اليات تطوير ممارسة خدمة الفرد مع المسنين
"دراسة في تحليل مضمون بحوث خدمة الفرد للتخفيف من مشكلات المسنين"

Mechanisms to Develop the Practice of Social Casework with the Elderly
"Study in Analyzing the Content of Social Casework Research to Alleviate the Problems of the Elderly"

إعداد

د. إيمان محمد إبراهيم أحمد

استاذ مساعد بقسم خدمة الفرد

المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالإسكندرية

٢٠١٨م

مقدمة:

تحرص كافة الدول المتقدمة وكذلك الآخذة في النمو على رعاية العنصر البشري الذي يعد أثمن الموارد والطاقات، وهي في حرصها على رعاية كافة الفئات العمرية تخص المسنين باهتمام خاص لمكانتهم العظيمة، فهم حملة التراث ورأس الحكمة، وحراس العادات والتقاليد، وقد جاءت الأديان السماوية لتؤكد احترام المسنين ورعايتهم وإعلاء شأنهم وإجلال قدرهم، وتنزلهم المكانة الاجتماعية. وتمثل فترة كبر السن مرحلة لتغيرات كثيرة في حياة الفرد مثل التغيرات في العائلة، وفي موقع العمل، وفي نمط الحياة والتي تؤثر في كبار السن بطرق مختلفة.

حيث يتأثر سلوك المسن في هذه المرحلة بالعوامل الشخصية التي تتضمن القدرات الجسمية والعقلية، والمعرفية، وأيضاً بالعوامل البيئية وما تتضمنه من اتجاهات وتوقعات المجتمع إلى جانب منظومات التقاليد والأعراف وتوجهات المجتمع نحو كبار السن بشكل عام.

الأمر الذي دعى إلى عقد مؤتمر البيت الأبيض للشيخوخة في واشنطن في ديسمبر ٢٠٠٥ بهدف تطوير حلول واستراتيجيات تطبيقية في صياغة سياسات للمسنين، والعمل على تحسين دور المجتمعات والمنظمات الخيرية والأعمال الخاصة، مما يؤكد ضرورة الاهتمام بهذه الفئة وضرورة توفير أوجه الرعاية الجيدة وتحسين جودة الحياة للمسنين.

ونظراً لما يواجهه المسن من مشكلات متعددة صحية وبيولوجية، وعقلية معرفية، ومشكلات نفسية، ومشكلات اجتماعية، ومشكلات اقتصادية أيضاً، فقد حرصت المهن المختلفة على تقديم كافة أنواع الرعاية للمسنين لمواجهة مشكلاتهم وإشباع حاجاتهم.

وتعتبر طريقة خدمة الفرد إحدى طرق مهنة الخدمة الاجتماعية التي لها ممارسات فعالة في مجال رعاية المسنين وإشباع حاجاتهم ومواجهة مشكلاتهم المتعددة، وذلك عن طريق استخدام النماذج والنظريات العلمية المختلفة.

حيث اهتم العديد من الباحثين باستخدام النماذج والنظريات العلمية المختلفة في ممارساتهم للحد من مشكلات المسنين المتعددة.لذا؛ قامت الدراسة الحالية على تحليل مضمون أحدث البحوث العالمية والعربية في خدمة الفرد للتخفيف من مشكلات المسنين وذلك للوصول إلي رؤية مستقبلية لاليات تطوير ممارسة خدمة الفرد مع المسنين. وقد جاءت المعالجة البحثية للموضوع ضمن بنود رئيسية تضمنت مشكلة البحث وأهميتها، أهداف البحث، تساؤلات البحث، مفاهيم البحث، منهجية البحث، البحوث العالمية والعربية حول النماذج والنظريات العلمية في خدمة الفرد للتخفيف من مشكلات المسنين، نتائج البحث، وختاماً رؤية مستقبلية لاليات تطوير ممارسة خدمة الفرد مع المسنين.

أولاً: مشكلة البحث وأهميتها:

يُعتبر الاهتمام بكبار السن Old people من الأهمية لدرجة أنه يتخذ أحياناً معياراً لتقدم المجتمع أو تأخره. والواقع أن المجتمع المتحضر حقيقة Truly civilized society يجعل من مرحلة كبار السن قمة الحياة وذروتها. وإذا كُنَّا سنحقق هذا الهدف السامي فعلى العلوم الإنسانية والطبيعية تقع مسئولية اكتشاف الوسائل التي تؤدي إلى جعل مرحلة نهاية العمر مرحلة سعادة وسرور، فعلم الشيخوخة Gerontology مازال مجالاً خصباً للدراسات العلمية. والواقع أن المجتمعات والدراسات السيكولوجية اهتمت على وجه الخصوص بمرحلة الطفولة والمراهقة، ولكنها توالى مرحلة الشيخوخة ذات الاهتمام بالرغم مما لها من أهمية قصوى، وبالرغم من وجوب الاهتمام بكبار السن الذين قضوا زهرة شبابهم في سبيل أسرهم ومجتمعاتهم، ولذلك فنحن مدينون لهم بما نحن فيه، والواجب أن تُوجَّه العناية إلى مشكلات الشيخوخة، والعمل على دراستها ووضع البرامج والحلول العملية لها.[١] خاصة وأن العقود القادمة تُبشِّر بزيادة أعداد المسنين إلى أكثر من مليارين في العالم.[٢]

وتُشير تقارير الأمم المتحدة إلى أن هناك ازدياد مضطرد في أعداد كبار السن، سواء في بُلدان العالم المتقدمة أو الأقل تقدماً.[٣] حيث ازداد العدد الكلي للمسنين في الولايات المتحدة– في عمر ٦٥ سنة فأكثر– زيادة تتجاوز الضعف، فمنذ عام ١٩٥٠ بلغ المسنين حوالي "٢٨ مليون مُسنٍ"، وفي عام ١٩٩٠ بلغ عددهم حوالي (٣٢ مليون مُسنٍ)، ويتوقع بحلول عام ٢٠٣٠ ارتفاع أعداد المسنين إلى ٦٥ مليون مُسنٍ.[٤]

إن الزيادة في نسبة حجم السكان من كبار السن لم تقتصر على الولايات المتحدة وحدها، بل شملت بلداناً كثيرة ولاسيما البلدان الصناعية التي بها من التقدم الصحي والعلمي والرعاية ما يضمن التغير الإيجابي في الحياة، وذلك كما يظهر في الجدول التالي[٥]:

جدول رقم (١)
يوضح نسبة السكان من أعمار ٦٥ سنة فأعلى إلى المجموع الكلي للسكان في بعض أقطار مختارة من العالم للأعوام (١٩٩٠م) و(٢٠٢٥م)

البلد	نسبة الكبار من أعمار ٦٥ سنة فأعلى إلى المجموع الكلي للسكان (النسبة التقريبية)	
	١٩٩٠م	٢٠٢٥م
السويد	%١٨	%٢٣
المملكة المتحدة	%١٦	%٢١
ألمانيا	%١٥	%٢٤
إيطاليا	%١٥	%٢٥
فرنسا	%١٥	%٢٢
الولايات المتحدة	%١٦	%٢٠
اليابان	%١٢	%٢٨
كندا	%١١	%٢٣

وتشير البيانات الإحصائية في مصر إلى زيادة نسبة السكان في الفئة العمرية ٦٠ سنةً فأكثر من ٥.٧٥% في تعداد ١٩٩٦ إلى ٦.٢٧% من إجمالي السكان في تعداد ٢٠٠٦، كما زادت إلى ٨.٨% من إجمالي السكان في تعداد ٢٠٠٨.[٦] وقد تطورت أعداد المسنين في مصر بصورة تشير إلى ضرورة العمل على تلبية احتياجاتهم والاستفادة من طاقاتهم والجدول التالي يوضح تلك الأعداد والتوقعات المستقبلية[٧]:

جدول رقم (٢)
يوضح تطور أعداد المسنين في مصر والتوقعات المستقبلية لها خلال الفترة من (١٩٩٦م- ٢٠٢١م)

م	السنة	أعداد السكان بالمليون	أعداد المسنين بالمليون	النسبة
١	١٩٩٦	٥٨.٨	٣.٢٩٣	%٥.٦
٢	٢٠٠١	٦٤.٦	٣.٧٤٧	%٥.٨
٣	٢٠٠٦	٧١.٥٥	٤.٤٣٦	%٦.٢
٤	٢٠١١	٧٨.٣	٥.٤٧٩	%٧.٠
٥	٢٠١٦	٨٤.٢٩	٦.٨٢٨	%٨.١
٦	٢٠٢١	٩١.٠٨	٨.٣٧٩	%٩.٢

وتُشير تلك البيانات إلى أنه ستطرأ زيادات على أعداد ونسب المسنين في مصر، حيث من المتوقع تزايد أعدادهم في عام (٢٠٢١) إلى ٨.٤ مليون مُسنٍ (على مستوى محافظة القاهرة)، بنسبة زيادة ١٥.٤٥% من إجمالي السكان.[٨]

كما يُقدِّرُ مكتب التعداد زيادة توقعات العمر على ٨٥سنة، كما يؤكد ارتفاع نسب البقاء، وأنه بحلول عام ٢٠٥٠ سيكون هناك مليون شخص فوق عمر ١٠٠ سنة.[٩]

وتتطلب الزيادة البالغة في أعداد المسنين إلى جهود تخطيط خاصة، حيث يزداد الاحتياج لخدمات ترعى الأعداد المتزايدة من المسنين، وتشبع احتياجاتهم المتعددة والمتعلقة بتقدمهم في العمر.[١٠]

ولقد أشارت دراسة كل من "**محمد نبيل سعد سالم**" (٢٠٠٣)[١١]، و"**عبد العزيز أحمد غنيم**" (٢٠٠٣)[١٢]، و"**عبير وفدي سيد أحمد**" (٢٠٠٤)[١٣]، إلى تعدد حاجات المسنين من حاجات صحية، وحاجات اجتماعية، وحاجات ترويحية، وحاجات اقتصادية، وحاجات نفسية، كما توصلت هذه الدراسات إلى العديد من المؤشرات التخطيطية المقترحة التي تساهم بإيجابية في إشباع تلك الاحتياجات.

وقد أشارت الدراسات السابقة التي حاولت الكشف عن احتياجات المسنين المختلفة، على عدم قدرة المسنين على إشباع هذه الاحتياجات، وبالتالي فهم يواجهون العديد من المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية ويرى (2015) **"Anddrew M"**[١٤] أن مع التقدم في السن تنخفض القدرة على حل المشكلات اليومية التي تصادف المسنين، مما استرعى اهتمام الباحثين للتعرف على تأثير هذه المشكلات على المسنين.

حيث أكدت دراسة كل من "**محمد السيد عبد الرحمن**" (١٩٩٨)[١٥]، "**خالد محمد عبد الغني محمد**" (١٩٩٩)[١٦]، "**عبد الناصر صالح محمد**" (٢٠٠١)[١٧]، "**عبد الله بن سعد الرشود**" (٢٠٠٢)[١٨]، و(2004) **"Ann & Peter"** [١٩]، ودراسة "**أسماء حافظ عفيفي**" (٢٠٠٤)[٢٠]، و(2005) **"Boyle Scoot & others"** [٢١]، ودراسة "**ديبرا وفون Debra P. & Vaughn A.** (2006)"[٢٢]، على أن أكثر المشكلات التي يتعرض لها المسن هي:

- المشكلات الصحية متمثلة في: مرض السكر والروماتيزم وأمراض القلب والربو والتهاب المفاصل وفقدان السمع وضعف البصر.
- وكذلك مشكلات نفسية تتمثل في: القلق، الأرق، وانتشار أنماط اضطرابات النوم، والفزع الليلي، والاكتئاب.
- وكذلك مشكلات اجتماعية تتمثل في: العزلة الاجتماعية وسوء التوافق الاجتماعي نتيجة التقاعد عن العمل، أو وفاة القريب، وعقوق الأبناء والزوجة، ووضع الأبناء آبائهم في مؤسسات إيواء كبار السن، كما يفقد المسن اهتمامه بعمل صداقات جديدة، ويقضى المسن معظم وقته في التأمل والتفكير في حياته الماضية.
- كما يعانى المسن من المشكلات الاقتصادية الناتجة عن انخفاض مستوى الدخل بعد التقاعد.

وتُؤكِّد الدراسات السابقة على أَنَّ المسنين بحاجة إلى العديد من أنواع الرعاية، والتي تُوفِّر الدولة بعض منها للمسنين من رعاية صحية واجتماعية واقتصادية، حيث توفر الدولة التأمين والمعاشات للمسنين باستمرار، والهدف الرئيسي لرعاية المسنين هو الحفاظ على وجود الفرد في بيئته المختارة الطبيعية وهي في الغالب منزله مع أسرته[٢٣]، حيث يشعر المسن داخل الأسرة بمكانته كعضو فيها.

وقد أشارت دراسة "**ثناء الضبع**"(٢٠٠٠)[٢٤] إلى أهمية دور الأسرة في تحقيق التوازن النفسي للمسنين. كما أكدت "**ماجدة إمام ووفاء صالح**" (٢٠٠٨)[٢٥] أن رعاية المسنين في الأسرة والمجتمع تزيد من شعورهم بالرضا عن الحياة.

وقد اهتمت الرسائل السماوية جميعها بكبار السن ورعايتهم، كما عنى الإسلام بضرورة رعاية الأسرة للمسن وكفالته في الأسرة. وأمام التغيير السريع الذي أصبح سمةً مميزةً لهذا العصر الذي نعيش فيه، وعنه نرى أنماط حياة الناس وقد تأثرت بهذا التغير تأثراً عميقاً، فما كانت الأسرة تقوم به في الماضي في سهولة ويسر نراها وقد تخلت عنه نتيجة الاتجاه نحو الأسرة النووية الصغيرة، وخروج المرأة للعمل، وجحود الأبناء، وفي كل هذه الأحوال والظروف التي يتعذر فيها رعاية كبار السن وإشباعهم لاحتياجاتهم، انعكس ذلك على دور الدولة في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية.[٢٦] فكان على المجتمع أن يهب لمساعدة كبار السن ومعاونة أسرهم من خلال إنشاء العديد من المؤسسات الاجتماعية التي تقدم كافة أنواع الرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية والثقافية والترويحية، والتي تهدف إلى رعاية المسنين وتوفير قدر من الرعاية التي عجزت الأسرة عن الوفاء بها.[٢٧]

وأكد (1995) "**Robert**" على أَنَّ المسن يحتاج كي يتأقلم مع تقدمه في العمر إلى عون ومساعدة الأهل والأقارب والأصدقاء، فإن لم يجد فهو يضطر إلى اللجوء للمساعدة الرسمية المتخصصة والتي يحصل عليها من دور الرعاية للمسنين.[٢٨]

كما أكدت "**عواطف فيصل بياري**" (١٩٩٨) أَنَّ هناك مجموعة من العوامل الأسرية المؤدية إلى إيداع المسنين بدور الرعاية الاجتماعية من أهمها: فقد الزوجة، عدم وجود أبناء، وعدم وجود أقارب، انشغال الأبناء بالعمل، عدم تقبل الأبناء إقامته معهم، وأخيراً رغبة المسن الشخصية في الإقامة بدور الرعاية الصحية.[٢٩]

ومن أوجه الرعاية المقدمة للمسنين نظام الرعاية في المؤسسات المفتوحة، وهي مؤسسات نهارية يمكث فيها المسن صباحاً، ويعود مساءا لأسرته أو منزل العائلة، وهي تقوم مقام الأسر التي

لا تستطيع رعاية المسن نظراً لطبيعة عملها، وفيها يتم تقديم الرعاية الطبية وخدمات التأهيل النفسي الاجتماعي للمسن.[٣٠]

ومع تزايد وصعوبة التعامل مع مشكلات المسنين البدنية والعقلية والعاطفية والاجتماعية، فقد يكون من الضروري للمسنين أن يتم وضعهم في دور الرعاية الدائمة والتي يقيم فيها المسن إقامة كاملة بعيداً عن الأسرة وعن المجتمع الخارجي.[٣١]

ومن ثم أصبحت هذه المؤسسات واقعاً اجتماعياً ينبغي التعامل معه في ظل التغيرات المجتمعية المختلفة[٣٢]، ولكن حرمان المسن من بيئته الطبيعية وإيداعه في مؤسسات الرعاية الاجتماعية للمسنين دون رغبة منه تؤدي إلى معاناة المسن، ومواجهة العديد من المشكلات حيث أكدت دراسة كلاً من "**سهير كامل أحمد**" (١٩٩٨)[٣٣]، و"**حمادة رجب مسلم عثمان**" (٢٠٠٧)[٣٤]، على أن المسنين يشعرون بانتزاع هويتهم عند التحاقهم بدور الرعاية، وأن فقدان البيت والأسرة والأبناء يمثل خبرة أليمة وهزة عاطفية لها تأثيرها السلبي على صحتهم النفسية.

كما أكدت الأبحاث أن عدد نزلاء دور الرعاية وصل إلى أعلى مستوياته في أواخر السبعينات، وفي الوقت ذاته ارتفع فيه عدد المسنين فوق ٨٠ سنة بحوالي ٢٠٠.٠٠٠ مُسنٍ، ولكن هذه الفئة شهدت انخفاضاً ملحوظاً في الخدمات بالإضافة إلى ارتفاع الأجور والتغير في حجم المؤسسات التي تُقدِّم الرعاية[٣٥].

وفي مناقشة خدمات رعاية المسنين في- "**إعلان برلين لجودة حياة المسنين**" (٢٠٠٩)- أقرت أن نطاق المسنين المحتاجين الذين تصل إليهم هذه الخدمات ضئيل جداً، مما أكد ضرورة بذل جهود جديدة لتحسين جودة الخدمات، وبالتالي تحسين جودة حياة المسنين.[٣٦]

حيث أكدت (2002) "**Brian**"، أن منشآت رعاية المسنين التي تقدم حياة عالية الجودة هي تلك التي تسعى بشكل نشط لتلبية الحاجات النفسية والاجتماعية مع استمرارية تلبية حاجات الرعاية الصحية والبدنية، والعنصر الأساسي في هذه الحالة هو فلسفة تركز على النزيل، ونموذج رعاية يهدف لتحسين استقلالية النزيل، وتلبية مستمرة لحاجاته الفريدة.[٣٧]

وساهم ذلك في دفع الباحثين للتعرف على مشكلات المسنين بدور الرعاية، وأوجه القصور في الخدمات المقدمة لهم، حيث أكدت دراسة كلا من "**أحمد إبراهيم حمزة**" (٢٠٠٢)[٣٨]، ودراسة "**Phoebe Liebg" (2003)**[٣٩]، و(2003) "**James & Robert**"[٤٠]، و"**أحمد محمد غريب حمادة**" (٢٠٠٥).[٤١] و"**محمود سيد هاشم**" (٢٠٠٦).[٤٢] أن هناك قصور في البرامج والأنشطة التي تقدمها هذه المؤسسات مع عدم تناسبها مع واقع المسنين واحتياجاتهم، وكذلك قلة

عدد العاملين بهذه المؤسسات ونقص إعدادهم للعمل في هذا المجال، والالتزام الصارم بالنظم واللوائح الداخلية للمؤسسة، وعدم توافر الشروط الصحية والمتابعة الدورية لهذه المؤسسات.

وقد تَرَتَّبَ على وجود هذا القصور في خدمات رعاية المسنين العديد من المشكلات الصحية والنفسية لدى المسنين، والتي أشارت إليها دراسة كلا من "**أسماء حافظ عفيفي**" (٢٠٠٤)[٤٣]، ودراسة "**جمعة سيد يوسف**"، "**عزة عبد الكريم مبروك**" (٢٠٠٥)[٤٤]، و"**أسماء عبد الونيس صديق**" (٢٠٠٥)[٤٥]، و"**يحيي عبد العال عبد العزيز حسن**" (٢٠٠٦)[٤٦]، و"**انتصار إبراهيم شعبان**" (٢٠١١)[٤٧]، "**أحمد محمد نصر**" (٢٠١٣)[٤٨] حيث أكدت هذه الدراسات على أن أكثر المشكلات التي يعانى منها المسنين في هذه المؤسسات هي صعوبة التكيف في الدار، والشعور بالوحدة والقلق، والإصابة بالاكتئاب، ومستويات عالية من الحزن والغضب والخوف والعدوانية وانخفاض في تقدير الذات.

ويؤكد "**بيكارد**" **(2000) "Pickard"**: أَنَّه يجب عمل تعديلات في الرعاية المقدمة للمسنين، والاهتمام بإعداد وانتقاء تخصصات مقدمي الرعاية للمسنين، بما يتناسب مع هذا المجال.[٤٩]

حيث أن معظم أنشطة الرعاية الاجتماعية التي تُقدِّم لكبار السن قاصرة إلى حد كبير ولا تتصدى لاحتياجات المسن، كما يحاول المتطوعين تطوير هذه البرامج في حدود خبراتهم والميزانيات المحدودة للأنشطة، والافتقار إلى الدعم المؤسسي.[٥٠]

ولقد قام المعهد القومي بأمريكا للشيخوخة بتأسيس ٦ مراكز عام ١٩٩٣ لتطبيق الأبحاث السلوكية والاجتماعية، وتطوير البرامج التي تساعد في تحسين حياة المسنين، والوفاء باحتياجاتهم، وتقديم رعاية أفضل.[٥١]

ولعل الاهتمام بهذه الفئة من المسنين يُوجِد لديهم الشعور بالأمان الاجتماعي، والأمان النفسي، حيث يصارعهم الخوف المصاحب لِتَقَدُّم العمر، وعدم توافر الأساليب المناسبة للرعاية المتكاملة داخل البيت الأسري، أو من خلال المؤسسات الإيداعية الخاصة بهم، وغيرها من المشكلات التي ترتبط بهذه الفئة وتؤثر على كافة المواقف التي يمرون بها.[٥٢]

لذلك عمدت العديد من الدراسات لمحاولة توفير البرامج المؤسسية التي تساعد على مواجهة مشكلات المسنين في مؤسسات دور الإيواء، حيث أكدت دراسة كل من "**جيهان محمد أحمد الحفناوي**" (٢٠٠١)[٥٣]، و"**سلطان عبد الصمد إسماعيل الخضري**" (٢٠٠٥)[٥٤]، و **"Harry"** (2005) [٥٥]، و"**عماد محمد نبيل**" (٢٠٠٥)[٥٦]، و"**أحمد محمد عبد السلام**" (٢٠٠٨)[٥٧]،

و(2009) **"Marchand & others"**[٥٨]، و"**إلهام نصر شاكر**" (٢٠٠٩) [٥٩]، أنَّه يمكن مواجهة مشكلات المسنين بدور المسنين من خلال تطوير الخدمات المقدمة للمسنين بهذه المؤسسات، وتطوير البرامج وزيادة فعاليتها من خلال فريق عمل مهني متخصص يعمل على تنمية التوافق النفسي للمسنين في دور الإيواء، وكذلك الاهتمام بتطوير وتنمية أنشطة المؤسسة وتنوعها، وتوفير مسئول تخطيط برامج لكبار السن، وكذلك ضرورة توافر الإمكانيات المادية لتنفيذ أوجه النشاط الترويحي والرياضي والثقافي في دور المسنين، والاهتمام بالأنشطة الدينية حيث تسهم في تحسين جودة حياة المسنين.

ولا يمكن أن يتم ذلك بمعزل عن الجهود المهنية للخدمة الاجتماعية، وفي ظل هذه الظروف السلبية يعمل الأخصائيون الاجتماعيون على رعاية المسنين في دور الرعاية[٦٠] ويعد الأخصائي الاجتماعي علمياً وعملياً لتطبيق طرق الخدمة الاجتماعية لمواجهة الاحتياجات والمشكلات المتعددة للمسنين، وذلك بالتدخل المباشر مع المسنين وأسرهم لتقديم خدمات اجتماعية وتعليمية وترفيهية، وكذلك تقديم البرامج العلاجية والوقائية والتنموية.[٦١]

وتؤكد دراسة "**أحمد فتحي عوض**" (٢٠٠٨)[٦٢] أهمية الإعداد المهني للأخصائي الاجتماعي في تفعيل دوره وأداؤه المهني في مؤسسات المسنين.

كما أشارت دراسة كل من Volkova, T.N. (2005)[٦٣]، **"Drakash, B. & Others"** (2015)[٦٤]، Sukla, P.A & Others (2015)[٦٥]، Van Houwelingen & Others (2015)[٦٦]، أنه مع ازدياد المشاكل النفسية والاجتماعية للمسنين، تزداد الحاجة الملحة لوجود المهنيين المتخصصين مع الأخصائيين الاجتماعيين النفسي والطبي جنباً إلى جنب مع خدمات الرعاية الصحية المدعومة.

وحول تعليم وتدريب الأخصائيين الاجتماعيين لممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين: واهتمت العديد من الدراسات بالتأكيد على ضرورة إصلاح المناهج الدراسية للأخصائيين الاجتماعيين لترسيخ محتوى جيد للشيخوخة لزيادة الطلب على الأخصائيين الاجتماعيين في مجال رعاية المسنين، كما تؤكد ضرورة وجود المعرفة والكفاءة المهنية والفنية اللازمة للممارسة، مع تفعيل الاتجاه الإيجابي نحو المسنين، بالإضافة للعمل الميداني والتدريبي المستمر المتخصص لصقلهم بالمهارات والقدرات المطلوبة للعمل في مجال رعاية المسنين، ومن هذه الدراسات دراسة كل من **"Lawrence F. P & Others"** (2005)[٦٧]، ودراسة **Adler G.** (2006)[٦٨]، و**Ranney, M. & Others** (2006)[٦٩]، و(2007) **Mills- Dick & Others**[٧٠]،

و(2013) **Green Field A. & Others**[٧١]، و(2013) **Bonifas & Gray**[٧٢]، و(2015) **Scharlach A.E.**[٧٣]، و(2015) **Jacomino M., & Others**[٧٤]، ودراسة **Camur Duyan, G. & Others** (2015)[٧٥].

