

من كتاب: ممارسة الخدمة الاجتماعية مع المسنين المؤلفون: الدكتورة سماح سالم الدكتورة سمر صبحي يوسف
الدكتورة أمل حامد عيد: الفصل الأول/مدخل لدراسة المسنين

المحاضرة الأولى

مدخل لدراسة المسنين

من الفصل الأول في كتاب: ممارسة الخدمة الاجتماعية مع المسنين.

أولاً: مقدمة/ تُعد رعاية المسنين من المجالات المهمة في الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية؛ لأن مرحلة الشيخوخة تمثل مرحلة أساسية من مراحل حياة الإنسان، ولها خصائص جسمية ونفسية واجتماعية وعقلية تختلف عن المراحل العمرية السابقة.

وتتبع أهمية الاهتمام بالمسنين من أن المسن لا ينبغي النظر إليه باعتباره شخصاً انتهى دوره في المجتمع، بل هو فرد يمتلك خبرات وإمكانات وتجارب تراكمية يمكن الاستفادة منها، مع ضرورة مساعدته على الاحتفاظ بأكبر قدر ممكن من الاستقلالية والقدرة على القيام بأدواره الاجتماعية.

كما أن الأسرة تمثل عنصراً رئيساً في رعاية المسن؛ لذلك لا تقتصر الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية على التعامل مع المسن وحده، وإنما تشمل أيضاً دعم الأسرة وتمكينها من التعامل مع احتياجاته ومشكلاته بصورة مناسبة.

ومن هنا فإن دراسة مرحلة الشيخوخة تساعد الأخصائي الاجتماعي على فهم:

- طبيعة المرحلة وخصائصها .
- احتياجات المسنين .
- التغيرات المصاحبة للتقدم في العمر .
- المشكلات التي يمكن أن يتعرض لها المسن .
- كيفية الوقاية من بعض المشكلات أو الحد من آثارها .
- الأساليب المهنية المناسبة للتعامل مع المسنين وأسره .

الشيخوخة ليست مشكلة في حد ذاتها، وإنما هي مرحلة طبيعية من مراحل الحياة. وقد تظهر المشكلة عندما لا تتوافق البيئة الأسرية أو الاجتماعية أو الصحية مع احتياجات الشخص في هذه المرحلة.

مثال شخص يبلغ ٧٠ عاماً، متقاعد، ويتمتع بصحة جيدة ويشارك في الأنشطة الاجتماعية والتطوعية بصورة منتظمة. لا يمكن وصفه بأنه عاجز لمجرد بلوغه سناً متقدمة؛ لأن قدراته الوظيفية والاجتماعية ما زالت مرتفعة. وهنا تظهر أهمية عدم اختزال مفهوم المسن في العمر الزمني فقط.

ثانياً: مفهوم المسنين/ يشير الكتاب إلى أن العرب استخدموا لفظ الشيخ مرادفاً للمسن، وهو الشخص الذي استبان فيه أثر التقدم في السن وظهرت عليه علامات الشيب.

كما ورد في معجم مصطلحات الرعاية والتنمية الاجتماعية تعريف المسن بأنه: الشخص الذي تقدم به السن، ويفترض فيه عدم القدرة على العمل. لكن هذا التعريف يحتاج إلى قراءة نقدية؛ لأن التقدم في العمر لا يعني بالضرورة فقدان القدرة على العمل أو الإنتاج. قد يكون شخص في الخامسة والستين قادراً على العمل بصورة

كاملة، بينما قد يعاني شخص أصغر سنًا من ظروف صحية تحد من قدرته على أداء أدواره. لذلك فإن مفهوم المسن مفهوم متعدد الأبعاد، ولا يكفي تحديده بعامل واحد فقط. ولهذا يعرض الكتاب مفهوم المسنين من عدة أسس:

١. الأساس الجسمي .
٢. الأساس الزمني .
٣. الأساس النفسي .
٤. الأساس الاجتماعي .

وهذا التقسيم مهم للخدمة الاجتماعية؛ لأنه يؤكد أن الشيخوخة ليست مجرد رقم في بطاقة الهوية، بل تجربة إنسانية تتداخل فيها عوامل متعددة.

ثالثًا: مفهوم المسنين على أساس الجوانب الجسمية/ وفقًا للجانب الجسمي، يُنظر إلى المسنين بوصفهم أشخاصًا تحدث لديهم تغيرات فسيولوجية نتيجة تقدم العمر.

ومن أبرز هذه التغيرات:

- انخفاض بعض وظائف الجسم تدريجيًا .
- ضعف قدرة الجسم على مقاومة بعض الأمراض .
- حدوث تغيرات في الجهاز المناعي .
- حدوث تغيرات في إفراز بعض الهرمونات .
- تأثير عمليات التمثيل الغذائي .

وأن هذه التغيرات تستمر بصورة تدريجية مع التقدم في العمر. لا تحدث هذه التغيرات بالدرجة نفسها عند جميع المسنين؛ فهناك فروق فردية كبيرة تتأثر بالصحة، ونمط الحياة، والتغذية، والنشاط البدني، والبيئة، والحالة النفسية والاجتماعية.

مثال قد نجد مسنًا يبلغ ٧٥ عامًا يمارس المشي يوميًا ويتمتع باستقلالية كاملة، بينما يحتاج شخص في العمر نفسه إلى مساعدة في بعض أنشطة الحياة اليومية.

إذن: العمر الجسمي أو الوظيفي قد يختلف عن العمر الزمني.

رابعًا: مفهوم المسنين على أساس العمر الزمني/ من أكثر الطرق شيوعًا لتحديد المسن الاعتماد على العمر الزمني. اعتبارًا من يبلغون سن 60-65 عامًا تقريبًا ضمن فئة المسنين، وقد ارتبط هذا التحديد في بعض المجتمعات بسن التقاعد.

تقسيم مرحلة الشيخوخة إلى ثلاث مراحل:

١. الشيخوخة المبكرة: من ٦٠ إلى ٦٥ سنة .
٢. الشيخوخة المتوسطة: من ٦٥ إلى ٧٠ سنة .
٣. الشيخوخة المتأخرة: من ٧٠ إلى ٧٥ سنة وما بعدها حتى نهاية الحياة .

تصنيفات أخرى تجعل الشيخوخة في مرحلتين، مما يدل على أنه لا يوجد اتفاق مطلق على بداية الشيخوخة أو مراحلها العمرية.

ماذا نفهم من ذلك؟

العمر الزمني معيار مفيد في:

- الأنظمة والتشريعات .
- التقاعد .
- بعض برامج الرعاية .
- الدراسات الإحصائية .

لكنه لا يكفي وحده لتقدير احتياجات المسن.

مثال قد يخدم برنامج اجتماعي جميع الأشخاص الذين تجاوزوا ٦٠ عامًا، ولكن طبيعة الخدمات المقدمة لشخص يبلغ ٦١ عامًا ويعيش باستقلالية ستكون مختلفة عن الخدمات التي يحتاجها شخص يبلغ ٨٥ عامًا ويعاني من محدودية الحركة.

خامسًا: مفهوم المسنين على أساس الجوانب النفسية

الجانب النفسي بأنها مرحلة قد يحدث فيها قصور نسبي في بعض الإمكانيات الذاتية اللازمة لتحقيق التوافق النفسي والتعامل مع ضغوط الحياة ومتطلبات التكيف مع الآخرين. والمهم هنا هو كلمة نسبي؛ لأن الأمر لا يعني أن جميع المسنين يعانون من مشكلات نفسية أو ضعف في القدرة على التكيف.

بل تختلف الحالة النفسية للمسن باختلاف:

- شخصيته .
- علاقاته الأسرية .
- حالته الصحية .
- ظروفه الاقتصادية .
- مدى مشاركته الاجتماعية .
- قدرته على التكيف مع التقاعد أو فقد الأدوار السابقة .
- مقدار الدعم الذي يتلقاه من المحيطين به .

مثال: مسن تقاعد من العمل بعد أربعين عامًا من الوظيفة. إذا لم يجد أدوارًا بديلة أو نشاطات جديدة، فقد يشعر بفقدان المكانة أو الفراغ. أما إذا انتقل إلى أدوار أخرى مثل العمل التطوعي، أو التدريب، أو المشاركة الأسرية والاجتماعية، فقد يكون التكيف النفسي أكثر إيجابية.

هنا يظهر دور الأخصائي الاجتماعي في:

- تعزيز التكيف مع التغيرات الحياتية .
- اكتشاف مصادر القوة لدى المسن .
- دعم العلاقات الاجتماعية .
- الحد من العزلة .
- مساعدة المسن على بناء أدوار اجتماعية جديدة .

