

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والأرطفونيا

جامعة محمد بن أحمد وهران 2



مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي

بعنوان

واقع التكفل النفسي للمسنين بديار العجزة

-دراسة حالات عيادية.

تحت إشراف الأستاذة:

طباس نسيمة

من إعداد الطالب:

بباني طيب

السنة الجامعية: 2018-2019

قائمة المحتويات

الإهداء	أ
كلمة شكر	ب
قائمة المحتويات.....	ج
مقدمة.....	01

الجانب النظري

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

إشكالية البحث	04	-
فرضيات البحث	04	-
أهمية البحث	05	-
أهداف البحث	05	-
تحديد المفاهيم الإجرائية للبحث.....	06	-

الفصل الثاني

التكفل النفسي

تمهيد	08	-
تعريف التكفل النفسي	08	-
بعض المفاهيم المتداخلة مع التكفل النفسي	10	-

- 11..... العلاقة بين التكفل النفسي والعلاج النفسي -
- 12..... أهداف العلاج النفسي -
- 12..... الأخصائي النفسي دوره - مهامه - في التكفل النفسي -
- 14..... المظاهر العيادية للعلاج النفسي -
- 16..... العلاج النفسي وأساليبه.....
- 19..... خلاصة -

الفصل الثالث

مرحلة الشيخوخة

- 21..... تمهيد -
- 21..... تعاريف المسنين من منظور الباحثين -
- 27..... نظريات مفسرة للمسنين -
- 32..... السمات النفسية للمسنين -
- 35..... مشكلات المسنين -
- 37..... خلاصة -

الفصل الرابع

دور العجزة

- 39..... تمهيد -
- 40..... تعريف دار العجزة -
- 40..... مهام دار العجزة -

- 41..... رعاية الدولة للمسنين -
- 41..... رعاية المسنين على المستوى الوطني -
- 42..... دور رعاية المسنين -
- 42..... أنواع دار العجزة..... -
- 44..... أساليب رعاية المسنين..... -
- 45..... خلاصة..... -

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

منهجية البحث أدواته وإجراءاته

- 48..... تمهيد -
- 48..... المنهج العيادي -
- 48..... دراسة الحالة -
- 49..... المقابلة العيادية -
- 50..... الملاحظة العيادية -
- 50..... فحص الهيئة العقلية -
- 52..... اختبار مقياس الصحة النفسية..... -
- 55..... مكان إجراء دراسة ميدانية -
- 55..... مواصفات الحالات العيادية -

الفصل السادس

عرض الحالات العيادية

- التقرير السيكولوجي للحالة (01) 59
- التقرير السيكولوجي للحالة (02) 63

الفصل السابع

عرض النتائج وتفسيرها

- مناقشة النتائج على ضوء فرضيات البحث 68
- الخلاصة 70
- الخاتمة 71
- توصيات واقتراحات 72
- قائمة المراجع 73
- الملاحق 77

المقدمة:

يمر الإنسان خلال حياته بمراحل نمو متتالية تبدأ بالطفولة مرورا بالمرحلة، فالشباب فالكهولة وصولا إلى مرحلة الشيخوخة ولكل مرحلة احتياجاتها ومتغيراتها ومشكلاتها، والتي تزداد وتعتد مع تقدم العمر، فلهذا تعد مرحلة الشيخوخة مرحلة من المراحل التي لها خصوصيتها لما يظهر فيها من أزمة اغتراب ونرجسية وصعوبة التوافق لمتغيرات الحياة وكذلك تدهور في وظائف جسمية وفيزيولوجية ونفسية.

إن من أهم الأسباب والدوافع التي أدت إلى تزايد الاهتمام بمرحلة الشيخوخة والقدم في العمر من طرف الباحثين بوجه عام كما يلي:

تزايد نسبة كبار السن في كل من المجتمعات المتقدمة والنامية بشكل واضح وذلك لأسباب تتعلق بالتغير في نسبة المواليد والوفيات نتيجة ارتفاع مستوى الصحة العلاجية والوقاية بوجه عام.

وفي آخر إحصائيات لسنة (2008) قدرت نسبة الشيخوخة في المجتمع الجزائري (75 %) من مجموع السكان ونظرا للتطورات والتغيرات الطارئة على المجتمع وتفكك الأسرة النووية الجزائرية أصبح الأبناء يضعون آبائهم في دور العجزة ملقين عاتق التكفل بأبائهم لدور العجزة، لذا قامت الدولة الجزائرية بتحمل هذا العبء نيابة عن الأبناء فقامت بإنشاء هذه الدور وتزويدها بكل احتياجاتها المادية والبشرية وخاصة من جانب التكفل النفسي والصحي للمسنين فزودت هذه الدور بأخصائيين نفسانيين وأطباء من أجل هدف واحد وهو المحافظة على الصحة الجسمية والنفسية للمسنين ديار العجزة. (يحيى مرسى عبد القادر،

(1997: 42)

الجانب النظري

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

- إشكالية البحث
- فرضيات البحث
- أهمية البحث
- أهداف البحث
- تحديد المفاهيم الإجرائية للبحث

إشكالية البحث :

إن الشيخوخة قد تعني التغير المستمر في الوظائف الجسمية وهذا التغير يحدث مع مرور الزمن باعتبار هذه المرحلة غير مفهومة ولا يوجد لها تفاسير حتى الآن، وتعتبر من الأمور الغامضة فعندما تؤثر الشيخوخة على الصحة وفي رفاية الإنسان فإنها تكون أكبر معوق للجسم من أي مرض آخر لأن هذه المرحلة تتميز بالتغيرات البيولوجية، النفسية، الانفعالية، الاجتماعية، الأمراض المزمنة بالإضافة إلى ضغوط ومشاكل نفسية المتمثلة في الاكتئاب، الحرمان، الشعور بالذنب، وما بالك إذا هذا الشخص المسن في دور العجزة فإن هذه الاضطرابات والمشاكل تتعقد وتسبب له في عدم توافقه النفسي والاجتماعي مع ذاته ومع محيطه ومن أجل تقبل هذا الشخص المسن لوضعه الجديد فإن ذلك من مهام ودور الأخصائي النفسي الذي يحاول مع فريق متكامل من أجل العمل على إحداث التوافق النفسي والاجتماعي للمسن وعليه يمكننا طرح التساؤل التالي:

- هل أساليب التكفل النفسي المستخدمة مع المسنين ديار العجزة فعالة؟
- ما مدى مساهمة دور العجزة بالتكفل النفسي للمسنين؟
- ما هي التقنيات والطرق العلاجية النفسية المستخدمة مع المسنين في ديار العجزة؟ وهل تحدث توافق نفسي واجتماعي لديهم؟

فرضيات البحث:

- ❖ يساهم مركز دار العجزة والمعوزين بلاطو بالتكفل النفسي للمسنين.
- ❖ تعتبر أساليب التكفل النفس المستخدمة مع المسنين ديار العجزة فعالة.
- ❖ تساهم التقنيات والطرق العلاجية النفسية المتمثلة في الدعم والمساندة والمرافقة النفسية المستخدمة مع المسنين في دور العجزة في التوافق النفسي والاجتماعي لديهم.

أهمية البحث:

- ❖ إبراز أهمية ودور التكفل النفسي في إحداث التوافق النفسي والاجتماعي للمسنين وتقبله لوضعه الجديد
- ❖ معرفة أساليب التكفل النفسي الأكثر استخداما مع المسنين ديار العجزة
- ❖ معرفة مدى فعالية التكفل النفسي بالمسنين ديار العجزة وتأثيره على ذاته ومحيطه

أهداف البحث:

- اكتشاف الطرق والأساليب العلاجية المستخدمة مع المسنين ديار العجزة
- إبراز مدى أهمية التكفل النفسي خاصة بالشخص المسن
- التأكيد على أهمية الاهتمام والرعاية بهذه الفئة المهمشة من المجتمع
- تسليط الضوء على الفئة المسنة وما تعانيه من ضغوط وحرمان واغتراب في ديار العجزة.

تحديد مصطلحات البحث:

1- المسنين: هم الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ما بين 65-80 سنة المقيمين بديار العجزة لولاية وهران.

2- التكفل النفسي: هو مساعدة وإرشاد يقدمها الأخصائي النفسي للمسن الذي يعاني من اضطرابات نفسية بغرض جعله يتقبل ويتعايش مع وضعه الجديد.

- كما يهدف التكفل النفسي لإحداث التوافق لدى المسن من أجل التغلب على مشاعر الحرمان والتخلي وكيفية التخلص من التوترات النفسية السلبية.

3- ديار العجزة: هو مركز تابع لوزارة التضامن وقضايا المرأة لولاية وهران.

أي أنه مركز مخصص للأشخاص المسنين الذين ليس لديهم مأوى أو من يتكفل بهم. (يحيى مرسي

عبد النور، 1997: 41)

الفصل الثاني

التكفل النفسي

- تمهيد
- تعاريف التكفل النفسي
- بعض المفاهيم المتداخلة مع التكفل النفسي
- العلاقة بين التكفل النفسي والعلاج النفسي
- أهداف العلاج النفسي
- الأخصائي النفسي دوره - مهامه - في التكفل النفسي
- المظاهر العيادية للعلاج النفسي
- العلاج النفسي وأساليبه
- خلاصة

- تمهيد:

يعرف التكفل النفسي على أنه مجموعة من الطرق والمناهج والأساليب النفسية للعناية بالأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية أو عضوية ويكون هذا التكفل إما فردي أو جماعي وتختلف أهدافه حسب طريقة الإرشاد أو المساعدة.

1- تعريف التكفل النفسي:

أ- لغة: تكفل بالشيء، ألزمه نفسه وتحمل به ويقال تكفل بالدين أي التزم به- تكفل- يتكفل- تكفلا- فهو متكفل والمفعول به المتكفل.

ب- اصطلاحاً: هو إعادة الفرد من جانب ذاته والاهتمام بجوهره والتكفل عادة يوجه للأفراد الذين يعانون من اللاإستقرار النفسي والتكفل النفسي هو جملة من الإجراءات الوقائية أو العلاجية باستعمال الوسائل والإمكانيات العملية التي يتم من خلالها التركيز على الفرد بهدف علاجه أو مساعدته في حل مشاكله. (المنجد في اللغة والإعلام، 1992: 221)

2- تعريف التكفل النفسي من منظور الباحثين:

ت- عرف الباحث walberg 1997: التكفل النفسي على أنه نوع من معالجة المشكلات ذات الطبيعة العاطفية يقوم فيها الشخص مدر ببناء علاقة مهنية مدروسة مع المريض وذلك بعد إزالة أو تقليل الأعراض المتواجدة لديه والحد منها أو التدخل في الأنماط المضطربة من سلوكه أو تعزيز النمو والتطور في شخصيته. (بن سعيد معلاش واري عبد القادر، 2007: 487)

ث- كما جاء في تعريف آخر عل أن التكفل النفسي عبارة عن علاقة إنسانية أو علاقة علاجية بين شخصين أحدهما يحتاج المساعدة بغية حل المشكلات التي تفرقه أو عبور بالأزمة التي يعاني منها يسمى هذا الشخص المفحوص والآخر يسمى الفاحص الذي يقدم المساعدة على أسس علمية مهنية مدروسة وتسمى بالعلاج النفسي. (بن فاضل سعاد، 2012-2013: 17)

ج- يعتبر التكفل النفسي وظيفية ذات طابع تعديلي يسعى إلى تعديل السلوك وفقا لمعايير أي أنه
عمليته لفهم إمكانيات الفرد واستعداداته واستخدامها في حل المشكلات ووضع خطط لحياته من
خلال فهم لواقعه وحاضره ومساعدته في تحقيق أكبر قدر من السعادة والكفاية وتحقيق ذاته
وصولاً إلى درجة التوافق. (سهل كامل أحمد، 1999: 07)

3- بعض المفاهيم المتداخلة مع مفهوم التكفل النفسي:

- تمهيد:

مصطلح التكفل النفسي متداخل مع بعض مفاهيم ومصطلحات مرادفة ومشابهة له لذا ارتأينا التطرق إلى بعض هذه المصطلحات والمفاهيم لأجل رفع اللبس وإظهار الاختلاف بين كل هذه المصطلحات التالية:

أ- **التأهيل:** يعرف في معجم العلوم الاجتماعية (1975) بأنه مجموع العمليات والأساليب التي يقصد بها محاولة ترقية الشبان. (محمد حسن غانم، 2005: 195)

كما يعرف أيضا على أنه إعادة الشخص غير السوي إلى الوضع الطبيعي وحسب (أنطوان بستور) أنه فن تخفيف الهموم الشخصية بواسطة الكلام والعلاقة الشخصية المهنية (محمد حسن غانم، 2005: 195)

ب- **الرعاية:** هي الخدمة التي تقدم جهود مشتركة يمتلك القائمون عليها القدرة والمعرفة والمهارة التي تؤهلهم لمساعدة المرضى من الأفراد المتحسين منهم معاودة نشاطاتهم التي كانوا عليها قبل المرض. (بن فاضل سعاد، 2012: 25)

ت- **التكيف:** نعني بكلمة التكيف التقارب وهو نقيض الاختلاف والتنافر ويعرف في معجم مصطلحات الطب النفسي بأنه القدرة على التعامل مع المتغيرات الداخلية والخارجية دون اضطراب، ويستخدم التعبير للدلالة على تكيف الحواس لمؤثرات أو التكيف للضغوط النفسية. (لطفى الشربيني، د.س: 03)

ث- **التوافق:** يعرف على أنه عملية ديناميكية مستمرة يحاول فيها الفرد تغيير سلوكه وتحقيق التوافق ما بينه وبين نفسه، والبيئة المحيطة به وصولا إلى حالة الاستقرار النفسي البدني والتكيف الاجتماعي. (سالم رائد خليل، 2005: 52)

- العلاقة بين التكفل النفسي والعلاج النفسي:

يعتبر التكفل النفسي جزءا من العلاج النفسي فكلاهما يهتم بموضوع واحد هو إعادة التوازن والاستقرار للفرد بأساليبه المختلفة، كما أن كلاهما يهتم بالجانب النفسي للفرد. (لويس كامل مليكة، 2001: 15).

