

الأكاديمية العربية الدولية



الأكاديمية العربية الدولية
Arab International Academy

الأكاديمية العربية الدولية المقررات الجامعية

علم نفس النمو
الرشد والشيخوخة



منشورات جامعة تشرين
كلية التربية

علم نفس النمو الرشد والشيخوخة

الدكتورة

بشرى أيوب شريبه

أستاذ مساعد في قسم الإرشاد النفسي

طلاب السنة الأولى / قسم الإرشاد النفسي

١٤٣٨-١٤٣٩ هـ

٢٠١٧-٢٠١٨ م

فهرس المحتويات

١١	الفصل الأول
١١	مقدمة في علم نفس النمو
١٢	١- مفهوم علم نفس النمو
١٣	٢- مفهوم النمو وبعض المفاهيم المرتبطة به
٢٠	٣- أهمية دراسة علم نفس النمو
٢٤	٤- علاقة علم نفس النمو بالعلوم الأخرى
٢٧	٥- أطوار النمو الإنساني
٣٧	الفصل الثاني
٣٧	مناهج البحث في النمو الإنساني
٣٨	١- المنهج التجريبي
٤٣	٢- المنهج الوصفي
٤٨	٣- المنهج الإكلينيكي
٥٦	٤- الملاحظة
٥٩	الفصل الثالث
٥٩	قوانين النمو الإنساني والعوامل المؤثرة فيه
٥٩	١- قوانين ومبادئ النمو الإنساني
٦١	٢- العوامل المؤثرة في النمو الإنساني
٦٧	٣- اتجاه النمو الإنساني
٦٩	٤- طبيعة تغيرات النمو الإنساني
٧٠	٥- أنماط التغيرات في النمو الإنساني
٧٥	الفصل الرابع
٧٥	مرحلة الرشد
٧٦	١- الرشد - سيرورة اجتماعية ثقافية
٧٧	٢- بدايات الاهتمام بعلم نفس الراشدين
٧٩	٣- مفهوم مرحلة الرشد
٨٠	٤- معايير تحديد مرحلة الرشد
٨٣	٥- مكونات الشخصية لدى الراشد

٨٧	.....الفصل الخامس
٨٧	.....مرحلة الرشد المبكر
٨٨	.....١- خصائص الرشد المبكر
٩١	.....٢- مظاهر الرشد المبكر
٩٢	.....٣- نظريات النمو في مرحلة الرشد المبكر
١٠٠	.....٤- التغيرات النمائية في مرحلة الرشد المبكر
١٢١	.....٥- أزمات الرشد المبكر
١٢٩	.....الفصل السادس
١٢٩	.....مرحلة الرشد المتوسط
١٢٩	.....تمهيد
١٣٠	.....١- نظريات النمو في مرحلة الرشد المتوسط
١٣٧	.....٢- خصائص الرشد المتوسط
١٣٨	.....٣- نماذج النمو في مرحلة الرشد المتوسط
١٣٩	.....٤- أزمة منتصف العمر
١٤٩	.....الفصل السابع
١٤٩	.....النمو المعرفي والانفعالي في مرحلة الرشد المتوسط
١٤٩	.....أولاً- النمو المعرفي في مرحلة الرشد المتوسط
١٥٠	.....١- نظريات النمو المعرفي في مرحلة الرشد المتوسط
١٥١	.....٢- مراجعة الحياة في مرحلة الرشد المتوسط
١٥٤	.....ثانياً- النمو الانفعالي في مرحلة الرشد المتوسط
١٥٥	.....١- نموذج "سترنبرج" في النمو الانفعالي
١٥٧	.....٢- الحالة الانفعالية في مرحلة الرشد المتوسط
١٥٩	.....الفصل الثامن
١٥٩	.....مرحلة الشيخوخة
١٦١	.....١- دراسة مرحلة الشيخوخة
١٦٨	.....٢- الشيخوخة السكانية
١٧٢	.....٣- مفهوم الشيخوخة والتقدم في العمر
١٧٥	.....٤- مراحل الشيخوخة
١٧٦	.....٥- معايير تحديد مرحلة الشيخوخة
١٧٩	.....٦- تصنيفات مرحلة الشيخوخة

١٨٩	.....الفصل التاسع
١٨٩	.....نظريات مرحلة الشيخوخة وخصائصها
١٨٩	.....١- نظريات مرحلة الشيخوخة
١٨٩	.....١-١ النظرية الفسيولوجية
١٩٠	.....٢-١ النظرية التطورية
١٩١	.....٣-١ النظرية البيولوجية
١٩١	.....٤-١ النظرية التسلسلية
١٩٤	.....٢- خصائص مرحلة الشيخوخة
١٩٥	.....١-٢ الخصائص الجسمية لدى كبار السن
٢٠٣	.....٢-٢ الخصائص الاجتماعية لدى كبار السن
٢٠٥	.....٣-٢ الخصائص النفسية لدى كبار السن
٢٠٦	.....٤-٢ الخصائص العقلية المعرفية لدى كبار السن
٢١٥	.....الفصل العاشر
٢١٥	.....مشكلات مرحلة الشيخوخة
٢١٥	.....تمهيد
٢١٥	.....١- تعرض كبار السن لسوء المعاملة
٢١٧	.....٢- المشكلات الوظيفية لدى كبار السن
٢١٨	.....٣- المشكلات الاجتماعية لدى كبار السن
٢٢١	.....٤- المشكلات النفسية والعقلية لدى كبار السن
٢٤٧	.....الفصل الحادي عشر
٢٤٧	.....الصحة النفسية والتوافق لدى المسنين
٢٤٧	.....أولاً- الصحة النفسية لدى المسنين
٢٤٨	.....١- مفهوم الصحة النفسية
٢٤٩	.....٢- الصحة النفسية لدى المسنين
٢٥٢	.....ثانياً- التوافق لدى المسنين
٢٥٣	.....١- مفهوم التوافق النفسي
٢٥٥	.....٢- أبعاد التوافق النفسي
٢٦١	.....الفصل الثاني عشر
٢٦١	.....احتياجات كبار السن ورعايتهم
٢٦١	.....١- احتياجات كبار السن
٢٦١	.....١-١ الاحتياجات المعيشية

٢٦٢	٢-١ الاحتياجات الطبية
٢٦٢	٣-١ الاحتياجات الاجتماعية
٢٦٣	٤-١ الاحتياجات النفسية
٢٧٠	٢- اهتمامات المسنين
٢٧١	٣- رعاية المسنين
٢٨٣	الفصل الثالث عشر
٢٨٣	التقاعد ونظرياته
٢٨٣	١- التطور التاريخي للتقاعد
٢٨٥	٢- عوامل نشوء نظام التقاعد
٢٨٦	٣- مفهوم التقاعد
٢٨٨	٤- أنماط الاستجابة للتقاعد
٢٩٠	٥- تحديد سن التقاعد
٢٩٠	٦- مراحل عملية التقاعد
٢٩٣	٧- النظريات المفسرة للتقاعد
٣٠١	قائمة المصطلحات العلمية
٣٠٩	قائمة المراجع
٣٢٩	ملحق المقاييس والاختبارات

المقدمة

يُشكّل النّمو الانساني موضوعاً مشتركاً بين عدّة علوم، كعلم النفس، وعلم الاجتماع، والأنثروبولوجيا، وعلم الوراثة، والبيولوجيا، وعلم الطب ... وغيرها، إلّا أنّ علم النفس، عامّةً، وعلم نفس النمو، خاصّةً، يقف بين هذه العلوم بتميّزه في تناول ظاهرة النمو الإنساني.

إذ يهتمّ الأخير، علم نفس النمو، بالدراسة العلمية للمراحل النمائية للإنسان (مرحلة الرضاعة، والطفولة، والمراهقة، والرشد، والشيخوخة)، ويحدد من خلالها معايير النمو في كلّ مرحلة من هذه المراحل. ويهدف هذا العلم إلى دراسة النشاط النفسي للإنسان، في تطوّره، ونضجه، والمدى الزمني لهذا النضج.

لقد ظهر علم نفس النمو في أواخر القرن التاسع عشر، وكان اهتمامه في ذلك الحين مركزاً على فترات عمرية خاصة، واستمرّ على هذا النحو لعقود طويلة، إذ كانت الاهتمامات المبكرة له مقتصرة على دراسة نمو الأطفال.

إلّا أنّه، وبعد الحرب العالمية الأولى، بدأت البحوث والدراسات النفسية حول مرحلة المراهقة في الظهور، وخلال فترة ما بين الحربين العالميتين، ظهرت بعض الدراسات النفسية حول مرحلة الرشد المبكر، إلّا أنّها لم تتناول النمو في هذه المرحلة بالمعنى المألوف، بل ركّزت على قضايا معينة مثل الذكاء وسمات الشخصية لدى الراشدين.

ومنذ الحرب العالمية الثانية ازداد الاهتمام التدريجي بمرحلة الرشد، وخصوصاً مع زيادة الاهتمام بحركة تعليم الكبار والتعليم المستمر.

أمّا الاهتمام بالمسنين فلم يظهر بشكل واضح، إلّا منذ مطلع الستينيات من القرن العشرين، والسبب في ذلك يعود إلى الزيادة السريعة في عددهم ونسبتهم في الإحصاءات السكانية العامّة، وما يتطلب ذلك من دراسة لمشكلاتهم وقضاياهم، وتحديد أشكال الخدمات والرعاية التي يجب أن توفر لهم.

وهذا المقرر، "علم نفس النمو (الرشد والشيخوخة)"، الذي أضعه بين يدي الطلبة الجامعيين، ما هو إلا محاولة متواضعة لتقديم دليل علمي واضح ومبسط، يعرفهم - من خلال التركيز على تطور جوانب النمو المختلفة في مرحلتي الرشد والشيخوخة- بأسس النمو الإنساني، ويمدّهم بالمعرفة النظرية والأسس العامة للنمو في مرحلة الرشد المبكر، والمتوسط، والمتأخر.

وكذلك يزود الطلبة الجامعيين بالمعلومات المهمّة حول الدوافع وراء سلوك الأفراد والمشكلات التي تواجههم، وكيفية مواجهتهم لها خلال المراحل العمرية المختلفة التي يمرون بها.

إنّ هذا المقرر موجّه - في الأصل- لطلبة كلية التربية / قسم الإرشاد النفسي في جامعة تشرين، بهدف تأمين الاحتياجات الأكاديمية والتدريسية اللازمة لهم، لما تقرضه حاجات ومتطلبات دراستهم الجامعية من معرفة وإلمام بالجوانب الرئيسة للنمو الإنساني عامّة، الأمر الذي قد يساعدهم في ممارسة أدوارهم الإرشادية والتوجيهية -لاحقاً في مجال عملهم- بشكل ناجح وفعال.

كانون الثاني / ٢٠١٨

المؤلف

الفصل الأول

مقدمة في علم نفس النمو

تمهيد

لقد كانت بدايات "علم نفس النمو" developmental psychology، تهتمّ بدراسة تطوّر مرحلة النمو الأولى (الطفولة) في حياة الإنسان، ولكن توسّع الاهتمام بعد ذلك ليشمل مرحلة المراهقة والرشد ثم الشيخوخة.

ولعلّ هذا الفرع من أهم فروع علم النفس، كونه يزوّد سائر الفروع النفسية الأخرى بحقائق عن نموّ الإنسان للاستفادة منها في جميع الميادين التطبيقية لعلم النفس خاصّةً، وللحياة عامّةً. إذ يهتمّ "علم نفس النمو" بدراسة أنواع السلوك الإنساني المميزة لكلّ مرحلة من مراحل نمو الإنسان المختلفة.

ويهدف هذا العلم إلى تحقيق هدفين أساسيين: أولهما: الوصف الكامل والدقيق للعمليات النفسية الأساسية عند الأفراد في مختلف أعمارهم، والكشف عن التغيرات التي تطرأ على هذه العمليات في كل مرحلة عمرية. ثانيهما: تتبع التغيرات التي تطرأ على السلوك الإنساني وتفسيرها والكشف عن العوامل التي تحددها. إضافةً إلى ذلك، يتناول هذا العلم في دراسته للسلوك الإنساني ما يلي:

- ١- دراسة تأثير سلوك الفرد في البيئة المحيطة وفي الثقافة التي ينتمي إليها.
- ٢- دراسة أساليب التوافق النفسي، والعوامل المؤثرة في هذا التوافق.
- ٣- دراسة سلوك الفرد ونموه في إطار العوامل البيئية والوراثية المؤثرة فيه.
- ٤- محاولة الكشف عن المقاييس العلمية المختلفة، والمعايير المناسبة التي تساعد في فهم خصائص النمو الإنساني بكلّ جوانبه (همام، ١٩٨٤؛ غباري؛ أبو شعيرة، ٢٠١٥؛ كفاي، ١٩٩٧).

١- مفهوم علم نفس النمو

تعددت آراء علماء النفس في تسمية "علم نفس النمو"، فبعضهم سمّاه "علم النفس التطوري" وآخرون أطلقوا عليه "علم النفس التكويني"، و"علم النفس الارتقائي" وبعضهم الآخر أطلق عليه اسم "علم النفس التنموي".

وعلى أية حال، مهما تغيرت المسميات فإنّها تدور جميعها حول مظاهر النمو بما تشمله من زيادة وتغير في الأعضاء ووظائفها.

ويعدّ "علم نفس النمو"، من العلوم متعددة الجوانب، إذ يدرس مظاهر نمو الفرد؛ الجسمية، والعقلية، والاجتماعية، والوجدانية عبر مراحل عمرية متتابعة؛ المرحلة الجنينية، ومرحلة الرضاعة، والطفولة، والمراهقة، الرشد المبكر، ومرحلة منتصف العمر، والشيوخوخة. كما تستند دراسات علم نفس النمو، على نتائج الدراسات والبحوث العلمية القائمة على الملاحظة والتجارب العلمية.

ويُعرّف "علم نفس النمو"، بأنّه "فرعاً من فروع علم النفس النظرية، الذي يهتم بدراسة التغيرات التي تطرأ على سلوك الإنسان، ودراسة الظاهرة السلوكية في بعدها الزمني" (أي تأثير الزمن في الظاهرة السلوكية).

وإذا كان "علم النفس العام" *general psychology*، يهتم بدراسة سلوك الإنسان من جوانبه المختلفة، دراسة علمية، تُمكن من فهم السلوك^١، وضبطه^٢، والتنبؤ به^٣، والتخطيط له، فإنّ "علم نفس النمو" يدرس كافة جوانب النمو التي تطرأ على الإنسان خلال مراحل حياته، منذ تكوين البويضة المخصبة داخل رحم الأم وحتى لحظة الوفاة. أي يدرس نموّ الإنسان في جميع جوانبه الجسمية، والعقلية،

^١ فهم السلوك الإنساني: ويعني تحديد مسببات الظواهر النفسية وعلاقتها.

^٢ ضبط السلوك الإنساني: فيعني التحكم بالسلوك الإنساني.

^٣ التنبؤ بالسلوك الإنساني: ويعني معرفة مدى ارتباط السلوك بالظواهر الأخرى، وهذا يساعدنا في معرفة متى يحدث السلوك وقبل أن يحدث فعلاً (سمارة وآخرون، د.ت، ص ١٠).

والاجتماعية، والوجدانية، والنفسية، وكل ما يؤثر في تلك الأبعاد بشكل إيجابي أو سلبي (كفافي، ١٩٩٧، ص ٥؛ سمارة وآخرون، د.ت، ص ١٠).

٢- مفهوم النمو وبعض المفاهيم المرتبطة به

٢-١ مفهوم النمو

يمرّ الإنسان منذ لحظة الإخصاب وحتى مرحلة الشيخوخة، بمراحل عمرية متعددة، تصاحبها تغيرات مستمرة؛ يتعرض فيها للعديد من التطورات الخاصة بالنواحي التكوينية والوظيفية للنمو.

و"النمو" growth، بمعناه العام، يشمل كافة التغيرات الجسمية والفيزيولوجية والعقلية والانفعالية والاجتماعية والنفسية، أما بمعناه الخاص، فيشمل النمو كل التغيرات الجسمية كالطول، والوزن، والحجم نتيجة للتفاعلات البيوكيميائية التي تحدث في الجسم.

اتفقت جميع المدارس النفسية على تعريف النمو بأنه: "سلسلة متتابعة ومتماسكة من التغيرات التي تحدث للفرد، وتهدف إلى غاية واحدة محددة، هي اكتمال النضج، ومدى استمراره وبدء انحداره".

وبهذا المعنى فإنّ "النمو" لا يحدث فجأة، ولا بشكل عشوائي، بل يتطور بانتظام، خطوة سابقة تليها خطوة أخرى.

ومعنى النمو في علم النفس، لا يختلف تقريباً عن معناه في اللغة، فإذا كان النمو في اللغة هو الزيادة في الحجم، وما يترتب عليها من تغيرات في نواح أخرى، فإنّ "النمو" في علم النفس هو، مصطلح بيولوجي يختص بالزيادة الملحوظة التي تطرأ على حجم الفرد في فترة من الزمن، وما يلحقها من تغيرات أخرى منذ بدء تكوينه في رحم الأم، إلى أن يولد ويمرّ بطور الطفولة، والمراهقة، والرشد،

والشيخوخة، وإلى أن تنتهي حياته (كفافي، ١٩٩٧، ص ٢٢ ؛ عوض، ١٩٩٩، ص ١٢؛ السيد، ٢٠٠١، ص ٥ ؛ كماش، ٢٠١١).

ويصف الفيلسوف الإنكليزي "جون لوك" John Locke (١٦٣٢ - ١٧٠٤م)، "عملية النمو" بأنها عملية مرنة، تعتمد بالدرجة الأولى على التعلم، وبالتالي فإن ما يصدر عن الفرد من تصرفات، وكل ما يتسم به من خصائص وصفات، ما هو إلا نتاج الخبرة.

في حين يرى الفيلسوف الفرنسي "جان جاك روسو" Jean-Jacques Rousseau (١٧١٢ - ١٧٧٨م)، أن "النمو"، عملية طبيعية لا تعتمد على تأثير المحيط، بقدر ما تعتمد على الخصائص الوراثية التي يرثها الطفل من والديه. ويعرّف "أبو نجيلة" (٢٠٠١م)، "النمو"، بأنه عملية متصلة في غاية التعقيد، تتضمن التفاعل بين كائن عضوي بيولوجي وبين بيئته المادية والاجتماعية والنفسية".

وتشتمل عملية النمو الإنساني، على عدة مجالات متكاملة في ترابطها لتكوين شخصية الفرد، وهذه المجالات هي:

النمو الجسمي

يشمل النمو الجسمي physical development، أو ما يسمى بالنمو الهيكلي، كافة التغيرات البيولوجية التي تطرأ على الجسم (المخ، والحواس العضوية، والعظام، والعضلات ... وغيرها) نتيجة التقدم في العمر، لكنه لا يشمل التغيرات في الجسم نتيجة الحوادث أو الأمراض.

ويتعلق النمو الجسمي بالمظاهر الخارجية والتغيرات الجسمية من الناحية الكمية؛ كالزيادة في حجم الأعضاء والأجهزة الجسدية، والزيادة في طول القامة والوزن، وتغيرات الوجه ... وغيرها. وكذلك يتعلق بالتعقيد والتركيب وكافة التغيرات الكيفية المصاحبة للتطور الكمي.

النمو الاجتماعي

في مقابل النمو الجسمي نجد هناك نمواً وظيفياً يقود الفرد نحو التكيف والتوافق الاجتماعي، وهو النمو الاجتماعي social development، الذي يُعرّف بأنه "سمات الفرد بما يتفق مع الأنماط الاجتماعية السائدة". وهو أيضاً "النمو الذي يطرأ على التفاعل الاجتماعي للفرد، وأدواره الاجتماعية التي يحصل عن طريقها على رضا المجتمع واستحسانه".

النمو العقلي

يتمثل النمو العقلي intelligential development، في نمو قدرات الفرد بدءاً من الأفعال الذهنية القائمة على ما تأتي به الحواس مباشرة والتفكير المادي المصاحب للواقع كما هو، وانتهاءً إلى التفكير المجرد والرمزية المتمثلة في استخدام اللغة، والتحصيل واكتساب المهارات ... وغيرها.

النمو النفسي

يُقصد بالنمو النفسي psychological development، "سلسلة متتابعة ومتماسكة من التغيرات المستمرة تهدف جميعها إلى اكتمال النضج". ويمرّ الإنسان بهذه السلسلة من التغيرات إلى أن يصل إلى ذروة النضج ثم يأخذ في الانحدار بعد ذلك حتى تنتهي حياته (الغصين، ٢٠٠٨، ص ١١ ؛ علوان، ٢٠٠٣، ص ٢٦). كما يسعى النمو النفسي إلى تحقيق هدفين أساسيين هما: هو وصف سلوك الإنسان من جهة، ودراسة أسباب التغيرات التي تطرأ على هذا السلوك خلال مراحل حياته من جهة أخرى <https://www.tawjihnet.net>.

النمو الانفعالي

إنّ الانفعال^١ ركن مهمّ في عملية النمو الشاملة المتكاملة، لأنّه أحد الأسس التي تعمل في بناء الشخصية السوية. يشمل النمو الانفعالي emotional development، نمو جميع الحالات الوجدانية بصورها المختلفة والمتناقضة كالحب والحقد والأمل والخيبة والفرح والحزن ... الخ.

٢-٢ مفهوم النّضج

هناك بعض الخلط في استخدام مصطلح "النّمّو" مع مصطلح "النّضج" maturation، إذ يُستخدم المصطلحان بنفس المعنى، ولكن هذا الأمر ليس دقيقاً، لأنّ هناك اختلاف بينهما، فقد تعرّفنا على النّمّو كونه يمثل زيادة في الحجم والوزن والطول، ونمو الأنسجة والأعضاء الداخلية.

أمّا مفهوم "النّضج"، فهو "مجموعة من العمليات الوظيفية الداخلية التي تعمل وفق نظام زمني معين، تؤدي إلى توفير القدرة على القيام بنشاطات ووظائف معينة، وذلك بعيداً عن أي مؤثرات أخرى خارجية كالخبرة والمران أو التدريب. ويحدث النّضج على شكل نمو عضوي يؤثر مباشرةً في وظائف أعضاء الجسم، وهو ما يمكن إرجاعه إلى تأثير العوامل الوراثية، كما هو الحال - على سبيل المثال - في النضج الجنسي وقدرة الإنسان على الإنجاب ذكراً كان أم أنثى (كماش، ٢٠١١، ؛ شعبان وتيم، ١٩٩٩، ص ٧ ؛ عبد الخالق، ١٩٩٠).

^١ الانفعال emotion: هو تغير مفاجئ يشمل الفرد نفسياً وجسماً ويؤثر فيه ككل؛ في سلوكه الخارجي وفي شعوره، كما يُصاحب بكثير من التغيرات الفيزيولوجية مثل سرعة ضربات القلب وزيادة معدل التنفس، واضطراب النفس وازدياد ضغط الدم، وزيادة درجة حرارة اليدين والوجه ... الخ. ويعرف أيضاً بأنه "حالة داخلية تتصف بجوانب معرفية خاصة وإحساسات وردود أفعال فيزيولوجية، وسلوك تعبيرية معين، وهي تنزع للظهور فجأة، ويصعب التحكم بها" (شعبان وتيم، ١٩٩٩، ص ٧-٨).

الفرق بين النمو والنضج

أ- يدلّ النمو على أنه تتابع لمراحل معينة من التغيرات التي يمرّ بها الإنسان في نظام واتساق، يستهدف الوصول إلى مستوى النضج.

ب- بينما يدلّ النضج على النمو العضوي، وهو لا يتبع خطأ واحداً، ولا يحدث بنفس النسبة لدى جميع الأفراد، ويؤثر في أنماط النمو المختلفة، سواء السلوكية منها أم الجسمية.

ويشير علماء النفس إلى أنّ هناك أنماطاً سلوكية عديدة تنمو من خلال النضج، مثل القدرة على المشي، فهي تتأثر بالحدّ الأدنى بخبرة التعلّم، ويستدل على ذلك بنتائج دراسات أجريت على أطفال "الهوبي" بالهند، إذ نجد الأمهات قد اعتدن على ربط أطفالهن على ألواح خشبية هزازة، وحملهن على ظهورهن، ويظلّ أطفال هذه القبائل مثبتون بهذه الألواح أغلب الوقت خلال الثلاثة أشهر الأولى من حياتهم.

وتشير نتائج دراسة "موسين" (١٩٧٣م)، إلى أنّ هؤلاء الأطفال لا يستطيعوا تحريك أرجلهم عندما يُحملون على ظهور أمهاتهم، وبالتالي لا يكون لديهم خبرة في استعمال العضلات المطلوبة للمشي، إلّا أنّهم عندما يُنزعون من تلك الألواح الخشبية الهزازة فإنّهم يمشون في نفس عمر الأطفال الآخرين تقريباً.

٢-٣ مفهوم التطور

يشير "واطسن" إلى أنّ هناك تداخلاً بين مصطلحي "النمو" و"التطور" development، وأنّهما يستخدمان أحياناً بنفس المعنى، كمصطلحين مترادفين. إلّا أنّ بعض الباحثين يفرّق بينهما، على أساس أنّ مصطلح "التطور" هو الأشمل والأعمّ، الأمر الذي يدلّ على أنّ النمو والنضج هما نتاج لمفهوم التطور (كفاي، ١٩٩٧، ص ٢٢؛ علوان، ٢٠٠٣، ص ٣٣؛ الأشول، ٢٠٠٨، ص ٥٤).

ويعرّف "التطوّر" بأنّه: "مجموعة من العمليات التي تؤدي إلى حدوث تغير في الكائن الحي بشكل مستمر". إلا أنّ هذا لا يعني أنّ جميع التغيرات التي تطرأ على الإنسان ترجع إلى عوامل التطور وحدها.

ويمكن تمييز التغيرات التي تحدث بفعل التطور عن التطورات الأخرى، من خلال ملاحظة أن التغيرات التي تحدث بفعل التطور تكون مستمرة ومتصلة ولا يمكن إرجاعها إلى الوراء إلى ما كانت عليه سابقاً قبل حدوث التغير، سواء كانت تلك النتائج جزئية أم كلية، سلوكية أم ذات علاقة بوظائف الأعضاء.

فعلى سبيل المثال: إنّ تعلم الطفل المشي مرتبط بالنمو الجسمي والعصبي والعقلي، ولا يمكن إرجاع الإنسان إلى مستوى أدنى مما وصل إليه من مرحلة المشي وإعادة أجهزته الحيوية الداخلية إلى الحالة التي كانت عليها قبل المشي. وفي ضوء ما سبق، نتوصل إلى أن التطور هو "مجموعة من التغيرات الكمية^١ والكيفية^٢، التي تبدو غالباً في شكل بنائي ووظيفي جديد امتداداً للبنى والوظائف السابقة. وهو كذلك "تغير في قدرات الإنسان خلال الزمن نتيجة تفاعل كل من النضج والعوامل البيئية". ويعني ذلك أن الفروق الجوهرية بين مفهوم "النمو" و"التطور" تكمن في نوع التغيرات التي تطرأ على الكائن الحي.

ومن الأمثلة - أيضاً - التي توضح الفرق بين "النمو" و"التطور"، هو التغير الذي يطرأ على الذاكرة أو اللغة مع تقدم العمر. فالذاكرة يحدث لها تغير كميّ مع التقدّم في العمر، إذ إنّ عدد الأشياء التي يستطيع الطفل تذكرها يزداد مع العمر.

^١ التغيرات الكمية للتطور: هي تلك التغيرات التي تشير إلى الخصائص الواضحة للمظاهر المختلفة لنمو وتطور الإنسان خلال فترة الحياة التي يمكن قياسها كمياً.

^٢ التغيرات النوعية للتطور: هي تلك التغيرات التي تطرأ على شكل طريقة أداء مختلف مظاهر النمو والتطور للإنسان خلال فترة الحياة التي يمكن قياسها كمياً (كماش، ٢٠١١، ص ٢٣).

فيمكن لطفلٍ يبلغ من العمر أربع سنوات، أن يتذكر قائمة مكونة من أربع كلمات، بينما يمكن لطفل عمره سبع سنوات، أن يتذكر قائمة تتكون من سبع كلمات. وهذا التغيير في سعة الذاكرة، يمكن أن يفسر على أنه تغير كمي. في حين يرى بعض الدارسين أنّ التغير الذي يطرأ على الذاكرة يمكن أن يكون كميّاً، إذ يستخدم طفل السابعة استراتيجيات خاصة في التذكر (كالتنظيم، والتبويب، والتسميع الذاتي ... وغيرها)، وهي استراتيجيات غير متاحة لطفل في الرابعة من العمر.

كذلك الحال بالنسبة للغة، إذ تزداد محصلة الطفل اللغوية كميّاً مع التقدم في العمر، إضافةً إلى حدوث تغيرات كيفية على السلوك اللغوي للطفل، الذي يبدأ في شكل مناغاة ثم تتحول إلى النطق بكلمة واحدة، ثم النطق بكلمتين، ثم النطق بجملته بسيطة ثم معقدة ... وهكذا.

وعموماً يمكن القول: إنّ الإنسان يتعرض طوال حياته لكلا النوعين من التغير، فهو ينمو ويتطور في آن واحد. ويعني ذلك، أنّ كلاً من النمو التطور يتشابهان في أنهما يكشفان عن مظاهر التغير في السلوك (علوان، ٢٠٠٣، ص ٣٣؛ كماش، ٢٠١١، ص ٢٢-٢٣).

٢-٤ مفهوم التعلّم

"التعلّم" learning، هو عملية رئيسة في حياة الإنسان، تشمل أنواع النشاط البشري كافة، وتكمن وراء كلّ تقدم أو إنجاز يحققه الإنسان. إنّ كل فرد يكتسب من خلال عملية التعلّم أساليب السلوك التي يعيش بها، فهو يكتسب المعارف والمعلومات والمهارات من خلال اتصاله مع الأفراد وتفاعله مع البيئة التي يعيش فيها.

ويُعرف "التعلم" بأنه: "عملية تغيير شبه دائم في السلوك، ينشأ نتيجة الخبرة والممارسة والاحتكاك بالبيئة الخارجية، واكتساب الفرد لأساليب سلوكية جديدة تساعده على التكيف مع البيئة".

ويتميز التعلم عن النضج، في أنّ التعلم عملية إرادية تحدث بتأثير الرغبة وإرادة الفرد، أمّا النضج فيحدث بصورة تلقائية في أي وقت دون إرادة من الفرد. وقد أجريت العديد من الدراسات والبحوث العلمية حول العلاقة بين التعلم والنضج، وأكّدت نتائجها وجود علاقة إيجابية بين التقدم في مستوى النضج وبين التعلم. فالفرد لا يستطيع أن يتعلم مهارة معينة إلاّ بعد الوصول إلى مستوى مناسب من النضج.

إضافةً إلى ذلك، فإنّ التعلّم والنضج يؤثران معاً في عملية النمو الإنساني، فلا يحدث النمو من دون النضج، ولا يحدث من دون التعلم (كماش، ٢٠١١، ص ١٦-١٧؛ منصور وآخرون، ٢٠٠٣).

٣- أهمية دراسة علم نفس النمو

تفيد دراسة علم نفس النمو في فهم مراحل النمو المختلفة للفرد، فدراسة علم نفس المراهقة -على سبيل المثال- مهمة ومفيدة جداً لفهم مرحلة الرشد، وكذلك دراسة مرحلة الرشد تفيد في فهم مرحلة الشيخوخة.

لذا تحظى دراسة علم نفس النمو بأهمية كبيرة، ليس للدارسين والباحثين في علم النفس فحسب، وإنّما تشمل أيضاً المربين من آباء وأمّهات ومعلمين، الذين تقع على عاتقهم مسؤولية تربية الأبناء وتنشئتهم (السيد، ٢٠٠١، ص ٣).

ونعرض فيما يلي أهمية دراسة علم نفس النمو من الناحية النظرية والتطبيقية، وعند علماء النفس، والمربين، والوالدين، والأفراد والمجتمع:

٣-١ أهمية دراسة علم نفس النمو من الناحية النظرية

- تساعد في تحديد معايير النمو في أي مرحلة عمرية، كمعايير النمو الجسمي والعقلي والانفعالي والاجتماعي في مرحلة ما قبل الولادة، ومرحلة الطفولة، والمراهقة، ثم الرشد والشيخوخة.
- توفر للقائمين على تربية الطفل المعرفة اللازمة، حول إمكانية استثارة النمو. وهذه المعرفة هي التي تهيئ الأساس اللازم للتخطيط الذي ينبغي تقديمه للطفل والتوقيت الصحيح لتنشيط واستثارة النمو لديه.
- تفيد في فهم الركائز الأولى للحياة النفسية للفرد، وفي فهم علاقة مظاهر الحياة بعضها ببعض، وعلاقتها بالنمو الجسمي، والنفسي، والاجتماعي، والعقلي، والوجداني.
- تفيد في تعميق الفهم للطبيعة الإنسانية ولعلاقة الإنسان بالبيئة، ومدى تأثيره بها وتأثيره فيها (علوان، ٢٠٠٣، ص ٢٤؛ الأشول، ٢٠٠٨، ص ٢٩).

٣-٢ أهمية دراسة علم نفس النمو من الناحية التطبيقية

- تفيد في زيادة القدرة على توجيه الأطفال والمراهقين والراشدين وكبار السن، والتحكم بالعوامل المؤثرة في النمو.
 - يسعى الباحثون في علم نفس النمو إلى الوصول إلى ما يسمى بمعايير النمو 'developmental norms' كمعرفة العلاقة بين طول الفرد وعمره الزمني، والعلاقة بين وزنه وطوله.
 - وبذلك يستطيع الباحث أن يقيس مظاهر النمو المختلفة بمقاييس علمية صحيحة، تساعد من الناحية التربوية والنفسية في الكشف عن شذوذ النمو وانحرافه
-
- ^١ معايير النمو **Developmental Norms**: متوسطات أعمار الأفراد الذين يستطيعون القيام بمهارة معينة في وقت معين، وتشمل معايير النمو جميع مظاهر النمو الجسمية والحركية والعقلية ... الخ (علوان، ٢٠٠٣، ص ٢٤).

عن المعيار العادي، والكشف عن النمو العادي المتوسط، والنمو البطيء المتأخر، والنمو السريع.

فالتعرّف إلى مظاهر النمو المختلفة يفيد في فهم العمليات المعرفية والعقلية (التفكير، والتذكر، والتخيل، والإدراك ... الخ)؛ ومراحل نموها من الطفولة إلى الرشد ثم الشيخوخة (السيد، ٢٠٠١، ص ٣؛ رضوان، ٢٠٠٩).

٣-٣ أهمية دراسة علم نفس النمو عند علماء النفس

- تساعد المختصين في مجال الصحة النفسية وعلم النفس العلاجي والتوجيه والإرشاد النفسي والتربوي والمهني، لمساعدة الأطفال والمراهقين والراشدين والمسنين.

- تفيد في الكشف عن أي اضطراب في السلوك، وتتيح معرفة أسباب هذا الاضطراب، وتحديد سبل علاجه.

٣-٤ أهمية دراسة علم نفس النمو عند الوالدين

- تساعد الوالدين في مراقبة نمو الأطفال وتوجيهه قبل الولادة وبعده، وتمكنهم من تعديل الأنماط السلوكية غير المرغوب، وتحقيق التغيرات الإيجابية فيها.

- تفيد في تفسير كثير من ظواهر النمو والتعرف على أسباب حدوثها حتى يمكن التحكم فيها، فمثلاً معرفة أن نمو الطفل لا يبدأ منذ الولادة بل يبدأ منذ لحظة الإخصاب، تفيد الأم كثيراً في الاهتمام بصحتها في أثناء فترة الحمل، إذ تحرص على الابتعاد عن أي مصدر للقلق والتوتر والضغط النفسي، والعناية بنوع الغذاء الذي تتناوله، وذلك لكي تضمن لطفلها نمواً جسدياً وعقلياً سليماً بعد الولادة، وتجعله بمأمن من حدوث أي تشوهات خلقية يمكن أن تحدث له فيما بعد.

- تتيح للوالدين معرفة خصائص الأطفال والمراهقين، ومعرفة الفروق في معدلات النمو لديهم، الأمر الذي يساعدهم في عملية التنشئة الاجتماعية.

٣-٥ أهمية دراسة علم نفس النمو عند المربين

- تؤدي دراسة علم نفس النمو إلى فهم النمو العقلي، ونمو الذكاء، والقدرة على التحصيل في العملية التربوية، إذ يوصل هذا الفهم إلى أفضل طرائق التربية والتعليم التي تناسب المرحلة ومستوى النضج.

- كما تساعد في معرفة خصائص الأطفال والمراهقين، والعوامل التي تؤثر في نموهم وأساليب سلوكهم، وسبل توافقه في الحياة، وكذلك في بناء طرائق التدريس وإعداد الوسائل المساعدة في العملية التربوية، وتصميم المناهج التعليمية التي تلائم النمو العقلي للأفراد وتنمي شخصياتهم (السيد، ٢٠٠١؛ همام، ١٩٨٤؛ أبو جعفر، ٢٠١٤، ص ١٨).

٣-٦ أهمية دراسة علم نفس النمو للمجتمع

- تساعد في ضبط سلوك الفرد وتقويمه في الحاضر بهدف تحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق النفسي والتربوي الاجتماعي والمهني بما يحقق صحته النفسية في الحاضر والمستقبل.

- تساعد في فهم المشكلات الاجتماعية، التي ترتبط بتكوين شخصية الفرد بشكل كبير، وبالعوامل المحددة لنمو الشخصية مثل: مشكلات الضعف العقلي، والتأخر الدراسي والجنوح والانحرافات الجنسية ... وغيرها والعمل على الوقاية منها وعلاجها.

٤ - علاقة علم نفس النمو بالعلوم الأخرى

يؤثر علم نفس النمو، ويتأثر بالعديد من نتائج العلوم المختلفة كالأنثروبولوجيا (علم الإنسان)^١ Anthropology، وعلم الحياة Biology، وعلم الاجتماع Sociology، والتربية وعلم النفس التربوي Education and Educational Psychology، والطب Medicine، وعلم النفس Psychology ... الخ:

٤-١ علاقة علم نفس النمو بعلم الإنسان

تنثير البحوث في مجال علم الإنسان مشكلات كثيرة على جانب كبير من الأهمية، وهي كيف يتم نقل عناصر الإطار الحضاري لثقافة ما من فرد إلى آخر، أو من الآباء إلى الأبناء (مثلاً) خلال عملية التنشئة الاجتماعية أو ما يعرف اصطلاحياً بالتطبيع الاجتماعي.

وقد أوضحت الدراسات الأنثروبولوجية دور المؤثرات الثقافية في نمو الشخصية، وأنّ الشيء الأساسي الذي يمكن تعلّمه من الدراسات الأنثروبولوجية، هو كيفية تأثير الثقافة على الشخصية الإنسانية وأثرها -أيضاً- على القيم والاتجاهات وأنماط التربية الأسرية.

كما كان لإسهامات الأنثروبولوجيين؛ أمثال "مرجريت ميد"^٢ Margaret Mead (١٩٧٨-١٩٠١م)، و"روث بينديكت" Ruth Benedict (١٨٨٧-

^١ الأنثروبولوجيا (علم الإنسان) Anthropology: هي علم دراسة الإنسان طبيعياً واجتماعياً، وحضارياً. ويتكون المصطلح من مقطعين في اللغة اليونانية هما: Anthropos ويعني "إنسان"، و Logy ويعني "علم"، ويعني المقطعان معاً (علم الإنسان). الأنثروبولوجيا هي -أيضاً- المعرفة المنظمة عن الإنسان (سليم، ١٩٨١، ص٥٤).

^٢ مرجريت ميد Margaret Mead (١٩٧٨-١٩٠١م): هي واحدة من أكثر علماء الأنثروبولوجيا الثقافية شهرة في الولايات المتحدة الأمريكية لما لها من تأثير امتد إلى أوروبا وبلدان أخرى. ساهمت في توسيع مجال الأنثروبولوجيا بدراستها القيمة عن العلاقة بين الثقافة والشخصية. أهم مؤلفاتها "البلوغ في

١٩٢٤م)، دوراً كبيراً في إغناء علم نفس النمو بالعديد من الملاحظات العلمية حول المراهقة وأثر الثقافة في تشكيل الشخصية الإنسانية.

٤-٢ علاقة علم نفس النمو بعلم الحياة

لقد أمدت البحوث البيولوجية دراسات علم نفس النمو بالعديد من الإسهامات في مجال الوراثة، وتأثيرها في مرحلة ما قبل الولادة، ودور العوامل الوراثية في التكوين الخلقي ودور الجينات في جملة الخصائص الوراثية للأجنة، وفي هذا الصدد يجب ألا يغفل دور علم الوراثة بإسهاماته في مجال علم نفس النمو.

٤-٣ علاقة علم نفس النمو بعلم الاجتماع

إنّ المحور الرئيس لعلم الاجتماع هو، دراسة الظواهر الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية، ويركز علماء الاجتماع اهتمامهم على أهمية المواقف الاجتماعية التي من خلالها يتبلور السلوك، ويؤكدون أهمية القوى الاجتماعية المؤثرة على سلوك الأفراد مثل الأسرة وجماعة الأصدقاء والمدرسة والعلاقات بين الزوج والزوجة والأولاد داخل الأسرة.

٤-٤ علاقة علم نفس النمو بعلم الطب

إنّ علم نفس النمو قد استفاد كثيراً من البحوث الطبية وخاصة فيما يتعلق بالحمل والعوامل التي تؤثر فيه، كالغدد وتأثيرها البيوكيميائي على النمو الإنساني، وتأثير العقاقير المختلفة على نمو الأجنة واكتشاف العقاقير ذات التأثير السلبي في مرحلة ما قبل الولادة (مثل دواء الثاليدوميد Thalidomide) الذي أحدث العديد من التشوهات في الآلاف من الأطفال نتيجة لتناول أمهاتهم في أثناء فترة الحمل مثل

ساموا (١٩٢٨م)، و"الجنس والمزاج في ثلاثة مجتمعات بدائية" (١٩٣٥م)، و"الذكر والأنثى"، و"التنشئة الاجتماعية في غينيا الجديدة" و"الاستمرارية في التطور الثقافي" (١٩٦٤م) (الموسوعة العربية).

هذه الأدوية المهدئة. كما أمدت الدراسات الطبية علم نفس النمو بالعديد من الملاحظات والحقائق العلمية المتعلقة بدور التغذية، والنوم، وبعض الأمور الطبية الأخرى (عويضة، ١٩٩٦، ص ٢٣).

٤-٥ علاقة علم نفس النمو بعلم النفس

تنقسم تخصصات الدراسة في علم النفس إلى مجموعتين رئيسيتين، هما:

أولاً: العلوم الأساسية

تشمل العلوم الأساسية basic science، علوماً كعلم النفس العام، وعلم النفس الفيسيولوجي، وعلم النفس الاجتماعي، وعلم النفس المعرفي ... الخ، وتشارك هذه العلوم الأساسية جميعاً في أنها تهتم بدراسة السلوك الإنساني دراسة علمية، بغرض الوصول إلى نظريات خاصة بتفسير نوع السلوك المراد دراسته.

ويندرج "علم نفس النمو" ضمن العلوم الأساسية في علم النفس، في أنه يهدف إلى دراسة السلوك، ولكن من زاوية معينة هي "التغير عبر العمر"؛ كما يتفق مع هذه الفروع من حيث الهدف، إذ يسعى إلى الوصول إلى نظريات خاصة بتفسير ظاهرة النمو الإنساني.

ثانياً: العلوم التطبيقية

تشمل العلوم التطبيقية applied science، علوماً مثل علم النفس الإكلينيكي، وعلم النفس الصناعي، وعلم النفس البيئي، وعلم النفس الجنائي، وعلم النفس التربوي ... الخ.

وتهدف هذه الفروع إلى الانتقال بالقوانين والنظريات التي توصلت لها الفروع الأساسية إلى مجال التطبيق العملي.

إنَّ أكثر الفروع التطبيقية في علم النفس التي يمكن الامتداد إليها بقوانين ونظريات النمو هي علم النفس الإكلينيكي؛ إذ يهتم الباحث بدراسة السلوك المرضي أو غير السوي للأفراد.

وتمثل إعاقات النمو أحد الفروع الحديثة في علم النفس الإكلينيكي، إذ يهتمّ الباحث بكيفية الاستفادة من المبادئ والقوانين والنظريات الخاصة بعلم نفس النمو لتطبيقها في المجال الإكلينيكي الخاص بفحص وعلاج الحالات الخاصة بإعاقة النمو عند الفرد.

ويعتمد فحص وعلاج الأفراد الذين يعانون من إعاقات في النمو - في المقام الأول- على دراسة النمو وارتقاء السلوك السوي عند الفرد. فمثلاً دراسة حالات الإعاقة الحركية (مثل مرض الشلل الدماغي) تتطلب معرفة وافية بمكونات الجهاز الحركي والعصبي والقوانين التي تحكم نمو النشاط الحركي.

٥- أطوار النمو الإنساني

٥-١ أطوار الإنسان من الطفولة إلى الشيخوخة

اختلف علماء النفس في تقسيم دورة حياة الإنسان إلى مراحل أو أطوار، ومن أبرز تلك التقسيمات نستعرض تقسيم "دودح" و"أبو حطب":

أولاً: أطوار الإنسان من وجهة نظر "دودح"

يرى "دودح" أن الإنسان يمر خلال دورة حياته بثمانية أطوار، هي:

- ١- الطفولة childhood: تمتد من الولادة حتى قرابة (١٣) سنة.
- ٢- البلوغ الجنسي puberty: تمتد من نهاية الطفولة حتى قرابة (٢٠) سنة.
- ٣- بلوغ الأشد young adulthood: تمتد بين (٢٠-٣٥) سنة.
- ٤- وسط الرشد young middle adult: تمتد بين (٣٥ - ٤٥) سنة.
- ٥- انعطاف الشباب: تمتد بين (٤٥-٦٥) سنة.

- ٦- بداية الشيخوخة: تبدأ هذه المرحلة من سن (٦٥) سنة.
- ٧- الشيخوخة aging: تمتد بين (٧٠-٨٠) سنة.
- ٨- الشيخوخة المتأخرة old age: وهي تبدأ بعد (٨٠) سنة (الدسوقي، د.ت ؛ علوان، ٢٠٠٣).

ثانياً: أطوار الإنسان من وجهة نظر "أبو حطب"

أشار "أبو حطب" إلى وجود ثلاث مراحل لنمو الإنسان، وسماها "بالأعمار الثلاث للإنسان"، وهذه الأعمار هي:

- العمر الأول (منذ لحظة الولادة - ٢١) سنة: وهو مرحلة الضعف الأول، التي تبدأ بتكوين الجنين في الرحم، وتنتهي بدخول الإنسان سن الرشد، وهي مرحلة تنسم بالضعف بحسب الوصف القرآني لها "الله الذي خلقكم من ضعف".
- إلا أنه ضعف التحول إلى القوة؛ فهو ضعف الطفولة والصباء، وبدايات الشباب المبكر، ولهذا نلاحظ على هذه المرحلة تحسناً مضطرباً يوماً بعد يوم؛ تحقيقاً لهذه الغاية. هذا وينقسم العمر الأول للإنسان إلى قسمين؛ هما: الطفولة، والمراهقة.
- العمر الثاني (٢١-٦٠) سنة: هو مرحلة القوة، ويذكر "أبو حطب" في هذا الصدد أن بلوغ الأشدّ هو بلوغ القوة واكتمال الرشد. وينقسم العمر الثاني للإنسان إلى قسمين؛ هما: بلوغ السعي (٢١-٤٠) سنة، وبلوغ الأشدّ (٤٠-٦٠) سنة.
- العمر الثالث (٦٠ سنة وما فوق): وهو مرحلة الضعف الثاني، ويشمل مرحلتين أساسيتين؛ هما: الشيخوخة، وأرذل العمر.

٥-٢ أزمة النمو الإنساني

يُعدّ النموذج الذي قدّمه "أريك أريكسون" Erik Erikson^٢ (١٩٠٢-١٩٩٤م)، والمعروف بـ المراحل النفسية - الاجتماعية psychosocial stages، من أفضل الجهود التي بُذلت لوضع تصور متكامل لمراحل النمو الإنساني. ويُطلق على نموذجه -أيضاً- تسمية (مراحل النمو من الرحم إلى اللحد) from womb to tomb، إذ بناه "أريكسون" على مبادئ التحليل النفسي كما قدمها فرويد، مستنداً إلى نتائج بحوثه مع الأطفال والأسر عبر الثقافات المختلفة وبمنهج أنثروبولوجي.

لذا يعدّ هذا النموذج امتداداً لنظرية النمو النفسي عند فرويد، إلا أنّ "أريكسون" يرى أنّ تطور الإنسان يبقى مستمراً ولا يقتصر فقط على الخمس سنوات الأولى حسب رؤية فرويد، وأنّ العوامل النفسية والاجتماعية لها تأثير واضح على حياة الفرد، وليس كل ما يميّز به الفرد ناتجاً عن المراحل الجنسية التي يراها فرويد.

^١ الأزمة Crisis: ليس بالضرورة أن تشير الأزمة إلى موقف أو حدث صادم ضاغط، بل تشير إلى ردة فعل الفرد reaction للحدث نفسه، فشخص ما قد يتأثر بقوة بالحدث المعني، في حين أنّ فرداً آخر قد يعاني بدرجة أقل وقد لا يتأثر بالحدث إطلاقاً.

وهناك أربعة أنواع من الأزمات وهي: أزمات تطورية: وهي تكون جزءاً من دورة الحياة يمكن التنبؤ بها مثل أزمة منتصف العمر، وأزمات موقفية: وهي أزمات مفاجئة وغير متوقعة مثل الحوادث والكوارث الطبيعية، وأزمات حضارية اجتماعية: وهي كل التغيرات الحضارية أو الاجتماعية التي من شأنها أن تثير أزمات مثل حركات التغيير الاجتماعي أو الثورات، وأزمات وجودية: وهي صراعات داخلية ترتبط بأمر روحي مثل الهدف من الحياة والقلق الوجودي (الكعبي، د.ت، ص ٤).

^٢ "أريك أريكسون" (١٩٠٢ - ١٩٩٤م) Erik Erikson: هو عالم نفس تطوري ومحلل نفسي (أمريكي ألماني) معروف بنظريته في مراحل التطور النفسي والاجتماعي للإنسان، ويرى أنّ شخصية الإنسان تظلّ تنمو وتتطور طوال حياته من الولادة حتى الموت، مؤكداً دور البيئة والثقافة والمجتمع والتاريخ في عملية النمو وتطور الشخصية، أكثر من دور العوامل البيولوجية.

وبناءً على نموذجه، طوّر "أريكسون" مفهوماً خاصاً أسماه "أزمة النمو" "development crisis"، وقسّم دورة نمو الإنسان -من منظور الأزمات التي يمرّ بها خلال حياته- إلى ثماني مراحل متتابعة، ترتبط كل مرحلة منها بحقبة عمرية معينة. واعتقد أنّ كل مرحلة تتضمن مجموعة من الأزمات التي ينبغي للفرد التوافق معها، وأنّ هذه الأزمات موروثّة على شكل استعداد (قابلية)، ولكن ظهورها في مراحل النمو المختلفة، يتوقف على كيفية مواجهة الفرد لضغوط البيئة.

بمعنى آخر، يُطلق "أريكسون" مصطلح (الأزمات) على التحديات البيئية التي تواجه الفرد خلال مراحل نموه، وقد يتم حلّ هذه الأزمات، إمّا بأسلوب متوافق مع البيئة وضغوطها، أو بأسلوب غير متوافق معها. وكلّ عملية مواجهة مع البيئة هي أزمة، تتطلب من الفرد بعض التغيير في سلوكه لمواجهتها، ولهذا فهو مخير بين طريقتين حل الأزمات:

١. الطريقة الإيجابية (تتميز بالتوافق الجيد مع البيئة).

٢. الطريقة السلبية (تتميز بسوء التوافق مع البيئة) (عشوي، ٢٠٠٨).



"أريك أريكسون"

Erik Erikson (١٩٠٢ - ١٩٩٤م)

هو أول من ابتكر مفهوم (أزمة الهوية)

مراحل النمو الإنساني عند "أريكسون"

١- "الإحساس بالثقة مقابل عدم الثقة"

استخدم "أريكسون" مصطلح "الثقة" trust، بدلاً من مصطلح "الثقة بالنفس" self confidence، وذلك لاتساع مدلوله. وتمثل هذه المرحلة أزمة النمو الأولى، وهي تقابل السنة الأولى من عمر الطفل.

وتتميز بشعور الطفل بالثقة في نفسه وفي الآخرين الذين يعتمد عليهم في قضاء حاجاته، ويتوقف ذلك على نمط الاتجاهات الوالدية، ونوع الرعاية التي يتلقاها الطفل داخل الأسرة. فإذا أشبعت احتياجات الطفل وخبراته؛ كالتحدث إليه، واللعب معه، والضحك والتجاوب له ... الخ، فإنه سوف يطور إحساس الثقة بالوالدين وبالآخرين ويتوقع من المجتمع أن يوفر له الحب والأمان والرعاية، مثلما كانت توفرها له الأسرة. وعلى العكس من ذلك، إذا لم تتوفر الرعاية النفسية والاجتماعية والعضوية له داخل أسرته، وإذا لم يكن الوالدان مصدر ثقة، بحيث يرفضون الطفل ولا يقومون بإشباع حاجاته أو ربما يُلحقون به الأذى، فإنّ الطفل سينمو لديه شعور بعدم الثقة بالوالدين وبالآخرين وسيتوقع السوء منهم، وبالنتيجة سيكون شكاكاً بمن حوله من الناس، ويتكون لديه شعور بالخوف، وفقدان الثقة في نفسه وفي الآخرين وفي كل العالم المحيط به (ناصر، ٢٠٠٣، ص ٢٥).

٢- "الإحساس بالاستقلالية مقابل الخجل والشك"

وهي تمثل أزمة النمو النفسي الاجتماعي في السنة الثانية من عمر الطفل، وتتسجم هذه الأزمة مع خصائص النمو في هذه المرحلة التي تتضمن درجة أعلى من القدرات العقلية والحركية وضبط الذات.

والأسرة هي التي تنمي لدى الطفل الإحساس بالاستقلالية الذاتية autonomy، أو تسلبه هذا الشعور وتنمي لديه الشعور بالخجل والشك shame

and doubt، وهذا يتوقف إلى حد كبير على نمط الأساليب التربوية والتنشئة الاجتماعية.

فبالأساليب الوالدية المتوازنة بين التسامح والحزم تعزز نمو الاستقلالية والاعتماد على الذات لدى الطفل. أمّا الرعاية الزائدة والحماية والتدليل الزائد ... وغيرها، كلّها أساليب تحرم الطفل من الشعور بالاستقلالية وتنمي لديه شعوراً بالالتكالية على الآخرين.

٣- "المبادرة مقابل الشعور بالذنب"

وهي تمثل أزمة النمو النفسي الاجتماعي الثالثة، وتقابل مرحلة الطفولة المبكرة (٣-٥) سنوات تقريباً. ويقصد بالمبادرة initiative، "الاستجابات الإيجابية للفرد نحو التحديات الخارجية والشعور بالمسؤولية دون التعرض للصراعات والشعور بالذنب" guilt. وتتخذ المبادرة أشكال الحركة في أثناء أداء الأنشطة المختلفة، وينمو هنا الضمير الخلقى، إذ يستطيع الطفل - إلى حد كبير - أن يميّز بين الصواب، والخطأ، وبين الخير والشرّ. وفي هذه المرحلة يتذبذب الطفل ما بين طرفين؛ إمّا المبادرة، وإمّا الشعور بالذنب، وكل ذلك يتوقف على استجابات الوالدين مع تصرفات الطفل في هذا السن. فعندما يتم تشجيعه على الأنشطة الحركية، وممارسة الألعاب الرياضية، واكتشاف البيئة من حوله، وعدم السخرية من نشاطاته وأدائه ... الخ، كلّ ذلك من شأنه أن ينمي روح المبادرة عند الطفل، أمّا عكس ذلك، فينمي لديه الشعور المستمر بالذنب الذي يلازمه طيلة حياته.

٤- "الإنجاز مقابل الشعور بالنقص"

وهي تمثل أزمة النمو النفسي الاجتماعي في مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة، وهي مرحلة اتخاذ القرارات، إذ تمثل مرحلة دخول الحياة وتعلّم المهارات اللازمة ليصبح مؤهلاً وكفوءاً في علاقاته الشخصية، وتتميز بتفتح قدرات الطفل العقلية والتصورية المختلفة بشكل كبير.

إذ يهتمّ الطفل في هذه المرحلة بالكيفية التي تُصنع بها الأشياء، والوظيفة التي تؤديها، لذلك يغلب عليها الشعور بالعمل والمثابرة في الإنجازات التعليمية والمهارات الأخرى. وإذا ما عجز الطفل عن التفاعل مع بيئته، وأخفق في إنجاز المهام الموكلة إليه، واستهزأ من قدراته وكُفّت إبداعاته، فإنّ ذلك يولد لديه الشعور بالنقص والدونية inferiority.

٥- "أزمة الهوية مقابل اضطراب الدور"

وهي تمثّل أزمة النمو خلال مرحلة المراهقة، وتظهر فيها حاجة الفرد إلى تبني إيديولوجيات وأدوار مناسبة توفر له القبول الاجتماعي. وقد احتلّت هذه المرحلة اهتماماً خاصاً من قبل "أريكسون"، إذ قدم فيها فكرة تشكّل الهوية عند الفرد. وتجدر الإشارة إلى أنّ تشكّل الهوية يبدأ مع بداية الحياة، إذ يغلب الإحساس بالجسم على المرحلتين الأولى والثانية، في حين يغلب الاهتمام بالنماذج الاجتماعية على المرحلتين الثالثة والرابعة، وفي المراهقة - التي تمثّل الفترة الحرجة والحقيقية لظهور أزمة الهوية identity crisis - يُشكّل الجانب البدني والاجتماعي معاً أزمة الهوية لدى المراهق. فالمرهق همّه الأساسي الاعتراف بهويته بأنّه أصبح كبيراً ولم يعد طفلاً، فإذا حصل على ذلك الاعتراف من الوسط الذي يعيش فيه فإنّه يساعد على اجتياز الإحساس بالهوية بسلام، وإذا شعر بأنّه لا يزال يُعامل كالطفل فإنّه سيحاول اللجوء إلى أساليب العنف لانتزاع هويته، وقد تلازمه تلك الأساليب طيلة حياته.

٦- "الإحساس بالألفة مقابل العزلة"

وهي تمثّل أزمة النمو النفسي الاجتماعي في مرحلة الرشد المبكر، و"الألفة" intimacy، تعني - من وجهة نظر "أريكسون" - "قدرة الراشد على البقاء قريباً ومحبوياً من الآخرين، وبناء الثقة والألفة الاجتماعية مع الجنس الآخر تمهيداً لاختيار شريك الحياة، إذ يحتاج الراشد في هذه المرحلة لتأكيد ذاته أكثر، ولا سيما

دوره الجنسي، ويحتاج لإثبات هويته عن طريق شريك الحياة، وهذا ما يتجسد في الرغبة في الاستقلالية والزواج وتكوين الأسرة. ليس هذا فقط، فالألفة تعني أيضاً القدرة على اختيار المهنة المناسبة والقدرة على التنسيق بين العمل والإنتاج من جهة، وتحقيق المتعة من جهة أخرى.

وبهذا المعنى فإنّ الألفة والحميمية تتسع لتشمل الآخرين كالأصدقاء وزملاء العمل. وهنا يشير "أريكسون" إلى مقولة "سيغموند فرويد" Sigmund Freud (1856-1939م)، "إنّ أفضل ما يمكن أن يفعله الراشد هو أن يحب ويعمل to love and work". فإذا لم تشبع هذه الجهود بالزواج أو اختيار العمل المناسب، أدّى ذلك إلى أزمة الإحساس بالإنعزال في مجالات الحب والعمل كآفة.

و"العزلة" isolation، هي التي تكوّن الشعور بالاعتراب، وفقدان الثقة بالنفس، وتعدّر التواصل وإقامة علاقات جيدة مع الآخرين، أو حتى إقامة علاقة حب مع الجنس الآخر، وبالتالي يظهر الشعور بالشك والدونية والعجز والخوف من فقدان الهوية (الغامدي، ٢٠١٠، ص ٣٥-٣٦).

والعزلة المفرطة هي، سوء تكيف، يطلق عليها مصطلح "العزل" exclusion، الذي يُقصد به: "ميل الفرد إلى الحرمان والعزلة بالنفس ومع الأصدقاء والمجتمع، وتنمية الكراهية تعويضاً عن الشعور بهذه العزلة".

والألفة والمودة المفرطة في هذه المرحلة هي، سوء تكيف، يطلق عليها مصطلح "النشوّس" promiscuity، الذي يعرّف بأنه: "ميل الفرد إلى المودة والبساطة الكاملة والسطحية مع الآخرين".

وإذا اجتاز الراشد هذه المرحلة بنجاح فسوف تنمو لديه خاصية "الحب" والقدرة على الإخلاص المتبادل، والحب لا يعني الحب في الزواج فقط بل الحب بين الأصدقاء والجيران ورفاق العمل.

٧- "الإنتاجية مقابل الركود"

وهي تمثل أزمة النمو خلال مرحلة الرشد المتوسط، إذ يواجه الفرد فيها مسؤوليات جديدة تتعلق بتربية الأبناء وإعدادها للحياة، والمساهمة في توفير حياة أفضل لهم، من خلال المساهمة الفاعلة في الإنتاج الاجتماعي عامةً. وتنسجم هذه المسؤوليات الجديدة مع حاجة الراشد إلى الشعور بالنفع وأن هناك من يحتاجهم. ويرتبط حلّ أزمة الإنتاجية بحلّ الأزمات السابقة، وتشكّل أعلى درجة من التماسك، وأيضاً توفر الظروف الاجتماعية المناسبة والداعمة لاستمرارية فاعلية الفرد كعضو مساهم في الحياة الاجتماعية، إذ يؤدي ذلك إلى الإحساس بالمسؤولية تجاه الأجيال الجديدة.

وعلى العكس من ذلك، فإنّ عدم توفر الشروط السابقة يمكن أن يسبب اضطراباً في نموّ الشخصية، وهذا قد يأخذ صورة تبدو إيجابية للوهلة الأولى تتمثل في شكل المبالغة في الإنتاجية إلى درجة تعكس توجهاً غير تكيفي يتمثل في "المبالغة في الجهد" overextension، أيّ المبالغة بالمشاركة غير الفعالة في إسهامات غير حقيقية ولا عقلانية في محاولة لتأكيد الذات، إذ يسيطر النزوع للإنتاج على الفرد بدرجة لا تترك مساحة للراحة والاستجمام أو الاستمتاع بالحياة. ومع ذلك فإنها تتعكس بشكل سلبي على مستوى الإنتاجية نفسها، إذ يمكن أن يقوم بالعديد من الأشياء دون أن ينتج بشكل جيد في أي منها.

إلاً أنّ الأسوأ من ذلك هو سيطرة القطب السلبي ممثلاً في "الركود" وهذا الركود قد يأتي عن طريق تشتت طاقات الفرد في مواضيع كثيرة ومتنوعة، أو قد يكون نتيجة الانهماك الذاتي self-absorption، الذي قد يتخذ صيغة الرفض الذي يتمثل بإنتاجية قليلة جداً مقابل ركود عال جداً مع غياب المشاركة الاجتماعية. هذه المرحلة هي مرحلة أزمات منتصف الحياة midlife crisis (ناصر، ٢٠٠٣، ص ٣٥-٣٦).

٨- "الإحساس بالتكامل مقابل اليأس"

وهي تمثل الأزمة الأخيرة في نموذج "أريكسون"، وتقابل مرحلة الشيخوخة. إذ يجلس الفرد ليراجع نفسه عما مضى ويتأكد من مساهمته في بناء الجيل الجديد، وتتميز هذه المرحلة بطريقتين لمواجهة أزمة النمو: الأولى، الطريقة السوية: وتعني أنّ الفرد يتقبّل ماضيه بكل خبراته (الناجحة والفاشلة)، أي أن يدرك قيمة إنجازاته الناجحة والدروس المستفادة من الأخطاء، وهذه هي (الحكمة)، مصدر عطاء المسن في هذه المرحلة، وهنا يتولد الإحساس بالتكامل integrity.

أمّا الطريقة الثانية، فهي الطريقة غير السوية: وتتميز بالشعور واليأس والإحباط بسبب ضياع الفرص والإحساس بأنّ الزمن المتبقي لا يكفي لتعويض ما فات، أو بسبب ارتكاب أخطاء لا يمكن إصلاحها، فيدرك المسن ضعف قيمة إنجازاته السابقة، ويشعر بضالة قيمة حياته وخلوها من المعنى، لذا يعاني اليأس والاكتئاب (سليمان وفوزي، د.ت ؛ عشوي، ٢٠٠٨).

الفصل الثاني

مناهج البحث في النمو الإنساني

تمهيد

يعتمد البحث العلمي على المناهج¹ methods، العلمية المختلفة تبعاً لموضوع البحث، ويمكن تعريف "منهج البحث العلمي" بأنه: "الأسلوب الذي يتبعه الباحث في تقصيه للحقائق العلمية في أي فرع من فروع المعرفة، وفي أي ميدان من ميادين العلوم النظرية والعملية".

ويلتزم الباحث بمجموعة من القواعد والضوابط لاتخاذ القرارات، وإجراء التجارب الضرورية، مستعيناً بأدوات البحث الأكثر ملائمة لموضوع بحثه، وإجراء المقارنات المنطقية للوصول إلى النتائج، واختبار مدى صحتها، ثم بلورة هذه النتائج في صورة قواعد مبرهن على صحتها.

وفي ميدان علم نفس النمو تستخدم عدة مناهج علمية للبحث في ظاهرة النمو الإنساني، كما توجد تصنيفات عدّة لأنواع هذه المناهج، ولعلّ أهمها تصنيف "ويتني"، و"ماركيز" و"جود وسكيتس" (جيدير، د.ت، ص ٧١-٧٣).

على أننا سنتناول في هذا الفصل أنواع مناهج البحث الأكثر أهمية واستخداماً في دراسات النمو والتطور الإنساني، وهي:

¹ المنهج Method: يعني المنهج في اللغة "الطريق الواضح"، ونهج الطريق، بمعنى أبانه وأوضحه، ونهجه بمعنى سلكه بوضوح واستبانة (ابن منظور، ١٩٨٨).

١ - المنهج التجريبي

يعدّ "التجريب" experimentation، من أهمّ الطرائق العلمية التي تتضمن تحقيق مقومات المنهج العلمي، إذ يشير الاتجاه التجريبي في ميدان علم النفس، إلى أنّ معظم مشاكل علم النفس يمكن دراستها تجريبياً، على الرغم من أنّ إجراء تجربة على الإنسان أمر قد يصعب تحقيقه في كثير من الأحيان، إمّا لتعذر ذلك إنسانياً، أو لصعوبة ضبط المتغيرات.

و"المنهج التجريبي" experimental method، هو نوع من أنواع مناهج البحث في النمو الإنساني، يعتمد على وجود متغيرين هما:

- المتغير المستقل independent variable: هو العامل الذي يظهر أو يختفي أو يتغير تبعاً لظهور أو اختفاء أو تغير المتغير الذي تحكم فيه الباحث ويعالجه تجريبياً، فيظهره أو يخفيه أو يزيده أو ينقصه في محاولته لتحديد علاقته بظاهرة يمكن ملاحظتها.

- المتغير التابع dependent variable: وهو الاستجابة، والباحث لا يتحكم فيما يحدث للمتغير التابع، وما عليه إلا أن يسجل ما يحدث لهذا المتغير نتيجة لتحكمه هو في المتغير المستقل. وذلك لأن ما يحدث للمتغير التابع هو في الحقيقة نتيجة لما يحدث للمتغير المستقل.

ويقوم المنهج التجريبي على ضبط الشروط المحددة للظاهرة موضوع الدراسة، وملاحظة ما ينتج عنها من آثار في تلك الظاهرة، إذ يقوم هذا المنهج على تثبيت جميع المتغيرات، فيما عدا متغير واحد هو "المتغير المستقل"، ويحاول الباحث أن يغير فيه ويوجهه بطريقة منظمة حتى يمكن أن يتبين ما إذا كان التغيير فيه يؤدي إلى تغييرات أخرى في السلوك الناتج أي "المتغير التابع". بهذه الطريقة لا يقتصر نشاط الباحث على ملاحظة ووصف ما هو موجود، وإنما يقوم بمعالجة عوامل

معينة، تحت شروط مضبوطة بدقة، لكي يتحقق من كيفية حدوث الحالة، ويحدد أسباب حدوثها (منصور وآخرون، ٢٠٠٣، ص ٤٦١).

والتجربة بهذا المعنى، هي ظروف مصطنعة تقارب الظروف الطبيعية، وهي تحتاج في ذلك الى ثلاثة أمور هي:

١- الضبط: وهو التحكم بالعوامل التي يحتمل أن تؤثر في الظاهرة السلوكية تحكماً تتيح له معرفة آثار كل منهما على انفراد.

٢- العزل: وهو استخلاص العوامل المطلوب دراستها وإعطائها الفرصة في أن تعمل عملها في الظاهرة المطلوب دراستها.

٣- القياس: وهو العمليات الإحصائية التي يستعين بها الباحث تمكنه من وصف النتائج وصفاً رقمياً واضحاً.

مزايا المنهج التجريبي

يعدّ المنهج التجريبي ضرورياً في علم نفس النمو، لما يتميز به من مجموعة من الخصائص، لعلنا نذكر من أهمها:

١. يتصف المنهج التجريبي بالموضوعية، فهو أقرب المناهج إلى الصدق والموضوعية.

٢. يستطيع الباحث الذي يتبع المنهج التجريبي السيطرة على العوامل المختلفة التي تؤثر في الظاهرة السلوكية موضوع الدراسة، فيغير من الشروط التي تحدث فيها، بدلاً من تقبله لها كما وقعت أو حدثت، مما يسهل عليه الدراسة ويجعله أقدر على تفهم العلاقات بينها وأثرها على الظاهرة (سليم، ٢٠٠٢، ص ٣٠).

٣. يُتيح المنهج التجريبي استخدام الأجهزة الخاصة بالقياس التي تتميز بالدقة الشديدة، مما يسمح بالتحديد الكمي للظاهرة وإمكانية معالجتها طبقاً للوسائل الإحصائية الملائمة.

٤. يستطيع الباحث تهيئة ظروف الظاهرة التي يدرسها، بدلاً من الانتظار والبحث كما هو الحال في "الملاحظة" حتى تقع الظاهرة ويقوم بدراستها وبحثها (الأشول، ٢٠٠٨؛ اسماعيل، ١٩٩٥).

ولإجراء الدراسة التجريبية يلزم الباحث مجموعتين: المجموعة التجريبية experiment group، والمجموعة الضابطة control group:

المجموعة التجريبية هي المجموعة التي يتعرض أفرادها للمتغير المستقل والمجموعة الضابطة التي يناظر أفرادها أفراد المجموعة التجريبية لا يتعرضون للمتغير المستقل.

قد يكون من المفيد في هذا المجال أن نذكر -على سبيل المثال- بعض الدراسات التجريبية لمزيد من التوضيح حول هذا المنهج:

الدراسة التجريبية الأولى، إذا أردنا أن ندرس أثر دخول الطفل إلى رياض الأطفال على تحصيله في المدرسة، نأخذ في هذه الحالة مجموعتين من الأطفال، الأولى ممن سبق لهم أن درسوا في رياض الأطفال، والثانية من الأطفال الذين لم تتح لهم مثل هذه الفرصة.

وللسيطرة على العوامل التي يفترض أنها تؤثر في التحصيل الدراسي لابد أن يكون الأطفال من عمر واحد، وحالات صحية طبيعية ومقاربة، ويفضل أن يقوم معلم واحد من معلمي الصف بتدريس المجموعتين، إضافةً إلى تشابه الكتب وطرائق التدريس والمعاملة، بينما يترك عامل واحد هو دخول الطفل إلى الروضة حراً يعمل عمله في ظهور نتائج تحصيل الأطفال، فإذا كانت النتائج متشابهة فهذا يعني أن دخول الطفل إلى الروضة لا يؤثر في مستقبله التحصيلي، أما في حالة اختلاف النتائج لصالح المجموعة التي دخلت الروضة، فهذا يعني أن حياة الطفل في الروضة تعطي آثاراً إيجابية على تحصيله المدرسي في المستقبل. وفي هذه التجربة يطلق على التحصيل المدرسي اسم (المتغير التابع) أما دخول الطفل إلى

الروضة فهو المتغير المستقل. ويطلق على المجموعة التي التحق أطفالها بالروضة اسم (المجموعة التجريبية)، أما المجموعة التي لم يدخل أطفالها إلى الروضة فيطلق عليها اسم (المجموعة الضابطة).

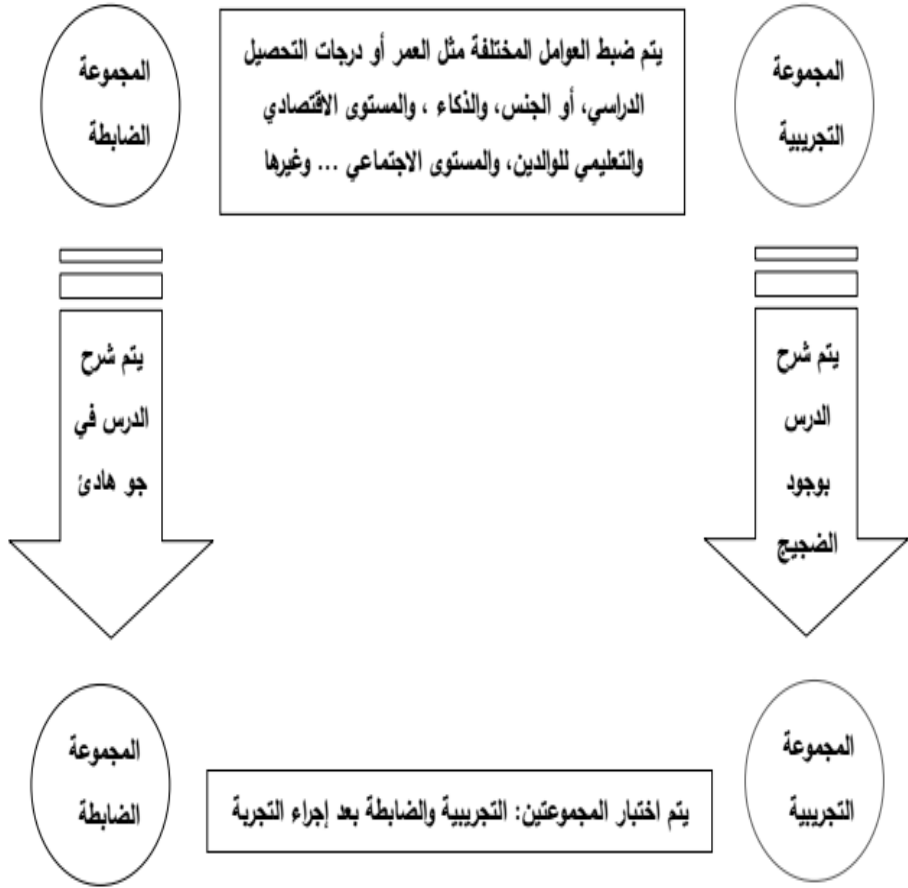
الدراسة التجريبية الثانية، الهدف منها هو، معرفة أثر الضوضاء في الفهم والتحصيل الدراسي لدى الطلبة.

لقد تم اختيار مجموعتين من الأفراد لغرض هذه الدراسة، المجموعة الأولى، وتسمى بالمجموعة التجريبية، وفيها تم إعطاء المحاضرة بوجود ضوضاء عالية وشديدة جداً. أما المجموعة الثانية، وتسمى بالمجموعة الضابطة، فهي التي أُعطيت المحاضرة نفسها، ولكن ضمن جو يسوده الهدوء التام والراحة عامّة.

نلاحظ، في هذه الدراسة، أنّه تم إدخال المتغير المستقل (الضوضاء) على المجموعة التجريبية، أمّا المجموعة الضابطة فتركت دون ذلك، ثم في نهاية التجربة (أي بعد الانتهاء من شرح المحاضرة) أُجري "اختبار تحصيلي" لمعرفة الفرق بين المجموعتين، فأيّ فرق يظهر بينهما يعزى سببه إلى أثر المتغير المستقل.

وبعد طرح نفس الأسئلة على المجموعتين، تبين أنّ معظم إجابات المجموعة (التجريبية) كانت خاطئة، بينما إجابات المجموعة (الضابطة) كانت صحيحة. ويمكن أن نستج عن طريق هذا المنهج التجريبي، أنّ الضوضاء بالفعل تؤثر في الفهم لدى الأفراد.

كما أنّ العلاقة بين الضوضاء والفهم هي علاقة عكسية، أي إنّ كلّما زادت درجة الضوضاء قلّ الفهم، وكلّما انخفضت الضوضاء، زاد الفهم وتحسّن مستوى التحصيل الدراسي للفرد. والمخطط (١) يوضح الطريقة التجريبية لهذه الدراسة:



المخطط (١): مخطط الطريقة التجريبية لمعرفة تأثير الضوضاء في التحصيل الدراسي

٢ - المنهج الوصفي

إنّ المتتبع لتطور العلوم يستطيع أن يلمس الأهمية التي احتلها "المنهج الوصفي" في هذا التطور، ويرجع ذلك إلى ملائمة لدراسة الظواهر الاجتماعية والنفسية، لأن هذا المنهج يصف الظواهر وصفاً موضوعياً من خلال البيانات التي يحصل عليها باستخدام أدوات وتقنيات البحث العلمي.

وقد ارتبطت نشأة هذا المنهج بالمسوح الاجتماعية، وبالدراسات المبكرة في فرنسا، وانكلترا، وكذلك بالدراسات الأنثروبولوجية في الولايات المتحدة الأمريكية. إذ يقوم "المنهج الوصفي" على جمع الحقائق والمعلومات ومقارنتها، وتحليلها وتفسيرها للوصول إلى تعميمات مقبولة.

ويعرّف بأنه "دراسة الظاهرة وتحليلها وتفسيرها من خلال تحديد خصائصها وأبعادها وتوصيف العلاقات بينها، بهدف الوصول إلى وصف علمي متكامل لها" (جيدير، د.ت، ص ١٠٠).

وفي ميدان علم النفس، يتناول هذا المنهج، الظواهر النفسية كحالات الخوف، والغضب، والقلق، والانطوائية، والتوتر ... الخ، كما يتناول التاريخ التطوري لبعض ظواهر النمو الإنساني، كالنمو اللغوي والاجتماعي والجسمي، والنفسي ... وغيرها. ويشتمل على عدد من المناهج الفرعية والأساليب المساعدة، كأن يعتمد مثلاً على دراسة الحالة أو الدراسات الميدانية أو التاريخية أو المسوح الاجتماعية.

وهنا نعرض لطريقتين أساسيتين في المنهج الوصفي، هما: الطريقة الطولية *developmental method*، والطريقة المستعرضة *cross sectional method*:

٢-١ الطريقة الطولية

في الطريقة الطولية، يتتبع الباحث النمو النفسي من كافة مظاهره لفرد أو جماعة من الأفراد على طول فترة زمنية معينة. وتقوم هذه الطريقة أكثر ما تقوم على الملاحظة وتستغرق أعواماً طويلة حتى يمكن الحصول على معلومات ذات قيمة، وقد يمتد طول الفترة الزمنية التي يتتبع فيها الباحث نفس الفرد إلى عشر سنوات أو أكثر في غالب الأحيان. إنّ هذه الطريقة ضرورية ومفيدة في الدراسات التي يراد منها توضيح نمط النمو وتأثير البيئة على النمو (همام، ١٩٨٤).

ومن أشهر الدراسات الطولية دراسة "تيرمان" الذي تتبّع النمو العقلي وكذلك التغيرات والتطورات التي تطرأ على ذكاء الطفل عاماً بعد عام، والكشف عن العلاقة بين الموهبة وسمات الشخصية.

أجرى "تيرمان" دراسته على مجموعة من الأطفال الموهوبين (أو العباقرة من حيث مستوى ذكائهم) لمدة تقرب من (٣٠) سنة، متتبعاً فيها نموهم الجسدي والعقلي والاجتماعي، وذلك من مرحلة رياض الأطفال حتى مرحلة الدراسات العليا (زهران، ١٩٨٦، ص ٣٢؛ المليجي، ٢٠٠١، ص ٣٨).

وبيّنت النتائج أن الأطفال الموهوبين يميلون إلى أن يكونوا أكثر طولاً وأكثر وزناً، وأكثر نشاطاً، وأقدر تحصيلاً، وأقل شكوى من الصداع ... وذلك بالقياس للأطفال المتوسطين في الذكاء.

ومن الدراسات الطولية المشهورة كذلك دراسة عالم النفس الأمريكي "جيزل"^١ (١٨٨٠-١٩٦١م)، في العيادة النفسية، فقد تتبّع "جيزل" شهراً بشهر مئة رضيع واستطاع الوصول إلى "مستويات نمو" للسلوك في مختلف الأعمار.

^١ جيزل: له الفضل في تحديد خصائص النمو وأنماطه، ويحذر من عدم التعميم، وضرورة مراعات الفروق الفردية بين الاطفال، لأن كل طفل ينمو طبقاً لنمطه الفريد الخاص به بشكل يختلف عن النمط

مثال ذلك، وجد أنّ عملية إمساك الطفل بقطعة صغيرة من السكر تمر بمراحل تتعاقب لدى معظم الأطفال في نفس السن وبنفس الترتيب، مما يدل على أنّ النشاط الحركي يتطور طبقاً لنموذج واحد مضطرد (المليجي، ٢٠٠١، ص ٣٨؛ علوان، ٢٠٠٣). وكانت نتائج بحوثه مفيدة في ابتكار جداول نمائية أطلق عليها جداول "جيزل النمائية" Gesell development schedules، التي استخدمت مع الأطفال بين عمر أربعة أسابيع وست سنوات من العمر.

٢-٢ الطريقة المستعرضة

في الطريقة المستعرضة، يدرس الباحث مظاهر النمو المختلفة على مجموعة من الأفراد في مرحلة معينة، ويطبق عليهم وسائل للحصول على المعلومات والبيانات الخاصة بمظاهر النمو في هذه المرحلة، بحيث يحصل على الصفات العامة التي تميز النمو في تلك السن، ويوضح كيفية اختلافها عن المراحل العمرية الأخرى. وتعتمد الطريقة المستعرضة على الاختبارات والمقاييس والطرائق الحديثة للقياس النفسي، وأخذ عينات أخرى من الأفراد في سنوات أخرى ويستخدم معها نفس الطريقة.

ويمكن أن يتم هذا في وقت واحد، أي تدرس مظاهر النمو في جماعة ممثلة في سن معينة ولتكن سن السادسة، وجماعة أخرى في سن السابعة وجماعة ثالثة في سن الثامنة ... وهكذا. ولهذا توصف هذه الطريقة بأنها مستعرضة، لأنها تنصب على قطاع مستعرض من النمو.

مثال على ذلك: لو أردنا لدراسة النمو في الذكاء نأخذ مثلاً مجموعة من الأطفال مكونة من عشرين طفلاً في عمر سنة، ونأخذ عشرين طفلاً في عمر

العام. ويعد أول من ابتكر ظروفاً منهجية لدراسة النمو كطريقة التصوير والتسجيل، إذ استغل التصوير الفوتوغرافي والتصوير السينمائي والتسجيل الصوتي وغيرها للتعبير عن نمو الطفل.

سنتين، وهكذا في ثلاث، وأربع سنوات حتى السن المطلوبة، ثم ندرس مستوى نمو الذكاء، في كل مجموعة ومعدل الانجاز عندهم، وعندئذ إذا ظهر اختلاف وكان له دلالة إحصائية، فإنه يعود إلى اختلاف في العمر والنضج.

مثال آخر: إذا أردنا دراسة نمو عظم اليد فإننا نختار مجموعات من الأفراد تتألف كل منها من عشرة أطفال في أعمار مختلفة هي: سنتان، وأربع، وست، وثمان، وعشر، واثنتا عشرة سنة، ثم نأخذ متوسطات أطوال العظام ومهاراتها في الأداء، وبعد ذلك نقارن بين تلك المتوسطات.

لقد بدأت الطريقة المستعرضة سنة (١٨٥٩م)، من خلال بحث نشره العالم الألماني "كوسمول" عن الأطفال حديثي الولادة، وكذلك من خلال دراسة قام بها "جيزل" سنة (١٩١٩م)، حول معرفة خواص الطفل النفسية خلال السنوات الخمس الأولى من حياته.

