

الشيخوخة المرضية والناجحة

تناول خاص بالأمراض وجودة الحياة لدى المسنين

سابل حدة وحيدة
جامعة الجزائر 2

ملخص:

تهدف هذه الدراسة التحليلية إلى تناول بعدين متناقضين للشيخوخة، المرض والسعادة، نتناول من خلالها تحديد المفاهيم المرتبطة بالشيخوخة ثم نعرض الانعكاسات السلبية النفسية والجسمية والعقلية التابعة لنختم بجودة الحياة لدى المسنين وعلاقتها بالشيخوخة الناجحة.

منذ بداية القرن العشرين تشهد دول العالم تطورا ديمغرافيا بالغ الأهمية رفع من عدد المسنين بشكل ملفت للانتباه، يرجعه الخبراء إلى التطور الطبي وإلى تحسين ظروف المعيشة وإلى تطور مفهوم الصحة وأساليب العلاج والوقاية في المجتمعات.

تعتبر الشيخوخة آخر مرحلة من الحياة تجعل كبير السن هشاً، ويتميز بانخفاض تدريجي ومستمر في الأداء وفي الوظائف الجسمية والاجتماعية والنفسية قد يؤدي إلى ظهور أمراض حظيت بالدراسة من قبل عدد من الباحثين لتحديد العلاقة الخطية بين السن والانحلال الجسيمي والنفسي الخطير والحاجة إلى العناية الطبية والخدمات الاجتماعية وحدوث الموت هذا من جهة، من جهة أخرى اهتم علم الشيخوخة في الآونة الأخيرة بمفهوم "الشيخوخة الناجحة" الذي يتضمن مظاهر عديدة، تشكل في مجملها جودة الحياة الإيجابية وتشير إلى الصحة الجسمية والاستمرار فيها بما في ذلك المهارات المعرفية وكذا الاستمرار في النشاط الاجتماعي وتحقيق الرضا عن الحياة. وهي تعتبر عوامل تحقق التوافق النفسي والاجتماعي لدى كبير السن. بالتالي يظهر تصوران متناقضان للشيخوخة، يتعلق الأمر بالتصور المرضي مقابل التصور الإيجابي للشيخوخة.

ومن أهم التحديات التي يواجهها العالم ضمان تمتع المسنين بحقوقهم الإنسانية واتخاذ التدابير لتجنب تهميشهم وضمان استفادتهم من الخدمات وفقا لاحتياجاتهم وتجنب اعتبار المسنين "عبء اجتماعياً" والاتجاه نحو فكرة "التشيخ مع ممارسة نشاط" لضمان مساهمتهم في المجتمع من أجل تعزيز نوعية حياتهم والاستفادة من خدمات الرعاية الصحية طول العمر. من خلال هذا العرض، نسأل عن معنى الشيخوخة وعن مميزاتها والتصورات المتوفرة حول كبار السن.

الكلمات الدالة: الشيخوخة، أمراض الشيخوخة، الشيخوخة الناجحة، جودة الحياة

Abstract:

This analytical study aims to present the contradictory dimensions of aging, disease and happiness, we precise definitions of the concepts associated with aging and then we present the negative mental and physical and mental effects of aging and we conclude with the quality of life and its relationship to successful aging .

The rapid increase of life expectancy in all countries is associated with aging, for this reason we expect the progression of diseases and health problems.

Aging is the last stage of life, it alters all aspects of health, it makes the elderly fragile, with low performance and physical, social and psychological dysfunctions and need medical care. Currently, gerontology has focused on "successful aging" and raise the question of the quality of life which. the challenge concern take measures to reject discrimination and exclusion and ensure that the elderly receive services according to their needs and avoid considering them as "social burden" and the trend towards the idea of "aging with exercise activity" to ensure their contribution to society in order to enhance the quality of their lives and take advantage of healthcare networks. In this analytical study is presented the definition of old age and diseases of old age and the quality of life and its relationship with the successful aging.

Key words: aging, diseases of aging, successful aging, quality of life

مقدمة:

تشهد دول العالم النامية والمتقدمة تطورا ديمغرافيا بالغ الأهمية وذلك نتيجة للنمو السريع لشريحة الشباب الراشدين. هذا النمو الديمغرافي ناتج عن انخفاض وفيات الأطفال وتزايد عدد المسنين بشكل ملفت للانتباه منذ بداية القرن العشرين. وأصبحت الشيخوخة ظاهرة منتشرة في كل دول العالم، يرجعها الخبراء إلى التطور الطبي وتحسن ظروف المعيشة وتطور مفهوم الصحة وأساليب العلاج والوقاية.

فقد شهد القرن العشرون ثورة في مجال طول العمر، فقد ازداد توقع الحياة عند الولادة نحو عشرين سنة منذ عام 1950 ليصل إلى 66 سنة ومن المتوقع أن يزداد عشر سنوات أخرى بحلول عام 2050، يعني هذا النمو الديمغرافي السريع في النصف الأول من القرن الواحد والعشرين أن عدد الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم 60 عاما سيزداد من حوالي 600 مليون نسمة عام 2000 إلى بليون نسمة تقريبا في عام 2050. ومن المتوقع أن تزداد نسبة الأشخاص كبار السن على الصعيد العالمي من 10٪ سنة 1998 إلى 15٪ عام 2050 وستحدث أكبر زيادة وأسرعها في البلدان النامية حيث يتوقع أن يتضاعف عدد السكان من كبار السن أربع مرات خلال الخمسين سنة القادمة (تقرير الجمعية الثانية للشيخوخة، مدريد، 2002).

حققت الدول العربية في القرن الماضي انخفاضا ملحوظا في نسبة الوفيات بلغ حوالي 50% على مدى ربع قرن فازداد توقع الحياة عند الولادة من 55 سنة عام 1975 إلى 67 سنة عام 2000 ومن المتوقع أن يصل إلى أكثر من 73 سنة عام 2050 (مها أبو شوارب وآخرون، 2010). في نفس السياق، شهدت الدول العربية تغيرات جذرية في البنى العمرية لغالبية السكان وسجل انخفاض في نسب الأطفال بسبب تدني نسبة الخصوبة من 46% عام 1975 إلى 36% عام 2000 ويتوقع ارتفاع هذه النسبة إلى 60% سنة 2050 (الأمم المتحدة، 2002). كما جاء في تقرير للأمم المتحدة (2011) حدوث ثورة ديمغرافية تعود إلى عوامل أدت إلى ارتفاع متوسط العمر، في نفس الوقت يتوقع أن تكون عواقبها بعيدة الأثر في البلدان النامية والمتطورة. قد ينجم عن زيادة متوسط العمر ارتفاع معدلات انتشار الأمراض المزمنة والأمراض وحالات العجز والإعاقة خاصة تلك التي تصيب المسنين والتي يمكن أن ترهق الدولة من كل الجوانب.

تعتبر الشيخوخة آخر مرحلة من الحياة، وهي تشير إلى أزمة وجود تجعل الفرد كبير السن هشاً، يتطلب الأمر منه مجهودات للتكيف ويتميز بانخفاض تدريجي ومستمر في أداء الوظائف الجسمية والاجتماعية والنفسية والهشاشة العامة (Riazuelo, 2011).

وتشير المعطيات الأمبريقية المتعلقة بطول مدة حياة الأفراد والتشيخ المتميز بأفضل حالة صحية إلى ضرورة إعادة النظر في السياسة العمومية لتغيير وجهة النظر حول المسنين، هذا من جهة. من جهة أخرى، تتوفر معطيات حول الأمراض المنتشرة بينهم والتي وجهت اهتمام الباحثين للبحث وتحديد العلاقة الخطية بين السن والانحلال الجسيمي والنفسي الخطير والحاجة إلى العناية الطبية والخدمات الاجتماعية وحدث الموت.

مما سبق يظهر تصوران متناقضان للشيخوخة، يتعلق الأمر بالتصور المرضي مقابل التصور الإيجابي للشيخوخة والذي أشار إليه Hepworth و Featherstone (1995) اللذان ينتقدان الفكرة التي تعتبر الشيخوخة مرضاً ويؤكدان على ضرورة تطوير معايير سلوكية جديدة ترتبط بالسن والعادات التي تسمح بتجاوز هذا التصور التقليدي للشيخوخة. هذا وجاء في التقرير الفرنسي للصحة العمومية (ADSP 1997) بأن الفرق بين الجنسين أصبح واضحاً، فالنساء يعشن أكثر من الرجال من فئة كبار السن، بحيث عرفت المرأة تغيرات مهمة مرتبطة بجنسها مثل انخفاض متوسط عدد الأطفال وتقارب الولادات في السنوات الأولى من الزواج إلى جانب التخفيف من أعباء العمل المنزلي ومشاركتها في القوة العاملة وهي عوامل تزيد من طول حياتها مقارنة بالرجل.

من أهم التحديات التي يواجهها العالم هو ضمان تمتع المسنين بحقوقهم الإنسانية واتخاذ التدابير لتجنب تهيمشهم وضمان استفادتهم من الخدمات وفقاً لاحتياجاتهم. وقد حان الوقت كما أكدته تقرير الأمم المتحدة (2011) للابتعاد عن اعتبار المسنين "عبء اجتماعياً" والاتجاه نحو فكرة "التشيخ مع ممارسة نشاط ما" لضمان مساهمتهم في المجتمع. إن الهدف من اعتبار الشيخ مع ممارسة النشاط إتاحة أحسن الفرص لتمتع كبار السن بالصحة وتحقيق مشاركتهم ودعم أمنهم من أجل تعزيز نوعية حياتهم والاستفادة من خدمات الرعاية الصحية طول العمر، لذا يتعين على الدولة وضع سياسة صحية اجتماعية لرعاية كبار السن وتوفير الخدمات الاجتماعية لكل الحالات. واستناداً للأدبيات المتوفرة حول الشيخوخة نتساءل ما معنى الشيخوخة؟ متى تبدأ وما هي أسبابها؟ وما مدى الفرق بين الأفراد أمام الشيخوخة؟ وما هي التصورات المتوفرة حول المسن والشيخوخة؟ كلها أسئلة نحاول الإجابة عنها من خلال هذا المقال.

