

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديمقراطية



مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر أكاديمي

ميدان العلوم الاجتماعية

شعبة الديمغرافيا

تخصص التخطيط السكاني

من إعداد الطالبة: العابد إيمان

بعنوان

واقع الرعاية الصحية لكبار السن

دراسة ميدانية لعينة من المسنين بدائرة تقرت فيفري 2018

تاريخ المناقشة: / / 2018

جامعة قاصدي مرباح ورقلة	رئيساً	أستاذ محاضر "ب"	طبعة عمر
جامعة قاصدي مرباح ورقلة	مشرفاً ومقرراً	أستاذ مساعد "أ"	بوزيد بوحفص
جامعة قاصدي مرباح ورقلة	مناقشاً	أستاذ مساعد "أ"	طلباوي حسين

الموسم الجامعي: 2017/2018

شكر وعرقان

الحمد لله والصلاة والسلام على النبي المصطفى

الحمد لله الذي أنار لنا درب العلم والمعرفة

وأعنتني على أداء هذا الواجب ووفقني في انجاز هذا

العمل المتواضع

أتقدم بالشكر الجزيل إلى أستاذي الفاضل "بوزيد

بوحفص" الذي تفضل بالإشراف على هذا البحث فجزاه الله

كل خير وله مني كل التقدير والاحترام، فلم يبخل عليا

بتوجيهاته ونصائحه القيمة التي كانت عوناً لي طوال

فترة إعداد البحث.

كما أتقدم بالشكر إلى أعضاء لجنة المناقشة

الذين تقبلوا واستحملوا عناء قراءتها وتمحصها

ومناقشتها.

كما أشكر كل الأساتذة الذين قدموا لي يد المساعدة

في مذكري واطح بالذكر" شمانى أحمد، صالى محمد، بن

نور صابرة، سواكري خديجة "

فهرس المحتويات

- شكر وعرهان
- الإهداء
- فهرس المحتويات
- قائمة الجداول والأشكال
- مقدمة أ. ب

الفصل الأول الجانب المنهجي للدراسة

1. إشكالية الدراسة.....14
2. فرضيات الدراسة.....15
3. أسباب اختيار الموضوع.....16
4. أهداف الدراسة.....16
5. أهمية الدراسة.....16
6. حدود الدراسة.....17
7. تحديد المفاهيم.....17
8. الدراسات السابقة.....20
9. صعوبات الدراسة.....26

فهرس المحتويات

الفصل الثاني الشيخوخة والصحة

تمهيد	29
1. مفهوم الشيخوخة وتاريخ الاهتمام بها.....	30
أ. مفهوم الشيخوخة.....	30
ب. تاريخ الاهتمام بها.....	31
2. أهم المشكلات التي تواجه المسنين.....	34
أ. مشاكل صحية.....	34
ب. مشاكل نفسية.....	35
ت. مشاكل اجتماعية	36
ث. مشاكل اقتصادية.....	37
ج. مشاكل دينية.....	37
3. النظريات المفسرة لمشكلات الشيخوخة.....	38
أ. نظرية فك الارتباط.....	38
ب. نظرية النشاط.....	38
ت. النظرية التبادلية.....	39
ث. نظرية الأزمة.....	39

فهرس المحتويات

4. احتياجات المسنين.....40
- أ. احتياجات صحية ونفسية.....40
- ب. احتياجات اقتصادية.....41
- ت. احتياجات ترفيهية.....41
- ث. احتياجات اجتماعية.....42
- ج. احتياجات مادية بيولوجية.....42
5. طب المسنين.....43
6. الأمراض الشائعة بين المسنين.....44
7. المسنين في العالم.....45
- أ. المسنين في الدول المتقدمة.....47
- ب. المسنين في الدول النامية.....47
- ت. المسنين في الجزائر.....49
- ث. تطور الفئات العمرية الكبرى لدائرة تقرت خلال تعداد 1998 و2008.....51
- خاتمة الفصل.....53

فهرس المحتويات

الفصل الثالث الجانب الميداني

56.....	تمهيد
57.....	الأسس المنهجية للدراسة الميدانية.....
57.....	أ. مجالات الدراسة.....
58.....	ب. منهج الدراسة.....
59.....	ت. تقنيات البحث وأدواته.....
61.....	ث. مجتمع البحث والعينة.....
62.....	1. عرض وتحليل نتائج الدراسة.....
62.....	أ. عرض خصائص العينة.....
81.....	ب. تحليل ومناقشة الفرضيات.....
86.....	خاتمة الفصل.....

خاتمة عامة

النتائج والتوصيات

قائمة المراجع

الملاحق

الملخص

مقدمة

ظلت الشيخوخة في تاريخ البشرية مرتبطة بالعجز وانهايار القدرات الجسمية، كما أنها أيضا تعد مؤشر لاقتراب الموت وهي آخر مرحلة في حياة الإنسان، حيث يحتاج المسن في هذه المرحلة إلى الرعاية في شتي الجوانب الصحية والاجتماعية والنفسية... ومع تطور مجال الصحة وتوفر الغذاء والنظافة ارتفع أمل حياة البشر مما زاد في نسبة الأشخاص المسنين في العالم. والجزائر كغيرها من دول العالم شهدت هي الأخرى ارتفاع في أعداد المسنين مما أدى إلى زيادة احتياجاتهم الأمر الذي تسبب في زيادة النفقات العمومية للتكفل بهذه الفئة خاصة ما تعلق بالجانب الصحي حيث أن المسن يحتاج إلى الرعاية الصحية أكثر من غيره.

ومن هذا المنطلق تطرقنا في هذه المذكرة على دراسة واقع الرعاية الصحية لكبار السن في دائرة تقرت وذلك عن طريق استجواب عينة من المسنين الذين بلغوا من العمر 60 سنة فأكثر ذكور وإناث وبعض مستخدمي الصحة في القطاع العمومي والخاص. تم تناول موضوع الدراسة وفق خطة بحث اشتملت على مقدمة وثلاث فصول وخاتمة عامة تضم نتائج المتوصل إليها من الدراسة وبعض من التوصيات والملاحق.

الفصل الأول: الجانب المنهجي. حيث تطرقنا في هذا الفصل إلى مختلف الخطوات المنهجية المتبعة لتناول الموضوع، وذلك من خلال عرض أهم أسباب اختيار الموضوع، إشكالية الدراسة، أهميتها وأهدافها، الفرضيات، الدراسات السابقة وتحديد المفاهيم المستخدمة في البحث.

الفصل الثاني: الصحة والشيخوخة. يندرج هذا الفصل تحت عنوان الشيخوخة والصحة حيث قمنا في هذا الفصل بعرض تاريخ الاهتمام بالشيخوخة والمشكلات التي تواجهها وأهم النظريات المفسرة لها مثل نظرية فك الارتباط، نظرية النشاط... بالإضافة إلى الأمراض الشائعة بين المسنين.

الفصل الثالث: الجانب الميداني. تناولنا في هذا الجانب مجالات الدراسة، التعريف بالمنهج المستخدم في الدراسة، الأداة المستعملة لجمع البيانات كما تعرضنا إلى عرض ومناقشة نتائج الدراسة الميدانية.

وفي الأخير قدمنا ملخص عام للنتائج المتوصل إليها من خلال هذا البحث مرفقا بخاتمة عامة للموضوع.

قائمة الجداول والأشكال

الرقم	عنوان الجدول	صفحة
01	توزيع سكان دائرة تقرت حسب الفئات العمرية الكبرى خلال تعدادي 1998 و 2008.	51
02	تطور معدل إعالة كبار السن لدائرة تقرت خلال تعداد 1998 و 2008.	52
03	توزيع أفراد العينة حسب بلديات دائرة تقرت	58
04	توزيع أفراد العينة حسب آراء بعض العاملين في القطاع الصحي بدائرة تقرت	58
05	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	62
06	توزيع أفراد العينة حسب السن	63
07	توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة	63
08	توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية	64
09	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	64
10	توزيع أفراد العينة حسب نوع المسكن	65
11	مدى مناسبة المسكن للمسن	65
12	توزيع أفراد العينة حسب عدد الأبناء	66
13	توزيع أفراد العينة حسب العمل	66
14	توزيع أفراد العينة حسب قطاع العمل	67
15	توزيع أفراد العينة حسب علاقتهم بأفراد الأسرة	67
16	توزيع أفراد العينة حسب تنشئة الأبناء	68
17	توزيع أفراد العينة حسب استشارتهم في قرارات الأسرة	68

قائمة الجداول والأشكال

69	توزيع أفراد العينة حسب زيارة الأهل والأصدقاء	18
69	صاحب السلطة داخل الأسرة قبل وبعد بلوغ 60 سنة	19
70	توزيع أفراد العينة حسب مصدر دخل المسن	20
70	توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري	21
71	توزيع أفراد العينة حسب كفاية لتلبيته احتياجات أفراد الأسرة	22
71	توزيع أفراد العينة حسب المتصرف في دخل المسن	23
72	توزيع أفراد العينة حسب تقديم الأبناء للمساعد المادية لأفراد الأسرة.	24
73	توزيع أفراد العينة حسب اهتمام بالمطالعة واستخدام الانترنت والهاتف النقال	25
73	تقدير أفراد الأسرة للمستوى التعليمي للمسن ومدى مساهمته في فرض سلطته داخل الأسرة	26
74	توزيع أفراد العينة حسب احتياجاتهم للمساعدة	27
74	توزيع أفراد العينة حسب الإصابة بالعجز أو صعوبات	28
75	توزيع أفراد العينة حسب الإصابة بالعجز	29
75	توزيع أفراد العينة حسب الأمراض المزمنة	30
76	توزيع أفراد العينة حسب الذهاب إلى الطبيب	31
77	توزيع أفراد العينة حسب تكاليف العلاج في حالة المرض	32
77	توزيع أفراد العينة حسب مكان الاستشفاء	33
78	توزيع أفراد العينة حسب تقديم الرعاية الصحية أثناء مرضه	34

قائمة الجداول والأشكال

78	توزيع أفراد العينة حسب الرضي عن الرعاية الصحية في المستشفيات	35
79	آراء عينة من العاملين في قطاع الصحة حول الخدمات المقدمة للمسنين	36
79	توزيع أفراد العينة من حيث الاستفادة من خدمات الضمان الاجتماعي	37
80	توزيع أفراد العينة حسب التكفل بالمرض المسنين	37
80	توزيع أفراد العينة حسب الدخل ومكان استشفاء المسنين	38
81	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي ومكان استشفاء المسنين	39
81	آراء العاملين في قطاع الصحة توفر الوسائل والخدمات في المرافق الصحية	40

شهد عالمنا اهتماما متزايدا بالإنسان في مختلف مراحل حياته من الطفولة مرورا بالبلوغ فالشباب ثم الشيخوخة، هذه الأخيرة لم تحظى بنفس القدر من الاهتمام الذي حظيت به المراحل الأخرى من حياة الإنسان. فمرحلة الشيخوخة تعتبر مرحلة حرجة في حياة الإنسان وما هي إلا مرحلة زمنية من مراحل العمر المتتابعة يصل إليها الإنسان بعد سن 65 سنة. وهي عملية حيوية بيولوجية تتأثر بنمط الحياة والعوامل البيئية. فالمسنون ما هم إلا آباءنا وأجدادنا الذين يعتبرون جزء من المجتمع وحلقة تماسك بين الأجيال حاضرا ومستقبلا. وبفضل التطور العلمي خاصة في مجال الصحة وتقدم سبل الوقاية من الأمراض وتحسن ظروف الحياة المعيشية ، شهد العالم ارتفاع في عددا لمسنين، حيث صدر عن منظمة الصحة العالمية أن توقعات أمل الحياة قد ارتفعت خلال الخمسين سنة الأخيرة من 46 عام إلى 64 عام في الدول النامية، ومن المتوقع أن يصل إلى 72 عاما في 2020¹

أما في الجزائر تشير المعطيات الإحصائية إلى أن نسبة المسنين البالغين 60 سنة فأكثر عام 2008 يقدر بـ 7,3% أما في عام 2010 حوالي 7,7% من مجموع السكان.² لذلك يتوجب علينا الاهتمام بهذه الفئة من الناحية الاجتماعية والنفسية والصحية وتلبية احتياجاتهم المادية والمعنوية. وفي هذا الصدد سوف نحاول تسليط الضوء على واقع الرعاية الصحية لكبار السن في دائرة تقرت. وقد تمثلت إشكالية بحثنا في التساؤل التالي: ما هو واقع الرعاية الصحية لكبار السن بدائرة تقرت؟

الأسئلة الفرعية:

1. ما هو واقع المسنين من حيث الاستفادة من خدمات الضمان الاجتماعي؟
2. هل تواجه المؤسسات الصحية بدائرة تقرت صعوبات في التكفل بكبار السن؟
3. هل توجد علاقة بين دخل المسن ومكان الرعاية الصحية؟
4. هل توجد علاقة بين المستوى الثقافي للمسن ومكان الرعاية الصحية؟

¹ بماء الدين خليل تركية، علم الاجتماع العائلي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان 2014، ص 319.

الفصل الأول

الجانب المنهجي للدراسة

2/ الفرضيات:

1. يستفيد أغلب كبار السن بدائرة تقرت من خدمات الضمان الاجتماعي.
2. تواجه المؤسسات الصحية صعوبات في التكفل بكبار السن.
3. توجد علاقة بين الدخل ومكان الرعاية الصحية.
4. توجد علاقة بين المستوى التعليمي للمسن ومكان الرعاية الصحية.

3/ أسباب اختيار الموضوع:

من أسباب اختيار هذا الموضوع يرجع إلى عدة اعتبارات منها:

أسباب ذاتية:

- طبيعة تخصص التي تفرض علينا دراسة مثل هذه المواضيع.
- الحاجة إلى معلومات أكثر حول هذه الفئة وما يعانونه من مشاكل صحية ونفسية واجتماعية.

أسباب موضوعية:

- تسليط الضوء على مرحلة الشيخوخة ومعرفة أهميتها وتقديم الرعاية الخاصة لها.
- التطورات الاجتماعية والحضرية التي يمر بها المجتمع وانتشار الأسر الحديثة والنوعية وتأثيرها على مرحلة الشيخوخة.

4/ أهداف الدراسة:

- يهدف البحث إلى التعرف على آراء كبار السن حول الرعاية الصحية ونوعية الخدمات المقدمة لهم.
- التعرف أكثر على ما يحتاجه القطاع الصحي من اجل التكفل الحسن بالمسنين.
- معرفة مدى تطور الخدمات الصحية المقدمة لكبار السن.
- الوصول إلى نتائج و اقتراحات فيما يخص موضوع الدراسة.

5/ أهمية الدراسة:

- إضافة جديدة للدراسات التي تناولت موضوع المسنين حيث أنها ستوفر معلومات حول فئة المسنين وخصائصهم الديمغرافية، الاجتماعية، الاقتصادية وقد تكون منطلق لدراسة تحليلية أخرى.
- إثراء المكتبة بالمراجع العربية ليستفيد منها المخططين والطلبة والمهتمين بدراسة المسنين.

6/ حدود الدراسة:

تمت الدراسة في دائرة تقرت خلال الفترة الممتدة من 25 جانفي 2018 إلى 4 فيفري 2018

7/ تحديد المفاهيم:

❖ مفهوم المسن: في اللغة: استعمل العرب كلمة مسن للدلالة على الرجل الكبير فنقول: أَسَنَّ الرجلُ أي

كَبُرَ، وكَبُرَتْ سِنُهُ. يُسِنُ إِسْنَانًا فهو مُسِنٌ وهذا أَسَنُّ من هذا أي أكبر سِنًا منه³.

أما اصطلاحاً: يطلق الفقهاء الكبر في السن على معنيين هما: الأول أن يبلغ الإنسان مبلغ الشيخوخة والضعف بعد تجاوزه مرحلة الكهولة. أما الثاني يراد به الخروج عن حد الصغر بدخول مرحلة الشباب فيكون بمعنى البلوغ المصطلح عليه⁴.

أو هو الشخص المتقاعد الذي وصل إلى سن الإحالة للمعاش والذي تقابله مشكلات اجتماعية ونفسية يعجز عن تناولها وقد يتطلب الأمر إلحاقه بمؤسسات رعاية المسنين⁵.

كما يعرف على أنه الشخص الذي تتجه قوته وحيويته إلى الانخفاض مع ازدياد تعرضه للإصابة بالأمراض، وخاصة أمراض الشيخوخة وتزايد شعوره بالتعب والإجهاد عند الحركة ونقص قدرته على الإنتاج وتوقفه عن العمل⁶.

❖ مفهوم الشيخوخة: لغة: هي مشتقة من فعل شاخ الإنسان شيخا وشيخوخة. والشيخ هو من أدرك

الشيخوخة وهي غالبا عند الخمسين، وهو فوق الكهل ودون الهرم. وهو ذو المكانة من علم أو فضل أو رئاسة. ويقال هرم الرجل هرما أي بلغ أقصى الكبر. وضعف فهو هرم. فالهرم هو كبر السن⁷.

³ لسان العرب للعلامة ابن منظور جمال الدين محمد بن مكرم الأنصاري، دار صادر، بيروت، المادة 17/13 الطبعة 5، 1410هـ. ص3

⁴ هيفاء محمد الزبيدي، رعاية المسنين في التشريع الإسلامي، مجلة كلية التربية الأساسية، العدد 75، 2015، ص157

⁵ نعمة مصطفى رقبان، فاعلية الرعاية المؤسسية لكبار السن وأثرها على التوافق النفسي، الرياض، 2000، ص3.

⁶ ماهر مهران، محمد نجيب، التعمير السكاني في مصر، المجلس القومي للسكان، القاهرة 1999، ص

⁷ بشير معمري، عبد الحميد خزار، الاضطرابات الجسمية والنفسية لدى المسنين، مجلة العلوم النفسية العربية الجزائر 2009، ص75

الفصل الأول

الجانب المنهجي للدراسة

اصطلاحاً: الشيخوخة هي مجموعة تغيرات جسمية ونفسية تحدث في الحلقة الأخيرة من الحياة ومن التغيرات الجسمية العضوية الضعف العام في الصحة ونقص القوة العضلية وضعف الحواس وضعف الطاقة الجسمية والجنسية بوجه عام. أو هي حالة يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية والبدنية والعقلية واضحاً يمكن قياسه وله إثارة على العمليات التوافقية.⁸ لقوله تعالى "الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعفاً وشيبة يخلق ما يشاء وهو العليم القدير."⁹

❖ الشيخوخة الديمغرافية: هو تغير البنية العمرية للسكان نحو زيادة نسب المسنين من مجموع حجم

السكان حيث أن السبب الأساسي والمباشر هو تراجع الولادات وانخفاض الوفيات الذي يؤدي إلى ارتفاع أمل الحياة. لتحديد مستوي الشيخوخة داخل أي مجتمع يعتمد أساساً على متغير السن أو العمر، بعد هذا الأخير مؤشر لقياس الشيخوخة ديمغرافياً وهو يختلف من مجتمع لآخر فهناك من يحدده عند 60 سنة وهناك من يحدده عند 65 سنة ويرجع هذا الاختلاف إلى نظام التقاعد الدولة والسن المحدد له.¹⁰

❖ الشيخوخة البيولوجية: تحدث الشيخوخة نتيجة تراكم مجموعة من الأضرار الجزيئية والخلوية بمرور

الوقت. ويؤدي ذلك إلى انخفاض تدريجي في القدرات البدنية والعقلية، وتزايد احتمالات المرض والوفاة في النهاية. ولكن تلك التغيرات ليست تغيرات خطية ولا ثابتة، وصلتها بعمر الفرد بالسنوات صلة غير قوية فحسب. وبينما يتمتع بعض من تبلغ أعمارهم 70 سنة بصحة جيدة وبأداء جيد إلى أبعد حد فإن آخرين في سن 70 سنة يعترفهم الوهن ويحتاجون إلى مساعدة الغير.¹¹

❖ التعريف الإجرائي للشيخوخة: هي مرحلة من مراحل النمو العمرية التي يمر بها الفرد، وتبدأ هذه المرحلة

عندما يحال الفرد على التقاعد أي 60 سنة فأكثر، حيث تنحدر فيها قدراته الوظيفية البدنية والعقلية.

