

جودة حياة المسنين من منظور سيكولوجي

أ.د. كوثر إبراهيم رزق

أستاذ الصحة النفسية والعلاج النفسي

كلية التربية - جامعة دمياط

ملخص الدراسة:

تعد مرحلة الشيخوخة آخر مراحل النمو الإنساني وهي مرحلة عمرية حتمية لكل إنسان كتب له البقاء في الحياة، وهي مرحلة دينامية تمتلئ بتحديات التكيف ومشكلات التوافق وتحتاج لمعالجة حتى يمكن استمرار الحياة، والمسنون قد ينجحون وقد يفشلون في مواجهة المهام النمائية والتغيرات البيولوجية والعقلية والانفعالية والاجتماعية المرتبطة بهذه المرحلة، والتي تكون أساليب التوافق فيها أكثر اختلافاً عنها في المراحل السابقة عليها، وهذا لا يجعلنا ننكر خطورة المشكلات التي يواجهونها وأهمها: تدهور الصحة - فقدان العمل - فقدان المكانة الاجتماعية - فقدان رفيق الحياة - العزلة الاجتماعية - مشكلات مالية وأمراض نفسية وعقلية.

تطرقت الورقة إلى الشيخوخة السوية وغير السوية، فالشيخوخة السوية تكون بدون أمراض بيولوجية أو عقلية أو أي مرض ظاهر، أما الشيخوخة غير السوية فهي التي تظهر فيها الأمراض الطبية والعقلية بشكل واضح هذا ومع الزيادة المضطربة في أعداد المسنين علي المستوى المحلي والعالمي وكثرة المشكلات التي يتعرضون لها وتعددتها والتي تؤثر سلباً عليهم، مما يستلزم الاهتمام بهم وتقديم الرعاية الشاملة ذات الجودة العالية من أجل تحقيق صحتهم النفسية وجودة حياتهم، اعترافاً بالجميل لما قدموه من جهد في خدمة أوطانهم وأسرهم، فرعايتهم واجب تمليه القيم الدينية والخلقية والإنسانية في كافة المجتمعات علي حد سواء.

عرضت الورقة لمصطلحات الدراسة ثم عرضت لكيفية تحقيق جودة حياة المسنين من المنظور السيكولوجي وذلك من خلال تنمية الجوانب الإيجابية في المسنين ومساعدتهم في تحقيق توافقتهم وصحتهم النفسية ومن خلال معالجة الجوانب السلبية لديهم وذلك من أجل جودة حياتهم ثم انتهت الورقة بعرض لقائمة المراجع العربية والأجنبية المستخدمة في الدراسة.

جودة حياة المسنين من منظور سيكولوجي

أ.د. كوثر إبراهيم رزق

أستاذ الصحة النفسية والعلاج النفسي

كلية التربية - جامعة نياط

مقدمة:

تعد مرحلة الشيخوخة آخر عربة في قاطرة الحياة وآخر مراحل النمو الإنساني وهي مرحلة عمرية حتمية لكل إنسان كتب له البقاء في الحياة، وقد ارتبطت الشيخوخة في أذهان كثير من الناس بالمرض الجسدي والنفسي لتكون النهاية، نهاية المطاف "الموت". وإن كنا نسلم بأن الموت قدر كتب علينا في أية مرحلة من مراحل العمر.

ومرحلة الشيخوخة مرحلة دينامية من مراحل الحياة تمثل بتحديات التكيف ومشكلات التوافق والتي تحتاج لمعالجة حتى يمكن للمرء أن يستمر في الحياة والمسنون قد ينجحون وقد يفشلون في مواجهة هذه المهام النمائية، لذلك تكون أساليب التوافق أكثر اختلافاً عنها في المراحل السابقة عليها. وهذا لا يجعلنا ننكر خطورة المشكلات التي يواجهها المسنون وأهمها تدهور الصحة - فقدان العمل -

فقدان المكانة الاجتماعية فقدان رفيق الحياة - العزلة الاجتماعية - مشكلات مالية ومن أهم أمراض الشيخوخة التي تواجه المجتمع المعاصر الأمراض العصبية والذهانية (كوثر إبراهيم رزق، ٢٠٠٢، ص ٢٩٩، ٣٠٠)

والأمراض النفسية التي قد تصيب المسنين قد تنجم عن بعض الأمراض العضوية الأخرى كمشاكل الغدد الصماء (انخفاض وظيفة الغدد) التهاب المفاصل وضعف السمع أو البصر، أمراض السكر، الجلطات الدماغية والسرطان.... الخ

وعن الأمراض المنتشرة في كبار السن وجد إكسمان Aksman أنها تتضمن القلق بنسبة ٨٤%، قهر الذات ٧٩%، انخفاض الطاقة ٧٩%، انخفاض الجهد ٦٨%، العصبية ٦٣%، أرق النوم ٥٣%، البكاء ٥٣%، الاحباط ٥٣%، هذا مع وجود صعوبة في التركيز وصعوبات عقلية ومزاج متقلب. (Kermio, M, 1986, pp482- 487)

كما يعاني المسنون من شعورهم بالوحدة النفسية وعلاقتها بكل من الاكتئاب والأفكار الانتحارية وتقدير الذات المنخفض ونقص التوافق النفسي. (Rokach, A. 2004, pp24-