تعريف الشيخوخة وأبعادها:

Sénescence الهرم: هو حالة تظهر لدى الإنسان في نهاية سن الرشد نتيجة النضج وتوقف تطور الوظائف الفيزيولوجية والنفسية المؤدية إلى الشيخوخة. فهو عملية بيولوجية عادية تظهر في نهاية مرحلة النمو لا تلاحظ إلا بتغير السلوك (Bourliere, 1982) ويعتبر الهرم كما جاء في معجم مصطلحات الطب النفسي (لطفى الشربيني) شيخوخة طبيعية مرتبطة بتغيرات جسدية وعقلية غير مرضية مثل الشعر الأبيض والوهن.

Sénelité الشيخوخة:

الشيخوخة هي مظهر للنمو الأخير وتعتبر مرضية ابتداءً من سن 70 سنة وتتخذ مميزات حسب تاريخ المسن والعوامل البيولوجية والأمراض التي تعرض لها وكذا الصدمات والتسمم ببعض المواد. لهذا يتغير سن الشيخوخة من فرد إلى آخر حسب هذه العوامل وحسب ظروف الحياة (الاجتماعية والاقتصادية والمهنية) والعوامل الجينية (البيولوجية الوراثية) والعوامل الفردية والنفسية (Bourliere, 1982).

واستناداً إلى تصور الدول وصناع القرار تخص الشيخوخة عينة كبيرة من الأفراد الراشدين الذين أحيوا على سن التقاعد، تتدهور صحتهم باستمرار لذلك تكلف هذه الفئة مصاريف كبيرة في ميزانية الصحة والحماية الاجتماعية. يعتبر هذا التصور قاسياً إلى حد ما لكونه ينسب إلى هؤلاء الأفراد مشكلات صحية تتميز بالصعوبات الأدائية وهشاشة جسدية وتدني القدرات الفكرية وكذا فقدان قدرة تعلم مهارات جديدة والتبعية للآخرين وانخفاض في القدرة الجنسية (Johnson, 2001). كما يشير هذا التصور إلى صورة نمطية خاطئة حول

المسنين وإن كانت فكرة التبعية صحيحة إلى حد ما ، لكن تمس هذه المشكلات فئة المسنين الذين تتجاوز أعمارهم 80 سنة ولا تمس فئة كبار السن البالغين 65 سنة.

- فئات سن الشيخوخة:

هناك اتفاق حول بداية سن الشيخوخة وهو 60 سنة وبما أنه لا يمكن جمع كبار السن في فئة واحدة ، قام علماء الشيخوخة بتقسيم هذه المرحلة إلى ثلاث مجموعات أدرجها Bee و Boy (2003) كما يلي: السن الثالث Troisième âge الذي يحدد سن الشيخوخة بين 60 و 75 سنة ، السن الرابع Quatrième âge الذي يحدد سن الشيخوخة بين 75 و 85 سنة ، السن الخامس Cinquième âge الذي يحدد سن الشيخوخة من 85 فما فوق.

تعرض هذه الفئات الثلاث لنفس أخطار الإصابة بالأمراض الخطيرة وبالعجز ، بينما تتميز الفئة الثالثة بالاختلال السريع في الوظائف المعرفية والجسدية مقارنة بالفئتين الأولى والثانية وهي فئة ضعيفة تحتاج إلى التكفل الصحي وهو من اختصاص طب الشيخوخة la gériatrie.

- Gérontologie . علم الشيخوخة:

ظهر علم الشيخوخة في سنوات الستين 60 وهو فرع قائم بحد ذاته (Honriette Bloch , 2007). وكان العرب قد سبقوا العلم الحديث بأكثر من ألف سنة عندما نظروا إلى الشيخوخة نظرة مرضية فقد سماها حنين بن إسحاق "طب المشيخة" ، بينما أطلق عليها الرازي وابن سينا "تدبير المشايخ" (سامي محمود ، 1993 ، ص 12). يهتم علم الشيخوخة بالدراسة العلمية للشيخوخة ، الموضوع الذي تناوله الباحثون بالتركيز على تدهور le déclin وفقدان العمليات والوظائف المرتبطة بالتقدم في السن (Bee & Boyd, 2003, p 413) كانت هذه نقطة انطلاق الدراسات التي تناولت موضوع الشيخوخة وهي تلخص نظرة محدودة تغيرت لحسن الحظ في السنوات الأخيرة بحيث أصبحت الشيخوخة حالة تتغير من فرد إلى آخر. يتناول علم النفس الشيخوخة انحلال الأداء النفسي والعقلي وظهور الألم والنقص الوظيفي والأمراض النفسية المزمنة أو الإعاقات وكذا فكرة الاقتراب من الموت. يجمع علم الشيخوخة بين تخصصات عديدة: البيولوجيا وعلم النفس وعلم الاجتماع والاقتصاد.

- دور رعاية المسنين:

عرفها كمال يوسف بلان (2009) على أنها مؤسسات اجتماعية إنسانية تهدف إلى تقديم الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية للمسنين والذين لا تتمكن أسرهم من إيوائهم لظروف متعددة وقد تكون المؤسسة حكومية أو أهلية. نقترح في هذا الصدد عرض تصنيف مؤسسات

رعاية المسنين للجمهورية اللبنانية (مهي أبو شوارب وآخرون، 2010) الذي نرى أنه يستجيب لكل احتياجات المسنين سواء كانوا أصحاء أم مصابين بأمراض أو بإعاقات أم مقيمين بمنزلهم وتعرض عليهم خدمات حيثما كانوا. تنتشر مؤسسات رعاية كبار السن وتتفاوت في طبيعة خدماتها على الشكل التالي:

أ- مؤسسات الخدمة المقيمة:

- دور كبار السن: ترعى مسني العمر الثالث القادرين على خدمة أنفسهم وتؤمن لهم خدمات رعائية واجتماعية وترفيهية.
- مراكز إعادة التأهيل: تهتم بمعالجة بعض كبار السن والعجزة من كافة الأعمار لفترة قصيرة الأمد، تقدم لهم خدمات ومساعدات علاجية تأهيلية وذهنية بواسطة العلاج الفيزيائي والنفسي والاجتماعي.
- دور العجزة: ترعى مسني العمر الرابع أو العجزة غير القادرين على خدمة أنفسهم.

ب- مؤسسات الخدمة النهارية:

- نوادي المسنين: تستقبل كبار السن من العمر الثالث وتقدم لهم خدمات نهارية من خلال برامج اجتماعية وترفيهية.
- المراكز النهارية: تقوم برعاية كبار السن المستقلين غير المقيمين فيها خلال الفترة النهارية فقط.

ج - مؤسسات الخدمة المنزلية تقدم خدمة طبية أو تمريضية أو خدمات علاجية فيزيائية أو وجبة الطعام أو معاينة طبية في المنزل.

د - مؤسسات الخدمة الخارجية تقدم خدمات إعارة وتأجير الأجهزة ومعينات طبية لكبار السن داخل المنزل.

هـ - المستوصفات الخاصة بكبار السن تقدم خدمات اجتماعية وصحية لكبار السن.

الأمراض الجسمية والنفسية والعقلية لدى المسنين:

يعتبر الحديث حول الأمراض المرتبطة بالشيخوخة حديثاً عن الحياة. وفي الواقع، يولد المرء ثم يصبح راشداً ثم يشيخ وبعدها يموت، وقد يبلغ مدى عمر الإنسان 75 سنة وهناك من الناس من يعمر أكثر من ذلك بكثير (أحمد شفيق الخطيب ويوسف سليمان خير الله، 2003). أشار

Taubiana (2002) إلى أن الشيخوخة تؤثر تدريجياً على كل مظاهر الصحة، بصيغة أخرى تتأثر الصحة الجسمية بالهرم الفيزيولوجي الذي يمس كل الأنسجة والأعضاء بما فيها أعضاء الحس (السمع والبصر) والنظام الحركي والنظام المناعي بسبب فقدان مقاومة الالتهابات، كما يزيد مع تقدم السن تكرار انتشار الأمراض السرطانية وكذا الأمراض القلبية الوعائية، تؤثر هذه الأمراض بشكل كبير على الصحة والمحيط الاجتماعي والاقتصادي للمجتمعات.

يعتبر تطور الأمراض المرتبطة بالشيخوخة متعدد الأبعاد، يتوقف على طبيعة وكثافة المحددات التي يتعرض لها الأفراد خلال الحياة وكذا على الاستعداد الجيني (Amoyel, 2002). تتأثر الصحة العقلية بانخفاض في القدرات الفكرية والميول الاكتئابية وخطر الإصابة بذهان الشيخوخة الذي لا يمكن التنبؤ به ولا تجنبه، وبشكل عام ترتبط الصحة الاجتماعية بنظرة المجتمع للمسنين وفقاً لمساعدتهم لأطول مدة للاندماج فيه وفي عائلاتهم وحمايتهم من العزلة والتهميش وكذا احترامهم ومنحهم فرصاً للنشاط ولتنمية شعورهم بضرورة وجودهم.

1. التغيرات الجسدية التابعة للهرم الفيزيولوجي:

توجد تغيرات عامة مرتبطة بالتقدم في السن وهي تشمل كل أنظمة الجسم وتؤثر على حياة كبار السن بطرق متفاوتة وفقاً للتركيب الجيني والحياة السابقة ونوعية الحياة التي كان يتمتع بها هؤلاء الأفراد لخصها أحمد شفيق ويوسف سليمان خير الله (2003) كما يلي:

التحولات النسيجية: يعتبر النسيج الضام المؤلف أساساً من المغراء collagène والمرنين élastine المادة البنيوية الأساسية في الجسم، فهو يكون معظم جرم الأوتار والأربطة ويوفر أطر العظام والعضلات، وترتبط تغيرات أو تحولات الشيخوخة بمظاهر الهرم بحيث تفقد الأنسجة مرونتها وتتقلص ألياف المغراء وتتيسر فتتصلب الشرايين وتصبح العضلات والمفاصل أقل تكيفاً ويتغضن الجلد وتعلوه التجاعيد.