❖ الخدمات الصحية: هي ذلك النشاط الذي يقدم للمتفاعلين، والتي تهدف إلى إشباع حاجات ورغبات

المستهلك النهائي لا ترتبط ببيع سلعة أو خدمة أخرى.¹²

⁸ 30: 2017/11/24.9: Printing.press@mop.gov.ip

⁹ سورة الروم، آية 54.

¹⁰ الغول عبد الحكيم، تطور أمد الحياة في الجزائر وعوامل تحسينه 1966 ما بين/2008، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الديمغرافيا، جامعة وهران 2012/2013 ص 28

¹¹ 2017/12/28 منظمة الصحة العالمية، الشيخوخة والصحة. www.woh.int/mediacentre/factsheets

¹² فوزي شعبان مذکور، تسويق الخدمات الصحية، ايتراك للنشر والتوزيع مصر 1998 ص 97.

الفصل الأول

الجانب المنهجي للدراسة

الخدمة الصحية ما هي إلا مزيج متكامل من العناصر الملموسة وغير الملموسة والتي تحقق إشباعها ورضا معينا للمستفيد¹³

❖ الصحة: يعرفها القاموس الطبي على أنها حالة قيام الجسم بوظائفه بصورة عادية في غياب المرض.

وحسب تعريف الأمم المتحدة هي حالة من السواء الجسمي و العقلي والاجتماعي وليست هي فقط مجرد غياب المرض. كما تعرف على أنها "خلو الجسم و العقل من أي علة أو مرض أو عجز و توازن الجسد مع العوامل الضارة التي يتعرض لها ومدى تكيفه معها".¹⁴ وتعرف أيضا على أنها "حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم وهي فن الوقاية من المرض و الارتقاء بالصحة من خلال مجموعة من الجهود المنظمة من قبل المجتمع و تشمل العديد من المجالات و الميادين".¹⁵

❖ الرعاية الصحية: هي مجموع الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية

الأساسية والمؤسسات التابعة لها، لجميع أفراد المجتمع عامة بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحلول دون حدوث الأمراض وانتشارها، وتشمل تقديم الخدمات التي تساعد على النهوض بالمستوى الصحي العام.¹⁶

❖ التعريف الإجرائي للرعاية الصحية: هي تلك الخدمات والبرامج الطبية التي تقدم لكبار السن سواء في

المؤسسات الصحية أو داخل الأسرة وذلك من أجل العناية و المحافظة على صحة المسن.

8/ الدراسات السابقة:

➤ الدراسة الأولى: "مكانة المسن في الأسرة الجزائرية بالوسط الحضري في ظل التغيرات الاجتماعية

الراهنة". دراسة ميدانية على عينة من الأسر بالشرق الجزائري، بحث مقدم من طرف هشام السبع لنيل

شهادة الدكتوراه في الديمغرافيا الحضرية، جامعة محمد ملين دباغين سطيف، لسنة 2016/2017 حيث

اعتمد على المنهج الوصفي لإنجاز دراسته واستخدم في ذلك استمارة المقابلة لجمع البيانات، كما

استخدم العينة القصدية حيث تكونت العينة من 290 أسرة وتوصل من خلال دراسته إلى:

¹³ عبد الهادي بوعانة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، دار حامد للنشر و التوزيع عمان الاردن الطبعة الأولى 2004، ص68.

¹⁴ خالد وليد السبول، الصحة والسلامة في البيئة المدرسية، دار المناهج للنشر و التوزيع، الطبعة 1، 2005، ص20.

¹⁵ سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة و الرعاية الصحية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002، ص25.

¹⁶ Http://mawdoo3.com:15.48/09/02/2018 بحث عن الصحة العامة

الفصل الأول

الجانب المنهجي للدراسة

- ✓ أبوية المسن وسلطته في الأسرة الحضرية لم تتأثر كثيرا بفعل عوامل التغير الاجتماعي والثقافي فالشخص المسن لا يزال يتمتع بسلطة وأبوية جعلت منه ركيزة أساسية داخل أسرته.
- ✓ يتأثر المسن نفسيا وصحيا بسبب كثرة عدد أفراد الأسرة الحضرية، ومسكنها خصوصا مساكن العمارة، وهذا ما يزيد من تعقد الحياة النفسية وتأزمها لدى بعض المسنين، بحيث يصبح الشخص المسن يشعر بنوع من القلق والضغط النفسي بسبب ضيق المسكن وتعقد الحياة الحضرية، وعدم توفر فضاء للراحة في كثير من الأحيان.
- أن مكانة المسن تدهورت بفعل عوامل تغير الأسرة في بعض جوانبها القيمة والمعمارية والرمزية وبداية فقدانها لبعض القيم الخلقية و التربوية والاجتماعية.
- **الدراسة الثانية: "المكانة الاجتماعية للمسن في الأسرة الجزائرية"**، دراسة ميدانية لعينة من مسني بلدية عين التوتة، بحث مقدم من طرف لعبيدي نادية لنيل درجة الماجستير في علم الاجتماع، جامعة الحاج لخضر باتنة لسنة 2008/2009، حيث اعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي لانجاز هذه الدراسة واستخدمه استمارة المقابلة كأداة لجمع البيانات كما استخدمت العينة التراكمية والتي تكونت من 100 مسن وتوصلت من خلال دراستها إلى أن:
 - ✓ المحافظة على الصحة البدنية والنفسية للمسن بالابتعاد عن كل ما يسبب الأمراض من ناحية التغذية، أو من ناحية بعض المؤثرات السلبية كالقلق والضغوط النفسية، وأيضا الابتعاد عن بعض السلوكيات الخاطئة كالتدخين وشرب الخمر، وكل ما من شأنه أن يضر الصحة، والاهتمام بالتغذية الجيدة.
 - ✓ استغلال أوقات الفراغ في الأعمال المفيدة له وللأسرة، والإكثار من العبادات والطاعات لتوفير الزاد ليوم الميعاد، وممارسة الهوايات المفيدة، وكذلك استغلال الوقت في رفع المستوى التعليمي والثقافي خاصة بالنسبة للأميين بالالتحاق بمركز محو الأمية.
 - ✓ الحفاظ على الترابط والتكفل الأسري بين المسن وأفراد الأسرة، والاعتناء بالمسنين وتوفير الرعاية له خاصة من الناحية الصحية.
 - ✓ تشجيع الكتابة حول المسنين، وتوسيع إجراء البحوث العلمية حول المسنين داخل الأسرة للحصول على نتائج علمية من شأنها رفع مكانة المسن داخل الأسرة، وحل المشاكل التي يمكن أن يعاني منها.
- **الدراسة الثالثة: " الواقع الاجتماعي للشيوخوخة في المجتمع الجزائري "** دراسة ميدانية لـ 20 حالة في الجزائر الوسطى ومدينة بوفاريك، بحث مقدم من طرف مريخي رزيقة لنيل شهادة الماجستير في علم

الفصل الأول

الجانب المنهجي للدراسة

الاجتماع ثقافي تربوي ،جامعة الجزائر 2 لسنة 2012/2011 حيث اعتمدت على النهج الوصفي التحليلي وعلى دراسة الحالة لإنجاز هذه الدراسة واستخدمت تقنية الملاحظة واستمارة المقابلة في جمع البيانات، كما استخدمت العينة العشوائية القصدية وتكونت عينتها من 20 حالة وتوصلت من خلال دراستها إلى:

✓ إن فقدان المسن لمكانته في ظل التغيرات التي شهدتها المجتمع الجزائري والتي مست الجانبين الاقتصادي والاجتماعي بالإضافة إلى الجانب الثقافي.

✓ فالتغير الاجتماعي يركز على التغيرات التي مست كل الأنساق وخاصة النسق الأسري والمتمثل في:

- غياب تكفل الأبناء عن الآباء وهذه القيمة لم تكن موجودة من قبل.
- فقدان الروابط الأسرية والتعاون بين المقربين من الأهل و إحساسهم بالوحدة في وسط أسرهم وبالتهميش والانعزال.

✓ أما التغير الاقتصادي والمتمثل في تدني المستوى المعيشي وغلاء تكاليف الحياة التي أثرت عليه وعلى نظرة الأفراد إليه، بسبب نقص دخله وعجزه المادي.

✓ بروز القيم المادية على القيم الأخلاقية، التي كانت تتميز ببساطة الحياة والتي تراجعت من القيم الأصلية لبعض الأسر الجزائرية التي تأثرت بفعل هذه التغيرات.

✓ بروز النزعة الفردية أو ما يعرف بالمصلحة والمنفعة الخاصة على حساب الآخرين.

✓ غياب الوازع الديني وساهم في تقليل الترابط بين الأفراد وضعف في العلاقات الاجتماعية.

✓ التطورات التكنولوجية والعلمية وتقليد قيم مغايرة عن قيم المجتمع الجزائري، يرجع من مكانة المسن باعتباره جيل مر عليه الزمن.

➤ **الدراسة الرابعة: " الخصائص الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية للمسنين في محافظات " غزة دراسة**

في جغرافية السكان من إعداد رائد حسين مُجدّ دحلان للحصول على درجة ماجستير في الجغرافيا، الجامعة الإسلامية غزة لسنة 2015، حيث اعتمد في دراسته على عدة مناهج منها: المنهج التاريخي، المنهج الوصفي التحليلي، المنهج المقارن لإنجاز هذه الدراسة والتي تهدف إلى التعرف على حجم المسنين ممن أعمارهم 60 سنة فأكثر في محافظات غزة وتوزيعهم الجغرافي، كما هدفت الدراسة إلى التعرف على الخصائص الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية للمسن وقد توصل من خلال دراسته إلى:

الفصل الأول

الجانب المنهجي للدراسة

✓ أظهرت الدراسة أن عدد سكان محافظات غزة وفقاً لتعداد عام 1997 م 1001569 نسمة، ارتفع إلى 1387530 نسمة وفق أ لتعداد عام 2007 والى 1790010 نسمة حتى نهاية عام 2014 وبلغ معدل النمو السنوي خلال الفترة (1997-2014) 3,41%.

✓ أوضحت الدراسة أن ما يزيد عن ثلث سكان محافظات غزة يتمركزون في محافظة غزة (35% من إجمالي سكان محافظات غزة خلال الفترة من 1997-2014، علما أنها ثاني أكبر محافظة من محافظات غزة من حيث المساحة، تليها محافظة خان يونس بحوالي خمس السكان 19,2 % من إجمالي سكان محافظات غزة) خلال نفس الفترة.

✓ بينت الدراسة أن مجتمع محافظات غزة مجتمع فتي حيث بلغ متوسط نسب صغار السن (0-14 سنة) 46% من إجمالي سكان محافظات غزة خلال الفترة 1997-2014، ومتوسط نسب المسنين (60 سنة فأكثر 4 %) من إجمالي سكان محافظات غزة خلال نفس الفترة.

✓ أوضحت الدراسة انخفاض نسب فتي صغار السن والمسنين بين سكان محافظات غزة خلال الفترة 1997-2014 لصالح فئة متوسطي السن (15 أقل من 61 سنة) التي ارتفعت من 45,5 % عام 1997 إلى 53,1 % عام 2014.

➤ **الدراسة الخامسة:** "المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002". أنجز الديوان الوطني للإحصائيات المسح الجزائري لصحة الأسرة بالتعاون مع وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على عينة مكونة من 10.000 أسرة معيشية موزعة على التراب الوطني، تم استعمال 5 استمارات لجمع البيانات. حيث تم التطرق في هذا المسح إلى الرعاية الصحية والاجتماعية لكبار السن حيث خصصوا استمارة للأشخاص المسنين البالغين 60 سنة فأكثر والتي قدمت دراسة شاملة وعامة للأشخاص المسنين وفي التقرير النهائي قدموا إحصائيات قيمة حول الحالة الزوجية والمدنية لكبار السن. كما خصوا بالمعينة أيضا مكان وظروف إقامتهم، العمل ومصادر الدخل و الإعالة، انتشار الأمراض لدى هذه الشريحة خاصة المزممة منها، وتعايشهم مع المرض ووعيمهم بالعلاج و المتابعة الصحية كما تناولت الدراسة أيضا الأبعاد الاجتماعية كعلاقة المسنين مع أبنائهم وأصدقائهم و أقاربهم.

الفصل الأول

الجانب المنهجي للدراسة

➤ الدراسة السادسة: "شيخوخة السكان وواقع المسنين ورعايتهم في الجزائر". دراسة ميدانية لعينة من المسنين في بلدية بني بجدل، من إعداد الطالب شيحا مُجَد، مذكرة ماستر في الديمغرافيا، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان للسنة الجامعية 2016/2017.

حيث اعتمدا على المنهج الوصفي التحليلي لانجاز هذه الدراسة واستخدم الاستمارة كأداة لجمع المعلومات، كما استخدم العينة العشوائية المنتظمة والتي تكونت من 100 مسن ذكور وإناث وتوصل من خلال دراسته إلى:

✓ أن الجزائر شهدت تزايد وتطور في أعداد المسنين لديها عبر المراحل التاريخية إذ ارتفع عددهم من حوالي مليون مسن في عام 1977 إلى حوالي الضعف في عام 1998 أي بمليون مسن، بدون أن تكون هناك زيادة في نسبتهم مثل ما هو في الفترة ذاتها. من 6,03% إلى 6,58% على التوالي. وتنسجم هذه الزيادة في أعداد المسنين في الجزائر مع الزيادة الكبيرة في المسنين في العالم والدول العربية.

✓ شيخوخة السكان يمكن اقتصارها في القانون الديمغرافي التالي "جميع السكان الذين خفضت خصوبتهم ينتهون بالشيخوخة" فالشيخ السكاني يكون عندما يرتفع أمل الحياة وتنخفض الخصوبة في بلد ما، فتطور مؤشر أمل الحياة أو توقع عند الولادة جعل طول الهرم السكاني يرتفع مما كان عليه، وجعل أعداد المسنين في زيادة سواء ذلك بسبب تركيز الرعاية الصحية والخدمات الصحية الموفرة لكبار السن بالخصوص أو لكون معدل الوفاة منخفض عن معدل الولادة.

✓ أبرزت الدراسة تراجع في شريحة العمر الأولى (0-4) سنة بداية من تعداد 1997 بالجزائر بعدما تطورت بعد الإستقلال، وطرأت عليها تراجع في نسبة تمثيل هذه الفئة بعدما كانت بشكل أكبر في السبعينيات من القرن الماضي، حيث كان ذلك بفارق 7,6% في ظرف 11 سنة (1987-1998) وب 16% تقريبا خلال 21 سنة (1987-2008) أي تمثل الفئة العمرية في آخر تعداد أقيم في سنة 2008.

9/ صعوبات الدراسة: خلال إجراء الدراسة واجهتنا عدة صعوبات من بينها:

الفصل الأول

الجانب المنهجي للدراسة

✓ صعوبات متعلقة بالموضوع:

وجدنا صعوبة في ضبط الإشكالية والفرضيات نظرا لكون الموضوع متعدد الاختصاصات وبالتالي صعوبة عزل المتغيرات الديمغرافية عن غيرها.

✓ صعوبات الدراسة الميدانية:

خلال توزيع الاستمارة وجدنا صعوبات تقبل أفراد العينة للأسئلة المطروحة، فمنهم من اعتبر الأسئلة تمس الجانب الشخصي رغم أننا أوضحنا في مقدمة الاستمارة أنها لأغراض البحث العلمي ولا تحتوي على بيانات شخصية كالاسم والعنوان، لذلك لم يتم استرجاع بعض الاستمارات كما أن البعض الآخر لم تملأ وهذا ما طرح مشكلة أثناء عملية التفريغ وبالتالي التأثير على النتائج النهائية.

تعتبر مرحلة الشيخوخة من أهم المشكلات التي تواجه المجتمعات الحديثة التي ينصرف إليها البحث العلمي في مختلف ميادين تخصصاته الاجتماعية والبيولوجية والطبية والنفسية باعتبارها مرحلة من المراحل الهامة في عمر الإنسان، فهي بجملة من التغيرات السريعة، والمتلاحقة في جميع جوانب الحياة مما يجعلها تتميز بالعديد من الخصائص سواء على المستوى الاجتماعي أو النفسي أو الصحي هذه الخصوصية هي التي تجعل هذه المرحلة العمرية أكثر أهمية، وفي هذا الفصل سوف نحاول التطرق إلى أهم النقاط التي من شأنها أن تؤثر في صحة المسن.

الفصل الثاني

الشيخوخة والصحة

1. الشيخوخة والصحة.

1. مفهوم الشيخوخة وتاريخ الاهتمام بالشيخوخة.

أ. تاريخ الاهتمام بالشيخوخة: إن الدراسات التي اهتمت بمرحلة الشيخوخة كانت قليلة وسطحية، حيث كان الجد يحضاً بمكانة موروثه ذات سلطة ونفوذ واحترام وهذا بسبب تقدمه في العمر وخبرته في الحياة، أما في الوقت الحالي أصبحت الشيخوخة تدرس في جميع الجوانب النفسية.¹⁷

وبالرغم من هذا الاهتمام الذي تحضي به الشيخوخة عبر العصور المختلفة إلا أن بداية الاهتمام بها وبشكل علمي يعود إلى بداية القرن العشرين حيث كانت تركز في البداية على النواحي الطبية والنفسية ولكن مع تطور المجتمعات أصبح هناك تزايد ملحوظ في أعداد المسنين هذا ما جعلها ذات أهمية من قبل الباحثين والمتخصصين بالشيخوخة وأصبحت مجالاً خصبا للبحث والدراسة حيث أصبح هناك فرع خاص يسمى علم اجتماع الشيخوخة يختص بمشكلات وقضايا المسنين.