وقد طورت العديد من كليات الخدمة الاجتماعية تخصصات واهتمامات في علم الشيخوخة، وقد ركزت أبحاث الخدمة الاجتماعية على مشكلات المسنين، وذلك باستخدام طرق الخدمة الاجتماعية المختلفة وخاصة طريقة خدمة الفرد وذلك لمواجهة مشكلاتهم وإشباع احتياجاتهم أو عن طريق الممارسة الشاملة.

وقد أكدت الدراسات التي أُجريت بطريقة خدمة الفرد في مجال رعاية المسنين لكل من "**نعيم عبد الوهاب عبد اللطيف**" (١٩٩٣)[٧٦]، و"**إحسان زكي عبد الغفار**" (١٩٩٣)[٧٧]، و"**أماني محمد رفعت قاسم**" (١٩٩٩)[٧٨]، و"**أحمد محمد أحمد عوض**" (٢٠٠١) [٧٩] و"**جمال شكري محمد**" (٢٠٠٢)[٨٠] و"**مروة محمد فؤاد عتمان**" (٢٠٠٢)[٨١]، و"**عفاف راشد عبد الرحمن**" (٢٠٠٤)[٨٢]، و"**عاطف مفتاح أحمد**" (٢٠٠٧)[٨٣] على فعالية النماذج العلاجية في خدمة الفرد في تخفيف مشكلات المسنين بدور الإيواء، ومنها نموذج التركيز على المهام، والعلاج المعرفي السلوكي، والمدخل الروحي، كما أكدت على أهمية دور الأخصائي الاجتماعي في مؤسسات رعاية المسنين وذلك في تحسين تكيُّف المسن مع نفسه ومع أسرته ومع الدار.

كما أضافت دراسة "**عرفات زيدان خليل**" (١٩٩٩)[٨٤] تصور مقترح لدور خدمة الفرد في مواجهة مشكلات أزمة التقاعد عن العمل لدى المسنين والمتمثلة في انخفاض تقدير الذات والشعور بعدم الرضا عن الحياة وتقلص العلاقات والتفاعلات الاجتماعية والنظرة للمستقبل نظرة تشاؤمية.

واشارت دراسة "**حنان عبد الرحمن**" (٢٠٠٩)[٨٥] أن من أهداف التدخل المهني لطريقة خدمة الفرد تحسين نوعية الحياة للمسنين، وتحسين الحالة النفسية لهم، وتنمية قدراتهم على الاعتماد على ذواتهم، وتحسين مستوى العلاقات الاجتماعية بين المسن وأقرانه وأسرته ومجتمعه.

أما من حيث المدخل التكاملي للخدمة الاجتماعية مع المسنين فقد أكدت العديد من الدراسات ومنها دراسة "**ناصر عويس عبد التواب**" (٢٠٠٢)[٨٦]، و"**بواب شاكر علي جمعة**" (٢٠٠٤)[٨٧] و(2005) "**Kaye W.**"[٨٨]، و"**نبيلة محمد لطفي**" (٢٠٠٦)[٨٩]، و"**سمر صبحي عمر يوسف**" (٢٠٠٨)[٩٠]، "**منى طه محروس**" (٢٠١١)[٩١]، "**زيزيت مصطفى، وفاكر محمد**" (٢٠١٢)[٩٢]، "**نبيل محمد محمود**" (٢٠١٣)[٩٣] على فعالية برامج التدخل المهنى في إطار الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في تحقيق التوافق الاجتماعى للمسنين، ودمجهم مع أسرهم ومجتمعهم، وتحقيق

التأهيل الاجتماعى للمسنين، والتخفيف من شعورهم بالعُزلة، وتحقيق العدالة الاجتماعية من خلال تمكين (منح القوة) المسنين الضعفاء.

ومن خلال ما سبق نصل إلى أن الخدمة الاجتماعية كمهنة إنسانية يمكن أن تساهم بدور فعال في مجال رعاية المسنين من خلال طُرقها الأساسية وخاصة طريقة خدمة الفرد، وكذلك من خلال المدخل التكاملي.

وقد اهتمت العديد من الدراسات والبحوث العالمية بدور الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين سواء من حيث حل مشكلاتهم الصحية أو النفسية وتحقيق الرضا عن الحياة، وتقديم أوجه الرعاية المختلفة لهم بالأسرة أو بالمؤسسات الإيوائية، وكذلك عن أهمية تعليم وتطوير الأخصائيين الاجتماعيين للممارسة المهنية الفعالة في مجال رعاية المسنين.

وقد اشارت دراسة كل من (2004) **"Kharicha & Others"**[٩٤]، **"Salmon J.W. & Others"** (2009)[٩٥]، (2014) **"Morrissey M.B."**[٩٦]، **"Findley A."** (2015).[٩٧] إلى اهتمام الخدمة الاجتماعية بنشر الوعي الصحي لدى المسنين ومحو الأمية الصحية لديهم للحد من سلوكياتهم الضارة بالصحة، وكذلك للحد من فترات الإقامة المطولة بدور الرعاية الصحية، مع ضرورة الاهتمام مستقبلاً بالتقييم المستمر للرعاية المتكاملة المقدمة لهم للعمل على تطويرها المستمر من منفذي سياسات الرعاية المجتمعية للمسنين.

كما أوضحت دراسة (2011) **"Manthrope, J. & Illife"**[٩٨] أن للخدمة الاجتماعية دور رئيسي في خفض معدلات الانتحار بين المسنين، كما تؤكد الدراسة ضرورة استخدام مهارات الخدمة الاجتماعية في فتح قنوات الاتصال مع غيرهم من المهن والتواصل مع مقدمي الرعاية للمسنين لتقديم الدعم لهم ولمن يعانون من مشاكل الصحة العقلية منهم.

وتشير دراسة (2011) **"Turlapati, S."**[٩٩] إلى أن مرحلة الشيخوخة يظهر فيها العديد من ضعف الصحة والشعور بالوحدة نتيجة وفاة أحبائهم والانفصال عن البعض منهم، وهذه التغيرات تؤثر في الرضا عن الحياة للمسنين، كما أشارت الدراسة إلى الدور الفاعل للخدمة الاجتماعية في رفع مستوى الرضا عن الحياة للمسنين من خلال استخدام استراتيجيات التدخل الخاصة والتي تمكن المسنين من العيش في المرحلة الأخيرة من حياتهم بطريقة قانعة.

وتؤكد دراسة كل من (2011) **"Rowan N.L. & Others"**[١٠٠]، **"Delli- Colli & Others"** (2013)[١٠١]، (2014) **"Mali, J."**[١٠٢]، (2015) **"Joosten, D.M"**[١٠٣]، (2016) **"Lun M. W.A."**[١٠٤] أن ممارسة الخدمة الاجتماعية مع أسر المسنين توفر برامج

الرعاية اللازمة والخدمات الحيوية التي تقلل من الإجهاد وتحسن من نوعية حياة اسر المسنين، ويعتبر الأخصائيون الاجتماعيون حلقة الوصل بين كبار السن وأسرهم وخدمات المجتمع لهم، لذلك من الضروري زيادة وعيهم بكبار السن وأسس رعايتهم في المجتمع.

وقد أشارت دراسة كل من (2011) **"Mali, J."**[١٠٥]، **"Stambuk, A. & Others"** (2014)[١٠٦] إلى الدور الرئيسي للخدمة الاجتماعية في دور رعاية المسنين والتحديات التي يواجهها الأخصائيين الاجتماعيين عند العمل مع كبار السن في دور الرعاية ومن أهمها عدم التعاون مع أفراد الأسرة، وكذلك ضرورة وضع معايير للخدمة الاجتماعية في المؤسسات وتدريبهم للعمل في مجال رعاية المسنين، وكذلك فإن الدور الرئيسي للأخصائيين الاجتماعيين في دور الإيواء هو مساعدة المسنين على حل مشكلاتهم، والتكيف مع الحياة في البيئة المؤسسية الجديدة وخارجها.

و يتضح مما سبق اهتمام دراسات وبحوث الخدمة الاجتماعية بدراسة المشكلات التي يعاني منها المسنون، وكذلك اتفقت جميع هذه الدراسات على أهمية التوافق الاجتماعي للمسنين وتأثيرها على إشباع احتياجاتهم المتعددة ومواجهة مشكلاتهم.

ولذلك لابد من مساعدة المسنين من خلال توفير الحياة الاجتماعية المناسبة، والأنشطة والبرامج والخدمات التي ترتبط بإشباع احتياجاتهم المختلفة، وحل مشكلاتهم ، لذا فقد تحددت مشكلة البحث الحالي في محاولة الوصول الي رؤية مستقبلية لاليات تطوير ممارسة خدمة الفرد مع المسنين وذلك من خلال تحليل مضمون أحدث البحوث العالمية والعربية في خدمة الفرد للتخفيف من مشكلات المسنين.

ثانياً: أهداف البحث:

<u>الهدف العام</u>: الوصول الي رؤية مستقبلية لاليات تطوير ممارسة خدمة الفرد مع المسنين.

وينبثق عن هذا الهدف العام الأهداف الفرعية التالية:

١- الوقوف على أحدث البحوث العالمية والعربية التي تناولت أحدث النماذج والنظريات العلمية في خدمة الفرد للتخفيف من مشكلات المسنين.

٢- الوقوف على المشكلات التي تناولتها البحوث العالمية والعربية عن المسنين.

٣- الوقوف على النماذج والنظريات العلمية في خدمة الفرد التي تناولتها البحوث العالمية والعربية لتخفيف مشكلات المسنين.

٤- الوقوف على النتائج التي توصلت إليها البحوث العالمية والعربية لتخفيف مشكلات المسنين.

٥- الوصول لرؤية مهنية مستقبلية لتخفيف مشكلات المسنين من منظور خدمة الفرد.

ثالثاً: تساؤلات البحث:

- **ما هي الرؤية المستقبلية لاليات تطوير ممارسة خدمة الفرد مع المسنين ؟**

وقد انبثق من هذا التساؤل العام التساؤلات الفرعية التالية:

١- ماهي أحدث البحوث العالمية والعربية التي تناولت أحدث النماذج والنظريات العلمية في خدمة الفرد للتخفيف من مشكلات المسنين؟

٢- ماهي المشكلات التي تناولتها البحوث العالمية والعربية عن المسنين؟

٣- ماهي النماذج والنظريات العلمية في خدمة الفرد التي تناولتها البحوث العالمية والعربية لتخفيف مشكلات المسنين؟

٤- ما النتائج التي توصلت إليها البحوث العالمية والعربية لتخفيف مشكلات المسنين؟

٥- ماهي الرؤية المستقبلية لتخفيف مشكلات المسنين من منظور خدمة الفرد؟

رابعاً: مفاهيم البحث:

[١] مفهوم المسنين Elderly:

يمكن تعريف المسن في اللغة بأنه الكبر، يقال: سَن الرجل أي كبر، وأسن من هذا أي أكبر منه سناً. ويستخدم العرب لوصف كبير السن لفظ "شيخ" وهو سن استبانت فيه السن وظهر عليه الشيب. شاخ الإنسان شيخاً... وشاخ شيخوخة وشيخاً بفتح الياء، والشيخ أي صار شيخاً. (والشيخ) هو من أدرك الشيخوخة، وهي غالبا عند سن الخمسين. وهو فوق الكهل ودون الهرم، وهو ذو المكانة من علم أو فضل أو رياسة.(١٠٧)

وفي معاجم اللغة الأجنبية يشير مصطلح (Aging) "أن يصبح المرء مسناً- "أو" البدء في ظهور أعراض الشيخوخة".(١٠٨)

وتعرف الشيخوخة بأَنَّها: "عملية التقدم الطبيعي في السن وهي مرتبطة بالعمر الزمني".(١٠٩) وقد اختلف الباحثون في تحديد بدايتها، فحددها بعضهم في الماضي بسن الخمسين أو الخامسة والخمسين.(١١٠)

ويقسم البعض مرحلة كبر السن إلى مراحل فرعية ومن أمثلة ذلك: "**كمال إبراهيم مرسي**"

(٢٠٠٦) [١١١] **حيث قَسَّمها إلى:**

١- **مرحلة كبر السن المبكرة:** من سن ٦٥ إلى سن ٧٥سنةً، ويسمى فيها كبير السن "الكَهل"(*)(أ).

٢- **مرحلة كبر السن الوسطى:** من سن ٧٥ إلى ٨٥سنةً، ويسمى فيها المسن "المسن الكبير" أو "الشيخ الكبير"(ب).

٣- **مرحلة كبر السن المتأخرة:** من سن ٨٥ سنةً فأكثر، ويسمى كبير السن فيها "الشيخ الهَرِم"(ج) أو الشيخ المعمر(د).

كما يضيف "**جمعة سيد يوسف**" و"**عزة عبد الكريم**" (٢٠٠٦): "أن الشيخوخة النفسية تتضمن التغيرات التي تحدث في العمليات الحسية والإدراكية والوظائف العقلية (مثل التذكر والتعلم والذكاء) وكذلك التغيرات التي تحدث في الشخصية والدوافع والحوافز".[١١٢]

ويرى "**طلعت السروجي، وماهر أبو المعاطي**" (٢٠٠٩) أن المسن بيولوجياً: "هو الشخص الذي يتسم بالاضمحلال الجسمي في البناء والوظيفة الذي يعتري كل الأجهزة الفسيولوجية والعضوية الحركية والدورية والهضمية والبولية والتناسلية والغدية والعصبية والفكرية".[١١٣]

ويرى "**مصطفى محمد أحمد الفقي**" (٢٠٠٨) المسن من المنظور الاجتماعي: "أنه من بلغ سن الشيخوخة وافتقد المكانة والفاعلية الاجتماعية ليواجه مرحلة ضعف الارتباط بينه وبين المجتمع الأسري أو المجتمع الخارجي".[١١٤]

وينظر "**علي جاسم عكله الزبيدي**" (٢٠٠٩) إلى المعيار الوظيفي على أنه: "مدى قدرة الفرد على القيام بوظائفه الحياتية بكفاءة ودون الاعتماد على آخرين أو الاستعانة بهم. وكلما تَدَنَّى هذا المعيار كلما دَلَّ على كِبَر السن".[١١٥]

وأوضحت "**مايسة أحمد النيال**" **وعفاف محمد عبد المنعم** (٢٠٠٧) أَنَ علماء الاقتصاد يصفون المسنين بأنهم: "تلك الجماعية الهامشية التي تنقصها القدرة على الكسب، ويعتمدون على المعاشات والتأمينات والمساعدات الاجتماعية وغيرها من الإعانات التي لا تكاد تفي باحتياجاتهم"[١١٦] ويعتبر التقاعد Retirement هو المفهوم الاقتصادي للشيخوخة.

ومن الناحية التشريعية يُعَرِّف "**طلعت مصطفى السروجي، وماهر أبو المعاطي**" (٢٠٠٩) المسن بأنَّه: "الشخص الذي يبلغ السن المقررة لترك الخدمة وهي ٦٠ سنةً للموظفين، ويستثنى ذلك

(*) (أ) الكهل: هو من خط الشيب، واختلف الباحثون في تحديد سنوات الكهولة، فمنهم من حددها بسن ٣٣-٥٠ سنة، ومنهم من حددها بسن ٤٠-٦٠سنة ومنهم من حددها بسن ٦٥ إلى ٧٥سنة.
(ب) الشيخ: هو من انتهى شبابه، وظهر عليه الشيب، وهو فوق الكهل ودون الهرم.
(ج) الهرم: بفتح الهاء وكسر الراء، وهو من بلغ أقصى العمر والضعف.
(د) المعمر: هو من عاش طويلاً، وأدرك أرذل العمر، وهو سن المائة وما بعدها.

العاملين الذين تقضي قوانين التقاعد والتأمينات مد فترة خدمتهم لفترة أخرى".(١١٧)

مما سبق يتضح أَنَّه ليس هناك معيار واحد يمكن الاعتماد عليه في الحكم على من هو المسن، خاصة وأَنَّ كبر السن ليس حقيقةً بيولوجيةً أو سيكولوجيةً أو سوسيولوجيةً، ولكن يرجع لتداخل كل تلك المعايير التي تكون في مجموعها معايير للحكم على المسن، وهذا يؤكد على أن استخدام أكثر من معيار للحكم على الشيخوخة يعتبر أمراً هاماً لتحديد هذه المرحلة.(١١٨)

وعلى الرغم من وجود العديد من الاختلافات بين الباحثين حول مفهوم المسنين في الاهتمام بجانب دون آخر، إلا أَنَّ هناك بعض جوانب الاتفاق بين هذه التعريفات والتي يمكن تلخيصها فيما يلي:

١- إنَّ هناك تغيرات تحدث في وظائف الكائن الحي.

٢- إنَّ هذه التغيرات لا تطرأ فجأةً بل تحدث نتيجة للعديد من التراكمات الزمنية والبيولوجية والعقلية والسيكولوجية والاجتماعية التي يمر بها الفرد في حياته.

٣- إنَّ العمر الزمني غير كافٍ وحده كمؤشر لتفسير هذه التغيرات التي تطرأ على المسن.

٤- إنَّ المسنين بحاجة إلى التوافق مع تلك التغيرات المصاحبة لتقدمهم في العمر.

ولقد قام العديد من العلماء والباحثين بالتركيز على المفهوم الشامل للمسن من خلال النظرة الشمولية المتكاملة لخصائصه ومواصفاته.

حيث يُعَرِّف **"Mark" (2005)** الشيخوخة بأَنَّها: "المرحلة التي بموجبها يكون الفرد الأكبر سناً في حالة احتياج وعوز مستمر لأنواع الرعاية المختلفة".(١١٩)

كما نَهَجَ هذا النهج كُلاً من "**الهام إسماعيل ومدحت قاسم**" (٢٠٠٧) المسن حيث قاما بتعريف المسن بأَنَّه: "الشخص الذي يبلغ من العمر سناً معيناً (٦٠، ٦٥) عاماً فأكثر أو هو الشخص الذي يبدو عليه آثار وملامح وسمات وخصائص المسن سواء كانت مظاهر جسمية أو نفسية أو عقلية أو اجتماعية".(١٢٠)

وتنظر الخدمة الاجتماعية للشيخوخة والمسنين على أنها ظاهرة فردية اجتماعية لها احتياجاتها الخاصة، وتتطلب أساليب مميزة لمساعدتها على نواحي القصور (الجسمي والعقلي والنفسي والاجتماعي) وبما يتناسب والمواقف الاجتماعية الخاصة وأهداف المؤسسة.(١٢١)

وتقصد الباحثة بمفهوم المسنين في هذه الدراسة الآتي:

١- هم الذين يبلغون من العمر ستون عاماً فأكثر.

٢- يواجه المسنين مشكلات متعددة نتيجة مرحلة كبر السن.

٣- تقدم للمسنين العديد من البرامج التي استخدمت نظريات ونماذج علمية حديثة في خدمة الفرد

وذلك سعياً لتحقيق الدمج الاجتماعي للمسن وتوفير الأمان الاجتماعي له، وتفعيل دوره ومكانته في المجتمع، مما يسهم في تخفيف المشكلات لديه.

٤- يحتاج المسنين للعديد من الخدمات الفردية المستقبلية التي يمكن مساعدتهم من خلالها علي حل مشكلاتهم المتعددة مواكبة لتطور وتغير المجتمع.

[٢] مفهوم الآليهMechansim:

جاء مفهوم الآلية في اللغة العربية من الفعل (آلي) بمعنى: عظم قسمه.(١٢٢)

وتعني في اللغة الإنجليزية Mechansim وهي طبيعة تركيب الأجزاء في آلة ما أو في شيء يشبهها.(١٢٣)

كما أنه يشير إلى أي ترتيبات أو بناء أو تعاقب أو تسلسل الأفعال والاستجابات والاتجاهات والأنماط الثقافية أو الأوضاع الاجتماعية أو أي وحدات أخرى، ويكون من شأنها تسهيل إنجاز أهداف بعينها أو وظائف أو حاجات أو عمليات.(١٢٤)

ويستخدم هذا المصطلح في الدراسات المستقبلية تحت مسمى أسلوب أو أداة.(١٢٥)

وتقصد الباحثة بمفهوم الآليات في الدراسة الحالية بأنه: إجراءات يمكن من خلالها تحقيق الأهداف (وتتضمن استراتيجيات وتكتيكات وادوار و ادوات ومهارات الاخصائي الاجتماعي لانجاح الرؤية المستقبلية في تطوير ممارسة خدمة الفرد مع المسنين).

[٣] مفهوم الرؤية المستقبلية The Vision Of Future(١٢٦):

وتعرف بانها" ماتتخيله او تأمل ان يكون عليه الامر اذا كانت الامور مختلفة تماما عن الطريقة التي هي عليها الان".

ايضا هي" كل مايمكن رؤيته من مكان او موضع معين ".

وتشير ايضا الي "الاهداف والمقاصد المعلنة لفعل ما ".تجاه اشخاص او منظمة ما.

وتقصد الباحثة بمفهوم الرؤية المستقبلية في هذه الدراسة الآتي:

الوصول لرؤية مهنية لتطوير ممارسة طريقة خدمة الفرد للتخفيف من مشكلات المسنين. وذلك من خلال تحليل مضمون للدراسات السابقة التي استخدمت نماذج ونظريات خدمة الفرد مع المسنين.

خامساً: منهجية البحث:

ينتمي البحث الحالي إلى البحوث التحليلية، لتحليل مضمون أحدث البحوث العالمية والعربية التي تناولت موضوع أحدث النماذج والنظريات العلمية في خدمة الفرد للتخفيف من مشكلات

المسنين في الفترة من ٢٠٠٠ وحتى ٢٠١٨، باستخدام دليل تحليل المضمون ببعديه الكمي الذي قام على رصد عدد مرات تكرار الفئات التحليلية في المضمون، والكيفي الذي قام على وصف بعض جوانب الفئات التحليلية غير القابلة لعد مرات تكرارها، والتي تحتاج في ذات الوقت للتوصيف أكثر من الكمية للوقوف على مضمونها ومحتواها، ليتحقق بذلك الهدف من البحث. وقد تم إتباع الإجراءات التالية لتحليل المضمون:

أ- **إطار التحليل:** للبحوث العالمية التي تناولت أحدث النماذج والنظريات العلمية في خدمة الفرد للتخفيف من مشكلات المسنين من بحوث ورسائل عالمية، وبحوث عربية من مؤتمرات ومجلات ورسائل جامعية.

ب- **عينة مادة التحليل:** تمثل الإطار الزمني لمادة التحليل في الفترة من عام ٢٠٠٠ وحتى عام ٢٠١٨، وهي تمثل العقد الأول من القرن الحادي والعشرين وبالتالي تتوفر الحداثة النسبية، وهي أحد متطلبات البحث الحالي، أما الإطار المكاني، فقد تضمن (٤٣) بحث منهم (٣٧) مجلة/ دورية علمية اجنبية و(٣) عربي وكذلك (٣) من رسائل الدكتوراه.

ج- **فئات التحليل:** تم الاعتماد في هذا البحث على فئات التحليل الآتية:

- وفقاً لنوع البحث (بحوث أو رسائل جامعية).
- وفقاً لسنوات نشر البحث.
- وفقاً لمصدر البحث (مجلات- دوريات- رسائل علمية- مؤتمرات).
- وفقاً لعدد الباحثين المؤلفين والمشاركين في إنجاز/ إخراج البحث.
- وفقاً لموضوع البحث (المداخل والنظريات العلمية).
- وفقاً لمشكلات المسنين في البحث.
- وفقاً لنوع الدراسة في البحث.
- وفقاً للأدوات المستخدمة في البحث.
- وفقاً للفترة الزمنية للبحث.
- وفقاً لعدد المبحوثين في البحث.
- وفقاً لنوع المبحوثين (ذكور/ إناث) في البحث.
- وفقاً للعمر الزمني لعينة البحث.

د- **وحدة التحليل:** اعتمد البحث الحالي بشكل أساسي على وحدة الموضوعات وهي من الوحدات الكبرى للمضمون.

سادساً: البحوث العالمية والعربية حول أحدث النماذج والنظريات العلمية في خدمة الفرد للتخفيف من مشكلات المسنين:

أ- البحوث العالمية والعربية التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي مع المسنين:

١- دراسة Andersson, Gerhard & Others (2005)[١٢٧]:

دراسة آثار العلاج السلوكي المعرفي للمسنين المصابين بتهيؤات سمعية (اقل من ٦٥ سنة) وتم استدعاء ٣٧ مسن للمقابلة وبعد الاستبعاد تبقى ٢٣ مبحوث في التجربة وخضع جميع المبحوثين لفحص أنف وأذن وحنجرة وقياس سمع ومطابقات طنين. وتم استعمال تصميم عشوائي محكوم مع مجموعة ضابطة على قائمة الانتظار. قدمت حزمة علاج سلوكي معرفي في ٦ جلسات جماعية أسبوعية مدتها ساعتين، تم قياس المخرجات باستعمال اختبارات ذاتية الرصد موثوق وتصنيفات يومية للإزعاج والصوت المرتفع وجودة النوم لمدة أسبوع قبل العلاج وبعد العلاج وأجريت متابعة بعد ٣ شهور حيث تلقى كل المبحوثين العلاج ولكن بصورة اقصر بالنسبة للمجموعة الضابطة. أوضحت النتائج انخفاضات معنوية احصائياً للضيق الناتج عن التهيؤات السمعية أو الطنين، وبالتالي تعطي النتائج بعض التأييد لاستعمال العلاج السلوكي المعرفي للمسنين المصابين بتهيؤات سمعية أو طنين.

