

الظروف الصحية لكبيرات السن

وعلاقتها بنوع الحي السكني

دراسة استطلاعية على عينة من كبيرات السن في مدينة الرياض

إعداد

د. عبد الله محمد الفوزان

أستاذ علم الاجتماع المشارك

كلية الآداب - جامعة الملك سعود

الظروف الصحية لكبيرات السن وعلاقتها بنوع الحي السكني دراسة استطلاعية على عينة من كبيرات السن في مدينة الرياض د . عبدالله محمد الفوزان

الملخص :

قامت هذه الدراسة أساساً لتقصي الظروف الصحية لكبيرات السن وعلاقتها بنوع الحي السكني كمؤشر اقتصادي وبيئي واجتماعي.

ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة تم اختيار عينة تصادفية (غرضية) من كبيرات السن المترددات على مراكز الرعاية الصحية الأولية في مدينة الرياض والمقيمات خارج دور رعاية المسنين. وقد بلغ حجم العينة الكلي ٢٥٢ مسنة، موزعة بالتساوي حسب المستوى الاقتصادي للحي السكني، بواقع ٨٤ مسنة لكل نوع من أنواع الأحياء السكنية.

ووفقاً لنتائج الدراسة تبين أن الظروف الصحية لكبيرات السن تتفاوت حسب نوع الحي السكني، حيث ظهر أن كبيرات السن المقيمات في الأحياء الراقية يتمتعن بظروف صحية أفضل من كبيرات السن المقيمات في الأحياء المتوسطة والشعبية، الأمر الذي يدعم ما توصلت إليه الدراسات السابقة في هذا الشأن.

**The relationship between the economic status
(represented by the type of residential district) and the
health conditions of female elderly in Riyadh city**

Dr. Abdullah M. Al-Fawzan

Abstract

This study aimed at exploring the relationship between the economic status (represented by the type of residential district) and the health conditions of female elderly in Riyadh city who visit the primary health care centers and live outside the nursing homes.

In order to achieve the objectives of the study, a purposive sample of 252 female elderly was selected.

According to the results of the study, it was found that the health conditions of female elderly vary by the type of residential district. Those who live in high status residential districts have better health conditions than others who live in medium and low residential districts.

الظروف الصحية لكبيرات السن وعلاقتها بنوع الحي السكني دراسة استطلاعية على عينة من كبيرات السن في مدينة الرياض

مقدمة:

تشكل الحالة الصحية لكبار السن واحدة من أهم الموضوعات التي جذبت انتباه العديد من الباحثين في المجالات العلمية المختلفة (التطبيقية والنظرية) على حد سواء، نظراً لكونها تمثل خاصية رئيسية لمن هم في هذه المرحلة العمرية، ولأنها تتطوي على الكثير من الآثار النفسية والاجتماعية والاقتصادية، سواءً بالنسبة لكبير السن ذاته أو بالنسبة للمحيطين به، وخاصة أفراد أسرته والمؤسسات المعنية برعايته.

هذا الاهتمام من قبل الباحثين بالحالة الصحية لكبار السن جاء نتيجة طبيعية لتزايد أعداد كبار السن بفعل التطورات الاقتصادية والعلمية والتكنولوجية والصحية التي تشهدها أغلب دول العالم، حيث ساهمت هذه التطورات في انخفاض معدلات الوفيات وارتفاع معدلات التوقعات العمرية.

فعلى المستوى العالمي تؤكد الإحصاءات السكانية على وجود زيادة في أعداد كبار السن، حيث بلغت نسبة كبار السن الذين بلغوا سن الستين فأكثر إلى مجموع السكان حوالي ٩,٣٪ في عام ١٤٢٠هـ، ووصل معدل توقع الحياة إلى ٦٧ عاماً للذكور وإلى ٦٣ عاماً للإناث (فؤاد، ١٤١٢هـ: ١٨٢).

وما دمننا بصدد الحديث عن كبيرات السن في المجتمع السعودي فإن نتائج التعداد السكاني الذي أجري في عام ١٤١٣هـ تشير إلى أن النسبة الإجمالية لكبار السن إلى مجموع السكان قد وصلت إلى ٥,١٪. وتزداد نسبة كبار السن عن نسبة كبيرات السن بواقع ١,٣٪، حيث بلغت نسبة الذكور ٥,٧٪ من مجموع السكان، في حين بلغت نسبة كبيرات السن ٤,٤٪. أما توقعات الحياة فقد بلغت معدلاتها ٦٧ عاماً لكبار السن و ٦٤ عاماً لكبيرات السن (الخریف، ١٤١٢هـ، ص ٣٧٨).

ووفقاً لنتائج التعداد السكاني الذي أجري في عام ١٤٢٥هـ، فقد بلغ إجمالي عدد كبار السن السعوديين الذين بلغوا سن الستين عاماً فأكثر ٨٣٦٧٠٧ من إجمالي عدد السكان، حيث بلغ عدد الذكور ٤٢٢٧٨٧ (أي بنسبة ٥٣,٥٣٪)، بينما بلغ عدد الإناث ٤١٣٩٢٠ (أي بنسبة ٤٩,٤٧٪). كذلك زادت نسبة السكان السعوديين في فئة العمر ٦٥ سنة فأكثر من (٣,٣٪) في عام ١٤١٣هـ إلى (٣,٥٪) في عام ١٤٢٥هـ (وزارة الاقتصاد والتخطيط، ١٤٢٥هـ، ص ٢٥ - ٤٧).

لقد أدى هذا التنامي في معدلات كبار السن إلى زيادة اهتمام الدول والحكومات والمنظمات المحلية والإقليمية والعالمية والمؤسسات الأكاديمية بهذه الظاهرة، حيث عقد أول مؤتمر دولي حول الشيخوخة في بلجيكا وتمخض عن هذا المؤتمر تأسيس الجمعية الدولية للشيخوخة والتي تعقد مؤتمرات دولية حول الشيخوخة كل ثلاث سنوات.

كما تم تخصيص عام ١٩٨٢م سنة دولية للمسنين بدعوة من الجمعية العامة للأمم المتحدة من أجل بحث قضايا المسنين ومعالجة مشاكلهم وزيادة الاهتمام برعايتهم. كذلك نظمت البرازيل في عام ١٩٩٦م اجتماعاً دولياً بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية للمسنين في مدينة برازيليا وذلك لوضع برنامج عمل عن الشيخوخة، وحضر هذا الاجتماع ممثلون عن إحدى وعشرين دولة، بالإضافة إلى عدد كبير من الخبراء والمختصين وانتهوا إلى إقرار ما يسمى (إعلان برازيليا عن الشيخوخة). وفي عام ١٩٩٩م قامت الجمعية العامة للأمم المتحدة بإعادة تجربة تخصيص عاماً للمسنين تحت شعار (نحو مجتمع لكل الأعمار) (السدحان، ١٤٢٠هـ، ص ٣٩).

وعلى المستوى الأكاديمي برزت العديد من العلوم التي تهتم بدراسة المسنين كالطب وعلم النفس وعلم الاجتماع وعلم الاقتصاد والخدمة الاجتماعية والتربية وغيرها. بل إن الأمر تطور إلى أكثر من ذلك، حيث ظهرت إلى الوجود علوم متخصصة في مجال المسنين مثل علم الشيخوخة الاجتماعي

(Social Gerontology) وعلم نفس المسنين وعلم اجتماع الشيخوخة وطب المسنين.

ونظراً لأن التقدم في العمر يعد من الأحداث الهامة في حياة الإنسان وتصاحبه عادة تغيرات في أنماط حياة الفرد الصحية والفكرية والنفسية والاقتصادية والاجتماعية والترويحية، فإننا سوف نركز في هذه الدراسة على الظروف الصحية للمسنين في المجتمع السعودي، حيث سنتعرف على طبيعة الحالة الصحية لعينة من كبار السن تم اختيارها لهذا الغرض في مدينة الرياض والمقيمت خارج نطاق دور رعاية المسنين.

مشكلة الدراسة:

تعد المشكلات الصحية من أبرز مظاهر التحولات الجسمانية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة، حيث تؤثر هذه المشكلات سلباً على قدرة المسن في التكيف الاجتماعي. فالأمراض المصاحبة للشيخوخة تساهم في عجز المسن عن ممارسة نشاطاته، وقضاء حاجاته الأساسية بنفسه، وتجعله أكثر اعتماداً على المحيطين به، وتعرضه للاستغلال، مما يقلل من شعوره بالأهمية ومن فرصته في التفاعل الايجابي مع الآخرين.

كما أن ترددي الأوضاع الصحية لكبير السن تعنى بشكل أو بآخر انحسار دوره في النشاط المجتمعي وشح موارده المالية وشعوره بالعزلة. وقد أوردت الدراسات التي أجريت بهذا الخصوص أن ضغط الدم، وتصلب الشرايين، وأمراض الجهاز الهضمي، وأمراض الجهاز التنفسي، وأمراض الحواس والسرطان، تعد من أهم الأمراض المصاحبة للشيخوخة (العبد الواحد، ١٤١٦هـ، ص ٣٠- ٣٣).

ومما تجدر الإشارة إليه هنا هو أن المشكلات الصحية المصاحبة للتقدم بالعمر تتفاوت من مسن إلى آخر بحسب الظروف الاجتماعية والنفسية والاقتصادية

والبيئية والحضارية والثقافية. كما أنها ترتبط بالسمات الشخصية لكبير السن وجنسه وحالته الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية.

ومن هذا المنطلق تكمن مشكلة الدراسة في استقصاء الظروف الصحية لكبيرات السن وعلاقة هذه الظروف الصحية بنوع الحي السكني كمؤشر اقتصادي وبيئي واجتماعي يفترض الباحث أن له تأثير على الواقع الصحي لكبيرات السن.

أهمية الدراسة:

تمثل الحالة الصحية للإنسان المحور الأساسي لأغلب نشاطاته الاجتماعية، فهي إما أن تعزز استقلاله واتصاله بالمجتمع أو أنها تزيد من اعتماديته على الآخرين وتحد من قدرته على الاتصال بالمجتمع.

وبما أن كبار السن أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المختلفة نتيجة الوهن والضعف الجسماني مما يقلل من قدرتهم على التواصل الاجتماعي، ونظرا لقلة الدراسات الاجتماعية المتعلقة بصحة كبار السن في المجتمع السعودي بشكل عام وبصحة كبيرات السن بشكل خاص، فإن أهمية هذه الدراسة تكمن في كونها تكشف جانباً مهماً من جوانب حياة كبيرات السن في المجتمع السعودي ألا وهو الجانب الصحي. إذ غالباً ما تناولت الدراسات التي أجريت على كبار السن في المجتمع السعودي فئة الذكور فقط دون الإناث، أو أنها لم تمنح الجانب الصحي الاهتمام الكافي، وهو المحور الأساسي لاهتمام هذه الدراسة. كما أن هذه الدراسة تشكل إضافة علمية للتراث النظري المرتبط بمرحلة الشيخوخة سواء في المكتبة العربية بشكل عام أو في المكتبة المحلية بشكل خاص.