وبدا الاهتمام بمراحل حياة الكبار السن منذ سنة 1860، وذلك عندما نشر Flourens فلورنس كتابه عن الشيخوخة البشرية وتوزيعها السكاني على سطح الكرة الأرضية، ثم تطور الاهتمام بالكبار بعد ذلك إلى دراسة المشكلات الاجتماعية التي تصاحب حياة الكبار، وقد ظهرت نتائج هذه الدراسة في الكتاب الذي نشره بوث Booth سنة 1894 بعنوان الأشخاص المسنون.¹⁸

وقد حظيت الشيخوخة في النصف الثاني من هذا القرن باهتمام واضح من قبل الباحثين، وتجلت ذلك في زيادة المقالات والأبحاث التي تناولت موضوع الشيخوخة.¹⁹

كما ظهرت مفاهيم جديدة في علم الشيخوخة، ومنها مفهوم الشيخوخة الناجحة والذي يعتبر من أهم المفاهيم وأكثر المفاهيم المتنازع عليها، حيث يوجد في علم الشيخوخة نموذجان مسيطران على النقاش هما:

1- نموذج تعزيز الصحة والنشاط.

2- نموذج الشيخوخة الناجحة.

¹⁷ مريخي رزيقة، مرجع سابق، ص 49

¹⁸ السيد فؤاد، الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، دار الفكر العربي، القاهرة، 1975، ص 336.

¹⁹ عبد اللطيف محمد الخليفة، مرجع سابق، 1997، ص 5.

الفصل الثاني

الشيخوخة والصحة

ويقصد بالشيخوخة الناجحة" التكيف الايجابي مع الحياة أثناء مرحلة الشيخوخة من حيث الرضا عن العلاقات الاجتماعية، وتلبية الحاجات المادية، وتحقيق الكفاءة الجسمية والعقلية والاجتماعية.²⁰

وتشير الإحصاءات السكانية إلى أن القرن العشرين شهد زيادة كبيرة في أعداد المسنين في معظم دول العالم، فقد وصلت نسبة الشيخوخة سنة 1980 إلى 376 مليون نسمة ثم تضاعف هذا العدد ليصل إلى 590 مليون مسن عام 2000 وترجع أسباب هذه الزيادة إلى ارتفاع مستوى الرعاية الصحية العلاجية والوقائية.²¹

ولقد كان لموجة تطور العلوم واتساع نطاقها وشمولها في العصر الحديث أثرها في التوجه إلى دراسة الشيخوخة بشكل علمي، وأصبح لها نصيب من الاهتمام العلمي الحديث، واتجه المجتمع عارفاً بمسؤولياتها ومتحملها في عدة بلاد من أنحاء العالم، اتجه إلى دراسة مشكلات واحتياجات من تجاوز سن الستين من الجنسين، وبالتالي بدأت هذه البلاد في اتخاذ خطوات نحو تحسين حالة هؤلاء الشيخوخ، فأنشأت العديد من المراكز المتخصصة وأصدرت الكثير من الدوريات التي تعالج موضوع المسنين وأصبح المجال مفتوحاً أمام الباحثين في مختلف التخصصات العلمية لدراسة تلك الفئة العمرية.²²

لقد تعددت الدراسات والاهتمامات بالمسنين إلى أن تبلورت وزادت بوضوح في النصف الثاني من القرن العشرين، وتحلى ذلك في زيادة عدد المقالات والرسائل والدوريات والأبحاث العلمية التي اهتمت بالمسنين، وأنشئت جمعية دولية للمسنين وكذلك عقدت المؤتمرات الدولية حول مشكلاتهم. وقبل ذلك بعدة قرون، كان للقران الكريم والسنة النبوية الشريفة سبق الاهتمام بالمسنين، حيث قال رسول الله ﷺ "إن من إجلال الله إكرام ذي الشبيبة المسلم" والأحاديث في هذا المجال كثيرة ومتنوعة.²³

وقد رفع الإسلام مقام الوالدين إلى مرتبة لم تعرفها الإنسانية في غير هذا الدين، إذ جعل الإحسان إليهما والبر بهما في مرتبة تلي مرتبة الإيمان بالله والعبودية له.²⁴

ومع تغير أنماط الحياة الاجتماعية في كثير من الدول والمجتمعات لا يمكن صنع سياسة اجتماعية فاعلة لكبار السن وتحديد خطط وبرامج رعايتهم، أو حتى تحليل السياسات الخاصة بهم في غياب الإطار الديمغرافي والتعرف عن قرب

²⁰ صفا صيام، سمات الشخصية وعلاقتها التوافق النفسي للمسنين، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، جامعة الأزهر، 2010، ص 43

²¹ <http://fac.ksu.edu.sa/sites/default/files/lshywk.20/02/2018.11.45>

²² صفا صيام، مرجع سابق، ص 51.

أحمد عبد الخالق، الحياة النفسية الطبية وعلاقتها بالتدين لدى عينة من كبار السن بالكويت، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 3 المجلد 1، مجلس النشر العلمي، جامعة

²³ الكويت، 2013، ص 111، 112

²⁴ محمد علي الهاشمي، شخصية المسلم كما يصوغها الإسلام، وكالة المطبوعات والبحث العلمي، وزارة الشؤون الدينية والأوقاف، المملكة العربية السعودية، 1425 هـ، ص 55

الفصل الثاني

الشيخوخة والصحة

لهذا الإطار، والذي يعكس بشكل أو بآخر المشكلات والقضايا المرتبطة بالشرائح السكانية، كما يعكس في الوقت ذاته واقعية سياسة رعاية المسنين وتقديم حاجاتهم. كما أن تحليل الإطار الديمغرافي لكبار السن يساعد في تحديد الرؤية الديمغرافية لهذه الشريحة السكانية ومن ثم تقييم السياسات القائمة لرعايتهم ووضع سياسات اجتماعية بديلة.²⁵

2. أهم المشكلات التي تواجه المسنين: يتعرض المسنين إلى العديد من المشكلات التي تؤثر على

حياتهم اليومية، والتي تبدو ظاهرة على ردود أفعالهم وسلوكياتهم وذلك بسوء ظنهم بمن حولهم من الناس، فتنوع وتصبح مشكلات عقلية ونفسية واجتماعية، بالإضافة إلى مشكلة التقاعد وما بعده، وكيفية قضاء وقت الفراغ، مع عدم وجود بعض المهارات الخاصة بهم، وتكون هذه المشاكل إما بسيطة عابرة أو طارئة لا تزول إلا بالعلاج، فنجد معظم المسنين يتعرضون لمشكلات مزمنة، ولا بد من معاشتها والتحقيق من أضرارها.

2.1 المشاكل الصحية: تتوقف الحالة الصحية لكبار السن على العديد من العوامل الاجتماعية مثل: المستوى

المعيشي والمستوى التعليمي وارتفاع مستوى الصحة العامة. كما أن للحالة الصحية تأثيراً كبيراً على المسن في العديد من الجوانب مثل القدرة على العمل والاشتراك في الأنشطة الترفيهية وعلاقاته الاجتماعية والدخل والزواج، "فهناك ارتباط وثيق بين الصحة الجسمية و الصحة العقلية أي أن هناك علاقة بين المرض الجسدي والمرض العقلي، إذ لا يمكن الفصل بينهما فكل منهما يؤثر على الآخر"²⁶

فأمراض المسنين تختلف من مرحلة عمرية لأخرى ، وذلك لقلة المناعة الجسمية التي قد تكون موجودة في جسم الإنسان في مرحلة الشباب، ووسط العمر ولكن كانت المناعة لديه قوية تستطيع مقاومتها، والتدهور الصحي العام حتى مراحل متقدمة عكس الحال تماماً بالنسبة للمسنين في المجتمع الحضري يرجع ذلك لظروف بيئية ومناخية واجتماعية ونفسية واقتصادية.²⁷

وفيما يخص الأمراض الخاصة بكبار السن هي في الواقع تغيير وظيفي يعبر عن ضعف احتياطي الدم للأعضاء الهامة مثل المخ، القلب والكلى، كما أن هناك اتفاق عام على العلاقة الموجودة بين التقدم في العمر واضمحلال

²⁵ طلعت مصطفى السروجي، سياسة رعاية المسنين بين الرعاية الرسمية وغير الرسمية، مؤتمر كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، مصر 2006، ص 4/6

²⁶ سيد سلامة ابراهيم، رعاية المسنين، الطبعة 2، المكتب العلمي للكمبيوتر للنشر والتوزيع، الاسكندرية 1997، ص 141

²⁷ حسان جعفر، الشيخوخة بين الأمل والشباب الدائم، دار الحجار، بيروت 2003، ص 22.

الفصل الثاني

الشيخوخة والصحة

البصر بصفة عامة، وانخفاض قدرة العين على الاستجابة للتغيرات التي تحدث في الضوء، كما تضعف حاسة السمع لدى المسنين مما قد يسبب لهم العديد من المشكلات²⁸

2.2 المشاكل النفسية:

✓ القلق: يعتبر من أهم المشاكل المميزة لمرحلة الشيخوخة وذلك ناتج عن قلق الصحة، قلق التقاعد، قلق الانفعال والإحساس بالوحدة والفراغ، والقلق من المجهول والموت. إن سمة القلق لدى المسنين تؤثر في جميع نواحي حياتهم حتى أن بعضهم يلجأ إلى العزلة و الاكتئاب وانتظار الموت. ويفضل الكثيرون من كبار السن أن يعيشوا بمفردهم على العيش مع الآخرين. كما لا يريدون الإحساس بالعجز أو الشعور بأنهم عالة على غيرهم.²⁹

✓ الاكتئاب: يمثل الاكتئاب حالة انفعالية يشعر بها الفرد بالحزن و فقدان السعادة والانسحاب الاجتماعي مع فقدان الأمن والإحساس بعدم القيمة وفقدان الأمل في المستقبل، هذا بالإضافة إلى عدم القدرة على الإنجاز وزيادة الحساسية الانفعالية والشعور بالوحدة النفسية والإحساس بالذنب نحو الذات والآخرين، كما يتميز بوجود بعض الأعراض واضطرابات الشهية والشعور بالإجهاد ونقصان الوزن.³⁰

✓ الشعور بالوحدة النفسية: لاشك أن كثير من المسنين يعانون من وحدتهم وانشغال الأبناء عنهم والاهتمام بأنفسهم وعائلاتهم وأعمالهم كما قد يعاني المسن من فقدان الزوج أو الزوجة مما يترك فراغ عاطفي ووحدة لم يألّفها من قبل مما يشعره بتخلي الأهل والأصدقاء والأحبة مما يعرضه للانطواء والعزلة والدخول في دوامة التفكير والوسواس.

يمثل الشعور بالوحدة إحدى المشكلات المعبرة عن الأسى الناتج عن عدم الرضا بالعلاقات الاجتماعية القليلة والغير مشبعة وتعد تلك المشكلة من المشكلات الشائعة لدى كبار السن. فالإحساس بالاكتئاب أو العزلة الاجتماعية والافتقار إلى الآخرين، ربما يكون البداية بالنسبة لكثير من الاضطرابات كظهور أعراض الاكتئاب. ويرى كثير من المهتمين و الباحثين بمجال كبار السن وجود علاقة ارتباطيه بين الوحدة والاكتئاب، فالأشخاص مرتفعو الشعور بالوحدة النفسية أكثر تميزاً للأعراض الاكتئابية و النفسية.³¹

²⁸ عبد الحميد سيد منصور، زكريا احمد الشريبي، الأسرة على مشارف القرن 21 الادوار، المرض النفسي، المسؤوليات، دار الفكر العربي، القاهرة 2000، ص 148

²⁹ الطفيلي امتثال زين الدين، علم النفس النمو من الطفولة إلى الشيخوخة، دار المنهل اللبناني، بيروت 2004، ص 629

مبروك عزة عبد الكريم مبروك، تقديم الذات وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين، دراسة عربية في علم النفس، المجلد الأول، العدد 2،

³⁰ القاهرة 2002، ص 185

الفصل الثاني

الشيخوخة والصحة

3.2 المشاكل الاجتماعية: تتميز الحالة الاجتماعية للشيخ بفرغ يتخلل حياتهم، وذلك نتيجة حتمية لتفرق أولادهم في شؤون الحياة، فالإنسان حين يتجاوز الستين عاما فهو على أقل تقدير أب لشاب، وقد تزوجوا فانصرفوا مع زوجاتهم لإقامة حياة جديدة يقصون معها جل وقتهم ولنا أن نتصور ما يعانيه المسن، وقد تفرق أولاده، وتباعدت بهم المنازل وأسباب العيش ووسائل الترفيهية بينما ظل الشيخ حتى أواخر العمر وحيدا مع نفسه، وإن كان يعيش معهم في منزل واحد، إلا أنهم منصرفون عنه.³²

رغم أن الشيخوخة ليست مشكلة في حد ذاتها وإنما عدم تكيف الفرد مع التغيرات الفسيولوجية التي تطرأ عليه تجعله يعيش مشاكل اجتماعية مع المحيطين به. إضافة إلى تميز مرحلة الشيخوخة بالتحصر العلاقات الاجتماعية وانكماشها وذلك راجع إلى تقاعد المسن عن عمله الذي يقلص من علاقاته الاجتماعية. وحينما يفقد المسن أصدقائه في هذه المرحلة، يجد صعوبة في استبدالهم بآخرين. كما أن تدهور العلاقات الأسرية تؤدي به إلى الشعور بالوحدة والانزعال.³³

وإحساس الشيخ بالإهمال والانزالية بعد أن تقلصت علاقاته وضاعت خبراته وتوقفت مشروعاته بعد أن حل محله جيل لا يقدر ما بدأه من مشروعات وتنظيمات وأبحاث، وأن كل هذا العمل السابق والمشروعات المخطط لها لا يعمل لها حساب يذكر ولا يستمع أحد إلى مشورته، واستلهاهم خبراته الثمينة³⁴

4.2 المشاكل الاقتصادية: يعتبر مشكل التقاعد وقلة الدخل من أهم المشاكل التي يعاني منها المسن وانقطاع الصلة والعلاقات الاجتماعية بين الشيخوخة، مما كان على علاقة بهم في العمل من زملاء عمل رؤساء و وعملاء، وزيادة وقت الفراغ، بالإضافة إلى زيادة الأعباء المادية من كمصاريف لعلاج والدواء والإنفاق على ضروريات الحياة اليومية. وقلة الموارد المالية بسبب الإحالة على التقاعد وغيرها من المشاكل الاقتصادية، تؤثر على قدرة المسن في أن يحيا حياة مشبعة بالدرجة الكافية، أكثر مما يؤثر عليه كبر السن.³⁵

5.2 المشاكل الدينية: إن الدين مفتاح الحياة السعيدة في الشيخوخة لأن الدين يساعد كبير السن على تقبل واقعه مع الظروف التي تمر بها، فيميل المسن إلى التقرب لله كلما تقدم به العمر، وقد يرجع هذا إلى شعور الشخص بالاقتراب من نهاية رحلة الحياة، أو إلى الرغبة في التفكير عما اقترفه من أخطاء في حياته، وقد يكون

³¹ مبروك عزة عبد الكريم مبروك، مرجع سابق، ص 192.

³² عيس يسري، أوضاع المسنين في الثقافات المختلفة، الملتقى المصري للإبداع والتنمية، الإسكندرية، 2002، ص 63

³³ عبد الطيف محمد الخليفة، مرجع سابق، ص 116

³⁴ قناوي هدى، سيكولوجية المسنين، الطبعة 1، مركز التنمية البشرية والمعلومات، القاهرة 1987، ص 87/86

³⁵ سهير كامل أحمد، دراسات في سيكولوجيا المسنين، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر 1998، ص 219.

الفصل الثاني

الشيخوخة والصحة

ذلك نتيجة في الرغبة في الاختلاط والارتباط بالأشخاص الآخرين في دور العبادة و الخروج من العزلة التي تعتبر مؤشر يوضح مدى تمسكهم وإقبالهم على الدين وطقوسه.³⁶

3. النظريات المفسرة لمشكلات المسنين: تهتم الدراسات التي أجريت على المسنين بالتعرف على

الخصائص السيكولوجية والفسولوجية والاجتماعية والنفسية لشخصية المسن .ومعرفة ما طرأ على تلك الخصائص من تغيرات أو اضمحلال كنتيجة للتقدم في العمر، على العاملين في مجال المسنين إيجاد الطرق العملية لمساعدتهم حتى يمروا بتلك المرحلة بسلام نفسي واجتماعي بغية التعرف أكثر على الشيخوخة من كل جوانبها الإيجابية و السلبية.³⁷ ومن أهم هذه النظريات نذكر:

1.3 نظرية فك الارتباط:

عرضها كل من "كاننج" و "هنري" و تفترض أن مرحلة الشيخوخة تتضمن الانسحاب من السياق الاجتماعي مع تناقص الأنشطة كنتيجة لفض عمليات التفاعل بين المسن والآخرين.فوفق هذه النظرية فإن الشيخوخة تصاحبها مجموعة من التغيرات مثل: انخفاض معدل تفاعل و فاعلية الفرد كلما تقدم في العمر و حدوث تغيرات في شخصية المسن حيث يتغير من اهتمامه بالآخرين إلى اهتمامه بالذات.³⁸

2.3 نظرية النشاط: من مؤسسي هذه النظرية " فريدمان"، "هافيجرست" و "ميلر" و هم يرون أن التوافق يحدث

بشكل فعال مع فقدان العمل أو الوظيفة و يتطلب من الفرد المسن أن يجد بديلا لتلك الأهداف وأن يواصل نشاطاته بما يحافظ على توازنه المعنوي . و يرى أصحاب هذه النظرية أن النشاط يحقق الرضا لدى كبار السن مما يسمح لهم بالاندماج في المجتمع و يسمح لهم أيضا بالقيام ببعض الأنشطة أو بديلا عنها ، من خلال المواصلة بإكساب صداقات جديدة أو ممارسة بعض ألوان النشاط الاجتماعي ،فتكون بمثابة البديل عن العمل المفقود و مصادر جديدة لدخل الأسرة.³⁹ وما يؤخذ على نظرية النشاط أنها لا تتلاءم إلا بنسبة قليلة من المسنين المتقاعدین عن العمل وتهمل بقية المسنين الذين يعانون من التهميش و فقدان الثقة.⁴⁰

³⁶ سيد سلامة إبراهيم، مرجع سابق، ص151

³⁷ سني أحمد، تقدير الذات وعلاقته بالتوافق النفسي لدى المسنين دراسة ميدانية لعينة من المسنين بمراكز رعاية الشيخوخة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الأسري، جامعة وهران 2014/2015، ص83

³⁸ قناوي هدى، مرجع سابق، ص10

³⁹ نبيل محمد الفحل، الاكتئاب النفسي للمسنين، دار قباء، مصر 2004، ص48/47

⁴⁰ عبد اللطيف خليفة، مرجع سابق، ص36

الفصل الثاني

الشيخوخة والصحة

3.3 النظرية التبادلية: إن المبدأ الرئيسي الذي تستند عليه هذه النظرية هو مبدأ الأخذ والعطاء بمعنى الحصول على شيء يلزم رد مماثل و يكون ذا قيمة. فبالتالي كبار السن حسب هذا المبدأ عندما ينالون الرعاية والاهتمام، فيجب عليهم بالمقابل الرد بالمثل في القيمة التبادلية و هم لا يملكون شيئاً يقدمونه بعدما أفنوا حياتهم في خدمة الآخرين⁴¹. إلا أن هذا المبدأ لا يتمشى ولا يتناسب مع المسنين لأن التعامل معهم في المجتمعات المسلمة لا يقوم على مبدأ الأخذ و العطاء. فاحترامهم وإكرامهم والاهتمام بهم يكون بدون مقابل. لأن بر الوالدين والتعامل باحترام مع كبار السن من المبادئ الإسلامية و من الأخلاق الفاضلة التي يجب على كل فرد التحلي بها.⁴²

4.3 نظرية الأزمة: إن الاعتراف بالأدوار الكبيرة و المهمة التي يقوم بها المسن داخل المجتمع من شأنه أن يدعم هويته و يحسن علاقته مع الآخرين مما يساعده على التوافق النفسي الاجتماعي. و يرى أصحاب هذه النظرية أن التقاعد يمثل أزمة للمسنين خاصة عند البعض منهم الذين يعطون أهمية كبيرة للعمل، باعتبار العمل هو مصدر من مصادر الرزق و الدخل و وسيلة للتفاعل الاجتماعي و الإحساس بالرضا و احترام الذات.⁴³ وعليه فإن أصحاب هذه النظرية يرون أن التقاعد يحدث للمسن نوعاً من عدم التوازن نتيجة شعوره بعدم القدرة على العطاء مما يخلف لديه أثراً سلبية و يشكل له أزمة نفسية. يرى معارضو هذه النظرية أن إحالة الفرد إلى التقاعد ليس التعامل الأوحده في عدم شعور المسن عن نفسه، بل هناك عوامل أخرى مثل المستوى الاقتصادي و الاجتماعي والحالة الصحية والنفسية التي تؤثر على توافقه النفسي وتقديره لذاته.⁴⁴

4. احتياجات المسنين:

تتنوع احتياجات المسنين وتختلف ضمن أربعة أصناف رئيسية هي: الاحتياجات الاقتصادية، والصحية، والنفسية، والاجتماعية.