ويرى رش أن انتشار الاكتئاب بين كبار السن في تزايد مستمر وينتج عن إدراك مشوه للذات والعالم والمستقبل والاكتئاب عند المسنين وثيق الصلة بالانحيار. (Krause & Boraski, 1994)

وقد وجد أن ٥٠% من كبار السن المكتئبين لديهم اضطرابات في الشخصية. (Neugarten, L. & Neugarten, D, 1993pp29- 33)

والتعلق عند المسنين سمة مميزة لمرحلة الشيخوخة وقد أشارت نتائج كثير من البحوث والدراسات أن هذا التعلق يزداد مع التقدم في العمر وأن قلق المسنين ينتج من أربع مصادر هي:

١- قلق للصحة وهو يحدث نتيجة للاضمحلال في بناء الجسم ونقص القدرة على مقاومة المؤثرات الخارجية.

٢- قلق للتقاعد وترك العمل وما يترتب عليه من عدم الأمان الاقتصادي.

٣- قلق الانفصال والإحساس بالوحدة والفراغ.

٤- قلق الموت حيث الإحساس بالنهاية واليأس من الشفاء.

ويعاني معظم المسنون من فقد للحب والأشخاص الذين يمكن أن يحبهم وليس بغريب مع هذا أن يفقد المسن في كثير من الحالات الدافع نحو الحياة. (هشام محمد مخيمر، عمرو رفعت عمر، ١٩٩٩، ص ٦٨)

وبمراجعة التراث النفسي في مجال أحداث الحياة الضاغطة وجد أن أحداث الحياة الضاغطة لها تأثير نفسي سلبي على الصحة النفسية للمسنين وهناك علاقة ارتباطية بين أحداث الحياة الضاغطة والاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب والأمراض السيكوسوماتية.

إن أهم ما يميز مرحلة الشيخوخة التغيرات البيولوجية والعقلية والانفعالية والاجتماعية وكثرة أمراض المسن وانخفاض نخلة ويترتب على هذه التغيرات خمول جسمي وعقلي يترافق مع حدوث قلق.

وهناك بعض الخصائص والسمات المشتركة التي يمكن أن تميز عدم التوافق لدى المسن منها:

اليأس وعدم الرضا عن الحياة والآخرين، والشعور بضياح الحياة، والاتجاه نحو الاعتماد على الآخرين، والمرارة مع الشعور بالضعف البدني والإحساس بأن الآخرين لا يحتاجون إليه، وعدم تقبل الواقع والرغبة في الانعزال مع الخوف الشديد من الوحدة والبقاء على انفراد، وعدم الانتماء الداخلي للآخرين، والشعور بأنه غير مرغوب فيه من الجنس الآخر نتيجة

ضعف القدرة الجنسية، وعدم الاهتمام بالمظهر الخارجي والإحساس بالانفصال عن المجتمع، وعدم الرغبة في إقامة صداقات جديدة نتيجة لعدم المرونة، وعدم الاهتمام بالاشتراك في رحلات أو نزهات، وعدم الرغبة في العمل والإحساس بالتعب والمبالغة في الأمراض البسيطة، والشعور بعدم القيمة وفقدان الثقة بالنفس ونقد الجيل والشعور بالفراغ وضياح الهيبة والمكانة، والشكوى من عدم اهتمام الآخرين وازدياد النرجسية. (عبد الحميد شاذلي، ٢٠٠١، ص ٧٤)

والشيخوخة السوية كما يعرفها (بالتسين وبالتسين ١٩٩٠). تشير إلى الشيخوخة بدون أمراض بيولوجية أو عقلية أو أي مرض ظاهر، أما الشيخوخة غير السوية فهي التي تظهر فيها الأمراض الطبية والعقلية بشكل واضح. (Neugarten, L.&winstin, K., 1994, pp196- 202)

وتؤكد العديد من الدراسات والإحصاءات والتقارير الدولية أن نسبة المسنين إلى مجموع السكان أخذت في التزايد في جميع أنحاء العالم ومن المتوقع أن تزداد نسبتهم بإطراد ووفقاً لتقديرات الأمم المتحدة سوف يتجاوز عددهم ١١٠٠ مليون بحلول عام ٢٠٢٥ بزيادة قدرها ٢٢٤% عن عام ١٩٧٥. (Dunkie, R.E& Norgard, T 1995, pp.142- 146)

وفي مصر تشير الإحصاءات إلى التزايد المستمر في أعداد المسنين في الفئة العمرية من ٦٠ فما فوق ومن المتوقع أن يصل العدد إلى ١٥ مليون نسمة بحلول عام ٢٠١٧. ومن المنتظر أن تصل النسبة المئوية لكبار السن من ٦٠ فأكثر في مصر ١١.٩% في تعداد السكان عام ٢٠٢٥. (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ١٩٩٢، ص ٢٦- ٣٣)