أهداف الدراسة:

- تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على ما يلي:
- ١- الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية لكبيرات السن.
 - ٢- الأمراض الأكثر شيوعاً بين كبيرات السن في المجتمع السعودي.
 - ٣- تقييم كبيرات السن لحالتهن الصحية.
 - ٤- مدى متابعة كبيرات السن لحالتهن الصحية.
 - ٥- مدى اعتماد كبيرات السن على الآخرين صحياً.
 - ٦- مدى شعور كبيرات السن بأمراض لم يشخصها الطبيب.
 - ٧- درجة الشهية للأكل بين كبيرات السن.
 - ٨- مدى اهتمام الأبناء بصحة كبيرات السن.
 - ٩- مدى اهتمام الأزواج بصحة كبيرات السن.
 - ١٠- أثر نوع الحي السكني على الظروف الصحية لكبيرات السن.

نساؤلات الدراسة:

- تسعى هذه الدراسة إلى الإجابة عن الأسئلة التالية:
- ١- ما الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية لكبيرات السن؟
 - ٢- ما الأمراض الأكثر شيوعاً بين كبيرات السن في المجتمع السعودي؟
 - ٣- كيف تقييم كبيرات السن حالتهن الصحية؟

- ٤- ما مدى متابعة كبيرات السن لحالتهن الصحية في المستشفيات والمراكز الصحية؟.
- ٥- ما مدى اعتماد كبيرات السن على الآخرين صحياً؟.
- ٦- ما مدى شعور كبيرات السن بأمراض لم يشخصها الطبيب؟.
- ٧- ما درجة الشهية للأكل بين كبيرات السن؟.
- ٨- ما مدى اهتمام الأبناء بصحة كبيرات السن؟.
- ٩- ما مدى اهتمام الأزواج بصحة زوجاتهم الكبيرات في السن؟.
- ١٠- هل تختلف الظروف الصحية لكبيرات السن حسب نوع الحي السكني؟.

مفاهيم الدراسة:

تنطوي هذه الدراسة على مفهومين رئيسيين هما:

- ١- نوع الحي السكني، حيث تم اختيار نوع الحي السكني الذي تقيم فيه كبيرات السن باعتباره واحداً من أهم مؤشرات المستوى الاقتصادي للفرد ويحدد الظروف المعيشية والبيئية والصحية التي يعيش في ظلها. فالأحياء الراقية ترمز في هذه الدراسة إلى المستويات الاقتصادية الأعلى، وترمز الأحياء المتوسطة إلى المستويات الاقتصادية المتوسطة، أما الأحياء الشعبية فترمز للمستويات الاقتصادية الأدنى.
- ٢- الظروف الصحية لكبيرات السن، حيث تم اختيار بعض المؤشرات التي تقيس هذا المفهوم، ومن أهمها:
 - تقييم كبيرات السن لحالتهن الصحية.
 - الأمراض الأكثر شيوعاً بين كبيرات السن في المجتمع السعودي.

- مدى متابعة كبيرات السن لحالتهن الصحية.
- مدى اعتماد كبيرات السن على الآخرين صحياً.
- مدى شعور كبيرات السن بأمراض لم يشخصها الطبيب.
- درجة الشهية للأكل بين كبيرات السن.
- مدى اهتمام الأبناء بصحة كبيرات السن.
- مدى اهتمام الأزواج بصحة زوجاتهم الكبيرات في السن.

حدود الدراسة:

يمكن إجمال حدود هذه الدراسة في الآتي:

- ١- اقتصار هذه الدراسة على كبيرات السن دون كبار السن.
- ٢- اقتصار هذه الدراسة على كبيرات السن في مدينة الرياض.
- ٣- اقتصار هذه الدراسة على كبيرات السن المقيمات خارج دور المسنين في مدينة الرياض.

مدخل نظري

تشكل الشيخوخة المحطة الأخيرة في دورة حياة الإنسان وتبدأ عادة مع سن الستين. وترتبط الشيخوخة بتغيرات فسيولوجية ونفسية واجتماعية وفقدان العديد من الأنشطة والاهتمامات والاعتماد على الآخرين. كذلك ترتبط هذه المرحلة العمرية بظهور العديد من المشكلات التي تعوق توافق المسن نفسياً واجتماعياً وأهمها العزلة ووقت الفراغ وانخفاض الدخل، بالإضافة إلى المشكلات الصحية والاقتصادية والاجتماعية.

ومما تجدر الإشارة إليه في هذه الصدد هو أن التغيرات والمشكلات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة تتفاوت من مسن إلى آخر حسب الإطار الحضاري والمحيط الثقافي

للمسن، وتختلف باختلاف الاتجاهات السائدة في المجتمعات وتصوراتها نحو المسنين. كما أنها ترتبط بالسمات الخاصة لشخصية المسن وجنسه (ذكر أو أنثى)، وحالته الاجتماعية ومستواه الاقتصادي والتعليمي (خليفة، ١٩٩١م، ص ٢٥)

ونظراً لارتباط التقدم في العمر بالضعف والوهن، مما يحد من قدرة المسن على التواصل مع الآخرين وممارسة الأنشطة والاهتمامات بصورة مستقلة، فقد برزت العديد من النظريات التي حاولت تفسير ما يعتري كبار السن من ضعف ووهن، ومن بين تلك النظريات ما يلي:

أولاً: النظريات البيولوجية:

يشير (ملحم، ١٤٠٩هـ، ص ٢ - ٣) إلى أن هناك عدداً من النظريات البيولوجية التي حاولت تفسير ظاهرة الشيخوخة ومنها:

- ١- نظرية البلى والتمزق في الشيخوخة، حيث تفترض هذه النظرية أن الجسد كالألة تعمل حتى انتهاء الزمن المخصص لها فتبلى، ولكن ذلك يحدث في أوقات متفاوتة لأن أعضاء الجسد تشيخ بنسب متفاوتة من فرد لآخر.
- ٢- النظرية الهرمونية في الشيخوخة، حيث ترى هذه النظرية أن الهرمونات تؤثر بشكل أساسي وفاعل على عمر الفرد، فهي قد تزيد من عمره، كما قد تنقص من خلال نقص القدرة على إنتاج هذه الهرمونات.
- ٣- النظرية الكولاجينية في الشيخوخة، حيث تؤكد هذه النظرية على أن التحكم بمادة الكولاجين، وهي مادة بروتينية توجد في النسيج وتساعد على توصيل الأنسجة وتحتفظ ببقائها في الجسم، يحقق زيادة في تماسك الأنسجة مع التقدم في العمر، مما يقلل من عمليات ابتلاع المواد المغذية للجسم ويزيد من الطاقة الإنتاجية لدى المسن.

٤- نظرية المناعة الذاتية في الشيخوخة، حيث تفترض هذه النظرية أن الزيادة في العمر تجلب زيادة في التحولات والتغيرات الزمنية الهامة في انقسام الخلية بحيث يستجيب الجسم لهذه التغيرات فيدير نفسه بشكل جوهري من الداخل.

إذن نستخلص من النظريات البيولوجية أعلاه ما يلي:

- ١- أن التدهور في الحالة الصحية لكبيرات السن يعد أمراً طبيعياً لأن أعضاء الجسد في هذه المرحلة العمرية تبلى وتتمزق ولكن بنسب متفاوتة من فرد إلى آخر.
- ٢- أن نقص إنتاج الهرمونات في جسم كبيرات السن يؤثر سلباً على حالتهم الصحية.
- ٣- أن ضعف تماسك الأنسجة المصاحب للتقدم في العمر يساهم في تدهور الحالة الصحية لكبيرات السن.
- ٤- أن تدهور الحالة الصحية لكبيرات السن هي نتيجة طبيعية لزيادة التحولات والتغيرات الرئيسية في انقسام الخلية.

ثانياً: النظريات الاجتماعية:

تهدف هذه الدراسة أساساً إلى تحديد الأمراض التي تعاني منها كبيرات السن وتقييمهن لحالتهم الصحية، بالإضافة إلى مدى اهتمام كبيرات السن والمحيطين بهن بحالتهم الصحية وتحديد أثر الوضع الاقتصادي المتمثل في هذه الدراسة بنوع الحي السكني على ظروفهن الصحية.

ولا شك أن معرفة الأمراض التي تعاني منها كبيرات السن وتقييمهن لحالتهم الصحية ومدى اهتمامهن بها أمر مهم جداً للتخطيط الصحي لكبار السن من الجنسين، إذ أن تلك المعرفة يبنى عليها تقدير الاحتياجات الصحية لكبار السن.

كما أن توزيع الأمراض التي تعاني منها كبيرات السن وتقييمهن لحالتهن الصحية ومدى اهتمامهن بها وفقاً لنوع الحي السكني يكشف للمخططين وصناع القرار في المجال الصحي تأثير العامل الاقتصادي على طبيعة حالتهن الصحية.

وإذا كان تدهور الحالة الصحية لكبيرات السن يؤثر على أدوارهن الاجتماعية ونشاطاتهن، ويشكل أزمة في حياتهن الشخصية والأسرية ويتأثر بأحوالهن الاقتصادية فإننا سنعرض في هذا الجزء أبرز النظريات الاجتماعية ذات العلاقة بموضوع بحثنا هذه وهي على النحو التالي:

- ١- نظرية الدور (Role Theory).
- ٢- نظرية الأزمة (Crisis Theory).
- ٣- النظرية الاقتصادية (Economic Theory).

نظرية الدور:

تعود نظرية الدور إلى أعمال كل من فريدمان وهافيجرست وميلر. وتتطوي هذه النظرية على افتراض مؤداه أن كل فرد يشغل مركزاً اجتماعياً في السلم الاجتماعي يتطلب مجموعة من الحقوق والالتزامات التي تنظم تفاعله مع المحيطين به. وعندما يتبدل الدور نتيجة ظروف معينة يتعرض لها الفرد فإنه يقوم بأدوار غير ملائمة لحاجاته وتوقعات الآخرين فيتكون لدى الفرد مفهوم للذات يتعارض مع توقعات الدور الذي يفترض أن يقوم به (العبد الواحد، ١٤١٦هـ، ص ٤١).

وينسحب هذه المبدأ على حال كبير السن، فبعد أن كان يؤدي دوره المفترض في المجتمع كعائل للأسرة أو موظف ويقضي حاجاته بنفسه ويرتبط بعلاقات متعددة فإن أدواره تلك تتغير بسبب تدهور حالته الصحية، حيث تحول الأمراض التي يعاني منها بينه وبين القيام بالأدوار التي اعتاد القيام بها. فالمسن قبل تدهور حالته الصحية كان يتصرف في حدود مركزه ودوره كعائل للأسرة وموظف وصاحب علاقات اجتماعية متعددة وقادر على القيام بخدمة نفسه والآخرين

إلا انه وبعد تدهور حالته الصحية يصبح عاجزاً عن القيام بتلك الأدوار فيفقد مكانته المعتادة ويتوقف عجز المسن عن القيام بأدواره وشعوره بعدم الأهمية على نوع المرض الذي يعاني منه ومدى شدته.

إن عجز كبير السن عن القيام بتوقعات الدور نتيجة إصابته بالمرض يجعله يفشل في تحقيق تلك التوقعات وأهمها الاعتماد على نفسه فيصبح عرضة للإهمال من قبل المحيطين به لشعورهم بأنه يشكل عبئاً عليهم ويحد من قدرتهم على أداء أدوارهم الأخرى في المجتمع. لذلك سعت الدول إلى حل هذه المعضلة بإقامة دور خاصة تعنى برعاية كبار السن حفاظاً على كرامتهم.