- أهداف العلاج النفسي:

تهدف كل عملية علاجية نفسية إلى تحقيق واحد أو أكثر من الأهداف التالية:

- تعديل السلوك غير السوي للمريض وتعلم السلوك السوي.
- تهيئة المناخ المشبع بالأمن النفسي وإزالة القلق والتخلص من السلوك المرضي.
- إزالة أسباب المرض وعلاج أعراضه وحل المشكلات والسيطرة عليها.
- تحقيق تقبل الذات والآخرين مع إقامة علاقات اجتماعية سوية .
- تدعيم وبناء الشخصية وتكاملها.
- زيادة قدرة المريض على حل الصراعات والتغلب على الإحباطات والحرمان وتحمل الصدمات.
- العمل على إتمام الشفاء .

- الأخصائي النفسي دوره ومهامه في عملية التكفل النفسي:

أ- تعريف الأخصائي النفسي: هو الذي يقوم بالدور الأساسي في عملية العلاج النفسي ويعتبر صلة الوصل بين العميل والتشخيص الدقيق، ولا بد أن تتوفر فيه مجموعة من الصفات الايجابية التي تجعله عنصرا ناجحا في تعامله مع الأسوياء وغير الأسوياء ويجب أن تكون لديه القدرة على فهم الآخرين ودوافعهم وإحباطاتهم، وأن تكون لديه شخصية ثابتة وناجحة ذات توازن انفعالي ولها نظرة شاملة. (فيصل عباس، 1994: 65).

دوره:

يمكن تقسيم دور الأخصائي النفسي إلى ثلاثة مجموعات:

أولاً: قياس الذكاء والقدرات العامة، وهذا النشاط لا يتضمن مجرد قياس القدرة الحالية للفرد بل أيضاً تقدير إمكاناته وكفاءاته وأثر مشكلات أو الظروف الأخرى التي تحيط به.

ثانياً: يتعلق بقياس الشخصية ووصفها وتقويتها وما يتضمنه من تشخيص ما يمكن أن نطلق عليه السلوك الشاذ أو غير السوي.

الثالث: ما يطلق عليه العلاج النفسي طريقة العلاج التي يتحدث فيها المعالج للمريض عدة ساعات في محاولة لمساعدته على فهم نفسه والوصول إلى توافق أفضل. (وئام بوزيان، 2013: 45)

مهامه:

- تطبيق الاختبارات وتصحيحها وتفسير نتائجها.
 - المقابلة لجمع المعلومات عن الأفراد
 - إعداد تقارير سيكولوجية للحالات المرضية
 - المقابلة للتوجيه والإرشاد النفسي
 - الاشتراك مع غيره من الأخصائيين في وضع خطط علاجية وتنفيذها.
 - القيام بالبحوث المختلفة. (عطية محمود هنا، 1976: 49)
 - المظاهر العيادية للعلاج النفسي:
- تتمثل المظاهر العيادية للعلاج النفسي بمختلف أطرها النظرية فيما يلي:
- أ- المناخ العلاجي: وذلك بإعداد المكان والزمان المناسبين للعلاج.
 - ب- العلاقة العلاجية: حيث من الضروري أن تتسم هذه العلاقة بالثقة المتبادلة والشعور بالأمن والأمل كما تتضمن التفاعل والتواصل بين العلاج والعميل.

ت-**التداعي الحر**: هو إطلاق العنان للأفكار والخواطر والاتجاهات والصراعات والرغبات والمشاعر في تلقائية دون قيد أو شرط مهما بدت تافهة أو محرجة أو مؤلمة أو معينة وإخراج هذه المكبوتات من اللاشعور إلى حيز الشعور حتى يمكن التعامل معها.

ث-**التنفيس الانفعالي**: هو تطهير وتفريغ الشحنات النفسية الانفعالية وفي هذه الحالة يجب على المعالج شرح وتفسير الانفعالات النفسية للعميل وكيفية التخلص من آثارها السلوكية الضارة.

ج-**التفسير**: هو إعطاء معنى للمعلومات التي جمعت وإيضاح ما ليس واضحاً وإفهام ما ليس مفهوماً وإعادة بناء خبرات المريض ويتضمن ذلك تفسير الأعراض ويتناول العلاقة العلاجية بين المعالج والعميل وأسباب الاضطراب وأعراضه ونماذج من سلوك العميل ومن عوامل نجاح التفسير: الوضوح، التدرج، الشمولية، الدقة، الإقناع.

ح-**الاستبصار**: هو فهم ومعرفة مصدر المشكلة والاضطراب لدى العميل والتعرف على نواحي قوته وضعفه وكشف جوانب شخصيته وقدرته على التحكم في سلوكه وفهمه لذاته جيداً.

خ-**التعلم**: يكتسب العميل سلوكه المرضي عن طريق مروره بخبرات نفسية شخصية واجتماعية وانفعالية آتية ويمكن علاج هذا عن طريق المحاولة بـ (الخطأ) أو (صواباً) أي الأسلوب الشرطي في التعلم ولهذا تعتبر عملية العلاج النفسي عملية التعلم وتغيير السلوك نتيجة للخبرة والممارسة.

د-**تعديل السلوك**: وهذا يتضمن محو تعلم السلوك خاطئ غير السوي وإطفائه وتعديله إلى السلوك الأفضل والسوي.

ذ-**تغيير الشخصية**: ويتناول البناء الوظيفي والدينامي للشخصية بهدف تحقيق النمو السليم والتكامل والتوازن والنضج، كما يلاحظ أن تغيير شخصية العميل أمر خطير يحتاج إلى الخبرة ويقتصر إجراءه على المعالجين النفسانيين المتخصصين ذوي المؤهلات والكفاءة العلمية في العلاج النفسي.

ر- **التقييم:** الهدف من عملية التقييم هو الوصول إلى تعديل كفي وليس كمي لعملية العلاج وهناك وسائل وطرق عديدة للتقييم منها: التقارير الذاتية- مقاييس التقدير واختبارات التشخيص النفسي، ملاحظة السلوك.

ز- **الإنهاء:** عندما يتم تتبع عملية العلاج في ضوء أهدافها الفرد بقدرته على الاستقلالية والثقة بالنفس والقدرة على حل مشكلاته وقدرته على تحقيق توافقه النفسي الاجتماعي والانفعالي والمهني مستحيا يجب إنهاء العملية العلاجية.

س- **المتابعة:** يقصد بها تتبع محكي يقوم ويحسن الحالة العميل الذي تم علاجه لأنه قد يحتاج مزيد من المساعدة والتشجيع من الوقت لآخر وقد يحدث له الانتكاس ولكي تتم عملية المتابعة يجب على العميل ترك عنوانه ورفع هاتفه إن أمكن ذلك. (جلال محمد سوى، 2000: 83-95)

- العلاج النفسي وأساليبه:

تمهيد:

يعمل العلاج النفسي على معالجة الاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية التي يعاني منها بعض الأفراد والتي تحول دون توافهم السليم في الحياة والتمتع بالصحة النفسية كما يهتم بتفسير طبيعة الأعراض للتخلص منها ومعرفة الأسباب لإزالة آثارها وتشجيع استقلالية المريض وعمل على تحقيق شفاؤه من مرضه النفسي.

تعريف العلاج النفسي:

العلاج النفسي نوع من العلاج المتخصص تستخدم فيه طرق وأساليب نفسية لعلاج المشكلات وإزالة أعراض وشفاؤه من المرض ونمو الشخصية وتحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق النفسي والتمتع بالصحة النفسية. (بلال محمد سوى، 2000: 83)

- أساليب العلاج النفسي:

تتعدد المناهج وأساليب العلاج وهذا بتنوع الاضطرابات النفسية ويوجد حاليا ما يزيد عن 400 تقنية متعددة للعلاج النفسي.

1- العلاج النفسي التحليلي:

والذي يعود لمؤسسه "سيغموند فرويد" والذي يستهدف الكشف عن أعماق الاضطراب أو المرض النفسي للفرد ع طريق أسلوب التداعي الحر والذي يهدف لفهم وتفسير السلوك بواسطة الاستبصار بالواقع.

2- العلاج السلوكي المعرفي:

يعتبر هذا العلاج فعال للعديد من الاضطرابات النفسية حيث يعتمد على تقنيات منها حركة العينين، واكتشفت هذه الطريقة بالصدفة من طرف (shapira) سنة 1889 وتقتضي هذه الأخيرة بأن يطلب الفاحص من المفحوص بأن يركز بعينه على حركة السبابة عند المعالج. هذه الحركات تتجه يمينا وشمالا وتدور مقابل الوجه على مسافة 30,35 سم. (حامد عبد السلوى زهران، 1997: 37)

3- العلاج الاجتماعي:

هو عبارة عن التعامل مع البيئة الاجتماعية وتعديلها أو تغييرها أو ضبطها أو نقلها إما مؤقتا أو بصفة دائمة من البيئة الاجتماعية التي أدت إلى الاضطراب النفسي إلى بيئة أخرى بما يتيح ويحقق التوافق النفسي والمنتشود بمعنى إدماج الحالة في نشاطات اجتماعية وجماعية تدريجيا حتى تتدرب على الأخذ والعطاء وتتاح لها فرصة التفاعل الاجتماعي وتنمية شخصيتها.

4- العلاج السلوكي:

يشير مصطلح العلاج السلوكي إلى أسلوب علاجي يستخدم مبادئ وقوانين ونظريات التعلم في العلاج النفسي حيث تستند هذه النظريات إلى ما قدمه (بافلوف) أو (واطسون) في التعلم الشرطي

الكلاسيكي بالإضافة إلى نظريات (هيل) و (سكينز) في التعزيز والعقاب ويفسر العلاج السلوكي محاولة لحل مشكلات سلوكية بأسرع ما يمكن وذلك بضبط وتعديل السلوك المضي المتمثل في الأعراض وتنمية السلوك الإرادي السوي لدى الفرد. (جلال يسري، 2000: 134)

5- العلاج النفسي الاجتماعي:

هو علاج عدد من حالات الذين يستحسن أن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا في جماعات صغيرة حيث يستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد أي ما يقوم به أفراد الجماعة من تفاعل وتأثير متبادل بين بعضهم البعض وبينهم وبين معالج أو أكثر مما يؤدي إلى تغيير سلوكهم المضطرب وتعديل نظرتهم للحياة في نشاطات اجتماعية وجماعية تدريجيا حتى تتدرب على الأخذ والعطاء وتتاح لها فرصة التفاعل الايجابي وتنمية شخصيتها مما ينمي الشخصية الاجتماعية.

6- العلاج بالاسترخاء:

الاسترخاء حالة عضوية يتميز بالتقليل من التقلص العضلي الذي يرتبط بحالة نفسية معينة وقد استعمل كعلاج في الطب بهدف ارتخاء العضلات يراد به هدف معين. (نفس المصدر)

خلاصة:

مما سبق التطرق إليه في التكفل النفسي بداية بمراحله وأهدافه ومظاهره عيادية وأساليبه علاجية مختلفة نجد أن التكفل النفسي يعمل على تعديل السلوك سواء من النواحي المعرفية السلوكية أو الاجتماعية النفسية أو التحليلية النفسية من أجل أن يصبح الفرد (المسن) متوافق نفسيا واجتماعيا مع ذاته وبيئته.

الفصل الثالث

مرحلة الشيخوخة

- تمهيد
- تعاريف المسنين من منظور الباحثين
- نظريات مفسرة للمسنين
- السمات النفسية للمسنين
- مشكلات المسنين
- خلاصة

- تمهيد:

تعتبر مرحلة الشيخوخة من أرحج مراحل العمر فهي المرحلة النهائية من حياة الفرد ونظرا لأهمية هذه المرحلة درسها علماء النفس والحاجات التي تتطلبها المرحلة والمشكلات التي تواجه المسنين من الجوانب النفسية والجسمية والعقلية .

1- تعريف الشيخوخة:

أ- لغة:

شاخ الإنسان - شيخا وشيخوخة (الشيخ) من أدرك الشيخوخة وهي غالبا عند الخمسين وهو فوق الكهل ودون الهرم وهو ذو المكانة من علم وفضل أن رئاسة يقولون أسن الشياخة يعني منصب الشيخ وموضع ممارسة سلطة ويقال هرم الرجل هرما أي بلغ أقصى الكبر. (عبد اللطيف محمد

خليفة، 1991: 10)

ب- اصطلاحا:

تعرف الشيخوخة بأنها العطب الذي يميز كبير المسن وهو ما يميز المرحلة الأخيرة من حياة الإنسان يجعله يتميز بمظاهر وسمات واضحة ومميزة. (أسعد يوسف، 1977: 08)

1- تعريف المسنين من منظور الباحثين:

1. "فوزي منير حسين" (1983:233): أنه من المفيد من الناحية العلمية دراسة المسنين باستخدام

العمر الزمني والذي يعطي مؤشر للعمر بالنسبة للقدرة الأدائية.