ومن الذين استخدموا هذه الطريقة -أيضاً- العالم السويسري "جان بياجه" Jean Piaget (١٨٩٦-١٩٨٠م)، الذي درس نمو اللغة عند الأطفال في الأعمار الزمنية المختلفة، وأيضاً استخدمها في دراسته لبعض الصفات العقلية للأعمار الزمنية المتعاقبة (مثل نمو المفهوم العددي والمفهوم المكاني عند الأطفال).

وواقع الأمر أن الطريقة الطولية والطريقة المستعرضة طريقتان متكاملتان يفضل أن يُستعان بهما في دراسة الموضوع الواحد (زهران، ١٩٨٦، ص ٣٢). ويمكننا توضيح الفرق بين الطريقتين من خلال الجدول الآتي:

الفرق بين الطريقة الطولية والمستعرضة

١- الفرق من حيث المزايا

الطريقة الطولية	الطريقة المستعرضة
<ul style="list-style-type: none"> - تتميز بدقة المعلومات. - تهتم بالفروق داخل المجموعة العمرية نفسها عبر الزمن، وتحسب هذه الفروق على أنها حقيقية. 	<ul style="list-style-type: none"> - يمكن أن يقوم بها باحث واحد. - توفر الكثير من الوقت، الجهد، - تعد طريقة اقتصادية (توفر الكثير من المال). - تعطي نتائج سريعة.

٢- الفرق من حيث العيوب

الطريقة الطولية	الطريقة المستعرضة
<ul style="list-style-type: none"> - تستغرق وقتاً طويلاً وجهداً كبيراً. - تعد طريقة غير اقتصادية. - يتم فيها فقدان بعض الحالات (بسبب السفر، أو المرض، أو الموت، أو عدم الرغبة في المتابعة...). 	<ul style="list-style-type: none"> - تعطي تمثيلاً تقريبياً لعمليات النمو. - لا تراعي الفروق الفردية داخل كل مجموعة عمرية. - لا تهتم بالتغيرات الاجتماعية والثقافية مع التقدم في العمر.

٣- المنهج الإكلينيكي

علم النفس الإكلينيكي clinical psychology، هو فرع من فروع علم النفس التطبيقي، يختص بالمعرفة والممارسة النفسية المستخدمة في مساعدة الفرد الذي يعاني من اضطراب ما في الشخصية يبدو في سلوكه وتفكيره، حتى ينجح في تحقيق توافق أفضل واكتساب قدرة أعلى في التعبير عن ذاته. إنه يشمل التدريب والممارسة الفعلية في التشخيص والعلاج، ويهدف إلى ازدياد المعرفة النفسية.

يستخدم المنهج الإكلينيكي clinical method، في دراسة وتشخيص السلوك الفردي، وخصوصاً عندما يبدو النمو وقد انحرف عن الخط الطبيعي كما حدده علماء النمو النفسي.

ولقد أوحى بهذا المنهج ما أفصحت عنه كشوف "فرويد" التحليلية من أهمية خبرات الطفولة في خلق مشكلات سلوكية قد تعطل عملية النمو الطبيعي في السلوك الإنساني.

وغالباً ما تُستعمل هذه الطريقة بصورة فردية، إلا أنه يمكن الحصول على حقائق عديدة تصلح لاستنباط قواعد عامة لتطور السلوك وديناميات هذا التطور. ولقد استعملت هذه الطريقة من قبل العديد من العلماء مثل "ويتمر" Witmer و"كلاين" Cline (اسماعيل، ١٩٩٥، ص ٤٩؛ المليجي، ٢٠٠١).

وقد بدأ المنهج الإكلينيكي - في الأصل - كمنهج علاجي يهدف إلى الوقوف على العوامل أو القوى التي تقف وراء السلوك غير السوي فقط، ووضع خطة وعلاج لهذا الانحراف. ولكن يُستخدم هذا المنهج الآن في دراسة الحالات السوية بهدف زيادة الفهم لديناميات السلوك والعوامل والقوى المؤثرة فيه، ولمعرفة كيف ينمو ويتطور. ومن أكثر الأساليب العيادية الشائعة في المنهج الإكلينيكي هي دراسة الحالة case study، والمقابلة interview:

٣-١ دراسة الحالة

تُعدّ دراسة الحالة ذات قيمة للمُختص النفسي الإكلينيكي، والطبيب النفسي، وخبراء التوجيه والإرشاد النفسي ... وغيرهم. ولقد أكدّ الباحثون أنّه لا يمكن فهم سلوك الفرد فهماً كاملاً دون المعرفة التامة بالتاريخ الماضي للفرد. وتتضمن هذه المعرفة معلومات عن الأسرة، والمكانة الاجتماعية والاقتصادية، والتعليم، والحالة الجسمية، والمزاجية للفرد.

ويمكن لدراسة الحالة أن تشمل الفحص المتعمّق والمفصل لحالة فردية أو لأسرة واحدة أو أيّ وحدة اجتماعية أخرى كالمجتمع أو الثقافة. ويقوم الباحث بجمع كل أنواع البيانات (النفسية، والفيزيولوجية، والبيئية، والسيرة الذاتية) عن الحالة المدروسة. فمثلاً، عند دراسة حالة شخص مدمن على المخدرات، يقوم الباحث بالإطلاع على كل جوانب أنشطته وصفاته وتفاصيل حياته وتاريخه، وإلقاء الضوء على تجاربه وخلفيته الثقافية والبيئية، من أجل تكوين فكرة واضحة وكافية عن أفكاره الشخصية ودوافعه.

ويُطلق على دراسة الحالة مصطلح الملاحظة الإكلينيكية clinical observation، وذلك عندما تتم في المستشفيات أو مؤسسات الصحة النفسية أو الطبية (دويدار، ١٩٩٩؛ قنديلجي، ١٩٩٩؛ أبو النيل، ١٩٨٥).

ويستخدم الباحث، في دراسة الحالة، كافة أساليب جمع المادة العلمية، كالملاحظة المتعمّقة^١، والمقاييس والاختبارات، والأدوات الإسقاطية، والمقابلة، والوثائق والسجلات المكتوبة ... وغيرها. كما يستقصي الباحث تاريخ حياة الفرد، ويقف على الظروف التي أحاطت بتعلمه والخبرات السابقة التي مرّ بها، بل وعليه

^١ الملاحظة المتعمّقة: إذ يحتاج الباحث إلى تواجده وبقاءه مع الحالة المعنية بالبحث، لأوقات كافية، وبحسب ما تقتضيه ظروف البحث، ومن ثم تسجيل ملاحظاته بشكل منظم (قنديلجي، ١٩٩٩، ص١١٥).

أن يعرف شيئاً عن التاريخ العائلي للحالة موضوع الدراسة، ونوعية الأمراض التي أصيب بها في طفولته أو التي أصيب بها والديه وأقربائه ... (كفاي، ١٩٩٧، ص٦٩). وقد استخدم عالم النفس الألماني "هيرمان إينغهاوس" Hermann Ebbinghaus (١٨٥٠-١٩٠٩م)، هذا الأسلوب بنجاح في دراساته المختلفة عن الذاكرة والحفظ والنسيان، كما استخدمه "بياجه" لملاحظة الاستدلال (الاستنتاج)، وحلّ المشكلات لدى الأطفال خلال مرحلة الطفولة.

مزايا وعيوب دراسة الحالة

مزايا دراسة الحالة: يمكن تحديد مزايا وفوائد دراسة الحالة بالنقاط الآتية:

١. تقدم دراسة شاملة ومتعمقة للحالة المطلوب دراستها.

٢. تساعد الفرد موضوع الدراسة على فهم نفسه وقدراته وإمكاناته.

٣. تنفيذ في عملية التنبؤ، لأنهما تشمل جوانب النمو المختلفة.

٤. تيسر فهماً شاملاً وتاماً لحالة الفرد موضوع الدراسة.

عيوب دراسة الحالة: هناك بعض الانتقادات في هذه الطريقة، نوجزها بالآتي:

١. إنّ الحالة التي يتم اختيارها كعينة للدراسة لا تمثل المجتمع كلّه أو الحالات الأخرى بكاملها، وعل هذا الأساس فقد لاتكون التعميمات لتلك العينة والحالة صحيحة أو صادقة.

٢. قد لا تعدّ هذه الطريقة عملية بشكل كامل، إذا ما أدخلنا عنصر الذاتية والحكم الشخصي فيها، أو كان بالأساس موجوداً في اختيار الحالة، أو في تجميع البيانات اللازمة لهذه الدراسة وتحليلها وتفسيرها.

٣. تقوم هذه الطريقة على دراسة حالة مفردة أو حالات قليلة، وعليه فإنّ ذلك قد يكلف وقتاً وجهداً.

٤. تدخل عامل النسيان لأحداث الماضي، وبالتالي يؤثر في صدق الحالة. فمهما تكن قوة الذاكرة لدى الفرد الذي تتم دراسته، فإنّ تذكره لما مر به من خبرات

سوف يتسم بالنقص، وستوجد فجوات فيما يعرفه عن ماضيه. ولهذا سيلجأ الفرد إلى ملء هذه الفجوات من خياله الخاص.

فمثلاً، قد يذكر أحدهم إنّه كان يعاقب بشدة عندما كان طفلاً، ولكن الملاحظين يؤكدون أنّه لم يكن يعاقب بهذه الصورة في الماضي. أي إنّ الفرد لم يكن صادقاً وموضوعياً، لكنّه كان يعكس اتجاهات الطفل نحو المعاملة التي كانت توجه له (أبو النيل، ١٩٨٥، ص ١٩٤؛ قنديلجي، ١٩٩٩، ص ١١٣).

٢-٣ المقابلة

تعدّ المقابلة أحد الأساليب الأخرى المستخدمة في دراسة السلوك. وهي موقفٌ يحصل فيه تفاعل بين فردين، هما الطبيب النفسي والمريض في حالة المقابلات التشخيصية *diagnostic interview*، وفيها يتم تبادل المعلومات والآراء، وتستهدف تحفيز المريض على الحديث بصورة تلقائية صريحة وصادقة.

ويعرفها "إنجلش" *English*، بأنّها "محادثة موجهة يقوم بها فرد مع فرد آخر أو أفراد آخرين، بهدف استثارة أنواع معينة من المعلومات، والاستعانة بها على التوجيه والتشخيص والعلاج" (سعد عمر، ٢٠٠٩، ص ٩٣).

وتبرز أهمية المقابلة، كونها تتيح الفرصة للباحث للتعرف إلى جوانب لا يمكن للاختبارات أن تصل إليها أو تغطيها (كطريقة الفرد في الحديث، ومدى لباقتة، والمظهر العام، وعيوب النطق والكلام لديه، والعيوب الجسمية ... وغيرها). كما تتيح الفرصة للمفحوص للتعبير بشكل حرّ عن شعوره أو عواطفه وانفعالاته وآرائه وأفكاره ودوافع سلوكه، وهذا مالا يستطيع الباحث الوصول إليه إلاّ من خلال المقابلة. إذاً، فإنّ المقابلة تمدّ الباحث بالكثير من المعلومات القيمة في تفسير النمو، ونقيد في إظهار الفروق الفردية، فضلاً عن كونها أداةً للتعبير، والتوعية، والتفاعل الديناميكي (حسن، د.ت، ص ٢١؛ العيسوس، د.ت، ص ١٧٢).

أنواع المقابلة

يمكن تصنيف المقابلة وفق أسس ومعايير مختلفة منها:

أولاً- المقابلة من حيث وظيفتها

أ. المقابلة التوجيهية أو الإرشادية: وتهدف إلى الحصول على معلومات عن المفحوص تمهيداً لتقديم النصح، أو مساعدته على اكتشاف قدراته، واتخاذ القرار المناسب فيما يتعلق بدراسته المستقبلية أو اختيار مهنة مناسبة، أو إيجاد الحلول للمشكلات التي تعترضه.

ب. المقابلة العلاجية: وتهدف إلى مساعدة المفحوص على فهم نفسه بشكل أفضل، والبدء في تنفيذ العلاج وفق خطة موضوعية. وتهدف إلى تحسين الحالة الانفعالية للمفحوص.

ثانياً- المقابلة من حيث طبيعة الأسئلة

أ. المقابلة المقننة: وتحتوي على أسئلة موضوعية سلفاً وبشكل دقيق ومحددة الإجابة، ويطلب من المفحوص أن يختار واحداً من الإجابات المحددة. ويشبه هذا النوع من المقابلة الاستبيان المقيد من حيث طبيعة الإجابة المحددة وسهولة التحليل الإحصائي للبيانات التي يتم الحصول عليها.

ب. المقابلة غير المقننة (الحرّة): وهي المقابلة التي تُطرح فيها أسئلة غير محددة الإجابة، وتتصف بالمرونة والحرية لأنها تتيح للمفحوص التعبير عن نفسه بصورة تلقائية، وهي أشبه بالاستبيان المفتوح.

ومن الصعوبات التي تنتج عن هذا النوع من المقابلة كثرة البيانات والمعلومات التي يكون التحليل الإحصائي لها من الأمور العسيرة. ويكثر استخدام هذا النوع من المقابلات في المجالات النفسية ولا سيّما المواقف السريرية، إذ تتيح للباحث الحصول على معلومات عميقة عن الاتجاهات والدوافع والميول.

ج. المقابلة الموجهة: وهي تدور حول خبرة معينة أو موقف معين يفترض الباحث أن المفحوص قد تعرض له. وفيها يعبر المفحوص عن إحساسه ودوافع سلوكه من خلال توجيه معين من الباحث (سعد عمر، ٢٠٠٩، ص ٩٥).

وتكاد تكون المقابلة، الأداة الأولى في دراسة الحالة، إذ يمكن أن يستخدم الباحث أية أداة أو لا يستخدمها، وذلك تبعاً لطبيعة المشكلات التي يدرسها عند الحالة، لكن لا يمكن أن يستغني عن "المقابلة"، لأن دراسة الحالة عادة لا تتم بدون المقابلة. والمقابلة تكون دائماً موجهة نحو أغراض معينة (محددة بأهداف واضحة)، ولا تترك للمصادفة العشوائية توجيه الحديث فيها.

عيوب المقابلة: ومع كل المزايا التي تتحقق باستخدام المقابلة، فإنّ لهذه الطريقة عيوب، نذكر منها:

- يعتمد نجاح المقابلة إلى حد كبير على رغبة المفحوص في التعاون وإعطاء، معلومات موثوقة ودقيقة عنه.
- يصعب مقابلة عدد كبير نسبياً من الأفراد لأن مقابلة الفرد الواحد تستغرق وقتاً طويلاً من الباحث.
- تتأثر بحرص المفحوص على نفسه، وبرغبته بأن يظهر بمظهر إيجابي، يرضي الفرد الذي يجري المقابلة معه.
- يصعب تقدير الاستجابات وإخضاعها إلى تحليلات كمية.
- إنها طويلة وتحتاج إلى أفراد متدربين وجيدين في المران، ويكونون على وعي تام بحقائق السلوك الإنساني (اسماعيل، ١٩٩٥، ص ٥٠).

مثال عن مقابلة أجراها بياجه على الأطفال

وفيما يلي مثال لمقابلة أجراها "بياجه" ضمن المنهج الإكلينيكي الذي كان يتبعه في دراسة نمو الحكم الخلفي عند الأطفال. وهذا الجزء المقتبس نموذج من مقابلة أجراها عام (١٩٤٨م)، على أطفال تتراوح أعمارهم بين (٥-٧) سنوات:

الفاحص: هل تعرف ما هو الكذب؟

الطفل: نعم، هو أن تقول شيء غير الحقيقة.

الفاحص: هل $٥=٢+٢$ تعدّ كذباً؟

الطفل: نعم إنها كذب.

الفاحص: لماذا؟

الطفل: لأنها ليست صحيحة.

الفاحص: هل الطفل الذي قال $٥=٢+٢$ يعرف إنها ليست صحيحة؟ أم أنه

ارتكب خطأ؟

الطفل: لقد ارتكب خطأ.

الفاحص: إذا كان قد ارتكب خطأ فهل قال كذباً أم لا؟

الطفل: لقد قال كذباً.

الفاحص: هل هو ولد شقي أم لا؟

الطفل: ليس جداً.

الفاحص: هل رأيت هذا السيد (يشير الفاحص إلى أحد الطلبة الدارسين)؟

الطفل: نعم.

الفاحص: كم تظنه يبلغ من العمر؟

الطفل: ثلاثون عاماً.

الفاحص: أظنه ثمانية وعشرون فقط (قال الطالب أن عمره ستة وثلاثون

عاماً). هل تظن أننا كذبنا نحن الإثنين؟

الطفل: نعم لقد كذبنا نحن الإثنين.

الفاحص: نحن أشقياء إذاً.

الطفل: ليس أشقياء جداً.

الفاحص: من هو الشقي؟ أنا أم أنت؟ أم أننا متساوون تماماً؟

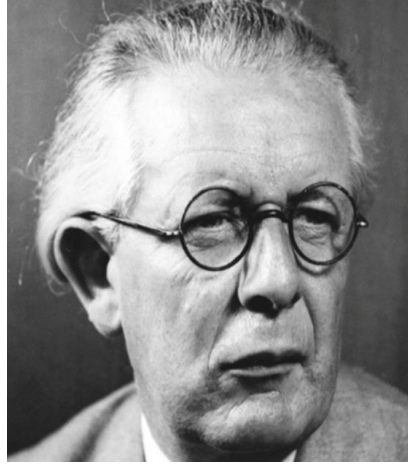
الطفل: بل أنت الأشقى لأن الفرق عندك أكبر.

الفاحص: هل هي كذبة؟ أم أننا فقط ارتكبنا خطأ؟

الطفل: لقد ارتكبنا خطأ.

الفاحص: هل هي كذب أيضاً أم لا؟

الطفل: إنها كذب أيضاً (كفاي، ١٩٩٧، ص ٦٩).



"جان بياجه"

(1896-1980م) Jean Piaget

(طوّر نظرية النمو المعرفي عند الأطفال)

٤ - الملاحظة

"الملاحظة" observation، هي عملية المشاهدة أو مراقبة السلوك، يقوم بها الباحث العلمي معتمداً على إدراكاته وحواسه في جمع المعطيات والمعلومات أو البيانات عن ظاهرة معينة ينوي دراستها عند الفرد.

وتتمثل أهمية الملاحظة في العلم في أنها تنتج أهم عناصره وهي مادته الخام؛ أي المعطيات، ولا بد لهذه المعطيات التي يجمعها الباحث بالملاحظة أن تتسم بالموضوعية، والموضوعية في جوهرها هي اتفاق الملاحظين في تسجيلاتهم لبياناتهم وتقديراتهم وأحكامهم اتفاقاً مستقلاً (غباري ؛ أبو شعيرة، ٢٠١٥، ص ٣٤). يعرف "سترانغ" و"موريس" الملاحظة العلمية على أنها: "وسيلة أساسية وضرورية ومصدر للحصول على معلومات عن الفرد موضع الدراسة".

وتستخدم طريقة الملاحظة عادة لتلك المظاهر من السلوك التي لا تسهل دراستها بالوسائل الأخرى، وهي تؤدي دوراً أساسياً في الحصول على معلومات عن السلوك الاجتماعي في المواقف الطبيعية ومواقف الحياة اليومية كالنقل الاجتماعي في لعب الأطفال، أو سلوك المرضى، والطلبة في أثناء قيامهم بنشاط يتطلب قياسه، أو ملاحظة ردود فعل الأفراد في أثناء مشاهدتهم لمسرحية أو عرض تلفازي أو معرض فني، إضافةً إلى ملاحظة وقياس الكثير من النشاط الإنساني والاجتماعي وبحسب مطلب الدراسة.

وتعتمد طريقة الملاحظة على قابلية الباحث وقدرته على البحث والانتظار فترات مناسبة وتسجيل المعلومات بشكل منتظم ومقنن والافادة منها. وهي توصف، بأنها أفضل وسائل جمع المعلومات عن السلوك؛ لأنها لا تتطلب وسيطاً كالاختبارات والمقاييس.

وهناك عدة وسائل يمكن أن تُستخدم في الملاحظة، ويمكن للباحث أن يستخدم أكثر من أداة لجمع المعلومات، ومن أهم هذه الوسائل: سلاّم أو مقاييس التقدير،

والسجلات القصصية، ومقاييس العلاقات الاجتماعية (السوسيو مترية)، وبطاقات الملاحظة واستمارات البحث. ويتوقف نجاح الملاحظة على عدة شروط، لعل من أهمها نذكر:

- الانتباه: أي التهيؤ الذهني الذي يقوم به الفرد لكي يشعر بالمشاعر المحيطة.
- الشعور بالمشاعر: ويكون إما على هيئة أشكال أو أصوات أو صور أو غير ذلك، أو باستخدام بعض الأدوات المبتكرة (مكبرات الصوت مثلاً).
- الإدراك: أي تفسير الشعور في ضوء الخبرة السابقة، والعمليات الفكرية (سعد عمر، ٢٠٠٩، ص ١٠١).

أنواع الملاحظة

يرى الباحثون أنّ هناك نوعين للملاحظة، هما:

أولاً- الملاحظة المنظمة (المقصودة)

وهي "الملاحظة العلمية المضبوطة التي تهدف إلى تحقيق هدف محدد، وتجرى وفق خطة مسبقة".

ولتسهيل عملية الملاحظة، يستخدم الباحث وسائل معينة كآلات التصوير الفوتوغرافي، ومسجلات الصوت، والغرف الزجاجية التي تكون مصممة بحيث تسمح للملاحظين رؤية الأفراد وملاحظتهم دون أن ينتبه أحد منهم إلى ذلك. وقد استخدم "بياجه" هذه الطريقة، كما أن "جيزل" استعان بالتصوير لرصد حركات الأطفال في حياتهم الطبيعية. وعلى الرغم من أهمية الملاحظة المنظمة، ودقة العمل بموجبها، إلا أنّها لا تخلو من بعض المآخذ، لعلّ أهمّها:

١. قد تقوت على الملاحظ فرصة تسجيل بعض المواقف والتصرفات نتيجة انشغاله بالملاحظة والمتابعة.
٢. قد يسقط الراشدون اتجاهاتهم وانفعالاتهم على المفحوص.
٣. قد ينسى الملاحظ الذي يسجل ملاحظاته بعض الأمور.

٤. انخفاض درجة الدقة نظراً لأنّ الملاحظ يقوم بتسجيل ظواهر تحدث في الواقع المعيش ويصعب إخضاعها للتجربة والاختبار.

٥. لا يمكن استخدام أدوات مقننة على درجة عالية من الدقة والثبات.

ومن أجل تحسين الملاحظة يشترط أن تتوفر في الباحث الذي يقوم بالملاحظة الكفاية والخبرة في العمل، وأن يتسم بالموضوعية والدقة، ويفضل أن يقوم بالملاحظة أكثر من شخص، حتى إذا غفل أحد عن أمر، لا يغفله الآخر، ويكتفى - في حالة تعداد الملاحظين - بالمعلومات التي تكون موضع اتفاق بينهم (قطامي وبرهوم، ١٩٨٩ ؛ زيتون، ٢٠٠٤، ص ٩٠).

ثانياً- الملاحظة البسيطة (العابرة)

وهي "صورة مبسطة من المشاهدة التي يقوم الباحث فيها بملاحظة الأحداث كما تحدث تلقائياً وفي ظروفها الطبيعية دون إخضاعها للضبط العلمي، أي دون قصد أو تخطيط مسبق لها، أو استخدام أدوات للتسجيل أو التصوير". ويفيد هذا النوع من الملاحظة في الدراسات الاستطلاعية التي تهدف إلى جمع البيانات الأولية عن الأحداث تمهيداً لدراستها (مستقبلاً) دراسة معمقة ومضبوطة.

ولا شك أننا نقوم جميعاً بمثل هذه الملاحظة في البيت وفي المدرسة وفي الشارع ... الخ. وعلى الرغم من عدم دقة هذا النوع من الملاحظة، إلا أنها قد تكون نقطة انطلاق لبحوث وتجارب دقيقة ومتكاملة. ومن سلبيات هذه الملاحظة:

١. عدم توفر الدقة في المعلومات، وذلك لعدم التخطيط المسبق لها، وعدم استعداد من يقوم بها للتسجيل، مما يعرض كثيراً من المعلومات للنسيان.

٢. تحيز الباحث، وخصوصاً إذا كان الفرد الذي تتم ملاحظته من أقاربه أو أبنائه.

٣. تقننر إلى الثبات، لأنها تعتمد على حواس الباحث التي تختلف من فرد لآخر

(سمارة وآخرون، د.ت، ص ٢٣ ؛ قطامي وبرهوم، ١٩٨٩، ص ٢٨).

الفصل الثالث

قوانين النمو الإنساني والعوامل المؤثرة فيه

١ - قوانين ومبادئ النمو الإنساني

إنّ عملية النمو الإنساني ليست عملية عشوائية، بل هي عملية تحكمها قوانين ومبادئ أساسية، تساعد الباحثين في فهمها وتحديد العوامل المؤثرة فيها. ولعلنا هنا نعرض أهم هذه القوانين والمبادئ على النحو الآتي:

(١) النمو عملية كمية وكمية

النمو عملية كميّة، تعني الزيادة في الطول والوزن والحجم (مثال: إنّ الزيادة في طول القامة التي يصطحبها زيادة في حجم القلب والرئتين هي تغير كمي). والنمو عملية كميّة، وتعني التطور (مثال: إنّ قدرة الطفل على السيطرة وتحريك يده والإمساك بالأشياء هو تغير كمي).

والنمو الكمي والكيفي متلازمان، يصعب الفصل بينهما، ومن الأمثلة على ذلك عندما نقول: إنّ الدماغ قد نما، فإننا نعني أنّ حجمه زاد عما كان عليه في السابق، ولكن عندما نقول بأنّ الدماغ قد تطورّ، فإننا نقصد بذلك النضج، وما يحدث للدماغ من تفاعل وعمليات معقدة.

(٢) النمو عملية مترابطة ومتكاملة

أي ترتبط جميع مظاهر النمو بعضها ببعض ارتباطاً وثيقاً، ولا يمكن عزل أي مظهر عن المظاهر الأخرى، فالنمو الجسمي مثلاً يرتبط بالنمو العقلي والانفعالي والاجتماعي، والنمو اللغوي يرتبط بالنمو الجسمي والانفعالي والاجتماعي... وهكذا، وهنا تتأكد النظرة إلى الإنسان على أنّه يشكل كلاً واحداً لا يتجزأ.

(٣) النمو عملية مستمرة ومتدرجة

النمو عملية مستمرة منذ لحظة التكوين حتى نهاية الحياة. وما حدث للفرد من تغيرات في جوانبه العضوية والعقلية المختلفة لا تتوقف طوال حياته، وله تأثير واضح في نموه وتطوره اللاحق. إذ يغلب على هذه التغيرات طابع البناء في المراحل الأولى من العمر، وطابع الهدم في المراحل الأخيرة منه.

والنمو بهذا المعنى سلسلة من الحلقات يؤدي اكتساب حلقة منها إلى ظهور الحلقة التالية. فإذا أخذنا النمو الحركي مثلاً فإننا نجد أنّ الطفل يمر بالتطورات الآتية: القدرة على رفع الرأس ثم الجلوس فالحبو فالوقوف فالمشي والقفز والتسلق، ولا بد أن تتم هذه العمليات بنفس الترتيب، فلا يمكن أن يمشي الطفل قبل أن يقف، ولا يمكن أن يجري ويقفز قبل أن يتعلم المشي. وهنا يمكننا التمييز بين نوعين من النمو: نمو الطفل، ونمو الراشد: إذ إنّ نمو الطفل يتميز بزيادة الطول والوزن والحجم، في حين يشمل نمو الراشد زيادة في الوزن والحجم دون الطول.

ولهذا فإنه من النادر أن يزيد حجم الطفل بصورة كبيرة، بينما الراشد يزيد حجمه بصورة كبيرة وخصوصاً حجم البطن. وهذا يشير إلى كثرة عمليات البناء لدى الطفل، وكثرة عمليات الهدم لدى الراشد (سمارة وآخرون، د.ت، ص ٣٥؛ غباري؛ أبو شعيرة، ٢٠١٥، ص ٢٠).

(٤) سرعة النمو ليست ثابتة

إنّ سرعة النمو ليست ثابتة خلال المراحل العمرية المتتالية وإنما تختلف من مرحلة إلى أخرى، وإنّ أسرع مراحل النمو هي مرحلة الحمل إذ ينمو الجنين خلال تسعة أشهر حوالى (٥٠ سم) في الطول، وحوالى ثلاثة كيلو غرامات في الوزن. ثم يليها مرحلة المهد، وتتبعها مرحلة الطفولة ثم مرحلة المراهقة. ويثبت النمو خلال مرحلة الرشد والشباب، بينما تتناقص القدرات خلال مرحلة الشيخوخة والهرم.

٢- العوامل المؤثرة في النمو الإنساني

يتأثر النمو الإنساني بعدة عوامل تسهم - إلى حد كبير - في إبراز سماته الشخصية. ويقسم العلماء العوامل المؤثرة في النمو الإنساني إلى قسمين رئيسيين، هما: العوامل الأساسية، والعوامل الثانوية.

٢-١ العوامل الأساسية

أ- الوراثة: يقصد بالوراثة heredity، "كل ما ينتقل إلى الفرد من والديه وأجداده وسلالته بيولوجياً وبواسطة المورثات (كالسمات العقلية والبدنية)". فالعوامل الوراثية، تتمثل كُلاً العوامل الداخلية التي كانت موجودة عند بدء الحياة أو عند الإخصاب. وتعدّ عاملاً مهماً يؤثر في النمو من حيث، مظهره، وزيادته أو نقصانه، ونضجه أو قصوره. وتوضح دراسات الوراثة أن الإمكانيات الكامنة- وليس السمات أو الخصائص- هي التي تورث.

وهكذا، يتوقف معدل النمو على وراثة خصائص النوع، وتنتقل العوامل الوراثية إلى الفرد من والديه وأجداده وسلالته التي ينحدر منها.

وهناك أيضاً ما يسمى بـ (الوراثة الاجتماعية) social heredity، وهي غير بيولوجية، ويقصد بها: "انتقال العادات والأفكار عن طريق الاحتكاك الحضاري".

ب- البيئة: تتعدد وتتوحد البيئات التي يتم النمو فيها: أولى هذه البيئات البيئة الرحمية، ثم تليها البيئة الأسرية، والبيئة الاجتماعية بخصائصها الثقافية والحضارية والاقتصادية، وأخيراً البيئة الطبيعية والجغرافية (سليم، ٢٠٠٢، ص ١٩؛ القصاص، د.ت، ص ١٨-٢٠).

إنّ البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد تشكل اجتماعياً، وتحوله إلى شخصية اجتماعية متميزة. كذلك فإن الطبقة الاجتماعية والخلفية الاجتماعية والاقتصادية والتربوية للفرد، وتوجيهه النفسي والفرص المتاحة أمامه، تؤثر في

عملية النمو. ومن أكثر العوامل المؤثرة هنا التعليم والوسط الثقافي والأخلاقي، والدين ومستوى الذكاء، وسن الزواج واستقراره وعدد الأطفال ... الخ.

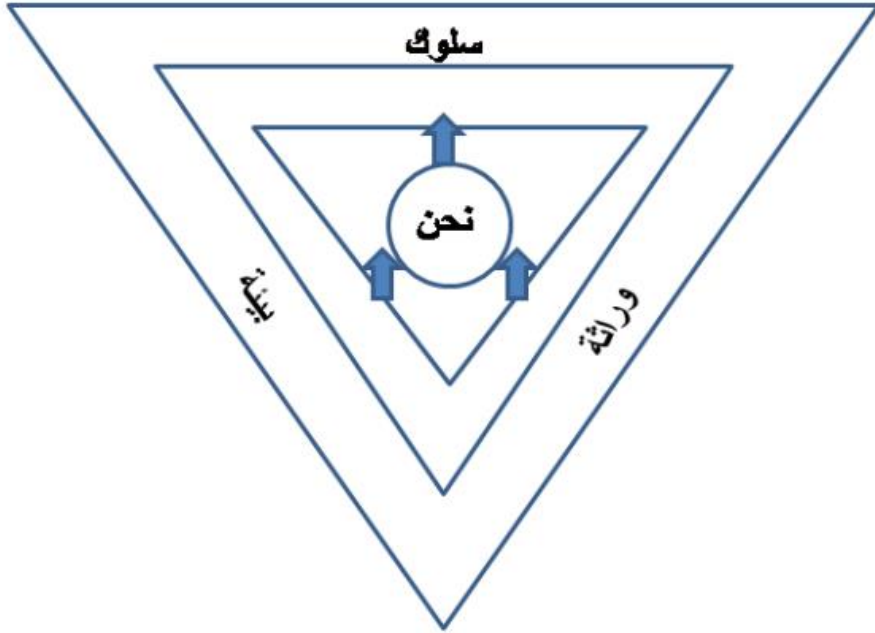
كما أنّ هناك تداخلاً في نمط الحياة في الأسر التي تقع في النطاق الحدي بين طبقة اجتماعية وأخرى. إلا أنّ الفروق تتضح كلما تدرجنا صعوداً وهبوطاً على سلم الطبقات الاجتماعية.

ويكتسب الفرد أنماطاً ونماذج سلوكه، وسمات شخصيته نتيجة للتفاعل الاجتماعي مع غيره من الناس، ومن خلال عملية التنشئة والتطبيع الاجتماعي. وخلال سنوات حياته الأولى تكون الأسرة هي أبرز عوامل التأثير الاجتماعي. وبعد ذلك يأتي دور الصحبة والرفاق في المدرسة والمجتمع الكبير. وكذلك تؤثر وسائل الإعلام ودور العبادة والنمط الثقافي الذي ينمو الفرد في إطاره.

وكذلك فإن البيئة الحضارية تسهم في عملية النمو الاجتماعي للفرد، والدليل على ذلك اختلاف الأدوار الاجتماعية لكل من الجنسين في البيئات والثقافات المختلفة. أمّا البيئة الجغرافية، فهي تؤثر بما تفرضه من ظروف طبيعية واقتصادية وبشرية في النمو. فإذا ما نظرنا إلى السلالات والأجناس البشرية المختلفة، فإننا نجد فروقاً تعود - إلى حد كبير - إلى الاختلافات في البيئة الجغرافية.

ج- الوراثة والبيئة: وهذا يعني أنّ كلاً من العوامل الوراثية والبيئية تؤثر في ظاهرة النمو وفي سلوك الإنسان وشخصيته عامة. ولكن هذه العوامل وراثية كانت أم بيئية، تعمل معاً، وتتفاعل، وتتعاون في تحديد صفات الفرد وفي تباين نموه ومستوى نضجه وأنماط سلوكه، ومدى توافقه أو شذوذه. انظر الشكل (٣).

حتى ليصعب في بعض الحالات أن نحدد تأثير كل منها ونميزه عن تأثير الآخر، لأنه إذا كانت للوراثة تغيرات كيميائية حيوية فإنها تحدث في وسط معين، وهذا الوسط محسوب من عوامل البيئة، أي إنّ البيئة يمكن أن تؤثر في العملية الوراثية ذاتها (كفافي، ١٩٩٧، ص ٤٢؛ زهران، ١٩٨٦، ص ٢٨-٢٩).



الشكل (٣): الوراثة والبيئة والسلوك

د- التكوين العضوي (الغدي): وهو الشكل الذي تتخذه وظائف بعض الأعضاء الداخلية وخصوصاً "الغدد الصماء" (endocrine gland) (الغدة النخامية، والغدة الدرقية، والغدة الصنوبرية، والغدة الكظرية... وغيرها) التي تفرز الهرمونات (مثل هرمون النمو^٢)، وتلعب الغدد وإفرازاتها (الهرمونات) دوراً كبيراً في تنظيم نمو الفرد ووظائف جسمه، وتؤثر في مظاهر حياته المختلفة، والغدد نوعان:

^١ الغدد الصماء Endocrine Gland: وتعرف بأنها "التركيب الذي لا يصب إفرازه عبر قنوات، بل يفرزه مباشرة في تيار الدم ليمارس تأثيراً تنظيمياً على تركيب آخر في موقع آخر من الجسم"

^٢ هرمون النمو Growth Hormone: يتكون هذا الهرمون في النصف الأمامي من الغدة النخامية. ويتأثر النمو بأي نقص أو زيادة تصيب هذا الهرمون في الدم. فإن حدث هذا النقص قبل البلوغ فإنه يسبب وقف نمو العظام لدى الطفل، ويصبح بذلك قزماً ويؤدي إلى السمنة المفترقة. أما إذا حدثت زيادة

- غدد قنوية: وهي التي تطلق إفرازاتها في قنوات في المواضع التي تستعمل فيها، مثل: الغدد اللعابية والغدد الدهنية، والغدد الدرقية ... الخ.

- غدد صماء: وقد سميت (بالغدد الصماء أو الغدد عديمة القنوات)، لعدم وجود قنوات بها، وهذه الغدد لا تصب إفرازاتها عبر قنوات، بل تفرزها مباشرة في الدم، لتحكم وظائف الجسم، وهي في عملها تؤثر إحداها في الأخرى.

ويتألف جهاز الغدد الصماء من مجموعة من الغدد هي: "الغدة الدرقية thyroid gland، والغدة نظير الدرقية (جارات الدرقية) parathyroid gland، والغدة النخامية pituitary gland، والغدة الكظرية adrenal gland، والغدة الليمفاوية thymus gland (سليم، ٢٠٠٢، ص ٢٠؛ السيد، ٢٠٠١، ص ١٧). وأهمّ الوظائف التي تقوم بها هذه الغدد هي؛ تحديد شكل الجسم وأبعاده، تنظيم عملية التغذية، وتنظيم النشاط العقلي، وتحديد السلوك الاجتماعي، وتحديد الاتزان الانفعالي).

هـ- التغذية: وهي من العوامل الأساسية لنمو الإنسان ومن أشدها تأثيراً في صحته الجسمية والعقلية. إذ يعدّ الغذاء من المصادر الأساسية للطاقة ويعمل على توليد الطاقة الضرورية للجسم وبناء أنسجته وتزويده بما يحتاج من عناصر أساسية تساعد على نموه بصورة متزنة.

ومما يؤكّد أهميته في النمو هو أنّ عدم توافر مكوناته الرئيسية يّضعف من إمكانيات النمو، ويقلّل من مقاومة الأمراض. نظراً لما للتغذية الجيدة من أهمية فإنه ينبغي أن تنال الاهتمام اللازم من قبل أفراد الأسرة وذلك بمعرفة المواد التي يجب أن تحتوي عليها الوجبات الغذائية (عوض، ١٩٩٩، ص ٢١؛ الزيد، ١٩٩٦).

في نسبة هذا الهرمون في الدم قبل البلوغ فإنها تؤدي إلى استمرار النمو حتى يصبح الطفل عملاقاً، ولهذا يسمى المرض بالسلم "مرض العملاقة" (عوض، ١٩٩٩، ص ٣٨).

٢-٢ العوامل الثانوية

أ- أعمار الوالدين: تتأثر حياة الفرد بأعمار والديه، فالأطفال الذين يولدون من زوجين شابين يختلفون عن الأطفال الذين يولدون من زوجين جاوزا مرحلة الشباب إلى الشيخوخة.

ويشير "بوجات" إلى أنّ حياة الفرد تتأثر بالعمر لوالديه من حيث طول فترة عمره فيقول: "إنّ الأطفال الذين يولدون من زوجين في ريعان الشباب يعيشون أطول من الذين يولدون من زوجين يقتربان من مرحلة الشيخوخة". وبذلك فاحتمال زيادة مدى حياة الأبناء تقلّ تبعاً لزيادة الترتيب الميلادي للطفل.

أي إنّ مدى حياة الطفل الأول أكبر من مدى حياة الطفل الأخير. وقد دلّت البحوث أيضاً على أنّ نسبة الأطفال الذكور تقلّ تبعاً لزيادة أعمار الوالدين، وبذلك تزداد نسبة الأطفال الإناث تبعاً لتناقص نسبة الذكور، وتؤكد هذه البحوث أيضاً أنّ نسبة الأطفال المشوهين تزداد تبعاً لزيادة عمر الأم، وخصوصاً بعد سن الـ ٤٥ سنة.

ب- الحالة الصحية للأم والطفل: تؤثر الأمراض والحوادث التي تتعرض لها الأم في أثناء فترة الحمل على حالة جنينها، إذ إنّ إصابة الأم بالأمراض (مرض الملاريا على سبيل المثال) يؤثر في الأذن الداخلية للجنين مما يسبب له صمماً كلياً أو جزئياً الذي بدوره يؤثر في النمو اللغوي لديه.

كما أنّ الولادة العسرة تؤدي إلى تشوّه في جمجمة الجنين مما يتسبب في إعاقة النمو العقلي لديه، يضاف إلى ذلك أثر الولادة التي تتم قبل موعدها الطبيعي في زيادة نسبة الوفيات بين الأطفال فضلاً عن أثرها في مستوى الصحة العامة.

أمّا الطّفْل، فإنّ إصابته بمرض (الهيموفيليا)^١، تتسبب في استمرار نزيف الدم إذا ما حدث له، إذ إنّ هذا المرض يمنع تجمد الدم مما يضعف بنية الطّفْل ويوصله إلى مرحلة الخطورة، فإنّ الطّفْل المصاب بهذا المرض يظلّ قلقاً وتنتابه الاضطرابات، ويعيش في عزلة وذلك نتيجة الرغبة في المحافظة عليه من التعرض للإصابة وهذا ما يؤخر نضج الطّفْل ويقلل من نسبة تفاعله الاجتماعي.

ج- الانفجالات الحادة: تؤثر الانفجالات التي تتاب الطّفْل في سرعة نموه ونضجه الطبيعي. فالانفجالات - لاسيما المستمرة منها والحادة - تكون عاملاً أساسياً في انهيار النضج العقلي والانحراف به إلى الأمراض النفسية. وقد دلّت معظم البحوث التي أجريت في ألمانيا على أطفال يتامى، أنّ الانفجالات القوية الحادة تؤخر سرعة نمو هؤلاء الأطفال بشكل واضح.

د- أشعة الشمس والهواء النقي: إنّ للهواء النقي وكذلك أشعة الشمس (الأشعة فوق البنفسجية بشكل خاص) أثرها الفعال في سرعة النمو الإنساني. وعلى ضوء ذلك تجدر توعية الأسرة بأهمية إيجاد المناخ الصحي إذ لا بدّ من أن تتخلل أشعة الشمس حجرات المنزل لأهميتها في إبادة الميكروبات وتنشيط جسم الإنسان وتقوية مناعته ضد الأمراض (الزيد، ١٩٩٦؛ غباري وأبو شعيرة، ٢٠١٥).

^١ **الهيموفيليا Hemophilia:** الهيموفيليا مرض او اضطراب دموي موروث، مرتبط بالجنس، بمعنى أنه يحمل على الكروموزوم الجنسي X ويحمله جين متنحي وهو لا يظهر إلا في الرجال. ويتصف هذا المرض بنقص عامل التخثر في الدم (سمارة وآخرون، دت، ص ٦١).

٣- اتجاه النمو الإنساني

٣-١ الاتجاه الطولي

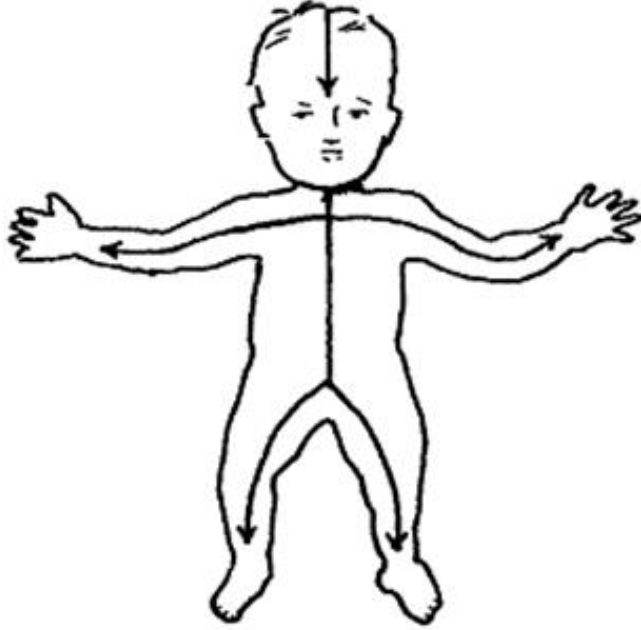
يتجه نمو الفرد في تطوره العضوي والوظيفي اتجاهاً طويلاً من الرأس إلى القدمين. لذا فإن تكوين وظائف الأجزاء العليا من الجسم يسبق تكوين الأجزاء الوسطى والسفلى منه. وهكذا فإن الأجهزة الرئيسة المهمة في حياة الفرد تنمو وتتقدم قبل الأجهزة الأقل أهمية.

فعلى سبيل المثال، يتم تكوين الأجزاء العليا من جسم الجنين قبل أن يتم تكوين الأجزاء السفلى، فتظهر براعم الذراعين قبل أن تظهر براعم الساقين، ويبلغ طول رأس الجنين نصف طول الجسم كله، في الشهر الثاني من الحمل، ثم تتغير هذه النسبة وتراجع مع تغير مراحل النمو حتى تبلغ نسبتها العادية عند الرشد واكتمال النضج.

كما يستطيع الطفل أن يتحكم في حركات رأسه قبل أن يستطيع التحكم في حركات يديه وقدميه، فهو في الأيام الأولى من حياته يرفع رأسه عندما يرقد مستوياً على بطنه، ثم يتطور به النمو ليرفع رأسه وصدرة معاً. وهو حينما يحبو يجيد استخدام يديه في تعلم تلك المهارة، ثم يتطور فيمشي حينما يجيد استخدام رجليه.

٣-٢ الاتجاه المستعرض

يتجه النمو في تطوره العضوي والوظيفي اتجاهاً مستعرضاً أفقياً من الجذع إلى الأطراف الخارجية (أي من المحور الرئيس للجسم)، ولذا يسبق تكوين وظائف الأجزاء الوسطى من الجسم الأجزاء البعيدة عند الأطراف. أي إن النمو المتعلق بأجهزة التنفس والهضم يسبق النمو الخاص بالأطراف كالذراعين والساقين؛ فالسيطرة الحركية تتدرج من الذراع إلى اليد إلى الأصابع (سليم، ٢٠٠٢، ص ١٦). فالطفل (على سبيل المثال)، يمسك الأشياء المختلفة ويلتقطها براحة يده قبل أن يصبح قادراً على التقاطها بأصابعه وحدها. انظر الشكل (٤):



الشكل (٤): الاتجاه الطولي والمستعرض للنمو (السيد، ٢٠٠١، ص ٥٠).

٣-٣ الاتجاه من العام إلى الخاص ومن الكل إلى الجزء

يسير النمو من العام إلى الخاص، ومن الكل إلى الجزء، فالطفل يستجيب في بادئ الأمر استجابات عامة ثم تتخصص وتتفرع وتصبح أكثر دقة، وهو ينظر إلى الأشياء المحيطة به نظرة كلية عامة قبل أن ينتبه إلى المكونات الجزئية لها، وهو يحرك جسمه كله ليصل إلى لعبته قبل أن يتعلم كيف يحرك يده فقط. (السيد، ٢٠٠١، ص ٥٢؛ القصاص، د.ت. ص ٢٠). وفي النمو اللغوي يستخدم الطفل كلمة بابا للدلالة على كل رجل، وماما للدلالة على كل امرأة، ثم بعد ذلك يفرق بين الأفراد... وهكذا. وينطبق هذا المبدأ على النمو الحركي والنمو العقلي، إذ تظهر المهارات والقدرات الخاصة نسبياً، لهذا نرى التربية الحديثة تؤكد تعليم الطفل العبارة قبل الجملة، والجملة قبل الكلمة، والكلمة قبل الحروف الهجائية (همام، ١٩٨٤).

٤ - طبيعة تغيرات النمو الإنساني

تنقسم تغيرات النمو إلى نوعين، تغيرات كمية وتغيرات نوعية، والكثير من التغيرات تكون كمية ونوعية معاً.

١ - التغير الكمي

ويُقصد به النمو التكويني، الذي يشمل دراسة النمو الجسمي من حيث صفات الجسم الخاصة كالطول والوزن والحجم، وكذلك النمو الفيسيولوجي من حيث نمو أجهزة الجسم المختلفة، ودراسة النمو الحسي ... وهكذا في مراحل النمو المختلفة. أيّ إنّه يشمل التغيرات التي تطرأ على الفرد، التي تعتمد أساساً على الزيادة والنقصان في الشكل، والتكوين، إذ إنّ الفرد ينمو ككل في مظهره الخارجي العام، وينمو داخلياً تبعاً لنمو أعضائه المختلفة.

وبمعنى آخر، يتناول "النمو العضوي" خصائص المظهر الخارجي للفرد الذي يؤثر في الأعضاء الداخلية المختلفة (سليم، ٢٠٠٢، ص ١٣؛ رضوان، ٢٠٠٩).

٢ - التغير النوعي

ويقصد به النمو الوظيفي، ويعرف "النمو الوظيفي" بأنه: "تغير إيجابي، وتطور نوعي في السلوك والعمليات المعرفية والانفعالية التي تحدث للفرد ويمر بها خلال دورة حياته".

ويشمل النمو الوظيفي دراسة نمو الوظائف النفسية، والجسمية، والعقلية، والنمو الانفعالي، والنمو الاجتماعي، والتغيرات الوظيفية في قدرات الفرد العقلية، وتكيف أجهزة الجسم لأدوار وظيفية معينة لتساير تطور حياته في مراحل نموه المختلفة (على سبيل المثال) يتغير مفهوم الصداقة كلما تقدم الإنسان في العمر (الشيباني، ٢٠٠٠، ص ١٦؛ عوض، ١٩٩٩، ص ١٣).

٥- أنماط التغيرات في النمو الإنساني

لقد عرّفنا النمو بأنّه ما يطرأ على الفرد من تغيرات خلال مروره بفترات زمنية متعاقبة، ولكن ليست كل هذه التغيرات من نفس النوع، كما أنها لا تؤثر في عملية النمو بنفس الطريقة، لذا فإن قياس النمو يكون عن طريق قياس هذه التغيرات. ويمكن تقسيم التغيرات التي تحدث للنمو إلى ست مجموعات أساسية هي:

١- التغيرات في الحجم

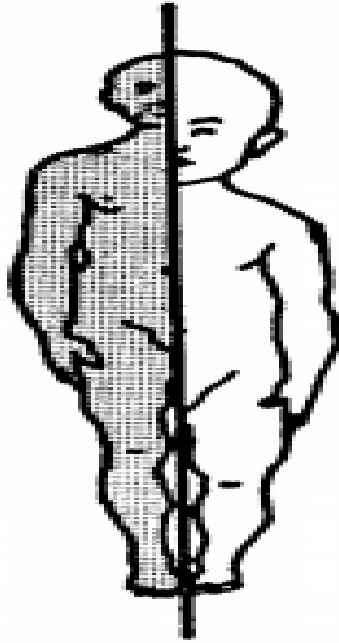
يتضح هذا النمو من خلال التغيرات في النمو الجسمي خاصة، ويشمل التغير في حجم الأعضاء أو كم الوحدات، إذ يزيد حجم الجسم ككل، وحجم كل عضو على حدة.

ينطبق هذا على الأعضاء الخارجية الظاهرة للجسم، كما ينطبق على الأعضاء والمكونات الداخلية المختلفة مثل: القلب والمعدة والرئتين ... وغيرها، إذ تكبر ويزداد حجمها لكي تحقق الحاجات المتزايدة في الجسم.

كذلك يظهر هذا النوع من التغير في زيادة عدد الوحدات في بعض الجوانب مثل عدد الخطوات التي يستطيع الطفل أن يمشيها قبل أن يقع على الأرض عند تعلمه المشي، وعدد الكلمات الصحيحة التي ينطقها عند تعلمه الكلام، أو عدد المسائل الحسابية التي ينجح في حلها عند تعلمه إحدى قواعد الحساب، أو التغير في مدة الانتباه وعدد الأشياء التي يمكن أن ينتبه إليها، ولا سيما الزمن المستغرق بين حدوث المثير وظهور الاستجابة.

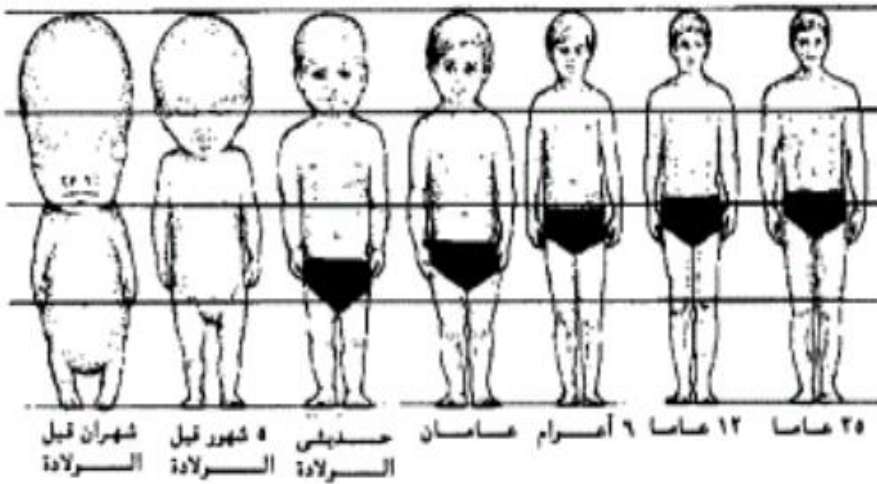
٢- التغيرات في النسب

وهذا يعني أنّ التغير في النمو لا يتم بنسب ثابتة في كل الأعضاء، بل يحدث تغير في النسب، أي إنّ أجزاءً في الجسم مثلاً تنمو بنسبة أكبر من أجزاء أخرى. فالنسب الموجودة بين أعضاء الجسم عند الولادة لا تبقى كما هي مع النمو. وإذا عمدنا إلى المقارنة بين جسم الرضيع والطفل والراشد، نرى التباين غير مقتصر على الحجم وحده، بل يتعداه إلى النسب بين الأعضاء المختلفة. إذ يولد الطفل ويكون حجم رأسه يساوي ضعف الحجم النسبي لرأس الراشد (إنّ حجم رأس الطفل الوليد يقارب ربع طول جسمه، ولكنّه عند الراشد لا يزيد عن الثمن، بينما حجم رأس الجنين، فتبلغ نسبته إلى جسمه بما يقرب من الثلث). كما أنّ ساقيه تماثل ثلاثة أرباع الطول النسبي في الرجل (كفاي، ١٩٩٧، ص ٢٥). انظر الشكل (٥):



الشكل (٥): نسب أعضاء جسم الطفل إلى نسب أعضاء الراشد (زهران، ١٩٨٦)

أضف إلى ذلك، فإن ذراعي الطفل الوليد تكون أطول بكثير بالنسبة إلى حجمه، ويتضح من ذلك أنّ النمو ليس مجرد ازدياد في الحجم الكلي، بل هو ازدياد متفاوت في أجزاء الجسم المختلفة. انظر الشكل (٦).



الشكل (٦): التغيرات في نسب أجزاء الجسم (كفاي، ١٩٩٧، ص ٢٦).

إنّ التغير في النسب، مستمر لا يتوقف، حتى في الشيخوخة فمثلاً، تصبح نسبة الأنف إلى الوجه الضامر أكثر مما كانت عليه وهو في مرحلة الشباب. وهو لا يقتصر على النمو الجسمي وحده، بل يشمل الجوانب الأخرى للنمو، (النمو العقلي)، كالتغير في نسبة البكاء، التي تقلّ بشكل واضح عند المراهقين عما كانت عليه في مرحلة الطفولة.

كذلك تقلّ نسبة المخاوف عند الطفل في المرحلة المتأخرة عنها في المرحلة المبكرة. ويشكل الخيال -الذي يرتبط بالواقع ارتباطاً ضئيلاً-، نسبة كبيرة من الحياة العقلية في مرحلة الطفولة المبكرة، لكنّه مع نمو الطفل ينخفض تدريجياً في مرحلة الطفولة المتأخرة.

ويحدث تغير كذلك في ميول الطفل واهتماماته؛ ففي البداية تكون هذه الميول متمركزة حول ذاته وألعابه، ثم ينتقل هذا الميل والاهتمام بالتدريج إلى الأطفال الآخرين وإلى الأنشطة التي تقوم بها جماعات الأطفال المحيطين به. وفي مرحلة المراهقة تتركز الاهتمامات حول الجنس الآخر والملابس والسعي للحصول على تقدير جماعات الأقران (كماش، ٢٠١١، ص ٢٧ ؛ رضوان، ٢٠٠٩، ص ١٦).

٣- التغيرات من حيث اختفاء خصائص قديمة

من بين المعالم الجسمية الأكثر أهمية، التي تأخذ في الاختفاء تدريجياً كلما نما الطفل، الغدة التيموسية التي تعرف غالباً "بغدة الطفولة" وموضعها في الصدر، والغدة الصنوبرية وموضعها أسفل الدماغ. كما يتوقف إفراز هرمون النمو، بالتدريج بعد السادسة عشر من العمر. وتختفي معظم أشكال الحركات الطفولية كالزحف والتسلق والصراخ وسلوك الالتصاق بالأم، وكذلك خاصية الاتكال على الآخرين ... وغيرها (كماش، ٢٠١١، ص ٢٨).

٤- التغيرات من حيث ظهور خصائص جديدة

تظهر الصفات الجديدة للسلوك على طول مراحل النمو، مثل المشي والكلام وتناول الطعام. وتظهر أعراض النمو الجنسي الأولية والثانوية ... ويمكن القول: إنّ اختفاء صفات قديمة وظهور صفات جديدة يشكّلان المظهر الكيفي للتغير.

٥- التغيرات في معدل النمو

لكل مظهر من مظاهر النمو سرعته الخاصة به، ويختلف معدل النمو من مظهر إلى آخر. ولا تنمو أجزاء الجسم ولا الوظائف العقلية بسرعة واحدة. لقد حدد العلماء مرحلتين أساسيتين يكون النمو الجسمي أسرع من غيره، وهما: أ. المرحلة الجنينية.

ب. بداية مرحلة المراهقة.

فالججمة مثلاً تنمو بأقصى سرعة في مرحلة ما قبل الولادة ثم تهدأ هذه السرعة بعد الولادة. والمخ يصل تقريباً إلى الحجم النهائي الناضج بين سن (٦-٨) سنوات، بينما تظل أعضاء التناسل تنمو ببطء طول فترة الطفولة، ثم تسرع فتصل إلى الحجم النهائي الناضج في مرحلة المراهقة.

وبما أنّ كل مظهر من مظاهر النمو يسير بسرعة تختلف عن سرعة نمو المظاهر الأخرى نسبياً، وجب اتخاذ مقاييس مختلفة لهذه المظاهر. فنحن نفرق بين العمر العقلي والعمر الانفعالي، والعمر الاجتماعي، والعمر التشريحي.

وهكذا يبدو الحال وكأن طاقة النمو تركز على مظاهره العديدة في مراحل النمو المتتالية. فمثلاً في بداية مرحلة المراهقة تنصرف طاقة النمو إلى مظاهره الجسمية والفيسيولوجية على حساب النمو العقلي والتحصيلي.

لذلك يرى بعض الدارسين أنّه ينبغي عمل حساب هذا المبدأ في التدريس فتخفيض ساعات العمل وفق الواجبات المدرسية نسبياً في هذه الفترة (زهرا، ١٩٨٦، ص ٥١؛ كفاي، ١٩٩٧، ص ٢٧).

الفصل الرابع

مرحلة الرشد

تمهيد

هناك اهتمام من قبل مختلف فروع الدراسات الإنسانية والعلوم الاجتماعية، بدراسة مرحلة الرشد adulthood، إذ أصبحت دراسة هذه المرحلة تحظى بالعناية في المجتمعات المتقدمة والنامية على حد سواء، على الرغم من اختلاف الإطار الذي يعالج قضايا الراشدين، وتتنوع المشكلات بتتنوع السياق الاجتماعي والسياسي والاقتصادي الذي تدرس منه الظواهر المتصلة بالراشدين، وكذلك تباين الأدوار الاجتماعية. فدراسة الراشدين، والاهتمام بموضوع الرشد يعدّ أمراً مهماً، خصوصاً أنّ شريحة الراشدين تشكل الغالبية العظمى من أعضاء المجتمع البشري.

كما أنهم الأساس الذي يبني عليه التقدم في كافة مجالات الحياة، كونهم أكثر فئات المجتمع العمرية حيوية، وقدرة، ونشاطاً متجدداً، وإصراراً على العمل والعطاء، فهم في كل مجتمع محرّك بنائه في جميع المجالات، لأنهم ثروة بالإمكانات والقدرات. لذلك تعدّ هذه الفئة من أكثر الشرائح الاجتماعية اندماجاً وتفاعلاً مع تغيرات المجتمع، الأمر الذي يجعلها أكثر قدرة على مواجهة مشكلات المستقبل، والمشاركة بأقصى الطاقات من أجل تحقيق أهداف المجتمع.

هذا فضلاً عما يتصف به الراشدون من "مرونة"، تساعد في التكيف مع المواقف التي تواجههم، وتكون دعامة قوية يعتمد عليها المجتمع في رسم سياسات استثمار جهود الشباب، وتوظيف طاقاتهم من أجل التنمية والبناء وتحقيق النفع العام والخاص.

١- الرشد - سيرورة اجتماعية ثقافية

احتلّ الراشد خلال الحضارات والأجيال المتعاقبة موضعاً ثابتاً؛ ففي السابق كان الفرد يحتلّ الموقع الذي تحدده له أسرته أو مكانته الاجتماعية، فكان أبناء الطبقة العاملة من المراهقين -مثلاً- يلتحقون بالعمل، وكانت أعباء العمل لا تجعلهم يشعرون بأزمات المراهقة والبلوغ، ولكن عند الزواج وتحمل المسؤوليات العديدة كانت تبدأ الصعوبات.

إنّ بلوغ مرحلة الرشد تحدده سيرورة اجتماعية-ثقافية، ويختلف عدّ الفرد راشداً بحسب الثقافات والمجتمعات؛ إذ تميل معظم المجتمعات إلى تحديد بداية مرحلة الرشد ونهايتها وفقاً لعدد من المعايير.

وقد تلجأ كما كان الأمر كذلك في المجتمعات التقليدية والبدائية إلى طقوس اجتماعية معينة يتعين على الإنسان المرور خلالها وإتقانها، وامتلاك القواعد الاجتماعية كي يكتسب المكانة الاجتماعية التي يتمتع بها الراشدون. أي يصل الفرد إلى سن الرشد من خلال طقوس متعددة، تتركس نموه البيولوجي الذي يعد شرطاً ضرورياً للرشد، ولكنه غير كافٍ.

وكانت الأعراف والتقاليد السائدة في تلك المجتمعات تجعله يتحمل المسؤوليات التي تقع على عاتق الراشد. فبلوغ الإناث مرحلة الرشد -بالنسبة لهذه المجتمعات - يعني الزواج والإنجاب، أمّا بالنسبة للذكور، فيعني الزواج والإنجاب والالتحاق بمهنة معينة، وتحقيق الاستقلالية الاقتصادية.

وكما ازدادت المجتمعات تعقيداً وتركيباً وتبايناً، نتيجة للتطورات التي شهدتها النظم الاقتصادية والثورة الصناعية والإدارية، أصبحت عملية تحديد بداية مرحلة الرشد إحدى مظاهر التطور الاجتماعي، وعماملاً رئيساً من عوامل تنمية الثقافة وتغيير المجتمع ككل (الساعاتي، ٢٠٠٣، ص ١٦؛ سليم، ٢٠٠٢، ص ٤٤٧).

٢- بدايات الاهتمام بعلم نفس الراشدين

على الرغم من أنّ بداية الاهتمام بدراسة النمو الإنساني ترجع إلى جذور الفكر الإنساني، وعلى الرغم من أنّ علم نفس النمو انشغل لأكثر من قرن بعلم نفس الطفولة، إلا أنّ الاهتمام بعلم نفس الراشدين قد تزايد بشكل ملحوظ بعد الحرب العالمية الثانية.

ومن خلال بعض البحوث الطولية التي أجريت على الأطفال وتتبع عيّنات منهم لعقود من الزمان، تم تسليط الاهتمام على علم نفس الراشدين، ومن أشهر هذه البحوث الطولية دراسة "لويس تيرمان" Lewis Terman (١٨٧٧-١٩٥٦م)، التي أجراها في جامعة ستانفورد بالولايات المتحدة الأمريكية على (١٥٠٠) طفل متفوق عقلياً، ظلّوا موضع الدراسة الطولية حتى بلغوا السبعينيات من عمرهم.

كما أجريت ثلاث دراسات منفصلة في جامعة كاليفورنيا، استمرّ كلّ منها لأكثر من نصف قرن، وهكذا وجد الباحثون أنفسهم يبحثون في علم نفس الراشدين، على الرغم من أنّ اهتمامهم المبدئي والأصليّ كان متمركزاً حول علم نفس الأطفال. كما ظهرت دراسات متفرقة حول علم نفس الراشدين، وخصوصاً لمواجهة متطلبات الحرب العالمية الأولى، وكان ظهور اختبار ألفا الحربي للذكاء ' army alpha test، في أثناء الحرب العالمية الأولى فرصة ملائمة لاستطلاع التغيرات التي تطرأ على ذكاء الراشدين خاصةً، كما أدّى إلى ظهور أحد اختبارات الذكاء الشهيرة والملائمة لهذه الفئة العمرية، وهو اختبار (وكسلر) للراشدين، الذي يتكون

١ اختبار ألفا الحربي للذكاء Army Alpha Test: تطلبت الحرب العالمية الأولى فرز وتصنيف مئات الآلاف من المجندين في الجيش في وقت قصير. لذلك تم سنة (١٩١٧م)، إعداد أول اختبار جماعي لفحص مستوى الذكاء عند الأفراد ولا سيما الراشدين، وهو اختبار لفظي. ونظراً لأن بعض المجندين في ذلك الوقت لم يكن مستواهم في القراءة جيداً، فقد تم إعداد اختبار جماعي آخر مناسب للأمية ويسمى اختبار بيتا الحربي Army Beta Test، وهو اختبار غير لفظي (المسعودي، ٢٠١٠).

من أحد عشر اختباراً، ستة منها لفظية، والخمسة الأخرى عملية. وقد هياً ظهور اختبارات ذكاء الراشدين الفرصة لإجراء بحوث مختلفة حول العلاقة بين المستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي والاجتماعي وبين نمو وتدهور الذكاء عبر مراحل الحياة، ثم امتدت الاهتمامات إلى المهارات الحركية للراشدين.

وتقدّمت البحوث خلال الحرب العالمية الثانية، وساهم فيها، بشكل كبير، مركز بحوث (نافيليد) بجامعة كمبردج البريطانية، كما كانت دراسة نمو الراشدين موضع اهتمام وحدة بحوث خاصة بجامعة ستانفورد منذ عام (١٩٢٨م)، إذ درست مشكلات العاملين الذين يعانون من مشكلات صعوبة الحصول على أعمال مناسبة في مجال الصناعة. إضافةً إلى ذلك، تشكلت لجنة من علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا وعلم النفس في جامعة شيكاغو؛ وكانت مهمتها الأساسية دراسة خصائص النمو الإنساني. كما يعدّ ما نشره "أريكسون" سنة (١٩٥٠م)، في نظريته الشاملة حول نمو الشخصية الإنسانية، علامة بارزة في هذا الميدان.

وفي ألمانيا، بدأ الاهتمام بدراسة نمو الراشدين في العشرينيات من القرن العشرين، وفي مطلع الثلاثينات بدأت "شارلوت بوهرلر" Charlotte Buhler، بدراسة الأطفال والمراهقين، من خلال السير الذاتية التي جمعت عام ١٩٣٠، وطورت طريقة لتحليل هذه السير الذاتية، بغرض الكشف عن التقدم المنتظم لمراحل الحياة. ثم بعد ذلك وسعت نطاق دراستها لتشمل الراشدين، مشيرة أيضاً إلى أهمية دراسة النمو عبر مراحل الحياة كافة. وقد شهدت السنوات الماضية اهتماماً ملحوظاً بدراسة علم نفس الراشدين، مع زيادة الحركة التي تسمى بتعليم الكبار والتربية المستمرة، ويوجد في الوقت الحاضر عدد كبير من مراكز البحوث والتدريب في هذا الميدان المهم في مختلف الجامعات والمنظمات الدولية، وبخاصة (اليونسكو)، التي أنشأت عدة مراكز إقليمية لتعليم الراشدين، ومنها المركز الدولي للتعليم الوظيفي للكبار في مصر (صادق، وأبو حطب، ١٩٩٥، ٣٥٨-٣٦٠).

٣- مفهوم مرحلة الرشد

إنّ "مرحلة الرشد" هي مرحلة القوة والشدة، ويكون فيها الفرد مؤهلاً للإنتاج، وتحمل المسؤولية، فهي تمثل مرحلة جديدة في حياة الفرد، حيث الانتقال من الطفولة والتبعية إلى الاستقلالية وتحمل المسؤولية. تبدأ هذه المرحلة مع بداية العقد الثالث من عمر الإنسان (أي بعد سن الحادية والعشرين)، وتنتهي مع نهاية الستينات. وهي تعدّ أطول مراحل النمو الإنساني، مع أنها تختلف باختلاف المجتمعات والثقافات، كما تتسم بالتعقد والتغير، ولها خصائصها المتميزة في جميع جوانب النمو المختلفة.

وعموماً، تتمثل مرحلة الرشد في تلك الفترة العمرية التي تكون فيها الشخصية قد اكتملت، والمهارات والانفعالات قد نضجت، وفيها أيضاً يبدأ الفرد بتكوين الالتزامات الجادة في الحياة، كما يبدأ بتكوين أسرة خاصة به، كما أنه يأخذ موقعه، ومركزه في المجال المهني. لذلك فإنّ مرحلة الرشد هي مرحلة النضج واكتمال نمو شخصية الفرد، ويتم خلالها استكمال التعليم الرسمي والانتهاج من الدراسة، والبدء في الانخراط المهني والدخول ميدان العمل والبدء بمسؤولياته، وكذلك اختيار شريك الحياة، وتكوين الأسرة وإدارتها والإشراف على توجيهها ورعايتها.

والمهمة الرئيسة للفرد في هذه المرحلة هي، توجيه نشاطه لتحقيق ذاته وطموحاته وأحلامه في أن يكون مهندساً، أو فناناً، أو طبيباً، أو صاحب مهنة ... الخ. وكيفما كانت تلك الرؤية فإنها تصبح أساساً يحدد له خياراته وقراراته الضرورية لنموه وتطوره. وهناك عدّة عوامل تؤثر في تأخر بداية هذه المرحلة أو نهايتها، كالشيخوخة المبكرة، والسن القانونية للنقاعد، والمستوى التعليمي والثقافي، والمستوى الاقتصادي ... الخ. فالندهور الصحي المبكر قد يفقد الفرد عمله ودوره الاقتصادي والاجتماعي، ويعدّ في عداد فئة المسنين الذين لم يعودوا يمثلوا أدوار الراشدين (أبو الخير، ٢٠٠١، ورد في بهية ولطيفة، ٢٠١١؛ الأشول، ٢٠٠٨).

٤- معايير تحديد مرحلة الرشد

لقد أشار علماء النفس إلى وجود عدة مؤشرات ومعايير رئيسة، يمكن من خلالها الاستدلال على نمو شخصية الفرد وبلوغه مرحلة الرشد، وبالتالي الحكم على أنه أصبح راشداً؛ ولعلّ أهم هذه المعايير:

٤-١ المعيار الجنسي

يشيع في الثقافات التقليدية والبدائية - لدى عدد من الشعوب المتحضرة حتى وقتنا الحاضر- تعيين الرشد بحدود بيولوجية، فيبدأ بالبلوغ الجنسي، وينتهي بتوقف هذا النشاط ". هذا النشاط "

والمحك الجنسي شرط ضروري، إلاّ أنّه ليس كافياً؛ فالرشد يتطلب أن يكون الفرد قد بلغ جنسياً أولاً، إلاّ أنّ البلوغ الجنسي لا يؤدي -حتمياً- إلى الرشد. والرشد قد يصاحب البلوغ الجنسي، وقد يأتي بعده، إلاّ أنّه بالطبع لا يسبقه. وقد كان الرشد يتطابق مع البلوغ الجنسي في الثقافات البدائية، كما يتطابق في بعض الثقافات البسيطة الحديثة "الثقافة الريفية أو الثقافة البدوية"، إلاّ أنه مع تقدّم المدنية تطلب الأمر تأجيل العمر المعترف به للرشد بعد سبع أو ثماني سنوات من طور البلوغ الجنسي للفرد.

٤-٢ معيار العمر

تتفق معظم الثقافات على أنّ الإنسان يصل إلى سن الرشد عند بلوغه سن الحادية والعشرين، وهو العمر الذي يُحدد قانونياً بأنه إذا بلغه الفرد، يكون قد استقلّ بتصرفاته، وتحمل مسؤولية قراراته.

٣-٤ المعيار الاجتماعي

ويقصد به أن الفرد قادر على شغل مكانته في المجتمع والقيام بمسئوليته فيه. وبالتالي يشير هذا المحك إلى طبيعة المكانة الاجتماعية للفرد وطبيعة الأدوار الاجتماعية التي يؤديها في محيطه الاجتماعي.

وتتميز هذه المرحلة بالدينامية ويعود ذلك لسببين؛ الأول: ويرجع إلى أن مرحلة الرشد هي الفترة الواقعة بين مرحلتين "الإعداد" و"القيام بدور فعال" في بناء المجتمع، أما السبب الثاني: فيعود لدينامية هذه المرحلة التي ترجع إلى طبيعة التكوين البيولوجي والفسولوجي والوضع الاجتماعي للفرد.

٤-٤ المعيار النفسي

إنَّ المحك الاجتماعي للرشد الذي أشرنا إليه في الفقرة السابقة هو محك موضوعي، إلا أن هناك محكاً نفسياً يعتمد على الخبرات الذاتية للفرد، يضاف إليه ويجعله جزءاً من البنية الأساسية لشخصية الفرد، ويشير علماء النفس المعاصرون إلى بضعة دلالات توجه هذا المؤشر النفسي، تشمل ما يلي:

أ- العمر المدرك

ويقصد به العمر الذي يشعر فيه الفرد أنه أصبح راشداً. وإدراك الفرد لذاته يعكس كثيراً من الجوانب المختلفة كالنضج، والدور الاجتماعي، والتوافق النفسي الاجتماعي... وغيرها.

ولعلَّ ذلك يفسر لماذا يتصرف بعض الشباب وكأنهم راشدين، وهم لا يزالون ربما في طور الطفولة، بينما نجد آخرين في منتصف العشرينات من العمر أو أواخرها، ومع ذلك يعانون من صراعٍ بين حاجاتهم ورغباتهم التي تبدو طفولية، وبين شخصية الراشد التي يصبون إليها.

ب- الاستقلالية

تعدّ الاستقلالية المؤشر النفسي الرئيس لمرحلة الرشد، إذ يشعر الفرد أنّه مسؤول عن نفسه، ويتخذ قراراته دون الحاجة المستمرة إلى دعم الآخرين، وخصوصاً ممن هم أكبر سناً. ويتجه استقلال الرشد -خاصّةً- إلى تلك القرارات التي تتصل بحياة الراشد الشخصية، سواء كانت هذه القرارات تافهة وعديمة المعنى أم مهمّة وذات قيمة، وكذلك عدم الرغبة في أن يتدخّل الآخرون في هذه الشؤون، والقدرة على تحمّل المسؤوليات والعواقب المترتبة عليها.

إنّ هذا المؤشر هو جزء من شخصية الراشد، وهو وحده الذي يحدد ما إذا كان اتكالياً ويشعر بالرغبة في الاعتماد على الآخرين، أم أنه أصبح مستقلاً بقراراته. وهنا تجدر الإشارة إلى أنّ استقلالية الرشد، لا تعني التفرد والأناية؛ فالراشد قد يطلب النصيحة والمشورة من الآخرين ويلجأ إلى مناقشتهم وتبادل الأفكار والرأي معهم، لكنه في النهاية هو من يتخذ القرار فيما يتصل بشؤونه.

ج - الرغبة المستمرة في التعلم

من المؤشرات النفسية المهمّة لمرحلة الرشد؛ الرغبة المستمرة في التعلم، وخصوصاً التعلم الذاتي¹ self-education الذي يتفق في جوهره مع محك استقلال الرشد (صادق وأبو حطب، ١٩٩٥).

¹ **التعلم الذاتي Self-Education**: هو الأسلوب الذي يقوم فيه الفرد نفسه بالمواقف التعليمية المختلفة لاكتساب المعلومات والمهارات المختلفة، إذ ينتقل محور الاهتمام من المعلم إلى المتعلم، فالمتعلم هو الذي يقرر متى وأين ينتهي، وأي الوسائل والبدائل يختار، ومن ثم يصبح هو المسؤول عن تعلمه وعن صناعة تقدمه الثقافي والمعرفي، وعن النتائج والقرارات التي يتخذها (زيتون والعبد الله، ٢٠٠٨، ص ٢٩، ورد في حسامو والعبد الله، ٢٠١٢، ص ١٧).

٥- مكونات الشخصية لدى الراشد

تتكون شخصية الراشد من مجموعة من المكونات المتفاعلة، التي يسود بينها نمط من التوازن الذي يعكس ملامح هذه الشخصية، ولعل أهم هذه المكونات:

٥-١ المكون البيولوجي

وهو يعدّ العنصر الأول والأساسي في بناء الشخصية الإنسانية، ويولد الإنسان مزوداً بهذا العنصر، الذي يتضمن بعداً مهماً يتمثل في الحاجات الأساسية (الأولية) التي تتطلب إشباعاً.

٥-٢ المكون الاجتماعي

وهو العنصر الثاني في بناء الشخصية، ويضم البيئة الاجتماعية المحيطة بالفرد التي بإمكانها أن تقدم إشباعاً لحاجاته الأساسية. إنّ هذه البيئة الاجتماعية عادة تزود الفرد ببعض الحاجات الاجتماعية الأخرى التي عليه السعي لإشباعها إلى جانب حاجاته البيولوجية الأساسية.

ويتم غرس هذا العنصر من الخارج من خلال عملية التنشئة الاجتماعية التي يتم إنجازها بوسائل عديدة كالأسرة، والمدرسة، ومؤسسة العمل أو المهنة. وعادةً يضمّ هذا العنصر الخبرات التي يكونها الفرد نتيجة التعامل مع العالم الخارجي الذي يشكل عنصراً اجتماعياً إلى جانب العنصر البيولوجي والنفسي.

٥-٣ المكون النفسي

هو العنصر الثالث ويضم مجموعة الخبرات التي يكونها الفرد نتيجة التعامل مع العالم الخارجي إلى جانب اتجاهاته حول هذا العالم، وتتكون هذه الاتجاهات والخبرات لديه نتيجة التفاعل بينه وبين العالم الخارجي.

٥-٤ المكون الثقافي

وهو يشكل المكون الرابع في بناء الشخصية الشابية، ويتم استيعاب هذا البعد في بناء الشخصية الشابية من خلال مؤسسات التنشئة الاجتماعية، إذ يلعب هذا البعد دوره في ضبط سلوك الفرد في السياق الاجتماعي.

وإذا كانت هذه العناصر الأربعة هي التي تكوّن بناء الشخصية الراشدة، فإن طبيعة التفاعل بينها، وحجم المشاركة التي يؤديها كل عنصر بالنظر إلى العناصر الأخرى، هو الذي يحدد طبيعة الشخصية الناتجة.

فغلبة العنصر البيولوجي - على سبيل المثال - من حيث فاعليته على العناصر الأخرى يعني أن الشخصية لم تصل إلى طور الاكتمال بعد، أو هي لم تصل إلى مرحلة النضج، بينما تؤدي غلبة العنصر الاجتماعي أو الثقافي إلى درجة عالية من استقرار الشخصية التي تعيش مرحلة الرشد المتأخر والشيخوخة، بينما يعني التوازن بين هذه المكونات أن الشخصية تعيش مرحلة الرشد الحقيقية.

٦- الدور الاجتماعي للراشدين

يشير الدور الاجتماعي social role، إلى "ما يقوم به الفرد في مجتمعه أو في جماعته التي هو عضو فيها". ويعرفه "رويترز" بأنه الدور الذي يلعبه الفرد في موقف اجتماعي معين.

وتمثل الأدوار الاجتماعية للراشدين، أهمية كبيرة للمجتمع الذي يكون مسؤولاً -إلى حد بعيد- عن دعم هذه الأدوار. إذ تتنوع الأدوار الاجتماعية للراشدين ومسؤولياتهم، وتعدّ مسألة تدريبهم على اكتساب الأدوار بالغة الصعوبة، إذ يفسر بعض الباحثين هذه الصعوبة بازدياد أعداد الشباب بالنظر إلى معدل السكان في العالم. وتعدّ الأسرة من أهم النظم الاجتماعية المؤثرة في اكتساب الراشدين لأدوارهم الاجتماعية.

وعلى الرغم مما يقال من أنّ تأثير الأسرة أخذ في التلاشي - بعد أن حلت محلها مؤسسات تربية أخرى- فإنّ الأسرة ستظل الخلية الأولى التي تلعب الدور الحاسم في تكوين أهم مقومات الشخصية، ألا وهو الضمير الإنساني. لقد تغير بناء الأسرة العربية عما كان عليه قديماً، وتغيرت أيضاً وظائفها، وانعكس ذلك بالطبع على طبيعة العلاقات بين أفرادها، إذ لم يعد الدور التقليدي للآب (صاحب السلطة) هو الدور نفسه السائد الآن. تلك السلطة التي حل محلها التوجيه القائم على التفاهم والإقناع.

وإذا كانت الأسرة تلعب دوراً مهماً خلال مرحلة الطفولة المبكرة، فإنها تلعب الدور نفسه خلال مرحلة المراهقة والرشد، ومن ثم يذهب كثير من الدارسين إلى أنه يجب توجيه الآباء أنفسهم على نحو يمكنهم من أداء أدوارهم خلال هذه المرحلة التي تحتاج إلى مهارات خاصة يتعين أن تتوافر عندهم.

وثمة عامل آخر يؤثر في اكتساب الراشدين لأدوارهم الاجتماعية، ويؤثر تأثيراً بالغاً في التكوين النفسي لهم، وهو العلاقات الاجتماعية، إذ تلعب دوراً رئيساً في

عملية التدريب الاجتماعي، وهنا تتضح أهمية جماعات الأقران، ورفاق العمل، والجماعات الترفيهية، والمجتمع عامةً، في تشكيل اتجاهات الراشدين وقيمهم وسلوكياتهم.

إنّ هذه العوامل، تتكامل وظيفياً في أداء دورها من أجل تنمية شخصية الراشدين، وبقدر ما يستند هذا التكامل إلى أسس علمية، بقدر ما تتجح تلك العوامل في أداء دورها نحو إكساب الراشدين أدواراً اجتماعية فعالة (الساعاتي، ٢٠٠٣).

٧- المراحل العمرية للراشدين

تنقسم المراحل العمرية في مرحلة الرشد إلى مرحلتين:

المرحلة الأولى، تمثل مرحلة الرشد المبكر، وهي تمتد من سن الحادية والعشرين حتى قبيل الأربعين من العمر. والمرحلة الثانية، تمثل مرحلة الرشد المتوسط، وهي تمتد من سن الأربعين إلى الستين من العمر (الرافعي، د.ت). ويمكن تمييز هاتين المرحلتين من خلال:

١. الفروق البيولوجية: وهي تشمل الفروق الجنسية والشخصية، التي أكد التحليل النفسي أهميتها في تكوين الإنسان الراشد.
٢. الفروق الاجتماعية، والاقتصادية، والثقافية: وهنا يهتم علم الاجتماع بدراسة تلك الاختلافات، وخصوصاً عند الراشد السوي، إذ إنّه في بعض الأحيان قد يؤدي التأثير الاجتماعي إلى العصاب^١ أو الذهان^١، مما لا يسمح بتكوين شخصية سوية متكيفة مع المجتمع (سليم، ٢٠٠٢، ص ٤٥٠).

^١ العصاب: اضطراب وظيفي في الشخصية، نفسي المنشأ، يجعل حياة الفرد أقل سعادة، وتؤدي به إلى سوء التوافق النفسي، فهو لا يحدث إلا بتوافر درجة مرتفعة من الضغوط الشديدة نتيجة لحوادث الحياة ومشكلاتها. يميل الأفراد ذوو الدرجات المرتفعة في العصابية إلى أن تكون استجاباتهم الانفعالية مبالغاً فيها، ولديهم صعوبة في العودة إلى الحالة السوية بعد مرورهم بالخبرات الانفعالية، وتكرر لديهم الشكوى من اضطرابات بدنية من نوع بسيط كالصداع، واضطراب الهضم، والأرق، وآلام الظهر... وغيرها.

