

الحالة الصحية الوظيفية للأشخاص المسنين في الجزائر: بين النماذج النظرية والتطبيقات الميدانية

The functional health status of elderly people in Algeria :Between theoretical models and field applications

كريمة بوعزيز

جامعة الجزائر 2 (الجزائر) ، kbouaziz2000@yahoo.fr

تاريخ النشر: 2022/09/30

تاريخ القبول: 2022/03/31

تاريخ الاستلام: 2021/06/18

ملخص:

تهدف ورقتنا البحثية في جزئها الأول إلى استعراض بعض أهم المقاربات النظرية والمفاهيم والنماذج التي تتناول الحالة الصحية الوظيفية للمسنين والعوامل المحددة لها باعتبارها من أكثر المؤشرات استعمالا لتقييم الحالة الصحية في مرحلة الشيخوخة، إذ لا يقتصر الأمر فقط على كشف الأمراض وطبيعتها وأعراضها وتطورها، ولكن يمتد إلى رصد نتائجها وآثارها على حياة الأشخاص المسنين. وفي الجزء الثاني من العمل سوف نقوم بتطبيق بعض مؤشرات قياس الصحة الوظيفية المعتمدة عالميا على عينة مكونة من 376 مسن يبلغ من العمر 60 سنة وأكثر قصد التعرف على درجة الاستقلالية وانتشار العجز والتعبية بين كبار السن في الوسط الحضري الجزائري. كلمات مفتاحية: الحالة الصحية الوظيفية، الأشخاص المسنون، النماذج، التطبيقات.

ABSTRACT:

In its first part, our research paper aims to review some of the most important theoretical approaches, concepts and models that deal with the functional health status of the elderly and the determinants of it as one of the most used indicators for assessing the health status in the aging stage, as it is not only limited to detecting diseases, their nature, symptoms and development, but It extends to monitoring its results and effects on the lives of elderly people. In the second part of the work, we will apply some globally approved functional health measurement indicators on a sample of 376 elderly people aged 60 years and over in order to identify the degree of independence and the prevalence of disability and dependency among the elderly in the Algerian urban environment.

Keywords: Functional health, Elderly people, Models, Applications.

1- مقدمة:

تحدد نوعية الحياة للأشخاص المسنين بالقدرة على الحفاظ على استقلاليتهم واكتفائهم، كذلك بالعيش في بيئتهم الطبيعية والحصول على أدنى مساعدة خارجية (Christensen & coll, 2009, p.1196). وتعتبر الصحة والمعافاة الجسدية محددات أساسية لتقييم نوعية الحياة في مرحلة الشيخوخة، فهي تعد من الاهتمامات الفردية والجماعية على حد سواء للمجتمعات، إذ أنها تشكل هدفا ووسيلة لتطوير وتنمية ورفاهية الأشخاص المسنين. وحسب منظمة الصحة العالمية فإن شيخوخة السكان تعتبر انتصارا للإنسانية والمجتمعات الحديثة (OMS,2002,p.6)، إذ أنها تعد دليلا على نجاح الممارسات الصحية والاجتماعية التي ساهمت في إطالة العمر وخفض عدد الوفيات المبكرة في الأعمار الأولى من الحياة. غير أن الأشخاص المسنين لا يشيخون بنفس الطريقة ولا بنفس الوتيرة، فمنهم من يتمتع بصحة جيدة حتى عمر متقدم، فيما يعاني الآخرون من

- المؤلف المرسل: كريمة بوعزيز

doi: 10.34118/ssj.v16i2.2488

<http://journals.lagh-univ.dz/index.php/ssj/article/view/2488>

ISSN: 1112 - 6752

رقم الإيداع القانوني: 66 - 2006

EISSN: 2602 - 6090

الأمراض المزمنة والتعبية الوظيفية مبكرا، كما يطرح الشيخ السكاني عدة مشاكل على المستوى الفردي والاجتماعي، فكثير ما يواجه المسنون مشاكل صحية خطيرة والتي قد تؤدي إلى فقدان الاستقلالية والإصابة بالأمراض المزمنة والعجز الوظيفي والإعاقة (WHO,2010,p.56)، وعليه يصير من الضروري دراسة وفهم الحالة الصحية لكبار السن لتلبية حاجاتهم الحالية والمستقبلية، فالحالة الصحية كثيرا ما تحدد المصالح والخدمات العلاجية والصحية المطلوبة التكفل (بوعزيز، 2014، ص.2).

تقاس صحة كبار السن غالبا بشدة الإصابة بالأمراض المزمنة والمراضة المتعددة و التحديدات الوظيفية، إضافة إلى العجز عن القيام بالنشاطات اليومية والنشاطات الأساسية والهشاشة (Sermet & Cambois,2003, p. 25-52). وفي إطار هذه الورقة البحثية سوف نركز عملنا على مؤشر الصحة الوظيفية الذي يعتبر من بين أهم المؤشرات المقترحة لقياس صحة كبار السن، إذ لا يتعلق الأمر فقط بكشف الأمراض وطبيعتها وأعراضها وتطورها، ولكن يتعداه إلى رصد نتائجها وأثارها على حياة الأشخاص المسنين. وتجدر الإشارة إلى أن تقليص انتشار العجز بين الأشخاص المسنين هو من أهم الأهداف التي تصبو إليها البحوث حول الصحة الوظيفية في مجال علم الشيخوخة. وأول صعوبة في تحليل الحالة الصحية الوظيفية لكبار السن تتمثل في الاحاطة بكل نواحيها مع التنوع الموجود فيما يخص المصطلحات المستعملة في هذا المجال. وقد ترجمت الرغبة في توحيد المؤشرات لإعداد السياسة الصحية على المستويات المحلية، وتمكين مقارنة النتائج على المستوى العالمي بإصدار أعمال وبحث وود (Wood) لصالح المنظمة العالمية للصحة سنة 1980، مما سمح بتقديم تعريف العجز والإعاقة والذي يمثل مرجعا دوليا، وهذا التصنيف يرمز إلى الولادة العلمية الفعلية للصحة الوظيفية كمشكل طبي أساسي ومؤشر على بداية المسوح الكبرى التي أخذت عموما طابعا طوليا (Veysset & Deremble,1989,p.23).

تهدف ورقتنا البحثية في شقها الأول إلى القاء الضوء على أهم المقاربات النظرية المحيطة بالصحة الوظيفية للأشخاص المسنين والعوامل المتعلقة بها، أما الشق الثاني من العمل فهو بمثابة مدخل إلى تطبيق النماذج القياسية العالمية لمؤشر الحالة الصحية الوظيفية في المجتمع الجزائري. فباستثناء بعض المؤشرات حول الاستقلالية والعجز التي استعملت في المسح الوطني حول صحة الأسرة EASF2002 في البند المتعلق بصحة المسنين، نستطيع القول أن الدراسات المتخصصة حول الموضوع شبه منعدمة في بلادنا. ولهذا ارتأينا التطرق إلى الموضوع بإجراء معالجات وقياسات على عينة من المسنين البالغين 60 سنة وأكثر بلغ عددهم 376 مسن موزعين حسب السن والجنس ومقيمين مع أسرهم في الوسط الحضري الجزائري.

2- مقاربات نظرية حول موضوع الصحة الوظيفية:

سوف نعرض فيما يلي بعض المفاهيم والنماذج المتعلقة بالصحة الوظيفية، حيث أن ميدان علم الشيخوخة يتميز بصورة عامة بغياب التأطير النظري وهذه الخاصية تؤثر سلبا عند تناول موضوع التعبية أو فقدان الاستقلالية وهو ما يفسر بوجود تخصصات أخرى مهيمنة على مجال البحث في هذا المجال كطب الشيخوخة وعلم الأوبئة.

1-2- القدرات الوظيفية:

تحدث الشيخوخة الفيزيولوجية العادية بصورة تدريجية مرفقة أم لا بالأمراض، معتمدة على تقييم القدرة الوظيفية والفيزيولوجية للأشخاص أو امكاناتهم الفيزيولوجية المخزنة، وهذه الأخيرة تبلغ ذروتها في سن البلوغ وتبدأ الشيخوخة مبكرا عند سن الرشد ويكون لها بعد ذلك نتائج وانعكاسات حسب الأشخاص. إن الحفاظ الأقصى على القدرات الوظيفية يعتمد على عدة عوامل من بينها المخزون الوراثي والبيولوجي للأشخاص وعادات الحياة وعناصر أخرى خارجية وبيئية تؤثر كعوامل خطر على مدى الحياة. ومن أجل الكشف عن احتياجات كبار السن مهما كان سنهم، فإنه تم تعويض مصطلح الشيخوخة بمصطلح اخر وهو فقدان الاستقلالية أو التعبية المستعملة في حقل الصحة العقلية والتراجع البدني أو الذهني. ويتميز الأشخاص الفاقدين

للاستقلالية بالعجز البدني، النفسي أو الاجتماعي والذي يمكن أن ترافقه أمراض انتكاسية أو مزمنة، ويتحدد فقدان استقلالية الأشخاص بكل من تزامن وشدة العجز ومدته واثاره الوظيفية السلبية وامكانيات تعويضها أكثر من طبيعة العجز في حد ذاته. ويعد تقدير الوظائف أمرا أساسيا من أجل الخدمات للمسنين ومع هذا تختلف أهداف هذين الحقلين من النشاط وبالتالي التقنيات وطرق القياس والتحليل المستخدمة في معظم الأحيان (Fillenbaun, 1986, p.85).

