

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة أبو القاسم سعد الله - الجزائر 02-
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع و الديموغرافيا

السلوكيات الصحية للمسنين في الجزائر

دراسة ميدانية لعينة من المسنين بدائرة سيدي أمجد بولاية الجزائر العاصمة

Health behaviors of the elderly in Algeria

A field study of a sample of the elderly in the Sidi M'hamed district Governorate
of Algiers

رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه (ل.م.د) في الديموغرافيا تخصص السكان والصحة

إشراف الدكتورة:

سامية عمارة

إعداد الطالب:

كريم بومعالي

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
أ.د عميرة جويذة	أستاذة التعليم العالي	جامعة الجزائر 2	رئيسا
د. عمارة سامية	أستاذة محاضرة -أ-	جامعة الجزائر 2	مشرفا ومقررا
أ.د ميساني فاطمة	أستاذة التعليم العالي	جامعة البويرة	عضوا خارجي 1
أ.د فاصولي زينب	أستاذة التعليم العالي	جامعة الجزائر 2	عضوا
د.بودور عبد المالك	أستاذ محاضر -أ-	جامعة الجزائر 2	عضوا
د. طويل محمد	أستاذ محاضر -أ-	جامعة غرداية	عضوا خارجي 2

السنة الجامعية 2022 - 2023

كلمة شكر

قال الله تعالى في كتابة الكريم: {وَمَنْ يَشْكُرْ فَإِنَّمَا يَشْكُرُ لِنَفْسِهِ} [سورة لقمان الآية 12]

وبعد، فإنني أحمد الله عز وجل حمداً كثير طيباً يملأ السماوات والأرض وأشكره قبل أي شيء على ما أكرمني به من إتمام هذه الدراسة وأرجو من الله أن تنفعني في ديني ودنياي وأنال بها رضا الله.

كما أريد التقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان لأستاذتي الفاضل الدكتور عمارة سامية المشرفة على هذا العمل وصبرها معي و تقديمها لي النصائح الثمينة وتوجيهات السديدة وتشجيعها لي لإتمام هذا العمل.

أود أيضاً التوجه بخالص الشكر لكل أساتذة جامعة الجزائر 2 الذين ساهموا ولو بالقليل من الدعم النفسي لي وعلى تقديمهم لي المساعدة وبالأخص أساتذة الديموغرافيا.

الإهداء

إلى والدي ووالدتي حفظهما الله اللذان تعبوا وسهروا على تربيتي وتعليمي منذ الصغر

إلى جميع أفراد العائلة والزملاء والأصدقاء

إلى كل من ساعدني في إنجاز هذا العمل المتواضع

مقدمة ١-١

الفصل الأول الإطار المنهجي لدراسة

المبحث الأول: المدخل المنهجي لدراسة

1-أسباب اختيار الموضوع وأهدافه..... 2

2-الإشكالية والفرضيات..... 3

3-تحديد المفاهيم والمصطلحات..... 6

4-الدراسات السابقة..... 11

المبحث الثاني: المنهجية المتبعة في البحث الميداني

1-المنهج المتبع في الدراسة..... 20

2-العينة وكيفية اختيارها..... 23

3-أدوات جمع البيانات..... 24

4-مراجعة وتبويب البيانات ومعالجتها إحصائياً..... 25

5-مجالات الدراسة الميدانية..... 26

الفصل الثاني: ماهية الشيخوخة وأهم نظرياتها

تمهيد

المبحث الأول: ماهية الشيخوخة

1-تعريف الشيخوخة.....29

2-مراحل الشيخوخة.....32

المبحث الثاني: خصائص مرحلة الشيخوخة

1-الخصائص النفسية.....33

2-الخصائص الجسمية.....35

3-الخصائص الاجتماعية.....36

4-الخصائص الاقتصادية.....38

المبحث الثالث: علم الشيخوخة ونظرياته

1-علم الشيخوخة.....39

2-الهدف من دراسة علم الشيخوخة.....41

3-نظريات الشيخوخة.....43

خلاصة

الفصل الثالث: التحول الديموغرافي والتشيخ السكاني

تمهيد

المبحث الاول: التحول الديمغرافي والتشيخ في العالم

1- التحول الديموغرافي واسباب التشيخ في العالم.....51

2- التحول الديمغرافي في البلدان المتقدمة.....53

3- التحول الديمغرافي في البلدان النامية.....54

4- التحول الديمغرافي في الجزائر.....55

المبحث الثاني: الاتجاهات الكبرى لتشيخ

1- تطور عدد المسنين في العالم.....58

2- تطور عدد للمسنين في البلدان المتقدمة.....60

3- تطور عدد للمسنين في البلدان النامية62

4- تطور عدد للمسنين في الجزائر.....64

المبحث الثالث: الخصائص الديمغرافية للمسنين

1- خصائص الديمغرافية للمسنين في العالم.....66

2_ الخصائص السوسيو الديمغرافية للمسنين في الجزائر حسب المسوح.....69

خلاصة

الفصل الرابع: رعاية وحماية المسنين

تمهيد

المبحث الأول: مشكلات المسنين

1- المشكلات الصحية.....79

2- المشكلات النفسية.....82

3- المشكلات العقلية.....83

4- المشكلات الاجتماعية.....84

5- المشكلات الاقتصادية.....85

6- المشكلات الدينية.....86

7_ المشكلات الخاصة بوقت الفراغ.....86

المبحث الثاني: أنواع رعاية المسنين

1- أهم المؤتمرات الدولية المكلفة برعاية كبار السن.....88

2- الرعاية الصحية للمسنين.....90

3- الرعاية الاقتصادية للمسنين.....92

4- الرعاية الاجتماعية للمسنين.....92

المبحث الثالث: حماية أشخاص المسنين في الجزائر

1- دور الدولة في حماية الأشخاص المسنين.....96

2- دور الأسرة في حماية الأشخاص المسنين.....106

3- دور المجتمع المدني في حماية أشخاص المسنين...107

4- دور مصالح الأمن في حماية الأشخاص المسنين...107

خلاصة

الفصل الخامس: العوامل المؤثرة على السلوكيات الصحية للمسن

تمهيد

المبحث الأول: ماهية السلوك الصحي

1- مفهوم السلوك الصحي.....112

2- أنواع وأهداف السلوك الصحي.....113

3 - التشيخ الصحي والسلوكيات الصحية.....115

4-المبادئ التوجيهية لتمتع بالصحة الجيدة في مرحلة الشيخوخة حسب منظمة الصحة

العالمية.....116

المبحث الثاني: العوامل السوسيوديموغرافية المؤثرة على السلوك الصحي

- 1- تأثير العوامل الديموغرافية على السلوك الصحي.....117
- 2- تأثير العوامل الاجتماعية على السلوك الصحي.....120
- 3- تأثير العوامل الاقتصادية على السلوك الصحي.....128
- المبحث الثالث: السلوكيات الصحية للمسنين في الجزائر حسب مشروع TAHINA**
- 1- التعريف بالمسح (TAHINA).....137
- 2- المتابعة الطبية.....138
- 3- الحماية الغذائية الصحية.....140
- 4- ممارسة الرياضة.....142
- 5- تجنب السلوكيات السامة (التدخين والكحول).....145
- خلاصة

الفصل السادس: خصائص أفراد العينة

تمهيد

- المبحث الأول: الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة.....149
- المبحث الثاني: الخصائص الصحية لأفراد العينة.....155
- المبحث الثالث: خصائص الاقتصادية لأفراد العينة.....157

الاستنتاج

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

تمهيد

- المبحث الأول: تأثير جنس المسن على سلوكياته الصحية.....167

المبحث الثاني: تأثير سن المسن على سلوكياته الصحية176

المبحث الثالث: تأثير الحالة المدنية للمسن على سلوكياته الصحية.....192

استنتاج الفرضية الأولى.....202

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتهجة في هذه المرحلة العمرية

تمهيد

المبحث الأول: تأثير المستوى التعليمي للمسن على سلوكياته الصحية.....210

المبحث الثاني: تأثير المستوى المعيشي للمسن على سلوكياته الصحية.....226

المبحث الثالث: تأثير دور المسن في إعالة أسرته على سلوكياته الصحية ...265

استنتاج الفرضية الثانية.....277

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية للمسن
المنتهجة في هذه المرحلة العمرية

تمهيد

المبحث الأول: تأثير عدد الأبناء عند المسن على سلوكياته الصحية.....288

المبحث الثاني: تأثير الوسط الأسري عند المسنين على سلوكياته الصحية...299

المبحث الثالث: تأثير تلقي المسن الإرشادات والنصائح من طرف الوسط الأسري على

سلوكياته الصحية321

استنتاج الفرضية الثالثة.....331

الاستنتاج العام.....341

359.....	الخاتمة.....
361.....	التوصيات.....
362.....	قائمة المراجع.....

الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
59	تطور عدد ونسب المسنين 60 سنة فما فوق في العالم حسب القارات خلال الفترة ما بين 2000 - 2050	01
60	تطور عدد ونسب المسنين 80 سنة فما فوق في العالم وحسب القارات خلال الفترة ما بين 2000 - 2050	02
65	تطور بنية السكان و أعداد المسنين 60 سنة فما فوق في الجزائر خلال الفترة ما بين 1966-2019	03
70	يبين توزيع نسب المسنين 60 سنة فما فوق في الجزائر حسب مكان الإقامة	04
70	نسبة (%) الحالة الزوجية عند المسنين من 60 سنة فما فوق حسب الجنس والفئات العمرية في الجزائر	05
71	الحالة التعليمية للمسنين 60 سنة فما فوق حسب الجنس	06
72	توزيع عدد ونسب المسنين حسب الجنس و فئات السن	07
73	توزيع عدد ونسب المسنين حسب فئات السن ومكان الإقامة	08
73	توزيع نسب المسنين حسب فئات السن والحالة زوجية	09
74	توزيع نسب المسنين حسب فئات السن ومدى الالتحاق بالمدرسة أو تلقى برنامج تعليمي سابقا	10
75	توزيع نسب المسنين حسب فئات السن والمستوى التعليمي	11
99	معطيات عامة حول دور الاشخاص المسنين في الجزائر	12
140	متوسط معدل الاستهلاك اليومي للمسنين في الجزائر حسب	13

	المسح الوطني لصحة (2005 TAHINA)	
144	نشاط البدني للمسنين في الجزائر حسب المسح الوطني لصحة (2005 TAHINA)	14
145	استهلاك التبغ والكحول عند المسنين في الجزائر حسب المسح الوطني للصحة (2005 TAHINA)	15
150	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	16
150	توزيع افراد العينة حسب فئات السن	17
152	توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية	18
153	توزيع أفراد العينة حسب السن عند الزواج الأول	19
154	توزيع أفراد العينة حسب عدد الأبناء	20
154	توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة	21
155	توزيع أفراد العينة حسب الإصابة بمرض ما	22
155	توزيع أفراد العينة حسب عدد الأمراض الذين يعانون منها	23
156	يبين أنواع الأمراض الذين يعانون منها أفراد العينة	24
157	توزيع أفراد العينة حسب مدة بداية الإصابة	25
157	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	26
158	توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية في السابق	27
159	توزيع أفراد العينة حسب نوع المهنة الممارسة سابقا	28
160	توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري	29
160	توزيع أفراد العينة حسب نوع المسكن	30
161	توزيع أفراد العينة حسب نوعية ملكية المسكن	31
167	علاقة بين الجنس والمتابعة الطبية المنتظمة	32
168	علاقة بين الجنس والمدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب	33
169	علاقة بين الجنس والقيام بالتحاليل الطبية	34

171	علاقة بين الجنس وقياس ضغط الدم	35
172	علاقة بين الجنس وقياس نسبة السكر في الدم	36
173	علاقة بين الجنس وإتباع الحمية الغذائية	37
174	علاقة بين الجنس وممارسة الرياضة	38
175	علاقة بين الجنس وعدد ساعات النوم	39
176	علاقة بين السن والمتابعة الطبية المنتظمة	40
178	علاقة بين السن والمدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب	41
180	علاقة بين السن والقيام بالتحاليل الطبية	42
182	علاقة بين السن وقياس ضغط الدم	43
184	علاقة بين السن وقياس نسبة السكر	44
186	علاقة بين السن وإتباع الحمية الغذائية	45
188	علاقة بين السن وممارسة الرياضة	46
190	علاقة بين السن وعدد ساعات النوم الكافية	47
192	علاقة بين الحالة المدنية والمتابعة الطبية المنتظمة	48
193	علاقة بين الحالة المدنية والمدة المستغرقة لذهاب إلى طبيب بعد ظهور أعراض المرض	49
194	علاقة بين الحالة المدنية والقيام بالتحاليل الطبية	50
195	علاقة بين الحالة المدنية وقياس ضغط الدم	51
197	علاقة بين الحالة المدنية وقياس نسبة السكر في دم	52
198	علاقة بين الحالة المدنية وإتباع الحمية الغذائية	53
200	علاقة بين الحالة المدنية وممارسة الرياضة	54
201	علاقة بين الحالة المدنية والنوم عدد الساعات الكافية	55
210	علاقة بين المستوى التعليمي ومدى المتابعة الطبية المنتظمة	56

212	علاقة بين المستوى التعليمي والمدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب	57
214	علاقة بين المستوى التعليمي والقيام بالتحاليل الطبية	58
216	علاقة بين المستوى التعليمي وقياس ضغط الدم	59
218	علاقة بين المستوى التعليمي وقياس نسبة السكر في الدم	60
220	علاقة بين المستوى التعليمي وإتباع الحمية الغذائية	61
221	علاقة بين المستوى التعليمي وممارسة الرياضة	62
224	علاقة بين المستوى التعليمي وعدد ساعات النوم	63
226	علاقة بين نوع العمل والمتابعة الطبية المنتظمة	64
228	علاقة بين نوع العمل والمدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب	65
230	علاقة بين نوع العمل والقيام بالتحاليل الطبية	66
232	علاقة بين نوع العمل على قياس ضغط الدم	67
234	علاقة بين نوع العمل وقياس نسبة السكر	68
236	علاقة بين نوع العمل وإتباع الحمية الغذائية	69
238	علاقة بين نوع العمل وممارسة الرياضة	70
240	علاقة بين نوع العمل وعدد ساعات النوم الكافية	71
241	علاقة بين التقاعد والمتابعة الطبية المنتظمة	72
243	علاقة بين التقاعد والمدة المستغرقة لذهاب إلى طبيب بعد ظهور أعراض المرض	73
244	علاقة بين التقاعد والقيام بالتحاليل الطبية	74
245	علاقة بين التقاعد وقياس ضغط الدم	75
247	علاقة بين التقاعد وقياس نسبة السكر في دم	76
248	علاقة بين التقاعد وإتباع الحمية الغذائية	77

249	علاقة بين التقاعد وممارسة الرياضة	78
251	علاقة بين التقاعد وعدد ساعات النوم الكافية	79
252	علاقة بين قيمة الدخل الشهري والمتابعة الطبية المنتظمة	80
253	علاقة بين قيمة الدخل الشهري والمدة المستغرقة لذهاب إلى طبيب بعد ظهور أعراض المرض	81
255	علاقة بين قيمة الدخل الشهري والقيام بالتحاليل الطبية	82
257	علاقة بين قيمة الدخل الشهري وقياس ضغط الدم	83
258	علاقة بين قيمة الدخل الشهري وقياس نسبة السكر في الدم	84
260	توزيع المبحوثين قيمة الدخل الشهري وإتباع الحمية الغذائية	85
262	علاقة بين قيمة الدخل الشهري وممارسة الرياضة	86
263	علاقة بين قيمة الدخل الشهري وعدد ساعات النوم الكافية	87
265	علاقة بين الدور في الإعاقة والمتابعة الطبية المنتظمة	88
266	علاقة بين الدور في الإعاقة والمدة المستغرقة لذهاب إلى طبيب بعد ظهور أعراض المرض	89
268	علاقة بين الدور في الإعاقة والقيام بالتحاليل الطبية	90
269	علاقة بين الدور في الإعاقة وقياس ضغط الدم	91
271	علاقة بين الدور في الإعاقة وقياس نسبة السكر في الدم	92
272	علاقة بين الدور في الإعاقة وإتباع الحمية الغذائية	93
274	علاقة بين الدور في الإعاقة وممارسة الرياضة	94
275	علاقة بين الدور في الإعاقة وعدد ساعات النوم الكافية	95
288	علاقة بين عدد الأبناء والمتابعة الطبية المنتظمة	96
289	علاقة بين عدد الأبناء والمدة المستغرقة لذهاب إلى الطبيب	97
291	علاقة بين عدد الأبناء والقيام بالتحاليل الطبية	98

292	علاقة بين عدد الأبناء وقياس ضغط الدم	99
294	علاقة بين عدد الأبناء قياس نسبة السكر في الدم	100
295	علاقة بين عدد الأبناء واتباع الحمية الغذائية	101
297	علاقة بين عدد الأبناء وممارسة الرياضة	102
298	علاقة بين عدد الأبناء ونوم عدد ساعات كافية	103
299	علاقة بين مع من يقيم والمتابعة الطبية المنتظمة	104
301	علاقة بين مع من يقيم والمدة المستغرقة لذهاب إلى طبيب عند ظهور أعراض المرض	105
302	علاقة بين مع من يقيم والقيام بالتحاليل الطبية	106
304	علاقة بين مع من يقيم وقياس ضغط الدم	107
305	علاقة بين مع من يقيم وقياس نسبة السكر في دم	108
307	علاقة بين مع من يقيم واتباع الحمية الغذائية	109
308	علاقة بين مع من يقيم وممارسة الرياضة	110
309	علاقة بين مع من يقيم ونوم عدد ساعات كافية	111
310	علاقة بين طبيعة العلاقة الأسرية والمتابعة الطبية المنتظمة	112
312	علاقة بين طبيعة العلاقة الأسرية والمدة المستغرقة لذهاب الى طبيب عند ظهور اعراض المرض	113
313	علاقة بين طبيعة العلاقة الأسرية والقيام بالتحاليل الطبية	114
314	علاقة بين طبيعة العلاقة الأسرية وقياس ضغط دم	115
316	علاقة بين طبيعة العلاقة الأسرية وقياس نسبة السكر في الدم	116
317	علاقة بين طبيعة العلاقة الأسرية واتباع الحمية الغذائية	117
318	علاقة بين طبيعة العلاقة الأسرية وممارسة الرياضة	118
320	علاقة بين طبيعة العلاقة الأسرية وعدد ساعات النوم الكافية	119

321	علاقة بين تلقي الإرشادات والنصائح من طرف المحيط الاسري والمتابعة الطبية المنتظمة	120
322	علاقة بين تلقي الإرشادات والنصائح من طرف المحيط الاسري والمدة المستغرقة للذهاب الى الطبيب عند ظهور أعراض المرض	121
324	علاقة بين تلقي الإرشادات والنصائح من طرف المحيط الاسري والقيام بالتحاليل الطبية	122
325	علاقة بين تلقي الإرشادات والنصائح من طرف المحيط الاسري وقياس ضغط الدم	123
326	علاقة بين تلقي الإرشادات والنصائح من طرف المحيط الاسري على انتهاج السلوك الصحي وقياس نسبة السكر في الدم	124
327	علاقة بين تلقي الإرشادات والنصائح من طرف المحيط الاسري وإتباع الحمية الغذائية	125
329	علاقة بين تلقي الإرشادات والنصائح من طرف المحيط الاسري وممارسة الرياضة	126
330	علاقة بين تلقي الإرشادات والنصائح من طرف المحيط الاسري ونوم عدد ساعات كافية	127

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
150	شكل دائري يمثل توزيع أفراد العينة حسب الجنس	01
151	أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب فئات السن	02
153	أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية	03
158	أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	04
159	شكل دائري يمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية في السابق	05
162	أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب نوع ملكية المسكن	06

مقدمة:

إن الشيخوخة مرحلة من مراحل العمر ولديها نوع من الخصوصية من الناحية الصحية خاصة وان هذه المرحلة تتميز بتراجع الجسم في أدائه لوظائفه الحيوية¹، حيث يحتاج المسن في هذه المرحلة إلى الرعاية في شتى الجوانب الصحية، النفسية والاجتماعية والاقتصادية ومع تطور العلمي بالخصوص في مجال الطب والصحة ارتفع أمل الحياة مما زاد من نسبة المسنين في العالم، حيث أصبح السكان يعيشون أطول من ذي قبل في جميع أنحاء العالم واليوم للمرة الأولى في التاريخ يمكن أن يتوقع معظم الأشخاص أن تتجاوز أعمارهم 60 سنة وأكثر. ومن المتوقع أن يزيد عدد سكان العالم الذين تبلغ أعمارهم 60 سنة فأكثر من مليار نسمة في عام 2020 إلى 2.1 مليار نسمة بحلول عام 2050 وأن يتضاعف عدد الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 80 سنة فأكثر ثلاثة أضعاف بين عامي 2020 و2050 ليصل إلى 426 مليون نسمة، ستأوي البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل ثلثي سكان العالم الذين تبلغ أعمارهم 60 عاما فما فوق².

وفي عام 2020، ولأول مرة في التاريخ فاق عدد الأشخاص الذين يبلغون 60 عاما فأكثر عدد الأطفال دون سن الخامسة. وبحلول عام 2050، سوف يكون عدد الأشخاص الذين تزيد أعمارهم على 60 عاماً أكبر مرتين من عدد الأطفال دون سن الخامسة، وسوف يتجاوز عدد الأشخاص الذين يبلغون 60 عاماً فأكثر عدد المراهقين والشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 24 عاماً. ويعيش معظم كبار السن في البلدان النامية. وفي عام 2019، كانت نسبة 37% من كبار السن يعيشون في شرق وجنوب شرق آسيا ، ونسبة 26% في أوروبا وأمريكا الشمالية، ونسبة 18% في وسط وجنوب آسيا ، ونسبة 8% في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، ونسبة 5% في

¹ - داود معمر، مقارنة ثقافية للمجتمع الجزائري دراسة لبعض الملامح السوسيو نفسية واقتصادية، أيدكوم للنشر والتوزيع، الجزائر، ط1، 2013، ص70.

² - منظمة الصحة العالمية. الصحة النفسية لكبار السن. نشر 2022/10/20 على الموقع <https://www.who.int/> تصفح 2023/02/04.

أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ، ونسبة 4% في شمال وغرب أفريقيا ونسبة 0.7% في أوقيانوسيا. وسيزداد عدد الأشخاص الذين تزيد أعمارهم على 60 عاماً في البلدان النامية بوتيرة أسرع، لينتقل عددهم من 652 مليون شخص في عام 2017 إلى 1.7 مليار في عام 2050 ، بينما ستشهد البلدان الأكثر تقدماً زيادة من 310 مليون شخص إلى 427 مليون شخص. وتشهد أفريقيا الزيادة الأسرع في عدد كبار السن، تليها أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وآسيا. وتشير التوقعات إلى أن حوالي نسبة 80% من كبار السن في العالم سوف يعيشون في البلدان الأقل نمواً في عام 2050.¹

وبالنسبة لعملية شيخوخة السكان في العالم العربي فهي تشهد ارتفاع كبير في نسبة كبار السن من الفئة العمرية 60 سنة فما فوق وقد ازدادت هذه الأخيرة بأكثر من 4 اضعاف من نحو 7 ملايين مسن في 1970 الى 29 مليون مسن في عام 2017 وتشير التقديرات الى ان عدد كبار السن قد يبلغ 49.6 مليون مسن بحلول عام 2030 ويتجاوز 100 مليون بحلول عام 2050 ليشكلوا نسبة 15% من مجموع سكان المنطقة وأكثر من نصف هذه النسبة من النساء، ويؤدي تزايد عدد كبار السن ونسبتهم من مجموع السكان الى تحول ديمغرافي جديد في المنطقة العربية يعرف بشيخوخة السكان²

وتشهد الجزائر كباقي الدول العربية تحولا ديموغرافيا واضحا نتيجة التطورات التي حدثت في مستويات المعيشية التي انعكست على المتغيرات الديموغرافية وهيكل السكان، وهي نحو بروز ظاهرة شيخوخة السكان حيث أننا نلاحظ ارتفاع مستمر وبطيء، فبعدها كانت تقدر بنسبة 5.8% سنة 1977¹ وارتفعت هذه النسبة لتصل 7.3% من مجموع السكان عام 2008 وبلغت في عام 2010 حوالي نسبة 7.7%

¹ - منظمة الصحة العالمية. عقد التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة 2020-2030. ص2.

² - الأمم المتحدة. تقرير السكان والتنمية العدد الثامن الشيخوخة بكرامة في المنطقة العربية 2018. ص15.

¹ - وزارة الصحة والسكان، السياسة الوطنية لآفاق 2010، الجزائر، 2001، ص10.

ووصلت إلى نسبة 9.5% من مجموع السكان عام 2019² ومن المتوقع أن يزداد عدد المسنين في الجزائر إلى حوالي 12 مليون شخص في عام 2045³.

وكل هذه الأرقام والمؤشرات الديموغرافية تتنبأ بارتفاع كبير لفئة المسنين في الجزائر في أواخر الربع الأول من القرن الحالي وارتفاع عدد المسنين وأمل الحياة في الجزائر سيستحضر معه عدة تحديات سواء بالنسبة للمسن أو بالنسبة للمجتمع بكل أنساقه، حيث نجد أن هذه الفئة تعاني بالدرجة الأولى من الجانب الصحي فتنتشر في أوساطهم العديد من الأمراض خاصة المزمنة حسب المسح العنقودي متعدد المؤشرات السادس ان هناك نسبة 50% من فئة المسنين ما بين 60-65 سنة ونسبة 62.9% من المسنين الذين يبلغون 70-74 سنة يعانون من مرض واحد مزمن على الأقل فعلى سبيل المثال مرض ضغط الدموي ينتشر بنسبة 21.9% عند المسنين ما بين 60-64 سنة وبنسبة 32.3% عند المسنين ما بين 70-74 سنة والمرض السكري ينتشر بنسبة 14.7% عند المسنين ما بين 60-64 سنة وبنسبة 16.4% عند المسنين ما بين 70-74 سنة⁴ ، تشير الكثير من الدراسات أن سلوك الصحي يلعب دورا مهما في الوقاية من هذه الأمراض مثل دراسة برسو وبيلوك (Breslow et Belloc) 1972 (أن سبع سلوكيات مهمة يمكن أن تقي الإنسان من كل هذه الأمراض والمشكلات الصحية ومن بينها التغذية الصحية والنشاط الرياضي ومن هنا يزداد التأكيد عن أهمية السلوك الصحي ودوره في الوقاية من الخطر الإصابة بهاته الأمراض وعليه للحفاظ

² –Ons, **Demographie algerienne**, 2019, N890/bis, p2.

³ – UNITED,NATION POPULATION AND DEVELOPEMENT, NEWYORK, DECEMBER 2009.

⁴ – République Algérienne Démocratique et Populaire, **suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête par Grappes a Indicateurs Multiples (MICS) 2019**, p101.

على صحة المسن أو على الأقل التقليل من مضاعفات المرض يجب إتباع سلوكيات صحية سليمة¹.

وكما توصف مرحلة الشيخوخة بصفة عامة بأنها مرحلة ضعف الصحة الجسمية فحتى مع عدم الإصابة بمرض، يشعر المسنون عادة بأنهم ليسوا على ما يرام ويزداد هذا الشعور مع التقدم في العمر وخاصة لدى ذوى المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض مما يقودهم إلى عادات غير صحية التي تسهم في الأذى الصحي وتعرضهم لمشاكل صحية متعددة .

ونظرا لأهمية الموضوع ارتأينا أن نقوم بدراسة السلوكيات الصحية للمسنين ومعرفة العوامل المؤثرة على سلوكياتهم الصحية ومن اجل تسليط الضوء على هذه الدراسة اتبعنا الخطة التالية: حيث قسمنا دراسة إلى تسعة فصول ففي الفصل الأول تناولنا فيه الإطار المنهجي للبحث حيث قسمناه بدوره الى مبحثين المبحث الأول تمثل في تحديد موضوع الدراسة منها الاشكالية والفرضيات والمفاهيم المستعملة والمبحث الثاني خصصناه للمنهجية المتبعة في الدراسة واما الفصل الثاني قسمناه الى ثلاث مباحث حيث تطرقنا في المبحث الاول الى ماهية الشيخوخة اما المبحث الثاني خصصناه الى خصائص مراحل الشيخوخة وفي المبحث الثالث تناولنا فيه علم ونظريات الشيخوخة وفي الفصل الثالث تناولنا فيه التحول الديموغرافي وتشيوخ السكاني وقسمناه ايضا الى ثلاث مباحث حيث تناولنا في المبحث الاول التحول الديموغرافي وتشيوخ في العالم وتطرقنا في المبحث الثاني إلى الاتجاهات الكبرى لتشيوخ أما في المبحث الثالث تطرقنا فيه إلى الخصائص الديموغرافية للمسنين وأما في الفصل الرابع والمتمثل في رعاية وحماية المسنين قسمناه الى ثلاث مباحث حيث تطرقنا في المبحث الاول إلى

¹ - صليحة القص، الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى المراهقين (دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ المرحلة المتوسطة بمدينة عين التوتة باتنة)، اطروحة نهاية الدراسة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس، 2015-2016، ص1.

مشكلات المسنين وفي المبحث الثاني إلى أنواع رعاية المسنين وأما في المبحث الثالث فلقد تناولنا فيه حماية أشخاص المسنين في الجزائر وفي الفصل الخامس تناولنا فيه العوامل المؤثرة على السلوكيات الصحية للمسن وقسمناه إلى ثلاث مباحث حيث تناولنا في المبحث الأول ماهية السلوك الصحي اما المبحث الثاني خصصناه الى العوامل السوسيوديموغرافية المؤثرة على السلوك الصحي والمبحث الثالث تناولنا فيه السلوكيات الصحية للمسنين في الجزائر حسب مشروع (TAHINA) أما الفصل السادس تطرقنا فيه إلى خصائص أفراد العينة لدراسة وقسمناه إلى ثلاث مباحث حيث تناولنا في المبحث الأول الخصائص الديمغرافية لأفراد العينة وفي المبحث الثاني تطرقنا فيه إلى الخصائص الصحية لأفراد العينة أما المبحث الثالث تناولنا فيه الخصائص الاقتصادية لأفراد العينة، اما في الفصل السابع لقد خصصناه إلى الخصائص الديمغرافية للمسن ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية في هذه المرحلة العمرية وهو بدوره قسمناه إلى ثلاث مباحث حيث تطرقنا في المبحث الأول إلى تأثير جنس المسن على سلوكياته الصحية وتناولنا في المبحث الثاني تأثير سن المسن على سلوكياته الصحية وفي المبحث الثالث تطرقنا إلى تأثير الحالة المدنية للمسن على سلوكياته الصحية، ولقد تناولنا في الفصل الثامن المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية وقسمناه إلى ثلاث مباحث حيث تناولنا في المبحث الأول تأثير المستوى التعليمي للمسن على سلوكياته الصحية وفي المبحث الثاني تطرقنا فيه إلى تأثير المستوى المعيشي للمسن على سلوكياته الصحية. وفي المبحث الثالث والأخير لقد خصصناه إلى تأثير دور المسن في إعالة أسرته على سلوكياته الصحية، أما في الفصل التاسع لقد تناولنا فيه العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية للمسن المنتهجة في هذه المرحلة العمرية وهو بدوره قسمناه إلى ثلاث مباحث، حيث خصصنا المبحث الأول إلى تأثير عدد الأبناء عند المسن على سلوكياته الصحية وفي المبحث الثاني تناولنا فيه تأثير الوسط الأسري عند

المسنين على سلوكياتهم الصحية. وفي المبحث الثالث تطرقنا فيه إلى تأثير تلقي
المسن الإرشادات والنصائح من طرف المحيط الأسري على سلوكياته الصحية تم
ختمنا هذه الدراسة باستنتاج عام وخاتمة الموضوع مع وضع مجموعة من التوصيات
والاقتراحات ثم قائمة المراجع والملاحق.

الفصل الأول الإطار المنهجي لدراسة

المبحث الأول: المدخل المنهجي لدراسة

1-أسباب اختيار الموضوع وأهدافه

2-الإشكالية والفرضيات

3-تحديد المفاهيم والمصطلحات

4-الدراسات السابقة

المبحث الثاني: المنهجية المتبعة في البحث الميداني

1-المنهج المتبع في الدراسة

2-العينة وكيفية اختيارها

3-أدوات جمع البيانات

4-مراجعة وتبويب البيانات ومعالجتها إحصائيا

5-مجالات الدراسة الميدانية

المبحث الأول: المدخل المنهجي لدراسة

1-أسباب اختيار الموضوع وأهدافه:

1-1-أسباب اختيار الموضوع:

إن اختيار أي موضوع ما للدراسة يحمل في طياته أسباب ودوافع عديدة تثير فضول واهتمام الباحث وتدفعه إلى موضوع دون غيره من المواضيع وعليه نحصر أسباب اختيارنا لهذا الموضوع المعالج في بحثنا كما يلي:

-الارتفاع الملحوظ لنسبة الأشخاص المسنين في السنوات الأخيرة في المجتمع الجزائري، التي باتت تطرح الكثير من الانشغالات على جميع المستويات الاقتصادية، الاجتماعية والطبية وغيرها من المجالات وينتج عن هذا الارتفاع بالضرورة زيادة في مشاكل المسنين ومعاناتهم وبالتالي متطلباتهم خاصة بعد التقاعد.

- التهميش والإهمال الذي يعاني منه المسنين من طرف المجتمع.

-القيمة العلمية التي يحضى بها الموضوع، باعتبار أن المواضيع التي تهتم بالمسنين أصبحت مواضيع مهمة جدا في الدراسات السوسيوديموغرافية.

- المساهمة في الثراء العلمي المحلي

-مناقشة المواضيع الديموغرافية المناسبة للتخصص

-اهتمام شخصي بالموضوع لأنه يمس إحدى فترات حياتنا ويمس دون شك أحد أفراد عائلتنا أو محيطنا، وكذلك من خلال ملاحظتنا اليومية لسلوكيات الصحة السلبية للمسنين.

1-2-أهداف البحث:

تهدف هذه الدراسة إلى:

-التعرف على السلوكيات الصحية للمسنين والعوامل المؤثرة فيها.

- تعزيز صحة المسنين والوقاية من الأمراض المزمنة وتمتع بنوعية حياة جيدة.

- إطالة متوسط عمر المسن مع التمتع بالصحة الجيدة والنشاط والحيوية.

- تحقيق التشيخ النشط أي الحفاظ على القدرة الوظيفية والاستقلالية والاعتماد على النفس للمسن في أداء احتياجاته اليومية.

2-الإشكالية والفرضيات:

1.2-الإشكالية:

إن التطور العلمي خاصة في المجال الصحي، وتقدم سبل الوقاية من الأمراض والأوبئة جعل بالإمكان القضاء على كثير من الأمراض التي كانت تحصد الكثير من الأرواح البشرية في سن مبكر، مما أدى إلى ارتفاع أمل الحياة للسكان، ففي عام 1950 قدر عدد المسنين في العالم الذين يزيد أعمارهم عن 60 سنة حوالي 200 مليون نسمة، ليصل إلى 380 مليون نسمة في عام 1985¹، وقد بلغ عددهم 659 مليون في سنة 2002²، وفي عام 2017 وجد حوالي 962 مليون شخص يبلغ 60 سنة فما فوق، حيث يمثلون نسبة 13% من سكان العالم ويزداد هذا المعدل بنحو نسبة 3% سنوياً³. وبلغ عدد الأشخاص في سن 60 سنة فما فوق مليار واحد في عام 2019، ومن المتوقع أن يصل إلى 1.4 مليار مسن سنة 2030 أي بزيادة نسبة 34%، كما يتوقع انه بحلول عام 2050 أن يزيد عدد سكان العالم من كبار السن بأكثر من ضعف ليصل إلى ما يقارب 2.1 مليار⁴. وأما بنسبة لكبار السن فوق 80 سنة فيتوقع أن يصل عددهم إلى 434 مليون مسن⁵.

¹- عبد الوهاب محمد الظفيري، السياسة الاجتماعية ورعاية المسنين في دولة الكويت، بمجلة العلوم الاجتماعية، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، مجلد 29، العدد 1، 2001، ص 110.

²-رشيد بن حمد البوسعيدي. اتجاهات المواطنين العمانيين نحو المسنين،دراسة ميدانية، بمجلة العلوم الاجتماعية، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، مجلد 35، العدد 3، 2007، ص 66.

³-<http://www.un.org/fr/sections/issues-depth/ageing/index.html> 03/06/2022.

⁴ - Organisation mondiale de la santé, **Décennie pour le vieillissement en bonne santé 2020-2030**,p2.

⁵-United Nations, **world population ageing 2015**, departement of economic and social affairs,2015, p2.

وفي سياق تغيرات الحاصلة على مستوى الهيكلة العمرية العالمية من خلال دخول البلدان المتقدمة في مرحلة الشيخوخة قررت الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها الثالثة والثلاثين عام 1978 تشكيل جمعية عامة للشيخوخة، والتي تم تأسيسها سنة 1982 لدراسة أوضاع المسنين في العالم لتأمين وتوفير الضمان الصحي والاجتماعي والاقتصادي لهم، وعملا بقرار الأمم المتحدة فقد سعت واهتمت الكثير من الدول بقضايا المسنين على المستويين الإقليمي والمحلي¹.

شهدت الجزائر بدورها تغيرات عديدة في فئاتها العمرية، فبرغم من ارتفاع الفئات العمرية الصغرى وكذا فئات الشباب، إلا انه لا يمكن تجاهل فئة المسنين، خصوصا مع الارتفاع المستمر الذي تعرفه هذه الفئة من حيث العدد فبعدما كانت تقدر ب6.7% سنة 1966²، ارتفعت هذه النسبة لتصل إلى نسبة 7.3% من مجموع السكان عام 2008 وبلغت نسبة 8.9% سنة 2016 ونسبة 9.5% سنة 2019 حيث وصل عدد كبار سن فوق 60 سنة ما يقارب 4.1 مليون مسن³ أي بزيادة ما يقارب 3 ملايين مسن مقارنة بعام 1966 وتشكل فئة المسنين 80 سنة فأكثر سنة 2019 ما يزيد عن 616 ألف نسمة⁴، ومن المتوقع أن يصل عدد المسنين فوق 60 سنة حوالي 10 ملايين نسمة في عام 2040⁵ ويعود هذا الارتفاع المستمر لسبب امتداد أمل الحياة نتيجة تحسن المستوى المعيشي من جهة والتطور الطبي المستمر من جهة أخرى وهذا ما يجعل ظاهرة الشيخوخة ليست بالأمر البعيد.

¹ - جمعية سيد يوسف، الصحة الجسمية والنفسية للمسنين، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2006، ص42.

² - ONS ,**Démographie Algérienne 1998**-in données statistiques, n°01,Alger-p09.

³ - ONS ,**Démographie Algérienne 2019**-in données statistiques n°890/Bis, Alger-p02.

⁴ - Ibid, p11.

⁵ - Ibid,p18.

إن الارتفاع في نسبة المسنين في الجزائر وما أصبحت تتميز به من خصائص سواء من الناحية الصحية أو الاقتصادية أو الاجتماعية أو النفسية والبيولوجية تؤثر على سلوكياتهم الصحية مثل العزلة الاجتماعية، الاعتماد على الآخرين، والشعور بالوحدة، فكل هذه العوامل تؤثر سلباً في صحة ونفسية المسن، ولكن يساعد الدعم الاجتماعي والأسري في تعزيز كرامة كبار السن ويحد من آثار المشكلات النفسية المترتبة على هذه الفئة وكما يساعده على انتهاج سلوك صحي.

كما أن المسن يصل إلى مرحلة معينة من حياته أن يتوقف عن العمل ويبدأ مرحلة جديدة في حياته وهي مرحلة التقاعد وهذا يعني تضائل الدخل بالنسبة للمسن لأن عادة ما يكون الراتب التقاعدي أقل من دخل الأجور والرواتب فمنهم من يتأقلم مع هذه مرحلة ومنه لا يتأقلم ويدخل في أزمة نفسية فيشعر بالوحدة والتهميش وفقدان المكانة الاجتماعية والإحباط وتدفعهم إلى الميل نحو العزلة وتنمي لديهم مشاعر العجز والدونية مما يؤثر على سلوكهم الصحي.

وعلى ضوء ما تقدم يمكن صياغة التساؤل الأساسي للدراسة على نحو التالي:
ما هي السلوكيات الصحية المنتهجة عند المسنين في هذه المرحلة العمرية؟ وما هي أهم العوامل المؤثرة فيها؟

والتي نجزئها إلى التساؤلات الفرعية التالية:

- هل تؤثر الخصائص الديموغرافية للمسن على سلوكياته الصحية؟
- هل المكانة الاجتماعية للمسن تؤثر على سلوكه الصحي؟
- ما مدى تأثير العلاقات الأسرية على انتهاج السلوكيات الصحية عند المسن؟

2.2-الفرضيات:

للإجابة على التساؤلات السابقة قمنا بصياغة الفرضيات التالية:

- الخصائص الديموغرافية للمسن تؤثر على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

- المكانة الاجتماعية للمسن تؤثر على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

- كلما كانت العلاقة الأسرية جيدة وتتميز بالتكافل والتضامن بين أفرادها كلما انتهج المسن سلوك صحي.

3-تحديد المفاهيم والمصطلحات:

تعتبر عملية تحديد المفاهيم المسار الذي يهتدي به الباحث نحو مجتمع الدراسة، كذلك تساعد الباحث على تلمس الخصائص الأولية للظاهرة وتمكنه من التمييز بينها وبين ظواهر أخرى، وكاستجابة لهذه الخطوات من الإجراءات حددنا المفاهيم التالية:

المسن:

من الجانب اللغوي: يعرف المسن في اللغة بأنه الكبر، يقال سن الرجل أي كبر وأسن من هذا أي اكبر منه وهو من استبانته فيه السن وظهر عليه الشيب ويقال هرم وهو أقصى العمر¹.

أما من الجانب الديموغرافي: يعرف المسنون ديموغرافيا وإحصائيا بأنهم السكان ذو الأعمار 60 سنة وأكثر ولذلك يقصد بالمسن كل من بلغ الستين عاما وأكثر².

أما من الجانب النفسي: يعرف المسن "بأنه الشخص الذي لديه قصور في الإمكانيات الذاتية لتحقيق التوافق النفسي، وعجز نسبي في قدراته على مواجهة ضغوط الحياة أو الوفاء بمتطلبات التكيف مع الآخرين"³.

1-عبد الحق حميش، رعاية الشيخوخة في الإسلام ، دار الأرقام ابن أبي الأرقم، بيروت ، 2010، ص24.

2-حسن فهمي نورهان، محمد فهمي سيد، الرعاية الاجتماعية للمسنين، الإسكندرية، 2000، ص65.

3-عثمان عبد الفاتح واخرون، الخدمة الاجتماعية للمسنين، مؤسسة نبيل لنشر وتوزيع، القاهرة، 2004، ص165.

أما من الجانب الطبي: يعرف انه تلك التغيرات الفيزيولوجية، غير القابلة للرجوع والتي تحدث في الجسم نتيجة تقدمه في العمر وتستمر بصفة تصاعدية¹

أما من الجانب الاجتماعي: فهو الشخص الذي يتعرض لمجموعة من التغيرات في الأدوار والمراكز المهنية والاجتماعية التي من شأنها التأثير في إدراك الآخرين له، وما يترتب على ذلك من وجود طرق مختلفة للتفاعل معه تؤثر في تصور المسن لذاته وعمره وسلوكه، أو هو الشخص المعال من الغير، وبخاصة لأشكال مختلفة من الرعاية والدعم.

أما من الجانب القانوني: فيعرف بأنه الشخص الذي يبلغ السن المقررة لترك الخدمة وهي 60 سنة للموظفين، ويستثنى من ذلك العاملين الذين تقضي قوانين التقاعد والتأمينات مد فترة خدمتهم لفترة أخرى².

التعريف الإجرائي:

وفي بحثنا هو كل شخص يصل فيها إلى حد كبير من العجز فيصبح التعرف عليه من خلال مظهره الخارجي كلامح الوجه وتطراً عليه عدة تغيرات من جميع النواحي بحيث تفقده العديد من الوظائف وفي بحثنا هو كل شخص يبلغ من العمر 60 سنة فأكثر بغض النظر عن وضعه الصحي والنفسي والديموغرافي والاجتماعي والاقتصادي.

السلوك الصحي:

إن مفهوم السلوك الصحي يتألف من شقين هما السلوك والصحة وعليه يتوجب علينا أولاً تحديد كل من مفهوم السلوك والصحة قصد الوصول إلى التعريف المركب ألا وهو السلوك الصحي.

1-مصطفى محمد احمد الفقي، رعاية المسنين بين العلوم الوضعية والتطور الإسلامي، دار الفتح للتجليد الفني، الإسكندرية، 2008، ص62.

2- علي ماهر، الخدمة الاجتماعية في مجالات الممارسة المهنية، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، 2003، ص248.

السلوك:

يرجع الأصل اللغوي لمصطلح السلوك إلى السلك وهو الخيط والسلك بالفتح مصدر سلكت الشيء في الشيء فإن سلكه أي أدخله فيه والسلوك مصدر سلك المكان يسلكه سلكاً، وسلوكاً وتسلكه والأصل الثلاثي سلك ويعني لغة الإدخال في الشيء، فأدخلته في الشيء تعني سلخته فيه¹.

السلوك هو النشاط الذي يعبر عنه الفرد خلال علاقاته بمن حوله ، والسلوك له قواعد طبيعية ومادية مبرمجة طبقاً للخريطة الوراثية المرسومة لكل فرد أي وفقاً للترتيب الوراثي البيولوجي وصولاً إلى هندسة الجينات كما تشير الدراسات الطبية².

ويعرف أيضاً انه هو النشاط الإنساني الذي يصدر عن الإنسان من قول أو فعل أو عمل سواء أكان إرادياً أو غير إرادياً ظاهراً أو باطناً فالسلوك يتمثل في الأنشطة الظاهرة الملموسة، مثل الاستيقاظ من النوم وتناول الإفطار. ومن السلوكيات غير الظاهرة: التفكير والتذكر والوساوس وغيرها والسلوك ليس شيئاً ثابتاً ولكنه يتغير وهو لا يحدث في الفراغ وإنما في بيئة ما، وقد يحدث بصورة لا إرادية وعلى نحو تالي مثل التنفس أو الكحة أو يحدث بصورة إرادية وعندها يكون بشكل مقصود وواع وهذا السلوك يمكن تعلمه ويتأثر بعوامل البيئة والمحيط الذي يعيش فيه الفرد³.

الصحة:

إن مفهوم الصحة من الناحية الطبية هي غياب المرض الظاهر كلياً في جسم الإنسان وهذا ما يؤكد لنا القاموس الطبي حيث يعرف الصحة على أنها حالة قيام الوظائف الجسمية بصفة عادية خارج وجود الأمراض⁴. وقد عرفته المنظمة العالمية للصحة

¹ - احمد عبد اللطيف ابو اسعد، تعديل السلوك الإنساني النظرية والتطبيق، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة. عمان، ط2، 2019، ص20.

² - سليمان عبد الواحد إبراهيم، السلوك الاجتماعي الايجابي أساليب تعلمه تنميته، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، 2013، ص18.

³ - احمد عبد اللطيف ابو اسعد، مرجع سابق، ص21.

⁴ - André Domart et Jacques Bourneuf, **Petit larousse de la médecine**, Librairie Larousse, Paris, 1983, p 819.

كالتالي: هي حالة من المعافاة الكاملة جسماً و نفسياً و اجتماعياً لا مجرد انتقاء (الخلو) من المرض أو العجز¹ . ونستنتج من هذا أن الصحة تشمل ثلاثة أبعاد أساسية و تتمثل في:

اكتمال الناحية البدنية : و هي أن تؤدي جميع أعضاء الجسم وظائفها بصورة طبيعية و هذا يعني تمتع الفرد بعمليات حيوية سليمة لوظائف الجسم.

اكتمال الناحية النفسية: و هي أن يعيش الإنسان بسلام مع نفسه و متمتعاً بالاستقرار الداخلي و قادر على التوفيق بين رغباته وأهدافه و إمكانياته، أي تمتع الفرد باستقرار نفسي داخلي و صحة عقلية سليمة.

اكتمال الناحية الاجتماعية: و هي قدرة الإنسان على تكوين علاقات اجتماعية مع الناس و أن يكون له دخل مناسب لتحقيق الحياة الصحية السليمة².

السلوك الصحي:

من خلال ماسبق نستنتج أن السلوك الصحي هو مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف كلها القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية ويعرف السلوك الصحي كذلك على انه كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد³.

التعريف الإجرائي:

السلوك الصحي هو مجموع من الممارسات الصحية يقوم بها المسن للوقاية من المرض أو تجنب مضاعفة المرض ومن الممارسات الصحية هي متابعة الطبية ممارسة الرياضة إتباع حمية غذائية وتقادي استهلاك تبغ والمخدرات والكحول.

¹ - بهاء الدين ابراهيم سلامة، الصحة والتربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة، 2007، ص18.

² - أيمن مزاهرة وآخرون، علم اجتماع الصحة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع. الاردن. ط1. 2002. ص42.

³ - عويد سلطان المشعان وعبد اللطيف محمد خليفة، تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب جامعة الكويت، مجلة مؤتمر الخدمة النفسية والتنمية، جامعة الكويت، الكويت، 1999، ص104.

العلاقات الأسرية:

العلاقة الأسرية هي الروابط والآثار المتبادلة بين الأفراد في العائلة والذي ينشأ من طبيعة اجتماعهم وتبادل مشاعرهم وأحاسيسهم واحتكاك بعضهم ببعض الآخر مثل العلاقة بين الزوج والزوجة والأبناء والوالدين والإخوة والأقارب¹

يقصد بها أيضا تلك العلاقات التي تقوم بين أدوار الزوج و الزوجة والأبناء و يقصد بها أيضاً طبيعة الاتصالات والتفاعلات التي تقع بين أعضاء الأسرة الذين يقيمون في منزل واحد و من ذلك العلاقة التي تقع بين الزوج و الزوجة و بين الأبناء أنفسهم²

المكانة الاجتماعية:

يرى معظم المفكرون بأن المكانة الاجتماعية تعرف بأنها: الوضع المادي الذي يشغله الفرد داخل تنظيم معين³، كما تعرف أيضا بأنها درجة تقدير والاحترام الذي يحظى بها الفرد من طرف جماعته المنتمي إليها والتي تعتمد على سماته وخصائصه الشخصية والاجتماعية والديموغرافية، ولكل مكانة معايير بما يتوقع من شاغل هذه المكانة⁴ المكانة الاجتماعية في المجتمعات الحديثة تتحدد على اسس ومعايير تختلف عن تلك التي كانت في المجتمعات التقليدية والمتمثلة في السن والجنس والقرباة وغيرها فأصبحت هذه المعايير تقليدية وثانوية بل وتؤكد على معايير أخرى كمهنة الفرد ومقدار دخله، ودرجة تحصيله الفني⁵.

كما أن هذه المكانة الاجتماعية تتأثر بعدة متغيرات أهمها الثقافة والتربية والتعليم والدخل الملكية والحرفة وبقية النشاطات والفعاليات التي يقوم بها الفرد في أي نسق من أنساق المجتمع⁶.

¹ -سناء خولي. الاسرة والحياة العائلية، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2006، ص17.

² - حسان عفاف ، سيكولوجية المسنين، دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر، الاسكندرية، 2018، ص20.

³ -محمد الجوهري، مقدمة في علم الاجتماع الصناعي، دار الثقافة، مصر، ط1، 1979، ص166.

⁴ - ابراهيم عثمان، مقدمة في علم الاجتماع، دار الشروق، الاردن، 1999، ص171.

⁵ - صونيا حداد ، الأطر النظرية لدور التكنولوجيا في التنظيمات ، شركة باتنيت، الجزائر، ط1، 2005، ص105.

⁶ - دينكن ميتشل، معجم علم الاجتماع، تر إحسان محمد حسن، دار طليعة، بيروت، ط2، 1986، ص210.

4-الدراسات السابقة:

الدراسات السابقة هي الجزء الثاني من الإطار النظري للبحث العلمي وتعد أهم أجزاء البحث العلمي ويعد وجودها شرط أساسي في كل بحث علمي وبدونها لن يكون البحث العلمي صحيحا، كما تعتبر مجموعة من الأبحاث والدراسات التي تناولت الموضوع الذي قام الباحث بدراسته، وتقدم هذه الدراسات معلومات كثيرة للباحث حول موضوع الدراسة تساعده على فهم موضوع بحثه العلمي بشكل كامل.

دراسة الشيخوخة والتشيخ في الجزائر LUCETTE JAROZS vieillesse et vieillissement en algerie

هي دراسة ميدانية قامت بها LUCETTE JAROZS ما بين سنة 1960-1970 في مستشفى فرانس فانو بالبلدية ونشرت سنة 1983 من طرف الديوان الوطني للمطبوعات الجامعية حيث هدفت هذه دراسة إلى أهم المشاكل المسنين في الجزائر كما برزت التحولات التي طرأت على مكانة المسنين في الجزائر من حرب التحرير إلى بعد الاستقلال كما بينت أهم المتغيرات التي جعلت الأسرة الجزائرية تتخلى على مسنيها المصابين بالأمراض العقلية وما هي مكانتهم في الأسرة خاصة وفي المجتمع ككل وذلك عن طريق دراسات السوسولوجية والقراءات التحليلية لبعض النصوص والروايات الاجتماعية التي تحدثت بشكل مباشر أو غير مباشر على دور ومكانة المسنين خلال حرب التحرير والتحول الذي طرأ بعد الاستقلال¹.

دراسة الباحث صلاح الدين عمراوي تحت عنوان الشيخوخة السكانية في بلدان المغرب العربي المغرب والجزائر أنموذجا

¹-(L) Jarosz, vieillesse et vieillissement en algerie, enquete sur l'hospitalisation Geronto-psychiatrique, O.P.U, 1983.

هي أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم تخصص ديموغرافيا بجامعة باتنة 1 حاج لخضر حيث اعتمد الباحث في هذه الدراسة على المنهج الوصفي الإحصائي حيث تم استنباط النتائج من خلال الدراسة الإحصائية بالإضافة إلى استخدام المنهج التاريخي في بعض الأحيان لعرض ظروف معيشة فئة المسنين في العالم بصفة عامة والمغرب والجزائر بصفة خاصة وكان سؤال رئيسي للإشكالية ما هو واقع وآفاق الشيخوخة السكانية في دول المغرب العربي؟ وما هي الترتيبات المعيشية لكبار السن في دول المغرب العربي (الجزائر والمغرب)؟ وهل توجد هنالك فروق في الترتيبات المعيشية لكبار السن بين البلدين؟

وقسم الباحث هذا سؤال العريض إلى تساؤلات فرعية متعددة وهي:

ما هي الوضعية الاجتماعية والاقتصادية لكبار السن في كل من الجزائر والمغرب؟

كيف يرى كبار السن أحوالهم الصحية؟ وما هي أهم اهتماماتهم؟

عدد المسنين في دول المغرب العربي (الجزائر والمغرب) افاق العام 2050؟

وقد تم الاجابة على هذه التساؤلات بالاعتماد على نتائج المسح الجزائري حول صحة

الاسرة لسنة 2002، والمسح الوطني للمسنين في المغرب (ENPA/2006)، وفيما

يتعلق بافاق الشيخوخة عام 2050 نستخدم برنامج الطيف الديمغرافي (

spectrum)الذي يعتمد فيه الباحث على ثلاث سيناريوهات رئيسية مستقبلية:

السيناريو الاول: خصوبة منخفضة

السيناريو الثاني: خصوبة متوسطة

السيناريو الثالث: الخصوبة المرتفعة

وللمقارنة أضاف الباحث سيناريو رابعا وهو الخصوبة الثابتة واستعان أيضا الباحث ببرنامج الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية برنامج (SPSS).

لقد كشفت الدراسة أنّ كلا من الجزائر والمغرب سيشهدان ظاهرة الشيخوخة وبسرعة كبيرة؛ نظرا للانخفاض السريع في معدلات الخصوبة وارتفاع أمل الحياة، وفي إطار الترتيبات المعيشية لكبار السن في البلدين توصلنا إلى أنّهم يعيشون في ظروف جيدة داخل الأسر ولديهم دورا حيويا داخل الأسرة، وغالبيتهم لا يشعرون بالعزلة، في المغرب وجد 6.8% فقط من المسنين يعيشون بشكل إنفرادي وفي الجزائر وجد 2.2% فقط من المسنين يعيشون بشكل إنفرادي، فيما يتعلق بالحالة الصحية للمسنين فهي مزيج من أمراض متعددة، وغالبا ما تكون مزمنة، وقد صرّح أكثر من ثلث المسنين في كلا البلدين بأن وضعهم الصحي سيء، الأمية منتشرة بكثرة في وسط المسنين في كلا البلدين فهي تتجاوز 80%، من جهة أخرى تؤكد الإسقاطات المستقبلية آفاق العام 2050 بأن أعداد المسنين في زيادة في كلا البلدين ويتوقع أن تتجاوز نسبتهم 20% من إجمالي السكان في أفق العام 2050، وستحافظ ظاهرة الشيخوخة على النوع الاجتماعي والنساء تعمرن أكثر من الرجال¹.

دراسة الباحثة كريمة بوعزيز تحت عنوان الحالة الصحية والظروف المعيشية للسكان المسنين في الجزائر وعلاقتها ببعض العوامل الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية

هي رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم تخصص ديمغرافيا دراسة ميدانية بمدينة بجاية حيث استعملت الباحثة المنهج الوصفي في هذه الدراسة كما استعانت بعينة مكونة من 376 شخص مسن يبلغ من العمر 60 سنة فما فوق للإجابة على التساؤلات الأساسية لدراسة والتحقق من الفرضيات المعتمدة والمتعلقة بالتباينات

¹ -صلاح الدين عمراوي، الشيخوخة السكانية في بلدان المغرب العربي المغرب والجزائر أنموذجا، اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة باتنة 1 الحاج لخضر، سنة 2015.

والفوارق فيما يخص الظروف المعيشية لكبار السن ونوعية حياتهم من جهة، والعوامل المحددة للحالة الصحية المتعددة الأبعاد لهذه المجموعة العمرية من جهة أخرى. فكانت تساؤلات الدراسة كما يلي:

- 1- كيف هي الظروف المعيشية لسكان المسنين في الجزائر؟ وهل يشكل كبار السن في مجتمعنا فئة متجانسة من حيث ظروفهم المعيشية و أوضاعهم الصحية؟
- 2- ما هي أهم العوامل و الخصائص التي تحدد الحالة الصحية المتعددة الأبعاد لكبار السن (الحالة الصحية المتصورة الحالة الصحية الجسدية، الحالة الصحية الوظيفية، الوضع الصحي الوظيفي العام الحالة الصحية النفسية و الحالة الصحية الاجتماعية)؟
- 3- هل هناك اختلافات و فوارق في مستويات الحالة الصحية لكبار السن بمختلف أبعاده؟
- 4- هل تنتشر بين الأشخاص المسنين حالة الهشاشة بمختلف أبعاده؟ و ما الذي يحدد انتشارها عند فئة معينة من كبار السن دون غيرها؟
- 5- هل هناك استقلالية أم ترابط بين مختلف أبعاد و مؤشرات الحالة الصحية لكبار السن؟

للإجابة على التساؤلات المطروحة اقترحت الباحثة الفرضيات التالية :

الفرضية الأولى: تختلف وتتفاوت الظروف المعيشية لكبار السن حسب الفوارق الجنسية والعمرية.

الفرضية الثانية: تحدد كل من الخصائص الديمغرافية (السن) و (الجنس) والاجتماعية (الحالة الزوجية، المستوى التعليمي) و الإقتصادية النشاط المهني السابق والمستوى المعيشي) لكبار السن مستويات أبعاد الحالة الصحية الجسدية لديهم (أشكال المراضة شدة الإضطرابات الجسدية، نمط استهلاك الأدوية).

الفرضية الثالثة تتحدد اتجاهات أبعاد الصحة المتصورة التقييم الذاتي الانبي، التقييم الذاتي المقارن بالعام الماضي، التقييم الذاتي (الأفقي نحو الإيجاب أو السلب حسب اختلاف الخصائص الديمغرافية و الظروف المعيشية لكبار السن و تفاوت حدة المراضة لديهم.

الفرضية الرابعة: تؤثر كل من الفوارق الجنسية والعمرية و الخصائص السوسيو-اقتصادية (الحالة الزوجية، المستوى التعليمي، النشاط المهني السابق، المستوى المعيشي) و شدة الاضطرابات الجسدية على تباينات الحالة الصحية الوظيفية لكبار السن.

الفرضية الخامسة : تختلف حدة انتشار أبعاد الهشاشة عند كبار السن حسب الجنس و السن.

الفرضية السادسة تلعب كل من الإصابة في بعد من أبعاد الهشاشة و الفوارق الجنسية و العمرية و الفوارق السوسيو - اقتصادية (الحالة الزوجية، المستوى التعليمي، النشاط المهني السابق، والمستوى المعيشي دورا أساسيا في تحديد الوضع الصحي الوظيفي العام لكبار السن.

الفرضية السابعة : تحدد كل من الخصائص الديمغرافية (السن) و (الجنس) و الخصائص العائلية المعيشية (الحالة الزوجية والمستوى التعليمي و المستوى المعيشي والأوضاع الصحية الوظيفية العامة لكبار السن تباينات الحالة الصحية النفسية لديهم. الفرضية الثامنة تختلف أبعاد الحالة الصحية الإجتماعية لكبار السن حسب كل من العوامل الديمغرافية والسوسيو اقتصادية (الحالة الزوجية، المستوى التعليمي، المستوى المعيشي) و الوضع الوظيفي الصحي العام.

الفرضية التاسعة : توجد ترابطات و علاقات متعددة الإتجاهات بين مختلف أبعاد الحالة الصحية لكبار السن.

أظهرت نتائج الدراسة ان فئة كبار السن تمثل مجموعة غير متجانسة من حيث الظروف المعيشية ونمط التشيخ والحالة الصحية المرافقة له وتبين ان للخصائص الديمغرافية (الجنس والسن) لكبار السن تأثيرا بالغا في تحديد نوعية ظروفهم المعيشية

ومن جهة أخرى لعبت العوامل الديمغرافية (الجنس والسن) والعوامل السوسيو-اقتصادية (الحالة الزوجية والمستوى التعليمي والنشاط المهني والمستوى المعيشي) دورا أساسيا في تحديد تفاوتات الأوضاع الصحية المتعددة الأبعاد لكبار السن والتي بدورها تتبادل تأثيرات فيما بينها، وان دراسة أو توظيف مؤشر واحد منعزل من مؤشرات الصحة وإهمال مؤشرات الأخرى لن يقودنا إلى نتائج فعالة في مجال ترقية الصحة واستخلصت الباحثة أن الفئات الأكثر عرضة للأوضاع الصحية السيئة هي النساء والفئات العمرية الهرمة والفئات الغير مستقرة عائليا وأصحاب المستويات التعليمية المتدنية وأصحاب النشاطات الصعبة وذوي المستوى المعيشي الضعيف وتوصلت الباحثة إلى وجود ظاهرة انتشار الأمراض المتعددة والاضطرابات الجسدية وحالات الهشاشة بين كبار السن، كما تمكنت الباحثة من تصنيف كبار السن حسب ثلاث فئات أو على ثلاث مستويات صحية إلا وهي الاستقلالية الوظيفية الهشاشة التبعية الوظيفية¹.

دراسة الباحثة أمزيان نعيمة تحت عنوان دور المسنين بين آلية الإدماج الاجتماعي وواقع التهميش الأسري

هي دراسة ميدانية بدار المسنين بسيدي موسى كأطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم الاجتماع الديموغرافي وتهدف هذه دراسة إلى

- معرفة تداعيات انتقال الأسرة الجزائرية من النمط الممتد إلى النمط على أفرادها المسنة
- معرفة طبيعة المشاكل التي تواجه الأسرة فتدفعها للتخلي عن أصولها
- معرفة تأثير الحراك الجغرافي على المسن بانتقاله إلى دار العجزة ودرجة تكيفه مع الوسط الجديد.

¹ -كريمة بوعزيز، الحالة الصحية والظروف المعيشية لسكان المسنين في الجزائر وعلاقتها ببعض العوامل الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية دراسة ميدانية بمدينة بجاية، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم تخصص ديمغرافيا، جامعة الجزائر 2، سنة 2012.

- معرفة البرامج والإمكانيات والكوادر المتخصصة التي توفرها مؤسسات الرعاية لتأهيل الأفراد المسنة مع الوسط الجديد والتكيف مع محيطها.

فكانت إشكالية الدراسة على النحو التالي: ماهو واقع المسنين المقيمين داخل دور الشيخوخة في الجزائر؟

والذي جزء الى التساؤلات الفرعية التالية:

1. ما هي الأسباب التي كانت وراء الالتحاق الإرادي أو القهري لفئة المسنين بدور الشيخوخة ؟
2. ما هي طبيعة المشاكل التي واجهت المسنين قبل الالتحاق بدار الشيخوخة ؟
3. ما هي تداعيات انتقال المسن من بيئته الطبيعية إلى بيئة مغايرة على الصعيد الاجتماعي والنفسي ؟
4. هل يمكن للمسن أن يتكيف مع وضعه كنزير داخل دار للمسنين ؟
5. ما هي البرامج المسطرة والأساليب المتبعة من طرف مؤسسات الرعاية، كطاقم إداري ومتخصصين اجتماعيين ونفسانيين لتحقيق أهدافها في إدماج نزلائها المسنين مع بيئتهم الجديدة وتكيفهم فيها ؟

للإجابة عن هذه التساؤلات صاغت الباحثة الفرضيات التالية:

الفرضية العامة :

ابتعاد المسن عن الوسط الأسري الإرادي أو القهري وانتقاله لدور الشيخوخة يولد لديه عدم تكيف اجتماعي مع البيئة الجديدة.

الفرضيات الفرعية:

1. تقلص أدوار المسن الاجتماعية والاقتصادية في الأسرة يعد سبب تواجهه الإرادي أو القهري في دور الشيخوخة.
2. الحراك الجغرافي للمسن لدور الشيخوخة يولد لديه شعوراً بالاغتراب عن الذات

وعدم الانتماء للوسط الجديد مما يصعب عليه عملية التكيف والاندماج فيه.

3. توفر الوسائل والإطارات المتخصصة والبرامج المدروسة لدى المؤسسات المستقبلية للمسنين تجعلها تحقق هدفها المسطر وهو التكيف السوي للمسن مع مرحلته الجديدة واندماجه اجتماعياً مع وسطه الجديد.

توصلت الباحثة في هذه الدراسة إلى ثلاث حقائق مهمة وهي:

لأولى/ الجزائر ستعرف تزايداً عددياً مهماً في فئة الـ 60 سنة فما فوق، الوضع الذي سيدخل الجزائر في المرحلة الأخيرة من مراحل التحول الديموغرافي في أواخر الربع الأول من القرن الحالي و الذي سيطلق ميكانيزم الشيخ السكاني فيها، و أمام هذه الظروف ستواجه الجزائر كبيرة المتطلبات لجهود مضاعفة لتوفير احتياجات هذه الفئة العمرية و على كل الأصعدة.

الثانية/ إقتران التحول في بنية القيم الاجتماعية مع هشاشة البيئة الاجتماعية مع تحول الأسرة من بنيتها التقليدية المتعددة الأجيال إلى بنيتها النووية ذات الجيلين على الأكثر الثالثة/ الارتفاع المتزايد في أعداد دور المسنين في الجزائر في نظرنا هو تكريس لهذه الهشاشة الاجتماعية والأخلاقية وإضعاف للروابط الأسرية فهو تحفيز غير مباشر للأسر وللأفراد للتخلي عن السلف وتحت تبريرات واهية¹.

دراسة الباحث حاجي بوغالي تحت عنوان: العوامل المتحكمة في الوضعية السوسيواقتصادية للمسنين في الجزائر

هي دراسة ميدانية لعينة من المسنين في بعض بلديات الجزائر العاصمة وهي رسالة لنيل شهادة الدكتوراه علوم ولقد قام الباحث بصياغة التساؤل الرئيسي في هذه دراسة بمايلي ماهي العوامل المحددة للمستوى المعيشي للمسن؟ ومنه طرح الباحث التساؤلات الفرعية هل هناك علاقة بين مصادر الدخل التي يتحصل عليها المسن في تحديد

¹ - نعيمة امزيان. دور المسنين بين آلية الإدماج الاجتماعي وواقع التهميش الأسري دراسة ميدانية بدار المسنين بسيدي موسى، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم الاجتماع الديموغرافي، جامعة الجزائر2، سنة2014.

مستواه المعيشي؟ وهل هنالك تأثير للأعباء الاجتماعية الأسرية للمسن على مستواه

المعيشي؟ وهل هنالك تأثير للعجز الصحي للمسن وعلى مستواه المعيشي؟

وللإجابة على هذه التساؤلات صاغ الباحث الفرضيات التالية:

-قد يكون هنالك علاقة بين مصدر دخل المسن ومستواه المعيشي

-قد تكون الأعباء الاجتماعية الأسرية للمسن علاقة في تحديد مستواه المعيشي

-قد يكون العجز الصحي وتزايد المرض لدى المسن علاقة في تحديد المستواه

المعيشي

لقد أظهرت هذه الدراسة الضوء على بعض من الجوانب الحياة السوسيواقتصادية للمسنين ومستوياتهم المعيشية من مستويات الإنفاق لدى المسنين وتغير القدرة الشرائية ونوعية الدخل في هذه المرحلة و المتغيرات المتحركة فيها من مصادر الدخل و المكانة السوسيو مهنية للمسنين وتزايد الأعباء الاجتماعية على عاتق المسن وتراجع أدائه الوظيفي والصحي في هذه المرحلة. وتبين هذه الدراسة أيضا أن العديد من المسنين يعانون من وضعيات اقتصادية هشّة وضعيفة، تأثر فيها العديد من المؤشرات الأخرى كالصحية منها والمعيشية والمديونية وتضاؤل مستويات الرفاه لديها، ومن بين الأكثر المتضررين هم النساء الغير العاملات اللاتي يعال عليهن في الغالب والمستويات السوسيو مهنية الضعيفة بشكل أقل، هذا ما يجعلنا نقول أن هنالك لا مساواة في نظام الحماية الاجتماعية الموجود، ولا يزال يحتاج لتحسين أكثر لحماية هؤلاء المسنين الذين يعانون هشاشة اقتصادية واجتماعية بين ذويهم، في ظل خيار بقاء هؤلاء المسنين في أسرهم وعدم اللجوء إلى المؤسسات الخاصة برعاية المسنين ودور العجزة¹.

المبحث الثاني: المنهجية المتبعة في البحث الميداني

1-المنهج المتبع في الدراسة:

¹-حاجي بوغالي، العوامل المتحركة في الوضعية السوسيواقتصادية للمسنين في الجزائر دراسة ميدانية لعينة من المسنين في بعض بلديات الجزائر العاصمة، رسالة لنيل شهادة دكتوراه علوم، تخصص علم الاجتماع ديموغرافيا، جامعة الجزائر2، سنة 2015.

يعتبر المنهج الذي يتبعه الباحث من أجل تقصي المعلومات والمعطيات، أهم خطوة من خطوات في جميع ميادين المعرفة بما فيها العلوم الاجتماعية، اعتباراً للعلاقة المنهجية التي تربط بين الموضوع والمنهج في الدراسة الاجتماعية حيث أنهما قضيتان متلازمتان، فطبيعة الموضوع هي التي تحدد نوع المنهج المناسب من أجل الإلمام بأهم جوانبه، باعتبار أن المنهج هو "مجموعة من الخطوات والطرق المنتظمة يتبعها الباحث في معالجة الموضوعات التي يقوم بدراستها إلى أن يصل إلى نتيجة معينة"¹، كما أنه يبقى لطبيعة الموضوع و الهدف منه الدور الأساسي إن لم نقل الوحيد في تحديد المنهج المناسب والأفضل للقيام بأي بحث أو دراسة . ونظراً لطبيعة الموضوع المتمثل في دراسة سلوكيات الصحية للمسنين وأهم العوامل المؤثرة فيها في الجزائر والذي كان الهدف منه اختبار فرضيات البحث ،ومن خلال محاولة تحليل و تفسير العلاقة التي تجمع السلوكيات الصحية للمسنين بالمتغيرات المستقلة و المتمثلة في الخصائص الديموغرافية و المكانة الاجتماعية والعلاقات الأسرية فقد اخترنا المنهجين التاليين اللذين وجدناهما أكثر ملائمة لتحقيق أهداف هذا البحث .

1-1- المنهج الوصفي التحليلي:

يعد المنهج الوصفي التحليلي احد أهم مناهج البحث العلمي وأكثرها شيوعاً في البحث العلمي ويعود السبب الرئيسي وراء شيوع استخدام هذا المنهج للمرونة الكبيرة الموجودة فيه ولشموليته الكبيرة، ومن خلال المنهج الوصفي التحليلي يستطيع الباحث فهم أفضل للظاهرة التي ندرسها لأنه يساعدنا على فحص العوامل المختلفة المؤثرة في تنظيم الظاهرة المدروسة وفي وظائفها، ولا يعني أننا سوف نقتصر على مجرد وصف وإنما يعطي المنهج "صورة تمثيلية للواقع بأدق صورة ممكنة، إذ يشكل مرحلة وسيطية بين الملاحظة والتفسير"²

¹ - أحمد سيد محمد، الدليل إلى منهج البحث العلمي، دار المعارف، مصر، 1973، ص 9.

² - J .Delbayle, **Introduction aux méthodes des sciences sociales**, éditions Privat ,FRANCE , 1991, P 132.

ويمكننا من "دراستها كما توجد في الواقع، ويهتم بوصفها وصفا دقيقا ويعبر عنها كفيها وكميا، فالتعبير الكيفي يبين لنا خصائص الظاهرة، موضوع الدراسة، أما التعبير الكمي فيعطيها وصفا رقميا يوضح مقدار الظاهرة وحجمها"¹

ويأخذ هذا المنهج جانبا كبيرا من الدراسة، حيث سنعتمد عليه من البداية لوصف موضوعنا المدروس والمتعلق بالسلوكيات الصحية للمسنين في الجزائر، بدأ من تحديد وضبط إشكالية البحث وصياغة فرضياته وتحديد المفاهيم الأساسية له ، وهذا في ظل تلك المعلومات المتعلقة بالموضوع التي تمكنا من جمعها وتوظيفها في عرض فصول الجانب النظري، وسنواصل الاعتماد عليه في تحليل معطيات الجانب الميداني باستكمال خطواته المتعلقة بهذا الجانب، والتي تتمثل في تحديد عينة البحث ، والأدوات التي تستعمل لجمع المعطيات منها ، وهذا من أجل تنظيمها حسب أهداف بحثنا وتحليلها وتفسيرها، واستخلاص وعرض أهم النتائج .

1-2- المنهج الكمي:

يهتم هذا المنهج بالجانب الكمي ويعتبر احد طرق القياس التي يتم استخدامها في الأبحاث والدراسات العلمية لاختبار الفرضيات ومن ثم تطبيق النظريات والمفاهيم المكتسبة على ارض الواقع بالنسبة للأبحاث ذات الصبغة العلمية، وكما هو عبارة عن "مجموعة من الأساليب والتقنيات المتنوعة التي تستعمل لجمع المعطيات الإحصائية"² المستقاة من الميدان، وذلك بتحويل المعطيات الكيفية إلى معطيات كمية ذات دلالة إحصائية، بهدف "تقويمها ومقارنتها ببعضها قصد الوصول إلى النتائج العلمية المطلوبة"³.

3-عمار بوحوش و محمد محمود الذنبيات،مناهج البحث العلمي، وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر،1995، ص 129.

2- عبد القادر حليمي، مدخل إلى الإحصاء، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ط1، 1994، ص 11 .

3- إحسان محمد الحسن، الأسس العلمية لمناهج البحث العلمي،دار الطليعة، بيروت، 1981، ص 35.

كما عرف ريمون بودان (raymon boudon) المنهج الكمي بالبحوث التي تسمح للباحث بجمع المعلومات وذلك بناء على مقارنة مجموعة من العناصر، تسمح هذه المقارنة فيما بعد إعطاء الصيغة الرقمية للظاهرة، موضوع الدراسة والتي تساعد الباحث في التحليل¹، حيث اعتمدنا عليه في الجانب الميداني خاصة عند تحليل الجداول المركبة الخاصة بفرضيات البحث من خلال الاستعانة ببعض المقاييس الاحصائية (مقاييس الارتباط، ومعامل اختبار استقلالية الظواهر).

2- العينة وكيفية اختيارها:

تعد عملية اختيار عينة البحث وطريقة سحبها من أهم مراحل البحث العلمي، إذ تتوقف عليها صحة و مصداقية نتائج الدراسة، وتختلف طريقة سحبها حسب طبيعة الموضوع، وحسب مجتمع البحث، ويعرفها إحسان محمد الحسن، بأنها "مجموعة من الأشخاص ينتمون لمجتمع البحث...،ويجب أن تكون العينة المختارة ممثلة لمجتمع البحث في مزياءه الديموغرافية والاجتماعية والحضارية"².

ذلك لان درجة صحة المعلومات المتحصل عليها من الميدان ودقة النتائج وإمكانية تعميمها مرتبطا ارتباطا كبيرا بدرجة تمثيلية العينة للمجتمع المدروس ، والتي تتبع لسحبها إجراءات تسمى بالمعاينة الاحتمالية ، ولكن هذه الإجراءات في الاختيار لا يمكن تطبيقها في كل البحوث لعدة أسباب نجد أهمها عدم توفر قائمة لكل مفردات مجتمع البحث والتي تسمى " بقاعدة السبر"، تليها في بعض الأحيان قلة الإمكانيات وضيق الوقت³. ونظرا لعدم تمكننا من الحصول على إطار المعاينة لمجتمع بحثنا والمتمثلة في قائمة بأسماء وعناوين المسنين الذين يقطنون في دائرة سيدي امحمد

¹ -Raymond Boudon, **les methodes en sociologie**, presse universitaire de France, France, 1970, p31.

² - احسان محمد حسن.مرجع سابق، ص 19.

³ -موريس انجرس،مرجع سابق، ص ص309-310.

ولاية الجزائر ، فقد اخترنا نوع من العينات غير الاحتمالية، والمتمثلة في العينة العمدية أو المقصودة، والتي يعرفها إحسان محمد حسن بأنها "النموذج المختار من عدد السكان الكبير بطريقة مقصودة ومتعمدة، أي بطريقة لا تعطي جميع وحدات السكان أو مجتمع البحث فرصة متساوية للاختيار، فالباحث يحدد حجم العينة ويطلب من المقابل اختيار وحداتها بالطريقة والأسلوب الذي يلائمه"¹. واستنادا على ما سبق، فإن مجتمع البحث اشترط فيه شرطين أساسيين هما:

-المسنون من الجنسين الذين بلغوا من العمر 60 سنة فأكثر.

-يقيمون في دائرة سيدي امحمد ولاية الجزائر إقامة دائمة.

ولقد بلغ حجم العينة 200 مبحوث البالغين من العمر 60 سنة فما فوق أثناء إجراء الدراسة الميدانية وللأسف لم تكن هذه العينة ممثلة للمجتمع المدروس بسبب نقص الإمكانيات المادية والبشرية من جهة وتقيدنا بمدة زمنية محدودة ولهذا لا يمكن تعميم النتائج المتحصل عليها فهي تعطي لنا صورة عن مجموع الأفراد الذين أخذت منهم المعلومات فقط ولا تعكس واقع المجتمع الأصلي الكلي.

3- أدوات جمع البيانات:

الأداة هي وسيلة يستعين بها الباحث في دراسته لجمع البيانات من الميدان، وتختلف هذه الأدوات باختلاف موضوع الدراسة ونظرا لطبيعة الموضوع الذي يتطلب بعض المعطيات الدقيقة حول السلوكيات الصحية للمسنين استوجب علينا استخدام الاستمارة بالمقابلة كأداة أساسية لجمع البيانات :

¹ - إحسان محمد الحسن، مرجع سابق، ص 52.

الاستمارة بالمقابلة:

تعتبر الاستمارة وسيلة أساسية من وسائل جمع المعلومات حيث نستخدمها كأداة أساسية لجمع البيانات الميدانية وهي تقنية اختبار يطرح من خلالها الباحث مجموعة من الأسئلة على أفراد العينة من أجل الحصول على معلومات يتم معالجتها كميًا فيما بعد ونقارن بها مع ما تم اقتراحه في الفرضيات¹

وقد وقع اختيارنا بالتحديد على هذه الطريقة في ملئ الاستمارة نظرا لمعرفةنا المسبقة للخصائص التي يتميز بها المجتمع المعني بالدراسة المتعلقة بالمستوى التعليمي لهم، فحسب ما تشير إليه نتائج المسح الوطني لصحة الأسرة أن نسبة 83% من مجموع المسنين البالغين 60 سنة فما فوق هم أميون (94% عند النساء و 73% عند الرجال)، كما أن هذه الطريقة أيضا تتيح لنا تبسيط وتوضيح الأمور التي لا يستطيع فهمها المسن، وبهذه الطريقة كذلك نضمن الإجابة على كل الأسئلة التي تتضمنها الاستمارة ، هذا من جهة ، ومن جهة أخرى تتيح لنا هذه الطريقة الاحتكاك والتفاعل مباشرة مع المسنين والتعرف على أوضاعهم عن قرب، وهذا الأمر سيساعدنا كثيرا عند الشروع في تحليل الجداول الخاصة بالجانب الميداني ووفقا لما تتطلبه فرضيات البحث من مؤشرات لتحقيق أهداف البحث والتحقق من صحتها.

قد تم تصميم استمارة بحثنا التي اشتملت 59 سؤالاً منها أسئلة مفتوحة ومنها أسئلة نصف مغلقة ومنها أسئلة مغلقة حيث كانت هذه الأسئلة موزعة على 4 محاور وهي المحور الأول: يخص البيانات الشخصية للمبحوثين والتي تضم 7 أسئلة كانت كلها مغلقة

المحور الثاني: الذي تناول الجانب الخاص بالمكانة الاجتماعية للمبحوثين وحاولنا حصر هذا الجانب بطرح 16 سؤالاً منها مغلقة ومفتوحة

المحور الثالث: الذي تضمن الجانب الأسري والذي توفر على 17 سؤالاً منها 3 أسئلة مفتوحة والباقي من الأسئلة مغلقة.

¹ -سعيد سبعون وحفصة جرادى، الدليل المنهجي في إعداد المذكرات والرسائل الجامعية في علم الاجتماع، دار القصبه لنشر، الجزائر، 2012، ص155.

المحور الرابع: يخص البيانات المتعلقة بالجانب السلوك الصحي وحاولنا حصر هذا الجانب في 19 سؤال

4-مراجعة وتبويب البيانات ومعالجتها إحصائياً:

بعد الانتهاء من عملية جمع البيانات من ميدان الدراسة قمنا بفرز ومراجعة وتدقيق الاستمارات لتأكد من صحة الإجابات وعدم تناقضها فيما بينها وكذلك تفحص ما إذا أجب على الأسئلة بأكملها، إذ انه لا تقبل أي استمارة لم يجب على 5% من أسئلتها وهذا ما يسمى بتنظيم البيانات في الإحصاء، "كما تعتبر عملية المراجعة إحدى العمليات الأساسية التي يجب أن يقوم بها الباحث قبل الشروع في عملية الترميز والجدولة والتحليل، وذلك لاحتمال وجود بعض الأخطاء والتي قد تحدث أثناء عملية جمع البيانات"¹.

وبعد انتهاء من هذه العملية قمنا بإعطاء أرقاماً تسلسلية للاستمارات أو ترقيم الاستمارات ثم قمنا بترميزها، حيث وضعنا رموز عديدة في الخانة المتروكة في هامش الاستمارة وذلك الترميز يمثل رقم احتمال الإجابة في السؤال².

بعدها قمنا بتفريغ هذه البيانات على البرنامج الإحصائي SPSS ويعد هذا البرنامج من أكثر طرق التحليل الإحصائي للبيانات استخداماً، وهو يستخدم في العلوم الاجتماعية خاصة حيث يمكن عن طريق ترميز البيانات وإدخالها على التطبيق من عرض البيانات على شكل جداول التوزيع التكراري لتحليلها ومحاولة وصف الظاهرة وصفا إحصائياً وقراءة ما وراء الأرقام أي تطبيق الأرقام الصامتة ومحاولة تحكم بشكل دقيق في ظاهرة المدروسة وكما مكننا من استخراج المعاملات الإحصائية التي ساعدتنا في توضيح مدى قبول الفرضيات أو رفضها ومدى قوتها أو ضعفها منها معامل الاقتران ومعامل التوافق ومعامل سبيرمان واختبار تربيع لبيرسون (كا²).

¹- عبد الله عامر الهماي، أسلوب البحث الاجتماعي وتقنياته، منشورات جامعة قار تونس، 1988، ص205.

²- جويذة عميرة ، التحليل الإحصائي للبيانات الاجتماعية والديموغرافية، عالم الافكار، الجزائر، ط1، 2018،

5-مجالات الدراسة:**5-1-المجال البشري:**

يضم المجال البشري لدراستنا المسنين من الجنسين الذين بلغوا 60 سنة فأكثر و يقيمون في دائرة سيدي أحمد إقامة دائمة.

5-2-المجال الزماني:

لقد استغرقنا عند القيام بالبحث الميداني قرابة عام ونصف؛ وهذا بدءا من يوم 20 / 10 / 2020 إلى غاية 31 / 04 / 2022 ، حيث تم هذا على مرحلتين، فالمرحلة الأولى التي دامت عشرة أيام قمنا فيها بالبحث الاستطلاعي الذي كان الهدف منه اختبار استمارة البحث قبل النزول بها بصفة نهائية إلى الميدان لملئها، سواء لمعرفة النقص الذي يعترضها وإكمالها أو التعرف على درجة الدقة في طرح بعض الأسئلة الموجود في الاستمارة وضبطها، وأيضا التعرف على ردة فعل المبحوثين ومدى تجاوبهم مع استمارة البحث، حيث قمنا بملئ (10) استمارات، تم تفريغ معطياتها المبدئية واستخراج بعض الجداول لمعرفة مدى نجاعة وصحة الارتباطات في الجداول التحليلية التي تعتبر الخطوة الأولى من خطوات بناء الاستمارة، وبالفعل فبعد هذه العملية تم تعديل أسئلة الاستمارة وضبطها بإضافة بعض الأسئلة التي تخدم الموضوع، وحذف البعض الآخر الذي لم نجد له أهمية، والوصول إلى الصيغة النهائية لها وبذلك بدأت المرحلة الثانية لهذا الجانب التي امتدت من 30/10/2020 إلى 31 /04/2022 (أي مدة عام ونصف بالتقريب)، حيث كان يتم ملء من استمارة واحدة إلى اربع استمارات في اليوم، وفي بعض الأوقات لم نستطع ملئ ، ولو استمارة واحدة في اليوم، وأحيانا تستغرق هذه الوضعية عدة أيام متصلة تصل حتى شهر وأكثر، وكان راجع هذا إلى الوضع الصحي التي مرت به البلاد انتشار وباء كورونا ومع تطبيق الحجر الصحي وغلق المساجد والساحات والحدائق العمومية كل هذه ظروف غير ملائمة لخروج هذه الفئة من بيوتها.

5-3-المجال المكاني:

أجريت هذه الدراسة في دائرة سيدي أمحمد ، وتم اختيارها كونها في العاصمة وكثيفة من الناحية السكانية، دائرة سيدي أمحمد إحدى دوائر الجزائر التابعة لولاية الجزائر والتي تضم أربع بلديات وهي سيدي أمحمد والمدنية والمرادية والجزائر الوسطى سميت تيمنا بقائدها سيدي أمحمد.

قد تعذر علينا الحصول على الإحصائيات السكانية الخاصة بهذه الدائرة.

الفصل الثاني: ماهية الشيخوخة واهم نظرياتها

تمهيد

المبحث الاول: ماهية الشيخوخة

1-تعريف الشيخوخة

2-مراحل الشيخوخة

المبحث الثاني: خصائص مرحلة الشيخوخة

1-الخصائص النفسية

2-الخصائص الجسمية

3-الخصائص الاجتماعية

4-الخصائص الاقتصادية

المبحث الثالث: علم الشيخوخة ونظرياته

1-علم الشيخوخة

2-الهدف من دراسة علم الشيخوخة

3-نظريات الشيخوخة

خلاصة

تمهيد:

في هذا الفصل سنتطرق إلى تحديد تعريف الشيخوخة من جميع الجوانب ونتطرق إلى مختلف تعاريف التي توصل إليها الباحثون كما سوف نحدد مختلف مراحل الشيخوخة والخصائص المميزة لها و سنعرض بعض النظريات التي تطرق لها الباحثين لتفسير ظاهرة الشيخوخة، كل هذا من أجل فهم هذه الفئة الحساسة من المجتمع و حمايتها ورعايتها خاصة وأن المسن في هذه المرحلة يكون عرضة لعدة أمراض جسدية ونفسية.

المبحث الأول: ماهية الشيخوخة

1- تعريف الشيخوخة:

لم يتفق الباحثون على تعريف جامع للشيخوخة، وذلك لأنها ليست من الظواهر الثابتة فهي تحدث في المراحل الأخيرة من حياة الفرد أو الكائن الحي عموماً، ولكنها حالة تتأثر بفسولوجية الفرد ونفسيته وبالبيئة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي يعيش فيها واتجاهاتها التي يتقبلها ويتصرف طبقاً لها .

تعتبر الشيخوخة مرحلة زمنية من مراحل العمر المتتابعة يصل إليها الإنسان بعد سن الخامسة والستين فهي عملية حيوية طبيعية تتأثر بنمط الحياة وبمعامل البيئية والوراثة لذا تجب الرعاية المبكرة التي تقي من أمراض الشيخوخة المستقبلية¹.

الشيخوخة هي تغير طبيعي في حياة الإنسان أي أنها تطور فسيولوجي شأنها شأن مرحلة الطفولة والبلوغ والشباب ثم الكهولة، وقد يفسر هذا التغير الفسيولوجي بأنه نتيجة التحول الذي يطرأ على أنسجة كبير السن وخلاياه أو هي مرحلة زمنية من مراحل العمر المتتابعة، يصل إليها الإنسان بعد سن الخامسة والستين، فهي عملية حيوية طبيعية تتأثر بنمط الحياة وبمعامل البيئة والوراثة، لذا يجب الرعاية المبكرة لكي تقيه من أمراض الشيخوخة المستقبلية .

¹ - بهاء الدين خليل تركية، علم الاجتماع العائلي، دار المسيرة لنشر والتوزيع، الاردن، 2015، ص320.

وهناك رأي آخر يرى بأن الشيخوخة هي نتيجة لتراكم ظواهر كثيرة منها ما هو مرضي مثل تصلب الشرايين والأمراض المزمنة، ومنها ما هو بسبب نقص التغذية والحالة النفسية والعصبية والحالة المناعية، ومنها ما هو بسبب المؤثرات الداخلية والخارجية والإسراف في تعاطي العقاقير والعدوى ... إلخ، مما يؤدي إلى الاضمحلال و الشيخوخة، ذلك إذا أتت مبكرة عن ميعادها الافتراضي.¹

والشيخوخة هي عملية تصور متزايد لقابلية التغليف ونقص مستمر على القدرة على التوافق والبقاء، وهي ناجمة عن تراكم وتداخل الأخطار والآثار الضارة التي تسبب تدهور وظائفه وعضوية، وهذا التدهور يؤثر بشكل واضح وملحوس على مجمل الوظائف الحيوية للإنسان، وهذا يعلل ظهور الضعف التدريجي في قدرة الكائن الحي على التلاؤم مع الشروط والظروف الحياتية المختلفة.

كما عرفها حامد عبد السلام زهران الشيخوخة "مجموعة تغيرات جسمية ونفسية تحدث بعد سن الرشد وفي الحلقة الأخيرة من الحياة ومن التغيرات الجسمية، ضعف عام في الصحة ونقص القوة العضلية وضعف الحواس (قلة السمع والبصر)، ومن التغيرات النفسية ضعف الذاكرة والانتباه وقلة الاهتمامات وشدة التأثير الانفعالي².

والشيخوخة هي حالة من الضعف والقصور الوظيفي لقدرات الإنسان الجسمية أو السلوكية أو العقلية أو الإدراكية، مرتبطة بتقدم السن، تعجزه عن الوفاء باحتياجاته الضرورية للحياة دون مساعدة خارجية، أو مرتبطة بتدهور القدرات الجسمية³

وقد ورد في قواميس اللغة العربية معنى الكبر في السن وما نسميه بالشيخوخة حبذا يقال، "شاخ الإنسان شيخا وشيخوخة والشيخ، هو من أدرك الشيخوخة وهي في الغالب من تجاوز عمره الخمسين سنة، ويقال: هرم الرجل هرما، أي بلغ أقصى الكبر

¹ -أكرم محمد العزاوي، مروان عبد المجيد ابراهيم، الرعاية الشاملة للمسنين (رياضيا، اجتماعيا، صحيا، نفسيا نتاهيل)، دار دجلة، الاردن، ط1، 2014، ص82.

² -حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتاب، مصر، ط2، 1995، ص43.

³ -نفس المرجع السابق، ص83.

وضعف، والهرم يعني كبر السن، ويستخدم الباحثون كلمتي الكبر والشيخوخة للأفراد الذين تتجاوز أعمارهم سن الخمسين سنة¹.