الفصل الخامس

مرحلة الرشد المبكر

تمهيد

تعدّ مرحلة الرشد المبكر من المراحل التي يصعب تعريفها، ويرجع ذلك إلى أنها لم تلقَ القدر الكافي من الاهتمام كباقي فترات النمو الأخرى. إضافةً إلى أنّ مجالات الحياة، تتنوع بصورة كبيرة في أثناء مرحلة الرشد، فقد نجد بعض الشباب ممن ناهز عمره العشرين ما يزال مشغولاً بدراسته الجامعية، وقد يدخل بعضهم الآخر سوق العمل بعد تخرجهم من المدارس، كما أنّنا قد نجد بعضهم قد استقلّ عن أسرته وكوّن أسرة خاصة به. ولذلك فإنّ مرحلة الرشد المبكر عادةً يتم تعريفها في ضوء المهام والمسؤوليات التي تُتجزّ خلالها، والأدوار التي تؤدّى فيها، أكثر من تعريفها وتحديدها وفق العمر الزمني وحده (الأشول، ٢٠٠٨).

^١ **الذهان:** اضطراب عقلي خطير، يؤدي بصاحبه إلى تعطيل إدراكه وذاكرته وعجزه عن رعاية نفسه، ويوصف الفرد الذي تكون لديه درجة مرتفعة من الذهانية، بأنه عدواني، وسلوكه مضاد للمجتمع، ومتمركز حول الذات، ولا يتأثر بالعواطف الشخصية، ومتبدل، وغير مكترث بالآخرين .. الخ (عبد الخالق، ٢٠٠٠، ص ٢٢-٢٧).

١- خصائص الرشد المبكر

لعلّ أهمّ ما يميز هذا الطور، سعي الراشد للوصول إلى تحديد "معنى" واضح لحياته، وتحقيق "مكاناً" في المجتمع. فبعد أن يكون قد تجاوز المشكلات الأساسية الخاصة بالهوية في طور المراهقة، فإنّه يكون مع مطلع الرشد قد أحرز - ولو بشكل مؤقت - حلاً لمشكلة تحديد ذاته، ثم يبدأ في الانشغال بتوسيع نطاق هذا المفهوم في المجتمع، ويبدأ بالبحث عن وسائل جديدة يعبر بها عن ذاته، ولا سيما في مواقف العلاقات الإنسانية والاجتماعية.

وكثير من الأفراد في هذا الطور يكون لديهم شغف بالتعرف على أصدقاء جدد، والالتحاق بالجماعات التطوعية، والحصول على عضوية عدد كبير من المؤسسات الاجتماعية. ولهذا يتسم الراشد الصغير بالحركة والتغير اللذين يتم التعبير عنهما بكثير من الأساليب والوسائل.

١-١ خصائص الرشد المبكر عند "هيرلوك"

تشير "هيرلوك" إلى أنّ مرحلة الرشد المبكر تتسم بالخصائص الآتية:

(أ) الرشد المبكر هو طور الإنجاب

فعند معظم الراشدين الصغار تمثّل الوالدية أحد الأدوار الأكثر أهمية في حياتهم، ويصدق هذا على المرأة أكثر من الرجل، على الرغم من أنّ الرجل في عصرنا يقوم بدور في رعاية الأطفال أكثر إيجابية مما كان يفعل في الماضي.

(ب) الرشد المبكر هو طور الاستقرار

من أهم خصائص الانتقال من المراهقة إلى الرشد هو "الاستقرار". فإذا كانت المراهقة تتميز بالتقلب المزاجي، وعدم الاستقرار في الميول المهنية، والهوايات، وأساليب الترويح، والصدقات، والتأثر بآراء الآخرين وبالذعاية والإعلان ... الخ،

فإنه في مرحلة الرشد المبكر يتحول كل ذلك إلى شكل من أشكال الاستقرار والثبات (رضا، ٢٠٠٢، ص ٥١).

فمع قيام الراشد بدور العائل، يجبره هذا الدور على أن يتبع نمطاً ثابتاً من السلوك في مجالات الحياة، وأي محاولة لتغيير هذا النمط في مرحلة وسط العمر لاحقاً تكون صعبة، بل قد تؤدي للاضطراب الانفعالي، وفي الظروف العادية فإن معظم الراشدين لا يحتاجون لمثل هذا التغيير، إنهم حينئذٍ - حالما يصلون إلى النضج- فهم يتزوجون وينخرطون في عملٍ يظلون يؤدونه معظم حياتهم، بل حتى أنهم يستقرون في المنطقة التي يعيشون فيها فترة شبه دائمة.

(ج) الرشد المبكر هو طور اتخاذ القرارات المهمة

إنّ أي قرار يتخذه الراشد في هذه المرحلة له تأثير كبير على مسار حياته، ولهذا فقد يجد نفسه في موقف (اللاّ قرار) يحاول فيه اختبار الحلول المختلفة للمشكلة الواحدة حتى يصل إلى أفضل الحلول، وهذا في حد ذاته مصدر للتوتر، بل وللصراع، ولهذا نجد الفرد في هذا الطور مواجهاً بمشكلات توافق أكثر بكثير مما واجهه من قبل، إلا أنه عند منتصف الثلاثينات يكون قد حلّ معظم المشكلات على نحوٍ كافٍ بحيث يتناقص التوتر الانفعالي، ويحلّ محله الاستقرار الانفعالي مع نهاية هذه المرحلة عند حوالي سن الأربعين (صادق، وأبو حطب، ١٩٩٥).

(د) الرشد المبكر هو طور الحل المستقل للمشكلات

ففيه يواجه الفرد مشكلات عديدة جديدة، تختلف في جوهرها عن تلك التي كان يواجهها في مراحل عمره السابقة، وهو مطالب بمواجهة هذه المشكلات وحده.

٢-١ خصائص الرشد المبكر عند "وايت"

اقترح "وايت" White (١٩٧٥م)، خمسة مظاهر نمائية شائعة في هذا الطور:

- **استقرار الذات:** ويتسم استقرار الذات في هذا الطور بأنه أقل تأثراً بالخبرات، ونتيجة للالتزام الكبير بالأدوار الاجتماعية "وخاصة الدور المهني"، فإن الراشد يكون أكثر استقراراً واتساقاً ووضوحاً في نمو شعوره بذاته، ولهذا يحدث ما يسميه "وايت" بـ "استقرار الذات".

- **النجاح في العلاقات الشخصية:** وهذا يعني أن الراشد يكون أقل تأثراً برغباته، ونزعاته، وخيالاته الخاصة في علاقاته الشخصية، إذا ما قورن بالمرهق، وهذا يسمح له بتنمية علاقات ناجحة مع الآخرين. وحالما يصل الراشد إلى نظرة مستقرة نحو ذاته يكون أقل قلقاً على نحوٍ يجعل من السهل عليه تقبل الآخرين، وتكوين علاقات شخصية سليمة معهم.

- **تعميق الميول والاهتمامات:** إذ ينشغل الراشد انشغالاً أكبر بمجالات خاصة من الميول والاهتمامات، ويُظهر التزاماً حقيقياً بميوله، سواء أكانت في المجال الأكاديمي أم المهني، أم في مجال الهوايات والعلاقات الشخصية.

- **زيادة إنسانية القيم:** عادةً يُظهر الراشدون في هذه المرحلة وعياً متزايداً بالمعنى الإنساني للقيم، وبالوظيفة التي تؤديها في المجتمع، فالأخلاق عندهم ليست مجرد قواعد جامدة أو مطلقة، وإنما ينظر إليها في ضوء أكثر شخصية وإنسانية، استناداً إلى خبرات الحياة، والنظام القيمي للمجتمع عامةً.

- **توسيع نطاق الرعاية:** يتسع اهتمام الراشد بالآخرين خلال فترة الرشد المبكر، ويتزايد التعاطف مع الآخرين، ولا يقتصر ذلك على الأفراد الذين يعرفهم أو يتعامل معهم؛ وإنما يمتد إلى الأفراد عامةً، ويشمل ذلك أفراداً قد لا يعرفهم الراشد شخصياً، ولا سيما الذين ينتمون إلى الفئات الأقل حظاً في المجتمع؛ كالفقراء والمرضى والمقهورين <http://psycho.sudanforums.net>

٢- مظاهر الرشد المبكر

- اقترح "وايت" (١٩٧٥م)، خمسة مظاهر نمائية في طور الرشد المبكر، هي:
- أ- استقرار الذات أو هوية الأنا: يقصد بهوية الأنا ego identity، المشاهر التي يكونها الفرد حول نفسه.
- ب- تحرير العلاقات الشخصية: يكون الراشد أقلّ تأثراً برغباته ونزعاته وخيالاته الخاصة في علاقاته الشخصية إذا قورن بالمراهق. وهذه الحرية تسمح له بتمية علاقات تتفق مع الخصائص والحاجات التي يتسم بها الآخرون.
- ج- تعميق الميول والاهتمامات: خلال هذا الطور ينشغل الراشد الصغير انشغالا أكبر بمجالات خاصة من الميول والاهتمامات. والراشدون في ذلك عكس الأطفال والمراهقين الذين تكون اندماجهم في هذه المجالات قصيرة الأمد. فالراشد المبكر يظهر التزاما حقيقيا بميوله سواء أكانت في المجال الأكاديمي أم المهني، أم في مجال الهوية أم في نطاق العلاقات الشخصية.
- د- توسيع نطاق الرعاية: يتزايد خلال فترة الرشد المبكر اتجاه الراشد نحو التعاطف مع الآخرين، ولا يقتصر ذلك على الافراد الذين يعرفهم أو يتعامل معهم وإنما يشمل ذلك أفراداً قد لا يعرفهم الراشد شخصياً كالمحتاجين والفقراء مثلاً.

٣- نظريات النمو في مرحلة الرشد المبكر

٣-١ نظرية "التحليل النفسي"

تمثل مرحلة الرشد، وفق نظرية التحليل النفسي، المرحلة التناسلية في النمو، ومرحلة النضج الحقيقي. وأشار فرويد إلى أنّ المودة بين الناس هي أساس الرغبة الجنسية. وترى نظريته أنّ الطفل يتحول من أنانية الطفولة إلى شخص راشد، وواقعي واجتماعي، لديه ميول جنسية غيرية تدفعه للزواج وتكوين الأسرة ورعاية الأطفال فيها، وتستمر هذه المرحلة حتى الفترة الأخيرة من نمو الشخصية، إذ تتميز باكتمال نمو الدوافع الجنسية، وتنضج وتتجه نحو الجنس الآخر (بهية ولطيفة، ٢٠١١، ص ١٩؛ ناصر، ٢٠٠٣).

٣-٢ نظرية "فاليانت"

يُطلق على نظريته اسم "التكيف مع الحياة" *adaptation of life*، ويُقصد "بالتكيف" تلك العملية الديناميكية المستمرة، التي يستطيع الإنسان عن طريقها الاحتفاظ بتوازن بين بين حاجاته المختلفة، والعوائق التي قد يتعرض لها في بيئته وقد أكدّ "فاليانت" مهمات النمو الرئيسة في مراحل الحياة "لأريكسون"، ولا سيما ما يتعلق بالهوية والألفة والتكامل.

وفي دراسة مقارنة له بين أفراد كانت طفولتهم سعيدة وآخرون كانت طفولتهم غير سعيدة، وجد "فاليانت" أنّ أصحاب الطفولة غير السعيدة كانوا غير قادرين على اللعب، ويفتقرون إلى الأصدقاء، وأنهم اتكاليون يفتقرون إلى الثقة بالنفس (أبو أسعد؛ الختاتنة، ٢٠١١، ص ٣٦١؛ صبحي، ٢٠٠١، ص ٢٣).

٣-٣ نظريات النمو الخلفي

حاولت العديد من النظريات أن تلقي الضوء على النمو الخلفي moral development، والمتغيرات التي تلعب دوراً في إحداثه. وكإجراء تنظيمي، تتم تصنيف هذه النظريات في مجموعتين: النظريات الديناميكية والنظريات النمائية، إذ إنّ النظريات الديناميكية تنظر إلى النمو الخلفي على أنه عملية تفاعلية تقود إلى تدوير قيم وقواعد المجتمع لدى الفرد، وهي تفسّر طريقة اكتساب الفرد للسلوك الخلفي دون تحديد المراحل التسلسلية التي يتم فيها هذا النمو (كالنظرية السلوكية ونظرية التعلم الاجتماعي).

أمّا النظريات النمائية فهي تنظر إلى النمو الخلفي على أنه مجموعة من التغيرات النوعية التي تطرأ على الأحكام الخلفية ضمن الفترات العمرية المتسلسلة، وهي تقوم بتحديد مراحل متسلسلة للنمو الخلفي ضمن الفترات العمرية المختلفة (كالنظرية المعرفية ممثلة بوجهة نظر بياجيه وكولبيرغ وورست وجليجان)

ويعرّف النمو الخلفي بأنه تنمية القدرة على اتخاذ القرار في ضوء القيم الأخلاقية. أمّا "الأخلاق فلها معنيان، أحدهما يعني الامتثال لقيم المجتمع، والآخر يعني اتباع الغايات والأهداف الصحيحة. وطبقاً للمعنى الأول، يتبع الفرد العادات والتقاليد الاجتماعية، وطبقاً للمعنى الثاني، فإنّ الغايات الصحيحة كالكرم والأمانة والولاء تعدّ خيرة في ذاتها وينبغي اتباعها بصرف النظر عن عادات المجتمع ومعاييره. ويستخدم علماء النفس المعرفي مصطلح "التدبير الخلفي" moral reasoning، والمرادف لمصطلح "الحكم الخلفي" moral judgment، للإشارة إلى التغير في عمليات التفكير والحكم على ما هو مقبول أو غير مقبول من الناحية الأخلاقية خلال مراحل النمو المختلفة (Anne, 1997, pp. 268).

أولاً- الاتجاه السلوكي

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن النمو الخلفي يخضع لقوانين التعلم مثل أي سلوك آخر (التقليد، والتعزيز، والثواب والعقاب، والانطفاء والتمييز). ويؤكد "سكنر" أهمية تأثير الأحداث البيئية على السلوك الخلفي، فهو يرى أن السلوك الخلفي يتشكل من خلال التنشئة الاجتماعية، فمن خلال سلسلة من الإجراءات يبدأ الفرد برؤية أنماط معينة من السلوك ويقوم بتطوير أنماط سلوكه الخلفي ليتناسب وهذه الإجراءات، وأن قدرة الفرد على اكتساب هذه الأنماط تتأثر بقدرته على التفكير وتنظيمه الذاتي وكذلك على التعزيز المصاحب، ومن خلال التعزيز الإيجابي تتطور سلوكيات خلقية مرغوب فيها.

وقد حدد "سيزر" و"ماكوبي" و"ليفين" ثلاثة معايير للنمو الخلفي هي:

أ. مقاومة الإغراء: وتتضح حين يعزف الفرد عن الإقدام نحو مثير يجذبه لكونه لا أخلاقي من وجهة نظر ثقافته.

ب. التعلم الذاتي: فالفرد يتعلم المبادئ والقواعد الأخلاقية من خلال تفاعله مع الأفراد المحيطين به ومن خلال ملاحظته للأنماط السلوكية واللفظية لهم.
ج. الشعور بالذنب في حالة الخروج عن القواعد والقيام بعمل خاطئ.

ثانياً- الاتجاه المعرفي

يرى أصحاب النظرية المعرفية أن النمو الخلفي هو جزء من عملية النضج العقلي والمعرفي ضمن إطار الخبرة العامة، وأن هذا النضج مرتبط بسلسلة من متدرجة من المراحل تسير طردياً مع مراحل النمو المعرفي والعقلي للفرد.

فالسلوك الخلفي حسب رأي المعرفيين هو أحد نواحي التكيف الذكائي مع البيئة الاجتماعية، فالشخص الأذكى يسلك بشكل أخلاقي أكثر من الشخص الأقل ذكاءً، لقدرة الأول على استيعاب قوانين البيئة الاجتماعية وقدرته على تكييف أبنيته المعرفية لتناسب مع قوانين البيئة الاجتماعية المحيطة، ويشير النمو الخلفي إلى

منظومة فكرية تختلف في كل مرحلة عن سابقتها من حيث كمية الخبرات والمعارف التي تحويها، ومن حيث البنية الفكرية التي تنتظم فيها تلك المعارف والخبرات، وتتكون هذه البنية عبر عمليات التنشئة الاجتماعية التي يمر بها الفرد في أثناء مراحل نموه.

وفيما يلي عرض للنظريات المعرفية وتفسيرها للنمو الخلفي متمثلة بنظريات كل كن كولبيرغ وجليجان:

١) نظرية "كولبيرج" في النمو الخلفي

يرى "لورنس كولبيرج" Lawrence Kohlberg (١٩٢٦-١٩٨٧م)، أن المستويات العالية من النمو الخلفي تتطلب إحراز مستوى معين من النمو المعرفي، وتتطلب أيضاً أنواعاً معينة من الخبرات الشخصية للفرد. فدخل الفرد بيئة العمل مثلاً يعرضه لبدائل انفعالية وخيارات وجدانية وقيم متصارعة وإدراك جديد للذات. وحينئذ قد يستجيب للمواقف التي تتطلب حكماً أخلاقية بنوع من التقدير النسبي، فما هو صواب ليس إلا مسألة نسبية ويعتمد ذلك على خصائص الفرد وحاجاته وظروفه.

ولقد طوّر "كولبيرج" (١٩٧٣م)، نظريته في نمو التفكير الخلفي معتمداً بشكل أساسي على فكر ونظرية "بياجيه" في النمو المعرفي cognitive development، عامّةً، والنمو الأخلاقي خاصّةً.

١ نظرية بياجيه: كان "بياجيه" يرى أن النمو الخلفي، هو نتيجة لعملية نشطة تتضمن تطور المعرفة، وتتزامن مع تعرض الفرد لخبرات اجتماعية جديدة. ويتضمن النمو الخلفي برأيه مظهرين هما: احترام الفرد للمعايير الاجتماعية، وإحساسه بالعدالة. ويرى أن الشعور الأخلاقي لا يولد مع الطفل، بل إنه يتشكل نتيجة امتصاص الطفل للمعايير الأخلاقية والاجتماعية وتكيفه معها. وتركز منهجه في البحث في المشكلات المتعلقة بالأذى الواقع والنية المقصودة. وكان دائماً يقدم مثال شخصين، أحدهما: يحدث قليلاً من الأذى بنية سيئة، والآخر: يحدث كثيراً من الأذى مع حسن نيته (شريبه، ٢٠١٦، ص ١٩٢).

إذ يمثل النمو المعرفي من وجهة نظر "كولبيرج" شرطاً ضرورياً غير كاف لنمو التفكير الأخلاقي، ويؤكد أهمية التفاعل بين العوامل البيولوجية والعوامل الاجتماعية.

كما قسّم "كولبيرج" مستويات نمو التفكير الأخلاقي إلى ثلاثة مستويات يشتمل كل منها على مرحلتين.

إذ تغطي هذه المراحل معظم المراحل العمرية المختلفة للإنسان، ويؤدي التقدم في العمر إلى تغير كيمي أو نوعي *change qualitative*، في التفكير الأخلاقي. ويقفّ تركز الفرد حول ذاته كلّما وصل إلى مرحلة متقدمة من العمر، مما يجعل تفكيره أكثر واقعية منطقية (العمرى، ٢٠٠٠، ص ١٢؛ الغامدى، ٢٠٠٠، ص ٦٥٠).

من الجدير ذكره، أن "كولبيرغ" لم يخضع في دراساته سوى الذكور، وهذا يثير تساؤلاً حول فيما إذا كان النمو الخلقى عند الإناث يسير بنفس المراحل التي تحدث عنها نظرية "كولبيرغ"، مع الإشارة إلى أن هذه من المآخذ على نظرية كولبيرغ واتهامها بالتحيز. فقد وجد كل من "ولكر" و"جليجان" فروقاً بين الذكور والإناث في أحكامهم الخلقىة.

وفي حين أكد "كولبيرغ" أنه ليس للوالدين دور كبير في التطور الخلقى، نجد باحثين آخرين يؤكدون أن للمستوى التربوي للوالدين أثر في تطور أحكام الأبناء وبخاصة عندما يستخدم الآباء أسلوب الحوار والمناقشة وحرية التعبير مع الأبناء، إذ يتيحون لهم فرصاً أفضل لتطوير أحكامهم الأخلقىة.

مستويات الحكم الأخلاقي التي حددها "كولبرج"

١. مرحلة أخلاقيات ما قبل العرف

وهي تتضمن ربط الأحكام الأخلاقية بقواعد السلطة الخارجية، والتوجه بحسب العقاب والطاعة، أي اتباع القانون لتجنب العقاب وللحصول على الثواب.

٢. مرحلة أخلاقيات العرف والقانون

يتضمن هذا المستوى أغلب المراهقين ونسبة كبيرة من الراشدين في أي مجتمع، وفيه ينظر إلى توقعات عائلة الفرد، أو مجتمعه، لكونها ذات قيمة في حد ذاتها تتطلب الحفاظ عليها، والتمسك بها. ويتحدد معنى الصواب في أن يسلك الفرد حسبما يتوقع الآخرون المهمون في حياته منه أو بحسب ما يتوقع الآخرون المهمون في حياته منه، أو بحسب ما يتوقعه الناس عامةً. ويشمل هذا المستوى مرحلتين:

- المرحلة الأولى، مرحلة المسايرة الاجتماعية: في هذه المرحلة تعتمد الأحكام الأخلاقية على ما يتوقعه الآخرون من الفرد وبالتالي يصدر الحكم الأخلاقي المساير للجماعة، ويكون الفرد هنا وجهة نظر فردية في علاقته مع الآخرين نتيجة لقدراته على التعرف على الشعور المتبادل والقدرة على فهم شعور الآخرين، ومن ثم يتبنى القرارات الأخلاقية على أساس فعل ما هو مقبول من وجهة نظر الآخرين، أي إنّ الحكم الخلفي قائم على التوقعات الشخصية المتبادلة.

ومثال الأحكام الأخلاقية في هذه المرحلة استجابة الفرد على نفس الأزيمة بقوله "لا يجب عليه أن يسرق الدواء بصرف النظر عن حالة زوجته لأن ذلك خطأ. تصور أن كل فرد عمل ذلك ماذا سيحدث للمجتمع، بطبيعة الحال سوف ينهار المجتمع وسوف نعيش في غابة " أو الاستجابة التالية " يجب أن يسرق الدواء ثم يدفع قيمته في وقت لاحق مثلا (العمرى، ٢٠٠١، ص ١٤).

- المرحلة الثانية، وتسمى مرحلة الضمير: يصل الفرد في هذه المرحلة إلى درجة عالية من النمو الأخلاقي، تمكنه من فهم النظام الاجتماعي، مما يعني استشعاره لواجباته تجاه المجتمع والنظام الاجتماعي، ولهذا يؤدي الفرد واجباته بشكل جيد، متجاهلاً العلاقات الشخصية والتوقعات التي تعدّ أساساً ضرورياً للحكم الأخلاقي في المرحلة السابقة.

ويستند هذا التطور إلى تطوره المعرفي الذي يسمح له بالاعتقاد بأن الطريق الصحيح أو الالتزام الأخلاقي يحدث بالالتزام بالقانون، على أساس أنه يحمي المجتمع من السقوط، وأنه يمثل مرجعاً لحل أي مشكلة من وجهة نظره، وعلى هذا الأساس فالأفعال القانونية أفعال أخلاقية.

ومن الأمثلة على هذا النوع من الحكم إجابة المفحوص عن كل بند من بنود اختبار الحكم الأخلاقي بقوله "يجب ألا يسرق، ولو أن كل شخص سرق لتهدم المجتمع، أو الاستجابة التالية يجب أن يسرق لأنه لو ترك زوجته المريضة تموت دون أن يفعل شيئاً فقد يسأل قانونياً (الغامدي، ١٩٩٨؛ نقلاً عن الرافي، د.ت.).

٣. مرحلة أخلاقيات ما بعد العرف والتقاليد

ويشير "كولبيرج" إلى أنّ أخلاقيات ما بعد العرف الاجتماعي لا تظهر إلا في مرحلة الرشد، إذ يكون الأفراد قد حققوا قدراً من الحرية في تحديد اختياراتهم.

بمعنى أنه بينما ينمو الوعي المعرفي بالمبادئ في مرحلة المراهقة، فإن الالتزام والتعهد باستخدامها أخلاقياً عادةً ينمو فقط في مرحلة الرشد، وذلك لأننا في أثناء هذه الفترة، عادةً نجد الراشدين يتميزون بأداء التزامات وتعهدات جادة نحو أنفسهم ونحو الآخرين ونحو المثل والأيديولوجيات.

ويمكن أن تحقق قلة من الأفراد هذا المستوى، وفيه تظهر محاولة واضحة لتحديد وإتباع القيم والمبادئ الأخلاقية، والإنسانية، بصرف النظر عن مدى ارتباطها بالقانون والعرف الاجتماعي.

يتكون هذا المستوى من مرحلتين هما:

- المرحلة الأولى، مرحلة العقد الاجتماعي والحقوق الفردية: إذ يتوجه الفرد نحو الالتزام بمبادئ أخلاقية يختارها: السبب الأول للسلوك الخلفي في هذه المرحلة اعتقاد الفرد في صحة المبادئ الأخلاقية العامة، وهذا الاعتقاد يقوم على الاستدلال والتعقل. والسبب الثاني هو الإحساس بالالتزام الشخصي نحو هذه المبادئ.

- المرحلة الثانية، مرحلة المبادئ العالمية الإنسانية: إذ إنّ عدداً قليلاً جداً من الأفراد يمكنهم تحقيق هذه المرحلة، مما دفع "كولبرج" إلى عدّها مرحلة افتراضية ترتبط فقط بمبادئ بعض النماذج النادرة، إذ ترتبط أحكام الفرد الأخلاقية بمبادئ أخلاقية ذات طبيعة مجردة ذاتية الاختيار وعامة. مما يعني النظر إلى العدالة والمساواة في حقوق الإنسان، واحترام كرامته، بوصفها مبادئ إنسانية عامة تعني احترام حقوق الإنسان، والإنسانية من دون اهتمام بأي مؤثرات أخرى (كمال، د.ت، ص ٤١٦-٤١٩).

٢) نظرية "جليجان" في النمو الخلفي

لقد هاجمت "كارول جليجان" Gilligan، نظرية "كولبيرغ" واتهمته بالتحيز الجنسي وإهماله لحقيقة أنّ التوجه الأخلاقي لدى الإناث يختلف عنه لدى الذكور. وأظهرت - من خلال مقابلات أجرتها مع نساء يواجهن مشكلات أخلاقية حقيقة - أنّ الإناث يطورن أخلاقية العناية، إذ يركزن حكمهن الأخلاقي على قضايا الرعاية الموجهة نحو الآخرين والمحافظة على العلاقات معهم، بينما يطور الذكور أخلاقية العدالة، إذ يركزن حكمهم الأخلاقي على استخدام القوانين والمبادئ الأخلاقية، الأمر الذي يشير إلى وجود اختلاف في طرائق التفكير الأخلاقي بين الجنسين. وقد طرحت "جليجان" ثلاث مراحل للنمو الخلفي عند الإناث:

١. مرحلة المصلحة الشخصية: وتستند القرارات الأخلاقية في هذه المرحلة إلى أسس أنانية تماماً وهي مشابهة تماماً لمرحلة أخلاقيات ما قبل العرف لدى كولبيرغ.

٢. مرحلة التضحية بالذات: تتمركز هذه المرحلة حول الاهتمام بالآخرين والتضحية بالحاجات والرغبات الذاتية من أجل مساعدة الآخرين، إذ يحتل الاهتمام بالآخرين منزلة أعلى من اهتمام المرأة بذاتها.

٣. مرحلة التكامل بين الاهتمام بالذات والاهتمام بالآخرين: فالمرأة التي تصل إلى هذا المستوى تكون قادرة على التوفيق وتحقيق التوازن بين حاجاتها وحاجات الآخرين (الشوارب والحوالدة، ٢٠٠٧).

٤ - التغيرات النمائية في مرحلة الرشد المبكر

تحدث عدة تغيرات نمائية في هذه المرحلة يمكن إيجازها على الشكل الآتي:

٤-١ النمو الجسمي

خلال طور الرشد المبكر وخصوصاً من أوائل العشرينيات وحتى أوائل الثلاثينات يكون الفرد قد وصل إلى قمة نموه البيولوجي والفيزيولوجي. فخلال الرشد المبكر يكون معظم الأفراد قد بلغوا أقصى طول للقامة. وتصل الإناث إلى هذا الحد في سن ١٧ أو ١٨ سنة، بينما تطول الفترة بعض الشيء عند الذكور لتصل إلى سن ٢١ سنة تقريباً.

كما أنّ القدرة على النشاط البدني، تصل إلى حدها الأقصى خلال هذا الطور من العمر، ولهذا يقع معظم الأبطال الرياضيين عادة في هذه المجموعة العمرية وبخاصة حتى مطلع الثلاثينات، بعدها نجد أنّ القوة الجسمية تتناقص تدريجياً ليصل معدل النقص فيها حوالي ١٠% خلال الفترة من ٣٠-٦٠ سنة.

وكذلك فإنّ عدداً من الوظائف الحسية والعصبية تصل إلى مستوياتها القصوى خلال الرشد المبكر، فالحدة البصرية والسمعية يبلغان أقصى قوتها في سن العشرين تقريباً، وتظلّ الحدة البصرية ثابتة نسبياً في مرحلة وسط العمر، بينما

تظهر حدة السمع تناقصاً تدريجياً خلال نفس الفترة. إضافةً إلى ذلك، فإن الوزن الكلي للمخ يتم اكتماله خلال الرشد المبكر.

وعادةً تكون القدرة على الإنجاب (وخصوصاً عند الإناث) في ذروتها في أثناء مرحلة الرشد المبكر، فمن الناحية البيولوجية نجد أن أفضل عمر زمني لحدوث الحمل عادةً يكون في العشرينيات من العمر، إذ تصل الأعضاء والأجهزة الفيزيولوجية عند الحمل إلى أفضل نمو وتآزرها خلال هذا الطور من النمو دون سواه. فالمرأة خلال الرشد المبكر تكون أكثر قدرة على إنتاج البويضات المخصبة، كما أنّ دورتها الهرمونية المرتبطة بالتناسل تكون أكثر انتظاماً، وتكون بيئة الرحم والحوض أكثر ملاءمة للحمل وأكثر يسراً في الولادة.

ورغم أنّ كثيراً من النساء يحملن بصورة مريحة في أواخر سن الثلاثين وأوائل سن الأربعين، فإنّ معدّل الخصوبة ليس بنفس الجودة كما هو الحال في طور الرشد المبكر، إذ إنّ معدّل الخصوبة يبدأ بالنقصان بعد سن الثلاثين من حياة المرأة، إضافةً إلى أنّ الولادة قد تكون أكثر صعوبةً، مع وجود احتمال أكبر لحدوث تشوهات في الجنين.

وهكذا فإنّ طور الرشد المبكر هو طور اكتمال النمو الجسمي، باستثناء الحالات القليلة التي تتعرض للإصابة بالأمراض أو النمو غير السوي. فالراشدون المبكرون هم أكثر الأفراد صحةً في المجتمع، وأسباب الوفاة لديهم ترجع إلى الحوادث أكثر منها إلى الأمراض.

ومع ذلك فإنّ بعض المشكلات الصحية التي قد تظهر في المراحل التالية من حياة الفرد تبدأ بوادرها في هذا الطور العمري، ولذلك يطلق عليها الباحثون "الأمراض الصامتة"، وتشمل الحمى الروماتيزمية، وتصلّب الشرايين، وتضخم أعضاء الجهاز التنفسي، وسرطان الرئة، وتليّف الكبد، وأمراض الكلى، والتهاب المفاصل.

كما أنّ الراشدين المبكرين يكونون أيضاً عرضةً للاضطرابات التي ترتبط بالإجهاد النفسي، ومن ذلك: التوتر الزائد، والاكتئاب، وقرح المعدة والسمنة ... وغيرها. ولعلّ هذه الحقائق تؤكد أهمية برامج الطب الوقائي التي يجب أن تقدم لهؤلاء لكي تمنع استفحال هذه المخاطر فيما بعد (الأشول، ٢٠٠٨ ؛ السيد، ١٩٩٧، ص٣٤٩).

٤-٢ النمو العقلي المعرفي

في هذه المرحلة العمرية يصل تطور النمو العقلي المعرفي للراشد إلى ذروته، أي إلى ما يسمى بـ "البلورة"، و"الاستقرار"، وتأخذ هاتين الحالتين المظاهر الآتية:

- التفكير المنظم في الاحتمالات المختلفة: إذ يستطيع الراشد أن يقارن بين الحلول المطروحة ويختار الأنسب من بينها.
- التفكير في البدائل والفروض: في المرحلة السابقة (المراهقة) كان المراهق يتوقف عن التفكير في الحلول عندما يصل إلى أول حل للمشكلة، ولكن الراشد هنا بإمكانه أن يحتفظ بالحل الأول ليحصل على الحل الثاني أو الثالث ...
- نسبية التفكير: يتسم تفكير الراشدين في هذا الطور بالنسبية، فمن الملاحظ أنه مع تقدم الشباب في دراستهم الجامعية أو في مجال حياتهم المهنية تتناقض في تفكيرهم خاصية (المطلق) وتزايد خاصية (النسبي).
- وهو بذلك يختلف عن تفكير المراهق الذي يميل إلى أن يكاد يكون مطلقاً. فالراشد أكثر تقبلاً لوجود أنساق معرفية متعارضة. وينشأ ذلك جزئياً من اتساع الوسط الاجتماعي للراشد، الذي يشمل وجهات نظر مختلفة، وأدواراً اجتماعية عديدة.
- تقبل التناقضات المعرفية: يدرك الراشدون أن التناقض هو خاصية من خصائص الواقع، ولا يحتاج الأمر إلى حل الصراعات والتناقضات المعرفية لكي

يحقق الراشد توافقه وتكيفه مع البيئة المحيطة به، وإنما قد يتحقق هذا التكيف بتقبل هذه التناقضات، بل إن تفكير الراشدين لا يقبل هذه التناقضات في عالم الواقع فحسب، وإنما قد يسعى إليها، ويعتمد عليها للوصول إلى حلول جديدة للمشكلات، من خلال النشاط الإبداعي (التفكير من خلال إيجاد المشكلات).

- تكامل التفكير: يسعى الراشدون في تفكيرهم إلى إحداث التكامل والتآزر بين أنساق متعددة، أو التركيب بين جوانب المعرفة المتناقضة للوصول إلى تكوين جديد أكثر شمولاً واتساعاً يسميه بعض الباحثين ما بعد الأنساق.

- القدرة على النقد البناء، إذ يشكل الطابع النقدي أو التقييمي الخاصية الأساسية لشخصية الراشدين في هذه المرحلة.

- القدرة على التخطيط واتخاذ القرارات.

- القدرة على التركيز والتفكير المنطقي.

- التوازن بين العقل والعاطفة، إذ يغلب على سلوك الراشد العقلانية والثبات

الانفعالي.

- إيجاد المشكلات problem-finding: ويتمثل ذلك في قدرة الراشد على توليد أسئلة جديدة ومرتبطة حول العالم يحيط به. وعلى ذلك فإن الراشد هنا يطرح مشكلات جديدة بدلاً من التنبه إلى المشكلات القائمة. كما يكتشف طرائقاً جديدة في النظر إلى المسائل المألوفة من أجل الوصول إلى حلول جديدة وممكنة (صادق، وأبو حطب، ١٩٩٥، ص ٣٧٢؛ رضا، ٢٠٠٢، ص ١٣٩).

٤-٣ النمو الاجتماعي

تتميز مرحلة الرشد المبكر بالاعتماد على الذات، والكفاية والإنجاز، والالتزان النسبي في العلاقات الاجتماعية سواء مع الأهل أم الأصدقاء أم أفراد المجتمع. ويكون للتنشئة الاجتماعية دور مهم في تكوين شخصية الراشد من خلال انتقاله السوي من مرحلة المراهقة إلى الرشد.

فهذه المرحلة هي فترة النضج الاجتماعي، الذي يتم بالتوازي مع باقي جوانب الشخصية الجسمية والعقلية والانفعالية، وإن أي اضطراب في أي من هذه الجوانب سوف يؤثر في نمو الجانب الاجتماعي للراشد.

مظاهر النضج الاجتماعي في مرحلة الرشد المبكر

ويتضمن النضج الاجتماعي في مرحلة الرشد المبكر المظاهر الآتية:

أ- تحمّل مسؤولية الاختيار: تعدّ مسؤولية الاختيار من أهم خصائص النمو الاجتماعي في مرحلة الرشد المبكر، فهي تواجه بضرورة القيام باختيارات تتعلق بالاضطلاع بمسؤوليات عديدة. فمطلوب من الراشد اختيار المهنة المناسبة وممارستها لتحقيق الاستقرار والتوافق المهني، والرضا عن العمل.

ومطلوب منه -أيضاً- اختيار شريك الحياة والعيش معه وتأسيس أسرة جديدة، وتحقيق الاستقرار والتوافق الأسري، مع ما يترتب على ذلك من إنجاز مسؤوليات عديدة، وإيجاد الروابط التي تتفق مع الحياة الجديدة. وقد تواجه تلك المسؤولية بثلاث صعوبات، في الآتي:

الصعوبة الأولى، تتمثل في مدى تأهيل الراشد للقيام بأي من جوانب المسؤولية في مختلف المجالات الاجتماعية.

الصعوبة الثانية، تتعلق بمدى ملائمة الظروف الاجتماعية المحيطة والقائمة لإنجاز مسؤولية محددة.

الصعوبة الثالثة، وهي تنشأ نتيجة اتجاهات المجتمع نحو فرض مسؤوليات محددة من الراشد دونما إتاحة فرصة للاختيار، أو حتى إتاحة فرصة التفاعل مع الاختيار المفروض، وهو ما يمكن أن نسميه "وصية الاختيار".

ب- تقبل الوالدين وكبار السن، ومعاملتهم المعاملة الطيبة والحسنة، والتوافق مع أسلوب ونمط حياتهم.

ج- تحقيق مستوى اقتصادي مناسب ومستقر، مع القدرة على المحافظة عليه.

د- الاهتمام بالتنظيم الجماعي أو الانتماء إلى الجماعات والمنظمات التي تقوم بالأعمال أو الخيرية أو الاجتماعية أو الوطنية، وتحقيق الاندماج في المجتمع، وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين، يسودها الفهم والاحترام المتبادل، وتكون أكثر عمقاً وثباتاً مما كانت عليه في المرحلة العمرية السابقة.

هـ- ممارسة الحقوق المدنية وتحمل المسؤولية الاجتماعية 'social responsibility، والمسؤولية الوطنية national responsibility. وتعرف بالمسؤولية الاجتماعية بأنها شعور الفرد بالالتزام والمسؤولية عما يقوم به من أفعال، وتعرف أيضاً بأنها استعداد مكتسب لدى الفرد يدفعه للمشاركة مع الآخرين في أي عمل يقومون به، والمساهمة في حلّ المشكلات التي يتعرضون لها. أمّا المسؤولية الوطنية فهي الولاء المطلق للوطن والاعتزاز به، واحترام رموزه، والفخر في الانتماء إليه والعمل على تقدمه، والدفاع عن سيادته وكرامته (أبو جعفر، ٢٠١٤ ؛ القيسي، ١٩٩٨).

^١ المسؤولية الاجتماعية **Social Responsibility**: هناك تباين في تعريف المسؤولية الاجتماعية بين الاتجاه الأخلاقي والاتجاه القانوني، فالإتجاه الأخلاقي يركز على المعنى الأخلاقي للمسؤولية الاجتماعية بعدّها التزام ذاتي من الفرد نحو المجتمع، أما الإتجاه القانوني فهو يفهم المسؤولية الاجتماعية على أنها مسائل من قبل المجتمع وما فيه من قوانين وأعراف وتقاليده، وتتكون المسؤولية الاجتماعية من ثلاثة عناصر، هي: الاهتمام، والفهم، والمشاركة (سلام، د.ت، ص ١٠).

٤-٤ النمو الوجداني

أكد "أندرسون" أنّ الاستجابة الانفعالية للراشدين تقلّ كلما تقدموا في العمر، وهذا لا يعني حصول نقص في الناحية الانفعالية وإنما يعني حصول تغييرات من الناحية النوعية. والانفعال Affection - كما يعرفه "ورتمان" - هو "ردود أفعال لا إرادية إلى حد كبير، تشمل تغييرات عميقة سواء كانت منظورة أم غير منظورة" (Wortman, ١٩٩٢, pp.٣٥٠).

أمّا "مطاويع" (٢٠٠٤م)، فيعرف "الانفعال" على أنه "حالة توتر في الكائن الحي تصاحبها تغييرات فيزيولوجية داخلية، ومظاهر جسمانية خارجية، تنشأ هذه الحالة من التوتر من مصدر نفسي". ويشير "كانل" إلى أنّ عدد الأشياء التي تثير الاستجابات العاطفية يزداد، ولكن الانفعالات العنيفة تقل (قوة الانفعالات).

وتؤكد معظم الدراسات ظهور ميل إلى الانسحاب والتفوق على الذات الذي يزداد مع التقدم في العمر، وبالتالي توجد علاقة واضحة بين انخفاض حدة الانفعالات، والتفوق على الذات في مرحلة الرشد المبكر (بهية ولطيفة، ٢٠١١).

علامات النضج الانفعالي في مرحلة الرشد المبكر

بناءً على ما سبق يمكن تلخيص أهم علامات النضج الانفعالي ومميزات الحياة الانفعالية في مرحلة الرشد المبكر في النقاط الآتية:

- التخصيص العاطفي

تعدّ مرحلة الرشد مرحلة التخصيص العاطفي بعد التعميم، فبينما تكثر الاهتمامات العاطفية والأصدقاء والعلاقات خلال مرحلة المراهقة، تتمحور العلاقات عند الكبار في عدد قليل من الأفراد الذين يكونون محددتين في إطار العائلة كالزوج والأخوة والأقارب إضافة إلى قلة الأصدقاء وخصوصاً القدامى منهم.

- تأجيل إشباع الحاجات

يتصف الراشد الصغير بالقدرة على تأجيل واستبدال إشباع الحاجات النفسية، كما تكون لديه القدرة على اختيار الوقت المناسب لهذا الإشباع (أبو جعفر، ٢٠١٤، ص ١٤٧).

- التعاطف

إذ يخرج الفرد من دائرة الاهتمام بذاته، إلى الاهتمام بالآخرين من حوله. وتعرّف "المشاركة الوجدانية" بأنها: "القدرة على تحديد مواقف الآخرين وفهم ومشاعرهم وعواطفهم".

وقد عرّف "روجرز" المشاركة الوجدانية بأنها: "القدرة على إدراك التكوين الداخلي للآخرين فيما يخص الناحية الشعورية والمعنوية". وبذلك تعني المشاركة الوجدانية "عملية عاطفية معرفية، وقدرة على الإحساس باهتمامات الآخرين، والنظر للأشياء من وجهة نظر الآخرين".

- تمايز الانفعالات

يسير التكوين الانفعالي للراشد نحو التمايز التام في الانفعالات، فيكون السلوك الانفعالي متعلقاً بكل ظرف على حدة دون خلط بين المواقف المختلفة.

- الضبط الانفعالي

إذ يميل الراشد إلى التحكم في شدة انفعالاته وعواطفه، ويصبح أكثر سيطرة عليها، ويستطيع أن يعبر عنها دون تهور أو اندفاعية، إذ يصبح قادراً على التغلب على كثير من الحالات التي تدفعه إلى الغضب أو الخوف، ويتعلم كيف يكون حريصاً في إظهار انفعالاته ومراعياً شعور الآخرين.

- الثبات النسبي

يدخل الراشد هذه المرحلة ولديه نوع من الثبات الانفعالي النسبي، بعيداً عن التقلب في العواطف.

- الواقعية

إذ يتعامل الراشد مع عواطفه بنوع من التفكير العقلاني، فيصبح أكثر واقعية في حياته العاطفية، وفي ردود أفعاله تجاه المواقف المختلفة.

- الاتزان الانفعالي

يسير التكوين الانفعالي (العاطفي) للراشدين في هذه المرحلة نحو الاتزان والثبات (خياط، د.ت؛ رضا، ٢٠٠٢، ص ١٢١).

٤-٥ النمو المهني

النمو المهني عملية متعددة العناصر والمراحل، تشمل تطوير كل ما يتعلق بالعمل من ميول وقدرات في مرحلة ما قبل العمل (سنوات الطفولة والمراهقة). والنمو المهني هو عملية مستمرة على مدى حياة الإنسان، فقد يبدأ التهيؤ له مع مرحلة المراهقة ولا ينتهي بمجرد دخول الفرد إلى ميدان العمل.

وتحتل المهنة^١ عند الراشدين أهمية كبيرة، ويعود ذلك للأسباب الآتية:

أ- العمل تعبير عن حاجة داخلية لدى الإنسان تدفعه نحو الاستقلالية النفسية والاقتصادية والإتقان والتعامل الفعال مع البيئة: وتسمى هذه الحاجة "دافعية الإنجاز"^٢ achievement motivation، وبالطبع فإن هذا الدافع يختلف بين الأفراد ولدى الفرد الواحد في مختلف مراحل نموه.

^١ المهنة: تعرف المهنة بأنها أدوار اجتماعية تميز أنشطة الفرد داخل النسق الاجتماعي، ونشاط نوعي يرتبط بسوق العمل بهدف إشباع الحاجات الأساسية للفرد، وتحديد وضعة الاجتماعي (خطابية، ٢٠٠٩، ص ١٩٣).

^٢ دافعية الإنجاز Achievement Motivation: يعرف "ماكليلاند" دافعية الإنجاز بأنها استعداد ثابت نسبياً في الشخصية يحدد مدى سعي الفرد للوصول إلى النجاح، وتحقيق هدف معين في ضوء مستوى محدد من الامتياز والتفوق، أو ببساطة هي الرغبة في النجاح. ويعرفها "أتكسون" (١٩٦٤) بأنها ذلك المركب الثلاثي من قوة الدافع، ومدى احتمالية نجاح الفرد، والباعث ذاته بما يمثله من قيمة له (خليفة، ٢٠٠٠، ص ٩١).

وعند الراشد تؤثر قوة دافع الإنجاز في طريقته في تفسير خبراته المهنية وتوجهها، ولهذا نجد بعض الراشدين من النساء ومن الرجال من ذوي الإنجاز العالي يصلون إلى مواقع القيادة والسلطة في مجالات عملهم بالمقارنة بأقرانهم من ذوي الإنجاز المنخفض.

ومن العوامل التي تعدل سلوك الإنجاز سيطرة دافع آخر قد يكون أحياناً "الحاجة إلى الانتماء" affiliation، لدى الراشدين، وهو دافع يوجه الإنسان نحو تكوين علاقات إنسانية أكثر يسراً مع الناس الآخرين.

ب- العمل مصدر لشعور الفرد بقيمته: وبالتالي فإنه وثيق الصلة بتقديره لذاته وتحديد هويته، ويكشف ذلك عن الأثر النفسي والسلبي للبطالة على شخصية الراشدين، ويتوقف تقدير الراشدين العاملين لذواتهم على تفسير كلٍّ منهم لخبرة العمل، ومن ذلك أسلوب الفرد في عزو أسباب النجاح والفشل المهني لكلٍّ منهما. فإذا كان الراشد يعزو أسباب نجاحه إلى عوامل داخلية مستقرة فيه من ناحية، وأسباب فشله إلى عوامل خارجية غير مستقرة "مؤقتة أو عارضة"، فإنه يكون أكثر تقديراً لذاته، كما يكون لديه شعور قوي بالكفاية الشخصية.

ومن ناحية أخرى فإن العمل قد يحقق شعوراً أكبر بالقيمة، وتقديراً للذات self-esteem¹، بسبب الترتيب الهرمي للمهن من ناحية، ومبالغة المجتمع في تقدير بعضها على حساب بعضها الآخر، من ناحية أخرى.

ج- العمل له أهميته الاجتماعية للفرد: فهو مصدر للمكانة الاجتماعية، فمن خلال العمل يقدم الراشد إلى الآخرين شيئاً له قيمة، ويحصل على تعزيز الآخرين، كما أن العمل يهيئ للراشد فرصاً كثيرة للمشاركة الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي،

¹ تقدير الذات Self-esteem: هو قدرة الفرد على تحديد مدى جدارته بالاحترام ويعكس مدى ثقته في

نفسه ورؤيته الذاتية لأهميته (المرعب، ٢٠١٠، ص ٢٦٨).

سواء داخل بيئة العمل "مع الزملاء والمرؤوسين والرؤساء" أم خارجها، حين يكون الفرد علاقات صداقة جديدة مع زملاء العمل.

وأخيراً فإن العمل هو الوسيلة الأساسية لشغل وقت الراشدين وتنظيمه، ويحقق لهم بذلك صورة سوية للتوافق الاجتماعي، ولعلنا ندرك المغزى العميق لذلك إذا تأملنا حالات سوء التوافق الاجتماعي لدى الذين يعيشون محنة البطالة أو الذين يتقاعدون (صادق، أبو حطب، ١٩٩٥، ص ٤٠٨-٤١٠).

نظريات النمو المهني في مرحلة الرشد المبكر

هناك عدة نماذج ونظريات في مجالات علم النفس المهني تفسر أصل الميول المهنية، وكيفية نشأتها وتطورها لدى الفرد، وسنعرض هنا نظرية كل من "دونالد سوبر" Donald Super، و"دانيال ليفنسون" Danial Levinson، و"فرانك بارسونز" Frank Parsons:

(أولاً) نظرية "سوبر"

يعدّ "سوبر" من أكثر علماء التطور المهني اهتماماً بالفرد وبإمكاناته، فقد عمل في جامعة كولومبيا بمدينة نيويورك على تحديد نظرية للأنماط المهنية، وذلك باستخدام اختبارات الميول المهنية والاستعدادات، ووضع نظرية عامة منذ عام (١٩٥٣م)، مؤكداً من خلالها أهمية التوجيه المهني وكذلك تطور الاهتمامات المهنية عند الفرد في المستويات العمرية المختلفة (خملة، ٢٠١٤، ص ٢٠).

ثم اقترح نظريته في النمو المهني عام (١٩٥٧م)، وطورها عام (١٩٦٣م)، اعتماداً على المراحل العمرية التي يمر بها الفرد، وترى هذه النظرية أن للمعلومات والخبرة دور كبير في النمو والوعي المهني لدى الفرد.

وقد تأثر "سوبر" بنظرية "روجرز" حول "مفهوم الذات"، وأشار إلى أنّ الأفراد يميلون إلى اختيار المهن التي يستطيعون من خلالها تحقيق مفهومهم عن ذاتهم، والتعبير عن أنفسهم، وأنّ السلوكيات التي يقوم بها الفرد لتحقيق مفهوم ذاته مهنيّاً،

هي وظيفة المرحلة النمائية التي يمر بها، وعندما ينضج الفرد يصبح مفهوم الذات مستقراً والطريقة التي يتحقق بها مهنيًا تعتمد على ظروفه الخارجية. فالمحاولات لاتخاذ قرارات مهنية خلال فترة المراهقة يفترض أن يكون لها شكل مختلف عن تلك التي تتخذ في منتصف العمر.

اعتمد "سوبر" في تطوير نظريته في النمو المهني على ثلاثة أسس شكّلت الإطار العام لنظريته، وهي:

١- نظرية مفهوم الذات

إنّ تشكيل مفهوم الذات، يتطلب من الفرد أن يتعرف على نفسه كفرد متميز، وفي نفس الوقت عليه أن يدرك التشابه بينه وبين الآخرين. ومفهوم الذات يتغير نتيجة نمو وتطور الفرد العقلي والجسمي والنفسي والتفاعل مع الآخرين، والافتداء بالأفراد الناجحين، كذلك فإنّ مفهوم الذات المهنية يتطوّر بنفس الطريقة، فالفرد عندما ينضج يختبر نفسه بعدة طرائق مهنيًا وأكاديميًا.

٢- علم النفس الفارقي

يبين "سوبر" أن لكل فرد القدرة على النجاح والرضا في عدة مجالات، وأن الأفراد يتفاوتون في مستوى كفاءتهم للأعمال التي يقومون بها بناء على ميولهم وقدراتهم، فهم يكونون أكثر كفاية في الأعمال التي تطابق ميولهم وقدراتهم.

٣- علم نفس النمو

تأثر "سوبر" بكتابات "بوهلر" في علم نفس النمو، التي ذكرت أن الحياة يمكن أن ينظر إليها كمتابع لمراحل متتالية، وهذا ما جعل "سوبر" يؤكد أنّ طريقة الفرد التكيف في مرحلة ما من مراحل الحياة يمكن أن تساعد في التنبؤ بنكيفه وتوافقه في المراحل اللاحقة (عبد الهادي؛ العزة، ٢٠١٤، ص ٤٢-٤٦).

مراحل النمو المهني عند "سوبر"

١. بلورة الميول المهنية

وتمتد بين (١٤-١٨) سنة، أي خلال فترة المراهقة، إذ تتبلور الأفكار والميول أو يتبلور التفضيل المهني للفرد حول عمل مناسب، وفي هذا الوقت من المحتمل أن يتعرض الفرد لمجالات مهنية معينة من خلال وسائل الإعلام أو التعليم المدرسي أو الأصدقاء أو الأقارب، وخلال ذلك يقارن الفرد بين مختلف المجالات المهنية وقدراته ومهاراته وميوله وخصائص شخصيته وغيرها. كما يطور الفرد في هذه المرحلة مفهوم الذات المهني الذي يساعده على قرارات مهنية مناسبة ويحدد أهدافه المهنية من خلال الوعي بقدراته وميوله وقيمه.

٢. تحديد الميول المهنية

وتمتد بين (١٨-٢١) سنة، أي خلال مرحلة بلوغ السعي أو الشباب، وينتقل فيها الفرد من الخيار المهني العام المؤقت وغير المحدد إلى الخيار المهني المحدد. ويتخذ الخطوات الضرورية لتنفيذ وتحقيق القرار المهني المناسب.

كما تتضمن هذه المرحلة بعض التفضيل المهني وبداية التدريب على مهنة معينة، وغالبًا ما يشمل ذلك تربية نوعية؛ كتلك التي توفرها مراكز التدريب المهني لطلاب ما بعد المرحلة الثانوية، أو برامج الكليات المهنية كالطب والهندسة والزراعة والتربية.

٣. تنفيذ القرارات المهنية

ويتم بين (٢١-٢٤) سنة، وفيها يكون الراشد قد أنهى تعلّمه وتدرّبه المهني، ودخل إلى ميدان العمل، وأصبح قادراً على تنفيذ القرارات المهنية بصورة جيدة. إذ تتم ممارسة التدريب الذي تلقاه المرء عملياً، وتُعدّ هذه الخطوة تغييراً جوهرياً في إدراك الذات لدى بعض الأفراد؛ فمع القيام بدور "العامل" يبدأ كثيرون ممن في هذا السن في إدراك أنفسهم كراشدين لأول مرة.

٤. الثبات في المهنة

وتمتد بين (٢٥-٣٥) سنة، وهنا يتمثل النمو المهني في زيادة استقرار الراشد وثباته في مجال مهنته، ويبدأ في تنمية مكانته المهنية من خلال الترقى فيها، ويستثمر مواهبه بطريقة مناسبة للقرارات المهنية التي اتخذت سابقاً.

٥. التقدم في المهنة

وتمتد من ٣٠ سنة وما فوق، وبالتالي فهي تمتد في أكبر مدى زمني في دورة الحياة المهنية للفرد، وفيها يتم تدعيم المركز المهني وتقدمه، إذ يستمر الفرد في مهنته، ويصل إلى قمة كفاءته، ويؤسس مهاراته وأقدميته الوظيفية بحيث يحقق مركزاً مهنيّاً مريحاً لنفسه، وكذلك يحرز مستوى رفيعاً من القيادة أو السلطة.

(ثانياً) نظرية "ليفنسون"

أمّا النموذج الذي اقترحه "ليفنسون"، حول النمو المهني للراشد، فقد ظهر لأول مرة عام (١٩٧٧م)، وهو أقلّ تحديداً من نموذج "سوير"، إضافةً إلى أنه يركز على وجود فترات متعددةٍ يظهر فيها ما يسميه "إعادة التقويم".

وفي رأيه أنه من العبث القول إنّ الفرد منذ نهاية مراهقته يختار مهنة معينة اختياريّاً نهائياً، ويستقر فيها، ويستمر يؤديها طوال حياته بعد ذلك.

ويتلخص نموذج "ليفنسون" في أنه مع الرشد المبكر يدخل المرء مرحلة يحاول فيها الاستقرار على مهنة أو على اتجاه مهنيٍّ معين يتفق مع ميوله وشعوره بهويته، وفي هذا يستطلع الاحتمالات المختلفة في عالم العمل، وفي ذات الوقت يحاول المقابلة بين ما يجده وبين إحساسه بإمكاناته هو، وتكون مهمته تكوين بنية لحياته تربط بين عالم العمل من ناحية، وإدراكه لذاته من ناحية أخرى، وهذه هي مرحلة الاختيارات المؤقتة. وخلال الفترة (٢٨-٣٢) سنة، قد يمرّ الأفراد بفترة انتقالية، أي: أزمة "إعادة التقويم"؛ فقد يكتشف في اختياره السابق أنه تجاهل بعض مكونات ذاته، وهذه الجوانب من الذات تظهر حينئذ، ويكون عليه التعامل معها، كأن

يكتشف الطبيب (على سبيل المثال) أنه أديبٌ فيتحول إلى العمل الصحفي، وبالطبع فإن بعض الناس قد يجدون أن المطابقة بين ما يقومون به من عملٍ وبين هويتهم ملائمة، وبالتالي يلتزمون بعملهم على نحوٍ أشدّ. وفي الأغلب يستقر الراشد في مهنته مع بداية الثلاثينات من العمر، فهو عندئذ يكون على درجة من الالتزام العميق بمسئوليات العمل والأسرة، ويكون عليه تصميم الخطط والأهداف طويلة المدى لحياته وتنفيذها. وعلى الرغم من أنّه يشعر بالاستقلالية في عمله، إلا أنّه يكون عرضةً لكثيرٍ من القيود التي تفرضها قواعد العمل وأصول المهنة، وقد يدفعه ذلك إلى الانتقال إلى المرحلة التالية، وهي مرحلة تحقيق الذات المهنية.

وتحدث مرحلة تحقيق الذات المهنية ابتداءً من أواخر الثلاثينات، وحتى أوائل الأربعينات من العمر، وحينئذ يظهر الفرد الحاجة إلى تدعيم المجتمع له في دوره المهني، وهذه المرحلة تنتهي بأزمةٍ أخرى، وهي أزمة التحول في وسط العمر عند حوالي سنة (٤٥-٤٠) سنة (صادق، وأبو حطب، ١٩٩٥، ص ٤١٢-٤١٣).

ثالثاً) نظرية "بارسونز"

قدّم "بارسونز" في كتابه (اختيار الوظيفة)، نظريته عن النمو المهني والتوجيه المهني، وأكد أنّ عملية اختيار الراشد للمهنة تعتمد على فهم الراشد لنفسه وطموحاته واتجاهاته وقدراته من جهة، وعلى تعرفه على متطلبات وظروف النجاح في المهنة التي يتجه إليها وفرص الترقّي فيها وما تتضمنه من مميزات ومحددات من جهةٍ أخرى. كما أكدّ "بارسونز" ضرورة الاهتمام بخدمات التوجيه المهني وإسنادها إلى الأسس العلمية الكفيلة بنجاحها، وذلك نظراً لأهميتها التربوية والمهنية والاقتصادية والاجتماعية لكي تلبّي مطالب ظاهرة التنوع والتوسع في المهن والحرف وفرص العمل وفروع التعليم بما يتناسب وإمكانات كل فرد وميوله ورغباته واستعداداته على أساس تأكيد حرية اختيار المهنة الذي يلبي حاجة المجتمع من القوى العاملة فيه (خملة، ٢٠١٤، ص ٢٣).

الاختيار المهني في مرحلة الرشد المبكر

تحتلّ مسألة "الاختيار المهني" vocational choice، محور الاهتمام في جميع الخدمات النفسية التي تُقدّم للأفراد في مرحلة الرشد المبكر، وهي من أهم القضايا التي تهم الفرد في الحاضر والمستقبل، لما تحمله من تأثيرات إيجابية أو سلبية في حياته.

تمثّل عملية اختيار الراشد لمهنة المستقبل عاملاً مهماً في النجاح والتفوق؛ لذلك فإنّ عملية الاختيار من أهم القرارات التي يتخذها الراشد في حياته، فهي قرار مصيري وحاسم، يحدد مستقبل الراشد ويرسم له معالم النجاح أو الفشل. فالاختيار المهني المناسب يحيل الشباب إلى طاقات خلاقة ومنتجة، كما يحقق كثيراً من المنافع الاقتصادية والاجتماعية والنفسية.

فمن الناحية الاقتصادية يؤدي اختيار الفرد للمهنة المناسبة له إلى زيادة كفايته واحتمال ترقّيته وزيادة أجره وارتفاع مستواه. وكذلك عدم اضطراره إلى تغيير عمله بعد أن يكون قد قضى فيه وقتاً طويلاً.

كما أنّ للاختيار المهني الصحيح أثراً إيجابياً في حالة الفرد النفسية، ويجعله متوافقاً مع ذاته ومجتمعه، ويتحلّى بقدر من المرونة من خلال استجاباته للمؤثرات المهنية المختلفة باستجابات ملائمة.

ويؤكّد "الخطيب" (١٩٩٥م)، أنّ الاختيار المهني المناسب يؤدي إلى تحسين العلاقات الإنسانية في المجالات المختلفة نظراً لممارسة الفرد للعمل الذي يناسبه فيساعده على زيادة ثقته بنفسه ورفع معنوياته ورضاه وسعادته فيسهل تعامله مع الآخرين. أمّا الاختيار المهني الخاطئ فقد يؤدي إلى سوء توافق الفرد وعدم قدرته على مسايرة المجتمع بما فيه من معايير وأعراف وتقاليد، والخروج على هذه العادات والتقاليد والصدام معها.

ولا بدّ من إرشاد الراشد وتوجيهه لاختيار المجال المهني الدقيق الذي يتلاءم وقدراته وميوله واستعداداته؛ لأن الاختيار المهني الذي ينشأ تلبية عن رغبات طارئة للأفراد، أو لنصائح عارضة من صديق أو قريب، أو الذي ينشأ تلبية لرغبات الأسرة، يؤدي إلى فشل في أغلب الأحيان أو إلى اضطراب، وعدم استقرار في العمل.

وتلعب والأسرة دوراً كبيراً في الاختيار المهني لأبنائها الراشدين، وذلك من خلال عملية التطبيع الاجتماعي التي تمارسها على أفرادها منذ طفولتهم، إذ يتأثر الراشدون بتوقعات الوالدين لهم بالنسبة للمستقبل، وبخاصة حياتهم المهنية، وبالطبع فإن ذلك قد يؤدي إلى سوء الاختيار، ولا سيما إذا لم تتوافر لدى الفرد المتطلبات النفسية للمهنة التي اختارها، وخصوصاً القدرات والاستعدادات وسمات الشخصية اللازمة للنجاح فيها.

لذلك يحظى موضوع "الاختيار المهني والميول المهنية باهتمام واسع من قبل علماء النفس من أصحاب نظرية الشخصية المهتمين بالاختيار المهني، ولا سيما عند الراشدين الصغار (هزايمة واسماعيل، ٢٠١٤، ص ٢٣٠؛ الصويط، ٢٠٠٨). وقد أشار "سوبر" إلى أنّ الأفراد مختلفون في كثير من السمات والخصائص الشخصية، وكذلك في الميول والاتجاهات والقدرات والاستعدادات، وكل فرد قد يصلح للعمل في عدد من المهن على أساس ما لديه من هذه الخواص، وكل مهنة تتطلب نموذجاً محدداً من القدرات والاستعدادات والميول وسمات الشخصية (خطابية، ٢٠٠٩، ص ١٩٤).

ويرى "سوبر" أنّ الأفراد يميلون إلى اختيار المهن التي يستطيعون من خلالها تحقيق مفهومهم عن ذاتهم، والتعبير عن أنفسهم، أو نتيجة ما يتمتعون به من سمات في شخصياتهم.

أما "جون هولاند" John Holland، فيفترض أن اختيار الإنسان المهنة يكون نتاج الوراثة ويمكن تصنيف الأفراد على مقدار تشابه سماتهم الشخصية إلى عدة أنماط، كما أنه يمكن تصنيف البيئات التي يعيشون فيها إلى عدة أصناف على أساس تشابه هذه البيئات مع بعضها وأن هذه المزوجة بين أنماط الشخصية مع أنماط البيئة التي تشبهها تؤدي إلى الاستقرار المهني والتحصيل والإنجاز والإبداع. وقد اقترح "هولاند" ست بيئات مهنية، تقابلها ستة أنماط مهنية للشخصية، وأوضح أن كل بيئة مهنية، يلتحق بها أفراد تكون شخصياتهم شبيهة بشخصيات تلك البيئة. كما افترض بأنهم سوف يكونون سعداء ومنتجين في البيئة المناسبة لنمط شخصياتهم، وغير سعداء وغير منتجين في البيئة المهنية التي لا تناسب نمط شخصياتهم. وبناء على افتراضاته قسم "هولاند" بيئات العمل المهنية إلى:

١- البيئة المهنية الاجتماعية

ويقابلها أصحاب التوجه الاجتماعي، وهم أفراد يُظهرون اهتماماً كبيراً بالآخرين، ويحتاجون إلى أن يهتم بهم الآخرون أيضاً، ويتصفون بامتلاكهم مهارات لفظية واجتماعية، ومهارات وحل المشكلات من خلال إدراك شعور الآخرين، وتفضيلهم للتعليم والخدمات والإرشادات الاجتماعية. وهم ينجحون في الأعمال ذات الطابع الاجتماعي؛ مثل الخدمة الاجتماعية والنشاط الديني والطب والتدريس والعلاج النفسي والسلك الدبلوماسي والنشاط الرياضي.

٢- البيئة المهنية الفنية

ويقابلها أصحاب التوجه الفني، وهؤلاء هم أكثر قدرة من غيرهم على التعبير العاطفي، ويظهرون الحاجة للتعبير الفردي، ويفضلون التعامل مع مشكلات البيئة من خلال الحاجة التي تظهر في صورة تعبير ذاتي، ويفضلون العلاقات غير المباشرة مع الآخرين، وهم ينجحون في المهن الفنية والجمالية كالفنون التشكيلية، والموسيقى، والرقص، والمسرح، والسينما، والشعر، والقصة، والرواية.

٣- البيئة المهنية التقليدية

ويقابلها البيئة الملتزمة، يتسم أصحاب هذه البيئة بالمسايرة، والالتزام والتقيّد بالقوانين والقواعد والأنظمة، ولديهم طابع عملي محافظ ودقيق، ويرغبون في العمل مع أصحاب السلطة والنفوذ، لكن تعوزهم التلقائية والمرونة والأصالة (قدرات الإبداع)، كما أنّهم يتّصفون بالقدرة على ضبط النفس، والميل إلى الروتين في حياتهم، وهم أكثر نجاحاً في الأعمال الاقتصادية والإدارية؛ كالمحاسبة، والسكرتارية.

٤- البيئة المهنية الواقعية

يتسم الأفراد ضمن هذه البيئة بالعدوانية، ولديهم ميل نحو النشاطات التي تتطلب تناسقاً حركياً وقوة ومهارة جسمية، وتعوزهم المهارات اللغوية والاجتماعية، لأنهم يتجنبون المواقف التي تتطلب مهارات لفظية وذات علاقة مع الآخرين، ويفضلون حلّ المشكلات العملية المحسوسة على المشكلات المجردة، وهذا النمط عادةً ينجح في المهن الميكانيكية والتكنولوجية.

٥- البيئة المهنية المستكشفة

ويقابلها أصحاب التوجه العقلي، ويتصف الأفراد ضمن هذه البيئة بتفضيل التفكير في حلّ المشكلات والميل للتنظيم، إذ تشغلهم الأفكار كثيراً، ولا يهتمون بتنفيذها أو تطبيقها، وهم يشعرون بالحاجة إلى الفهم، كما يستمتعون بالعمل الذي يتطلب المهام الغامضة، لكنهم يتجنبون التفاعل الاجتماعي وتكوين العلاقات الاجتماعية، وهذا النمط من الشخصية ينجح في الأعمال العلمية.

٦- البيئة المهنية المغامرة

يتصف الأفراد ضمن هذه البيئة بأنّهم اجتماعيون، ويمتلكون المهارات اللغوية، والقدرات العالية على الإقناع، ولديهم سمات السيطرة والمغامرة، ويميلون إلى الأعمال الخطرة وغير العادية، كما يهتمون بالقوة والمركز الاجتماعي.

إنهم أكثر نجاحاً في أعمال القيادة الإدارية، وقطاع الأعمال والبيع والإعلام، والسياحة والعلاقات العامة. كما أشار "هولاند" إلى وجود العديد من العناصر خارج قدرة الفرد تلعب دوراً مهماً في اختياره وقراره المهني، مثل الطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها، وتأثير الأسرة من حيث الدخل وطموح الوالدين وكذلك دور الأخوة والأخوات والبيئة والمجتمع المحلي.



الشكل (٧) الأنماط المهنية لـ "جون هولاند" (مودع، ٢٠١٥، ص ٣٧)

كما يمكن أن يكون للمصادفة دور، إذ أشار "باندورا" إلى أنّ الأحداث الواقعة بالمصادفة تلعب دوراً مهماً في تكوين حياة الفرد المهنية.

ولعلّ السياق الثقافي والاجتماعي الذي يتم فيه اختيار المهنة؛ يعدّ من أكثر العوامل المؤثرة في اختيار الراشد لمهنته، فالقرارات المهنية لا يتخذها الراشدون بمعزل عن المحيط، وإنّما يوجد دائماً تفاعل بين الراشد والبيئة الثقافية والاجتماعية المحيطة به، مثل ضغوط الوالدين قبل استقلال الراشد وتكوين أسرة خاصة به، أو ضغوط الأسرة الجديدة، التي قد تحدد التزاماته إزاءها الكثير من نشاطه المهني، أضف إلى ذلك، ضغوط المجتمع والثقافة العامة التي تؤثر في الاتجاهات المهنية للأفراد <http://psycho.sudanforums.net>.

إضافةً إلى أنّ الراشد لا يختار مهنته نتيجة لعامل واحد، بل نتيجة تفاعل عدة عوامل تؤثر في هذا الاختيار. وقد يكون بعض هذه العوامل ذاتي يتصل بشخصية الراشد وتكوينه النفسي الفطري أو المكتسب، وبعضها الآخر خارجي يتصل بالبيئة الاجتماعية والثقافية وإمكانية الالتحاق بالمهن المختلفة.

٥- أزمات الرشد المبكر

إنّ مرحلة الرشد المبكر - على الرغم من الاستقرار النسبي في خصائص شخصية الفرد فيها- إلاّ أنّها لا تخلو من الأزمات التي يستطيع الراشد تجاوزها من خلال خبراته التي يكتسبها خلال المراحل السابقة للنمو والتي تساعده على تحقيق التوافق ومواجهة الصعوبات المستقبلية، وخصوصاً صعوبات مرحلة الشيخوخة. فمرحلة الرشد المبكر تمر بعدة أزمات، تظهر خلالها الأحداث المهمة في الحياة وسنتناول هنا أزمة الأمومة والأبوة، وأزمة الوالدية المرافقة، وأزمة الهوية:

٥-١ أزمة الأمومة والأبوة

إنّ الأمومة والأبوة تعطي الفرد حقوقاً، وتلقي عليه في الوقت نفسه واجبات جديدة، وقد استخدم "راكاميه" مفهوم "الأمومة" ليدل على مجموعة من الظواهر العاطفية المتعلقة بالحمل والأمومة، إذ تنتظر المرأة إلى الطفل كجزء منها، وعليها حمايته وتأمين استقلالته.

إنّ هذا الموقف من قبل الأم يفترض التغيير في التمرکز النرجسي، لذلك يصبح الطفل بالنسبة للأم أكثر أهمية من ذاتها.

أمّا الأب فعليه تحديد موقفه تجاه للطفل، إذ يقوم دوره على تمثيل الدور الاجتماعي المتعلق بالممنوعات والقوانين الاجتماعية، ولكن هذه الوظيفة لا تعني أن يلجأ الأب إلى دور مختلف كلياً عن دور الأم، إذ باستطاعته تقديم رعاية مشابهة للرعاية التي تقدمها الأم للطفل، من دون التخلي عن المهام المطلوبة منه في المستوى الاجتماعي.

٥-٢ أزمة الوالدية

مفهوم أزمة الوالدية أدخلها "مارسلي" و"براكونييه"، وتعني كيفية تعامل الوالدين مع أبنائهم الراشدين، ويؤكد أنصار التحليل النفسي أنه ينبغي تعديل العلاقة القائمة بين الأبناء والآباء (من علاقة والدين- طفل) إلى (علاقة والدين- راشد)، مع احتفاظها ببعدها الأبوي، وبالاختلاف بين الأجيال.

من هنا يجب أن يمتنع الوالدان عن إسقاط رغباتهما على الأبناء وهم يواجهون مظاهر النمو المختلفة لديهم، هذه الأزمة الوالدية لها مظاهر متعددة مثل شعور العجز والشعور بعدم التفهم من قبل الابن، أو عدم القدرة على التواصل معه (بهية ولطيفة، ٢٠١١، ص ٢٠-٢١).

٥-٣ أزمة الهوية

الهوية هي، "التعبير الاجتماعي والثقافي لعملية انتماء الفرد لذاته". وهي حاجة إنسانية ضرورية، ذلك أن أول ما يميز الإنسان عن الحيوان هو نمط احتياجاته، وأهم هذه الاحتياجات الحاجة إلى تحديد الهوية، إذ يبدأ الفرد خلال الرشد المبكر بتعزيز هويته وتحديدها (بلغيث، د.ت، ص ٣٥٢).

وبالطبع فإنّ طرائق تحديد الهوية ليس عملاً فردياً ينجح فيه الشاب أو يفشل، إنه في الواقع مهمة معقدة؛ فأنماط تحديد الهوية تختلف بين الأفراد، نتيجة لتأثيرات عوامل عديدة، مثل طبيعة العلاقة بين الشاب ووالديه، ومعدل التغير الاجتماعي في المجتمع، وتباين الثقافات - كما يشير "موسن وآخرون" Mussen et al (١٩٨٤م) - فالثقافة الأمريكية مثلاً تركز على نموّ الهوية من خلال الفردية الكاملة، بينما تركز الثقافة الصينية واليابانية على تكوين الهوية من خلال العلاقات الوثيقة بالآخرين، ومن خلال عضوية الفرد في نظام اجتماعي ثابت.

وفي جميع الحالات، علينا أن ندرك أنّ جوهر نموّ هوية الفرد هو الحاجة إلى أن يدرك نفسه على أنه متوافق في سلوكه، و متميز عن غيره. وفي المجتمعات البدائية البسيطة، حيث هناك عدد محدود من أدوار الراشدين، وتغير اجتماعي محدود، يصبح تكوين الهوية مهمةً سهلةً يمكن الوصول إليها بسرعة.

أمّا في المجتمع الصناعي المركب والسريع التغير الذي يوفر للشباب بدائل كثيرة لأدوار الرشد، تكون عملية تكوين الهوية أكثر صعوبة، وتستغرق وقتاً أطول. وداخل المجتمع الواحد قد تكون الهوية سوية أو منحرفة؛ فالشاب قد يبحث عن الأدوار الشخصية والاجتماعية والمهنية التي يتوقعها المجتمع ووافق عليها، أو قد يبحث عن أدوارٍ على درجةٍ كبيرةٍ من الخصوصية، يوصف بعضها بأنه غير عادي، وبعض هذه الأدوار الخاصة قد يكون إيجابياً، وبعضها قد يكون سلبياً ومدمراً؛ كدور مدمن المخدرات أو المجرم.

وتعدّ أزمة الهوية من أهم جوانب أزمت بداية مرحلة الرشد، وأطلق "أريكسون" تسمية أزمة الهوية *identity crisis*، أو تشوش الهوية *identity confusion* على "عجز الراشد عن تقبل الدور الذي يطالبه المجتمع القيام به، وعجزه عن الاستمرار والتواصل بين ذاته والقيم السائدة في المجتمع، الأمر الذي ينتج عنه تدني مفهوم الذات لديه".

إنّ أزمة الهوية تشعر من يواجهها بالوحدة والاعتراب¹ *alienation*، الأمر الذي يدفع بالفرد -أحياناً- للانجراف وراء الهوية السلبية التي تعارض ما يريده المجتمع، كالانحراف، والإدمان، والانتحار

<http://psycho.sudanforums.net>

¹ الشعور بالاعتراب **Alienation**: هو رفض عميق لقيم المجتمع، وانعزال عن الآخرين، مع سيادة الشعور بالوحدة وفقدان الجذور وعدم إدراك لمعنى الحياة وهدفها ووجهتها، والاعتراب بهذا المعنى اضطراب نفسي قد يكون خطيراً، وربما يقود صاحبه إلى الانحراف أو الإدمان أو

الانتحار <http://psycho.sudanforums.net>

وتشير الدراسات النفسية إلى أنّ أزمات الهوية تؤثر في نوعية التعاطف مع الجنس الآخر، ففي إحدى الدراسات تبين أنّ الراشدين الذين حصلوا على درجات عالية في مقياس هوية الأنا ego identity، قد سجلوا درجات عالية في شعور التعاطف مع الجنس الآخر، إذ كانوا قادرين على مشاركة أقرانهم من الجنس الآخر في نواحي القلق والتعبير عن الغضب إضافةً إلى الشعور بالعاطفة تجاه بعضهم الآخر، كما أنّ الراشدين الذين حصلوا على درجات منخفضة على مقياس هوية الأنا، فقد أشاروا إلى أنهم قد حاولوا تكوين بدائل لعلاقات الألفة والمودة بعلاقات كاذبة وزائفة.

يميل الفرد في سن الرشد المبكر إلى رفض الأفكار التقليدية الثابتة المرتبطة بالاستقرار، فقد يقرر مثلاً -بناءً على تحليلاته الذاتية- أن نظام العمل الذي يستمر من الساعة التاسعة إلى الثانية أو الثالثة، غير مناسب له، وأن الحياة الريفية أو المشروعات الخاصة ذات فائدة وقيمة له، وثمة حاجة أيضاً لتنشأ لدى الرشد في تكوين التزامات نحو الأيديولوجية الأخلاقية أو الدينية، بناءً على خبراته الذاتية وليس بناءً على خبرات والديه ... الخ (الأشول، ٢٠٠٨ ؛ بلغيث، د.ت).

٥-٤ حلّ أزمة الهوية

إنّ حلّ أزمة الهوية هو مؤشر نفسي على بلوغ الرشد. وقد اعتقد "مارشيا" Marcia (١٩٨٠م)، أنّ حلّ أزمة الهوية في مرحلة الرشد المبكر أكثر تعقيداً مما وصفه "أريكسون".

وفي هذا الصدد اقترح "مارشيا" عاملين لهما الدور الحاسم في وجود أزمة الهوية للراشدين: **أولهما**: وجود أزمة شخصية لدى الراشد في مجال معين مثل المهنة أو الدين أو السياسة، **وثانيهما**: وجود درجة من الالتزام الشخصي لدى

الراشد بالمسائل الخلافية في هذه المجالات. لقد صنّف "مارشيا" طرائق حلّ أزمة الهوية إلى أربع فئات رئيسة أسماها "مكانيات الهوية" وهذه الفئات هي:

إحراز الهوية identity achievement، ورهن الهوية identity foreclosure، وتأجيل الهوية identity moratorium، وخط الهوية identity diffusion:

١- إحراز الهوية

أصحاب هذه المكانة من الراشدين هم أولئك الذين تعرضوا لأزمات شخصية في واحد أو أكثر من مجالات الحياة الاجتماعية؛ كالمهنة، أو الزواج، أو الدين، السياسة ... إلخ، وتوصلوا إلى قرارٍ شخصيٍّ فيه التزام بموقف معين، قد يتفق أو يختلف مع رغبات الآخرين المهمّين (الوالدين مثلاً) ووجهات نظرهم، وهؤلاء يتسمون بتقديرٍ عالٍ للذات، واستقلال نفسي، واستدلال خلقي من مستوى رفيع، وقلق منخفض.

٢- رهن الهوية

وأصحاب هذه المكانة هم عكس الفئة السابقة لأنهم لا يتعرضون لأزمات شخصية، ولكن مع ذلك يكون لديهم أسلوب حياة واضح وقرارات قيمة محددة، وهؤلاء في العادة يستسلمون لرغبات الآخرين المهمّين وآرائهم "الوالدين أو القادة أو غيرهم"، إمّا بسبب الضغوط الانفعالية أو الاقتصادية، أو الخوف من الرفض، أو الشعور بعدم الكفاية، أو نقص القدرة، ويتسم هؤلاء بدرجة عالية من الجمود والتصلب والخضوع للسلطة.

كما أنّ أسلوبهم في التعامل مع الآخرين فيه درجة عالية من التسلط، وهم أكثر تقليدية في الاستدلال الخلقي، ويعوزهم الاستبصار بأنفسهم، ومن هنا جاء وصفهم بأنهم "رهنوا" هويتهم لدى الآخرين، كما يرهن المحتاج بعض ما يملك لدى

شخص قادر على السداد، وحين يأتي ذلك الوقت قد يغير بعض "التزاماته" السابقة، فيغير عمله أو تفشل حياته الزوجية.

٣- تأجيل الهوية

وهذه الفئة تشمل أولئك الذين لا يظهرون دليلاً واضحاً على الالتزام، ومع ذلك فهم غير قادرين على اتخاذ قراراتٍ حول حياتهم بسبب ما يتعرضون له من أزمات شخصية في عدد من المجالات الاجتماعية، وهم يكافحون للوصول إلى درجة من الإدراك الواضح لهويتهم.

هم يشبهون فئة إحراز الهوية، إلا أنّهم -بسبب عدم التزامهم بموقفٍ محدد- يُظهرون درجة عالية من القلق وكثيراً من المسايرة للآخرين، كما أنهم أقل رضاً بإنجازهم، وأكثر استعداداً لتغيير تعليمهم أو مهنتهم، وقد تنهار حياتهم الأسرية لأتفه الأسباب.

٤- خلط الهوية

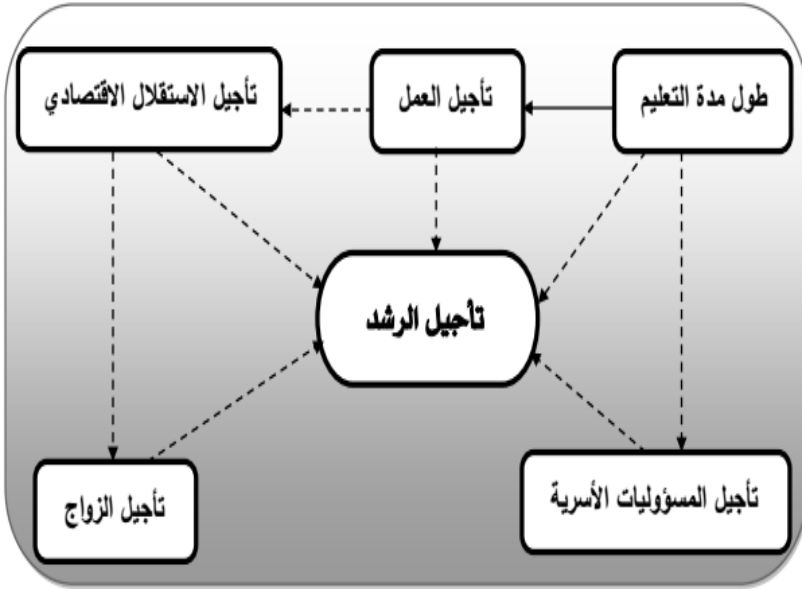
وأصحاب هذه المكانة يتفقون مع من هم في الفئة السابقة في أنهم ليس لديهم التزام برأي واضحٍ أو موقف محدد إزاء القضايا الخلافية في الحياة الاجتماعية، إلا أنهم يختلفون عنهم في أنهم لا يعانون من أزمات شخصية في مجالات هوية الحياة، فهم فئة (اللاّ التزام) و(اللاّ أزمة) معاً، وفي وقت واحد، ولهذا فهم أقل الفئات قدرةً على الوصول إلى قرارات حاسمة ومواقف واضحة في مسائل الحياة المختلفة، وهم أقل الناس تقديراً لأنفسهم، كما أنّ درجاتهم تكون منخفضة في الاستقلالية النفسية والألفة بالآخرين.

أضف إلى ذلك، إنّ مستوى القلق لديهم أعلى من الجميع، ولهذا فهم لا يزالون بهذه الخصائص جميعاً في طور ما قبل الرشد النفسي، حتى ولو وصلوا إلى العمر القانوني له (<http://psycho.sudanforums.net>).