ولما كان من حق المسنين على المجتمع الذي قدموا له جهدهم وعلمهم وخبراتهم في شبابهم ورشدهم على مدى عقود متتالية وجب أن تيسر لهم الرعاية الشاملة ذات الجودة العالية فرعايتهم واجب تملية القيم الدينية والخلقية التي تؤكد كفاءة المجتمعات المتقدمة والنامية على حد سواء اعترافاً بالجميل لما قدموه من جهد في خدمة مجتمعاتهم وأسرتهم سني حياتهم المبكرة، لذا تعتبر الرعاية المتكاملة الشاملة لهذه الفئة العمرية هدف تسعى إلى تحقيقه كافة المجتمعات بمؤسساتها المختلفة سواء الحكومية منها أو غير الحكومية. (أمال صادق، ٢٠٠٢، ص ١١)

وتتضمن رعاية المسن رعاية شخصيته بكافة مظاهرها "جسماً وعقلياً وانبغالياً" رعاية متكاملة طبية ونفسية واجتماعية كحق له. وواجب على المجتمع بكافة هيئاته الحكومية والأهلية. (حامد زهران، ٢٠٠٢، ص ٤٧)

وذلك من أجل جودة حياته...

والبعد الأخلاقي والإنساني يشير إلى أن المسنين هم بالفعل ثروة بشرية حقيقية لكل شعب وأمه، لذا يجب الاهتمام برعايتهم وحفظ صحتهم وتعزيزها وتنشيط دورهم الاجتماعي والثقافي والاقتصادي والتربوي بما كدسوه من خبرات وتجارب وبما يمثلونه من ريادة ومثل عليا وهم أيضاً معين هائل لعملية التنمية في كل المجالات إذا أحسن الانتباه لهم وتلقوا الرعاية المناسبة وإلا فإنهم قد يصبحون عبئاً على التنمية نفسها في حال تجاهلهم وإهمال قضاياهم وتردي أوضاعهم الصحية والاجتماعية والنفسية .

إن الاهتمام بالمسنين لا يعتبر استجابة لاحتياجات أفراد بحاجة للعناية فحسب بل هو تقدير وتكريم مجتمعي لشريحة كان لها الفضل في وصول المجتمع إلى ما هو عليه.

وإعلان هيئة الأمم المتحدة الأهتمام بالشيخوخة وتعزيز مكانة كبار السن واستثمار دورهم ورعايتهم من الناحية الاجتماعية والصحية والنفسية دليل واضح على أهمية دورهم في المجتمع ودفع عجلة الإنسانية نحو التقدم والرقي والاستفادة من خبرات وتجارب المسنين التي مروا بها.

مفهوم المسن The Elder concept

كلمة مسن مأخوذة من أسن وهو الشخص الذي كبر سنة وتقدم به العمر. ويسمى الشخص عندئذ "شيخاً أو عجوزاً أو معمرراً أو هرمياً أو شيبياً". (آمال جودة، ٢٠٠٥، ص ١٠٠)

وتشير كلمة Elder في اللغة الإنجليزية إلى المسن أو المتقدم في العمر أو الكهل. (إلياس إيطون إلياس، ١٩٨٤، ص ٢٤٠)

ويعرف المسن في علم النفس بأنه مرحلة كبر السن التي تبدأ من السنة الخامسة والستين إلى آخر العمر والذي قد يمتد إلى ما بعد المائة من السنوات. (عبد الحميد الهاشمي، ١٩٨٠، ص ٣٥١)

والمسن هو الشخص الذي تجاوز الستين من عمرة ويزداد اعتماده على غيره بازدياد تراجع وظائفه الجسدية والنفسية والاجتماعية ويختلف هذا تبعاً لشخصية المسن والمعايير الاجتماعية والثقافية السائدة في المجتمع.

جودة الحياة Quality of life

تعريف جودة الحياة - معني الجودة في اللغة: تعني الجيد ضد الرديء، جيداً، وجيادات وجيائد وجاد (يجود) جودة، صار جيذاً.

في حين يعرف "فرانك" جودة الحياة بأنها حسن إمكانية توظيف إمكانيات الإنسان العقلية والإبداعية وإثراء وجدانه ليتسامى بعواطفه ومشاعره وقيمة الإنسانية. وتكون المحصلة هي جودة الحياة وجودة المجتمع ويتم هذا من خلال الأسرة والمدرسة والجامعة وبيئة العمل ومن خلال التركيز على ثلاثة محاور هامة هي التعليم والتكيف والتدريب.

وجودة للحياة كما عرفها "فرانك" بأنها إدراك الفرد للعديد من الخبرات وبالمفهوم الواسع شعور الفرد بالرضا مع وجود الضروريات في الحياة مثل الغذاء والسكن وما يصاحب هذا الإحساس من شعور بالإنجاز والسعادة، وجودة الحياة بالمفهوم الضيق خلو الجسم من العاهات الجسمية.

عرف روبن جودة الحياة بأنها الدمج والتكامل بين عدة اتجاهات لدى الفرد من ناحية الصحة الجسمية والنفسية والحياة الاجتماعية، متضمنة كلا من المكونات الإدراكية (Cognitive component) والذي يشمل الرضا (satisfaction) والمكونات العاطفية (emotional component) والتي تشمل السعادة (happiness).