٢- دراسة Floyd, Mark & Others (2006) [١٢٨]:

تناولت هذه الدراسة ثبات مكتسبات العلاج بعد تلقي العلاج المعرفي بالكتب أو العلاج النفسي المعرفي الفردي للاكتئاب لدى المسنين، حيث أجريت متابعة مدتها عامين لـ ٢٣ مبحوث من خلال مقارنة نتائج ما قبل وما بعد العلاج مع نتائج المتابعة على اختبار تصنيف هاملتون للاكتئاب واختبار اكتئاب الشيخوخة. أوضحت النتائج أن مكتسبات العلاج ظهرت منذ نقطة البداية وحتى المتابعة بعد عامين وتم الحفاظ عليها وفقاً للمقياسين ولم يحدث انخفاض معنوي بعد العلاج وحتى المتابعة. لم توجد فروق معنوية بين العلاجات على القياسين في موعد المتابعة بعد عامين ولكن مبحوثي العلاج بالكتب حدث لديهم تكرار أعلى للاكتئاب خلال فترة المتابعة.

٣- دراسة Caudle, Donald D& Others (2006) [١٢٩]:

يهدف البحث الحالي لتحديد الاستجابة الفارقة للعلاج السلوكي المعرفي الجماعي للمصابين بالقلق العام من المسنين،واكدت النتائج أن حدة اضطراب القلق العام والتمسك بالمهام المنزلية

والمرض النفسي تتحسن معنوياو احصائياً.وذلك باستخدام اختبار الحالة العقلية المصغر MMSE والذي تنبأ بفوارق عند نقطة البداية من حيث حدة الأعراض والتحسن الذي اعقب العلاج السلوكي المعرفي أفضل من عوامل التنبؤ الأخرى. و تمت دراسة السمات المبدئية عن نقطة البداية في عينة مكونة من ٢٠٨ مسن مشخصين باضطراب القلق العام، وتم اختبار مؤشرات الاستجابة للعلاج في عينة فرعية مكونة من ٦٥ مريض ممكن استكملوا العلاج المعرفي السلوكي. وأشارت نتائج الدراسة فروق الأداء في جزئية التوجه في اختبار MMSE بالمخرجات بعد ٦ أشهر من التدخل بالعلاج السلوكي المعرفي.

٤- دراسة Stanley, Melinda A & Others (2009)[١٣٠]:

الهدف هو دراسة تأثيرات العلاج السلوكي المعرفي النسقي بالمقارنة بالرعاية المعتادة المحسنة EUC لدى المسنين المصابين باضطرابات القلق العام في أماكن الرعاية الاولية. وهي تجربة عيادية عشوائية والمبحوثين ١٣٤ مسن (متوسط عمري ٦٦.٩ سنة) منذ مارس ٢٠٠٤ لأغسطس ٢٠٠٦ في بيئتين للرعاية الاولية. تم تقديم العلاج لمدة ٣ اشهر واجريت التقييمات عند البداية وبعد العلاج (٣ شهور) وعلى مدار ١٢ شهر متابعة مع تقييمات في الاشهر السادس والتاسع والثاني عشر والخامس عشر. أجرى التدخل بالعلاج السلوكي المعرفي (ن= ٧٠) في عيادات الرعاية الأولية. اشتمل العلاج على التوعية والوعي ومقابلات تحفيزية وتدريب على الاسترخاء والعلاج المعرفي والتعرض والتدريب على مهارات حل المشكلات والتحكم السلوكي في النوم. وتحددت المخرجات الرئيسية على حدة القلق (استبيان بين للقلق)، حدة اضطراب القلق (اختبار قياس حدة القلق). أما المخرجات الثانوية فشملت تصنيفات القلق (اختبار قياس القلق لهاملتون، اختبار بيك للقلق)، وأعراض الاكتئاب المصاحبة (اختبار بيك للاكتئاب- ٢) وجودة الحياة الصحية العضوية والنفسية (اختبار الصحة المختصر المكون من ١٢ عبارة). النتائج: أدى العلاج السلوكي المعرفي مقارنة بالرعاية المعتادة المحسنة لتحسين حدة القلق ٤٥.٦ مقابل ٥٤.٤ بالترتيب، وأعراض الاكتئاب ١٠.٢ مقابل ١٢.٨، والصحة العقلية العامة ٤٩.٦ مقابل ٤٥.٣ ،وبالتالي فقد: حقق العلاج السلوكي المعرفي النسقي مقارنة بالرعاية المعتادة المحسنة تحسناً أكبر في حدة القلق وأعراض الاكتئاب والصحة العقلية العامة للمسنين مرضى اضطراب القلق في الرعاية الأولية.

٥- دراسة McLaughlin, Deirdre P; McFarland, Ken (2011) [١٣١]:

استهدفت الدراسة الحالية اختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التحكم في نوبات الصرع

وتحسين الأداء النفسي الاجتماعي للمسنين المصابين بالصرع، وقيمت هذه الدراسة فعالية برنامج علاجي مدته ٦ أسابيع بحل المشكلات لمسنين محليين مصابين بالصرع أعمارهم فوق ٦٠ سنة. تم توزيع ٣٧ مبحوث عشوائياً على مجموعة العلاج بحل المشكلات أو على مجموعة ضابطة. تم استكمال مقاييس الاكتئاب والأداء النفسي الاجتماعي وتقلب المزاج وتكرار نوبات الصرع قبل وبعد التدخل. وانخفض تكرار نوبات الصرع في مجموعة العلاج مقارنة بالمجموعة الضابطة. وتشير النتائج أن العلاقة بين تكرار النوبات والسلامة النفسية الاجتماعية والسلامة النفسية للمسنين تتطلب مزيد من الدراسة ورغم عدم وجود فروق معنوية بين المجموعات على مستوى مقاييس الاكتئاب والأداء النفسي الاجتماعي فكلا المجموعتين تحسنت عن نقطة البداية.

٦- دراسة Rebecca L.Gould & Others (2012) [١٣٢]:

استهدفت الدراسة الحالية اختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي في الحد من اضطرابات القلق لدى كبار السن. هي دراسة تحليلية نقدية أدرجت ١٦ دراسة لمعرفة حجم تأثير العلاج المعرفي على اضطرابات القلق مع المقارنة بين كبار السن من الناس ومن هم في سن العمل. وأوضحت نتائج الدراسة فعالية العلاج المعرفي السلوكي للحد من اضطرابات القلق لدى كبار السن ولكن كان أقل فعالية في كبار السن من الناس وأكثر مع من هم في سن العمل، وأوضح أن انتشار القلق لدى كبار السن يتراوح ما بين ٣.٢% منهم. وأن اضطراب القلق العام (GAD) أو الرهاب هي الأكثر انتشاراً. في حين كان تقدير أقل لكل من اضطراب ما بعد الصدمة والإجهاد (PTSD) واضطراب الهلع (PD)، واضطراب الوسواس القهري (OCD) فهم أقل انتشاراً، وأشارت النتائج أن اضطراب القلق لدى كبار السن يؤثر على نوعية الحياة المرتبطة بالصحة وزيادة العجز وسوء الرعاية الصحية، وتوصي الدراسة بالاهتمام بالعلاج المعرفي السلوكي (CBT) فهو مؤثر جيد على العوامل النفسية والبيولوجية والجسدية والاجتماعية المشاركة في تطوير والحد من اضطرابات القلق لدى هذه الفئة من السكان.

٧- دراسة Lichstein, Kenneth L& Others (2013)[١٣٣]:

تهدف هذه الدراسة لاختبار جدوى وفعالية Telehealth(الرعاية الصحية عن بعد) في علاج المسنين مرضى الارق والاكتئاب في منطقة ألاباما الريفية. وتم تلقى ٥ مرضى ١٠ جلسات للعلاج المعرفي السلوكي للأرق والاكتئاب. وتم اشراك المبحوثين في العلاج عبر برنامج Skypeمن

عيادات الأطباء القائمين على الرعاية الأساسية لهم. أجريت التقييمات عند البداية وبعد العلاج و متابعة شهرين بعد العلاج. اما النتائج: فقد أظهر المرضى تحسناً اكلينيكياً معنوياً في الأرق والاكتئاب بعد العلاج وهذه المكتسبات تم الحفاظ عليها في المتابعة. و تشير هذه البيانات الأولية أن telehealth قد تكون وسيلة فعالة لتقديم العلاج للمسنين ومنهم الفئات التي لا تحصل على خدمات كافية.

٨- دراسة Mohlman, Jan& Others (2013) [١٣٤]:

تشمل الدراسة الحالية احدى المقاييس الاوسع انتشاراً لانحياز الانتباه وهو the dot- probe. المبحوثون من المسنين غير المصابين بالضيق أو القلق وكذلك من المشخصين على أنهم مصابين بالقلق. قامت عينة المرضى باستكمال العلاج المعرفي السلوكي أو كانوا ضمن مجموعة ضابطة على قائمة الانتظار ثم بعد ذلك تم تطبيق the dot- probe مرة ثانية. أوضحت النتائج أن القلق الاكلينيكي ليس له أهمية خاصة على انتشار الانتباه وهوما يلقي بالشك على عمومية انحياز الانتباه لدى مرضى الضيق والقلق المسنين. رغم عدم وجود انحيازات متعلقة بسوء التكيف سواء حيال كلمات التهديد أو الاكتئاب قبل العلاج ومع هذا كان هناك انخفاض معنوي هامشي في الانحياز نحو كلمات التهديد عقب العلاج المعرفي السلوكي.

٩- دراسة O'Connor, Maja& Others (2014)[١٣٥]:

تهدف الدراسة لمعرفة تأثير العلاج المعرفي السلوكي المعتمد على اليقظة MBCT على الحد من أعراض الاكتئاب والحزن المتفاقم والضغط ما بعد الصدمات والذاكرة العاملة لدى المسنين المفجوعين ممن يعانون من ضغط طويل الاجل مرتبط بالفجيعة أو الفقد. تم استعمال تصميم دراسة استطلاعية محكومة وغير عشوائية في عينة من المسنين المفجوعين بمتوسط عمري ٧٧ سنة ممن يعانون من ضغط طويل الاجل مرتبط بالفجيعة. تمت مقارنة النتائج بين الافراد الذين أتموا العلاج الطبيعي تدخل MBCT (ن= ١٢)، ومجموعة ثانية للحصول على العلاج (ن= ١٨)، ومجموعة ضابطة على قائمة الانتظار (ن= ١٨) قبل وبعد التدخل وفي المتابعة بعد ٥ شهور. والمقارنة مع المجموعة الضابطة كشفت أن مجموعة MBCT قللت من أعراض الاكتئاب بشكل كبير لدى من أكملوا التدخل في المتابعة. وأظهر ٥٠% من مبحوثي مجموعة التدخل الذين أتموا العلاج أعراض أخف للاكتئاب بعد التدخل.

١٠- دراسة Natalie E. Hundt & Others (2014) [١٣٦]:

الدراسة الحالية هي دراسة تجريبية عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي في إدماج المرأة

المسنة في التنمية، وكانت عينة الدراسة ١٥٠ من كبار السن الذين تم اختيارهم بصورة عشوائية لتلقي ١٠ جلسات من العلاج المعرفي السلوكي. وتوصلت الدراسة أن إنجاز الواجبات المنزلية وعدد من الدورات أدى لانخفاض شدة القلق والاكتئاب لدى المسنات واستغرق ذلك مدة ١٦ شهر على PSWQ.A ، واتفقت هذه النتائج إلى حد كبير مع الدراسات التي طبقت على عينة من الأصغر سناً من البالغين.

١١- دراسة Nicole Epaugh & Others (2014) [١٣٧]:

تشير نتائج تجارب عشوائية محكومة بأن العلاج بمساعدة الإنترنت وتقديم (العلاج المعرفي السلوكي بالإنترنت) (ICBT) هو فعال في علاج الاكتئاب. وذلك لكون وسيلة جديدة لتقديم العلاج المعرفي السلوكي، وتهدف الدراسة الحالية لمساعدة مقدمي الخدمات الطبية حول كيفية توفير (ICBT) بمساعدة المعالج في الممارسات السريرية، وقد تم اختيار عينة الدراسة من الذكور البالغين الأكبر سناً الذين حصلوا على ١٢ وحدة من (ICBT) بمساعدة المعالج للاكتئاب على مدار ٥ أشهر. وتم تقييم تقدم العلاج عن طريق استبيانات التقرير الذاتي و قياس الاكتئاب والقلق والتكيف وتمشياً مع الأدلة البحثية. وقد لوحظ تحسن كبير على جميع التدابير في خفض أعراض القلق والاكتئاب لدى المسنين وارتياحهم لبرنامج (ICBT) بمساعد المعالج، وتوصي الدراسة بزيادة البحوث المستقبلية لتخفيز اهتمام الأطباء في توفير (ICBT) بمساعدة المعالج.

١٢- دراسة Stanley, Melinda A. & Others (2014)[١٣٨]:

تناولت الدراسة الحالية تأثيرات العلاج المعرفي السلوكي للمسنين المصابين باضطراب القلق. عدد المبحوثين ٢٢٣ مسن بمتوسط عمري ٦٦,٩ سنة مصابين باضطراب القلق وتم اختيارهم من عيادات الرعاية الأولية في موقعين،وبدأ التقييم في البداية وبعد ٦ شهور. اشتمل العلاج السلوكي المعرفي في حالتي BLP، PLPنماذج مركزية وانتقائية (٣ شهور: تدريب مهاري، ٣ شهور استعراض مهاري) يتم تقديمها بشكل شخصي وبواسطة الهاتف وفقاً لاختيار المريض. النتائج: العلاج المعرفي السلوكي في مجموعتي BLP, PLPيحسن من حدة حالة اضطراب القلق لدى المسنين على مقياس حدة حالة الاضطراب، والقلق (اختبار القلق لسبيلبرج، دليل المقابلة الشخصية لهاملتون)، الاكتئاب (استمارة استبيان صحة المريض)، الأرق (اختبار حدة الأرق)، جودة الصحة العقلية (استمارة قصيرة) مقارنة بالرعاية العادية. وتوصي الدراسة مقدمي الرعاية الصحية العقلية بتقديم علاج معرفي سلوكي فعال.

١٣- دراسة Marino, Patricia& Others (2015) [١٣٩]:

وتهدف الدراسة الحالية للتاكد من فعالية العلاج المعرفي السلوكي كمدخل علاجي نفسي لعلاج الاكتئاب لدى المسنين، ويتناول مفاهيم اليقظة ومهارات التقبل لعلاج الاكتئاب لدى المسنين من المرضى. وتؤيد النتائج أن التدخل الموجز لمدة ١٢ أسبوع كان فعالاً في تحقيق تغير اكلينيكي معنوي في الاكتئاب وجودة الحياة عند استكمال العلاج والمتابعة. هذا يشير أن اليقظة ومهارات التقبل مع مهارات العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن تكون تدخلاً فعالاً لعلاج الاكتئاب لدى المسنين المصابين بأمراض عضوية مزمنة.

١٤- دراسة Titov, Nickolai& Others (2016)[١٤٠]:

تهدف التجربة العشوائية الحالية RCTالي دراسة الفعالية والمخرجات طويلة المدى للعلاج المعرفي السلوكي عبر الانترنت، بتوجيه المعالج النفسي ICBT للمسنين فوق ٦٠ سنة ممن لديهم أعراض اكتئاب. وتم توزيع المبحوثين عشوائياً على مجموعة علاجية (ن= ٢٩)، ومجموعة ضابطة على قائمة انتظار العلاج (ن= ٢٥)، وبدأ ٢٧ مبحوث من مجموعة العلاج تطبيق العلاج المعرفي السلوكي عبر الانترنت بتوجيه المعالج النفسي و ٧٠% اتموا العلاج في ٨ أسابيع وقدم ٨٥% منهم بيانات بعد انتهاء العلاج. تكون العلاج من كورس من خمس دروس عبر الانترنت مع تواصل موجز أسبوعي مع معالج نفسي اكلينيكي وذلك على مدار ٨ اسابيع. كانت أداة قياس المخرجات الأولية هي استمارة استبيان صحة المريض مكونة من ٩ عبارات PHQ- 9 وهي مقياس لأعراض وشدة الاكتئاب. ولوحظ نتائج منخفضة على مقياسPHQ- 9،وعلى مقياس الضيق (اضطراب الضيق العام) في مجموعة العلاج مقارنة مع المجموعة الضابطة بعد العلاج. حافظت مجموعة العلاج على هذه النتائج الاقل في مراحل المتابعة بعد ٣اشهر،ثم بعد ١٢ شهر، وتم تصنيف العلاج المعرفي السلوكي عبر الانترنت بتوجيه المعالج النفسي على أنه مقبول لدى المبحوثين.

١٥- دراسة Shannon L. Jones & Others (2016) [١٤١]:

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد فعالية العلاج المعرفي السلوكي وتوفير الإنترنت (ICBT) لكبار السن الذين يعانون من اضطراب القلق العام (GAD)، أو (GAD) تحت الإكلينيكي. وتم اختيار عينة الدراسة للحصول على سبع وحدات من (ICBT)(ن=٢٤) أو إلى حالة قائمة الانتظار (WLC). وجاءت النتائج تشير إلى التحسن السريع في أعراض القلق والاكتئاب لدى المشاركين في حالة (ICBT) نسبة إلى (WLC).كما تم الانخفاض في أعراض القلق العام خلال شهر من المتابعة. كما تم تحقيق درجات أعلى من مصداقية العلاج بعد تكرارها والحصول على

آثار أفضل ولكن بدون (ICBT) كان غير متوقع تحسن مع مرور الوقت، مما يدعم النتائج المرتبطة بفعالية (ICBT) لعلاج كبار السن (GAD) أو اضطراب القلق العام.

ب- البحوث العالمية والعربية التي تناولت العلاج السلوكي مع المسنين:

١٦- دراسة Lynch, Thomas R& Others (2007) [١٤٢]:

تم استعراض دراستين لاستخدام العلاج السلوكي مزدوج الشعب القياسي DBT لعلاج الاكتئاب واضطرابات الشخصية لدى المسنين. تناولت **الدراسة الاولي** ٣٤ فرد مكتئب بشكل مزمن أعمارهم ٦٠ سنة فأكثر ممن تم توزيعهم عشوائياً لتلقي علاج مضاد للاكتئاب لمدة ٢٨ أسبوع بالاضافة للعلاج الاكلينيكي سواء بمفرده MED أو باضافة تدريب على مهارات العلاج السلوكي مزدوج الشعب القياسي DBT وجلسات تدريب منتظمة عبر الهاتف (MED+ DBT). أما **الدراسة الثانية** فحوت مرحلتين للعلاج: المرحلة ١: تجربة مفتوحة مدتها ٨ أسابيع للعلاج بمضادات الاكتئاب (ن= ٦٥)، المرحلة ٢: تجربة عشوائية مدتها ٢٤ أسبوع لكل من MED+ DBT مقابل MED وحده لمن فشلوا في الاستجابة للعلاج في المرحلة ١ (ن= ٣٧). وأظهرت **الدراسة الاولي** أن ٧١% من مرضى MED+ DBT شفوا في مرحلة ما بعد العلاج على العكس من ٤٧% من مرضى MED. وصار هذا فارق معنوي في المتابعة بعد ٦ شهور بينما وصل ٧٥% من مرضى MED+DBTللشفاء مقارنة بـ ٣١% فقط من مرضى MED. وأظهرت **الدراسة الثانية** أنه بعد مرور ٨ أسابيع على العلاج بعلاج مضادات الاكتئاب وحده (المرحلة ١) حقق ١٤% من العينة ٥٠% انخفاضاً في نتائج اختبار هاملتون لتصنيف الاكتئاب. وأوضحت نتائج المرحلة ٢ في المتوسط ان مجموعة MED+ DBT حققت الشفاء من الاكتئاب بحلول موعد التقييم الجماعي اللاحق وحافظت على المكتسبات في حين لم تبلغ مجموعة MED التعافي حتى موعد تقييم المتابعة. تثبت النتائج تفوق MED+ DBT مقارنة بالعلاج الطبي وحده من حيث الحساسية الاجتماعية والعدائية الاجتماعية بعد العلاج بمدة ٦ اشهر. كما تشير نتائج الدراستين أن تطبيق DBT القياسي لعلاج اضطرابات الاكئتاب الكبرى أو اضطرابات الاكتئاب الكبرى+ اضطرابات الشخصية لدى المسنين ممكناً ومقبولاً وواعد من الناحية الاكلينيكية.

١٧- دراسة Burton, Catherine Louisa (2007)[١٤٣]:

يتمثل الغرض من هذه الدراسة الحالية في تناول مستوى الأداء الإدراكي كمؤشر على أداء الأشخاص المسنين لقياس قدراتهم على حل مشكلات الحياة اليومية من خلال مجموعة من ثلاثة

دراسات استكشافية.طبقت الدراسة علي مجموعة من الأشخاص المسنين غير المصابين بالخرف، تتفاوت أعمارهم بين ٦٢ عام و٩٢ عام وذلك علي اختبار المشكلات اليومية EPT، وهو عبارة عن معيار لقياس القدرة على حل مشكلات الحياة اليومية والتي تتناول الأنشطة الروتينية للحياة اليومية IADLS. والجدير بالذكر أن نتائج أداء اختبار المشكلات اليومية EPT قد تفاوتت وفقاً للسن والحالة الإدراكية والتعليم.كما أن زمن رد الفعل RT الأبطئ والأكثر تقلباً كانا مقترنين بالقدرات الأقل في حل المشكلات اليومية. وأخيراً فإن التقلب في زمن رد الفعل RT كان بمثابة مساهمة فريدة من نوعها في توقع أداء اختبار المشكلات اليومية EPT لمدة عامين، وذلك مع التقدم في السن والتعليم والعديد من التغيرات في مختلف القدرات الإدراكية.

ج- البحوث العالمية والعربية التي تناولت العلاج الروحاني مع المسنين:

١٨- دراسة Amy H. Peterman & Others (2002)[١٤٤]:

تهدف الدراسة إلى إثبات صحة العلاقة بين الدين والقيم الروحية وتحسين الحالات الصحية مع المرضى المسنين بالأمراض المزمنة، وتم اختيار عينة من مرضى السرطان من المسنين. وأوضحت نتائج الدراسة فعالية العلاج الروحاني في تحقيق الاتساق الداخلي للمسن وتغيير نوعية الحياة ومدى فعالية الدين والقيم الروحية في تعديل حياة الأشخاص المسنين الذين يعانون من السرطان والأمراض المزمنة الأخرى.

١٩- دراسة Nelson- Becker, H. (2012) [١٤٥]:

وتكشف تلك الدراسة على التكيف الديني في عينة من ٧٩ فرد من الأمريكان الأوروبيين والافارقة من كبار السن المقيمين في المناطق الحضرية.وتصف الدراسة الجذور الدينية للخدمة الاجتماعية، وتفرق بين الدين والروحانية لكبار السن، وتؤكد النتائج كيفية توظيف كبار السن الاستراتيجيات الدينية للتعامل مع تحديات الحياة. والتي أشارت إلى أن الدين هو مصدر التكيف الهام لكثير من كبار السن، كما تشير نتائج الدراسة إلى دورالأخصائيين الاجتماعيين في دعم التكيف الديني والروحاني للمسنين.

٢٠- دراسة Capcioglu, I., Bilgin, O. (2012) [١٤٦]:

تهدف إلى دراسة العلاقة بين الدراسات الدينية والخدمة الاجتماعية وذلك من خلال دراسة الروحانية والدين وعلاقتهما بالشيخوخة، وأوضحت أن دراسة الروحانية والشيخوخة تمر بأربع مراحل تاريخية بدءاً من أصول طائفية إلى الاحتراف والعلمية إلى تجدد الاهتمام ثم إلى المرحلة الحالية

التي تتميز بتجاوز الحدود. وتشمل موضوعات الدراسة مجموعة واسعة من وجهات النظر الدينية الروحية وغير الدينية والجماعات الثقافية ومجالات الحياة المختلفة. كما أكدت الدراسة أن هناك زيادة اهتمام في مجال البحوث والتعاون الدولي على الروحانية مع الشيخوخة. وتشمل الاحتمالات البحثية المستقبلية اهمية الروحانية لكبار السن، والروحانية فيما يتعلق بالممارسة المهنية المباشرة والأخلاق المهنية ومستوى الخدمة الاجتماعية ككل.

د- البحوث العالمية والعربية التي تناولت العلاج المتمركز حول العميل مع المسنين:

٢١- دراسة جيهان سيد بيومي القط (٢٠١١) [١٤٧]:

تهدف الدراسة إلى اختبار ممارسة العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد لتخفيف الشعور بالاغتراب لدى المسنات. وهذه الدراسة من الدراسات التجريبية التي اعتمدت على التجربة القبلية البعدية لمجموعتين تم اختيارهم بطريقة عشوائية من (٢٠ مسنة)، (١٠) مجموعة تجريبية و(١٠) مجموعة ضابطة ممن لديهم شعور بالاغتراب. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى فعالية برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد، مما أدى إلى تخفيف شعور المسنات بالعزلة الاجتماعية،ومساعدتهن على التواجد في التجمعات، والظهور في الأماكن العامة، والميل لتكوين صداقات مع الآخرين، والقدرة على التواصل مع الآخرين، وشغل أوقات الفراغ.

هـ- البحوث العالمية والعربية التي تناولت العلاج العقلاني الانفعالي مع المسنين:

٢٢- دراسة أماني سعيد فوزي (٢٠٠٩) [١٤٨]:

وتستهدف الدراسة اختبار مدى فعالية استخدام العلاج العقلاني الانفعالي في خدمة الفرد وتحسين تقدير الذات لدى المسنات في دور رعاية المسنين. تم تطبيق الدراسة على عدد (١٠) سيدات كمجموعة تجريبية بدار رعاية المسنين بامبابة، وتوصلت الدراسة إلى تأكيد فعالية استخدام العلاج العقلاني الانفعالي في خدمة الفرد في تحسين تقدير الذات لدى المسنات من عينة الدراسة في دور رعاية المسنين.