2. ويعرف مجمع اللغة العربية (1990: 300): مفهوم كبار السن أو الشيخوخة (شاخ الإنسان

شياخا) ومن أدرك الشيخوخة غالبا عند الخمسين وهو فوق الكهل ودون الهرم وهو ذو المكانة من

علم وفضل أو رئاسة.

3. ويعرفها "أب الخيل راشد محمد" (1991: 8): بأنها تدهور تدريجي للكائنات الحية الناضجة كنتيجة لمرور الزمن وتحدث بناء على تغيرات لا يمكن ردها وهي أساسية لأفراد الجنس البشري كله فيصبحون بمرور الزمن غير قادرين على التكيف مع الضغوط البيئية.
4. من الناحية الإحصائية: اختارت لجنة جراء منظمة الصحة العالمية (1972) السن الخامسة والستين باعتبار هذا السن يتفق مع سن التقاعد في معظم البلدان.
5. وعل هذا يتفق الكثيرون على تعريف الشيخوخة بأنها مرحلة العمر التي تبدأ فيها الوظائف الحيوية والعقلية في تدهور بصورة أكثر وضوحا مما كانت عليه في الفترات السابقة من العمر.
6. يوجد اتفاق شبه عام على سن ستين كبداية للشيخوخة وهذا اصطلاح اتفق عليه الباحثون للشيخوخة كظاهرة صحية واجتماعية ويمكن تقسيم الشيخوخة إلى مرحلتين.

أ- مرحلة مبكرة (60-75 سنة)

ب- مرحلة متأخرة (75 إلى نهاية العمر) (قناوي هدى محمد، 1987: 4)

- تعريف مريم الأشقر (2005: 3): المسن هو من له ضعف الجسم المطرد في وقاية ذاته مع الزيادة المتصاعدة لعمليات الهدم الذاتي ويكون ناتجا عن عجز الجهاز المناعي وضعف آلية تضمين التلف ويؤدي ذلك إلى تغيرات جسمية وبيولوجية ونفسية.
- ويعرف عاطف الأغا (د.ت: 107-109): أن المسن هو من دخل طور الكبر مع التسليم بما هو متعارف عليه بأن هذا الطور يبدأ من سن الستين ويمكن تصنيف المسنين وفقا لما يلي:
- أ- من حيث العمر: يمكن تقسيم المسنين وفقا للعمر كما يلي:
- الكهل: هو من كان في سن (60-75) ولازال يسهم في مجالات الحياة المختلفة بحيوية ونشاط.
- الشيخ: وهو من كان في سن (85-85) والذي ضعفت مساهمته وغالبا ما يلزم بيته.
- الهرم: وهو من كان فوق (85) فأكثر وازداد وهنا وغالبا ما يلزم فراشه

- **المعمر:** وهو من كان بلغ سن المائة فأكثر ولازال إما في كهولة أو شيخوخة ممتدة
- **ب-من حيث القدرة على الحركة:** يمكن تقسيم هذه المرحلة إلى الفئات التالية:
 - **المتحرك النشط:** وهو الذي لا يزال في حالة صحية تسمح له بالتحرك خارج نطاق البيت والإسهام في مختلف مجالات الحياة.
 - **الضعيف الملازم لبيته:** وهو الذي لا تساعده حالته الصحية إلا على التحرك داخل بيته لقضاء حاجاته اليومية ويحتاج للمساعدة في بعض الأحيان.
 - **الوهن الملازم لفرشه:** وهو الذي أضعفه المرض أو أقعده إلى الدرجة التي أصبح فيها واهنا لا يقدر على شيء.
- **ت-من حيث العمل:** يمكن تقسيم هذه المرحلة إلى ما يلي:
 - **المتقاعد:** وهو الذي كان يعمل بالمؤسسات الخاصة أو الحكومية وبلغ سن التقاعد التي نصت عليها التشريعات للتقاعد.
 - **العامل لحسابه:** وهو المهني (طبيب- محام...الخ) أو الحرفي (سباك- كهربائي- نجار...الخ) الذي لا يتقيد بسن معينة للتقاعد وإنما يظل يعمل حتى تمنعه صحته المتدهورة من الاستمرار في العمل.
 - **الأجير الحر:** وهو العامل اليومي الذي يعمل لدى الغير ولا يرتبط مع صاحب عمل بعينه ويستمر كذلك حتى يصيبه الوهن.
 - **صاحب الأملاك:** والذي لا يزال عملا بعينه وإنما لديه أملاك يعيش على ربحها.
- **ث-من حيث الوضع الأسري:** يمكن تقسيم هذه المرحلة إلى ما يلي:
 - المتزوج ومعه أولاد
 - المتزوج وليس معه أولاد
 - المتزوج وليس له أولاد
 - الأرملة ومعه أولاد

- الأرملة وليس معه أولاد - الأعراب ويعيش مع قريب له

- الأعراب ويعيش وحيدا

يرى أتشلي (Atchely-1970) أن الشيخوخة مرحلة طبيعية من مراحل الحياة لا يمكن أن نتفادها والشيخوخة لا تعني الزيادة في العمر وإنما تشمل على تغيرات جسمية- نفسية- اجتماعية- ويرى مختصون في الطب أن الشيخوخة من منظور النمو هي جزء طبيعي من دورة الحياة بما فيها من خبرات السنوات المبكرة من العمر بالإضافة إلى أوضاع الحياة الحالية وتشكيل السلوك في السنوات الأخيرة.

II ما هي المسنين:

يستخدم مفهوم الشيخوخة من خلال عدة أبعاد: البعد الزمني والبعد النفسي والبعد الاجتماعي والبع الفيزيولوجي وذلك على النحو التالي:

1- الشيخوخة من الناحية الزمنية: يقصد بالشيخوخة وفقا لهذا المنظور: المرحلة العمرية التي تمتد

من سن الستين أو الخامسة والستين وحتى نهاية العمر ويمكن تقسيم تلك الفترة إلى مرحلتين

أ- المرحلة الأولى: وتسمى مرحلة الشيخوخة المبكرة (60-75)

ب- المرحلة الثانية: تسمى مرحلة الهرم من (75 حتى نهاية العمر)

2- الشيخوخة من الناحية النفسية:

ينظر إلى الشيخوخة من الناحية النفسية على أنها حالة من الاضمحلال تعتري إمكانات التوافق

النفسي والاجتماعي للفرد فتقل قوته على استغلال إمكاناته الجسمية والعقلية والنفسية في مواجهة

ضغوط الحياة لدرجة لا يمكن معها الوفاء الكامل بالمطالب البيئية أو تحقيق قدر مناسب من الأشياء

لحاجاته المختلفة.

3- الشيخوخة من الناحية الاجتماعية:

ينظر إلى الشيخوخة من الناحية الاجتماعية على أنها حالة من هجر العلاقات الاجتماعية والأدوار التي تطابق مرحلة الرشد التي يتم فيها قبول العلاقات الاجتماعية والأدوار التي تطابق السنوات المتأخرة من مرحلة الرشد.

4- الشيخوخة من الناحية البيولوجية:

تشير الدراسات الطبية إلى أن الشيخوخة من الناحية البيولوجية عبارة عن نمط شائع من الاضمحلال الجسمي في البناء والوظيفة يحدث بتقدم السن لدى الكائن الحي بعد اكتمال النضج وهذه التغيرات المسايرة لتقدم السن تعتري كل الأجهزة الفيزيولوجية والعضوية والحركية والدورية والهضمية والتناسلية والفردية والعصبية والفكرية. (هدى محمد قناوي، 1987:17)

III النظريات المفسرة للمسنين:

تمهيد: اهتمت دراسات التي أجريت على المسنين بالتعرف على خصائص البيولوجية- الفيزيولوجية والاجتماعية والنفسية لشخصية المسن ومعرفة ما طرأ عليها من التغيرات والاضمحلال كنتيجة لتقدم العمر وذلك من إيجاد الطرق العلمية لمساعدتهم حتى يمروا بتلك المرحلة بسلام النفسي والاجتماعي ولذا ظهرت نظريات حاولت تفسير الشيخوخة بكل جوانبها الايجابية والسلبية سواء ما هو قديم أو حديث وهي على النحو التالي:

1- نظرية النشاط : ظهرت هذه النظرية عام (1953) من خلال كتابات "هافيغورست"

« Havighurst » وترى هذه النظرية أن التوافق لدى المسنين يقوم على مدى نشاطهم واحتفاظهم بأكبر قدر من النشاط لأطول فترة ممكنة وبذلك يكون عليهم مواصلة نشاطهم في كل حياتهم وإصرار على مقاومة الانكماش وتقليص في المجال الاجتماعي وذلك بتكوين حركات جديدة والاندماج في أنشطة اجتماعية أخرى (عادل محمد محمود العدل، 2001: 26)

2- **نظرية الانسحاب:** ظهرت هذه النظرية عام (1961) من طرف (كمنج.هنري) وتقتض هذه النظرية أن عملية التقدم في السن متوازي زمنيا مع تضاؤل المسن مما قد يؤدي إلى انسحابه من المجتمع وما يرتبط بذلك من الإقلال التدريجي لتفاعله مع المحيطين به في الوسط الاجتماعي ويكون ذلك استعدادا للانسحاب النهائي للمسن من الحياة كلها سواء بالمرض أو الوفاة. (محمود رفعت عبد الباسط، 2001: 246)

3- **نظرية الشخصية:** تؤكد هذه النظرية على أن الأفراد ذوي الشخصيات المتكاملة يمكنهم الأداء بشكل أفضل وذلك لأن لديهم درجة مرتفعة من القرارات المعرفية والأنا الدفاعية ودرجة عالية من تحكم في الذات والمرونة والنضج والخبرة ومقابل ذلك يوجد الأفراد ذوي الشخصيات غير المتكاملة وهم الأفراد الذين لديهم اضطرابات في الوظائف السيكولوجية ويفتقدون القدرة على التحكم في انفعالاتهم ويرى البعض أن هؤلاء الأشخاص الذين تتسم شخصياتهم بالتكامل ليس بالضرورة أن يكونوا متكاملين اجتماعيا مع ذلك لديهم درجة عالية من الرضا عن الحياة. (خليفة عبد اللطيف محمد، 1997: 38)

4- **نظرية بيولوجية:** يرى أصحاب هذه النظرية عن عمليات هدم وتحلل تؤدي بالكائن العضوي إلى التدهور على نحو أسرع وبشكل لا يسمح للميكانيزمات البناء بالعمل وهذا التدهور يؤدي إلى نقص القدرة على التكيف وبالتالي ضعف القدرة على المقاومة والبقاء بالطبع فإن الفرد لا يموت بسبب الشيخوخة ولكنه احتمال موته في هذه المرحلة يكون لسببين: المرض أو فشل عضو من أعضاء الجسم في العمل كالقلب- المخ(الكلى- الجهاز الدوري أو التنفسي). (أبو حطب وصادق أمال، 1999: 519)

5- **نظرية فلوود (flood):** تعتمد نظريته على المعرفة الموجودة لمفاهيم الشيخوخة والنظريات غير المتخصصة بالرعاية على ما سبق كنتيجة للشيخوخة وحدد أبعاد نظريته كالتالي:

أ- آليات الأداء: استخدام الشخص للوعي والاختيار كاستجابة تكيفية للتدهور الفيزيولوجي والجسمي مع العجز الوظيفي المترتب على ما سبق كنتيجة للشيخوخة.

ب-العوامل النفسية الداخلية (الاستبطانية): هي السمات الفطرية والدائمة لشخصية الفرد والتي يمكن أن تفرز أو تعيق قدرة الفرد على التكيف مع التغيير في نهاية العمر والقدرة على حل المشكلات.

ت-الروحانية: وتعني الآراء الشخصية والسلوكيات التي تعبر عن الإحساس بالارتباط بشيء ما أكثر من الارتباط بالنفس- المشاعر- الأفكار- الخبرات- السلوكيات التي تنشأ من البحث عن الكمال.

ث-التحول الفكري: ويعني التحول فيما وراء المنظور من منظور مادي وعقلاني إلى منظور ناضج ووجودي الذي يصاحب مرحلة الشيخوخة. (12: flood,2005)

6- نظرية التوافق (أتشلي): يرى أن عملية التوافق تقوم على عنصرين أساسيين هما: التسوية الداخلية- التفاوض والتفاهم بين الأشخاص وتعني التسوية الداخلية إعادة النظر في معايير اتخاذ القرار أما التفاوض بين الأشخاص فيتم في مناقشة الأهداف والطموحات مع الآخرين الذين يتعامل معهم وفي وجود هذين العنصرين يمكن أن يغير الفرد أهدافه حسب المرحلة العمرية التي يمر بها وهذا يتطلب من المسن التكيف مع الأدوار الجديدة حتى يشعر بالرضا والتفاعل الإيجابي مع الآخرين وإذا لم يستطع تغيير أهدافه وطموحاته فإنه يشعر بعدم الرضا مع تفاعل سلبي مع الآخرين. (خليفة عبد اللطيف، 1998: 37-40)

7- نظرية الشيخوخة من المنظور الإسلامي: (عبد العال، 1995: 62)

هناك فروق جوهرية لا يمكن تجاهلها بين النظرة المادية الحسية الموجودة للمسنين وبين نظرة أهل الإسلام المتبصرة له المرحلة وعلى سبيل المثال فإن "ابن الجوزي" سبق العلماء النفسانيين

المعاصرين في تحديد الأعراض العامة لبعض الأمراض النفسية مثل: بعض أعراض التي قد تسيطر على بعض المسنين تقترب من أعراض المرض النفسي البارانونيا ويعمل ابن الجوزي ذلك: ميل المسنين إلى الوحدة واعتزال الحياة والنساء وربما تكون لديهم اعتقادات خاطئة تسيطر عليهم مثل: أن يعتقد المسن أن الناس يتربصون به ويكون له فيجعله يشك فيمن حوله.