٦- تأجيل الرشد المبكر

يُقصد بتأجيل الرشد moratorium، "تأخر الوصول إلى مرحلة الرشد، مع بقاء بعض مظاهر المراهقة ملازمة للفرد، وهو مرض اجتماعي ناتج عن الثورة الصناعية، وتعقد الحياة في المدينة". وهناك عاملين يؤثران في تأخر بداية الرشد:

- العامل الأول: ازدياد اعتمادية الفرد على الآخرين وعدم استقلاليته.
- العامل الثاني: تأخر التخرج من الجامعة الذي يطيل فترة التعلم ويؤجل انخراط الفرد في ميدان العمل، ويطيل فترة اعتماد الشاب على أسرته ويؤخر من استقلاليته عنها، الأمر الذي يؤجل الاستقلالية الاقتصادية، وبالتالي يؤدي إلى تأجيل الزواج وتكوين الأسرة. وهذان العاملان إن وجدا (الاستقلالية الاقتصادية، وتكوين الأسرة) يكون الفرد قد دخل مرحلة الرشد. انظر المخطط (٢).



المخطط (٢) أسباب تأجيل الرشد

ولذلك نستطيع أن نلخص أهم مظهرين لمشكلات الرشد والشباب في: البطالة الاقتصادية، والبطالة الجنسية.

وتوجد سمتان لمرحلة الرشد المبكر، الأولى: هي المدى الواسع من الخيارات والبدائل المتاحة من أساليب الحياة والأدوار الاجتماعية، بسبب النمو التكنولوجي والاجتماعي، والثانية: هي زيادة مسؤوليته الشخصية عن اختياره، دون تدخل مباشر من الأسرة أو من تقاليد المجتمع؛ وإزكاء روح صراع الأجيال، وهذا يؤدي إلى إطالة فترة الاختيار، واتخاذ القرار بسبب عدم اكتمال وسائله النفسية والعقلية والمادية، مما يؤدي إلى تأجيل الرشد.

وإذا طالت هذه الفترة أكثر مما يجب، بسبب ظروف اجتماعية (عدم المقدرة على العمل والزواج)، أو ظروف اقتصادية (عدم وجود عمل والمغالاة في مطالب الزواج)، فإن ذلك قد يؤدي إمّا إلى العزلة والاعتزاب، أو إلى العنف والتطرف أحياناً (رضا، ٢٠٠٢، ص ٤٠).

الفصل السادس

مرحلة الرشد المتوسط

تمهيد

تتقارب مصطلحات الرشد المتوسط middle adulthood، والعمر الأوسط، والحياة الوسطى من حيث الاستخدام اللغوي والتعبيري، إذ إنّ "الأوسط" من الناحية اللغوية يأتي قبل وبعد أشياء معينة، وبالتالي فإنّ الأفراد ذوي الأعمار المتوسطة ليسوا بصغار ولا بكبار السن. وتُمثّل مرحلة الرشد المتوسط، الفترة بين (٤٠-٦٠) عاماً، وتعدّ فترة انخفاض النشاط الجسمي، واتساع دائرة تحمل المسؤوليات. وقد أظهرت البحوث والدراسات العديدة أنّ الإناث يملن إلى إدراك مرحلة منتصف العمر، في إطار ما يحدث من ظروف وتغيرات داخل الأسرة، بينما يدرك الرجال منتصف العمر من خلال ما يحصل من تغيرات في مجال عملهم والمراكز الاجتماعية أو الاقتصادية التي قد يحققونها (أبو أسعد ؛ الختاتنة، ٢٠١١).

يرى الباحثون أنّ مرحلة "الرشد المتوسط" تتميز بنوع من الثبات والاستقرار، وتقبّل الحياة، والرغبة في تكوين علاقات اجتماعية، والحاجة للعاطفة من الشريك، كذلك يظهر فيها الشعور بضيق الوقت المتبقي في الحياة، فيقوم الراشد بإعادة تقويم وتعديل لأهدافه في الحياة.

١- نظريات النمو في مرحلة الرشد المتوسط

أولاً: نظريات النمو البيولوجي

يفسّر العلماء التقدم في العمر بيولوجياً من خلال اتجاهين رئيسين، هما:

أ. النظريات الجينية

وهي ترى أنّ التقدم في العمر هو نتاج النظام الجيني لخلايا الإنسان، وهو الذي يسبب تأخراً وضعفاً وتراجعاً في العمليات الجسمية والمعرفية مع تقدم العمر. ومن أهم هذه النظريات نذكر:

١- نظرية الوراثة: ترى هذه النظرية أنّ العامل الوراثي للجنس البشري هو الذي يحدد مدى طول حياة الإنسان.

٢- نظرية الخلية: وهي تربط عملية التقدم في العمر بمحدودية قدرة الخلايا على التجدد مع التقدم في العمر حتى تصل إلى مرحلة التوقف عن التجدد.

٣- نظرية الخطأ: وهي تفسر التقدم في العمر بسبب وجود أخطاء متراكمة في إنتاج حمض (الريبونوكلييك) مما يؤثر في عملية إنتاج الأنزيمات والبروتينات، ويؤثر في مادة الحمض النووي (DNA)، ويتلف وظائف الخلايا، ويؤدي للوفاة.

ب. النظريات غير الجينية

وهي ترى أنّ التقدم في العمر يعود للأمراض وعوامل الحياة المختلفة، وتؤكد أنّ تراكم أثر التلوث البيئي في دورة الحياة له دور كبير في تدهور القدرات المعرفية والجسدية. ومن أهم هذه النظريات نظرية عدم الاتزان النفسي التي تفسر التقدم في العمر وفقدان الحيوية والنشاط في الجسم بسبب عدم التوازن النفسي للفرد.

ثانياً: نظريات النمو الجسمي

يصل النمو الجسمي للإنسان إلى ذروة في مرحلة الرشد المبكرة، ثم يبدأ بالانحدار بصورة تدريجية في العقد الرابع من الحياة.

فعلى سبيل المثال، يبدأ الطول في التناقص بصورة ضئيلة بين الخامسة والأربعين والخمسين، ويفقد الجلد بعضاً من مرونته، مما ينتج عنه تجاعيد في الوجه، وارتخاء في أجزاء أخرى من الجسم، وتقلّ تدريجياً القدرة على أداء مجهود جسمي شاق، أمّا الجزء الوحيد الذي يستمر في النمو فهو الوجه والرأس، ويستمر ذلك إلى آخر العمر.

ويشعر الأفراد في منتصف العمر - وبصورة تدريجية- بأنّهم أصبحوا أقلّ قدرة على مواجهة الضغوط الجسمية الشديدة، كما يجدون صعوبة في مقاومة التغيرات الجوية، فلا يستطيعوا - مثلاً- تحمل البرد أو الحر، وتزداد شكواهم من التقلصات المعوية، وتشيع الأمراض السيكوسوماتية¹ psychosomatic.

ويتقدم العمر - أيضاً- يحدث انخفاض ملحوظ في القدرة على التنفس ويشعر الفرد بالإجهاد السريع، لمجرد ممارسته الجري أو صعود الدرج، أمّا القلب فيعمل بصورة أكبر إلاّ أنه بفعالية أقلّ.

¹ الأمراض السيكوسوماتية **Psychosomatic**: يتكون المصطلح من مقطعين الأول: Psych وتعني النفس، والثاني soma وتعني الجسد. ويدل على وجود عوامل نفسية وراء الاضطرابات الجسدية. فهي أمراض يكون سببها العمليات الذهنية بدلاً من كونها ذات أسباب فسيولوجية "جسمية". وتضم الاضطرابات النفسية الجسدية قائمة طويلة من الأمراض التي تصيب وظائف أجهزة الجسم المختلفة، من أمثلتها ضغط الدم، وأمراض القلب، والسكر، وبعض أمراض الجهاز الهضمي، والأمراض الجلدية، والصداع النصفي، والأكزيما، والقرحة، والقولون العصبي ... إلخ.

ويهتم بذلك تخصص طبي هو "الطب النفسي الجسمي"، وفي حالة إجراء فحص طبي، لا يظهر لهذه الأمراض أي أسباب جسمية أو عضوية، أو في حال حدوث مرض ناتج عن حالة عاطفية أو مزاجية مثل: الغضب والقلق والكبت والشعور بالذنب، في هذه الحالة، تعد مثل هذه الحالات أمراضاً نفسية

جسمية (الشربيني، ٢٠٠١، ص ٢٩٤ ؛ <https://ar.wikipedia.org>

وتبدأ حالة الانتكاس التي تتضمن زيادة في الوزن، وتظهر مشاكل السمنة وتصلب الشرايين في أواخر مرحلة الرشد المتوسط.

إضافةً إلى ذلك، تحدث تغيرات في الجهاز العصبي تؤثر بصورة خفيفة على السلوك والإدراك والذكاء، إذ يقلّ وزن المخ بعد سن العشرين تدريجياً، ثم بسرعة أكبر في أواخر العمر.

وعلى الرغم من أنه يحدث تدهور تدريجي من قمة النضج - التي وصل إليها الفرد في العشرينيات من عمره -، إلا أنّ الفرد لا يجد ارتداداً فجائياً من النضج إلى التقهقر، إذ إنّ كلاً من عمليتي الهدم والبناء تحدث كذلك، فمثلاً الخلايا العصبية لا تتضاعف بعد السنة الأولى من الولادة، وبالتالي يتناقص عددها تدريجياً.

إلاّ أنّه بسبب الزيادة الهائلة في تلك الخلايا عادةً يكون هذا التناقص غير ملحوظ، ويشبه ذلك التناقص الذي يحدث في طول جسم الإنسان، الذي يحدث بصورة لا تكاد تُلاحظ في السنوات المتأخرة من الحياة. وتحدث أمراض الشرايين في سنوات العمر الوسطى بصورة تدريجية أكثر مما تحدث بصورة فجائية (أبو أسعد ؛ الختاتنة، ٢٠١١، ص٣٦٨-٣٦٩).

ثالثاً: نظريات النمو الاجتماعي

تسير التغيرات الاجتماعية في مرحلة الرشد المتوسط وفق جوانب عدة، منها ما يرتبط بحالة الفرد الاجتماعية كونه (عَزَبَ celibate، أو متزوج married، أو أرمل widower، أو مطلق divorced):

١- الحالة الاجتماعية في حالة العزوبة: لقد صنّف "شتاين" فئة العزوبة إلى

أربعة أشكال، هي:

أ. العزوبة الاختيارية المؤقتة

تتضمن هذه الفئة البالغين الذين لم يسبق لهم الزواج ولا يبحثون عن الارتباط في وقتهم الراهن، وكذلك الأفراد الذين يؤجلون مشروع الزواج ليس لرفض فكرة الزواج، وإنما لأسباب مؤقتة، كما تشمل -أيضاً- الأفراد الأرمال والمطلقين الذين يريدون الزواج ولكن بعد أن يتجاوزوا فترة زمنية معينة، كذلك تتضمن الكبار في السن الذين لا يبحثون عن الزواج ولكن إن التقوا بالشخص المناسب يتم الزواج.

ب. العزوبة الاختيارية الدائمة

تتضمن الأفراد الذين لم يسبق لهم الزواج ويرفضون فكرة الزواج مرة أخرى.

ج. العزوبة غير الاختيارية المؤقتة

وتضم مرحلة البلوغ المبكرة، ومن لم يسبق لهم الزواج، والأرمال والمطلقين الذين يبحثون عن شريك للارتباط به.

د. العزوبة غير الاختيارية الدائمة

وتشمل الأفراد الذين لم يسبق لهم الزواج والمطلقين والأرمال الذين يريدون الزواج ولكن لم يجدوا الشريك المناسب وأصبح لديهم تقبل لوضع العزوبة، كما تتضمن الأفراد غير الأسوياء عقلياً أو بدنياً. ولحالة العزوبة إيجابيات وسلبيات كما أشار لها "فيليب رايس" (٢٠٠٢م):

سلبيات حياة العزوبة	إيجابيات حياة العزوبة
<p>١- الوحدة وقلة المشاركة.</p> <p>٢- صعوبة الحياة الاقتصادية.</p> <p>٣- الشعور بعدم الانتماء خاصة في المناسبات الاجتماعية.</p> <p>٤- عدم الإنجاب.</p> <p>٥- رفض المجتمع لحياة العزوبة مما يسبب كثير من المشاكل الاجتماعية.</p>	<p>١- الحرية في التحكم في الحياة.</p> <p>٢- فرصة أكبر لنمو الذات.</p> <p>٣- فرصة أكبر لتغيير المهنة واتساع الخبرة.</p> <p>٤- فرصة أكبر للقاء أفراد مختلفين وبناء صداقات متعددة.</p> <p>٥- الاستقلالية الاقتصادية والكفاية الذاتية.</p>

٢- الحالة الاجتماعية في حالة الزواج: في حالة الزواج، يختلف النمو الاجتماعي من حيث مراحل الحياة الزوجية، فهناك مرحلة "بداية الحياة الزوجية"، وغالباً ما يكون هناك اختلاف بين توقعات ما قبل الزواج وما يجده الطرفان بعد الزواج، وذلك يدفعهم إلى محاولة التكيف من خلال تغيير بعض السلوكيات والعادات، وتقليل الفرق بين ما هو حاصل وبين التوقعات المسبقة.

- ثم تأتي مرحلة "الحمل الأول"، وتسمى أزمة التسع أشهر كما يصفها "الدريد"، وتحتاج هذه المرحلة المزيد من الجهد من الطرفين لزيادة مقدار التكيف وتقبل فرد جديد في الأسرة.

- ثم تأتي مرحلة "ما بعد الحمل الأول"، وهي تستمر منذ ولادة الطفل الأول إلى أن يستقل وهي مرحلة يكون فيها الزوجين أكثر سعادة من المراحل السابقة أو اللاحقة.

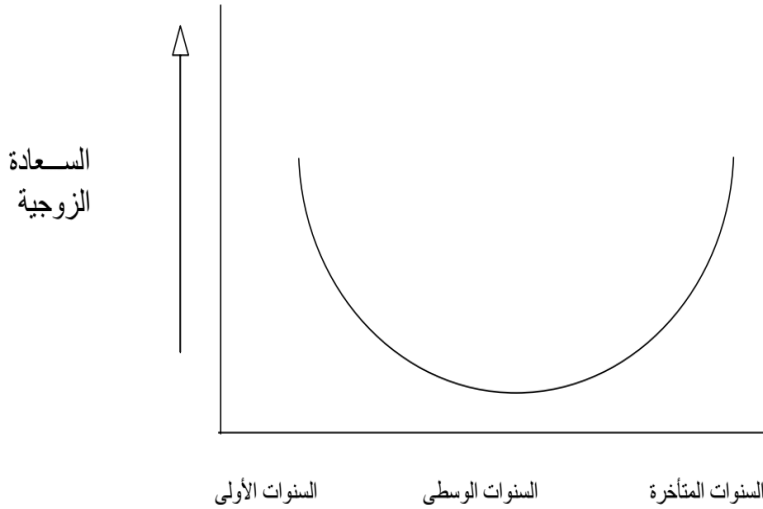
٣- الحالة الاجتماعية في حالة الطلاق: يعدّ الطلاق divorce، في مرحلة أواسط العمر أكثر صعوبة وتقبلاً، لأنّه يحدث عادةً بعد مرور سنوات على الارتباط.

٤- الحالة الاجتماعية في حالة الأرملة: إنّ تجربة وفاة أحد الزوجين في مرحلة أواسط العمر هي من أشدّ الخبرات تأثيراً، فالذي يبقى على قيد الحياة منهم يعاني الكثير من الأزمات النفسية والجسدية والاقتصادية والاجتماعية، وللتغلب على هذه المصاعب يجب أن يبحث الفرد عن الألفة في العلاقات وغالباً، ما تكون المرأة أقدر من الرجل في مواجهة الأزمة.

كما يشير "سبارك بول" Spark Paul (٢٠٠٣م)، لأهمية مفهوم الذات في عملية النمو الاجتماعي في مرحلة الرشد المتوسط، ودوره في عملية التفاعل الاجتماعي، إذ يرى أنّ تقييم الذات self-presentation، يعمل على التحكم في استجابات الآخرين نحو الفرد، وأنّ للذات عدة تصورات مرتبطة بمفهوم مخطط الذات self-schema، وهو البناء المعرفي للذات، الذي يتكون من الخبرات السابقة التي توجه وتنظم المعلومات المرتبطة بالذات (مبارك، ٢٠٠٣). ومن أهمّ نظريات النمو الاجتماعي في مرحلة الرشد المتوسط، نظرية الرضا الزواجي لـ "بور" Burr، ونظرية فصول الحياة seasons of life لـ "ليفنسون" levinson:

أولاً- نظرية الرضا الزواجي لـ "بور"

يشير "بور" إلى أنّ السعادة الزوجية تكون في أعلى درجاتها في السنوات الأولى من الزواج، ثم تهبط إلى أدنى درجاتها في السنوات الوسطى، ثم تبدأ بالصعود ثانية في السنوات اللاحقة. ويرى أنّ السعادة الزوجية تبدأ بالهبوط بعد ولادة الأطفال وفي أثناء سنوات نموهم، ثم تبدأ بالتحسن عندما يكبرون ويبدؤون بمغادرة المنزل (عسكر، ٢٠٠٩، ص١٧-١٨). انظر الشكل (٨) يوضح أنموذج منحني للرضا الزواجي كما تصوره "بور":



الشكل (٨) يوضح أنموذج "بور" للرضا الزوجي (عسكر، ٢٠٠٩، ص ١٨).

ثانياً- نظرية فصول الحياة لـ "ليفنسون"

ويُطلق على نظريته اسم "فصول الحياة"، إذ يرى "ليفنسون" أنّ مرحلة أواسط العمر مرحلة يعيد فيها الفرد تقويم ارتباطه بالعالم الخارجي لإيجاد توازن أفضل بين احتياجات الفرد ومتطلبات المجتمع، أي عملية توافق بين الاستقلالية والارتباطية والحرية والتحكم في الذات. ويرى "ليفنسون" أنّ مرحلة أواسط العمر تمثل الفترة العمرية بين (٤٠-٦٠) سنة، إذ تمثل المرحلة العمرية بين (٤٠-٤٥) سنة مرحلة تحول وانتقال تتم من خلال ميكانيزم الأزيمة في فهم معنى الحياة. وفيها تتم إعادة تقويم وتنظيم للحياة، بينما تمثل المرحلة العمرية بين (٤٥-٥٠) سنة الدخول في مرحلة أواسط العمر، وفيها يتم تحديد نمط الحياة وتشكيل نمط حياة جديد يرتبط بمهام جديدة. أمّا المرحلة العمرية بين (٥٥-٦٠) سنة فهي تمثل ذروة أواسط العمر.

٢- خصائص الرشد المتوسط

تلخص "هيرلوك" الخصائص العامة لمرحلة الرشد المتوسط في عدة نقاط يمكن إيجازها على الشكل الآتي:

أ- تعدّ مرحلة الرشد المتوسط - بعد مرحلة الشيخوخة - أكثر مراحل النمو إفزاعاً للإنسان. ويرجع هذا إلى ما يشيع عن هذه المرحلة من أفكار سلبية، وصور نمطية غير ملائمة، كنقصان الحيوية والنشاط الجسمي والجنسي، وفقدان القدرة على الإنجاب ... الخ.

ب- تعدّ مرحلة الرشد المتوسط، فترة تخلي الفرد عن الخصائص الجسمية والسلوكية للرشد المبكر، وبدء الدخول في مرحلة جديدة تظهر فيها خصائص جسمية وسلوكية جديدة.

ومع هذه التغيرات يبدأ الراشد في تعلم أنماط سلوكية، ولعب أدوار اجتماعية مختلفة، تتناسب مع خصائص هذه المرحلة العمرية.

ج- تتطلب مرحلة الرشد المتوسط إعادة تكيف مع التغيرات والأدوار المختلفة، ومن ذلك التكيف، الاقتراب من مرحلة التقاعد من العمل مثلاً، أو وفاة شريك الحياة، أو خلو البيت من الأبناء بسبب الزواج أو السفر... الخ.

د- تعدّ مرحلة الرشد المتوسط فترة الإنجاز، ففيها يصل الإنسان إلى قمة الأداء، ويكون قد حصل قدرًا كافيًا من الخبرة، والعلاقات الإنسانية، مما يهيئ له القدرة على الحكم الصحيح والتقييم الجيد للعلاقات الاجتماعية المختلفة (صادق، وأبو حطب، ١٩٩٥، ص ٥٠١-٥٠٣).

٣- نماذج النمو في مرحلة الرشد المتوسط

تُفسر تغيرات النمو في مرحلة الرشد المتوسط وفق نموذجين رئيسيين هما:
الأزمة المعيارية normative crisis model، زمن الأحداث timing of event
:model

١-٢ نموذج الأزمة المعيارية

يُقصد "بنموذج الأزمة المعيارية"، التابع الحتمي للتغيرات المرتبطة بمراحل العمر. ويُمثل هذا النموذج نظرية كل من: "جولد" و"ليفنسون" و"قاليانت".
وهذه النظريات تفسر تغيرات مرحلة أواسط العمر في ضوء التغيرات البيولوجية، والاجتماعية، والوجدانية، فالتغيرات البيولوجية تعني النظام البيولوجي لتغيرات النمو والنضج، والتغيرات الاجتماعية، هي ما يسمح به النظام الاجتماعي من أفعال وأحداث، وتشير إلى الفكرة العامة للسلوك المقبول اجتماعياً من الفرد وفقاً لمعايير اجتماعية، بينما التغيرات الوجدانية فهي بمثابة مهد لظهور تغيرات في الحياة، كاختيار الشريك والزواج والإنجاب.

٢-٢ نموذج زمن الأحداث

يؤكد "نيوغارتن" أنّ النمو في مرحلة أواسط العمر، يرتبط بتوقيت ظهور أحداث معينة في حياة الفرد. ويؤكد أنّ النمو قائم على نوعية استجابة الفرد تجاه الأحداث المتوقعة normative influences، وغير المتوقعة no-normative influence، التي يتعرض لها في أوقات معينة. فالأحداث المتوقعة، تسبب القليل من المشاكل، إذ يكون لدى الفرد الوقت للاستعداد للحدث، مما يجعل عملية الانتقال للمرحلة أكثر سهولة. بينما الأحداث غير المتوقعة، فهي الأكثر ضغطاً على الفرد كالطلاق أو الفصل من العمل، إذ لا وقت للاستعداد للتحول، وهذه الأحداث تعمل على تحولات حرجة في الحياة.

٤- أزمة منتصف العمر

إنّ نظرة الفرد السليمة إلى الواقع، وعدم تهويله للأمر أو تحجيمه لها، كلّها عوامل مهمة تساعده في تحقيق السلام الداخلي مع النفس، والسلام مع الآخرين. ويؤكد علماء النفس أنّ الأزمات النفسية والصدمات الانفعالية أو أي اضطراب في علاقة الفرد مع الآخرين، من السهل أن تدفعه إلى الشعور بالضيق والتوتر والقلق، وهي في ذاتها تعدّ ضغوطاً حياتية تؤثر في الاتزان النفسي للفرد. وعليه فإنّ الفرد في مرحلة الرشد المتوسط، حينما يتعرض لمثل هذه الأزمات، فإنه قد يستطيع مواجهتها بشكل إيجابي وفعال، وقد لا يستطيع، وهنا يقع في أزمة منتصف العمر *midlife crisis*، التي تختلف في شدة تأثيرها من الفرد لآخر، وتختلف كذلك الأمر باختلاف الظروف، والبيئة، والطباع ... الخ. ويرى عالم التحليل النفسي "جاكوز" Jaques (١٩٦٥م)، -وهو أول من صاغ مصطلح أزمة منتصف العمر من خلال تجاربه الشخصية على الفنانين- أنّ أزمة منتصف العمر هي من الأزمات التطورية^١ التي يمرّ بها الفرد، مشيراً إلى أنّ الأفراد في منتصف العمر يواجهون مرحلة أزمة تتأثر بإدراكهم لنضجهم، وللتغير في إدراك الإطار الزمني والعمرى لحياتهم منذ الولادة إلى الوقت المتبقي لهم ليعيشوه. وهي تحدث استجابة لشعور الفرد بتهديد الموت أو بقرب الموت المحتوم (Shek, ١٩٩٦, pp. ١٠٩).

ويُطلق على هذه الأزمة أيضاً، تسميات أخرى مثل: تحولات وسط العمر *midlife transition*، وأزمة النضج *crisis of maturation*، إلّا أنّ الاستخدام الأول هو الأكثر شيوعاً (المفدى، ١٩٩٥، ص ٥٢١؛ عسكر، ٢٠٠٩، ص ٥).

^١ الأزمات التطورية: هي الأزمات التي تكون جزءاً من دورة حياة الفرد التي يمكن التنبؤ بها (الكعبي، د.ت، الكعبي، د.ت، ص ٤).

وتُعرّف أزمة منتصف العمر، بأنّها: "مرحلة من الاضطراب الانفعالي الشخصي، ومرحلة تحديات التوافق التي يجابهها الأفراد عندما يصلون إلى منتصف العمر، مصحوبة بالرغبة في تغيير حياتهم وبالمخاوف والقلق من التقدم في العمر. وترتبط أزمة منتصف العمر - كما يرى "جاكوز" - بالقلق الوجودي existential anxiety، الذي يعرفه بأنّه: "دافع سلبي للسلوك يتمثل في خوف الفرد من ألا يكون له وجود، أي الخوف من العدم، أو الخوف من ألا يكون لدى الفرد هدف شامل أو توجه للحياة". إنّ أزمة منتصف العمر، لا تعدّ مرضاً نفسياً، ولكن تتشابه أعراضها مع أعراض الأمراض النفسية مثل القلق والاكتئاب، مما يدفع الكثيرين من الأطباء النفسيين إلى عدّها امتداداً لبعض الاضطرابات النفسية، لذا يضعون لعلاجها بعض الأدوية المهدئة.

إلا أنّ هناك فرقاً واضحاً بين أزمة منتصف العمر، وبين المرض النفسي، إذ إنّ للمرض النفسي تاريخ قديم من حيث شعور الفرد بالاضطراب والتوتر، وترجع جذوره غالباً إلى مرحلة الطفولة. أمّا أزمة منتصف العمر، فليس لها تاريخ سابق من الاضطراب كالمريض النفسي، وإنما تحدث بمجرد دخول الفرد هذه المرحلة من العمر بين سن الخامسة والأربعين والخامسة والخمسين سنة).

ليست أزمة منتصف العمر نسقاً عاماً في الرشد المتوسط، وليس من الضروري أن يكون وراء حدوثها ضغوط أو أحداث أو مشكلات، ولكن يمكن أن تحدث نتيجة لتغيرات فيزيولوجية معينة تشكل بعض الأزمات للأفراد في هذه السن. فبينما يعدّ بعض الباحثين هذه الظاهرة أزمة، نجد من الباحثين من يعدها تحولات لا تقتضي بالضرورة وجود أزمة. أيّ إنّ الفرد يمرّ بنوع من التغيرات وقد يرافق ذلك معاناة - أي أزمة - وقد لا يرافقها. ومنهم من يعتقد أنّ هناك فترات متكررة لهذه التحولات بينما يتحدث بعضهم عن فترة واحدة رئيسة لهذه التحولات وهي حوالى سن الأربعين.

٤-١ أعراض أزمة منتصف العمر

ولعلّ من أهم أعراض أزمة منتصف العمر:

- ١- إحساس الفرد بالتقدم في العمر.
- ٢- تغير نظرة الفرد إلى الزمن: ويقصد به أن الفرد يبدأ ينظر إلى عمره على أنه السنوات التي يتوقع أن يعيشها وليس إلى السنوات التي مضت منذ ميلاده. فالقلق من الزمن الذي يمرّ، وظهور بعض مظاهر الضعف الجسمي، والخوف من الشيخوخة، وانفصال الأبناء والتقاعد ... وغير ذلك من أحداث الحياة، كلّها مظاهر يجب أن يعمل الفرد على تقبلها، ومواجهتها، فهي لا تؤدي إلى وجود أزمة طالما أنّها تحدث في الوقت المتوقع لها الذي يحدده في كثير من الأحيان المجتمع الذي يعيش فيه الفرد (حافظ، د.ت، ص ١١٨؛ المفدى، ١٩٩٥، ص ٥٢٧).
- ٣- وعي الفرد بالموت.
- ٤- الفجوة بين الطموحات والإنجازات وإدراك الفرد عدم قدرته على تحقيق الكثير من طموحاته.
- ٥- تبدل العلاقات الأسرية للفرد.
- ٦- تغير المستوى الاجتماعي للفرد.
- ٧- إعادة تقويم الفرد للحياة وتغيير أدواره: إذ يميل الفرد خلال هذه الأزمة إلى مراجعة ما حدث معه في الوقت الذي هو فيه، ويتذكر الفشل، ويقلل من أهمية النجاح، الأمر الذي يشعره بعدم الفائدة وبضالة وجوده، مقارنة بالحياة الماضية. وقد يرافق ذلك تغيير في الهوية الذاتية، فيرفض بعض سلوكياته وطريقة عيشه، ويسعى إلى القيام بأدوار جديدة فتتغير نظرة الآخرين إليه، وتتأثر علاقاته الاجتماعية بمن حوله (بهية ولطيفة، ٢٠١١، ص ٢٢-٢٣).

٤-٢ الاختلاف في معاناة أزمة منتصف العمر

إنّ هناك عدة متغيرات ترتبط بأزمة منتصف العمر منها، الحضارة، فقد أشارت بعض الدراسات إلى أنّ بعض الحضارات ربما تكون أكثر حساسية لهذه الظاهرة مقارنة بحضارات أخرى. فهناك (على سبيل المثال) أدلة تشير إلى أنّ الأفراد في الحضارة اليابانية والهندية يعانون من أزمة منتصف العمر، بينما تشيع في الحضارات الغربية.

ومن التغيرات الأخرى هو متغير النوع، فقد عدّت أزمة منتصف العمر سابقاً على أنها أزمة أنثوية، بسبب ارتباطها بسن اليأس أو انقطاع الحيض لدى النساء، إلا أنّ الأطباء أشاروا إلى وجود تغيرات طبية الباثولوجية لدى الرجال مشابهة لتلك التي تلاحظ لدى النساء، وظهر ما يسمى بسن اليأس لدى الذكور، مما دفع الباحثين لدراسة هذه الظاهرة لدى الجنسين معاً.

وفي هذا الصدد يشير الباحثون إلى أنّ الذكور والإناث يختلفون في معاناتهم من أزمة منتصف العمر، فهم يخبرون هذه الأزمة بأسلوب مختلف كمياً وكيفياً في آن واحد، وذلك بسبب العوامل الاجتماعية، وظروف التنشئة الاجتماعية، واختلاف الدور الاجتماعي... فالعوامل التي تشكل شخصية الرجل تختلف عن تلك العوامل التي تشكل شخصية المرأة (حافظ، د.ت، ص ٣٥-٤٠، الكعبي، د.ت، ص ٧-٨).

فبينما يعطي الرجل وزناً عالياً للعمل والمهنة التي يزاولها، ومدى التوفيق الذي يحالفه والطموحات والتوجهات التي يسعى إليها، تعطي المرأة أهمية بالغة للشعور والعاطفة والاستقرار الأسري. لذا يمثل الخوف من الفشل بعد تحقيق النجاح، والطموحات المهنية والاجتماعية، وصراعات العمل أحد ملامح أزمة منتصف العمر لدى الرجل.

كما أنّ أزمة الرجل تمون مرتكزة على التقويم للماضي، بينما تتسم أزمة المرأة بالتركيز على المستقبل والقلق من الموت.

كم أشارت بعض الدراسات إلى أنّ أزمة منتصف العمر تبدو لدى الإناث أكثر صعوبة وشدة من الذكور، وهنّ يظهرن مستويات أعلى من الاهتمام بمنتصف العمر ومشكلات الشيخوخة مقارنة بالرجال.

وتمتاز أيضاً بمدى أكبر من ردود الأفعال والحاجة إلى الآخرين، إذ تتفاعل العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في تجسيد ملامح أزمة منتصف العمر لدى المرأة، فالتغير البيولوجي، على سبيل المثال، (حدوث بعض التغيرات الهرمونية وانقطاع الطمث، وبالتالي توقف الخصوبة) يشكل أزمة لدى المرأة، مصحوبة بالاكئاب في بعض الحالات.

ولكن أوضحت دراسات كثيرة أنّ التغيرات البيولوجية وحدها لا تكفي لحدوث أزمة منتصف العمر لدى المرأة، إذ تؤكّد إحدى الدراسات الأمريكية أنّ توقف الطمث لا يشكل أزمة حقيقية إلاّ عند حوالي (٤%) من النساء، على أنّه من المتوقع أن تكون نسبة الشعور بالاكئاب بأزمة منتصف العمر عالية في المجتمعات التي يكون فيها للانجاب والتناسل قيمة كبيرة.

ومن جوانب أزمة منتصف العمر لدى المرأة -أيضاً- التغير الاجتماعي وما يتضمنه من أشكال التواصل والعلاقات وأهمية الدور الاجتماعي الذي تقوم به.

فضلاً عن أن هناك عدة عوامل تلعب دوراً في التسريع بالدخول في هذه الأزمة عند كلا الجنسين، كالمخاوف الصحية، والعلاقات الزوجية غير المستقرة، والتخلي عن القيم والمبادئ التي يؤمن بها الفرد، أو فقدان شريك الحياة، أو نتيجة الخلافات مع الأبناء، أو بسبب ذهاب الأبناء الذين بلغوا سن الرشد للعيش بعيداً عن الوالدين، أو بسبب المشكلات النفسية التي تتزايد في هذه السن، خصوصاً فيما يتعلق بأعراض الاكتئاب والقلق والعزلة الاجتماعية (سليم، ٢٠٠٢، ص ٤٥٣-٤٥٤ ؛ حافظ، د.ت، ص ٣٣).

فلقد أوضحت عدة دراسات نفسية أن نسبة القلق ما بين سن (٥٥ - ٦٤) سنة تتزايد لتصل ضعف نسبة القلق في الفترة ما بين (٢٥ - ٣٤) سنة. ويبدو أن من أسباب زيادة القلق في هذه السن الإحساس الزائد بالمسؤولية والاستقلالية، فضلاً عن الضغوط التي تتراكم فيما يتعلق بالعمل والأسرة والطموحات الشخصية، والإحباطات الناجمة عن تحقيق الذات. ويعتقد "أريكسون" أنّ أزمة النمو الرئيسية في مرحلة الرشد المتوسط تتمثل في خاصيتين، هما: الامتداد الاجتماعي، الذي يعنى بتعميق المشاركة المجتمعية وتكافؤ الفرص، والتفوق على الذات. وتقرن "لوشان" Loshaan بين موقف المرأة والرجل في منتصف العمر، إذ ترى أنّ المرأة أكثر قبولاً لهذه المرحلة، كونها أكثر مرونة في التحدث والتعبير عن شعورها والإفصاح عنها (عسكر، ٢٠٠٩).

٤-٣ "إدارة الذات" في منتصف العمر

تُعرّف "إدارة الذات" self-management، بأنّها: "تنظيم الفرد لوقته، وتوجيه عواطفه وأفكاره، واستفادته من قدراته وإمكاناته، وتحديد أهدافه بدقة، والتركيز على متابعة تحقيقها". وهي مفهوم نسبي يتسم بالمرونة لاختلافه باختلاف الأفراد بل وقد يختلف بالنسبة للفرد الواحد باختلاف الموقف.

إنّ قدرة الفرد على إدارة ذاته بشكل جيد، وتعامله مع نفسه بكلّ كفاءة هي إحدى مؤشرات نجاحه في الحياة، وقدرته على إدارة الآخرين وقيادتهم بشكل سليم ومناسب، وعلى العكس فإنّ عدم القدرة على إدارة ذاته والاعتماد عليها، سيؤدي إلى الفشل في الحياة، وعدم القدرة على إدارة الآخرين.

تفترض نظرية "إدارة الذات" في منتصف العمر، وجود ست قدرات لإدارة الذات، وهذه القدرات جميعها مترابطة ومتكاملة مع بعضها البعض، وفيما يلي عرض مختصر لهذه القدرات:

القدرة على ضمان الوظيفية المتعددة المصادر: ونعني بها القدرة على اكتساب النشاطات، والمحافظة عليها وتعزيزها بما يخدم الفرد في حياته، وتحقيق مستوى عالٍ من الصحة النفسية.

المحافظة على التنوع في المصادر: كالوقت، والجهد، والطاقة، وتكامل الشخصية في أثناء التعامل مع الأفراد، وكذلك القدرة على تحقيق الأهداف الموضوعية من قبل الفرد سواء كانت إيجابية أم سلبية.

القدرة على المبادرة في كل أمور الحياة: أي قدرة الفرد في منتصف عمره على تحفيز ذاته لتحقيق أهدافه والاستفادة من خبراته والتعاون مع الآخرين وخدمتهم.

المحافظة على الإطار الإيجابي للعقل: أي المحافظة على تعزيز المنظور الإيجابي فيما يخص المستقبل لحياة الراشد في منتصف العمر بدلاً من التركيز على الأهداف السلبية وخسارتها.

القدرة على الفاعلية: أي قدرة الفرد في منتصف عمره على أن يكون فعالاً فيما يخص إدارة ذاته، وخدمة مجتمعه، وحصوله على حياة اجتماعية هادئة في ظل تحقيق طموحاته والتغلب على مصاعب الحياة التي تعترضه.

القدرة على استثمار الموارد والسلوك الإيجابي: وهذا بدوره يؤدي إلى خدمة المجتمع في جميع مستوياته، ويحقق المنفعة الاجتماعية (شاكر، ٢٠١٦، ص ١٥٦ ؛ الهذلي، ٢٠١٠، ص ٢٣).

٤-٤ نظريات أزمة منتصف العمر

أولاً- نظرية "ليفنسون" (١٩٧٨)

قدّم "ليفنسون" نظرية شاملة عن نمو الراشدين، وعلى الرغم من أنّ هذه النظرية قد تضمنت إشارة لـ (أزمة منتصف العمر)، إلاّ أنّها اكتسبت أهمية خاصة ذلك أنّها ترى أنّ النمو يحدث بشكل أفضل في مرحلة الرشد.

ويُعدّ "ليفنسون" أولّ من قام بدراسة أزمة منتصف العمر دراسة علمية، وذلك بتتبع (طولي) لأربع مجموعات من الذكور في أربعة مجالات من العمل هي: العمال، ومديري الأعمال، والأكاديميين، والروائيين.

وجوهر نظريته هو بنية الحياة life structure، التي تتشكل بالدرجة الأولى عن طريق البيئة المادية والاجتماعية للفرد. فهو تتضمن الأسرة العمل، وذلك متغيرات أخرى مثل الدين، والعرق، والحالة الاجتماعية للفرد ... وغيرها.

وتتلخص نظريته في أنّ الفرد يمرّ بتغير مرتبط بالعمر قد يتأثر بالمعايير الاجتماعية. وأنّ الفرد يمرّ بهذا التغير سواء كان ناجحاً أم فاشلاً، وبالتالي فإنه سوف يلوم نفسه إن كان فاشلاً ولم يستطع تحقيق النجاح، أما إذا كان ناجحاً فقد يرى أنّ ما وضعه من أهداف أقل مما لديه من إمكانيات. إلاّ أنّ هذا لا يعدّه "ليفنسون" أزمة، فالمسألة هي ما يشعر به الفرد من تناقض بين ما يريده لنفسه وبين بنية حياته الحالية. ويحدث هذا التغير الذي يمر به الفرد في الجوانب الآتية:

١- النظرة إلى الجسم وانحداره.

٢- الإحساس بالكبر.

٣- التحول في الأدوار الجنسية.

^١ بنية الحياة life structure: يقصد بـ (بنية الحياة)، مجموعة المبادئ والقيم والاهتمامات لدى الفرد، وتظهر الأزمة عندما يشعر الفرد بقوة داخلية تقوده إلى تعديل أو تغيير هذه البنية جذرياً (المفدى، ١٩٩٥، ص ٥٢٥).

وهذا التغيير قد يستمر لثلاث أو أربع سنوات، إلا أنّ قمته في حدود الأربعين، وبالتالي يرى "ليفنسون" أنّ أزمة منتصف العمر لا يمكن أن تحدث قبل سن (٣٨) وليس بعد سن (٤٣). أمّا عندما يصل الفرد إلى سن (٤٥) فإنّ عملية التغيير تكون انتهت وتظهر بنية جديدة لحياة الفرد هي التي تشكل سلوكه (المفدى، ١٩٩٥).

ثانياً- نظرية "كارل يونغ"

قدّم العالم "كارل يونغ" Carl Jung (١٨٧٥-١٩٦١م)، واحدة من المحاولات المبكرة لتفسير ظاهرة أزمة منتصف العمر، وقد ذكر أنّ الهدف الأساسي في مرحلة وسط العمر هو مواجهة الموت.

وقد ادّعت نظرية "يونغ" أنّ منتصف العمر هو مفتاح النزعة الفردية individuation، وهو عملية تحقيق الذات والوعي بالذات.

ويشير "يونغ" إلى أنّ أزمة منتصف العمر هي جزء طبيعي من عملية النمو والنضج. فالأفراد لا يحبون الوصول إلى مرحلة الشيخوخة بل ويقاومونها، وفي الأربعينيات من أعمارهم يمرون بمرحلة مثير من الشك بالذات كنتيجة لرؤية سنوات شبابهم الماضية وقرب وصولهم إلى نهاية أعمارهم.

وقد تُثار الأزمة أحياناً بالتحوّلات التي يمر بها الفرد في مثل هذه السنوات مثل موت أحد الوالدين، أو البطالة، أو إدراك ضغوط العمل، أو قد تتولد لدى الفرد رغبة بعمل تغييرات كبيرة في نواح جوهرية من الحياة مثل المهنة والحياة الزوجية والمظهر البدني (الكعبي، د.ت، ص ١٤).

٤-٥ تجاوز أزمة منتصف العمر

- لقد حدد "توماي"، أربعة واجبات رئيسة في مرحلة الرشد المتوسط تساعد الفرد على تجاوز أزمة منتصف العمر، وهي:
- أ- تحقيق النجاح المهني: ليس من أجل المال فقط، بل من أجل تحقيق الذات والاحترام الشخصي.
- ب- نجاح الحياة الزوجية: لا شك أن العلاقات الزوجية الصحيحة والأطفال من العوامل التي تترك إحساساً بالنجاح والرضا في هذه المرحلة.
- ج- التوافق مع الواقع: إنّ من مطالب النمو في مرحلة منتصف العمر التوفيق بين الأفكار والأهداف المرسومة، وبين الواقع.
- د- التغلب على رتابة الحياة: وقد يتم ذلك بنجاح إذا تمكن الفرد من العثور على مصادر جديدة تسمح له بالتغيير والحرية دون أن تهدد إحساسه بالأمن النفسي والاقتصادي (سليم، ٢٠٠٢، ص ٤٥٣؛ بهية ولطيفة، ٢٠١١).

الفصل السابع

النمو المعرفي والانفعالي في مرحلة الرشد المتوسط

أولاً- النمو المعرفي في مرحلة الرشد المتوسط

النمو المعرفي cognitive development، هو عبارة عن نوعٍ من أنواع النمو الذي يرتبط بنمو الإنسان منذ مرحلة الطفولة، ويُعرّف بأنه "القدرة على التفكير والفهم". والحديث عن النمو المعرفي قد يؤدي إلى سوء فهم لأن عبارة النمو المعرفي تتضمن مسألتين هما:

الأولى: العمليات المعرفية: وهي الإدراك والتذكر وتكوين المفاهيم، وهذه العمليات تكون متشابهة لدى الراشدين والأطفال.

والثانية: المضمون الذي تستند إليه هذه العمليات: أي المعلومات والبيانات الموجودة في الذاكرة التي تتكون نتيجة تفاعل الفرد مع البيئة، وهناك اختلاف بين الراشدين والأطفال في هذا المضمون.

وبالتالي فإن النمو المعرفي يرتبط بزيادة القدرة الإدراكية، والاستيعابية للمعلومات، وكذلك بنوعية العمليات العقلية التي تتأثر بخبرات الفرد؛ وفرص تعلمه، وذكائه ... الخ. وتتميز العمليات العقلية في مرحلة الرشد المتوسط بانخفاض القدرة على حلّ المشكلات العملية، وهذا ما أكدته نتائج دراسة "جونسون"، أنّ حوالي (٨٤%) من الأفراد في سن البلوغ كانت لديهم قدرة على حلّ المشكلات، ولكن مع التقدم في العمر قلّت هذه النسبة وأصبحت في مرحلة الرشد المتوسط حوالي (٧٨%)، وانخفضت أكثر في مرحلة الرشد المتأخر (الشيخوخة).

١- نظريات النمو المعرفي في مرحلة الرشد المتوسط

من أهمّ نظريات النمو المعرفي في مرحلة الرشد المتوسط، التي سيتم تناولها في هذا الفصل: نظرية (الذكاء السائل liquid intelligence والذكاء المتبلور crystallized intelligence) لـ "كاتل"، ونظرية (الذاكرة طويلة المدى)، ونظرية "شايبي".

١-١ نظرية "كاتل" (الذكاء السائل والمتبلور)

"كاتل" هو صاحب نظرية الذكاء السائل والذكاء المتبلور، ويرى أنه مع التقدم في العمر وفي مرحلة الرشد المتوسط ينمو ويتطور الذكاء المتبلور، بينما يتناقص الذكاء السائل أو المنطق السائل.

ويُقصد "بالذكاء السائل": "القدرة على التفكير المنطقي والمجرد وحل المشكلات، بمعزل علة المعرفة المكتسبة، فهو القدرة على تحليل المشكلات وتحديد أنماطها والعلاقات التي تستند إليها واستقرائها باستخدام المنطق.

بينما يُقصد "بالذكاء المتبلور": "القدرة على استخدام المهارات اللغوية والمعلومات المتراكمة والمعرفة والخبرة، وهو لا يعتمد على الوصول للمعلومات من الذاكرة طويلة المدى. الذكاء المتبلور هو حصيلة الإنجاز الفكري على مدى الحياة من المفردات والمعارف العامة" <https://ar.wikipedia.org>.

١-٢ نظرية الذاكرة طويلة المدى

تشير هذه النظرية إلى وجود ثلاثة أنواع للذاكرة طويلة المدى، وهي: (الذاكرة الإجرائية الخاصة بالمهارات العملية، وذاكرة دلالة الألفاظ، والذاكرة العرضية الخاصة بتخزين حدث معين في وقت ما ومكان ما). إذ يتمكن الأفراد في مرحلة الرشد المتوسط من تفعيل الذاكرتين الأولى والثانية (الذاكرة الإجرائية وذاكرة دلالة الألفاظ) بفاعلية، بينما الذاكرة العرضية بفاعلية أقل.

وحول القدرة الإبداعية في مرحلة الرشد المتوسط، أثبتت الدراسات أنّ القدرة الإبداعية ترتبط بنوعية المجال الذي يتم فيه الإبداع. وتشير نتائج هذه الدراسة أنّ ذروة الإبداع في مرحلة الرشد المتوسط تكون في الفنون، والعلوم الإنسانية.

١-٣ نموذج "شايي"

يذكر "شايي" في نمودجه حول النمو المعرفي، أنّ النمو المعرفي للراشد يسير وفق خمس مراحل هي: الاكتساب، والإنجاز، والمسؤولية، والإجرائية، والتكامل. وتمثل المرحلة الثالثة والرابعة (مرحلة المسؤولية والمرحلة الإجرائية) مرحلة أواسط العمر، وفيها تتوجه القدرات المعرفية للاهتمام بالآخرين والمجتمع، كما يصبح الفرد قادراً على تطبيق المعارف المختلفة في مستويات متعددة من الحياة العملية (مبارك، ٢٠٠٣؛ الأشول، ٢٠٠٨).

٢- مراجعة الحياة في مرحلة الرشد المتوسط

ومن العمليات المعرفية التي تظهر في مرحلة الرشد المتوسط عملية "مراجعة الحياة" life review.

وتعرّف "مراجعة الحياة" بأنها: "عملية عقلية طبيعية، يرتبط ظهورها بالمرحلة القريبة من مرحلة الموت، وتتمثل في العودة للخبرات السابقة في الوعي، واستعادة المواقف أو الصراعات السابقة التي لم تحل بعد ومحاولة إعادة حلها".

ومن خلال عملية مراجعة الحياة، يهدف الفرد إلى التعرف على نوعية الحياة التي قضاها، فعندما تكون نتيجة المراجعة إيجابية، يتعامل الفرد مع مرحلة الموت والمرحل التي قبلها ما قبلها بشكل إيجابي، أمّا إذا كانت نتيجة مراجعة الفرد لحياته سلبية، فسوف يظهر اليأس والحزن، ويسيطر على الفرد قلق الموت. وترتبط عملية مراجعة الحياة بثلاثة أبعاد في الشخصية، وهي:

البعد الأول: إنّ الأفراد الذين يتجنبون التفكير في الحاضر والماضي، وينظرون للمستقبل على أنه تحقيق للأمال والطموحات، هؤلاء عندما يدركون أن حتمية الموت هي المستقبل، سوف يصابون بالاكتئاب.

البعد الثاني: إنّ الأفراد الذين يشعرون بالذنب والإحباط والقلق، تكون مراجعتهم لحياتهم سلبية.

البعد الثالث: أما الأفراد النرجسيين^١ (الذين تتسم شخصياتهم بالغرور والتعالي والتكبر على الآخرين)، فيمثل الموت لهم تهديداً لا يمكن التغلب عليه، لذلك فإنّ مراجعتهم للحياة تُنتج الإحباط الشديد (مبارك، ٢٠٠٣).

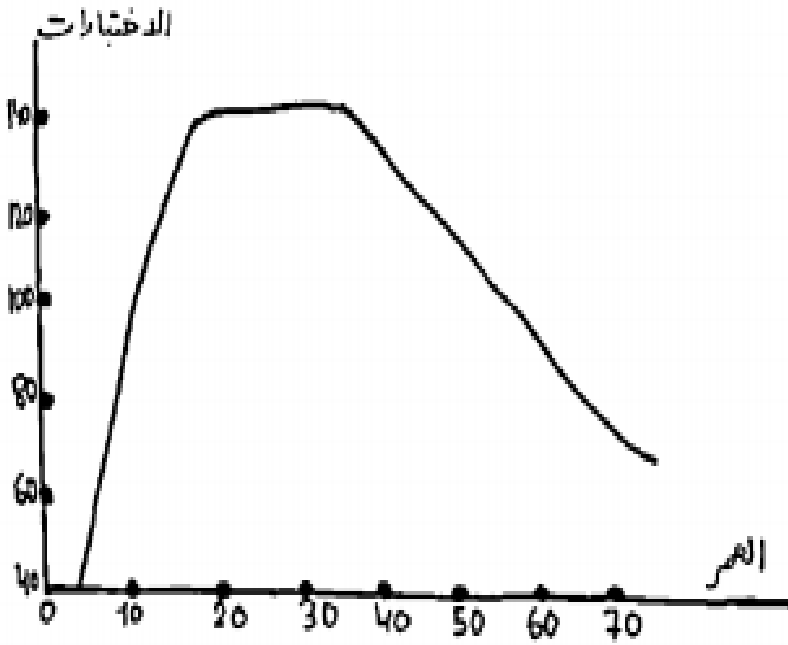
٣- التعلم في مرحلة الرشد المتوسط

تبيّن الدراسات المستعرضة، أنّ قدرة الإنسان على التعلم تتدهور مع تقدمه في العمر، ومن الدراسات الأولى التي تناولت هذا المجال دراسة "ثورندايك" التي بيّنت أنّ القدرة على التعلم تصل إلى القمة في عمر (٢٢) سنة، ثم تتراجع بنسبة (١%) كل سنة حتى عمر الخمسين.

كما أنّ اختبار "وكسلر" الذي يقيس ذكاء الراشدين، قد أكّد النتائج نفسها، أي إنّ الذكاء يصل إلى أقصاه حتى عمر (٢٢) سنة ثم يأخذ بالتراجع المستمر.

وهكذا فإنّ القدرة على التعلم والذكاء يتصاعدان حتى بداية مرحلة الرشد، ثم يبدآن في التناقص، كما هو موضح في الرسم البياني (١):

^١ النرجسية **Narcissistic**: تعني حب النفس، وهي اضطراب في الشخصية، إذ تتميز بالغرور، والتعالي، والشعور بالأهمية ومحاولة الكسب ولو على حساب الآخرين. وهذه الكلمة نسبة إلى أسطورة يونانية، ورد فيها أن نركسوس كان آية في الجمال وقد عشق نفسه حتى الموت عندما رأى وجهه في الماء <https://ar.wikipedia.org> ٢٤/٩/٢٠١٦.



الرسم البياني (١): منحني الذكاء بحسب "وكسلر" (سليم، ٢٠٠٢، ص ٤٦٣).

ولكن بعض الدراسات الطولية تعطينا نظرة أكثر تفاؤلية، ففي دراسة أجراها "أونز" على عينة من الأفراد في سن (١٨) سنة، مطبقاً عليهم اختباراً للدخول إلى الجامعة، وبعد (٢٨) عاماً أجرى "أونز" عليهم نفس الاختبار، فتبين أن نتائج الأفراد في سن (٥٠) كانت أفضل مما حصلوا عليه في سن (١٨) سنة، مع الاحتفاظ بالإنجاز نفسه في سن (٦١)، ولكن مع تراجع بسيط في مادة الرياضيات. ومن المعروف أنّ السرعة تتناقص مع التقدم في العمر، ولكن ليس القوة الذهنية، مما يعني أنّ الراشدين يتفوقون في الاختبارات التي تتطلب التفكير. ولا يوجد صعوبات أمام تعلم الراشدين سوى في حالة إصابة الجهاز العصبي بالأمراض، والدليل على ذلك التأهيل والتدريب المستمر الذي يخضع له الراشد من أجل التكيف مع متطلبات التقدم الاقتصادي والتكنولوجي (سليم، ٢٠٠٢).

ثانياً - النمو الانفعالي في مرحلة الرشد المتوسط

يرتبط النمو الانفعالي في مرحلة الرشد المتوسط بمدى شعور الفرد بالأمن والاستقرار العاطفي، وكذلك بالقدرة على التعاطف مع الآخرين والإحساس بهم، وإقامة العلاقات الاجتماعية، وبالتالي الاستمتاع بالحياة والرضا عنها. ويمكن تعريف "الأمن العاطفي" بأنه "عدم وجود العواطف السلبية المفرطة كالقلق والشك والخوف ... التي تشكل عائقاً أمام الفرد لكي يعيش حياته بشكل عادي وطبيعي".

أما "الاستقرار العاطفي": فيقصد به "الثبات العاطفي، وعدم تذبذب العاطفة وتغيرها بشكل مستمر". أما "القدرة على التعاطف مع الآخرين" فيقصد بها، "قدرة الفرد على الشعور بالحب أو الكراهية، وهي تتشكل من خلال الارتباطات وتبادل العواطف التي يمرّ بها الفرد خلال مراحل حياته".

ويرتبط الاستمتاع بالحياة في هذه المرحلة بإحساس الفرد، وظروف حياته ونظرته للمستقبل، كما يرتبط بالوضع الاجتماعي والاقتصادي والعلاقات الأسرية ونمط الحياة ... الخ.

ويستجيب الراشد لانفعالاته المختلفة بواسطة: تعبيرات الوجه، والإيماءات، والأفعال. وتقاس الانفعالات، باستخدام الاختبارات أو المقابلات الشخصية (شعبان؛ تيم، ١٩٩٩).

١- نموذج "سترنبرج" في النمو الانفعالي

يُفسّر عالم النفس الأمريكي "روبرت سترنبرج" Robert Sternberg، النمو الانفعالي في مرحلة الرشد، من خلال نظريته التي ابتكرها عن الحُبّ، وأطلق عليها اسم أبعاد الحُبّ the dimensions of love، أو نظرية مثلث الحُبّ triangular theory of love.

١-١ عناصر الحُب

يتكون الحُبّ، وفقاً لهذه النظرية، من ثلاثة عناصر رئيسية، إذ إنّ كل عنصر منها يُظهر جانباً مختلفاً من الحُب، وهذه العناصر هي:

أ- الشغف/العشق passion

وهو يمثّل الشعور الرومانسي القوي، والشعور بالرغبة والانجذاب الجنسي، إذ يشمل تلك الأشكال من الإثارة التي تؤدي إلى العشق في علاقة الحُب.

ب- الحميمية/الرغبة intimacy

وهي تشير إلى شعور الدفء والقرب والألفة في علاقة الحُب، وكذلك تشمل الاعتياد والتشابه في الأفكار أو المبادئ أو المزاج العام أو الهدف من الحياة أو الأنشطة... وغيرها.

ج- الالتزام/القرار decision/commitment

يشير الالتزام/القرار - على المدى القصير - القرار الذي يتخذه الفرد بأن يحب ويبقى مع الطرف الآخر، أمّا على المدى الطويل، فهو يشير إلى الحفاظ على العلاقة، وإلى الإنجازات المخطط لها مسبقاً التي تكون قد تحققت مع الفرد الآخر.

٢-١ أنواع العلاقات في الحب

بناءً على ظهور عناصر الحب أو عدم ظهورها، قسّم "سترنبرج" الحب إلى سبعة أنواع من العلاقات، وفسرها من خلال تحليل تفاعل هذه العناصر الثلاثة فيما بينها ودرجة قوتها. فكلما كانت العلاقة قائمة على عدد أكبر من العناصر، كانت ثابتة أكثر، أما العلاقة القائمة على عنصر واحد فهي تنتهي بسرعة.

إذ تعتمد (قوة الحب) التي يختبرها الفرد على مدى قوة كل عنصر من هذه العناصر، أما (نوع الحب) فيعتمد على القوة النسبية لكل عنصر وعلاقته بالعنصرين الباقين. وفيما يلي نعرض لهذه الأنواع السبعة من العلاقات كما تصورها "سترنبرج":

- الحب الفارغ empty love: إنّ نوع العلاقة الذي يعتمد بشكل كامل على الالتزام من غير وجود الرغبة والعشق يسمى بالحب الفارغ.

- الرغبة liking: يظهر في هذا النوع من العلاقات فقط الحميمية الشديدة.

- العشق infatuation: يظهر في هذا النوع من العلاقات فقط الشغف والهيام.

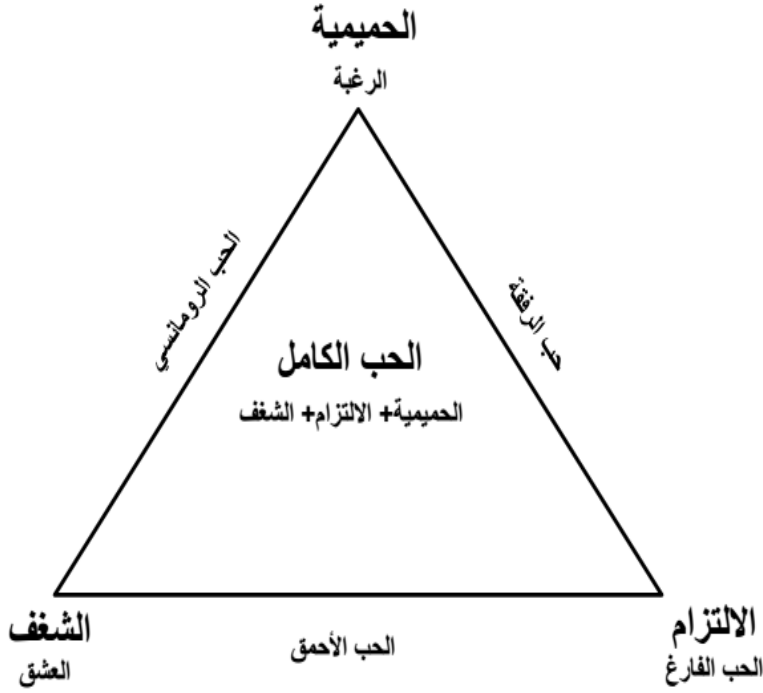
- الحب الرومانسي romantic love: تظهر فيه روابط الحميمية والشغف معاً بشكل كبير، ولكن من غير ارتباط دائم.

- الحب الأحرق / الساذج fatuous love: ويعدّ هذا النوع من العلاقات من أسوأ أنواع الارتباط، الذي يحصل فيه الالتزام بسرعة بناءً على ظهور الشغف فقط، فتكون العاطفة قوية بين الطرفين.

- حب الرفقة companionate Love: إنّ هذا النوع من العلاقات يتكون من الحميمية والتزام ولكنه يفتقد إلى الشغف.

- الحب الكامل consummate Love: ويُقصد به العلاقة المثالية التي يظهر فيها التفاعل بين هذه العناصر الثلاث للحب (Sternberg, ٢٠٠٦). والشكل

(٩) يوضح عناصر الحب وأنواعه وفقاً لنظرية مثلث الحب.



الشكل (٩): مثلث الحب

وفق نظرية "سترنبرغ" (Sternberg, ٢٠٠٦).

٢ - الحالة الانفعالية في مرحلة الرشد المتوسط

يعتمد نجاح الفرد في تكيفه لمظاهر التغير الفسيولوجي العضوي والنفسي التي تصاحب مرحلة وسط العمر على حالته الانفعالية والوجدانية، ويمكن إيجاز الحالة الانفعالية في النقاط الآتية:

١. يزداد التوتر الانفعالي في أوائل مرحلة الرشد المتوسط، وذلك عندما يدرك الفرد أنه بدأ يدخل في مرحلة الشيخوخة.

٢. يزداد القلق وتكثر الأوهام لدى الراشد في مرحلة أواسط العمر، وذلك خوفاً على فقدان العمل والتقاعد، وكذلك خوفاً على صحة الجسم عامّةً.
٣. يكون التعبير الانفعالي في مرحلة أواسط العمر أسرع، وأقلّ هدوءاً عما هو عليه في مرحلة الرشد المبكر.
٤. يزداد الشعور بالضيق من الانتقادات التي قد يوجهها الأفراد الآخريين نحو الراشدين في مرحلة الرشد المتوسط.
٥. تزداد القدرة على إخفاء مظاهر الغضب عند الراشدين في مرحلة وسط العمر أكثر ممن هم في مرحلة الرشد المبكر (السيد، ١٩٩٧، ص ٤٤٢ ؛
[/https://ar.wikipedia.org/wiki](https://ar.wikipedia.org/wiki)

الفصل الثامن

مرحلة الشيخوخة

تمهيد

يعدّ "علم نفس الكبار" geropsychology، والجوانب النفسية المصاحبة للتقدم في العمر، من الموضوعات المهمة التي استرعت - في السنوات الأخيرة - انتباه العلماء والباحثين في ميدان العلوم النفسية. فمع بداية النصف الثاني من القرن التاسع عشر، ظهر البحث العلمي المنهجي والمنظم في مجال "علم نفس الكبار"، وكذلك "علم الشيخوخة" gerontology¹.

وتوسّع الاهتمام بدراسة الشيخوخة مع بداية النصف الثاني من القرن العشرين، هذه المرحلة التي لا تقلّ أهمية عن بقية مراحل العمر الأخرى، لأنها تعدّ امتداداً طبيعياً لها، لكنّها مرحلة عمرية متميزة بخصائصها، ومتفردة بمشكلاتها، تنتسب بها معاناة المسنين بدنياً وأسرياً واجتماعياً وتندني قدراتهم الأساسية في العمل ومقاومة الأمراض، فهذه المرحلة تتضمن متغيرات نفسية جديرة بالبحث والدراسة. وتتميز مرحلة الشيخوخة بمجموعة من المظاهر والتغيرات العضوية، والحيوية والوظيفية، والنفسية، والاجتماعية؛ من شأنها أن تحدث تغييراً في البناء الشخصي عند المسنين، كونها تؤثر في وظائفهم النفسية والعقلية والاجتماعية. فإذا كانت الطفولة، هي مرحلة تطور في المظاهر البيولوجية والنفسية والاجتماعية، فإنّ الشيخوخة هي مرحلة تدهور وضعف وانحدار مستمر في القدرات الوظيفية والبدنية والعقلية. وإذا كانت المراهقة والشباب مرحلة نمو العاطفة والنضج،

¹ علم الشيخوخة Gerontology: يهتم علم الشيخوخة بالدراسة العلمية للشيخوخة، الموضوع الذي تناوله الباحثون بالتركيز على تدهور وفقدان العمليات والوظائف المرتبطة بالتقدم في العمر (شاذلي، ٢٠٠١).

فإن التقدم في العمر، هو وقت عدم الاستقرار النفسي نسبياً، والنظرة السلبية للذات، والشعور بالنقص، وقلة الكفاية، والانسحاب الاجتماعي والانتواء على الذات، وخفض الدافعية ... الخ. وما كان يقبله الفرد في طفولته شبابه، قد ينبذه في شيخوخته، وما كان يستهويه ويجذبه من مدركات حسية في صغره، قد يتخلى عنه في كبره. إن هذه التغيرات تؤثر بصورة مباشرة على وتيرة ونوعية الحياة اليومية للمسن والأسرة التي يعيش فيها.

ويصف بعض المختصين الشيخوخة، بأنها ليست مجرد عملية بيولوجية، تظهر أثارها في التغيرات الفسيولوجية للفرد حين يصل إلى مرحلة متقدمة من العمر، وإنما كذلك هي ظاهرة اجتماعية، تتمثل في موقف المجتمع من الفرد، حينما يصل إلى مرحلة ما من مراحل التقدم في العمر.

وتوصل العلماء إلى أن "الشيخوخة"، هي أمر مبرمج، وذلك لعلاقتها بالحمض النووي (DNA)، إذ توصلوا إلى اكتشاف العلاقة بين شيخوخة الخلايا، وتناقص طول الصبغيات الخلوية (الكروموزومات) مع التقدم في العمر.

واتضح أن الصبغيات تتناقص في طولها، وتفقد جزءاً من المادة الوراثية الموجودة على طرفي الصبغي، ويتم ذلك بشكل مبرمج ومنظم خلال عملية تضاعف المادة الوراثية التي تسبق انقسام الخلية، فينقص الصبغي من طوله ما يعادل (٥٠-١٠٠) جزئاً من طرفيه في كل مرة يتضاعف فيها الحمض النووي أو المادة الوراثية.

ومن المعتقد أن الخلايا مع تقدم العمر، ونتيجة لعملية التقصير في الحمض النووي، تشيخ وتموت، وهذا ما يُسمى "بالموت المبرمج للخلية" (خليفة فضالي، ١٩٩٧؛ علاء الدين، ١٩٩٩، ص ٢).

١ - دراسة مرحلة الشيخوخة

١-١ نظرة تاريخية حول دراسة الشيخوخة

لقد شغلت ظاهرة التقدم في العمر، فكر الإنسان منذ زمن بعيد، إذ كان الإنسان البدائي يعتقد أنّ حياته لا نهاية لها، إذا لم تتدخل فيها عوامل خارجية (الحوادث مثلاً)، فتضع حداً لها.

وتزخر الأساطير والآداب العالمية بالكثير من اللوحات الأدبية التي تصور الشيخوخة بكل آلامها وعجزها وما تنثيره في نفوس أصحابها من مرارة وشعور بالعزلة.

ومن أمثلة الآداب العالمية التي تعرضت لموضوع الشيخوخة، تلك الصورة والمعاناة الإنسانية التي عرضتها الكاتبة الفرنسية "سيمون دي بوفوار" Simon de Beouviour (١٩٠٨-١٩٨٦م)، في كتابها الشيخوخة، وتضمنت بعض الإشارات العميقة عند اقترابها من سن الشيخوخة، وتناولت مشكلات الشيخوخة وموقف المجتمع غير العادل حيال الكهولة، وكيف أن الإنسان - نتيجة للشيخوخة- يكون مهملاً، ولا دور له سوى انتظار الموت (خليفة فضالي، ١٩٩٧، ص ٣).

وكذلك نجد "وليم شكسبير" William Shakespeare (١٥٦٤-١٦١٦م)، يجمع ما لا يقل عن (١٣٢) كتاباً من كتب التراث ويحلل ما جاء فيها من تصورات الناس عن فئة المسنين، وانتهى من تحليله إلى وصف مرحلة الشيخوخة بأنها مرحلة الطفولة الثانية second childhood، التي تهن فيها العظام، ويخبو فيها العقل (شاذلي، ٢٠٠١، ص ٨).

وفي العصور القديمة، في بابل وأشور ومصر، كان الاعتقاد سائداً بأنّ الشيخوخة والموت هي أمر لا مفر منه، فكان القدماء المصريون يفتخرون بطول العمر وبالتماسك الأسري، ويكثون المحبة والاحترام والتقدير للمسنين من الآباء

والأجداد، وكان الاتجاه السائد نحوهم من جانب أفراد الأسرة والأقارب مبنياً على الحب والإخلاص، وبخاصة إذا ما كان كبير السن له حياة مشرفة ويتصف بالحكمة.

وتعدّ اتجاهات الإغريق نحو المسنين مشتقة في جزء منها من قداماء المصريين. وقد اعتقد "جالينوس" (١٣٠ - ٢٠٠م)، الطبيب والكاتب اليوناني، أنّ التقدم في العمر شيء يتوسط ما بين المرض والصحة، وأن الوقاية، وليس العلاج، هي المنهج الطبي للتعامل مع كبر السن، وقد جذب الانتباه إلى أهمية التمرينات الرياضية والتغذية والنوم والنشاط المستمر لكبار السن.

كما أنّ "هيبيوقراط" Hippocrates (٤٦٠-٣٧٧ ق.م)، وهو أشهر الأطباء الأقدمين، بحث في أمراض الشيخوخة، وقدم إسهامات عظيمة في فهم الظروف الصحية في مرحلة التقدم في العمر. فقدم أوصافاً لأنواع الأغذية الملائمة للمسنين، ونصح بالاعتدال في الغذاء، وأوصى كذلك الأمر بالتمرينات البدنية بهدف التعمير، ووصف عدداً من أمراض الشيخوخة، إذ تضمنت سجلاته أمراضاً مثل فقد السمع، والتهاب المفاصل، والأرق، والمياه الزرقاء، وقدّم أنواعاً من العلاج لهذه الأمراض.

وتوصل "هيبيوقراط" إلى العديد من الاستنتاجات، ومنها أن المسن لا يجب أن يتوقف عن العمل، لأنه يعطيه إحساساً بقيمته، وبأن المجتمع ما زال في حاجة إليه، الأمر الذي ينعكس بشكل إيجابي على صحته الجسمية والنفسية معاً (معمرية ؛ خزار، ٢٠٠٩، ص ٧٥؛ رزيقة، ٢٠١٢، ص ٣٨)

ويشير "أفلاطون" Plato (٣٤٧-٤٢٧ ق.م)، إلى بعض مظاهر التقدم في العمر، التي من بينها ثبات خصائص موجودة منذ المراحل المبكرة، كما أشار إلى أنّ الإنسان المتوافق في الحياة يستطيع أن يواجه مشكلات كبر السن بشكل

معقول، في حين أن الإنسان الذي ينقصه هذا الاستعداد سوف لا يحقق توافقاً في كبره مثلما واجهه في سنوات عمره المبكرة.

أما "أرسطو" Aristotle (٣٨٤ - ٣٢٢ ق.م)، فتختلف وجهة نظره عن وجهة نظر سلفه "أفلاطون" ذات الاتجاه الإيجابي نسبياً نحو التقدم في العمر، فهو يلصق خصائص سلبية بالمسنين، وكان أسلوبه يقوم على أساس مقارنة قدرات الشباب بقدرات المسنين. ومع هذا فإن وجهة نظر "أرسطو" عن التقدم في العمر لم تكن سلبية بالمطلق، إذ يشير إلى أن الإنسان عندما يكون في حالة صحية ومالية جيدة، فإنه يمكنه أن يتمتع بحياته عندما تحلّ به الشيخوخة تدريجياً (شاذلي، ٢٠٠١، ص ٥).

ويعدّ المشرّع الروماني المشهور "شيشرون" Ciceron (٣٤ - ١٠٦ ق.م)، الذي عاش في القرن الأول قبل ميلاد المسيح، أول من اهتم بالخصائص السلوكية للمسنين والأعمال المناسبة لهم. وقد أدرك أنه من الممكن مقاومة التقدم في العمر من خلال ممارسة الرياضة، والغذاء السليم، وتدريب النشاط الذهني والعقلي، إذ كان تركيز "شيشرون" على النشاط الذهني والمران في مراحل العمر المتقدمة، يمثل وجهة نظر حديثة في ذلك المجال.

والمسلمون فطنوا - منذ أكثر من ألف عام - إلى أهمية دراسة أسباب التقدم في العمر وأمراض الشيخوخة، إذ نجد كتاب (المعمرون والوصايا) لـ "أبو حاتم السجستاني" سنة^١ (٨٤٦م).

كما اهتمّ بها "حنين بن اسحق" فسماها (طب المشيخة)، وأطلق عليها "أبو بكر الرازي"^١ Al-Razi (٨٦٤ - ٩٢٣م)، و"ابن سينا"^٢ Avicenna (٩٨٠ - ١٠٣٧م)، اسم (تدبير المشايخ).

^١ أبو حاتم السجستاني (٧٧٦ - ٨٦٢م)، مقررئ نحوي لغوي عاش في البصرة (الغباني، ١٩٨٩).

ويعتقد أن أول كتاب نشر بالإنكليزية عن الشيخوخة كان قد صدر عام (١٧٢٤م)، وهو بعنوان (الرعاية الطبية لكبار السن) لمؤلفه "فلوير" Floyer (١٦٤٩-١٧٣٤م).

كما صدر أول كتاب أمريكي عن الشيخوخة في نفس العام تحت عنوان (وصف حالة الجسم والعقل في مرحلة الشيخوخة) لمؤلفه "راش" الذي اهتم بالأمراض العقلية للمسنين.

ومنذ العام (١٨٦٠م)، بدأ الاهتمام بمراحل الشيخوخة، عندما نشر "فلورنس" كتابه حول الشيخوخة البشرية وتوزيعها السكاني على سطح الكرة الأرضية، وقسم الشيخوخة إلى مرحلتين متميزتين، تبدأ الأولى من سن (٧٠) سنة، وتبدأ الثانية من سن (٨٥) سنة.

ثم تطوّر الاهتمام بعد ذلك إلى دراسة المشكلات الاجتماعية التي تصاحب حياة المسنين، وقد تناول ذلك "بوث" Booth سنة (١٨٩٤م)، في كتابه (المسنون في إنغلاند وويلز).

ويعدُّ كتاب "هول" Hall (الشيخوخة: النصف الآخر من الحياة)، الذي اهتم بسن التقاعد، البداية الحقيقية للدراسات البيولوجية النفسية الخاصة بالكبار. وكان لهذا الاتجاه أثره على الأوربيين فنشأت حلقات الدراسة الخاصة بعلم نفس الكبار ابتداءً من عام (١٩٣٣م) (فضالي، ١٩٩٧، ص ٣-٤؛ شاذلي، ٢٠٠١).

^١ أبو بكر الرازي **al -Razi** (٨٦٤-٩٢٣م)، هو عالم وطبيب فارسي، وصفته "زجريد هونكه" في كتابها شمس الله تسطع على الغرب "أعظم أطباء الإنسانية على الإطلاق"، إذ ألّف كتاب (الحاوي في الطب)، الذي كان يضم كل المعارف الطبية منذ أيام الإغريق حتى عام ٩٢٥م <https://ar.wikipedia.org>

^٢ ابن سينا **Avicenna** (٩٨٠-١٠٣٧م)، هو من أشهر العلماء والأطباء المسلمين، ولقد قام بكتابة الكثير من الكتب قد تجاوزت ما يقارب ٢٠٠ كتاباً. وكان أشهر كتاب يحمل عنوان (القانون في الطب)، هذا وقد أطلق عليه الغرب لقب (أمير الأطباء) <http://mawdoo3.com>.

كما كان للنشاط المبكر في مجال علم النفس الذي قام به "ماكي" أثر كبير في دراسة الشيخوخة، إذ استفاد من دراسته "كاودري"، وهو يعدّ أيضاً من الأعمال المبكرة للتعريف بالنواحي البيولوجية والطبية للشيخوخة.

وقد استخدم لأول مرة مصطلح "علم الشيخوخة"، للدلالة على الدراسات العلمية لظاهرة الشيخوخة. لكنّه لم يقدم تعريفاً لمرحلة لشيخوخة، بل قدم تعبيراً ملائماً إذ قال: "بما أنّ كل الكائنات الحية تقريباً تمرّ بسلسلة من التغيرات التي تتميز بالنمو والتطور والنضج وأخيراً الشيخوخة، فإنّ الشيخوخة تمثل مشكلة بيولوجية رئيسة".

وتبع ذلك دراسة مشكلات التكيف والتوافق الاجتماعي للمسنين، التي قامت بها لجنة من الجمعية الأمريكية للعلوم الاجتماعية سنة (١٩٤٣م)، ونُشرت نتائج بحوث هذه اللجنة في كتاب لـ "بولاك" Pollak، حول التوافق الاجتماعي للمسنين (السباسيسي، ١٩٨٣، ص ٣).

ويشير "وارنر شايي" W. Schaie (١٩٧٠م)، وهو أحد علماء النفس البارزين في علم نفس النمو، إلى أنّ كثيراً من علماء النفس يهتمون بالأطفال، وليس بقضايا النمو الإنساني. فمعظم الدراسات والمؤلفات التي تناولت علم نفس النمو، لا تتعدى الاهتمام بمرحلتَي الطفولة والمراهقة.

إلاّ أنّه بعد الحرب العالمية الثانية بدأ الاهتمام بمراحل النمو ما بعد المراهقة، وبدأت الدراسات حول الشيخوخة تزيد بسرعة فتطوّر البحث إلى وجهته النفسية الصحيحة، وذلك عندما بدأت جامعة (كمبردج) بدراسة مظاهر التغير في الأداء الإنساني من الرشد إلى سن (٨٠) سنة، وذلك في الفترة بين (١٩٤٦ - ١٩٥٦م).

كما حظيت الشيخوخة في النصف الثاني من القرن العشرين، باهتمام واضح من قبل الباحثين والمفكرين، وتجلّى ذلك في زيادة عدد المقالات والمجلات العلمية والمهنية التي تعالج موضوع الشيخوخة، وكانت أول دورية تصدر في الولايات

المتحدة عام (١٩٤٥م)، هي "مجلة علم الشيخوخة" journal of gerontology
عن جمعية الشيوخ في الولايات المتحدة الأمريكية.

وفي أوروبا صدرت مجلة عن المسنين عام (١٩٥٦م)، ثم أنشئت مجلات
دورية عنهم. وتوالى إجراء البحوث وإصدار الكتب عن مرحلة الشيخوخة، مثل
كتاب (الشيخوخة والسلوك) لـ "بوتواينك" (١٩٧٣م)، وكتاب (الشيخوخة في
الثمانينات: قضايا نفسية) لـ "بون" (١٩٨٠م).

كما نشأت الحاجة إلى "علم الشيخوخة الاجتماعي" social gerontology،
انطلاقاً من مسلمة مؤداها، أنّ الأساليب والنظريات البيولوجية لم تعد كافية وحدها
لفهم طبيعة وخصائص هذه المرحلة. فالأمر بحاجة إلى تكوين أساس علمي منظم
ترتكز عليه الدراسات الاجتماعية والنفسية لظاهرة التقدم في العمر (خليفة فضالي،
١٩٩٧، ص ٣؛ معمريّة؛ خزار، ٢٠٠٩، ص ٧٦).

١-٢ دراسة الشيخوخة في إطار علم نفس النمو

بمراجعة الدراسات التي أجريت في نطاق علم نفس النمو، نجد أن دراسة
مرحلة الطفولة والمراهقة والرشد، لها عمر يناهز المئة سنة، بينما دراسة مرحلة
الشيخوخة فقد بدأت بشكل بطيء في بداية الخمسينات من القرن العشرين، التي
بدأها "أوين" (١٩٥٣م)، بدراسة حول القدرات العقلية لدى المسنين، ثم قام "دوبلت
ووالاس" بتقنين مقياس "وكسلر" للذكاء على كبار السن سنة (١٩٥٥م)، وبعدها بدأ
تقنين المقاييس النفسية على المسنين واستخراج معاييرها ودلالاتها الإكلينيكية، كما
في دراسة "ريتان" التي طبق فيها اختبار توصيل الدوائر trail aking test، على
عينات من كبار السن، للكشف عن وجود تلف عضوي في المخ. إذ يعدّ هذا
الاختبار أحد الاختبارات المستخدمة في مجال تحديد الإصابة العضوية بالمخ من
خلال العديد من الوظائف التي يقيسها، كما يعدّ مؤشراً جيداً للقدرة العقلية العامة.

وتطورت هذه الدراسات بسرعة كبيرة، إذ أصبح من الصعب أن نجد كتاباً في علم نفس النمو يخلو من فصل عن علم نفس المسنين. كما تناول "سيمون" الأعراض العصبائية وسوء تناول العقاقير، والجريمة، واضطرابات الشخصية واضطرابات المخ العضوية عند كبار السن، بينما تناول "ستباك" مشكلة الاكتئاب وزيادته مع الانتحار عند المسنين. كذلك تناول "توماي" بناء الشخصية ومتغيراتها ودور هذه المتغيرات في الحصول على توافق المسنين.

وفي عام (١٩٨٠م)، نشر "واغ وآخرون" مقالة حول الذاكرة لدى كبار السن. وهكذا أصبحت مرحلة الشيخوخة، مرحلة أساسية من مراحل النمو التي يهتم بدراستها علم نفس النمو، غير أن المنهج الوصفي كان غالباً على هذه الدراسات، فقد اكتفت بوصف الظاهرة وما يطرأ عليها من تطور مع تقدم العمر الزمني، بغض النظر عن الشروط الأخرى المسؤولة عن تطور هذه الظاهرة.

ومن هذه الدراسات ما ركز على وصف التدهور في قدرات وسلوكيات كبير السن، مثل انخفاض منحنى القدرة الإبداعية بدءاً من سن (٣٥-٤٠) سنة وبشكل مستمر مع تقدم العمر، كذلك يرتفع مستوى معدل الاكتئاب والانتحار مع زيادة التصلب وصعوبة تعديل الاتجاه، كل هذا يرتفع مع زيادة العمر الزمني. كما ينخفض النشاط عامة عند المسنين وبشكل تدريجي كما أوضح ذلك "هافيجرست".

وهناك ما أسماه بعض الباحثين "بعصاب الشيخوخة"، وما يصاحبه من ضجر، وملل، وعادةً تظهر أعراض يطلق عليها "ذهان الشيخوخة" كتدهور القدرات العقلية، والوظائف الوجدانية (كما في البكاء وتقلب الانفعالات)، والانحرافات السلوكية (كالاعتصاب)، وتزداد هذه الأعراض مع زيادة تصلب الشرايين، والشعور الزائد بالذنب والميل إلى الجريمة ... وغيرها (الشيخ، ١٩٩٣).

٢ - الشيخوخة السكانية

يُمثّل الاهتمام بقضايا المسنين مؤشراً لتقدم الأمم، وهذا الاهتمام ليس وليد المصادفة، وإنما يرجع للعديد من العوامل، منها أن هذه الفئة أصبحت ذات تأثير على التركيب السكاني للمجتمعات، إذ تدلّ جميع المؤشرات الإحصائية على تزايد أعداد السكان من كبار السن بشكل مستمر في كل من الدول المتقدمة والنامية، وذلك لأسباب مختلفة، منها انخفاض المواليد وانخفاض نسبة الوفيات على المستوى العالمي، وتقدم وسائل المعيشة الحديثة، وارتفاع مستوى الخدمات الصحية والطبية، والاهتمام بالصحة العامة في جميع نواحيها الوقائية والعلاجية، وكذلك التطور في مجال الطب والصيدلة لمواجهة الأمراض المميتة، وارتفاع درجة الوعي الصحي لدى شعوب العالم ... الخ.

إذ يشهد القرن الحادي والعشرين ظاهرة "الشيخوخة السكانية" population aging، أو ثورة الشيخوخة aging revolution، التي تعدّ ظاهرة عالمية، يتعذر تجنبها، فهي ظاهرة تؤثر في المجتمع وتعمل على تغييره وفق مستويات عديدة وطرائق معقدة.

ويمكن تعريف الشيخوخة السكانية بأنها: "زيادة في نسبة كبار السن في العالم بسبب نقص الإخصاب ومعدلات الإنجاب، وزيادة متوسطات الأعمار من حوالي (٤٦) سنة إلى حوالي (٦٨) سنة".

ومنذ عام (١٩٥٦م)، بيّن علماء السكان في الأمم المتحدة الصلة بين استمرارية انخفاض معدل المواليد وشيخوخة المجتمعات، وكانت فرنسا الرائدة في هذا المجال، لأنها كانت أول دولة انخفض فيها معدل المواليد منذ نهاية القرن الثامن عشر.

ومن الممكن أن يكون هناك زيادة في عدد كبار السن في مجتمع ما بدون أن تكون هناك شيخوخة به، وذلك إذا كان المجموع الكلي للسكان في هذا المجتمع

يتزايد بسرعة أكبر من الزيادة في نسبة كبار السن. مثال الصين التي تعدّ من الدول في مقتبل العمر على الرغم من وجود (٤٠ - ٥٠) مليون مسناً فيها (بالت، د.ت، ص ٤٤ ؛ مرسي، ٢٠٠٦، ص ١٩ ؛ تشان، ٢٠١٢).