سادسًا: مفهوم المسنين على أساس الجوانب الاجتماعية/ ينظر علماء الاجتماع والخدمة الاجتماعية إلى الشيخوخة من خلال التغيرات التي تحدث في مكانة الفرد وأدواره وعلاقاته الاجتماعية.

فالمسن قد يتعرض **لتغيرات** مثل:

- التقاعد من العمل .
- تغير المكانة المهنية .
- تغير بعض الأدوار داخل الأسرة .
- فقد بعض الأصدقاء أو شريك الحياة .
- انخفاض بعض صور المشاركة الاجتماعية .
- تغير نظرة الآخرين إليه .

وقد تؤثر هذه التغيرات في كيفية إدراك المسن لذاته وفي سلوكه وتفاعله مع الآخرين.

مثال شخص كان يشغل منصبًا قياديًا قبل التقاعد، ثم أصبحت مشاركته الاجتماعية محدودة جدًا بعد التقاعد. المشكلة هنا قد لا تكون في عمره أو في صحته الجسدية، وإنما في **فقد الدور والمكانة الاجتماعية**. ومن منظور الخدمة الاجتماعية يكون التدخل من خلال مساعدته على **إيجاد أدوار بديلة تحقق له:**

- هذا الأدوار البديلة ستحقق له الشعور بالقيمة .
- هذا الأدوار البديلة ستحقق له الانتماء .
- هذا الأدوار البديلة ستحقق له المشاركة .
- هذا الأدوار البديلة ستحقق له الاستقلال .
- هذا الأدوار البديلة ستحقق له استثمار الخبرات السابقة .

يمكن القول إن الشيخوخة ليست ظاهرة جسمية فقط، وليست رقمًا زمنيًا فقط، بل هي: **مرحلة من مراحل حياة الإنسان تتداخل فيها تغيرات جسمية ونفسية واجتماعية، وتختلف طبيعتها ودرجتها من شخص إلى آخر.** لذلك فإن الممارسة المهنية مع المسنين تتطلب النظر إلى المسن **نظرة شمولية** تراعي ظروفه واحتياجاته وقدراته، بدلاً من الحكم عليه بناءً على عمره فقط.

سابعاً: التعريف الإجرائي للمسن/ وبما أن التعريف الإجرائي يُستخدم في الدراسات والبحوث لتحديد المقصود بالمفهوم بصورة دقيقة وقابلة للقياس، فيمكن صياغته— على النحو الآتي:

المسن إجرائياً: هو الشخص الذي بلغ السن الذي تحدده الدراسة أو النظام لمرحلة الشيخوخة، ويخضع لمجموعة من التغيرات الجسمية والنفسية والاجتماعية المرتبطة بالتقدم في العمر، مع اختلاف مستوى الاستقلال والقدرة على أداء الأدوار والأنشطة اليومية من شخص إلى آخر.

وإذا كانت الدراسة سنجري على فئة عمرية محددة، فيصبح التعريف أكثر دقة، مثل: **يقصد بالمسن في هذه الدراسة كل شخص بلغ ٦٠ عاماً فأكثر ممن تنطبق عليهم شروط مجتمع الدراسة.**

التعريف الإجرائي للمسن

ص ٢٨

من خلال مجموعة من **الخصائص**، هي:

١. كبير السن هو من يزيد عمره عن ٦٠ عاماً .
٢. قد يعاني المسن من قصور في بعض **الإمكانات الذاتية** بصورة عامة .

٣. تحدث لدى المسن تغيرات بيولوجية واجتماعية قد ترتبط بفقد بعض المراكز والمكانات والأدوار الاجتماعية.

٤. لدى المسنين احتياجات متعددة تشمل :

- احتياجات جسمية .
- احتياجات نفسية .
- احتياجات اجتماعية .
- احتياجات اقتصادية .

٥. قد يواجه بعض المسنين ضعفًا في قدرتهم على تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي ومواجهة ضغوط الحياة .

٦. يحتاج المسن إلى رعاية متكاملة وتدخل مهني يساعده على مواجهة المشكلات التي قد يتعرض لها .

التعريف الإجرائي هنا لا يحدد المسن بالعمر فقط، وإنما يجمع بين **أربعة أبعاد رئيسية: العمر + التغيرات المصاحبة للمرحلة + الاحتياجات + الحاجة إلى التدخل المهني**. وهذا مهم جدًا في الخدمة الاجتماعية؛ لأن مجرد معرفة أن الشخص يبلغ ٦٥ أو ٧٠ سنة لا تكفي للحكم على احتياجاته.

فالأخصائي الاجتماعي يحتاج إلى معرفة:

هل المسن مستقل؟

هل ما زال يمارس أدواره الاجتماعية؟

ما احتياجاته؟

ما مصادر قوته؟

وما المشكلات التي تتطلب تدخلًا مهنيًا؟

مثال لدينا مسنان كلاهما يبلغ 68 عامًا: المسن الأول يتمتع بصحة جيدة، ويعيش باستقلالية، ويشارك في النشاط الاجتماعي. أما **الثاني** فيعاني من ضعف الحركة والعزلة الاجتماعية ويحتاج إلى مساعدة أسرته في عدد من شؤون حياته. إذن هما متساويان في **العمر الزمني**، لكن احتياجاتهما المهنية مختلفة تمامًا. وهذا يوضح لماذا تعتمد الخدمة الاجتماعية على **التقييم الشامل لحالة المسن وليس على العمر وحده**.

سؤال للنقاش هل ترون أن تحديد المسن بالعمر الزمني وحده معيار كافٍ في الخدمة الاجتماعية؟ ولماذا؟

فمن المتوقع ان نفهم (أن العمر الزمني) مهم إداريًا وتشريعيًا، لكنه لا يقدم صورة كاملة عن حالة الشخص؛ لذلك ينبغي أن يُستكمل بتقييم وظيفي ونفسي واجتماعي.

أيهما أكثر أهمية في بناء تدخل مهني مع كبار السن: العمر الزمني أم القدرة الوظيفية والاجتماعية؟

ص ٢٨

ثامنًا: بداية مفهوم الشيخوخة

كبير السن هو الشخص الذي تقدم في العمر أو تجاوز سنًا عمرية معينة، وقد يكون ما يزال في صحة جيدة ويمارس حياته باستقلالية.

أما **الشيخوخة** فتشير إلى عملية أو مرحلة ترتبط بمجموعة من التغيرات الناتجة عن التقدم في العمر، وقد تكون هذه التغيرات جسمية أو نفسية أو اجتماعية.

مثال يوضح الفرق رجل يبلغ ٦٧ عامًا، متقاعد، لكنه بصحة جيدة، يمارس الرياضة ويشارك في الأنشطة الاجتماعية. هذا الشخص يعد **كبير سن من الناحية العمرية**، لكن لا ينبغي أن نفترض أنه يعاني بالضرورة من مظاهر الشيخوخة أو العجز. وفي المقابل، قد تظهر لدى شخص آخر في العمر نفسه تغيرات صحية ووظيفية أكبر.

من الأخطاء المهنية أن نربط تلقائيًا بين: التقدم في العمر = المرض = العجز = الاعتماد على الآخرين. فهذا نوع من التعميم والصورة النمطية تجاه كبار السن. والأدق مهنيًا أن ننظر إلى المسن من منظور قدراته واحتياجاته وظروفه الفردية.

سؤال للنقاش: هل كل مسن يعاني من الشيخوخة بالمستوى نفسه؟ وهل بلوغ سن الستين كافٍ للحكم على احتياجات الفرد؟

الإجابة العلمية: لا؛ لأن الشيخوخة تختلف بين الأفراد تبعًا للعوامل الجسمية والنفسية والاجتماعية والبيئية ونمط الحياة.

تاسعًا: ماهية (تعريف الشيخوخة) ص ٢٨-٢٩

مفهوم الشيخوخة لا يقتصر على مجرد بلوغ عمر معين، بل يرتبط بمجموعة من التغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي قد تصاحب التقدم في العمر.

فالشيخوخة تُعد مرحلة من مراحل دورة حياة الإنسان، وقد يصاحبها انخفاض تدريجي في بعض القدرات الوظيفية للجسم.

أبرز الاتجاهات في تفسير الشيخوخة

1. الشيخوخة كتغيرات بيولوجية ونفسية واجتماعية

يرى هذا الاتجاه أن الشيخوخة مرحلة من مراحل التقدم في العمر، تصاحبها تغيرات في الجوانب:

- البيولوجية .
- النفسية .
- الاجتماعية .
- الوظيفية .

وقد يظهر أثر هذه التغيرات بصورة مختلفة من شخص إلى آخر.