- الخصائص والتغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة:

1- التغيرات البيولوجية:

1. **تغيرات في الدورة الدموية للقلب:** فالقلب بالذات يتعرض أثناء الحياة لمجهود كبير وبالتالي فعند

تقدم السن يصبح القلب أكثر الأعضاء تعرضا للضمور كما تقل قدرة القلب على الضخ.

2. **تغيرات في المظهر:** يتغير المظهر الخارجي للجلد تغيرا كبيرا ذلك أن الغدد التي تخلص الجسم

من عوادم يقل مفعولها فيجف الجلد ويفقد مرونته ونعومته ونضارته وتقل نسبة المعادن في عظام

الأسنان لذا تصبح أكثر هشاشة وسهلة الكسر كما تضعف قدرة الإنسان على الحركة.

3. **تغيرات في الجهاز النفسي:** تقل حركة الصدر بسبب الأنسجة الليفية التي تتكون في جدار الرئة

وغللاف الصدر.

4. **تغيرات في التغذية والجهاز الهضمي:** فتسوس الأسنان وفقدانها وضعف عضلات الفك تقضي

على متعة الأكل للمسن وتغير من نوعية الوجبات كما أن ضعف إفراز الغدد وضعف عضلات

الأمعاء تؤدي إلى شكاوى المسن من الهضم وتقل لديه حاسة الشم والتذوق.

5. **تغيرات في القدرة على التكيف:** إن تعرض المسن أثناء حياته لضغوط عديدة تجعله يصاب

بالإجهاد ولذلك فإنه من الناحية البيولوجية هو أكثر عرضة للتأثر بضغوط الحياة.

6. **تغيرات في الجهاز العصبي:** يصاب الجهاز العصبي بالضعف نتيجة انخفاض كمية الدم المغذية

للخلايا العصبية والتي تحل محلها أنسجة تؤدي إلى فقدان الذاكرة والتوتر وضعف قدرة المسن

على التكيف للمواقف الحياتية، كما توجد تغيرات في حواس أخرى، فالنظر يضعف بسبب تراكم خلايا ميتة على عدسة العين وتقل قدرة على تمييز الألوان و تقل حاسة السمع. (الأشول عادل

عزالدين، 1998: 661-664)

2- التغيرات الاجتماعية: ترتبط العلاقات الاجتماعية التي ينخرط فيها المسن بناحيتين أساسين:

الناحية الأولى التكوين النفسي الداخلي للمسن والناحية الثانية الظروف الاجتماعية المحيطة بالمسن والإطار الاجتماعي الذي يتدرج فيه ويتعرض المسنون لكثير من التغيرات تلتها تمس حياتهم الاجتماعية وتؤثر على توافقهم النفسي والاجتماعي.

مثل: التغيرات التي تطرأ على المسن من الناحية الزوجية والأسرية ومخالطتهم للأصدقاء ومدى

رضاهم عن أنفسهم ومشاركتهم الاجتماعية. (سليمان عبد الرحمن سيد، 1997: 42)

3- التغيرات الاقتصادية: يتعرض المسنون لبعض التغيرات الاقتصادية التي يكون لها تأثير كبير

على توافقهم إذ أن إحدى الإحباطات الرئيسية لهم تتمثل في فقدان العمل مما يفقدهم الإحساس بالمشاركة والنفعة كما يفقد شخصيته المهنية فالعمل له وظيفة ومعنى وأكثر من كونه مصدرا للدخل لدى المسنين فهو يمثل لديهم استهلاك للوقت والطاقة ومنع الملل ويجلب لهم الاعتراف

والاحترام من جانب الآخرين. (عبد السلام علي، 1992: 81)

4- التغيرات النفسية: من الظواهر النفسية الأكثر شيوعا لدى المسنين ظاهرة الوهن النفسي، إذ يحس

المسن بأنه محطم النفس حائر العزيمة وأنه ليس جديرا بمجابهة الحياة والواقع أن الشعور بالضالة النفسية والعجز عن مغالبة الصعاب وعن تقديم الاستجابات المناسبة للمواقف والصعوبات مما يجعل الفرد يشعر باليأس والقنوط ويدفع به إلى الانطواء الداخلي أو التوقع النفسي العقلي.

(أسعد يوسف ميخائيل، 2000: 109)

IV السمات النفسية للمسنين:

بالرغم من وجود فروق فردية واسعة بين الأفراد الواقعين تحت السن الواحدة إلا أن هناك سمات مشتركة يتقاسمها المسن مع الآخرين في نفس سنه ومن بينها ما يلي:

1- الحساسية الزائدة:

يسحب المسن كثير من وجدانه من الموضوعات الخارجية ومن الاهتمامات الاجتماعية ويوجهها نحو ذاته، حتى أننا نجد الكثير من الفلاسفة والأدباء عندما يتقد بهم العمر يؤلفون الكتب التي تور حول ذواتهم حيث يلقي الوجدان حول الذات بمعنى آخر تصبح الذات مركزا لاهتمام الشخص وبؤرة أساسية لاهتمامه بل لحبه وكرهه. (محمد سيد فهمي، 1999: 92)

2- الوحدة النفسية: يمكن تحديد مجموعة من الأسباب التي تؤدي بالمسن إلى الشعور بالوحدة والآلام النفسية وهي كالتالي:

- الحالة النفسية للمسن بسبب تقدم السن وتدهور الحالة الصحية وضعف الحواس مثل حاستي (البصر -السمع)
- سوء الظروف السكنية
- العزلة الاجتماعية والشعور بعدم حاجة لمخالطة الآخرين وما ينتج عن ذلك من اضطرابات نفسية. (محمد محمد نجيب عبد الفتاح، 2006: 27)

3- نمط الحياة الروتينية: اهتمت دراسة دبرجيرو وآخرون بالتعرف على الأداء النمطي لدى المسنين وارتباطه بالقابلية لإصابة باضطرابات السيكولوجية وخلصت إلى الارتباط ما بين الأداء النمطي الروتيني لحياة كبار السن والإصابة بدرجات متفاوتة من الاكتئاب- القلق- المشاكل الإدراكية .

(Bergua et al,1998 :990-206)

كما يشير "بيثاني" Bethany : إلى أن التقاعد عن العمل له آثار نفسية مثل فقرات التكيف والخلل في الدعم المادي والعلاقات الاجتماعية والموت في نهاية المطاف. (Bethany,2005 : 7)

4- إضافة إلى هذا أشار العديد من الباحثين مثل:

{ سالم محمد الصليحي، 1997: 31-39 } { الخوري جورج توما، 1988: 171-177 }

{ عبد السلام علي، 1992: 87 } { عيسوي عبد الرحمن محمد، 1971: 141 }

{ الأشول عادل عز الدين، 1998: 669 } { زهران حامد عبد السلام، 1980: 471-472 }

{ حكيمة عبد اللطيف محمد، 1997: 144-246 } { عبد الباقي سلوى محمد، 1980: 49 }

إلى مشكلات المسنين على النحو التالي:

أ- مشكلات صحية: ترتبط بالضعف الجسمي العام وضعف الحواس وتصلب الشرايين والضعف الجنسي.

ب- مشكلات عقلية: يأتي على رأسها ضعف الذاكرة والنسيان حتى كبار العلماء نجد أن ضعف الذاكرة تخونهم وينسون الكثير من الحقائق العلمية مما يضعهم في مواقف حرجة وقد يصل إلى ذهان الشيخوخة أو خبل الشيخوخة .

ت- مشكلات اجتماعية: منها ضيق المجال الاجتماعي حتى يكاد يقتصر على جماعة رفاق السن من أفراد الجيل من الشيوخ الذين يتناقصون يوماً بعد يوم بالوفاة حتى يصل الحال بالشيخ إلى حالة الانطواء والكسل الاجتماعي.

ث- الوحدة: يعيش الشيخ الذي لم يتزوج أو الذي ليس له ذرية أو الذي ماتت زوجته أو الذي تفرق أولاده وأحفاده وحيداً في عزلة قاسية وكأنه يعيش داخل زنزانته ويخشى الموت دون أن يدري به أحد.

ج- **المشكلات الانفعالية:** يعتري فئة المسنين العديد من الانفعالات السلبية مثل التشاؤم والقلق على ما تبقى من العمر والخوف من المرض ومن الوحدة والعزلة وقد يصاب بالاكنتاب، توقع المرض وتظهر بعض المشكلات العاطفية المتعلقة بضعف الطاقة الجنسية أو التثبت بها والجري وراء المقويات الجنسية.

5- **المشكلات العزوبية الاختيارية:** قد تموت الزوجة ويظل الزوج أرملًا أو قد يموت الزوج وتظل الزوجة أرملة ولا يستطيع أي منهما في الأغلب الزواج من جديد إما لنقص القوى اللازمة جسمياً و فيزيولوجياً ونفسياً وإنما لعدم إقبال طرف آخر على زواج قصير العمر وهنا تكون العزوبية إجبارية وقد تطول حتى الممات.

6- **عدم التكيف مع التقاعد:** يعانون المسنون من مشكلة مرتبطة بالتكيف مع التقاعد عن العمل مع بداية الستينات من أعمارهم يواجه المسنون مشكلة التقاعد ويؤدي هذا إلى مشكلات تؤثر على حياتهم بدرجات متفاوتة أهمها ما يتعلق بالتكيف مع فترات الوظيفة وما يخلقه من مظاهر سلبية في الجوانب النفسية -الاقتصادية- الاجتماعية للمسن.

V - مشكلات المسن:

يمر المسنون بالعديد من التغيرات التي تطرأ على حياتهم، عضوية- نفسية- اجتماعية، مما يسبب لهم عدة مشاكل ومن بينها ما يلي:

1- **المشكلات البدنية:** تتمثل المشكلات البدنية في ضعف الوظائف الجسمية نتيجة الشيخوخة إلا أنه من غير المعروف متى تبدأ هذه المشكلات ويرى بعض العلماء أنها عند سن الستين حيث يبدأ الإنسان في الإحساس بضعف قدراته الجسمية حيث تظهر على المسن البالغ من العمر ثمانين عاماً الضعف وتدهور في الجوانب الجسمانية والبدنية وهذا انعكاس لنقص مستمر في قدرة الجسم على مقومة المؤثرات الخارجية ويمكن إرجاع هذا النقص في الجسم إلى زيادة التفاعلات

الكيميائية الهدامة عن التفاعلات الكيميائية البناءة وفي كل عضو من أعضاء الجسم وتنتج هذه

التغيرات عدة مشاكل جسمية. (عبد المعطي حسن مصطفى، 2005: 17)

2- **المشكلات النفسية:** تلعب الحياة دورا كبيرا في تشكيل شخصية الفرد فلا يشترك اثنان في تجربة

واحدة لأن هذه التجارب تجعل من عملية الشيخوخة أمرا صعبا عند بعض الناس أكثر من غيرهم

ويرى ("براوو" Barrow ، 1986: 25) أن بعض الحالات النفسية التي تبدو ناتجة عن عملية

الشيخوخة قد تتميز بالفحص الدقيق لها مجرد حالات مرتبطة بالشيخوخة وأشار أيضا إلى أن

المسنين يعانون من في معظم الأحيان من مشاكل عاطفية ذات منشأ نفسي وتسمى الاضطرابات

الوظيفية مثل: الاضطراب الانطوائي والاضطرابات العاطفية (الاكتئاب -الوسواس القهري)

3- **المشكلات الاجتماعية:** إن معظم المشكلات التي تحدث لكبار السن تكون نتيجة متغيرات حتمية

يواجهها المسنون في المجتمع بالشيخوخة الناجحة تعتمد على الاحتفاظ بقدر مناسب من التكيف

في أداء أدوار الاجتماعية والعلاقة الطيبة مع مجتمعهم عند بلوغ سن الشيخوخة وغالبا ما يمتد

بهم العمر فمن العوامل التي تسهم في الحياة اليومية والحالة الاقتصادية الجيدة ومن الطبيعي أن

يلعب الأفراد أدوار نشطة في المجتمع مما يساعد على الحفاظ على مكانتهم كأعضاء لهم قيمتهم

الوظيفية وذا غير وارد فيها يتعلق بكبار السن. (أبا الخيل راشد محمد، 1991: 46)

4- **المشكلات المعرفية:** أشار كشماني (Cushman ، 2000 : 13-15) إلى وجود آثار للقلق

والاكتئاب على الناحية المعرفية للشخص فهناك معتقد سائد أن وجدانية الفرد تؤثر على قدرته

المعرفية وأن كبار السن المكتئبين غالبا ما يشكون من مشكلات في الذاكرة والانتباه والتركيز

وسعة الذاكرة المتوفرة لأداء المهام.

فالقلق بنشط نوعين متنافسين من العمليات أولها: سوف يضعف القلق أداء الذاكرة لأن يوقف مسبقا بعض مساحة المتوفرة في الذاكرة العاملة وثانيها: أن متطلبات المهمة تسبب زيادة في النوع والذي يحسن الأداء عن طريق سعة الإدراك.

الخلاصة:

من خلال ما تم التطرق إليه من تعاريف لمرحلة الشيخوخة ونظريات المفسرة لها والمشكلات التي تواجه هذه الفئة والسمات النفسية لها نستخلص أن الشيخوخة ليست مجرد مرحلة عمرية بيولوجية فقط ولكن هذه المرحلة لها تأثيرات وباضطرابات على المسن سواء من الجانب النفسي أو الاجتماعي أو العلائقي أي سواء علاقة ما بينه وما بين نفسه أو علاقة مع الآخرين وعن طريق هذا التفاعل يكون على المسن إما التوافق أو الاضطراب النفسي.