إذن تقوم نظرية الدور على افتراض مؤداه أن تدهور الحالة الصحية للمسن تقلل من قدرته على القيام بالأدوار المتوقعة منه مما يجعله عرضة للرفض والإهمال من المحيطين به. ولكن هذا الرفض وهذا الإهمال يتوقفان على مكانة وأهمية كبير السن لدى هؤلاء قبل الإصابة بالمرض، وعلى الخصائص الاقتصادية والدينية والاجتماعية والثقافية للمحيطين به، وأيضاً على نوع المرض الذي يعاني منه كبير السن ومدى شدته.

نظرية الأزمة:

برزت هذه النظرية في أعمال كل من كابلان (G. Caplan) واريكسون (E. Erickson) حينما حاولا فهم عمليات التأقلم مع حوادث الحياة. وقد استخدمها بعض الباحثين للتنبؤ بالكيفية التي تكون فيها المواقف الضاغطة سبباً في الأزمات وسوء التنظيم الأسري (الفريح، ١٤٢٣هـ، ص ٢٥).

ووفقاً لهذا النظرية فإن تدهور الحالة الصحية لكبير السن تشكل فترة حرجة ونقطة تحول حاسمة في حياته وصدمة تؤدي إلى تغير حياته وأدواره بصورة قد تكون مفاجئة فتؤثر على مدى وسرعة تكيفه أو عدم تكيفه مما يخلق جواً من التوتر ويمثل أزمة في حياته.

النظرية الاقتصادية:

تطلق هذه النظرية من فرضية مؤداها أن الوضع الاقتصادي للإنسان يلعب دوراً مهماً في صحته ومرضه. بل انه يحدد مكان إقامته ومستواه الثقافي والحضاري وأحواله الاجتماعية وظروفه الحياتية وأعماله اليومية وعاداته وتقاليده وأفكاره ومعتقداته، وهذه كلها ذات علاقة مباشرة وغير مباشرة بمشكلاته الصحية.

وفي هذا الصدد يؤكد بايل (Pyle) على أهمية النظرة الشمولية لدراسة مسببات المرض، وهذه النظرة الشمولية تعتمد على معلومات من مصادر مختلفة مثل العوامل البيئية الطبيعية والعوامل الاجتماعية والاقتصادية، والعوامل النفسية والسلوكية للإنسان، وعوامل الوراثة، والأمراض المنتشرة في مكان ما. فقد يبدو أن مسببات مرض ما هي عوامل وبائية في وقت معين، ولكن قد يتبين بعد البحث أنها غير ذلك عند ربطها بالأحوال الاقتصادية والاجتماعية.

ويرى بايل أن دراسة الأمراض على مستوى المدن يعطي الباحث فرصة لرؤية العلاقات بين سكان الأحياء داخل المدينة ونوع الأمراض السائدة بها، ومن ثم رؤية العلاقات بين سكان الأحياء وهذه الأمراض من خلال دراسة مستفيضة للخصائص الاجتماعية والاقتصادية لسكان تلك الأحياء (في الوليعي، ١٩٩١م، ص ١٢ - ١٩).

الدراسات السابقة

جاء اهتمام الدراسات الاجتماعية بمشكلات كبار السن اثر تضخم هذه الفئة وباعتبارها إحدى فئات المجتمع التي تؤثر فيه وتتأثر به.

وفي هذا الصدد تشير (فهيمى، ١٩٦٦م، ص ٦) إلى أن الزيادة الطبيعية في السكان وانخفاض معدلات الخصوبة والوفيات أدت إلى تغير نسبة كبار السن للعدد الكلي للسكان مما زاد من قدرة الدولة على إعالة اكبر عدد من السكان وتحسن الغذاء والسيطرة على البيئة من الناحية الصحية والوقاية من الأمراض المعدية وعلاج الأمراض المستعصية.

وتسترسل الباحثة فتقول "ولم تكن هذه التغيرات الديموغرافية، هي وحدها التي نبهت ووجهت الباحثين للاهتمام بمشكلات كبار السن، فقد أتت التغيرات الاجتماعية والاقتصادية، التي صاحبت التصنيع والثورة الصناعية، بتغيرات عميقة، كانت ذات تأثير جذري على مكانة كبار السن في المجتمع. ومنها على سبيل المثال، انتشار استخدام القوى المحركة والآلات في إنتاج السلع والخدمات، مما أدى إلى انخفاض ساعات العمل، فغير من ظروف العمل وأدى في نهاية الأمر إلى إدخال نظام التقاعد. وقد صاحبت هذه التغيرات تغيرات جذرية مثل الانتقال من العمل لدى الأسرة إلى العمل لدى الغير، وبهذا تفكك النظام القرابي وضمحل وانتشر المذهب الفردي، كما انتشر التعليم، وأدى تقدم سبل المواصلات إلى تبادل ثقافي أوسع، هذه العوامل مجتمعة ساهمت في الأضرار بمكانة كبار السن في محيط أسرهم والمجتمع الذي يعيشون فيه وأوجه نشاطهم واحتياجاتهم ومصدر إعالتهم" (فهيمى، ١٩٦٦م، ص ٦ - ٧).

ويعود الاهتمام بكبار السن ومشكلاتهم إلى عهود سحيقة، حيث حاول الفلاسفة والأدباء وعلماء الدين فهم طبيعة هذه المرحلة العمرية، ثم استمر هذا الاهتمام واتسع مداه مع بداية الثورة الصناعية في أوروبا حيث كانت الدول الأوروبية ثم الولايات المتحدة سباقة إلى دراسة واقع كبار السن والتأثيرات السلبية للتصنيع والتحضر على أحوالهم الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية.

ومن بين أوائل الدراسات العلمية التي اهتمت بدراسة كبار السن دراسة بيرجس (Burgess, 1939) والذي درس التوافق الاجتماعي للمسنين، ثم جامعة شيكاغو في عام ١٩٤٨م، ثم جامعة فلوريدا وأيوا وديوك وكونيكتيكت وأخيرا جامعة كاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية في عام ١٩٥٠م.

وفي إنجلترا ساهمت مؤسسة نيوفيلد (Nuffield Foundation) بدعم الدراسات الطبية والبيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية والاقتصادية لكبار السن. كذلك قام يوتنج (Utting) في جامعة كمبريدج بدراسة المدخرات المتوافرة

لدى المتقاعدين، ولوجرو كلارك (Legro Clark) الذي درس ظروف العمل لدى كبار السن من العمال، بالإضافة إلى كل من تاونسند (Townsend) وتيتموس (Titmuss) وآبل سميث (Abel Smith) الذين درسوا العوامل المؤدية إلى دخول كبار السن للمؤسسات الإيوائية والإقامة فيها.

وفي فرنسا قامت سوزان باكو (Suzanne Pacaud) بدراسة سيكولوجية كبار السن، بالإضافة إلى دراسات مركز البحوث الخاص بكبار السن الذي اهتم بدراسة اثر الغذاء على عجز بعض الوظائف الفسيولوجية لدى كبار السن.

ونفس الحال تنطبق في ألمانيا الغربية والسويد والدانمرك والنرويج، حيث ظهرت العديد من البحوث المتنوعة التي اهتمت بقضايا المسنين (فهمي، ١٩٦٦م، ص ٩-١٢).

ونظراً لتعدد الجوانب المرتبطة بالشيخوخة وتعدد الدراسات التي تناولت تلك الجوانب فإننا سنعرض في هذا الجزء الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع دراستنا فقط، أي الدراسات التي تناولت الحالة الصحية لكبار السن وعلاقتها بالوضع الاقتصادي.

أولاً: الدراسات ذات العلاقة بالحالة الصحية لكبار السن:

يذكر فهمي (١٩٨٤م، ص ٧٤-٧٦) أن كبار السن يتعرضون لتغيرات فسيولوجية أساسية ينتج عنها العديد من الأمراض يطلق عليها البعض أمراض الشيخوخة لأنها تكثر بين المسنين أكثر من غيرهم. ومن أهم التغيرات الفسيولوجية لدى كبار السن ما يلي:

- ١- الضمور التدريجي في الأنسجة.
- ٢- التباطؤ التدريجي في انقسام الخلايا وفي قدرة الخلايا على النمو وفي بناء الأنسجة.

- ٣- التباطؤ التدريجي في معدل تأكسد الأنسجة.
 - ٤- ضمور الخلايا وتحللها وازدياد المادة الملونة فيها وتحلل الدهني.
 - ٥- ضعف سرعة وقوة التجاوب العضلي العصبي.
 - ٦- نقص قوة العضلات الحركية.
 - ٧- تحلل وضمور الجهاز العصبي المركزي وضعف البصر والسمع والانتباه والذاكرة والاحتمال العقلي.
- هذه التغيرات الفسيولوجية تقود عادة إلى إصابة كبار السن بالعديد من أمراض الشيخوخة ، وأهمها :
- أ- التهاب المفاصل وخاصة التهاب العظام المفصلي الذي يصيب المفاصل.
 - ب- الروماتيزم المفصلي.
 - ج- النقرس.
 - د- التهاب العضلات.
 - هـ- التهاب الأنسجة اللبكية.
 - و- التهاب أغشية حبال العضلات.
 - ز- التهاب الأكياس المفصالية.
 - ح- أمراض القلب مثل تصلب الشرايين التاجية.
 - ط- أمراض الجهاز الدموي مثل أمراض الشرايين وآلام تقلص العضلات والتجلط.
 - ي- حالات الإصابات مثل السحجات والكدمات وإنهاك العضلات والملخ والكسر والخلع وآلام أسفل الظهر.

ك- الحالات العصبية مثل الشلل النصفي الجانبي وإصابات الأعصاب والشلل الوجهي وآلام الأعصاب والشلل الاهتزازي.

ل- اضطرابات المعدة والأمعاء والسكري وأمراض الجهاز البولي والتناسلي.

كما توصل العبيدي (١٩٨٨م، ٦١) إلى أن الأسباب الصحية كانت واحدة من أهم أسباب الإحالة على التقاعد في المجتمع السعودي.

كذلك توصلت دراسة الخميس (١٤٠٦هـ) إلى أن الحالة الصحية للمسنين كانت من أبرز أسباب انضمامهم لدار الرعاية الاجتماعية بمدينة الرياض.

وأيضا توصل العبيدي (١٤٠٩هـ) في دراسته لعينة من المتقاعدين في المجتمع السعودي أن نسبة كبيرة من الذين طبقت عليهم الدراسة يعانون من المشكلات الصحية.

أما دراسة أبا الخيل (١٤٠٧هـ) فقد توصلت إلى أن من يعانون من مشكلات صحية لا يشكلون نسبة كبيرة بين المبحوثين.

وتوصلت (جبريل، ١٩٩٢م) إلى أن المشكلات الصحية تعد من أهم مشكلات كبار السن بالمملكة العربية السعودية، وأن أمراض العيون وتساقط الأسنان والروماتيزم والسكر هي الأمراض الأكثر انتشارا بينهم.

وفي دراسة أجرتها عدس (١٤٠٩هـ) على عينة من كبيرات السن تم اختيارها من الأربطة ودار الرعاية الاجتماعية والمنازل في مكة المكرمة تبين أن المشكلات الصحية واحدة من أهم المشكلات التي تعاني منها كبيرات السن، وأن كبيرات السن المقيمات في المنازل أكثر تعرضا للمشكلات الصحية من كبيرات السن المودعات في دار الرعاية الاجتماعية.

أما دراسة (الغريب، ٤١٦هـ) فقد توصلت إلى أن المشكلات الصحية تأتي في المرتبة الخامسة من بين المشكلات التي يعاني منها المتقاعدون. كما تبين من نتائج هذه الدراسة أن الشعور بالعزلة الاجتماعية يزداد بين من لديهم أمراض صحية من كبار السن.