الجملة العصبية: يأخذ عدد خلايا الدماغ بالتناقص انطلاقاً من سن العشرين وتزيد سرعته لدى المسنين وتصبح حركة الدورة الدموية متباطئة على مستوى الدماغ وقد تضعف الوظائف العقلية والذهنية كالذاكرة ولكن يبقى أغلبية الناس بذهن متيقظ حتى بعد سن الثمانين.

السمع: تتميز الشيخوخة عادة بضعف أو فقدان الحساسية للأصوات لهذا قد يتعذر على كبير السن متابعة الحديث مع الغير، قد يعود فقدان السمع إلى عجز أو تردي القوقعة والتعرض الدائم للضجيج الصاخب ويعتبر فقدان السمع مع التقدم في السن أمراً طبيعياً لا مفر منه.

الإبصار: قد يضعف البصر في الشيخوخة بسبب التغيرات البنيوية التي تؤثر في قدرة تركيز النظر على الأجسام القريبة وقد يعود ضعف الإبصار إلى تردي البقعة الشبكية المركزية، كما يؤدي فقدان النسيج المرن إلى تيبس العدسة فيتعذر تغيير شكلها لتكوين صور واضحة على الشبكية.

العظام والمضلات والمفاصل: تتأثر بنى الجسم الأساسية بالشيخوخة بطرق مختلفة، بحيث تصبح العظام رقيقة وأكثر قسافة وتتندى كتلة العضلات وقوتها بسبب فقدان المغراء collagène وتصبح المفاصل محرفة ومؤلمة وتتآكل غضاريفها.

القلب والأوعية الدموية: قد تتعرض الشرايين للعضاد أو التصلب العصيدي athérosclérose الذي يسبب ارتفاع ضغط الدم وهما عاملان يجعلان القلب يعمل بأكبر مجهود، وهو كسائر الأعضاء يصبح مع تقدم السن ضعيفا وأقل فعالية، وتصبح صماماته جاسئة متيبسة وغالبا ما يختل نظام التوصيل الكهربائي الذي يضمن للقلب تنظيمه وخفقانه المنتظم.

وظائف الكبد والكلية: في مرحلة الصبا، تعمل الأعضاء كالكلب والكلية بطاقة وظيفية فوق ما يحتاجه الجسم بحيث يمكنها تعويض أي عطب من مرض طارئ بسهولة ولكن مع التقدم في السن فأى مرض ولو كان خفيفا قد يسبب قصورا في أداء هذه الأعضاء، وقد تؤدي عوامل خطر الشيخوخة كارتفاع ضغط الدم وتعاطي المواد السامة وغيرها إلى تسريع ذلك التردى الطبيعي.

بينت عدة دراسات طولية (Rigaud et al, 2005) إلى أنه في غياب الأمراض تظهر تأثيرات الشيخوخة بسيطة وهي تمس الوظائف الفيزيولوجية الأساسية وكذا الثوابت البيولوجية، بحيث تكون مصحوبة بتغيرات فيزيولوجية متغيرة تختلف من فرد إلى آخر وهي ترتبط بالعوامل الجينية.

أجمع العديد من الباحثين بأن أغلبية كبار السن يتمتعون بصحة مناسبة إلى غاية سن متأخرة بغض النظر عن التغيرات العادية المذكورة أعلاه، ولا ينفي هذا معاناة عدد منهم من أمراض واضطرابات مختلفة على عدة مستويات نقدمها فيما يلي.

2. أمراض الشيخوخة:

كبار السن هم عرضة لعوامل خطر قد تهدد صحتهم العقلية والجسدية على حد سواء، هي عبارة عن عوامل متنوعة اجتماعية ونفسية وبيولوجية تحدد مستوى الصحة في وقت معين، يوجد العديد من الأفراد المسنين ممن يتعرضون لعوامل الضغط، يفقدون على غرار الآخرين، استقلاليتهم بسبب الحركة المحدودة والآلام المزمنة والهشاشة أو بسبب مشكلات جسمية

وعقلية لذلك فهم بحاجة إلى عناية طويلة المدى. كما قد يتعرض كبار السن لأمراض جسدية و/أو عصبية و/أو عقلية.

- الأمراض الجسمية لدى كبار السن: تضر الشيخوخة تدريجياً بكل المظاهر الصحية، تتأثر الصحة الجسدية بالهرم الفيزيولوجي الذي يمس كل الأنسجة والأعضاء بما في ذلك الأنظمة الحسية (السمع والبصر)، الجهاز الحركي والجهاز المناعي (نقص مقاومة الالتهابات)، كما يرتفع تكرار الإصابة بالأمراض السرطانية (سرطان الثدي، والبروستات والمنطقة المعوية - الشرجية) وكذا الأمراض الوعائية القلبية. لهذا يتطلب الأمر إجراء كشوف منتظمة لاتخاذ التدابير الضرورية.

يذكر Lafon (2008) أنه مع تقدم السن يضعف الجهاز المناعي ومقاومته للاعتداءات بالتالي يتزايد خطر الإصابة بالأمراض والموت، توجد عوامل خطر ترتبط بظهور الأمراض الجسمية تتمثل في ارتفاع ضغط الدم - ارتفاع نسبة الكوليسترول والدهم في الدم - التدخين - مرض السكري - البدانة - الإصابات المنشطة للالتهابات - الضغط - نقص التمارين الرياضية.

- الأمراض العصبية الانحلالية: تطرح أمراض الجهاز العصبي لدى كبار السن أكبر مشكلات الصحة العمومية تتعلق بطب الأعصاب والطب العقلي والجراحة العصبية. ومن أخطر الأمراض التي يتعرضون لها هي الأمراض العصبية الانحلالية *maladies neurodégénératives*، والتي هي عبارة عن إصابات خاصة بالجهاز العصبي لكونه العضو المعني بالأمراض الانحلالية بالدرجة الأولى (Yves Agid, 2002) وهي تعتبر أمراضاً مخيفة بسبب الإعاقات التي تسببها وهي من أكثر الأمراض العصبية انتشاراً إلى جانب الحوادث الوعائية الدماغية والصرع. من بين الأمراض الانحلالية الأكثر انتشاراً لدى كبار السن (Ankri, 2001) نجد مرض باركنسون *maladie de Parkinson* ومرض الزهايمر *maladie d'Alzheimer*.

● **مرض الزهايمر:** تم وصف مرض الزهايمر لأول مرة سنة 1906 (Brion & Massé, 2009) يتعلق بحالة مرضية قبل الشيخوخة لدى امرأة كانت تبلغ 53 سنة من عمرها، والتي أظهرت إصابات ثنائية جبهية جذارية - صدغية *lésions bilatérales frontopariéto-temporales* التي تسبب خيلاً حسياً أبراكسياً اقنوزياً. من الناحية التشريحية كانت الإصابات ثنائية الجانب تتضمن لويحات الشيخوخة *des plaques séniles* والانحلالات ليفية عصبية *dégénérescences neuro-fibrillaires* بعدد كبير. وفي 1909 ميّز Pèrusini بين المرض الذي وصفه الزهايمر وخبل الشيخوخة وفي 1910 أطلق عليه Kraepelin تسمية مرض الزهايمر. يعتبر مرض الزهايمر *Alzheimer* مرض العصر، هو انحلال عصبي ينتشر مع تشيخ السكان كواباء

كتوم، بعد السن 75 سنة 13٪ من الرجال و20٪ من النساء هم معنيون بهذا المرض مع اعتبار العامل الوراثي الذي ينشط بنسبة تتراوح بين 5 إلى 10٪ لدى الحالات (Lafon, 2008).

يتطور مرض الزهايمر تدريجيا خلال سنوات، مسببا تدهورا في الذاكرة والاستدلال والانفعالات والحكم واللغة والحركة. كما يؤدي إلى فقدان الاستقلالية وخلل عام في الوظائف المعرفية وفي نوعية الحياة (Pariel et al, 2013). ويمس هذا المرض (Yves Agid, 2002) الخلايا العصبية للمنطقة الدماغية "حصان البحر" hippocampe حيث يفقد الفرد تدريجيا الذاكرة بسبب الموت الانتقائي للخلايا العصبية. ويحدث العطب الدماغى (أحمد شفيق الخطيب ويوسف سليمان خير الله، 2003) (Brion & Massé, 2009) نتيجة للإنتاج الشاذ لأحد البروتينات المعروف بـ أميلويد بيتا Béta amyloide وهي تشكل مركز لويحات الشيخوخة les plaques séniles بالتالي تكون فعالية نشاط الدماغ بالمناطق المصابة منخفضة جدا وهي تنتهي بموت الخلايا.

• **مرض باركنسون:** يصيب مرض باركنسون Parkinson 1٪ من السكان البالغين السن 65 سنة، وينتشر بشكل خاص بين الرجال (Lafon, 2008)، يتميز بفقدان الخلايا الضرورية للتحكم في الحركة، و يسبب تهديما كاملا لنورونات المنطقة الدماغية المعروفة بالمادة السوداء la substance noire، حيث تنتج خلايا هذه المنطقة الناقل العصبى الدوبامين وقد تم اكتشاف العجز المتمثل في نقص إفراز الدوبامين dopamine المرتبط بمرض باركنسون في الستينات (Ankri, 2001). وبسبب تدهور منطقة المادة السوداء (أحمد شفيق الخطيب ويوسف سليمان خير الله، 2003) لا تتلقى الأنوية الرمادية الدماغية إلا كميات قليلة من الدوبامين، مما يخلف عدة نتائج منها إفراط في عمل الناقل العصبى الأستيلكولين acétylcholine، وهنأ وتيبسا في العضلات واضطرابات في النطق وفي المشى وكذا في أداء الأنشطة اليومية وغالبا ما يرافق ذلك اقتصار الاستجابات الانفعالية على تغيرات طفيفة في التعابير الوجهية كما يغلب ارتعاش اليدين في حالة السكون.