وهناك من يرى عما إذا كان الإنسان الذي يطغى البياض على السواد في شعر رأسه هو الذي نسميه كبيراً؟ أم من بلغ الخمسين سنة من عمره؟ وهل الكبير هو من تجاوز منتصف العمر؟ وهذا يتطلب معلومات عن العمر الزمني لكل فرد وعن التغيرات البدنية المتعلقة بعمليات الهدم والبناء².

إلا أن الباحثين قد أشاروا إلى المعيار الاجتماعي لكبر السن حين ينسحب الشخص من كثير من المسؤوليات الاجتماعية التي كان يؤديها بكفاءة من قبل داخل الأسرة أو في المجموعة الاجتماعية المحيطة، بسبب عوامل الضعف المتنامي في قوته البدنية والصحية.

وأشار الباحثين للحكم على كبر الفرد لكونه أصبح عرضة أكثر فأكثر لبعض أمراض المزمنا التي تضعف قدرته وحركته وأداءه. وتحدث آخرون عن معيار الصحة الجسمية كعلامات ظاهرة للحكم على كبر الفرد، وكذلك المعيار الوظيفي الذي يمثل مدى قدرة الفرد على القيام بوظائفه الحياتية بكفاءة ودون الاعتماد على آخرين أو الاستعانة بهم.

كما عرفت الشيخوخة بأنها وضع نفسي وجسمي عام يتسم بالضعف والانحدار قوى الفرد وأبنيته المختلفة، ناجم عن تغيرات جسمية ونفسية تحدث في المراحل المتأخرة من حياة الشخص الكبير في السن، وتؤدي تلك التغيرات إلى خلل يصيب العمليات الحيوية الدقيقة التي يعتمد عليها الجسم في إعادة بناء ما يتلف منه.

إزاء ما سبق، فإنه يمكن تعريف الشيخوخة بأنها المرحلة التي تتجاوز فيها الأشخاص مراحل النمو والتطور والبناء والنضج في قواهم الفسيولوجية، وبعض الوظائف

¹-سامي محمد ملحم، الإرشاد النفسي عبر مراحل العمر، دار الاعصار العلمي، عمان الاردن، ط1 ، 2015، ص456.

²-زبيدي علي جاسم عكة، سيكولوجية الكبر والشيخوخة، اثرء لنشر وتوزيع،الأردن، ص105.

المعرفية، ووصلوا إلى مراحل التوقف والاستقرار وبدايات الضعف والفقدان بعض وظائف تلك الأعضاء¹.

2- مراحل الشيخوخة:

إن مرحلة الشيخوخة هي مرحلة طبيعية يمر بها الفرد وقد قسمت هذه الفترة من الحياة الفرد المسن إلى مراحل فهناك من قسمها إلى مرحلتين:

1- مرحلة الشيخوخة المبكرة أو صغار المسنين: ما بين 60-75 سنة.

2 - مرحلة الهرم أو كبار المسنين: من 75 سنة إلى نهاية العمر.

وهناك من يقسمها إلى مجموعتين أيضا ولكن يختلف السن وهي:

1- صغار كبار السن، وهم من تعدوا 65 سنة، ولكنهم محتفظين بدرجة عالية من الحركة وأداء وظائف الحياة اليومية والأمان الاجتماعي في المسكن والغذاء.

2 - كبار السن، وهم أولئك الذين تعدوا 65 سنة ولكنهم في مستوى ضعيف من حيث أداء الوظائف اليومية ويحتاجون إلى مساعدة الآخرين، وليسوا في حالة أمان اجتماعي.

وهناك من يقسم تلك المرحلة إلى ثلاث مجموعات:

1 - صغار المسنين ما بين 60-64 سنة.

2 - المسنون في المرحلة المتوسطة ما بين 65 - 74 سنة.

3 - المسنون الكبار جدا فوق 74 سنة.²

المبحث الثاني: خصائص مرحلة الشيخوخة

إن لكل مرحلة من مراحل عمر الإنسان خصائصها والملاحظ ان مرحلة الشيخوخة لها خصائص من النواحي النفسية والجسمية والاجتماعية واقتصادية، ومع التقدم في

¹- سامي محمد ملحم، مرجع سابق، ص 457.

²-مصطفى السروجي طلعت، ماهر ابوالمعاطي، ميادين ممارسة الخدمة الاجتماعية، الشركة العربية المتحدة، مصر، 2018، ص 223.

العمر يتعرض المسن الى مجموعة من التغيرات البيولوجية والاجتماعية والصحية والاقتصادية والتغير في الأدوار والوظائف (المراكز المهنية) وهذه التغيرات تؤثر عليهم باختلاف أنماطهم وسلوكياتهم في تلك المرحلة العمرية.

1- الخصائص النفسية:

إن عمليات التغير في الحياة النفسية للفرد عمليات تدريجية حالها في ذلك حال عمليات التغير الجسمي والعصبي، إلا أن التغير النفسي يبدو سريعاً وواضحاً في مرحلتين من مراحل الحياة وهي مرحلة المراهقة ومرحلة الكبر في المسنين ، أن التغيرات التي تحدث في الكبر تتسم بصفات التصلب النفسي مما لا يمكن الفرد من التكيف الكافي المتغيرات الحياة ومستجداتها ، ويرافق ذلك هبوط في درجة الحماس والطموح ، كما يحدث تضيق في مجال اهتمامات الفرد لما يجري حوله فيبدو له العالم أصغر ، كما يتركز اهتمام الفرد بشكل متزايد حول ذاته ويبدو عليه ما يدل على تناقص في المرونة في التعامل وفي الاستعداد الفهم وجهات نظر الآخرين.

ورأى علماء النفس إن الشيخوخة حالة من الاضمحلال تصيب القدرة على التوافق النفسي والاجتماعي بحيث يكون من الصعب على كبير السن مواجهة ضغوط الحياة ومطالبها بشكل فاعل ، مع العلم إن هناك فروق فردية بين المسنين ، وهذه الفروق قد تسهل عملية التوافق أو تعوقها¹ ، ومن التغيرات النفسية نجد مايلي:

- تغير النمط أو السمة: فرغم الفروق الفردية بين المسنين فثمة ظواهر نفسية وسلوكية أكثر بروزاً لهذه المرحلة مثل: التردد في اتخاذ القرار، التقلب المزاجي، الميل إلى الانسحاب عند المواقف المتأزمة، الميل إلى المبالغة في الحزن، الحيرة بين أحاسيس الخوف من الموت واليأس، وبين الأمل والتفاؤل.

- جمود القدرة على التعليم والتغير: ويفسر البعض ظاهرة تغير عملية التعليم تبعا لزيادة العمر على أساس ضعف المرونة للتكيف نتيجة زيادة السن.

¹-سامي محمد ملحم، مرجع سابق، ص477.

- تغير القدرات العقلية: حيث يظهر تأثير السن على مختلف الجوانب العقلية عادة، والذاكرة قصيرة المدة خاصة وعدم تنظيم القدرة على عمليات الإحساس أو الإدراك، والأداء النفسي الحركي مع تقدم الأفراد في العمر.
- تغير التنظيم النفسي للفرد: حيث يحدث تغيرا في مفهوم الفرد عن ذاته خلال مرحلة الشيخوخة بوجه عام، فمن المشكلات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة: الاعتمادية والعدوانية وعدم الثقة في النفس¹.
- تتميز انفعالات المسنين بأنها ذاتية المركز حيث تدور حول أنفسهم أكثر مما تدور حول غيرهم ، وتؤدي هذه الذاتية إلى نمط غريب من أنماط السلوك الأناي.
- عدم القدرة على التحكم في الانفعالات تحكما صحيحا شأنهم في ذلك شأن الأطفال الذين يعجزون عن ضبط مشاعرهم و عواطفهم .
- العناد وصلابة الرأي ، وقد يؤدي هذا العناد إلى السلوك المضاد .
- الميل إلى المديح والإطراء والتشجيع .
- للمسنين ما يثير في نفوسهم القلق ، وقد يؤدي بهم القلق إلى الكآبة لأنهم لا يجدون متنفسا لانفعالاتهم كما كانوا من قبل .
- يتميز أغلب المسنين بالشك والريبة من الآخرين وعدم الثقة بهم .
- يقف المسنون من البيئة المحيطة بهم موقفا سلبيا فلا ينفعلون لها ومعها وكأنهم بذلك يعبرون عن شعورهم بالهوة السحيقة التي تفصلهم عن الأجيال الأخرى.
- تتصف انفعالات المسنين أحيانا بالخمول وبلادة الحس ، وقد يرجع هذا الشعور الغريب بالسلبية والبلادة إلى عدم إدراك المسن للمسئولية التي تواجهه من يحيطون به .
- يغلب على انفعالاتهم التعصب الذي لا يقوم في جوهره على أي أساس فهم يتعصبون لجيلهم ولآرائهم ولعواطفهم ولكل ما يمتد إليهم بصلة.
- يحسون في أعماقهم بأنهم مضطهدون، ويؤدي بهم الشعور بالاضطهاد إلى الإحساس العميق بالفشل.

¹- نفس المرجع السابق، ص224.

-التمسك الفكري والتصلب والتحفظ وتوخي الحرص والحذر¹.

2- الخصائص الجسمية:

إن نمو الفرد يصاحبه متغيرات ترافق عمره من ولادته حتى وفاته، وهذه المتغيرات تحدث عند التقدم في العجز وقد تصاحب المتقدمين بالسن فهي متغيرات أكيدة من سن معين، كما يمكن ملاحظة المتغيرات الفسيولوجية لدى كبار السن يومياً كون كبار السن عرضة أكثر للأمراض كلما تقدم بهم السن² وتتمثل هذه المتغيرات بما يلي:

- تحول في لون قزحية العين كأن يخيم عليها البهتان، ويقل بريقاً نوعاً ما، حيث يتغير لون بياض العين إلى اللون الرمادي، ويعود هذا التغيير إلى حدوث جفاف في العين كلما تقدم الشخص في العمر ، وللد من هذه المشكلة ينصح بأخذ الدواء وتأثر التغيرات الجسدية في مرحلة المسنين بالعوامل الوراثية.

- من أبرز التغيرات في وزن الجسم حيث يتجه نحو الانخفاض، كذلك سقوط الشعر والصلع، إلى جانب تلونه إلى اللون الرمادي والأبيض، ويصبح باهتاً ويقل لمعانه، إضافة إلى زيادة تعرضه إلى التقصف مما يجعله خفيفاً ، ويعود ذلك إلى اختلال في عمل الدورة الدموية وبالتالي تراكم السموم على بصيلات الشعر وذلك يقلل وصول المواد المغذية إليها.

وبصفة عامة تتضمن هذه الخصائص التغيرات الظاهرية والمرئية مثل تغيرات الجلد وظهور البقع الكبدية بسبب فقدان الدهون والشعر والوجه واليدين وكذلك القدرة الحركية بشكل عام والتي تتمثل بالبطئ في المشي أو التوكؤ على العصي بالإضافة إلى التغيرات الخارجية أخرى كتغير لون الأسنان وكذلك زيادة حجم الأنف وطوله التي تؤدي إلى حدوث في تغير ملامح الوجه وكذا قصر القامة³.

¹ - عبد الحميد شانلي، التوافق النفسي للمسنين، المكتبة الجامعية الاسكندرية، 2001، ص17.

² - أكرم محمد العزاوي. مروان عبد المجيد ابراهيم، مرجع سابق، ص29.

³ - هيفاء محمد زيبيدي، رعاية المسنين في التشريع الاسلامي، جامعة بغداد، مجلة كلية التربية الاساسية.

العدد75، 2012، ص159.

- السمع والبصر يضعف أداؤهما مما يؤدي بعض المسنين يتكلمون بصوت مرتفع كي يسمعون صونهم ، ويشكل ضعف السمع صعوبات في الاتصال و التفاعل مع الآخرين، ونفس شيء بنسبة الى حاسة البصر تفقد الكثير من مرونتها مما يؤدي إلى صعوبات في الرؤية .

-ضعف الشهية و الشكوى من اضطراب الهضم.

-ضعف مقاومة المسن للأمراض وتقلبات المناخية مثل نزلات البرد ودرجات الحرارة العالية¹.

- ضعف الجهاز العضلي الذي يسبب تراخيا في النشاط والحركة، اذ يفقد المسن الدقة والمهارة والاتزان بعد ان كانت كلها متوافرة لديه في المراحل التكوينية السابقة .

- الأعضاء الداخلية يصيبها الوهن، حيث يتسرب الضعف إلى القلب والشرايين، وهذا ناتج عن تسرب الدهون وإصابة المسن بضغط الدم وتصلب الشرايين والذبحة الصدرية.

- ضعف الهيكل العظمي لنقص مادة الكالسيوم فيه، فتنقوس القامة وتضعف الأرجل عن حمل الجسم وتتساقط الأسنان.

- ضعف الحواس عموما مما يصعب على المسن الاتصال الكامل بما يجري من حوله وما يقوم به من أشياء .

- ضعف في الجهاز العصبي وضعف السيطرة الإرادية على نشاطه مما يجعل المسن عرضة للوقوع والتعثر في المشي.

- نقص كفاءة الجهاز الهضمي والكبد.

- يصاب المسن بضيق التنفس الذي يصاحب أي مجهود ولو بسيط².

3- الخصائص الاجتماعية:

تتسم مرحلة الشيخوخة بتغيرات اجتماعية تؤثر على التكيف الاجتماعي للمسن وتزداد هذه التغيرات مع التحولات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية التي يشهدها المجتمع في

¹-عبد الحميد شانلي، مرجع سابق،ص14.

²- نفس المرجع السابق، ص225.

الآونة الأخيرة، والتي انعكست آثارها على ضعف النسق القيمي لدى الأفراد وتغير نمط الأسرة من ممتدة إلى نووية وسيطرة الاتجاه المادي على العلاقات الاجتماعية¹ ومع تزايد انسحاب المسنين وانقطاعهم الفردي من المجتمع والحياة الاجتماعية مع التقدم في السن وعليه تتلخص الخصائص الاجتماعية فيما يأتي:

- الفراغ الاجتماعي، نتيجة لتفريق الأصدقاء، أو موت بعضهم، وتزايد هذه الحالة بفقد شريك الحياة فتزداد العزلة لديهم.

- الشعور بالفتور العام نتيجة انشغال الأبناء في حياتهم وأعمالهم وأسرهام الأمر الذي يؤدي إلى الشعور بالملل والوحدة، مما يجعله يفكر في نفسه بأنه لا قيمة له في المجتمع الذي يعيش فيه.

-التقليل بشكل كبير من التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، مما يؤثر بشكل كبير في عزوفه عن المحيطين به، وبالتالي اللامبالاة بكل ما يحيط به من أحداث وظواهر -الانسحاب من الحياة الاجتماعية خصوصا في حالة الشعور بأن المجتمع من حوله لا يعطيه الاهتمام بعد أن كان محط اهتمام الجميع.

-الحاجة إلى مساعدة الآخرين وبالتالي إلى انخفاض الحالة النفسية والمعنوية لديه مما يؤدي إلى الشعور بأنه عبء على الآخرين².

- إن بناء العلاقات الاجتماعية الناجحة مع الآخرين من مظاهر الصحة النفسية للفرد ، وإذا ما دققنا في مرحلة التقدم في العمر نجد أن المسنين تتقلص علاقاتهم الاجتماعية إلى حد كبير حيث تقتصر على أصدقائهم القدامى الذين يعيشون قريبا منهم مما يبعث في نفوسهم الملل والسأم .

- في مجال العمل : كان الفرد يرتبط بالعمل ما دام قادرا عليه ، أما اليوم فإن هناك سنا محددة يحال فيها جميع الأفراد إلى التقاعد رغم أن هناك فروقا فردية بين الناس

¹ -Rutten pascal, **Soutenir les liens sociaux de la personne âgées dépendante pour une vie de qualité a domicile**, Mémoire de l'ecole nationale de la santé publique, Renne, France,2003, p5.

² - عبد الحميد شانلي، مرجع سابق، ص.226.

فهناك من يعجز عن العمل في سن الخمسين ، وهناك من يكون قادرا على العمل حتى سن السبعين أو الثمانين لذلك فإن قانون التقاعد يعتبر جائرا في حق بعض الأفراد . ويؤدي الانقطاع عن العمل إلى قطع صلة الفرد بزملائه ومعاناته من الفراغ .
- إن تحقيق الذات يرتبط بالدور الاجتماعي الذي يقوم به الفرد أما المسن فيظل بلا أهداف ولا طموحات ولا غايات فتهتز قيمة تقديره لذاته¹ .

4- الخصائص الاقتصادية:

كثيرا ما تكون سنوات العمر الأخيرة حافلة بالتحولات الاجتماعية ، الصحية و الاقتصادية للفئة العمرية الثالثة. وغالبا ما يكون التقاعد هو أول تحول رئيسي يواجه كبار السن، بحيث يواجه هذا الأخير صعوبة في التكيف من جوانب معينة من حياة التقاعد خاصة انخفاض الدخل وتراجع الدور يمارسونه في المجتمع و الاستحقاقات الاجتماعية التي كانت تحافظ على توافقهم النفسي، الذهني ، الجسدي الصحي، الاجتماعي الأسري كذا المادي².

إن الابتعاد عن محور الأداء الوظيفي بعد التقاعد يؤثر بشكل سلبي على السلوك الصحي للمسن، و بالتالي عدم القدرة على ممارسة أعمال جديدة بصورة ملائمة و الذي يولد بدوره انخفاض دخل المسن. و يعد ضعف الدخل المادي للمتقاعد المسن سبب أولي في العجز على تلبية حاجياته الأساسية خاصة الصحية، كالكشف الطبي الدوري، و تأمين مصاريف العلاج، فيحتاجون إلى دخل مادي مستمر يؤمن و يغطي كافة مطالبهم اليومية³.

¹- نفس المرجع السابق، ص16.

²-حسن محمد حسن والآخرين، دراسات بيئية وأسرية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1998، ص234.

³-سيد سلامة ابراهيم، رعاية المسنين،المكتب العلمي، مصر، ط2، 1997، ص146.

تكمن أهمية العلاقة بين الإكتفاء الذاتي و تسديد حاجيات المسن الأساسية و الرضا عن الحياة ،في قدرة و استطاعة المتقاعد على التعايش و تقبل مرحلة التقاعد، فكلما كان مستوى الدخل عالي كانت الحالة الصحية للمسن جيدة ويصبح أكثر رضا عن حياته وأكثر توافقا نفسيا و اجتماعيا و ذلك للمكانة الاجتماعية الذي يحضى بها في محيطه على مستوى العلاقات و التفاعلات الاجتماعية ، و هذا ما يسمى بتحقيق الأمن المادي للذات¹.

تعد فئة المسنين من أهم الفئات المجتمعية حاجة إلى الدعم و الاهتمام خاصة إذا ما أدركنا التوابع و التأثيرات السلبية لمثل هذه التغيرات، حيث تعرضهم لمشكلات صحية و اجتماعية و نفسية و مادية أو غيرها من المشكلات التي باتت تتسم بالصعوبة في ضل التغيرات المعاصرة، و ذلك بسبب العوامل التي تفرض عليهم معاشة الفقر و التشرد، الفشل و عدم القدرة على تلبية احتياجاتهم المعيشية وذلك لما آله إليه الأسر للاضطرابات العلاقات بين الآباء المسنين و الأبناء ، و التي تتمثل في عقوق الأبناء والنزاعات الأسرية، الطلاق و الوحدة، افتقاد الدور و المكانة و الشعور بالاغتراب داخل الأسرة².

¹ - محمد نبيل عبد الحميد، العلاقة الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي، دار الفنية، القاهرة، 2003، ص15.

² -سناء حولي، الأسرة والمجتمع، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1992، ص179.

المبحث الثالث: علم الشيخوخة وأهم نظرياته

1-تعريف علم الشيخوخة:

إن علم الشيخوخة هو الدراسة العلمية لظواهر الشيخوخة والتي تشمل عمليات الشيخوخة والهرم، كما تتناول تلك الدراسة المشكلات والإنجازات وثيقة الصلة بكبار السن، وقد أوضح بورترز (E.L. Bortz) أنه يركز على عملية النمو والتطور وكذلك العلاقة بين جوانب النضج الوجداني والفيزيقي للشخص المسن، ويربط علم الشيخوخة بين العديد من العلوم التي كانت منفصلة في الماضي مثل التشريح والفسولوجيا والإجتماع والفلسفة¹

وعلم الشيخوخة الآن يعتبر علما في مرحلة القوة والشباب، فالعديد من العلوم يبلغ عمرها قرون، اما علم الشيخوخة كفرع علمي متميز فقد نشأ منذ عدة عقود فقط، وقد يعتبر طفلا بين العلوم الأخرى، وهو يتوفر على دراسة الشيخوخة ولكن الاهتمام به يزداد بسرعة. وقد أوضح بعض العلماء أن طفولة علم الشيخوخة وحدائته قد انتهت وبدأت مرحلة نضجه وبدا يزداد اتساعا وزادت معدلات بحوثه في العشرين عاما الماضية ومن ثم ظهرت العديد من المقالات والكتب والصحف الجديدة وتم تخصيص الميزانيات البحثية الكبيرة لإتمام بحوثه، وعلم الشيخوخة يتضمن بعض جوانب العلم ولكن ليس كل مجالات الاهتمام بالشيخوخة تندرج تحت إطار العلم. فالعديد من الناس، بالإضافة إلى المهنيين يهتمون بالمسنين و عمليات الشيخوخة²

ان علم الشيخوخة يتضمن ثلاثة فروع تتناول:

-الجانب الطبي

-الجانب الاكلينيكي (العلاجي)

-الجانب السوسيو اقتصادي

¹ -يحي مرسى عيد بدر، المسنون في عالم متغير مقدمة في علم الشيخوخة، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، ط1، 2017، ص31.

² -نفس المرجع السابق، ص32.

وعرف أيضا بالعلم الذي يدرس عمليات التقدم في السن والوصول إلى حلول للمشاكل الجسمية والنفسية والاجتماعية للمسنين الذين يزداد عددهم باستمرار ويهتم هذا العلم أيضا بالتفاعل الذي يحدث بين الإنسان كبير السن والمجتمع الذي يعيش فيه ، لذلك ظهرت عدة علوم تهتم بدراسة مظاهر الشيخوخة ومشكلاتها ومن هذه العلوم علم اجتماع الشيخوخة الذي يركز على خاصية التفاعل الاجتماعي بين المسن والمجتمع، وعلم نفس الشيخوخة الذي يهتم بالجوانب الشخصية للمسن، ومهنة الخدمة الاجتماعية التي تنظر إلى الشيخوخة كعلم يمكن الإسهام فيه من خلال الخدمة الاجتماعية التي تنظر إلى الشيخوخة كعلم يمكن الإسهام فيه من خلال النزول للواقع ومناقشة مشاكل المسنين وإمكان تجمعهم وكيفية الاستفادة منهم وإيجاد الخدمات ووضع البرامج الكفيلة برعايتهم.

ولعل أبسط تعريف الذي وضعه اتشلي (Atchey) عن علم الشيخوخة بأنه "الدراسة العلمية لعمليات وظواهر الشيخوخة"¹، ولقد قسم علم الشيخوخة تقدم السن إلى أربعة مراحل تنتهي بمرحلة خامسة هي الموت وهذه المراحل الأربعة هي :

1- التطور، 2- النضوج، 3- الشيخوخة، 4- آثار الشيخوخة على الجسم (الانحدار)

وتشير الأبحاث العلم الشيخوخة أنه من خلال استخدام النظائر المشعة للتعرف على التغيرات التي تحدث داخل الخلية وجد أنه مع تقدم السن ومع تقدم علم دراسة الخلية وبروز النظرية الحديثة (النظرية الجزئية في عمل الخلية) وجد أنه "الخلية عبارة عن تفاعل كيميائي " وأن الشيخوخة ما هي إلا قصور هذه التفاعلات الكيميائية².

2-الهدف من دراسة علم شيخوخة:

يهدف علم الشيخوخة إلى دراسة العديد من الموضوعات الخاصة مثل: العوامل السكانية والصحية والثقافية في حياة كبار السن، والتغيرات التي تطرأ على المراكز والأدوار والتكيف الاجتماعي للأفراد المُعمرين، وكذلك تأثير التقدم في السن على

¹ - رشاد احمد عبد اللطيف، في بيتنا مسن مدخل اجتماعي متكامل، دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر، الإسكندرية، ط1، 2018، ص23.

² - نفس المرجع السابق، ص24.

البنيان الاجتماعي والاقتصادي والسياسي للمجتمع، والتدابير التي يمكن التذرع بها للمعاونة في النهوض بكيان كبار السن من المواطنين، هذا بالإضافة إلى تحديد العوامل الاجتماعية المؤثرة في حياة كبار السن والتي تشتمل على الجوانب البيولوجية والعقلية وغيرها التي تتعلق بكبار السن، وتأثير ذلك على الأفراد الذين يتقدم بهم العمر، هذا مع دراسة مختلف التغيرات التي تطرأ على الحواس وعوامل التفكير والدوافع عند كبار السن، كما يسعى علم الشيخوخة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف التي توفر لكبار السن الحياة الكريمة ومن هذه الأهداف ما يلي:

-وقاية كبار السن من الأمراض وخاصة أمراض الشيخوخة.

-إدماج كبار السن في الحياة الاجتماعية العامة.

-الاستفادة من طاقات وخبرات كبار السن في مجالات تخصصهم.

-مساعدة كبير السن على مواجهة المشكلات الناتجة عن كِبَر السن.

-تقوية العلاقات بين الجيل القديم والجيل الحديث مع استفادة الجيل الحديث من خبرات وتوجيهات الجيل القديم¹.

- من أهداف دراسة علم الشيخوخة ، حصولنا على معرفة شخصية حول حياتنا الخاصة ، وما سنكون عليه في المستقبل ، كوننا سنصل في نهاية المطاف الى هذه المرحلة العمرية ، وبالتالي ماذا نستطيع أن نعمل كي نؤثر في عملية الكبر من الناحية الايجابية

- ان بناء فهم صحيح لعملية شيخوخة سيزودنا بمعلومات عن واحدة من اكثر

التغيرات المهمة التي تحدث في العالم وهي زيادة نسبة شيخوخة في العالم.

- عند حصولنا على وظيفة لوضع يقدم فيه رعاية شيخوخة فمن الضروري

أن تكون لدينا معرفة واسعة بعملية الكبر .

¹-الزبيدي على جاسم عكلة، سيكولوجية الكبر والشيخوخة، اثناء للنشر والتوزيع، الاردن، 2009، ص43.

- أن الاعتقادات العامة السلبية بين الناس والمعلومات الخاطئة حول عملية الشيخوخة تقود في الغالب إلى تحامل وتميز اتجاه الأشخاص المسنين أو هم في مرحلة الشيخوخة.

- معظم القادة الذين يوجهون الاقتصاد والسياسة وخطط التنمية وقادة الأحزاب والفكر ورجال الأعمال والدين وأساتذة الجامعات هم في الغالب في مرحلة الشيخوخة ، لذلك يتوجب علينا دراسة هؤلاء البشر ومعرفة خصائصهم وفيما إذا كانوا يختلفون عن بقية فئات المجتمع.

-يمثل كبار السن بما يمتلكونه من ثراء فكري، ثروة بشرية متكاملة مما يتيح لنا إمكانية الاستفادة منها.

- إن التعرف على التغيرات الطبيعية التي تحدث في مرحلة الشيخوخة سيحسن الفهم الاجتماعي والاستعداد المسبق للخدمات التي ستقدم في هذه المرحلة.

-يهدف هذا العلم إلى الاهتمام بالمشكلات الصحية التي يعاني منها كبار السن وكيف يمكن مواجهتها سواء بالعلاج أو من خلال الدعم الاجتماعي لأسرة المسن وأقاربه الذي يكون لهم الدور الأكبر في رعاية المسن¹.

3-أهم نظريات الشيخوخة:

3-1-نظرية النشاط:

تقوم هذه النظرية على افتراض أن المسنين يمكنهم الاحتفاظ بأنشطتهم واتجاهاتهم التي اكتسبوها حين كانوا في منتصف العمر ، وطبقا لذلك فإنهم سوف يجدون البدائل لأنشطتهم المفقودة بالعمل الجديد حين يواجهون بالتقاعد ، بتكوين صداقات جديدة حين يفقدون صداقاتهم القديمة ، بالاشتراك في الاندية حين يرغبون في ذلك ويعتبر فريدمان وهافيجرست (Friedman and Havighurst, 1954) وميلر (Miller, 1965) مؤسسي هذه النظرية ، ولقد اهتم كل من فريدمان وهافيجرست بالأنشطة البديلة عند

¹-عيسوي عبد الرحمان، علم النفس والمسن، دار المعارف، القاهرة، 2003، ص22.

فقد المتقاعد لوظيفته ، تلك الأنشطة التي تساعد في إعادة توافق المتقاعد أو المسن بينما اهتم ميلر Miller بالأنشطة البديلة التي تمثل مصادر جديدة للدخل ، وعلى ذلك فان الأنشطة التي يكتسبها الفرد تحقق له هدفين الأول أن يجد البديل عن العمل المفترق ، وثانيا تعتبر هذه الأنشطة مصادر جديدة لدخل الأسرة، ولقد وجه لهذه النظرية عدة انتقادات منها أنها لا تلائم إلا نسبة قليلة من المتقاعدين ، ولا تفسر الا نسبة ضئيلة مما يعانیه المسنون ، فالأفراد الذين كانوا مشغولين فوق الطاقة في عملهم ، ولم يكن لديهم الوقت الكافي لتنمية اهتمامات وأنشطة متعددة سواء كانت ترويحية أو اقتصادية لن يجدوا لهم مكانا في هذه النظرية¹ . إلا أن هذه النظرية تفيد العاملين في الحقل الاجتماعي وبصفة خاصة ممارس الخدمة الاجتماعية وذلك من خلال التعرف على نواحي القوة في المسنين وكيفية استثمارها في نشاط هادف لصالح المسنين وأسره أو كيفية استثمار الجهود المحيطة بالمسن (الاسرة، البيئة) لصالح المسن والاستفادة بكل جوانب القوة لديه في نشاط هدف وفعال ومتكامل يجنب المسن عملة التفكير في الانسحاب التدريجي من المجتمع ويحافظ على القوى الايجابية لديه².

3-2- نظرية الانسحاب:

قد يطلق عليها بنظرية فك الارتباط او التحلل السلبي وكذلك يطلق عليها نظرية التخلي عن العلاقات أو الارتباطات وهذه النظرية تنظر إلى الجانب السلبي للمسن³ حيث تقوم على افتراض أساسه أن الأفراد حين يصلون السن الشيخوخة فهم تدريجيا يبدأون في تقليص الأنشطة التي اكتسبوها حين كانوا في منتصف العمر، وتقول كمنج , (Cumming) التي تعتبر مؤسسة تلك النظرية : « تبدأ مظاهر الانسحاب بالملاحظة الموضوعية ، ذلك أن المسن يشعر أنه بدأ يفقد ارتباطه بأوجه الحياة المحيطة به ، إذا ما قارن نفسه حين كان أصغر في السن وأكثر ايجابية ، وأكثر حركة على اعتبار أنه شخص مرغوب فيه ، ولذلك فان التقاعد يعتبر مظهرا

¹-محمد نبيل عبد الحميد، العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي، دار الفنية لنشر وتوزيع، مصر، 2005، ص50.

²-رشاد احمد عبد اللطيف، مرجع سابق، ص95.

³-نفس المرجع السابق، ص90.

للانسحاب المتبادل فالفرد ينعزل عن المجتمع في الوقت الذي يبدأ فيه المجتمع الانسحاب من حياة الفرد ، أي أن الفرد يبدأ في الانسحاب من العالم الإجتماعي في الوقت الذي يبدأ فيه هذا العالم تحريره من القيود والالتزامات . 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 فان التوازن الذي كان يوجد في منتصف العمر بين الفرد ومجتمعه يذهب ليحل محله توازن يتميز ببعده المسافة وتغيير أنماط العلاقات « وفي هذه الحالة تطول إقامته في المنزل وقد يترتب على ذلك ضيق زوجته به.

وتحدث المراحل الأولى من الانسحاب حين يبدأ الفرد في الانسحاب انفعاليا من البيئة المحيطة به حيث يحدث تركيز على العمليات الداخلية المتمثلة في حدوث تغير في الأنا ، وهذا التغير يعتمد على تركيز الطاقة النفسية حول الذات مما يضعفها ، أما الانسحاب الكامل فهو يحدث حين تتركز الطاقة النفسية حول حياة المسن الداخلية وذكرياته وتخيلانه وصورته عن نفسه باعتباره شخصا كان في يوم ما شيئا¹.

وتنظر كمنج (Cumming) للانسحاب باعتباره عملية طبيعية يقبلها الفرد ويرغب فيها، وهي تعتبر تلك النظرية نظرية جوهريّة بالإضافة إلى أنها تتسم بالحساسية.

وتقوم نظرية الانسحاب على ثلاثة فروض أساسية هي :

- أن معدل التفاعل وأبعاده سوف يقل بتقدم الإنسان في عمره
- أن التغير الكمي والكيفي في التفاعل يصاحبه تغير في إدراك حجم الحياة
- أن التغير الكيفي التفاعل يصاحبه نقص في سعة الحياة الاجتماعية حيث ينتقل المسن من الاهتمام بالآخرين إلى الاستغراق في ذاته ومن الانشغال إلى الراحة.

ولقد نقدت هذه النظرية بحيث أشار البعض إلى أن نظرية الانسحاب لا تنطبق على كل الأفراد فالذين يعملون أعمالا تتصل بالأدب أو اليمن أو أعضاء السلك الجامعي أو رجال الدين لا تنطبق عليهم نظرية الانسحاب ولذلك عدلت كمنج (Cumming).

¹-نفس المرجع السابق ،ص51.

من نظريتها وأشارت إلى أن الرضا عن الحياة قد يرتبط ايجابيا بالأنشطة لدى بعض المسنين وبالانسحاب لدى البعض 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 .

ولقد أعاد ستريب وشيندر (Streib and Schneider,) تكرار هذه النظرية بعد تعديلها ، بحيث أصبحت أكثر ملائمة لدقائق التقاعد ، واستخدما لذلك مصطلح الانسحاب التبايني ليؤكد أن فكرة الانسحاب تحدث بنسب مختلفة لدى المسنين ، كما أنه (الانسحاب) يساعد المتقاعد على زيادة الارتباط بأوجه الحياة الأخرى¹ .

وبناء على ما سبق يمكن القول أن نظرية الانسحاب قد مرت بعدة مراحل :

الأولى : اعتبرت الانسحاب مظهرا ضروريا بين الفرد والمجتمع ، وهو يبدأ تدريجيا بالانسحاب الانفعالي وينتهي بتركيز الطاقة حول الذات.

الثانية : أن الرضا عن الحياة يرتبط ايجابيا بالنشاط لدى بعض المسنين ويرتبط بالانسحاب لدى البعض الآخر.

الثالثة : أن الانسحاب يساعد المتقاعد على زيادة الارتباط بأوجه الحياة الأخرى .

3-3- نظرية الأزمة:

هي إحدى النظريات التي يحاول من خلالها الباحثون في مجال الشيخوخة تفسير النتائج النفسية والاجتماعية لتتحية الفرد عن عمله ، وتغيير أدواره بعد احالته للتقاعد ، ويؤكد أنصار هذه النظرية أمثال بارسونز (Parson, 1949) وشوك (1957) (Chock, 1959) وولف (Wolff, 1959) وستوكس ومادوكس (Stokes and , 1967) (Maddox) وبيرجس (Burgess, 1977) أهمية الدور المهني التكامل الفرد مع الجماعة ، لذلك يقول جود اشتين (Goodstein,) « ان الدور المهني للرجل يعتبر مصدرا مناسب للهوية ويمكن الفرد من أن يضع نفسه في علاقات ذات معنى مع عالم

¹-نفس المرجع السابق، ص53.

العمل ، كما أنه (العمل) يقدم مخرجا هاما للتفاعل الاجتماعي ، ومقابلة حاجات الفرد الاجتماعية . ان العمل الا يقدم فقط هدفا :أو سببا للحياة ولكنه يقدم أيضا خطة ملموسة للعيش يوما بيوم » .

ويرى أنصار هذه النظرية أن التقاعد أو الإحالة للمعاش تعني أكثر من مجرد تغير في مظاهر الحياة الاجتماعية ، ذلك لأنها تقدم شكلا محددًا من أشكال الحياة الاجتماعية لم يتعود عليه المسن¹

ويرى بعض علماء النفس المنظرين للشيخوخة أمثال لورج (Lorge, 1953) وكارون (Caron 1959) ودونا هو (Donahue, 1960) وكوجان (Coun, 1961) أن التقاعد ليس معناه أنه مجرد شكل من أشكال الحياة الاجتماعية نتج عن تغير أنشطة الدور الاجتماعي للفرد ، ولكنه يعني أن يحدد للمسّن دورا خاصا ومحددا للتكوين الاجتماعي ، ولذلك ينظر بعض علماء النفس من أصحاب نظرية الأزمة الانشطة أو سلوكيات الدور من وجهة نظر الإخلال بتوازن سلوك المرء المعتاد ، ورغم اعتقادهم بأن هذه السلوكيات التي يتطلبها الدور متعددة ، الا أن أهم العوامل المحققة لتكامل هذه الأنواع المختلفة من السلوك هو الدور المهني أو الاستغراق المهني . واذا كان الأمر كذلك ، فان التقاعد ليس مجرد تتحية المسن عن عمله وعن الأنشطة المرتبطة بذلك العمل ، وانما هو ما يشعر به المسن من التوجس والخوف من الدخول في دور غير محدد يكتنفه غموض « دور المتقاعد ، وهذا يؤدي الى أن ينظر السن لنفسه نظرة دونية قد تمتد إلى مساهماته في الحياة الاجتماعية² .

أما القضايا التي تتناولها نظرية الأزمة ، والتي يحاول الباحثون دراستها لاثباتها أو نفيها فهي:

- قضية العمل وأهميته بالنسبة للفرد :

لما كان العمل مكونا ضروريا ورئيسيا لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي فان الحرمان منه سيؤدي إلى تقليص رضا الفرد عن الحياة .

¹-نفس المرجع السابق، ص54.

²-نفس المرجع السابق، ص55.

- سلوكيات الدور :

بالإضافة إلى أهمية دور العمل في تحقيق الاستقرار النفسي والاجتماعي للفرد وفي تأكيد ذاته ، فإن العمل هو حجر الزاوية في استقرار أنواع السلوك المميز للفرد بعد التعود عليها وذلك تحقيقاً للأدوار المتوقعة منه ، ومعنى ذلك أن التقاعد يؤدي إلى اضطراب سلوكيات المسن.

-نظرة المسن للحياة:

ان هذا الاضطراب في السلوك المعتاد للفرد بعد التقاعد سيكون له رد فعل سلبي في الرضا عن الحياة بعد التقاعد، وذلك بالنسبة له ولمن يتعامل معهم في الحياة.

- مدى التزام الفرد بعمله :

ان الأفراد الأكثر التزاما واهتماما بعملهم قبل الإحالة للتقاعد هم أكثر الناس تمسكا بعملهم ، وأكثرهم كرها للتقاعد ، وأكثرهم تغيرا في سلوك حياتهم المعتادة بعد إحالتهم للتقاعد .

- قيمة العمل في حياة الفرد :

يكون للاحالة للمعاش رد فعل سالب وقوي عند الأفراد الذين يقدرون عملهم ويعطونه وقتا كبيرا وجهدا ملحوظا ، حيث ينحصر نشاطهم أثناء حياتهم الوظيفية في العمل فقط.

- إن تقليص أدوار الفرد بعد إحالته للتقاعد ، قد تكسبه بعض أنواع السلوك اللاتوافقي مثل الشعور بالدونية ، والعصابية ، والتقدير الزائد للذات ، وقد ينعكس ذلك على زوجته وأبنائه فيكثر النزاع بين أفراد الأسرة ، وقد تحاول الزوجة والأبناء منها للنزاع المستمر وحالته النفسية المتدنية ، البعد عنه فيزداد تعاسة وشقاء¹ .

¹-نفس المرجع السابق،ص56.

تعتبر نظرية الأزمة احد النظريات التي يمكن أن يستخدمها الأخصائي الاجتماعي في تفسير كثير من المشكلات التي يعاني منها المسنين وفي تصميم برنامج اجتماعي يوفر للمسن¹:

-مواجهة ايجابية لازمة التقاعد

-إيجاد بدائل مقبولة للمسنين وأسرهم ومعقولة اى مناسبة للقدرات والإمكانات الخاصة بالمسنين

-تصميم برامج مناسبة للرعاية الاجتماعية للمسنين سواء في المؤسسات أو في أسرهم

-عمل برنامج متدرج أي مقسم على مراحل كل مرحلة منه تواجه مشكلة معينة من مشكلات المسنين أو تواجه أزمة يعاني منها المسن أو تعاني منها أسرة المسن

-توظيف الإمكانيات المحيطة بالمسن (الأسرة، الأصدقاء، المعارف) في عمل اجتماعي هادف ومتكاملا يسعى في النهاية إلى توفير الاستقرار النفسي والاجتماعي للمسن

-التأثير على متخذي القرارات في المجتمع نحو تبني سياسة اجتماعية متكاملة لرعاية المسنين.

الخلاصة

الشيخوخة هي حقيقة بيولوجية لها طريقتها المعينة في الحدوث خارج نطاق التحكم البشري حيث تطراً على الجسد تغيرات طبيعية من بدايات البلوغ تبدأ العديد من وظائف الجسم بالتراجع في بدايات منتصف العمر ومع مرور الزمن يفقد الجلد والأوعية الدموية مرونتها كما تتكاثر الخلايا الدهنية وتقل القوة العضلية، وتتغير ظروف الحياة بتغير العمر حيث تظهر ادوار جديدة ومشكلات جديدة سوف نتطرق إليها في الفصول القادمة.

¹- نفس المرجع السابق، ص99.

فصل الثالث: التحول الديموغرافي والتشيخ السكاني

تمهيد

المبحث الاول: التحول الديموغرافي في العالم

1- نظرية التحول الديموغرافي وأسباب التشيخ في العالم

2- التحول الديموغرافي في البلدان المتقدمة

3- التحول الديموغرافي في البلدان النامية

4- التحول الديموغرافي في الجزائر

المبحث الثاني: الاتجاهات الكبرى لتشيخ

1- تطور عدد المسنين في العالم

2- تطور عدد للمسنين في البلدان المتقدمة

3- تطور عدد للمسنين في البلدان النامية

4- تطور عدد للمسنين في الجزائر

المبحث الثالث: الخصائص الديمغرافية للمسنين

1- خصائص الديمغرافية للمسنين في العالم

2_ خصائص الديمغرافية للمسنين في الجزائر حسب المسوح

خلاصة

تمهيد:

تعد الدراسة الديمغرافية للمسنين من الأمور الهامة التي يجب التطرق إليها عند التعرض لدراسة المسنين وخاصة أنها تظهر تطور حجمهم وتصنيفهم العمري والنوعي مقارنة بالمسنين في دول العالم ولهذا في هذا الفصل سلطنا ضوء على التحول الديمغرافي وتشيخ السكان في العالم و تطور المسنين في العالم وإلى أهم خصائصهم الديمغرافية.

المبحث الأول: التحول الديمغرافي في العالم**1- نظرية التحول الديمغرافي وأسباب الشيخ في العالم:****1-1- نظرية التحول الديمغرافي:**

على الرغم من وجود اختلافات هامة، فإن السمات العامة للنظام الديمغرافي التقليدي سيطرت على كل الشعوب وفي كل القرون. فخلال مئات الألوف من السنين، لم يعرف العالم إلا مجموعات سكانية طبيعية وقد عبر هذا النظام عن جمود حدده ثبات البيئة وعجز الإنسان عن تأمين الموارد التي تستجيب لقدرته على التوالد. وقد تميز هذا النظام بمعدلات وفيات مرتفعة جدا تراوحت بين 35 و 40 في الألف. أما العمر المتوقع لدى الولادة فكان يتراوح بين ثلاثين وثلاثين سنة، وقد ارتبط ارتفاع معدلات الوفيات بمجموعة من الكوارث التي كانت تقضي، نتيجة كثرتها وحدتها، على نسبة كبيرة من السكان ومن أبرز هذه الكوارث المجاعات والأوبئة والحروب¹.

إن العملية الخاصة بتحول السكان من مرحلة إلى أخرى تكون فيها الخصوبة والوفيات لى حالة أخرى تتميز بارتفاع الخصوبة وانخفاض الوفيات و إلى حالة أخرى تتميز بانخفاض الخصوبة والوفيات والتي شهدتها مجموعة كبيرة من الدول تسمى تحول

¹ -مكتب اليونسكو الإقليمي للتربية في الدول العربية، السياسات السكانية في الوطن العربي، صندوق الأمم المتحدة لسكان، عمان، 2005، ص8.

ديمغرافي أو تحول سكاني، إذ تعرف عملية الإنتقال من مرحلة قبل التحول الديمغرافي إلى مرحلة ما بعد التحول الديمغرافي ارتباطا ما بين انخفاض الوفيات و الخصوبة مما ينتج عنها نموا سكانيا انتقاليا.

هذه النظرية تعترف بالعلاقة الواضحة بين التنمية و النمو السكاني، حيث ترى أن معظم المجتمعات ما قبل المرحلة الإستقرارية / المرحلة الثالثة عرفت استقرارا في عدد سكانها نتيجة ارتفاع معدل الوفيات والولادات على السواء. مع العلم انه في المرحلة الثانية أدى التحسن في مجال الخدمات الصحية إلى انخفاض معدل الوفيات باختلاف أنواعها، مما تسبب في وقوع الانفجار الديمغرافي في بعض الدول، و بعدها وصل معدل الخصوبة إلى مرحلة الإنخفاض حتى بلغ مستوى الإحلال أي حوالي طفلين لكل امرأة و بالتالي استقر حجم السكان. كل هذا يعرف بالمراحل الإنتقالية الديمغرافية¹.

1-2- اسباب الشيخ في العالم:

كل بلدان العالم تقريبا تشهد نموا في أعداد كبار السن بين سكانها ونسبتهم،ومن المتوقع أن تكون الشيخوخة واحدة من أبرز التحولات الاجتماعية في القرن الحادي والعشرين، حيث ستؤثر في جميع قطاعات المجتمع، بما في ذلك سوق العمل والأسواق المالية، والطلب على السلع والخدمات، مثل السكن والنقل والحماية الاجتماعية، فضلا عن البنى الأسرية والروابط بين الأجيال.

ومن اهم اسباب شيخوخة السكان نجد العمليات الديموغرافية الثلاث التي تحدد بشكل مشترك حجم المكون السكاني وعمره هي الخصوبة والوفيات والهجرة.

ومنذ عام 1950، شهدت جميع المناطق زيادات كبيرة في متوسط العمر المتوقع. وبما أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة أخذ في الزيادة ، فإن إدخال تحسينات في النظم المساعدة على طول الأعمار بين من هم في فئة الأعمار الكبيرة يُعد سببا لنسبة متزايدة من التحسن العام في التعمر.

¹ -جريدة عميرة، اتجاهات نظرية في علم السكان،دار جونا للنشر والتوزيع، القاهرة، 2014، ص132.

وفي حين ان تراجع الخصوبة وزيادة طول العمر تعتبر من الدوافع الرئيسية لشيخوخة السكان على الصعيد العالمي، فقد ساهمت الهجرة الدولية كذلك في تغيير البنى العمرية للسكان في بعض البلدان والمناطق. ففي البلدان التي تعاني من تدفقات الهجرة الكبيرة، يمكن للهجرة الدولية أن تبطئ عملية الشيخوخة، مؤقتاً على الأقل، حيث يميل المهاجرين إلى أن يكونوا من الشباب في سن العمل. ومع ذلك، فإن المهاجرين الذين يبقون في البلاد سيكونون في فئة السكان الأكبر سناً في نهاية المطاف¹.

2- التحول الديمغرافي في الدول المتقدمة:

في منتصف القرن الثامن عشر، شهدت أوروبا بداية تحول عميق للقوى الديمغرافية. وقد أدى هذا التحول إلى انقطاع كان يزداد حدة تدريجياً، عن النظام الديمغرافي التقليدي، كما سمح بانطلاق هائل للسكان والاقتصاد. فحوالي عام 1740، حدثت في إنكلترا في البداية، ثم في باقي أوروبا، ثورة مزدوجة ميزت هذا النصف الثاني من القرن عن نصفه الأول، واقتصرت مكاسبها لفترة طويلة على أقل من ثلث سكان العالم. فقد برز أولاً هبوط مستمر ومنتظم تقريباً لمعدل الوفيات حيث انخفض من 38.5 في الألف في سنة 1740 إلى 27.1 في الألف في سنة 1880 إلى 18 في الألف سنة 1900، مما أدى إلى ارتفاع العمر المتوقع لدى الولادة من نحو 26 سنة حوالي سنة 1727 إلى 33 سنة حوالي سنة 1796 ثم إلى 38 سنة حوالي سنة 1820 و 52 سنة في نهاية القرن التاسع عشر حتى وصل إلى 57 سنة عند مشارف الحرب العالمية الثانية ثانياً²، لم يعد التطور الديمغرافي خاضعاً لمختلف الكوارث التي كانت تقضي في السابق على ديناميكيته. فالقرن الثامن عشر هو عصر الاكتشافات العلمية والطبية التي كان لها الأثر الكبير في معرفة بعض أسباب الوفاة ومقاومة الأوبئة والأمراض. وقد واكب الثورة الطبية ثورة زراعية أدت إلى تحول وسائل الإنتاج الزراعي وأساليبه وبالتالي إلى زيادة قدرة الإنسان على إنتاج الغذاء والضروريات الأساسية

¹ -<https://www.un.org/ar/global-issues/ageing>, 23/12/2022, 10:30.

² - تقرير السكان والتنمية، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، النافذة الديمغرافية فرصة للتنمية في البلدان العربية، الأمم المتحدة، العدد الثاني، 2005، ص8.

الأخرى. وكانت الثورة الزراعية الشرط الأساسي والضروري للثورة الصناعية التي كان لها أبرز الأثر في زيادة الإنتاج وتطور وسائل النقل. هذه العوامل مجتمعة سمحت بحل إشكالية " السكان الموارد"، فرافق النمو الاقتصادي النمو السكاني ثم ما لبث ان تجاوزه.

أما الخصوبة، فقد استمرت على وضعها الطبيعي، مرتفعة جدا، ما سمح بنمو سريع للسكان. لكن مستوى الخصوبة بدأ ينخفض في نهاية القرن التاسع عشر بعد مضي عقود على تدني مستويات الوفيات بحيث وصل متوسط عدد الأطفال للمرأة الواحدة إلى طفلين اثنين بحلول العقد الثالث من القرن الماضي. ويمثل هذا العدد معدل الإحلال لأن معدل خصوبة كلية معادل لطفلين اثنين كاف - في ظل وضع يتسم بمستوى منخفض للوفيات - لتأمين إحلال الأولاد مكان أهلهم في الجيل المقبل.

لم يثر انخفاض مستوى الوفيات جدلا كبيرا بين الباحثين بسبب ارتباطه الواضح بالتطور الاقتصادي والتحديث. لكن الدراسات العديدة التي تناولت هذا الموضوع أشارت إلى أن تطور الوفاة كان حصيلة عوامل كثيرة لم يتمكن الباحثون إلى الآن من تحديد إسهام كل منها بدقة، ومنها تراجع الأوبئة والمجاعات والأمراض، والاكتشافات العلمية والتقدم الذي أحرزه الطب، وانتشار الرعاية الصحية، وتحسن نظام التغذية

أما المسألة المركزية التي تمحور حولها الفكر الديمغرافي خلال النصف الثاني من القرن الماضي فقد تمثلت في محاولة تفسير انخفاض مستوى الخصوبة بانخفاض مستوى الوفيات والتحويلات الاجتماعية والاقتصادية التي غيرت المجتمعات الريفية الزراعية إلى مجتمعات صناعية.

3- التحول الديمغرافي في الدول النامية:

في بداية القرن التاسع عشر، بقي ثلثا سكان العالم خارج التأثير المباشر لهذه الحركة المزدوجة. فقد كانت أفريقيا وآسيا والغالبية العظمى من أميركا اللاتينية خاضعة للنظام الديمغرافي التقليدي الذي يتميز بارتفاع مستويات الوفاة والخصوبة، ولم يصلها التقدم التقني إلا بشكل طفيف. وابتداء من سنة 1920 أخذ هذا النظام الديمغرافي في الانقراض تدريجيا بفضل الاعتماد على الوسائل الطبية المستوردة من البلدان المتقدمة،

ودخلت هذه المجتمعات، وبدرجات متفاوتة، في المرحلة الثانية من التحول الديموغرافي، تلك التي ابتدأت في أوروبا قبل 150 سنة. فانخفضت مستويات الوفاة بينما بقيت مستويات الخصوبة ثابتة، ما أدى إلى نمو سريع للسكان.

وفي نهاية الستينات وبداية السبعينات من القرن الماضي، بدأ انخفاض الخصوبة في بعض بلدان شرق آسيا ومجتمعات تنتمي لجزر صغيرة في العالم. وبحلول التسعينات، طاول انخفاض الخصوبة كل أجزاء العالم تقريبا بما فيها مناطق تتسم بمستويات مرتفعة جدا كما في جنوب آسيا وبلدان أفريقيا جنوب الصحراء، في حين بلغت البلدان المتطورة المرحلة الثالثة من التحول حيث يتساوى تقريبا معدل الوفيات والولادات¹.

4-التحول الديموغرافي في الجزائر:

في الجزائر التحول الديموغرافي هو مفهوم نظري يصف الانتقال من نظام ديموغرافي ترتفع فيه معدلات الخصوبة والوفيات إلى نظام آخر تكون فيه الخصوبة ومعدل المواليد والوفيات منخفضة ومتوازنة. بشكل عام ، يتم هذا التحول الأخير على مرحلتين ، المرحلة الأولى تتميز بانخفاض معدل الوفيات بينما تظل الخصوبة عند مستوى مرتفع ، مما يؤدي إلى ارتفاع معدلات النمو السكاني. خلال المرحلة الثانية ، تبدأ الخصوبة في الانخفاض لتصل إلى مستوى إحلال السكان ، مما يؤدي إلى معدلات نمو سكاني منخفضة. باختصار ، ينتهي التحول الديموغرافي بنهاية انتقال الخصوبة ؛ أي اللحظة التي يتحكم فيها الأزواج في عدد نسلهم من خلال استخدام وسائل منع الحمل.

1-المرحلة الاولى [1962-1985]: حيث تميزت هذه المرحلة بنمو سكاني سريع

حيث بلغ معدل النمو الطبيعي 33.9% ما بين سنة 1961-1965 و33.4% في

¹-نفس المرجع السابق،ص13.

عام 1970¹ هذه الزيادة كانت نتيجة ارتفاع معدل المواليد انخفاض السريع في معدل الوفيات، حيث بلغ حوالي 14.6% ما بين 1961-1965²، ولقد تواصل معدل المواليد في الارتفاع حيث بلغ 47.3% ما بين 1971-1975³ ومعدل الوفيات ينخفض باستمرار حيث وصل إلى 8.4% سنة 1985. أما معدل الزيادة الطبيعية قدر بحوالي 32.1% وذلك خلال سنة 1980⁴ حيث اعتبر من بين أعلى معدلات النمو الطبيعي في العالم، حيث أدى ارتفاع معدل النمو الطبيعي في هذه الفترة إلى تضاعف عدد السكان بين عامي 1982 مقارنة بعام 1966.

2- المرحلة الثانية ما بعد 1986: (تطور حركة السكان): تميزت هذه المرحلة بانخفاض معدل المواليد والوفيات ومواصلة الانخفاض حيث بلغ معدل الوفيات 6% ومعدل الولادات 30.1% في سنة 1991⁵ وتزامن مع بداية المرحلة الثالثة لنظرية التحول الديموغرافي.

تراجع معدل النمو الطبيعي منذ عام 1986 ليصل إلى مستوى 15.3% عام 2002⁶، ويعود سبب هذا التراجع إلى الإجراءات المختلفة في برنامج التنمية المتقدمة كالتطعيم، الوقاية، الصحة، حماية الأم والطفل وهو ما ساهم في انخفاض الوفيات وانخفاض الكبير في معدلات وفيات الرضع نتيجة التطور الصحي وتحسن في المستشفيات وارتفاع عدد الصيدليات. انتقل خلال هذه الفترة معدل وفيات الرضع

¹ -Abdelhani Guend, **La population de l'Algerie, évolution passée et perspectives d'avenir**, OPU, Alger, 1994, p10.

² - Ibid, p10.

³ - Groupe interministeriel, **Maitrise de la croissance démographique bilan**, Alger, 1984, p9.

⁴ -Abdelhani Guend, **Opcit**, p10.

⁵ - ONS, **Demographie Algerienne 2003**, in Données statistiques, N°398, Alger, Juin 2004, p2.

⁶ - ONS, **Demographie Algerienne, 2002**, in Données statistiques, N°375, Alger, 2003, p2-3.

من 60.4% سنة 1988¹ إلى 36.9% سنة 2000² بالإضافة إلى انخفاض معدل الوفيات الإجمالية من 6.61%³ إلى 4.59%⁴ خلال نفس الفترة. من 2001 إلى يومنا: نلاحظ أن في هذه الفترة بدأ معدل المواليد الخام يتحكم كل التحكم في معدل الزيادة الطبيعية حيث مع نهاية فترة التسعينات الجزائر عرفت استقرارا مع المشاريع تنموية كبرى ما اثر في معدل المواليد حيث عرف تزايدا من 19.36% سنة 2000 إلى 20.03% سنة 2001 ليستمر في التزايد إلى غاية 2012 حيث وصل إلى 26.08% ثم ينخفض قليلا سنة 2013 ليبلغ 25.14% ثم يعود إلى ارتفاع ليصل إلى 26.12% سنة 2016 ويعتبر أعلى معدل للولادات الخام في 20 سنة الأخيرة ثم يبدأ بالانخفاض ليستقر في 24.39% سنة 2018⁵ وكذلك هو شأن بالنسبة لمعدل الزيادة الطبيعية فمن 1.48% سنة 2000 إلى 1.55% سنة 2001 ويستمر في التصاعد ليصل إلى 2.17% سنة 2016 ثم في سنة التي تليها تعود إلى انخفاض تدريجيا ليستقر في 1.99% سنة 2018. أما معدل الوفيات الخام فقد بقي مستقرا ما بين 4.3% و 4.59%⁶.

¹ – ONS, **Demographie Algerienne 1999**, in Données statistiques, N°305, Alger, 1999, p2.

² – ONS, **Demographie Algerienne 2018**, in Données statistiques, N°853, Alger, 2019, p27.

³ – ONS. **Demographie Algerienne 2003**, in Données statistiques, N°398, Alger, Juin 2004, p2.

⁴ – ONS, **Demographie Algerienne 2002**, in Données statistiques, N°375, Alger, 2003, p2-3.

⁵ – ONS, **Demographie Algerienne 2018**, opcit, p27.

⁶ – **Ibid**.p27.

المبحث الثاني: الاتجاهات الكبرى للتشيخ

1- تطور عدد المسنين في العالم:

تشير البيانات الصادرة عن تقرير الأمم المتحدة حول التوقعات السكانية في العالم لسنة 2015 عن زيادة عدد كبار السن، الذين تبلغ أعمارهم 60 سنة فأكثر، بشكل متسارع خلال السنوات الأخيرة في معظم بلدان ومناطق العالم، ومن المتوقع أن يتزايد تسارع هذا النمو في العقود المقبلة. ففي سنة 2000، بلغ عدد سكان العالم، البالغة أعمارهم 60 سنة فأكثر، حوالي 607 مليون شخص، وتساعد هذا العدد ليصل سنة 2015 إلى 901 مليون شخص، بزيادة قدرها 48%. ومن المتوقع أن يرتفع عددهم بنسبة 56 بالمائة، أي من 901 مليون شخص إلى 1.4 مليار شخص خلال الفترة الممتدة ما بين 2015 و2030. وبحلول عام 2050، من المتوقع أن يصل عدد سكان العالم من كبار السن إلى أكثر من ضعف الحجم الذي كان سنة 2015، ليصل إلى ما يقرب من 2.1 مليار¹، لذا فإن توازن نسبة الشباب إلى كبار السن سيتغير حيث ستستمر حصة كبار السن بالارتفاع لتصبح موازية لحصة صغار السن (0-14 سنة) في مجموع عدد السكان بحلول منتصف القرن²

¹ - وزارة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية، المرصد الوطني للأشخاص المسنين، التقرير السنوي الأول حول الأشخاص المسنين 2018، المغرب، ص 19.

² - وزارة الصحة الإدارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية، الدليل الإرشادي لبرنامج رعاية المسنين في المراكز الصحية، الرياض، المملكة العربية السعودية، ط 1، 2014، ص 171.

جدول رقم(1): يبين تطور عدد ونسب المسنين 60 سنة فما فوق في العالم وحسب

القارات ما بين 2000 - 2050

توزيع كبار السن (النسبة المؤوية)				توزيع كبار السن 60 سنة وأكثر (الملايين)				
2050	2030	2015	2000	2050	2030	2015	2000	
100	100	100	100	2092	1402.4	900.9	607.1	العالم
10.5	7.5	7.2	7	220.3	105.4	64.4	42.4	إفريقيا
61.8	60.2	56.4	52.6	1293.7	844.5	508	319.5	آسيا
11.6	15.5	19.6	24.3	242	217.2	176.5	147.3	اروبا
9.6	8.6	7.9	7	200	121	70.9	42.7	امريكا اللاتنية
5.9	7.5	8.3	8.4	122.7	104.8	74.6	51	امريكا شمالية

Source: United Nations • New York, World Population Ageing 2015,p10

كما أن المسنين هم أنفسهم يسنون، فالمسنين الكبار (80 سنة وما فوق) هم الفئة الأسرع نموا ضمن السكان المسنين، فقد كان عددهم في عام 2000 ما يقارب 70 مليون شخص أي 11% من مجموع السكان المسنين ومن المتوقع أن يزيد عددهم خمس أضعاف بعد خمسين سنة أي بنسبة 19% من مجموع السكان المسنين في عام 2050م. ومن المتوقع أن يتضاعف عدد المعمرين البالغين 100 سنة فأكثر 10 مرة من حوالي 145 ألف مسن في عام 1999 إلى 2.2 مليون في عام 2050. ومن المتوقع أن يزيد عدد سكان العالم في عمر 80 سنة وما فوق بنسبة 233% بين

عامي 2008 و 2040 مقارنة بنسبة 160% للسكان في عمر 65 سنة وأكثر و 33% لمجموع السكان في جميع الأعمار.

جدول رقم(2): يبين تطور عدد ونسب المسنين 80 سنة فما فوق في العالم وحسب القارات ما بين 2000 - 2050

توزيع كبار السن (النسبة المؤوية)				توزيع كبار السن 80 سنة وأكثر (الملايين)				
2050	2030	2015	2000	2050	2030	2015	2000	
100	100	100	100	434.4	201.8	125.3	71	العالم
5.1	4.6	4.5	4.3	22.2	9.3	5.7	3	إفريقيا
58.8	51.4	47.9	43.6	255.7	103.7	60	30.9	آسيا
16.4	22.8	27.6	29.9	71	46.1	34.6	21.2	اروبا
10.3	9.3	8.2	7.2	44.8	18.7	10.3	5.1	امريكا اللاتينية
8.6	10.9	10.9	14.1	37.2	22	13.6	10	امريكا شمالية

Source: United Nations • New York, World Population Ageing 2015,p10

2-تطور عدد المسنين في الدول المتقدمة

بينت الإحصائيات سنة 2000 أن 38% من المسنين موجودين في الدول المتقدمة، غير أن هذه النسبة انخفضت إلى 33% في عام 2015، ومن المتوقع أن تستمر في الانخفاض بحيث في عام 2030 يقدر أنها تنخفض إلى 27%. معدل نمو

السكان الأكبر سناً في المناطق الأكثر تقدماً هو أيضاً من المتوقع أن يتباطأ في العقود المقبلة، في حين أن عدد الأشخاص الذين تصل أعمارهم 60 سنة فما فوق ارتفع في المناطق المتقدمة بنسبة 29% بين عامي 2000 و 2015 أي من 231 مليون إلى 299 مليون مسن ومن المتوقع أن يزداد بنسبة 26% على مدى السنوات الـ 15 المقبلة، ليصل إلى 375 مليون نسمة في عام 2030.

في عام 2000، كان عدد سكان أوروبا الذين يبلغ أعمارهم 60 سنة فما فوق والمقدر بـ 147 مليون نسمة يمثلون واحد من كل أربعة أشخاص كبار السن على مستوى العالم، بينما ارتفعت أعدادهم إلى 177 مليون في عام 2015 فأصبحوا يمثلون 20% من كبار سن في العالم وهي نسبة منخفضة مقارنة بعام 2000 كانوا يمثلون 24% من كبار السن في العالم ومن المتوقع أن يرتفع العدد إلى 217 مليون نسمة في عام 2030، وبحلول عام 2050 يرتفع عدد كبار سن إلى 242 مليون نسمة رغماً كل هذه زيادة يبقى نمو كبار السن ببطيء مقارنة بالمناطق الأخرى في العالم حيث يتواصل انخفاض في تمثيل نسبة كبار السن في العالم حيث عام 2030 يتوقع أن تمثل هذه نسبة 16% من كبار السن في العالم وفي عام 2050 يتوقع ان تنخفض إلى 12% من كبار سن العالم الذين يبلغون 60 سنة فما فوق¹.

في اتجاه مشابه لاتجاه أوروبا، فإن عدد المسنين الذين تبلغ أعمارهم 60 عاماً فما فوق في أمريكا الشمالية ارتفع من 51 مليون في عام 2000 إلى 75 مليون في عام 2015 ومن المتوقع أن يرتفع أكثر إلى 105 مليون في عام 2030 و 123 مليون في عام 2050، بينما من المتوقع أن تنخفض حصة كبار السن في العالم المقيمين في أمريكا الشمالية من 8.3% في عام 2015 إلى 7.5% في 2030 و 5.9% في عام 2050.

¹ - Department of economic social affairs population division, world population ageing,(report)2015,united nations, NEW YORK, 2015,p9.

من عام 2000 إلى عام 2015 ، زاد عدد كبار السن 80 سنة فما فوق في أوروبا بمعدل أسرع بكثير من عدد كبار السن 60 سنة فما فوق (63% مقابل 20%) ، لكن معدل الزيادة في عدد المسنين من المتوقع أن يتباطأ عدد المسنين الذين تتراوح أعمارهم بين 80 عامًا أو أكثر في السنوات القادمة، حيث من المتوقع انه ينمو بنسبة 33% بين عامي 2015 و 2030 ، مقارنة بنسبة 23% من إجمالي المسنين الذين تبلغ أعمارهم 60 عامًا أو أكثر مرة أخرى ،تتأثر هذه الاتجاهات بشدة بالوفيات الزائدة وانخفاض الخصوبة خلال الحرب العالمية الثانية، عندما ولدت الأفواج من كبار السن. في المقابل فإن النمو في عدد الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 80 عامًا فما فوق في أمريكا الشمالية من المتوقع أن يتسارع حيث زاد عدد السكان من كبار السن بنسبة 36% بين عامي 2000 و 2015 ،من 10 ملايين إلى 13.6 مليون ومن المتوقع أن يرتفع بنسبة 62% بين عامي 2015 و 2030 وبالتالي سيقوم 22 مليون شخص في سن 80 عامًا فما فوق في أمريكا الشمالية¹.

3- تطور عدد المسنين في البلدان النامية:

يعيش ثلثا كبار السن في العالم في المناطق النامية وأعدادهم تنمو بشكل أسرع حيث تعرف ارتفاع في نمو السكان عند الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 60 سنة فما فوق بشكل سريع حيث ارتفع عدد كبار السن في المناطق الأقل نموا من 376 مليون نسمة في عام 2000 إلى 602 مليون نسمة في عام 2015 أي بزيادة قدرها 60% ومن المتوقع أن ينمو بنسبة 71% بين عامي 2015 و 2030 فيصبح يقيم مليار شخص من العمر 60 عامًا فما فوق في المناطق الأقل نموا وتشير التوقعات في سنة 2050

¹ - Ibid,p13.

أن 1.7 مليار شخص تتراوح أعمارهم بين 60 عامًا أو أكثر أي 80% من كبار السن في العالم سيعيشون في المناطق الأقل نموًا¹.

على مدى السنوات الـ 15 المقبلة، من المتوقع أن ينمو عدد كبار السن بشكل أسرع في أمريكا اللاتينية مع زيادة متوقعة بنسبة 71% في السكان البالغين من العمر 60 عامًا فما فوق، تليها آسيا بنسبة 66% وإفريقيا بنسبة 64%.

في عام 2015 بلغ عدد المسنين 60 سنة فما فوق 508 مليون مسن في آسيا وهذا ما يمثل 56% من عدد سكان أكبر سنا في العالم وفي عام 2030، من المتوقع أن تبلغ حصة آسيا من كبار السن في العالم زيادة إلى 60% عندما يقيم 845 مليون شخص في سن 60 عامًا فما فوق بالمنطقة وهذا ما يبينه الجدول السابق، ووفقا لتوقعات بحلول عام 2030، ستكون آسيا موطنًا للمزيد أكثر من نصف كبار السن في العالم أيضًا الذين يبلغون 80 سنة فما فوق مقارنة بـ 48% في عام 2015. وتشير التوقعات إلى أنه في عام 2050 ما يقارب من 62% من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 60 عامًا أو أكثر و 59% من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 80 عامًا أو أكثر سيقومون في آسيا.

بلغ عدد كبار السن في أمريكا اللاتينية 71 مليون نسمة في عام 2015 نسبة 7.9% من المجموع العالمي. ومن المتوقع أن يرتفع كبار السن في العالم المقيمين في هذه المنطقة إلى 8.6% في عام 2030 أي ما يعادل 121 مليون نسمة تتراوح أعمارهم بين 60 عامًا فما فوق. وتعتبر إفريقيا موطنًا لعدد صغير نسبيًا من كبار السن الذين تبلغ أعمارهم 60 سنة فما فوق، حيث بلغ عددهم 64 مليون مسن في عام 2015، وهو ما يمثل 7.2% من المجموع العالمي. وفي عام 2030 توقعت إفريقيا أن تبلغ 105 مليون مسن وهذا ما يمثل 7.5% من كبار السن في جميع أنحاء العالم.

¹ – Ibid p9

من المتوقع أن تشهد أمريكا اللاتينية أسرع نمو في عدد كبار السن، مع زيادة بنسبة 81% بين عامي 2015 و2030، وهو نتيجة معدلات الخصوبة المرتفعة قبل حوالي 80 عامًا، وكذلك زيادة أمل الحياة. ثم تليها آسيا 73% وأفريقيا 64%¹. لهذا يتعين على البلدان النامية اليوم أن تتكيف بسرعة أكبر مع شيخوخة السكان مقارنة بالعديد من البلدان المتقدمة، فإن دخلها وبنيتها التحتية الوطنية وقدراتها على الرعاية الصحية والاجتماعية تقل كثيرا، في معظم الأحيان عن البلدان التي عرفت التطور قبل ذلك بكثير.

4- تطور عدد المسنين في الجزائر:

كبقية بلدان العالم الجزائر تشهد تطورا ملحوظا في العدد المسنين ومن المتوقع أن تكون الشيخوخة من الأبرز التحولات الاجتماعية في المستقبل القريب حيث ستؤثر في جميع قطاعات المجتمع، وهذا ما يبينه لنا الجدول الموالي تطور بنية السكان وأعداد المسنين من 60 سنة فما فوق.

¹ - Ibid, p12.

جدول رقم(3): تطور أعداد المسنين 60 سنة فما فوق ومعدل النمو الطبيعي في

الجزائر خلال الفترة ما بين 1966-2019.

السنة	السن	^a 1966	^b 1977	^c 1987	^d 1998	^e 2008	^f 2010	^l 2019
14-0		5704160	8063000	10120848	10663751	9552068	10008000	13200896
+60		819384	1028000	1339796	1935325	2531129	2785000	4139000
مجموع السكان		12096347	17063000	23050731	29398235	34080030	36000000	43424000
معدل النمو طبيعي		3.39	3.15	2.76	1.52	1.92	2.03	1.93

Source : a : Ons, retrospective 1970-2002, alger 2005

B :Ons annuaire statistique de l'algerie n°25p13 alger2009

C : Ons statistique n°18 alger mars 1988

D :<http://www.ons.dz/img/pdf/tableau1.pdf>

E :O.N.S. / Exploitation exhaustive du recensement général de la population et de l'habitat - RGP 2008

F :O.N.S. **demographie algerienne 2010**,in donnée statistiques, N°575, Alger,2011

I :O.N.S. **demographie algerienne 2019**,in donnée statistiques, N°890/Bis, Alger, 2020

يبين لنا هذا الجدول تطور سكان الجزائر خلال 53 سنة ماضية من 1966 إلى

2019 حيث مرت الجزائر بمرحلتين أساسيتين هما:

المرحلة الأولى: هي مرحلة الانفجار الديموغرافي حيث تضاعف عدد السكان خلال

20 سنة من 1966 إلى 1987 من 12 مليون نسمة إلى 23 مليون نسمة، وهذا

راجع إلى بلوغ معدل نمو الطبيعي أقصى معدلات حيث بلغ 3.39 سنة 1966 ثم

انخفض إلى 3.15 سنة 1977 ثم إلى 2.76 سنة 1987، كما اثر هذا على فئة سن

14-0 سنة مما أدى إلى ارتفاعها حيث بلغت سنة 1966 حوالي 5 ملايين وسنة

1987 إلى 10 ملايين أما فئة 60 سنة فما فوق عرفت ارتفاع طفيفا.

المرحلة الثانية تمتد من سنة 1987 إلى يومنا هذا تتميز بانخفاض في معدل نمو السكاني حيث سجل عام 1987 أول انخفاض ب 2.76% ثم انخفض إلى 1.52% سنة 1998 ثم ارتفع إلى 1.92% سنة 2008 ويرجع هذا النقص إلى السياسة السكانية التي انتهجتها الجزائر والتي تدعو إلى التحكم في النمو الديموغرافي وأيضاً إلى التقدم الذي حققته الجزائر في مجال التعليم وترقية المرأة اجتماعياً واقتصادياً والتطور الاقتصادي الذي شهدته الجزائر في بداية الألفية ثم ارتفع إلى 2.03% سنة 2010 ثم انخفض قليلاً سنة 2019 حيث بلغ 1.93% وأما فئة 0-14 سنة عرفت استقراراً مابين 1987 و1998 ثم انخفضت سنة 2008 ثم عادت في الارتفاع سنة 2010 واستمرت في الارتفاع حتى سنة 2019 حيث بلغت 13200896 نسمة وأما فئة 60 سنة فما فوق عرفت ارتفاعاً ملحوظاً من سنة 1987 إلى سنة 1998 حيث انتقلت من 1339769 مسن إلى 1935325 مسن خلال فترة عشر سنوات ثم بلغت سنة 2008 2531129 نسمة. ولقد تضاعف عدد المسنين مابين 60 سنة فما فوق في سنة 2019 حيث بلغ عددهم 4139000 مسن¹.

المبحث الثالث: الخصائص الديموغرافية لكبار السن

1- الخصائص الديموغرافية للمسنين في العالم

1-1- توزيع كبار السن حسب الجنس في العالم:

على الصعيد العالمي فإن النساء تُعَمَّرْنَ في الغالب أطول من الرجال. وفي عام 2017، شكلت النساء 54% من سكان العالم البالغين 60 عاماً فأكثر و 61% من أولئك الذين تبلغ أعمارهم 80 عاماً أو أكثر. وبين عامي 2020 و2025، سيتجاوز متوسط العمر المتوقع للمرأة عند الولادة متوسط العمر المتوقع للرجل بثلاث سنوات².

¹ -O.N.S. Demographie Algerienne 2019,opcit,p1.

² - Organisation mondiale de la santé, *Décennie pour le vieillissement en bonne santé 2020-2030*,p2.

إن التوازن الجنسي بين كبار السن من السكان من المتوقع أن يبقى دون تغيير نسبياً في المستوى العالمي في العقود المقبلة. وتشير التوقعات إلى أنه في عام 2050 ستشكل النساء 53% من سكان العالم الذين تبلغ أعمارهم 60 سنة فما فوق، ومن المتوقع أن تنخفض نسبة النساء البالغات من العمر 80 عاماً أو أكثر إلى 58% في عام 2050.

تعد نسبة النوع التي يتم التعبير عنها تقليدياً كعدد الرجال لكل 100 امرأة مفيدة لقياس ووصف التوازن النوعي لكبار السن والاتجاهات فيه، فعلى الصعيد العالمي هناك 86 رجلاً لكل 100 امرأة تتراوح أعمارهن بين 60 عاماً أو أكثر في عام 2015 و 63 رجلاً كل 100 امرأة تتراوح أعمارهن بين 80 عاماً أو أكثر. ومن المتوقع أن ترتفع هذه النسب إلى 89 و 73 على التوالي في عام 2050.¹

إن التوازن النوعي بين كبار السن غير متكافئ في أغلب دول العالم بما فيهم الدول الأوروبية حيث سجل في هذه الأخيرة سنة 2015. 73 رجلاً فقط لكل 100 امرأة تبلغ أعمارهم 60 عاماً أو أكثر و 51 رجلاً لكل 100 امرأة تتراوح أعمارهن بين 80 عاماً أو أكثر.

كان التوازن الجنسي أكثر تكافؤاً في آسيا حيث كان هناك 91 رجلاً لكل 100 امرأة تتراوح أعمارهم بين 60 عاماً أو أكثر و 70 رجلاً لكل 100 امرأة الذين تتراوح أعمارهم ما بين 80 سنة فأكثر، بين عامي 2015 و 2050، من المتوقع أن يكون التوازن الجنسي للسكان الذين تبلغ أعمارهم 60 عاماً أو أكثر لتصبح أكثر حتى في أوروبا وأمريكا الشمالية وأمريكا اللاتينية وإفريقيا.

في سن 80 أو أكثر، من المتوقع أن يصبح التوازن الجنسي للسكان أكثر حتى بين عامي 2015 و 2050 في جميع المناطق باستثناء إفريقيا.

¹ - Ibid, p18.

1-2- توزيع كبار السن حسب مكان الإقامة في العالم:

على المستوى العالمي، بين عامي 2000 و2015، عدد الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 60 عامًا فما فوق يقطنون بنسبة 68 % في المناطق الحضرية، مقارنة بـ 25% في المناطق الريفية.

كان عدد الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 60 سنة فما فوق في المناطق الحضرية في عام 2015 أكثر من ضعف العدد الذين يقطنون في المناطق الريفية، أما في عام 2000 ازداد عدد المسنين في آسيا بـ 28 % في المناطق الريفية وبـ 106% في المناطق الحضرية و خلال نفس الفترة في أوروبا ارتفع عدد المسنين في المناطق الريفية بـ 2% بين عامي 2000 و 2015 في نفس الوقت ارتفع عدد المسنين في المناطق الحضرية بنسبة 26% والمناطق التي هي الأسرع في التحضر هي أمريكا اللاتينية وآسيا وأفريقيا شهدت أكبر الفروق في نمو عدد كبار السن بين المناطق الحضرية والريفية.

من المرجح أن يكون نمو السكان المسنين أسرع في المناطق الحضرية مقارنة بالمناطق الريفية يرجع إلى كل من الاتجاهات في التحضر للسكان في جميع الفئات العمرية وإلى الاختلافات في مخاطر الوفيات، والتي تميل إلى أن تكون أقل في المناطق الحضرية بالنسبة للمناطق الريفية¹.

¹-Ibid,p21.

2- الخصائص السوسيو-ديمغرافية للمسنين في الجزائر حسب المسوح:

2-1- الخصائص السوسيو-ديمغرافية للمسنين في الجزائر حسب المسح الوطني

حول استخدام الوقت الجزائر 2012:

يندرج هذا المسح في إطار برنامج الإنصاف (ترقية المساواة بين الجنسين واستقلالية المرأة) وهذا البرنامج تم إنشاؤه في إطار الشراكة بين الحكومة الجزائرية وهيئات الأمم المتحدة حيث تمت المصادقة عليه في شهر فيفري 2009.

المسح الوطني حول استخدام الوقت ENET الجزائر 2012 تم تنفيذه من طرف الديوان الوطني للإحصائيات وهو مسح على مستوى الأسر شمل عينة من 9015 أسرة موزعة على كامل التراب الوطني.

يهدف هذا المسح إلى معرفة كيفية توزيع واستخدام الجزائريين لأوقاتهم وعليه فان جمع المعلومات تم عن طريق استعمال نوعين من الاستثمارات:

استمارة الأسرة والتي يتم استيفائها من قبل فرد بالغ من الأسرة، هذه الوثيقة تحمل معلومات اجتماعية وديمغرافية لكل أعضاء الأسرة كالجنس وتاريخ الميلاد، الحالة الزوجية، المستوى التعليمي والدراسي النشاط الاقتصادي، تجهيزات ومرافق المسكن وكذلك دخل الأسرة.

الاستمارة الفردية موجهة لكل أفراد الأسرة الذين ولدوا قبل 2001 والتي تبين استخدام الوقت اليومي خلال 24 ساعة قبل مرور الباحثة، زيادة على أقسام إضافية أخرى حول مواصفات الشخص المعني كأسلة حوا الأمراض المزمنة والإعاقة بالإضافة لقسم استدراكي يعيد تناول الأنشطة المصنفة حسب النوع (رياضي،ثقافي،اجتماعي...) والممارسة في مدة زمنية أطول¹.

¹-الديوان الوطني للإحصائيات،المسح الوطني حول استخدام الوقت الجزائر2012، الجزائر، ديسمبر2013،

جدول رقم(4): توزيع نسب المسنين 60 سنة فما فوق حسب مكان الإقامة

ريف	حضر	مكان الإقامة السن
24.3	27.7	60 سنة ما فوق

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات المسح الوطني حول استخدام الوقت الجزائر 2012، ص8

يتبين لنا من خلال الجدول أن اكبر نسبة من المسنين يسكنون في المناطق الحضرية والتي بلغت نسبتهم 27.7% مقارنة بـ 24.3% الذين يقطنون في المناطق الريفية.

جدول رقم(5): نسب الحالة الزوجية عند المسنين من 60 سنة فما فوق حسب

الجنس وفئات العمرية.

المجموع		ارمل		مطلق		متزوج		اعزب		حالة مدنية
رجال	نساء	رجال	نساء	رجال	نساء	رجال	نساء	رجال	نساء	الجنس
100	100	2.1	23.9	0.2	2.4	97.1	72.6	0.7	1.2	64-60
100	100	4.2	32.8	0.5	2	95	63.3	0.2	1.9	69-65
100	100	7.3	42	0	0.9	91.9	55.1	0.8	2	74-70
100	100	5.9	62.2	0	2.3	93.3	34.8	0.8	0.7	79-75
100	100	11.8	72.7	0	2.7	87.1	22.4	1.1	2.2	+80

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات المسح الوطني حول استخدام الوقت الجزائر 2012، ص12.

يتبين لنا من خلال الجدول أن العزوبية منخفضة عند رجال فهي لا تتعدى نسبة 1% وكما هي منخفضة عند نساء ولكنها مرتفعة عن رجال في جميع الفئات العمرية ماعدا في الفئة العمرية 75-79 سنة نجد نسبة العزوبية عند الرجال تفوق نساء بقليل 0.8% مقابل 0.7%

أما فيما يخص الحالة الزوجية نجد أن أغلبية الرجال متزوجين ونسبتهم تفوق نسبة النساء بكثير في جميع الفئات العمرية ونجد هذه نسبة عند نساء منخفضة خاصة من 75 سنة فما فوق وأما ظاهرة الطلاق فنجدها هامشية عند الرجال وهي جد منخفضة بنسبة للفئة العمرية 60-64 سنة و 65-69 سنة وهي منعدمة بنسبة للفئات العمرية

الباقية بينما نجدها مرتفعة عند النساء فهي تبلغ على اقل نسبة 2% في جميع الفئات العمرية ما عدا الفئة العمرية 70-74 سنة حيث بلغت 0.9% ونفس شيء بنسبة ظاهرة الترميل فنجدها منخفضة عند الرجال ومرتفعة بكثير عند النساء وهذا راجع إلى ظاهرة إعادة زواج عند رجال.

جدول رقم (6): الحالة التعليمية للمسنين 60 سنة فما فوق حسب الجنس

السن و الجنس	مستوى تعليمي						
	بدون تعليم	تحضيري او مدرسة قرآنية	ابتدائي	متوسط	ثانوي	عالي	
60 سنة فما فوق	رجال	58.9	0.4	21.1	9.9	6.4	3.3
	نساء	79.8	0.3	10.8	5	3.3	0.8

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات المسح الوطني حول استخدام الوقت الجزائر 2012، ص14.

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المسنين نجدهم بدون تعليم ونسبة نساء تفوق نسبة رجال 79.8% مقابل 58.9% ويتبين لنا أيضا من خلال الجدول كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما انخفضت نسبة المسنين الحاصلين على هذا المستوى التعليمي ونلاحظ أيضا أن نسبة رجال تفوق نسبة النساء ي جميع مستويات تعليمية وهذا راجع إلى صعوبات التي كانت تتلقاها المرأة في الخروج إلى تعلم.

2-2- الخصائص السوسيو-ديمغرافية للمسنين في الجزائر حسب المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019 (MICS-6):

تم إجراء المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS) في الجزائر في عام 2019 من قبل مديرية السكان التابعة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات كجزء من البرنامج العالمي لمسوح MICS وتم تنفيذه بدعم مالي وتقني من منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) و مع مساهمة مالية لصندوق الأمم المتحدة للسكان.

يوفر المسح العنقودي متعدد المؤشرات أحدث المعلومات القابلة للمقارنة دوليًا عن حالة الأطفال والنساء. في إطار خطة التنمية لعام 2030 ، كما يغطي المسح العنقودي متعدد المؤشرات ، كليًا أو جزئيًا ، 33 مؤشرًا تدرج تحت أحد عشر (11) هدفًا للتنمية المستدامة. ومن ثم فإنه يمكن البلدان من رصد التقدم المحرز نحو تحقيق التنمية المستدامة وغيرها من الالتزامات المتفق عليها دوليًا.

كما يسمح هذا المسح على المستوى الوطني بتقييم النقص في مجالات التنمية البشرية والاجتماعية وتزويد برامج التنمية الوطنية والقطاعية بإحصاءات موثوقة عن حالة الأطفال والنساء والأسر المعيشية¹.

جدول رقم(7): توزيع عدد ونسب المسنين حسب الجنس و فئات السن:

فئات السن	الذكور		الإناث		المجموع	
	عدد	نسبة(%)	عدد	نسبة(%)	عدد	نسبة(%)
60-64سنة	2731	50.96	2630	49.04	5361	100
65-69سنة	2062	52.22	1893	47.78	3955	100
70-74سنة	1444	52.9	1267	47.1	2711	100
75-79سنة	1005	50.88	976	49.12	1981	100
80 سنة فما فوق	1330	51.03	1271	48.97	2601	100
المجموع	8572	51.61	8037	48.39	16609	100

المصدر: معطيات من اجتهاد الباحث من خلال قاعدة البيانات (MICS6) 2019.

من خلال هذا الجدول يتبين لنا ان كلما تقدم المسنون في سن تتاقصت أعدادهم وعدد المسنون ذكور يفوق عدد المسنون إناث في جميع الفئات العمرية، حيث بلغ عدد

¹ -Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,(MICS-6)

2019, rapport final des résultats décembre,2020, Algérie, p(ii).

المسنون الذكور 60 سنة فما فوق 8572 مسن مقابل 8037 مسنة اي بفارق 535 مسن.

جدول رقم(8): توزيع عدد ونسب المسنين حسب فئات السن ومكان الإقامة:

مكان الإقامة		حضري		ريفي		المجموع
فئات السن		عدد	نسبة%	عدد	نسبة%	عدد
64-60 سنة		3828	71.4	1533	28.6	5361
69-65 سنة		2774	70.14	1181	29.86	3955
74-70 سنة		1893	69.60	827	39.31	2720
79-75 سنة		1425	71.93	556	28.07	1981
80 سنة فما فوق		1824	70.13	777	29.87	2601
المجموع		11745	70.67	4874	29.33	16619

المصدر: معطيات من اجتهاد الباحث من خلال قاعدة البيانات (MICS6) 2019.

يتبين لنا من خلال الجدول أن أغلبية المسنون يسكنون في المناطق الحضرية بنسبة 70.67% مقابل 29.33% وتبقى هذه الأغلبية قائمة في مختلف الفئات العمرية.

جدول رقم(9): توزيع نسب المسنين حسب فئات السن والحالة الزوجية:

الحالة الزوجية		أعزب		متزوج		مطلق		أرمل		المجموع
السن		عدد	نسبة%	عدد	نسبة%	عدد	نسبة%	عدد	نسبة%	عدد
64-60 سنة		2.32	83.82	3.1	10.76	0.36	1.16	0.31	0.85	100
69-65 سنة		1.16	80.36	2.22	16.24	0.46	0.3	0.31	0.85	100
74-70 سنة		0.46	76.42	1.56	21.52	0.3	0.31	0.31	0.85	100
79-75 سنة		0.3	65.76	1.36	32.58	0.31	0.31	0.31	0.85	100
80 سنة فما فوق		0.31	49.09	1.16	49.44	0.31	0.31	0.31	0.85	100
المجموع		0.85	68.77	1.8	28.58	0.85	0.85	0.85	0.85	100

المصدر: معطيات من اجتهاد الباحث من خلال قاعدة البيانات (MICS6) 2019.

يتبين لنا من خلال الجدول أن أغلبية المسنون متزوجون بنسبة 68.77% ونجد أكبر نسبة منها عند فئة المسنون 60-64 سنة بنسبة 83.82% وتتناقص هذه نسبة كلما تقدم المسن في سن إلى أن تصل إلى نسبة 49.09% عند المسنون 80 سنة فما فوق وأما بنسبة للعزوبة نجدها منخفضة حيث بلغت نسبة 2.32% عند فئة المسنون 60-64 سنة وشبه منعدمة في فئات السن الأخرى حيث بلغت نسبة 0.46% عند فئة المسنون 65-69 سنة ونسبة 0.3% عند الفئات الباقية ونلاحظ نفس شيء بالنسبة إلى طلاق فهي منخفضة على العموم وبلغت أعلى نسبة عند فئة المسنون 60-64 سنة بـ 3.1% وانخفضت هذه نسبة كلما تقدم المسن في سن حيث بلغت 1.65% عند فئة 65-69 سنة ونسبة 1.16% عند فئة 80 سنة فما فوق وأما بنسبة حالة ترميل فلقد بلغت نسبة 10.76% عند فئة 60-64 سنة وتتضاعف هذه نسبة كلما تقدم المسن في السن بعشرة سنوات حيث وصلت إلى نسبة 21.52% عند فئة 65-69 سنة ووصلت إلى نسبة 49.44% عند المسنون 80 سنة فما فوق.

جدول رقم (10): توزيع نسب المسنين حسب فئات السن ومدى الالتحاق بالمدرسة أو تلقى برنامج تعليمي سابقا:

المجموع	الالتحاق بالمدرسة أو برنامج تعليمي سابقا		فئات السن
	لا	نعم	
100	50.52	49.48	60-64 سنة
100	56.58	43.2	65-69 سنة
100	69.8	30.2	70-75 سنة
100	79.98	20.02	75-79 سنة
100	89.1	10.9	80 سنة فما فوق

المصدر: معطيات من اجتهاد الباحث من خلال قاعدة البيانات (MICS6) 2019.

يتبين لنا من خلال هذا الجدول أن أغلبية المسنون لم يسبق لهم أن التحقوا بالمدرسة أو تلقوا برنامج تعليمي وهذا راجع إلى الصعوبات التي واجهوها كبار السن في الحصول على تعليم في سن مبكرة مما جعل نسبة الأميين مهمة بينهم حيث بلغت هذه نسبة عند المسنون فئة 60-64 سنة 50.52% مقابل 49.48% الذين سبقوا لهم أن تلقوا تعليم ونلاحظ أيضا أن نسبة الأمية ترتفع مع زيادة العمر فهناك علاقة طردية بينهما والعكس بالنسبة إلى تعلم فهناك علاقة عكسية بينهما حيث كلما ازداد العمر انخفضت نسبة التعلم حيث بلغت نسبة تعلم عند فئة 65-69 سنة 43.2% يقابلها ارتفاع في نسبة الأمية ب 56.58% وهكذا تتواصل نسبة تعلم في الانخفاض ونسبة الأمية في الارتفاع مع تقدم في العمر إلى أن تصل عند فئة 80 سنة فما فوق نسبة تعلم 10.9% ونسبة الأمية إلى 89.1%.

جدول رقم (11): توزيع نسب المسنين حسب فئات السن والمستوى التعليمي:

المستوى تعليمي فئات السن	تحضيري	ابتدائي	متوسط	ثانوي	تعليم العالي
64-60 سنة	5.24	43.4	22.64	19.64	8.64
69-65 سنة	8.58	50.2	17.54	13.12	9.3
74-70 سنة	15.44	48.28	15.84	12.42	6.8
79-75 سنة	20.12	57.84	10.04	8.22	3.54
80 سنة فما فوق	32.59	44.81	12.39	6.36	3.32
المجموع	16.39	48.91	15.69	11.95	6.32

المصدر: معطيات من اجتهاد الباحث من خلال قاعدة البيانات (MICS6) 2019.