وفي دراسة قام بها (رخا، ٤١٥هـ) لتقييم الخدمات المقدمة لكبار السن في المملكة العربية السعودية تبين أن العجز الصحي من أهم أسباب دخول كبار السن لدور الرعاية الاجتماعية.

وبالنسبة لدراسة فهمي (١٩٦٦م، ص ٢٩١) فقد توصلت إلى أن من أهم الأمراض الشائعة لدى كبار السن، بالترتيب هي: أمراض القلب والشرايين، أمراض الكبد، أمراض الكليتين، أمراض المعدة، الربو، البروستاتا، أمراض المرارة، النزلات الشعبية، الروماتيزم، أمراض الحساسية، وأخيراً الدوالي، كما توصلت هذه الدراسة إلى أن الحالة الصحية للمتقاعد تؤثر على شعوره بالقلق وعلى توافقه الاجتماعي.

ثانياً: الدراسات الخاصة بالعلاقة بين المسنوى الاقتصادي والظروف الصحية للفرد:

لقد حاولت العديد من الدراسات تقصي العلاقة بين الوضع الاقتصادي والحالة الصحية للإنسان. وفي هذا الصدد يشير مكموراي (McMurray, 2007: xiii) إلى أن "الصحة الجيدة هي نتاج التفاعل المتبادل بين الأشخاص والبيئات التي تشكل حياتهم، فالرؤية البيئية - الاجتماعية توجهنا إلى الأخذ بعين الاعتبار الطرق العديدة التي تؤثر فيها الجوانب الاجتماعية على الصحة ومن بينها البيئات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والسياسية".

كذلك توصل جابر (١٩٨٨) إلى أن هناك علاقة بين أنواع السرطان في دول الخليج العربي والعوامل الاقتصادية.

وتوصل فرانك أوسوالد وزملاؤه (Oswald, et, al, 2007) إلى أن كبار السن الذين يقيمون في بيوت يسهل الوصول إليها ومفيدة وذات معنى بالنسبة لهم أكثر استقلالا في نشاطاتهم اليومية ويتمتعون بظروف صحية أفضل.

وتوصل يانا جاوا وزملاؤه (Yanagawa, et., al, 1981) إلى أن مرض السل في اليابان له علاقة بالأحوال الاقتصادية للسكان.

كذلك توصل نيهي وزملاؤه (Nihei, et, al, 1981) إلى أن ارتفاع المستوى المعيشي أدى إلى انخفاض معدلات الإصابة بالبلهارسيا في حوض كوفو باليابان.

وأيضاً توصل تاكاهاشي (Takahashi, 1981) إلى وجود علاقة بين تصلب الشرايين وارتفاع ضغط الدم والحالة الاقتصادية لسكان منطقة توهوكو باليابان.

كما توصل ميلر (Miller, 1979) إلى أن الإصابة بالتهاب الأذن الوسطى يكثر بين سكان الأحياء الفقيرة.

وأجرى ليوين ايستين (Lewin Epstein, 1986) دراسة عن تردّي الحالة الصحية بين النساء في فلسطين وتوصل إلى أن الحالة الوظيفية كمؤشر اقتصادي تلعب دوراً مهماً في تحديد حالتهم الصحية، فالنساء الموظفات يتمتعن بصحة جيدة تفوق النساء غير الموظفات.

كذلك توصلت العديد من الدراسات التي تناولت قضايا بيولوجية شبيهة بقضيتنا في هذه الدراسة إلى وجود علاقة مباشرة بين الوضع الاقتصادي وتلك القضايا. فمثلاً توصل تشاندراسيخار (Chandrasekhar, 1972: 189) إلى أن ٩٠٪ من وفيات الأطفال الرضع في الولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة تقع بين الأسر الفقيرة.

كذلك توصل الفوزان (١٩٩٥م، ص ٢١٢) إلى أن الوضع الاقتصادي للأسرة يرتبط إيجاباً بالاستعداد الأسري لرعاية المعوق والتعايش معه.

وأيضاً توصل الخطيب وآخرون (١٩٩٢م، ص ٥٥) إلى أن ضعف المستوى الاقتصادي للأسرة يحرّمها من الاستعانة بالأدوات والعناية الفنية والبرامج الخاصة الملائمة لتحسين حالة الطفل المعوق.

كما توصل (Rabkin & Streuning, 1971: 1013) إلى أن تدني المستوى الاقتصادي لأسرة المعوق يزيد من حجم الضغوط التي تعاني منها.

إذن الوضع الاقتصادي هو المحدد الرئيسي لظروف السكن والحصول على الخدمات الصحية ونوعية وكمية الغذاء، والمسنون في الأحياء الشعبية أو الفقيرة عادة ما يتعرضون لأمراض الشيخوخة بصورة أكبر لأنهم لا يستطيعون تحمل نفقات الرعاية الصحية ويسكنون في مساكن تفتقد إلى مقومات الحياة الصحية الجيدة.

وعموماً يتبين من نتائج الدراسات السابقة أن المستوى الاقتصادي يحدد في كثير من الأحيان مستوى النظافة والدخل والوظيفة ودرجة التلوث والأوضاع الاقتصادية والتعليمية للسكان مما ينعكس على حالتهم الصحية. إذ عادة ما تكون الخدمات الصحية ضعيفة في الأحياء ذات المستويات الاقتصادية المتدنية (الشعبية) وينتشر الجهل وتكثر الأمراض وتقل قدرة رب الأسرة على العناية بصحة أفراد أسرته.

الإجراءات المنهجية

في ضوء ما سبق يتضح أن هذه الدراسة تسعى إلى التعرف على الظروف الصحية للمسنات وتأثير الوضع الاقتصادي على تلك الظروف، وعليه فإن وحدة التحليل في هذه الدراسة تتمثل في كيبيرات السن السعوديات المترددات على مراكز الرعاية الصحية الأولية في مدينة الرياض.

منهج البحث:

يعد منهج المسح الاجتماعي عن طريق العينة هو الأنسب لمثل هذه الدراسة حيث شاع استخدامه بين الباحثين الاجتماعيين في دراساتهم الميدانية، كما انه يمكن الباحث من الحصول على بيانات تخدم موضوع البحث وتحقيق أهدافه.

مجتمع البحث:

يضم مجتمع البحث جميع كبيرات السن السعوديات المقيمات خارج دور رعاية المسنين في مدينة الرياض والبالغ عددهن حسب إحصاءات المسح السكاني لعام ١٤١٣ هـ (٢٤,٩٨٧) مسنة.

عينة البحث:

تم اختيار عينة هذه الدراسة من بين كبيرات السن المترددات على مراكز الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض. وقد روعي في اختيار العينة تمثيل مراكز الرعاية الصحية الأولية لأحياء مدينة الرياض من حيث وضعها الاقتصادي.

واستناداً على معايير أمانة مدينة الرياض في توزيع أحياء مدينة الرياض إلى أحياء راقية ومتوسطة وشعبية تم اختيار عينة (تصادفية) متساوية بلغت ٨٤ مسنة لكل نوع من أنواع الأحياء السكنية. وبذلك بلغ حجم العينة الكلي ٢٥٢ مسنة تم اختيارها من ٥٢ مركزاً للرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض موزعة على النحو التالي: ١٥ مركزاً في الأحياء الراقية، و١٤ مركزاً في الأحياء المتوسطة، و٢٤ مركزاً في الأحياء الشعبية. وقد بلغت نسبة العينة إلى إجمالي عدد كبيرات السن في مدينة الرياض حوالي ١٪.

أداة جمع البيانات:

تم استخدام الإستبانة عن طريق المقابلة لجمع بيانات هذه الدراسة، حيث تضمنت الإستبانة عدداً من الأسئلة المتعلقة بأهداف الدراسة، فقد احتوت في الجزء الأول منها على مجموعة من الأسئلة التي تتعلق بالبيانات الأولية مثل العمر والحالة الزوجية والحالة التعليمية ومكان الإقامة ومصادر الدخل ونوع الحي السكني وملكية المسكن ونوعه. أما الجزء الثاني من الإستبانة فقد احتوى على مجموعة من الأسئلة التي تقيس الظروف الصحية لكبيرات السن.

التعريف الإجرائي للمنفيرات:

تتقسم متغيرات هذه الدراسة إلى قسمين هما:

أ- المتغير التابع: وهو ما ترمي هذه الدراسة إلى تفسيره، ويتمثل في الظروف الصحية لكبيرات السن. وقد تم قياس هذا المتغير بمجموعة من المؤشرات هي:

- ١- تقييم كبيرات السن لحالتهن الصحية.
 - ٢- الأمراض الأكثر شيوعاً بين كبيرات السن.
 - ٣- مدى متابعة كبيرات السن لحالتهن الصحية.
 - ٤- مدى اعتماد كبيرات السن على الآخرين صحياً.
 - ٥- مدى شعور كبيرات السن بأمراض لم يشخصها الطبيب.
 - ٦- درجة الشهية للأكل بين كبيرات السن.
 - ٧- مدى اهتمام الأبناء بصحة كبيرات السن.
 - ٨- مدى اهتمام الأزواج بصحة زوجاتهم كبيرات السن.
- ب- المتغير المستقل: ويتمثل في المستوى الاقتصادي للحي السكني، وتم قياسه في الفئات التالية (راقية - متوسطة - شعبية). فالمستوى الاقتصادي للحي السكني يشكل في نظر الباحث واحداً من أهم مؤشرات المستوى الاقتصادي للفرد، ويلعب دوراً مهماً في تحديد ظروفه الصحية.

أسلوب المعالجة الإحصائية:

بعد جمع البيانات من الميدان تم ترميزها وإدخالها في الحاسب الآلي باستخدام برنامج (SPSS) (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية). ومن أجل عرض

النتائج وتحقيق أهداف الدراسة تم استخراج الجداول التكرارية والنسب المئوية والجداول الارتباطية.

نتائج الدراسة

سوف نعرض في هذا الجزء من الدراسة النتائج الخاصة بالخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية للمسنات، ثم النتائج الخاصة بالظروف الصحية للمسنات وتوزيعها حسب نوع الحي السكني، وأخيراً نقدم ملخصاً للنتائج ومناقشتها.