1.4 الاحتياجات الصحية والنفسية: إن المسنين يحتاجون إلى الرعاية الصحية وذلك عند ضعف قوتهم وقدرتهم الجسمية وإصابة بعضهم بأمراض الشيخوخة مما يجعلهم ينظرون إلى أي رعاية صحية على أنها لا قيمة لها ذلك لخوفهم من الأمراض التي لا تقوى أجسامهم على مقاومتها.⁴⁵ ومن هنا ظهر أيضاً مفهوم التأمين الصحي لكبار

⁴¹ محمد النوري محمد علي، الاتجاهات الحديثة في التشخيص والعلاج وكيفية التعامل، الطبعة 1، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن 2012، ص 11

⁴² عبد الحميد محمد، العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي، الفنية للطباعة والنشر، الاسكندرية 1987، ص 12

⁴³ نبيل محمد لفحل، نفس المرجع سابق، ص 46/45

⁴⁴ علاء الدين كفاي، الصحة النفسية، الطبعة 3، هجر للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة 1990، ص 65

⁴⁵ هدى محمد فناوي، مرجع سابق، ص 71

الفصل الثاني

الشيخوخة والصحة

السن الذي يعالج هذه الفئة من الناس على حساب الدولة، أو جهة التأمين بشكل يضمن أيضاً كرامة المسن، ويحافظ على صحته ضمن مستويات جيدة.⁴⁶

كما أنه من المفيد محاولة إقناع المسن بأن التغيرات الجسمية و العقلية تمثل ظاهرة عادية، وعليه تقبل هذه التغيرات، وفي هذا ما يقلل القلق والإحباط على المستوى الشخصي، أو على المستوى الاجتماعي فيما يتصل بعلاقاته الاجتماعية مع الآخرين في الأسرة ومع الأصدقاء. ويمكن معاونة المسنين في توفير أماكن خاصة لقضاء أوقات فراغهم لممارسة بعض الهوايات والمشاركة في بعض الأنشطة الاجتماعية، وحين يشعرون أنهم يمارسون أدوارا اجتماعية مقبولة ويحقق لهم هذا الشعور، المزيد من التقدير والإحساس بالرضا.⁴⁷

2.4 الاحتياجات الاقتصادية: الحاجة إلى نظام يضمن للمسنين الحصول على دخل مناسب يتناسب مع الزيادة

في أسعار السلع والخدمات لأن خروج العامل على المعاش وبلوغه سن التقاعد يجعله يحصل على معاش ثابت لا يقبل الزيادة السنوية كما يحدث بالنسبة للمرتبات التي تزداد بالحوافز والترقيات وساعات العمل الإضافية والحاجة إلى وضع نظم كفيلة باشتراك المسنين في عمليات التنمية والاستفادة من خبراتهم في مجالات تخصصاتهم مع إمكانية إعادة تدريبهم على الأعمال التي تناسب إمكانياتهم و قدراتهم الجسمية والعقلية

ومعاونة المسنين على الموازنة بين موارده واحتياجاته ومنحه تيسيرات في تكاليف الخدمات التي يحتاجها.⁴⁸

3.4 الاحتياجات الترفيهية: حيث يعاني المسنون من وقت فراغ كبير يعجزون عن استثماره لاسيما في حالة عدم

وجود الأماكن التي يمضون فيها وقت فراغهم.⁴⁹

لذلك يتوجب علينا مراعاة المسنين وتلبية رغباتهم واحتياجاتهم وتفهم مشكلاتهم وذلك من خلال:

1/ إعداد رحلات إلى الحدائق وتنظيم زيارات للأماكن السياحية لتجديد نشاطهم.

2/ القيام بمخيمات صيفية مجهزة بكل الوسائل الترفيهية والصحية.

3/ العمل على تقوية الإحساس لدى كبار السن بأن المجتمع ما زال في حاجة إليهم و أنهم مازالوا يملكون القدرة على الحياة.

4/ الاستفادة من تجارب الدول الأخرى في مجال مؤسسات رعاية المسنين لتغيير نظرة كبار السن من حياة خالية

من الحركة والنشاط إلى حياة حيوية وتجديد أملهم في الحياة.⁵⁰

<http://www.startimes.com/f.aspx:2018/04/11 23:17>⁴⁶

أمزيان نعيمة، الآثار السوسيواقتصادي لحدث التقاعد على فئة العمر الثالث، دراسة ميدانية لعينة من المسنين بلدية باب الوادي، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في

الديمقراطية، جامعة الجزائر 2005/2004، ص 66

⁴⁸ محمد سيد فهمي، رعاية المسنين اجتماعيا، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1984، ص 296/295

⁴⁹ سيد سلامة إبراهيم، مرجع سابق، ص 154

الفصل الثاني

الشيخوخة والصحة

4.4 احتياجات اجتماعية إن مساندة المسنين لبعضهم البعض في ناحية أو أكثر من نواحي الحياة الاجتماعية، والواقع أن التكافل الاجتماعي مرتبط أشد الارتباط بالتكافل النفسي والشيخوخة لهم في مواقف متعددة إمكانية التأثير على بعضهم، وذلك بحكم تشابه الظروف وتقارب الأعمار وبسبب ما يمكن أن تنشأ بين الشيخوخة من اهتمامات مشتركة و نظرة متجانسة إلى الكثير من المسائل التي تعرض لهم في الحياة. والواقع أن اعتماد الشيخوخة على بعضهم البعض في ذلك التكافل الذي ينشأ فيما بينهم، سوف يؤدي إلى إحساس كل واحد منهم بقيمة الآخر بالنسبة له وحتى بالنسبة للعاجزين تماماً من الشيخوخة، فإنهم سيقدمون خدمة لغيرهم من الشيخوخة وذلك بأن يوفروا لهم فرصة سانحة لكي يثبتوا لأنفسهم أنه بمقدورهم أن يكونوا إيجابيين في هذه الحياة وأنهم يستطيعون تقديم خدمات إلى زملائهم الشيخوخة وأنهم ليسوا مجرد متلقين لخدمات غيرهم.

5.4 احتياجات مادية بيولوجية: وتتلخص هذه الحاجات المادية في المسكن والطعام والملبس والصحة ويحتاج توفير هذه الحاجات ابتداءً إلى توفير القدرة المالية لدى المسن وهنا يصطدم أغلب المسنين وخاصة المتقاعدین عن العمل بمشكلة ثبات المعاش الذي يحصلون عليه بعد تقاعدهم في الوقت التي تتزايد فيه الأعباء وخاصة في الجوانب الصحية، وهنا نشير إلى أهمية توعية الشباب بحيث يستعدون للشيخوخة بالأدخار والاستثمار ما يكفل لهم في مستقبل أيامهم وفيما يتصل بالسكن فإن الأمر لا يقتصر على توفير المسكن فحسب وإنما تمتد إلى مشاركة الأبناء في السكن حتى بعد زواجهم وما يسببه ذلك قلق المسن ومن هنا يأتي دور الأسرة والمجتمع لتوفير المناخ المناسب لإشباع الاحتياجات المادية للمسن.⁵¹

5. طب المسنين:

هو فرع العلوم الطبية الذي يهتم بصحة كبار السن يهدف لدراسة صحة كبار السن وعلاج الأمراض الشائعة بين المسنين وعلاج الآثار والإعاقات المترتبة عليها حيث كان علم الشيخوخة يتبع الأمراض الباطنية في بداية الأمر، ثم صار بعد ذلك علماً قائماً بذاته، مثله مثل طب الأطفال. ويعرف بأنه يكرس اهتمامه على رعاية المسنين والأمراض المميزة لكبار السن والمشكلات التي تعترى الإنسان عند التقدم في العمر.⁵²

⁵⁰ هدى محمد فناوي، مرجع سابق، ص 181.

⁵¹ أحمد شبيحا، مرجع سابق، ص 26.

⁵² يحيى مرسي عيد بلدر، المسنون في عالم كمتغير _ مقدمه في عله الشيخوخة، دار الوفاء، ط1، الإسكندرية، 2007 ص 75

الفصل الثاني

الشيخوخة والصحة

يعرف طب الشيخوخة على أنه العلم الذي يعني في المظاهر السريرية، العلاجية، الوقائية والاجتماعية المتصلة بالشيخوخة. أما علم الشيخوخة فهو فرع العلوم الذي يعني بدراسة تقدم السن من الناحية البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية، كذلك تفاعلها مع محيطها، إلا أن العلمين لا ينفصلان من الناحية العلمية.⁵³

فطب الشيخوخة هو مجال فرعي من الطب يكرس اهتمامه على رعاية المسنين والأمراض المميزة لهم، بينما يعتبر علم الشيخوخة مفهوماً أكثر اتساعاً حيث يشمل على جوانب من عدة مجالات خارج إطار الطب مثل علم الأحياء البيولوجيا وعلم النفس وعلم الاجتماع .. الخ، وهو يهدف إلى إرساء مراكز متخصصة لطب الشيخوخة. حيث هناك ثنائية تربط بين الطب بصفة عامة وعلم الشيخوخة بصفة خاصة ويترتب على ذلك التسليم بأن الشيخوخة والمرض هما كيانين منفصلين: الأول الشيخوخة يتولد ذاتياً وله طابعه الحتمي، الثاني المرض ينتج عن آثار العناصر البيئية، يعد طب الشيخوخة مجال فرعي وثيق الصلة بعلم الشيخوخة وأحياناً تستخدم كلمة طب الشيخوخة بشكل مترادف مع علم الشيخوخة.⁵⁴

6. الأمراض الشائعة لدى المسنين:

الأمراض المصاحبة للشيخوخة هي الأمراض التي غالباً ما نشاهدها مصاحبة لزيادة معدل هرم فيزيولوجيا بشكل عام يمكننا القول بأن الأمراض المصاحبة للشيخوخة تعد من المضاعفات الناتجة عن الشيخوخة، ويجب التمييز بين الأمراض المصاحبة للشيخوخة والشيخوخة نفسها، وليس كل مسن يعاني من الأمراض المصاحبة للشيخوخة بينما كل من يعاني من الأمراض المصاحبة للشيخوخة هو مسن، وتزداد نسبة الإصابة بهذه الأمراض مع التقدم في السن وإن كانت جميعها ناتجة عن اضطراب جيني.⁵⁵

ومن أكثر الأمراض التي تنتشر بين المسنين أكثر من غيرهم وتشكل لهم عقبات أمام تكيفهم مع المحيط الذي يعيشون فيه: التهاب المفاصل الناتج عن نقص الكالسيوم في العظام والذي يؤثر على عملية التوازن مما يزيد معدل السقوط، والروماتيزم الذي يعتبر من الأمراض الشائعة بين المسنين، وأمراض القلب التي ترجع إلى تصلب الشرايين التاجية،⁵⁶ وارتفاع ضغط الدم، وتضخم البروستاتا، وهي غدة مركزها الحوض الصغير تحت المثانة مما يصعب عملية التبول ويتسبب في اضطرابات خطيرة في الكليتين، وقد يؤدي هذا التضخم في النهاية إلى ظهور السرطان، إضافة

⁵³ <https://www.altibbi.com> 2018/01/24

⁵⁴ محبور نوال، عجز سيقات الكف الشيخوخة العادية والمصابين بمرض الزهايمر، مذكرة ماجستير في علم النفس العصبي، جامعة الجزائر، 2010/2009، ص 50

⁵⁵ <https://www.ar.wikipedia.org/wiki/2017/09/24> 11:45

⁵⁶ محمد السيد فهمي، رعاية المسنين اجتماعياً، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 1984، ص 75/74

الفصل الثاني

الشيخوخة والصحة

إلى أمراض الجهاز التنفسي، وأمراض الجهاز الهضمي، وداء السكري. وترتفع نسبة إصابة المسن بالأورام الخبيثة، وفي دراسة إحصائية عن أسباب الوفاة عند المسنين وجد أن مسببات الوفاة تمثل النسب التالية:⁵⁷

30% نتيجة لأمراض القلب والدورة الدموية.

30% نتيجة للأورام الخبيثة.

40% نتيجة لباقي الأمراض.

ومما يزيد من حدة هذه الأمراض أن المسن بما لمدة طويلة، كما قد يعاني من عدة أمراض في نفس الوقت، وهذا بسبب ضعف المناعة لديه.

بالإضافة إلى ضعف السمع الذي يقلل التواصل مع الآخرين، مما يشعر المسن بالعزلة، ويثير في نفسه الشعور بإحراجه للآخرين عند مطالبته بتكرار الكلام، وكذلك ضعف البصر الذي يجد معه المسن عناء كبير في تحديد الأماكن التي يتحرك فيها، أو الأشخاص الذين يكلمهم، وهو الأمر الذي يشعره أيضا بالحجل والضعف وفقدان الثقة في النفس.⁵⁸

7. المسنين في العالم:

يزداد عدد المسنين في البلاد المتقدمة والنامية على حد سواء، ففي عام 2000 وصلت نسبتهم 7% وسوف تصل حوالي 600 مليون خلال عام 2017 هذه الزيادة المضطربة بين السكان العالم تجعل من الضروري الاهتمام المتزايد بهذه الفئة من الناحية النفسية والجسمية والاجتماعية الخاصة بهم.⁵⁹

كما يختلف النمو السكاني اختلافا ملحوظا من منطقة إقليمية إلى أخرى، فالسكان في المناطق المتقدمة يزدادون بمقدار 0,5 مليار نسمة في حين يزداد سكان المناطق النامية بمقدار 1,7 مليار، هذه المستويات المتباينة لها آثار على الحجم النهائي لسكان العالم وتوزيعه على المستوى الإقليمي، وتشير إحصائيات صندوق الأمم المتحدة على وجود زيادة عالمية في أعداد المسنين مما يبلغون 60 سنة فما فوق نتيجة لتدني معدلات الخصوبة ومعدلات الوفيات، وشيخوخة السكان أصبحت الآن ظاهرة عالمية وقد بلغت سنة 1950 إلى 8% من مجموع السكان العالمي، وبعد السبعينات أصبح المسنون يتمركزون بشكل متزايد في البلدان النامية.⁶⁰

⁵⁷ عبد المجيد سيد منصور، الأسرة على مشارف القرن 21، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، 2000، ص148

لعبيدي نادية، المكانة الاجتماعية للمسن داخل الأسرة الجزائرية دراسة ميدانية لعينة من المسنين ببلدية عين التوتة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع العائلي، جامعة باتنة 2008/2009، ص119.

⁵⁹ محمد صالح عبادي، مشكلات البيئة الصحية وتأثيراتها النفسية للمسنين وعلاقتها بالاكنتاب، مجلة كلية الأدب، العدد4، المجلد1، جامعة عدن، ص234.

⁶⁰ مريخي رزيقة، مرجع سابق، ص49

الفصل الثاني

الشيخوخة والصحة

ولقد صاحب هذه الزيادة في أعداد المسنين كذلك ارتفاع متوسط عمر الفرد ا زد عن 70 سنة في كثير من الدول وخاصة الدول الصناعية المتقدمة وهذا بلا شك لكونه له آثار وانعكاسات على مختلف جوانب الحياة والعلاقات الاجتماعية، وبكل ما يتعلق ويتعامل مع المسنين كالأطباء وأجهزة الدولة ومؤسسات المجتمع، وأفراد الأسرة وغيرهم، لأن هذه الزيادة ستزيد من معدل احتياجاتهم وبالتالي زيادة أعبائهم وتكاليف الرعاية بهم، على الدولة وأفراد المجتمع، ونتيجة لهذه التغيرات وغيرها من التغيرات التي حدثت في المجتمعات المعاصرة في مختلف المجالات.⁶¹

وتشير آخر الإحصائيات التي أصدرتها الأمم المتحدة إلى أن عدد سكان العالم سيتجاوز مليارات نسمة في 2050 مقابل 6,8 مليار في العام الجاري و7 مليارات في مطلع عام 2051 وبالطبع سيكون العدد الأكبر من السكان الجدد من نصيب الدول النامية التي سيتجاوز عدد سكانها 5,6 مليار نسمة خلال العام الجاري في مقابل 7,9 مليار في 2050، وستمثل هذه الزيادة في 1,2 مليار نسمة تتراوح أعمارهم ما بين 15 إلى 59 سنة و1,1 مليار نسمة تزيد على الستين، وبحسب إحصائيات البنك الدولي فإن ثلث سكان العالم في أوائل الألفية الثالثة سيكونون فوق سن الستين وفي عام 2050 سيكون متوسط عمر الفرد ثمانين عاماً أو أكثر وتمثل النساء أغلبية المسنين 65% منهم سيكونون فوق الثمانين، تعكس هذه الأرقام حجم التحديات أمام الدول المتقدمة والنامية.⁶²

1.7 المسنين في الدول المتقدمة:

إن المكتب الإحصائي الأمريكي أكد أن الدراسات الإحصائية للسكان حول الشيخوخة، أن % 13,7 من الأوروبيين تتجاوز أعمارهم 65 سنة، مقابل 12,6 من دول أمريكا الشمالية وتنخفض هذه النسبة في آسيا و % 2,7 في المناطق الإفريقية الواقعة جنوب الصحراء، تعتبر السويد البلد الأكثر شيخوخة حيث أن % 17,9 من السكان تتجاوز أعمارهم 60 سنة ويليه النرويج بنسبة % 16,3 واليابان بنسبة % 13,7 والولايات المتحدة الأمريكية ب % 12,6 وتتراوح نسبة الشيخوخة في الدول الأوروبية الأخرى ما بين % 13 و % 16 من عدد السكان.⁶³

وحسب الإحصائيات العالمية للسكان عام 2003 نجد أن نسبة الأشخاص المسنين من ستين سنة فأكثر

⁶¹ وليد خالد الشايجي، بحث حول مظاهر رعاية المسنين في الكويت بين الشريعة والقانون، الكويت، 2003، ص 2

⁶² وجدي محمد بركات، أهمية التدخل المهني لإعداد البرامج لتلبي احتياجات المسنين النفسية والاجتماعية لديهم في المجتمع، مجلس التعاون الخليجي، جامعة البحرين 2009 ص 3

⁶³ مرخي رزيقة، مرجع سابق، ص 51

الفصل الثاني

الشيخوخة والصحة

تقدر نسبتهم في اليابان % 12 و في السويد %21,9، أما ألمانيا الفدرالية % 19,5 و فنلندا %16,4 النرويج % 4,2 من المسنين في العالم، إيطاليا % 41 أمريكا % 23 من المسنين يشاركون في عمليات التنمية الاقتصادية في الدول المتقدمة⁶⁴.