2. الشيخوخة كنتيجة لتراكم المشكلات الصحية

تشير إحدى وجهات النظر إلى أن بعض مظاهر الشيخوخة قد تنتج عن تراكم الأمراض والمشكلات الصحية مثل:

- أمراض القلب .
- ارتفاع ضغط الدم .
- السكري .
- تصلب الشرايين .
- وغيرها من الأمراض المزمنة .

وقد تبدأ هذه التراكمات الصحية في عمر مبكر ثم تظهر آثارها بشكل أكبر في المراحل المتقدمة من العمر.

مثال: شخص يبلغ ٧٠ عامًا ويعاني من السكري وارتفاع الضغط وأمراض القلب منذ سنوات قد تتأثر قدرته الحركية ووظيفته اليومية بصورة أكبر من شخص في العمر نفسه لا يعاني من أمراض مزمنة.

وهنا نفهم أن مظاهر الشيخوخة ليست مرتبطة بالعمر فقط، بل قد تتأثر بالحالة الصحية المتراكمة عبر سنوات الحياة.

3. الشيخوخة كهبوط تدريجي في وظائف الجسم

يعرف الكتاب الشيخوخة بأنها المرحلة التي ينتهي فيها نضج الإنسان ويبدأ حدوث هبوط تدريجي في قدرة الجسم على القيام ببعض وظائفه. أي أن الشيخوخة تُفهم بوصفها عملية تدريجية وليست تغيرًا مفاجئًا.

ومن المهم التأكيد أن هذا الانخفاض:

- يختلف من شخص إلى آخر .
- لا يحدث بالدرجة نفسها في جميع الوظائف .
- لا يعني بالضرورة فقد الاستقلال أو العجز الكامل .

4. الشيخوخة كتراجع تدريجي في الوظيفة والأداء

يشير اتجاه آخر إلى أن الشيخوخة تتمثل في انخفاض تدريجي في الوظيفة والأداء نتيجة التقدم في العمر.

وقد يرتبط هذا الانخفاض أيضًا بتراكم:

- الظروف الصحية .
- الضغوط النفسية .
- الأحداث الاجتماعية .
- الإجهاد المستمر .
- الأزمات التي مر بها الفرد خلال حياته .

وهذه الفكرة مهمة جدًا في الخدمة الاجتماعية لأنها توضح أن حالة المسن في عمر متقدم قد تكون نتيجة تفاعل سنوات طويلة من الظروف الصحية والنفسية والاجتماعية.

ص ٢٩

عاشراً: تعريف الشيخوخة المستخلص من الكتاب

أحد مظاهر كبر السن، وهي حالة نسبية تختلف من شخص إلى آخر، وقد تتضح من خلال تغيرات جسمية وعقلية ونفسية واجتماعية، ويمكن أن تتسارع بعض مظاهرها نتيجة تعرض المسن لأزمات صحية أو نفسية أو اجتماعية تؤثر في قدرته على أداء أدواره ووظائفه الاجتماعية.

الشيخوخة نسبية وليست واحدة عند جميع الأشخاص. فقد يكون لدينا شخصان في العمر نفسه، لكن مستوى الشيخوخة الوظيفية لديهما مختلف تمامًا.

قراءة مهنية في الخدمة الاجتماعية

من منظور الخدمة الاجتماعية، لا ينبغي للأخصائي الاجتماعي أن يسأل فقط: كم عمر المسن؟

بل يجب أن يسأل أيضًا:

- ما مستوى استقلاليته؟
- ما قدرته على ممارسة أنشطة الحياة اليومية؟
- كيف هي صحته النفسية؟
- ما طبيعة علاقاته الأسرية؟
- هل ما زال يؤدي أدوارًا اجتماعية؟
- هل لديه شبكة دعم؟
- ما المشكلات أو الأزمات التي مر بها؟
- وما نقاط القوة التي يمتلكها؟

وهذا يقودنا إلى قاعدة أساسية في العمل مع كبار السن: التقييم المهني للمسّن يجب أن يكون شاملاً، وليس قائماً على العمر الزمني وحده.

مثال تطبيقي مسن يبلغ ٧٢ عامًا، متقاعد، لكنه يشارك في أنشطة تطوعية، ويقود سيارته، ويدير شؤونه المالية ويمتلك شبكة علاقات اجتماعية جيدة. ومسن آخر في العمر نفسه يعاني من أمراض مزمنة وعزلة اجتماعية واعتماد كبير على الأسرة. لا يمكن وضع الاثنين في خطة تدخل واحدة لمجرد أنهما في العمر نفسه.

سؤال للنقاش: هل الشيخوخة نتيجة حتمية للتقدم في العمر أم أنها نتيجة تفاعل العمر مع الظروف الصحية والنفسية والاجتماعية؟

والإجابة: الشيخوخة مرتبطة بالتقدم في العمر، ولكن شكلها وسرعتها وآثارها تختلف باختلاف خبرة الفرد الصحية والنفسية والاجتماعية ونمط حياته وبينته.

كيف يؤثر فهمنا للشيخوخة بوصفها ظاهرة نسبية على تصميم برامج الرعاية الاجتماعية لكبار السن؟

لأن البرامج لا ينبغي أن تكون موحدة لجميع كبار السن، بل يجب أن تقوم على الاحتياجات والقدرات والفروق الفردية.

ثالثاً: أنواع الشيخوخة

تعددت وجهات النظر في تصنيف أنواع الشيخوخة، ويعرض الكتاب أكثر من تصنيف.

أولاً: التصنيف إلى شيخوخة أولية وشيخوخة ثانوية

1. الشيخوخة الأولية: هي حالة من التقدم الطبيعي في السن غير المصحوب بمرض، وتحدث لدى جميع الأفراد بصورة تدريجية.

وفي هذا النوع قد يظل المسن:

- قادراً على العمل والعطاء .
- محتقظاً بدرجة جيدة من الاستقلال .
- متمتعاً بصحة جيدة نسبياً .

مثال: مسن يبلغ ٦٨ عامًا، متقاعد، لكنه يمارس المشي ويشارك في الأنشطة الأسرية والاجتماعية ولا يعاني من مرض يعوق حياته اليومية.

2. الشيخوخة الثانوية: ترتبط بحدوث فقد جوهري أو انحراف سلبي في قدرة الفرد على العمل والعطاء.

- وقد تحدث الشيخوخة نتيجة لأسبابها المرض .
- وقد تحدث الشيخوخة نتيجة لأسبابها سوء الاستخدام .
- وقد تحدث الشيخوخة نتيجة لأسبابها عدم الاستخدام .

مثال: مسن تقلصت قدرته الحركية نتيجة مرض مزمن، ثم ازدادت حالته سوءًا بسبب قلة النشاط والعزلة لفترة طويلة.

أذن الشيخوخة الأولية تمثل غالبًا **التغير الطبيعي المصاحب للعمر**، بينما ترتبط الشيخوخة الثانوية بعوامل أو ظروف تزيد من التدهور أو فقد القدرة.

تصنيف آخر لأنواع الشيخوخة

1. الشيخوخة العضوية

Organic geriatric وهي **الشيخوخة البيولوجية** التي تظهر في تدهور أجهزة الجسم وتناقص وظائفها تدريجيًا.

ومن أمثلتها:

- انخفاض القوة العضلية .
- ضعف بعض الحواس .
- بطء بعض الوظائف الفسيولوجية .
- انخفاض قدرة بعض أجهزة الجسم على الأداء بالمستوى السابق .

مثال: مسن أصبح يحتاج إلى وقت أطول في الحركة أو يعاني من ضعف السمع نتيجة التغيرات الجسمية المصاحبة للعمر.

2. الشيخوخة النفسية

Psychological geriatric وهي **تغيرات غير عضوية** تظهر في تدهور بعض القدرات العقلية أو تناقص بعض الوظائف النفسية تدريجيًا.

وقد تظهر في صورة:

- صعوبة التكيف مع بعض التغيرات .
- انخفاض القدرة على مواجهة الضغوط .
- تغير الحالة الانفعالية .
- ضعف بعض القدرات العقلية لدى بعض الحالات .

وهنا يجب التأكيد أن هذه التغيرات لا تظهر بالمستوى نفسه عند جميع المسنين.

مثال: مسن يجد صعوبة بعد التقاعد في التكيف مع فقد دوره الوظيفي ويشعر بانخفاض قيمته الاجتماعية.

3. الشيخوخة الاجتماعية

Social geriatric وهي تغيرات **غير عضوية** تظهر في:

- تغيير الأدوار الاجتماعية .
- تغيير الظروف الأسرية .
- تغيير المكانة الاجتماعية .
- وتأثر مستوى المشاركة الاجتماعية .
- وضعف الكفاءة الاجتماعية .

