

# الفصل الخامس

الدراسات السابقة

obekandi.com

## مقدمة:

لما كانت أية دراسة تتركز على جهد إنساني يتمثل في تراث علمي هو ثمرة إضافات واجتهادات الباحثين في مجال محدد ونحو ظاهرة جديرة بالبحث والدراسة، لذا كان هدف الباحث هو محاولة تحديد مدى الاهتمام الذي نالته موضوع الدراسة الحالية وهو تغير أنماط حياة المسنين كمصدر للضغط وعلاقته بالاضطرابات النفسية: دراسة مقارنة بين النزلاء والمقيمين مع أسرهم.

وتعتبر الدراسات السابقة ذات أهمية كبيرة في تحديد مشكلة الدراسة وكيفية اختيار عينة الدراسة وأدواتها، وكذلك الأساليب الإحصائية المناسبة، بالإضافة إلى صياغة فروض الدراسة وتفسير النتائج.

وفي هذا الفصل يعرض الباحث لأهم البحوث والدراسات العربية والأجنبية المتعلقة بمجال البحث الحالي، ثم يقوم بالتعقيب على الدراسات وعلاقتها بالبحث الحالي.

وقد صنف الباحث الدراسات السابقة إلى أربع محاور رئيسية لسهولة دراستها والاستفادة منها، وذلك على النحو التالي:

الأول، دراسات تناولت أنماط الحياة لدى المسنين.

الثاني، دراسات تناولت العلاقة بين ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية لدى المسنين.

الثالث، دراسات تناولت الاضطرابات النفسية لدى المسنين المقيمين في منازلهم والمقيمين في المؤسسات.

الرابع، دراسات تناولت العلاقة بين الضغوط والاضطرابات النفسية وأنماط الحياة لدى المسنين.

وقد أجرى واناميثى وآخرين (Wannamethee, et al; 2007):

دراسة تهدف لمعرفة تأثير عوامل أسلوب نمط الحياة والتغيرات فى هذه العوامل حول مخاطر الحمى الأيضية فى المسنين، وتكونت العينة من ٣٠٥١ رجلاً من عمر ٦٠ إلى ٧٩ عاماً فى ٢٤ مدينة بريطانية وهم ليس لديهم مرض السكرى أو تشخيص لأمرض القلب التاجية، وقد استخدمت الدراسة عدة مقاييس منها أسلوب الحياة، التدخين، النشاط البدنى، وزن الجسم، الامتصاصات الغذائية للدهون والكربوهيدرات، متضمنة التغيرات الحديثة فى الثلاث سنوات الماضية النشاط البدنى ووزن الجسم، الحمى الأيضية، وقد كشفت النتائج عن تعديل لكل عوامل أسلوب أنماط الحياة الأخرى القابلة للتعديل، الوزن الزائد، السمنة، والحمول الجسدى كانت مصحوبة بخطر أكبر للحمى الأيضية، كما فى التدخين، والنظام الغذائى كثير الكربوهيدرات ( أكبر من ٥٧٪ من الطاقة) وشرب الخمر وتناول الأغذية الدهنية ليس له علاقة بالحمى الأيضية. ولقد أظهر المدخنون السابقون على المدى الطويل خطراً مشابهاً لغير المدخنين. وصاحب ممارسة الأنشطة البدنية وفقد الوزن انخفاض خطر الحمى الأيضية. كما يصاحب زيادة الوزن، والسمنة، والحمول البدنى، والنظام الغذائى الكربوهيدراتى، تدخين السجائر خطورة أكبر للإصابة بالحمى الأيضية فى المسنين. إن تعديل عوامل نمط أسلوب الحياة حتى فى آخر العمر له قوة كبيرة فى الوقاية الأولية من الحمى الأيضية.

أما دراسة سميث وآخرين (Smith, et al; 2007):

والتي تهدف إلى إيضاح أن كبار السن من الرجال والنساء لديهم سياقات حياة مختلفة مثل توظيف لطول العمر التفاوتى وفرض البنائية الاجتماعية خلال مسار الحياة. والسؤال إذا ما كانت الاختلافات المتعلقة بالجنس تظهر أيضاً فى التوظيف اليومي والنفسى فى المسنين الأكبر سناً، وكانت الدراسة لـ ٢٥٨ رجلاً، ٢٥٨ سيده بين عمر ٧٠ و١٠٢ عاماً (م = ٨٥ عاماً) من المشاركين فى دراسة برلين للشيوخوخة، ولقد تم ملاحظة اختلافات هامة فى الجنس فى ١٣ من ١٨ مظهر من مظاهر الشخصية منها العلاقات الاجتماعية، وأنماط النشاط اليومي، والرفاهية، وحدد تحليل المجموعة إحدى عشرة مجموعة فرعية والذين يمكن تصنيف أوجه ظروف حياتهم والتوظيف النفسى والصحى لديهم بصورة أكثر أو أقل رغبة (توظيفياً).

وأظهرت النتائج أن الخطر النسبى للوجه الأقل رغبة أعلى ١,٦ مرة للنساء عن الرجال. وبالنسبة للمسنين الأكبر سناً يحمل الجنس كمتغير اختلافات فى الهشاشة البدنية وظروف الحياة والتي من المحتمل أن يكون لها نتائج للتوظيف النفسى.

كما قام فيليب سيلفرمان وآخرين (Silverman, et al;2007):

بدراسة عن أنماط الحياة بين كبار السن من خلال إجراء مسحي على ١٩٤ من الصينيين كبار السن فى تايوان، ٢٩٨ من الأمريكان كبار السن فى غرب أورتجون للمقارنة بينهما، حيث كان التركيز على الحالة الصحية وسمات الشبكة الاجتماعية المتقناة مثل مدى وقوة النسبة المثوية للأقارب. بالإضافة إلى دراسة

الفروق بين هذه المتغيرات ومتغيرات أخرى في العينتين القوميتين حيث تم اختبار فرضية باستخدام قليل الانحدار المتدرج وقد أسفرت النتائج عن: ارتباط القيم الأعلى من المدى والقوة بالقدرة الأكبر من أنماط الحياة، واختبار للفرض الخاص بالضغط ومن جميع المتغيرات الرئيسية التي تمت دراستها أنماط الحياة والصحة وسمات الشبكات المختلفة وكانت العينات مختلفة بصورة دالة في بعض الحالات وكان لدى الصينيين شبكات أقوى ونسبة مئوية أكبر من الأقارب في شبكتهم إلا أن الأمريكيان كان لديهم شبكات أكبر وسجلوا درجات مرتفعة بصورة دالة في أنماط الحياة إلا أنها تحسنت بصورة دالة في الصحة. وفي دراسة بور وآخرين (Power, et al; 2008):