وفي جامعة تورنتو بكندا وحدة أبحاث جودة الحياة التابعة لقسم الصحة العامة بالجامعة تقرر "إن للهدف النهائي من دراسة جودة الحياة هو جعل الناس تعيش حياة ذات جودة، حياة لها معنى ويتم الاستمتاع بها" (Renwick, 2002)

وتعرف منظمة الصحة العالمية (WHO, 1999) جودة الحياة بأنها انطباق الفرد تجاه حياته وضمن النسق والمعايير الثقافية في مجتمعه ومستوي العلاقة بين تحقيق أهدافه وتوقعاته وفق مفاهيم معيارية محددة لديه ومن وجهة نظر أخرى هي عملية الدمج والتكامل بين جوانب صحة الفرد الفسيولوجية والنفسية ومستوي عدم الاعتمادية Independency والعلاقات الاجتماعية، وعلاقة ذلك بما يبرز في المستقبل من أحداث بيئية.

منظمة الصحة العالمية (WHO) أجملت هذه الاعتبارات بالمقولة القائلة "إضافة سنوات إلى الحياة يعتبر نصراً غير ذي مضمون ما لم تكن هناك إضافة حياة لهذه الأعوام". (صالح إسماعيل الهمصي، ٢٠١٠ص٤٩)

ويري ليتوين (Litwin) أن جودة الحياة لا تقتصر على تلبية الصعاب والتصدي للعقبات والأمور السلبية فقط، بل تعدى ذلك إلى تنمية النواحي الإيجابية. كما ينكر بارجر (Barger, 1998, 344) أن الدراسات في مجال جودة الحياة تناقش المستوي الوظيفي للفرد وتقييمه لشخصيته في تأثيرها على جودة الحياة.

ولقد اقترح كل من (Mcdowell & Mewell) تعريف لجودة الحياة "علاقة كل من كفاية الظروف المادية وشعور الناس حول هذه الظروف".

عرف Coulter جودة الحياة "الإحساس الشخصي بالإشباع من الحياة والتي هي أكثر من فقط سرور أو شعور بالسعادة رغم أنها أقل من معني أو إنجاز"

وعرفه (Rapheal and other) "الدرجة التي من خلالها يستمتع الشخص بالإمكانات المهمة بحياته. (Brown,A,2009,pp213-219)

وفي ضوء الاتجاهات المتعددة لدراسة مفهوم جودة الحياة يري دونفان Donvan أن جودة الحياة تتضمن الوظائف الجسمية المتمثلة في إنجاز الأنشطة اليومية، والوظائف النفسية المتمثلة في الأفكار والانفعالات، والنشاط الاجتماعي والبيئي، والرضا عن الحياة بشكل عام. (Soppingtion,1989)

ويري كومنس (Cummins) أن مفهوم جودة الحياة يشير إلى الصحة الجيدة أو السعادة، أو تقدير الذات، أو الرضا عن الحياة أو الصحة النفسية.

كما يؤكد هونت ومارشال (Hunt & Marshall) علي أن ارتفاع مستوي الأفراد في المهارات الاجتماعية يؤدي إلي تحسين مستوي ونوعية حياتهم، ومنها المشاركة في الحديث ومواصلته، واستخدام النبرة المناسبة للصوت، والتساؤل بهدف التوضيح، والمطالبة بالحقوق في صورة مهذبة، والتفاوض بلطف والمرح والثناء علي سلوكيات الآخرين وتشجيعهم والعناية بالمهام واستكمالها ومتابعة التعليمات والتوجيهات، والعناية بالملبس، وبذل الجهد. (Benedict,1990,pp417-422)

من الملاحظ مما سبق أن مفهوم جودة الحياة:

تطرق للاستخدام في العديد من العلوم، حيث يستخدم أحياناً للتعبير عن الرقي في مستوي الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع. كما يستخدم للتعبير عن إدراك الأفراد لمدي قدرة هذه الخدمات علي إشباع حاجاتهم المختلفة.

وأن هذا المفهوم لا يرتبط بمجال محدد من مجالات الحياة أو بفرع معين من فروع العلم، إنما هو مفهوم موزع بين الباحثين والعلماء علي اختلاف تخصصاتهم والملفت للنظر أن أصحاب كل تخصص يرون أنهم الأحق باستخدام هذا المفهوم سواء كان هؤلاء تخصص علم الاجتماع، أو الطب بفروعه المختلفة، أو العلوم البيئية أو الاقتصادية. (عادل الأشول، ٢٠٠٥، ص ٣-١٣)

ومن الملاحظ أن تعريفات الجودة قد تباينت بتباين الأطر النظرية التي طرحت بها التعريفات، إذ يمكن القول أن التعريفات أخذت اتجاهات مختلفة وهي:

الاتجاه الاجتماعي.

الاتجاه النفسي.

الاتجاه الطبي.