وقد أشار مؤتمر الأمم المتحدة الذي عقد عام (١٩٨٢م)، في فيينا، إلى أنّ العالم سيشهد تضاعفاً في أعداد المسنين خلال الأربعين عاماً القادمة، وسوف يؤدي ذلك إلى مشكلة الانفجار السكاني في سن الشيخوخة.

كما أنه توجد علاقة بين تشيخ السكان، والتنمية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع، إذ تحدث ظاهرة "الشيخوخة السكانية" بوتيرة أسرع وأكبر في البلدان المتقدمة منها في البلدان النامية والمنخفضة الدخل، وذلك بسبب التقدم العلمي والتقني وتحسين الرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية، والتقدم في علاج الأمراض في هذه المجتمعات خلال النصف الأخير من القرن العشرين.

فمع تطوّر البلدان يتجاوز عدد أكبر من الناس مخاطر الولادة والطفولة، ويسجّل انخفاض في مستوى الخصوبة، ويبدأ الناس في التعمير لمدة أطول. وإذا لم تتكيف المجتمعات بطرائق تعزز صحة المسنين وتزيد من مشاركتهم في المجتمع، فإنّ هذا التحول الديموغرافي (التغير في البناء العمري للسكان)، قد يعوق الإنجازات الاجتماعية الاقتصادية المستقبلية.

ومن هذا المنطق تعد قضية المسنين هي قضية تهتم كل المجتمعات الغنية أو الفقيرة، لما لها من تأثير في التنمية الشاملة.

وترى "تشان" (٢٠١٢، ص ٦)، أنّه عندما تطرح ظاهرة تشيخ السكان مشكلات أمام المجتمع، فإنّها في الوقت ذاته تخلق الكثير من الفرص، إذ يطرح تشيخ السكان مشكلات بزيادة الطلب على خدمات الرعاية الصحية الحادة والرعاية الصحية الأولية، مما يتسبّب في إجهاد نظم المعاشات والضمان الاجتماعي وزيادة الطلب على الرعاية الطويلة الأجل والرعاية الاجتماعية.

ولكن المسنين يقدّمون أيضاً إسهامات كبيرة في إطار أسرهم ومن خلال التطوع والمشاركة بنشاط في القوى العاملة، وهم يمثلون مورداً اجتماعياً واقتصادياً مهماً، فزيادة متوسط العمر المرجو تعني زيادة ذلك المورد.

وتشير "تشان" ضمن السياق ذاته، إلى أنّ تعزيز الصحة والسلوكيات الصحية في مرحلة الشيخوخة من الأمور الأساسية للاستجابة لمقتضيات تشيخ السكان على الصعيد العالمي.

فتدني صحة المسنين وانتشار الصور النمطية والسلبية الخاصة بهم، والعقبات التي تعترض سبيل مشاركتهم في الحياة الاجتماعية، تعدّ من العوامل التي تتسبب جميعها في تهميش دور المسنين وتقويض إسهاماتهم في المجتمع، وزيادة التكاليف المرتبطة بالشيخوخة.

لذا فإنّ الاستثمار في الصحة، يخفف من عبء المرض، ويساعد على تجنب التهميش، ويعود على المجتمع بفوائد أكبر، وذلك من خلال الحفاظ على استقلالية المسنين وإنتاجيتهم. كما أنّ تدني الصحة في مرحلة الشيخوخة، لا يشكّل عبئاً على الأفراد المعنيين فحسب، بل كذلك على أسرهم والمجتمع ككل.

وكلّما زاد فقر أسرة المسن أو المكان الذي يعيش فيه، زاد الأثر المحتمل، فيمكن أن يعني فقدان الصحة أنّ المسن (الذي كان يمثّل سابقاً مورداً من موارد الأسرة) لم يعد قادراً على المشاركة فيها وأتته بات، بدلاً من ذلك، يتطلب دعماً كبيراً.

وتمثّل الأمراض غير السارية أهم المشكلات الصحية التي تواجه المسنون. ويفوق أثر تلك الأمراض في المسنين الذين يعيشون في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، بضعفين إلى ثلاثة أضعاف أثرها على المسنين الذين يعيشون في البلدان المرتفعة الدخل.

إنَّ المجتمعات العربية تسير في طريق الشيخوخة السكانية بخطوات سريعة، وسوف تتحول في النصف الأول من القرن الحادي والعشرين من مجتمعات فتيّة^١ young population إلى مجتمعات مسنّة^٢ old population، إذ تشير إحصائيات السكان إلى أنَّ نسبة صغار السن آخذة في التناقص، ونسبة كبار السن آخذة في التزايد.

وبحسب إحصاءات الأمم المتحدة للعام (١٩٧٧م)، فإنَّ نسبة أعداد المسنين في المجتمع العراقي كانت تشكل أعلى نسبة من المسنين في الدول العربية، إذ وصلت نسبتهم إلى (٥,٥%) من إجمالي السكان (كيطان وكاظم، ٢٠٠٩ ؛ مرسي، ٢٠٠٦، ص ٢٠).

^١ المجتمعات فتيّة **young Population**: فيها تكون نسبة صغار السن (دون ١٥ سنة) فيها أكبر من نسبة كبار السن (من ٦٠ سنة فأكثر).

^٢ المجتمعات المُسنّة **Old Population**: فيها تكون نسبة كبار السن أكبر من صغار السن (مرسي، ٢٠٠٦، ص ٢٠).

٣- مفهوم الشيخوخة والتقدم في العمر

٣-١ مفهوم الشيخوخة

يتفق الكثيرون على تعريف "الشيخوخة" geriatric، بأنها مرحلة عمرية من عمر الإنسان، لها مظاهرها البيولوجية والنفسية والاجتماعية، إذ يحدث خلالها الضعف في الجسم، واضطراب في الوظائف العقلية، ويصبح الفرد أقل كفاية، وأكثر انطوائيةً، وسيء التوافق، ومنخفض الدافعية، وغير ذلك من التغيرات.

المعنى اللغوي للشيخوخة

يبين مجمع اللغة العربية (١٩٩٠، ص٣٥٦)، أن أصل اشتقاق لفظ الشيخوخة يرجع إلى شاخ الإنسان شيخاً وشيخوخةً. والشيخ من أدرك الشيخوخة، وهي غالباً عند الخمسين وهي مرحلة فوق (الكهولة) ودون (الهَرَم). ويقال هَرِم الرجل هَرماً: أي بلغ أقصى الكبر وضعف.

وأشار "ابن منظور" (١٩٨٨، ص٦٠٧)، إلى أن العرب تُطلق على من وصل إلى مرحلة الشيخوخة مسميات عدة، فتقول: شيخ، وهو من استبانته فيه السن وظهر عليه الشيب، وبعضهم يطلقها على من جاوز الخمسين، وقد تقول (هَرِم)، وهو أقصى الكبر وتقول كذلك (كهل)، و(مُسن)، وجميع هذه الألفاظ تدل الزيادة في كبر السن.

إلا أن مرحلة الشيخوخة عند علماء اللغة تأتي بعد مرحلة الكهولة مع اختلاف بينهم في تحديدها بسن معين، فقال بعضهم: إنّ مرحلة الشيخوخة تبدأ بعد سن (٧٥) سنة، وقال بعضهم: إنّها تبدأ بعد سن (٨٠) سنة، وقال آخرون: إنّها تبدأ بعد سن (٩٠) سنة (السدحان، ٢٠٠٨؛ السعودي، ٢٠١٢، ص٢٥٠-٢٥١).

المعنى الاصطلاحي للشيخوخة

لقد قدّم العلماء والباحثون تعريفات متنوعة للشيخوخة 'geriatric'، فاستخدمها بعضهم كمصطلح مرادف لـ (كبر السن) elder، أو (التقدم في العمر) aging. إذ إنّ العلاقة بين مصطلح (الشيخوخة) و(التقدم في العمر) علاقة وثيقة، ومن الصعب الفصل بينهما، الأمر الذي جعل بعض الباحثين يستخدمون مصطلح (الشيخوخة) و(التقدم في العمر) بمعنى واحد، ويطلقون على مرحلة (التقدم في العمر) اسم مرحلة (الشيخوخة) geriatric stage.

يعرف "يونغ" Young (١٩٥٩م)، الشيخوخة بأنها: "فترة الانحدار الجسدي والعقلي، والإعاقة الاجتماعية والثبات في السلوك" (السباسيسي، ١٩٨٣، ص ٤؛ مرسى، ٢٠٠٦، ص ٣٠).

أما "بيرين"، و"رينر" Birren & Renner يعرفان الشيخوخة، بأنها "تشير إلى "التغيرات المنتظمة التي تحدث في الكائنات العضوية الناضجة وراثياً التي تعيش في ظلّ الظروف البيئية الممثلة وذلك مع تقدمهم في العمر الزمني".

ويعرّفها "الدسوقي" بأنها: "حالة متدرجة من التدهور تصيب كافة الأجهزة والأعضاء والخلايا، فتضعف قدرتها على التكيف والحفاظ على التوازن عند التعرض للضغط، ويمرّ بها كل كائن حي عند الهرم وفقاً لمدى عمره الزمني" (عوض، ١٩٩٩، ص ١٧٠-١٧١؛ الشقيرات والنوايسة، ٢٠٠٢، ص ٨٣؛ علي، ٢٠١٢، ص ٨٠).

^١ الشيخوخة Geriatric: تختلف مصطلحات وصف الشيخوخة حتى في الوثائق الدولية وتشمل كبار السن، والمسنين، والأكبر سناً، وفئة العمر الثالثة، كما يطلق على الأفراد بعمر ٨٠ عام فأكثر فئة العمر الرابعة. واستخدمت الأمم المتحدة تعبير كبار السن في قراري الجمعية العامة ٥/٤٧ و ٩٨/٤٨ وهو ويشمل الأفراد بعمر ٦٠ فأكثر، أما إدارة الإحصاءات التابعة للاتحاد الأوروبي فقد عدّت كبار السن ممن بلغوا ٦٥ سنة أو أكثر (البير، ٢٠٠٩، ص ٤).

٣-٢ مفهوم التقدم في العمر

يمثل مفهوم "التقدم في العمر" سلسلة محددة من الأحداث التي تشغل جزءاً من حياة الإنسان بعد مرحلة اكتمال النضج. وقد اختلف هذا المفهوم عند العديد من الدارسين ويرجع ذلك إلى عدة أسباب رئيسية، نذكر منها:

- يمثل مفهوم التقدم في العمر أحد المفاهيم النفسية التي ما زالت غير مستقرة وتم تناولها من قبل بعض الدارسين النفسيين والاجتماعيين لا سيما بطريقة تجريبية، إذ لا يزال مفهوم التطور في العلوم البيولوجية والاجتماعية، فيما يتعلق بتحديد أدق عن التقدم في العمر، يحتاج إلى المزيد من الإيضاح والتدقيق.

- يتأثر التقدم في العمر بمؤثرات مختلفة ويكون نتيجة تفاعل هذه المؤثرات فيما بينها، الأمر الذي يؤدي إلى اختلاف في تحديد مفهوم التقدم في العمر.

- يرتبط التقدم في العمر بالعمر الزمني وإن كان لا يتطابق معه؛ لذلك ليس من الضروري تضمين كل ما يتصل بالعمر الزمني عند تناول مفهوم التقدم في العمر. اختلف مفهوم "التقدم في العمر" باختلاف زوايا الاهتمام الخاصة به من قبل الباحثين، إذ يعرفه "بيرين"، بأنه: "تمت تراكم من الضغوط البيئية والاجتماعية التي تؤثر في إمكانات وقدرات وطاقات الفرد".

كما تشير "فلورين" إلى أنّ التقدم في العمر "يمثل حصيلة التغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تحدث في مرحلة الرشد، وهي ليست سريعة الحدوث بل تمتد بامتداد الفترة التي تلي مرحلة النضج".

ويرى "لو"، أنّ مفهوم التقدم في العمر، يتحدد من خلال تقسيم العمر إلى مراحل أساسية: مرحلة النشوء والطفولة المبكرة، ومرحلة اللعب، ومرحلة المدرسة، والمراهقة، وسن الرشد، والشيخوخة. ويهدف هذا التقسيم إلى محاولة تبين الملامح النفسية والاجتماعية للمراحل العمرية. ويرجع مفهوم "التقدم في العمر" إلى التطور الطبيعي للوظائف البيولوجية والنفسية والاجتماعية بعد نقطة محددة من الوصول

إلى أقصى درجة من النمو. وغالباً ما تهدف بحوث المسنين إلى اكتساب الفهم والتنبؤ والتحكم للمتغيرات الجينية والبيئية والصحية، وأسلوب الحياة التي تؤثر في عمليات التقدم في العمر، بحيث يمكن للفرد أن يحيا ويتمتع بنوعية حياة جيدة لأقصى عدد من السنين.

٤ - مراحل الشيخوخة

تنقسم الشيخوخة عموماً إلى ثلاثة مراحل فرعية، نلخصها في الآتي:

أ - الشيخوخة المبكرة

وتمتد بين (٦٥ - ٧٤) سنة، ويسمى كبير السن في هذه المرحلة "الكَهْل"، فالكثيرون من كبار السن في هذه المرحلة يكونون بصحة جيدة، وقادرون على العمل والعطاء، ولا يحتاجون إلى مساعدة الآخرين.

ب - الشيخوخة المتوسطة

وهي تمتد بين (٧٥ - ٨٤) سنة، ويسمى كبير السن في هذه المرحلة "المسن الكبير"، وهي مرحلة الضعف وترك العمل، والحاجة إلى المساعدة في الرعاية الصحية.

ج - الشيخوخة المتأخرة

فهي تبدأ من (٨٥) سنة فأكثر، ويسمى كبير السن فيها "المسن الهرم" أو "المسن المعمر". وهي مرحلة الضعف الشديد، وملازمة الفراش، والاعتماد على الآخرين في كل شيء والحاجة إلى التمريض ودخول المستشفيات ... (مرسي، ٢٠٠٦، ص ٢٨-٢٩؛ فلا، د.ت، ص ٨).

٥- معايير تحديد مرحلة الشيخوخة

لقد اختلفت وتعددت الآراء حول الوقت الذي تبدأ فيه مرحلة الشيخوخة، فأعراضها سواء كانت صحية أم عقلية أم نفسية قد تبدأ في أي مرحلة من مراحل العمر، مما شكّل ذلك الاختلاف صعوبةً في تحديد هذه المرحلة وتناولها تجريبياً، وبالتالي تنوعت المعايير المستخدمة لتحديد سن الشيخوخة، ولا يوجد اتفاق واحد من قبل جميع المهتمين حول معيار محدد، ولعلّ أهمّ المعايير التي تحدد سن الشيخوخة هي:

١. **العمر الزمني:** يُعدّ العمر الزمني *chronological age*، معياراً لتحديد الشيخوخة الزمنية، وقد اعتمدت الأمم المتحدة هذا المعيار الزمني لتمكين الدول من التحرك نحو التعامل مع قضايا كبار السن بإيجابية وواقعية، ونظام متقن تستطيع بموجبه وضع الاستراتيجيات والخطط.

مما حدا بدول العالم إلى تحديد كبار السن بالمعيار الزمني، واعتمدت على الهياكل الوظيفية التي حددت فئات كبار السن بين فئات العمر في المجتمع. إذ إنّ الأمم المتحدة - خلال المؤتمر العالمي حول الكبار *world assembly on aging*، الذي عقده في فيينا عام (١٩٨٢م) - حددت سن (٦٠) سنة كحد أدنى تبدأ به هذه المرحلة العمرية. ومما لا شك فيه أنّ تحديد بداية مرحلة الشيخوخة بسنة معينة قد يختلف من مجتمع لآخر. كما أن تحديد عمر التقاعد والإحالة على المعاش التقاعدي يتفاوت من فئة مهنية إلى أخرى.

إنّ الاعتماد على العمر الزمني وحده في تحديد مفهوم الشيخوخة هو معيار غير دقيق، فهو معيار واحد وليس وحيد للحكم على تسمية الكبار في السن، ولكنه معيار صادق ونسبي. ففي القرن (٢٠) كان من يبلغ الخمسين يعدّ مسناً، ولكنّ في بداية القرن (٢١) لا يعدّ مسناً إلاّ عند بلوغه سن الثمانين أو أكثر (ناصر، ١٩٩٥، ص ١٥؛ القصابي، ٢٠١٣؛ العبادي، ٢٠٠٠، ص ٤١).

٢. **العمر الوظيفي:** يسود حالياً استخدام مفهوم "العمر الوظيفي"، كمعيار لمستوى القدرات. إذ قد يكون أحدهم في الأربعين من عمره في حالة جسمية وصحية مماثلة لمن هو في الثلاثين، أو قد يتساوى معدل إنتاجيته في العمل بمن هو في العشرين من عمره. في هذه الحالة، نستطيع القول إنَّ عمره الوظيفي يتراوح بين (٢٥-٣٠) سنة وليس (٤٠) سنة.

٣. **العمر البيولوجي:** يُستخدم العمر البيولوجي أو الحيوي، في تحديد بداية الشيخوخة العضوية. وهو مقياس وصفي يقوم على أساس المعطيات البيولوجية لكل مراحل عمر الإنسان، ويتحدد من خلال ظهور تلف أو مرض أو اضطراب ناجم عن شيخوخة في الخلايا أو الأنسجة، أو بسبب قصور عمليات كيميائية وحيوية، مثل معدل عمليات الأيض الأساسية^١ (الاستقلاب الأساسي) metabolic basal rate، ومعدل نشاط الغدد الصم، وتغير قوة دفع الدم، والتغيرات العصبية، وتغير السعة الهوائية للرئتين (ناصر، ١٩٩٥، ص ٤٢).

يبدأ التقدم في العمر من الناحية البيولوجية عندما يصل الفرد إلى سن الخامسة والعشرين حيث ذروة النضج الجسمي، وبعدها يبدأ بالتراجع، وتبدأ التغيرات النمائية في الاتجاه نحو التناقص، إذ تبدأ الأجهزة العضوية organ systems، في فقدان (١%) من قدرتها على الأداء كل سنة.

فالإمكانات الحيوية تتضاءل بصورة أكبر مما يحدث مع الإمكانيات النفسية والاجتماعية، وتبدأ في الانحدار تدريجياً.

^١ **معدل الأيض الأساسي Basal Metabolic Rate:** هو كمية الطاقة التي يستخدمها الجسم عندما يكون في حالة راحة تامة، وهو معدل الطاقة التي يحتاجها الجسم للحفاظ على عمل الأعضاء وإبقاء الإنسان على قيد الحياة بدون أي مجهود إضافي. يتأثر معدل الأيض الأساسي بعدة عوامل مثل: الجنس، والسن، والطول والوزن (أهم العوامل)، كما تلعب نسبة الدهون في الجسم والنظام الغذائي والتدريبات الرياضية دوراً في معدل الأيض الأساسي. <http://ar.wikihow.com>

وعلى الرغم من هذا الانحدار البيولوجي، إلا أنّ الأمراض الجسمية لا تظهر ارتفاعاً سريعاً في الانتشار حتى سن السبعين، لأنّ جميع الأجهزة العضوية تحتوي على إمكانيات احتياطية هائلة large reverse capacities.

٤. **العمر المدرك:** ويُقصد به "العمر الذي يدركه الفرد عن ذاته" وهو عادة أقلّ من العمر الزمني بعشرة إلى خمسة عشر عاماً، إذ أظهرت كثير من الدراسات، أنّ ما يدركه الأفراد عن أعمارهم هو أكثر تأثيراً في سلوكهم من أعمارهم الزمنية الفعلية. من جهة أخرى، لجأ بعضهم الآخر إلى تحديد مرحلة الشيخوخة من خلال مجموعة الصفات والتغيرات التي تبدو على الفرد الذي يقع ضمن هذه المرحلة. ولكن هذه الصفات لم يتفق عليها بشكل نهائي، بل ترك أمر تحديد طبيعتها مرهوناً بمجموعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والصحية التي تميز بيئة الفرد. وهناك من حاول أن يعرف الشيخوخة بأنها "مرحلة نهاية الحياة" أو المرحلة الأخيرة في الحياة، دون أن يحدد الحدود التي تبدأ بها أو تنتهي إليها (أبو أسعد والخاتنة، ٢٠١٤، ص ٣٧٦؛ ناصر، ١٩٩٥، ص ١٦).

٥. **العمر النفسي:** يتضمن العمر النفسي المهارات التكيفية، ومهارات حل المشكلات والذكاء، التي تتعكس في سلوك الفرد في المواقف الحياتية المختلفة. ويعرّف بأنّه: "مقياس وصفي يقوم على مجموعة من الخصائص النفسية والتغيرات في سلوك الفرد، وعواطفه، وأفكاره، ويقاس الاضطرابات النفسية والعقلية، ويُستخدم في تحديد الشيخوخة النفسية".

ويصل النضج النفسي psychological maturation، ذروته في سن الخامسة والثلاثين، كما يقاس بالقدرة على التعلم والذكاء والأداء الإبداعي والمهاري. ويتراجع التقدم النفسي في السن بمعدلات أبطأ مقارنة بالتقدم البيولوجي في السن، لأنّ الأفراد يتعلمون ويكتسبون قدرات وإمكانيات تعويضية compensatory abilities.

٦. العمر الاجتماعي: وهو مدى قوة علاقة الفرد بالآخرين ومدى توافقه الاجتماعي، وقد عرفه "بيرين" من زاوية النشاطات التي يقوم بها الفرد بحسب القيم والمعايير الاجتماعية المتوقعة، وكذلك استجابة لمطالب النمو المختلفة ويبلغ النضج الاجتماعي social maturation، ذروته في سن الخامسة والخمسين، مقاساً بالدخل الشهري وعدد الأدوار الاجتماعية المهمة، والتقدم والترقيات في الوظائف. ويستطيع الأفراد بصورة عادية أن يحتفظوا بأدوار اجتماعية في سنيهم السبعينية والثمانينية (علاء الدين ؛ كفاي، ٢٠٠٦، ص ٣١ ؛ منصور، ١٩٨٩، ص ٢٢٩، معمريّة ؛ خزار، ٢٠٠٩؛ القصابي، ٢٠١٣ ؛ ناصر، ١٩٩٥).

٦- تصنيفات مرحلة الشيخوخة

٦-١ تصنيف "ليفينسون"

يبين "ليفينسون" من خلال تقسيمه لدورة الحياة إلى مراحل متتالية، أنّ مرحلة الشيخوخة تبدأ في سن (٦٠) وما فوق. وقد اهتمّ -بالدرجة الأولى- بدراسة البنية الحياتية للفرد life structure، التي يُقصد بها: "نمط الحياة الذي يتبعه الفرد في كل مرحلة من مراحل حياته، ويشمل ذلك الأدوار المختلفة التي يقوم بها". وهذه البنية الحياتية قابلة للمراجعة والتعديل إلى أن تتصف في نهاية المطاف بالاستقرار. كما ركّز "ليفينسون" على أهمية تحقيق مطالب كل مرحلة من المراحل الحياتية بنجاح، وذلك قبل الانتقال إلى المرحلة التي تليها، كشرط من شروط كبر السن الناجح successful aging.

٦-٢ تصنيف "هافيجست"

لقد قسّم "روبرت هافيجست" Robert Havighurst (١٩٦٣م)، دورة حياة الإنسان إلى ست فترات عمرية، وأوضح أنّ آخرها تدعى مرحلة النضج المتأخر late maturity، وحدّد بدءها بسن (٦٠) وما فوق، وأشار إلى أن مطالب النمو لهذه المرحلة تشمل:

- تحقيق التوافق مع الضعف العام للجسم وقصوره.
- تقبل التقاعد عن العمل والتوافق معه.
- الوفاء بالالتزامات الاجتماعية، وتحقيق المطالب المادية للعيش.
- التكيف إزاء وفاة شريك الحياة.
- الاستعداد لتقبل المساعدة من الآخرين وتقدير ذلك.
- التكيف لنقص الدخل.

٦-٣ تصنيف "بروملي"

اشتمل تصنيف "بروملي" على أربعة مستويات لتحديد مرحلة الشيخوخة وفق العمر الزمني، وهي:

فترة ما قبل التقاعد

وهي تمتد من (٥٥-٦٥) سنة، وفيها تتزايد السرعة التي يحدث بها العديد من التغيرات الحادة، مع انخفاض في القدرات العقلية الوظيفية، وتزايد في معدل حدوث الأمراض والاضطرابات الوجدانية.

فترة التقاعد

وتبدأ هذه المرحلة من (٦٥-٧٥) سنة، وتتسم بتحول سريع في الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والتكوين النفسي للفرد، حيث الانفصال عن الدور المهني، وشؤون المجتمع، وهذا يؤدي بدوره إلى سلسلة من التغيرات في النشاطات اليومية

والاتصالات الاجتماعية ومستويات المعيشة، كما تؤدي الآثار المتزايدة للتقدم في السن إلى تزايد احتمالات المرض وفك الارتباط من العديد من الاهتمامات الاجتماعية.

- فترة التقدم في العمر

وتمتد من (٧٠) سنة فأكثر، وتتصف بالضعف الجسدي والعقلي، واعتماد المسن على الآخرين وقصور في قدرته على التعامل مع شؤون الحياة اليومية.

- فترة النهاية والعجز التام (المرض النهائي والوفاة)

وهي تمتد حتى (١١٠) سنة فأكثر، ويُنظر إلى هذه المرحلة بشكل سلبي لكونها جزءاً من الموت، فهي مرحلة النهاية والعجز التام، وانهيار الوظائف الفيزيولوجية اللازمة للحفاظ على الحياة (القصابي، ٢٠١٣، ص ١٦ ؛ رزيقة، ٢٠١٢، ص ٣٦).

٦-٤ تصنيف "كمال آغا"

- لقد صنّف "كمال آغا" المسنين من حيث العمر الزمني على النحو الآتي:
- أ. الكهل: وهو من كان في سن (٦٠-٧٠) سنة، ولا يزال يساهم في مجالات الحياة المختلفة بحيوية ونشاط.
 - ب. الشيخ: وهو كل من كان في سن (٧٠-٨٠) سنة، وضعفت مساهمته في مجالات الحياة، وهو غالباً ما يلزم بيته.
 - ج. الهرم: وهو من كان في سن (٨٠) سنة فأكثر، وغالباً ما يرتد في فراشه.
 - د. المُعمر: وهو من بلغ (١٠٠) سنة فأكثر (البربري، د.ت، ص ٢٢ ؛ رزيقة، ٢٠١٢، ص ٣٧).

٧- أهمية دراسة مرحلة الشيخوخة

تعدّ مرحلة الشيخوخة بالغة الأهمية، لما يظهر فيها من صعوبات في التوافق لمتغيرات الحياة، وكذلك تدهور في الوظائف الجسمية والفسولوجية والنفسية. ولا شك أن للوراثة والبيئة دور في سرعة الشيخوخة أو بطئها، كما يلعب أسلوب حياة الفرد دوراً بارزاً في حدوث الشيخوخة ويجعلها إمّا مرحلة سعيدة أو مرحلة اكتئاب وخوف من الموت.

إنّ الاهتمام بدراسة مرحلة الشيخوخة يعكس الدوافع الاقتصادية لتقليل تكاليف إعالتهن من ناحية، وتوفير سبل الراحة لهن، وعلاجهن من ناحية أخرى. انطلاقاً من ذلك فإن لدراسة كبار السن أهدافاً وفوائد متعددة، فتأتي أهميتها في عدة جوانب، لعل أهمها:

١- تطويع التقنية لمساعدة المسنين والعجزة في العناية بأنفسهم وشعورهم بالاستقلالية الذاتية، وتخفيف وطأة شعورهم السلبي عند اتكالهم على غيرهم، فالأطراف الصناعية والباب الآلي وأجهزة التحكم عن بعد، والكرسي الآلي، والأجهزة الطبية الشخصية لقياس ضغط الدم ونسبة السكر وأجهزة، الإنذار المبكر ... كل ذلك ساهم في اعتماد المسنين والعجزة والمعاقين على أنفسهم مما يزيد من راحتهم وإحساسهم بالسعادة.

٢- خلال سنوات الصحة والشباب نعتقد بأن الشيخوخة تحدث للآخرين فقط، إلى أن تظهر علاماتها علينا متمثلة في بياض الشعر وقصور الحواس والانحدار نحو الضعف، عندئذ نتحقق بأن الشيخوخة ليست آتية فحسب بل لقد وصلت فعلاً. ودراستنا لخصائص الشيخوخة الجسمية العقلية الاجتماعية والانفعالية يساعدنا على التوافق معها وتقبلها كمرحلة عمرية لا فرار منها، مما قد يخفف من حدة وطأتها والتعامل معها كحقيقة واقعية.

- ٣- إنّ دراسة المسنين تساعدنا في الاستفادة من حكمتهم وخبرتهم الطويلة في الحياة (أبو جعفر، ٢٠١٤، ص١٥٣-١٥٤؛ عوض، ١٩٩٩، ص١٧٠-١٧١).
- ٤- يمكن من خلال إجراء الدراسات والبحوث في مجال المسنين، الوقوف على مشكلاتهم، وحاجاتهم الأساسية، واتجاهاتهم، وقيمهم، وإعداد البرامج والخدمات الإرشادية الملائمة لهم. وفي هذا السياق، أشارت "هاريس" (١٩٨٥م)، إلى أنّ السنوات القادمة سوف تشهد تغييراتٍ كبيرة في حياة المسنين بعدّهم فئة بحاجة إلى اهتمام ورعاية خاصة، كما أنّ لهذه التغييرات تأثير كبير في اهتماماتهم واحتياجاتهم وإدراكهم للمجتمع واتجاهاتهم نحوهم.
- ٥- تأتي أهمية دراسة المسنين أيضاً عبر ثقافات وحضارات مختلفة، من أجل بناء تصور يساعد في يفسر ظاهرة التقدم في العمر عبر هذه الحضارات.
- ٦- إنّ انتشار ظاهرة الشيخوخة السكانية بشكل واضح، يتبعه الكثير من المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية التي ترتبط بمرحلة التقدم في العمر (الشرييني، ٢٠٠٦، ص٦؛ خليفة فضالي، ١٩٩٧، ص٩).
- ٧- نتيجة التزايد النسبي في عدد المسنين في كثير من المجتمعات، ظهرت بعض الآثار السلبية، كتضاعف المشكلات الطبية والنفسية مما يترتب عليه تحمل المجتمع لمزيد من الأعباء الاقتصادية نتيجة رعاية المسنين، وفقدان القوة الإنتاجية في المجتمع.
- إذ تعدّ هذه الشريحة فئة استهلاكية غير منتجة، فازدادت معدلات الإعاقة وانخفضت المدخرات، الأمر الذي نجم عنه زيادة الاهتمام بدراسة هذه الشريحة، للتخفيف من تكلفة إعالتها ومحاولة إدخالها ضمن الفئات الإنتاجية، وخصوصاً أولئك الذين شغلوا مواقع مهمة ويتمتعون بتجارب نادرة في ميادين اختصاصاتهم. إنّ إبعاد هؤلاء عن المشاركة في عملية الإنتاج، من شأنه أن يقلل من فاعلية التتمية، ويحد من طاقات المجتمع الإنتاجية (شاذلي، ٢٠٠١، ص٢٠).

٨- الفروق الفردية في الشيخوخة

إنَّ حدوث الشيخوخة ومعدلات الإسراع في ظهور أعراضها تختلف من فرد إلى آخر، بسبب وجود فروق فردية في الاستعداد للتشيخ، فقد يشيخ بعض الناس في سن مبكرة، وتظهر عليهم علامات الشيخوخة قبل مرحلة "كبر السن"، فيتزهل الجلد، وتظهر التجاعيد، وتتساقط الأسنان، ويضعف الجسم، ويشيب الشعر قبل سن الخامسة والخمسين من العمر، في حين يكبر آخرون ويصلون إلى مرحلة كبر السن بصحة جيدة، وكأنهم في سن الشباب.

وقد يحدث الضعف في القدرات، والتدهور في الوظائف عند بعض المسنين بشكل أسرع مما يحدث عند غيرهم، فيكون المسن في مرحلة "الشيخوخة المبكرة" ضعيفاً لا يقدر على العناية بنفسه، بينما يكون غيره في مرحلة "الشيخوخة الوسطى" بصحة جيدة، ويتحمل مسؤولياته ويقوم بتلبية حاجاته ومتطلباته دون الحاجة إلى مساعدة الآخرين.

وقد ترجع الفروق الفردية في ظهور الشيخوخة ومعدلات التشيخ إلى عوامل بيئية ووراثية، تحدد استعدادات كل فرد للشيخوخة، وعلى هذا فتؤثر الشيخوخة في الأفراد المختلفين بطرائق مختلفة، لذلك فإنَّ كبار السن لا يواجهون نفس المشكلات، ولا يستجيبون للنوع الواحد من المشكلات بنفس الطريقة. وحين يصل الإنسان إلى مرحلة الشيخوخة تظهر لديه تغيرات فيسيولوجية، واجتماعية، ونفسية، وعقلية، تختلف في مضمونها من فرد إلى آخر.

ويمكننا تلخيص أهم عوامل ظهور الشيخوخة المبكرة في الأمور الآتية:

١- وجود استعداد وراثي في التكوين الجسمي وحيينات وراثية للتقدم في العمر

المبكر: فتظهر مظاهر الشيخوخة في سن مبكرة.

- ٢- ضعف الصحة العامة في مراحل الطفولة والرشد: فالأفراد الذين يعانون من ضعف في البنية، واعتلال الصحة والأمراض في طفولتهم وشبابهم يزداد استعادتهم للتقدم في العمر والإسراع في الشيخوخة.
- ٣- وجود عادات سيئة في مرحلة الشباب: مثل الإدمان على التدخين وشرب الخمر، وتناول المنبهات بكثرة كالقهوة والشاي.
- ٤- وجود عادات سيئة في التغذية، والحرمان من التغذية الجيدة في مراحل الطفولة والشباب: فالأفراد الذين يُفِرطون في تناول الأطعمة التي تؤدي إلى السمنة وأمراض السكر وضغط الدم وتصلب الشرايين، والأفراد الذين يعانون من سوء التغذية وفقر الدم، تزداد قابليتهم واستعادتهم للتقدم في العمر والتعجيل في الشيخوخة أكثر من غيرهم.
- ٥- الإجهاد الجسمي المستمر والضغط النفسية الكثيرة في العمل والأسرة: فالإنسان الذي يُحَمِّل نفسه فوق طاقتها في العمل أو الدراسة يستهلك طاقاته الجسمية والنفسية سريعاً، ويتعرض للشيخوخة المبكرة.
- ٦- أسلوب الحياة الخاطيء في مرحلة الشباب: مثل عدم تنظيم الوقت، والسهر الطويل، والإسراف في استخدام الأدوية، وإدمان التدخين والمنبهات ... وغيرها).
- ٧- الظروف الاجتماعية والاقتصادية السيئة: فمعدلات الشيخوخة المبكرة في المجتمعات النامية أعلى منها في المجتمعات المتقدمة، وفي المناطق المتخلفة أعلى منها في المناطق المتحضرة، وعند الفقراء أعلى منها عند الأغنياء، وذلك بسبب نقص الرعاية الصحية، وسوء التغذية، وانعدام الوعي الصحي في التنمية والوقاية والعلاج، مما يؤدي إلى اعتلال الصحة والإصابة بالأمراض التي تسرع بالشباب إلى الشيخوخة (مرسي، ٢٠٠٦، ص ٣٤-٣٥).

٩- المفاهيم الخاطئة حول مرحلة الشيخوخة

هناك العديد من المفاهيم والأفكار الخاطئة التي يشيع استخدامها حول مرحلة

الشيخوخة ويقبلها الغالبية العظمى من الأفراد، بما في ذلك المسنين أنفسهم، مثل:

- **عندما يصبح الأفراد مسنين يصبحون أكثر تشابهاً:** إنّ فكرة أن الأفراد يصبحون أكثر تشابهاً بتقدمهم في السن قد تكون أكثر المزاعم - التي يفرضها المجتمع على أفرادهم من المسنين - انتشاراً. فعلى الرغم من استعداد الفرد للاعتراف بتفرد كل طفل إلا أن هذا التفرد لا يمتدّ إلى الأكبر سناً.

وعندما يواجه بعض الباحثين بقياس خصائص المسنين فإنهم يتعاملون مع هذه الفئة كما لو كانت مجموعة متشابهة فقدت هويتها الفردية. ويشير كل من "مادوكس" و"دوجلاس" (١٩٧٤م)، إلى أن التشابه بين المسنين قليل إذا ما قورن بالتشابه بين نظرائهم الأصغر سناً.

فالفروق الفردية تزداد مع التقدم في العمر، وتختلف التغيرات من الجسمية والعقلية اختلافاً كبيراً من فرد لآخر. مما قد يجعل بعض الأفراد يبدو أكثر تقدماً في العمر من بعضهم الآخر.

- **الشيخوخة هي زمن الهدوء والصفاء عامة:** يواجه المسنون ضغوطاً عدة كالشعور بالحزن والاكتئاب، والشكوى من الأمراض، والتدهور الجسمي والوهن، والفقدان للقوة والحيوية، وهنالك أيضاً التغيرات الحياتية، وخسارة السلطة الاجتماعية، وتردي الأوضاع ... وغيرها.

إنّ الضغوط التي تواجه المسنين يمكن أن يساعد الإرشاد النفسي العائلي والاجتماعي، والأصدقاء في التخفيف منها. وبغض النظر عن خطوات أو إجراءات التدخل أو الإرشاد فإن تخفيف بعض الضغوط التي تواجه المسنين قد يكون من الصعوبة وفي بعض الأحيان مستحيل تحقيقه. ففي الولايات المتحدة الأمريكية مثلاً يشكل المسنون حوالي ١٠% من إجمالي عدد السكان، إلا أنّ ٢٥% من إجمالي

عدد جرائم الانتحار يقترفها أفراد في عمر ٦٥ فما فوق، واستناداً إلى هذه الإحصاءات لا يمكننا أن ننظر إلى هذه المرحلة بأنها مرحلة سكون وهدوء.

- إنَّ معظم المسنين غير منتجين وتنقصهم الابتكارية: إنَّ أساس هذه الفكرة هو ميل المجتمع إلى ربط الإنتاجية والابتكارية بالوظيفية، فإن لم يكتسب الفرد مالاً فإنه ينظر إليه على أنه ليس منتجاً ويفقد الابتكارية في هذا المجتمع، وفي محاولة لتبديد هذه الخرافة فإنه يجب علينا أن ننظر إلى عدد الأفراد ممن لهم مساهمات ابتكارية منتجة في المجتمع، بينما هم في السبعينات والثمانينات أو التسعينات من أعمارهم.

إنَّ إسهامات الأفراد أمثال: "سيجموند فريد"، و"بابلو بيكاسو"، و"آنا إليانور روزفلت"، و"برتراند راسيل"، وأرثر روبنشتاين^٤ ... فقد كانت بمثابة أمثلة للابتكار والإنتاجية في مرحلة الشيخوخة، وعلى العكس من هؤلاء الذين تميزوا بالابتكار، هناك من يبدأ في اكتشاف قدراته الخاصة ومواهبه ولأول مرة في مرحلة الشيخوخة. وهناك العديد من الأفراد الذين لهم الحرية الضرورية لاستكشاف وممارسة مختلف أشكال المشروعات المبتكرة وذلك في أثناء مرحلة الشيخوخة (الرشد المتأخر)، وهنا تظهر اهتمامات جديدة، وقد نرى الأنشطة والمساهمات المنتجة المثمرة للمسنين في مجالات عدة كالمجال الفني، السياسي، التعليمي، والمجال الديني.

^١ بابلو بيكاسو Pablo Picasso (١٨٨١-١٩٧٣م): رسام ونحات وفنان تشكيلي اسباني.

^٢ آنا إليانور روزفلت Anna Eleanor Roosevelt (١٨٨٤-١٩٦٢م): زعيمة سياسية أمريكية.

^٣ برتراند راسيل Bertrand Russell (١٨٧٢-١٩٧٠م): فيلسوف وعالم منطقي ورياضي ومؤرخ وناقد اجتماعي بريطاني.

^٤ آرثر روبنشتاين Arthur Rubinstein (١٨٨٧-١٩٨٢م): يعد واحداً من أعظم عازفي البيانو

الكلاسيكيين، البولنديين.

- **المسنون غريبو الأطوار:** لقد أظهرت نتائج البحوث أنّ نسبة الأفراد الذين وصلوا إلى مرحلة الشيخوخة والذين اتّصفوا بالغرابة، وحدّة الطباع، وانحراف المزاج، لا تختلف كثيراً عن نسبة مثل هؤلاء الذين يمكن أن تضمهم أية مجموعة عمرية أخرى. ويبرر ذلك نتيجة لتعرض كبار السن لضغوط ومشكلات أكثر مما يتعرض له الأصغر سناً.

والتعرض لمثل هذه الضغوط قد يخلق أفراداً يصبحون سلبين اجتماعياً عند وصولهم إلى مرحلة الرشد أو الرشد المتأخر. ومع ذلك فلا يبدو أن هذا صحيح بصورة مطلقة.

ومن الواضح أنّ معظم الأفراد ينمون طرائقاً أساليب معينة للتفاعل الاجتماعي وللاتصال بالبيئة وللتعامل مع الآخرين، وما أن تنمو مثل هذه الطرائق فإنّ أساليب الاستجابات المميزة هذه تميل إلى الثبات والاستمرار خلال مرحلة الشيخوخة، وبميل الاتساق الاجتماعي أو التكيف للظروف إلى الاستمرار والسيادة بغض النظر عن تقدم العمر.

- **المسنون هم أكثر تديناً:** من الخطأ عدّ الفروق في الميول والتوجهات الدينية نتاجاً للتقدم في العمر، فالأجيال الأكبر لا تصبح أكثر تديناً باقترابها من الشيخوخة. وعند مقارنة هذه الأجيال بالأجيال الأصغر سناً، فإننا نجد أن مجتمع المسنين كانوا أكثر تديناً في شبابهم، وكانت لهم ممارسات دينية أكثر، وأنهم قد استمروا على نفس النحو المتدين الذي تكوّن عبر سنوات عمرهم السابقة.

وعلى أساس المعلومات المستخلصة من الدراسات الطولية فقد وجد "بلازر" أنه ليست ثمة مؤشرات لزيادة الاهتمام أو الانشغال بالدين كدالة على الشيخوخة (معمرية ؛ حزار، ٢٠٠٩، ص ٧٤ ؛ الأشول، ٢٠٠٨).

الفصل التاسع

نظريات مرحلة الشيخوخة وخصائصها

١ - نظريات مرحلة الشيخوخة

هناك العديد من النظريات التي تفسّر التقدم في العمر، إلا أنّها لا تزال غير كاملة، ولا يوجد اتفاق واحد على نظرية عامة تصف كيفية تغير السلوك عبر الزمن. وكلّ ما هو متاح من نظريات، يُفسّر جانباً أو عدة جوانب محددة من السلوك، واطّعةً في الحسبان بعض الخصائص البيولوجية والسلوكية والاجتماعية والاقتصادية ... وغيرها لكبار السن. وفيما يلي عرض لأهم تلك النظريات:

١-١ النظرية الفسيولوجية

يؤكد أصحاب هذه النظرية أثر الشيخوخة في الجسم كلّه، وليس في التغيرات التي تطرأ على الخلايا والنواتجة عن فشل أجهزة الجسم في أداء وظيفتها، وهو ما يحدث مع التقدم في العمر. وتبرز هذه النظرية في ثلاثة اتجاهات:

الاتجاه الأول: وهو يعدّ الجسم الإنساني كآلة معرضة للعطب والخلل نتيجة الاستعمال، إذ إنّ بعد مقدار معين من النشاط والعمل، وبعد انقضاء فترة زمنية معينة، لا بدّ للآلة أن تتوقف عن العمل، حتى مع حسن الرعاية والصيانة، وهذا يعني أن أنسجة الجسم وأعضائه تستهلك نتيجة لعملها طوال فترة الحياة، وأن استهلاكها هذا أمر طبيعي. يمكن أن نطلق على هذا الاتجاه (نظرية استهلاك الأعضاء والأنسجة) (Kahn, ١٩٨٠, pp.٢٣٠).

الاتجاه الثاني: يركز هذا الاتجاه على أنّ الميكانيزمات الحيوية تتدهور مع التقدم في العمر، وبالتالي يعاني المسنون أكثر من الأصغر سناً، في الحفاظ على التوازن الفسيولوجي داخل الجسم، وحين يصبح تحقيق ذلك التوازن مستحيلاً فإن ذلك معناه الموت.

الاتجاه الثالث: اقترح هذه الاتجاه "ويلفورد" عام (١٩٦٩م)، ويركز على فقدان الجسم لمناعته، فالخلل في جهاز مناعة الجسم يعدّ مسؤولاً ولو بدرجة جزئية عن الشيخوخة، إذ يصبح الجسم أكثر عرضة لأثر الفيروسات والبكتيريا والفطريات، كما يزداد تعرض الخلايا لظهور الأورام الخبيثة، وقد يتحول نظام المناعة إلى جهاز يدمر خلايا الجسم نفسها وهذا ما يسمى "بالمناعة المستقلة".

وهذا الاتجاه لا يفسر حدوث الشيخوخة العادية بقدر ما يفسر حدوث الأمراض في تلك المرحلة من العمر.

١-٢ النظرية التطورية

وفيما يتعلق بالنظرية التطورية developmental theory، فإنّ أصحاب هذه النظرية يفسرون الشيخوخة في ضوء السياق التطوري لمراحل حياة الفرد المختلفة.

إذ تُعبّر الشيخوخة عن التقاطع والتداخل بين أساليب التفكير والسلوك التي كان الفرد يتبعها في مراحل حياته السابقة، وبين المحددات التي تمنع الفرد من استخدام تلك الأساليب في مرحلة الشيخوخة.

إذ توكّد أنّ الفرد خلال مراحل حياته المختلفة ينمي ويطور مجموعة من النماذج والعادات والأنشطة وأساليب أداء السلوك، ويستمر في الحفاظ عليها واستخدامها حتى يتقدم به العمر، وبالتالي فإنه لا يولد من جديد عندما يصل إلى سن الستين أو الخامسة والستين، ولكنه يستمر في أداء أشكال السلوك والأنشطة والعادات التي طورها عبر مراحل عمره السابقة. ويتم ذلك في ضوء حدود ومعايير

معينة تضعها مرحلة الشيخوخة نفسها، وهي بذلك كأى مرحلة عمرية أخرى لها محدداتها ومعاييرها (أبو حطب وأمال صادق، ١٩٩٥، ورد في عبد الرحمن وآخرون، ٢٠١١، pp.٢٣٠؛ Kahn ١٩٨٠).

١-٣ النظرية البيولوجية

ويطلق على هذه النظرية أيضاً، اسم (نظرية تنظيم سرعة البناء والهدم). إذ يرى أصحابها أنّ الشيخوخة هي المرحلة البيولوجية النهائية في حياة أي كائن عضوي. إذ تحدث عمليات هدم وتحلل تؤدي بهذا الكائن العضوي إلى التدهور على نحو أسرع، وبشكل لا يسمح لميكانيزمات البناء بالعمل. وهذا التدهور يؤدي إلى نقص القدرة على التكيف وبالتالي يؤدي إلى ضعف المقاومة والبقاء.

١-٤ النظرية التسلسلية

صاحب هذه النظرية: "أنطونوتشي"، و"أكياما" Antonnucci an Akiyama، وتعتمد نظريتهما على منظور بنائي اجتماعي شامل، بالمقارنة مع النظرية الانتقائية التي تجعل محورها المنظور الضيق للحاجات. وتقتصر هذه النظرية أنّ (الدائرة الاجتماعية) المحورية لدى كبير السن تبقى كما هي (لا تتغير كماً أو نوعاً)، بينما تفتقد الدائرتين؛ (دائرة العمل)، و(دائرة المجتمع الخارجي) في الغالب الدعم الذي كان يوفره الزملاء. ولكن هؤلاء يتم تعويضهم بالأصدقاء الجدد من رفاق النشاطات الترويحية الجديدة، وكذلك عن طريق تجديد الصداقات القديمة من خارج دائرة العمل. وعلى الرغم من أنّه قد تطرأ تغييرات كمية على مصادر الدعم الاجتماعي، لدى المسنين، إلاّ أنّه من غير المتوقع حدوث تدهور نوعي في العلاقات الاجتماعية، وهذا ما جعل "أنطونوتشي" يؤكّد أنّ المتقاعدين لا يدركون أيّ تغيير في شعورهم بالسعادة جرّاء التقاعد (ناصر، ١٩٩٥، ص ٢٠).

٥-١ النظرية الانتقائية

صاحب هذه النظرية "كارتسن" Cartensen، وتعتمد نظريته على منظور ضيق للحاجات الفردية، وتركز على الدافعية الفردية لدى كبار السن، وتعزو إلى هذه الدافعية التدهور الناتج من النشاط الاجتماعي، وفي تقلص حجم الشبكة الاجتماعية، إلا أنّ ذلك لا يؤدي، إلى تأثر الصلات العاطفية لدى كبار السن. وتتبع هذه النظرية نموذجاً تطويرياً (اقتصادياً-انفعالياً) للتقدم في العمر، إذ تنتظر إلى تغييرات الدعم الاجتماعي كعمليات وظيفية تكيفية يتم من خلالها تعديل هذه الوظائف كلما تقدم المرء في العمر.

٦-١ نظرية الانتقال الديموغرافي

تفترض هذه النظرية أنّ السكان يمرون خلال مراحل حياتهم وتطورهم في منطقة ما، بثلاث مراحل رئيسة، هي:

المرحلة الأولى: ما قبل التطور: وتتميز هذه المرحلة بارتفاع معدلات الخصوبة التي تصل إلى حدها الأقصى، وارتفاع معدلات الوفيات عند جميع الفئات العمرية من السكان، وبخاصة عند الأطفال الرضع. ويعود السبب في ارتفاع معدلات الخصوبة إلى:

- تدني الوضع الاجتماعي للمرأة.
- غياب الوسائل المأمونة لتنظيم الأسرة.
- ارتفاع معدلات وفيات الأطفال، إذ كان ينظر إلى زيادة أعداد المواليد كوسيلة للتعويض عن الوفيات من الأطفال الذين كانوا يشكلون عماداً اقتصادياً للأسرة، فقد كانت النتيجة الحتمية لولادة عشرة أطفال مثلاً، هي بقاء اثنين أو ثلاثة منهم -على أكثر تقدير- على قيد الحياة. أمّا السبب في ارتفاع معدلات الوفاة في مختلف الفئات العمرية، فيعود إلى:

- الجهل بأسباب الأمراض، والوفيات، وأساليب الوقاية والعلاج.

- قلة الخدمات الطبية.

- حالات الفقر.

- قلة المعرفة.

كل ذلك أدى إلى تفاقم الأمراض السارية والمعدية التي كانت تأتي على شكل وباء كبير وتحصد عشرات الآلاف على فترات متقاربة، مثل: أوبئة الجدري والطاعون والحصبة والملاريا والسل ... وغيرها. وكنتيجة إلى ذلك ارتفعت الزيادة الطبيعية لسكان العالم ككل قبل أكثر من ألفي عام.

المرحلة الثانية: بداية التطور الاجتماعي والاقتصادي: تتميز هذه المرحلة بارتفاع المستوى المعيشي للسكان، نتيجة لزيادة المعارف المختلفة حول أسباب الأمراض والوفيات وأساليب الوقاية والعلاج، الأمر الذي يؤدي إلى انخفاض في عدد الوفيات وبخاصة وفيات الأطفال الرضع.

إلا أن الانخفاض المستمر في الوفيات لا يقابله انخفاض مماثل في عدد المواليد، نتيجة لاستمرار تدني وضع المرأة الاجتماعي والحاجة لمزيد من الأطفال لدعم اقتصاد العائلة.

لذلك شهدت هذه المرحلة ارتفاعاً كبيراً وامتزاداً في معدل النمو السكاني الطبيعي نتيجة لزيادة أعداد المواليد عن أعداد الوفيات، وحدث خلال هذه المرحلة ما يسمى (بالانفجار السكاني)، إذ قفز عدد السكان من مليار واحد عام (١٨٠٠م)، إلى مليارين عام (١٩٣٠م)، أي إنه قد تضاعف خلال (١٣٠) سنة.

المرحلة الثالثة: مع ازدياد مظاهر التطور الاجتماعي والاقتصادي، وارتفاع مستويات المعيشة، وزيادة المعارف المتنوعة، والتطور التقني، يستمر الانخفاض في معدلات الوفيات ويقابل ذلك انخفاض في معدلات الخصوبة، نتيجة للتحسن في وضع المرأة الاجتماعية، وخروجها للعمل، واكتشاف أساليب منع الحمل، وتكون النتيجة انخفاض معدل النمو السكاني الطبيعي.

وقد يحدث أن تتخفض معدلات الخصوبة لتشابه معدلات الوفيات، عندئذ يصبح معدل النمو صفراً أو قد تقلّ معدلات الخصوبة عن معدلات الوفاة ويصبح معدل النمو الطبيعي سالباً.

ويتطبيق تلك النظرية على دول العالم، نجد أنّ الدول الصناعية المتقدمة تعيش الآن المرحلة الثالثة حيث معدلات الخصوبة والوفيات والنمو الطبيعي منخفضة. أمّا دول العالم الثالث فمازال معظمها يعيش المرحلة الثانية حيث الخصوبة المرتفعة مع انخفاض معدلات الوفاة (نور الدين، ٢٠١٥، ص ٦٥-٦٦).

٢ - خصائص مرحلة الشيخوخة

تتسم مرحلة الشيخوخة بعدة خصائص وتغيرات تميزها عن غيرها من المراحل، وهذه التغيرات هي نتيجة عدة عوامل يمر بها الفرد خلال مراحل حياته المختلفة. وتتمثل هذه الخصائص والتغيرات في شعور المسن بصعوبة ملاحقة التطورات، وضعف القدرة على التكيف معها، وزيادة التدهور في كثير من القدرات الجسمية والنفسية والاجتماعية والعقلية (السباسيسي، ١٩٨٣، ص ٦ ؛ عوض، ١٩٩٩، ص ١٧١ ؛ خليفة فضالي، ١٩٩٧، ص ٢٠).

يؤكد الباحثون أمثال "شاذلي" (٢٠٠١، ص ١٣)، أنّ معرفة الخصائص التي تُميز مرحلة الشيخوخة، تساعد على الوقوف على كيفية التعامل مع كبار السن، ومتطلبات رعايتهم، ووضع التصورات والبرامج المساعدة لهم سواء الوقائية أم العلاجية. فالتعرّف إلى خصائص ومتطلبات هذه المرحلة، من شأنه أن يساعد في تخطيط الخدمات التي يحتاجونها، واللازمة لمساعدتهم في تحقيق صحتهم النفسية وشعورهم بالسعادة والرضا والكفاية.

ومما لا شك فيه، أنّ هذه التغيرات التي يتعرض لها المسنون وما يترتب عليها من مشكلات، تشكل ضغوطاً لديهم، وهم يختلفون في مدى شعورهم وإحساسهم بها،

واستجابتهم لها، ويعزى ذلك إلى عدة عوامل (كما مرّ معنا في فصلٍ سابق) كالعوامل الوراثية، وبعض الظروف الخاصة مثل التغذية، وممارسة الرياضة، وتوفير الظروف الصحية المناسبة، والشروط البيئية المحيطة. ويمكن عرض خصائص مرحلة الشيخوخة بشكل تفصيلي فيما يأتي:

٢-١ الخصائص الجسمية لدى كبار السن

توجد تغيرات عامة مرتبطة بالتقدم في العمر وهي تشمل كلّ أنظمة الجسم، وتؤثر في حياة كبار السن بطرائق متفاوتة وفقاً للتركيب الجيني، والحياة السابقة ونوعية الحياة التي كان يتمتع بها هؤلاء الأفراد. ويمكننا تلخيص هذه التغيرات (الخصائص الجسمية) كما يأتي:

أولاً- الضعف البدني العام: وهذا يشير إلى الانخفاض العام في أداء عدد من الخلايا الحركية. ففي عمر الستين تقريباً، تموت حوالي (٥٠%) من الخلايا الحركية، وبذلك فإنّ الأنسجة العضلية المزودة بالأعصاب الصادرة من الخلايا الميتة تموت هي الأخرى، والنتيجة هي انخفاض تدريجي في أداء الكتلة العضلية، وضعف في الجسم، وفي المهارات الحركية.

ويظهر التقهقر في ردود الفعل (الأفعال الانعكاسية) فيصبح المسن أقل قدرة على الاستجابة بشكل تلقائي وسريع لبعض المثيرات والتنبيهات المفاجئة التي تحدث من دون وعي مسبق بها.

كما تنقص قدرته على بذل الجهد، ويزداد شعوره بالتعب والإرهاق، ولا يستطيع الاستمرار في العمل لوقت طويل، كما كان يقوم بذلك في مرحلة الرشد المتوسط. وهناك عدة أسباب لشعور كبير السن بالتعب والإرهاق الجسمي في أثناء قيامه بمجهود قليل، نستعرض من أهمها:

١. قصور في الدورة الدموية للشرايين التاجية، وبالتالي تقلّ كفاءة عمل القلب.

٢. ضعف عضلة القلب.
 ٣. انتفاخ الرئتين، وقلة كفاءتهما.
 ٤. ضعف في وظائف الكلى والكبد.
 ٥. التهاب المفاصل المزمن.
 ٦. خشونة المفاصل والشعور بالألم مع كل حركة بها.
 ٧. هشاشة العظام، والشعور بآلام عامة في الجسم.
 ٨. تآكل الغضاريف في مفاصل الجسم، ومن أهمها غضاريف العمود الفقري.
 ٩. ارتفاع ضغط الدم (ابراهيم، ٢٠١٢، ص٢٣٨ ؛ العبيدي، ٢٠١٢).
- ثانياً- ضعف الجهاز الحسي:** ربما تكون التغيرات في الأعضاء الحسية أكثر خطورة لدى كبار السن، فمن خلال الأحاسيس تستلم المعلومات وتقدم الاستجابات التي تحكم تفاعلاتنا مع الآخرين والبيئة.
- فالنقصان في البصر والسمع واللمس أو في الألم أو في الإحساس والتذوق أو في الشم والتوازن يؤثر في نوعية التفاعلات. وعموماً ينخفض أداء الخلايا الحسية بشكل تدريجي، وتتناقص كفاءة الحواس الخمس، فيحدث نقصان في البصر vision، والسمع hearing، واللمس touch أو في الإحساس اللمسي (الألم والحرارة والبرودة والضغط)، أو في التذوق taste والشم، وهذا بدوره يؤثر في نوعية تفاعل كبار السن مع الآخرين ومع البيئة المحيطة بهم (Selley et al, ٢٠٠٧, pp.٢٧٣ ؛ حمزة، ٢٠١٦، ص٥٦):

-*التغيرات في البصر:* إنّ التغيرات في البصر تكون بصورة أولية على شكل ضعف في الرؤية وإدراك الضوء، وضعف في القدرة على مطابقة الألوان، والتركيز على الأشكال القريبة أو البعيدة، وهذه التغيرات تتأثر بالتبادلات في تركيب العين وفقدان المرنة في عضلاتها، وحين تصل هذه التغيرات إلى مستوى يعوق

الوظائف، يمكن مساعدة كبار السن من خلال استخدام النظارات الطبية للقراءة والمسافات.

من جهة أخرى، تتضمن التغيرات المرتبطة بالعمر، فقدان عضلات الوجه لمرونتها حول العين وفقدان للشحوم حول كرة العين، الأمر الذي ينتج عنه سقوط في جفن العين مما يؤثر في مظهر الوجه.

إنّ قيام المسن بفحص شامل من قبل طبيب مختص بالأمراض العينية أمر مهمّ جداً، لأنه يعطي نتائج جيدة في تحسين نوعية الإبصار وكشف الزرق (المياه الزرقاء) glaucoma والساد (الماء الأبيض) cataract، وبالتالي تحسين نوعية الحياة عنده والتقليل من معدل السقوط لديه.

-*التغيرات في السمع*: إن أكثر من ثلث المسنين الذين تجاوزوا سن الخامسة والستين، وحوالي نصف المسنين الذين تجاوزوا سن الخامسة والثمانين يعانون من نقص في السمع. ومع تناقص كفاءة حاسة السمع تزداد الحساسية للأصوات الحادة وغالباً ما يصاحب تدهور حاسة السمع، تدهور مماثل بجهاز حفظ التوازن بالأذنين، إضافةً إلى العزلة الاجتماعية والاكنتاب.

من الطرائق السهلة لتحري نقص أو فقدان السمع عند المسنين، هي تقييم مدى سماع الصوت المهموس الذي يمتلك حساسية تتراوح بين ٧٠-١٠٠%.

^١ المياه الزرقاء أو الغلوكوما **Glaucoma**: هو مرض يصيب العين عند التقدم في العمر بسبب تلف العصب البصري في العين مما ينتج عنه ارتفاع ضغط العين ومشكلات في الرؤية والإجهاد العيني. الزرق هو السبب الرئيس للعمى لدى كبار السن ويمكن منع الإصابة بالعمى بسبب الزرق لو بدأ العلاج مبكراً بما فيه الكفاية.

^٢ الماء الأبيض **Cataract**: وهو مرض يصيب العين عند كبار السن، ولكنه ليس بخطر الماء الأزرق، إذ يمكن علاجه باستبدال وزرع عدسة <https://ar.wikipedia.org/wiki>

يمكن وصف الأجهزة المضخمة للسمع (السماعات) من أجل تحسين السمع (ولكن كلفتها المرتفعة قد تشكل عائقاً أمام استخدامها عند الكثير من المسنين) (علي، ٢٠١٢، ص ٨٥).

-التغيرات في الخلايا الحسية: يضعف إحساس الجلد تبعاً لزيادة العمر، وخصوصاً فيما بين (٤٠-٦٥) سنة، ويصبح تكيف الجسم لدرجات الحرارة الباردة والساخنة بطيئاً وضعيفاً. إذ إنّ الانخفاض في أداء الخلايا الحسية ومستقبلاتها المنتشرة على الجلد، من شأنه أن ينقص من قدرة الجسم على التكيف مع درجات الحرارة، وهذا ما يجعل المسن يتأثر بالحر أو البرد الشديد أكثر مما كان عليه في سن الرشد.

وكذلك الأمر يؤدي إلى انخفاض مستوى أداء الإحساس لدى كبار السن بالأشياء التي تلامس جلدهم أو الأشياء التي تضغط عليه، ويجدون صعوبات كبيرة في تمييز أو تحديد الأشياء من خلال حاسة اللمس، لذا فإن مثل هذه التغيرات تترك آثارها على كبار السن من خلال جعلهم أكثر عرضة للجروح والحوادث الجسمية عامةً، والجلدية خاصةً.

كما أنّ انخفاض الإحساس في أجزاء الأطراف العليا والسفلى وفي المفاصل من شأنه أن يؤثر سلباً في توازن الجسم عامةً وفي اتساق الحركة خاصةً، والنتيجة هي بطء في حركة المسن.

وهناك عدداً آخر من الخلايا العصبية الحسية التي ينخفض أداؤها في مرحلة الشيخوخة، وهي المسؤولة عن متابعة التغيرات الحاصلة في الأحشاء الداخلية مثل ضغط الدم high blood pressure، والعطش thirst، ونتيجة لذلك فإن كبار السن يكونون أكثر عرضة للإصابة بارتفاع ضغط الدم أو فقدان الماء dehydration، أو بلع الطعام swallowing، والغصة به choking ... وغيرها.

-التغيرات في الصوت: يضعف الصوت تبعاً لزيادة العمر، ويفقد جزءاً كبيراً من حرارته، ويصبح مرتعشاً متقطعاً، ويرتبط هذا التغير بمخارج الحروف التي تعتمد في جوهرها على التكوين السليم لجوف الفم (العبيدي، ٢٠١٢، ص ٥٦).

-التغيرات في حاسة التذوق: مع التقدم في العمر تضعف براعم التذوق المنتشرة على طرفي وجانبي اللسان، ويقل إحساس الكبار بالمادة السكرية. والجدول (١) يوضح هذه التغيرات وتراجع الجهاز الحسي عند المسنين:

الجدول (١): تراجع الجهاز الحسي في مرحلة الشيخوخة (Santrock, ٢٠٠٤)

التغيرات في سن (١٥) وما فوق	التغيرات في سن (٦٥-٧٥)	الحاسة
فقدان ملحوظ للقدرة على سماع النوعين من الذبذبات (العالية والمتوسطة)، وتصبح السماعات ضرورة أكيدة.	فقدان ملحوظ للقدرة على سماع الذبذبات العالية، وفقدان أقل للقدرة على سماع الذبذبات المتوسطة.	السمع
فقدان كبير لحدّة البصر والقدرة على تمييز الألوان، وتناقص مجال الرؤية، إضافة إلى معاناة خطر فقد البصر الناتج عن بعض الأمراض.	ضعف القدرة على تركيز البصر، وفقدان كبير لحدّة البصر، إضافة إلى صعوبة التكيف للانتقال من الضوء إلى الظلمة.	البصر
فقدان مهم وملحوظ لحاسة التذوق والشم واللمس.	فقدان محدود لحاسة التذوق والشم واللمس.	التذوق، والشم، واللمس

ثالثاً- **تغير المظهر الخارجي:** مع تقدم الإنسان في العمر تقل نسبة الماء في الجلد ويؤدي ذلك إلى زيادة التجاعيد وتتغير ملامح الوجه، كما يحدث نقص في بروتين (الأستين)، وهذا النقصان يحول دون رجوع الأنسجة لوضعها الطبيعي بعد الشد، إذ تنقلص الغدد الجلدية التي تفرز العرق وتتناقص الطبقة الدهنية تحت الجلد، وتبدأ مرونة الأنسجة بالتدهور، فتتخفف سماكة الجلد الخارجي مع الزمن إلى ما يقل عن سماكته في سن الشباب، ويصبح الجلد الداخلي أكثر سماكة، وبالتالي يفقد الجلد نضارته وليونته ويضمّر، ويصبح جافاً مترهلاً وكثير التجاعيد.

كما يترافق ذلك مع ظهور بقع داكنة في أماكن كثيرة من الجلد، بسبب نزيف شعري رفيع نتيجة لضعف جدران الشعيرات الدموية في هذا الجزء من الجسم.

ومن المظاهر الأخرى لتغير المظهر الخارجي، الانحناءات في الظهر التي تزداد مع التقدم في العمر إذ يبرز الرأس للأمام وتزداد الفقرات الصدرية انحناءً، ويختفي الانحناء الأمامي للفقرات القطنية لذا يصبح العمود الفقري مثل الحرف (C). الأمر الذي يؤدي إلى نقص في الطول، إذ تشير الدراسات إلى أن طول المسن بعد سن الستين، ينقص بمعدل (٣-٥ سم) عنه في سن الشباب.

وفي دراسة أجريت على (٣٠٠٠) مُسن، تبين أنّ متوسط طول الرجال في سن الستين هو (١٧٠سم)، ونقص إلى (١٦٥سم) بعد سن الخامسة والثمانين، أمّا النساء فكان متوسط الطول (١٥٨سم) ثم أصبح (١٥٠سم) في الخامسة والثمانين (فتاوي، ١٩٨٧، ص ٢٠).

وتحدث لدى المسن تغيرات في اليدين والقدمين، إذ ترتعش اليدين ويميل لونها إلى الأزرق، وتتورم القدمان بسبب اختزان السوائل بهما كأحد مضاعفات الدوالي بالساقين التي تنتشر بين كبار السن بنسبة تتراوح بين (٣٠-٥٠%).

ومع تقدم العمر أيضاً ينطفئ بريق العينين، وتزداد معدلات سقوط الشعر، وينتشر الشيب في معظم الرأس، وتتساقط الأسنان.

هناك عدة عوامل تلعب دوراً مهماً في مظهر الجلد الخارجي لدى كبار السن، وفي مقدمتها تأتي الصحة العامة والتعرض لأشعة الشمس، إلى جانب العوامل الوراثية. أما تحول لون الشعر من الأسود إلى الأبيض، فسببه يعود إلى فقدان مادة الميلانين في بصيلة الشعر.

رابعاً- نقص كثافة العظام: مما يجعل حركة كبير السن بطيئة، وقد تضمر عضلاته ويعجز عن الحركة أو قد يمشي بصعوبة. إنَّ قلة الحركة هذه عند المسن تؤدي إلى نقص المرونة، وتعيق الحركة في منطقة الرقبة والجذع والحوض. ومع التقدم في العمر، تقلّ -كذلك الأمر- كثافة غضاريف المفاصل وتتآكل، الأمر الذي يسبب أوجاعاً وآلاماً في أثناء الحركة.

خامساً- اضطراب النوم: وعلى الرغم من أنّ حاجة كبار السن إلى ساعات نوم أقلّ من الأطفال والراشدين، إلاّ أنه يبدو، أنّ اضطراب النوم، يشكل مشكلة عامة لديهم؛ فالأغلبية من المسنين يعانون من اضطرابات في النوم. وعلى الرغم من أنّ كبار السن يقضون وقتاً طويلاً في الفراش، إلاّ أنّ مدة النوم الفعلي تقلّ لديهم بشكل ملحوظ، وتتقلص ساعات الاستغراق بالنوم، فالنوم لا يكون عميقاً، وإنما يصبح منقطعاً ويكثر الاستيقاظ فيه ليلاً، مما يجعل كبار السن أكثر عرضة للتعب والإجهاد، وتشتت الانتباه وعدم القدرة على التركيز الجيد (مرسي، ٢٠٠٦، ص ٤٢؛ البيير، ٢٠٠٩، ص ١٤).

ومن أهمّ أسباب اضطراب النوم عند المسنين، القلق والاكتئاب، والشعور بالألم نتيجة للأمراض المختلفة، أو عدم الارتياح في مكان لا يألّفه. ولعلاج الأرق واضطراب النوم عند المسنين يجب أن نبدأ أولاً ببعض الإشارات البسيطة، مثل الاعتناء على الاستيقاظ المبكر صباحاً، وتجنب شرب الشاي والقهوة، خصوصاً في المساء أو بعض الظهر، وبدلاً من ذلك، تناول كوب من الحليب الدافئ مساءً، ومحاولة تأخير الذهاب إلى الفراش.

سادساً- **تناقص كفاءة المخ والجهاز العصبي:** يأخذ عدد خلايا الدماغ بالتناقص انطلاقةً من سن العشرين وتزيد سرعته لدى المسنين وتصبح حركة الدورة الدموية متباطئة على مستوى الدماغ.

كما أنّ حجم ووزن الدماغ ينخفض مع تقدم الإنسان في العمر، نتيجة لفقدان بعض الخلايا العصبية في نصفي كرة المخ وموتها، فتقوم الخلايا العصبية المتبقية بأداء المهام التي كانت تقوم بها تلك الخلايا الميتة، الأمر الذي يؤدي إلى يتدهور الدماغ والجهاز العصبي المركزي بصورة سريعة. وإذا ما أثرت هذه التغيرات على الدماغ تأثيراً تدريجياً فإنّ هذه الحالة تسمى (بانحلال الشيخوخة). أمّا إذا حدثت هذه التغيرات بصورة فجائية وكانت نوعية فإننا نكون أمام حالة تسمى (تصلب شرايين القشرة الدماغية وانسدادها). وتجدر الإشارة، إلى أنّ عدم الانسياق إلى هذه الخصائص، أي الاعتقاد بأن المسنين جميعهم صحتهم سيئة أو أنهم مرضى، فهناك كثير منهم تظهر عليهم علامات الشيخوخة ولكنهم إلى حدّ ما يتمتعون بصحة جيدة، حتى بعد سن الثمانين.

سابعاً- **نقص كفاءة الجهاز الهضمي:** لقد أشارت الدراسات التي أجريت حول تأثير الشيخوخة على أعضاء الجهاز الهضمي إلى:

١. انخفاض ملحوظ في كمية إفراز اللعاب وقدرته الهضمية إلى ما يتراوح بين (١٠-٣٠%) عن معدلها الطبيعي.
٢. انخفاض ملحوظ في إفراز المعدة من أنزيمات الهضم إلى (٦٠%) من الحالة الطبيعية عند الشباب.
٣. إفراز البنكرياس يقل لدى كبار السن، وهذا يقلل بلا شك المقدرة على الهضم.
٤. قصور في مقدرة الأمعاء الدقيقة على امتصاص المواد الغذائية بنسبة تتراوح بين (٥٠-٦٥%) عن المعدل الطبيعي (فتاوي، ١٩٨٧؛ مرسى، ٢٠٠٦).

٢-٢ الخصائص الاجتماعية لدى كبار السن

إنّ التغيرات الفسيولوجية والنفسية الحاصلة في مرحلة الشيخوخة تسبب تغيرات في الجوانب الاجتماعية والسلوك الاجتماعي لدى المسن. إذ تشير العديد من نظريات التوافق النفسي وتطوّر الشخصية إلى أنّ المهارات النمائية لكبار السن تشمل التوافق مع الانحدار في الطاقة الفيزيولوجية والصحية لديهم.

وتشمل التأثيرات الاجتماعية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة، التي تنعكس على نفسية كبار السن، تغييراً في: العلاقات الاجتماعية، إذ يشترك كبار السن في العديد من الخصائص الاجتماعية يمكن توضيحها فيما يلي:

أ- ضعف العلاقات الاجتماعية القائمة بين المسن والآخرين

تعدّ العلاقات الاجتماعية الناجحة مع الآخرين، مظهراً من مظاهر الصحة النفسية لدى الفرد، ولكن مع كبار السن تنقلص العلاقات الاجتماعية إلى حد كبير، وتضعف العلاقة بالآخرين بالتدرّج، ثم يزداد هذا الانكماش، فتضعف العلاقات القائمة بينه وبين الأصدقاء والرفاق، حتى تصبح حدود دائرة نشاطه الاجتماعي على العلاقات الأسرية الضيقة (الأبناء والأحفاد). كما يزداد اهتمامهم بنفسهم وبذلك يصبح كبير السن أنانياً، ورجسياً في حياته (سليم، ٢٠٠٢، ص ٥٠٠).

ويؤكد "شاذلي" (٢٠٠١، ص ١٦)، ضمن هذا السياق، أنّ العلاقات الاجتماعية للمسنين تقتصر على أصدقائهم القدامى مما يبعث في نفوسهم الملل والسأم. كما يؤدي انقطاع المسن عن عمله، بسبب التقاعد، إلى معاناته من وقت الفراغ، والإهمال وعدم الاكتراث بما يحيط به من أحداث وظواهر.

ب- الشعور بالوحدة الاجتماعية أو "الفراغ الاجتماعي"

وذلك نتيجة لتفريق الأصدقاء، أو موت بعضهم، وتزداد هذه الحالة بسبب المرض أو فقد شريك الحياة، أو زواج الأبناء وانشغالهم في حياتهم وأعمالهم وأسرههم.

وتعاني النساء من الشعور بالوحدة الاجتماعية وعدم الأهمية أكثر من الرجال، وذلك لامتداد العمر بهنّ حتى يتجاوزن مدى حياة الرجال، وبذلك يصبح عدد النساء المسنات أكبر من عدد الرجال المسنين.

ج- ضعف المرونة الاجتماعية

يكون الفرد خلال مراحل حياته، عاداتٍ وأنماط سلوكية فردية واجتماعية، وهذه العادات والأنماط تزداد رسوخاً وثباتاً كلما تقدم العمر، حتى تصبح جزءاً أساسياً لا يتجزأ من مقومات شخصيته الفردية والتممايزة.

وهذا سبب من أسباب زيادة التعصّب لدى المسن ومعارضته لكل تغيير اجتماعي، إذ يتميز بالعناد، والجمود، وصلابة الرأي، فيتعصب لآرائه ولماضيه الذي يمثل له مرحلة القوة، والمكانة الاجتماعية، والحيوية، وإيجابية العمل ... الخ كما أنّ الإنسان الذي تجاوز عمره الخامسة والخمسين، يكون قد اعتاد على القيام بأنشطة وأعمال روتينية معينة، ويكون من الصعب عليه أن يغيرها ويستبدلها بأنشطة جديدة، لذا فهو يميل إلى الاستمرارية في نوعية سلوكياته وأنماطها (عبد السلام، ٢٠٠٦، ص ٣٦؛ السباسيسي، ١٩٨٣، ص ١٤).

د- تقلص أو انعدام الاهتمامات الترويحية لكبار السن

وخصوصاً ما يحتاج فيها إلى جهد ذهني أو بدني، ولذلك فإن أغلب المسنين يهتمون بالنواحي الدينية.

ه- تزداد الاتجاهات النفسية الاجتماعية رسوخاً

ففي مرحلة الشيخوخة تصبح الاتجاهات أكثر مقاومة للتغير، ولا سيما تلك التي تدور حول الموضوعات السياسية والنظم الاجتماعية السائدة.

٢-٣ الخصائص النفسية لدى كبار السن

تؤثر عملية الشيخوخة في الحياة الانفعالية والنفسية والسلوكية لكبار السن، فالزيادة في الشعور بالوحدة وعدم الأهمية الناتجة عن فقدان الدور الاجتماعي والبعد عن المجتمع، تقود إلى عدم الثبات الانفعالي والقلق لديهم.

ويؤكد فضالي (١٩٩٧، ص ٢٧)، أنّ التغيرات النفسية للشيخوخة لا تنفصل عن التغيرات الاجتماعية، بل هي على علاقة وثيقة وترتبط بعضها ببعض.

فالتوافق - على سبيل المثال - يتضمن الجانبين، النفسي والاجتماعي معاً. وقد ظهر هذا واضحاً في تعريف للشيخوخة من الناحية النفسية بأنها: "حالة من الاضمحلال تصيب إمكانات التوافق النفسي والاجتماعي للفرد، فنقل قدرته على استغلال إمكاناته الجسمية والعقلية والنفسية في مواجهة ضغوط الحياة لدرجة لا يمكن معها تحقيق قدر مناسب من الإشباع لحاجاته المختلفة".

ويرى "شاذلي" (٢٠٠١)، أنّ تدهور القدرات الجسمية والعقلية المعرفية، يؤثر بشكل كبير في عملية التوافق النفسي الاجتماعي لدى المسنين، وما ينجم عنهم من ردود أفعال تتراوح بين الشفقة والسخرية؛ مما يثير لديهم شعوراً بالألم النفسي. وتتمثل أهمّ التغيرات والخصائص النفسية عند المسنين فيما يلي:

- ظهور مشكلات الصحة النفسية: التي تتمثل في ضعف الثقة بالنفس، والحساسية الزائدة، والمعاناة من نوبات البكاء أحياناً، والقلق، والخوف.

- الخمول وبلادة الحس: إذ تتميز انفعالاتهم بالخمول وبلادة الحس، والتمركز حول الذات، وكذلك ضعف القدرة على التحكم فيها وضبطها.

- انتشار الأمراض النفسية: ومن أكثر الأمراض النفسية شيوعاً زهان الشيخوخة، وخلل الذاكرة، والنسيان، والأمراض السيكوسوماتية (الأمراض النفسية الجسمية).

- النكوص: يُعرّف "النكوص" regression، عند كبار السن، بأنه عودة المسن إلى أساليب طفولية من السلوك والتفكير والانفعال حين تعترضه مشكلة ما.

و"النكوص" عموماً هو، "مصطلح في علم التحليل النفسي، يلجأ فيه الفرد إلى الرجوع أو التقهقر إلى مرحلة سابقة من مراحل العمر، وممارسة السلوك الذي كان يمارسه في تلك المرحلة العمرية، لأن هذا السلوك كان يحقق له النجاح في تلك الفترة، إذ كان بمثابة سلوك مريح وممتع يشعره بالأمان".

- "صراع الأجيال": صراع الأجيال *conflict of generations*، هو مصطلح يستخدم لوصف الاختلافات بين الأفراد من جيل الشباب وكبار السن، ولا سيما بين الأطفال وجيل آبائهم.

شاع المصطلح لأول مرة في البلدان الغربية خلال الستينات، ووصف الفروق الثقافية بين الشباب وآبائهم <https://ar.wikipedia.org>.

٢-٤ الخصائص العقلية المعرفية لدى كبار السن

تتأثر العمليات العقلية كالتذكر، والتفكير، والتخيل، والإدراك ... وغيرها بتقدم العمر، شأنها في ذلك شأن الظواهر الجسمية والمرضية.

فالقدرات العقلية ترتفع وتبلغ قممها بين سن العشرين والثلاثين عاماً، لكنها بعد هذا السن تبدأ بالهبوط والانحدار ببطء وبشكل تدريجي، ثم يصبح الانحدار واضحاً بعد سن الأربعين. وعند بلوغ الفرد الخمسين أو الستين عاماً، يقلّ أدائه بنسبة ٢٥% عن الذين تقع أعمارهم بين (٢٠-٣٠) سنة.

ومن أهمّ الخصائص العقلية المعرفية التي يتصف بها كبار السن ما يلي:

- ضعف القدرة على التفكير المتزن والموضوعي.
- قصور الانتباه والقدرة على التركيز الطويل.
- بطء وانخفاض في القدرة على تعلم مهارات جديدة: وذلك نتيجة لتآكل وضمور في خلايا المخ بسبب التقدم في العمر والتدهور المتلاحق والمستمر في القوى العقلية.

إلا أنه - في بعض الأحيان- قد تزداد مهارات كبار السن بتقدم الزمن، وتزداد قدراتهم الإبداعية، مع حاجاتهم إلى فرص جديدة للتعلم تكون ذات صلة بالخبرات الماضية (عبد السلام، ٢٠٠٦، ص ٢٦؛ السبائسي، ١٩٨٣، ص ١٤).

- يعدّ خيال كبار السن قوياً ولا يتصف بالضعف، بل على العكس يزداد النشاط التخيلي لديهم اعتماداً على الماضي وخبراته، وفي نفس الوقت بإمكانهم تركيب صوراً خيالية متعددة. وهنا يمكن أن نتساءل: إذا كان خيال المسنين بهذه الصورة، فلماذا نرى أن إنتاجهم وإبداعهم ليس بنفس الكم وبنفس الجودة التي كانت متوفرة لهم قبل الدخول في مرحلة الشيخوخة؟

وفي الواقع، إن ذلك لا يتعلق بضعف الخيال، وإنما يتعلق بضعف البنية والعوامل الوجدانية، كانهماض النشاط والهمة، والشعور باليأس والقنوط، وعدم تشجيع المحيطين بهم، أو عدم قدرتهم على الوقوف على آراء الآخرين بسبب انقطاعهم عنهم (فتاوي، ١٩٨٧، ص ٣٤).

- يتسم التفكير بالنسبية: فكبار السن هم أكثر تقبلاً لوجود أنساق معرفية متناقضة ومتعارضة، ويسعى تفكيرهم إلى إحداث التكامل والتركيب بين جوانب المعرفة المتناقضة، للوصول إلى تكوين جديد أكثر شمولاً. كما تلعب العوامل الثقافية دورها في تحديد تفكير المسن، ولعل أهمها:

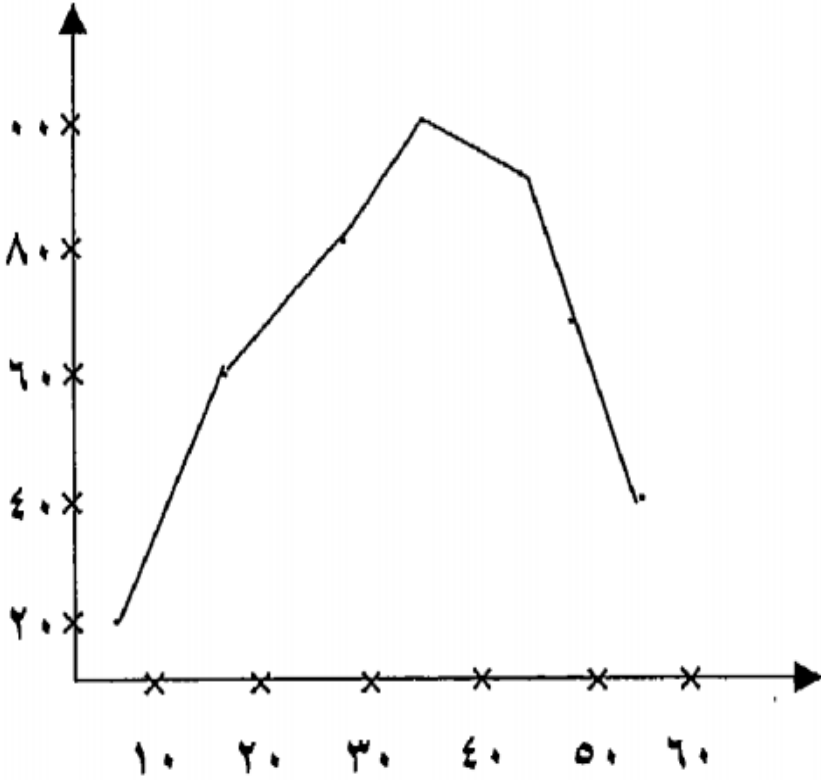
(أ) درجة التقدم الثقافي في المجتمع.