مثال: مسن كان يشغل دورًا مهنيًا واجتماعيًا بارزًا، وبعد التقاعد تقلصت مشاركته وعلاقاته وأصبح أكثر عزلة.

العلاقة بين أنواع الشيخوخة أن هذه الأنواع الثلاثة ليست منفصلة عن بعضها، وإنما يوجد بينها تأثير متبادل. فالشيخوخة العضوية قد تؤثر في الحالة النفسية والاجتماعية، والشيخوخة النفسية قد تؤثر في قدرة الفرد على التفاعل الاجتماعي، كما قد تؤثر الظروف الاجتماعية في الحالة النفسية والصحية.

مثال تكاملي مسن يصاب بضعف شديد في الحركة:

- عضويًا: تقل قدرته على الحركة .
- نفسيًا: قد يشعر بالإحباط أو فقد الاستقلال .
- اجتماعيًا: قد تقل زياراته ومشاركته في الأنشطة .

وهذا المثال يوضح أهمية التقييم الشامل للمسن في الخدمة الاجتماعية.

ص ٣١

رابعًا: مراحل الشيخوخة

التقسيم الأول

1. مرحلة الشيخوخة المبكرة

من 60 إلى ٧٥ سنة. في هذه المرحلة قد يحتفظ الفرد بدرجة كبيرة من النشاط والاستقلال والمشاركة في الحياة الاجتماعية.

2. مرحلة الهرم

من 75 سنة إلى نهاية العمر. وفي هذه المرحلة قد تزداد الاحتياجات الصحية والاجتماعية لدى بعض الأفراد، إلا أن ذلك يختلف من شخص لآخر.

تقسيم آخر أكثر تفصيلاً

1. الكهل: من ٦٠ إلى ٧٥ سنة

وقد يظل في هذه المرحلة:

- مساهمًا في مجالات الحياة .
- قادرًا على الإنتاج .
- مستقلًا في كثير من شؤونه .

2. الشيخ: من ٧٥ إلى ٨٥ سنة

قد يستمر الشخص في المساهمة في الحياة إذا كانت صحته جيدة، بينما قد يحتاج إلى قدر أكبر من المساعدة إذا تدهورت صحته.

3. الهرم: ٨٥ سنة فأكثر

قد يزداد احتمال الاعتماد على الآخرين إذا كانت الحالة الصحية ضعيفة، في حين يمكن لبعض الأفراد أن يظلوا قادرين على الحركة والاستقلال إذا كانت صحتهم جيدة.

القراءة المهنية لهذه المراحل

المهم هنا ألا نفهم هذه المراحل على أنها تعني: كل شخص بين ٦٠-٧٥ قادر بالضرورة، وكل شخص فوق ٨٥ عاجز بالضرورة. بل التقسيم العمري يساعد في:

- تنظيم الدراسات .
- التخطيط للخدمات .
- تحديد الفئات المستهدفة .

أما التدخل المهني فيجب أن يقوم على الحالة الفعلية للمسن وليس على عمره فقط.

مثال مسن عمره ٨٢ سنة يمارس شؤونه اليومية باستقلالية قد يحتاج إلى خدمات أقل من مسن عمره ٦٦ سنة يعاني من عدة أمراض مزمنة واعتماد مرتفع على الآخرين. إذن: العمر يحدد المرحلة، لكن القدرة الوظيفية تحدد الاحتياج.

خامسًا: خصائص مرحلة الشيخوخة

ص ٣٢-٣٣

أن التقدم في العمر يصاحبه عدد من التغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية والصحية والاقتصادية، كما قد تحدث تغيرات في الأدوار والوظائف والمراكز المهنية. وتختلف درجة تأثر المسنين بهذه التغيرات تبعًا لاختلاف أعمارهم وظروفهم وقدراتهم الفردية. وهنا من المهم التأكيد أن هذه الخصائص لا تظهر بالدرجة نفسها لدى جميع المسنين؛ لأن الشيخوخة عملية فردية تتأثر بالصحة، ونمط الحياة، والدعم الأسري والاجتماعي، والخبرات السابقة.

أولًا: الخصائص النفسية

1. تغير بعض الأنماط والسمات النفسية

رغم وجود فروق فردية كبيرة بين المسنين، فإن بعض الظواهر النفسية والسلوكية قد تصبح أكثر وضوحًا لدى بعضهم، مثل:

- التردد في اتخاذ القرار .
- التقلب المزاجي .
- الميل إلى الانسحاب في بعض المواقف .
- المبالغة في الحزن أحياناً .
- الحيرة بين الخوف من الموت واليأس من جهة، والأمل والتفاؤل من جهة أخرى .

مثال:

قد يتردد المسن في اتخاذ قرار الانتقال من منزله إلى السكن مع أحد الأبناء، ليس لأنه غير قادر على التفكير، وإنما لأن القرار يرتبط لديه بفقد الاستقلال والخصوصية والاعتماد على البيئة السابقة.

2. القدرة على التعلم والتغير.

يشير الكتاب إلى أن بعض الاتجاهات ترى أن عملية التعلم قد تتغير مع التقدم في العمر نتيجة انخفاض المرونة في التكيف.

لكن هذا لا يعني أن المسن لا يستطيع التعلم.

وهذه نقطة مهمة جداً؛ لأن القدرة على التعلم قد تستمر، لكن المسن قد يحتاج إلى:

- وقت أطول .
- تكرار أكثر .
- طريقة عرض أبسط .
- ربط المعلومات الجديدة بالخبرات السابقة .

مثال:

تعليم مسن استخدام تطبيق إلكتروني لحجز موعد طبي قد يحتاج إلى خطوات تدريجية وتكرار عملي أكثر من شخص أصغر سناً.

3. تغير بعض القدرات العقلية.

قد يظهر أثر التقدم في العمر على بعض القدرات العقلية، وبخاصة:

- الذاكرة قصيرة المدى .
- تنظيم الإحساس والإدراك .
- بعض جوانب الأداء النفسي الحركي .

ولكن من المهم عدم تحويل ذلك إلى افتراض أن جميع القدرات العقلية تتدهور لدى جميع المسنين.

مثال:

قد ينسى المسن مكان وضع هاتفه قبل دقائق، لكنه يتذكر أحداثاً وخبرات قديمة بتفاصيل كبيرة.

وهذا يوضح الفرق بين تأثر بعض جوانب الذاكرة وبين فقد القدرة العقلية عموماً.

4. تغير التنظيم النفسي ومفهوم الذات.

قد تحدث تغيرات في تصور المسن لذاته مع الانتقال إلى مرحلة الشيخوخة، خاصة مع تغير:

- الدور المهني .
- المكانة الاجتماعية .

- مستوى الاستقلال .
- الحالة الصحية .

ويذكر الكتاب أن من المشكلات التي قد تصاحب هذه المرحلة لدى بعض المسنين:

- الاعتمادية .
- العدوانية .
- ضعف الثقة بالنفس .

تفسير مهني: هذه المظاهر لا ينبغي النظر إليها كصفات ثابتة في المسن، وإنما قد تكون استجابة لظروف معينة مثل فقد الدور، أو المرض، أو العزلة، أو الإحساس بعدم الحاجة إليه.

مثال: مسن كان مسؤولاً عن أسرته لسنوات طويلة، ثم أصبح يعتمد على أبنائه في التنقل وإدارة بعض شؤونه؛ قد يؤدي هذا التحول إلى انخفاض ثقته بنفسه إذا لم تتم المحافظة على استقلاليته فيما يستطيع القيام به.

ثانيًا: الخصائص الجسمية

1. ضعف الجهاز العضلي

قد يؤدي التقدم في العمر إلى انخفاض في:

- القوة العضلية .
- النشاط والحركة .
- الدقة والمهارة .
- التوازن .

وقد يصبح المسن أكثر عرضة لصعوبة الحركة مقارنة بمراحل عمرية سابقة.

مثال: قد يحتاج المسن إلى وقت أطول للنهوض من الكرسي أو لصعود الدرج، دون أن يعني ذلك عدم قدرته على الاعتماد على نفسه.

2. تغير وظائف القلب والأوعية الدموية

يشير الكتاب إلى أن بعض التغيرات قد تصيب القلب والشرابين، وقد ترتبط بتراكم الدهون وما ينتج عنه من مشكلات مثل:

- ارتفاع ضغط الدم .
- تصلب الشرايين .
- الذبحة الصدرية .

دلالة مهنية

وجود مرض قلبي أو ضعف في القدرة البدنية قد يؤثر على مشاركة المسن في الأنشطة الاجتماعية؛ ولذلك ينبغي أن تتناسب البرامج المقدمة له مع حالته الصحية.