وهي دراسة تابعة لمنظمة الصحة العالمية لنمط الحياة، وقد استهدف البحث الكشف عن أهم مكونات مفهوم نمط الحياة حيث تم جمع البيانات الإحصائية لهذا البحث من خمس عشرة دراسة ارتباطية، أجريت في خمسة عشر مركزاً عالمياً متخصصاً في بحوث نوعية الحياة. وقد أجرى الباحثون تحليل الانحدار على هذه البيانات، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود ٢٤ متغيراً تدين ارتباطهم القوي بنمط الحياة، وقد صنفت هذه المتغيرات، وفقاً لأربعة مجالات موضوعية هي: الصحة الجسمية، والصحة النفسية، والعلاقات الاجتماعية، والجوانب البيئية، بالإضافة إلى مجالين للإدراك الذاتي، هما الرضا عن الحياة، والرضا الشخصي عن الحالة الصحية. وقام ستودنجر وآخرون (Staudinger, etal, 2008):

بدراسة هدفت إلى الكشف عن المؤشرات، التي تعكس أسلوب أنماط الحياة والجانب الذاتي للصحة الجسمية. وقد افترض الباحثان أن هناك ثلاثة عوامل

بمثابة مؤشرات أو منبئات لنمط الحياة والجانب الذاتي للصحة الجسمية، هي: متغيرات البناء الاجتماعي، وسمات الشخصية، ومهارات تنظيم الذات، وقد أجريت الدراسة على عينة من المسنين قوامها ٤٠٠٧ مشاركاً منهم ٢٤٠٠ أمريكياً، و١٦٠٧ ألمانياً حيث تتراوح أعمار العينة بين ٦٥-٩٥ عاماً. وباستخدام تحليل الانحدار وكشفت نتائج الدراسة أن مهارات تنظيم الذات كانت أقوى المنبئات لكفاءة الصحة الجسمية والتي تمثلت في البعد عن سلوكيات المخاطرة المؤدية لبعض الأمراض القلبية والسرطانية، وكانت السمات الشخصية، والتي اشتملت على الأبعاد الأساسية للشخصية كالعصابية، والانبساط، والمجازاة، والانفتاح.

وفي دراسة نورمان وسوزان ماري (Norman, Suzanne Mary, 2008):

صممت هذه الدراسة لصقل وزيادة فهمها لتنمية وتعليم الكبار من خلال دراسة أنماط الحياة ووجهات نظر المسنين. ولقد تم دراسة اختلافات الجماعة في أنماط العمر في السلوك النمائي لكبار السن من النساء وذلك من خلال استخدام حوار شفهي بناء ومقاييس لتنمية إشباع رغبة الحياة، والتعريف الشخصي لمعنى وهدف الحياة. وتم توجيه ثلاثة أسئلة رئيسية:

- هل هناك تشابه بين النساء في الستينيات والثمانينات من عمرهم بما يرتبط بالمراحل النمائية السابقة في سن البلوغ التي تختلف عن النتائج

مع الرجال؟

- هل المهام النمائية مختلفة للنساء فى الثمانينات والستينيات من عمرهم؟
- هل يؤثر الاكتمال الناضج، للمهام النمائية الحالية والسابقة على الهدف وإشباع رغبة الحياة فى آخر العمر؟

وكان عدد المشاركات ٤١ فردا من النساء الأصحاء كبار السن و٢١٠ فرد كانوا من سن ٦٠ إلى ٧٠ عاما و٢٠ فرد من سن ٨٠ إلى ٩٠ عاما، وتم تحديد موعداً لكل فرد فى جلسة مقابلة حيث يتم جمع المعلومات الديموغرافية الأساسية أثناء المقابلة ثم يتبعها لقاء شفهي شبه منظم لاستكشاف فترات الاستقرار والتغيرات الرئيسية فى سن البلوغ وتفسير المشاركين لكل فترة. وذلك ضمن الفترة النمائية الحالية للفرد والتفسير السلوكى الارتجاعى للفترات الأولية فى سن البلوغ. وبعد المقابلة تكتمل المقاييس المعيارية للتنمية، إشباع رغبة الحياة ومعنى وهدف الحياة الحالى. واستخدام التحليل أحادى المتغير للتفاوت لدراسة اختلافات مجموعة العمر على مقاييس معيارية تعكس التطور الحالى والسابق. وتم استخدام الانحدار متعدد التدرج لاستكشاف العلاقة بين حل المشكلات النمائية والإشباع وهدف الحياة الحالى، وأظهرت النتائج تدوين المقابلات الشفهية وتم تلخيصها ومقارنة إجابات النساء فى كل مجموعة عمرية وتم استخدام نموذج التقنية المناسبة لمقارنة البيانات الكمية والكيفية لنظريتى التنمية المؤسسية: نموذج المرحلة لإريكسون Erikson ونموذج التوقيت ل نيوجارتن Newgarten وتم مناقشة

مضمون هاتين النظريتين لتنمية وتعليم الكبار القائمة على ثباتهم مع تجارب النساء وكبار السن.

وأما دراسة سيمبسون وآخرين (Simpson, et al; 2008):

والتي تهدف إلى وصف عوامل أسلوب أنماط الحياة والصحة للمشاركين في دراسة (زينث Zenith). وقد صممت هذه الدراسة لتوظيف تصميم عشوائى مزدوج التعميم، وقد شارك فى عينة الدراسة مجموعة من المسنين فى دار  $N = 387$  من سن 55 - 87 عاماً من مناطق فى فرنسا، إيطاليا، والمملكة المتحدة، وقد اشتملت أدوات الدراسة على استفتاء تقرير الذات، المتغيرات الديموغرافية، الاجتماعية، عادات الغذاء، النشاط البدنى فى المنزل، بالعمل، والتسلية، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن تفاوت المشاركين بالنظر إلى عادات الغذاء والنشاط البدنى لكل منطقة، وكان النشاط الترفيهى أعلى فى فرنسا وتميل النساء عادة إلى قضاء ساعات أقل فى النشاط الترفيهى عن الرجال كل أسبوع، وقد أوضحت الدراسة أيضاً الاختلافات الظاهرة لهذه المناطق فى أوروبا التى تدخل بعوامل أسلوب أنماط الحياة سوف تؤثر على الصحة والرفاهية داخل هذه الدول وربما تؤثر على المتغيرات الحيوية والنفسية المختلفة. ودعمت اللجنة الأوروبية دراسة (زينث Zenith) حول أنماط الحياة وإدارة مصادر المعيشة، وهو برنامج إطار العمل الخامس.