2.7 المسنين في الدول النامية:

يتوقع أن تزداد نسبة المسنين في البلدان النامية من 8 إلى % 21 بحلول 2050 ، مما ستخفض نسبة الأطفال من 33 إلى % 20 وهذه الأرقام مذهلة في حد ذاتها، والذي يؤكد ذلك هو النمط السريع لعملية الشيخوخة، وإن ثلاث أرباع سكان العالم المسنين سيعيشون في البلدان النامية بعد أقل من ثلاثين سنة⁶⁵.

ففي إفريقيا من المتوقع أن ترتفع أعداد كبار السن لتصل إلى 50 مليون وفي آسيا إلى 337 مليون، وفي أغلب الدول الإفريقية جنوب الصحراء الكبرى، تصل نسبة كبار السن في المناطق الريفية إلى ما لا يقل على ضعف نسبتهم في المناطق الحضرية وفي البلدان ككولومبيا وماليزيا، وكينيا أو تايلاند وغانا، فيتوقع أن تكون نسبة الزيادة في أعداد كبار السن في الفترة ما بين عامي 1990 و 2025 من سبعة إلى ثمانية أضعاف، ويتوقع أن تشهد البلدان النامية زيادة تتراوح بين 200 و 300 في المائة نسبة كبار السن بها خلال فترة لا تتجاوز 35 عاما وحسب تقديرات الأمم المتحدة فإن عدد المسنين في إفريقيا في سن 60 سنة فما فوق قدر عشرين 20 مليون بنسبة % 5,58 سنة 120 مليون بنسبة % 9,09 في سنة 2025.⁶⁶

وحسب الإحصائيات العالمية للسكان نجد الأشخاص الذي يبلغون سن 60 سنة بأكثر في ماليزيا نسبتهم تقدر ب % 5,69 وفي الهند % 5,5 ، ومالي % 2,5 ، السنغال % 2,9، نيجيريا % 2,7 وهذه الإحصائيات لسنة 2000.⁶⁷

فقد تبين أن التغيرات الديمغرافية أكثر سرعة في الدول النامية، و أن نسبة كبار السن أكثر ارتفاعا في المنطقة العربية فقد وصلت نسبتهم إلى 5,6 عام 1999 ومن المتوقع أن تصل إلى % 6,8 في عام 2025 وإلى 12,5 % عام 2050، وهذه الزيادة يمكن ردها إلى مجموعة من العوامل منها انخفاض معدلات وفيات الأطفال وتحسن التغذية والشروط الصحية وتطور الوضع الاقتصادي، ولقد أطلق على هذا العصر بعصر المعمرين، وقد كان قرار

⁶⁴ سيد سلامة إبراهيم، مرجع سابق، ص 35.

⁶⁵ مريقي رزيقة، مرجع سابق، ص 52.

⁶⁶ خديجة سيخاوي، التغير الاجتماعي واثاره على تشرد المسنين، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع الجنائي، جامعة الجزائر 2007/2008 ص 71

⁶⁷ سيد سلامة إبراهيم، مرجع سابق، ص 35.

الفصل الثاني

الشيخوخة والصحة

الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1999 عاما دوليا لكبار السن واعتبار أول شهر تشرين الأول من كل عام يوما عالميا لكبار السن.⁶⁸

وقد كشف تقرير صادر عن مركز المعلومات التابع لمجلس الوزراء المصري أن نسبة كبار السن في مصر والدول العربية في الفئة العمرية 60 سنة فأكثر بلغت حوالي 6% أي ما يوازي 8,4 مليون قد وصلت حوالي 9% عام 2015 وإلى 12% بحلول عام 2030.⁶⁹

وفي تونس ارتفعت نسبة المسنين من 9,1 % سنة 2001 إلى 9,3 % سنة 2004 ومن المتوقع أن تصل إلى 13 % سنة 2019 وإلى 17,7 % سنة 2029 ، في حين تبلغ نسبة المسنين البالغين من العمر 60 سنة فما فوق في المغرب الأقصى 7,40 % من المجموع الكلي للسكان ألا وهو 29170000 نسمة.⁷⁰

وفي سنة 2006 بلغ عدد السكان ما يقارب 500 مليون شخص في العالم بلغوا سن 65 عام أو أكثر.

وبحلول عام 2030، حسب التقرير، من المتوقع أن يصل إجمالي العدد إلى بليون شخص وهو ما يعني أن شخصا واحد بين كل ثمانية أشخاص من سكان العالم سيكون من المسنين. وأسرع معدل لتزايد المسنين أي الذين تبلغ أعمارهم 65 عاما أو أكثر يحدث في الدول النامية، وهي التي ستشهد قفزة في عددهم بين السكان بنسبة 140% بحلول عام 2030.⁷¹

3.7 المسنين في الجزائر:

عرفت الجزائر بعد الاستقلال تزايد ديمغرافي سريع، ما بين 1962/1992 شهدت هذه الفترة تضاعف للسكان، حيث في عام 1962 وصل إلى 10 مليون نسمة، ثم ارتفع هذا العدد إلى 26 مليون نسمة في سنة 1992، لكن مع توفر وتطور شروط الصحة وقلة الوفيات شهدت الجزائر تزايد في نسبة كبار السن.⁷²

كما أدت التحولات الاجتماعية والاقتصادية المتسارعة في المجتمعات الإنسانية مثل التقدم في الطب إلى زيادة مطردة في أعداد المسنين بعدما كان الإنسان لا يعمر طويلا نتيجة الأمراض وسوء الرعاية والتغذية خاصة

⁶⁸ عدنان مطر ناصر، أملكاته الاجتماعية لكبار السن من وجهة نظر طلبة الجامعة، مجلة الادب الكوفة العدد 2، سنة 2007، ص 157.

⁶⁹ محمد النوي محمد علي، الزهايمر لدى المسنين، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012، ص 43.

⁷⁰ www.statistique.gov.mai.24/01/2017.10:24

⁷¹ القمة الدولية لتزايد عدد المسنين، الولايات المتحدة الأمريكية، 19 مارس، 2007، ص 3.

⁷² séminaire international, Les personnes âgées ses espérances, ses droits sa protections, Ed CNES,

Alger, 1993, P34

الفصل الثاني

الشيخوخة والصحة

بالنسبة للمسنين في الجزائر التي قدرت نسبتهم في الخمسينات ب % 2,7 من إجمالي السكان، أما في التسعينات فقد بلغت % 6,47 لترتفع في سنة 2002 لتبلغ % 6,95 ، أما في 2004 فقدت بنسبة % 7,15 لترتفع في سنة 2006 إلى نسبة % 7,31.⁷³

كما عرف عدد السكان الجزائري منذ الثمانينات دفعا هاما تحت تأثير وتيرة مرتفعة جدا للنمو الطبيعي ناتج عن الفارق بين الولادات والوفيات، وهذا إلى غاية سنوات الثمانينات.⁷⁴

فالتوقعات الديمغرافية توحى بأن العدد الحالي سوف يتضاعف لفئة ستين سنة فما فوق، بحيث يتوقع أن يصل عدد المسنين سنة 2010 إلى 279527 من مجموع السكان وسنة 2015 يصل إلى 3042110 مسن وفي سنة 2020 يصل إلى 428518 مسن وفي سنة 2025 يصل إلى 534825 مسن وفي سنة 2030 يصل إلى 6681783 ، وهذا من مجموع السكان وحسب التوقعات الديمغرافية دائما وحسب التوقعات الديمغرافية نسبة المسنين عند الإناث دائما تفوق نسبة فئة المسنين عند الذكور.⁷⁵

و إذا أردنا أن نلقي نظرة على عدد الشيخوخ في بلادنا نجد في تزايد مستمر وهذا يرجع إلى تحسين ظروف المعيشة وانتشار المرافق الصحية حيث بلغ سنة 1977، 1010290 شخص ووصل العدد إلى أكثر من 1,4 مليون نسمة سنة 1987 وفي سنة 1995 وصل عددهم إلى 3 ملايين، وعدد الناشطين من هؤلاء الشيخوخ تقترب من 144806 أي بنسبة % 10,76 بالنسبة للعدد الإجمالي للشيخوخ.⁷⁶

8. تطور الفئات العمرية الكبرى لدائرة تقرت خلال تعادلي 1998 و 2008.

الجدول رقم 01: توزيع سكان دائرة تقرت حسب الفئات العمرية الكبرى خلال تعادلي 1998 و 2008.

تعداد 2008		تعداد 1998		الفئات العمرية
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
45.86%	67454	36.14	42893	14_ 0
50.05%	73614	58.43	69348	64_ 15

⁷³ إحصائيات المعهد الوطني للصحة العمومية، سنة 2007.

⁷⁴ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، السياسة الوطنية للسكان، الاتفاق 2010، ديسمبر 2001، ص 14.

⁷⁵ خديجة سيخاوي، مرجع سابق، ص 83.

⁷⁶ الديوان الوطني للإحصائيات، المجموعة الإحصائية السنوية الجزائرية، ديسمبر 1996، ص 33.

الفصل الثاني

الشيخوخة والصحة

65 فأكثر	6445	5.43	6004	4.09%
المجموع	118685	100	147072	100

المصدر: من إعداد وحساب الطالبة بناء على تعداد 1998.

من خلال الجدول يتبين أن الأكبر من السكان تنتمي إلى الفئة (15-64) حيث قدرة ب58,43% في تعداد 1998 لتتخفف إلى 50,05% في تعداد 2008، تليها الفئة العمرية (0-4) بنسبة 36,14% في تعداد 1998 لترتفع إلى 45,86% في تعداد 2008 وأخيراً فئة كبار السن 65 سنة فأكثر حيث بلغت نسبتها 5,43% في تعداد 1998 لتتراجع إلى 4,09% في تعداد 2008.

الجدول رقم 02 : تطور معدل إعالة كبار السن لدائرة تقرت خلال تعداد 1998 و 2008.

$$\text{نسبة إعالة الكبار} = \frac{\text{65 سنة فأكثر}}{\text{64-15 سنة}} \times 100$$

السنة	معدل إعالة كبار السن %
1998	9,29
2008	8,15

المصدر: من أعداد الطالبة اعتماداً على تعداد 1998 و 2008.

يمثل معدل إعالة كبار السن ارتباط كبار السن بالفئة النشطة، من خلال الجدول رقم الذي يمثل تطور معدل إعالة كبار السن.

نلاحظ أن المعدل بلغ في تعداد (1998) 9,29% أيما معناه أن كل 100 من الفئة النشطة تعيل 9 أفراد من كبار السن، لتتخفف النسبة في تعداد 2008 حيث أصبح كل 100 من الفئة النشطة تعيل 8 أفراد من كبار السن.

خاتمة .

في هذا الفصل تم التطرق إلى الجوانب الأساسية من موضوع الدراسة والتي تتمثل في الشيخوخة والصحة، حيث يعتبر المسن مؤشر ديمغرافي هام في معرفة تطور المستوى الطبي والصحي في أي مجتمع من المجتمعات. لذلك فإن شريحة كبار السن تعتبر متغير ديمغرافيا لقياس مدى تطور المجتمعات من الناحية الصحية والطبية ومستوى الرعاية الاجتماعية، كما تم التطرق إلى أهم المشاكل التي تواجه المسنين والمتمثلة بعدم التأقلم مع

الفصل الثاني

الشيخوخة والصحة

الأوضاع الجديدة ،وذلك بإعتبار أن التغيرات الجسمية والحالة الصحية تخلق مشاكل اجتماعية وصحية ونفسية واقتصادية.

تمهيد:

تعتبر الدراسة الميدانية مجالاً لجمع المعطيات من الواقع الاجتماعي المراد دراسته، وذلك استناداً إلى قواعد وإجراءات منهجية وكل الأدوات الملائمة للبحث قصد الوصول إلى الغاية والأهداف المرجوة من الدراسة.

سوف يتم التطرق في هذا الجانب الميداني إلى فصل الإجراءات المنهجية وعرض وتحليل ومناقشة البيانات من خلال مجالات الدراسة، تحديد المنهج المناسب للبحث ووصف المصادر التي استخدمت في جمع البيانات والاختبارات الإحصائية المستخدمة، ثم التطرق إلى عرض وتحليل بيانات، مع محاولة تفسير فرضيات الدراسة من خلال رسم ووضع المنحنيات والجداول اعتماداً على المعطيات التي تم جمعها لإبراز الأثر بين المتغيرين، في الأخير إلى ملخص النتائج والاستنتاج العام.

الفصل الثالث

الجانب الميداني

1. الأسس المنهجية لمجالات الدراسة.

1.1 مجالات الدراسة.

✓ المجال الجغرافي: يخص ميدان بحثنا دائرة تقرت والتي تقع في الشمال الشرقي لولاية ورقلة كما تبعد عن مقر الولاية ب 160 كم وعن العاصمة ب 620 كم وعن ولاية الوادي ب 95 كم وعن ولاية بسكرة ب 220 كم ترتفع تقرت عن مستوى البحر ب 70 مترا وتتميز بالرطوبة صيفا رغم درجة الحرارة العالية والتي قد تصل إلى 45 ° وبرد في الشتاء قد تصل إلى درجتين حدت الصفر تتربع على مساحة إجمالية قدرها 481 كم²، وكثافتها السكانية تبلغ 182.44 نسمة/كم²، يعيش سكانها في كنف الانسجام والتعايش المبني على روح التعاون والتآزر ويمتهنون فلاحه النخيل والعمل المأجور⁷⁷.

✓ المجال البشري: استهدفت الدراسة سكان دائرة تقرت من فئة المسنين الذين بلغو من العمر 60 سنة فأكثر (ذكور وإناث)، والذين تم اختيارهم بطريقة قصدية حيث بلغ حجم العينة 100 مسن، كما قمنا بتدعيم بحثنا باستمارة أخرى تخص العاملين في القطاع الصحي بتقرت.

الجدول رقم 03: توزيع أفراد العينة حسب بلديات دائرة تقرت.

(تقرت، 35 فرد) (النزلة، 20 فرد) (تيسبست، 09) (الزاوية العابدية، 21).

الجدول رقم 04: توزيع أفراد العينة حسب آراء بعض العاملين في القطاع الصحي بدائرة تقرت.

القطاع الصحي	عدد أفراد العينة
المؤسسة العمومية الاستشفائية سليمان عميرات	04
مصحة وادي ريغ	04
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية "المقارين"	02

المصدر: من إعداد الطالبة.

✓ المجال الزمني: تمت الدراسة في دائرة تقرت خلال الفترة الممتدة من 25 جانفي 2018 إلى 4 فيفري 2018.

⁷⁷ www.4algeria.com/vb/4algeria1753 .05/1/2018.10:30

الفصل الثالث

الجانب الميداني

2.1 منهج الدراسة.

إن أي دراسة علمية تتطلب من الباحث إتباع منهج أو طريقة يستطيع من خلالها الوقوف على الخطوات العلمية التي تسمح له بالوصول إلى هدفه، "حيث تختلف مناهج البحث باختلاف مواضيع الدراسة، وباختلاف الأهداف العامة أو الفرعية التي يسعى الباحث لتحقيقها"⁷⁸.

فالمنهج هو " الطريقة التي يسلكها الباحث للوصول إلى نتيجة معينة وتختلف الطرق والمناهج باختلاف مواضيع البحث والإشكالية، فإن المنهج المتبع مجموعة من الخطوات والطرق المنتظمة التي يقوم بها أو يدرسها إلى أن يصل إلى نتيجة معينة"⁷⁹. وقد اعتمدنا في بحثنا هذا على **المنهج الوصفي**، "الذي يتجه إلى تقرير خصائص ظاهرة معينة أو موقف ما، يغلب عليه صفة التحليل يقوم هذا المنهج بوصف ما هو كائن عن طريق جمع البيانات والمعلومات حول الظاهرة، ثم تفسير تلك الظاهرة والبيانات واستخلاص التعميمات والاستنتاجات"⁸⁰.

3.1 تقنيات البحث وأدواته.

تعتبر أدوات جمع البيانات الوسيلة التي يعتمد عليها أي بحث علمي لجمع المعطيات والحقائق حول الظاهرة المراد دراستها، وتتوقف دقة وصدق النتائج المتوصل إليها على مدى دقة الأدوات المستخدمة للاقتراب من الظاهرة ودرجة مصداقيتها.

✓ **الاستمارة:** وهي عبارة عن مجموعة من الأسئلة المكتوبة التي تعد بقصد الحصول على معلومات أو آراء تخص الباحثين حول ظاهرة أو موقف معين. وتعد الاستمارة من أكثر الأدوات المستخدمة في جمع البيانات الخاصة بالعلوم الاجتماعية التي تتطلب الحصول على معلومات أو معتقدات أو تصورات أو آراء الأفراد. ومن أهم ما تتميز به الاستمارة هو توفير الكثير من الوقت والجهد على الباحث"⁸¹

وهي نموذج مجموعة أسئلة توجه إلى الأفراد من أجل الحصول على معلومات حول موضوع أو مشكلة أو موقف، ويتم تنفيذ الاستمارة إما عن طريق المقابلة الشخصية، أو أن ترسل إلى الباحثين أو عن طريق البريد"⁸²

"كما تعتبر الاستمارة وسيلة اتصال بين الباحث والمبحوث وتشمل على مجموعة من الأسئلة التي تخص المشاكل التي من خلالها ينتظر من المبحوث معلومة."⁸³

⁷⁸ علياء شكري، محمد علي محمد، قراءات في علم الاجتماع، الطبعة 1، شركة دار النشر لمتحدة، القاهرة، 1972، ص 138.

⁷⁹ أحمد سيد أحمد، دليل منهج البحث العلمي، الطبعة 1، دار المعارف، مصر، 1973، ص 9.

⁸⁰ محمد حسين إسماعيل، مناهج البحث في إعلام الطفل، دار النشر للجامعات، القاهرة، الطبعة الأولى، 1996، ص 75.

⁸¹ محمد عبيدات، محمد أبو نصار، منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات، ط 2، دار وائل للنشر، عمان، 1999، ص 63.

⁸² محمد علي محمد، علم الاجتماع والمنهج العلمي، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، الطبعة الأولى، سنة 1980، ص 339.