أولاً - الاتجاه الاجتماعي:

يرى المير هانكس (Hankiss) أن الاهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأت منذ فترة طويلة وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، إضافة إلى مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر، وترتبط جودة الحياة بطبيعية العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه الفرد من عائد مادي من وراء عمله والمكانة المهنية للفرد وتأثيره على الحياة ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء Peer relationship تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله. (Rokach, 2004, pp24-40)

ثانياً - الاتجاه النفسي :

إن الحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها حتى أن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته كالدخل، المسكن، العمل، والتعليم يمثل انعكاساً مباشراً لإدراك الفرد لجودة الحياة في وجود هذه المتغيرات بالنسبة لهذا الفرد وذلك في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة، ويظهر ذلك في مستوى السعادة والشقاء الذي يكون عليه، ويرتبط بمفهوم جودة الحياة العديد من المفاهيم النفسية منها: القيم، الإدراك الذاتي، الحاجات، مفهوم الاتجاهات، مفهوم الطموح، مفهوم التوقع إضافة إلى مفاهيم الرضا، التوافق، الصحة النفسية ويرى البعض أن جوهر جودة الحياة يكمن في إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة، وذلك وفقاً لمبدأ إشباع الحاجات في نظرية أبراهام ماسلو. هذا وسوف تركز الباحثة على جودة حياة المسن من خلال هذا الاتجاه النفسي وذلك لارتباطه بشكل موجب ببقية الاتجاهات الأخرى.

ثالثاً -الاتجاه الطبي:

ويهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض جسدية مختلفة، أو نفسية أو عقلية وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية.

إن تطوير جودة الحياة هو الهدف المتوقع لمقدمي الخدمة الصحية، وتقييم حاجة الناس لجودة الحياة تشمل أيضاً تقييم احتياجات الأفراد وتوفيره البدائل لهذه الاحتياجات حتى ولو لم يكن هناك تشخيص لمرض معين أو مشكلة أخرى. يمكن أيضاً تقييم جودة الحياة لدى المرضى وذلك في غياب علاج حالي أو الاحتياج للخدمات، إضافة إلى التغير الدراماتيكي وزيادة معدل الأعمار في البلدان المتقدمة قد أوجب الإدراك بضرورة أن طول العمر يجب أن يترافق مع تحسين الصحة المتعلقة بجودة الحياة (health related) (HRQOL) (8005,mod.obs.quality.of.life)

مقومات جودة الحياة

تستطيع القول بأنه تعريف نسبي يختلف من شخص إلى آخر حسب ما يراه من معايير تقييم حياته. وتوجد عوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة: القدرة على التفكير وأخذ القرارات.

القدرة على التحكم.

الصحة الجسدية والعقلية.

الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية.

المعتقدات الدينية - القيم الثقافية والحضارية.

الأوضاع المالية والاقتصادية والتي عليها يحدد كل شخص ما هو الشيء الأهم بالنسبة له

والذي يحقق سعادته في الحياة التي يحيها.

وإذا تحدثنا عن مقومات جودة الحياة ونعني هنا الناحية الصحية نجدها تتمثل في أربع

نواحي أساسية والتي تؤثر بشكل أو بآخر على صحة الإنسان بل وعلى نموه كما أنها تتفاعل

مع بعضها البعض:

- الناحية الجسدية.
- الناحية الشعورية.
- الناحية العقلية.
- الناحية النفسية.

وتتمثل هذه النواحي الأربع في الاحتياجات الأساسية الأخرى الضرورية لحياة الإنسان التي لا يستطيع العيش بدونها والتي يمكن أن نطلق عليها الاحتياجات الأولية.

وهذه الاحتياجات تقف جنباً إلى جنب مع مقومات جودة الحياة بل تعتبر جزءاً مكملاً لها والإخلال بأي عنصر فيها يؤدي إلى خلق الصراع . ولكن هذا لا يمنع من وجود عوامل أخرى خارجة عن إرادة الإنسان تؤثر على مقومات حياته والتي تتصف بالناحية الصحية وتمثل في:

العجز - التقدم في العمر - الألم - الخوف - ضغط العمل - الحروب - الموت - الإحباط - الأمل - اللياقة الجسدية بل والراحة أيضاً، لكنه لا بد أن نفرق بين ما هو طبيعي وبين ما يحدث نتيجة إتباع أسلوب حياة خاطئ أو مرض.

(net,www.montada.com,2008)

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

ولتحقيق جودة حياة المسنين من المنظور السيكولوجي لا بد من تنمية الجوانب الايجابية في المسنين ومساعدتهم لتحقيق توافقتهم وصحتهم النفسية وذلك من خلال ما يلي:

- نشر مراكز الإرشاد النفسي للمسنين رد "مراكز إرشاد الصحة النفسية للمسنين" والتي تضم فريقاً متكاملًا متخصصاً في جميع أنحاء الجمهورية.

- إعداد وتدريب المسؤولين المتخصصين عن الإرشاد النفسي بحيث يضم فريق الإرشاد: المدير والمرشد النفسي والمعالج النفسي والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي والطبيب وكل من يهمه أمر المسن.

- إعداد برامج إرشاد نفسي متخصصة تستخدم مع المسنين، تحدد معالمها وخدماتها واستراتيجيات تنفيذها وأساليب تقييم نتائج تطبيقها باستخدام أحدث الطرق وأفضل الفنيات وأنسب الاستراتيجيات.

- إعداد وسائل جمع المعلومات اللازمة لعملية الإرشاد النفسي الخاصة بالمسنين بما يناسب الثقافة المصرية والعربية بحيث يتوافر فيها شروط الصلاحية والدقة والموضوعية والمعارية.