أما دراسة هولت وآخرين (Holt, et al; 2008):

تهدف هذه الدراسة الوصفية الارتباطية إلى دراسة العلاقة بين مقدار معايشة الضغوط وطرق أنماط الحياة. كما قامت بدراسة العوامل الديموجرافية والمصادر الشخصية وتأثير إدراك التمييز العنصري لتحديد العلاقة بين تلك المتغيرات والتنبؤ بالقدرة المدرك من الضغوط النفسية وطرق المسايرة، وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الذكور والإناث تتراوح أعمارهم بين ٦٥ - ٨٨ عاماً، واستخدمت الدراسة مقياس العوامل الديموجرافية، ومقياس Stokes and Gordon للضغوط النفسية، واستبيان طرق وأساليب المسايرة، واستمارة بيانات عامة حيث تم تحليل البيانات باستخدام جهاز الحاسب لقياس تباين اتجاه وتكرار النسبة المئوية للمقاييس. كما استخدمت الدراسة كذلك طريقة النكوص المتعدد للتنبؤ به واختبار الفروض الصفرية، وتشير نتائج الدراسة أن المسنين الأمريكيين لأصول أفريقية يعايشون أحداث مثيرة للمشقة والضغط النفسي في حياتهم. واشتملت أساليب مواجهة الضغوط على الطرق المتمركزة على المشكلات لتقليل الموقف والطرق الانفعالية للتحكم في الانفعالات التي يسببها الموقف. ولقد وجدت علاقة إيجابية دالة بين الضغوط النفسية وطرق مسايرتها. (Holt, et al; 2008)

كما قام سانديسون أرتي وآخرين (Sanidson, R.T et al; 2009):

بدراسة تهدف إلى وضع نظام للممارسات لنمط الحياة لمجموعة من المسنين غذائي غني بالكالسيوم، تدريبات تحمل الوزن، التوقف عن التدخين، الحد من

المشروبات الكحولية لتدعيم صحة العظام بالرغم من أن كل امرأة من ثلاث ما فوق سن الخمسين فى خطر الإصابة بمرض هشاشة العظام، ولم يتم توفيق ممارسات أسلوب نمط حياة النساء المسنات الذين يعيشون فى اسكتلندا جيداً، وكان الهدف هو تقصى ممارسات أسلوب نمط الحياة لمجموعة من المسنات الذين تلقوا نصائح لأسلوب الحياة بعام قبل المشاركة فى البحث العلمى لتحديد الخطر الفردى لهشاشة العظام، وقد استخدمت الدراسة النموذج التحليلى التجريبي. كما تم استخدام تصميم المسح الوصفى للبحث العلمى والطريقة الأساسية لجمع المعلومات كانت الاستفتاء عن طريق البريد. كما تم الحصول على البيانات الكيفية من المحادثات الهاتفية لعدد صغير من المشتركات كانوا مبحوثى التحليل النفسى، وقد أسفرت النتائج أنه تم إرسال الاستفتاء إلى ٣٢٠ سيدة وكان معدل الاستجابة ٩٢,٥%  $N = 296$ . ولكن معظم هؤلاء السيدات مدخنات، وليس لديهم مشكلات كحولية وكانوا مشتركين فى تدريبات منتظمة لتحمل الوزن. ومعظمهم لم يكن لديه نظام غذائى غنى بالكالسيوم فى العام السابق وحوالى ٢١,٢%  $N = 58$  قد غيروا نظامهم الغذائى عقب معرفتهم بخطورة هشاشة العظام، وقد توصلت النتائج المتعلقة بالنظام الغذائى، التدخين، التدريب، والكحول، أنه تم دعمها من قبل البحث السابق ونوصى بأبحاث أكثر من عينات أكبر فى المملكة المتحدة لاستكشاف أسباب عدم امتصاص السيدات المسنات للكمية المناسبة من الكالسيوم. وكانت النتيجة الهامة إحصائياً أن النساء الذين فى خطر الإصابة

بهشاشة العظام هم الأقل في عمل تغييرات في أساليب أنماط الحياة والحاجة إلى أبحاث أكثر لجمع المعلومات المطلوبة وممارسات أسلوب نمط حياة المسنين الذين هم في خطر الإصابة بهشاشة العظام شيء مطلوب.

## ٢- دراسات تناولت العلاقة بين ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية لدى المسنين:

قامت تاك صن جي وآخرين (Tak, Sunghee, et al; 2008):

بدراسة تهدف إلى اكتشاف الضغوط في الحياة اليومية، استراتيجيات المعيشة من منظور البالغين الأكبر سنًا ذوي التهاب المفاصل وللضغط اليومي تأثير بارز على التنبؤ بالاكنتئاب والرضا المنخفض عن الحياة لدى المسنين، وقد تكونت عينة الدراسة من ١٣ بالغًا من كبار السن، ومن المشاركين في برامج Chapters المحلية لـ Foundation، أعضاء المراكز العليا ورواد البقالة في جنوب شرق الولاية. وتضمن المشاركون ٩ نساء و ٤ رجال. وتراوحت أعمارهم من ٦٠ إلى ٨٤ عامًا. وكان كلهم من القوقازين ذوي تعليم جيد في الغالب. وكان لديهم التهاب مفاصل لفترات متنوعة ومشاكل طبيعية أخرى، وتم استخدام تحليل محتوى لنصوص اللقاءات، المقابلة الشخصية، استمارة بيانات عامة، وقد أوضحت نتائج الدراسة ست مصادر للضغط في الحياة اليومية للمشاركين وهي: الصحة، الأعمال الروتينية، القضايا الأسرية، الإدارة المالية، العلاقات الاجتماعية وظروف المعيشة. وقد ظهرت ثلاث استراتيجيات رئيسية للمعيشة مع الضغوط اليومية وهي: الجهود المعرفية، الأنشطة البناءة، والأداء التأكيدي. وتوضح نتائج الدراسة أنه بالنسبة للمسنين ذوي التهاب المفاصل، كانت الهموم الصحية وفقدان القدرة الوظيفية مصادر

أساسية للضغط كالعلاقات الاجتماعية والأسرية. ويبدو أن التدهور في الصحة والتغيرات في الأداء البدني يتداخل مع تنفيذ المهام اليومية وبالتالي يسبب درجة مرتفعة من الضغط ويقلل من الضبط الملحوظ للحياة لدى المسنين ذوي التهاب المفاصل. وقد كان للتأثير المتراكم للضغط اليومي تأثيراً على الرضا عن الحياة والاكنتاب لدى المسنين ذوي التهاب المفاصل، (Laffky, et al; 2003).