⁸³ Madeleine Grawtitz, op.cit, P1967

وهناك مجموعة من التقنيات التي يمكن للباحث أن يوظفها لجمع معطياته الميدانية، إلا أن عينتنا استوتحت توظيف تقنية الاستمارة كأداة لجمع البيانات، حيث قمنا بعرضها على مجموعة من الأساتذة لتحكيمها والذين أفادونا بنصائحهم كما قمنا بتجربة ميدانية للتأكد من صلاحيتها في جميع البيانات المطلوبة، ثم صيغت الاستمارة في صورتها النهائية، وقد احتوت على 59 سؤال موزعة على 6 محاور وكل محور يحتوي على مجموعة من الأسئلة المتعلقة بالموضوع وهي:

المحور الأول:البيانات الشخصية14 سؤال.

المحور الثاني:الوضعية الاجتماعية للمسن9 أسئلة.

المحور الثالث:الوضعية المادية للمسن9 أسئلة.

المحور الرابع:الوضعية الثقافية للمسن 5 أسئلة.

المحور الخامس:الوضعية الصحية للمسن 17 سؤال.

المحور السادس:أسئلة الرأي5أسئلة.

وقد إعتمدنا في تفرغ الاستمارة على برنامج سفانكس، حيث تم استرجاع 85 استمارة مع ضياع 10 استمارات.

4.1 مجتمع البحث والعينة. من الصعب أحيانا أن ندرس مجتمعا بأكمله،لهذا يلجأ الباحثون إلى اختيار عينة من هذا المجتمع تحمل خصائصه ومميزاته،وتسمح بتعميم النتائج على المجتمع بأكمله لذا فعلى الباحث أن يحسن اختيار عينة بحثه باستعمال الطريقة المناسبة.

يعرف مجتمع البحث في العلوم الإنسانية على أنه"مجموعة منتهية أو غير منتهية من العناصر المحددة مسبقا والتي تتركز عليها الملاحظات"⁸⁴ كما تعتبر العينة جزء من المجتمع الكلي لموضوع الدراسة وتعرف على أنها"مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية، وهي جزء أو نسبة معينة من أفراد المجتمع الأصلي"⁸⁵

وتعرف أيضا على أنها"مجموعة من المفردات تؤخذ من مجتمع البحث ويقوم الباحث باختيارها بهدف جمع البيانات وتوفير الجهد والوقت والعمل على توافق النتائج التي يتوصل إليها باستعمال العينة بحيث يمكن تعميمه على باقي

⁸⁴ عبد الصمد محمد حسن، أصول البحث الاجتماعي، المكتبة الجامعية، ط6، مصر، 1987، ص233.

⁸⁵ زرواتي رشيد، تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، دار هومة، الجزائر، ط2، 2002، ص1، ص119.

الفصل الثالث

الجانب الميداني

المفردات⁸⁶، حيث تشكل مجتمع دراستنا الحالية كل الأشخاص المسنين البالغين من العمر ستون سنة فأكثر، ونظراً لحصر مجتمع الدراسة اقتضت الضرورة إلى اللجوء للمعاينة بطريقة العينة القصدية لسهولة الوصول إلى الأشخاص المسنين والتي تكونت من 100 مسن (ذكور وإناث)

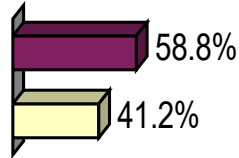
وتعرف العينة القصدية على أنها "العينة التي يذهب فيها الباحث إلى أشخاص معينين يثق بوجود المعلومات لديهم"⁸⁷

2. عرض وتحليل نتائج الدراسة.

1.2 عرض خصائص العينة.

الجدول رقم 05: توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

الجنس		
ذكر	50	58.8%
أنثى	35	41.2%
Total	85	100.0%



المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول نلاحظ أن المجموع الكلي لأفراد العينة يساوي 85 فرد حيث بلغت نسبة ذكور 58.8% أما الإناث فكانت نسبتهم 41.2% حيث يمثل الذكور ما نسبته 58.5% أما الإناث 41.2% من مجموع العينة.

الجدول رقم 06: توزيع أفراد العينة حسب السن.

⁸⁶ محمد شفيق، البحث العلمي الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية، ط2، دار الطليعة، بيروت 1986، ص65

⁸⁷ مراد كمال عوض، الإحصاء التربوي، دار البداية للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن، 2009، ص27.

الفصل الثالث

الجانب الميداني

السن		
Moyenne = 68.37 Ecart-type = 9.08		
Médiane = 64.00		
Min = 60.00 Max = 92.00		
Moins de 65	45	52.3%
De 65 à 69	13	15.1%
De 70 à 74	8	9.3%
De 75 à 79	5	5.8%
De 80 à 84	6	7.0%
85 et plus	9	10.5%
Total	86	100.0%

المصدر: من إعداد الطالبة.

تميزت العينة المدروسة بارتفاع في نسبة الفئة العمرية (65 سنة فأكثر) بنسبة 52.3% في حين بلغت أدنى نسبة في الفئة (75_79) بنسبة 5.8%، كما نلاحظ أن العمر المتوسط لأفراد العينة هو 68.37 سنة بينما العمر الوسيط هو 64 سنة وأصغر عمر لأفراد العينة هو 60 سنة بينما أكبر عمر هو 92 سنة.

الجدول رقم 07: توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة.

مكان الإقامة		
مدينة(حضر)	41	48.2%
قرية(ريف)	44	51.8%
Total	85	100.0%

المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول نلاحظ أن 48.2% من أفراد العينة يقيمون (الوسط الحضري)، و51.8% يقيمون (الوسط الريفي).

الجدول رقم 08: توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية.

الحالة العائلية		
أعزب	3	3.5%
أرمل	24	27.9%
مطلق	5	5.8%
متزوج	54	62.8%
Total	86	100.0%

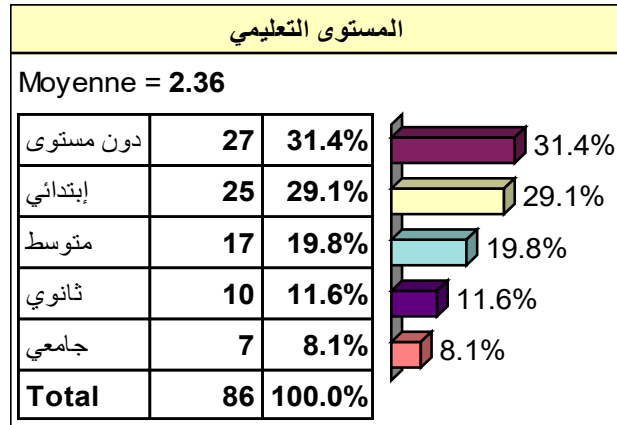
الفصل الثالث

الجانب الميداني

المصدر: من إعداد الطالبة.

الجدول يمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة الزوجية حيث نلاحظ بأن المتزوجين يمثلون النسبة الأكبر من بين جميع أفراد العينة حيث يمثلون نسبة 62.8% بينما أقل نسبة فيمثلها العزاب بـ 3.5% أما المطلقين نسبة 5.8% الأراامل 27.9% وذلك لأن أغلب أفراد العينة من المسنين.

الجدول رقم 09: توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.



المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول الذي يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي نلاحظ أن الأفراد دون مستوى يمثلون 31.4% بينما لا يمثل الجامعيون سوى 8.1% في حين يشكل ذوي المستوى التعليمي الابتدائي والمتوسط والثانوي 29.1%، 19.8%، 11.6% على التوالي.

الجدول رقم 10: توزيع أفراد العينة حسب نوع المسكن.

نوع المسكن		
عمارة	21	25.0%
مسكن تقليدي	58	69.0%
فيلا	5	6.0%
Total	84	100.0%

المصدر: من إعداد الطالبة.

الفصل الثالث

الجانب الميداني

من خلال الجدول الذي يوضح نوع مسكن المسن يتبين أن أكبر نسبة هي 69% تقابل فئة السكن التقليدي، تليها فئة السكن في العمارة بنسبة 25% أما السكن في الفيلا بنسبة 6%. أي أن معظم أفراد العينة يسكنون في مساكن تقليدية بناها أصحابها.

الجدول رقم 11: يوضح مدى مناسبة المسكن للمسن.

هل المسكن		
يناسبك	64	77.1%
لا يناسبك	19	22.9%
Total	83	100.0%

المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول يتبين لنا أن نسبة 77.1% من مجموع أفراد العينة يناسبهم المسكن الذي يعيشون فيه، بينما نسبة 22.9% تمثل الفئة التي لا يناسبها المسكن الذي يقيمون فيه.

الجدول رقم 12: يوضح عدد أبناء المسن الذكور والإناث.

عدد الأبناء الإناث			عدد الأبناء الذكور		
Moyenne = 3.64 Ecart-type = 1.80 Médiane = 3.00 Min = 1.00 Max = 9.00			Moyenne = 3.73 Ecart-type = 2.27 Médiane = 3.00 Min = 1.00 Max = 12.00		
Moins de 2	4	5.5%	Moins de 2	6	8.2%
De 2 à 3	37	50.7%	De 2 à 3	35	47.9%
De 4 à 5	20	27.4%	De 4 à 5	19	26.0%
De 6 à 7	9	12.3%	De 6 à 7	8	11.0%
8 et plus	3	4.1%	8 et plus	5	6.8%
Total	73	100.0%	Total	73	100.0%

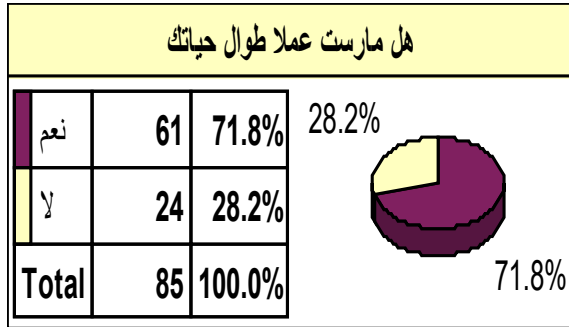
المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول نلاحظ أن متوسط عدد أبناء المسنين 3.73 بالنسبة للذكور أما الإناث 3.64 أي 7.37 حيث أن الفئة التي لها من 2 إلى 3 أطفال هي الأكبر حيث تقدر بنسبة 47.9% بالنسبة للذكور والإناث ب 50,7%.

الفصل الثالث

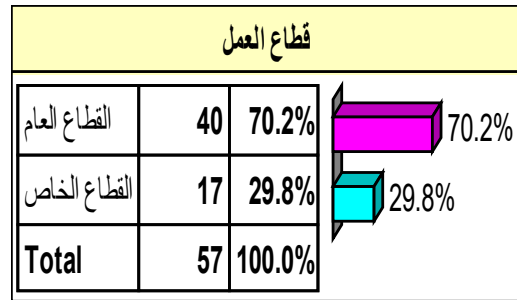
الجانب الميداني

الجدول رقم 13: توزيع أفراد العينة حسب العمل.



المصدر: من إعداد الطالبة.

نلاحظ أن نسبة كبار السن الذين سبق لهم العمل تقدر بـ 71.1% وهي أكبر نسبة من الذين لم يشتغلوا طوال حياتهم وقدرة نسبتهم بـ 28.2% الجدول رقم 14: يوضح توزيع أفراد العينة حسب قطاع العمل.

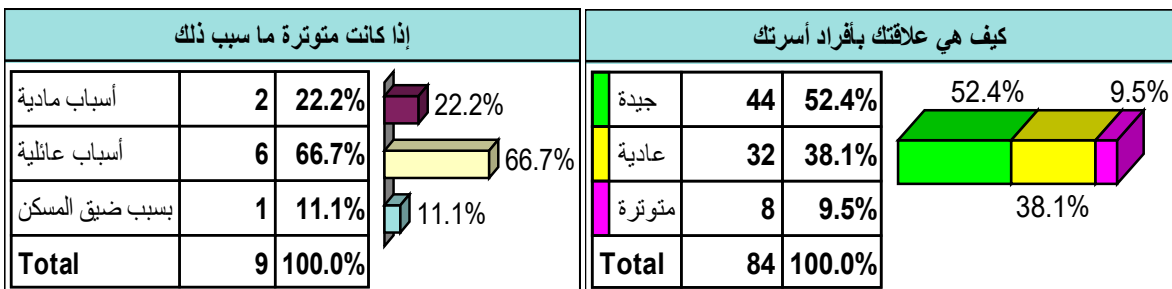


المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول نلاحظ أن أغلب أفراد العينة كانوا يزاولون عملهم في القطاع العام بنسبة 70.2% أما التابعين للقطاع الخاص بـ 29.8%

تحليل بيانات المحور الثاني حول الوضعية الاجتماعية للمسن.

الجدول رقم 15: يوضح علاقة المسن بأفراد أسرته.



الفصل الثالث

الجانب الميداني

المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدولين نلاحظ أن أكبر نسبة من مجموع أفراد العينة الذين صرحوا ب وجود علاقة جيدة بين أفراد الأسرة قدرة ب%52.4، بمعنى أنه قد توجد بعض الخلافات لكنها لا تؤثر في هذه العلاقة، تليها نسبة %38.1 الذين صرحوا بأن علاقتهم بأفراد أسرهم عادية، أما %9.5 تمثل فئة الذين صرحوا بوجود علاقة متوترة بين أفراد الأسرة والتي تحتوي أكبر نسبة للخلافات العائلية ب%66.7 تليها نسبة %22.2 للخلافات المادية، أما %11.1 بسبب ضيق المسكن.

الجدول رقم 16: يوضح أسلوب المسن في تنشئة أبنائه.

ما هو أسلوبك في تنشئة أبنائك		
الحوار	40	50.6%
التدليل	8	10.1%
الامبالاة	11	13.9%
السيطرة و التحكم	20	25.3%
Total	79	100.0%

المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول نلاحظ أن أغلب أفراد العينة يتبعون أسلوب الحوار في تنشئة أبنائهم بنسبة %50.6 و%25.3 يتبعون أسلوب السيطرة والتحكم تليها %13.9 يتبعون أسلوب الامبالاة ثم %10.1 يتبعون أسلوب التدليل.

الجدول رقم 17: يوضح استشارة المسن في قرارات الأسرة.

إذا كانت الإجابة ب لا هل			هل يستشيرك أفراد الأسرة في قراراتهم		
لأنك تعارضهم كثيرا	5	83.3%	نعم	55	66.3%
لا يوجد لك رأي آخر	1	16.7%	أحيانا	6	7.2%
Total	6	100.0%	لا	22	26.5%
			Total	83	100.0%

الفصل الثالث

الجانب الميداني

المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول نلاحظ أن أغلب أفراد العينة يتم استشارتهم من طرف أفراد العائلة بـ 66.3% أما 26.5% لا يتم استشارتهم فيما يخص قرارات الأسرة تليها نسبة 7.2% يستشارون أحيانا. كما نلاحظ أن سبب عدم تلقي أفراد العينة للاستشارة في قرارات الأسرة إلى المعارضة الكثيرة لهم بنسبة 83.3% أما 16.7% لأنه لا يوجد لهم رأي آخر.

الجدول رقم 18: يوضح توزيع أفراد العينة حسب زيارة الأهل والأصدقاء.

	نعم	لا	Total
هل تقوم بزيارة الأهل و الأصدقاء	89.4%	10.6%	100.0%
هل تتلقى زيارة من الأهل و الأصدقاء	95.3%	4.7%	100.0%
Total	92.4%	7.6%	100.0%

المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول نلاحظ أن أغلب أفراد العينة يقومون بزيارة الأهل والأصدقاء بنسبة 89.4% أما 10.6% فهم لا يقومون بزيارة الأهل والأصدقاء. كذلك بلغت نسبة تلقي الزيارات للمسئ من الأهل والأصدقاء 95.3% أما الذين لا يتلقون أي زيارة بلغت نسبتهم 4.7%.

الجدول رقم 19: صاحب السلطة داخل الأسرة قبل وبعد بلوغ 60 سنة.

	أنت	الزوج	الإبن	أخر	Total
من هو صاحب السلطة في أسرتك قبل أن بلغت	75.3%	21.2%	3.5%	0.0%	100.0%
من هو صاحب السلطة في أسرتك بعد أن بلغت	67.1%	20.0%	11.8%	1.2%	100.0%
Total	71.2%	20.6%	7.6%	0.6%	100.0%

المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول يتبين لنا أن أكبر نسبة صرحت أن رب الأسرة قبل بلوغ سن 60 سنة هو المسن نفسه بنسبة 75.3% تليها نسبة 21.2% أن الزوجة ربة الأسرة بينما تمثل نسبة 3.5% الابن هو رب الأسرة، أما الدين

الفصل الثالث

الجانب الميداني

صرحوا بأن رب الأسرة بعد بلوغ سن 60 سنة هو المسن نفسه بنسبة 67.1% تليها نسبة 20% أن الزوجة ربة الأسرة بينما تمثل نسبة 11.8% أن الابن هو رب الأسرة.

تحليل بيانات المحور الثالث حول الوضعية المادية للمسن.

الجدول رقم 20: وجود دخل للمسن وما مصدره.

إذا كانت الإجابة ب نعم ما مصدره			هل لديك دخل		
منحة الشيخوخة	24	35.3%	نعم	68	81.0%
منحة التقاعد	38	55.9%	لا	16	19.0%
تجارة	5	7.4%	Total	84	100.0%
أخر	1	1.5%			
Total	68	100.0%			

المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول تبين لنا أن أغلب أفراد العينة يمتلكون دخل بنسبة 81% وبالمقارنة مع مصدر الدخل نجد أن أكبر نسبة كانت لمنحة التقاعد وقدرة ب 38%، تليها نسبة 24% لمنحة الشيخوخة و 5% تعود للتجارة أما نسبة 16% تمثل أفراد العينة الذين لا يملكون أي دخل.

الجدول رقم 21: توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري.

كم يقدر ذلك		
{5000/10000 ج}	13	20.0%
{10000/15000 ج}	17	26.2%
{15000/20000 ج}	14	21.5%
{20000 ج فما فوق}	21	32.3%
Total	65	100.0%

المصدر: من إعداد الطالبة.

الفصل الثالث

الجانب الميداني

من خلال الجدول نلاحظ أن 32.3% من أفراد العينة يتقاضون DA 20000 فما فوق ويتقاضى 26.2% من 10000 إلى DA 15000 ويتقاضى 21.5% من 15000 إلى DA 20000 و 20% من 50000 إلى DA 10000.

الجدول رقم 22 : كفاية دخل المسن وتلبيته لاحتياجات أفراد الأسرة.

	نعم	لا	Total
هل يكفيك ذلك لسد احتياجاتك اليومية	76.8%	23.2%	100.0%
هل تساعد أفراد الأسرة بدخلك	76.5%	23.5%	100.0%
Total	76.6%	23.4%	100.0%

المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول نلاحظ أن 76.8% من مجموع أفراد العينة الذين يمتلكون دخل مادي يكفيهم لسد احتياجاتهم اليومية ويقدمون مساعدة لأفراد الأسرة بنسبة 76.5% أما الذين لا يكفيهم الدخل لسد احتياجاتهم اليومية ولا يقدمون أي مساعدة لأفراد الأسرة بلغت نسبتهم 23.2% و 23.5% على التوالي.

الجدول رقم 23: المتصرف في دخل المسن.