أولاً: الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية لكبيرات السن حسب نوع الحي السكني:

المجموع		شعبي		متوسط		راقي		نوع حي السكني
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية لكبيرات السن
-١ العمر:								
%٧١,٨	١٨١	%٧١,٤	٦٠	%٧٥	٦٣	%٦٩,١	٥٨	٦٠ إلى أقل من ٦٥
%١٤,٣	٣٦	%١٥,٥	١٣	%١١,٩	١٠	%١٥,٥	١٣	٦٥ إلى أقل من ٧٠
%٥,٩	١٥	%٤,٨	٤	%٧,١	٦	%٥,٩	٥	٧٠ إلى أقل من ٧٥
%٣,٦	٩	%٥,٩	٥	%١,٢	١	%٣,٦	٣	٧٥ إلى أقل من ٨٠

المجموع		شعبي		متوسط		راقي		نوع لحي السكني
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية لكبيرات السن
%٤,٤	١١	%٢,٤	٢	%٤,٨	٤	%٥,٩	٥	٨٠ سنة فأكثر
%١٠٠	٢٥٢	%١٠٠	٨٤	%١٠٠	٨٤	%١٠٠	٨٤	المجموع
٢- الحالة الاجتماعية:								
%٤٤	١١١	%٣٨,١	٣٢	%٤٥,٢	٣٨	%٤٨,٨	٤١	متزوجة
%١٤,٣	٣٦	%١٠,٧	٩	%١٤,٣	١٢	%١٧,٩	١٥	مطلقة
%٤١,٣	١٠٤	%٥١,٢	٤٣	%٤٠,٥	٣٤	%٣٢,١	٢٧	أرملة
%٠,٤	١	-	-	-	-	%١,٢	١	لم تتزوج من قبل
%١٠٠	٢٥٢	%١٠٠	٨٤	%١٠٠	٨٤	%١٠٠	٨٤	المجموع
٣- الحالة التعليمية:								
%٦٧	١٦٩	%٧٩,٧	٦٧	%٦٦,٦	٥٦	%٥٤,٧	٤٦	أمية
%٢٥	٦٣	%١٤,٣	١٢	%٢٣,٨	٢٠	%٣٦,٩	٣١	تقرأ وتكتب
%٣,٦	٩	%٤,٨	٤	%٣,٦	٣	%٢,٤	٢	ابتدائي
%٢,٤	٦	%١,٢	١	%١,٢	١	%٤,٨	٤	متوسط
%١,٢	٣	-	-	%٢,٤	٢	%١,٢	١	ثانوي
%٠,٤	١	-	-	%١,٢	١	-	-	دبلوم
%٠,٤	١	-	-	%١,٢	١	-	-	جامعية
%١٠٠	٢٥٢	%١٠٠	٨٤	%١٠٠	٨٤	%١٠٠	٨٤	المجموع
٤- مكان الإقامة:								
%٩,٥	٢٤	%١٠,٧	٩	%٧,١	٦	%١٠,٧	٩	بمفردي
%٤,٨	١٢	%٢,٤	٢	%٦	٥	%٦	٥	مع الزوج

الظروف الصحية لكبيرات السن وعلاقتها بنوع الحي السكني ...

المجموع		شعبي		متوسط		راقي		نوع حي السكني
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية لكبيرات السن
%٢١	٥٣	%٢٠,٢	١٧	%٢٢,٦	١٩	%٢٠,٢	١٧	مع الزوج والأبناء
%١١,١	٢٨	%١١,٩	١٠	%٩,٥	٨	%١١,٩	١٠	الزوج والأبناء والأحفاد
%٥٠,٤	١٢٧	%٥٢,٤	٤٤	%٥٢,٤	٤٤	%٤٦,٤	٣٩	مع الأبناء
%٣,٢	٨	%٢,٤	٢	%٢,٤	٢	%٤,٨	٤	مع الإخوة والأخوات
%١٠٠	٢٥٢	%١٠٠	٨٤	%١٠٠	٨٤	%١٠٠	٨٤	المجموع
٥- مصادر الدخل:								
%٢٦	٩٠	%٢٠,٧	٢٥	%٢٦,٤	٢٩	%٣١,٣	٣٦	الزوج
%٣٥,٦	١٢٣	%٢٨,١	٣٤	%٣٩,١	٤٣	%٤٠	٤٦	الأبناء
%٧,٥	٢٦	%٩,٩	١٢	%٩,١	١٠	%٣,٥	٤	بدل تقاعد
%٥,٢	١٨	%٩,٩	١٢	%٣,٦	٤	%١,٧	٢	عوائد عمل
%٦,٤	٢٢	%١٣,٢	١٦	%٣,٦	٤	%١,٧	٢	الضمان الاجتماعي
%٩,٨	٣٤	%٩,١	١١	%٥,٥	٦	%١٤,٨	١٧	عوائد استثمارية
%٦,٩	٢٤	%٧,٤	٩	%٩,١	١٠	%٤,٤	٥	مساعدات خيرية
%٢,٦	٩	%١,٧	٢	%٣,٦	٤	%٢,٦	٣	هبة من الدولة
%١٠٠	٣٤٦	%١٠٠	١٢١	%١٠٠	١١٠	%١٠٠	١١٥	المجموع
٦- ملكية المسكن:								
%٩٠,٩	٢٢٩	%٨٩,٣	٧٥	%٨٩,٣	٧٥	%٩٤	٧٩	ملك

المجموع		شعبي		متوسط		راقي		نوع لحي السكني
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية لكبيرات السن
٪٧,٩	٢٠	٪٩,٥	٨	٪٩,٥	٨	٪٤,٨	٤	إيجار
٪١,٢	٣	٪١,٢	١	٪١,٢	١	٪١,٢	١	هبة
٪١٠٠	٢٥٢	٪١٠٠	٨٤	٪١٠٠	٨٤	٪١٠٠	٨٤	المجموع
٧- نوع المسكن:								
٪٩,٥	٢٤	٪٢٥	٢١	٪٢,٤	٢	٪١,٢	١	بيت شعبي
٪٨,٣	٢١	٪١٩	١٦	٪٣,٦	٣	٪٢,٤	٢	بيت مسلح
٪٣,٦	٩	٪٤,٨	٤	٪٤,٧	٤	٪١,٢	١	شقة
٪٢٧,٤	٦٩	٪١٧,٩	١٥	٪٣٩,٣	٣٣	٪٢٥	٢١	فيلا صغيرة
٪٤٩,٦	١٢٥	٪٣٢,١	٢٧	٪٤٨,٨	٤١	٪٦٧,٨	٥٧	فيلا كبيرة
٪١,٦	٤	٪١,٢	١	٪١,٢	١	٪٢,٤	٢	قصر
٪١٠٠	٢٥٢	٪١٠٠	٨٤	٪١٠٠	٨٤	٪١٠٠	٨٤	المجموع

١- العمر:

توضح لنا البيانات الواردة في الجدول رقم (١) توزيع أفراد العينة تبعاً لأعمار كبيرات السن والتي تتراوح ما بين ٦٠ إلى ٨٠ سنة فأكثر.

وبالنظر إلى خانة إجمالي العينة نجد أن اغلب كبيرات السن تتراوح أعمارهن بين ٦٠ إلى اقل من ٦٥ سنة بنسبة بلغت ٪٧١,٨، ثم تأتي كبيرات السن في الفئة العمرية من ٦٥ إلى اقل من ٧٥ سنة في المرتبة الثانية بنسبة ٪١٤,٣، تليها كبيرات السن في الفئة العمرية من ٧٠ إلى اقل من ٧٥ سنة في المرتبة الثالثة بنسبة ٪٥,٩، فكبيرات السن في الفئة العمرية من ٨٠ سنة فأكثر في المرتبة الرابعة بنسبة ٪٤,٤،

وأخيراً كبيرات السن في الفئة العمرية من ٧٥ إلى أقل من ٨٠ سنة في المرتبة الخامسة بنسبة ٣,٦٪.

وبالنظر إلى أعمار كبيرات السن حسب نوع الحي السكني نجد أن أغلب كبيرات السن في جميع الأحياء يتركزن في الفئة العمرية من ٦٠ عاماً إلى أقل من ٦٥ عاماً بنسبة ٦٩,١٪ في الأحياء الراقية، و ٧٥٪ في الأحياء المتوسطة، وأخيراً ٧١,٤٪ في الأحياء الشعبية. أما الفئة العمرية الأكبر (٨٠ سنة فأكثر) فإنها تكثر بين كبيرات السن المقيمات في الأحياء الراقية بنسبة ٥,٩٪، ثم بين المقيمات في الأحياء المتوسطة بنسبة ٤,٨٪، وأخيراً بين المقيمات في الأحياء الشعبية بنسبة ٢,٤٪.

٢- الحالة الزوجية:

بالنسبة للحالة الزوجية لكبيرات السن فإنه بالنظر إلى خانة إجمالي كبيرات السن نجد أن أقل من نصف العينة متزوجات حالياً بنسبة بلغت ٤٤٪، وتأتي الأراامل في المرتبة الثانية بنسبة ٤١,٣٪، ثم المطلقات بنسبة ١٤,٣٪، وأخيراً من لم يتزوجن من قبل بنسبة ٠,٤٪.

وإذا عرفنا أن غالبية كبيرات السن تتراوح أعمارهن ما بين ٦٠ عاماً إلى أقل من ٦٥ عاماً حسب الجدول رقم (١)، ونظراً لأن هذه الفئة العمرية تمثل بداية سن الدخول إلى مرحلة الشيخوخة، فإنه من الطبيعي أن تكون غالبيةهن متزوجات حالياً.

ولو نظرنا إلى الحالة الزوجية لكبيرات السن حسب نوع الحي السكني فإن الأمر الملفت للنظر هو أن الترميل يكثر بين كبيرات السن في الأحياء الشعبية بنسبة ٥١,٢٪، أما حالات الزواج والطلاق فتكثر بين كبيرات السن في الأحياء الراقية.

٣- الحالة التعليمية:

يتضح من البيانات الواردة في الجدول رقم (١) وتحديدًا في خانة إجمالي العينة أن غالبية كبيرات السن أميات بنسبة بلغت ٦٧٪، تليها فئة كبيرات السن

القادرات على القراءة والكتابة بنسبة ٢٥٪، ثم كليات السن الحاصلات على الشهادة الابتدائية بنسبة ٣,٦٪، فالحاصلات على الشهادة المتوسطة بنسبة ٢,٤٪، ثم كليات السن الحاصلات على الشهادة الثانوية بنسبة ١,٢٪، تليها نسبة كليات السن الحاصلات على شهادة الدبلوم والحاصلات على الشهادة الجامعية بنسبة ٠,٤٪ لكل منهما.

ولو نظرنا إلى الحالة التعليمية لكليات السن حسب نوع الحي السكني نجد أن نسبة الأميات ترتفع بين كليات السن في الأحياء الشعبية، حيث بلغت هذه النسبة ٨٠٪، ثم بين كليات السن في الأحياء المتوسطة بنسبة ٦٠٪، وأخيرا بين كليات السن في الأحياء الراقية بنسبة ٥٥٪.

٤- مكان الإقامة:

تبين البيانات الواردة في الجدول رقم (١) وتحديدًا في خانة إجمالي العينة أن غالبية كليات السن يقمن مع الأولاد بنسبة ٥٠,٤٪، ثم مع الزوج والأبناء بنسبة ٢١٪، ثم مع الزوج والأبناء والأحفاد بنسبة ١١,١٪، تليها المقيمات بمفردهن بنسبة ٩,٥٪، ثم المقيمات مع الزوج بنسبة ٤,٨٪، وأخيرا المقيمات مع الإخوة والأخوات بنسبة ٣,٢٪.

وهذا الاتجاه العام لإقامة كليات السن ينطبق أيضا على واقع مكان إقامة كليات السن حسب نوع الحي السكني، حيث لم يتبين من النتائج ما يلفت النظر.

٥- مصادر الدخل:

بالنظر إلى خانة إجمالي العينة في الجدول أعلاه نجد أن ٣٥,٦٪ من كليات السن يتلقين الدعم المادي من الأبناء، ثم من الزوج بنسبة ٢٦٪، ثم من العوائد الاستثمارية بنسبة ٧,٥٪، ثم من المساعدات الخيرية بنسبة ٦,٩٪، ثم من الضمان الاجتماعي بنسبة ٦,٤٪، ثم من عوائد العمل بنسبة ٥,٢٪، وأخيرا من هبات الدولة بنسبة ٢,٦٪.