(ب) منظومة التعليم التي تعرّض لها كبير السن في مراحل عمره المختلفة.

(ج) نمط القدرات العقلية التي يهتم بها هذا التعليم ويركز عليها.

(د) أهمية الرصيد المعرفي الذي يتراكم من خبرات التعلم مدى الحياة.

- يتسم الذكاء بالتدهور: وخصوصاً بعد سن الستين. ولقد رسم علماء النفس صور التدهور الذي يطرأ على القدرة المعرفية، واعتمدوا على تحليل نتائج علامات اختبار الذكاء التي تُظهر نمط التدهور.



الرسم البياني (١): العلاقة بين درجات الذكاء والعمر على مقياس

وكسلر للراشدين (البريري، د.ت، ص ٤١).

ويوضح الرسم البياني (١) تغير الأداء على اختبارات الذكاء، إذ يشير إلى انحدار وتباطؤ في الذكاء مع التقدم في العمر.
 - صعوبة في حلّ المشكلات: غالباً ما تتسم مرحلة التقدم في العمر بالإعاقات المعرفية cognitive deficits، فالمسنون يجدون صعوبة في عملية حل المشكلات، وتكوين المفاهيم.

- هبوط في إتمام المهام وإكمالها: يحدث هبوط عام في القدرة على النجاح في إتمام المهام التي تتطلب السرعة، والمهام التي تعتمد على الأداء (مثل تركيب المكعبات).

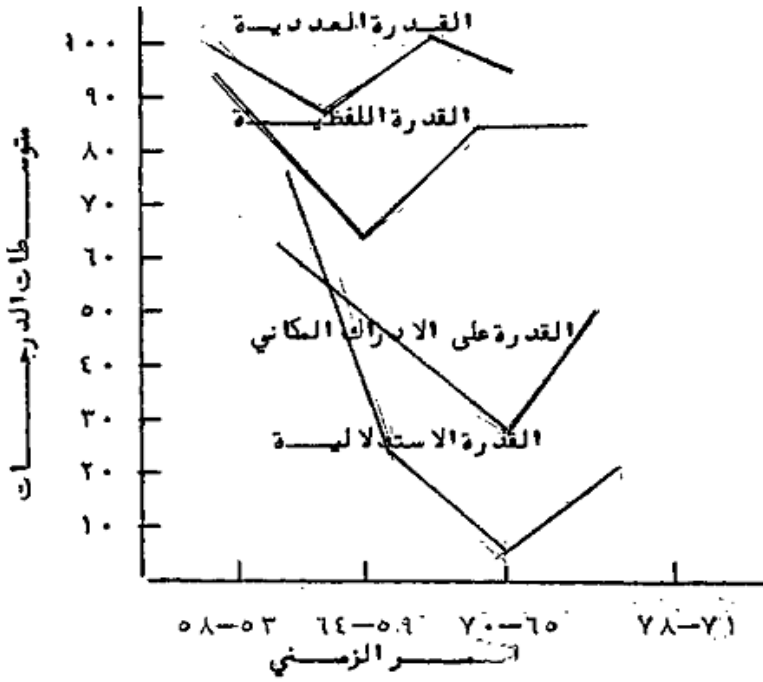
- قلة المرونة البصرية-الحركية: يواجه كبار السن صعوبات في المهام التي تتطلب الربط أو التنسيق ما بين الفعاليات البصرية والحركية، أو ما يُعرف بالمرونة البصرية-الحركية *visual-motor flexibility*، وتتضمن تحويل المعلومات البصرية إلى استجابات حركية جديدة.

- تراجع في عملية التذكر: وفيما يتعلق بقدرات كبار السن في النشاط العقلي المتمثل في عملية "التذكر" *memory*، فإنها تقل مع التقدم في العمر، إذ إنّ لأنظمة التخزين في الذاكرة نوعان، هما: التذكر قصير الأمد *short-term memory*، والتذكر طويل الأمد *long-term memory*.

يتضمن التذكر قصير الأمد، أحداثاً ووقائع حديثة، أو معلومات جديدة استعملت في فترة قصيرة من الزمن. وهذا النوع من التذكر ينحدر عند كبار السن، ويتأثر بالشيخوخة أكثر من التذكر طويل الأمد، وعلى هذا فإن كبار السن يجدون صعوبة في تخزين واسترجاع معلومات مكتسبة جديدة.

أمّا التذكر طويل الأمد، فهو يتضمن المعرفة والخبرات المتراكمة خلال امتداد الحياة، ولا يتأثر بشكل كبير مع التقدم في العمر، إلاّ إذا تعرض المسن للمرض.

- هبوط في القدرة على الاستدلال: إنّ أكثر القدرات انحداراً في مرحلة الشيخوخة، هي القدرة الاستدلالية (الاستنتاجية)، وذلك لحاجتها إلى العمليات العقلية العليا، إذ أكدت دراسة "سبيكمان" أنّ القدرة الاستدلالية تظلّ في نموها حتى يصل الفرد إلى عمر (٥٠) سنة، ثم تبدأ بعد ذلك بالانحدار (السياسي، ١٩٨٣، ص ١٤؛ عبد السلام، ٢٠٠٦، ص ٢٨). ويبين الرسم البياني (٢) معدل انحدار هذه القدرات مع العمر الزمني.



الرسم البياني (٢): يبين معدل انحدار أهم القدرات العقلية الأولية تبعاً لزيادة العمر الزمني من وسط العمر إلى الشيخوخة (السياسيسي، ١٩٨٣، ص ١٦).

- القدرة العددية واللفظية: أما القدرة العددية فلا تتأثر كثيراً بزيادة العمر الزمني، وكذلك القدرة اللفظية، إذ تشير الدراسات إلى أنّ قدرات كبار السن تحتفظ بحيوتها فيما يختص باستخدام اللغة والمعلومات العامة، ويمكن تفسير ذلك إلى الدافع والتدريب واعتماد الفرد في حياته على الأرقام والألفاظ.

- صعوبة عملية الإدراك: من أهم العوامل التي تؤثر في عملية الإدراك عند كبار السن، ضعف الحواس، فتزداد صعوبة عملية الإدراك وتكثر به الأخطاء، ولذلك تتطلب وقتاً أطول عما كانت تتطلبه وهم في مرحلة الرشد (فتاوي، ١٩٨٧، ص ٣٢ ؛ عبد السلام، ٢٠٠٦، ص ٢٧-٢٨).

العوامل المؤثرة في الخصائص العقلية المعرفية

هنالك ثلاثة عوامل مهمة تؤثر بشكل كبير في الوظائف المعرفية عند المسنين وهي تتمثل في؛ التعليم education، والصحة health، والعمل work.

أولاً- التعليم

تشير معظم الأدلة والمعطيات إلى أن الأجيال التي أثبتت نجاحها في القرن الماضي هي التي كانت أفضل في تعليمها. فكبار السن الناجحين في حياتهم هم في الغالب من الذين تلقوا التعليم الجامعي عندما كانوا شباباً، بالمقارنة مع آبائهم وأجدادهم، وتشير معظم الدراسات إلى أنّ الخبرات التعليمية ترتبط إيجابياً مع الدرجات المرتفعة على مقاييس الذكاء ومهام معالجة المعلومات.

وقد يسعى كبار السن من أجل الحصول على التعليم لعدة أسباب منها:

- ١- لتحقيق فهم أفضل عن طبيعة مرحلة الشيخوخة وخصائصها.
- ٢- لتعلم المزيد بخصوص التغيرات الاجتماعية والتقنية التي يمكن أن تحدث تغيرات مفاجئة في حياتهم.
- ٣- لاكتشاف المعرفة وتعلم المهارات ذات الصلة المباشرة بتعاملهم مع المتطلبات الاجتماعية والمهنية في حياتهم اللاحقة.
- ٤- لمعرفةهم بأنهم يحتاجون إلى معرفة أكثر وأفضل من أجل البقاء في مهنتهم ومواجهة التحديات والمنافسات المستقبلية.
- ٥- لأنّ العديد منهم اختاروا مهناً وأعمالاً عندما كانوا مراهقين أو راشدين، أمّا عندما أصبحوا مسنين فإن معظمهم مهتمهم قد اندثرت ولم تعد موجودة بسبب التغيرات التقنية التي طرأت على جميع مفاصل الحياة، لذلك فإن التعليم يمكنهم من اكتشاف وتطوير ذواتهم بما يسمح لهم بملء الفراغ والفجوات في معرفتهم ويمكنهم من التكيف الأفضل لحياة التقاعد بعد العمل.

ثانياً- الصحة

تشير العديد من الدراسات إلى أن كل أجهزة الجسم البيولوجية والفيسيولوجية تتأثر بالتقدم في العمر ويبدأ الإنسان في الإصابة بالأمراض التقليدية الخاصة بتقدم العمر. فأمراض القلب والشرابين والسكر وارتفاع ضغط الدم يعرفها كثير ممن دخلوا سن (٦٠) سنة.

وأوضحت الدراسات أن الأجيال الأكثر نجاحاً، هي التي تمتلك صحة أفضل في المراحل المتقدمة من العمر، ويكون لديها قدرة على التعامل مع الأمراض التي قد يصابون بها بشكل أفضل، التي من المحتمل أن تتطور لاحقاً (ارتفاع ضغط الدم)، إنَّ مثل هذه الأمراض، تكون تأثيراتها السلبية كبيرة على الأداء العقلي للفرد وخصوصاً "الأداء الإدراكي".

إذ بينت إحدى الدراسات، ارتباط ارتفاع ضغط الدم بانخفاض الأداء على مقياس "وكسلر" للذكاء لدى عينة من الأفراد بعمر (٦٠) سنة، وفي دراسة أخرى، ارتبطت الصحة والنشاط الجسدي إيجابياً مع الأداء المعرفي لدى المسنين.

ثالثاً- العمل

أكدت دراسات عدّة أنّ الأجيال التي أثبتت نجاحها في الحياة هي من يمتلك خبرات عمل تشتمل على الجهد الموجه معرفياً. فأجدادنا وآبائهم كانوا أكثر اعتماداً على جهدهم اليدوي بالمقارنة مع آباءنا الذين امتهنوا مهناً ذات جهد معرفي.

إذ إنّه عندما استُبدل المجتمع الصناعي بمجتمع معلوماتي، امتلكت الأجيال الجديدة خبراتٍ أكثر في المهن التي تتطلب توظيف معرفي كبير.

فزيادة التركيز على معالجة المعلومات في المهن من شأنه أن يزيد من احتمالية رفع القدرات العقلية المختلفة للعاملين فيها (العبيدي، ٢٠١٢، ص٧٣؛ حافظ، د.ت، ص١٦-١٧).

٢-٥ الخصائص الانفعالية لدى كبار السن

تميل انفعالات كبار السن إلى تلخيص السلوك الانفعالي لمراحل الحياة كلّها في مرحلة واحدة، فهي مزيج من انفعالات الحياة من طفولتها إلى شيخوختها، وقد يحدد نوعها، وظهور بعضها واختفاء بعضها الآخر، مدى تكيف الفرد مع نفسه وبيئته، ومدى تقبله للآخرين. وبالإمكان تلخيص أهمّ انفعالات الطفولة التي تعود إلى الظهور مرة أخرى في الشيخوخة، في النواحي الآتية:

١- انفعالات المسنين ذاتية المركز، تدور حول أنفسهم أكثر مما تدور حول غيرهم، وتؤدي هذه الذاتية إلى نمط من السلوك الأناني الذي قد لا يتفق في مظهره العام وما يتوقعه الأحفاد من سلوك الأجداد.

٢- لا يتحكم كبار السن تحكماً صحيحاً في انفعالاتهم المختلفة، شأنهم في ذلك شأن الأطفال الذين يعجزون عن ضبط عواطفهم، وعندما يغضب المسنون فإنهم غالباً ما يثورون كالأطفال.

٣- يقف المسنون أحياناً من البيئة المحيطة بهم موقفاً سلبياً، لا يفعلون لها أو معها، وكأنهم بذلك يعبرون عن الهوة الكبيرة التي تفصلهم عن الأجيال الأخرى التي تضطرب بها الحياة من حولهم.

٤- تتصف انفعالات كبار السن بالخمول والبلادة، وقد يرجع هذا الشعور والسلبية إلى عدم إدراك المسنين للمسؤولية التي تواجه من يحيطون به.

٥- يخطئ كبار السن في إدراكهم للموقف المحيط بهم، لذلك تظهر انفعالاتهم بشكل لا يتناسب ومقومات الموقف الذي أثار في نفوسهم هذا الانفعال.

٦- يشعر كبار السن بأنهم مظلومون في حال لم يقبل الآخرون مواقفهم، ويؤدي بهم ذلك الشعور إلى الإحساس العميق بالفشل.

وتتشابه انفعالات المسنين مع انفعالات المراهقين في النواحي الآتية:

(أ) المسنون مترددون في كثير من انفعالاتهم، شأنهم شأن المراهقين قبل أن يصل بهم نموهم الانفعالي إلى النضج الذي تتطلبه طبيعة نموهم ومطالب حياتهم.

(ب) تتميز انفعالات الشيخوخة في بعض نواحيها بصور مختلفة من الاندفاع العاطفي الذي به تتميز انفعالات المراهقة.

(ج) وكما يحاول المراهق أن يفرض شخصيته ليؤكد ذاته كي يتخلص من خضوع الطفولة، كذلك يحاول كبير السن أن يفرض شخصيته في سيطرة غريبة لإبعاد الظن أنه بدأ يضعف ويهرم (سليم، ٢٠٠٢، ص ٥١٠).

الآثار النفسية للتغيرات التي تطرأ على المسنين

إنّ جميع التغيرات التي تحدث لدى كبير السن في جوانب شخصيته، تؤثر في حالته النفسية، وذلك نتيجة لتداخل جوانب النمو العضوي والوظيفي. إذ تؤكد دراسات الصحة النفسية، أنّ الأمراض النفسية ذات المنشأ العضوي "الأمراض الذهانية"، تعدّ من الأمراض النفسية الشديدة، وتكون فرص الشفاء منها قليلة، وفي ذات الوقت، حدد الأطباء أمراضاً عضوية كثيرة منها ضغط الدم، ومرض السكر، وآلام المعدة، والسكتة القلبية، والشلل الهستيرى، وتصلب الشرايين، وبعض الأمراض الجلدية، كل هذه الأمراض قد يصاب بها الفرد نتيجة لأسباب نفسية، إضافة إلى أنها قد تنشأ لأسباب عضوية.

إنّ تدهور الصحة البدنية العامة لدى المسن، وتزايد المرض، وفقدان العمل كل ذلك يؤدي بالمسن إلى أنماط سلوكية انفعالية واجتماعية غير سوية، كالخوف من المجهول والقلق الدائم والصراع بين القديم والحديث والتوتر والحساسية الانفعالية، وعدم الثقة بالآخرين، والشك في نواياهم.

إنّ كل هذه الأنماط السلوكية تحدث نتيجة للتغيرات البدنية والعقلية التي تحدث لكبير السن التي يصنفها علماء النفس وأطباء الصحة النفسية ضمن الانحرافات السلوكية أو الأمراض النفسية (أبو جعفر، ٢٠١٤، ص ١٥٩-١٦٠).

الفصل العاشر

مشكلات مرحلة الشيخوخة

تمهيد

تبدأ معاناة المُسنّ عند فقدانه الإحساس بقيمته ومكانته وتقديره من قبل أفراد أسرته ومجتمعه. وتتخصص هذه المعاناة في مشكلات مختلفة تأخذ أشكالاً عدة، فمنها ما هو شخصي يتعلق بذات المسن، ومنها ما هو اجتماعي ونفسي تتعلق بظروفه المتغيرة كعضو في أسرة وجماعة ومجتمع. ويمكن إيجاز أنواع المشكلات المرتبطة بالتقدم في العمر كالآتي:

١- تعرض كبار السن لسوء المعاملة

يُقصد بسوء معاملة كبار السن، تلك التصرفات المتكررة من قبل الآخرين التي تُسيء إليهم، وتؤدي إلى الفشل في حمايتهم، الأمر الذي يوقع الضرر والمضايقة على هؤلاء ويحرمهم من العيش بصورة طبيعية. إذ تشكل حالات العنف وسوء معاملة المسنين ظاهرة في بعض المجتمعات، إذ تصل نسبة الإساءة في بعض المجتمعات إلى ١٠%، إذ يتعرض العديد منهم للأذى من جانب المحيطين بهم من الأقارب والذين يقومون على رعايتهم. وكبار السن الذين يتعرضون للعنف وسوء المعاملة، في الغالب، هم أولئك الذين يعانون عجزاً في الحركة، الأمر الذي يجعلهم في حاجة ماسة للرعاية الكاملة، إذ لا يتمكنون من خدمة أنفسهم والاستقلالية في أمورهم الحياتية. وكذلك الذين يعانون من صعوبة في التعبير والتفاهم كأصم والأعمى والمريض العقلي، أو الذين يعيشون في فقر شديد ولا يملكون أي دخل.

أشكال الإساءة الموجهة ضد كبار السن

من المتفق عليه أن العنف ضد المسنين يمكن أن يكون بارتكاب عمل إجرامي ضدهم، أو بإغفالهم وتركهم وإهمالهم، ويمكن أن يكون ذلك مقصوداً أو غير مقصود، وقد يكون انتهاكاً ذا طبيعة بدنية، كما يمكن أن يكون نفسياً، أو أن يشتمل على الإساءة المالية، أو أي شكل من أشكال الإساءة بالتعامل المادي.

أ. سوء المعاملة الجسدية (الانتهاك الجسدي): وهي استعمال العنف ضد كبير السن والضرر الذي يلحق به من الناحية البدنية، كضربه أو تقييد حركته ومنعه من مغادرة المنزل مثلاً.

ب. سوء المعاملة النفسية (الانتهاك النفسي): ويشمل الإهانة والتأفف والتجريح اللفظي أو توجيه الشتائم أو الصياح في وجوههم، وكذلك تعرضهم للتهديد والسخرية والألقاب المهينة، والمبالغة في لومهم، وارتفاع نبرة الصوت، والإهمال العاطفي. ويعد هذا الشكل من سوء المعاملة (العنف النفسي) خطيراً جداً لما له من أضرار نفسية، مما يشعر المسن بالدونية وعدم الاهتمام.

ج. سوء المعاملة المادية (الاستغلال والابتزاز): كالسيطرة على أموالهم وممتلكاتهم، وتجريدهم منها وإجبارهم للتنازل عن أملاكهم باستخدام القوة، وكذلك حرمانهم من التصرف في مدخراتهم، وهم في حالة ضعف لا يملكون القوة للدفاع عما لديهم ضد من يستغلهم.

د. سوء الاستخدام الطبي: مثل حرمانه من العلاج أو الأدوية الضرورية لصحته، وحرمانه، على سبيل المثال، من وسائل التحسين السمعي والبصري.

هـ. الإهمال وعدم العناية بنظافتهم، ومنع الطعام والشراب عنهم (ابراهيم،

٢٠٠٨، ص ٥٦؛ الشرييني، ١٩٩٧، ص ١٥٦-١٥٧).

٢ - المشكلات الوظيفية لدى كبار السن

تؤثر المشكلات الوظيفية functional problems، على أنشطة الحياة اليومية الأساسية activities of daily living، مثل الاستحمام، وارتداء الملابس، وتناول الطعام، والتزين ... الخ، وعلى أنشطة الحياة الوظيفية instrumental activities of daily living، كالتسوق والتنقل من مكان لآخر، وركوب وسائل النقل، وقيادة السيارة، وإدارة الأمور المالية واستعمال الهاتف، والترويج. وعادةً تبدأ هذه المشكلات الوظيفية بفقدان القوة وخسارة المعدلات الطبيعية للحركة، وارتفاع معدل الشعور بالألم.

وتعدّ هذه الأعراض من أكثر الخصائص انطباقاً وارتباطاً بالتغيرات الوظيفية بالتقدم في العمر. ويعدّ العمل بوصفه نشاطاً وظيفياً أكثر عرضة بصورة خاصة لآثار التقدم في العمر.

ولأنّ العمل يحتلّ مكانة عالية ويمثّل قيمة بالغة في حياة الفرد، فإنّ العديد من كبار السن المصابين بالأمراض والإعاقات يشعرون بالتعب والألم والضعف. وتشير كثير من الدراسات إلى أنّ كبار السن غالباً ما يتخلون عن أنشطة الترويح التي كانوا يمارسونها، كما أنهم يلجؤون للحصول على خدمات مساعدة أكثر في الأنشطة الحياتية الوظيفية.

إضافةً إلى أنّهم يحاولون الحصول على فترات راحة أطول، وذلك من أجل الاحتفاظ بقوتهم وإمكانياتهم لمواجهة أمورهم بصورة طبيعية (علاء الدين ؛ كفاي، ٢٠٠٦، ص ٣٤-٣٥).

٣- المشكلات الاجتماعية لدى كبار السن

يعاني الإنسان -عموماً- من الحرمان الاجتماعي، عندما يفقد القدرة على حرية التواصل الاجتماعي، والمسئ يُعدّ من أكثر فئات المجتمع تعرضاً للحرمان الاجتماعي، وذلك نظراً لقلّة موارده المالية وضعف قواه الجسدية.

ويزيد من حدّة المشكلات الاجتماعية شعور المسن بالعزلة عن حياة المجتمع، وإحساسه بعدم النفع، ويبدأ هذا الشعور بالحرمان الاجتماعي من العلاقات العائلية التي تشكل جزءاً كبيراً من نشاطه واهتماماته اليومية، مما يقيد تحركات ويحدّ من علاقاته الشخصية بأفراد المجتمع.

وترجع أسباب حدوث المشكلات الاجتماعية إلى عدة أسباب، لعلّ أهمها:

- ١- صعوبة تكيف الفرد في مواجهة متطلبات المتغيرات الاجتماعية.
 - ٢- عدم مسايرة النظم الاجتماعية مع تطورات المجتمع الحديث.
 - ٣- التغير الاجتماعي.
 - ٤- تقلص العلاقات الاجتماعية إلى حد كبير واقتصارها فقط على الأصدقاء القدامى والمقربين منهم، وبالتالي حدوث النقص في التفاعل الاجتماعي.
- انطلاقاً من ذلك، تُلخص المشكلات الاجتماعية للمسنين في أربعة مظاهر:
- أ- صراع القيم بين الأجيال وأثره على توازن العلاقات الأسرية.
 - ب- الفشل في التوافق الاجتماعي.
 - ج- ضعف القيادة داخل الأسرة.
 - د- الاغتراب عن المجتمع: وذلك نتيجة لعدم استجابة المجتمع لاحتياجات المسنين، وعدم توفير الفرص لهم للاشتراك في اتخاذ القرارات المهمة المتعلقة بإشباع متطلباتهم، فينشأ ما يسمى باغتراب المسنين عن المجتمع (صباح، ٢٠١٠، ص ٤٥٦ ؛ القصابي، ٢٠١٣).

ونتيجة لاغتراب المسنين عن المجتمع، تتأثر أدوارهم ومكانتهم ومهاراتهم الاجتماعية على النحو الآتي:

أولاً- تأثير الدور الاجتماعي

يرى "بارسونز" أن حقيقة الوجود الاجتماعي تكمن في مستوى الدور والمكانة التي يحتلها الفرد. إذ إنّ القرابة *kinship*، والانتماء *belonging*، والنسق القيمي *value system*، تعدّ من أهم الركائز التي يعتمد عليها بناء الأدوار داخل الأسرة. فهي لا ترتبط، أو يجب ألا ترتبط بالمصلحة النفعية *interest* والفائدة المادية، بل بالواجبات الاجتماعية وعلاقة الدم والثقافة. إلا أنّ فقدان الدور الاجتماعي *social role*^٢، والمكانة يعدّ من التغيرات الرئيسية التي تحدث في مرحلة الشيخوخة ويكون لها تأثير قوي على الحالة النفسية لدى المسنين (ابراهيم، ٢٠٠٨، ص ٥٥؛ الخطيب، ٢٠٠٨).

ثانياً- فقدان المكانة الاجتماعية

تعتمد المكانة الاجتماعية للفرد في أي جماعة على دوره القيادي فيها، ويعتمد هذا الدور على ما يقوم به الفرد من خدمات للجماعة التي ينتمي إليها. وتتأثر المكانة الاجتماعية للفرد في جميع مراحل حياته بالمعايير القائمة والقيم السائدة في المجتمع الذي يعيش في إطاره.

^١ نسق القيم **Value System**: هو مجموعة من القيم والمعايير والمبادئ يتمسك بها المجتمع، وتنظم سلوك الأفراد فيه.

^٢ الدور الاجتماعي **Social role**: هو ما يقوم به الفرد في علاقاته مع الآخرين. ويعرف أيضاً بأنه مجموعة الواجبات والالتزامات التي نتوقع أداءها من الأفراد مقابل الحقوق والمزايا التي يتمتع بها نتيجة لشغله موقع اجتماعي معين تجاه أفراد آخرين يشغلون مواقع أخرى من البنية الاجتماعية (البربري، د.ت، ص ٢٤).

وكذلك ينخفض تقديره لقيمة الذات ويظل بلا أهداف ولا طموحات، ويفكر في نفسه بأنه لا قيمة له في المجتمع الذي يعيش فيه. ويفقد المسنون مراكزهم في العلاقات العائلية ويقلّ تأثيرهم على الأسرة.

فانسحاب المسنون وانقطاعهم عن المجتمع يعدّ سمةً من سمات التقدم في العمر، ويؤدي هذا الانسحاب إلى محدودية الاتصال بالمجتمع وتدهور المشاركات الاجتماعية، وقد يرجع ذلك إلى نظرة المجتمع واتجاهاته إلى الاختلاط الاجتماعي بالمشاركة مع أفراد المسنين.

ويأخذ الانسحاب لدى المسنين شكلين: **الشكل الأول**: يكون بإرادة المسن، فقد ينسحب حين يشعر أن بعض النشاطات الاجتماعية لم تعد تلبّي احتياجاته، فيجد نفسه منعزلاً عما يدور حوله. **الشكل الثاني**: يكون بغير إرادة المسن، (بسبب التقاعد مثلاً)، إذ يضطر أن يبتعد عن زملائه بالعمل الذين اعتاد رؤيتهم دائماً، أو انتقال أحد الجيران أو الأصدقاء المقربين لديه إلى مكان آخر، أو موت أحدهم أو زواج الأبناء وبقائه وحيداً، أو بسبب عجز المسن وصعوبة تنقله مما يؤدي لبقائه وحيداً (القصابي، ٢٠١٣؛ سواكر وابراهيم، ٢٠١٥).

ثالثاً- تدهور المهارات الاجتماعية

تعدّ المهارات الاجتماعية، أحد العوامل المهمة في تفاعل الفرد مع الآخرين، والقدرة على الاستمرار في هذا التفاعل، الذي يعتمد نجاحه على مهارات اللفظية والجسدية للفرد، ويعدّ افتقاده لمهارة التفاعل الاجتماعي social interaction، الناجحة مع الآخرين، أحد العوامل المؤدية إلى انسحاب الفرد وشعوره بالعزلة والاستبعاد الاجتماعي، والعجز وعدم التقبل.

٤ - المشكلات النفسية والعقلية لدى كبار السن

تمثل المشكلات النفسية الغالبية العظمى من مشاكل المسنين، إذ تتفاعل الأسباب الجسمية والعقلية والاقتصادية وتؤثر في حياة كبار السن. وهناك نوعين من المشكلات النفسية لدى كبار السن، وهي:

النوع الأول: وينتج عن اضطراب فسيولوجي وبيولوجي، مثل ضمور الخلايا ونقص في القدرات العقلية أو ضعف في الذاكرة.

النوع الثاني: وينتج عن اضطراب نفسي واجتماعية "سيكوسوماتي"، ويحدث نتيجة التغير المفاجئ لكبار السن بعد الإحالة على التقاعد والإحساس بالفراغ الكبير، وبدء العزلة تدريجياً عن المجتمع (صباح، ٢٠١٠، ص ٤٥٨؛ مصطفى، د.ت، ص ١٠).

ويرى "الجوير" (٢٠٠٤)، أن أهم المشكلات النفسية لدى كبار السن يمكن إجمالها بما يأتي:

- مشكلات التكيف مع الواقع الاجتماعي الجديد، وعدم القدرة على تحقيق التوافق المطلوب.
- اللامبالاة من جانب المسنين تجاه ما يضطرب حولهم من مشكلات اجتماعية وسياسية واقتصادية.
- الشك والريبة في الآخرين.
- الحساسية الزائدة.
- احتمال ظهور الأمراض العصبية والذهانية في سن الشيخوخة مثل (القلق، والاكتئاب، والأمراض النفسية والجسمية والخوف وذهان الشيخوخة ... وغيرها).
- النكوص، كالإسراف في العناية بالمظهر الخارجي وتقليد الشباب.
- الشعور بالذنب.
- توهم المرض.

- الوسواس القهري.

- احتدام الصراع بينهم وبين الأبناء أو الأحفاد، وذلك لتباين الأمزجة بين الأبناء وكبار السن، فكبار السن مثلاً لا يتسمون بالمرونة المزاجية، بل يكون مزاجهم تبلور على نحو مستقر لا يمكن تغييره.

- أيضاً من المشكلات التي يمكن أن تواجه كبار السن الدخول إلى مؤسسات الرعاية الخاصة بكبار السن وما يرافقه من تأثيرات سلبية في نفسيته، إذ إن وضع كبار السن في مؤسسات الرعاية قد يكون في ذاته صدمة شديدة لصورتهم عن ذاتهم، وأن دخول المسن إلى مؤسسة الرعاية يولّد حالة اكتئاب وضغط نفسي، حين يطالب بالتكيف مع نمط حياة يختلف بصورة كبيرة عما ألفه سابقاً.

ويرى "فهيمى" (١٩٩٩م)، أن المشكلات النفسية تعود للأسباب الآتية:

- إن نقص الحيوية عامة، يسبب اضطرابات نفسية مع اضطرابات سلوكية، إما بالانعزال أو الاكتئاب أو بالعدوانية على الآخرين.

- كبر الأبناء واستقلالهم المادي والمعيشي، وإحساس المسن بأنهم لم يعودوا يحتاجون له، وخصوصاً إذا شغلت الحياة هؤلاء الأبناء عن الاهتمام والرعاية.

- إن فقدان الأقران والأصدقاء بالوفاة، يزيد من عزلة كبار السن (القصابي، ٢٠١٣، ص ٢٦؛ ريشان & مغامس، ٢٠١٧، ص ٧٨٥).

كما أن من صور المشكلات العقلية والاضطرابات النفسية التي يتعرض لها كبار السن، اضطرابات الشخصية، والاضطرابات العاطفية (الاكتئاب والحزن الشديد)، والاضطرابات العضوية (الزهايمر) ... وغيرها من المشكلات التي سنطرق إليها بشكل مفصل فيما يلي:

أولاً- خرف الشيخوخة

يزداد انتشار خرف الشيخوخة (الدمنشيا) dementia، بشكل يتناسب طردياً مع تقدم العمر بعد سن الستين، ويقدر أن حوالي (٣٠-٥٠%) من المسنين الذين بلغوا سن الخامسة والثمانين مصابون بدرجة من هذا الخلل أو الاضطراب.

إنّ خرف الشيخوخة هو، "مصطلح عام يستخدم لوصف مجموعة من الأعراض التي تظهر نتيجة نقص في القدرات العقلية وتدهور في الذاكرة وصعوبة التفكير والتخطيط، واضطرابات في القدرة على اتخاذ القرارات والمهارات الحركية، وغيرها من وظائف الدماغ العليا".

والخرف (العتة)، هو من أكثر الأمراض العصبية شيوعاً في مرحلة الشيخوخة، إذ يُعبّر عن حالة مرضية، وعادةً يكون مزمنًا، وينتج عن أمراض تصيب أنسجة المخ وتؤدي إلى تدهور الوظائف المعرفية (الدسوقي، د.ت، ص١٩ Choices, ٢٠١١؛ أبو حامد، ٢٠٠٩، ص١٠).

ومن أعراض هذا المرض عجز في التعلم، وعدم القدرة على حلّ المشكلات، وانحدار في فعالية الانتباه والوعي بكافة أشكاله، وفقدان تدريجي للذاكرة، يفقد معه المسن القدرة على القيام بأبسط المهام اليومية الضرورية، فعلى سبيل المثال لا يستطيع المسن تنظيف أسنانه. ويعتقد أن لهذه الأعراض ارتباطاً باضطرابات الدماغ brain disorders، وبأمراض ذات العلاقة بوجود عجز في وظائف القشرة الدماغية (الشقيرات والنوايسة، ٢٠٠٢، ص٨٥؛ فرغلي، ٢٠١٥، ص١٢).

يعدّ اختبار (رسم الساعة) clock drawing test، الذي أعدّه عالم النفس المصري "عبد القوي"، من الناحية الشكلية اختباراً بسيطاً أو مهمة سهلة، إلاّ أنّه اختبار تشخيصي يفيد في تحريّ بؤادر الخرف، لأنّ الرسم الحرّ للساعة، مع وضع التوقيت عليها، يشير إلى العديد من الوظائف المعرفية التي تنتزع على أكثر من منطقة في المخ، ومن هذه الوظائف:

- الذاكرة للاحتفاظ بهذه التعليمات لفترة زمنية معينة.
- القدرة على تشكيل بصري مكاني للساعة.
- مهارات اللغة المسموعة لفهم التعليمات.
- مهارات لغوية لرسم الأرقام.
- الوظائف التنفيذية للتخطيط والتنظيم. وعموماً، فإنّ قصور القدرة البصرية التركيبية يكون مبكراً في حالات الخرف، ونتيجة لذلك فإنّ البحوث الحديثة تركز على اختبار رسم الساعة كأداة لقياس هذه الوظيفة لدى المسن (عبد القوي، د.ت).
- وصف اختبار رسم الساعة:** تتضمن تعليمات الاختبار أن يقدم الفاحص ورقة بيضاء للمفحوص في حجم (٢٨×٢١ سم) ويطلب منه أن يرسم ساعة بكل الأرقام، على أن تشير العقارب إلى أوقات محددة يقوم الفاحص بتحديدتها. وتصحيح الدرجات يتم كما يلي:
- ١- الدرجة بين (٦-١٠)، تعني أنّ الدائرة والعقارب موضوعة بشكل صحيح

مع بعض الاضطراب في وضع العقارب، على النحو الآتي:

الدرجة	الوصف الكيفي
١٠	يكون رسم العقارب، والأرقام، والدائرة، صحيحاً.
٩	يوجد بعض الأخطاء في وضع العقارب على الأرقام، ويكون العقربان متساويان في الطول.
٨	وجود أخطاء أكثر وضوحاً في وضع العقارب على الأرقام، مع صحة طول العقارب، ولكن ليسا في منتصف الساعة وإنما إلى أعلى.
٧	وجود أخطاء واضحة في وضع العقارب مع حذف بعض الأرقام أو تكرارها.
٦	عدم استخدام جيد لعقارب الساعة (مثل عرض الأرقام أو وضع دائرة على الأرقام إشارة إلى وضع العقرب، أو توصيل الأرقام (١٠ و ١١، أو ١١ و ٢).

٢- الدرجة بين (١-٥): وتعني أنّ رسم العقارب مضطرب بشكل كبير على

النحو الآتي:

الدرجة	الوصف الكيفي
٥	أعداد مزدحمة في جانب واحد من الساعة، وقلب الأرقام، وتكرارها.
٤	غياب الشكل الظاهري للساعة، الأرقام داخل دائرة، اضطراب وضع العقارب.
٣	الأرقام وواجهة الساعة ليستا على اتصال (الدائرة في جانب والأرقام خارجها مثلاً).
٢	تمثيل غامض للساعة.
١	عدم الاستجابة على الإطلاق، أو رسم لا يمت للموضوع بصلة.

عندما يفشل المسن في هذا الاختبار البسيط، يكون من المطلوب إجراء تقييم للإدراك لاحقاً بإجراء فحص مصغر للحالة العقلية والاختبار النفسي العصبي للمسن. أمّا إذا استطاع قادراً على رسم الساعة ووضع التوقيت المطلوب عليها بشكل صحيح يكون احتمال إصابته بالخرف مستبعداً.

وهناك العديد من أنواع خرف الشيخوخة، وأياً كان نوعها فإنها تؤدي بالنهاية إلى تدهور مستمر في القدرات العقلية، وأكثر أنواع الخرف شيوعاً وقسوة هو مرض ألزهايمر Alzheimer disease، الذي يشكل (٦٠-٧٠%) من الحالات المعروفة، فهو يسبب تدهوراً تدريجياً ينتهي بالوفاة (Choi, ٢٠١١)؛ الدسوقي، د.ت، ص ١٩؛ فرغلي، ٢٠١٥، ص ١٢).

مرض ألزهايمر

يسمى "مرض ألزهايمر" أيضاً "عته الشيخوخة"، وهو واحد من أمراض تقدم السن ويحدث بنسبة (٥%) فوق سن (٦٠) سنة، وتزيد احتمالات الإصابة به إلى (٢٠%) فوق سن (٨٠) سنة. يسبب تدهوراً سريعاً في الحالة العقلية والسلوكية ووظائف الجهاز العصبي، ويتم علاج الحالات باستخدام الأدوية ووسائل الرعاية والتأهيل المختلفة.

ويُعرّف "ألزهايمر" بأنه: "مرض دماغي، يصيب عادة كبار السن، وهو يختلف عن حالة ضعف الذاكرة المعتادة في الشيخوخة"، إذ يصفه الطبيب الألماني "ألويس ألزهايمر" Alois Alzheimer (١٨٦٤-١٩١٥م)^١، بأنه "تدهور عقلي وسلوكي عام، وليس فقط تدهور في النسيان واضطراب في الذاكرة". ومرض "ألزهايمر" يشبه إلى حدّ كبير حالات التخلف العقلي في الأطفال، إذ إنّ القوى العقلية تقلّ عموماً عن المتوقع في مثل هذا السن، فيفقد الإنسان تدريجياً قدراته العقلية، الأمر الذي يؤثر في نشاطاته اليومية.

يُصنّف مرض "ألزهايمر" - في الوقت الحالي- بأنه المسبب الرابع للوفاة لدى المسنين في الدول المتقدمة، بحسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية. وأوضحت الإحصاءات سنة (٢٠١٣م)، أنّ عدد المصابين بمرض "ألزهايمر" في العالم يبلغ (٤٤) مليون، وتقدر هذه الإحصاءات ارتفاع العدد إلى (٦٦) مليون بحلول عام (٢٠٣٠م) (الرابطة العمانية للزهايمر، ٢٠١٤، ص ١ ؛ الشرييني، ٢٠٠٦، ص٧).

^١ "ألويس ألزهايمر" Alois Alzheimer (١٨٦٤-١٩١٥م): وصف لأول مرة عام (١٩٠٦م)، التغيرات التشريحية المرضية (دراسة مقاطع من النسيج الدماغي بواسطة المجهر) عند مريضة مصابة بالعتة أو الخرف، وتبلغ من العمر (٥١) سنة وذلك بعدما أخذ خزعة من دماغها عند الوفاة.



أليوس ألزهايمر (١٨٦٤-١٩١٥م)

الطبيب الألماني الذي وصف مرض ألزهايمر (الشربيني، ٢٠٠٦، ص٧).

حقيقة مرض ألزهايمر

إنّ المشكلة الرئيسة لهذا المرض هي ضمور خلايا المخ العصبية وموتها بشكل تدريجي، كما تكون أعراضه نتيجة لنقص في بعض الكيمياءات المهمة التي تعمل على نقل الرسائل العصبية في الدماغ. مما يؤدي إلى قصور في الوظائف التي تقوم بها العمليات العقلية، ومشاكل في الذاكرة والتفكير والسلوك تؤثر بشدة على حياة الأفراد وممارستهم لنشاطاتهم وهواياتهم وأنماط حياتهم المعتادة.

يبدأ المرض بشكل خفي ويتطور نحو تدهور تدريجي ومتواصل وتصادي لوظائف الدماغ العليا، مشكلاً السبب الأول للخرف في الأعمار المتقدمة.

يصيب هذا المرض الذاكرة أساساً، ويظهر النسيان وضعف الذاكرة تدريجياً، خصوصاً للأحداث القريبة (الذاكرة القريبة) recent memory، دون تأثر الذاكرة البعيدة remote memory أي ذاكرة الطفولة والشباب وذكريات الماضي، إذ يتمكن المريض من تذكر تفاصيل من الماضي البعيد منذ أيام الطفولة والصبا، ويتطور الأمر إلى تدهور أكبر في الذاكرة.

كما يحصل تراجع في المنظومة الفكرية كاتخاذ القرار والأحكام، بما ينعكس سلباً على الحياة الأسرية والمهنية والاجتماعية مع تغيرات في السلوك والمزاج. إذ أظهرت البحوث الطبية أنّ انخفاض نسبة (الأسيتيل كولين)^١ في المخ، هو السبب الرئيس الذي يؤدي إلى انخفاض قدرة مريض ألزهايمر على التذكر والتفكير. وأيضاً من العوامل التي تؤدي إلى الإصابة بمرض ألزهايمر هو تقدم العمر، فنسبة حدوث المرض بين سن ٦٥-٦٩ حوالي ٥%، لكنها تزيد عن ٢٠% بعد أن يتجاوز الفرد ٨٠ عاماً، أي يمكننا القول: إنّهُ كلّما تقدم العمر بالإنسان زادت نسبة إصابته بهذا المرض.

كما أنّ المرض يستمر بين ثمانية إلى عشر سنوات، على الرغم من أنّ بعض المصابين بالزهايمر قد يموتون في مرحلة مبكرة أو قد يعيشون لفترة ٢٠ عاماً (أبو حامد، ٢٠٠٩، ص ١١؛ الشربيني، ٢٠٠٦، ص ٨).

وهناك تباين في توزيع نسبة الإصابة بين الجنسين، إذ تصاب عموماً امرأتان مقابل كل رجل، والعوامل المعروفة في تفسير ارتفاع الإصابة عند النساء هي:

- ١- معدل توقع الحياة أعلى عند النساء منه عند الرجال.
- ٢- تصاب النساء بالداء السكري الكهلي بنسبة أعلى من تلك عند الرجال، ويعدّ داء السكري أحد العوامل الخطرة للإصابة بالزهايمر.
- ٣- انخفاض نسبة مستوى هرمون الأستروجين بعد سن اليأس، وكما هو معروف يعدّ هذا الهرمون عاملاً وقائياً ضد المرض.

^١ الأسيتيل كولين **Acetylcholine**: هو من المواد الطبيعية المهمة في الجهاز العصبي، ويعدّ أحد الناقلات العصبية في الدماغ، ذات العلاقة بالوظائف العصبية والنفسية، كما أنه يلعب دوراً حاسماً في تشكيل الذكريات، والقدرة على التركيز، ويحسن من وتيرة ونوعية الخلايا العصبية (الشربيني، ٢٠٠١، ص ١٦؛ <http://www.arab-ency.com>).

أعراض مرض ألزهايمر

يتطور مرض ألزهايمر بشكل خفي، إذ يصعب تشخيصه في السنوات الأولى من تطوره، ويعتقد أنه في اللحظة التي يتم فيها تشخيص المرض تكون العملية المرضية قد مرَّ عليها ما بين الخمس إلى العشر سنوات. وربما معرفة الأعراض المنذرة بالمرض يساعد في التشخيص المبكر له. فيما يلي يمكن إيجاز أهم هذه الأعراض والعلامات المبكرة على الإصابة بمرض ألزهايمر:

١ - فقدان الذاكرة

يشكل نسيان المعلومات التي تم تعلمها مؤخراً أحد الإشارات المبكرة للإصابة بالزهايمر، ويبدأ النسيان بوتيرة أكثر تكراراً ويصبح الفرد عاجزاً عن تذكر المعلومات، وتتجلى أهم مظاهر تدهور الذاكرة في الآتي:

- يشمل النسيان الواقعة بكليتها وليس جزءاً منها، كأن ينسى المريض أن أحداً قد زاره في اليوم السابق، ولا يفيد تذكير المريض ببعض الوقائع كي يتذكر.

- يفقد المريض الشعور بالزمان والمكان، إذ إنَّ فقد القدرة على معرفة الوقت والتاريخ والمكان، يدل على وجود ارتباك ذهني كما يمكن أن يتوه مريض ألزهايمر في الأماكن المألوفة والمعتادة، وينسى أين هو وكيف وصل إلى المكان، ويجهل طريق العودة إلى المنزل. ولا يعرف الأوقات فيطلب الخروج بعد منتصف الليل، ولا يذكر أيام الأسبوع وشهور وفصول السنة.

- يصعب على المريض التعرف على الناس من حوله فينسى الأقارب والأهل حتى الزوجة والأبناء الذين يعيشون معه، ويكرر سرد القصص بدون وعي. وكثيراً ما يخلط مرضى ألزهايمر بين الأجيال، فيظن خطأً أن زوجته هي والدته مثلاً.

- ينسى أنه تناول الطعام فيطلبه مرة أخرى.

- ينسى أين يضع أشياءه الخاصة كمحفظة النقود والمفاتيح والنظارات ...

- ينسى المواعيد المهمة.

٢ - صعوبة في إتمام الأعمال المألوفة

ويقصد بها تلك الأمور المعتادة في الحياة اليومية، كتحضير الطعام، وتشغيل الأدوات الكهربائية، واستعمال الهاتف أو تدبير أمور المنزل، والعناية الشخصية وارتداء الملابس، أو إجراء المعاملات الرسمية ... الخ.

٣ - مشاكل في التفكير المجرد

قد يجد مريض ألزهايمر صعوبة غير عادية في تنفيذ مهام عقلية معقدة، كأن يجد صعوبة في التخطيط وحلّ المشاكل التي تواجهه، وصعوبات في إدارته للمال والأعمال، ويكون اتخاذ القرار بطيئاً وخاطئاً.

٤ - مشاكل اللغة والتواصل

قد يجد مريض ألزهايمر صعوبة في المتابعة أو المشاركة في حوار أو نقاش قائم، فيتوقف عن الكلام فجأة في وسط المحادثة، أو يكرر نفس الجملة، ويصعب عليه تذكر أو إيجاد الكلمات المناسبة- ولا سيما أسماء الأشياء- فيستبدلها بكلمات أخرى خاطئة غير مفهومة، أو قد يسمي الأشياء بغير مسمياتها (كأن يطلق على "الساعة" اسم "منبه يد" مثلاً)، أو قد لا يجد أية كلمات على الإطلاق، وقد تصل الحالة إلى مرحلة ينذر فيها جداً تواصل الفرد من خلال اللغة.

٥ - فقدان الأشياء الشخصية واتهام الآخرين بأخذها

يقوم المسن بوضع أغراضه الشخصية في مكان ما، ثم ينسى موضعها ويفقدّها، وقد يتهم أفراد أسرته أو عمالة منزله بأخذها، وربما يخاصمهم أو يظن أنهم يتآمرون ضده.

٦ - التغيرات في الشخصية

تتغير شخصيات مرضى ألزهايمر بسرعة فقد يصبحون مشوشين كثيراً، أو خائفين يصرون على بقاء أحد أفراد الأسرة معهم طوال الوقت، أو حذرين من الآخرين، أو يصبحوا منغلقيين على أنفسهم.

٧- الانسحاب من العمل والأنشطة الاجتماعية

يصبح مريض ألزهايمر أحياناً غير مبال فيفضل الانعزال عن الناس، وترك العمل، فيجلس أمام التلفاز لساعات طويلة وينام لوقت أطول من المعتاد.

٨- التغيرات في المزاج والسلوك

قد يظهر المصاب بمرض ألزهايمر تقلبات سريعة في المزاج، من الهدوء إلى البكاء إلى الغضب، بدون أي سبب ظاهر (الرابطة العمانية للزهايمر، ٢٠١٤، ص ٦-٣ ؛ أبو حامد، ٢٠٠٩، ص ١٧).

مراحل تطوّر مرض ألزهايمر

يتطوّر ألزهايمر على ثلاث مراحل، وهي متواصلة، أي لا ينتقل المرض من مرحلة لأخرى بشكل مفاجئ، بل بشكل تدريجي وبطيء خلال عدة سنوات:

المرحلة الأولى (مرض ألزهايمر الخفيف)

وهي المرحلة المبكرة للمرض، إذ تقلّ حيوية المريض وعفويته، ويبدأ المرض تدريجياً بتغيرات صغيرة جداً في قدرات الفرد وسلوكه، وكثيراً ما تعزى مثل هذه العلامات بالخطأ إلى الضغوط أو فقدان شخص عزيز أو إلى عملية الشيخوخة الطبيعية لدى كبار السن، وكثيراً ما لا نلاحظ احتمال كون هذه الأعراض بداية الخرف، إلاّ عندما نتأمل في الماضي ونقارن قدرات الفرد الحالية بالسابقة.

يعدّ فقدان الذاكرة للأحداث والتفاصيل الأخيرة من الأعراض الأولى الشائعة، وقد يبدو على المريض إعادة نفس الكلام وفقدان الرغبة في تجريب أشياء جديدة، وفقدان سلسلة الأفكار فيما يقال، كما يرافق ذلك تقلب في المزاج وحالة من اللامبالاة لما يحدث، ويتهرب المريض من كل شيء جديد، ويفضل الأشياء المألوفة لديه، ويصيبه تخطّ ذهني وتراجع في القدرة على اتخاذ القرارات. ويمكن أن تستغرق هذه المرحلة الخفيفة من المرض من سنتين إلى أربع سنوات تقريباً.

المرحلة الثانية (مرض ألزهايمر المعتدل)

يستطيع المريض في هذه المرحلة إنجاز بعض المهام البسيطة، ولكن مع تطوّر المرض وظهور تغييرات أكثر وضوحاً، يحتاج المريض إلى المزيد من الدعم لمساعدته على تدبير المهام الأكثر تعقيداً في حياته اليومية.

ويحتمل أن يصبح أكثر نسياناً - ولا سيما الأسماء - وقد يكرر أحياناً نفس السؤال أو العبارة عدة مرات، بسبب تدهور الذاكرة قصيرة المدى، كما قد يفشل أيضاً في التعرف على الأفراد. ويصبح بعض المرضى في هذه المرحلة سريعى الانزعاج أو الغضب أو العدوانية؛ ربما بسبب شعورهم بالإحباط أو قد يفقدون ثقتهم بالنفس. كما أنه قد يعرض نفسه والآخرين للخطر بسبب النسيان (كأن ينسى عدم إقفال الغاز في الموقد بعد الانتهاء من الطبخ). وتزداد مصاعب المريض عند استخدام وسائل النقل العامة، وينسى غالباً دفع ثمن البطاقة. وغالباً ما يستمر المرض في هذه المرحلة لمدة تتراوح بين السنتين إلى عشر سنوات.

المرحلة الثالثة (مرض ألزهايمر الشديد)

وهي المرحلة النهائية والأخيرة، وفيها يحتاج مريض ألزهايمر إلى المزيد من العناية، وتدرجياً يصبح معتمداً كلياً على الآخرين. وقد يصبح فقدان الذاكرة واضحاً جداً، فلا يتمكن المريض من التعرف على الأشياء أو البيئة المحيطة أو حتى على أقرب المقربين إليه، إلا أنه ربما تكون هناك ومضات فجائية يتعرف فيها على الآخرين. وتشمل الأعراض الأخرى صعوبة في الأكل وأحياناً البلع، ويصاب عادة بإنتان رئوي بشكل متكرر بسبب دخول أجزاء من الطعام والشراب إلى الطرق التنفسية عند الأكل، إضافة إلى نقص كبير في الوزن، مع تحوله إلى طريح الفراش وفقدان القدرة على التحكم في المثانة وأحياناً في الأمعاء. ومن الممكن أن المرحلة الحادة تستمر من (١-٣) سنوات أو أكثر (فريق الطب النفسي للمسنين، ٢٠١٤ ؛ بو علاوي، ٢٠٠٨ ؛ أبو حامد، ٢٠٠٩).

تشخيص وعلاج مرض ألزهايمر

يعتمد تشخيص المرض على التأريخ المرضي من خلال السؤال عن التطور الزمني للأعراض ومدى تأثيرها على حياة المريض.

كما يعتمد على الاختبارات النفسية العصبية، والتحليل المخبرية والأشعة التي تساعد على استبعاد الأمراض والاضطرابات المشابهة. والتشخيص المبكر مهم جداً، إلا أنه في حالات كثيرة يتأخر التشخيص وذلك بسبب عدم التفريق بين أعراض المرض وبعض الصعوبات الإدراكية التي تحدث بسبب التقدم في العمر (الرابطة العمانية للزهايمر، ٢٠١٤).

إنّ التداخلات الدوائية وغير الدوائية المتاحة حالياً تخفف من تدهور الأعراض لدى مريض ألزهايمر، إضافةً إلى أنّ خدمات المساندة والدعم بإمكانها جعل الحياة أفضل لملايين الناس الذين يتعايشون مع مرض ألزهايمر.

وهناك ثمة تصاعد متزايد في الجهود العالمية الحالية لإيجاد طرائق أفضل في معالجة المرض والحد من تطوره. ويمكن أن يساعد العلاج على إبطاء تطور ألزهايمر، ولكن لا يمكن الشفاء من المرض، لأنّ ضمور الخلايا العصبية في المخ يؤدي إلى تقلصه وفقدان مظهره المتجدد.

ثانياً- اكتئاب الشيخوخة

يعدّ "الاكتئاب" depression، من المشكلات النفسية التي تواجه الأفراد بشكل كبير في البيئات المختلفة، ويحظى بأهمية كبيرة في الدراسات التي تجري بشكل واسع، سواء في تشخيصه أم منع الإصابة به أم معالجته، أم بناء الأدوات والمقاييس التي تكشف عنه.

ويستخدم مصطلح الاكتئاب على نطاق واسع في اللغة الإنكليزية واللغات الأجنبية الأخرى للتعبير عن الاكتئاب النفسي، وعن بعض المعاني الأخرى في المناسبات المختلفة ... ففي علم الاقتصاد يدل هذا المصطلح على الكساد والانكماش في المعاملات المالية، وفي علم الأرصاد الجوية هو تعبير عن حالة الطقس، ويعني حدوث منخفض جوي، وفي علم وظائف الأعضاء هو تعبير عن تناقص في وظائف بعض الأجهزة الحيوية.

أمّا في الطب النفسي فإن الاكتئاب هو، "حالة مزاجية ذات أعراض خاصة تظهر على شكل اضطرابات عقلية، يمكن تشخيصها باختبارات الاكتئاب".

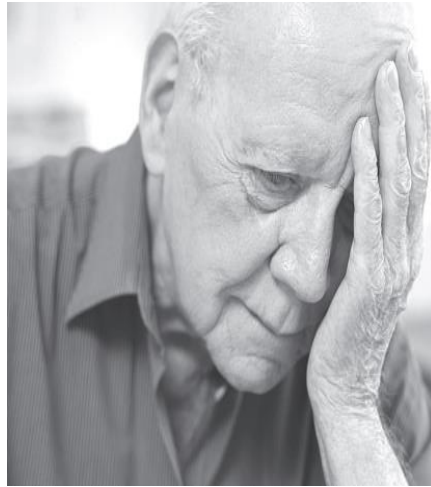
في حين أن الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية، يميز بين نوعين من الاكتئاب هما: الاكتئاب الأساسي major depression، وعسر المزاج dysthymia.

فالالاكتئاب الأساسي، يعرف على أنه نوبة اكتئابية تستمر على الأقل أسبوعين، وتتضمن على الأقل خمسة أعراض من الأعراض الآتية: المزاج المتردي، فقدان الاهتمام والبهجة في معظم الأنشطة، نقص الوزن أو زيادته، اضطرابات النوم، التهيّج النفسي الحركي، الإجهاد، فقدان الطاقة، الشعور بعدم الأهمية، فقدان القدرة على التركيز، والتفكير بالموت.

أمّا عسر المزاج، فيعرّف على أنه "اضطراب مزمن للمزاج يستمر لمدة سنتين على الأقل شرط ألا يصل إلى مرحلة الاكتئاب الرئيس، ويظهر على المريض

عرضين من الأعراض التالية: فقدان الشهية أو الزيادة فيها، اضطرابات النوم، الانخفاض في الطاقة والإجهاد، انخفاض في درجات مفهوم الذات، فقدان التركيز، الصعوبة في اتخاذ القرار، والشعور بفقدان الأمل.

وعموماً يمثّل الاكتئاب حالة انفعالية يشعر فيها الفرد بالحزن، وفقدان السعادة والانسحاب الاجتماعي وفقدان الأمن والإحساس بعدم القيمة وفقدن الأمل في المستقبل، هذا إضافةً إلى عدم القدرة على الإنجاز، وزيادة الحساسية الانفعالية والشعور بالوحدة النفسية^١، والشعور بالذنب نحو الذات والآخرين (الجندي، ٢٠٠٨، ص ١٧٤ ؛ الشرييني، ٢٠٠٤).



^١ الشعور بالوحدة النفسية **Feeling of loneliness**: هو "شعور الفرد بالنزب والعزلة والرفض وإحساسه بعدم كفاءته إلى جانب شعوره بعدم الثقة بالنفس وعدم تقدير الآخرين لآرائه، وانعدام القدرة لديه على الارتباط العاطفي الاجتماعي" (حدواس، ٢٠١٣، ص ٢٠).

تعريف اكتئاب الشيخوخة

اكتئاب الشيخوخة هو الاكتئاب الذي تظهر أعراضه لأول مرة بعد عمر الستين فأكثر، ولا تختلف أعراضه في الجوهر عن أعراض الاكتئاب الذي يصيب غير المسنين، ولكن الاختلاف يكمن في التغيرات المرتبطة بمرحلة الشيخوخة (American Psychiatric Association, ٢٠٠٠).

وعلى الرغم من أنّ الاكتئاب يحدث في مختلف مراحل العمر، فإنّ الشيخوخة وما يحدث فيها من تغيرات جسدية ونفسية تكون سبباً في زيادة احتمالات الإصابة بالاكتئاب.

إذ تشير بعض الدراسات إلى أنّ نسبة الإصابة باكتئاب الشيخوخة تتراوح بين (٣٦-٧%) بين المسنين الذين تزيد أعمارهم عن (٦٥) سنة في حين تصل هذه النسبة إلى (٤٠%) بين المسنين الذين يعانون من أمراض مزمنة، وتصل إلى (٥٠%) بين الذين يعانون من مرض ألزهايمر Alzheimer's disease أو باركنسون Parkinson's disease (الجندي، ٢٠٠٨ ؛ الشريبي، ٢٠٠٤، ص ٢١٢ ؛ الشريبي، ٢٠١٥، ص ١٠٤).

أسباب اكتئاب الشيخوخة

هناك من يعتقد أنّ الاكتئاب جزء طبيعي من التقدم في العمر، لكنّ الاكتئاب ليس محتماً مع كبر السن، وهناك عدة أسباب وراء الاكتئاب في الشيخوخة، أهمها:

١- **المرض الجسدي والضعف:** قد يحدث الاكتئاب مع تراكم الأمراض والعلل، وأكثرها شيوعاً في هذه المرحلة، داء ألزهايمر، مرض باركنسون، ومرض القلب والسرطان. إضافةً إلى أنّ هناك بعض الأدوية التي تسبب الاكتئاب أو تجعل كبار السن أكثر عرضةً للاكتئاب (أبو العزائم، ٢٠١٦، ص ١٦).

٢- **الملل:** يصيب الملل كبار السن بسبب ما آل إليه وضعهم وحالتهم الصحية والاجتماعية، وهم دائماً يشكون من الأمراض التي أصابتهم ويتحدثون عنها طويلاً، وهذا من شأنه أن يبعث على الملل في صغار السن الذين لا يحبون الاستماع إلى هذه الأحاديث.

كما أنّ الملل الذي يعاني منه المسنون من نمط حياتهم يدفعهم إلى الاحتجاج على كل شيء من حولهم. ويكون للفراغ الذي يحدث عقب التقاعد من العمل أسوأ الأثر في الحالة النفسية لكبار السن، فالتقاعد يؤدي إلى نقص الدخل المادي والاعتماد على الآخرين في أداء الكثير من متطلبات الحياة، وفقدان العلاقات الاجتماعية مع الأهل والأقارب نتيجة انشغالهم عن كبار السن.

٣- **العزلة الاجتماعية والبعد عن المجتمع:** إنّ مجال العلاقات الاجتماعية لدى كبار السن ينحصر، ويعاني المسنون من انخفاض الناس من حولهم، مما يجعلهم يعيشون في وحدة وعزلة اجتماعية، وبعد عن المجتمع، إذ تضيق دائرة علاقاتهم، فيتوقعون على ذاتهم ويشعرون بعدم الأهمية. ومثل هذا الشعور ينعكس على النواحي الجسمية، فيؤدي إلى فقدان الشهية، والأرق عند النوم.

وتعتقد "سميث" أن الأفراد غالباً ما يقولون إنهم مكتئبون إذا كانوا يعانون من أمراض جسمية، بينما العكس هو الصحيح، وهو أن الفرد يكون مريضاً جسمياً لأنه مكتئب.

٤- **فقدان شريك الحياة:** وقد يزيد الأمر سوءاً حين يفقد المسن شريك حياته أو عزيزاً لديه، إضافة إلى ما يجول بخاطر المسنين من شعور بأنه لم يعد مرغوباً في وجودهم بعد أن أدوا وظيفتهم في الحياة ولم يعد لديهم ما يفعلونه، إضافة إلى فكرة الموت وانتظار النهاية التي تسيطر على بعضهم وتحول دون استمتاعهم بالحياة، كل ما تقدم أو بعضه يكون سبباً كافياً لحدوث الاكتئاب لدى كبار السن.

٥- **التبدل:** والمسن الذي يعاني من الاكتئاب تبدو عليه علامات التبدل dullness، والانسحاب من الحياة، وفقدان الاهتمام بكل ما حوله من نشاطات اعتيادية، والحزن الإحباط والقلق دون سبب واضح، والشك في الآخرين ويضطرب النوم لديه فيصيبه الأرق، وقد تسيطر عليه أفكار إصابته بمرض عضال، وقد يعبر عن شعور بالندم على أمور بسيطة حدثت في شبابه أو لم تحدث أصلاً.

الاستدلال على الاكتئاب

للتأكد من وجود الاكتئاب النفسي لدى كبار السن يتم الاعتماد، إمّا على الملاحظات الإكلينيكية من قبل الطبيب النفسي، أو على أسلوب القياس النفسي الذي يعدّ من التطبيقات الحديثة لتحديد حالات الاكتئاب.

ويتضمن القياس النفسي للاكتئاب تطبيق اختبارات ومقاييس موضوعية يتم إخضاعها لخطوات كثيرة قبل أن يتم استخدامها لتحقيق درجة عالية من الصدق والثبات، أي إنّها قادرة بالفعل على قياس وجود الاكتئاب وتحديد شدته وأعراضه، كما أنها تعطي معلومات عند تطبيقها حول أعراض الاكتئاب.

وهناك عدد كبير من هذه الاختبارات والمقاييس، بعضها يقوم الطبيب أو الباحث النفسي بتوجيه الأسئلة إلى المسن وتسجيل استجابته لها، وبعضها الآخر

تطبق بواسطة المسن نفسه بأن يطلب منه الإجابة عن مجموع من الأسئلة، تتم صياغتها بطريقة معينة. ثم توضع الدرجات أو الملاحظات وتفسر فيما بعد، إذ يتم استنتاج شدة الاكتئاب وطبيعته لدى المسن.

ومن مقاييس الاكتئاب يوجد ما تم تصميمه للتأكد من وجود الاكتئاب، ومنها ما يدل على شدة ودرجة الاكتئاب، وفي بعض المقاييس يمكن الاستدلال على خصائص معينة من جوانب الشخصية، وهناك ما يعرف بالاختبارات الإسقاطية Projective Tests، ومنها ما يعتمد على تحليل الكتابة العفوية (السياسي، ١٩٨٣؛ الشربيني، ٢٠٠٤، ص ١٤٩).

ويعدّ اختبار الشيخوخة الذي أعدّه "جيروم يسفاج" سنة (١٩٨٣م)، من أهمّ الاختبارات التي تستخدم للكشف عن اكتئاب المسنين. إذ تناوته داسات عدّة وتم تقنيه في بيئات مختلفة، وخصوصاً، ولا سيما، الصورة المختصرة من الاختبار والمونة من (١٥) بنداً. انظر الملحق رقم (٥).

٥- المشكلات الصحية لدى كبار السن

إنَّ أغلب الأمراض التي تصيب كبار السن قد تصيب مرحلة عمرية أخرى، إلاَّ أنَّها تمثل أكثر خطراً على المسن، وذلك لضعف مقاومة جسمه وتأثره السريع بالمرض. وقد يكون سبب المشكلات الصحية وراثياً، أو بيئياً، أو التقدم في العمر. والأمراض المزمنة تكون عادةً الأمراض الأكثر خطورة في الأعمار المتأخرة، بسبب صعوبة تشخيصها التعامل معها، وقد تكون غير قابلة للشفاء. يرى بعض الباحثين أنه يمكن إيجاز أمراض الشيخوخة geriatric diseases، والأوضاع الصحية المعيقة لأداء الوظائف بدرجة أو بأخرى، في الآتي:

أمراض القلب والأوعية الدموية

تعدّ أمراض القلب heart diseases والأوعية الدموية blood vessels، السبب الأول الذي يتصدر قائمة الأسباب المؤدية لوفاة كبار السن. وتتضمن أمراض القلب حالات ضعف القلب وقصوره heart failure، والسكتة القلبية heart attack، وأمراض الشرايين القلبية heart arteries، التي يمكن أن تؤدي بالقلب للخفقان بصورة غير منتظمة وتعيق بالتالي الدورة الدموية.

فالقلب يتعرض في أثناء الحياة لمجهود كبير وبالتالي يصبح عند التقدم في العمر أكثر الأعضاء تعرضاً للضمور، كما تقلُّ قدرة القلب على الضخ، فيتبع ذلك انخفاض في كمية الدم الحامل للأكسجين، التي تصل إلى أعضاء الجسم المختلفة. إضافةً إلى أغشية الأوعية الدموية يصيبها الضمور، وكثيراً ما تتراكم على الأغشية الداخلية لهذه الأوعية طبقة من رواسب شحمية، تؤدي إلى تصلب الشرايين.

كما أنَّ أمراض تسببها أمراض السكري، وضغط الدم العالي، والتدخين، والنظام الغذائي غير المناسب، والافتقار إلى التمارين الرياضية، كما يمكن أن تكون وراثية المنشأ (علاء الدين ؛ كفاقي، ٢٠٠٦، ص ٢٨ ؛ الأشول، ٢٠٠٨).

ارتفاع ضغط الدم

ومن أعراض ارتفاع ضغط الدم high blood pressure، التي يشعر بها المصاب، طنين في الأذنين، وثقل في الرأس، وسرعة في الإثارة، والصداع والدوخة عند انحناء الجسم للأسفل ... الخ.

ويتزايد الاهتمام بهذه الحالة المرضية بسبب ارتباطها بأمراض القلب والصددمات، وتدل المعطيات عن مدى تطور ارتفاع ضغط الدم، على أن حدوثه يرتبط بعملية كبر السن، وإن كان أمر ارتفاع ضغط الدم يقتصر على المسنين بحيث يمكن عدّه من الأمراض الملازمة للشيخوخة.

وقد أظهرت العلوم الطبية والطب النفسي أن ارتفاع ضغط الدم يرتبط بمدى قدرة الفرد على مواجهة التهديدات والأزمات والصعوبات. والواقع أنّ الإنسان كلّما تقدم به العمر، انخفضت - وبشكل ملحوظ - قدراته على تحمل الضغوط الجسمية والبيئية (فتاوي، ١٩٨٧، ص ٤١).

تصلب الشرايين

تصلب الشرايين^١ arterosclerosis، أو شيخوخة شرايين الجسم، إذ يظهر تصلب الشرايين بدرجات متفاوتة عند كبار السن تقريباً، كما يظهر في بعض الحالات المرضية عند الشباب، وإن كان هناك جدل بين الأطباء حول عدّه مرضاً ملازماً للشيخوخة، أو عدّه مرضاً حقيقياً وليس عرضاً من أعراضها (فتاوي، ١٩٨٧، ص ٤٢).

في تصلب الشرايين يتضخم جدار الشريان ويزداد سمك الغشاء المبطن للشرايين، وبالتالي تضيق سعته ويقل توارد الدم فيه ويحدث قصور في شرايين

^١ تصلب الشرايين **Arterosclerosis**: عمر الإنسان بعمر شرايينه، إنها مقولة صحيحة، فإذا لم يحدث تصلب في الشرايين في إنسان بلغ الثمانين عاماً، فلا يعاني أعراض شيخوخة. وإذا حدث تصلب بالشرايين في إنسان بلغ سن الأربعين، فهو يعاني أعراض الشيخوخة ومتاعبها (ابراهيم، ٢٠١٢، ص ٢٣٤).

القلب أو شرايين المخ أو أي أعضاء أخرى. وغالباً ما يحدث تخثر في الدم على الجدران الداخلية للشريان، وبذلك تحدث جلطات بالمخ أو جلطات بالقلب. وهناك عدة أسباب وأساليب حياتية خاطئة تهيئ للإصابة بشيخوخة الشرايين، نذكر أهمها:

- ارتفاع ضغط الدم.
- ارتفاع نسبة الدهون في الدم.
- مرض السكر.
- الضغوط النفسية المستمرة.
- الإجهاد في العمل دون راحة.
- شرب الخمر والكحوليات.

مرض السكري

يعدُّ السكري diabetes، من الأمراض التي يمكن للإنسان أن يعيشه عمراً طويلاً ويسيطر عليه في أغلب الأحيان، إذا استطاع التحكم بالأطعمة ونوعيتها ونسبة احتوائها على مادة السكر والنشويات المختلفة.

إنَّ من أهم التغيرات التي تحدث عند الشيخوخة هي اختلال استجابة البنكرياس لإفراز الأنسولين عند زيادة نسبة السكر في الدم، وكذلك اختلال التمثيل الغذائي السكري الذي يعتمد على الأنسولين عند زيادة نسبة السكر في الدم، وكذلك اختلال التمثيل الغذائي السكري الذي يعتمد أيضاً على الأنسولين.

ويعد أسلوب الحياة والتغذية والسمنة وبعض العوامل البيئية والاستعداد الوراثي أهم أسباب هذا المرض.

إنَّ مرض السكري من النمط الثاني diabetes type two، والمعروف أيضاً بـ (سكري الكبار)، يخفض من عمل جهاز المناعة immune system. وقد يرفع من احتمالية الإصابة بالسكتة الدماغية وأمراض القلب والمشكلات الصحية الأخرى المرتبطة بالدورة الدموية.

وغالبا ما يعاني كبار السن المصابون بالسكري من تأخر شفاء الجروح والالتهابات الرئوية الحادة (علاء الدين ؛ كفاي، ٢٠٠٦، ص ٢٩-٣٠).

وتتمثل أعراض مرض السكري في الشهية المتزايدة، والتبول المتزايد، وفقدان الوزن، وعطش زائد وشفاء بطيء للجروح.

ويمكن أن يؤدي إلى أعراض أخرى كالتهاب العين وفقدان البصر والتهاب الكلى، وإلحاق ضرر بالأعصاب وخطر على الشرايين القلبية الدماغية (حمزة، ٢٠١٦، ص ٦٥).

هشاشة العظام

تعني هشاشة العظام osteoporosis أو (نقص صلابة الهيكل العظمي) هبوطاً في كثافة العظام، مما يجعلها ضعيفة سهلة الكسر. إن أكثر العظام عرضة للكسور هي عظام: الرسغ، والفخذ، والظهر.

إن هشاشة العظام تصيب النساء أكثر من الرجال، وتسمى "المرض الصامت"؛ لأن أعراضها ليست مؤلمة، فلا يعرف المسن بأنه مصاب بهشاشة العظام إلا في مراحل متأخرة من المرض عندما يشعر بالألم في الظهر، أو تقوس عموده الفقري، ونقص طوله، أو عندما يفاجأ بكسر في عظامه مثل عظمة الفخذ، أو كسر في العمود الفقري.

وقد تقدم طب العظام وأصبح من الممكن تشخيص هشاشة العظام باستخدام جهاز قياس كثافة العظم DEXA الذي ساعد على التدخل المبكر في العلاج والوقاية من مضاعفاتها.

وتنتج هشاشة العظام عن عوامل وراثية وبيئية، منها اختلال الهرمونات في الجسم، وتشيب العظام، وسوء التغذية في مرحلتي الطفولة والشباب، ونقص الكالسيوم وفيتامين (د)، وقلة الحركة (خليل، ٢٠٠٣، ورد في مرسى، ٢٠٠٦).

التهاب المفاصل (الروماتيزم)

التهاب المفاصل arthritis، هو مرض يتسم بتصلب وجمود المفصل، يجعل الحركة محدودة وصعبة، وهو مرض شائع عند كبار السن.

يوجد عدة أنواع من التهاب المفاصل كالنقرس أو آلام بأصابع القدم، ولكل نوع سبب معين وعلاج خاص به، ولكن معظم الحالات يحتوي علاجها على الاسبرين، واستعمال طرائق التدفئة المختلفة (فلاً، د.ت، ص ٤٧ ؛ ابراهيم، ٢٠١٢). إنّ التمرين المنتظم (مثل المشي الخفيف) يقوي العضلات حول المفاصل ويقلل الألم ويزيد من مرونة المفاصل.

مرض باركنسون

إنّ مرض باركنسون، هو أحد أشهر أمراض الجهاز العصبي وأكثرها شيوعاً (اعتلال عصبي). يعود اسم المرض إلى عالم الطبيعة البريطاني "جيمس باركنسون"، الذي دوّن الأعراض النمطية للمرض في بداية القرن التاسع عشر.

وهو يصيب ١% من السكان البالغين (٦٥) سنة، وتشير بعض التقديرات أنّ فرداً واحداً من أصل (٣٠٠) فرداً يصاب بهذا المرض. ينتشر بشكل خاص بين الرجال، وقد يكون للهرمونات النسائية دور وقائي من هذا المرض. ويتميز بفقدان تدريجي للخلايا العصبية المسؤولة عن الحركة، ويسبب تدهوراً كاملاً لخلايا المنطقة الدماغية المعروفة بالمادة السوداء، إذ تنتج خلايا هذه المنطقة ناقلاً عصبياً يسمى (الدوبامين dopamine)، وهو المسؤول عن الربط بين الخلايا العصبية في الدماغ. وقد تبين أن مرض باركنسون مرتبط بنقص إفراز الدوبامين وتدهور منطقة المادة السوداء. ولكن هناك أيضاً عوامل بيئية مسببة لهذا المرض، إذ عُدّ التلوث البيئي مساهماً أساسياً في انتشار مرض باركنسون. ولا تظهر الأعراض المميزة للمرض إلا بعد فقدان ٥٠% من الخلايا العصبية، وبالتالي يبدأ مرض باركنسون قبل ٥ إلى ١٠ سنوات من ظهور الأعراض الطبية.

أعراض مرض باركنسون

يشير الباحثون إلى أنّ هناك مجموعة من الأعراض الرئيسية والثانوية لمرض باركنسون، ولعلّ من أهم أعراضه الرئيسية والمبكرة:

١. **رجفة وارتعاش لا إرادي:** وهو العرض المبكر الأكثر شيوعاً لمرض باركنسون. ويظهر الارتعاش عادة عندما يكون الفرد ساكناً في حالة راحة، ويختفي عندما يحاول المريض التقاط شيء ما، ويختفي هذا الارتعاش عادة في أثناء النوم.
٢. **تعثر في الحركة (بطء وصعوبة في الحركة):** ويشعر الفرد بالتعب بشكل سريع، إضافةً إلى المشي غير المتوازن.

التصلب: يواجه المصابون بالمرض حالة من التصلب، ولا سيما الأطراف كالذراعين والساقين. وقد يسبب هذا التصلب مشاكل عند ارتداء الملابس. ويترافق الألم في بعض الأحيان مع حالة التصلب هذه. وكثيراً ما يلجأ مرضى باركنسون إلى الطبيب يشكون من "كتف متجمد أو متيبس"، ويعود سبب ذلك إلى تصلب العضلات المحيطة بالكتف. أمّا الأعراض الثانوية التي يعاني منها المصابون بهذا المرض، فهي التعرق الشديد، والتشنجات والشعور بالألم، وانخفاض الضغط الشرياني، والحاجة المتكررة للتبول، إضافةً إلى القلق والاكتئاب.

علاج مرض باركنسون

لا يوجد علاج لهذا المرض، ولكن ثمة العديد من الأدوية التي تساعد على التخفيف من التخفيف من أعراض المرض، وخاصة الأعراض الحركية، إذ تستهدف الأدوية المستعملة ضد مرض باركنسون تصويب الأعراض واستعادة التركيز العادي للدوبامين. وهناك عدّة أنواع من الأدوية وهي تعمل بطرائق مختلفة لكي تعوض نقص الدوبامين (شابييرا، ٢٠١٤، ص ١٣ ؛ وحيدة، د.ت، ص ١٢٨).

٦- مشكلات أخرى يتعرض لها كبار السن

هناك العديد من العوامل التي تؤثر في قدرة المسن على الاتزان والاعتدال في الحركة، كالضعف في الأذن الداخلية أو النخاع الشوكي الذي يتأثر غالباً عند تقدم السن، فيؤدي إلى سقوط مستمر، على خلاف صغار السن الذين يتداركون الأمر بالسرعة اللازمة فيتغاضون حوادث السقوط والوقوع (فلاً، د.ت، ص ٤٠).

كما تشكل بعض الأمراض التي يعاني منها كبار السن إعاقات جسمية تزيد من احتمالات تعرضهم لخطر لحوادث السقوط، مثل: اضطرابات التوازن في الجسم، وفشل في الرؤية، وبطء الاستجابة الانعكاسية، وتراجع القدرات الحسية التي قد ترافق التقدم في العمر، ودوار الرأس.

وقد تؤدي حوادث السقوط البسيطة إلى حدوث (متلازمة ما بعد السقوط)، التي تتضمن فقدان الاستقلالية وزيادة الاعتماد على الآخرين، وعدم القدرة على الحركة، والشعور بالاكتئاب، وقد تؤدي إلى الوفاة في بعض الأحيان. إذ تحتل حوادث السقوط المرتبة الخامسة في أسباب الوفيات عند المسنين، وتصيب ما بين ٢٨-٣٥% من المسنين فوق سن الخامسة والستين كل عام، وترتفع هذه النسبة إلى حوالي ٣٢-٤٢% لمن يزيدون عن السبعين من العمر.

وتحدث ٧٠% من حوادث السقوط داخل المنزل، وتحدث ١٠% من حالات السقوط في أثناء نزول الدرج، وقد يتسبب الأثاث داخل المنزل في حدوث معظم حالات الرضوض والكسور عند المسنين، وأحياناً قد لا يحسن المسن استخدام بعض الأدوات المساعدة على الحركة وحفظ التوازن كالعصا والعكاز والكرسي المتحرك، مما قد يعرضه أيضاً إلى مخاطر السقوط والكسور. ومن المؤكد أن مستوى الإضاءة بالمنزل من أكثر العوامل تأثيراً في زيادة معدل حدوث الإصابات والحوادث عند المسنين (علاء الدين وكفافي، ٢٠٠٦، ص ٣٠؛ الطواجي، ٢٠١٣؛ منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٢).

الفصل الحادي عشر

الصحة النفسية والتوافق لدى المسنين

أولاً- الصحة النفسية لدى المسنين

تمهيد

يتفق الناس جميعاً على أن من حق الإنسان أن يعيش - عبر مراحلہ النمائية المختلفة- حياته في راحة وهدوء نفس واطمئنان، وأن يتمتع بصحة نفسية سليمة إلى جانب تمتعه بصحة وعافية بدنية.

وتهدف الصحة النفسية إلى الوقاية من الاضطرابات النفسية أولاً، وعلاج الاضطرابات النفسية والمحافظة على استمرار الصحة والتكيف الأفضل ثانيًا. وفي الجانب الأول العمل على تحديد الجوانب التي يمكن أن تسبب الاضطرابات، ثم إزالتها وإبعاد الأفراد عنها مع توفير الشروط العامة التي تعطي الفرد قوة عملية لمواجهة الظروف الصعبة.

وفي الجانب الثاني تقوم المؤسسات المتخصصة بدعم الفرد من جهة، وعلاج مشكلاته النفسية التي يمكن أن توجد لديه من الجهة الثانية، ثم مرافقته لخطوات من أجل التأكد من حسن عودته إلى أسلم وضع وإلى انتظام ذلك في شروط الحياة المختلفة.

يؤكد علماء النفس أنّ الصداقة والعلاقات الاجتماعية الفاعلة والتحدث مع الآخرين تُبقي الدماغ نشيطاً وتحافظ على وظائفه الحيوية والفكرية، وتُحسّن من الحالة النفسية للفرد.

كما تركز الصحة النفسية على نوعية حياة الفرد *quality of life*، في عافيته ومرضه، في رضاه عن ذاته وتمرده عليها ... في إقدامه إلى الجماعة وفي

إحجامة عنها، ولا يستطيع الفرد أن يتمتع بالصحة النفسية، إلا إذا رأى ردود أفعاله بشكل إيجابي من خلال الآخرين.

من مظاهر الصحة النفسية القدرة على الاستقلالية independence، والمبادرة، والشعور بالمسؤولية والقدرة على ضبط الانفعالات والتحكم فيها، بما يكفل التفاعل مع الآخرين بكفاية وموضوعية. ويذكر "ماسلو" Maslow (١٩٧١م)، أنّ من مظاهر الصحة النفسية السليمة، الالتزام بالقيم، والتفاني في العمل، والجرأة في التعبير عن الصواب (الشرقاوي، ٢٠٤٤، ص ١٢؛ أبو طه، ٢٠١٦).

١- مفهوم الصحة النفسية

يختلف مفهوم الصحة النفسية من مجتمع لآخر، وذلك يرجع لاختلاف الثقافة، والمعايير السلوكية التي يتفق عليها الناس في كل مجتمع، وهذا يترتب عليه اختلاف في الممارسات السلوكية والنشاطات.

لقد تحدث بعض علماء النفس عن الصحة النفسية السليمة على أساس "الخلو من الأعراض المرضية أو عدم شعور الفرد بالعجز".

إنّ قصر تعريف الصحة النفسية السليمة على هذا الجانب ينطوي على نظرة ضيقة لهذه الظاهرة النفسية المهمة. وهذا ما دعا "وليم وول" إلى القول: إنّ الصحة النفسية لا تتمثل فقط في غياب المرض أو العجز أو التحرر من المخاوف وحالات القلق، بل تتضمن أيضاً الشعور بالأمن والإحساس بالسعادة النفسية والاجتماعية (السعادة مع أفراد المجتمع الذي ينتمي إليه).

ويذهب بعض المشتغلين في مجال الصحة النفسية في تحديدهم لتعريف الصحة النفسية السليمة إلى الاعتماد على عدد من المظاهر التي يعُدونها دليلاً على الصحة النفسية السليمة، ومن بين هؤلاء "جورج برستون" George Preston الذي يحدد الصحة النفسية على أساس عدد من المظاهر، كالتكيف

النفسي للفرد وتوافقه في التعامل مع الآخرين، والإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية والنشاط.

وهكذا يمكن أن نخلص إلى القول إن الصحة النفسية السليمة هي، "مجموع الشروط اللازم توافرها حتى يتم التكيف بين الفرد ونفسه، وكذلك بينه وبين أفراد المجتمع، تكيفاً يؤدي إلى أقصى ما يمكن من الكفاية وله ولغيره من الأفراد الآخرين". يؤكد هذا التعريف علاقة الفرد بالبيئة، ويؤكد ضرورة إيقاظ الطاقات والقدرات العقلية للفرد، واستغلالها إلى أقصى حد يؤدي إلى سعادته وسعادة غيره (أحمد، ٢٠٠٣، ص ١٧؛ كتلو؛ العرجا، ٢٠١٦، ص ١٧٦).

٢ - الصحة النفسية لدى المسنين

يعاني كبار السن من الأمراض النفسية التي يعاني منها الأصغر سناً، بل إن نسبة الإصابة ببعض الأمراض النفسية مثل الاكتئاب النفسي وألزهايمر وتصلب شرايين المخ تزيد عند كبار السن.

والصحة النفسية لها تأثير على الصحة البدنية والعكس بالعكس؛ فعلى سبيل المثال، كبار السن الذين يعانون من ظروف صحية بدنية - مثل أمراض القلب - لديهم معدلات اكتئاب أعلى من أولئك الذين هم في حالة صحية جيدة. وعلى العكس من ذلك، فإن عدم معالجة الاكتئاب عند شخص مسن مصاب بمرض القلب يمكن أن يؤثر سلباً في نتيجة مرضه.

إن كبار السن عرضة للإيذاء، ويشمل الإيذاء الجسدي والجنسي والنفسي والعاطفي والمالي، والإهمال، وفقدان الكرامة والاحترام.