و- البحوث العالمية والعربية التي تناولت العلاج الواقعي مع المسنين:

٢٣- دراسة محمد طه احمد جاهين (٢٠١٨) [١٤٩]:

وتستهدف الدراسة اختبار مدى فعالية استخدام العلاج الواقعي في تحسين الاداء الاجتماعي للمسنين، دراسة تجريبية على ١٠ حالات من المسنين،وتم تطبيق مقياس الاداء الاجتماعي

للمسنين.واكدت نتائج الدراسة فعالية استخدام العلاج الواقعي في تحسين الاداء الاجتماعي للمسنين.

ز- البحوث العالمية والعربية التي تناولت نموذج حل المشكلة مع المسنين:

٢٤- دراسة Kleftaras, George (2000) [١٥٠]:

تتناول الدراسة العلاقات بين أعراض الاكتئاب لدى المسنين وكل من ١. القدرة المعرفية على حل المشكلات الاجتماعية و٢. قوة وتكرار وقوع أحداث سارة وغير سارة. قامت ٢٢٧ سيدة مسنة شبه مودعات في مؤسسات رعاية للمسنين (أعمار ٦٤- ٩٤ سنة) بالإجابة على استبيان أعراض الاكتئاب، واختبار حل المشكلات (الغاية- الوسيلة)، وجداول الأحداث السارة وغير السارة للمسنين. وقد أشار تحليل الارتداد أن هذه المتغيرات السلوكية والمعرفية الثلاثة تفسر حوالي ٥٠% من التباين في توقع الأعراض الاكتئابية. وكشفت النتائج أنه كلما زاد اكتئاب المسنات: ١. كلما انخفضت فعالية حل المشكلات الاجتماعية. ٢. كلما انخفض تكرار قابلية التمتع والتعزيز الملوس والرفض للأحداث غير السارة. ووفقاً للنتائج فإن اعراض الاكتئاب لم تكن مرتبطة بالعمر وطول مدة الايداع في مؤسسات الرعاية ولكنها ارتبطت معنوياً بالمشكلات الصحية.

٢٥- دراسة Howat, Susie; Davidson, Kate (2002) [١٥١]:

تهدف الدراسة الي اختبار الفرضية القائلة أن أداء حل المشكلات الاجتماعية لدى المسنين الإنتحاريين أضعف منه لدى المسنين المكتئبين مقارنة بالمجموعات الضابطة. تم استعمال تصميم قطاع عرضي، وتم تعديل مقياس قائم وهو MEPS(اختبار الوسيلة النهائية لحل المشكلات) وذلك كي يتناسب مع المسنين. وتم تطبيقه على ١٨ مسن حاولوا الانتحار خلال ١٤ يوم و ١٨ مسن يخضعون لعلاج الاكتئاب و٢٢ مسن يحضرون جلسات جماعية بالمجتمع المحلي. كان عمر المبحوثون ٦٥ سنة فأكثر، عقدت مقارنات من حيث الأداء على مقياس.MEPSوعند التحكم في مستوى الاكتئاب كان المرضى الانتحاريون الاقل في ايجاد وسائل للوصول لمخرجات معينة للمشكلات الاجتماعية مقارنة بالمجموعات الضابطة، ولم تكن هناك فروق بين مجموعات الانتحاريين والمكتئبين من حيث نتائج الأهمية. كما لم توجد فروق معنوية بين المجموعات من حيث متغيرات مخرجات الاختبار الأخرى، وارتبط الميل للانتحار لدى المسنين بالقصور في الأداء لحل المشكلات الاجتماعية التي لا يمكن تفسيرها بالكامل على أنها نتيجة الاكتئاب.

٢٦- دراسة Tsai, Hsiu- Hsin; Tsai, Yun- Fang (2007) [١٥٢]:

الهدف هو استطلاع خبرات حل المشكلات لدى مسنين يعيشون بمفردهم شرق تايوان. حيث يحظى المسنون الذين يعيشون بمفردهم شرق تايوان بنسبة اسهام منخفضة في برامج الدعم الاجتماعي الحكومي. وتوفير الرعاية الكافية لهذه الفئة يتطلب معرفة مشكلاتهم وكذلك كيف ومتى يطلبون المساعدة في حل مشكلاتهم. و تم استخدام بحث وصفي للتوصل لفهم اعمق لخبرات حل المشكلات للمسنين الذين يعيشون بمفردهم. و تم اختيار مسنين يعيشون بمفردهم (ن= ٩) من منطقة نائية في تايوان. وتم جمع البيانات مسجلة صوتياً من خلال مقابلات منظمة وتم تحليلها بواسطة تحليل المحتوى. واوضحت النتائج: استخدام المبحوثون مصادر داخلية وخارجية لحل المشكلات من خلال عملية تقدير، اشتملت مصادرهم الداخلية على التقدير الذاتي للحالة الصحية، استراتيجيات التكيف الوقائي، القدرة المرنة على التكيف والاعتياد على الوضع. أما مواردهم الخارجية فضمت الموارد البشرية والبيئية. واستناداً لخبراتهم المعاشة قدر المبحوثون فائدة الموارد الداخلية قبل اتخاذ القرار لطلب المساعدة من مصادر خارجية. وبالتالي في المجتمع الصيني يعتبر الحفاظ على التوازن بين الموارد الداخلية والخارجية آلية هامة للمسنين في حل المشكلات.و يمكن أن تحسن النتائج من فهم كل من صناع القرار ومقدمي الرعاية الصحية لخبرات حل المشكلات لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم في تايوان. ومن الناحية العملية يمكن استخدام هذه النتائج لتحسين استخدام المسنين لأنظمة الدعم في مجتمعاتهم المحلية.

٢٧- دراسة Alexopoulos, George S& Others (2011) (١٥٣):

تهدف الدراسة الي معرفة هل العلاج بحل المشكلات يقلل الاعاقة أكثر من العلاج الداعم لدى المسنين المصابين بالاكتئاب والخلل الوظيفي؟ وهل هذا التأثير يحدث بفعل تحسن أعراض الاكتئاب؟ وذلك لعينة من المسنين (٥٩ سنة فأكثر) مصابين باكتئاب وخلل وظيفي ما بين ديسمبر ٢٠٠٢ ونوفمبر ٢٠٠٧ ومتابعة لمدة ٣٦ أسبوع. ومدة التدخل١٢ جلسة لعلاج داعم لحل المشكلات للمسنين المكتئبين والمصابين بخلل وظيفي. وتم استخدام مقياس الإعاقة باستعمال جدول تقييم الإعاقة الصحية المكون من ١٢ عبارة. وطابق ٢٢١ مبحوث معايير الانضمام من اجمالي٦٥٣ مسن،وتم توزيعهم عشوائياً لتلقي العلاج بحل المشكلات والعلاج الداعم. أدى كلا العلاجين لتحسن ملموس في الاعاقة في الاسابيع الست الأولى من العلاج. وكان الفارق بين العلاج بحل المشكلات والعلاج الداعم اعلى لدى المرضى المصابين بإعاقة معرفية. توازى التراجع في الاعاقة مع تراجع في أعراض الاكتئاب، وكانت الميزة العلاجية للعلاج بحل المشكلات مقارنة بالعلاج الداعم راجعة جزئياً للتراجع في الاعاقة بفعل العلاج بحل المشكلات. و تقترح هذه النتائج

أن العلاج بحل المشكلات أكثر فعالية من العلاج الداعم في تقليل الاعاقة لدى المسنين المصابين بالاكتئاب والخلل الوظيفي وتم الابقاء على مزاياه بعد انتهاء العلاج. والقيمة الاكلينيكية لهذه النتيجة هي أن العلاج بحل المشكلات قد يكون بديل علاجي لدى المسنين المقاومين للعلاج الدوائي.

٢٨- دراسة Choi, Namkee G& Others (2012) [١٥٤]:

هدف هذه الدراسة هو دراسة العلاقة بين حدة أعراض الاكتئاب عند البداية والمشكلات التي ذكرها المسنون منخفضي الدخل العاجزين عن مغادرة المنزل.(ن= ٦٦) واستخدم في الجلسات العلاج بحل المشكلات. تم قياس أعراض الاكتئاب باستعمال مقياس هاملتون لتصنيف الاكتئاب المكون من ٢٤ عبارة، وتم ترميز المشكلات التي حددها المبحوثون في ورقة عمل المعالج النفسي على ٧ فئات: مشكلات الاسكان أو ترتيبات المعيشة، مشكلات تكاليف الرعاية الصحية والمالية، مشكلات أسرية ومتعلقة بالعلاقات، مشكلات النظافة، مشكلات العزلة الاجتماعية، ومشكلات الصحة البدنية أو الوظيفية، ومشكلات الصحة العقلية والعاطفية.واوضحت النتائج ان المبحوثون الذين كانت لديهم مشكلات اسكان أو في ترتيبات المعيشة أو مشكلات أسرية وغيرها من مشكلات العلاقات نتائجهم أعلى عند البداية على مقياس هاملتون مقارنة بباقي المبحوثين. وفي اختبار بعد اسبوعين استمر المبحوثون ذوي المشكلات السكنية والمعيشية في تحقيق نتائج أعلى على مقياس هاملتون بينما اصحاب المشكلات الأسرية وغيرها لم يحققوا تلك النتائج. وقدمت الدراسة رؤى للمشكلات التي يذكرها المبحوثين منخفضي الدخل المكتئبين والعاجزين عن مغادرة المنزل في جلسات العلاج بحل المشكلات. ولم يكن من الواضح إذا ما كانت النزاعات الأسرية أو غيرها من مشكلات العلاقات تسهم في اكتئابهم أم لا ولكن يبدو أن العلاج بحل المشكلات قد اسهم في تخفيف أعراض الاكتئاب المرتبطة بهذه المشكلات.و يبدو أن ظروف المعيشة والاسكان لها اثر قوي كمسبب للاكتئاب ولا يمكن حلها بسهولة في زمن قصير بعد العلاج بحل المشكلات حيث ان هذه المشكلات تتطلب دعم رسمي.

٢٩- دراسة Choi, Namkee G. (2013) [١٥٥]:

إن الهدف من العلاج بحل المشكلات هو تعليم المرضى مهارات التكيف الممنهج، وبالنسبة لكثير من المسنين العاجزين عن مغادرة المنزل يجب أن تشتمل مهارات التكيف على مهارة شخصية واجتماعية (طلب المساعدة). استهدفت الدراسة تناول العلاقة بين المهارات الملموسه

واعراض الاكتئاب بعد التدخل لدى ١٢١ مسن منخفضي الدخل عاجزين عن مغادرة المنزل ممن شاركوا في تجربة استطلاعية عشوائية محكومة تختبر جدوى وفعالية العلاج بحل المشكلات عبر الشاشة telehealth- PST. تم استعمال اختبار قياس المهارات للمسنين لقياس المهارة الشخصية والاجتماعية، وكانت نتائج المهارة الشخصية فقط هي المرتبطة معنوياً بمخرجات الاكتئاب بعد التدخل. وتتطلب النتائج مزيد من الأبحاث حول التأثيرات المحتملة للعلاج الفعال الذي يمكن الابقاء عليه في العالم الواقعي للمسنين منخفضي الدخل العاجزين عن مغادرة المنزل ممن لديهم قدرة ضعيفة على الوصول للعلاج النفسي.

٣٠- دراسة Zamora, Diana (2013) [١٥٦]:

يتمثل الهدف الرئيسي من هذه الدراسة في تناول كيف يمكن للمعتقدات الإيجابية والسلبية حول الشيخوخة أن تؤثر على أداء حل المشكلات بالنسبة للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ٦٠ فيما أكثر حسب قياس مصفوفات ريفن التقدمية Raven Progressive Matricesواختبار المشكلات اليومية. تم اختيار ١٣٨ مشاركاً من مواقع اجتماعية بما في ذلك تلك المناطق المخصصة للأشخاص المسنين في المنطقة الشمالية من مدينة نيويورك. تم تحديد المشاركين من حيث مواقفهم الإيجابية أو الحيادية أو السلبية النمطية وتم إخبارهم أن الأشخاص الأكبر في السن كان أداؤهم أفضل من الأشخاص الشباب في اختبارات حل المشكلات. وعلى عكس التوقعات، أشارت النتائج إلى ان المجموعة السلبية قد أدت بشكل أفضل من المجموعتين فيما يتعلق بالمجموعات الأكثر صعوبة من مصفوفات ريفن التقدمية Raven Progressive Matricesوهو ما يدعم تأثير التفاعل النمطي وعدم التدخل في الأداء. تمت ملاحظة نفس النتائج في اختبار مشكلات الحياة اليومية ولكن فقط عندما تم اشتمال حالة القلق كمعامل تغير. وبشكل عام فإن ارتفاع المستوى التعليمي كان متصلاً أكثر بأداء حل المشكلات ولكن هذه العلاقة كانت أقوى بالنسبة للمجموعة السلبية. أيضاً كانت الصحة الذهنية والجسدية مقترنة بالنتائج الأعلى في كافة الاختبارات في كافة المجموعات..

٣١- دراسة Steven M. Albert & Others (2016) [١٥٧]:

تهدف الدراسة إلي التحقق من فعالية استخدام نموذج حل المشكلة في علاج منع الاكتئاب بين كبار السن المعاقين (ذوي الاحتياجات الخاصة) وتقديم خدمات المساندة لهم، وتضمنت الدراسة ٦- ٨ جلسات من العلاج باستخدام نموذج حل المشكلة لكبار السن الذين تتراوح أعمارهم من ٦٠ عام فأكثر، واكدت النتائج تخفيف الاكتئاب بين ٦٨.٤% من كبار السن من عينة

الدراسة، وبالتالي إثبات فعالية نموذج حل المشكلة في الحد من شدة اكتئاب المسنين المعاقين (ذوي الاحتياجات الخاصة).

٣٢- دراسة Kristen A. & Others (2016) [١٥٨]:

تهدف الدراسة إلى اختبار فعالية نظرية حل المشكلة (PST) في الحد من التفكير في انتحار كبار السن ذوي الاكتئاب الشديد وضعف الذاكرة، وتم اختيار ٢٢١ شخص مسن تتراوح أعمارهم بين ٦٥ سنة فأكثر. وأظهرت نتائج الدراسة انخفاض معدل التفكير في الانتحار لدى عينة الدراسة بعد ١٢ أسبوع من استخدام (PST) نظرية حل المشكلة، وأكدت الدراسة على فعالية (PST) في التدخل مع كبار السن الذين هم في خطرالانتحار.

٣٣- دراسة George S. Alexopulos M.D. C. (2016) [١٥٩]:

تهدف الدراسة إلى اختبار فعالية نظرية حل المشكلة في الحد من أعراض الاكئتاب للمسنين المعوقين والمرضى الفقراء، وتم تحديد ٢٧١ من المسنين بصورة عشوائية،وتم تحديد ١٢ جلسة أسبوعية، وكان المشاركون لا يقل عمرهم عن ٦٠ سنة مع الاكتئاب الشديد ولديهم إعاقة واحدة على الأقل ودخلهم لا يزيد عن ٣٠% من متوسط أقاليمهم،وبتطبيق مقياس الاكتئاب(H- AM- D) جاءت نتائج الدراسة باستجابة ٤٢.٥% من عينة الدراسة، حيث انخفضت نسبة الاكتئاب مع زيادة مهارات حل المشكلة لدى المسنين، مما يشير إلى فعالية العلاج بحل المشكلة في خفض نسبة الاكتئاب لدى المسنين المعاقين ذوي الدخل المنخفض.

٣٤- دراسة Albert, Steven M; & Others (2016) [١٦٠]:

تهدف هذه الدراسة لتجربة منع ومكافحة اكتئاب المسنين من الذين تم اختيارهم من أماكن خدمة المسنين (وكالات رعاية منزلية، دور مسنين، مراكز مسنين) ممن طابقوا شروط الاكتئاب الأولي والاعاقة،ودرس الباحثون فعالية الشراكة مع مواقع خدمات المسنين لاختيار المسنين المهددين وتقبل تقييم وتدخل Dep- ABC والحالة المبدئية للمبحوثين. وينطوي شق المنع أو المكافحة الخاص بالتجربة على ٦- ٨ جلسات للعلاج بحل المشكلات وفيه يتعلم المسنون فوق الستون عاماً تحليل المشكلات التي تؤثر على السلامة وتطوير استراتيجيات للتعامل معها. وتم دراسة معدلات المشاركة لتقييم جودة الاختيار في المواقع ومستوى الاعاقة بموجب استعمال الخدمة. وتوصلت النتائج الي انه يعتبر الوصول المباشر لمقدمي خدمات رعاية الشيخوخة طريقة فعالية للتعرف على المسنين المحتاجين للخدمة والمعرضين بشكل كبير لمخاطر الاكتئاب. كما يعتبر العلاج بحل المشكلات مقبولاً لهذه الفئة ويمكن أضافته للخدمات الحالية.

٣٥- دراسة Alexopoulos, George S: & Others (2016) [١٦١]:

تهدف الدراسةالحالية الي تقليل أعراض الاكتئاب لدى المسنين المكتئبين والمعاقين والفقراء، وتطوير مهارات حل المشكلات مما يساعد على تحسين حالة الاكتئاب. هذه التجربة الاكلينيكية العشوائية ذات تصميم متوازي قامت بتوزيع المبحوثين على CM أو CM- PST بنسبة ١:١. كان القائمين بالتصنيف غير مطلعين على توزيع المبحوثين،وتم مسح ٢٧١ فرد وتم توزيع ١٧١ منهم عشوائياً على ١٢ جلسة أسبوعية لكل من CM أو CM- PST. وكانت أعمار المبحوثين ٦٠ سنة على الاقل مصابين باكتئاب خطير مقاسا على مقياس هاملتون المكون من ٢٤ عبارة،وكان لديهم إعاقة واحدة على الاقل،وكانوا مستحقين لخدمات الحصول على وجبات منزلية ولديهم دخل يقل عن ٣٠% من الوسط الخاص بمقاطعاتهم. واظهرت النتائج ان كل من CM, CM- PST يؤدي لانخفاضات متساوية في اختبار هاملتون للاكتئاب على مستوى ١٢ أسبوع. حققت المجموعة البحثية كلها انخفاضاً بلغ ٩,٦ نقطة في اختبار هاملتون للاكتئاب وكانت معدلات الاستجابة مقارنة بالتراجع متشابهة. لم يحسن تطوير مهارات حل المشكلات من مخرجات العلاج، لم تحدث زيادة معنوية في الاكتئاب ما بين نهاية التدخلات و بعد ١٢ أسبوع. واشارت الدراسة الي ان المنظمات التي تقدم CM متوافرة ومتاحة على مستوى البلاد، ومع التدريب على CM يمكن أن يقوم الأخصائيون الاجتماعيون لديهم بخدمة المرضى المكتئبين والمعاقين ومنخفضي الدخل والذين يتسم معظمهم بانخفاض استجابتهم لمضادات الاكتئاب عند الجمع بينها وبين العلاج النفسي.

٣٦- دراسة Gustavson, Kristen & Others (2016) [١٦٢]:

تهدف الدراسة الي اختبار فعالية العلاج بحل المشكلات PST ومقارنته بالعلاج التدعيمي ST في تقليل التفكير في الانتحار لدى المسنين المصابين بالاكتئاب والاختلال الوظيفي. وتم تحديد إذا ما كانت سمات المبحوث كالسن والنوع وعبء الإعاقة المعرفية مثل إعاقات الذاكرة مرتبطة بتغييرات في التفكير في الانتحار مع الوقت. تم إجراء تحليل ثانوي للبيانات من تجربة اكلينيكية عشوائية وزعت المبحوثين على علاج بحل المشكلات أو علاج تدعيمي بنسبة ١:١، وكان المحكمين غير مطلعين على توزيع المبحوثين. المبحوثون: ٢٢١ شخص اعمارهم ٦٥ سنة فأكثر من مصابي الاكتئاب تم تحديدهم بواسطة المقابلة الاكلينيكية المنظمة لتشخيصDSM- والاختلالات الوظيفية والذي يتحدد بنتيجة قدرها ٣٣ فأقل على اختبار المبادرة- الحفظ Initiation- Perseveration لاختبار Mattis Dementia Rating Scale للخرف أو اختبار مهمة ستروب للتداخل بمقدار ٢٥ فأقل. وذلك في ١٢جلسة أسبوعية للعلاج بحل المشكلات أو

عـلاج تـدعيمي. واوضـحت النتـائج ان٦١% مـن المبحـوثين انخفضـت لـديهم فكـرة الانتحـار أمـا مجموعـة العـلاج التدعيمي فكـان لـديها معدل أقل من التحسن فـي فكرة الانتحـار بعد ١٢ أسبوع (٤٤,٦%) مقارنـة بمجموعـة العـلاج بحـل المشكلات. أظهر الارتداد اللوجيستي انخفاضـات أعلـى معنوياً في فكرة الانتحار لدى المسنين الذين تلقوا العلاج بحل المشكلات بعد ١٢ اسبوع وبعد ٣٦ أسبوع من العلاج،بالتالي العلاج بحل المشكلات يعد تدخل واعد للمسنين العرضة لخطر الانتحار.

٣٧- دراسة Kirkham, Julia G & Others (2016) [١٦٣]:

بعنـوان التحليـل المتعمـق للعـلاج بحـل المشـكلات لعـلاج اضـطرابات الاكتئـاب الكبـرى لـدى المسنين. حيث اشارت الدراسات المتعددة الي تأثير اضطرابات الاكتئاب الكبرى MDD على كثير من المسنين وهي مرتبطـة بالمخرجات السيئة للرعاية الصـحية والرعاية الصـحية العقلية. وقد ظهر العـلاج بحـل المشـكلات PSTكعـلاج نفسـي واعـد لحـالات اضـطرابات الاكتئـاب الكبـرى لـدى المسنين.وتم دراسـة فعاليـة العـلاج بحـل المشـكلات فـي عـلاج حـالات اضـطرابات الاكتئـاب الكبرى لدى المسنين من خلال استعراض ممنهج وتحليل متعدد. كما تم البحث في قواعد البيانات للتعرف على التجارب المحكومة التي تقارن هذا العلاج بالحالات الضابطة أو العلاجات الأخرى لحالات اضطرابات الاكتئاب الكبرى لدى المسنين بمتوسط عمر ٦٠ سنة فأكبر. واستخدم التحليل المتعدد أو المتعمـق للتوصـل لمقـاييس مـوجزة لفعاليـة العـلاج بحـل المشـكلات عنـد مقارنتهـا مـع حـالات ضـابطة مـن حيـث التغيـر فـي أعـراض الاكتئـاب وغيرهـا مـن المخرجـات. النتـائج: طابقـت تسـع دراسات باجمالي ٥٦٩ مبحوث (٢٩٠ بالعلاج، ٢٧٩ مبحوث ضابط) شروط الانضمام للبحث، وطبقت معظـم الدراسـات العـلاج بحـل المشـكلات شخصـياً وتراوحـت مـددها بـين ٦- ١٢ أسـبوع. كشـف التحليـل المتعـدد لسـت دراسـات تقيـم تـأثير العـلاج بحـل المشـكلات علـى الاكتئـاب باسـتخدام اختبـار تصـنيف هـاملتون للاكتئـاب عـن انخفـاض معنـوي فـي الاكتئـاب المـرتبط بـالعلاج بحـل المشكلات. كما كان هذا العلاج فعالاً في تقليل الإعاقة في الدراسات التي ذكرت هذه النتيجة.

ح- البحوث العالمية والعربية التي تناولت العلاج المعرفي مع المسنين:

٣٨- دراسة Wong, Paul (2001) [١٦٤]:

تختبر الدراسة العلاقة بين أعراض الاكتئاب قبل العلاج ومخرجات العلاج المعرفي الجماعي قصير المدى لدى المسنين (٦٥ سنة فأكبر). وكانت أعراض الاكتئاب المدروسة هي الحدة الأولية لأعـراض الاكتئـاب ذاتيـة الرصـد، تحليـل الاكتئـاب السـوداوي، الحالـة الصـحية الملموسـة، الـدعم الاجتمـاعي الملموس وحدة النظرة السلبية للذات. وتشير النتائج ان التدعيم الاجتمـاعي الملموس

غير مرتبط بالمخرجات ولكن هناك متغيرات اخرى مرتبطة بمخرجات اقل تفضيلاً مثل اعراض اكتئاب اقل حدة، تقييم صحي اكثر سلبية، ورأي أكثر سلبية للذات.ورغم اظهار انخفاض كبير في الأعراض الاكتئابية خلال مدة التدخل ما يزال المبحوثون المصابين باكتئاب حاد يظهرون بقايا لأعراض الاكتئاب في نهاية التدخل.

٣٩- دراسة Thompson, Simon B. N (2001) [١٦٥]:

تختبر الدراسة فعالية العلاج المعرفي في إعادة التأهيل المعرفي للاكتئاب أحادي القطب وذلك علي عينة من ٣ ذكور و١٣ أنثى من المسنين من ٨ مناطق للرعاية الصحية في المملكة المتحدة. كانت أعمار المبحوثين بين ٥٤- ٧٩ سنة. استخدم كل من اختبار بيك للاكتئاب، واختبار القلق والاكتئاب بالمستشفى لتقييم فعالية العلاج، ووجد أن كل المرضى تحسنوا معنوياً من حيث نتائج اختبار بيك. من بين ٩ مرضى خاضوا اختبار القلق والاكئتاب بالمستشفى اظهر ٨ منهم تحسناً معنوياً في نتائج القلق والاكتئاب، وهذه البيانات تؤيد نتيجة أن العلاج المعرفي فعال في علاج الاكتئاب لدى المسنين وأن أعراض القلق والاكتئاب تتراجع.