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة سجلت عند المسنين الذين لديهم مستوى تعليمي ابتدائي وذلك بنسبة 48.91% بالمقابل نجد أقل نسبة سجلت عند المسنين الذين لديهم مستوى تعليمي عالي وذلك بنسبة 6.32% كما يتبين لنا أيضا أن نسبة

المسنون في المستوى تحضيري ترتفع مع تقدم في السن حيث بلغت نسبة 5.24% عند فئة المسنون 60-64 سنة وواصلت في الارتفاع كلما تقدم المسن في العمر إلى أن وصلت إلى 32.59% عند فئة المسنون 80 سنة فما فوق أما فيما يخص المستوى الابتدائي فلقد بلغت نسبة المسنون 60-64 سنة 43.4% ثم ارتفعت إلى 50.2% عند فئة 65-69 سنة ثم انخفضت إلى 48.28% عند فئة 70-74 سنة ثم عادت إلى الارتفاع عند فئة 75-79 سنة بنسبة 57.84% ثم انخفضت إلى نسبة 44.81% عند فئة 80 سنة فما فوق. وأما بنسبة المستوى المتوسطي فنلاحظ أن هناك انخفاض تدريجي مع تقدم في السن حيث بلغت نسبة 22.64% عند فئة 60-64 سنة وواصلت في الانخفاض حتى بلغت 10.04% ثم ارتفعت هذه نسبة إلى 12.39% عند فئة 80 سنة فما فوق أما بنسبة للمستوى ثانوي هناك انخفاض مع تقدم في العمر حيث بلغت نسبة 19.64% عند فئة 64-65 سنة وانخفضت مع تقدم في العمر حتى وصلت إلى 6.36% عند فئة 80 سنة فأكثر ونفس شيء بنسبة للمستوى التعليم العالي حيث بلغت نسبة 8.64% عند فئة 60-64 سنة ونسبة 3.32% عند فئة 80 سنة فأكثر.

ان الانخفاض المستوى التعليمي الذي سجل عند هذه العينة من المسنين خلال المسح يعود بالدرجة الأولى كون هؤلاء المسنين كلهم ولدوا في الفترة الاستعمارية ونحن نعلم ان خلال هذه الفترة كان يتعذر على أغلبية المواطنين الالتحاق بالمدرسة.

الخلاصة:

يظهر لنا من خلال هذا الفصل أن العالم يشهد تحركا في مجال تقدم السكان في السن سواء في البلدان المتقدمة أو البلدان النامية حيث تؤكد الإحصائيات السكانية زيادة نسبة المسنين مقارنة بالشرائح العمرية الأخرى تحت تأثير تحسن المستويات المعيشة والتقدم الطبي الذي وفر الخدمات الصحية مما جعل الناس يعيشون لمدة أطول

والقضاء على الأوبئة والأمراض القاتلة التي كانت تحصد الكثيرين عند أعمار مبكرة. والجزائر على غرار بقية دول العالم فإن ظاهرة الشيخ السكاني تدق أبوابها وهذا ما تبين من خلال ما عرضناه سابقا ولهذا ستواجه تحديات جديدة ومن بين هذه التحديات الجديدة المشاكل المنتظرة مستقبلا من فئة المسنين وهي كيفية تكفل بفئة المسنين وما هي الطرق لإدماجها في المجتمع وهو ما سنراه لاحقا في الفصل القادم مع محاولة إبراز جهود مبذولة من طرف الدولة لحماية هذه الفئة الهشة ليعيشوا حياة كريمة.

الفصل الرابع: رعاية وحماية المسنين

تمهيد

المبحث الأول: مشكلات المسنين

- 1- المشكلات الصحية
- 2- المشكلات النفسية
- 3- المشكلات العقلية
- 4- المشكلات الاجتماعية
- 5- المشكلات الاقتصادية
- 6- المشكلات الدينية
- 7_ المشكلات الخاصة بوقت الفراغ

المبحث الثاني: أنواع رعاية المسنين

- 1- أهم المؤتمرات الدولية المكلفة برعاية كبار السن
- 2- الرعاية الصحية للمسنين
- 3- الرعاية الاقتصادية للمسنين
- 4- الرعاية الاجتماعية للمسنين

المبحث الثالث: حماية أشخاص المسنين في الجزائر

- 1- دور الدولة في حماية الأشخاص المسنين
- 2- دور الأسرة في حماية الأشخاص المسنين
- 3- دور المجتمع المدني في حماية أشخاص المسنين
- 4- دور مصالح الأمن في حماية الأشخاص المسنين

خلاصة

تمهيد:

مرحلة الشيخوخة من المراحل التي تشهد سلسلة كبيرة من التغيرات سواء على المستوى الجسمي، النفسي، المعرفي والعقلي والاجتماعي والاقتصادي، وهذه التغيرات تجعل لهم خصائص وسمات، تخلق لديهم سلسلة من المشكلات والمتطلبات. وفي ضوء ما تقدم إن التغيرات وما تميلها من حاجات تستدعي أن يتم توفير شكل من أشكال الرعاية للمسنين وهذا ما سوف نتعرض إليه في هذا الفصل من خلال تطرق إلى مشاكل المسنين وأنواع رعاية المسنين وحماية أشخاص المسنين في الجزائر.

المبحث الأول: مشكلات المسنين

مشكلات المسنين نعني بها "مجموعة من التغيرات الجسمية والنفسية والاجتماعية التي تؤثر بشكل ما على تكيف الفرد المسن الشخصي والاجتماعي"، أو "هي مواقف لا توافقية فردية أو جماعية تعوق تكيف المسن مع بيئته الاجتماعية كما تعوق قدرته على استثمار الموارد المتاحة"¹.

ويمكن تحديد أهم المشكلات التي يعاني منها المسنين فيما يلي:

1-المشكلات الصحية:

حيث تتوقف الحالة الصحية لكبار السن على العديد من العوامل الاجتماعية، مثل مستوى المعيشة ودرجة التعليم وارتفاع مستوى الصحة العامة، كما أن للحالة الصحية تأثيرا كبيرا على المسن في العديد من الجوانب، مثل قدرته على العمل والاشتراك في الأنشطة الترويحية وعلاقاته الاجتماعية والدخل والزواج، ويرجع التغير العضوي لدى المسن لعوامل مختلفة منها: الوراثة، والمهنة، والغذاء، وتنشيط الأجهزة العضوية المختلفة، البيئة².

¹-عثمان عبد الفاتح السيد علي، الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة الشيخوخة والمسنين ، مكتبة عين شمس، القاهرة، 1998، ص81.

²- عبد الحميد، عبد المحسن، الخدمة الاجتماعية ففي مجال رعاية المسنين في الوطن العربي، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، 1990، ص35.

وفي فترة الشيخوخة تكثر حالات الإصابة بالأمراض. ومن أهم الأمراض عند المسنين مرض فقر الدم، وأمراض القلب، وأمراض الجهاز الهضمي، ومرض البول السكري والالتهابات والعدوى، وأمراض الحواس، واضطرابات التغذية، وأمراض الأوعية الدموية¹.

وفقًا للمسح الوطني للصحة مشروع (TAHINA) الذي اجري في الجزائر سنة 2007، فإن السوابق المرضية للفرد البالغ من العمر 35-70 هي: ارتفاع ضغط الدم نسبة 16.2 %، ومرض السكري نسبة 8.78 %، والربو بنسبة 3.75 %، وأمراض القلب والأوعية الدموية بخلاف ارتفاع ضغط الدم بنسبة 3.69 % واخلل الدهون نسبة 3.21 %، تجدر الإشارة إلى أن ارتفاع ضغط الدم وعسر شحوم الدم هي أكثر شيوعا عند النساء².

بعض الإحصائيات للأمراض الغير سارية في الجزائر حسب الخطة الإستراتيجية الوطنية متعددة القطاعات للمكافحة المتكاملة لعوامل الخطر لأمراض غير المعدية 2015-2019 التي قامت بها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات:

-في الجزائر بلغت نسبة انتشار ارتفاع ضغط الدم حوالي نسبة 24.9 %. وهي مرتفعة عند النساء بنسبة 28.5 %، وبلغت نسبة 25.9% عند المسنين ما بين 60-70 سنة الذين يقطنون في المناطق الحضرية.

-هناك انتشار في مرض السكري قدر بنسبة 12.3 % مع عدم وجود اختلاف كبير بين الجنسين.

-كما بلغ مرض ارتفاع الكوليسترول في الدم 4.6 %. وهو مرتفع ما بين النساء بنسبة 5.2 %، واللواتي تتراوح أعمارهن ما بين 65 و 70 سنة و يسكن في المناطق الحضرية.

¹ - فتوح مدحت، تنظيم مجتمع المسنين، المطبعة التجارية الحديثة، القاهرة، 1992، ص228.

² - Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique - transition démographique et système de santé, **Projet TAHINA**, Enquête Nationale de Santé, novembre 2007.

وهناك فرط في استهلاك الدهون الثلاثية(الملح، السكر، الشحم) عند 14.8 % دون فروق كبيرة بين الجنس. وهو أكثر استهلاك ما بين سن 50-54 سنة و 60-64 سنة والذين يسكنون في المناطق الحضرية.

انتشار دسليبيديما ب 14.5 %. حيث سجلنا أكبر نسبة عند النساء بنسبة 15.9% واللواتي تتراوح أعمارهن ما بين 65-70 سنة ويقطن في المناطق الحضرية.

أقرت جمعية مرض السكري وارتفاع ضغط الدم أن هذان المرضان يرتفعان مع تقدم العمر. وينتشران بنسبة 6.9 % عند السكان الذين تتراوح أعمارهم ما بين 60 سنة فما فوق.

وجدت جمعية أمراض القلب والأوعية الدموية وارتفاع ضغط الدم أن السكان الذين تتراوح أعمارهم ما بين 60 سنة فأكثر يعانون من هذه الأمراض بنسبة 3.4 % مقابل نسبة 0.5 % فقط من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 35-59 سنة¹.

هذا ويزيد من حدة المشكلات الصحية للمسنين وجود معوقات ترجع للمسنين أنفسهم منها²:

- 1- إهمال المسنين لأنفسهم، ويظهر ذلك في عدم تقدمهم بطلبات المساعدة حتى تسوء صحتهم، وقد يرجع ذلك إلى خوفهم من توقع الإصابة بالأمراض المزمنة مثل السرطان
- 2 - عدم اهتمام المسنين بالكشف الدوري
- 3- عدم إدراك المسن لخطورة علاجه لنفسه بعيدة عن الإشراف الطبي
- 4- عدم دراية المسنين بكيفية الوقاية من الحوادث التي قد تؤثر على صحتهم
- 5- عدم معرفة أسر المسنين بأمراض الشيخوخة والتقدم في العمر، وعدم تقديم الرعاية الكافية لهم، بالإضافة إلى خوف بعض المسنين من إيداعهم في المستشفيات وإبعادهم عن الجو الأسري الذي يحتاجونه ويألفونه
- 6- عدم قدرة معظم المسنين على تحمل نفقات العلاج.

¹ - Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière **Plan stratégique national multisectoriel de lutte Intégrée contre les Facteurs de Risque des Maladies Non Transmissibles 2015-2019**, p15.

² - مصطفى السروجي طلعت. ماهر ابوالعاطي. مرجع سابق. ص 229.

هناك أيضا المشكلات المتعلقة بالمعالجة الدوائية لدى المسنين متعددة ويمكن إجمالها في المريض، وواصف الدواء، والأدوية، ويعود ذلك للمريض، نظرا لتعدد الأمراض التي يصاب بها المرضى المسنون؛ فإنهم يستهلكون من الأدوية أكثر مما يتناوله الذين هم اصغر منهم سنا، مما ينتج عنه زيادة تعرضهم إلى مخاطر الآثار الجانبية المؤذية، أما بالنسبة لواصف الأدوية فقد تكون المشكلة الأساسية لديه التعليم غير الوافي إذ إنه كثيرا ما يؤدي إلى الجهل بالاختلافات العديدة بين المسنين وبين الشباب فيما يتعلق بالمعالجة الدوائية.

بينما بالنسبة للأدوية فكبار السن من الشائع جدا أن يسيئوا استعمال الأدوية، فالاستخدام الأقل من المطلوب للأدوية يعتبر مشكلة شائعة، وتحدث غالبا بسبب التكلفة العالية للدواء، أو الأعراض الجانبية التي قد يعتبرها المريض أكثر إضعافا له أو أكثر مضايقة من المرض الأصلي، وتصور المريض أنه ليس هناك منفعة من هذا الدواء¹.

2- المشكلات النفسية:

ومن أهم المشكلات النفسية التي يعاني منها كبار السن نجد

- 1 - الاكتئاب ويدفع المسن للانتحار، وهذا يظهر في المجتمعات الغربية بسبب سيطرة الإحساس بعدم الأهمية والاعتماد على الآخرين².
- 2 - الشعور بالذنب.
- 3 - القلق وهو إحساس بالتوتر والخوف الشديد الدائم الذي لا مبرر له من الناحية الموضوعية ، وهو أكثر شيوعا في مرحلة الشيخوخة، إذ أن نسبة كبيرة من المسنين ينزعجون بشدة بسبب إدراكهم أنهم يجب أن يعتمدوا على الآخرين³.

¹ - عبد الله المجدي، النمو النفسي والمرض ، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية ، 1996، ص175.

² - عادل صادق، في بيتنا مريض نفسي ، دار الحرية، القاهرة ، 1989، ص110.

³ - حسن عبد المعطي وآخرون، مستوى القلق لدى المسنين ، المؤتمر الطبي السنوي الحادي عشر، كلية الطب، جامعة عين شمس، القاهرة.1998. ص44.

4 - النكوص (Regression) هو ما نلاحظه على بعض المسنين من إسراف في العناية بمظهرهم الخارجي وتقليد الشباب، والتحكم في الأهل والأصدقاء والإسراف في الحنين إلى الماضي والتمارض والغيرة.

5 - فقدان التكيف في الكلام، وتوهم المرض فلا يستطيع المسن التعبير عن الفكرة التي يقصدها مما يسيء إلى المستمع ويثير الضحك لدى الحاضرين

6- الكبت وهو يستنفذ كثيرا من طاقة المسن ولا يتبقى إليه إلا أقل القليل لمواجهة أعباء الحياة نتيجة لإحالاته للمعاش وفقدانه الجزء كبير من أدواره في الحياة¹.

7- الوسواس القهري وهو يتميز بوجود أفكار وحركات خاطئة والتفكير في موضوعات مختلفة²

بالإضافة إلى الشعور بالقلق والتوتر والانطواء، وغيرها من الأمراض النفسية، مثل الانسحاب والوهن النفسي حيث يشعر المسن بأنه محطم النفس قليل العزيمة، وتعد أمراض النفسية من أهم المشكلات الطبية لكبار السن في المجتمعات المختلفة، وقد ظهر المرض النفسي في صورة علامات وأمراض جسمانية، مثل: فقد الوزن والإمساك جفاف الحلق وتغيرات في معدل ضربات القلب وتغير في ضغط الدم والرعدة، وهذه الأمراض النفسية ترجع إلى أسباب عديدة، هي: ضغوط الحياة، والمرض، والتقاعد والعوز، وفقدان المكانة، وبعض الأدوار³.

3- المشكلات العقلية

يرى البعض أن الاضطرابات العقلية تنشأ دون التغيرات العضوية، وأنها اضطرابات أصيلة في الشيخوخة أي تخص مرحلة الشيخوخة⁴.

ومن أهم الأمراض العقلية عند المسنين: ضعف الذاكرة والنسيان، والبطء في التفكير، واضطرابات البارانويا عند الشيخوخة، ويتفق علماء النفس والطب النفسي فيما بينهم

¹- عباس عوض، علم النفس الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، بيروت، 1980، ص35.

²- الزين عمارة، مدخل إلى الطب النفسي، دار الثقافة، بيروت، 1986، ص65.

³- محمد عبد الرحمن، الذاكرة قصيرة المدى لدى المسن المؤتمر الطبي السنوي الحادي عشر، كلية الطب، جامعة عين شمس، 1998.

⁴- فخري الدباغ، أصول الطب النفساني، دار الطليعة، بيروت، 1983، ص63.

على أن هناك تأثيراً واضحاً للمسّن على الجوانب المختلفة عامة، والذاكرة قصيرة المدة بصفة خاصة والذاكرة قصيرة المدة هي تلك الذاكرة التي تحتفظ بالمعلومات لفترة زمنية بين عدد قليل من الثواني على عدد قليل من الدقائق حيث تضعف ذاكرة المسن عند تذكر الأحداث القريبة بينما تظل ذاكرتهم واعية للأحداث القديمة التدهور النفسي الذي يصاحب التدهور الفسيولوجي، وهو اضطراب مزمن يصيب المسن في مرحلة الشيخوخة، وقد يصيبه بنوع من العجز¹.

4- المشكلات الاجتماعية:

وهي تعبر عن أشياء يرغبها المسن ويريدها، ولكنه لا يمتلكها وقد ترجع أسباب حدوث هذه المشكلات إلى شعوره بفقدان بعض الأدوار، مثل: فقدان الأهمية الاجتماعية، وانعدام الفائدة، إضافة إلى وقت الفراغ، وانخفاض الدخل²

وقد لاحظ الباحث بريم Prim أن أهم العوامل التي تؤدي إلى المشكلات التي تواجه كبار السن تتمثل في أنهم يجدون أنفسهم في فترة التقاعد منفصلين عن علاقاتهم السابقة³.

ومع فقدان المسن لبعض الأدوار التي كان يقوم بها يمثل ذلك ضغوطاً ومتاعب جسمية ونفسية واجتماعية إلى جانب الضغوط البيئية⁴ وهذه الضغوط تظهر في صورة مشكلات، منها:

أ- التقاعد، ويطلق عليها مرحلة الشيخوخة أي سن الإحالة للتقاعد، وتحدده قوانين التوظيف في كل دولة، وهو في مصر بالنسبة للموظفين ستون سنة، وبالنسبة للعمال خمس وستون سنة، وقد يبدو على المتقاعد في بعض الأحيان وكأنه ينتظر الموت بفارغ الصبر، خاصة وأن الكثيرين يتقاعدون في سن يتيح لهم قمة الكفاءة الفكرية والجسدية، ولذا يجب الوقاية من التقاعد المفاجئ، وجعل التقاعد عملية تدريجية حتى

¹ - فؤاد ابوحطب، القدرات العقلية، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، 1983، ص297.

² - Reid William.J, Task Center Treatment and tren drin Clinicals Social Work, New York, Columbia University Press, 1997,p45.

³ - عيد الحميد عبد المحسن، المرجع السابق، ص76.

⁴ - Beaver Marionl, Amiller Dan, Social Work Practice With the Elderly Belmont Wadworth publishing company, 1992, p24.

يستفاد من المتقاعد؛ نظرا للخبرة الطويلة التي مر بها ذلك؛ لأن التقاعد يؤدي بصاحبه إلى التوتر والقلق والخوف.

ب- العلاقات الاجتماعية: فقد يترتب على سوء العلاقات الاجتماعية للمسن الكثير من المشكلات الأخرى منها المشكلات الأسرية، والتي تتمثل في سوء علاقة المسن بزوجته وسوء علاقته بأولاده، وذلك لأنه يشعر بأنه أصبح عبئا على الأسرة والشعور بالوحدة الاجتماعية نتيجة الفراغ الذي يتخلل حياتهم لتفرق أولادهم وأصدقائهم، بالإضافة إلى موت أحد الزوجين¹.

5- المشكلات الاقتصادية:

وهي من المشكلات المهمة حيث ظهرت ظاهرة في المجتمع العربي وهي بدء بعض الأبناء محاولة التنصل من مسؤولية آبائهم، وخاصة بالنسبة للمشاركة في المسكن، وهكذا أصبح الكثير من كبار السن يعانون من المشكلات المالية، خاصة وأن الكثيرين منهم لم يدخروا في شبابهم ما يكفيهم في هذه الظروف، ولهذا نجد كثيرا من المسنين في الوقت الحالي يعانون من الفقر والعوز، وقد ساهم ثبات المعاش، وعدم زيادته بنسبة تتماشى مع تصاعد وارتفاع الأسعار في أغلب الدول إلى زيادة حدة المشكلات الاقتصادية².

ومن المفضل في هذا النوع من المشكلات أن تساعد المسن وتعاونه على إيجاد العمل الذي يتناسب مع قدراته وميوله³ نظرا لوجود عبء إضافي جديد يضاف إلى المسن الذي أحيل للتقاعد، وهو عبء العلاج والدواء⁴. حيث كشفت بعض الدراسات التي أجريت على المسنين بأن كل من العمل والدخل له علاقة إيجابية في درجة رضا

¹-محمد دعيبس، التكوين النفسي للمسنين في الثقافات المختلفة دراسة انثروبولوجية مقارنة، دار القوى للطباعة، الإسكندرية، 1991، ص91.

²- سناء الخولي، الأسرة والمجتمع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1992، ص102.

³-عبد الرحمان عيسوي، اضطرابات الشيخوخة، دار النهضة العربية، بيروت، 1989، ص96.

⁴-عبد الحميد عبد المحسن، مرجع سابق، ص75.

المسن عن الحياة واتضح أن غير المتقاعدين يتمتعون بدرجة عالية من الصحة عن أولئك المتقاعدين¹.

6-المشكلات الدينية:

وتتمثل المشكلات الدينية في عدم توفر حصول المسنين على الكتب الدينية، وعدم توافر أماكن العبادة المناسبة لهم، وعدم إشباع رغبتهم في لقاء رجال الدين الأكفاء ليناقتشونهم في أمور دينهم مما يشكل عبئاً نفسياً يجب العمل على تذليله²

7-المشكلات الخاصة بوقت الفراغ:

يعاني المسنون من وجود وقت فراغ كبير مقرون بخبرة محدودة في استثماره، بالإضافة إلى ما يواجهونه من مشكلات تتمثل في الضعف العام، وعدم الأمان الاقتصادي، والشعور بعدم النفع والعزلة. ويلاحظ أن هناك طرقاً سلبية وأخرى إيجابية في شغل أوقات الفراغ لدى المسنين، فبينما يعتبر الاستماع إلى الراديو أو مشاهدة التلفاز والقراءة من أوجه النشاط المنتشرة في وسط المسنين ، إلا أنها تعتبر سلبية لدى المسن، فهي لا تستدعي منه القيام بنشاط حركي معين أما التردد إلى النادي وممارسة بعض الأنشطة الرياضية، فإنها تعتبر من الأنشطة الإيجابية؛ إذ تستدعي من المسن القيام بنشاط حركي، ومشكلة وقت الفراغ تجعل المسنين يفكرون في ظروفهم الحالية والمستقبلية، ويجد الرجال خاصة صعوبة في شغل أوقات فراغهم فيما ينفعهم، أما السيدات في هذه السن فنجد أن لديهن من الأعمال المنزلية والأشغال اليدوية ما يشغلهن³.

المبحث الثاني: أنواع رعاية المسنين:

إن تحديد مسؤولية رعاية المسنين كفيل بتوفير الطمأنينة على مستقبل فئة قضت معظم سنوات حياتها في رعاية الآخرين ويجب أن تتوفر لها الرعاية الكاملة، لقضاء البقية الباقية من عمرها في صحة وسعادة ويسر، فليس مقبولاً ونحن في الربع الأخير من

¹ - Datan Nanc, lohma Nancy, **transition of aging** edited by N.Y Academic press IC, USA, 1980, p31.

² - عبد الحميد عبد المحسن، مرجع سابق. ص78.

³ - إبراهيم سيد، رعاية المسنين ، المكتب الجامعي للنشر والتوزيع، الإسكندرية ، 1999، ص53.

القرن الواحد العشرين أن نترك أي مجموعة من الناس بغير ضمان الرعاية المناسبة لهم¹.

وقد أوضح الباحثان جيمس وماركسون (1980) رأيهما بصراحة في هذا الموضوع بقولهما مازال كبار السن حتى اليوم ينظر إليه في مجتمعنا نظرة خوف وتوجس معظم هذا الشعور هو بلا شك موروث عبر الخبرات السابقة مع طبقات المسنين الذين لم يحققوا درجة كافية من التعليم، والذين كانت ظروفهم شديدة التباين عن ظروفنا. كما أن التأكيد على النشاط الفعال، وعلى أخلاقيات العمل قد جعلتنا ننظر نظرة تعصبية نحو المسنين باعتبارهم أفراد زائدين عن الحاجة قد عاشوا بعد أقرانهم الذين رحلوا وقد انتهت حياتهم العلمية إن معظم اعتقاداتنا عن المسن، ترتبط بالزمن والثقافة، وأكثر ما نعتقده عن المسنين وعن الشيخوخة ليس بالضرورة صحيحا ومن ثم فإن توفير الرعاية المناسبة لهؤلاء المسنين تصبح في غاية الأهمية².

وقد نصت المادة (25) من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على انه: لكل إنسان الحق في مستوى معيشي ملائم لصحته ورفاهيته، وكذلك لصحة ورفاهية أسرته، بما في ذلك المأكل والملبس والسكن، والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية، والحق في الأمان عندما يتقدم به السن³.

ولا شك أن المرء عندما يتصور نفسه في آخر مراحل العمر وقد امن وأطمأن على ظروف معيشته، وسعد واستقر فيما يتعلق بمستقبل حياته، فإن ذلك سوف ينعكس على حياته وإنتاجه في مقتبل العمر فليس ألزم للسعادة والنشاط البناء من الشعور بالأمن والاطمئنان على مستقبل الأيام.

¹ -هدى محمد قنوى، سيكولوجية المسنين، طبع بدار المدينة المنورة للطبع والنشر القاهرة، مصر، 1987، ص93.

² - شينيا هوشينو، الحفاظ على المسنين جزء من المجتمع الصناعي، من بحوث ندوة يوم الصحة العالمي (الحيوية على مر السنين)، وثيقة رقم 7، 7 أبريل 1987.

³ - هدى محمد قنوى، مرجع سابق، ص94.

1- أهم المؤتمرات الدولية المكلفة برعاية كبار السن:

اجتمع المجتمع الدولي مرتين خلال 20 عاما للنظر علي المستوى العالمي في مسألة المسنين فالجمعية الأولى عقدت في فيينا عام 1982 ثم عقدت الجمعية في مدريد عام 2002 واعتبرت أول من أكتوبر هو اليوم العالمي للمسنين¹.

لقد كانت الخطوة الجادة الأولى في مجال رعاية المسنين هي تلك الخطوة النشطة التي أخذتها هيئة الأمم المتحدة عندما قررت الدعوة إلي تجمع عالمي في فيينا عام 1982 بهدف دراسة أوضاع كبار السن في العالم .

أسفر هذا التجمع إلى وضع خطة عمل فيينا الدولية للشيخوخة التي تعتبر أول صك دولي يتعلق بالشيخوخة معلنة بذلك أن العقد التاسع من القرن العشرين هو عقد المسنين .

هدفت من خلالها إلى تعزيز قدرات الحكومات والمجتمع المدني إلى التعامل بفعالية مع مسألة المسنين ، وبذلك يكون مؤتمر فيينا² حجر الأساس لوضع سياسة خطط عمل الشيخوخة .

لقد كان لخطة فيينا للشيخوخة صدي عالمي توالى الدول على إثرها في عقد المؤتمرات المعالجة قضايا المسنين مسترشدين بتوصيات خطة فيينا ، حيث إنعقد المؤتمر الدولي في مكسيكوستي عام 1984 ، وقدم توصية بضرورة قيام الدول بالإهتمام بالمسنين لا باعتبارهم فئة تبعية تلقي بثقلها على المجتمع، بل باعتبارهم مجموعات قدمت مساعدات كبرى إلى الحياة الاقتصادية والتربوية و الإجتماعية والثقافية للمجتمع وما زالت قادرة علي تقديم الأكثر.

كما أكد المؤتمر الدولي في فيينا عام 1988 على قواعد المشروع العملي المتعلق بالمسنين مشيرا إلى أن هدف التنمية هو تحسين رفاه وسلامة كل المجتمع على أساس المشاركة الكاملة في مسيرة التنمية والتوزيع العادل للنتائج الحاصلة .

¹-الجمعية العامة للأمم المتحدة- التنمية الاجتماعية، متابعة الجمعية العامة العالمية الثانية للشيخوخة، الدورة

الرابعة والستين 06 جويلية 2009، مدريد، ص05.

²- هدي محمد قناوي مرجع سابق، ص95.

اعتمدت الجمعية العامة عام 1991 مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن بموجب القرار رقم 46/96 والمتمثلة في¹:

-الاستقلالية: من خلال توفير لهم مصدر للدخل ودعم اسري ومجتمعي ووسائل العون
-المشاركة: من خلال بقاء كبار السن مندمجين في المجتمع، عن طريق المشاركة في مختلف النشاطات.

- الرعاية: من خلال استفادتهم من رعاية وحماية الأسرة والمجتمع المحلي وفقا لنظام القيم الثقافية في كل مجتمع

تحقيق الذات: عن طريق تمكين كبار السن من إلتماس فرص التنمية الكاملة للاستفادة من إمكانياتهم .

- الكرامة: تقوم على تمكين كبار السن من العيش في كرامة وأمن ودون خضوع لأي استغلال أو سوء معاملة نفسي أو جسدي.

أكد المؤتمر الآسيوي الرابع الذي انعقد في جزيرة بالي عام 1992م أن سياسة التأهيل في جميع سنين العمر لمرحلة الشيخوخة هي وسيلة للوصول إلى تلك الأهداف، ومع الإعتراف بأنه في أكثر الأوقات تقوم الأسر برعاية المسنين فقد أوصى الدول بتوفير إمتيازات إقتصادية كالإعفاء من الضرائب لمثل هذه الأسر.

وفي نفس السنة وبمناسبة الذكرى السنوية العاشرة لإعتماد مؤتمر الشيخوخة لخطة عمل فيينا الدولية إعتمدت الجمعية العامة ثاني صك دولي متعلق بالمسنين وهو إعلان مدريد السياسي حثت فيه على دعم المبادرات الوطنية المتعلقة بالشيخوخة ، كما تقرر في هذا الإعلان إعتبار عام 1999 السنة الدولية لكبار السن وعليه الإعتراف ببلوغ البشرية سن النضج الديموغرافي².

إن الموثيق والخطط الصادرة عن الأمم المتحدة في طريقها إلى تدعيم إستعادة المكانة الحقيقية للمسنين في الأسرة والمجتمع من خلال آليات حديثة من الممكن أن تؤدي فعلا إلى ما يطمح الجميع لتحقيقه من أهداف إنسانية نبيلة .

¹ - سعد الدين مسعد الهلالي، قضية المسنين الكبار المعاصرة وأحكامهم الخاصة في الفقه الاسلامي، دراسة

فقهية مقارنة، مجلس النشر العلمي، الكويت، ط1 ، 2002، ص71.

² - سعد الدين مسعد الهلالي، مرجع سابق ، ص18.

بالرغم من أن هذه المواثيق لا تشمل أي إلتزامات دولية فهي تجسد بدلا عن ذلك معايير وقواعد تتفق الحكومات على الإسترشاد بها دون أن تقتضي المسألة التقيد بها ، وهذا الطابع غير الملزم الوثائق السياسات الدولية المتعلقة بالشيخوخة يمكن أن يجعل مستوى تنفيذها ضعيفا ، ومع ذلك لا ينبغي الإستخفاف بأهمية وثائق السياسات الدولية المتعلقة بالشيخوخة ففي حين يكون بروزها علي المستوى الحكومي الدولي أقل من بروز الصكوك الدولية الملزمة قانونا ، فإنها أكثر تحديدا من تلك النصوص وبالتالي فإنها تتيح دليلا مفيدا للدول فيما تتخذه من إجراءات .

2-الرعاية الصحية للمسنين:

إذا كانت الشيخوخة من الناحية الجسمية تمثل حالة من الاضمحلال الذي يعتري القدرات الجسمية وتدهور في قدرة أجهزة وأعضاء الجسم على القيام بوظائفها فإنه نتيجة لذلك قد يصاب الجسم بالضعف وعدم القدرة على مقاومة الأمراض التي قد تلازم التقدم في العمر والتي نسميها غالبا بأمراض الشيخوخة.

وإذا استعرضنا أهم الأمراض التي يتعرض لها المسن نجد أن هناك أربع مجموعات من الأمراض التي يحتمل إصابة المسنين بها:

-أمراض الضعف الوظيفي او العجز الوظيفي: مثل تخلف الكبد عن النهوض بوظائفه بسبب الضعف أو العجز الذي أصابه.

-أمراض ناتجة عن فقدان التعاون بين أجهزة الجسم: مثل فقدان التعاون بين القلب والرئتين مما قد يجعل الفرد متدهورا من الناحية الصحية وقد يعرضه للموت في أي لحظة وذلك أن كل عضو من أعضاء الجسم يتآزر مع الأعضاء الأخرى وتقوم بينهما علاقات دقيقة غاية في التعقد.

- كما أن هناك أمراضا ناتجة عن ضعف حيوية الجسم وعدم قدرته على القيام بالميكانيزم الحيوي المتعلق بعملية الهدم والبناء للجسم وضعف الخلايا وفقدان القدرة وارتفاع نسبة الإصابة بالأورام الخبيثة عند الشيخوخة¹ .
ويجدر الإشارة هنا إلى عدد من الملاحظات المتعلقة بالظواهر المرضية العامة للشيخوخة مثل:

-عدم إصابة الشيخوخة بمرض واحد بل أن أجسامهم تصاب بعدة أمراض في نفس الوقت وقد دلت بعض الدراسات التي أجريت على 2000 مسن، أن جسم الشخص فوق الستين يحتوي في المتوسط ما بين 7 و 8 أمراض مختلفة وقد يبلغ ذلك 12 مرضا عند بعضهم. ويجدر الإشارة هنا إلى أن هذه أمراض مختلفة فعلا وليست مرضا واحدا يصيب عدة أعضاء في الجسم.

يفاجأ الطبيب عند تشخيص حالة المريض المسن أما بوجود أمراض لا يدري الشيخ المسن عنها شيئا لأنها لم تكن تسبب له أمراضا أو العكس لا يجد عنده أمراضا².

ومن المعروف أن أمراض الشيخوخة تسهم في نشأتها عوامل متعددة نذكر منها:
-العامل الوراثي: فبعض الناس قد ورثوا مقومات وراثية عليلة تأخذ في التفاعل مع المقومات البيئية التي تؤدي في النهاية إلى استمرار الاعتلال الجسدي والخلل الوظيفي مما يؤدي إلى ظهور بعض الأمراض مع تقدم السن.

-العامل البيئي: المؤثرات البيئية التي تتفاعل باستمرار مع بيئة الإنسان وكلما كان التفاعل مع مؤثرات بيئية غير مواتية وريئة فإن الشخص يتدهور وتكون شيخوخته شيخوخة واهنة مبتلاة بالعديد من الأمراض التي تعرف بأمراض الشيخوخة.

¹ - يوسف ميخائيل اسعد، رعاية الشيخوخة، القاهرة، مكتبة غريب، 1977، ص 199-201.

² - روبرت ن. بتلر. الصحة وتقدم المسن الأسطورة والحقيقة، من بحوث ندوة يوم الصحة العالمي (الحيوية على مر السنين). وثيقة رقم 2. 7 افريل 1982.

-عامل الرعاية الصحية: فالشخص الذي لا يلقى عناية ورعاية صحية في شيخوخته فإنه يكون عرضه للانهايار السريع وتأخذه حالته في التدهور المستمر والسريع في نفس الوقت وإذا لم تتوافر تلك الرعاية فسرعان ما يتعرض الشخص للمرض الذي تزيد حدته يوماً بعد يوم¹.

3-الرعاية الاقتصادية للمسنين:

يواجه المسن العديد من المشاكل بعضها متصل بجسمه أو صحته العامة بالإضافة إلى معاناته النفسية. ومما يزيد من ذلك المعاناة الاقتصادية حيث يقل دخله غالباً بعد إحالته إلى التقاعد هذا بالإضافة إلى ارتفاع مستوى المعيشة التي يزيد يوماً عن يوم مما يجعل المسن يشعر بثقل الحياة عليه وعدم قدرته على مواجهة احتياجاته الصحية التي تتطلب منه في الغالب الدواء والذهاب إلى الأطباء وهذا يجعل الرعاية الاقتصادية ضرورية للمسنين.

تتمثل دور الدولة في رعاية المسنين في التأمينات الاجتماعية، ان الدولة مسؤولة عن جميع الفئات العمرية من هذا الشعب فكما أن الدولة مسؤولة عن رعاية الطفولة فهي بنفس القدر مسؤولة عن رعاية الشيخوخة وذلك أن المسؤولين في الدولة لا ينسون أن الشيخ المسن قد أدى واجبه وساهم في بناء صرح الدولة بما شارك به في عملية التقدم إلى الأمام فلا اقل من أن نحافظ على كيانه خلال تلك الفترة القصيرة المتبقية من عمره².

4- رعاية الاجتماعية للمسنين:

إن التغيرات الحيوية التي تطرأ على المسنين تخلق مشكلات اجتماعية كثيرة ومنها: ضيق المجال الاجتماعي حتى ليكاد يقتصر على رفاق السن من افراد نفس الجيل من الشيوخ الذين يتناقصون يوماً بعد يوم بالوفاة . وقد يصل الحال بالشيخ إلى حالة

¹ - هدى محمد قنوى، مرجع سابق، ص120.

² - نفس المرجع السابق، ص153 .

الانطواء والكسل، أو الركود الاجتماعي، إلى جانب ذلك فهناك مشكلة العلاقة بالأبناء، والحياة معهم، أو الحياة المنعزلة بعد زواجهم واستقلالهم في منازلهم، ثم هناك مشكلة التوافق للتقاعد بعد العمل والحركة والنشاط¹.

ولذلك فلا بد من توفير رعاية اجتماعية خاصة بهذه الفئة، فإنه إلى جانب واجب جميع أفراد أسرة المسن من أبنائه وأحفاده وزوجات أبنائه تقديم سبل الرعاية والخدمة الشخصية التي يحتاجها المسن، إذا حرم من رعاية شريك حياته، أو حرم من أقرب المقربين له، حيث لا يتأتي ذلك إلا من خلال ما يطبع علاقاتهم الاجتماعية لهؤلاء الأفراد من تكافل اجتماعي وتضامن، حيث ما أعظم أن يتكفل الأبناء بأبائهم في الكبر كما سبق وان تكفل أبائهم بهم في الصغر، وذلك من خلال توفير الضمان الاجتماعي والأمن الاقتصادي لسد حاجاته المادية.

فالتضامن بين الأجيال على جميع المستويات، في الأسر والمجتمعات المحلية شرط أساسي للتلاحم الاجتماعي، كما يعتبر أيضا قاعدة لنظم الرعاية العامة الرسمية ونظم الرعاية غير الرسمية، ولذلك فإنه في كثير من الأحيان التغير في الظروف السكانية والاجتماعية والاقتصادية يقتضي أيضا تعديل نظم المعاشات والضمان الاجتماعي والصحي والرعاية على المدى الطويل، وذلك من اجل المحافظة على ذلك التضامن بين الأجيال التي تقوم عليها هذه الأنظمة، وبالتالي الحفاظ على النمو الاقتصادي والتنمية وتأمين الدخل وتوفير الخدمات بصورة ملائمة وفعالة لهذه الفئة من المسنين

كما يمكن أن تكون الروابط بين الأجيال ذات قيمة كبيرة للجميع على صعيد الأسرة والمجتمع، ولذلك ينبغي لجميع قطاعات المجتمع، بما فيها الحكومات، أن تعمل من أجل تعزيز تلك الروابط والعلاقات، وهذا بالرغم من أن العيش مع الأجيال الصغيرة ليس بالاختيار المفضل أو الأحسن على الدوام لكبار السن

ومن أجل إرساء وتعزيز هذا التضامن، سواء على مستوى الأسرة أو المجتمع، حثت الأمم المتحدة بضرورة اتخاذ إجراءات مختلفة نذكر منها:

-تشجيع فهم الشيخوخة عن طريق التثقيف العام بوصفه موضوعا يهم المجتمع بكامله

¹ - نفس المرجع السابق، ص161.

-وضع مبادرات تهدف إلى تعزيز التبادل المثمر بين الأجيال، والتركز على كبار السن بوصفهم يشكلون موردا اجتماعيا.

-زيادة فرص المحافظة على الروابط بين الأجيال وتحسينها داخل المجتمعات المحلية، وذلك من خلال جملة من الأمور نذكر منها تيسير اللقاءات بين جميع الفئات العمرية وتجنب التفريق بين الأجيال.

-الاهتمام بأوضاع الأجيال، خاصة بالجيل الذي يتعين عليه العناية بالأبوين وبالأطفال وبالأحفاد في نفس الوقت.

-تشجيع وتعزيز التضامن والتكافل فيما بين الأجيال بوصفهما عنصرين أساسيين من عناصر التنمية الاجتماعية¹.

فبالإضافة إلى علاقة التضامن والتكافل التي يجب أن تكون بين المسن وأفراد أسرته والمجتمع بصفة عامة، فإن المسن أيضا بحاجة إلى التكيف والتأقلم مع الوضع الجديد، وذلك من خلال الإرشاد الاجتماعي له، الذي يجب أن يقوم بتبصير الشيخ بموقفه الحالي في المجتمع، سواء تمثل المجتمع في النطاق الضيق للأسرة، أو تمثل في المجتمع الخارجي بمؤسساته المختلفة، ومن أبرز هذه الطرق هو إقناع المسن بأنه ليس منبوذا من طرف المجتمع المحيط به ويتحقق ذلك من خلال معاملته باحترام وتقدير من طرف أفراد أسرته، وإلى جانب تقبل الشيخ لوضعيته الجديدة، يجب أيضا إقناع الشيخ بتقبل أوضاع الآخرين من حوله وما صارت إليه تلك الأوضاع، من تغير في الأدوار والمكانات الاجتماعية والأوضاع الاقتصادية.

كما أن الإرشاد الاجتماعي للأسرة، لا يقتصر على إرشاد الشيخ ومطالبته بالتكيف في الواقع الجديد، وان يعدل سلوكه في ضوء تلك المتغيرات، بل يستهدف أيضا التأثير في سلوك المحيطين به، من خلال تغير سلوكهم وتعديله في ضوء المتغيرات النفسية والاجتماعية التي حدثت للمسن²

ذلك أن المسن في هذه المرحلة يكون بحاجة إلى العطف والمرح والترفيه وتجنبيه الوحدة والفراغ، من خلال جعله يقوم بنشاطات مختلفة ترفيهية وخيرية وكذلك عليهم

1- يوسف اسعد ميخائيل، رعاية الشيخوخة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2000، ص244.

2- نفس المرجع السابق، ص246.

احترامه واستشارته في أمورهم، وهناك كثير من الأشياء التي يجب أن يتم تكييفها مع واقع المسن من خلال نوع المأكولات التي يتم إعدادها للأسرة وغيرها من الأمور.

والرعاية الاجتماعية للمسنين لا تقتصر فقط على العناصر التي ذكرناها سابقاً، حيث رغم أن هذا الرشاد الاجتماعي للمسن وأفراد أسرته ومجتمعه، كفيل بجعل العلاقة بينهم جيدة وخالية من الصراع وسوء الفهم وكذلك سوء المعاملة، إلا أنه كثيراً ما يتعرض الأشخاص المسنين للعنف وسوء المعاملة، والتي بدأت تنتشر خاصة في السنوات الأخيرة مع الارتفاع المتزايد لعدد المسنين، والتي بدأت تلفت انتباه الرأي العام، واعتبارها مسألة حقوق إنسان، حيث حرصت الأمم المتحدة على التصدي إلى هذه الظاهرة وعلاج هذه المشكلة، وذلك من خلال السعي إلى تلبية احتياجات وحقوق الأشخاص الأساسية في مختلف مراحل حياتهم، وخاصة حقوق كبار السن، التي نذكر من بينها وأهمها حسب ميثاق مبادئ الأمم المتحدة ما يلي¹:

- حماية حقوق المسن الطبيعية، وتكريس ذلك بنصوص قانونية.
- حماية المرأة المسنة على وجه الخصوص، لما للمرأة من دور في الأسرة وصعوبة انفصالها عنها.
- تحقيق الذات والتمتع بالشخصية والكرامة و الحق في الضمان الصحي والمعيشي.
- الحق في الأمن الاجتماعي على النفس والمال والحرية، وكل ما يعرض المسن للخطر.
- الحق في بقاء المسن في الأسرة، وأن يكون محور الاستقطاب فيها، حيث يشعر بالاطمئنان النفسي طالما هو محاط بأفراد أسرته.
- الحق في مسكن لائق للمسن سواء في محيطه العائلي الطبيعي، أو في محيط مؤسسة الرعاية عند الضرورة والاقتضاء.

¹- جامعة الدول العربية، إضافات سكانية، إدارة السياسات السكانية، العدد 2، جويلية 2002، ص14.

المبحث الثالث: حماية الأشخاص المسنين في الجزائر

1- دور الدولة في حماية الأشخاص المسنين:

1-1- الحماية الصحية للمسنين:

وضعت الدولة الجزائرية عدة قوانين خاصة بالصحة لضمان الحماية الصحية للمسنين من بين هذه القوانين نجد قانون رقم 85-05 مؤرخ في 26 جمادي الأول عام 1405 الموافق 16 فبراير سنة 1985 يتعلق بحماية الصحة وترقيتها

-المادة 8: تشمل العلاج الصحي الكامل الوقاية من الأمراض في جميع المستويات تشخيص المرض وعلاجه إعادة تكييف المرضى، التربية الصحية.

-المادة 11: يجب ان تكون الهياكل الصحية في متناول جميع السكان مع توفير اكبر درجة من الفعالية والسهولة واحترام كرامة الإنسان.

-المادة 22: تنص على انه يجب تقديم مجانا في جميع الهياكل الصحية العمومية خدمات العلاج التي تمثل في جميع أعمال الصحة العمومية والفحوص التشخيصية ومعالجة المرضى واستشفائهم¹.

-المادة 67: تنص على ضرورة الاستفادة الأسرة من الحماية الصحية قصد المحافظة على سلامة صحة أفرادها وتوازنهم النفسي العاطفي وترقية ذلك.

-المادة 89: يعد شخصا معوقا كل طفل أو مراهق أو شخص بالغ أو مسن مصاب بما يأتي: إما نقص نفسي أو فسيولوجي وإما عجز عن القيام بنشاطات تكون حدوده عادية للكائن البشري وإما عاهة تحول دون حياة اجتماعية عادية أو تمنعها².

1-2- الحماية الاقتصادية للمسنين:

ترتكز الحماية الاقتصادية للمسنين في الجزائر على طرق التالية:

¹ - وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة، دليل حماية الأشخاص المسنين من الإهمال وسوء المعاملة، جوان 2017، ص 17.

² - نفس المرجع، ص 18.

1-2-1- نظام الحماية الاجتماعية:

وهو نظام إجباري غالبا تشرف عليه الدولة ولا يقصد به تحقيق الأرباح المالية ، يموله المؤمن عليه وصاحب العمل و الحكومة أو بعضهم بمساهمات دورية موحدة أو مختلفة في المقدار أو النسبة ليحصل المستحق من المؤمن عليه أو من معاليه كلهم أو بعضهم على معاش يتناسب مع دخله ومدة الاشتراك، أو من غير تناسب عند انقطاعه، أو قيام ما يستلزم نفقات مالية، وعلى غيرها من الخدمات¹.

يعمل التأمين الاجتماعي بفرعيه التنظيميين المتمثلان في الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء (CNAS) و الصندوق الوطني للتقاعد (CNR) العاملين تحت ظل وزارة العمل والضمان الاجتماعي على حماية صاحب الدخل ومعاليه في جميع الحالات التي ينقطع أو يقل فيه الدخل أو يحدث له ما يستدعي مصروفات استثنائية، و تتعدد الحالات المؤمن عليها حسب الصندوق أو الجهاز الإداري المتكفل بها إلى مايلي :

أ- الصندوق الوطني للعمال الأجراء (CNAS) : الذي يؤمن على المرض والأمومة وحالات العجز الدائم والمؤقتة التي سببها غير مهني، يؤمن على الوفاة بإعطاء معالي المؤمن عليه بدل من الكسب، التأمين على حوادث العمل والأمراض المهنية، يؤمن على البطالة².

ب - الصندوق الوطني للتقاعد : المؤمن على :

أولا : التقاعد : وهو بضمان دخل بدل من كسب المؤمن عليه عندما يحال على التقاعد لدى بلوغه السن المحددة للتقاعد³.

¹ - عبد اللطيف محمود آل محمود، التأمين الاجتماعي في ضوء الشريعة الإسلامية، دار النفائس، بيروت، ط1، 1994 ، ص59.

² - الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الاجراء، التكليف والمنازعات في مجال التأمينات الاجتماعية مطبعة الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية، قسنطينة، 1997، ص17.

³ - عبد اللطيف محمود آل محمود، مرجع سابق، ص61.

ثانياً: التقاعد المسبق: الذي لا يدفع إلا لأجراء القطاع الاقتصادي الذين قد يفقدون عملهم بصفة لا إرادية لسبب اقتصادي وفي إطار إما بتقليص عدد العمال أو التوقف القانوني لعمل المستخدم¹.

1-3- الحماية الاجتماعية للمسنين:

كرست الجزائر حماية الأشخاص المسنين بموجب الدستور، مبدأ فصلته مختلف النصوص القانونية كقانون الأسرة و قانون العقوبات و القانون رقم 10-12 المؤرخ في 29 ديسمبر 2010 المتعلق بحماية الأشخاص المسنين². وترجمت أحكام هذه النصوص ميدانياً من خلال مختلف البرامج و الترتيب التي تغطي شتى المجالات الخدماتية و الاجتماعية و الصحية لفائدة هذه الفئة المتزايدة العدد و التي أنهكت قواها السنين. ولهذا سطرت وزارة التضامن الوطني و الأسرة و قضايا المرأة من خلال سياستها جملة من الترتيب التكفلية الرامية إلى حماية الأشخاص المسنين من كل أشكال الإهمال و سوء المعاملة والمتمثلة في:

1-3-1- التكفل المؤسسي:

و هو يضمن حماية إقامية و طبية و اجتماعية و نفسية لكل شخص يبلغ من العمر 65 سنة فما فوق و المتواجد دون سند عائلي. يستفيد المسنون والمسنات بدون مأوى و أو في وضع صعب بدون روابط أسرية من هذا الترتيب عبر التقرب من مديرية الاجتماعي و التضامن الولاية مقر إقامة المعني³.

¹- وزارة العمل والحماية الاجتماعية، الصندوق الوطني للمعاشات، التقاعد المسبق ما يجب ان نعرفه، جويلية 1994، ص1.

²-وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة، دليل حماية الاشخاص المسنين من الاهمال وسوء المعاملة، جوان 2017، ص5.

³-نفس المرجع السابق، ص19.

جدول رقم (12): معطيات عامة حول دور الاشخاص المسنين في الجزائر

معطيات حول دور الاشخاص المسنين	عدد الولايات	عدد	الشاغلة	الغير الشاغلة	عدد مستخدمي	قدرة الاستعاب النظرية	قدرة الاستعاب الحقيقية	عدد الرجال	عدد النساء
المجموع العام	26	33	32	1	2089	3079	1807	1001	806

مصدر: وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة، الحصيلة السنوية للتكفل المؤسساتي بدور الأشخاص المسنين 2018

يبين لنا هذا الجدول أن دور الأشخاص المسنين تتوفر في 26 ولاية فقط وعددها 33 وكلها شغالة ما عدا واحدة فقط وقادرة على استيعاب 3079 مسن ولكن يوجد بها إلا 1807 مسن وهذا ما يدل على أن المسنين في دور هم في ارياحية وليس في ازدحام وعدد رجال فيها يفوق فيها عدد النساء. تضمن دور الاشخاص المسنين مايلي¹:

- تكفلا اجتماعيا نفسيا ملائما .
- الإيواء والإطعام الصحي، السليم والمتوازن.
- تشجيع العلاقات مع الأسر ومحيط المؤسسة .
- اقتراح كل النشاطات المشجعة على إعادة الإدماج العائلي للأشخاص المسنين في وضعية إهمال وضمان مرافقتهم .
- اتخاذ كل المساعي والتدابير والدعم لدى عائلات الاستقبال الراضية في استقبال الأشخاص المسنين ومرافقتهم في التكفل بهم .
- المشاركة في تنظيم النشاطات الرامية إلى دعم رفاية الأشخاص المسنين المستقبليين بالاتصال مع المؤسسات العمومية المعنية والحركة الجمعوية .
- ضمان النشاطات المشغلة الهادفة إلى رفاية الأشخاص المسنين المتكفل بهم.
- لاسيما النشاطات الدينية والثقافية والرياضية والترفيهية والمسلية.

¹ - وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة، دليل الترتيب الاجتماعية الموجهة لفائدة الاشخاص المسنين بالجزائر، ص4.

1-3-2- الاستقبال النهاري:

هو استقبال الأشخاص المسنين البالغين 65 سنة فما فوق، و الذين يعيشون بمفردهم أو في وسطهم العائلي، على مستوى دور الأشخاص المسنين في النهار من الساعة الثامنة صباحا إلى السابعة مساء.

حيث يستفيد الشخص المسن في الفترة النهارية من تكفل نفسي وصحي و إقامي و من كل الورشات و النشاطات الترفيهية المتوفرة بدور الأشخاص المسنين¹.

وفي الجزائر يوجد 48 مسن يستفيد من خدمة الاستقبال النهاري 9 مسنين و 39 مسنات²

تضمن دور هياكل الاستقبال مايلي³:

- مساعدة الأشخاص المسنين المستقبلين في الحفاظ أو الإبقاء على استقلاليتهم من خلال تكفل فردي وعلاجات ملائمة

- تطوير النشاطات المشغلة وورشات الارغونوميا لفائدة الأشخاص المسنين المستقبلين الرامية لدعمهم ورفاهيتهم.

- توفير العلاج والخدمات الملائمة بالتعاون مع القطاعات المعنية

- تقديم الدعم النفسي للأشخاص المسنين المستقبلين.

- المشاركة في تنظيم النشاطات الرامية إلى دعم ورفاهية الأشخاص المسنين المستقبلين بالاتصال مع المؤسسات العمومية المعنية والحركة الجمعوية ؛

- تطوير النشاطات الدينية والثقافية والرياضية والترفيهية والمسلية للأشخاص المسنين المستقبلين.

¹- وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة، دليل حماية الاشخاص المسنين من الاهمال وسوء المعاملة، جوان 2017، ص20.

²- وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة، الحصيلة السنوية للتكفل المؤسساتي بدور الأشخاص المسنين 2018.

³- وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة، دليل الترتيب الاجتماعية الموجهة لفائدة الاشخاص المسنين بالجزائر، ص4.

- تقديم المساعدة لإعانة ومرافقة الأشخاص المسنين المستقبليين في جميع المساعي الهادفة إلى التكفل بمشاكلهم.
- تشجيع التبادل بين الأشخاص المسنين الذين يعيشون بالمؤسسات والأشخاص المسنين المستقبليين بالنهار قصد الإبقاء على الروابط الاجتماعية ومكافحة العزلة والوحدة والفراغ.

1-3-3- الوضعية لدى عائلات الاستقبال

يتمثل هذا الترتيب في وضع الأشخاص المسنين في وضع صعب أو بدون روابط أسرية لدى عائلات الاستقبال المدة زمنية محددة، تكون قصيرة أو طويلة المدى مثال: في الأعياد والمناسبات لاسيما الدينية حيث تلتزم عائلات الاستقبال بضمان تكفل ملائم للشخص المسن من خلال:

- ضمان إقامة و نظام غذائي صحي و متوازن،
- ضمان الاستقرار العائلي للشخص المسن، من خلال إيلاء الاهتمام به و التعامل معه بطريقة حميمية.
- توفير وسط عائلي بديل للأشخاص المسنين¹.

في الجزائر يوجد 40 مسن مستفيد من خدمة الوضع لدى عائلات الاستقبال منهم 17 رجل و 23 نساء²

1-3-4- الوساطة العائلية:

هو إجراء وقائي يهدف إلى تسوية حالات النزاع في الأسرة بين الفروع و الأصول على حد سواء، قصد تفادي اللجوء إلى المصالح القضائية حرصا على الإبقاء على الروابط العائلية.

يتم اللجوء إلى الوساطة العائلية والاجتماعية:

- بناء على طلب من الأصول أو الفروع أو العائلات.

¹- وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة، دليل حماية الأشخاص المسنين من الإهمال وسوء المعاملة، جوان 2017، ص20.

²- وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة، الحصيلة السنوية للتكفل المؤسساتي بدور الأشخاص المسنين 2018.

- تبعا لتبليغ من قبل أي شخص طبيعي أو معنوي على علم بحالة النزاع بين الأصول والفروع.

- بناء على اقتراح من المصالح الاجتماعية أو دور الأشخاص المسنين¹ أهداف ترتيب الوساطة العائلية²:

-تسوية النزاعات التي يمكن أن تنشأ في الأسرة بين الفروع والأصول

-إعادة إدماج المسن في الوسط الأسري

-الحفاظ على النسيج الأسري والتلاحم الاجتماعي

-الإبقاء على جسور التواصل بين الأجيال

-حماية الشخص المسن من كل أشكال سوء المعاملة والإهمال والتهميش والإقصاء والتخلي.

في الجزائر يوجد 99 مسن أكثر من 65 سنة مستفيد من خدمة الوساطة العائلية منهم 48 رجال و 51 نساء³

1-3-5- المساعدة بالمنزل:

تمثل المساعدة في البيت في مرافقة الأشخاص المسنين الساكنين بمفردهم أو في وسطهم العائلي ومنحهم الرفاهية والأمن مع الحفاظ على استقلاليتهم في حياتهم اليومية⁴.

تقدم المساعدات من قبل مستخدم متخصص يدعى، مساعد في الحياة اليومية، يرافق الأشخاص المسنين لأداء مهام الحياة اليومية (المساعدة عند الاستيقاظ عند النوم في

¹-نفس المرجع السابق،ص21.

²- وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة، دليل الترتيب الاجتماعية الموجهة لفائدة الأشخاص المسنين بالجزائر، ص11.

³- وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة، الحصيلة السنوية للتكفل المؤسساتي بدور الأشخاص المسنين 2018.

⁴- وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة، دليل حماية الأشخاص المسنين من الإهمال وسوء المعاملة، جوان 2017، ص21.

اللبس عند الأكل عند تناول الأدوية، في النظافة الجسدية ، في الأشغال المنزلية، في تحضير الوجبات الغذائية، في المطالعة، في التنزه...¹.
يضمن هذا الترتيب للأشخاص المسنين، لاسيما أولئك المتواجدين في وضعية تبعية الذين يحتاجون إلى تكفل خاص يشجع على إبقائهم في وسطهم العائلي أو في منزلهم، وهذا من من خلال ضمان² :

- خدمات المساعدة في المنزل والدعم النفسي والاجتماعي.
- مرافقة ملائمة حسب الحالة البدنية والنفسية للشخص المسن.
- توفير التجهيزات الخاصة والأجهزة الضرورية المناسبة للوضعية الصحية للأشخاص المسنين المحرومين في وضعية تبعية وتزويدهم بها.

1-3-6- ترتيب العلاج المنزلي و الاستشفاء المنزلي:

من بين الإصلاحات التي عرفتتها وزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات وضع ترتيبات جديدة لتعزيز آليات الصحة منها :

العلاج المنزلي: يوجه العلاج بالمنزل للأشخاص المسنين، المعوقين و المصابين بأمراض مزمنة أو غير ثابتة أو إلى الأشخاص الذين يحتاجون إلى مرافقة لعدم استطاعتهم من التقرب للهيكل الصحي.

يشرف على هذه الخدمات الصحية فرق طبية و شبه طبية تابعة للمؤسسة الصحية الجوارية محل إقامته. كما تسهر هذه الفرق على احترام مخطط و مواعيد العلاج و تقييمها³.

الاستشفاء المنزلي : يخص التكفل بالمريض الذي قضى فترة في مؤسسة إستشفائية الذي لا تستدعي ضرورة استشفائه وإنما متابعتة طبيا في منزله بمحيطة و وسط عائلته

¹- نفس المرجع السابق، ص22.

²- وزارة التضامن الوطني والاسرة وقضايا المرأة، دليل الترتيب الاجتماعية الموجهة لفائدة الاشخاص المسنين بالجزائر، ص15.

³- وزارة التضامن الوطني والاسرة وقضايا المرأة، دليل حماية الاشخاص المسنين من الاهمال وسوء المعاملة، جوان 2017، ص22.

و منه مراعاة الجانب النفسي وذلك تحت إشراف فرق طبية و شبه طبية تابعة للمؤسسات الإستشفائية¹.

بطاقة الشخص المسن آلية تضمن خدمة اجتماعية لكل الأشخاص المسنين البالغين من العمر 65 سنة فما فوق، والهدف منها:

- تسهيل ولوج الشخص المسن بالأماكن العمومية وضمان الأولوية له.
- تبسيط الإجراءات الإدارية لمختلف الخدمات العمومية المقدمة لفائدة الشخص المسن².

وهناك عدة امتيازات الممنوحة لصاحب البطاقة وتتمثل في:

تسهل هذه البطاقة للأشخاص المسنين الاستفادة من جملة من الامتيازات الاجتماعية وهي³:

- مجانية العلاج على مستوى المؤسسات الصحية العمومية .
- الأولوية في المؤسسات والأماكن التي تضمن خدمة عمومية .
- الأولوية في المقاعد المتواجدة في الصفوف الأولى بالأماكن والقاعات التي تجرى فيها النشاطات والتظاهرات الثقافية والرياضية والترفيهية .
- الأولوية في المقاعد الأولى للنقل العمومي.

1-3-8- إعانة الدولة للفروع المتكفلين بأصولهم و كذا الأشخاص المسنين الذين هم في وضع صعب أو بدون روابط أسرية

هي مجموعة من الإعانات الممنوحة لفائدة الفروع المتكفلين بأصولهم والذين لا يتوفرون على إمكانيات مادية ومالية كافية للتكفل بأصولهم، وكذا الأشخاص المسنين البالغين 65 سنة فما فوق الذين هم في وضع صعب أو بدون روابط أسرية وذوي مستوى موارد غير كاف أو لديهم دخل يقل عن الأجر الوطني الأدنى المضمون أو يعادله.

¹ - نفس المرجع السابق. ص23.

² - وزارة التضامن الوطني والاسرة وقضايا المرأة، دليل الترتيب الاجتماعية الموجهة لفائدة الاشخاص المسنين بالجزائر، ص9.

³ - نفس المرجع السابق، ص10.

الهدف من هذه الإعانة هي ضمان للأشخاص المسنين إعانات تشجع على إبقائهم في وسطهم العائلي أو في منزلهم¹.

وتتمثل إعانة الدولة الممنوحة لفائدة الأشخاص المسنين المحرومين وكذا للفروع الذين لا يتوفرون على إمكانيات مادية ومالية كافية للتكفل بأصولهم في مجالين أساسيين:

1- إعانات عينية، وهي تتوزع على قسمين²:

أ- إعانات مادية ترمي إلى ضمان حياة لائقة للأشخاص المسنين ورفاهيتهم، وتتمثل:

- اقتناء الأدوية لفائدة الأشخاص المسنين المحرومين غير المؤمنين اجتماعياً، الذين يعانون أمراض مزمنة

- التكفل بدفع تذاكر الرحلات الجوية للأشخاص المسنين المرضى المحرومين، وكذا تذكرة سفر لمرافق واحد، الذين تستدعي حالتهم التنقل للعلاج بالمؤسسات الاستشفائية للصحة العمومية خارج ولاياتهم

- اقتناء حفاظات للكبار

ب- اقتناء التجهيزات الخاصة والأجهزة، وتتمثل:

- أريكة متنقلة ذات الاستعمال اليدوي المزوج

- أريكة متنقلة بسيطة للكبار

- عدسات النظارات وهياكلها

- أدوات التجبير السمعية بكل ملحقاتها

- أدوات المساعدة على المشي

- قوامات العنق من مختلف الأحجام

- أجهزة قياس نسبة السكري في الدم

- أجهزة قياس ضغط الدم الشرياني

- الأفرشة الواقية من التقرحات الجلدية

¹- نفس المرجع السابق، ص17.

²- نفس المرجع السابق، ص18.

- دعائم المراحيض والحمامات.

2-الإعانات الاجتماعية المنزلية: وهي تشمل أربعة مجالات¹

-المساعدة على النظافة والهندمة اليومية

-المساعدة في الأعمال المنزلية

- المرافقة الاجتماعية والنفسية والإدارية

- الخدمات الصحية

2- دور الأسرة في حماية الأشخاص المسنين:

الأسرة هي النواة الأساسية للمجتمع، والديك ومن حق المسن أن يستمتع بالحياة العائلية في أسرته بين أولاده، وقد أوصى الله بالوالدين خيرا، و أمر ببرهما فاجعلهم ملوك و جعل الإحسان إليهما قرين عبادته، كما جعل شكره قرينة لشكر الوالدين، قال عزوجل : ووصينا الإنسان بوالديه حملته أمه وهنا على وهن وفصاله في عامين شكر لي ولوالديك إلى المصير سورة لقمان الآية14.

وفي ذلك دلالة على أن حقهما من أعظم الحقوق على الولد وأكبرها وأشدّها فإذا لم يتوفر للمسّن مصدر دخل يكفيه، فإن الإسلام يوجب على أبنائه القادرين نفقة واجبة لتأمين حاجاته الأساسية من الطعام والشراب والعلاج والدواء والإيواء والسكن². كما نص الدستور الجزائري في مواده على أن حماية الأسرة من واجب الدولة و المجتمع، و تناول قانون حماية الأشخاص المسنين في أحكامه على حق الأشخاص المسنين على العيش داخل أسرهم و ضمان التكفل بهم من طرف ذويهم وحمايتهم و احترامهم و تقديرهم هم صوتنا لكرامتهم.

إن الأشخاص المسنين بحاجة إلى رعاية صحية ونفسية وهنا يأتي دور الأسرة في توفير الضمان الاجتماعي من علاج وأدوية بما يضمن الحفاظ علي صحتهم. و الأسرة لها دور كبير في جعل المسن في حالة رضا و راحة نفسية.

¹-نفس المرجع السابق، ص19.

²- وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة، دليل حماية الاشخاص المسنين من الاهمال وسوء المعاملة، جوان 2017، ص23.

توجد أشياء عديدة من واجبات الأسرة و المجتمع تجاه المسنين، لأن لهم كامل الحق علينا، فقد علمونا و نحن صغار، فأقل واجب يمكننا فعله هو أن تراعيهم في عجزهم و أن نشعرهم بالدفء و الحنان الأسري من خلال الجلوس معهم و الاستماع إليهم حتى لا يشعروا بالعزلة والاكئاب¹.

3- دور المجتمع المدني في حماية الأشخاص المسنين:

إن للحركة الجمعوية دور فعال في رعاية الأشخاص المسنين من خلال المساهمة في التكفل باحتياجاتهم و تساعد في إيجاد الحلول الانشغالاتهم وهي بمثابة الأداة الأكثر معرفة بمعاناة هذه الفئة من المجتمع. ففي الجزائر توجد العديد من الجمعيات الناشطة في مجال مساعدة الأشخاص المسنين على المستويين الوطني و المحلي تساهم في ضمان تكفل نفسي، طبي و اجتماعي لفائدة المحرومين منهم. و في نفس السياق، تسهر هذه الجمعيات على توفير مساعدات مادية كتوزيع المواد الغذائية و تقديم الأفرشة الصحية و الكراسي المتحركة و غيرها. كما تنظم هذه الأخيرة حملات تحسيسية حول ضرورة التكفل بهذه الفئة الهشة من المجتمع والحرص على حسن معاملتها².

4- دور مصالح الأمن في التكفل بالأشخاص المسنين المعرض للإهمال و سوء المعاملة:

4-1- دور مصالح الشرطة في حماية الأشخاص المسنين:

ان المديرية العامة للأمن الوطني بصفتها هيئة نظامية أمنية تعمل على حماية الأشخاص والممتلكات، من خلال توفير كل الإمكانيات المادية و البشرية قصد ضمان حقوق الإنسان وترقيتها، لاسيما فيما يخص التكفل بالفئات الهشة و المستضعفة في المجتمع، من خلال الإستراتيجية العامة المتبعة التي تهدف أساسا إلى توفير الأمن و الطمأنينة للمواطن.

¹- نفس المرجع السابق، ص24.

²- نفس المرجع السابق، ص27.

في إطار هذه السياسة المنتهجة تحت عناية السيد اللواء، المدير العام للأمن الوطني، تولى المديرية العامة للأمن الوطني أهمية بالغة للحماية و التكفل بفئة الأشخاص المسنين، التي عرفها القانون 10/12 المؤرخ في 29 / 12 / 2010 المتعلق بحماية هذه الفئة، لاسيما المادة 02 منه " : يعتبر مسن كل شخص بلغ من العمر 65 عاما فما فوق"، إذ يعتبر هذا الأخير بدليل هذا القانون شخص هش¹.

إن مسؤولية مصالح الشرطة تستلزم عليهم تقديم يد المساعدة و العون لكل شخص يدخل ضمن هذه الفئة، الأمر الذي يتطلب التكفل به نظرا لوضعيته الخاصة، حيث تعتبر مقرات الشرطة هي الملاذ الأول الذي يلجأ إليه في غالب الأحيان هؤلاء الأشخاص، باعتبارهم الفئة الأكثر عرضة للمعاملات السيئة و الإهانة، وفي بعض الأحيان يتعرضون للعنف الجسدي و اللفظي، خاصة إن كان ذات الفعل مقترفا من طرف أحد أقاربهم.

وتكريسا لمبدأ الشرطة في خدمة المواطن، ارتأت القيادة العليا للأمن الوطني إلى اتخاذ العديد من الإجراءات و التدابير التي تصب في خانة العناية بهذه الفئات الهشة، وعلى وجه الخصوص فئة الأشخاص المسنين²

4-2- دور الدرك الوطني في حماية الاشخاص المسنين:

إن الدرك الوطني مؤسسة امنية مكلفة بتطبيق القوانين ، المحافظة على الأمن والنظام العموميين وحماية الافراد ومن ضمنهم فئة الاشخاص المسنين التي تستلزم إجراءات حماية خاصة بسبب درجة حساسيتها وهشاشتها.

تشكل حماية الأشخاص المسنين وصون كرامتهم التزاما وطنيا ودينيا، تضطلع به، بالدرجة الأولى، الأسرة لاسيما الفروع، الدولة (هياكل الاستقبال لفئة المسنين الجماعات المحلية من حيث التكفل المادي من إعانات مالية و الحركة الجمعوية ذات

¹- نفس المرجع السابق، ص28.

²- نفس المرجع السابق، ص29.

الطابع الاجتماعي و الإنساني و كذا كل شخص خاضع للقانون العام أو الخاص من شأنه المساهمة في مجال حماية الفئة المسنة و التكفل بها¹.

على هذا الأساس يكمن دور الدرك الوطني في مجال حماية هذه الفئة الهشة من خلال الميادين التالية:

في مجال العمل الجوّاري: تقوم وحدات الدرك الوطني خلال الدوريات ليلا ونهارا عبر إقليم الاختصاص بإخطار مؤسسات الإسعافات الاجتماعية عن أي حالة يتم معاينتها تتعلق بالأشخاص المسنين لاسيما المهملين منهم في الشوارع وذلك بهدف نقلهم الى المراكز المتخصصة التابعة لوزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة.

في مجال الشرطة القضائية: وحدات الدرك الوطني تعمل على فتح تحقيق وتحرير محاضر بناء على شكوى الشخص المسن ضحية الاعتداءات وسوء المعاملة وإرسالها إلى السلطات القضائية والإدارية في هذا الميدان².

خلاصة:

الشيخوخة مرحلة في مسار عمر كل منا، وفي هذه مرحلة تظهر العديد من المشاكل بسبب العوامل الاجتماعية والنفسية والاقتصادية، ولهذا يقتضى توفير الرعاية اللازمة لهذه الفئة الحساسة والمتمثلة في تقديم جميع الخدمات الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والصحية من قبل المؤسسات المعنية والميادين المحيطة بهم، ودولة الجزائرية لم تبخل هذه الفئة حيث كرسست بموجب الدستور مبدأ فصلته بمختلف النصوص القانونية المتعلقة بحماية أشخاص المسنين وترجمت هذه الأحكام في الميدان من خلال البرامج والتراتب التي تغطي شتى المجالات الخدماتية والاجتماعية والصحية، ومن اجل ضمان حياة كريمة للمسنين يجب التكاتف وتضافر جهود جميع

¹- نفس المرجع السابق، ص33.

²- نفس المرجع السابق، ص34.

المعنيين انطلاقاً من الأسرة والدولة والمجتمع المدني تحت شعار حماية ورعاية المسنين مسؤولية الجميع.

الفصل الخامس: العوامل المؤثرة على السلوكيات الصحية للمسن

تمهيد

المبحث الاول: ماهية السلوك الصحي

- 1- مفهوم السلوك الصحي
- 2- أنواع وأهداف السلوك الصحي
- 3 - التشيخ الصحي والسلوكيات الصحية
- 4-المبادئ التوجيهية لتمتع بالصحة الجيدة في مرحلة الشيخوخة حسب منظمة الصحة العالمية

المبحث الثاني: العوامل السوسيوديموغرافية المؤثرة على السلوك الصحي

- 1- تأثير العوامل الديمغرافية على السلوك الصحي
- 2- تأثير العوامل الاجتماعية على السلوك الصحي
- 3- تأثير العوامل الاقتصادية على السلوك الصحي

المبحث الثالث: السلوكيات الصحية للمسنين في الجزائر حسب مشروع TAHINA

- 1- تعريف بالمسح (TAHINA)
- 2- المتابعة الطبية
- 3- الحماية الغذائية الصحية
- 4- ممارسة الرياضة
- 5- تجنب السلوكيات السامة (التدخين والكحول)

خلاصة

تمهيد

إن السلوك الصحي يلعب دوراً مهماً في الحفاظ على الصحة بالنسبة للمسنين من خلال ممارسات الصحة التي تسمح لهم بتمتع بالشيخوخة صحية خالية من المشاكل الصحية والأمراض. إن السلوك الصحي عند المسنين يتأثر بعدة جوانب منها الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية وهذا ما سوف نتطرق إليه خلال هذا الفصل.

مبحث الأول: ماهية السلوك الصحي

1- مفهوم السلوك الصحي

إن السلوك الصحي هو مفهوم جامع الأنماط السلوكية والمواقف القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية ويعرف السلوك الصحي على أنه كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد¹. ويعرفه جوشمان (Gochman) بوصفه الصفات الشخصية المميزة مثل المعتقدات والتوقعات والحوافز والقيم والادراكات وعناصر معرفية أخرى وتتضمن الصفات المميزة للشخصية حالات وسمات مؤثرة وانفعالية وأنماط السلوك الظاهرية والأفعال والعادات المرتبطة بالمحافظة على الصحة، وتحسينها والشفاء من المرض². وتأتي أهمية السلوكيات التي يقوم بها الأفراد لتحسين صحتهم أو المحافظة على عافيتهم من إمكانية تحولها إلى عادات صحية تقاوم التغيير و يلجأ الإنسان إليها تلقائياً دون تفكير واع، إن 50% من الوفيات تسببت فيها 10 أمراض أغلبها قابلة للوقاية، كما يمكننا تجنب 25% من نسبة الوفاة بالسرطان بمحاربة التدخين، و تخفيض 10% من وزن البالغين (35-56 سنة) يؤدي إلى انخفاض بنسبة 20% من إصابات شرايين القلب والسكري وجلطات القلب والدماغ. و غالباً ما تنمو العادات الصحية في الطفولة و تترسخ في بداية المراهقة (11-12 سنة) ثم تستقر في سنوات

¹-أحمد مازن، والنفاخنزار، والجنابي سلمان، السلوك الصحي واتجاهاته لدى الرياضيين، مجلة علوم التربية الرياضية، عدد 7، 2008، ص89.

²-Glanz, K. Barbara , K. R. Viswanath, K. **Health Behavior and Health Education Theory, Research, and Practice.**(4. ed),USA: Jossey-Bass A Wiley Imprint. 2008.p12.

الرشد، حين تظهر آثارها على الوضع الصحي ، مثل غسل الأسنان، والنظام الغذائي الصحي وعلى الرغم من أن العادة الصحية في البداية تنمو بمدعمات ايجابية اجتماعية مثل استحسان الوالدين إلا أنها تستقر بشكل نهائي بدعم من البيئة الاجتماعية ولهذا فانه من الصعب جدا تغيير العادة الصحية ، ولذلك فان أي تدخلات لتعديل العادة الصحية يجب أن تتركز على صغار السن¹ .

والسلوك الصحي هو مجموعة السلوكيات التي يمارسها الفرد للحفاظ على مستوى صحي مناسب انطلاقا من نظرية الاختيار ونظريات النظم، والتي تنظر إلى الصحة العامة للفرد كمحصلة لتكامل جميع جوانب الفرد الجسمية والعقلية والانفعالية والحركية على اعتبار أن صحة الطالب هي من خلال قيام جميع أجهزة الجسم بوظائفها على أكمل وجه وألفه و انسجام².

السلوك الصحي هي الممارسات التي يمارسها الفرد للوقاية من الأمراض كتحسين النظام الغذائي وممارسة التمارين الرياضية بشكل منتظم، ولكنها أيضا تشمل أداء السلوكيات الوقائية مثل تقبل دعوات فحص الصحة أو الانخراط في السلوكيات الوقائية مثل تنظيف الأسنان وغسل اليدين، لهذا يمكن القول أن السلوك الصحي هو التصرف المؤدي إلى تأثير (إيجابي أو سلبي) على صحة الفرد، ولكن الكثير من الباحثين في مجال علم النفس يركزون على السلوك الصحي و اكتشاف وسائل لتشجيع الأفراد على ممارسة السلوكيات الصحية الايجابية³.

2-أنواع وأهداف السلوك الصحي:

2-1-أنواع السلوك الصحي:

ويمكن التمييز بين نوعين من السلوك الصحي:

- السلوك الصحي الإيجابي: و هي تلك الأفعال أو النشاطات المنتظمة المقصودة أو غير المقصودة التي يمارسها الأفراد أو الفرد الواحد لمساعدته في الوقاية من الإصابة بالمرض أو تمنع من الأذى والضرر البدني والنفسي، أو تجعله يقلع عن الانحراف

¹ - S. E, Taylor ,*Health psychology*. (5em. Ed), New York: Mc Graw-Hill, 2003,p56.

²-صمادي احمد، والصمادي محمد، مقياس السلوك الصحي لطلبة الجامعات الأردنية، المجلة العربية للطب النفسي، العدد 22، 2011، ص87.

³-هناء احمد محمد شويخ، علم النفس الصحي، مكتبة الانجلو المصرية، مصر، 2013،ص24.

والشذوذ، وتساعده على الاكتشاف المبكر للمرض والعجز والميل الشاذ ، أو تساعده في التخفيف من المعاناة والمرض بحيث يتم الحالة البدنية والنفسية وتقليل الانحراف والشذوذ والقضاء عليه ، وتحميه من المخاطرة التي من شأنها أن تتسبب في حدوث ضرر أو أذى بدني أو نفسي أو كليهما، ومن الاستهداف والانحراف و الشذوذ السلبي ، ومن أنماط السلوك الصحي الإيجابي ممارسة التمرينات الرياضية والنوم الكافي المطمئن والعادات الغذائية الصحية السليمة والوقاية الصحية نفسيا وبدنيا وسلوك القيادة الأمن.

- السلوك الصحي السلبي: وهي السلوكيات التي تسبب ضررا للصحة ، وهي كل فعل أو نشاط يقوم به الفرد أو الجماعة بشكل واع ومخطط ومقصود وبشكل متكرر، سواء أكان الفرد بمفرده ومدفوعا ذاتيا أم بتسيير الجماعة أو بضغط منها، الأمر الذي يترتب عليه زيادة معدلات الاستهداف للمرض لو الانحراف أو الأذى النفسي والبدني، ومن أنماط السلوك الصحي السلبي : التدخين وشرب الكحول وتعاطي الأدوية النفسية بدون إذن الطبيب والممارسات الجنسية المحرمة والتعرض لأشعة الشمس لمدة طويلة¹.

2-2- أهداف السلوك الصحي:

السلوك الصحي ثلاثة أهداف أساسية هي:

-هدف وقائي: ويتضمن الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحمي الإنسان من خطر الإصابة بالمرض كالحصول على التلقيح ضد مرض معين مثلا أو مراجعة الطبيب بانتظام لإجراء الفحوصات الدورية.

- هدف الحفاظ على الصحة: ويشير إلى الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحافظ على صحة الفرد كالإقبال على الأكل الصحي مثلا أو تنفيذ سلوكيات صحية أخرى منصح بها.

¹ - الصبوة محمد، والمحمود شيماء، بعض المتغيرات المعرفية والمزاجية المنبئة بممارسة السلوك الصحي الايجابي والسلبي لدى عينة من طلاب جامعة الكويت، دراسات عربية في علم النفس، العدد 6، الكويت، 2007، ص48.

-هدف الارتقاء بالصحة: ويشمل كل الممارسات الصحية التي من شأنها أن تعمل على تنمية الصحة والارتقاء بها إلى أعلى مستويات ممكنة من خلال النشاط البدني وممارسة الرياضة بشكل منتظم ودائم¹.

3-التشخيص الصحي والسلوكيات الصحية:

3-1- مفهوم التشخيص الصحي حسب منظمة الصحة العالمية:

تحدد منظمة الصحة العالمية مفهومين هامين ويميز بينهما من أجل هيكلية طريقة دراسة الصحة والوظيفية في العمر المتقدم. المفهوم الأول. هو السعة الداخلية، وتشير إلى مجموع كل المقدرات البدنية والنفسية التي يستطيع الشخص الاستفادة منها في أي نقطة زمنية. إلا أن السعة الداخلية ليست سوى أحد العوامل التي تحدد ما يستطيع المسن أن يقوم به. العامل الآخر هو البيئات التي يقطن المسنون فيها وتفاعلاتهم معها. تشمل هذه البيئات طيفاً من الموارد أو العقبات التي تحدد في النهاية ما إذا كان الشخص في مستوى محدد من السعة يستطيع القيام بما يراه هاماً. إذن، بينما أن المسنون قد تكون سعتهم محدودة، هذا لن يمنعهم من التسوق في حال أتاحت لهم أدوية مضادة للالتهاب وأداة مساعدة مثل عصا المشي أو كرسي متحرك أو كرسي محرك ويقطنون بالقرب من وسائل مواصلات ميسورة التكلفة وسهلة الوصول. وهذه التركيبة بين الأفراد وبيئاتهم وتفاعلهم معها هو السعة الوظيفية، وتعريفها في التقرير بأنها المواصفات المرتبطة بالصحة التي تمكّن الناس من أن يكونوا ويفعلوا ما يعتبرونه ذا قيمة. وبناء على هذين المفهومين يعرف التقرير «التشخيص الصحي» بأنه عملية تطوير وصيانة المقدرة الوظيفية التي تمكّن الرفاهة في العمر المتقدم².

3-2-تعريف الشيخوخة النشطة واهم فوائدها:

عملية الاستفادة القصوى من فرص التمتع بالصحة الجسدية والاجتماعية والعقلية طول العمر من اجل تحسين الصحة وأطالة العمر متوسط العمر الصحي

¹-عثمان يخلف، علم نفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، الدوحة، ط1، 2001، ص21.

²-منظمة الصحة العالمية، التقرير العالمي حول التشخيص والصحة، 2015، ص13.

- تعزيز الصحة فالشيخوخة النشطة هي مفتاح الشيخوخة الصحية
- التشيخ النشط يعطي مجال لكبار السن بالتمتع بنوعية حياة إيجابية وبالصحة الإجتماعية والجسدية والعقلية والرفاه والمشاركة في المجتمع، في الوقت الذي يوفر لهم الحماية الكافية والأمن والرعاية عند الحاجة.
- اطالة متوسط العمر الصحي النشط بأذن الله
- الحفاظ على القدرة الوظيفية والاستقلالية والاعتماد على النفس في اداء احتياجات المسنين اليومية أثناء التقدم بالعمر
- إن المسنين الاصحاء مورد لأسرهم ومجتمعاتهم المحلية والاقتصاد. وكلما كانوا أكثر نشاطا كلما كان مساهمة أكثر في بناء المجتمع.

3-3- السلوك الصحي لشيخوخة نشطة:

العامل الأساسي الذي ممكن للمسن ان يتحكم به هو اتباع نمط حياة صحي وتبني السلوكيات الصحية السليمة يوميا

السلوك الصحي للشيخوخة النشطة= حركة أكثر+ تغذية أفضل + عدم التدخين¹

4- المبادئ التوجيهية لتمتع بالصحة الجيدة في مرحلة الشيخوخة حسب منظمة الصحة العالمية:

- 1- الترابط وعدم القابلية: يعالج جميع أصحاب المصلحة المنفذين . أهداف التنمية المستدامة معاً، بدلاً من جميع الاختيار والانتقاء من قائمة من الأهداف. للتجزئة
- 2- الشمول: تشمل جميع فئات المجتمع، بغض النظر عن العمر ونوع الجنس والعرق والقدرة والموقع أو أي تصنيف اجتماعي آخر.
- 3- شراكات أصحاب المصلحة المتعددين: تحشد شراكات أصحاب المصلحة المتعددين لتبادل المعرفة والدراية والتكنولوجيا والموارد.
- 4- العالمية: تلزم جميع البلدان، بغض النظر عن مستوى الدخل وحالة التنمية بالعمل الشامل من أجل جميع التنمية المستدامة المتوائمة مع السياق والسكان بحسب الضرورة.

¹- <https://wancharis.dzbatna.com/> الشيخوخة النشطة، تصفح يوم 2022/02/3، على الساعة 09:43.

5- عدم ترك أي شخص ليتخلف عن الركب: ينطبق على الناس كافة أياً كانوا وأينما كانوا ، مستهدفاً التحديات التي تواجههم ومواطن الضعف لديهم.

6- الإنصاف: الدعوة إلى فرص متساوية وعادلة للاستمتاع بالعوامل المحددة والعوامل التمكينية للتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، بما في ذلك الوضع الاجتماعي والاقتصادي والعمر ونوع الجنس ومكان الميلاد أو الإقامة وكون الشخص مهاجراً ومستوى القدرة. قد يتطلب ذلك في بعض الأحيان إيلاء اهتمام تفضيلي لبعض الفئات السكانية لضمان أن يحظى بقدر أكبر من الانتفاع أفراد المجتمع الأقل حظاً والأكثر ضعفاً أو المهمشين.

7- التضامن بين الأجيال: إتاحة التماسك الاجتماعي والتبادل التفاعلي بين الأجيال لدعم الصحة والعافية من أجل الناس كافة

8- الالتزام: استدامة العمل على مدى 10 سنوات وعلى المدى الطويل.

9- عدم الضرر: التزام البلدان بحماية عافية جميع أصحاب المصلحة والحد من أي ضرر يمكن ان يقع على الفئات العمرية الأخرى¹.

المبحث الثاني: العوامل السوسيوديموغرافية المؤثرة على السلوك الصحي

1- تأثير العوامل الديمغرافية على السلوك الصحي:

تختلف العادات الصحية باختلاف العوامل الديمغرافية فالأشخاص الأصغر سناً والأكثر ثراءً وتعليمية، والأقل تعرضة للضغط، والأكثر حصولاً على المساعدة الاجتماعية، يمارسون عادات صحية جيدة، أكثر من أولئك الأشخاص الذين يتعرضون لمستويات أعلى من الضغط ولديهم إمكانيات أقل، ومثل هؤلاء الأشخاص هم غالباً ما ينتمون إلى مستويات اجتماعية متدنية ومن بين هذه العوامل نذكر:

السن: يتغير سلوك الفرد الصحي مع التقدم في العمر، وعموماً فالعادات الصحية تكون جيدة في مرحلة الطفولة، وتتدهور في مرحلتي المراهقة والشباب، ثم تعود

¹ - منظمة الصحة العالمية، عقد التمتع بالصحة الجيدة 2020-2030، ص5.

لتتحسن ثانية في الأعمار المتقدمة¹، يؤدي عمرنا دورا مهما من حيث المفاهيم المؤثرة في سلوكياتنا الصحية، فبطبيعة الحال تخضع أجسامنا لتغيرات جسمية كلما تقدم بنا السن. وهي التغيرات التي تؤثر على قدرتنا في أداء السلوكيات الصحية التي اتخذناها سابقا باعتبارها أمرا مفروغا منه.

ويضاف إلى ذلك أن زيادة السن تؤدي بلا شك إلى زيادة الخبرة، التي من المرجح أن ينتج عنها تعديل في اتجاهاتنا ومعتقداتنا وآرائنا.

وأخيرا، فقد كشف "فورشاو" 2002 أن "كبار السن هم الأكثر فقرا في كثير من الأحيان؛ مما ينتج عنه تناولهم الأكل غير الصحي من أجل توفير المال".

ان السن يلعب دورا مهم في التأثير على سلوكياتنا الصحية مهما كانت المرحلة العمرية².

الجنس:

يختلف الذكور عن الإناث على المستوى البيولوجي، وكذلك على مستوى البيئات الاجتماعية والثقافية التي تحيط بهم، فهي تؤثر على طريقة ممارستهم ذكورا كانوا أو إناثا السلوك الصحي.

فعلى سبيل المثال، لاحظ "فورشاو" 2002 أن عوامل مثل طبيعة الهرمونات في أجسامنا، وأسلوب تنشئتنا اجتماعيا، وتفریق المجتمع في طريقة تعامله بين الذكور والإناث، توجي بأن لكل من الذكور والإناث مشكلات صحية خاصة بهم".

وقام الباحثان "شارلز" Charles وتوالترز Walters بدراسة السلوكيات الصحية عند الجنسين حيث أجرى الباحثان مقابلات متعمقة مع 48 من النساء والرجال في العشرينيات والثلاثينيات من العمر، وأظهرت النتائج أن النوع تأثيرا ملحوظا في كل من طريقة تحدث الأفراد عن الصحة، ورجبتهم في مشاركة الحديث عن الصحة، وكذلك كشفت الدراسة مدى الاختلاف بين الذكور والإناث في معتقداتهم الصحية.

¹ -شيلي تابلور ترجمة وسام درويش بريك وشاكر طعيمة داود. علم النفس الصحي. دار الحامد للنشر والتوزيع.

الاردن، ط1، 2008، ص111.

² -نفس المرجع السابق، ص38.

كما عثر "كورتني" Courtenay وزملاؤه 2002 على فروق ثابتة بين الجنسين، حيث سجل أن الذكور أكثر ممارسة للسلوكيات وتمسكا بالمعتقدات التي تتسم بالخطورة مقارنة بالإناث، كما توصل الباحثون إلى أنه إذا كان الذكور يريدون أن يعيشوا حياة أطول ويتمتعون بصحة أفضل، فهذا يتطلب تغييرا في معتقداتهم وسلوكياتهم. لكن الباحثين أظهروا أيضا نوعا من الحذر في تسجيل ملحوظاتهم؛ وذلك لإقرارهم أن هناك أسئلة لا تزال معقدة وبحاجة إلى إجابة. ومثال ذلك تقريرهم أنه إذا عرف وفهم السبب وراء تصرف الذكور بشكل أكثر تخريبا أو طيشا صحيا من الإناث، فإن هذا سيساعد المتخصصين في مجال الصحة على تطوير التدخلات الفعالة لتحسين صحة الذكور.

ولقد اظهر "بينباكير" Pennebaker و اسكلتون " Skelton 1978 من أن الإناث تذكر أعراضا جسدية أكثر لطبيبهن العام مقارنة بالذكور¹.

وعلى الرغم مما في هذه الدراسات من جدة، فقد جاء "ماكنتاير" Macintyre وزملاؤه 1996 واستعرضوا هذه الدراسات السابقة، فتوصلوا إلى أن تفسيرات الباحثين لم تكن واضحة ودقيقة في ضوء نتائجهم المستخلصة. ومن أمثلتهم لبيان صحة ما توصلوا إليه قولهم:

ارتفاع معدلات المرض بين الإناث بكونهن أكثر حساسية للأعراض الجسدية، وأكثر رغبة في ذكر شدة أعراض المرض مقارنة بالذكور. ومع ذلك، يعد هذا الدليل محدودا وغير كاف للتفسير" (Macintyre et al., 1996, 622).

أما "كورتيس" Curtis 2002، فقد أشار إلى أن الأدلة المتعلقة بالفروق بين الجنسين في استخدام خدمات الرعاية الصحية توضح أن الإناث في المتوسط أكثر زيارة الطبيب العام بمرتين مقارنة بالذكور. وقد تكررت هذه النتيجة مرة أخرى خلال دراسة "جيريتسون" Gerritson و "ديفيل" Deville في 2009.

وخلاصة القول من قبل مناقشات الباحثين السابقين أن خبرات المرض لدى الذكور والإناث تتسم ب "الصعوبة الشديدة".

¹ - نفس المرجع السابق، ص 39.

ويسلط "هان" Han وزملاؤه 2007 الضوء على صعوبة تفسير حقيقة زيادة نسبة انتشار مرض الانسداد الرئوي المزمن بين السيدات، وكذلك زيادة عدد وفياتهن جراء هذا المرض في الولايات المتحدة الآن بما يفوق عدد وفيات الرجال. وقد قدم هؤلاء الباحثون في بحثهم معلومات حول أثر النوع في نسبة انتشار الوباء، والتشخيص، ووجود مرض الانسداد الرئوي المزمن، آخذا أيضا في حسابه الموضوعات النفسية والسيولوجية. أما "كورتيس 2000، فقد دعا إلى الحذر، واقترح حصر الفروق المتعددة بين الجنسين في العوامل الاجتماعية؛ وذلك لما لاحظته من أن الذكور اجتماعيا يميلون إلى إظهار القوة ورفض الاعتراف بان مرضهم خطير بدرجة تكفي لتبرير الاهتمام الطبي مما يرجح أيضا أن العوامل الاجتماعية والاقتصادية لها دور مهم¹.