- الاضطرابات السيكولوجية التابعة للشيخوخة:

يتعرض كبار السن لأحداث حياة متنوعة كالأمراض ووفاة بعض المقربين لهم، وتحت تأثيرها يصبح الاستقرار الداخلى للمسنين عرضة للاضطرابات. وعليه توجد عدة عوامل تتفاعل فيما بينها لتبرز وضعية المسن. ويمكن احتمال ثلاث إمكانيات للتقدم في السن قدمها Monfort (2001) كما يلي:

✓ يمكن للفرد التقدم في السن بدون المعاناة من المرض السيكاتري،

✓ يمكن للفرد أن يعاني منذ صغر سنه من اضطراب سيكاتري مرحلي أو مستدام، فيشيخ بهذه الخصائص بدون مشكلات كبيرة،

✓ يمكن للفرد أن يتمتع بصحة جيدة في شبابه وفجأة يتعرض في سن الشيخوخة لاضطراب ذهاني وقد يتعرض لاضطراب في التكيف يرتبط بأحداث الحياة يتميز بالاكتئاب والحصر أو معاش هذائي.

تظهر الاضطرابات السيكلوجية لدى كبار السن بأشكال غير نمطية formes atypiques وقد يصعب تمييزها عن الشيخوخة الفيزيولوجية أو المرض الجسدي. تعتبر الشيخوخة أزمة وجود تجعل كبير السن هشاً، يتميز بتوازن نفسي غير مستقر، ينتظر منه تقبل فكرة الموت المحتملة والتي تفرض نفسها بشكل كبير، هذا إلى جانب الأحداث والصعوبات التي يتعرض لها المسن كالحدا وتغيير الإقامة والتقاعد والابتعاد عن الأولاد والصراع العائلي والعزلة الاجتماعية والأمراض الجسدية، وهي وضعيات قد تنشط الشعور بفقدان السلطة والفعالية أو تخل بالهوية الاجتماعية كما تنشط فكرة الموت لديه، تتطلب هذه الصعوبات من كبير السن التوافق التدريجي مع وضعيته وإعادة تنظيمه النفسي ويتوقف تحقيق هذه العمليات على شخصيته السابقة، وفي حالة الفشل تفجر لديه هذه الصعوبات ظهور الاضطرابات العقلية.

• **الاكتئاب:** يعتبر من الأمراض الأكثر انتشاراً بين كبار السن (Letonturier, 2007) بنسبة 40% تقريباً، فهو يظهر على شكل شبه خيل pseudo démence بحيث تظهر أعراضاً هذائية ذات محتوى اضطهادي مع التحامل على الغير، وقد يحدث هذا لدى كبار السن الذين يتميزون بالعدوانية والعدائية، كما قد يظهر الاكتئاب في شكل غياب الدافعية مع غياب الحزن، وهي حالة تؤدي إلى إهمال الذات وإهمال الآخرين والمحيط. لقد أشار (Rigaud, 2005) إلى ارتباط اكتئاب كبار السن بفقدان الاستقلالية والانحدار الوظيفي وتدني نوعية الحياة، مما ينجر عنه تزايد في نسبة الوفيات المرتبطة بتعدد الأمراض والانتحار.

وتكمن صعوبة تشخيص الاكتئاب لدى كبار السن في صعوبة التمييز بين مرض الاكتئاب وعرض الاكتئاب، بحيث يظهر 1/3 منهم أعراضاً اكتئابية مؤقتة مرتبطة بالأمراض الجسمية والصعوبات الاجتماعية وتسجل في الطب العام نسبة تتراوح بين 15 و 30% من كبار السن لديهم أعراض اكتئابية مهمة. ولا يشكل الحزن المؤشر الأساسي للاكتئاب لدى هذه الفئة فهو يرتبط بفقدان الاهتمام وتباطؤ عام، غالباً ما تكون مظاهر الاكتئاب

غير نمطية، يقفّ الحزن اللاتمايز الوجداني والشعور بالفراغ العاطفي والجسدي. من أهم مظاهر الاكتئاب لدى كبار السن حسب Monfort (2001):

فقدان النوم - فقدان الشهية والتي قد تنسب إلى تناول الطعام بشكل فردي - التعب - اضطرابات الذاكرة والتركيز والتي قد تكون بداية لاضطراب ذهاني - شكاوى جسدية كتوهم المرض (تنسب إلى السن والطبع) - الحزن والوحدة بسبب العزلة - التهيج، العدائية والعنف، مظاهر تنسب إلى الشخصية.

وقد يحمل الاكتئاب لدى كبير السن أفكارا انتحارية قد تنفّذ في غياب العلاج وقد تؤدي إلى ظهور تناذر Diogène - هو تناذر التدهور الاجتماعي المتمثل في العزلة التامة عن العالم وخطر إحداث حريق بسبب التهاون ونتيجة لاستجابة الجيران غير المتسامحة تجاهه. يرتبط اكتئاب كبار السن (Letonturier, 2007) بعوامل خطر كالشخصية من النوع النرجسي التجنبي، والشخصية الاستحواذية والتابعة، إلى جانب عوامل عاشها سابقا كالمعاملة السيئة خلال الطفولة وجينات الاستعداد وعوامل خطر وعائية، يتطلب اكتئاب كبير السن علاجا لمدة سنتين على الأقل لتجنب الانتكاسة خاصة إذا أخذ هذا الاضطراب اتجاهها شبه خبلي.

• **الاضطرابات الحصرية لدى كبار السن:** تنتشر اضطرابات الحصر troubles d'anxiété حسب منظمة الصحة العالمية OMS (2013) بنسبة 3,8% لدى كبار السن وهي تؤدي كما أشار إليه Letonturier (2007) إلى نتائج معقدة وإلى زيادة الاستهلاك العلاجي والتبعية وقد تكون مصحوبة بأمراض أخرى comorbidité وياضطرابات انفعالية، قد تظهر الاضطرابات الحصرية لدى كبير السن بسبب غياب الشعور بالأمن، والتعرض للاعتداء وقد يرتبط ظهورها بشخصيته السابقة وفي غياب العلاج تؤدي إلى ظهور الاكتئاب. وقد تتكرر المعاناة المرتبطة بالحصر لدى كبير السن (Monfort, 2001) وتتميز ب:

- ✓ فكرة فقدان الاستقلالية بسبب الإصابة بمرض خطير (كالسرطان) يتطلب فحوصا متكررة،
- ✓ فكرة الوحدة المفروضة وفقدان اهتمام الآخرين والشعور بالهجران،
- ✓ فكرة الموت القريب والقلق المرتبط بمعنى الحياة،
- ✓ فكرة السقوط في أي لحظة والتي تظهر في التحديق في الأرض والبحث عن السند، رفض السفر ورفض الخروج من المنزل وأحيانا رفض ترك الأريكة، قد يرتبط كل ذلك بسقوط حدث في السابق،

✓ أفكار انتحارية بسبب النقص المالي وأفكار الإفلاس التي تثير الاكتئاب كما أدرجه Waern وأتباعه،

✓ أفكار عنف وغضب قد تثير اكتئابا عداثيا أو مرضا جسميا.

قد لا يعبر كبير السن عن اجترار هذه الأفكار بذهنه وقد تتحول إلى أفكار استحواذية وقد يشكل الحصر عرضا من أعراض الاكتئاب كما أدرجه Goda وأتباعه.

- الاضطرابات السيكاترية التابعة للشيخوخة:

تعتبر الاضطرابات العقلية حسب دراسات منظمة الصحة العالمية من العوامل الأساسية المسببة لظهور الأمراض عند كبير السن وهي تمثل نسبة 5/3 من مصادر العجز المرتبط بالشيخوخة (Limosin, 2012). تظهر لدى المسنين بعض الاضطرابات العقلية كما أشار إليه (Rigaud, 2005) منها الاضطرابات الهذائية التي تظهر بأشكال مختلفة حسب الأعراض والنتائج السلوكية والأسباب، وقد تظهر حالة هذائية حادة ترتبط بمظاهر الخلط العقلي، و قد يتعلق الأمر باضطرابات مزاجية أو اضطرابات نفسية - جسمية (كالهذاء الثانوي للأمراض الدماغية الوعائية أو الهذاء التابع لمرض الزهايمر أو لمرض باركنسون). وتظهر الأعراض الهذائية المزمنة في مرحلة متأخرة، وتنتشر لدى الإناث أكثر مقارنة بالذكور حتى في غياب السوابق الهذائية، ويرتبط مظهرها بحياة كبير السن، ويظهر الهذاء فقير المحتوى، ملموسا مرتبطا بمحيط المسن وجسمه، وتدور المواضيع الاضطهادية حول الغيرة واقتحام المنزل والسرقة وتحريك الأشياء لتغيير مكانها وقد تبدو الأعراض الهذائية في مواضيع توهم المرض (اضطهاد عضوي) وهي الأكثر انتشارا. ذكر Monfort (2001) ثلاثة حالات يعاني منها كبار السن تنسب إلى اضطراب ذهاني هذائي:

✓ معاش توهم المرض الهذائي بحيث يتحول الجسم إلى مجرد أنبوب هضمي كاعتقاد المسن بوجود المبيض bistouri داخل البطن لهذا يبحث عنه بيده في الشرج أو معاناته من إمساك يجعله يمضي ساعات في المرحاض لإخراج البراز عن طريق اليد.

✓ الهلاوس على شكل تخيل بوجود الآخر، واعتقاد الأرملة بوجود زوجها المتوفى وكذا اعتقاد المرأة المسنة أنها حامل - هذاء الحمل..