3. ضعف الهيكل العظمي

قد يحدث ضعف في الهيكل العظمي مع نقص الكالسيوم، وقد يصاحبه:

- تغير في القامة .
- انخفاض القدرة على حمل الأوزان .
- ضعف الأسنان أو فقد بعضها .

مثال:

قد يحتاج المسن إلى تعديل البيئة المنزلية لتقليل خطر السقوط أو إلى مساعدة في الأعمال التي تتطلب حمل أوزان ثقيلة.

4. ضعف الحواس

قد تتأثر الحواس مع التقدم في العمر، مثل:

- السمع .
- البصر .
- وربما بعض الحواس الأخرى .

وقد يؤدي ذلك إلى صعوبة التواصل الكامل مع ما يجري حول المسن.

مثال مهم:

إذا لم يسمع المسن السؤال جيدًا وتأخر في الإجابة، فلا ينبغي تفسير ذلك مباشرة بأنه يعاني من ضعف إدراكي؛ فقد تكون المشكلة في السمع.

وهذه نقطة مهمة جدًا في التقييم المهني.

5. تغيرات الجهاز العصبي

قد يصاحب التقدم في العمر تغير في كفاءة الجهاز العصبي وضعف نسبي في السيطرة الإرادية على بعض الأنشطة، مما قد يجعل المسن أكثر عرضة:

- للوقوع .
- للتعثر أثناء المشي .

تطبيق مهني

هنا يصبح من المهم الاهتمام بسلامة البيئة المحيطة بالمسن:

- إزالة العوائق .
- تحسين الإضاءة .
- توفير وسائل المساعدة عند الحاجة .

6. نقص كفاءة الجهاز الهضمي والكبد

قد تنخفض كفاءة بعض وظائف الجهاز الهضمي والكبد مع التقدم في العمر.

وهذا قد ينعكس على:

- نمط التغذية .
- القدرة على هضم بعض الأطعمة .
- الحاجة إلى متابعة صحية وغذائية مناسبة .

7. ضيق التنفس مع المجهود

قد يصاب بعض المسنين بضيق في التنفس عند بذل مجهود ولو كان بسيطاً.

مثال: قد يشعر المسن بالتعب عند المشي لمسافة كانت سهلة بالنسبة له في السابق. وهنا ينبغي ألا يُفسر انخفاض المشاركة دائماً بأنه عزوف اجتماعي؛ فقد يكون خلفه سبب صحي أو وظيفي.

الربط بين الخصائص النفسية والجسمية

الخصائص النفسية والجسمية لا تعمل بشكل منفصل.

فمثلاً:

- ضعف الحركة قد يؤدي إلى تقليل الخروج .
- تقليل الخروج قد يؤدي إلى العزلة .
- العزلة قد تؤثر في المزاج والثقة بالنفس .
- تدهور الحالة النفسية قد يقلل الدافعية للحركة والنشاط .

إن نحن أمام علاقة متبادلة بين الجانب الجسدي والنفسي والاجتماعي.

مثال تكاملي مسنة تعاني من ضعف في التوازن فتخشى السقوط، فتقلل خروجها من المنزل، ثم تقل مشاركتها الاجتماعية، وقد تشعر بعد ذلك بالوحدة أو الحزن.

هنا التدخل لا يكون نفسياً فقط أو طبياً فقط، بل **يحتاج** إلى:

- تقييم صحي .
- تأمين البيئة .
- تعزيز الثقة .
- دعم المشاركة الاجتماعية .

يمكن تلخيص الخصائص النفسية والجسمية في أن الشيخوخة قد يصاحبها تغير تدريجي في بعض القدرات والوظائف، لكن هذه التغيرات ليست واحدة لدى جميع المسنين، ولا تعني بالضرورة العجز أو فقد الاستقلال.

والأخصائي الاجتماعي لا يتعامل مع العمر فقط، وإنما مع مدى تأثير هذه التغيرات على حياة المسن وأدواره وعلاقاته واستقلاليته.

ص ٣٤-٣٥

ثالثاً: الخصائص الاجتماعية للمسنين

مع التقدم في العمر قد يحدث لدى بعض المسنين تراجع في حجم المشاركة الاجتماعية أو تغير في طبيعة العلاقات والأدوار، خاصة مع التقاعد، أو وفاة بعض المقربين، أو انشغال الأبناء، أو تراجع القدرة الصحية على الخروج والمشاركة.

لكن من المهم جداً التأكيد أن هذه الخصائص لا تنطبق على جميع المسنين بالدرجة نفسها، بل تختلف بحسب شخصية الفرد، وصحته، وشبكة علاقاته، وبيئته الأسرية، ومستوى دعمه الاجتماعي.

1. الفراغ الاجتماعي

قد يشعر المسن بوجود فراغ اجتماعي نتيجة:

- تفرق الأصدقاء .
- وفاة بعض الأصدقاء أو الأقارب .
- التقاعد وفقد العلاقات المهنية اليومية .
- وفاة شريك الحياة .

ويزداد هذا الفراغ بشكل واضح إذا فقد المسن شريك حياته؛ لأن الشريك غالباً يمثل مصدراً مهماً للألفة والمشاركة اليومية والدعم العاطفي.

مثال مميز رجل تقاعد بعد أكثر من ثلاثين سنة في العمل، وكان يومه ممتلئاً بزملائه واجتماعاته واتصالاته. بعد التقاعد توفي أحد أصدقائه المقربين، ثم انتقل أبناؤه إلى مدن أخرى. هنا لا تكون المشكلة في "عدم وجود أشخاص حوله" فقط، وإنما في **فقد شبكة اجتماعية كان لها معنى ودور وهوية في حياته.**

القراءة المهنية الفراغ الاجتماعي لا يُعالج فقط بزيادة عدد الزيارات، بل بمحاولة إيجاد علاقات ذات معنى وأدوار بديلة للمسن.

2. الشعور بالفتور العام والوحدة

قد يشعر بعض المسنين بالفتور أو الوحدة نتيجة انشغال الأبناء بحياتهم وأعمالهم وأسرتهم.

ومع استمرار هذا الشعور قد يبدأ المسن في الاعتقاد بأنه:

- لم يعد ذا قيمة .
- لم يعد محور اهتمام أسرته .
- لم يعد له دور حقيقي .

مثال أم مسنة لديها خمسة أبناء، وجميعهم على تواصل معها عبر الهاتف، لكن زياراتهم قليلة جداً. قد تبدو ظاهرياً أنها "ليست وحيدة" لأنها تتلقى اتصالات، لكنها قد تشعر بوحدة حقيقية لافتقاد التفاعل المباشر والمشاركة اليومية.

نقطة مهمة وجود الأسرة لا يعني دائماً غياب الوحدة. فقد يكون المسن محاطاً بأفراد أسرته ولكنه يشعر بأنه غير مشارك في حياتهم أو قراراتهم.

3. التقليل من التفاعل الاجتماعي

قد يقل تفاعل بعض المسنين مع الآخرين نتيجة:

- فقد الدافعية .
- ضعف الصحة .
- الشعور بأن الآخرين لا يفهمونهم .
- الخوف من الإحراج .
- صعوبة الحركة أو السمع .
- الاعتقاد على البقاء في المنزل .

ومع قلة التفاعل قد يزداد عزوف المسن عن البيئة المحيطة به.

مثال مسن يعاني من ضعف السمع، وأصبح في المجالس لا يسمع الحوار جيداً، فيجلس صامتاً. مع الوقت بدأ يرفض الذهاب إلى المناسبات. قد تظن الأسرة أنه "لا يحب الناس"، بينما السبب الحقيقي هو **ضعف السمع وما ترتب عليه من انسحاب اجتماعي**. وهذا مثال مهم جداً على تداخل الجانب الجسمي مع الاجتماعي.

4. الانسحاب من الحياة الاجتماعية

قد ينسحب بعض المسنين تدريجياً من المشاركة الاجتماعية، خصوصاً إذا شعروا بأن المجتمع لم يعد يمنحهم الاهتمام أو المكانة التي كانوا يتمتعون بها سابقاً.

مثال مسن كان معروفاً في محيطه الاجتماعي وله حضور قوي في العمل والمناسبات. بعد التقاعد أصبح الآخرون أقل رجوعاً إليه في القرارات وأقل طلباً لرأيه. قد يشعر بأنه انتقل من موقع "الشخص المؤثر" إلى شخص هامشي، فيبدأ بالانسحاب من المناسبات.

الدلالة المهنية المشكلة هنا ليست فقط قلة المشاركة، بل **فقدان الشعور بالمكانة**.