2-2- العجز الوظيفي:

يجد مفهوم العجز الوظيفي تطبيقاته النظرية الأولى في النقاشات حول إطالة العمر عند الجنس البشري، فبالموازاة مع امتداد فترة الحياة وارتفاع العمر المتوسط للحياة عند الولادة للأشخاص، فإن بعض الباحثين طرحوا تساؤلا جديدا حول نوعية هذه السنوات المضافة إلى العمر واقترحوا استعمال مؤشرات جديدة مثل الصحة الوظيفية لفهم واستيعاب أمل الحياة وتحسينه. وهذه المقاييس كثيرة فبعض المقاربات تميز بين أمل الحياة بدون نقص وأمل الحياة بدون عجز و أمل الحياة بدون إعاقة (Meeus, 1997, p.41-45).

3-2- نموذج التصنيف الدولي للعجز والإعاقة:

قام وود (Wood) سنة 1980 باقتراح نموذج حول تطور الأمراض وظهور العجز لصالح منظمة الصحة العالمية (Ennuyer, 1987, p.3)، ويعتبر من النماذج الأكثر استعمالا وانتشارا في البحوث التطبيقية حول المرض والعجز. ويمكن تعريف عناصر هذا النموذج على النحو التالي:

- النقص: عبارة عن طفرة تحدث في تكوين العضو أو الجهاز مهما كان، وعليه فإنه ينطلق من العضو أو إصابة العضو و قد يكون النقص ذهنيا، سمعيا أو حركيا... الخ .

- العجز: وهو تطور النقص عن طريق تقلص وظيفة أو عدة وظائف أو تناقص أنشطة الشخص. وعليه فإن مستوى التحليل يكون الفرد و يمكن أن يؤثر العجز على السلوك والتواصل والعناية الجسدية، الحركة ، الكلام... الخ .

- الإعاقة: وهي حالة الشخص بالنسبة إلى محيطه وبيئته، وهي ناتجة عن النقص أو العجز، وعلى هذا المستوى فإنه يتم الاهتمام بالتجربة الاجتماعية للعجز. ويمكن تصنيف الإعاقة حسب عدة أنواع: الإعاقة من حيث عدم الاستقلالية البدنية والجسدية، الاندماج الاجتماعي، الإعاقة بالنسبة للاستقلالية الاقتصادية... الخ.

فيما يخص الصحة الوظيفية موضوع دراستنا فإنها تتعلق بالمستوى الثاني من هذا الشكل أو النموذج، فهي تأخذ بعين الاعتبار درجة العجز لشخص ما دون الاهتمام بالنقائص والإعاقات. فهي تقتصر على نوع من العجز الجسدي والحركي ولا تمتد إلى كل المستويات المقترحة من قبل المنظمة العالمية للصحة (Malek & coll, 1996, p.87-88).

4-2- نموذج العجز والتبعية الوظيفية كمسار:

يمكن تمييز مجموعة من الأبحاث اهتمت بمسار الشيخ و«الشيخ الناجح» وذلك حسب توجه طبي ووبائي أكثر منه سوسولوجي، ويعرف كل من روي و كاهن (ROWE et KAHN) في دراسة لهما الشيخ الناجح على أنه الجمع بين ثلاثة مركبات هامة ومتكاملة: أولا احتمال الإصابة بالمرض أو العجز، ثانيا درجة مرتفعة من الامكانيات الوظيفية والذهنية والجسدية وثالثا تجند اجتماعي على شكل الأنشطة الإنتاجية وغيرها. وهذان الباحثان يميزان ثلاثة طرق للشيخ: "المسار العادي أو الناجح" مع قليل من الأخطار أو درجة عالية من الصحة الوظيفية، المسار "الغالب أو المعروف" بدون أعراض مرضية ولكن بخطر تطورها، وأخيرا الشيخ "المرضي" المتميز بالعجز. وتكمن الأهمية، في تحليل المسار «المرضي» في رصد مختلف مراحلها وتتبعه ومن جهة أخرى

كشف وتحديد في فترات مختلفة عوامل الخطر المتعلقة بتطور هذا العجز، وتهدف هاتين المرحلتين إلى تحسين استراتيجيات الوقاية التي بدورها تهدف إلى ضمان أو الحفاظ على التشخيص العادي (Pine,2007,p.71-74).

يستعمل هذا النموذج أيضا كإطار نظري للدراسات حول عوامل العجز، وخاصة حول العوامل الطبية وفكرة الانتقال من الحالة "السليمة" إلى حالة "الإعاقة"، ويتبنى النموذج المقترح من قبل المنظمة العالمية للصحة (OMS) الذي عرضناه سابقا و التعريف في نموذج وود (Wood) ولكن بمصطلحات ومفاهيم مختلفة. ويتكون النموذج الجديد لجات (Jette) من محورين أساسيين وهما:

- المسار المرضي: الذي يصف تأثير الإصابة أو الإصابات (مزمنة أو حادة) على الأعضاء ووظائفها ونشاط الشخص ومشاركته في المجتمع، وهو يشمل على:

- المرض: هو اضطراب جسدي يتم الكشف عنه عند مستوى معين يسمح بتشخيص متخصص.

- النقص: هو الإصابة على مستوى العضو أو الجهاز ينجم عنه نتائج بدنية، وجدانية أو اجتماعية، ويمكن أن تخص الموقع الأولي للمرض كالقلب مثلا أو موقع ثانوي كالضعف الكلوي الناجم عن الضعف القلبي.

- التبعية (التحديد) الوظيفية: وهي الإصابة على مستوى الفرد، وهي تتجسد في صعوبة أو تقلص في أداء الأنشطة الجسدية أو العقلية المعتادة، كما يشمل هذا المستوى من الإصابة أيضا صعوبة أداء وبصورة فردية أنشطة الحياة اليومية.

- تحديد الدور: وهو يظهر على مستوى المجتمع عندما يوجد فارق بين القدرات الوظيفية للفرد وتوقعاته التي لها علاقة بدوره على المستوى الاجتماعي، وعليه فإن ظهور هذا التحديد يرتبط بوضع أو إطار اجتماعي معين.

- العوامل المؤثرة: شخصية وبيئية وهي التي تعدل أثر المسار المرضي وتمثل في:

-عوامل الخطر: وهي موجودة قبل حدوث المرض ويمكن تصحيحها: السلوكات الصحية، العادات الفردية، استراتيجيات التعامل و النجاح.

- التدخلات: المحققة من قبل الفرد ومن قبل المحيط، ويمكنها الحدوث على طول المسار حيث تهيمن التدخلات الطبية في بداية المسار بينما تأتي التدخلات الاجتماعية في آخر المسار.

- المحفزات: تزداد أهميتها مع تطور المسار (تدخلات دوائية، الخوف من الوقوع بعد حادث سقوط... الخ).

ويصعب مبدئيا التمييز بين هذا النموذج والنموذج الكلاسيكي المقترح من طرف (Wood) حيث يتم استبدال المصطلحات من «إعاقة» و«عجز» إلى «تحديد الدور» و«تبعية وظيفية»، غير أن التلاعبات بالمصطلحات والتي تظهر سطحية لها تأثيرات على المؤشرات المختارة لقياس في نفس الوقت التحديدات الوظيفية والعجز. وحسب (Lawrence et Jette) فإن التحديدات الوظيفية يمكن أن تقاس عن طريق الأنشطة البدنية وهي مقسمة حسب منطقة الجسد المعنية (أسفل الجسد وأعلى) والتي يمكن أن تكون «مد اليدين أو الذراعين» «المشي لمسافة 200 متر» أو «الانحناء» ويتم قياسها عن طريق اختبارات دقيقة. أما فيما يخص العجز فإنه يقاس عن طريق أنشطة الحياة اليومية (AVQ) المقترحة من قبل (KATZ) أو الأنشطة الأساسية في الحياة اليومية (AIVQ) والمقترحة من قبل LAWTON (Gill & al,1998,p.96-101) وهي عبارة عن الأعمال الاعتيادية في الحياة اليومية" كالذهاب إلى الفراش"، "الأكل" أو " القيام بالتسوق" وهذه الأخيرة تقيس ليس فقط القدرة على القيام بالأعمال و الأنشطة ولكن أيضا تحديد الإعاقة الحقيقية لتنفيذ هذه الأعمال وهو ما لا تهدف إليه سلسلة المؤشرات الأولى، فهناك من الباحثين الذين يتبعون النموذج العام لجات (Jette) يستعملون مع ذلك الأنشطة اليومية (AVQ) والأنشطة الأساسية اليومية (AIVQ) كمحددات للتحديدات الوظيفية وليس للعجز بمفهوم الإعاقة (Belmin & al,1998,p.96-101).

