقع، وبذلك إرضاء سلطة الأنا الأعلى في إطار نوع من التوافق النفسي والذي يرتج عادة في الشعور بالارتياح و السعادة .

يذكر **كونينغ Koenig** ومجموعة من الباحثين في دراسة أجريت سنة (1997) أن المعتقدات و الممارسات الدينية كثيرا ما تستعمل من طرف كبار السن الذين يعانون من أمراض مزمنة كوسيلة للتكيف و التغلب على معاناتهم ، كما تشير الدراسة إلى أن الذين يتبنون الأسلوب الديني للتكيف مع حالتهم الصحية يظهرون قبولا أكبر للمساعدة و يتكيفون بطريقة أسرع وأفضل مع حالتهم الصحية المتدهورة . فتشير نتائج هذه الدراسة أيضا إلى أن الدين يمكن أن يقدم دعما للأنا لإيجاد الإستراتيجية المناسبة للتغلب على المعاناة و الصراع الذي قد يعيشه الفرد وبالتالي التخلص من حالة الضيق النفسي.

(طبيبي غماري، 2014، ص83، 84)

دراسة "طبيبي غماري" (2014) تبين أن الدين مفيد عموما للصحة النفسية فهو يساعد على تقليص القلق الوجودي، وعلى إعطاء معنى للأمل يسمح بالشعور بالارتياح النفسي، وكذا منح المؤمنين المبررات التي تجعلهم يتحملون الألم و المعاناة، ويعمل على ترقية التكاتف الاجتماعي والهوية الخاصة من خلال توحيد المؤمنين حول عدد من المعاني المشتركة .

### 13 / الصحة النفسية للمسنين

إن التقدم نحو الشيخوخة مرحلة تحمل تحديات خاصة على صعيد الصحة النفسية والتوازن النفسي، إنها مرحلة التقاعد واحتمال الخروج من دائرة النشاط المنتج بالنسبة للبعض، وهي مرحلة الانتهاء من طور و الدخول في طور آخر تتجدد فيه المشاريع الحياتية بتوجيهات وكيفيات مغايرة، فقد يكون الدخول في طور الشيخوخة حاملا معه التكامل والتصالح مع الحياة في حالات نجاح المشروع الأسري والحياتي، أو يكون حاملا للأسى والفشل في المشروع الحياتي.

ففي الحالة الأولى تتكامل خبرات الحياة وثمراتها وانجازاتها ويتم تقبل الذات في تكامل سلبياتها و ايجابياتها، والعيش في حالة مميزة من الصحة النفسية المتسمة بالسكينة.

وتنوح هذه الحالة بشراكة رفيقة الدرب بين الزوجين، توفر حالة الرضى وتوفر فرص مقاومة الأمراض و تراجع قوى الجسد وتقبلها برضى وواقعية وحكمة، وذلك في إطار شبكة علاقات الأسرة الممتدة والدور المميز للأجداد فيها، على صعيد القيام بأدوار المساندة والحكمة للأبناء والأحفاد الذين يوفرون بالمقابل الإحساس بالاستمرارية وعمق الروابط العاطفية. (مصطفى حجازي، 2015، ص91).

الصحة النفسية للمسنين لا تعني أن تزيد حياتهم سنوات وإنما تعني أن تزيد سنوات حياتهم حياة، فالمسن الذي يقضي حياته مع الأمراض والأرق والقلق وضعف السمع والبصر يشكو الملل من الحياة ويعيش في حسرة على أيام شبابه، كما يستسلم للتكاسل وإهمال مظهره والتسكع على المقاهي ولذا يجب أن يغير المسن نمط حياته ولا يجب أن تعنى كلمة المعاش ماماتا إذ هي تحمل معنى العيش و البقاء، ولا بقاء بدون عمل و سعي وحركة ومشاركة في شئون المجتمع الذي يعيش فيه، إن أكبر اكتشافات الطب في القرن العشرين هو أن الراحة الزائدة مرض، والنشاط والحركة حياة.

لذا على الشباب الأخذ بحكمة الشيخ ، وقد آن لنا أن ننصح الشيخ بالأخذ بحكمة الشباب وتقول له: أن هناك فرصة كثيرة لشباب الذهن والنفس للتخفيف من الكثير من الشقاء البدني في سن الشيخوخة، ولا داعي لليأس مهما بلغ السن، ففي وسع كل مسن أن يحب عمره الطبيعي إذا خطط حياته طبقاً لبرنامج نفسي و غذائي ورياضي وصحي، وتؤكد الأبحاث العلمية المتعددة في مجال الشيخوخة، إن هناك ثلاثة أشرار للصحة النفسية والجنسية هي:

\*القلق والانفعالات الشديدة المستمرة التي تؤدي إلى الاضطرابات الغذائية والكيمائية .

\*البطالة والخمول والكسل.

\*الإفراط في التغذية أو النقص فيها. (محمد السيد الهابط ، 2003، ص245، 246) .

الصحة النفسية تعني الوقاية من الاضطرابات النفسية، وعلاجها والمحافظة على استمرار الصحة و التكيف الأفضل، إن الاضطرابات النفسية والعصبية والسلوكية من المشاكل الشائعة في جميع بلدان العالم، و هي تتسبب في معاناة كبرى وتضاعف التكاليف الاقتصادية والاجتماعية. وكثيراً ما يتعرض

أولئك الذين يعانون اضطرابات نفسية للعزل الاجتماعي وظروف العيش المتدنية، علماً بأن معدلات الوفاة مرتفعة لدى تلك الفئة.

كما يقصد بالصحة النفسية للمسن مدى قدرة المسن على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه، و هذا يؤدي به إلى التمتع بحياة خالية من الأزمات والاضطرابات و أن يرضى عن نفسه وأن يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين فلا يبدو منه ما يدل على عدم التوافق الاجتماعي بل يسلك سلوكاً معقولاً يدل على التوازن الانفعالي والعاطفي والعقلي في ظل مختلف العوامل وتحت تأثير كل الظروف.

وتلعب الحالة الصحية للمسن دوراً فاعلاً في التأثير على حالته النفسية، وبالتالي فإن أمراض الشيخوخة تعتبر أكثر خطورة لضعف مقاومة الجسم لدى المسن وشدة تأثيره و ضعفه مما يقلل فرص إجراء جراحات ضرورية لصحته. كما أن ضعف الجسم عموماً يظهر لديه أمراضاً ومشكلات جسدية مثل أمراض القلب و الشرايين وهشاشة العظام والكسور والأمراض الجلدية والحسية وغيرها. وقد يظهر لدى المريض توهم بالأمراض وتركيز زائد على الصحة.

إن القوة العقلية للمسنين تتحدر مع التقدم في السن ولكن يتم الحفاظ على مستوى معين من القدرات اللفظية مدة أطول مما تستمر فيه الوظائف الجسمية أو اليدوية، كما تتحدر القدرة على تعلم مواد جديدة مع التقدم في السن، وتضعف الذاكرة بالنسبة للأحداث القريبة.

تتجلى بعض الصفات الشخصية التي تبدو غالباً على كبار السن وتبدو فيها الحالات النفسية لهم أو تشكل مقدمات لها وإذا لم تتلق الاهتمام والرعاية الصحية اللازمة فإنها تتصاعد وتزداد خطورة ويكون لها نتائج على المسن وذويه، و منها الإحساس بعدم القيمة وانتهاء الدور، والشعور بالفشل أو الإحباط، وتغلب على مثل هؤلاء روح التشاؤم، بالإضافة إلى مشكلات ذهنية فكرية وذلك نتيجة لضعف الحواس وضعف الانتباه و عدم القدرة على التركيز، مما يضعف المدركات بالإضافة إلى ضيق الاهتمام وإلى ضعف الذاكرة وتشتتها و سرعة النسيان مما يجعل الفرد يتمركز بشكل محوري في تفكيره حول شيء مما يبدو شبيهاً بالوسوسة أو الهلوسة.

ومما لا شك فيه ان هذه الصفات الشخصية عند المسنين تؤدي بدورها إلى عدة مشاكل نفسية أبرزها الاكتئاب والاضطرابات النفسية و الذهنية التي قد تصل إلى الإعاقة الذهنية، إضافة إلى أمراض نفسية أخرى مثل الخرف وتوهم المرض. فالإكتئاب من الحالات النفسية الشائعة في سن الشيخوخة، وتظهر أعراض الاكتئاب في أكثر من 15% من المسنين، أما الخرف مثل الزهايمر فهي حالة عضوية

عصبية ينتج عنها بعض الأعراض النفسية، مثل ضعف الذاكرة، وعدم ترابط الأفكار، والتفكير المشوش، وضعف الأحكام. ويشكل الزهايمر أكثر من 50% من حالات الخرف.

ومن الأمراض والحالات النفسية لدى المسنين، توهم المرض، فهو أحد الاضطرابات النفسية التي تنشأ لدى الكبار، ودائماً ما تظهر لديهم أمراض غير محددة ومنتقلة في جميع أعضاء الجسم، وهي حالة تنشأ في بعض الأحيان، كعوامل لاشعورية لاستجداء الاهتمام و العطف، وقد تكون لها أسباب أخرى، مثل الخوف من الأمراض والموت.

تهدف الصحة النفسية إلى الوقاية من الاضطرابات النفسية أولاً، وعلاج الاضطرابات النفسية والمحافظة على استمرار الصحة والتكيف الأفضل ثانياً، ففي الجانب الأول نعمل على مد الجوانب التي يمكن أن تسبب الاضطرابات، ثم نعمل على إزالتها وإبعاد الأفراد عنها مع توفير الشروط العامة التي تعطي الفرد قوة عملية لمواجهة الظروف الصعبة والجانب الثاني تقوم المؤسسات المتخصصة بدعم الفرد من جهة، وعلاج مشكلاته النفسية التي يمكن أن توجد لديه من جهة أخرى ثم مرافقته طيلة خطواته من أجل التأكد من حسن عودته إلى الأحسن بالنسبة لمجالات الحياة المختلفة.

تقترن الشيخوخة عادة بالاستهلاك التدريجي للأعضاء وتغيرات حيوية التي تطرأ على الجسم والتي ترافق الشيخوخة وهكذا فإنه من الطبيعي أن هذا التدهور في استهلاك العضلات يعد كمرحلة من مراحل الحياة. (كامل علوان الزبيدي، 2009، ص169).

### 1. 13 . خدمات الصحة النفسية للمسنين

على غرار نظام الصحة العامة نجد خدمات الصحة النفسية تؤمن بالدرجة الأولى من قبل القطاع الخاص وهي تميل بمعظمها للرعاية المتخصصة سواء كان على صعيد العيادات الخارجية أو الاستشفاء، وتقود وزارة الصحة العامة التحول الاستراتيجي نحو دمج الصحة النفسية ضمن الرعاية الصحية الأولية .

إن خدمات الصحة النفسية غير مدموجة بشكل كامل في معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية و المستوصفات ، تتراوح الخدمات من توفير الأدوية النفسية إلى تقديم استشارة متخصصة في البعض القليل من المراكز، في العام 2014 وكجزء من خطة وزارة الصحة العامة الرامية لدمج الصحة النفسية في الصحية الأولية ، تلقى موظفو خمسين مركز رعاية صحية أولية ضمن شبكة وزارة الصحة العامة (

أطباء ، عاملون ، ممرضون وممرضات و عاملون اجتماعيون )، إن توفير خدمات الصحة النفسية في الرعاية الخارجية يتم بشكل رئيسي من خلال العيادات الخاصة التي تضم أطباء الصحة النفسية و اختصاصيين في علم النفس العيادي، وفي حالات قليلة يعمل عدة اختصاصي صحة نفسية ضمن فريق متعدد الاختصاصات بهدف توفير الخدمات بشكل رئيسي للأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم.(ربيع الشماعي،2015،ص20، 21)

**خدمات الصحة النفسية للمسنين :** تحتاج خدمات الصحة النفسية للمسنين لحسن التوجيه نفسيا ومهنيا و اجتماعيا للوقاية من مشكلات منظورة قبل وقوعها لعلاج مشكلات قائمة يعاني منها المسنون، فمعرفة مميزات الحياة النفسية للمسن تتمثل في معاناة المسن من ضعف جسمي عام في الإحساس والعضلات والعظام و النشاط الجسمي الداخلي وضعف عام في النظارة، وبدء ظهور الترهلات.

### العوامل التي قد تؤثر على الصحة النفسية للمسنين

هناك العديد من العوامل المسببة للمشاكل الصحية النفسية للمسنين منها عوامل اجتماعية وديموغرافية مثل العزلة الاجتماعية و الفقر وفقدان الاستقلالية والشعور بالوحدة وكذا سوء معاملة كبار السن، وهي من أخطر العوامل الاجتماعية المؤثرة على الحالة النفسية لهم، فقد ذكر تقرير الاتحاد العالمي للصحة النفسية الخاص بهذه المناسبة أن حوالي 4-6% من كبار السن يعانون من سوء المعاملة في المنازل، بل وحتى في دور العجزة و المستشفيات.

كما لخص " **Jeanette** " وزملائه مجموعة من العوامل المؤثرة على الصحة النفسية للمسنين فيما يلي:

- غياب فرص العمل.
- تدهور في الصحة البدنية أو ضعف القدرة على الأداء.
- ألم متكرر أو مزمن.
- المعاناة من الخرف أو من الوهن.
- تغيير نمط البيئة.
- فقدان الشبكات الاجتماعية، أو الاستقلال.

• الصدمة على فقدان الآخرين المهمين.

• الشعور بالوحدة والعزلة الاجتماعية

• تواجه نهاية الحياة: القلق من الموت.

و لمكافحة هذه العوامل لا بد من برمجة تدخلات تشمل :

• برامج ممارسة نشاطات البدنية

• الدعم الاجتماعي والأنشطة.

• الزيارات المنزلية.

• العمل التطوعي.

• الفحص المبكر والتدخل في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

• الانتباه إلى الاحتياجات النفسية. (Jeanette C. Takamura, Ph.D. ET David ,2001,p08, Satcher).

وقد نجحت أنماط مختلفة من التدخلات المستنبطة والانتقائية والشاملة في تحسين الصحة النفسية عند السكان المسنين، إن التدخلات التي تتضمن التمرينات وتحسين الدعم الاجتماعي من خلال المصادقة هي أمثلة على الاستراتيجيات العالمية. تتضمن التدخلات الوقائية والتعزيزية والانتقائية للسكان المسنين استعمال طرائق التعليم بين المرضى المسنين المزمين ومن يقدم الرعاية لهم، والتقصي المبكر، والتدخلات في الرعاية الأولية والبرامج التي تستعمل تقنيات مراجعة الحياة. إضافة لذلك فقد أشارت الدراسات الحديثة إلى العلاقة بالوقاية من الرضوض القحفية الدماغية، والوقاية من فرط ضغط الدم الانبساطي، والوقاية من مستويات الكوليستيرول المرتفعة في إنقاص أخطار الخرف. ( WHO ،2005،ص35)

فالتدخلات المقدمة لكبار السن تكون في توفير خدمات تهدف إلى دعم المجتمع المحلي لتقديم المساعدة لهذه الفئة في بعض المواقع، والتي تهدف إلى تعزيز استقلالية كبار السن، ودعم الخدمات

## الصحة النفسية

---

المجتمعي، و مساعدتهم للوصول إلى الموارد مثل الشبكات الاجتماعية والصحية والتعافي من الأمراض، وكذلك التعليم و الخدمات الاجتماعية .

بالإضافة إلى دعم الأقران و الذي ينطوي على الأشخاص الذين لديهم تجربة معاشة من الأمراض النفسية وتلقي المساعدة على أساس المبادئ الأساسية للاحترام والمسؤولية المشتركة والاتفاق المتبادل، فهذه الخدمات توفر الدعم الفردي وتعزيز المشاركة ومشاركة كبار السن في مجتمعهم.

( Ministry of Health. 2011,p26)

### خلاصة الفصل

يعتبر مجال الصحة النفسية من أكثر مجالات علم النفس إثارة لاهتمام الناس، سواء المسنين أو الأطفال أو النساء والرجال، والوصول إلى مستوى مناسب من الصحة النفسية السليمة أمر مرغوب فيه من الناس جميعا ، فلننا نعلم عن شخص يرغب في حياة نفسية غير صحيح ففي هذا الفصل تطرقنا إلى مفهوم الصحة النفسية، وعلاقتها ببعض المتغيرات أو المفاهيم ثم تعرضنا إلى تعريف علم الصحة النفسية وعلاقته ببعض العلوم وأهميته وأهدافه، ثم إلى مناهج الصحة النفسية ومعاييرها ونسبيتها، وكذلك إلى مؤشراتها وبعض المظاهر، وفي الأخير تناولنا الصحة النفسية عند المسنين

وما يمكن استخلاصه من خلال ما أشرنا إليه أن الصحة النفسية علم يستطيع أن يقدم الكثير نحو تحقيق شخصيات إيجابية متكيفة مع نفسها ومع مجتمعا، مما يجعلها في حالة من الرضا والسعادة والثقة بالنفس.

# المبحث الثالث : الشيخوخة

- 1\_ تمهيد
  - 2\_ تعريف الشيخوخة
  - 3\_ بداية الاهتمام بدراسة الشيخوخة والمسنين
  - 4\_ التغيرات التي تحدث في الشيخوخة
  - 5\_ النظريات التي تناولت دراسة الشيخوخة
  - 6\_ متاعب الشيخوخة ومشكلات المسنين
  - 7\_ لائحة العوامل السلبية التي تسرع عملية الشيخوخة و التقدم في السن
  - 8\_ العوامل الإيجابية التي تؤخر عملية التقدم في السن
  - 9\_ شخصية وخصائص المسن
  - 10\_ المسن في الأسرة الجزائرية
  - 11\_ رعاية المسنين.
  - 12\_ احتياجات المسنين
- خلاصة الفصل

### 1\_ تمهيد

الشيخوخة مرحلة عمرية بخصائصها ومنفردة بمشاكلها، تنتشعب بها معاناة المسنين بدنياً وأسرياً واجتماعياً وتندنى قدراتهم الأساسية في العمل ومقاومة الأمراض. وعلى المستوى الجسدي يحدث هبوط في نشاط الجسم وضعف عام واختلال في بعض الوظائف العقلية، لذا نجد العديد من المجتمعات تعد كبار السن عبئاً عليها، لكن كبار السن الذين يعيشون حياة صحية جيدة من الممكن أن يكونوا مورداً بشرياً مهماً ليس داخل أسرهم فحسب بل بإمكانهم ولوج سوق العمل، وإعطاء تجاربهم في مختلف المجالات العلمية والمهنية، فالعديد من الدول المتقدمة لا تعترف بحد معين بوصفه حداً للعطاء والإبداع والمشاركة في بناء المجتمع، وكبار السن جزء أساسي من المجتمع.

وتعود مشكلة التقدم في السن إلى الانتشار الواسع للأفكار المنظمة عنها، أي مجموعة المعتقدات والآراء التي تصف أفراد هذه المرحلة بالعجز والاعتمادية والمرض والخرف والسلبية والحساسية والجمود وضعف الذاكرة والتدهور في العمليات الإدراكية، والتي تعتبر مسؤولة عن تغيير سلوك كبار السن لكي يقابل التوقعات المطلوبة منهم تبعاً لهذا التمييز الوارد إليهم من خلال الأفراد والمؤسسات الاجتماعية، وبالتالي فإن المشكلات المرتبطة بفقدان القدرات الجسدية والعقلية وانخفاض الروح المعنوية تتفاقم بشكل كبير مما يمثل عبئاً هائلاً على المجتمعات التي تسعى إلى تحسين نوعية حياة كبار السن.

(جهاد علاء الدين، 1999، ص 03) .

### 2\_ تعريف الشيخوخة

المعنى اللغوي للشيخوخة : الشيخوخة لغوياً مشتقة من فعل شاخ الإنسان شيخاً وشيخوخة، والشيخ هو من أدرك الشيخوخة وهي غالباً عند الخمسين، وهو فوق الكهل ودون الهرم، وهو ذو المكانة من علم أو فضل أو رئاسة، ويقولون أسن الشياخة يعني منصب الشيخ وموضع ممارسة سلطته، ويقال هرم الرجل هرماً أي بلغ أقصى الكبر، وضعف فهو هرم، فالهرم هو كبر السن.

(بشير معمرية، 2009، ص 75) .

ويستخدم الباحثون في مجال دراسة المسنين أحياناً مفهوم الشيخوخة وأحياناً أخرى مفهوم التقدم في العمر aging على أنهما مترادفان ويشيران إلى نفس المعنى، وكلاهما قد استخدم بأشكال مختلفة، فمفهوم التقدم في العمر هو أحد المفاهيم المراوغة إلى درجة جعلت من غير المستطاع لعدد كبير من الباحثين تناوله تجريبياً، كما تعددت المقاييس المستخدمة في تحديد مرحلة الشيخوخة نذكر منها :

**العمر البيولوجي:** ويستخدم في تحديد بداية الشيخوخة العضوية، وهو مقياس وصفي يقوم على أساس المعطيات البيولوجية لكل مرحلة مثل معدل الأيض، ومعدل نشاط الغدد الصماء، وقوة دفع الدم والتغيرات العصبية .... الخ.

**العمر الاجتماعي:** وهو مرتبط بالأدوار الاجتماعية، وعلاقة الفرد بالآخرين ومدى توافقه الاجتماعي.

**العمر السيكولوجي:** ويستخدم هذا المقياس في تحديد الشيخوخة النفسية، وهو مقياس وصفي يقوم على جملة الخصائص النفسية والتغيرات في سلوك الفرد ومشاعره وأفكاره... الخ .

**العمر الزمني:** يرى بروملي أن مرحلة الشيخوخة تنقسم إلى أربعة مستويات:

- 1- المستوى الأول : فترة ما قبل التقاعد وتمتد من 55 إلى 65 سنة.
- 2- المستوى الثاني : فترة التقاعد 65 سنة فأكثر، حيث الانفصال عن الدور المهني وشؤون المجتمع ويصاحبها تغيرات عديدة في النواحي العقلية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية.
- 3- المستوى الثالث: فترة التقدم في العمر، والتي تمتد من 70 سنة فأكثر، حيث الاعتماد على الآخرين والضعف الجسدي والعقلي.
- 4- المستوى الرابع: فترة الشيخوخة والعجز التام والمرض، الوفاة والتي تمتد حتى 110 سنة.  
(عبد اللطيف خليفة ، بدون سنة ، ص 11 . 12 . 14).

لم يتفق الباحثون بعد على تعريف جامع للشيخوخة، وذلك لأنها ليست من الظواهر الثابتة التي تحدث في المراحل الأخيرة من حياة الفرد أو الكائن الحي ولكنها حالة سيالة تتأثر بفسولوجية الفرد ونفسيته وبالبيئة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي يعيش فيها والاتجاهات التي يتقبلها ويتصرف طبقا لها، وهنا نتناول تعريفات بعض العلماء في مجال علم النفس.

إن كلمة الشيخوخة GERONTOLOGY ذات أصل قديم فقد استخدم اليونان كلمتي GERON و GERONTO للإشارة إلى الرجل العجوز.

ويقدم بيرن و رينر **Birren and Renner** تعريفا للشيخوخة بقوله :

" تشير الشيخوخة إلى التغيرات المنتظمة التي تحدث في الكائنات العضوية الناضجة وراثيا والتي تعيش في ظل الظروف البيئية الممتلئة وذلك مع تقدمهم في العمر الزمني " .

والشيخوخة يحددها العالم اليكس كمفرت **Alex Comfort** ليست إلا عملية إفساد وتلف تدريجي، وأن ما يقاس فيها إنما يظهر على هيئة نقص في الحيوية أو زيادة في العطب " .

كما تعرف عالميا على أنها المرحلة العمرية التي تبدأ فيها الوظائف الجسدية والعقلية في التراجع بصورة أكثر وضوحا مما كانت عليه في الفترات السابقة من العمر بسبب تحول بيولوجي غير قابل للارتداد والذي يحدث بشكل متدرج ومستمر . ( كرستين فضول ، 2008، ص06 ) .

يركز التعريف الأول على الشيخوخة كعملية نمو ومن خلالها يتم تحديد فترة النضج من الهرم كما يركز أيضا على المؤثرات البيئية التي يمكن أن تتفاعل مع عملية الشيخوخة وفي بعض الحالات نجد أن التدخلات قد تغير إلى حد كبير من مسار عملية الشيخوخة العادية والهرم . أما التعريف الثاني نجد أنه يقصد به الأسباب الكامنة وراء الاضمحلال ومقاومة الجسم للعوامل التي تسلط عليه فتؤدي إلى انهياره فقدان تماسكه وصلابته .

أما عن **belin** فيعرف الشيخوخة بأنها حالة من الاضمحلال تعترى إمكانات التوافق النفسي والاجتماعي للفرد - فتقل قدراته على استغلال إمكاناته الجسمية والعقلية والنفسية في مواجهة ضغط الحياة لدرجة لا يمكن معها الوفاء الكامل بالمطالب البيئية أو تحقيق قدر مناسب من الإشباع لحاجاته المختلفة (مها محمد عبد الرؤوف البربري ، ب.ت، ص30.31).

وهي عملية بيولوجية حتمية تمثل ظاهرة من ظواهر التطور أو النمو التي يمر بها الإنسان فهي مجموعة من التغيرات المعقدة في النمو والتي تؤدي مع مرور الزمن إلى تلف التركيب العضوي في الكائن الحي وبالنهاية إلى موته . ( خولة علي البير ، 2009، ص04 ) .

كما تعرف الشيخوخة على أنها عملية تتضمن التفاعل المستمر للعديد من المتغيرات الفيزيائية والاجتماعية والفكرية والوجدانية، وأنها عملية تستوجب من الأفراد تأمل سلسلة من المراحل الانتقالية خلال تقدمه في الحياة أو مسار حياته **LIFE PATH** حسبما يذكر بروملي **BROMLEY** وعبر إحدى هذه المراحل الخاصة بعملية النمو معناه الانتقال إلى مرحلة جديدة من مراحل الحياة . والنتيجة الرئيسية لذلك هي أن كبر السن يتضمن تقدم باستمرار إلى شيء جديد .

فهي تعتبر بمثابة عملية مستمرة و يترتب على ذلك على أنها تشير إلى الحلول الملائمة من خلال تقديمها خدمات الرعاية الصحية المتواصلة، ونجد أن مشكلات المسنين تمثل نتيجة للمعوقات التي تعوق أهداف الحياة وإزالة هذه المعوقات يسمح بوجود عملية طبيعية للشيخوخة حتى تسير في مجراها الطبيعي والحلول تعتبر ملائمة فقط طالما أنها ترتبط باستعادة هذه العملية.

(يحي مرسى عبد بدر، 2008، ص27).

أما بالنسبة لجون كلود هنرارد **Jean-Claude Henrard (1997)** هي عملية معقدة من التغيرات البيولوجية التي تحدث داخل الجسم ، نتيجة تراكم عدة آثار ضارة تؤدي إلى ضعف الأداء وبعض الوظائف الفكرية مما قد تسبب الوفاة نتيجة لانخفاض الطاقة.

(**Jean-Claude Henrard ,1997,P025**).

تعرف **Janine جانين (2002)** الشيخوخة بأنها تقدم في السن وما يميزه من تراجع للوظائف الجسمية والفكرية والثقافية والأخلاقية، والمتمثلة في فقدان المكانة الاجتماعية والسلطة.

(**Janine . Ch ,2002 ,p127**)

قدم **CHRISTINE LAOUÉAN كريستان لوينان (2007)** تعريف للشيخوخة على أنها التطور البطيء الذي يحدث في جميع مراحل الحياة، وهي عملية مستمرة ناتجة عن التفاعل بين العوامل الوراثية والبيئية، والتي تحدث فيها عدة تغيرات والأزمات والإصابة ببعض الأمراض التي تؤثر على الفرد وشعوره بالعجز، كما تتأثر هذه المرحلة بالوضع الاجتماعي والاقتصادي ونوعية العلاقات الاجتماعية.

(**CHRISTINE LAOUÉAN,2007,p09**)

ويؤكد **Martine SAMORA (2007)** أن الشيخوخة عبارة عن تدهور وظائف معينة، فقدان تدريجي لهذه الوظائف مثل فقدان القوة، المهارة ، والمرونة، والرؤية والسمع ، وفقدان القدرة على التذكر وضعف الذاكرة ، والذكاء، عدم الراحة والألم والعجز. (**Martine SAMORA ,2007,p2**).

ويعرف **Sharon Galloway شارون قالوواي (2008)** الشيخوخة بأنها تناقص تدريجي للأجهزة الداخلية وقدرتها الوظيفية، وهي مرحلة أو تجربة لا مفر منها يعيشها الجميع .

( **Sharon Galloway, 2008, p36**)

**المسن:** ويعرف في علم النفس بأنه: من دخل مرحلة كبر السن والتي تبدأ من سن الخامسة والستين إلى آخر العمر، وقد يمتد إلى ما بعد المائة من السنوات.

وهو الشخص الضعيف الذي يحتاج إلى رعاية غيره بسبب امتداد عمره ومرافقته له من مرض أو ضعف أو عجز. (مروة عثمان، 2016، ص23، 24)

المسنون هم الأفراد الذين يقعون ضمن مرحلة الشيخوخة التي يحدث فيها تغيرات تعتري القدرة الجسدية و الأحاسيس والطاقات التي تلازم الفرد في شيخوخته بحيث تؤدي به تدريجيا إلى الموت بأسباب عرضية أو أحداث اعتباطية. (سهيلة عبد الرضا عسكر، ب.ت، ص08).

كما يعرف كبار السن عالميا وفقا لمنظمة الأمم المتحدة و لمنظمة الصحة العالمية على أنهم من بلغوا الستين من العمر، ووفقا لبعض الدراسات فإن عمر الشيخوخة يبدأ من 65 سنة في الدول المتقدمة، وقد انشغل العلماء منذ زمن بدراسة مشكلة المسنين وإدراجهم ضمن ما يسمى علم اجتماع الكبر، ووضع مجموعة من النظريات لتفسير الشيخوخة اهتمت بالنواحي الاجتماعية و الإنسانية .

(هناك حسني النابلسي، 2010، ص204).

وفي تعريف آخر يعتبر المسن هو الذي تجاوز الستين من عمره و يزداد اعتماده على غيره بازدياد تراجع وظائفه الجسدية و النفسية و الاجتماعية، ويختلف هذا تبعا لشخصية المسن والمعايير الاجتماعية والثقافية السائدة في المجتمع. (كمال يوسف بلان، 2009، ص21) .

**تقدم السن:** هو ما يطلق عليه أيضا الشيخوخة، والكلمة تعبر عن الشيخوخة الطبيعية المرتبطة بتغيرات جسدية وعقلية غير مرضية، مثل الشعر الأبيض والوهن، ويختلف هذا المفهوم عن مفهوم الشيخوخة المرضية. (لطفى الشربيني، ب.ت، ص168)

فقد توصل العلماء إلى أن الإنسان نادرا ما يموت بسبب الشيخوخة نفسها بل بسبب الأمراض التي ترافقها، ففي عام 1938 نشرت مجلة طبية إنكليزية The Lacet تقريرا لطبيب مختص في معرفة الأمراض التي تسبب الموت عند الإنسان (Pathologist) يقول فيه إنه طيلة حياته المهنية لم يشهد وفاة كهل بسبب الشيخوخة وحدها .

فالمفهوم السائد يقول إننا نهزم لأن أعضائنا تتلف وتتآكل، ليس برهان قاطع على ذلك، والنظرية المبنية على أن أسباب الهرم عضوية فقط ليست متكاملة، فعلى سبيل المثال داء المفاصل يحدده الأطباء الأعراض على خلل يحدث في الأطراف عندما تتآكل الغضاريف و يحدث عندئذ الالتهاب و الآلام. فقد أظهرت بعض النظريات أن التقدم في السن يرجع أسبابه إلى الهرمونات و الوحدات الوراثية و إلى الضغوط العاطفية و النفسية لديهم . (رجاء أبو شقرا ، ب.ت ، ص 65. 66) .

من خلال ما تم عرضه من تعاريف حول الشيخوخة وذلك حسب نظر كل عالم أو باحث فإن الشيخوخة تعتبر مرحلة من مراحل حياة الفرد لا مفر منها و هي عبارة عن تدهور تدريجي لخلايا الجسم وتلاشي وظائفه مما تؤدي إلى ضعف الفرد وعدم قيامه بالوظائف التي كان يقوم به، وهذا راجع لعدة عوامل بيولوجية أو نفسية أو وراثية والتي قد تؤدي في النهاية إلى الوفاة.

نجد أن هناك نوعان للشيخوخة هما:

\_ **الشيخوخة الفيزيولوجية:** تتميز من حيث المبدأ بتزامن التبادلات الحاصلة في جميع أعضاء الجسم أو أجهزة جسم المسن.

\_ **الشيخوخة الباثولوجية:** تتسم بغياب مثل هذا التزامن وهي عكس الشيخوخة الفيزيولوجية، وهي تنتج عن التشنج ( الهرم) المبكر لمختلف أعضاء وأجهزة الجسم بسبب إصابة المسن بمرض ما.

(حسان جعفر، 2003، ص 12. 13) .

### 3\_ بداية الاهتمام بدراسة الشيخوخة والمسنين

بدأ الاهتمام بمراحل حياة الكبار و خاصة الشيوخ منذ سنة 1860، وذلك عندما نشر فلورنس كتابه عن الشيخوخة البشرية و توزيعها السكاني على سطح الكرة الأرضية ثم تطور الاهتمام بالكبار بعد ذلك إلى دراسة المشكلات الاجتماعية التي تصاحب حياة الكبار، وقد ظهرت نتائج هذه الدراسة في الكتاب الذي نشره بوث سنة 1894 بعنوان الأشخاص المسنون في انجلندوبلز .

ولقد كان لموجة تطور العلوم واتساع نطاقها وشمولها في العصر الحديث أثرها في التوجه إلى دراسة الشيخوخة بشكل علمي، وأصبح لها نصيب من الاهتمام العلمي الحديث واتجه المجتمع عارفا بمسؤولياتها و متحملا لها في عدة بلاد من أنحاء العالم، اتجه إلى دراسة مشكلات واحتياجات من تجاوز سن الستين من الجنسين، وبالتالي بدأت هذه البلاد في اتخاذ خطوات نحو تحسين حالة هؤلاء الشيوخ،

فأنشأت العديد من المراكز المتخصصة وأصدرت الكثير من الدوريات التي تعالج موضوع المسنين و أصبح المجال مفتوحا أمام الباحثين في مختلف التخصصات العلمية لدراسة تلك الفئة العمرية.

(صفاء عيسى صيام، 2010، ص42) .

كما ظهر الاهتمام الطبي والنفسي والاجتماعي بالمسنين، بعد أن توالت الدراسات من قبل الباحثين والجمعيات العلمية والجامعات خاصة في أمريكا، سواء في مجال التوافق والاضطرابات والعجز، أو في مجال القدرات الإنسانية ومظاهر التغير في الأداء لدى المسنين، في مجال احتياجات المسنين إلى الرعاية.

وتم دفع هذا النشاط العلمي بصور دوريات علمية متخصصة في نشر البحوث حول الشيخوخة، فصدرت أول دورية علمية في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1945 وهي مجلة علم الشيخوخة Journal Gerontology نشر حوالي 60 ألف بحث حول الشيخوخة بين عامي 1959 و 1975، وفي أوروبا صدرت مجلة عن المسنين عام 1956. ثم أنشئت جمعية دولية عن المسنين، كما توالت إجراء البحوث وإصدار الكتب مثل كتاب " الشيخوخة و السلوك " لمؤلفه بوتوينيك Botwinick عام 1973 ... الخ . (بشير معمرية، 2009، ص76).

وفي الجزائر تعود الاهتمامات الأولى بالمسنين إلى مركز الإحصاء السكاني لإحصاء المسنين لسنة 1954\_ 1966 و على وجه الخصوص الإحصائيات الخاصة بالأمراض العقلية للمسنين في الجزائر. وبين سنتي 1970\_ 1985 تم إحصاء عدد المسنين من طرف كتابة الدولة للتخطيط حيث أمكن العمل بهذه النتائج والإطلاع على طرق العمل في المؤتمر الدولي الخاص بالمؤسسات المساعدة الذي أقيم في بروكسل "بلجيكا" بين 25 . 27 سبتمبر 1972 ، وكانت نتائج هذا المؤتمر العمل على تحسين ظروف مراكز المسنين في أوروبا وباقي الدول، واعتماد أهم السبل والوسائل المادية والبشرية المؤهلة لخدمة وتحسين تسيير هذه المراكز .(سعيد رياش، 2008، ص) .

كما تولت بعض الاهتمامات بالمسنين بصورة بطيئة ليس فقط على المستوى العلمي والعمل بل أيضا على المستوى السياسي والإعلامي وهذا لتحسيس بخطورة وضعية المسنين، حيث تناولت بعض الجرائد مقالات حول أوضاع المسنين في الجزائر.

فتزايد الاهتمام بهذه الفئة على العالمي حيث تمثل مؤشرا من مؤشرات تقدم الأمم لما لهذه الفئة تأثيرا على التركيب السكاني لأي مجتمع خاصة مع تقدم أساليب الرعاية الصحية و الزيادة في متوسط الأعمار بدرجات مختلفة.

فتشير الإحصائيات إلى أن عدد السكان الذين بلغوا الستين على مستوى العالم عام 1950 م تجاوز عددهم 200 مليون نسمة، ثم تزايد في عام في 1975 م إلى 350 مليون نسمة، ووصل إلى 950 مليون نسمة سنة 2000 م، ومن المتوقع أن يصل إلى 1100 مليون نسمة عام 2025 م. ( علي جاسم ، 2009 ، ص 08 ) .

وفي الدول العربية يتوقع أن يرتفع مؤشر الشيخوخة بشكل كبير، لاسيما في البلدان التي بلغ التحول الديمغرافي فيها في مرحلة متقدمة.

أما فيما يخص تطور نسبة الفئة العمرية ل 65 سنة فأكثر في الجزائر في الفترة 1960 \_ 2008، تم تسجيل متوسط سنوي يقدر ب 3,9 % من إجمالي السكان، وقد سجل أعلى مستوى خلال نفس في سنة 2008 حيث بلغ نسبة 4,6 % بينما سجل أدنى مستوى بنسبة 3,3 % سنة 1965 م، أي التغير الموجود بين السنة الأولى و الأخيرة هو ما يقارب 20 % في مدة 48 سنة .