أما دراسة ستريبلز وآخرين (Starrels, et al; 2008):

والتي تهدف إلى فحص التأثيرات المباشرة وغير مباشرة لمعرفة اثر الضغوط النفسية التي يتعرض لها الأبناء والبنات العاملين، واشتملت العينة على فحص البيانات التي تم الحصول عليها من ١٥٨٥ عاملاً وعاملة الذين يرعون الوالدين أو يحمونهم والذين يبلغون ٦٠ عاماً أو أكثر. حيث استخدم في هذه الدراسة تحليل المسار وتفكك البناء، وقد اظهرت نتائج الدراسة التأثيرات المباشرة للضغوط النفسية على المسن، وذلك بالمقارنة بتأثيره على محددات الأنشطة في ظروف المعيشة اليومية. حيث اكتشفت وجود تأثيرات غير مباشرة على الضغوط النفسية التي يتعرض لها مقدمي الرعاية عن طريق كمية الرعاية التي يقدمها وكذلك بعض التأثيرات الملموس للوقت الزمني الذي يتم قضاءه بعيداً عن العمل لمساعدة المسن.

وفي دراسة أخرى قام بها دف وجينيثر (Duh & Jennifer, 2008):

والتي تهدف إلى معرفة الصعوبات والتحديات التي يعيشها المهاجرين والاكنتاب لدى المسنين الصينيين في الولايات المتحدة الأمريكية. وكيف أن ضغوط هؤلاء المهاجرين تؤثر على حياتهم وحالتهم النفسية؟، وقد شارك في عينة الدراسة مجموعة من المسنين أعمارهم فوق الـ ٦٥ عاماً، هاجروا إلى الولايات المتحدة

الأمريكية منذ كان عمرهم ٥٥ عامًا، واستخدمت الدراسة استبيانات يتم إدارتها ذاتيًا، مقياس الضغوط النفسية، ومقياس للاكتئاب، وقد أسفرت نتائج الدراسة أن الضغوط لدى هؤلاء المهاجرين متزايدة وكذلك مستوى الاكتئاب لديهم. كما لاحظت الدراسة طول مدة الاستجابة للضغوط أثناء الهجرة. وقامت الدراسة بمناقشة الآثار المترتبة على تطبيقها.

**كما قام وارد وباربرا (Ward & Barbara, 2008):**

بدراسة تهدف إلى اختبار ذكريات الطفولة لدى المسنين الأكثر معاناة مع الضغوط من خلال المواقف المختلفة، وقد تكونت عينة الدراسة من ٤٢ من المسنين تتراوح أعمارهم من ٧٠-٧٩ تم تعريفهم من خلال ٣ مواقف علاجية: بدون ضغوط، ضغوط يمكن التحكم فيها، ضغوط لا يمكن التحكم فيها. وقد تأثرت المجموعة الضابطة بالضغوط النفسية. تعرض جميع المشاركين لمدة ٧ ثواني لنغمة ضوضاء على الكمبيوتر حيث تم تحليل البيانات باستخدام اختبار + إحصائيات كام، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التعبير عن الفقدان، وقد حصلت مجموعة الضغوط التي لا يمكن التحكم فيها على أعلى مستويات الفقدان من المجموعة التي لم تتعرض للضغوط.

**٣- دراسات تناولت الاضطرابات النفسية لدى المسنين المقيمين في منازلهم والمقيمين في المؤسسات...**

**قام كل من : دراسة حسن مصطفى وراوية دسوقي (١٩٨٨):**

بدراسة تهدف الى معرفة مستوى الغدق لدى المسنين، وإلى التعرف على الفروق بين المسنين العامين والمتقاعدین في مستوى القلق ثم محاولة الوقوف على

العوامل الدافعية والانفعالية اللاشعورية التي تؤثر على قلق المسنين، وطبقت عينة الدراسة على عينة قوامها ن = ١٠٠ من المسنين ذكور وإناث والتي تزيد أعمارهم عن ٦٠ سنة، وقد تم استخدام الأدوات التالية: استمارة جمع بيانات، مقياس القلق الصريح لتيلور، مقياس قلق الموت، استمارة المقابلة الشخصية، واختبار تفهم الموضوع وأسفرت نتائج الدراسة عن التالي:

- عدم وجود فروق بين الجنسين في القلق العام وقلق الموت. وأن المسنين الذين تقع أعمارهم في المدة ٧٠ سنة فأكثر كانوا أكثر إحساساً بالقلق العام، وقلق الموت من المسنين الذين يقع أعمارهم في المدة ٦٠-٦٩ سنة بمعنى أن المسنين كلما تقدموا في العمر كانوا أكثر إحساساً بالقلق.
- إن المسنين الأرامل يكونون أكثر إحساساً بقلق الموت ممن يعيشون مع الأقران والأبناء بصفة عامة، والذين يعيشون بمفردهم منهم يكونون أكثر إحساساً بالقلق ممن يعيشون مع الأبناء.
- لا توجد فروق دالة إحصائية بين المسنين الذين يعيشون مع أقرانهم وأبنائهم، والمسنين الأرامل الذين يعيشون مع الأبناء في القلق العام في حين وجدت فروق دالة إحصائية بين المجموعتين في قلق وأن المسنين المتقاعدین أكثر إحساساً بالقلق العام وقلق الموت من المسنين الذين وجدوا فرصة للعمل بعد سن الستين.

وأبرز ما تحققت منه نتائج الدراسة هو أن حالة القلق في مرحلة الشيخوخة تعد سمة مميزة لهذه المرحلة وأن الأفراد كلما تقدموا في العمر زاد مستوى القلق لديهم، كما أن وفاة القرين الزوج أو الزوجة تُشعر

المسنين بقرب النجاية وذلك لما تفرضه من الإحساس بالجزلة والوحدة النفسية.