وبالنظر إلى مصادر دخل كبيرات السن حسب نوع الحي السكني نجد أن النتائج لا تختلف كثيراً عن النتائج الخاصة بإجمالي العينة، عدا أن عوائد الاستثمار تأتي في المرتبة الثالثة كمصدر دخل لكبيرات السن في الأحياء الراقية، وأن بدل التقاعد والمساعدات الخيرية تأتي في المرتبة الثالثة كمصدر دخل لكبيرات السن في الأحياء المتوسطة، وأن مساعدات الضمان الاجتماعي تأتي في المرتبة الثالثة كمصدر دخل لكبيرات السن في الأحياء الشعبية، ثم بدل التقاعد وعوائد العمل، فالعوائد الاستثمارية، وأخيراً المساعدات الخيرية.

٦- ملكية المسكن:

توضح البيانات الواردة في الجدول رقم (١) وتحديداً في خانة إجمالي العينة أن غالبية كبيرات السن ٩٠,٩٪ يقمن في مساكن مملوكة، في حين بلغت نسبة كبيرات السن المقيمات في مساكن مستأجرة ٧,٩٪، أما كبيرات السن المقيمات في مساكن في صورة هبات فبلغت نسبتهم ١,٢٪ فقط.

وبالنظر إلى ملكية السكن حسب نوع الحي السكني الذي تقيم فيه المبحوثات نجد أن غالبية كبيرات السن يقمن في بيوت مملوكة بنسبة ٩٤٪ في الأحياء الراقية، و ٨٩,٣٪ في الأحياء المتوسطة، وأيضاً ٨٩,٣٪ في الأحياء الشعبية.

أما المساكن المستأجرة فإنها تكثر بين كبيرات السن المقيمات في الأحياء الشعبية والأحياء المتوسطة بنسبة متساوية بلغت ٩,٥٪ لكل منهما، في حين انخفضت هذه النسبة إلى ٤,٨٪ بين كبيرات السن المقيمات في الأحياء الراقية. أما المساكن الموهوبة من الدولة أو من جهات العمل فإن نسبتها توزعت بالتساوي بين كبيرات السن في كافة الأحياء، حيث بلغت ١,٢٪ فقط.

٧- نوع المسكن:

يتبين من البيانات الواردة في الجدول رقم (١) وتحديداً في خانة إجمالي العينة أن حوالي نصف عينة كبيرات السن ٤٩,٦٪ يقمن في فلل كبيرة، ثم كبيرات السن

المقيّمات في فلل صغيرة بنسبة ٢٧,٤٪، تليها كبيرات السن المقيّمات في بيوت شعبية بنسبة ٩,٥٪، ثم كبيرات السن المقيّمات في بيوت مسلحة بنسبة ٨,٣٪، ثم كبيرات السن المقيّمات في شقق بنسبة ٣,٦٪، وأخيراً كبيرات السن المقيّمات في قصور بنسبة ١,٦٪ فقط.

وبالنظر إلى نوع المسكن حسب نوع الحي السكني الذي تقيم فيه كبيرات السن نجد أن الإقامة في الفلل الكبيرة ترتفع بين كبيرات السن في الأحياء الراقية، حيث بلغت ٦٧,٨٪، أما الإقامة في البيوت الشعبية فتكثر بين كبيرات السن في الأحياء الشعبية بنسبة بلغت ٢٥٪.

وعموماً أظهرت النتائج أن نوع المسكن الذي تقيم فيه كبيرات السن يتفاوت حسب نوع الحي السكني، حيث ترتفع نسبة الإقامة في الفلل الكبيرة بين كبيرات السن في الأحياء الراقية، في حين تبين أن حوالي نصف عينة كبيرات السن في الأحياء الشعبية يقمن في بيوت شعبية أو مسلحة.

ثانياً: الواقع الصحي لكبيرات السن حسب نوع الحي السكني:

المجموع		شعبي		متوسط		راقي		نوع الحي السكني
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	الظروف الصحية لكبيرات السن
١- تقييم الحالة الصحية:								
٣٨,١٪	٩٦	٢٦,٢٪	٢٢	٤١,٧٪	٣٥	٤٦,٤٪	٣٩	جيدة
٤٨٪	١٢١	٥٣,٦٪	٤٥	٤٨,٨٪	٤١	٤١,٧٪	٣٥	متوسطة
١٣,٩٪	٣٥	٢٠,٢٪	١٧	٩,٥٪	٨	١١,٩٪	١٠	ضعيفة

الظروف الصحية لكبيرات السن وعلاقتها بنوع الحي السكني ...

المجموع		شعبي		متوسط		راقي		نوع الحي السكني
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	الظروف الصحية لكبيرات السن
%١٠٠	٢٥٢	%١٠٠	٨٤	%١٠٠	٨٤	%١٠٠	٨٤	المجموع
٢- أمراض كبيرات السن:								
%٤٠,٩	١٠٣	%٤٢,٩	٣٦	%٣٩,٣	٣٣	%٤٠,٥	٣٤	داء السكري
%١١,٩	٣٠	%١٦,٧	١٤	%٧,١	٦	%١١,٩	١٠	أمراض القلب
%١٧,٩	٤٥	%١٩	١٦	%١٤,٣	١٢	%٢٠,٢	١٧	أمراض صدرية
%٤٢,٥	١٠٧	%٥٠	٤٢	%٣٤,٥	٢٩	%٤٢,٩	٣٦	ضغط الدم
%٥٠	١٢٦	%٥٦	٤٧	%٥٢,٤	٤٤	%٤١,٧	٣٥	أمراض المفاصل والعظام
%٢١	٥٣	%٢٦,٢	٢٢	%٢٢,٦	١٩	%١٤,٣	١٢	أمراض الجهاز الهضمي
%١٦,٣	٤١	%٢٣,٨	٢٠	%٨,٣	٧	%١٦,٧	١٤	أمراض الشيخوخة
٣- متابعة الحالة الصحية:								
%٥٦,٢	١٤١	%٥١,٢	٤٣	%٥٥,٤	٤٦	%٦١,٩	٥٢	دائماً
%٣٧,٨	٩٥	%٤٥,٢	٣٨	%٣٣,٧	٢٨	%٣٤,٥	٢٩	أحياناً
%٦	١٥	%٣,٦	٣	%١٠,٩	٩	%٣,٦	٣	نادراً
%١٠٠	٢٥١	%١٠٠	٨٤	%١٠٠	٨٣	%١٠٠	٨٤	المجموع

المجموع		شعبي		متوسط		راقي		نوع الحي السكني
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	الظروف الصحية لكبيرات السن
٤- مدى الاعتماد على الآخرين صحياً:								
٪١٩	٤١	٪٢٩,٣	٢٢	٪١٢,٣	٩	٪١٤,٧	١٠	دائماً
٪٢٧,٣	٥٩	٪٢٦,٧	٢٠	٪٢٤,٧	١٨	٪٣٠,٨	٢١	أحياناً
٪٥٣,٧	١١٦	٪٤٤	٣٣	٪٦٣	٤٦	٪٥٤,٥	٣٧	نادراً
٪١٠٠	٢١٦	٪١٠٠	٧٥	٪١٠٠	٧٣	٪١٠٠	٦٨	المجموع
٥- مدى الشعور بأمراض لم يشخصها الطبيب:								
٪٢٥,٥	٥٤	٪٢٦,١	١٨	٪٢٥	١٨	٪٢٥,٤	١٨	أوافق
٪٢٥,٩	٥٥	٪٢٤,٦	١٧	٪٢٣,٦	١٧	٪٢٩,٦	٢١	أوافق إلى حد ما
٪٤٨,٦	١٠٣	٪٤٩,٣	٣٤	٪٥١,٤	٣٧	٪٤٥	٣٢	لا أوافق
٪١٠٠	٢١٢	٪١٠٠	٦٩	٪١٠٠	٧٢	٪١٠٠	٧١	المجموع
٦- درجة الشهية للأكل:								
٪٤٧	١١٧	٪٤٣,٩	٣٦	٪٤٥,٨	٣٨	٪٥١,٢	٤٣	جيدة
٪٤٨,٢	١٢٠	٪٥٠	٤١	٪٤٩,٤	٤١	٪٤٥,٢	٣٨	متوسطة
٪٤,٨	١٢	٪٦,١	٥	٪٤,٨	٤	٪٣,٦	٣	ضعيفة
٪١٠٠	٢٤٩	٪١٠٠	٨٢	٪١٠٠	٨٣	٪١٠٠	٨٤	المجموع

المجموع		شعبي		متوسط		راقي		نوع الحي السكني
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	الظروف الصحية لكبيرات السن
٧- مدى اهتمام الأبناء بصحة المسنة:								
٪٨١,٩	١٩٤	٪٧٠	٥٦	٪٨٨,٧	٧١	٪٨٧	٦٧	دائماً
٪١٢,٦	٣٠	٪٢٢,٥	١٨	٪٥	٤	٪١٠,٤	٨	أحياناً
٪٥,٥	١٣	٪٧,٥	٦	٪٦,٣	٥	٪٢,٦	٢	نادراً
٪١٠٠	٢٣٧	٪١٠٠	٨٠	٪١٠٠	٨٠	٪١٠٠	٧٧	المجموع
٨- مدى اهتمام الزوج بصحة المسنة:								
٪٥١,٤	٥٧	٪٥٠	١٦	٪٣٦,٨	١٤	٪٦٥,٨	٢٧	دائماً
٪٣٠,٦	٣٤	٪٢٥	٨	٪٤٣,١	١٦	٪٢٤,٤	١٠	أحياناً
٪١٨	٢٠	٪٢٥	٨	٪٢١,١	٨	٪٩,٨	٤	نادراً
٪١٠٠	١١١	٪١٠٠	٣٢	٪١٠٠	٣٨	٪١٠٠	٤١	المجموع

١- تقييم كبيرات السن لحالتهن الصحية:

توضح البيانات الواردة في الجدول رقم (٢) تقييم كبيرات السن لحالتهن الصحية حسب نوع الحي السكني.

فبالنظر إلى خانة إجمالي العينة نجد أن أغلب كبيرات السن يقيمن حالتهن الصحية بأنها متوسطة بنسبة بلغت ٤٨٪، ثم من يقيمن حالتهن الصحية بأنها جيدة بنسبة بلغت ٣٨,١٪، وأخيراً من يقيمن حالتهن الصحية بأنها ضعيفة بنسبة بلغت ١٣,٩٪.

وبالنظر إلى تقييم كبيرات السن لحالتهن الصحية حسب نوع الحي السكني نجد الحالة الصحية الجيدة تنتشر بصورة اكبر بين كبيرات السن في الأحياء الراقية بنسبة ٤٦,٤٪، ثم بين كبيرات السن في الأحياء المتوسطة بنسبة ٤١,٧٪، وأخيراً بين كبيرات السن في الأحياء الشعبية بنسبة ٢٦,٢٪.

وبالنسبة للحالة الصحية المتوسطة فإنها تنتشر بصورة اكبر بين كبيرات السن في الأحياء الشعبية بنسبة ٥٣,٦٪، ثم بين كبيرات السن في الأحياء المتوسطة بنسبة ٤٨,٨٪، وأخيراً بين كبيرات السن في الأحياء الراقية بنسبة ٤١,٧٪.