الفصل الرابع

دور العجزة

- تمهيد
- تعريف دار العجزة
- مهار دار العجزة
- رعاية الدولة للمسنين
- رعاية المسنين على المستوى الوطني
- دور رعاية المسنين
- أنواع دار العجزة
- أساليب رعاية المسنين

تمهيد:

لقد أصبحت مكانة المسن متدهورة عكس ما كانت عليه من قبل فكان هو السيد في الأسرة إلا أن هذه المكانة بدأت تقدر نوع من قيمتها في المجتمعات العامة والمجتمع الجزائري خاصة الذي بعض أفرادهم يضعون آباءهم في دور العجزة وهذا ما سبب لهذه الفئة الحرمان والشعور بالذنب والعزلة واضطرابات جسمية ونفسية حادة.

1- تعريف دار المسنين:

يمكن تعريف دار المسنين بأنها مؤسسة يتم إنشاؤها بجهود الحكومات المحلية أو المنظمات القطاع الأهلي بهدف تأمين حصول المسنين الذين تم التخلي عنهم باختلاف أجناسهم على العناية اللازمة التي تضمن لهم حياة كريمة كالدعم النفسي والمجتمعي والرعاية الصحية الجسدية.

2- مهام دار المسنين:

- تلبية الحاجات الأساسية وتضم كافة احتياجات كبار السن كالمسكن، الملابس، المأكل
- تقوية الأواصر الأسرية والعلاقات الاجتماعية حيث تحاول طواقم العاملة في دور المسنين تعزيز الروابط الوجدانية بين المسن وعائلته وتشجيعه على الانخراط مع بقية النزلاء
- القيام بأنشطة ترفيهية: ثقافية كالأنشطة الدينية التي تدخل البهجة إلى قلب المسن
- توفير الرعاية الصحية الملائمة وتشمل توفير العلاجات والخدمات الطبية التي تحسن صحة

المسن النفسية الجسدية على حد سواء. (كمال يوسف بلان، 2009: 07)

3- رعاية الدولة للمسنين:

- توفير الرعاية الصحية من خلال الفحص الطبي والدوري للكشف عن أي مشكلات صحية مع تحديد نوعية وكميات الغذاء اللازم حسب حالتهم الصحية مع وضع برنامج يومي لمواعيد الاستيقاظ والنظافة الشخصية والاهتمام بأوقات تناول وجبات الطعام. (سليم أبو عوض،

(2008: 142)

4- رعاية المسنين على المستوى الوطني:

تتدخل العديد من الإدارات الوزارية لصالح الشخص المسن نذكر منها: وزارة التضامن والأسرة وقضايا المرأة، وزارة الصحة والسكان حيث يشير آخر الإحصاء للشعب الجزائري سنة 2008 إلى بروز ظاهرة الشيخوخة فقد بين هذا الإحصاء إلى تضاعف الأشخاص المسنين ممن تعدى منهم الستين عاما ثلاث مرات ما بين (1966-2008) كما وصلت الحماية الاجتماعية التي يحظى بها الشخص المسن في الجزائر وبالأخص حقه في منحة التقاعد إلى نسبة 52,3%. (مزهورة شكنون،

(2004: 04)

5- دور رعاية المسنين:

إن رعاية المسنين واجب إنساني في كل مجتمعات من خلال تقديم أقصى ما تستطيع من تقديمه من خدمات للكبار الذين أفنوا حياتهم في سبيل تقديم أفضل ما يستطيعون تقديمه لمجتمعاتهم، إن المساعدات التي تقدم للمسنين قد تكاثرت في العديد من الدول العالم وسمي مجال مساعدة المسنين (بالشيخوخة الاجتماعية) (كامل علوان الزبيدي، 2009: 53)

6- أنواع دور الرعاية:

هناك تقسيمات عدة ومسميات كذلك في إسكان المسنين ورغم أن هذه الدور لم تعد ملجأ إلا أنها تمثل مجموعة من مراكز فيما يلي أنواع المراكز التي يهتم بها المسنون:

1- المنازل الخاصة:

إن الطبقة الغنية من المسنين والتي تملك وسائل الترفيه والخدمة فهم يبقون في المحافظة على هذه التقاليد على عكس الفقراء لا يتمكنون من تأدية ذلك

2- العائلة والأقارب:

ربما أن السكن مع أحد الأولاد والبنات في المجتمعات الغربية نادرة إلا أنها في مجتمعنا لازالت موجودة وصلة الرحم لازالت قوية

3- جمعيات ونوادي قرى المسنين:

تقوم هذه الجمعيات بتقديم وسائل الترفيه والثقافة بالإضافة إلى إتاحة الفرصة للمسنين لممارسة بعض هواياتهم والأنشطة وتقدم نوادي المسنين خدمات مثل:

برامج دينية- تعليمية- مهنية- اجتماعية- نفسية، وتتعد جمعيات نوادي المسنين من البرامج الداعمة لهم حيث يجتمع أعضاء النادي بغرض أنهم من أعمار متقاربة فينجمون بتبادل الأحاديث وي طرحون المشكلات ويستمعون لبعضهم البعض بالإضافة إلى التجارب والخبرات التي مرت بهم وهي فرصة للتفريغ الانفعالي.

4- دور الإقامة الكاملة للمسنين (الدور أو المؤسسات الإيوائية)

قد أطلق على هذه الدور مسميات عديدة منها (ملاجئ العجزة- بيوت المسنين- دور الإحسان- مؤسسات الوفاء... الخ) وتوفر هذه الدور الخدمات التالية: الإقامة الكاملة (المأكل- المسكن- المشرب) كما توفر مشرفين ملازمين للمسنين لديهم خبرة لازمة للتعامل مع هذه الفئة.

5- بيوت التمريض:

يتم تصميم وتشغيل بيوت التمريض عادة للمسنين الذين يحتاجون للمساعدة اليومية رغم أن كثيرا من بيوت التمريض تخط بين الخدمات لمن يقررون الاهتمام بأنفسهم والآخرين من المرضى، وتكاد

تقتصر على المسنين الذين لا يقدرّون على مواجهة مشاكل الحياة اليومية نظرا لمعوقات عقلية-بدنية- أو انخفاض الدخل. (نفس المصدر)

6- أساليب رعاية المسنين:

- الرعاية الصحية لهم بحيث أن مشكلات الصحة أهم ما يؤرق كبار السن وذلك بعدم الكسل في المتابعة الدورية سواء في المستشفيات العمومية أم الخاصة
- الإرشاد والتوجيه النفسي لكبار السن وذلك حتى يتقبلوا أنفسهم بصورتهم الجديدة بعد ترك العمل وشعورهم بالفراغ وممارسة نشاطات جديدة تقلل الإحساس بالفراغ لديهم .
- محاولة استغلال خبرات ومهارات بعض المسنين الذين لا يزالون قادرين على الميول مما يساعدهم على الإحساس وشغل وقت فراغهم والإشباع النفسي.
- إنشاء نواد خاصة بالمسنين يمارسون فيها هواياتهم المفيدة ويقدم لهم برامج ونشاطات مثمرة تناسبهم لأنهم متقاربين في السن والميولات والاتجاهات والاهتمامات .
- استغلال المناسبات السعيدة ومشاركتهم فيها وأخذ آرائهم خاصة في الأعياد وشهر رمضان المبارك لأن لديهم ذكريات في هذا الشهر لا يجب تركهم بل فتح لهم آفاق جديدة نحو التفاؤل وتقبل الحياة (كامل علوان الزبيدي، 2009: 52)

خلاصة:

نظرا للضغوط التي تتعرض لها الأسرة الجزائرية في حياتها اليومية نتيجة لتغيرات في القيم والمفاهيم لدى الكبير الحالي الذي يبحث عن الاستقلالية والفردانية برزت ظاهرة جديدة في السنوات الأخيرة وهي وضع الأبناء لأبائهم في دور العجزة.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

منهجية البحث أدواته وإجراءاته

- تمهيد

1- المنهج العيادي

2- دراسة الحالة

3- المقابلة العيادية

4- الملاحظة العيادية

5- فحص الهيئة العقلية

6- مقياس الصحة النفسية

7- مكان إجراء دراسة ميدانية

8- مواصفات الحالات العيادية

- تمهيد:

المنهجية هي الطريقة المتبعة من قبل الباحث للوصول إلى حقيقة حتى يتسنى له الكشف عن ظاهرة المراد دراستها ومن ثم الفصل فيها وبهذا يستمد البحث العلمية قوامه من المنهجية التي يتبعها الباحث فالدراسات العلمية لا تعتمد على ملاحظة الظواهر وحسب بل تلجأ لأساليب علمية تتسم بالدقة والموضوعية.

1- المنهج العيادي:

يؤكد العالمان "سان بيرغ" و "تايلر" في كتابهما "علم النفس الإكلينيكي" أن المنهج الإكلينيكي في جوهره عملية تستخدم للوصول إلى قرار وتكوين نموذج ملائم لتشخيص موضوع الدراسة وهذا المنهج يتمثل في دراسة الحالة (عبد الرحمن عيسوي، 1997: 15)

2- دراسة الحالة :

هي أسلوب لتجميع المعلومات التي يتم جمعها عن طريق المقابلة، الملاحظة، التقارير الذاتية أي أنها المجال الذي يمكن الأخصائي النفسي من جمع أكبر وأدق من المعلومات التي بواسطتها يتمكن من إصدار وكم دقيق على الحالة (جمال مرسي، 1990: 76)

وتضمن دراسة الحالة جمع المعلومات التالية:

أ- معلومات وبيانات أولية عن العميل تتعلق باسمه وعنوانه- تاريخ ميلاده- جنسه حالته الاجتماعية- إخوته- مهنته- الشكوى التي يعاني منها- مستوى تعليم والديه.

ب-معلومات عن الحالة الجسمية والصحية للعميل ويتضمن ذلك معرفة الأمراض التي يعاني منها والحوادث التي تعرض لها- العاهات والتشوهات- المظهر الجسمي والفحوصات الطبية التي أجريت له.

ت-معلومات خاصة بالتاريخ التعليمي للعميل، معلومات عن تاريخ النمو، معلومات عن الحالة العقلية والانفعالية للعميل، معلومات اجتماعية وتتضمن جمع معلومات عن الأسرة وحجمها - تركيبها- أسلوب المعاملة الوالدية الصادرة اتجاهه. (طه حسين، 2008: 135)

3-المقابلة العيادية:

هي عبارة عن طريق الاستماع تسمح لنا بجمع أكبر من المعلومات الشخصية، العائلية، والاجتماعية للحالة كما تعتبر قاعدة أساسية في علم النفس العيادي، فالمقابلة العيادية عبارة عن محادثة بين الفاحص والمفحوص تحدث خلالها مبادلات والتي يتعين على الأخصائي النفسي أن يضبط استجابات ديناميكية وجها لوجه بينه وبين الحالة في جو نفسي آمن تسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين. (حامد عبد السلام زهران، 1973: 50)

أنواعها:

أ- **المقابلة الحرة:** نترك فيها حرية الكلام للمفحوص في حين لا يتكلم الأخصائي إلا قليلا وهذا الأسلوب أكثر ارتياحا من الأسئلة المباشرة وهو يتطلب صبورا ووقتا للوصول إلى المعلومات المهمة.

ب-**المقابل نصف الموجهة:** هذا النوع من المقابلات يتم فيها تدخل الفاحص من حين لآخر تاركا للمفحوص الوقت الكافي لسرد أفكاره مما يسمح للفاحص أن يرى كيف يتدخل بين مجال أقوال المفحوص أي بين العقل والعاطفة.

ت-**المقابلة الموجهة:** يوجه فيها الأخصائي الأسئلة مباشرة ومحددة وهي تقد معلومات كثيرة ولكنها قد تخلق المفحوص وتدفعه إلى أن يكون حذر وغير مرتاح.(نفس المصدر)

4- الملاحظة العيادية:

تعتبر وسيلة هامة للبحوث النفسية والأخصائي النفسي يقوم بملاحظة استجابات الشخص في وحدتها الكلية وتفصيلاتها الدقيقة وذلك في موقف افحص فغالبا ما يتكلم المفحوص باليدين شكل أكثر صراحة وعمقا إلى جانب التفصيلات التي تتيح غالبا فهم الحالات الحقيقية للسلوك الكلي فالاندفاع الجزئي مثلا: ربما يكون مجرد تكوين عكسي لخلج عميق يحاول المفحوص أن يكسره.

(حسن مصطفى عبد المعطي، 1998: 143)

أنواعها:

أ- الملاحظة المباشرة:

حيث يقوم الباحث بملاحظة سلوك معين من خلال اتصاله مباشرة بالأشخاص أو الأشياء التي يريد دراستها.

ب- الملاحظة غير المباشرة:

حيث يتصل الباحث بالسجلات والتقارير والمذكرات التي أعدها الآخرون. (نفس المصدر)

5- فحص الهيئة العقلية:

يرتكز هذا الفحص على الملاحظة المباشرة للاستجابات السلوكية التلقائية اللفظية والحركية كما يمكن الحصول على المعلومات الأساسية من المحيط كما يحصل الفاحص على المعلومات الأساسية إما عند طرح الفاحص لمشكلته أو عند إعطائه للتفسيرات أو التوضيحات التي يراها مهمة ويعتمد على النقاط التالية خلال فحص الهيئة العقلية:

أ- السلوك العام: المظهر - اللباس - النظافة - التعبير - السلوك العام خلال الحديث - السلوك خلال

الفحص - الإنقطاعات في الحديث - تغيرات السلوك الحركية - مؤشرات القلق (كالارتجاف) -

الاضطراب الحركي - التنفس السريع - الاستثارة - الاستجابات الحركية غير المراقبة.