وتشير الدلائل إلى أنّ واحداً من كلّ عشرة مسنين يتعرضون للإيذاء، وإنّ إيذاء المسنين يمكن أن يؤدي ليس إلى مجرد إصابات بدنية، بل إلى عواقب نفسية

خطيرة أيضاً، وأحياناً طويلة الأمد، بما في ذلك الاكتئاب والقلق (منظمة الصحة العالمية <http://www.who.int>).

لذا فهم بحاجة ماسة إلى الرعاية والعناية بصحتهم النفسية، من أجل توفير حياة هادئة مطمئنة، وفعالة لهم، ومساعدتهم في التخلص مما قد يصيبهم من مشكلات أو اضطرابات أو أمراض نفسية.

إنّ الصحة النفسية السليمة في مرحلة الشيخوخة تحتاج إلى التوافق مع التقاليد والعادات السائدة المتجددة والخاصة بالأجيال المختلفة. وتحتاج الصحة النفسية إلى التوافق مع الأجيال الأخرى حتى يحقق المسن لنفسه المتطلبات الضرورية للحياة الهادئة (كتلو ؛ العرجا، ٢٠١٦، ص ١٧٦ ؛ اسماعيل، ٢٠٠١).

ويؤكّد العلماء والباحثون، وكذلك العاملون في مجال الصحة النفسية أهمية الدور الذي تقوم به الصحة النفسية السليمة في حياة المسن، ويركزون على أهمية العناية بصحتهم النفسية، نظراً لما لها من أهمية كبير في جعلهم أكثر قدرة على مزاوله نشاطاتهم وأعمالهم المعتادة بكل حيوية ودافعية.

ولكي يتمتّع المسنّ بالصحة النفسية عليه التركيز على ضرورة توفير بُعدين متكاملين، لا غنى لأحدهما عن الآخر: التوافق النفسي، والتوافق الاجتماعي معاً (الشرقاوي، ٢٠٠٤، ص ١٢).

٣- تعزيز الصحة النفسية لدى المسنين

ينطوي التعزيز الصحي الخاص بالصحة النفسية للمسنين على إيجاد ظروف معيشية وبيئات تدعم الرفاهية، تسمح للأفراد أن يبدووا بأنماط حياة صحية ومتكاملة.

ويعتمد تعزيز الصحة النفسية - إلى حد كبير - على استراتيجيات تضمن للمسنين الموارد اللازمة لتلبية احتياجاتهم الأساسية؛ مثل:

- توفير الأمن والحرية.
- توفير مكان إقامة لائق.
- تقديم الدعم الاجتماعي للمسنين وللقائمين على رعايتهم.
- إعداد برامج تنمية مجتمعية
- إعداد برامج صحية واجتماعية تستهدف الفئات سريعة التأثر؛ مثل أولئك الذين يعيشون لوحدهم، وسكان المناطق الريفية، أو الذين يعانون من أمراض نفسية أو بدنية مزمنة (منظمة الصحة العالمية <http://www.who.int>).

ثانياً - التوافق لدى المسنين

إنّ أول استخدام لمفهوم التوافق adjustment، كان في علم الأحياء، وذلك مصطلح التكيف adaptation، الذي يعني قدرة الكائن الحي على التواء مع الظروف البيئية. فعندما تحدث في البيئة تغيرات مفاجئة، يقوم الكائن الحي بمواجهتها بتغيرات بيئية التشكيل، وذلك هو المفهوم البيولوجي الذي يعبر عنه غالباً بالمصطلح (تكيف)، ثم استعار علماء النفس هذا المفهوم البيولوجي واستخدموه في المجال النفسي الاجتماعي تحت مصطلح (التوافق).

وهكذا يُفرق بين التكيف والتوافق، إذ يُستخدم لفظ التكيف للدلالة على التكيف البيولوجي أو الفسيولوجي للفرد، أما لفظ التوافق فيستخدم للدلالة على التكيف النفسي والاجتماعي للفرد بوجه عام.

وفقاً لذلك أشار "السيد" (١٩٨٠م)، إلى أنّ مفهوم التوافق أعم من التكيف، فإذا كان التكيف يشمل النواحي الفيسيولوجية، فإن التوافق يشمل النواحي النفسية الاجتماعية (عبد الرحيم، ٢٠٠٧، ص ٣٣؛ دخان، ١٩٩٧، ص ١٣).

من جهة أخرى، هناك خلط أيضاً بين مفهوم التوافق وهذه المفاهيم (المسايرة conformity، والتلاؤم accommodation)، إلا أنّ كلّ منها يختلف عن الآخر بحسب المجال الذي تستخدم فيه، وقد فرّق "عبد الحميد" (١٩٨٧م)، بين هذه المفاهيم:

١- التلاؤم: هو مصطلح اجتماعي، يستخدم لكونه عملية اجتماعية وظيفتها تقليل الصراع بين الجماعات.

٢- المسايرة: وهو أيضاً مصطلح اجتماعي، ويعني الامتثال للمعايير والتوقعات الشائعة في الجماعة.

ويعدّ (التوافق العام) أي النفسي الاجتماعي من أبرز مظاهر الصحة النفسية، إذ يندرج الفرد في خانة الصحة أو المرض، تبعاً لتوافقه أو عدم توافقه. ويرى "كوبى" و"لينير" أنّ تحقيق التوافق العام يشترط وجود ثلاثة عناصر هي:

- ١- وعي الفرد بذاته من خلال معرفة جوانب القوة والضعف.
- ٢- زيادة الوعي بالآخرين وحاجاتهم ورغباتهم واحترام آرائهم.
- ٣- زيادة الوعي بمشاكل الآخرين ودرجاتها وأهميتها (سعيد، ٢٠٠٨، ص ٦٧ ؛ صيام، ٢٠١٠، ص ٣٠).

١- مفهوم التوافق النفسي

يقصد بالتوافق النفسي psychological adjustment، "قدرة الفرد التي تؤهله إلى الشعور بالرضا والتقبل لذاته، من خلال المبادئ والقيم والأهداف التي ارتضاها لذاته، إضافةً إلى الشعور بالرضا الاجتماعي، وتقبّل الجماعة التي يعيش بداخلها" (عطية، ٢٠٠١، ص ٨٠).

ويعرفه "فراج" أيضاً بأنه: "عملية ديناميكية مستمرة يحاول فيها الفرد عن طريق تغيير سلوكه أن يحقق التوافق بينه وبين نفسه، وبينه وبين البيئة التي يعيش فيها"، وهذه تشمل كل ما يحيط بالفرد من مؤثرات وإمكانات للوصول إلى حالة من الاستقرار النفسي والبدني.

أما "زهران" فيعرف التوافق النفسي بأنه: "عملية ديناميكية مستمرة تتناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته".

بينما يرى "عبد القادر طه وآخرون" (١٩٩٣م، ص ٢٥٩)، أنّ "التوافق" يتضمن إشباع حاجات الفرد ودوافعه بصورة لا تتعارض مع معايير مجتمعه وقيمه، ولا تورط الفرد في محظورات تعود عليه بالعقاب ولا تضر بالآخرين أو بالمجتمع،

فالفرد المتوافق توافقاً حسناً هو الذي ينجح في تحقيق التوازن في كل الأمور، فالجانح الذي يسرق الطعام ومعه المال الذي يمكنه من شرائه، هو فرد سيء التوافق، بينما إذا اشتراه كان حسن التوافق.

ويرى "مخيمر" أن مصطلح "التوافق" مرادف لمصطلحي؛ "السوية"، و"الصحة النفسية"، وأنّ الفرد المتوافق هو الذي ينعم بالصحة النفسية، إذ يتضمن التوافق خفض التوتر الذي تستثيره الحاجات.

أمّا "سوء التوافق" فإنه يحدث عندما تتعارض أهداف الفرد مع متطلبات المجتمع، أو عندما يراد تحقيقها بطريقة لا يوافق عليها المجتمع، وعلى هذا فإنّ كثيراً من جوانب سوء التوافق لا تحقق الإشباع بطريقة كلية أو جزئية، وبالتالي لا تشبع الحاجات بشكل مُرضي (سعيد، ٢٠٠٨، ص ٦٨؛ عبد الرحيم، ٢٠٠٧).

وقد أشار "الدسوقي" (١٩٩٣م)، إلى التوافق النفسي بأنه:

- توازن ثابت بين الفرد وما يحيط به، فلا يكون ثمة تغيير لا يثير استجابة، ولا يتبقى حاجة غير مشبعة، بل جميع وظائف استمرارية الفرد تتقدم بشكل سوي.
- حالة العلاقة المنسجمة مع البيئة التي يكون فيها الفرد قادراً على تحصيل الإشباع لمعظم حاجاته وكفاية مواجهة متطلباته الجسمية منها والاجتماعية.
- عملية إحداث التغييرات المطلوبة في نفس الفرد أو في بيئته.

وعلى الرغم من تعدد تعريفات التوافق، إلاّ أنّه يمكن حصرها في ثلاثة اتجاهات رئيسية: **الاتجاه الأول:** يرى أن التوافق عملية فردية تبدأ وتنتهي بالفرد. **الاتجاه الثاني:** يرى أن التوافق عملية اجتماعية تقوم على الانصياع للمجتمع بصرف النظر عن رضا الفرد عن هذا الانصياع. **الاتجاه الثالث:** وهو اتجاه تكاملي يوفق بين ما هو فردي وما هو اجتماعي (شاذلي، ٢٠٠١، ص ٢٧؛ عبد الرحيم، ٢٠٠٧، ص ٣٦).

٢ - أبعاد التوافق النفسي

إنّ أبعاد التوافق مرتبط بعضها مع بعض، ومتداخلة بشكل يصعب الفصل بينها، فالتوافق الاجتماعي، والتوافق الشخصي، والتوافق المهني، والتوافق الأسري ... وغيرها) جميعاً أبعاد للتوافق العام ويمكن أن نستدل عليه من خلالها:

التوافق الاجتماعي: يتضمن التوافق الاجتماعي social adjustment، قدرة الفرد على التفاعل الاجتماعي وبناء علاقات اجتماعية ناجحة وسليمة مع الآخرين، والشعور بالسعادة مع من يتعامل معهم في بيئته، دون الشعور بالحاجة إلى السيطرة أو العدوانية على الآخرين.

وكذلك القدرة على الالتزام بأخلاقيات المجتمع، وتحقيق الاتزان الاجتماعي ضمن المعايير والقواعد الاجتماعية والأساليب الثقافية والإيديولوجية السائدة، والعمل لخير الجماعة، مما يؤدي إلى تحقيق الصحة الاجتماعية (سعيد، ٢٠٠٨، ص ٦٥؛ عبد الرحيم، ٢٠٠٧، ص ٣٨).

بناءً على ذلك، فإن الفرد المتوافق اجتماعياً، يتصف بشخصية متكاملة قادرة على التنسيق بين حاجاته وسلوكه الهادف، وتفاعله مع بيئته، وانسجامه مع معايير مجتمعه، وتمتعه بنمو غير متطرف في انفعالاته، دون التخلي عن استقلاليته.

التوافق الشخصي: يشمل التوافق الشخصي personal adjustment، السعادة مع النفس والثقة بها والشعور بقيمتها، وإشباع الدوافع والحاجات الداخلية الأولية (الفطرية، والعضوية، والفيسيولوجية) والحاجات الثانوية المكتسبة.

كما يتضمن الشعور بالحرية في التخطيط للأهداف، والسعي لتحقيقها، وتوجيه السلوك ومواجهة المشكلات الشخصية وحلها، وتغيير الظروف البيئية والتوافق لمطالب النمو المختلفة بما يحقق الأمن النفسي للفرد.

التوافق الصحي: ويُقصد به، أنّ الصحة الجسمية تؤثر تأثيراً كبيراً على سلوك الفرد، وكلّما قلت المشكلات الصحية لدى الفرد، ازداد بالتالي توافقه. أمّا "لازاروس" Lazarus، فيحدد أبعاد التوافق من وجهة نظره كالآتي:

١- الراحة النفسية: يرى "لازاروس" أنّ الفرد غير الصحيح نفسياً، لا يمكن أن يحقق توافقاً نفسياً، ويذكر من أمثلة ذلك عدم الارتياح في حالات الاكتئاب والقلق المزمن.

٢- الكفاية في العمل: يرى "لازاروس" أنّ الفرد يعجز عن استغلال استعداداته ومهاراته بسبب سوء توافقه، لذلك تقل كفايته الإنتاجية ويقل مستواه الدراسي إن كان طالباً.

٣- الأعراض الجسمية: ويقصد بذلك أن عدم التوافق يكون مؤداه أنّ الفرد يعاني من إصابة عضوية أو مرض جسمي ... وما إلى ذلك.

٤- التقبل الاجتماعي: أي إنّ يستطيع الفرد أن يحقق التقبل الاجتماعي عن طريق سلوكه الذي يسلكه وتقره الجماعة التي يعيش معها ويرضي عنه المجتمع الذي ينتمي إليه.

التوافق الاقتصادي: إنّ التغير المفاجئ في الإمكانيات الاقتصادية يُحدث اضطراباً في أساليب توافق الشخصية مع المجتمع، ذلك لأنّ الانخفاض يتطلب من الفرد تكوين عادات ورغبات جديدة، كما أن من طبيعة الحاجات المكتسبة أن الأفراد لا يستطيعون النكوص إلى طريق العيش التي تُعدُّ أكثر بدائية من تلك التي يعيشون على مستواها دون أن يعانون شعوراً بالحرمان.

ويلعب حد الإشباع دوراً بالغ الأهمية في تحديد شعور الفرد بالرضا، فإذا غلب على الفرد بالرضا، يكون حد إشباع الحاجات مرتفعاً، ولهذا يتحقق التوافق الاقتصادي الذي يتمثل بالشعور بالرضا (صيام، ٢٠١٠، ص ٣٢ ؛ نسيمة، ٢٠١٤، ص ١٢٨).

التوافق النفسي: إنّ كبر السن عملية مستمرة تتطلب توافقاً مستمراً. فالتوافق مع التقدم في العمر يشير إلى ردود فعل الفرد تجاه تداخل التغيرات البيولوجية والاجتماعية والنفسية التي تعدّ جزءاً من التقدم في العمر. وبهذا يمكن تعريف توافق المسنين بأنه، "الرضا من الناحية الانفعالية عن الذات"، وهذا الرضا على المستوى الانفعالي يتبدى في المجال الاجتماعي في استقلالية تبعد بالفرد عن التبعية، وتجعله قادراً على المشاركة في مظاهر الحياة الاجتماعية المختلفة وأيضاً إقامة علاقات اجتماعية ناجحة (صيام، ٢٠١٠؛ عبد الرحيم، ٢٠٠٧، ص ٣٩-٤٠).

٤- محددات التوافق لدى المسنين

في ضوء ما تقدم نستطيع أن نحدد بعض المعايير التي يمكن في ضوءها الاستدلال بصورة عامة على التوافق لدى كبار السن، وأهمها:

- **تقبل المسن لحدود إمكانياته:** إحدى الوسائل للتعرف على التوافق النفسي للمسن نسأل: إلى أي حد يدرك هذا المسن حقيقة وجود الفروق الفردية بين الناس، ومدى اتساع هذه الفروق، وكيف يرى نفسه بالمقارنة مع الآخرين، وما هي فكرته عن مميزاته الخاصة وعن حدود قدراته، وما لا يستطيع ... الخ.

وهناك بعض كبار السن يفهمون ذواتهم فهماً واقعياً أو قريباً من الواقع، وهذا يهيئ لهم تجنب كثير من الإحباط والفشل، ويساعدهم على الإنجاز والتوافق السليم. ولكن بالمقابل يوجد كثير منهم يبالغون في تصورهم لقدراتهم، ويتوهمون في أنفسهم أكثر مما يستطيعون فعلاً.

وهناك من يركز على عيوبه ونقائصه ولا يستطيع رؤية كل إمكانياته رؤية واضحة، ويمكن أن ندرك بسهولة أن تصور الفرد الخاطئ لنفسه لا يساعد كثيراً على توافقه النفسي أو على التعامل الناجح مع الآخرين.

- القدرة على مواجهة إباطات الحياة اليومية: إذ تختلف قدرة كبار السن على تحمّل الصعوبات العادية التي تواجههم في الحياة، فهناك من ينزعج انزعاجاً شديداً لأيّ تغيير غير متوقع في مجرى الأمور، وهناك بعض الأفراد لديهم صلابة قوية إزاء متاعب الحياة وأحداثها اليومية.

- اتساع أفق الحياة: إنّ الفرد الذي يتسم بالتوافق النفسي ينبغي أن تكون لديه رؤية مستقبلية لشكل علاقاته وتفاعلاته مع الآخرين. والاستمتاع بالحياة والتجاوب معها يتطلب العناية بأنواع متعددة من المهارات والمعارف، فالنمو المتكامل يقتضي الاهتمام بجميع الجوانب، وليس الاهتمام بجانب واحد فقط.

- الاتزان الانفعالي: يُقصد "بالاتزان الانفعالي" emotional stability، قدرة الفرد على السيطرة على انفعالاته المختلفة والتعبير عنها بحسب ما تتطلب الظروف وبشكل يتناسب مع المواقف التي تستدعي هذه الانفعالات". ويلعب "الاتزان الانفعالي" دوراً في الحكم على مدى تمتع المسن بالتوافق النفسي أو عدم التوافق، إذ إنّ الانفعالات هي المحرك الأساس للسلوك، فإذا كانت الانفعالات تتسم بعدم النضج من حيث وملاءمتها للمواقف والظروف الخارجية، فإن السلوك سوف ينتابه الاضطراب وعدم الاتزان الانفعالي.

كما أنّ ثبات الاستجابة في المواقف المتشابهة هو علامة التوافق النفسي والاستقرار الانفعالي، ذلك أن تباين الانفعالات يدل بشكل واضح على الاضطرابات الانفعالية (الشرقاوي، ٢٠٠٤، ص ٢٤؛ أحمد، ٢٠٠٣، ص ٢٢).

- إشباع الحاجات: يحتاج الفرد إلى إشباع حاجاته الأساسية الضرورية اعتماداً على فطرته وحاجته إلى إشباع مطالبها، فالفرد تحركه دوافع وحاجات، منها حاجات فيسيولوجية مترتبة على طبيعة تكوين الجسم، ومنها حاجات نفسية اجتماعية (مثل الحاجة إلى الحب والتقدير الاجتماعي) تنشأ على أساس أنّ الفرد عضو في الجماعات المختلفة، وتنشأ بسبب طول مدة طفولة الإنسان وطريقة

تطبيعاً اجتماعياً. وإشباع هذه الحاجات لدى الإنسان شرط أساسي من شروط حصوله على التكيف الذي يحقق له الاستقرار النفسي.

- **تحمل المسؤولية:** لا شك أن إحساس الفرد بالمسؤولية، وقدرته على اتخاذ القرارات من شأنها أن تسهم في إكسابه مقومات التوافق والصحة النفسية. وذلك لأن الفرد عندما يتحمل مسؤولية أعماله فإنه يكون حريصاً على إتقان ما يسند إليه من واجبات، الأمر الذي يشعره بالرضا عن نفسه، ويجلب له رضا الآخرين (عبد الرحيم، ٢٠٠٧، ص ٤٠-٤٢؛ اسماعيل، ٢٠٠١، ص ١٢٨).

٥- مراحل التوافق لدى المسنين

إذا كان التوافق النفسي لدى المسن يعني التغيير في السلوك من أجل التوافق بنجاح مع تغيرات المواقف الاجتماعية التي تواجهه بعد وصوله إلى سن الشيخوخة والتقاعد، فإن هذه العملية تمثل ردود الفعل إزاء تغيرات الموقف، وإزاء الاستجابات الاجتماعية. وتقسم هذه العملية إلى خمس مراحل أساسية:

١: **التوافق مع المواقف السابقة والظروف الجديدة:** ويظهر هذا التوافق عند الانتقال إلى ملامح معينة لكبر السن مثل: انخفاض الطاقة، وانخفاض المركز الاجتماعي، أو مجرد التفكير في الشيخوخة.

٢: **الإحباط الناتج عن الدخول في موقف جديد:** إن الاستجابة المعتادة للشيخوخة، هي أن يقوم الفرد بالتخطيط لها، ويحاول توقع التوافقات التي سيتطلبها التغيير في الموقف، وفي الدور المتوقع ... غير أن كثيراً ما يحدث بدلاً من الاستثارة والتحدي للتوافق، أن يشعر الفرد بالإحباط والارتباك أمام الأحداث التي تصاحب الشيخوخة، ويشعر بالإعاقة في الأنشطة المألوفة وقد يصبح غير متوافق.

٣: **عدم التوافق في فترة احتجاج ردود الفعل:** يميل الإحباط عادة في البداية لزيادة دافع الفرد نحو التوافق مع الموقف، إن الفرد عندما يتقاعد يشعر بالقلق

ويظهر سلوكاً انسحابياً عن طريق إحياء الماضي، ويستغرق في الخيال عن انجازات مستقبلية أو تحليل الذات، وفي بعض الظروف قد يتوصل من هذه الأنشطة غير المتوافقة إلى السلوك التوافقي، أما إذا لم يحدث ذلك، فإن ضغط الواقع لدى الفرد قد يزداد فيولد سوء التوافق.

٤: **سوء التوافق مع الموقف الجديد:** ويمكن تعريفه بأنه "نوع من السلوك الذي لا يلبي الحاجات الفردية والاجتماعية للفرد، حتى وإن كانت تقلل من ضغوط الواقع".

ومن أمثلة سوء التوافق في الشيخوخة: توهم المرض، إدمان الخمر وردود الفعل العاطفية العنيفة من قلق وانزعاج وخوف ... الخ.

٥: **إعادة التوافق:** كثير من المسنين يصلون إلى مرحلة إعادة التوافق دون المرور بفترة سوء التوافق. وفي كلتا الحالتين، فإنّ إعادة التوافق تتخلله إحدى عمليتين، هما: إعادة توجيه الاتجاهات، أو تكيف الأنشطة.

- إعادة توجيه الاتجاهات: وهي الشرط الأساسي السابق لإعادة التوافق. فعندما يتقبل المسن (مثلاً) حقيقة انحدار قواه الجسمية، فإنّ الأمر يصبح بسيطاً نسبياً أمامه ليتحول من هوية ما إلى هوية أخرى.

- تكيف الأنشطة: يتضمن معظم حالات إعادة التوافق في الشيخوخة تغييراً في الاتجاهات، وتكيف الأنشطة، فالمزارع (مثلاً) في المرحلة الأخيرة من عمره (بغض النظر عن العمل في الأرض في نطاق واسع) يكتفي بأشغال الحدائق (فتاوي، ١٩٨٧، ص ٥٩-٦٠).

الفصل الثاني عشر

احتياجات كبار السن ورعايتهم

١- احتياجات كبار السن

يعرف علماء النفس "الحاجة" need، بأنها "رغبة طبيعية يهدف الكائن الحي إلى تحقيقها بما يؤدي إلى التوازن النفسي والانتظام في الحياة" (حسينات وجبالي، ٢٠١٠، ص ٣٣٩). ولفئة كبار السن مجموعة من الاحتياجات المرتبطة بممارسة أنشطتهم المختلفة، ولعل أهم احتياجاتهم تتمثل في الآتي:

١-١ الاحتياجات المعيشية

- توفير الدخل الكافي: لما كانت غالبية المسنين، هم فئة توقفت عن العمل والإنتاج والكسب، فإن أول ما يواجهونه من مشكلات، هو الحاجة إلى مصادر كافية للدخل؛ ليواجهوا بها احتياجاتهم المعيشية.

- تحقيق احتياجات صغار المسنين: ونعني بـ (صغار المسنين) الذين لم تتجاوز أعمارهم (٦٥) سنة، وأحيلوا إلى التقاعد، أو توقفوا عن العمل لعوامل مختلفة، على الرغم من تمتعهم بالقدرات والإمكانات للعمل والأداء الاجتماعي.

ولعل أهم احتياجات هذه الفئة، هو ربط المسنين بالحياة العملية، واستثمار خبراتهم الماضية لنقلها إلى الأجيال التالية.

- تحقيق الاستقلالية والهوية الذاتية.

- إشباع الحاجات الجسمية.

٢-١ الاحتياجات الطبية

يحتاج كبير السن الذي يشكو من تدهور حالته الصحية، إلى توفير مصادر للخدمات الطبية مثل المستشفيات والعيادات والمراكز الطبية، وتوفير خدمات صحية منزلية.

يذهب "جرين"، إلى القول، إنّ أمراض الشيخوخة ما زالت أمراضاً فردية ترتبط بحالة كل مسنّ على حدة، مثله في ذلك مثل الآخرين، إلاّ أنّ كبر السن في حد ذاته لا يصاحبه أمراض معينة يمكن التصدي لها.

والاتفاق يكاد يجمع على حقيقة ارتباط التقدم في العمر بمظاهر ضعف واضح في كفاءة بعض أجهزة الجسم الحيوية، مما يؤدي في الغالب إلى الإصابة بأمراض معينة. فالمسألة هنا ليست مرضاً خاصاً بالمسنين، ولكنها مسألة تهيو الجسم للإصابة بأمراض معينة إذا ما ضعفت بعض أجهزة الجسم الحيوية، نتيجة لعامل السن أو عوامل أخرى، ومن ثم فهي وإن كانت قضية عامة لدى لكافة المسنين، إلاّ أنّها في الوقت نفسه، قضية خاصة بحالة كل مسن، ومدى تأثر أعضاء جسمه الحيوية خلال تاريخه الحياتي الطويل. وترجع خصائص الخدمة الطبية إلى الأولوية التي تُعطى للمسن في المجتمع، وإلى خصائص المنظومة العامة للخدمة الطبية للمجتمع عامةً، وإلى خصوصية صحة المسن.

٣-١ الاحتياجات الاجتماعية

على الرغم من تركيز الجهود المعاصرة حول الاحتياجات الطبية للمسنين، وارتباط تلك الجهود بكافة أشكال السياسات الاجتماعية في غالبية دول العالم، إلاّ أنّ الاحتياجات الاجتماعية لم تلق القدر نفسه من الاهتمام، على الرغم من أهميتها وارتباطها الوثيق بكافة مشكلات المسنين. ولعلّ أهمّ الاحتياجات الاجتماعية هي:

- دفاء الحياة الأسرية.

- الحاجة إلى الوجود في جماعة، وتدعيم العلاقات الاجتماعية بين المسنين والمحيطين بهم.
- تدعيم الأدوار الاجتماعية التي ترتبط بالمكانة والقدوة والمثل العليا.
- الاحتفاظ بالمكانة الاجتماعية للمسن والحاجة إلى التوافق مع الظروف الجديدة.
- الحاجة لإشراك المسنين في برامج التنمية والاستفادة من خبراتهم في مجالات تخصصاتهم مع إمكانية إعادة تدريبهم مرة أخرى لتناسب قدراتهم العقلية والجسمية.
- الحاجة إلى التكافل الاجتماعي بين المسنين.
- الحاجة إلى ربط جيل الشباب بجيل كبار السن.

١-٤ الاحتياجات النفسية

إنّ من أهم أهداف رعاية المسن النفسية إشباع الحاجات النفسية، وخصوصاً الحاجة إلى الشعور بالثقة بالنفس، والأمن والشعور بالانتماء واحترام الذات، وإثبات الهوية، والاستقرار العاطفي.

وتتمثل الاحتياجات النفسية للمسن في الحاجة إلى إعداده نفسياً لمرحلة الكبر، وذلك عن طريق إعداد برامج تدريبية قبل سن التقاعد والاستفادة من إمكانياته والخبرات التي لديه، إضافةً إلى الحاجة إلى تقريب الفجوة بين الأجيال (الأجداد - الآباء - الأحفاد)، والحاجة إلى إدخال العلاقات الأسرية وحقوق المسن ضمن البرامج التعليمية التي تدرس في مختلف المراحل العمرية، والحاجة إلى التحرر من كل الضغوط النفسية، وإشباع الجانب الوجداني له، فهو محتاج دائماً إلى أن يحب ويحب، وأن يعترف به، ويشعر أنه ذو قيمة ونفع للجماعة (الشال، ٢٠١٢ ؛ عبد السلام، ٢٠٠٦، ص ٣٣ ؛ الخطيب، ٢٠٠٨؛ سواكر وابراهيم، ٢٠١٥).

وعلى الرغم من ندرة البحوث والدراسات العلمية، التي تناولت الحاجات النفسية للمسنين، إلا أنّ الدراسات المحدودة التي أجريت، أوضحت مجموعة من السمات

النفسية المرتبطة بكبر السن والشيخوخة، ولا سيما عند بداية التقاعد وما بعدها. ومن أهم هذه السمات نذكر:

- ظهور بدايات الخوف القلق، نظراً لما يتعرض له المسنون من تغير في كثير من الوظائف العقلية.

- أعراض متباينة للمظاهر البارانونية، كالشك والوسوسة وسيطرة الأفكار الملحة والعظمة المفتعلة.

- الخوف من الموت والنهاية المرتبط بالعزلة.

- حالات متباينة من التقلب المزاجي.

- العناد والتغني بالماضي ونقد الحاضر.

- الإحساس المسيطر بافتقاد القيمة.

- الشعور الدائم بعدم القدرة على التكيف مع الآخرين.

- شيوع أشكال مختلفة من الأمراض الجسمية-النفسية.

كما حدد "أريكسون" السمة النفسية الغالبة في الشيخوخة، أنها خليط بين شعور اليأس وشعور الخوف من الموت، قد يغلب أحدهما على الآخر، ليصيب المسن حالة من الاكتئاب والعزلة. ومن أجل تلبية الاحتياجات النفسية للمسن توصي منظمة الصحة العالمية بالآتي:

- تدريب المهنيين الصحيين على رعاية المسنين.

- توقي ومعالجة الأمراض المزمنة المرتبطة بالتقدم في العمر، بما في ذلك

الاضطرابات النفسية والعصبية.

- وضع سياسات مستدامة للرعاية طويلة الأمد.

- تطوير خدمات وأوضاع ملائمة للمسنين.

١-٥ الاحتياجات الترفيهية

يحتاج المسنون للترويح وشغل وقت الفراغ ولا سيما أن وقت فراغهم طويل:

مفهوم الترويح

إنّ مصطلح "الترويح" مشتق من الأصل اللاتيني Recreation، وتحليل هذا المصطلح، نجد أنه مكوّن من مقطعين، المقطع الأول (Re) ويعني إعادة، والمقطع الثاني (Creation) ويعني التجديد والانتعاش كنتائج Outcomes لممارسة أوجه النشاط.

يعدّ الترويح مظهراً من مظاهر النشاط الإنساني، ويلعب دوراً رئيساً في تحقيق التوازن بين العمل والراحة، وهو يمثل أحد الأنشطة التربوية والاجتماعية الذي يقبله المجتمع ويخضع لعاداته وتقاليده، ولنوع الثقافة والمعتقدات السائدة فيه.

وهو يدلّ على "النشاط الإنساني الذي يتم اختياره بدافع شخصي، ويؤدّي إلى تجديد حيوية الفرد ليكون قادراً على ممارسة عمله وأداء نشاطاته المختلفة".

يعرفه "ماكلين" و"بيترسون" و"كارسلون" بأنه "نشاط اجتماعي منظم، وحالة وجدانية، وأسلوب لاستعادة حيوية وقوى الفرد للعمل". بينما يعرفه "رومني" بأنه نشاط وإحساس وردة فعل منطقي، وأنه أسلوب وطريقة لتفهم الحياة.

خصائص الترويح

- الترويح نشاط بناء، وذلك يعني أن الترويح يعد نشاطاً هادفاً فهو يساهم في تنمية وتطوير الشخصية من خلال المشاركة في ممارسة الأنشطة المختلفة.

- الترويح اختياري، إذ يختار الفرد نشاطه وفقاً لـرغبته ودوافعه، وذلك لا يعني إغفال التوجيه التربوي نحو إرشاد الفرد لممارسة نوع من النشاط يتفق مع ميوله واستعداداته ومستوى نضجه.

- الترويح حالة سارة، أي إنّه يجلب السرور والسعادة إلى نفوس الممارسين لأنشطته نتيجة للتعبير عن الذات.

- يتم الترويح في وقت الفراغ الذي يتحرر فيه الفرد من قيود العمل أو من أية ارتباطات أو واجبات أو التزامات أخرى.

- يحقق الترويح التوازن النفسي، لأن المشاركة في الأنشطة الترويحية تؤدي إلى الاسترخاء والرضا النفسي، مما يحقق للفرد التوازن النفسي (النادي، ٢٠٠٧، ص١٣-١٤؛ البراوي، ٢٠٠١، ص٩).

فالمسنون بحاجة شديدة إلى وسائل الترفيه والترويح، والاشتراك في الرحلات الجماعية والأنشطة الرياضية، لشغل أوقات الفراغ لديهم. إذ يرى "درويش" أن هناك علاقة وثيقة بين الفراغ والترويح، فكلما زاد وقت الفراغ، زادت الحاجة إلى الترويح، لذلك اهتمت الدول المتقدمة بالترويح، لإدراكها بأنه يعدُّ أفضل استثمار لوقت الفراغ.

الاحتياجات الترويحية لدى كبار السن

تتمثل احتياجات المسنين الترويحية في الآتي:

- أ- الرغبة في المنافسة لإثبات الذات.
- ب- الحاجة إلى الترويح مع القدامى من الأصدقاء.
- ج- الحاجة إلى التنقل والرحلات.
- د- بعض الألعاب الداخلية indoor-games والهوايات الاجتماعية والثقافية.
- هـ- الحاجة إلى توفير البدائل الترويحية، وخصوصاً في حالات العجز الصحي أو الفقد لرفيق العمر، كتوفير الأنشطة المناسبة للمعاقين حركياً.

أنشطة الترويح

- يمكن تقسيم أشكال أنشطة الترويح، من خلال ما يلي:
- نوع النشاط الممارس: ألعاب، أنشطة ثقافية، أنشطة رياضية.
 - طبيعة ونوع المشتركين: ذكور - إناث - أطفال - شباب - كبار سن.
 - مكان ممارسة النشاط: أنشطة تتم في أماكن مغلقة، أنشطة تتم في الخلاء.

- حالة الجو: أنشطة صيفية، أنشطة شتوية.
 - أنشطة غير مكلفة: كالمشي والتمارين البدنية.
 - شكل التنظيم: أنشطة منظمة، مناشط غير منظمة.
 - طبيعة المشاركة (إيجابية أو سلبية): وذلك وفقاً لمستويات المشاركة.
 - حجم الإنفاق المادي: أنشطة تحتاج إلى حجم إنفاق عالي، كالغولف، والفروسية مثلاً، (النادي، ٢٠٠٧، ص ١٥؛ الخطيب، ٢٠٠٨، ص ٩٢).
- ومما لا شك فيه أن فئة كبار السن تعيش حياةً يمثل وقت الفراغ جزءاً كبيراً فيها، وهذا الوقت يتطلب استثماره بصورة إيجابية لإشباع اتجاهات وميول ورغبات واحتياجات كبار السن، التي يمكن إشباعها عن طريق ممارسة الأنشطة الترويحية. ويؤكد "راسيل" أنّ الاستخدام الواعي لوقت الفراغ، إنما يعدّ حصيلة للتربية والحضارة، كما يؤكد "جلاس" أنّ اختيار أساليب استثمار أوقات الفراغ تُعبر عن القدرة في التعبير عن الذات، ولذا فإن وقت الفراغ قد أصبح في الوقت الحاضر يرتبط بحرية استخدام الفرد له بطرائق متعددة.

وقد اتفق كل من "ماكليين" و"بيترسون" أنه يوجد أربعة تصنيفات لوقت الفراغ:

- أ- وقت الفراغ بمثابة التأمل.
 - ب- وقت الفراغ بمثابة النشاط.
 - ج- وقت الفراغ بمثابة وقت حر.
 - د- النظرة الشمولية لوقت الفراغ.
- أمّا "ناش" فقد قسم المشاركة في وقت الفراغ إلى ستة مستويات هي:

- ١- المشاركة الخلاقة.
- ٢- المشاركة الإيجابية.
- ٣- المشاركة العاطفية.
- ٤- المشاركة السلبية: التسلية والمتعة وقتل الوقت

- ٥- المشاركة في أنشطة تؤدي إلى أذى النفس.
- ٦- المشاركة في أنشطة تؤدي إلى أذى المجتمع.
- ويرى "ناش" أنّ المستويات الأربعة الأولى (أي المشاركة الخلاقة، والمشاركة الإيجابية، والمشاركة العاطفية، والمشاركة السلبية)، تعدّ الأكثر فائدة، وإن كانت المشاركة السلبية أقلّ أهمية من المستويات الثلاثة التي تسبقها.
- بينما المستويين الآخرين لا يندرجان ضمن أنشطة الترويج، وذلك لأنّهما لا يتصفان بالأنشطة الهادفة والفعّالة (النادي، ٢٠٠٧، ص ٨-١٠).
- والشكل (١٠) يوضح مستويات المشاركة في وقت الفراغ كما حددها "ناش":



الشكل (١٠): مستويات المشاركة في وقت الفراغ وفقاً لرأي

"ناش" (النادي، ٢٠٠٧، ص ١٠).

رابعاً- أهمية الترويح لكبار السن

لقد وضعت "الرابطة العالمية للفراغ والترويح" world leisure and recreation association، ميثاقاً يؤكد أنّ الترويح يعمل على إثراء حياة الإنسان من خلال الأنشطة الترفيهية المتنوعة، التي تسهم في توفير احتياجات الإنسان التي تتطلبها ظروف الحياة. لذا لا بد من ضرورة العمل على تكوين اتجاهات وعادات ترويحية ورياضية لضمان ممارسة كبار السن لهذه الأنشطة.

إنّ إشباع حاجات المسنين (التي سبق ذكرها)، عملية ضرورية جداً، وأي نقص في إشباعها سيؤدي إلى ظهور مشكلات كثيرة ومتنوعة ستؤثر على المحيطين بالسن بشكل كبير، وذلك لما لهذه المشكلات من تأثير كبير على المسن، إذ يؤدي إلى تدهور أحواله واضطراب حالته النفسية والجسمية والعقلية والاجتماعية (حسينات وجبالي، ٢٠١٠، ص ٣٤٠؛ عبد السلام، ٢٠٠٦). انطلاقاً من ذلك فإنّ أهم الآثار الإيجابية المصاحبة للعملية الترويحية تتلخص في الآتي:

١. إشباع الحاجات الاجتماعية: ويتم ذلك من خلال تكوين وتوطيد الصداقات، مما يتيح فرص التعارف والتقارب وتنمية القيم المرغوبة كالتعاون وخدمة الآخرين، وأيضاً الشعور بالانتماء والولاء للجماعة، وتنمية القدرة على الانسجام والتكيف أو التفاهم مع الآخرين واحترام آرائهم (عبد السلام، ٢٠٠٦، ص ٦٢؛ السدحان، ١٩٩٨).

٢. إشباع الحاجات العلمية والعقلية للفرد: ويتم ذلك من خلال الأنشطة الإبداعية، إذ تؤدي البرامج الترويحية الإبداعية في الغالب إلى المساعدة على تجديد النشاط الذهني والقدرة على اتخاذ القرار، وتنمية القدرات العقلية والذكاء والتفاعل الإيجابي مع المواقف المختلفة، وبخاصة إذا تصاحب مع تلك الممارسة الرغبة والإقبال من الفرد.

٣. إشباع الحاجات النفسية: تساعد الأنشطة الترويحية على التكيف والاستقرار النفسي والرضا الذاتي، والإقلال من التوتر النفسي ودرجة القلق وحدة الاكتئاب، وتنمية الصحة الانفعالية لكبير السن وإعادة توازنه النفسي، والتخلص من الضغوط النفسية الحياتية، مما يؤدي إلى تحقيق التكيف النفسي السليم.
٤. إشباع الحاجات الجسمية: ويتم ذلك من خلال ممارسة الرياضة البدنية.
٥. إشباع الميول والدوافع المرتبطة بالهوايات واللعب.
٦. التحرر من الضغوط والتوتر العصبي المصاحب للحياة العصرية.

٢ - اهتمامات المسنين

- لقد أشارت "هيرلوك" إلى أنّ اهتمامات كبار السن تشمل الجوانب التالية:
- أ. الاهتمامات الشخصية: أهمها ما يتعلق بالذات والجسم والمظهر والشكل العام ويصبح المسن متمركزاً حول ذاته، وأكثر اهتماماً بنفسه وأقلّ اهتماماً بالآخرين.
 - ب. الاهتمامات الترفيهية: وهي تشمل القراءة ومشاهدة التلفزيون والرحلات وزيارة الأصدقاء.
 - ج. الاهتمامات الاجتماعية: إذ يعاني المسن الشعور بالفراغ والعزلة والوحدة النفسية وتناقص الأدوار الاجتماعية.
 - د. الاهتمامات الدينية: إذ يصبح الفرد أكثر تسامحاً وأقلّ تعصباً للجوانب الدينية كذلك تتسم مرحلة الشيخوخة بأن المسنين يكونون أكثر تردداً على دور العبادة (علي، ٢٠١٢، ص ٨٩؛ البراوي، ٢٠٠١، ص ١١-١٢).

٣- رعاية المسنين

يحتاج الأفراد في مرحلة الشيخوخة إلى رعاية واهتمام، وتختلف المجتمعات في تعاملها مع هذه الفئة العمرية، ففي المجتمعات التقليدية يشغل كبار السن فيها مكانة عالية، على عكس المجتمعات الحديثة التي تتخفف بها مكانة كبار السن. ولذا أصبح مجال رعاية المسنين من المجالات الرئيسية في المجتمعات المعاصرة، إذ اهتمت برعاية تلك الفئة من خلال وضع القوانين التي تنظم أشكال رعايتهم، إذ لا تقتصر هذه الرعاية على المادية فحسب، بل تمتد لتشمل جميع نواحي الرعاية الصحية والاقتصادية والترفيهية بما يوفر السعادة ويرفع الروح المعنوية لديهم.

والرعاية المتكاملة للمسنين واجب تمليه القيم الدينية والأخلاقية، وأمر فرضه الاعتراف بما قدموه للمجتمع من خدمات، وتعبير عن بعض ما ساهموا به في خدمة بلادهم خلال سنوات عملهم وعطائهم.

وكثير من كبار السن يفقدون قدرتهم على العيش بصورة مستقلة، بسبب محدودية الحركة، أو الألم المزمن، أو الضعف، أو غير ذلك من المشاكل النفسية أو البدنية، ويحتاجون إلى شكل من أشكال الرعاية طويلة الأجل. ونظراً لأنّ المسن يكون عاجزاً عن إعالة نفسه، فهو في أمس حاجة إلى الرعاية والحماية وتلبية الاحتياجات المختلفة في ظلّ تلك المشكلات والضغوط التي يتعرض لها (الطيبي؛ جبر، د.ت؛ النادي، ٢٠٠٧؛ تفاعلة، ٢٠٠٩).

٣-١ الاهتمام العالمي برعاية المسنين

يحتاج الإنسان إلى رعاية خاصة في مرحلتي الطفولة والشيخوخة، وإذا كانت مرحلة الطفولة قد حظيت باهتمام واضح على المستوى القومي والدولي منذ مئات السنين في العالم المتقدم، إلا أنّ مرحلة الشيخوخة لم تحظ بنفس القدر من الاهتمام وخاصة في البلدان النامية.

لقد أصبحت أعداد المسنين تتزايد بسرعة واستمرارية بين سكان العالم، والزيادة في أعدادهم لا بدّ أن يكون لها آثار عميقة على المجتمع، وعلى الأسرة، والسياسات الاجتماعية والخدمات، والمهن الإنسانية التي تتعامل مع المسنين، فسوف تؤدي هذه الزيادة إلى انعكاسات على التنمية الاجتماعية والاقتصادية مما يحتم الاهتمام بقضية الرعاية المتكاملة للمسنين.

فكلّما ارتفعت نسبة المسنين، تعددت الاحتياجات وظهرت المشكلات المتعلقة بكيفية تلبيتها، الأمر الذي يجعل رعاية المسنين (بجوانبها الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية) قضية ملحة من قضايا العصر الحديث.

لقد تمثل الاهتمام العالمي بقضايا رعاية المسنين، في أنّ هيئة الأمم المتحدة خطت خطة جادة عندما قررت الدعوة إلى تجمع عالمي في عام (١٩٨٢م)، بهدف دراسة الشيخوخة وكبار السن، ووضع برنامج عمل لضمان الأمان الاجتماعي والاقتصادي لهذه الفئة، وإتاحة الفرصة لأفرادها للمشاركة في التنمية الاقتصادية والاجتماعية لبلادهم.

إنّ إدراك الأمم المتحدة للحاجة الملحة لتوحيد وتقييم أمثل الطرائق لتقديم الرعاية المناسبة لكبار السن على أساس التجارب التي تراكمت في مختلف البلدان؛ هو ما حدا بها إلى تنظيم هذا الاجتماع العالمي، بهدف التوصل إلى إقرار توصيات أو سياسات لتحسين الرعاية التي يجب أن تقدمها الدول لهذه الفئة (قناوي، ١٩٨٧، ص ٩٤-٩٥؛ العجلان، ٢٠١١، ص ٢).

هذا وقد عدت هيئة الأمم المتحدة عام (١٩٩٩م)، عاماً دولياً لكبار السن، كما أن "منظمة الصحة العالمية" The World Health Organization جعلت هذه القضية موضوعها ليوم الصحة العالمي.

كما أكد تقرير الأمم المتحدة ضرورة توفير الحماية للمسنين، وضرورة العمل على توفير أشكال رفايتهم، من خلال ملاحظة العلاقة بين السلامة الجسمية والنفسية والاجتماعية والبيئية، وهذا الأمر يتطلب تعاوناً واسعاً بين الدولة والمجتمع، وأسر المسنين، والمسنين أنفسهم.

حدثت تغيرات في معظم المجتمعات أدت إلى خلق ظروف صعبة، أثرت سلباً على رعاية المسنين. فبينما كان الناس في السابق يتفرغون لخدمة المسن، يكاد التفرغ يكون اليوم مستحيلًا بسبب تغير أنماط الحياة ومشاكل المسنين.

وقد تضطر الظروف بعضهم للالتجاء إلى دور الرعاية الخاصة للمسنين، لذا ينبغي أن تعد تلك الأماكن بطريقة علمية مدروسة، وألا تتعامل بمفهوم أنها منزل للسكن والطعام والنوم، إنما هو مجتمع مثمر في نشاطات وعطاءات كل بحسب قدرته.

ويعدّ "المؤتمر العالمي للشيخوخة" من أهم مؤتمرات الأمم المتحدة الخاصة بالإنسان، هذا وقد شمل المؤتمر موضوعات متعددة عن هذه المرحلة من عمر الإنسان يمكن تلخيصها كما يلي:

١- الاستفادة من خبرة المسنين: أوصى المؤتمر بأن الدول الغنية والفقيرة على حد سواء بحاجة إلى ضمان دخول المسنين في كافة مجالات الحياة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ... وغيرها وأن تتم الاستفادة من خبراتهم.

٢- إشباع حاجات المسنين: أوصى المؤتمر على توفير نوعية حياة أفضل للمسنين من حيث إشباع الحاجات وتحقيق الرفاهية الاجتماعية، والتغذية، والصحة، والبيئة، والإسكان، والتعليم والأسرة.

٣- موضوع الصحة: أكد المؤتمر ضرورة الاهتمام بالخدمات الوقائية بدلاً من الخدمات العلاجية، إذ إنَّ الخدمات الوقائية إذا ما بدأت في سن مبكرة، تستطيع أن تهيئ الناس لمشكلات الشيخوخة، ولحياة أصح وأفضل.

٤- قضية المرأة المتقدمة في السن: وقد أكد المؤتمر أنَّ موضوع الشيخوخة ذو أهمية خاصة للنساء. فقضية المرأة المتقدمة في السن تعدُّ أكبر منها للرجال، ويجب تناولها في خطة رعاية الشيخوخة في جميع البلدان ... ذلك أن المسنات يعانين من المشكلات الاقتصادية الشديدة وخصوصاً في الدول النامية.

٥- التربية: أكد المؤتمر ضرورة مساعدة المسنين من خلال إعدادهم لهذه المرحلة العمرية، لكي يستطيعوا المشاركة في الدخل والقيام بالأنشطة حتى يصبحوا أكثر اعتماداً على أنفسهم وأن يكونوا مكتفين ذاتياً، ويكون ذلك بتدريب المسنين على المهارات المختلفة (قناوي، ١٩٨٧، ص ٩٤-٩٨؛ كتلو؛ العرجا، ٢٠١٦).

٢-٣ جوانب رعاية المسنين

أولاً- الرعاية الأسرية

يقصد بالرعاية الأسرية family care لكبار السن، "الوسائل التي تعتمدها الأسرة بكافة أفرادها للقيام بخدمات الرعاية النفسية والصحية والاجتماعية والاقتصادية تجاه المسنين من أفرادها التي تضمن للمسن البقاء في كنف الأسرة" (حسني الرباط، ٢٠٠٣، نقلاً عن سالم والصفتي، د.ت).

فالأسرة هي النظام الأمثل، والمكان الأكثر تأثيراً في التخفيف من أعباء وآثار الشيخوخة، ولها دور مهم في إشباع احتياجات كبار السن المختلفة، ومساعدتهم على زيادة فرص تكيفهم في المجتمع مع الأقارب والجيران والأصدقاء وزملاء العمل السابقين، بل والأصدقاء الجدد الذين يدخلون حياتهم بعد بلوغهم سن المعاش التقاعدي.

ومن أدوارها أيضاً تدريبهم وتوجيه سلوكهم وانفعالاتهم وتصرفاتهم بما يساهم في زيادة فرص تشكيل شخصياتهم التشكيل الجديد المتوافق مع متطلبات الحياة، وبما يساهم بالفعل في إشباع حاجاتهم، وتحقيق توافقهم الذاتي والاجتماعي.

وقد أكدت نتائج العديد من الدراسات أنّ الأسرة توفر خدمات الرعاية الطويلة المدى وتعدّ المكان الطبيعي الذي يجد فيه الفرد الشعور بالأمن والطمأنينة والانتماء والتقبل والاحترام، بغض النظر عن عمره وقوته وضعفه، وأنّ ما يقدمه أفرادها يفوق في تأثيره النفسي والمعنوي كل ما تقدمه الدولة من المساعدة المادية.

إنّ المسن بحاجة لأن يعيش داخل أسرة متماسكة ومتوافقة تتولاهم بالتقبل والرعاية. وطالما يعيش المسن في أسرة طبيعية يكون في وضع أفضل من وجوده في مركز رعاية المسنين، إذ يفتقر فيه إلى الإشباع العاطفي والعلاقات الاجتماعية الدافئة والدعم النفسي أيضاً (معمرية ؛ حزار، ٢٠٠٩، ص ٧٥).

إنّ أغلب المسنين يفضلون العيش مستقلين، مع المشاركة في حياة الأسرة، وهو ما أكدته أغلب الدراسات في هذا الشأن، ونتيجة لذلك يزداد أثر الأجداد في أعضاء الأسرة الصغيرة، وتزداد هذه العلاقة وثقاً في المجتمعات الريفية أكثر، إذ يقتصر نمط الحياة القائم على نظام الأسر الممتدة، فتزداد الصلة بين الأجيال والتفاعل الشديد بينهم معظم الوقت، وهو ما لا يتوافر في المجتمعات الحضرية والصناعية.

وتؤكد بعض الدراسات الحديثة أنّ الطفل الذي يقضي بعض الوقت في تعامل مباشر مع المسنين، تتحول اتجاهاته من السلبية إلى الإيجابية نحوهم، وحديثاً يزداد اعتماد الأسرة على الجدّ والجدّة في تربية الأحفاد في فترة ما قبل المدرسة؛ نتيجة لارتفاع تكلفة دور الحضانة، وازدياد خروج المرأة للعمل. كما أنّ معيشة المسن مع أبنائه توفر له مقومات عدة، مثل:

- الاحتفاظ بالمكانة الاجتماعية بين الأبناء،

- الدفء العائلي والحنان والإحساس بالأمن، وبقاء علاقات المودة مع الأبناء.
- فرص التفاعل الطبيعي مع الأبناء، والزوج، والأقارب، والمعارف والأصدقاء.
- تحقيق الانطلاق والتعبير الحر عن الذات لدى المسنين.
- تكوين علاقات متعددة وقوية داخل الأسرة وخارجها.
- تحقيق المكانة الاجتماعية واحترام الذات.
- الارتباط بالمجتمع.

ويرى "الرباط"، أنّ رعاية المسن داخل الأسرة هي إحدى الوظائف التي ينبغي أن تضطلع بها الأسرة، إضافةً إلى وظائفها الأخرى، على الرغم من الظروف والمتغيرات التي طرأت على أوضاع الأسرة النووية، وذلك لفهمها لأساليب التعامل معهم، وأن يكون أفراد الأسرة هم المسؤولون عن العناية بهم، خصوصاً فيما يتعلق بالرعاية اليومية كالملبس والمأكل والنظافة ... الخ.

وقد أظهرت العديد من الدراسات زيادة عدد المسنين الذين يعجزون عن مزاوله الأنشطة اليومية، ويحتاجون إلى الآخرين للاستحمام والطهي والتنظيف والإسعاف. ويؤكد "الرباط" أيضاً أنه يجب أن يُقدّر أعضاء الأسرة عنصر الخبرة والحكمة عند كبار السن وذلك بإشراكهم بالقرارات المصيرية للأسرة من منطلق المسؤولية الاجتماعية وتقديم المساعدة والعون لهم.

ويؤكد "خليفة" أنّه ينبغي على الأسرة أن تعمل تحسين نوعية حياة المسنين لكي يحيا حياة مستقلة داخل أسرهم ومجتمعهم، دون الشعور بالعزلة والوحدة، وكذلك توفير الجو الأسري حتى لا يشعر المسن أنّه عبء على الأسرة وغير مرغوب فيه (سالم والصفتي، د.ت ؛ عبد اللطيف، ١٩٩٩ ؛ الطيطي ؛ جبر، د.ت).

ثانياً- الرعاية الاجتماعية

تشير الرعاية الاجتماعية social care، عموماً، إلى "مجموعة الأنشطة المنتظمة التي تمارسها مؤسسات وهيئات أهلية أو حكومية تسعى من أجل توفير الحماية والوقاية والحد من آثار المشكلات الاجتماعية والعمل على علاجها".

وبالمقابل هناك رعاية اجتماعية غير رسمية تقدمها الأسرة والأصدقاء والجيران التي تكون غير منظمة عن طريق مؤسسة تطوعية أو قانونية أو حكومية ولا يلتقي القائم بهذه الرعاية من أعضاء الأسرة أو غيرهم، أي مكافأة مادية عن القيام بهذه الرعاية (رزيقة، ٢٠١٢، ص ٥٧؛ فتوح، ١٩٩٢، نقلاً عن سالم والصفتي، د.ت).

أشار "ريد" إلى أن الرعاية الاجتماعية غالباً ما تحدد على أنها أنشطة منظمة وتدخلات مهنية تقترح سياسات وبرامج كاستجابة للمشكلات الاجتماعية التي يتم التعرف عليها أو لتحسين أحوال المعرضين للخطر، كما أنها تهتم بالتنظيم المناسب للعلاقات بين الجميع.

وهناك أنواع كثيرة من الرعاية الاجتماعية المقدمة للمسنين، وهي تختلف من بلد لآخر تبعاً لاختلاف العادات والتقاليد الموجودة فيها. وفيما يلي أهم أوجه رعاية المسن اجتماعياً:

- ١- توفير الملابس المناسب، والمسكن الملائم بشروط ميسرة.
- ٢- تيسير الحصول على الغذاء الكافي.
- ٣- وعلى المجتمع أن يهيئ لكبار السن مشاركة طيبة في مجتمعهم، ويوفر لهم الجو المناسب ليقوموا بممارسة بعض الأعمال التطوعية التي تخدمهم وتخدم مجتمعهم، ليكونوا قدوة للآخرين ومثالاً يحتذى بهم.
- ٤- ضرورة إنشاء جمعيات أصدقاء كبار السن تعنى بشئونهم، وسوف تكون بمثابة اعتراف من الدولة بأهمية هذه المرحلة، وبضرورة قيامها برعاية الواقعين في

نطاقها وأن تتضمن هذه الجمعيات جميع الرعاية الضرورية لكبار السن اجتماعيا ونفسيا وصحيا واقتصادياً.

٥- ضرورة إيجاد المؤسسات العامة التي يستطيع فيها كبار السن أن يشبعوا حاجاتهم البدنية، ويتمتعوا فيها بملء ساعات الفراغ، وأن يواصلوا تعليمهم، ويحصلوا فيها على ضرورياتهم.

ثالثاً- الرعاية الطبية

وهي تهدف إلى تحسين وضع المسنين والوقاية من أمراض الشيخوخة ومن تدهور الحالة الصحية، والعناية بأنواع التغذية المقدمة لهم بحسب الإرشادات الطبية، والاهتمام بالنظافة الشخصية وبرامج التوعية الصحية، وعلاج الحالات المرضية، وإجراء الفحوصات الطبية، وتقديم الأدوية... الخ.

تعدّ الحالة الصحية للمسنين من الموضوعات التي تم الاهتمام بها من قبل الأطباء والجمعيات العلمية وجمعيات رعاية المسنين على مختلف المجتمعات، لما لهذه الشريحة من المجتمع من حق الرعاية والاهتمام.

وتشير البحوث المتخصصة إلى أنّ أعداد المسنين يتزايد مما يترتب عليه الزيادة في المطالب التي تتعلق بالرعاية الصحية والاجتماعية لهم.

ونظراً للضعف الذي يصيب المسنين، فإنهم يصابون بكثير من الأمراض المزمنة، إذا ما قورنوا بغيرهم في مختلف الأعمار الأخرى. وعادة يكونون عرضة لنوع أو أكثر منها، مما يستلزم وجود رعاية طبية مستمرة لهم (معمرية ؛ خزار، ٢٠٠٩، ص٧٦ ؛ العجلان، ٢٠١١، ص٨).

رابعاً - الرعاية النفسية

إنّ للمجتمع دور مهمّ في حياة المسنين، وجعلهم يعيشون بتفاؤل ورضا عن حياتهم، ومساعدتهم في التقليل من المشاكل النفسية التي قد يتعرضون لها. وتتم هذه الرعاية من خلال تقديم الخدمات النفسية المتنوعة وتهدف إلى المساعدة في التوصل إلى أفضل مستوى من الصحة والتوافق النفسي والاجتماعي، وكذلك توجيه كبار السن مهنيّاً واجتماعياً، لوقايتهم من المشكلات قبل وقوعها أو لعلاج مشكلات قائمة، يعانون منها.

والخدمات النفسية التي يجب أن تقدم للمسنين يمكن إيجازها كما يلي:

١- الإرشاد الصحي: ويهدف إلى تزويد كبار السن بالمعارف والمهارات والعادات الصحية السليمة، وتقديم المساعدة حول تكيف المسن مع مظاهر الضعف والوهن عن طريق الفحص الطبي الدوري، وكشف المشكلات الصحية في بدايتها وعلاج الأمراض التي يعاني منها المسن.

٢- الإرشاد النفسي: ويتضمن تهيئة الجو النفسي المناسب للحياة في مرحلة الشيخوخة والتوافق النفسي السليم مع العادات والتقاليد السائدة والخاصة بالأجيال المختلفة، وإرشاد المسن وتعليمه كيفية حل المشكلات التي تعوق قدراتهم وتوافقهم النفسي والاجتماعي السليم.

٣- الإرشاد الأسري: ويتضمن تصحيح أفكار المسن، وتقويم سلوكه نحو الزواج في حالة زواجه، أو في حالة الترمّل أو العنوسة، وتقديم الإرشاد الأسري المناسب له.

٤- الإرشاد المهني: وفيه يتم نقل المسن من مرحلة التقاعد عن العمل إلى مرحلة أخرى يمارس فيها عملاً يشعره بفائدته وقيّمته، ويقضي فيه أوقات فراغه، وذلك عن طريق كشف ميوله واتجاهاته (زبيري، ٢٠٠٦، ص ١٧٠-١٧١؛ عبد السلام، ٢٠٠٦، ص ٣٣).

٣-٣ أسس ومبادئ رعاية المسنين

من أهم أسس رعاية ومبادئ رعاية كبار السن نستعرض الآتي:

أولاً- الإعداد لعملية التقاعد

ويتطلب ذلك تقديم مجموعة من المعلومات والمهارات لمن يصلون إلى مرحلة

العمر المتوسط، التي تساعدهم على:

- زيادة فرص التوظيف بعد التقاعد.
- الإحاطة بطرائق الوقاية من الأمراض المزمنة والاحتفاظ بصحة جيدة.
- توفير حياة أسرية وعلاقات اجتماعية مناسبة.
- تأمين المورد المالي.
- اتباع أساليب معيشة تلائم كبار السن.
- توفير أنواع من النشاط والمهارات تكون بديلاً عما كان كبار السن يمارسونه في شبابهم.

ثانياً- التثقيف

على الرغم من أنّ هذا التثقيف يختلف باختلاف الأفراد والمسؤوليات الملقاة

على عاتقهم، إلاّ أنه يمكن تحديد الحد الأدنى من المعارف التي يجب للإمام

بها لمن يعمل ويتعامل مع هذه الفئة، ومن هذه المعارف يمكن أن نذكر:

- معرفة الظواهر النفسية والفيسيولوجية لكبار السن.
- إدراك ظروف كبار السن كفئة من فئات المجتمع.
- معرفة الخبرات في العلاقات الإنسانية، وفي أسباب العمل مع الجماعات.
- التثقيف بمعلومات عن الموارد والإمكانات المختلفة التي يمكن أن تستخدم في مواجهة مشكلات كبار السن في المجتمع.
- إلمام بالنواحي التربوية، ودورها في مواجهة احتياجات كبار السن.

ثالثاً- توعية المجتمع بقضايا الشيخوخة

إنّ الاهتمام بقضايا كبار السن ليست مسؤولية محددة من قبل المهنيين والمتخصصين فقط، بل هي مسؤولية المجتمع ككل، بجميع فئاته وأعمارهم، لذا يجب تهيئة المجتمع وتوعيته بقضايا الشيخوخة ومشكلات كبار السن، ويجب أن يكون المجتمع على وعي تام بحقوق كبار السن في المكانة الاجتماعية والاحترام والتقدير والوفاء.

إنّ الفكرة السائدة عند الناس بأن كبار السن غير منتجين، وأنهم يعيشون على هامش الحياة، يجب أن تستبدل بصورة أخرى توضح أن المسنين لديهم الحكمة والخبرة في الحياة، وأن المجتمع يعوزهم أيضاً لذلك. كما أنّ مشكلات كبار السن يمكن مواجهتها مبكراً في مرحلة أوسط العمر بالإعداد والتأهيل لها.

٣-٤ معوقات رعاية المسنين

- عدم توفر الإحصاءات التي تبين تعداد المسنين، أو تصنيفهم بحسب القدرات والتخصصات المختلفة، ووفق احتياجاتهم من الرعاية.
- عدم الاهتمام بتوفير كادر من الأطباء المتخصصين في علاج أمراض هذه المرحلة، خصوصاً أنّ كثيراً من المجتمعات تزداد الحاجة فيها إلى الاستعانة بكبار السن ممن بلغوا سن التقاعد.
- عدم الاهتمام بتنظيم العمل بين المسنين، وربما تكون ظاهرة البطالة سبباً في إحجام بعض المجتمعات عن تنظيم ذلك.
- عدم توفر الأساليب المناسبة لممارسة الأنشطة الترويحية الخاصة بهذه المرحلة.
- عدم توفر الرؤية الكافية لدى العاملين في مجال رعاية المسنين حول كيفية إشباع الاحتياجات الخاصة بهم.

٣-٥ أساليب التعامل مع المسنين

هناك مجموعة من الأساليب التي يمكن من خلالها التعامل مع كبار السن، ولعلّ أهم هذه الأساليب تتمثل في:

١. العمل على تنمية شعور المسن بقيمة ذاته، من خلال توكيل بعض المهام البسيطة للمسّن على أن تكون متناسبة مع قدراته الحركية والذهنية، مما يجعل له دور حقيقي في بيئته الاجتماعية.

٢. إرشاد المسن إلى إمكانية كتابة ذكرياته الشخصية، كوسيلة لشغل وقت الفراغ واستعادة الخبرات الجميلة، وتنشيط القدرات العقلية.

٣. استعادة الخبرات الماضية السعيدة التي مرّ بها كبار السن في حياتهم، وذلك من خلال عقد جلسات استماع يتشارك فيها كبار السن هذه الخبرات فيما بينهم.

٤. تنشيط القدرات الذهنية لكبار السن، وذلك من خلال تنظيم جلسات للنقاش حول القضايا والموضوعات التي تتعلق بالمجتمع، مما ينشط القدرات العقلية لديهم.

٥. إظهار الاحترام والتقدير نحو كبار السن، لتنمية الشعور بالأمن والاستقرار النفسي لديهم.

٦. مساعدة كبار السن على المشاركة الاجتماعية، والعمل على تدعيم وتجديد شبكة العلاقات الاجتماعية الخاصة بهم، من خلال التواصل مع أصدقائهم ومعارفهم بشكل فعال.

٧. تدعيم النسق الوجداني للمسّن، من خلال إظهار التعاطف الطبيعي والبعيد عن الشفقة، لما له من أثر في نفس المسن. وأن نبتسم في وجهه، فهذا يشعره بحب المجتمع له وأنه غير منبوذ أو مكروه في محيطه (مصطفى، د.ت. ص ١١؛ الشال، ٢٠١٢ ؛ عبد السلام، ٢٠٠٦، ص ٤٨).

الفصل الثالث عشر

التقاعد ونظرياته

١- التطور التاريخي للتقاعد

يعدّ نظام التقاعد عن العمل، حديث النشأة والتكوين، فهو لم يكن معروفاً في المجتمعات القديمة، حيث الأعمال البسيطة كالزراعة والرعي وغيرها من الأعمال غير الرسمية، وكان الفرد يعمل حتى يتوقف من تلقاء نفسه.

ويذكر "باركر" - في هذا الصدد- أنّ التقاعد ارتبط بنشأة البيروقراطية، والمنظمات الحكومية، والشركات والمؤسسات التي لها أسبابها لتحيل موظفيها إلى التقاعد، إذ ظهر نتيجة للتطورات الاقتصادية والصناعية وزيادة النسبة المتوقعة لمن هم فوق سن (٦٠) سنة.

وقد انتقل نظام التقاعد من الدول المتقدمة إلى الدول النامية، إذ بدأت هذه الدول في وضع نظام التقاعد للعاملين منذ أواخر القرن الثامن عشر، فأقرته فرنسا عام (١٧٧٦م)، للعجزة من العسكريين، وفي نفس العام أقرته الولايات المتحدة الأمريكية - أيضاً- للمحاربين العجزة وأسرهم، ولكنه منذ عام (١٩٢٠م)، بدأ يشمل الموظفين المدنيين إلى جانب العسكريين <http://www.arab-ency.com>

أمّا إنكلترا فقد أقرته في بداية القرن التاسع عشر قبل الحرب العالمية الثانية، بينما ألمانيا - في العام (١٨٨٩م)- فقد سنت قانوناً يحدد سن التقاعد بـ (٧٠) عاماً، ثم خفضته إلى سن الخامسة والستين، وذلك سنة (١٩١٦م).

وبعد الحرب العالمية الثانية اتخذت ألمانيا الشرقية سن (٦٥) سنة كحدّ لتقاعد للذكور، و(٦٠) سنة كحدّ لتقاعد لإناث، ولحققت بها ألمانيا الغربية.

هذا ويختلف نظام التقاعد بآلياته ومواده من مجتمع إلى آخر نظراً للاختلاف في النواحي السياسية والاجتماعية والاقتصادية والدينية والثقافية. وتحدث بعض التعديلات والتغييرات على هذه الأنظمة من وقت إلى آخر حتى تتماشى مع التقدم والتطور والتحويلات المختلفة التي تمرّ بها المجتمعات. وتتباين سن الإحالة على التقاعد، إذ يتراوح سن التقاعد في المجتمعات الغربية بين (٦٥-٧٠ سنة).

أمّا في الدول العربية، فتعدّ مصر أقدم الدول في تطبيق نظام التقاعد، فقد صدر عام (١٩٥٠م) نظام المساعدات العامة الذي نص على توفير معاش شهري للمسنين غير القادرين على العمل.

أمّا في سورية، فقد صدر نظام التأمينات الاجتماعية عام (١٩٥٩م)، الذي ينظم تقاعد الموظفين وعمال القطاع الخاص، بينما قانون التأمين والمعاشات لموظفي الدولة، فقد صدر عام (١٩٦١م)، وهو ينظم أحكام قانون تقاعد الموظفين الحكوميين، وسن الإحالة على المعاش التقاعدي يبلغ (٦٥) سنة.

وتسعى الدول المتقدمة حالياً لرفع سن التقاعد لأن هذه السن لم تعد تتماشى مع طبيعة الحياة والتطورات التي يعيشها كبار السن.

٢ - عوامل نشوء نظام التقاعد

مع تطور حركة التصنيع ظهرت الحاجة إلى ظهور نظام للتقاعد لعدة أسباب:
أ- **التطور التكنولوجي:** لقد واكب التطور التكنولوجي الثورة الصناعية وأدى إلى تغيير في طبيعة كثير من المهن والأعمال، وهذا تتطلب حاجة مستمرة للتدريب لمواجهة هذه التغيرات، لأن مهارات العمال المتقدمين في السن ومعارفهم لا تكون ملائمة لذلك التطور.

ب- **التعقيد في نظم الإدارة والبيروقراطية:** أدى التعقيد في نظم الإدارة الصناعية والحكومية الحديثة وسيطرة الطابع البيروقراطي على كثير منها إلى سيطرة القواعد والنظم الجامدة التي تركز على الإنتاجية ومصصلحة العمل ولا تضع في الحسبان الجوانب الإنسانية، فهي وإن كانت قد ساهمت في رفع الكفاءة الإنتاجية إلا أنها أغفلت الاهتمام بالإنسان.

ج- **الفائض في الإنتاج:** أدى التطور الصناعي في الدول الغربية إلى فائض في الإنتاج سواء على مستوى الفرد أم الجماعة مما ساعد على إمكانية توفير المبالغ اللازمة للصرف على شريحة من السكان بعد انقطاعهم عن العمل.
أمّا "العبيدي" فيرى أنّ أسباب نشوء نظام التقاعد يعود إلى:

١- **التطور الاقتصادي والصحي:** لقد حقق الغرب تطوراً في المجال الاقتصادي والصحي، الأمر الذي انعكس على صحة الفرد ودخله، مما أدى إلى ارتفاع معدلات كبار السن، إذ أصبحوا يمثلون أعداداً كبيرة.
ويشير عالم السكان الأمريكي "ريدر" إلى أنّ الأعداد الكبيرة نسبياً من كبار السن في المجتمعات الصناعية المعاصرة ظاهرة تاريخية لم يكن لها سابق.
ونتيجة للزيادة في مقدار متوسط عمر الإنسان عبر العصور، أصبح من الصعب على المنظمات الرسمية وغير الرسمية التغاضي عن مشكلات كبار السن، وأصبحت الحاجة ماسة لإيجاد نظام يكفل لهذه الشريحة من السكان حياة ملائمة.

٢- التطور الصناعي: لقد أدى التطور في المجال الصناعي في الدول الغربية إلى فائض الإنتاج سواء على المستوى الفردي أم الجماعي؛ وهذا الأمر ساعد كثيراً في إمكانية توفير الدعم المالي اللازم لدى شريحة من السكان بعد انقطاعهم عن العمل.

٣- نشوء الاتحادات العمالية: التي كرست جهودها لإعطاء العمال حقوقهم، وإيجاد الوسائل القانونية التي من شأنها توفير حياة كريمة لهم، في أثناء خدمتهم وبعد انتهاءها من العمل المجتمعي.

٤- سن قوانين لحماية حقوق العمال: قيام بعض الحكومات العربية بسن القوانين التي تكفل للعامل حقوقاً تقاعدية وإعداد أنظمة لتحقيق هذا الهدف.

٥- التصنيع: لقد أدى التصنيع إلى تغيرات جذرية في النظام الأسري، وفي مقدمتها انحسار نظام الأسرة الممتدة، مما دفع كبار السن إلى الاستقلالية والاعتماد على أنفسهم في تلبية حاجاتهم، فكان هذا الأمر حافزاً قوياً إلى التفكير في إيجاد نظام يساعد هذه الفئة من المجتمع على مواجهة متطلبات الحياة المختلفة.

٣- مفهوم التقاعد

يشير مصطلح "التقاعد" عموماً إلى انقطاع الفرد عن أداء وظيفته، وحرمانه مما كان يتقاضاه من مرتب أو مكافآت مقابل قيامه بمهامه الوظيفية، وذلك حين يصل إلى مرحلة عمرية معينة يحددها المجتمع".

٣-١ مفهوم التقاعد من وجهة نظر عملية

يرى بعض الباحثين أن للتقاعد عن العمل حالتين: أولاً، أن يكون التقاعد اختيارياً، بمحض إرادة العامل، وعلى أساس من تقديراته وقراراته. وثانياً، أن يكون التقاعد إجبارياً، إذ يفرض عليه التقاعد ويحال على المعاش التقاعدي في (٦٠ أو

٦٥) سنة، وذلك بحسب ما تنصّ عليه تشريعات العمل المعمول بها في المجتمع؛ وذلك بسبب الاعتقاد القائم بأن إنتاجية الفرد تبدأ بالتناقص عند هذه السن.

٢-٣ مفهوم التقاعد من وجهة نظر نفسية

يشير علماء النفس إلى أنّ مرحلة الإحالة على التقاعد حساسة في حياة المسنين؛ إذ تحدث بعض الأزمات والاضطرابات النفسية للمسنين بسبب تركهم مسؤوليات العمل، وسحب المجتمع كافة الأدوار الاجتماعية، وتخفيض المكانة والمركز الاجتماعي بين الأفراد الآخرين. ويشير "التقاعد"، وفقاً لوجهة النظر هذه، إلى: "إبعاد الفرد من نظام العمل في المجتمع لبلوغه سن الإحالة على المعاش التقاعدي". ولعلّ أشهر تعريف للتقاعد هو تعريف "أنتلي" (١٩٧٦م)، الذي يرى أنّ التقاعد هو: "الحالة التي يكون الفرد فيها مرغماً أو مختاراً ليعمل أقل من ساعات الدوام المعتادة، ويكون جزء من دخله على الأقل من معاش التقاعد اكتسبه نتيجة سنوات الخدمة".

٣-٣ مفهوم التقاعد من وجهة نظر نمائية

يحدد العلماء عند وصول الفرد إلى سن الستين، مرحلتين رئيسيتين، هما: مرحلة ما قبل التقاعد pre-retirement، ومرحلة التقاعد retirement:

أ. مرحلة ما قبل التقاعد

تمتد من سن (٦٠ إلى ٦٥)، وفيها تتزايد السرعة التي يحدث فيها العديد من التغيرات الحادة؛ مقاساً بذلك بدرجة انخفاض الكفاءة الوظيفية، ومعدل الأمراض الجسمية، والاضطرابات الوجدانية.

وتعمل نواحي القصور التي تحدث في القدرات الجسمية والعقلية؛ على تحديد طبيعة الأنشطة التي يمكن للفرد أن يمارسها. ومن المعتاد في هذه المرحلة أن يحتل بعض الأفراد أوضاعاً مهمّة في الحياة الاجتماعية والمهنية؛ لأن الكثير من المهارات التي يمتلكونها هي نتاج لخبرة طويلة.

وعند نهاية هذه المرحلة، نجد ميلاً لدى بعضهم نحو الانسحاب من بعض الأنشطة ولا سيما الاقتصادية.

ب. مرحلة التقاعد

تبدأ في حوالى (٦٥-٧٠) سنة، وتتميز بتحول سريع ومهم من حالة منتجة اقتصادياً إلى حالة غير منتجة، وغير مستقلة نسبياً. وتتوقف نتائج هذه المرحلة على عدة عوامل مثل: الجنس، والظروف الاجتماعية والاقتصادية، والتكوين النفسي للفرد (سليمان وفوزري، د.ت ؛ الغامدي، ٢٠٠١، ص ٣٧ ؛ عبد الحميد، د.ت ؛ العبد اللطيف، ٢٠١٠، ص ١٧).

٤ - أنماط الاستجابة للتقاعد

يشير كلٌّ من "ريتشارد" و"بترسون" إلى وجود خمسة أنماط مختلفة من الأفراد يعبرون عن موقفهم من التقاعد، وهم:

أ- النمط الناضج: هو نمط بناء في مواجهته للحياة وتفاعله معها، وأصحاب هذا النمط نشطون، ويحافظون على مسؤولياتهم تجاه الأسرة والمجتمع، وهم من أكثر الأنماط توافقاً مع التقدم في العمر، فهم يتقبلون التقاعد بسهولة من أجل إعادة اكتشاف ذواتهم، وأن التقاعد يمثل لديهم فرصة للخروج من دائرة الروتين والعمل، وهم يبدوون فوراً في إقامة علاقات اجتماعية جديدة ومهام جديدة تشغل حياتهم، كما أنهم يشعرون بأنّ الحياة السابقة كانت ذات وزن كبير.

ب- النمط الاستسلامي: ويُطلق العلماء على هذا النمط أصحاب (المقعد الهزاز)، وهم أفراد يتقبلون التقاعد ليس من أجل إعادة اكتشاف ذواتهم، وإنما يرحبون به كمرحلة للراحة والاسترخاء والتأمل والتمتع السلبي بالتقدم في العمر (عدم الالتزام بالاستيقاظ في وقت محدد أو تناول الطعام في وقت محدد). وهم أفراد

مندفعون، يفتقدون للطموح، ويفضلون البقاء في المنزل، ويتميز سلوكهم بالسلبية والاعتماد على الآخرين.

ج- النمط الدفاعي القهري: أصحاب هذا النمط لا يرحبون بالتقاعد ولا يضعون له خطة، وإنما يعملون على الهروب منه بالإسراف في النشاط، فلا يجدون ذواتهم إلا من خلال العمل والاجتهاد فيه. ولذلك ما إن يحالوا على التقاعد، فإنهم يتبعون أسلوب حياة منظماً مفعماً بالنشاط، رافضين تماماً أي عروض للراحة أو الاستجمام، والعمل هنا أشبه بالدرع الذي يتسلح به المتقاعد لاستمرار وجوده في الحياة.

د- النمط العدائي: ويسمى أصحاب هذا النمط بـ (الغاضب)، وهؤلاء يرفضون فكرة التقدم في العمر وفكرة التقاعد، كما أنهم يُسقطون رغباتهم وأهدافهم على الآخرين، ويرون أن الآخرين هم السبب في فشلهم لتحقيق أهدافهم في الحياة. والإسقاط ميكانيزم دفاعي، إذ يسقط الفرد رغباته السلبية على الآخرين، وكأن الآخر هو السبب، ولذا فإن أصحاب هذا النمط في حال غضب مستمر.

إنّ أفراد هذا النمط يفتقدون الهوايات والاهتمامات الخاصة، والموت بالنسبة لهم ليس حقيقة ينبغي تقبلها والاستعداد لها، بل هو عدو يجب هزيمته. ويعدّ أفراد هذا النمط من أسوأ الأنماط توافقاً وأقلّها قدرة على تخطي أزمات الشيخوخة.

هـ- النمط الكاره للنفس: وهو نمط يتميز بالاكنتاب، ولوم الذات والآخرين على فشلهم في تحقيق أهدافهم. إنّ أصحاب هذا النمط يفتشون عن أية أحداث أو مواقف سيئة في حياتهم، وغالباً ما يفشلون في مواجهة أزمة التقاعد والتغلب عليها (سماعنة، ٢٠٠٨، ص ٢٧؛ سليم، ٢٠١٢؛ الشريف، ٢٠١٤).

٥- تحديد سن التقاعد

لقد اختلفت المجتمعات في تحديد سن التقاعد عن العمل، ومن هنا ظهر ما يعرف "بالتقاعد الفارق"، إذ يختلف تحديد سن التقاعد وفق أسس، لعل أهمها:

- ١- العمر الإنتاجي في كل مهنة: متى يبلغ الإنتاج ذروته، ومتى ينحدر.
- ٢- نوع الإنتاج في كل مهنة: هل هو كمي، أو نوعي، أو هما معاً.
- ٣- متوسط الحياة في كل مهنة: فالتقدم في العمر يؤثر في العمل.
- ٤- الأمراض الشائعة في كل مهنة.
- ٥- نسبة عدد المتخصصين إلى عدد الأماكن الشاغرة في كل مهنة.
- ٦- رعاية المسن حتى يستمتع بالجزء الباقي من الحياة.
- ٧- مدى إعاقة المسنين لعملية الترقى المهني التي يترقبها الشباب: وبالتالي إفساح طريق العمل أمام الشباب والكسب والترقى في السلم الوظيفي.

من أجل هذا اختلف سنّ التقاعد بحسب تلك الأسس من بلد لآخر. وقد قابل رفع سن التقاعد في بعض الدول ارتفاع حادّ في الاتجاه نحو التقاعد المبكر أو الاختياري، فقد ذكر "أندرسن" أنّ ثقافة التقاعد المبكر بدأت تتسع في الولايات المتحدة الأمريكية والغرب عامّةً (الغامدي، ٢٠٠١، ص ٣٨-٣٩).

٦- مراحل عملية التقاعد

أشار "أنتسلي" إلى أن عملية التقاعد ليست مرحلة واحدة، وإنما تشمل مراحل متعددة، تتطلب كل مرحلة دوراً اجتماعياً خاصاً بها. ونظراً لاختلاف خبرة التقاعد بين فردٍ وآخر، فإنّه من الصعب تحديد عمر معين لكل مرحلة من هذه المراحل، كما أنّه ليس من المؤكّد أن يمرّ كل الأفراد بهذه المراحل جميعها، وبنفس الترتيب.

١. مرحلة ما قبل التقاعد: تنقسم هذه المرحلة بدورها إلى مرحلتين:

الأولى، بعيدة المدى remote phase، إذ ينظر إلى التقاعد على أنه حادثة بعيدة. والثانية، قريبة المدى near phase، إذ يدرك العاملون أن تقاعدهم بات قريب الحدوث.

٢. **مرحلة السعادة:** وتسمى هذه المرحلة -أيضاً- بمرحلة شهر العسل التقاعدي، وهي بداية التقاعد، إذ تحدث مباشرة بعد وقوع الحدث الفعلي للتقاعد، وتوصف عادة بالسعادة والاستمتاع بوقت الفراغ.

فالتقاعد يتطلع لعمل أشياء لم يكن لديه وقت كاف لإنجازها من قبل، وهو يستطيع الآن القيام بكل ما كان يتمنى القيام به من رحلات وسفر وزيارات لأماكن بعيدة ... الخ. وتتطلب هذه المرحلة أن يكون المتقاعد متمتعاً بصحة جيدة وفي ظروف نفسية واجتماعية ملائمة (علاء الدين، ١٩٩٩، ص ٤؛ سماعنة، ٢٠٠٨).

٣. **مرحلة الانسحاب:** أو مرحلة خيبة الأمل، وفيها يبدأ المتقاعد بالشعور بالاكْتئاب بسبب طبيعة الحياة النمطية وندرة الأعمال المطلوب منه القيام بها. وبعد القيام بالأشياء التي كان يتوق لأدائها نجده يبدأ بالشعور بالملل والتعب، وتفقد النشاطات جاذبيتها الأولى، فيمهد الطريق إلى بدء مرحلة التوجه من جديد وإعادة التكيف.

٤. **مرحلة التوجه من جديد:** يطوّر المتقاعد في هذه المرحلة اتجاهاً أكثر واقعية نحو موضوع التقاعد والاستخدام الفعال للوقت واستثماره بشكل أفضل. ويبدأ في إعادة تقويم الأنشطة ويتخذ بعض القرارات المتعلقة بتحديد ما هو أكثرها أهمية، وتضع هذه الأولويات المقدمة للمرحلة التي تليها.

ويعتمد نجاح هذه المرحلة، بالدرجة الأولى، على خبرة المتقاعد في اختيار بدائل واقعية، ففيها يبدو المتقاعد على طبيعته، وعندما يبحث عن المساعدة فإنها تكون في معظمها من خلال أسرته وأصدقائه المقربين، وقد تفيد الاختيارات الحقيقية والواقعية في إعادة بناء شكل الحياة خلال مرحلة التقاعد.

٥. **مرحلة الاستقرار:** الاستقرار هنا لا يعني عدم وجود تغير، وإنما يشير إلى كيفية تعامل المسن مع التغير. ولكن ما يحصل في هذه المرحلة هو روتين التقاعد الذي يستمتع به المتقاعد وذلك قد يكون من خلال عمل تطوعي أو زيارات أو بعض البرامج الأخرى التي يتم تطويرها. ويعتمد نجاح هذه المرحلة على ما حققه المتقاعد من اختيارات بديلة وواقعية، فإذا ما استطاع أن يكون مجموعة من البدائل الواقعية، فإن ذلك قد يسمح له بأن يتعامل مع الحياة بأسلوب معقول ومريح.