إن الفئة العمرية ل 65 سنة فأكثر نجدها أكثر استخداما في الإحصائيات الديموغرافية باعتبار أن الوصول إلى سن 65 سنة يعني أن الشخص المسن قد غادر مجموعة السكان في سن العمل.

إن نمو هذه الفئة من السكان بصفة كبيرة يؤدي إلى تعرض المجتمع الجزائري لتحديات مميزة خاصة فيما بصعوبة إعادة تجديد السكان وزيادة الإنفاق على الصحة وما يعبر عليه في الاقتصاد بزيادة نسبة الإعالة.

وهنا نوضح الفئات العمرية للمسنين ذكور وإناث سنتي 2004 \_ 2005 على التوالي:

جدول رقم (02) : 2004

المجموع	الجنس		الفئات العمرية
	إناث	ذكور	
667 ألف	343 ألف	324 ألف	64_60 سنة
602 ألف	291 ألف	311 ألف	69_65 سنة
463 ألف	227 ألف	246 ألف	74 _ 70 سنة

301 ألف	146 ألف	155 ألف	75_79 سنة
372 ألف	133 ألف	239 ألف	80 سنة فما فوق
2,465	1,121	1,294	المجموع الإجمالي

جدول رقم (03) : 2005

المجموع	الجنس		الفئات العمرية
	إناث	ذكور	
678 ألف	349 ألف	329 ألف	60_64 سنة
609 ألف	293 ألف	316 ألف	65_69 سنة
494 ألف	237 ألف	257 ألف	70_74 سنة
319 ألف	154 ألف	165 ألف	75_79 سنة
286 ألف	138 ألف	148 ألف	80 سنة فما فوق
2,386	1,151	1,235	المجموع الإجمالي

(رياش السعيد، 2008، ص 136)

ومن الأسباب وراء زيادة الاهتمام بدراسة الشيخوخة والمسنين نجملها فيما يلي:

1. الأسباب الديموجرافية وزيادة عدد المسنين: فهناك تغيرات ديموجرافية هامة حدثت في المجموعات بصفة عامة والمجتمعات المتقدمة بصفة خاصة، وعلم السكان (الديموجرافيا) يتوفر على دراسة الاختلافات والتغيرات في إعداد السكان وتوزيعهم مكانيا وخصائص التركيب السكاني وكثافتهم في العالم .

وعموما نجد أن التناقص في معدل الوفيات قد بدا في النصف الأول من القرن الثامن عشر واستمر حتى القرنين التاسع عشر و العشرين ونجد أن النظام الغذائي الجيد والسيطرة على الأمراض البوائية المعدية قد ساهم في إطالة المدى العمري كما أن معدلات الوفيات الناجمة عن كبر السن قد تقلصت بسبب التحسن في تشخيص وعلاج أمراض الشيخوخة في وقت مبكر.

2. ترتب على تلك الزيادات المتصلة في أعداد كبار السن ظهور الكثير من الدراسات والعلوم المتخصصة في دراسة ظاهرة كبار السن من مختلف جوانبها البيولوجية والنفسية والاجتماعية وبالتالي أصبح لدينا تراثا علميا هائلا يمكن الاستفادة منه في تخطيط وتنفيذ برامج الرعاية المختلفة لتلك الفئة .

3. يتميز ذلك العصر بظهور الكثير من الجهود التنموية في مختلف الدول التي تسعى إلى تحقيق التنمية الشاملة وهنا يتطلب ضرورة الاستفادة من كافة الموارد البشرية الموجودة في المجتمع التي يمثل المسنون عنصرا هاما لا يمكن إغفاله من تلك الموارد الأمر الذي يحتم على المجتمعات المختلفة البحث عن أنسب صياغة تمكنها من الاستفادة بجهود كبار السن في خطط التنمية الشاملة. (يحي مرسى، 2008، ص35).

4. أدت الزيادة الكبيرة في اعداد المسنين إلى تحويل مشكلتهم من مجرد مشكلة عاطفية تهدف إلى العطف على هؤلاء الشيخوخ دون القيام بإجراءات إيجابية لعلاجها إلى اتخاذ الوسائل المناسبة لتحسين حالة هؤلاء الشيخوخ.

5. إن مسألة رعاية المسنين تعتبر في الوقت ذاته قضية إنسانية هامة حيث حرصت كافة الأديان السماوية على ضرورة توفير الاحترام والرعاية لكبار السن وخصوصا الدين الإسلامي.

6. اتخذت قضايا كبر السن مكانا بارزا في الاجتماعات الدولية والإقليمية في السنوات القليلة الماضية مما يتيح الفرصة أمام المختصين في مختلف الجوانب إلى التفكير في الاستفادة بمعطيات تلك الندوات و المؤتمرات التي تتناول ظاهرة كبر السن في صياغة برامج وخطط الرعاية الواجبة لتلك المرحلة العمرية .  
(نفس المرجع السابق، ص39).

## 4\_ التغييرات التي تحدث في الشيخوخة

### 4\_1 التغييرات البيولوجية و الفيزيولوجية

تمثل الشيخوخة ظاهرة بيولوجية طبيعية ناتجة عن تأثيرات مرور الزمن و التقدم في العمر على جسم الإنسان، فالشيخوخة هي نتيجة مباشرة للتراكم التدريجي للخلايا المتعبة على مرور السنين.

( حسان جعفر ، 2003، ص07 ) .

كما أنها عبارة عن نمط شائع من الاضمحلال الجسمي في البناء و الوظيفة يحدث بتقدم السن لدى كل كائن حي بعد اكتمال النضج، وهذه التغييرات الاضمحلالية المسيرة لتقدم السن تعترى كل الأجهزة الفسيولوجية والعضوية والحركية والدورية والهضمية والبولية والتناسلية، الغدية والعصبية والفكرية.

( هدى محمد قناوي ، 1987، ص17 ) .

رتكز تعريف الشيخوخة من الناحية البيولوجية على جانبيين أساسيين هما:

الأول يتعلق بعملية الهدم: ويشير إلى زيادة التفاعلات الهدامة بالجسم عن التفاعلات الكيميائية البناءة وما يترتب عنها من نقص مستمر في مقدرة الجسم على مقاومة المؤثرات الخارجية.

الثاني يتعلق بالوظيفة: حيث يؤدي هذا النقص المستمر في مقدرة الجسم على مقاومة المؤثرات الخارجية إلى نقص في المقدرة الوظيفية لهذه الأعضاء. وفيما يلي عرض للتغيرات البدنية التي تحدث في كل الأجهزة العامة للجسم:

### ١. الجهاز الحسي The Sensory System :

ربما تكون التغيرات في الأعضاء الحسية أكثر خطورة لدى كبار السن فمن خلال الأحاسيس تستلم المعلومات وتقدم الاستجابات التي تحكم تفاعلاتنا مع الآخرين ومع البيئة، فالنقصان في البصر والسمع واللمس أو في الألم أو في الإحساس والتذوق أو في الشم والتوازن يؤثر في نوعية هذه التفاعلات، وعموما فإن فقدان الحسي يكون تدريجيا وحين تصل هذه التغيرات إلى مستوى يعوق الوظائف فإن المساعدات والتعديلات في البيئة تقدم مباشرة وأكثر فقدان شيوعا ما يعانيه كبار السن في درجة حدة البصر والسمع.

#### أ. البصر vision :

إن التغيرات في البصر تكون بصورة أولية على أشكال من الضعف في دقة الرؤيا وإدراك الضوء وتعديل الصورة أي التركيز بدرجة شديدة قرب الصورة، وهذه التغيرات تتأثر بالتبدلات في تركيب العين وفقدان المرونة في عضلاتها، وتتضمن التغيرات الأخرى المرتبطة بالعمر أيضا فقدان العضلات الوجهية لمطاطيتها ومرونتها حول العين والفقدان في الشحوم حول كرة العين وينتج عن هذه التغيرات سقوط في وجفن العين مما يؤثر في مظهر الوجه. (علي جاسم عكلة، 2009، ص154. 155).

#### ب. السمع

لاشك أن فقدان الشخص للقدرة التي يعتمد عليها في التعايش مع الآخرين إضافة إلى ما قد يصاحب الإعاقة السمعية الناتجة من إعتلال عام في الصحة البدنية و تناقص الحيوية والنشاط . ينجم عنها افتقاد الإحساس بالأمان وعدم الإستمتاع بمناهج الحياة العادية التي كانت متاحة لهم من قبل الفقد

السمعي ، صعوبات التفاعل مع الآخرين فالإستجابات التالية للمتغيرات المصاحبة أو المرتبطة بفقد السمع الناتج عن التقدم في العمر، ربما يصبح التعامل معها ودراستها استنادا إلى ما يعرف بنظريات رد الفعل للأزمة الصادمة Crisis Reaction Theories. (محمد السعيد أبو حلاوة، 2003، ص6).

### ج. التذوق و الشم Taste and Smell :

تحكم أحاسيس التذوق والشم بواسطة براعم تذوقية على اللسان وفي الفم و بواسطة خلايا متسلطات شمية موجودة داخل الأنف من الأعلى ولا يوجد دليل يظهر مميّزا هي هذه الأحاسيس مرتبطا بالعمر، و أن معظم التغيرات في التذوق والشم يكون للناس خبرة بها أساسي فردي إلى درجة كبيرة و غالبا ما تكون عادات نمط الحياة مثل التدخين في السبب في ضعف هذه الأحاسيس.

### د. اللمس Touch :

إن المتسلطات البدنية المسؤولة عن عدم الإحساس اللمسي (الألم و الضغط و الحرارة والبرودة و العلاقات المكانية ) تكون جزء من الجلد و كذلك من الجهاز العضوي الداخلي من الجسم. وبينما يكبر الجسم فإن ضعف في الحساسية للحرارة والبرودة و الألم يتراكم، ولهذا فإن تكيف الحرارة البيئية تكون مهمة في إسناد درجة الحرارة الملائمة ومريحة للجسم عند كبار السن.

(علي جاسم عكلة ، 2009، ص158)

### هـ\_ الجهاز العصبي Nervous System

ففي كبار السن يتدهور الدماغ و الجهاز العصبي المركزي بصورة سريعة و إذا أثرت هذه التغيرات على الدماغ تأثيرا تدريجيا فإن هذه الحالة تسمى بإنحلال أو تدهور الشيخوخة Senile Degeneration أما إذا حدثت هذه التغيرات بصورة فجائية و كانت نوعية أو محلية فإننا نكون أمام حالة تصلب شرايين القشرة الدماغية وإنسدادها وعلى ذلك يمكن تصنيف زملة الأعراض الدماغية في الشيخوخة إلى فئتين هما:

أ\_ اضطرابات ما قبل الشيخوخة **présenile** : ويتناول الأشخاص من سن 45- 60 سنة ومن أكثر الأعراض شيوعا في هذه المرحلة مرض الزهايمر Alzheimer ، لقد وصف هذا المرض لأول مرة عالم

الأعصاب الألماني Alois الزهيمير 1907 م أي منذ 100 عاما و يحدث في سن ما بين 40 و 60 عاما ويسير بسرعة أزيد من مرض آخر.

ب\_ اضطرابات الشيخوخة : ومن اضطرابات الشيخوخة Maladie de Pick بيك ولقد وصفه لأول مرة عالم فيزياء من تشيكو سلوفاكيا سنة 1892 هو أرنولد بيك Arnold Pick و ينحل أو يتفكك الجهاز العصبي المركزي حيث تحدث إصابات في الفص الجبهي Frontal Lobe و الصدغي Temporal و هو عبارة عن ضمور في الدماغ حيث يتحول من 1300 ملغ الى أقل من 1000 ملغ و يعاني المريض من النسيان وعدم القدرة عن التفكير والعجز في الكلام كما يبدو المريض غيبا وغير مهتم في مظهره و يفترق إلى الوعي أو فهم حالته ويبدأ هذا الاضطراب بإيجاد صعوبة في التركيز حيث يطغى على المريض السرحان وشروذ الذهن وعدم الراحة كما يعاني من هذات الإتهام والإضطهاد ويميل المريض إلى لوم الآخرين، وتحدث الوفاة بعد 04 إلى 07 سنوات. (عبد الرحمان العيسوي، 1989، ص 67. 68).

ومن الأمراض الجسمية على سبيل المثال:

أ. التهاب المفاصل: وخاصة التهاب العظام المفصلي وينشأ عادة من النقص الغذائي

#### 4\_2 الخصائص والتغيرات السيكولوجية

لا تتفصل التغيرات النفسية للشيخوخة عن التغيرات الاجتماعية بل هي على علاقة وثيقة وترتبط ببعضها البعض، فتراجع القدرات الجسمية والعقلية يؤثر على عملية التوافق الشخصي والاجتماعي.

وهذا ما يؤكد تعريف الباحثين للشيخوخة من الناحية السيكولوجية بأنها " حالة من الاضمحلال يعترى إمكانات التوافق النفسي والاجتماعي للفرد فتقل قدراته على استغلال إمكاناته الجسمية والعقلية والنفسية في مواجهة ضغط الحياة لدرجة لا يمكن معها الوفاء الكامل بالمطالب البيئية أو تحقيق قدر ممكن من الإشباع لحاجاته المختلفة ". (هدى قناوي، 1987، ص 51).

وتتمثل التغيرات السيكولوجية لدى المسن في ظهور مشكلات الصحة النفسية والتي يتمثل أهمها في: الاعتمادية والعوانية وضعف الثقة بالنفس والحساسية الزائدة بالذات والمعاناة من نوبات البكاء أحيانا، كما تتميز انفعالاتهم بأنها ذاتية المركز وبالخمول وبلادة الحس ويضعف القدرة على التحكم فيها كما يتميزون بالعناد وصلابة الرأي ويغلب عليهم التعصب وتوخي الحرص والحذر.

(جولتان حجازي وآخرون، 2009، ص116) .

وفيما يلي سوف نعرض الخصائص السيكولوجية لمرحلة الشيخوخة:

### 1\_ تغير الشخصية و الحالة النفسية للفرد مع تقدم العمر:

فالفرد في ضوء نظرية اريكسون يمر بثمانى مراحل يشكل كل منها تطورا جديدا في شخصية الفرد و علاقاته بالآخرين و آخر هذه المراحل هي مرحلة التكامل في مقابل اليأس Ego integrity –Vsdepair وهي أزمة الشيخوخة و إحساس الفرد أن هويته قد تحددت، فإذا كان ما فعله يبعث على السعادة و الإحساس بالإنجاز فإنه سوف يتجاوز هذه المرحلة بنجاح وهو يشعر بالتكامل والرضا أما إذا كانت نظريه تتسم بالإحباط و خيبة الأمل فسوف يشعر باليأس ويرى أريكسون ضرورة أن يتقبل المسنون حتمية كبر السن والتغيرات المصاحبة له وأن يواجهها هذه الظروف دون يأس.

### 2\_ القدرات العقلية:

إن ما نلاحظه من ضعف في مرحلة الشيخوخة أو خطأ في التفكير إنما مرده إلى ما قد يحدث من عطب في التفكير نتيجة ضمور خلايا المخ أو لسبب حدوث مرض به أو إصابته بحادث أو قد يرجع عطب التفكير إلى عدم تغذية المخ بالخبرات المعرفية الجديدة ، مما يؤدي إلى التغير في النشاط العقلي لدى المسنين في القدرات العقلية كالإدراك و التفكير ، التذكر والتحليل والتغير في القدرة والذكاء والأداء النفسي الحركي وغير ذلك مع تقدم العمر، كما أن للسن تأثير على مختلف الجوانب العقلية العامة و الذاكرة قصيرة المدى كانهدام القدرة على تنظيم عملية الاختزان ونقص القدرة على الانتباه نظرا لضعف القدرة على التعلم والاكساب (هدى محمد قناوي ،ب.ت، ص 31 .32 بتصرف).

بالرغم من أننا لا نعرف حتى الآن بوجود مواقع محددة في المخ مسؤولة عن التذكر، فإننا نعرف أشياء كثيرة عن الكيفية التي يتم بها التذكر، بمعنى أننا نعلم الكثير عن كيفية عمل الذاكرة أكثر مما نعلم عن ماهيتها ومواقعها في المخ. ويعاني بعض كبار السن من تدهور الذاكرة القريبة (القصيرة المدى ) فيما تظل الذاكرة البعيدة ( الطويلة المدى ) لديهم نشطة وفعالة. فهم يتذكرون تفاصيل بعيدة في الماضي ولكن قد يصعب عليهم تذكر موعد الغد لزيارة صديق مريض .وقد ينسون حتى أسماء بعض الأشياء المألوفة أو أنواع الطعام التي تناولوها في الوجبة السابقة أو ينسى أحدهم أين وضع ساعته التي نزعها

من يده قبل ساعتين .وتسمى هذه الحالة " النساوة أو الأمنزيا " حيث ينسى الفرد لأحداث القريبة فيما يظل يتذكر جيدا أحداث الماضي البعيد. فلكل إنسان تاريخ حافل بالأحداث والوقائع، وهو شاهد على تاريخه الشخصي والاجتماعي والسياسي أيضا. ولهذا يعد الشخص المسن أشبه بمكتبة لكن معلوماتها مكتوبة في خلايا الدماغ وليس على الورق هنالك تباين كبير بين المسنين في كمية ونوعية ما يتذكرونه من معلومات، لأن عملية التذكر تتأثر بالعوامل الشخصية والمزاجية للفرد. ولهذا ينبغي أن تعطي للمسن فترة أطول للتذكر، وأن يكون الكلام معه على مهل ومعروف أننا نتذكر الأحداث أو الأشياء المهمة لنا أكثر من تلك التي لا نعيها أهمية، ونتذكر الأشياء السارة أكثر من المؤلمة. بعبارة أخرى : نحن ننسى لأننا نحب أن ننسى لا لأننا عاجزون عن التذكر. (يمينة خلادي،2012، ص 51).

والقدرة العقلية مثل القدرة الجسمية تبلغ ذروتها بين سن العشرين والثلاثين ثم تأخذ في التناقص بعد سن الأربعين وعند سن الستين يقل أداء الفرد بنسبة 25% .

### 3 . تغير الاهتمامات و الحاجات :

ونعني بها : وجود رغبة أو ميل لأداء نشاط ما يحقق إرضاء أو إشباع لدى الفرد فهي ميول نحو أشياء يشعر الفرد نحوها بجاذبية خاصة .

ولقد أشار هيرلوك Hurlock إلى أن إهتمامات المسنين تشمل الجوانب التالية :

أ. الاهتمامات الشخصية *personal interests* : أهمها ما يتعلق بالذات والجسم و المظهر والشكل العام ويصبح المسن متمركزا حول ذاته عن ذي قبل أكثر اهتماما بنفسه وأقل اهتماما بالآخرين .

ب . الاهتمامات الترفيهية *recreational interests* : وتشمل القراءة ومشاهدة التلفزيون والرحلات و زيارة الأصدقاء .

ت . الاهتمامات الاجتماعية *Social interests* : حيث يعاني المسن الشعور بالفراغ والعزلة والوحدة النفسية وتناقص الأدوار الاجتماعية .

ث . الاهتمامات الدينية *Religious interests* : حيث يصبح الفرد أكثر تسامحا وأقل تعصبا الجوانب الدينية وكذلك تتسم مرحلة الشيخوخة بأن المسنين يكونون أكثر ترددا على دور العبادة . (نعيم مطر،2008،ص43 . 44) .

### 4\_3 الخصائص والتغيرات الاجتماعية

تعتبر الشيخوخة من الناحية الاجتماعية حالة من هجر العلاقات الاجتماعية والأدوار التي تطابق مرحلة الرشد التي يتم فيها قبول العلاقات الاجتماعية والأدوار التي تطابق السنوات المتأخرة من مرحلة الرشد (هدى محمد قناوي، 1987، ص51، 79).

تتعدد التغيرات الاجتماعية التي تصاحب مرحلة الشيخوخة وتتداخل مع بعضها البعض إلا أن أبرز هذه التغيرات لدى المسنين هي: تقلص علاقاتهم الاجتماعية إذ تقتصر على الأصدقاء القدامى ومن كان يسكن بقرية نظراً لصعوبة تنقلاته بسبب التغيرات الجسمية آنفة الذكر وهذا قد يؤدي إلى تقلص المكانة الاجتماعية للمسن، كما ينتج عن هذا التغير مظهر جديد في حياة المسن ألا وهو: الفراغ والعزلة والشعور بالغربة وذلك نتيجة للانسحاب المتبادل بين المسن والمجتمع الذي يؤدي بدوره إلى ضيق الاتصال بالمجتمع وإلى تدهور المشاركة الاجتماعية لديه، وهو ما يسمى باغتراب المسنين عن المجتمع وهذا عائد إلى فقدان الأدوار الاجتماعية المتمثلة في رعاية الأبناء والأسرة.

(عبد الله بن ناصر السدحان، 2008، ص28)

من خلال ما تم استعراضه للخصائص والتغيرات البيولوجية و السيكولوجية والاجتماعية للشيخوخة رأته الباحثة أن هذا التغير هو نتيجة للمؤثرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية ولذا فان الدراسة الحالية تهتم بطبيعة التفاعل بين كل الجوانب ومدى تأثير نتائج التفاعل بينها على شخصية المسن وسلوكه.

### 5 \_ النظريات التي تناولت دراسة الشيخوخة

تختلف نظريات الشيخوخة باختلاف المنظور الذي ننظر إليها من خلاله، فالشيخوخة عملية متعددة و متشابكة الجوانب والأبعاد وفيها تتم مجموعة من التغيرات البيولوجية والاجتماعية والسيكولوجية وبالتالي ظهرت مجموعة من النظريات التي تلقي الضوء وتفسر هذه التغيرات والمظاهر:

#### 5\_1 نظرية الانسحاب

تقوم هذه النظرية على افتراض أساسه أن الأفراد حين يصلون لسن الشيخوخة فهم تدريجياً يبدؤون في تقليص الأنشطة التي اكتسبوها حين كانوا في منتصف العمر، وتقول كمنج Cumming التي تعتبر مؤسسة هذه النظرية " تبدأ مظاهر الانسحاب بالملاحظة الموضوعية ذلك أن المسن يشعر أنه بدأ يفقد

إرتباطه بأوجه الحياة المحيطة به إذا ما قارن نفسه حين كان أصغر في السن وأكثر ايجابية وأكثر حركة على اعتبار أنه شخص غير مرغوب فيه ولذلك يعتبر التقاعد مظهرا للانسحاب المتبادل، فالفرد ينعزل عن المجتمع في الوقت الذي يبدأ فيه المجتمع الانسحاب من حياة الفرد، وقد ينسحب المسن تماما من المجتمع ويبقى نسبيا مغلقا عن الآخرين وقد يرافق هذا الانسحاب التام المسن من البداية ويظهر ذلك في زيادة الانشغال بنفسه وحين تكتمل عمليات الشيخوخة فإن التوازن الذي كان يوجد في منتصف العمر بين الفرد ومجتمعه يذهب ليحل محله توازن يتميز ببعد المسافة وتغيير أنماط العلاقات وتقوم نظرية الانسحاب على ثلاثة أبعاد أساسية هي :

1. أن معدل التفاعل و أبعاد سوف يقل بتقدم الإنسان في عمره.
  2. أن التغير الكمي و الكيفي في التفاعل يصاحبه تغير في إدراك حجم الحياة.
  3. أن التغير الكيفي للتفاعل يصاحبه نقص في صفة الحياة الاجتماعية حيث ينتقل المسن من الاهتمام بالآخرين إلى الاستغراق في ذاته ومن الانشغال إلى الراحة.
- لقد نقدت هذه النظرية حين أشار البعض إلى أن نظرية الانسحاب لا تنطبق على كل الأفراد ولذلك عدلت كمنهج من نظريتها وأشارت إلى الرضا عن الحياة قد يرتبط إيجابيا بالأنشطة لدى بعض المسنين و بالانسحاب لدى بعض الآخر، فالشخص النشط الذي يوجه اهتماماته للعالم الخارجي سوف يكون سعيدا إذا ما استمر على ذلك خلال مرحلة التقاعد، أما الآخرين أصحاب النظرة السلبية والذين يعتبرون البيت مركزهم الرئيسي فإنهم سوف يرحبون بالانسحاب من المجتمع .
- (محمد نبيل، ب.ت، ص50. 51. 53) .

### 5\_2 نظرية النمطية و اللانمطية:

والتي تنظر للشيخوخة نظرة نمطية قائمة على التعميم، مما أدى إلى معاملة المسنين كأنهم فئة واحدة وتحديد سن التقاعد بناء على ذلك بسن الستين، أو ما يعادل ذلك ، والملاحظ في الواقع هو عكس هذه النظرة النمطية، إذ يتباين المسنون في قدراتهم الجسمية والروحية والعقلية والوجدانية تباينا كبيرا ونلاحظ أيضا أن كثيرا من قادة السياسة، ورجال الأعمال، وأصحاب المهن الحرة الناجحين، هم من المسنين الذين بلغوا سن التقاعد الرسمي الذي تعترف به الأمم المتحدة. تستند هذه النظرة الجديدة (اللانمطية) على التأكيد على ضرورة اعتماد مبدأ " الفروق الفردية "في معاملة كبار السن في مجالات عدة، وخاصة في

إدارة الموارد البشرية، حيث أن هناك حاجة ماسة لتوظيف المسنين في كثير من البلدان التي ارتفعت فيها نسبة الشيخوخة كثيرا.

ولا ينبغي أن يقتصر توظيف المسنين في الوظائف المناسبة لقدراتهم الجسمية والعقلية والوجدانية على البلدان التي ارتفعت فيها نسبة الشيخوخة، كما هو الحال في معظم البلدان المتقدمة صناعيا، بل ينبغي أن يكون الأمر كذلك في دول الخليج، حيث هناك حاجة ماسة لكل الأيدي العاملة، وخاصة المتعلمة والماهرة منها. ( مصطفى مولود عشوي، 2008، ص5).

### 3\_5 نظرية النشاط و الفعالية Activity Theory

ترى هذه النظرية أن كبار السن لا يتخلون عن أدوارهم بسهولة التي كانوا يمارسونها في منتصف العمر، وإذا ما اضطروا لذلك فسوف يستبدلونها بأدوار وأنشطة جديدة مناسبة لقدراتهم بحيث توفر لهم الشعور بالرضا عن الذات و التوافق الاجتماعي، وقبلت هذه النظرية بصورة واسعة وكانت ذات أهمية خاصة بالنسبة للمتخصصين بالنشاط ويمكن أن تعزى شعبية هذه النظرية بصورة خاصة إلى الطريقة التي تظهر فيها، وتستند هذه النظرية على أساس أن المستويات العالية للنشاط ترتبط بإدراك و رضا نفسي عالي عند كبار السن، وعلى الرغم من ظهور نتائج دراسات ميدانية تؤيد هذه النظرية إلا أنها نقدت كونها بسيطة لا تتضمن شرحا كافيا للرضا عن الحياة في الأعمار المتقدمة، ومن محدوديتها أنها لا تأخذ بنظر الاعتبار الفروق الفردية والشخصية في مستوى النشاط عبر مسار الحياة .

كما أظهرت دراسات أخرى أن النشاط الذي يكون له معنى من الناحية الشخصية يرتبط بالرضا عن الحياة في حين أن النشاط المنظم والمبني بناء عاليا لا يرتبط بالرضا عن الحياة.

( علي جاسم عكلة، 2009، ص210. 211 ).

### 4\_5 النظرية السيكلوجية ( الشخصية )

يشير أصحاب هذه النظرية إلى ارتباط التوافق لدى المسنين بسماتهم الشخصية، ويرون بأن التغيرات المرافقة لمراحل الشيخوخة هي حصيلة التفاعل بين التغيرات الفيزيولوجية الداخلية والاجتماعية الخارجية و تبعا لهذه النظرية فالأفراد ذوو الشخصيات المندمجة يستطيعون تقديم أداء أفضل لأنهم يملكون درجة عالية من ضبط الذات والقدرات المعرفية والمرونة والنضج وبالمقابل فالشخصيات غير المندمجة يعانون من اضطرابات في وظائفهم السيكلوجية وعدم القدرة على ضبط انفعالاتهم ومن تدني قدراتهم، ويتمتع الأفراد ذوو الشخصيات المندمجة بدرجة مرتفعة من الرضا عن الحياة، ويشدد نوجرتين على أهمية سمات

الشخصيات كافة والتي تساهم في تحديد أنماط المسنين وتتنبأ بالعلاقة بين درجة فعالية الدور الاجتماعي ودرجة الرضا عن الحياة. ( نجوى اليحفوفي ، 2004، ص 17 ).

تهدف نظريات الشخصية إلى تفسير أنماط التكيف في السنوات الأخيرة من الحياة على أساس السلوك طوال الحياة التي يجري تعميمها من خلال مصطلح الشخصية PERSONALITY ، ويؤكد هنري على أهمية مصطلح ذاتي بمعنى عمليات الشخصية المختلفة و على هذا النحو فهي تمثل عمليات " لأننا" ذات التاريخ التطوري ومسار واضح خاص بها وقوة ايجابية يمكن أن تؤثر على رد الفعل بالنسبة للأحداث الخارجية و اختيار الاستجابة لهم (يحي مرسى ، 2008، ص 197. 198 ).

### 4\_5 نظرية الأزمة Crisis Theory

وتؤكد هذه النظرية أهمية الدور المهني بالنسبة للفرد داخل المجتمع ، فقيام الشخص المسن بعمل ما يعد في غاية الأهمية بالسبب له حيث يكسبه الدور المهني هويته و يمكنه من وضع نفسه في علاقات مع الآخرين ويساعده على التوافق النفسي الاجتماعي.

ويرى أنصار هذه النظرية أن التقاعد يمثل أزمة بالنسبة للمسنين خاصة لدى هؤلاء الأشخاص الذين يعطون للعمل أهمية كبيرة ويعتبرونه قيمة في حياتهم.

وقد قسم الباحثون هذه النظرية إلى فريقين:

**الفريق الأول:** ويرى ممثلوه أن فقدان الفرد لعمله وتغير أدواره بعد إحالته للتقاعد يؤثر في نظرتة لنفسه، وفي علاقاته مع أسرته والمجتمع الذي يعيش فيه.

**الفريق الثاني:** وينظر أصحابه إلى الإحالة إلى التقاعد على أنه ليس العامل الوحيد والأهم في رضا المسن عن نفسه وعن حياته، فتأثير التقاعد بتوقف على عدة عوامل منها المستوى الاقتصادي والاجتماعي، وأهمية العمل بالنسبة للفرد والحالة الصحية... الخ ( عبد اللطيف خليفة ، ب.ت، ص 37 ).

### 5\_5 نظرية اركسون

يشير اركسون إلى ثمانية مراحل لنمو الإنسان، وهي أولى النظريات التي تعاملت مع الشيخوخة بشكل مباشر، وجعل اركسون كل مرحلة تشمل صراع بين متغيرين في حياة الإنسان وهذا الصراع ينتهي بواحدة من نتيجتين : إما أزمة أو مزية يخرج بها المرء من المرحلة العمرية التالية لها، والمرحلة الثامنة هي اكتساب الإحساس الكامل مقابل الإحسان باليأس و القنوط، وقد أطلق اركسون مسمى الأزمة أو المرحلة على مرحلة الشيخوخة والتي تمثل أزمة التكامل مع الأجيال التي كونها الشخص . مقابل اليأس وفي رأي

أركسون أن كبار السن يواجهون حاجة الاقتراف من الموت وهم يناصرون من أجل أن يحققوا الإحساس بالاندماج. (بدور محمود سعيد، 2008، ص27).

### 6\_ متاعب الشيخوخة ومشكلات المسنين

#### 6\_ 1\_ المشكلات الصحية:

مما لاشك فيه أن أمراض المسنين تكثر عن مختلف المراحل العمرية الأخرى للإنسان وذلك نتيجة قلة المناعة الجسمية وضعف الجسم والأنسجة وعدم استطاعتها مقاومة الأمراض التي قد تكون موجودة في جسم الإنسان في مرحلة الشباب ووسط العمر، ولكن إذا كانت المناعة لديه قوية تستطيع مقاومتها، حيث أن هذه المشكلات مرتبطة بالضعف الصحي العام والضعف الجسيمي وضعف الحواس كالسمع والبصر وضعف القوة العضلية وانحناء الظهر وجفاف الجلد والإمساك وتصلب الشرايين والتعرض بدرجة أكبر للإصابة بالمرض وعدم مقاومة الجسم (يسرى دعيس ، 2002، ص359).

ومن هذه الأمراض الجسمية على سبيل المثال:

أ\_ **التهاب المفاصل:** وخاصة التهاب العظام المفصلي وينشأ عادة من النقص الغذائي مثل فقد الكالسيوم الذي يصيب العظام، وقد تحدث تشوهات في العمود الفقري نتيجة للضغط الثابت المستمر عليه، إذا كان وضع القامة غير طبيعي ويظهر هذا المرض عادة دون مقدمات ويزيد تدريجياً مع تقدم في السن.

ب\_ **الروماتيزم المفصلي:** وهو من الأمراض الشائعة لدى المسنين وقلما تجد مسناً لا يشكو من أعراض الروماتيزم.

ج\_ **النقرس:** ويظهر عادة في صورة نوبات حادة، تصيب المفاصل الصغيرة للقدم، ويتعذر أحياناً التفرقة بين حالة النقرس وحالة الروماتيزم المفصلي.

د\_ **التهاب العضلات:** وتنشأ عادة من الإصابات الخارجية أو من الالتهابات الداخلية.

هـ\_ **أمراض القلب:** وترجع إلى تصلب الشرايين التاجية عند كبار السن، ويكون ذلك نتيجة ضعف تغذية عضلة القلب أو ارتفاع ضغط الدم، وما يسبقه من ضغط على القلب. (محمد حامد الناصر، 2006، ص88)..

وحسب نتائج التحقيق الوطني المتعدد المؤشرات لمتابعة صحة الأطفال و الأمهات، 2006 فإن انتشار أمراض القلب تقدر بـ 1.1% حيث تقدر النسبة لدى الإناث بـ 0.9 % مقابل 1.3% لدى الذكور، وتبلغ نسبة 7% لدى الأشخاص الأكبر من 60 سنة. (MICS3. 2006).

### و\_ أمراض الجهاز الدموي:

ز\_ أمراض أخرى: مثل اضطرابات المعدة و الأمعاء والحالات الجلدية وأمراض السكر و الجهاز البولي والتناسلي.

فهذه الأمراض تعتبر من أهم المشكلات التي يعاني منها المسنون عادة ولا بد الانتباه اليها، ومحاولة علاجها.

### 2\_6 مشكلات اضطراب العلاقات الاجتماعية:

إن طبيعة وحجم العلاقات الاجتماعية التي ينخرط فيها المسنون تعتمد على متغيرات أساسية وهي: البنية الجسدية أو العقلية والسيكولوجية للمسن، والبيئة الاجتماعية المحيطة به. وهناك علاقات اجتماعية رسمية تلعب دوراً أساسياً في حياة المسن فعندما يتقاعد المسن يفقد بعض أدواره التي كان يقوم بها، يفقد أيضاً بعض العلاقات التي كانت قائمة مع زملائه في العمل وهذا بحكم البعد عن مقر العمل.

كما يظهر لدى المسن الإحساس بضعف قيمة تقديره لذاته، ومن الطبيعي أن الافتقار إلى تقدير الذات أو نقص تلك القيمة وتدهورها ينعكس على ملامح الشخصية وعلى وقفته وجلسته وكلامه وملامح وجهه بل إنه ينعكس على تعامله مع الناس، فهو في معظم الحالات ينصرف عن إقامة علاقات جديدة مع غيره بل أيضاً يفقد علاقاته السابقة. وهذا ما أشارت إليه إحدى الدراسات: إن المسن خلال حياته يحاول البعد عن الآخرين وقليلاً ما يسعى إلى تكوين علاقات اجتماعية مبتعداً عن الآخرين معتقداً في ذلك أنه أصبح عبئاً على الآخرين، ولا يوجد أي دور يمكن من خلاله إثبات ذاته وتواجده، ولكن من خلال المشاركة في الجماعة أتيحت له الفرصة للتعبير عن مشاعره ورغباته ودعم العلاقات بزملاء الجماعة وأعضائها، وأصبحت لديهم الحرية في اختيار البرنامج المناسب لهم والذي يعبر عن مسؤوليتهم تجاه الذات و الجماعة، ويدعم قدرتهم على حل المشكلات التي تواجههم أثناء تواجدهم بالجماعة، وكذلك قيامهم بالأعمال التي تتعلق بالجماعة وهذا يؤدي بدوره إلى تحسين أدائهم الاجتماعي.

وهناك ثلاثة عوامل يجب أخذها في الاعتبار في العلاقات الاجتماعية هي:

- 1 . إن الفرد بصورة عامة يعيش حياته كلها في ثقافة معينة وجماعات تتكون منها هذه الثقافة.
- 2 . إن السلوك الاجتماعي للأفراد يتم وجها لوجه مع الأفراد الآخرين لاعتبار حاجاتهم وأفعالهم ومن ثم فإن علاقات الفرد الاجتماعية المباشرة ستكون هامة جدا في تحديد كيف يتصرف.
- 3 . يدخلون الناس وسط أجزاء كبيرة من حياتهم (داخل الجماعات) ومن ثم فإن مراكزهم داخل الجماعة وحاجاتهم وأهدافهم وثقافتهم نفسها تؤثر تأثيرا قويا على سلوك الفرد .

ويزيد من حدة المشكلات الخاصة بالعلاقات الاجتماعية لكبار السن شعورهم بالوحدة والعزلة عن حياة المجتمع، حيث يبدأ هذا الشعور بحياة الوحدة والحرمان من علاقات القرابة والعلاقات العائلية التي كانت تؤلف جزءاً كبيراً من نشاطاتهم واهتماماتهم اليومية، بوضع القيود على عالمه الاجتماعي وعلاقاته الشخصية بأفراد المجتمع الذي يعيش فيه، ولا يخفى علينا أن الانسحاب من المجتمع والحياة الاجتماعية يتم تدريجياً حيث لا يكاد الفرد أو المجتمع يشعران به في أول الأمر إلى أن يصل الفرد في النهاية إلى عزلة تكاد تكون تامة ولعل الفرد في مرحلة كبر السن أحوج ما يكون إلى العلاقات الاجتماعية التي توفر له المساندة الفعلية من حب ورعاية وإحساس بالمواساة والطمأنينة والارتباط مع مجموعة اجتماعية ذات تقدير بالنسبة له، تمنحه القدرة على تقدير ذاته والثقة بها وتساعده على اختيار استراتيجيات تكيف مناسبة مع ضغوط الحياة وصعوباتها وتطوراتها. (د. خليل إبراهيم عبد الرزاق، 2016، ص335).