- جمع المعلومات الخاصة بالمسن منه ومن الآخرين الذين يهمهم أمره بدقة وموضوعية وتنظيم عن شخصيته بكافة مظاهرها وعن مشكلاته وعن أسلوب حياته وعن مفهومة عن

ذاته في إطار دليل يحدد اتجاه عملية الفحص والدراسة وجميع المعلومات الشاملة مع ضمان السرية.

- إجراء عملية الإرشاد النفسي للمسنين بحيث يتوافر فيها الجودة والإتقان من الإعداد وعبر تحديد الأهداف والتشخيص. والمآل وحتى تحقيق الأهداف والإنهاء مع توفير وسائل التقييم والمتابعة.

- استخدام طرق الإرشاد النفسي الحديثة والمتجددة والمبتكرة ذات العالية مع المسنين فريداً وجماعياً مع الاستعانة بإمكانات التقدم العلمي والتكنولوجي والمعلوماتي الحديث.

- الاكتشاف المبكر للاضطرابات والأمراض النفسية في المسنين.

- علاج الاضطرابات والأمراض النفسية التي يعاني منها المسنين إذا ما وجدت.

- إجراء الدراسات العلمية علي مستوى قومي الخاصة بمشكلات المسنين مثل المشكلات الصحية والاجتماعية والانفعالية والوحدة ومشكلات العيش مع الأولاد ومشكلات التقاعد والعزوبة الإجبارية.

- إعداد برامج إرشادية قبل الإحالة إلي التعاقد وذلك بما يمكنهم من تقبل أنفسهم على نحو إيجابي وتنمية قدراتهم النفسية على التعامل مع الضغوط المصاحبة لتقدم العمر.

- إجراء البحوث الشاملة لتحديد الحاجات الإرشادية للمسنين.

- تقديم المشورة الطبية النفسية الاجتماعية للمسنين بحيث يقدمها فريق مستشارين متخصصين.

- إعداد أدلة إرشادية من قبل مراكز الإرشاد النفسي وأقسام طب المسنين وعلم النفسي من شأنها أن تساعد علي فهم طبيعة المرحلة العمرية للمسن وكيفية التعامل معه وما قد يطرأ عليه من أعراض نفسية.

- مراعاة الفروق الفردية والفروق بين الجنسين ومطالب النمو في مرحلة الشيخوخة وخاصة للتوافق بالنسبة للضعف الجسمي والمتاعب الصحية المصاحبة والقيام بأي نشاط ممكن وتحقيق ميول نشطة وتنويع الاهتمامات والتوافق بالنسبة للإحالة للتقاعد أو ترك العمل، التوافق بالنسبة لتقصي الدخل نسبياً والاستعداد لتقبل المساعدة من الآخرين، التوافق بالنسبة للتغيرات الأسرية وترك الأولاد للأسرة واستقلالهم في أسرهم الجديدة والتوافق لموت الزوج أو الأصدقاء. وتنمية وتعميق العلاقات الاجتماعية القائمة وتكوين علاقات اجتماعية جديدة وتحقيق التوافق مع رفاق لسن والوفاء بالالتزامات الاجتماعية في حدود الإمكانيات وتقبل التغيير الاجتماعي المستمر والتوافق معه ومع الجيل التالي وتهيئة المناخ النفسي الصحي

- المناسب للحياة الصالحة لهذه المرحلة حتى تكون خير سني العمر.
- ضرورة أن تؤدي الخدمة النفسية وفقاً لسياسات ثابتة ومستقرة يشترك في تطويرها كبار السن أنفسهم ولا بد أن يكون لكبار خاضعين لإشراف صحي ونفسي بصفة دورية حماية لهم من تفاقم الأمراض مع تيسير سبل العلاج عند الحاجة في وقت مبكر.
- ضرورة شعور كبار السن بقدر الإمكان بارتباطهم بالمجتمع الذي يعيشون فيه ومن ثم يتعين أن تكون أحوالهم النفسية مستقرة وتيسير مهمة الاتصال بالغير وتيسير الانتقال-إلى دور العبادة والأماكن والمنشآت عن طريق وسائل مواصلات ميسرة.
- تقديم خدمات طبية نفسية ممتدة في دور علاجية تتمثل في مستشفيات لعلاج الأمراض العضوية أو النفسية، أجنحة خاصة لأمراض الشيخوخة في المستشفيات، بيوت عائلية صغيرة للكبار يقيمون فيها في مجموعات متجانسة وتحت إشراف طبي مدروس أو إتباع أسلوب الأسر البديلة.
- تقديم خدمات طبية ونفسية وخدمات التمريض النفسي في المنزل الخاص عن طريق فريق متخصص لعلاج الكبار.
- العمل على تواصل الأجيال عوضاً عن صراع الأجيال.
- رعاية المسنين وفقاً للتوجهات المعاصرة تعتمد على إستراتيجية متصل الرعاية المتكاملة (طويلة المدى) والتي تتناول كبار السن من كافة جوانب الرعاية الطبية والصحية والنفسية والرياضية والثقافية والروحية والترويحية. وفي كافة مجالات حياتهم ونشاطهم تأكيداً على تحسين نوعية الحياة في مجالات حياتهم المختلفة.
- تدريب أعضاء الأسرة أبناء وأحفاد على السمو الوجداني وترقية المشاعر الإنسانية النبيلة من خلال تفاعل أعضاء الأسرة.
- مراعاة تكوين اتجاهات إيجابية لدى الأطفال والشباب نحو كبار السن من خلال المواقف والخبرات التربوية والثقافية في الأسرة والمدرسة والأعلام ودور العبادة وذلك لكون كبار السن مكوناً طبيعياً من دور حياة الإنسان ومن الوجود الإنساني.
- إيداء اهتمام خاص بالمنخل النفسي في رعاية المسنين استناداً إلى أن مرحلة التقدم في العمر في الحقيقة مرحلة نمو ومرحلة سموينمو بالخبرة المتراكمة عن مدي حياة الفرد وتكاملها في هذه الفترة الزمنية من العمر وسمو بالحكمة المميزة لهذه الشريحة العزيزة من بنية المجتمع وتماسكه.
- جذب متطوعين من الشباب للعمل في مجال رعاية المسنين نفسياً واجتماعياً وتمريضياً