وفي دراسة أخرى لعزة مبروك (٢٠٠٢):

هدفت لاستكشاف أهم محددات التنبؤ بالتقدير الذاتي للصحة الجسمية والاكنتاب لدى مجموعة من الذكور المصريين كبار السن، وقد أجريت الدراسة على ١٢٠ مسكاً من المقيمين بمدينة القاهرة الكبرى، وتتراوح المدى العمري لهم بين ٦٠-٧٤ سنة متوسط ٦٣,٢٤ وانحراف معيارى ٢,٨٨، واستخدمت مقياساً للتقدير الذاتي للحالة الصحية الجسمية، ودرجة الاهتمام بالصحة، وقد أسفرت نتائج الدراسة أن أهم المؤشرات التي تنبأت بتقدير المسن لحالته الصحية، كانت متغير العمر، والمستوى التعليمي (كمتغيرات ديموجرافية) ومتغير عدد الأمراض المزمنة التي يعاني منها المسن (كمتغير حيوي) والمقارنة الاجتماعية (كمتغير اجتماعي معرفي). وتنخفض مستويات الاكنتاب.

دراسة ميوي (Mui, 2003):

والتي تهدف إلى التعرف على الاضطرابات النفسية لدى المسنين الصينيين ومن هذه الاضطرابات الاكنتاب وعدم معرفتنا بمشكلات الصحة النفسية لديهم لم يجعلنا على دراية أكثر بالمشكلات النفسية الشائعة عندهم، ومن أخطر هذه الاضطرابات الاكنتاب، وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها ٥٠ مسن يقيمون في دور المسنين، واستخدمت الدراسة مقياس للاكنتاب، وتوصلت الدراسة إلى أن المسنين الذين كانوا يعيشون مع آخرين ويشعرون بالرضا كانوا أقل اكنتاباً. وهذه النتيجة تلقي الضوء على أهمية عامل الثقافة والقيم الفردية الخاصة بالمسنين.

كما أجرى كوينج وآخرين (Koening et al; 2004):

دراسة عن الاكتئاب على عينة مكونة من ٥٤٢ من المسنين نزلاء المستشفى ١٦٠ مريضاً بالاكتئاب و ١٧٠ غير مكتئبين تم متابعتهم لمدة ٤٧ أسبوع بعد شفائهم وقد وجد أن ١١٣ مسن بعد شفائهم ظهرت لديهم بعض المشكلات العضوية وتكررت بصورة كبيرة وخصوصاً خلال فترة من ٩-١٣ شهر بعد شفائهم وخروجهم من المستشفى وقد سجل عدد كبير من المسنين انتكاسات وعودة إلى المستشفى مرة أخرى وتم وضعهم تحت الرعاية التمريضية وقد ظهرت لديهم أعراض الاكتئاب بعد التحكم في المرض العضوي، وبذلك أكدت الدراسة على ضرورة تقديم الرعاية النفسية لمريض الاكتئاب من المسنين وذلك جنباً إلى جنب مع علاج الأمراض العضوية.

كما قام أحمد عبد الفتاح (٢٠٠٤):

بدراسة هدفت إلى الكشف عن الفروق في بعض الاضطرابات النفسية (الوحدة النفسية - سمة القلق- الاكتئاب) بين المسنين المقيمين بدور الرعاية الاجتماعية في ضوء اختلاف بعض الظروف الخاصة بهم والتي تتمثل في: الجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، وجود الأبناء، معاملة الأبناء لهم، القدرة على خدمة النفس، وجود أحد الأمراض المزمنة، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المسنين في الاضطرابات النفسية (الوحدة النفسية - سمة القلق- الاكتئاب) وفقاً لاختلاف السن، عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المسنين في الاضطرابات النفسية (الوحدة النفسية - سمة القلق-

الاكتئاب). وفقاً لاختلاف المستوى التعليمي وأيضاً وفقاً لاختلاف الحالة الاجتماعية.

وقام لانش وآخرين (Lynch, et al; 2007):

بدراسة تهدف إلى فحص الارتباط الإكلينيكي، التاريخي وارتباطات الظاهرة للاكتئاب والقلق: وأشارت تحليلات النكوص إلى ارتباط مرضي مصاحب للاكتئاب والقلق بتاريخ عدد كبير في فترات الاكتئاب، الضغوط الأكثر سلبية ومرتبطة بمتوسط مستوى الضغط ذو التصريح الذاتي المرتفع في الشهور الست الماضية، وقد اشتملت العينة على عينة قوامها ١٥٩ من المسنين حيث تم تسجيل المشاركين في مركز (NIMH) للأبحاث الإكلينيكية لدراسة الاكتئاب في الحياة المتأخرة في جامعة DUKC، وكانوا يواجهون معيار لاضطراب الاكتئاب الرئيسي في مرحلة اللقاء التشخيصي. وبصورة كلية أحرزت العينة في مدى الاكتئاب من المتوسط للشديد بناء على تقديرات مقياس Carroll للاكتئاب وقد أحرز أحد المفحوصين ٦,٥٪ في مدى غير الاكتئاب ٥٠٩ في تقديرات مقياس Carrol للاكتئاب، ٣٤ مفحوصاً، ٢١,٤ في مدى الاكتئاب المتوسط ٤٨,١٤,٢٤ مصر ٣٠,٢٪ في مدى الاكتئاب الشديد ٢٥-٣٥ وسبعة مفحوصين ٢٤,٤٪ في مدى الاكتئاب البالغ. وقد كان العينة متوسط درجة يصل إلى ٢٢,٢١ ومدى ٠,٣٩، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: قائمة Duke لتقييم الاكتئاب، وقائمة الأعراض التشخيصية. وقد تم تحديد تشخيصها DSM السادسة لكل المشاركين بواسطة الإجماع التشخيصي الذي اشتمل على هيئة مرخص لها، استمارة بيانات طولية، وقد استخدم كذلك مقياس القلق.