للعلاقات الاجتماعية أهمية خاصة في حياة المسن سواء كان ذلك داخل نطاق الأسرة\_الزوجة والأبناء \_ أو خارجها أي مع الأصدقاء و المحيطين.

فلأصدقاء أثر طيب في حياة المسن، وخاصة بعد أن يفقد شريك حياته ولا يخفى علينا أن المسنين لا يستبدلون أصدقائهم الذين يفقدونهم بآخرين ولذلك فإن صداقاتهم تكون قديمة و ممتدة منذ فترة العمر المتوسط، ومما يزيد من حدة هذه المشكلات عور المسنين بالعزلة و الوحدة.

والمعروف أن الانسحاب من المجتمع و الحياة الاجتماعية يتم تدريجياً، حيث لا يكاد المرء أو المجتمع يشعران به في أول الأمر، إلى أن يصل الفرد إلى عزلة تكاد تكون تامة. وتعتبر العلاقات الأسرية

عنصرًا هامًا في تضامن الأسرة و تماسكها، وأن التعاطف واحترام كبار السن من سمات الحياة في أي مجتمع وخاصة في الأسر المحافظة دينيا والأرياف... الخ. (محمد حامد الناصر، 2006، ص78).

ومع تقدم في العمر تتقلص علاقاتهم الاجتماعية بالآخرين وتحد حالتهم الصحية والمادية من المشاركة الاجتماعية، فتتأثر علاقاتهم الاجتماعية سواء كانت علاقاتهم الشخصية أم علاقاتهم بأصدقائهم أم علاقاتهم في الجماعة المنظمة بالتغيرات الاجتماعية وما ينجم عنها من اتجاهات سلبية نحو كبار السن .

و تؤكد الدراسات العلمية العلاقة الارتباطية بين توافق المسنين و طبيعة علاقاتهم الاجتماعية بالأبناء و الأقارب و الأصدقاء و المحيطين ، حيث بينت أن هناك ارتباطا بين طول مدة زيارة الأبناء لآبائهم ، و عدد الأصدقاء المقربين ، و بين توافق المسنين ، و أن التفاعل مع الأسرة و الأصدقاء له أثره على الصحة النفسية للمسنين. (مصطفى محمد أحمد ، 2008، ص 79 ) .

وفي دراسة قامت بها **منى حميد حاتم (2011)** توصلت نتائجها أن (65%) من أفراد العينة (المسنين) لا يقيم علاقات اجتماعية مع غيرهم من النزلاء داخل الدار وترجع أسباب ذلك إلى خوفهم من حدوث مشاكل بسبب الاختلاط والتفاعل المستمر مع الآخرين وفقدان عنصر الثقة والمصادقية حيث بلغت نسبتهم حوالي (41%)، كما يعتقد ( 21%) صعوبة التفاهم والاختلاف الفكري بينهم .

(منى حميد حاتم، 2011)

ولذا فإن قدرة المسن على الحفاظ على قدر مناسب من العلاقات الاجتماعية، أي تكوين علاقات اجتماعية جديدة تجعله يشعر بقيمته ومكانته في المجتمع الذي يعيش فيه، ومن ثم لا يركن للعزلة و الانطواء، ويرتفع مستوى توافقه، وإن كان هذا يتطلب من المجتمع المحيط أيضا أن يدعم تلك العلاقات و يوفر المناخ المناسب لنموها و تفاعلها بعيدا عن الاتجاهات السلبية تجاه تلك المرحلة العمرية.

(مصطفى محمد أحمد ، 2008، ص 80 ) .

ويشير **همشوى (2003)** إلى أن التفاعل الاجتماعي هو عبارة عن العلاقات الاجتماعية بجميع أنواعها التي تكون قائمة بوظائفها ، أي العلاقات الاجتماعية الديناميكية بجميع أنواعها سواء كانت هذه العلاقات بين فرد و فرد أم بين جماعة و جماعة أو بين جماعة و فرد.

( سليمان عبد الواحد ابراهيم ، 2014، ص199).

ويشير **رمضان القذافي (1991)** إلى أن التفاعل الاجتماعي نوع من الاتصال بمعناه الواسع و يعني أشياء كثيرة منها التحدث مع الآخرين ، أو الاستماع إليهم ، كما قد يشمل على الإشارات و النظرات و تحريك أعضاء الجسم بما يفيد توصيل المعاني المقصودة من شخص لآخر .

ويعرف **لامبرت و لامبرت Lambert et Lambert (1994)** على أنه العملية التي يؤثر بها الناس على بعضهم البعض من خلال التبادل المشترك في الأفكار والمشاعر وردود الفعل .

( سليمان عبد الواحد ابراهيم ، 2014، ص198) .

### 3\_6 المشكلات النفسية والعاطفية:

لا شك أن كثير من المسنين يعانون من وحدتهم وترك الأبناء لهم لانشغالهم بأنفسهم وعائلاتهم وأعمالهم و ربما يمر بعض المسنين بفراق الزوج أو الزوجة مما يترك فراغ عاطفي ووحدة لم يألفها من قبل مما يشعره بقرب الأجل وتخلي الأحبة من الأبناء والبنات والأصدقاء عنهم وربما ترك بعض المسنين للخدم والخادمت بعادتهم الغربية على المسنين مما يعرض المسن أو المسنة للانطواء والعزلة والدخول في دوامة التفكير والوساوس والانشغال بالذات، والاضطرابات النفسية.

(توفيق بن أحمد خوجة ، 2000 ، ص05 ) .

وتعتبر الحالة النفسية عند المسنين محصلة لعدة عوامل يؤثر كل منها سلبا أو إيجابا بدرجة أو بأحرى على نفسية المسن، ومن ثم فإن الحالة النفسية عندهم ليست حالة نمطية واحدة، وإنما لكل مسن حالته الخاصة تبعا لطبيعة تعرضه لتأثيرات العوامل المختلفة ودرجة تأثره بها.

وتتأثر الحالة النفسية للمسنين بعوامل ترتبط بمراحل حياتهم منذ الطفولة حتى شيخوختهم، مثل صحتهم البدنية و النفسية وعلاقاتهم الاجتماعية، وما تعرضوا من تعليم و تربية وعمل و زواج وأمراض وإصابات ... الخ، وعوامل أخرى تتعلق بما حدث لهم أثناء دخولهم سن الكبر، من كيفية استقباله لتلك المرحلة و كمية ونوع الفقد فيها مثل فقدان العمل، ابتعاد الأولاد، ثم نظرة المجتمع والبيئة العائلية للمسنين أنفسهم، ثم قيمة الدور الذي يلعبه المسن و أهمية هذا الدور لنفسه و للآخرين وبقدر الإيجابية أو السلبية في علاقة المسن ببيئته ومجتمعه بقدر ما تكون عليه حالته النفسية.

ونتيجة لتلك العوامل فإنه يعتري المسن بعض التغيرات النفسية ومنها الانسحاب من الاهتمام بالموضوعات الخارجية والاجتماعية، وقد يقود الاهتمام الذاتي إلى نقد المسن لذاته وحسابها حساباً عسيراً على ما اقترفه من ذنوب ومعاصي.

(مصطفى محمد أحمد ، 2008، ص41، 42 ) .

ومن أمثلة المشكلات النفسية :

**1- مشكلة سن القعود :** وهو ما يعرف عادة باسم سن اليأس ويكون مصحوباً باضطراب نفسي أو عقلي قد يكون ملحوظاً أو غير ملحوظ وقد يكون في شكل الترهل والسمنة والإمساك والذبول والعصبية والصداع والاكتئاب النفسي والأرق.

**2- مشكلة التقاعد :** وهو ما يشعر الفرد بالقلق على المستقبل والحاضر والخوف والانهيار العصبي وخاصة إذا فرضت عليه حياته الجديدة بعد التقاعد أسلوباً جديداً من السلوك لم يألفه من قبل ولا يجد في نفسه المرونة الكافية لسرعة التوافق معه، وخاصة إذا لم يتهيأ لهذا التغيير، وإذا شعر أو أشعره الناس أنه قد أصبح لا فائدة منه بعد أن كان يظن أنه ملء السمع والبصر.

**3- ذهان الشيخوخ :** وفيه يصبح الشيخ أقل استجابة وأكثر تركيزاً حول ذاته و يميل إلى الذكريات وتكرار حكاية الخبرات السابقة، وتضعف ذاكرته ويقل اهتمامه وميوله وتقل شهيته للطعام والنوم، وأيضاً تضعف طاقته وحيويته ويشعر بقلّة قيمته في الحياة، وهذا يؤدي إلى الاكتئاب والتهيج وسرعة الاستثارة والعناد والنكوص إلى حالة الاعتماد على الغير وإهمال النظافة والملبس والمظهر وباختصار يبدي الشيخ صورة كاريكاتيرية لشخصيته السابقة.

(رشيد سواكر وآخرون، 2014، ص120، 121).

**4- الشعور الذاتي بعدم القيمة وعدم الجدوى في الحياة :**

والشعور بأن الآخرين لا يقبلونه ولا يرغبون في وجوده وما يصاحب ذلك من تصعيد وتوتر فقد يعيش البعض وكأنهم ينتظرون النهاية المحتومة.

**5- الشعور بالعزلة والوحدة النفسية :** هناك حاجات انفعالية عامة تميز كبار السن منها الحزن والأسى الناتج عن الوحدة من فقد حب الآخرين، والشعور بالذنب الناتج عن الوحدة من الحوادث الماضية.

(وجدي بركات، 2009، ص09).

**5\_ الإهمال :** وهو الإهمال الدائم أو المنقطع أو القصور في حمايته من أي خطر قد يتعرض له، ومن أنواع الإهمال الحرمان من الضروريات والإهمال الطبي والعاطفي، يشمل على إهمال الأسرة أو القائم برعاية كبير السن له وعدم إشرافهما عليه ما يؤدي إلى تضرره.  
(عبد العزيز بن علي الغريب و آخرون، 2007، ص28) .

### 6\_ مشكلة وقت الفراغ

تزداد أهمية مشكلة الفراغ خاصة بعد التقاعد المهني وما يترتب عنه من تغيير في الأدوار الاجتماعية بسبب لأسرته (الزوجية والأبناء) نوعا من أنواع المحنة التي لم يكن يعرف نتائجها، وأزمة تتعكس سلبا على اتجاهاتهم. وإن مشكلة التقاعد عن العمل سبب يساهم بصورة مباشرة في زيادة وقت الفراغ لدى المسن، وبالتالي تأثيره علة توافقه الاجتماعي ما لم يستطيع المسن تعويض فقدان العمل بأوجه اهتمام وإشباعات متنوعة تعوض إشباعات العمل الذي كان يشغله. (إلهام مصطفى، 199 / 40 - 75).

### 6\_4 . المشكلات الاقتصادية :

هي انخفاض دخل المسن وذلك نتيجة إحالته إلى التقاعد عند بلوغه السن النظامية وهذا يؤدي إلى عدم تلبية العديد من الحاجات الأساسية للمسن (إيمان شعبان احمد، 2009، ص103).

فيما يلي نعرض مجموعة من العوامل الإيجابية و السلبية التي تساهم في تقديم أو تأخير مرحلة الشيخوخة والتقدم في السن وهي كالآتي:

### 7\_ لائحة العوامل السلبية التي تسرع عملية الشيخوخة و التقدم في السن:

1. الإحباط والكبت المستمر
2. الإخفاق في تغيير الأوضاع الشخصية و العامة .
3. العيش منفردا والشعور بالوحدة وعدم وجود الأصدقاء .
4. فقدان الروتين اليومي و روتين العمل .
5. عدم الرضا في العمل الذي يقوم به .
6. العمل لساعات طويلة تفوق 40 ساعة في الأسبوع .
7. الأعباء المالية كالديون والمصروف العالي .

8. القلق الدائم و سرعة الغضب .
9. الندم على ما قام به في الماضي من تضحيات وأعمال .
10. الانتقاد الدائم للآخرين وعدم الرضا عن النفس .

## 8\_ العوامل الإيجابية التي تؤخر عملية التقدم في السن

1. زواج سعيد و علاقات يسودها المحبة و التفاهم .
  2. الرضا في العمل .
  3. الشعور بسعادة شخصية .
  4. القدرة على الضحك و الاستمتاع حتى في الأحوال الصعبة .
  5. حياة جنسية مرضية و متكافئة .
  6. وجود أصدقاء دائمين و القدرة على المحافظة على صداقاتهم .
  7. روتين يومي منظم و روتين عملي منظم .
  8. أخذ إجازة أسبوع في السنة على الأقل .
  9. الشعور بالسيطرة على الحياة الشخصية .
  10. التمتع بأوقات الفراغ و ممارسة هوايات محببة .
  11. القدرة على التعبير و المصارحة على ما نكنه من أحاسيس .
  12. التفاؤل الدائم نحو المستقبل .
  13. العيش ضمن الإمكانيات المادية المتاحة و الشعور بالأمن المادي ( المالي) .
- (نفس المرجع السابق ، ب . ت ، ص 68. 69)

فهذه العوامل تعمل بنسب متفاوتة ، فتحدث التغيير سواء كان إيجابيا أو سلبيا ، بالإضافة إلى ذلك نلاحظ أن العمر البيولوجي يتأثر دائما بالعمر النفسي، فإذا أدركنا لهذه التأثيرات الإيجابية و تكيفنا معها تعطينا القوة لمقاومة سرعة الشيخوخة، وإذا نظرنا للتأثيرات السلبية كعوامل لا يمكن التغلب عليها لا كان ضحية للشيخوخة .

## 9\_ شخصية وخصائص المسن

عندما نتكلم عن الشخصية نعني الصفات والمكونات الجسمية والعقلية والوجدانية والاجتماعية في سياق من التعامل والشمول فكل من هذه الجوانب للشخصية يتأثر بالآخر معه، وإذا كانت الفروق الفردية قائمة وأثبتتها علم النفس الحديث وعلم الوراثة في المراحل المبكرة من النمو كمرحلة الطفولة والمراهقة مثلاً، إلا أن الفروق الفردية تكون أوسع وأوضح في مكونات الشخصية في المرحلة المتأخرة من دورة الحياة في كبار السن.

فكبار السن لهم شخصياتهم المتميزة التي هي حصيلة تفاعل العوامل الوراثية مع الظروف البيئية الطبيعية والاجتماعية، مضروبة بعدد السنين والعمر الزمني لحياة الكبير ويختلف علماء النفس والاجتماع في مدى ثبوت أو تغير صفات شخصية الكبار.

ومن الدراسات التي تؤيد ثبات الشخصية دراسة اندرسون (Anderson) الذي توصل إلى استنتاجات تجريبية تؤكد بأن الخصائص الإنسانية والخلفية لا تتغير مع العمر بينما الخصائص العقلية والفكرية كالذكاء و المعرفة والمهارات تتغير كلما تقدم العمر. أما الدراسات التي قام بها كل من بيكر (Beker) وكيلي (Kelly) فتؤكد أن التغيير يحدث في جميع صفات الشخصية وعدم ثباتها خلال المراحل الممتدة من سن الرشد والبلوغ إلى سن الشيخوخة. وعلى الرغم من إيمان كيلي بنظرية التغيير إلا أنه استدرك فأكد بوجود استمرارية وثبات في إدراك النفس والثقة بها، فمفهوم الذات لدى الفرد له بعض الثبات طوال دورة الحياة. ولعل النظرية التي أتى بها العالم الاجتماعي البورت (Alport) في التأكيد على الثبات والتغير في صفات الشخصية بين الطفل والكبير هي النظرية المقبولة والتي يمكن الأخذ بها وعليه فمن الخطأ التعميم (مسارع الراوي، 2009، ص32).

يحتاج المسنين إلى التكيف مع المتغيرات المختلفة التي تطرأ في مرحلة العمر المتقدم و كذلك العمل على تحقيق وإشباع الاحتياجات التي تتطلبها تلك المرحلة من النمو التي تتمثل في تحقيق ميول نشطة و تنويع الاهتمامات و التوافق بالنسبة للإحالة إلى التقاعد وكذلك التوافق لترك الأولاد و الأسرة واستقلالهم في أسرة الجديدة بالإضافة إلى التوافق لموت الزوج أو الزوجة أو الأصدقاء وتعميق العلاقات الاجتماعية القائمة مع العلاقة مع الأصدقاء . ( هديل خليل أبو معلق ، 2007، ص 13 ).

تناولت العديد من المؤلفات تلك الخصائص الخاصة بالمسنين منها أمال صادق (1999) و فؤاد البهي السيد ( 1998 ) نذكر منها الخصائص الجسمية التي تتمثل في التغيرات التي تطرأ على المظهر

الخارجي للمس، والانخفاض في مستوى الصحة البدنية له، وفي جميع أنواع الحواس ولكن بدرجات مختلفة من مسن إلى آخر .

أما الخصائص النفسية فهي تتمثل في السلبية مع مواقف البيئة المحيطة بهم، وعدم إدراكهم للمسؤولية التي تواجه من يحيطون بهم، وغالبا ما تكون انفعالاتهم غير متناسبة مع مقومات الموقف الذي أثار في نفوسهم ذلك الانفعال، ويغلب على انفعالاتهم التعصب، وعندما لا يتقبل الآخرون ذلك التعصب و يشعرون بأنهم مضطهدون مما يؤدي إلى إحساسهم بالفشل والاكتئاب، وعن الخصائص العقلية للمسنين أنه بسبب حدوث ضعف في الحواس وهي مصادر الاستقبال بالنسبة للعقل ، فإن ذلك يترتب عليه ضعف عام في الأنشطة العقلية مثل الانتباه والإدراك والتعليم والتفكير ولكنها لا تأتي دفعة واحدة ، فهناك فروق فردية بين الأفراد حسب الوراثة والبيئة وسبل الرعاية التي تتألوها.

بالنسبة للخصائص الاجتماعية فهي تظهر في صور الانسحاب من أنشطة المجتمع وخفض المجتمع والبعد عن العلاقات الاجتماعية المميزة لسن الرشد، وتقبل العلاقات الاجتماعية المميزة لكبار السن، والبعد عن الاهتمام بمستقبله إلى الاهتمام بمستقبل الأبناء والأحفاد.

(هناك أحمد متولي غنيمه، 2011، ص 457) .

### 10\_ المسن في الأسرة الجزائرية ( دوره و مكانته وعلاقاته مع المحيطين به )

تتميز العائلة الجزائرية بنظام مجتمعي والذي يتمثل في نسق يجمع عدة بنيات أسرية وعلاقات قرابية أفقيا وعموديا من جانب الذكور والإناث على حد سواء، فهو الوسط الأساسي لنمو شخصية الفرد، فالعائلة الموسعة دور كبير في تحقيق الحاجيات الأساسية للفرد، فهي التي كانت توفر له الغذاء والأمن من خلال التعاون بين أفراد العائلة أو ما يمكن تسميته بالتقسيم العائلي للعمل، فالعائلة كانت تشكل نسقا وظيفيا يؤدي داخله كل فرد دورا معينا، فانتقالها من بنية موسعة إلى بنية محدود الوظائف ( الأسرة الزوجية)، جعلها غير قادرة على توفير هاتين الحاجتين للفرد بسبب تغير لظروف الحياتية.

(يوسف قدوري و آخرون، 2011، ص 297) .

فقد عرفت الأسرة الجزائرية في القديم بطابعها الممتد، حيث كانت تضم عدة أسر من جد وجدة و الأبناء و الأحفاد يعيشون حياة جماعية مشتركة يقودها كبير السن 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 و ختان الأطفال وحل بعض المشاكل الأسرية. ( زينب دهيمي، ب.ت، ص13، 14 ) .

ولقد عرفها **مصطفى بوتفنوشت** " على أنها عائلة موسعة ، حيث تعيش في أحضانها عدة عائلات زواجية و تحت سقف واحد ( الدار الكبرى ) عند الحضر والخيمة الكبرى عند البدو ، إذ نجد من 20 إلى 60 شخص أو أكثر يعيشون جماعيا .

( بلقاسم سلاطينية ، حنان مالكي ، 2012، ص70 ) .

فحسب **مصطفى بوتفنوشت** " العائلة هي إنتاج اجتماعي يعكس صورة المجتمع الذي توجد و تتطور فيه ، ففي مجتمع سكوني تبقى البنية العائلية مطابقة له، وفي مجتمع تطوري أو ثوري فإن العائلة تتحول حسب إيقاع وظروف التطور لهذا المجتمع .

لكن نجد أن الأسرة الجزائرية فقدت خصائصها التقليدية بعد مواجهة المجتمع لعدة مشكلات و التغييرات التي أثرت على بنيتها ووظيفتها بسبب دخول قيم جديدة و دخيلة على مجتمعنا العربي الإسلامي الذي يدعو إلى الرحمة والمودة والتعاون والطاعة بين الآباء والأبناء و بين أفراد، ورفض عقوق الوالدين. وهذا التغيير الذي حدث في الأسرة الجزائرية أفقدها دورها ومكانة أفرادها التي لم تعد محددة كالسابق، في تهديد شبكة العلاقات الأسرية والقربانية نتيجة انشغال الأفراد بالشبكات الفضائية واستخدام الانترنت بكثرة، وبذلك قلت الاتصال والتواصل مما أدى ذلك إلى ضعف مظاهر التضامن ونقص التزامات الأسرة لمسؤوليتهم اتجاه أقاربهم .

### 1\_10 مكانة المسن

أشار سيمونز Simmons في دراسته لأوضاع المسنين في المجتمعات المختلفة (1945) إلى أن ثمة مكانة اجتماعية يحتلها المسنون في كافة المجتمعات، فإن هذه الحقيقة تتمثل بوضوح شديد في المجتمعات العربية .

وتفسير ذلك يتمثل في أن المسنين في المجتمعات العربية يحظون بتقدير واحترام من الأجيال الأصغر ، ويلعب دورا هاما في الارتفاع بالمسنين إلى مكانة رفيعة ، حيث يعتبر الإسلام إرضاء الآباء والأمهات بمثابة الطريق إلى الجنة ، ويأمر الإسلام بحسن معاملتهم و يؤكد على كفالة الوالدين ورعايتهم اقتصاديا، ويجعل الإسلام الإنفاق على الوالدين مقدما على أوجه الإنفاق الأخرى ، ويتجلى ذلك في قوله تعالى "

يسألونك ماذا ينفقون قل ما أنفقتم من خير فللوالدين والأقربين و اليتامى والمساكين و ابن السبيل وما تفعلوا من خير فإن الله به عليم " سورة البقرة 215

( د. عبد الله عبد الغني غانم ، 2008، ص46)

ترتبط المكانة الاجتماعية للمسن من خلال الأدوار الاجتماعية التي ترتبط بمفهوم التقاعد، فالتقاعد لا يعني فقط الانقطاع عن العمل، بل يتعداه إلى حدوث تغيرات جذرية في المكانة الاجتماعية في الفرد وذلك أن العمل الذي يحدد مركز الفرد الاجتماعي ويجعله يشعر بهويته كما يحدد نظرتة لنفسه ونظرة الآخرين له. حيث ينقسم التقاعد إلى نوعين وهما:

1. التقاعد الإجباري ( الإلزامي ): وهو الذي يجبر عليه الفرد وله العديد من الآثار السلبية.

2. التقاعد الاختياري: ويتم برغبة الفرد وله آثار ايجابية بالمقارنة بالنوع الأول.

( أمينة الهيل ، 2014 ، ص11).

فالعامل يشبع حاجة التفاعل الاجتماعي ويعطيهم الفرصة لاستخدام مهاراتهم وقدراتهم؛ وهو المظهر الذي يعطي الإنسان مكانة ويربطه بالمجتمع؛ ويجد فيه فرصة للتعبير عن ذاته وميوله ورغباته وقدراته واستعداداته وطموحاته؛ فعدم الذهاب إلى العمل يؤدي إلى حرمان الأفراد من هذه الحاجات ويشعرهم بالإحباط والقلق وسوء التوافق وتؤدي بهم لليأس وتزيد من نظرتهم التشاؤمية نحو المستقبل، مما يفقدهم الأمل في عودتهم إلى عملهم قريباً ويجعلهم غير راضين عن حياتهم وبالتالي قد تظهر لديهم الأعراض النفسجسمية. وهنا تبرز أهمية الرضا عن الحياة والأعراض النفسجسمية لما لهما من دور في إقبال الأفراد على الحياة بحيوية، وفي توافقتهم في حياتهم وسعادتهم وصحتهم الجسمية والنفسية. فالرضا عن الحياة أحد دلالات الصحة النفسية، ففرح الفرد وسعادته وتوافقه وتقبله لذاته ولعلاقاته الاجتماعية وإشباعه لحاجاته، كلها مؤشرات لرضا الفرد عن حياته وعن صحته النفسية وتدفع بالفرد نحو التفاؤل، أما انخفاض الرضا عن الحياة يدفع الفرد نحو التشاؤم، وهذا ما أظهرته نتيجة دراسة (He&Lee، 2010) ارتبط التفاؤل والتشاؤم بالرضا عن الحياة. (ماهر يوسف المجدلاوي، 2012، ص209).

وقد ركز الإسلام على مرحلة الشيخوخة لأن الإنسان يغدو فيها ضعيفا واهن القوى يحتاج عندها إلى المزيد من الرعاية و الاهتمام قوله تعالى " الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعفا وشيبة يخلق ما يشاء و هو العليم القدير " سورة الروم الآية 54.

كما يحظى كبار السن في مجتمعنا الإسلامي غالباً بمزيد من التقدير والرعاية و الاحترام، حيث تحثنا السنة النبوية باحترام وتقدير كبيرنا حيث قال رسول الله صلى الله عليه وسلم " ليس منا من لم يوقر الكبير"، ويرحم الصغير، ويأمر بالمعروف، وينه عن المنكر " ، فالإسلام وضع لكبار السن مكانة رفيعة ومنزلة عالية وأوجب تقديرهم و احترامهم. ولكن ظهور المتغيرات الاجتماعية، التي تشهدها المجتمعات المعاصرة، أوجدت بعض المظاهر السلبية في حياة الأسرة المسلمة، وفي بيئة المجتمع بشكل عام، مما أدى إلى وجود بعض المظاهر السلبية المؤسفة، من عدم المبالاة والإهمال لبعض المسنين، بل والزج بهم في دار العجزة، أو المستشفيات تهرباً من خدمتهم.(حمود بن سالم الجابري، 2011، ص02).

كما ركز على دور الأسرة في رعاية كبارها باعتباره الوضع الطبيعي الذي يتناسب مع وظيفة النفس البشرية فالإسلام يعد الأسرة هي المؤسسة الاجتماعية الأساسية و المحورية المسؤولة عن رعاية مسنيها في إطار التكاليف الشرعية ( غادة بنت عبد الرحمان الطريف ، 2007، ص75) .

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

وطالما يعيش المسن في أسرة طبيعية يكون في وضع أفضل من وجوده في مركز رعاية يفتقر فيه إلى الإشباع العاطفي والعلاقات الاجتماعية الدافئة والسند النفسي، مما يجعله يتعرض لبعض الاضطرابات النفسية وكذلك البدنية.

على غرار المجتمعات الأخرى نجد المسن في المجتمع الجزائري يعاني العديد من الأمراض الجسدية والنفسية التي تعيق مسار حياته و بذلك عدم القدرة على التكيف مع المواقف التي تواجهه و عدم تقبله هذه المرحلة ، نذكر بعض هذه الأمراض الجسدية أمراض القلب وارتفاع ضغط الدم الشرياني وسكر الدم ، والكلية ، والكبد ، وأمراض السرطان والمفاصل وهشاشة العظام وأمراض الرئة ، وتلف القشرة الدماغية وضعف الحواس خاصة البصرية والسمعية ومعظم الأمراض ناتجة عن تصلب الشرايين الواصلة إلى مختلف الأجهزة الحيوية في الجسم بسبب تقدم السن .وهناك زيادة عالية في نسبة المعاناة من الكآبة

والقلق وفقدان الذاكرة نتيجة تلف القشرة الدماغية وتدن كبير في النواقل العصبية التي تحفظ التوازن النفسي في مركز الانفعالات النفسية في الدماغ .

### 10\_2 الأسرة الحديثة وسوء توافق المسن

إن عملية توافق المسنين تتأثر بالعوامل البيئية المحيطة بهم منها الحاجات الاجتماعية و الأسرية فيجب على كبير السن أن يكيف سلوكه لمطالب الأسرة حتى يهيئ لها و لنفسه أكبر قسط من السعادة، وعليه أن يدرك التغير الذي يطرأ على دوره الذي يقوم به في أسرته كزوج وأب لأطفاله الصغار ثم كإنسان ضعيف خائر القوى، كما أن عليه أن يوفق بين نفسه و بين وظيفته المتغيرة في أسرته المتطورة .

فالعادات والتقاليد قد تعوق المسن من تعلم مهارات جديدة وخاصة عندما يعرف أن الناس من حوله ينظرون إليه على أنه الإنسان العاجز الذي لم يعد بمقدوره أن ينجز أي عمل، وعلى المسن أن يفهم الأجيال الأخرى حتى يحقق لنفسه التوافق الاجتماعي، فالمسن المضطرب أو سيئ التوافق هو ذلك الفرد الذي تعرض لخبرات حياة أكثر صعوبة والذي لم تكن لديه الفرص المواتية ليكسب الأساليب الملائمة للتحكم فيما يواجهه من صعاب الحياة.

عندما تنقلص علاقة المسنين فينضج لديهم شعور بالانسحاب من المجتمع و تتدهور مشاركتهم الاجتماعية، إذ يبدأ يشعر المسن بأنه يعيش حالة من الفراغ وبفقدان الانتماء نتيجة لتفرق أولاده في شؤون حياتهم وانصرافهم إلى أعمالهم أو انهماكهم مع أسرهم الجديدة وقد تزداد الوحدة شدة مع موت أحد الزوجين، فالوحدة تجربة عاطفية يشعر بها الفرد ببعده عن الآخرين وقلة المساندة.

إن التوافق النفسي السليم في مرحلة الشيخوخة يحتاج إلى التوافق مع التقاليد والعادات السائدة والمتجددة خاصة مع الأجيال الجديدة والمتعاقبة، وقد يعوق التمسك الجامد بالتقاليد وعدم توظيف المهارات من التوافق الاجتماعي مع الأجيال الأخرى يجب على الشيخ أن يحقق لنفسه التوافق الاجتماعي الضروري التي يرضاه المجتمع لمسايرة الحياة.(سني أحمد،2015،ص92).

### 11\_ رعاية المسنين واحتياجاتهم.

#### 11\_1 من المسئول عن رعاية المسنين

إن مرحلة الشيخوخة لا نعني بها مرحلة العجز والتدهور بل نقصد بها أن كل مرحلة من مراحل العمر، بل وكل فئة من فئات الناس بحاجة إلى نوع أو آخر من أنواع الرعاية وأنه لا يمكن ترك أية مجموعة من الناس بغير ضمان الرعاية المناسبة لهم فالإنسان راع و مرعى في نفس الوقت مهما كانت مكانته الاجتماعية و مهما كانت المرحلة العمرية التي بلغها، وقبل أن نتطرق إلى أنواع الرعاية التي ينبغي أن نقدمها للكبار والمسنين فإننا نعرض إلى من يقوم برعاية المسنين:

### أ. مسؤولية الأسرة و الأبناء

لابد للأبناء أن يساهموا في رعاية الآباء والأمهات الذين تقدم به السن وليس من يشك في أهمية الرعاية النفسية والتعاطف الذي يجب أن يوفره الأبناء والبنات لكبار السن، لأن المسن لا يحس بالسعادة و الطمأنينة والدفء النفسي إلا إذا أحس بأن أبنائه و بناته يارون به و متعلقون بشخصه و حريصون على راحته و مهتمون بصالحه (يوسف ميخائيل أسعد ، 2000، ص12).

فالأسرة هي الجماعة الأولية الأساسية والمجال الطبيعي لنمو الشخصية و يظل الفرد عضوا في الأسرة مرتبطا بها طالما استمرت به الحياة، فلا يقتصر انتماؤه لها و تفاعله بها على مرحلة معينة من حياته، بل يظل التفاعل مستمرا في شتى مراحل من عمره مع اختلاف في الدرجة و تتميز الرعاية الأسرية بما يلي:

- عدم عزل المسن عن بيئته و تجنبه مشاعر النبذ و توفير فرص التفاعل الطبيعي له مع الأبناء والأزواج و الأقارب.
- عدم تخلي المسن عن أداء العديد من أدواره الاجتماعية داخل الأسرة.
- ممارسة المسن داخل مناخ الأسرة العديد من النشاطات الأسرية المشتركة كتناول الوجبات مع أعضاء الأسرة والزيارات. (أميرة أنور أحمد الأمين ، 2012، ص01) .

### ب. مسؤولية الدولة

تعمل الدولة على الإبقاء على كبار السن في بيئة عائلية أو في مسكنهم من خلال الأجهزة و التدابير الرامية لتقديم الرعاية الشاملة المتضمنة التكفل بالعلاج و المعدات الخاصة، و المساعدة في المنزل، و المساعدة على الأعمال المنزلية و الخدمات اللازمة التي تلبي احتياجاتهم ، لكبار السن الحق في الموافقة الكافية الملائمة لحالتهم البدنية و العقلية.

أي شخص مسن يكون في صعوبة أو محروما من الروابط الأسرية و الذي يعد مستواه من الموارد غير كافي مؤهل للحصول على المساعدة الاجتماعية أو المخصصات المالية التي يجب أن لا تكون أقل من ثلثي الحد الأدنى المضمون للأجر الوطني، يمكن أن يوضع المسنون المعوزون أو المحرومون من الروابط الأسرية في استقبال العائلات المضيفة أو أشخاص القانون الخاص، أو في هياكل الرعاية النهارية. يمكن للعائلات المضيفة وأشخاص القانون الخاص أن يستفيدوا مقابل التكفل بكبار السن المعوزين أو المحرومين من الروابط الأسرية من إعانة الدولة فيما يتعلق بالمتابعة الطبية وشبه الطبية و النفسية والاجتماعية.

تكون خدمات التكفل بالمسنين محل اتفاقيات بين الإدارات المسؤولة عن العمل الاجتماعي المختصة إقليميا و مقدمي الخدمات ذات الصلة . و من واجب المسؤولين على رعاية المسنين و الذين لديهم دخل كافي أن يسهموا في تغطية تكاليف رعايتهم في المؤسسات و الهياكل المنصوص عليها في المادة 25 من القانون . كما يلزم أيضا كبار السن ذوي الدخل الكافي والمتكفل بهم في المؤسسات والهياكل المضيفة، المساهمة في تكاليف الرعاية في هذه المؤسسات والهياكل تحت طائلة تعويض المبالغ المستحقة. (عبد الوهاب مرجانة ، محمود براهيم، 2012، ص82 . 83 ) .

إن المؤسسات الخاصة تلعب دورا مهما وأساسيا في مواجهة التحدي الذي يلقاه كبار السن من أعضائها، فهي تعمل جاهدة أن تستوعب كل الرغبات والمهارات و المعارف والخبرات المطلوبة لمعاونة الشخص المتقدم في السن ليعيش إلى آخر عمره، ويتطلب ذلك البحث عن إشباع حاجات المسنين و توفير الرعاية الصحية والخدمات الإسكانية والترويحية والإرشادية والمساعدات المالية، وتقوم هذه المؤسسات بهذا الدور من خلال:

- الأنشطة الترويحية التي تقدم للمسنين والهوايات المختلفة .
  - فرص الكسب و ذلك بالإشراف على بعض البرامج لإعادة التكيف
  - تقديم برامج مناسبة للمسنين حيث يجدون الفرصة لإبراز مواهبهم أو اكتشاف استعداداتهم، كما يجدون المناسبات التي يستفيدون فيها من شتى أنواع الخدمات ( الرحلات و الأسفار... الخ ) .
  - دراسة وتحسين الظروف البيئية التي تحيط بالمسنين و بعض المشكلات النفسية والصحية وعلاج الأمراض المختلفة من طرف أطباء ومختصون نفسانيون واجتماعيون ... الخ .
- فهذه المؤسسات التي تتميز ببعض الجوانب الإيجابية لا تخلو من بعض العيوب نذكر منها:

- أنها تميل إلى التفوق والانعزالية بعيدا عن الخبرات العالمية في مجال رعاية الشيخوخة.
- بعض هذه المؤسسات تبدأ بباعث إنساني ولكنها تنحدر إلى مستوى الاستغلال والجري وراء الربح ( هدى قناوي ،1987،ص107. 108. 109 ).

### 11\_2 الرعاية الصحية

لا يمثل كبار السن في العالم فئة واحدة من حيث القدرة على العمل أو الحاجة إلى الرعاية الصحية بل يمكن تقسيمهم إلى ثلاث فئات هي:

**الفئة الأولى:** هم الكبار في السن الذين يتجاوزون الستين من العمر ولكنهم أصحاء ولا يحتاجون إلى مساعدة للقيام بأدوارهم الاعتيادية وقادرون على التفاعل والتعايش مع بيئاتهم الأسرية والاجتماعية.

**الفئة الثانية:** وهم كبار السن الذين يتجاوزون الستين من العمر ويعيشون في بيوتهم ويحتاجون إلى مساعدة في أمورهم الشخصية والصحية.

**الفئة الثالثة :** وتضم الكبار السن الذين يتجاوزون الستين من العمر ولكنهم يحتاجون إلى رعاية صحية مستمرة وعلى مدار الساعة حيث أنهم غير قادرين على القيام بأي شيء، ويحتاجون إلى مكان دائم تقدم لهم فيه الرعاية الدائمة طالما بقوا على قيد الحياة فالمسنين الذين يندرجون ضمن الرعاية الصحية هم من الفئتين الثانية والثالثة. (علي جاسم ،2009،ص357).