و تكمن أهمية الدراسات والبحوث في هذا الاتجاه في تحديد مراحل الانتقال من الحالة السليمة إلى الحالة المرضية وآليات التراجع الوظيفي أو استقراره، وعلى العكس من الصورة الثابتة المقترحة حول العلاقات السببية بين المرض والعجز، فإن هذا النموذج يأخذ بعين الاعتبار الاختلاف بين المسارات الممكنة أي بمعنى آخر يتم ادماج المسارات المسماة «عادية» أو «المعتادة» والقاء الضوء على خصوصية كل مرحلة تطويرية وظروفها، وهذا ما يتطلب رؤية جديدة حول مسار تطور الصحة الوظيفية وذلك بالتركيز أيضا على الرؤية الفردية، حيث يمكن الحديث عن مسارات فردية للعجز مختلفة. ومن أهم نتائج هذا النوع من البحوث، الذي يقوم عامة على دفتين أو ثلاثة من الاستجابات، هي ثبوت الفكرة الأساسية حول اختلاف وتنوع مسارات الشيخ، فإذا كان التراجع أو التقهقر هو الميزة المشتركة والاتجاه العام لها، فإن الاستقرار والتحسين ممكنان أيضا بدرجات مختلفة ويذهب بعض الباحثين في تحاليلهم إلى أن يربطوا بين مختلف التطورات وعوامل خطر معينة.

2-5- نتائج العجز الوظيفي:

اهتمت الدراسات في هذا الحقل من البحوث بالآثار الاقتصادية والاجتماعية للعجز أو للتبعية على المستوى السوسيو-اقتصادي أكثر منه على المستوى الفردي، وقد لاحظت العديد من الدراسات تأثير العجز على الصحة البدنية والجسدية وعلى استهلاك العلاج. إن الصحة الوظيفية التي ترتبط بقوة بالصحة الجسدية تعتبر كمتبني جيد لاستعمال المصالح الصحية وكذلك المصالح الاستشفائية أو استعمال مؤسسات الاستقبال، وعليه فإن الصعوبات أو العجز عن القيام ببعض أنشطة الحياة اليومية مرتبطة باحتمال كبير بالاستشفاء وهي كذلك مرتبطة بمعدلات مرتفعة للوفاة. هذه النتائج تسمح بالقيام بإسقاطات على المدى الطويل لشدة انتشار العجز وآثاره ونتائجه على مستوى طلب المصالح الصحية ومصالح الرعاية والتكفل وهذه العملية جد مفيدة لتنظيم طريقة التكفل والتكوين . (Colvez & Gardent, 1990,p.140-144)

في نفس الإطار نجد مجموعة من البحوث التي تهتم بالعلاقة بين الصحة الوظيفية والشبكة غير الرسمية للدعم، أو ترسم الشبكات الرسمية وغير الرسمية في معالجة العجز. وعليه فإن الشبكة الاجتماعية والصحة الوظيفية مرتبطان رغم أن اتجاه العلاقة غير معروف بصورة كافية وأن الباحثين يعتبرون الدعم الاجتماعي كعامل حماية أحيانا، وأحيانا أخرى يدرسون تطوره حسب ظهور العجز. إن التبعية تؤدي إلى استرجاء الشبكة الاجتماعية وخاصة العائلية التي تعتبر أول وغالبا المقدم الوحيد للمساعدة أو الخدمات، أما اللجوء إلى الشبكات غير الرسمية يدرس خاصة من الناحية الاقتصادية أو الادارية غير أن العلاقات بين درجة العجز وشدة العلاج أو وتيرة العلاج في المنزل أو المساعدة للأعمال المنزلية كثيرا ما يتناول. وأخيرا، يوجد أنواع أخرى من الآثار أو النتائج، نفسية خاصة والتي يمكن كشفها حسب الباحثين، والتي لم تجد صدى كبيرا في الأوساط الاقتصادية والادارية، لكنها كانت مصدر لعدة نقاشات حول الاقصاء الاجتماعي. وقد يؤدي العجز إلى انخفاض الاعتزاز بالنفس والعافية، ويرفع احتمال المعاناة والاكنتاب أو الاضطرابات الذهنية ويزيد عدد الأشخاص الفاقدين للاستقلالية أو الذين يعانون من صعوبات من أنشطتهم الاجتماعية ويعانون أكثر من العزلة والوحدة (Le Rouzo,2008,p.100).

3- مؤشرات قياس الصحة الوظيفية

3-1- التقييم الذاتي للصحة الوظيفية

يعتبر التقييم الذاتي للصحة من الأمور الأساسية في تقييم المسن المستخدم لمصالح تقديم الخدمات الصحية والاجتماعية من أجل تمييز المشكلات الوظيفية أولا، وتحدد هذه الأخيرة بصورة أساسية تبعا للأنشطة التي تطلبها البيئة ويعجز المسن عن أدائها، أو تبعا للتفاوت بين ما يريد الفرد فعله وبين ما يستطيع أن يفعل، أما المرحلة الثانية و الضرورية في التقييم فهي تحديد الآليات التي أدت إلى ظهور وتكوين المشكلة وذلك لوضع طريقة مداواة وشفاء أو بدائل ملائمة، وقد تشمل هذه الآليات تغييرات

مرضية يجري تصنيفها تقليديا بكونها أمراض ومن الضروري وضع تشخيص طبي كامل مادام هذا التقييم مطلوباً من أجل وضع مخطط للرعاية الصحية. ومن الناحية العملية، لا يتطلب التقييم الوظيفي تقييماً لأنشطة الحياة اليومية فحسب، بل تقييماً للحالتين الذهنية والعضوية، وللظروف الاجتماعية والاقتصادية والبيئة أيضاً ما دامت هذه العوامل تضع معوقات أمام خيارات التدخل (OMS,2002,p.6). هذا التركيز على القدرة الوظيفية هام أيضاً لتحديد نتائج التدخل ولابد في تقييم الفرد من النظر إلى الشخص بكامله وإلى جهازه الداعم بعين الاعتبار، وليس مجرد جوانب معزولة منه فقط. وللوصول إلى الغاية يجب وضع إجراءات تقييمية تراعي أولاً نقاط القوة في الفرد ومصادر دعمه المتاحة، وينبغي ألا يتم البحث في النواقص إلا بعد تقدير نقاط القوة هذه. كما أن وجود نقص هام ما في مجال واحد أو حتى في عدة مجالات لا ينفي انعدام جوانب القوة في مجالات أخرى. ويمكن تلخيص المجالات الأكثر أهمية في تقييم الحالة الوظيفية للمسنين كما يلي:

أ- أنشطة الحياة اليومية ذات الأنماط الثلاثة الآتية:

- قابلية الحركة .

- الأنشطة العملية في الحياة اليومية: أي كون المرء عضواً عاملاً ونشطاً في المجتمع قادراً على القيام بالأعمال المنزلية.

- الأنشطة البدنية في الحياة اليومية، أي القيام بالوظائف الأساسية للرعاية الذاتية .

ب. الأداء الوظيفي المتعلق بالصحة العقلية ويشمل ما يلي :

- الأداء المعرفي والذهني .

- وجود أية أعراض دالة على أمراض نفسية

ج. أداء الوظائف النفسية أو الصحة الانفعالية ضمن محيط اجتماعي وثقافي معين.

د. أداء الوظائف المتعلقة بالصحة البدنية ويشمل ما يلي :

- الحالة الصحية كما يراها الشخص نفسه .

- الأعراض البدنية والحالات التي جري تشخيصها .

- الانتفاع بالخدمات الصحية .

- مستويات النشاط ومقاييس العجز (أي: الأيام التي يلازم فيها الفراش).

أما عن وسائل الدعم التي تساعد المسن في مواجهة تقلص وظائفه و تراجع قدراته فيمكن تلخيصها على النحو

التالي (Lepège & al,2001,p.24-33):

أ- الموارد الاجتماعية تشمل ما يلي :

- سهولة الاتصال بالأسرة، والأصدقاء، والمجتمع المحلي الذي يألفه.