2- تأثير العوامل الاجتماعية على السلوك الصحي:

2-1- علاقة المسن بأفراد عائلته

يقوم النسق الأسري على الإستقرار الداخلي و التغيير كشرطان اساسيان و ذلك لبقاء سيرورة التوازن الدينامي للأسرة و ديمومته من خلال التفاعل و التواصل الفعال بين أفراد العائلة.

و من بين الأفراد المتفاعلين في النسق الأسري نجد المسن باعتباره جزءا لا يتجزأ من شبكة العلاقات في الأسرة، يمكن إعتباره نسقا فرعيا بحد ذاته كونه يكون علاقات مع كل عضو من أعضاء الأسرة و التي تتحدد في تفاعله العلائقي مع الزوجة ، الأبناء و أزواجهم كذا الأحفاد².

فالعلاقات و التواصل الدائم بين الأفراد الذي يمثلون أسرة المسن تثبت العلاقة القوية بين الصحة النفسية و الجسدية للمسن، و يتراى ذلك من خلال عملية التقبل، الإنسجام، التوافق الإجتماعي النفسي، التماسك و التفاعل الإيجابي، كذا نوعية أساليب

¹ - نفس المرجع السابق، ص40.

² - إبراهيم ناصر، علم الاجتماع التربوي، دار الجيل، بيروت، ط2، 1996، ص102.

التكيف السلوكي اتجاه التغييرات التنظيمية للأسرة و اتساعها و التي تأخذ بحد ذاتها طابع النمو و الحركة عبر العمر الزمني للأسرة و المسن¹.

2-1-1- علاقة المسن بالزوجة:

تتمحور عملية بناء العلاقات الأسرية أساسا على تحديد طبيعة التفاعلات بين الزوجين و التي قد تتميز بالتكامل و التوافق الزوجي و التي تأخذ شاكلة التفاهم، الإنسجام و تقبل الآخر، فيصبح الزوجان أكثر إقترابا و التزاما، و بالتالي تصبح علاقتهما أقوى إذا ما قيست في بدايات العلاقة الزوجية.

فالتوافق الزوجي عند المسنين يتخذ عدة مظاهر تواصلية كالحوار و التشاور و الإقناع، الإتفاق، العاون و التوجيه، خاصة المساعدة و الإحتواء و الإهتمام في المواقف اليومية الحرجة كالإصابة بالأمراض المزمنة الناتجة عن تدهور الصحة الجسدية و الذهنية للشريك المسن².

فعامل العناية للطرفين يخلق إشباع للرغبات البيولوجية، النفسية، العاطفية و الإجتماعية كالشعور بالإنتماء و الإبتعاد عن الإغتراب الاسري و الاجتماعي خاصة خلال مرحلة التقاعد. و لكن ضمن جملة من التغييرات و التطورات التي تطرأ في مجرى الحياة و التي تتمثل في فقدان و الوفاة لأحد الأطراف، يظهر نتاج سلبي و غير سوي في يوميات المسن و التي تتمثل في تذبذب مسار و توازن الصحة النفسية و الذهنية كالإكتئاب، الإغتراب النفسي و الإجتماعي، قلق الانفصال، الحزن، الاضطرابات السيكوماتية والتي لها دور أولي في خلق الإضطرابات الجسدية المزمنة و زيادة حدتها في حالة ما إذا لم يتم التقبل و اجتياز الأزمة. فأغلبية المسنين يلجؤون إلى إيجاد طرق و حلول بديلة لضمان سيرورة إكتفائهم لحاجياتهم القبلية و التي

¹ - محمد نبيل عبد الحميد، العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي، دار غريب، القاهرة، ص11.

² - سيد سلامة إبراهيم، رعاية المسنين، المكتب العلمي، الإسكندرية، ج 2، 1997، ص78.

تتمحور في الإحتياجات البيولوجية، العاطفية و الإجتماعية، كذا الحصول على الرعاية الكاملة وذلك من خلال الزواج مرة أخرى¹.

2-1-2- علاقة المسن بالأبناء:

يقوم كل من الأب و الأم بعمليات التشكيل الاجتماعي في بناء الفرد للمواقف اليومية التي يتعرض إليها خلال احتكاكه بمحيطه الذي ينتمي إليه من حيث بناء عملية التفاعل الإجتماعي، الشعور بالإنتماء و المسؤولية اتجاه واجباته، فإذا نجحت العملية و تم النقل بشكل صحيح و فعال، سوف يؤثر ايجابا على شاکلة العلاقة بين الوالدين والأبناء، أما إذا حدث العكس فيؤدي إلى الإنسياب والسلوكات الإنحرافية التي تتخلل مواضع التفاعلات العلائقية للأباء و الأبناء مستقبلا².

إزاء التغيرات التي يتصف بها المنشئ و المنشأ، و التطورات المرحلية التي يمر بها كل من الأباء و الأبناء، لابد من تأمين إيجابية السلوكات الأبناء لضمان سيرورة و توازن العلاقة الأسرية و التي سوف تعكس مرآها مستقبلا، و ذلك من خلال ترسيخ القيم الدينية و المعايير الإجتماعية التي لا تتنافى مع العادات و التقاليد، زرع الفكر العقلاني و الموضوعي، المعاملة الحسنة، الإنضباط اتجاه مسؤولياتهم، الإحترام و المودة و مراعاة الشعور، توفير العناية الصحية و النفسية، كذا تأمين احتياجاتهم البيولوجية قصد تحقيق ذواتهم.

أما إذا حدث العكس و عمد الأباء على عدم ضبط سلوكات الأبناء من خلال استعمال أنماط التنشئة الإجتماعية الغير السوية التي تتلخص في النمط التسلطي كاستخدام طرق العقاب و القسوة، السب و الشتم، التهديد و الحرمان الماد و العاطفي كذا التحكم في اهتماماتهم خاصة في مرحلة الطفولة مما يؤثر سلبا على العلاقة بين الأباء و

¹ - حسن مصطفى عبد المعطي، سيكولوجية المسنين، مكتبة زهراء الشرق، بيروت، ط1، 2005، ص87.

² - يوسف ميخائيل أسعد، رعاية الشيخوخة، دار غريب، القاهرة، 2000، ص34.

الأبناء في آجال مستقبلية¹ ومن هذا يمكننا القول بأن علاقة الآباء المسنين بأبنائهم تتأثر بالعلاقة السابقة التي كانت بينهم قبل الشيخوخة فإذا كانت في سابقة علاقة جيدة ومرتزة بالحب والاحترام فهي في شيخوخة تواصل على نفس المنوال والعكس صحيح. فهناك عدة عوامل أخرى تؤثر في علاقة الابن مع والديه المسنين، فعندما يتزوج الابن قد يقلل أو ينقطع اهتمام الابن عن أبويه المسنين، ما قد يهيء المجال للتفسيرات الخاطئة وتوتر في العلاقات خاصة بالنسبة للام المسنة التي تتور على العنصر الدخيل الذي يهدد مكانتها لدى ابنها، لان الروابط الشديدة الموجودة بين الام وابنائها تجعلها متطلعة على جميع الامور الخاصة بحياة ابنائها وتحاول دائما تدخل في حياتهم الزوجية بحكم انها اكثر خبرة في الحياة وتريد دائما الخير لهم مما يؤدي هذا الى توتر العلاقة الام بابنها، كما ان زواج الابن يؤثر على الأب خاصة إذا كان الابن يقدم مساهمات مالية يشارك بها في زيادة دخل الأسرة ومع زواجه يمتنع عن تقديم المساهمات المالية مما يؤدي الى سوء علاقة بينهما خاصة اذا كان الاب متقاعدا ويعتمد في حياته على موارد محدودة الدخل.

وفي نهاية لا يمكن إغفال ما للقيم الأخلاقية والدينية من دور في تحديد شكل العلاقة بين الابن وأبويه المسنين، فالابن المتشبع بالقيم الأخلاقية والدينية، يعمل جاهدا على جعل العلاقة بينه وبين أبويه علاقة اعتراف ورد جميل.

2-1-3- علاقة المسن بالأحفاد:

غالبا ما تتحدد علاقة الأجداد المسنين بالأحفاد بالتعلق العاطفي و التي تعود بالنبض الإيجابي لكلا الطرفين، فجل الأحفاد يجدون في الأجداد الأمان، الثقة، التفهم، و

¹ - فؤاد البهي السيد، الاسس النفسية للنمو من الطفولة الى الشيخوخة ، دار الفكر العربي، مصر، ط4، 1975، ص459.

التقبل، فيقومون بدور فعال في حياة الأحفاد و العكس صحيح، لكونهم مصدر إثراء تربوي، تعليمي و تثقيفي.

فيكتسب الأحفاد مع مرور الوقت القيم و فلسفة الحياة و تطوير الهوية الشخصية من خلال الأجداد وتجسيدهم لخبراتهم السابقة للإعتماد عليها لتنشئة جيل مسؤول من جهة.

و من جهة أخرى يعمل الأحفاد بشكل غير مباشر بدور جد فعال في بعث روح الإنتماء الإجتماعي في الأجداد المسنين المتقاعدين، بحيث يمثلون مصدر إحياء الدور الفعال و شعورهم بالرضا الذاتي و عدم الإحساس بالتهميش الإجتماعي ، و ذلك لكونهم فرد منتج و مسؤول يقوم عليه مجتمع حضاري قبل و بعد الأداء الوظيفي التقاعد.

فيقوم الأحفاد على إعادة بناء التوافق النفسي و الإجتماعي، الإستقرار و تقدير الذات خاصة خلال مرحلة أزمة التقاعد باجتيازها و تقبلها.

فيعد الأحفاد حصن ملتقى الجيلين عبر بناء عملية التواصل بين الطرفين فيستمد الأجداد الصحة الجسدية و الذهنية ، كذا اجتناب الإضطرابات البدنية و النفسية و التي تتجسد لاحقا في أمراض العصر السيكوماتية¹.

يتميز كل من نيوجاردن NYOUGARDIN و وينشتاين WINCHTAYIN بين خمسة أنماط لحالة الجد منها:

الجد الرسمي: و الذي يرسم خطوط عريضة حول دور الأب و دور الجد، فلا يقوم بأي تدخل أو إعتراض حول عملية التنشئة الإجتماعية للأحفاد فيتركو ذوي كل دور دوره.

¹ - نفس المرجع السابق، ص 459.

الجد الباحث عن الهزل: تكون العلاقة غير رسمية، فيقوم الجد بالإنضمام لشتى نشاطات الحفيد بهدف الحصول على الهزل كاللعب، أما الجدة فتقوم بدور الأم البديلة بتلبية احتياجات الحفيد وذلك يكون سببا لغياب الأم العاملة.

الجد البعيد: يتسم بالأدوار محدودة الأبعاد نظرا لحالة الإنعزال الذي يعيشها كل من الجد و الجدة، و بالرغم من ذلك، يتشبع الأطفال بالقيم و الأخلاق و أساسيات العادات و تقاليد المحيط، و بالتالي تنعكس على سلوكياتهم اتجاه كبار السن¹.

2-1-4- علاقة المسن بأزواج الأبناء:

يحضى الجد و الجدة المسنين بمكانة خاصة في حياة الأحفاد مما يشكل مصدر الأمان العاطفي و الذي يعد صورة الإحتياج الأساسي لمرحلة الطفولة². بالرغم من كون الدور الإيجابي للجد و الجدة في الأسرة من حيث مساهمة الأبناء في تربية الأحفاد إلا أن قد يكون تدخلهما في عملية تنشئة الأطفال مصدرا لإزعاج الوالدين خاصة أزواج الأبناء و التي تنحصر علاقتهم في دائرة التوترات العلائقية القائمة بين الجدة و زوجة الإبن فيما يخص تدخل الأجداد في محور العلاقة الزوجية للأبناء و البحث عن إعادة إحياء أدوارهم في حياة الزوجين، ممارسة الضوابط السلوكية على الزوجين مما يحد من حرية القرارات و الإختيارات فيما يتعلق بالقضايا أسرة الزوجين، كذا إستقلاليتهم و التدخل في شؤونهم، و بالتالي يؤثران كل من الأجداد المسنين سلبا على إدارة الأسرة و إثارة تذبذب و إضطرابات علائقية بين الأزواج الآباء و أبنائهم³.

وما يمكن الإشارة إليه ان علاقة الابوين مع ازواج الابناء قد تبقى في كثير من الاحيان على ما كانت عليه، حتى بعد دخول الابوين مرحلة الشيخوخة، كما قد تتغير حسب الظروف والعوامل المتحكمة فيها، و خلاصة القول يمكن القول ان علاقة

¹ - سيد سلامة إبراهيم، مرجع سابق، ص.ص. 87-89

² - محمود حسن، الأسرة ومشكلاتها، دار النهضة العربية، بيروت، 1981، ص.ص. 215.

³ - يوسف ميخائيل أسعد، مرجع سابق، ص.ص. 89.

المسنين بأزواج الابناء تؤثر كثيرا على علاقة هؤلاء الابناء بأبائهم المسنين كما تؤثر ايضا على علاقة الاحفاد بأجدادهم وهذا ما قد يؤثر على وضع الابوين المسنين وعلى مكانتهم الاجتماعية داخل الأسرة.

2-2- تأثير العلاقات الاجتماعية على السلوك الصحي:

هناك العديد من الدراسات التي تبين تأثير العلاقات الاجتماعية على السلوك الصحي للإنسان لان التواصل الاجتماعي لا يوفر للإنسان المتعة فقط، إذ أنه يؤثر أيضا على المدى الطويل على الصحة، بوسائل قوية تتساوى تماماً مع القسط الوافر من النوم، والتغذية الجيدة، وعدم التدخين"، وقد أظهرت أكثر من عشر دراسات أجريت بجامعة هارفارد بالولايات المتحدة الأمريكية، أن الأشخاص الذين يتمتعون بعلاقات طيبة سواء كانت عائلية، أو مع الأصدقاء، أو مع الجيران، يتمتعون أكثر بالسعادة، ويعانون بشكل أقل من المشكلات الصحية، ويعيشون لأعمار أطول، ولكن من الناحية الأخرى فإن انعدام العلاقات الاجتماعية يرتبط بظهور الكآبة، وتدهور القدرات العقلية مع تقدم العمر، إضافة إلى ازدياد الوفيات، وقد أوضحت إحدى الدراسات أن انعدام العلاقات القوية زاد من خطر الوفاة المبكرة بنسبة 50 %، وهو تأثير على الوفيات يقترب بشكل ما من الوفيات الناجمة عن تدخين 15 سيجارة في اليوم، ويزيد على تأثير السمنة والحمول البدني¹.

يرى بعض العلماء ان العلاقات الاجتماعية الجيدة تحقق فوائد عديدة ، وقد وجدوا أن العلاقات تساعد على تخفيف المستويات الضارة من التوتر، التي تهدد الشرايين التاجية بالأضرار، ويهدد وظيفة الأمعاء، وتنظيم الأنسولين، وجهاز المناعة.

كما تعرّف الباحثون على مجموعة من الأنشطة التي يمكن اعتبارها عوامل دعم اجتماعي، مثل عروض المساعدة أو النصائح، أو تعبيرات المودة والتعاطف، وتشير

¹ - صباح عمار، هل العلاقات الاجتماعية تثر على الصحة والحالة النفسية؟. نشر الجمعة 8 افريل 2011 على ساعة 7:28 على الموقع <https://www.youm7.com> تصفح 2022/10/11 على ساعة 14:48.

الأدلة إلى أن تأثيرات عوامل الدعم الاجتماعي تعزز حياة الإنسان التي يتلقاها، و تشمل أيضا الشخص الذي يعرض تقديمها.

وهذه كلها أخبار مشجعة لأن العطف والحنان على الآخرين يمكن أن يتحول إلى إحدى الاستراتيجيات الصحية السهلة والمتاحة، فهي غير غالية الثمن، ولا تتطلب وجود أجهزة خاصة، أو نظام خاص، كما يمكن تقديمها بطرق مختلفة، وبالنسبة للعلاقات الاجتماعية فإن العنصر المهم هو نوعيتها، فقد تبين أن النساء في أواسط العمر اللواتي كن يعشن حياة راضية مع أزواجهن، قل لديهن خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، مقارنة بالنساء اللاتي يعشن غير راضيات في حياتهن الزوجية، وربطت دراسات أخرى بين العلاقات السيئة والسلبية لشخص وأحد أفراد عائلته أو أصدقائه، وبين صحته السيئة، وقد وجد أحد الأبحاث المثيرة علامات على تدهور المناعة لدى الزوجات خلال فترات المنازعات والمشاكل الزوجية، وهكذا فإن وجود شبكة من العلاقات المهمة، قد يؤدي إلى تحقيق فرق كبير، وقد استنتجت دراسة سويدية كبيرة أجريت على أشخاص من عمر 75 سنة فأكثر، إن خطر الإصابة بالعتة يكون أقل لدى الأشخاص الذين تكون لديهم علاقات طيبة مع الأصدقاء والأقارب¹.

3- تأثير العوامل الاقتصادية على السلوك الصحي

3-1- مكانة المسن في المجتمع القديم

¹ - نفس المرجع السابق.

يعتبر المسن هو صاحب السلطة والأمر النهائي، ويستطيع ضم أفراد جدد لتوسيع نطاق الأسرة وإن لم يكونوا من أصل عائلته، ويمثل أيضا العميد وسلطته أنه يمنح الحق القبلي ويرأس الحفلات ورحلات الصلح ويعقد المعاهدات ويبرم العقود الكبيرة¹. عرفت المجتمعات القديمة الشرقية منها و الغربية منذ العصور الأزلية مختلف أنواع الهويات القومية للجماعة و التي كانت تمنح الفرد المسن أعلى المراتب الهرمية للقبيلة، للقوم أو الجماعة لما له من سداد حكمته، تسييره، إمراته و تحمل أعباء مسؤوليات اتجاه أفراد مجتمعه.

فقامت معظم المجتمعات الغابرة بتبجيل و تقديس المسنين بمختلف الطرق و العادات التي رسخت من خلال معتقدات سادت العصور الأولى من إحترامه و تقديرهم و إعطائهم حق الولاية، إلى التضحية بهم².

والعادة أن المجتمعات القديمة تميز بين ثلاثة أنواع أساسية من الأنشطة وهي النشاط الحربي والسياسي والديني، بحيث تتولى أصغر الطبقات العمرية مهمة الحر والدفاع عن القبيلة والإغارة على القبائل الأخرى المعادية، وحين يتقدم العمر بأفرادها تكون قد تألفت طبقة عمرية جديدة تحل محلهم في تولى الوظيفة الحربية فتتقل الطبقة الأولى إلى ممارسة النشاط السياسي الذي يقصد به في هذه الحالة الاشتغال بتصريف الشؤون اليومية والنظر في المنازعات ومعالجة المشكلات التي قد تنشأ بين أفراد الجماعة الواحدة أو بين الجماعات المختلفة داخل القبيلة، أو بين القبيلة والقبائل الأخرى المجاورة وهكذا.. وحين يصل أفراد الطبقة العمرية إلى مرحلة الشيخوخة يتولون المهام الدينية والشعائرية، كما قد توكل إليهم مهمة نقل التراث الثقافي المتوارث إلى الأجيال الجديدة الناشئة. ويتمتع أعضاء هذه الطبقة (أي الشيوخ) بمنزلة عالية في الحياة الاجتماعية³.

¹ -معمر داود. مقارنة ثقافة للمجتمع الجزائري دراسة لبعض الملامح السوسيو النفسية والاقتصادية. دار اينكوم للنشر و التوزيع.الجزائر. 2013.ص65.

² - ابراهيم محمد خليفة، التقدم في السن، دار القلم ، الكويت، ط1، 1984، ص92.

³ - يحي مرسى عبد البدر، نفس المرجع السابق، ص220.

المهم ان الشيوخ في معظم المجتمعات القديمة يتمتعون بمزايا عالية ويحتلون مكانة مرموقة، كما أنهم يشتركون في نشاط الجماعة بطريقة تتفق تماما مع سنهم وخبراته او قدراتهم وبشكل يكفل لهم إستمرار الارتباط بالجماعة التي ينتمون إليها مع إضطلاعهم بالالتزامات التي يحددها لهم المجتمع. ومن هنا كان الرأي لدى الكثير من العلماء والكتاب المهتمين بمشكلات الشيخوخة من أن الشيخوخة لا تؤلف مشكلة في هذا النمط من المجتمعات وأنها في حقيقة الأمر وليدة الثورة الصناعية وإحدى نتائج التنظيم الصناعي الذي أحدث كثيرا من التغيرات الاجتماعية العميقة في بناء المجتمع وبالذات بناء العائلة.

3-2-مكانة المسن في الإسلام:

كان الاهتمام بمشكلات و قضايا المسنين لم يبرز إلا في السنوات الأخيرة إلا أن الإسلام قد عنى بقضايا المسنين ومعالجة مشاكلهم قبل أكثر من 14 قرنا حيث أكد الإسلام كعقيدة في مصدرين كريمين و هما القرآن الكريم و السنة النبوية و اللذان سبقت تعاليمهما الأنظمة الحديثة لمكانة المسنين و رعايتهم، إذ تحضى هذه الفئة الكثير من التقدير و الرعاية و الإحترام.

وقد تحدث القرآن الكريم عن المسن في سياق عرضه لمراحل حياة الانسان حيث جعل الشيخوخة المرحلة الاخيرة في حياة الانسان الدنيوية، قال تعالى "هُوَ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ تُرَابٍ ثُمَّ مِنْ نُطْفَةٍ ثُمَّ مِنْ عَلَقَةٍ ثُمَّ يُخْرِجُكُمْ طِفْلاً ثُمَّ لِتَبْلُغُوا أَشُدَّكُمْ ثُمَّ لِتَكُونُوا شُيُوخًا وَمِنْكُمْ مَنْ يُتَوَفَّى مِنْ قَبْلٍ وَلِتَبْلُغُوا أَجْلاً مُّسَمًّى وَلَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ"¹

ونادى الإسلام بتكريم الإنسان منذ مرحلة التخلق وهو جنين في بطن أمه مرورا بمرحلة الطفولة ثم الشباب ثم الشيخوخة، وقد ركز الإسلام على مرحلة الشيخوخة لان الإنسان يغدو فيها ضعيفا واهن القوى يحتاج عندها إلى المزيد من الرعاية والاهتمام، قال

¹ -سورة غافر، الآية 67.

تعالى "اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ"¹

يتبادر لنا مصطلحا قرآنيا في هذا المجال وهو " الإحسان " ونحن نعرف أن العناية والاهتمام بالشيخوخة يتطلبان توظيفه بمعنى الإحسان إلى الوالدين وكذا بر الوالدين، وهذا مدعاة لجعل الشيخ في مأمن واستقرار تامين، وقد أعطاهم القرآن أهمية كبرى وهي المرتبة الثانية بعد التوحيد ومقتضياته يقول تعالى في سورة الإسراء : « وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحسانا، إما يبلغن عند الكبر أحدهما أو كلاهما، فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما وقل لهما قولا كريما²

وقد كشف النهي المسلط على كلمة " أف " على أن النفس عند الشيخ الكبير تصل إلى أقصى ما تقتضيه الحساسية من دقة، إذ أن أبسط إيذاء ينزل كالصاعقة على علة ما تداعي من الجسم وقد أفاد قوله تعالى : « ومنكم من يرد إلى أرذل العمر لكي لا يعلم بعد علم شيئا إن الله عليم قدير³ » .

إذ يرى النهي القرآني بأن معاملة الآباء ضرورية وتشعرهم الدفء والعطف والحنان من اعتراف بالجميل والكلام الطيب والتقدير لم يصدر منهما⁴

وقد ركز الإسلام على دور الأسرة في رعاية كبارها باعتباره الوضع الطبيعي الذي يتناسب مع وظيفة النفس البشرية فالإسلام بعد الأسرة هي المؤسسة الاجتماعية السياسية والمحورية المسؤولة عن رعاية مسنيها في إطار التكاليف الشرعية

فلقد حث الإسلام على التلاحم والتواد بين الناس وغرست العقيدة الإسلامية في نفوس أبنائها واجب رعاية المسنين وتقديم يد العون لهما وإحاطتهم بالمحبة والتقدير لأن أصالة القيم الإسلامية وانعكاساتها الإيجابية ليست دلالة على صحة الفرد النفسية والاجتماعية والجسدية فحسب بل تتعدى ذلك لتشكّل دلالة راسخة على تماسك

¹ -سورة الروم، الآية 54.

² - سورة الاسراء، الآية 23.

³ - سورة النحل، الآية 70.

⁴ - محمد التومي، المجتمع الإنساني في القرآن الكريم، الدار التونسية للنشر، تونس، ط2، 1990، ص122-

المجتمع وترابطه فالقواعد والتشريعات التي جاء بها الإسلام لرعاية كبار السن تعد في مجتمعنا العربي نموذجا قيما وأخلاقية متفردة ومتميزة¹.

كما حدثنا الرسول صلى الله عليه وسلم أحاديث كثيرة بالاهتمام بالمسنين، كما روى انس بن مالك رضي الله عنه ان الرسول صلى الله عليه وسلم قال " ما اكرم شاب شيئا من اجل سنه الا قبض الله له من يكرمه" رواه بطراني

وقد جعل الإسلام ثواب خدمة الوالدين يعادل ثواب الحج والعمرة والجهاد في سبيل الله، فقد أتى رجل إلى رسول الله صلى الله عليه وسلم وقال اشتهي الجهاد ولا اقدر عليه، قال صلى الله عليه وسلم "هل بقي من والديك حي" قال نعم كلاهما، قال فيبغى الأجر من الله تعالى؟ قال نعم، قال "فارجع الى والديك وأحسن صحبتهما" وفي رواية أخرى ففيهما فجاهد" رواه مسلم²

ولقد حدثنا الإسلام على توفير الاستقرار الاجتماعي و الإقتصادي لدى المسنين فيما يخص قضية النفقة على المسنين، فجعلت الإبن و ما يملكه لأجل حماية الأباء، أما البعد الاجتماعي فحثت عليها الفطرة الإسلامية على رعاية المسن داخل الأسرة لما لها أثر إيجابي على سير صحته النفسية و الجسدية.

3-3-مكانة المسن في المجتمعات الحديثة:

إن مكانة المسن الاجتماعية في المجتمع الزراعي والحرفي تعد منزلة طبيعية لأن لديه معرفة متراكمة وكثيرة جدا وحكمته لا تزال للحياة اليومية ومتطلبات العمل، بينما في المجتمعات الحديثة الصناعية فإن خبرتهم ستضعف بعد وقت وجيز وهي شبيهة بما كان في المجتمعات القديمة، لأن التصنيع يؤثر في الاتجاهات السائدة نحو الكبر، وهي تختلف من مجتمع لمجتمع آخر ومن بيئة لبيئة أخرى، وعلى العموم فإن مكانته مرتبطة بما يقدمه من خدمات، وبالتالي فهي مجتمعات مادية و نفعية، تتلقى الإنسان إذا كان قويا ونافعا وترميه إذا أصبح قاصرا وعاجزا.

¹-أكرم محمد صبحي محمود، مروان عبد المجيد ابراهيم، المرجع السابق، ص135.

²- نفس المرجع، ص138.

وهذه النظرة السلبية في البلدان المصنعة يراها " تالكوت بارسونز " بأنها ناتجة عن حركة التصنيع التي ظهرت في الدول الأوروبية وأمريكا معا. ونظرا لأن الأسرة أصبحت تتميز بعدم الاستقرار منذ بداية الثورة الصناعية ففي إنجلترا تحولت العائلة منذ عام 1900 من عائلة محافظة تقليدية إلى عائلة غير مستقرة، كما هو الشأن في أمريكا عام 1920 والاتحاد السوفييتي سابقا عام 1950 . وهذه ترى بأن الشيخوخة مرض غير ذي اعتبار يؤكد " جون بول فيرون " في اعتبارات المسن بأنه يعيش حالة على المجتمع ووجوده غير مهم.

ولقد ظهر ما يسمى بعلم اجتماع الشيخوخة، وهذا الاهتمام المفاجئ بهذه الفئة ليس بسبب المركز الذي تحتله، وإنما بسبب الارتفاع المتزايد والكبير في أعداد هذه الفئة قياسا مع عدد السكان، وهذا ناتج عن التحسن في مستوى المعيشة والتطور الطبي، والتطور الكبير في مناحي الحياة .

بينما في المجتمعات الإفريقية فالشيخوخة لا تمثل مشكلة، وهذا نظرا للنسبة الضئيلة لهذه الفئة في المجتمعات¹.

كما يوجد اختلاف حول مكانة الكبار في المجتمع وعلى الأخص بين الريف والمدينة. وبانتقال المجتمع من البساطة إلى التعقيد، صاحبته مشكلة الشيخوخة حيث اضمحلت العلاقات الأولية التي كانت سائدة، وأصبح الشيخ بحاجة إلى خدمات وعلى المجتمع أن يوفر له الرعاية الاجتماعية اللازمة، وكذلك نجد أن الأسرة لم تعد قادرة على الكثير من الحالات البيئات على توفير الرعاية اللازمة لكبار السن.

ومما سبق فقد أصبح الشيخ هو ذلك الإنسان الذي يعاني من نقص الاهتمام به والاعتناء بصحته نتيجة انخفاض مستوى المعيشة والفقر والنقص المادي لتحقيق مطالبه، من أكل وشرب بل وفقدان حتى مركزه الاجتماعي. بالإضافة إلى التهميش الذي يصاحبه أينما اتجه وحاول المساهمة ولو بالشيء القليل مما اكتسبه، لأن النظرة الدونية له بأنه لا يستطيع تقديم أي خدمة للمجتمع وأية وظيفة نتيجة وضعه الفيزيولوجي وكبر سنه ونظرة الغير له من الآخرين.

¹ - محمود الأشرم، محاضرات في المجتمع الريفي، جامعة حلب ، دمشق، ط4، 1976، ص42.

3-4-مكانة المسن في المجتمع الجزائري:

تعد الجزائر إحدى البلدان العربية والإسلامية، يدين غالبية سكانها بالدين الإسلامي، ويحتكمون إلى التقاليد والعادات والقيم، التي نشأ في ظلها الإنسان العربي المسلم عامة. إن الجزائري كباقي أفراد الشعوب الإسلامية يرتبط ارتباطاً قوياً بكبار السن، وبخاصة بالوالدين، وهذا الارتباط تحدده العبادات اليومية، وقيم الأصالة والتقاليد التي ظلت راسخة في الأذهان منذ أن حل الإسلام بالقطر الجزائري. لقد جاءت حضارات متعاقبة ولم تستطع تغيير بعض القيم، تجاه كثير من المواضيع ذات الوزن الثقيل على غرار المرأة والشرف والأرض والوطن والوالدين بوجه خاص، وهو ما يعرف عندنا بالشوابن (الأب المسن والأم المسنة). ونظراً لأهمية هذين المفهومين في الوسط الثقافي الجزائري، أصبحت الكلمتان متداولتان لدى الشباب في عدة مناطق من الوطن تجاه آبائهم وأمهاتهم، حتى وإن لم يبلغا سن الكبر والشيخوخة بعد. وهذا إن دل على شيء، فإنما يدل على قداسة مفهوم الوالدين "الشوابن" لدى الفرد الجزائري.

كما أن المسن في الثقافة الجزائرية يرمز إلى البركة، فالتبرك بهم يدل على المكانة العالية التي يحتلها الشيوخ وكبار السن من الوالدين وغيرهم، خاصة إذا كانوا من المثقفين. فهم يحظون باستشارة أفراد العائلة في جميع القضايا. وتقول الحكمة "إذا كسروك الوالدين ما يجبروك الصالحين" وهذا يدل على أن الوالدين بالنسبة لأبنائهم أقرب وأنفع لهم من الأولياء الصالحين. ومن زاوية أخرى يعتبرون قنطرة لبلوغ رضا الله سبحانه وتعالى، حيث يتواجد المسنين في الأسر الفقيرة والغنية، وفي الأسرة المتعلمة وغير المتعلمة، وفي عائلات منفتحة وأخرى منغلقة، والبعض الآخر محافظة وأخرى حديثة وهكذا، ولكننا في ظل هذا التعدد حاولنا أن نقسم المجتمع الجزائري عموماً إلى بيئتين ريفية وأخرى حضرية ومن خلالهما نتوقف عند تمثيلات أفراد البيئتين إلى هذه الفئة ووصف أدوارها في المجتمع¹. لقد كشف لنا الواقع من خلال بعض الدراسات أن شريحة المسنين تحظى بمكانة في وسطها الاجتماعي مهما كان وتختلف من بيئة إلى أخرى. فنجد حياة مسني المناطق الريفية تتسم بالبساطة ونطاقها واسع نوعاً ما، إذ

¹ -بوحسون العربي، مكانة المسنين في الثقافة الجزائرية والاجنبية مقارنة انثروبولوجية، مجلة جيل العلوم

الانسانية والاجتماعية، الجزائر، العدد 58، 2019، ص101.

يقوم كبار السن بالعديد من الأنشطة المناسبة لقدراتهم الصحية والبدنية، حيث يشاركون في تقسيم العمل على الأبناء، كخدمة الأرض وما يتعلق بها من الأشغال الزراعية. كما نجد كبار السن في الأرياف يستشارون في قضايا الزواج، التي لها أهمية كبيرة عندهم للمحافظة على الروابط القرابية، كالزواج من ابنة العم أو ابنة الخال... وهذا قصد المحافظة على الملك أو الإرث العائلي داخليا، وكذا حث الأبناء على استمرارية هذه الروابط، ويتدخل كبار السن أيضا في قضايا الصلح في جميع الخلافات، ونقل الإرث الاجتماعي والثقافي لدى الأجيال.

لكن ما يلاحظ عن هذه الروابط بين كبار السن والصغار أي بين جيلين مختلفين بدأت تضعف شيئا فشيئا حتى في هذا النوع من المجتمعات، وقد أدت هذه الهشاشة في الروابط إلى تغير مكانة وصور فئة الكبار السن عما كانت عليه سابقا انعكس ذلك على تغير أنماط الأسرة والمسكن بشكل كبير وهذا راجع لعدة عوامل، أهمها الهجرة من الريف إلى المدن بحثا عن العمل، وكذلك زيادة فرص التعليم. الأمر الذي أعطى حيزا مهما من الحرية والاستقلالية للجيل الجديد للتصرف في شؤون حياته. وأصبح يفضل الزواج الخارجي كنموذج لتجاوز خطوط الطاعة والاحترام للأجداد والآباء. وقد تبين من هذه التحولات أن تمثلات أفراد المجتمع القاطنين بالمدن لمكانة وأدوار المسنين تختلف عما هو سائد ولا زال قائما في الأرياف نظرا لتأثير عدة عوامل أهمها التغير الذي حل بالأسرة الممتدة وانتقالها إلى أسرة نووية¹

3-5- الوضعية الاقتصادية للمسنين:

تعد التغيرات المادية المرتبطة بكبر السن من أهم وأصعب التغيرات التي تواجه المسن خاصة في ظل الاحتياجات المتزايدة التي تتطلبها هذه المرحلة والتي يعد إشباعها أمرا أكثر من ضروري، وعادة ما يقل دخل المسن مع تقدمه في العمر خاصة بعد التقاعد سواء كان اختياريا أو إجباريا فيفقد المتقاعد جزءا ليس بالقليل من دخله كما تتزايد الأعباء المادية وتتدهور الحالة الصحية وتتنخفض المقدرة على الكسب ومن ثم يعجز المسن عن مواجهة النفقات، خاصة في ظل عدم توفر مصادر مالية متنوعة، وتتمثل

¹-نفس المرجع السابق، ص101.

هذه المصادر المالية للمسن في التقاعد ومساعدات الأبناء والأقارب، ومنح المجاهدين عند البعض، وهذا بالإضافة إلى الممتلكات إن وجدت، ويزيد الدخل بالنسبة للمسنين الذين مازالوا في العمل خاصة إذا كانوا يتمتعون بصحة جيدة، بينما يعتمد معظم المسنين على منحة التقاعد كمصدر أساسي أو منحة المجاهدين إن وجدت¹

3-6- المشكلات الاقتصادية التي يعاني منها المسنين

جل المشكلات التي تعترض حياة المسن ترجع أساسا إلى نقص في الموارد والدخل بسبب التقاعد أو المرض أو انخفاض القدرة على العمل والكسب.

فتقاعد المسن عن العمل يعني نقصان دخله وبالتالي انخفاض مستوى معيشته، وحتى بالنسبة للذين يعملون في مهن حرفية، فإن تقدمهم في السن يحول دون تمكنهم من ممارسة العمل بالصورة التي كانت عليه في المراحل السابقة، وهو ما قد يشعر المسن بعدم الأمن الاقتصادي. كما يؤدي انخفاض الدخل وعدم إشباع الحاجات المادية إلى آثار الحرمان المادي، والذي ينجم عنه الكثير من الأمراض خاصة من سوء التغذية وسوء المسكن، ومما يزيد المشكلات الاقتصادية عند المسن هو عبء العلاج والدواء "فما إن تطرق الشيخوخة باب الفرد حتى يصبح تردده على الأطباء متزايدا، فهذه أدوية للضغط وهذه للقلب وهذه لداء السكري وغيرها من الأدوية. تعترض حياة المسن أزمات اقتصادية تؤثر في حالته النفسية والصحية عامة، خاصة عند عدم قدرته على تغطية أدني حاجاته، حيث يشعر بنوع من العجز الذي يؤثر على حالته النفسية وحتى الجسدية، لأن كثيرا من الأمراض الجسدية يكون سببها الحالة النفسية للفرد، كما أن عجز المسن على تغطية تكاليف العلاج والدواء، إذا كان مصابا بإحدى الأمراض وعجز أسرته على ذلك يؤدي إلى تفاقم المرض².

¹ - سمير عزوني، الوضعية الاقتصادية لكبار السن وعلاقتها بالعنف الموجه ضدهم، مجلة البشائر الاقتصادية

جامعة بشار، المجلد 6، 2020، الجزائر، العدد 1، ص411.

² - نفس المرجع السابق، ص413.

3-7- تأثير الوضع الاقتصادي على السلوك الصحي:

إن الذين ينتمون إلى الطبقات الاجتماعية والاقتصادية العليا يميلون إلى أن تكون خبرتهم بالأعراض الجسمية منخفضة، مع تقديرهم للصحة مقارنة بأفراد الطبقات الاجتماعية والاقتصادية الدنيا.

وقد قدم أحد التقارير الرئيسة اكتشافات عن الفروق الاجتماعية والناتج الصحية في المملكة المتحدة. وتمثلت النتيجة الرئيسة في أن أفراد الطبقات الاجتماعية الدنيا (مثل العمال اليدويين مهرة كانوا أو غير مهرة) أكثر عرضة للوفاة من الأفراد ذوي المكانة المهنية المرتفعة (مثل العمال المتخصصين أو الإداريين). وقد يرجع السبب إلى أن أفراد الطبقات الاجتماعية والاقتصادية المتدنية يقومون بالانتظار لفترات أطول سعياً للرعاية الصحية، وقد يعني هذا الانتظار أن فائدة العلاج أصبحت غير مجدية بسبب تقدم وتطور المرض، مما يؤدي إلى زيادة احتمالية طول البقاء في المستشفى¹.

وأشار "ألبيري" Albery و"مينافو" Munafو سنة 2008 إلى أنه على الرغم من وفرة التفسيرات المتنوعة التي وضحت تأثير الوضع الاقتصادي، فإن كثيراً من الباحثين المعاصرين وجدوا أن تأثير الوضع الاقتصادي على الصحة ليس ناتجاً عن علاقة مباشرة بينهما، وإنما هي علاقة غير مباشرة تتوسطها متغيرات سلوكية أو نفسية متعددة، مما يعني أن قد حان الأوان لاعتقاد الباحثين بأن سبب الاختلاف الصحي بين الأفراد المنتسبين لفئات اجتماعية مختلفة ليس اختلاف أوضاعهم الاجتماعية والاقتصادية، ولكن اختلاف الطرق والسلوكيات التي يتصرفون بها في بيئتهم الاجتماعية².

¹ - هناء احمد محمد شويخ، مرجع سابق، ص40.

² - نفس المرجع السابق، ص41.

المبحث الثالث: السلوكيات الصحية للمسنين في الجزائر حسب مشروع TAHINA:

1-تعريف بالمسح الانتقال الوبائي وتأثيره على الصحة في شمال إفريقيا (TAHINA):

مشروع TAHINA "الانتقال الوبائي وتأثيره على الصحة في شمال إفريقيا وهو مشروع بحثي يموله الاتحاد الأوروبي في إطار برنامج INCO "تأكيد الدور الدولي لأبحاث المجتمع".

ينطلق من مبدأ أن الانتقال الوبائي يتميز بالثبات أو عودة الظهور أمراض الماضي وتزايد المهم للأمراض المزمنة فيؤدي هذا إلى إشكالية التدخل الصحي التي سيتم إطلاقها على أرض الواقع.

الإجراءات التي اتخذها المعهد الوطني للصحة العامة في إطار مشروع TAHINA هي محاولات للاستجابة لتطوير توصيات الجهات الفاعلة في النظام الصحي المشاركة في إدارة هذا الانتقال.

التوصيات ما هي إلا مجتمعة مع غيرها من البيانات الصحية مستخرجة من مصادر أخرى، سوف تساهم في إعادة توجيه النظام الصحي ويعتبر جزء من الإصلاحات الصحية.

من أجل وضع استراتيجيات التدخل ، يقترح المشروع توضيح نوعين من التحليل التكميلي:

-خصائص الانتقال الوبائي ومحدداته وعواقبه

-تحليل تمثيل هذا الانتقال من قبل الجهات الفاعلة (السكان والمهنيين وصناع القرار) وتحليل الممارسات المتعلقة به.

الأهداف العامة للمشروع تهدف إلى:

- تعزيز قدرة الخدمات الصحية على إدارة المشكلات التي يطرحها تقدم الانتقال الوبائي من خلال استراتيجية شاملة ومتكاملة ومتعددة القطاعات .

- زيادة الاهتمام بالوقاية من الأمراض المزمنة غير السارية في جميع القطاعات المتأثرة بالتغيرات في أنماط الحياة¹.

2- المتابعة الطبية:

يستحسن أن يباشر الأفراد مكافحة شيخوختهم بإشراف الطبيب ذلك إن الإنسان لا يستطيع أن يحرز تقدماً طبياً كبيراً بمفرده مهما أوتي من الاحتياطات والقدرة الذاتية على تجنب ما يسهم في الإصابة به من الأمراض .

إذ يجب على كل من بلغ سن 45 سنة أن يجري في كل سنة مرة واحدة على الأقل فحصاً طبياً شاملاً لأنه كثيراً ماتختبئ وراء مظهر حسن الصحة أمراض خطيرة لا يشعر بها المصاب إلا بعد استفحال أمرها وفوات الأوان .. وهذا الفحص الطبي هو الذي يؤكد سلامة الجسم التامة ويزيد الثقة بالنفس والنشاط على العمل .

كما يجب أن يختار الطبيب أيضاً من الأشخاص المتقائلين الإيجابيين في الحياة ، وأن يكون له اطلاع على أمور الشيخوخة والإمكانات المتاحة لمكافحتها² .

كما يقوم الطبيب إلى جانب ذلك بشرح بعض الأنشطة الخاصة بالحياة اليومية مثل :

- طريقة تناول الأدوية التي يأمر الطبيب باستخدامها. ويجب ألا يعتمد

الطبيب في شرح هذه التعليمات والأوامر على الكلام والنصائح الشفوية التي

يوجهها إلى الشيخ ذلك لأن طبيعة الشيخوخة هي النسيان السريع .

- أن يحدد الطبيب للمسمن ما يجب إتباعه في الأسلوب الغذائي، والنصح

بالتحذير من المواد الضارة بالجسم مثل الدهون والتوابل والتبغ والخمر . وتتناول

الأغذية والوجبات الخفيفة كاللبن وعصير الفواكه .. الخ ومن الواجب أن يفهم كل شيخ

أن جسمه لم يعد بنفس المستوى من القوة كما كان الحال في شبابه ، وأنه يجب أن

¹ -Institut national de santé public, Transition epidemiologique et systme de santé (projet tahina), 2007,p 6.

² -هدى محمد قنوى، مرجع سابق، ص135.

يعامل برفق بحيث لا ترهق أجهزته .. فيجب الإقلاع عن الشراهة التي قد تصيب الجهاز الهضمي بأضرار بالغة كما تجلب أمراض القلب والدورة الدموية .

أن ينصح الطبيب المسن بالتمرس على عادات المشي وممارسة التمرينات الرياضية الخفيفة والحركات الجسمية المنظمة قرابة الساعة ولكن بغير أن يحس باضطراب في التنفس أو بأنه يلهث في المشي ، والمهم في هذه الرياضات كلها ليس هو العنف في أدائها أو إطالة مدة ممارستها حتى الشعور بالتعب والإرهاق ، بل المقصود هو تعاقب العمل والراحة طيلة مدة ممارستها . كما ينصح بتجنب الصعود إلى أماكن مرتفعة أو أن يكون المشي في أماكن وعرة أو الظلام.. فالمشي والحركة اليومية تضمن لأجهزة الجسم النشاط المناسب ، وذلك لأن العضو الذي لا يعمل يركن إلى الكسل ومن ثم إلى الذبول ، والمشى المنتظم يساعد على تنشيط أجهزة الهضم والدورة الدموية والرئتين وغير ذلك من أعضاء داخلية وخارجية ، ويحسن أن يكون موعد المشي قبيل الغروب بحيث يأوي الشيخ بعد ذلك إلى فراشه فيتمتع بنوم هادئ وعميق .

- أن ينصح الطبيب المسن بالنوم لفترة كافية وفي مكان متجدد الهواء بغير التعرض للتيار، وبغير أن تكون الحجرة شديدة الحرارة في الصيف أو شديدة البرودة في الشتاء، والتحكم في الملابس من حيث نوعها وسمكها، ثم من حيث نوع وسمك أغطية السرير.

- أن ينصح الطبيب المسن باتباع نظام معين للاستحمام والتردد على دورة المياه في مواعيد محددة ومنظمة وتعويد الأمعاء على تفريغ محتوياتها يوميا في وقت معين والأفضل أن يكون ذلك في الصباح مع ترك الوقت الكافي لنفسه لتفريغها .

وإتباع هذه الطرق لابد وأنها تؤدي إلى تحسن جسماني عند المسن ، ولكن يجب التنبيه إلى أن الشرط الأساسي اللازم لمكافحة الشيخوخة ، هو الصبر والمثابرة ، والأولى بمن تنقصه هذه الصفات أن يصرف النظر عن المكافحة وعلاج بؤادر

الشيخوخة لأن هذه الفحوص والمعالجات لن تفيده إلا إذا اقترنت بتعاون المسن ورغبته الصادقة في تحقيق أهدافها¹.

3- الحماية الغذائية الصحية:

تعتمد الشيخوخة الجيدة على قواعد الصحة الشخصية في الحياة، وتتصدر التغذية قائمة القواعد الصحية في حياة المسن. وإننا نعرف جيدا عن أهمية التغذية في حدوث الأمراض القلبية الوعائية، وفرط ضغط الدم الشرياني، والبدانة، وأمراض كثيرة أخرى. ولا بد أن يسهم الغذاء المتوازن في الوصول إلى شيخوخة جيدة.

جدول رقم(13): متوسط معدل الاستهلاك اليومي للمسنين في الجزائر حسب المسح الوطني لصحة 2005 TAHINA :

التغذية	النشويات	البروتينات	الدهون وسكريات	الفواكه	الخضر	السن
	3.83	1.12	2.62	0.53	0.76	64-60
	3.71	1.05	2.47	0.52	0.79	70-65

Source: enquête national de santé 2005 projet tahina p20.

يبين لنا الجدول ان فئة المسنين ما بين 60-64 سنة يستهلكون 3.83 حصص* من نشويات في اليوم مقابل 3.71 حصص في اليوم بنسبة لفئة المسنين ما بين 65-70 سنة وهي نسب مرتفعة جدا لان يستحسن استهلاك معدل 3 حصص في اليوم والإفراط في النشويات يؤدي إلى إرهاق غدة البنكرياس مما يؤدي إلى إفرازها للأنسولين بشكل كبير ينتج عنه السمنة ومرض السكري ويؤدي أيضا إلى حدوث ارتفاع في نسبة الكوليسترول الموجودة في الدم، مما ينتج عنه تصلب في الشرايين وارتفاع غير معتاد عليه لضغط الدم كما يؤدي إلى تعريض الشخص للإصابة بالأزمات القلبية بشكل كبير

¹- نفس المرجع السابق، ص137.

* حصة الطعام هي كمية محددة من الصنف الغذائي يمكن قياسها بالكوب او الاونصة او الغرامات او القطعة او الشريحة ويختلف ذلك من صنف الى آخر.

أما البروتينات فنجد فئة المسنين ما بين 60-64 سنة يستهلكونها بمعدل 1.12 حصص في اليوم وعند فئة المسنين ما بين 65-70 سنة يستهلكونها بمعدل 1.05 حصص في اليوم وهي نسب منخفضة لأنه يستحسن استهلاك البروتينات بمعدل 2 حصص في اليوم كما يعد نقص البروتينات بين المسنين من بين أحد العوامل التي تؤدي إلى تورم الجسم وفقر الدم وانخفاض المقاومة للأمراض المعدية وقد يرجع نقص البروتينات إلى ارتفاع ثمن اللحوم والأسماك واحتياجها للطهو وصعوبة مضغها بدون أسنان، أما بالنسبة للأغذية النباتية التي تحتوي على البروتينات فإنها تسبب الانتفاخ عند المسنين. ويحتاج الشخص العادي إلى 70 جراماً من البروتينات يومياً فإذا لم يمكن تقديمها مع الوجبات بصفة منتظمة فإنه يلزم تعويضها عن طريق تناول بودة اللبن منزوع الدسم أو أحد المستحضرات البروتينية الأخرى. وعند الأشخاص الذين يعانون من مشكلات في المضغ يمكن تقديم اللحم المفروم والبيض نصف المسلوق ومنتجات الألبان¹.

فيما يخص الدهون والسكريات فنجد استهلاكها حسب المسح عند فئة المسنين ما بين 60-64 سنة بمعدل 2.62 حصص في اليوم وعند فئة المسنين ما بين 65-70 سنة يستهلكونها بمعدل 2.47 حصص في اليوم وهي نسب مرتفعة جداً لأنه يستحسن استهلاك الدهون والسكريات بمعدل 1 حصة في اليوم وهذا ما يؤدي إلى إصابتهم بأمراض السكري والكوليسترول و تصبح الدهون أصعب هضماً مع تقدم العمر ويميل مستوى الكوليسترول في الدم إلى الارتفاع عند المسنين، ويمكن تقديم جزء من الدهون في صورة دهون غير مشبعة مثل الزيوت النباتية (فيما عدا زيت جوز الهند وزيت النخيل) حيث إنها تؤدي إلى خفض نسبة الكوليسترول في الدم وينصح بتناول من أربعين إلى خمسين جراماً من الدهون يومياً. والكمية كبيرة من كربوهيدرات في صورة بسكويتات وحلويات وكيك تمثل الجزء الأكبر من وجباتهم، ومثل هذه الوجبات تؤدي

¹د.سامي محمود، لاشيخوخة المبكرة، الدار المصرية لنشر والتوزيع، القاهرة، ط1، 1993، ص122.

إلى نقص البروتين وفقر الدم والإمساك نتيجة قلة نفايات الطعام، ويؤدي فقر الدم والإمساك إلى فقدان الشهية مما يزيد من سوء التغذية¹.

أما بما يخص الفواكه فنجد استهلاكها عند فئة المسنين ما بين 60-64 سنة بمعدل 0.53 حصة في اليوم وعند فئة المسنين ما بين 65-70 سنة يستهلكونها بمعدل 0.52 حصة في اليوم وهي نسب جد منخفضة لأنه يستحسن استهلاك الفواكه بمعدل 2 حصص في اليوم.

أما بنسبة الى الخضر فنجد استهلاكها عند فئة المسنين ما بين 60-64 سنة يستهلكونها بمعدل 0.76 حصة في اليوم وهي مرتفعة قليلا عند فئة المسنين ما بين 65-70 سنة يستهلكونها بمعدل 0.79 حصة في اليوم وهي معدلات جد منخفضة لأنه يستحسن استهلاك الخضر بمعدل 3 فقي اليوم.

ونقص الخضر والفواكه يؤدي إلى نقص الفيتامينات وخاصة مجموعة فيتامين «ب» المركب عند تناول وجبات غير متوازنة. وينصح بإعطاء أقراص متعددة الفيتامينات لتعويض هذا النقص .

في الأخير يمكن القول من خلال مشروع TAHINA أن المسنين في الجزائر يعانون من سوء التغذية ولديهم نقص فادح في البروتينات والخضر والفواكه وزيادة كبيرة في النشويات والدهون والسكريات لهذا يجعلهم عرضة لعدة أمراض كضغط الدموي الكولسترول السكري وهو ما يبينه الجدول السابق الأمراض المنتشرة عند المسنين، ويعود سوء التغذية الذي يعاني منه المسن في الجزائر إما للسلوكيات الغير الصحية في تناول الغذاء من جهة أو بسبب تدني القدرة الشرائية للكثير من المسنين خاصة في الآونة الأخيرة أين نجد ارتفاع كبير في الأسعار لاسيما أسعار الفواكه واللحوم بأنواعها مما يصعب على المسن اتخاذ سلوك غذائي صحي ومناسب لهذه المرحلة العمرية.

4- ممارسة الرياضة:

يزيد النشاط الرياضي القدرات الجسمية للشخص التي تترجم بقدرة رؤية أكبر، وبزيادة مقاومة الجسم. تضاف إلى تلك الميزة الجسمية البحتة التالية لممارسة نشاط رياضي،

¹ - نفس المرجع السابق، ص 123.

ميزة أخرى أخلاقية وفكرية تتمثل بإضافة قيمة جديدة إلى جسم المسن. وإنه لمن الواضح لشخص مارس الرياضة طوال حياته أنه ينبغي عليه متابعتها والاستمرار عليها حتى بعد 60 سنة وذلك وفقا لقدرته الجسمية. وينبغي طبقا تكيف الرياضة الممارسة مع القدرات الجسمية الجديدة للمسن، كما ينبغي دائما تفضيل رياضات التحمل على الرياضات العنيفة. تكون أنسب أنواع الرياضة لشخص لم يكن يوما رياضيا كبيرا تلك التي تسمح بممارسة معتدلة ومنتظمة. وتساعد الدراجة الهوائية أو السباحة، على سبيل المثال، على البدء بتمرين يناسب المسن، ويمكن إيقافه عند ظهور التعب واستئنافه لاحقا، ويمكن عندئذ متابعة التقدم المنجز بانتظام. ويشار إلى رياضات التحمل على وجه الخصوص عند ذكر عدد من الأمراض القلبية الوعائية والرئوية (فرط ضغط الدم الشرياني)، وأما في حال التهاب المفاصل التتكيسي، فيفضل بالطبع رياضات تكون فيها المفاصل من دون حمولة كالسباحة. في الحقيقة، تساعد السباحة، وإعادة التأهيل في حوض السباحة على تليين المفاصل، وتخفيف الآلام، وزيادة مقاومة المفاصل. ولبدء رياضة معينة، ينبغي على المسن التخلص من تحفظ مضاعف: تحفظه إزاء بدنه وإزاء صورته في المجتمع، وكذلك إزاء نشاط جديد مع ما يلازمه من قلق وخوف. توضح التجربة أن كل المسنين الذين نجحوا في التغلب على هذين العائقين شهدوا مزايا بدنية ونفسية بفضل ممارسة رياضية معتدلة ومنتظمة. إن الاعتدال والانتظام سمتان أساسيتان في كل ممارسة رياضية. يكون الاعتدال ضروريا؛ لتجنب تفاقم مرض مشارك، أو ظهور مرض جديد. كما أن الانتظام ضروري للحصول على مزية بدنية ناجمة عن زيادة القدرة الوظيفية لأجهزة الجسم المعنية¹.

¹- كريستوف دو جاجيه، طب الشيخوخة، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، ط2، 2008، ص114.

جدول رقم(14): النشاط البدني للمسنين في الجزائر حسب المسح الوطني لصحة

:TAHINA

رياضة السن	نشاط بدني معتدل	جالسا او مستلقي	القراءة الكمبيوتر وتلفاز
64-60	101.85	1061.6	64.41
70-65	102.64	1035.43	56.46

Source: enquête national de santé 2005 projet tahina p20.

جدول يبين ممارسة النشاط البدني معتدل يمارسونه فئة المسنين ما بين 60-64 سنة ب 101.85 دقيقة في اليوم وهذا نشاط فيه جهد معتدل عند فئة المسنين ما بين 70-65 سنة ب 102.64 دقيقة في اليوم أما بما يخص الجلوس أو الاستلقاء عند فئة المسنين ما بين 60-64 سنة قدرت 1061.6 دقيقة أي ما يعادل 17 ساعة في اليوم مقابل 1035.43 دقيقة في اليوم أي ما يعادل 17 ساعة عند فئة المسنين ما بين 70-65 سنة أما بما يخص القراءة والكمبيوتر وتلفاز قدرت متوسط المدة التي يقتضيها المسن عند الفئة العمرية 60-64 سنة ما يقارب ب 64.41 دقيقة في اليوم مقابل 56.46 دقيقة في اليوم عند فئة المسنين ما بين 70-65 سنة.

من خلال نتائج المسح يتضح ان المسنين في الجزائر يعانون من خمول بدني ونقص الرياضة فأغلبهم يقضون وقتهم في الجلوس أو الاستلقاء وعموما فإن قلة النشاط أو الراحة لفترات طويلة لا يتناسبان مع طبيعة الجسم وأنسجته لأن هذا يؤدي إلى نوع من الصداً يحتاج أنسجة الجسم كلها ويعرضها للإصابة بالاضطرابات الوظيفية والأمراض المختلفة، فقلة الحركة عند المسن تتعرض فيها أنسجة الجسم وأعضائه إلى حالة من الضمور ،فقد وجد أن العضلات تضمّر إلى 60 ٪ من حجمها عند بلوغ المسن الستين من عمره إذا ما قورنت بحجمها عند الثلاثين من العمر. كما يضمّر حجم الكبد إلى 50% وكذلك تعاني الكلى من الشيء نفسه بل والمخ نفسه.

إن فالراحة عند كبر السن مرض هذا لأشك فيه ويعد نشاط العضلي عند المسنين هو الوسيلة الوحيدة التي بإمكانها أن توقف ضمور الأنسجة بل وبإمكانها تأخير عملية الشيخوخة بالجسم من خلال تحسين أداء الدورة الدموية وتنشيط استفاضة خلايا الجسم من الأوكسجين والعناصر الغذائية المختلفة¹.

5- تجنب السلوكيات السامة (التدخين والكحول):

يعد التدخين بالدرجة الأولى مشكلة من مشاكل العصر حيث تتواجد فيه مواد تؤثر على الجسم وأهمها النيكوتين، وهو مادة قلوية لها رائحة، وتذوب في الكحول والماء، يعتبر من أكثر المواد القلوية إحداثا للسمية، حيث لو حقنت مادة السيجارة وريدية لكانت قاتلة، في البداية يؤثر النيكوتين على الجهاز العصبي وخصوصا الجملة العصبية محدثة إحباط أو تثبيطة لها، أيضا يؤثر على الجهاز التنفسي ومراكز التقية ناهيك عن المواد الأخرى مثل القطران، غازات الكربون، مادة الرصاص وبعض المواد المشعة².

أثبتت الدراسات بالبرهان القاطع عام 1950 بأن للتدخين علاقة بالإصابة السرطانية، وبناء عليه صدر قانون عام 1965 سمي قانون اللصق، حيث يلزم شركات التبغ بوضع تحذير طبي يطبع على كل علبة سجائر يبين هذا الأثر.

جدول رقم(15): استهلاك التبغ والكحول عند المسنين في الجزائر حسب المسح

الوطني لصحة (TAHINA)

س.س. السن	المدخن احيانا	المدخن اليومي	متوسط استهلاك عدد سجائر يوميا	استهلاك التبغ ترشق	استهلاك الكحول
64-60	11.81	93.91	14.58	11.43	5.47
70-65	8.97	89.97	13.03	13.73	7.92

Source: enquête national de santé 2005 projet tahina p20.

¹-سامي محمود، مرجع سابق، ص128.

²-احمد محمد بدح، ايمن سليمان مزاهرة، زين حسن بدران، الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، بدون سنة، ص115.

يبين لنا هذا الجدول أن المسنين الذين يدخنون في أوقات معينة تبلغ نسبتهم 11.81% عند فئة المسنين ما بين 60-64 سنة مقابل 8.97% عند فئة المسنين ما بين 65-70 سنة أما بما يخص المدخنين اليوميين فقد بلغت النسبة 93.91% عند فئة المسنين ما بين 60-64 سنة وبلغت 89.97% عند فئة المسنين ما بين 65-70 سنة.

فئة المسنين ما بين 60-64 سنة يستهلكون بتقريب 15 سجارة في اليوم وأما فئة المسنين ما بين 65-70 سنة يستهلكون 13 سجارة في اليوم أما بما يخص استهلاك التبغ الترشق فقد بلغت نسبة 11.43% عند فئة المسنين ما بين 60-64 سنة وهي مرتفعة نوعا ما عند فئة المسنين ما بين 65-70 سنة حيث بلغت 13.73%

أما بنسبة للكحول فقد بلغت نسبة الاستهلاك 5.47% عند فئة المسنين ما بين 60-64 سنة وهي مرتفعة عند فئة المسنين ما بين 65-70 سنة حيث بلغت 7.92% خلاصة القول أن المسنين في الفئة العمرية ما بين 60-64 سنة يدخنون أكثر من الفئة العمرية 65-70 سنة والعكس بنسبة إلى استهلاك تبغ ترشق والكحول نجد فئة المسنين ما بين 65-70 سنة يستهلكون أكثر من فئة المسنين ما بين 60-64 سنة ولكن تبقى هذه السلوكيات السامة سواء كانت قليلة أو مرتفعة فهي مضرّة بالصحة حيث ينتج عن التدخين غاز أول اوكسيد الكربون مما يقلل من قدرة الدم على حمل الأوكسجين وبالتالي تزداد سرعة التنفس واجهاد عند القيام بالأعمال الخفيفة في بعض الأحيان.

وكما يؤدي التدخين أيضا إلى زيادة العبء على القلب مما يزيد من عدد ضربات القلب، تضيق في الأوعية الدموية، زيادة ضغط الدم وفي حال كان المدخن مدمنًا على المأكولات الدهنية و الكوليسترول فإنه من الممكن أن يدخل في مرحلة تصلب الشرايين وما يتبعها من مشاكل سواء حدوث الجلطة أو الإغلاق التام للشرايين، ويؤدي أيضا إلى تثبيط الشهية للأكل حيث يقلل من تقلصات المعدة ويسبب زيادة في سكر الدم

وهنا تكمن خطورة حدوث مشاكل سكري في حال كان المدمن ذو سمنة زائدة مع اضطرابات غدية مرافقة، كما يؤدي التدخين إلى تراكم المخاط والشوائب في القصبة الهوائية ويؤدي القطران أيضا وتحديدا إلى تغليف الرئتين مسببة السرطان الرئوي¹. وتبقى هذه السلوكيات السامة مضرّة لصحة وتجعل المسن عرضة لعدة أمراض التي تسبب له عدة مشاكل في حياته اليومية.

الخلاصة:

لقد تناولنا في هذا الفصل تعريف السلوك الصحي وأنماط وأهداف السلوك الصحي كما تعرفنا على بعض السلوكيات الصحية للمسنين في الجزائر حسب مشروع (TAHINA) ورأينا كيف تؤثر العوامل الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية على السلوكيات الصحية.

¹ - نفس المرجع السابق، ص116.

الفصل السادس: خصائص أفراد العينة

تمهيد

المبحث الأول: الخصائص الديمغرافية لأفراد العينة

المبحث الثاني: الخصائص الصحية لأفراد العينة

المبحث الثالث: الخصائص السوسيو اقتصادية لأفراد العينة

الاستنتاج

تمهيد

بعدما تطرقنا إلى الجانب النظري لموضوع دراستنا توصلنا إلى أن السلوكيات الصحية للمسن تتأثر بالتغير الذي حدث في الأوضاع الديموغرافية والصحية والاجتماعية والاقتصادية، وهذا ما سوف نحاول التأكد منه من خلال دراستنا الميدانية هذه. وقبل البدء في تقديم وتحليل جداول فرضيات الدراسة يجدر بنا أولاً التطرق إلى أهم خصائص العينة المدروسة المتمثلة في المتغيرات الأساسية والتي سوف تتكرر أثناء الدراسة الميدانية خاصة وان مجتمع بحثنا يتميز بخصائص ديموغرافية وصحية واجتماعية واقتصادية تجعله محل اهتمام ودراسة وهذه الخصائص سوف نستعرضها من خلال ثلاث مباحث أساسية المبحث الأول يتعلق بالخصائص الديموغرافية لأفراد العينة والمبحث الثاني يتعلق بالخصائص الصحية لأفراد العينة أما المبحث الثالث والأخير يتعلق بالخصائص الاجتماعية والاقتصادية لأفراد العينة.

المبحث الأول: الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة:

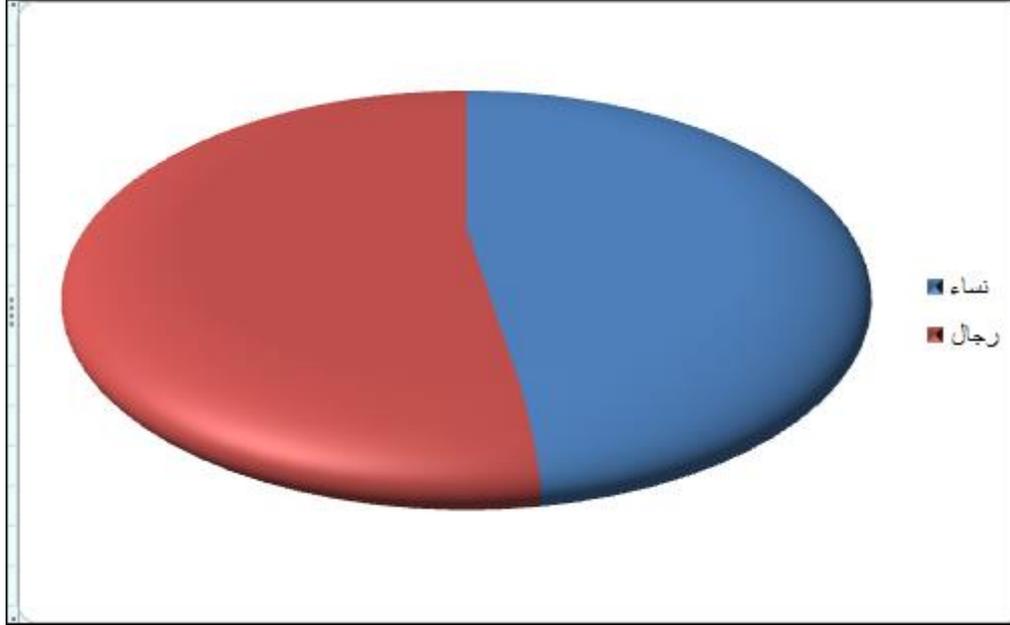
الجدول رقم(16): توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	التكرار	النسبة%
رجال	105	52.5
نساء	95	47.5
المجموع	200	100

يتبين لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه أن المبحوثين من جنس الرجال بلغ نسبة 52.5% مقابل 47.5% من جنس النساء، حيث يعتبر هذا تصنيف ليس تمثيلي بالنسبة لتوزيع الحقيقي لهذه الفئة، حيث بين تعداد 2008 أن نسبة المسنين الذين تجاوزوا 60 سنة بالنسبة لرجال قدرت بنسبة 49.61% مقابل 50.39% بالنسبة

لنساء ويعود هذا إلى طول أمل الحياة عند النساء مقارنة بالرجال الذين ترتفع عندهم مخاطر الموت.

الشكل رقم (1): شكل دائري يمثل توزيع أفراد العينة حسب الجنس



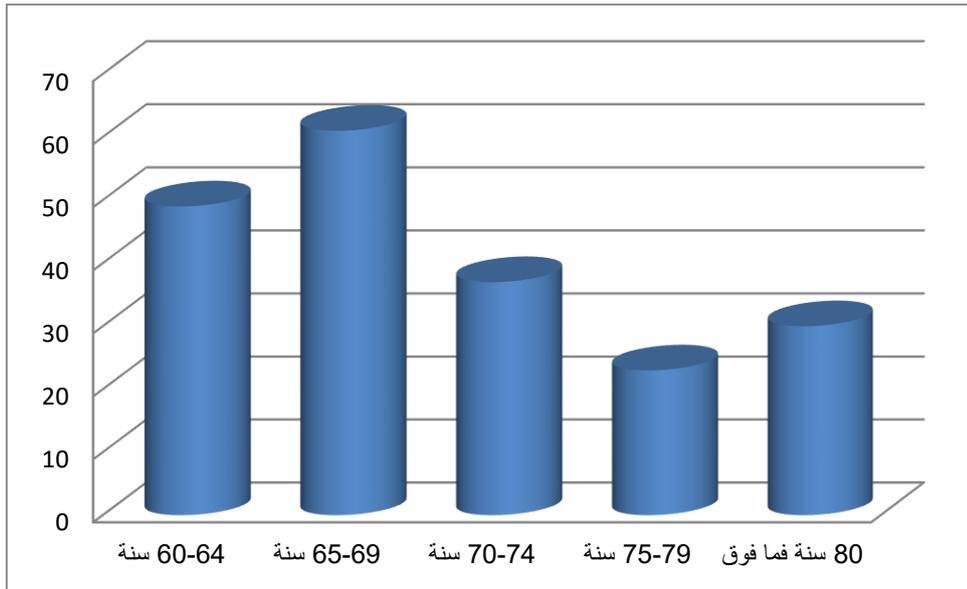
الجدول رقم (17): توزيع افراد العينة حسب فئات السن

النسبة %	التكرار	فئات السن
24.5	49	64-60 سنة
30.5	61	69-65 سنة
18.5	37	74-70 سنة
11.5	23	79-75 سنة
15	30	80 سنة ما فوق
100	200	المجموع

يتضح لنا من خلال الجدول أن أكبر نسبة نجدها عند المبحوثين الذين يتركزون في الفئة العمرية 69-65 سنة بنسبة 30.5% ثم تليها الفئة العمرية 64-60 سنة بنسبة 24.5% ثم الفئة العمرية 74-70 سنة بنسبة 18.5% ثم تليها الفئة العمرية 80 سنة

فما فوق بنسبة 15% و في الأخير نجد اقل نسبة سجلت عند الفئة العمرية 75-79 سنة وذلك بنسبة 11.5%. وتفسر هذه النسب أن كلما كبر الإنسان قلت حركته ويفضل البقاء في المنزل أكثر. لهذا لم يتم استجواب إلا عدد قليل من المسنين البالغين أكثر من 70 سنة. ويعود أيضا إلى التوزيع الطبيعي للسكان، حيث نلاحظ أن كلما زاد الإنسان في العمر كلما تناقصت حجم تلك الفئة بسبب الوفاة وهذا ما يبينه الهرم السكاني، حيث كلما اتجهنا نحو قمة الهرم يكون أكثر حدة في هذه الفئات الهرمة في السن.

الشكل رقم (2): أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب فئات السن



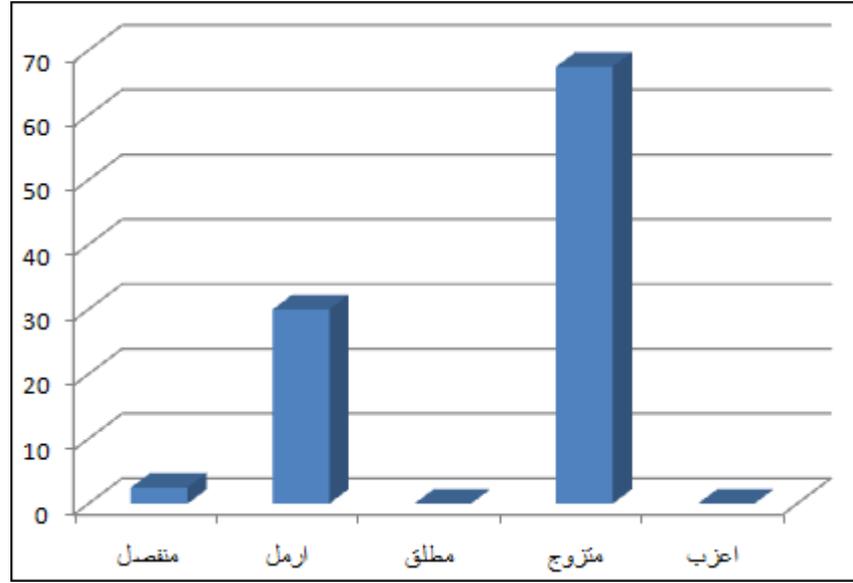
الجدول رقم (18): توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية

الحالة المدنية	التكرار	النسبة %
اعزب	-	-
متزوج	131	65.5
مطلق	-	-
ارمل	62	31
منفصل	7	3.5
المجموع	200	100

توضح لنا النسب مبينة في الجدول أن اكبر نسبة من المبحوثين متزوجين وذلك بنسبة 65.5% بينما سجلنا انخفاض في بقية النسب او انعدامها حيث سجلنا 31% من المبحوثين أرامل وتوجد نسبة قليلة من المبحوثين حالتهم مدنية منفصلين ومن باب الصدفة لا يوجد العزاب ولا المطلقين في عينتنا.

وهذا ما يبين لنا أن نسبة كبيرة من المبحوثين يعيشون حياة أسرية مستقرة ويتمتعون بالسند الاجتماعي الذي يعتبر مصدر تعزيز للصحة وهذا ما يساعدهم على انتهاج سلوك صحي خاصة من طرف شريك الحياة الذي يقدم له الدعم المعنوي والنصائح لانتهاج سلوك صحي سليم مقارنة بالأشخاص الذين فقدوا شريك حياتهم إما عن طريق الترمل أو الانفصال ونشير هنا أن أغلبية المبحوثين الأرامل هن نساء وهذا راجع إلى سببين، السبب الأول سوسيولوجي وهو راجع أن في مجتمعنا الرجال لديهم حظوظ في زواج آخر أكثر من نساء في حالة ترمل والسبب ثاني ديموغرافي وهو أن نساء يعيشن أكثر من رجال لهذا المترملات نخدم أكثر من المترملين.

الشكل رقم (3): أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية:



الجدول رقم (19): توزيع أفراد العينة حسب سن عند الزواج الأول

السن	التكرار	النسبة (%)
19-15 سنة	87	43.5
20-24 سنة	44	22
25-29 سنة	50	25
30-34 سنة	19	9.5
المجموع	200	100

يتبين لنا من خلال الجدول أن أكبر نسبة نجدها عند المبحوثين الذين تزوجوا في الفئة العمرية 19-15 سنة وذلك بنسبة 43.5% ثم تليها الفئة العمرية 25-29 سنة بنسبة 25% و ثم الفئة العمرية 20-24 سنة بنسبة 22% وتوجد نسبة ضئيلة من المبحوثين الذين تزوجوا في الفئة العمرية 30 سنة فما فوق بنسبة 9.5%

استنادا على القراءة الإحصائية السابقة نستنتج أن أغلبية المبحوثين عرفوا زواج مبكر وهو نمط الزواجي السائد في الجزائر في فترة السبعينات والثمانينات وراجع أيضا إلى

عدم وجود شروط تعجيزية لزواج كما هو عليه الحال الآن كما يعود أيضا إلى التغير الاجتماعي كتغير الذهنيات في اختيار شريك الحياة.

الجدول رقم (20): توزيع أفراد العينة حسب عدد الأبناء

عدد الأبناء	التكرار	النسبة (%)
3-1	55	27.5
6-4	70	35
7 فما فوق	75	37.5
المجموع	200	100

يتبين لنا من خلال الجدول أن أكبر نسبة نجدها عند المبحوثين الذين يتراوح عدد أبنائهم من 7 فما فوق وذلك بنسبة 37.5% ثم يليها المبحوثين الذين يتراوح عدد أبنائهم ما بين 4-6 بنسبة 35% وأما المبحوثين الذين يتراوح عدد أبنائهم ما بين 3-1 أبناء فبلغت نسبتهم 27.5%. ومن هذا نستنتج أن أغلبية المبحوثين يتميزون بكثرة الإنجاب وهذا راجع لزواج المبكر كما لاحظناه في الجدول السابق وراجع أيضا أن الجزائر عرفت أكبر معدلات الإنجاب في فترة السبعينات والثمانينات.

الجدول رقم (21): توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة

البلدية	التكرار	النسبة (%)
الجزائر الوسطى	58	29
سيدي محمد	57	28.5
المدنية	71	35.5
المرادية	14	7
المجموع	200	100

يتضح لنا من خلال الجدول السابق أن أكبر نسبة نجدها عند المبحوثين الذين يقيمون في بلدية المدنية بنسبة 35.5% و بنسبة اقل عند المبحوثين الذين يقيمون في بلديتي الجزائر الوسطى و سيدي محمد بنسبة 29% و 28.5% على التوالي ويوجد نسبة

ضئيلة من المبحوثين الذين يقيمون في بلدية المرادية حيث بلغت نسبتهم 7% فقط حيث تعتبر كل هذه بلديات منطقة حضرية وهذا راجع إلى الميدان الذي اخترناه وهو دائرة سيدي امحمد.

المبحث الثاني: الخصائص الصحية لأفراد العينة:

الجدول رقم (22): توزيع أفراد العينة حسب الإصابة بمرض ما

الإصابة بمرض ما	التكرار	النسبة (%)
نعم	140	70
لا	60	30
المجموع	200	100

يتبين لنا من خلال معطيات الجدول السابق أن أغلبية المبحوثين يعانون من مرض وذلك بنسبة 70% وبلغت نسبة المبحوثين الذين هم في صحة جيدة ولا يعانون من أي مشاكل صحية حسب تصريحاتهم نسبة 30%. ومن هذه القراءة الإحصائية يتبين أن أكثر من ثلثي المبحوثين يعانون من المشاكل الصحية وهذا ما هو معروف عند هذه الفئة خاصة في هذه المرحلة العمرية، حيث يزيد احتمال إصابتهم بالأمراض مختلفة خاصة المزمدة مقارنة بالفئات العمرية الأخرى.

الجدول رقم (23): توزيع أفراد العينة حسب عدد الأمراض الذين يعانون منها

عدد الأمراض	التكرار ك	النسبة %
1	41	29.3
2	29	20.7
3	18	12.8
4	26	18.6
أكثر من 5	26	18.6
المجموع	140	100

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن هناك 29.3% من المبحوثين يعانون من مرض واحد وهناك نسبة 20.7% يعانون من مرضين ونسبة 12.8% الذين يعانون من 3 أمراض ونسبة 18.6% الذين يعانون من 4 أمراض و أكثر من 5 أمراض

الجدول رقم (24): يبين أنواع الأمراض الذين يعانون منها أفراد العينة

نوع المرض	التكرار	النسبة (%)
الروماتيز والمفاصل	74	52.85
السكري	81	57.85
ضغط الدم	100	71.43
القلب والأوعية	43	30.71
أمراض المتصلة بالرئة	26	18.57
أمراض الجهاز الهضمي	41	29.28
آخر	25	17.9

يتضح لنا من خلال الجدول المبين أعلاه المتمثل في نسبة الإصابة بالأمراض الذين يعانون منها 140 من أفراد العينة أن مرض ضغط الدم أكثر انتشارا وسط المبحوثين بنسبة 71.43% ثم يليه مرض سكري بنسبة 57.85% ونلاحظ أيضا أن 52.85% من المبحوثين يعانون من الروماتيز والمفاصل مقابل 30.71% يعانون من الأمراض القلب والأوعية و 29.28% يعانون من أمراض جهاز الهضمي وفي الأخير نجد 18.57% من المبحوثين يعانون على توالي من الأمراض المتصلة بالرئة وأمراض أخرى

الجدول رقم (25): توزيع أفراد العينة حسب مدة بداية الإصابة

النسبة %	التكرار	مدة بداية الإصابة
13.57	19	0-4 سنوات
45	63	5-9 سنوات
7.86	11	10-14 سنة
33.57	47	أكثر من 15 سنة
100	140	المجموع

يتضح لنا من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين أصيبوا بالمرض خلال 5-9 سنوات الماضية بنسبة 45% ثم تليها نسبة المبحوثين الذين أصيبوا بالمرض خلال 15 سنة الماضية بـ 33.57% ثم تليها نسبة المبحوثين الذين أصيبوا بالمرض خلال 4 سنوات الماضية وما بين 10-14 سنة الماضية بنسب منخفضة، حيث بلغت 14.3% و 7.1% على التوالي.

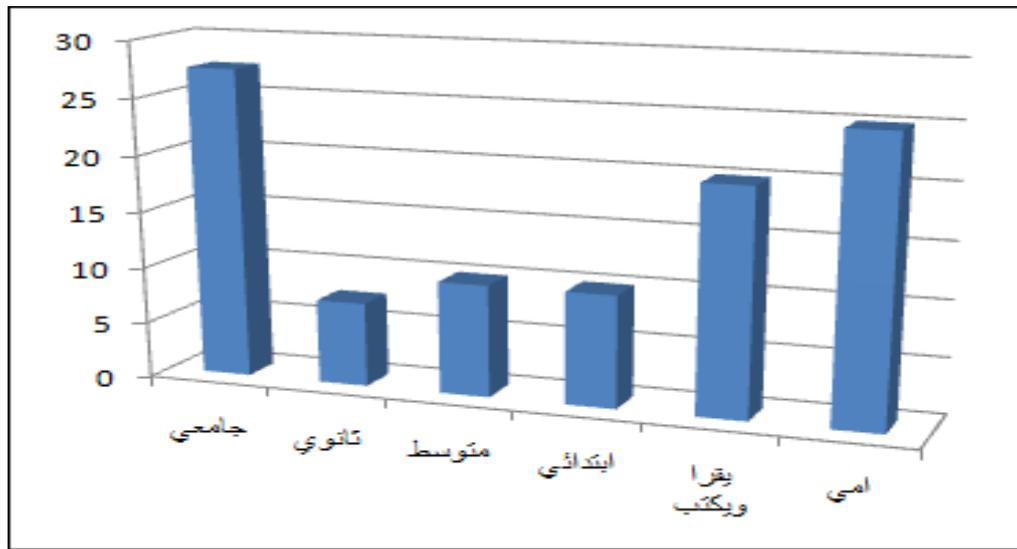
المبحث الثالث: خصائص السوسيواقتصادية لأفراد العينة:

الجدول رقم (26): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

النسبة (%)	التكرار	المستوى التعليمي
25	50	أمي
20	40	يقرا ويكتب
10	20	ابتدائي
10	20	متوسط
7.5	15	ثانوي
27.5	55	جامعي
100	200	المجموع

يتبين لنا من خلال الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثين لديهم مستوى جامعي بنسبة 27.5% ثم تليها نسبة الأمية بـ 25% ثم نسبة 20% من المبحوثين الذين يعرفون القراءة والكتابة ثم تليها نسبة المبحوثين ذوي المستوى الابتدائي والمتوسط بـ 10% وفي الأخير نجد مستوى ثانوي بنسبة 7.5%. وتفسر هذه نتائج بالنسبة الارتفاع المستوى الجامعي إلى تواجد المبحوثين في المنطقة الحضرية فكانت لهم الفرصة في التعليم لتوفر المؤسسات التعليمية، وارتفاع نسبة الأمية والقراءة والكتابة فقط هذا راجع إلى تلك ظروف التي عاشوها في بداية حياتهم في ظل الاستعمار الذي عمل على قهرهم وحرمانهم من الالتحاق بالمدارس خاصة في ذلك الوقت لم يكونوا يسكنون في المناطق الحضرية فكان المحظوظ فيهم يتلقى تعليم القرآن في زوايا.

الشكل رقم (4): أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

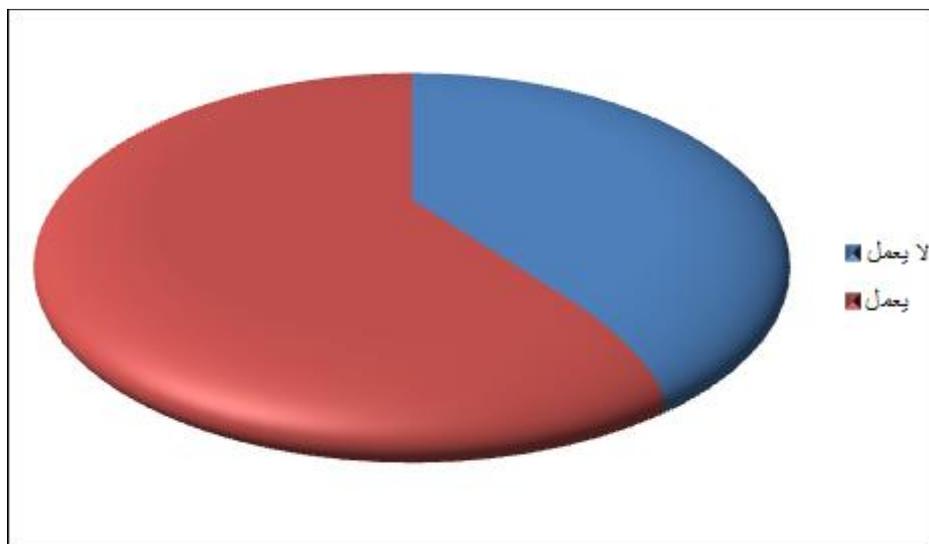


الجدول رقم (27): توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية في السابق

هل كنت تشغل	التكرار	النسبة %
نعم	127	63.5
لا	73	36.5
المجموع	200	100

يتبين لنا من خلال معطيات الجدول السابق أن أغلبية المبحوثين كانوا يعملون في السابق بنسبة 63.5% مقابل 36.5% من المبحوثين الذين لا يشتغلون في سابق ونلاحظ أن أغلبية الذين لا يشتغلون هم نساء وهذا راجع الى أن المرأة في تلك الفترة توجه إلى الحياة المنزلية وتقضى من الحياة العملية.

الشكل رقم (5): دائرة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية في السابق



الجدول رقم (28): توزيع أفراد العينة حسب نوع المهنة الممارسة سابقا

نوع المهنة	التكرار	النسبة %
عامل	38	29.9
موظف	53	41.7
إطار متوسط	10	7.9
إطار عالي	14	11.1
مهنة حرة	6	4.7
مهنة حرة راقية	6	4.7
المجموع	127	100

من خلال الجدول يتبين لنا أن أكبر نسبة نجدها عند المبحوثين الذين يعملون كموظفين وذلك بنسبة 41.7% ثم تليها نسبة عاملين اليوميين بنسبة 29.9% ثم نسبة المبحوثين الذين يشتغلون كإطار عالي ومتوسط بنسبة 11.1% و 7.9% على التوالي ثم نسبة المبحوثين الذين يشتغلون في مهنة حرة ومنة حرة راقية بنسب متساوية 4.7%.

الجدول رقم (29): توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري

النسبة (%)	التكرار	الدخل الشهري
33.5	67	25000-15000
21.5	43	35000-25000
18	36	45000-35000
27	54	اكتر من 45000
100	200	المجموع

نلاحظ من خلال معطيات الجدول السابق ان نسبة 33.5% من المبحوثين يتقاضون ما بين 15000 - 25000 دج ونسبة 27% يتقاضون أكثر من 45000 دج ونسبة 21.5% يتقاضون ما بين 35000-25000 دج وقل نسبة 18% سجلت عند المبحوثين الذين يتقاضون ما بين 45000-35000 دج .

الجدول رقم (30): توزيع أفراد العينة حسب نوع المسكن

النسبة (%)	التكرار	نوع المسكن
12.5	25	فيلا
60	120	شقة
27.5	55	بيت تقليدي
100	200	المجموع

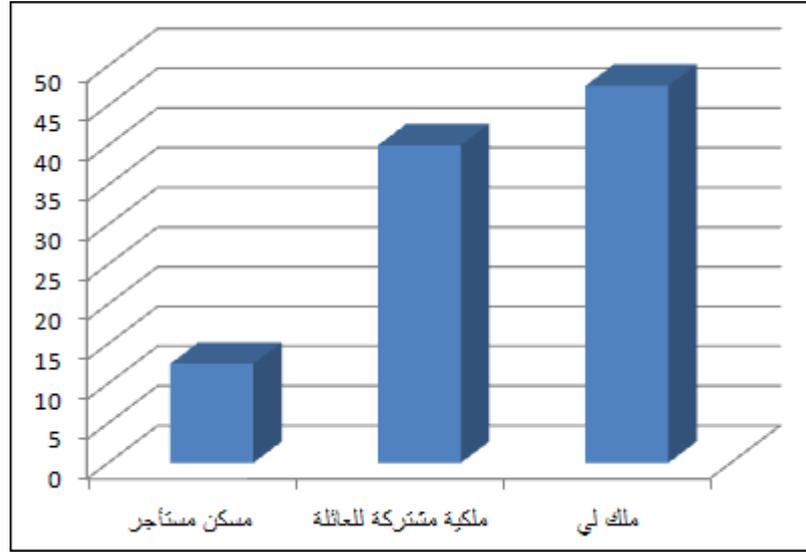
يتبين من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين يسكنون في شقة بنسبة 60% ثم يليها المبحوثين الذين يقطنون البيوت التقليدية بنسبة 27.5% وفي الأخير نجد المبحوثين الذين يسكنون في فيلا بنسبة 12.5% ويعتبر المسكن هو المكان الذي يعتاد فيه الفرد أن يبيت فيه ويقضي معظم أوقاته فإذا كان ضيق أو غير لائق فهذا يولد الضغط والقلق والتوتر بالنسبة للفرد، مما يؤثر على سلوكه الصحي وصحته ككل خاصة عند المسنين الذين في هذه المرحلة يعيشون ضغوطات واضطرابات القلق ونفسية تتزايد من حدتها في غياب مسكن لائق.

الجدول رقم (31): توزيع أفراد العينة حسب نوعية ملكية المسكن

النسبة (%)	التكرار	نوعية ملكية المسكن
46	92	ملك خاص
40.5	81	ملكية مشتركة للعائلة
13.5	27	مسكن مستأجر
100	200	المجموع

يتضح لنا من خلال الجدول السابق أن أكبر نسبة سجلت عند المبحوثين الذين يمتلكون مسكن خاص بهم وذلك بنسبة 46% ثم تليها فئة المبحوثين الذين يمتلكون المسكن ملكية مشتركة للعائلة بنسبة 40.5% و أقل نسبة سجلت عند المبحوثين الذين يمتلكون المسكن المستأجر بنسبة 13.5% .

الشكل رقم (6): أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب نوع ملكية المسكن



الاستنتاج:

بعد ما استعرضنا أهم الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والصحية والسوسيو اقتصادية لأفراد عينتنا المتكونة من 200 مبحوث استخلصنا مجموعة من نتائج وهي كالاتي:

أن أغلبية المبحوثين من جنس رجال بنسبة 52.5% مقابل 47.5% من جنس النساء وان أغلبية المبحوثين يتمركزون في فئة 65-69 سنة بنسبة 30.5% مقابل 24.5% بالنسبة لفئة 60-64 سنة و 17.5% بالنسبة للفئة العمرية 70-74 سنة و 11.5% بالنسبة للفئة العمرية 75-79 سنة و 15% بالنسبة 80 سنة فما فوق وتبين أيضا أن أغلبية المبحوثين متزوجين بنسبة 65.5% مقابل 31% أرامل معظمهم من جنس نساء ويوجد 3.5% وهم في حالة انفصال كما أن معظم المبحوثين عرفوا زواج مبكر بنسبة 43.5% ووجدنا أن أغلبية المبحوثين عدد أبناءهم من 7 أبناء فما فوق وذلك بنسبة 37.5% وهذا راجع لزواجهم المبكر كما رأيناه سابقا.

أما فيما يخص الخصائص الصحية للمبحوثين فهناك 70% منهم يعانون من الأمراض مقابل 30% من المبحوثين الذين لا يعانون من مرض ولاحظنا أيضا أن أغلبية المبحوثين يعانون من مرض واحد بنسبة 29.29% مقابل 20.71% من مرضين و 12.86% يعانون من 3 أمراض و 18.57% يعانون من 4 أمراض وأكثر من 5 أمراض.

ووجدنا أيضا أن أكثر الأمراض المنتشرة وسط المبحوثين هو مرض ضغط الدم بنسبة 71.43% ثم يليه مرض سكري بنسبة 57.85% ومرض روماتيزم والمفاصل بنسبة 52.85% .

أما فيما يخص المستوى التعليمي فوجدنا أن أكبر نسبة من المبحوثين لديهم مستوى جامعي بنسبة 27.5% ثم تليها نسبة الأمية بـ 25% ثم نسبة القراءة والكتابة بنسبة 20% ثم تليها نسبة المستوى الابتدائي والمتوسط بنسبة 10% وفي الأخير نجد مستوى ثانوي بنسبة 7.5%. وفيما يخص الحالة المهنية في السابق نجد أن نسبة 63.5% من المبحوثين يعملون مقابل نسبة 36.5% من المبحوثين لا يعملون، و أغليبتهم نساء وهذا راجع لتلك الفترة الزمنية وهي أن المرأة تبقى مأكثة بالبيت. وأما فيما يخص نوع المهنة فلقد وجدنا أن أغلبية المبحوثين يعملون كموظفين بنسبة 44.8% ثم تليها نسبة العاملين اليوميين بنسبة 25.2% ثم نسبة المبحوثين الذين يشتغلون كإطار عالي ومتوسط بنسبة 11.7% و 8.3% على التوالي ثم نسبة المبحوثين الذين يشتغلون في مهنة حرة ومهنة حرة راقية بنسب متساوية 5%. ولاحظنا أن أغلبية المبحوثين لديهم تقاعد بالنسبة 66.7% مقابل 33.3% لا يمتلكون تقاعد. وتتراوح نسبة دخل المبحوثين الذين يتقاضون 45000 دج فأكثر بنسبة 33.91% ونسبة 26.96% يتقاضون ما بين 35000-45000 دج ونسبة 22.61% يتقاضون ما بين 25000-35000 دج ونسبة 16.52% يتقاضون ما بين 15000-25000 دج.