### 11\_3 الرعاية النفسية

تهدف الرعاية النفسية إلى تحقيق الأمن النفسي والانفعال والتوافق الذاتي للمسنين وإشباع الحاجات و تحقيق عزة النفس للمسن، وشعوره بالحب وبأنه مطلوب وأن أهله بحاجة إليه وإقناعه بأن ما تبقى له من قوى عقلية وجسمية تكفي لإسعاده في الحدود الجديدة التي يفرضها سنه.

وسوف نتناول الرعاية النفسية للمسنين من النواحي الآتية :

\_ الحاجة إلى إرشاد الكبار: يهدف إلى مساعدة المسنين لجعل مرحلة الشيخوخة خير سنوات العمر و ذلك عن طريق مساعدة الشيوخ على تحقيق أفضل مستوى من التوافق والصحة النفسية.

\_ تأثير البيئة على توافقه النفسي : تحتاج الشيخوخة النفسية إلى كثير من الجهود لخلق بيئة سيكولوجية منتقاة جيدا لتساهم في التوافق النفسي، ففي أكثر الأحوال تعمل البيئة على إظهار استجابات عاطفية عنيفة وذلك بسبب ارتفاع درجة الحرمان الحسي الناتج عن أسباب عضوية لديهم ، لذا من الضروري فهم علاقة المسن بالعناصر البيئية حوله. ( هدى قناوي ،1987،ص172. 179 ).

مشاركة المسن في المجتمع و تعزيز صحته: في حين أن الصحة والرعاية الاجتماعية أمور حاسمة بالنسبة للمسنين يخرج العديد من محددات التمتع بالصحة والنشاط في مرحلة الشيخوخة عن نطاق النظام الصحي، ويؤثر بعض هذه المحددات على المسنين مباشرة، فالعيش في حي آمن على سبيل المثال، يمكن أن يرى فيه مسنون آخرون في الشوارع قد يشجع المسنين على مشاركة بمعدل أكبر في الأنشطة المجتمعية، ولكن التمتع بالنشاط في مرحلة الشيخوخة عملية تشمل جميع مراحل العمر، فقد تزيد نفس هذه الأحياء أيضا من احتمالات ممارسة النشاط البدني في مرحلة الشباب، وهذا أمر إيجابي لصحتهم .

فتصور المسن على سبيل المثال بوصفه عبئا وليس موردا يقودنا إلى التفكير في طرق تصل بالتكلفة الخاصة بالشيخ إلى أدنى حد بدلا من تحقيق أهم استفادة من الفرصة المتاحة أمام المسنين للمشاركة في المجتمع ، و يمنعنا النظر إلى المسنين بوصفهم ضعيفي التواصل من التفكير في استراتيجيات قد تستفيد بشكل أفضل من خبراتهم و معارفهم، ويمكن أن تتغير هذه النظرة عند يبدأ المسن في حياة تختلف عن الأعراف السابقة. ( د.مارغريت تشان ،2012،ص24 ).

### 11\_4 الرعاية الاجتماعية :

هي النسق المنظم للخدمات الاجتماعية بغرض أحداث التكيف بين المسنين و بيئتهم الاجتماعية بواسطة الأساليب والوسائل التي تصممها تصممها الدار، وتمكن الأفراد و الجماعات من حلول مشاكلهم. ( د.نعمة مصطفى رقبان،2000، ص04).

إن التغيرات الحيوية التي تطرأ على سن الشيخوخة تخلق مشكلات اجتماعية كثيرة تتطلب رعاية خاصة منها :

ضيق المجال الاجتماعي حتى يكاد أن يقتصر على رفاق السن من أفراد الجيل نفسه من الشيوخ الذين يتناقصون يوما بعد يوم بالوفاة ، وقد يصل الحال بالشيخ إلى الانطواء أو الركود الاجتماعي إلى جانب ذلك مشكلة العلاقة بين الأبناء والحياة معهم أو الحياة المنعزلة بعد زواجهم واستقلالهم في منازلهم .

### 11\_5 الرعاية الاقتصادية

وإذا كانت الشيخوخة قد أصبحت أمرا حتميا فإن رعاية الشيخوخة و خصوصا الرعاية الاقتصادية تصبح أكثر حتمية، وأن يتم الإعداد والتخطيط لها وتحسينها و قد ينصرف جانب من الرعاية الاقتصادية إلى الاستفادة من مهارات بعض المسنين، إذا ما وضعنا في الاعتبار أن هذه النسبة الكبيرة من المسنين

ليست كلها قادرة على العمل، ومن ثم يمكن الاستفادة من قدراتهم الابداعية وخبراتهم التي تعلموها و اكتسبوها طوال سنوات حياتهم واخترنوها للأجيال المقبلة .

إن محور الاهتمام لدى علماء الشيخوخة يركز حول ضرورة الحفاظ على دخل كاف للأشخاص المسنون ، حيث يرون أنه من دون توفير الحد الأدنى من الدخل لهم ، فإن أفضل البرامج تصبح آمالا و لقد ساهم ثبات معاش المسنين تقريبا عدم زيارته بنسبة تتماشى مع تصاعد الأسعار و ارتفاعها في حدة المشكلة الاقتصادية .

و تتعدد مصادر الدخل بالنسبة للمسنين ما بين المعاش و الضمان و مساعدات الأبناء و الأقارب ، و يزيد الدخل بالنسبة للمسنين الذين ما يزالوا في العمل خاصة إذا كانوا يتمتعون بصحة جيدة ، و لكن بعض الدراسات أثبتت أن فئة المسنين لا تتعدى ثلثهم في أي مجتمع، بينما يعتمد الباقي على المعاش كمصدر رئيسي لدخلهم و ذلك بالإضافة إلى مساعدات الضمان الاجتماعي و منفعه .  
( لبنى عكروش ،2000،ص23 ) .

### 11\_5 الرعاية الدينية والثقافية:

وتهدف إلى تقوية الوازع الديني والاهتمام بالوعظ والإرشاد والتوجيه الديني وتلاوة القرآن الكريم، إقامة الندوات والمحاضرات، وتشجيع القادر منهم على قراءة الصحف اليومية والمجلات، والاهتمام بالمكتبة ودعمها بالكاتب المناسبة لقدراتهم ومستوياتهم.

### 11\_6 الرعاية المهنية والفنية:

وتهدف إلى تدريب الأفراد القادرين على بعض المهن اليدوية البسيطة حسب قبولهم ورغباتهم واستعداداتهم، والاهتمام بمجال الهوايات الفنية باعتبارها أحد الوسائل الهادفة لشغل الفراغ فيما يروح عن النفس، والاهتمام بإقامة معارض ومهرجانات. ( عبد الرحمن بن علي العجلان،2011،ص08).

### 12\_ احتياجات المسنين النفسية والاجتماعية

ويمكن أن نستعرض حاجات المسنين فيما يلي:

1. حاجات المسنون إلى أن يفهموا أنفسهم وينبغي أن يدرك المسنون كل ما يتصل بعملية النضج في العمر حتى يمكنهم أن يدركوا معنى التغيرات التي تؤثر في قدرتهم العقلية والجسمية وبناء شخصيتهم

وبالتالي تنعكس على حالتهم النفسية ومكانتهم الاجتماعية الأمر الذي يعتبر ضرورياً حتى يتقبلوا هذه التغيرات والآثار ويعترفوا بها وبذلك يتحقق لهم أقصى تكيف اجتماعي ممكن .

2 . يحتاج المقبلون على سن التقاعد إلى التعرف على فرص العمل والتطوع بعد التقاعد . كما يحتاجون إلى التعرف على طرق المحافظة على الصحة الجيدة وإتباع أساليب معيشية تلائم التقدم في السن وطرق تجنب الأمراض المزمنة والوقاية منها كما يحتاجون إلى تأمين الموارد المالية اللازمة عن طريق تنظيم صرف المعاشات والمساعدات الحكومية والرعاية الطبية.

3 . يحتاج المسنون إلى توفير علاقات اجتماعية سواء في داخل الأسرة أو خارجها يستدعي ذلك توعية المجتمع بأمراض الشيخوخة ومشكلات المسنين ، وأن الفكرة السائدة عند بعض الأشخاص أن كبار السن فئة غير منتجة ليست لديها أي قدرات يمكن تنميتها أو يمكنها الإسهام بأي جهد، وهكذا يسخر الناس من قدرتهم على مشاركتهم في التنمية الأمر الذي يؤدي بهم إلى الغرس في أنفسهم الإحساس بالنقص والإحباط والقلق التي ينتج عنها كل اضطرابات الشخصية والأمراض النفسية والجسمانية.

(وجدى بركات، 2009، ص07) .

وتتمثل تلك الحاجات النفسية في الاحتياجات التي يحتاجها الفرد ليعيش في أمان مع نفسه ومع الآخرين متحرراً من كل الضغوط النفسية، ومن أهم هذه الحاجات الشعور بالأمن والحاجة إلى التقدير، والحاجة إلى الشعور بالعطف والمحبة أي إشباع الجانب الوجداني للفرد، فهو محتاج دائماً إلى أن يحب وأن يحب ، وأن يعترف به ويحس أنه ذو نفع للجماعة وأنها في حاجة إليه بما يؤدي إلى إحساسه بكيانه وما يتعرض له المسنون من تغيير في كثير من الوظائف العقلية يجعلهم عرضة للخوف والقلق فالأمراض المزمنة التي يعانون منها وإحالتهم إلى التقاعد وافتقاد بعض الأصدقاء وعدم تحقيق التكيف الشخصي والاجتماعي على وجه سليم إضافة إلى أن المسن كثيراً ما يفقد شريك الحياة وهو ما يجعله يشعر بالعزلة وافتقاد السند أو المعين ، والتقدم في السن تصاحبه ديناميات نفسية تتصف بنقص الكفاءة الوظيفية وما يصاحبها من نكوص وهياج وعمليات دفاعية، وترتبط الاحتياجات النفسية للمسن بمشكلات عدم التكيف مع وضعه الجديد وتوضح الآثار النفسية والأخلاقية في ظل زيادة وقت الفراغ في مرحلة (وجدى بركات، 2009، ص07) .

يحظى المسنين بالرعاية في المجتمعات المختلفة سواء كانت رعاية تقليدية أو مستحدثة ... فإذا كان المدخل التقليدي لرعاية المسنين قائماً على مساعدة الإنسان لأخيه الإنسان، في عفوية بالغة لما يمتلكه

الإنسان من خير يوزعه على الآخرين ، فإن الرعاية الاجتماعية للمسنين في المجتمعات المعاصرة أصبحت قائمة على أسس مهنية وجهود للتدخل المهني من جانب الممارسين في التخصصات والمهن المختلفة العاملة في المجتمع ، وتعتبر مهنة الخدمة الاجتماعية من المهن الرئيسية في مجال رعاية المسنين .. حيث تتميز بممارستها الميدانية التي تدعمت عبر تاريخها بنماذج للتدخل المهني، ويمكن لنا تعريف التدخل المهني في الخدمة الاجتماعية على النحو التالي :

- 1 . التدخل المهني يشكل مجموعة من الأنشطة والعمليات التخطيطية والتنفيذية.
- 2 . يشترك في هذه الأنشطة كل من الأخصائي الاجتماعي والوحدة التي يتعامل معها في موقف الممارسة والتدخل المهني.
- 3 . للتدخل المهني مراحل وعمليات متتالية ومتفاعلة ومتسقة مع بعضها وصولا لتحقيق أهداف محددة ( وجدي بركات، 2009، ص 07 ).

### خلاصة الفصل

إذا من خلال ما تم التطرق إليه من تقديم تعريفات حول الشيخوخة و أهم التغيرات التي تحدث فيها بالإضافة إلى النظريات التي فسرتة، وكذا التطرق إلى الاحتياجات الخاصة بالمسنين، حيث أن الشيخوخة ليست مجرد عملية بيولوجية بحتة تظهر أثارها في التغيرات التي تطرأ على الفرد، وإنما هي بالأساس ظاهرة اجتماعية تتمثل في موقف المجتمع من المسن حين يفرض عليه قيودا مما يترتب على ذلك آثارا سلبية أو نفسية تتجم عن الإحساس بالوحدة النفسية بعدم الجدوى بالنسبة للمجتمع، وبعدم رغبة المجتمع فيه نظرا لأنه لم يعد قادرا أو صالحا أو نافعا . فالشخص عندما يصل إلى مرحلة الشيخوخة يبدأ يعاني من ضعف في بدنه واعتلال في صحته ونقص في قوته وحواسه الإدراكية والجسمية .

# الفصل الثالث

## إجراءات الدراسة

تمهيد

أولاً: منهج الدراسة

ثانياً: الدراسة الاستطلاعية أهدافها ومكان و زمان إجراء الدراسة الاستطلاعية

ثالثاً: عينة الدراسة الاستطلاعية

رابعاً: أدوات جمع البيانات

خامساً : الدراسة الأساسية

سادساً: عينة الدراسة الأساسية

سابعاً: إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية

ثامناً: صعوبات تطبيق الدراسة الأساسية

### تمهيد:

تضمنت الفصول السابقة بين طياتها خلفية الدراسة المتمثلة في الجانب التمهيدي وتتبعه الدراسات السابقة وهو يعرض صورة مبسطة لما أمكن التوصل إليه من جهود الباحثين الآخرين حول موضوعات الدراسة الحالية المختلفة، بالإضافة إلى الإطار النظري ذا المباحث الأساسية والمتضمنة لكل ما من شأنها المساهمة في بناء قاعدة علمية نظرية في ميدان الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية، وتبعاً لخطوات تسلسلية مرتبة سننتقل تدريجياً من الجانب النظري إلى الجانب التطبيقي الذي استهلته بفصل وإجراءات الدراسة، فضم شرحاً للمنهج المستخدم والدراسة الإستطلاعية وأهدافها ومكان أجراءها وصعوبات تطبيقها، بالإضافة إلى عينة الدراسة والأدوات المستخدمة وخطواتها لتوصل إلى الصياغة النهائية لأدوات البحث، ثم عرض للأساليب الإحصائية التي تم استخدامها في تحليل نتائج فرضيات الدراسة، وبعد ذلك وصف الدراسة الأساسية وخطوات تطبيقها وصعوباتها.

### أولاً: منهج الدراسة:

يعتبر المنهج الطريقة الموضوعية التي يتبعها الباحث في دراسة ظاهرة من الظواهر أو مشكلة من المشاكل أو حالة من الحالات من أجل الوصول إلى نتائج عامة محددة يمكن تطبيقها أو تعميمها.

(محمد عبد الغني و آخرون، 1992، ص42).

والمنهج الوصفي يستخدم في دراسة الأوضاع الراهنة للظواهر من حيث خصائصها، أشكالها وعلاقاتها والعوامل المؤثرة في ذلك، وهذا يعني أن المنهج يهتم بدراسة حاضر الظواهر والأحداث مع ملاحظة أنه يشمل في كثير من الأحيان على عمليات تنبؤ لمستقبل الظواهر والأحداث التي يدرسها.

( د.رحي مصطفى عليان وآخرون، 2000، ص42) .

ولا يقتصر المنهج الوصفي على التعرف على معالم الظاهرة وتحديد أسباب وجودها وإنما يشمل تحليل البيانات وقياسها وتفسيرها والتوصل إلى وصف دقيق للظاهرة ونتائجها.

ويقوم المنهج الوصفي على جمع الحقائق والمعلومات ومقارنتها وتحليلها وتفسيرها للوصول إلى تعميمات مقبولة، أو هو دراسة وتحليل وتفسير الظاهرة من خلال تحديد خصائصها وأبعادها وتوصيف العلاقات بينها بهدف الوصول إلى وصف علمي متكامل لها.

## إجراءات الدراسة

إن اختيار المنهج يكون حسب طبيعة الموضوع، وما دامت الدراسة تحاول أن تدرس مساهمة الدعم النفسي الاجتماعي في تحقيق الصحة النفسية للمسنين، ومعرفة الفروق بين المسنين ذوي الدعم المرتفع و المنخفض في مستوى الصحة النفسية تبعا لبعض المتغيرات ( الجنس، الحالة الاجتماعية، مكان الإقامة) فإن المنهج المقارن يكون مناسباً لطبيعة دراستنا.

فالمنهج الوصفي المستعمل هو نمط المقارن التحليلي باعتباره أكثر الطرق استخداماً في مجال البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية وغيرها، كما يمدنا بمعلومات وحقائق ذات قيمة عن الظروف والأساليب القائمة بالفعل والعلاقات القائمة بين الظواهر المختلفة كما يمدنا أيضاً بالحقائق التي يمكن أن تبنى عليها مستويات أعلى من الفهم العلمي. (إخلاص محمد عبد الحفيظ و آخرون، 2002، ص101).

وعليه يمكن أن نقدم تعريف للمنهج المقارن بأنه: هو أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كمياً عن طريق جمع بيانات ومعلومات متقنة عن الظاهرة أو المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة فهو يهدف إلى جمع بيانات حقيقية ومفصلة لظاهرة أو مشكلة موجودة فعلاً لدى مجتمع معين، تحديد المشكلات الموجودة وتوضيحها، إجراء مقارنات لبعض الظواهر أو المشكلات وتقويمها وإيجاد العلاقات بين تلك الظاهر أو المشكلات.

(سامي محمد ملحم، 2000، ص224).

## ثانياً: الدراسة الاستطلاعية:

تعرف بأنها تلك الدراسة التي تهدف إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث دراستها، والتعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها وإخضاعها للبحث العلمي.

(مروان عبد المجيد ابراهيم، 2000، ص58).

## 2\_1 أهداف الدراسة الإستطلاعية

- تسمح لنا القيام بالدراسة الأساسية.
- التعرف على الصعوبات والمشاكل التي تواجه الباحث.
- جمع المعلومات على الخصائص التي تتميز بها العينة.
- التأكد من سلامة الصياغة اللغوية لفقرات المقاييس وفهم محتوى أدوات البحث ومدى تجاوب المسنين معها لتجنب الغموض (استبيان الدعم النفسي الاجتماعي، مقياس الصحة النفسية).

## إجراءات الدراسة

- التعرف على مدى صلاحية الأدوات التي صممت لتحقيق الغرض الذي وضع من أجله.

### 2\_2 مكان و زمان إجراء الدراسة الإستطلاعية

تم إجراء هذه الدراسة الاستطلاعية على مجموعة من المسنين في الجنوب (دائرة تميمون، ولاية ورقلة)، وكان ذلك في شهر فيفري 2016.

وقد تكونت الدراسة الاستطلاعية من (36) مسنا تبلغ أعمارهم بين الستين سنة فما فوق، وتم اختيارها من كلا الجنسين، وأيضا حسب المؤهل العلمي ( أمي ،ابتدائي، متوسط وثانوي، جامعي)، والحالة الاجتماعية (متزوج، أعزب، مطلق، أرمل)، ومكان الإقامة (الأسرة، الأقارب، الأبناء)، ليتم تقنين أداة الدراسة عليهم من خلال الصدق والثياب بالطرق المناسبة.

والجداول التالية توضح توزيع العينة حسب السن والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية ومكان الإقامة.

الجدول رقم (04): يوضح توزيع العينة حسب السن.

السن	التكرارات	النسبة المئوية
60 _ 70 سنة	16	44 %
70 _ 80 سنة	09	25 %
80 سنة فما فوق	11	30 %
المجموع	36	100 %

من خلال ما عرض في الجدول أعلاه فقد بلغ عدد المسنين الذين تتراوح أعمارهم بين 60 سنة و 70 سنة كان عددهم 16 مسن من كلا الجنسين أي بنسبة 44 % وهي أعلى نسبة، أما بالنسبة للفئة التي أعمارهم تتراوح بين 70 - 80 سنة بلغ عددهم 09 أي بنسبة 25 % في حين بلغ عدد المسنين الذين تراوحت أعمارهم بين 80 سنة فما فوق 11 مسن بنسبة 30 %.

## إجراءات الدراسة

الجدول رقم (05): يوضح توزيع العينة حسب الجنس .

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
33,33 %	12	ذكور
66,66 %	24	إناث
100 %	36	المجموع

في هذا الجدول يتضح لنا أن عدد الإناث يتفاوت مع عدد الذكور، حيث أن نسبة الذكور أقل من نسبة الإناث، حيث بلغت نسبة الذكور 33,33 % ثم تليها نسبة الإناث ب 66,66 % وهي أعلى نسبة.

الجدول رقم (06): يوضح توزيع العينة حسب الأولاد

النسبة المئوية	التكرار	حسب الأولاد
97 %	35	لديه أولاد
02 %	01	ليس لديه أولاد
100 %	36	المجموع

من خلال هذا الجدول يتضح أن عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الأولاد نجد أن معظم المسنين لديهم أولاد وهذا ما قدرت نسبته ب 97 % ، في حين نجد حالة واحدة ليس لديها أولاد وهذا ما قدرت نسبتها ب 02 %.

الجدول رقم (07): يوضح توزيع العينة حسب الحالة الاجتماعية

النسبة المئوية	التكرار	الحالة الاجتماعية
55 %	20	متزوج
44 %	16	أرمل ، مطلق

## إجراءات الدراسة

أعزب	00	% 00
المجموع	36	% 100

من الجدول رقم (07) يتبين لنا أن عدد المسنين المتزوجين في هذه الدراسة الاستطلاعية يفوق عدد المسنين الأرمال والمطلقين، حيث بلغ عددهم 20 متزوج و متزوجة أي بنسبة 55 %، في حيث قدرت نسبة المسنين الأرمال والمطلقين بنسبة 44 %.

### الجدول رقم (08): يوضح توزيع العينة حسب مكان الإقامة

مكان الإقامة	التكرار	النسبة المئوية
مع الأسرة	26	% 72
أحد الأبناء	08	% 22
أحد الأقارب	02	% 05
المجموع	36	% 100

يتضح من الجدول السابق أن أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية يتوزعون حسب مكان الإقامة إلى ثلاث أماكن، فالأول الإقامة مع الأسرة والذي يمثل 26 مسن يقيم مع أسرته أي بنسبة 72 %، بينما عدد المسنين الذين يقيمون مع أحد الأبناء فكان 08 مسن أي بنسبة 22 %، أما أقل عدد والذي بلغ مسنان (02) أي بنسبة 05 % و هي أقل نسبة.

### الجدول رقم (09): يوضح توزيع العينة حسب المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	التكرارات	النسبة المئوية
أمي ،ابتدائي	33	% 91
متوسط ثانوي	03	% 08

## إجراءات الدراسة

جامعي	00	% 00
المجموع	36	% 100

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن عينة الدراسة الاستطلاعية المكونة من 36 مسن ومسنة، كان المؤهل العلمي لديهم يتراوح بين المستوى الأمية والمتوسط والابتدائي والثانوي، حيث كانت نسبة الأمية والابتدائي 91 %، في حين بلغت نسبة المتوسط والثانوي بـ 08 %.

الجدول رقم (10): يوضح توزيع العينة حسب السوابق المرضية

السوابق المرضية	التكرارات	النسبة المئوية
مرض مزمن (ضغط الدم / السكري...)	23	% 63
أمراض أخرى	02	% 05
لا يعاني من المرض	11	% 30
المجموع	36	% 100

من خلال الجدول السالف يتضح لنا أن عدد المسنين المصابين بالمرض المزمن يمثلون الأغلبية، حيث بلغت نسبتهم 63 %، أما نسبة المسنين الذين لا يعانون من المرض كانت نسبتهم 30 %، ثم تليها فئة المسنين المصابين بأمراض أخرى ( الكواطر وأمراض الكبد، الروماتيزم ضعف السمع والبصر... الخ ) بنسبة 05 %.

الجدول رقم (11): يوضح توزيع العينة حسب المعاش

المعاش ( المساعدة المالية)	التكرارات	النسبة المئوية
معاش التقاعد	15	% 41,66
معاش من البلدية(الشبكة)	10	% 27,77

## إجراءات الدراسة

لا يتلقى معاش	11	30,55 %
المجموع	36	100 %

مما تم عرضه في الجدول أعلاه بالسبة للمسنين الذين يتلقون المعاش، فنجد أن بعض المسنين يتلقون معاشهم من التقاعد وعددهم حوالي 15 مسنا وهم يمثلون نسبة 41,66 %، والبعض الآخر يتلقى معاشه من شبكة البلدية فكان عددهم 10 وهم يمثلون نسبة 27,77 %، كما نجد أن البعض الآخر لا يتلقى معاش أبدا وعددهم 11 مسنا أي يمثلون نسبة 30,55 %.

الجدول رقم (12): يوضح توزيع العينة حسب من يستلم المعاش

من يقوم بإستلام المعاش	التكرار	النسبة المئوية
المسن نفسه	19	76 %
أحد الأبناء	06	24 %
أحد الأقارب	00	00 %
المجموع	25	100 %

الجدول التالي يوضح لنا أن معظم المسنين هم من يقومون بإستلام معاشهم بأنفسهم وهذا ما صرح به أكثر من 19 مسن بذلك وقد قدرت نسبتهم ب 76 %، أما 06 من المسنين صرحوا بأن أبناءهم من يستلمون معاشهم وكانت نسبتهم 24 %.

### 2\_3 الوسائل المستعملة قبل البدء في الدراسة الاستطلاعية

قبل البدء بالدراسة الاستطلاعية تم اجراء مقابلة مع بعض المسنين وطرح بعض الأسئلة عليهم وترك المجال له للإجابة بكل حرية ومن خلال ذلك تم التعرف على بعض المشاكل التي يعاني منها المسن وظروف عيشه مع أسرته ومحيطه، وقد تمحورت الأسئلة في ثلاث نقاط وهي :

- احكي لي شوي على حياتك و كيفاش راك عايش.

## إجراءات الدراسة

- كيفاش اعاملوك ولادك و جيرانك.
- راك تعاني من بعض الأمراض .

من خلال هذه المحاور تم أخذ نظرة حول أحوال المسنين وأوضاعهم المعيشية، ومعاناتهم النفسية والجسمية والمشاكل الاجتماعية التي يعيشونها في حياتهم اليومية ومعرفة مدى تكيفهم معها، بالإضافة إلى المعاش النفسي والاجتماعي والسيكوماتي، ومن خلال ما دار في هذه المقابلة تم جمع كل المعلومات وتنظيمها، قمنا باعتمادها في بناء أدوات الدراسة، وقد اعتمدنا هنا بالمقابلة نصف الموجهة.

**2\_3\_1 المقابلة العيادية:** هي تقابل فردين أو أكثر وجها لوجه في مكان ما ولفترة معينة لسبب معروف مقدما لدى المتقابلين وبناء على موعد سابق في أغلب الأحيان.(ماهر محمود،1987، ص53).

وهي عبارة عن محادثة موجهة بين الباحث وشخص أو أشخاص آخرين بهدف الوصول إلى حقيقة أو موقف معين يسعى الباحث لتعرفه من أجل تحقيق أهداف الدراسة.

(محمد عبيدات و آخرون، 1999، ص55).

وهي حوار بين الباحث وصاحب الحالة المراد الحصول على المعلومات منه أو تعبيراته عن آرائه واتجاهاته ومشاعره، ويقوم الباحث بتسجيل ما دار فيها. (سهيل روق دياب،2003،ص55).

**أما المقابلة نصف الموجهة** والتي اعتمدناها في دراستنا فهي تحدد للمفحوص مجال السؤال وتعطيه نزعا من الحرية للتعبير في حدود السؤال المطروح.

وفي هذا الصدد تعرف المقابلة نصف الموجهة بأنها: هي لقاء بين الباحث والمبحوث أو بين شخصين، حيث تكون الأسئلة غير مفتوحة بالكامل ولا مغلقة تماما ويعد الباحث هذه الأسئلة حيث تكون موجهة ومفتوحة نسبيا ويجب عليها المفحوص بحرية ولكنه ليس بالضرورة أن يجيب على جميع الأسئلة في الترتيب الذي أعده الباحث في صياغة الأسئلة .

وهي المقابلة التي تعطى فيها الحرية للباحث بطرح السؤال بصيغة أخرى ويطلب من المبحوث مزيدا من التوضيح.

(ربحي مصطفى عليان وآخرون،2000،ص105) .

## إجراءات الدراسة

وفي هذه الدراسة فإن المقابلة نصف الموجهة تعتبر لقاء حوارى بين الباحث والمبحوث وذلك بطرح أسئلة عليه وإعطاء له حرية التعبير في الإجابة، بالإضافة إلى تدخل الباحث من أجل الاستفسار والتوضيح. وذلك باستخدام دليل المقابلة العيادية نصف الموجهة المستخدمة مع المسنين في الدراسة ، والذي يحتوي على مجموعة من الأسئلة والتي اندرجت في بيانات أولية عن المسن وبيانات عن الحالة الاجتماعية وبيانات مكان الإقامة وعن تلقي المسن مساعدة مالية، تطرح على المسن للحصول على معلومات تفيد في الكشف عن الدعم المقدم للمسن والصحة النفسية، مع العلم أن دليل المقابلة العيادية تم عرضه على مجموعة من الأساتذة في مجال علم النفس وعلوم التربية من أجل صدقها وملاءمتها للمقابلة.

### 2\_3\_2 الملاحظة:

تعتبر واحد من أقدم وسائل جمع البيانات والمعلومات الخاصة بظاهرة ما، بحبث استخدمت من قبل القدماء في مجال الظواهر الطبيعية، ثم انتقل استخدامها إلى العلوم الاجتماعية والانسانية، وهي عبارة عن عملية مراقبة ومشاهدة لسلوك الظواهر والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية ومتابعة سيرها واتجاهاتها وعلاقتها بأسلوب علمي منظم وهادف بقصد التفسير وتحديد العلاقة بين المتغيرات والتنبؤ بسلوك الظاهرة وتوجيهها لخدمة أغراض الانسان وتلبية احتياجاته.

( محمد عبيدات و آخرون ،1999، ص 73 ) .

وكان الدافع لاستخدام الملاحظة الطبيعية هو ملاحظة عدد من المسنين من خلال التصرفات أو السلوكيات التي يقومون بها وذلك في الأماكن التي يجلسون فيها في الشوارع، ومن خلال أيضا مجالسة بعض الشيوخ في منازلهم وملاحظتهم ما يقولونه وما يفعلونه، وما يصدر منهم من تصرفات في بيوتهم مع أبناءهم وأقاربهم، وملاحظة نظافته ولباسه وطريقة كلامه أثناء المقابلة، ومن خلال ذلك تم تسجيل بعض الملاحظات عن المسن .

### ثالثا: أدوات جمع البيانات:

نلقي الضوء على أدوات جمع البيانات التي استخدمت في هذه الدراسة بهدف الحصول على البيانات التي تحقق أهداف وتسؤلات الدراسة، وذلك من خلال الإشارة إلى خطوات إعداد الإستبيان والخصائص السيكومترية.

## 2\_1 خطوات إعداد الإستبيان الدعم النفسي الاجتماعي.

### 2\_1.1 الهدف من إستبيان الدعم النفسي الاجتماعي :

الكشف عن بعض خصائص أفراد الدراسة ( المسنين)، والتعرف على مدى تلقيهم دعماً نفسياً واجتماعياً من طرف المحيطين بهم (الأسرة والأصدقاء والمجتمع) ونوع هذا الدعم، ومدى رضاه عن هذا الدعم.

### 2\_1.2 مصادر بناء استبيان الدعم النفسي الاجتماعي

من خلال الإطلاع على مجموعة من المقاييس العربية كمقياس المساندة الاجتماعية دياب (2006) والأجنبية كاستبيان الذي أعده سرازون Sarason وآخرون سنة 1983، والدراسات والأبحاث ذات العلاقة بالدعم النفسي الاجتماعي، ومن خلال ملاحظة سلوكيات بعض المسنين وإجراء مقابلات مع البعض منهم (ذكور، إناث) وبعض أسرهم، وبناءاً على المعلومات التي تم الحصول عليها وجمعها تم بناء استبيان الذي يشير إلى تلقي أو عدم تلقي المسنين للدعم من طرف البيئة التي يعيش فيها أي مصادر الدعم والمتمثل في الأسرة، الأصدقاء والمجتمع.

حيث يشير ششويزر "Schzeiwer" أن البحوث التي درست أثر السند الاجتماعي في الصحة النفسية قدمت نتائج غامضة بسبب عدم التفريق بين المظاهر الحقيقية والمدركة للسند (الدعم)، وفي نفس السياق يشير إلى أنه " في الوقت الحالي لا نملك أداة تحوي في نفس الوقت نوع السند ( الدعم ) وطبيعته ( انفعالي، مادي، معلوماتي) ومصدره ( العائلة، الأصدقاء، المجتمع) وملائمته مع تطلعات الفرد.

. (Schzeiwer ,M.B, 2001,p17)

فمن خلال مراجعة الأطر النظرية والدراسات السابقة ومن خلال المقابلة نصف الموجهة والملاحظة تم صياغة بنود الإستبيان ومراعاة العبارات في صياغتها على ألا تحمل العبارة أكثر من معنى، وأن تكون مبسطة وواضحة بالنسبة للمسن، وأن تكون مفهومة بالنسبة لهم، وهذا ما جعلنا نكتب عبارات المقياس باللغة العامية والتي تكون مفهومة للمسن الذي يقيم في الجنوب، كما صيغت بعض العبارات في الاتجاه الموجب والأخرى بالاتجاه السالب.

وفي الأخير تم بناء الإستبيان و شمل على (20) فقرة تقيس بعدين للدعم وهي:

## إجراءات الدراسة

أ. مصدر الدعم و نوعه : وهو يكون المسن يتلقى دعماً من طرف الأسرة بما فيه الزوجة/ الزوج والأولاد والأصدقاء (الجماعة) وغيرهم والمجتمع وحجم الدعم أي عدد الأشخاص المشاركين في الدعم ضمن شبكة العلاقات الاجتماعية للمسن، بالإضافة إلى نوعه والمتمثل في الدعم المادي والمعنوي والعاطفي والدعم المعلوماتي والتقدير...، والذي تكون من (11) عبارات وهي:

( 2 . 4 . 5 . 7 . 8 . 9 . 12 . 14 . 16 . 17 . 20 ).

ب. بعد رضا المسن عن هذا الدعم : وهو مدى الرضا الذي يشعر به المسن عن الدعم الذي يتلقاه من جانب أسرته ومجتمعه والذي تكون من (09) عبارات وهي :

( 1 . 3 . 6 . 11 . 13 . 15 . 18 . 10 . 19 )

### 2\_1\_2 تعليمية إستبيان الدعم النفسي الاجتماعي

بعد الانتهاء من صياغة العبارات صيغت تعليمية الاستبيان وهي مرفقة معه وذلك لتويه أفراد العينة للإجابة على الفقرات بشكل صحيح، قد جاءت كالتالي:

"نضع بين يديك مجموعة من العبارات ونرجو الإجابة عليها في الخانة المناسبة، وذلك بوضع علامة (X) في العمود الذي يعبر عن ما تشعر به بصراحة وصدق، من خلال اختيار أحد البدائل (دائماً، أحياناً، أبداً)، ونحيطك علماً أن المعلومات التي تجيب عليها سوف تكون سرية وستستخدم لغرض البحث العلمي، ولا تترك أي عبارة دون الإجابة عليها.

- ولتنبيه فإن التعليمية موجهة أكثر للفئة المتعلمة، أما الأغلبية من المسنين فالباحثة هي من تقرأ أو توضح لهم الغرض من هذا الاستبيان وهذا لعجزهم عن القراءة أو لأسباب أخرى.

### 2\_1\_3 طريقة تصحيح استبيان الدعم النفسي الاجتماعي

- صيغت بنود الإستبيان في اتجاه موجب والآخر في اتجاه سالب، وتكون الإجابة على ثلاث بدائل ويجيب المسن على واحد من هذه البدائل، وقد قدرت درجات الإجابة كالتالي :
- الاتجاه الموجب تم تقدير البنود التي تدل على تلقي المسن للدعم بثلاث درجات إذا كانت (دائماً) ودرجتين (02) إذا كانت (أحياناً)، ودرجة واحدة (01) إذا كانت (أبداً).
  - الاتجاه السالب قدرت البنود التي لا تدل على عدم تلقي المسن للدعم بدرجة واحدة (01) إذا كانت (دائماً) ودرجتين (02) إذا كانت (أحياناً)، وثلاث درجات إذا كانت (أبداً).

## إجراءات الدراسة

### 2\_1\_4 الخصائص السيكومترية لاستبيان الدعم النفسي الاجتماعي

بعد استكمال إعداد فقرات الاستبيان وملائمته لعينة الدراسة قمنا بقياس صلاحيته بعدة طرق، وذلك بحساب الخصائص السيكومترية والمتمثلة في الصدق والثبات وهذا ما سيتم التطرق إليه بالتفصيل كالتالي:

#### أ. صدق المحكمين ( صدق المحتوى ) :

تم عرض الإستبيان في صورته الأولية على مجموعة من الأساتذة مكونة من (11 أستاذ) في علم النفس وعلوم التربية وعلم الاجتماع من جامعة ورقلة، وقد طلب منهم قراءة عبارات الاستبيان ومدى علاقة كل بند من بنود الاستبيان للبعد المراد قياسه أي أن هذا البند يقيس الدعم أم لا، مع توضيح معنى الدعم بصورة إجرائية، وقد تم الأخذ بعين الاعتبار بآرائهم وملاحظاتهم واجراء التعديلات لفقرات الاستبيان، فقد أعطوا بعض النصائح وهي:

\_ إعادة صياغة بعض الفقرات.

\_إعادة كتابة الفقرات من اللغة الفصحى إلى اللغة التي يفهمها المسن.

\_ إضافة بعض الفقرات إلى بعد الثاني.

\_ دمج البعدين بعد أن كانوا ثلاث أبعاد.

وفي ضوء هذه النصائح اعتمدت الباحثة في إعادة صياغة بعض فقرات الاستبيان وتعديلها من جانب اللغة وإعادة تحكيمها من طرف الأساتذة المحكمين (07 أساتذة) من جامعة ورقلة والجزائر والأغواط ومصر، وقد وفقوا على صحة الفقرات، ولم يتم حذف أية فقرة من الفقرات، وقد تراوحت نسبة الاتفاق بين (100 %)، وفي مايلي جدول يوضح بعض الفقرات التي تم إعادة صياغتها قبل إعادة تحكيمها:جدول رقم (13): يوضح بعض الفقرات التي تم إعادة صياغتها.