٦. **مرحلة النهاية:** ويحدث هذا عندما يمنع المرض أو العجز المتقاعد عن العناية بنفسه، وغالباً ما يحدث بسبب الالتحاق بعمل ما، ولا سيما عندما يتقاعد الفرد تقاعداً مبكراً، فيكون ما زال بصحة جيدة وما زال في سن يمكنه من الحصول على عمل آخر، ولذا يمكن عدّ هذه المرحلة انتهاء التقاعد بشكل مؤقت.

٧- النظريات المفسرة للتقاعد

هناك عدة اتجاهات نظرية اهتمت بتفسير التقاعد وما يمكن أن يترتب عليه من تغير في أدوار المتقاعد، ويمكن تصنيف هذه النظريات في الآتي:

٧-١ نظرية النشاط

من رواد هذه النظرية "هافيجست" الذي يشير إلى أنّ كبار السن لديهم نفس الاحتياجات النفسية والاجتماعية كغيرهم من متوسطي العمر، وأنّ تناقص نشاطهم وتفاعلهم في محيطهم، إنّما يعود إلى نظرة المجتمع لهم، وما يتوقعه منهم من أدوار مختلفة. ولكن المسنين، كما يؤكّد "هافيجست"، يستطيعون الاحتفاظ بقدر كبير من الأنشطة الحياتية التي كان يزاولونها خلال مرحلة الرشد. ويستطيعون إيجاد البدائل لأنشطتهم المفقودة، وتكوين صداقات جديدة حين يفقدون صداقاتهم القديمة، وإيجاد اهتمامات بديلة لهم.

أمّا "ميلر"، فقد اهتمّ بالأنشطة البديلة التي يكتسبها المسنون وتحقق لهم هدفين: الأول، إيجاد البديل عن العمل المفقود. والثاني، عدّ هذه الأنشطة مصادر جديدة لدخل الأسرة (عبد الحميد، د.ت، ص ٥٠؛ علاء الدين، ١٩٩٩).

وتستند نظرية النشاط activity theory، على الأبعاد الثلاثة الآتية:

البعد الأول: أنّ الغالبية العظمى من المتقاعدين سيحافظون على مستويات مستقرة من النشاط.

البعد الثاني: أنّ مقدار النشاط أو عدمه يتأثر بمجموعة من العوامل، مثل نمط الحياة السابق، والأسس الاجتماعية والاقتصادية ... الخ. وهذا يعني أنّ التقاعد ليس عملية حتمية أو ضرورية.

البعد الثالث: لا بد من الحفاظ أو تطوير مستويات اجتماعية ومادية وعقلية إذا ما رغبتنا بعملية تقاعد ناجحة.

الانتقادات الموجهة لنظرية النشاط

تعاني هذه النظرية من انتقادات أساسيين:

- اعتمادها على الافتراض الأساسي الذي مؤداه أن المتقاعدين يحكمون على سلوكياتهم من منظور منتصف العمر.

- لم تفسر هذه النظرية ماذا يحدث للأفراد ولأسباب اقتصادية واجتماعية ونفسية وصحية وعقلية ... إذا لم يحافظوا على معايير ونشاط منتصف العمر بغض النظر عن الكيفية التي ينظرون فيها إلى أنفسهم.

٧-٢ نظرية فك الارتباط

وتسمى بنظرية الانسحاب pullout، وقد قدمها كل من "كمنج" و"هنري" Cumming & Henry سنة (١٩٦١م)، موضحين أنّ هذه النظرية انبثقت من ملاحظتهما بأن المسن يصبح أقل اندماجاً في الحياة عما كان عليه وهو في المرحلة الأصغر سناً.

وترى هذه النظرية أنّ الأفراد الذين يصلون إلى سن الشيخوخة يبدأون بالانسحاب من السياق الاجتماعي، وتتناقص الأنشطة التي كانوا يقومون بها، بسبب قلة التفاعل مع المجتمع.

فالشيخوخة، وفقاً لنظرية فك الارتباط disengagement theory، هي: "مرحلة ضعف الروابط الاجتماعية، وعملية تراجع عن النظام الاجتماعي الذي ينتمي إليه كبير السن"، إذ يبتعد عن بعض فئات من الناس ويبقى قريباً من آخرين، ومثل هذا الابتعاد يمكن أن يكون مصاحباً بزيادة النقد لذاته والتمركز حولها. وترى هذه النظرية أنّ من مصلحة المجتمع أن يتخلى عن فئة المتقاعدين حتى يتاح المجال للجيل الأصغر منهم لكي يملأوا مكانهم، وخصوصاً في المراكز الحيوية والمهمة في المجتمع.

ومن جهة أخرى، ترى هذه النظرية أنّ التقاعد من مصلحة الفرد أيضاً، إذ يختار بمحض إرادته التقاعد فينسحب من ممارسة ببعض الأدوار الاجتماعية التي غالباً تبدأ بتشكيل ضغوط اجتماعية عليه، لأنّه لا يستطيع القيام بها، ويبدأ المتقاعد بالتركيز على دور اجتماعي واحد مهم هو دور المتقاعد، فيركز على مصالحه الخاصة واهتماماته الذاتية.

وباختصار فإنّ هذه النظرية ترى أنّ تقاعد الفرد من جهة، وتخلي المجتمع عنه من جهة أخرى مسألة وظيفية وضرورية للطرفين معاً.

وتعاني النظرية من انتقادات، لعلّ أهمها يتمثل في النقاط الآتية:

١. وجود الكثير من المسنين الذين يفترض أن يكونوا متقاعدين، لكن ما زالوا يحتلون مواقع حيوية في مجتمعاتهم كرجال القضاء والسلطة التنفيذية.

٢. إنّ الافتراض الذي تقوم عليه النظرية ومؤداه أن الناس يرغبون في الانسحاب، لا يفسر لنا رغبة الكثيرين الذين يودون الاستمرار في العمل وعدم التخلي عن أدوارهم وأعمالهم.

٣. إنّ هذه النظرية لا تنطبق على الأفراد الذين يعملون أعمالاً تتصل بالأدب أو الفن أو التدريس الجامعي.

وفي ضوء هذه الانتقادات عدلت "كمنج" من هذه النظرية، وأشارت إلى أنّ الرضا عن الحياة يرتبط بنظرة الفرد نحو مرحلة التقاعد، وهل يفضل ممارسة الأنشطة بشكل إيجابي، أم أنه يرغب في العزلة والانسحاب من المجتمع (سماعة، ٢٠٠٨، ص ٢٨؛ السباسيسي، ١٩٨٣، ص ٦؛ أبو جعفر، ٢٠١٥، ص ١٥٢).

ولقد أعاد "ستريب" و"شيندر" تكرار هذه النظرية بعد تعديلها، إذ أصبحت أكثر ملائمة لحقائق التقاعد، واستخدما لذلك مصطلح "الانسحاب التبايني"، ليؤكد أنّ فكرة الانسحاب تحدث بنسب مختلفة لدى كبار السن، كما أن الانسحاب يساعد المتقاعد على زيادة الارتباط بأوجه الحياة الأخرى.

وعلى الرغم من الانتقادات السابقة، إلا أنّ النظرية تتمتع بنقاط القوة، ومنها:

١. إنها تصف العمليات الاجتماعية التي تحدث نتيجة التقاعد.

٢. إنها قابلة للتطبيق على المواقف التي يكون فيها التقاعد إجبارياً، وهنا

يصبح التقاعد من مصلحة المتقاعد والمجتمع.

وكذلك يمكن القول: إنه لا بدّ من أن يدرك الفرد أنّ التقاعد أصبح ضرورة

وظيفية له، بسبب أعباء العمل والسن وما يرتبط بذلك من آثار مختلفة.

وبناءً على ما سبق، يمكن القول إنّ نظرية الانسحاب قد مرّت بعدة مراحل:

الأولى: عدّت الانسحاب مظهراً ضرورياً بين الفرد والمجتمع، وهو يبدأ

بالانسحاب الانفعالي وينتهي بتركيز الطاقة حول الذات. **الثانية:** أنّ الرضا عن

الحياة يرتبط إيجابياً بالنشاط لدى بعض المسنين ويرتبط بالانسحاب لدى بعضهم

الأخر. **الثالثة:** أنّ الانسحاب يساعد المتقاعد على زيادة الارتباط بأوجه الحياة

الأخرى.

٧-٣ نظرية الاستمرار

يتمثل جوهر نظرية الاستمرار continuity theory، في مواصلة أنماط

السلوك في مراحل العمر المتتالية، وتستند على أن تجارب الفرد في مرحلة ما من

حياته، تهيئه للدور المطلوب منه في المرحلة اللاحقة. ويفترض أصحاب هذه

النظرية، أنّ المتقاعد يستطيع الاستمرار في الأنشطة الحياتية نفسها التي كان يقوم

بها قبل تقاعده، وذلك تفادياً لاستحداث أدوار اجتماعية جديدة. كما تستند إلى

خصائص سلوك المسنين الذين غالباً ما يميلون إلى المحافظة على نفس النشاط أو

أنماط الحياة التي تعودوا عليها.

ويرى كل من "نيوغارتن" و"أنثلي" (١٩٧٧م)، أنّ المراحل الحياتية المختلفة

تتسم بنوع من الاستمرارية، وبناءً على ذلك، يطور الفرد قيماً واتجاهات ومعايير

وعادات مستقرة، إذ تصبح جزءاً أساسياً من الشخصية، وبالتالي فإن ردود أفعال الفرد نحو التقاعد تكون مقيدة سلفاً بمجموعة من العوامل. إن هذه النظرية تضع في الحسبان الخبرات والمواقف الحياتية المختلفة لكبير السن، إذ يعتمد السلوك لكل مرحلة عمرية على الكثير من العوامل، وهذا يُعدّ من نقاط القوة لهذه النظرية، إلا أنّ ما يؤخذ على هذه النظرية هو أن بعض الباحثين يجدون صعوبة في فحص النظرية وتحليلها ميدانياً (البنوي والوريكات، ٢٠٠٧؛ أبو جعفر، ٢٠١٤).

٧-٤ نظرية التوافق

في ضوء تحليل "أتشلي" للعناصر الأساسية في النظريات الثلاث (النشاط، والانسحاب، والاستمرار)، أوضح أن التوافق، يقوم على عنصرين هما:

- التسوية الداخلية: أي إعادة النظر في معايير اتخاذ القرار.
- التفاهم بين الأفراد: وينظر إليه كعملية يتم فيها مناقشة الفرد لأهدافه وطموحاته مع الآخرين ممن يتعامل معهم، ويمكن أن يترتب عليها تغيير الفرد لأهدافه.

وأوضح "أتشلي" أنّ هناك علاقة قوية بين هذين العنصرين، مشيراً إلى أن سلم الأهداف الشخصية يتسم بالتغير من مرحلة عمرية إلى أخرى، ويتطلب ذلك من المتقاعد أن يتكيف مع الأدوار الجديدة. كما أنّ التغير في سلم الأهداف الشخصية يأخذ اتجاهين:

الاتجاه الأول: أن يكون التدرج إيجابياً، فيكون الفرد أكثر شعوراً بالرضا والنجاح والالتزام والتفاعل مع الآخرين.

الاتجاه الثاني: أن يترتب على التدرج حدوث تغير سلبي، خصوصاً لدى الأفراد الذين وصلوا إلى قمة العمل في وظائفهم السابقة، إذ يصبح التقاعد أمراً صعباً بالنسبة لهم. كما يعدّ الأفراد الماديون الوظيفة شيئاً مهماً لتحقيق أهدافهم

المادية. وأوضح "أتشلي" أنّ التقاعد - لدى العديد من المتقاعدين - هو إعادة تنظيم لسلم أهدافهم الشخصية، وذلك في ضوء عمليتين: الأولى، عملية التسوية الداخلية، حيث إعادة النظر والمراجعة الداخلية لمعايير اتخاذ القرار ومناقشة الفرد لأهدافه وطموحاته مع الآخرين. والثانية، عملية المقارنة بين أهداف الفرد وأهداف الآخرين.

٧-٥ نظرية الشخصية

صاحب هذه النظرية "هافيجرست"، الذي يعارض نظريتي؛ (فك الارتباط) و(النشاط)، لاعتقاده بأنهما يركزان على النشاط لتقدير الرضا عن الحياة، وانطلاقاً من ذلك يقترح كبديل عن ذلك نمط الشخصية، إذ يرى أنّ التوافق يرتبط بنمط شخصية المسن وسماته، وأن كل نمط معين من الشخصية يحتاج إلى نمط معين من النشاط.

ومن جهة أخرى يرى "هافيجرست" أن التغيرات المصاحبة للتقدم في العمر هي نتيجة تفاعل بين تغيرات اجتماعية خارجية، وتغيرات بيولوجية داخلية، ولذلك يكون للشخصية المتكاملة أداء أفضل؛ بفضل وجود درجة مرتفعة من القدرات المعرفية، والقدرة على التحكم بالذات. ومقابل ذلك يوجد أفراد ذوو شخصيات غير المتكاملة، لديهم إعاقات في الوظائف النفسية، ويفتقدون القدرة على التحكم في انفعالاتهم وهناك تدهوراً في شخصياتهم.

وقد أكدت هذه النظرية أهمية العلاقة بين أنماط الشخصية للمسنين، ومستوى فاعلية الدور الاجتماعي الذي يؤديه والرضا عن حياتهم.

وركزت على الذين يحاولون لعب دور منتصف العمر، وذلك من خلال إيجاد أدوار بديلة لتلك التي فقدوها، وبذلك يستطيعون الحفاظ على مستوى عال ومرتفع من النشاط والرضا عن الحياة. وهكذا نلاحظ أن هذه النظرية تدعم نظرية النشاط

وليس فك الارتباط، وهي بحاجة إلى اختبارات ميدانية (البنوي والوريكات، ٢٠٠٧ ؛
سماعة، ٢٠٠٨، ص ٣١).

٦-٧ نظرية النمطية

تتظر هذه النظرية للشيخوخة نظرة نمطية stereotypy، قائمة على التعميم،
إذ يؤدي الأمر إلى معاملة المسنين كأنهم فئة واحدة، وتحديد سن التقاعد بناء على
ذلك بسن الستين، أو ما يعادل ذلك.

والملاحظ في الواقع هو عكس هذه النظرة النمطية، إذ يتباين المسنون في
قدراتهم الجسمية والروحية والعقلية والوجدانية تبايناً كبيراً، ونلاحظ أيضاً أن كثيراً
من رجال الأعمال، وأصحاب المهن الحرة الناجحين، هم من المسنين الذين بلغوا
سن التقاعد الرسمي.

بينما تؤكد النظرة الجديدة (اللانمطية)، ضرورة اعتماد مبدأ "الفروق الفردية"
في معاملة كبار السن في مجالات عدة، وخاصة في إدارة الموارد البشرية، إذ إن
هناك حاجة ماسة لتوظيف المسنين في كثير من البلدان التي ارتفعت فيها نسبة
الشيخوخة كثيراً.

ولا ينبغي أن يقتصر توظيف المسنين في الوظائف المناسبة لقدراتهم الجسمية
والعقلية والوجدانية على البلدان التي ارتفعت فيها نسبة الشيخوخة، كما هو الحال
في معظم البلدان المتقدمة صناعياً، بل ينبغي أن يكون الأمر كذلك في دول
أخرى، تكون فيها حاجة للأيدي العاملة، ولا سيما المتعلمة منها (خليفة، د.ت،
ص ٣٧، ورد في علي، ٢٠١٢، ص ٩٥).

٧-٧ نظرية الأزمة

من أصحاب هذه النظرية "بيل" الذي يؤكّد أهميّة الدور المهني للفرد داخل المجتمع، مشيراً إلى أنّ التقاعد والشيخوخة يمثلان أزمة Crisis، للمسنين، الذين يعطون العمل أهمية كبيرة، وبعدها قيمة في حياتهم.

فقيام المسن بعمل ما، يعدّ غاية في الأهمية بالنسبة له، إذ إنّ الدور المهني يكسبه هويته، ويمكنه من وضع نفسه في علاقات مع الآخرين، ويساعده على التوافق النفسي والاجتماعي، والشعور بالرضا عن حياته، أما فقدان المسن لعمله وتغيير أدواره بعد إحالته للتقاعد، فسوف يشعره بالضيق وعدم الارتياح، ويؤثر في نظرتة لنفسه، وفي علاقاته مع أسرته والمجتمع الذي يعيش فيه، فضلاً عن أثر ذلك في الرضا عن الحياة عامة.

إلا أنّ هناك فريق من الباحثين لا يوافق على هذه النظرية المتعلقة بأهمية العمل المهني، وعدّه أهم العوامل المؤثرة في رضا المسن عن حياته، وإنما ينظر إلى الإحالة على التقاعد على أنها ليست العامل الوحيد والأهم في عدم رضا المسن عن نفسه وعن حياته، وأنّ أهمية العمل إنما تتوقف على نوعه، وعلى أهمية العمل للفرد ومدى التزامه به.

فقد أوضحت دراسة كل من "فريدمان" و"هافيجرست" أن العمل في الطبقات الدنيا، وخصوصاً العمل اليدوي، ترجع أهميته إلى أنّه يُعدّ مصدر دخل الفرد، ولذلك لا يلعب دوراً كبيراً في تقدير الفرد لذاته ومفهومه عنها، فلا يشعر العامل بالضيق والأزمة التي يشعر بها أصحاب المهن الإدارية والفنية العليا.

نستنتج من ذلك أنّ تأثير التقاعد يتوقف على عوامل مختلفة مثل: المستوى الاقتصادي والاجتماعي، والحالة الصحية، وأهمية العمل للفرد ... الخ.

قائمة المصطلحات العلمية

المصطلح باللغة الأجنبية	المصطلح باللغة العربية	المصطلح باللغة الأجنبية	المصطلح باللغة العربية
A			
Accidents	الحوادث	Ability	القدرة
Acquired	مكتسب	Activity Theory	نظرية النشاط
Adulthood	سن الرشد	Adaptation	التكيف - التواءم
Aging	الشيخوخة	Adjustment	التوافق
Alzheimer	ألزهايمر	Adult	الراشد
Amyotrophic	ضمور العضلات	Affection	العاطفة
Anthropology	علم الإنسان	Anesthesia	فقد الإحساس
Aptitude	الاستعداد	Anxiety	القلق
Attitude	اتجاه نفسي	Attention	الانتباه
Autonomy	الاستقلالية	Attribution	العزو
Adolescence	المراهقة	Activity	النشاط
Adult and Old	علم نفس الرشد	Activities of	أنشطة الحياة
Age Psychology	والشيخوخة	Daily Living	اليومية
Adequate Income	الدخل الكافي	Amyotrophic	ضمور العضلات
Age Stratification	نظرية التدرج	Applied Science	العلوم التطبيقية
Theory	العمرى		
B			
Biology	علم الحياة	Blood Pressure	ضغط الدم
Beliefs	المعتقدات	Behavior	السلوك
Basic Science	العلوم الأساسية	Belonging	الانتماء
Biological	بيولوجي	Biological Age	العمر البيولوجي

المصطلح باللغة الأجنبية	المصطلح باللغة العربية	المصطلح باللغة الأجنبية	المصطلح باللغة العربية
Blood Pressure	ضغط الدم	Brain	الدماغ
		Biological Age	العمر البيولوجي
C			
Cataract	الماء الأبيض	Care	الرعاية
Cellular Theory	نظرية الخلية	Celibate	عَزَب
Communication	التواصل	Childhood	الطفولة
Contentment	القناعة	Conflict	الصراع
Counseling	إرشاد	Continuity	الاستمرارية
Crisis Theory	نظرية الأزمة	Creation	إبداع
Crystallized intelligence	الذكاء المتبلور	Cultural Influences	المؤثرات الثقافية
Cumulative Deficit Theory	نظرية العجز التراكمي	Cross Sectional Method	المنهج المستعرض
Contentment	القناعة	Conflict	الصراع
Crisis Theory	نظرية الأزمة	Creation	إبداع
D			
Depression	الاكتئاب	Definition	تعريف
Development Crises	أزمة النمو	Dementia	خرف الشيخوخة
Diabetes	سكر الدم	Despair	اليأس
Developmental Norms	معايير النمو	Developmental Psychology	علم نفس النمو
Differences	الفروق	Diagnostic	التشخيص
Disease	المرض	Dignity	الكرامة

المصطلح باللغة الأجنبية	المصطلح باللغة العربية	المصطلح باللغة الأجنبية	المصطلح باللغة العربية
Divorce	الطلاق	Disorder	الاضطراب
Dysthymia	عسر المزاج	Doubt	الشك
E			
Early Old Age	الشيخوخة المبكرة	Early Adulthood	الرشد المبكر
Empathy	التعاطف	Elderly	المسن
Environment	البيئة	Empty Love	الحب الفارغ
Experimentation	التجريب	Error Theory	نظرية الخطأ
Emotional	الانفعال	Expression of	التعبير الانفعالي
F			
Family Therapy	العلاج الأسري	Fallings	السقوط
Fear	الخوف	Fatuous Love	الحب الأحمق
Flexibility	المرونة	Feel	الشعور
G			
Gerontology	علم الشيخوخة	Generatively	الإنتاجية
Glaucoma	المياه الزرقاء	Geropsychology	علم نفس الكبار
Guilt	الشعور بالذنب	Growth	النمو
Generation Conflict	صراع الأجيال	General Psychology	علم النفس العام
H			
Heart Attack	السكتة القلبية	Health Care	الرعاية الصحية
Heart Failure	قصور القلب	Heart Diseases	أمراض القلب
Honeymoon	السعادة	Heredity Theory	نظرية الوراثة
I			
Imagination	التخيل	Identity Crisis	أزمة الهوية

المصطلح باللغة الأجنبية	المصطلح باللغة العربية	المصطلح باللغة الأجنبية	المصطلح باللغة العربية
Immune System	جهاز المناعة	Imitation	المحاكاة
Individual	الفرد	Independence	الاستقلالية
Indoor	مكان مغلق	Individuality	الإحساس بالتفرد
Infancy	مرحلة المهد	Industry	الإنجاز
Infatuation	الافتتان	Infancy Period	الطفولة المبكرة
Inheritance	الوراثة	Inferiority	الشعور بالنقص
Inner Solidarity	التماسك الداخلي	Inner Social	تماسك اجتماعي
Introspection	الاستبطان	Instinct	الغريزة
Intuitive	المبادأة (المبادرة)	Introversion	الانطواء
L			
Learning	التعلم	Lack of appetite	فقدان الشهية للاكل
Life Review	مراجعة الحياة	Life Dimension	البعد الحياتي
Linking	الصلة	Life Style	أسلوب الحياة
Locus of Control	مركز الضبط	Loneliness	الوحدة النفسية
M			
Major Depression	الاكتئاب الرئيس	Macro	الكلي
Marriage	الزواج	Maladjustment	سوء التوافق
Memory	الذاكرة	Maturation	النضج
Mental Processes	العمليات العقلية	Mental Age	العمر العقلي
Methodology	المنهجية	Method	منهج-طريقة
Middle Adulthood	وسط العمر	Micro	الوسطي
Mistrust	عدم الثقة	Midlife Crisis	أزمة منتصف العمر

المصطلح باللغة الأجنبية	المصطلح باللغة العربية	المصطلح باللغة الأجنبية	المصطلح باللغة العربية
Motives	الدوافع	Moral Development	النمو الأخلاقي
N			
Need	الحاجة	Narcissism	النرجسية
Neurotic	عصابي	Nephritis	التهاب الكلى
Normative Influences	الأحداث المتوقعة	No-normative Influence	الأحداث غير المتوقعة
Normative Crisis	الأزمات المعيارية	Norms	المعايير
O			
Organ Systems	الأجهزة العضوية	Objective	موضوعي
Olfaction	حاسة الشم	Observation	الملاحظة
Optimism	التفاؤل	Old Population	مجتمعات مسنة
Organic Geriatric	شيخوخة عضوية	Old Age	شيخوخة متأخرة
Outdoor	الخلاء	Osteoporosis	هشاشة العظام
Overextension	المبالغة في الجهد	Objective	الموضوعية
P			
Perception	الإدراك الحسي	Pension	المعاش
Personal Interest	الاهتمامات الشخصية	Perceptual Framework	الإطار الإدراكي
Phases of Life	مراحل الحياة	Personality	الشخصية
Phenomenological Theory	النظرية الظاهرانية	Personality Theory	نظرية الشخصية
Population Aging	الشيخوخة السكانية	Plastic Intellectual	الذكاء البلاستيكي

المصطلح باللغة الأجنبية	المصطلح باللغة العربية	المصطلح باللغة الأجنبية	المصطلح باللغة العربية
Prevention	الوقاية	Pre-retirement	ما قبل التقاعد
Psychiatry	الطب النفسي	Psychosomatic	سيكوسوماتي
Protection	الحماية	Projective Tests	اختبارات إسقاطية
Psychological Adjustment	التوافق النفسي	Problems of Aging	مشكلات كبار السن
Psychological Care	الرعاية النفسية	Psychological Age	العمر النفسي
Psychological Research	البحوث النفسية	Psychological Geriatric	الشيخوخة النفسية
Problem Finding	البحث عن المشكلة	Psychosocial	النفسية- الاجتماعية
Puberty	البلوغ الجنسي	Psychotherapy	العلاج النفسي
Q-R			
Quality of Life	أسلوب الحياة	Quotient	النسبة
Recreational	الترفيه	Repression	الكبت
Recreation	الترويح	Recent Memory	الذاكرة القريبة
Regression	النكوص	Reduce	خفض
Religious Interest	الاهتمامات الدينية	Reinforcement	التعزيز
Qualitative Change	التغير النوعي	Remote Memory	الذاكرة البعيدة
Response	الاستجابة	Resistance	مقاومة
Role Theory	نظرية الدور	Retirement	التقاعد
Reorientation Phase	مرحلة التوجه من جديد	Recreational Interest	الاهتمامات الترفيهية

المصطلح باللغة الأجنبية	المصطلح باللغة العربية	المصطلح باللغة الأجنبية	المصطلح باللغة العربية
Romantic Love	حب الرغبة	Role Confusion	اضطراب الدور
S			
Self Concept	مفهوم الذات	Sameness	التماثل
Self- Absorption	الإنهماك الذاتي	Senile Psychosis	ذهان الشيخوخة
Seasons of Life Theory	نظرية فصول الحياة	Second Childhood	الطفولة الثانية
Self Presentation	تقييم الذات	Self Acceptance	تقبل الذات
Self-Schema	مخطط الذات	Sensation	الإحساس
Shame	الشعور بالخجل	Senses	الحواس
Social Care	رعاية اجتماعية	Social Age	العمر الاجتماعي
Social Geriatric	شيخوخة اجتماعية	Social Context	السياق الاجتماعي
Short-Term Memory	التذكر قصير الأمد	Social Appreciation	التقدير الاجتماعي
Social Interaction	التفاعل الاجتماعي	Subjective	ذاتي
Social Needs	الحاجات الاجتماعية	Stereotypy	النمطية
Stability	الاستقرار	Socialization	تطبيع اجتماعي
Subculture	الثقافة الفرعية	Social Support	الدعم الاجتماعي
Social Gerontology	علم الشيخوخة الاجتماعي	Social Interest	الاهتمامات الاجتماعية

المصطلح باللغة الأجنبية	المصطلح باللغة العربية	المصطلح باللغة الأجنبية	المصطلح باللغة العربية
Stereotyping	النمطية	Stagnation	الركود
Social Responsibility	المسؤولية الاجتماعية	Socialization Styles	أساليب التنشئة الاجتماعية
T			
Tension	التوتر	Temperament	المزاج
Trait	السمة	Terminal Phase	مرحلة النهاية
Trust	الثقة	Treat Able	قابل للشفاء
The Dimension of Love	أبعاد الحب	Timing of Event	زمن الأحداث
The Developmental Theory	النظرية التطورية	The Dramaturgical Approach	المنحى الدرامي
The Self Presentation	تقديم الذات	Definition of the Situation	تعريف الموقف
U-V			
United Nations Organization	منظمة الأمم المتحدة	Unhealthy Life Style	أسلوب الحياة الخاطئ
Value System	النسق القيمي	Value	القيمة
		Visual- Motor Flexibility	المرونة البصرية-الحركية
W-Y			
Wisdom	الحكمة	Wage	الأجر
Young Population	مجتمعات فنية	World Health Organization	منظمة الصحة العالمية

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية

القرآن الكريم.

ابراهيم، أحمد شوقي (٢٠١٢). موسوعة عالم الإنسان في ضوء القرآن والسنة "من منظور علمي بحت". (ط١). مصر: دار نهضة مصر للطباعة والنشر.

ابراهيم، عبد الستار (٢٠٠٨). الاضطرابات المزاجية المرتبطة بالتقدم في العمر. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية. العدد ٢٠، ص ٥٤-٦٣.

ابن منظور، محمد بن مكرم (١٩٨٨). لسان العرب. أعاد بناءه كمال الحوت، بيروت: عالم الكتب.

أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف ؛ الختاتنة، سامي محسن (٢٠١١). علم نفس النمو. ط(١). الأردن: دار ديونو للنشر والتوزيع.

أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف ؛ الختاتنة، سامي محسن (٢٠١٤). مستوى التكامل النفسي لدى كبار السن وعلاقته بسلوكهم الصحي وكفائتهم الذاتية. مجلة العلوم التربوية والنفسية، العدد ٤، ص ٣٧٣-٤٠٧.

أبو أسعد، أحمد (٢٠١١). دليل المقاييس والاختبارات النفسية والتربوية. ط(٢). الأردن: ديونو للنشر والتوزيع.

أبو العزائم، مصطفى (٢٠١٦). اكتئاب كبار السن .. ظاهرة لها حل. مجلة النفس المطمئنة. العدد ١١٥، ص ١٦-١٧.

أبو النيل، محمود السيد (١٩٨٥). علم النفس الاجتماعي: دراسات عربية وعالمية- الجزء الأول. ط(٤). بيروت: دار النهضة للطباعة والنشر.

أبو جعفر، محمد عبد الله (٢٠١٤). علم نفس النمو. ليبيا: وزارة التربية والتعليم.

أبو حامد، سمير (٢٠٠٩). مرض ألزهايمر (النسيان من نعمة إلى نقمة). دمشق: خطوات للنشر والتوزيع.

أبو ركاب، اسماعيل ؛ قوته، سمير (٢٠١٠). المشاكل النفسية والاجتماعية لدى المسنين في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات. فلسطين: جمعية الوداد للتأهيل المجتمعي.

أبو طه، وفاء (٢٠١٦). الصحة النفسية لكبار السن. مقال الكتروني: <http://www.alghad.com> ٢٠١٦/٩/٦.

أبو ليلة، علي محمود (٢٠٠٤). الشباب والمجتمع أبعاد الاتصال والانفصال. الاسكندرية: المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع.

أحمد، سهير كامل (٢٠٠٣). الصحة النفسية والتوافق. (ط٢). الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.

اسماعيل، محمد عماد الدين (١٩٩٥). الطفل من الحمل إلى الرشد (الجزء الأول). (ط٢). الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.

اسماعيل، نبيه ابراهيم (٢٠٠١). عوامل الصحة النفسية السليمة. (ط١). مصر: إيتراك للنشر والتوزيع.

الأشول، عادل عز الدين (٢٠٠٨). علم نفس النمو. (ط١). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

آفاق علمية وتربوية. <http://al3loom.com> ٢٠١٦/٢/٨

بالت، باول (د.ت). الشيخوخة وتطور بحوثها. (ترجمة ضحى عبد الغفار المغازي). مصر: الدار العالمية للتراث - أسك زاد.

البراي، أحمد محمد عبد السلام (٢٠٠١). تقويم برامج الترويح بدور وأندية المسنين بمحافظة القاهرة. القاهرة: جامعة حلوان.

البريري، مها (د.ت). الوحدة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية لدى المسنين. (رسالة ماجستير). جامعة طنطا: كلية الآداب.
بليغ، سلطان (د.ت). مظاهرات أزمة الهوية لدى الشباب. الجزائر: جامعة تبسة.

البنوي، نايف ؛ الوريكات، عايد (٢٠٠٧). التقاعد والصحة: دراسة اجتماعية في محافظة الكرك. أبحاث اليرموك "سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية"، المجلد ٢٣، العدد ٤. ص ١٢٩٧-١٣٣١.

بهية، بدره ؛ لطيفة، عبيد (٢٠١١). التوافق النفسي لدى الراشد المصاب بإعاقة حركية مكتسبة (دراسة ميدانية في مراكز إعادة التأهيل الحركي والوظيفي - بسكرة). (رسالة ماجستير). الجزائر: جامعة محمد خيضر بسكرة.

بو علاوي، زين جاسم (٢٠٠٨). الدليل لفهم مرض الوهايمر. البحرين: وزارة الصحة.

البيير، خولة علي (٢٠٠٩). الواقع الاجتماعي والصحي للمسنين في العراق وسبل تطويره. جمهورية العراق: وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي.

تشان، مارغريت (٢٠١٢). الصحة الجيدة تضيف حياة إلى السنين، منظمة الصحة العالمية.

تفاحة، جمال السيد (٢٠٠٩). الصلابة النفسية والرضا عن الحياة لدى عينة من المسنين (دراسة مقارنة). مجلة كلية التربية - جامعة الاسكندرية. المجلد ١٩، العدد ٣ (أ). ص ٢٦٩-٣١٨.

الجبوري، جمال عبد الله (٢٠١٠). أثر برنامج إرشادي بأسلوب العلاج الواقعي لرفع مستوى الأحكام الخلقية لدى طلاب المرحلة الإعدادية. بغداد: جامعة سانت كليمنتس العالمية.

الجرجاوي، زياد علي (د.ت). أبعاد الرعاية التربوية للمسنين (رؤية إسلامية). غزة: جامعة القدس المفتوحة.

الجندي، نبيل جبريل (٢٠٠٨). الصورة العربية لاختبار اكتئاب الشيخوخة: دراسة عاملية على عينة من المسنين الفلسطينيين، مجلة جامعة الأقصى، العدد ١، ص ١٧٣-١٩٥.

جديد، ماثيو (د.ت) منهجية البحث (دليل الباحث المبتدئ في موضوعات البحث ورسائل الماجستير والدكتوراه). (ترجمة ملكة أبيض). دمشق: وزارة الثقافة. حافظ، أحمد خيرى (د.ت). أزمة منتصف العمر. مصر: دار أخبار اليوم

للنشر

حجازي، جولتان ؛ أبو غالي، عطف (٢٠١٠). مشكلات المسنين (الشيخوخة) وعلاقتها بالصلاية النفسية: دراسة ميدانية على عينة من المسنين الفلسطينيين في محافظات غزة. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، العدد ١، ص ١٠٩-١٥٦.

حدواس، منال (٢٠١٣). الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي ومستوى تقدير الذات لدى المراهق الجانح. رسالة ماجستير، الجزائر: جامعة مولود معمري.

حسامو، سهى ؛ العبد الله، فواز (٢٠١٢). أثر التعلم الذاتي في توظيف مهارات التحاور الإلكتروني المتزامن وغير المتزامن لدى طلبة معلم الصف بجامعة تشرين. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد ٨، عدد ١، ص ١٥-٣٤.

حسن، ناجي (د.ت). **مناهج بحث في علم النفس**. جامعة ٦ أكتوبر: كلية العلوم الاجتماعية.

حسينات، محمد ؛ جبالي، صفية (٢٠١٠). **مشكلات كبار السن (النفسية، الصحية، الاجتماعية، الاقتصادية) من وجهة نظرهم**. مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد ٢٤، ص ٣٣٥-٣٦٣.

الحلواجي، كاظم (٢٠١٠). **العناية الصحية بالمسنين**. البحرين: صحيفة الوسط البحرينية.

الحلواجي، كاظم (٢٠١٣). **بناء الأسرة /المسنين/ التغيرات البيولوجية المصاحبة للتقدم في السن**. البحرين: وكالة أنباء البحرين.

حمزة، بركات (٢٠١٦). **الآثار النفسية للأمراض المزمنة في حياة المسنين**. مجلة جيل العلوم النفسية والاجتماعية، العدد ٢٠، ص ٥٣-٦٨.

خطابية، يوسف (٢٠٠٩). **التوجهات المهنية عند الشباب الجامعي: دراسة ميدانية في الأردن**. المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، العدد ٢، ص ١٩١-٢١٠.

الخطيب، جمال (٢٠٠١). **نظريات النمو المهني**. مقال الكتروني: <http://arabcitycare.com> .٢٠١٦/٥/٢٦.

الخطيب، موسى (٢٠٠٨). **كيف تعيش حياتك بعد الستين؟ (ط١)**. الجيزة: دار الفروق للاستثمارات الثقافية.

الخطيب، صالح (٢٠٠٥). **الميول المهنية لطلاب المرحلة الثانوية بدولة الإمارات العربية المتحدة وعلاقتها بكل من التحصيل والتخصص الدراسي**. مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس. المجلد ٣، العدد ١، ص ٢-٤٤.

خليفة فضالي، عبد اللطيف محمد (١٩٩٧). **دراسات في سيكولوجية المسنين**. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.

خليفة، عبد اللطيف (٢٠٠٠). **الدافعية للإنجاز**. القاهرة: دار غريب.

خملة، نهاد (٢٠١٤). واقع الاختيار المهني لخريجي الجامعة الجزائرية -
جامعة محمد خيضر نموذجاً. (رسالة ماجستير). الجزائر: جامعة محمد خيضر -
بسكرة.

خياط، وجدان وديع (د.ت). مراحل الرشد. المملكة العربية السعودية: جامعة
أم القرى.

دخان، نبيل (١٩٩٧). التوافق النفسي المدرسي وعلاقته بالتحصيل الدراسي
لدى طلبة المرحلة الإعدادية في محافظات قطاع غزة. غزة/فلسطين: الجامعة
الإسلامية.

الدسوقي، حسني حمدان (د.ت). الشيخوخة. مصر: الدار العالمية للتراث -
أسك زاد.

الرابطة العمانية للزهايمر (٢٠١٤). العلامات المبكرة لمرض الزهايمر:
سلسلة التثقيف الصحي، جامعة السلطان قابوس.

دويدار، عبد الفتاح محمد (١٩٩٩). مناهج البحث في علم النفس. (ط٢).
مصر: دار المعرفة.

رزيقة، مريخي (٢٠١٢). الواقع الاجتماعي للشيخوخة في المجتمع
الجزائري. جامعة الجزائر: كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.

رضا، أكرم (٢٠٠٢). شباب بلا مشاكل. (ط١). السعودية: جامعة الملك
فهد.

رضوان، عبد الكريم (٢٠٠٩). علم النمو والتطور. غزة: الجامعة الإسلامية.
ريشان، حامد ؛ مغامس، منتظر عبد الله (٢٠١٧). أثر أسلوب القصد
المعاكس في خفض القلق الوجودي لدى عينة من المسنين المقيمين في دور
الدولة. مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية/جامعة بابل.
العدد ٢٢، ص ٧٨٤-٧٩٨.

زبيري، بتول (٢٠٠٦). الإرشاد النفسي للمسنين (برنامج مقترح). مجلة أبحاث البصرة (الإنسانيات). المجلد ٣٠، العدد ٢-ج، ص ١٦٦-١٨٢.

زهران، حامد عبد السلام (١٩٨٦). علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة). (ط٢). مصر: دار المعارف.

زيتون، كمال عبد الحميد (٢٠٠٤). منهجية البحث التربوي والنفسي من المنظور الكمي والكيفي. (ط١). القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة.

الزيد، عبد الرحمن بن عبد الله (١٩٩٦). التوجيه الإسلامي للنمو الإنساني عند طلاب التعليم العالي. (ط٢٧). السعودية: الجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة.

الزيود، اسماعيل (٢٠١٢). واقع حياة المسنين في مؤسسات الرعاية الاجتماعية الحكومية والخاصة في عمان: دراسة ميدانية. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، العدد ٢٨، ص ٢٤٩-٢٩١.

الساعاتي، سامية حسن (٢٠٠٣). الشباب العربي والتغير الاجتماعي. (ط١). القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

سالم، ماجدة إمام ؛ الصفتي، وفاء صالح (د.ت). رعاية المسنين في الأسرة والمجتمع وعلاقتها عن الرضا عن الحياة. مصر: جامعة حلوان.

السياسي، هيفاء (١٩٨٣). أثر أسلوب الرعاية في مشكلات التكيف والشخصية عند كبار السن في الأردن (رسالة ماجستير). الأردن: الجامعة الأردنية.

السدحان، عبد الله بن ناصر (١٩٩٨). الترويج (دوافعه - ضوابطه - تطبيقاته في العصر النبوي).

السدحان، عبد الله بن ناصر (٢٠٠٨). الشيخوخة وكيفية تعامل الإسلام مع متغيراتها.

- سعد عمر، سيف الدين (٢٠٠٩). الموجز في منهج البحث العلمي في التربية والعلوم الإنسانية. (ط١). دمشق: دار الفكر.
- السعودي، خالد عطية (٢٠١٢). صورة كبار السن في كتب التربية الإسلامية في مرحلتي التعليم الأساسي والثانوي في الأردن: دراسة تحليلية. المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، المجلد ٥، العدد ٢، ص ٢٤٩-٢٧٥.
- سعيد، رياش (٢٠٠٨). مشكلات التوافق النفسي الاجتماعي للمسنين في الجزائر. (رسالة دكتوراه). جامعة الجزائر: كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.
- سلام، محمد توفيق (د.ت). المسؤولية الاجتماعية لدى طلاب كليات التربية (دراسة ميدانية). القاهرة: المركز القومي للبحوث التربوية والتنمية.
- سليم، شاكِر مصطفى (١٩٨١). قاموس الأنثروبولوجيا. الكويت: جامعة الكويت.
- سليم، مريم (٢٠٠٢). علم نفس النمو. بيروت: دار النهضة العربية.
- سمارة، عزيز؛ النمر، عصام؛ الحسن، هشام (د.ت). سيكولوجية الطفولة. القاهرة: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- سواكر، رشيد؛ ابراهيم، عيسى تواتي (٢٠١٥). النمو النفسي الاجتماعي وحاجات المسنين في ضوء نظرية أريكسون. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية. العدد ١١، ص ١١٥-١٢٤.
- السيد، فؤاد البهي (١٩٩٧). الأسس النفسية للنمو. القاهرة: دار الفكر العربي.
- السيد، فؤاد البهي (٢٠٠١). الأسس النفسية للنمو. القاهرة: دار الفكر العربي.
- شابيرا، توني (٢٠١٤). مرض باركنسون. ترجمة (هلا أمان الدين). الرياض: دار المؤلف للنشر.

شاذلى، عبد الحميد (٢٠٠١). التوافق النفسى للمسنين. الإسكندرية: المكتبة الجامعية.

شاكر، رقية رافد (٢٠١٦). قدرات إدارة الذات في منتصف العمر وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة الآداب، العدد ١١٩، ص ١٤٩-١٦٨.

الشال، أحمد (٢٠١٢). دراسة وصفية لبعض المشكلات التي تواجه المسنين في إحدى قرى محافظة الدقهلية. مجلة العلوم الاجتماعية والزراعية والاقتصادية في جامعة المنصورة، العدد ١٠، ص ١٤٧٧-١٤٩١.

الشريبي، لطفي (٢٠٠١). موسوعة شرح المصطلحات النفسية، إنجليزي-عربي. (ط١). بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

الشريبي، لطفي عبد العزيز (١٩٩٧). وداعاً أيتها الشيخوخة. الإسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.

الشريبي، لطفي عبد العزيز (٢٠٠٤). الاكتئاب. مصر: منشأة المعارف بالإسكندرية.

الشريبي، لطفي عبد العزيز (٢٠٠٦). مرض ألزهايمر وهموم المسنين. مصر: منشأة المعارف بالإسكندرية.

الشريبي، لطفي عبد العزيز (٢٠١٥). وداعاً أيها الاكتئاب. (ط١). دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

الشرقاوي، فتحي مصطفى (٢٠٠٤). في الصحة النفسية. جامعة عين شمس: كلية الآداب.

الشريف، أحمد (٢٠١٤). أنماط التقاعد والمشكلات التي يواجهها المتقاعد. مقال الكتروني. <http://arabretirees.org> ٢٠١٧/٥/٧

شريبه، بشرى (٢٠١٦). علم النفس عبر الحضاري. جامعة تشرين: مديرية الكتب والمطبوعات.

الشقيرات، محمد عبد الرحمن ؛ النوايس، سمية جميل (٢٠٠٢). اتجاهات العاملين في القطاع الصحي الحكومي في محافظة الكرك نحو كبار السن وعلاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية. مجلة العلوم التربوية والنفسية. العدد ٢، ص ٨١-١٢٤.

شعبان، كاملة الفرخ ؛ تيم، عبد الجابر (١٩٩٩). النمو الانفعالي عند الطفل. (ط١). عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

الشوارب، أسيل ؛ الخوالدة، محمود (٢٠٠٧). النمو الخلقى والاجتماعي. عمان: دار الحامد.

الشيبياني، بدر ابراهيم (٢٠٠٠). سيكولوجية النمو (تطور النمو من الإخصاب حتى المراهقة). (ط١). الكويت: مركز المخطوطات والتراث والوثائق.

الشيخ، عبد السلام (١٩٩٣). تباين إدراك العلاقات بصرياً وبعض متغيرات الشخصية بتباين العمر الزمني عند المسنين. جامعة طنطا: كلية الآداب.

صادق، أمال ؛ أبو حطب، فؤاد (١٩٩٥). نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين. (ط٤). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

صباح، فرح (٢٠١٠). مشكلات المسنين: دراسة اجتماعية ميدانية في دار رعاية المسنين في بغداد. مجلة ديالى، العدد ٤٧، ص ٤٤٤-٤٨٤.

صبحي، سيد (٢٠٠١). شبابنا آماننا - راحة البال والشباب. (ط١). القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

الصويط، فواز بن محمد (٢٠٠٨). الاختيار المهني وعلاقته بالتوافق النفسي. (رسالة ماجستير). المملكة العربية السعودية: جامعة أم القرى.

صيام، صفا عيسى (٢٠١٠). سمات الشخصية وعلاقتها بالتوافق النفسي للمسنين في محافظات غزة. غزة/فلسطين: جامعة الأزهر.

الطيبي، محمد عبد الإله ؛ جبر، معين عبد الرحمن (د.ت). مدى رعاية مؤسسات المجتمع المحلي للمسنين في مخيمات جنوب الضفة الغربية من وجهة نظر القائمين عليها. فلسطين: جامعة القدس المفتوحة.

عائشة، بو بكر (٢٠٠٧). العلاقة بين صراع الأدوار والضغط النفسي لدى الزوجة العاملة. (رسالة ماجستير). الجزائر: جامعة منتوري قسنطينة.

العبادي، هيثم حمود (٢٠٠٠). تحليل الأنماط الحياتية لكبار السن في الأردن (دراسة ميدانية). (رسالة ماجستير). الجامعة الأردنية: كلية الدراسات العليا.

عبد الحميد، محمد نبيل (د.ت). العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي. جامعة المنصورة: الدار الفنية للنشر والتوزيع.

عبد الخالق، أحمد محمد (٢٠٠٠). استخبارات الشخصية. (ط٣). الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

عبد الخالق، وفاء محمد كمال (١٩٩٠). بحوث في علم نفس الطفل. مصر: مركز التنمية البشرية والمعلومات.

عبد الرحمن، سليمان وفوزي، لإيمان (د.ت). معنى الحياة وعلاقته بالاكنتاب النفسي لدى عينة من المسنين العاملين وغير العاملين. المؤتمر الدولي السادس، جامعة عين شمس: مركز الإرشاد النفسي.

عبد الرحمن، محمود ؛ وهبة، أحمد ؛ العزب، أشرف، عتيبة، ياسمين (٢٠١١). دراسة وصفية لمشكلات كبار السن بريف محافظة كفر الشيخ. مجلة البحوث الزراعية في جامعة المنصورة، العدد ٨، ص ١٠١٥-١٠٣٢.

عبد الرحيم، هويدا عبد النظير (٢٠٠٧). التقاعد المبكر لأحد الوالدين وعلاقته ببعض سمات شخصية أبنائهم. جامعة عين شمس: معهد الدراسات العليا للطفولة.

- عبد السلام، محمد أمين (٢٠٠٦). بناء مقياس لاتجاهات كبار السن نحو الترويح الرياضي. (رسالة دكتوراه). القاهرة: جامعة حلوان.
- العبد اللطيف، لطيفة عبد العزيز (٢٠١٠). نظام التقاعد السعودي وتعامله مع المرأة (دراسة وصفية تحليلية مقارنة بأنظمة بعض الدول الأخرى). جامعة الملك سعود: كلية الآداب.
- عبد الله، عادل (١٩٩١). اتجاهات نظرية في سيكولوجية نمو الطفل والمراهق، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الهادي، جودت عزت ؛ العزة، سعيد حسني (٢٠١٤). التوجيه المهني ونظرياته. (ط٢). الأردن: دار للثقافة للنشر والتوزيع.
- العبيدي، هيثم ضياء (٢٠١٢). الوظائف المعرفية لدى كبار السن والأساليب المتبعة في تحسينها. مجلة أبحاث ميسان، العدد ١٦، ص ٥٤-١١٣.
- العجلان، عبد الرحمن (٢٠١١). لو كان عندي عيال ما شفتني هنا (دراسة أثنوجرافية مطبقة على مجموعة من المسنين بدار الرعاية الاجتماعية). جامعة الملك سعود: كلية التربية.
- العربي، العربي عطاء الله (٢٠١٦). الصحة النفسية للمسنين. موقع مركز التنمية الأسرية الإلكتروني. <http://www.osarya.com> ٢٠١٦/٩/٦.
- عسكر، سهيلة عبد الرضا (٢٠٠٩). أزمة منتصف العمر لدى المتزوجين. كلية التربية: الجامعة المستنصرية.
- العشري، فاطمة السيد (د.ت). عوامل النمو والنضج. جامعة المدينة العالمية: كلية التربية.
- عشوي، مصطفى (٢٠٠٨). علم النفس والشيخوخة. مجلة الثقافة النفسية المتخصصة. العدد ٧٤، ص ٩١-١٠٧.

عطية، نوال (٢٠٠١). علم النفس والتكيف النفسي والاجتماعي. القاهرة: دار القاهرة للكتاب.

علاء الدين، جهاد (١٩٩٩). التوافق النفسي للتقاعد لدى كبار السن المتقاعدين العاملين وغير العاملين من الجنسين. (محاضرة في قسم علم النفس التربوي بكلية العلوم التربوية). الأردن: الجامعة الهاشمية.

علاء الدين، جهاد ؛ كفاي، علاء الدين أحمد (٢٠٠٦). موسوعة علم النفس التأهيلي. مصر - القاهرة: دار الفكر العربي للطبع والنشر.

علوان، فادية (٢٠٠٣). مقدمة في علم النفس الإرتقائي. القاهرة: مكتبة الدار العربية للكتاب.

علي، خديجة حمو (٢٠١٢). علاقة الشعور بالوحدة النفسية بالاكنتاب لدى عينة من المسنين المقيمين بدور العجزة و المقيمين مع ذويهم. (رسالة ماجستير). الجزائر: كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية.

عوض، عباس محمود (١٩٩٩). المدخل إلى علم نفس النمو (الطفولة - المراهقة - الشيخوخة). جامعة الإسكندرية: كلية الآداب.

عوض، عباس محمود (١٩٩٩). المدخل إلى علم نفس النمو: الطفولة - المراهقة - الشيخوخة. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

عويضة، كامل محمد محمد (١٩٩٦). علم نفس النمو. (ط١). بيروت: دار الكتب العلمية.

العيسوي، عبد الرحمن (١٩٨٧). سيكولوجية النمو (دراسة في نمو الطفل والمراهق). بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

العيسوي، عبد الرحمن (د.ت). موسوعة كتب علم النفس الحديث: أصول البحث السيكولوجي. بيروت: دار الراتب الجامعية.

الغامدي، حسين بن عبد الفتاح (٢٠١٠). مقياس لتقييم طبيعة حل أزمت النمو وفق نظرية أريكسون. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

الغامدي، حسين عبد الفتاح (٢٠٠٠). نمو التفكير الأخلاقي لدى عينة من الذكور السعوديين في سن المراهقة والرشد. حولية كلية التربية-جامعة قطر العدد ١٦. ص ٦٤٥-٦٨٩.

غباري، ثائر أحمد ؛ أبو شعيرة، خالد محمد (٢٠١٥). سيكولوجيا النمو الإنساني بين الطفولة والمراهقة. (ط١). عمان: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

الغباني، يسرى (١٩٨٩). أبو حاتم السجستاني والدراسات القرآنية. (رسالة ماجستير). السعودية: جامعة أم القرى.

الغصين، سائدة جمال محمد (٢٠٠٨). النمو النفسي والاجتماعي لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا بغزة وعلاقته بقدرتهم على حل المشكلات الاجتماعية. (رسالة ماجستير). غزة: الجامعة الإسلامية.

فرغلي، علاء (٢٠١٥). حرف الشيخوخة. مجلة النفس المطمئنة. العدد ١١٢، ص ١٢-١٤.

فريق الطب النفسي للمسنين (٢٠١٤). مراحل الزهايمر. سلطنة عُمان: جامعة السلطان قابوس.

فلاً، فاطمة (د.ت). أعتاب الشيخوخة. القاهرة: مكتبة جزيرة الورد.

القصابي، هلال بن ناصر (٢٠١٣). المشكلات النفسية والاجتماعية لدى كبار السن بمحافظة مسقط في ضوء بعض المتغيرات. (رسالة ماجستير). سلطنة عمان: جامعة نزوى.

القصاص، مهدي محمد (د.ت). مراحل النمو الإنساني من منظور نفسي اجتماعي. جامعة المنصورة: كلية الآداب.

- قطامي، نايفة ؛ برهوم، محمد (١٩٨٩). طرق دراسة الطفل. الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- قناوي، هدى محمد (١٩٨٧). سيكولوجية المسنين. مصر: مركز التنمية البشرية والمعلومات.
- قنديلجي، عامر (١٩٩٩). البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات. (ط١). الأردن: دار اليازوري العلمية.
- القيم، حسون جعفر (٢٠١٤). الملاحظة العلمية. موقع الكتروني. <http://www.uobabylon.edu.iq> ٢٠١٧/٧/٢
- كتلو، كامل حسن ؛ الرجا، ناهد (٢٠١٦). الصحة النفسية لدى المسنين الفلسطينيين (دراسة ميدانية لواقع الصحة النفسية لدى المسنين الفلسطينيين: في بيوت المسنين ونوادي المسنين وفي البيوت في محافظة بيت لحم. المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية. المجلد ٩، العدد ٢، ص ١٧٥-١٩٨.
- الكعبي، سهام (د.ت). أزمة منتصف العمر وعلاقتها بالقلق الوجودي لدى منتسبي الجامعة. مركز البحوث التربوية والنفسية: جامعة بغداد.
- كفاي، علاء الدين (١٩٩٧). علم النفس الارتقائي: سيكولوجية الطفولة والمراهقة. القاهرة: مؤسسة الأصالة.
- كماش، يوسف لازم (٢٠١١). أسس النمو الإنساني (التكويني والوظيفي). (ط١). عمان: دار دجلة.
- كماش، يوسف لازم ؛ الشاويش، نايف زهدي (٢٠١١). التعلم الحركي والنمو الإنساني. المملكة الأردنية الهاشمية: دار زهران للنشر والتوزيع.
- كيطان، طالب ؛ كاظم، ثائر (٢٠٠٩). مشكلات المسنين في دور الدولة. مجلة القادسية للعلوم الإنسانية، العدد ٣، ص ١٦٥-١٩٠.

مبارك، العنود (٢٠٠٣). مظاهر النمو في مرحلة أواسط العمر. مقال
الكثروني: <http://www.webster.edu/uwoolfilm/irbutler.html>
٢٠١٦/٩/٢٤.

مجمع اللغة العربية (١٩٨٩). المعجم الوجيز. مصر: مجمع اللغة العربية.
محمد، ابتسام ؛ سلطان، خالد (٢٠١٠). النضج الانفعالي وعلاقته ببعض
المتغيرات. مجلة جامعة كربلاء العلمية، المجلد ٨، العدد ٢، ص ٩٢-١١٥.
المخطي، جبران يحيى (٢٠١٦). المشاركة الوجدانية. موقع أطفال الخليج
الالكتروني: <http://www.gulfkids.com> ٢٠١٦/٩/٢٦.

المفدى، عمر بن بن الرحمن (١٩٩٥). أزمة منتصف العمر مقارنة عمرية
على عينة من المجتمع السعودي. حولية كلية التربية، العدد ١٢، ص ٥١٧-٥٤٨
مرسي، كمال ابراهيم (٢٠٠٦). كبار السن ورعايتهم في الإسلام وعلم
النفس. مصر - القاهرة: دار النشر للجامعات.

المرعب، منيرة (٢٠١٠). فاعلية برنامج إرشادي متعدد الأوجه في تنمية تقدير
الذات والتوافق الاجتماعي لدى المسنين المتقاعدین في المجتمع السعودي. مجلة
دراسات تربوية ونفسية، العدد ٦٩، ص ٢٥٧-٣٠٨.

مصطفى، أحمد السيد (د.ت). كبار السن: "دليل حياة". الإسكندرية: مديرية
التضامن الاجتماعي.

مطوع، ابراهيم (٢٠٠٤). اعرف نفسك علم النفس للجميع. الدار العالمية.
معمرية، بشير ؛ خزار، عبد الحميد (٢٠٠٩). الاضطرابات الجسمية والنفسية
لدى المسنين المقيمين بدار العجزة بمدينة باتنة - الجزائر. مجلة شبكة العلوم
النفسية العربية. العدد ٢٣، ص ٧٤-٨٣.

مقدادي، يوسف موسى (٢٠١٥). التفكير الخلقى وعلاقته بالوجود النفسي الممثلة والسلوك الاجتماعي الإيجابي. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد ١١، العدد ٣. ص ٢٦٩-٢٨٤.

المليجي، حلمي (٢٠٠١). مناهج البحث في علم النفس. (ط١). بيروت: دار النهضة العربية.

منتدى توجيه نت. <https://www.tawjihnet.net>. ٢٠١٦/٧/٣

منتدى علم النفس الصحي. <http://psycho.sudanforums.net>

٢٠١٦/٥/١٤

منصور، طلعت ؛ الشرقاوي، أنور ؛ عز الدين، عادل ؛ أبو عوف، فاروق (٢٠٠٣). أسس علم النفس العام. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

منصور، عبد المجيد (١٩٨٩). مفهوم الذات عند الكبار. مجلة جامعة الملك سعود، العلوم التربوية (١،٢)، مجلد ١، ص ٢٢٣-٢٦٧.

منظمة الصحة العالمية (٢٠١٢). الصحة الجيدة تضيف حياة إلى السنين: موجز عالمي بخصوص يوم الصحة العالمي ٢٠١٢.

مودع، هاجر (٢٠١٥). نمط الاختيار المهني وعلاقته بمستوى الطموح المهني وفق نظرية جون هولاند: دراسة ميدانية على عينة من موظفي عقود ما قبل التشغيل ومنحة الإدماج لحاملي الشهادات. (رسالة ماجستير). الجزائر: جامعة محمد خيضر - بسكرة.

الموسوعة العربية. <http://www.arab-ency.com>. ٢٠١٦/١/٢٠

موسوعة ويكيبيديا الحرة. <https://ar.wikipedia.org>. ٢٠١٦/٨/٥

ميلاد، محمود محمد (٢٠١٥). علم نفس النمو (طفولة - مراهقة - رشد - شيخوخة). عمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.

النادي، هشام عبد الحميد (٢٠٠٧). اهتمامات كبار السن العاملين في مجال الفن نحو الممارسة الإيجابية الترويحية. (رسالة ماجستير). القاهرة: جامعة حلوان.

ناصر، لميس (١٩٩٥). الضغط النفسي لدى كبار العاملين والمتقاعدين. (رسالة ماجستير). الجامعة الأردنية: كلية الدراسات العليا.

نسيمة، بو معارف (٢٠١٤). تأثيرات النشاط البدني الرياضي في تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي للمراهق. الجزائر: جامعة محمد خيضر بسكرة.

النعيم، عبد الله العلي (٢٠٠١). رعاية المسنين بين مسؤوليات المجتمع ودور الأسرة والمؤسسات الأهلية والرسمية. القاهرة.

نور الدين، عيساني (٢٠١٥). ظاهرة شيخوخة السكان في الجزائر وعوامل تطورها. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. العدد ١٩، ص ٦١-٧٢.

هزايمة، زيد ؛ اسماعيل، نور عزيزي (٢٠١٤). تدريس التربية المهنية في مرحلة التعليم الأساسية ودوره في تنمية اتجاهات الطلبة نحو التعليم المهني من وجهة نظر معلمي التربية المهنية في المملكة الأردنية الهاشمية. مجلة جامعة طيبة للعلوم التربوية، العدد ٢، ص ٢٣٠-٢٤٦.

الهذلي، رجوه (٢٠١٠). إدارة الذات وعلاقتها بالإبداع الإداري لدى مديرات ومساعدات ومعلمات مدارس المرحلة الثانوية بمدينة مكة المكرمة من وجهة نظرهن. (رسالة ماجستير). المملكة العربية السعودية: جامعة أم القرى.

همام، طلعت (١٩٨٤). سين وجيم عن علم النفس التطوري. (ط١). الأردن: دار عمار.

وحيدة، سايل (د.ت). الشيخوخة المرضية والناجحة: تناول خاص بالأمراض وجودة الحياة لدى المسنين. مجلة دراسات نفسية. العدد ١١، ص ١١٩-١٤٤.

المراجع باللغة الأجنبية

- Anne, Weaver, J. (١٩٩٧). **Critical Thinking: What Every Student Needs to Survive in A Rapidly Changing World, Dillon Beach, CA.** foundation For Critical Thinking, New York, Cambridge University.
- Choices (٢٠١١). **Alzheimers in the news: fear and dascination.** www.nhs.uk. ١٦/٦/ ٢٠١٦
- Kahn, S., (١٩٨٠). **Human development and growth personality,** New York.
- Santrock, J. W (٢٠٠٤). **Life span development.** Mcgraw-Hill, New York.
- Shek, D.T. (١٩٩٦). Midlife crisis in Chinese men and women. **Journal of Psychology** , ١٣٠(١), p.١٠٩-١١٩
- Selley, R.,Stephense, T., & Tate, P. (٢٠٠٧). **Essentials of Anatomy and Physiology,** (sixth edition), Nc Graw – Hill, New York.
- Sternberg, R.J. (٢٠٠٦). **A duplex theory of love.** In R. J. Sternberg & K. Weis (Eds.), *The new psychology of love* (pp. ١٨٤–١٩٩). New Haven, CT: Yale University Press
- Wortman, C, B. & Loftus Elizabeth, F. (١٩٩٢). **Psychology.** McGraw.

ملحق المقاييس والاختبارات

الملحق (١)

مقياس النضج الانفعالي

Emotional Maturity Scale

لقد أعدّ مقياس النضج الانفعالي كلاً من "محمد وسلطان" في العام (٢٠١٠م)، بهدف تعرّف النضج الانفعالي لدى طلبة كلية التربية في الجامعة المستنصرية. إذ يتألف هذا المقياس من (٣٠) بنداً وفيما يلي عرض لهذه البنود:

لا تنطبق أبداً	تنطبق نادراً	تنطبق أحياناً	تنطبق كثيراً	تنطبق تماماً	البنود
					١- أتعامل مع أصدقائي بمزاجية.
					٢- أثق بنفسي.
					٣- أحب أن أتعامل بصدق مع الآخرين.
					٤- تعجبني القرارات السريعة.
					٥- أتضايق من السلوك غير اللائق.
					٦- أتحمل المسؤولية.
					٧- أقدم المساعدة لمن يحتاجها.
					٨- أشعر باحترام الآخرين لي.
					٩- عندما أستثار بموقف ما، أحاول أن أضبط نفسي
					١٠- أطمح للتفوق والنجاح في الدراسة والحياة.
					١١- أستفيد من تجاربي السابقة في الحياة.

				١٢- أنظر إلى الأمور التي تواجهني بحكمة ودراية.
				١٣- أتضايق من نقد الآخرين.
				١٤- يصعب عليّ مسامحة من يخطئ بحقي.
				١٥- أتواضع مع الآخرين في تصرفاتي.
				١٦- أنا سريع الانفعال والغضب.
				١٧- أعبر عن رأي بصعوبة.
				١٨- أرى مستقبلاً مشرقاً في حياتي.
				١٩- أحاول التهويل من أي مشكلة تواجهني.
				٢٠- أشعر بالخوف والقلق من بعض المواقف.
				٢١- أتمتع بالهدوء والاستقرار النفسي.
				٢٢- يصعب عليّ فهم الآخرين.
				٢٣- أرفض مساعدة الآخرين في حلّ مشكلاتي.
				٢٤- أتسرع في قراراتي تجاه الآخرين.
				٢٥- أحرص على الالتزام بالمعايير الاجتماعية.
				٢٦- أشعر بالحزن والاكتئاب من دون سبب.
				٢٧- أتقبل آراء الآخرين بسهولة.
				٢٨- أشعر أنّ افكاري متناقضة.
				٢٩- أعتمد على نفسي في أداء أعمالي.
				٣٠- أشعر بقدرتي على المنافسة وإقناع الآخرين.

إضافةً إلى ذلك، نعرض تسلسل البنود الإيجابية والسلبية في مقياس النضج الانفعالي:

نوع البنود	التسلسل في المقياس	المجموع
إيجابية	٢،٣،٥،٦،٧،٨،٩،١١،١٢،١٥،١٨،٢١،٢٥،٢٧،٢٩،٣٠	١٦
سلبية	١،٤،١٠،١٣،١٤،١٦،١٧،١٩،٢٠،٢٢،٢٣،٢٤،٢٦،٢٨	١٤
المجموع الكلي للبنود		٣٠

الملحق (٢)

مقياس "هولاند" للميول المهنية

Holland's Scale Career Trends

يتكون مقياس "هولاند" للميول المهنية من ستة مقاييس فرعية، يقيس كل منها بيئة من بيئات العمل التي يفضلها الفرد، كما يقيس أنماط الشخصية المهنية التي ينتمي إليها. ويحتوي كل مقياس على أربع عشرة فقرة، هي أسماء لأربع عشرة مهنة.

يستخدم مقياس "هولاند" لقياس ميول الفرد المهنية، بغرض توجيهه مهنيًا بحسب هذه الميول، فإذا أظهر الفرد ميلاً عالياً على مقياس من المقاييس الفرعية، فإنه يوجهه إلى البيئة المهنية التي يدلّ المقياس عليها ليأخذ منها مهنة تناسب ميوله. وفيما يلي عرض للمهن المختلفة ومن ثم كيفية توزيعها في البيئات المهنية:

١	ميكانيكي طائرات	٢٥	مرشد في عمليات الصيد البري والبحري
٢	عالم أرصاد جوية	٢٦	عالم في الأنثروبولوجيا (علم الإنسان)
٣	شاعر	٢٧	مصمم إعلانات تجارية
٤	عالم اجتماع	٢٨	مرشد ديني
٥	تاجر مضارب (يشتري الأشياء على أمل تحقيق ربح سريع في وقت قصير)	٢٩	منتج تلفزيوني
٦	محاسب في شركة	٣٠	مدقق قانوني (يدقق في سجلات المحلات التجارية والشركات)
٧	متخصص بالأسماك والحيوانات البرية	٣١	مساح أراضي
٨	عالم في علم الأحياء	٣٢	عالم في علم الحيوان
٩	قائد فرقة موسيقية	٣٣	كاتب مستقل (في أي صحيفة أو مجلة)
١٠	معلم مدرسة	٣٤	مدير مدرسة
١١	مسؤول لجنة المشتريات في مؤسسة	٣٥	مدير فندق
١٢	أستاذ في مدرسة تجارية	٣٦	كاتب جلسات المحكمة
١٣	ميكانيكي سيارات	٣٧	مراقب إنشاء المباني
١٤	عالم فلك	٣٨	عالم في الكيمياء
١٥	عازف موسيقى	٣٩	مذيع
١٦	خبير في مجال جنوح الأحداث	٤٠	مدير ملاعب رياضية
١٧	مسؤول تنفيذي عن ترويج البضائع	٤١	مدير تنفيذي (يتخذ القرارات وينفذها)
١٨	مراجع (مدقق) ميزانية	٤٢	أمين صندوق في بنك
١٩	نجار	٤٣	مزارع
٢٠	فني مختبرات طبية	٤٤	كاتب أبحاث علمية مستقل
٢١	مؤلف في المجالات الأدبية	٤٥	صحفي
٢٢	معالج لمن لديه صعوبات في النطق	٤٦	مختص (اختصاصي) في العلاج النفسي
٢٣	بيع البضائع	٤٧	مدير مطعم
٢٤	سكرتير	٤٨	مقدر ضرائب

٤٩	فني الكترونيات	٦٧	مهندس وسائل نقل
٥٠	كاتب مقالات علمية	٦٨	عالم في علم النبات
٥١	رسام	٦٩	فنان تشكيلي (نحت، زخرفة...)
٥٢	مدرس علم اجتماع	٧٠	مرشد نفسي
٥٣	منظم احتفالات	٧١	مدير دعاية وإعلان
٥٤	مراقب البضائع في محل تجاري	٧٢	مقدر تكاليف
٥٥	مقلم أشجار	٧٣	ميكانيكي آلات ثقيلة
٥٦	محرر مجلة علمية	٧٤	باحث في المجالات العلمية
٥٧	مغني في فرقة غنائية	٧٥	كاتب روايات
٥٨	مدير جمعية خيرية	٧٦	مُختص طب عقلي ونفسي
٥٩	بائع في محل تجاري	٧٧	مدير متجر
٦٠	مشغل أجهزة كومبيوتر	٧٨	كاتب رواتب الموظفين
٦١	سائق حافلة	٧٩	كهربائي
٦٢	عالم في الجيولوجيا	٨٠	عالم في الفيزياء
٦٣	مؤلف ألحان موسيقية	٨١	رسام صور كرتونية متحركة
٦٤	مدير مخيم للشباب	٨٢	مُختص في الإرشاد والتوجيه المهني
٦٥	بائع أسهم وسندات	٨٣	مدير مبيعات
٦٦	محلل مالي	٨٤	مدقق حسابات في بنك

(ورد في الخطيب، ٢٠٠٥، ص ٤١-٤٢)

وهنا نعرض لمجموعة المهن مدرجة في قائمة من الرقم (١) ولغاية الرقم (٨٤)، وهذه المهن موزعة المقاييس الفرعية الستة كالآتي:

البيئات المهنية	العبارات
البيئة الواقعية	١٧-١٣-١٢-١١-١٠-٩-٨-٧-٦-٥-٤-٣-٢-١
البيئة المستكشفة	٤٣-٤٢-٤١ - ٤٠-٣٩-٣٨-٣٧-٣٦-٣٥-٣٤-٣٣-١٦-١٥-١٤
البيئة الاجتماعية	٥٨-٥٦- ٥٥-٥٤-٥٣-٥٢-٥١-٥٠-٤٩-٤٨-٤٧-٤٦-٤٥-٤٤
البيئة التقليدية	٨٤-٨٣-٦٨-٢٩-٢٨-٢٦-٢٥-٢٤-٢٣-٢٢-٢١-٢٠-١٩-١٨
البيئة المغامرة	٦٧-٦٦-٦٥-٦٤-٦٣-٦٢-٦١-٦٠-٥٨-٥٧-٣٢-٣١-٣٠-٢٧
البيئة الفنية	٨١-٨٠-٧٩-٧٨-٧٧-٧٦-٧٥-٧٤-٧٣-٧٢-٧١-٦٩-٥٩-١٠

تصحيح وتفسير مقياس هولاند للميول المهنية

تتم الإجابة عن كل فقرة من فقرات المقياس **بنعم**، إذا كان يحب المهنة ولها (٢) درجة، أو **لا**، إذا كان لا يحب المهنة، ولها درجة واحدة. وبذلك تتراوح العلامة الكلية لكل مقياس فرعي بين ١٤ و ٢٨ درجة بمتوسط درجات ٢١، وبما يساوي ١,٥ درجة وهي درجة القطع ما بين من لديه ميول ملائمة ومن لديه ميول مهنية غير ملائمة. كما تتراوح الدرجة الكلية للمقياس ككل ما بين ٨٤ و ١٦٨ درجة بمتوسط درجات ١٢٦ وبما يساوي ١,٥ درجة وهي درجة القطع. وبهذا يكون الفرد الذي يحصل على علامة ٢١ فأكثر في أي مقياس فرعي يكون لديه ميول مهنية ملائمة في ذلك المقياس، والفرد الذي يحصل على علامة ١٢٦ فأكثر في المقياس ككل يكون لديه ميول مهنية ملائمة (أبو أسعد، ٢٠١١، ص ٩٤-٩٦).

الملحق (٣) مقياس أزمة منتصف العمر Midlife Crisis Scale

أعدَّ هذا المقياس "شيك" Shek عام (١٩٩٦م)، وهو مقياس متعدد الأبعاد

يتكون من (١٥) فقرة تُقيّم ثلاثة أبعاد لأزمة منتصف العمر، هي:

١- مشكلات منتصف العمر المتعلقة بالذات: وتمثلها الفقرات ذات الأرقام (١٥، ١١، ١٠، ٩، ٧، ٥، ١).

٢- مشكلات منتصف العمر المرتبطة بالآخرين: وتمثلها الفقرات ذات الأرقام (١٤، ١٣، ١٢، ٦، ٣، ٢).

٣- مشكلات منتصف العمر المرتبطة بالخوف من الشيخوخة: وتمثلها الفقرات ذات الأرقام (٨، ٤).

لقد صُمم هذا المقياس وفق أسلوب ليكرت في وضع بدائل الإجابة الآتية:

تنطبق عليّ تماماً - تنطبق عليّ - لا تنطبق عليّ - لا تنطبق عليّ تماماً.

إذ تُمنح الأوزان الآتية (٤-٣-٢-١) للفقرات ذات الأرقام (١٥، ١٣، ١٢، ١٠، ٩، ٥، ٣، ٢)، أمّا الفقرات ذات الأرقام (١٤، ١١، ٨، ٧، ٦، ٤، ١)

فتصح بإعطاء الأوزان (١-٢-٣-٤).

وتمثل الدرجة العالية في مقياس أزمة منتصف العمر وجود هذه الأزمة والعكس

صحيح (الكعبي، د.ت، ص ١٩-٢٠).

فقرات مقياس أزمة منتصف العمر

لا تنطبق تماماً	لا تنطبق	تنطبق	تنطبق تماماً	الفقرات
				١- أعرف كيف أستغل أوقات فراغي.
				٢- لدي وعي متزايد بصعوبة تفاعلي مع أبنائي.
				٣- أواجه ضغطاً كبيراً نتيجة الاهتمام بوالدي بعد تقدمهما بالسن.
				٤- لست قلقاً بشأن الصعوبات المالية التي سوف تواجهني عندما أتقدم في العمر.
				٥- أشعر بخيبة أمل عندما أفكر بما مضى من عمري فلم يعد بإمكانني أن أنجز الكثير.
				٦- أشعر بالرضا عن علاقتي بأبنائي.
				٧- أشعر بالرضا عن عملي الحالي.
				٨- لست قلقاً بشأن حياتي عندما أتقدم في العمر.
				٩- لدي وعي أن عملي ممل وروتيني.
				١٠- أشعر أن ما تبقى من العمر غير كاف لإنجاز ما رغبت القيام به.
				١١- لو قدر لي أن أعيش مرة أخرى فإني سوف أختار عملي الحالي.
				١٢- لدي شك متزايد بشأن سبب وجودي في الحياة.
				١٣- لو تفتح لي الفرصة مجدداً لاخترت ألا أتزوج.
				١٤- لست نادماً على أنني أنجبت أولاداً.
				١٥- أشعر أن صحتي تتدهور تدريجياً

(الكعبي، د.ت، ص ٤٤).

الملحق (٤) اختبار رسم الساعة Clock Drawing Test (CDT)

تتضمن تعليمات الاختبار أن يقدم الفاحص ورقة بيضاء للمفحوص في حجم (٢٨×٢١ سم). ويطلب منه أن يرسم على هذه الورقة ساعة بكل الأرقام، على أن تشير العقارب إلى أوقات محددة يقوم الفاحص بتحديددها. أمّا تصحيح الدرجات يتم على النحو الآتي:

١- الدرجة من (٦-١٠): وتعني الدائرة والعقارب موضوعة بشكل صحيح مع بعض الاضطراب في وضع العقارب، على النحو الآتي:

الدرجة	الوصف الكيفي
١٠	العقارب والأرقام والدائرة صحيحة.
٩	بعض الأخطاء في وضع العقارب على الأرقام، والعقربان متساويان في الطول.
٨	أخطاء أكثر وضوحاً في وضع العقارب على الأرقام، مع صحة طول العقارب، ولكن ليسا في منتصف الساعة وإنما إلى أعلى.
٧	أخطاء واضحة في وضع العقارب مع حذف بعض الأرقام أو تكرارها.
٦	عدم استخدام جيد لعقارب الساعة مثل عرض الأرقام أو وضع دائرة على الأرقام إشارة إلى وضع العقرب أو توصيل أرقام ١٠ و ١١، أو ١١ و ٢

٢- الدرجة من (١-٥): وتعني أن رسم العقارب مضطرب بشكل كبير على النحو الآتي:

الدرجة	الوصف الكيفي
٥	أعداد مزحمة في جانب واحد من الساعة، وقلب الأرقام، وتكرارها.
٤	غياب الشكل الظاهري للساعة، الأرقام داخل دائرة، اضطراب وضع العقارب.
٣	الأرقام وواجهة الساعة ليستا على اتصال (الدائرة في جانب والأرقام خارجها).
٢	تمثيل غامض للساعة.
١	عدم الاستجابة على الإطلاق، أو رسم لا يمت للموضوع بصلة.

الملحق (٥) الصورة المختصرة لمقياس "يسفاج" لتشخيص الاكتئاب عند المسنين

في عام (١٩٨٣م)، قد قام "جيروم يسفاج" Jerome Yesavage بتطوير اختبار الشيخوخة، ويعدّ من أهم الاختبارات التي تستخدم لغايات الكشف عن الاكتئاب لدى المسنين. وفي مرحلة لاحقة، سنة (١٩٨٦م)، قام "يسفاج" بإعداد الصورة المختصرة عنه المكونة من (١٥) عبارة، وقد تناولت الدراسات المختلفة هذه الصورة من المقياس وتم تقنينها في بيانات مختلفة.

ولمعرفة ما إذا كان المسن يعاني من الاكتئاب، يتم وضع درجة واحدة لكل إجابة تدل على وجود الاكتئاب، بعد ذلك يتم جمع الدرجات فإذا كان المجموع الكلي أكثر من خمس درجات كان ذلك دليلاً على الاكتئاب (الشربيني، ٢٠٠٤، ص ١٥١-١٥٢؛ الجندي، ٢٠٠٨، ص ١٧٤)،

لا	نعم	العبارة
		١ - هل أنت راض عن حياتك؟
		٢ - هل تخليت عن كثير من اهتماماتك وأنشطتك؟
		٣- هل تشعر أن هناك فراغاً في حياتك؟
		٤ - هل تشعر بالملل في كثير من الأحيان؟
		٥ - هل معنوياتك عالية معظم الوقت؟
		٦ - هل تتوقع أن أمراً سيئاً سوف يحدث لك؟
		٧ - هل تشعر بالسعادة معظم الوقت؟
		٨ - هل تشعر بالعجز أحياناً؟
		٩ - هل تفضل البقاء في البيت على الخروج لعمل بعض الأشياء؟
		١٠ - هل تشعر بأن لديك مشاكل مع الذاكرة أكثر من قبل؟

		١١ - هل تظن أن وجودك على قيد الحياة الآن شيء رائع؟
		١٢ - هل تشعر أن وجودك الآن عديم القيمة إلى حد ما؟
		١٣ - هل تشعر أنك تتمتع بالحيوية والنشاط؟
		١٤ - هل تشعر أن حالتك ميؤوس منها؟
		١٥ - هل تعتقد أن معظم الأفراد أفضل حالاً منك؟

الملحق (٦) مقياس التوافق النفسي والاجتماعي للمسنين Psychological Social Adjustment Scale for Elder

- قام بوضع هذا المقياس وتقنيته في البيئة العربية سامية قطان سنة (١٩٨٢م)، وهو يقيس كلاً من التوافق النفسي والاجتماعي لدى المسنين. ويتكون المقياس من ٤٠ عبارة موزعة كالتالي:
- ١- التوافق النفسي: يتكون من (٢٠) عبارة، وتمثله العبارات الفردية.
 - ٢- التوافق الاجتماعي: ويتكون أيضاً من (٢٠) عبارة، وتمثله العبارات الزوجية.

لا	أحياناً	نعم	العبارة
			١. هل تشعر أن الحياة الآن صبحت قاسية؟
			٢. هل تشعر بأنك لم تعد الآن موضع تقدير الآخرين؟
			٣. هل تشعر بأنك أصبحت على هامش الحياة؟
			٤. هل تشعر الآن أنك موضع إشفاق من الآخرين؟
			٥. هل تشعر بأنك أصبحت على هامش الحياة.
			٦. هل تشعر بأن الشباب لا يفهمك؟
			٧. هل تشعر بأنه لم يعد لك أمل تنتظره في الحياة؟

		٨ . هل تعتقد أنك أصبحت تعتمد على الآخرين أكثر من ذي قبل؟
		٩ . هل تشعر داخلياً بعدم الميل إلى أداء العمل؟
		١٠ . هل تعاني كثيراً من القلق؟
		١١ . هل لا تحفل بمظهرك الخارجي؟
		١٢ . هل يضايقك الشعور بأن الآخرين لا يحتاجون إليك؟
		١٣ . هل يصعب عليك الآن أن تغير من عاداتك؟
		١٤ . هل تسوء صحتك عندما تكون وحيداً لفترة طويلة؟
		١٥ . هل تشعر أن دورك في الحياة قد انتهى؟
		١٦ . هل تشعر بالوحدة وأنت تجلس مع من هم أصغر منك سناً؟
		١٧ . هل تشعر بأن مكانتك القديمة قد ضاعت؟
		١٨ . هل من الصعب عليك الآن أن تبدأ صداقات جديدة؟
		١٩ . هل تشعر في أعماقك أنك لا تنتمي لمن حولك؟
		٢٠ . هل يضايقك تدخل الآخرين في شؤونك مع احتياجك لهم؟
		٢١ . هل تعاني من الفراغ؟
		٢٢ . هل تحرص الآن على أن تكون صداقاتك مع الأفراد من نفس عمرك؟
		٢٣ . هل يعتريك اليأس لأهون الأسباب؟
		٢٤ . هل لا تهتم بالعمل على اجتذاب إعجاب الجنس الآخر؟
		٢٥ . هل تعتقد أن قدرتك على العمل أقل ممن هم في مثل سنك؟
		٢٦ . هل تشعر بميل قوي لمعرفة تفاصيل كل موضوع؟
		٢٧ . هل تعتقد أنه لا يوجد من يحبك ويحتاجك حقاً؟
		٢٨ . هل تميل إلى عدم الاشتراك مع الآخرين في بعض الرحلات القصيرة؟
		٢٩ . هل يصعب عليك تقبل واقعك كما هو؟
		٣٠ . هل يضايقك أن تقوم بتعليم وتثقيف الصغار من أحفادك وأقاربك؟
		٣١ . هل تحس بمرارة وأنت تشعر بضعفك يزداد مع الأيام؟
		٣٢ . هل تشعر بالضيق من حضور الأفراح؟

			٣٣. هل تشعر أحياناً بشيء من السخط على حياتك الحالية؟
			٣٤. هل تتردد في القيام بزيارات لمعارف جديدة؟
			٣٥. هل تشعر بالسعادة عندما تحكي عن ذكرياتك الماضية؟
			٣٦. هل تفضل البقاء في المنزل على الخروج؟
			٣٧. هل تشعر بأنك فقدت الكثير من ثقتك بنفسك؟
			٣٨. هل لا تهتم إطلاقاً عندما تشعر بأنك غير مرغوب من الجنس الآخر؟
			٣٩. هل تشعر بأن الحياة ضاعت دون أن تحقق ما كنت تتمنى أن تحققه؟
			٤٠. هل تعتقد أنه من حَقك الآن أن تستريح وتسلمي نفسك بما تستطيع؟

اللجنة العلمية

الدكتور فؤاد صبيرة

الدكتور منذر بوبو

الدكتورة صفاء صبح

أستاذ مساعد

أستاذ مساعد

أستاذة مساعدة

في قسم الإرشاد النفسي

في قسم القياس والتقويم

في قسم الإرشاد النفسي

التدقيق اللغوي

الدكتورة ابتسام حمدان

حقوق الطبع والترجمة والنشر محفوظة
لدى مديرية الكتب والمطبوعات في جامعة تشرين