ب-النشاط العقلي: الإنتاجية التلقائية (الكمية) الإيجابية ، التكرار الآلي، شرود الذهن.

ت-المزاج والعاطفة: الاستجابات العاطفية للشخص خلال المقابلة، الاكتئاب، القلق، البلادة، تضخم

الأنا، الإحساس بالذنب، أفكار تعكس احتقار الذات، نزعة الانتحار.

ث-محتوى الأفكار: محتوى التعبير التلقائية في إجابات، انشغالات تدمير الذات، العدوانية الموجهة

نحو الآخرين، شكاوى توهم المرض، أفكار العظمة والاضطهاد

ج-القدرة العقلية: التوجه الزماني والمكاني، الانتباه، الذاكرة الحديثة والبعيدة، الحساب، القراءة،

الكتابة، الفهم المعرف العامة، الذكاء

ح-الاستبصار والحكم: القدرة على التكيف بوضع علاقة بين إمكانية المفحوص على استيعاب

مشكلته والظروف التي ساهمت في ظهور المشكل، مدى درجة استيعابه للسلوكيات المتكررة،

مميزات شخصيته، أسلوب مقاومة المرض، المشكل، مراقبة الاندفاعية، المخططات السابقة

لمواجهة المشكل هل كانت ناجحة ولتفريغ الحكم نطرح الأسئلة التالية:

- ماذا تفعل إذا كنت أول من اكتشف وجود النار في قاعة السينما؟

- ماذا تفعل إذا وضعت في مدينة لا تعرفها؟

7- التشخيص:

يجب أن يأخذ متسعا من الوقت كي لا يترك أي مجال للشك في التشخيص المتوصل إليه.

9- الملخص:

يضم العناصر المهمة في التاريخ الحال، سلوكها، الآليات الدفاعية المستعملة، التشخيص الخارجي.

(الزهراء جعدوني، 2006: 90)

1- تعريف مقياس الصحة النفسية:

" دسيدني كراون- و كرسب"

تم بناء هذا المقياس نتيجة الحاجة الماسة والملحة للعثور على تقنية ذات كفاءة عالية لدراسة المرض النفسي والعصابي، حيث ظهرت هذه الحاجة من خلال البحث العيادي والممارسة العيادية ومن خلال البحوث وقد استخلص الباحثان (سيدني كراون- كرسب) سنة 1996 سلسلة من مقاييس الفرعية استنادا إلى الخبرة الإكلينيكية التي تهدف إلى التعرف السريع والثابت على الاضطرابات العصابية والانفعالية .

يتكون المقياس من 48 سؤال ويتضمن (06) مقاييس فرعية ويتكون كل مقياس فرعي من (08) أسئلة وهي كالتالي:

- مقياس القلق: الأسئلة التي تحمل الأرقام (1، 7، 13، 19، 25، 31، 37، 43)
- مقياس الفوبيا: الأسئلة التي تحمل الأرقام (2، 8، 14، 20، 26، 32، 38، 44)
- مقياس الوسواس: الأسئلة التي تحمل الأرقام (3، 9، 15، 21، 27، 33، 39، 45)
- مقياس القلق الجسمي: الأسئلة التي تحمل الأرقام (4، 10، 16، 22)
- مقياس الاكتئاب: الأسئلة التي تحمل الأرقام (5، 11، 17، 23)
- مقياس الهستيريا: الأسئلة التي تحمل الأرقام (6، 12، 18، 24، 30، 36، 42، 48)

يستعمل هذا المقياس كأداة البحث مع الأشخاص الذين يعانون من الأعراض البدنية أو اضطرابات الشخصية والأمراض السيكو عصبية والهدف منه هو توفير تقديرات كمية لتشخيص الأمراض السيكو عصبية (سامية شويل، 1994: 64-65)

2- الخصائص السيكومترية للمقياس:

استنار المقياس عدد كبير من الدراسات التي أجريت على عينة وصل عددها حوالي 09 آلاف من الأشخاص حيث أجريت عدة دراسات لاختبار فائدة وصلاحية المقياس لأغراض البحث والممارسة مثل دراسات "الدرمان- كراون، كرسب، هاويل" وخلصت جميع هذه البحوث عموماً على أن المقياس يعتبر أداة في البحث الأكاديمي وفي الدراسة العيادية ويمكن الاستفادة من المقياس بطريقتين سواء في البحث أو الممارسة العيادية وهما:

- التعامل مع المقياس ككل بجميع مقاييسه الفرعية للوصول إلى بروفييل كامل للصحة النفسية
 - التعامل مع كل مقياس فرعي على انفراد للوصول للتشخيص المحدد لكل الاضطرابات
- الستة(06) التي يتكون منها المقياس (سامية شويعل، 1994: 65)

3- صدق المقياس:

قامت المترجمة أمل معروف بعرض البنود بعد الترجمة على لجنة التحكيم التي تتكون من ثلاثة أساتذة في علم النفس وثلاثة أساتذة في اللغة الإنجليزية بجامعة بغداد وكان هناك اتفاق كبير بينهم على دقة الترجمة من الإنجليزية إلى العربية من جديد للتأكد من التماثل في المعنى مع البنود الأصلية للاختبار.

4- طريقة التطبيق:

يمكن تطبيق المقاييس بطريقة فردية أو جماعية أما في بحثنا فقمنا بتطبيقها بطريقة فردية بمقابلة كل حالة على حدى وقمنا بشرح بنود الاختبار وقراءة وشرح الأسئلة والمفردات إذا استدعى الأمر ذلك.

5- طريقة التصحيح:

يعتمد التصحيح على سلم تنقيط متدرج حيث يتكون من نقطتين في بعض الأسئلة وهي تمتد من

(1-0) حيث تشير الدرجة (0) إلى عدم وجود العرض وتشير الدرجة (1) إلى وجود العرض.

ويتكون في أسئلة أخرى من ثلاثة (03) نقاط تمتد من (2-0) حيث تشير الدرجة (0) إلى عدم

وجود العرض والدرجة (01) إلى وجود العرض في بعض الأحيان والدرجة (02) تشير إلى وجود

العرض دائماً.

- فالأسئلة التي يتم تنقيطها بين (0-1) عدد (27) وهي تحمل الأرقام التالية (1-3-5-6-9-

10-12-17-18-19-21-22-24-26-27-31-32-33-34-36-37-38-40-

42-47-48)

- أما بالنسبة للأسئلة التي يتم تنقيطها بين (2-0) فعددها (21) وهي تحمل الأرقام التالية (46-

45-44-43-41-39-35-30-29-28-25-20-16-15-14-13-11-8-7-4-2)

- يتم جمع الدرجات التي يتحصل عليها المفحوص في كل مقياس فرعي على انفراد أو على

المقياس بجمع درجات مقاييسه الفرعية وكلما ارتفعت الدرجة الكلية في المقياس كن ذلك مؤشر

لوجود الاضطرابات في الصحة النفسية والعكس صحيح، حيث يشير انخفاض الدرجات في كل

مقياس فرعي يشير إلى وجود اضطراب في مجال هذا المقياس في حين يشير انخفاضها إلى

عدم وجود الاضطراب (نفس المصدر)

6- تفسير نتائج المقياس وتحليلها:

في الدراسة الميدانية مع المقياس ككل تؤخذ درجة (34,5) كقيمة تمثل وسيط للصحة النفسية حيث تدل الدرجات الأقل من (34,5) على أن الصحة النفسية عادية في حين تدل الدرجات الأكبر من (34,5) على وجود اضطراب في الصحة النفسية. (نفس المصدر).

7- مكان إجراء الدراسة الميدانية:

06 شارع الإخوة بوشاقور

مركز الاستقبال العجزة والمعوزين (تكنة شعبان) بلاطو- وهران

8- مواصفات الحالات العيادية:

هي عينة مقصودة حيث أخذنا حالتين مختلفتين من المركز الاستقبال العجزة والمعوزين

1. الحالة الأولى "ذكر" 66 سنة "أعزب"

2. الحالة الثانية "أنثى" 65 سنة "مطلقة"

الفصل السادس

عرض الحالات العيادية

1- التقرير السيكولوجي للحالة (01)

2- التقرير السيكولوجي للحالة (02)

عرض الحالات العيادية

1- التقرير السيكولوجي للحالة الأولى:

الاسم: ع

اللقب: ع

السن: 66 سنة

تاريخ الدخول للمركز: 20. 01. 2016

الحالة المدنية: أعزب

مكان الإقامة: متشرد « SDF »

- التاريخ النفسي الاجتماعي:

الحالة (ع.ع) تقول أن ولادتها كانت جد طبيعية ومشت وتكلمت في الوقت المناسب والعادي كما أنها ترعرعت في الأسرة متكونة من الأم-الأب المتوفى والأخ الأصغر منها حيث كانت تسود داخل أسرتها الجو من عدم تفاهم وتناسق فيما بينها وعند سؤالنا الحالة عن السبب فأجابت أن الأم هي التي كانت السبب في ذلك من خلال الأعمال التي كانت تقوم بها على سبيل المثال: التفريق بينه وبين أخيه الأصغر عند وضع الطعام على الطاولة وطريقة تقديمه له تختلف عن أخيه الأصغر وهذا ولد له الإحباط وسبب له العزلة حيث كان يحسب أنه غير مرغوب فيه وربما يكون الولد غير الشرعي خاصة عندما كانت تقول الوالدة للحالة اذهب إلى أقاربك في كل مناسبة وعند سؤالنا عن السبب لذلك يقول الحالة أن والدته كانت تستقبل الغرباء من الرجال وهذا ما حير كثيرا في نفسه وسبب اضطرابات نفسية خاصة أنه كان في مرحلة المراهقة وتكمل الحالة أنها عند بلوغها سن 19 سنة أدت الخدمة الوطنية في بشار ومنذ ذلك الوقت لم يرجع للبيت وأصبح يعيش حياة التشرد فتنقل إلى كل من تندوف -العاصمة- بجاية- عنابة- لعدة سنوات متتالية وعند سؤالنا الحالة عن حالته

المدنية والاجتماعية والاقتصادية فأجاب أنه لم يتزوج لعدم وجود إمكانيات لذلك وأنه لم يعمل أبدا وليس له الدخل أو منحة التقاعد، وعند سؤالنا الحالة هل قام بزيارة بيته منذ ذلك الوقت فأجاب بنعم سنة 1996 وهنا علم بوفاة والدته وأن أخاه الأصغر أخذ البيت وقال له لا ترجع إلى هذا البيت أبدا لأن الأبناء والزوجة لا يعرفونك وليس لك أي حق في هذا البيت وعند سؤالنا الحالة كيف جاء إلى هذا المركز فأجاب أن الشرطة هي من أحضرته من الشارع وأنه تقبل العيش في هذا المركز الذي يتوفر على كل ظروف من الطيب- أخصائي نفساني- المأكل- المشرب- على عكس الشارع الذي يوجد به كل مخاطر ومشاكل وفي الأخير عند سؤالنا الحالة هل يلوم أحدا على الوضعية التي هو فيها الآن فأجاب بالعكس فهو يلوم نفسه لأنه ضيع كل هذه السنوات بدون مستقبل لا من حيث تكوين الأسرة أو منحة التقاعد تكفيه شر الحياة ومتاعبها.

- فحص الهيئة العقلية : "الحالة الأولى"

- السلوك العام: الحالة (ع.ع) من حيث المظهر والملبس والنظافة والبصر خلال الحديث جد عادية وطبيعية

- النشاط العقلي: الحالة لها إنتاجية تلقائية طبيعية من حيث الإجابة والذاكرة

- محتوى الأفكار : تدمير الذات

- القدرة العقلية: التوجه المكاني والزمني والانتباه والذاكرة الحديثة والبعيدة جيدة

- الاستبصار والتحكم: الحالة مستوعبة لوضعها ومشكلتها وللظروف التي ساهمت في ظهورها

نتائج مقياس الصحة النفسية للحالة الأولى:

الرقم	العبرة	درجة (0)	درجة (01)	درجة (02)
01	الصداع المستمر		*	
02	النرفزة والارتعاش			*
03	حدوث أفكار سيئة		*	
04	الدوخان مع الاصفرار			*

		*	فقدان الرغبة أو الاهتمام الجنسي	05
	*		الرغبة في انتقاد الآخرين	06
*			الاعتقاد بأن الآخرين يسيطرون على أفكاري	07
*			أعتقد أن الآخرين مسئولون عن مشكلتي	08
	*		الصعوبة في ترك الأشياء	09
	*		الانزعاج بسبب الإهمال وعدم النظافة	10
*			يسهل استشارتي بسهولة	11
	*		الألم في الصدر والقلب	12
	*		الخوف من الأماكن العامة والشوارع	13
	*		الشعور بالبطء وفقدان الطاقة	14
*			تراودني أفكار للتخلص من الحياة	15
	*		أسمع الأصوات لا يسمعها آخرون	16
		*	أشعر بالارتجاف	17
		*	عدم الثقة في الآخرين	18
		*	فقدان الشهية	19
		*	البكاء بسهولة	20
	*		الخجل وصعوبة التعامل مع الآخرين	21
		*	أشعر أنني مقبوض أو ممسوك أو مكبل	22
	*		الخوف فجأة وبدون سبب محدد	23
	*		عدم القدرة على التحكم في الغضب	24
	*		أخاف أن أخرج من البيت	25
	*		نقد الذات لعمل بعض الأشياء	26
		*	الألم في أسفل الظهر	27
	*		أشعر على أن الأمور لا تسير على ما يرام	28
	*		أشعر بالوحدة	29
	*		أشعر بالحزن والاكتئاب	30
	*		الانزعاج من الأشياء بشكل كبير	31
	*		فقدان الأهمية للأشياء	32
		*	أشعر بالخوف	33
		*	أشعر بأنه يسهل إيدائي	34
	*		إطلاع الآخرين على أفكاري الخاصة بسهولة	35
	*		أشعر أن الآخرين لا يفهمونني	36
	*		أشعر أن الآخرين غير ودودين	37
		*	أعمل الأشياء ببطء شديد	38
		*	زيادة ضربات القلب	39
	*		ينتابني غثيان واضطرابات في المعدة	40

41	مقارنة بالآخرين أشعر أنني أقل منهم	*	
42	عضلاتي تتشنج		*
43	أشعر أنني مراقب من الآخرين	*	
44	صعوبة النوم	*	
45	فحص ما أقوم به عدة مرات		*
46	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات		*
47	الخوف من السفر		*
48	أشعر بالوحدة عندما أكون مع الناس.	*	

تفسير نتائج مقياس الصحة النفسية للحالة الأولى:

بعد تطبيق المقياس تحصلت الحالة على الدرجة 39 وهي تدل حسب تحليل المقياس إلى وجود اضطراب في الصحة النفسية وهذا ما أكدته نتائج المقابلات العيادية النصف موجهة حيث لاحظنا أن الحالة تميل إلى العزلة وعدم الاختلاط بالنزلاء الآخرين.