ولهذا من المهم إشراك المسن في أدوار:

- استشارية .
- تطوعية .
- أسرية .
- مجتمعية .

5. الحاجة إلى مساعدة الآخرين

مع تراجع بعض القدرات الصحية أو الوظيفية قد يحتاج المسن إلى مساعدة الآخرين في بعض أمور حياته.

وهذا قد يؤدي لدى بعض المسنين إلى:

- انخفاض الحالة النفسية .
- الشعور بالعجز .

- الشعور بأنه عبء على الأسرة .
- الخجل من طلب المساعدة .

مثال رجل كان طوال حياته هو من يخدم أسرته ويوصل أبناءه ويقضي احتياجات المنزل. بعد ضعف الحركة أصبح ابنه هو الذي يصطحب إلى المستشفى ويقضي له احتياجاته. المشكلة هنا ليست فقط "الاحتياج للمساعدة"، بل التحول النفسي والاجتماعي من دور المعطي إلى دور المتلقي.

نقطة مهمة من أهداف الخدمة الاجتماعية ألا ننزع استقلالية المسن بحجة مساعدته. فالمساعدة الأفضل هي: مساعدة المسن فيما لا يستطيع، مع الحفاظ على ما يستطيع القيام به بنفسه.

خصائص اجتماعية وسلوكية قد تظهر منذ الشيخوخة المبكرة

يشير الكتاب لتلخيص السنهوري ٢٠٠٥ إلى مجموعة من السمات التي قد تظهر لدى بعض المسنين، ومنها:

6. صعوبة المحافظة على المكانة الاجتماعية

قد يجد بعض المسنين صعوبة في المحافظة على مكانتهم في مجتمع سريع التغير، خاصة عندما يشعرون أن التغيرات التقنية والاجتماعية أسرع من قدرتهم على التكيف معها.

مثال مسن كان هو المرجع في أسرته في المعاملات والقرارات، ثم أصبحت الإجراءات البنكية والحكومية إلكترونية، وأصبح يعتمد على أبنائه في إنجازها. قد يشعر أن جزءاً من سلطته أو مكانته قد انتقل للجيل الأصغر.

هنا تظهر مسؤولية المجتمع المطلوب ليس فقط "تعليم المسن التقنية"، بل مساعدته على الحفاظ على الإحساس بالكفاءة والاستقلال.

7. زيادة معدل فقدان

مع التقدم في العمر قد تتزايد خبرات الفقد:

- فقد الصحة .
- فقد العمل .
- فقد بعض الأصدقاء .
- فقد شريك الحياة .
- فقد بعض القدرات .
- فقد بعض الأدوار الاجتماعية .

وهذه الخسائر المتراكمة قد يكون أثرها أعمق من أي خسارة منفردة.

مثال

امرأة خلال خمس سنوات فقط:

- تقاعدت .
- فقدت زوجها .

- انتقلت من منزلها .
- وتراجعت قدرتها على القيادة .

كل حدث على حدة قد يكون قابلاً للتكيف، لكن تراكم **الفقد** قد يجعل التكيف أكثر صعوبة.

8. زيادة الشعور بقرب نهاية الحياة.

قد يزداد لدى بعض المسنين التفكير في نهاية الحياة، وقد يؤثر ذلك في:

- نظرتهم للمستقبل .
- أولوياتهم .
- قراراتهم .
- رغبتهم في ترتيب أمورهم الأسرية .

لكن الكتاب يشير أيضاً إلى أن بعض الأفراد قد يتجهون إلى نوع من التصوف أو الاهتمام الروحي بصورة أكبر.

مثال قد يبدأ المسن في الاهتمام بصورة أكبر بإصلاح العلاقات الأسرية القديمة أو ترتيب أموره المالية أو زيادة المشاركة في الأعمال الخيرية. وهنا لا ينبغي دائماً تفسير التفكير في نهاية الحياة على أنه اضطراب نفسي؛ فقد يكون جزءاً من إعادة تقييم الحياة والمعنى.

9. زيادة التركيز على الذات.

قد يصبح بعض المسنين أكثر اهتماماً بأنفسهم أو بأرائهم، وقد يظهر ذلك أحياناً في التشبث بالرأي أو عدم تقبل وجهات النظر الأخرى.

مثال قد يصير المسن على أن طريقة إدارة الأسرة قديماً هي الطريقة الصحيحة الوحيدة، ويرفض أساليب الأبناء الحديثة. لكن القراءة الاجتماعية الأعمق هي أن هذا التمسك قد يكون محاولة للمحافظة على الهوية والمكانة والخبرة في مواجهة عالم سريع التغير. وهذا فرق مهم جداً بين الحكم على السلوك وفهم معناه.

10. صعوبة حل المشكلات بالتعويض.

قد يجد بعض المسنين صعوبة في تعويض بعض الخسائر أو الأدوار المفقودة بأدوار بديلة.

مثال شخص كان العمل هو محور حياته بالكامل. بعد التقاعد لم يكوّن نشاطاً بديلاً ولا شبكة علاقات خارج العمل، فأصبح لديه فراغ كبير. بينما شخص آخر كان لديه نشاط تطوعي وهوايات وعلاقات أسرية، فانتقل إلى التقاعد بصورة أكثر مرونة. وهذا يوضح أهمية الاستعداد المبكر للتقاعد.

11. مشكلات العلاقات الاجتماعية والوحدة.

مع بداية الشيخوخة قد تظهر مشكلات في العلاقات الاجتماعية وتزايد مشاعر الوحدة والعزلة عن المجتمع. لكن هنا يجب التفريق بين:

العزلة الاجتماعية: قلة العلاقات والتواصل الفعلي.

الشعور بالوحدة: إحساس داخلي بعدم وجود علاقة مشبعة أو ذات معنى. وقد يعاني المسن من أحدهما دون الآخر.

مثال مسن يعيش وحده ولكنه يشارك يوميًا في نادٍ اجتماعي وله أصدقاء كثير، وقد لا يشعر بالوحدة. وفي المقابل قد يعيش مسن وسط أسرة كبيرة لكنه يشعر بوحدة شديدة لأنه لا يجد من يستمع إليه.

كيف نقرأ هذه الخصائص في الخدمة الاجتماعية؟

هذه الخصائص توضح أن المشكلة الاجتماعية لدى المسن لا تكون دائمًا في نقص الخدمات، وإنما قد تكون في:

- فقد الدور .
- ضعف الشعور بالمكانة .
- قلة المشاركة .
- الوحدة .
- الاعتماد على الآخرين .
- ضعف شبكة الدعم .
- تراكم خبرات الفقد .

ولهذا فإن تدخل الأخصائي الاجتماعي ينبغي أن يتجاوز تقديم المساعدة المباشرة إلى العمل على:

- إعادة دمج المسن اجتماعيًا .
- تقوية علاقاته الأسرية .
- تعزيز استقلاليتته .
- إيجاد أدوار ذات معنى له .
- دعمه في مواجهة الفقد .
- تنمية شبكات الدعم .
- منع العزلة الاجتماعية .
- استثمار خبراته بدل التعامل معه كشخص متلقي للخدمة فقط .

مثال للنقاش: مسن يبلغ ٧٤ عامًا، تقاعد منذ خمس سنوات، وتوفيت زوجته قبل عامين. أبنائه يزورونه مرة أسبوعيًا ويوفرون له جميع احتياجاته المالية، لكنه أصبح يرفض المناسبات ولا يتواصل مع أصدقائه السابقين، ويقول: "ما عاد لي دور، كل واحد مشغول بحياته".

هنا لو ركز الأخصائي الاجتماعي فقط على الاحتياجات المادية سيقول: لا توجد مشكلة؛ أبنائه يقومون بكل شيء.

لكن التقييم المهني يكشف:

- فقد شريك الحياة .
- فقد الدور المهني .
- تراجع شبكة العلاقات .
- الشعور بالوحدة .
- ضعف الإحساس بالقيمة .
- بداية الانسحاب الاجتماعي .

إذن التدخل الأنسب قد يشمل: إعادة تنشيط شبكة علاقاته، إشراكه في نشاط اجتماعي أو تطوعي مناسب، وتعزيز دوره داخل الأسرة بدل الاقتصار على خدمته.

عوامل الشيخوخة المبكرة:

قد يشيخ الشخص بظهور **عوامل بيئية** أو **وراثية** وحسب استعداد كل شخص وتتلخص اهم العوامل:

١. وجد استعدادات وراثية في تكوين الجسمي والجينات الوراثية.
٢. ضعف الصحة العامة في مرحلة الطفولة والرشد.
٣. وجود عادات سيئة في الشباب كشرب الدخان والمخدرات والكحول.
٤. العادات السيئة الغذائية.
٥. الإجهاد الجسمي المستمر والتعرض للضغوط النفسية وعدم مواجهتها مبكراً.
٦. أسلوب الحياة الخاطئ في عدم تنظيم الوقت والنشاط والسهر وغيرها.
٧. الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية السيئة التي يمر بها.