- توفر هذه الموارد حينما تدعو الحاجة إليها.

ب. الموارد الاقتصادية: وهي التي يتم تقييمها نموذجياً بمقارنة الدخل مع معيار خارجي كمستوى الفقر.

ج. الموارد البيئية : وتشمل ما يلي :

- وجود سكن ملائم مع القدرة على دفع تكاليفه.

- موقع السكن بالنسبة لوسائل النقل، وشراء الحاجيات و الخدمات العامة.

2-3- العوامل المؤثرة على الصحة الوظيفية

هناك كم هائل من الدراسات حول الصحة الوظيفية وهي غالبا ما تخدم أهدافا طبية بحثه غير أنها تفتح على مجالات و تخصصات متعددة. وتنقسم العوامل المختبرة إلى نوعين : طبية وسلوكية دون التغاضي عن المتغيرات السوسيو-ديموغرافية (السن و الجنس) المدمجة بصفة أوتوماتيكية في التحليل وحسب الاتجاه الوبائي، ويمكن تمييز عدد كبير من الدراسات المتنوعة وهي تدور حول العوامل التي تؤثر على تطور العجز ويمكن تلخيصها كما يلي(Mormiche, 2000,p.742):

- عوامل سوسيو-ديموغرافية (السن، الجنس، الدخل، التعليم، العرق، الحالة المدنية...الخ)

- عوامل سلوكية أو مرتبطة بنمط الحياة (النشاط البدني، مؤشر السمنة، الرياضة، التدخين...)

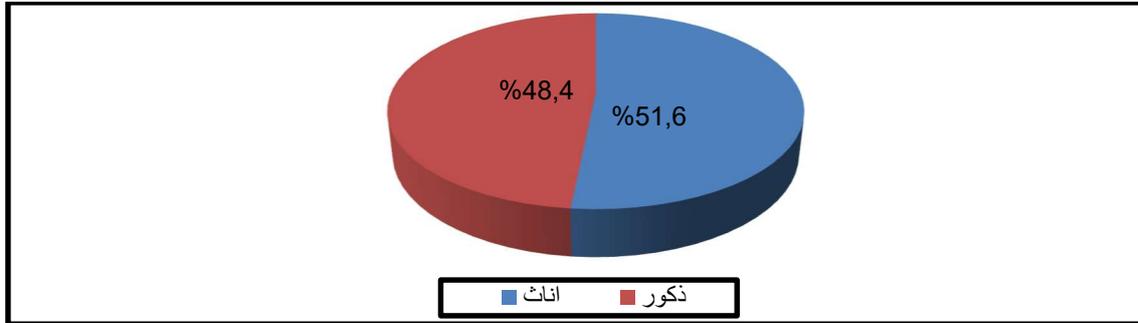
- عوامل طبية (الأمراض المزمنة، الأمراض الوعائية القلبية،...الخ)

وتجدر الإشارة هنا إلى التداخل ما بين مختلف فئات عوامل الخطر، فمستوى التعليم يمكن أن يؤثر على شدة ممارسة الأنشطة البدنية أو على الوزن فيكون له في نفس الوقت تأثيرات مباشرة وغير مباشرة على العجز، ومن بين المتغيرات السوسيو-ديموغرافية التي لها معنى في الدراسات نجد الجنس أو النوع، حيث يصيب العجز فئة النساء أكثر من الرجال، أما فيما يتعلق بالعمر فالعجز أكبر عند الشيوخ والهرمين، أما التعليم فإن درجة أو مستوى منخفض من التعليم يرفع من حظوظ تطوير العجز، كما يرتبط النشاط البدني هو الآخر بالإصابات المستقبلية بالعجز، ولهذا يقترح الباحثون ادماج الرياضة في البرامج الوقائية، وأخيرا من الأمراض المزمنة المختبرة، فإن الإصابات الوعائية القلبية وأمراض الهيكل العظمي تصنف على أنها عوامل خطر. يوجد كذلك نوع آخر من البحوث خاصة في مجال علم النفس الاجتماعي وتجسدت في كثير من الدراسات العرضية المتكررة والطولية خاصة في البلدان الإسكندنافية خلال سنوات 1980، وحسب هذه البحوث، فإن الشيخ هو مسار متعدد الأبعاد والذي يوجد في قلب مجموعة من العوامل التي تتفاعل فيما بينها: الوسط البيئي والثقافي يؤثر على العوامل البيولوجية والصحة العامة والصحة الوظيفية وأنماط الحياة والتي بدورها تحدد تطور الشيخ ونتائجه أو أثاره على الأشخاص المسنين(Minaire, 1991,p.70-158). ويركز الباحثون في هذا المجال على تأثير الوضع السوسيو-اقتصادي (المستوى التعليمي، المستوى المهني و الدخل) و السلوكيات الصحية خاصة النشاط البدني والمشاركة المجتمعية والتي تمثل إلى جانب العوامل الوراثية والبيئية، عوامل معايرة مهمة لتطور الصحة والصحة الوظيفية خلال التقدم في العمر، ونتائج هذه البحوث تؤكد النتائج السابقة المذكورة سالفًا، و تؤكد أيضا على الدور التنبئي للوضع الوظيفي في تقييم المدة المعيشية المتبقية لكبار السن. ومن جهة أخرى ، فهي تلقي الضوء على العلاقة الموجودة بين مستوى القدرة الذهنية والعجز، حيث لا يؤثر المستوى العالي من الاداء الذهني والفكري على أنماط الحياة فقط، وبالتالي يحمي وبصورة غير مباشرة الأفراد من التراجع الوظيفي ولكن يؤثر أيضا مباشرة على قدرات الفرد الذهنية كاضطرابات الذاكرة.

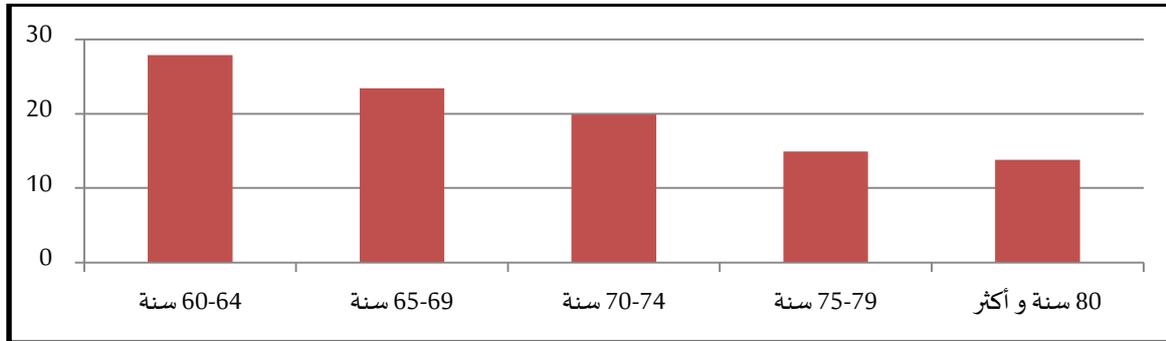
4- تطبيقات قياسية للحالة الصحية الوظيفية على عينة من المسنين في المجتمع الجزائري

كمدخل لدراسة الصحة الوظيفية للمسنين في المجتمع الجزائري، سوف نقوم في الجزء الثاني من هذا العمل بإجراء اسقاطات للنماذج القياسية في الدراسات الدولية للحالة الصحية الوظيفية على عينة من المسنين البالغين 60 سنة وأكثر والمقيمين في وسطهم الأسري. سوف يتم توظيف المنهج الاحصائي لمعالجة البيانات المجمعة ميدانيا وذلك بإعداد تمثيلات بيانية وصفية وجداول إحصائية بسيطة وجداول إحصائية مركبة بغية التعرف على أهم محددات الحالة الصحية الوظيفية في مرحلة الشيخوخة.

تتكون عينة البحث من 376 شخص مسن موزعين حسب الجنس على النحو التالي: 194 امرأة مسنة تشكل نسبة 51,6% و 182 من المسنين الذكور يمثلون نسبة 48,4% (انظر الشكل 1). أما فيما يخص توزيع المسنين تبعاً لفئات السن فقد تم تجميع الأعمار المصرح بها حسب خمس فئات عمرية موزعة على النحو التالي: 27,9% من المبحوثين تقع أعمارهم بين 60 و64 سنة، 23,4% منهم تقع أعمارهم بين 65 و69 سنة، و 19,9% منهم يبلغون ما بين 70 و74 سنة كما أن 14,9% تقع أعمارهم بين 75 و79 سنة و13,8% تزيد أعمارهم أو تساوي 80 سنة.