٤٠- دراسة Floyd, Mark; & Others (2004) [١٦٦]:

هدفت الدراسة الي مقارنة تأثير كل من العلاج بالكتب والعلاج النفسي الفردي لعلاج الاكتئاب لدى المسنين.وتلقى ٣١ مسن محلى- في عمر ٦٠ سنة فأكثر- ١٦ جلسة علاج نفسي معرفي فردي، و قاموا بقراءة "feeling Good"من أجل العلاج بالكتب. وقد أشارت مقارنات ما بعد العلاج أن كلا العلاجين تفوق على المجموعة الضابطة. وتفوق العلاج النفسي الفردي على العلاج بالكتب في مرحلة ما بعد العلاج من حيث الاكتئاب ذاتي الرصد،ولكن لم تكن هناك فروق بين العلاجين في المتابعة بعد ٣ شهور. وتقترح النتائج أن العلاج بالكتب والعلاج النفسي الفردي كلاهما خيار حيوي لعلاج الاكتئاب لدى المسنين.

٤١- دراسة Pezzuti, Lina & Others (2014) [١٦٧]:

كان الهدف هو دراسة تأثيرات التفكير المنطقي والطراز أو الأسلوب المعرفي و الفكري على القدرة على حل المشكلات اليومية لدى المسنين. وقد طبقت الدراسة اختبار حل المشكلات اليومية مع مقاييس الطرز الفكرية والتفكير المنطقي على عينة مكونة من ٢١٠ مسن محلي في جنوب ايطاليا. وأشارت النتائج أن التفكير المنطقي يتوسط العلاقة بين الأسلوب الفكري وحل المشكلات اليومية. وتستنتج الدراسة أن المسنين الذين احتفظوا بسلامة قدراتهم على التفكير المنطقي هم أكثر

احتمالية لرؤية الواقع متعدد الأوجه للمشكلات اليومية.

٤٢- دراسة Foulk, Mariko A. & Others (2014) [١٦٨]:

تهدف الدراسة الي اختبار فعالية العلاج المعرفي القائم علي اليقظة في علاقته بالاكتئاب و القلق لدي المسنين. واستغرقت الدراسة مدة ٨ اسابيع.وتشير بيانات القياس (قبل- بعد) من ٥ مجموعات- تحسناً معنوياً في القلق الملموس والوساوس ومشكلات النوم وتقليل أعراض الاكتئاب. وأوضحت النتائج أن هذا التدخل غير الدوائي مقبول لدى المسنين وتصحبه تغيرات ايجابية. وهناك مقترحات للممارسين والباحثين المهتمين باستعمال هذا العلاج مع المسنين.

ط- البحوث العالمية والعربية التي تناولت خدمة الفرد الجماعية مع المسنين:

٤٣- دراسة جمال شكري محمد (٢٠٠٢)[١٦٩]:

تهدف الدراسة إلى اختبار فعالية برنامج التدخل المهني من منظور خدمة الفرد الجماعية في تخفيف مشكلة العزلة الاجتماعية للمسنين مع توضيح الفرق بين الذكور والإناث في الاستجابة للتدخل المهني، وتوصلت الدراسة إلى أن التدخل المهني من منظور خدمة الفرد الجماعية أدى إلى تخفيف العزلة الاجتماعية للمسنين، حيث ارتفع مستوى الرضا عن النفس لدى عينة الدراسة، كما زادت مشاركتهم الاجتماعية، وكذلك تحسن التفاعل والنشاط والتعامل مع آثار الوحدة والعزلة الاجتماعية.

سابعا: نتائج البحث:

أ- التحليل الكمي لاحدث البحوث العالمية والعربية حول النماذج والنظريات العلمية الحديثة في خدمة الفرد للتخفيف من مشكلات المسنين:

حيث تم تحليل أحدث البحوث العالمية والعربية حول الموضوع المطروح كمياً في ضوء عدد من المتغيرات، وهي: وفقاً لنوع البحث (بحوث أو رسائل جامعية)- وفقاً لسنوات نشر البحث - وفقاً لمصدرالبحث (مجلات- دوريات- رسائل علمية- مؤتمرات)- وفقاً لعدد الباحثين المؤلفين والمشاركين في إنجاز البحث - وفقاً لموضوع البحث (المداخل والنظريات العلمية)- وفقاً لمشكلات المسنين- وفقاً لنوع الدراسة- وفقاً للأدوات المستخدمة- وفقاً للفترة الزمنية- وفقاً لعدد المبحوثين- وفقاً لنوع المبحوثين (ذكور/ إناث)- وفقاً للعمر الزمني لعينة البحث.

وقد أسفر التحليل الكمي للبحوث وفقاً لتلك المتغيرات عما سوف نعرضه فيما يلي:

جدول رقم (٣)

يوضح تصنيف البحوث وفقاً لنوع البحث

النوع / الاستجابة	البحوث			الرسائل			مج
	أجنبية	عربية	مجموع	ماجستير	دكتوراه	المجموع	
ك	٣٧	٣	٤٠	-	٣	٣	٤٣
%	%٨٦	%٧	%٩٣	-	%٧	%٧	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق رقم (٣) والذي يوضح نوع البحث (بحوث ووسائل جامعية) أن ٩٣% من المادة الاتصالية هي بحوث منشورة بمجلات/ دوريات ومؤتمرات علمية، في حين أن ٧% من المادة الاتصالية هي رسائل جامعية (دكتوراه)، مما يشير إلى زيادة عدد البحوث التي تناولت دراسة النظريات والنماذج الحديثة للتخفيف من مشكلات المسنين عن عدد الرسائل ماجستير ودكتوراه.

ولعل زيادة البحوث الأجنبية التي تناولت دراسة النظريات والنماذج الحديثة لحل مشكلات المسنين عن البحوث والدراسات العربية يرجع لاهتمام المجتمعات الغربية بالمسنين ورعايتهم، وحل مشكلاتهم والاهتمام بدمجهم أكثر من اهتمام المجتمعات العربية. ونستنتج من ذلك أنه لابد من زيادة عدد البحوث والدراسات العربية التي تتناول تأثير الاتجاهات والنظريات الحديثة للتخفيف من مشكلات المسنين.

جدول رقم (٤)
يوضح تصنيف البحوث وفقاً لسنوات نشر البحث

سنوات النشر / الاستجابة	٢٠٠٠-	٢٠٠٥-	٢٠٠٩-	٢٠١٣ حتى تاريخ البحث	مج
ك	٧	٦	٩	٢١	٤٣
%	%١٦	%١٤	%٢١	%٤٩	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق رقم (٤) والذي يوضح سنوات نشر البحث ، أن النسبة الأكبر من البحوث والدراسات حول النماذج والنظريات الحديثة للتخفيف من مشكلات المسنين وهي ٤٩% في الفترة الزمنية الخاصة من (٢٠١٣ حتى تاريخ البحث ٢٠١٨)، يليها بنسبة ٢١% من (٢٠٠٩ إلى أقل من ٢٠١٢)، يليها بنسبة ١٦% من (٢٠٠٠- إلى أكثر من ٢٠٠٥) وأخيراً بنسبة ١٤% من (٢٠٠٥ إلى أقل من ٢٠٠٨) مما يشير إلى زيادة الاهتمام بالبحث والدراسة عن مشكلات المسنين واستخدام النماذج والنظريات الحديثة للتخفيف من مشكلاتهم المتعددة، وذلك في السنوات الأخيرة وحتى تاريخ البحث، مما يشير إلى زيادة الاهتمام بفئة المسنين ورعايتهم نتيجة التزايد المستمر في أعدادهم وبالتالي زيادة حجم مشكلاتهم، كما يوجب على المهن المختلفة ولاسيما مهنة الخدمة الاجتماعية وخاصة طريقة خدمة الفرد العمل على دراسة مشكلاتهم وتطبيق الاتجاهات والنظريات الحديثة للتخفيف من مشكلاتهم المتعددة.

جدول رقم (٥)
يوضح تصنيف البحوث وفقاً لمصدر البحث

م	المصدر	ك	%
١	**Ph.D.**	٣	%٧
٢	**International Journal of Audiology.**	٢	%٤.٦
٣	**Journal of Behavior Modification.**	٢	%٤.٦
٤	**Journal of Geriatrics Psychiatry.**	٨	%١٩
٥	**Journal of the American Medical Association.**	١	%٢.٣
٦	**Journal of Behavioral Medicine.**	١	%٢.٣
٧	**Journal of the American Geriatrics Society.**	-	-

٨	Journal of Clinical Psychology.	٣	%٧
٩	Journal of Anxiety Disorders.	٣	%٧
١٠	Journal of Mindfulness.	١	%٢.٣
١١	Journal of Cognitive and Behavioral Practice.	١	%٢.٣
١٢	Journal of Depressions and Anxiety.	١	%٢.٣
١٣	Journal of Clinical Case Studies.	١	%٢.٣
١٤	Journal of Association For Advancement of Behavior Therapy.	١	%٢.٣
١٥	International Journal of Geriatric Psychiatry.	٦	%١٤
١٦	International Journal of Audiology.	٢	%٤.٦
١٧	Journal of Clinical Nursing.	١	%٢.٣
١٨	Journal of Cognitive Rehabitation	١	%٢.٣
١٩	Journal of Gerontological Social Work.	٢	%٤.٦
٢٠	مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية- جامعة حلوان- كلية الخدمة الاجتماعية.	٢	%٤.٦
٢١	المؤتمر العلمي الدولي- كلية الخدمة الاجتماعية- جامعة حلوان.	١	%٢.٣

يتضح من الجدول السابق رقم (٥) والذي يوضح مصدر البحث أن جميع البحوث المنشورة منها تم نشرها في مجلات/ دوريات علمية متخصصة في المجال النفسي والطبي والسلوكي ومجلات الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية والمؤتمرات العلمية للخدمة الاجتماعية، وكانت مجلة Journal of Geriatric Psychiatry الأكثر نشراً لبحوث الاتجاهات والنظريات الحديثة مع المسنين يليها International Journal of Geriatric Psychiatry مما يشير إلى اهتمام المجلات الاجنبية المختلفة بنشر البحوث التطبيقية للنماذج والنظريات الحديثة المهتمة بتخفيف مشكلات المسنين المتعددة.

جدول رقم (٦)
يوضح تصنيف البحوث وفقاً لعدد الباحثين المؤلفين المشاركين في إنجاز البحث

عدد الباحثين / الاستجابة	باحث واحد	باحثان	ثلاث باحثون فأكثر	مج
ك	١١	٥	٢٧	٤٣
%	%٢٥	%١٢	%٦٣	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق رقم (٦) والذي يوضح عدد الباحثين المؤلفين المشاركين في إنجاز البحث من بحوث علمية ورسائل جامعية، أن ٦٣% منجزة من خلال فرق بحثية تضم ثلاثة باحثون فأكثر، يليها بنسبة ٢٥% تم إنجازها بواسطة باحثان، وأخيراً بنسبة ١٢% أجريت بواسطة باحث واحد فقط، ولعل النسبة الأكبر من البحوث ٦٣% التي أجريت بواسطة فرق بحثية مكونة من ثلاثة فأكثر تشير إلى أهمية الفرق البحثية من جانب وإلى أهمية تعدد وجهات النظر والرؤى المختلفة والتخصصات عند تناول النماذج والنظريات الحديثة لتخفيف مشكلات المسنين وعلاجها، فضلاً عما تحققه الفرق البحثية من عمق التناول والتحليل والنتائج.

جدول رقم (٧)
يوضح تصنيف البحوث وفقاً لموضوع البحث
(المداخل والنظريات العلمية)

م	الموضوع	ك	%
١	العلاج المعرفي السلوكي.	١٥	٣٥.١
٢	العلاج السلوكي.	٢	٤.٦
٣	العلاج الروحاني.	٣	٧.١
٤	العلاج المتمركز حول العميل.	١	٢.٣
٥	العلاج العقلاني الانفعالي	١	٢.٣
٦	العلاج الواقعي	١	٢.٣
٧	نموذج حل المشكلة.	١٤	٣٢
٨	العلاج المعرفي.	٥	١٢
٩	خدمة الفرد الجماعية.	١	٢.٣
المجموع		٤٣	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق رقم (٧) والذي يوضح موضوع البحث ، وفقاً لمعدل تكرارها في البحوث (المداخل المهنية) لطريقة خدمة الفرد في مجال مشكلات المسنين، أن العلاج المعرفي السلوكي جاء في المرتبة الأولى ضمن هذه المداخل بنسبة (٣٥.١%)، تلاه مدخل حل المشكلة بنسبة (٣٢%)، يليه العلاج المعرفي بنسبة (١٢%)، يليه العلاج الروحاني بنسبة (٧.١%)، يليه العلاج السلوكي (٤.٦%)، ويتساوى كل من العلاج العقلاني الانفعالي والعلاج الواقعي والعلاج المتمركز حول العميل وخدمة الفرد الجماعية بنسبة بلغت (٢.٣%)،ومن ثم نلاحظ أن أكثر المداخل المهنية لطريقة خدمة الفرد مع مشكلات المسنين كانت العلاج المعرفي السلوكي ثم مدخل حل المشكلة، ومرجحة ذلك الأدلة المتزايدة على فعالية كلا المدخلين في مواجهة تأثيرات وأعراض مشكلات المسنين.

جدول رقم (٨)
يوضح تصنيف البحوث وفقاً لموضوع البحث (مشكلات المسنين)

م	الموضوع	ك	%
١	اكتئاب	٢١	٤٩
٢	اضطرابات القلق العام	٦	١٤.٢
٣	مواجهة مشكلات الحياة اليومية	٤	٩
٤	التفكير الانتحاري	٣	٧.١
٥	التكيف الديني والروحاني	٢	٤.٦
٦	الشعور بالعزلة الاجتماعية والاغتراب	٢	٤.٦
٧	تهيؤات سمعية وطنين	١	٢.٣
٨	مرضي الصرع	١	٢.٣
٩	مرضي السرطان	١	٢.٣
١٠	سوء تقدير الذات	١	٢.٣
١١	تحسين الاداء الاجتماعي	١	٢.٣
	المجموع	٤٣	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق رقم (٨) والذي يوضح موضوع البحث ، وفقاً لمعدل تكرارها في البحوث (مشكلات المسنين)، أن مشكة اكتئاب المسنين جاءت في المرتبة الأولى ضمن هذه المشكلات بنسبة (٤٩%)، تلاها مشكلات اضطرابات القلق العام بنسبة (١٤.٢%)، يليها مشكلة القدرة علي مواجهة الحياة اليومية بنسبة (٩%)، يليها التفكير الانتحاري بنسبة (٧.١%)، ويتساوى كل من التكيف الديني والروحاني والشعور بالعزلة الاجتماعية والاغتراب بنسبة بلغت (٤.٦%) ويتساوى كل من مشكلات التهيؤات السمعية والطنين ومرضي الصرع ومرضي السرطان و سوء تقدير الذات وتحسين الاداء الاجتماعي بنسبة بلغت (٢.٣%)،ومن ثم نلاحظ أن اكثر مشكلات المسنين التي اهتمت بحوث خدمة الفرد بمواجتهتها بمداخلها المختلفة هي مشكلة الاكتئاب ومايرتبط بها من خلل وظيفي،يليها في الاهمية مشكلات اضطرابات القلق العام،ثم مشكلات قدرة المسنين علي حل مشكلاتهم اليومية،ثم التفكير الانتحاري.فضلا عن اختلاف ماقدمه الباحثون حول تناول هذه المشكلات.

جدول رقم (٩)
يوضح تصنيف البحوث وفقاً لنوع الدراسة

م	نوع الدراسة	عدد البحوث	%
١	تجريبية.	٣٦	٨٤
٢	وصفية تحليلية.	٤	٩.١
٣	مقارنة.	٢	٤.٦
٤	تحليل مضمون.	١	٢.٣
	المجموع	٤٣	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق رقم (٩)، والذي يوضح نوع الدراسة أن الدراسات التجريبية جاءت في المرتبة الأولى بنسبة (٨٥%)، يليها الدراسات الوصفية التحليلية بنسبة (٩.١%)، يليها الدراسات المقارنة بنسبة (٤.٦%)، وأخيراً دراسات تحليل المضمون بنسبة (٢.٣%)، مما يشير إلى اهتمام المبحوثين باختبار فعالية النماذج والنظريات في خدمة الفرد واستخدام المنهج التجريبي بقياساته المتعددة من خلال برامج التدخل المهني المختلفة للحد من مشكلات المسنين المتعددة.

جدول رقم (١٠)
يوضح تصنيف البحوث وفقاً للأدوات المستخدمة

م	نوع الدراسة	عدد البحوث	%
١	مقاييس علمية.	٢٦	٦٠.٥
٢	استمارة استبيان.	١٢	٢٨
٣	دليل مقابلة.	١	٢.٣
٤	تقارير ذاتية.	٢	٤.٦
٥	مقابلات عبر الإنترنت.	٢	٤.٦
	المجموع	٤٣	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق رقم (١٠)، والذي يوضح الأدوات المستخدمة في البحوث، حيث تستخدم النسبة الأكبر من البحوث المقاييس العلمية في جمع البيانات بنسبة (٦٠.٥%)، يليها استمارة الاستبيان بنسبة (٢٨%)، ويتساوى كلاً من التقارير الذاتية، والمقابلات عبر الإنترنت بنسبة (٤.٦%)، وأخيراً دليل الملاحظة بنسبة (٢.٣%)، مما يشير إلى اهتمام الباحثين باستخدام المقاييس العلمية مثل مقياس هاملتون للاكتئاب، مقاييس اضطراب القلق العام، مقاييس تقلب المزاج، مقاييس تكرار نوبات الصرع، مقاييس حل المشكلات اليومية، ومقاييس التفكير المنطقي، مقاييس العزلة الاجتماعية للمسنين.

جدول رقم (١١)
يوضح تصنيف البحوث وفقاً للفترة الزمنية للبحث

م	نوع الدراسة	عدد البحوث	%
١	أقل من ٣ أشهر	٢٢	٥١
٢	من ٣- ٦ أشهر	١٨	٤٢
٣	أكثر من ٦ أشهر	٣	٧
	المجموع	٤٣	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق رقم (١١)، والذي يوضح الفترة الزمنية للبحوث حيث بلغت (٥١%) في فترة أقل من ثلاثة أشهر، يليها من (٣- ٦ اشهر) بنسبة (٤٢%)، وأخيراً الفترة أكثر من ٦ أشهر (٧%)، وكانت أقصى فترة للدراسة في هذه البحوث ١٢ شهراً (عام كامل)، مما يشير إلى أن أكثر الدراسات والبحوث تهتم بالعلاج قصير الأمد، والذي يتناسب وطبيعة العصر الحالي، وكذلك رغبة العملاء.

جدول رقم (١٢)
يوضح تصنيف البحوث وفقاً لعدد المبحوثين (عينة البحث)

م	نوع الدراسة	عدد البحوث	%
١	أقل من ٥٠ مسن.	٣٤	٧٩.١
٢	من ٥٠- ٧٠ مسن.	٢	٤.٦
٣	أكثر من ٧٠ مسن.	٧	١٦.٣
	المجموع	٤٣	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق رقم (١٢)، والذي يوضح عدد المبحوثين من المسنين ،أن البحوث التي قد طبقت على أقل من ٥٠ مسن بلغت نسبة (٧٩.١%)، والبحوث التي قد طبقت على أكثر من ٧٠ مسن بنسبة (١٦.٣%)، أما البحوث التي قد طبقت علي عدد (٥٠- ٧٠ مسن) فقد جاءت بنسبة (٤.٦%)، مما يشير إلى أن النسبة الأكبر من الدراسات استهدفت عدد أقل من ٥٠ مسن للدراسة، وتعزو الباحثة النتائج لعلاقتها بنوعية الدراسات ومدتها.

جدول رقم (١٣)
يوضح تصنيف البحوث وفقاً لنوع المبحوثين (عينة البحث)

م	نوع الدراسة	عدد البحوث	%
١	ذكور.	-	-
٢	إناث.	٥	١١.٦
٣	مختلط.	٣٨	٨٨.٤
	المجموع	٤٣	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق رقم (١٣)، والذي يوضح نوع المبحوثين،ان النسبة الاكبر من البحوث طبقت البحث علي النوعين (ذكور/ إناث) بنسبة (٨٨.٤%)، وأن نسبة (١١.٦%) فقط من البحوث طبقت الدراسة علي الإناث المسنات ،في حين لم تهتم أي دراسة بتطبيق البحث علي المسنين الذكور فقط دون الإناث. مما يشير إلى اهتمام البحوث بتطبيق الدراسة علي المسنين مع اختلاف النوع، حيث لا تختلف الخصائص والاحتياجات والمشكلات المرتبطة بمرحلة كبر السن.

جدول رقم (١٤)
يوضح تصنيف البحوث وفقاً للعمر الزمني لعينة البحث

م	نوع الدراسة	عدد البحوث	%
١	أقل من ٦٠ عام.	١	٢.٣
٢	من ٦٠- ٦٥ عام.	٣٥	٨١.٤
٣	من ٦٥- ٧٠ عام.	٥	١١.٦
٤	أكثر من ٧٠ عام.	٢	٤.٧
	المجموع	٤٣	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق رقم (١٤) والذي يوضح العمر الزمني لعينة البحث ان النسبة الاكبر بلغت (٨١.٤%) في العمر من ٦٠- ٦٥ عام ، ويقل إلى (١١.٦%) في العمر من ٦٥- ٧٠ عام، ثم بنسبة (٤.٧%) في العمر الاكثر من ٧٠ عام ،وأخيراً بنسبة (٢.٣%) لأقل من ٦٠ عام ، مما يشير إلى اهتمام البحوث بالمسنين في المرحلة من (٦٠- ٦٥ عام)، والتي تعد بداية التعرض للمشكلات والاحتياجات التي تتعلق بهذه المرحلة مما يساعد المسنين على سرعة اجتياز مشكلاتهم في بداية هذه المرحلة الهامة.

ب- التحليل الكيفي لأحدث البحوث العالمية والعربية للنماذج والنظريات الحديثة في خدمة الفرد للتخفيف من مشكلات المسنين:

١- النتائج المتعلقة بالعلاج المعرفي السلوكي:

أيدت العديد من الدراسات فعالية العلاج المعرفي السلوكي في الحد من العديد من مشكلات المسنين، فهو تدخل فعال وجميع البحوث المطروحة تؤكد على الفعالية الإكلينيكية المدعومة تجريبياً مع المسنين، وعموماً قد جاءت النتائج المتعلقة بالعلاج المعرفي السلوكي مع مشكلات المسنين حول عدة موضوعات تطرحها فيما يلي:

الأعراض التي تم التدخل معها: الإصابات بالتهيؤات الشخصية- الاكتئاب- أمراض القلق العام- المصابين بالصرع- تدني الأداء النفسي والاجتماعي- مرضى الأرق- ضغط ما بعد الصدمات- ضعف الاندماج الاجتماعي- العزلة الاجتماعية.

أهداف التدخلات المعرفية السلوكية مع المسنين: الحد من مشكلات الاكتئاب- واضطراب القلق العام- التحكم في نوبات الصرع وتحسين الأداء النفسي الاجتماعي للمسنين- العمل على إدماج المرأة المسنة في التنمية- استخدام الإنترنت لتخفيف مشكلات الاكتئاب والقلق العام لدى المسنين- وزيادة أنشطة الحياة اليومية للمسنين.

مظاهر الفعالية الإكلينيكية للعلاج المعرفي السلوكي مع المسنين: حقق النتائج التالية:

- الحد من مشكلات الاكتئاب لدى المسنين وما يترتب عليها من عزلة اجتماعية ووحدة نفسية وبعد عن التفاعل الاجتماعي.
- التخفيف من المشكلات الصحية والتهيؤات الشخصية.
- التخفيف من أعراض اضطراب القلق العام المتزايد لدى المسنين وما يتضمن أيضاً من خفض التفاعل الاجتماعي.
- تحسين الأداء النفسي الاجتماعي للمسنين المصابين بالصرع.
- التأثير الإيجابي للعوامل النفسية والجسدية والاجتماعية المشاركة في تطوير والحد من قلق المسنين.
- تخفيف حدة الأرق العام للمسنين.
- تخفيف اضطرابات الضيق وضعف الانتباه لدى المسنين.
- التخفيف من أعراض الحزن المتفاقم والضغط ما بعد الصدمات الناتج من الفجيعة أو الفقد.
- مساعدة المرأة في التنمية والتفاعل الإيجابي.

توصيات البحوث المستخدمة للعلاج المعرفي السلوكي:

- الاهتمام المتزايد من الممارسات الفعالة للعلاج المعرفي السلوكي لقدرته على الحد من العوامل والمؤثرات المرتبطة بمشكلات المسنين المتعددة.

٢- النتائج المتعلقة بالعلاج السلوكي:

أيدت العديد من الدراسات فعالية العلاج السلوكي في الحد من العديد من مشكلات المسنين، فهو تدخل فعال، وقد جاءت النتائج المتعلقة بالعلاج السلوكي مع مشكلات المسنين حول عدة موضوعات نطرحها فيما يلي:

الأعراض التي تم التدخل معها: اضطرابات الشخصية لدى المسنين والمرتبطة منها بالاكتئاب– ضعف مستوى الأداء الإدراكي للمسنين وخاصة المصابين بالخرف– عدم القدرة على حل المشكلات.

أهداف التدخل العلاجي السلوكي في: الحد من اضطرابات الشخصية لدى المسنين– التخفيف من الاكتئاب– الحد من ضعف المستوى الإدراكي للمسنين– مساعدة المسنين على حل مشكلاتهم اليومية.

مظاهر الفعالية الإكلينيكية للعلاج السلوكي: تتحقق في النتائج التالية:

– التخفيف من اضطرابات الاكتئاب والتخفيف من اضطرابات الشخصية لدى المسنين.

– رفع القدرات الإدراكية للمسنين وزيادة المستوى الإدراكي لديهم.

– مساعدتهم على حل مشكلاتهم اليومية والقضاء على الأنشطة الروتينية للحياة اليومية.

توصيات البحوث المستخدمة للعلاج السلوكي:

– الاهتمام بمزيد من الممارسات الفعالة للعلاج السلوكي مع المسنين لفعاليته في تخفيف العديد من مشكلاتهم.