أما فيما يخص نوع المسكن للمبحوثين فنجد ان أغلبيتهم يسكنون في شقق بنسبة 60% مقابل 27.5% في البيوت التقليدية و12.5% في فيلا. أما فيما يخص ملكية المسكن أن أغلبية المبحوثين لا يملكون المسكن، حيث نجد 40.5% ملكية مشتركة مع العائلة و13.5% مسكن مستأجر مقابل 46% ملكية خاصة، وهذا يعود لكون أن أغلبية المبحوثين لديهم مستوى معيشي ودخل شهري متوسط.

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها
على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

تمهيد

المبحث الأول: تأثير نوع الجنس عند المسن على سلوكياته
الصحية.

المبحث الثاني: تأثير السن عند المسن على سلوكياته الصحية.

المبحث الثالث: تأثير الحالة المدنية عند المسن على سلوكياته
الصحية.

استنتاج الفرضية الأولى

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

تمهيد:

ان المسن مع مرور زمن وتقدمه في العمر تطراً عليه عدة تغيرات بيولوجية وعادة التدهور الجسمي في البناء الوظيفي ويعتري كل الأجهزة الفيزيولوجية والبيولوجية والصحية والفكرية، كل هذا يؤثر على السلوكيات الصحية للمسن، وهذا ما سنحاول أن نراه من خلال تحليل الفرضية التالية.

الفرضية الأولى: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

مؤشرات المتغير المستقل (الخصائص الديموغرافية)

• الجنس

• السن

• الحالة المدنية

مؤشرات المتغير التابع (السلوكيات الصحية)

• المتابعة الطبية المنتظمة

• المدة المستغرقة لزيارة الطبيب

• القيام بالتحاليل الطبية

• قياس ضغط الدم

• قياس نسبة السكر في الدم

• إتباع الحمية الغذائية

• ممارسة الرياضة

• عدد ساعات النوم الكافية في اليوم

المبحث الأول: تأثير نوع الجنس عند المسن على سلوكياته الصحية.

الجدول رقم (32): علاقة بين الجنس والمتابعة الطبية المنتظمة:

المجموع		لا		نعم		المتابعة الطبية الجنس المنتظمة
		ك	%	ك	%	
100	105	37.1	39	62.9	66	ذكر
100	95	22.1	21	77.9	74	أنثى
100	200	30	60	70	140	المجموع

يظهر لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يتابعون الفحوصات الطبية بانتظام وذلك بنسبة 70% مقابل نسبة 30% لا يقومون بفحوصات طبية بانتظام.

وبإدخالنا متغير الجنس كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على المتابعة الطبية بانتظام فتبين لنا أن نسبة 77.9% من المبحوثين إناث يتابعون فحوصات الطبية بانتظام مقابل نسبة 22.1% من المبحوثين إناث لا يتابعون فحوصات الطبية بانتظام.

أما بنسبة للمبحوثين ذكور فقد تبين أن نسبة 62.9% يتابعون الفحوصات الطبية بانتظام مقابل نسبة 37.1% لا يتابعون الفحوصات الطبية بانتظام.

وعند حسابنا قيمة معامل اختبار استقلالية الظواهر المحسوبة التي قدرت قيمتها 4.68 وذلك عند درجة الحرية 1 ومؤشر دلالة بقيمة 5% وقدرت كـ² الجدولية تساوي 3.84 وبما ان وجدنا ان كـ² المحسوبة اكبر من كـ² الجدولية فإن هناك فروق جوهرية بين التكرارات الجدولية والتكرارات النظرية وهذا ما يدل على وجود علاقة بين المتغيرين وهذا ما أكده معامل الاقتران فوجدناه يساوي -0.35 وهذا ما يدل على وجود علاقة عكسية ضعيفة بين

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

نوع الجنس والمتابعة الطبية ومن هذه النتائج نستنتج أن أفراد العينة يحرصون على المتابعة الطبية ولكن الإناث أكثر حرصا مقارنة بالذكور وهذا ما تؤكدته معظم الدراسات بأن الرجال لهم القدرة على تحمل المرض بالرغم الإصابة بشتى أنواع الأمراض وهم أقل اهتماما وحرصا لصحتهم مقارنة بالنساء فطبيعتهن يهولن كثيرا من الأمراض التي يصبن بها ويشكون بكثرة، والإناث في مرحلة الشيخوخة يمرضن أكثر من ذكور لهذا نجدهن أكثر حرصا على صحتهن.

الجدول رقم (33): علاقة بين الجنس والمدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب:

المجموع		بعد فترة طويلة		بعد فترة قصيرة		مباشرة بعد ظهور أعراض		المدة المستغرقة	الجنس
		%	ك	%	ك	%	ك		
100	105	11.4	12	50.5	53	38.1	40	ذكر	
100	95	0	0	54.7	52	45.3	43	أنثى	
100	200	6	12	52.5	105	41.5	83	المجموع	

يظهر لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يذهبون إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور الأعراض المرضية وذلك بنسبة 52.5% مقابل نسبة 41.5% يذهبون إلى طبيب مباشرة بعد ظهور الأعراض المرضية ونسبة 6% يذهبون بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

وبإدخالنا متغير الجنس كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على المدة المستغرقة لذهاب إلى الطبيب بعد ظهور أعراض المرض فلقد تبين لنا مايلي:

نسبة 54.7% من المبحوثات إناث يذهبن إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 45.3% يذهبن إلى طبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض.

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

أما بنسبة للمبحوثين ذكور فقد تبين أن نسبة 50.5% يذهبون إلى طبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 38.1% يذهبون إلى طبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض و نسبة 11.4% يذهبون بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض. وعند حساب معامل التوافق وجدناه يساوي 0.29 وهذا يدل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين الجنس و المدة المستغرقة لذهاب إلى طبيب حيث نجد أن المسنات أكثر حرصا لذهاب إلى طبيب عند ظهور أعراض المرض أكثر من المسن لان الأنثى لها الهوس الكثير بالذهاب إلى طبيب رغم أنها لا تعاني من أي شيء، عكس الذكر تجده لا يهتم بصحته بالقدر الكافي فهو أكثر عزوفا عن مواجهة المشاكل الصحية ونادرا ما يزور الطبيب رغم تعرضه للوكعات الصحية فتجده يصبر حتى تزول هذه الوكعات تلقائيا إلا إذا تلزم الأمر العلاج فتجده يذهب إلى طبيب، عكس الأنثى أنها عندما تشعر بألم في منطقة ما من جسدها لا يهنأ لها البال حتى تزور الطبيب وتعمل تحاليل لتتأكد من سلامتها وهذا ما يؤكد الجدول التالي.

الجدول رقم (34): علاقة بين الجنس والقيام بالتحاليل الطبية بانتظام

المجموع		لا		نعم		التحاليل الطبية الجنس
		ك	%	ك	%	
100	105	47.6	50	52.6	55	ذكر
100	95	31.6	30	68.4	65	انثى
100	200	40	80	60	120	المجموع

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

يتبين لنا من خلال الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام وذلك بنسبة 60% مقابل نسبة 40% من المبحوثين لا يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام.

ولمعرفة ما مدى تأثير الجنس على القيام بالتحاليل الطبية بانتظام أدخلناه كمتغير مستقل فتبين ما يلي:

نسبة 68.4% من المبحوثات إناث يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام مقابل نسبة 31.6% اللواتي لا يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام.

أما بنسبة للمبحوثين ذكور فقد تبين أن نسبة 52.6% يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام مقابل نسبة 47.6% لا يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام.

وعند حسابنا قيمة معامل اختبار استقلالية الظواهر المحسوبة التي قدرت قيمتها 4.698 وذلك عند درجة الحرية 1 ومؤشر دلالة بقيمة 5% وقدرت كـ χ^2 الجدولية تساوي 3.84 وبما ان وجدنا ان كـ χ^2 المحسوبة اكبر من كـ χ^2 الجدولية فإن هناك فروق جوهرية بين التكرارات الجدولية والتكرارات النظرية وهذا ما يدل على وجود علاقة بين المتغيرين وهذا ما أكدته معامل الاقتران فوجدناه يساوي -0.32 وهذا ما يدل على وجود علاقة عكسية ضعيفة بين القيام بالتحاليل الطبية و نوع الجنس ومن هذه النتائج يتبين ان أغلبية أفراد العينة يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام ونلاحظ أن نسبة فئة الإناث تفوق على نسبة فئة الذكور، وهذا راجع ان المسنون ذكور لا يعطون أهمية كبيرة لصحتهم، وكذا خوفهم من القيام بالتحاليل الطبية لاحتمال اكتشافهم بأنهم مصابون بأمراض مزمنة عكس المسنات، فنجدهن أكثر اهتماما بصحتهن وأكثرهن خوفا من الموت لهذا نجدهن أكثر حرصا على القيام بتحاليل الدم من اجل تأكد من سلامة صحتهن.

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

الجدول رقم (35): علاقة بين الجنس وقياس ضغط الدم

المجموع		ابدا		أحيانا		دائما		قياس ضغط الدم الجنس
		ك	%	ك	%	ك	%	
100	105	15.2	16	56.2	59	28.6	30	ذكر
100	95	0	0	54.7	52	45.3	43	أنثى
100	200	8	16	55.5	111	36.5	73	المجموع

يتجلى لنا من خلال الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا وذلك بنسبة 55.5% مقابل نسبة 36.5% من المبحوثين يقومون بقياس ضغط الدم دائما و8% لا يقومون بقياس ضغط الدم.

ولمعرفة مدى تأثير الجنس على قياس ضغط الدم أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي: نسبة 56.2% من المبحوثين ذكور يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا مقابل نسبة 28.6% من المبحوثين يقومون بقياس ضغط الدم دائما و نسبة 15.2% من المبحوثين لا يقيسون ضغط الدم

أما بنسبة للمبحوثات إناث فلقد وجدنا أن نسبة 54.7% يقمن بقياس ضغط الدم أحيانا مقابل نسبة 45.3% اللواتي يقمن بقياس ضغط دائما.

من هذه نتائج يتبين أن أغلبية أفراد العينة يقومون بقياس ضغط الدم ودائما فئة الإناث المسنات تتفوق على فئة الذكور المسنون وهذا راجع أن الإناث أكثر خوفا وهولا على صحتهن لهذا نجدهن يقمن بقياس ضغط الدم لمعرفة حالتهم الصحية هل هي في حالة جيدة أو متدهورة مقارنة بالذكور فنجدهم أكثر إهمالا وذلك خوفهم من وجود ارتفاع ضغط

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

الدم وهذا ما يجبرهم للذهاب إلى المستشفى، وهو الشيء الذي لا يحبونه لهذا تجدهم أكثر إهمالا لقياس ضغط الدم.

الجدول رقم (36): علاقة بين الجنس وقياس نسبة السكر في الدم

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		قياس نسبة السكر الجنس
		%	ك	%	ك	%	ك	
100	105	33.3	35	33.3	35	33.3	35	ذكر
100	95	10.5	10	36.8	35	52.6	50	انثى
100	200	22.5	45	35	70	42.5	85	المجموع

يظهر من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بقياس نسبة السكر في الدم بصفة دائمة وذلك بنسبة 42.5% مقابل نسبة 35% الذين يقومون احيانا بقياس نسبة السكر في الدم و نسبة 22.5% الذين لا يقومون بقياس نسبة سكر في الدم.

ولمعرفة ما مدى تأثير الجنس على قياس نسبة السكر في الدم أدخلناه كمتغير مستقل فنتبين لنا مايلي:

نسبة 52.6% من المبحوثات إناث يقمن بقياس نسبة السكر في الدم بصفة دائمة ومنتظمة مقابل نسبة 36.8% يقمن احيانا بقياس نسبة السكر في الدم و نسبة 10.5% لا يقمن بقياس نسبة سكر في الدم.

أما بالنسبة للمبحوثين الذكور فلقد وجدنا نسبة 33.3% في جميع الحالات. من هذه نتائج نستنتج أن أغلبية المبحوثين يقومون بقياس نسبة السكر في الدم وفئة المسنات تتفوق على فئة المسنون، وهذا راجع الى أن المسنات أكثر حرصا على صحتهن وذلك لكثرة مرضهن وتجدهن أكثر خوفا وهلعا، لهذا معظمهن يقمن بقياس نسبة السكر في الدم حسب

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

ما يبينه الجدول السابق، مقارنة بالمسنون الذكور نجدهم اقل اهتماما ولا مبالاة بصحتهم لهذا نجد نسبة معتبرة منهم لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم وذلك خوفا من اكتشاف بأنهم مصابون بمرض السكري أو يجدون نسبة السكر في الدم مرتفعة، مما يحتم عليهم العلاج والمتابعة الطبية.

الجدول رقم (37): علاقة بين الجنس وإتباع الحمية الغذائية

المجموع		أبدا		أحيانا		دائما		إتباع الحمية الغذائية الجنس
		ك	%	ك	%	ك	%	
100	105	34.3	36	38.1	40	27.6	29	ذكر
100	95	32.6	31	42.1	40	25.3	24	أنثى
100	200	33.5	67	40	80	26.5	53	المجموع

يتبين من خلال هذه النتائج أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون أحيانا بإتباع الحمية الغذائية، وذلك بنسبة 40% مقابل نسبة 33.5% لا يقومون بإتباع الحمية الغذائية و نسبة 26.5% يقومون بإتباع الحمية الغذائية بصفة دائمة ومنتظمة. وعندما أدخلنا الجنس كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على إتباع الحمية الغذائية الصحية فتبين ما يلي:

نسبة 42.1% من المبحوثات إناث يقمن أحيانا بإتباع الحمية الغذائية مقابل نسبة 32.6% لا يقمن بإتباع الحمية الغذائية وبينما نجد نسبة 25.3% يقمن بإتباع الحمية الغذائية بانتظام.

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

أما بنسبة للمبحوثين ذكور فلقد وجدنا نسبة 38.1% يقومون أحيانا بإتباع الحمية الغذائية مقابل نسبة 34.3% لا يقومون بإتباع الحمية الغذائية و نسبة 27.6% يقومون بإتباع الحمية الغذائية بانتظام.

ومن هذه النتائج نستنتج أن أكثر من نصف أفراد العينة يقومون بإتباع الحمية الغذائية ما بين دائما وأحيانا، ونلاحظ أن النساء أكثر محافظتهم على نظامهن الغذائي بقليل مقارنة بالرجال وهذا ما يؤكد سابقا أن النساء أكثر حرصا على صحتهن مقارنة بالرجال.

الجدول رقم (38): علاقة بين الجنس وممارسة الرياضة

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		ممارسة الرياضة الجنس
		%	ك	%	ك	%	ك	
100	105	40	42	49.5	52	10.5	11	ذكر
100	95	88.4	84	11.6	11	-	-	انثى
100	200	63	126	31.5	63	5.5	11	المجموع

يظهر من خلال معطيات الجدول أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين لا يمارسون الرياضة وذلك بنسبة 63% مقابل نسبة 31.5% الذين يمارسون الرياضة أحيانا ونسبة 5.5% يمارسون الرياضة دائما.

ولمعرفة مدى تأثير الجنس على ممارسة الرياضة أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي: نسبة 88.4% من المبحوثات إناث لا يمارسن الرياضة مقابل نسبة 11.6% من المبحوثات إناث يمارسن الرياضة أحيانا.

اما بنسبة للمبحوثين ذكور فلقد وجدنا نسبة 49.5% يمارسون أحيانا الرياضة مقابل نسبة 40% لا يمارسون الرياضة ونسبة 10.5% يمارسون الرياضة بصفة دائمة ومنتظمة

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

من هذه النتائج نستنتج أن أغلبية أفراد العينة لا يمارسون الرياضة ونلاحظ ان فئة الرجال يتفوقون على فئة النساء في ممارسة الرياضة، وهذا راجع أن أغلبية المسنات مكاثات بالبيت لا يخرجن إلا بإذن أزواجهن ولا توجد ثقافة ممارسة الرياضة خاصة عند المسنات في المجتمع الجزائري.

الجدول رقم (39): علاقة بين الجنس وعدد ساعات النوم الكافية في اليوم

المجموع		أبدا		أحيانا		دائما		عدد ساعات نوم الكافية	الجنس
		ك	%	ك	%	ك	%		
100	105	0	0	53.3	56	46.7	49		ذكر
100	95	5.3	5	72.6	69	22.1	21		أنثى
100	200	2.5	5	62.5	125	35	70		المجموع

يتضح لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين ينامون أحيانا ساعات كافية في اليوم وذلك بنسبة 62.5% مقابل نسبة 35% الذين ينامون دائما عدد ساعات كافية في اليوم و نسبة 2.5% لا ينامون عدد ساعات كافية في اليوم.

ولمعرفة مدى تأثير الجنس على عدد ساعات النوم أدخلناه كمتغير مستقل فتبين مايلي :
نسبة 72.6% من المبحوثات إناث ينمن أحيانا عدد ساعات كافية في اليوم مقابل نسبة 22.1% ينمن دائما عدد ساعات كافية في اليوم ونسبة 5.3% لا ينمن عدد ساعات كافية في اليوم.

أما بنسبة للمبحوثين ذكور فلقد وجدنا نسبة 53.3% ينامون أحيانا عدد ساعات كافية في اليوم مقابل نسبة 46.7% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم.

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

ومن هذه نتائج نستنتج أن أغلبية المبحوثين ينامون عدد ساعات كافية وان فئة المسنون الذكور ينامون عدد ساعات كافية في اليوم أكثر من المسنات وهذا راجع أن المسنون يتعبون في حياتهم اليومية أكثر من المسنات بحكم انهم يخرجون من البيت لذهاب إلى السوق والمسجد والساحات العمومية وأغلبية المسنات ماكثات بالبيت لا يتعبن كثيرا ضف إلى ذلك أن بعد سن اليأس تصبح امرأة أكثر قلقا وتوترا وهذا ما يولد لديها اضطرابات في النوم.

المبحث الثاني: تأثير السن عند المسن على سلوكياته الصحية.

الجدول رقم (40): علاقة بين السن والمتابعة الطبية المنتظمة

المجموع		لا		نعم		المتابعة الطبية المنتظمة السن
		ك	%	ك	%	
100	49	44.9	22	55.1	27	64-60 سنة
100	61	39.3	24	60.7	37	69-65 سنة
100	37	16.2	6	83.8	31	74-70 سنة
100	23	13.1	3	86.9	20	79-75 سنة
100	30	16.7	5	83.3	25	80 سنة فما فوق
100	200	30	60	70	140	المجموع

يتجلى لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بالمتابعة الطبية بانتظام، وذلك بنسبة 70% مقابل نسبة 30% لا يقومون بالمتابعة الطبية بانتظام.

ولمدى معرفة تأثير السن على المتابعة الطبية أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:
نسبة 86.9% من المبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 75-79 سنة يقومون بفحوصات

طبية مقابل نسبة 13.1% لا يقومون بمتابعة طبية.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 70-74 سنة فتبين أن نسبة 83.8% يقومون بمتابعة طبية مقابل نسبة 16.2% لا يقومون بمتابعة طبية.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 80 سنة فما فوق فتبين أن نسبة 83.3% يقومون بمتابعة طبية مقابل نسبة 16.7% لا يقومون بمتابعة طبية.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 65-69 سنة فتبين أن نسبة 60.7% يقومون بالمتابعة الطبية مقابل نسبة 39.3% لا يقومون بالمتابعة الطبية.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 60-64 سنة فتبين أن نسبة 55.1% يقومون بمتابعة طبية مقابل نسبة 44.9% لا يقومون بمتابعة طبية.

وعند حسابنا قيمة معامل اختبار استقلالية الظواهر المحسوبة التي قدرت قيمتها 13.665 وذلك عند درجة الحرية 4 ومؤشر دلالة بقيمة 5% وقدرت ك² الجدولية تساوي 9.49 وبما أن وجدنا أن ك² المحسوبة أكبر من ك² الجدولية فإن هناك فروق جوهرية بين التكرارات الجدولية والتكرارات النظرية وهذا ما يدل على وجود علاقة بين المتغيرين وهذا ما أكده معامل التوافق فلقد وجدنا يساوي 0.38، وهذا ما يدل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين السن والمتابعة الطبية. من هذه النتائج نستنتج أن المسن كلما زاد في السن كلما حرص أكثر على المتابعة الطبية وهذا راجع أن مرحلة الشيخوخة تتسم بالانحدار الواضح والدائم في القدرات الوظيفية والبدنية والعقلية حيث في الأول يكون في مرحلة صغار المسنين مازال يتمتع بصحته فيتهاون في المتابعة الطبية ولكن عندما يصل إلى مرحلة الهرم ويشعر المسن بضعف جهازه العضلي وينتابه أحاسيس الخوف من الموت يصبح المسن أكثر حرصا على المتابعة الطبية.

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

الجدول رقم (41): علاقة بين السن والمدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية

وزيارة الطبيب

المجموع		بعد فترة طويلة		بعد فترة قصيرة		مباشرة بعد ظهور أعراض		مدة مستغرقة	السن
		%	ك	%	ك	%	ك		
100	49	8.2	4	59.2	29	32.6	16	64-60 سنة	
100	61	8.2	5	40.9	25	50.9	31	69-65 سنة	
100	37	5.4	2	43.2	16	51.4	19	74-70 سنة	
100	23	4.3	1	43.5	10	52.2	12	79-75 سنة	
100	30	-	-	83.3	25	16.7	5	80 سنة فما فوق	
100	200	6	12	52.5	105	41.5	83	المجموع	

يظهر لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يذهبون إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور الأعراض المرضية وذلك بنسبة 52.5% مقابل نسبة 41.5% يذهبون إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور الأعراض المرضية ونسبة 6% يذهبون بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

وبإدخالنا المتغير السن كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على المدة المستغرقة لذهاب إلى الطبيب بعد ظهور أعراض المرض فلقد تبين لنا مايلي:

نسبة 83.3% من المبحوثين الذين ينتمون إلى فئة 80 سنة فما فوق يذهبون إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 16.7% يذهبون إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 64-60 سنة فتبين أن نسبة 59.2% من المبحوثين يذهبون إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة

32.6% يذهبون إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض و نسبة 8.4% يذهبون إلى الطبيب بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 75-79 سنة فتبين أن نسبة 52.2% يذهبون إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 43.5% يذهبون بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض و نسبة 4.3% يذهبون بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 70-74 سنة فتبين أن نسبة 51.4% يذهبون إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 43.2% يذهبون بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض و نسبة 5.4% يذهبون بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 65-69 سنة فتبين أن نسبة 50.9% يذهبون إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 40.9% يذهبون بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض ونسبة 8.2% يذهبون بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

من خلال النتائج السابقة نلاحظ أن هناك علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين، وهذا ما أكدته معامل التوافق وجدناه يساوي 0.32، وهذا دليل على انه كلما تقدم المسن في العمر كلما زادت نسبته في الذهاب إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض وهذا راجع الى أن المسن عندما يكون في بداية مرحلة الشيخوخة فمازال يتمتع بصحته والقوة الجسدية لهذا تجده يعزف عن الذهاب إلى الطبيب حتى ولو تعرض إلى بعض الوكعات الصحية فيتحمل آلامها حتى يشفى تلقائياً أو يلجأ إلى استعمال بعض الأعشاب الطبية، ولكن مع التقدم في العمر فشيخوخة تحدث بعض التغيرات الجسدية مما يؤدي إلى تضائل القدرات الجسدية

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

والنفسية ويصبح المسن أكثر احتمالاً بالإصابة بالأمراض ويصبح غير قادر على تحمل آلام الأمراض مما يتوجب عليه الذهاب إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض عكس في بداية مرحلة شيخوخته ويقوم بالتحاليل للكشف مما يعاني. وهذا ما سوف نراه في الجدول الآتي.

الجدول رقم (42): علاقة بين السن والقيام بالتحاليل الطبية بانتظام

المجموع		لا		نعم		التحاليل الطبية السن
		ك	%	ك	%	
100	49	48.9	24	51.1	25	64-60 سنة
100	61	45.9	28	54.1	33	69-65 سنة
100	37	21.6	8	78.4	29	74-70 سنة
100	23	17.4	4	82.6	19	79-75 سنة
100	30	53.3	16	46.7	14	80 سنة فما فوق
100	200	40	80	60	120	المجموع

إن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام وذلك بنسبة 60% مقابل نسبة 40% لا يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام.

ولمعرفة تأثير السن على التحاليل الطبية بانتظام أدخلناه كمتغير مستقل فتيين ما يلي:

نسبة 82.6% من المبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 75-79 سنة يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام مقابل نسبة 17.4% لا يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 70-74 سنة فقد تبين أن نسبة 78.4% يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام مقابل نسبة 21.6% لا يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام.

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 65-69 سنة فقد تبين أن نسبة 54.1% يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام مقابل نسبة 45.9% لا يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام. أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 60-64 سنة فقد تبين أن نسبة 51.1% يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام مقابل نسبة 48.9% لا يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام. أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 80 سنة فما فوق فقد تبين أن نسبة 53.3% لا يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام مقابل نسبة 46.7% يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام.

وعند حساب معامل التوافق فلقد وجدنا يساوي 0.29 ، وهذا ما يدل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين السن والقيام بالتحاليل الطبية بانتظام من هذه النتائج نستنتج أن المسن يقوم بالتحاليل الطبية بانتظام في بداية مرحلة الشيخوخة ثم ترتفع في المرحلة المتوسطة وهذا راجع إلى تدهور الجهاز البدني أكثر فأكثر والخوف من الموت فيصبح أكثر حرصا على القيام بالتحاليل الطبية بانتظام ولكن في مرحلة الهرم أو أرذل العمر تنخفض نسبة القيام بالتحاليل الطبية بانتظام رغم أن الجهاز البدني يزداد في التدهور. وهذا راجع إلى تغير قدراته العقلية فيصبح ذو ذاكرة قصيرة المدة فينسى إن قام بهذه التحاليل الطبية او لم يقم بها، ويصبح أيضا قليل الحركة ويعتمد على الآخرين وقد لا يجد من يأخذه للقيام بهذه التحاليل.

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

الجدول رقم (43): علاقة بين السن وقياس ضغط الدم

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		قياس ضغط دم السن
		ك	%	ك	%	ك	%	
100	49	12.2	6	87.8	43	-	-	64-60 سنة
100	61	16.4	10	49.2	30	34.4	21	69-65 سنة
100	37	-	-	40.5	15	59.5	22	74-70 سنة
100	23	-	-	34.8	8	65.2	15	79-75 سنة
100	30	-	-	50	15	50	15	80 سنة فما فوق
100	200	8	16	55.5	111	36.5	73	المجموع

يتضح لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا وذلك بنسبة 55.5% مقابل نسبة 36.5% يقومون بقياس ضغط الدم دائما وبصفة منتظمة و نسبة 8% لا يقيسون ضغط الدم إطلاقا.

وعند ربط متغير السن بمدى قياس ضغط الدم نجد:

نسبة 87.8% من المبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 64-60 سنة يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا مقابل نسبة 12.2% لا يقومون بقياس ضغط الدم.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 79-75 سنة فقد تبين نسبة 65.2% يقومون بقياس ضغط الدم دائما مقابل نسبة 34.8% يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 74-70 سنة فقد تبين نسبة 59.5% يقومون بقياس ضغط الدم دائما مقابل نسبة 40.5% يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 80 سنة فما فوق فقد تبين نسبة 50% يقومون بقياس ضغط الدم دائما مقابل نسبة 50% يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا.

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

اما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون الى فئة السن 65-69 سنة فقد تبين نسبة 49.2% يقومون بقياس ضغط الدم احيانا مقابل نسبة 34.4% يقومون بقياس ضغط الدم دائما ونسبة 16.4% لا يقومون بقياس ضغط الدم.

وعند حساب معامل التوافق فلقد وجدنا يساوي 0.52 وهذا ما يدل على وجود علاقة طردية متوسطة بين السن وقياس ضغط الدم. من هذه النتائج نستنتج أن المسنون يقومون بقياس ضغط الدم احيانا لمراقبة حالتهم الصحية حيث نلاحظ هذا في بداية مرحلة الشيخوخة ثم تصبح أكثر جدية وحرصا في مرحلة الشيخوخة المتوسطة، وهذا راجع إلى التغيرات العامة المرتبطة بتقدم العمر خاصة البدنية و الخوف وتدهور الحالة البدنية أكثر والخوف من الموت. ونلاحظ في مرحلة الشيخوخة الهرمة أو أرذل العمر انخفاض في نسبة قياس ضغط الدم مقارنة بالمرحلة السابقة. وهذا راجع إلى تدهور القوى العقلية التي تصيب المسن في هذه المرحلة، حيث أكدت العديد من الدراسات أن العمليات العقلية تتأثر مع تقدم العمر كالتذكر والتفكير والتخيل لهذا المسن في هذه المرحلة لا يتذكر إن قام بقياس ضغط الدم أو لا خاصة في حالة ما يكون المسن يعيش بمفرده، أو يكون أفراد عائلته مشغولين بحياتهم الخاصة.

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

الجدول رقم (44): علاقة بين السن وقياس نسبة السكر في الدم

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		قياس نسبة سكر السن
		%	ك	%	ك	%	ك	
100	49	53.1	26	20.4	10	26.5	13	64-60 سنة
100	61	31.1	19	32.8	20	36.1	22	69-65 سنة
100	37	-	-	43.2	16	56.8	21	74-70 سنة
100	23	-	-	39.1	9	60.9	14	79-75 سنة
100	30	-	-	50	15	50	15	80 سنة فما فوق
100	200	22.5	45	35	70	42.5	85	المجموع

يتبين لنا من خلال الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما وذلك بنسبة 42.5% مقابل نسبة 35% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أحيانا ونسبة 22.5% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم. ولمعرفة مدى تأثير السن على قياس نسبة السكر في الدم ادخلناه كمتغير مستقل فتبين مايلي:

نسبة 60.9% من المبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 75-79 سنة يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما وبصفة منتظمة مقابل نسبة 39.1% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أحيانا.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 70-74 سنة فقد تبين نسبة 56.8% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما وبصفة منتظمة مقابل نسبة 43.2% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أحيانا.

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 60-64 سنة فقد تبين نسبة 53.1% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم مقابل نسبة 26.5% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما وبصفة منتظمة و نسبة 20.4% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أحيانا. أما بنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 80 سنة فما فوق فقد تبين نسبة 50% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما وبصفة منتظمة مقابل نسبة 50% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أحيانا.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 65-69 سنة فقد تبين نسبة 36.1% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما وبصفة منتظمة مقابل نسبة 32.8% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أحيانا و نسبة 31.1% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم. وعند حساب معامل التوافق فلقد وجدنا يساوي 0.52، وهذا ما يدل على وجود علاقة طردية متوسطة بين السن وقياس نسبة السكر في الدم. من هذه النتائج نستنتج أن نسبة قياس السكر تزداد مع تقدم العمر عند المسنين نلاحظ أن المسن يقوم بقياس نسبة السكر في الدم في بداية مرحلة الشيخوخة وهناك من لا يقوم بها لأنهم يشعرون بصحة جيدة ولا يعانون من مرض السكري وترتفع قياس نسبة السكر في الدم في المرحلة المتوسطة للمسنين وهذا راجع إلى تدهور حالتهم الصحية ونقص كفاءة الكبد والخوف من تفاقم تدهور كفاءة الكبد والخوف من الموت أيضا، وراجع أيضا إلى ارتفاع المسنين المصابين بالمرض السكري كل هذا يجعل المسن أكثر حرصا وجدية على قياس نسبة السكر في الدم في هذه المرحلة ونلاحظ في مرحلة الشيخوخة الهرمة أو مرحلة أرذل العمر انخفاض قليل في قياس نسبة السكر في الدم مقارنة بالمرحلة السابقة، وهذا راجع إلى تدهور القوى العقلية للمسنين في هذه المرحلة فيصبح كثير النسيان وقليل التذكر كما يصبح كثير الاتكال وفي بعض الأحيان يكون المسن وحيدا لا يجد من يعينه على قياس نسبة السكر في الدم.

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

الجدول رقم (45): علاقة بين السن وإتباع الحمية الغذائية

المجموع		أبدا		أحيانا		دائما		إتباع الحمية الغذائية السن
		ك	%	ك	%	ك	%	
100	49	51	25	44.9	22	4.1	2	64-60 سنة
100	61	34.5	21	42.6	26	22.9	14	69-65 سنة
100	37	18.9	7	29.7	11	51.4	19	74-70 سنة
100	23	17.4	4	26.1	6	56.5	13	79-75 سنة
100	30	33.3	10	50	15	16.7	5	80 سنة فما فوق
100	200	33.5	67	40	80	26.5	53	المجموع

يتضح لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بإتباع الحمية الغذائية أحيانا، وذلك بنسبة 40% مقابل نسبة 32.5% لا يتبعون الحمية الغذائية ونسبة 27.5% يقومون بإتباع الحمية الغذائية دائما وبصفة منتظمة. ولمعرفة مدى تأثير السن على إتباع الحمية الغذائية أدخلناه كمتغير مستقل فتبين مايلي:

نسبة 56.5% من المبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 75-79 سنة يتبعون الحمية الغذائية دائما وبصفة منتظمة مقابل نسبة 26.1% يتبعون الحمية الغذائية أحيانا ونسبة 17.4% لا يتبعون الحمية الغذائية.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 70-74 سنة فقد تبين نسبة 51.4% يتبعون الحمية الغذائية دائما وبصفة منتظمة مقابل نسبة 29.7% يتبعون الحمية الغذائية أحيانا و نسبة 18.9% لا يتبعون الحمية الغذائية.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 60-64 سنة فقد تبين نسبة 51% لا يتبعون الحمية الغذائية مقابل نسبة 44.9% يتبعون الحمية الغذائية أحيانا و نسبة 4.1% يتبعون الحمية الغذائية دائما وبصفة منتظمة.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 80 سنة فما فوق فقد تبين نسبة 50% يتبعون الحمية الغذائية أحيانا مقابل نسبة 33.3% لا يتبعون الحمية الغذائية ونسبة 16.7% يتبعون الحمية الغذائية دائما وبصفة منتظمة.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 65-69 سنة فقد تبين نسبة 42.6% يتبعون الحمية الغذائية أحيانا مقابل نسبة 34.5% لا يتبعون الحمية الغذائية ونسبة 22.9% يتبعون الحمية الغذائية دائما وبصفة منتظمة.

وعند حساب معامل التوافق فلقد وجدنا يساوي 0.56 وهذا ما يدل على وجود علاقة طردية متوسطة بين السن وإتباع الحمية الغذائية. ومن هذه النتائج نستنتج أن المسنون يقومون بإتباع الحمية الغذائية وتزداد مع التقدم في السن حيث نلاحظ أن المسنون في بداية مرحلة الشيخوخة يقومون بإتباع الحمية الغذائية وهناك نسبة منهم لا يقومون بإتباع الحمية الغذائية وهذا راجع الى أنهم لا يعانون بأوجاع في الجهاز الهضمي فمازالوا يشعرون أنهم في صحة جيدة ولا يعانون من أمراض مزمنة وترتفع نسبة إتباع الحمية الغذائية في المرحلة المتوسطة للمسنين وهذا راجع لتدهور كفاءة الجهاز الهضمي، حيث يصبح هناك انخفاض ملحوظ في كمية إفراز اللعاب وقدرته الهضمية إلى ما تتراوح بين (10-30%) عن معدلها الطبيعي وانخفاض ملحوظ في إفراز المعدة من إنزيمات الهضم من 60% من الحالة طبيعية عند الشباب ويقل إفراز البنكرياس، وهذا يقلل من المقدرة على الهضم وقصور في مقدرة الأمعاء الدقيقة على امتصاص المواد الغذائية بنسبة تتراوح عن (50-60%) عن المعدل الطبيعي¹.

¹ - شريبه، بشرى أيوب، علم نفس النمو الرشد الشيخوخة، منشورات جامعة تشرين كلية التربية، سوريا، 2017، ص168.

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

ونلاحظ في مرحلة الشيخوخة الهرمة أو مرحلة أرنل العمر انخفاض قليل في نسبة إتباع الحمية الغذائية الصحية رغم تفاقم في تدهور الجهاز الهضمي، وهذا راجع إلى تدهور القدرات العقلية للمسن في هذه المرحلة فيصبح قليل تذكر وكثير النسيان ويصبح لديه قصور الانتباه ولا يستطيع تركيز طويلا كل هذا يجعله غير قادر على الالتزام ببرنامج حمية غذائية صحية خاصة إذا كان وحيدا.

الجدول رقم (46): علاقة بين السن وممارسة الرياضة

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		ممارسة الرياضة السن
		ك	%	ك	%	ك	%	
100	49	48.9	24	30.6	15	20.5	10	64-60 سنة
100	61	49.2	30	49.2	30	1.6	1	69-65 سنة
100	37	72.9	27	27.1	10	-	-	74-70 سنة
100	23	78.3	18	21.7	5	-	-	79-75 سنة
100	30	90	27	10	3	-	-	80 سنة فما فوق
100	200	63	126	31.5	63	5.5	11	المجموع

يظهر لنا من خلال الاتجاه العام للجدول أنه يقع في خانة المبحوثين الذين لا يمارسون الرياضة أبدا وذلك بنسبة 63% مقابل نسبة 31.5% يمارسون الرياضة أحيانا ونسبة 5.5% يمارسون الرياضة دائما وبصفة منتظمة.

ولمعرفة مدى تأثير السن على ممارسة الرياضة أدخلناه كمتغير مستقل فتبين مايلي:

نسبة 90% من المبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 80 سنة فما فوق لا يمارسون الرياضة أبدا مقابل نسبة 10% يمارسون الرياضة أحيانا.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 75-79 سنة فقد تبين نسبة 78.3% لا يمارسون الرياضة مقابل نسبة 21.7% يمارسون الرياضة أحيانا.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 70-74 سنة فقد تبين نسبة 72.9% لا يمارسون الرياضة مقابل نسبة 27.1% يمارسون الرياضة أحيانا.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 65-69 سنة فقد تبين نسبة 49.2% لا يمارسون الرياضة مقابل نسبة 49.2% يمارسون الرياضة أحيانا ونسبة 1.6% يمارسون الرياضة دائما وبصفة منتظمة.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 60-64 سنة فقد تبين نسبة 48.9% لا يمارسون الرياضة مقابل نسبة 30.6% يمارسون الرياضة أحيانا ونسبة 20.5% يمارسون الرياضة دائما وبصفة منتظمة.

من هذه النتائج نستنتج أن نسبة المسنون الذين لا يقومون بممارسة الرياضة تزداد مع تقدم في السن، حيث نلاحظ أن نسبتهم في بداية مرحلة شيخوخة تكون بتقريب متساوية بين الذين يمارسون الرياضة والذين لا يمارسونها وهذا راجع أنهم لا يزالوا في بداية تدهور جهازهم العضلي لهذا يشعرون أنهم في حالة صحية جيدة تسمح لهم بممارسة تمارين بدنية ونلاحظ ارتفاع نسبة الذين لا يمارسون الرياضة في مرحلة المتوسطة ومرحلة أرذل العمر وهذا راجع إلى الضعف البدني العام، وهذا يشير إلى الانخفاض العام في أداء عدد من الخلايا الحركية حيث أن في عمر الستين تموت حوالي 50% من الخلايا الحركية وبذلك فإن الأنسجة العضلية المزودة بالأعصاب الصادرة من الخلايا الميتة تموت هي الأخرى والنتيجة هي انخفاض تدريجي في أداء الكتلة العضلية وضعف في الجسم وفي المهارات الحركية وكما تنقص قدرته على بذل الجهد ويزداد شعوره بالتعب والإرهاق ومع تقدم العمر تنقص كثافة العظام مما يجعل حركة كبير السن بطيئة وقد تضرر عضلاته ويعجز عن الحركة أو قد يمشي بصعوبة و إن قلة الحركة عند المسن تؤدي إلى نقص المرونة وتعيق الحركة في

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

منطقة الرقبة والجذع والحوض ومع تقدم العمر أيضا تقل كثافة غضاريف المفاصل وتتآكل الأمر الذي يسبب أوجاعا وآلاما في أثناء الحركة.

الجدول رقم (47): علاقة بين السن وعدد ساعات النوم الكافية في اليوم

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		عدد ساعات نوم الكافية السن
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	49	-	-	57.1	28	42.9	21	64-60 سنة
100	61	-	-	60.7	37	39.3	24	69-65 سنة
100	37	13.5	5	54.1	20	32.4	12	74-70 سنة
100	23	-	-	73.9	17	26.1	6	79-75 سنة
100	30	-	-	76.7	23	23.3	7	80 سنة فما فوق
100	200	2.5	5	62.5	125	35	70	المجموع

يتضح لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين ينامون أحيانا عدد ساعات كافية في اليوم وذلك بنسبة 62.5% مقابل نسبة 35% ينامون دائما عدد ساعات كافية في اليوم ونسبة 2.5% لا ينامون عدد ساعات كافية في اليوم.

ولمعرفة مدى تأثير السن على عدد ساعات نوم كافية في اليوم أدخلناه كمتغير مستقل فتبين مايلي:

نسبة 76.7% من المبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 80 فما فوق ينامون أحيانا عدد ساعات كافية في اليوم مقابل نسبة 23.3% ينامون دائما عدد ساعات كافية في اليوم. أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 75-79 سنة فقد تبين أن نسبة 73.9% ينامون أحيانا عدد ساعات كافية في اليوم مقابل نسبة 26.1% ينامون دائما عدد ساعات كافية في اليوم.

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 65-69 سنة فقد تبين أن نسبة 60.7% ينامون أحيانا عدد ساعات كافية في اليوم مقابل نسبة 39.3% ينامون دائما عدد ساعات كافية في اليوم.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 60-64 سنة فقد تبين أن نسبة 57.1% ينامون أحيانا عدد ساعات كافية في اليوم مقابل نسبة 42.9% ينامون دائما عدد ساعات كافية في اليوم.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين ينتمون إلى فئة السن 70-74 سنة فقد تبين أن نسبة 54.1% ينامون أحيانا عدد ساعات كافية في اليوم مقابل نسبة 32.4% ينامون دائما عدد ساعات كافية في اليوم و نسبة 13.5% لا ينامون عدد ساعات كافية في اليوم.

من هذه النتائج نستنتج أن نسبة المسنون الذين لديهم اضطرابات في النوم تزداد نسبتهم مع التقدم في العمر، حيث تكون نسبتهم منخفضة في بداية مرحلة شيخوخة وهذا راجع أنهم في بداية تدهور جهازهم البدني ويشعرون بحالة صحية جيدة مما يسمح لهم بنوم عدد ساعات كافية ونلاحظ ارتفاع نسبتهم مع تقدم العمر خاصة في مرحلة الشيخوخة المتوسطة ومرحلة أرذل العمر، وعلى الرغم أنهم يقضون وقت طويل في الفراش إلا أن مدة النوم الفعلي تقل لديهم بشكل ملحوظ. وتتقلص ساعات استغراق النوم أو النوم لا يكون عميقا وإنما يصبح متقطعا ويكثر الاستيقاظ في الليل وهذا راجع إلى القلق ولاكتئاب والشعور بالألم نتيجة للأمراض المختلفة أو عدم الارتياح في مكان لا يألفه.

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

المبحث الثالث: تأثير الحالة المدنية عند المسن على سلوكياته الصحية

الجدول رقم (48): علاقة بين الحالة المدنية والمتابعة الطبية المنتظمة

المجموع		لا		نعم		المتابعة الطبية حالة المنتظمة المدنية
		%	ك	%	ك	
100	131	35.9	47	64.1	84	متزوج
100	62	19.4	12	80.6	50	ارمل
100	7	14.3	1	85.7	6	منفصل
100	200	30	60	70	140	المجموع

يتجلى لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بالمتابعة الطبية بانتظام وذلك بنسبة 70% مقابل نسبة 30% لا يقومون بالمتابعة الطبية المنتظمة.

ولمعرفة مدى تأثير الحالة المدنية على المتابعة الطبية المنتظمة أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

نسبة 85.7% من المبحوثين المنفصلين يقومون بالمتابعة الطبية المنتظمة مقابل نسبة 14.3% لا يقومون بالمتابعة الطبية المنتظمة.

أما بالنسبة للمبحوثين الأراامل فقد تبين أن نسبة 80.6% يقومون بالمتابعة الطبية المنتظمة مقابل نسبة 19.4% لا يقومون بالمتابعة الطبية المنتظمة.

أما بالنسبة للمبحوثين المتزوجون فقد تبين أن نسبة 64.1% يقومون بالمتابعة الطبية المنتظمة مقابل نسبة 35.9% لا يقومون بالمتابعة الطبية المنتظمة.

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

من هذه النتائج نستنتج أن معظم المسنون يقومون بالمتابعة الطبية المنتظمة إلا بعض المسنون الأرامل والمتزوجون، وهذا راجع أنهم في مرحلة اللامبالاة وإهمال الكشف الطبي وعدم طلبهم المساعدة خوفاً من توقع الإصابة بالأمراض المزمنة.

الجدول رقم (49): علاقة بين الحالة المدنية والمدة المستغرقة لذهاب إلى طبيب بعد

ظهور أعراض المرض

المجموع	بعد فترة طويلة		بعد فترة قصيرة		مباشرة بعد ظهور أعراض		مدة المستغرقة الحالة المدنية	
	ك	%	ك	%	ك	%		
100	131	8.4	11	51.9	68	39.7	52	متزوج
100	62	-	-	58.1	36	41.9	26	أرمل
100	7	14.3	1	14.3	1	71.4	5	منفصل
100	200	6	12	52.5	105	41.5	83	المجموع

يظهر لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يذهبون إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور الأعراض وذلك بنسبة 52.5% مقابل نسبة 41.5% يذهبون إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور الأعراض ونسبة 6% يذهبون بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

وبإدخالنا المتغير الحالة المدنية كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على المدة المستغرقة للذهاب إلى الطبيب بعد ظهور أعراض المرض فلقد تبين لنا مايلي:

نسبة 71.4% من المبحوثين المنفصلين يذهبون مباشرة إلى الطبيب بعد ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 14.3% يذهبون إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض ونسبة 14.3% يذهبون إلى الطبيب بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

أما بالنسبة للمبحوثين الأرامل فقد تبين أن نسبة 58.1% يذهبون إلى طبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 41.9% يذهبون مباشرة إلى طبيب بعد ظهور أعراض المرض.

أما بالنسبة للمبحوثين المتزوجون فقد تبين أن نسبة 51.9% يذهبون إلى طبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 39.7% يذهبون مباشرة إلى طبيب بعد ظهور أعراض المرض ونسبة 8.4% يذهبون إلى طبيب بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

ومن هذه نتائج نستنتج أن المتزوجون هم أقل نسبة في ذهاب إلى طبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض.

الجدول رقم (50): علاقة بين الحالة المدنية والقيام بالتحاليل الطبية بانتظام

المجموع		لا		نعم		التحاليل الطبية حالة المدنية
		ك	%	ك	%	
100	131	43.5	57	56.5	74	متزوج
100	62	35.5	22	64.5	40	أرمل
100	7	14.3	1	85.7	6	منفصل
100	200	40	80	60	120	المجموع

يظهر من خلال الاتجاه العام للجدول انه يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام وذلك بنسبة 60% مقابل نسبة 40% لا يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام. ولمعرفة مدى تأثير الحالة المدنية للمبحوثين على القيام بالتحاليل الطبية أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

نسبة 85.7% من المبحوثين منفصلين يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام مقابل نسبة 14.3% لا يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام.

أما بنسبة للمبحوثين الأرامل فلقد تبين أن نسبة 64.5% يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام مقابل نسبة 35.5% لا يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام.

أما بالنسبة للمبحوثين المتزوجون فلقد تبين أن نسبة 56.5% يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام مقابل نسبة 43.5% لا يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام.

ومن هذه النتائج نستنتج أن أكثر من نصف عدد المسنون مهما كانت حالتهم المدنية يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام لمراقبة حالتهم الصحية وخوفهم من تدهورها بالمقابل نجد بعض المسنين المتزوجين والأرامل لا يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام، وذلك راجع بالنسبة للمتزوجين أنهم مازالوا محتفظين بمكانتهم كمسؤولون على شؤون الأسرة، فهذا يجعلهم يهملون القيام بالتحاليل الطبية وهذا خوفا من كشف عن الأمراض المزمنة، فيفقد مكانة السلطة في الأسرة أما بالنسبة للأرامل فعند فقدان شريك حياتهم فيشعر المسن بأنه غير مرغوب فيه وينتابه الاكتئاب مما يجعله يعيش في الوحدة والعزلة ويفقد الاستمتاع بالحياة وبهمل نفسه وينتظر إلا الموت.

الجدول رقم (51): علاقة بين الحالة المدنية وقياس ضغط الدم

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		قياس ضغط دم حالة المدنية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	131	12.2	16	60.3	79	27.5	36	متزوج
100	62	-	-	40.3	25	59.7	37	ارمل
100	7	-	-	100	7	-	-	منفصل
100	200	8	16	55.5	111	36.5	73	المجموع

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

يتضح لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا وذلك بنسبة 55.5% مقابل نسبة 36.5% من المبحوثين الذين يقومون بقياس ضغط الدم دائما وبصفة منتظمة ونسبة 8% من الذين لا يقومون بقياس ضغط الدم.

ولمعرفة مدى تأثير الحالة المدنية على قياس ضغط الدم فأدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

100% من المبحوثين منفصلين يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا.

أما بالنسبة للمبحوثين المتزوجين فقد تبين أن نسبة 60.3% يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا مقابل نسبة 27.5% يقومون بقياس ضغط الدم دائما وبصفة منتظمة ونسبة 11.1% لا يقومون بقياس ضغط الدم.

أما بالنسبة للمبحوثين الأراامل فقد تبين أن نسبة 59.7% يقومون بقياس ضغط الدم دائما وبصفة منتظمة مقابل نسبة 40.3% يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا.

ومن هذه النتائج نستنتج أن جميع المسنون يقومون بقياس ضغط الدم مهما كانت حالتهم المدنية إلا بعض المسنون المتزوجون، وهذا راجع إلى إهمال المسن لنفسه وعدم الاهتمام بقياس ضغط الدم وذلك نظرا الى الخوف من كشف أمراض مزمنة وبالتالي يشعر بالضعف وفقدان مكانته ودوره القيادي في الأسرة.

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

الجدول رقم (52): علاقة بين الحالة المدنية وقياس نسبة السكر في الدم

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		قياس نسبة السكر الحالة المدنية
		%	ك	%	ك	%	ك	
100	131	24.4	32	37.4	49	38.2	50	متزوج
100	62	20.9	13	30.7	19	48.4	30	ارمل
100	7	-	-	28.6	2	71.4	5	منفصل
100	200	22.5	45	35	70	42.5	85	المجموع

يتبين لنا من خلال الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما وبصفة منتظمة وذلك بنسبة 42.5% مقابل نسبة 35% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أحيانا ونسبة 22.5% لا يقومون بقياس نسبة سكر في الدم. ولمعرفة مدى تأثير الحالة المدنية على قياس نسبة سكر في الدم أدخلناه كمتغير مستقل فتبين مايلي:

نسبة 71.4% من المبحوثين منفصلين يقومون بقياس نسبة سكر في الدم دائما وبصفة منتظمة مقابل نسبة 28.6% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم احيانا. أما بالنسبة للمبحوثين الأراامل فقد تبين أن نسبة 48.4% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما وبصفة منتظمة مقابل نسبة 30.7% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أحيانا ونسبة 20.9% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم.

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

أما بالنسبة للمبحوثين المتزوجين فقد تبين أن نسبة 38.2% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما وبصفة منتظمة مقابل نسبة 37.4% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أحيانا ونسبة 24.4% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم.

ومن هذه النتائج نستنتج أن معظم المسنين مهما كانت حالتهم المدنية يقومون بقياس نسبة السكر في الدم إلا بعض المسنين المتزوجون والأرامل وهذا راجع بالنسبة للمتزوجون الى الخوف من فقدان مكانتهم في الأسرة عند القيام بقياس نسبة السكر في الدم والكشف أنهم مصابون بمرض السكري فيشعرون بضعف ويفقدون دورهم القيادي في الأسرة أما بالنسبة للمتزوجون يفقدون الذوق والاستمتاع بالحياة عند فقدان شريك حياتهم فيصابون بفراغ اجتماعي ويميلون للوحدة والعزلة مما يجعلهم يهملون قياس نسبة السكر في الدم.

الجدول رقم (53): علاقة بين الحالة المدنية وإتباع الحمية الغذائية

المجموع		أبدا		أحيانا		دائما		إتباع الحمية الغذائية
		ك	%	ك	%	ك	%	
100	131	38.2	50	36.6	48	25.2	33	الحالة المدنية
100	62	24.2	15	43.5	27	32.3	20	متزوج
100	7	28.6	2	71.4	5	-	-	ارمل
100	200	33.5	67	40	80	26.5	53	منفصل
100	200	33.5	67	40	80	26.5	53	المجموع

يتجلى لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يتبعون أحيانا الحمية الغذائية وذلك بنسبة 40% مقابل نسبة 33.5% لا يتبعون الحمية الغذائية ونسبة 26.5% يتبعون دائما الحمية الغذائية بصفة منتظمة.

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

ولمعرفة مدى تأثير الحالة المدنية على إتباع الحمية الغذائية أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

نسبة 71.4% من المبحوثين المنفصلين يتبعون أحيانا الحمية الغذائية مقابل نسبة 28.6% لا يتابعون الحمية الغذائية.

أما بالنسبة للمبحوثين الأراامل فقد تبين أن نسبة 43.5% يتبعون أحيانا الحمية الغذائية الصحية مقابل نسبة 32.3% يتبعون دائما الحمية الغذائية وبصفة منتظمة ونسبة 24.2% لا يتبعون الحمية الغذائية.

أما بالنسبة للمبحوثين المتزوجين فقد تبين أن نسبة 36.6% يتبعون الحمية الغذائية أحيانا مقابل نسبة 38.2% لا يتبعون الحمية الغذائية الصحية ونسبة 25.2% يتبعون الحمية الغذائية دائما وبصفة منتظمة.

ومن هذه النتائج تبين أن معظم المسنون مهما كانت حالتهم المدنية يتبعون الحمية الغذائية بين دائما وأحيانا إلا أن البعض منهم من المتزوجون والمترملون لا يتبعون الحمية الغذائية، وهذا راجع بالنسبة للمتزوجون الى انهم يعيشون في وسط اسري وبالرغم لديه طعام الخاص به ولكن لا يحترمون حمية غذائهم ويأكلون من طعام الأبناء والأحفاد وهو سلوك نوع من لا مبالاة خاصة عندما يشعر بصحة جيدة. أما بالنسبة للمترملون فهم عادة عندما يفقدون شريك حياتهم فهم يميلون إلى الوحدة والعزلة فيصابون بالاكتئاب وهذا شعور يؤدي إلى فقدان الشهية وبالتالي يصابون في كثير من الحالات بسوء التغذية.

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

الجدول رقم (54): علاقة بين الحالة المدنية وممارسة الرياضة

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		ممارسة رياضة حالة المدنية
		%	ك	%	ك	%	ك	
100	131	43.5	57	48.1	63	8.4	11	متزوج
100	62	100	62	-	-	-	-	أرمل
100	7	100	7	-	-	-	-	منفصل
100	200	63	126	31.5	63	5.5	11	المجموع

يظهر من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين لا يمارسون الرياضة بنسبة 63% مقابل نسبة 31.5% يمارسون الرياضة أحيانا و نسبة 5.5% يمارسون الرياضة دائما وبصفة منتظمة.

ولمعرفة مدى تأثير الحالة المدنية على ممارسة الرياضة أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

100% من المبحوثين الأرامل والمنفصلين لا يمارسون الرياضة.

أما بالنسبة للمبحوثين المتزوجين فقد تبين أن نسبة 48.1% يمارسون الرياضة أحيانا مقابل نسبة 43.5% لا يمارسون الرياضة أبدا ونسبة 8.4% يمارسون الرياضة دائما وبصفة منتظمة.

ومن هذه النتائج نستنتج أن معظم المبحوثين لا يمارسون الرياضة، وهذا راجع إلى ضعف البدن والجسم الذي يصيب المبحوثين في مرحلة الشيخوخة فيصبحون كثيرون التعب والإرهاق عند بذل مجهود عضلي إضافة إلى الانسحاب الاجتماعي بالنسبة للمترملين والمنفصلين فهم يميلون للوحدة والعزلة ورغم كل هذا نجد بعض المسنون المتزوجون يمارسون الرياضة وهؤلاء يلقون تشجيع من طرف أسرهم، وعادة ما يمارسون الرياضة مع

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

أبنائهم كالمشي لمسافات طويلة في الغابة، دون أن ننسى نقص الوعي الثقافي بأهمية ممارسة الرياضة في هذه المرحلة العمرية.

الجدول رقم (55): علاقة بين الحالة المدنية والنوم عدد ساعات كافية في اليوم

المجموع		أبدا		أحيانا		دائما		عدد ساعات النوم الكافية حالة المدنية
		ك	%	ك	%	ك	%	
100	131	-	-	54.2	71	45.8	60	متزوج
100	62	3.2	2	80.6	50	16.3	10	أرمل
100	7	42.9	3	57.1	4	-	-	منفصل
100	200	2.5	5	62.5	125	35	70	المجموع

يتبين من خلال هذه نتائج أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين ينامون عدد ساعات كافية في اليوم أحيانا وذلك بنسبة 62.5% مقابل نسبة 35% ينامون دائما عدد ساعات كافية في اليوم ونسبة 2.5% لا ينامون عدد ساعات كافية في اليوم. وعندما أدخلنا الحالة المدنية كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

نسبة 80.6% من المبحوثين الأرامل ينامون أحيانا عدد ساعات كافية في اليوم مقابل نسبة 16.3% ينامون دائما عدد ساعات كافية في اليوم ونسبة 3.2% لا ينامون عدد ساعات كافية.

أما بالنسبة للمبحوثين المنفصلين فقد تبين أن نسبة 57.1% ينامون أحيانا عدد ساعات كافية في اليوم مقابل نسبة 42.9% لا ينامون عدد ساعات كافية في اليوم.

أما بالنسبة للمبحوثين المتزوجين فقد تبين أن نسبة 54.2% ينامون أحيانا عدد ساعات كافية في اليوم مقابل نسبة 45.8% ينامون دائما عدد ساعات كافية في اليوم.

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

ومن هذه النتائج نستنتج أن معظم المسنون مهما كانت حالتهم المدنية ينامون عدد ساعات كافية في اليوم ما بين أحيانا ودائما إلا بعض المسنون المترملون ونسبة معتبرة من المسنون المنفصلون لا ينامون عدد ساعات كافية وهذا راجع إلى شعورهم بالوحدة والعزلة عند فقدانهم شريك الحياة مما ينتابهم القلق والاكتئاب وهذا ما يؤدي إلى اضطراب النوم عندهم.

استنتاج الفرضية الأولى:

من خلال نتائج الفرضية الأولى والتي تهدف إلى معرفة مدى تأثير الخصائص الديموغرافية للمسنين على سلوكياتهم الصحية توصلنا إلى مجموعة من النتائج سوف نتطرق لها فيما يلي:

من خلال الجداول السابقة فلقد تبين لنا أن نوع الجنس يمكنه أن يؤثر على السلوكيات الصحية للمسنين. فلقد وجدنا عند إدخاله على المتابعة الطبية أن هناك علاقة عكسية بين المتغيرين، وهذا ما أكدته معامل الاقتران وجدناه يساوي -0.35 وسجلنا أكبر نسبة في المتابعة الطبية عند الإناث ب 79% وهذا ما يبين أن المسنات أكثر اهتماما بصحتهن مقارنة بالمسنون، وهذا ما تأكد عندما قمنا بإدخال نوع الجنس على المدة المستغرقة بين ظهور أعراض المرض وزيارة الطبيب، حيث سجلنا أكبر نسبة عند الإناث بنسبة 54.7% يذهبن إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض.

كما يؤثر نوع الجنس على القيام بالتحاليل الطبية ووجدنا أن 68.4% من المسنات يقمن بالتحاليل الطبية مقارنة 52.6% من المسنون يقومون بالتحاليل الطبية وهذه النتائج تؤكد بان المسنات أكثر اهتماما بصحتهن من المسنون الذكور اللذين لا يقومون بتحاليل الدم خوفا لاحتمال اكتشافهم بأنهم مصابون بالأمراض المزمنة.

إضافة إلى ذلك فلقد وجدنا أن نوع الجنس يؤثر على مدى قياس ضغط الدم فلقد تبين ان سواء الإناث أو الذكور يقومون بقياس ضغط الدم ولكن الإناث دائما أكثر اهتماما من

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

الذكور بقياس ضغط الدم، حيث 45.3% من المسنات يقمن بقياس ضغط الدم دائما مقابل 28.6% من المسنون، و 54.7% من المسنات يقمن بقياس ضغط الدم أحيانا مقابل 57.6% من المسنون و 14.3% من المسنون لا يقومون بقياس ضغط الدم، وهذا راجع أن المسنون لا يهتمون بقياس ضغط الدم لخوفهم من اكتشافهم بأنهم مصابون بضغط الدم. ووجدنا نفس شيء عندما أدخلنا نوع الجنس على قياس نسبة السكر في الدم، حيث سجلنا نسبة 52.6% من المسنات يقمن بقياس نسبة السكر في الدم دائما مقابل 33.3% من المسنون و 36.8% من المسنات يقومن بقياس نسبة السكر في الدم أحيانا مقابل 33.3% من المسنون و 10.5% من المسنات لا يقمن بقياس نسبة السكر في الدم مقابل 33.3% وتؤكد النتائج السابقة وان المسنات أكثر اهتماما بقياس نسبة السكر في الدم من المسنون لان المسنات يخافن من إصابتهن بالمرض أو تدهور حالتهم الصحية مقارنة بالمسنون نجدهم اقل اهتماما لا خوفا من اكتشافهم بأنهم مصابون بمرض السكر أو حالتهم الصحية متدهورة.

عندما أدخلنا نوع الجنس على إتباع الحمية الغذائية فلقد تبين أن المسنون أو المسنات لهم بتقريب مستويات مماثلة في المحافظة على نظامهم الغذائي ولكن تبقى المسنات أكثر بقليل اهتماما على المسنون في إتباع الحمية الغذائية حيث سجلنا اكبر نسبة عند المسنات ب 42.1% يتبعن أحيانا الحمية الغذائية.

كما لاحظنا من خلال النتائج السابقة أن أغلبية المسنون يمارسون الرياضة مقارنة بالمسنات، أن أغليبتهن لا يمارسن الرياضة حيث وجنا نسبة 88.4% من المسنات لا يمارسن الرياضة، وهذا راجع الى ان اغلبهن المسنات ماكنات بالبيت وليس لديهم ثقافة ممارسة الرياضة.

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

كما تبين أن المسنات يعانين من اضطرابات النوم أكثر من المسنون، فلقد وجدنا ان 72.6% من المسنات ينمن أحيانا عدد ساعات كافية في اليوم، وهذا راجع أنهن ماكثات بالبيت لا يتعبن كثيرا، صف إلى ذلك أن بعد سن اليأس تصبح أكثر قلقا وتوترا وهذا ما يولد اضطرابات في النوم.

من خلال الجداول السابقة تبين أن فئات السن تلعب دورا هاما في التأثير على السلوكيات الصحية للمسنين حيث وجدنا ان فئات السن تؤثر على المتابعة الطبية وهناك علاقة طردية بين المتغيرين كلما تقدم المسن في العمر كلما زادت نسبة متابعته طبيا وسجلنا اكبر نسبة عند فئة السن 75-79 سنة بـ 86.9%، وعند ادخالنا السن على المدة المستغرقة بين ظهور أعراض المرض وزيارة الطبيب فتبين ان 83.3% من المسنين الذين ينتمون الى فئة السن 80 سنة فما فوق يذهبون الى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض، وعندما أدخلنا فئات السن على القيام بالتحاليل الطبية بانتظام، فلقد تبين لنا أن 82.6% من المسنون الذين ينتمون إلى فئة 75-79 سنة يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام وان هناك علاقة طردية بين المتغيرين السن وقيام بالتحاليل الطبية وهذا ما أكده معامل التوافق ووجدناه يساوي 0.29، إضافة إلى هذا فلقد وجدنا أن فئات السن تؤثر على قياس ضغط الدم حيث كلما تقدم المسن في السن كلما أصبح أكثر جدية، وسجلنا اكبر نسبة عند المسنين الذين ينتمون إلى فئة السن 60-64 سنة بـ 87.8% يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا، كما لاحظنا من خلال نتائج الجداول السابقة أن السن يؤثر في قياس نسبة السكر في الدم، ولقد تبين أن اكبر نسبة سجلت عند المسنين الذين ينتمون إلى فئة السن 75-79 سنة بـ 60.9% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما وبانتظام، وتبين أن هناك علاقة طردية بين المتغيرين من خلال معامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0.52، حيث كلما تقدم المسن في العمر كلما أصبح المسن أكثر حرصا على قياس نسبة السكر في الدم، إضافة إلى ذلك

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

فلقد وجدنا أن السن يؤثر على إتباع الحمية الغذائية حيث كلما تقدم المسن في السن زاد حرصا على القيام بإتباع الحمية الغذائية وهذا ما يبينه نتائج الجدول السابق كما أكد هذا معامل التوافق حين وجدناه يساوي 0.56 وهذا يدل على وجود علاقة طردية بين المتغيرين السن وإتباع الحمية الغذائية وسجلنا أكبر نسبة عند فئة السن 75-79 سنة بـ 56.5% يتبعون الحمية الغذائية دائما وبانتظام، كما أن السن يؤثر على ممارسة الرياضة، حيث تبين نتائج الجدول السابق ان معظم المسنون لا يقومون بممارسة الرياضة وتزداد نسبتهم كلما تقدم المسن في السن، وهذا ما يؤكد معامل التوافق حيث وجدناه يساوي 0.34 وهذا ما يدل على وجود علاقة طردية. وسجلنا أكبر نسبة في فئة السن 80 سنة فما فوق بـ 90% لا يمارسون الرياضة ابدأ، كما تبين لنا أن السن يؤثر على عدد ساعات النوم الكافية في اليوم حيث تزداد اضطرابات النوم عند المسنون مع تقدم المسن في العمر، وهذا ما أكده معامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0.23 وهذا ما يدل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين السن وعدد ساعات النوم الكافية في اليوم، حيث سجلنا أكبر نسبة عند المسنين الذين ينتمون إلى فئة السن 80 سنة فما فوق بـ 76.7% ينامون أحيانا عدد ساعات كافية في اليوم.

تبين لنا أيضا أن الحالة المدنية تؤثر على السلوكيات الصحية للمسنين، حيث وجدنا من خلال الجداول السابقة أن الحالة المدنية تؤثر على المتابعة الطبية ونلاحظ أن معظم المسنون يقومون بمتابعة طبية إلا أن سجلنا أكبر نسبة عند المسنين المنفصلون بـ 100% يقومون بمتابعة طبية فالمسنين المنفصلون حريصون على صحتهم، وهذا ما أكده الجدول الموالي الذي يبين تأثير الحالة المدنية على المدة المستغرقة لذهاب إلى طبيب بعد ظهور أعراض المرض، حيث سجلنا أكبر نسبة عند المسنين المنفصلون بـ 71.4% يذهبون مباشرة بعد ظهور أعراض المرض، كما أن وجدنا بان الحالة المدنية تؤثر على القيام بالتحاليل الطبية، ونلاحظ ان معظم المسنون يقومون بالتحاليل الطبية، إلا أن وجدنا بعض

المسنين المتزوجين والأرامل لا يقومون بالتحاليل الطبية وذلك راجع بالنسبة للمتزوجين أنهم مازالوا محتفظين بمكانتهم كمسؤولون على شؤون الأسرة فهذا يجعلهم يهملون القيام بالتحاليل الطبية وهذا خوف من كشف عن الأمراض المزمنة فيفقد مكانة السلطة في الأسرة أما بالنسبة للأرامل فعند فقدان شريك حياتهم فيشعر المسن بأنه غير مرغوب فيه وينتابه الاكتئاب مما يجعله يعيش في الوحدة والعزلة ويفقد الاستمتاع بالحياة وبهمل نفسه وينتظر إلا الموت. كما سجلنا أكبر نسبة عند المسنين المنفصلين بـ 85.7% يقومون بالتحاليل الطبية، كما تبين لنا أن الحالة المدنية تؤثر على مدى قيام قياس ضغط الدم، فعدم الاهتمام بقياس ضغط الدم يعود إلى الخوف من كشف أمراض مزمنة، وبالتالي يشعر المسن بالضعف وفقدان مكانته ودوره القيادي في الأسرة، أما فيما يخص تأثير الحالة المدنية على قياس نسبة السكر في الدم، فلقد تبين لنا من خلال الجدول السابق ان معظم المسنين مهما كانت حالتهم المدنية يقومون بقياس نسبة السكر في الدم إلا بعض المسنين المتزوجين والأرامل وهذا راجع بالنسبة للمتزوجون هو الى الخوف من فقدان مكانتهم في الأسرة عند القيام بقياس نسبة السكر في الدم والكشف أنهم مصابون بمرض سكري فيشعرون بضعف ويفقدون دورهم القيادي في الأسرة أما بالنسبة للمترملون هو فقدانهم الذوق والاستمتاع بالحياة عند فقدان شريك حياتهم فيصابون بفراغ اجتماعي ويميلون للوحدة والعزلة مما يجعلهم يهملون قياس نسبة السكر في الدم، كما تبين لنا أن الحالة المدنية تؤثر على إتباع الحمية الغذائية، حيث أن من هذه النتائج نستنتج أن معظم المسنين مهما كانت حالتهم المدنية يتبعون الحمية الغذائية الصحية بين دائماً وأحياناً إلا أن البعض منهم من المتزوجون والمترملون لا يتبعون الحمية الغذائية، وهذا راجع بالنسبة للمتزوجون إلى أنهم يعيشون في وسط اسري وبالرغم لديه طعام الخاص به ولكن لا يحترمون حمية غذائهم ويأكلون من طعام الأبناء والأحفاد وهو سلوك نوع من لا مبالاة خاصة عندما يشعرون بصحة جيدة أما بالنسبة

الفصل السابع: الخصائص الديموغرافية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية.

للمترملون فهم عادة عندما يفقدون شريك حياتهم فهم يميلون إلى الوحدة والعزلة فيصابون بالاكتئاب وهذا شعور يؤدي إلى فقدان الشهية وبالتالي يصابون بسوء التغذية، كما استنتجنا ايضا أن الحالة المدنية تؤثر على ممارسة الرياضة، حيث أن لاحظنا من خلال الجداول السابقة أن معظم المبحوثين لا يمارسون الرياضة، وهذا راجع إلى الضعف البدني والجسمي الذي يصيب المبحوثين في مرحلة الشيخوخة فيصبحون كثيرون التعب والإرهاق عند بذل مجهود عضلي إضافة إلى الانسحاب الاجتماعي بالنسبة للمترملين والمنفصلين، فهم يميلون للوحدة والعزلة ورغم كل هذا نجد بعض المسنون المتزوجون يمارسون الرياضة، حيث سجلنا أكبر نسبة عندهم بلغت 48.1% يمارسون الرياضة أحيانا، وهذا راجع إلى أنهم يلقون تشجيع من طرف أسرهم وعادة ما يمارسون الرياضة مع أبنائهم كالمشي لمسافات طويلة في الغابة، كما تبين لنا أن الحالة المدنية تؤثر على عدد ساعات النوم الكافية في اليوم حيث لاحظنا من خلال نتائج الجدول السابق أن معظم المسنين مهما كانت حالتهم المدنية ينامون عدد ساعات كافية في اليوم بين دائما و أحيانا إلا بعض المسنين المترملون لا ينامون عدد ساعات كافية في اليوم، وهذا راجع إلى شعورهم بالوحدة والعزلة عند فقدانهم شريك الحياة مما ينتابهم القلق والاكتئاب، وهذا ما يؤدي إلى اضطراب النوم عندهم.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على
سلوكياته الصحية المنتهجة في هذه المرحلة العمرية

تمهيد

المبحث الأول: تأثير المستوى التعليمي للمسن على سلوكياته
الصحية.

المبحث الثاني: تأثير المستوى المعيشي للمسن على سلوكياته
الصحية.

المبحث الثالث: تأثير دور المسن في إعالة أسرته على سلوكياته
الصحية.

استنتاج الفرضية الثانية

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

تمهيد

إن وصول المسن لهذه المرحلة بعد ما قطع سنوات عديدة من حياته أمضاها في العمل والإنتاج والعطاء كل هذا جعله يكسب مكانة اجتماعية تبرز دوره في المجتمع الذي ينتمي إليه كما تسمح له ان يكون صاحب الكلمة والقرار ويكون صاحب القيادة والسلطة ولكن هذه مكانة تختلف من مسن إلى آخر هناك حالات ترتفع فيها مكانة المسن وتبرز دوره وتزيد من مهامه وتكون له كلمة والقرار وهناك حالات تتخض هذه المكانة فتجعل المسن يميل الى الانطواء والانعزال والوحدة في المجتمع لهذا لها دور مهم في تحديد سلوكياته الصحية وهذا ما سنحاول ان نراه من خلال تحليل الفرضية التالية:

الفرضية الثانية: المكانة الاجتماعية للمسن تؤثر على سلوكياته الصحية

متغيرات المؤشر المستقل (المكانة الاجتماعية)

- المستوى التعليمي
- نوع العمل في سابق
- التقاعد
- قيمة الدخل
- دور في الإعالة

مؤشرات المتغير التابع (السلوكيات الصحية)

- المتابعة الطبية
- اتباع الحمية الغذائية
- المدة المستغرقة لذهاب إلى الطبيب
- ممارسة الرياضة
- القيام بالتحاليل الطبية
- عدد ساعات النوم الكافية في اليوم
- قياس ضغط الدم
- قياس نسبة السكر في الدم

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

المبحث الأول: تأثير المستوى التعليمي للمسن على سلوكياته الصحية.

الجدول رقم (56): علاقة بين المستوى التعليمي والمتابعة الطبية المنتظمة.

المجموع		لا		نعم		المتابعة الطبية المستوى المنتظمة تعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	
100	50	60	30	40	20	أمي
100	40	47.5	19	52.5	21	يقرأ ويكتب
100	20	30	6	70	14	ابتدائي
100	20	25	5	75	15	متوسط
100	15	-	-	100	15	ثانوي
100	55	-	-	100	55	جامعي
100	200	30	60	70	140	المجموع

يظهر من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة
المبحوثين الذين يقومون بفحوصات طبية وذلك بنسبة 70% بالمقابل نجد نسبة 30%
من المبحوثين لا يقومون بفحوصات طبية
ولمعرفة مدى تأثير المستوى التعليمي على متابعة الطبية ادخلناه كمتغير مستقل فتبين
لنا مايلي:

100% من المبحوثين ذو المستوى الجامعي و ثانوي يقومون بمتابعة طبية بانتظام
اما بالنسبة للمبحوثين ذو المستوى المتوسط فلقد تبين ان نسبة 75% يقومون
بفحوصات طبية مقابل نسبة 25% لا يقومون بفحوصات طبية

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

اما بالنسبة للمبحوثين ذو المستوى الابتدائي فلقد تبين ان نسبة 70% يقومون بالمتابعة الطبية مقابل نسبة 30% لا يقومون بالمتابعة الطبية

اما بالنسبة للمبحوثين ذو المستوى القراءة والكتابة فلقد تبين ان نسبة 52.5% يقومون بالمتابعة الطبية مقابل نسبة 47.5% لا يقومون بالمتابعة الطبية

اما بالنسبة للمبحوثين الاميون فلقد تبين ان نسبة 60% لا يقومون بالمتابعة الطبية مقابل نسبة 40% يقومون بالمتابعة الطبية

ومن خلال هذه النتائج نستنتج ان هناك علاقة طردية بين المتغيرين، حيث كلما ارتفع المستوى التعليمي للمسنين كلما ارتفعت نسبتهم في المتابعة الطبية حيث سجلنا اقل نسبة للمتابعة الطبية عند الاميين واكبر نسبة للمتابعة عند الجامعيين والثانويين وهذا الاختلاف راجع الى غياب الثقافة الصحية في وسط الاميين فهم لم يصلوا بعد الى درجة الوعي الكافي بأهمية الذهاب الى الطبيب والقيام بفحوصات طبية منتظمة ومستمرة دون الشعور بوجود مشكل صحي، فأغلبية المبحوثين يقومون بهذا الفحص إلا عند الضرورة القصوى او في حالة تدهور حالته الصحية او المرض وعندما يشعر بصحة جيدة فلا يتابع طبيا وعادة ما يلجأ الى استعمال الأعشاب الطبية للمعالجة او تخفيف من حدة الألم، مقارنة بالمسنين المثقفين تجد لديهم الوعي الصحي والثقافة الصحية مما يسمح لهم بالقيام بزيارات وقائية الى الطبيب رغم انهم بصحة جيدة ويحتفظون بسجل المعلومات الطبية الشخصية وتجد لديهم حب الاستفسار والبحث والمطالعة وفهم وتطبيق نصائح الطبيب.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

الجدول رقم (57): علاقة بين المستوى التعليمي والمدة المستغرقة بين ظهور
الأعراض المرضية وزيارة الطبيب.

المدة المستغرقة	مباشرة بعد ظهور أعراض		بعد فترة قصيرة		بعد فترة طويلة		المجموع
	ك	%	ك	%	ك	%	
امي	10	20	35	70	5	10	50
يقرا ويكتب	13	32.5	20	50	7	17.5	40
ابتدائي	7	35	13	65	-	-	20
متوسط	11	55	9	45	-	-	20
ثانوي	9	60	6	40	-	-	15
جامعي	33	60	22	40	-	-	55
المجموع	83	41.5	105	52.5	12	6	200

يظهر لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة
المبحوثين الذين يذهبون إلى طبيب بعد فترة قصيرة من ظهور الأعراض المرضية
وذلك بنسبة 52.5% مقابل نسبة 41.5% يذهبون إلى طبيب مباشرة بعد ظهور
الأعراض المرضية وبينما نجد نسبة 6% يذهبون بعد فترة طويلة من ظهور أعراض
المرض.

وبإدخالنا متغير المستوى التعليمي كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على المدة
المستغرقة لذهاب إلى طبيب بعد ظهور أعراض المرض فلقد تبين لنا ما يلي
70% من المبحوثين الأميون يذهبون إلى طبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض
المرض مقابل نسبة 20% يذهبون إلى طبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض
ونسبة 10% يذهبون بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

أما بنسبة للمبحوثين ذو المستوى الابتدائي فلقد تبين ان نسبة 65% يذهبون إلى طبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 35% يذهبون إلى طبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض.

أما بنسبة للمبحوثين ذو المستوى ثانوي والجامعي فلقد تبين ان نسبة 60% يذهبون إلى طبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 40% يذهبون إلى طبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض.

أما بنسبة للمبحوثين ذو المستوى المتوسط فلقد تبين ان نسبة 55% يذهبون إلى طبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 45% يذهبون إلى طبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض.

اما بنسبة للمبحوثين ذو المستوى القراءة والكتابة فلقد تبين ان نسبة 50% يذهبون إلى طبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 32.5% يذهبون إلى طبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض و نسبة 17.5% يذهبون بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

من خلال هذه النتائج نستنتج أن هناك علاقة طردية بين المستوى التعليمي والمدة المستغرقة لذهاب إلى الطبيب عند ظهور أعراض المرض، حيث كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما زادت نسبة الذهاب إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض، وهذا راجع الى ان المبحوثين المثقفين نجدهم باقون في حالة تيقظ وانتباه بالنسبة لعلامات تدهور الصحة والتغيرات الجسدية، ولديهم الوعي الصحي أن زيارة الطبيب في بداية المرض يسهل عليه فهم ومعالجة المشكل الصحي الذي يعانون منه عكس المبحوثين الأميين فليست لهم القدرة على شرح وتفسير حالتهم المرضية لافتقارهم إلى أي خلفية عن نوع المرض ولا يفهمون أعراض المرض الذي تحدث لهم لافتقارهم للوعي الصحي.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

الجدول رقم (58): علاقة بين المستوى التعليمي ومدى القيام بالتحاليل

الطبية.

المجموع		لا		نعم		التحاليل الطبية المستوى تعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	
100	50	60	30	40	20	أمي
100	40	50	20	50	20	يقراً ويكتب
100	20	40	8	60	12	ابتدائي
100	20	35	7	65	13	متوسط
100	15	33.3	5	66.7	10	ثانوي
100	55	18.2	10	81.8	45	جامعي
100	200	40	80	60	120	المجموع

يتبين لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة
المبحوثين الذين يقومون بالتحاليل الطبية وذلك بنسبة 60% مقابل نسبة 40% لا
يقومون بالتحاليل الطبية.

ولمعرفة مدى تأثير المستوى التعليمي على قيام بالتحاليل الطبية أدخلناه كمتغير
مستقل فتبين لنا مايلي:

81.8% من المبحوثين الجامعيين يقومون بالتحاليل الطبية مقابل نسبة 18.2% لا
يقومون بالتحاليل الطبية.

أما بالنسبة للمبحوثين ذو المستوى ثانوي فلقد تبين أن نسبة 66.7% يقومون بالتحاليل
الطبية مقابل نسبة 33.3% لا يقومون بالتحاليل الطبية.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

اما بالنسبة للمبحوثين ذو المستوى المتوسط فلقد تبين ان نسبة 65% يقومون بالتحاليل الطبية مقابل نسبة 35% لا يقومون بالتحاليل الطبية.

اما بالنسبة للمبحوثين ذو المستوى الابتدائي فلقد تبين ان نسبة 60% يقومون بالتحاليل الطبية مقابل نسبة 40% لا يقومون بالتحاليل الطبية.

اما بالنسبة للمبحوثين الاميين فلقد تبين ان نسبة 60% لا يقومون بالتحاليل الطبية مقابل نسبة 40% يقومون بالتحاليل الطبية.

اما بالنسبة للمبحوثين ذو المستوى القراءة والكتابة فلقد تبين ان نسبة 50% يقومون بالتحاليل الطبية مقابل نسبة 50% لا يقومون بالتحاليل الطبية.

استنادا على التحليل الاحصائي للجدول رقم (58) نستنتج ان هناك علاقة طردية بين المستوى التعليمي ومدى القيام بالتحاليل الطبية، حيث يتبين لنا من خلال الجدول السابق انه كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما ارتفعت نسبة القيام بالتحاليل الطبية حيث تتخفف هذه نسبة كثيرا عند المسنين الاميين وهذا راجع لجهلهم وعدم فهمهم للطبيب لهذا تجدهم يهملون القيام بالتحاليل الطبية ويتبين من خلال الجدول السابق ان اكبر نسبة سجلت عند المسنين الجامعيين، وهذا راجع لثقافتهم الصحية وفهمهم لتعليمات الطبيب ومعرفة فوائد القيام بالتحاليل الطبية لمراقبة صحتهم قبل ان تتدهور.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

الجدول رقم (59): علاقة بين المستوى التعليمي وقياس ضغط الدم

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		قياس ضغط الدم المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	50	-	-	72	36	28	14	امي
100	40	-	-	77.5	31	22.5	9	يقرا ويكتب
100	20	30	6	50	10	20	4	ابتدائي
100	20	25	5	45	9	30	6	متوسط
100	15	-	-	53.3	8	46.7	7	ثانوي
100	55	9.1	5	30.9	17	60	33	جامعي
100	200	8	16	55.5	111	36.5	73	المجموع

يتجلى لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة
المبوهين الذين يقومون بقياس ضغط الدم احيانا وذلك بنسبة 55.5% مقابل نسبة
36.5% يقومون بقياس ضغط الدم دائما وبينما نجد 8% لا يقومون بقياس ضغط
الدم.

ولمعرفة مدى تأثير المستوى التعليمي على قياس ضغط الدم ادخلناه كمتغير مستقل
فلقد تبين لنا مايلي:

77.5% من المبوهين ذو المستوى القراءة والكتابة يقومون بقياس ضغط الدم احيانا
مقابل نسبة 22.5% يقومون بقياس ضغط الدم دائما.

اما بالنسبة للمبوهين الاميين فلقد تبين ان نسبة 72% يقومون بقياس ضغط الدم
احيانا مقابل نسبة 28% يقومون بقياس ضغط الدم دائما.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

اما بالنسبة للمبحوثين ذو المستوى الثانوي فلقد تبين ان نسبة 53.3% يقومون بقياس ضغط الدم احيانا مقابل نسبة 46.7% يقومون بقياس ضغط الدم دائما.

اما بالنسبة للمبحوثين الجامعيين فلقد تبين ان نسبة 60% يقومون بقياس ضغط الدم دائما مقابل نسبة 30.9% يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا و نسبة 9.1% لا يقومون بقياس ضغط الدم.

اما بالنسبة للمبحوثين ذو المستوى الابتدائي فلقد تبين أن نسبة 50% يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا مقابل نسبة 30% لا يقومون بقياس ضغط الدم ونسبة 20% يقومون بقياس ضغط الدم دائما.

اما بالنسبة للمبحوثين ذو المستوى المتوسط فلقد تبين ان نسبة 45% يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا مقابل نسبة 30% يقومون بقياس ضغط الدم دائما ونسبة 25% لا يقومون بقياس ضغط الدم.

ومن خلال هذه النتائج يتبين لنا ان هناك علاقة طردية بين المتغيرين، حيث كلما ارتفع المستوى التعليمي للمسنين كلما ارتفعت نسبة قياس ضغط الدم، حيث سجلنا اضعف نسبة عند المسنين الاميين، وهذا راجع لجهلهم القراءة ولا يستطيعون استعمال جهاز ضغط الدم فينتظرون دائما احد الافراد ان يقيس لهم ضغط الدم او الذهاب عند الصيدلي او إلى المستشفى لهذا تجدهم يهملون قياس ضغط الدم مقارنة بالمسنون المتعلمون والمثقفون تجدهم يراقبون بنفسهم ضغط الدم باستعمال جهاز ضغط الدم وقت ما ارادوا دون ازعاج احد الافراد او تحمل عناء التنقل الى المستشفى او صيدلي.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتهجة في هذه المرحلة العمرية

الجدول رقم (60): علاقة بين المستوى التعليمي وقياس نسبة السكر في الدم

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		قياس نسبة السكر المستوى التعليمي
		ك	%	ك	%	ك	%	
100	50	30	15	40	20	30	15	امي
100	40	30	12	37.5	15	32.5	13	يقرا ويكتب
100	20	45	9	20	4	35	7	ابتدائي
100	20	30	6	30	6	40	8	متوسط
100	15	20	3	33.3	5	46.7	7	ثانوي
100	55	-	-	36.4	20	63.6	35	جامعي
100	200	22.5	45	35	70	42.5	85	المجموع

يظهر من خلال معطيات الجدول أعلاه ان الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما وذلك بنسبة 42.5% مقابل نسبة 35% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم احيانا وبينما نجد نسبة 22.5% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم.

ولمعرفة مدى تأثير المستوى التعليمي على قياس نسبة السكر في الدم ادخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

63.6% من المبحوثين ذو المستوى الجامعي يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما مقابل نسبة 36.4% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أحيانا أما بالنسبة للمبحوثين ذو المستوى الثانوي فلقد تبين أن نسبة 46.7% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما مقابل نسبة 33.3% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أحيانا و نسبة 20% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

أما بالنسبة للمبحوثين ذو المستوى الابتدائي فلقد تبين ان نسبة 45% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم مقابل نسبة 35% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما و نسبة 20% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم احيانا.

اما بالنسبة للمبحوثين ذو المستوى المتوسط فلقد تبين ان نسبة 40% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما مقابل نسبة 30% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم احيانا و نسبة 30% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم.

اما بالنسبة للمبحوثين الاميين فلقد تبين ان نسبة 40% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم احيانا مقابل نسبة 30% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما و نسبة 30% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم.

اما بالنسبة للمبحوثين ذو المستوى القراءة والكتابة فلقد تبين ان نسبة 37.5% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم احيانا مقابل نسبة 32.5% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما و نسبة 30% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم.

ومن خلال هذه النتائج نستنتج أن هناك علاقة طردية بين المتغيرين المستوى التعليمي و قياس نسبة السكر في الدم، حيث كلما ارتفع المستوى التعليمي ارتفعت نسبة قياس السكر في الدم حيث سجلنا اضعف نسبة عند المسنين الاميين، وهذا راجع الى جهلهم وعدم معرفتهم للقراءة وكيفية قياس نسبة السكر في الدم حيث يستعينون دائما بأحد الأشخاص لذلك وعادة لا يجدون من يقيس لهم فيضطرون عادة ذهاب الى المستشفى والى مصلحة متعددة الخدمات، وعادة يجدونها مكتظة بالمرضى لهذا تجدهم يهملون قياس نسبة السكر في الدم عكس المسنون المثقفون تجدهم يقيسون أنفسهم نسبة السكر في الدم لهذا نجد نسبتهم مرتفعة.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

الجدول رقم (61): علاقة بين المستوى التعليمي وإتباع الحمية الغذائية

المجموع		ابدا		أحيانا		دائما		إتباع الحمية المستوى الغذائية التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	50	64	32	36	18	-	-	امي
100	40	32.5	13	47.5	19	20	8	يقرا ويكتب
100	20	45	9	35	7	20	4	ابتدائي
100	20	50	10	25	5	25	5	متوسط
100	15	-	-	60	9	40	6	ثانوي
100	55	5.5	3	44	22	54.5	30	جامعي
100	200	33.5	67	40	80	26.5	53	المجموع

يتبين من خلال هذه نتائج أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بإتباع الحمية الغذائية الصحية أحيانا، وذلك بنسبة 40% مقابل نسبة 33.5% لا يقومون بإتباع الحمية الغذائية ونسبة 26.5% يقومون بإتباع الحمية الغذائية الصحية دائما.

ولمعرفة مدى تأثير المستوى التعليمي على إتباع الحمية الغذائية أدخلناه كمتغير مستقل فلقد تبين لنا مايلي:

64% من الباحثين الاميين لا يقومون باتباع الحمية الغذائية مقابل نسبة 36% يقومون باتباع الحمية الغذائية احيانا

أما بالنسبة للباحثين ذو المستوى الثانوي فلقد تبين أن نسبة 60% يقومون بإتباع الحمية الغذائية احيانا مقابل نسبة 40% يقومون بإتباع الحمية الغذائية دائما.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

أما بالنسبة للباحثين الجامعيين فلقد تبين أن نسبة 54.5% يقومون بإتباع الحمية الغذائية دائما مقابل نسبة 44% يقومون بإتباع الحمية الغذائية أحيانا ونسبة 5.5% لا يقومون بإتباع الحمية الغذائية.

أما بالنسبة للباحثين ذو المستوى المتوسط فلقد تبين أن نسبة 50% لا يقومون بإتباع الحمية الغذائية مقابل نسبة 25% يقومون بإتباع الحمية الغذائية دائما ونسبة 25% يقومون بإتباع الحمية الغذائية أحيانا.

أما بالنسبة للباحثين ذو المستوى القراءة والكتابة فلقد تبين أن نسبة 47.5% يقومون بإتباع الحمية الغذائية أحيانا مقابل نسبة 32.5% لا يقومون بإتباع الحمية الغذائية ونسبة 20% يقومون بإتباع الحمية الغذائية دائما.

أما بالنسبة للباحثين ذو المستوى الابتدائي فلقد تبين أن نسبة 45% لا يقومون بإتباع الحمية الغذائية مقابل نسبة 35% يقومون بإتباع الحمية الغذائية أحيانا و نسبة 20% يقومون بإتباع الحمية الغذائية دائما.

ومن خلال هذه النتائج يتبين لنا أن هناك علاقة طردية بين المتغيرين المستوى التعليمي وإتباع الحمية الغذائية، حيث كلما ارتفع المستوى التعليمي للمسن كلما ارتفعت نسبة إتباع الحمية الغذائية وسجلنا اقل نسبة في إتباع الحمية الغذائية عند المسنين الأميين، وهذا راجع لجهلهم وعدم فهمهم لنصائح الطبيب في إتباع برنامج الحمية الغذائية مقارنة بالمسنين المثقفين تجدهم يطالعون ويبحثون في الكتب والمجلات الخاصة بالتغذية ويتبعون في الإعلام الحصص الطبية ويتبعون نصائح الطبيب ويحرصون على تطبيق برنامج الحمية الغذائية المقدم لهم من طرف الطبيب الخاص بالتغذية.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتهجة في هذه المرحلة العمرية

الجدول رقم (62): علاقة بين المستوى التعليمي وممارسة الرياضة

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		ممارسة الرياضة المستوى التعليمي
		%	ك	%	ك	%	ك	
100	50	92	46	8	4	-	-	امي
100	40	85	34	15	6	-	-	يقرا ويكتب
100	20	65	13	35	7	-	-	ابتدائي
100	20	50	10	45	9	5	1	متوسط
100	15	-	-	80	12	20	3	ثانوي
100	55	41.8	23	45.5	25	12.7	7	جامعي
100	200	63	126	31.5	63	5.5	11	المجموع

يتجلى لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين لا يقومون بممارسة الرياضة وذلك بنسبة 63% مقابل نسبة 31.5% يمارسون الرياضة احيانا وبينما نجد نسبة 5.5% يمارسون الرياضة دائما ولمعرفة مدى تأثير المستوى التعليمي على ممارسة الرياضة ادخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

92% من المبحوثين الاميين لا يمارسون الرياضة مقابل نسبة 8% يمارسون الرياضة احيانا

اما بالنسبة للمبحوثين ذو المستوى القراءة والكتابة فلقد تبين ان نسبة 85% لا يمارسون الرياضة مقابل نسبة 15% يمارسون الرياضة احيانا.