حيث كانت إجابته على مقياس القلق في الاختبار تدل على وجود درجة مرتفعة من القلق وهذا ما تبينه إجابته على البند السابع بأن الآخرين يسيطرون على أفكاره وهذا ما يزيد من قلقه.

وفيما يخص مقياس الفوبيا فقد وجدنا إشارات تدل على إمكانية وجود الفوبيا الاجتماعية حيث أن إجابته على البند الثامن الذي يقول بأن أعتقد أن الآخرين مسئولون عن مشكلتي وهذا ما يدفعه إلى العزلة.

أما مقياس الوسواس والقلق الجسمي فلم نجد في استجاباته إشارات تدل على وجودهما.

أما مقياس الاكتئاب فهو موجود بدرجات مرتفعة فقد أجاب على جميع بنوده بالدرجات المرتفعة وفي الأخير مقياس الهستيريا التي كانت غائبة كليا.

حوصلة عن الحالة الأولى:

استنادا على معطيات المقابلة العيادية النصف موجهة يبدو أن المفحوص يعاني من اضطرابات في صحته النفسية وهذا ما بينته نتائج اختبار مقياس الصحة النفسية في جميع بنوده.

2- التقرير السيكولوجي للحالة الثانية:

الاسم: ف

اللقب: ب

السن : 65 سنة

تاريخ دخول المركز: 19 جويلية 2018

الحالة المدنية: مطلقة

مكان الإقامة: حي تريقو (وهران)

- التاريخ النفسي والاجتماعي:

الحالة (ف-ب) تقول أن ولادتها كانت طبيعية غير أنها لم تتكلم إلى في حدود ثلاث سنوات فهي عاشت في الأسرة متكونة من الأب- الأم- الأخ- الأخت في البيت العائلي في الحي (تريقو) حيث كان يسود الجو من الود و الرحمة داخل الأسرة لكن بمجرد الوفاة الوالدين تغير كل شيء وبدأت مشاكل بظهور فالأخ الأكبر أراد بيع البيت العائلي وطردني أنا وأختي للشارع لكننا أصررنا على البقاء فيه مهما كلفنا الثمن، وتكمل الحالة أن أختها تزوجت وذهبت للعيش في غليزان وبعد 03 سنوات هي كذلك تزوجت للمرة الأولى من الرجل لم تتجب منه بل مات 04 أطفال في أحشائها من ثم طلقها، ثم تزوجت للمرة الثانية من الرجل الآخر لمدة 36 سنة بالفاتحة ثم بالعقد الشرعي وأنجبت منه ولدان الأول مات والآخر عاش ثم طلقها وطردها من البيت وعند سؤالنا الحالة أين ذهبت بعد ذلك فأجابت عند أخيها في بيتهم العائلي بـ (تريقو) لكنها لم تلبث فيه كثيرا بسبب المشاكل والشجار الذي كان يحدث بينها وبين زوجة أخيها وعند سؤالنا الحالة لماذا لم تذهب إلى بيت ولدها فأجابت بالرفض لأن البيت ليس ملكه بل ملك زوجته، وعن كيفية مجيئها للمركز فأجابت الحالة أنها هي بنفسها من ذهبت إلى الشرطة لكي تأخذها إلى المركز فهي سئمت من المشاكل -الشجارات وعند

سؤالنا عن ظروف العيش داخل المركز أجابت الحالة أن كل الظروف متوفرة من الأكل - الشرب - العلاج - التكفل النفسي - فهذا لا ينقصها أي شيء بل بالعكس فهي تقوم بالمساعدة والتنظيف داخل المركز للحد أن مدير المركز عرض عليها العمل مقابل المنحة لما رأى منها الحيوية والنشاط وعند سؤالنا الحالة عن وضعيتها الاقتصادية فأجابت أنها عملت مدة (06 سنوات) كعاملة نظافة ثم - عامين) الخياطة وتضيف أن لديها منحة الأب المتوفى المقدرة بـ (15000 دج) تكفيها للعيش بالكفاف.

وفي الأخير عند سؤالنا عن مستقبلها فأجابت الحالة أنها جد متفائلة خاصة أنها ربما قد تحصل على السكن الاجتماعي في أقرب الأجل وبالتالي تودع الحياة داخل المركز العجزة والمعوزين.

فحص الهيئة العقلية "الحالة الثانية"

- السلوك العام: الحالة (ب-ف) من حيث المظهر والملبس والنظافة والعبير خلال المقابلة جد حسن وممتازة
- النشاط العقلي: الحالة لها إنتاجية التلقائية جد رائعة مع الثقة في الإجابات خلال المقابلة
- المزاج والعاطفة: القلق والتوتر عند حديث عن وضعها مع بكاء متقطع
- محتوى الأفكار: تلقائية في إجابات مع وجود العدوانية الموجهة نحو الآخرين (زوجة الأخ)
- القدرة العقلية: التوجه المكاني والزمني والانتباه والذاكرة الحديثة والبعيدة جد ممتازة
- الاستبصار والتحكم: الحالة مستوعبة وراضية بوضعيتها ومشكلتها مع وجود لديها الأمل والإصرار على تجاوزها.

نتائج مقياس الصحة النفسية للحالة الثانية:

الرقم	العبرة	درجة (0)	درجة (01)	درجة (02)
01	الصداع المستمر	*		
02	النرفزة والارتعاش			*
03	حدوث أفكار سيئة	*		
04	الدوخان مع الاصفرار	*		
05	فقدان الرغبة أو الاهتمام الجنسي			*
06	الرغبة في انتقاد الآخرين	*		
07	الاعتقاد بأن الآخرين يسيطرون على أفكارني	*		
08	أعتقد أن الآخرين مسئولون عن مشكلتي	*		
09	الصعوبة في ترك الأشياء	*		
10	الانزعاج بسبب الإهمال وعدم النظافة		*	
11	يسهل استشارتي بسهولة			*
12	الألم في الصدر والقلب	*		
13	الخوف من الأماكن العامة والشوارع	*		
14	الشعور بالبطء وفقدان الطاقة	*		
15	تراودني أفكار للتخلص من الحياة	*		
16	أسمع الأصوات لا يسمعا آخرون	*		
17	أشعر بالارتجاف		*	
18	عدم الثقة في الآخرين	*		
19	فقدان الشهية		*	
20	البكاء بسهولة			*
21	الخجل وصعوبة التعامل مع الآخرين	*		
22	أشعر أنني مقبوض أو ممسوك أو مكبل		*	
23	الخوف فجأة وبدون سبب محدد	*		
24	عدم القدرة على التحكم في الغضب	*		
25	أخاف أن أخرج من البيت	*		
26	نقد الذات لعمل بعض الأشياء		*	
27	الألم في أسفل الظهر		*	
28	أشعر على أن الأمور لا تسير على ما يرام	*		
29	أشعر بالوحدة	*		
30	أشعر بالحزن والاكتئاب	*		
31	الانزعاج من الأشياء بشكل كبير	*		
32	فقدان الأهمية للأشياء	*		
33	أشعر بالخوف	*		

34	أشعر بأنه يسهل إيذائي	*	
35	إطلاع الآخرين على أفكاري الخاصة بسهولة	*	
36	أشعر أن الآخرين لا يفهمونني	*	
37	أشعر أن الآخرين غير ودودين	*	
38	أعمل الأشياء ببطء شديد	*	
39	زيادة ضربات القلب	*	
40	ينتابني غثيان واضطرابات في المعدة	*	
41	مقارنة بالآخرين أشعر أنني أقل منهم	*	
42	عضلاتي تتشنج	*	
43	أشعر أنني مراقب من الآخرين	*	
44	صعوبة النوم	*	
45	فحص ما أقوم به عدة مرات	*	
46	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات	*	
47	الخوف من السفر	*	
48	أشعر بالوحدة عندما أكون مع الناس.	*	

تفسير نتائج مقياس الصحة النفسية للحالة الأولى:

بعد تطبيق المقياس تحصلت الحالة على الدرجة 20 وهي تدل حسب تحليل المقياس إلى عدم وجود اضطراب في الصحة النفسية وهذا ما أكدته نتائج المقابلات العيادية النصف موجهة حيث لاحظنا أن الحالة كثيرة الحركة والنشاط بالإضافة إلى احتكاكها بجميع الموجودين في المركز.

حيث كانت إجاباتها على مقياس القلق في الاختبار تدل على وجود درجة منخفضة من القلق وهذا ما تبينه إجابتها على البند 25 القائل أخاف أن أخرج من البيت بالدرجة 0.

وفيما يخص مقاييس الفوبيا، الوسواس والقلق الجسدي فلم نجد في استجاباته إشارات تدل على وجودهما بدرجات مرتفعة ولكن لا نلغيها فنظرا لسنها فهي تخشى على جسدها.

أما مقياس الاكتئاب فهو غير موجود فقد أجابت على جميع بنوده بالدرجات المنخفضة وفي الأخير مقياس الهستيريا التي كانت غائبة كليا.

حوصلة عن الحالة الثانية:

استنادا على معطيات المقابلة العيادية النصف موجهة يبدو أن المفحوصة لا تعاني من اضطرابات في الصحة النفسية وهذا ما بينته نتائج اختبار مقياس الصحة النفسية في جميع بنوده.

الفصل السابع

عرض النتائج وتفسيرها

- مناقشة النتائج على ضوء فرضيات البحث

- الخاتمة

- الاستنتاج العام

1- مناقشة النتائج على ضوء فرضيات البحث

- عرض ومناقشة الفرضية الأولى:

التي نصها كالآتي: يساهم مركز إدارة العجزة والمعوزين بحي (بلاطو) وهران بالتكفل للمسنين. ومن خلال نتائج المتحصل عليها من خلال المقابلة النصف الموجهة واختبار مقياس الصحة النفسية مع حالتين (ع.ع) ذكر (ب.ف) أنثى توصلنا إلى تحقق الفرضية مع الحالة (ب.ف) أنثى سواء من خلال المقابلة النصف الموجهة أو اختبار الصحة النفسية.

أ- من خلال المقابلة النصف الموجهة كانت حالة (ب.ف) جد متعاونة مع وعيها بحالتها ومشكلاتها لم يمنعها ذلك من الاتصال والاختلاط مع الآخرين مع الحيوية والنشاط اللذان تتمتع بهما الحالة .

ب- من خلال اختبار مقياس الصحة النفسية: تحصلت الحالة (ب.ف) على درجة أقل من (34,5) مما يشير على أن لديها الصحة النفسية عادية.

وعدم تحقق الفرضية جزئيا مع الحالة (ع,ع) ذكر سواء من خلال المقابلة النصف الموجهة أو اختبار مقياس الصحة النفسية .

أ- من خلال المقابلة النصف الموجهة كانت الحالة (ع,ع) متعاون إلى حد كبير مع الوعي والاستبصار بالمشكلة وظروفها غير أننا لاحظنا لديه نوع من الإحباط وعدم الاختلاط بالآخرين وحب العزلة.

ب- من خلال مقياس الصحة النفسية تحصل الحالة (ع,ع) على درجة أكبر من (34,5) مما يشير إلى وجود اضطراب في الصحة النفسية.

- عرض ومناقشة الفرضية الثانية:

التي نصها كالآتي: تعتبر أساليب التكفل النفسي المستخدمة مع المسنين في دور العجزة فعالة. من خلال النتائج المتحصل عليها والمعلومات المتحصل عليها من الأخصائي النفسي توصلنا إلى ما يلي:

أ- من خلال معلومات ومعطيات الأخصائي النفسي الذي أكد على أن الأسلوب العلاجي المستخدم بكثرة في المركز هو دعم ومساندة نفسية ومرافقة نفسية والتي أعطت نتائج مبهرة ومحقة بصفة كبيرة جدا مع نزلاء المركز.