✓ هذاء السرقة، هو دليل على انخفاض أداء الذاكرة بحيث ينسى كبير السن الأماكن التي يرتب فيها الأشياء المعتادة وقد يتعلق الأمر ببداية مرض الزهايمر، لهذا يترجم اختفاء الأشياء بسرقتها.

• **حالات الخلل العقلي:** يتكرر ظهور الخلل العقلي *états confusionnels* لدى كبار السن ويتم استشفائهم بنسبة تتراوح بين 20 و50% ويعتبر تناذر الخلل العقلي كحالة طارئة بالنسبة لطب الشيخوخة يتميز باضطراب الوعي والوظيفة المعرفية (Rigaud, 2005) لهذا يتطلب الاستشفاء وقد يؤدي إلى وفاة ما بين 15 و30% من المسنين (Letonturier, 2007). تتميز حالة الخلل العقلي وفقا ل Monfort (2001) بـ:

✓ اضطراب الأداء المعرفي، تدني أداء الذاكرة الآنية ونسيان المعالم الزمانية المكانية وانخفاض القدرة على تركيز الانتباه على المحيط وتؤدي هذه الاضطرابات إلى حيرة حصرية مع تكرار الأسئلة من نوع: أين أنا؟ كم هي الساعة؟ ماذا يحدث لي؟

✓ كما يظهر انخفاض في الأداء اللغوي مع عدم التناسق في الكلام يجعل كبير السن يبدو وكأنه لا يفهم ما يقال له، هذا وقد يظهر انخفاض في التطبيق العملي *praxiques* يتبين من خلال فشل كبير السن في القيام بمهام يومية كاللبس والحلاقة وغيرها.

✓ اضطراب الإدراك المرئي وأحيانا السمعي قد يترجم بأوهام وهلاوس يعتقدونها كبير السن حقيقة.

✓ اضطراب دورة يقظة/ نوم قد تعكس نعاسا بالنهار ويقظة واضطرابا بالليل، وقد يتراوح بين حالة نعاس وإثارة.

✓ اضطراب الحالة الانفعالية مع تذبذب بين عدة حالات: الحصر والخوف والحزن والمرح والغضب واللامبالاة والخمول.

• **الخبيل العقلي:** عرف وجود خبل الشيخوخة *démence sénile* (Brion & Massé, 2009) في نهاية القرن 19، كان يعرف باسم *presbyophrénie* لـ فرنيك Wernick والذي كان ينسب لسبب وعائي إلى غاية وصفه من قبل (Klippel & Lhermitte, 1905) كخبيل شيخوخة دون عصاد *démence sénile sans athérome* في نفس الوقت وصف Fischer الإصابة العضوية القاعدية "لويحات الشيخوخة" *les plaques séniles*.

يظهر أغلبية كبار السن أي 3/1 من البالغين سن 85 سنة انخفاضا في الأداء المعرفي الذي لا يمكن علاجه. يشير *Maisondieu* إلى أن اضطرابات الذاكرة ترجع إلى ميكانيزم الإنكار *le déni* الذي يجعل كبير السن يتفادى تذكر الصدمات السابقة، وتختلف درجة الوعي بانخفاض هذا الأداء المعرفي من فرد إلى آخر، يعي بعض كبار السن هذا المشكل ولكن دون إعلام المحيط الذي يعيشون فيه. تظهر نتائج انفعالية لدى المسنين الذين يدركون

فقدانهم لأدائهم تتمثل في التكيف مع الوضع الجديد وفقدان الذاكرة وينسبون ما يحدث لهم إلى المرض، وهناك من يعايش هذه الوضعية ككارثة ينجر عنها القلق والغضب والحزن والإحباط والتشاؤم. وأشار Snuyders إلى أنه عكس ذلك، قد يصرّح بعض كبار السن بأسرار غاية في الأهمية لأبنائهم عن حقيقة الأبوة أو التبني (Monfort, 2001). يعد الخبل العقلي حسب منظمة الصحة العالمية OMS (2013) من مشكلات الصحة العمومية، وهو يظهر على شكل تناذر يرتبط بتدهور الذاكرة والفكر والسلوك والقدرة على تحقيق المهمات اليومية، ولا يشكل الخبل عنصرا عاديا للشيخوخة، قدّر عدد المصابين بالخبل بنسبة 35,6 ملايين من كبار السن وهو عدد يتضاعف كل 20 سنة، وينحدر أغلبية المصابين من البلدان الفقيرة.

- أحداث الحياة الضاغطة في سن الشيخوخة:

هناك من يعتبر سن الشيخوخة سن الصدمات.. ينبغي على كبار السن التعايش مع صدمات خاصة بسنهم (Briole et al, 1999) ترجع إلى أنواع من فقدان قد يتعرضون لها وهي:

✓ فقدان الصحة مع ظهور أمراض متعددة، ومن بين الأمراض الأكثر انتشارا نجد الأمراض القلبية الوعائية، والحوادث الوعائية الدماغية والسرطان،

✓ فقدان الاستقلالية،

✓ فقدان المنزل الخاص،

✓ إدراك قرب الموت،

✓ فقدان العمل بسبب التقاعد،

✓ فقدان الأصدقاء وشبكة الصداقة بسبب مغادرتهم أو وفاتهم، بالتالي انخفاض التفاعل الاجتماعي والعزلة الاجتماعية وفقدان أحد أفراد العائلة خاصة الأصغر سنا منهم كالأبناء أو الأحفاد، غالبا ما ينشط فقدانهم أفكارا سلبية تجعل المسن يتساءل لماذا يتوفى الأصغر سنا قبله، كان مفروضا أن يموت هو أولا،

✓ الطلاق ووفاة الزوج،

✓ فقدان حرية الحركة، تحدد للمسّن الحركة سواء كان في المنزل أم في المستشفى أم في المركز بسبب الأخطار التي قد يتعرض لها بالتالي يفقد التحكم فيما يحدث له وتتتابه مشاعر الغضب والخوف والتشاؤم والحزن والحصص أمام هذه الوضعية،

✓ فقدان الحرية المالية والحقوق المدنية بالحجر عليه، فقد يتعرض المتقدمون كثيرا في السن من الشيوخ للحجر من قبل الأقرباء بغية حماية أملاكهم بالتالي يتكفلون بهم ويسيرون أملاكهم وحياتهم وإجراءات استشفائهم عند الضرورة وبالتالي يجد المسن نفسه غير قادر على أخذ قرارات خاصة به.

✓ فقدان الشعور بالأمن بسبب المعاملة السيئة التي تشمل خيانة الثقة والتهديد والشتم وبالتالي العزلة واختيار مركز الشيخوخة كملجأ وكذا استغلال بعض الأفراد لأموال كبير السن.

يشير Monfort إلى ثلاث نتائج نفسية تابعة للفقدان لدى كبير السن:

✓ معاش سلبي قد يضر بصورة الذات،

✓ معاش حيادي يجعل كبير السن يتناسى الفقدان وينكره،

✓ معاش إيجابي يتحدي مثل هذه الأحداث لمقاومة الفقدان.

في الحقيقة تخص أغلبية الصدمات المذكورة بشكل خاص المتقدمين في السن كثيرا ولا تعني السن الثالث والرابع ماعدا فقدان أحد أفراد العائلة وبعض الأصدقاء الذي قد يحدث لأي مسن.

وبطبيعة الحال يستلزم الأمر من كبير السن مهما كان سنه التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة الخاصة بسنهم هو تعامل سهل لديهم عملية التوافق النفسي الاجتماعي. وفي هذا السياق أشار Altintas وآخرون (2012) إلى أنه يتعين على كل فرد مهما كان سنه التعامل مع محيطه، فهو مزود بمجموعة مصادر تسمح له بمواجهة الأحداث التي قد تظهر في أي سن، تتميز الشيخوخة كما سبق إدراجه بتغيرات فيزيولوجية ونفسية متباينة بين فرد وآخر، تخل بالقدرات الجسمية والمعرفية وتشكل سببا لظهور اختلالات يتعين على المسن التكيف معها، وقد لا تسمح مصادره الشخصية بتحقيق التكيف لهذا يتعرض لاضطرابات نفسية على المدى الطويل.

في ظل هذه المعطيات الأدبية، نعتقد بأن كبير السن يحتاج إلى السند الاجتماعي، الذي يعتبر مؤشرا هاما يحافظ على الصحة النفسية لديه، يدعم السند الاجتماعي علاقات المسن مع الغير ويحقق له حاجياته وانتظاراته، ويظهر الدعم الاجتماعي على شكل مساعدة مادية أو معنوية، وهو يساعد المسن على الحفاظ على علاقاته الاجتماعية وعلى التواصل بشكل عام كما يحقق له الشعور بالرضا.

جودة الحياة لدى المسنين:

الشيخوخة ليست مجرد عملية بيولوجية بحتة تتميز بتغيرات جسمية وبيولوجية تطراً على كبير السن وإنما هي ظاهرة اجتماعية نفسية، يواجه فيها كبير السن مشكلات صحية واجتماعية وأزمات تتطلب منه التكيف والاستمرار في مواجهة الصعوبات، يتحصل الفرد من خلالها على الرضا عن الحياة بالتالي الحفاظ على الصحة النفسية والصحة الجسمية.

يعتبر البعض الشيخوخة كمشكلة كبيرة وكاعتداء وكعاصفة وكتقهقر يفقد فيها الفرد العديد من مكتسباته الشخصية والمادية بما في ذلك صحته، يفقد أسنانه وبصره وذوقه، بينما يعتبرها البعض الآخر على أنها مرحلة إيجابية بإمكانه الاستمرار في النشاط والقيام بما تعذر عليه سابقاً في جل الميادين، يتوقف ذلك بطبيعة الحال على السن. في هذا السياق أشار Bouffard (2012) إلى وجود إدراك مضاعف للشيخوخة: شيخوخة هشة وضعيفة ومريضة (نموذج الاختلال) والشيخوخة المبدعة والنشطة والسعيدة (نموذج النمو).