شكل 1. توزيع كبار السن حسب الجنس (من إعداد الباحثة)



شكل 2. توزيع الأشخاص المسنين حسب فئات العمر الخماسية (من إعداد الباحثة)

ارتأينا أن نستعين بنوعين من المؤشرات الأولى مباشرة وتعتمد على التقييم والتصريح المباشر للمسنين عن تعرضهم لأي تحديد في النشاطات اليومية وعن نوعية المشاكل التي تعيقهم عن أداء هذه الأنشطة الاعتيادية. أما النوع الثاني من المؤشرات فهي غير مباشرة وقائمة على بناء تركيبى ودمج مؤشرين فرعيين وهما مؤشر أنشطة الحياة اليومية (AVQ) ومؤشر الأنشطة المفيدة في الحياة اليومية (AIVQ) وكنتيجة لعملية الدمج هذه تحصلنا على مؤشر تركيبى للصحة الوظيفية والذي يأخذ بعين أو صفتين و هما « الاستقلالية » و « التبعية ».

1-4- تحديدات النشاطات اليومية

لأجل وصف المشاكل التي تعيق الأشخاص المسنين عن أداء أنشطتهم الاعتيادية، قمنا بطرح سؤالين وهما: « هل تواجه أية مشاكل تحدد نشاطاتك اليومية؟ » و « ما هي طبيعة هذه المشاكل؟ ». يتضح من البيانات المعروضة في الجدول 1 أن نسبة 14,4% من المسنين يصرحون بوجود مشاكل تحديدية للأنشطة اليومية الاعتيادية (الأكل، الشرب، اللبس، التنقل داخل و خارج البيت، استعمال الحمام...الخ). وعن طبيعة هذه التحديدات، تأتي المشاكل المتعلقة بضعف الرؤية في المرتبة الأولى بنسبة 42,2%، تليها مشاكل عدم القدرة على الحركة بنسبة 26,6% ثم مشاكل السمع بنسبة 15,6% متبوعة بمشاكل الذاكرة ومشاكل النطق (10,9% و 4,7% على التوالي).

جدول 1. توزيع المسنين حسب وجود مشاكل وظيفية وطبيعتها (%) (من إعداد الباحثة)

المجموع	80 سنة و*	79-0 سنة*	رجال	نساء	الاجابات
مشاكل محددة للنشاطات اليومية					
14,4	40.4	10.2	13.2	15.5	نعم
85,6	59.6	89.8	86.8	84.5	لا
100,0	100.0	100.0	100.0	100.0	المجموع
طبيعة المشاكل الوظيفية					
26.6	17.3	2.5	6.6	2.6	الحركة
15.6	19.2	0.0	3.3	2.1	السمع
4.7	5.8	0.0	1.6	0.0	النطق
42.2	19.2	5.2	6.6	7.7	النظر
10.9	11.5	0.3	3.8	0.0	الذاكرة
100,0	100.0	100.0	100.0	100.0	المجموع
0,05P= 0.000< 2 له دلالة احصائية عند الحد الاحتمالي 95% و درجة الحرية 1*اختبار					

من جهة أخرى يوزع الجدول هذه التحديدات حسب الجنس و السن، و يظهر من خلال اختبار الدلالة الاحصائية χ^2 أنه لا يوجد اختلاف بين طبيعة المشاكل الوظيفية بين النساء و الرجال (عند الحد الاحتمالي 95% و درجة الحرية 1) باستثناء مشاكل الذاكرة التي تصيب النساء أكثر من الرجال وذلك ربما لأنهن يبلغن أعمارا متقدمة أكثر. فيما يخص توزيع المشاكل الوظيفية التي تعرقل اداء الأنشطة اليومية حسب السن، فيدل اختبار الدلالة الاحصائية χ^2 على وجود اختلاف بين طبيعة التحديدات و شدتها حسب فئتي العمر للمسنين. فحقبة العمر الرابع (80 سنة وأكثر) تعاني أكثر من المشاكل الوظيفية من الحقبة الثالثة من العمر و يبدو هذا منطقيا نظرا لتقلص القدرات السمعية و البصرية و الحركية مع التقدم في السن وهو ما يعرف بالشيخوخة البيولوجية، و كثيرا ما يتم الاستعانة في هذه الحالات بالمساعدة سواء التقنية (أجهزة ، أدوات...) أو الإنسانية (الأسرة، الأقارب، الجيران...) للتقليل من اثار التحديدات الوظيفية.

2-4- قياس مؤشر الصحة الوظيفية لعينة الأشخاص المسنين

تقاس الحالة الصحية الوظيفية بالقدرة على اداء الوظائف الاعتيادية و الأساسية التي تسمح للشخص بالبقاء في بيئته، و سوف نأخذ بعين الاعتبار في تحليلنا مؤشرين أساسيين و هما:

1- أنشطة الحياة اليومية الأساسية (AVQ) : وقد اعتمدنا على الأنشطة المقترحة من قبل كاتز (Katz) (20) مع بعض التعديلات وهي خمسة : -الاعتسال-الاستحمام- ارتداء و خلع الملابس/ -تناول الطعام و الشراب/ -استخدام المراض/ -الانتقال من وإلى الفراش/ -الجلوس و القيام من مقعد/ اداء الصلاة.

2- الأنشطة المفيدة في الحياة اليومي (AIVQ): وقد اعتمدنا على الأنشطة المقترحة من قبل لاوتن (Lawton) (21) مع بعض التعديلات وهي: -التسوق/ -تحضير الوجبات/ -القيام بالأعمال المنزلية من تنظيف في البيت/ -القيام باستخراج الوثائق الادارية الضرورية/ -تناول الأدوية/ -التنقل في كافة أرجاء غرف نفس الطابق/ -الخروج من البيت/ -استعمال وسيلة من وسائل النقل/ - التعرف على الطريق عند الخروج من البيت/ -استعمال الهاتف النقال.

وقد تم اضافة السؤال حول استعمال الهاتف النقال نظرا لاعتباره من أهم وسائل الاتصال حاليا و من بين الأنشطة المفيدة في الحياة التي دخلت في الاستعمالات اليومية في حياة المسنين. وانطلاقا من هذين المؤشرين قمنا بخلق مقياس الصحة

الوظيفية الذي يجمع بين كل هذه الأنشطة ويأخذ بعدين اثنين هما: القدرة الوظيفية والعجز اللذان يصفان النشاط الوظيفي اليومي للمسن.

1-2-4- أنشطة الحياة اليومية (AVQ)

قمنا بالاعتماد على المؤشرات المقترحة من قبل كاتز (Katz) لقياس الاداء اليومي لنشاطات الحياة اليومية و قد قمنا ببعض التعديلات التي تأخذ بعين الاعتبار خصائص مجتمعنا و منها حذف و الاستغناء عن مؤشر التحكم في الإفراغ البولي أو الشرجي (L'incontinence) باعتباره موضوعا جد حساس امتنع معظم المسنون عن الاجابة عنه أو الافصاح عن هذا المشكل. كما أننا أدخلنا بعض الاضافات التي تتعلق بأداء الشعائر الدينية اليومية كالصلاة باعتبارها من أهم خصائص مرحلة الشيخوخة في مجتمعاتنا المسلمة حيث تتمحور الحياة في هذه المرحلة على الجانب الروحي و العقائدي و الوجداني. وقد تناولنا ستة أنشطة يتم الاجابة عن القدرة على تنفيذها بدون مساعدة خارجية حسب ثلاث أنواع من الاجابات وتظهر النتائج في الجدول أسفله .

جدول 2. القدرة على اداء أنشطة الحياة اليومية عند الأشخاص المسنين (%) (من إعداد الباحثة)

المجموع	الاجابات			أنشطة الحياة اليومية
	لا اطلاقا	نعم ولكن بصعوبة	نعم بدون صعوبة	
100.0	1.9	6.1	92.0	الاجتسال- الاستحمام
100.0	2.1	5.3	92.6	ارتداء وخلع الملابس
100.0	0.0	2.9	97.1	تناول الطعام والشرب
100.0	0.3	4.3	95.5	استخدام المراض/الحمام
100.0	0.0	9.6	90.4	الانتقال من وإلى الفراش
100.0	0.0	9.6	90.4	الجلوس-القيام من المقعد/ اداء الصلاة

يتضح من هذا الجدول أن الغالبية العظمى من الأشخاص المسنين لا يجدون صعوبة في اداء أنشطة الحياة اليومية الداخلية إذ تجاوزت نسهم بالنسبة لكل الأنشطة 90%. ويمكن تفسير هذا الاتجاه العام للاستقلالية بكون أن أغلبية المسنين تقع أعمارهم بين 60 و 79 سنة (86.2%) أي أنهم ينتمون إلى العمر الثالث بينما تنتشر حالات العجز خاصة بين فئة العمر الرابع (80 سنة و أكثر) وذلك حسب الدراسات التي أجريت حول الموضوع وحسب أيضا معطيات المسح الوطني حول صحة الأسرة (EASF2002) أين لم تتجاوز نسبة العجز التي قمنا بحسابها 2.8% من مجموع كبار السن (بوعزيز ، 2013).