الرقم	العبارة	تعديل العبارة
01	إليهم نتحدث عندما أصحابك إليك يصغي لا	يسمعوني صحابي كي نهدر معاهم
02	حولك هم من مع ممتعا وقتنا تقضي	نفوت وقت مليح مع جماعتي
03	به تقوم ما اتجاه بالراحة حولك هم من يشعرونك	نحس بالراحة كي نشوف الناس يهتموا بيا

## إجراءات الدراسة

\*الاتساق الداخلي: ويتم فيه حساب معامل الارتباط بين درجة العبارة ودرجة البعد المنتمية إليه بعد استبعاد العبارات التي لا ترتبط بدلالة معنوية مع الدرجة الكلية للبعد الذي تقيسه العبارة أي حساب معامل الارتباط ( بيرسون) بين كل عبارة والبعد الذي تنتمي إليه، الجدول التالي يوضح نتيجة هذا التحليل.

جدول رقم (14): يوضح معاملات صدق الاتساق الداخلي لبنود مقياس الدعم النفسي الاجتماعي

البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	*0,96	0,01	11	*0,76	0,01
2	*0,90	0,01	12	*0,68	0,01
3	*0,55	0,01	13	*0,55	0,01
4	*0,98	0,01	14	*0,90	0,01
5	*0,83	0,01	15	*0,75	0,01
6	*0,99	0,01	16	*0,82	0,01
7	*0,81	0,01	17	*0,93	0,01
8	*0,65	0,01	18	*0,69	0,01
9	*0,93	0,01	19	*0,76	0,01
10	*0,65	0,01	20	*0,75	0,01

\*دال عند 0,01

من خلال ما هو موضح في الجدول أعلاه أن النتائج المتحصل عليها من معاملات صدق الاتساق الداخلي تتراوح بين (0,55 و 0,99) وهي معاملات ارتباط مرتفعة تدل على أن استبيان الدعم النفسي الاجتماعي يتمتع بصدق مرتفع.

## إجراءات الدراسة

\*الثبات: إن الثبات هنا هو ثبات درجات الاستبيان فالثبات صفة للدرجات وليس للاستبيان، والاستبيان قد يتميز بثبات مرتفع أو لا في ضوء العينة التي يطبق عليها، ويمكن حساب معاملات الثبات كالتالي:

### 1) ثبات الاتساق الداخلي (معامل ألفا\_كرونباخ) .

والجدول رقم (15): يوضح النتائج المتحصل عليها:

ألفا كرونباخ	طرق ثبات المقياس المقياس
860,	الدرجة الكلية

هنا نلاحظ من خلال النتائج المبينة في أعلى الجدول أن معامل الثبات لاستبيان الدعم النفسي الاجتماعي بطريقة ألفا كرونباخ يساوي 0,86 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة (0,01)، مما يؤكد على تمتع الاستبيان بقدر جيد من الثبات.

### 2) التجزئة النصفية

تستخدم طريقة التجزئة النصفية لحساب معامل الثبات، إلا أنه يتم الحصول على ثبات نصف الاختبار فقط، وليس الاحتمار ككل، ويترتب عن هذا انخفاض ملحوظ في معامل الارتباط، ومنه يتم الاعتماد على معاملات احصائية لتصحيح الطول، حيث تقوم كل معادلة بتقدير معامل الثبات لمعالجة الانخفاض المترتب على التجزئة. (بشير معمرية، 2002ص205).

والنتائج المتحصل عليها مبينة في الجدول رقم (16) التالي :

الدلالة الاحصائية	معامل الارتباط المحسوب		مؤشرات احصائية المتغيرات
	قبل التعديل	بعد التعديل	
0,01	0,76	0,86	البنود الزوجية
			البنود الفردية

## إجراءات الدراسة

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة "ر" المحسوبة أكبر من قيمة "ر" المجدولة ومستوى الدلالة (0,01)، وبعد التصحيح بمعامل سبيرمان\_براون أصبحت تساوي (0,86) وهو معامل ارتباط مرتفع فعليه يدل على أن المقياس ثابت، ويمكن الاعتماد عليه في الدراسة الأساسية.

## 2 . مقياس الصحة النفسية للمسنين

قامت الباحثة بإعداد مقياس الصحة النفسية للمسنين، بعد مرورها بعدة خطوات متبعة في إعداده وهي كالآتي:

- الإطلاع على التراث السيكولوجي في مجال المسنين سواء دراسات نظرية أو دراسات ميدانية كدراسة **نجوى اليحفوفي** تناولت التفاؤل والتشاؤم لدى المسنين المتقاعدین والعاملين بعد سن التقاعد، ودراسة **اسماعيل أبو ركاب** تناولت المشاكل النفسية والاجتماعية لدى المسنين وعلاقتها ببعض المتغيرات، ودراسة **سعيد رياش** حول مشكلات التوافق النفسي الاجتماعي للمسنين في الجزائر (2008)، وكذا الإطلاع على تقرير الصحة العالمية حول الإضطرابات النفسية.
- الإطلاع على بعض الدراسات السابقة وبعض المقاييس النفسية الخاصة بالصحة النفسية كمقياس الصحة النفسية المعدل SCL\_90\_R، مؤشر الرضا عن الحياة **نيوجارتن** إعداد **علي محمد الديب** (1985)، مقياس الرضا عن الحياة إعداد **الدكتورة مديحة العزبي** (1982) ، مقياس التوافق للمسنين **سامية القطان** (1982) ، مقياس جامعة نيوفاوند لاند للسعادة **كوزما ، ستونر** (1980)، مقياس التفاؤل **محمد بدر الأنصاري** (2002).
- من خلال ذلك توصلت الباحثة إلى إعداد المقياس المكون من مجموعة من العبارات بناء على ما سبق ذكره من مراجعة الأطر النظرية التي تناولت مفهوم الصحة النفسية، والدراسات السابقة سواء العربية أو الأجنبية، بالإضافة إلى إجراء مقابلة مع هذه الفئة ومع ملاحظة سلوكياتهم ونمط حياتهم مع أسرهم، ليكون ملائماً للإستخدام في البيئة المحلية (بعض ولايات الجنوب الجزائري ) خاصة لفئة المسنين، ومن ثم صيغت بنود المقياس والتي بلغت في صورته المبدئية من 35 عبارة وصياغة تعليمات المقياس و بدائل الأجوبة ( نعم ، لا).

وفي الأخير تم بناء المقياس وشمل على (39) فقرة تقيس ثلاث محاور للصحة النفسية، وكل محور يحوي على مؤشرات تدل على مدى تمتع المسن بالصحة النفسية، حيث تتضمن هذه المحاور:

## إجراءات الدراسة

- **الجانب النفسي:** والذي يشير إلى التوافق النفسي والمشاكل النفسية للمسئ كمشور المسن بالوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية والرضا عن الحياة والتفاؤل والتشاؤم، ويتكون من (14) بنود وهي: (1. 2.3. 4.5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 20. 25. 34).
- **الجانب الاجتماعي:** والذي يشير إلى التفاعلات الاجتماعية للمسئ والتوافق الاجتماعي، ويتكون من (09) بنود وهي: (7. 15. 18. 19. 21. 22. 26. 27. 33. 37. 38).
- **الجانب الثالث:** التعافي من الإضطرابات الحسية المتعلقة بالجهاز العصبي والإضطرابات الخاصة بالشيخوخة، ويتكون من (12) بنود وهي: (16. 17. 23. 24. 28. 29. 30. 31. 32. 35. 36. 39).

### 2\_1 تعليمة مقياس الصحة النفسية

بعد الانتهاء من صياغة العبارات صيغت تعليمة المقياس وهي مرفقة معه وذلك لتوجيه أفراد العينة للإجابة على الفقرات بشكل صحيح، وقد جاءت كآآتي:

"تضع بين يديك مجموعة من العبارات ونرجو الإجابة عليها في الخانة المناسبة، وذلك بوضع علامة (X) في العمود الذي يعبر عن ما تشعر به بصراحة وصدق، من خلال اختيار أحد البدائل (نعم، لا)، ونحيطك علماً أن المعلومات التي تجيب عليها سوف تكون سرية وستستخدم لغرض البحث العلمي، ولا تترك أي عبارة دون الإجابة عليها.

- ولتنبيه فإن التعليمة موجهة أكثر لفئة المتعلمة، أما الأغلبية من المسنين فالباحثة هي من تقرأ أو توضح لهم الغرض من هذا الاستبيان وهذا لعجزهم عن القراءة أو لأسباب أخرى.

### 2\_2 طريقة تصحيح مقياس الصحة النفسية

صيغت بنود المقياس في اتجاه موجب والآخر سالب، وتكون الإجابة على بدلين ويجيب المسن على واحد من هذه البدائل، وقد قدرت درجات الإجابة كآآتي:

- الإتياء الموجب تم تقدير البنود التي تدل على تمتع المسن بالصحة النفسية بدرجتين (02) إذا كانت (نعم)، ودرجة واحدة (01) إذا كانت (لا).

## إجراءات الدراسة

- الإتجاه السالب قدرت البنود التي لا تدل على تمتع المسن بالصحة النفسية بدرجة واحدة (01) إذا كانت (نعم) ودرجتين (02) إذا كانت (لا).

### 2\_3 الخصائص السيكومترية لاستبيان الدعم النفسي الاجتماعي

بعد استكمال إعداد فقرات المقياس وملائمته لعينة الدراسة قمنا بقياس صلاحيته بعدة طرق، وذلك بحساب الخصائص السيكومترية والمتمثلة في الصدق والثبات وهذا ما سيتم التطرق إليه بالتفصيل كالاتي:

#### ب. صدق المحكمين ( صدق المحتوى ) :

تم عرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من الأساتذة مكونة من (11 أستاذ) في علم النفس وعلوم التربية وعلم الاجتماع من جامعة ورقلة، وقد طلب منهم قراءة عبارات المقياس ومدى علاقة كل بند من بنود المقياس للمحاور المراد قياسه أي أن هذا البند يقيس الصحة النفسية أم لا، مع توضيح معنى الصحة النفسية بصورة إجرائية، وقد تم الأخذ بعين الاعتبار بأرائهم وملاحظاتهم واجراء التعديلات لفقرات الاستبيان، فقد أعطوا بعض النصائح وهي:

\_ إعادة صياغة بعض الفقرات.

\_ إعادة كتابة الفقرات من اللغة الفصحى إلى اللغة التي يفهمها المسن .

\_ إضافة بعض الفقرات إلى المحور الثاني (الجانب الاجتماعي) التي اقترحتها المحكمين.

وفي ضوء هذه النصائح اعتمدت الباحثة في إعادة صياغة بعض فقرات المقياس وتعديلها من جانب اللغة وإعادة تحكيمها من طرف الأساتذة المحكمين (07 أساتذة) من جامعة ورقلة والجزائر والأغواط ومصر، وقد وفقوا على صحة الفقرات، ولم يتم حذف أية فقرة من الفقرات، وبذلك أصبحت عدد الفقرات (39) فقرة، وقد بلغت نسبة الاتفاق (100 %)، وفي مايلي جدول يوضح بعض الفقرات التي تم إعادة صياغتها قبل إعادة تحكيمها:

جدول رقم (17): يوضح بعض الفقرات التي تم إعادة صياغتها قبل إعادة تحكيمها

الرقم	العبارة	تعديل العبارة
01	يقألقني ضعف في سمعي و بصري	نتقلق بزاف كي ما عدتش نسمع و نشوف

## إجراءات الدراسة

ملح		
بسيف لا نمشي	نلقى صعوبة في المشي	02
نرقد و أنا مش مرتاح	أنام و أنا غير مرتاح	03
بسيف نذكر	نلقى صعوبة في تذكر الأشياء	04
عائلتي قاع يفهموني	أشعر بأن لا أحد يفهموني	05
نفكر بزاف في حوايج ما نحبهاش	نفكر بزاف بأشياء لا أرغب فيها	06
نحس بالرغبة في صحتي	أشعر بالرغبة في أجزاء الجسم	07

الاتساق الداخلي: يتم فيه حساب معامل الارتباط بين درجة العبارة و درجة البعد المنتمية إليه بعد استبعاد العبارات التي لا ترتبط بدلالة معنوية مع الدرجة الكلية للبعد الذي تقيسه العبارة أي حساب معامل الارتباط ( بيرسون ) بين كل عبارة و البعد الذي تنتمي إليه، و الجدول التالي يوضح نتيجة هذا التحليل.

جدول رقم (18): يوضح معاملات صدق الاتساق الداخلي لبؤود مقياس الصحة النفسية

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	رقم البند	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	قم البند
0,01	*0,98	11	0,01	*0,85	1
0,01	*01	12	0,01	*0,88	2
0,01	*0,95	13	0,01	*0,94	3
0,01	*0,93	14	0,01	*0,89	4
0,01	*0,94	15	0,01	*0,76	5
0,01	*0,92	16	0,01	*0,55	6
0,01	*0,93	17	0,01	*0,73	7
0,01	*0,80	18	0,01	*0,97	8
0,01	*0,85	19	0,01	*0,65	9
0,01	*0,79	20	0,01	*0,86	10

## إجراءات الدراسة

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
21	*0,94	0,01	31	*0,92	0,01
22	*0,89	0,01	32	*0,99	0,01
23	*0,89	0,01	33	*0,90	0,01
24	*0,90	0,01	34	*0,83	0,01
25	*0,93	0,01	35	*0,75	0,01
26	*0,97	0,01	36	*0,90	0,01
27	*01,06	0,01	37	*0,64	0,01
28	*01,00	0,01	38	*0,98	0,01
29	*0,89	0,01	39	*0,89	0,01
30	*01,13	0,01			

\* دالة عند 0,01

من خلال ما هو موضح في الجدول أعلاه أن النتائج المتحصل عليها من معاملات صدق الاتساق الداخلي تتراوح بين (01\_0,55) وهي معاملات ارتباط مرتفعة تدل على أن مقياس الصحة النفسية يتمتع بصدق مرتفع.

### الثبات

إن الثبات هنا هو ثبات درجات المقياس فالثبات صفة للدرجات وليس للمقياس، والمقياس قد يتميز بثبات مرتفع أو لا في ضوء العينة التي يطبق عليها، ويمكن حساب معاملات الثبات كالاتي:

## إجراءات الدراسة

### 1) ثبات الاتساق الداخلي (معامل ألفا\_كرونباخ) .

تم حساب ثبات مقياس الصحة النفسية بطريقة معامل ألفا كرونباخ والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها :

جدول رقم (19): يوضح معامل ألفا كرونباخ

ألفا كرونباخ	طرق ثبات المقياس المقياس
0,95	الدرجة الكلية

هنا نلاحظ من خلال النتائج المبينة في أعلى الجدول أن معامل الثبات لاستبيان الدعم النفسي الاجتماعي بطريقة ألفا كرونباخ يساوي 0,95 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة (0,01)، مما يؤكد على تمتع الاستبيان بقدر جيد من الثبات.

### 2) التجزئة النصفية

تستخدم طريقة التجزئة النصفية لحساب معامل الثبات، إلا أنه يتم الحصول على ثبات نصف الاختبار فقط، وليس الاحتبار ككل، ويترتب عن هذا انخفاض ملحوظ في معامل الارتباط، ومنه يتم الاعتماد على معاملات احصائية لتصحيح الطول، حيث تقوم كل معادلة بتقدير معامل الثبات لمعالجة الانخفاض المترتب على التجزئة. (بشير معمرية، 2002ص205).

و النتائج المتحصل عليها مبينة في الجدول رقم (20) التالي:

الدلالة الاحصائية	معامل الارتباط المحسوب		مؤشرات احصائية المتغيرات
	قبل التعديل	بعد التعديل	
0,01	0,91	0,95	البنود الزوجية البنود الفردية

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة "ر" المحسوبة أكبر من قيمة "ر" المجدولة عند مستوى الدلالة (0,01)، وبعد التصحيح بمعامل سبيرمان\_يراون أصبحت تساوي (0,95) وهو معامل ارتباط مرتفع فعليه يدل على أن المقياس ثابت، ويمكن الاعتماد عليه في الدراسة الأساسية.

#### 4\_ الأساليب الإحصائية

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي تم تجميعها تم الإستعانة في معالجة الإحصائية للبيانات بنظام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية ( Statistical Package For Social Sciences \_SPSS 22 ) باستخدام الأدوات الإحصائية التالية:

- معامل ارتباط بيرسون لإيجاد صدق الاتساق الداخلي للإستبيان.
- معامل التجزئة النصفية، ومعامل ألفا كرونباخ للتأكد من ثبات الاستبيان.
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للتعرف إلى استجابات المسنين على فقرات الاستبيان.
- اختبار "ت" (T . test) لمتوسطات لإيجاد الفروق ذات الدلالة الإحصائية للمتغيرات.
- تحليل التباين الأحادي.
- معامل الارتباط بيرسون لحساب العلاقة بين متغيري الدراسة للدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية.

وفي الأخير بعد التأكد من الخصائص السيكومترية (صدق وثبات) كل من أداة الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية باستخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية SPSS 22، من خلال اجراء الدراسة الاستطلاعية على مجموعة من المسنين والتي بلغت 36 مسن ومسنة، وهي الخطوة الأولى للجانب التطبيقي وتمهيدا للدراسة الأساسية من أجل اختبار فرضيات البحث وتحقيقها.

#### 5\_ صعوبات تطبيق الدراسة الاستطلاعية

أثناء تطبيق الدراسة الاستطلاعية وجهت الباحثة بعض الصعوبات في تطبيق الأداتين على بعض المسنين، وهذا ما صعب علينا ذلك وأخذ وقت طويل في التطبيق، بالرغم من ذلك لم تمنعنا هذه الصعوبات من التوقف أو الملل، المهم كان هدفنا تحقيق الغرض الذي نريد الوصول إليه فقط، كون هذه الفئة صعبة نوعا ما في الفهم والتقبل أي شيء، بالإضافة أننا كانت لدى الباحثة خبرة في التعامل مع هذه الفئة وتقبل أي سلوك ولفظ منهم، والحمد لله على نعمة الصبر، بالرغم من كل هذا إلا أنني تمكن من إقناعهم في الإجابة على بنود المقياسين بعد شرح طويل وعريض، كما استخدمت الباحثة أسلوب الحيلة لبعض المسنين الذين رفضوا الإجابة مثال تقديم نفسي على أنني طبيبة(أخصائية) نفسانية "احيلي شوي

## إجراءات الدراسة

على حياتك" وفتح المجال للحديث وطرح بنود المقياس كأسئلة ويجيب عليها، لشعوره بالراحة والتكلم بدون شعوره عما يشعر به، ونذكر على سبيل المثال بعض هذه الصعوبات:

- خوف بعض المسنين عن الإصاح عما في داخلهم كونهم يعرفونني في المنطقة، أي ربما أفصح عن أسرارهم للآخرين.
- رفض بعض المسنين التكلم.
- تكلم بعض المسنين باللغات وهذا ما أدى بي إلى شرحه باللغة التي يتكلمها ( اللهجة الزناتية).
- إعادة تكرار البنود كون بعض المسنين يجدون صعوبة في السمع.
- عدم الصراحة والتهرب من الإجابة الصحيحة.
- اعتقادهم أنني من طرف الدولة كي تعطيهن السكن والمال... الخ وهذا ما أدى بهم إلى الرفض لأن الدولة تواعدهم و لا تفي بالوعد. ( تصحيح الفكرة بأنني أخصائية نفسانية).

هذه بعض الصعوبات التي واجهتها أثناء اجراء الدراسة الاستطلاعية ولكن والحمد لله توصلت إلى اقناع البعض واجباتهم على البنود، لأنني لم أحاول الضغط على أي مسن في الإجابة بل كان ذلك برضاه، ان وافق طبقت و إن رفض انسحبت، فمهما كان فالمسن كالطفل الصغير لا يجب لومه.

## 6\_ الدراسة الأساسية

**1\_6 عينة الدراسة:** تمت الدراسة الأساسية على عينة تكونت من (121) من المسنين، تتراوح أعمارهم بين السنتين (60) سنة فما فوق، باستبعاد الحالات المرضية الغير قادرة على الكلام و السمع والمرضى العقليين و حالات الخرف... الخ، وتم اختيارهم بطريقة قصدية عشوائية والتي تختار وفق شروط معينة، وهم من مدينة ورقلة وتقرت، تميمون، وقد امتدت الدراسة من شهر فيفري إلى غاية شهر ماي 2017.

## 6\_2 وصف عينة الدراسة الأساسية:

الجدول رقم (21): يوضح توزيع العينة حسب السن

النسبة المئوية	التكرارات	السن
53 %	65	60 _ 70 سنة
27 %	33	70 _ 80 سنة

## إجراءات الدراسة

80 سنة فما فوق	23	19 %
المجموع	121	100 %

من خلال ما عرض في الجدول أعلاه فقد بلغ عدد المسنين الذين تتراوح أعمارهم بين 60 سنة و 70 سنة كان عددهم 65 مسن من كلا الجنسين أي بنسبة 53 % وهي أعلى نسبة، أما بالنسبة للفئة التي أعمارهم تتراوح بين 70 - 80 سنة بلغ عددهم 33 أي بنسبة 27 % في حين بلغ عدد المسنين الذين تراوحت أعمارهم بين 80 سنة فما فوق 23 مسن بنسبة 19 %.

الجدول رقم (22): يوضح توزيع العينة حسب الجنس .

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
36 %	44	ذكور
63 %	77	إناث
100 %	36	المجموع

في هذا الجدول يتضح لنا أن عدد الإناث يتفاوت مع عدد الذكور، حيث أن نسبة الذكور أقل من نسبة الإناث، حيث بلغت نسبة الذكور 36 % ثم تليها نسبة الإناث ب 63 % وهي أعلى نسبة.

الجدول رقم (23): يوضح توزيع العينة حسب الأولاد

النسبة المئوية	التكرارات	حسب الأولاد
98 %	119	لديه أولاد
01 %	02	ليس لديه أولاد
100 %	121	المجموع

من خلال هذا الجدول يتضح أن عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الأولاد نجد أن معظم المسنين لديهم أولاد وهذا ما قدرت نسبته 98 % ، في نجد حالة واحدة ليس لديها أولاد وهذا ما قدرت نسبتها ب 01 %.

## إجراءات الدراسة

الجدول رقم (24): يوضح توزيع العينة حسب الحالة الاجتماعية

النسبة المئوية	التكرار	الحالة الاجتماعية
57 %	70	متزوج
42 %	51	أرمل ، مطلق
00 %	00	أعزب
100 %	121	المجموع

من الجدول رقم (24) يتبين لنا أن عدد المسنين المتزوجين في هذه الدراسة الاستطلاعية يفوق عدد المسنين الأرامل والمطلقين، حيث بلغ عددهم 70 متزوج ومتزوجة أي بنسبة 57 %، في حين قدرت نسبة المسنين الأرامل والمطلقين بنسبة 42 %.

الجدول رقم (25): يوضح توزيع العينة حسب مكان الإقامة

النسبة المئوية	التكرار	مكان الإقامة
71 %	87	مع الأسرة
24 %	30	أحد الأبناء
03 %	04	أحد الأقارب
100 %	121	المجموع

يتضح من الجدول السابق أن أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية يتوزعون حسب مكان الإقامة إلى ثلاث أماكن، فالأول الإقامة مع الأسرة والذي يمثل 87 مسن يقيم مع أسرته أي بنسبة 71 %، بينما عدد المسنين الذين يقيمون مع أحد الأبناء فكان 30 مسن أي بنسبة 24 %، وكان العدد الأقل هم المسنين الذين يقيمون مع الأقارب (04) أي بنسبة 03 % وهي أقل نسبة.

الجدول رقم (26): يوضح توزيع العينة حسب المؤهل العلمي

النسبة المئوية	التكرار	المؤهل العلمي
88 %	107	أمي ، ابتدائي
11 %	14	متوسط ثانوي
00 %	00	جامعي
100 %	36	المجموع

## إجراءات الدراسة

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن عينة الدراسة الأساسية المكونة من 107 مسن ومسنة كان المؤهل العلمي لديهم يتراوح بين المستوى الأمي والمتوسط والابتدائي والثانوي، حيث كانت نسبة الأمي والابتدائي 88 %، في حين بلغت نسبة المتوسط والثانوي ب 11 %.

**الجدول رقم (27): يوضح توزيع العينة حسب السوابق المرضية**

النسبة المئوية	التكرارات	السوابق المرضية
48 %	62	مرض مزمن (ضغط الدم / السكري...)
22 %	29	أمراض أخرى
29 %	38	لا يعاني من المرض
100 %	129	المجموع

من خلال الجدول السالف يتضح لنا أن عدد المسنين المصابين بالمرض المزمن يمثلون الأغلبية، حيث بلغت نسبتهم 48 %، أما نسبة المسنين الذين لا يعانون من المرض كانت نسبتهم 29 %، ثم تليها فئة المسنين المصابين بأمراض أخرى ( الكواطر و امراض الكبد ، الروماتيزم ضعف السمع و البصر... الخ) بنسبة 22 %.

**الجدول رقم (28): يوضح توزيع العينة حسب المعاش**

النسبة المئوية	التكرارات	المعاش ( المساعدة المالية)
48 %	59	معاش التقاعد
20 %	25	معاش من البلدية(الشبكة)
30 %	37	لا يتلقى معاش
100 %	121	المجموع

مما تم عرضه في الجدول أعلاه بالسببة للمسنين الذين يتلقون المعاش، فنجد أن بعض المسنين يتلقون معاشهم من التقاعد وعددهم حوالي 59 مسنا وهم يمثلون نسبة 48 %، والبعض الآخر يتلقى معاشه من شبكة البلدية فكان عددهم 25 وهم يمثلون نسبة 20 %، كما نجد أن البعض الآخر لا يتلقى معاش أبدا وعددهم 37 مسنا أي يمثلون نسبة 30 %.

الجدول رقم (29): يوضح توزيع العينة حسب من يستلم المعاش

النسبة المئوية	التكرارات	من يقوم بإستلام المعاش
72 %	61	المسن نفسه
25 %	21	أحد الأبناء
02 %	02	أحد الأقارب
100 %	84	المجموع

الجدول التالي يوضح لنا أن معظم المسنين هم من يقومون باستلام معاشهم بأنفسهم وهذا ما صرح به أكثر من 61 مسن بذلك وقد قدرت نسبتهم ب 72 %، أما 21 من المسنين صرحوا بأن أبناءهم من يستلمون معاشهم وكانت نسبتهم 25 %، أما الذين يستلم أحد الأقارب فكانوا 02 بنسبة 02%.

## 7\_ خطوات تطبيق الدراسة الأساسية وصعوباتها

بعد الانتهاء من تطبيق الدراسة الاستطلاعية والقيام بالخصائص السيكومترية للأداتين المراد تطبيقهما، بدأنا مباشرة بالدراسة الأساسية وأخذ بعين الاعتبار الصعوبات التي واجهتنا في الدراسة الاستطلاعية.

بما أن الدراسة ستجرى على فئة المسنين دراسة في بعض ولايات الجنوب فقد طبقت في تميمون و أدرار بالإضافة إلى ورقلة وتقرت، وقد تم الاستعانة ببعض الأخصائيين النفسانيين وتوضيح لهم كيفية التطبيق والإجابة على البدائل، والاستعانة ببعض الزملاء، وهذا لصعوبة الباحثة لتنتقل إلى المكان لظروف عائلية شخصية ( متعلقة بالمرض)، وقد تمت تطبيق الدراسة في التنقل إلى بيوت المسنين والتحدث إليهم وشرح لهم الهدف من الأسئلة وتوفير لهم جو الثقة بينه وبين الباحثة، لأن أغلبية المسنين يكونون في بيوتهم، وكذلك عندما يكون المسن في بيته وتطبيق عليه المقياس لوحده تكون الإجابة صادقة عكس ما يكون في جماعة فيشعر بالخجل، هذا ما يؤدي به إلى عدم التصريح بالحقيقة، كما أجري التطبيق في المدارس القرآنية وهناك توضيح الأمر للمدرسة وقد تلقيت قبولا وتكلمت مع المسنات الدارسات وأجينا على المقياسين بدون رفض أو تردد، بالإضافة إلى المستشفيات والعيادات بعد التكلم مع المسؤول للسماح بذلك واعطاء لنا مكتب للتطبيق، لأن أغلبية المسنين أو كلهم يلجأون إلى ذلك للعلاج وهناك طبق المقياس بعد الانفراد به وشرح له ذلك ولم نجد أية مشكلة لأن المسن يحب أن يتكلم لمن يسمع له خاصة عندما أقدم نفسي كأخصائية نفسانية وهنا يتكلم دون توقف.

## إجراءات الدراسة

بعد الانتهاء من تطبيق الدراسة الأساسية والحمد لله على كل حال، لأن ذلك كان صعبا نوعا ما خاصة مع ظروف الشخصية (المرض)، كون هذه الفئة تحتاج إلى قليل من الصبر وكيفية التعامل معها، لأن مرحلة الشيخوخة تحدث فيها تغيرات نفسية واجتماعية و فيزيولوجية تؤثر على المسن ذو بنية هشة أو مر بخبرات نفسية مؤلمة وبذلك يجد صعوبة في التكيف مع هذه المرحلة، وهذا ما يسبب له أمراض نفسية وجسمية أو اضطرابات سلوكية... الخ. وهناك من لا يعاني من أية مشاكل عدا الجسمية وهذا لكبر السن، وتجده رضا عن نفسه ومتقبل لعمره ويقول "هذا واش قدر لينا ربي الحمد لله على كل حال"، وتجده متوافقا نفسيا واجتماعيا.

# الفصل الرابع

1. عرض ومناقشة الفرضيتين الأولى والثانية
2. عرض ومناقشة الفرضية العامة ومناقشة الفرضية الجزئية الأولى
3. عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الثانية
4. عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الثالثة
5. عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الرابعة
6. عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الخامسة
7. عرض ومناقشة الفرضية الجزئية السادسة
8. عرض ومناقشة الفرضية الجزئية السابعة
9. مناقشة عامة لفرضيات الدراسة

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

تتعرض الباحثة في هذا الفصل إلى عرض ومناقشة الفرضيات المقترحة في الدراسة من خلال معالجتها بالاعتماد على نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS 22 وعرضها في جداول والتعليق عليها، وتفسيرها في ضوء الإطار النظري و نتائج الدراسات السابقة حول الموضوع.

### 1. عرض وتحليل نتيجة الفرضية الأولى:

جاء نص هذه الفرضية كما يلي:

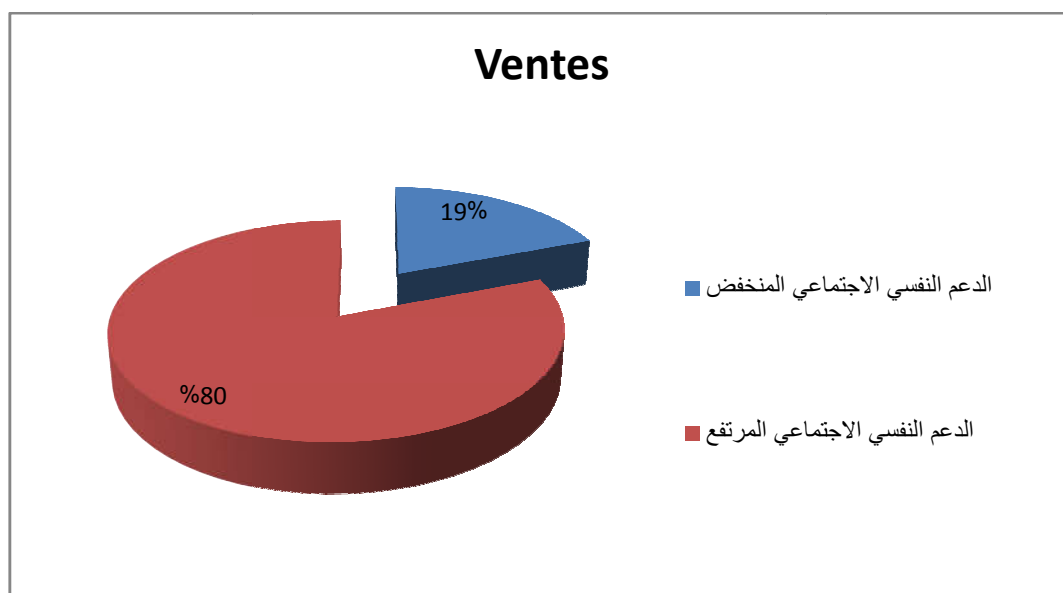
\_ وجود مستوى مرتفع الدعم النفسي الاجتماعي لدى عينة الدراسة ( المسنين).

تم الاعتماد على حساب النسبة المئوية لتكرارات أفراد العينة على مقياس الدعم النفسي الاجتماعي المستخدم في الدراسة من أجل الوصول إلى نتيجة التساؤل المطروح، وقد تم تحديد النقطة الفاصلة لتحديد مستوى كل فئة حيث تمثل الفئة المرتفعة ما بين (31\_ 60) والفئة المنخفضة تتراوح ما بين (00 \_ 30) وهذا نوضحه في الجدول التالي الذي يبين لنا النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم (30): يوضح النسبة المئوية لنتائج تقدير أفراد عينة الدراسة على مقياس الدعم النفسي الاجتماعي :

النسبة المئوية	التكرار	مستوى التقدير	المؤشرات الإحصائية التقدير
80 %	97	60 _ 31	الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع
19 %	24	30 _ 0	الدعم النفسي الاجتماعي المنخفض
100 %	121		المجموع

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة



الشكل رقم (12): يمثل النسبة المئوية لتوزيع أفراد العينة حسب مستوى الدعم النفسي الاجتماعي (مرتفع ومنخفض).

الجدول أعلاه نلاحظ فيه أن تقديرات أفراد عينة الدراسة على مقياس الدعم النفسي الاجتماعي كانت بنسبة مئوية 19% بالنسبة للمنخفض، أما بالنسبة للدعم النفسي الاجتماعي المرتفع قدرت بنسبة مئوية ب80%، وهذا ما يشير إلى أن عينة الدراسة (المسنين) تتميز بمستوى عالي من الدعم النفسي الاجتماعي من خلال النتائج المتحصل عليها.

أما فيما يخص تقديرات أفراد عينة الدراسة (المسنين) للدعم النفسي الاجتماعي حسب أبعاده ومصادره فكانت النتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (31): يوضح نتائج تقديرات مستوى أبعاد الدعم النفسي الاجتماعي.

الترتيب	النسب المئوية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المؤشرات الإحصائية الأبعاد
الأول	55%	6,07	25,61	بعد مصدر الدعم ونوعه
الثاني	45%	6,02	24,21	بعد رضا المسن عن الدعم المقدم له
	100%	12,09	49,82	المجموع

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

نستنتج من الجدول أن النسبة المئوية لبعيد مصدر الدعم ونوعه قدرت ب 55 % كما نجد أن متوسط أفراد العينة على هذا البعد هو (25,61) بانحراف معياري (6,07)، أما البعد الثاني المتمثل في رضا المسن عن الدعم المقدم له فكانت نسبته المئوية ب 45 %، كما نجد أن متوسط أفراد العينة على البعد هو (24,21) بانحراف معياري (6,02)، وهذا ما يشير إلى أن مصدر الدعم في المرتبة الأولى ثم يأتي رضا المسن عن هذا الدعم في المرتبة الثانية.

### \*مصدر الدعم من الأسرة والأصدقاء

من خلال النتائج نجد أن عينة الدراسة (المسنين) صرحوا بأنهم يتلقون الدعم من طرف الأسرة بنسبة 44,66 % حيث تمثل نسبة 54,05 % أجابوا بأنهم يتلقون دعماً من طرف الأسرة دائماً، و 35.25 بالمئة أجابوا أحياناً و 08 بالمئة أجابوا ب لا، أي أنهم لا يتلقون دعماً من طرف أسرته. أما مصدر الأصدقاء أجابوا بنسبة 63 % يتلقون دعماً من الأصدقاء و 34 % أجابوا أحياناً .

### 2 . نوع الدعم الذي يتلقاه المسن .

ترى الباحثة من خلال إجابات عينة الدراسة على مقياس الدعم النفسي الاجتماعي أن المسن يتلقى دعماً مادياً من طرف أسرته، في حين أن البعض الآخر لا يتلقى دعماً مادياً من طرف أسرته، وهذا ما صرحوا به من خلال إجاباتهم على المقياس وقد قدرت بنسبة 23 %، بالإضافة إلى أن 70% أجابوا بتلقيهم دعماً مادياً، أما فيما يخص الدعم المعنوي فكانت نسبة 40 % أجابوا بأنهم يتلقون دعماً معنوياً أحياناً و 16% أجابوا بأنهم لا يتلقون دعماً معنوياً، أما الباقية الذين يتلقون هذا النوع من الدعم كانت نسبتهم 61 %، أما دعم المعلومات فقد عبروا عنه بنسبة 50% بأنهم يتلقونه أحياناً و 47% أجابوا ب دائماً أي أن بقية عينة الدراسة لا يتلقون دعماً معلوماتياً دائماً.

تعد مصادر الدعم النفسي الاجتماعي في حياة المسن ذو أهمية كبيرة كونها قائمة على أساس تقديم العون والمساعدة مما ينعكس على صحته النفسية، وبالتالي يكون أكثر انتماءاً لأسرته وجماعته وأكثر رضا عن حياته اليومية وقادراً في تحقيق صحة أفضل، كما أن المسن بحاجة إلى هذا الدعم النفسي الاجتماعي، والذي يساعده على نسيان همومه ومشاكله النفسية والجسدية والتي تساهم في حدوث ضغوطات الحياة.

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

فإذا شعر المسن بالتفريغ والتفيس من هذه الضغوطات ومواجهة مشكلاته من خلال الدعم النفسي الاجتماعي الذي يتلقاه من مصادر مختلفة ( الأسرة، الأصدقاء، المجتمع) فإنه يصل إلى حالة من الرضا الذي يساعده على التكيف النفسي الاجتماعي.