منذ نهاية سنوات 1980 ظهرت مفاهيم "الشيخوخة الناجحة"، وكذا "الشيخوخة العادية" الخالية من المرض والإعاقة ولكن تتميز بانحدار في القدرات الوظيفية (Riazuelo et al, 2011). في مقابل "الشيخوخة المرضية" التي تتميز بالأمراض و/أو الإعاقة.

هكذا، يهتم علم الشيخوخة في الآونة الأخيرة بمفهوم "الشيخوخة الناجحة" الذي يتضمن عدة مظاهر، تشكل في مجملها جودة الحياة الإيجابية وتشير إلى الصحة الجسمية والاستمرار فيها بما في ذلك المهارات المعرفية وكذا الاستمرار في النشاط الاجتماعي وتحقيق الرضا عن الحياة وهي تعتبر عوامل تحقق التوافق النفسي والاجتماعي لدى كبير السن.

أبعاد جودة الحياة لدى كبار السن:

أدرجت منظمة الصحة العالمية (OMS, 2002) مفهوم الشيخوخة النشطة للإشارة إلى عملية تحسين القدرات الصحية والمشاركة والأمن بهدف تحسين جودة حياة كبار السن طول مدة الحياة، كما عرفت الشيخوخة الصحية كعملية تحسين الصحة الجسمية والعقلية والاجتماعية بغية منح كبار السن فرصة للنشاط الاجتماعي بدون تمييز والتمتع باستقلاليتهم ونوعية حياة جيدة. حدد Roblin وأتباعه (2009) جودة الحياة كمفهوم يشمل بعدين:

- ✓ السلوك المتكيف أو التوافق الذي يشمل التكفل بالذات وبالأدوار الاجتماعية،
- ✓ الرضا عن الحياة أو الرفاهية الذاتية.

أضاف بعض الباحثين حسب Roblin بعدا ثالثا يتمثل في المصادر الخارجية المتكونة من متغيرات مادية كالحياة المريحة والمساندة الاجتماعية. تؤثر المتغيرات كالمهارة الاجتماعية والسند الاجتماعي المدرك وصعوبات الحياة المدركة بشكل أكثر على الرضا عن الحياة، بينما تؤثر الأمراض الجسمية والعجز المعرفي والأعراض السلبية والإيجابية والحركات غير العادية ونوع وحجم الشبكات الاجتماعية بشكل أكثر على الإعاقة الوظيفية.

تعتبر الشيخوخة الناجحة في السنوات الأخيرة من المواضيع البارزة في أدبيات علم الشيخوخة ويتضمن هذا المفهوم وفقا لـ Kahn و Rowe (1997، 1998) ثلاثة مظاهر تتمثل في الصحة الجسمية الجيدة والحفاظ على المهارات المعرفية والمشاركة الدائمة في الأنشطة الاجتماعية والمنتجة. تشكل درجة الرضا عن الحياة مظهرا آخر للشيخوخة الناجحة. في الواقع، ترتبط هذه المظاهر الثلاثة مع بعضها وهي تعزز نوعية الحياة هذا ما يؤيده Ushikubo (1998) الذي يرى أن الاستمرار في صحة جيدة يتم بتبني عادات صحية طوال الحياة وكذا استراتيجيات توافق مناسبة للتعامل مع أمراض الشيخوخة والامتنال للنصائح الطبية بغية استرجاع التوازن (نقلا عن Bee & Boyd, 2003). استنادا لـ Dubé (2003) يمكن اعتبار بأن الشيخوخة الناجحة تحمل مؤشرات ذاتية شخصية كالرفاهة والسعادة والنمو المستمر.

ويعتبر مفهوم الشيخوخة الناجحة في علم الشيخوخة كميل عام لإدراك الشيخوخة كمرحلة مليئة بالحياة الفردية وليس كمرض انحلالي عالمي، يمكن في هذا السياق إدماج النمو الجسدي الاجتماعي والفردى من أجل وضع صورة محددة لمعنى الشيخوخة.

• **التكيف لدى كبار السن:** تعتبر مرحلة الشيخوخة مرحلة من النمو تتطلب التوافق المستمر والتكيف مع تحديات الحياة، يترجم هذا التوافق، كما ورد في نظريات الشيخوخة، بردود فعل المسن تجاه التغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية الخاصة بهذه المرحلة، يتوقع من كبير السن تقبل كبر سنه وتوقفه عن نشاطه المكثف السابق وتقبل تدني قدرته الجسمية وتقبله لتقاعدته وانخفاض دخله وفقدانه لبعض الامتيازات والأشخاص والحفاظ على النشاطات والالتزامات الاجتماعية وعلى انتمائه إلى الجماعة.

يعتبر Havighurst و Albrecht، أصحاب نظرية النشاط، من الأوائل الذين أدرجوا مفهوم التكيف لدى المسنين منذ سنة 1953. الذي يرتبط بالأدوار الاجتماعية لكونها مركز التعبير النفسي والاجتماعي. وأن المستوى المرتفع في استثمار مختلف الأدوار الاجتماعية والعلائقية يرتبط بشكل كبير بمستوى مرتفع من التكيف أو الرضا المدرك عن الحياة من قبل كبير السن، نقلا عن (Cariou, 1992). هذا وتؤكد نظرية النشاط على وجود ارتباط بين الشيخوخة الناجحة والحفاظ على الأدوار لأطول فترة ممكنة، قد تكون الأدوار الاجتماعية في

الشيخوخة عبارة عن بدائل يجدها كبير السن لتعويض ما فقده من أدوار وذلك عن طريق ممارسة نشاطات جديدة للتخفيف من التأثيرات السلبية للتقاعد أو لمغادرة الأولاد للمنزل. وتفترض نظرية فك الارتباط لـ Cumming وأتباعه بأن انخفاض التفاعل الاجتماعي والانسحاب التابع لكبر السن هو سلوك طبيعي وعادي في سن الشيخوخة، ولأجل الحفاظ على التوازن يفترض أن تتم عملية فك الارتباط بشكل متبادل بين كبير السن والمجتمع.

تناول Novak (1973) خطوات الانتقال الإيجابي إلى مرحلة كبر السن لخصها في ثلاث مراحل يمر بها التوافق الناجح لكبير السن:

✓ التحدي The challenge، يبدأ مع إحساس الفرد بكبر السن كمقدمة للموت وعليه أن يواجه الاثنين معا وليس هناك بديل سوى الامتثال والتقبل.

✓ التقبل Acceptance قد يعتبر البعض التقبل هزيمة ولكنه يعني القرب من الحقيقة وذلك بترك الأهداف والمشروعات الخاصة بالعمر الأوسط والتحول إلى طريق بديل للحياة. وقد يخلق التقبل القلق لكنه لا يؤدي إلى الانهيار، فكما تنمو لنصل إلى مرحلة الرشد كذلك تنمو لنصل إلى مرحلة التقدم في العمر.

✓ التأكيد Affirmation يستمر البعض في تحديه ليؤكد الحياة رغم نواحي القصور ويستمر في مشروعات سن الرشد ويكون على المسن أن يقوم بأدوار جديدة يكتشفها لنفسه كما يكتشف معاني جديدة ويبحث عن طرق لخدمة الآخرين وليكون نافعا، نقلا عن (عبد الحميد محمد الشاذلي، 2001، ص62). يجنب التوافق لكبير السن العزلة وفقدان معنى الحياة ويمثل فرصة للقيام بأدوار اجتماعية باستمرار.

عرض الباحثون عدة محاولات لتفسير مظاهر الشيخوخة الناجحة والجيدة، اقترح Aguerه و Bouffard (2003) و Bouffard و Aguerه (2009) ثلاثة عوامل رئيسية تساهم في الشيخوخة الجيدة تتمثل في:

- ممارسة القوة الشخصية

- الاستمرار في تحقيق الأهداف الشخصية.

- التجربة المتدفقة.

ارتكز Bouffard وأتباعه على أعمال Seligman وأتباعه حول تطوير القوى والمحاسن الشخصية التي يركز عليها علم النفس الإيجابي بحيث يعتبرها مصدر النجاح والسعادة لكون الفرد يجد متعة في ممارسة قدراته ومهاراته ومواهبه، هي حقيقة أثبتتها Seligman

وأتباعه (2005) في دراستهم حول تطوير درجة السعادة لدى الأفراد. يشكل الاعتراف الإيجابي لكبار السن لما يعيشونه إضافة إلى ممارسة القوة الشخصية العالية مصدرا للسعادة. كما أولى بعض الباحثين أهمية للاستمرار في تحقيق الأهداف الشخصية الهامة عملا بالمقولة: "إذا منحنا حياة لأهدافنا نعطي معنى لحياتنا".

توجد ارتباطات دالة بين الاستمرار في تحقيق الأهداف وتجربة الرفاهية الذاتية وهي تؤمن جزئيا شيخوخة جيدة وانطلاقا من هذا الأساس وضع بعض الباحثين من كندا طريقة تعرف بـ "تسيير الأهداف الشخصية" وهي لـ Dubé وأتباعه (2005) وهي تهدف إلى مساعدة المتقاعدين في هذا الانتقال الحياتي والتشيخ الجيد واقترحوا طريقة تعتمد على أسس متنوعة، تعزز الأهداف الشخصية والرفاهية الذاتية خلال مراحل الحياة المختلفة وذلك بواسطة اختيار الهدف الذي ينشط الدافعية وكذا تركز الطاقة ودعم التنظيم الذاتي للسلوك والتأكيد على التوظيف الجيد للشخصية، يتضمن تخطيط الهدف والبحث عن الوسائل وتحديد المراحل وتوقع العقاقيل واستراتيجيات المواجهة وكذا البحث عن المساعدة عند الضرورة.