أما الحالة الصحية الضعيفة فإنها تنتشر بصورة اكبر بين كبيرات السن في الأحياء الشعبية بنسبة ٢٠,٢٪، ثم بين كبيرات السن في الأحياء الراقية بنسبة ١١,٩٪، وأخيراً بين كبيرات السن في الأحياء المتوسطة بنسبة ٩,٥٪.

عموماً تبين من نتائج الدراسة أن الحالة الصحية الجيدة تنتشر بصورة اكبر بين كبيرات السن في الأحياء الراقية، وان الحالة الصحية المتوسطة تنتشر بصورة اكبر بين كبيرات السن في الأحياء الشعبية، وان الحالة الصحية الضعيفة تنتشر بصورة اكبر بين كبيرات السن في الأحياء الشعبية.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة بأن نوع الحالة الصحية للإنسان تتفاوت حسب نوع الحي السكني.

إن توفر مقومات الحياة الصحية في الحي السكني الراقى، بالإضافة إلى كون الإقامة فيه تعكس الوضع الاقتصادي المرتفع للأفراد، بحيث تتوفر لهم أسباب الغذاء السليم والبيئة الصحية والخدمات الصحية الجيدة والمسكن الصحي، هذه العوامل مجتمعة قد تساهم في الحد من تدهور الحالة الصحية للمسنات. أما كبيرات السن في الأحياء الشعبية فيفتقدن عادة لمقومات الحياة الصحية مما قد يجعلهن أكثر عرضة لتدهور حالتهن الصحية.

٢- أمراض كبيرات السن:

بالنظر إلى خانة إجمالي العينة يتبين أن أمراض المفاصل والعظام أكثر شيوعاً بين كبيرات السن في مدينة الرياض بنسبة بلغت ٥٠٪، ثم تليها أمراض ضغط الدم بنسبة ٤٢,٥٪، ثم داء السكري بنسبة ٤٠,٩٪، فأمرض الجهاز الهضمي بنسبة ٢١٪، ثم الأمراض الصدرية بنسبة ١٧,٩٪، ثم تليها أمراض الشيخوخة بنسبة ١٦,٣٪، وأخيراً أمراض القلب بنسبة ١١,٩٪.

ولو نظرنا إلى أمراض كبيرات السن حسب نوع الحي السكني نجد أن أكثر الأمراض انتشاراً بين كبيرات السن في الأحياء الراقية هي أمراض ضغط الدم بنسبة ٤٢,٩٪، ثم أمراض المفاصل والعظام بنسبة ٤١,٧٪، ثم داء السكري بنسبة ٤٠,٥٪، ثم الأمراض الصدرية بنسبة ٢٠,٢٪، ثم أمراض الشيخوخة بنسبة ١٦,٧٪، ثم أمراض الجهاز الهضمي بنسبة ١٤,٣٪، وأخيراً أمراض القلب بنسبة ١١,٩٪.

أما الأمراض الأكثر انتشاراً بين كبيرات السن في الأحياء المتوسطة فهي أمراض المفاصل والعظام بنسبة ٥٢,٤٪، ثم داء السكري بنسبة ٣٩,٣٪، ثم أمراض ضغط الدم بنسبة ٣٤,٥٪، ثم أمراض الجهاز الهضمي بنسبة ٢٢,٦٪، ثم الأمراض الصدرية بنسبة ١٤,٣٪، ثم أمراض الشيخوخة بنسبة ٨,٣٪، وأخيراً أمراض القلب بنسبة ٧,١٪.

وبالنسبة للأمراض الأكثر شيوعاً بين كبيرات السن في الأحياء الشعبية فهي أمراض المفاصل والعظام بنسبة ٥٦٪، ثم أمراض ضغط الدم بنسبة ٥٠٪، ثم داء السكري بنسبة ٤٢,٩٪، ثم أمراض الجهاز الهضمي بنسبة ٢٦,٢٪، ثم أمراض الشيخوخة بنسبة ٢٣,٨٪، ثم الأمراض الصدرية بنسبة ١٩٪، وأخيراً أمراض القلب بنسبة ١٦,٧٪.

وعموماً يمكننا القول بأن ضغط الدم من أكثر الأمراض شيوعاً بين كبار السن في الأحياء الراقية ، وان أمراض المفاصل والعظام من أكثر الأمراض شيوعاً بين كبار السن في الأحياء المتوسطة والأحياء الشعبية.

وبهذه النتيجة يتضح لنا أن طبيعة الأمراض التي تعاني منها كبار السن تتفاوت حسب نوع الحي السكني ، وهو ما يتفق مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة.

٣- مدى متابعة المسنة لحالتها الصحية:

بالنظر إلى خانة إجمالي العينة نجد أن أغلب كبار السن يتابعن حالتهم الصحية بصورة دائمة بنسبة بلغت ٥٦,٢٪، ثم من يتابعن صحتهم أحياناً بنسبة ٣٧,٨٪، وأخيراً من يتابعن صحتهم بصورة نادرة بنسبة ٦٪.

هذه النتيجة تظهر بوضوح مدى الوعي الصحي لدى كبار السن في مدينة الرياض، حيث تبين أن أكثر من نصف العينة يتابعن حالتهم الصحية بصورة دائمة.

وبالنظر إلى مدى متابعة كبار السن لحالتهم الصحية حسب نوع الحي السكني نجد أن كبار السن المقيمتين في الأحياء الراقية أكثر متابعة لحالتهم الصحية بصورة دائمة بنسبة ٦١,٩٪، ثم كبار السن في الأحياء المتوسطة بنسبة ٥٥,٤٪، وأخيراً كبار السن في الأحياء الشعبية بنسبة ٥١,٢٪.

وهكذا يتبين لنا أن متابعة كبار السن لحالتهم الصحية تتفاوت حسب نوع الحي السكني، فكلما ارتفع المستوى الاقتصادي للحي السكني كلما دل ذلك على ارتفاع المستوى الاقتصادي للمسننة وأسرته مما ينعكس بالضرورة على قدرتها المادية للاهتمام بصحتها وهو ما قد لا يتوافر للمسنات في الأحياء المتوسطة والشعبية.

٤- مدى اعتماد كبيرات السن على الآخرين صحياً:

بالنظر إلى خانة إجمالي العينة نجد أن غالبية كبيرات السن يندر اعتمادهن على الآخرين بنسبة بلغت ٥٣,٧٪، ثم من يعتمدن على الآخرين أحياناً بنسبة ٢٧,٣٪، وأخيراً من يعتمدن على الآخرين بصورة دائمة بنسبة ١٩٪.

ولو تأملنا في مدى اعتماد كبيرات السن على الآخرين صحياً حسب نوع الحي السكني نجد أن كبيرات السن في الأحياء الشعبية أكثر اعتماداً على الآخرين بصورة دائمة بنسبة ٢٩,٣٪، ثم كبيرات السن في الأحياء الراقية بنسبة ١٤,٧٪، وأخيراً كبيرات السن في الأحياء المتوسطة بنسبة ١٢,٣٪.

وإذا كان الاعتماد على الآخرين صحياً يعكس مدى تدهور الحالة الصحية للمسنات فإنه من غير المستغرب أن تكون كبيرات السن في الأحياء الشعبية أكثر اعتماداً على الآخرين، حيث تبين لنا في الجداول السابقة أن هؤلاء كبيرات السن أكثر قابلية لتدهور حالتهم الصحية بسبب افتقادهن لمقومات الحياة الصحية السليمة.

٥- مدى شعور كبيرات السن بأمراض لم يشخصها الطبيب:

بالنظر إلى خانة إجمالي العينة نجد أن غالبية كبيرات السن لا يشعرن بأمراض لم يشخصها الطبيب بنسبة بلغت ٤٨,٦٪، ثم من يوافقن إلى حد ما بشعورهن بأمراض لم يشخصها الطبيب بنسبة ٢٥,٩٪، وأخيراً من يوافقن على شعورهن بأمراض لم يشخصها الطبيب بنسبة ٢٥,٥٪.

ويظهر من البيانات الخاصة بشعور كبيرات السن بأمراض لم يشخصها الطبيب حسب نوع الحي السكني أن النسبة الأكبر من كبيرات السن في جميع الأحياء لا يوافقن على شعورهن بأمراض لم يشخصها الطبيب بنسبة مئوية بلغت ٥١,٤٪ للمسنات في الأحياء المتوسطة، و ٤٩,٣٪ للمسنات في الأحياء الشعبية، و ٤٥٪ للمسنات في الأحياء الراقية.

وعموماً يتضح من البيانات الواردة في الجدول أن الشعور بأمراض لم يشخصها الطبيب يزداد بين كبيرات السن في الأحياء الشعبية بنسبة ٢٦,١٪، ثم بين كبيرات السن في الأحياء الراقية بنسبة ٢٥,٤٪، وأخيراً بين كبيرات السن في الأحياء المتوسطة بنسبة ٢٥٪.

٦- درجة الشهية للأكل:

بسؤال كبيرات السن عن تقييم درجة شهيتهن للأكل أظهرت النتائج الواردة في خانة إجمالي العينة أن شهية غالبية كبيرات السن للأكل متوسطة بنسبة بلغت ٤٨,٢٪، ثم كبيرات السن ذوات الشهية الجيدة للأكل بنسبة بلغت ٤٧٪، وأخيراً كبيرات السن ذوات الشهية الضعيفة للأكل بنسبة ٤,٨٪.

وإذا نظرنا إلى درجة شهية كبيرات السن للأكل حسب نوع الحي السكني نجد أن الشهية الجيدة للأكل ترتفع بين كبيرات السن في الأحياء الراقية بنسبة ٥١,٢٪ ثم بين كبيرات السن في الأحياء المتوسطة بنسبة ٤٥,٨٪، وأخيراً بين كبيرات السن في الأحياء الشعبية بنسبة ٤٣,٩٪.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة من أن طبيعة الغذاء من حيث الجودة والتنوع تختلف باختلاف نوع الحي السكني. فكبيرات السن في الأحياء الراقية ربما يجدن مثل هذه الجودة والتنوع في الغذاء مما يجعلهن أكثر شهية للأكل مقارنة بكبيرات السن في بقية الأحياء المتوسطة والشعبية.

٧- مدى اهتمام الأبناء بصحة أمهاتهم كبيرات السن:

بالنظر إلى خانة إجمالي العينة نجد أن غالبية كبيرات السن يجدن اهتماماً بصحتهن من قبل الأبناء بصورة دائمة بنسبة بلغت ٨١,٩٪، أما من يهتم الأبناء بصحتهن أحياناً من بين كبيرات السن فقد بلغت نسبتهن ١٢,٦٪، وأخيراً من لا يجدن اهتماماً من الأبناء بصحتهن إلا نادراً بنسبة ٥,٥٪.

هذه النتيجة العامة تعكس بوضوح مدى الترابط الأسري في المجتمع السعودي، فالمسنون لازالوا يلقون الرعاية والاهتمام من الأبناء رغم تعقد الحياة وانحسار الأسرة الممتدة ودخول المرأة إلى ميدان العمل.

ولمعرفة أي كبيرات السن يجدن اهتماماً أكثر بصحتهن من قبل الأبناء حسب نوع الحي السكني فإن البيانات الواردة في الجدول تشير إلى أن كبيرات السن في الأحياء المتوسطة يجدن اهتماماً أكبر من أبنائهن بحالتهن الصحية بنسبة ٨٨,٧٪، ثم كبيرات السن في الأحياء الراقية بنسبة ٨٧٪، وأخيراً كبيرات السن في الأحياء الشعبية بنسبة ٧٠٪.