كما أن العبارة التي تنص على " أنا راض على قضاء الله و قدره" الترتيب الأول حسب إجابات المسنين بدرجة دائماً، وترجع الباحثة ذلك إلى قوة الإيمان لدى المسنين والرضا بقضاءه، ثم تليها المرتبة الثانية العبارة التي تنص على "تقدم لي أسرتي الرعاية عندما أكون مريضاً" وهذا يدل على أن المسن مازال يتلقى الرعاية وتقديم الدواء من طرف أسرته وأقاربه، ولكن هذا لا يعني أن كل أفراد العينة تتلقى هذه الرعاية.

كما حازت العبارات التالية والتي تنص على:

- "أجد من يخفف عني عندما كي نكون قلق"
- " نتجنب الكلام مع الآخرين "
- "تحدث عن مشاكلي مع ولادي "
- "نحس بناس يهتموا بيا"

الترتيب الأخير وذلك من خلال النسبة المتحصل عليها، حيث نفسر ذلك أن هذه النسبة من المسنين لا يجدون من يخفف عنهم قلقهم ويتجنبون التحدث عن مشاكلهم مع أولادهم ومع الآخرين، كما يشعرون بعدم اهتمام الآخرين بهم.

## 2. عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثانية:

جاء نص هذه الفرضية كما يلي:

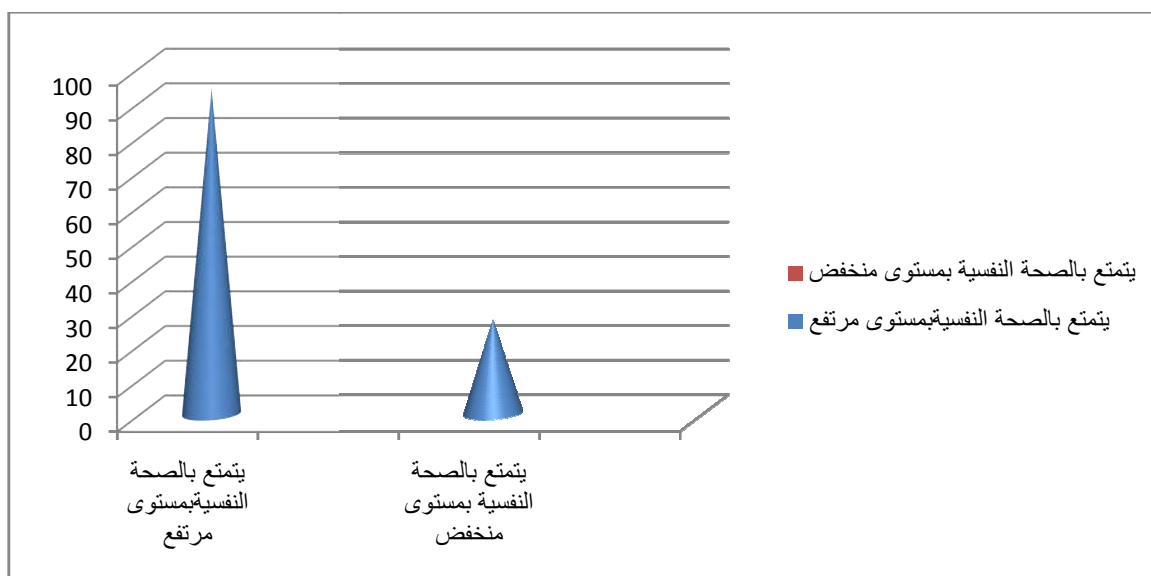
### 1. وجود مستوى مرتفع الصحة النفسية لدى عينة الدراسة (المسنين).

تم الاعتماد على حساب النسبة المئوية لتكرارات أفراد العينة على مقياس الصحة النفسية المستخدم في الدراسة من أجل الوصول إلى نتيجة التساؤل المطروح، ، وقد تم تحديد النقطة الفاصلة لتحديد مستوى كل فئة حيث تمثل الفئة المرتفعة ما بين ( 00\_ 53 ) والفئة المنخفضة تتراوح ما بين ( 54 \_ 78)، وهذا نوضحه في الجدول التالي الذي يبين لنا النتائج المتحصل عليها:

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

جدول رقم (32): يوضح النسبة المئوية لنتائج تقدير أفراد عينة الدراسة على مقياس الصحة النفسية.

النسبة المئوية	التكرار	مستوى التقدير	المتغيرات الاحصائية التقدير
77%	94	78 _ 54	مرتفع
22%	27	53 _ 0	منخفض
100%	121		المجموع



الشكل رقم (13): يوضح مستوى الصحة النفسية لدى عينة الدراسة (مرتفع ، منخفض).

يتضح من الجدول أعلاه أن المسنين الذين يتمتعون بالصحة النفسية قدروا بنسبة 77 %، أما بالنسبة للذين يتمتعون بنسبة منخفضة قدرت بـ 22%، وهذا ما يشير إلى أن أغلبية أفراد الدراسة يتمتعون بالصحة النفسية.

أما فيما يخص تقديرات أفراد عينة الدراسة لأبعاد مقياس الصحة النفسية نوضحها في الجدول التالي:

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

جدول رقم (33): يوضح نتائج تقديرات مستوى أبعاد مقياس الصحة النفسية.

النسبة المئوية	التكرار	مستوى التقدير	المؤشرات الاحصائية التقدير
77%	94	78 _ 54	مرتفع
22%	27	53 _ 0	منخفض
100%	121		المجموع

من الجدول رقم (32) نلاحظ أن المتوسط الحسابي لدرجات عينة الدراسة (المسنين) المتعلقة بالبعد النفسي بلغ (26,16) وبانحراف معياري (8,96) مما يدل على أن هذا البعد في المرتبة الأولى، وبالنسبة للبعد الاجتماعي بلغ متوسطه الحسابي (19,89) بانحراف معياري (6,51) وهو ما يشير إلى مرتبته الثانية، وفيما يخص بعد التعافي من الاضطرابات الجسمية كانت نسبة المتوسط الحسابي (17,7) وبانحراف معياري (5,78) وقد جاء في المرتبة الثالثة.

وحسب النتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة لأفراد العينة على المقياس بالنسبة لأبعاده تبعا للنسب المئوية جاء تفسيرها كما يلي:

جاء البعد النفسي في المرتبة الأولى حسب إجابات الأفراد على الفقرات التي تدل على الحالة النفسية للمسن، حيث عبر 28% يعانون من الشعور بالوحدة النفسية، و27% ينظرون إلى الحياة بنظرة سلبية و2% يفضلون البقاء في المنزل و13% من المسنين يشعرون بأن الحياة ميؤوس منها، بالإضافة إلى أن 45% يفكرون بأمور لا يرغبون في التفكير بها، كما عبر 6% بأنهم لا يستطيعون القيام بأعمالهم لوحدهم و40% ليسوا سعداء و9% غير متفائلون في حياتهم، كما أجابت أيضا عينة الدراسة عن عدم رضاهم على أنفسهم بنسبة 39%، بالإضافة إلى أن البعض منهم يرغبون البقاء لوحدهم بنسبة 75% و9% عبروا عن خوفهم من الموت،

أما بالنسبة للبعد الاجتماعي والذي جاء في المرتبة الثانية والتي تشير بنوده إلى الجانب الاجتماعي للمسن حيث صرح 67% بأنهم نقصت علاقاتهم الاجتماعية بسبب تركهم للعمل و كثرة مناقشتهم وجدالهم في مواضيع مختلفة بنسبة 54%، بالإضافة إلى أن 26% صرحوا بإحساسهم أن عائلتهم لا

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

يفهمونهم و38% قالوا أيضا بأن لا أحد يفهمهم، أما بالنسبة لأفراد العينة فهناك من أدلى بعدم اهتمامهم بمظهرهم بنسبة 54% ولا يرغبون بإقامة علاقات اجتماعية جديدة ( الصداقة و الصحبة) أي حوالي 53%، بالإضافة إلى أن حوالي 40% يشعرون بالسخرية من طرف المحيطين بهم و49% يشعرون بإهمال من طرف المجتمع ( الدولة) بسبب كبر سنهم، و28% يعانون من الفراغ و 09% يشعرون بأن ممن هم في سنهم يحبونهم ونفس النسبة عبروا عن فرحهم عندما يتكلمون مع غيرهم، و15% لا ينامون مرتحين.

وفي المرتبة الثالثة جاء بعد التعافي من الاضطرابات الجسمية والحسية حيث جاء شعور المسن بالدوخة والرعشة في الجسم بنسبة 46%، وممن يعانون من آلام في المعدة والقلب ب 52%، و 58% يعانون من النسيان، بالإضافة إلى أن 45% و 4% يشعرون بالقلق بسبب نقص في السمع والبصر و 64% يعانون من وجع الظهر، وممن يشتكون من آلام المفاصل والرأس قدرت بنسبة 71%، وحوالي 65% يعانون من الشعور بالبرودة والسخانة في الجسم ( السخانة الباردة)، كما عبر أيضا 59% عن صعوبة المشي و 50% عن صعوبة في تذكر الأشياء و 21% عن معاناتهم من إعاقة جسدية.

تتحدد الصحة النفسية للمسّ من خلال واقعه الاجتماعي الذي يعيش فيه من الأحداث والخبرات التي تعرض لها خلال مراحل حياته، ومن خلال علاقاته الاجتماعية مع المحيطين به، فهذا كله ينعكس إيجابيا على صحته النفسية، فهي تمنح المسن الشعور بالثقة والأمن والانتماء، حيث أن هذه الاحتياجات تضمن للمسّ جانبا مهما من الاستقرار النفسي والعاطفي، فانعدامها يعرضه للتوتر والخوف وبذلك زيادة المعاناة النفسية، وبذلك يؤدي إلى عدم توافقه النفسي والاجتماعي مع محيطه وأسرته واندماجه في الحياة، كما يعيق ذلك تحقيق صحة نفسية أفضل.

كما أن العبارات التي تنص على:

"راني متقاؤل للخير"

"راني سعيد في حياتي".

"صحابي اللي في عمري يبغوني"

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

جاءت في الترتيب الأول حسب إجابات المسنين بدرجة دائما، وترجع الباحثة ذلك إلى أن تفاؤل المسنين لمستقبل أفضل وشعوره بالسعادة في حياته وكذا شعوره بالانتماء إلى جماعة وتكوين علاقات صداقة وتبادل الحب في هذه الصحبة، فالأصدقاء لهم أثر طيب في حياة المسن، كما لا يخفى علينا أن هذه الفئة (المسنين) لا يستبدلون أصدقاءهم لذلك تبقى صداقاتهم القديمة ممتدة لفترة طويلة، فالمعروف أن الانسحاب من هذه الصداقة والصحبة و الحياة الاجتماعية يصل بالفرد إلى حالة من العزلة والانسواء، لذلك تعتبر الصداقة والصحبة والشعور بالسعادة والتفاؤل عنصرا هاما وكبيرا في تحقيق صحة نفسية جيدة.

كما حازت العبارات التالية التي تنص على:

"تحس بالحياة ميثوس منه"

"أشعر بأن من حولي يسخرون مني"

الترتيب الأخير وذلك من خلال النسبة المتحصل عليها، حيث نفسر ذلك أن هذه النسبة من المسنين لا يشعرون باليأس من الحياة أو السخرية من الآخرين، في حين عبر بقية أفراد العينة من يأسهم من الحياة وسخرية المجتمع بسبب كبر سنهم.

### 1 . عرض وتحليل الفرضية العامة والتي جاءت بالنص التالي:

"توجد علاقة ارتباطية بين الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية لدى عينة الدراسة "

تم الاعتماد على معامل الارتباط برسون في حساب الفرضية لمعرفة طبيعة العلاقة بين الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية لدى المسنين، وهذا نوضحه في الجدول التالي للنتائج المتحصل عليها.

جدول رقم (34): يوضح قيم معامل الارتباط برسون بين كل من الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة .

الدلالة	معامل الارتباط	عدد أفراد العينة	المؤشرات الإحصائية المتغيرات
0,01	0,39**	121	الدعم النفسي الاجتماعي الصحة النفسية

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

يوضح لنا الجدول أن معامل الارتباط بين كل من الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية قدر ب 0,39 عند مستوى الدلالة (0,01) تساوي (0,25) ونلاحظ أن القيمة المحسوبة أكبر من الجدولة وهي قيمة تدل على وجود علاقة بين الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية، وهو ما يدل على تحقق الفرضية العامة في الدراسة الحالية التي تنص على أنه " توجد علاقة بين الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية".

### 2\* عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى.

تنص هذه الفرضية على أنه : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المنخفض والمسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع في الصحة النفسية. جدول رقم (35): يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المنخفض والمسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع في الصحة النفسية.

الدلالة	احتمال (P)	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع مربعات الانحراف	مصادر التباين	مؤشرات إحصائية المتغيرات: المجموعات
غير دالة	,65	,208	9.375	1	9.375	بين المجموعات	مج 1 مرتفعي الدعم النفسي الاجتماعي: ذكور
			45.158	38	1716.000	خارج المجموعات	
				39	1725.375	المجموع	
غير دالة	,205	1,647	58.885	1	58.885	بين المجموعات	مج 2 مرتفعي الدعم النفسي الاجتماعي: إناث
			35.747	55	1966.097	خارج المجموعات	
				56	2024.982	المجموع	
غير	,63	,24	14.008	1	14.008	بين المجموعات	مج 3 منخفضي

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

دالة			56.311	6	337.867	خارج المجموعات	الدعم النفسي الاجتماعي: ذكور
				7	351.875	المجموع	
غير دالة	,839	,043	2.009	1	2.009	بين المجموعات	مج 4 منخفضي الدعم النفسي الاجتماعي: إناث
			47.102	14	659.429	خارج المجموعات	
				15	661.438	المجموع	

يتضح من الجدول السابق أن:

- قيمة "ف" تساوي (0.20) والقيمة الاحتمالية تساوي (0.65) بالنسبة للمجموعة الأولى المتمثلة فئة الذكور للدعم النفسي الاجتماعي المرتفع.

- قيمة "ف" تساوي (1,64) والقيمة الاحتمالية تساوي (0,20) بالنسبة للمجموعة الثانية المتمثلة فئة الإناث للدعم النفسي الاجتماعي المرتفع..

- قيمة "ف" تساوي (0.24) والقيمة الاحتمالية تساوي (0.63) بالنسبة للمجموعة الثالثة المتمثلة فئة الذكور للدعم النفسي الاجتماعي المنخفض.

\_ قيمة "ف" تساوي (0.04) والقيمة الاحتمالية تساوي (0.83) بالنسبة للمجموعة الرابعة المتمثلة فئة الإناث للدعم النفسي الاجتماعي المنخفض.

وبناء على هذه النتائج فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المنخفض، والمسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع ، وهذه النتائج لا تؤكد تحقق الفرضية الثانية.

### 3\* عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزية الثانية

هذه الفرضية تنص على أنه " توجد فروق ذات دلالة احصائية في الصحة النفسية بين المسنين منخفضي الدعم النفسي الاجتماعي تبعا لمتغير الجنس".

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

لتحقق من هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد العينة حسب متغير الجنس، والجدول رقم (36) يوضح ذلك:

جدول رقم (36) يوضح نتائج اختبار (ت) لمعرفة الفروق في الصحة النفسية بين المسنين منخفضي الدعم النفسي الاجتماعي تبعاً لمتغير الجنس.

المؤشرات الإحصائية المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت المحسوبة	ت الجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المنخفض	24	58	7,13	0,75	1,71	22	غير دالة
		61	6,18				
		127,47=	13,31=				

يتبين من الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق دالة بين الإناث و الذكور ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المنخفض في الصحة النفسية، حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة لدلالة الفروق تساوي (0,75) وهي أقل من الجدولة التي تساوي (1,71) عند مستوى الدلالة 0,05، فإننا نقبل الفرضية التي تقول " لا توجد فروق بين الذكور والإناث ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المنخفض في الصحة النفسية" وهو ما يفيد أن الفروق في الصحة النفسية بين الذكور والإناث لا يعود إلى عامل الجنس.

## 4. عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

والتي تنص على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين منخفضي الدعم النفسي الاجتماعي تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية".

لفحص هذه الفرضية تم الاعتماد على إجراء تحليل التباين الأحادي (ANOVA) كما هو موضح في الجدول رقم (37) الذي يوضح نتائج التحليل.

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

جدول رقم (37): يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في الصحة النفسية لدى المسنين ذوي الدعم النفسي المنخفض تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	درجات الحرية	قيمة ف	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
بين المجموعات	44,77	44,77	1	0,93	0,34	غير دالة
داخل المجموعات	1052,55	47,84	22			
المجموع	1097,32	92,61	23			

نلاحظ من الجدول أعلاه والذي يوضح ما إذا كانت هناك فروق في الصحة النفسية لدى المسنين ذوي الدعم النفسي المنخفض تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، فنجد أن قيمة "ف" تساوي (0,93) والقيمة الاحتمالية تساوي (0,34)، وبما أن قيمة الاحتمالية أكبر من 5% إذا لا توجد فروق في الصحة النفسية لدى المسنين ذوي الدعم النفسي المرتفع تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية عند مستوى الدلالة 0,05.

### 5. عرض وتحليل الفرضية الجزئية الرابعة

والتي تنص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين منخفضي الدعم النفسي الاجتماعي تبعاً لمتغير مكان الإقامة".

لفحص هذه الفرضية تم الاعتماد على إجراء تحليل التباين الأحادي (ANOVA) كما هو موضح في الجدول رقم (38) الذي يوضح نتائج التحليل.

جدول رقم (38): يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في الصحة النفسية لدى المسنين ذوي الدعم النفسي المنخفض تعزى لمتغير مكان الإقامة.

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	درجات الحرية	قيمة ف	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
بين المجموعات	195,39	97,69	2			
داخل المجموعات	901,93	42,94	21	2,27	0,12	غير دالة
المجموع	1097,32	140,63	23			

نلاحظ من الجدول أعلاه والذي يوضح ما إذا كانت هناك فروق في الصحة النفسية لدى المسنين ذوي الدعم النفسي المنخفض تعزى لمتغير السكن نجد أن قيمة ف تساوي (2,27) والقيمة الاحتمالية تساوي (0,12)، وبما أن قيمة الاحتمالية أكبر من 5% فإنه لا توجد فروق في الصحة النفسية لدى المسنين ذوي الدعم النفسي المرتفع تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية عند مستوى الدلالة 0,05.

### 6. عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الخامسة

هذه الفرضية تنص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين مرتفعي الدعم النفسي الاجتماعي تبعاً لمتغير الجنس".

ولتأكد من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد العينة حسب متغير الجنس، والجدول رقم (39) يوضح ذلك:

جدول رقم (39): يوضح نتائج اختبار (ت) لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد العينة مرتفعي الدعم النفسي الاجتماعي في الصحة النفسية حسب متغير الجنس.

المؤشرات الإحصائية المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت المحسوبة	ت المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

غير دالة	95	1,67	1,11	6,59	65	ذكر: 40	المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع
				6,01	63	إناث: 57	
				=	=	=	
				12,60	128	97	

يتبين من الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق دالة بين الإناث والذكور ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع في الصحة النفسية، حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة لدلالة الفروق تساوي (1,11) وهي أقل من المجدولة التي تساوي (1,67)، فإنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع في الصحة النفسية" وهو ما يفيد أن الفروق في الصحة النفسية بين الذكور والإناث لا يعود إلى عامل الجنس.

### 7. عرض وتحليل الفرضية الجزئية السادسة

والتي تنص على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين مرتفعي الدعم النفسي الاجتماعي تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية".

لفحص هذه الفرضية تم الاعتماد على إجراء تحليل التباين الأحادي (ANOVA) كما هو موضح في الجدول رقم (40) الذي يوضح نتائج التحليل.

جدول رقم (40): يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في الصحة النفسية لدى المسنين ذوي الدعم النفسي المرتفع تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

الاستنتاج	القيمة الاحتمالية	قيمة ف	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	مجموع المربعات	مصدر التباين
-----------	-------------------	--------	--------------	----------------------	----------------	--------------

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

غير دالة	0,39	1,08	1	42,374	42,37	بين المجموعات
			95	39,235	3727,29	داخل المجموعات
			96	81,609	3769,66	المجموع

نلاحظ من الجدول أعلاه والذي يوضح ما إذا كانت هناك فروق في الصحة النفسية لدى المسنين ذوي الدعم النفسي المرتفع تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية نلاحظ أن قيمة ف تساوي (1,08) والقيمة الاحتمالية تساوي (0,39) عند مستوى الدلالة 0,05، بما أن قيمة الاحتمالية أكبر من 5% ، فإنه لا توجد فروق في الصحة النفسية لدى المسنين ذوي الدعم النفسي المرتفع تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية عند مستوى الدلالة 0,05.

### 8. عرض وتحليل الفرضية الجزئية السابعة

والتي تنص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين مرتفعي الدعم النفسي الاجتماعي تبعاً لمتغير مكان الإقامة".

لفحص هذه الفرضية تم الاعتماد على إجراء تحليل التباين الأحادي (ANOVA) كما هو موضح في الجدول رقم (41) الذي يوضح نتائج التحليل.

**جدول رقم (41): يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في الصحة النفسية لدى المسنين ذوي الدعم النفسي المرتفع تعزى لمتغير مكان الإقامة.**

الاستنتاج	القيمة الاحتمالية	قيمة ف	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	مجموع المربعات	مصدر التباين
دالة	0,04	3,14	2	118,264	236,528	بين المجموعات
			94	37,587	3533,143	داخل المجموعات
			96	155,851	3769,671	المجموع

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

نلاحظ من الجدول أعلاه والذي يوضح ما إذا كانت هناك فروق في الصحة النفسية لدى المسنين ذوي الدعم النفسي المرتفع تعزى لمتغير السكن نلاحظ أن قيمة  $F$  تساوي (3,14) والقيمة الاحتمالية تساوي (0,04) مما يدل على أنه توجد فروق في الصحة النفسية لدى المسنين ذوي الدعم النفسي المرتفع تعزى لمتغير السكن عند مستوى الدلالة 0,05.

### \*مناقشة وتفسير نتائج فرضيات الدراسة في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

مما تم عرضه سابقا من عرض وتحليل لنتائج فرضيات الدراسة المتحصل عليها، في هذا الجزء سوف نتعرض إلى مناقشة وتفسير الفرضيتين الاستكشافيتين، وكذا الفرضية العامة والفرضيات الجزئية من خلال نتائج الدراسات السابقة والجانب النظري الذي له علاقة بمتغيرات الدراسة.

### \*مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

والتي جاءت على النحو التالي " وجود مستوى مرتفع من الدعم النفسي الاجتماعي لدى عينة الدراسة. من خلال النتائج المعروضة أو الموضحة في الجدول رقم (30) تبين أنه النسبة المئوية إلى أن 80 % من أفراد عينة الدراسة المتمثلة في المسنين لديهم مستوى مرتفع من الدعم النفسي الاجتماعي أي بنسبة معتبرة عبر عنها حوالي 97 مسنا، وهذا دليل على أن المسنين لديهم شبكة اجتماعية يتلقون منها هذا الدعم كالأسرة والأصدقاء والأقارب المحيطين بهم، وأهمية هذا الدعم النفسي الاجتماعي المقدم بمختلف أنواعه وأبعاده كالدعم المعنوي والمادي و المعلوماتي...الخ، ذو أهمية كبيرة في حياة المسن نظرا لارتباطه بالصحة النفسية والجسمية، كما يعتبر وسيلة للتخفيف من الضغوطات والمشاكل النفسية وهموم الحياة التي يعاني منها المسن في مرحلة الشيخوخة التي تتميز بعدة تغيرات نفسية و فيزيولوجية واجتماعية والتي قد تحدث خلل في نفسية المسن وعدم تقبله لهذه المرحلة مما ينعكس سلبا على حالته وبذلك يكون عرضة لعدة اضطرابات نفسية، في هذا الصدد توصلت دراسة حسين(2003) إلى أنه كلما زادت درجة الدعم الاجتماعي قلت الضغوط النفسية والعكس صحيح، كما توصلت دراسة أخرى التي أجراها بيل Bell(1990) بأن الدعم الاجتماعي يمكن أن يخفف من شدة الاكتئاب، وتوصل ( Norris&Kanistasy, 1996 ) في دراسته إلى أن الدعم الاجتماعي بنوعيه المدرك والمتلقى يمتلك تأثيرات مباشرة في تقليل مستوى الاكتئاب، وتأثيرات غير مباشرة من خلال تأثير الدعم المتلقى فعليا في

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

إدراك توفر الدعم، وأكدت هذه الدراسة أن الدعم الاجتماعي يمثل نموذجا مانعا للتدهور في الصحة النفسية، كما أظهرت دراسة **جونسون (1998)** أن كبار السن ذوي مستويات عالية من الدعم يمتازون بصحة جيدة وأداء أكثر تميزا ووضع صحي مرتفع وانخفاض في معدل الوفيات.

فمن هذا نجد أن للدعم النفسي الاجتماعي أهمية كبيرة في حياة المسن بشكل خاص وبشكل عام في حياة الأفراد باختلاف مصادره ومساعدة المسن على تقبل نفسه وحالته والتكيف معها بشكل أفضل.

في حين أظهرت النتائج أيضا أن نسبة 19 % من عينة الدراسة لديهم مستوى متدني من الدعم النفسي الاجتماعي أي عبر عن ذلك حوالي 24 مسنا، وفي هذا الصدد يرى كل من **مات ودين Matte et Dean (1993)** أن الأفراد الذين يفتقدون الدعم من الأصدقاء يكونوا أكثر عرضة للاضطراب النفسي، وقد يلجأون إلى الانسحاب والابتعاد عن الآخرين لشعورهم بالوحدة والعزلة، وأن الأفراد الذين يرتبطون بصداقات كثيرة كانوا أقل شعورا بالوحدة النفسية، كما يشير **Frydenberg (1997)** و **Cohen (2004)** أن انخفاض الدعم الاجتماعي يعد مؤشرا من انخفاض الصحة النفسية، وأكدت دراسة **باريرا وحامية جونز (1992)** أن انعدام أو ضعف الدعم وتفكك الأسرة يؤدي إلى العنف والانحراف.

أما الفرضية الثانية والتي جاءت كما يلي: وجود مستوى مرتفع من الصحة النفسية لدى عينة الدراسة.

دللت النتيجة المتحصل عليها في هذه الفرضية بعد إجراء المعالجة الإحصائية بأبعادها الثلاثة للصحة النفسية، فقد أشارت إجابات المسنين على المقياس والذين بلغ عددهم 94 مسن نسبتهم 77 % أي أن هذه الفئة تتميز بمستوى عال من الصحة النفسية فيما يخص الدرجة الكلية، وبالتالي تدل هذه النتيجة أن عينة الدراسة تتمتع بصحة نفسية جيدة، في حين أن 22% لا يتمتعون بصحة نفسية جيدة أي بمستوى متدن .

في هذا الشأن يقول **مصطفى فهمي (1995)** أن الصحة النفسية علم التكيف أو التوافق النفسي الذي يهدف إلى تماسك الشخصية ووحدها، وتقبل الفرد لذاته، وتقبل الآخرين له بحيث يترتب على هذا كله شعوره بالسعادة والراحة النفسية.

وهنا نرى أن المسنين الذين يتمتعون بمستوى مرتفع من الصحة النفسية يعود إلى الرعاية النفسية والاجتماعية والصحية المقدمة من طرف الأسرة والتي تعتبر المكان الدافئ والآمن للمسن في حياته بشكل

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

خاص والفرد بشكل عام، فرمان المسن من بيئته الطبيعية له أثر كبير على شخصيته وحياته وتوافقه النفسي والاجتماعي.

كما أضيف هنا أن المسن بحاجة إلى الحب والحنان والاطمئنان والاهتمام والحوار والتواجد مع أبناءه وأحفاده ممن يعوضه عما فقد من علاقات بعد تركه للعمل، فهولا يحتاج فقط إلى المأكل والملبس فقط بل يحتاج إلى إحساسه بقيمته ووجوده ضمن كنف العائلة ودفءها ومشاركته في مختلف نشاطات الأسرة ومواقعها والجلوس معه ومشاورته كما كان سابقا، وكذلك هو بحاجة إلى السند والدعم.

فكلما كان في أحضان أسرته الحقيقية بين أبناءه حتى ولو كان غير مناسب فهو أفضل له من مكان آخر حتى ولو قدم له ما يريده من عناية ورفاهية بل يكون بمكانة أسرته الطبيعية بين الذي لا يستطيع أن يقدم له الإشباع العاطفي اللازم.

ويعرف **Corsini (1999)** أن الشيخوخة من حيث أنها العملية التي تتميز بتقدم الإنسان في العمر مع التشديد على التغيرات التي أطر على العمليات النفسية والعقلية والوظيفية، هي عملية تتأثر بعدة عوامل بيولوجية وسيكولوجية واجتماعية وبيئية.

فالصحة النفسية حالة ثابتة نسبيا يكون فيها الفرد متوافقا من النواحي النفسية والاجتماعية والانفعالية مع نفسه ومع الآخرين، ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته والقدرة على مواجهة مطالب الحياة، إلى جانب الشخصية المتكاملة والسوية.

وفي هذا الصدد يذكر **غالي(1992)**: أنه ينبغي أن يدرك المسنون كل ما يتصل بعملية النضج في العمر حتى يمكنهم من أن يدركوا معنى التغيرات التي تؤثر في قدرتهم العقلية والجسمية وبناء شخصيتهم، وبالتالي تنعكس على حياتهم النفسية ومكانتهم الاجتماعية؛ الأمر الذي يعتبر ضرورياً حتى يتقبلوا هذه التغيرات أو الآثار ويعترفوا بها وبذلك يتحقق لهم أقصى تكيف اجتماعي ممكن.

ويضيف **العيسوي (2006م)**: أن للظروف البيئية تأثير كبير على مدى تمتع الفرد بالصحة النفسية والعقلية، فالفرد منذ ولادته يتأثر بما يتعرض له من خبرات القسوة والحرمان والعنف والحب والعطف والدفء والحنان والإشباع، حيث تُعد الصحة النفسية من أكثر المتغيرات الإنسانية إثارة للاهتمام والدراسة في العصر الحديث.

### \*مناقشة وتفسير الفرضية العامة

والتي تنص على أنه " توجد علاقة بين الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية لدى عينة الدراسة ."

أظهرت نتائج الدراسة بعد المعالجة الإحصائية من خلال برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية **spss 22** " أنه توجد علاقة بين الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية وهذا يدل على أن الدعم النفسي الاجتماعي يساهم في تحقيق الصحة النفسية للمسن بدرجة معتبرة، فالمسن عندما يتلقى دعماً نفسياً أو اجتماعياً بأي شكل من أشكال هذا الدعم يخفف لديه معاناته النفسية أو الاجتماعية، ويحقق لديه توافقاً نفسياً واجتماعياً وإعطاء الأمل والتفاؤل لمستقبل جيد ونسيان هموم الحياة، وتتفق هذه النتيجة التي توصلت إليها الدراسة مع ما أشار إليه **فايد (2010)** إلى أن الدعم النفسي الاجتماعي يتمثل في إدراك الفرد أنه يوجد عدد كاف من الأشخاص في حياته يمكنه الرجوع إليهم عند الحاجة، وأن لديه درجة من الرضا عن الدعم المقدم له، فإدراك المسن للدعم المقدم له ورضاه عنده يساهم بدرجة معينة من الوصول إلى صحة نفسية.

فانحراف الصحة النفسية قد يعود إلى إهمال المسن من طرف المجتمع من جهة، وإلى الخبرات المترتبة من المراحل السابقة من جهة أخرى، والواقع أن كثير من الأمراض النفسية والعقلية التي تصاب المسن إنما تعود في النهاية إلى ما يمكن أن يكون في سوء التوافق والتكيف في البيئة الاجتماعية، فالشخص المسن الذي يتمتع بالصحة النفسية هو الذي يستطيع أن يوافق بين سلوكه من الداخل و الخارج ومن يخفق في ذلك فهو شخص لا يتمتع بالصحة النفسية، وهنا ذكر العيسوي(2006م): أن مقدرة المسن على التوافق النفسي مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه يؤدي إلى تمتع المسن بحياة خالية من الاضطرابات النفسية وأن يرضى عن نفسه ويتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين. وهنا تناولت **نادية محمد عبد الحفيظ هلال (2012)** في دراستها إلى أن هناك علاقة ايجابية بين المساندة الاجتماعية والتوافق النفسي للمسنين.

ويقول **عبد الحكيم محمود(2013)** في ما جاء في مؤتمر اليوم العالمي للصحة النفسية أنها مدى قدرة المسن على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه، وهذا يؤدي به إلى التمتع بحياة خالية من الأزمات والاضطرابات وأن يرضى عن نفسه وأن يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين فلا يبدو منه ما يدل على

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

عدم التوافق الاجتماعي بل يسلك سلوكاً معقولاً يدل على التوازن الانفعالي والعاطفي والعقلي في ظل مختلف العوامل وتحت تأثير كل الظروف.

ويرى **دعيس ( 1992 )** أن من أهم الأسباب التي تؤدي إلى ظهور المشكلات بأنواعها لدى كبار السن في المجتمعات الحضرية ما يلي: انخفاض مستوى المعيشة، وعدم كفاية الدخل، وعدم الإحساس بالأمن، وعدم توفر فرص مناسبة للتدريب على المهن أو الحرف أو الخبرات الجديدة، والاتجاهات السلبية نحوهم من قبل أفراد المجتمع، وعدم توفر التوجيه والإرشاد والعناية والطبية والنفسية والاجتماعية الملائمة، وضعف كل من التفاعل الاجتماعي وشبكة العلاقات الاجتماعية.

ويصنف **إبراهيم ( 1997 )** المشكلات التي تواجه كبار السن إلى مشكلات صحية واقتصادية، وأسرية، واجتماعية تتعلق بالعلاقات الاجتماعية ووقت الفراغ والتقاعد ، ومشكلات تتعلق بالاكنتاب والاعتراب.

وفي دراسة ل ( English and English, 1985 ) بينت أن التغيرات الاجتماعية تتركز حول مفهوم التوافق الاجتماعي والذي يقصد به إحداث التغيرات المطلوبة في الشخص ذاته أو في بيئته للحصول على التوافق النفسي. ومما هو جدير بالذكر أن التوافق قد عرفه ( Barker, 1995 ) بمجموعة الأنشطة التي يقوم بها الفرد لإشباع حاجة أو التغلب على صعوبة أو اجتياز معوق أو العودة إلى حالة التوافق والتلاؤم والانسجام مع البيئة المحيطة.

فالضغوطات التي تواجه المسن قد تساهم في تحديد مستقبل صحته النفسية باعتباره يتفاعل مع جماعته وأسرته، ويتأثر بما يحدث في محيطه الذي يوفر له مجموعة من الروابط والاتصالات، وهنا يشير كل من Callaghan et Mourisy (1993) أن الصلة الاجتماعية تعتبر عوامل أساسية لسعادة الأفراد يمكن أن تكون لها دور معد للآثار الضغط وتقدم المساعدة للأفراد على صد ومواجهة أحداث الحياة. فالعلاقات الاجتماعية تعتبر مصدراً هاماً من مصادر الأمن الذي يحتاجه المسن في حياته وذلك من خلال البيئة التي يعيش فيها، فهي تعتبر مجالاً هاماً لتوفير الدعم والعون له لكونها تشمل مجموعة من المصادر التي يمكن أن يلجأ إليها المسن لطلب المساعدة مثل الأسرة والأصدقاء، الأقارب والجيران... الخ، وهذا ما يدعى بالدعم النفسي الاجتماعي الذي يقوم على حجم المساندة المتلقاة وعلى النوع ومصدرها ورضا المسن عنه، وهنا أورد عبد الوهاب محمد السيد أن العلاقات الاجتماعية تؤثر تأثيراً

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

فعالا على جميع جوانب حياة المسن، فالدم الذي يقدمه الآخرين يمكن أن يحسن كل من الصحة النفسية والبدنية وجودة الحياة، ويضيف أن الألفة يمثلان المكونان الأساسيان والأكثر أهمية في الدعم.

وفي هذا الصدد تتفق مع دراسة **بيركمان و سايم (1979)** التي توصلت نتائجها إلى أن كبار السن الذين يفتقرون إلى العلاقات الاجتماعية أكثر عرضة للوفاة من الذين لديهم علاقات اجتماعية واسعة، وتوصلت أيضا إلى أن زيادة معدل الوفيات يرتبط بانخفاض الدعم الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي، بالإضافة إلى دراسة **ماكولو (1995)** توصلت إلى أن الدعم الاجتماعي يكون مؤشرا كبيرا على الصحة النفسية، وأن هناك علاقة بين مستويات الاكتئاب والدعم الاجتماعي.

ولقد أوضحت دراسات عديدة أن المساندة ترتبط بالنتائج الخاصة بالصحة النفسية والصحة البدنية، وقد أوضحت مجموعة من الدراسات الطولية أن هناك علاقة بين المساندة الاجتماعية ومعدلات الوفاة إذا اتضح أن الوفيات راجعة إلى الأسباب الاجتماعية.

وفي نفس السياق توصلت دراسة **Smedema &Guerrate (2011)** والتي بينت وجود ارتباط دال بين الدعم الاجتماعي والإحساس بالرضا عن الحياة، ومستويات صحة نفسية وعامة جيدة وقلة الأعراض الاكتئابية.

كما يرى **دولبير** أن تلقي الدعم النفسي الاجتماعي أو تقديمه للآخرين يرتبط ارتباطا وثيقا بالصحة النفسية والجسمية الجيدة، وبينت **حداد (1995)** أن الدعم النفسي الاجتماعي هو أحد المتغيرات التي تخفف من تأثير القلق والتوتر على الصحة النفسية والجسمية للفرد، وأشارت أيضا أن عدم توفر أصدقاء يمكن اللجوء إليهم وقت الحاجة يعني الارتباط بشكل مباشر بالاكتئاب والقلق.

في حين توصلت بعض الدراسات إلى أنه " لا توجد علاقة بين الدعم الاجتماعي والصحة النفسية" أي أنه لا يساعد على تحسين الصحة النفسية للشخص، كما توصلت نتائج هذه الدراسات أن تلقي الدعم له تأثير سلبي على صحة الفرد كدراسة **راهول مالهوترا** و **شانون انغ** زيادة الدعم يمكن أن يؤثر عليهم سلبا لأنه يقلل من إحساسهم بالسيطرة على حياتهم.