2-2-4- الأنشطة المفيدة في الحياة اليومية (AIVQ)

تم استخدام عشرة مؤشرات دالة على القدرة على اداء الأنشطة المفيدة في الحياة اليومية وهي أنشطة في معظمها خارجية. وقد كان السؤال الموجه للمسنين كما يلي: هل تستطيع القيام بالأنشطة من غير مساعدة خارجية؟ وقد جاءت الاجابات على النحو الموضح في الجدول رقم 3.

نلاحظ من خلال المعطيات المعروضة وعلى خلاف الأنشطة اليومية، أن عددا لا بأس به من المسنين عبر عن عدم قدرته على اداء بعض الوظائف المفيدة بسهولة. بالنسبة للأنشطة الضرورية التي يجد المسنون صعوبة في اداها، نجد أن 31,9% منهم لا يستطيعون اطلاقا القيام باستخراج الوثائق الادارية الضرورية، و 11,7% يجدون صعوبة في القيام بهذه العملية. فيما يخص القيام بالأعمال المنزلية من تنظيف للبيت... الخ، فقد عبر 30,3% من المبحوثين عن عجزهم عن القيام بهذا النشاط، وإذا أخذنا خصوصية المجتمع الجزائري بعين الاعتبار فلطالما كان هذا النشاط يخص النساء دون الرجال و عليه فهذا النوع من العجز يخص النساء المسنات. يأتي في المرتبة الثالثة من حيث العجز القيام بالتسوق بنسبة 24,2% أما من حيث الصعوبة فيحتل هذا النشاط المرتبة الأولى من حيث الصعوبة بنسبة 14,6%.

جدول 3. القدرة على اداء الأنشطة الضرورية للحياة اليومية(%) (من إعداد الباحثة)

الاجابات		الأنشطة الضرورية للحياة اليومية	
لا اطلاقا	نعم ولكن بصعوبة	نعم بدون صعوبة	
النسبة	14.6	61.2	التسوق
24.2	5.3	73.7	تحضير / إعداد الوجبات
21.0	8.5	61.2	القيام بالأعمال المنزلية من تنظيف في البيت
30.3	11.7	56.4	القيام باستخراج الوثائق الادارية الضرورية
31.9	0.3	96.3	تناول الأدوية
3.5	6.1	93.9	التنقل في كافة أرجاء غرف نفس الطابق
0.0	4.3	92.0	الخروج من البيت
3.7	2.4	96.0	استعمال وسيلة من وسائل النقل
1.6	2.1	97.9	التعرف على طريقك عند خروجك
0.0	4.3	93.6	استعمال الهاتف / النقال

3-2-4- محددات الصحة الوظيفية

بإدماج مؤشري أنشطة الحياة اليومية والأنشطة المفيدة في الحياة اليومية نحصل على مؤشر مركبي للحالة الصحية الوظيفية والذي يأخذ وضعين وهما الاستقلالية في حالة ما إذا كان المسن يستطيع أن يقوم بكل نشاطاته بصفة مستقلة عن مساعدة الآخرين والتبعية إذا كان يعاني من عجز واحد على الأقل في نشاط من النشاطات المأخوذة بعين الاعتبار، ويتضح من تصنيف كبار السن المبحوثين حسب الحالة الصحية الوظيفية أن أكثر بقليل من النصف (50,3%) منهم يعانون من العجز والتبعية في اداء وظائفهم اليومية المعتادة. الان سنحاول معرفة ما اذا كانت هناك تباينات في الاصابة بالعجز أو بالتبعية حسب الخصائص الفردية لكبار السن.

3-4- الصحة الوظيفية حسب الخصائص الفردية للمسنين

يظهر من خلال توزيع كبار السن حسب حالتهم الوظيفية والجنس أن أكثر من نصف النساء المسنات (57,2%) يعانون من حالة التبعية أو العجز في اداء وظائفهم اليومية الأساسية من أكل وشرب وتنقل داخل البيت... الخ، أما بالنسبة للرجال فإننا نجد العكس أي أن أكثر من النصف (57,1%) منهم مستقلون تماما في اداء وظائفهم اليومية (انظر الجدول رقم 4). و يأتي اختبار الدلالة الاحصائية χ^2 ليؤكد وجود الاختلاف بين الحالة الصحية الوظيفية لدى النساء وقرنائهم الرجال، فالإصابة بالعجز تمس النساء المسنات أكثر من الرجال وقد يرجع ذلك إلى اصابتهن بالأمراض المزمنة والاضطرابات الجسدية أكثر من المسنين، إضافة إلى أنهن يعشن إلى أعمار متقدمة أكثر مما يجعلهن عرضة أكثر للإصابة بالعجز والتبعية.

فيما يخص توزيع الحالة الصحية الوظيفية للمسنين حسب حقبة العمر الثالث والرابع، فنلاحظ أنه بالنسبة للفئة العمرية (60-79 سنة) فإن أكثر من النصف بقليل (53,4%) يتمتعون بالاستقلالية فيما يعاني 46,6% من التبعية. في المقابل نرى أن حوالي ثلاثة أرباع (73,1%) المسنين البالغين (80 سنة فأكثر) يعانون من حالة العجز. وهو ما يتوافق مع نتائج الدراسات السابقة التي أجريت خاصة في الدول المتقدمة والتي توصلت إلى أنه كلما تقدم العمر كلما زاد انتشار العجز بين أوساط المسنين وهو ما يؤكد أيضا اختبار الدلالة الاحصائية χ^2 عند الحد الاحتمالي 95% ودرجة حرية 4. ويشير توزيع الحالة الصحية الوظيفية للمسنين حسب مستواهم التعليمي إلى أن 60,8% من المسنين الأميين يعانون من التبعية، في حين أن 55,0% ممن يقرؤون ويكتبون أو لهم مستوى ابتدائي مصابون بالتبعية في حين أن 10,4% فقط من ذوي المستوى التعليمي متوسط وأكثر يعانون من التبعية

مقابل 89,6% منهم مستقلون تماما. وعليه يظهر أنه كلما انخفض المستوى التعليمي كلما زادت حالات التبعية و العكس صحيح أي أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمسنين كلما زادت استقلاليتهم و انخفضت التبعية الوظيفية.

يشير الاختبار الاحصائي c^2 عند الحد الاحتمالي 95% ودرجة حرية 2 إلى وجود اختلاف في الحالة الصحية الوظيفية بين المسنين ذوي المستويات التعليمية المختلفة، فالإصابة بالعجز والتبعية تقترن بالمستويات التعليمية المتدنية بينما تنتشر الاستقلالية بين الأوساط التعليمية المرتفعة. وقد يرجع هذا إلى اختلاف أنماط وأساليب العيش المتبعة من قبل المسنين حسب مستواهم التعليمي، كذلك إلى طبيعة الوظائف الممارسة في الماضي حيث وكما بيناه سابقا فإن ارتفاع المستوى التعليمي لهذه الفئة العمرية يزيد من احتمال ممارسة نشاط مهني أكثر راحة من الناحية البدنية وبالتالي يتقلص انتشار حالات العجز الوظيفي. وهو ما سنوضحه من خلال قراءة المعطيات المتعلقة بتوزيع المسنين حسب حالتهم الصحية الوظيفية والمهنة الممارسة في الماضي.

يظهر من نتائج الجدول رقم 4 أن التبعية تنتشر أكثر عند الفئة التي لم تعمل أبدا وهي مشكلة أساسا من النساء كما أوضحناه سابقا وذلك بنسبة 61,8%، متبوعة بالفئة التي مارست أعمالا شاقة نوعا ما من عمل في المصانع وورشات البناء (49,0%)، ثم تلمها فئة الحرفيين بنسبة 41,4%. من جهة أخرى نلاحظ أن الاستقلالية تميز ثلثي الموظفين الإداريين (66,7%) و ثلاثة أرباع (75,9%) الفئة التي كانت تمارس أعمالا حرة أو تعمل لحسابها. يؤكد اختبار الدلالة الاحصائية c^2 وجود الاختلاف في الحالة الصحية الوظيفية بين الفئات المهنية المختلفة، حيث أنه كلما كان العمل الممارس في الماضي يتطلب جهدا بدنيا مضمنا كلما ارتفعت الإصابة بالعجز والتبعية في مرحلة الشيخوخة. وفي الأخير تجدر الإشارة أن الاختبار الاحصائي c^2 أظهر أن الحالة الزوجية لكبار السن لا تلعب دورا في تحديد الحالة الصحية الوظيفية حيث أنه لا يوجد اختلاف في الإصابة بالعجز عند المسنين حسب حالتهم الزوجية (انظر الجدول رقم 4).