- أن اضطرابات القلق كانت أقل شيوعًا بين الأفراد الذين يبلغون 65 عامًا وما فوقها أكثر من البالغين الشباب، فبغض النظر عن ذلك نجد أنها تحدث بمعدلات بارزة. ويقدران من ١٥-٢٠٪ من المسنين يعيشون أعراض بارزة إكلينيكيًا للقلق في أي وقت مفترض (manila, et al; 1996)، بينما قدر أنه كان لـ ٣٤٪ منهم أعراض قلق في أي مرحلة من حياتهم ولذلك يبدو أن اضطرابات القلق كانت من بين الأمراض النفسية الأكثر شيوعًا للتأثير على المسنين.
- أن عرض القلق كان مرتبطًا بصورة بارزة بمستوى الضغط المتوسط ذو التقدير الذاتي، العمر في أول فترة اكتئاب رئيسي، لوحظ الشعور بعدم القيمة، الخطأ أو الذنب، محاولات الانتحار، ضغوط الحياة النفسية الكثيرة. وفسر مستوى متوسط الضغط الذاتي بـ ١١٪ من التغير الملحوظ في القلق، عدد ضغوط الحياة التي قدرت بـ ٥٪ من التغير.
- تميز المسنين ذوي الاكتئاب عن أقرانهم الأصغر سنًا بعدة أعراض تشتمل الانتشار المنخفض لليأس، أعراض جسدية محددة (مثل نقص الاهتمام) وأعراض تخيلية أقل (مثل الشعور بالذنب أو تخيل الانتحار).
- أوضحت أيضًا تحليلات التغير ارتباط اكتئاب القلق ببداية الاكتئاب المبكرة والشعور الأكبر بعدم القيمة، الخطأ أو الشعور بالذنب وسلوك الانتحار.

وفي دراسة دا شفيد لاسترينر وآخرين (David Latreiner, et al; 2007):  
والتي تهدف إلى معرفة الاضطرابات النفسية لدى المسنين والوقوف على  
مشكلاتهم مع إيضاح سيادة الحالة المزاجية، القلق، والاضطرابات الأخرى، وقد  
أجريت عينة الدراسة لدى جماعة من الكنديين من أعمار ٥٥ وما فوقها للرجال  
والنساء الناطقين بالإنجليزية والفرنسية وكل اللغات، ولكل الأشخاص المولودين في  
كندا والذين هاجروا لكندا بعد عُمر الثامنة عشرة، واستخدمت الدراسة الأدوات  
التالية: مقياس القلق والاكتئاب، كذلك تم إجراء استبيان يؤكد صحة المجتمع  
الكندي تم إجراؤه بواسطة إحصائيات كندا (الهيئة الإحصائية القومية) بين مايو  
وديسمبر ٢٠٠٢. وقد اعتمد لقاء استبيان صحة المجتمع الكندي على اللقاء  
التشخيصي الدولي لمكون الصحة العقلية العالمية بمساعدة الكمبيوتر بإدارة  
الاستبيان. وقد تم تقييم المستحقين للدراسة للمتغيرات الإحصائية، التشخيص  
النفسي، التاريخ المرضي، بيانات استخدام الخدمة. وقد قمنا بجمع بيانات عن  
عمر، نوع، حالة الهجرة لكل مستجيب (كبلد الميلاد خارج كندا). واشتمل استبيان  
صحة المجتمع الكندي على خمس اضطرابات: (الاكتئاب الرئيسي، الاضطراب  
القطبي الثنائي)، كما تم الإشارة إليه بواسطة وجود فترة أو أكثر للهوس، الفوبيا  
الاجتماعية، فوبيا الشيوخوخة، واضطراب الزعر). وتتبع كل التقديرات  
التشخيصية معايير DSM. IV باستثناء المدة المطلوبة لفترة الهوس، وقد أظهرت  
النتائج أن معدل انتشار الاضطرابات النفسية أعلى للنساء من الرجال. وقد صرح  
المهاجرين بمشاكل أقل من غير المهاجرين مع اختلافات تنخفض مع العمر. وصرح  
الناطقين باللغات الفرنسية من كلا الجنسين باضطراب حالة مزاجية أكثر من

الناطقين بالإنجليزية لكن كان للرجال الناطقين باللغة الفرنسية اضطراب قلق أقل من الرجال الناطقين باللغة الإنجليزية، كما ظهر انخفاض ثابت في معدل الاضطرابات النفسية وكانت الاضطرابات الأكثر انتشارًا في العمر المتقدم (القلق، الفوبيا، اليأس) وذلك بمعدل ٥,٥٪، ٤,٨٪، ١,٨٪ تقريبًا.

- ظهرت الاضطرابات النفسية أقل شيوعًا لدى البالغين الأكبر سنًا لأن الرفاهية النفسية تتحسن بتقدم العمر.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية لكل من الرجال والنساء تقاوح نسبته ١٧,٦٢٪ للنساء من أعمار ٥٥-٥٩ عامًا. لانتشار ٤,٨١٪ عن الرجال الذين يبلغون من ٥٥-٥٩ عامًا إلى ٤,٤٩٪ للرجال الذين يبلغون ٧٥ عامًا وما فوقها. وحتى عمر ٧٥، كان الانتشار أعلى بين النساء أكثر من الرجال. وفوق ٧٤ عامًا كان الانتشار متساويًا.
- تنخفض معدلات الانتشار مدى الحياة لاضطراب القلق والحالة المزاجية للناطقين باللغة الفرنسية والإنجليزية من الجنسين، ومع ذلك وبالنظر إلى كل الاضطرابات، زاد انتشاره للنساء الناطقات بالفرنسية من أوائل ٦٠ عامًا لآخر ٦٠ قبل التدهور مرة أخرى، بينما يوجد انحدار طفيف للرجال الناطقين بالفرنسية الأكبر سنًا. ويجعل الخطأ المعياري الكبير هذه التقلبات غير بارزة مرة أخرى.

كما قام هولمان وآخرين (Holman et al; 2007):

بدراسة تهدف الى معرفة الاضطرابات النفسية عند المسنين المقيمين في ستوكهولم وعلاقتها ببعض العوامل والمتغيرات الاجتماعية والصحية والظروف المعيشية للمسنين.

وتكونت عينة الدراسة من ١٧٢٥ مسنًا من الجنسين تراوحت أعمارهم ما بين ٧٥-١٠٧ سنة، منهم ٧٥٪ من الإناث أغلبهم من الأرامل، ٨٧٪ يعيشون في منازلهم الخاصة سواء بمفردهم أو مع بعض الأقارب والأصدقاء، ٦٪ يقيمون في دور المسنين، ٧٪ يقيمون في المستشفيات، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس للاضطرابات النفسية، استمارة جمع بيانات، مقياس العلاقات الاجتماعية، وقد أسفرت نتائج الدراسة على التأكيد على أهمية تأثير الظروف المعيشية التي يحيا المسنون في ظلها في تأثرهم بالاضطراب النفسي (قلق، اكتئاب، الفوبيا، المخاوف المرضية ... الخ). حيث يتبين أن عامل الإقامة والسكن يعد من أهم المؤشرات المنبئة بالشعور بالاضطراب النفسي لأن ظروف السكن والإقامة المريحة ووجود المسنين في بيئة محببة إلى نفوسهم يوفر لهم الشعور بالأمان والراحة.