ب- من خلال المقابلة النصف الموجهة مع حالتين (ع.ع) و (ب.ف) والذان أكدا على أن الدعم والمرافقة النفسية اللتان يتلقيانها عند حدوث كل مشكل واضطراب نفسي من طرف أخصائيات نفسيات موجودات بالمركز ساهم بكثير في تحقيق ولو نسبيا التقبل والرضا بحالهما ووجودهما بداخل المركز.

- عرض ومناقشة الفرضية الثالثة:

التي نصها كالآتي: تساهم التقنيات والطرق العلاجية النفسية المستخدمة مع المسنين في ديار العجزة في إحداث توافق نفسي واجتماعي لديهم.

ومن خلال نتائج المتحصل عليها عن طريق المقابلة النصف الموجهة واختبار مقياس الصحة النفسية مع حالتين (ع.ع) و (ب.ف) كانت النتائج كما يلي:

تحقق الفرضية كليا مع حالة (ب.ف) وجزئيا مع الحالة (ع.ع) من خلال: المقابلة النصف الموجهة أكدت كلتا الحالتين على وجود دعم ومساندة نفسية من أخصائي نفسي عند حدوث أي مشكل أو حادث نفسي. ومن خلال اختبار مقياس الصحة النفسية كانت النتائج المتحصل عليها دالة ومبرهنة على فعالية وجدوى العلاج النفسي المتمثل في الدعم والمساندة النفسية والمراقبة النفسية.

الخلاصة:

يحظى موضوع التكفل النفسي بالمسنين ديار العجزة باهتمام واسع لدى الباحثين خاصة في مجال علم النفس لما لهذا الجانب من اثر هام وبارز في الشخصية والاتزان النفسي للمسن ومن هذا المنطلق صيغت الفرضية الرئيسية على الشكل التالي:

- يساهم مركز دار العجزة والمعوزين بـ(بلاطو) بالتكفل النفسي للمسنين مع ثلاثة اشكاليات هي:

ما مدى مساهمة دور العجزة في التكفل النفسي بالمسنين؟

هل أساليب التكفل النفسي المستخدمة مع المسنين في دور العجزة فعالة؟

ما هي التقنيات والطرق العلاجية النفسية المستخدمة مع المسنين في دور العجزة؟ وهل تحدث توافق

نفسى واجتماعي لديهم؟

ولاختبار صحة هذه الإشكاليات لهذا البحث صغنا الفرضيات التالية:

تساهم دور العجزة في التكفل النفسي للمسنين.

تعتبر أساليب التكفل النفسي المستخدمة مع المسنين في دور العجزة فعالة.

تساهم التقنيات والطرق العلاجية النفسية المتمثلة في الدعم والمساندة والمرافقة النفسية المستخدمة مع

المسنين في دور العجزة في التوافق النفسى الاجتماعى لديهم.

وقمنا بإجراء المقابلة النصف الموجهة مع اختبار مقياس الصحة النفسية وكانت النتائج تشير إلى أن

هناك تكفل نفسى بالمسن فى هذه الدار مع استخدام تقنية علاجية متمثلة فى الدعم والمساندة النفسية

وهذا أثبتت فعاليتة الكبيرة لدى هذه الفئة فى ديار العجزة لتتقبل وتتعايش مع وضعها الجديد داخل هذه

الدار . وبذلك تكون فرضية البحث الأولى محققة جزئياً أما الفرضية الثانية محققة فى كلتا الحالتين.

ثالثة الفرضيات محققة بالنسبة للحالتين.

الخاتمة:

في ختام دراستنا هذه الموسومة بواقع التكفل النفسي للمسن بديار العجزة نستنتج أن التكفل بهذه الفئة من كبار السن داخل ديار العجزة يتطلب وجود علاج نفسي فعال ويساهم بقوة في إحداث تغيير هام ودائم في بنية شخصية المسن المتواجد بهذه الديار حتى لا تترك لديه آثار سلبية للغاية لوجوده في هذه الظروف مثل "شعوره بالوحدة، العزلة، القلق".

وهذا ما أكدته دراسة البحث على إبراز أهمية التكفل النفسي للمسنين حتى يندمجوا ويتقبلوا ويتعايشوا مع الوضع والواقع الجديد.

وفي الأخير نؤكد على أن مهما كانت أهمية وفعالية التكفل النفسي بالمسنين في ديار العجزة من طرف الأخصائيين النفسيين إلا أن ذلك لا يعوض أبدا الحزن والدفء العائلي الذي يحس به المسن داخل أسرته.

- اقتراحات وتوصيات:

- ❖ توسعة مركز دار العجزة والمعوزين بـ (بلاطو) وتزويده بكل احتياجات ومتطلبات الضرورية.
- ❖ إنشاء الغرف خاصة لكل نزيل عوض عن حجرات ضيقة وصغيرة.
- ❖ تحسين نوعية الطعام المقدم للمسنين مع تقديمه ساخنا.
- ❖ عدم إيواء نزلاء مصابين بالأمراض العقلية داخل المركز وإرجاعهم للمراكز المخصصة بسيدي الشحمي.
- ❖ إعادة فتح قاعة الحفلات الموجودة داخل المركز من أجل الترفيه والتتفيس للمسنين.
- ❖ العمل على جمع المسنين جماعيا على الأقل مرة كل شهر عوض انتظار مناسبات وطنية ودينية لذلك.
- ❖ اهتمام أكثر بنظافة المركز سواء داخل الغرف أو الساحة للمركز.

المراجع

1- قائمة المراجع باللغة العربية

1. أسعد يوسف ميخائيل (2000): رعاية الشيخوخة، دار غريب للنشر - القاهرة - مصر
2. أبو خاطر وصادق أمال: دراسات سيكولوجية للمسنين - دار وفاء للنشر والتوزيع - القاهرة - مصر
3. أحمد أبو زيد (1976): الشيخوخة في المجتمع الإنساني المتغير - عالم الفكر - إسكندرية - مصر
4. الأشوال عادل عزالدين (1998): علم النفس النمو - مكتبة الأنجلو المصرية - ط2 - القاهرة - مصر
5. الأشقر مريم (2005): معوقات الشيخوخة وكبار السن - مكتبة الآداب للنشر - دمشق - سوريا
6. العدل عادل محمد محمود (2001): فعالية التوافق وإشباع الحاجات النفسية في نقصان الشعور بالاعترا ب إلى المسنين - جامعة حلوان - مصر
7. جمال مرسي (1990): علم النفس العلاجي - عالم الكتب - القاهرة - مصر
8. حامد عبد السلام زهران (1997): الصحة النفسية والعلاج النفسي - عالم الكتب - ط3 - القاهرة - مصر
9. حسن مصطفى عبد المعطي (1998): علم النفس الإكلينيكي - دار القباء للنشر والتوزيع - القاهرة - مصر
10. طه حسين (2008): استراتيجيات تعديل السلوك، دار جامعة جديدة - مصر
11. كامل علوان الزبيدي (2009): علم النفس الشيخوخة - دار الورق للنشر والتوزيع - ط1 - عمان - الأردن

12. لويس كامل مليكة (1997): علم النفس الأكلينيكي - دار الجامعة المصرية - القاهرة - مصر
13. ماجدة السيد عبيد (2000): الإعاقة البصرية للميولن بأذانهم - دار الهناء للنشر والتوزيع - ط1 - عمان - الأردن
14. محمد محمد نجيب عبد الفتاح (2000): اقتصاديات الخدمات الرعاية لمرض الزهايمر - حلوان - مصر
15. محمد سيد فهمي (1995): الرعاية الاجتماعية لكبار السن: دار المعرفة الجامعية - إسكندرية - مصر
16. مزهورة شكنون (2004): المراهقة الاجتماعية للشخص المسن: دار المغرب للنشر والتوزيع - الجزائر
17. سهل كامل أحمد (1999): التوجيه والإرشاد النفسي - دار الإسكندرية للكتاب المصري - مصر
18. سليمان عبد الرحمن (1997): الإرشاد النفسي للمسنين إستراتيجياته وإجراءاته - عين الشمس - مصر
19. سالم محمد المصليحي (1997): المشكلات التربوية للمسنين في مصر - مجلة التربية - مصر
20. سليم أبو عوض (2008): التوافق النفسي للمسنين: دار أسامة للنشر والتوزيع - عمان - الأردن
21. عبد الباقي سلوى محمد (1989): العزلة الاجتماعية عند المسنين وعلاقتها بالاكنتاب - دار الكلية التربوية - عين الشمس - مصر
22. عبد المعطي حسن مصطفى (2005): سيكولوجية المسنين - مكتبة الأنجلو المصرية - القاهرة - مصر
23. عبد اللطيف محمد خليفة (1991): دراسات في سيكولوجية المسنين - مكتبة الأنجلو المصرية - القاهرة - مصر

24. عبد الرحمن العيسوي (1997): منهجية البحث العلمي - دار النمير - دمشق - سوريا
25. فوزي منير حسين (1982): العلوم السلوكية والإنسانية في الطب - مكتبة الأنجلو المصرية - القاهرة - مصر

26. قناوي هدى محمد (1997): سيكولوجية المسنين - دار التنمية البشرية - القاهرة - مصر

2- الرسائل والمذكرات:

27. بن فاضل سعاد (2013): التكفل النفسي بأطفال مجهولي النسب ذوي صعوبات التعلم - مذكرة

مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس تخصص تربية علاجية

28. زمعلاش بن سعيد واري عبد القادر (2011-2012): التكفل النفسي (المعرفي - السلوكي)

لاضطراب التكيف لدى نزلاء مراهقين مبتدئين - مذكرة لنيل شهادة الماجستير - معسكر - الجزائر

29. أبا الخيل راشد محمد (1991): الشبخوخة ومراكز عناية بالمسنين في العالم - رسالة دكتوراه

بوسطن و.م.أ - نموذج مركز اجتماعي صحي للمسنين في (م.ع.س)

30. إيمان الجعوطي (2000) : دراسة سكوباتولوجية بواسطة اختبار الروشاخ و (TAT) - مذكرة

لنيل شهادة الماجستير - معسكر - الجزائر

31. الأغا عاطف (1997): البيئة العاملة لبعض متغيرات الدافعية لعينة مصرية - فلسطينية من

طلاب جامعات - رسالة دكتوراه غير منشورة - جامعة الزخاريف - مصر

32. عبد السلام علي (1992): إبداع المسنين قهرا تحت ضغط الأبناء - رسالة ماجستير - جامعة

إسكندرية - مصر

3- المقالات والمؤتمرات:

❖ كمال يوسف علان (2009): دراسة مقارنة لسمة القلق

- بين المسنين في دور الرعاية أو مع أسرهم

- مقال عن دار رعاية المسنين - القاهرة - مصر

❖ لطفي الشربيني (1996): رحمة المرض النفسي في البيئة العربية - ورقة عمل مقدمة إلى

مؤتمر الجمعية العالمية للصحة النفسية - بيروت - لبنان

4- مواقع انترنت:

❖ سامية شويل: مقياس الصحة النفسية للراشدين مع مفتاح التصحيح

موقع إلكتروني : أكاديمية علم النفس

كاتبة المقال: نادية نانو

الملاحق:

مقياس الصحة النفسية:

الرقم	العبارة	درجة (0)	درجة (01)	درجة (02)
01	الصداع المستمر			
02	النرفزة والارتعاش			
03	حدوث أفكار سيئة			
04	الدوخان مع الاصفرار			
05	فقدان الرغبة أو الاهتمام الجنسي			
06	الرغبة في انتقاد الآخرين			
07	الاعتقاد بأن الآخرين يسيطرون على أفكاره			
08	أعتقد أن الآخرين مسئولون عن مشكلتي			
09	الصعوبة في تكر الأشياء			
10	الانزعاج بسبب الإهمال وعدم النظافة			
11	يسهل استشارتي بسهولة			
12	الألم في الصدر والقلب			
13	الخوف من الأماكن العامة والشوارع			
14	الشعور بالبطء وفقدان الطاقة			
15	تراودني أفكار للتخلص من الحياة			
16	أسمع الأصوات لا يسمعونها آخرون			
17	أشعر بالارتجاف			
18	عدم الثقة في الآخرين			
19	فقدان الشهية			
20	البكاء بسهولة			
21	الخجل وصعوبة التعامل مع الآخرين			
22	أشعر أنني مقبوض أو ممسوك أو مكبل			
23	الخوف فجأة وبدون سبب محدد			
24	عدم القدرة على التحكم في الغضب			
25	أخاف أن أخرج من البيت			
26	نقد الذات لعمل بعض الأشياء			
27	الألم في أسفل الظهر			
28	أشعر على أن الأمور لا تسير على ما يرام			
29	أشعر بالوحدة			
30	أشعر بالحزن والاكتئاب			
31	الانزعاج من الأشياء بشكل كبير			
32	فقدان الأهمية للأشياء			

			أشعر بالخوف	33
			أشعر بأنه يسهل إيدائي	34
			إطلاع الآخرين على أفكارى الخاصة بسهولة	35
			أشعر أن الآخرين لا يفهموننى	36
			أشعر أن الآخرين غير ودودين	37
			أعمل الأشياء ببطء شديد	38
			زيادة ضربات القلب	39
			ينتابنى غثيان واضطرابات فى المعدة	40
			مقارنة بالآخرين أشعر أننى أقل منهم	41
			عضلاتى تتشنج	42
			أشعر أننى مراقب من الآخرين	43
			صعوبة النوم	44
			فحص ما أقوم به عدة مرات	45
			أجد صعوبة فى اتخاذ القرارات	46
			الخوف من السفر	47
			أشعر بالوحدة عندما أكون مع الناس.	48