- وطبياً وتدعيمهم بالمهارات النفسية والطبية والترويحية والرياضية.
- العمل على إعادة تأهيل كبار السن ليكونوا أكثر قدرة على ممارسة هوايات وأعمال تتفق ومرحلتهم العمرية واحتياجات ومتطلبات المجتمع أيضاً .
 - تعميم إنشاء أقسام طب وصحة المسنين في الجامعات المصرية في كليات الطب حتى يكون لهذه الفئة العمرية مكانها من الاهتمام العلمي والتعليمي والبحثي والتدريبي.
 - تنظيم برامج علمية مرنة لتقديم درجات علمية متخصصة تعطي مجالات رعاية المسنين نفسياً.
 - ضرورة الاهتمام بإعداد المرشدين والأخصائيين النفسيين للعمل في مجال رعاية المسنين تأكيداً على ضرورة وحتمية المدخل النفسي في رعاية المسنين وعلاقته الوثيقة بالمدخل الطبي والصحي والاجتماعي.
 - التأكيد على إعداد الأدوات والاختبارات والمقاييس النفسية المقننة اللازمة للتشخيص والبحث في مجالات رعاية المسنين مع الاهتمام بالبحوث التتبؤية للاضطرابات أو الأمراض النفسية التي قد يتعرض لها كبار السن. وبالتدخل الوقائي لهم وإعداد البرامج التدريبية المنظمة لتدريب الأطباء والأخصائيين النفسيين على مهارات واستخدام هذه الأدوات.
 - التأكيد على دمج المسنين في مجرى الحياة اليومية بما يحقق التفاعل المنشود بين فئات العمر المختلفة وعدم اللجوء لأي صورة عزليه إلا في حالات الضرورة الصحية والنفسية والاجتماعية.
 - التأكيد على نموذج رعاية المسن في كنف أسرته وعائلته واعتبار ذلك هو النموذج المعبر عن ثقافتنا وقيمنا الدينية وتقاليدينا المتوارثة مع عدم اللجوء إلى عزل المسنين إلا في الحالات التي تحتمها للضرورة الصحية والنفسية والاجتماعية وأيضاً الاقتصادية للمسن وعائلته.
 - الاهتمام بالمسنين ذوي الاحتياجات الخاصة وتسهيل حصولهم على الخدمات النفسية بشكل فاعل ومستمر سواء في منازلهم أو في المؤسسات الخاصة بتقديم هذه الخدمات.
 - التأكيد على أهمية تداخل الأهل مع مسنيهم المقيمين في دور الرعاية.
 - التأكيد على أهمية العلاجات الأسرية الدافئة في تخفيف معاناة المسنين واضطرابهم وأمراضهم النفسية.
 - زيادة عدد أقسام الإرشاد النفسي في الجامعات المصرية والتركيز على تقديم خدمات

- الإرشاد النفسي للمسنين في أماكن تواجدهم سواء داخل الأسرة أو في دور الرعاية.
- إنشاء مجلس قومي لرعاية المسنين علي نسق ما هو موجود لرعاية الطفولة والشباب.

قائمة المراجع

أولاً - المراجع العربية:

- ١- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء (١٩٩٢) الكتاب الإحصائي السنوي لجمهورية مصر العربية.
- ٢- أمال مختار صادق (٢٠٠٢) الجودة الشاملة في رعاية المسنين (٢٧-٢٨ أكتوبر ٢٠٠٢) - مركز الرعاية الصحية والاجتماعية للمسنين - المؤتمر الإقليمي العربي الثالث لرعاية المسنين - جامعة حلوان.
- ٣- إلياس أنطون إلياس (١٩٨٤) قاموس إلياس العصري (لتجليزي- عربي) ص ٢٧- القاهرة: دار إلياس العصرية.
- ٤- أمال جودة (٢٠٠٥) العلاقة بين أساليب مواجهه ضغوط الحياة وأشعور بالوحدة النفسية لدي عبيه من المسنين في المحافظات غزة- رسالة ماجستير جامعة القدس المفتوحة- فلسطين.
- ٥- حامد زهران (٢٠٠٢) الجودة الشاملة في الإرشاد النفسي لكل من ولكل المسن- الجودة الشاملة في رعاية المسنين (٢٧-٢٨ أكتوبر ٢٠٠٢) المؤتمر الإقليمي العربي الثالث لرعاية المسنين - مركز الرعاية الصحية والاجتماعية للمسنين- جامعة حلوان
- ٦- صالح إسماعيل عبد الله الهمجي (٢٠١٠) قلق الولادة لدي الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة رسالة ماجستير- كلية التربية- الجامعة الإسلامية- غزة.
- ٧- عادل الأشول (٢٠٠٥) نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي (١٥-١٦ مارس ٢٠٠٥) المؤتمر العلمي الثالث، الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة- كلية التربية جامعة الزقازيق.
- ٨- عبد الحميد محمد الهاشمي (١٩٨٠) علم النفس التكويني: أسسه وتطبيقه من الولادة إلي الشيخوخة- جزء ٥، ط٤ دار المجمع العربي.
- ٩- عبد الحميد محمد شانلي (٢٠٠١) التوافق النفسي للمسنين- المكتبة الجامعية- (١٤٢) = المجلة المصرية للدراسات النفسية - العدد ٨٣ المجلد الرابع والعشرون - أبريل ٢٠١٤ =

١٠- كوثر إبراهيم رزق (٢٠٠٢) مشكلات المسنين المقيمين مع أسرهم وفي دور المسنين

ودراسة الشخصية إرشادية مقارنة- الجودة الشاملة في رعاية المسنين (٢٧-٢٨ أكتوبر

٢٠٠٢)- المؤتمر الإقليمي العربي لرعاية المسنين - مركز الرعاية الصحية

والاجتماعية للمسنين - جامعة حلوان.

١١- هشام محمد مخيمر، عمرو رفعت عمر (١٩٩٩) فاعلية برنامج إرشادي في خفض قلق

الموت لدى المسنين المبصرين والمكفوفين (١٨-٢٠ مايو ١٩٩٩) المؤتمر الدولي

للمسنين دار الضيافة- جامعة عين شمس.

ثانياً - المراجع الأجنبية:

- 12- Benedict, T. (1990) Loneliness : Areview of current literature, with implications for counseling and research, Journal of Counseling & Development, vol.68,417-422.
- 13- Brown, A. (2009) the Social Processes of Aging and old Age, New york, Prentice Hall.
- 14- DunKie, R, E. & Norgard, T. (1995) Aging Overview in Richard L, et al., Ency Clopedia of Social Worle. Washington, N, A.S.W
- 15- Kermis, M. (1986) The Epidemiology of mental Disorder in the Elderly: A Responce to the senate, AARP Report Gerontologist, Vol. 26, No. 5, Oct. pp. 482-487.
- 16- Killeen, C. (1998) Loneliness: an epidemic in modern Society, Journal of Advanced Nursing, Vol. 28, Nov. (4), pp. 762-770.
- 17- Krause, N. & Boraski, C. E. (1994) Clarifying The funcnction of Social Support in later life Reseach on Aging, Vol. 16, No. 3, pp. 251-279).
- 18- Neugarten, B. 1, & Neugarten, Dail, A. (1993) The Changing using of Age Psychology to day, Vol. 21, pp. 29-33.
- 19- Neugarten, B, 1, & Weinstein, k. (1994) the Changing American Grandparent, Journal of Marriage and the Family, Vol. 24, pp. 199-201.
- 20 - Renwiclr, (2002) www.Utoronta.cal/901.

- 21- Rokach, A. (2004) Loneliness the and now: Reflections on Social and emotional alienation in everyday life, Current Psychology, Vol. 23, No. (1), pp. 24-40.
- 22- Sopping, A. (1989) Adjustment Theory, Research and Personal Applications. Publishing Company.

**The quality of life of the elderly from
a psychological perspective**

Preparation

A. D. Kawther Ibrahim Rizk

**Professor of Mental Health and Psychotherapy
College of Education - University of Damietta**

The aging last stages of human development , a stage age inevitability of every human being written for him to stay in life , a phase of dynamic filled with the challenges of adaptation and compatibility issues and the need to address in order to sustain life , and the elderly may succeed may fail in the face of tasks developmental and biological changes , mental, emotional and social issues associated with this phase , which are methods of compliance will have more different than in the earlier stages it, and this does not make us deny the seriousness of the problems they face , including: deterioration of health - job loss - the loss of social status - the loss of life companion - social isolation - financial problems and mental illness and mental .

Turning paper to the aging of normal and abnormal , Ageing normal be without diseases , biological ; mental, or any disease apparent , but aging is normal , it started showing the medical diseases and mental clearly that however the steady increase in the number of elderly people at the local and the global, the large number of problems which they are exposed and multiplicity of which adversely affect them , which requires their attention and provide comprehensive care of high quality in order to achieve their mental health and their quality of life , in recognition of gratitude for their effort in the service of their countries and their families , Fraithm duty dictated by religious values and moral and humanitarian situation in all communities alike .

The paper presented to the terms of the study and offered for how to achieve the quality of life of the elderly from the perspective of psychological and through the development of positive aspects in the elderly and help them achieve their agreement and their mental health is by addressing the negative aspects they have in order to the quality of their lives and then ended the paper presented to the list of references Arab and foreign used in the study.