تخفف هذه النشاطات من درجة الحصر وتدفع للتطور نحو الهدف، كما تعتبر متابعة الهدف مصدرا للرفاهية الذاتية فهي تتطلب المرونة والتسيير الفعال للمصادر الداخلية والخارجية كما يفترض أن تكون الأهداف المسطرة ملائمة مع الاحتياجات النفسية الأساسية. ومن هذا المنطلق، يؤدي التطور نحو الهدف إلى تحقيق الرضا وانفعالات إيجابية، فكل هذه المراحل تساهم في تحقيق الرفاهية الذاتية وجودة الحياة عند المتقاعدين.

بينت بعض الدراسات بأن منح كبار السن فرصة لوضع اختياراتهم (Moos, 1980; Montry & Perlmutter, 1987; Wolk & Tellen, 1976; Langer & Rodin, 1976; Rodin & Langer, 1977) وممارسة نوع من التحكم (Haemmerlie, 1976; Montgomery, 1987; Schulz, 1976) يزيد من التكيف النفسي لديهم وتحقيق الرضا عن الحياة، نقلا عن (Guay et al, 1995).

أكد العديد من الباحثين (Jorm et al, 1998; Hazuda et al, 1998; Opstedal, Zimmer & lin, 1999) كما ورد في BEE وBoyd (2003) على وجود ارتباط بين التوظيف المعرفي والشيخوخة الناجحة، يمارس كبار السن تحديات معرفية معقدة عن طريق تعلم مهارات تؤثر على العمليات العقلية لديهم فهي تثير الاشتباكات العصبية للنورونات (Ech, Morrel & Park, 1998; Volz, 2000) حتى إن رفض كبار السن تعلم التكنولوجيا الحديثة قد يزيد من تدهور الحالة المعرفية حسب علماء الأعصاب.

بينت دراسات أخرى بأن مركز التحكم المرغوب فيه يرتبط إيجابيا بالدافعية المحددة ذاتيا (Vallerand & O'connor, 1989)، يتعلق الأمر بتقييم معرفي يتيح إمكانية ممارسة الاختيارات، كما جاء في (Guay et al, 1995). وبالتالي يشكل تنشيط الخلايا العصبية عملية ضرورية تجعل كبار السن يتوافقون مع التطورات التكنولوجية المستمرة ويلجؤون إلى استعمال البطاقات البنكية الآلية والهاتف النقال إلى جانب الإنترنت، هو تعامل يحمل تأثيرا مزدوجا ومنه تحقيق الحاجات بكل استقلالية والاستمرار في التنشيط المعرفي بالتالي التوافق مع متطلبات الحياة.

• **الالتزام الاجتماعي:** تعتبر المشاركة في نشاطات منتجة والتبعية الاجتماعية المتبادلة من عوامل الشيخوخة الناجحة، يلعب الحفاظ على العلاقات الاجتماعية دورا في تقدير نوعية الحياة لدى كبار السن، بينت دراسة Farquhar (1995) أهمية هذه العلاقات وبشكل خاص العلاقات مع الأبناء والعائلة في تقدير نوعية الحياة بنفس درجة الحالة الصحية المرضية، هي نتيجة تدل على وجود أبعاد اجتماعية في تصور نوعية الحياة، كما جاء في (Moliner et al, 2008). ذكرت Hurlock (1970) كما جاء في (عبد الحميد محمد الشاذلي، 2001، ص 46) مطالب النمو لمرحلة الكبر في:

- مراجعات أساسية للأدوار التي كان يقوم بها المسن داخل وخارج منزله والبحث عن الأنشطة تحل محل العمل الذي كان يستنفذ الجزء الرئيسي من وقته في السابق
- القيام بالواجبات الاجتماعية والوطنية
- وضع ترتيبات معيشية جديدة تتناسب والوضعية الصحية الحالية والدخل المحدود
- التوافق مع حدث وفاة أحد الزوجين
- التوافق مع انفصال الأبناء
- الانتماء إلى أفراد من كل الفئات العمرية.

تتطلب هذه المطالب من كبير السن تعديل حياته وفقا لحالته الصحية والاجتماعية والاقتصادية التي يعيشها بعد التقاعد، يتطلب الأمر إيجاد مصادر بديلة وإعادة تقدير الظروف الحياتية والأهداف الشخصية بهدف التكيف مع الوضعية الجديدة. يعتبر الحفاظ على العلاقات العائلية وعلاقات الصداقة لدى كبار السن في مراكز الشيخوخة (Gusse & Masesar, 1999) وبالنسبة لكبار السن المقعدين (Bondevik & Skogstad, 1998) عاملا يخفف من الشعور بالوحدة، كما تلعب المساندة الاجتماعية دورا في الحفاظ على التوازن لديهم (نقلا عن Bee et Boyd, 2003). يطلب المساعدة ومساعدة الآخرين يحقق كبار السن

الرفاهية والرضا عن الحياة من خلال المساندة المتبادلة ، هي فرصة تسمح لهم بممارسة أدوار مهمة والحفاظ على العلاقات الاجتماعية ، كما تعتبر المشاركة في الشبكة الاجتماعية كالمشاركة في الأعمال الخيرية عملية تساهم في الاستمرار في الإنتاجية لدى المسنين المتقاعدین وتزيد من عمرهم والحفاظ على صحتهم كما أشار إليه (Glass et Jolly, 1997).

أشارت دراسة (Haitsma, 1986) إلى الدور الذي يلعبه التوجه الديني في تحقيق الرضا عن الحياة ، كما بينت دراسة (O'connor & Vallerent, 1990) حول التوجه الديني وعلاقته بالتكيف لدى المسنين بأن الدافعية المحددة ذاتيا تجاه النشاطات الدينية ترتبط إيجابيا بالرضا عن الحياة وتقدير الذات ومعنى الحياة. واستنادا لدراسة (Atchley, 1976) تشكل التفاعلات الاجتماعية المرتبطة بممارسة الهوايات لدى كبار السن أساس الشيخوخة الناجحة. كما بينت بعض الدراسات بأن المشاركة المنتظمة في النشاطات والهوايات ترتبط بفوائد مختلفة لدى كبار السن (Pso-Ahola, 1980; Tinsley, Colbs, Teaff & Kaufman, 1987) ، كما جاء في (Guay et al, 1995).

هكذا بإمكان المسنين المساهمة في مشاريع جديدة ومتنوعة تحدّد أهدافهم في الحياة ، وتعتبر هذه المساهمة فرصة للاتصال بالغير وتبادل الاهتمامات. ولكن تتوقف مثل هذه الاتجاهات الإيجابية لدى المسنين على مساعدة المحيط لهم ، فهو ينشّط دافعيتهم لممارسة كل الأنشطة الاجتماعية والهوايات التي تعود عليهم بالفائدة وتتمي لديهم الشعور بالمهارة وبالتالي يحققون الرضا عن الحياة. إن لتفاعل كبار السن مع محيطهم الاجتماعي دورا كبيرا في الحفاظ على صحتهم الجسدية.

الرضا عن الحياة والرفاهة الذاتية:

في الواقع تشكل كل العوامل المذكورة سابقا والتي تميز مظاهر نوعية الحياة متغيرات تساهم في تحقيق الشعور بالرضا عن الحياة أو الإحساس بالرفاهية هذه بدورها تشكل مظهرا من مظاهر الشيخوخة الناجحة. تعرف مديحة العزبي (1982) الرضا بأنه حالة داخلية للفرد تظهر في سلوكه واستجاباته وتشير إلى تقبله لحياته الماضية والحاضرة وتقاؤه بمستقبل حياته وتقبله لبيئته المدركة وتفاعله مع جوانبها ، ويذكر علي ديب (1988) أن الرضا هو تقدير عام لنوعية الحياة حسب المعايير التي انتقاهما الفرد لنفسه ، هذا ويذكر كل من شوقي رضوان وعبد الباسط هريدي (2001) أن الرضا عن الحياة يعني درجة تقبل الفرد لذاته وبما حقق من إنجازات في حياته الماضية والحاضرة ، يترجم هذا التقبل من خلال توافق الفرد مع ذاته والآخرين وجوانب الحياة المختلفة ونظراته المتفائلة نحو المستقبل ، نقلا عن (جمال السيد تقاحة ، 2009). ويعبر الرضا عن الحياة على تقبل الفرد لذاته في المحيط الذي

يعيش فيه وتقبل أسلوب الحياة بحيث يحقق التوافق مع نفسه ومع الغير ويتكيف مع المشكلات التي يواجهها، يسعى لتحقيق السعادة، هذه هي المؤشرات المرتبطة بالصحة النفسية وبنوعية الحياة الإيجابية التي تجنب كبير السن الوقوع في الأمراض النفسية وتساعد على الاستمرار في تحمل مشقة الحياة.

يرتبط الرضا عن الحياة بشكل كبير بإدراك مستوى الرفاهية المرتبط باستجابة المحيط لمطالب الفرد مما ينجر عنه احتفاظ كبير السن بالاستقلالية وفقا للشروط المادية التي يوفرها له المحيط (Hétu,2007) وتوجد عدة عوامل تنبئ بالرضا عن الحياة، ذكر Roblin (1986) منها الشعور بالتحكم في مواجهة الأحداث الضاغطة كالصعوبات المالية، ينقص التحكم من التأثير السلبي للضغوط وذلك بتوفر خيارات متاحة لدى الفرد، فتقاعد مجبر أو الانتقال المجبر إلى مركز الشيخوخة قد يفقد كبير السن التحكم فيما يحدث له لهذا تكون تأثيراته سلبية عليه، يصبح كبير السن في حالة اعتمادية بعد أن كان يتمتع بالاستقلالية (نقلا عن Bee & Boyd, 2003).

أشار علي الديب (1994) إلى التفاؤل كمؤشر لتوفر الرضا عن الحياة لدى المسنين الذين يزاولون العمل بعد الستين وهم أكثر توافقا ورضا عن الحياة مقارنة بكبار السن من نفس السن تقاعدوا عن العمل (نقلا عن نجوى اليحسوفى، 2004). وبين Melendez وأتباعه (2009) بأن هناك تأثيرا كبيرا للسعادة النفسية والجسمية على الرضا عن الحياة لدى المسنين. درس Chaing وأتباعه (2008) تأثير تقدير الذات على الرضا عن الحياة وتوصلوا إلى أن تحسين تقدير الذات يؤدي إلى ارتفاع مستوى الرضا عن الحياة، كما جاء في (جمال السيد تفاع، 2009).