٣– النتائج المتعلقة بالعلاج الروحاني:

أيدت العديد من الدراسات فعالية العلاج الروحاني في الحد من العديد من مشكلات المسنين مما يؤكد الفعالية الإكلينيكية تجريباً مع المسنين، وقد جاءت النتائج المتعلقة بالعلاج الروحاني مع مشكلات المسنين حول عدة موضوعات وهي:

الأعراض التي تم التدخل معها: في الحالات المرضية المزمنة– مرض السرطان– تحديات الحياة المختلفة.

أهداف التدخل بالعلاج الروحاني: إثبات العلاقة بين الدين والقيم الروحية، وتحسين الحالات الصحية مع المرضى المسنين بالأمراض المزمنة– ومرضى السرطان، والبحث عن فعالية العلاج الروحاني في التفاعل مع تحديات الحياة.

مظاهر الفعالية الإكلينيكية للعلاج الروحاني: تحقيق النتائج التالية:

– تعديل حياة الأشخاص المسنين الذين يعانون من السرطان والأمراض المزمنة الأخرى.

– تفعيل دور الأخصائيين الاجتماعيين في دعم التكيف الديني والروحاني للمسنين.

– التأكيد على أهمية الممارسة المهنية والأخلاق المهنية للخدمة الاجتماعية لتفعيل الروحانية للشيخوخة.

توصيات البحوث المستخدمة للعلاج الروحاني:

- الاهتمام بمزيد من الممارسات المهنية لخدمة الفرد في العلاج الروحاني لفعاليته في الحد من مشكلات المسنين.

٤- النتائج المتعلقة بنموذج حل المشكلة:

أيدت العديد من الدراسات فعالية حل المشكلة في الحد من العديد من مشكلات المسنين، فهو تدخل فعال، وقد جاءت النتائج المتعلقة بنموذج حل المشكلة مع مشكلات المسنين حول عدة موضوعات نطرحها فيما يلي:

الأعراض التي تم التدخل معها: أعراض الاكتئاب- ضعف القدرة المعرفية على حل المشكلات الاجتماعية- انتحار المسنين- المسنين المنعزلين- الخلل الوظيفي للمسنين.

أهداف التدخلات بنموذج حل المشكلة: الحد من أعراض الاكتئاب للمسنين- الحد من ضعف القدرة المعرفية على حل المشكلات الاجتماعية للمسنين- تقليل التفكير في الانتحار لدى المسنين- زيادة الأنشطة الاجتماعية للذين يعيشون بمفردهم- تنمية وتفعيل الخلل الوظيفي للمسنين.

مظاهر الفعالية الإكلينيكية لنموذج حل المشكلة: حقق النتائج الآتية:

- التخفيف من أعراض الاكتئاب لدى المسنين المعاقين والفقراء.
- الحد من التفكير في الانتحار لدى كبار السن ذوي الاكتئاب الشديد وضعف الذاكرة.
- رفع الأداء الوظيفي للمسنين.
- زيادة أداء المسنين في حل مشكلاتهم الحياتية اليومية.
- تحسين استخدام المسنين لأنظمة الدعم في مجتمعاتهم.
- تفعيل الأنشطة الحياتية- السكنية للحد من مشكلات الوحدة والعزلة للمسنين.

توصيات البحوث المستخدمة بنموذج حل المشكلة:

- الاهتمام بمزيد من الممارسات المهنية لخدمة الفرد في العلاج بحل المشكلة لفعاليته في الحد من العديد من مشكلات المسنين.

٥- النتائج المتعلقة بالعلاج المعرفي:

أيدت العديد من الدراسات فعالية العلاج المعرفي في الحد من العديد من مشكلات المسنين،

فهو تدخل فعال، فقد جاءت النتائج المتعلقة بالعلاج المعرفي مع مشكلات المسنين حول عدة موضوعات نطرحها فيما يلي:

الأعراض التي تم التدخل معها: أعراض الاكتئاب- القلق- حل المشكلات اليومية- والتفكير المنطقي.

مظاهر الفعالية الإكلينيكية للعلاج المعرفي: حقق بعض النتائج الآتية:

- التخفيف من أعراض الاكتئاب للمسنين.
- الحد من مظاهر القلق المتعدد للمسنين.
- تفعيل التفكير المنطقي في حل المشكلات اليومية التي تعترض المسنين.

توصيات البحوث المستخدمة للعلاج المعرفي:

- الاهتمام بمزيد من الممارسات المهنية للعلاج المعرفي مع المسنين لدوره الفعال في الحد من مشكلاتهم المتعددة.

٦- النتائج المتعلقة بالمداخل المهنية الأخرى:

حيث أكدت الدراسات فعالية بعض المداخل والنظريات الأخرى في الحد من مشكلات المسنين ومنها:

- أكد العلاج المتمركز حول العميل فعاليته في التخفيف من الشعور بالاغتراب لدى المسنات وزيادة تواصلهم مع الآخرين وشغل أوقات فراغهم.
- كما أكدت الدراسات فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من أعراض الاكتئاب والقلق لدى المسنين، وتحسين التوافق النفسي والاجتماعي لديهم. كما أكد فعاليته في تحسين تقدير الذات لدى المسنات في دور الرعاية.
- وكذلك اكدت الدراسات فعالية العلاج الواقعي في تحسين الاداء الاجتماعي للمسنات.
- كما أكدت الدراسات فعالية خدمة الفرد الجماعية في تخفيف مشكلة العزلة الاجتماعية للمسنين حيث ارتفع مستوى الرضا عن النفس لدى المسنين وازدادت مشاركتهم وتحسين التفاعل والنشاط والتعامل مع آثار الوحدة والعزلة الاجتماعية لدى المسنين.

ثامنا- النتائج العامة للدراسة:

<u>نتائج تحليل مضمون أحدث البحوث العالمية والعربية حول النماذج والنظريات العلمية في خدمة</u>

الفرد للتخفيف من مشكلات المسنين، وتم التحليل الكمي والكيفي للبحوث والتي أكدت على ما يلي:

أ- أشار التحليل الكمي للبحوث إلى أن النسبة الأكبر من هذه البحوث منشورة في مجلات ودوريات علمية مما يشير إلى ندرة الدراسات العربية في هذا المجال، وتم نشر معظمها في الفترة من (٢٠١٣- حتى تاريخ البحث) مما يشير إلى الاهتمام الحالي باختبار فعالية النماذج والنظريات المختلفة في الحد من مشكلات المسنين المتعددة.

وتم النشر في مجلات ودوريات علمية أجنبية متخصصة وكانت مجلة Journal of Geriatric Psychiatry الأكثر نشراً لبحوث الاتجاهات والنظريات الحديثة مع المسنين يليها International Journal of Geriatric Psychiatry مما يشير إلى اهتمام المجلات المختلفة بنشر البحوث التطبيقية للنماذج والنظريات الحديثة المهتمة بتخفيف مشكلات المسنين المتعددة .

كما اتضح أيضاً أن النسبة الأكبر من هذه البحوث تم إنجازها من خلال فرق بحثية تضم ثلاثة باحثون فأكثر، وكذلك كان العلاج المعرفي السلوكي أكثر النماذج المستخدمة مع المسنين يليها نموذج حل المشكلة، يليها العلاج المعرفي ثم العلاج الروحاني، ثم العلاج العقلاني الانفعالي، والعلاج المتمركز حول العميل، وأخيراً خدمة الفرد الجماعية، مما يشير إلى اهتمام النماذج والنظريات في خدمة الفرد في العمل على التخفيف من مشكلات المسنين المتعددة.

كما تشير النتائج إلى أن أكثر المشكلات التي تناولتها البحوث مشكلات الاكتئاب يليها مشكلات اضطراب القلق العام.

كذلك أشارت النتائج إلى ازدياد البحوث التجريبية عن نوعية الدراسات الأخرى. وذلك مثل دراسة كل من دراسة **Andersson, Gerhard & Others (2005)** و دراسة **Stanley, McLaughlin, Deirdre P; Melinda A & Others (2009)** و- دراسة **McFarland, Ken (2011)** و- دراسة **Rebecca L.Gould & Others (2012)** ودراسة **Marino, Patricia& Others (2015)** و دراسة **Shannon L. Jones & Others (2016)** وغيرها من الدراسات .

وكانت المقاييس العلمية أكثر أدوات الدراسة استخداماً يليها استمارات الاستبيان. وذلك مثل دراسة كل من **Stanley, Melinda A & Others (2009)** و دراسة **McLaughlin, Deirdre P; McFarland, Ken (2011)** و دراسة **Rebecca L.Gould & Others (2012)** و- دراسة **Stanley, Melinda A. & Others (2014)** و- دراسة **Shannon**

L. Jones & Others (2016).مثل مقياس هاملتون للاكتئاب ومقياس حدة القلق ومقياس حل المشكلات اليومية وغيره.

وأشارت النتائج أيضاً إلى أن الفترة الزمنية للبحث (أقل من ٣ شهور) هي النسبة الاكبر في البحوث، وذلك مثل دراسة **McLaughlin, Deirdre P; McFarland, Ken (2011)** ودراسة **Titov, Nickolai& Others (2016)** و دراسة **Howat, Susie; Davidson, Kate (2002)** وغيرها، وبذلك قدمت هذه البحوث العلاج قصير الأمد ، والذي يتناسب وطبيعة العصر الحالي، وكذلك رغبة العملاء.

وأشارت نتائج الدراسة إلى أن عدد المبحوثين أقل من ٥٠ مسن في معظم بحوث الدراسة. وذلك مثل دراسة كل من دراسة (**Andersson, Gerhard & Others (2005** و دراسة **McLaughlin, Deirdre P; McFarland, Ken (2011)** و دراسة **O'Connor, Maja& Others (2014)** و دراسة**Titov, Nickolai& Others (2016)** و دراسة **Shannon L. Jones & Others (2016)** و دراسة **أماني سعيد فوزي (٢٠٠٩)** و دراسة **جيهان سيد بيومي القط (٢٠١١)** ودراسة **محمد طه احمد جاهين (٢٠١٨)** وغيره.

وقد اوضحت نتائج الدراسة أن معظم البحوث اهتمت بالنوعين من المبحوثين (ذكور/ إناث)، وذلك مثل دراسة كل من **Tsai, Hsiu- Hsin; Tsai, Yun- Fang (2007)** ودراسة **Marino, Patricia& Others (2015)** و**Titov** ودراسة**Nickolai& Others (2016)** و– دراسة **Shannon L. Jones & Others (2016)** ودراسة **Capcioglu, I., Bilgin, O. (2012)** وغيرهم.

كما أكدت النتائج على اهتمام البحوث بالتطبيق علي المسنين في عمر من (٦٠– ٦٥ عام)، وهي بداية مرحلة التقدم في العمر. وذلك مثل دراسة كل من **Floyd, Mark; & Others (2004)** و– دراسة **Alexopoulos, George S: & Others (2016)** دراسة **George S. Alexopulos M.D. C. (2016)** و دراسة **Steven M. Albert & Others (2016)** ودراسة **Zamora, Diana (2013)** ودراسة **Alexopoulos, George S& Others (2011)** وغيرهم.

ب– وأشار التحليل الكيفي للبحوث إلى: اهتمام النماذج والنظريات الحديثة في خدمة الفرد في التعامل مع مشكلات المسنين المتعددة والتي تتمثل في الاكتئاب– الأمراض الصحية المزمنة– اضطراب القلق المتعدد– ضعف ممارسة الأنشطة اليومية– حل المشكلات الاجتماعية–

ضـعف التواصـل والعلاقـات الاجتماعيـة– العزلـة الاجتماعيـة– ضـعف الأداء الـوظيفي– الانتحار– ضغط ما بعد الصدمات– الأرق– اضطرابات الضيق– ضعف مستوى الإدراك– اضطرابات الشخصية. كما أكدت البحوث فعالية العديد من النماذج والنظريات في خدمة الفرد في تخفيف العديد من مشكلات المسنين الاجتماعية، والنفسية، والسلوكية، والعقلية، والصحية، وغيرها.

ج– كما اشارت النتائج ان مشكلة الاكتئاب اكثر المشكلات التي تناولتها البحوث،وان نموذج حل المشكلة اكثراستخداما في مواجهه اكتئاب المسنين يليها العلاج المعرفي السلوكي .ويتضح ذلك من الدراسات الاتية:

١– دراسات استخدمت العلاج المعرفي السلوكي في مواجهة مشكلة اكتئاب المسنين:دراسة كل من : **Floyd, Mark & Others (2006)**; و دراسة **Lichstein, Kenneth L& Others (2013)** و دراسة **O'Connor, Maja& Others (2014)** ودراسة **Nicole Epaugh & Others (2014)** ودراسة **Marino, Patricia& Others (2015)** ودراسة **Titov, Nickolai& Others (2016)** و دراسة **Shannon L. Jones & Others (2016)**.

٢– ودراسة استخدمت العلاج السلوكي في مواجهة مشكلة اكتئاب المسنين – دراسة **Lynch, Thomas R& Others (2007)**.

٣– ودراسات استخدمت نموذج حل المشكلة في مواجهة مشكلة اكتئاب المسنين دراسة كل من:**Kleftaras, George (2000)** و دراسة **Howat, Susie; Davidson, Kate (2002)**و دراسة **Alexopoulos, George S& Others** (2011) ودراسة **Choi, Namkee G& Others** (2012), و دراسة **Steven M. Albert & Others (2016)** و دراسة **Kristen A. & Others (2016)**و دراسة **George S. Alexopulos M.D. C. (2016)** و– دراسة **Albert, Steven M; & Others (2016)** و دراسة **Alexopoulos, George S: & Others (2016)** و دراسة **Gustavson, Kristen & Others** (2016) و دراسة **Kirkham, Julia G & Others** (2016) .

٤– دراسات استخدمت العلاج المعرفي في مواجهة مشكلة اكتئاب المسنين دراسة كل من **Wong, Paul (2001)** و دراسة **Thompson, Simon B. N (2001)** و دراسة **Foulk, Mariko A. & Others** و دراسة **Floyd, Mark; & Others (2004)**

(2014).

أما مشكلة اضطراب القلق فقد تناولتها الدراسات الاتية:

١- العلاج المعرفي السلوكي وقلق المسنين- دراسة كل من **Caudle, Donald D& Others (2006)** و دراسة **Stanley, Melinda A & Others (2009)** و دراسة **Rebecca L.Gould & Others (2012)** و دراسة **Mohlman, Jan& Others (2013)** و دراسة **Stanley, Melinda A. & Others (2014)**.

٢- والعلاج المعرفي مع القلق دراسة **Foulk, Mariko A. & Others (2014)**، ومما سبق ترى الباحثة ضرورة العمل على تفعيل الممارسة المهنية للمداخل المتعددة في خدمة الفرد في التخفيف من مشكلات المسنين، وخاصة الممارسة المبنية علي المدخل التكاملي مما يساعد علي المواجهة الفعالة لمشكلات المسنين.

تاسعاً: رؤية مستقبلية لتطوير اليات ممارسة خدمة الفرد مع المسنين:

قامت الباحثة بوضع رؤية مستقبلية لتطوير اليات ممارسة خدمة الفرد مع المسنين وذلك في ضوء:نتائج تحليل مضمون الدراسات والبحوث العالمية والعربية التي استخدمت النماذج والنظريات العلمية في خدمة الفرد لمواجهة مشكلات المسنين.

[١] أهداف الرؤيه المستقبليه:

١- تعليم وتدريب الأخصائيين الاجتماعيين لممارسة خدمة الفرد في مجال رعاية المسنين: مع ضرورة إصلاح المناهج الدراسية للأخصائيين الاجتماعيين لترسيخ محتوى جيد للشيخوخة لزيادة الطلب على الأخصائيين الاجتماعيين في مجال رعاية المسنين، كما تؤكد ضرورة وجود المعرفة والكفاءة المهنية والفنية اللازمة للممارسة، مع تفعيل الاتجاه الإيجابي نحو المسنين، بالإضافة للعمل الميداني والتدريبي المستمر المتخصص لصقلهم بالمهارات والقدرات المطلوبة للعمل في هذا المجال.

٢- الحاجة الملحة لوجود المهنيين المتخصصين مع الأخصائيين الاجتماعيين النفسي والطبي جنباً إلى جنب مع خدمات الرعاية الصحية المدعومة.

٣- زيادة عدد الجلسات الفردية والجماعية مع المسنين لبحث مشكلاتهم اولا باول، ولاستفادتهم من خبرات بعضهم البعض في الحياة،وكذلك لسهولة تطبيق ماتوصلت اليه نتائج الدراسات السابقة من تصور مقترح او برامج علاجية فعالة.

٤- اهتمام خدمة الفرد بنشر الوعي الصحي لدى المسنين،ومحو الأمية الصحية لديهم للحد من سلوكياتهم الضارة بالصحة، وكذلك للحد من فترات الإقامة المطولة بدور الرعاية الصحية، مع ضرورة الاهتمام مستقبلاً بالتقييم المستمر للرعاية المتكاملة المقدمة لهم للعمل على تطويرها المستمر من منفذي سياسات الرعاية المجتمعية للمسنين.

٥- أن ممارسة خدمة الفرد مع أسر المسنين توفر برامج الرعاية اللازمة والخدمات الحيوية التي تقلل من الإجهاد وتحسن من نوعية حياة اسر المسنين، ويعتبر الأخصائيون الاجتماعيون حلقة الوصل بين كبار السن وأسرهم وخدمات المجتمع لهم، لذلك من الضروري زيادة وعي الاسر بكبار السن.

٦- استخدام المدخل التكاملي لخدمة الفرد للتخفيف من مشكلات المسنين.

٧- التطوير في أدوات القياس بما يتناسب مع شخصية المسنين وخصائصهم الجسدية والانفعالية والمعرفية.

٨- تحقيق التأهيل الاجتماعى للمسنين وذلك بالآخذ بنظام الدمج وليس العزل في إقامة المسنين سواء بدور الضيافة أم نوادي المسنين حيث يوجد في الكثير من دول العالم نوادي خاصة بجميع الفئات حتى لا يشعروا بالعزلة والوحدة ويظلوا في حالة اندماج مع مختلف فئات المجتمع.

٩- إعانة بعض الأسر التي لديها من يعاني من بعض الأمراض المزمنة سواء الجسدية أو النفسية فلا يمكن الفصل بين الجانب النفسي والجسدي حتى يظل المسن يتمتع بالإقامة الطبيعية في أسرته.

١٠- الاستفادة من البرامج العلاجية في رعاية المسنين مثل العلاج العقلاني والعلاج السلوكي المعرفي والإرشاد النفسي في تخفيف المشاعر والاعتقادات السلبية لدى المسنين حول الذات والعالم والمستقبل وغيرها.ليتمكن المسن من تحقيق ذاته ونظرته المستقبلية.

١١- التهيئة النفسية والاجتماعية للمسنين قبل وصولهم الى سن التقاعد حتى لا تحدث بصورة فجائية في تغيير الأدوار الاجتماعية والوظيفية.

١٢- استخدام برامج وطرق تقوية الذاكرة بفنياتها المختلفة مع فئات المسنين الذين يعانون من مشكلات لها علاقة بالذاكرة سواء طويلة المدى أو قصيرة المدى.

١٣- الإكثار والتنويع من النشاط الذاتي للمسنين سواء الثقافي او الترفيهي خارج الدور حتى لايعيشون في عزلة عن المجتمع، وأيضا للمقيمين في أسرهم الطبيعية.

١٤- الاهتمام بالواقع الافتراضي عن طريق الاستخدام الصحيح للتكنولوجيا الحديثة في تحقيق تغيير ايجابي في حياة المسنين.

١٥- استخدام الواقع المعزز لتحقيق فعالية مواجهة المسن لمشكلاته المستقبلية وذلك من خلال استخدام التكنولوجيا في تفعيل الواقع المعزز للمسن ومساعدته في تخطي مشكلاته المتعددة.

١٦- ضرورة الاهتمام بتدريب المسن وانخراطه في العمل بعد التقاعد كعامل أساسي لشعور المسن بالتفاؤل والرضا عن الحياة.

١٧- الاهتمام بالأنشطة الدينية حيث تسهم في تحسين جودة حياة المسنين.

١٨- استخدام مهارات خدمة الفرد في فتح قنوات الاتصال مع المهن والتواصل مع مقدمي الرعاية للمسنين لتقديم الدعم لهم ولمن يعانون من مشاكل الصحة العقلية منهم لتقليل مخاطر انتحار المسنين.

١٩- رفع مستوى الرضا عن الحياة للمسنين من خلال استخدام استراتيجيات التدخل الخاصة والتي تمكن المسنين من العيش في حياتهم بطريقة قانعة.

٢٠- استثارة وتشجيع العمل التطوعى للشباب فى مؤسسات رعاية المسنين، وذلك للاستفادة من طاقاتهم وقدراتهم، وتعديل اتجاهاتهم نحو المسنين.

[٢] اليات تطبيق الرؤيه المستقبليه:

(أ) اهم الاستراتيجيات المستخدمة في الرؤيه المستقبليه:

١- **استراتيجية إعادة البناء المعرفى:** والتى تعمد إلى إكساب المسنين جوانب معرفية جديدة ترتبط بالمرحلة العمرية وخصائصها وكيفية مواجهة مشكلات الحياة اليومية حتى يستطيع أن يوظف هذه الأفكار الجديدة فى ممارساته اليومية. وبالتالي تتحسن نوعية حياة المسنين.

٢- **استراتيجية تغيير السلوك:** وذلك من خلال تغيير الجماعة المرجعية التى ينتمى إليها المسن من خلال المشاركة الجماعية فى الأنشطة، فعندما ينتمى الفرد إلى جماعة أخرى ذات اتجاهات مختلفة يبدأ الفرد فى استبدال اتجاهاته القديمة باتجاهات جديدة تتوافق مع أغراض الجماعة بمرور الزمن.وبالتالي العمل علي دمج المسن مع جماعات اكثر فاعلية ونشاط.

٤- **استراتيجية الإقناع:** والتى تهدف لزيادة الوعى بمشكلات المسنين والعمل علي إقناع اسرة المسن والقائمين علي رعايته بكيفية مواجهة هذه المشكلات، ويكون الإقناع عن طريق استخدام

رأى الأغلبية أو رأى ذوى الخبرة والشهرة الذين يعتد بآرائهم ويوثق بخبراتهم. وكذلك عن طريق وسائل الاتصال الجماهيرية المسموعة أو المقروءة أو المرئية، وكذلك الإقناع العقلى بسرد الأدلة والشواهد المؤيدة لارتباط رعاية المسنين بالقيم الدينية والخلقية.

٥- **استراتيجية التعليم:** إذ يعد التعليم والمعارف التى يتلقاها الفرد من أهم الطرق التى تؤدى إلى تعديل اتجاهاته نحو الأشياء والموضوعات المختلفة فى بيئته. وبالتالى يتعلم المسن المعارف والمعلومات التي تساعده علي حل مشكلات المرحلة العمرية الجديدة وتحقق حالة الرضا المنشودة له، وذلك يتحقق من خلال المؤسسات الرسمية وغير الرسمية.

٦- **استراتيجية الاتصال المباشر:** وذلك من خلال توفير الدمج المطلوب بين المسن ومجتمعه سواء كان المسن في اسرته او في المؤسسات الايوائية،وذلك من خلال مشاركته الانشطة المختلفة في نوادي المسنين .اوباستخدام الوسائل التكنولوجية الحديثة في تفعيل التواصل مع الاخرين .

٧- **استراتيجية تغيير الاتجاهات الدفاعية:** وذلك عن طريق تقليل الفجوة بين الشباب والمسنين، حتى تحل الاتجاهات الجديدة المليئة بالعطف والحنو والرعاية المتكاملة للمسن محل الاتجاهات القديمة المرتبطة بالقسوة والمعتقدات الخاطئة أو السلبية. وهى استخدام الأشخاص ذوى الكفاءة التى تنال احترام الشباب وتقديرهم ومودتهم والذين يحملون اتجاهات إيجابية نحو رعاية المسنين، ونحو أهمية التطوع والمشاركة فى هذا المجال.

٩- **استراتيجية التدريب:** وذلك بالعمل علي تنويع البرامج التدريبية للمسن علي كيفية التعامل مع مشكلات مرحلته الحالية بكفاءة.وكذلك العمل علي تدريب فريق العمل القائمين علي رعاية المسن علي تحقيق جودة الرعاية المنشودة.

(ب) التكنيكات المستخدمة في الرؤيه المستقبليه:

١- **أسلوب التمثيل المعرفى:** وهو أسلوب يشجع على التخيل العقلى كمحاولة لإعادة تصور المشكلة بأسلوب جديد من وجهة نظر المسن، حيث يتم تشجيع المسن على توليد أفكار متعددة عن كيفية مواجهة مشكلاته اليومية.

٢- **تكنيك لعب الأدوار:** ويتضمن تكليف الأفراد الذين يتبنون الاتجاه المطلوب تغييره بلعب أدوار من يتبنون الاتجاه المستهدف.وذلك بمساعدة المسن علي مواجهة مشكلاته.وكذلك مساعدة العاملين معه او افراد اسرته علي توضيح اكبر لما يعانيه المسن في هذه المرحلة.

٣- **تكنيك المناقشة المنطقية:** حيث يتضمن المناقشة الجماعية بين المسنين بعضهم البعض، او بين المسن وافراد اسرته وإدارة الحوار الفعال معهم حتى يمكنهم التعرف علي مشكلات المسن وكيفية رعايته.

٤- **تكنيك التعزيز والتشجيع:** حيث يتم التشجيع المستمر للمسن سواء في اسرته او في دور الايواء علي تخطي مشكلاته و التفاعل الايجابي مع المجتمع المحيط به.

٥- **تكنيك الإيحاء:** والذى يُستخدم فيه الإشارة بالألفاظ إلى موضوع الاتجاه دون التصريح به علانية، وذلك من خلال وسائل الإعلام أو الأنشطة الثقافية المختلفة للمسنين.