خلاصة الخصائص الاجتماعية

يمكن القول إن أبرز التغيرات الاجتماعية في الشيخوخة تتمحور حول: الدور، والمكانة، والعلاقات، والمشاركة، والاستقلال، والشعور بالقيمة. ولهذا فإن نجاح الرعاية الاجتماعية للمسن لا يقاس فقط بتوفير الطعام والعلاج والسكن، بل بقدر ما تساعده على أن يظل: مشاركاً، ومقدراً، ومستقلاً قدر الإمكان، وصاحب دور ومعنى داخل أسرته ومجتمعه.

١. نشأة علم الشيخوخة
الاهتمام العلمي المنظم بعلم الشيخوخة يُعد حديثاً نسبياً، ويرجع تقريباً إلى الأربعينيات والخمسينيات من القرن العشرين، أي أن عمره كعلم مستقل لا يتجاوز عدة عقود مقارنة بالعلوم الأخرى .
٢. الاهتمام بالشيخوخة أقدم من العلم نفسه
رغم حداثة علم الشيخوخة كتخصص، فإن الإنسان اهتم منذ القدم بقضايا التقدم في العمر، والحياة والموت، وطول العمر، والاحتفاظ بالشباب .
٣. الحضارات القديمة
ظهرت اهتمامات مرتبطة بالشيخوخة في حضارات مثل: بابل، وآشور، ومصر، والإغريق .
٤. أبقرات والشيخوخة
أشار أبقرات إلى أهمية :
 - الاعتدال في الغذاء .
 - النشاط والتدريبات البدنية .
 - المحافظة على الصحة مع التقدم في العمر .كما وصف عدداً من المشكلات الصحية المرتبطة بالشيخوخة .
٥. أفلاطون
ركز على فكرة مهمة جداً، وهي أن الإنسان الذي يحقق مستوى مرتفعاً من التكيف في حياته يكون أكثر قدرة على مواجهة مشكلات الشيخوخة.
٦. أرسطو
اهتم بمقارنة قدرات الشباب وكبار السن، وتناول تطور القدرات الجسمية والعقلية عبر العمر .
٧. ابن سينا
تناول مرحلة الشيخوخة وبيّن العلاقة بينها وبين :
 - البيئة .

- التغذية .
- وظائف الأمعاء .
- عمليات الإخراج .

٨. العصور الوسطى

تأثر التفكير في الشيخوخة ببعض المعتقدات والخرافات المرتبطة بالسحر والتنجيم ومحاولات تأخير الشيخوخة .

٩. عصر النهضة

بدأ الاهتمام مرة أخرى بالمفاهيم المرتبطة بالنمو والرشد والشيخوخة، إلا أن بعض الأفكار غير العلمية مثل البحث عن وسائل لاستعادة الشباب ظلت موجودة .

١٠. القرن التاسع عشر وما بعده

بدأ العلماء يتجهون بصورة أكبر نحو دراسة التغيرات البيولوجية المصاحبة للتقدم في العمر والبحث عن أساليب التعامل معها، وهو ما مهد لظهور علم الشيخوخة الحديث .

يمكن القول إن الشيخوخة ظاهرة إنسانية قديمة، ولكن علم الشيخوخة ك تخصص علمي حديث نسبياً . فقد انتقل الاهتمام بها من التأملات الفلسفية والمعتقدات القديمة ومحاولات البحث عن الخلود، إلى الدراسة العلمية المنظمة للتغيرات الجسمية والنفسية والاجتماعية المصاحبة لتقدم الإنسان في العمر .

هل الشيخوخة الناجحة تبدأ في سن الستين؟ أم أنها نتيجة لأسلوب حياة الإنسان وتكيفه خلال المراحل السابقة من عمره؟

وهنا يمكن استخدام مثال بسيط: شخصان في العمر نفسه، أحدهما حافظ طوال حياته على علاقاته الاجتماعية ونشاطه وصحته واستقلاليته، بينما عاش الآخر في عزلة وقلة نشاط وضعف في التكيف؛ فالعمر الزمني واحد، ولكن خبرة الشيخوخة وجودة الحياة قد تكون مختلفة جداً بينهما.

سابغاً: علم الشيخوخة Gerontology

1. نشأة علم الشيخوخة — ص ٣٧-٣٩

يُعد علم الشيخوخة من العلوم الحديثة نسبياً؛ إذ بدأ الاهتمام العلمي المنظم به خلال الأربعينيات والخمسينيات من القرن العشرين. ومع ذلك، فإن اهتمام الإنسان بالشيخوخة ليس حديثاً، بل يمتد إلى الحضارات القديمة التي اهتمت بقضايا العمر، والموت، والخلود، والمحافظة على الشباب. وقد ظهر الاهتمام بالشيخوخة في حضارات قديمة مثل بابل وآشور ومصر واليونان، ثم تطورت الأفكار المتعلقة بها عبر مراحل تاريخية متعددة.

ومن أبرز الإسهامات المبكرة:

- **أبن قراط:** أكد أهمية الاعتدال في الغذاء والنشاط البدني للمحافظة على الصحة مع التقدم في العمر، ووصف عدداً من الأمراض المرتبطة بالشيخوخة .
- **أفلاطون:** أشار إلى أن الفرد الذي يحقق مستوى جيداً من التكيف خلال حياته يكون أكثر قدرة على مواجهة مشكلات الشيخوخة .
- **أرسطو:** اهتم بمقارنة قدرات الشباب والمسنين، وتناول التغير في القدرات الجسمية والعقلية مع تقدم العمر .
- **ابن سينا:** تناول مرحلة الشيخوخة وعلاقتها بالبيئة والتغذية ووظائف الجسم .

وفي العصور الوسطى اختلطت بعض التصورات عن الشيخوخة بالخرافات والسحر والتنجيم، ثم في عصر النهضة عاد الاهتمام بصورة أكبر بالجوانب المرتبطة بالنمو والرشد والشيخوخة.

ومع القرن التاسع عشر بدأ الاتجاه بصورة أكثر علمية نحو دراسة التغيرات البيولوجية المصاحبة للتقدم في العمر ومحاولة فهمها والتعامل معها.

2. تعريف علم الشيخوخة — ص ٣٩

يمكن تعريف علم الشيخوخة بأنه: العلم الذي يدرس عمليات التقدم في السن وما يصاحبها من تغيرات جسمية ونفسية واجتماعية، ويبحث في المشكلات المرتبطة بالشيخوخة وسبل التعامل معها وتحسين نوعية حياة كبار السن.

كما يهتم بالعلاقة بين المسن والبيئة والمجتمع الذي يعيش فيه.

ويورد الكتاب تعريف **أتشلي Atchley** لعلم الشيخوخة بأنه: الدراسة العلمية لعمليات وظواهر الشيخوخة.» وهذا التعريف مختصر لكنه مهم؛ لأنه يؤكد أن الشيخوخة ليست موضوعاً طبياً فقط، بل ظاهرة متعددة الأبعاد.

3. العلوم المرتبطة بعلم الشيخوخة — ص ٣٩

أدى اتساع دراسة الشيخوخة إلى ظهور تخصصات فرعية، منها:

علم اجتماع الشيخوخة: يهتم بالعلاقات الاجتماعية للمسن، وأدواره ومكانته داخل الأسرة والمجتمع.

علم نفس الشيخوخة: يدرس الجوانب النفسية والشخصية والانفعالية للمسن.

الخدمة الاجتماعية مع المسنين: تهتم بدراسة مشكلات كبار السن واحتياجاتهم، وتقديم البرامج والخدمات والتدخلات التي تساعدهم على التكيف وتحسين جودة حياتهم.

الخدمة الاجتماعية لا تنظر إلى المسن بوصفه متلقيًا للمساعدة فقط، بل تنظر إليه باعتباره فردًا يمتلك خبرات وموارد وقدرات يمكن استثمارها.

4. أهداف علم الشيخوخة — ص ٤٠

يهدف علم الشيخوخة إلى ثلاثة أهداف رئيسية:

أولاً: الهدف النظري

ويتمثل في بناء المعرفة العلمية المتعلقة بالنمو والتقدم في العمر، وتنظيم الحقائق المتعلقة بكبار السن.

مثال: دراسة أثر التقاعد على العلاقات الاجتماعية والصحة النفسية للمسن.