وحسب النتائج التي توصلت لها الدراسة الحالية إلى بعض المسنين لديهم دعم نفسي اجتماعي مرتفع ولكن يعانون من بعض المشاكل النفسية التي أثرت على صحتهم النفسية، والتي أثرت على إدراكهم لهذا الدعم المقدم لهم من طرف أسرهم أو مجتمعهم، وهذا يزيد من سوء حالته النفسية، فمن خلال إجراء المقابلات مع المسنين وفتح مجال الحوار صرحوا عن معاناتهم النفسية والجسمية بالرغم من العون المقدم لهم من طرف أبناءهم وأحفاده وأقاربهم إلا أنهم يشعرون بالوحدة والفراغ والعزلة والقلق بالإضافة إلى آلام

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

الجسدية المتمثلة في وجع المفاصل وضغط الدم والسكري، وهذا راجع لتعصبهم وعدم تقبلهم للوضع الذي هم فيه (مرحلة الشيخوخة)، فكل ما يقوم به أفراد أسرته بالنسبة له لا يساعده أبدا ويرفض كل ما يقدمونه له، وبالتالي يفكر بالموت والأجل القريب، وعدم استجابته لأي شيء قد يساهم في تحسين حالته، وفي هذا الصدد يوضح **Smith et al (1994)** في دراسته أن في كثير من العينات والمواقف كان الدعم الاجتماعي مرتبط بشكل متواضع بصحة أفضل، قد يرجع ذلك إلى عدم رضا الفرد بالدعم بالرغم من توفر عدد الأشخاص الذين يمكن أن يلجأ إليهم أثناء مواجهة موقف ضاغط، أو حينما يكون الأفراد حياديين أو سلبيين اتجاه متلقي الدعم، كما أكد **Cobb\_Cassel** على أن الدعم المدرك أكثر فاعلية من الدعم المتلقي أو الدعم المقدم فعليا، لقدرته على رفع وتعزيز الصحة النفسية أوقات الضغوط.

### \*مناقشة وتفسير الفرضيات الجزئية

-**الفرضية الجزئية الأولى:** والتي تنص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين منخفضي الدعم النفسي الاجتماعي والمسنين مرتفعي الدعم النفسي الاجتماعي".

بينت نتائج الدراسة بعد القيام بالمعالجة الإحصائية أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين منخفضي الدعم النفسي الاجتماعي والمسنين مرتفعي الدعم النفسي الاجتماعي.

فالدعم النفسي الاجتماعي المرتفع يؤثر إيجابيا في تحقيق الصحة النفسية لدى المسنين (بعض أفراد عينة الدراسة) بأبعاده المختلفة، وبذلك يخفف من الآثار السلبية التي تسبب في حدوث الاضطرابات النفسية والأمراض الجسمية وكذا يهدف إلى الوقاية والحماية من ظهور الاضطرابات العصبية والانفعالية لديهم، أما الدعم النفسي الاجتماعي المنخفض يؤثر سلبا في الصحة النفسية لدى المسن، فهو عندما لا يجد دعما كافيا يساعده على تجاوز هذه الصعوبات يكون عرضة للاضطرابات النفسية والأمراض الجسمية، وهذا ما توصلت إليه بعض الدراسات كدراسة **Dressler et al (2000)** إلى أن الفرد يمكن أن يدرك موقف على أنه ضاغط بدون أن يكون لديه استجابات القلق والضيق استنادا من الدعم، فالدعم الضعيف يعتبر كعامل هشاشة أمام الحدث الضاغط، فالدعم لا يتوقف على العلاقات بل على نوعية الدعم العاطفي الذي يتلقاه المسن.

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

ترى الباحثة من خلال النتيجة المتحصل عليها أنه لا توجد فروق بين المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المنخفض وذوي الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع في مستوى الصحة النفسية، حيث أن بعضهم أبدى أقل شعورا بالصحة النفسية بالنسبة للدعم المنخفض والبعض الآخر كانوا أعلى شعورا بالصحة النفسية، وهناك فئة ثالثة والتي أبدت شعورا متوسطا في الصحة النفسية، وهذا يعود إلى طريقة إدراك المسن للدعم المقدم له ورضاه عنه، فطبيعة الشبكة الاجتماعية التي تتميز بها عينة الدراسة واسعة وكبيرة ( الأسرة، الأصدقاء، المجتمع) إلا أن بعض المسنين يشكون بأن لا أحد يدعمهم، فرغم الجهود التي تقدمها الأسرة أو الأفراد المحيطين به من دعما وعونا وسندا إلا أن المسن غير راض عن ما يقدم لهم من مساعدات بمختلف أنواعها، وكثرة ومعاناته من مشاكل نفسية وأمراض جسدية، وكثرة شكاويه من أسرته ومجتمعه وأنهم لا يهتمون بهم ولا يشعرون بوجودهم، وهذا ما صرح به البعض بشعورهم بالوحدة والإهمال من طرف الأبناء والزوجات والأزواج، وعدم تقديم لهم العلاج وأخذهم إلى المستشفى لتلقي العلاج، وهذا ما وضحته دراسة **Vchino et al (1995)** أن رضا الفرد بدعاه الاجتماعي هو أكثر أهمية للتنبؤ بالعواقب النفسية والجسدية.

كما نجد أيضا تمسك بعض المسنين بكلامه وعنادهم المستمر بعدم تقبل شيء معين من طرف أسرته، خاصة وأن لديهم دعما بأشكاله المختلفة (مادي، معنوي، أسري... الخ) إلا أنهم لا يتمتعون بصحة نفسية جيدة، يعود هذا إلى المرحلة العمرية أي مرحلة الشيخوخة وعدم تقبله لها بعد أن كان له دورا في المجتمع.

إن فقدان المسن دوره المهني والأنشطة المعتادة المرتبطة بالعمل يسبب له اختلال في توازن سلوكه المعتاد، ويؤثر ذلك في نظريته لنفسه وفي علاقاته مع أسرته وجماعته، غير أن بعض المسنين لا يؤثر عليهم فقدان العمل على نفسياتهم في رضاهم عن الحياة بل هناك عوامل أخرى تؤثر عليهم،

كما نجد أيضا بعض المسنين يشكون من تخلي أبناءهم عنهم باتخاذهم مسكن لوحده (استقلالية السكن)، بالرغم من أن أفراد الأسرة لا يقصرون في الرعاية وتقديم العون لهم، ولكن كثرة انشغالاتهم وعدم الجلوس مع الوالدين والتحدث معهم عن مشاكله واهتماماته أي نقص الجانب المعنوي (الدعم العاطفي) والذي له أثر كبير في نفسية المسن، وهذا قلما يهتم به الأبناء والمقربين له، فهم يهتمون كثيرا بالجانب المادي و الأكل والشرب... الخ، فالمسن بحاجة ماسة إلى كلمة طيبة وإشعاره بقيمته بالجلوس معه وتبادل الحديث وإحياء الذكريات الجميلة، وقد أظهرت النتائج المتوصل إليها في دراسة أجراها باحثون بجامعة

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

إيست إنجلترا ووتنغهام البريطانية(2012) أن كبار السن الذين تلقوا دعماً أسرياً جيداً من شركاء حياتهم وأبنائهم وأقاربهم، كانوا أقل عرضة لتطور مرض الخرف بنسبة 17% عن غيرهم.

ويتمثل الدعم النفسي الجيد في إشعار كبار السن بالرعاية والمساعدة من المحيطين بهم، ويكون على شكل دعم عاطفي مثل مشاعر الود والحنان وتقديم المشورة، أو دعم مادي مثل المساعدة المالية. وقال الباحثون إن وجود شبكة قوية من العلاقات الوثيقة بين الأزواج والأولاد يرتبط بانخفاض خطر التدهور المعرفي والخرف. وأضافوا أنه على العكس، فإن العلاقات الاجتماعية المتدهورة ينجم عنها كثير من التوتر والقلق بين الأشخاص، وهذا قد يكون له تأثير سلبي على الصحة البدنية والعقلية لكبار السن.

وترى الباحثة أيضاً أن بعض المسنين يخضعون لروتين يومي خاصة العاجزين عن المشي وغير قادرين على الخروج من البيت ولا يجدون من يخرجهم لتغيير الجو، والبقاء لوحدهم في غرفة وهذا ما يزيد من شعورهم بالوحدة والعزلة والاكتئاب، فالحالة النفسية للمسن لها دور كبير في تحقيق الصحة النفسية أي خلل قد يعرضه لعدة اضطرابات نفسية، ومن أكثر الأمراض العصبية التي تشيع عند المسن: أمراض الكلام والذاكرة ونوبات الغضب المفاجئة والاعتداء المباشر كالشتم والسب والضرب ( هذا ما وجدناه عند بعض المسنين) بالإضافة إلى الوهن النفسي إذ يشعر المسن بأنه محطم نفسياً وليس له أية قيمة وأهمية في هذه الحياة وشعوره بالانطواء الداخلي بسبب اليأس الذي يشعر به.

كل هذه المعوقات النفسية تمنع المسن من الشعور بالراحة وبذلك تحدث لديه خلل في صحته النفسية بالرغم من الدعم الذي يتلقاه سواء كان نفسياً أو اجتماعياً من مصادر مختلفة، فكلا الفئتين التي أخذت في الدراسة الحالية والتي أبدت نتائجها أنهم لا يختلفون في صحتهم النفسية سواء من يتلقى دعماً مرتفعاً أو منخفضاً فهم يعانون من مشاكل نفسية وصحية كالقلق والغضب والاكتئاب و المعاناة من الأمراض الجسمية كضغط الدم ومرض السكري، آلام المفاصل والظهر، الشلل النصفي وضعف في البصر والسمع...الخ.

وكل هذه الأمراض لها دور كبير في إحداث خلل في صحة المسن بالرغم من الدعم المقدم له، وهنا يتلق الأمر بإدراك المسن له ونوعية الدعم وكيفية تقديم الأسرة لهذا الدعم، ويرجع أيضاً إلى الحالة النفسية للمسن ومدى توافقه النفسي الاجتماعي لمرحلة الشيخوخة والرضا عنها و عما كتبه الله له.

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

-الفرضية الجزئية الثانية: والتي تنص على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين منخفضي الدعم النفسي الاجتماعي تعزى لمتغير الجنس".

من خلال النتائج المتحصل عليها بعد المعالجة الإحصائية يمكن القول أنه لا توجد فروق بين الجنسين في درجة الصحة النفسية لدى المسنين منخفضي الدعم النفسي الاجتماعي، حيث لاحظنا أن قيمة "ت" ضعيفة قدرت ب 0,75، وهي قيمة غير دالة تشير إلى عدم وجود فروقا بين الجنسين، وتختلف هذه النتيجة إلى ما توصلت بعض الدراسات إلى أنه توجد فروق بين الجنسين في الصحة النفسية، وهنا نتفق مع دراسة (Emmons & Colby (1995) عدم وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في مستوى المساندة الاجتماعية. بالإضافة إلى دراسة ناصر (2009) أسفرت نتائجها أن تقدير أفراد عينة الدراسة على مقياس الدعم الاجتماعي على جميع أبعاده بأنه بدرجة متوسطة، عدم وجود فروق ذات دلالة في مستوى الدعم الاجتماعي ككل، يعزى لمتغير الجنس أو الحالة الاجتماعية أو مدة الإقامة في الدار. وعكس هذه النتيجة فقد أشارت دراسة عبد الله (1990) إلى وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في مستوى المساندة الاجتماعية لصالح الإناث، أما دراسة خطاب (2010) توصلت إلى أن المسنات أفضل في نوعية حياتهن المرتبطة بالصحة بالمقارنة بالمسنين. كما أن المسنات أكثر مساندة اجتماعية، كما بينت الدراسة تأثير دال للمساندة في رفع مستوى الحالة الصحية لدى المسنين والمسنات، كما تبين أن أنواع المساندة قادرة على التنبؤ بجودة الحياة المرتبطة بالصحة بمستويات دلالة عالية.

-الفرضية الجزئية الثالثة: والتي تنص على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين منخفضي الدعم النفسي الاجتماعي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية".

أظهرت النتيجة بعد المعالجة الإحصائية أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين منخفضي الدعم النفسي الاجتماعي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وتعتبر هذه النتيجة مخالفة لما جاء في الجانب السيكولوجي من أن الزواج من أهم مصادر الدعم النفسي والاجتماعي والعاطفي، فيما يتعلق بالحماية من تأثيرات الحياة الضاغطة والقاسية، وهو مؤثر في كل مستويات الحياة، وفي نفس السياق توصلت دراسة مروة عثمان(2016) أنه لا توجد فروق في الصحة النفسية لدى المسنين تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية. وتتفق أيضا مع دراسة محسن(2002) التي توصلت إلى أنه لا توجد فروق بين المسنين والمسنات على جميع الأبعاد الاجتماعية.

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

هنا ترى الباحثة أن وفاة أحد الزوجين يعتبر صدمة لشريك الحياة، فالأرامل كثيرا ما يصاب بالأرق ونقص الشهية بالإضافة إلى أمراض القلب وضغط الدم ومرض السكري.. الخ، وهذا ما يصعب على المسن من يخفف عنه معاناته لأنه بحاجة إلى من يواسه ويؤنس وحدته ووحشته، كما يمكن للعلاقات الجنسية أثر كبير في التوافق النفسي للمسّن أو المسنة، فبالنسبة لعينة الدراسة وجدنا أنه حتى المتزوجين يعانون من هذه المشاكل النفسية والصحية والجنسية لأن المسن تهجر فراش زوجها وقلما تجلس معه وتتحدث إليه، كما يأكل لوحدها وإذا كان عاجز عن الحركة نجد أولاده من يهتم به أكثر من زوجته، في حين نجد أن كلا الزوجين عاجزين عن تلبية رغباتهما العاطفية والجنسية مما يساهم ذلك في سوء حالته النفسية، فالدعم من طرف الأبناء غير كاف بالنسبة له، فقد صرح بعض المسنين أن زوجاتهم لا يهتمون بهم (ماهيش حايرة فيا، معلابلهاش بيا...)، فالحياة الزوجية لدى بعض المسنين تكون كثيية وهم غير سعداء ومنعزلين ووحدين، وهذا ما ينظر البعض إليهم بنظرة استهزاء واللامبالاة.

ففي مجتمعنا الجزائري نلاحظ العلاقة الزوجية بين الزوج والزوجة تتدهور مع كبر السن (الوصول إلى مرحلة الشيخوخة)، حيث نلاحظ تقصير من طرف الزوجة اتجاه الزوج أو العكس في التحلي عن وواجباتها اتجاهه ونقص في حقوق الزوج (من اهتمام ورعاية وتركه لأبنائه وزوجاتهم وأحفاده، وعدم تداول بينهم الكلام العاطفي والمشاعر الجميلة بالإضافة إلى الأمور الجنسية لأن المسن خاصة الزوج حتى وإن صار في سن المئة تكون الرغبات الجنسية مازالت نشطة، فنجد من الكثير منهم يتزوجون بالفتيات الأقل سنا، فإذا لم يجد دعما في هذا المجال يؤثر ذلك على صحته النفسية، وفي هذا الصدد لاحظ Dunkel et Shetter أن الدعم العاطفي فعال وذا فائدة مهما كان أصله ومصدره (العائلة، الأصدقاء، المجتمع).

ونذكر أيضا ما توصل إليه Denehan Bross (2009) في دراسته أن 35 % من المسنين يشعرون بالوحدة النفسية و 9 % وصفوها بأنها مؤلمة، كما 34 % من المسنين يملكون دعما منخفضا كان الإحساس بالوحدة أكبر لدى الأرامل.

كما أن غياب الدعم من طرف أحد الزوجين لديه أثر سلبي على صحتهم النفسية، وهذا ما أكدته دراسة كل من Broun et Harri, schwab et schwab (2001) أن الغياب النسبي لسند الزوجي لدى النساء في محيط غير ملائم له دور كبير في ظهور الاكتئاب لديهن.

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

ويرى **دوك Duk** أن فقدان الصديق، يعني فقدان أحد أهم مصادر الدعم بأشكاله المختلفة ومنها المساندة والنصيحة والفهم والتوجيه، والحماية من الوقوع في الأخطاء مما يساعد على تحمل أعباء الحياة اليومية والتصديق على الآراء الشخصية وتأكيد صحتها، ودعم الثقة بالنفس.

في حين توصلت دراسة **سهر سمير بدره (2014)** وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدعم النفسي الاجتماعي تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، لصالح فئة الأرامل . تطابق إلى حد كبير مع دراسة **عبد الرحيم (2004)** عن الدور الاجتماعي للمؤسسات الحكومية في رعاية المسنين والتي توصلت إلى أن معظم المسنين يتمتعون بصحة جيدة رغم اختلاف أوضاعهم الاجتماعية.

**-الفرضية الجزئية الرابعة: والتي تنص على** "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين منخفضي الدعم النفسي الاجتماعي تعزى لمتغير مكان الإقامة".

أظهرت النتيجة بعد المعالجة الإحصائية " أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين منخفضي الدعم النفسي الاجتماعي تعزى لمتغير مكان الإقامة، فالمسنون ذوو الشبكات الأسرية الصغيرة أو غير الموجودة أكثر تعرضاً لنقص الرعاية. ولذلك يعتبر الكثير من العلماء الدعم الاجتماعي مصدراً رئيسياً من مصادر الأمن التي يحتاجها الفرد عندما يشعر أن هناك ما يهدد كيانه، وعندما يشعر بأن طاقته قد استنفدت وأجهدت وأنه يحتاج معها إلى وعون من الخارج، لذا فإنه يلجأ إلى الشبكة الاجتماعية المحيطة به على اختلاف مصادرها من أسرة وأصدقاء وأقارب وجيران لطلب العون في سبيل الوصول إلى حالة الاتزان والأمن المطلوبين. ولعل الفرد في مرحلة الكبر أحوج ما يكون إلى العلاقات الاجتماعية التي توفر له المساندة الفعلية من حب ورعاية وإحساس بالمواساة والطمأنينة والارتباط مع مجموعة اجتماعية ذات أهمية بالنسبة له تمنحه الفرصة لتقدير ذاته والثقة بها وتساعد على اختيار استراتيجيات تكيف مناسبة مع ضغوط الحياة وصعوباتها وتطوراتها.

وقد أكدت بعض الدراسات الأهمية القصوى للأقرباء ولا سيما الأبناء والأزواج في تحقيق الراحة للمسنين، فوجدت أن المسنين الذين لا يملكون شبكة اجتماعية، أو ذوي الشبكات الأسرية الصغيرة، أكثر تعرضاً لنقص الرعاية وعيش حياة ذات نوعية متدنية، إن رعاية الأسرة للمسن جزء من دورها الطبيعي ووظيفتها التقليدية، فهي أفضل من يحتضن المسن ويرد له الجميل، ذلك لأن الأسرة نسق اجتماعي مكون من وحدات مرتبطة على مستويات مختلفة لها صلاتها الاجتماعية المتعددة التي يمكن أن تدعم شبكة

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

العلاقات الاجتماعية للمسن، مما يقلل من شعوره بالوحدة وفقدان الأهمية، وتشكل قيم المجتمع الدينية والحضارية موجهة لمسؤولية الأسرة في رعاية المسنين، واعتبارهم مصدر فخر بما يمنحونه من حكمة وحب.

وتشير **بدره سمير (2014)** إلى ما توصل إليه في دراستها أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدعم النفسي الاجتماعي تبعاً لمتغير مدة الإقامة في الدار .

فغياب الدعم الاجتماعي النفسي يؤثر بشكل كبير على المسن خاصة على مزاجه العام ونفسيته، فالمسن الذي يقيم مع أسرته أو أحد الأقارب أو دار العجزة يحدث تغيير في نمط حياته اليومية، فالأسرة الحقيقية له تقدم كل الراحة النفسية والعقلية حتى آخر أيام حياته، والمتمثلة في الزوج (ة)، الأبناء والأحفاد والأخوة... الخ، والتي تمنحه دفء العائلة وإقامة علاقات ناجحة ومشاركة الآخرين.

**الفرضية الجزئية الخامسة: والتي تنص على أنه** "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين مرتفعي الدعم النفسي الاجتماعي تعزى لمتغير الجنس".

من خلال النتائج المتحصل عليها بعد المعالجة الإحصائية يمكن القول أنه لا توجد فروق بين الجنسين في درجة الصحة النفسية لدى المسنين منخفضي الدعم النفسي الاجتماعي، حيث لاحظنا أن قيمة "ت" ضعيفة قدرت ب **0,75**، وهي قيمة غير دالة تشير إلى عدم وجود فروقا بين الجنسين، فقد وجدت الدراسات اختلافاً بين المسنين والمسنات في تلقي الدعم من أفراد العائلة فقد ذكر **كيمبرلي (2006)** أن الإناث يسجلن مستويات عالية من الدعم الاجتماعي، فعلاقاتهن متعددة وتسمح بمرات لقاء متتالية وكثيرة مع أفراد الشبكة، وبالتالي فهن يتلقين الدعم من مصادر مختلفة مقارنة بالذكور.

وتخالف هذه النتيجة التي توصلنا إليها مع النتائج التي توصلت إليها **خطاب (2010)** في دراستها أن المسنات أفضل في نوعية حياتهن المرتبطة بالصحة بالمقارنة بالمسنين. كما أن المسنات أكثر مساندة اجتماعية، كما بينت الدراسة تأثير دال للمساندة في رفع مستوى الحالة الصحية لدى المسنين والمسنات، كما تبين أن أنواع المساندة قادرة على التنبؤ بجودة الحياة المرتبطة بالصحة بمستويات دلالة عالية. وأشارت دراسة **شوكت (2002)** إلى أن درجة المساندة الكلية كانت أعلى لدى المسنين المقيمين مع أسرهم من المسنين المقيمين في دور الرعاية، ودرجة الوحدة النفسية والتشاؤم أعلى لدى المسنين في

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

دور الرعاية، وكانت المسنات أفضل من المسنين في المساندة الاجتماعية، كما يوجد ارتباط دال وسلبى بين المساندة الاجتماعية والوحدة النفسية.

أما **Dugan (2009)** تبين أن الأبعاد المتعلقة بتلقي الدعم من الأحفاد تفسر بشكل قوي الرضا عن الحياة لدى الإناث. ولم تتحقق النتيجة ذاتها عند الذكور. كما تبين أن الأجداد والجدات لا يكونون راضين عن حياتهم عندما يكون هناك مساعدة مبالغ بها من الأحفاد.

بالإضافة إلى دراسة **سهر بدره (2014)** توصلت نتائجها إلى أنه وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدعم النفسي الاجتماعي تبعاً لمتغير الجنس، لصالح الإناث.

-**الفرضية الجزئية السادسة: والتي تنص على أنه** توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين مرتفعي الدعم النفسي الاجتماعي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية".

أظهرت النتيجة بعد المعالجة الإحصائية أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين مرتفعي الدعم النفسي الاجتماعي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

وتعزى **مروة عثمان (2016)** أن من أهم أسباب عدم وجود فروق في الصحة النفسية للمسنين تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية يأتي من تشابه الحالات ذات الطابع الاجتماعي المماثل، حيث نجد أن معظم المسنين لم يسبق لهم الزواج أي أنهم ليس لديهم أبناء والجزء الآخر منفصلين عن أزواجهم ولديهم أبناء، أي أن الوضع الاجتماعي لديهم متشابه. إضافة إلى أن الحالة الاجتماعية لا تمثل وصمة أو عائق بالنسبة للمسنين النزلاء، فهي مرحلة تم تخطيها منذ الشباب والنضج، كما توصلت في نتائج دراستها أنه لا توجد فروق في الصحة النفسية لدى المسنين حسب متغير الحالة الاجتماعية..

كما وجدت الأبحاث أن تلقي الدعم لدى النساء كان يرتبط بوجود مشاعر الذنب وأن تقديم الدعم كان يرتبط بمشاعر المسؤولية، كما تبين أن الرجال أكثر ميلاً لتلقي الدعم من زوجاتهم بالدرجة الأولى، بينما تكون النساء أكثر ميلاً لتلقي الدعم من الأطفال والأطراف الأخرى من العائلة.

وفي نفس الموضوع أكد **Siebert, Mutran, Reitzes (1999)** أن العلاقات الاجتماعية تختلف باختلاف الجنس فتتجه الإناث لتكون لديهن شبكة اجتماعية واسعة يقدمن ويتلقين دعماً أكبر، ولديهن

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

رضا أكبر عن علاقات الصداقة الخاصة بهن، أما الرجال فيتجهون لتلقي الدعم من زوجاتهم بالدرجة الأولى وبدرجة أقل من باقي أفراد العائلة والأصدقاء.

كما أظهر **Servent (2005)** في دراسته وجود ارتباط بين أثر الأحداث الضاغطة وضغوط الحياة اليومية بالعوامل الاجتماعية، فللسند الاجتماعي من المحيط أثر ايجابي، بينما ترتبط العزلة الاجتماعية بالآثار السلبية للضغط. كما بين كل من **House (1988)** الأثر الايجابي العام للدعم الاجتماعي الجيد (**Bon support social**) على صحة الفرد، ويرجع هذا الأثر الايجابي للعديد من العوامل منها أن فئات المجتمع التي تتمتع بدعم اجتماعي جيد لديهم نوعية حياة أفضل وطول العمر، فالأفراد الذين يعيشون في عزلة اجتماعية بدون زوج وعائلة يظهرون أكثر اضطرابات القلق والاكتئاب من الأفراد الذين يعيشون مع أزواجهم ولديهم شبكة اجتماعية، كما ترتبط العزلة الاجتماعية بتطوير بعض الأعراض العضوية.

ويظهر أن مواجهة مشكل ما مع غياب الدعم الاجتماعي من شخص حميم (شخص يمكن أن نتحدث معه في مشكل ما بصفة خاصة) يمثل عامل خطر لتطوير الاكتئاب لدى الأفراد الذين يختبرون أحداث حياتية ضاغطة. بينما يمثل الدعم الاجتماعي عامل حماية ووقاية عند مواجهة الضغوط.

كما أسفرت دراسة **Cutrona (1986)** أن الأفراد الذين يتمتعون بعلاقات تمكنهم من الحصول على دعم اجتماعي أكبر، كان الاكتئاب الموجود لديهم في أعقاب حوادث ضاغطة ومؤلمة أقل من الذين افتقدوا مثل هذه العلاقات، وبالتالي افتقدوا الإمكانيات التي تساعدهم على مواجهة الظروف القاسية التي تسببها الضغوط. (حكيمة آيت حمودة وآخرون، 2011، ص29).

-الفرضية الجزئية السابعة: والتي تنص على أنه" توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين مرتفعي الدعم النفسي الاجتماعي تعزى لمتغير مكان الإقامة".

أظهرت النتيجة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين مرتفعي الدعم النفسي الاجتماعي تعزى لمتغير مكان الإقامة، ونفسر هذه النتيجة وتتفق إلى ما توصل إليه **غانم (2002)** في دراسته إدراك المسنين والمسنيات الذين يعيشون في بيئة طبيعية للمساندة الاجتماعية ومساندة التكامل الاجتماعي أكبر وأفضل من المسنين في دار الرعاية، وأن إدراك الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب يتزايد عند المسنين والمسنيات في دور الرعاية الاجتماعية.

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

ويؤكد **Consedine & Merz (2009)** في دراستهما أن الدعم العاطفي والأدائي من العائلة ونمط التواصل من الممكن أن يتنبأ بمدى الإحساس بالارتياح لدى المسن، وتبين أن الدعم العاطفي عادة ما يرتبط بمعدلات عالية من الإحساس بالارتياح، بينما يرتبط الدعم الأدائي بنقص الشعور بالارتياح.

كما نذكر أيضا الدراسة التي قامت بها **نادية عبد الحفيظ هلال (2012)** والتي توصلت إلى أنه توجد فروق بين المسنين في بيئة الأسرة والمسنين في دور الرعاية في العوامل الاجتماعية (العلاقات الأسرية -المساندة الاجتماعية) لصالح المسنين في بيئة الأسرة.

أما دراسة **زينب دهيمي(2012)** أثبتت وجود فروق في الصحة النفسية بين الأسر الممتدة والنووية لصالح هذه الأخيرة، فروق في التوافق الاجتماعي لصالح المسن في وسطه الأسري. إن طابع التغيير في الأدوار الاجتماعية وبنية الأسرة لاسيما الجزائرية منها وتطورها فرض على أفراد أسرتهما التوافق مع متطلبات هذا التغيير الاجتماعي الذي مس حتى الجانب النفسي والعقلي على مستوى معتقدات وتلبية الحاجيات مما جعل المسن يتوافق نفسيا واجتماعيا مع التغييرات لكونه يحظى بالاهتمام والقبول.

وبالنسبة لدراسة **الدهان (2005)** أثبتت وجود فروق بين المسنين تبعاً للوسط الأسري الطبيعي مقارنة مع دور الرعاية، حيث أن الوسط الذي يتواجد فيه المسن إذا كان طبيعياً سيوفر له القدر الكافي من الشعور بالتقبل الاجتماعي، وهذا بدوره يساهم في توافقه النفسي وتحقيق متطلباته وحاجياته، بينما يشعر المسنون في مراكز الرعاية بأنهم دون فائدة ودون أي تقدير.

ويشير **Sarason et Al (1983)** إلى أن الفرد الذي ينشأ وسط أسر مترابطة تسود المودة والألفة بين أفرادها يصبحون أفراداً قادرين على تحمل المسؤولية ولديها صفات قيادية لذا نجد أن المساندة الاجتماعية تزيد من قدرة الفرد على مقاومة الإحباط وتقلل من المعاناة النفسية في حياته الاجتماعية.

فالدعم المقدم من الأسرة له أهمية في تحقيق التوافق النفسي للفرد بأبعاده الصحية، والأسرية والاجتماعية. من هنا نرى أن المساندة الاجتماعية من طرف الأسرة تساهم في التوافق النفسي للفرد بشكل كبير يساعده على التواصل مع الآخرين ومواصلة حياته وكذلك بالنسبة للأصدقاء والعمل.

وهناك أدلة على أن الدعم الاجتماعي سواء في العمل أو المنزل أو الصداقات يمكن أن تزودنا بعازل فعال ومخفف للصدمات ضد آثار الضغوط النفسية وتساهم في التوافق النفسي الاجتماعي الفعال في البيئة المحيطة بالفرد. (**رشيد مسيلي، 2011، ص31**).

## عرض ومناقشة فرضيات الدراسة

وهنا نتوصل إلى أن الدعم النفسي الاجتماعي الذي يتلقاه المسن من الآخرين كالأُسرة أو خارج الأسرة يعد عاملاً هاماً في صحته النفسية، كما يمكن التنبؤ أن غياب الدعم النفسي الاجتماعي يمكن أن ينشط الآثار السلبية للأحداث السالبة والضغوط التي يتعرض لها المسن، وبذلك يؤدي إلى اختلال الصحة النفسية لديه.

فالدعم النفسي الاجتماعي المرتفع يعمل على الحفاظ على الصحة النفسية والجسدية والعقلية للوصول إلى تعزيز والإحساس بالراحة النفسية والأمن النفسي والشعور بالسعادة في الحياة، فالبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها المسن تعتبر مجالاً هاماً لتوفير الدعم والعون له لكونها تشمل على مجموعة من المصادر التي يمكن أن يلجأ إليها المسن في طلب المساعدة، وحسب "شيلي تايلور" تقول أن الدعم الاجتماعي الحصول على مجموعة من المعلومات من الأشخاص الذين يشعر الفرد نحوهم بالحب والعطف والاهتمام والاحترام والتقدير، ويشكلون جزءاً من دائرة علاقاته الاجتماعية.

فالعلاقات الاجتماعية تعتبر مصدراً هاماً من مصادر الأمن الذي يحتاجه الفرد في حياته.

# التوصيات ومقترحات الدراسة

❖ الخاتمة

❖ التوصيات و المقترحات

❖ المراجع

❖ الملاحق

تمثل الأسرة عماد المجتمع وسلامة وأمن الأفراد وتطورهم ومنبتهم، فعلم النفس يدرسها بصحتها واضطرابها، فالأسرة الحقيقية للمسن تقدم له كل الراحة النفسية والعقلية حتى آخر أيام حياته والمتمثلة في الزوج، الزوجة، الأبناء والأحفاد والأخوة، الأقارب... الخ، والتي تمكنه دفاء هذه العائلة من مشاركة الآخرين وإقامة علاقات ناجحة مع غيره، فالمسن الذي لا يعيش في مثل هذه الأسرة (الحقيقية) قد يجد نفسه وحيدا بين أفرادها ويشعر بالفراغ ولا أحد يقدم له الخدمة والرعاية التي يريد، لأن خدمته لا تتوقف على شيء واحد فقط بل تتطلب خدمته طوال الوقت، ولأن مرحلة الشيخوخة تتميز بالإلحاح في الطلب، فعدم تقبل المسن لمرحلة الشيخوخة وتقلص أهدافه وجلوسه لوقت طويل في نفس المكان أو بقاءه في المنزل دون الخروج وعدم مجالسة الأصدقاء ( الجماعة) وعدم مخالطة والتحدث مع أفراد أسرته، ينتج عن هذا الشعور بالفراغ والوحدة ومعاناته من عدة مشاكل نفسية وأمراض جسمية تؤثر على صحته النفسية وبذلك سوء توافقه مع بيئته الاجتماعية (الأسرة، المجتمع).

فتمتع المسن بصحة نفسية والتقليل من معاناته من المشاكل النفسية يعتمد على طبيعة الشبكة الاجتماعية التي تقدم له العون والمساعدة والدعم، فنقص حجم الشبكة الاجتماعية للمسن بسبب انشغال أفرادها بأمر الحياة يعتبر من أهم العوامل التي تؤدي إلى نقص الدعم النفسي الاجتماعي لدى المسن وحدث اضطراب في صحته النفسية، كما نجد أن بعض المسنين يتميزون بشبكة اجتماعية كبيرة إلا أن صحته النفسية مضطربة، وهذا يعود إلى طريقة تقديم الدعم بأبعاده المختلفة وطريقة إدراك المسن لهذا الدعم.

لذا فإن الدراسة الحالية تسعى إلى دراسة الدعم النفسي الاجتماعي للمسن ومساهمته في تحقيق الصحة النفسية، وقد اختلفت هذه الدراسة مع بعض الدراسات في النتائج المتحصل عليها، واتفقت مع دراسات أخرى، كما لاحظت الباحثة وهذا حسب علمها قلة الدراسات التي تناولت الدعم النفسي الاجتماعي لهذه الفئة المتمثلة في المسنين.

## الخاتمة

فقد أشارت نتائج الدراسة التي تضمنت وجود مستوى مرتفع من الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية لدى المسنين، وبالتالي وجود علاقة إرتباطية بين الدعم النفسي الاجتماعي والصحة النفسية، وكذا عدم ظهور الفروق في الصحة النفسية لدى المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المنخفض والمرتفع تعزى لمتغير الجنس والحالة الاجتماعية ومكان الإقامة، في وجود فروق في الصحة النفسية لدى المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع تعزى لمتغير مكان الإقامة، وكذا عدم وجود الفروق في الصحة النفسية لدى المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المنخفض و المسنين ذوي الدعم النفسي الاجتماعي المرتفع.

وفي الأخير تبقى هذه الدراسة في إطار البحث ولا يمكن تعميم هذه النتائج في كل مناطق الوطن الجزائري باختلاف نمط الأسرة وطريقة البنية النفسية للمسن وإدراكه العقلي للحياة والرضا عنها وتقبله لمرحلة الشيخوخة والتكيف مع التغيرات التي تحدث فيها، فليس كل مسن يعاني من مشاكل نفسية وجسمية فهذا يعني أنه غير سعيد في حياته، لأنه يرجع الأمر وتقدمه في العمر إلى قضاء الله وقدره وبذلك يتمتع بالرضا والسعادة بالرغم من الأمراض الجسمية والمشاكل النفسية التي يمر بها.

فهذه الدراسة تمهد لسلسلة من الأبحاث التي يمكن القيام بها حول متغيرات التي تناولناها كالدعم النفسي الاجتماعي لدى المسنين، واستكمالا لنتائج هذه الدراسة نقترح مجموعة من الدراسات التي يمكن البحث فيها:

1. الدعم النفسي الاجتماعي وعلاقته بالشعور بالوحدة النفسية والاكئاب لدى المسنين .
2. الدعم النفسي الاجتماعي وعلاقته بالحاجات النفسية لدى المسنين.
3. دور الدعم النفسي الاجتماعي في التخفيف من مشاكل المسنين.
4. دراسة مقارنة بين المسنين في الشمال والجنوب في الدعم النفسي الاجتماعي وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي.
5. دراسة الصحة النفسية ومشكلاتها لدى المسنين.

مقترحات وتوصيات الدراسة.

- ✓ رفع مستوى الدعم النفسي الاجتماعي بأبعاده المختلفة من طرف الأشخاص المحيطين بالمرضى سواء كانت الأسرة أو الأصدقاء أو المجتمع، من أجل الوصول إلى صحة نفسية جيدة وتحقيق توافق نفسي للمرضى مع التغيرات التي تحدث له في مرحلته (الشيخوخة) المتمثلة في المشاكل النفسية والأمراض الجسمية.
- ✓ العمل على توعية أفراد أسرة المرضى على أهمية الدعم المعنوي والعاطفي الذي يساهم بشكل كبير في تحقيق التوافق والشعور بالسعادة والرضا عن الحياة لدى المرضى.
- ✓ إجراء المزيد من الدراسات عن الرضا عن الدعم النفسي الاجتماعي المقدم من مصادر الدعم النفسي الاجتماعي، وذلك لاختلاف الأهمية النسبية لمصادر الدعم بين المرضى.
- ✓ التكفل النفسي الاجتماعي بفئة المرضى وتوضيح لهم أهمية الدعم المقدم لهم من مختلف المصادر وكيفية إدراكه، من أجل التأقلم مع حياته.
- ✓ زيادة اهتمام الأسرة بالمرضى وتقديم له العون والمساعدة والدعم من أجل زيادة الثقة بانفس، ومساعدة المرضى العاجزين عن الحركة والذين ليس لديهم من يقوم بإخراجهم من بيوتهم للتنزه، وتقديم لهم المساندة النفسية والاجتماعية.
- ✓ تفعيل دور المؤسسات والنوادي في تقديم الدعم النفسي الاجتماعي للمرضى، وقيام بعض الجمعيات الخيرية بمساعدة المرضى وتقديم لهم الدعم بأنواعه على نطاق أوسع.
- ✓ التركيز على احتياجات المرضى واهتماماتهم وتدعيمهم من أجل رفع معنوياتهم النفسية.
- ✓ على أفراد أسرة المرضى العمل لتقليل الروتين الذي يشعر به المرضى والعمل على مشاركته في نشاطات معينة تجعله أكثر رضا عن حياته وتقبله لمرحلة الشيخوخة.
- ✓ القيام بحملات توعية ونفسية هادفة عن الفراغ القاتل الذي يشعر به المرضى في داخله مما له أثر كبير في سوء نفسيته ومعاناتها، والعمل على تقديم له الدعم الكافي.