اما بالنسبة للمبحوثين ذو المستوى الثانوي فلقد تبين ان نسبة 80% يمارسون الرياضة احيانا مقابل نسبة 20% يمارسون الرياضة دائما.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

اما بالنسبة للمبحوثين ذو المستوى الابتدائي فلقد تبين ان نسبة 65% لا يمارسون الرياضة مقابل نسبة 35% يمارسون الرياضة احيانا.

اما بالنسبة للمبحوثين ذو المستوى المتوسط فلقد تبين ان نسبة 50% لا يمارسون الرياضة مقابل نسبة 45% يمارسون الرياضة احيانا و5% يمارسون الرياضة دائما.

اما بالنسبة للمبحوثين الجامعيين فلقد تبين ان نسبة 45.5% يمارسون الرياضة احيانا مقابل نسبة 41.8% لا يمارسون الرياضة و نسبة 12.7% يمارسون الرياضة دائما.

ومن هذه النتائج نستنتج أن توجد علاقة طردية بين المتغيرين المستوى التعليمي وممارسة الرياضة، حيث كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما ارتفعت نسبة ممارسة الرياضة. و سجلنا اضعف نسبة عند المسنين الاميين وهذا راجع لجهلهم واعتقادهم ان الرياضة مضره لصحتهم خاصة عند انخفاض القدرة البدنية بسبب تقدم العمر ويكونوا مصابين باضطرابات القلب وارتفاع ضغط الدم والسكري غير المنضبط والتهاب المفاصل، كل هذا يجعل ممارسة تمارين الرياضة صعبة لديهم عكس المسنين المثقفين تجدهم يطالعون ويبحثون في الكتب والمجلات الرياضية وكثرة الاستفسار مع الطبيب الرياضي والمدرّب المعتمد فيعطيهم برنامج رياضي خاص بكل حالة المسن إن كان يعاني من اضطرابات أو أمراض او بصحة جيدة لهذا تجد نسبتهم في ممارسة رياضة مرتفعة.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتهجة في هذه المرحلة العمرية

الجدول رقم (63): علاقة بين المستوى التعليمي وعدد ساعات النوم الكافية في
اليوم

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		عدد ساعات النوم الكافية	المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	50	-	-	80	40	20	10		امي
100	40	12.5	5	62.5	25	25	10		يقرا ويكتب
100	20	-	-	75	15	25	5		ابتدائي
100	20	-	-	60	12	40	8		متوسط
100	15	-	-	53.3	8	46.7	7		ثانوي
100	55	-	-	45.5	25	54.5	30		جامعي
100	200	2.5	5	62.5	125	35	70		المجموع

يظهر من خلال معطيات الجدول أعلاه ان الاتجاه العام للجدول يقع في خانة
المبحوثين الذين ينامون عدد ساعات كافية في اليوم احيانا وذلك بنسبة 62.5%
مقابل نسبة 35% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما ونسبة 2.5% لا ينامون
عدد ساعات كافية في اليوم.

ولمعرفة مدى تاثير المستوى التعليمي على عدد ساعات النوم الكافية في اليوم ادخلناه
كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي :

80% من المبحوثين الأميمين ينامون عدد ساعات كافية في اليوم احيانا مقابل نسبة
20% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

اما بالنسبة للمبحوثين ذو المستوى الابتدائي فلقد تبين ان نسبة 75% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم احيانا مقابل نسبة 25% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما.

اما بالنسبة للمبحوثين ذو المستوى القراءة والكتابة فلقد تبين ان نسبة 62.5% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم احيانا مقابل نسبة 25% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما ونسبة 12.5% لا ينامون عدد ساعات كافية في اليوم.

اما بالنسبة للمبحوثين ذو المستوى المتوسط فلقد تبين ان نسبة 60% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم احيانا مقابل نسبة 40% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما.

اما بالنسبة للمبحوثين ذو المستوى الجامعي فلقد تبين ان نسبة 54.5% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم احيانا مقابل نسبة 45.5% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما.

اما بالنسبة للمبحوثين ذو المستوى الثانوي فلقد تبين ان نسبة 53.3% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم احيانا مقابل نسبة 46.7% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما.

ومن هذه النتائج نستنتج ان هناك علاقة طردية بين المتغيرين المستوى التعليمي وعدد ساعات النوم الكافية في اليوم، حيث كلما ارتفع المستوى التعليمي عند المسنين كلما ارتفعت نسبة عدد ساعات النوم الكافية في اليوم، حيث سجلنا اضعف نسبة لعدد ساعات النوم الكافية في اليوم عند المسنين الاميين، وهذا راجع لجهلهم حيث تجدهم منفعلين بكثرة وقلقين لهذا تجدهم منعزلين اجتماعيا مما يولد لديهم اضطرابات في النوم عكس المسنين المثقفين تجدهم نشطين في حياتهم اليومية بين ممارسة الرياضة

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتهجة في هذه المرحلة العمرية

ومنخرطين في الجمعيات الخيرية ويقومون بحملات تطوعية فيتعبون ويبدول مجهود عضلي فيتعبون في نهاية اليوم وينامون بأرياحية في الليل .

المبحث الثاني: تأثير المستوى المعيشي للمسن على سلوكياته الصحية.

الجدول رقم (64): علاقة بين نوع العمل في السابق والمتابعة الطبية المنتظمة

المجموع		لا		نعم		متابعة الطبية نوع المنتظمة العمل
%	ك	%	ك	%	ك	
100	38	65.8	25	34.2	13	عامل
100	53	30.2	16	69.8	37	موظف
100	10	30	3	70	7	إطار متوسط
100	14	-	-	100	14	إطار عالي
100	6	-	-	100	6	مهنة حرة
100	6	-	-	100	6	مهنة حرة راقية
100	127	34.6	44	65.4	83	المجموع

يتبين لنا من خلال الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يتابعون فحوصات طبية بانتظام وذلك بنسبة 65.4% مقابل نسبة 34.6% لا يتابعون فحوصات طبية.

ولمعرفة مدى تأثير نوع العمل على المتابعة الطبية أدخلناه كمتغير مستقل فتبين ما يلي:

100% من المبحوثين الذين زاولوا النشاط كإطار عالي ومهنة حرة ومهنة حرة راقية يتابعون فحوصات طبية بانتظام.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

أما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كإطار متوسط 70% يتابعون فحوصات طبية مقابل نسبة 30% لا يتابعون فحوصات طبية.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كموظف فتبين ان نسبة 69.8% يتابعون فحوصات طبية مقابل نسبة 30.2% لا يتابعون فحوصات طبية.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كعامل يومي 65.8% لا يتابعون فحوصات الطبية مقابل نسبة 34.2% يتابعون فحوصات طبية.

وعند حسابنا معامل التوافق وجدناه يساوي 0.45 وهذا ما يدل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين نوعية العمل في السابق و المتابعة الطبية حيث كلما ارتفع مستوى نوعية النشاط قبل التقاعد كلما زادت المتابعة الطبية وهذا دليل على انه كلما كان المسن في منصب راقى كلما كان لديه دخل محترم مما يسمح له بالمتابعة الطبية بانتظام عند الطبيب الخاص إضافة إلى ذلك نجد هناك علاقة طردية بين المستوى التعليمي للمبحوثين ونوعية النشاط الممارس في السابق، فكلما ارتفع المستوى التعليمي عند الإطارات والموظفين أدى بهم إلى احترام مواعيد وتطبيق تعليمات الطبيب مقارنة بالمسن العامل اليومي له دخل منخفض مما يسمح له بالمتابعة الطبية إلا في المستشفى العمومي عادة ما تكون مواعيد بعيدة وزد على ذلك له مستوى تعليمي متدني يتلقى صعوبة كبرى في فهم تعليمات الطبيب.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتهجة في هذه المرحلة العمرية

الجدول رقم (65): علاقة بين نوع العمل في السابق والمدة المستغرقة بين ظهور

الأعراض المرضية وزيارة الطبيب

المدة المستغرقة نوع العمل	مباشرة بعد ظهور أعراض		بعد فترة قصيرة		بعد فترة طويلة		المجموع
	ك	%	ك	%	ك	%	
عامل	8	20	26	70	4	10	38
موظف	18	32.5	30	50	5	17.5	53
اطار متوسط	5	50	5	50	-	-	10
اطار عالي	10	71.4	4	28.6	-	-	14
مهنة حرة	6	100	-	-	-	-	6
مهنة حرة راقية	6	100	-	-	-	-	6
المجموع	53	41.7	65	51.2	9	7.1	127

يظهر لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يذهبون إلى طبيب بعد فترة قصيرة من ظهور الأعراض وذلك بنسبة 51.2% مقابل نسبة 41.7% يذهبون إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور الأعراض ونسبة 7.1% يذهبون بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

وبإدخالنا المتغير نوع العمل في السابق كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على المدة المستغرقة للذهاب إلى الطبيب بعد ظهور أعراض المرض فلقد تبين لنا ما يلي:
100% من المبحوثين الذين زاولوا النشاط كمهنة حرة ومهنة حرة راقية يذهبون مباشرة بعد ظهور أعراض المرض.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كإطار عالي فلقد تبين أن نسبة 71.4% يذهبون مباشرة إلى الطبيب بعد ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 28.6% يذهبون بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

اما بنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كاطار متوسط فلقد تبين ان نسبة 50% يذهبون إلى طبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 50% يذهبون الى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض.

أما بنسبة إلى المبحوثين الذين زاولوا النشاط كموظف فلقد تبين ان نسبة 50% يذهبون إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 32.5% يذهبون إلى طبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض ونسبة 17.5% يذهبون بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

أما بنسبة إلى المبحوثين الذين زاولوا النشاط كعامل يومي فلقد تبين ان نسبة 70% يذهبون إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 20% يذهبون إلى طبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض ونسبة 10% يذهبون بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

ومن هذه النتائج نستنتج أن هناك علاقة طردية بين نوع العمل في السابق والمدة المستغرقة لذهاب إلى طبيب بعد ظهور أعراض المرض، حيث أنه كلما ارتفع مستوى العمل كلما زادت نسبة الذهاب إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض، وهذا راجع الى أن المركز الاجتماعي يلعب دورا هاما في التأخر في ذهاب إلى الطبيب عند ظهور أعراض المرض، حيث أن المسن الذي لديه منصب راقى فهذا يدل على أن لديه مستوى تعليمي عالي ولقد رأينا في الجداول السابقة كيف يؤثر المستوى التعليمي في ذلك ويدل أيضا على أن لديه مستوى معيشي جيد مما يجعله يطلب الخدمات الطبية والصحية بسهولة عكس المسن الذي لديه منصب عمل بسيط فيتميز بمستوى اقتصادي متدني من جهة وانخفاض المستوى التعليمي من جهة اخرى فكلها عوامل تساهم في تأخر اتخاذ القرار بالذهاب إلى الطبيب أو عدم طلب المساعدة الطبية بسرعة.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتهجة في هذه المرحلة العمرية

الجدول رقم (66): علاقة بين نوع العمل في سابق ومدى القيام بالتحاليل الطبية.

المجموع		لا		نعم		التحاليل الطبية نوع العمل
%	ك	%	ك	%	ك	
100	38	78.9	30	21.1	8	عامل
100	53	39.6	21	60.4	32	موظف
100	10	40	4	60	6	إطار متوسط
100	14	21.4	3	78.6	11	إطار عالي
100	6	-	-	100	6	مهنة حرة
100	6	-	-	100	6	مهنة حرة راقية
100	127	45.7	58	54.3	69	المجموع

يتضح لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في
خانة المبحوثين الذين يقومون بالتحاليل الطبية وذلك بنسبة 54.3% مقابل نسبة
45.7% لا يقومون بالتحاليل الطبية.

ولمعرفة مدى تأثير نوع العمل في السابق على القيام بالتحاليل الطبية ادخلناه
كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

100% من المبحوثين الذين زالوا نشاط مهنة حرة ومهنة حرة راقية يقومون
بتحاليل طبية.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين زالوا نشاط كعامل يومي فتبين ان نسبة 78.9%
لا يقومون بالتحاليل الطبية مقابل نسبة 21.1% يقومون بالتحاليل الطبية.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

أما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كإطار عالي فتبين ان نسبة 78.6% يقومون بالتحاليل الطبية مقابل نسبة 21.4% لا يقومون بالتحاليل الطبية.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا نشاط كموظف فتبين ان نسبة 60.4% يقومون بالتحاليل الطبية مقابل نسبة 39.6% لا يقومون بالتحاليل الطبية.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا نشاط كإطار متوسط فتبين ان نسبة 60% يقومون بالتحاليل الطبية مقابل نسبة 40% لا يقومون بالتحاليل الطبية.

وعند حسابنا معامل التوافق وجدناه يساوي 0.52 وهذا يدل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين نوع العمل والقيام بالتحاليل الطبية، حيث كلما ارتفع مستوى العمل كلما ارتفعت نسبة القيام بالتحاليل، وهذا راجع الى تحسن المستوى المعيشي مما يسمح له القيام بالتحاليل عند الخواص مقارنة بالمسنين العاملين اليوميين ذو مدخول محدود لا يستطيع القيام بالتحاليل عند الخواص فيذهب الى المستشفى العمومي وعادة ما يصطدم هناك بمجموعة من العقبات مثل كثرة المرضى وعدم توفر الخدمة وغيرها من المشاكل التي تعيق المريض بالقيام بالتحاليل الطبية للتأكد من سلامة صحته.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتهجة في هذه المرحلة العمرية

الجدول رقم(67): علاقة بين نوع العمل في سابق وقياس ضغط الدم.

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		قياس ضغط الدم نوع العمل
		%	ك	%	ك	%	ك	
100	38	18.4	7	65.8	25	15.8	6	عامل
100	53	7.5	4	71.7	38	20.8	11	موظف
100	10	-	-	50	5	50	5	اطار متوسط
100	14	-	-	28.6	4	71.4	10	إطار عالي
100	6	-	-	66.7	4	33.3	2	مهنة حرة
100	6	-	-	16.7	1	83.3	5	مهنة حرة راقية
100	127	8.7	11	60.6	77	30.7	39	المجموع

يظهر لنا من خلال الجدول ان الاتجاه العام يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بقياس ضغط الدم احيانا وذلك بنسبة 60.6% مقابل نسبة 30.7% يقومون بقياس ضغط الدم دائما و8.7% لا يقومون ابدا بقياس ضغط الدم ولمعرفة مدى تأثير نوع العمل في سابق على قياس ضغط الدم ادخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

83.3% من المبحوثين الذين زاولوا النشاط مهنة حرة راقية يقومون بقياس ضغط الدم دائما مقابل نسبة 16.7% يقومون بقياس ضغط الدم احيانا. اما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كموظف فتبين أن نسبة 71.7% يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا مقابل نسبة 20.8% يقومون بقياس ضغط الدم دائما ونسبة 7.5% لا يقومون بقياس ضغط الدم.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

اما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كإطار عالي فتبين أن نسبة 71.4% يقومون بقياس ضغط الدم دائماً مقابل نسبة 28.6% يقومون بقياس ضغط الدم أحياناً.

اما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كمهنة حرة فلقد تبين ان نسبة 66.7% يقومون بقياس ضغط الدم دائماً مقابل نسبة 33.3% يقومون بقياس ضغط الدم أحياناً.

اما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كعامل يومي فلقد تبين ان نسبة 65.8% يقومون بقياس ضغط الدم أحياناً مقابل نسبة 18.4% لا يقومون بقياس ضغط الدم ونسبة 15.8% يقومون بقياس ضغط الدم دائماً.

اما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كإطار متوسط فلقد تبين ان نسبة 50% يقومون بقياس ضغط الدم دائماً مقابل نسبة 50% يقومون بقياس ضغط الدم أحياناً.

وعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0.49 وهذا يدل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين نوع العمل والقيام بقياس ضغط الدم، حيث كلما ارتفع مستوى العمل كلما زادت نسبة القيام بقياس ضغط الدم، وهذا راجع أن المسنين ذو المستوى المرتفع يملكون أجهزة قياس ضغط الدم عكس المسنون الآخرون حتى يذهبون إلى المستشفى أو إلى الصيدلية لقياس ضغط الدم اما فيما يخص العمال اليوميين نلاحظ تهاون في القياس ضغط الدم عند بعض المسنين الذين يعملون مهنة راقية وهذا راجع لعوامل أخرى انه مازال يتمتع بصحته فيهمل المسن لنفسه والخوف من قيام بقياس ضغط الدم لاحتمال اكتشافه انه مصاب بمرض ضغط الدم مما يخلق لديه الخوف والاضطرابات النفسية.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

الجدول رقم (68): علاقة بين نوع العمل في سابق وقياس نسبة السكر في الدم

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		قياس نسبة السكر نوع العمل
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	38	39.5	15	36.8	14	23.7	9	عامل
100	53	30.2	16	43.4	23	26.4	14	موظف
100	10	-	-	60	6	40	4	اطار متوسط
100	14	-	-	28.6	4	71.4	10	إطار عالي
100	6	-	-	-	-	100	6	مهنة حرة
100	6	-	-	-	-	100	6	مهنة حرة راقية
100	127	24.4	31	37	47	38.6	49	المجموع

يتضح لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في
خانة المبحوثين الذين يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما وذلك بنسبة 38.6%
مقابل نسبة 37% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم احيانا ونسبة 24.4% لا
يقومون ابدا بقياس نسبة السكر في الدم.

ولمعرفة مدى تأثير نوع العمل في سابق على قياس نسبة السكر في الدم
أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي :

100% من المبحوثين الذين زالوا النشاط كمهنة حرة ومهنة حرة راقية يقومون
بقياس نسبة السكر في الدم دائما.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

اما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كاطار عالي فلقد تبين ان نسبة 71.4% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما مقابل نسبة 28.6% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم احيانا.

اما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كاطار متوسط فلقد تبين ان نسبة 60% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم احيانا مقابل نسبة 40% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما.

اما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كموظف فلقد تبين ان نسبة 43.4% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم احيانا مقابل نسبة 30.2% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم ونسبة 26.4% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما.

اما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كعامل يومي فلقد تبين ان نسبة 39.5% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم مقابل نسبة 36.8% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم احيانا ونسبة 23.7% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما.

وعند حسابنا لمعامل التوافق فوجدناه يساوي 0.45 وهذا يدل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين نوع العمل في السابق وقياس نسبة السكر في الدم، حيث كلما ارتفع مستوى العمل في السابق كلما زادت نسبة قياس نسبة السكر في الدم، وهذا راجع أن كلما كان مستوى العمل مرتفع كلما كان مستواه العلمي مرتفع وهذا ما يجعله يحرص على صحته وعلى تطبيق تعليمات الطبيب مقارنة بالمسنين الآخرون تجدهم مهملين لأنفسهم، اما بسبب مستواهم التعليمي المنخفض وبالتالي عدم وجود لديهم وعي ثقافي بأهمية هذا القياس أو بسبب ضعف مستواهم المعيشي مما يجعلهم لا يفكرون في قياس نسبة السكر في الدم رغم أهمية هذا القياس خاصة في هذه المرحلة العمرية.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

الجدول رقم (69): علاقة بين نوع العمل في سابق وإتباع الحمية الغذائية.

المجموع		أبدا		أحيانا		دائما		إتباع الحمية الغذائية نوع العمل
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	38	52.6	20	47.4	18	-	-	عامل
100	53	50.9	27	30.2	16	18.9	10	موظف
100	10	-	-	60	6	40	4	إطار متوسط
100	14	-	-	35.7	5	64.3	9	إطار عالي
100	6	-	-	66.7	4	33.3	2	مهنة حرة
100	6	-	-	33.3	2	66.7	4	مهنة حرة راقية
100	127	37	47	40.2	51	22.8	29	المجموع

يتبين لنا من خلال الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بإتباع الحمية الغذائية أحيانا وذلك بنسبة 40.2% مقابل نسبة 37% لا يتبعون الحمية الغذائية ونسبة 22.8% يقومون دائما بإتباع الحمية الغذائية.

ولمعرفة مدى تأثير نوع العمل في سابق على الحمية الغذائية الصحية أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

66.7% من المبحوثين الذين زاولوا النشاط كمهنة حرة راقية يقومون بإتباع الحمية الغذائية دائما مقابل نسبة 33.3% يقومون بإتباع الحمية الغذائية أحيانا.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كمهنة حرة فقد تبين أن نسبة 66.7% يقومون بإتباع الحمية الغذائية أحيانا مقابل نسبة 33.3% يقومون بإتباع الحمية الغذائية دائما.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

أما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كإطار عالي فلقد تبين أن نسبة 64.3% يقومون بإتباع الحمية الغذائية دائما مقابل نسبة 35.7% يقومون بإتباع الحمية الغذائية احيانا.

اما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كاطار متوسط فلقد تبين ان نسبة 60% يقومون باتباع الحمية الغذائية احيانا مقابل نسبة 40% يقومون باتباع الحمية الغذائية دائما.

اما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كعامل يومي فلقد تبين ان نسبة 52.6% لا يقومون بإتباع الحمية الغذائية مقابل نسبة 47.4% يقومون باتباع الحمية الغذائية احيانا.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كموظف فلقد تبين أن نسبة 50.9% لا يقومون بإتباع الحمية الغذائية مقابل نسبة 30.2% يقومون بإتباع الحمية الغذائية احيانا ونسبة 18.9% يقومون بإتباع الحمية الغذائية دائما.

ومن هذه نتائج نستنتج ان هناك علاقة طردية بين المتغيرين وهما نوع العمل في سابق و اتباع الحمية الغذائية حيث كلما تحسنت نوعية العمل كلما زادت نسبة الاتباع الحمية الغذائية وهذا راجع ان كلما كان العمل راقى كلما كان دخله مريح يستطيع مواجهة اعباء تكاليف الحمية الغذائية من ذهاب الى طبيب عام او مختص في التغذية وشراء كل أنواع الخضر والفواكه واللحوم لتطبيق برنامج الحمية الغذائية، عكس المسنين الذين كان لديهم عمل بسيط بدخل منخفض لا يستطيعون شراء المواد الغذائية ضرورية لبرنامج الحمية الغذائية لغلاء المعيشة التي يعاني منها المواطن خاصة في السنوات الأخيرة .

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتهجة في هذه المرحلة العمرية

الجدول رقم (70): علاقة بين نوع العمل في سابق وممارسة الرياضة

المجموع	أبدا		أحيانا		دائما		ممارسة نوع الرياضة العمل
	ك	%	ك	%	ك	%	
100	38	63.2	24	36.8	14	-	عامل
100	53	47.2	25	52.8	28	-	موظف
100	10	40	4	60	6	-	إطار متوسط
100	14	-	-	71.4	10	28.6	إطار عالي
100	6	-	-	66.7	4	33.3	مهنة حرة
100	6	-	-	50	3	50	مهنة حرة راقية
100	127	41.7	53	51.2	65	7.1	المجموع

يتجلى لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في
خانة المبحوثين الذين يقومون بممارسة الرياضة أحيانا وذلك بنسبة 51.2% مقابل
نسبة 41.7% لا يقومون بممارسة الرياضة ونسبة 7.1% يقومون دائما بممارسة
الرياضة.

ولمعرفة مدى تأثير نوع العمل في سابق على ممارسة الرياضة ادخلناه كمتغير
مستقل فتبين لنا مايلي:

71.4% من المبحوثين الذين زاولوا النشاط كإطار عالي يقومون بممارسة
الرياضة احيانا مقابل نسبة 28.6% يقومون بممارسة الرياضة دائما.
اما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كمهنة حرة نسبة 66.7% يقومون
بممارسة الرياضة احيانا مقابل نسبة 33.3% يقومون بممارسة الرياضة دائما.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

اما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كعامل يومي فلقد تبين ان نسبة 63.2% لا يقومون بممارسة الرياضة مقابل نسبة 36.8% يقومون بممارسة الرياضة احيانا.

اما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كإطار متوسط فلقد تبين ان نسبة 60% يقومون بممارسة الرياضة احيانا مقابل نسبة 40% لا يقومون بممارسة الرياضة.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كموظف فلقد تبين ان نسبة 52.8% يقومون بممارسة الرياضة أحيانا مقابل نسبة 47.2% لا يقومون بممارسة الرياضة. اما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كمهنة حرة راقية نسبة 50% يقومون بممارسة الرياضة دائما مقابل نسبة 50% يقومون بممارسة الرياضة احيانا. وعند حسابنا معامل التوافق وجدناه يساوي 0.5 وهذا ما يدل وجود علاقة طردية بين المتغيرين بين نوع العمل في سابق وممارسة الرياضة، حيث كلما ارتفع مستوى العمل كلما ارتفعت نسبة ممارسة الرياضة ، وهذا راجع ان نوعية العمل جيدة تبين ان مدخول المبحوث جد محترم وهذا يعني ذهاب الى قاعات الرياضة استتجار محضر بدني خاص كل هذا يساعد على ممارسة الرياضة.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتهجة في هذه المرحلة العمرية

الجدول رقم (71): علاقة بين نوع العمل في سابق وعدد ساعات النوم الكافية في اليوم.

المجموع	ابدا		احيانا		دائما		عدد ساعات النوم الكافية نوع العمل	
	%	ك	%	ك	%	ك		
100	38	-	-	78.9	30	21.1	8	عامل
100	53	-	-	64.2	34	35.8	19	موظف
100	10	-	-	50	5	50	5	إطار متوسط
100	14	-	-	-	-	100	14	إطار عالي
100	6	-	-	100	6	-	-	مهنة حرة
100	6	-	-	-	-	100	6	مهنة حرة راقية
100	127	-	-	58.3	75	41.7	52	المجموع

يظهر من خلال الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين ينامون عدد ساعات كافية في اليوم أحيانا وذلك بنسبة 58.3% مقابل نسبة 41.7% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما ولمعرفة مدى تأثير نوع العمل في سابق على عدد ساعات النوم الكافية في اليوم أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

100% من المبحوثين الذين زالوا النشاط كإطار عالي و مهنة حرة راقية ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما.

اما بالنسبة للمبحوثين الذين زالوا النشاط كمهنة حرة فلقد تبين ان نسبة 100% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم احيانا.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

اما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كعامل يومي فلقد تبين ان نسبة 78.9% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم احيانا مقابل نسبة 21.1% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما.

اما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كموظف فلقد تبين ان نسبة 64.2% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم احيانا مقابل نسبة 35.8% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما.

اما بالنسبة للمبحوثين الذين زاولوا النشاط كإطار متوسط فلقد تبين ان نسبة 50% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما مقابل نسبة 50% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم احيانا.

ومن هذه النتائج نستنتج ان هناك علاقة طردية بين المتغيرين حيث كلما تحسن نوع العمل عند المسنين كلما ارتفعت نسبة الذين ينامون عدد ساعات كافية في اليوم وهذا راجع أن أصحاب الأعمال الجيدة لديهم مدخول محترم يكفيهم لقضاء حاجياتهم اليومية فليس لديهم ضغوطات مقارنة بأصحاب الأعمال البسيطة فليدهم مدخول منخفض لا يكفيهم مع غلاء المعيشة والارتفاع الأسعار فيتعرضون إلى ضغوطات مما يتولد لديهم القلق الذي يسبب لهم اضطرابات في النوم.

الجدول رقم (72): علاقة بين التقاعد والمتابعة الطبية المنتظمة

المجموع		لا		نعم		متابعة الطبية متقاعد المنتظمة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	127	24.4	31	75.6	96	نعم
100	73	39.7	29	60.3	44	لا
100	200	30	60	70	140	المجموع

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

يظهر من خلال المعطيات أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بمتابعة طبية وذلك بنسبة 70% مقابل نسبة 30% لا يقومون بمتابعة طبية. ولمعرفة مدى تأثير التقاعد على المتابعة الطبية ادخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

75.6% من المبحوثين المتقاعدون يقومون بمتابعة طبية مقابل نسبة 24.4% لا يقومون بمتابعة طبية.

اما بالنسبة للمبحوثين الغير المتقاعدين فلقد تبين ان نسبة 60.3% يقومون بمتابعة طبية مقابل نسبة 39.7% لا يقومون بمتابعة طبية.

وعند حسابنا قيمة معامل اختبار استقلالية الظواهر المحسوبة التي قدرت قيمتها 4.473 وذلك عند درجة الحرية 1 ومؤشر دلالة بقيمة 5% وقدرت كا² الجدولية تساوي 3.84 وبما ان وجدنا ان كا² المحسوبة اكبر من كا² الجدولية فإن هناك فروق جوهرية بين التكرارات الجدولية والتكرارات النظرية وهذا ما يدل على وجود علاقة بين المتغيرين وهذا ما أكده معامل الاقتران ووجدناه يساوي 0.34 وهو ما يفسر وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين التقاعد والمتابعة الطبية، حيث كلما كان المسن يمتلك التقاعد كانت نسبته للمتابعة الطبية أكثر من المسن الذي لا يمتلك التقاعد وهذا راجع أن المسن المتقاعد لديه مدخول يستطيع أن يقوم بالفحوصات عند الطبيب الخاص والعمومي عكس المسن الذي لا يمتلك تقاعد لا يستطيع أن يتابع طبيا سواء بسبب عدم امتلاكه الدخل فلا يستطيع أن يذهب إلى الخاص والعمومي معروف على انه كثير ضغط عليه ومواعده بعيدة جدا وان المسن مازال يعمل فلا يجد الوقت لذهاب إلى طبيب او لا يذهب حتى ان يتلقى المساعدات المالية.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتهجة في هذه المرحلة العمرية

الجدول رقم(73): علاقة بين التقاعد والمدة المستغرقة لذهاب الى طبيب بعد ظهور
أعراض المرض

المدة المستغرقة متقاعد	مباشرة بعد ظهور أعراض		بعد فترة قصيرة		بعد فترة طويلة		المجموع
	ك	%	ك	%	ك	%	
نعم	57	44.9	58	45.7	12	9.5	127
لا	26	35.6	47	64.4	-	-	73
المجموع	83	41.5	105	52.5	12	6	200

يظهر لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة
المبحوثين الذين يذهبون إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور الأعراض المرضية
وذلك بنسبة 52.5% مقابل نسبة 41.5% يذهبون إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور
الأعراض ونسبة 6% يذهبون بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.
وبإدخالنا متغير التقاعد كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على المدة المستغرقة لذهاب
إلى طبيب بعد ظهور أعراض المرض فلقد تبين لنا ما يلي
64.4% من المبحوثين الذين لا يملكون التقاعد يذهبون الى الطبيب بعد فترة قصيرة
من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 35.6% من المبحوثين يذهبون الى الطبيب
مباشرة بعد ظهور أعراض المرض.
أما بنسبة للمبحوثين الذين يملكون التقاعد فلقد تبين أن نسبة 45.7% يذهبون الى
الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 44.9% يذهبون الى
الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض ونسبة 9.5% يذهبون إلى الطبيب بعد فترة
طويلة من ظهور أعراض المرض.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

وعند حسابنا قيمة معامل اختبار استقلالية الظواهر المحسوبة التي قدرت قيمتها 8.907 وذلك عند درجة الحرية 2 ومؤشر دلالة بقيمة 5% وقدرت ك² الجدولية تساوي 5.99 وبما ان وجدنا ان ك² المحسوبة اكبر من ك² الجدولية فإن هناك فروق جوهرية بين التكرارات الجدولية والتكرارات النظرية وهذا ما يدل على وجود علاقة بين المتغيرين ومن هذه النتائج نستنتج أن كلما امتلك المبحوثين التقاعد كلما كانت نسبته اكبر الذهاب إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض، وهذا راجع أن المسن الذي يمتلك التقاعد لديه استقلال مالي يسمح له في الذهاب إلى الطبيب وقت ما أراد ولديه الوقت للذهاب إلى الطبيب عكس المسن الذي لا يمتلك التقاعد فعادة لا يمتلك الاستقلال المالي فهو ينتظر المساعدات ويد العون للذهاب إلى الطبيب لهذا يأخذ وقت معين لتلقي الرعاية الصحية او لا يملك الوقت للذهاب إلى الطبيب بحكم انه مازال يعمل فينتظر حتى أيام العطل لزيارة الطبيب.

الجدول رقم (74): علاقة بين التقاعد والقيام بالتحاليل الطبية

المجموع		لا		نعم		التحاليل الطبية متقاعد
		ك	%	ك	%	
100	127	30.7	39	69.3	88	نعم
100	73	56.2	41	43.8	32	لا
100	200	40	80	60	120	المجموع

يتبين لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام وذلك بنسبة 60% مقابل نسبة 40% من المبحوثين لا يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

ولمعرفة مدى تأثير التقاعد على التحاليل الطبية بانتظام أدخلناه كمتغير مستقل فتيين ما يلي :

69.3% من المبحوثين المتقاعدون يقومون بالتحليل الطبية بانتظام مقابل نسبة 30.7% لا يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام.

اما بنسبة للمبحوثين الغير المتقاعدون فقد تبين ان نسبة 56.2% لا يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام مقابل نسبة 43.8% يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام.

وعند حسابنا معامل الاقتران وجدناه يساوي 0.49 وهذا يدل على وجود علاقة طردية بين المتغيرين التقاعد والقيام بالتحاليل الطبية، حيث كلما كان المسن متقاعد كلما كانت نسبة القيام بالتحاليل اكبر، وهذا راجع أن المسن المتقاعد يملك دخل وعندما يريد القيام بالتحاليل لا ينتظر المستشفى العمومي فقط فيذهب مباشرة عند الخاص مقارنة بالمسن الذي لا يملك التقاعد عادة لا يملك مدخول، فينتظر المستشفى العمومي للقيام بهذه التحاليل ونعلم كثرة ضغط على المستشفى العمومي وغالبا أكثر تحاليل غير موجودة لهذا عادة لا يقوم بها.

الجدول رقم (75): علاقة بين التقاعد وقياس ضغط الدم

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		قياس ضغط الدم متقاعد
		ك	%	ك	%	ك	%	
100	127	7.9	10	53.5	68	38.6	49	نعم
100	73	8.2	6	58.9	43	32.9	24	لا
100	200	8	16	55.5	111	36.5	73	المجموع

يتجلى لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بقياس ضغط الدم احيانا وذلك بنسبة 55.5% مقابل نسبة

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

36.5% من المبحوثين يقومون بقياس ضغط الدم دائماً ونسبة 8% لا يقومون بقياس ضغط الدم.

ولمعرفة مدى تأثير التقاعد على قياس ضغط الدم أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

58.9% من المبحوثين الغير المتقاعدون يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا مقابل نسبة 32.9% الذين يقومون بقياس ضغط دائماً ونسبة 8.2% لا يقومون بقياس ضغط الدم ابدا.

اما بنسبة للمبحوثين المتقاعدون فلقد وجدنا نسبة 53.5% الذين يقومون بقياس ضغط الدم احيانا مقابل نسبة 38.6% من المبحوثين اللذين يقومون بقياس ضغط الدم دائماً ونسبة 7.9% من المبحوثين لا يقيسون ضغط الدم.

وعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0.04 وهذا ما يدل على وجود علاقة طردية ضعيفة جدا بين المتغيرين التقاعد وقياس ضغط الدم حيث كلما كان المسن يملك تقاعد كانت نسبته لقياس ضغط الدم اكبر، وهذا راجع الى ان المسن المتقاعد يملك دخل ثابت فيستطيع شراء جهاز قياس ضغط الدم ويقيس وقت ما اراد كما هو اكثر زيارة لطبيب فيتبع نصيحته فيما يخص مراقبة ضغط الدم عكس المسن الغير المتقاعد عادة لا يملك دخل ثابت فهو لا يستطيع شراء جهاز ضغط الدم فيذهب الى المستشفى العمومي لقياسه وعادة مايجده مكتظ فيهمل قياس ضغط الدم.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

الجدول رقم (76): علاقة بين التقاعد وقياس نسبة السكر في دم

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		قياس نسبة السكر متقاعد
		%	ك	%	ك	%	ك	
100	127	18.1	23	37	47	44.9	57	نعم
100	73	30.1	22	31.5	23	38.4	28	لا
100	200	22.5	45	35	70	42.5	85	المجموع

يظهر من خلال معطيات الجدول أعلاه ان الاتجاه العام للجدول يقع في خانة
المبحوثين الذين يقومون بقياس نسبة السكر في دم احيانا وذلك بنسبة 42.5% مقابل
نسبة 35% الذين يقومون دائما بقياس نسبة سكر في الدم ونسبة 22.5% الذين لا
يقومون ابدا بقياس نسبة سكر في الدم.

ولمعرفة مدى تأثير التقاعد على قياس نسبة السكر في الدم أدخلناه كمتغير مستقل
فتبين لنا مايلي:

44.9% من المبحوثين المتقاعدون يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما وبانتظام
مقابل نسبة 37% يقومون احيانا بقياس نسبة السكر في الدم ونسبة 18.1% لا
يقومون ابدا بقياس نسبة سكر في الدم.

اما بنسبة للمبحوثين الغير المتقاعدون فلقد وجدنا نسبة 38.4% يقومون بقياس نسبة
السكر في الدم دائما مقابل نسبة 31.5% فيقومون بقياس نسبة السكر في الدم احيانا
ونسبة 30.1% لا يقومون ابدا بقياس نسبة السكر في الدم.

وعند حسابنا معامل التوافق وجدناه يساوي 0.21 وهذا يدل على وجود علاقة طردية
ضعيفة بين المتغيرين التقاعد وقياس نسبة السكر في الدم، حيث كلما كان المسن

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتهجة في هذه المرحلة العمرية

يملك التقاعد كلما كانت نسبة قياسه لسكر في الدم اكبر، وهذا راجع لامتلاكه دخل ثابت يسمح بقياس السكر اينما اراد سواء عنده في المنزل او عند طبيب الخاص او عند صيدلي وكما هو اكثر زيارة للطبيب فيتبع نصائحه في مراقبة نسبة سكر في الدم عكس المسن الغير المتقاعد فتجده غالبا لا يملك دخل ثابت لهذا تجده اقل زيارة لطبيب فلا يجد من ينصحه لقياس نسبة السكر في الدم.

الجدول رقم (77): علاقة بين التقاعد واتباع الحمية الغذائية.

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		اتباع الحمية الغذائية متقاعد
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	127	29.1	37	41.8	53	29.1	37	نعم
100	73	41.2	30	36.9	27	21.9	16	لا
100	200	33.5	67	40	80	26.5	53	المجموع

يتبين من خلال هذه نتائج أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون احيانا باتباع الحمية الغذائية وذلك بنسبة 40% مقابل نسبة 33.5% لا يقومون ابدا باتباع الحمية الغذائية ونسبة 26.5% يقومون باتباع الحمية الغذائية بصفة دائمة ومنتظمة.

وعندما ادخلنا التقاعد كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على اتباع الحمية الغذائية فتبين مايلي :

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

41.8% من المبحوثين المتقاعدون يقومون احيانا باتباع الحمية الغذائية مقابل نسبة 29.1% لا يقومون باتباع الحمية الغذائية ونسبة 29.1% يقومون باتباع الحمية الغذائية دائما و بانتظام.

اما بنسبة للمبحوثين الغير المتقاعدون فلقد وجدنا ان نسبة 41.2% لا يقومون باتباع الحمية الغذائية مقابل نسبة 36.9% يقومون باتباع الحمية الغذائية احيانا ونسبة 21.9% يقومون باتباع الحمية الغذائية دائما وبانتظام.

ومن هذه النتائج نستنتج أن المسن كلما كان متقاعد كلما كانت نسبته اكبر في إتباع الحمية الغذائية مقارنة بالمسن الغير المتقاعد، وهذا راجع بأن المسن المتقاعد يملك دخل ثابت مما يسمح بشراء ما يريد للقيام ببرامج الحمية الغذائية، ويمكنه حتى الذهاب الى طبيب تغذية لمساعدته في وضع البرنامج الخاص به عكس المسن الغير المتقاعد عادة لا يملك دخل ثابت فلا يستطيع الذهاب إلى طبيب تغذية لأنه موجود إلا في الخاص وقليل جدا في المستشفى العمومي وزيد على ذلك مع غلاء المعيشة لا يستطيع شراء ما يريد لوضع برنامج خاص بالحمية الغذائية لهذا نجد نسبه في إتباع الحمية الغذائية منخفضة.

الجدول رقم (78): علاقة بين التقاعد وممارسة الرياضة

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		ممارسة الرياضة متقاعد
		%	ك	%	ك	%	ك	
100	127	48	61	43.3	55	8.7	11	نعم
100	73	89.1	65	10.9	8	-	-	لا
100	200	63	126	31.5	63	5.5	11	المجموع

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

يظهر من خلال المعطيات أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين لا يمارسون الرياضة ابدا وذلك بنسبة 63% مقابل نسبة 31.5% الذين يمارسون الرياضة احيانا ونسبة 5.5% يمارسون الرياضة دائما. ولمعرفة مدى تأثير التقاعد على ممارسة الرياضة أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

89.1% من المبحوثين الغير المتقاعدون لا يمارسون الرياضة مقابل نسبة 10.9% من المبحوثين يمارسون الرياضة احيانا. اما بنسبة للمبحوثين المتقاعدون فلقد وجدنا 48% لا يمارسون الرياضة مقابل نسبة 43.3% يمارسون احيانا الرياضة ونسبة 8.7% يمارسون الرياضة بصفة دائمة ومنتظمة.

وعند حسابنا معامل التوافق وجدناه يساوي 0.43 وهذا يدل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين التقاعد وممارسة الرياضة، حيث كلما امتلك المسن التقاعد كلما كانت نسبته لممارسة الرياضة اكبر مقارنة بالمسنين الغير المتقاعدين وهذا راجع الى ان المسن المتقاعد يملك دخل ثابت مما يسمح له بالذهاب الى قاعة الرياضة ويمارسها بمحضر بدني خاص بالمسنين مقارنة بالمسنين الغير المتقاعدين عادة لا يملكون دخل فلا يستطيعون الذهاب الى قاعة الرياضة الخاصة والمسنون الذين يعملون ليس لديهم الوقت لممارسة الرياضة.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

الجدول رقم (79): علاقة بين التقاعد وعدد ساعات النوم الكافية في اليوم.

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		عدد ساعات النوم الكافية	متقاعد
		%	ك	%	ك	%	ك		
100	127	-	-	59.8	76	40.2	51	نعم	
100	73	6.8	5	67.1	49	26.1	19	لا	
100	200	2.5	5	62.5	125	35	70	المجموع	

يتضح لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين ينامون أحيانا ساعات كافية في اليوم وذلك بنسبة 62.5% مقابل نسبة 35% الذين ينامون دائما عدد ساعات كافية في اليوم ونسبة 2.5% لا ينامون عدد ساعات كافية في اليوم.

ولمعرفة مدى تأثير التقاعد على عدد ساعات النوم الكافية في اليوم أدخلناه كمتغير مستقل فتبين ما يلي:

67.1% من المبحوثين الغير المتقاعدون ينامون احيانا عدد ساعات كافية في اليوم مقابل نسبة 26.1% ينامون دائما عدد ساعات كافية في اليوم ونسبة 6.8% لا ينامون عدد ساعات كافية في اليوم.

اما بنسبة للمبحوثين المتقاعدون فلقد وجدنا نسبة 59.8% ينامون احيانا عدد ساعات كافية في اليوم مقابل نسبة 40.2% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما.

وعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0.27 وهذا يدل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين التقاعد وعدد ساعات النوم الكافية في اليوم حيث كلما كان المسن متقاعد كلما كانت نسبة عدد ساعات النوم الكافية في اليوم مرتفعة بمقارنة مع المسن الذي لا يمتلك التقاعد وهذا راجع بأن المسنين المتقاعدين يملكون دخل ثابت

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

مما يسمح لهم بتجول في الاسواق و ساحات العمومية وممارسة الرياضة فيبدلون جهد طوال اليوم ويتعبون فينامون جيدا مقارنة بالمسنون الذين لا سيملكون تقاعد وبالتالي ليس لديهم مدخول ثابت فطوال اليوم هم قلقون ومكتئبون مما يولد لديهم هذا اضطراب في النوم .

الجدول رقم (80): علاقة بين قيمة الدخل الشهري والمتابعة الطبية المنتظمة

المجموع		لا		نعم		متابعة الطبية الدخل المنتظمة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	67	53.7	36	46.3	31	25000-15000دج
100	43	32.6	14	67.4	29	35000-25000دج
100	36	27.8	10	72.2	26	45000-35000دج
100	54	-	-	100	54	اكثر من 45000دج
100	200	30	60	70	140	المجموع

يظهر من خلال معطيات الجدول أعلاه ان الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بمتابعة طبية وذلك بنسبة 70% مقابل 30% لا يقومون بمتابعة طبية منتظمة.

ولمعرفة مدى تأثير الدخل على المتابعة الطبية أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:
100% من المبحوثين ذوي الدخل أكثر من 45000دج يقومون بمتابعة طبية.
اما بالنسبة للمبحوثين ذوي دخل ما بين 35000دج-45000دج فقد تبين ان نسبة 72.2% يقومون بالمتابعة الطبية مقابل نسبة 27.8% لا يقومون بالمتابعة الطبية.
اما بالنسبة للمبحوثين ذوي دخل ما بين 25000-35000دج فقد تبين أن نسبة 67.4% يقومون بالمتابعة الطبية مقابل نسبة 32.6% لا يقومون بالمتابعة الطبية.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

اما بالنسبة للمبحوثين ذوي دخل ما بين 15000-25000دج فقد تبين ان نسبة 53.7% لا يقومون بالمتابعة الطبية مقابل نسبة 46.3% يقومون بالمتابعة الطبية. وعند حسابنا معامل التوافق وجدناه يساوي 0.52 وهذا ما يدل على وجود علاقة طردية متوسطة بين قيمة الدخل والمتابعة الطبية، حيث انه كلما ارتفع الدخل زادت نسبة المتابعة الطبية، وهذا راجع أن قيمة الدخل المرتفع تسمح للمسن بالمتابعة الطبية سواء في القطاع الخاص أو العمومي، ولا يتأثر بمصاريف العلاج مقارنة بالمسن ذو الدخل المنخفض يتابع طبيا الا في المستشفى العمومي الذي نجد فيه عادة الاكتظاظ ومواعده جد بعيدة مما لا يسمح له بالمتابعة الطبية بانتظام .

الجدول رقم (81): علاقة بين قيمة الدخل الشهري والمدة المستغرقة للذهاب إلى طبيب بعد ظهور أعراض المرض.

المجموع		بعد فترة طويلة		بعد فترة قصيرة		مباشرة بعد ظهور أعراض		المدة المستغرقة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	الدخل
100	67	10.4	7	49.3	33	40.3	27	25000-15000
100	43	11.6	5	41.9	18	46.5	20	35000-25000
100	36	-	-	69.4	25	30.6	11	45000-35000
100	54	-	-	53.7	29	46.3	25	اكثر من 45000
100	200	6	12	52.5	105	41.5	83	المجموع

يظهر لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يذهبون إلى طبيب بعد فترة قصيرة من ظهور الأعراض وذلك بنسبة 52.5% مقابل نسبة 41.5% يذهبون إلى طبيب مباشرة بعد ظهور الأعراض ونسبة 6% يذهبون بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

وبإدخالنا متغير قيمة الدخل الشهري كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على المدة

المستغرقة لذهاب إلى طبيب بعد ظهور أعراض المرض فلقد تبين لنا ما يلي:

69.4% من المبحوثين ذوي الدخل ما بين 35000-45000 دج يذهبون الى

طبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 30.6% من المبحوثين يذهبون الى طبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض.

أما بنسبة للمبحوثين ذوي الدخل اكثر من 45000 دج فلقد تبين أن نسبة 53.7%

يذهبون الى طبيب بعد فترة قصيرة من ظهور اعراض المرض مقابل نسبة 46.3% يذهبون الى طبيب مباشرة بعد ظهور اعراض المرض.

أما بنسبة للمبحوثين ذوي الدخل ما بين 15000-25000 دج فلقد تبين أن نسبة

49.3% يذهبون الى طبيب بعد فترة قصيرة من ظهور اعراض المرض مقابل نسبة

40.3% يذهبون الى طبيب مباشرة بعد ظهور اعراض المرض ونسبة 10.4%

يذهبون الى طبيب بعد فترة طويلة من ظهور اعراض المرض.

أما بنسبة للمبحوثين ذوي الدخل ما بين 25000-35000 دج فلقد تبين أن نسبة

46.5% يذهبون الى طبيب مباشرة بعد ظهور اعراض المرض مقابل نسبة 41.9%

يذهبون الى طبيب بعد فترة قصيرة من ظهور اعراض المرض ونسبة 11.6% يذهبون

الى طبيب بعد فترة طويلة من ظهور اعراض المرض.

نستنتج من النتائج السابقة ان المسن كلما ارتفع دخله زادت نسبته في الذهاب الى

الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض، إذن هناك علاقة طردية بين المتغيرين

وهذا راجع الى ان قيمة الدخل الشهري تلعب دورا هاما في المدة المستغرقة لزيارة

الطبيب، حيث ان أصحاب الدخل المتدني غير قادرة على توفير المتطلبات الضرورية

في الحياة اليومية مما يجعلها تتجنب زيادة أعباء العلاج لهذا تجدها تتأخر في زيارة

طبيب وتلجأ في كثير من الحالات الى استعمال الطب الشعبي للتداوي الذي لا يكلف

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتهجة في هذه المرحلة العمرية

كثيراً، عكس أصحاب الدخل المرتفع فهم يتمتعون بمستوى معيشي مريح ولا يعانون من أزمة مالية، فلا يجدون أي حرج في طلب الخدمة الطبية بدون تردد.

الجدول رقم (82): علاقة بين قيمة الدخل الشهري والقيام بالتحاليل الطبية.

المجموع		لا		نعم		التحاليل الطبية الدخل
		ك	%	ك	%	
100	67	59.7	40	40.3	27	25000-15000دج
100	43	41.9	18	58.1	25	35000-25000دج
100	36	36.1	13	63.9	23	45000-35000دج
100	54	16.7	9	83.3	45	اكثر من 45000دج
100	200	43.5	80	56.5	120	المجموع

يتبين من خلال هذه نتائج أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بالتحاليل الطبية وذلك بنسبة 56.5% مقابل نسبة 43.5% لا يقومون بالتحاليل الطبية.

ولمعرفة مدى تأثير الدخل على القيام بالتحاليل الطبية أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

83.3% من المبحوثين ذوي دخل اكثر من 45000دج يقومون بالتحاليل الطبية مقابل نسبة 16.7% لا يقومون بالتحاليل الطبية.

اما بالنسبة للمبحوثين ذوي دخل ما بين 45000-35000دج فقد تبين ان نسبة 63.9% يقومون بالتحاليل الطبية مقابل نسبة 36.1% لا يقومون بالتحاليل الطبية.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

اما بالنسبة للمبحوثين ذوي دخل ما بين 15000-25000دج فقد تبين ان نسبة 59.7% لا يقومون بالتحاليل الطبية مقابل نسبة 40.3% يقومون بالتحاليل الطبية.

اما بالنسبة للمبحوثين ذوي دخل ما بين 25000-35000دج فقد تبين ان نسبة 58.1% يقومون بالتحاليل الطبية مقابل نسبة 41.9% لا يقومون بالتحاليل الطبية.

وعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0.45، وهذا ما يدل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين قيمة الدخل والقيام بالتحاليل الطبية، وهذا ما يؤكد النتائج السابقة كلما ارتفع الدخل كلما ارتفعت نسبة القيام بالتحاليل الطبية، وهذا راجع ان قيمة الدخل المرتفع تسمح للمسن بالقيام بهذه التحاليل في المستشفى او في القطاع الخاص خاصة، حيث تكون متوفرة وتعطي نتائجها بسرعة مقارنة بالمسن ذو الدخل المنخفض يقوم بالتحاليل الطبية عادة في المستشفى العمومي ولكثرة الاكتظاظ فمواعدها جد طويلة وتأخذ وقت طويل لكي تعطيه نتائج تحاليل كما أن أغلبية التحاليل غير موجودة في المستشفى العمومي ولا يستطيع القيام بها عند الخاص لتكاليفها الباهظة لهذا نجده يهملها ولا يقوم بهذه التحاليل في اغلب الحالات إلا عند الضرورة القصوى.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

الجدول رقم (83): علاقة بين قيمة الدخل الشهري وقياس ضغط الدم

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		قياس ضغط الدم الدخل
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	67	13.4	9	65.7	44	20.9	14	25000-15000 دج
100	43	16.3	7	62.8	27	20.9	9	35000-25000 دج
100	36	-	-	69.4	25	30.6	11	45000-35000 دج
100	54	-	-	27.8	15	72.2	39	اكثر من 45000 دج
100	200	8	16	55.5	111	36.5	73	المجموع

يظهر من خلال المعطيات أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بقياس ضغط الدم احيانا وذلك بنسبة 55.5% مقابل نسبة 36.5% يقومون بقياس ضغط الدم دائما ونسبة 8% لا يقومون ابدا بقياس ضغط الدم. ولمعرفة مدى تأثير قيمة الدخل الشهري على قياس ضغط الدم ادخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

72.2% من المبحوثين ذوي الدخل اكثر من 45000 دج يقومون بقياس ضغط الدم دائما مقابل نسبة 27.8% يقومون بقياس ضغط الدم احيانا. اما بالنسبة للمبحوثين ذوي دخل ما بين 35000 - 45000 دج فلقد تبين ان نسبة 69.4% يقومون بقياس ضغط الدم دائما مقابل نسبة 30.6% يقومون بقياس ضغط الدم احيانا.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

اما بالنسبة للمبحوثين ذوي دخل ما بين 15000-25000دج فلقد تبين ان نسبة 65.7% يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا مقابل نسبة 20.9% يقومون بقياس ضغط الدم دائما ونسبة 13.4% لا يقومون بقياس ضغط الدم.

اما بالنسبة للمبحوثين ذوي دخل ما بين 25000-35000دج فلقد تبين ان نسبة 62.8% يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا مقابل نسبة 20.9% يقومون بقياس ضغط الدم دائما ونسبة 16.3% لا يقومون بقياس ضغط الدم.

وعند حسابنا معامل التوافق وجدناه يساوي 0.5 وهذا يدل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين قيمة الدخل والقيام بقياس ضغط الدم، حيث كلما ارتفعت قيمة الدخل كلما زادت نسبة قياس ضغط الدم وهذا راجع الى ان كل ما توفر له المسن المدخول أكثر كلما ما يسمح له القيام بقياس ضغط الدم عند طبيب الخاص وعند الصيدلي لان لديه الأموال وليس عند المستشفى العام فقط كما يسمح له بشراء جهاز قياس ضغط الدم الالكتروني مما يسمح له بمراقبة ضغط دمه وقت ما اراد.

الجدول رقم (84): علاقة بين قيمة الدخل الشهري وقياس نسبة السكر في الدم

المجموع		أبدا		أحيانا		دائما		قياس نسبة السكر الدخل
		ك	%	ك	%	ك	%	
100	67	38.8	26	40.3	27	20.9	14	25000-15000دج
100	43	44.2	19	18.6	8	37.2	16	35000-25000دج
100	36	-	-	58.4	21	41.7	15	45000-35000دج
100	54	-	-	25.9	14	74.1	40	أكثر من 45000دج
100	200	22.5	45	35	70	42.5	85	المجموع

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

يتضح لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائماً وذلك بنسبة 42.5% مقابل نسبة 35% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أحياناً ونسبة 22.5% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم.

ولمعرفة مدى تأثير قيمة الدخل الشهري على قياس نسبة السكر في الدم أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

74.1% من المبحوثين ذوي دخل أكثر من 45000 دج يقومون بقياس ضغط نسبة السكر في الدم دائماً مقابل نسبة 25.9% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أحياناً. أما بالنسبة للمبحوثين ذوي دخل ما بين 35000-45000 دج فلقد تبين أن نسبة 58.4% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أحياناً مقابل نسبة 41.7% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائماً.

أما بالنسبة للمبحوثين ذوي دخل ما بين 25000-35000 دج فلقد تبين أن نسبة 44.2% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم مقابل نسبة 37.2% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائماً ونسبة 18.6% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أحياناً. أما بالنسبة للمبحوثين ذوي دخل ما بين 15000-25000 دج فلقد تبين أن نسبة 40.3% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أحياناً مقابل نسبة 38.8% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم ونسبة 20.9% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائماً.

وعند حساب معامل التوافق وجدناه يساوي 0.55 وهذا يدل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين قيمة الدخل وقياس نسبة السكر في الدم، حيث كلما ارتفع الدخل كلما ارتفعت نسبة قياس السكر في الدم، وهذا راجع إلى أن المسن كلما كان مدخوله أكبر فتتوفر له فرص عديدة للقيام بقياس نسبة السكر في الدم سواء عند

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

الطبيب الخاص او في الصيدلية او بمفرده من خلال الجهاز الخاص بقياس نسبة السكر في الدم.

الجدول رقم (85): علاقة بين قيمة الدخل الشهري وإتباع الحمية الغذائية

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		إتباع الحمية الدخل الغذائية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	67	43.3	29	37.3	25	19.4	13	25000-15000 دج
100	43	30.3	13	48.8	21	20.9	9	35000-25000 دج
100	36	38.9	14	38.9	14	22.2	8	45000-35000 دج
100	54	20.4	11	37	20	42.6	23	أكثر من 45000 دج
100	200	33.5	67	40	80	26.5	53	المجموع

يتجلى لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بإتباع الحمية الغذائية أحيانا وذلك بنسبة 40% مقابل نسبة 33.5% لا يقومون بإتباع الحمية الغذائية ونسبة 26.5% يقومون بإتباع الحمية الغذائية دائما.

ولمعرفة مدى تأثير قيمة الدخل الشهري على إتباع الحمية الغذائية كمتغير مستقل فلقد تبين مايلي:

48.8% من المبحوثين ذوي دخل ما بين 35000-25000 دج يقومون بإتباع الحمية الغذائية أحيانا مقابل نسبة 30.3% لا يقومون بإتباع الحمية الغذائية ونسبة 20.9% يقومون بإتباع الحمية الغذائية دائما.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

أما بالنسبة للمبحوثين ذوي دخل ما بين 15000-25000 دج فلقد تبين أن نسبة 43.3% لا يقومون بإتباع الحمية الغذائية مقابل نسبة 37.3% يقومون بإتباع الحمية الغذائية أحيانا ونسبة 19.4% يقومون بإتباع الحمية الغذائية دائما.

أما بالنسبة للمبحوثين ذوي دخل أكثر من 45000 دج فلقد تبين أن نسبة 42.6% يقومون بإتباع الحمية الغذائية دائما مقابل نسبة 37% يقومون بإتباع الحمية الغذائية أحيانا ونسبة 20.4% لا يقومون بإتباع الحمية الغذائية.

أما بالنسبة للمبحوثين ذوي دخل 35000-45000 دج فلقد تبين أن نسبة 38.9% يقومون بإتباع الحمية الغذائية أحيانا مقابل نسبة 38.9% لا يقومون بإتباع الحمية الغذائية ونسبة 22.2% يقومون بإتباع الحمية الغذائية دائما.

وعند حسابنا معامل التوافق وجدناه يساوي 0.41 وهذا ما يدل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين وهو قيمة الدخل وإتباع الحمية الغذائية حيث كلما ارتفع الدخل زادت نسبة إتباع الحمية الغذائية، حيث سجلنا اضعف نسبة في إتباع الحمية الغذائية عند المسنين أصحاب الدخل المنخفض، وهذا راجع لغلاء المعيشة وتضخم سائد في البلاد مما اثر كثيرا على القدرة الشرائية وارتفاع أسعار السلع كل هذا يعيق المسن لشراء المواد الغذائية الأساسية لبرنامج الحمية الغذائية كما لا يستطيع الذهاب إلى الطبيب المختص في التغذية مقارنة بالمسنين أصحاب الدخل المرتفع فلا يجدون كثيرا من هذه الصعوبات، فهم يذهبون الى الطبيب المختص في التغذية الذي يساعده كثيرا ويحدد له برنامج الحمية الغذائية الخاص بهم كما ان دخلهم يسمح لهم بشراء الخضر والفواكه واللحوم لازمة لبرنامجهم.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

الجدول رقم (86): علاقة بين قيمة الدخل الشهري وممارسة الرياضة

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		ممارسة الرياضة الدخل
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	67	83.6	56	16.4	11	-	-	25000-15000 دج
100	43	65.1	28	30.2	13	4.7	2	35000-25000 دج
100	36	22.2	8	69.5	25	8.3	3	45000-35000 دج
100	54	62.9	34	25.9	14	11.2	6	اكثر من 45000 دج
100	200	63	126	31.5	63	5.5	11	المجموع

يتجلى لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين لا يمارسون رياضة وذلك بنسبة 63% مقابل نسبة 31.5% يمارسون رياضة أحيانا ونسبة 5.5% يمارسون رياضة دائما.

ولمعرفة مدى تأثير دخل على ممارسة رياضة كمتغير مستقل فلقد تبين مايلي :
83.6% من المبحوثين ذوي دخل 25000-15000 دج لا يقومون بممارسة الرياضة مقابل نسبة 16.4% يمارسون الرياضة احيانا.

أما بالنسبة للمبحوثين ذوي دخل ما بين 45000-35000 دج فلقد تبين أن نسبة 69.5% يمارسون رياضة احيانا مقابل نسبة 22.2% لا يمارسون رياضة ونسبة 8.3% يمارسون رياضة دائما.

أما بالنسبة للمبحوثين ذوي دخل ما بين 35000-25000 دج فلقد تبين أن نسبة 65.1% لا يقومون بممارسة رياضة مقابل نسبة 30.2% يقومون بممارسة رياضة ابدا ونسبة 4.7% يمارسون الرياضة دائما.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

أما بالنسبة للمبحوثين ذوي دخل أكثر من 45000 ج فلقد تبين أن نسبة 62.9% لا يقومون بممارسة رياضة أبداً مقابل نسبة 25.9% يقومون بممارسة رياضة أحيانا ونسبة 11.2% يقومون بممارسة رياضة دائماً. وعند حسابنا معامل التوافق وجدناه يساوي 0.41 وهذا ما يدل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين قيمة الدخل وممارسة الرياضة، حيث كلما ارتفع الدخل ارتفعت نسبة ممارسة الرياضة، وهذا راجع الى أن المسنين أصحاب الدخل المرتفع يسمح لهم بالذهاب إلى قاعات الرياضة وممارستها بحضور مدرب خاص بهم مقارنة بالمسنين أصحاب دخل المنخفض لا يستطيعون دفع تكاليف قاعة الرياضة والمحضر البدني.

الجدول رقم (87): علاقة بين قيمة الدخل الشهري وعدد ساعات النوم الكافية في اليوم.

المجموع		ابدا		أحيانا		دائماً		عدد ساعات النوم الكافية الدخل
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	67	7.5	5	76.1	51	16.4	11	25000-15000 ج
100	43	-	-	69.8	30	30.2	13	35000-25000 ج
100	36	-	-	44.4	16	55.6	20	45000-35000 ج
100	54	-	-	59.3	32	40.7	22	أكثر من 45000 ج
100	200	2.5	5	62.5	125	35	70	المجموع

يظهر من خلال الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين ينامون عدد ساعات كافية في اليوم أحيانا وذلك بنسبة 62.5% مقابل نسبة 35% ينامون عدد

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

ساعات كافية في اليوم دائماً ونسبة 2.5% لا ينامون ابدا عدد ساعات كافية في اليوم.

ولمعرفة مدى تأثير قيمة الدخل الشهري على عدد ساعات النوم الكافية في اليوم أدخلناه كمتغير مستقل فلقد تبين مايلي:

76.1% من المبحوثين ذوي دخل ما بين 15000-25000 دج ينامون عدد ساعات كافية في اليوم أحيانا مقابل نسبة 16.4% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائماً ونسبة 7.5% لا ينامون عدد ساعات كافية في اليوم.

أما بالنسبة للمبحوثين ذوي دخل ما بين 25000-35000 دج فلقد تبين أن نسبة 69.8% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم أحيانا مقابل نسبة 30.2% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائماً.

أما بالنسبة للمبحوثين ذوي دخل أكثر من 45000 دج فلقد تبين أن نسبة 59.3% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائماً مقابل نسبة 40.7% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم أحيانا.

أما بالنسبة للمبحوثين ذوي دخل ما بين 35000-45000 دج فلقد تبين ان نسبة 55.6% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائماً مقابل نسبة 44.4% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم احيانا.

وعند حساب معامل التوافق يساوي 0.23 وهذا ما يدل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين قيمة الدخل وعدد ساعات النوم الكافية في اليوم، حيث كلما ارتفع الدخل كلما ارتفعت نسبة عدد ساعات النوم الكافية في اليوم وهذا راجع ان المسنين اصحاب الدخل المرتفع يبذلون جهد في اليوم حيث يذهبون الى سوق وبمارسون رياضة، كما تبين لنا في الجدول السابق كل هذا يرهقهم ويتعبهم لهذا ينامون عدد ساعات كافية في اليوم مقارنة بالمسنين اصحاب الدخل المنخفض لديهم

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

وقت فارغ طوال اليوم مما يتولد لديهم القلق وتصبح لديهم اضطرابات في النوم لهذا لا ينامون عدد الساعات الكافية في اليوم.

المبحث الثالث: تأثير دور المسن في إعالة أسرته على سلوكياته الصحية.
الجدول رقم (88): علاقة بين الدور في الإعالة والمتابعة الطبية المنتظمة

المجموع		لا		نعم		المتابعة الطبية دورك المنتظمة في الإعالة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	36	-	-	100	36	يعيل نفسه
100	140	37.9	53	62.1	87	يعيل نفسه والآخرين
100	24	29.2	7	70.8	17	معال
100	200	30	60	70	140	المجموع

يظهر من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بمتابعة طبية وذلك بنسبة 70% مقابل نسبة 30% لا يقومون بالمتابعة الطبية.

ولمعرفة مدى تأثير دور في الإعالة على المتابعة الطبية ادخلناه كمتغير مستقل فتبين لتنا مايلي:

100% من المبحوثين الذين يعيلون انفسهم فقط يقومون بالمتابعة الطبية.
اما بالنسبة للمبحوثين الذين هم معالون فلقد تبين ان نسبة 70.8% يقومون بالمتابعة الطبية مقابل نسبة 29.2% لا يقومون بالمتابعة الطبية.
اما بالنسبة للمبحوثين الذين يعيلون انفسهم والآخرين فلقد تبين أن نسبة 62.1% يقومون بالمتابعة الطبية مقابل نسبة 37.9% لا يقومون بالمتابعة الطبية.

**الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية**

ومن هذه النتائج نستنتج أن كلما كان المسن يعيل نفسه فقط كانت نسبة المتابعة الطبية المنتظمة اكبر، وهذا راجع أن دخله لوحده يكفيه ويسمح له بالمتابعة الطبية ونلاحظ أيضا أن المسن المعال يتابع طبيا، وهذا راجع لتولي المهمة لأحد الأبناء بسبب عجزه أو انخفاض دخله فيتحمل الابن مصاريف العلاج ولكن نلاحظ انخفاض في المتابعة الطبية عند المسنين الذين يعيلون انفسهم والآخرين وهذا راجع الى أن دخلهم لا يكفيهم لإعالة الآخرين وتحمل مصاريف العلاج، لهذا تجده يهمل نفسه في المتابعة الطبية ولا يتابع إلا عند ضرورة.

الجدول رقم (89): علاقة بين الدور في الإعالة والمدة المستغرقة لذهاب إلى طبيب بعد ظهور أعراض المرض

المجموع		بعد فترة طويلة		بعد فترة قصيرة		مباشرة بعد ظهور أعراض		المدة المستغرقة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	الدور في الإعالة
100	36	-	-	30.6	11	69.4	25	يعيل نفسه
100	140	8.6	12	55.7	78	35.7	50	يعيل نفسه والآخرين
100	24	-	-	66.7	16	33.3	8	معال
100	200	6	12	52.5	105	41.5	83	المجموع

يظهر لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يذهبون إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور الأعراض المرضية وذلك بنسبة 52.5% مقابل نسبة 41.5% يذهبون إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور الأعراض المرضية ونسبة 6% يذهبون بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض. ولمعرفة مدى تأثير دور في الإعالة على المدة المستغرقة للذهاب إلى الطبيب بعد ظهور أعراض المرض أدخلناه كمتغير مستقل فلقد تبين لنا مايلي:

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

69.4% من المبحوثين الذين يعيلون أنفسهم فقط يذهبون مباشرة الى الطبيب بعد ظهور اعراض المرض مقابل 30.4% يذهبون إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض

أما بنسبة للمبحوثين الذين هم معالون فلقد تبين أن نسبة 66.7% يذهبون إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 33.3% يذهبون مباشرة إلى الطبيب بعد ظهور أعراض المرض.

أما بنسبة للمبحوثين الذين يعيلون أنفسهم والآخرين فلقد تبين أن نسبة 55.7% يذهبون إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 35.7% يذهبون مباشرة إلى الطبيب بعد ظهور أعراض المرض ونسبة 8.6% يذهبون بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

ومن هذه النتائج نستنتج أن المسنون الذين يعيلون أنفسهم فقط لا يتأخرون في زيارة الطبيب عند ظهور أعراض المرض وسجلنا عندهم أكبر نسبة، وهذا راجع الى أنهم يتمتعون باستقلال مالي ولا يهتمون إلا بأنفسهم، لهذا تجدهم حريصين على أنفسهم وفي حالة انتباه وتيقظ في التغيرات الجسدية التي تحدث عندهم، فعند أي تغير يحدث يذهبون إلى استشارة الطبيب، عكس المسنون الذين يعيلون أنفسهم والآخرين تجد أن دخلهم لا يكفيهم لتحمل مصاريف وأعباء العلاج، لهذا تجدهم يهملون أنفسهم ولا يذهبون إلى العلاج إلا عند ضرورة لهذا يتأخرون في زيارة الطبيب عند ظهور احدی الاعراض المرضية.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

الجدول رقم (90): علاقة بين دور في الاعالة والقيام بالتحاليل الطبية بانتظام

المجموع		لا		نعم		التحاليل الطبية الدور في الاعالة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	36	16.7	6	83.3	30	يعيل نفسه
100	140	46.4	65	53.6	75	يعيل نفسه والآخرين
100	24	37.5	9	62.5	15	معال
100	200	40	80	60	120	المجموع

يتبين من خلال هذه نتائج أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بالتحاليل الطبية وذلك بنسبة 60% مقابل نسبة 40% لا يقومون بالتحاليل الطبية.

ولمعرفة مدى تأثير دور في الاعالة على التحاليل الطبية ادخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

83.3% من المبحوثين الذين يعيلون انفسهم يقومون بالتحاليل الطبية مقابل نسبة 16.7% لا يقومون بالتحاليل الطبية.

اما بالنسبة للمبحوثين الذين هم معالون فلقد تبين ان نسبة 62.5% يقومون بالتحاليل الطبية مقابل نسبة 37.5% لا يقومون بالتحاليل الطبية.

اما بالنسبة للمبحوثين الذين يعيلون انفسهم والآخرين فلقد تبين ان نسبة 53.6% يقومون بالتحاليل الطبية مقابل نسبة 46.4% لا يقومون بالتحاليل الطبية.

ومن هذه النتائج نستنتج أن أغلبية المسنون الذين يعيلون انفسهم فقط يقومون بالتحاليل الطبية، وهذا راجع أنهم ليس لديهم مسؤولية أخرى او عبء في حياتهم الا لمراقبة صحتهم صف الى ذلك دخلهم كيفيهم لذلك، لهذا تجدهم يقومون بالتحاليل في

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

المستشفى العام وعند الخاص اما بنسبة للمسنون المعالون يقومون بالتحاليل الطبية ولكن بنسبة اقل، وهذا راجع الى ان لديهم الأبناء من يساعدهم للقيام بذلك وهذا لعجزهم او لعدم امتلاكهم دخل ولكن عادة الأبناء ينسون بعض المواعيد للقيام بالتحاليل الطبية او يكونوا مشغولون بأمر حياتهم، لهذا نجد نسبة التحاليل منخفضة مقارنة بسابقتها. واما بنسبة للمسنون الذين يعيلون انفسهم والآخرين حيث سجلنا اقل نسبة للقيام بالتحاليل الطبية، وهذا راجع ان دخلهم لا يتحمل مصاريف هذه التحاليل واعباء الآخرين فيقوم بالتحاليل الطبية الا في المستشفى العمومي وعادة لا يجد فيها جميع التحاليل التي طلبت منه من طرف الطبيب ضف الى ذلك انشغاله بإعالة الآخرين فيهمل نفسه.

الجدول رقم (91): علاقة بين دور في الاعالة وقياس ضغط الدم

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		قياس ضغط الدم الدور في الإعالة
		%	ك	%	ك	%	ك	
100	36	-	-	41.7	15	58.3	21	يعيل نفسه
100	140	11.4	16	65	91	23.6	33	يعيل نفسه والآخرين
100	24	-	-	20.8	5	79.2	19	معال
100	200	8	16	55.5	111	36.5	73	المجموع

يظهر من خلال الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا وذلك بنسبة 55.5% مقابل نسبة 36.5% يقومون بقياس ضغط الدم دائما ونسبة 8% لا يقومون بقياس ضغط الدم.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

ولمعرفة مدى تأثير دور في الإعاقة على قياس ضغط الدم أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

79.2% من المبحوثين المعالين يقومون بقياس ضغط الدم دائما مقابل نسبة 20.8% يقومون بقياس ضغط الدم احيانا.

اما بالنسبة للمبحوثين الذين يعيلون انفسهم والآخرين فلقد تبين ان نسبة 65% يقومون بقياس ضغط الدم احيانا مقابل نسبة 23.6% يقومون بقياس ضغط الدم دائما ونسبة 11.4% لا يقومون بقياس ضغط الدم.

اما بالنسبة للمبحوثين الذين يعيلون انفسهم فقط فلقد تبين ان نسبة 58.3% يقومون بقياس ضغط الدم دائما مقابل نسبة 41.7% يقومون بقياس ضغط الدم احيانا.

ومن هذه النتائج سجلنا ان المسنون المعالون هم اكثر قياسا لضغط الدم لان لديهم من يقوم بذلك من افراد العائلة وعادة لديهم جهاز قياس ضغط الدم في المنزل فيقومون بالقياس في اي وقت اما بالنسبة للمسنون الذين يعيلون انفسهم فقط يقومون بقياس ضغط الدم، وهذا راجع الى انهم ليس لديهم مسؤولية اخرى الا الاهتمام بصحتهم. ولكن نلاحظ ان هناك نسبة معتبرة تتهاون في قياس ضغط الدم، وهذا راجع الى عدم مرضهم بضغط الدم او الخوف من اكتشافهم انهم مصابون بمرض مزمن.

أما بالنسبة للمسنون الذين يعيلون أنفسهم والآخرين فهم يتهاونون في قياس ضغط الدم، وهذا راجع لانشغالهم بالاعتناء بالغير ويهملون أنفسهم. كما أن عادة دخولهم لا يكفيهم لشراء جهاز ضغط الدم. كما ان المسن يعيل نفسه والآخرين هو في مركز قوة في العائلة فيخاف القيام بقياس ضغط الدم ويكتشف انه مريض فيشعر بضعف أمام أفراد عائلته ويفقد تلك المكانة.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

الجدول رقم (92): علاقة بين الدور في الإعاقة وقياس نسبة السكر في الدم.

المجموع		أبدا		أحيانا		دائما		قياس نسبة السكر الدور في الإعاقة
		ك	%	ك	%	ك	%	
100	36	8.4	3	33.3	12	58.3	21	يعيل نفسه
100	140	30	42	35	49	35	49	يعيل نفسه والآخرين
100	24	-	-	37.5	9	62.5	15	معال
100	200	22.5	45	35	70	42.5	85	المجموع

يتضح لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما وذلك بنسبة 42.5% مقابل نسبة 35% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم احيانا ونسبة 22.5% لا يقومون ابدا بقياس نسبة السكر في الدم.

ولمعرفة مدى تأثير دور في الاعاقة على قياس نسبة السكر في الدم ادخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

62.5% من المبحوثين الذين هم معالون يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما مقابل نسبة 37.5% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم احيانا.

اما بالنسبة للمبحوثين الذين يعيلون انفسهم فقط فلقد تبين ان نسبة 58.3% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما مقابل نسبة 33.3% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم احيانا ونسبة 8.4% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم.

اما بالنسبة للمبحوثين الذين يعيلون انفسهم والآخرين فلقد تبين ان نسبة 35% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما مقابل نسبة 35% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم احيانا ونسبة 30% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

ومن هذه النتائج نستنتج ان المسنون الذين يعيلون انفسهم فقط اغليبتهم يقومون بقياس نسبة السكر في الدم، وهذا راجع الى ان لديهم مسؤولية واحدة فقط وهي الاهتمام بنفسهم فقط. ووجدنا نفس الشيء بالنسبة للمسنون المعالون، وهذا راجع لوجود من يقوم بذلك من افراد عائلتهم. اما بالنسبة للمسنون الذين يعيلون انفسهم والآخرين فهم يقومون بقياس نسبة السكر في الدم ولكن هناك نسبة منهم لايقومون بها وهذا راجع الى انهم يتكفلون بأفراد عائلتهم فيهملون انفسهم ،وايضا راجع لخوفهم من اكتشافهم من انهم مصابون بمرض سكري فيهملون قياسه.

الجدول رقم (93): علاقة بين الدور في الاعالة وإتباع الحمية الغذائية

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		إتباع الحمية الدور في الإعالة
		ك	%	ك	%	ك	%	
100	36	-	-	55.6	20	44.4	16	يعيل نفسه
100	140	47.9	67	31.4	44	20.7	29	يعيل نفسه والآخرين
100	24	-	-	66.7	16	33.3	8	معال
100	200	33.5	67	40	80	26.5	53	المجموع

يظهر لنا من خلال الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بإتباع الحمية الغذائية أحيانا وذلك بنسبة 40% مقابل نسبة 33.5% لا يقومون بإتباع الحمية الغذائية ونسبة 26.5% يقومون بإتباع الحمية الغذائية دائما. ولمعرفة مدى تأثير دور في الإعالة على إتباع الحمية الغذائية أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

66.7% من المبحوثين الذين هم معالون يقومون باتباع الحمية الغذائية احيانا مقابل نسبة 33.3% يقومون باتباع الحمية الغذائية دائما.

اما بالنسبة للمبحوثين الذين يعيلون انفسهم فقط فلقد تبين ان نسبة 55.6% يقومون باتباع الحمية الغذائية احيانا مقابل نسبة 44.4% يقومون باتباع الحمية الغذائية دائما.

اما بالنسبة للمبحوثين الذين يعيلون انفسهم والآخرين فلقد تبين ان نسبة 47.9% لا يقومون باتباع الحمية الغذائية مقابل نسبة 31.4% يقومون باتباع الحمية الغذائية احيانا ونسبة 20.7% يقومون باتباع الحمية الغذائية دائما.

ومن هذه النتائج نستنتج ان المسنون الذين يعيلون انفسهم لديهم الامكانيات اللازمة للقيام بالحمية الغذائية، حيث مدخولهم يسمح لهم بالذهاب الى الطبيب المختص في التغذية ويعطيهم البرنامج الغذائي اللازم اتباعه، كما يستطيعون شراء الخضر والفواكه واللحوم اللازمة للقيام بهذا البرنامج الغذائي. اما المسنون المعالون فهم يتبعون الحمية الغذائية ولكن بنسبة اقل من سابقهم لان الافراد الذين يعيلهم يوفرون لهم الامكانيات اللازمة لاتباع الحمية الغذائية كأخذهم الى طبيب التغذية وشراء لهم المواد الغذائية الضرورية لاتباع الحمية الغذائية اما فيما يخص المسنون الذين يعيلون انفسهم والآخرين نلاحظ نسبة معتبرة منهم قرابة نصف لا يتبعون الحمية الغذائية، وهذا راجع الى ان دخلهم لا يكفيهم بين تحمل مصاريف افراد العائلة ومصاريف اتباع الحمية الغذائية، لهذا نجدهم عادة لا يتبعون الحمية الغذائية.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتهجة في هذه المرحلة العمرية

الجدول رقم (94): علاقة بين الدور في الإعاقة وممارسة الرياضة.

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		ممارسة الرياضة الدور في الإعاقة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	36	25	9	44.4	16	30.6	11	يعيل نفسه
100	140	66.4	93	33.6	47	-	-	يعيل نفسه والآخرين
100	24	100	24	-	-	-	-	معال
100	200	63	126	31.5	63	5.5	11	المجموع

يتضح لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين لا يمارسون الرياضة وذلك بنسبة 63% مقابل نسبة 31.5% يمارسون الرياضة أحيانا ونسبة 5.5% يمارسون دائما الرياضة. ولمعرفة مدى تأثير دور في الإعاقة على ممارسة الرياضة أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

100% من المبحوثين الذين هم معالون لا يمارسون الرياضة. أما بالنسبة للمبحوثين الذين يعيلون أنفسهم والآخرين فلقد تبين أن نسبة 66.4% لا يمارسون الرياضة مقابل نسبة 33.6% يمارسون الرياضة أحيانا. أما بالنسبة للمبحوثين الذين يعيلون أنفسهم فقط فلقد تبين أن نسبة 44.4% يمارسون الرياضة أحيانا مقابل نسبة 30.6% يمارسون الرياضة دائما و25% لا يمارسون الرياضة.

ومن هذه النتائج نستنتج ان المسنين الذين يعيلون انفسهم فقط أغلبيتهم يمارسون الرياضة، لانه ليس عندهم مسؤولية الا الاهتمام بصحتهم كما انهم قادرون على تحمل

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية
المنتجة في هذه المرحلة العمرية

تكاليف قاعة الرياضة والمحضر البدني الذي يعطيهم التمارين البدنية الخاصة بسنهم. اما المسنون الذين يعيلون انفسهم والآخرين اغليبتهم لا يمارسون الرياضة، وهذا راجع الى انهم لا يستطيعون تحمل تكاليف قاعة الرياضة وليس لديهم الوقت لذلك لانشغالهم بأفراد عائلتهم، ورغم ذلك نجد نسبة منهم تمارس الرياضة أحيانا وهي المشي في الغابة أما المسنون الذين هم معالون لا يمارسون الرياضة، وهذا راجع أنهم عاجزون غير قادرين على بذل مجهود عضلي.

الجدول رقم (95): علاقة بين الدور في الإعالة وعدد ساعات النوم الكافية في اليوم.

المجموع		أبدا		أحيانا		دائما		عدد ساعات النوم الكافية الدور في الإعالة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	36	-	-	30.6	11	69.4	25	يعيل نفسه
100	140	3.6	5	67.1	94	29.3	41	يعيل نفسه والآخرين
100	24	-	-	83.3	20	16.7	4	معال
100	200	2.5	5	62.5	125	35	70	المجموع

يظهر من خلال الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين ينامون عدد ساعات كافية في اليوم أحيانا وذلك بنسبة 62.5% مقابل نسبة 35% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما ونسبة 2.5% لا ينامون عدد ساعات كافية في اليوم. ولمعرفة مدى تأثير دور في الإعالة على عدد ساعات النوم الكافية في اليوم أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا ما يلي :

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

أما بالنسبة للمبحوثين الذين هم معالون فلقد تبين أن نسبة 83.3% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم أحيانا مقابل نسبة 16.7% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما.

69.4% من المبحوثين الذين يعيلون أنفسهم فقط ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما مقابل نسبة 30.6% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم أحيانا.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين يعيلون أنفسهم والآخرين فلقد تبين أن نسبة 67.1% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم أحيانا مقابل نسبة 29.3% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما ونسبة 3.6% لا ينامون عدد ساعات كافية في اليوم.

ومن هذه النتائج نستنتج أن المسنون الذين يعيلون أنفسهم فقط أغلبيتهم ينامون عدد ساعات كافية في اليوم، وهذا راجع الى أنهم يبذلون جهد في حياتهم اليومية بين تسوق وممارسة الرياضة والمشي وتتنزه فيتعبون في آخر اليوم فينامون جيدا. أما بالنسبة المسنون المعالون أغلبيتهم ينامون عدد ساعات كافية في اليوم أحيانا، وهذا راجع الى أن أغلبيتهم عاجزون فتجدهم منعزلون ومكتئبون كل هذا يخلق لديهم اضطرابات في النوم. كما نلاحظ أن المسنون الذين يعيلون أنفسهم والآخرين تجدهم يعيشون ضغوطات الحياة بسبب الدخل الغير الكافي بين إعالة أفراد العائلة من جهة وغلاء المعيشة من جهة اخرى فتجدهم قلقين وكثيرين الانفعال كل هذا يولد لديهم اضطرابات في النوم.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

استنتاج الفرضية الثانية:

من خلال نتائج الفرضية الثانية والمتمثلة في مدى معرفة تأثير المكانة الاجتماعية على السلوك الصحي لقد توصلنا الى مجموعة من الاستنتاجات سوف نتطرق لها فيما يلي:

عند إدخالنا المستوى التعليمي كمتغير مستقل على مؤشرات المتغير التابع وهو السلوك الصحي فتبين لنا على انه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمسن كلما زادت نسبته في المتابعة الطبية المنتظمة حيث سجلنا اعلى نسبة عند الجامعيين بنسبة 100% يتابعون طبيا واطفء نسبة سجلناها عند الأميين بنسبة 40%. وكما وجدنا ان المستوى التعليمي يؤثر على القيام بالتحاليل الطبية حيث تبين من خلال النتائج ان هناك علاقة طردية بين المستوى التعليمي والقيام بالتحاليل الطبية ولاحظنا انه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمسن كلما ارتفعت نسبته في القيام بالتحاليل الطبية حيث بلغت نسبة عند الجامعيين 81.8% وعند ذو مستوى المتوسط نسبة 65% وعند ذو المستوى الابتدائي نسبة 60% وعند الأميين نسبة 40%، إضافة إلى هذا فوجدنا أن المستوى التعليمي يلعب دورا هاما في القيام بقياس ضغط الدم حيث كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما زادت نسبة قياس ضغط الدم، وهذا راجع ان المسن المثقف يعرف استعمال جهاز الضغط الدموي فيقيس وقت ما اراد حيث بلغت نسبة القياس عند المسنين الجامعيين بنسبة 63.6% عكس المسنين الغير المثقفين تجدهم يستجدون بشخص لقياس ضغط دمهم او ذهاب الى المستشفى حيث، بلغت نسبتهم عند الاميين نسبة 30% ونفس شيء ينطبق على القيام بقياس نسبة السكر في الدم حيث كلما انخفض المستوى التعليمي كلما انخفضت نسبة قياس السكر في الدم حيث سجلنا اضعف نسبة عند المسنون الاميين بنسبة 30% واعلى نسبة عند المسنون الجامعيين بنسبة 63.6%.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

ومن خلال النتائج السابقة استنتجنا ان المستوى التعليمي يؤثر بشكل كبير في اتباع الحمية الغذائية حيث ان هناك علاقة طردية بين المتغيرين وهذا كلما ارتفع المستوى التعليمي للمسنين كلما زادت نسبتهم في إتباع الحمية الغذائية وسجلنا اعلى نسبة في اتباع الحمية الغذائية عند المسنين الجامعيين بنسبة 54.5% وسجلنا اعلى نسبة في عدم الاتباع الحمية الغذائية عند المسنين الاميين بنسبة 60%.

كما استنتجنا ان اغلبية المسنين لا يمارسون الرياضة حيث سجلنا نسبة 65% من المسنين لا يمارسون الرياضة مقابل نسبة 30% يمارسون الرياضة احيانا ونسبة 5% يمارسون رياضة دائما وبانتظام وعند ادخالنا المستوى التعليمي كمتغير مستقل فلقد تبين ان كلما ارتفع المستوى التعليمي انخفضت نسبة عدم ممارسة الرياضة حيث سجلنا اعلى نسبة في عدم ممارسة الرياضة عند المسنين الاميين بنسبة 60% واطرف نسبة عند المسنين الجامعيين بنسبة 9.1% وانعدمت عند المسنين ذو المستوى الثانوي.

ووجدنا ان المستوى التعليمي يؤثر مباشرة على عدد ساعات النوم الكافية في اليوم، حيث لاحظنا من نتائج السابقة ان كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما ارتفعت نسبة نوم عدد ساعات كافية في اليوم حيث سجلنا اعلى نسبة عند المسنين الجامعيين بنسبة 54.5% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما وسجلنا اضعف نسبة عند المسنين الاميين بنسبة 20% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم.

عند ادخالنا المؤشر الثاني للمتغير المستقل هو نوع العمل للمسن في السابق على مؤشرات المتغير التابع وهو السلوك الصحي فحصلنا على مجموعة من الاستنتاجات وهي كلما ارتفع مستوى نوع العمل للمسنين كلما زادت نسبة المتابعة الطبية فهناك علاقة طردية بين المتغيرين وهو ما أكده معامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0.45 وسجلنا أعلى نسبة في المتابعة الطبية المنتظمة عند المسنين ذو المهن الحرة الراقية

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

والإطارات العالية وذلك بنسبة 100% وسجلنا اضعف نسبة عند المسنين كعمال يوميين بنسبة 33.33%.

وعند ادخالنا نوع العمل للمسن في السابق على القيام بالتحاليل الطبية فلقد وجدنا ان هناك علاقة طردية بين المتغيرين حيث كلما ارتفع مستوى نوع العمل كلما ارتفعت نسبة القيام بالتحاليل وهذا ما تأكد بعد حساب معامل التوافق ووجدناه يساوي 0.52 وهذا راجع الى تحسن المستوى المعيشي مما يسمح له القيام بالتحاليل عند الخواص مقارنة بالمسنين العاملين اليوميين ذو مدخول محدود لا يستطيع القيام بالتحاليل عند الخواص فيذهب إلى المستشفى العمومي فقط تارة يجد تارة لا.

كما استنتجنا ان هناك علاقة طردية بين نوع العمل للمسن في سابق والقيام بقياس ضغط الدم وهذا ما اكده معامل التوافق ووجدناه يساوي 0.49 وسجلنا اعلى نسبة لقياس ضغط الدم دائما وبانتظام عند المسنين الذين يعملون كإطار عالي بنسبة 66.7% واطرف نسبة عند المسنين الذين يعملون كعمال يوميين بنسبة 13.3%.

ووجدنا ايضا ان نوع العمل للمسن في سابق يلعب دورا هاما في قياس نسبة السكر في الدم حيث كلما ارتفع مستوى نوع العمل للمسن كلما ارتفعت نسبة قياس السكر ووجدنا ان معامل التوافق يساوي 0.45 وهذا يدل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين حيث سجلنا أعلى نسبة لقياس نسبة السكر في الدم عند المسنين الذين يعملون مهنة حرة راقية بنسبة 100%، واطرف نسبة عند المسنين الذين يعملون كعمال يوميين بنسبة 16.7%.

كما استنتجنا ايضا أن نوع العمل للمسن في سابق يؤثر على إتباع الحمية الغذائية، حيث كلما ارتفع مستوى نوع العمل للمسن في سابق كلما ارتفعت نسبة إتباع الحمية الغذائية وسجلنا اكبر نسبة لإتباع الحمية الغذائية عند المسنين الذين يعملون كإطار عالي بنسبة 66.7%.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

كما تبين لنا أن هناك علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين نوع العمل للمسن في سابق وممارسة الرياضة وهذا ما أكده معامل التوافق حيث وجدناه يساوي 0.5، حيث كلما ارتفع مستوى نوع العمل للمسن في سابق كلما ارتفعت نسبة ممارسة الرياضة، وسجلنا أكبر نسبة لممارسة الرياضة عند المسنين الذين يعملون كمهنة حرة راقية وذلك بنسبة 60%.

وعند اختيارنا تأثير نوع العمل للمسن في السابق على نوم عدد ساعات كافية في اليوم فلقد تبين لنا انه كلما تحسن نوع العمل عند المسنين كلما ارتفعت نسبة الذين ينامون عدد ساعات كافية في اليوم وسجلنا أكبر نسبة للذين ينامون دائما عدد ساعات كافية في اليوم عند المسنين الذين يعملون كإطارات عالية ومهن حرة راقية وذلك بنسبة 100% بينما سجلنا اضعف نسبة عند المسنين الذين زاولوا النشاط كعمال يوميين بنسبة 16.7%.

عند ادخالنا المؤشر الثالث للمتغير المستقل وهو التقاعد على مؤشرات المتغير التابع وهو السلوك الصحي فلقد تبين لنا مايلي: فإن تقاعد يؤثر مباشرة على المتابعة الطبية حيث ان المسن الذي يملك تقاعد يتابع طبيا اكثر من المسن الذي لا يملك تقاعد حيث سجلنا نسبة 72.73% من مسنين متقاعدين يتابعون طبيا مقابل نسبة 54.5% من المسنون الذين لا يملكون تقاعد ويقومون بالمتابعة الطبية بانتظام.

كما تبين لنا ايضا ان تقاعد يؤثر على القيام بالتحاليل الطبية حيث كلما امتلك المسن تقاعد كلما كانت نسبة القيام بالتحاليل الطبية أكبر ولاحظنا ان نسبة 59.1% من المسنين متقاعدين يقومون بالتحاليل الطبية مقابل نسبة 45.5% من المسنين الذين لا يملكون تقاعد ويقومون بهذه التحاليل.