الجنس / من يتصرف في دخلك						
	ذكر		أنثى		Total	
	N	%	N	%	N	%
أنت	42	93.3%	21	87.5%	63	91.3%
الزوج	1	2.2%	1	4.2%	2	2.9%
الإبن	2	4.4%	2	8.3%	4	5.8%
أخر	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	45	100.0%	24	100.0%	69	100.0%

المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول نلاحظ أن 93.3% من المسنين الذكور يتصرفون في دخلهم بأنفسهم في مقابل 87.5% من الإناث يتصرف في دخلهن، كما أن 2.2% من الذكور يتصرف زوجاتهم في دخلهم مقابل 4.2% من الإناث يتصرف أزواجهن في دخلهن بينما 4.4% من الذكور يتصرف أبنائهم في دخلهم أما 8.3% من الإناث يتصرف الأبناء في دخلهن.

الفصل الثالث

الجانب الميداني

الجدول رقم 24: تقديم الأبناء للمساعد المادية لأفراد الأسرة.

إذا كانت الإجابة ب نعم فهم					
	نعم	لا	Total		
يساهمون في المصروف اليومي	18	28.6%	89.9%	10.1%	100.0%
يساهمون بحصة من مدخولهم الشهري	7	11.1%	84.2%	15.8%	100.0%
يساهمون عند الحاجة فقط	38	60.3%	87.1%	12.9%	100.0%
Total	63	100.0%			

المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول يتبين لنا أن 89.9% من أفراد العينة لديهم أبناء يعملون ويقدمون لهم المساعدة المادية في تسيير الشؤون الاقتصادية للمنزل بنسبة 84.2% حيث أن 60.3% يساهمون عند الحاجة فقط يليها نسبة 28.6% يساهمون في المصروف اليومي و 11.1% يساهمون بحصة من مدخولهم الشهري، أما 10.1% من الأبناء ليس لديهم عمل ولا يقدمون أي مساعدة لأفراد الأسرة وبلغت نسبتهم 15.8%.

تحليل بيانات المحور الرابع حول الوضعية الثقافية للمسن.

الجدول رقم 25: اهتمام المسن بالمطالعة واستخدام الانترنت والهاتف النقال.

	نعم	لا	Total
هل لديك إهتمام بالمطالعة	34.6%	65.4%	100.0%
هل تستخدم الهاتف النقال	76.5%	23.5%	100.0%
هل تستخدم الانترنت	20.0%	80.0%	100.0%
Total	43.8%	56.2%	100.0%

المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول يتبين لنا أن 65.4% من أفراد العينة لا يهتمون بالمطالعة و 76.5% يستخدمون الهاتف النقال و 80% من مجموع أفراد العينة لا يستخدمون الانترنت.

الجدول رقم 26: تقدير أفراد الأسرة للمستوى التعليمي للمسن ومدى مساهمته في فرض سلطته داخل الأسرة.

الفصل الثالث

الجانب الميداني

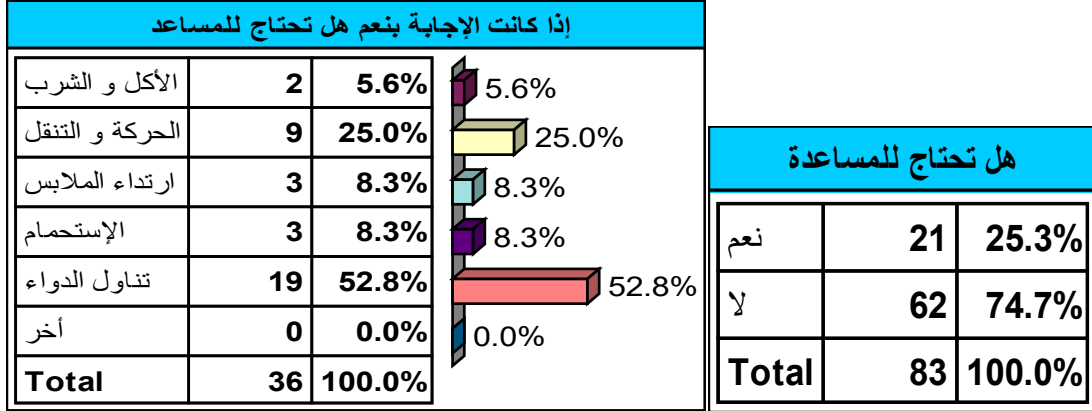
	نعم	لا	Total
هل يقدر أفراد أسرتك مستوىك التعليمي و	76.6%	23.4%	100.0%
هل ساعدك مستوىك التعليمي و الثقافي في ف	73.3%	26.7%	100.0%
Total	75.0%	25.0%	100.0%

المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول يتبين لنا أن 76.6% من المسنين يقدرون أفراد الأسرة مستواهم التعليمي والثقافي وقد ساعدهم ذلك في فرض سلطتهم داخل الأسرة بنسبة 73.3%. أما 23.4% صرحوا أن أفراد الأسرة لا يقدرون مستواهم التعليمي والثقافي و 26.7% لم يساعدهم مستواهم التعليمي والثقافي في فرض سلطتهم داخل الأسرة.

تحليل البيانات الخاصة بالوضعية الصحية للمسن.

الجدول رقم 27: مدى احتياج المسن للمساعدة.



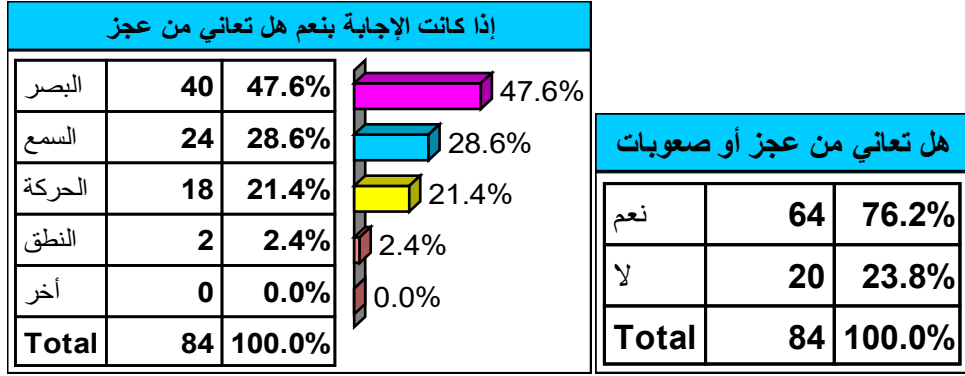
المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول يتبين لنا أن 74.7% من أفراد العينة لا يحتاجون إلى مساعدة بينما 25.3% يحتاجون إلى تقديم المساعدة وخاصة في تناول الدواء 52.8% تليها 25% الحركة والتنقل ثم 8.3% في الاستحمام وارتداء الملابس لكل منهما وأخير 5.6% في الأكل والشرب.

الجدول رقم 28: توزيع أفراد العينة حسب الإصابة بالعجز أو صعوبات.

الفصل الثالث

الجانب الميداني



المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول نلاحظ أن 76.2% من مجموع أفراد العينة يعانون من عجز أو صعوبات خاصة في البصر بنسبة 47.6% تليها 28.6% في السمع ثم 21.4% في الحركة وأخيراً 2.4% في النطق، أما 23.8% صرحوا أنهم لا يعانون من أي عجز أو صعوبات.

الجدول رقم 29: توزيع أفراد العينة حسب الإصابة بالعجز.

كيف أصبت بالعجز		
منذ الولادة	2	3.2%
من جراء العمل	10	16.1%
حادث	5	8.1%
بسبب تقدم العمر	45	72.6%
Total	62	100.0%

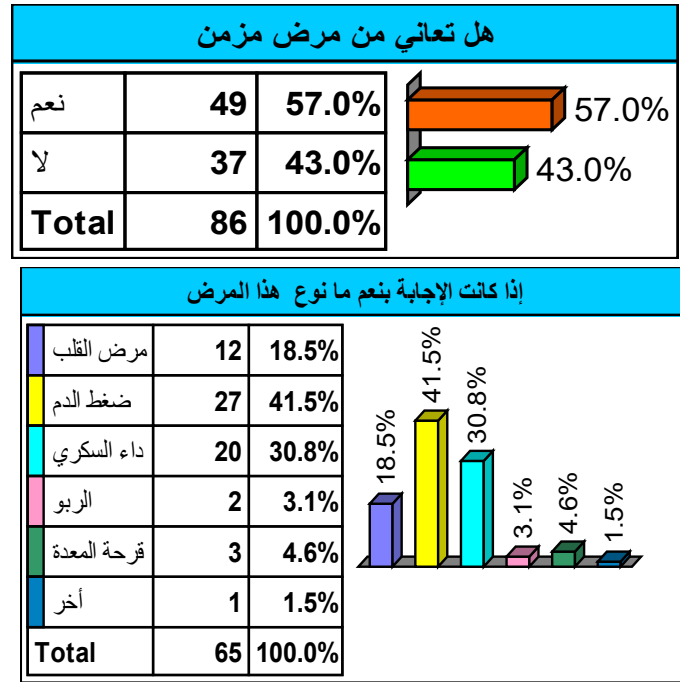
المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول يتبين لنا أن 72.6% من مجموع أفراد العينة أصيبوا بالعجز بسبب تقدم العمر و 16.1% من جراء العمل تليها 8.1% بسبب حادث وأخيراً 3.2% منذ الولادة.

الجدول رقم 30: توزيع أفراد العينة حسب الأمراض المزمنة.

الفصل الثالث

الجانب الميداني



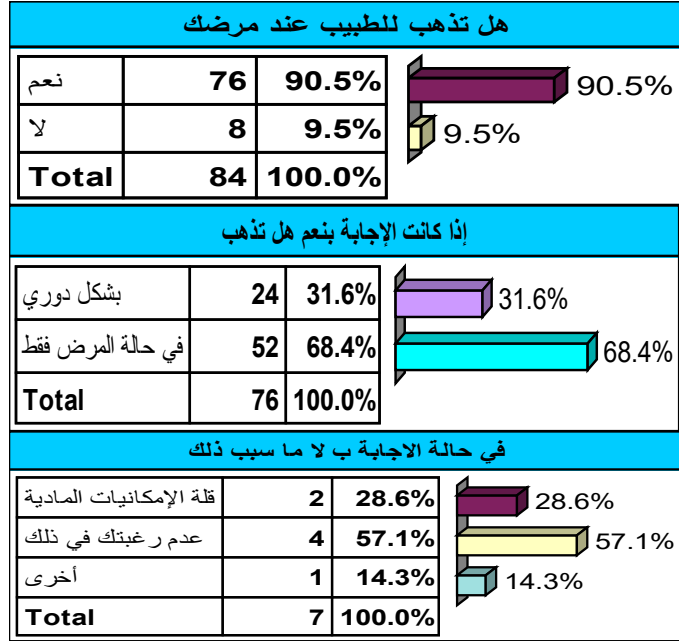
المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول نلاحظ أن 57% من مجموع أفراد العينة لديهم مرض مزمن وتحتوي هذه الفئة على أكبر نسبة وهي 41.5% تمثل مرض ضغط الدم و30.8% مرض داء السكري و18.5% مرض القلب تليها 4.6% مرض قرحة المعدة ثم 3.1% مرض الربو وأخيراً 1.5% تمثل أمراض مختلفة مثل مرض التهاب المفاصل وغيرها. أما بقية المسنين فلا يعانون من أي مرض مزمن بنسبة 34%.

الجدول رقم 31: توزيع أفراد العينة حسب الذهاب إلى الطبيب.

الفصل الثالث

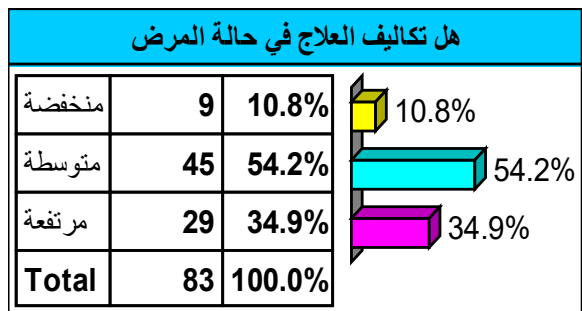
الجانب الميداني



المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول يتبين لنا أن 90.5% من مجموع أفراد العينة يذهبون للطبيب عند مرضهم فمنهم 68.4% من يذهب في حالة المرض فقط ومنهم 31.6% من يذهب بشكل دوري، أما 9.5% صرحوا أنهم لا يذهبون إلى الطبيب في حالة المرض وذلك لعدم رغبة البعض في الذهاب بنسبة 57.1% و28.6% نظرا لقلّة الإمكانيات المادية تليها 14.3% لأسباب أخرى.

الجدول رقم 32: توزيع أفراد العينة حسب تكاليف العلاج في حالة المرض.



المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول نلاحظ أن 54.2% من مجموع أفراد العينة صرحوا أن تكاليف العلاج في حالة المرض متوسطة تليها 34.9% تكاليف مرتفعة ثم 10.8% تكاليف منخفضة.

الفصل الثالث

الجانب الميداني

الجدول رقم 33: توزيع أفراد العينة حسب مكان الاستشفاء.

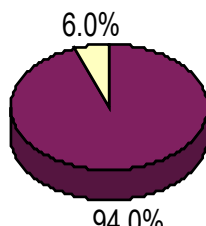
مكان الاستشفاء		
عيادة خاصة	46	63.0%
مرفق عمومي	27	37.0%
Total	73	100.0%

المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول يتبين لنا أن معظم أفراد العينة يفضلون الذهاب إلى عيادة خاصة في حالة المرض بنسبة 63% ويرجع ذلك حسب رأيهم إلى جودة الخدمات المقدمة لهم، أما 37% يفضلون الذهاب إلى مصحة عمومية وذلك حسب رأيهم لقلّة دخلهم وأنها غير مكلفة وأنها تستقبل المرضى ليلاً ونهاراً.

الجدول رقم 34: توزيع أفراد العينة حسب تقديم الرعاية الصحية أثناء مرضه.

هل تحصل على الرعاية و إهتمام أثناء مرضك		
نعم	79	94.0%
لا	5	6.0%
Total	84	100.0%



في حالة الإجابة بنعم من يهتم بك		
الزوج	36	30.0%
الإبن	27	22.5%
الإبنة	46	38.3%
الحفيد	6	5.0%
أخر	5	4.2%
Total	120	100.0%

المصدر: من إعداد الطالبة.

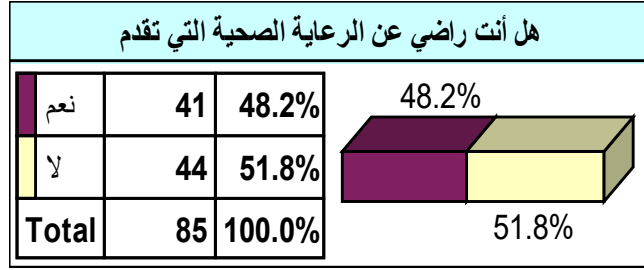
من خلال الجدول نلاحظ أن معظم أفراد العينة يحصلون على الرعاية والاهتمام أثناء مرضهم بنسبة 94% وذلك من طرف الابنة بنسبة 38.3% تليها 30% من طرف الزوج ثم 22.5% من طرف الابن و 5% من طرف الحفيد أخيراً 4.2% من طرف شخص آخر كالجار أو الصديق أو زوج الابنة....

تحليل البيانات الخاصة بأسئلة الرأي.

الجدول رقم 35: توزيع أفراد العينة حسب الرضي عن الرعاية الصحية في المستشفيات.

الفصل الثالث

الجانب الميداني



المصدر: من إعداد الطالبة.

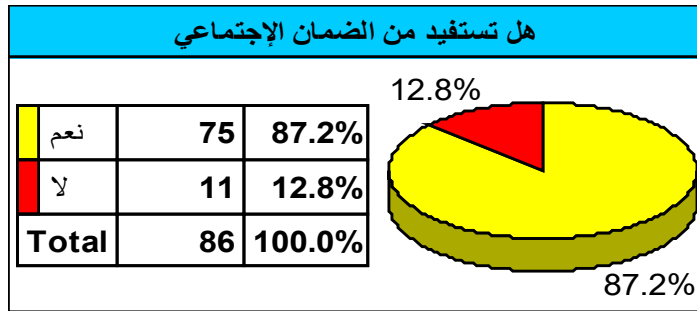
من خلال الجدول نلاحظ أن معظم أفراد العينة غير راضين عن الرعاية الصحية التي تقدم في المستشفيات بنسبة 51.8% ويرجع ذلك حسب رأي البعض إلى قلة الاهتمام واللامبالاة من طرف العاملين في القطاع الصحي وغياب النظافة ووسائل الراحة أما 48.2% فهم راضون عن الرعاية الصحية التي تقدم في المستشفيات ويرجع ذلك حسب رأيهم إلى الشعور بالراحة الطمأنينة، النظافة، والاهتمام بصحة المرضى.

2.2 تحليل ومناقشة الفرضيات:

✓ تحليل ومناقشة الفرضية الجزئية الأولى:

أغلب كبار السن بدائرة تقرت يستفيدون من خدمات الضمان الاجتماعي

الجدول رقم 37: توزيع أفراد العينة من حيث الاستفادة من خدمات الضمان الاجتماعي.



المصدر: من إعداد الطالبة.

من خلال الجدول يتبين لنا أن أغلب أفراد العينة صرحوا أنهم يستفيدون من خدمات الضمان الاجتماعي بنسبة 87.2% أما 12.8% صرحوا أنهم لا يستفيدون من الضمان الاجتماعي.

هل تستفيد من الضمان الاجتماعي	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	1,1%
نعم	75	86,2%
لا	11	12,6%
TOTAL OBS.	87	100%

La différence avec la répartition de référence est très significative. $\chi^2 = 111,17$, ddl = 2, $1-p = >99,99\%$.

Le χ^2 est calculé avec des effectifs théoriques égaux pour chaque modalité.

بعد حساب الاختبار الإحصائي χ^2 لمعرفة وجود دلالة إحصائية تبين أن معامل كأي مربع $\chi^2 = 111.17$ عند درجة حرية 2 ومستوي دلالة معنوية 0.00001 وهي أصغر من 0.05

وبالتالي تم قبول الفرضية التي تقول أن أغلب كبار السن دائرة تقرت يستفيدون من خدمات الضمان الاجتماعي..

✓ تحليل ومناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

توجد علاقة بين دخل المسن ومكان استشفاء المسنين.

الجدول رقم 39: توزيع أفراد العينة حسب الدخل ومكان استشفاء المسنين.

مكان الاستشفاء / كم يقدر دخلك			
	عيادة خاصة	مرفق عمومي	Total
{5000/10000 دج}	33.3%	66.7%	100.0%
{10000/15000 دج}	60.0%	40.0%	100.0%
{15000/20000 دج}	75.0%	25.0%	100.0%
{20000 دج فما فوق}	85.0%	15.0%	100.0%
Total	67.9%	32.1%	100.0%

المصدر: من إعداد الطالبة.

بعد حساب معامل كأي مربع χ^2 لمعرفة وجود علاقة بين الدخل ومكان الاستشفاء يتبين لنا أن معامل كأي مربع $\chi^2 = 8.318$ عند درجة حرية قدرها 3 ومستوى معنوية 0.040 وهي أصغر من 0.05 وبالتالي نقبل الفرضية التي تقول أنه توجد علاقة بين الدخل ومكان استشفاء المسنين.