أما دراسة جيرارد وبيشرلي (Gerard & Beverley, 2008):

والتي هدفت إلى الكشف عن مدى انتشار أعراض الاكتئاب ونوبات الاكتئاب الأحادي.

وقد تكونت العينة من ٥٧ من المسنين الرجال حديثي الترميل أعمارهم ٦٥ عامًا فأكبر. وذلك بعد الـ ١٣ شهر الأولى من وفاة زوجاتهم و ٥٧ آخرين من المسنين المتزوجين، واستخدمت الدراسة التصميم الطولي للأزواج المتماثلة والاعتماد كذلك

على دليل التشخيص الإحصائي الثالث، المقابلة التشخيصية. وقام الباحث بتقسيم المجموعة الأولى إلى مجموعة (أ) وهي مجموعة أرامل مضى على وفاة زوجاتهم (٦) أسابيع، ومجموعة (ب) أرامل مضى على وفاة زوجاتهم (١٣) شهر، وتشير النتائج أن كلا المجموعتين كانت تعاني من الاكتئاب وبعضهم حاولوا الانتحار بالفعل.

كما قام شامير وبوس (Shamir & Boas, 2008):

بدراسة تهدف إلى بحث العلاقة بين أثر التقاعد عن العمل والتعرض للاكتئاب كمرض نفسي، واشتملت عينة الدراسة على ٣٤٢ مفحوصاً مسن تتراوح أعمارهم ما بين ٦٧-٧٤ عاماً. وقد استخدمت الدراسة مقياس تقدير الذات، وتشير نتائج الدراسة أن المسنين الذين لا يعملون أكثر عرضة للاكتئاب وأقل تقديرًا لذواتهم من المسنين الذين يعملون.

٤- دراسات تناولت العلاقة بين الضغوط والاضطرابات النفسية وأمط الحياة لدى المسنين:

قام إيرول هامارت وآخرين (Hamart Eroal, et al, 2001):

بدراسة تهدف إلى بحث الضغوط المدركة ومصادر الضغوط المتاحة كمنبئات بأسلوب الحياة لدى البالغين من صغار السن والراشدين وكبار السن وذلك من خلال ثلاث جماعات عمرية (تتراوح أعمارهم من ١٨-٤٠ عاماً، ٤١-٦٥ عاماً، ٦٦ عاماً، وقد استخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس الضغوط المدركة، واستبيان موارد مصادر الضغوط ومقياس أسلوب الحياة والاستبيان الديموجرافي، وأظهرت نتائج الدراسة أنه بالنسبة للعينة كلها كانت التأثيرات المجتمعية للضغوط المدركة

وفعالية معرفة مصادر الضغوط أفضل عوامل تنبؤ بأسلوب الحياة عن أي متغير آخر قد تم بحثه بالنسبة للأشخاص الراشدين وكبار السن، وتم التوصل لاكتشاف فروق عمرية ذات دلالة بين الرضا عن الحياة والضغوط المدركة وكيفية التنبؤ بها.

كما قام فولبركت وماري (Volberecht & Marie, 2007):

بدراسة تهدف إلى معرفة العلاقة بين الصحة النفسية والعقلية والأحداث الحياتية المثيرة للمشقة النفسية والضغوط وأن دراسة هذا الموضوع لدى المسنين تُحيطها بعض الصعوبات في تعميم وتجميع النتائج، وقد شارك في عينة الدراسة ٤٠٠٠ مسن قاموا باستكمال قائمة الشخصية (الحالة والسمة والنسخة المعدلة من قائمة الخبرات الحياتية) وتم اختيار عينة قوامها ٧٦٠ مسن للمشاركة في الدراسة بعد إجراء الاختبارات وتم تقسيمهم إلى أربع مجموعات عمرية تتراوح أعمارهم من ٥٠ - ٥٩ و٦٠ - ٦٩ و٧٠ - ٧٩ و١٦٩ و٨٠ - ٨٩ و٥٨ مسن. وتم تحليل البيانات باستخدام برنامج (SPSS)، وتشير النتائج بشكل عام إلى انخفاض الأحداث العامة التي تحدث في نهاية الحياة وانتهاء المشكلات المرتبطة بها. وهناك تحسن دال في مستوى الصحة النفسية، وأن الحياة الصحية السليمة ربما تنتهي عندهم وتزول بمجرد انتهاء مشاكلهم والظروف الحياتية المؤلمة التي يتعرضون إليها.

أما دراسة كراوازاك وآخرين (Krawzak, et al; 2008):

والتي تهدف إلى استكشاف استراتيجيات المسيرة التي يفضلها المسنون لمواجهة الضغوط المرتبطة بأنماط الحياة. بالإضافة إلى دراسة إذا ما كانت الاستراتيجيات مرتبطة بالانفعالات أو التي تركز على المشكلة إضافة إلى النزعة

الروحية تعد أداة أو وسيلة لمساعدة هؤلاء الراشدين في مواجهة تغيرات الحياة المتوقعة وغير المتوقعة، قد شارك في عينة الدراسة ٢٠ مسن تتراوح أعمارهم فوق الـ ٥٠ عاماً أو يزيد. وقاموا باستكمال أداة تدار ذاتياً لقياس الضغوط المرتبطة بأنماط الحياة التي يعيشها المسنون، واستخدام الروحية، وبعض الأنشطة المرتبطة بأساليب المسيرة لديهم، واستبيان طرق المسيرة، وتشير النتائج أن المسنين يفضلون المسيرة المتركرة على حل المشكلات والمساندة الاجتماعية لمواجهة الضغوط المرتبطة بأنماط الحياة. ولقد وجدت الدراسة أن هناك ارتباط دال عند دراسة استخدام الروحية والمسيرة الإيجابية مما يوضح أن هناك علاقة قوية بين المسيرة الناجحة والروحوية، كما توضح النتائج أيضاً أن الراشدين المشاركين في الدراسة قد استخدموا استراتيجيات مسيرة صحية وتوافقية عند مواجهة ضغوط مرتبطة بأنماط الحياة.