٦- **تكنيك النمذجة:** ويتم عن طريق اختيار نماذج من ذوى الخبرة والشهرة الذين يعتد بآرائهم ويوثق بخبراتهم وينالون حب وتقدير المجتمع ومن هم من فئة المسنين، وقد يتم استخدامه عن طريق الأفلام السينمائية لعرض نماذج حقيقية ورمزية سوية للإقتداء بها.

٧- **تكنيك الاستيعاب والامتصاص:** وذلك عندما يقبل الفرد التأثير من الآخر، لأن هذا السلوك المقنع متفق مع نسقه القيمى.وبالتالي يدمج المسن مع جماعات مرجعية ايجابية وخلاقة للاستفادة منهم.

٨- **تكنيك التدعيم الإيجابى والسلبى:** حيث يشكل التدعيم الإيجابى أو السلبى للمكتسبات السلوكية الجديدة للمسن تثبيتا للسلوك الايجابي في مواجهة المشكلات المتعلقة بكبر السن.

٩- **تكنيك التوضيح:** أى توضيح وتحليل مسببات المشكلات المتكررة للمسن والعمل علي ازالة العوامل المرتبطة بحدوثها.سواء كان المسن في اسرته او في دور الايواء.

١٠- **تكنيك النصح والإرشاد:** حيث يقدم هذا التكنيك المعلومات الكاملة عن اهمية رعاية المسنين، والنصح والتوجيه المستمر للمسن وجماعته المرجعية او فريق العمل عن كيفية جمع المعلومات الكافية عن مشكلاته والإرشاد المستمرعن كيفية مواجهتها.

(ج) الأدوار المهنية للاخصائى الاجتماعى فى الرؤيه المستقبليه:

ترتبط الأدوار المهنية فى هذا الإطار بطبيعة الاستراتيجيات المهنية المستخدمة فى الموقف، ويلعب الاخصائى الاجتماعى عدة أدوار من بينها دور المعلم، ودور الخبير والموجه والمدافع والمرشد والمعالج والوسيط والمنشط والمشارك والمخطط والمساعد، ويمكن تحديدها إجرائيا فى الآتى:

١- عمل المقابلات الفردية والجماعية مع المسنين وذلك للعمل على التأكيد على أهمية مواجهة مشكلاتهم، وبضرورة الإفادة من خبراتهم والعناية بهم داخل الأسرة أو خارجها (إن لم يُتِحْ ذلك فى الأسرة).

٢- عقد الندوات والمحاضرات والمؤتمرات التى تعمل على توفير المناقشة الجماعية والحوار المنهجى البناء مع المسنين واسرهم وفرق العمل العاملة معهم وذلك لزيادة الوعي بكيفية مواجهة مشكلات المسنين.

٣- تدعيم القيم الدينية التى تحث على رعاية المسنين والتأكيد عليها بالدلائل والبراهين.

٤- استثمار العلاقات والتفاعلات على المستويين الرأسى والأفقى فى قطاع المسنين فى إيجاد قنوات اتصال والتقاء بين كبار السن والأجيال الشابة لاكتساب الخبرات.وزيادة دمج المسن في مجتمعه.

٥- التأكيد على أهمية التعليم فى تأكيد الاتجاهات الإيجابية نحو رعاية المسنين من خلال تزويد الاسر بالمعلومات الدقيقة حول المسنين كفئة فى المجتمع، وكيفية رعايتهم، وإصدار دليل تعريفى عن مؤسسات رعاية كبار السن؛ بهدف توعيتهم بالخدمات المختلفة التى تقدمها دور المسنين.

٦- التأكيد على الشباب بأهمية العمل التطوعى والجهود الذاتية فى مؤسسات رعاية المسنين؛ لتحسين نوعية الحياة للمسنين من جانب وتقليل الفجوة بينهم من جانب آخر؛ وذلك من خلال تكوين جماعات من الجامعات والمدارس باسم جماعة (أصدقاء المسنين) تتولى الدعوة، والمبادرة فى توفير خدمات تطوعية للمسنين، وإظهار الاهتمام بهم، وبحاجاتهم المختلفة فى دور الإيواء.

٧- تشجيع الشباب على التطوع فى مختلف التخصصات التى تحتاجها المؤسسة الإيوائية والعمل على تدريبهم تحت إشراف أكاديمى من قبل الكليات المتخصصة مما يحقق عدة أهداف أولها: سد العجز فى الهيكل الوظيفى للمؤسسة لرفع كفاءة أداء المؤسسات الإيوائية، وثانيها: الاستفادة من الإشراف الأكاديمى فى تطوير المؤسسة وزيادة درجة فعاليتها، وكذلك تحقيق أهم الأهداف المقصودة للاخصائى وهو: الاتصال المباشر للشباب بالمسنين وبدور الإيواء حتى يتحقق الاتصال المباشر، ومن ثَمَّ يحدث تعديل للاتجاهات المطلوب تعديلها.

٨- تنظيم دورات تدريبية لفريق العمل العاملين بدور الإيواء لزيادة صقلهم فى هذا المجال، وضمان حسن رعايتهم للمسنين، والتعامل الجيد معهم.

٩- تنمية القدرة على لعب الأدوار لدى المسنين واسرهم، مما يساعد على تنمية قدراتهم، ومهاراتهم على التعامل الجيد مع مشكلات المسنين، ورعايتهم رعاية متكاملة.

١٠- تدعيم السلوكيات الإيجابية للمسنين ونبذ السلوكيات السلبية من خلال تقدير الجهود الفردية المتميزة، وأخذها كنماذج يحتذى بها المسن.

١١- الإيمان بقيمة العمل الشبابى من خلال تحفيز الشباب على المشاركة فى برامج الإعداد المبكر للتقاعد[١]؛ لتوفير خدمات التوعية المتخصصة التى يشملها هذا النظام مثل: برامج المشورة الفنية، وبرامج تقوية الروح المعنوية للمسنين.

١٢- إعداد وتنظيم ورش العمل التى تجمع فئات وتخصصات مختلفة وتهتم بخدمات كبار السن فى دور المسنين او نوادي المسنين بهدف مواجهة مشكلات المسنين.

١٣- مساعدة المسنين على الاستخدام الأمثل لوسائل التكنولوجيا الحديثة وذلك حتى يتم تنمية قدراتهم وتحقيق التواصل الايجابي لهم مع اسرهم واصدقائهم والمجتمع المحيط.

١٤- القيام بالدراسات والبحوث حول المستحدات في مشكلات المسنين وممارسة خدمة الفرد بنظرياتها ونماذجها المختلفة للعمل علي مواجهة مشكلات المسنين اولا باول.

١٥- مساعدة المسنين على تبادل المعرفة عن تجارب وخبرات الدول العربية والأجنبية التى توفر الدعم والرعاية لكبار السن، وإطلاعهم على الأنظمة، والمواثيق، واللوائح الداخلية التى تنظم وتحكم العمل بهذه المؤسسات، والاستفادة منها فى دعم وترسيخ العمل مع كبار السن.

١٦- العمل علي تقويم برامج وخدمات دور الإيواء والبحث عن مصادر التمويل ودعم البرامج والخدمات التى تقدمها هذه المؤسسات، بالإضافة إلى توفير وسائل الأمان الكافية التى تحقق للمسن الرعاية الكاملة من خلال إشباع كافة احتياجاته.

١٧- مساعدة المسنين ذوي الدخل المنخفض علي ايجاد الدعم المادي المناسب من خلال اجهزة الدولة العاملة في هذا المجال.

١٨- وأخيراً الاتصال بأجهزة الإعلام المختلفة (المسموعة والمرئية والمقروءة)؛ لتخصيص مساحة إعلامية مناسبة خاصة بكبار السن؛ لتوعية الشباب والاسر بهذه المرحلة وكيفية الاستعداد لها.

---

[١] تقصد الباحثة ببرنامج الإعداد المبكر للتقاعد: وهو برنامج يعد لتوعية الشباب واسر المسنين لكيفية التعامل مع مشكلات الشيخوخة وخاصة (مشكلة التقاعد) كمرحلة عمرية قادمة، يستفيد منها الشباب بشكل شخصي، كما يمكن الاستفادة من هؤلاء الشباب فى التعامل مع المسنين وتقديم البرامج المختلفة لهم سواء (برامج المشورة الفنية التى تعمل على إمداد المسنين بما يحتاجونه من مشورة تتعلق بهذه المرحلة، وكذلك برامج تقوية الروح المعنوية للمسنين بعد التقاعد وذلك بتوفير المشروعات الصغيرة أو ممارسة الهوايات المختلفة لهم).

(د) مهارات الاخصائى الاجتماعى اللازمة لإنجاح الرؤيه المستقبليه:

تتطلب عملية تنفيذ الاخصائى الاجتماعى لأدواره المهنية السابقة توافر مجموعة من المهارات لديه والتى تتضمن:

- **مهارات معرفية:** بطبيعة المرحلة العمرية للمسن وحاجاتهم ومشكلاتهم، ومتطلبات رعايتهم.
- **مهارات إجراء المقابلات** الفردية والجماعية مع المسنين، وبين المسنين واسرهم او فريق العمل بدور الايواء.
- **مهارات الاتصال:** وهى أساسية لإحداث التواصل بين المسنين واسرهم اوفريق العمل بدور الإيواء وتوجيه التفاعل..
- **مهارات النصح والإرشاد:** للمسنين عن كيفية التعامل مع مشكلاتهم فى هذه المرحلة.
- **مهارات التوضيح:** وذلك من خلال توضيح الحلول الممكنة لمشكلاتهم وخطوات تنفيذها.
- **مهارات منح العون النفسى للمسن:** لكى يزداد تقديره لذاته مما ينعكس علي قدرته علي مواجهه مشكلات مرحله كبر السن.
- **مهارات تبادل الأدوار:** وذلك من خلال استخدام لعب الدور حتى يدرك المسن خصائص الشيخوخة وكيفية التعامل معها. وكذلك اسرته او فريق العمل في دور الايواء.
- **مهارات تكوين العلاقة المهنية:** وتتمثل فى تكوين علاقة مهنية مناسبة مع المسنين لزيادة القدرة علي مساعدتهم.
- **مهارات تكوين شبكات العمل:** وذلك بالاتصال بمؤسسات المجتمع المدنى العاملة على رعاية المسنين وتفعيل دور الشباب بها.
- **مهارات التفاوض والتوسط فى الأمور:** ويتم ذلك من خلال بحث المشكلات المرتبطة بالمسنين، والعمل على مواجهتها.
- **مهارات الإقناع:** ويتم ذلك من خلال الإقناع بالطرق غير التقليدية لمواجهة المشكلات غير المتكررة للمسن.
- **مهارات جمع الحقائق وتحليلها:** وهى الإلمام الكامل بجميع المعلومات المرتبطة بمشكلات المسنين في اسرهم اوبدور المسنين حتى يتوفر جوانب معرفية كاملة لمواجهتها.
- **مهارات المطالبة:** وذلك بالمطالبة بحقوق المسنين فى الرعاية الكاملة بالأسرة، أو خارجها بدور الإيواء.

(هـ) الأدوات والأساليب المهنية المستخدمة فى الرؤيه المستقبليه:

هناك العديد من الأدوات، والأساليب التى يمكن استخدامها فى هذا الإطار منها:

١-المقابلات الفردية، والجماعية بين المسنين بعضهم البعض، ومع اسرهم او فريق العمل.

٢-مقاييس حديثة،واستمارات استبيان مستحدثة عن سلوكيات المسنين وعلاقتها بمشكلاتهم.

٣-الندوات والمحاضرات والمؤتمرات والتى يتم من خلالها تكوين المعارف والمعلومات الصحيحة.

٤-المناقشات الجماعية لإتاحة الفرصة للتعبير الهادف عن المشاعر، وتوفير فرص الاستفادة من الخبرات الفردية.

٥- .تحليل محتوي المقابلات الفردية والجماعية.

٦-ورش العمل، ويتم من خلالها توفير الأساليب العملية؛ للتخفيف من مشكلات المسنين.

٧-إقامة المعارض، والمسابقات؛ لتشجيع المسنين على الاندماج مع المجتمع.

٨-استخدام الوسائل السمعية، والبصرية؛ وذلك للتأكيد والإيضاح والإقناع.

(و) المؤسسات التى يمكن أن ينطلق منها الرؤيه المستقبليه:

يمكن فى ضوء الدراسة الراهنة التركيز على المؤسسات التى يتعامل معها المسن بطريقة مباشرة، أو غير مباشرة، ومن أمثلتها:

أ- الاسرة.

ب- دور رعاية المسنين.

ج- أندية المسنين

(ز) عوامل نجاح الرؤيه المستقبليه:

١-الاهتمام بإعداد الاخصائى الاجتماعى (نظرياً وعملياً) على مجال رعاية المسنين والإلمام الكامل بكل جوانب وسياسات رعاية المؤسسة الإيوائية للمسنين، وكذلك الإلمام بالدراسات الحديثة عن مشكلاتهم وكيفية مواجهتها.

٢-حصول الاخصائيين الاجتماعيين على دورات تدريبية متخصصة فى الأنشطة المرتبطة بالممارسة المهنية لطريقة خدمة الفرد فى مجال رعاية المسنين.

٣- بالإضافة إلى احتياج هذه المؤسسات لزيادة أعداد الاخصائيين الاجتماعيين بها حتى يتمكن الاخصائى الاجتماعى من الممارسة المهنية بشكل متكامل وفعال.

٤-ضرورة أن يتوافر لدى الاخصائى الاجتماعى المهارات المهنية اللازمة لأداء أدواره المهنية وأن يتميز بالمثابرة والجدية.

٥-ضرورة تعاون الاخصائى الاجتماعى مع فريق العمل بهذه المؤسسات، وإيجاد قنوات اتصال مستمرة بينهم، كذلك إيجاد صلات تعاون مستمرة مع مؤسسات المجتمع المدنى الأخرى.

عاشرا: بحوث مستقبلية مقترحة:

- اليات تطوير ممارسة خدمة الفرد للحد من مشكلات الحياة اليومية للمسنين.
- اليات تطوير ممارسة خدمة الفرد للتخفيف من مشكلات الاكتئاب لدي المسنين.
- اليات تطوير ممارسة خدمة الفرد للحد من مخاطر انتحار المسنين.

المراجع

(١) عبد الرحمن محمد عيسوي، **علم النفس والإنسان** (بيروت: الدار الجامعية، ١٩٩٣) ص١٠٧.

(٢) بواب شاكر علي جمعة، **برنامج مقترح للإعداد لمرحلة التقاعد من منظور الخدمة الاجتماعية** (بحث منشور في المؤتمر العلمي السابع عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المجلد الرابع، ٢٠٠٤) ص ٢١٧٨.

(٣) أحمد إبراهيم حمزة، **واقع خدمات الرعاية الاجتماعية للمسنين** (بحث منشور في المؤتمر العلمي الخامس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المجلد الرابع، ٢٠٠٢) ص ٤٠٧.

(4) Dunkle Ruth E. & Norgard Theresa; **Aging overview, Encyclopedia of social work** (U.S.A; Washington, DC, National Association of social workers (NASW press) 19th Ed, first impression, 1995) P. 142.

(5) Lemme, Barbara Hansen; **Development in Adulthood**, (London, Allyn & Bacon, 3rd ed., 2002).

(٦) الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، **الكتاب الإحصائي السنوي** (القاهرة: ٢٠٠٨) ص٢٤.

(٧) المركز الديموجرافي بالقاهرة، **المسنون في مصر ديموجرافياً واجتماعياً واقتصادياً**، (أوراق في ديمقراطية مصر، مايو ٢٠٠٣)، ص٢٦.

(٨) مصطفى محمد أحمد الفقي، **رعاية المسنين بين العلوم الوصفية والتصور الإسلامي** (القاهرة: المكتب الجامعي الحديث، ٢٠٠٨) ص١١.

(9) Farley William & others; **Introduction of social work** (New York; pearson education Inc, 10th ed, 2006) P. 279.

(10) Dunkle & Norgard; **op. cit**; P. 149.

(١١) محمد نبيل سعد سالم، **تقدير احتياجات المسنين المتقاعدين عن العمل** (بحث منشور في المؤتمر العلمي السادس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٣) ص ٣٥١.

(١٢) عبد العزيز أحمد غنيم، **مؤشرات تخطيطية لإشباع احتياجات المسنين** (بحث منشور في المؤتمر العلمي السابع عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٣) ص ٢٧٣-٢٧٥.

(١٣) عبير وفدي سيد أحمد، **تقدير حاجات المسنين بمحافظة القاهرة** (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٤) ص ١٧٢-١٧٥.

(14) Andrew Mienattowski: **Everyday Problem Solving**, The Encyclopedia of Adulthood and Aging, (John Wiely & Sons, Inc., 2015).

(١٥) محمد السيد عبد الرحمن، **دراسات في الصحة النفسية** (القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، الجزء الأول، ١٩٩٨) ص ١٦٦-١٦٧.

(١٦) خالد محمد عبد الغني محمد، **أنماط اضطرابات النوم لدى الراشدين والمسنين وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية** (بحث منشور في مجلة علم النفس، السنة الثالثة عشرة، العدد التاسع والأربعون، ١٩٩٩) ص ١٤٠-١٤٤.

(١٧) عبد الناصر صالح محمد، **دراسة تحليلية لمظاهر التغير الاجتماعي المرتبطة بالمشكلات الاجتماعية للمسنين في المجتمع القطري** (بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد العاشر، أبريل ٢٠٠١) ص١٧٥.

(١٨) عبد الله بن سعد الرشود: **اتجاهات العاملين والمسنين في تحديد الاحتياجات والمشكلات وأشكال الرعاية للمسنين**، (بحث منشور في مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، العدد٤٦، ٢٠٠٢)، ص ص٢٤٥-٢٨٩.

(19) Coleman Peter G. & Hanlon Ann G.; **Ageing and development; Theories and research** (New York; Oxford University press Inc, 2004) P. 17 :19.

(٢٠) أسماء حافظ عفيفي: **تقييم الحالة النفسية والاجتماعية لكبار السن في دور المسنين**، (رسالة

ماجستير غير منشورة، كلية التمريض، جامعة عين شمس، ٢٠٠٤).

(21) Boyle Scott W.S & others; **Introduction to social work** (New York; Library of Congress cataloging in publication Data, 10th ed, 2005) P. 278-279.

(22) Oliver Parker Debra & Decoster Vaughn A.; **Health Care Needs of Aging Adults**, **Unprecedented opportunities for Social Work** (U.S.A; peer reviewed Journal, Vol. 31 (4) Nov. 2006) P. 243-245.

(23) Nolan Mike & others; **Working with older people and their families** (U.S.A; open University, Buckingham press, First published, 2001) P. 5.

(٢٤) ثناء الضبع، **دور الأسرة في تحقيق التوازن النفسي للمسنين**، (بحث منشور في المؤتمر العلمي الدولي الثالث عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٠)، ص٧١.

(٢٥) ماجدة إمام سالم، وفاء صالح مصطفى الصفتي، **رعاية المسنين في الأسرة والمجتمع وعلاقتها بالرضا عن الحياة**، (بحث منشور في المؤتمر العملي الدولي الحادي والعشرون للخدمة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٨)، ص٦٤٦٣.

(٢٦) طلعت مصطفى السروجي، **السياسة الاجتماعية – في إطار المتغيرات العالمية الجديدة** (القاهرة: دار الفكر العربي، ط١، ٢٠٠٤) ص ٢١٠.

(٢٧) عواطف فيصل بياري، **العوامل الأسرية المؤدية إلى إيداع المسنين بدور الرعاية الاجتماعية** (المؤتمر العلمي الحادي عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المجلد الأول، ١٩٩٨) ص ٣١٩-٣٢٠.

(28)Robert E.; **the psychology of Growing old** (Buckingham; open University press, 1995) P. 44.

(٢٩) عواطف فيصل بياري، **مرجع سبق ذكره**، ص ٢٣٤.

(30) Tout Ken; **Elderly care – A world Perspectiv** (London; Chapman & Hall, first edition, 1993) P. 54-55.

(31) Farlery O. William & others: **op. cit,** P. 278-279.

(32) Nolan Mike & others, **op. cit**, P. 76.

(٣٣) سهير كامل علي أحمد، **دراسات في سيكولوجية المسنين** (الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب، ١٩٩٨) ص٤٤-٤٥.

(٣٤) حمادة رجب مسلم عثمان، **دراسة مقارنة للرعاية الاجتماعية الرسمية وغير الرسمية لتحسين نوعية الحياة للمسنين** (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٧) ص ٢٦٣-٢٦٤.

(35) Dahl Hanne Marlene & Eriksen Tine Rask; **Dilemmas or care in the Nordic Welfare State, continuity and change** (U.S.A; Ash Gate, printed by Athenaeum press Ltd, 2005) P. 89.

(36) Delbert Claudia & others: **Berlin Declaration on the quality life for elder adults: closing the gap between scientific knowledge and intervention** (Germany; International Journal psychology, International Union of Psychological science, Psychology press, Volume 44, Issue (1), February 2009) P:79-80.

(37)Thorn Brian L.; **Defining residential care from a developmental perspective** (U.S.A; Lawerence Erlbaum Associatiates publishers, 2002) P.

301.

(٣٨) أحمد إبراهيم حمزة، **مرجع سبق ذكره،** ص ٤٢٩-٤٣٠.

(39) Liebig Phoebe S.; **Old Age Homes and Services**, **Old and New Approaches to Aged Care** (New York, Haworth press, 2003) P. 159-178.

(40) Humber James M. & Almeder F-Robert; **Care of the Aged** (New Jersey; Human a press, Inc, 2003) P. 34.

(٤١) أحمد محمد غريب حمادة، **برامج الأنشطة الترويحية لكبار السن بأندية ومراكز المسنين بجامعة قنا،** دراسة تقويمية (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية الرياضية بنين، جامعة حلوان، ٢٠٠٥)، ص ٥-٦.

(٤٢) محمود سيد هاشم علي، **المشكلات التي تواجه البرامج الترويحية بدور المسنين** (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية الرياضية بنين، جامعة حلوان، ٢٠٠٦) ص ١٢٥-١٢٦.

(٤٣) أسماء حافظ عفيفي، **تقييم الجماعة النفسية والاجتماعية لكبار السن في دور المسنين** (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التمريض، جامعة عين شمس، ٢٠٠٤) ص ١-٤.

(٤٤) جمعة سيد يوسف، عزة عبد الكريم مبروك، **محددات الصحة الجسمية والنفسية لكبار السن المقيمين في دور الرعاية وغير المقيمين** (القاهرة: بحث منشور في مجلة دراسات عربية في علم النفس، المجلد الرابع، العدد الرابع، ٢٠٠٥) ص ١١.

(٤٥) أسماء عبد الونيس صديق محمد، **بعض الوجدانات السالبة – الموجبة المرتبطة بالإقامة الداخلية لدى عينة من كبار السن المقيمين في دور المسنين** (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا، ٢٠٠٥)، ص ٢-٨.

(٤٦) يحيي عبد العال عبد العزيز وهبه، **مفهوم الذات لدى المسنين المقيمين داخل دور الرعاية والمسنين المقيمين مع أسرهم** (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة المنوفية، ٢٠٠٦) ص ١٠٥.

(٤٧) انتصار إبراهيم شعبان إبراهيم، **المشكلات الاجتماعية للمسنين المقيمين بدور الرعاية مع تصور مقترح لممارسة الخدمة الاجتماعية،** (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، ٢٠١١).

(٤٨) أحمد محمد نصر، **العلاقة بين الاكتئاب والتوافق الاجتماعي لدى المسنين بدور الرعاية،** (بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد٣٤، الجزء السادس، ٢٠١٣)، ص١٧٦٥.

(49) Pickard S. & others; **Health care professionals support for older carers** (Oxford; National primary care R. & D. Center, the University of Manchester, 2000) P. 725-744.

(50) Lynne Nakano Y.; **Social welfare for the elderly, community volunteers in Japan**, (London and New York; first published 2005) P. 126.

(51) Authorized & others; **Aging institute funds six New Centers to apply social and behavioral research** (New York; Embargoed for release, public information office, 1993) P. 496.

(٥٢) عبد الناصر صالح محمد، **مرجع سبق ذكره،** ص ١٣٣-١٤٣.

(٥٣) جيهان محمد أحمد الحفناوي، **أثر برنامج إرشادي في تنمية التوافق النفسي لدى المسنين المقيمين في دور المسنين** (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، ٢٠٠١) ص ١٠١.

(٥٤) سلطان عبد الصمد إسماعيل الخضري، **تصميم برامج الترويح لكبار السن بمركز الأمير سلمان**

بن عبد العزيز الاجتماعي بالرياض (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية الرياضية بنين، جامعة حلوان، ٢٠٠٥) ص ٥-٦.

(55) Moody Hairy R.; **Religion, spirituality and Aging**, **A social work perspective** (New York; the Haworth social work practice press, An Imprint or the Haworth press, Inc, Journal of Geronotogical social work, Volume 45, Number 1/2 and 3, 2005) P. 105.

(٥٦) عماد محمد نبيل مسعد سالم، **خدمات الرعاية الاجتماعية وتحسين نوعية حياة المسنين** (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٥) ص٢٢٦.

(٥٧) أحمد محمد عبد السلام عيسى الديب، **بناء مقياس لنسق القيم الترويحية لدى كبار السن** (رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية الرياضية بنين، جامعة حلوان، ٢٠٠٨) ص٢-٣.

(58)Marchand M. & others; **How to help the Residents of an Old age Home to Freely Decide to Take Part in a Social Activity 2** (France, Peer reviewed Journal, Vol. 59(2) Ap 2009) P. 153-161.

(٥٩) إلهام نصر شاكر عبد الرحمن، **تخطيط وقت الفراغ لدى المسنين وأثره على الشعور بالرضا عن الحياة** (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية النوعية، جامعة عين شمس، ٢٠٠٩) ص ١٦٢.