الفصل الثالث

الجانب الميداني

✓ تحليل ومناقشة الفرضية الجزئية الثالثة:

توجد علاقة بين المستوى التعليمي للمسن ومكان استشفاء المسنين.

الجدول رقم 40: توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي ومكان استشفاء المسنين.

مكان الاستشفاء المستوى التعليمي	Non réponse	عيادة خاصة	مرقن عمومي	TOTAL
Non réponse	1	0	0	1
ابتدائي	6	9	10	25
دون مستوى	2	14	11	27
متوسط	1	14	2	17
ثانوي	3	6	1	10
جامعي	1	3	3	7
TOTAL	14	46	27	87

La dépendance est significative. $\chi^2 = 19,39$, ddl = 10, 1-p = 96,44%.

المصدر: من إعداد الطالبة.

بعد حساب معامل كأي مربع لمعرفة وجود علاقة بين المستوى التعليمي ومكان الاستشفاء يتبين لنا أن معامل كأي مربع $\chi^2 = 19.39$ عند درجة حرية قدرها 10 ومستوي معنوية 0.035 وهي أصغر من 0.05 وبالتالي نقبل الفرضية التي تقول بأنه يوجد علاقة بين المستوى التعليمي ومكان استشفاء المسنين.

✓ تحليل ومناقشة الفرضية الجزئية الرابعة.

المرافق الصحية بدائرة تقرت تتوفر على الوسائل والخدمات الخاصة برعاية كبار السن.

الجدول رقم 41: آراء العاملين في قطاع الصحة توفر حول الوسائل والخدمات في المرافق الصحية.

الفصل الثالث

الجانب الميداني

آراء العاملين في قطاع الصحة حول رعاية المسنين			
	نعم	لا	Total
هل لديكم مختصون في كبار السن	10.0%	90.0%	100.0%
هل تحصلون على دورات تكوينية حول المتأهب	30.0%	70.0%	100.0%
هل لديكم التجهيزات الكافية الخاصة بأمرأ	20.0%	80.0%	100.0%
هل تجدون صعوبة في التكفل بالمرضي المسني	50.0%	50.0%	100.0%
هل رعاية المسنين تسبب لكم أي نوع من أنو	20.0%	80.0%	100.0%
هل تجدون صعوبة في التعامل مع المسنين	40.0%	60.0%	100.0%
Total	28.3%	71.7%	100.0%

المصدر: من إعداد الطالبة.

بعد دراسة آراء العاملين في قطاع الصحة بطرح مجموعة من الأسئلة المتعلقة بالوسائل والخدمات الخاصة بكبار السن تبين بعد حساب متوسط الإجابات أن 71.7% أجابوا بلا وبالتالي نقبل الفرض الصفري، أي نقص في توفر الوسائل والخدمات الخاصة برعاية كبار السن.

خاتمة عامة

خاتمة:

بعد أن بينا إشكالية الدراسة، وأهمية البحث وأهدافه وفرضياته ومؤشراته والمفاهيم الأساسية، ثم جمعنا معلومات نظرية حول فئة المسنين من كتب ورسائل جامعية والتقارير بالإضافة إلى معلومات من الميدان من خلال الاستمارة، وكل ذلك لغرض الكشف عن بعض الحقائق من واقع الرعاية الصحية للمسنين حتى نبين من خلال كل هذا مدى صدق فرضيات الدراسة.

سنقوم باستعراض لأهم نتائج الدراسة التي تطرقنا فيها إلى دراسة واقع الرعاية الصحية لكبار السن بغية معرفة الخصائص الاجتماعية والصحية والاقتصادية لهذه الفئة، ويمكن تلخيص هذه النتائج على النحو التالي:

- تم توزيع أفراد العينة حسب بلديات دائرة تقرت حيث بلغ إجمالي الأفراد المستجوبين 85 فرداً موزعين حسب البلديات. كما تم أيضا استجواب بعض العاملين في مجال الصحة وبلغ عددهم 10 أفراد.
- بلغ أفراد العينة 85 فرد منهم 58,8% ذكور و 41,2% إناث، كما بلغ متوسط عمر العينة 68,37 سنة ووسيطها 64.
- صرح أفراد العينة بأنهم لا يحتاجون للمساعدة بنسبة 74,7% أما الذين يحتاجون للمساعدة فقد أجاب 52,8% بأنهم يحتاجون لمساعدة في تناول الدواء.
- صرح أفراد العينة بأنهم يعانون من العجز بنسبة 76,2%، منهم 47,6% في البصر.
- أما بخصوص سبب العجز صرح 72% أنه بسبب التقدم في العمر.
- صرح معظم أفراد العينة أنهم يحصلون على الرعاية أثناء فترة المرض بنسبة 94%، أما عن الشخص الذي يهتم بالمسن أثناء المرض فكانت النسبة الأكبر من نصيب الابنة بنسبة 38,3% ثم يليه الزوج 30% والإبن 22,5%.

أما عن مناقشة الفرضيات فقد تم مناقشة 5 فرضيات:

- تم قبول الفرضية التي تقول أن أغلب كبار السن بدائرة تقرت يستفيدون من الضمان الاجتماعي بنسبة 87,2%.
- أقر 5% من العاملين في القطاع الصحي بوجود صعوبات في التكفل بالمرضى المسنين وعليه فالفرضية محققة.
- توجد علاقة بين الدخل ومكان الاستشفاء وذلك بعد حساب معامل كآي مربع، ومستوى المعنوية الذي بلغ 0.04 وبالتالي الفرضية محققة.

خاتمة عامة

- توجد علاقة بين المستوى التعليمي للمسن ومكان الاستشفاء وذلك بعد حساب معامل كآي مربع، ومستوى معنوية بلغ 0,035% وبالتالي تم قبول الفرضية.
- من خلال آراء بعض العاملين في قطاع الصحة تم رفض الفرضية التي تقول أن المرافق الصحية تتوفر على وسائل وخدمات لرعاية كبار السن 71,7%

التوصيات:

- ✓ الاعتناء بالمسن وتوفير الرعاية له خاصة من الناحية الصحية.
- ✓ توفر الاحتياجات المادية للمسن التي لا يستطيع توفيرها بنفسه كرفع منحة الشيخوخة.
- ✓ المزيد من الاهتمام بالمرضى المسنين بشكل أفضل وتوفير وسائل الراحة والنظافة لهم.
- ✓ ضرورة رفع مستوى الرضى عن الخدمات المقدمة في المستشفيات العامة مقارنة بالخاصة.
- ✓ تحسين مستوى تكوين الطاقم الطبي وتدريب العاملين.
- ✓ التحلي بالصبر والحلم في رعاية المسنين وخاصة المسن المريض، ومراعاة حالته النفسية.
- ✓ الحفاظ على الترابط والتكافل بين المسن وأفراد أسرته.
- ✓ استغلال أوقات الفراغ وذلك بالمشاركة في أنشطة داخل الأسرة الابتعاد عن العزلة والوحدة.
- ✓ عدم التفرقة في المعاملة بين الأبناء حتى لا ينشأ الحقد والغل بينهم، مما يجعل الإبن يتخلى عن مسؤوليته تجاه والديه المسنين.

قائمة المراجع

المصادر:

1. القرآن الكريم.

المراجع:

الكتب العربية:

2. أحمد سيد أحمد، دليل منهج البحث العلمي، الطبعة 1 دار المعارف، مصر، 1973.
3. السيد فؤاد، الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، دار الفكر العربي، القاهرة، 1975.
4. الطفيلي امتثال زين الدين، علم النفس النمو من الطفولة إلى الشيخوخة، دار المنهل اللبناني، بيروت 2004.
5. بهاء الدين خليل تركية ، علم الاجتماع العائلي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان 2014.
6. خالد وليد السبول، الصحة والسلامة في البيئة المدرسية، دار المناهج للنشر والتوزيع، الطبعة 1 2005.
7. زرواتي رشيد، تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، دار هومة الجزائر، الطبعة 2002، 1.
8. زهران حامد عبد السلام، الصحة النفسية والعلاج النفسي، علم الكتاب، القاهرة، 1999.
9. سلامة إبراهيم، رعاية المسنين، الطبعة 2، المكتب العلمي للكمبيوتر للنشر والتوزيع، الإسكندرية 1997
10. سلوى عثمان الصد يقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002.
11. سهير كامل أحمد، دراسات في سيكولوجيا المسنين، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر 1998.
12. سيد حسان جعفر، الشيخوخة بين الأمل والشباب الدائم، دار البحار، بيروت 2003.
13. طلعت مصطفى السروجي، سياسة رعاية المسنين بين الرعاية الرسمية وغير الرسمية، مؤتمر كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، مصر 2006.
14. عبد الحميد سيد منصور، الأسرة على مشارف القرن 21 الأدوار، المرض النفسي، المسؤوليات، دار الفكر العربي، القاهرة 2000.
15. عبد الحميد مُجدد، العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي، الفنية للطباعة والنشر، الاسكندرية 1987.

قائمة المراجع

16. عبد الصمد مُجَّد حسن، أصول البحث الاجتماعي، المكتبة الجامعية، الطبعة 6، مصر 1987
17. عبد اللطيف مُجَّد الخليفة، دراسات في سيكولوجيا المسنين، الطبعة 1، دار غريب، القاهرة، 1997.
18. عبد الهادي بوعانة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، دار حامد للنشر والتوزيع عمان الأردن الطبعة 2004، 1.
19. عبس يسري، أوضاع المسنين في الثقافات المختلفة، الملتقى المصري للإبداع والتنمية، الإسكندرية، 2002.
20. علاء الدين كفاي، الصحة النفسية، الطبعة 3، دارهجر للنشر والتوزيع، القاهرة 1990.
21. علياء شكري، مُجَّد علي مُجَّد، قراءات في علم الاجتماع، الطبعة 1، شركة دار النشر المتحدة، القاهرة، 1972.
22. فضيل ديلو، علي مغربي وآخرون، أسس المنهجية في العلوم الاجتماعية، دار البعث، منشورات جامعة منتوري، قسنطينة، 1999.
23. فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، ايتراك للنشر والتوزيع مصر 1998.
24. قناوي هدى، سيكولوجية المسنين، الطبعة 1، مركز التنمية البشرية والمعلومات، القاهرة 1987.
25. ماهر مهران، مُجَّد نجيب، التعمير السكاني في مصر، المجلس القومي للسكان، القاهرة 1999.
26. مراد كمال عوض، الإحصاء التربوي، دار البداية للنشر والتوزيع، ط 1، عمان، الأردن، 2009.
27. مُجَّد النوبي مُجَّد علي، الاتجاهات الحديثة في التشخيص والعلاج وكيفية التعامل، الطبعة 1، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن 2012.
28. مُجَّد النوبي مُجَّد علي، الزهايمر لدى المسنين، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012.
29. مُجَّد حسين إسماعيل، مناهج البحث في إعلام الطفل، دار النشر للجامعات، القاهرة، الطبعة 1996، 1.
30. مُجَّد سيد فهمي، رعاية المسنين اجتماعيا، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1984.
31. مُجَّد شفيق، البحث العلمي الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية، الطبعة 2، دار الطليعة، بيروت 1986.

قائمة المراجع

32. مُجَّد عبيدات، مُجَّد أبو نصار، منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات، الطبعة 2، دار وائل للنشر، عمان 1999.

33. مُجَّد علي الهاشمي، شخصية المسلم كما يصوغها الإسلام، وكالة المطبوعات والبحث العلمي، وزارة الشؤون الدينية والأوقاف، المملكة العربية السعودية، 1425.

34. مُجَّد علي مُجَّد، علم الاجتماع والمنهج العلمي، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، الطبعة الأولى، 1980.

35. نبيل مُجَّد الفحل، الاكتئاب النفسي للمسنين، دار قباء، مصر 2004.

36. نعمة مصطفى رقبان، فاعلية الرعاية المؤسسية لكبار السن وأثرها على التوافق النفسي، الرياض 2000.

37. وجدي مُجَّد بركات، أهمية التدخل المهني لإعداد البرامج لتلبي احتياجات المسنين النفسية والاجتماعية لدجهم في المجتمع، مجلس التعاون الخليجي، جامعة البحرين 2009.

38. وليد خالد الشايحي، مظاهر رعاية المسنين في الكويت بين الشريعة والقانون، الكويت، 2003.

39. يحيى مرسي عيد بدر، المسنون في عالم كمتغير _ مقدمه في عله الشيخوخة، دار الوفاء، الطبعة 1، الإسكندرية، 2007.

المذكرات:

40. أمزيان نعيمة، الأثار السوسيو اقتصادية لحدث التقاعد على فئة العمر الثالث دراسة ميدانية لعينة من المسنين ببلدية باب الوادي، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 2004/2005.

41. الغول عبد الحكيم، تطور أمد الحياة في الجزائر وعوامل تحسينه مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الديمغرافيا، جامعة وهران 2012/2013.

42. خديجة سبخاوي، التغيير الاجتماعي وأثاره على تشرد المسنين، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع الجنائي، جامعة الجزائر 2007/2008.

43. سني أحمد، تقدير الذات وعلاقته بالتوافق النفسي لدى المسنين دراسة ميدانية لعينة من المسنين بمراكز رعاية الشيخوخة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الأسري، جامعة وهران 2014/2015.

قائمة المراجع

44. شيحا مُجّد، شيخوخة السكان وواقع المسنين ورعايتهم دراسة ميدانية لعينة من المسنين بتلمسان، مذكرة لنيل شهادة الماستر في الديمغرافيا، جامعة ابي بكر بلقايد تلمسان، 2017/2016.
45. لعبيدي نادية، المكانة الاجتماعية للمسن داخل الأسرة الجزائرية دراسة ميدانية لعينة من المسنين ببلدية عين التوتة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع العائلي، جامعة باتنه 2009/2008
46. صفا صيام، سمات الشخصية وعلاقتها بالتوافق النفسي للمسنين، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، جامعة الأزهر، 2010
47. محبور نوال، عجز سيقات الكف الشيخوخة العادية والمصابين بمرض الزهايمر، مذكرة ماجستير في علم النفس العصبي، جامعة الجزائر، 2010/2009
48. مريخي رزيقة، الواقع الاجتماعي للشيخوخة في المجتمع الجزائري، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع الثقافي، جامعة الجزائر، 2012/2011
49. هشام سبع، مكانة المسن في الأسرة الجزائرية بالوسط الحضري في ظل التغيرات الاجتماعية الراهنة، مذكرة لنيل شهادة دكتوراه في الديمغرافيا الحضرية، جامعة مُجّد لمين دباغين سطيف، 2017/2016.
- المجلات:**
50. أحمد عبد الخالق، الحياة النفسية الطبية وعلاقتها بالتدين لدى عينة من كبار السن بالكويت، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 3 المجلد 1، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، 2013.
51. بشير معمريه، عبد الحميد خزار، الاضطرابات الجسمية والنفسية لدى المسنين، مجلة العلوم النفسية العربية، الجزائر 2009.
52. عدنان مطر ناصر، ألكانه الاجتماعية لكبار السن من وجهة نظر طلبة الجامعة، مجلة الأدب الكوفة العدد 2، سنة 2007
53. مبروك عزة عبد الكريم مبروك، تقديم الذات وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين، دراسة عربية في علم النفس، المجلد الأول، العدد 2، القاهرة 2002

قائمة المراجع

54. مُجَّد صالح عبادي، مشكلات البيئة الصحية وتأثيراتها النفسية للمسنين وعلاقتها بالاكتئاب، مجلة كلية الأدب، العدد4، المجلد1، جامعة عدن

55. هيفاء مُجَّد الزبيدي، رعاية المسنين في التشريع الإسلامي، مجلة كلية التربية الأساسية، العدد75، 2015.

النشريات:

56. الديوان الوطني للإحصائيات، المجموعة الإحصائية السنوية الجزائرية، ديسمبر 1996.

57. القمة الدولية لتزايد عدد المسنين، الولايات المتحدة الأمريكية 19 مارس 2007.

58. إحصائيات المعهد الوطني للصحة العمومية سنة 2007.

59. تقرير الألفية للجزائر 2002.

60. منشورات الديوان الوطني للإحصائيات.

61. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، السياسة الوطنية للسكان، الافاق 2010، ديسمبر 2001.

المواقع الإلكترونية:

www.ons.amausc statistique de l Algérie N5.1991 .62

www.//mawdoo3.com بحث عن الصحة العامة 09/02/ 2018.15:48 .63

www.Printing.press@mop.gov.ip 2017/11/24.9: 30 .64

www.woh.int/mediacentre/factsheets. 2017/12/28. .65

www.4algeria.com/vb/4algeria1753.05/1/2018.10:30 .66

الملاحق

. جامعة قاصدي مرباح . ورقلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع و الديمغرافيا

تخصص تخطيط سكاني



استمارة: حول واقع الرعاية الصحية لكبار السن .

في إطار قيامنا بدراسة حول: واقع الرعاية الصحية لكبار السن "دراسة ميدانية لعينة من المسنين

في مدينة تقرت", نرجو منكم أن تقدموا لنا يد المساعدة, وتزودينا بالمعلومات المناسبة و الدقيقة

حول هذا الموضوع لأجل استكمال مذكر ماستر تخصص تخطيط سكاني.

ونتعهد لكم أن هذه المعلومات و البيانات تحضى بالسرية التامة ولا تستعمل إلا لأغراض علمية

لا غير.

❖ ملاحظة ضع الإشارة (x) أمام الخانة المناسبة.



الملخص

الملخص:

عمدت الدراسة إلى البحث في موضوع واقع الرعاية الصحية لكبار السن وذلك من خلال استجواب مجموعة من المسنين وبعض العاملين في قطاع الصحة بدائرة تقرت، حيث قدر عدد المستجوبين بـ 85 مسن ذكور وإناث، طرحت مجموعة من الأسئلة مقسمة إلى محاور حول الرعاية الصحية للمسن.

تم التوصل إلى أن أغلب كبار السن بدائرة تقرت يستفيدون من خدمات الضمان الاجتماعي، كما أنه توجد علاقة بين دخل المسن ومكان الاستشفاء، وبين المستوى التعليمي للمسن ومكان الاستشفاء، إضافة إلى أن المرافق الصحية بدائرة تقرت لا تتوفر على الوسائل والخدمات الخاصة برعاية كبار السن.

الكلمات المفتاحية: المسن - الشيخوخة السكانية - الرعاية الصحية - الصحة - الخدمات الصحية.

Résumé:

Le but de cette étude est d'examiner l'état des soins de santé pour les personnes âgées, Un groupe 85 personnes âgées a été interrogé, ainsi que quelques fonctionnaire du secteur de la santé publique et privée.

Les principaux résultats de l'étude :

- La plupart des personnes âgées bénéficient de services de sécurité sociale.
- Il existe une relation entre le revenu des personnes âgées et le lieu d'hospitalisation.
- Les établissements de santé n'ont pas les moyens et les services pour soigner les personnes âgées.

Mots-clés: personnes âgées - vieillissement de la population - Soins de santé. santé. services de santé.