كما استنتجنا أن التقاعد يلعب دور هام في قياس ضغط الدموي حيث كلما امتلك المسن تقاعد كلما كانت نسبة قياس ضغط الدم أكبر، حيث تبين لنا من خلال النتائج

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

السابقة ان نسبة 36.4% من المسنون المتقاعدون يقومون بقياس ضغط الدم دائماً مقابل نسبة 27.3% من المسنين الذين لا يملكون التقاعد.

وعند الربط بين تأثير التقاعد على قياس نسبة السكر في الدم فلقد تبين لنا انه كلما كان المسن متقاعد ولديه منحة التقاعد كلما كانت نسبة قياس السكر في الدم اكبر حيث سجلنا نسبة 40.9% من المسنين المتقاعدين يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائماً مقابل نسبة 27.3% من المسنين الذين لا يملكون التقاعد ويقومون بقياس نسبة السكر في الدم.

وعند ربط التقاعد بإتباع الحمية الغذائية فلقد تبين لنا أنه كلما كان المسن متقاعد ولديه منحة التقاعد كلما كانت نسبة إتباع الحمية الغذائية اكبر ولاحظنا ان نسبة 27.3% من المسنين المتقاعدون يتبعون الحمية الغذائية دائماً مقابل نسبة 18.2% من المسنين الذين لا يملكون التقاعد ويقومون بإتباع الحمية الغذائية.

وعند ادخالنا التقاعد على ممارسة الرياضة فلقد تبين لنا مايلي حيث كلما كان المسن متقاعد ولديه منحة التقاعد كلما كانت نسبته لعدم ممارسة الرياضة منخفضة وسجلنا نسبة 40.9% من المسنين المتقاعدون لا يمارسون الرياضة مقابل نسبة 90.9% من المسنين الذين لا يملكون التقاعد ولا يمارسون الرياضة.

كما استنتجنا ان تقاعد يؤثر على عدد ساعات النوم في اليوم حيث كلما كان المسن متقاعد ولديه منحة التقاعد كلما كانت نسبة عدد ساعات النوم كافية في اليوم اكبر حيث سجلنا نسبة 45.5% من المسنين المتقاعدون ينامون عدد ساعات كافية في اليوم مقابل نسبة 27.3% من المسنين الذين لا يملكون التقاعد.

عند ادخالنا المؤشر الرابع لمتغير المستقل والمتمثل في قيمة الدخل للمسن على مؤشرات المتغير التابع فتبين لنا مايلي:

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

هناك علاقة طردية بين المتغيرين قيمة الدخل والمتابعة الطبية حيث كلما ارتفع دخل المسن كلما زادت نسبة متابعته الطبية، وهذا ما اكده معامل التوافق حيث وجدناه يساوي 0.52، وسجلنا أكبر نسبة عند المسنين ذوي دخل أكثر من 45000 دج ب100% يتابعون طبيا مقابل نسبة 25% من المسنين ذوي دخل ما بين 15000 دج-25000 دج.

كما استنتجنا ان قيمة الدخل تؤثر على القيام بالتحاليل الطبية، حيث كلما ارتفع دخل المسن كلما زادت نسبته في القيام بالتحاليل الطبية كما وجدنا أن معامل التوافق يساوي 0.45 وهذا ما يدل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين، وسجلنا ان أكبر نسبة عند المسنين ذوي دخل المرتفع أكثر من 45000 دج وذلك بنسبة 87.5% وسجلنا اضعف نسبة عند المسنين ذوي دخل المنخفض ما بين 15000 دج و25000 دج وذلك بنسبة 25%.

ولاحظنا أيضا أن قيمة الدخل للمسن تؤثر على قيامه بقياس الضغط الدموي حيث، بين لنا معامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0.5 ان هناك علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين حيث كلما ارتفعت قيمة الدخل للمسن كلما زادت نسبته في قياس ضغط الدم، حيث سجلنا اضعف نسبة لقياس ضغط الدم دائما وبانتظام عند المسنين ذوي دخل المنخفض وذلك بنسبة 10% مقابل نسبة 62.5% الذين يقومون بقياس ضغط الدم دائما عند المسنين ذوي الدخل المرتفع.

ونفس شيء وجدناه بنسبة لقياس نسبة السكر في الدم عند إدخال عليه المؤشر المستقل وهو قيمة الدخل للمسن، حيث كلما ارتفع دخل المسن كلما زادت نسبته في قياس السكر في الدم، وبين معامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0.55 أن هناك علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين وسجلنا أكبر نسبة لقياس نسبة السكر في الدم دائما

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

وبانتظام عند المسنين ذوي الدخل أكثر من 45000 دج وذلك بنسبة 75% مقابل نسبة 10% عند المسنين ذوي دخل ما بين 15000 دج-25000 دج.

كما تبين لنا ان هناك علاقة مابين المتغيرين قيمة الدخل للمسن واتباعه للحمية الغذائية حيث كلما ارتفع دخل المسن كلما زادت نسبته في اتباع الحمية الغذائية وهذا ما بينه ايضا معامل التوافق حيث وجدناه يساوي 0.41، وهذا يدل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين. كما وجدنا ان المسنين ذوي دخل المنخفض لا يتبعون حمية غذائية دائما وبانتظام في حين سجلنا اكبر نسبة لاتباع الحمية الغذائية دائما وبانتظام عند المسنين ذوي الدخل المرتفع اكثر من 45000 دج وذلك بنسبة 45%.

كما استنتجنا ان قيمة الدخل للمسن تؤثر على ممارسة الرياضة، وعند حساب معامل توافق وجدناه يساوي 0.41 وهذا يدل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين حيث كلما ارتفع الدخل عند المسن كلما زادت نسبته للممارسة الرياضة.

وتبين لنا أيضا أن هناك علاقة مباشرة بين المتغيرين قيمة الدخل وعدد ساعات النوم الكافية في اليوم، حيث كلما ارتفع دخل المسن كلما ارتفعت نسبته في عدد ساعات النوم الكافية في اليوم وهذا ما أكده معامل التوافق اين وجدناه يساوي 0.23، وهذا يدل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين، حيث سجلنا اكبر نسبة عند المسنين الذين ينامون دائما عدد ساعات كافية في اليوم وذوي الدخل المرتفع وذلك بنسبة 55% مقابل نسبة 25% عند المسنين ذوي الدخل المنخفض.

عند ادخالنا للمؤشر الخامس للمتغير المستقل وهو دور المسن في إعالة الأسرة على مؤشرات المتغير التابع فلقد تبين لنا مايلي:

كلما كان المسن يعيل نفسه فقط كانت نسبة متابعته طبية اكبر، ثم يليه المسن المعال في المتابعة الطبية المنتظمة وذلك بنسبة 80% وسجلنا اضعف نسبة للمتابعة الطبية المنتظمة عند المسنين الذين يعيلون انفسهم والآخرين بنسبة 60.7%.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

وكما تبين لنا ان دور الاعالة للمسن يؤثر على القيام بالتحاليل الطبية حيث كلما كانت له المسؤولية كلما كانت نسبته للقيام بالتحاليل الطبية منخفضة وهذا ما إلتمناه عند المسنين الذين يعيلون انفسهم والآخرين، حيث سجلنا عندهم اضعف نسبة في القيام بالتحاليل الطبية وذلك بنسبة 53.6% كما سجلنا اكبر نسبة عند المسنين الذين يعيلون أنفسهم فقط وذلك بنسبة 85.7% ثم تليه فئة المسنين المعالون بنسبة 60%.

ولاحظنا ان هناك علاقة بين دور الاعالة للمسن والقيام بقياس ضغط الدم حيث سجلنا اكبر نسبة لقياس ضغط الدم دائما وبانتظام عند المسنين المعالون وذلك بنسبة 80% ثم تليه المسنين الذين يعيلون انفسهم فقط بنسبة 57.1% واضعف نسبة سجلناها عند المسنين الذين يعيلون انفسهم والآخرين وذلك بنسبة 25%.

ووجدنا نفس الشيء بين دور الاعالة للمسن والقيام بقياس نسبة السكر في الدم، حيث سجلنا اضعف نسبة في قياس السكر بصفة دائمة وبانتظام عند المسنون الذين يعيلون انفسهم والآخرين بنسبة 35.7% وسجلنا اكبر نسبة عند المسنون المعالون بنسبة 60%.

وكما استنتجنا ان الدور الاعالة للمسن يؤثر على اتباع الحمية الغذائية حيث اكبر نسبة سجلناها عند المسنون الذين يعيلون انفسهم فقط بنسبة 24.9% يتبعون الحمية الغذائية دائما وبانتظام ثم يليها المسنون المعالون بنسبة 40% واضعف نسبة سجلت عند المسنون الذين يعيلون انفسهم والآخرين وذلك بنسبة 21.4%.

وكما تبين لنا ان دور الاعالة للمسن يؤثر على ممارسة الرياضة حيث سجلنا اكبر نسبة للممارسة الرياضة بصفة دائمة وبانتظام عند المسنون الذين يعيلون انفسهم فقط وذلك بنسبة 28.57% بينما المسنون الذين يعيلون انفسهم فقط يمارسون الرياضة احيانا بنسبة 32.14% بينما المسنون المعالون لا يمارسون ابدا الرياضة.

الفصل الثامن: المكانة الاجتماعية للمسن ومدى تأثيرها على سلوكياته الصحية المنتجة في هذه المرحلة العمرية

ونلاحظ ان دور الاعالة للمسن يؤثر في عدد ساعات النوم الكافية في اليوم حيث يتبين لنا ان اغلبية المسنون الذين يعيلون انفسهم ينامون دائما عدد ساعات كافية في اليوم بنسبة 71.4%، واما المسنون الذين يعيلون انفسهم والآخرين ينامون دائما عدد ساعات كافية في اليوم بنسبة 35.7% وفيما يخص المسنون المعالون ينامون عدد ساعات كافية في اليوم بنسبة 20% فقط.

الفصل الرابع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات
الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

تمهيد

المبحث الأول: تأثير عدد الأبناء عند المسن على سلوكياته
الصحية.

المبحث الثاني: تأثير الوسط الأسري عند المسن على سلوكياته
الصحية.

المبحث الثالث: تأثير تلقي المسن الإرشادات ونصائح على
سلوكياته الصحية.

استنتاج الفرضية الثالثة

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

تمهيد

إن الأسرة الجزائرية معروفة بالعلاقات الخاصة مع بعضهم البعض دائمة ومتشابكة ويحضى فيها المسن بالتقدير والاحترام التي تدعمها العادات والتقاليد وقيم التضامن والتكافل الاجتماعي ولكن مع تغير الأسري الذي حصل فلقد قل التضامن والتكافل الأسري الذي كان يحصل عليه من قبل المسن ولهذا سنرى في هذا الفصل كيف تضامن وتكافل الأسري يحدد سلوكيات الصحية للمسن من خلال تحليل الفرضية التالية

الفرضية الثالثة: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

متغيرات المؤشر المستقل (العلاقة الأسرية)

- عدد الأبناء
- مع من تسكن
- طبيعة العلاقة الأسرية
- تلقي الإرشادات والنصائح لانتهاج السلوك الصحي

مؤشرات المتغير التابع (السلوكيات الصحية)

- المتابعة الطبية المنتظمة
- المدة المستغرقة لذهاب إلى الطبيب
- القيام بالتحاليل الطبية
- قياس ضغط الدم
- قياس نسبة السكر في الدم
- اتباع الحمية الغذائية
- ممارسة الرياضة
- عدد ساعات النوم الكافية في اليوم

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

المبحث الأول: تأثير عدد الأبناء عند المسن على سلوكياته الصحية.

جدول رقم (96): علاقة بين عدد الأبناء والمتابعة الطبية المنتظمة

المجموع		لا		نعم		متابعة الطبية المنتظمة عدد الأبناء
%	ك	%	ك	%	ك	
100	55	74.5	41	25.5	14	3-1
100	70	14.3	10	85.7	60	6-4
100	75	12	9	88	66	7 فما فوق
100	200	30	60	70	140	المجموع

يتجلى لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يتابعون طبيا بانتظام وذلك بنسبة 70% مقابل نسبة 30% لا يقومون بالمتابعة الطبية المنتظمة.

ولمعرفة مدى تأثير عدد الأبناء على متابعة طبية أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

88% من المبحوثين الذين صرحوا أن لديهم 7 أبناء فما فوق يتابعون طبيا بانتظام مقابل نسبة 12% لا يتابعون طبيا بانتظام.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن لديهم ما بين 4-6 أبناء فلقد تبين أن نسبة 85.7% يتابعون طبيا بانتظام مقابل نسبة 14.3% لا يتابعون طبيا بانتظام.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن لديهم ما بين 1-3 أبناء فلقد تبين أن نسبة 74.5% لا يتابعون طبيا بانتظام مقابل نسبة 25.5% يتابعون طبيا بانتظام.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

وعند حسابنا لمعامل التوافق فلقد وجدناه يساوي 0.42 وهذا يدل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين المستقل والتابع وهما عدد الأبناء والمتابعة الطبية.

من خلال كل هذه نتائج يتضح لنا أن عدد الأبناء يؤثر على المتابعة الطبية المنتظمة حيث كلما ارتفع عددهم كلما زادت المتابعة الطبية المنتظمة، وهذا راجع الى أن كثرة عدد الأبناء فيعني وجود اهتمام اكبر بالمسن، كما يتقاسمون الأدوار على ذلك، وهذا يؤثر من الناحية المادية خاصة عندما يساعدون آبائهم في مصاريف العلاج والمتابعة الطبية كما يساعدونهم من الناحية النفسية خاصة في المرافقة عند الطبيب، مقارنة بالمسنين الذين صرحوا أنهم لديهم ما بين 1-3 أبناء تجدهم لا يشاركون آبائهم في مصاريف العلاج ولا يرافقونهم في المتابعة الطبية.

جدول رقم (97): علاقة بين عدد الأبناء والمدة المستغرقة لذهاب إلى الطبيب

المجموع		بعد فترة طويلة من ظهور أعراض		بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض		مباشرة بعد ظهور أعراض		المدة المستغرقة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	عدد الأبناء
100	55	16.3	9	45.5	25	38.2	21	3-1
100	70	4.3	3	52.8	37	42.9	30	6-4
100	75	-	-	57.3	43	42.7	32	7 فما فوق
100	200	6	12	52.5	105	41.5	83	المجموع

يظهر لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يذهبون إلى طبيب بعد فترة قصيرة من ظهور الأعراض المرضية وذلك بنسبة 52.5% مقابل نسبة 41.5% يذهبون إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور الأعراض ونسبة 6% يذهبون بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

وبإدخالنا متغير عدد الأبناء كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على المدة المستغرقة لذهاب إلى الطبيب بعد ظهور أعراض المرض فلقد تبين لنا مايلي:

57.3% من المبحوثين الذين صرحوا أن لديهم 7 أبناء فما فوق يذهبون إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 42.7% يذهبون إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض.

أما بنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن لديهم ما بين 4-6 أبناء فلقد تبين أن نسبة 52.8% يذهبون إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 42.9% يذهبون إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض ونسبة 4.3% يذهبون إلى الطبيب بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

أما بنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن لديهم ما بين 1-3 أبناء فلقد تبين أن نسبة 52.8% يذهبون إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 42.9% يذهبون إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض ونسبة 4.3% يذهبون إلى الطبيب بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

وعند حسابنا قيمة معامل اختبار استقلالية الظواهر المحسوبة التي قدرت قيمتها 12.594 وذلك عند درجة الحرية 4 ومؤشر دلالة بقيمة 5% وقدرت كا² الجدولية تساوي 9.49 وبما ان وجدنا ان كا² المحسوبة اكبر من كا² الجدولية، فإن هناك فروق جوهرية بين التكرارات الجدولية والتكرارات النظرية وهذا ما يدل إلا على وجود علاقة بين المتغيرين. ومن هذه النتائج نستنتج أنه كلما ارتفع عدد الأبناء للمبحوثين كلما زادت نسبة ذهابهم الى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض، يعني أن هناك فرص اكبر لزيارة والاطمئنان عليه وتكون بشكل دوري وعند ملاحظة ظهور أي عرض من أعراض المرض يأخذونه مباشرة إلى الطبيب عكس الذي لديه عدد قليل من الأبناء تجدهم منشغلين بأمور الحياة وضغوطات العمل مقارنة بالذي لديه عدد كبير من الأبناء تجده دائما لديه فرصة اكبر ان احد الأبناء

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

يتكفل ويذهب للاطمئنان على أبويه إذن كثرة الأبناء يعتبر سند اجتماعي للأباء، وهذا ما صرح به أغلبية المسنين.

جدول رقم (98): علاقة بين عدد الأبناء والقيام بالتحاليل الطبية.

المجموع		لا		نعم		التحاليل الطبية عدد الأبناء
%	ك	%	ك	%	ك	
100	55	76.4	42	23.6	13	3-1
100	70	27.1	19	72.9	51	6-4
100	75	25.3	19	74.7	56	7 فما فوق
100	200	40	80	60	120	المجموع

يظهر لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بالتحاليل الطبية وذلك بنسبة 60% مقابل نسبة 40% لا يقومون بالتحاليل الطبية.

ولمعرفة مدى تأثير عدد الأبناء على القيام بتحاليل الدم بانتظام أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

76.4% من المبحوثين الذين صرحوا أن لديهم 3-1 أبناء يقومون بالتحاليل الطبية مقابل نسبة 23.6% لا يقومون بالتحاليل الطبية.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن لديهم ما بين 7 أبناء فما فوق فلقد تبين أن نسبة 74.7% لا يقومون بالتحاليل الطبية مقابل نسبة 25.3% يقومون بالتحاليل الطبية.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن لديهم ما بين 4-6 أبناء فلقد تبين أن نسبة 72.9% يقومون بالتحاليل الطبية مقابل نسبة 27.1% لا يقومون بالتحاليل الطبية.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

وعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0.38 وهذا يدل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين المستقل والتابع

من خلال النتائج السابقة يتبين لنا أنه كلما كان المسن لديه عدد كبير من الأبناء كلما كان يقوم بالتحاليل الطبية، وهذا راجع الى أن كثرة الأبناء يعني كثرة المساعدات المالية وتقاسم الأعباء، مما يجعل المسن يقوم بالتحاليل الطبية خاصة في العيادات الخاصة ولا يتكل فقط على المستشفى العمومي الذي يتميز بالاكنتاظ وبالمواعيد طويلة وأغلبية التحاليل لا توجد فيها.

جدول رقم (99): علاقة بين عدد الأبناء وقياس ضغط الدم

المجموع		أبدا		أحيانا		دائما		قياس ضغط الدم عدد الأبناء
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	55	20	11	72.7	40	7.3	4	3-1
100	70	7.1	5	45.7	32	47.1	33	6-4
100	75	-	-	52	39	48	36	7 فما فوق
100	200	8	16	55.5	111	36.5	73	المجموع

يتبين لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا وذلك بنسبة 55.5% مقابل نسبة 36.5% يقومون بقياس ضغط الدم دائما ونسبة 8% لا يقومون أبدا بقياس ضغط الدم. ولمعرفة مدى تأثير عدد الأبناء على القيام بقياس ضغط الدم أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

72.7% من المبحوثين الذين صرحوا أن لديهم ما بين 1-3 أبناء يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا مقابل نسبة 20% لا يقومون بقياس ضغط الدم ونسبة 7.3% يقومون بقياس ضغط الدم دائما.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن لديهم 7 أبناء فما فوق فلقد تبين أن نسبة 52% يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا مقابل نسبة 48% يقومون بقياس ضغط الدم دائما.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن لديهم ما بين 4-6 أبناء فلقد تبين أن نسبة 47.1% يقومون بقياس ضغط الدم دائما مقابل نسبة 45.7% يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا ونسبة 7.1% لا يقومون بقياس ضغط الدم.

وعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0.39 وهذا يدل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين المستقل والتابع

يتبين لنا من خلال النتائج السابقة ان هناك علاقة طردية بين عدد الأبناء وقياس ضغط الدم عند المسنين، حيث كلما ارتفع عدد الأبناء كلما كان المسن حريص على القيام بقياس ضغط دمه، وهذا راجع الى أن كثرة الأبناء يساعد المسن على قياس ضغط دمه وذلك إما عن طريق تذكيره أو قيام احد الأبناء بذلك، مقارنة بالمسن الذي لديه عدد صغير من الأبناء تجدهم عادة مشغولين فليس لديهم الوقت لقياس ضغط الدم لأبائهم عكس المسن الذي له عدد كبير من الأبناء تجد دائما فرصة لوجود ابن للقيام بقياس ضغط الدم او تذكيره بالقيام بذلك، لهذا تجد المسن الذي لديه عدد كبير من الأبناء أكثر حرصا على القيام بقياس ضغط الدم.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

جدول رقم (100): علاقة بين عدد الأبناء قياس نسبة السكر في الدم.

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		قياس نسبة السكر عدد الأبناء
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	55	41.8	23	29.1	16	29.1	16	3-1
100	70	25.7	18	34.3	24	40	28	6-4
100	75	5.3	4	40	30	54.7	41	7 فما فوق
100	200	22.5	45	35	70	42.5	85	المجموع

يتبين لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما وذلك بنسبة 42.5% مقابل نسبة 35% يقومون احيانا بقياس نسبة السكر في الدم ونسبة 22.5% لا يقومون ابدا بقياس نسبة السكر في الدم.

ولمعرفة مدى تأثير عدد الأبناء على القيام بقياس نسبة السكر في الدم أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

54.7% من المبحوثين الذين صرحوا أن لديهم 7 أبناء فما فوق يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما مقابل نسبة 40% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أحيانا ونسبة 5.3% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن لديهم ما بين 3-1 أبناء فلقد تبين أن نسبة 41.8% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم مقابل نسبة 29.1% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما ونسبة 29.1% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أحيانا.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن لديهم ما بين 4-6 أبناء فلقد تبين أن نسبة 40% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما مقابل نسبة 34.3% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أحيانا ونسبة 25.7% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم.

وعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0.35 وهذا يدل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين المستقل والتابع.

نلاحظ من خلال النتائج السابقة أن عدد الأبناء يؤثر على مدى القيام بقياس نسبة السكر في الدم، حيث هناك علاقة طردية بينهما، كلما ارتفع عدد الأبناء للمسنة كلما كان حريصا على القيام بقياس نسبة السكر في الدم، وهذا راجع الى أن كثرة الأبناء معناه كثرة النصائح وتذكير على القيام بقياس نسبة السكر في الدم. ورغم انشغال الأبناء بمشاكل الدنيا والحياة، ولكن دائما تجد احد الأبناء موجود إما لتذكير أو لمساعدة والديه للقيام بقياس نسبة السكر في الدم عكس المسن الذي لديه عدد قليل من الأبناء تجدهم عادة مشغولين بمشاكل الحياة وليس لديهم الوقت لمساعدة والديهم على القيام بقياس نسبة السكر في الدم.

جدول رقم (101): علاقة بين عدد الأبناء واتباع الحمية الغذائية

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		اتباع الحمية عدد الغذائية الأبناء
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	55	83.6	46	16.4	9	-	-	3-1
100	70	14.3	10	51.4	36	34.3	24	6-4
100	75	14.7	11	46.7	35	38.7	29	7 فما فوق
100	200	33.5	67	40	80	26.5	53	المجموع

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

يتبين من خلال هذه نتائج أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون أحيانا بإتباع حمية غذائية وذلك بنسبة 40% مقابل نسبة 33.5% لا يقومون بإتباع الحمية الغذائية ونسبة 26.5% يقومون بإتباع الحمية الغذائية دائما.

وعند إدخالنا عدد الأبناء كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على إتباع الحمية الغذائية فلقد تبين لنا مايلي:

83.6% من المبحوثين الذين صرحوا أن لديهم مابين 1-3 أبناء لا يتبعون الحمية الغذائية مقابل نسبة 16.4% يتبعون الحمية الغذائية أحيانا.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن لديهم مابين 4-6 أبناء فلقد تبين أن نسبة 51.4% يتبعون الحمية الغذائية أحيانا مقابل نسبة 34.3% يتبعون الحمية الغذائية دائما ونسبة 14.3% لا يتبعون الحمية الغذائية.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن لديهم 7 أبناء فما فوق فلقد تبين أن نسبة 46.7% يتبعون الحمية الغذائية أحيانا مقابل نسبة 38.7% يتبعون الحمية الغذائية دائما ونسبة 14.7% لا يتبعون الحمية الغذائية.

وعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0.47 وهذا يدل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين المستقل والتابع.

نستنتج من خلال النتائج السابقة أن هناك علاقة طردية بين عدد الأبناء وإتباع الحمية الغذائية عند المسن، حيث كلما ارتفع عدد الأبناء للمسنين كلما زادت نسبة إتباعهم الحمية الغذائية، وهذا راجع الى أن كثرة عدد الأبناء يؤدي إلى كثرة المساعدات المالية التي تجعل المسن قادر على تحمل أعباء الأسرة اليومية وتجعله يوفر المواد الأساسية لتطبيق الحمية الغذائية، كما أن كثرة الأبناء تجعل المسن يتلقى نصائح كثيرة، وكذا مساعدته في تطبيق برنامج الحمية الغذائية بجدية.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

جدول رقم (102): علاقة بين عدد الأبناء وممارسة الرياضة.

المجموع		أبدا		أحيانا		دائما		ممارسة الرياضة عدد الأبناء
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	55	52.7	29	47.3	26	-	-	3-1
100	70	54.3	38	37.1	26	8.6	6	6-4
100	75	78.7	59	14.7	11	6.7	5	7 فما فوق
100	200	63	126	31.5	63	5.5	11	المجموع

يظهر من خلال المعطيات أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين لا يمارسون الرياضة وذلك بنسبة 63% مقابل نسبة 31.5% الذين يمارسون أحيانا الرياضة ونسبة 5.5% يمارسون دائما الرياضة.

ولمعرفة مدى تأثير عدد الأبناء على ممارسة الرياضة أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

78.7% من المبحوثين الذين صرحوا أن لديهم 7 أبناء فما فوق لا يمارسون الرياضة مقابل نسبة 14.7% الذين يمارسون الرياضة أحيانا ونسبة 6.7% يمارسون الرياضة دائما. أما بالنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن لديهم ما بين 6-4 أبناء فلقد تبين أن نسبة 54.3% لا يمارسون الرياضة مقابل نسبة 37.1% الذين يمارسون الرياضة أحيانا ونسبة 8.6% يمارسون الرياضة دائما.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن لديهم ما بين 3-1 أبناء فلقد تبين أن نسبة 52.7% لا يمارسون الرياضة مقابل نسبة 47.3% يمارسون الرياضة أحيانا.

نلاحظ من خلال النتائج السابقة أنه كلما ارتفع عدد الأبناء للمسن كلما انخفضت نسبة ممارسة الرياضة، إذن هناك علاقة عكسية بين المتغيرين.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

جدول رقم (103): علاقة بين عدد الأبناء ونوم عدد ساعات كافية في اليوم

المجموع		ابدا		أحيانا		دائما		عدد ساعات النوم الكافية عدد الأبناء
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	55	0	0	58.2	32	41.8	23	3-1
100	70	0	0	70	49	30	21	6-4
100	75	6.6	5	58.7	44	34.7	26	7 فما فوق
100	200	2.5	5	62.5	125	35	70	المجموع

يتضح لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين ينامون أحيانا ساعات كافية في اليوم وذلك بنسبة 62.5% مقابل نسبة 35% الذين ينامون دائما عدد ساعات كافية في اليوم ونسبة 2.5% لا ينامون عدد ساعات كافية في اليوم.

ولمعرفة مدى تأثير عدد الأبناء على عدد ساعات النوم الكافية في اليوم أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

70% من المبحوثين الذين صرحوا أن لديهم ما بين 4-6 أبناء ينامون عدد ساعات كافية في اليوم أحيانا مقابل نسبة 30% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما أما بالنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن لديهم 7 أبناء فما فوق فلقد تبين أن نسبة 58.7% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم أحيانا مقابل 34.7% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما ونسبة 6.6% لا ينامون عدد ساعات كافية في اليوم.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن لديهم ما بين 1-3 أبناء فلقد تبين أن نسبة 58.2% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم أحيانا مقابل نسبة 41.8% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما.

يتبين لنا من خلال النتائج السابقة أن هناك علاقة عكسية بين عدد الأبناء للمسن ونوم عدد الساعات الكافية في اليوم، حيث انه كلما ارتفع عدد الأبناء كلما انخفض عدد ساعات نوم الكافية في اليوم للمسن، وهذا راجع أن المسن الذي يملك عدد قليل من الأبناء يسكن عادة وحده فيجد الهدوء في المنزل لهذا لا نجد لديه اضطرابات في النوم عكس المسن الذي لديه عدد كبير من الأبناء فلا نجد الهدوء في المنزل كثرة الحركة والدخول والخروج كما أن كثرة عدد الأبناء يؤدي إلى زيادة الاختلاف في الوسط العائلي فتسوء العلاقة السائدة بين أفراد الأسرة كل هذا قد يؤدي إلى انزعاج المسن ويولد له اضطرابات في نوم.

المبحث الثاني: تأثير الوسط الأسري عند المسن على سلوكياته الصحية.

جدول رقم (104): علاقة بين مع من يسكن والمتابعة الطبية المنتظمة

المجموع		لا		نعم		المتابعة الطبية المنتظمة مع من يسكن وحده
ك	%	ك	%	ك	%	
34	100	11	32.4	23	67.6	وحده
166	100	49	29.5	117	70.5	مع الآخرين*
200	100	60	30	140	70	المجموع

*الآخرين: نقصد بهم الابناء والاحفاد والاقارب

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

يتجلى لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه أن اتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بالمتابعة الطبية بانتظام وذلك بنسبة 70% مقابل نسبة 30% لا يقومون بالمتابعة الطبية بانتظام.

ولمعرفة مدى تأثير مع من يسكن على المتابعة الطبية المنتظمة أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

70.5% من المبحوثين الذين صرحوا أنهم يسكنون مع الآخرين يتابعون طبيا بانتظام مقابل نسبة 29.5% لا يتابعون طبيا بانتظام.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أنهم يسكنون لوحدهم فقد تبين أن نسبة 67.6% يتابعون طبيا بانتظام مقابل نسبة 32.4% لا يتابعون طبيا بانتظام.

وعند حساب معامل سبيرمان وجدناه يساوي -0.92 وهذا يدل على وجود علاقة عكسية ضعيفة جدا بين المتغيرين المستقل والتابع.

من هذه النتائج نستنتج أن المسن الذي لا يسكن وحده يتابع طبيا بانتظام أكثر من المسن الذي يسكن وحده، وهذا راجع الى أن المسن الذين يسكن مع الآخرين عادة هم الأبناء أو زوجة الابن والاحفاد يتلقى منهم نصائح على المتابعة الطبية ويذكرونه بمواعيد الطبيب حتى لا ينساهم كما يرافقونه عند زيارة الطبيب، ويتلقى المسن مساعدات مالية تسمح له بتحمل مصاريف العلاج، كل هذا يجعله يتابع طبيا أفضل من المسن الذي يسكن وحده حيث هذا الأخير مع كبر سنه عادة ينسى مواعيد الطبيب ولا يجد من يذكره، وعادة تجده لا يستطيع تحمل مصاريف العلاج ويخجل من طلب المساعدة من احد الأبناء، حيث لا يريد إزعاجهم وعادة تجده يتهاون في ذهاب إلى الطبيب وقد لا يجد من يرافقه ليشجعه على الذهاب.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

جدول رقم (105): علاقة بين مع من يسكن والمدة المستغرقة لذهاب إلى طبيب عند

ظهور أعراض المرض

المجموع		بعد فترة طويلة		بعد فترة قصيرة		مباشرة بعد ظهور أعراض		المدة مع المستغرقة من يسكن
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	34	16.3	9	45.5	25	38.2	21	وحده
100	166	4.3	3	52.8	37	42.9	30	مع الآخرين
100	200	6	12	52.5	105	41.5	83	المجموع

يظهر لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يذهبون إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور الأعراض المرضية وذلك بنسبة 52.5% مقابل نسبة 41.5% يذهبون إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور الأعراض المرضية ونسبة 6% يذهبون بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

وبإدخالنا متغير مع من يسكن المسن كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على المدة المستغرقة لذهاب إلى الطبيب بعد ظهور أعراض المرض فلقد تبين لنا ما يلي:

52.8% من المبحوثين الذين صرحوا أنهم يسكنون مع الآخرين يذهبون إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 42.9% يذهبون إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض ونسبة 4.3% يذهبون إلى الطبيب بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

أما بنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أنهم يسكنون وحدهم فلقد تبين أن نسبة 45.5% يذهبون إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 38.2% يذهبون إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض ونسبة 16.3% يذهبون إلى الطبيب بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

ومن هذه النتائج نستنتج انه كلما كان المسن يسكن مع احد ابناؤه كلما كانت المدة قصيرة للذهاب الى الطبيب عند ظهور اعراض المرض، وهذا راجع ان المسن عندما يسكن وحده عند بداية ظهور اعراض المرض يتهاون في الذهاب الى الطبيب يضمن ان هذه الاعراض ستزول مع مرور الوقت وتتحسن حالته، وعادة يكون عاجز ولا يجد من يأخذه الى الطبيب كل هذه العوامل تجعله يستغرق مدة معينة لذهاب الى الطبيب عكس المسن الذي يسكن مع احد أبنائه، فبمجرد ظهور الأعراض يطلب من ابنه ان يأخذه إلى الطبيب، كما ان الأبناء عندما يلاحظون ظهور أعراض المرض على آبائهم فيقومون بأخذهم إلى الطبيب اما مباشرة بعد ظهور أعراض المرض او بعد فترة قصيرة من ظهور هذه الاعراض.

جدول رقم (106): علاقة بين مع من يسكن والقيام بالتحاليل الطبية.

المجموع		لا		نعم		التحاليل الطبية مع من يسكن
%	ك	%	ك	%	ك	
100	34	47.1	16	52.9	18	وحدك
100	166	38.6	64	61.4	102	مع الآخرين
100	200	40	80	60	120	المجموع

يظهر من خلال اتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بالتحليل الطبية بانتظام وذلك بنسبة 60% مقابل نسبة 40% لا يقومون بالتحليل الطبية بانتظام. ولمعرفة مدى تأثير مع من يسكن المسن على القيام بالتحاليل الطبية بانتظام أدخلناه كمتغير مستقل فلقد تبين لنا مايلي :

61.4% من المبحوثين الذين صرحوا أنهم يسكنون مع الآخرون يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام مقابل نسبة 38.6% لا يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

أما بنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أنهم يسكنون وحدهم فلقد تبين أن نسبة 52.9% يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام مقابل نسبة 47.1% لا يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام.

وعند حسابنا لمعامل الاقتران وجدناه يساوي -0.23 وهذا يدل على وجود علاقة عكسية ضعيفة ما بين المتغيرين المستقل والتابع.

ومن هذه نتائج نستنتج أن المسن الذي لا يسكن وحده يقوم بالتحاليل الطبية بانتظام أكثر من المسن الذي يسكن وحده وهذا راجع الى أن المسن الذي لا يسكن وحده وفي الغالب أحيان تجده يسكن مع أبنائه، حيث هؤلاء يقومون باصطحاب آبائهم إلى العيادات الخاصة او الى المستشفى للقيام بهذه التحاليل ويتكفلون بإيجاد المواعيد للقيام بهذه التحاليل ان كانت ستقام في المستشفى ونعلم جيدا مدى صعوبة إيجاد مواعيد للقيام بتحاليل الدم في المستشفى العمومي لكثرة الاكتظاظ والضغط عليها. كما يعملون على تقديم مساعدات مالية لأبائهم لإجراء هذه التحاليل عند الخواص ونحن نعلم كم هي باهضة الثمن وأغليبتها لا تعوض. عكس المسن الذي يسكن بمفرده عندما يذهب الى المستشفى وحده فنتيجة الضغط والاكتظاظ في المستشفى ومع كبر سنه فتجده لا يتحمل هذا فيغضب ويرجع إلى المنزل دون القيام بهذه التحاليل، وعادة تجده لا يستطيع تحمل أعباء ومصاريف هذه التحاليل للقيام بها عند الخواص ويخجل من طلب المساعدة من احد الابناء او الاقارب قصد عدم ازعاجهم مع غلاء المعيشة كما صرح احد المسنين في قوله الحالة راهي غالية منزيدش همي عليهم خاصة إذا كانت وضعيتهم المالية متدنية.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

جدول رقم (107): علاقة بين مع من تسكن وقياس ضغط الدم.

المجموع		ابدا		أحيانا		دائما		قياس ضغط الدم مع من يسكن
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	34	-	-	85.3	29	14.7	5	وحده
100	166	9.7	16	49.4	82	40.9	68	مع الآخرين
100	200	8	16	55.5	111	36.5	73	المجموع

يتضح لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا وذلك بنسبة 55.5% مقابل نسبة 36.5% يقومون بقياس ضغط الدم دائما ونسبة 8% لا يقومون ابدا بقياس ضغط الدم.

ولمعرفة مدى تأثير مع من يسكن المسن على القيام بقياس ضغط الدم أدخلناه كمتغير مستقل فنتبين لنا مايلي:

85.3% من المبحوثين الذين صرحوا أنهم يسكنون لوحدهم يقومون بقياس ضغط الدم حيانا مقابل نسبة 14.7% يقومون بقياس ضغط الدم دائما.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أنهم يسكنون مع الآخرين فلقد تبين أن نسبة 49.4% يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا مقابل نسبة 40.9% يقومون بقياس ضغط الدم دائما ونسبة 9.7% لا يقومون بقياس ضغط الدم.

وعند حسابنا معمل سييرمان وجدناه يساوي -0.12 وهذا يدل على وجود علاقة عكسية ضعيفة جدا ما بين المتغيرين التابع والمستقل.

ومن هذه نتائج نستنتج أن المسن الذي لا يسكن وحده تجده أكثر حرصا على قياس ضغط الدم من المسن الذي يسكن وحده، وهذا راجع الى أن المسن الذي لا يسكن وحده عادة نجده

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

يسكن مع الأبناء وزوجاتهم والأحفاد فهم يذكرونه على القيام بقياس ضغط الدم، كما يساعدونه على القيام بذلك إن كان لا يعرف استعمال جهاز قياس ضغط الدم، وإن إلتزم الأمر يأخذونه إلى المستشفى أو الصيدلي لقياس ضغط دمه عكس المسن الذي يسكن وحده فهو يقوم بقياس ضغط دمه لكن عادة مع كبر سنه فهو ينسى إن قام بذلك أو لا خاصة إذا كان لا يعرف استعمال هذا الجهاز. فيصبح مجبرا على الذهاب إلى المستشفى أو الصيدلي للقيام بذلك وغالبا ما يعجز على الذهاب كل هذا يجعله يتهاون في قياس ضغط الدم.

جدول رقم (108): علاقة بين مع من تسكن وقياس نسبة السكر في دم

المجموع		أبدا		أحيانا		دائما		قياس نسبة سكر مع من يسكن وحده
		ك	%	ك	%	ك	%	
100	34	55.9	19	-	-	44.1	15	وحده
100	166	15.6	26	42.2	70	42.2	70	مع الآخرين
100	200	22.5	45	35	70	42.5	85	المجموع

يتبين لنا من خلال الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما وذلك بنسبة 42.5% مقابل نسبة 35% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أحيانا ونسبة 22.5% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم. ولمعرفة مدى تأثير مع من يسكن المسن على القيام بقياس السكر في الدم أدخلناه كمتغير مستقل فلقد تبين لنا ما يلي:

55.9% من المبحوثين الذين صرحوا أنهم يسكنون لوحدهم لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم مقابل نسبة 44.1% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

أما بنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أنهم يسكنون مع الآخرين فلقد تبين أن نسبة 42.2% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائماً مقابل نسبة 42.2% يقومون بنسبة السكر في الدم أحيانا ونسبة 15.6% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم.

وعند حسابنا معمل سيبرمان وجدناه يساوي -0.08 وهذا يدل على وجود علاقة عكسية ضعيفة جدا ما بين المتغيرين التابع والمستقل.

ومن هذه النتائج نستنتج أن المسنون الذين لا يسكنون وحدهم يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أكثر من المسنون الذين يسكنون وحدهم، وهذا راجع الى أن المسنون الذين لا يسكنون وحدهم يتواجدون عادة معهم الأبناء وزوجاتهم والأحفاد، فهم يذكرونهم بقياس نسبة السكر في الدم كما يساعدونهم على القيام بذلك خاصة إذا كان لا يعرف استعمال هذا الجهاز، وإذا كان لا يملكون الجهاز فيأخذونه إلى الصيدلي او المستشفى للقيام بذلك. عكس المسن الذي يسكن وحده فهو عادة مع كبر سنه ينسى قياس نسبة سكر في دم، وإذا لا يعرف استعمال هذا الجهاز فيستلزم عليه الذهاب الى الصيدلي او المستشفى للقيام بذلك لهذا يعجز في الغالب للقيام بذلك.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

جدول رقم (109): علاقة بين مع من تسكن وإتباع الحمية الغذائية.

المجموع		ابدا		أحيانا		دائما		إتباع الحمية مع من يسكن مع الغذائية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	34	55.9	19	29.4	10	14.7	5	وحده
100	166	28.9	48	42.2	70	28.9	48	مع الآخرين
100	200	33.5	67	40	80	26.5	53	المجموع

يتضح لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بإتباع الحمية الغذائية أحيانا وذلك بنسبة 40% مقابل نسبة 33.5% لا يتبعون الحمية الغذائية ونسبة 26.5% يقومون بإتباع الحمية الغذائية دائما .

ولمعرفة مدى تأثير مع من تسكن على إتباع حمية غذائية أدخلناه كمتغير مستقل فلقد تبين لنا مايلي:

55.9% من المبحوثين الذين صرحوا أنهم يسكنون وحدهم لا يتبعون الحمية الغذائية مقابل نسبة 29.4% يتبعون الحمية الغذائية أحيانا ونسبة 14.7% يتبعون الحمية الغذائية دائما. أما بنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أنهم يسكنون مع الآخرين فلقد تبين أن نسبة 42.2% يتبعون الحمية الغذائية أحيانا مقابل نسبة 28.9% يتبعون الحمية الغذائية دائما ونسبة 28.9% لا يتبعون الحمية الغذائية.

وعند حسابنا قيمة معامل اختبار استقلالية الظواهر المحسوبة التي قدرت قيمتها 7.746 وذلك عند درجة الحرية 2 ومؤشر دلالة بقيمة 5% وقدرت ك² الجدولية تساوي 5.99 وبما ان وجدنا ان ك² المحسوبة اكبر من ك² الجدولية فإن هناك فروق جوهرية بين التكرارات الجدولية والتكرارات النظرية وهذا ما يدل على وجود علاقة بين المتغيرين. ومن هنا نستنتج أن المسنون الذين لا يسكنون وحدهم يقومون بإتباع الحمية الغذائية أكثر من المسنون الذين

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

يسكنون وحدهم، وهذا راجع الى أن المسنون الذين لا يسكنون وحدهم عادة يسكنون مع الأبناء وزوجاتهم وأحفادهم فهم يحرصون على المسن بتطبيق برنامج الحماية الغذائية من خلال تقديم له نصائح وتوجيهات ومراقبته في الأكل خاصة من عدم إكثار الدهون والسكريات والملح في الطعام كما تعمل بناته أو زوجات الأبناء على تحضير له الوجبات الصحية الخاصة بالبرنامج الحماية الغذائية، كما يعمل الأبناء على مساعدة المسن على توفير المواد الغذائية باهظة الثمن و الضرورية للحمية الغذائية كاللحوم والأسماك والفواكه. عكس المسن الذي يسكن وحده فلا يجد من يراقبه لهذا تجده يفرط في تناول السكريات والدهون والملح في الطعام ولا يجد من يساعده على توفير المواد الغذائية الضرورية للحمية الغذائية. لذا وجدنا نصف منهم لا يقومون بإتباع الحمية الغذائية.

جدول رقم (110): علاقة بين مع من تسكن وممارسة الرياضة

المجموع		أبدا		أحيانا		دائما		ممارسة الرياضة مع من يسكن وحده مع الآخرين المجموع
		ك	%	ك	%	ك	%	
100	34	67.6	23	20.6	7	11.8	4	وحده
100	166	62.1	103	33.7	56	4.2	7	مع الآخرين
100	200	63	126	31.5	63	5.5	11	المجموع

يظهر لنا من خلال الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين لا يمارسون الرياضة أبدا وذلك بنسبة 63% مقابل نسبة 31.5% يمارسون الرياضة أحيانا ونسبة 5.5% يمارسون الرياضة دائما.

ولمعرفة مدى تأثير مع من يسكن المسن على ممارسة الرياضة أدخلناه كمتغير مستقل فتيين لنا مايلي:

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

67.6% من المبحوثين الذين صرحوا أنهم يسكنون لوحدهم لا يمارسون الرياضة مقابل نسبة 20.6% يمارسون الرياضة أحيانا ونسبة 11.8% يمارسون الرياضة دائما.

أما بالنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أنهم يسكنون مع الآخرين فلقد تبين أن نسبة 62.1% لا يمارسون الرياضة مقابل نسبة 33.7% يمارسون الرياضة أحيانا ونسبة 4.2% يمارسون الرياضة دائما.

ومن هذه النتائج نستنتج أن المسنون الذين لا يسكنون وحدهم يمارسون الرياضة أكثر من المسنون الذين يسكنون وحدهم، وهذا راجع الى أن المسنون الذين لا يسكنون وحدهم عادة يسكنون مع الأبناء وزوجاتهم والأحفاد فيشجعونهم على ممارسة الرياضة ويرافقونهم في ذلك كالمشي في الغابة والجري الخفيف.

جدول رقم (111): علاقة بين مع من تسكن و عدد ساعات النوم الكافية في اليوم

المجموع		أبدا		أحيانا		دائما		عدد ساعات النوم الكافية مع من تسكن وحدك
		ك	%	ك	%	ك	%	
100	34	-	-	28	82.4	6	17.6	وحدك
100	166	5	3	97	58.4	64	38.6	مع الآخرين
100	200	5	2.5	125	62.5	70	35	المجموع

يتضح لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين ينامون أحيانا عدد ساعات كافية في اليوم وذلك بنسبة 62.5% مقابل نسبة 35%

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

ينامون دائماً عدد ساعات كافية في اليوم ونسبة 2.5% لا ينامون عدد ساعات كافية في اليوم.

ولمعرفة مدى تأثير مع من يسكن المسن على عدد ساعات النوم الكافية في اليوم أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

82.4% من المبحوثين الذين صرحوا أنهم يسكنون لوحدهم ينامون عدد ساعات كافية في اليوم أحيانا مقابل نسبة 17.6% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائماً أما بالنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أنهم يسكنون مع الآخرين فلقد تبين أن نسبة 58.4% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم أحيانا مقابل نسبة 38.6% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائماً ونسبة 3% لا ينامون عدد ساعات كافية في اليوم.

ومن هذه النتائج نستنتج أن المسنون الذين لا يسكنون وحدهم أكثر حرصاً على نوم عدد ساعات كافية في اليوم من المسنون الذين يسكنون وحدهم، وهذا راجع الى ان المسنون الذين يسكنون وحدهم يشعرون بالوحدة والعزلة مما يجعلهم يشعرون بالاكئاب والقلق كل هذا يولد لديهم اضطرابات في النوم عكس المسنون الذين لا يسكنون وحدهم تجدهم لا يشعرون بالوحدة لانشغالهم مع الأبناء وزوجات الأبناء والأحفاد فيشعرون بالراحة وطمأنينة مما يسمح لهم بالنوم العميق.

جدول رقم (112): علاقة بين طبيعة العلاقة الأسرية والمتابعة الطبية المنتظمة

المجموع		لا		نعم		المتابعة الطبية طبيعية المنتظمة العلاقة الأسرية
%	ك	%	ك	%	ك	
100	143	23.8	34	76.2	109	جيدة
100	57	45.6	26	54.4	31	متوسطة
100	200	30	60	70	140	المجموع

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

يظهر من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بفحوصات طبية وذلك بنسبة 70% مقابل نسبة 30% لا يقومون بفحوصات طبية.

ولمعرفة مدى تأثير طبيعة العلاقة الأسرية على متابعة الطبية المنتظمة أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

76.2% من المبحوثين الذين صرحوا أن طبيعة العلاقة الأسرية جيدة يقومون بالمتابعة الطبية بانتظام مقابل نسبة 23.8% لا يقومون بالمتابعة الطبية بانتظام أما بنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن طبيعة العلاقة الأسرية متوسطة فلقد تبين أن نسبة 54.4% يقومون بالمتابعة الطبية بانتظام مقابل نسبة 45.6% لا يقومون بالمتابعة الطبية بانتظام

ومن خلال النتائج السابقة يتضح لنا أنه كلما كانت العلاقة الأسرية جيدة كلما زادت نسبة المتابعة الطبية المنتظمة، وهذا راجع الى أن المسن عندما يكون في جو عائلي جيد يتسم بالحوار والاحترام والمحبة يستطيع طلب المساعدة من أفراد العائلة في الذهاب إلى الطبيب لأنه يعلم أن طلباته تقابل بالفرح والسرور سواء تكون المساعدة مادية أو مرافقته. كل هذا يزيده تشجيعا على المتابعة الطبية بانتظام عكس المسن الذي يكون في وسط عائلي تكون فيه علاقة متوسطة فنلاحظ انخفاض نسبة المتابعة الطبية لأنه عادة يعتمد على نفسه في ذهاب الى الطبيب ولا يطلب المساعدة من أفراد العائلة خوفا من ردة فعلهم المنفعلة فيزعج ويصاب بالقلق، كل هذا يجعله يهمل المتابعة الطبية ويتخبط وحده في الاضطرابات النفسية والجسدية في صمت.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

جدول رقم(113): علاقة بين طبيعة العلاقة الأسرية والمدة المستغرقة لذهاب الى طبيب

عند ظهور اعراض المرض

المجموع		بعد فترة طويلة		بعد فترة قصيرة		مباشرة بعد ظهور أعراض		المدة المستغرقة طبيعة العلاقة الأسرية
		ك	%	ك	%	ك	%	
100	143	4.9	7	53.2	76	41.9	60	جيدة
100	57	8.7	5	50.9	29	40.4	23	متوسطة
100	200	6	12	52.5	105	41.5	83	المجموع

يظهر لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يذهبون إلى طبيب بعد فترة قصيرة من ظهور الأعراض المرضية وذلك بنسبة 52.5% مقابل نسبة 41.5% يذهبون إلى طبيب مباشرة بعد ظهور الأعراض المرضية ونسبة 6% يذهبون بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

وبإدخالنا متغير طبيعة العلاقة الأسرية كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على المدة المستغرقة لذهاب إلى طبيب بعد ظهور أعراض المرض فلقد تبين لنا ما يلي:

53.2% من المبحوثين الذين صرحوا أن طبيعة العلاقة الاسرية جيدة يذهبون إلى طبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 41.9% يذهبون إلى طبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض ونسبة 4.9% يذهبون إلى طبيب بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

أما بنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن طبيعة العلاقة الاسرية متوسطة فلقد تبين أن نسبة 50.9% يذهبون إلى طبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 40.4% يذهبون إلى طبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض ونسبة 8.7% يذهبون إلى طبيب بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

ومن هذه النتائج نستنتج أنه كلما كانت علاقة المسن بأسرته جيدة كلما كانت نسبة ذهابه إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض اكبر، وهذا راجع إلى أن المسن عندما يكون في وسط عائلي يسوده المحبة وتعاون والاحترام تكون فيه زيارات للمسن دورية، وعند ملاحظة ظهور أي عرض من أعراض المرض يسارعون به إلى طبيب. وحتى المسن يطلب من أفراد عائلته المساعدة للذهاب إلى الطبيب بدون خجل أو خوف، فهو يعلم أنه سيلقى ترحيب وتنفيذ طلباته بالفرح والسرور عكس المسن الذي يعيش في جو عائلي تكون علاقة الأسرية متوسطة فعادة ما تكون زيارات نادرة له إلا في المناسبات و الجو مكهرب يجعل المسن لا يطلب المساعدة كل هذه عوامل تجعله يأخذ وقت طويل لذهاب إلى الطبيب عند ظهور أعراض المرض.

جدول رقم (114): علاقة بين طبيعة العلاقة الأسرية والقيام بالتحاليل الطبية بانتظام

المجموع		لا		نعم		التحاليل الطبية طبيعة العلاقة الأسرية
		ك	%	ك	%	
100	143	37.8	54	62.2	89	جيدة
100	57	45.6	26	54.4	31	متوسطة
100	200	40	80	60	120	المجموع

يتبين لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بالتحاليل الطبية وذلك بنسبة 60% مقابل نسبة 40% لا يقومون بالتحاليل الطبية.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

ولمعرفة مدى تأثير طبيعة العلاقة الأسرية على قيام بالتحاليل الطبية بانتظام أدخلناه كمتغير مستقل فتيين لنا مايلي:

62.2% من المبحوثين الذين صرحوا أن طبيعة العلاقة الأسرية جيدة يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام مقابل نسبة 37.8% لا يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام. أما بنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن طبيعة العلاقة الأسرية متوسطة فلقد تبين أن نسبة 54.4% يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام مقابل نسبة 45.6% لا يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام.

ومن النتائج السابقة نستنتج أن طبيعة العلاقة الأسرية للمسن تلعب دورا مهما في القيام بتحاليل الدم بانتظام، حيث كلما كانت العلاقة الأسرية جيدة كلما زادت نسبة القيام بالتحاليل الطبية، وهذا راجع الى أن المسن عندما يكون في جو عائلي جيد فهناك تشاور وتداول وتبادل أطراف الحديث فيقوم المسن بالتحاليل الطبية وحده ويجد من يساعده في القيام بها سواء بطلب المساعدة أو دون طلبها، أما المسن الذي يكون في وسط اسري ذو علاقة اسرية متوسطة فتتخفف نسبة القيام بالتحاليل الطبية بانتظام، فهو مجبر على القيام بها لوحده لأنه في وسط اسري يتخبط في المشاكل فيؤثر هذا على العلاقة الاجتماعية ويصبح كل فرد يهتم بنفسه.

جدول رقم (115): علاقة بين طبيعة العلاقة الأسرية وقياس ضغط الدم

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		قياس ضغط الدم طبيعة العلاقة الأسرية
		ك	%	ك	%	ك	%	
100	143	-	-	85	59.4	58	40.6	جيدة
100	57	16	28.1	26	45.6	15	26.3	متوسطة
100	200	16	8	111	55.5	73	36.5	المجموع

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

يتجلى لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا وذلك بنسبة 55.5% مقابل نسبة 36.5% يقومون بقياس ضغط الدم دائما ونسبة 8% لا يقومون بقياس ضغط الدم. ولمعرفة مدى تأثير طبيعة العلاقة الأسرية على قياس ضغط الدم أدخلناه كمتغير مستقل فلقد تبين لنا مايلي:

59.4% من المبحوثين الذين صرحوا أن طبيعة العلاقة الأسرية جيدة يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا مقابل نسبة 40.6% يقومون بقياس ضغط الدم دائما.

أما بنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن طبيعة العلاقة الأسرية متوسطة فلقد تبين أن نسبة 45.6% يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا مقابل نسبة 28.1% لا يقومون بقياس ضغط الدم ونسبة 26.3% يقومون بقياس ضغط الدم دائما.

ومن هذه النتائج نستنتج أنه كلما كانت طبيعة العلاقة الأسرية للمسن جيدة كلما زادت نسبة قياسه لضغط دمه دائما وبانتظام، وهذا راجع الى أن المسن في الوسط الاسري ذو علاقة جيدة تتسم بالاحترام وتقدير له، فدائما يجد من يذكره بالقيام بذلك إذا نسي، وذلك اما من اجل الوقاية او في حالة الاصابة بالمرض فعلا. كما يجد من يساعده في ذلك إذا كان لا يعرف استعمال جهاز ضغط الدم، وإذا كان لا يملك هذا الجهاز فيجد من يأخذه إلى المستشفى أو الصيدلي لقياس ضغط دمه، عكس المسن الذي له علاقة متوسطة مع أسرته، فهو مجبر على الاعتماد على نفسه في القيام بقياس ضغط دمه وإذا كان لا يستطيع القيام بذلك فلا يجد من يقوم له بذلك.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

جدول رقم (116): علاقة بين طبيعة العلاقة الأسرية وقياس نسبة السكر في الدم

المجموع		ابدا		أحيانا		دائما		قياس نسبة السكر طبيعة العلاقة الأسرية
		ك	%	ك	%	ك	%	
100	143	13.3	19	37.8	54	48.9	70	جيدة
100	57	45.6	26	28.1	16	26.3	15	متوسطة
100	200	22.5	45	35	70	42.5	85	المجموع

يظهر من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما وذلك بنسبة 42.5% مقابل 35% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أحيانا و22.5% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم ولمعرفة مدى تأثير طبيعة العلاقة الأسرية على قياس نسبة السكر في الدم أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

48.9% من المبحوثين الذين صرحوا أن طبيعة العلاقة الأسرية جيدة يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما مقابل نسبة 37.8% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أحيانا ونسبة 13.3% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم.

أما بنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن طبيعة العلاقة الأسرية متوسطة فلقد تبين أن نسبة 45.6% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم مقابل نسبة 28.1% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أحيانا ونسبة 26.3% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما.

ومن هذه النتائج نستنتج أنه كلما كانت طبيعة العلاقة الأسرية جيدة كلما كانت نسبة قياسه لنسبة السكر في الدم أكبر وهذا راجع الى أن المسن عندما يعيش في محيط اسري يتسم

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

بالعلاقات الجيدة بين افراد العائلة فيكون هناك احترام وتبادل الحوار وأطراف الحديث فهو يتلقى نصائح والمعلومات التي تفيده من طرف أفراد أسرته ويتقبلها بصدق رغب، فيذكرونه في القيام بقياس نسبة سكر في الدم إذا نسي كما يساعده على ذلك إذا كان لا يعرف استعمال جهاز قياس نسبة السكر في الدم، عكس المسن الذي طبيعة علاقته الأسرية متدهورة نوعا ما، فتتخفف نسبة قياسه لنسبة السكر في الدم لأنه يعتمد إلا على نفسه في ذلك فهو لا يطلب المساعدة ولا يتقبل المساعدة من طرف أفراد أسرته بسبب ردة فعلهم منفعة فينزعج ويصاب بالتالي يتهاون في قياس نسبة سكره في الدم، وهذا ما قد يؤثر في كثير من الحالات عند المسنين المصابين بالداء السكري على حالتهم الصحية.

جدول رقم (117): علاقة بين طبيعة العلاقة الأسرية وإتباع الحمية الغذائية

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		إتباع الحمية طبيعة الغذائية العلاقة الأسرية
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	
143	100	39	27.3	60	41.9	44	30.8	جيدة
57	100	28	49.1	20	35.1	9	15.8	متوسطة
200	100	67	33.5	80	40	53	26.5	المجموع

يتبين من خلال هذه نتائج أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بإتباع الحمية الغذائية أحيانا وذلك بنسبة 40% مقابل نسبة 33.5% لا يقومون بإتباع الحمية الغذائية ونسبة 26.5% يقومون دائما بإتباع الحمية الغذائية.

ولمعرفة مدى تأثير طبيعة العلاقة الأسرية على إتباع الحمية الغذائية أدخلناه كمتغير مستقل

فلقد تبين لنا مايلي:

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

49.1% من المبحوثين الذين صرحوا أن طبيعة العلاقة الأسرية متوسطة لا يقومون بإتباع الحمية الغذائية مقابل نسبة 35.1% يقومون بإتباع الحمية الغذائية أحيانا ونسبة 15.8% يقومون بإتباع الحمية الغذائية دائما.

أما بنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن طبيعة العلاقة الأسرية جيدة فلقد تبين أن نسبة 41.9% يقومون بإتباع الحمية الغذائية أحيانا مقابل نسبة 30.8% يقومون بإتباع الحمية الغذائية دائما ونسبة 27.3% لا يقومون بإتباع الحمية الغذائية.

ومن هذه النتائج نستنتج أن العلاقة الأسرية للمسن تلعب دورا مهما في إتباعه للحمية الغذائية، حيث كلما كانت العلاقة الأسرية جيدة كلما زادت نسبة إتباع الحمية الغذائية وهذا راجع الى أنه المسن عندما يكون في الوسط الاسري جيد يتسم بالاحترام وتقدير لهذا الأخير، فيكون هناك حوار وتقديم المعلومات ونصائح على الحمية الغذائية والمسن يتقبلها ويعمل بها. كما أن أفراد عائلته يساعده ماديا لتوفير المواد الغذائية الضرورية للحمية الغذائية ويراقبونه على تطبيقها عكس المسن الذي تكون طبيعة علاقته الأسرية متوسطة، فعادة لا يجد من يقدم له النصائح و المعلومات حول الحمية الغذائية وان قدمت له تقدم بطريقة قاسية مما يجعله يزعج ويرفض هذه المعلومات والنصائح.

جدول رقم (118): علاقة بين طبيعة العلاقة الأسرية وممارسة الرياضة

المجموع		ابدا		احيانا		دائما		ممارسة الرياضة طبيعة العلاقة الأسرية
		%	ك	%	ك	%	ك	
100	143	60.1	86	32.2	46	7.7	11	جيدة
100	57	70.2	40	29.8	17	-	-	متوسطة
100	200	63	126	31.5	63	5.5	11	المجموع

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

يتجلى لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين لا يقومون بممارسة الرياضة وذلك بنسبة 63% مقابل نسبة 31.5% يمارسون الرياضة أحيانا ونسبة 5.5% يمارسون دائما الرياضة. ولمعرفة مدى تأثير طبيعة العلاقة الأسرية على ممارسة الرياضة أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

70.2% من المبحوثين الذين صرحوا أن طبيعة العلاقة الأسرية متوسطة لا يمارسون الرياضة مقابل نسبة 29.8% يمارسون الرياضة أحيانا.

أما بنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن طبيعة العلاقة الأسرية جيدة فلقد تبين أن نسبة 60.1% لا يمارسون الرياضة مقابل نسبة 32.2% يمارسون الرياضة أحيانا ونسبة 7.7% يمارسون الرياضة دائما.

ومن هذه النتائج نستنتج أن المسن الذي تكون طبيعة علاقته أسرته جيدة يمارس الرياضة أكثر من المسن الذي تكون طبيعة علاقته أسرته متوسطة، وهذا راجع الى أن المسن الذي يعيش في وسط اسري يتسم بالمحبة وتقدير والاحترام فيقبل نصائح والمعلومات المقدمة له من طرف أفراد أسرته في ممارسة الرياضة، كما عادة يمارسون رياضة عائليا وهو يحب ذلك لأنه يشعر بالراحة والطمأنينة عكس المسن الذي يعيش في وسط عائلي مكهرب فهو ينزعج من تصرفات أفراد عائلته ويكون قلقا وتجده منعزل اجتماعيا.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

جدول رقم (119): علاقة بين طبيعة العلاقة الأسرية وعدد ساعات النوم الكافية في اليوم

المجموع		أبدا		أحيانا		دائما		عدد ساعات النوم الكافية
		ك	%	ك	%	ك	%	
100	143	-	-	59.4	85	40.6	58	طبيعة العلاقة الأسرية جيدة
100	57	8.7	5	70.2	40	21.1	12	متوسطة
100	200	2.5	5	62.5	125	35	70	المجموع

يظهر من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين ينامون عدد ساعات كافية في اليوم أحيانا وذلك بنسبة 62.5% مقابل نسبة 35% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما ونسبة 2.5% لا ينامون عدد ساعات كافية في اليوم.

ولمعرفة مدى تأثير طبيعة العلاقة الأسرية على عدد ساعات النوم الكافية في اليوم أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي :

70.2% من المبحوثين الذين صرحوا أن طبيعة العلاقة الأسرية متوسطة ينامون عدد ساعات كافية في اليوم أحيانا مقابل نسبة 21.1% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما ونسبة 8.7% لا ينامون عدد ساعات كافية في اليوم.

أما بنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أن طبيعة العلاقة الأسرية جيدة فلقد تبين أن نسبة 59.4% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم أحيانا مقابل نسبة 40.6% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

ومن هذه النتائج نستنتج أنه كلما كانت العلاقة الأسرية للمسن جيدة كلما كانت نسبة عدد ساعات نومه كافية في اليوم، وهذا راجع الى أن طبيعة العلاقة الأسرية الجيدة للمسن تسمح له بالخروج مع أفراد عائلته لتتزه وذهاب إلى السوق معهم والقيام ببعض الخدمات كل هذا يشعره بالراحة النفسية والطمأنينة، لهذا في نهاية اليوم يكون متعب جسديا وينام نوم عميق عكس المسن الذي طبيعة علاقته الأسرية متوسطة، فهو يعيش عادة في جو عائلي مكهرب يشعر فيه بالإهمال وعدم الاحترام له كل هذا يزعجه ويجعله قلق مما يولد له اضطرابات في النوم.

المبحث الثالث: تأثير تلقي المسن الإرشادات ونصائح الصحية على سلوكياته الصحية.

جدول رقم (120): علاقة بين تلقي الإرشادات والنصائح الصحية والمتابعة الطبية المنتظمة

المجموع		لا		نعم		المتابعة الطبية تلقى الإرشادات والنصائح* المنتظمة
%	ك	%	ك	%	ك	
100	184	28.8	53	71.2	131	نعم
100	16	43.7	7	56.3	9	لا
100	200	30	60	70	140	المجموع

*تلقى الارشادات والنصائح هي كيفية تعامل مع مرحلة الشيخوخة

يتبين لنا من خلال الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يتابعون فحوصات طبية بانتظام وذلك بنسبة 70% مقابل نسبة 30% لا يتابعون فحوصات طبية بانتظام ولمعرفة مدى تأثير تلقي الإرشادات والنصائح الصحية على المتابعة الطبية المنتظمة أدخلناه كمتغير مستقل فتبين ما يلي:

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

71.2% من المبحوثين الذين صرحوا أنهم يتلقون الإرشادات والنصائح يقومون بالمتابعة الطبية بانتظام مقابل نسبة 28.8% لا يقومون بالمتابعة الطبية بانتظام. أما بالنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أنهم لا يتلقون الإرشادات والنصائح فلقد تبين أن نسبة 56.3% يقومون بالمتابعة الطبية بانتظام مقابل نسبة 43.7% لا يقومون بالمتابعة الطبية بانتظام.

ومن هذه النتائج نستنتج أن المسن الذي يتلقى النصائح والإرشادات الصحية تكون متابعته طبية منتظمة أكبر من المسن الذي يتلقى النصائح والإرشادات الصحية، وهذا راجع إلى أن هذه النصائح والإرشادات الصحية تلعب دور مهما في تنمية الوعي الصحي للمسن وإثراء ثقافته الصحية ومعرفة أهمية المتابعة الطبية. كما أن هذه النصائح والإرشادات تجعل المسن يشعر بالأهمية والطمأنينة والراحة فيكون له دعم معنوي خاصة في هذه المرحلة العمرية عكس المسن الذي لا يتلقى النصائح والإرشادات الصحية، فتجده أحيانا يتابع طبيا وأحيانا لا خاصة عندما يشعر بصحة جيدة ولا يعاني من الآلام فيهمل المتابعة الطبية خاصة إذا كان مستواه الثقافي محدود.

جدول رقم(121): علاقة بين تلقي الإرشادات والنصائح الصحية والمدة المستغرقة لذهاب إلى الطبيب عند ظهور أعراض المرض

المجموع		بعد فترة طويلة		بعد فترة قصيرة		مباشرة بعد ظهور أعراض		المدة تلقي المستغرقة الارشادات والنصائح
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	184	6.5	12	51.6	95	41.8	77	نعم
100	16	-	-	62.5	10	37.5	6	لا
100	200	6	12	52.5	105	41.5	83	المجموع

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

يظهر لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يذهبون إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور الأعراض المرض وذلك بنسبة 52.5% مقابل نسبة 41.5% يذهبون إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور الأعراض المرض ونسبة 6% يذهبون بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

وبإدخالنا متغير تلقي الإرشادات والنصائح الصحية كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على المدة المستغرقة لذهاب إلى الطبيب بعد ظهور أعراض المرض فلقد تبين لنا ما يلي:
62.5% من المبحوثين الذين صرحوا أنهم لا يتلقون الإرشادات والنصائح يذهبون إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 37.5% يذهبون إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض .

أما بنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أنهم يتلقون الإرشادات والنصائح فلقد تبين أن نسبة 51.6% يذهبون إلى الطبيب بعد فترة قصيرة من ظهور أعراض المرض مقابل نسبة 41.8% يذهبون إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض ونسبة 6.5% يذهبون إلى الطبيب بعد فترة طويلة من ظهور أعراض المرض.

ومن هذه النتائج نستنتج ان كلما تلقى المسن الإرشادات والنصائح الصحية كلما كانت نسبة ذهاب إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض اكبر، وهذا راجع الى أن تلقي الإرشادات والنصائح الصحية يصبح المسن لديه وعي صحي فعند ظهور أي عرض من الأعراض يذهب مباشرة إلى الطبيب لأنه يعلم انه كلما انتظر كلما ازداد الأمر تقاعماً وان كان عاجز فيطلب المساعدة للذهاب إلى الطبيب مع احد أفراد العائلة، عكس المسن الذي لا يتلقى الإرشادات والنصائح فتجده عادة مهمل ولا يهتم بصحته.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

جدول رقم (122): علاقة بين تلقي الإرشادات والنصائح الصحية والقيام بالتحاليل الطبية.

المجموع		لا		نعم		التحاليل الطبية تلقي الإرشادات والنصائح
%	ك	%	ك	%	ك	
100	184	39.1	72	60.9	112	نعم
100	16	50	8	50	8	لا
100	200	40	80	60	120	المجموع

يتبين لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بالتحليل الطبية وذلك بنسبة 60% مقابل نسبة 40% من المبحوثين لا يقومون بالتحليل الطبية.

ولمعرفة مدى تأثير تلقي الإرشادات والنصائح الطبية على انتهاج سلوك صحي على القيام بالتحليل الطبية أدخلناه كمتغير مستقل فتبين ما يلي:

60.9% من المبحوثين الذين صرحوا أنهم يتلقون الإرشادات والنصائح يقومون بالتحاليل الطبية مقابل نسبة 39.1% لا يقومون بالتحاليل الطبية.

أما بنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أنهم لا يتلقون الإرشادات والنصائح فلقد تبين أن نسبة 50% يقومون بالتحاليل الطبية مقابل نسبة 50% لا يقومون بالتحاليل الطبية.

وعند حسابنا قيمة معامل اختبار استقلالية الظواهر المحسوبة التي قدرت قيمتها 4.84 وذلك عند درجة الحرية 1 ومؤشر دلالة بقيمة 5% وقدرت كـ² الجدولية تساوي 3.84 وبما ان وجدنا ان كـ² المحسوبة اكبر من كـ² الجدولية فإن هناك فروق جوهرية بين التكرارات الجدولية والتكرارات النظرية وهذا ما يدل على وجود علاقة بين المتغيرين. ومن هذه النتائج نستنتج أن المسن الذي يتلقى الإرشادات والنصائح الصحية يقوم بالتحاليل الطبية أكثر من

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

المسن الذي لا يتلقى الإرشادات والنصائح الصحية، وهذا راجع الى أن المسن الذي يتلقى الإرشادات والنصائح الصحية تساهم هذه الأخيرة في معرفة أهمية القيام بالتحاليل الطبية، كما هذه النصائح والإرشادات تدله على أماكن المخابر تحاليل الدم الجيدة والقريبة منه وتولد له الوعي الصحي لمعرفة الهدف من هذه التحاليل كل هذا يعطيه الدعم للقيام بهذه التحاليل، عكس المسن الذي لا يتلقى الإرشادات والنصائح الصحية فتجد نصف المبحوثين يهملون هذه التحاليل ولا يعطونها أهمية بل يرونها كعبء في حياتهم لهذا لا يقومون بها.

جدول رقم (123): علاقة بين تلقي الإرشادات والنصائح الصحية وقياس ضغط الدم

المجموع		أبدا		أحيانا		دائما		قياس ضغط الدم تلقي الإرشادات والنصائح
		ك	%	ك	%	ك	%	
100	184	3.3	6	60.3	111	36.4	67	نعم
100	16	62.5	10	-	-	37.5	6	لا
100	200	8	16	55.5	111	36.5	73	المجموع

يتجلى لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا وذلك بنسبة 55.5% مقابل نسبة 36.5% من المبحوثين يقومون بقياس ضغط الدم دائما ونسبة 8% لا يقومون بقياس ضغط الدم. ولمعرفة مدى تأثير تلقي الإرشادات والنصائح الصحية على قياس ضغط الدم أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

62.5% من المبحوثين الذين صرحوا أنهم لا يتلقون الإرشادات والنصائح لا يقومون بقياس ضغط الدم مقابل نسبة 37.5% يقومون بقياس ضغط الدم دائما.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

أما بنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أنهم يتلقون الإرشادات والنصائح فلقد تبين أن نسبة 60.3% يقومون بقياس ضغط الدم أحيانا مقابل نسبة 36.4% يقومون بقياس ضغط الدم دائما ونسبة 3.3% لا يقومون بقياس ضغط الدم.

ومن هذه النتائج نستنتج أن المسن الذي يتلقى النصائح والإرشادات الصحية يقوم بقياس ضغط الدم أكثر من المسن الذي لا يتلقى الإرشادات والنصائح الصحية، وهذا راجع أن الإرشادات ونصائح تلعب دورا مهما في نشر ثقافة الصحية وأهمية قياس ضغط الدم.

جدول رقم (124): علاقة بين تلقي الإرشادات والنصائح الصحية وقياس نسبة السكر

في الدم

المجموع		أبدا		أحيانا		دائما		قياس نسبة سكر تلقى الإرشادات والنصائح
		%	ك	%	ك	%	ك	
100	184	19.5	36	38.1	70	42.4	78	نعم
100	16	56.3	9	-	-	43.7	7	لا
100	200	22.5	45	35	70	42.5	85	المجموع

يظهر من خلال معطيات الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون بقياس نسبة السكر في دم بصفة دائمة وذلك بنسبة 42.5% مقابل نسبة 35% الذين يقومون أحيانا بقياس نسبة سكر في الدم و22.5% الذين لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم

ولمعرفة مدى تأثير تلقي الإرشادات والنصائح الصحية على قياس نسبة السكر في الدم أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

56.3% من المبحوثين الذين صرحوا أنهم لا يتلقون الإرشادات والنصائح لا يقومون بقياس

نسبة السكر في الدم مقابل نسبة 43.7% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما.

أما بنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أنهم يتلقون الإرشادات والنصائح فلقد تبين أن نسبة

42.4% يقومون بقياس نسبة السكر في الدم دائما مقابل نسبة 38.1% يقومون بقياس

نسبة السكر في الدم أحيانا ونسبة 19.5% لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم.

ومن هذه النتائج نستنتج أن المسن الذي يتلقى الإرشادات والنصائح الصحية يقوم بقياس

نسبة السكر في الدم أكثر من المسن الذي لا يتلقى النصائح والإرشادات الصحية، وهذا

راجع أن المسن الذي يتلقى الإرشادات والنصائح الصحية له الوعي الصحي ودراية بأهمية

قياس نسبة السكر في الدم الذي يسمح له بمراقبة السكر في الدم ومراقبة اثر أدوية العلاج

داء السكري تتبع مدى تحقيق أهداف العلاج عكس المسن الذي لا يتلقى النصائح

والارشادات الصحية، فنجد نصف المبحوثين لا يقومون بقياس نسبة السكر في الدم، وهذا

لغياب الثقافة الصحية فلا يهتمون ان كان مستوى السكر مرتفع أو منخفض في الدم.

جدول رقم (125): علاقة بين تلقي الإرشادات والنصائح الصحية وإتباع الحمية الغذائية

المجموع		أبدا		أحيانا		دائما		إتباع الحمية تلقى الإرشادات والنصائح الغذائية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	184	30.9	57	43.5	80	25.6	47	نعم
100	16	62.5	10	-	-	37.5	6	لا
100	200	33.5	67	40	80	26.5	53	المجموع

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

يتبين من خلال هذه نتائج أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين يقومون أحيانا بإتباع الحمية الغذائية وذلك بنسبة 40% مقابل نسبة 33.5% لا يقومون بإتباع الحمية الغذائية ونسبة 26.5% يقومون بإتباع الحمية الغذائية دائما.

وعندما أدخلنا تلقي الإرشادات والنصائح الصحية كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على إتباع الحمية غذائية فتبين مايلي:

62.5% من المبحوثين الذين صرحوا أنهم لا يتلقون الإرشادات والنصائح لا يقومون بإتباع الحمية الغذائية مقابل نسبة 37.5% يقومون بإتباع الحمية الغذائية دائما.

أما بنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أنهم يتلقون الإرشادات والنصائح الصحية فلقد تبين أن نسبة 43.5% يتبعون الحمية الغذائية أحيانا مقابل نسبة 30.9% لا يتبعون الحمية الغذائية ونسبة 25.6% يتبعون الحمية الغذائية دائما.

ومن هذه النتائج نستنتج ان المسن الذي يتلقى الإرشادات و النصائح الصحية يقومون بإتباع الحمية الغذائية أكثر من المسن الذي لا يتلقى الإرشادات والنصائح الصحية، وهذا راجع أن المسن الذي يتلقى الإرشادات والنصائح الصحية يتولد لديه الوعي صحي بان الحمية الغذائية تساعد على تحسين الصحة وحماية الجسم خاصة من الأمراض المزمنة، وذلك بتحسين من صحة القلب وتقليل من خطر الإصابة بالمرض السكري وتحسين حالات المصابين به بإضافة إلى الحفاظ على صحة الأسنان والعظام وتحسين من صحة الجهاز الهضمي وتحسين من المناعة وتقليل من خطر الإصابة بالأمراض منها السرطان وتحسين من الصحة العقلية.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

جدول رقم (126): علاقة بين تلقي الإرشادات والنصائح الصحية وممارسة الرياضة

المجموع		ابدا		أحيانا		دائما		ممارسة الرياضة تلقي الإرشادات والنصائح
		ك	%	ك	%	ك	%	
100	184	63.6	117	30.4	56	5.9	11	نعم
100	16	56.2	9	43.8	7	-	-	لا
100	200	63	126	31.5	63	5.5	11	المجموع

يظهر من خلال المعطيات أن الاتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين لا يمارسون الرياضة وذلك بنسبة 63% مقابل نسبة 31.5% الذين يمارسون الرياضة أحيانا ونسبة 5.5% يمارسون الرياضة دائما.

ولمعرفة مدى تأثير تلقي الإرشادات والنصائح الصحية على ممارسة الرياضة أدخلناه كمتغير مستقل فتبين لنا مايلي:

63.6% من المبحوثين الذين صرحوا أنهم يتلقون الإرشادات والنصائح لا يمارسون الرياضة مقابل نسبة 30.4% يمارسون الرياضة أحيانا ونسبة 5.9% يمارسون الرياضة دائما.

أما بنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أنهم لا يتلقون الإرشادات والنصائح فلقد تبين أن نسبة 56.2% لا يمارسون الرياضة مقابل نسبة 43.8% يمارسون الرياضة أحيانا.

ومن هذه النتائج نستنتج أن المسن الذي يتلقى الإرشادات والنصائح أكثر حرصا على ممارسة الرياضة من المسن الذي لا يتلقى الإرشادات والنصائح، وهذا راجع الى أن المسن الذي يتلقى الإرشادات والنصائح تتكون لديه الثقافة الصحية فيعلم أهمية الرياضة بالنسبة لكبار السن فتساعده على الحفاظ على الكتلة العضلية وتعزيز الثقة في النفس وتحميه من العزلة والانطواء، كما تحسن من مزاجه وتجعله يشعر بالحيوية والنشاط وكما تقيه من الأمراض النفسية وتحميه من التوتر والاكتئاب.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

جدول رقم (127): علاقة بين تلقي الإرشادات والنصائح الصحية ونوم عدد ساعات كافية في اليوم

المجموع		أبدا		أحيانا		دائما		عدد ساعات النوم تلقي الإرشادات والنصائح الكافية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	184	2.7	5	59.2	109	38.1	70	نعم
100	16	-	-	100	16	-	-	لا
100	200	2.5	5	62.5	125	35	70	المجموع

يتضح لنا من خلال مجاميع الجدول أعلاه أن اتجاه العام للجدول يقع في خانة المبحوثين الذين ينامون أحيانا ساعات كافية في اليوم وذلك بنسبة 62.5% مقابل نسبة 35% الذين ينامون دائما عدد ساعات كافية في اليوم ونسبة 2.5% لا ينامون عدد ساعات كافية في اليوم.

ولمعرفة مدى تأثير تلقي الإرشادات والنصائح الصحية على عدد ساعات النوم في اليوم أدخلناه كمتغير مستقل فتبين مايلي :

100% من المبحوثين الذين صرحوا أنهم لا يتلقون الإرشادات والنصائح ينامون عدد ساعات كافية في اليوم أحيانا.

أما بنسبة للمبحوثين الذين صرحوا أنهم يتلقون الإرشادات والنصائح فلقد تبين أن نسبة 59.2% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم أحيانا مقابل نسبة 38.1% ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائما ونسبة 2.7% لا ينامون عدد ساعات كافية في اليوم.

ومن هذه النتائج نستنتج أن المسنين الذي يتلقون النصائح والإرشادات الصحية ينامون عدد ساعات كافية وبانتظام أكثر من المسنين الذين لا يتلقون النصائح والإرشادات الصحية، وهذا راجع الى أن المسنين الذين يتلقون النصائح والإرشادات الصحية، هذا يعني متواجدون عادة في اسر متماسكة ذات روابط جيدة فيشعرون انه محل اهتمام كل هذا يعزز من

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

ثقتهم نفسية ويجعلهم يشعرون بالراحة والطمأنينة عكس المسنين الذين لا يتلقون النصائح والارشادات الصحية تجدهم منطويون ومنعزلون اجتماعيا فيصابون بالتوتر والاكتئاب والأرق، كل هذا يولد لديهم اضطرابات في النوم.

استنتاج الفرضية الثالثة

من خلال اختبارنا للفرضية الثالثة والمتمثلة في كلما كانت العلاقة الأسرية جيدة وتتميز بالتكافل والتضامن بين أفرادها كلما انتهج المسن سلوك صحي، توصلنا إلى مجموعة من النتائج سوف سنتطرق إليها فيما يلي:

لقد استنتجنا من خلال الجداول السابقة أن عدد الأبناء يؤثر على المتابعة الطبية حيث وجدنا معامل التوافق يساوي 0.42 وهذا يدل على وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين، إذن كلما ارتفع عدد أبناء المسن كلما زادت نسبته في المتابعة الطبية وسجلنا أكبر نسبة في المتابعة الطبية عند المسنين الذين لديهم فوق 7 أبناء بـ 88%، وهذا راجع أن هناك تعاون ما بين الأبناء للاهتمام بالمسن فيتقاسمون الأدوار على ذلك، وهذا يؤثر من ناحية المادية خاصة عندما يساعدون أبائهم في تحمل أعباء ومصاريف العلاج والأدوية كما يساعدونهم من ناحية النفسية خاصة في المرافقة عند المتابعة الطبية.

كما تبين لنا من خلال الجداول السابقة أن عدد الأبناء يؤثر على المدة المستغرقة لزيارة الطبيب بعد ظهور أعراض المرض، حيث كلما ارتفع عدد الأبناء كلما زادت نسبته في الذهاب إلى طبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض، وهذا راجع ان كثرة عدد الأبناء يعتبر سند اجتماعي للأبوين، ويكون له فرص أكبر لزيارة والاطمئنان عليه وتكون بشكل دوري وعند ملاحظة ظهور أي عرض من أعراض المرض يأخذونه مباشرة إلى طبيب.

كما توصلنا إلى أن عدد الأبناء يؤثر على القيام بالتحاليل الطبية، ووجدنا معامل التوافق يساوي 0.38 وهذا يدل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين المستقل والتابع حيث كلما ارتفع عدد أبناء المسن كلما زادت نسبته في القيام بالتحاليل الطبية وهذا راجع أن

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

كثرة عدد الأبناء يعني كثرة المساعدات المالية وتقاسم الأعباء مما تجعل المسن يتحمل أعباء ومصاريف القيام بالتحاليل الطبية خاصة في العيادة الخاصة ولا يتكل إلا على المستشفى العمومي الذي يتميز بالاكنتاظ وبالمواعيد طويلة المدى وأغلبية تحاليل لا توجد فيها.

ولقد توصلنا ايضا الى أن عدد الأبناء يؤثر على القيام بقياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم، حيث كلما ارتفع عدد الأبناء للمسن كلما زادت نسبته في قياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم فهناك علاقة طردية بينهما، وهذا ما أكدته معامل التوافق، حيث وجدناه يساوي 0.39 بنسبة لقياس ضغط الدم و0.35 بنسبة لقياس نسبة السكر في الدم، وهذا راجع الى أن كثرة عدد الأبناء معناه كثرة النصائح والتذكير والمساعدة على القيام بقياس نسبة السكر في الدم وضغط الدم وذلك رغم انشغال الأبناء بمشاكل الحياة، ولكن دائما نجد احد الأبناء موجود إما لتذكير أو مساعدة والديه او احدهما للقيام بقياس نسبة السكر في الدم وضغط الدم.

كما تبين لنا من خلال الجداول السابقة أن عدد الأبناء عند المسنين يؤثر على إتباع الحمية الغذائية وهذا ما أكدته معامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0.47، وهذا يدل على وجود علاقة طردية بين المتغيرين، حيث كلما ارتفع عدد الأبناء كلما زادت نسبته في إتباع الحمية الغذائية وسجلنا اكبر نسبة في إتباع الحمية الغذائية دائما وبانتظام عند المسن الذي يملك 7 أبناء فما فوق بنسبة 38.7% . وهذا راجع الى أن كثرة عدد الأبناء عادة ما يؤدي إلى كثرة المساعدات المالية التي تجعل المسن يتحمل أعباء الحياة اليومية وتجعله يوفر المواد الأساسية لتطبيق الحمية الغذائية كما تجعله ايضا يتحمل تكاليف زيارة طبيب مختص في تغذية، كما أن كثرة عدد الأبناء تجعل المسن غالبا يتلقى نصائح كثيرة تجعله حريص على تطبيق برنامج الحمية الغذائية بجدية.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

كما استنتجنا من خلال الجداول السابقة أن عدد الأبناء عند المسنين يؤثر على ممارسة الرياضة حيث سجلنا أكبر نسبة في عدم ممارسة الرياضة عند المسنين الذين لديهم 7 أبناء فما فوق بنسبة 78.7%، حيث تبين لنا أن كلما ارتفع عدد الأبناء للمسن كلما انخفضت نسبته في ممارسة الرياضة فهناك علاقة عكسية بين المتغيرين، وهذا راجع إلى أن ممارسة الرياضة تتأثر كثيرا بحالة الصحة للمسن إذ كان عاجزا أو قادرا على الحركة لممارسة الرياضة.

وتبين لنا أن عدد الأبناء للمسن يؤثر على عدد ساعات النوم الكافية في اليوم حيث كلما ارتفع عدد أبناء المسن كلما انخفضت نسبته في النوم عدد ساعات كافية في اليوم، حيث سجلنا أكبر نسبة في نوم عدد ساعات كافية في اليوم دائما عند المسنين الذين لديهم ما بين 1-3 أبناء ب 41.8%، وهذا راجع إلى أن المسن الذي يملك عدد قليل من الأبناء يسكن عادة وحده فيجد الهدوء في المنزل لهذا لا نجد لديه اضطرابات في النوم عكس المسن الذي لديه عدد كثير من الأبناء فلا نجد الهدوء في المنزل كثرة الحركة والدخول والخروج كما أن كثرة عدد الأبناء يؤدي إلى زيادة الاختلاف في الوسط العائلي فتسوء العلاقة السائدة بين أفراد الأسرة كل هذا يؤدي إلى انزعاج المسن وقد يولد له اضطرابات في نوم.

كما استنتجنا أن مع من يسكن المسن يؤثر على المتابعة الطبية حيث بين معامل سبيرمان أن هناك علاقة عكسية بين المتغيرين حيث وجدناه يساوي -0.92 وسجلنا أكبر نسبة في المتابعة الطبية عند المسنين الذين يسكنون مع الآخرون بنسبة 70.5%، وهذا راجع أن المسنين الذين يسكنون معه عادة الأبناء أو زوجة الابن يتلقى منهم نصائح على المتابعة الطبية ويذكرونه بالمواعيد الطبيب حتى لا ينساهم كما يرافقونه عند زيارة الطبيب ويتلقى المسن مساعدات مالية تسمح له بتحمل مصاريف العلاج.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

كما توصلنا أن مع من يسكن المسن يؤثر على المدة المستغرقة لزيارة طبيب بعد ظهور أعراض المرض حيث كلما كان المسن لا يسكن وحده كلما زادت نسبته في ذهاب الى طبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض وسجلنا اكبر نسبة عند المسنين الذين يسكنون مع الآخرين ب42.9% يذهبون الى طبيب مباشرة بعد ظهور اعراض المرض وهذا راجع ان المسن الذي لا يسكن وحده يجد دائما فرد من افراد العائلة فبمجرد ظهور أعراض المرض يطلب منهم بأخذه إلى طبيب وبدورهم هم أيضا عندما يلاحظون أي تغير أو تدهور في حالته الصحية يقومون بأخذه مباشرة إلى طبيب.

لقد استنتجنا أن مع من يسكن المسن يؤثر على القيام بالتحاليل الطبية حيث وجدنا معامل الاقتران يساوي -0.23 وهذا يدل على وجود علاقة عكسية بين المتغيرين فلقد سجلنا اكبر نسبة في القيام بالتحاليل الطبية عند المسنين الذين يسكنون مع الآخرين بنسبة 61.4% وهذا راجع ان المسن الذي يسكن مع الاخرين يجد دائما من يقوم باصطحابه إلى المستشفى للقيام بهذه تحاليل ويتكفل بإيجاد المواعيد للقيام بها علما انه يصعب إيجاد المواعيد للقيام بالتحاليل الطبية في المستشفى العمومي لكثرة الاكتظاظ وضغط عليها، كما يعملون على تقديم مساعدات مالية لإجراء هذه التحاليل عند الخواص اذ تعذر القيام بها في المستشفى، علما ان هذه التحاليل تكون باهظة.

كما تبين لنا أن مع من يسكن المسن يؤثر على قياس ضغط الدم حيث وجدنا معامل سبيرمان يساوي -0.12 وهذا يدل على وجود علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين وسجلنا اكبر نسبة لقياس ضغط الدم دائما عند المسنين الذين يسكنون مع الآخرين ب40.9% وهذا راجع أن المسن الذي لا يسكن وحده يجد دائما فرد من أفراد العائلة من يذكرونه على القيام بقياس ضغط الدم كما يساعده على القيام بذلك إن كان لا يعرف استعمال جهاز قياس ضغط الدم وان يلتزم الأمر يأخذونه إلى المستشفى أو صيدلي لقياس ضغط دمه.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

ولقد تبين لنا من خلال الجداول السابقة أن مع من يسكن المسن يؤثر على القيام بقياس نسبة السكر في الدم حيث تبين لنا ان المسنين الذين يسكنون مع الآخرون يقومون بقياس نسبة السكر في الدم أكثر من المسنين الذين يسكنون وحدهم وهذا راجع أن المسن الذي يسكن مع الآخرون يجد دائماً فرد من أفراد عائلته من يذكره بقياس نسبة السكر في الدم كما يساعده على القيام بذلك خاصة إذا لا يعرف استعمال جهاز قياس نسبة السكر في الدم وإذا كان لا يملكون الجهاز فيأخذونه إلى صيدلي أو المستشفى للقيام بذلك.

كما توصلنا من خلال الجداول السابقة أن من يسكن المسن يؤثر على إتباع الحمية الغذائية ولقد سجلنا أكبر نسبة في إتباع الحمية الغذائية دائماً وبانتظام عند المسنين الذي يسكنون مع الآخرون بنسبة 28.9%، وهذا راجع أنهم يجدون من يقوم بتحضير لهم الوجبات الصحية الخاصة بالبرنامج الحمية الغذائية كما يجدون من يقوم على مساعدتهم على توفير المواد الغذائية باهظة الثمن و الضرورية للحمية الغذائية كاللحوم والأسماك والفواكه.

كما استنتجنا أن مع من يسكن المسن يؤثر على ممارسة الرياضة وسجلنا أكبر نسبة في عدم ممارسة الرياضة عند المسنين الذين يسكنون وحدهم بنسبة 67.6% وهذا راجع أن المسنون الذين يسكنون وحدهم يميلون إلى عزلة الاجتماعية والانعطاف وكما هناك عامل آخر وهو العجز والمرض وآلام المفاصل يجعلهم لا يستطيعون ممارسة الرياضة.

كما تبين لنا أن مع من يسكن المسن يؤثر على عدد ساعات النوم الكافية في اليوم حيث سجلنا أكبر نسبة في نوم عدد ساعات الكافية في اليوم دائماً عند المسنين الذين يسكنون مع الآخرون بنسبة 38.6% وهذا راجع أن المسنون الذين يسكنون مع الآخرون تجدهم لا يشعرون بالوحدة لانشغالهم مع الأبناء وزوجات الأبناء والأحفاد فيشعرون بالراحة وطمأنينة مما يسمح لهم بالنوم العميق.