(60) Jack Dr. Raymond; **Residential versus community care, the role of institutions in welfare provision** (London, Macmillan press LTD, first published, 1998), P 154-156.

(61) Ambrosino Rosalie & others; **Social work and social welfare, An Introduction,** (U.S.A; Thomson, Brooks/Cole, sixth edition, 2008) P. 429-430.

(٦٢) أحمد محمد أحمد عوض، **العلاقة بين الإعداد المهني للأخصائي الاجتماعي وأداؤه المهني في مؤسسات المسنين،** (بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد٢٥، الجزء الأول، ٢٠٠٨)، ص٢٤٣.

(63) Volkova, T.N., **Social and Psychological Problems of Old Age** (Voprosy, Psikhologi, 2, 2005), PP.118-126+ 160.

(64) Prakash, B. A & Others; **Prevalence of Psycho-social Problems Among Elderly in Urban Population of Mysore City**, Kamataka, India (India Journal of Public Health Research and Development, 6"1", 2015), PP.281-287.

(65) Suk;a, P.A & Others; **Health and Psycho-Social Problems of Elderly Persons in Rural Area of Andhra Pradesh** (Indian Journal of Public Health Resarch and Development, 6(2), 2015), PP.293-297.

(66) Van Houwelingen & Others; **Consequences of Interaction of Functional**, **Somatic Mental and Social Problems in Community Dawelling Older People** (Plosone, Leaden University Medical Center, 15"4", art, 2015).

(67) Lawrence F. P. & Others; **Fieldwork Rotation**: **A Model for Educating Social Work Students for Geriatirc Social Work Practice**, (United States, Journal of Social Work Education, 41"3", 2006), PP.407-425.

(68) Adler, G; **Geriatric Field Education in Social Work**: A Model for

Practice (United States, Educational Gerontology, 32"9", 2006) PP.207-219.

(69) Ranney, M. & Others; **Building on the Life- Span Perspective: A Model for Infusing Geriatic Social Work, (Journal of Gerontological Social Work**, The Haworth Press, Inc., 48"1-2", 2006), PP.83-96.

(70) Mills Dick, K. & Others; **Evaluation Through Collaborations:** A Model Program of Agency- Based Training Ingeriatiric Social Work (United States; Journal of Gerontological Social Work, 50"1-2", 2007), PP.39-57.

(71) Green Field, E.A. & Others; **Optimizing Geriatric Social Work Education**: **Program and Individual Characteristcs that Promote Competencies**; (United States, Journal of Geonto Logical Social Work, 56l4, 2013), PP.356-377.

(72) Bonifas, R.P., Gray, A.K; **Preparing Social Work Students for Inter-professional Practice in Geriatric Health Care**: **Insights from two Approaches** (United States, Educational Gerontology, 39(7), 2013), PP.476-490.

(73) Scharlach, A.E.; **Social Work with Older Adult in the United States**, (United States, Arbor, 191 (771), art, No.a207, 2015), P.16.

(74) Jacomino, M. & Others; **An Innovative Inter-Professional Education Program for University Medical, Nursing, and Social Work Students Learning in Teams During Sessions and Visits with Geriatric Mentors**; (United States, Journal of Inter-professional Education and Practice, 1"3-4", 2015), PP.100-103.

(75) Camur Duyan, G. & Others; **Attitudes of Social Work Students, Towards Older People**: **Sosyal Hizmet ORgancilerinin Yaslilara Yonelik Tutumtani**, (Turkey; European Journal of Social Work, 2015), P.15.

(٧٦) نعيم عبد الوهاب عبد اللطيف شلبي، **العلاقة بين ممارسة العلاج القصير مع المسنين وبين معالجة مشكلات العلاقات الاجتماعية لديهم** (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٣)، ص ٢٣٤-٢٣٥.

(٧٧) إحسان زكي عبد الغفار، **دراسة الواقع النفسي الاجتماعي للمسنين بمؤسسات الإيواء ودور خدمة الفرد فيها** (بحث منشور في المؤتمر العلمي السنوي السابع للخدمة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ج١، ١٩٩٣) ص ٩٧-١٠٠.

(٧٨) أماني محمد رفعت قاسم، **فعالية نموذج التركيز على المهام في مساعدة المسن على أداء أدواره** (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٩) ص ١٨٢-١٨٥.

(٧٩) أحمد محمد أحمد عوض، **مشكلات أسر المسنين مرضى عته الشيخوخة، وتصور مقترح لدور خدمة الفرد في مواجهتها** (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠١) ص ٢٢٣-٢٢٨.

(٨٠) جمال شكري محمد، **فعالية خدمة الفرد الجماعية في التعامل مع العزلة الاجتماعية للمسنين** (بحث منشور في المؤتمر العلمي الخامس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المجلد الأول، ٢٠٠٢) ص ٢٣١.

(٨١) مروة محمد فؤاد عتمان، **فعالية خدمة الفرد الجماعية في التخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية المترتبة على التقاعد لدى المسنين** (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٢) ص ٢٥٧-٢٦١.

(٨٢) عفاف راشد عبد الرحمن راشد، **ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في تعديل أسلوب حياة المسنات الأرامل** (بحث منشور في المؤتمر العلمي السابع عشر،كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المجلد السادس، ٢٠٠٤) ص ٣٣٩.

(٨٣) عاطف مفتاح أحمد عبد الجواد: **العلاقة بين ممارسة المدخل الروحي في خدمة الفرد والتخفيف من حدة مشكلات العلاقات الاجتماعية لدى المسنين** (رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٧) ص ٤٤١-٤٤٥.

(٨٤) عرفات زيدان خليل: **أزمة التقاعد عن العمل لدى المسنين وتصور مقترح لدور خدمة الفرد في مواجهتها،** (بحث منشور في المؤتمر العلمي الدولي الثاني عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المجلد الثاني، ١٩٩٩)، ص ص٣٩-٨٩.

(٨٥) حنان عبد الرحمن يحيى سعد، **واقع الممارسة المهنية لطريقة خدمة الفرد وتحسين نوعية الحياة لدى المسنين،** (بحث منشور بمجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٩).

(٨٦) ناصر عويس عبد التواب، **التدخل المهني للخدمة الاجتماعية والتخفيف من حدة مشكلات سوء التوافق الأسري** (بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد الثالث عشر، ج١، ٢٠٠٢) ص ١٥٦-١٦٢.

(٨٧) بواب شاكر علي جمعة (٢٠٠٤) **مرجع سبق ذكره،** ص ٢٢١٥-٢٢١٩.

(88) Lenard Kaye W.; **Perspectives on productive Aging; social work with the New aged** (Washington DC, NASW press; 2005) P. 256.

(٨٩) نبيلة محمد لطفي عبد الرحيم، **التأهيل الاجتماعي للمسنين المتقاعدين حديثاً من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية** (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٦) ص ١٠٥-١١٠.

(٩٠) سمر صبحي عمر يوسف، **التدخل المهني من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية لتمكين المسنين بالمؤسسات الإيوائية** (رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٨) ص ٣١٧-٣٢٠.

(٩١) منى طه محروس، **اختبار العلاقة بين برنامج للتدخل المهني من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية وتحقيق الدمج الاجتماعي للمسنين،** (بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد٣١، الجزء الرابع، ٢٠١١)، ص١٨٠٩.

(٩٢) زيزيت مصطفى نوفل، فاكر محمد الغرابية، **برنامج مقترح لاستخدام الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية لتنمية تقدير المسن المقيم بدور رعاية المسنين لذاته،** (بحث منشور في المؤتمر العلمي الدولي الخامس والعشرون للخدمة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ج٣، ٢٠١٢).

(٩٣) نبيل محمد محمود أبو الحسن، **مشكلات المرأة النوبية المسنة وتصور مقترح من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية للتخفيف من حدتها،** (بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد٣٤، الجزء١٧، ٢٠١٣)، ص٦٣١٩.

(94) Kharicha, K. ad & Others; **Social Work, General Practice and Evidence-Basedc Policy in the Collaborative Care of Older People**: Current

Problems and Future Possiblities, (London: Health and Social Care in the Community, 12"2", 2004), PP.134-144.

(95) Salmon J.W. & Others; **Factors Associated with Long- Stay Nursing Home Admissions Among the U.S. Elderly Population**: Companisson of Logistic Regression and the Cox Proportional Hazards Model with Policy Implications for Social Work, (United States, Social Work in Health Care, 48"2", 2009), PP.154-168.

(96) Morrissey, M.B. & Others; **Relationship Between Pain and Chronic Illness Among Seriously Ill Older Adults**: **Expanding Role for Palli Social Work**, (Journal of Social Work in End- of- Life and Palliative Care, 10"1", 2014), PP.8-33.

(97) Findley, A.; **Low Health Literacy and Older Adults**: **Meanings, Problems and Recommendations for Social Work**, (United States, Social Work, In Health Care, 54"1", 2015), PP.65-81.

(98) Manthrope, J., Ilife, S.; **Social Work with Older People- Readucing Suicide Risk**: **A Critical Review of Practice and Prevention** (United Kingdom, British Journal of Social Work, 41"1", 2011), PP. 131-147.

(99) Turlapatis; **Life Satisfaction Among Urban Elderly Implication for Social Work Practice**, (India, Indian Journal of Social Work, 72"1", 2011), PP.71-90.

(100) Rowan N.L. & Others; **Social Work Knowledge of Community- Based Services for Older Adults an Educational Model for Social Work Standards**, (United States, Journal of Geronto Logical Social Work, 54"2", 2011), PP.189-202.

(101) Delli- Colli, N. & Others; **Measuring Social Work Activities with Older People** (Canada, Practice, 25"5", 2013), PP.281-296.

(102) Mali, J.; **Social Work in Residential Care Facilities for Older People as a Protagomist of Changes in Community Care for the Older People Inslovenia**, (Slovenia, Social Work Practice: Global Perspectives, Challenges and Educational Implications, 2014), PP.133-152.

(103) Joosten, D.M.; **Social Work Decision-Making: Need factors of Older Adults That Affect Outcomes of Home- and Community- Based Services** (United States, Health and Social Work, 40"1", 2015), PP.34-42.

(104) Lun, M.W.A.; **Culturally Competent Social Work Practice with Chinese and Korean Family Caregivers of Older Adults**: Perspectives from the Field (U.S.A., Educational Gerontology, 2016), PP.1-10.

(105) Mali, J., **An Example of Qualitative Research in Social Work with Older People**: The History of Social Work in Old Peoples Homes in Slovenia, (Slovenia, Collegium Antropologicum; 35"3", 2011), PP.657-664.

(106) Stambuk, A. & Others; **Social Work in Care Homes for Older People-**

Challenges and Difficulties, (Croatia, Revija Zasocjalnu Plitiku, 21"2", 2014), PP.185-200.

(١٠٧) عادل عبد الجبار الشاطي، أبو إبراهيم الفارابي، **ديوان الأدب معجم لغوي تراثي** (بيروت: مكتبة لبنان ناشرون ش م ن، ط١، ٢٠٠٣) ص ٣٤٠.

(108) Sinclair J. M. & others; **Collins York, Concise dictionary** (England; York press, librairie du liban publishers, Harpercollins publishers, Fourth edition, 1999) P. 24.

(109) Pierson John & Thomas Martin; **Collins dictionary of social work** (Italy; Harper Collins, Staffordshire University, Reset edition, 2006) P. 17.

(١١٠) كمال إبراهيم مرسي، **"كبار السن ورعايتهم فى الإسلام وعلم النفس** (القاهرة: دار النشر للجامعات، ط١، ٢٠٠٦) ص ٢٧.

(١١١) كمال إبراهيم مرسي، **مرجع سبق ذكره،** ص ٢٨-٢٩.

(١١٢) جمعة سيد يوسف، عزة عبد الكريم مبروك، **الصحة الجسمية والنفسية للمسنين** (القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، ٢٠٠٦) ص ٥٠.

(١١٣) طلعت مصطفى السروجي، ماهر أبو المعاطي، **مرجع سبق ذكره،** ص ٢٢٢.

(١١٤) مصطفى محمد أحمد الفقي، **مرجع سبق ذكره،** ص ٢٥.

(١١٥) على جاسم عكله الزبيدي، **سيكولوجية الكبر والشيخوخة "مراحل ما بعد النمو فى حياة الإنسان"** (عمان: إثراء للنشر والتوزيع، ط١، ٢٠٠٩) ص ٣٤.

(١١٦) مايسة أحمد النيال، عفاف محمد عبد المنعم، **الشيخوخة مظاهرها ومحدداتها بين النظرية والتطبيق،** (الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٧)، ص ٤٤.

(١١٧) طلعت مصطفى السروجي، ماهر أبو المعاطي، **مرجع سبق ذكره،** ص ٢٢٢.

(١١٨) حسن مصطفى عبد المعطي، **منهج البحث الإكلينيكى (أسسه وتطبيقاته)، موسوعة علم النفس العيادى** (القاهرة: مكتبة زهراء الشرق، ط١، ٢٠٠٣) ص ٣٦٢.

(119) Lymbery Mark; **Social work with older people, context, policy and practice**, (London; age publications, first published, 2005) P. 13.

(١٢٠) إلهام إسماعيل محمد شلبي، مدحت قاسم عبد الرازق، **الصحة واللياقة لكبار السن** (القاهرة: عالم الكتب، ط١، ٢٠٠٧) ص ٢٢.

(١٢١) عبد العزيز أحمد غنيم: **مرجع سبق ذكره،** ص ٢٤٢.

(١٢٢) مجمع اللغة العربية: المعجم الوجيز، وزارة التربية والتعليم، القاهرة، ١٩٩٧، ص٢٩.

(١٢٣) منير البعلبكي: موسوعة الموارد، بيروت، دار العلم للملايين، ط٢٩، ١٩٩٥، ص٥٦.

(١٢٤) أحمد شفيق السكري: قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٠، ص٩٦.

(١٢٥) المعجم الوسيط: القاهرة، دار المعارف، ط٣، ١٩٨٣، ص٩١٧.

(126) Sinclair J. M. & others; **Collins York, Concise dictionary** (England; York press, librairie du liban publishers, Harpercollins publishers, Fourth edition, 1999) P. 24.

(127) Andersson, Gerhard& Others; **Treatment of Tinnitus in the Elderly: A Controlled Trial of Cognitive Behavior Therapy,** (Peer Reviewed Journal: International Journal of Audiology. Vol.44(11), Nov 2005), PP. 671-675.

(128) Floyd, Mark& Others; **Two-Year Follow-Up of Bibliotherapy and Individual Cognitive Therapy for Depressed Older Adults**, (Peer Reviewed Journal. Behavior Modification. Vol.30(3), May 2006), PP. 281-294.

(129) Caudle, Donald D. & Others; **Cognitive Errors, Symptom Severity, and Response to Cognitive Behavior Therapy in Older Adults with Generalized Anxiety Disorder Peer Reviewed Journa**, (The American Journal of Geriatric Psychiatry. Vol.15(8), Aug 2007), PP. 680-689.

(130) Stanley, Melinda A & Others; **Cognitive Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder Among Older Adults in Primary Care: A Randomized Clinical Trial**, (Peer Reviewed Journal.JAMA: Journal of the American Medical Association. Vol.301(14), Apr 2009), pp. 1460-1467.

(131) McLaughlin, Deirdre P; McFarland, Ken; **A Randomized Trial of a Group Based Cognitive Behavior Therapy Program for Older Adults with Epilepsy: The Impact on Seizure Frequency, Depression and Psychosocial Well-Being**. (Peer Reviewed Journal of Behavioral Medicine. Vol.34(3), Jun 2011), PP. 201-207.

(132) Rebecca L. Gould & Others; **Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Older People: A Meta- Analysis and Meta-Regression of Randomized Controlled Trials**, (Journal of the American Geriatrics Society, Vol.60, Issue2, Feb. 2012), PP.218-229.

(133) Lichstein, Kenneth L& Others; **Telehealth Cognitive Behavior Therapy for Co-Occurring Insomnia and Depression Symptoms in Older Adults,** (Peer Reviewed Journal, Journal of Clinical Psychology, Vol.69(10), Oct 2013), pp. 1056-1065.

(134) Mohlman, Jan & Others; **Attentional Bias in Older Adults: Effects of Generalized Anxiety Disorder and Cognitive Behavior Therapy,** (Journal of Anxiety Disorders. Vol.27(6), Aug 2013), PP. 585-591.

(135) O'Connor, Maja & Others; **The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depressive Symptoms in Elderly Bereaved People with Loss-Related Distress: A Controlled Pilot Study,** (Peer Reviewed Journal, Mindfulness, Vol.5(4), Aug 2014), PP. 400-409.

(136) Natalie, E. Hundt & Others; **Predictors of CBT Outcome in Older Adults with GAD**, (Journal of Anxiety disorders, Volume 28, Issue 8, Dec., 2014), PP.845-850.

(137) Nicole, E. Pugh, & Others; **A Case Study Illustrating g Therapist-Assisted Internet Cognitive Behavior Therapy for Depression,** (Journal, of Cognitive and Behavioral Practice, Volume 21, Issue1, Feb. 2014), PP.64-77.

(138) Stanley, Melinda A. & Others; **Lay Providers Can Deliver Effective Cognitive Behavior Therapy for Older Adults with Generalized Anxiety**

Disorder: A Randomized Trial (Peer Reviewed Journal, Depression and Anxiety.. Vol.31(5), May 2014), PP. 391-401.

(139) Marino, Patricia& Others; **Cognitive behavior therapy with mindfulness and acceptance skills for the treatment of older adults,** (Peer Reviewed Journal: Clinical Case Studies. Vol.14(4), Aug 2015), pp. 262-273.

(140) Titov, Nickolai& Others; **Clinical and cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of depression: A randomized controlled trial**, (Behavior Therapy. Peer Reviewed Journal, Association for Advancement of Behavior Therapy,. Vol.46(2), Mar 2015), PP. 193-205.

(141) Shannon L. Jones & Others; **A Randomized Controlled Trial of Guided Internet**, **Delivered Cognitive Behavior Therapy for Older Adults with Gene-ralized Anxiety**, (Journal of Anxiety Disorders, Volume37, Jan2016), PP.1-9.

(142) Adults Lynch, **Thomas R& Others Treatment of Older Adults With Co-Morbid Personality Disorder and Depression: A Dialectical Behavior Therapy Approach**, (Peer Reviewed Journal International Journal of Geriatric Psychiatry. Vol.22(2), Feb 2007), PP. 131-143.

(143) Burton, Catherine Louisa: **Cognitive Ability and Inconsistency in Reaction Time as Predictors of Everyday Problem Solving in Older Adults**, (United States Ph.D., Social Sciences, 2007), P.159.

(144) Amy H. Peterman & Others; **Measuring Spiritual Well- Being in People with Cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well- Being Scale (FACIT-SP),** (Annals of Behavioral Medicine, Volume 24, Issue 1, Feb.2002), PP.49-582.

(145) Nelson- Becker, H.; **Religion and Coping in Older Adults**: **A Social Work Perspective,** (United States, Religion, Spirituality, and Aging: A Social Work Perspective, 2012), PP.51-67.

(146) Capcioglu, I., Bilgin, O**.; Aging and Religiosity Relationship in the Context of Religious Social Work Practices to Elderly People: On its Historical Development and Current Turkey's Situations** (Turkey, Milli Egitim, "193", 2012), PP.44-45.

(١٤٧) جيهان سيد بيومي القط، **ممارسة العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد لتخفيف الشعور بالاغتراب لدى المسنات** (دراسة تجريبية بدار سعدات للمسنات، محافظة البحيرة)، (بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد٣١، الجزء السابع، أكتوبر ٢٠١١،) ص٣٠٢٥.

(١٤٨) أماني سعيد فوزي، **استخدام العلاج العقلاني الانفعالي في خدمة الفرد لتحسين تقدير الذات لدى المسنات في دور رعاية المسنين،** بحث منشور في المؤتمر العلمي الدولي الثاني والعشرون للخدمة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠٩، ص٥٧.

(١٤٩) محمد طه احمد شاهين ، **استخدام العلاج الواقعي في خدمة الفرد لتحسين الاداء الاجتماعي للمسنين**،رسالة دكتوراة غير منشورة،كلية الخدمة الاجتماعية ،جامعة الفيوم،٢٠١٨.

(150) Kleftaras, George; Interpersonal Problem-Solving of Means-Ends **Thinking, Frequency and Strength of Pleasant and Unpleasant Activities and Symptoms of Depression in French Older Adults**, (Peer Reviewed Journal. Physical & Occupational Therapy in Geriatrics. Vol.17(4), 2000), PP. 43-66.

(151) Howat, Susie; Davidson, Kate; **Parasuicidal Behaviour and Interpersonal Problem Solving Performance in Older Adults** (Peer Reviewed Journal, British Journal of Clinical Psychology. Vol.41(4), Nov 2002), PP. 375-386.

(152) Tsai, Hsiu-Hsin; Tsai, Yun-Fang; **Problem- Solving Experiences Among Elders Living Alone in Eastern Taiwan Peer Reviewed Journal**, (United Kingdom, Journal of Clinical Nursing, Vol.16(5), May 2007), PP. 980-986.

(153) Alexopoulos, George S & Others; **Problem- Solving Therapy and Supportive Therapy in Older Adults with Major Depression and Executive Dysfunction**, (Peer Reviewed Journal: Archives of General Psychiatry. Vol.68(1), Jan 2011), PP. 33-41.

(154) Choi, Namkee G& Others; **Association Between Participant-Identified Problems and Depression Severity in Problem-Solving Therapy for Low-Income Homebound Older Adults**, (Peer Reviewed Journal: International Journal of Geriatric Psychiatry, Vol.27(5), May 2012), PP. 491-499.

(155) Choi, Namkee G.; **Depression in Homebound Older Adults: Problem-Solving Therapy and Personal and Social Resource-fulness**; (Peer Reviewed Journal..us. Behavior Therapy. Vol.44(3), Sep 2013), PP. 489-500.

(156) Zamora, Diana; **The Impact of Stereotype Threat on the Problem Solving Performance of Older Adults: Role of Education, Physical Health and Mental Health,** (United States Ph.D, Psychology, Older adults2013), P.143.

(157) Steven M. Albert & Others; **Design and Recruitment for a Randomized Controlled Trial of Problem- Solving Therapy to Prevent Depression Among Older Adults with Need for Supportive Services**, (The American Journal of Geriatric Psychiatry, Volume 24, Issue 1, Jan 2016), PP.94-102.

(158) Kristen A. & Others; **Problem- Solving Therapy Reduces Suicidal Ideation in Depressed Older Adults with Executive Dysfunction**; (The American Journal of Geriatric Psychiatry, Volume 24, Issue 1, Jan 2016), PP.11-17.

(159) Georges, Alexopoulos. M.D. & Others**; Clinical Case Management Versus Case Management with Problem- Solving Therapy in Low-Income, Disabled Elders with Major Depression: A Randomized**

Clinical Trial; (The American Journal of Geriatric Psychiatry, Volume24, Issue1, Jan2016, PP.50-59.

(160) Albert, Steven M; & Others; **Design and Recruitment for a Randomized Controlled Trial of Problem-Solving Therapy to Prevent Depression Among Older Adults with Need for Supportive Services**, (Lippincott Williams & Wilkins, US Peer Reviewed Journal: The American Journal of Geriatric Psychiatry. Vol.24(1), Jan 2016), PP. 94-102.

(161) Alexopoulos, George S. & Others; **Clinical Case Management Versus Case Management With Problem-Solving Therapy in Low-Income, Disabled Elders with Major Depression: A Randomized Clinical Trial**. (Lippincott Williams & Wilkins, US Peer Reviewed Journal: The American Journal of Geriatric Psychiatry. Vol.24(1), Jan 2016).

(162) Gustavson, Kristen& Others: A; **Problem-Solving Therapy Reduces Suicidal Ideation in Depressed Older Adults With Executive Dysfunction, (**Lippincott Williams & Wilkins, US. Peer Reviewed Journal The American Journal of Geriatric Psychiatry. Vol.24(1), Jan 2016), PP. 11-17.

(163) Kirkham, Julia G & Others; **Meta-analysis of problem solving therapy for the treatment of major depressive disorder in older**(Peer Reviewed Journal… International Journal of Geriatric Psychiatry. Vol.31(5), May 201)6, pp. 526-535.

(164) Wong, Paul; **Review of Full Circle: Spiritual Therapy for the Elder,** (Peer Reviewed Journal. Canadian Psychology/ Psychologie Canadienne. Vol.42(1), Feb 2001), PP. 85-86.

(165) Thompson, Simon B.N; **Cognitive therapy in Cognitive Rehabili-tation: Eight Region Study of Older Adults**, (Peer Reviewed Journal: Journal of Cognitive Rehabilitation. Vol.19(4), Win 2001), PP. 4-7.

(166) Floyd, Mark; & Others; **Cognitive Therapy for Depression: A Comparison of Individual Psychotherapy and Bibliotherapy for Depressed Older Adults**, (Peer Reviewed Journal: Behavior Modification. Vol.28(2), Mar 2004, pp. 297-318.

(167) Pezzuti, Lina& Others; **The Relevance of Logical Thinking and Cognitive Style to Everyday Problem Solving Among Older Adults Peer, (**Reviewed Journal Learning and Individual Differences. Vol.36 Dec 2014), PP. 218-223.

(168) Foulk, Mariko A& Others; **Mindfulness-Based Cognitive Therapy With Older Adults: An Exploratory Study. Haworth Press**, (US. Peer Reviewed Journal Journal of Gerontological Social Work. Vol.57(5), Jul 2014), PP. 498-520.

(١٦٩) جمال شكري محمد، **فعالية خدمة الفرد الجماعية في التعامل مع العزلة الاجتماعية للمسنين،** (بحث منشور في المؤتمر العلمي الخامس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المجلد الأول، ٢٠٠٢)، ص ص٢٠٥-٢٤٢.