تشير الأدبيات بأن الفرد يحكم على درجة الرضا عن الحياة بمقارنته للظروف الحياتية التي يعيشها مع توقعاته المثالية حول حياته، الرضا عن الحياة هو عامل نفسي يضعه الفرد من خلال تقييمه لجودة حياته، هو تقييم معرفي يتوقف على اتجاهاته واستراتيجيات التعامل مع ضغوط الحياة والتحكم فيها وقدرته على تلبية احتياجاته وتقديره لنفسه والتزامه تجاه نفسه وتجاه الآخرين وتحديه لمتطلبات الحياة، وانطلاقا من تحقيق هذه العمليات بشكل مرض يحقق الرضا عن الحياة.

خاتمة:

أكد العديد من الباحثين بأن الشيخوخة هي عملية فردية ترتبط بتغيرات جسمية ومعرفية تستدعي التمييز بين كبار السن الأصحاء وغير الأصحاء، فقد يظهر بعض الأفراد فقدان القدرات المعرفية بحلول السن 50 بينما يحتفظ الآخرون بقدراتهم إلى غاية بلوغ السن 70 و80

سنة وأحيانا إلى غاية السن 90. يشير أحد التقارير إلى أن غياب سن الشيخوخة في أمريكا الهندية يجعلنا نطرح تساؤلا حول حقيقة وجود الشيخوخة كما هو متعارف عليه. توحى هذه الفكرة إلى تعارض بين الشيخوخة البيولوجية العالمية العادية والشيخوخة الاجتماعية في كل مجتمعات العالم.

للشيخوخة بعد فيزيولوجي ويعتبر التقدم في السن كخلل عالمي هذه هي النظرة الغالبة حول الشيخوخة ولكن لا ينفي هذا اعتبارها كمجموعة عمليات تخص إنسانا بيولوجيا يعيش في وسط اجتماعي يستدعي تناول موضوع الشيخوخة من مختلف الأبعاد البيولوجية والنفسية والاجتماعية. فرغم تعرض كبار السن لمشكلات صحية وعقلية واجتماعية إلا أن هناك فروقا فردية بين المسنين تظهر من خلالها الاضطرابات بدرجات متفاوتة وهناك نسبة لا بأس بها منهم يعيشون حياة عادية وشيخوخة عادية بدون مشكلات كبيرة ولديهم القدرة على التعلم والتصور والإبداع.

لهذا يتعين على كل الفاعلين في حقل الشيخوخة من أطباء الشيخوخة وعلماء في علم الشيخوخة الاهتمام بكل جوانب الشيخوخة وبشكل خاص بجودة الحياة لدى المسنين وتدعيمها بغية تشجيعهم على الاستمرار في الحياة في أحسن الظروف وعلى التكيف المستمر مع أحداث الحياة والتشيخ في صحة جيدة.

المراجع:

- الأمم المتحدة. الجمعية العامة. مجلس حقوق الإنسان (2011). دراسة مواضيعية بشأن حق المسنين في الصحة. الدورة الثامنة عشر.
- الأمم المتحدة. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لعرب آسيا. بيروت 5- 8 شباط 2002. مشروع خطة العمل العربية لكبار السن حتى عام 2012.
- أحمد شفيق الخطيب ويوسف سليمان خير الله (2003) موسوعة جسم الانسان الشاملة، لبنان، مكتبة لبنان ناشرون، ط 2.
- تقرير الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة. مدريد 8- 12 نيسان 2002.
- جمال السيد تفاحة (2009). الصلابة النفسية والرضا عن الحياة لدى عينة من المسنين "دراسة مقارنة". مجلة كلية التربية. المجلد 19 العدد الثالث (أ). جامعة الإسكندرية.
- سامي محمود (1993). لا للشيخوخة المبكرة. الطبعة الأولى. الدار المصرية للنشر والتوزيع.

- مهى أبو شوارب وآخرون (2010). التقرير الوطني حول الخدمات المتوفرة لكبار السن. وزارة الشؤون الاجتماعية. برنامج السكان والتنمية. صندوق الأمم المتحدة.
- نجوى اليحفيوي (2004) التفاضل والتشاور لدى المسنين المتقاعدین والعاملين بعد سن التقاعد. مجلة الدراسات العربية في علم النفس. مج 3. عدد 4. ص ص 11 - 40.
- عبد الحميد محمد الشاذلي (2001) التوافق النفسي للمسنين المكتبة الجامعية. الإسكندرية.
- كمال يوسف بلان (2009) دراسة مقارنة لسمة القلق بين المسنين المقيمين في دور الرعاية او مع أسرهم (دراسة ميدانية لدى عينة من المسنين من محافظة دمشق وريفها وحمص واللاذقية) مجلة جامعة دمشق. المجلد 25. العدد (1 - 2) ص ص (15 - 47).
- Altintas. E, Gallouj. A & Guerrien. A (2012), Soutien social, dépression et estime de soi chez les personnes âgées: les résultats d'une analyse en sluster, Annales Médico Psychologiques, 170, 256- 262.
- Actualité et Dossiers en Santé Publique ADSP (1997), Vieillesse et Age, n° 21, P 7-11.
- Amouyel. P (2002), Genetic susceptibility to ageing- associated diseases. C.R. Biologies, 325, 741-745, eds scientifiques et médicales, Elsevier. SAS.
- Ankri. J (2001), Le vieillissement cérébral: les thérapies médicamenteuses, Gérontologie et Société, 2, n° 97, p115- 127.
- Actualité et Dossiers en Santé Publique (1997), Vieillesse et Age, n° 21, P 7-11.
- Aguerre. C & Bouffard. L (2003), Le vieillissement réussi: théories, recherches et applications cliniques. Revue Québécoise de psychologie, 24(3), 107- 129.
- BEE.H & Boyd.D (2003), Psychologie du développement, Les âges de la vie. 2^{ème} ed Debeck. Bruxelles.
- Bouffard.L (2012), Le bonheur de vieillir: Une approche positive du vieillissement, In Pratiques psychologiques, 18, 161-169.
- Bourliere. F (1982). Gérontologie, biologie et clinique. Paris. Flammarion.
- Brion. S & Massé.G (2009), Historique des démences séniles et préséniles, Annales Médico Psychologiques, 167, 224- 229.
- Cariou.M (1992), Personnalité et vieillissement en permanence adaptative de l'enfance au grand âge. Une théorie de retour, Thèse présentée en vue de l'obtention du doctorat d'état ès lettres et sciences humaines, Université Paul Valéry. Montpellier III.
- Dubé. M (2003), Le vieillissement réussi, Revue Québécoise de Psychologie, 24(3), 15- 22.
- Fetherstone.M & Hepworth.M (1995), Images of positives ageing: A case study Of retirement choice magazine, In Fetherstone, M & Wernick. A, Images of ageing, Routledge, Londres.

- Guay. F, Vallerand. J.R & Losier. G.F (1995), La motivation chez les personnes âgées. Influence de l'évaluation cognitive, du contexte social et répercussions sur l'adaptation psychologique. Revue Québécoise de Psychologie, vol 16, N° 2, p209- 235.
- Hetu. J.L (2007), Psychologie du vieillissement, Comprendre pour intervenir, Groupeditions, Québec.
- Henriette Blosh et al (2007). Grand dictionnaire de la psychologie. Larousse
- Johnson. M (2001), La conception de la vieillesse dans les théories gérontologiques, In Retraite et Société, n° 34, p 51-67.
- Lafon. C (2008), Vieillir: mieux comprendre pour mieux agir, Recherche en soins infirmiers, n°94, p4-27.
- Letonturier. P (2007), Quand les maladies sont sous le signe du grand age, Presse Médicale, Tome36,n°2, cahier1, p257-258.
- Limosin. F(2012), Schizophrénie et vieillissement, Annales Médico Psychologiques, 170, 275-277.
- Moliner. P, Rey. MR & Vidal. J (2008) Trois approches psychosociales du vieillissement. Identité, catégorisation et représentations sociales, In Revue Psycho Neuro Psychiatr, Vieill, 6(4), p 245-57.
- Monfort. J.C (2001), Spécificités psychologiques des personnes très âgées, Gérontologie et Société, n°98, p 159-187.
- Organisation Mondiale de la Santé (2013), Santé mentale et vieillissement, Aide mémoire n° 381.
- Organisation Mondiale de la Santé (2002), Vieillir en restant actif: cadre d'orientation, Geneve.
- Pariel. S et al (2013), L'éducation thérapeutique en gériatrie: quelles spécificités ? presse Med, Elsevier ? Masson sas ? 42, p217- 223.
- Riazuelo. H, Cupa. D, Pirlot. G, Gourdon. ML & Causeret. C(2011), Psychopharologie du patient âgé en insuffisance rénale terminale, Annales Médico- Psychologiques. 169. 297- 301.
- Rigaud. A.S et al (2005), Troubles psychiques des personnes âgées, EMC psychiatrie, 2, 259-281.
- Roblin. J, Vaille- Perret. E, Tourtauchaux. R, Malet. L, Galland. F & Jalenques. I (2009). Qualité de vie, schizophrénie et avancée en âge, In Annales Médico- Psychologiques. 167. 392- 396.
- Tobiana.M (2002), Le vieillissement: Aspects médicaux et sociaux, ElSevier, Comptes Rendus Biologies, Vol 325, Issue6, p699-717.
- Tréton. J (2010), La découverte de l'une des clés du vieillissement cellulaire récompensée par le prix Nobel de médecine, Ann Gerontol, 3(1), 9-14.
- Yves Agid (2002), Grandes pathologies du cerveau liées au vieillissement, eds Scientifiques et Médicales, ElSevier, SAS, p 61-65.