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

كما استنتجنا أن طبيعة العلاقة الأسرية تؤثر على المتابعة الطبية حيث أن كلما كانت العلاقة الأسرية جيدة كلما زادت نسبة المتابعة الطبية، وحيث سجلنا أكبر نسبة في المتابعة الطبية عند المسنين الذين صرحوا أن طبيعة العلاقة الأسرية جيدة وذلك بنسبة 76.2% وهذا راجع أن المسن عندما يكون في جو عائلي جيد يتسم بالحوار والاحترام والمحبة يستطيع طلب المساعدة من أفراد العائلة في الذهاب إلى الطبيب لأنه يعلم أن طلباته تقابل بالفرح وسرور سواء تكون المساعدة مادية أو مرافقته، كل هذا يزيده تشجيعا على المتابعة الطبية بانتظام.

إضافة إلى هذا فإن طبيعة العلاقة الأسرية تؤثر على المدة المستغرقة لذهاب إلى الطبيب بعد ظهور أعراض المرض حيث كلما كانت علاقة المسن بأسرته جيدة كلما كانت نسبة في الذهاب إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض أكبر، فقد سجلنا أكبر نسبة في الذهاب مباشرة إلى الطبيب بعد ظهور أعراض المرض عند المسنين الذين صرحوا أن طبيعة العلاقة الأسرية جيدة وهذا راجع أن المسن عندما يكون في وسط عائلي يسوده المحبة وتعاون والاحترام تكون فيه زيارات للمسن دورية، وعند ملاحظة ظهور أي عرض من أعراض المرض يسرعون به إلى الطبيب وحتى المسن يطلب من أفراد عائلته المساعدة لذهاب إلى الطبيب بدون خجل أو خوف فهو يعلم انه سيلقى ترحيب وتنفيذ طلباته بالفرح والسرور.

كما تبين لنا أن طبيعة العلاقة الأسرية تؤثر على القيام بالتحاليل الطبية حيث كلما كانت العلاقة الأسرية جيدة كلما زادت نسبة القيام بالتحاليل الطبية ولقد سجلنا أكبر نسبة في القيام بالتحاليل الطبية عند المسنين الذين صرحوا أن طبيعة العلاقة الأسرية جيدة وذلك بنسبة 62.5%، وهذا راجع أن المسن عندما يكون في جو عائلي جيد فهناك تشاور وتداول وتبادل أطراف الحديث فهذا يشجع المسن بالقيام بالتحاليل الطبية وحده ويجد من يساعده في

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

القيام بها سواء بطلب المساعدة أو دون طلبها لان أفراد عائلته يعلمون بكل صغيرة وكبيرة عليه.

لقد تبين لنا من خلال نتائج السابقة أن طبيعة العلاقة الأسرية للمسن تؤثر على القيام بقياس ضغط الدم وقياس نسبة السكر في الدم حيث كلما كانت طبيعة العلاقة الأسرية للمسن جيدة كلما زادت نسبته في قياس ضغط الدم وكذا قياس نسبة السكر في الدم، حيث سجلنا أكبر النسب في قياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم دائماً عند المسنين الذين صرحوا أن طبيعة العلاقة الأسرية جيدة على التوالي وذلك بنسبة 40.6% و 48.9%، وهذا راجع أن المسن في وسط اسري ذو علاقة جيدة تتسم بالاحترام وتقدير له وتبادل الحوار وأطراف الحديث فهو يتلقى نصائح والمعلومات التي تفيده من طرف أفراد أسرته ويتقبلها بصدر رحب فدائماً يجد من يذكره بالقيام بقياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم إذا نسي كما يجد من يساعده في ذلك إذا كان لا يعرف استعمال جهاز ضغط الدم أو جهاز قياس نسبة السكر في الدم وإذا كان لا يملك هذه الأجهزة فيجد من يأخذه إلى المستشفى أو الصيدلي للقيام بهذه القياسات.

كما استنتجنا أن العلاقة الأسرية للمسن تؤثر على إتباع الحمية الغذائية حيث كلما كانت العلاقة الأسرية جيدة كلما زادت نسبة إتباع الحمية الغذائية، ولقد سجلنا أكبر نسبة في إتباع الحمية الغذائية دائماً عند المسنين الذين صرحوا ان طبيعة العلاقة الأسرية جيدة وذلك بنسبة 30.8% وهذا راجع أن المسن عندما يكون في وسط اسري جيد يتسم بالاحترام وتقدير لهذا الأخير فيكون هناك حوار وتقديم المعلومات ونصائح على الحمية الغذائية والمسن يتقبلها ويعمل بها، كما أن أفراد عائلته يساعده مادياً لتوفير المواد الغذائية ضرورية للحمية الغذائية ويراقبونه على تطبيق برنامج الحمية الغذائية.

كما توصلنا أن طبيعة العلاقة الأسرية تؤثر على مدى ممارسة الرياضة، حيث سجلنا أن أكبر نسبة في عدم ممارسة الرياضة عند المسنين الذين صرحوا أن طبيعة العلاقة الأسرية

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

متوسطة وذلك بنسبة 70.2% وهذا راجع ان المسن الذي يعيش في وسط عائلي مكهرب لا يجد من يقدم له النصائح والمعلومات حول ممارسة الرياضة الخاصة بهذه المرحلة العمرية، وان قدمت له تقدم بطريقة قاسية مما يجعله يزعج ويرفض هذه المعلومات والنصائح فهو يزعج من تصرفات أفراد عائلته ويكون قلقا وتجده منعزل اجتماعيا.

إضافة إلى هذا نجد أن طبيعة العلاقة الأسرية للمسن تؤثر على عدد ساعات النوم الكافية في اليوم، حيث كلما كانت العلاقة الأسرية للمسن جيدة كلما كانت نسبة عدد ساعات نومه الكافية في اليوم اكبر، فلقد سجلنا اكبر نسبة في عدد ساعات النوم الكافية في اليوم دائما عند المسنين الذين صرحوا أن طبيعة العلاقة الأسرية جيدة وذلك بنسبة 40.6%، وهذا راجع أن طبيعة العلاقة الأسرية الجيدة للمسن تسمح له بالخروج مع أفراد عائلته لتتزه وذهاب إلى السوق معهم والقيام ببعض الخدمات كل هذا يشعره بالراحة النفسية والطمأنينة وممارسة الرياضة كما رأيناه في السابق، لهذا في نهاية اليوم يكون متعب جسديا وينام نوم عميق. كما استنتجنا من خلال النتائج السابقة أن تلقي الإرشادات والنصائح الصحية يؤثر على المتابعة الطبية بانتظام، حيث أن المسن الذي يتلقى النصائح والإرشادات الصحية لانتهاج سلوك صحي تكون متابعته الطبية اكبر وذلك بنسبة 71.2%، وهذا راجع أن هذه النصائح والإرشادات الصحية تلعب دور مهما في تنمية الوعي الصحي للمسن وإثراء ثقافته الصحية ومعرفة أهمية المتابعة الطبية كما أن هذه نصائح والإرشادات تجعل المسن يشعر بالأهمية وطمأنينة والراحة فتكون له دعم معنوي خاصة في هذه المرحلة العمرية.

إضافة إلى هذا فان تلقي الإرشادات والنصائح الصحية تؤثر على المدة المستغرقة لذهاب إلى الطبيب بعد ظهور أعراض المرض حيث سجلنا اكبر نسبة في الذهاب مباشرة إلى الطبيب بعد ظهور أعراض المرض عند المسن الذي يتلقى الإرشادات والنصائح الصحية وذلك بنسبة 41.8% وهذا راجع أن تلقي الإرشادات والنصائح الصحية يجعل المسن لديه وعي وسلوك صحي، فعند ظهور أي عرض من الأعراض يذهب مباشرة إلى الطبيب لأنه

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

يعلم أنه كلما انتظر كلما ازداد الأمر تفاقما، وان كان عاجز فيطلب المساعدة لذهاب إلى الطبيب من احد أفراد العائلة.

كما توصلنا أن تلقي الإرشادات والنصائح الصحية يؤثر على مدى القيام بالتحاليل الطبية حيث سجلنا اكبر نسبة في القيام بالتحاليل الطبية عند المسنين الذين يتلقون الإرشادات والنصائح الصحية وذلك بنسبة 60.9%، وهذا راجع أن المسن الذي يتلقى الإرشادات والنصائح تساهم هذه الأخيرة في معرفة أهمية القيام بالتحاليل الطبية، كما ان هذه النصائح والارشادات الصحية تعرفه بأماكن تواجد مخابر التحاليل الطبية الجيدة والقريبة منه، وتولد له الوعي الصحي لمعرفة الهدف من هذه التحاليل ويعطيه الدعم للقيام بها.

كما تبين لنا أن تلقي الإرشادات والنصائح الصحية تؤثر على قياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم، حيث كلما تلقى المسن الإرشادات والنصائح الصحية كلما زادت نسبته في قياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم وهذا راجع أن المسن الذي يتلقى الإرشادات والنصائح الصحية يكتسب وعي صحي وتتولد عنده ثقافة صحية والدراية بأهمية قياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم الذي تسمح له بمراقبتها ومراقبة اثر أدوية العلاج، وتتبع مدى تحقيق ايجابيات ونتائج هذه الأدوية في العلاج.

كما استنتجنا من خلال النتائج السابقة أن تلقي الإرشادات والنصائح الصحية تؤثر على إتباع الحمية الغذائية عند المسن، حيث كلما تلقى المسن الإرشادات والنصائح الصحية كلما زادت نسبته في إتباع الحمية الغذائية وهذا راجع أن المسن الذي يتلقى الإرشادات والنصائح الصحية يتولد لديه الوعي صحي بأهمية الحمية الغذائية في مساعدته على تحسين صحته وحماية جسمه من المشاكل الصحية.

كما توصلنا أن تلقي الإرشادات والنصائح في انتهاج السلوكيات الصحية تؤثر على مدى ممارسة الرياضة، حيث سجلنا اكبر نسبة في ممارسة الرياضة دائما وبانتظام عند المسنين الذين يتلقون الارشادات والنصائح الصحية وذلك بنسبة 5.9%، وهذا راجع أن المسن الذي

الفصل التاسع: العلاقات الأسرية ومدى تأثيرها على السلوكيات الصحية المنتهجة لدى المسنين في هذه المرحلة العمرية.

يتلقى الإرشادات والنصائح تتكون له ثقافة صحية فتصبح له دراية بأهمية ممارسة الرياضة بنسبة لكبار السن، فتساعده على الحفاظ على الكتلة العضلية وتعزيز الثقة في النفس وتحميه من العزلة والانطواء كما تحسن مزاجه وتجعله يشعر بالحيوية والنشاط وكما تقيه من الأمراض النفسية وتحميه من توتر والاكتئاب.

كما تبين لنا أن تلقي الإرشادات والنصائح الصحية تؤثر على عدد ساعات النوم الكافية في اليوم للمسن حيث أن المسن الذي يتلقى النصائح والإرشادات الصحية لانتهاج سلوكيات صحية ينامون عدد ساعات كافية في اليوم دائماً وبناتظام أكثر من المسن الذي لا يتلقى النصائح والإرشادات الصحية وذلك بنسبة 38.1%، وهذا راجع أن المسن الذي يتلقى النصائح والإرشادات الصحية يكون له وعي اكبر بأهمية النوم ساعاته الكافية في اليوم على صحته الجسدية والعقلية، كما ان تقديم هذه النصائح والإرشادات الصحية تشعره بأنه محل اهتمام كل هذا يعزز من ثقته نفسية ويجعله يشعر بالراحة وطمأنينة.

الاستنتاج العام:

لقد انطلقت دراستنا من تساؤل الرئيسي للإشكالية ما هي العوامل المؤثرة على السلوكيات الصحية للمسنين؟ ثم قمنا باختبار الفرضيات الثلاثة التي قمنا بصياغتها عن طريق نزولنا إلى ميدان بواسطة الاستمارة حيث قمنا باستجواب 200 مسن فحصلنا على نتائج التالية:

الفرضية الأولى: الخصائص الديموغرافية للمسنين تؤثر على سلوكياتهم الصحية

من خلال النتائج السابقة تبين لنا أن نوع الجنس للمسنين يؤثر على سلوكياتهم الصحية، حيث لاحظنا أن الإناث أكثر حرصا على إتباع سلوك صحي من الذكور سواء في المتابعة الطبية أو المدة المستغرقة لزيارة الطبيب أو القيام بالتحاليل الطبية و مراقبة ضغط الدم ونسبة السكر في الدم وإتباع الحمية الغذائية وهذا راجع أن المسنين الذكور تجدهم مهملين لصحتهم ولهم القدرة على تحمل المرض خاصة في المراحل الأولى لشيخوخة، وعادة لا يذهب الى طبيب لكي لا يشعر انه في حالة ضعف ويفقد مكانته كرب العائلة، عكس المسنات فطبيعتهن يهولن كثيرا من الأمراض التي يصبن بها ويشكون بكثرة ويخفن من الموت والإناث في مرحلة الشيخوخة يمرضن أكثر من ذكور لهذا نجدهن أكثر حرصا على صحتهن، فعندما تشعر بألم في منطقة ما من جسدها لا يهنأ لها البال حتى تزور الطبيب وتعمل تحاليل لتتأكد من سلامة صحتها.

وكما نجد ان المسنين الذكور أكثر حرصا على ممارسة الرياضة من المسنات وهذا راجع أن أغلبية المسنات مكثات بالبيت لا يخرجن إلا بإذن أزواجهن، ولا توجد ثقافة ممارسة الرياضة خاصة عند المسنات في المجتمع الجزائري. كما أن المسنين الذكور ينمن جيدا أكثر من المسنات وهذا راجع أن المسنين الذكور يتعبون في حياتهم اليومية أكثر من المسنات بحكمهم يخرجون من البيت لذهاب إلى السوق والمسجد والساحات العمومية وممارسة الرياضة وأغلبية المسنات مكثات بالبيت لا يتعبن كثيرا ضف إلى ذلك أن بعد سن اليأس تصبح امرأة أكثر قلقا وتوترا وهذا ما يولد لديها اضطرابات في النوم.

كما استنتجنا أن السن عند المسنين يلعب دورا مهما في سلوكياتهم الصحية حيث كلما تقدم المسن في العمر كلما أصبح أكثر حرصا على إتباع السلوك الصحي خاصة في الفئة العمرية 75-79 سنة، فهناك علاقة طردية بين السن والمتابعة الطبية وهذا راجع أن مرحلة الشيخوخة تتسم بالانحدار الواضح والدائم في القدرات الوظيفية والبدنية والعقلية حيث في الأول يكون في مرحلة صغار المسنين مازال يتمتع بصحته فيتهاون في المتابعة الطبية ولكن عندما يصل إلى مرحلة الهرم ويشعر المسن بضعف جهاز العضلي وينتابه أحاسيس الخوف من الموت يصبح المسن أكثر حرصا على المتابعة الطبية. كما تبين لنا أن كلما تقدم المسن في العمر كلما زادت نسبته في الذهاب إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض وهذا راجع أن المسن عندما يكون في بداية مرحلة الشيخوخة فمزال يتمتع بصحته وقوته الجسدية، لهذا نجده يعزف على الذهاب إلى الطبيب حتى ولو تعرض إلى بعض الوعكات الصحية فيتحمل آلامها حتى يشفى تلقائيا أو باستعمال بعض الأعشاب الطبية، ولكن مع التقدم في العمر والتغيرات التي تحدث في الجسم مما يؤدي إلى تضائل القدرات الجسدية والنفسية ويصبح المسن أكثر احتمالا بالإصابة بالأمراض ويصبح غير قادر على تحمل آلام الأمراض مما يجعله مضطر إلى الذهاب إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض عكس في بداية مرحلة شيخوخته. كما توصلنا أن هناك علاقة طردية بين السن ومدى القيام بالتحاليل الطبية فالمسن يقوم بالتحاليل الطبية بانتظام في بداية مرحلة الشيخوخة ثم ترتفع في المرحلة المتوسطة، وهذا راجع إلى تدهور الجهاز البدني أكثر فأكثر والخوف من الموت فيصبح أكثر حرصا على القيام بهذه التحاليل بانتظام، ولكن في مرحلة الهرم أو أرذل العمر تنخفض نسبة القيام بالتحاليل الطبية بانتظام رغم أن الجهاز البدني يزداد في تدهور، وهذا راجع إلى تغير قدراته العقلية فيصبح ذو ذاكرة قصيرة المدة فينسى القيام بهذه التحاليل، ويصبح أيضا قليل الحركة ويعتمد على الآخرين وقد لا يجد من يأخذه للقيام بها. كما استنتجنا أن السن يؤثر على مدى القيام بقياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم، حيث كلما تقدم المسن في العمر كلما زادت نسبته في قياس ضغط الدم ونسبة السكر

في الدم، وهذا راجع أن المسنين يتهاونون في قياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم لمراقبة حالتهم الصحية، حيث نلاحظ هذا في بداية مرحلة الشيخوخة ثم تصبح أكثر جدية وحرصا في مرحلة الشيخوخة المتوسطة، وهذا راجع إلى التغيرات العامة المرتبطة بتقدم العمر خاصة التغيرات البدنية والخوف من تدهور الحالة أكثر وكذا الخوف من الموت. ولاحظنا في مرحلة الشيخوخة الهرمة أو أرذل العمر انخفاض في نسبة قياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم مقارنة بمرحلة السابقة وهذا راجع إلى تدهور القوى العقلية التي تصيب المسن في هذه المرحلة، حيث أكدت العديد من الدراسات أن العمليات العقلية تتأثر مع تقدم العمر كالتذكر وتفكير وتخيل، لهذا نجد المسن في هذه المرحلة لا يتذكر إن قام بقياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم أو لا يقوم بها خاصة في حالة ما يكون المسن يعيش بمفرده، ولقد توصلنا أن السن يؤثر على إتباع الحمية الغذائية وهناك علاقة طردية بين هذين المتغيرين، وأن المسنين يقومون بإتباع حمية غذائية وتزداد خاصة مع التقدم في العمر، حيث لاحظنا أن المسنين في بداية مرحلة الشيخوخة يقومون بإتباع الحمية الغذائية وهناك نسبة منهم لا يقومون بإتباع هذه الحمية، وهذا راجع أنهم لا يعانون من أوجاع في الجهاز الهضمي فمزالوا يشعرون أنهم بصحة جيدة ولا يعانون من أمراض مزمنة. وترتفع نسبة إتباع الحمية الغذائية في المرحلة المتوسطة للمسنين وهذا راجع لتدهور كفاءة الجهاز الهضمي حيث يصبح هناك انخفاض ملحوظ في كمية إفراز اللعاب وقدرته الهضمية إلى ما تتراوح بين (10-30%) عن معدلها الطبيعي، وانخفاض ملحوظ في إفراز المعدة من إنزيمات الهضم من 60% من الحالة طبيعية عند الشباب ويقل إفراز البنكرياس وهذا يقلل من المقدرة على الهضم وقصور في مقدرة الأمعاء الدقيقة على امتصاص المواد الغذائية بنسبة تتراوح عن (50-60%) عن المعدل الطبيعي¹. كما لاحظنا في مرحلة الشيخوخة الهرمة أو مرحلة أرذل العمر انخفاض قليل في نسبة إتباع الحمية الغذائية رغم تقادم في تدهور الجهاز الهضمي وهذا راجع إلى تدهور القدرات العقلية للمسن في هذه المرحلة فيصبح قليل تذكر

1- شريبه, بشرى ايوب، علم نفس النمو الرشد الشيخوخة، منشورات جامعة تشرين كلية التربية، سوريا، 2017، ص168.

وكثير نسيان ويصبح لديه قصور الانتباه، ولا يستطيع تركيز طويلا كل هذا يجعله غير قادر على التزام ببرنامج حماية غذائية خاصة إذا كان وحيدا. كما تبين لنا أيضا أن السن يؤثر على ممارسة الرياضة حيث أن نسبة المسنين الذين لا يقومون بممارسة الرياضة تزداد مع تقدم في العمر، حيث نلاحظ أن نسبتهم في بداية مرحلة شيخوخة تكون بتقريب متساوية بين الذين يمارسون الرياضة والذين لا يمارسونها، وهذا راجع أنهم لا يزالوا في بداية تدهور جهازهم العضلي لهذا يشعرون أنهم في حالة صحية جيدة تسمح لهم بممارسة تمارين بدنية، ولاحظنا ارتفاع نسبة الذين لا يمارسون الرياضة في مرحلة المتوسطة ومرحلة أرنل العمر وهذا راجع إلى الضعف البدني العام وهذا يشير إلى انخفاض العام في أداء عدد من الخلايا الحركية، حيث أن في عمر الستين تموت حوالي 50% من الخلايا الحركية وبذلك فإن الأنسجة العضلية المزودة بالأعصاب الصادرة من الخلايا الميتة تموت هي الأخرى والنتيجة هي انخفاض تدريجي في أداء الكتلة العضلية وضعف في الجسم وفي المهارات الحركية، وكما تنقص قدرته على بذل الجهد ويزداد شعوره بالتعب والإرهاق. ومع تقدم العمر ينقص كثافة العظام مما يجعل حركة كبير السن بطيئة وقد تضمر عضلاته ويعجز عن الحركة أو قد يمشي بصعوبة، وإن قلة الحركة عند المسن تؤدي إلى نقص المرونة وتعيق الحركة في منطقة الرقبة والجذع والحوض، ومع تقدم العمر أيضا تقل كثافة غضاريف المفاصل وتتآكل الأمر الذي يسبب أوجاعا وآلاما في أثناء الحركة. كما استنتجنا أن السن يؤثر على عدد ساعات النوم الكافية حيث أن نسبة المسنين الذين لديهم اضطرابات في النوم تزداد نسبتهم مع تقدم في العمر، حيث تكون نسبتهم منخفضة في بداية مرحلة شيخوخة وهذا راجع أنهم في بداية تدهور جهازهم البدني ويشعرون بحالة صحية جيدة، مما يسمح لهم بنوم عدد ساعات كافية في اليوم. وبينما لاحظنا ارتفاع نسبتهم مع تقدم العمر خاصة في مرحلة الشيخوخة المتوسطة ومرحلة أرنل العمر، وعلى الرغم أنهم يقضون وقت طويل في الفراش إلا أن مدة النوم الفعلي تقل لديهم بشكل ملحوظ. وتتقلص ساعات استغراق النوم أو النوم لا

يكون عميقا وإنما يصبح متقطعا ويكثر الاستيقاظ في الليل وهذا راجع إلى القلق ولاكتئاب والشعور بالألم نتيجة للأمراض المختلفة أو عدم الارتياح في مكان لا يألفه.

كما استنتجنا أن الحالة المدنية للمسن تؤثر على سلوكه الصحي، لقد تبين لنا أن الحالة المدنية للمسن تؤثر على المتابعة الطبية المنتظمة حيث لاحظنا أن معظم المسنين يقومون بالمتابعة الطبية المنتظمة إلا بعض المسنين الأرامل والمتزوجون خاصة منهم الذكور وهذا راجع أنهم في مرحلة اللامبالاة وإهمال الكشف الطبي وعدم طلبهم المساعدة خوفا من توقع الإصابة بالأمراض المزمنة، إضافة إلى هذا فإن الحالة المدنية للمسن تؤثر على المدة المستغرقة لزيارة الطبيب بعد ظهور أعراض المرض حيث استنتجنا أن المتزوجون هم أقل نسبة في ذهاب إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض، وهذا راجع أنهم مازالوا قادرين على تحمل آلام المرض لهذا تجدهم يهملون الكشف الطبي وينتظر أن يشفى تلقائيا أو ببعض الأعشاب الطبية ولا يذهبون إلى الطبيب إلا في حالة الضرورة وذلك بسبب الخوف من اكتشاف الأمراض وبالتالي يشعر بضعف ويفقد مكانته القيادية في الأسرة. كما تبين لنا أن الحالة المدنية للمسن تؤثر على القيام بالتحاليل الطبية حيث تبين لنا أن معظم المسنين يقومون بالتحاليل الطبية بانتظام لمراقبة حالتهم الصحية وخوفهم من تدهورها، إلا أن بعض المسنين المتزوجين والأرامل لا يقومون بهذه التحاليل بانتظام وذلك راجع خاصة بالنسبة للمتزوجين أنهم مازالوا محتفظين بمكانتهم كمسؤولون على شؤون الأسرة، فهذا يجعلهم يهملون القيام بالتحاليل الطبية وهذا خوفا من الكشف عن الأمراض المزمنة، فيفقد مكانته السلطوية في الأسرة. أما بالنسبة للأرامل فعند فقدان شريك حياتهم فيشعر المسن بأنه غير مرغوب فيه وينتابه الاكتئاب مما يجعله يعيش في الوحدة والعزلة ويفقد الاستمتاع بالحياة ويهمل نفسه وينتظر إلا الموت وذلك خاصة عند المسنين الذكور في ارنل العمر. كما تبين لنا أن الحالة المدنية للمسن تؤثر على قياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم حيث استنتجنا أن معظم المسنين مهما كانت حالتهم المدنية يقومون بقياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم إلا بعض المسنين المتزوجين والأرامل وهذا راجع بالنسبة للمتزوجون

الخوف من فقدان مكانتهم في الأسرة عند القيام بقياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم والكشف أنهم مصابون بمرض ضغط الدموي او سكري او الاثنين معا فيشعرون بالضعف والخوف من فقدانهم دورهم القيادي في الأسرة أما بالنسبة للمترملون هو فقدانهم لذوق واستمتاع بالحياة عند فقدان شريك حياتهم فيصابون بفراغ اجتماعي ويميلون للوحدة والعزلة مما يجعلهم يهملون صحتهم بما في ذلك قياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم. إضافة إلى هذا فان الحالة المدنية تؤثر على إتباع الحمية الغذائية حيث استنتجنا أن معظم المسنون مهما كانت حالتهم المدنية يتبعون الحمية الغذائية بين دائما وأحيانا، إلا أن البعض منهم من المترملون والمترملون لا يتبعون الحمية الغذائية، وبالنسبة للمترملون فرغم انهم يعيشون في وسط اسري وبالرغم ان لديهم طعام خاص بهم الا ان اغلبيتهم لا يحترمون الحمية الغذائية ويأكلون من طعام الأبناء والأحفاد وهو نوع من لا مبالاة خاصة عندما يشعرون بأنهم بصحة جيدة. أما بالنسبة للمترملون فهم عادة عندما يفقدون شريك حياتهم فهم يميلون إلى الوحدة والعزلة فيصابون بالاكئاب، وهذا شعور يؤدي إلى فقدان الشهية وبالتالي يصابون في كثير من الحالات بالسوء التغذية. كما استنتجنا أن الحالة المدنية للمسن تؤثر على مدى ممارسة الرياضة حيث تبين لنا أن معظم المسنين لا يمارسون الرياضة وهذا راجع إلى ضعف البدني الذي يصيب المسنين في هذه المرحلة، فيصبحون كثيرون التعب والإرهاق عند بذل مجهود عضلي، إضافة إلى الانسحاب الاجتماعي بالنسبة للمترملين والمنفصلين فهم يميلون للوحدة والعزلة، ورغم كل هذا نجد بعض المسنون المترملون يمارسون الرياضة ويلقون تشجيع من طرف أسرهم، وعادة ما يمارسون الرياضة مع أبنائهم كالمشي لمسافات طويلة في الغابة. إضافة إلى هذا فان الحالة المدنية للمسن تؤثر على عدد ساعات النوم الكافية في اليوم حيث استنتجنا أن معظم المسنين مهما كانت حالتهم المدنية ينامون عدد ساعات كافية في اليوم ما بين أحيانا ودائما، إلا بعض المسنون المترملون ونسبة معتبرة من المسنون المنفصلون لا ينامون عدد ساعات كافية في اليوم،

وهذا راجع إلى شعورهم بالوحدة والعزلة عند فقدانهم شريك الحياة مما ينتابهم القلق والاكتئاب وهذا ما يؤدي إلى اضطراب النوم عندهم.

الفرضية الثانية: المكانة الاجتماعية للمسن تؤثر على سلوكياته الصحية

من خلال النتائج السابقة نلاحظ انه كلما كان المسن لديه مكانة اجتماعية عليا كلما انتهج سلوك صحي، وهذا ما تبين من خلال المتابعة الطبية أن أغليبيتهم يتابعون طبيا، وهذا راجع إلى مستواهم التعليمي المرتفع الذي ولد لديهم الوعي الصحي وتثقيف الصحي إضافة إلى مستواهم المعيشي المرتفع مما يسمح لهم بالقيام بزيارات وقائية إلى طبيب رغم أنهم بصحة جيدة ويحتفظون بسجل معلومات الطبية الشخصية، وتجد لديهم حب الاستفسار والبحث والمطالعة وفهم وتطبيق نصائح الطبيب، عكس المسن الذي لديه مكانة اجتماعية دنيا فعادة لا يتابع طبيا إلا عند الضرورة، وهذا راجع الى مستواه المعيشي المتوسط حيث لا يستطيع مواجهة تكاليف الباهظة لزيارة طبيب، إضافة إلى غياب الثقافة الصحية فهو لا يعلم أهمية المتابعة الطبية في بقاءه بصحة جيدة، ولهذا نجده يتأخر في الذهاب إلى الطبيب عند ظهور أعراض المرض، كما نجده أن ليست له القدرة على شرح وتفسير حالته المرضية لافتقاره إلى أي خلفية عن نوع المرض ولا يفهم أعراض المرض الذي تحدث بسبب افتقاره للوعي الصحي، عكس المسن صاحب المكانة الاجتماعية المرموقة تجده يذهب مباشرة إلى طبيب عند ظهور أعراض المرض، وكما تجدهم باقون في حالة تيقظ وانتباه بالنسبة لعلامات تدهور الصحة والتغيرات الجسدية، ولديهم الوعي الصحي بأهمية زيارة الطبيب في بداية المرض أن يسهل عليه فهم ومعالجة المشكل الصحي الذي يعاني منه المريض، إضافة إلى دخله المادي المريح لمواجهة أعباء العلاج والأدوية.

كما ان المكانة الاجتماعية للمسن تلعب دورا هاما في القيام بالتحاليل الطبية حيث كلما ارتفعت مكانة الاجتماعية للمسن كلما زادت نسبته في القيام بالتحاليل الطبية، وهذا راجع الى مستواه العلمي العالي يولد لديه ثقافة صحية ووعي صحي ومعرفة مدى فوائد التحاليل الطبية في تحديد نوع المرض، إضافة إلى مستواه الاقتصادي المريح يسمح له بالقيام بهذه

التحليل عند الخاص بدون مشكل، عكس المسن الذي لديه مكانة اجتماعية دنيا تجده يهمل هذه التحليل لانه لا يستطيع تحمل تكاليفها الباهضة فيتجه الى المستشفى العمومي للقيام بها، فلا يجد فيها كل ما يريد أن يقوم به من التحليل، إضافة إلى الاكتظاظ ومواعده جد طويلة كل هذه العوامل تشجعه على إهمال هذه التحليل. كما تبين لنا ان المكانة الاجتماعية للمسن تؤثر على القيام بقياس ضغط الدم وقياس نسبة السكر في الدم حيث هناك علاقة طردية بينهما، فكلما انخفضت المكانة الاجتماعية للمسن كلما أهمل قياس ضغط الدم وقياس نسبة السكر في الدم وهذا راجع أن المستوى التعليمي المنخفض للمسن يجعله غير قادر على استعمال جهاز قياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم، فينتظر دائما احد أفراد العائلة أن يقيس له ضغطه او نسبة سكر في الدم، كما ان الدخل المنخفض لا تسمح له ان يملك هذه الأجهزة فيتوجب عليه الذهاب عند الصيدلي أو إلى المستشفى عكس المسن صاحب المكانة الاجتماعية المرموقة تجد لديه الدخل الكافي لشراء هذه الأجهزة إضافة إلى مستواه التعليمي يسمح له باستعمالها لوحده ويقوم بقياس ضغط دمه ونسبة سكره في الدم بدون مساعدة أي احد وبالتالي لا يتحمل عناء الانتقال إلى الصيدلي أو المستشفى.

كما تبين لنا من خلال النتائج السابقة أنه كلما ارتفعت المكانة الاجتماعية للمسن كلما زادت نسبته في إتباع الحمية الغذائية وهذا راجع أن المسن صاحب المكانة المرموقة يتوفر على شيين وهو المستوى العلمي العالي ومستوى المادي المريح كل هذا يسمح له بزيارة الطبيب المختص في تغذية وفهم نصائح الطبيب في إتباع برنامج الحمية الغذائية كما يستطيعون تحمل تكاليف المواد الغذائية اللازمة في تطبيق هذا البرنامج رغم غلاء أسعارها كاللحوم والأسماك.

كما استنتجنا أنه كلما ارتفعت المكانة الاجتماعية للمسن كلما زادت نسبته في مدى ممارسة الرياضة، وهذا راجع ان المسن ذو مكانة اجتماعية متدنية يفتقد لثقافة ممارسة الرياضة ويعتقد ان الرياضة مضره لصحته، خاصة عند انخفاض القدرة البدنية بسبب تقدم العمر ويكون مصاب باضطرابات القلب وارتفاع ضغط الدم والسكري غير المنضبط، والتهاب

المفاصل كل هذا يجعل ممارسة تمارين الرياضة صعبة فيهم لها ولا يمارسها، عكس المسنين ذو مكانة اجتماعية عالية فتجدهم مثقفين ويطالعون ويبحثون في الكتب والمجلات الرياضية وكثرة الاستفسار مع طبيب الرياضي والمدرّب المعتمد فيعطيهم برنامج رياضي خاص بكل حالة وذلك حسب وجود اضطرابات أو أمراض لهذا نجد نسبتهم في ممارسة رياضة مرتفعة. ومن خلال النتائج السابقة استنتجنا أيضا أن هناك علاقة طردية بين المتغيرين المكانة الاجتماعية وعدد ساعات النوم الكافية في اليوم حيث كلما ارتفعت المكانة الاجتماعية عند المسنين كلما ارتفعت نسبة عدد ساعات النوم الكافية في اليوم حيث سجلنا اضعف نسبة لعدد ساعات النوم الكافية في اليوم عند المسنين أصحاب المكانة الاجتماعية المتدنية حيث نجدهم منفعلين بكثرة وقلقين ومتوترين بسبب دخلهم المنخفض وغلاء المعيشة، لهذا نجدهم منعزلين اجتماعيا، كل هذا يولد لديهم اضطرابات في النوم. عكس المسنين ذو مكانة اجتماعية عالية حيث تجدهم مثقفين ونشطين في حياتهم اليومية بين ممارسة الرياضة ومنخرطين في الجمعيات الخيرية ويقومون بحملات تطوعية ويبدول مجهودات عضلية فيتعبون في نهاية اليوم وينامون بأرياحية في ليل.

الفرضية الثالثة: كلما كانت العلاقة الأسرية جيدة وتتميز بالتكافل والتضامن بين أفرادها كلما انتهج المسن سلوك صحي.

من خلال النتائج السابقة لقد استنتجنا ان عدد الابناء للمسن يؤثر على سلوكه الصحي حيث ان هناك علاقة طردية بين عدد الابناء والسلوك الصحي حيث كلما ارتفع عدد الابناء كلما انتهج المسن سلوك صحي. ولقد استنتجنا هذا من خلال الجداول السابقة عندما ادخلنا المتغير المستقل وهو عدد الابناء على جميع متغيرات التابع للسلوك الصحي، فلقد تبين لنا مايلي انه كلما ارتفع عدد الابناء للمسن كلما زادت نسبته في المتابعة الطبية المنتظمة وهذا راجع أن كثرة عدد الأبناء دليل على وجود اهتمام بالمسن كما يتقاسمون الأدوار على ذلك وهذا يؤثر من الناحية المادية خاصة عندما يساعدون أبائهم في مصاريف العلاج والمتابعة

الطبية، كما يساعدهم ايضا من الناحية النفسية خاصة في المرافقة عند المتابعة الطبية مقارنة بالمسنين الذين صرحوا أنهم لديهم عدد صغير من الأبناء تجدهم لا يشاركون أبائهم في مصاريف العلاج ولا يرافقونهم في المتابعة الطبية. كما تبين لنا ان عدد الأبناء يؤثر على المدة المستغرقة لزيارة الطبيب عند ظهور أعراض المرض، حيث كلما ارتفع عدد الأبناء كلما زادت النسبة في الذهاب إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض، وهذا راجع أن كثرة الأبناء تعني وجود فرص اكبر لزيارة المسن والاطمئنان عليه وتكون بشكل دوري، وعند ملاحظة ظهور أي عرض من أعراض المرض يأخذونه مباشرة إلى طبيب. عكس الذي لديه عدد قليل من الأبناء تجدهم منشغلين بأمور الحياة وضغوطات العمل مقارنة بالذي لديه عدد كبير من الأبناء تجد دائما احد الأبناء يتكفل بذهاب للاطمئنان على أبويه، فكثرة الأبناء تعتبر سند اجتماعي للأباء خاصة في المجتمعات الإسلامية. كما تبين أيضا أن ارتفاع عدد الأبناء للمسن يؤثر على القيام بالتحاليل الطبية وان هناك علاقة طردية بين المتغيرين، وهذا راجع أن كثرة الأبناء يعني كثرة المساعدات المالية وتقاسم الأعباء مما تجعل المسن يستطيع القيام بالتحاليل الطبية خاصة في العيادات الخاصة، ويتقاضي ذهاب الى المستشفى العمومي الذي يتميز بالاكتمال وبالمواعيد طويلة وأغلبية التحاليل لا توجد فيها. اضافة الى هذا استنتجنا انه كلما ارتفع عدد الابناء للمسن كلما زادت نسبته في قياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم، وهذا راجع ان كثرة الأبناء يساعد المسن على قياس ضغط دمه ونسبة سكره في الدم، وذلك إما عن طريق تذكيره أو القيام احد الأبناء بذلك مقارنة بالمسن الذي يملك عدد قليل من الأبناء اين فرصة تواجدهم مع والديهما تكون ضئيلة، فتجدهم عادة مشغولين فليس لديهم الوقت لقياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم لأبائهم عكس المسن الذي له عدد كبير من الأبناء تجد دائما احد الابناء على الاقل موجود معه في البيت مما يسمح له القيام بقياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم او تذكيره بالقيام بذلك، لهذا تجد المسن الذي لديه عدد كبير من الأبناء أكثر حرصا على القيام بقياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم. كما توصلنا أن عدد الأبناء للمسن يؤثر على إتباعه للحمية

الغذائية حيث هناك علاقة طردية بينهما، وهذا راجع ان أن كثرة عدد الأبناء يؤدي إلى كثرة المساعدات المالية التي تجعل المسن تحمل أعباء الأسرة اليومية وتجعله يوفر المواد الأساسية لتطبيق الحماية الغذائية، كما أن كثرة الأبناء تجعل المسن يتلقى نصائح كثير تجعله يطبق برنامج الحماية الغذائية بجدية. كما تبين لنا ايضا ان هناك علاقة عكسية بين عدد الأبناء للمسن وعدد ساعات النوم الكافية في اليوم حيث كلما ارتفع عدد الأبناء كلما انخفضت عدد ساعات النوم الكافية في اليوم للمسن وهذا راجع أن المسن الذي يملك عدد قليل من الأبناء يسكن عادة وحده فيجد الهدوء في المنزل لهذا لا نجد لديه اضطرابات في النوم عكس المسن الذي لديه عدد كثير من الأبناء فتجد المنزل تكثر فيه الحركة والدخول والخروج كما أن كثرة عدد الأبناء يؤدي إلى زيادة الاختلاف في الوسط العائلي فتسوء العلاقة السائدة بين أفراد الأسرة كل هذا يؤدي إلى انزعاج وقلق المسن ويولد له اضطرابات في نوم.

كما استنتجنا أن مع من يسكن المسن يؤثر على سلوكه الصحي، حيث كلما كان المسن يسكن مع احد الأفراد العائلة كلما انتهج سلوك صحي، وهذا ما تبين لنا عندما قمنا بادخال هذا المتغير المستقل على جميع مؤشرات لمتغير التابع للسلوك الصحي فلقد تبين لنا انه كلما كان المسن يسكن مع احد افراد العائلة كلما زادت نسبته في المتابعة الطبية المنتظمة، وهذا راجع ان المسنين الذين يسكنون معه عادة الأبناء أو زوجة الابن يتلقى منهم نصائح على المتابعة الطبية ويذكرونه بمواعيد الطبيب، كما يرافقونه عند زيارة الطبيب، كما يتلقى المسن مساعدات مالية تسمح له بتحمل مصاريف العلاج، كل هذا يجعله يتابع طبيا أفضل من المسن الذي يسكن وحده حيث هذا الأخير مع كبر سنه عادة ينسى مواعيد الطبيب ولا يجد من يذكره بها وعادة ما نجده لا يستطيع تحمل مصاريف العلاج ويخجل من طلب المساعدة من احد الأبناء بحجة عدم إزعاجهم، وعادة نجده يتهاون في الذهاب إلى الطبيب ولا يجد من يرافقه ليشجعه على الذهاب، إضافة إلى هذا فان المسن الذي يسكن مع احد أفراد العائلة نجده يذهب مباشرة إلى الطبيب بعد ظهور أعراض المرض وهذا راجع أن

المسن عندما يسكن وحده عند بداية ظهور اعراض المرض يتهاون في الذهاب الى الطبيب، فيضن ان هذه الاعراض ستزول مع مرور الوقت وتتحسن حالته، وعادة ما يكون عاجز ولا يجد من يأخذه الى الطبيب كل هذه العوامل تجعله يستغرق مدة معينة لذهاب الى الطبيب. عكس المسن الذي يسكن مع احد أبنائه فبمجرد ظهور الأعراض يطلب من ابنه ان يأخذه إلى طبيب، وحتى الأبناء عندما يلاحظون ظهور أعراض المرض على أبنائهم فيقومون بأخذه إلى طبيب. كما استتجنا ان المسن الذي يسكن مع احد افراد العائلة يقوم بالتحاليل الطبية أكثر من المسن الذي يسكن وحده وهذا راجع أن المسن الذي لا يسكن وحده وفي الغالب أحيان تجده يسكن مع أبنائه حيث هؤلاء هم من يقومون باصطحابه الى العيادة الخاصة او إلى المستشفى للقيام بهذه التحاليل ويتكفلون بإيجاد المواعيد للقيام بهذه التحاليل كما يعملون على تقديم مساعدات مالية لإجراء هذه التحاليل الطبية عند الخواص رغم تكلفتها الباهظة وأغلبيتها لا تعوض عكس المسن الذي يسكن وحده عندما يذهب الى المستشفى وحده نتيجة ضغط والاحتفاظ الموجود في المستشفى ومع كبر سنه فهو تجده لا يتحمل هذا فيغضب ويرجع إلى المنزل دون القيام بهذه التحاليل، وعادة نجده لا يستطيع تحمل أعباء ومصاريف هذه التحاليل للقيام بها عند الخواص ويخجل من طلب المساعدة من احد الابناء فهو يقول في نفسه لا أريد إزعاج أبنائي مع غلاء المعيشة وأزيد عليهم همومي خاصة إذا كانت وضعيتهم المالية متدنية. كما تبين لنا أن المسن الذي يسكن مع احد افراد العائلة تجده أكثر حرصا على قياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم من المسن الذي يسكن وحده وهذا راجع أن المسن الذي لا يسكن وحده عادة نجده يسكن مع الأبناء وزوجاتهم والأحفاد، فهم يذكرونه على القيام بقياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم كما يساعده على القيام بذلك في حالة عدم معرفة استعمال هذه الأجهزة وان إلترم الأمر يأخذونه إلى المستشفى أو صيدلي لقياس ضغط دمه ونسبة سكره في الدم. عكس المسن الذي يسكن وحده فهو يقوم بقياس ضغط دمه ونسبة سكره في الدم لكن عادة مع كبر سنه فهو ينسى إن قام بذلك أو لا، خاصة إذا كان لا يعرف استعمال جهاز قياس ضغط الدم وجهاز نسبة السكر في الدم فيصبح مجبرا

على الذهاب إلى مستشفى أو الصيدلي للقيام بذلك وغالبا ما يعجز على ذهاب، كل هذا يجعله يتهاون في قياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم. كما تبين لنا ان المسنين الذين يسكنون مع احد افراد العائلة يقومون بإتباع الحمية الغذائية أكثر من المسنين الذين يسكنون وحدهم وهذا راجع أن المسنين الذين لا يسكنون وحدهم عادة يسكنون مع الأبناء وزوجاتهم وأحفادهم فهم يحرصون على المسن بتطبيق برنامج الحمية الغذائية من خلال تقديم له نصائح وتوجيهات ومراقبته في الأكل خاصة من عدم إكثار الدهون والسكريات والملح في الطعام، كما تعمل بناته أو زوجات الأبناء على تحضير له الوجبات الصحية الخاصة بالبرنامج الحمية الغذائية، كما يعمل الأبناء على مساعدة المسن على توفير المواد الغذائية الباهظة الثمن و الضرورية للحمية الغذائية كاللحوم والأسماك والفواكه. عكس المسن الذي يسكن وحده فلا يجد من يراقبه لهذا تجده يفرط في تناول السكريات والدهون والملح في الطعام ولا يجد من يساعده على توفير المواد الغذائية ضرورية للحمية الغذائية. كما استنتجنا أن المسنين الذين يسكنون مع احد افراد العائلة يمارسون الرياضة أكثر من المسنين الذين يسكنون وحدهم، وهذا راجع أن المسنين الذين لا يسكنون وحدهم عادة يسكنون مع الأبناء وزوجاتهم والأحفاد فيشجعونهم على ممارسة الرياضة ويرافقونهم في ذلك كالمشي في الغابة والجري الخفيف، ولكن نلاحظ أن المسنون الذين يسكنون وحدهم أكثر جدية في ممارسة الرياضة من المسنون الذين لا يسكنون وحدهم وهذا راجع إلى عامل آخر وهو قدرة المسن على ممارسة الرياضة لان هناك مسنون عاجزون ومرضى لا يستطيعون ممارسة الرياضة. كما تبين لنا ايضا أن المسنين الذين يسكنون مع احد أفراد العائلة تجدهم ينامون عدد ساعات كافية في اليوم أكثر من المسنين الذين يسكنون وحدهم وهذا راجع أن المسنين الذين يسكنون وحدهم يشعرون بالوحدة والعزلة مما يجعلهم يشعرون بالاكئاب والقلق كل هذا يولد لديهم اضطرابات في النوم عكس المسنين الذين لا يسكنون وحدهم تجدهم لا يشعرون بالوحدة لانشغالهم مع الأبناء وزوجات الأبناء والأحفاد فيشعرون بالراحة وطمأنينة مما يسمح لهم بالنوم العميق.

كما استنتجنا أن طبيعة العلاقة الأسرية للمسن تؤثر على سلوكه صحي حيث كلما كانت العلاقة الأسرية للمسن جيدة كلما انتهج المسن سلوك صحي وهذا ما تأكد لنا عندما أدخلنا متغير طبيعة العلاقة الأسرية للمسن على مؤشرات السلوك الصحي فتبين ما يلي:

أن طبيعة العلاقة الأسرية للمسن تؤثر على المتابعة الطبية بانتظام حيث أنه كلما كانت العلاقة الأسرية جيدة كلما زادت نسبة المتابعة الطبية وهذا راجع أن المسن عندما يكون في جو عائلي جيد يتسم بالحوار والاحترام والمحبة يستطيع طلب المساعدة من أفراد العائلة في الذهاب إلى الطبيب لأنه يعلم أن طلباته تقابل بالاستجابة سواء تكون المساعدة مادية أو مرافقته كل هذا يزيده تشجيعاً على المتابعة الطبية بانتظام، عكس المسن الذي يكون في وسط عائلي تكون فيه علاقة الاسرية متوسطة فنلاحظ انخفاض نسبة متابعة الطبية المنتظمة لأنه عادة يعتمد على نفسه في الذهاب إلى الطبيب ولا يطلب المساعدة من أفراد العائلة خوفاً من ردة فعلهم المنفصلة فينزعج ويصاب بالقلق كل هذا يجعله يهمل المتابعة الطبية ويتخبط وحده في الاضطرابات النفسية والجسدية في صمت، إضافة إلى هذا فإن طبيعة العلاقة الأسرية تؤثر على المدة المستغرقة لزيارة الطبيب عند ظهور أعراض المرض حيث انه كلما كانت علاقة المسن بأسرته جيدة كلما كانت نسبة في الذهاب إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض اكبر، وهذا راجع أن المسن عندما يكون في وسط عائلي تسوده المحبة والتعاون والاحترام تكون فيه زيارات للمسن من طرف افراد العائلة دورية وعند ملاحظة ظهور أي عرض من أعراض المرض يسارعون به إلى الطبيب، وحتى المسن يطلب من أفراد عائلته المساعدة لذهاب إلى الطبيب بدون خجل أو خوف فهو يعلم انه سيلقى الترحيب وتنفيذ طلباته بالفرح والسرور. بينما المسن الذي يعيش في جو عائلي تكون العلاقة الأسرية فيه متوسطة فعادة ما تكون زيارات نادرة له إلا في المناسبات و الجو مكهرب يجعل المسن لا يطلب المساعدة كل هذه عوامل تجعله يأخذ وقت طويل للذهاب إلى الطبيب بعد ظهور أعراض المرض. كما استنتجنا أن طبيعة العلاقة الأسرية تؤثر على القيام بالتحاليل الطبية، حيث كلما كانت العلاقة الأسرية جيدة كلما زادت نسبة القيام

بالتحالييل الطبية وهذا راجع أن المسن عندما يكون في جو عائلي جيد فهناك تشاور وتداول وتبادل أطراف الحديث فيقوم المسن بالتحالييل الطبية وحده او يجد من يساعده في القيام بها سواء بطلب المساعدة أو دون طلبها، لان أفراد عائلته على علم بصحته، أما المسن الذي يكون في وسط اسري ذو علاقة متوسطة فتتخف نسبة القيام بالتحالييل الطبية فهو مجبر على القيام بها لوحده لأنه في وسط اسري يتخبط في المشاكل فيؤثر هذا على شبكة العلاقة الاجتماعية ويصبح كل فرد يهتم بنفسه. كما تبين لنا ايضا أن طبيعة العلاقة الأسرية تؤثر على قياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم حيث كلما كانت طبيعة العلاقة الأسرية للمسن جيدة كلما زادت نسبة قياسه لضغط الدم ونسبة السكر في الدم دائما وبانتظام، وهذا راجع أن المسن في وسط اسري ذو علاقة جيدة تتسم بالاحترام وتقدير له فدائما يجد من يذكره بالقيام بهذه القياسات إذا نسي، كما يجد من يساعده في ذلك إذا كان لا يعرف استعمال هذه الأجهزة. وإذا كان لا يملك هذه الأجهزة فيجد من يأخذه إلى المستشفى أو الصيدلي لقياس ضغط دمه ونسبة سكر في دمه، عكس المسن الذي له علاقة متوسطة مع أسرته فهو مجبر على الاعتماد على نفسه في القيام بقياس ضغط دمه ونسبة سكره في الدم، وإذا كان لا يستطيع القيام بذلك فلا يجد من يقوم له بذلك، كما استنتجنا أن طبيعة العلاقة الأسرية للمسن تؤثر على إتباع الحمية الغذائية حيث أنه كلما كانت العلاقة الأسرية جيدة كلما زادت نسبة إتباع الحمية الغذائية وهذا راجع أن المسن عندما يكون في وسط اسري جيد يتسم بالاحترام وتقدير لهذا الأخير، فيكون هناك حوار وتقديم المعلومات والنصائح على الحمية الغذائية والمسن يتقبلها ويعمل بها كما أن أفراد عائلته يساعده ماديا لتوفير المواد الغذائية ضرورية للحمية الغذائية ويراقبونه على تطبيق برنامج الحمية الغذائية عكس المسن الذي تكون طبيعة علاقته الأسرية متوسطة فعادة لا يجد من يقدم له نصائح و المعلومات حول الحمية الغذائية وان قدمت له تقدم بطريقة قاسية مما يجعله ينزعج ويرفض هذه المعلومات والنصائح. كما أن طبيعة العلاقة الأسرية للمسن تؤثر على مدى ممارسة الرياضة، حيث أن المسن الذي تكون طبيعة علاقته أسرته جيدة يمارس الرياضة أكثر من المسن الذي تكون

طبيعة علاقة أسرته متوسطة، وهذا راجع أن المسن الذي يعيش في وسط اسري يتسم بالمحبة وتقدير والاحترام فينتقل نصائح والمعلومات المقدمة له من طرف أفراد أسرته في ممارسة الرياضة كما عادة يمارسون الرياضة معه وهو يحب ذلك لأنه يشعره بالراحة وطمأنينة، عكس المسن الذي يعيش في وسط عائلي مكهرب فهو ينزعج من تصرفات أفراد عائلته ويكون قلقا وتجده منعزل اجتماعيا. كما أن طبيعة العلاقة الأسرية للمسن تؤثر على عدد ساعات النوم الكافية في اليوم، حيث أنه كلما كانت العلاقة الأسرية للمسن جيدة كلما كانت نسبة عدد ساعات نومه الكافية اكبر، وهذا راجع أن طبيعة العلاقة الأسرية الجيدة للمسن تسمح له بالخروج مع أفراد عائلته لتنزه والذهاب إلى السوق معهم والقيام ببعض الخدمات، كل هذا يشعره بالراحة النفسية والطمأنينة لهذا في نهاية اليوم يكون متعب جسديا وينام نوم عميق. عكس المسن الذي طبيعة علاقته الأسرية متوسطة فهو يعيش عادة في جو عائلي مكهرب يشعر فيه بالإهمال وعدم الاحترام له كل هذا يزعجه ويجعله قلق مما يولد له اضطرابات في النوم.

كما استنتجنا أن كلما تلقى المسن النصائح والإرشادات الصحية كلما انتهج سلوك صحي وهذا ما تأكد من خلال إدخال متغير النصائح والإرشادات على مؤشرات السلوك الصحي ولقد تبين ما يلي:

تلقى المسن الإرشادات والنصائح الصحية يؤثر على المتابعة الطبية بانتظام، حيث كلما كان المسن يتلقى النصائح والإرشادات الصحية تكون متابعته الطبية اكبر من المسن الذي لا يتلقى النصائح والإرشادات الصحية وهذا راجع أن هذه النصائح والإرشادات تلعب دور مهما في تنمية الوعي الصحي للمسن وإثراء ثقافته الصحية ومعرفة أهمية المتابعة الطبية، كما أن هذه نصائح والإرشادات تجعل المسن يشعر بالأهمية وطمأنينة والراحة فتكون له دعم معنوي خاصة في هذه المرحلة العمرية، عكس المسن الذي لا يتلقى النصائح والإرشادات فتجده أحيانا يتابع طبيا وأحيانا لا خاصة عندما يشعر انه بصحة جيدة ولا يعاني من الآلام فيهمل المتابعة طبية خاصة إذا كان مستواه الثقافي محدود، إضافة إلى هذا

فان تلقي المسن للإرشادات والنصائح الصحية يؤثر على المدة المستغرقة لزيارة الطبيب عند ظهور أعراض المرض، حيث انه كلما تلقى المسن الإرشادات والنصائح الصحية كلما كانت نسبة إلى الذهاب إلى الطبيب مباشرة بعد ظهور أعراض المرض اكبر، وهذا راجع أن تلقي الإرشادات والنصائح تكسب المسن وعي صحي فعند ظهور أي عرض من أعراض المرض يذهب المسن مباشرة إلى طبيب لأنه يعلم انه كلما انتظر كلما ازداد الأمر تفاقمًا وان كان عاجز فيطلب المساعدة من احد أفراد العائلة للذهاب الى الطبيب، عكس المسن الذي لا يتلقى الإرشادات والنصائح، فتجده عادة مهمل ولا يهتم بصحته، كما أن تلقي الإرشادات والنصائح الصحية يؤثر على القيام بالتحاليل الطبية حيث أن المسن الذي يتلقى الإرشادات والنصائح الصحية يقوم بالتحاليل الطبية أكثر من المسن الذي لا يتلقى الإرشادات والنصائح، وهذا راجع أن المسن الذي يتلقى الإرشادات والنصائح تساهم هذه الأخيرة في معرفة أهمية القيام بهذه التحاليل، كما هذه نصائح والإرشادات تدله على أماكن المخابر الجيدة والقريبة منه، كما تولد له الوعي الصحي لمعرفة الهدف من هذه تحاليل، كل هذا يعطيه الدعم للقيام بهذه تحاليل. عكس المسن الذي لا يتلقى الإرشادات والنصائح فتجد نصف المبحوثين يهملون هذه تحاليل ولا يعطونها أهمية بل يرونها كعبء في حياتهم لهذا لا يقومون بها، كما أن المسن الذي يتلقى الإرشادات والنصائح الصحية يقوم بقياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم أكثر من المسن الذي لا يتلقى النصائح والإرشادات وهذا راجع أن المسن الذي يتلقى الإرشادات والنصائح له الوعي الصحي والدراية بأهمية هذه القياسات التي تسمح له بمراقبة ضغط الدم والسكر في الدم ومراقبة اثر أدوية العلاج وتتبع مدى تحقيق أهداف العلاج. عكس المسن الذي لا يتلقى النصائح والإرشادات فنجدهم لا يعطون أهمية لقياس ضغط الدم ونسبة السكر في الدم وهذا لغياب الثقافة الصحية فلا يهتمهم إن كان مستوى ضغط الدم ونسبة السكر مرتفع أو منخفض في الدم، كما تبين لنا أن تلقي الإرشادات والنصائح الصحية يؤثر على إتباع الحمية الغذائية حيث أن المسن الذي يتلقى الإرشادات والنصائح الصحية يقوم بإتباع الحمية الغذائية أكثر من المسن الذي لا يتلقى

الإرشادات والنصائح وهذا راجع أن المسن الذي يتلقى الإرشادات والنصائح يتولد لديه الوعي صحي بان الحماية الغذائية تساعد على تحسين الصحة وحماية الجسم من المشاكل الصحية وتحسين من صحة القلب وتقليل من خطر الإصابة بمرض السكري وتحسين حالات المصابين به، والحفاظ على صحة الأسنان والعظام وتحسين من صحة الجهاز الهضمي وتحسين من المناعة، وتقليل من خطر الإصابة بالأمراض والتقليل من خطر الإصابة بسرطان وتحسين من الصحة العقلية. كما تبين لنا أن تلقي الإرشادات والنصائح الصحية يؤثر على مدى ممارسة الرياضة حيث أن المسن الذي يتلقى الإرشادات والنصائح الصحية أكثر حرصاً على ممارسة الرياضة من المسن الذي لا يتلقى الإرشادات والنصائح، وهذا راجع أن المسن الذي يتلقى الإرشادات والنصائح تتكون له ثقافة صحية فيعلم أهمية الرياضة بنسبة لكبار السن فتساعده على الحفاظ على الكتلة العضلية وتعزيز الثقة في النفس وتحميه من العزلة والانطواء، كما تحسن مزاجه وتجعله يشعر بالحيوية والنشاط وكما تقيه من الأمراض النفسية وتحميه من توتر والاكتئاب. إضافة إلى هذا أن تلقي الإرشادات والنصائح الصحية يؤثر على عدد ساعات النوم الكافية في اليوم حيث أن المسن الذي يتلقى النصائح والإرشادات لانتهاج سلوك صحي ينامون عدد ساعات كافية وبنظام أكثر من المسن الذي لا يتلقى النصائح والإرشادات وهذا راجع أن المسن الذي يتلقى النصائح والإرشادات فيشعر انه محل اهتمام كل هذا يعزز من ثقته نفسية ويجعله يشعر بالراحة وطمأنينة عكس المسن الذي لا يتلقى النصائح والإرشادات تجده منطوي ومنعزل اجتماعياً فيصاب بالتوتر والاكتئاب والأرق كل هذا يولد له اضطرابات في النوم.

الخاتمة:

إن حياة الإنسان لا تنتهي بمجرد دخوله مرحلة الشيخوخة وإنما يقبل على مرحلة جديدة تعتبر جزءا لا ينفصل عن حياته وهي مرحلة انتقالية طبيعية في حياته، حيث تجرأ عليه عدة تغيرات عديدة منها الجسدية والنفسية والاجتماعية، كما يعرف المسن في هذه المرحلة العمرية عدة تغيرات في ادوار متعددة ومختلفة في المجتمع ككل وفي هذه المرحلة يصاب الإنسان في اغلب الأحيان ببعض الأمراض الخاصة بمرحلة التقدم في العمر منها المزمنة لهذا يجب الاهتمام به بشكل خاص، ولكل ما يحدث له من تغيرات على المستوى الصحي، لهذا يجب المحافظة على صحته وتوفير الرعاية اللازمة. مرحلة الشيخوخة تحتاج إلى مزيد من العناية والرعاية و التوجيه والإرشاد حتى يقضي أصحابها ما تبقى من حياتهم في راحة. والاطمئنان لهذا يجب على المسن انتهاج سلوك صحي من خلال إجراء الفحوصات الطبية الدورية المنتظمة والعمل بنصائح وتعليمات الطبيب والمحافظة على إتباع الحمية الغذائية وممارسة الرياضة والنشاط البدني والنوم عدد ساعات كافية، كل هذا لكي يتمتع المسن بشيخوخة صحية سليمة خالية من المشاكل، ولكن في دراستنا هذه لاحظنا أن السلوكيات الصحية للمسن تتأثر بعدة عوامل منها العوامل الديموغرافية والعوامل الاقتصادية والاجتماعية، حيث توصلنا من خلال نتائج الدراسة الميدانية أن الجنس يؤثر على السلوك الصحي والمرأة أكثر اهتماما بالسلوك الصحي أكثر من رجال كما أن التقدم في العمر يلعب دورا مهما في التأثير على السلوك الصحي وهذا أن المسن في بداية مرحلة شيخوخة ما بين 60-69 سنة يتهاون في ممارسة السلوك الصحي، لأنه عادة ما يكون ما يزال يتمتع بصحة جيدة، ولكن عندما يتقدم في السن ويصل ما بين 70-79 سنة بينت النتائج أنه يصبح أكثر حرصا وصرامة على ممارسة السلوك الصحي، وهذا راجع إلى بالانحدار الواضح والدائم في القدرات الوظيفية والبدنية والعقلية ويشعر المسن بضعف

الجهاز العضلي وينتابه أحاسيس الخوف من الموت، وعندما يتقدم المسن أكثر في السن من 80 سنة فما فوق نلاحظ تراجع طفيف في ممارسة السلوك الصحي مقارنة بالمرحلة السابقة، وهذا راجع إلى أن المسن أصبح في مرحلة أزدل العمر عادة ما يصبح فيها المسن عاجز غير قادر على الحركة وكثير النسيان وقليل التذكر ويصبح أكثر اتكال، وفي بعض الأحيان يكون وحيدا فلا يجد من يساعده في المحافظة على ممارسة السلوك الصحي، وكما توصلنا الى أن المكانة الاجتماعية للمسن لها علاقة طردية مع انتهاجه لسلوك صحي حيث كلما ارتفعت مكانة المسن كلما انتهج سلوك صحي، إضافة إلى هذا لقد توصلنا الى أن كلما كانت العلاقة الأسرية للمسن تتميز بتضامن وتكافل كلما انتهج المسن سلوك صحي، وفي الأخير يمكننا القول أن السلوك الصحي مطلب لجميع المسنين لأن هذا يؤدي إلى حماية المسنين من الإصابة بالأمراض المختلفة بل يؤدي إلى تمتعهم بشيخوخة صحية جيدة جسديا وعقلياً، كما يعود هذا بالفائدة على الدولة من توفير ما قد تنفقه من المال العام لعلاج الأمراض ومكافحة الأوبئة، وبالتالي تقلل الخسائر والتكاليف، ولكي ينتهج المسن سلوك صحي لابد من تضافر الجميع من المحيط الأسري والمجتمع والدولة لأن تغيير نمط حياته وسلوكه من اجل صحته وسلامته.

توصيات واقتراحات:

بعد دراستنا للسلوكيات الصحية للمسنين والعوامل المؤثرة فيها توصلنا الى التوصيات والاقترحات الآتية:

- ضرورة تكثيف الدراسات العلمية وإجراء المسوح الكمية والكيفية التي تتناول مختلف جوانب ظاهرة الشيخوخة.

- ضرورة تزويد المسنين بالمعلومات والمعطيات الخاصة بمرحلة الشيخوخة.

- ضرورة إمام المسنين بالثقافة الصحية وبالعوامل والمعطيات التي تساعده على ممارسة السلوك الصحي

- ضرورة تنظيم برامج إعلامية للتثقيف الصحي خاصة بالمسنين بمختلف وسائل الإعلام سواء المكتوبة أو السمعية البصرية من اجل تثقيف المسنين وتشجيعهم على انتهاج سلوكيات صحية.

- توفير الخدمات الطبية المختصة في التغذية الصحية مجانا أو بتكاليف تكون على الأقل في متناول أغلبية المسنين خاصة، حيث أن المجتمع الجزائري يعاني من غلاء المعيشة وكذا من المشاكل الاقتصادية والاجتماعية.

- توفير نوادي وجمعيات تشجع المسنين على ممارسة الرياضة بحضور مدربين محترفين يقدمون لهم برنامج رياضي حسب مرحلتهم العمرية.

- يجب على الدولة إعادة النظر في منحة المسنين ورفع قيمتها حسب ما يتناسب مع الأوضاع الاقتصادية الراهنة.

- الحماية والتغطية الاجتماعية والصحية الخاصة بتعويض المسنين في حالة قيامهم بالتحاليل الطبية والأشعة عند الخواص.

قائمة المراجع:

-القرآن الكريم

الكتب:

- 1- أبو اسعد احمد عبد اللطيف، تعديل السلوك الإنساني النظرية والتطبيق ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، ط2، 2019.
- 2- ابوحطب فؤاد ، القدرات العقلية، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، 1983.
- 3- إبراهيم عثمان، مقدمة في علم الاجتماع، دار الشروق، الأردن، 1999.
- 4- إبراهيم ناصر، علم الاجتماع التربوي ، دار الجيل،بيروت، ط1996،2.
- 5- أحمد سيد محمد، الدليل إلى منهج البحث العلمي،دار المعارف، مصر، 1973.
- 6- إحسان محمد الحسن، الأسس العلمية لمنهج البحث العلمي،دار الطليعة، بيروت، 1981.
- 7- اكرم محمد العزاوي، مروان عبد المجيد إبراهيم، الرعاية الشاملة للمسنين (رياضيا،اجتماعيا،صحيا،نفسيا نتاهيل) ، دار دجلة، الأردن، ط1، 2014.
- 8-الأشرم محمود ، محاضرات في المجتمع الريفي، جامعة حلب ، دمشق، ط4، 1976.
- 9- التومي محمد ، المجتمع الإنساني في القرآن الكريم ، الدار التونسية للنشر،تونس، ط2، 1990.
- 10- الجولاني فادية عمر، الاسرة العربية، مركز الإسكندرية للكتاب،الإسكندرية، مصر، 1998.
- 11- الجوهري محمد، مقدمة في علم الاجتماع الصناعي ، دار الثقافة، مصر، ط1،1979.
- 12- الدباغ فخري ، اصول الطب النفساني ، دار الطليعة، بيروت ، 1983.

- 13- السروجي مصطفى طلعت، ماهر ابوالمعاطي، ميادين ممارسة الخدمة الاجتماعية، الشركة العربية المتحدة، مصر، 2018.
- 14- الزبيدي على جاسم عكلة، سيكولوجية الكبر والشيخوخة، إثراء لنشر والتوزيع، الأردن، 2009.
- 15- الهمالي عبد الله عامر، اسلوب البحث الاجتماعي وتقنياته، منشورات جامعة قار تونس، 1988.
- 16- آل المحمود عبد اللطيف محمود ، التأمين الاجتماعي في ضوء الشريعة الإسلامية، ط1، دار النفائس، بيروت، 1994.
- 17- السيد فؤاد البهي ، الاسس النفسية للنمو من الطفولة الى الشيخوخة ، دار الفكر العربي، مصر، ط4، 1975.
- 18- المجدي عبد الله ، النمو النفسي والمرض ، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1996.
- 19- الهاللي سعد الدين مسعد، قضية المسنين الكبار المعاصرة وأحكامهم الخاصة في الفقه الإسلامي ، دراسة فقهية مقارنة، مجلس النشر العلمي، الكويت، ط2002، 1.
- 20- بوحوش عمار و محمد محمود الذنبيات، مناهج البحث العلمي، وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1995.
- 21- بدح احمد محمد ، ايمن سليمان مزاهرة، زين حسن بدران، الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، www.massira.jo
- 22- جمعية سيد يوسف، الصحة الجسمية والنفسية للمسنين، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2006.
- 23- حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي ، عالم الكتاب، مصر، ط2، 1995.
- 24- حداد صونيا، الأطر النظرية لدور التكنولوجيا في التنظيمات ، شركة بانتيت، الجزائر، ط2005، 1.

- 25- حسان عفاف ، سيكولوجية المسنين، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، 2018.
- 26- حسن فهمي نورهان، محمد فهمي سيد، الرعاية الاجتماعية للمسنين، الإسكندرية، 2000.
- 27- حسن محمد حسن والآخرين، دراسات بيئية وأسرية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998.
- 28- حسن مصطفى عبد المعطي، سيكولوجية المسنين، مكتبة زهراء الشرق، ط1، بيروت، 2005.
- 29- حليمي عبد القادر، مدخل إلى الإحصاء، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ط1، 1994.
- 30- حميش عبد الحق ، رعاية الشيخوخة في الإسلام، دار الأرقام ابن أبي الأرقم، بيروت، 2010.
- 31- خليفة ابراهيم محمد ، التقدم في السن ، دار القلم، الكويت، ط1، 1984.
- 32- سامي محمد ملحم، الارشاد النفسي عبر مراحل العمر، دار الإعصار العلمي، عمان الاردن، ط1، 2015.
- 33- سامي محمود، لا لشيخوخة المبكرة ، الدار المصرية لنشر والتوزيع، القاهرة، ط1، 1993.
- 34- سبعون سعيد وحفصة جرادي، الدليل المنهجي في اعداد المذكرات والرسائل الجامعية في علم الاجتماع، دار القصة لنشر، الجزائر، 2012.
- 35- سليمان عبد الواحد إبراهيم، السلوك الاجتماعي الايجابي أساليب تعلمه تنميته، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، 2013.
- 36- سلامة بهاء الدين إبراهيم، الصحة والتربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة، 2007.
- 37- سناء خولي، الأسرة والمجتمع، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1992.
- 38- سناء خولي، الأسرة والحياة العائلية، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2006.
- 39- سيد سلامة إبراهيم، رعاية المسنين ،المكتب العلمي، مصر، ط1، 1997، 2.

- 40- ماهر علي، الخدمة الاجتماعية في مجالات الممارسة المهنية، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، 2003.
- 41- محمد نبيل عبد الحميد، العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي، دار الفنية لنشر وتوزيع، مصر، 2005.
- 42- محمود حسن، الأسرة ومشكلاتها، دار النهضة العربية، بيروت، 1981.
- 43- ميخائيل يوسف اسعد، رعاية الشيخوخة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2000.
- 44- مدحت فتوح، تنظيم مجتمع المسنين، المطبعة التجارية الحديثة، القاهرة، 1992.
- 45- مرسى يحيى عيد بدر، المسنون في عالم متغير مقدمة في علم الشيخوخة، ط1، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر الإسكندرية، 2017.
- 46- مزاهرة أيمن وآخرون، علم اجتماع الصحة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الاردن، ط1، 2002.
- 47- معمر داود، مقارنة ثقافة للمجتمع الجزائري دراسة لبعض الملامح السوسيو النفسية والاقتصادية، دار ايدكوم للنشر و التوزيع، الجزائر، 2013.
- 48- رشاد احمد عبد اللطيف، في بيتنا مسن مدخل اجتماعي متكامل، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، ط1، 2018.
- 49- زبيدي علي جاسم عكة، سيكولوجية الكبر والشيخوخة، اثناء لنشر وتوزيع، الاردن.
- 50- شاذلي عبد الحميد، التوافق النفسي للمسنين، المكتبة الجامعية، الاسكندرية، 2001.
- 51- شويخ هناء احمد محمد، علم النفس الصحي، مكتبة الانجلو المصرية، مصر، 2013.
- 52- عادل صادق، في بيتنا مريض نفسي، دار الحرية، القاهرة، 1989.
- 53- عباس عوض، علم النفس الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، بيروت، 1980.

- 54- عبد المحسن، عبد الحميد، الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين في الوطن العربي، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، 1990.
- 55- عثمان عبد الفاتح واخرون، الخدمة الاجتماعية للمسنين، مؤسسة نبيل لنشر وتوزيع، القاهرة، 2004.
- 56- عثمان عبد الفاتح السيد علي، الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة الشيخوخة والمسنين ، مكتبة عين شمس، القاهرة، 1998.
- 57- عمارة الزين ، مدخل الى الطب النفسي ، دار الثقافة، بيروت ، 1986.
- 58- عميرة جويده، اتجاهات نظرية في علم السكان، دار جوانا للنشر والتوزيع، القاهرة، 2014.
- 59- عميرة جويده، التحليل الاحصائي للبيانات الاجتماعية والديموغرافية ،عالم الأفكار، الجزائر، ط1، 2018.
- 60- عيسوي عبد الرحمان، اضطرابات الشيخوخة ، دار النهضة العربية، بيروت ، 1989.
- 61- عيسوي عبد الرحمان، علم النفس والمسن، دار المعارف، القاهرة، 2003.
- 62- عثمان يخلف، علم نفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة ، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، الدوحة، ط1، 2001.
- 63- قناوي هدي محمد، سيكولوجية المسنين ، مركز التنمية البشرية والمعلومات، مصر، ط1، 1987.
- 64- دعبس محمد ، التكوين النفسي للمسنين في الثقافات المختلفة دراسة انثروبولوجية مقارنة، دار القوى للطباعة، الإسكندرية، 1991.
- 65- دينكن ميتشل، معجم علم الاجتماع، تر إحسان محمد حسن ، دار طليعة، بيروت، ط2، 1986.
- 66- كريستوف دو جاحيه، طب الشيخوخة، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، ط2، 2008.

الرسائل الجامعية:

- 1- امزيان نعيمة، دور المسنين بين آلية الإدماج الاجتماعي وواقع التهميش الأسري: دراسة ميدانية بدار المسنين بسيدي موسى، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم الاجتماع الديموغرافي، جامعة الجزائر 2، 2014.
- 2- بوعزيز كريمة، الحالة الصحية والظروف المعيشية لسكان المسنين في الجزائر وعلاقتها ببعض العوامل الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية: دراسة ميدانية بمدينة بجاية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم تخصص ديمغرافيا، جامعة الجزائر 2، 2012.

- 3- بوغالي حاجي، العوامل المتحركة في الوضعية السوسيواقتصادية للمسنين في الجزائر دراسة ميدانية لعينة من المسنين في بعض بلديات الجزائر العاصمة، رسالة لنيل شهادة دكتوراه علوم، تخصص علم الاجتماع والديمغرافيا، جامعة الجزائر 2، 2015.

- 4- عمراوي صلاح الدين، الشيخوخة السكانية في بلدان المغرب العربي المغرب والجزائر أنموذجا، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديمغرافيا، جامعة باتنة 1 الحاج لخضر، 2015.

المجلات:

- 1- البوسعيدي رشيد بن حمد، "اتجاهات المواطنين العمانيين نحو المسنين، دراسة ميدانية"، بمجلة العلوم الاجتماعية، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، مجلد 35، العدد 3، 2007.

- 2- الظفيري عبد الوهاب محمد، "السياسة الاجتماعية ورعاية المسنين في دولة الكويت"، بمجلة العلوم الاجتماعية، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، مجلد 29، العدد 1، 2001.

3- المشعان عويد سلطان وعبد اللطيف محمد خليفة، "تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب جامعة الكويت"، مجلة مؤتمر الخدمة النفسية والتنمية، الكويت 1999.

4- الصبوة محمد، والمحمود شيماء، "بعض المتغيرات المعرفية والمزاجية المنبئة بممارسة السلوك الصحي الايجابي والسلبي لدى عينة من طلاب جامعة الكويت"، دراسات عربية في علم النفس، العدد 6، 2007.

5- بوحسون العربي، "مكانة المسنين في الثقافة الجزائرية والاجنبية مقارنة انثروبولوجية"، مجلة جيل العلوم الانسانية والاجتماعية، الجزائر، العدد 58، 2019.

6- زيدي هيفاء محمد، "رعاية المسنين في التشريع الاسلامي"، جامعة بغداد، مجلة كلية التربية الاساسية، العدد 75، 2012.

7- صمادي احمد، والصمادي محمد، "مقياس السلوك الصحي لطلبة الجامعات الاردنية"، المجلة العربية للطب النفسي، العدد 22، 2011.

8- عزوني سمير، "الوضعية الاقتصادية لكبار السن وعلاقتها بالعنف الموجه ضدهم"، مجلة البشائر الاقتصادية، جامعة بشار، الجزائر، المجلد 6، العدد 1، 2020.

9- مازن أحمد، والنفاخ نزار، والجنابي سلمان، "السلوك الصحي واتجاهاته لدى الرياضيين"، مجلة علوم التربية الرياضية، عدد 7.

المواثيق والتقارير:

- 1- الجمعية العامة للأمم المتحدة- التنمية الاجتماعية، متابعة الجمعية العامة العالمية الثانية للشيوخ، الدورة الرابعة والستين، مدريد، 06 جويلية 2009.
- 2- اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، تقرير السكان والتنمية، النافذة الديمغرافية فرصة للتنمية في البلدان العربية، الامم المتحدة، العدد الثاني، 2005.
- 3- الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الوطني حول استخدام الوقت الجزائر 2012، الجزائر، ديسمبر 2013.

- 4- الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الاجراء ، التكاليف والمنازعات في مجال التأمينات الاجتماعية، مطبعة الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية، قسنطينة، 1997.
- 5- جامعة الدول العربية، إضافات سكانية ،إدارة السياسات السكانية، العدد2، جويلية 2002.
- 6- حسن عبد المعطي وآخرون، مستوى القلق لدي المسنين، القاهرة، المؤتمر الطبي السنوي الحادي عشر، كلية الطب، جامعة عين شمس،1998.
- 7- روبرت ن، بتلر، الصحة وتقدم المسن الأسطورة والحقيقة، من بحوث ندوة يوم الصحة العالمي (الحيوية على مر السنين) ، وثيقة رقم 2، 7 افريل 1982.
- 8- شينيا هوشينو، الحفاظ على المسنين جزء من المجتمع الصناعي، من بحوث ندوة يوم الصحة العالمي (الحيوية على مر السنين) ، وثيقة رقم 7، 7 افريل 1987.
- 9- محمد عبد الرحمان، الذاكرة قصيرة المدى لدى المسن المؤتمر الطبي السنوي الحادي عشر، كلية الطب، جامعة عين شمس،1998.
- 10- منظمة الصحة العالمية، التقرير العالمي حول الشيخ والصحة،2015.
- 11- منظمة الصحة العالمية، عقد التمتع بالصحة الجيدة 2020-2030.
- 12- وزارة العمل والحماية الاجتماعية، الصندوق الوطني للمعاشات، التقاعد المسبق مايجب ان نعرفه، جويلية 1994.
- 13- وزارة الصحة الادارة العامة لشؤون المراكز والبرامج الصحية، الدليل الإرشادي لبرنامج رعاية المسنين في المراكز الصحية ، الرياض، المملكة العربية السعودية، ط1، 2014.
- 14- وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة، دليل حماية الأشخاص المسنين من الإهمال وسوء المعاملة، جوان 2017.
- 15- وزارة التضامن الوطني والاسرة وقضايا المرأة، دليل الترتيب الاجتماعية الموجهة لفائدة الاشخاص المسنين، الجزائر.
- 16- وزارة التضامن الوطني والاسرة وقضايا المرأة، دليل حماية الاشخاص المسنين من الاهمال وسوء المعاملة، جوان 2017.

17- وزارة التضامن الوطني والأسرة وقضايا المرأة، **الحصيلة السنوية للتكفل المؤسساتي بدور الأشخاص المسنين، الجزائر، 2018.**

18- وزارة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية، المرصد الوطني للأشخاص المسنين، **التقرير السنوي الأول حول الأشخاص المسنين، المغرب، 2018.**

المواقع الإلكترونية:

- 1- عمار صباح ، هل العلاقات الاجتماعية تؤثر على الصحة والحالة النفسية؟، نشر الجمعة 8 افريل 2011 على ساعة 7:28 على الموقع <https://www.youm7.com> تصفح 2022/10/11 على ساعة 14:48،
- 2- منظمة الصحة العالمية. **الصحة النفسية لكبار السن.** نشر 2022/10/20 على الموقع <https://www.who.int/> تصفح 2023/02/04.

المراجع الأجنبية:

- 1- Guend Abdelhani ، **La population de l'Algerie, évolution passée et perspectives d'avenir, OPU,Alger, 1994.**
- 2- Domart André et Bourneuf Jacques ، **Petit larousse de la médecine،** Librairie Larousse، Paris،1983.
- 3- Marionl Beaver, Dan Amiller, **Social Work Practice With the Elderly Belmont Wadworth publishing company, 1992.**
- 4-Chesnais (Jean-Claude), "**Les Théories et Pratiques du Développement Economique et leur Influence possible sur la Baisse Séculaire de la Fécondité**" in International Transmission of Population Policy Experience, Proceedings of the Expert Group Meeting on the International Transmission of Population

Policy Experience, New York City June 1988 (UN, Department of International Economic and Social Affairs, United Nations, 1990).

5– Datan Nanc, lohma Nancy, **transition of aging** edited by N.Y Academic press IC, USA, 1980.

6– Delbayle (J) , **Introduction aux méthodes des sciences sociales** , éditions Privat ,Toulouse , 1991.

7–Glanz, K .Barbara , K. R. Viswanath, K. **Health Behavior and Health Education Theory**, Research, and Practice,USA: Jossey–Bass A Wiley Imprint.(4. ed) .(2008).

8 – Groupe interministériel, **Maitrise de la croissance démographique bila**, Alge,1984.

9– Jarosz (L), **vieillesse et vieillissement en algerie, enquete sur l’hospitalisation Geronto–psychiatrique**, office des publications universitaires,ALGER. 1983.

10–Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique – **transition démographique et système de santé, Projet TAHINA**, Enquête Nationale de Santé,ALGER. novembre 2007.

11– Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière **Plan stratégique national multisectoriel de lutte Intégrée contre les Facteurs de Risque des Maladies Non Transmissibles 2015–2019**.

12– Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,(MICS) **2019, rapport final des résultats décembre,2020**, Algérie.

- 13 – ONS, Démographie algérienne 1998, Données statistiques, n°01, Alger.
- 14– ONS, **Demographie Algerienne, 1999**, Données statistiques, N°305, Alger, 1999.
- 15–ONS, **Demographie Algerienne, 2002**, Données statistiques, N°375, Alger, 2003.
- 16– ONS, **Demographie Algerienne 2003**, Données statistiques, N°398, Alger, Juin 2004.
- 17–ONS, **Demographie Algerienne, 2018**, Données statistiques, N°853, Alger, 2019.
- 18–ONS, **Demographie algérienne, 2019**, Données statistiques, N°890/Bis, Alger, 2020.
- 19– Organisation mondiale de la santé, **Décennie pour le vieillissement en bonne santé 2020–2030**.
- 20– Boudon Raymond, **les méthodes en sociologie**, presse universitaire de France, France, 1970.
- 21– Reid William.J, Task Center Treatment and training Clinicals Social Work, New York, Columbia University Press, 1997.
- 22–Rutten pascal , **Soutenir les liens sociaux de la personne âgée dépendante pour une vie de qualité à domicile**, Mémoire de l'école nationale de la santé publique, Rennes, France, 2003.
- 23–Taylor, S. E., **Health psychology**, (5^{em}. Ed), New York: Mc Graw–Hill, 2003.

24–United Nations, world population prospects the 2015 revision, department of economic and social affairs,2015.

25–United Nations, world population ageing 2015, department of economic and social affairs,2015.

26–United Nations, Economic and Social Affairs, **Population Division**, Department of Economic and Social Affairs: Socio–economic development and fertility decline: A review of some theoretical approaches.

الملاحق

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة أبو القاسم سعد الله –الجزائر02-

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع و الديموغرافيا

الرقم....

استمارة المقابلة

تحية طيبة

أنا طالب من جامعة الجزائر 2 في طور انجاز أطروحة الدكتوراه حول السلوكيات الصحية للمسنين في الجزائر، ولهذا نرجو منكم التفضل بالإجابة على الأسئلة المطروحة في هذه الاستمارة ، كما أحيطكم علما بأن الإجابة المقدمة من طرفكم ستحظى بكامل السرية وأهدافها لا تتعدى خدمة وإثراء البحث العلمي

فنرجوا منكم التفاعل معها بكل مصداقية ولكم منا جزيل الشكر

موضوع البحث: السلوكيات الصحية للمسنين في الجزائر

I- البيانات الشخصية:

س1- الجنس؟ 1- ذكر 2- انثى

س2- ما هو سنك: سنة

س3- ما هو مستواك التعليمي: 1- أمي 2- يقرأ ويكتب 3- ابتدائي 4- متوسط

5- ثانوي 6- جامعي

س4- ماهي حالتك المدنية؟ 1- أعزب 2- متزوج 3- مطلق 4- أرمل

5- منفصل

س5- ماهو عدد زيجات؟ مرة

س6- ما هو سنك عند اول زواج؟ سنة

س7- ما هو مكان اقامتك: سم البلدية..... اسم الدائرة.....

II- البيانات الخاصة بالمكانة الاجتماعية للمسن:

س8- هل كنت تشتغل في السابق؟ 1- نعم 2- لا

س9- إذا كانت إجابتك بنعم ماهو نوع عملك؟.....

س10- ماهو سنك عندما بدأت العمل؟ سنة

س11- هل انت متقاعد؟ 1- نعم 2- لا

س12- إذا كانت الإجابة بنعم فماهي قيمتها؟ 1- 15000-25000 2- 25000 -

35000 3- 35000-45000 4- أكثر من 45000 دج

س13- هل لديك مدخول اخر؟ 1- نعم 2- لا

س14- إذا كانت الإجابة بنعم فما هو؟.....

س15- و ما هو مقداره؟ 1- 15000-25000 دج - 25000-35000 دج

3- 35000-45000 دج 4- أكثر من 45000 دج

س16- هل دخلك الشهري يكفيك ؟ 1- نعم 2- لا

لماذا في كلا الحالتين؟

س17- و الان هل انت تشتغل ؟ 1- نعم 2- لا

س18- في حالة الاجابة بنعم ما هو نوع العمل؟

س19- ما هو نوع سكنك: 1- فيلا 2- شقة 3- بيت تقليدي 4- بيت قصديري

س 20- هل المسكن ؟ 1- ملك لك 2- ملكية مشتركة للعائلة 3- مسكن مستأجر

4- آخر . اذكره.....

س21- كم يبلغ عدد غرف المسكن؟

س22- هل مسكنك يتوفر على شيء من هذا؟ 1- قنوات صرف المياه 2- قنوات جلب المياه

3- مرتبط بشبكة الكهرباء 4- مرتبطة بشبكة الغاز الطبيعي 5- الباربول

مكيف هوائي 7- ثلاجة 8- فرن لطبخ 9- فرن كهربائي 10- تلفزة ملونة

11- هاتف ارضي 12- هاتف نقال 13- سيارة سياحية 14- الانترنت

س23- ما هو دورك في إعالة الأسرة؟ 1- تعيل نفسك 2- تعيل نفسك وآخرين

3- معال

III- البيانات الخاصة بالجانب الاسري:

س24- هل لديك أبناء؟ 1- نعم 2- لا

س 25- اذا كانت الاجابة بنعم كم هو عددهم؟ عدد الذكور

عدد الاناث

س 26 - مع من تسكن ؟ 1- لو حدك 2- مع آخرين من هم؟

س27- هل يتكفلون بك؟ 1- نعم 2- لا

س 28- اذا كان نعم هل يتكفلون بك من ؟ 1- من الناحية المادية 2- الناحية الصحية 3- الناحية النفسية 4- اخر اذكره؟

س 29- من يتكفل بك؟ 1 الزوج/ة 2- الابن 3- البنت 4- زوجة الابن 5- اخر اذكره؟

س 30- و اذا كان لا فما هو السبب؟

س 31- كيف هي معاملة افراد اسرتك معك في هذه مرحلة؟ 1- جيدة 2-متوسطة 3-سيئة

س 32- ما هي مسؤولية افراد اسرتك في مجال التكفل بك صحيا ورعايتك في هذه المرحلة؟

س 33- هل تتلقى النصائح والارشادات الصحية من طرف الاسرة ؟

1- نعم 2- لا

س 34- عند شعورك بالآلام في جسديك هل تتشاور مع أفراد أسرتك وتشكي لهم ذلك؟

1-نعم 2-لا

س 35- عندما تلجأ إلى خدمة الصحية هل تناقش هذا القرار مع عائلتك؟ 1- نعم 2-لا

لماذا في كلا الحالتين؟

س 36- حسب رأيك هل اكتسبت عادات وسلوكات صحية سليمة بفضل أسرتك؟ 1-نعم 2-لا

في حالة الاجابة بنعم فما هي هذه السلوكات؟

س 37- في رأيك في هذه المرحلة ما الذي يحتاجه المسن؟ 1-الرعاية والمساعدة 2- دعم الزوج/ة او الاسرة 3-المعاملة الحسن 4- اماكن لترفيه 5- آخر اذكره

س 38- كيف ترى طبيعة العلاقة الأسرية؟ 1- جيدة 2- متوسطة 3- سيئة

س 39-كيف تقضي يومك في هذه المرحلة العمرية؟

س 40- هل يوجد الحوار والنقاش في وسطكم الاسري؟ 1-نعم 2-لا

إذا كان الجواب لا لماذا؟

IV- البيانات الخاصة بالجانب السلوك الصحي:

س41- هل تعاني من مرض ما؟ 1- نعم 2- لا

اذا كان نعم ماهو؟ 1- الرماتزم و المفاصل 2- السكري 3- ضغط الدم 4-القلب والاوعية
5 -امراض متصلة بالرئة /الربو 6-امراض الجهاز الهضمي 7- اخر ما هو.....

س42- مند متى و انت مصاب؟ 1- 0-4 سنوات 2- 5-9 سنوات 3- 10-14 سنة
4- اكثر من 15 سنة

س 43- هل انت تعالج منه؟ 1- نعم 2- لا

في حالة لا لماذا؟.....

س 44- في حالة الاجابة بنعم اين؟ 1- عند طبيب حكومي/ مستشفى عمومي 2- عند طبيب خاص /
عيادة خاصة

س 45- هل تتابع الفحوصات عند طبيب بانتظام؟ 1- نعم 2- لا

لماذا في كلتا حالتين؟.....

س46- عندما تكون مريض وتريد ان تتلقى رعاية طبية او علاج ما هي العوائق التي تواجهك؟ 1- بعد
المراكز عن البيت 2- مشكل المال 3- آخر اذكره؟.....

س 47 - هل تقوم بالتحاليل الطبية بانتظام؟ 1- نعم 2- لا

إذا كانت الاجابة بنعم؟ 1- اقل من شهر 2- 6 اشهر 3- اكثر من سنة

إذا كانت الاجابة بلا لماذا؟.....

س 48- هل تقوم بقياس ضغط الدم بانتظام ؟ 1- دائما 2- احيانا 3- ابدا

لماذا في كلا الحالات؟.....

س 49- هل تقوم بقياس نسبة السكر في الدم بانتظام ؟ 1- دائما 2- احيانا 3- ابدا

لماذا في كلا الحالات؟.....

س 50- هل تتبع حمية غذائية؟ 1- دائما 2- احيانا 3- ابدا

لماذا في كلا الحالات؟.....

س 51- هل تمارس الرياضة؟ 1- دائما 2- احيانا 3- ابدا

س 52- هل تنام عدد ساعات كافية في اليوم؟ 1- دائما 2- احيانا 3- ابدا

س53- هل تتعاطى (السجائر او شمة)؟ 1-دائما 2- احيانا 3-ابدا

س54- هل تتعاطى الكحول او المخدرات؟ 1-دائما 2- احيانا 3-ابدا

س55- ما هي الاحتياطات الوقائية التي تتخذها من اجل معايشة هذه المرحلة بسلامة؟

1- مراقبة الحالة الصحية باستمرار 2-الحركة والمشي 3-مراعاة الحالة النفسية

4- احترام مواعيد زيارة الطبيب 5-شراء الدواء واحترام مواعيده 6-آخر

س56- هل تطبق تعليمات الطبيب؟ 1- دائما 2- احيانا 3-ابدا

لماذا في كلا الحالات؟.....

س57- ما هي المدة المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب؟

1-مباشرة بعد ظهور الأعراض 2-بعد فترة قصيرة 3- بعد فترة طويلة

4- عدم الذهاب إطلاقا

لماذا في كلا الحالات؟.....

س58- هل تعالج بعض الامراض/المشاكل الصحية بالطرق الطبيعية؟ 1-نعم 2-لا

لماذا في كلا الحالتين؟

س59- هل تتصف بالفتح وكثرة الاستفسار ومناقشة مع الطبيب او الممرضة فيما يخص هذه المرحلة

العمرية؟ 1-دائما 2-احيانا 3-ابدا

في حالة الاجابة بنعم هل اتضح لك انواع السلوكات والعادات الصحية المفروض اتباعها والعمل بها في

حياتك اليومية 1-نعم 2-نوعاما 3-لا

في حالة الاجابة بنعم فيما تتمثل هذه السلوكات؟