الحالة الصحية الوظيفية للأشخاص المسنين في الجزائر: بين النماذج النظرية والتطبيقات الميدانية

جدول 4. مميزات الحالة الصحية الوظيفية لكبار السن (%) (من إعداد الباحثة)

المجموع	الحالة الصحية الوظيفية		المتغيرات
	التبعية	الاستقلالية	
1 ، درجة الحرية = $\chi^2 = 7.7$ = χ^2 الجنس *			
100.0	57.2	42.8	نساء
100.0	42.9	57.1	رجال
100.0	50.3	49.7	المجموع
، درجة الحرية = $\chi^2 = 12.61$ = χ^2 فئات الأعمار *			
100.0	46.6	53.4	العمر الثالث
100.0	73.1	26.9	العمر الرابع
100.0	50.3	49.7	المجموع
= $\chi^2 = 16.7$ ، درجة الحرية = 6 = χ^2 الحالة الزوجية *			
100.0	100.0	0.0	أعزب/عازبة
100.0	46.0	54.0	متزوج (ة)
100.0	63.8	36.3	أرمل (ة)
100.0	42.9	57.1	مطلق (ة)
100.0	50.3	49.7	المجموع
2 ، درجة الحرية = $\chi^2 = 52.6$ = χ^2 المستوى التعليمي *			
100.0	60.8	39.2	أمي
100.0	55.0	45.0	يقرأ و يكتب-ابتدائي
100.0	10.4	89.6	متوسط و أكثر
100.0	50.3	49.7	المجموع
4 ، درجة الحرية = $\chi^2 = 23.4$ = χ^2 المهنة في الماضي *			
100.0	41.4	58.6	حرفي
100.0	33.3	66.7	موظف اداري
100.0	49.0	51.0	عامل
100.0	24.1	75.9	أعمال حرة-يعمل لحسابه
100.0	61.8	38.2	لم يعمل أبدا
100.0	50.3	49.7	المجموع
P > ليس له دلالة احصائية عند الحد الاحتمالي 95% ، $\chi^2 = 0.05$ * الاختبار < 0,05P له دلالة احصائية عند الحد الاحتمالي 95% ، χ^2 * الاختبار			

4-5- الحالة الصحية الوظيفية حسب الحالة الصحية الجسدية

سوف نقوم الان بربط الحالة الصحية الوظيفية بالصحة البدنية للمسن و ذلك للإجابة على السؤال الاتي: « هل تؤثر الاصابة باضطراب جسدي حاد ما على الحالة الوظيفية للمسن؟ ». يقدم الجدول رقم 5 جوابا على هذا السؤال حيث يعرض توزيع كبار السن حسب اصابتهم باضطراب جسدي وحالتهم الوظيفية، ويظهر من خلال معطياته أن أكثر من نصف المسنين (58,7%) الغير مصابين بأي اضطراب جسدي حاد يتمتعون بالاستقلالية في اداء وظائفهم اليومية في حين أن أكثر من ثلثي (67,4%) المسنين المصابين باضطراب جسدي حاد يعانون من التبعية وحالة العجز في اداء أنشطتهم اليومية. وعليه يمكن القول أن الصحة الجسدية تلعب دورا كبيرا في تحديد الوضع الوظيفي لكبار السن واصابتهم بالعجز وبالتالي دخولهم في حالة التبعية.

جدول 5. توزيع المسنين حسب حالتهم الصحية الجسدية والحالة الصحية الوظيفية (من إعداد الباحثة)

المجموع	الحالة الصحية الوظيفية		الصحة الجسدية
	التبعية	الاستقلالية	
100.0	41.3	58.7	غير مصاب باضطراب
100.0	67.4	32.6	مصاب باضطراب
100.0	50.3	49.7	المجموع
اختبار الدلالة الاحصائية $c^2=23.2$ $P=0.000 < 0,05^*$ له دلالة احصائية عند الحد الاحتمالي 95% و درجة الحرية 1			

6-4- الحالة الصحية الوظيفية والتقييم الذاتي للحالة الصحية

يوزع الجدول أدناه المسنين حسب تقييمهم لوضعهم الصحي والحالة الصحية الوظيفية، و يظهر جليا أن التوزيعات النسبية متقاربة بين فئات التقييم وهو ما يؤكد أيضا اختبار c^2 ، حيث يتبين أن حالي الاستقلالية أو التبعية لا تؤثران على التقييم العام للصحة من قبل المسن. فكثيرا ما أثبت الواقع أن الإصابة بالعجز أو بتحديد النشاط لا يؤثر على الانطباع الايجابي الذي يعطيه المسن عن حالته الصحية العامة والعكس صحيح فكثيرا ما نجد أشخاصا يتمتعون بصحة جسدية حسنة أو جيدة غير أنهم يميلون إلى التقييم السلبي لصحتهم.

جدول 6. توزيع كبار السن حسب التقييم الذاتي للصحة والحالة الصحية الوظيفية (من إعداد الباحثة)

المجموع	الحالة الصحية الوظيفية		التقييم الذاتي للصحة
	التبعية	الاستقلالية	
31.6	25.9	37.4	جيدة
41.2	45.5	36.9	متوسطة
27.1	25.7	25.7	سيئة
100.0	100.0	100.0	المجموع
ليس له دلالة احصائية عند الحد الاحتمالي 95% و درجة الحرية 2			اختبار الدلالة الاحصائية $c^2=5.9$ $P=0.052 > 0,05^*$

7-4- المساعدة على اداء الأنشطة اليومية

تمثل المساعدة الغير رسمية مصدر جد هام في حياة كبار السن (Bouaziz, 2013, p.72)، فعندما تظهر حالات العجز على المدى الطويل نظرا للمشاكل الصحية، فالمساعدة والدعم المقدمين من الآخرين تمثل عاملا محمدا للتخفيف من اثار فقدان الاستقلالية وعلى هذا الأساس فإن مساهمة الأسر وخاصة النساء جد مهيمنة على نموذج الدعم في مجتمعنا (بوعزيز، 2014، ص.270). فالأشخاص الذين يعيشون مع كبار السن العاجزين يمثلون أول حلقة من حلقات المساعدة للتخفيف من صعوبات القيام ببعض أنشطة الحياة اليومية، وكلاسيكيا يمكن التمييز بين نمطين من التعايش بين الأبناء وابائهم المسنين، فهناك نمط التعايش الدائم ونمط التعايش المتجدد والذي يخص أبناء لهم خصائص مختلفة (Attias-Donfut, 1994, p.57). إن التكافل والتضامن العائلي اتجاه فئة كبار السن لا يزال من أهم مميزات نظام القرابة في الجزائر وهو ما ينعكس في المساهمة الهائلة للمساعدة غير رسمية في نظم الدعم المقدمة. بالفعل فإن نسبة 98% من المساعدة المقدمة لكبار السن تأتي من قبل أفراد العائلة. أكيد أنه وفي الثقافة الجزائرية والثقافة العربية المسلمة عموما، فإن التكفل بأمور المسنين هو من شأن الأسرة حيث أن مسألة الشيخوخة وكل ما يتعلق بها كانت دائما تعتبر على أنها قضية عائلية (Boutefnouchet, 1984, p.95) و تنبع من مبدأ واجب تضامن العائلة اتجاه كبارها ومسئوليتها. و عليه وكما تقول إليزبات جاكات (Jacquet, 2009, p.209) «إن واجب التكفل يعتبر مقدس، حتي ولا مفر منه، و في كل الحالات إلا إذا تعذر الأمر فإن كل الأسر يجب أن تقوم به و تضمنه». وخاصة وأن هذا الواجب يجد

جذوره في التعاليم الإسلامية ومن النص القرآني، غير أنه وعلى غرار الدول الأخرى، فقد عرفت الجزائر تغيرات عميقة مست أهم المؤسسات التقليدية ألا وهي العائلة، وهذه التحولات لم تكن في الغالب لصالح الفئات الهشة من المجتمع وخاصة فئة كبار السن.