ثانياً: الهدف المنهجي

ويتمثل في تطوير الطرق والأساليب العلمية المستخدمة في دراسة كبار السن ومشكلاتهم.

مثال: تصميم مقاييس علمية لقياس الشعور بالوحدة أو جودة الحياة لدى المسنين.

ثالثاً: الهدف التطبيقي

ويتمثل في استخدام المعرفة العلمية للوقاية من المشكلات المرتبطة بالشيخوخة أو الحد من آثارها.

مثال: تصميم برنامج اجتماعي للحد من العزلة لدى كبار السن بعد التقاعد.

إذن يمكن اختصار الأهداف في ثلاث كلمات:

نفهم الشيخوخة → ندرسها علميًا → نستخدم المعرفة لتحسين حياة المسن.

5. علم الشيخوخة الاجتماعي — ص ٤٠-٤١

علم الشيخوخة الاجتماعي هو المجال الذي يهتم بدراسة المسن داخل بيئته الاجتماعية، وليس بمعزل عنها. ومن أبرز أهدافه:

١. وقاية المسنين من الأمراض والمشكلات المرتبطة بالتقدم في العمر .
٢. إدماج المسن في الحياة الاجتماعية العامة .
٣. الاستفادة من خبرات كبار السن وطاقاتهم في المجالات التي يمتلكون فيها خبرة .
٤. مساعدة المسن على مواجهة المشكلات الناتجة عن كبر السن .
٥. تقوية العلاقة بين الأجيال، والاستفادة المتبادلة من خبرات كبار السن وقدرات الأجيال الحديثة .

مثال تطبيقي أستاذ جامعي متقاعد يبلغ من العمر ٦٨ عامًا، ولا يعاني من مشكلة صحية كبيرة، لكنه أصبح بعد التقاعد قليل المشاركة الاجتماعية.

من منظور علم الشيخوخة الاجتماعي، لا يكون الحل فقط في تقديم خدمات صحية له، وإنما يمكن:

- إشراكه في برنامج إرشاد للباحثين الشباب .
- الاستفادة من خبرته المهنية .
- إشراكه في الأنشطة المجتمعية والتطوعية .
- مساعدته على بناء أدوار اجتماعية جديدة بعد التقاعد .

وبذلك يتحول من شخص يُنظر إليه باعتباره «متقاعدًا» إلى عضو منتج وصاحب خبرة في المجتمع.

6. مجالات اهتمام علم الشيخوخة الاجتماعي — ص ٤٠-٤١

لا يقتصر هذا العلم على العلاقات الاجتماعية للمسن، بل يهتم أيضًا بـ: العوامل السكانية والصحية والثقافية في حياة كبار السن، ومراكزهم وأدوارهم الاجتماعية، وقدرتهم على التكيف، وتأثير التقدم في العمر في الجوانب الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، إضافة إلى العوامل البيولوجية والنفسية والعقلية المؤثرة في حياتهم. وهنا يظهر لنا أن الشيخوخة عملية متعددة الأبعاد، فلا يمكن فهم المسن من زاوية واحدة فقط.

7. حاجات المسنين — ص ٤١

يؤكد الكتاب أن للمسن حاجات متعددة **جسمية ونفسية واجتماعية**، وأن عدم إشباع هذه الحاجات أو ضعف إشباعها قد يؤدي إلى ظهور مشكلات لدى المسن. إلى جانب الحاجات الأساسية مثل: **الغذاء، الماء، النوم، الملابس، المسكن، والرعاية الصحية**، توجد **حاجات خاصة ذات أهمية كبيرة لكبار السن**، ومنها:

- الحاجة إلى المحافظة على الطاقة والقدرة على ممارسة الحياة .
- الحاجة إلى المحافظة على الروح المعنوية .
- الحاجة إلى وجود معنى ورغبة في الحياة .
- الحاجة إلى الانتماء إلى جماعة .
- الحاجة إلى تجنب الشعور بالوحدة والعزلة .

كما تشير الأدبيات إلى **حاجة المسن** إلى:

١. الشعور بقيمته وأنه عضو نافع وليس مجرد عبء .
٢. الحصول على الرعاية الصحية والجسدية والنفسية المناسبة .
٣. وجود الأنشطة والبرامج التي تلبي احتياجاته الاجتماعية .

مثال قد يمتلك المسن منزلاً جيداً، وغذاءً ورعاية صحية ممتازة، ومع ذلك يشعر بأن حياته فقدت معناها بسبب العزلة وعدم وجود دور اجتماعي له. إذن إشباع الحاجات المادية وحده لا يعني تحقيق جودة الحياة للمسن. وهذه نقطة أساسية جداً في الخدمة الاجتماعية؛ لأن التدخل المهني لا يقتصر على توفير الموارد، بل يمتد إلى تعزيز الانتماء، والاستقلالية، والتقدير، والمشاركة الاجتماعية، والشعور بقيمة الذات.

سؤال لنقاش: أي الحاجات أخطر عند إهمالها في مرحلة الشيخوخة: الحاجات الجسمية أم النفسية أم الاجتماعية؟ وهل يمكن الفصل بينها أصلاً؟

تقسيم درويش للاحتياجات.

١. الاحتياجات الاقتصادية

تتمثل في حاجة المسن إلى دخل مناسب ومستقر يضمن له حياة كريمة، ويمكنه من توفير احتياجاته الأساسية مثل الغذاء والسكن والعلاج. وقد تزداد أهمية هذا الجانب بعد التقاعد أو انخفاض الدخل.

مثال: مسن يعتمد فقط على دخل تقاعدي محدود، بينما ترتفع تكاليف العلاج والسكن؛ هنا تظهر الحاجة إلى الضمان والدعم الاقتصادي والخدمات المساندة.

٢. الاحتياجات الاجتماعية

يحتاج المسن إلى استمرار علاقاته الاجتماعية، والشعور بأنه عضو مهم داخل الأسرة والمجتمع، وعدم تعرضه للعزلة أو التهميش. كما يحتاج إلى المشاركة في الأنشطة والأدوار الاجتماعية المناسبة لقدراته.

مثال: إشراك المسن في المناسبات الأسرية أو المجالس الاجتماعية أو الأعمال التطوعية بدل بقاءه منعزلاً في المنزل.

٣. الاحتياجات النفسية

من أهمها الشعور بالأمن النفسي، والتقدير، والاحترام، والانتماء، وعدم الإحساس بأنه عبء على الآخرين. كما يحتاج المسن إلى الشعور بأن حياته ما زالت ذات قيمة ومعنى.

مثال: مسن يتمتع بصحة جيدة، لكنه يشعر بعد التقاعد أن أسرته لم تعد تحتاج إلى رأيه؛ هنا قد تكون مشكلته نفسية أكثر من كونها مادية.

٤. الاحتياجات الصحية

تشمل الرعاية الطبية المستمرة، والفحوصات الدورية، والمتابعة الصحية، والعلاج المناسب، والوقاية من الأمراض المرتبطة بالتقدم في العمر، إضافة إلى الرعاية الجسدية والنفسية.

مثال: توفير متابعة منتظمة لمسن يعاني من أكثر من مرض مزمن، بدل أن يتعامل مع كل مشكلة صحية بصورة منفصلة وغير منظمة.

٥. الاحتياجات الترويحية

يحتاج المسن إلى أوقات للترفيه والراحة والنشاط بما يتناسب مع عمره وقدراته؛ لأن الترويح يساهم في تحسين حالته النفسية والاجتماعية ويقلل الشعور بالملل والعزلة.

مثال: تنظيم رحلات قصيرة، وأنشطة اجتماعية، وهوايات، وبرامج رياضية خفيفة، أو لقاءات دورية لكبار السن.

٦. **الاحتياجات الثقافية**

يحتاج المسن إلى استمرار التعلم والاطلاع وتنمية معارفه والمشاركة في الأنشطة الثقافية والفكرية، وعدم افتراض أن التعلم ينتهي ببلوغ سن معينة.

مثال: إتاحة محاضرات، وورش رقمية مبسطة، ونوادٍ للقراءة، أو تدريب كبار السن على استخدام التطبيقات والخدمات الإلكترونية.

٧. **الاحتياجات السكنية**

تتمثل في توفير مسكن آمن ومناسب لطبيعة مرحلة الشيخوخة، يراعي سهولة الحركة، والسلامة، والقرب من الخدمات، ويقلل مخاطر السقوط أو العزلة.

مثال: وجود مصعد، وأرضيات غير زلقة، وإضاءة جيدة، ومقابض مساعدة في الحمام، وقرب السكن من أفراد الأسرة والخدمات الصحية.

* إلى هنا انتهت المحاضرة وارجو للجميع الصحة والعافية

د. ريم سعيد الاحمدي