## مقترحات بشأن رعاية فئة المسنين

وفي النهاية توجد توصيات من شأنها أن تسهم في تغيير أنماط حياة المسنين وتخفيف أعباء الضغوط والاضطرابات النفسية الواقعة عليهم، ويمكن إيجاز تلك التوصيات فيما يلي:

١- ضرورة الاهتمام بإعداد كوادر بشرية متخصصة في رعاية المسنين بإعطائهم دورات متجددة ومستمرة في مجال الخدمة، وكذلك إعطاء حوافز مادية كقيمة تشجيعية للعمل في هذا المجال.

٢- إعداد المزيد من البرامج الإرشادية التي تستهدف جوانب نمو المسن والاهتمام بتطبيق هذه البرامج.

٣- ضرورة تعاون الأخصائيين مع الباحثين، ومحاولة إقناعهم بضرورة العناية والاهتمام بهذه الفئة وإعطائها الحق اللازم في مجتمعنا المصري.

٤- الاهتمام بفئة المسنين وتلبية الاحتياجات الضرورية لهم فهم تروس الحياة ويجب رعايتهم، والعمل على راحتهم وإتاحة الفرصة لهم لاستثمار خبراتهم وقدراتهم على العطاء بلا حدود.

٥- الاهتمام بإنشاء دور لرعاية المسنين في أماكن صحية بأسعار في متناول الجميع، وتقديم الخدمات الطبية مجانًا لغير القادرين.

٦- حث الأبناء على ضرورة الاهتمام برعاية والديهم المسنين وعدم اللجوء إلى تركهم في دور الرعاية لكي يشعروا بالحب عن مكانتهم داخل أسرهم وحياتهم بوجه عام.

٧- الاهتمام بأندية المسنين والحث على تنوع أنشطتها وبالتخطيط لها من جانب المسنين أنفسهم لاسيما وأن أبحاث كثيرة قد أشارت إلى تنوع الأنشطة الترويحية والتركيز على الجوانب الإيجابية في شخصية المسن يمكن أن يسهم في التخفيف من وطأة الضغط النفسي والصحي ويحقق قدرًا من الرضا عن الحياة لديه.

٨- أن تشمل وسائل الإعلام على فقرات خاصة بهم لتغيير النظرة السلبية نحوهم على أنهم طاقة منتهية الصلاحية والنظرة لهم بكل تقدير واحترام.

٩- العمل على توفير برامج نفسية واجتماعية إرشادية لتخفيف حدة الضغوط من على كاهل المسنين في ظل الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية التي يعاني منها مجتمعنا حاليًا.

١٠- ترسيخ مبدأ التكافل الاجتماعي حيث تتحول المسؤولية من مسؤولية فردية إلى مسؤولية جماعية من كافة الأفراد وبالتالي توفير الرعاية ونمط وأسلوب الحياة لكافة أفراد المجتمع وبالأخص لفئات المسنين الذين بذلوا حياتهم وسنوات عمرهم في خدمة بلادهم وللأجيال السابقة.

١١- إن المسنين في حاجة إلى وضع برامج تدريبية تؤهلهم لإدراك المشقة وإكسابهم الأساليب والمهارات اللازمة لمواجهة أنماط الحياة الضاغطة والتي تسهم في حمايتهم من التعرض للاضطرابات النفسية.

١٢- ضرورة اشتراك المسنين في المسابقات الرياضية والفنية والثقافية، وكذلك الرحلات والاستفادة من طاقتهم الزائدة، وتصريف ميول الضغط والاضطراب عنهم إلى ما ينفعهم وينفع المجتمع.

١٣- الاهتمام بتواجد الأخصائيين النفسيين المتخصصين في مجال المسنين بدور رعاية المسنين مع الاهتمام بدراسة نزلاء هذه الدور واستيفاء استمارات البيانات الكاملة عن كل نزيل حتى يسهل التعرف عليه من خلالها اجتماعيًا، ونفسيًا، مرضيًا.

١٤- توفير خدمات اتصال سريع لكل المسنين سواء في منازلهم أو في دور رعاية للاتصال بطريق إنقاذ سريع في حالة الاحتياج لذلك.

١٥- تدريس علم الشيخوخة في جميع المراحل، وغرس القيم والأخلاق في الصغار على احترام الكبير ورعايتهم والتعامل معهم.

١٦- ضرورة العمل على توفير البيئة الغنية بالثيرات والممارسات الاجتماعية السليمة في مؤسسات الرعاية، وتوفير الرعاية النفسية والاجتماعية بالقدر الذي يساعد على إشباع حاجات المسنين بطريقة شبيهة لما يحدث في الأسر الطبيعية.

١٧- يجب تحري الدقة بقدر الإمكان عند اختيار الذين يتولون مسؤولية رعاية المسنين داخل دور الرعاية، وإعطائهم دورات تدريبية في كيفية رعاية المسنين جسميًا ونفسيًا.

١٨- العمل على عقد حلقات إرشاد جمعي توظف من أجل مساعدة المسن على إدارة ضغوط رحلته العمرية.

١٩- ضرورة إنشاء مجلس قومي لكبار السن كما أنشأ مجلس قومي للمرأة حفاظًا على حقوق الإنسان واحترام وتكريم لتلك المرحلة من مراحل عمر الإنسان التي يحتاج فيها إلى الاحترام والتقدير ورد الجميل والوفاء.

٢٠- ضرورة أن يعمل أفراد الدور على توفير مناخ أسري آمن يسوده التعاون، المشاركة، والرحمة، والمحبة، والعطف، والحنان. وخاليًا من القسوة والنبذ والإهمال والقهر، ويسمح بمساعدة المسن على القيام بالأنشطة، والمهام الجماعية مع أصدقائه، حتى يتاح له فرص التفاعل الجيد معهم، فهذه الفئة تحتاج منا أكثر من ذلك فقد وهبت حياتها من أجلنا فلها كل الشكر والاحترام والتقدير.

وقد أسعد الباحث كثيرًا عندما قرأ في جريدة الأخبار خبر بعنوان "المعهد القومي لعلوم المسنين .. حلم تحت الإنشاء" فقد تحول الحلم إلى مشروع قائم بمدينة الشيخ زايد بالسادس من أكتوبر وعلى وشك الخروج للنور خلال عام تقريبًا .. ولنا أن نعلم أنه لا يوجد معهد لعلوم المسنين في الشرق الأوسط إلا في "إسرائيل" وأنشئ عام ١٩٧٤\*.

\* جريدة الأخبار بتاريخ ٢٠٠٨/١٢/١ الصفحة العاشرة "تحقيقات".