## الخاتمة

- ✓ الحرص على توعية أفراد المسن والمحيطين به بالاضطرابات النفسية والأمراض التي يعاني منها كالزهايمر، ذهان الشيخوخة، وكيفية التعامل معها وجعل المسن يتكيف مع وضعه وعلاجه طبيا ونفسيا.
- ✓ الحرص على عدم إهمال وسوء معاملة المسن بأنواعها المختلفة.
- ✓ أهمية تأهيل وتكوين أسر وعائلات المسنين في مجال تقديم الدعم النفسي الاجتماعي كونهم الوسط الذي يعيش معهم المسن.
- ✓ التوعية الدينية والإرشاد الديني ببر الوالدين وعدم رميهم خارج الإطار الأسري والوسط الطبيعي، والتأكيد على أهمية الدعم النفسي الاجتماعي من الناحية الدينية التي وصى بها الله عز وجل.
- ✓ نشر الوعي والإرشاد النفسي للمسنين في تقبل مرحلة الشيخوخة والتغيرات التي تحدث فيها، والإيمان بقضاء الله وقدره.
- ✓ مساعدة الأسر في كيفية التعامل مع المسنين العنيدون والمتعصبين الذين يعانون من نوبات الغضب والضرب والشتن، وتقديم لهم الدعم.
- ✓ التكفل أيضا بالمسنين ذوي الاحتياجات الخاصة وتقديم لهم الدعم بأبعاده المختلفة.
- ✓ إنشاء خلايا إصغاء تتكفل بمشاكل المسنين وعلاجها مجانا قرب مساكنهم ومختلف قضاياهم، وضرورة إقامة نوادي للمسنين وإعداد برامج ترفيهية بواسطة رحلات استجمامية واستكشافية.

# المراجع

## المراجع

1. القرآن الكريم
2. ابن منظور و آخرون ،ب ت، المعجم الوسيط ، مكتبة مشكاة الإسلامية .
- 3.الرفاعي نعيم(1982)، الصحة النفسية، ط6، جامعة دمشق، سوريا.
- 4.أسماء أوعود (2014) الاضطرابات النفسية بين السيكلوجيا الحديثة و المنظور الإسلامي ،إصدارات مؤسسة العلوم النفسية العربية ، العدد 8 .
- 5.آمال عبد السميع باظه (1999) الصحة النفسية ،دار الكتب ، ط1 ، جامعة طنطا.
- 6.الزين عباس عمارة ( 2006 ) مدخل إلى الطب النفسي ، اصدارات شبكة العلوم النفسية العربية ، سلسلة الكتاب الالكتروني ، العدد الخامس، القاهرة .
7. إياد رجب السراج ( 2015 ) دليل تدريبي .الصحة النفسية و حقوق الإنسان ، شركة قلقت للحلول الإبداعية ، غزة .
8. أحمد العقباوي ،يحيى الرخاوي( 1999 ) المرشد في الطب النفسي ، منظمة الصحة العالمية ، مكتب الإقليمي للشرق المتوسط .
9. أبو عوض، سليم (2009) التوافق النفسي للمسنين، دار أسامة، عمان.
- 10.بطرس حافظ بطرس (2008) التكيف و الصحة النفسية للطفل ، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة ،ط1، عمان الأردن .
11. بشير حسام (2011) فعالية النشاط الرياضي الترويحي في تحقيق الصحة النفسية و إدماج المعاق حركيا، أطروحة الدكتوراه في نظرية و منهجية التربية البدنية و الرياضة ،الجزائر.
12. جمال أبو دلو (2009) الصحة النفسية ، دار أسامة للنشر و التوزيع ، عمان الأردن .

13. حمود بن سالم الجابري (2011) المسنون في المجتمع العماني، الأمانة العامة المساعدة لشؤون المعلومات والبحوث، سلطنة عمان.
14. حامد عبد السلام زهران (2005) الصحة النفسية و العلاج النفسي، ط4 ، عالم الكتب ، الاسكندرية .
15. خالد عبد الحميد عثمان(ب.س) مظاهر الصحة النفسية لذوي الاحتياجات الخاصة،كلية المعلمين بمحافظة جدة ، جامعة الملك عبد العزيز .
16. رشيد محمد العيسوي (2003) التعلم والصحة النفسية، دار الهدى عين مليانة، الجزائر.
17. زينب عبد الرزاق و آخرون(2008) الصحة النفسية ، مركز التنمية الأسرية بالإحساء .
18. سعد الجنابي (2009) المدخل المنظومي في التعليم والصحة النفسية،كلية العلوم التربوية و النفسية، المملكة العربية ، فاس .
19. سيد صبحي (2003) الإنسان و صحته النفسية ،الدار المصرية اللبنانية ،ط1.
20. سعيد حسن العزة (2004) تمرريض الصحة النفسية ، دار الثقافة للنشر و التوزيع ،ط1، عمان .
21. صالح حسن الداھري،2004،مبادئ الصحة النفسية،دار وائل للنشر و التوزيع،ط1،الأردن،عمان.
22. عبد العزيز بن عبد الله الأحمد (1999) الطريق إلى الصحة النفسية ،ط1 ، دار الفضيلة للنشر و التوزيع ،الرياض .
23. عبد العزيز القوصي (1952) أسس الصحة النفسية ،مكتبة النهضة المصرية، ط4 ،القاهرة .
24. عبد الفتاح دويدار (ب.س) علم النفس الإكلينيكي و الطب النفسي
25. عبد الستار إبراهيم و عبد الله عسكر(2008) علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي ، ط4،مكتبة الأنجلو المصرية ،القاهرة .
26. عبد الفتاح محمد العيسوي (1993) تاريخ الطب النفسي عند المسلمين،دار النهضة العربية للطباعة و النشر ، القاهرة .

27. عبد اللطيف محمد خليفة (ب.ت)، دراسات في سيكولوجية المسنين، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، جامعة القاهرة.
28. عبد الله بن ناصر السدحان ( 2008) الشيخوخة و كيفية تعامل الإسلام مع متغيراتها .
29. عبد اللطيف محمد خليفة ، ب.ت ،دراسات في سيكولوجية المسنين ،دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع ، القاهرة .
30. فيكرام باتل (2008)،الصحة النفسية للجميع ،ط1 ، ورشة الموارد العربية .
31. كامل علوان الزبيدي (2009) علم نفس الشيخوخة، مؤسسة الوراق للنشر و التوزيع ،ط1، الأردن عمان .
32. لطفي الشرييني ، ب.ت ، الاكتئاب : المرض و العلاج ، دار الكتب و الوثائق القومية ،الإسكندرية.
33. محمد السعيد أبو حلاوة (2005 ) الاكتئاب لدى الأطفال و المراهقين ،كلية التربية ، جامعة بدمهور،الإسكندرية .
34. محمد نبيل عبد الحميد ، ب.ت، العلاقات الأسرية للمسنين و توافقهم النفسي، دار الفنية للطباعة و النشر، الإسكندرية .
35. محمد عودة الريماوي وزملائه (2004) علم النفس العام، دار الميسرة للنشر والتوزيع، عمان.
36. مساري حسن الراوي (2009) سيكولوجية الشيخوخة، دار الياقوت للطباعة و النشر، عمان .
37. مدثر سليم أحمد (2003) الصحة النفسية ، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع ، الإسكندرية.
38. مدحت عبد الحميد عبد اللطيف(2011)الصحة النفسية والتوافق الدراسي ،دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية .
39. محمد قاسم عبد الله (2007) مدخل إلى الصحة النفسية، دار الفكر،ط3، عمان .
40. محمد السيد الهابط (2003) التكيف و الصحة النفسية،ط3،المكتبة الجامعية ، إسكندرية .
41. مصطفى فهمي (1978) التكيف النفسي، دار مصر للطباعة ، مصر .

- 42.نمير حسن مجلة البحوث التربوية و النفسية ، العدد 19 ، كلية التربية ، الجامعة المستبصرة .
- 43.هدى محمد قناوي (1978) سيكولوجية المسنين ،مركز التنمية البشرية و المعلومات، الطبعة الأولى، مصر .
- 44.وزارة الصحة العامة ( 2015 ) تحليل الوضع وإستراتيجية الصحة النفسية واستخدام المواد المسببة للإدمان ، وقاية ،تعزيز و علاج ، طبعة ثانية، لبنان ، بيروت.
- 45.يحي مرسى عيد بدر(2008) المسنون في عالم متغير ( مقدمة في علم الشيخوخة )، دار العالم العربي، مصر.
46. محمد حامد الناصر وآخرون (2006) الشيخوخة \_دراسة شرعية\_اجتماعية\_ نفسية، دار المحمدي للنشر والتوزيع، ط1، المملكة العربية السعودية.

#### ب . المراجع الأجنبية

- 47.Hantal Henry (2004) **Maniaco–Dépressive ou Troubles Bipolaires** ,  
Encyclopédie Orphanet, janvier.
- 48.Jeanette, C. Takamura, Ph.D. ( 2001) **OLDER ADULTS AND MENTAL HEALTH: ISSUES AND OPPORTUNITIES** ,U.S. Department of Health and  
Human Services January
- 49.Jané–Liopis, E., & Gabilondo, A. (Eds). (2008). **Mental Health in Older People**, Luxembourg: European Communities
- 50.Lavona Traywick(2007)**Depression In The Elderly**,University Of  
kansas,Landon .
- 51.Malcolm Anderson (2002) **Parent du personnel des soins et services à domicile Guide à l'intention** Association canadienne pour la santé mentale .

52. Ministry of Health ( 2011) Mental Health and Addiction Services for Older People and Dementia Services: Guideline for district health boards on an integrated approach to mental health and addiction services for older people and dementia services for people of any age, by the Ministry of Health, PO Box 5013, Wellington 6145, New Zealand.Schwebel.Andrewl.Barocas, Harvey
- 53.Monica Jekovska(2008) **Pauvre te, Santé Mental** Agente De Recherche
- 54.Reichman Walter(1990), **personality adjustment and growth**, Du CRDS NY.WM .C.C brow publishers.
55. Shoba Raja( 2009) **An introduction to mental health Facilitator's Manual for Training Community Health Workers in India** ,Nossal Institute for Global Health The Univesity of Melbourne,Mars
- 56.Tony Clement( 2006) **Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada**, Gouvernement du Canada.

## المجلات

- 57\_إيمان شعبان أحمد( 2009) مشكلات التقاعد لدى المسنين وأثرها على الرضا عن الحياة، مجلة بحوث التربية النوعية، جامعة المنصورة، العدد الرابع عشر، مايو.
- 58.رغداء نعيبة، المساندة الاجتماعية الأسرية وعلاقتها بمستوى الاكتئاب لدى المسنين في دور الرعاية بمحافظة اللادقية، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية \_ سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية المجد(36) العدد2، 2014.
- 59.رشيد مسيلي وآخرون (2011) **أهمية المساندة الاجتماعية في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لدى الشباب البطال**، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد الثاني جوان 2011.

60. زقار رضوان (2016) الشيخوخة بين التدهور الجسدي والانهييار المعنوي، دراسات نفسية وتربوية، عدد 17 ديسمبر 2016.

60. جولتان حجازي و عطاق أبو غالي، 2009 ، مشكلات المسنين(الشيخوخة )وعلاقتها بالصلابة النفسية، دراسة ميدانية على عينة من المسنين الفلسطينيين في محافظات غزة" مجلة جامعة النجاح للأبحاث ( العلوم الإنسانية ) مجلد 24(1) .

61. خليل إبراهيم عبد الرزاق (2016)، دور الخدمة الاجتماعية في التخفيف من حدة مشكلة العلاقات الاجتماعية للمسنين من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال رعاية المسنين، مجلة جامعة الأقصى (سلسلة العلوم الإنسانية) المجلد العشرية، العدد الثاني، ص326\_356، يونيو 2016.

62. سهيلة عبد الرضا عسكر، الانتماء الاجتماعي وعلاقته بالإذعان لدى المسنين، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد التاسع عشر.

63. طيبي غماري، 2014، التدين و الصحة النفسية في الجزائر : تبرير للعلاقة الايجابية بين الإسلام و علم النفس ، مجلة التشريع الإسلامي و الأخلاق، مخبر البحوث الاجتماعية و التاريخية ،جامعة معسكر، الجمهورية الجزائرية .

64. علي خرف الله، المساندة الاجتماعية في العلاقة الخاصة كعامل وسيط للتخفيف من آثار الضغوط، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية-جامعة الشهيد حمة لخضر-الوادي العدد 14/13 ديسمبر 2015 صص 367-376).

65. علاء الدين جهاد(2004) التوافق النفسي للمتقاعدين من كبار السن الأردنيين العاملين والغير العاملين من كلا الجنسين ، مؤتة للبحوث و الدراسات المجلد . ،01العدد. 7، ص113\_142.

66. فؤاد عبد المنعم أحمد (ب.ت)، حقوق المسنين وواجباتهم في الإسلام مع بيان الحماية النظامية لهم بالمملكة العربية السعودية، قسم العدالة الجنائية بأكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.

67. فقيه العيد (2007) أهمية الصحة النفسية للطالب الجامعي (دراسة ميدانية لواقع الصحة النفسية لدى طلاب) مجلة جامعة دمشق - المجلد 23- العدد الثاني 2007 ، تلمسان الجزائر .
68. كمال يوسف بلان، دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية أو مع أسرهم، مجلة جامعة دمشق\_ المجلد 25 \_ العدد (2+1) 2009.
69. كامل حسن كتلو، الصحة النفسية لدى المسنين الفلسطينيين/ دراسة ميدانية لواقع الصحة النفسية لدى المسنين الفلسطينيين (في بيوت المسنين ونوادي المسنين وفي البيوت في محافظة بيت لحم)، المجلة الأردنية العلوم الاجتماعية، المجلد 9، العدد 2، 2016.
70. منى حميد حاتم (2011) المشكلات الصحية والنفسية لذوي الاحتياجات الخاصة (المسنين)، مجلة كلية الآداب، العدد 98.
71. مجذوب أحمد، الصحة النفسية والذكاء الوجداني وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة العلوم النفسية والتربوية، العدد 2 ، مارس 2016.
72. ماهر يوسف المجدلاوي، التفاؤل والتشاؤم وعلاقته بالرضا عن الحياة والأعراض النفسجسمية لدى موظفي الأجهزة الأمنية الذين تركوا مواقع عملهم بسبب الخلافات السياسية في قطاع غزة، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، المجلد العشرون، العدد الثاني، ص 207 - ص 236 يونيو 2012.
73. هند عقيل الميزر، تصور مقترح لممارسة نموذج الحياة في تحقيق المساندة الاجتماعية لأمهات الأيتام، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية جامعة حلوان، العدد الخامس والعشرون، الجزء الأول، أكتوبر 2008
74. يمينه خلادي، درجة الاتصال النفسي بين المسن وأفراد أسرته كما يدركها المسن وعلاقتها بتوافقه النفسي الاجتماعي، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد التاسع، ديسمبر 2012.

## الرسائل الجامعية

75. إبراهيم أمحي (2012) مفهوم الذات وعلاقته بالتكيف الاجتماعي لدى عينة المسنين، رسالة ماجستير في علم النفس، جامعة وهران السانبا.

76. أحمد ضرار (2006) الدعم الاجتماعي واستراتيجيات التكيف لدى الأطفال المعرضين للخطر في الأردن، رسالة ماجستير في إرشاد نفسي في جامعة اليرموك، إربد، الأردن.

77. أسامة محمد المبحوح (2015) المساندة النفسية الاجتماعية وعلاقتها بالتوافق الأكاديمي

لدى الطلاب المستفيدين من صندوق الطالب بالجامعة الإسلامية بغزة"، رسالة ماجستير في علم النفس\_ صحة نفسية ومجتمعية بكلية التربية في الجامعة الإسلامية بغزة.

78. أمزيان نعيمة (2005) الآثار السوسيو اقتصادية لحدث التقاعد على فئة العمر الثالث، رسالة ماجستير في علم الاجتماع الديمغرافي، جامعة الجزائر.

79. بندر بن محمد حسن (2016) اتخاذ القرار وعلاقته بكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينه من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف، رسالة ماجستير في علم النفس تخصص توجيه تربوي ومهني، جامعة أم القرى.

80. بوحاتمي سامية (2001) السند الاجتماعي المقدم في دور العجزة ودوره في تخفيض الضغط النفسي عند كبار السن الموجودين هناك بسبب معاناتهم من الرفض العائلي، رسالة ماجستير في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر.

81. روزين نايف منصور ناصر (2009) مستوى الضغوط النفسية ومستوى الدعم الاجتماعي لدى المسنين في دور الرعاية في مدينة الناصرة، رسالة ماجستير في تخصص الإرشاد في جامعة اليرموك، إربد، الأردن.

- 82.رياض سعيد (2008) مشكلات التوافق النفسي الاجتماعي للمسنين في الجزائر، أطروحة دكتوراه دولة في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر.
- 83.رانيا محمد الحسن عثمان (2016) الصحة النفسية لدى النزلاء وعلاقتها ببعض المتغيرات رسالة الماجستير في علم النفس الجنائي، جامعة الرباط الوطني.
- 84.رولا مجدي هاشم الصفدي (2013) المساندة الاجتماعية و الصلابة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى زوجات الشهداء والأرامل بمحافظات غزة، رسالة ماجستير في علم النفس، كلية التربية، جامعة الأزهر\_غزة.
- 85.ريتا علي زيدو (2013) المشكلات النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى كبار السن، رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي، جامعة دمشق.
- 86.شدمي رشيدة (2015) واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، أطروحة الدكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان.
- 87.ساعو مراد، تأثير السند الاجتماعي (بأبعاده المختلفة) في الصحة النفسية لدى مرضى الغدة الدرقية، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة مولود معمري\_تيزي وزو.
- 88.سهاد سمير بدر (2014) الدعم النفسي \_الاجتماعي وعلاقته بكل من الحاجات النفسية والرضا عن الحياة لدى المسنين، أطروحة الدكتوراه في الإرشاد النفسي، جامعة دمشق.
- 89.سني أحمد (2015) تقدير الذات وعلاقته بالتوافق النفسي لدى المسن، رسالة ماجستير في علم النفس الأسري، جامعة وهران 2.
- 90.صفا عيسى صيام (2010) سمات الشخصية و علاقتها بالتوافق النفسي للمسنين في محافظة غزة، رسالة الماجستير ،كلية التربية ،جامعة الأزهر . غزة / فلسطين.
- 91.عبد الرحمان بن فهد الفهدي (2011) المشكلات المرتبطة بمرحلة التقاعد من وجهة نظر المتقاعدين، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.

92.عائدة عبد الهادي حسنين (2004) الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل، رسالة ماجستير في علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة.

93.قدور بن عباد هوارية (2014) المساندة الاجتماعية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات، رسالة دكتوراه في علم النفس العمل، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران.

94.قدور نوبيات (2013) علاقة الكدر الزوجي بكل من الصحة النفسية والرضا عن الحياة لدى عينة من المتزوجين، أطروحة دكتوراه العلوم في علم النفس الاجتماعي، جامعة قاصدي مرباح\_ورقلة.

95.قنون خميسة (2007) الدعم الاجتماعي المدرك وعلاقته بالاكتئاب لدى المصابين بالأمراض الانتانية، رسالة ماجستير في علم النفس تخصص علم النفس المرضي الاجتماعي، جامعة محمد خيضر\_بسكرة.

96.ابنى عكروش(2000) مشكلات كبار السن في المجتمع الأردني (مقارنة سوسولوجية )،رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاجتماعية ،الجامعة اللبنانية ،معهد العلوم الاجتماعية ،لبنان.

97.لعبيدي نادية(2009) المكانة الاجتماعية للمسن في الأسرة الجزائرية، رسالة ماجستير في علم الاجتماع تخصص:عائلي، جامعة الحاج لخضر، باتنة.

98.محمود سعيد (2008) مستوى الرعاية النفسية المقدمّة للمسنين بدور الإيواء بولاية الخرطوم واتجاهات المسنين نحوها، رسالة ماجستير علم النفس، دامة الخرطوم.

99.مروة عثمان حسين مصطفى الصحة النفسية للمسنين بدور الإيواء بولاية الخرطوم وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير في علم النفس الاجتماعي، جامعة الرباط الوطني.

100.محمد محمد محمد عودة (2010) الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة، الجامعة الإسلامية بغزة.

101. مها محمد عبد الرؤوف البربري ، ب.ت، الوحدة النفسية و علاقتها للعض المتغيرات الشخصية لدى المسنين، رسالة ماجستير في علم النفس ، كلية الآداب ، جامعة طنطا .
102. منال القيسي ادكيدك (2006) العنف ضد المسنين في القدس الشرقية وصف وتفسير لبعض مظاهر العنف من وجهة نظر المسنين أنفسهم، رسالة ماجستير في علم الاجتماع كلية الدراسات العليا في جامعة بيرزيت.
103. مروة فتحي (2014) الشيخوخة الناجحة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية، أطروحة دكتوراه في الآداب (علم النفس) جامعة عين شمس.
104. مروان عبد الله دياب(2006) دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين ،رسالة مقدمة لقسم علم النفس بكلية التربية في الجامعة الإسلامية بغزة رسالة الماجستير في علم النفس .
105. نادية محمد عبد الحفيظ هلال (2012) العوامل الاجتماعية المرتبطة بالتوافق النفسي للمسنين، رسالة ماجستير في العلوم البيئية، جامعة عين شمس.
106. نفسية فوزي عمر عيسوي (2012) المساندة الاجتماعية وعلاقتها بمعنى الحياة وبعض السمات الشخصية لدى المراهقين المكفوفين بصريا، رسالة ماجستير في التربية تخصص إرشاد نفسي، جامعة القاهرة.
107. نبيلة باوية (2013) الدعم الاجتماعي وعلاقته بالاحترق النفسي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، أطروحة دكتوراه تخصص علم النفس الاجتماعي، جامعة قاصدي مرياح \_ورقلة.
108. نعيم مطر جمعة الغلبان (2008) مرحلة الشيخوخة متغيرات ومتطلبات في الجانب النفسي والبيولوجي.رسالة دكتوراه غير منشورة،جامعة العالم الأمريكية،غزة.
109. ولاء عبد المنعم عبد المنعم العشري ( 2007 ) المساندة الاجتماعية وعلاقتها بضغط الحياة والاكتئاب لدي العاملات " ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة المنصورة

## المحاضرات

110. جهاد علاء الدين (1999) التوافق النفسي للتقاعد لدى كبار السن المتقاعدين العاملين وغير العاملين من الجنسين، محاضرة متفرغة في قسم علم النفس التربوي بكلية العلوم التربوية، الجامعة الهاشمية - الزرقاء - دكتوراه (إرشاد نفسي) جامعة القاهرة .

## منظمات

111. الوقاية من الاضطرابات النفسية التدخلات الفعالة والخيارات السياسية (2004) منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط ، القاهرة .

112. تعزيز الصحة النفسية : المفاهيم، البيانات المستجدة، الممارسة : التقرير المختصر/منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، صدرت الطبعة الإنجليزية في جنيف 2002.

113. تعزيز الصحة النفسية: المفاهيم، البيانات المستجدة، الممارسة (2005) التقرير المختصر/منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط ، القاهرة .

114. سعاد عبد العال الطاهر، الدعم النفسي والاجتماعي للأطفال واليا فعين في الطوارئ، الدليل القومي لتقديم الحد الأدنى من مهارات التدخل لمقدمي الخدمة.

115. عبد المناف الجادري (2008) مبادئ الدعم والإسعاف النفسي الأولي للقائمين على الرعاية النفسية للمصابين بالصدمة النفسية الناجمة عن حوادث العنف والكوارث، إعداد مكتب منظمة الصحة العالمية في العراق، 2008.

116. عبد الرحمن بن علي العجلان (2014) لو كان عندي عيال ما شفتني هنا، دراسة أنثوجرافية مطبقة على مجموعة من المسنين بدار الرعاية الاجتماعية، جامعة الملك سعود.

## مقال ومؤتمرات

117. أروا الشوري جي (2015) الدعم النفسي للزوجات"، الوطن بوابة إلكترونية شاملة.

118. بشر ديانى (2016) ما هو الدعم النفسي الاجتماعي، سلسلة الدعم النفسي الاجتماعي " الباحثون السوريون\_علم النفس\_أوت.

119. حسن عبد رب النبي (2015) الدعم النفسي والشيخوخة، أم القرى، العدد 17288.

120. زينب، دهيمي (2012) التوافق الاجتماعي والنفسي للمسن في الأسرة الحديثة. ورقة مقدمة للملتقى الوطني الأول حول الشيخوخة في المجتمع الجزائري واقع وتحديات. جامعة الجزائر.
121. شيخوخة السكان في البلدان العربية ، اللجنة الاقتصادية و الاجتماعية لغربي آسيا (الاسكو)، الأمم المتحدة ، نيويورك ، 13 فيفري 2007
122. صالح بن عبد الله أبو عباة (1999) دراسات في مجال العمل مع المسنين، لمؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي " جامعة عين شمس .
123. عبد الحكيم محمود، 2013، اليوم العالمي للصحة النفسية، مقال ، منظمة المجتمع العلمي العربي.
124. [محمد جرادات](#) (2011) الدعم الاجتماعي للمسنين، قاعة: علم النفس الاجتماعي.
125. وجدي محمد بركات (2010) دمج المقيمين في دور الإيواء والمؤسسات الاجتماعية بالمجتمع "التدخل المهني مع المسنين لدمجهم بالمجتمع كنموذج تطبيقي" ، دراسة نفسية ، جامعة أم القرى .

## Les Journaux

126. Alexandra Kaun (2013) **Santé mentale et soutien psychosocial** ,  
directives opérationnelles pour la programmation des opérations auprès des  
réfugiés , UNHCR ,

127. Jean Claude (1997) **Vieillesse et Âge, santé publique** , N21,  
Décembre, Page 17 .

128. Janine Chanteur (2002) **Vieillir : Angoisse ou Espérance ?** éditions  
scientifiques et médicales .

129. Nana Wietedemann (2008) **Reference centre for psychosocial support**,  
Mansoura Univ., Vol.2 (8): 1015 – 1032, 2011.

131. Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalier , \_ office nationale des statistiques. suivi la situation des enfants et des femmes ,  
Enquête nationale a indicateurs multiples MICS3 2006

132. Sarason (1983) **support asseaaing social support** , the social questionnaire . journal of personality and social psychology , 44 , 1 , 127– 139

مواقع النت

.133www:// syr\_res,com/2be8

<http://medicalxpress.com/news/2016-03-social-bad-older-adults.html>

[www.Djazairress.com/elhiwar/28789](http://www.Djazairress.com/elhiwar/28789)

<http://medicalxpress.com/news/2016-03-social-bad-older-adults.html>

<http://educapsy.com>

<http://montada.aya.sy/showthread.php>

# الملاحق

## الملحق رقم 01

### دليل المقابلة نصف الموجهة

إعداد: الباحثة

#### \*البيانات الشخصية

- الاسم :  
العمر :  
الجنس :  
المستوى التعليمي :  
عدد الأولاد :  
السوابق المرضية :  
تاريخ إجراء المقابلة :  
بيانات عن الحالة الاجتماعية :  
متزوج (ة) :  
أرمل (ة) :  
مطلق (ة) :  
1 \_ بيانات عن إقامة المسن  
هل تسكن مع الأسرة :  
مع أحد الأقارب :  
مع أحد الأبناء :  
2 \_ هل تتلقى مساعدة مالية ؟  
معاش التقاعد :  
مبلغ من البلدية (شبكة ) :  
3 \_ من الشخص الذي يقوم باستلام هذه المساعدة المالية ؟  
المسن بنفسه :  
أحد أفراد الأسرة :  
أحد الأقارب :

## الملحق رقم 02

مقياس الصحة النفسية في صورته الأولية

من إعداد: الباحثة

الرقم	العبارات	نعم	لا
01	تشعر بالوحدة		
02	راك وحدك حتى و أنت مع الناس		
03	ترى بأن الأمور أفضل مما كانت عليه		
04	أنت راض عن أسلوب حياتي		
05	ليس في الحياة ما يستحق أن تعيش من أجله		
06	تفضل البقاء في البيت على الخروج		
07	كثيرا ما تعاني من القلق		
08	لديك ثقة بنفسك و بمن حولك		
09	تلوم نفسك على الأحداث التي تمر بها		
10	تشعر بان الحياة ميئوس منها		
11	لديك أفكار لا ترغب فيها		
12	قادر على اتمام ما تقوم به من أعمال		
13	تحس بالأمل حول مستقبلك		
14	تشعر بالسعادة في حياتك		
15	تجادل كثيرا		
16	تقلصت علاقاتك بسبب تركك للعمل		
17	تحسن بأن ذهنك خال من الأفكار		
18	لا تهتم بمظهرك الخارجي		

		تشعر بأن لا أحد يفهموك	19
		أنت قادر على تكوين علاقات جديدة	20
		تتنام و أنت غير مرتاح	21
		تشعر بأن من حولك يسخرون منك	22
		تشعر بإهمال المجتمع لك نتيجة كبر سنك	23
		تشعر بالإعياء و الدوخة	24
		تصاب بألم في المعدة و في صدرك و قلبك	25
		تشعور بالضعف و رعشة في أجزاء الجسم	26
		تنسى كثيرا	27
		يقلقك ضعف في سمعك و بصرك	28
		تشعر بألام في أسفل الظهر	28
		تعاني من مرض السكري و ضغط الدم	29
		تشعر بألم في رأسك و المفاصل	30
		تصاب بالحرارة و البرودة	31
		تجد صعوبة في المشي	32
		تعاني من إعاقة في جسمك	33
		تجد صعوبة في تذكر الأشياء	34

### الملحق رقم 03

مقياس الصحة النفسية في صورته النهائية

من إعداد: الباحثة

الرقم	العبارات	نعم	لا
01	نحس روحي وحدي حتى و أنا مع الناس		
02	نشوف الأمور أفضل مما كانت عليه		
03	قادر نقوم بأعمالي		
04	راني متفاؤل للخير		
05	نفضل نقعد في الدار على الخروج		
06	نتقلق بزاف		
07	ناقش بزاف في بعض المواضيع		
08	نحس بالحياة ميئوس منها		
09	نفكر بزاف في حوايج ما نحبهاش		
10	أنا راض عن أسلوب حياتي		
11	مكانش حاجة في الحياة تستحق أن أعيش من أجلها		
12	راني سعيد في حياتي		
13	راني راض على روحي		
14	نلوم نفسي بزاف على ما يحدث لي		
15	نقصت علاقاتي بسبب ترك العمل		
16	بسيف لا نمشي		
17	عندي إعاقة في جسمي		
18	أشعر بأن لا أحد يفهموني		
19	نحب إكون عندي صحاب جدد		
20	نرقد و أنا مش مرتاح		
21	أشعر بأن من حولي يسخرون مني		

		نحس بإهمال المجتمع لي نتيجة كبر سني	22
		نحس بالوجع في ظهري	23
		نتقلق بزاف كي ما عدتش نشوف	24
		راني خايف من الموت	25
		صحابي اللي في عمري يبغوني	26
		نفرح كي نهدر مع الناس	27
		نحس بالدوخة	28
		نحس بالوجع في المعدة و القلب	29
		نحس بالرعشة في صحتي	30
		ننسى بزاف	31
		نتقلق بزاف كي ما عدتش نسمع	32
		نعاني بزاف من الفراغ	33
		نبغي نكون وحدي	34
		نحس بألم في رأسي و المفاصل	35
		نحس بالسخانة و البرودة في صحتي	36
		نحسن عايلتي قاع يفهموني	37
		نهتم بالمظهر انتاعي	38
		بسيف نذكر الأشياء	39

## الملحق رقم 04

### استبيان الدعم النفسي الاجتماعي في صورته الأولية

إعداد : الباحثة

الرقم	العبارات	نعم	لا
01	تشعر بأنك مقبول من طرف الآخرين		
02	يعاملونك أولادك معاملة حسنة		
03	يشعرونك من هم حولك بالراحة اتجاه ما تقوم به		
04	أنت راض على حياتك		
05	أنت راض عن المساعدة التي يقدمونها لك		
06	أنت راض بقضاء الله و قدره		
07	يقدمون لي أبنائي الرعاية عندما أكون مريضا		
08	يزروني أبنائي في المناسبات		
09	تتجنب الاتصال مع الآخرين		
10	تتحدث عن مشاكلك مع أفراد أسرتك		
11	لا يصغي إليك أصحابك عندما تتحدث إليهم		
12	تجد العون من أفراد عائلتك		
13	تقضي وقتا ممتعا مع من هم حولك		
14	تشعر بأنك عضو في جماعتك		
15	يهتمون بك أفراد أسرتك عندما تكون في موقف صعب		
16	يشاورونك أبناءك في مواضيعهم		
17	يدعمونك أفراد أسرتك عندما تكون بحاجة إلى المال		

		لا يشعرونك بأن لديك قيمة	18
		تسمع إلى النصائح التي يقدمونها لك	19
		يخبرك أفراد أسرتك بما يحدث لهم	20

## الملحق رقم 05

### استبيان الدعم النفسي الاجتماعي في صورته النهائية

الرقم	العبارات	دائما	أحيانا	أبدا
01	راني مرتاح في حياتي مع عائلتي			
02	نتحدث عن مشاكلنا مع ولادي			
03	نحس بالراحة كي نشوف الناس يهتموا بيا			
04	يقدموا لي أسرتي الرعاية عندما أكون مريضا			
05	يزروني ولادي في المناسبات			
06	أنا راض بقضاء الله و قدره			
07	نسمع ولادي كي ينصحوني			
08	يعاملوني معاملة حسنة			
09	أجد من يخفف عني عندما كي نكون قلق			
10	مساعدة الناس لي تخلني ناجح في حياتي			
11	أنا راض عن المساعدة التي يقدمونها لي			
12	نتجنب الكلام مع الآخرين			
13	راض على ما يقوم به عائلتي اتجاهي			
14	يسمعوني صحابي كي نهدر معاهم			
15	راض على مجهودات ولادي من أجلي			
16	نفوت وقت مليح مع جماعتي			
17	نحس بناس يهتموا بيا			
18	أنا راض على حياتي			
19	نحس بالراحة عندما أطلب المساعدة من عائلتي			
20	يساعدوني ولادي عندما أكون بحاجة إلى المال			

## الملحق رقم 6

### أسماء الأساتذة المحكّمين

الرقم	الأساتذة	الدرجة العلمية
01	د.أبي ميلود عبد الفتاح	أستاذ محاضر بجامعة ورقلة
02	د.علي عون	أستاذ محاضر أ جامعة الأغواط
03	د.قويدري علي	أستاذ محاضر ب بجامعة الأغواط
04	د.رمضان عمومان	أستاذ محاضر بجامعة الأغواط
05	د.آمال بن عبد الرحمان	أستاذ محاضر جامعة غرداية
06	د. ميسون سميرة	أستاذ محاضر جامعة ورقلة
07	د.بن مجاهد فاطمة الزهراء	أستاذ محاضر بجامعة ورقلة
08	د. باعلي	أستاذ محاضر بجامعة ورقلة
09	د.مسيلي رشيد	أستاذ محاضر بجامعة الجزائر 2
10	د.السيد عبد الرحمان محمد	د. الطب النفسي بجامعة مصر

الفرضية الجزئية الثانية

Statistiques de groupe

	النوع	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
درجاتها	ذكر	40	65,4250	6,59404	1,04261
	انثى	57	63,9825	6,01335	,79649

Test des échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes							
	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %		
								Inférieur	Supérieur	
Hypothèse de variances égales	,529	,469	1,118	95	,267	1,44254	1,29084	-1,12010	4,00518	
Hypothèse de variances inégales			1,099	79,053	,275	1,44254	1,31203	-1,16896	4,05405	

## تحليل التباين للفرضية الجزئية الثالثة

### ANOVA

درجات\_أفراد\_العينة

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	44,774	1	44,774	,936	,344
Intragroupes	1052,559	22	47,844		
Total	1097,333	23			

## تحليل التباين للفرضية الجزئية الرابعة

### ANOVA

درجات\_أفراد\_العينة

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	195,396	2	97,698	2,275	,128
Intragroupes	901,938	21	42,949		
Total	1097,333	23			

تحليل التباين للفرضية الجزئية السادسة

ANOVA

درجاتها

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	42,374	1	42,374	1,080	,301
Intragroupes	3727,296	95	39,235		
Total	3769,670	96			

تحليل التباين للفرضية الجزئية السابعة

ANOVA

درجاتها

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	236,528	2	118,264	3,146	,048
Intragroupes	3533,143	94	37,587		
Total	3769,670	96			

تحليل التباين للفرضية الجزئية الأولى

ANOVA

		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
VAR00004	Intergroupes	2,009	1	2,009	,043	,839
	Intragroupes	659,429	14	47,102		
	Total	661,438	15			
VAR00007	Intergroupes	9,375	1	9,375	,208	,651
	Intragroupes	1716,000	38	45,158		
	Total	1725,375	39			
VAR00003	Intergroupes	14,008	1	14,008	,249	,636
	Intragroupes	337,867	6	56,311		
	Total	351,875	7			