جدول 5. المساعد الأساسي للمسن في تأدية نشاطاته اليومية حسب الجنس (%) (من إعداد الباحثة)

المجموع	ذكور	اناث	المساعد الأساسي
64.1	*84.1	*45.4	الزوج-الزوجة
44.7	44.0	45.4	الابن
49.7	46.2	53.1	الابنة
0.8	1.6	0.0	الصهر
18.9	*11.5	*25.8	الكنة
3.2	*0.0	*6.2	الاخ-الأخت
8.8	6.6	10.8	أقارب اخرون
$0.000 = P = 0.05$ ، 1 له دلالة احصائية عند الحد الاحتمالي 95% ودرجة الحرية c^2 *اختبار الدلالة			

تبين معطيات الجدول 5 أن 64,1% من مقدمي المساعدة للمسنين هو الشريك أي الزوج/الزوجة و تمثل نسبة 84,1% بالنسبة للرجال الذين يعتمدون في المقام الأول على زوجاتهم، ثم تأتي مساعدة الابنة في المقام الثاني دائما بالنسبة للرجال و ذلك بنسبة 46,2%، ثم مساعدة الابن بنسبة 44% ثم الكنة (11,5%). أما بالنسبة للنساء المسنات فإن أكثر من نصفهن يعتمدن على مساعدة الابنة (53,1%) في المقام الأول وتأتي فيما بعد مساعدة الزوج والابن بنسب متساوية (45,4%). كما نلاحظ أيضا أن ربع (25,8%) النساء يتلقين أيضا المساعدة من قبل زوجة الابن. وعلى هذا الأساس يمكن استخلاص الدور الكبير للنساء الجزائريات في تقديم المساعدة للمسنين، فهيمنة المساعدة النسوية رائجة داخل نظام الدعم الأسري (Bouaziz, 2013, p, 29). المرأة بصفتها زوجة أو ابنة أو كنة تلعب دورا حاسما في التكفل بالمسن العاجز حتى ولو كن هن أيضا من هذه الفئة المحدودة وظيفيا أو أنهن يعانين هن الأخريات من مشاكل صحية أو كن نساء عاملات وهو ما يطرح التساؤل حول أساليب الدعم لهذه الفئات الداعمة .

5- الخاتمة:

تطرق موضوع ورقتنا البحثية إلى الحالة الصحية الوظيفية لكبار السن كمساهمة منا لإثراء الحقل المعرفي حول موضوع الصحة في مرحلة الشيخوخة التي سوف تصبح على المدى الطويل من بين أهم سمات التغيرات السكانية التي ستميز الوضع الديمغرافي المستقبلي للمجتمع الجزائري. وقد توزع محتوى العمل على شقين متكاملين: الأول عرض أهم المقاربات النظرية والمفاهيم الأساسية المرتبطة بالصحة الوظيفية، أما الشق الثاني فتناول تطبيقات قياسية لبعض المؤشرات الخاصة بالحالة الصحية الوظيفية على عينة من المسنين في المجتمع الجزائري. توصل البحث الميداني إلى تصنيف كبار السن حسب الحالة الصحية الوظيفية إلى وضعيتين: الاستقلالية الوظيفية و التبعية الوظيفية. و خلصت التحاليل الإحصائية إلى أن حوالي نصف المستجوبين من كبار السن يعانون من التبعية الوظيفية و بالتالي من حالة العجز الوظيفي و هو ما يفتح الأبواب واسعة حول أساليب التكفل بهذه الشريحة من المسنين. وعليه يغدو من الضروري إعداد سياسات صحية و اجتماعية تتماشى مع الخصائص الديمغرافية المستقبلية للمجتمع الجزائري من خلال:

- تعزيز وزيادة الاهتمام بقضايا الشيخوخة في المجتمع الجزائري عبر مختلف المستويات و عديد التخصصات.
- تحفيز التكفل المتخصص الذي يعتبر ضروريا للارتفاع بصحة السكان المسنين في مجتمعنا والاستعداد للاحتياجات الصحية المتخصصة للأجيال القادمة من كبار السن والتي سوف تختلف ملامحها وخصائصها السوسيو-اقتصادية والمعيشية والصحية والثقافية اختلافا واضحا.

- تكثيف الدراسات المتخصصة، وخاصة الطولية منها، حول مرحلة الشيخوخة في مجتمعنا، من أجل الإحاطة بمختلف جوانبها، والتكفل الأمثل باحتياجات المسنين.
- تحسين الظروف المعيشية للفئات المسنة، من خلال خلق برامج اجتماعية خدماتية متنوعة، وبلورة استراتيجيات داعمة لكبار السن، وإنشاء مصالح متخصصة بالمشكلات الصحية في مرحلة الشيخوخة.
- تجديد آليات شبكة الدعم القرابي في المجتمع، وتحسين نوعية المساعدة المقدمة للأسر المحدودة الدخل خاصة، والمتكفلة بالأشخاص المسنين من أجل ضمان العيش بأمان وبكرامة في المحيط الأسري.
- توسيع شبكة الدعم المؤسسي من أجل التكفل باحتياجات الأشخاص المسنين بحسب خصائصهم الاجتماعية والاقتصادية والصحية، مع اشراك خدمات القطاع الخاص لتقديم الرعاية الصحية المنزلية.

- قائمة المراجع

- بوعزيز كريمة (2014). الحالة الصحية و الظروف المعيشية للسكان المسنين في الجزائر و علاقتهما ببعض العوامل الديمغرافية و الاجتماعية و الاقتصادية. رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم تخصص: الديمغرافيا – جامعة الجزائر 2.
- Attias-Donfut, C et Renaut, S. (1994). « Vieillir avec ses enfants. Corésidence de toujours et recohobitation », Les cahiers de sociologie de la famille, n°1.
- Belmin, J et al. (2009). (Gériatrie, collection pour le praticien, 2ème édition, Masson, Paris, p.54-55.
- Bouaziz Karima (2013), La santé de la population âgée de 60 ans et plus en Algérie ; Caractéristiques et déterminants, in Revue des sciences de l'homme et de la société, n°7. p. 45-78
- Boutefnouchet, M. (1984). La famille Algérienne, évolutions et caractéristiques modernes, éd. OPU, Alger.
- Christensen, K et coll. (2009). «Ageing Populations: The Challenges Ahead », The Lancet, vol. 374, n° 96.
- Colvez, A et Gardent, H. (1990). Les indicateurs d'incapacité fonctionnelle en gérontologie, CTNERHI-INSEERM, Paris, Diffusion Puf, p.140-144.
- Ennuyer, B. (1987). « Autonomie et dépendance des personnes âgées », In Gérontologie, n°62, 1987, Paris, p.3-11.
- Fillenbaun, G-G. (1986). Troisième âge et bien être, approches d'une évaluation multidimensionnelle, Genève, OMS.
- Jacquet, I. (2009). La vieillesse au Maroc. Récits de vie et portraits, Editions Acadamia Bruylant, Louvain La Neuve- Belgique.
- Katz, S. Ford, A-B, et collab. (1963). «Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function». In Journal of the American Medical Association, n°185.
- Lawton, M-P et Brody, E-M. (1996). «Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living». In Gerontologist, n°9.
- Le Rouzo, M-L. (2008). La personne âgée, psychologie du vieillissement, éd Bréal, Paris.
- Leplège, A. Coste J et al. (2001). Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie, méthodes et applications, éditions ESTEM, Paris.
- Malek, K. Mino, J-C et Lacombe, K (1996). Santé publique, Médecine légale, médecine du travail, éditions Estem et Med-Line, Paris.
- Meeus, Ph. (1997). «Les aides fonctionnelles au service des personnes âgées», dans Meire Ph, Neirynch I. In Le paradoxe de la vieillesse, l'autonomie dans la dépendance, édition De Boeck Université, 1ère édition, Bruxelles, p.41-45.
- Minaire, P.(1991). «La mesure de l'indépendance fonctionnelle; Historique, présentation, perspective », In MED, n°11, Paris, p.70-158.

- Monod-Zorzi, S. Seematter-Bagnoud, L et al. (2007). «Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées, Données épidémiologiques et économiques de la littérature», Document de travail, n°25, éd Observatoire suisse de la santé (Obsan), Neuchâtel, Novembre, p.27.
- Mormiche, P. (2000). Le handicap se conjugue au pluriel, INSEE, 1ère édition, Paris, 2000, p.742.
- Organisation mondiale de la santé(2002). Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation, Genève.
- Pine, I B. (2007). Vieillir du mythe à la réalité, l'Harmattan, Paris, p.71-74
- Sermet, C et Cambois, E. (2003). « Mesurer l'état de santé », in Démographie : analyse et synthèse, Presses Universitaires, France, p. 25-52.
- Veysset, B et Deremble, J-P. (1989). Dépendance et vieillissement, Collections logiques sociales, Editions l'Harmattan, Paris, p.20-21.
- World Health Organization. (2010) , World Health Statistics ,WHO, Geneva.