وإذا كانت الطبقة المتوسطة - كما يرى علماء الاجتماع - هي حامية القيم من بين الطبقات في المجتمع فإن ذلك يفسر لنا سر قوة الترابط الأسري بين الأبناء وكبيرات السن في الأحياء المتوسطة.

٨- مدى اهتمام الأزواج بصحة زوجاتهم الكبيرات في السن:

في سؤال لكبيرات السن المتزوجات حالياً عن مدى اهتمام أزواجهن بحالتهن الصحية أظهرت النتائج الواردة في خانة إجمالي العينة أن أكثر من نصف العينة يجدن الاهتمام الدائم بصحتهن من قبل الزوج بنسبة بلغت ٥١,٤٪، ثم من يجدن الاهتمام أحياناً بنسبة ٣٠,٦٪، وأخيراً من يجدن الاهتمام النادر بنسبة ١٨٪.

هذه النتيجة أيضاً تؤكد متانة العلاقة الزوجية لكبيرات السن في المجتمع السعودي ومؤشر على الترابط الأسري بين أفراد الأسرة الواحدة.

ولو نظرنا إلى درجة اهتمام الأزواج بصحة كبيرات السن حسب نوع الحي السكني نجد أن كبيرات السن في الأحياء الراقية يجدن اهتماماً أكبر بصحتهن من قبل أزواجهن بنسبة بلغت ٦٥,٨٪، ثم كبيرات السن في الأحياء الشعبية بنسبة ٥٠٪، وأخيراً كبيرات السن في الأحياء المتوسطة بنسبة ٣٦,٨٪.

وبناء على نتائج الجدولين الأخيرين يتبين لنا أن الأبناء أكثر اهتماماً بصحة كبيرات السن في الأحياء المتوسطة ، في حين أن الأزواج أكثر اهتماماً بصحة كبيرات السن في الأحياء الراقية والشعبية.

ثالثاً: الخلاصة:

اهتمت الدراسة الحالية في الكشف عن الظروف الصحية لكبيرات السن المقيمت خارج دور رعاية المسنين في مدينة الرياض حسب نوع الحي السكني.

لقد كشفت نتائج الدراسة تفاوت الوضع الصحي لكبيرات السن حسب نوع الحي السكني لتتفق بذلك مع توصلت إليه الدراسات السابقة في هذا الشأن. كما تبين من نتائج الدراسة تنوع الأمراض التي تعاني منها كبيرات السن وتعددتها بصورة تتفق مع النظريات البيولوجية المفسرة لظاهرة الشيخوخة. فقد جاءت أمراض المفاصل والعظام، ضغط الدم، داء السكري، أمراض الجهاز الهضمي، الأمراض الصدرية، أمراض القلب، أمراض الشيخوخة، وأخيراً أمراض القلب، كأبرز الأمراض التي تعاني منها كبيرات السن.

أما تفاوت الوضع الصحي للمسنات حسب نوع الحي السكني فقد ظهر واضحاً في الجوانب التالية:

١- أن ضعف الحالة الصحية ينتشر بصورة أكبر بين كبيرات السن في الأحياء الشعبية، على حين أن جودة الحالة الصحية تنتشر بصورة أكبر بين كبيرات السن في الأحياء الراقية (أنظر تقييم كبيرات السن لحالتهن الصحية في الجدول رقم ٢).

٢- أن أمراض ضغط الدم من أكثر الأمراض شيوعاً بين كبيرات السن في الأحياء الراقية، في حين أن أمراض المفاصل والعظام من أكثر الأمراض شيوعاً بين كبيرات السن في الأحياء المتوسطة والشعبية.

٣- أن درجة متابعة كبيرات السن لحالتهن الصحية تزداد بين كبيرات السن في الأحياء الراقية بينما تنخفض درجة المتابعة هذه بين كبيرات السن في الأحياء الشعبية.

٤- أن كبيرات السن في الأحياء الشعبية أكثر اعتماداً على الآخرين من الناحية الصحية مقارنة بحال كبيرات السن في الأحياء الراقية والمتوسطة.

٥- أن شعور كبيرات السن بأمراض لم يشخصها الطبيب يزداد بين كبيرات السن في الأحياء الشعبية، في حين يقل هذا الشعور تدريجياً بين كبيرات السن في الأحياء الراقية والمتوسطة.

٦- أن درجة الشهية للأكل ترتفع بين كبيرات السن في الأحياء الراقية، على حين تنخفض هذه الدرجة تدريجياً بين كبيرات السن في الأحياء المتوسطة والشعبية.

٧- أن كبيرات السن في الأحياء الشعبية يجدن اهتماماً اقل من الأبناء بحالتهن الصحية مقارنة بكبيرات السن في الأحياء المتوسطة والراقية.

٨- أن كبيرات السن في الأحياء الراقية يجدن اهتماماً أكبر من أزواجهن بحالتهن الصحية مقارنة بكبيرات السن في الأحياء المتوسطة والشعبية.

ومن كل ما سبق يمكن القول بأن الظروف الصحية لكبيرات السن تتفاوت حسب نوع الحي السكني.

وأخيراً يأمل الباحث أن تشكل هذه الدراسة إضافة علمية للتراث النظري المتعلق بالمسنين، كما يأمل أن تكون مرجعاً للدارسين والمهتمين بالمسنين، خاصة وان المكتبة العربية والمحلية بحاجة ماسة للمراجع والدراسات ذات العلاقة بالمسنين.

المصادر والمراجع

أولاً: العربية:

- جابر، محمد مدحت (١٩٨٨م) مرض السرطان في دول الخليج العربي، سلسلة رسائل جغرافية رقم (١١٣)، قسم الجغرافيا بجامعة الكويت، الكويت.
- جبريل، ثريا عبد الرؤوف (١٩٩٢م) المشاكل التي يعاني منها المسنون في المملكة العربية السعودية ودور الخدمة الاجتماعية في مواجهتها، مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، القاهرة، العددان ٣٤ - ٣٥.
- الخريف، رشود (١٤١٢هـ) التعداد السكاني، دار الشبل، الرياض.
- الخطيب، جمال، منى الحديدي، عبد العزيز السرطاوي (١٩٩٢م) إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة: قراءات حديثة، دار حنين، عمان - الأردن.
- خليفة، عبد اللطيف محمد (١٩٩١م) دراسات في سيكولوجية المسنين، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- الخميس، أسماء عبد الله (١٤٠٩هـ) برامج رعاية المسنين ودور الخدمة الاجتماعي فيها، رسالة ماجستير غير منشورة. قسم الدراسات الاجتماعية، كلية الآداب، جامعة الملك سعود الرياض، المملكة العربية السعودية.
- رخا، أشرف محمد (١٤١٥هـ) تقييم الخدمات المقدمة للمسنين في المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس.
- السدحان، عبد الله ناصر (١٤٢٠هـ) رعاية المسنين في المملكة العربية السعودية (دراسة تاريخية وثائقية)، وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، الرياض.

- العبد الواحد، فريدة عبد الحميد (١٤١٦هـ) أثر العوامل الاجتماعية في التوافق الاجتماعي للمسنات: دراسة ميدانية بمدينة الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الدراسات الاجتماعية، كلية الآداب، جامعة الملك سعود، الرياض.
- العبيدي، إبراهيم محمد (١٩٨٨م). العلاقة بين التقسيم الذاتي للحالة الصحية بعد التقاعد والخصائص الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية للمتقاعدين، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد (١٦)، العدد (٤)، جامعة الكويت، الكويت.
- العبيدي، إبراهيم محمد (١٩٨٩م) المتقاعدون، سلسلة بحوث مركز أبحاث الجريمة، البحث الحادي عشر، وزارة الداخلية، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- عدس، عفاف أحمد (١٤٠٩هـ) المشكلات والحاجات الإرشادية للمسنات: دراسة ميدانية في مدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، كلية التربية، قسم علم النفس.
- الغريب، عبد العزيز علي (١٤١٦هـ) المتقاعدون (بعض مشكلاتهم الاجتماعية ودور الخدمة الاجتماعية في مواجهتها)، رسالة ماجستير منشورة، مطابع نجد، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- الفريح، آمال (١٤٢٣هـ) التكيف الاجتماعي والأسري والاقتصادي للمرأة السعودية: دراسة تطبيقية في مدينة الرياض، خطة بحث دكتوراه، قسم الدراسات الاجتماعية، كلية الآداب، جامعة الملك سعود.
- فهمي، محمد سيد (١٩٨٤م) رعاية المسنين اجتماعياً، المكتب الجامعي الحديث، محطة الرمل، الإسكندرية.

- فهمي، نهى السيد (١٩٦٦م). التوافق الاجتماعي للمسنين، دراسة اجتماعية لفتة المتقاعدين في محافظة القاهرة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم اجتماع.
- فؤاد، علي (١٤١٢هـ). الأبعاد الاجتماعية لرعاية المسنين، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل للشؤون الاجتماعية لدول مجلس التعاون.
- الفوزان، عبد الله محمد (١٩٩٥م). أثر بعض العوامل الاجتماعية على الاستعداد الأسري لرعاية المعوق: دراسة ميدانية، مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، العدد (٣٩).
- ملحم، سامي محمد (١٤٠٩هـ). الشيخوخة: دراسة ميدانية حول تأثير برامج الرعاية على مشكلات التوافق والشخصية لدى المسنين في المملكة العربية السعودية، كلية التربية للبنات الرياض، الأقسام الأدبية.
- الوليعي، عبد الله ناصر (١٤١١هـ). التوزيع الجغرافي للأمراض في المملكة العربية السعودية والعوامل المؤثرة في هذا التوزيع مع إشارة خاصة لمنطقة إمارة الرياض ومدينة الرياض، مركز أبحاث مكافحة الجريمة، وزارة الداخلية، المملكة العربية السعودية.

ثانياً: الأجنبية :

- Chandrasekhar, S. (1972) Infant Mortality, Populations growth and family planning in India, London: George Allen and Unwin, Ltd.
- Lewin – Epstein, Noha. (1986) Employment and ILL – Health among women in Israel, Social Sciences and Medicine, 23(II): 1171 – 1179.
- McMurray, Anne. (2007) Community Health and Wellness: A Socio-ecological Approach, 3rd ed, Elsevier Australia, Debbie lee Publisher.
- Miller, Marylon. (1979) Epidemiology of Otitis Media, Problem and Research Focus for Geographers, Social Sciences and Medicine, 13D: 233 – 236.
- Nihei, N., et, al. (1981) Geographical Factors Influencing the Population Numbers and Distribution of Oncomelania Nosophora and the Subsequent Effect on the Control of Schistosomiasis Japonica in Japan, Social Sciences and Medicine, 15D: 149 – 157.
- Oswald, Frank, et, al. (2007) Relationships between Housing and Healthy Aging in Very Old Age, Oxford Journals, Medicine & Social Scientism The Gerontologist, Volume 47, Issue 1, Heidelberg, Germany.

- Rabkin, J. & Streuning, E.L. (1976) Live events, Stress, and Illness. 194 Science, (3) Pp. 1013 – 1020.
- Takahashi, Eiji. (1981) Geographic Distribution of Cerebrovascular Disease and Environmental Factors in Japan, Social Sciences and Medicine, 15D: 163 – 172.
- Yaganaw, Hiroshi, et, al. (1981) Geographical Pattern of Tuberculosis and Related Factors in Japan, Social Sciences and Medicine, 15D: 141 – 148.